

## 当科における線維筋痛症 71 例の検討

山下 真 芦原 睦

中部労災病院 心療内科

**要 旨：**【目的】線維筋痛症（fibromyalgia syndrome: 以下FMS）について心身医学的に検討すること。  
 【対象・方法】心療内科を受診したFMS 71例（平均年齢44.6±15.0歳）について、主訴、患者背景、心理テスト、血液検査および薬物治療の効果を調査した。調査期間は2001年2月から2009年8月である。  
 【結果・考察】主訴は全身の疼痛が最多で、不眠、頭痛、倦怠感など多彩であった。身体的背景には手術の既往、整形外科的疾患、交通外傷の既往等を認め、心理社会的背景にはうつ状態、家庭の問題等を認めた。心理テストではSDS、STAIが高得点を示した。患者の一部に血清免疫学的異常所見を認めた。疼痛に対する薬物治療では抗うつ薬であるClomipramineの有効率が最も高く、Clomipramine点滴静注では患者のうつ状態の程度に関わりなく疼痛が有意に改善した。FMSは慢性疼痛を主症状としうつ状態や不安の合併が多く、心身症の側面をもつリウマチ性疾患と考えられる。よってFMS診療においては、心身医学的な全人医療の視点が重要である。

【索引用語】線維筋痛症；心療内科；抗うつ薬；慢性疼痛；リウマチ性疾患

— 受付: 2010年1月12日 / 受理: 2010年9月27日 —

## Research on 71 fibromyalgia patients in the department of psychosomatic internal medicine

Makoto Ymamashita, Mutsumi Ashihara

Department of Psychosomatic Internal Medicine, Chubu-Rosai Hospital

**Abstract:** *Objective.* Fibromyalgia syndrome (FMS) is a disease characterized by a chronic widespread pain, and has various symptoms such as hand and foot stiffness, fatigue, etc. The purpose of this study is to investigate the actual condition of FMS patients who received psychosomatic treatment in the department of psychosomatic internal medicine.

*Methods.* This study focuses on 71 patients (average age 44.6 ± 15.0 years), diagnosed with FMS, who were examined during a time period from February 2001 to August 2009. We investigated the chief complaint, and the physical and psychosocial background. We also examined blood and psychological tests. We administered several medicines to induce pain relief, and examined perceived pain relief following administration. We administered Clomipramine by intravenous drip infusion to 25 patients, and we evaluated pain relief using a visual analog scale and the number of tender points. Moreover, we evaluated whether a difference in the level of pain relief by Clomipramine would be seen according to the severity of depression.

*Results.* The chief complaint of FMS patients was widespread body pain. In addition, numbness of hands and feet, fatigue, insomnia, headache, etc. was reported. In regard to FMS patients' physical background, there was a history of surgery, orthopaedic disease, traffic injury, etc. In regard to FMS patients' psychosocial background, a depression, familial human relation trouble etc. was reported. In the psychological test, depression and anxiety scores were high. In the blood test, immunological abnormalities were shown for some FMS patients. The antidepress-

sant Clomipramine was found to be the most effective pain relief medication for the FMS patients. Moreover, a possibility that administration of Clomipramine by intravenous drip infusion took effect to relieve pain regardless of the severity of depression was shown.

*Conclusions.* The main symptom of FMS is chronic pain, and FMS has a psychosocial background, involving depression and anxiety. Therefore, FMS is considered to be a rheumatic disease showing aspects of a psychosomatic disease. In regard to the medical treatment of FMS patients, treatment from a psychosomatic point of view in addition to holistic health care is considered important.

