

腰痛・背痛

Low Back Pain, Back Pain

[要 旨] 腰痛・背痛患者では、まず腹腔や胸腔内臓器の疾患を除外する必要がある。このような疾患が除外され筋骨格系の疾患が原因と考えられるとき、緊急の対処が必要な疾患を除外する。このような疾患として、脊椎への癌転移、感染性脊椎炎、骨折、馬尾症候群などが上げられる。緊急の対処が必要な筋骨格系疾患を示唆する症状・徴候が“警戒徴候”として知られている。即ち、50 歳以上、発熱、体重減少、癌の既往歴、安静でも軽快しない腰痛、夜間の腰痛、1 ヶ月以上続く痛み、である。このような所見がなければ、最初は検査をせず保存的治療で経過を観察できる。このような所見があったり痛みが軽快しない場合には、一般的な血液検査が有用であるが、さらに確定診断のためには MRI が有用である。

[キーワード] 腰痛，背痛，警戒徴候，癌転移，MRI

=====

腰痛・背痛

急性腰痛を来す疾患として腹腔内臓器に由来するものと、筋骨格系に由来するものがある。筋骨格系の疾患は、速やかな対処が必要な疾患群とそうでない疾患群に分類できる。速やかな対処が必要となる疾患は限られており、癌転移や感染性脊椎炎、巨大正中ヘルニアによる馬尾症候群などである。このような疾患を示唆する症状・徴候が“red flag”(警戒徴候)として知られており、病歴や診察が有用である。そしてこのような症候がない急性腰痛では、90%が4週間以内に保存的治療で軽快するので、診断のための検査を控えることも勧められている¹⁾。米国整形外科学会のガイドラインでも、症状・徴候に基づいて危険な疾患を除外するアプローチが提唱されている²⁾。

背痛とは、ここでは頸部よりは下で腰部より上の部分の痛みとする。腰痛とは異なり、背痛を訴えて受診した患者での原因疾患の分布や、疾患との関連を示唆する症状・徴候などについての定量的検討はされていない。背痛の原因として最初に除外すべきは、胸腔内臓器(心臓・大血管、呼吸器)の疾患や腹腔内臓器(消化器)の疾患である。このような疾患が除外されれば、脊椎・肋骨、傍

脊柱筋などの筋骨格系の疾患を考慮する。

医療面接のポイント

痛みの一般的な特徴として、発症の様子、性質、程度、誘因・悪化要因、随伴症状、全身症状、既往歴、職業歴などを聞いておく。そして腰痛では、まず腹腔内臓器の疾患に注意しながら病歴を聴取する。例えば、臍、腎疾患、大動脈、婦人科疾患などの可能性を検討する。子宮内膜症、骨盤腹膜炎などで子宮仙骨靱帯に病変が及ぶと仙骨部の痛みを呈することがある。腹腔内臓器由来の腰痛では、安静でも痛み、姿勢や体の動きによる増悪がない。

このような疾患が除外されれば筋骨格系が原因の腰痛と考えられる。この場合に速やかな対処が必要となる疾患として、癌転移や感染性脊椎炎あるいは骨折がある。このような疾患を示唆する警戒徴候は、50 歳以上、発熱、体重減少、癌の既往歴、安静でも軽快しない腰痛、夜間の腰痛、1 ヶ月以上続く痛みである³⁾。また骨折は外傷後の突然の発症があれば疑われるが、明らかな外傷の病歴があるのは30%とされる。

