

2011年12月における  
線維筋痛症と慢性広範  
痛症/慢性局所痛症の  
治療成績の比較

戸田克広

## 2011年12月における線維筋痛症と慢性広範痛症/慢性局所痛症の治療成績の比較

Comparison of outcome between fibromyalgia and chronic widespread pain/chronic regional pain in December 2011

Department of Rehabilitation, Hatsukaichi Memorial Hospital

Katsuhiro Toda

〒738-0060

広島県廿日市陽光台5丁目12番

廿日市記念病院リハビリテーション科

戸田克広

### 要旨

線維筋痛症（FM）およびその不完全型である慢性広範痛症（CWP）、慢性局所痛症（CRP）に同じ治療を行い3か月以上治療した者の治療成績を調べた。3か月から55.5か月（平均14.8か月）治療したCWP/CRP患者54人（女性41人）中、治癒（薬物治療を終了しても痛みが4か月以上再発せず）7人、著効（主観的な痛みが初診時の30%以下）15人、有効（痛みが初診時の90%以下）17人、不変・悪化15人であった。3か月から51か月（平均21.2か月）治療したFM患者44人（女性39人）中、治癒1人、著効15人、有効17人、不変・悪化11人であった。これには脱落例も含むが、抗不安薬は使用していない。

キーワード：線維筋痛症、慢性広範痛症、慢性局所痛症

### はじめに

線維筋痛症（fibromyalgia: FM）の診断基準を満たさない患者にFMと同じ治療を行えばFM以上の治療成績を得られると推測されている。それが正しいかどうかを確かめた。

### 方法

1990年にアメリカリウマチ学会が定めた分類基準を満たす患者をFMと診断した[1]。具体的には身体5か所（右半身、左半身、腰を含まない上半身、腰を含む下半身、体

幹部)に3か月以上痛みがあり、18か所の圧痛点を約4 kgの力で押して11か所以上に圧痛があれば、他にいかなる疾患が合併していても自動的にFMと診断される。それに記載された身体5か所に3か月以上痛みがあるがFMの基準を満たさず、他の疾患で症状を説明できない患者を慢性広範痛症 (chronic widespread pain: CWP) と診断した[2]。CWPの基準を満たさないが、肩こりのみや腰痛症のみより痛みの範囲が広く、他の疾患で症状を説明できない患者を慢性局所痛症 (chronic regional pain: CRP) と診断した[2]。本研究では初診時にCWPまたはCRPであったが途中でFMの基準を満たした場合でもCWPまたはCRPとみなした。すべての患者に同じ治療を行った。

