

腰椎椎間板ヘルニアの西洋医学的解説

早川敏弘

【腰痛革命—心身症としての腰痛】

まず、現代の西洋医学では、「腰痛概念の革命」の真っ只中にあります。当然、腰椎椎間板ヘルニアもこの「腰痛革命」の影響を受けています。皆様のお手元にある資料は、2005 年 7 月 14 日号の『週刊文春』です。「腰痛はまずストレス封じから」というタイトルで、一般の人向けに「腰痛革命」を紹介していて秀逸な記事だと思います。よくまとまっています。



そこにも「心因性腰痛」が紹介されていますが、「腰痛概念の革命」の 1 つとして、「腰痛の心理社会的要素」が挙げられます。この方面に関しては、作家の夏樹静子さんが『腰痛放浪記—椅子が怖い—』（新潮文庫 420 円）という本を書かれています。これは火曜サスペンスなどで有名な作家の夏樹静子さんが腰痛になり、2 年間、日本中の大学病院の整形外科やカイロプラクティック、鍼灸などの治療を受けたが治らず、最終的に東北大学心療内科でカウンセ

リングを受けて腰痛が治ったという体験記です。

この方面では、さらに長谷川淳史さんが『腰痛は怒りである』（春秋社）という著書を書かれています。これはニューヨークの医師ジョン・サーノ博士の「腰痛は心身症である」とする TMS 理論の紹介本として優れています。腰痛を心身症とみなし、カウンセリングで治そうという流れが日本でも起こっています。現在では、西洋医学でも整形外科と心療内科がチームを組んで腰痛治療を行うということが実際に行われつつあります。菊池臣一先生が書かれた『急性腰痛の最新治療』（医薬ジャーナル社）という文献には、腰痛の検査法に心理的評価として MMPI や CMI といった心理検査法が SLR テストや MRI と並んで紹介されています。そして、治療法としてはマニピュレーション(カイロプラクティック)や鍼が紹介されています。この本を読むと、現代西洋医学の腰痛治療は、昔の概念と、かなり違うということを実感していただけるのではないのでしょうか？

【1994 年の腰痛革命—E BM の衝撃】

現在では、整形外科と心療内科がチームを組んで腰痛治療を行うということが実際に行われつつあります。このような腰痛概念の変化のもとになったのは、E BM(科学的根拠に

基づいた医療)の思想に基づくガイドラインの作成でした。特に 1994 年にアメリカ政府が発表した『**成人の急性腰痛治療ガイドライン**』が衝撃的でした。このガイドラインでは、腰痛に対して、安静は有害無益、牽引などの治療法には科学的根拠なし、効果のある治療としてカイロプラクティックなどのマニピュレーションを推奨していました。

同じ 1994 年に日本で、福島県立医科大学教授の菊池臣一先生の『腰痛をめぐる常識の嘘』(金原出版)が出版されています。この菊池臣一先生は、カナダの世界一の腰痛の権威であるイアン・マックナブ教授に学ばれました。後に日本整形外科学会の会長を務められた世界的な腰痛研究者です。菊池先生の『続・腰痛をめぐる常識の嘘』や主著である『腰痛』を読んでいただくと、この「腰痛革命」の概要がみえてくると思います。お勧めの本としては、イギリスの腰痛ガイドラインをベースにした『**図解・腰痛学級第 4 版**』(医学書院 3,780 円)です。

【2005 年『**腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン**』出版】

そして今日のテーマである「**腰椎椎間板ヘルニア**」に関しても、2005 年 6 月に『**腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン**』(南江堂 2,730 円)が出版されました。この 1 頁には、従来、「**腰椎椎間板ヘルニア**」には明確な診断基準がなかったという事実が書かれています。そして、下記の診断基準を議論の「たたき台」として提出しています。

腰椎椎間板ヘルニア診療ガイドライン策定委員会提唱の診断基準

- | |
|-------------------------------------------------|
| ①腰・下肢痛を有する(主に片側,ないしは片側優位) |
| ②安静時にも症状を有する |
| ③SLR テストは 70° 以下陽性(ただし高齢者では絶対条件ではない) |
| ④MRI など画像所見で 椎間板の突出 がみられ,脊柱管狭窄所見を合併していない |
| ⑤ 症状と画像所見とが一致する |

このガイドラインのエポックメイキングなところは、「MRI で観察した結果、**腰椎椎間板ヘルニア**は自然消退する」と明瞭に述べているところだと思います。予後についても、外科手術と保存療法を比較した結果、手術後 4 年目までは外科手術のほうが優れているが、5 年目以降は予後が変わらないという研究から、ファーストチョイスとして保存療法を推奨しています。「膀胱直腸障害」や「強い筋麻痺」などがなければ、現在では保存療法が推奨されています。外科手術の方法についても、よく広告に載っているレーザー手術は、合併症が多く、健康保険も効かないということが明瞭に述べられています。このガイドラインは安価なので、鍼灸師も患者さんへの説明に購入しておいて良い本だと思います。