*Keywords:* Fibromyalgia syndrome; Psychosomatic internal medicine; Antidepressant; Chronic pain; Rheumatic disease

---

## はじめに

---

FMSは全身のびまん性疼痛、こわばり、疲労感等を主訴とし、他覚的所見として特異的な圧痛点を有する疾患である。FMSは1990年にアメリカリウマチ学会（American College of Rheumatology: 以下ACR）より分類基準が発表され、米国を中心に徐々に注目されるようになった。

FMSの病因、病態、治療法については未だ様々な議論がなされている。現時点においてFMSは外傷、手術などの外的要因や、ストレスに伴う心因性の要因が関与すると考えられ、全身の疼痛、睡眠障害、うつ状態などの臨床症状を主とする疾患であるとされている。治療は抗うつ薬や抗てんかん薬が推奨されているが、未だ治療法は確立していない。また患者の心理的援助が重要であると考えられている。FMS患者の治療指針について、厚生労働省研究班より線維筋痛症診療ガイドライン2009<sup>1)</sup>が、2010年5月に米国リウマチ学会より診断予備基準<sup>2)</sup>がそれぞれ発表された。

FMS診療においては、いくつかの課題が存在する。FMSは疼痛を主訴とするが、疼痛に対し一般に用いられる非ステロイド性消炎鎮痛薬（non-steroidal anti-inflammatory drugs: 以下NASIDs）は無効であることが多い。また抗うつ薬等を用いても目立った薬効を認めない症例も存在する。さらにFMSは疼痛の慢性化、日常生活動作の低下、社会活動の制限、合併する精神症状等の問題を抱えることも多い。

以上からFMSは、治療に難渋する例や、患者が

治療に満足できない例も少なくないと思われる。よってFMS診療にあたる上で、FMS症例を身体・心理・社会面から多角的に検討することが必要であると考えた。そこで我々は心療内科、リウマチ科の両者の立場から、当科を受診したFMS症例を心身医学的に検討した。

本研究の目的は、心療内科を受診したFMS患者の身体・心理的特徴を把握すること、およびFMS患者に投与した薬物の疼痛に対する効果について検討することである。なお本研究の結果を論文化することについては、患者の同意を得た。

---

## 対象と方法

---

対象は2001年2月から2009年8月の間に、FMSと診断した71例（平均年齢 $44.6 \pm 15.0$ 歳）である。その内訳は男性3例、女性68例で、平均年齢は男性 $32.3 \pm 4.9$ 歳、女性 $45.2 \pm 15.0$ 歳であった。

主訴、身体・心理・社会的背景について、初診時に約1時間かけて問診した。各患者から問診で得られた症状および身体・心理・社会的背景のすべてから、いずれも5例以上が訴えた症状、背景因子を抽出した。

また初診時に、血液検査（血算、生化学一般、血清免疫学的検査）と質問紙法による心理テストを施行した。心理テストは自己評価式抑うつ性尺度（Self-Rating Depression Scale: 以下SDS）、状態特性不安検査（State-Trait Anxiety Inventory: 以下STAI）、東邦大式Medical Index（Toho Medical Index: 以下

TMI), 自己成長エゴグラム (Self Grow-up Egogram: 以下 SGE), 精研式パーソナリティインベントリ (Personality Inventory: 以下 INV) を用いた。心理テストについて回答が得られた症例は 71 例中 61 例で有効回答率は 85.9%であった。

薬物治療について, 外来治療中に疼痛軽減を目的とした薬物治療を行った。投与薬物は抗うつ薬である Clomipramine (30~75 mg/日), Milnacipran (30~90 mg/日), Dosulepin (50~75 mg/日), Mianserin (10~30 mg/日), Fluvoxamine (50~100 mg/日), Amoxapine (50~75 mg/日), Amitriptyline (30~75 mg/日), 抗けいれん薬である Clonazepam (0.5~1.0 mg/日), 漢方薬である桂枝加朮附湯 (7.5 g/日), および Neurotropin (12 u~16 u/日) である。これらの薬物はいずれも線維筋痛症に対して適応外であるが, 投与に際しては次のように患者へ説明し同意を得た。抗うつ薬については疼痛に効果を示す医学的根拠が存在し, Clonazepam については benzodiazepine 系の薬物であり, 鎮静と筋弛緩作用を有する。また Neurotropin については腰痛症や帯状疱疹後神経痛に適応のあること, 桂枝加朮附湯については関節痛や神経痛に用いられること, 以上からこれらの薬剤が線維筋痛症の疼痛に対して効果が期待できることを説明した。上記薬物を同一診療日に併用投与した場合は研究対象から除外した。不安, 不眠, 頭痛を合併した症例に対しては, 上記薬物に抗不安薬, 睡眠薬, NSAIDs を併用した。各薬物の効果判定期間はいずれも投与後 1~2 ヶ月である。評価期間内で, 併用薬物 (抗不安薬, 睡眠薬, NSAIDs 等) の種類および用量, 用法は変更していない。71 例中, 服薬コンプライアンスに問題のあった例や未受診などで評価できなかった 9 例を除いた 62 例を評価対象とした。各薬物についてそれぞれ診察時の問診上, 投与前に比し投与後に自覚的な疼痛の軽減が得られた場合を有効とした。

