

## 腰痛治療の新常識—1—

このシリーズも500回に到達したところですが、新たにネットで繋がった方が大勢いらっしゃることを考慮し、新旧織り交ぜて投稿することに致します。50年に1度の大発見とされる、腰痛概念に劇的な転換が起きたプロセスからリスタートです。

従来の腰痛概念に重大な転機が訪れたのは、アメリカ医療政策研究局(AHCPR)が1984年～1992年までに発表された急性腰痛に関する論文の体系的レビューを実施し、『成人の急性腰痛診療ガイドライン』を発表した1994年のことです。

<http://1.usa.gov/uHlYSO>

ちなみに、1991年にゴードン・ガイアットがEBM(Evidence-Based Medicine: 根拠に基づく医療)という医の在り方を世に問うてから、世界で最初に作成された診療ガイドラインは、命にかかわるガンでも心臓病でも脳卒中でもなく、急性腰痛だったことが事の重大さを物語っていると言えるでしょう。

## 腰痛治療の新常識—2—

AHCPR(アメリカ医療政策研究局)が『成人の急性腰痛診療ガイドライン』の作成に着手したのは、次の4つの理由があったからです。

【1】アメリカでは腰痛の罹患率が15～20%と高く、就業不能の原因として挙げられる第1位が腰痛で、就業年齢の50%が毎年腰痛を発症している。

<http://amzn.to/vrNNX9> <http://1.usa.gov/rCoRH0>

日本人が訴える症状のワースト3は腰痛・肩こり・関節痛ですから、腰痛を含む筋骨格系疾患はアメリカだけの問題ではありません。

## 腰痛治療の新常識—3—

【2】腰痛はプライマリ・ケアにかかる患者が訴える2番目に多い症状であり、整形外科医・神経外科医・産業医を訪れる最大の理由でもあり、外科手術を受ける3番目に多い疾患でもあることから、経済的・心理社会的負担がきわめて大きい。

<http://1.usa.gov/vfUs5A>

産業関連腰痛に支払われる休業補償と労働損失額を合わせると、年間医療費の3倍に上ります。腰痛はどの国にとっても、公的保険制度を揺るがしかねないほど医療費のかさむ疾患なのです。

## 腰痛治療の新常識—4—

【3】腰痛による活動障害に苦しむ患者の大部分は、臨床転帰を改善させる有効な診断と治療を受けていないという科学的根拠が増加中である。<http://1.usa.gov/skKU5b>  
<http://1.usa.gov/ta2GAI> <http://1.usa.gov/sWhMm0>

腰椎手術の失敗に関する大量の医学文献があるにもかかわらず、外科手術を繰り返して腰痛が改善したという報告はほとんどなく、中には20回も手術を繰り返したという患者さんの記録さえあります。

### **腰痛治療の新常識—5—**

【4】腰痛の研究機関が増加してきたために、一般的に行なわれている腰痛治療の体系的評価が可能となった。現存する科学論文には欠点があるものの、現在行なわれている治療法の有効性と危険性に関する結論には十分な科学的根拠がある。  
<http://1.usa.gov/uhiY5O>

AHCPR(アメリカ医療政策研究局)が作成した『成人の急性腰痛診療ガイドライン』は、1984年～1992年までに発表された医学文献を徹底的に分析した、もっともエビデンスレベルの高い第一級の証拠に基づく知見です。

### **腰痛治療の新常識—6—**

AHCPR(アメリカ医療政策研究局)の『成人の急性腰痛診療ガイドライン』作成委員会は、医師、カイロプラクター、看護師、理学療法士、作業療法士、および患者の代表などから構成され、腰痛とは下肢痛を含む腰に関する症状で活動障害があるものの、急性とは3ヶ月以内と定義した。<http://1.usa.gov/uhiY5O>

医療関係者の他に経済学者や腰痛を経験したことのある消費者代表も委員会に加わっているところが興味深いです。お偉い専門家ばかりでは庶民の痛みを本当に理解できるとは思えません。有効性と安全性だけでなく費用対効果にも注目した点も注目に値します。

### **腰痛治療の新常識—7—**

『成人の急性腰痛診療ガイドライン』では科学的事実を次の4段階に分類している。  
【A】強力な事実(多数の質の高い科学研究)。【B】中等度の事実(多数の質の高い科学研究か多数の妥当な科学研究)。【C】限られた事実(多数の質の高い科学研究か多数の妥当な科学研究)。【D】事実(多数の質の高い科学研究か多数の妥当な科学研究)。【D】事実(多数の質の高い科学研究か多数の妥当な科学研究)に則した研究としては基準を満たさないと判断した研究。しかし、腰痛に関するRCT(ランダム化比較試験)は全体の0.2%しかないため、グレード「A」の科学的事実は存在しない。<http://amzn.to/vjHaRg> <http://1.usa.gov/uhiY5O>

エビデンスレベル(科学的根拠の信頼性)の高い順に確証度(推奨度)を4段階で示し

ているわけですが、1984年～1992年までに発表された急性腰痛に関する論文の中に「確証度A」のエビデンスが存在しなかった点に注目してください。

## **腰痛治療の新常識—8—**

ここから『成人の急性腰痛診療ガイドライン』が勧告する急性腰痛の診断法について紹介させていただきます。

AHCPR(アメリカ医療政策研究局)が作成した『成人の急性腰痛診療ガイドライン』では、急性腰痛の診断法について【初期評価】【画像検査】【その他の検査】ごとにエビデンスレベル(科学的根拠の確証度)を明記して勧告を出している。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

【初期評価】(1)患者の年齢、症状の内容とその期間、仕事や日常生活への影響、過去の治療に対する反応は、腰痛の治療にとって重要である(確証度B)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

まずは患者さんの話をよく聴けという勧告です。病歴聴取(問診)はいつも大切です。これだけで画像検査以上の重要な情報が入手できます。

## **腰痛治療の新常識—9—**

(2)がんの既往歴、原因不明の体重減少、免疫抑制剤や静注薬物の使用、尿路感染症の既往歴、安静時の疼痛増強と発熱は、がんや感染の可能性を示唆するレッドフラッグ(危険信号)とする。これらは50歳以上の患者で重要(確証度B)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

ここで初めてレッドフラッグの概念が明確にされたわけですが、これは画像検査ではなく病歴聴取(問診)で拾い出せます。

(3)馬尾症候群の徴候である膀胱機能障害やサドル麻痺を伴う下肢の筋力低下は、重大な神経障害を示唆するレッドフラッグ(危険信号)とする(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

もちろん48時間以内に緊急手術が必要な馬尾症候群もレッドフラッグです。医療関係者の方はけっして馬尾症候群を見逃さないでください。

## **腰痛治療の新常識—10—**

(4)外傷の既往歴(若年成人の高所からの転落や交通事故、高齢者や骨粗鬆症患者における転倒や重量物の挙上)は、骨折の可能性を念頭に置く必要がある(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

いうまでもなく骨折も生物学的問題ですからレッドフラッグです。骨折を腰痛疾患と考える人はいないでしょうが腰痛を訴える高齢者の問診は慎重に。ただし骨粗鬆症による圧迫骨折は痛みが出る場合と出ない場合があります。

(5) 心理的・社会経済的問題などの非身体的因子は、腰痛の診断と治療を複雑にする可能性があるため、初期評価の段階で患者の心理的・社会経済的問題に注意を向けることが推奨される(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

確証度Cとはいえ、1994年の段階で心理社会的因子(後のイエローフラッグ)に気付いていたということです。

### **腰痛治療の新常識—11—**

(6) 疼痛図表(pain drawing)や可視疼痛計測表(visual analog scale)は病歴聴取に利用可能である(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

痛みの評価も大事ですが頻繁に行なうと患部に注意を集中させてしまいますからご注意ください。痛みよりもできたことに注目させるのが認知行動療法です。

(7) SLR(下肢伸展挙上)テストは若年成人の坐骨神経痛の評価に推奨されるが、脊柱管狭窄を有する高齢患者ではSLRが正常となる可能性がある(確証度B)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

下肢症状のない場合は省略してもかまいません。

(8) 神経障害の有無の判定には、アキレス腱反射・膝蓋腱反射・母趾の背屈筋力テスト・知覚異常領域の確認といった神経学テストが推奨される(確証度B)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

この神経学テストで椎間板ヘルニアによる神経根症状の責任高位を推定するわけですが、ご存知のように椎間板ヘルニアがあれば必ず神経根症状があるとは限りません。

### **腰痛治療の新常識—12—**

【画像検査】(1) 最近の重度外傷(全年齢)・最近の軽度外傷(50歳以上)・長期のステロイド服用・骨粗鬆症・70歳以上というレッドフラッグがなければ、急性腰痛の検査として1ヶ月以内の単純X線撮影は推奨しない(確証度B)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

いよいよ画像検査に入りました。レッドフラッグ(危険信号)のない急性腰痛(ぎっくり腰)患者に画像検査を行なうなという勧告です。わが国はルーチンワークのようにレン

レントゲン写真を撮りますが、それは国民が当然の権利のように要求するのでやめられないという事情もあります。放射線被曝が好きな人以外はこうした考え方を改めましょう。

### **腰痛治療の新常識—13—**

(2) 最近の重度外傷(全年齢)・最近の軽度外傷(50歳以上)・長期のステロイド服用・骨粗鬆症・70歳以上というレッドフラッグがある場合、骨折を除外するために腰椎の単純X線撮影を推奨する(確証度 C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

レッドフラッグ(危険信号)のない腰痛患者にレントゲン写真を撮る必要はないのです。しっかり頭に叩き込んでおきましょう。

(3) がんや感染症の既往・37.8℃以上の発熱・静注薬の乱用・長期のステロイド服用・安静臥床で悪化する腰痛・原因不明の体重減少が存在する場合、腫瘍と感染症の鑑別に単純X線検査にCBCとESRの併用が有効である(確証度C)。  
<http://1.usa.gov/uhiYSO>

CBC(血算＝赤血球数・白血球数・血小板数・ヘモグロビン)とESR(赤沈＝赤血球沈降速度)は、レントゲン撮影以上に重要な情報を与えてくれるのに、日本ではあまり行なわれていないようです。

### **腰痛治療の新常識—14—**

(4) 腫瘍や感染症を疑わせるレッドフラッグ(危険信号)が存在する場合、単純X線撮影で異常所見がなくても骨スキャン・CT・MRIが必要となる可能性がある(確証度 C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

腰痛疾患を診る場合はとにかくレッドフラッグを見逃すなということです。レントゲン写真より病歴聴取(問診)や理学検査(身体検査)の方がはるかに重要なのです。

(5) 斜方向からの腰椎単純X線撮影を日常的に行うことは、放射線被曝の影響を考えると成人には推奨できない(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

レントゲン写真の斜位像は脊椎分離症を確認するために撮るわけですが、成人の脊椎分離症と腰痛は無関係なので、意味のない放射線被曝は避けろという強い勧告です。

### **腰痛治療の新常識—15—**

(6) 馬尾症候群や進行性の筋力低下のある患者は緊急手術が必要となる可能性があるため、CT・MRI・ミエログラフィー・CT-ミエログラフィーの緊急検査を推奨する。



緊急検査の実施は外科医と相談して決定すべき。(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

馬尾症候群は24時間以内の緊急手術が必要ですが、確証度Cということでも分かるように、現在はミエログラフィーとCT-ミエログラフィーは推奨されません。

(7) 脊椎腫瘍・感染・骨折・その他の占拠性病変の存在が強く疑われる場合は、CT・MRI・ミエログラフィー・CT-ミエログラフィーによる検査を実施することが推奨される(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

ハイリスクでハイコストの画像検査はレッドフラッグのある患者だけに許されるということです。

### **腰痛治療の新常識—16—**

(8) 重篤な疾患を示唆するレッドフラッグがある場合を除き、腰痛発症後1ヶ月以内のCT・MRI・ミエログラフィー・CT-ミエログラフィーは推奨しない。発症1ヶ月後に重篤な疾患の鑑別や手術を検討する場合には容認(確証度B)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

レッドフラッグがない腰痛患者に対して、コストがかかる上にリスクを伴う画像検査はするなという強い勧告です。

(9) 腰椎外科手術の既往歴のある急性腰痛患者において、腰椎外科手術による瘢痕組織と椎間板ヘルニアを鑑別するための画像検査にはMRIを用いる(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

腰痛疾患の画像検査は放射線被曝のないMRIが望ましいのですが、コストパフォーマンス(費用対効果)がイマイチです。

### **腰痛治療の新常識—17—**

(10) ミエログラフィーとCT-ミエログラフィーは侵襲的な検査であり、合併症のリスクを増大させることから、外科手術を前提とした特別な状況に限って行われるべき画像検査である(確証度D)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

日本ではまだ行なわれているようですが、腰痛診療ガイドラインが新しくなればなるほどミエログラフィー(脊髄造影)は避けるべきと勧告しています。

(11) CTとMRIのスライス幅は0.5cm以下で椎体終板に平行。MRIの磁界強度は0.5T以下。ミエログラフィーとCT-ミエログラフィーは水溶性造影剤。これらの画像検査の調書は放射線科医の報告を基に作成する(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

これはテクニカルなことなので特にコメントはありません。

### **腰痛治療の新常識—18—**

(12) 骨スキャンはレッドフラッグが認められる急性腰痛患者の評価に推奨するが、妊娠中は禁忌である(確証度C)。(13) サーモグラフィーは急性腰痛患者の評価に推奨できない(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

レッドフラッグがなければ画像検査は無意味なのは分かりますが、サーモグラフィーが役立たないというのは意外ですね。

(14) 椎間板造影(ディスコグラフィー)は侵襲的な検査である上にその解釈も曖昧なため、急性腰痛患者には推奨できない。他の非侵襲的検査(CT・MRI)を行うことで、椎間板造影による合併症は回避可能である(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

そうはいつでもCTだってかなり侵襲的(身体を傷つけること)なのですけどね。

### **腰痛治療の新常識—19—**

(15) 腰部椎間板ヘルニアによる神経根障害が疑われる患者に対するCTディスコグラフィーは、合併症のリスクが増大するために他の画像検査(CT・MRI)以上には推奨できない(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

要するに椎間板造影はやめろという勧告です。なのに日本ではまだ行なっている医療機関があるようです。

(16) 鍼筋電図(EMG)とH反射は腰痛の有無に関わらず下肢症状が1ヶ月以上続く患者の神経機能障害の査定に有益と考えられる(確証度C)。(17) 理学検査で神経根症状の存在が明白なら電気生理学的検査は推奨しない(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