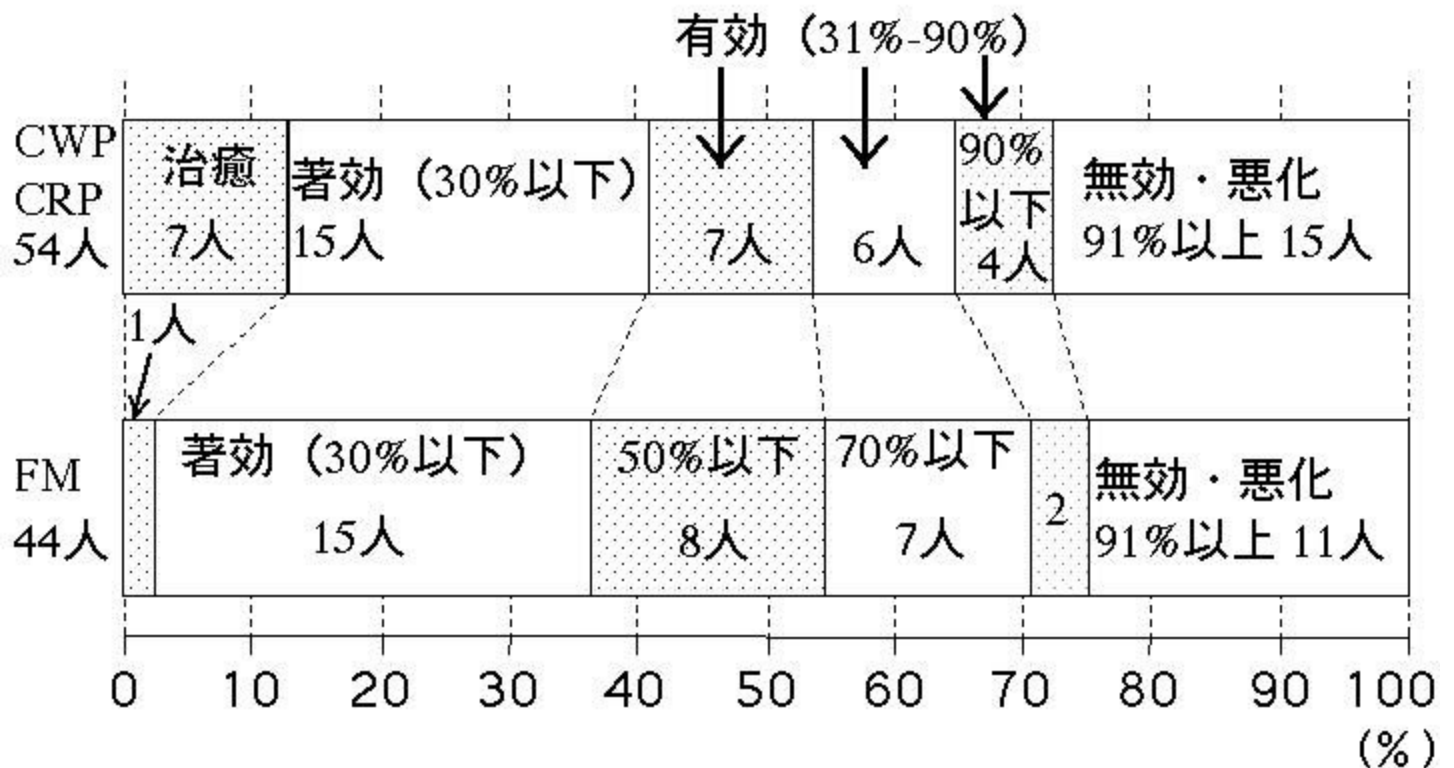
2007年4月以降に廿日市記念病院で治療を開始し、3か月以上治療を行ったFM、CWP、CRP患者全員の治療成績を同じ指標で比較した。本研究は後ろ向き研究である。筆者が2007年3月以前に広島県立身体障害者リハビリテーションセンターで治療した患者は除外した。2011年10月から12月の間に外来を受診した際、治療期間が3か月以上になると即日本研究の対象にした。この調査を行っていることは患者は知らせず抜き打ちで評価を行った。2011年9月以前に治療を終了した患者や、患者の自己判断で治療を中止した患者も本研究に含めた。初診時の痛みを100として現時点の痛みは初診時の何%であるかを尋ねた。脱落例の治療成績はカルテにより筆者が判断した。その場合、治療前の何%の痛みであるかのカルテの記載を参考にその日から症状がどのように変化したかで判断した。

薬物治療を終了しても痛みが4か月以上再発しない場合を治癒とみなした。痛みが初診時の30%以下であるが薬物治療を継続したか、薬物治療を中止したが痛みが4か月以上再発しないことを確認できない場合を著効と見なした。痛みが初診時の31-90%になった場合を有効、痛みが初診時の91%以上になった場合を不変・悪化と見なした。世界標準になりつつある、初診時の50%以下の痛み (50%以上の痛みの改善)、70%以下の痛み (30%以上の痛みの改善) になった割合も調べた。著効例であったが、評価日の前日に引っ越しの手伝いをしたため痛みが初診時よりも悪化した場合があったが、そのまま受け入れた。

治癒の割合、著効以上 (痛みが初診時の30%以下になった) の割合、有効以上 (痛みが初診時の90%以下になった) の割合、および初診時の50%以下の痛み (50%以上の痛みの改善)、初診時の70%以下の痛み (30%以上の痛みの改善) になった割合にFM患者群、CWP/CRP患者群で有意差があるかどうかを調べた。カイ2乗検定あるいはFisherの直接確率法により両群に差があるかどうかを調べた。危険率が5%未満を有意差ありとみなした。

本研究は廿日市記念病院の倫理委員会で承認された。

図1 線維筋痛症と慢性広範痛症/慢性局所痛症の治療成績の比較



結果

CWP/CRP患者は54人、女性41人（75.9%）男性13人（24.1%）であった。初診時の年齢は25歳から80歳まで（平均年齢54.1歳）、治療期間は3か月から55.5か月（平均14.8か月）であった。FM患者は44人、女性39人（88.6%）男性5人（11.4%）であった。初診時の年齢は13歳から81歳まで（平均年齢45.8歳）、治療期間は3か月から51か月（平均21.2か月）であった。