また FMS 患者 71 例のうち 25 例に対して, 入院にて疼痛軽減を目的とした Clomipramine 点滴静注を施行した。対象症例は, 初診時において疼痛が強く日常生活が制限されている例, 外来治療にて疼痛の改善が得られない例である。Clomipramine 点滴

静注の施行に際しては, 患者へ次のように説明し同意を得た。Clomipramine が FMS の疼痛に効果を示す医学的根拠が存在し<sup>3)</sup>, 点滴静注は内服に比し薬物効果が短期間に表れ, また高い血中濃度を維持できる。よって外来での内服治療で効果が得られなかった場合も疼痛改善が期待できる。ただし嘔気や排尿障害等の副作用の出現率も高まることから入院治療とすること, 以上を説明した。Clomipramine 点滴静注の投与量と期間は, 副作用防止のために 12.5 mg/日を 3 日間, 続いて 25 mg/日を 4 日~10 日間であった。投与方法は 1 日 1 回夕食後, 1 回の投与時間は約 2 時間であった。25 例全例に不安や不眠の合併を認めたため, 抗不安薬または睡眠薬を併用したが, Clomipramine 点滴静注期間中は併用薬の種類および用量, 用法は変更していない。評価方法は, 投与前 (投与初日) と投与後 (最終投与日の翌日) における評点尺度表 (visual analog scale: 以下 VAS) と圧痛点数をそれぞれ t 検定にて比較した。25 例のうち VAS は 22 例が, 圧痛点数は全例が評価できた。VAS は疼痛を感じない状態を 0 点, 患者自身が経験した中で最も強い疼痛を 10 点として評価した。圧痛点数は, ACR の FMS 分類基準における全身 18 ヶ所の圧痛点数のうち, 圧痛を認めた数である。

さらに, Clomipramine 点滴静注の疼痛への効果がうつ状態の程度によって差があるかについて, 2 要因の分散分析を行い検討した。Clomipramine 点滴静注の疼痛への効果は, 同薬物の投与前と投与後の VAS および圧痛点数の数で評価した。うつ状態の程度は SDS の得点で評価し, 50 点以上の群と 49 点以下の群の 2 群に分けた。以上の統計処理は統計解析ソフト Statistical Package for Social Science (SPSS)12.0 を用いた。

## 成 績

当科の FMS 症例の主訴は, 全身の疼痛が 64 例で 71 例全体の 90.1%にあたり最多である。その他の身体症状は, 手足のしびれが 17 例で全体の 23.9%, 脱力・倦怠感が 17 例で 23.9%, こわばり感が 11 例

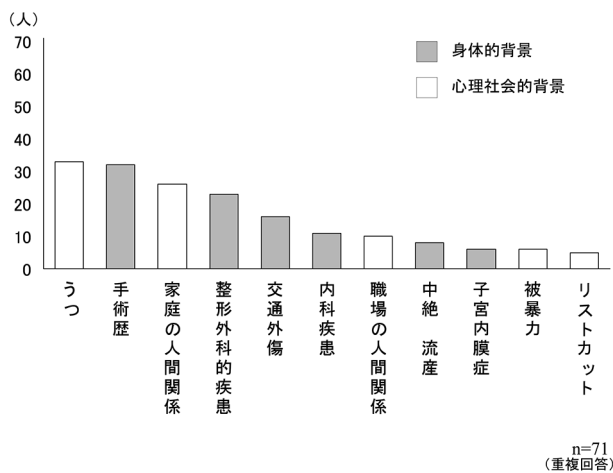


図1 FM患者の身体・心理・社会的背景

で15.5%，頭痛が10例で14.1%，めまいが6例で8.5%，眼または口の乾燥症状が6例で8.5%であった。精神症状は不眠が10例で全体の14.1%，イライラ感が5例で7.0%，抑うつが5例で7.0%であった。