鍼筋電図(EMG)とH反射は下肢症状が神経根に由来するものなのか、あるいはニューロパシーの存在を確かめるには役立ちますが、発症後1ヶ月以内に行なうと誤診率が高くなります。電気生理学的検査というのはEMG(筋電図)やSEPs(脊髄誘発電位)を指します。

### **腰痛治療の新常識—20—**

(18) 急性腰痛患者の評価に体表EMG(筋電図)とF波テストは推奨できない(確証度C)。(19) SEPs(脊髄誘発電位)は脊柱管狭窄症と脊髄ミエロパシーが疑われる場合の評価に有用と考えられる(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

推奨しないのというのでどうでもいいのですが、F波テストとは伝導速度検査法のことです。

(20) 心理的・社会的・経済的因子は腰痛発症と治療成績に大きな影響を与える(確証度D)。(21) レッドフラッグがないのに日常生活が困難な場合、検査や治療を追加する前に非現実的な期待や心理社会的因子を検討する(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

確証度Dですからまだ手探り状態だったんでしょう。しかし1994年にはすでに腰痛疾患とイエローフラッグ(心理社会的因子)との関連に気づいていたわけです。

## **腰痛治療の新常識—21—**

これからAHCPRの『成人の急性腰痛診療ガイドライン』が勧告している急性腰痛の治療について、【患者への情報】【薬物療法】【保存療法】【外科手術】に分けてエビデンスレベル(科学的根拠の確証度)を明記して紹介していきます。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

さて、いよいよ治療に入ります。世界初の腰痛診療ガイドラインはどんな治療法を推奨しているのでしょうか。

【患者への情報】(1) 速やかに回復する、効果的な改善策、無理のない生活様式、再発の予防法、レッドフラッグがなければ検査は不要、症状が長引く場合の検査法と治療法の有効性と危険性など、患者に正確な情報を与える。(確証度B)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

確証度Bの強い勧告なのに賞味期限の過ぎたデタラメな情報ばかりで、患者に正確な情報を与えることすら満足にできないのが日本の現状です。このままだと腰痛患者は増えることがあっても減ることはないでしょう。

## **腰痛治療の新常識—22—**

(2) 急性腰痛の治療においては、職場での腰痛教室(古典的な腰部の解剖学・姿勢・日常生活に関する教育)は臨床現場で行なう患者教育の助けになる(確証度C)。(3) 職場以外での腰痛教室の有効性はまだ証明されていない(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

この当時の腰痛教室は従来の腰痛概念に基づいたものですから確証度Cという評価なのです。現在では新たな腰痛概念に基づく患者教育が重要とされています。

(4) 急性腰痛にとっては長期間の安静臥床(安静に寝ている)よりも、痛みの許す範囲



内で徐々に日常生活に戻る方が効果的である(確証度B)。(5)4日以上の安静臥床は筋力低下を招くために急性腰痛の治療として推奨できない(確証度B)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

これは急性腰痛(ぎっくり腰)にとって一番重要な点です。結果的な安静は仕方ないとしても、治療としての安静臥床は間違いなく回復を遅らせます。「腰痛には安静が第一」という時代遅れの迷信をネット上から排除しなければなりません。

### **腰痛治療の新常識—23—**

(6)急性腰痛に安静臥床(安静に寝ている)の必要はない。ただし、主に下肢痛を訴える患者で初期症状が強い場合は、2～4日間の安静臥床を選択肢として選ぶことができる(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

繰り返します。急性腰痛(ぎっくり腰)に安静臥床は禁忌です。安静臥床が腰痛に効果があるという研究はこの地球上にひとつもありません。

(7)急性腰痛患者は、長時間座り続けたり、重い物を持ち上げたり、物を持ち上げる際に腰を曲げたり捻ったりなど、脊柱に構造的負担がかかる特別な活動を一時的に制限したり避けたりすることで楽に過ごせる可能性がある(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

こんなことはいちいち勧告されなくても体験者はよく知っていることです。

### **腰痛治療の新常識—24—**

(8)急性腰痛患者の活動量や作業内容の変更を検討する際、年齢と全般的な健康状態、仕事で要求されるだけの体力があるかどうかを考慮する必要がある。(確証度D)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

この当時は確証度Dでしたが現在では腰痛疾患の治療と予防には職場の協力が不可欠とされています。医学的介入だけで腰痛問題を解決しようとするのは医療関係者の奢りといえるでしょう。

【薬物療法】(1)アセトアミノフェンは安全性が高く急性腰痛患者の治療に許容できる(確証度C)。(2)アスピリンを含むNSAID(非ステロイド系抗炎症薬)は急性腰痛患者の治療に推奨できる(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

要するに市販の鎮痛剤を用いても良いという勧告ですが、これで急性腰痛(ぎっくり腰)を治してしまおうというのではなく、もし痛みが和らいだらその間に普段の生活に近づけるよう努めることが大切です。普段どおりの生活をするのが腰痛の特効薬なのです。

## **腰痛治療の新常識—25—**

(3)NSAIDには主に胃腸障害の副作用があるため、使用にあたっては既往歴・副作用・費用対効果などを考慮する必要がある(確証度C)。(4)フェニルブタゾンには骨髓抑制(再生不良性貧血など)のリスクがあるため推奨できない(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

胃潰瘍の既往歴のある人はNSAIDに注意してください。フェニルブタゾンが日本で使われることはほとんどありません。

(5)筋弛緩剤は急性腰痛の治療において選択肢のひとつになる。ただし、プラシーボより有効だろうがNSAIDを上回る有効性は示されていない(確証度C)。(6)筋弛緩剤とNSAIDを併用してもNSAID単独より有効とはいえない(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

この当時(1994年)は評価が低かったようですが、その後RCT(ランダム化比較試験)が増えたため、最新のガイドラインでは発症後4週間以内の急性腰痛に筋弛緩剤を推奨しています。

## **腰痛治療の新常識—26—**

(7)筋弛緩剤は患者の30%に眠気やめまいなどの副作用が現れるため、筋弛緩剤を選択肢のひとつとして使用する場合は、他の薬物療法で生じ得る副作用のリスクを考慮して処方すべきである(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

そもそも筋肉のこわばり(筋拘縮:筋性腰痛症・筋筋膜性腰痛)が腰痛の原因だという概念にコンセンサスはありません。

(8)オピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)は限定的に使用されるのであれば急性腰痛患者の治療において選択肢のひとつとなるが、他の薬物療法で生じ得る副作用のリスクを考慮して処方すべきである(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

コデイン含有の薬(オピオイド鎮痛剤)の副作用は、便秘、めまい、倦怠感、集中力低下、視力低下、眠気、吐き気などがあり、身体的依存を招く危険性もあります。

## **腰痛治療の新常識—27—**

(9)オピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)は、腰痛疾患の症状緩和においてアセトアミノフェンやアスピリン、あるいは他のNSAIDといった安全な鎮痛薬より効果的とは思えない(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

この当時(1994年)はRCT(ランダム化比較試験)が少なかったせいで低評価です

が、最新のガイドラインでは急性腰痛にも慢性腰痛にもオピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)を推奨しています。

(10)医師はオピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)の反応時間の遅延・判断力の低下・眠気といった副作用によって、35%の患者が早期に服用を中断していることを知っておくべきである(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

コデイン含有のオピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)を服用している患者の35%がその副作用に耐えられないということです。

### **腰痛治療の新常識—28—**

(11)患者は身体的依存および車の運転や重機の操作など、オピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)の使用と関連付けられている副作用のリスクについて警告を受けるべきである(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

コデイン含有のオピオイド鎮痛薬(麻薬系鎮痛剤)を服用している方は、車の運転や重機の操作、空中ブランコなどは危険ですからおやめください。

(12)経口ステロイド剤(ステロイド系抗炎症薬)は急性腰痛の治療として推奨できない(確証度C)。(13)経口ステロイドによる重大な副作用のリスクは長期間の服用や短期間の大量服用と関連している(確証度D)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

ステロイドが効かないということは、どこかが炎症を起こして急性腰痛(ぎっくり腰)になるのではない証拠です。

### **腰痛治療の新常識—29—**

(14)コルヒチン(痛風発作を抑える薬)の有効性を示す確たる証拠はなく、強い副作用の危険性があることから、急性腰痛患者(ぎっくり腰)の治療にコルヒチンは推奨できない(確証度B)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

コルヒチンの副作用には、胃腸障害(下痢・嘔吐・腹痛など)、過敏症(痒み・発疹・発熱など)、骨髄抑制(再生不良性貧血・顆粒球減少など)があります。

(15)抗うつ剤は急性腰痛患者(ぎっくり腰)の治療に推奨できない(確証度D)。  
<http://1.usa.gov/uhiYSO>

最新の腰痛診療ガイドラインでは急性腰痛ではなく慢性腰痛の治療に抗うつ剤を推奨しています。

### **腰痛治療の新常識—30—**

【保存療法】(1) 脊椎マニピュレーション(カイロプラクティックなど)は神経根症状のない急性腰痛患者(ぎっくり腰)に対して、発症後 1 ヶ月以内に用いられれば症状が改善する可能性がある(確証度B)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

脊椎マニピュレーションとは、症状緩和と機能改善を目的に槌子の原理を利用して脊柱に瞬発的外力を加える手技療法と定義。

(2) 進行性あるいは重大な神経学的欠損(知覚麻痺・筋力低下など)が認められる場合、脊椎マニピュレーションを行なう前に危険な神経学的問題を除外するために適切な診断評価が必要とされる(確証度D)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

明確な根拠はないものの脊椎マニピュレーションによる重大な合併症の頻度はきわめて少ないと考えられています。

### 腰痛治療の新常識—31—

(3) 神経根症状に対して脊椎マニピュレーションを推奨する十分な証拠はない(確証度C)。(4) 1 ヶ月以上持続している神経根症状のない腰痛患者に対する脊椎マニピュレーションはおそらく安全だが効果は証明されていない(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

RCT(ランダム化比較試験)が不足していたためにこのような結論になっていますが、最新の腰痛診療ガイドラインではもう少し高く評価されています。

(5) 脊椎マニピュレーションによる治療を1ヶ月間行なっても患者の症状や機能障害の改善が認められない場合は、脊椎マニピュレーションを中止して患者を再評価すべきである(確証度D)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

発症後1ヶ月以内であれば脊椎マニピュレーションによって回復が早くなることを示唆するエビデンス(科学的根拠)があるからです。

### 腰痛治療の新常識—32—

(6) 急性腰痛(ぎっくり腰)に対する物理療法(温熱・寒冷・マッサージ・超音波・低出力レーザーなど)の費用対効果は十分に証明されていない。患者が家庭で患部を温めたり冷やしたりすることは選択肢のひとつとなり得る(確証度C)。 <http://1.usa.gov/uhiYSO>

この当時(1994年)に確認された研究では急性腰痛に対する物理療法はほぼ全滅ですが、最新の腰痛診療ガイドラインでは腰が抜けるほど驚くような結果が出ています。

(7)TENS(低周波治療器)は急性腰痛の治療に推奨しない(確証度C)。(8)長時間立ち仕事をする急性腰痛患者にインソールは選択肢のひとつ(確証度C)。(9)下肢長差が2cm以下ならシューリフトは推奨しない(確証度D)。<http://1.usa.gov/uhlYISO>

TENS(経皮的電気刺激＝低周波治療器)に効果がないのは周知の事実でしょうから説明するまでもありませんが、インソールで症状が緩和したのは44%だということを覚えておいてください。それから健康な人でも下肢長差が2cmというのはざらにあり、2cmの下肢長差と腰痛との間に関連はないことが確認されています。

### **腰痛治療の新常識—33—**

(10)急性腰痛に対する腰部コルセットとサポートベルトの有効性は証明されていない(確証度D)。(11)腰部コルセットは荷役作業従事者の腰痛による欠勤日数を減少させる可能性がある(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhlYISO>

最新の腰痛診療ガイドラインでは、腰部コルセットもサポートベルトも腰痛の治療や予防に効果なしという勧告が出ています。

(12)急性腰痛患者(ぎっくり腰)の治療に牽引は推奨できない(確証度B)。(13)急性腰痛患者の治療にバイオフィードバックは推奨できない(確証度C)。  
<http://1.usa.gov/uhlYISO>

牽引が腰痛の緩和、活動障害の改善、入院日数の減少に有効だという証拠は存在しません。バイオフィードバックに効果がないのは意外です。

### **腰痛治療の新常識—34—**

(14)トリガーポイント注射の有効性は証明されておらず、侵襲的なために急性腰痛の治療に推奨できない(確証度C)。(15)靱帯や硬結部への注射の有効性は証明されておらず、侵襲的なために急性腰痛の治療に推奨できない(確証度C)。  
<http://1.usa.gov/uhlYISO>

最新の腰痛診療ガイドラインの勧告も同じです。トリガーポイントや軟部組織への注射の有効性は未だに認められていません。

(16)椎間関節ブロック有効性は証明されておらず、侵襲的なために急性腰痛の治療に推奨できない(確証度C)。(17)硬膜外ブロックは侵襲的なために、神経根症状を伴わない急性腰痛の治療に推奨できない(確証度D)。<http://1.usa.gov/uhlYISO>

そもそも椎間関節症(椎間関節症候群)という病名自体にコンセンサスがありません。最新の腰痛診療ガイドラインでも急性腰痛に対する硬膜外ブロックは否定的です。



## **腰痛治療の新常識—35—**

(18)硬膜外ブロックは保存療法で神経根症状の改善が見られない場合、手術を避けるための緩和療法として用いることができる(確証度C)。(19)鍼治療や乾性穿刺は急性腰痛患者(ぎっくり腰)の治療として推奨できない(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

硬膜外ブロックの急性腰痛および神経根症状に対する有効性は確認できませんでしたが、委員会の総合的判断によって手術を避ける選択肢として認められました。鍼治療と乾性穿刺(ドライニードル)に関しては急性腰痛を対象とした臨床試験が存在しませんでした。

(20)軽いエアロビックエクササイズ(有酸素運動)は活動障害による体力低下を防ぎ、日常生活ができるだけの機能回復を促す(確証度C)。(21)軽いエアロビックエクササイズは腰痛発症から2週間以内に始めてもよい(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

最新の腰痛診療ガイドラインでは急性腰痛に運動療法は推奨していませんから日常生活の延長と考えた方がいいでしょう。

## **腰痛治療の新常識—36—**

(22)体幹筋(特に脊柱起立筋)の強化運動は急性腰痛患者に有効だが、発症後2週間以内に始めると症状を悪化させる恐れがある(確証度C)。(23)エクササイズマシンが従来の腰痛体操より有効という証拠はない(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

