

ER 診療の実際

ERに限らず、日常診療でも目にすることが多い「腰痛」。整形外科領域で訴えの多い症状ですが、実際にはそれ以外の領域でも腰背部痛を主訴とする疾患は数多く、救急対応が必要となる場合もあります。腰痛をみたとき、プロはどこに目をつけるのでしょうか？ 山之内先生、三宅先生、教えてください！

第5回

腰痛



今回のゲスト

山之内 晋 先生

昭和大学 救急医学科 所属。1997年聖マリアンナ医科大学卒業後、救急医学科のある昭和大学医学部へ押しかけ入局。研修を大学で行った後、北九州総合病院 麻酔集中治療科で経験を積む。その後大学での勤務を経て、関東労災病院 救急部のスタッフとなった。2009年3月に退職後、4月より山之内整形外科の医師として地域医療の一端を担っている。

はじめに

三宅：今月のゲストは、今年の3月まで関東労災病院 救急部（川崎市中原区）の副部長として活躍されていた山之内 晋 先生にお願いして、腰痛診察の基本について伺います。厚生労働省のデータによれば有訴者率の1位はなんと腰痛！ ちなみに2位は肩こり、3位は関節痛と整形疾患ばかり…。これは勉強しておいたほうがイイ、となりますね。

腰痛診察のポイント

三宅：それでは早速、診察のポイントについて説明をお願いします。

山之内：今のお話でもありましたが、腰部（背部）痛は膝痛と合わせて整形外科領域で訴えの多い症状です。診察の第1は他の診療科と同様で、まずは問診です。ポイントは、

①**発症形態：**いつごろから症状があるのか（急性発症か、慢性的か、亜急性期か）、発症の誘因となる外傷の有無は？

②**疼痛部位：**腰背部に限局する疼痛か、臀部や下肢にかけて放散する痛みやしびれ（神経障害）はないか？

③**疼痛の誘発：**立位や座位保持、歩行による誘発の有無、あるいは誘因の有無などを順序立てて聴取し、**考えられる疾患をある程度予測することが必要です（→小耳寄り情報1）。**

考えられる疾患を表1に示します。各々

表1 腰痛を呈する疾患

脊椎由来疾患	椎間板ヘルニア
	変形性脊椎症
	脊柱管狭窄症
	腰椎圧迫骨折
炎症性疾患	脊椎炎
	腸腰筋膿瘍
脊椎周囲臓器疾患	肋骨・肋軟骨骨折
	筋膜炎腰痛症
内臓疾患	心筋梗塞
	腎・尿管結石
	内臓損傷

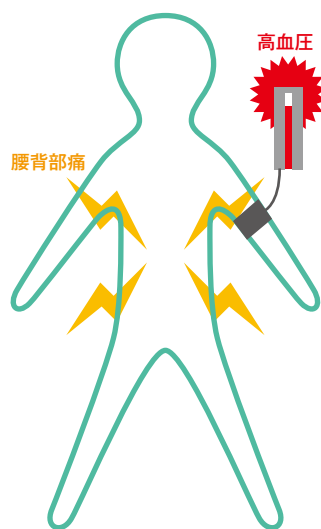
の疾患については **Mini Lecture 1** で説明します。

三宅：疾患名としては、たくさんありますね。では、今回の症例について聞いていきましょう。

山之内：これから示す症例は、私が実際に体験した症例です。

Appendix 1：5月16日（土曜）放送の＜世界一受けたい授業：日テレ＞で北海道大学の板内先生が「人間は二足歩行をはじめ脳の重量が増したため、腰椎への負担が増大し腰痛が起こった」とおっしゃっていた。腰痛は人間固有の病氣らしい。ということは、「俺は腰痛になったことない」なんて言ってるあのヒトは頭が軽い（脳重量が少ない）…！？しかし近年では生物学的な因子だけではなく、ヒト社会における心理学的、社会的因子（腰痛は治りにくいという信念、疼痛回避のための活動性の持続的な低下、仕事や社会への不満・ストレスなど）が大きく影響する症候群と捉える見方が強くなっていきます。（三）