【**腰痛・下肢痛の原因は本当に腰椎椎間板ヘルニアか?**】

また、お手元の資料は、『**メディカル・トリビューン**』という西洋医学の新聞からコピーしてきました。内容は、衝撃的です。「**米国整形外科医学会 (AAOS)**、**北米放射線学会 (RSNA)**、**米国脳神経外科医協会 (AANS)** の統計によると、毎年実施される 150 万件の MRI スキャン

のうち、手術が必要なほど重度の椎間板ヘルニアを認めるのは約 20%にすぎない。また、手術を受けた患者の約 3 分の 1 は疼痛が緩和しない」という現状から「過去 70 年間、坐骨神経痛は椎間板ヘルニアが原因と考えられ、椎間板ヘルニアとして扱われてきた。しかし、われわれの研究は、今後どのように患者の評価と治療を行うべきか、大幅に見直す時機であることを示している」と提言しています。そして、腰椎椎間板ヘルニアと診断治療を受けて、改善しなかった患者 232 例に MR 神経造影という新技術を用いて研究を行った結果、「162 例 (70%) は梨状筋症候群であったが、残りの 70 例 (30%) は標準の MR スキャンでは確認されない神経、関節または筋肉の疾患をさまざまな部位に発症していた」と述べています。

つまり、従来、「坐骨神経痛」と呼ばれる「腰痛・下肢痛」の原因として「腰椎椎間板ヘルニア」が言われてきました。確かに、「腰椎椎間板ヘルニア」の患者さんは存在しています。ところが、MR I 検査の結果、腰椎椎間板ヘルニアが確認されながら、腰痛も下肢痛もないという「無症候性腰椎椎間板ヘルニア」が発見され、しかも、ヘルニアの大きさと症状は全く相関関係がないという事実や、ヘルニアを外科手術で除去しても 3 分の 1 が痛みがとれないという事実から、「**腰椎椎間板ヘルニア＝坐骨神経痛**」という図式自体に疑問がなげかけられているのが現状です。

最近では、西洋医学でも「**筋筋膜性疼痛症候群(myofascial pain syndrome)**」という概念が提唱され、梨状筋症候群のように、筋肉が痛んで、腰痛・下肢痛が起こるという認識が出てきています。

私も、腰椎椎間板ヘルニアからの坐骨神経痛は確かに存在するとは思いますが、頻度は非常に低く、実際は、「**筋筋膜性疼痛症候群**」がほとんどなのではないかと思っています。

【腰椎椎間板ヘルニアの鑑別】

ここからは腰椎椎間板ヘルニアの鑑別です。腰痛・下肢痛を伴う患者さんの場合、自称「腰椎椎間板ヘルニア」の場合は理学検査法・深部反射・知覚検査・徒手筋力検査法を行ったほうが良いです。経験では、MR I を撮影しただけで「腰椎椎間板ヘルニア」という診断を下し、このような検査法を行っていない西洋医学の病院が実在しました。

まず、坐骨神経のおさらいです。L 4～L 5、S 1～S 3 の神経根から出た腰仙神経叢は坐骨神経となり、梨状筋の下を通過して出てきます。ツボで言うと、秩辺や中国環跳、承扶などを通り、大腿後面の殷門を通ります。膝窩の上方で 2 つに分岐します。まっすぐ下りるのは、委中から承筋・承山のほうに行く脛骨神経です。総腓骨神経は浮郄から委陽と行き、腓骨頭の後ろ、陽陵泉から下降して、深腓骨神経と浅腓骨神経になります。

椎間板という軟骨が、例えば、L 4～L 5 棘突起間の高さで飛び出ると、L 5 神経根を圧迫します。そうすると、L 5 神経根の支配領域の知覚や筋肉の麻痺が起こります。

L 5 神経根の知覚支配領域は、下肢では胃経から足背のあたりです。これは左右をピンでつついて患者さんに知覚を尋ねます。筋肉では長母指伸筋の筋力が低下するので、母指

の背屈ができなくなります。さらに、下肢伸展挙上テスト(SLRテスト)、ラセーグ徴候、ブラガードテストが陽性になります。

S1神経根はL5神経根の次に多いです。S1の知覚支配は、胆脛上から足裏です。筋力検査では長腓骨筋の筋力低下から足の外反ができなくなります。深部反射ではアキレス腱反射(ATR)が減弱します。

L4神経根は、大腿の胃脛ラインと下腿の脾脛ラインから母指までが知覚支配です。筋力検査では足の内反ができなくなります。深部反射では、膝蓋腱反射(PTR)が減弱します。理学検査法では大腿神経伸展テスト(FNSテスト)が陽性となります。