急性腰痛に体幹筋強化運動が有効といっても被験者数が少なすぎてエビデンス(科学的根拠)としてはかなり弱いです。

(24)急性腰痛に対してストレッチが有効だという証拠は存在しない(確証度D)。(25)運動中に疼痛が増強したからといって運動を中断するよりも、痛みの程度に応じて徐々に運動量を増やすほうがはるかに効果的である(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

症状に注目するのではなく出来たことに注目して徐々に活動範囲を広げるのが認知行動療法です。こうした認知行動療法的考え方は急性期の段階から重要だと言えるでしょう。

## **腰痛治療の新常識—37—**

【外科手術】(1)保存療法を1ヶ月間行なっても坐骨神経痛が改善せず、進行性の耐え難い痛みが持続し、神経根が関与している臨床的根拠がある場合に限り、椎間板ヘルニアに対する手術を検討すべきである(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhIYSO>

4～8週間の保存療法でまったく改善が見られない場合は、そのまま保存療法を続けるより椎間板切除術を行なったほうが早く症状が改善する可能性はありますが、長期成績は保存療法と差はありません。

(2)標準的椎間板切除術と顕微鏡下椎間板切除術の有効性は同等であり、神経根症状を伴う椎間板ヘルニアに推奨できる(確証度B)。<http://1.usa.gov/uhIYSO>

一般的に椎間板切除術は比較的安全な治療法とされていますが再手術例もかなり多く、心理社会的因子が予後予測因子とされています。

### 腰痛治療の新常識—38—

(3)キモパpain注入療法は椎間板ヘルニアに対する治療法として受容可能だが、標準的椎間板切除術や顕微鏡下椎間板切除術より有効ではない。キモパpainによるアナフィラキシーショックはアレルギー検査で回避できる(確証度C)。

<http://1.usa.gov/uhIYSO>

プロゴルファーの岡本綾子選手が行なったことで知られるキモパpain注入療法ですが、アナフィラキシーショックなどの重篤な合併症があるため日本では認可されていません。

(4)椎間板ヘルニアに対する経皮的椎間板摘出術はキモパpain注入療法より有効ではない。経皮的椎間板摘出術を含む新しい手術方法は比較試験によってその有効性が証明されるまで推奨できない(確証度C)。<http://1.usa.gov/uhIYSO>

どんな場合でもそうですが必ずしも新しい治療法が有効とは限りません。ランダム化比較試験を繰り返すことで初めてその有効性が証明されるのです。

### 腰痛治療の新常識—39—

(5)神経根症状のない急性腰痛(ぎっくり腰)患者で、レッドフラッグ(危険信号)がなければ椎間板ヘルニアを疑って外科手術を検討する必要はない(確証度D)。

<http://1.usa.gov/uhIYSO>

神経根症状の有無にかかわらず、レッドフラッグのない急性腰痛に手術の適応などあるはずがありません。

(6)脊柱管狭窄のある高齢者であっても、日常生活に支障がなければ保存療法によ

る管理が可能であり、症状が現れてから3ヶ月間は外科手術を考えるべきではない（確証度D）。<http://1.usa.gov/uHlYSO>

脊柱管狭窄症に対する手術と保存療法のランダム化比較試験は存在しませんが、その症状は時間の経過に伴いまったく変わらないか、徐々に悪化するか、徐々に改善するかのいずれかです。

## **腰痛治療の新常識—40—**

(7) 脊柱管狭窄症患者に対する外科手術の決定は、単に画像検査の結果に頼るのではなく、持続的な間欠性跛行、活動障害、その他の神経学的所見を考慮して行なわれるべきである（確証度D）。<http://1.usa.gov/uHlYSO>

脊柱管狭窄症は減圧椎弓切除術によって下肢痛と歩行能力の改善が見込めるものの、その効果は時間の経過と共に失われる傾向にあります。<http://bit.ly/wA7u6v>

以上、1994年にアメリカ医療政策研究局(AHCPR)が発表した『成人の急性腰痛診療ガイドライン』を終了します。

## **腰痛治療の新常識—41—**

多くの研究者が腰痛に取り組んできたにもかかわらず、腰痛は依然として医学的・社会的大問題である。効果のない治療と見当違いの政策によりこの危機が雪だるま式に大きくなっている。「腰痛は20世紀の医学的大問題だったがその遺産は21世紀も拡大している」<http://amzn.to/mdUzuP>

医療提供者は腰痛に関する患者の誤解を解くと共に、効果的な管理へ導かなければならない。「患者は生体力学的な視点から生体力学的な異常が見つかることを期待している。何らかの形で我々が患者にそのような考え方を教えてきたのである。患者にも再考を迫る必要がある」by David Shute。

見当違いの政策は今すぐどうこうなるものではありませんけど、効果のない治療法は明らかになってきているので即刻やめることができます。そろそろ21世紀の治療を始めませんか？

腰痛の原因は生体力学的な異常と考えている医療関係者がいる限り、患者の誤解を解くなど不可能です。まずは医療関係者の頭を変えなければなりません。常に情報のアップデートを心がけましょう。あっという間に浦島太郎になってしまいます。

## **腰痛治療の新常識—42—**

腰痛はアメリカでもっとも過剰診療が行なわれる疾患だが、それによって患者の治療成績や発症率が改善したようには思われない。<http://1.usa.gov/lrANBd>  
<http://abcn.ws/cBnU4o>

アメリカだけではなく日本も同じなのはご存知のとおりです。画像検査はもちろんブロック注射や脊椎固定術の実施率が上昇しているにもかかわらず、腰痛疾患は増え続けています。

腰痛問題が解決しないのは、医療提供システムに欠陥があるからだという。画像検査、鎮痛処置、手術を受けさせた方が、過剰な恐怖心、不適切な疼痛行動といった心理社会的危険因子を取り除くより容易である。しかも現行の健康保険制度は、慢性腰痛に役立つサービスを提供できる構造になっていない。

たとえ医療システムに構造的欠陥があったとしても、腰痛患者を減らすことはできません。オーストラリアをはじめとしたメディアキャンペーンがそれを立証しています。

### 腰痛治療の新常識—43—

近年、慢性腰痛に対する医療費が激増している。硬膜外ブロック(629%増)、オピオイド鎮痛剤(423%増)、MRI(307%増)、脊椎固定術(220%増)。しかし患者の症状や活動障害は改善していない。明らかに過剰診療。<http://1.usa.gov/lrANBd>

このまま費用対効果の低い治療を続ける意味はどこにあるのでしょうか。今こそ安全で費用対効果の高い治療法を選ぶべきではないでしょうか。無駄なことをしている余裕などないと思いませんか？

### 腰痛治療の新常識—44—

『Tackling Musculoskeletal Problems』によると、筋骨格系疾患で重要なのは「長期病欠は不利益」「患者は損傷に苦しんでいるのではなくイエローフラッグ、ブルーフラッグ、ブラックフラッグに苦しんでいる」「患者を助けるには資源や費用は不要」「職場復帰には医師のみならず職場の関与が必要」の4点である。<http://amzn.to/IU1o26>

拙著『腰痛ガイドブック』(<http://amzn.to/12nmFLf>)と拙訳『急性腰痛と危険因子ガイド』(<http://amzn.to/Xr17tE>)で紹介したように、「イエローフラッグ」は臨床転帰不良や慢性疼痛、活動障害をもたらす患者自身の心理社会的問題。痛みを大惨事と捉える、重病だという思い込み、過度の心配、抑うつ、動作恐怖、将来の不安、受動的態度、効果のない治療など。

「ブルーフラッグ」は職場に関連した問題。肉体労働、満足度の低い仕事、職場の社会的支援不足、ストレスの多い仕事、労働環境や作業内容の変更が行なわれない、労使間のコミュニケーション不足など。

「ブラックフラッグ」は患者をとりまく社会的環境に関する問題。会社や医療関係者との意見の不一致、補償問題、各種手続きの遅延、恐怖心を煽るメディアに対する過剰反応、家族からの否定的反応、社会的孤立や社会的機能不全、役立たない職場復帰計画など。

## 腰痛治療の新常識—45—

『Tackling Musculoskeletal Problems』には、筋骨格系疾患患者の職場復帰を妨げる重要な心理社会的因子（イエローフラッグ、ブルーフラッグ、ブラックフラッグ）だけでなく、時系列に沿った段階的治療手順が示されている。<http://amzn.to/IU1o26>

発症後2週間以内に行なうべきは患者の支援である。すなわち、エビデンスに基づく助言、誤った信念の打破、症状のコントロール。この初期段階で手を打てないのが日本の現状。最初からボタンをかけ違えているから腰痛患者が増える一方なのだ。医療関係者とメディアの罪は重い。

発症後2～6週間で行なうべきは簡単な介入である。すなわち、治療＋職場環境の調整、心理社会的問題の特定、仕事や活動障害の早期復帰計画を作成すること。ニュージーランドガイドラインである『急性腰痛と危険因子ガイド』(<http://amzn.to/Xr17tE>)では、もっと早い段階でイエローフラッグを評価するよう勧告している。

発症後6～12週間でシフトチェンジして加速する。すなわち、回復の妨げとなる障害のチェック、職業的リハビリテーションの拡大、効果のない治療の中止だ。繰り返しになるが、筋骨格系疾患を医学的問題として治療すると失敗する。イエローフラッグ、ブルーフラッグ、ブラックフラッグを解決すべき。

発症後12週間を超えた時点で集学的アプローチを加える。すなわち、治療計画と到達目標の再検討、認知行動療法への転換、仕事や活動を再開するためにすべての関係者が最大限の努力をする。とはいえ、認知行動療法的アプローチはできるだけ早い段階で加えた方が慢性化を防ぐと思われる。

発症後26週間で社会的解決へ移行する。すなわち、目標を明確にすると同時にコミュニティサポートの提供、すべての関係者がコミュニケーションを維持、不必要な医学的介入の回避だ。ここまできるとブラックフラッグへの介入が重要と思われる。医療関係者、政府、企業、メディアを変える必要あり。

## 腰痛治療の新常識—46—

ノースカロライナ州の地域住民を対象とした最近の研究によると、慢性腰痛があると回答した成人の割合は、1992年には3.9%だったものが2006年には10.2%に



まで増加している。腰痛を生物・心理・社会的問題として対処しないからにほかならない。<http://1.usa.gov/uytoF6>

これはアメリカだけの問題ではありません。このままだと遅かれ早かれ国民皆保険制度は崩壊の危機に瀕することになります。腰痛の慢性化はどんな手段を使ってでも阻止しなければなりません。

### **腰痛治療の新常識—47—**

体系的レビューとメタ分析の結果、慢性腰痛は年齢・性別・体重・教育レベルの影響をまったく受けておらず、肉体労働・仕事の満足度・病欠などの影響も弱い。もっとも重要なリスクファクターは、心理学的・機能的領域と考えられる諸因子（イエローフラッグ）である。<http://1.usa.gov/lr6fyx>

慢性腰痛の危険因子は目に見える身体ではなく、目に見えない心理社会的因子（イエローフラッグ）だと第一級のエビデンス（科学的根拠）が示しています。そろそろ腰痛に対する考え方を根本的に改めましょう。

### **腰痛治療の新常識—48—**

慢性腰痛患者を対象とした二重盲検プラシーボ対照RCT（ランダム化比較試験）の結果、巷で大人気のグルコサミン服用群に、プラシーボ群を上回る統計学的に有意な利点は認められなかった。<http://1.usa.gov/INW0Zv>

もう耳にタコができるほど繰り返していますけど、グルコサミンもコンドロイチンも腰痛や関節痛には無効だというエビデンス（科学的根拠）が蓄積されてきていますし、海外では訴訟問題にまで発展しています。あとは各自で考えてください。

### **腰痛治療の新常識—49—**

88,000名以上を対象としたコホート研究により、筋骨格系疾患を持つ患者の死亡率と発がん率の高いことが判明。死亡率が高いのは股関節痛・腰痛・肩関節痛の順で、発がん率が高いのは腰痛・股関節痛・頸部痛の順だった。  
<http://1.usa.gov/mnkHNZ>

理由は不明とありますが、後の研究では運動量や食事習慣などの関与が疑われています。だからこそ筋骨格系疾患は慢性化する前に治してしまわないといけなのです。

### **腰痛治療の新常識—50—**

腰痛の原因はいまだに謎だが、椎間板変性を腰痛の原因と考える脊椎外科医は23%のみで、その患者に固定術か椎間板置換術を選択すると答えた脊椎外科医はわずか1%しかいない。もし自分が患者なら99%が保存療法か放置すると回答。

<http://1.usa.gov/katDsM>

あらゆる研究が椎間板変性(椎間板が潰れている状態)と腰痛は無関係だと証明しているにもかかわらず、それを腰痛の原因だと信じ込んでいる医師が23%も存在するとは驚きです。もちろん手術の適応になるはずがありません。

### **腰痛治療の新常識—51—**

1966年から2010年2月までに発表された論文を検索した結果、現在の腰痛管理システムはけっして理想的なものではなく、腰痛を悪化させる可能性すらあることを示す豊富なエビデンスがあることが判明。<http://1.usa.gov/lr6fyx>

従来の腰痛治療は思っていた以上に効果がないことが明らかになっています。同時に効果のある方法も明らかになってきています。21世紀の腰痛治療は無効な治療法の排除と有効な治療法を3つ以上組み合わせることです。

### **腰痛治療の新常識—52—**

2年間にわたる追跡調査によると、坐骨神経痛を有する椎間板ヘルニアの手術は保存療法より有益とはいえない。職場復帰率や長期活動障害率においても手術の優位性は認められなかった。坐骨神経痛は手術を受けるか否かに関わらず時間が経てば改善する。<http://1.usa.gov/igqtA0>

いわゆる坐骨神経痛も風邪や逆剥け(さかむけ・ささくれ)と同じグリーンライト(自己限定性疾患)だということです。風邪や逆剥けで手術を考える人がいないように、腰痛や坐骨神経痛で手術をするのは慎重でなければなりません。

### **腰痛治療の新常識—53—**

イギリスで行なわれた701名を対象としたRCT(ランダム化比較試験)では、数回にわたる集団での認知行動療法によって慢性腰痛の疼痛と活動障害が改善され、その効果は12ヶ月も持続しただけでなく、費用も一般的な腰痛治療の約半分に抑えられた。<http://1.usa.gov/mobdNx>