Case



突然の腰背部痛で救急外来を受診した 50 歳の男性

〔年齢・性別〕 50 歳・男性

〔主訴〕 腰背部痛

〔既往歴〕 高血圧症

〔家族歴〕 特記事項なし

〔生活歴〕 特記事項なし

〔現病歴〕 15 時ごろ、戸外でビルのメンテナンス作業（その時点ではゴンドラに乗って窓拭きをしていた）中に突然腰背部痛が出現し、安静によっても軽快しないため自家用車を運転し救急外来受診となった。

〔身体所見〕 意識レベル清明、血圧 200/102 mmHg、脈拍 105/分、体温 36.8℃（腋窩）、SaO₂ 98 %（room air）、呼吸数 25/分。

疼痛は仕事に背部から上位腰椎にかけて突然出現している。

小耳寄り情報 1

ER でレジデントが腰痛を診断するにあたっての注意点

腰痛患者の診察についてのポイントをまとめておこう。まず①発症形態はどうだろうか。急性発症では、**危険な疾患**（大血管・心疾患、敗血症になりうる感染症など）を見逃さないためのバイタルサインや、随伴する危険な症状のチェックが必要である。亜急性期や慢性期ならば、落ち着いて腰痛以外の神経所見を取ろう。次に、②腰痛が限局しているか、それ以外の随伴症状はないか、をかき分ける必要があるであろう。生命にかかわる危険な腰痛では単純な腰痛以外の所見と、漂う重篤感があるはず（→ **Mini Lecture 2**）。もし、殿部・下肢に放散する痛みやしびれ、その他の神経症状（進行性の筋力低下・腱反射の異常・尿閉・間欠性跛行）があれば、**緊急性**（急いで治療が必要かどうか、具体的には椎間板ヘルニアの急激な進行や椎体圧迫骨折・脊髄腫瘍に伴う脊髄の圧迫所見）を、なければ、**重大な疾患**（腫瘍・感染・圧迫骨折の鑑別）による腰痛かどうかを調べる。この時点で整形外科医へのコンサルト、MRI の予約も必要である。椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症

などもここで鑑別する。③それらが否定されれば、非特異的腰痛として、急性期には安静と鎮痛薬の投与、腰部の固定ベルトを、慢性期には体操によって腹筋と背筋を鍛え、腰椎の可動域を広げる。3 ヶ月で改善しない場合には専門医へのコンサルトが必要になる。

3 ヶ月が基準となっているのは、それまで

にたいていの腰痛は治ると考えられているからなのだが、実は 1 年間の追跡調査では、28 % の非特異的腰痛患者が完全に回復していないとの報告もみられる。ここでも、高齢や強い疼痛に加え、うつ気分、補償を受けているなどの心理的・社会的要因が影響しているようである¹⁾。

(三)

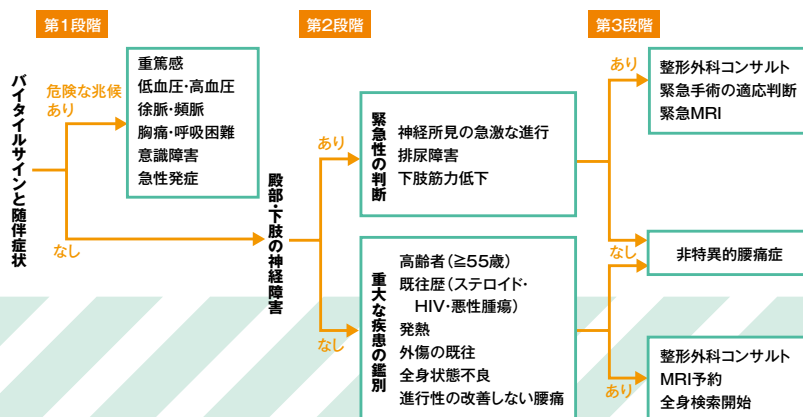


図 1 腰痛診断の進め方