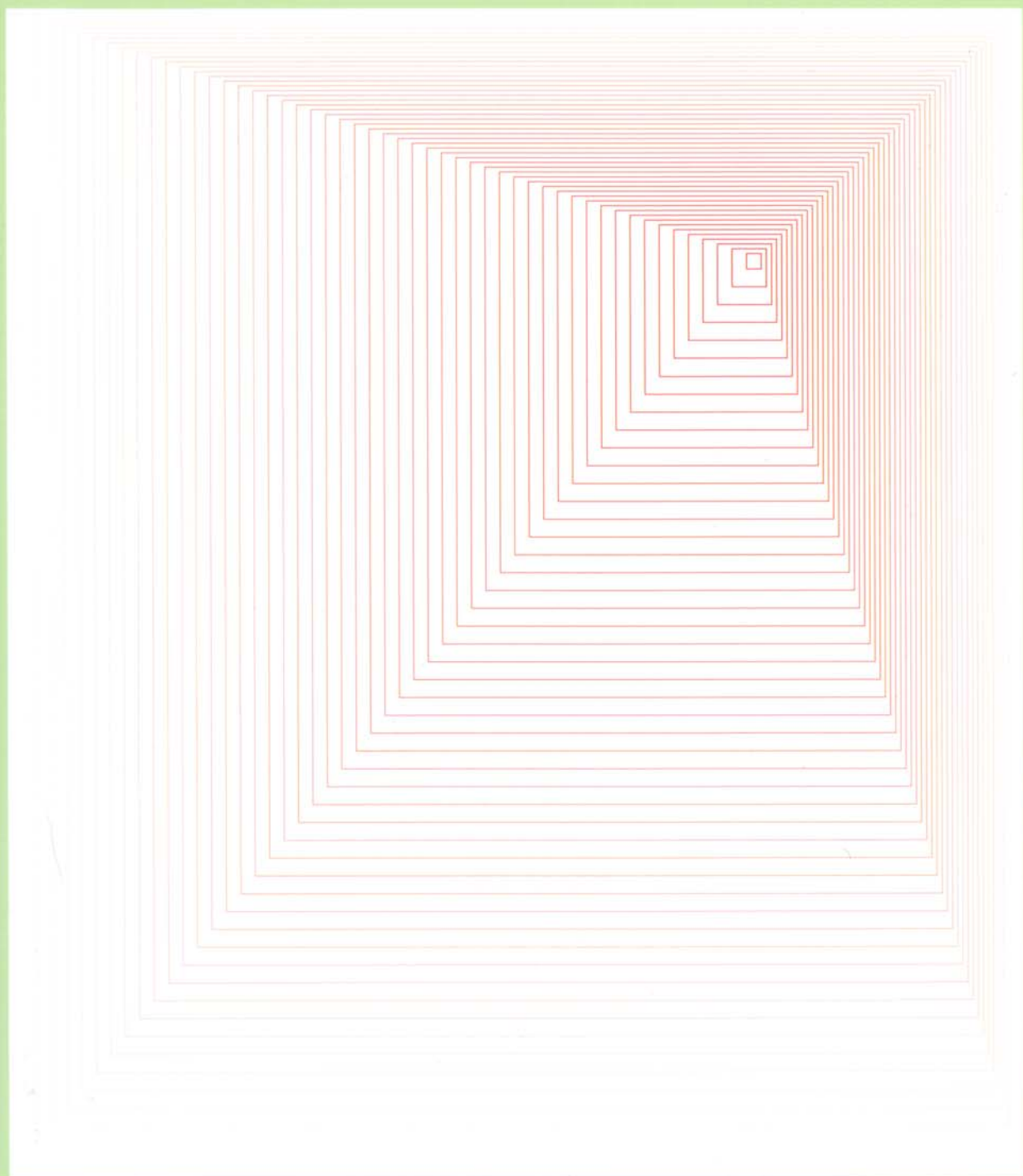


# ペインクリニック 診断・治療ガイド

痛みからの解放とその応用 **第5版**

**監修** 大瀬戸清茂 東京医科大学麻酔科学講座臨床教授

**編集** 飯田宏樹 内野博之 田上 正 安部洋一郎 福井弥己郎(聖) 樋口比登実 岡本健一郎  
井関雅子 福崎 誠 平川奈緒美 豊川秀樹 伊達 久 今村佳樹 西山隆久 福井秀公



PAIN CLINIC

日本医事新報社

## 17. 線維筋痛症

### summary

線維筋痛症 (fibromyalgia: FM) は、症状に合わせた投薬治療を行いながら、神経ブロック療法を併用することで日常生活の改善につながる。

### 概念

FMとは「身体の様々な部位に慢性の疼痛と筋肉のこわばりを自覚し、身体の特異な部位に圧痛を認める以外、他覚所見、検査所見に異常がなく、治療抵抗性であり、疲労感、抑うつ症状などを伴う、原因不明の病態」と定義されている<sup>1)</sup>。FMは1970年代半ばに欧米でその存在が確認され、わが国においては1980年代において「全身に耐えがたい疼痛がある疾患」として知られるようになった病態である。この病態は、古くから結合組織炎症候群や多発性付着部炎や全身性慢性疼痛症候群などと言われていた疾患である。またFMは欧米においては全人口のおおよそ2~5%、リウマチ専門医へ訪れる患者のうち15~20%、一般医に受診する患者のうちでは約6%がFMであると言われており、一般診療の場において、意外に多くみられる病態である。ちなみに、日本国内では人口の約1.7%で200万人と推計されており、その内訳はおおよそ男性1に対し女性4.8で女性に多いと報告されている。また、欧米諸国では比較的確立した疾患ではあるが、わが国においてはその認知度はまだ低く、受診患者数は年間4,000人くらいと言われており、推定される患者に比べ大きな格差があると言えよう。FMが家族内発症することは古くから知られているが、遺伝的要素は明らかにされておらず、家庭環境などの要因が重要であるとされている<sup>1)-4)</sup>。