現時点で慢性腰痛に対して有効性が証明されている精神療法は認知行動療法の他にありません。

### **腰痛治療の新常識—54—**

腰痛疾患の分野では十分な試験が行なわれることなく新しい技術が普及してしまう。アメリカでは脊柱管狭窄症に対する固定術の実施率が15倍に増加したが、それに伴い重篤な合併症、死亡率、再入院による医療費なども増加している。明らかに過剰診療。<http://1.usa.gov/lrHYry>

脊椎固定術が他の手術方法より優れていると証明されたことはないのですから、医療仕分けの対象になるのも当然です。

### **腰痛治療の新常識—55—**

脊柱管狭窄症の治療では、特異的な適応がほとんどない症例やより簡単な治療で高い効果が得られる明確なエビデンス(科学的根拠)がある症例に対しても、より複雑な新しい手技(固定術)が行なわれている。エビデンスのないリスクを伴う高価な治療の急増は問題だ。<http://1.usa.gov/mntabq>

もうそろそろ危険で無効な治療はやめて安全で有効な治療法を選択しましょう。

### **腰痛治療の新常識—56—**

脊柱管狭窄症で複雑な固定術を受けた患者は、除圧術に比べて命に関わる合併症リスクが3倍(5.6%対2.3%)。術後30日以内に再入院する可能性も高く(13%対7.8%)、手術費用も3倍強にのぼる(80,888\$対23,724\$)。  
<http://1.usa.gov/lrHYry>

リスクとコストに見合うだけのベネフィット(有益性)があれば問題ないのですが、それを無視してまで固定術を強行する意味が分かりません。お金のためだと思われるも仕方がないのではないのでしょうか。

### **腰痛治療の新常識—57—**

複雑な固定術を必要とする脊柱管狭窄症がわずか6年で15倍に増加したとは考えられない。脊椎分野のオピニオンリーダーの影響や思い込み、経済的利益などの要因が関与している。正確な情報を与えられれば患者は低侵襲性のリスクの小さい手術を選択するだろう。<http://n.pr/8XAf9S>

独りよがりなのかもしれませんが「医は仁術なり」という格言は現代でも通用すると思っています。病名を増やして弱者を食い物にすることに大きな疑問を感じます。正確な情報が広く国民に伝わることを切に願っています。

### **腰痛治療の新常識—58—**

fMRIを用いた研究によると、痛みに関連した言葉とイメージを思い浮かべると脳のペインマトリックスが活性化するが、注意を逸らせると活性レベルが低下した。ゆえに、痛みをくよくよ考えたり頻繁に話題にしたりする患者は自ら症状を悪化させている。

<http://1.usa.gov/kRj6OS>

慢性疼痛の治療には言葉とイメージがとても大切です。だからこそ、医療関係者は不安と恐怖をあおるような説明を避けるべきなのです。安心と勇気を与えましょう。

### **腰痛治療の新常識—59—**

腰痛分野の研究はこの20年間で目覚ましい進展がみられ、腰痛疾患の疫学や理解が進んだにもかかわらず、腰痛の臨床転帰や活動障害の予防に改善は認められない。集学的チーム医療が行なわれていないからだ。このままでは急速な進歩は見込めない。<http://1.usa.gov/kLP8z6>

これは変化を怖れるという人間の本能的な心理も働いているのかもしれませんが。医療関係者はこの恐怖心を克服して、新しい腰痛概念を臨床現場に導入していただきたいと願うばかりです。

### **腰痛治療の新常識—60—**

「激しい」「突き刺さる」「ヒリヒリする」等の言葉で頭を満たした場合、レーザー光による熱刺激に対する感受性が増大して疼痛感覚が増強される。痛みに関連した言葉と疼痛刺激が組み合わさるとプライミング効果で疼痛体験が雪だるま式に膨れ上がる。

<http://1.usa.gov/mFRvuz>

症状に注意を集中するのはよくありません。「多くの場合、その効果が無意識的である点、およびかなりの長期間(例えば1年間)にわたり効果が持続する点、記憶に障害を受けた者にも無意識的なプライミング効果は損なわれずにある(機能し続けている)点に、この現象の面白さがある」って怖いじゃないですか。<http://bit.ly/13qgOQk>

### **腰痛治療の新常識—61—**

坐骨神経痛に対する椎間板手術は、保存療法よりある程度の優位性を示すものの一過性でしかない。ノルウェーのRCT(ランダム化比較試験)では1～4年間優位性が持続したが(<http://1.usa.gov/lfiO3P>)、オランダのRCTでは1年未満だった(<http://1.usa.gov/l8WVTV>)。

椎間板ヘルニア手術の短期成績は比較的よいのですが、長期成績はといえば保存療法と変わりません。それでも手術を選択しますか？ 手術は世界各国の腰痛診療ガイドラインが勧告している保存療法を試してからでも遅くないと思います。

## **腰痛治療の新常識—62—**

議論の余地がない真実とされる信念、学説、慣行という腰痛分野における「聖域」を侵した双生児研究の業績は大きい。輝かしい賞を数多く受賞しているにもかかわらず、腰への物理的負荷が椎間板変性の危険因子だとする見方は変わらない。目を覚ませ。<http://1.usa.gov/vUFBka>

姿勢によって椎間板にかかる圧力を測定したナケムソン(Nachemson)の有名な研究をサイトに掲載している人がいます。ナケムソンは後に椎間板にかかる圧力と腰痛は無関係だと断言していることも同時に伝えるべきです。それを怠っているということはすなわち、自分は勉強不足だと公言しているに等しい行為です。恥ずかしい話です。

## **腰痛治療の新常識—63—**

これまで職場での身体的負荷(重量物の取り扱い、不自然な姿勢での作業など)、自動車の振動、喫煙などが椎間板変性を加速すると考えられていたが、一卵性双生児を対象とした比較研究によって身体的負荷よりもむしろ遺伝子の影響が大きいことを発見。<http://1.usa.gov/iPsKBC>

国際腰椎学会のボルボ賞を受賞した研究です。素人ならともかく専門家が知らないはずはありません。

## **腰痛治療の新常識—64—**

体重差のある(平均13Kg)一卵性双生児を対象にMRIで腰椎を比較した結果、体重が重い方が腰椎の骨密度が高く、椎間板の状態も良好だった。仕事やスポーツによる累積的かつ反復性の生体力学的負荷が椎間板にダメージを与えるわけではない。<http://1.usa.gov/ldX4Zv>

仕事やスポーツを怖れてはいけません。腰への負担はむしろ腰痛を予防してくれます。

## **腰痛治療の新常識—65—**

腰痛分野における遺伝学的影響の研究はまだ初期段階だが、椎間板変性に関する従来の仮説が誤りであることを証明すれば、より有用な仮説に向かって研究が進み、時代遅れの考え方に基づく効果が実証されていない予防法を刷新できる。<http://1.usa.gov/jbLioe>

これまで散々いわれてきた腰痛の予防法は誤りです。明確な根拠のある事実を目を向けましょう。



## 腰痛治療の新常識—66—

アメリカでは脊椎治療実施率が上昇しているにもかかわらず身体的・機能的アウトカムは低下傾向にある。脊椎医療は次々と色々なことに手を染めているが、その成果は極めて乏しい状況にある。<http://1.usa.gov/kBmBqb> <http://1.usa.gov/lg3HR0>

腰痛疾患に対する医学的介入はそれほどの効果はありません。自分で治すという積極的な姿勢が必要です。

## 腰痛治療の新常識—67—

ノースカロライナ州の地域住民を対象とした研究では、慢性腰痛患者が増加していると共に医療機関の受診率も上昇しているが、画像検査、薬剤投与、物理療法が過剰使用されていて、エビデンスに基づく治療が行なわれていないことが判明。

<http://1.usa.gov/imgCav>

エビデンス(科学的根拠)に基づく治療が行なわれれば慢性化を防ぐことができるだけでなく、医療費の節約になるというデータが掃いて捨てるほどあります。いつまでも時代遅れの考え方に捉われていないでそろそろ21世紀の医療を導入しましょうよ。それとも慢性腰痛患者を増やしてお金儲けに走りますか？

## 腰痛治療の新常識—68—

頸部痛と腰痛患者256例を対象に、医師の標準的な治療群、脊椎マニピュレーション群、理学療法群、シャムトリートメント群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、最も成績が悪かったのは医師の標準的な治療群とシャムトリートメント群だった。<http://1.usa.gov/kfFvV6>

時代遅れの科学的根拠のない治療法はプラシーボと同等の効果しか得られなかったというランダム化比較試験です。プラシーボを超えられない治療法はそろそろやめませんか？無理強いはいませんが医療費を有効活用しなければ健康保険制度が崩壊します。

## 腰痛治療の新常識—69—

急性腰痛患者186例を対象としたRCT(ランダム化比較試験)によると、安静臥床群、ストレッチ群、日常生活群のうち、最も早く回復したのは日常生活群で、最も回復が遅かったのは安静臥床群だった。腰痛に安静第一は間違い。むしろ回復を妨げる。<http://1.usa.gov/mOolz9>

急性腰痛(ぎっくり腰)は安静に寝ていると回復が遅れます。どうかお願いします。サイ

トに「腰痛には安静が第一」と記載している方は直ちに訂正してください。患者さんを慢性化させてしまいます。

### 腰痛治療の新常識—70—

エビデンスに基づく正確な情報を平易かつ理解可能な言葉で患者に提供できれば、腰痛患者は不適切な治療を選択しなくなるだろうが、3つの専門学会と10ヶ所の医療機関のウェブサイトを調査した結果、97%が患者にとって難解だった。

<http://1.usa.gov/kuWavp>

耳がちぎれるほど痛い話です。ヘルスリテラシーを身につけてほしいと声高に叫んでも、サイエンスコミュニケーションができなければ意味がありません。自分の能力不足を猛省しているところです。

### 腰痛治療の新常識—71—

近年、慢性腰痛に対する医療費が激増している。硬膜外ブロック(629%増)、オピオイド鎮痛剤(423%増)、MRI(307%増)、脊椎固定術(220%増)。しかし患者の症状や活動障害は改善していない。明らかに過剰診療。<http://1.usa.gov/lrANBd>

このまま費用対効果の低い治療を続ける意味はどこにあるのでしょうか。今こそ安全で費用対効果の高い治療法を選ぶべきではないでしょうか。無駄なことをしている余裕などないと思いませんか？

### 腰痛治療の新常識—72—

イラクとアフガニスタンで腰痛を発症した兵士1410名を対象にした前向き研究によると、戦闘中に腰を負傷したのは5%だったにもかかわらず原隊復帰率はわずか13%にすぎず、身体的問題よりも心理・社会的問題が原因と考えられる。

<http://1.usa.gov/mylrz4>

つまり、腰痛の95%は戦闘中に発症したものではなく、87%が戦場に戻らなかったことから、兵士の腰痛は心理・社会的因子によるものだということです。

### 腰痛治療の新常識—73—

イラクやアフガニスタンから離脱した米軍兵士34,006名を対象とした前向き研究によると、離脱原因は筋骨格系・結合組織疾患(24%)、戦闘による負傷(14%)、神経疾患(10%)などであり、ほとんどが原隊復帰しなかった。<http://1.usa.gov/kkNruO>

人は極限状態に置かれると腰痛や関節痛などの筋骨格系・結合組織疾患を発症し

やすくなるようです。東日本大震災の影響を心配しているのはこうした事実があるからで、一日も早く腰痛にまつわる迷信や神話を一掃したいものです。

### **腰痛治療の新常識—74—**

腰椎の変形が腰痛の原因でないことは半世紀以上も前から証明されてきた。最も古い対照試験は1953年に実施された腰痛患者100名と健常者100名の腰部X線写真を比較したもので、両群間の変形性脊椎症の検出率に差はなかった。

<http://1.usa.gov/ICMbXb>

レントゲン写真に映ったシミやシワは腰痛の原因ではありません。レッドフラッグ(危険信号)のない腰痛患者に対してルーチンに画像検査を行なうのは百害あって一利なし。もはや犯罪行為といっていいいでしょう。国民はそれをしっかり頭に叩き込んでおくべきです。

### **腰痛治療の新常識—75—**

腰痛患者378名と健常者217名の腰部X線写真を比較した研究でも、両群間における変形性脊椎症の検出率に差はなく、加齢と共に増加する傾向が見られることから、変形は正常な老化現象にすぎず、腰痛の原因とは考えられないと結論。

<http://1.usa.gov/msMFAV>

変形性脊椎症はただのシミやシワと同じだということが証明されています。ですからまったく気にする必要はありません。このおかしいレッテル(病名)は早くなくせばいいのにとおもいます。レッテルを貼っても、悪くなることはあっても良くなることはありませんから。

### **腰痛治療の新常識—76—**

60歳の一般住民666名を対象に胸椎と腰椎のX線写真を分析した結果、腰痛経験者の58.7%に、未経験者の57.5%に変形性脊椎症が確認されたが、両群間の検出率に差はなかった。老化による脊椎の変形は腰痛の原因ではない。

<http://1.usa.gov/kLY3o9>

まさか変形性脊椎症が腰痛の原因だと考えている医師はいないと思いますけど、念には念を入れてご忠告申し上げます。レッドフラッグ(危険信号)がなければ背骨の変形と腰痛はまったく無関係です。

### **腰痛治療の新常識—77—**

港湾労働就職希望者208名、急性腰痛を発症した港湾労働者207名、6ヶ月以上続いている慢性腰痛患者200名を対象に、腰部のX線写真の異常検出率を比較した

結果、3群間の加齢による異常検出率に差は認められなかった。

<http://1.usa.gov/jVFqUC>

レントゲン写真で確認できる背骨の変形は腰痛とは無関係であると同時に、腰痛の原因は老化現象ではないということです。歳だから腰痛になるなんて根拠のないデタラメな話を信じてはいけません。

### **腰痛治療の新常識—78—**

腰痛患者200名と健常者200名のX線写真を比較した研究によると、両群間に変形性脊椎症、骨粗鬆症、椎体圧迫骨折などの異常検出率に差は認められなかった。したがって老化による解剖学的変化が腰痛の原因とは考えられないと結論。

<http://1.usa.gov/jb0ly3>

変形性脊椎症だろうと骨粗鬆症だろうと椎体圧迫骨折だろうと、症状もなく健康的に暮らせるということが明らかになっているのです。レントゲン写真のシミやシワを見せられて不安になる必要はありません。

### **腰痛治療の新常識—79—**

有痛性の骨粗鬆症椎体骨折患者を対象としたRCT(ランダム化比較試験)によると、骨セメントを注入する経皮的椎体形成術群(38例)と模擬手術群(40例)の術後成績に差は認められず、両群とも急速に痛みが軽減した。椎体形成術はプラシーボに勝てず。<http://1.usa.gov/jPz9Pb>