身体心理社会的背景の成績を図1に示した。身体的背景は手術の既往が32例で71例全体の45.1%，整形外科的疾患が23例で32.4%，交通外傷が16例で22.5%，内科疾患が11例で15.5%，中絶・流産が8例で11.3%，子宮内膜症が6例で8.5%であった。心理社会的背景はうつ病・うつ状態が33例で全体の46.5%，家庭の人間関係に対する悩みが26例で36.6%，職場の人間関係に対する悩みが10例で14.1%，家族などから暴力を受けた経験が6例で8.5%，リストカットの経験ありが5例で7.0%であった。

血清学的検査において，C3の低下が25例で71例全体の35.2%に，抗核抗体の出現が15例で21.1%に認められた。基準値はC3 < 90 mg/dlをC3の低下，抗核抗体  $\geq 80$  倍を抗核抗体陽性とした。

心理テストについて，SDSの平均点は $50.7 \pm 9.9$ 点と高得点を示した。STAIの平均点は状態不安 $51.3 \pm 11.6$ 点，特性不安 $53.5 \pm 13.3$ 点であり，いずれもIV段階以上の高い不安を示した。

TMIにおいて，自律神経症状の平均点は $20.2 \pm 7.4$ 点，精神症状の平均点は $15.8 \pm 11.0$ 点であった。61

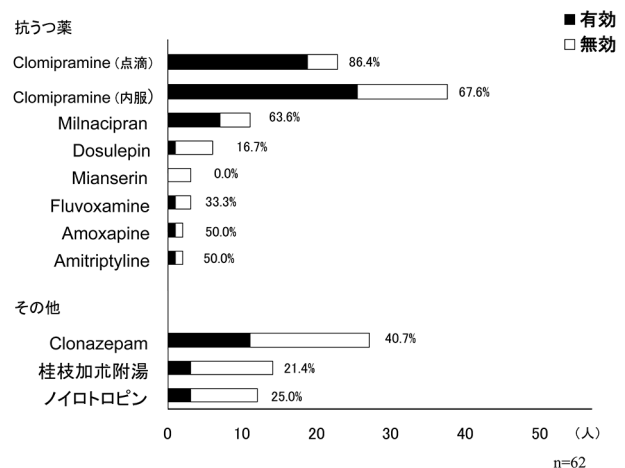


図2 薬物治療の有効率

例中39例が自律神経症状，精神症状ともに高値を示すVp領域であり，「自律神経失調症，心身症型」に分類された。注意すべき精神的愁訴について，「易怒性」を16例で61例全体の26.2%，「自殺傾向」を12例で19.7%，「希望がない」を10例で16.4%，「憂うつ」を8例で13.1%，「強迫観念」を8例で13.1%に認めた。

SGEでは，5つの自我状態についてパーセンタイル値の平均は，批判的な親の自我状態 (critical parent: 以下CP) :  $61.4 \pm 28.4\%$ ，養護的な親の自我状態 (nurturing parent: 以下NP) :  $62.0 \pm 27.0\%$ ，大人の自我状態 (adult: 以下A) :  $59.1 \pm 30.1\%$ ，自由奔放な子どもの自我状態 (free child: 以下FC) :  $27.8 \pm 27.9\%$ ，順応した子どもの自我状態 (adapted child: 以下AC) :  $55.3 \pm 32.8\%$ であり，FCの自我状態が最も低い傾向にあった。