CWP/CRP患者54人中、治癒7人（13.0%）、著効15人（27.8%）、有効17人（31.5%）、不変・悪化15人（27.8%）であった。初診時の50%以下の痛み（50%以上の痛みの改善）になった患者は29人（53.7%）、初診時の70%以下の痛み（30%以上の痛みの改善）になった患者は35人（64.8%）であった。FM患者44人中、治癒1人（2.3%）、著効15人（34.1%）、有効17人（38.6%）、不変・悪化11人（25.0%）であった。初診時の50%以下の痛み（50%以上の痛みの改善）になった患者は24人（54.5%）、初診時の70%以下の痛み（30%以上の痛みの改善）になった患者は31人（70.5%）であった。図1)

治癒の割合 (P=0.0704)、著効以上（痛みが初診時の30%以下になった）の割合 (P=0.6582)、有効以上（痛みが初診時の90%以下になった）の割合 (P=0.9337)

、および初診時の50%以下の痛み（50%以上の痛みの改善）になった割合（ $P=0.5537$ ）、初診時の70%以下の痛み（30%以上の痛みの改善）になった割合（ $P=0.7564$ ）にはいずれも有意差はなかった。

有意差はないものの治癒の割合、著効以上（痛みが初診時の30%以下になった）の割合はCWP/CRPの方が多かったが、痛みが50%以下（50%以上の改善）、70%以下（30%以上の改善）、90%以下（10%以上の改善）になった割合はFMの方が多かった。

## 考察

本研究では1990年の分類基準[1]を用いた。2010年[3]と2011年[4]に新たな診断基準が報告されたが、1990年の分類基準は廃止ではなく使用可能である[3]。2011年の基準は疫学研究用である[4]。2010年の基準は臨床診断用であるが、痛みの範囲や多くの臨床症状を患者にインタビューする必要がある[3]、時間がかかりすぎる欠点がある。そのため著者は1990年の分類基準[1]を現在でも使用している。本研究の最大の目的は、FMの診断基準を満たさない病態にFMと同一の治療を行えば少なくともFMと同程度の治療成績を得られることを示すことである。FMの治療を行っている医療機関においてさえFMの診断基準を満たさない場合には、「治療がない」という対応をすることがある。本研究の結果から、その対応は適切ではないことがわかる。また、FMの診断基準を満たしても満たさなくても治療方法が同じであれば、診断基準には臨床的な意義はないことになる。実は、FMの診断基準は学会発表や論文作成の際に有用なのであって臨床の現場では無用なのである。それが分かれば、どの診断基準を用いても臨床の場では治療を変更する必要がないことがわかる。1990年の基準を満たすが2010年の基準を満たさない、あるいはその逆の場合にはどのように治療をすればよいのかという疑問は起こらないはずである。

一部の指標でFMの方が、有意差はないものの治療成績がよい傾向がある理由を以下のように考えている。理由は不明であるが、FMでなければ治療を希望しない人がいる。FMやCWP/CRPにかかわらず全患者へ「薬物治療により死亡する可能性がごくわずかに増加する。」という説明している。その結果当初から初診のみを目的とした患者を含めて、FMでは再診する割合は7割弱であるが、CWP/CRPでは5割弱である[5]。明確なデータはないが、症状が軽い患者が再診しない傾向があると推定している。一般論としてFMよりCWP/CRPの方が症状が軽いため[6]、CWP/CRPでは軽症、つまり治療を受ければ成績のよい患者が治療を受けにくい可能性がある。明確なデータはないが、症状が軽い患者は治療成績がよい傾向があると推定している。それらが一部の指標でFMの方が治療成績がよい傾向がある理由ではないかと推測している。