骨粗鬆症による椎体圧迫骨折の中には痛みを訴える患者さんがいます。その治療法として骨セメント療法が脚光を浴びていますが、残念ながらその成績はプラシーボ効果だったことが証明されたわけです。

### **腰痛治療の新常識—80—**

有痛性の骨粗鬆症椎体骨折患者131名を対象としたRCT(ランダム化比較試験)によると、経皮的椎体形成術群と対照群(保存療法)を比較したところ、両群間の疼痛および活動障害に差は認められず、椎体形成術の適用を支持する結果は得られなかった。<http://1.usa.gov/kvXvx0>

脊椎疾患では手術というドラマ、手術という儀式が絶大な効果を発揮することが多々あります。骨セメント療法もそのひとつだったわけですが、ランダム化比較試験によって保存療法と同じ効果しか得られないことが明らかになった今、はたして貴重な医療費を費やしてまで続ける価値があるのでしょうか。健康保険料を支払っている国民一人ひとりが考えてみるべきだと思います。

## **腰痛治療の新常識—81—**

健常者41名を対象に腰部椎間板を5年間にわたってMRIで追跡調査した結果、物理的負荷(重量物の挙上や運搬・腰の回転や屈曲等)という従来の危険因子は椎間板変性とは無関係で、腰痛発症率はむしろ椎間板変性のある方が低かった。

<http://1.usa.gov/178sVnE>

重い物を持っても椎間板が潰れることはありませんし、椎間板が潰れている人は腰痛になりにくいという事実が確認されました。腰に負担がかかる動作を怖れる必要はありません。腰痛にまつわる迷信や神話は頭から消去しましょう。

## **腰痛治療の新常識—82—**

男性の一卵性双生児115組を対象にMRIで椎間板変性を促進させる危険因子を調査した結果、椎間板変性は仕事やレジャーによる身体的負担、車の運転、喫煙習慣といった物理的因子より、遺伝的因子の影響を強く受けていることが判明。

<http://1.usa.gov/kWg7Iw>

椎間板が潰れるかどうかは腰にかかる物理的負担より遺伝子の影響が強いことが明らかになっています。国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した研究です。素人ならともかく腰痛患者をあつかう医療関係者が知らなかったではすみません。

## **腰痛治療の新常識—83—**

21～80歳までの腰痛未経験者52名を対象にCATスキャンで腰部椎間板を分析した結果、年齢に関わらず35.4%に何らかの異常が検出され、40歳未満の19.5%に、40歳以上の26.9%に無症候性椎間板ヘルニアが確認。

<http://1.usa.gov/mBTclS>

レントゲンやMRIだけでなく、CATスキャン(CTと同じ)でも健康な人の中に椎間板の異常が見つかります。したがって椎間板変性や椎間板ヘルニアが痛みの原因とはいえません。

## **腰痛治療の新常識—84—**

20～80歳までの腰痛未経験者67名を対象にMRIで腰部椎間板を分析した結果、21～36%に椎間板ヘルニアが、50～79%に椎間板膨隆が、34～93%に椎間板変性が確認されたことから、手術の選択は慎重にすべきと結論。

<http://1.usa.gov/knGWuH>

椎間板の異常≠痛み。∴椎間板の異常≠手術。



## 腰痛治療の新常識—85—

椎間板ヘルニアと診断された強い腰下肢痛を訴える患者46名と、年齢、性別、職業などを一致させた健常者46名の腰部椎間板をMRIで比較した結果、健常者の76%に椎間板ヘルニアが、85%に椎間板変性が確認された。<http://1.usa.gov/iN3oKG>

これも国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した有名な研究です。椎間板ヘルニアがあったり椎間板が潰れていたりしても腰下肢痛が出るとは限りません。症状の有無は心理社会的因子が関与していることが明らかになっているのです。

## 腰痛治療の新常識—86—

脊椎医療の分野では、腰痛や頸部痛の発症および慢性化に対する社会的影響を過小評価、もしくはほとんど無視してきた。しかし、社会的疼痛は身体的疼痛と同様に無視できない疼痛である。人は社会的な絆に支えられて生きているのだから。

<http://1.usa.gov/jfBai5>

過去に受けた社会的苦痛によって慢性疼痛が発症することを示唆している研究です。だからこそ日本は時期を逸することなく『健康の社会的決定要因』にオールジャパンで取り組むべきだと思います。

## 腰痛治療の新常識—87—

モルヒネの鎮痛作用に最も関連深い $\mu$ オピオイド受容体に変異のある被験者を対象にfMRIで分析した結果、社会的疼痛と身体的疼痛は脳の同じ領域(背側前帯状皮質・前部帯状回)が関与している可能性が明らかに。社会的な絆は重要。

<http://1.usa.gov/jnoVqO>

今回の東日本大震災では被災3県はもちろんすべての日本人が心に傷を負いました。『健康の社会的決定要因』(<http://bit.ly/tBz7CP>)という観点から考えると、数年後には筋骨格系疾患を含む心身の不調を訴える国民が続出するかもしれません。こうした震災の影響を抑えるためには今のうちに何らかの手を打つ必要があると思われます。少なくとも腰痛にまつわる迷信や神話は1~2年以内に一掃しておきたいと考えています。どうか国民の利益のためにお力をお貸しくださいますようお願い申し上げます。

## 腰痛治療の新常識—88—

18~75歳の一般住民6,569名を9年間追跡調査した結果、慢性疼痛および広範囲の疼痛を持つ被験者は、疼痛のない被験者より死亡率が20~30%高かった。早期死亡の主な原因は乳癌と前立腺癌。運動量や食事習慣などが関与？

<http://1.usa.gov/iYuYJs>

慢性疼痛に苦しんでいる患者は痛みのない人より寿命が短くなる傾向があります。痛みによる活動量の低下が一因のようです。そういう意味においても慢性疼痛には運動療法が必要不可欠です。

### **腰痛治療の新常識—89—**

25～74歳の一般住民1,609名を最長14年間追跡調査した結果、広範囲にわたる慢性疼痛を持つ被験者は、疼痛のない被験者より死亡率が高いことが確認された。その死亡率上昇は、喫煙、睡眠障害、身体活動低下と関連していた。

<http://1.usa.gov/k8QzfA>

慢性疼痛は寿命を縮めてしまいますから、何が何でも急性期のうちに治してしまいたいものです。そのためには、迷信や神話ではない正確な情報と、根拠に基づく医療によるオーダーメイド・メディスンが重要になります。

### **腰痛治療の新常識—90—**

腰痛患者100名と健常者100名を対象に腰部X線写真を比較した研究では、両群間の腰仙移行椎、脊椎迂り症、潜在性二分脊椎、変形性脊椎症の検出率に差は認められなかった。画像検査による脊椎の異常所見は本当に腰痛の原因か？

<http://1.usa.gov/ICMbXb>

レントゲン写真で認められる異常は、シミやシワ、あるいはホクロや白髪と同じですから心配する必要はありません。

### **腰痛治療の新常識—91—**

腰痛患者200名と健常者200名のX線写真を比較した結果、脊椎迂り症、腰仙移行椎、潜在性二分脊椎、椎間狭小、変形性脊椎症、脊柱側彎症、前彎過剰、前彎減少、骨粗鬆症、シュモール結節、圧迫骨折、骨盤傾斜の検出率に差はない。

<http://1.usa.gov/jb0ly3>

腰下肢痛の原因は必ずしもレントゲン写真で検出されるわけではありません。世界各国の腰痛診療ガイドラインが腰下肢痛患者に対する画像検査を自粛するよう勧告している理由はここにあります。

### **腰痛治療の新常識—92—**

18～50歳までの腰痛患者807名と健常者936名を対象に、腰部X線撮影で脊椎分離症の検出率を比較した結果、腰痛患者群は9.2%、健常者群は9.7%だった。脊椎分離症が腰下肢痛の原因と考えるのは非論理的。<http://1.usa.gov/j2Jw5a>

成人の脊椎分離症は腰下肢痛の原因ではないという世界的コンセンサスがあります。

### **腰痛治療の新常識—93—**

発症後1年以内の腰痛患者144名と健常者138名を対象に、骨盤の歪みを厳密に測定して腰痛との関連を調べた研究により、どのような臨床的意義においても、骨盤の非対称性(歪み)と腰痛とは関連していないことが証明されている。

<http://1.usa.gov/kIBHZm>

代替医療にとってはもっとも受け入れ難い事実。肝臓は右、心臓は左、右肺は3つ、左肺は2つ。人間の身体は左右対称ではないことを解剖学で習ったはず。それを思い出していただきたい。

### **腰痛治療の新常識—94—**

港湾労働希望者208名、急性腰痛の港湾労働者207名、慢性腰痛患者200名のX線写真を比較した結果、両群間の異常検出率に差がなかったことから、将来の腰痛発症を予測できず、放射線被曝するX線撮影は雇用者の選別には不適切。

<http://1.usa.gov/kNXTVG>

レントゲン写真で検出される異常は腰痛と無関係なので当然の結果です。レッドフラッグ(危険信号)がない限り、腰痛疾患に対してルーチンな画像検査は行うべきではありません。

### **腰痛治療の新常識—95—**

明らかに効果がないか、僅かなエビデンスしかない治療法を奨励してはならない。患者や社会の利益を考慮すれば強力なエビデンスのある治療法だけを普及させるべきで、ある方法が他の方法より優れていることを明らかにする研究が必要。

<http://1.usa.gov/kKuYzg>

改めて説明するまでもなく、これはEBM(根拠に基づく医療)の基本です。

### **腰痛治療の新常識—96—**

椎間板造影は全米で年間20万回以上行なわれている侵襲的検査法だが、10年間にわたる前向きコホート研究によって、椎間板造影は椎間板の変性を加速させていることが判明。最新の技術を用いても椎間板穿刺は椎間板構造を変化させる。

<http://1.usa.gov/jQIEab>

椎間板造影や脊髄造影はリスク(害)がベネフィット(利益)を上回るので世界的に行なわれなくなっています。それは日本でも同じだと信じています。

### 腰痛治療の新常識—97—

妊婦54名と非妊婦41名の腰部椎間板をMRIで比較した結果、椎間板異常は妊婦群で53%、非妊婦群で54%、椎間板ヘルニアは妊婦群で9%、非妊婦群で10%、椎間板膨隆は両群とも44%と差がなかったことから、妊娠は腰にとって安全。

<http://1.usa.gov/luz28A>

体重増加や前彎過剰は椎間板に影響を与えません。妊娠を恐れる必要はないのです。安心して子作りに励んでください。

### 腰痛治療の新常識—98—

急性腰痛患者200名、慢性腰痛患者200名、健常者200名を対象にX線撮影で仙骨底角を比較した結果、3群間に差はなかったことから、腰部前彎と腰痛とは一切無関係なので、医師は腰部前彎に関するコメントを控えるべきと警告。

<http://1.usa.gov/jLuOXd>

背骨はS字状カーブを描くのが正しい姿勢といわれていますが、それはまったく根拠のない迷信だということです。自然界に左右対称がないのと同じように、腰痛の治療や予防に影響を与える正しい姿勢などないのです。医療関係者は根拠に基づく情報を提供すべきです。腰痛疾患を医原病にしてしまったことを猛省しなければなりません。

### 腰痛治療の新常識—99—

腰痛のきっかけとなった出来事に関するアンケートの結果、経済的利益が得られる患者の90%がきっかけありと答えたのに対し、利益が得られない患者は33%しかきっかけありと答えなかった。腰痛の67%が自然発症することが判明。

<http://1.usa.gov/kQrHzi>

重いものを持つから腰痛になるとか腰痛は職業病だと思い込んでいる人が大勢いますが、そのような考え方そのものが発症率を高めて慢性化させるイエローフラッグです。時代遅れの誤った信念を捨てましょう。

### 腰痛治療の新常識—100—

レッドフラッグがない限り画像検査を行なうなど各国の腰痛ガイドラインが勧告しているが、基準が甘すぎるという議論が勃発。腰痛は予後良好の疾患であり、安静臥床は避けるべきという情報伝達を妨げ、過剰診療に繋がる恐れがあるから。

<http://1.usa.gov/iBFoXO>

要するに、腰痛患者で重篤疾患が見つかるのは1～5%程度なのに、レッドフラッグの基準を守ると画像検査が増えるということなのですが、稀ではあるもののレッドフラッグをすり抜ける厄介なケースが存在します。となれば、血液検査をより積極的に行なったらどうでしょう。費用対効果も優れているように思います。いずれにしても、レッドフラッグ(危険信号)の基準をもっと厳しくして画像検査をさらに減らせというのですから、腰痛患者に対してルーチンに画像検査を行なうと訴えられる日が来るかもしれません。

### **腰痛治療の新常識—101—**

この50年間、生体力学に基づく人間工学的アプローチによって腰にかかる負担は大幅に軽減されてきたが、腰痛患者が減少したという証拠はひとつも存在しない。それどころか腰痛患者は年々増加し続けている。腰を守ろうとするのは逆効果。

<http://1.usa.gov/mcgEVI>

交通機関や重機の発達、良い姿勢、正しい物の持ち上げ方、サポートベルト(コルセット)、腰に良い椅子などなど、腰にとっては素晴らしい世の中になりました。その結果、腰痛患者が激増しているという事実があります。腰を守ろうとしてきたことが裏目に出たのです。

### **腰痛治療の新常識—102—**

腰痛患者200名と健常者200名のX線写真を比較した結果、腰痛患者の30%に脊柱側彎症が、1%に前彎過剰が、22%に前彎減少が見られ、健常者の45.5%に脊柱側彎症が、2.5%に前彎過剰が、22%に前彎減少が見られた。

<http://1.usa.gov/jb0ly3>

腰痛患者と健常者との間に姿勢の差は認められません。腰痛を予防する正しい姿勢などないのです。ましてや姿勢が腰痛の原因になるというエビデンス(科学的根拠)はありません。

### **腰痛治療の新常識—103—**

腰痛のない25名の大学生を対象に腰椎への物理的負荷に対する心理的ストレスと性格特性の影響力を調べた結果、心理的ストレスは単独で腰痛の原因となり、特に内向型と直感型の性格特性は心理的ストレスで腰痛発症リスクが高くなる。

<http://1.usa.gov/j5FbjY>

腰に悪いことをしても腰痛になるというわけではなく、心理的ストレスによって腰痛を



発症するという研究です。腰痛はさまざまな要因によって生じる「生物・心理・社会的疼痛症候群」だからです。

### 腰痛治療の新常識—104—

腰のX線撮影による放射線被曝量は、胸の写真に換算すると150回分に相当し、4方向から撮影した場合、卵巣への被曝量は6年～98年間毎日、胸の写真を撮った被曝量に匹敵する。<http://1.usa.gov/ify8x6> <http://1.usa.gov/kjcHDP>