痛みが臀部から大腿・下腿の背側や外側など神経分布に沿う場合、坐骨神経痛の可能性がある。

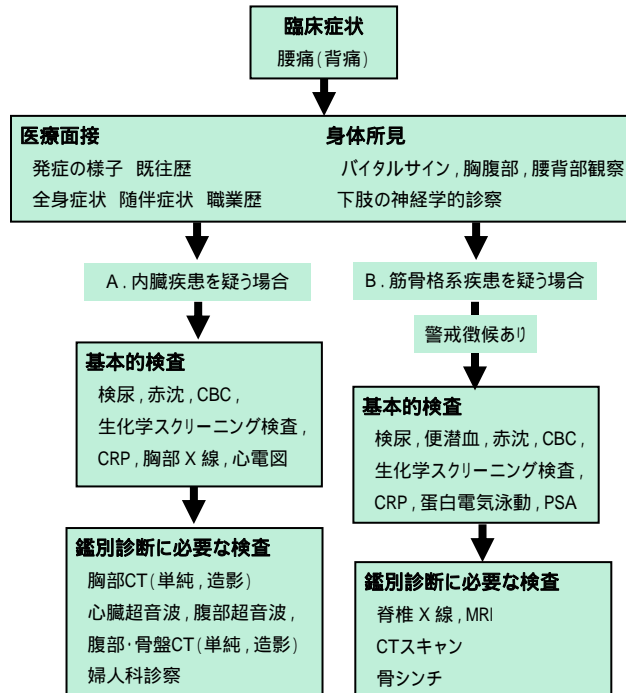


図1 腰痛・背痛の検査のフローチャート

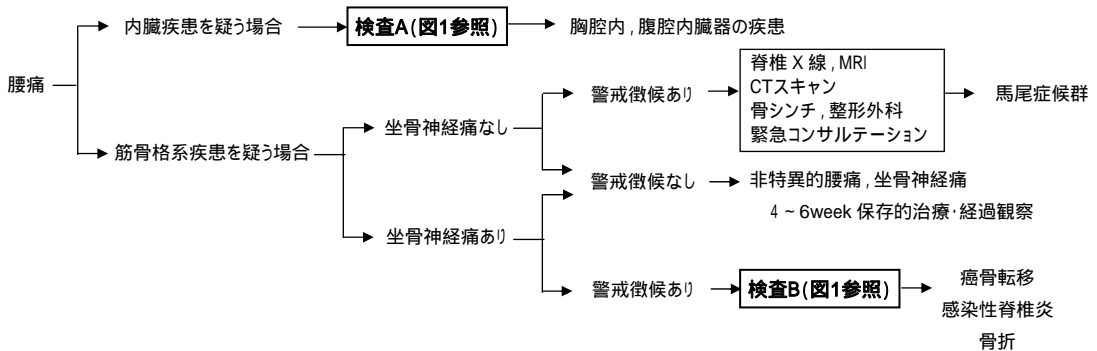


図2 腰痛・背痛における鑑別診断の進め方

このような時の警戒徴候は、膀胱直腸障害、サドル型感覚脱失、両側下肢の筋力低下である。このような症状があれば巨大正中ヘルニアなどによる馬尾症候群を疑い、緊急の対処が必要となる。後遺症を防ぐために緊急の手術が必要となりうる。

背痛でも、まず胸腔内臓器の疾患を除外する。心・大血管、肺、胸膜などの疾患に注意する。また、腹腔内臓器の疾患の放散痛として背痛をきた

すことがあり、胆嚢疾患で右上背部に放散痛をきたすことがある。筋骨格に由来する背痛では、腰痛で知られる警戒徴候はここでも有用に思える。

身体診察のポイント

内臓疾患を除外するための診察が必要である。このためバイタルサインをはじめとして、腰痛であつても腹部の診察が必要となる。背痛では胸部

表1 脊椎疾患と関連のある病歴・診察所見の検査特性(文献¹⁾より抜粋)

疾 患	病歴・診察	感 度	特異度
癌転移	50 歳以上	0.77	0.71
	癌の既往	0.31	0.98
	体重減少	0.15	0.94
	1ヵ月の治療に無反応	0.31	0.90
	床上安静でも改善しない	> 0.90	0.46
	1ヵ月以上の痛みの持続	0.50	0.81
	50 歳以上, 癌の既往, 体重減少, 保存的治療に反応しない, のいずれか一つがある	1.00	0.60
感染性脊椎炎	脊椎の圧痛	0.86	0.60
椎間板ヘルニア	坐骨神経痛	0.95	0.88
	下肢伸展挙上試験	0.80	0.40