FMを含めた慢性痛の治療成績を評価する世界標準の指標の一つは痛みが治療前の何%になったかという指標である。痛みの評価指標として何を使うかという問題はあるが、本研究では脱落例を含める目的で主観的痛みを用いた。この指標は無料であり、手間と時間がほとんどかからない長所がある。症状が軽減したため通院を中止する患者もいるが、多くの場合治療成績が悪いことに嫌気がさして通院を中止する患者が多い。脱落例を含めると治療成績が悪くなり、脱落例を除外すると治療成績はよくなる。筆者は初診時に様々な指標で患者を評価しているが、それらの指標を用いたのでは脱落例を含めることはできない。「現在の痛みは初診時の何%ですか。」という質問を2、3か月ごとにしておけば、脱落例の最終治療成績を判断する際に手助けになる。痛みとは、実は痛みの強さ、持続時間、面積（あるいは容積）の積に痛みの質が関与する。「現在の痛みは初診時の何%ですか。」という質問に答える際、患者は無意識にこれらの要素を総合的に判断していると筆者は推測している。この指標は初診時の痛みの評価や、他人との痛みの比較には使用できないが、薬の効果の判定など痛みの変化を評価する際に筆者が最も信頼を置いている指標は実はこの指標なのである。

不変・悪化例は両群とも25%以上であった。筆者は薬価、論文上の効果と副作用、自分自身が経験した効果と副作用などにより薬に使用順位を付けており、現時点ではプレガバリンを11番目にしている[7]。本研究では、まだプレガバリンを使っていない患者やプレガバリンを使う前に脱落した患者が含まれている。プレガバリンを使用後でも他の薬や組み合わせにより痛みが軽減する患者が少なくない。そのため、実際の治療成績は本研究よりもよいと判断することが妥当であり、実際の不変・悪化例は25%より少ないことになる。

筆者は本研究の結果に絶対の自信を持っている。治療成績がよいという意味ではない。自分自身に厳しく判定したという自信である。例えば、筆者による恣意的操作を防止するため、2011年10月以降、治療期間が3か月以上なった時点で即日評価した。これにより、痛みが軽い日を意図的に選択して評価することは不可能になった。

患者が喫煙者の場合、「喫煙のままでは、治療はするが治療成績が悪いので禁煙して下さい。」と説明している。当初は投薬せず1か月の禁煙のみを勧めると、1か月後に禁煙して再診するか、二度と受診しなくなるため、治療成績がよくなる。意図したわけではないが、この説明は本研究の治療成績を表面上向上させている。

筆者は鎮痛目的、睡眠目的、こわばり軽減目的では抗不安薬を全く使用していない。不安症状が強い場合に、抗うつ薬の効果が生じるまでの短期間のみ抗不安薬を使用している。初診時に抗不安薬が処方されている場合には漸減後中止している。抗不安薬は3か月弱であれば鎮痛効果があるが、6か月以上使用すると常用量依存のみならず、死亡

率の増加、認知機能の低下、新たな不安症状の発生などの忌まわしい副作用が生じる可能性が強くなるため有害である[8]。抗不安薬を使用すると1年程度であれば治療成績を向上させる可能性があるが、著者はそれを行っていない。

当初は1か月に1回の通院が必要であることを患者に説明している。精神科や心療内科で精神症状に対する薬と鎮痛目的の薬を処方されている場合には、鎮痛目的の薬を筆者が処方することを患者に求めている。さらに前述の死亡の危険性の説明も行っている。交通事故後に発症したFMに脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）を合併すると治療成績が悪くなるため[9]、FMを治療している医療機関から治療を拒否されることがあるが、筆者は患者の希望がある限り治療を行っている。

FMは難治性疾患であるが、本研究の治療成績を見れば多くの医師はそれほど悪くないと感じると筆者は考えている。FMを認めない医師はFMやCWP/CRPを心因性疼痛、身体表現性障害と診断しやすい[10]。筆者が知る限り、それらと診断したのではこれほどの治療成績を出すことはできない。それらと診断して同じ指標でこれ以上の治療成績を出すことができるのであれば、具体的治療方法とともに治療成績を発表していただきたい。

FMの有病率はわずかに約2%であるが、FMを含むCWPの有病率は約10%である。CRPの有病率はCWPの有病率の1-2倍である[11]。腰痛症や肩こりからCRP、CWPを経由して最終的にFMになると推測されている。一般論としてCRPよりCWPの方が症状が重篤であり、FMはさらに症状が重篤である[6]。本研究でわかるようにCWP/CRPにはFMの治療が有効である。これらのことを総合すると、CWP/CRPはFMの不全型であり、不全型まで含めるとFMの有病率は少なくとも20%と推測される。有病率が膨大であるため、これらを見捨てて痛みを治療することは困難である三叉神経痛と同様にCWPは症状名であると共に疾患名としても使用されている。疾患名として使用される場合には本書で用いたように慢性広範痛症であるが、症状名として使用される場合には慢性広範痛である。CRPでも同様である。CRPがcomplex regional pain syndromeと混同される場合があるが、全く別の概念である。なお、現時点ではCWPやCRPの日本語訳には正式の日本語医学用語がない状況であり、筆者が個人的に翻訳した用語を用いている状況である。何れかの学術団体において正式の日本語医学用語を定めていただきたい。