福島第一原発事故でこれだけ大騒ぎしているではありませんか。これ以上、無益な放射線被曝は避けましょう。

### 腰痛治療の新常識—105—

腰痛患者421名をX線撮影群と非撮影群に割り付け、9ヶ月間にわたって追跡調査した結果、非撮影群に比べるとX線撮影群は痛みの持続期間、活動障害、健康状態の成績が悪く、受診回数も多かった。不安や恐怖は治癒を妨げている。

<http://1.usa.gov/ihsdPJ>

レッドフラッグ（危険信号）のない腰痛患者に対する画像検査は、デメリットはあってもメリットはありません。基本的に画像検査の必要がない疾患なのです。

### 腰痛治療の新常識—106—

1985年～1995年に発表された腰痛疾患と画像検査に関する論文672件をレビューした結果、画像所見と腰痛との間に関連があるという証拠は見出せなかった。レッドフラッグのない腰痛患者の画像検査は無意味である可能性大。

<http://1.usa.gov/mwyvVG>

世界各国の腰痛診療ガイドラインはレッドフラッグ（危険信号）の認められない腰痛患者に画像検査をするなど勧告しています。その勧告を無視してまで画像検査を強行すれば、国によっては訴訟問題に発展しかねません。

### 腰痛治療の新常識—107—

5つの異なる職種の男性149名を対象に、1年間にわたってMRIで腰部を観察した結果、椎間板変性と腰痛との関連はなく、職種による異常検出率にも差はなかった。調査期間中に13名が腰痛を発症したが、MRI所見に変化はないことも判明。

<http://1.usa.gov/kx1dpn>

肉体労働が椎間板に悪影響をおよぼすわけではないこと、そもそも椎間板と腰痛は無関係であること、画像検査は腰痛疾患に役立たないことが証明されたわけです。

## **腰痛治療の新常識—108—**

腰痛経験もなくX線所見も異常のないボランティア受刑者50名を対象に、腰部椎間板造影を行なったところ、全例に異常所見が確認された。重大な合併症の危険を冒してまで侵襲的な椎間板造影を行なうメリットはどこにあるのか？

<http://1.usa.gov/iUPQWz>

健康な人の全員に異常所見が確認される画像検査など医療行為とは呼べません。それも放射線を浴びせて身体を傷つける椎間板造影は直ちにやめるべきです。

## **腰痛治療の新常識—109—**

椎間板ヘルニア患者を対象に、CT、脊髓造影、椎間板造影、ミエロCT、ディスコCT、MRIの診断精度を比較した結果、最も高いのはMRIで最も低いのは椎間板造影だった。<http://1.usa.gov/kv9ISH> <http://1.usa.gov/jlyHsd>

椎間板ヘルニアがあるからといって必ずしも痛みが出るわけではありませんが、どうしても画像検査をするなら放射線被曝のないMRIが推奨されています。もはや椎間板造影の選択肢はないでしょう。

## **腰痛治療の新常識—110—**

坐骨神経痛患者55名と健常者37名を対象に、腰部サーモグラフィーの診断精度を比較した結果、健常者の56～81%に異常所見が確認されたことから、腰下肢痛疾患の診断にサーモグラフィーは役立たないことが判明。<http://1.usa.gov/iBgilg>

残念無念。他の疾患は知りませんが、腰下肢痛にサーモグラフィーは役に立ちません。

## **腰痛治療の新常識—111—**

各国の腰痛診療ガイドラインはレッドフラッグのない患者に画像診断をするなど勧告しているが、レッドフラッグは問診と簡単な理学検査で検出できる。しかし完全無欠というわけではない。感度と特異度もしっかり頭に入れておくべき。

<http://1.usa.gov/mJccsd>

感度も特異度も100%という診断法はありません。時には勘がものをいうケースがあります。だからこそサイエンスだけでなくアートも重要なのです。

## **腰痛治療の新常識—112—**

当初は有効とされていたが比較試験によって無効と判断され医学界が放棄した治療法に関する10件の論文をレビューした結果、その平均有効率は約70%(Excellent: 40.2%、Good: 29.6%、Poor: 30.3%)にも達していた。<http://bit.ly/ijxEk5>

70%の有効率を誇るわけですからプラシーボも使いようですが、コストパフォーマンスのバランスが取れていないとただのクワッカリ（健康詐欺・インチキ治療・イカサマ療法）になりますのでご注意ください。

### 腰痛治療の新常識—113—

1966年～1991年に発表された椎間板ヘルニアに対する脊椎固定術に関する47件の論文をレビューしたところ、脊椎固定術によって優または良と評価できた割合は平均68%だったことが判明。平均70%のプラシーボとほぼ同等。

<http://1.usa.gov/k4Z0q9>

アメリカでも日本でも脊椎固定術が大流行りですけど、腰痛疾患に対する手術の中でもっとも高価なのにもっとも成績が悪い手術です。『ニューズウィーク日本版』が指摘したように、こうしたコストパフォーマンスの悪い手術はやめられないものなのでしょうか。

### 腰痛治療の新常識—114—

脊柱管狭窄症に対する減圧椎弓切除術に関する74件の論文をレビューしたところ、減圧椎弓切除術によって優または良と評価できた割合は平均64%だったことが判明。やはりプラシーボの平均有効率70%を超えていない。<http://1.usa.gov/k28GnN>

世界各国の腰痛診療ガイドラインが勧告しているように、手術をしたからといって必ずしも完治するわけではありません。まずは従来の古典的な治療法ではなく、より新しいガイドラインの勧告に従った保存療法を試みるべきです。

### 腰痛治療の新常識—115—

変形性膝関節症患者180名を関節鏡手術群、関節内洗浄群、模擬手術群に割付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、関節鏡手術の成績は2年間にわたって模擬手術と同等だった。プラシーボに過ぎない関節鏡手術にかかる医療費は他に振り向けるべき。<http://t.co/TbB5ddK>

アメリカスポーツ医学会賞を受賞した有名な研究です。これも『ニューズウィーク日本版』で医療仕分けの対象として挙げられていましたが、医師はこの事実を知っていてもなかなかやめようとしません。

### 腰痛治療の新常識—116—

27,801名を対象としたアンケート調査から、急性腰痛患者の86.2%は2週間以内に治癒することが判明。この86%という自然治癒率とプラシーボの70%を超えられない治療法は、価値がないどころか治癒を妨げていることになる。

<http://1.usa.gov/kbxBhi>

自分の治療が優れていると主張したい人は、ランダム化比較試験で自然治癒率を上回っていることを証明しなければいい笑いものになりますよ。

### **腰痛治療の新常識—117—**

急性腰痛患者203名を対象に2日間の安静臥床群と7日間の安静臥床群を比較したRCT(ランダム化比較試験)によると、3週間後の欠勤日数は2日間の安静臥床群の方が45%少なかった。急性腰痛に対する安静臥床は欠勤日数を増やすことが証明される。<http://1.usa.gov/jFHMqM>

急性腰痛(ぎっくり腰)を1日も早く治したかったら、ベッドで安静に寝ているのではなく、痛みの許す範囲内で普段どおりの生活を心がけましょう。

### **腰痛治療の新常識—118—**

1966年～1996年に発表された急性腰痛患者に対するアドバイスに関する論文をレビューした結果、安静臥床は効果がないばかりか回復を遅らせるが、日常生活を続けると職場復帰が早く、慢性化を防ぎ、再発率も低下することが判明。

<http://1.usa.gov/iKIS4V>

急性腰痛(ぎっくり腰)の特効薬は日常生活を続けることです。けっして安静にしていけません。

### **腰痛治療の新常識—119—**

安静臥床に関する39件のRCT(ランダム化比較試験)をレビューした結果、安静臥床によって改善が認められた研究はひとつも存在しない。激痛のために動けない場合は別として、急性腰痛患者が安静に寝ているのは有害で危険な行為。即刻やめさせるべき。<http://1.usa.gov/in85AR>

安静に寝ていることで腰痛が改善するという証拠は少なくともこの地球上には存在しません。「腰痛には安静第一」という迷信は頭の中から消去しましょう。

### **腰痛治療の新常識—120—**

6週間以上持続する腰痛患者151名を対象とした牽引群とシャムトリートメント(擬似牽引)群に割り付けたランダム化比較試験(RCT)によると、3ヵ月後と6ヵ月後のどの

時点においても両群間の疼痛軽減率に差は認められなかった。

<http://1.usa.gov/pbbXCc>

腰痛に牽引の効果はないことが明らかになっていきますけど、ネットで調べてみると今でも牽引をしている医療機関があるようですね。

### **腰痛治療の新常識—121—**

坐骨神経痛患者を対象とした牽引群とシャムトリートメント(擬似牽引)群に割り付けた二重盲検ランダム化比較試験によると、両群の間に疼痛や理学所見の差は認められなかった。腰痛や坐骨神経痛に対して牽引が有効だという証拠はない。

<http://1.usa.gov/qWMLLj>

腰痛だけでなく坐骨神経痛にも牽引の効果が認められません。ちなみにわたくしは腰痛で牽引して坐骨神経痛を発症しました。15歳の冬のことです。

### **腰痛治療の新常識—122—**

頸部痛と腰痛に対する牽引に関する7件のRCT(ランダム化比較試験)をレビュー(批判的に吟味)した結果、どの研究からも牽引の有効性は認められなかった。腰痛や坐骨神経痛に牽引が有効だという証拠は今のところ存在しない。

<http://1.usa.gov/qeOuDx>

ヒポクラテスの時代から行なわれてきた牽引ですけれども、その効果はほとんどないことが科学的に証明されてしまいました。それほどコストがかかるとも思えませんがどうしたものでしょうね。

### **腰痛治療の新常識—123—**

食品流通センター勤務の男性90名を対象に、荷物の持ち上げ方に関する教育群、特注コルセット+教育群、非介入群に割り付けて6ヶ月間追跡したランダム化比較試験(RCT)によると、3群間の腰痛発症率と腰痛による欠勤日数に差は認められなかった。<http://1.usa.gov/nx51vQ>

最近の腰痛診療ガイドラインでは正しい物の持ち上げ方を教えてはならないと警告しています。なぜなら物を持ち上げる度に腰に注意を集中してしまうからです。これでは予防どころかかえって腰痛発症率を高めてしまいます。腰に良い正しい持ち上げ方はありません。テコの原理を利用した楽な持ち上げ方があるだけです。一般にいわれている方法は腰痛予防のためではなく楽に持ち上げる方法だと考えてください。

### **腰痛治療の新常識—124—**



小売店の資材運搬担当者9,377名を対象とした6ヶ月にわたる前向きコホート研究によると、腰部サポートベルト毎日装着群、週1～2日間装着群、非装着群の3群を比較した結果、腰痛発症率も労災申請件数も減少しなかった。

<http://1.usa.gov/q7mNYQ>

腰部サポートベルトでは腰痛を予防できないことが前向きコホート研究で明らかになりました。腰にかかる負担を軽減しようとしても意味がないのです。

### **腰痛治療の新常識—125—**

腰部コルセットやサポートベルトの装着で腰痛を予防できないのは明白だが、これまで考えられていたように長期間の装着によって腹筋力や背筋力の低下を招く危険はない。腰部コルセットやサポートベルトはリスクもベネフィットもない。

<http://t.co/gexF0X8>

リスク(害)もベネフィット(利益)もないとはいえコスト(費用)はかかります。あなたならどうします？

### **腰痛治療の新常識—126—**

急性腰痛患者363名を対象に標準的治療群、運動療法群、シャム(疑似治療)群に割り付けて1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、腰痛による欠勤率は運動療法群が最も高く、シャム群が最も低かった。急性腰痛に対する運動療法は無効。<http://1.usa.gov/nZYZXu>

急性腰痛(ぎっくり腰)には運動療法が効かないことが明らかになったランダム化比較試験です。世界各国の腰痛診療ガイドラインも急性腰痛に運動療法は勧めていません。

### **腰痛治療の新常識—127—**

急性腰痛患者186名を対象に2日間の安静臥床群、ストレッチ群、日常生活群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、ストレッチ群は安静臥床群より欠勤日数が少ないものの日常生活群には及ばないことが判明。急性腰痛の特効薬は日常生活の維持。<http://1.usa.gov/mOolz9>

安静臥床は論外ですけど急性腰痛(ぎっくり腰)にはストレッチより日常生活のほうが有効です。痛みの許す範囲内で普段どおりの生活を心がけましょう。

### **腰痛治療の新常識—128—**

健常者402名を腹筋強化運動＋教育プログラム群と教育プログラム群の2群に割り付けて2年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、両群間の腰痛発症率には差が認められなかったことから、腹筋強化運動は腰痛を予防できないことが判明。

<http://1.usa.gov/p3JqOY>

ここで行なわれた教育プログラムというのは従来の生物学的腰痛概念に基づく腰痛教室のことです。ともあれ、いくら腹筋運動をしても腰痛の予防にはならないことが明らかになったわけです。時代遅れの腰痛教室もですけど。

### **腰痛治療の新常識—129—**

航空機製造会社に勤務する3,020名を対象とした4年以上にわたる前向きコホート研究では、腰の柔軟性を測定することで過去の腰痛歴や将来の腰痛発症率は予測できないことが判明。腰痛疾患に対するストレッチの有効性に疑問あり。

<http://1.usa.gov/nrEjPB>

柔軟性と腰痛とは無関係であることが科学的に証明されたわけです。ヨガのインストラクターもよく腰痛を訴えることから腰痛をあつかう治療者は経験的に知っていたはずですが、ストレッチが悪いといっているのではありません。心身の健康のためにストレッチは大いに活用しましょう。

### **腰痛治療の新常識—130—**

ストレッチ運動と筋肉痛やスポーツ外傷に関する7件のRCT(ランダム化比較試験)を吟味した体系的レビューの結果、運動前後のストレッチ運動では筋肉痛を予防できないし、スポーツの前にストレッチ運動を行なってもスポーツ外傷は予防できないことが判明。<http://1.usa.gov/qG7uVT>

これはまた意外な結果です。しかし、ストレッチで筋肉痛と外傷が予防できないということが判明しただけで、パフォーマンスの向上に役立たないというわけではありませんので誤解のないように。