INVにおける5つの性格類型は，FMS症例の平均点は循環性気質 :  $14.0 \pm 4.8$ 点，粘着性気質 :  $13.5 \pm 6.0$ 点，分裂性気質 :  $10.8 \pm 4.5$ 点，ヒステリー :  $11.1 \pm 4.5$ 点，神経質 :  $14.3 \pm 6.7$ 点であった。いずれも20パーセンタイルを超えず分類不能と判定されたが，最も20パーセンタイルの判別ポイントに近い類型は神経質であった。

FMSの疼痛に対する薬物治療について，各薬物の投与例数と有効例数を図2に示した。当科ではClomipramine内服の投与頻度が最も高く，37例に



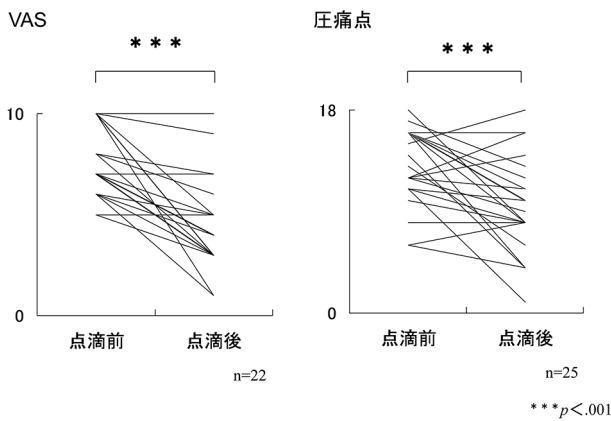


図3 Clomipramine 点滴治療の効果

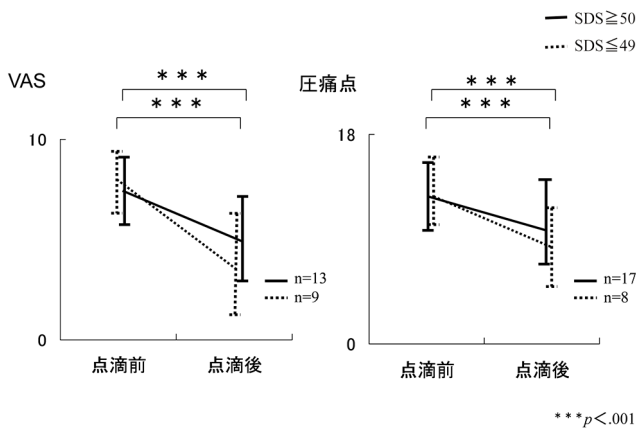


図4 うつ状態の程度による Clomipramine 点滴治療効果の比較

投与され 25 例に有効，有効率は 67.6%であった。次いで Milnacipran が 11 例に使用され 7 例に有効，有効率は 63.6%であった。以下各薬物の投与例数と有効例数および有効率は，Mianserin 0/3 (0%)，Fluvoxamine 1/3 (33.3%)，Amoxapine 1/2 (50%)，Amitriptyline 1/2 (50%)，Clonazepam 11/27 (40.7%)，桂枝加朮附湯 3/14 (21.4%)，Neurotropin 3/12 (25.0%)であった。

次に Clomipramine 点滴静注の成績を述べる (図 3)。Clomipramine 点滴静注を施行した結果，VAS は 22 例中 19 例が低下し，圧痛点の数は 25 例中 18 例が低下した。t 検定の結果は，VAS について投与前平均  $7.6 \pm 1.7$  と投与後平均  $4.4 \pm 2.3$  との間に有意差を認め ( $p < .001$ )，また圧痛点の数についても投

与前平均  $13.1 \pm 3.4$  と投与後平均  $9.5 \pm 4.0$  との間に有意差を認めた ( $p < .001$ )。

さらに，Clomipramine 点滴静注の疼痛への効果があつ状態の程度によって差があるかについて，2 要因の分散分析を行い結果を図 4 に示した。VAS について，Clomipramine 点滴静注前・後において有意差がある ( $p < .001$ ) が，2 つの SDS 得点群の間に有意差はなかった ( $p = .601$ )。また Clomipramine 点滴静注前・後と SDS 得点群の間に交互作用は存在しなかった ( $p = .097$ )。圧痛点の数について，Clomipramine 点滴静注前・後において有意差がある ( $p < .001$ ) が，2 つの SDS 得点群の間に有意差はなかった ( $p = .336$ )。また Clomipramine 点滴静注前・後と SDS 得点群の間に交互作用は存在しなかった ( $p = .157$ )。

