

否定から肯定へ

東京医科大学八王子医療センター リウマチ性疾患治療センター教授

日本線維筋痛症学会理事 線維筋痛症友の会顧問

日本線維筋痛症学会第7回学術集会(2015)会長

岡 寛

① 否定される理由

慢性疼痛、線維筋痛症（FM）の患者さんたちは、長年否定されてきました。いや、現在も否定され続けています。

「痛み」や「疲労」は、目に見えない、血液検査に出ない、画像診断に出ないため、訴えそのものが否定されてしまいます。さらに「痛み」「疲労」を訴え続けると、いよいよ「精神的な問題なので、精神科を紹介しますよ」というお決まりのコースになるのです。ここで、いくら「私は鬱（うつ）病ではありません、精神疾患はありません」と言っても聞いていただけません。

それでは、何故医師たちは、この疾患を否定するのでしょうか。それは、FMという疾患が比較的新しい疾患概念だからです。線維筋痛症学会の発足が2009年、第1選択薬のプレガバリン（リリカ®）が保険収載されたのはなんと2012年です。すなわち、2012年までは、FMという疾患そのものがほとんど認められていなかったのです。

② 小児の問題点

この疾患は、他にも大きな社会的問題があります。それは、小児の患者さんが約5%いることです。10歳以降の早期思春期の子どもさんが、「朝、体が痛い」

「体がだるくて起きられない」「体はこわばって動けない」と訴えると、「また、学校に行きたくないので、そんな事言っているのね」と完全否定されてしまいます。親の不理解が、沢山の「不登校児」を作っているのです。「痛みは我慢するもの」「我慢は美德」という日本古来の考え方も関与しています。これはとても残念なことです。何故ならば、小児のFMや小児の慢性疲労症候群(CFS)は、早期の治療介入で完治することが多いからです。小児は国の宝ですから、今後国策として現状を把握して、その後に治療介入していただきたいのです。

③ 労働損失

別の問題として、莫大な「労働損失」があります。FMは、厚生労働省の研究班の調査において、本邦に200万人の患者さんがいることが判っています。これらの患者さんの直接医療費のみでも年間27万円かかっています。これに200万人をかけると5400億円の医療費になります。しかしながら、FM患者さんの実に92%が労働損失、労働支障をきたしていますので、「労働損失」としては兆単位の「損失」になります。経済的な問題以外にも、この疾患が労働困難、不就業によって生活の質の低下や生き甲斐も失っていきます。今後是非とも「慢性疼痛」「FM」の早期の治療介入を進めていただかなければなりません。

④ 治療者としての困難

さて、現在まで否定されてきたのは、患者さんだけでしょうか。実は私たち治療者も厳しく否定されてきました。私が精神科の先生の集まりでFMの話をする、「FMは鬱病の亜型である。先生は鬱病が判らないからそんな病気を作っているのだ」と言われ、内科の先生の集まりでFMの話をする、「FMは精神疾患だから内科の医師が観るべきではない」と言われ、整形外科の先生の集まりでFMの話をする、「僕のところには、FMは1例もない。200万人なんて嘘だ」と言われます。完全アウェーの状況です。

しかし、このアウェーの状況を変えられる証拠が出てきています。それが脳画像の進歩です。脳内の神経損傷後に活性化するミクログリアという細胞をPET（陽電子放出断層撮影法）という画像で可視化することも可能になってきています。近い将来、「痛み」「疲労」「認知障害」の脳内の責任病巣が明らかになるでしょう。それができれば、疾患の否定ということはもうなくなります。

⑤ 治療の問題点

治療においても否定の連続です。本邦で開発されたノイロトロピンというお薬は副作用がなく、効果も有る程度あるのですが、最初から「そんな薬は効かない。エビデンスがあるのか」と言われます。代替治療にはもっと厳しい意見が聞かれます。「漢方は、保険で認めるべきではない」「鍼灸が効くわけないだろう」です。漢方は、西洋薬と相補的に作用するので、西洋薬を減量する時に

役立ちます。さらに妊婦さんには、漢方しか処方できません。鍼灸を併用していると明らかに効いています。これらは、完治されるものではないですが、有効な手段です。私が施行しているトリガーポイント注射についても、「麻酔を1時間だけかけて意味があるのか？」と言われます。トリガーポイント注射は、単なる麻酔ではありません。脳に痛くないという指令を繰り返し送ることで、「中枢感作」が是正されていきます。実際、最初は数日のみの手技効果が次第に延長していきます。麻酔の効果のみではこのようなことは起こりません。大抵このような発言をする先生は、ご自身で注射ができない人です。現時点で「できることは全てやってみる」というのが、よいのではないのでしょうか。

⑥ 成功と不成功を分けるもの

ただし、これらの治療において「成功」「不成功」を分けているものは何でしょうか。実は患者さん自身なのです。治療は、長い道のを走る車と考えて下さい。車は、まずイグニッションキーを回さなければなりません。その役割はお薬でしょう。しかし、どの方向に行くかが判らなければなりません。標識の役割は治療者です。しかし、一番大事なのは、アクセルペダルを踏む、本人です。アクセルペダルを踏まなければ前に進まないのです。医療用語では、セルフマネジメントと呼んでいます。「少しずつでも必ず良くなるよ」「このお薬は効くよ」「こんなことをやったらよかったよ」といった患者さん自身がしっかりと疾患と向き合うことで良くなっていくのだと思います。我々治療者は、もっとセルフマネジメントの手助けをすることに時間を費やすべきです。投薬だけでは、この疾患は良くならないのです。

痛みがあると普段とは違った性格が前面にでてきたり、気分が変調したりすることもあります。周囲の方々が暖かい目でサポートすることが必要です。

今後、良くなったという成功体験を皆が共有し、多くの患者さんが「痛み」から解放されることを切に願っております。

図 セルフマネージメントの意義