### 診断に必要な事項

診断は、現時点においても明確な基準はなく、1990年の米国リウマチ学会の診断基準(図1)を使用しているが、一般的な血液検査やX線画像検査では異常所見が見当たらないため、診断が遅れることがきわめて多い。また、この基準においては「広範囲にわたる疼痛が3カ月以上持続していて、18箇所の圧痛点のうち11箇所以上に疼痛を認める病態」をFMと診断しているため、FMは様々な疼痛疾患を除外した結果の症候群のような病態を呈している。参考までに、2010年には米国リウマチ学会から新しい予備基準も提唱されたため、参考にしてほしい。わが国においては2007年に医師向けにテキストが書かれている。診断において特に大切なことは、18箇所の圧痛点で診断されるものではなく、広範囲な疼痛が存在するという点と、多彩な精神症状を呈するため精神的な診察を行うことが重要である<sup>1)-4)</sup>。

1. 広範囲にわたる疼痛の病歴(3カ月以上)  
上半身, 下半身を含めた対側性の広範囲の疼痛と頸椎, 前胸部, 胸椎, 腰椎部の疼痛, いわゆる axial skeletal pain が存在
2. 18箇所の圧痛点のうち, 11箇所以上に疼痛を認める  
後頭部: 後頭骨下部筋付着部(左右)  
下頸部: C5-7における横突間帯の前部(左右)  
僧帽筋: 上側縁の中間点(左右)  
棘上筋: 内側縁付近の肩甲棘の上(左右)  
第二肋骨: 第二肋骨軟骨接合部, 接合部上面のすぐ脇(左右)  
外側上顆: 上顆から遠位2cm(左右)  
殿部: 外側に張り出した片側殿部を四分割した上外側(左右)  
大転子: 転子窩突起の後部(左右)  
膝: 関節線近傍の内側脂肪体(左右)