## 考 察

FMS の臨床症状の出現頻度について，西海は日本人の FMS 患者 50 例について次のように報告している<sup>4)</sup>。広範な疼痛 97.9%，疲労感 98.0%，朝のこわばり 74.0%，乾燥症状 71.4%，知覚異常感 66.0%，不安感 66.0%，睡眠障害 62.5%，頭痛 61.4%，過敏性腸症候群 50.0%，抑うつ 43.6%であった。これらは頻度の差はあるものの本研究においても類似した症状を認めた。このように FMS は疼痛以外に多彩な症状を呈する疾患である。これらの症状は，FMS が不安やうつ状態等の精神症状を合併し，また自律神経系の機能異常をきたしているために出現したと考えられる。

FMS の性差は，松本が本邦症例では男：女 = 1：4.8 と報告しているが<sup>5)</sup>，本研究においても男：女 = 1：22.7 と女性が全症例の 95.8%を占め著しく女性が多かった。FMS の性差が女性優位である理由として，天野は FMS に女性優位の家族内発生，家族集積性が存在すること，内部臓器で生じるものも含む侵害受容性刺激に対して，男性より女性の方が敏感であること等を報告している<sup>6)</sup>。

FMS の免疫学的所見として，浦野は FMS は変性

疾患症例群（変形性関節症，変形性脊椎症など）に比し，有意に C3, C4 が低い症例が多いと報告している<sup>7)</sup>。本研究においても C3 の低下を症例の 35.2% に認め，抗核抗体の出現を 21.1% に認めた。FMS 患者の一部に血清免疫学的異常所見を認めることから，FMS は膠原病の合併のない例でも，病態に何らかの免疫学的機序が関与している可能性が考えられた。

一方 FMS 発症の背景に身体的外傷や心理社会的ストレス要因も多く認められた。村上は，FMS の発症の契機に身体的，社会的，精神的ストレス要因を認めることを報告している<sup>8)</sup>。心理的葛藤や混乱，うつ状態，トラウマなどの精神的苦悩は FMS の誘因のみならず，持続・増悪因子として関与していると考えられる。

心理テストの結果より，FMS はうつ状態，不安の合併が多いことが示された。Magni らの報告<sup>9)</sup>にもあるように，うつ状態は疼痛を増強し，慢性の疼痛はうつ状態を惹起すると考えられる。FMS の治療において，併存するうつ状態や不安について評価し，適切に治療することはきわめて重要である。

FMS 患者の主訴には疼痛のほか，多彩な身体および精神症状を認めた。また TMI においても FMS 患者は自律神経症状や精神症状を合併しやすい傾向を認めた。これは FMS 患者が，身体，社会，精神的ストレス要因，またうつ状態や不安を背景として神経内分泌系や自律神経の機能異常を呈した結果，身体愁訴や自律神経症状を随伴しているためと推察した。また TMI において，「易怒性」，「自殺傾向」，「希望がない」，「憂うつ」等を患者の 1～2 割に認めたが，実際の診療においても疼痛以外にこれら心理的問題や精神症状についての相談を受けることも多い。当科は疼痛治療とともに，精神症状に対する治療や心理的援助も重要な治療であると考えている。

SGE では FC の自我状態が最も低い傾向にあり，FMS 患者は自由に自分の気持ちを表現することを抑圧し，心理的葛藤や苦悩を抱えやすい傾向があると考えられた。またこのような心理状態が，うつ状態や不安などの精神症状に影響していると考えられた。

INV では FMS の基本的性格として，神経質に類似していた。神経質の特徴として心気性，取り越し苦労，自責性，劣等感，不安定感等が挙げられるが<sup>10)</sup>，FMS 患者はこれらの性格傾向から心理的葛藤を生じ易くしている可能性が推察された。しかしこれらの変化は，元来の性格傾向であるかまたは FMS 罹患後の二次性の性格変化であるかは不明である。