### **腰痛治療の新常識—131—**

腰痛に対する運動療法をテーマとした11件のRCT(ランダム化比較試験)をレビューした結果、急性腰痛(6週未満)に有効な運動療法は存在しないものの、亜急性腰痛(6週～3ヶ月未満)や慢性腰痛(3ヶ月以上)には運動療法が有効であることが判明。

<http://1.usa.gov/qL98sH>

慢性腰痛には運動療法が必要不可欠ですけど、急性腰痛(ぎっくり腰)には運動療法より日常生活の方が有効です。覚えておきましょう。

### 腰痛治療の新常識—132—

腰痛患者109名をオステオパシー(脊椎療法)群、ジアテルミー群、シャム(見せかけのジアテルミー)群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、3群間に改善率の差は認められなかったことから、オステオパシーもジアテルミーもプラシーボ効果？ <http://1.usa.gov/qPRztD>

医療をアートだと捉えればその効果がプラシーボでも良いと思いますが、リスクとコストはできるだけ抑えるべきでしょう。

### 腰痛治療の新常識—133—

慢性腰痛患者20名を低出力レーザー照射群とシャム(見せかけの照射)群に割り付けた上で運動療法を加えた二重盲検ランダム化比較試験によれば、両群間に改善率の差は認められなかった。慢性腰痛に低出力レーザーは効果がない。

<http://1.usa.gov/ol2sT0>

低出力レーザーはわたくしも持っています。安くはない医療機器です。残念無念。でも最近、ハゲに効果ありという情報も。

### 腰痛治療の新常識—134—

慢性腰痛患者145名を対象に、TENS(低周波治療)群、シャム(見せかけのTENS)群、ストレッチ+TENS群、ストレッチ+シャム群に割り付けて2ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、4群間の疼痛改善率に差は認められなかった。

<http://1.usa.gov/oyq5KL>

慢性腰痛に低周波治療器は効かないことがランダム化比較試験で明らかになったわけですけど、ストレッチも効かないとは意外です。

### 腰痛治療の新常識—135—

慢性腰痛患者148名を対象に、30分間の理学療法群、1時間のマシンエクササイズ群、1時間の軽いエアロビクス群の3群に割り付けて6ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、3群間の治療成績に差は認められなかった。

<http://1.usa.gov/plbRGU>

これは3群とも効果がなかったというのではなく、効果が同じならよりコストのかからない方法を選びましょうという論文です。繰り返しますが慢性腰痛には運動療法が必要不可欠です。

### 腰痛治療の新常識—136—

腰痛と頸部痛患者256名を対象に、標準的治療群、脊椎療法群、理学療法群、シャム群に割り付けて1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)では、標準的治療群とシャム群が最も成績が悪く、脊椎療法群は理学療法群よりわずかに優れていた。

<http://1.usa.gov/kfFvV6>

最も成績の悪い標準的治療とは鎮痛剤・姿勢に関するアドバイス・腰痛体操・安静臥床で、理学療法とは運動・マッサージ・物理療法(ホットパック・低周波治療・超音波・短波ジアテルミー)です。

### 腰痛治療の新常識—137—

慢性腰痛患者66名を対象に、筋電図バイオフィードバック群、シャム(見せかけのバイオフィードバック)群、無治療群に割り付けて効果を実験直後と3ヵ月後に比較した結果、どの時点においても3群間に差は認められなかった。<http://1.usa.gov/qGMSer>

慢性腰痛にはバイオフィードバックが効くと思っていたのですが残念です。

### 腰痛治療の新常識—138—

筋骨格系疾患に対する超音波療法に関する123件の論文を吟味した結果、超音波療法が有効だという科学的証拠は確認できなかったことから、超音波療法をはじめとする受け身の物理療法は、臨床的に何ら影響をおよぼさないと結論。

<http://t.co/GDqcE8J>

腰痛・肩こり・関節痛といった筋骨格系疾患は、治してもらうという受身的な治療より、自分で治すという攻めの治療が重要だということが次々と明らかになっています。

### 腰痛治療の新常識—139—

慢性疼痛に対する鍼治療の有効性に関する51件のRCT(ランダム化比較試験)を吟味した結果、鍼治療の効果はきわめて疑わしいと結論。鍼治療の有効性を主張するにはさらなる臨床試験が必要。いずれにしろ物理療法の有効性は科学的に証明されていない。<http://t.co/rN78mjH>

この論文から20年経過した現在、慢性腰痛に対する鍼治療のRCT(ランダム化比較試験)が次々と行なわれ、慢性腰痛には鍼治療が有効という結果が出ています。ただし他の物理療法はほぼ全滅。

### 腰痛治療の新常識—140—

立ち仕事をしている女性の腰痛患者96名を対象に行なったクロスオーバー試験によると、インソールの使用によって腰痛が緩和したのは44%で、3%は悪化し、51%は変

化がなかった。インソールは立ち仕事での腰痛を緩和する可能性。

<http://t.co/HrLIQ95>

44%の有効率ではいささか物足りませんね。各国の腰痛診療ガイドラインでもインソールは推奨していません。

### **腰痛治療の新常識—141—**

腰痛患者144名と健常者138名を対象に骨盤の歪みを厳密に測定して腰痛との関連を調べた結果、どのような臨床的意義においても骨盤の非対称性と腰痛は関連していないことが判明。骨盤の歪みが腰痛の原因というのは迷信に過ぎない。

<http://t.co/iEvQzim>

受け入れがたい医療関係者も多いでしょうが、この結果に異を唱えたければ同じ研究をやってみる事です。自然界に左右対称は存在しません。ある信念に固執して事実から目をそらすことを確証バイアスといいます。

### **腰痛治療の新常識—142—**

18～40歳までの急性腰痛患者を対象に4週間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、モビリゼーション群とマニピュレーション群の改善率は4週間後には差がなくなるものの、マニピュレーション群は最初の1週間で急速に改善することが判明。

<http://t.co/xSdw3w4>

モビリゼーションに効果がないというのではなく、マニピュレーションのほうが早く回復するということです。

### **腰痛治療の新常識—143—**

腰痛に対する脊椎マニピュレーションに関する論文58件をメタ分析した結果、3週間以内に腰痛が回復する確率は50～67%だった。慢性腰痛に対する効果は不明としながらも、急性の非特異的腰痛には一時的な効果があることが判明。

<http://t.co/R9DMmIJ>

カイロプラクティックは急性腰痛(ぎっくり腰)に対してある程度の効果があるということです。しかし現在では、急性腰痛よりも慢性腰痛に有効であることが証明されています。

### **腰痛治療の新常識—144—**

腰痛に対する脊椎マニピュレーションに関する37件のRCT(ランダム化比較試験)を吟味した体系的レビューでは、研究デザインに不備があるために正確な評価は困難



で、腰痛に対する有効性は科学的に証明できないが、たしかにある患者には効果が認められる。<http://t.co/CwMdT89>

第一級のエビデンスである体系的レビューによって、腰痛に対するカイロプラクティックの効果が示唆されたことになります。

### 腰痛治療の新常識—145—

1911年～1991年に発表された脊椎マニピュレーション後に馬尾症候群が生じた29例を詳細に分析した結果、重度あるいは進行性の神経障害にマニピュレーションは行なうべきでないが、症状が悪化する可能性はきわめて低い。

<http://1.usa.gov/qsCsK1>

馬尾症候群のサインを見逃さなければカイロプラクティックはとても安全な治療法です。

### 腰痛治療の新常識—146—

腰下肢痛患者を対象に脊椎マニピュレーション群、骨盤牽引群、スクレロサント(組織硬化剤)注射群、ステロイド注射群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、1ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後のどの時点においても4群間の改善率に差は認められない。<http://1.usa.gov/qjUTqL>

1987年のRCTではまだカイロプラクティックの有効性が明らかになっていませんでした。RCTの積み重ねによって初めて真実が浮かび上がってくるのです。個人の主観的経験がいかに不正確であるのかを感じ取っていただければ幸いです。

### 腰痛治療の新常識—147—

椎間板ヘルニアか脊柱管狭窄症と診断された腰下肢痛患者73名を対象とした硬膜外ブロックに関するRCT(ランダム化比較試験)によると、ステロイド剤＋局所麻酔剤群と生理食塩水＋局所麻酔剤群の間に改善率の差は認められなかった。ステロイド注射は無効？<http://1.usa.gov/qAFypS>

もっとも強力な抗炎症剤であるステロイドが効かないところをみると、腰下肢痛は炎症によるものではないと考えられます。

### 腰痛治療の新常識—148—

腰下肢痛患者に対する硬膜外ステロイド注射に関する12件のRCT(ランダム化比較試験)をレビューした結果、硬膜外ステロイド注射の効果は明確ではないものの、神経根症状を伴う急性腰下肢痛に限っていえば一時的な効果は望める可能性がある。

<http://1.usa.gov/okMOHg>

最新の腰痛診療ガイドラインでは、硬膜外ブロックの短期成績に関するエビデンスは一貫しておらず、長期成績に関するエビデンスも乏しく、脊柱管狭窄症に対してはリスクとベネフィットを評価できるだけのエビデンスがないとされています。

### **腰痛治療の新常識—149—**

筋筋膜性疼痛症候群患者53名に対するトリガーポイント注射に関するRCT(ランダム化比較試験)によると、局所麻酔剤群とプラシーボ(生理食塩水)群の疼痛改善率に差が認められなかったことから、効果が同じなら副作用のない生理食塩水を使うべきと結論。<http://1.usa.gov/qPLsdU>

残念ながらトリガーポイント注射は、世界各国どの腰痛診療ガイドラインでも推奨されていません。

### **腰痛治療の新常識—150—**

腰痛患者63名を4群に割り付けてトリガーポイント注射の有効性を調べたRCT(ランダム化比較試験)によると、疼痛改善率は鍼治療群や冷却スプレー＋虚血圧迫群より、トリガーポイント注射(局所麻酔剤・局所麻酔剤＋ステロイド)群の方が低いことが判明。<http://1.usa.gov/nTBSuI>

最新の腰痛診療ガイドラインでは、発症4後週間以上の亜急性・慢性腰痛に対して鍼治療とマッサージ(虚血圧迫)を推奨しています。

### **腰痛治療の新常識—151—**

慢性腰痛患者97名を対象に椎間関節ブロックの有効性を6ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、プラシーボ(生理食塩水)群とステロイド群の改善率に差は認められなかった。慢性腰痛に対する椎間関節ブロックに効果はないことが判明。<http://1.usa.gov/186g87K>

慢性腰痛患者の椎間関節にステロイドを注射しても効果は認められないことから、慢性腰痛の原因は椎間関節の炎症ではないことが分かります。

### **腰痛治療の新常識—152—**

慢性腰痛患者109名を対象に椎間関節ブロックの有効性を3ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、椎間関節ブロック群、椎間関節周囲ブロック群、プラシーボ(生理食塩水)群の改善率に差は認められないことから心理社会的因子が影響と結論。<http://1.usa.gov/pFTonQ>

慢性腰痛に対する椎間関節ブロックの効果は、自然治癒と心理社会的因子によるものだけということです。

### 腰痛治療の新常識—153—

椎間関節症候群への注射療法に関する論文を厳密に分析した結果、椎間関節内へのプラシーボ(生理食塩水)注射は、ステロイド剤や局所麻酔剤と同等の改善効果があることから、椎間関節症候群という病名自体が神話の可能性がある。

<http://1.usa.gov/nVAtNd>

AHCPRの『成人の急性腰痛診療ガイドライン』では根拠のない診断名として、線維輪断裂・成人の腰椎分離症・筋筋膜炎・線維筋痛症・椎間板症候群・挫傷・脊椎分離症・腰部椎間板症・椎間関節症候群・変性関節症・捻挫・変形性脊椎症・椎間板障害/裂傷・脱臼・亜脱臼(サブラクセーション)の15を挙げています。

### 腰痛治療の新常識—154—

坐骨神経痛を訴える椎間板ヘルニア患者60名を対象に、ラブ法群と顕微鏡下髓核摘出術群の術後成績を1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、術中の出血量、合併症、入院日数、欠勤日数、改善率など、いずれも両群の間に差は認められない。<http://1.usa.gov/p43qmF>

新たに開発された術式なら従来の成績を凌駕するだろうと思いきや、脊椎固定術の例でも分かるように必ずしもそうとは限りません。

### 腰痛治療の新常識—155—

腰下肢痛を訴える椎間板ヘルニア患者52名を対象に、ラブ法群とキモパパイン注入群の術後成績を1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、ラブ法群は85%でキモパパイン群は46%の改善率だった。腰痛の改善率も特にラブ法群が優れていた。<http://1.usa.gov/ofd8E8>

昔から行なわれてきたラブ法は強し。先人たちの偉大さに驚かされます。

### 腰痛治療の新常識—156—

慢性腰痛患者97名を対象に椎間関節ブロックの有効性を6ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、プラシーボ(生理食塩水)群とステロイド群の改善率に差は認められなかった。慢性腰痛に対する椎間関節ブロックに効果はないことが判明。

<http://1.usa.gov/qTsRmP>

慢性腰痛患者の椎間関節にステロイドを注射しても効果は認められないことから、慢性腰痛の原因は椎間関節の炎症ではないことが分かります。

### 腰痛治療の新常識—157—

慢性腰痛患者109名を対象に椎間関節ブロックの有効性を3ヶ月間追跡したRCT（ランダム化比較試験）によると、椎間関節ブロック群、椎間関節周囲ブロック群、プラシーボ（生理食塩水）群の改善率に差は認められないことから心理社会的因子が影響と結論。<http://1.usa.gov/pFTonQ>

慢性腰痛に対する椎間関節ブロックの効果は、自然治癒と心理社会的因子によるものだけということです。

### 腰痛治療の新常識—158—

椎間関節症候群への注射療法に関する論文を厳密に分析した結果、椎間関節内へのプラシーボ（生理食塩水）注射は、ステロイド剤や局所麻酔剤と同等の改善効果があることから、椎間関節症候群という病名自体が神話の可能性がある。

<http://1.usa.gov/nVAtNd>

AHCPRの『成人の急性腰痛診療ガイドライン』では根拠のない診断名として、線維輪断裂・成人の腰椎分離症・筋筋膜炎・線維筋痛症・椎間板症候群・挫傷・脊椎分離症・腰部椎間板症・椎間関節症候群・変性関節症・捻挫・変形性脊椎症・椎間板障害／裂傷・脱臼・亜脱臼（サブラクセーション）の15を挙げています。

### 腰痛治療の新常識—159—

坐骨神経痛を訴える椎間板ヘルニア患者60名を対象に、ラブ法群と顕微鏡下髓核摘出術群の術後成績を1年間追跡したRCT（ランダム化比較試験）によると、術中の出血量、合併症、入院日数、欠勤日数、改善率など、いずれも両群の間に差は認められない。<http://1.usa.gov/p43qmF>