## 引用文献

1) Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al: The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 33: 160-172, 1990

- 2) 戸田克広: 線維筋痛症がわかる本: 東京, 主婦の友社, 2010,
- 3) Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB: The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 62: 600-610, 2010.
- 4) Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Hauser W, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB: Fibromyalgia Criteria and Severity Scales for Clinical and Epidemiological Studies: A Modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol*. 38: 1113-1122, 2011.
- 5) 戸田克広: 線維筋痛症より不完全型線維筋痛症（慢性広範痛症、慢性局所痛症）は再診率が低い—抗うつ薬、アセトアミノフェン、非ステロイド性抗炎症薬、睡眠薬、抗不安薬、抗けいれん薬には不回避の致命的な副作用がある—。ブックログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/63368>
- 6) Toda K: Comparison of symptoms among fibromyalgia syndrome, chronic widespread pain, and an incomplete form of chronic widespread pain. *J Musculoskelet Pain* 19: 52-55, 2011
- 7) 戸田克広: 「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!-まず知ろう診療のポイント-。CareNet, 2011, <http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>
- 8) 戸田克広: 抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罖、日本医学の闇—。ブックログ, 2012, <http://p.booklog.jp/book/62140>
- 9) 戸田克広: 交通事故後線維筋痛症において脳脊髄液漏出症（脳脊髄液減少症）を合併すると治療成績が悪くなる。ブックログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/69062>
- 10) 戸田克広: 同一症状、同一患者が診療科により全く異なる診断、治療が行われている異常事態—線維筋痛症か身体表現性障害または心因性疼痛か—。ブックログ, 2013, <http://p.booklog.jp/book/67945>
- 11) Toda K, Harada T: Prevalence, classification, and etiology of pain in Parkinson's disease: association between Parkinson's disease and fibromyalgia or chronic widespread pain. *Tohoku J Exp Med* 222: 1-5, 2010



## 著者紹介

---

### 著者紹介

戸田克広（とだかつひろ）

1985年新潟大学医学部医学科卒業。元整形外科医。2001年から2004年までアメリカ国立衛生研究所（National Institutes of Health: NIH）に勤務した際、線維筋痛症に出会う。帰国後、線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や原因不明の痛みの治療を専門にしている。2007年から廿日市記念病院リハビリテーション科（自称慢性痛科）勤務。『線維筋痛症がわかる本』（主婦の友社）を2010年に出版。電子書籍『抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、抗不安薬の罠、日本医学の闇—』<http://p.booklog.jp/book/62140>を2012年に出版。ブログにて線維筋痛症を中心とした中枢性過敏症候群や痛みの情報を発信している。実名でツイッターをしている。

2010年に『線維筋痛症がわかる本』を書いて約3年になります。すでに絶版になりましたが、電子書籍は購入可能です。新しい薬物の発売などがあり修正が必要です。現在、一般人が理解可能な医学書を書いている最中です。線維筋痛症のみならずその周辺疾患や抗うつ薬などの英語論文を徹底的に読み、そこで得た知識を実践した経験を基にした書籍です。線維筋痛症の治療はほとんどすべての慢性痛に有効です。医学書を出版していただける出版社があれば声をかけていただければ幸いです。

ツイッター：@KatsuhikoTodaMD

実名でツイッターをしています。キーワードに「線維筋痛症」と入れればすぐに私のつぶやきが出てきます。痛みや抗不安薬に関する問題であれば遠慮なく質問して下さい。私ができる範囲でお答えいたします。

電子書籍：抗不安薬による常用量依存—恐ろしすぎる副作用と医師の無関心、精神安定剤の罠、日本医学の闇—<http://p.booklog.jp/book/62140>

日本医学の悪しき習慣である抗不安薬の使用法に対する内部告発の書籍です。276の引用文献をつけています。2012年の時点では抗不安薬による常用量依存に関して最も詳しい日本語医学書です。医学書ですが、一般の方が理解できる内容になっています。