以上より FMS は，その発症，経過に心理社会的因子が関与し，うつ状態や不安の合併が多い心身症の側面を有するリウマチ性疾患であると考えられた。

次に FMS 患者に投与した薬物の，疼痛に対する効果について考察したい。本研究での Mianserin, Fluvoxamine, Amoxapine, および Amitriptyline については投与例数が少なく，有効性の検討にはさらなる投与例数の追加が必要と考える。FMS の疼痛において Clomipramine 点滴静注が 86.4%，Clomipramine 内服が 67.6% の症例で有効であった。Clomipramine 点滴静注においては VAS, 圧痛点数とも統計学的に有意な低下を示し，FMS 患者の疼痛治療に Clomipramine が有効である可能性が示唆された。

しかし FMS はうつ状態を合併しやすい疾患であり，本研究でもうつ状態の合併が多いことが示された。よって抗うつ薬である Clomipramine がうつ状態に効果を示したのか，疼痛に直接効果を示したのかという疑問が生じる。そこで Clomipramine 点滴静注の疼痛への効果を，うつ状態の程度により検討した。結果から Clomipramine 点滴静注が，うつ状態の程度に関わりなく疼痛軽減に対し効果を示した可能性が示唆された。Fishbain は，抗うつ薬が抗うつ作用とは独立して疼痛に作用すると報告している<sup>11)</sup>。抗うつ薬が疼痛に対して有効性を示す機序として，抗うつ薬に下行性疼痛抑制系に対する賦活効果があるとされている。また，三環系抗うつ薬 (tricyclic antidepressants: 以下 TCA) の Na<sup>+</sup>チャネル遮断作用が鎮痛効果をもたらすとの機序が考えられている<sup>12)</sup>。

FMS に対し無作為化比較試験にて有効性の

示された薬物には、TCAとして Amitriptyline, Cyclobenzaprine, 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitors: 以下 SSRI) として Fluoxetine, Duloxetine, セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors: 以下 SNRI) の Milnacipran, 非麻薬性鎮痛薬の Tramadol が挙げられる<sup>13)</sup>。我々も FMS の薬物治療に Amitriptyline, Clomipramine 等の TCA, SSRI および SNRI 等を用いているが、本研究において Clomipramine の点滴静注が FMS の疼痛改善に有効であることが示された。当科は現時点でこの治療法を、疼痛軽減を目的とした薬物治療の第一選択としている。また Milnacipran についても本研究で 63.6% の有効率を示し、FMS の疼痛に対して有効な薬物と考えられた。米国での Milnacipran の FMS に対する有効性を示す報告において、Milnacipran の投与量は 100 ~ 200 mg である<sup>14)</sup>。今回の研究では FMS に対する Milnacipran の投与量は少なく、今回の研究より投与量を増やし検討する必要があると考える。

近年 FMS 患者に対して抗てんかん薬である Gabapentin の有効性が示され<sup>15)</sup> 我が国でも使用されるようになるなど、FMS に対する薬物治療については研究が進められている。FMS 診療における薬物治療については今後も検討課題であると考え

る。当科では、患者が自ら FMS を疑って受診した症例や、他院から FMS を疑われて受診した症例に、FMS と関節リウマチの合併であった症例や、FMS ではなくリウマチ性多発性筋痛症と診断した症例をそれぞれ数例経験している。よって FMS の診断において、他のリウマチ性疾患や筋骨格系疾患を鑑別することが必要であると思われる。

FMS は心身症の側面を有するリウマチ性疾患であると考えられ、FMS 患者の診療においては bio-psycho-socio の心身医学的視点が重要であると考え

る。よって FMS の治療に、心身医学療法は重要な位置を占めると考える。当科においても 2007 年から FMS 患者の治療に自律訓練法を試み始めている。

FMS の疼痛について菅原は、患者は主治医がと

らえるより強い痛みを自覚している傾向があると報告している<sup>16)</sup>。実際の診療においても、患者から「自分の疼痛について治療者によく理解してもらっていない。」との声を耳にすることがある。FMS はその症状の深刻さにおいて患者と治療者との間に乖離が生じやすい疾患であると考えられる。また FMS 患者は、慢性の疼痛に対し確定診断が得られていない、疼痛の原因、治療法について詳しい説明が得られていない等の理由で、自分の症状に対する不安の強い症例が多い印象を受けている。Sarzi-Puttini らは FMS 患者に対する治療方針として、薬物治療や非薬物治療を導入する前に、まず患者教育を行うことを提言している<sup>17)</sup>。当科においても、本稿で述べたような FMS の病態や治療方針について、患者へ十分説明するよう努めている。