鑑別としては、「膀胱直腸障害」といって、「排尿感が無いのに尿漏れする」とか「尿閉」、「排便感の低下」などがあったり、「強い筋麻痺」があれば、外科手術の適応となります。まず病院でのMRI検査を勧めるべきだと思います。「間欠性跛行」は、みのもんたがやった脊柱管狭窄症やバージャー病、下肢動脈硬化症の可能性があります。バージャー病は下肢切断の可能性もあり、下肢血管造影が必要となります。また、「夜間痛、安静時痛、進行性の痛み」の場合は要注意です。ガンの骨転移や背椎腫瘍の可能性があります。腫瘍が徐々に大きくなれば、痛みは進行性となります。これは骨シンチグラフィしか診断できませんので、要精密検査です。また、「棘突起の叩打痛」も調べましょう。骨粗しょう症からの腰椎圧迫骨折の可能性があります。また、全身の熱感や炎症があれば、「強直性脊椎炎」などの可能性もあります。

【腰椎椎間板ヘルニアの中医学的分析】

中医学で、腰椎椎間板ヘルニアは、病因としては、重い物を持つなどの外傷瘀血と、風寒湿の侵入による痺証に分類されます。風寒では冷やすと痛み、温めると軽減し、風湿では雨が降ると痛みが増します。基本的には経絡弁証で分析し、「足太陽経型」「足少陽型」「足太陽+足少陽の混合型」に分類されます。基本的には、経絡を通じさせて治療します。L4～L5夾脊穴、大腸兪、秩辺、中国環跳、承扶、殷門、委中、承山、崑崙、浮郄、委陽、陽陵泉、足三里などのツボ周辺の阿是穴を探索して、阿是穴を刺激して経絡を通じさせます。



【梨状筋症候群】

先ほど取り上げた2005年の欧米の論文で指摘されている「梨状筋症候群」です。梨状筋は仙骨の前面から大転子に起始—停止している殿部の筋肉で股関節の外旋と関係しています。これは西田浩一先生も『東洋医学見聞録』の中巻217頁で坐骨神経痛の原因として、とりあげ

られています。西田浩一先生は、「梨状筋症候群」を「足太陽の経筋病」として分析されていますが、卓見だと思います。西洋医学的検査法としては、ボンネットテスト、ペーステスト、フライバークテスト、梨状筋の圧痛になります。治療法としては、梨状筋の起始—停止上にある阿是穴、中国環跳、秩辺、大転子周辺の阿是穴、下肢の経筋病巣(筋硬結)に刺鍼します。

【仙腸関節症候群】

「仙腸関節症候群」は、西洋医学的には不動関節とされている仙腸関節が原因で腰下肢痛となるものです。実は、西洋医学の文献では、菊池臣一先生の『腰痛』(医学書院)という文献以外では全く取り上げられていません。AKAやカイロプラクティックの概念です。理学検査法としては、ニュートンテスト、ゲンスレンテストなどが挙げられています。症例として、『医道の日本』2007年11月号に滝沢照明先生の「仙腸関節障害を経験した症例の産後」という鍼灸の症例がありますので、参考に持ってきました。中医学的には、経絡病証の一種で、足太陽経筋の病と考えられ、次髎や小腸兪、胞育など仙腸関節周囲の阿是穴に刺鍼することで治療します。AKAなどの手技も良いと思います。

【筋筋膜性疼痛症候群(myofascial pain syndrome)】

《中殿筋・小殿筋の筋筋膜性疼痛症候群、トリガーポイント関連痛》

中殿筋や小殿筋の筋肉痛のために、阿是穴が形成されると、下肢の胆経や膀胱経に下肢痛となります。ちょうど、小殿筋がある胆経の居髎のツボあたりに阿是穴が出来ると、胆経上に関連痛が出て、中殿筋の環跳あたりに阿是穴ができると膀胱経上に関連痛が出ます。これも経絡病証の一種で、足少陽経筋の病または足太陽経筋の病と考えられます。足少陽胆経の居髎など大転子と腸骨稜の間の阿是穴に刺鍼することで治療できます。

《大腿二頭筋・半腱様筋半膜様筋のハムストリング筋と坐骨結節症候群》

西田浩一先生は、『東洋医学見聞録』の中巻225頁で足太陽経筋の病として「坐骨結節症候群」を取り上げられています。検査法としては、坐骨結節周辺の圧痛、坐骨結節から起始する大腿二頭筋、半腱様筋、半膜様筋の圧痛。排便感覚・排尿障害の有無を診ます。中医学による弁証では、経絡弁証の一種で、足太陽経筋の病と考えられます。足太陽膀胱経の秩辺、会陽、承扶など足太陽経筋上の阿是穴・筋硬結に刺鍼します。

【まとめ】

- ①現在は「腰痛」「腰椎椎間板ヘルニア」の概念の革命が進行中である。
- ②腰痛には心理・社会的要因の要素がある(ストレスによる心身症。中医学の「気滞」)。
- ③従来の「腰椎椎間板ヘルニア→坐骨神経痛」という枠組みは「怪しい」(腰椎椎間板ヘルニアの診断があっても理学検査法、膝蓋腱反射・アキレス腱反射、知覚検査、筋力テストで画像診断によるヘルニアの高位と症状が一致しているかを調べる必要がある)。

④梨状筋症候群など、筋肉・関節の疾患が「腰痛・下肢痛」の原因である可能性が高い。

以上のことが言えると思います。皆様の診療のお役に立てれば幸いです。