診察はもちろん, 関連痛の可能性があり腹部の診察も必要である。腰部, 背部の診察として, 脊柱肋骨角の叩打痛, 脊柱棘突起の叩打痛, 脊柱周辺の筋群の圧痛を確認する。筋骨格系由来の痛みでは脊柱の前屈や側屈の制限があるので, 可動域を確認する。

また, 下肢の神経学的診察を行う。腰痛の場合では, 特に触覚, 痛覚, アキレス腱反射(S1), 足関節背屈の筋力(L5)や第1足趾背屈の筋力(S1)を確認する。下肢伸展挙上試験は, 患者の自覚症状と同様の痛みが下肢の60度以下の挙上で再現された場合に陽性とされる。この試験は腰部椎間板ヘルニアでの感度が高い。

背痛で下肢の症状がある場合には, 脊髓横断症状の可能性がないか注意する。

病歴・身体診察の所見と疾患との関連は定量的に検討されており, 表1に概要を記した。

診断の進め方

A. 基本的検査

腰痛, 背痛とも, 内臓疾患が疑われればそれに応じた検査を行う。骨折の可能性があれば単純X線を撮影する。警戒徴候がない場合は特に検査をせず, 4~6週の経過観察も可能である。警戒徴候がある場合や保存的治療に反応しない場合は, 赤沈, CRP, 末梢血, 生化学スクリーニング検査など一般的な検査は有用である。また多発性骨髄腫や前立腺癌が疑われる時は, 免疫電気泳動,

PSAなどをそれぞれ考慮する。

B. 確定診断の進め方

脊椎のCT, MRIが撮影される。MRIは癌転移, 感染性脊椎炎では, 感度・特異度とも良好である。ただしMRIでは腰痛のない患者の約50%でも椎間板の変化が認められるため⁴⁾, MRIによる椎間板ヘルニアの診断は臨床的な徴候と合わせて行なわれるべきである。テクネシウムによる骨シンチも癌転移や感染性脊椎炎に対して感度が高い。末梢神経系の機能の確認には筋電図検査も有用である⁵⁾。

腰痛, 背痛患者での診断の流れを図1,2に示した。

入院か外来かの判断

症状の強さ, 重要疾患の可能性, 緊急に施行すべき検査の必要性などに応じて入院を考慮する。

専門医にコンサルテーションするポイント

原因疾患の可能性に応じてコンサルトが有用である。例えば, 胸腔内・腹腔内臓器の疾患が疑われるのであれば, 必要に応じて呼吸循環器科, 消化器科, 泌尿器科, 婦人科などへコンサルトする。筋骨格系の疾患が疑われる場合で, 痛みの強い時, 進行性の症候のある場合, 警戒徴候のある場合は整形外科医, 神経内科医などへのコンサルトが有用であり, 症状の程度により緊急を要する場合もある。

経過観察に必要な検査

原因疾患により異なる。

参考文献

- 1) Jarvik JG, Deyo RA : Diagnostic evaluation of low back pain with emphasis on imaging. Ann Intern Med 137 : 586 ~ 597, 2002
- 2) American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) : AAOS clinical guideline on low back pain/sciatica(acute) (phases I and II). Rosemont (IL): American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS), 2002.
- 3) Deyo RA, Diehl AK : Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. J Gen Intern Med 3 : 230 ~ 238, 1988
- 4) Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, Modic MT, Malkasian D, Ross JS : Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. N Engl J Med 33 : 69 ~ 73, 1994
- 5) Engstrom JW : Back and neck pain. Harrison's principles of internal medicine, McGraw-Hill, 2005. p94 ~ 104.