FMS は疼痛以外に、日常生活動作の低下、社会活動(仕事、学校等)の低下など患者の生活に関わる課題を包括した疾患である。今回の研究では治療効果の指標を疼痛の軽減としたが、今後は日常生活動作や職場復帰等の社会活動の改善の点からも検討していきたいと考える。

## 結 論

FMS は心理社会的背景が関与しうつ状態や不安の合併が多く、心身症の側面をもつリウマチ性疾患の一つと考えられる。FMS の疼痛治療に対し、Clomipramine 点滴静注が最も有効であり、第一選択になりうる薬物と考えられる。また FMS 患者の治療においては、薬物治療のみならず bio-psycho-socio の心身医学的視点からの全人的医療が望まれる。

## 文 献

- 1) 厚生労働省研究班：線維筋痛症診療ガイドライン 2009. 東京都, 2010, 財団法人日本リウマチ財団.
- 2) Frederick W, Daniel JC, Mary-Ann F, et al.: The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care & Research* 62 (5): 600-610, 2010.

- 3) Bibolotti E, Borghi C, Pasculli E, et al.: The management of fibrositis a double-blind comparison of maprotiline, chlorimipramine and placebo. *Clin Trials J* 23 (5): 269-280, 1986.
- 4) Nishikai M: Fibromyalgia in Japanese. *J Rheumatol* 19: 110-114, 1992.
- 5) 松本美富士:線維筋痛症ハンドブック. 東京都, 2007, 日本医事新報社, pp56-69.
- 6) 天野恵子:線維筋痛症ハンドブック. 東京都, 2007, 日本医事新報社, pp178-189.
- 7) 浦野房三:一次性線維筋痛症候群の補体値の異常. *リウマチ* 38: 304, 1998.
- 8) 村上正人:線維筋痛症ハンドブック. 東京都, 2007, 日本医事新報社, pp98-108.
- 9) Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, et al.: Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain* 56: 289-297, 1994.
- 10) 松野俊夫:プライマリケア・メンタルヘルス活動のための10の心理テスト. 大阪市, 2007, 有限会社フジメディカル出版, pp65-73.
- 11) Fishbain D: Evidence-based data on pain relief with antidepressants. *Ann Med* 32 (5): 305-315, 2000.
- 12) Strumper D, Durieux ME: Antidepressants as long-acting local anesthetics. *Reg Anesth Pain Med* 29 (3): 277-285, 2004.
- 13) Abeles M, Solitar BM, Pillinger MH, et al.: Update on fibromyalgia therapy. *Am J Med* 121 (7): 555-561, 2008.
- 14) Clauw DJ, Mease P, Palmer RH, et al.: Milnacipran for the treatment of fibromyalgia in adults: a 15-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, multiple-dose clinical trial. *Clin Ther* 30 (11): 1988-2004, 2008.
- 15) Arnold LM, Goldenberg DL, Stanford SB, et al.: Gabapentin in the treatment of fibromyalgia: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Arthritis Rheum* 56 (4): 1336-1344, 2007.
- 16) 芦原陸: ストレスとリウマチ・膠原病. *日本心療内科学会誌* 12: 102-106, 2008.
- 17) Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, et al.: Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: Where are we now? *Arthritis Rheum* 37 (6): 353-365, 2008.

---

連絡先: 山下 真  
 (労働者健康福祉機構中部労災病院心療内科)  
 〒 455-0830 名古屋市港区港明 1-10-6  
 TEL: 052-652-5749 / FAX: 052-652-5543

---