・戸田克広：「正しい線維筋痛症の知識」の普及を目指して!—まず知ろう診療のポイント—

CareNet 2011

<http://www.carenet.com/conference/qa/autoimmune/mt110927/index.html>

薬の優先順位など、私が行っている線維筋痛症の最新の治療方法を記載しています。

・ 戸田克広: 線維筋痛症の基本. CareNet 2012

<http://www.carenet.com/special/1208/contribution/index.html>

さらに最新の情報を記載しています。線維筋痛症における薬の優先順位を記載しています。

英語の電子書籍です。

Physicians in the chronic pain field should participate in nosology and diagnostic criteria of medically unexplained pain in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-6

[http://www.amazon.com/participate-unexplained-Statistical-Disorders-6-ebook/dp/B00BH2QJG4/ref=sr\\_1\\_2?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-2&keywords=katsuhito+Toda](http://www.amazon.com/participate-unexplained-Statistical-Disorders-6-ebook/dp/B00BH2QJG4/ref=sr_1_2?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-2&keywords=katsuhito+Toda)

医学的に説明のつかない痛みを精神科医は身体表現性障害と診断し、痛みの専門家は線維筋痛症あるいはその不完全型と診断しています。治療成績は後者の方がよいと推測されます。2013年に精神科領域の世界標準の診断基準であるDSM-5が運用予定です。次のDSM-6では医学的に説明のつかない痛みに対する分類や診断基準を決める際には痛みの専門家を加えるべきです。

Focus on chronic regional pain and chronic widespread pain\_ Unification of disease names of chronic regional pain, chronic widespread pain, and fibromyalgia\_

[http://www.amazon.com/regional-widespread-pain\\_Unification-fibromyalgia\\_-ebook/dp/B00BH0GK7O/ref=sr\\_1\\_1?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-1&keywords=katsuhito+Toda](http://www.amazon.com/regional-widespread-pain_Unification-fibromyalgia_-ebook/dp/B00BH0GK7O/ref=sr_1_1?s=digital-text&ie=UTF8&qid=1361180502&sr=1-1&keywords=katsuhito+Toda)

線維筋痛症の不完全型である慢性広範痛症や慢性局所痛症と線維筋痛症を区別する臨床的意義はありません。

ブログ: [腰痛、肩こりから慢性広範痛症、線維筋痛症へー中枢性過敏症候群ー戸田克広](http://fibro.exblog.jp/) <http://fibro.exblog.jp/>

線維筋痛症を中心にした中枢性過敏症候群や抗不安薬による常用量依存などに関する最新の英語論文の翻訳や、痛みに関する私の意見を記載しています。

線維筋痛症に関する情報

戸田克広: 線維筋痛症がわかる本. 主婦の友社, 東京, 2010.

医学書ではない一般書ですが、引用文献を400以上つけており、医師が読むに耐える一般書です。

## 電子書籍

---

通常の書籍のみならず電子書籍もあります。

電子書籍（アップル版、アンドロイド版、パソコン版）

<http://bukure.shufunotomo.co.jp/digital/?p=10451>

通常の書籍、電子書籍（kindle版）

[http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm\\_kin\\_title\\_0](http://www.amazon.co.jp/%E7%B7%9A%E7%B6%AD%E7%AD%8B%E7%97%9B%E7%97%87%E3%81%8C%E3%82%8F%E3%81%8B%E3%82%8B%E6%9C%AC-ebook/dp/B0095BMLE8/ref=tmm_kin_title_0)

電子書籍（XPDF形式）

<http://books.livedoor.com/item/4801844>

2011年12月における線維筋痛症と慢性広範痛症/慢性局所痛症の治療成績の比較

2013年9月11日 第1版第1刷発行

<http://p.booklog.jp/book/76631>

著者：戸田克広

発行者：吉田健吾

発行所：株式会社ブックログ

〒150-8512東京都渋谷区桜丘町26-1 セルリアンタワー

<http://booklog.co.jp>

2011年12月における線維筋痛症と慢性広範痛症/慢性局所痛症の治療成績の比較

<http://p.booklog.jp/book/76631>

著者：戸田克広

著者プロフィール：<http://p.booklog.jp/users/katsuhirotodamd/profile>

感想はこちらのコメントへ

<http://p.booklog.jp/book/76631>

ブックログ本棚へ入れる

<http://booklog.jp/item/3/76631>

電子書籍プラットフォーム：ブックログのパブー (<http://p.booklog.jp/>)

運営会社：株式会社ブックログ