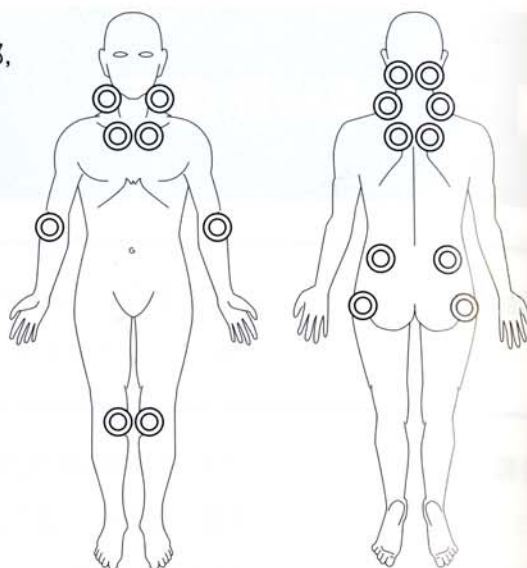


図1 米国リウマチ学会の線維筋痛症診断基準(1990年)

(文献1より引用改変)

## 病態

はっきりとした原因の詳細は不明であるが, FMの約半数は何らかの感冒様症状に引き続いており, ウイルスや他の感染症, アレルギー, ストレスなどの関連が示唆されている。また, 病態のメカニズムであるが, 脳脊髄液中のサブスタンスPの上昇やセロトニンの減少などが報告され, 脳機能画像の研究においては前頭葉や前帯状回の異常が報告されており, 疼痛部位の局所的な異常だけでなく, 疼痛の伝達経路における機能障害, 脳レベルにおける中枢性感作が病態に大きく関わっていると言えよう。近年のfMRIの研究において, 健常者では疼痛を感じない程度の刺激においてFMの患者群では過剰に反応していることが報告されている<sup>5)</sup>。

## 鑑別診断

FMは疼痛以外にも様々な臨床症状を呈するため, 鑑別診断は非常に重要である。特にリウマチ性脊椎関節炎の初期症状はFMにきわめて類似しているため, 疼痛部位, 皮膚, 関節の腫脹, X線, 骨シンチグラフィーなどの検査が有用である。FMはリウマチ, 多発性筋炎, 皮膚筋炎, 全身性エリテマトーデス(SLE), 甲状腺機能低下症, 混合性結合組織病(MCTD), 潰瘍性大腸炎などの併発症例があることを記憶にとどめておかなければならない。特に強直性脊椎炎やリウマチ性脊椎関節炎との合併症例は頻度が高いことは有名である。またFMは精神科疾患としては身体表現性障害, 自律神経失調症, うつ病, 更年期障害, 解離性障害, 発達障害, パーソナリティ障害, 気分障害, 虚偽性障害など様々な病態との親和性があるため, 精神科医の診察を受けることは重要であると言えよう<sup>6)</sup>。

## 治療方針

FMの治療の原則は不必要な薬剤の整理と十分な薬物療法, 患者自身および家族への教育, 運動療法や認知行動療法であり, 特に疼痛増悪時のトリガーポイントブロック, ステロイドの局所浸潤, 硬膜外ブロック, 星状神経節ブロックをは

じめとする神経ブロック療法が効果を示すことが多い。また近年、わが国で承認されたプレガバリンやアミトリプチリンをはじめとした抗うつ薬やトラマドール・アセトアミノフェン合剤などの弱オピオイドを中心とした薬物治療が有効である<sup>1)-4)</sup>。

#### 参考文献

- 1) Wolfe F. 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) 三木健司, 他: 機能性身体症候群(機能性疼痛症候群)と慢性疲労症状群. *線維筋痛症. ペインクリニック* 33: 1279-1290, 2012.
- 3) 三木健司, 他: 線維性筋痛症. *運動器の痛み診療ハンドブック* (山下敏彦, 編). 南江堂, 東京, 2007, p255-265.
- 4) 三木健司, 他: 線維筋痛症. 複合性疼痛症候群CRPS (complex regional pain syndrome) (眞下 節, 他, 編). 真興交易医書出版部, 東京, 2009, p105-111.
- 5) Gracely RH. et al: Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 46: 1333-1343, 2002.
- 6) 橋本亮太, 他: 治療—精神科的アプローチによる治療の導入. *線維筋痛症診療ガイドライン* (日本線維筋痛症学会, 編). 東京, 日本医事新報社, 2011, p106-114.

(井上隆弥)