新たに開発された術式なら従来の成績を凌駕するだろうと思いきや、脊椎固定術の例でも分かるように必ずしもそうとは限りません。

### 腰痛治療の新常識—160—

坐骨神経痛を訴える椎間板ヘルニア患者141名を対象に、キモパパイン注入群と経皮的髓核摘出術群の術後成績を1年間追跡したRCT（ランダム化比較試験）によると、6ヶ月後と1年後のどの時点においても改善率はキモパパイン注入群の方が優れていた。<http://1.usa.gov/n4KLZQ>

プロゴルファーの岡本綾子選手が受けたことで知られるキモパpain(タンパク分解酵素)注入療法は、日本でよく行なわれている経皮的髄核摘出術より有効ですが日本では認可されていません。ただしラブ法より効果がないことに注意してください。

### 腰痛治療の新常識—161—

坐骨神経痛を訴える椎間板ヘルニア患者126名を対象に、保存療法群とラブ法群の治療成績を10年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、1年目まではラブ法群が優れていたが4年目以降は両群間に差はなくなっていた。長期成績は両群とも同じ。<http://1.usa.gov/pbjVPJ>

椎間板ヘルニアに対する手術でもっとも優れているラブ法でさえ、長期成績は保存療法と変わりありません。レッドフラッグ(危険信号)のない腰下肢痛はグリーンライト(自己限定性疾患)だからです。

### 腰痛治療の新常識—162—

椎間板ヘルニアに対する手術に関する論文81件を分析した結果次の6点が判明した。(1)椎間板ヘルニアが確認された2ヶ月間の保存療法に反応しない坐骨神経痛患者はそのまま保存療法を続けるよりラブ法を実施した方が早く改善する。

<http://1.usa.gov/q1HPOA>

腰痛診療ガイドラインの勧告に従った保存療法の場合は2ヶ月ではなくて2年の猶予期間があります。

### 腰痛治療の新常識—163—

(2)4年～10年の長期成績という観点から見るとラブ法と保存療法の効果に差は認められない。(3)顕微鏡下髄核摘出術と経皮的髄核摘出術が腰痛に効果があるという証拠はない。(4)経皮的髄核摘出術はラブ法より再手術率が高い。

<http://1.usa.gov/q1HPOA>

要するに椎間板ヘルニアは日にち薬が有効だということです。最近の腰痛診療ガイドラインでは手術はガイドラインに従った保存療法を2年間行なっても改善しないか、激しい痛みが続く患者に限るべきと勧告しています。

### 腰痛治療の新常識—164—

(5)椎間板摘出術は比較的安全な治療法とされているが、これまで考えられていた以上に再手術を必要とする例が多い。(6)椎間板ヘルニアに対する手術成績は、心理社会的因子の影響を強く受けている。<http://1.usa.gov/q1HPOA>



手術を受けた患者の5～50%は症状がまったく変わらないか、あるいはさらに悪化することが判明しています。

### 腰痛治療の新常識—165—

椎間板摘出術が予定されていた腰下肢痛患者84名の治療成績を、神経学的所見、SLR、画像所見、心理テストの4項目で比較した結果、治療成績と最も関係が深かったのは、理学所見や画像所見ではなく心理テストだったことが判明。

<http://1.usa.gov/qMXXcm>

椎間板ヘルニアの治療成績を左右するもっとも大きな要因は、心理社会的因子だということが明らかになったわけです。

### 腰痛治療の新常識—166—

椎間板摘出術を受けた患者46名を2年間にわたって追跡調査した結果、職場復帰には心理的因子(抑うつ状態)と職業上の心理社会的因子(職場での精神的ストレス)が深く関与していて、画像所見や臨床症状は無関係であることが判明。

<http://1.usa.gov/osP4XY>

椎間板ヘルニアの手術成績は、画像所見や臨床症状より、抑うつ状態と職場のストレスに左右されることが明らかになったわけです。

### 腰痛治療の新常識—167—

腰下肢痛を訴える椎間板ヘルニア患者69名を対象に、椎弓切除術群と椎弓切除術＋固定術群の術後成績を3年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、優または良と評価できた割合は椎弓切除術群が71%で椎弓切除術＋固定術群が53%だった。<http://1.usa.gov/pNHEa3>

椎間板ヘルニアに対する脊椎固定術の術後成績は悪いことが明らかにされているのに、なぜか脊椎外科医はやめるところか盛んに脊椎固定術を勧めます。

### 腰痛治療の新常識—168—

脊柱管狭窄を伴う変性迂り症患者76名を対象に、器具固定群と骨移植固定群の術後成績を2年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、器具固定によって骨癒合率の向上は認められるものの、それが必ずしも臨床症状の改善に結びつかないことが判明。<http://1.usa.gov/nfQM86>

インストゥルメンテーション手術(金属のネジとプレートを使用)によって固定力を向上

させても、それが臨床転帰（治療成績）の改善に繋がらないことを明らかにした国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した研究です。

### 腰痛治療の新常識—169—

慢性腰痛を訴える変性迂り症患者130名を対象に、器具固定群と骨移植固定群の術後成績を2年間追跡したRCT（ランダム化比較試験）によると、骨癒合率と満足度に差はないが器具固定群は手術時間、出血量、再手術率を増大させ、深刻な神経損傷を招く危険性大。<http://1.usa.gov/rd6vMx>

インストゥルメンテーション手術（ネジやプレートなどの金属を使用）には大きなリスクが伴うことを明らかにした国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した研究です。

### 腰痛治療の新常識—170—

分離迂り症患者44名を対象に、PLF（腰椎後側方固定術）群とPLIF（後方侵入腰椎椎体間固定術）群の術後成績を2年間追跡したRCT（ランダム化比較試験）によると、複雑で大がかりなPLIFよりも比較的単純なPLFの方が成績は良いことが判明。<http://1.usa.gov/oW84Rp>

腰椎の手術に限っていうと、術式が新しければ新しいほど、いじくり回せば回すほど成績が落ちるように見えるから不思議です。他の分野ではあまり聞かない話ではないでしょうか。

### 腰痛治療の新常識—171—

脊椎固定術に関する論文47件を厳密に検討した結果、優または良と評価できたのは平均68%だったが、論文によっては15%～95%の開きがあり、研究デザインにも不備があるため脊椎固定術の有効性を示す証拠は見つけられなかった。<http://1.usa.gov/pdP0Eg>

腰椎の手術の中でこれほどコストパフォーマンスの悪い手術はありません。それにもかかわらず盛んに行なわれているのですから不思議です。医療仕分けの筆頭に挙げられるのも当然ではないでしょうか。

### 腰痛治療の新常識—172—

脊柱管狭窄症と診断された腰下肢痛患者88名を対象に減圧椎弓切除術の成績を6年間追跡した結果、1年後の改善率は89%だったが6年後には57%に低下し17%は再手術を受けていたことから、これまで報告されていた成績より悪い。<http://1.usa.gov/qEMqae>

脊柱管狭窄症の自然経過は比較的良好で、馬尾症候群の疑いがないければ手術を遅らせても問題ないことが明らかになっています。手術を決断する際、必ずしも全例が完治するわけではないことを知っておくべきです。

### 腰痛治療の新常識—173—

脊柱管狭窄症への減圧椎弓切除術に関する論文74件を厳密に検討した結果、優または良と評価できたのは平均64%だったが、論文によっては26%～100%もの開きがあり、研究デザインにも不備が多いためその有効性は証明できない。

<http://1.usa.gov/qO1nB3>

プラシーボの平均有効率が70%であることを考えると64%は少々寂しい気はしますが、いずれにしろ馬尾症候群の疑いがないのであれば、脊柱管狭窄症だからといって安易に手術すべきではないということです。

### 腰痛治療の新常識—174—

腰痛患者520名を対象に診療ガイドラインに従った治療群と従来の治療群の治療率、再発率、満足度、医療費を1年間追跡して比較した研究によると、従来の治療群よりガイドライン群の方がすべての面でかなり優れていることが判明。

<http://1.usa.gov/reNbPT>

新しい腰痛概念に基づく治療は従来の治療をはるかに凌駕する成績が得られます。強制はしません。どちらを選ぶかはあなた次第です。

### 腰痛治療の新常識—175—

ありふれた症状を訴える患者200名をプラス思考で接した治療群と無治療群、マイナス思考で接した治療群と無治療群に割りつけたRCT(ランダム化比較試験)によると、2週間後の改善率は治療の有無に関わらずプラス思考で接した群の方がはるかに高かった。<http://1.usa.gov/qJyVdX>

患者に安心と勇気を与えた場合と不安と恐怖を与えた場合を比較すると、治療の有無にかかわらず前者のほうがはるかに早く回復することが明らかになったわけです。

### 腰痛治療の新常識—176—

腰痛で長期欠勤している患者975名を3年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、200日後の復職率は教育プログラム(従来の常識はすべて忘れて怖がるなという指導)群が70%だったのに対して、標準的治療群はわずか40%でしかなかった。<http://1.usa.gov/mUEwJH>

従来の標準的な治療よりも新たな腰痛概念に基づく教育プログラムの方がはるかに有効だということがランダム化比較試験で証明されたわけです。腰痛にまつわる根拠のない迷信や神話は一日も早く忘れましょう。

### 腰痛治療の新常識—177—

腰痛患者161名を時代遅れの小冊子群と新たな腰痛概念に基づく小冊子群に割り付けて1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、新たな小冊子群は動作恐怖が低下すると共に回復が早いことが判明。従来の考え方を改めるのは有効な治療法である。<http://1.usa.gov/mP29eM>

腰痛に関する正確な情報には想像を絶するほどの治癒力があります。どうか情報の拡散にお力をお貸しください。

### 腰痛治療の新常識—178—

オーストラリアのビクトリア州で「腰痛に屈するな」という大規模なメディアキャンペーンを実施し、近隣のニューサウスウェールズ州と比較した結果、次の4点が明らかとなった。<http://1.usa.gov/mQ628O> <http://1.usa.gov/qTkwry>

テレビ、ラジオ、新聞、ポスター、看板、小冊子などを駆使して新たな腰痛概念を広く普及させた有名なメディアキャンペーンです。

### 腰痛治療の新常識—179—

(1)キャンペーン群では腰痛患者の動作恐怖スコアが改善した。(2)キャンペーン群では腰痛による欠勤日数が減少した。(3)キャンペーン群の労災申請件数は15%減少した。<http://1.usa.gov/mQ628O> <http://1.usa.gov/qTkwry>

腰痛に対する考え方を改めるだけで回復速度が上がり、腰痛の発症率が低下したということです。

### 腰痛治療の新常識—180—

(4)キャンペーン群の医療費は20%減少した。すなわち、正しい情報提供だけで33億円を超える経費(労災補償費と医療費)を削減できたのである。日本でできないはずがない。<http://1.usa.gov/mQ628O> <http://1.usa.gov/qTkwry>

指一本触れることなく腰痛患者を減らすと同時に医療費を削減させることは可能なのです。これも国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した論文です。専門家が知らないはずはありませんし、万が一知らないというのなら腰痛患者に手を出すべきではありません。

## 腰痛治療の新常識—181—

患者に不安や恐怖を与えると間違いなく痛みが増幅する。このノーシーボ効果は想像以上に強力で、ヴードゥー死、タブー死、ノスタルジー死で証明されているように命に関わることさえある。<http://1.usa.gov/nCm2wd> <http://amzn.to/pXA5WR>

ことに腰痛・肩こり・関節痛のような筋骨格系疾患は、どんな治療をするのかより患者が症状をどう捉えているかの方がはるかに重要です。慢性化している場合はこのあたりをチェックすべきです。

## 腰痛治療の新常識—182—

椎間板ヘルニアに対する手術に関する論文81件を厳密に検討した結果、椎間板ヘルニアの手術成績は短期的に見れば良好だが長期的に見れば保存療法とほとんど変わりがなく、心理社会的因子の影響を強く受けていることが確認された。

<http://1.usa.gov/q1HPOA>

椎間板ヘルニアの手術成績は長期的にみれば保存療法と変わらないことを第一級のエビデンスが証明しているのです。「椎間板ヘルニア＝手術」という思い込みを頭の中から消去しましょう。

## 腰痛治療の新常識—183—

腰下肢痛を訴える椎間板ヘルニア患者84名を対象に、画像所見、理学所見、心理テスト(MMPI)と手術成績との関係を調べた結果、手術成績と最も関係が深かったのは、画像所見でも理学所見でもなく心理テストだったことが判明。

<http://1.usa.gov/qMXXcm>

椎間板ヘルニアの手術成績を左右するのは心理社会的因子(イエローフラッグ)とのこと。腰下肢痛—この未知なるもの。

## 腰痛治療の新常識—184—

腰部椎間板切除術を受けた患者45名の治療成績に影響を与える因子を分析した結果、職場復帰状況は画像所見や臨床症状とは無関係で、心理的因子(うつ)と職業上の心理社会的因子(職場での心理的ストレス)の影響が強いことを確認。

<http://1.usa.gov/osP4XY>

椎間板ヘルニアの手術成績を左右するのはイエローフラッグ(心理社会的因子)であることが再び証明されたことになります。画像所見や症状の強さが問題なのではありません。



## **腰痛治療の新常識—185—**

椎間板ヘルニアと診断された腰下肢痛患者46名と健常者46名をMRIで比較した結果、症状の有無は職業上の問題(心理的ストレス・集中力・満足度・失業)と心理社会的問題(不安・抑うつ・欲求不満・夫婦関係)の影響が大きい。

<http://1.usa.gov/q8PXfR>

健康な人でも76%に椎間板ヘルニアが見つかります。症状が出る人と出ない人との違いはイエローフラッグ(心理社会的因子)の有無にあるということが国際腰椎学会でボルボ賞を受賞した研究で明らかにされました。

## **腰痛治療の新常識—186—**

腰痛のない大学生25名を対象に腰への負担に対する心理テストと性格特性の影響力を調べた結果、心理的ストレスは単独で腰痛の原因になり得るだけでなく、内向型と直感型の性格特性は心理的ストレスによって腰痛発症リスクが増大する。

<http://1.usa.gov/pD9Tsn>

イエローフラッグ(心理社会的因子)が腰痛の発症、慢性化、再発率に関与していることは科学的に証明されていますが、もしかすると腰痛になりやすい性格というものがあるのかもしれません。今後の研究に期待したいところです。

## **腰痛治療の新常識—187—**

イギリスの腰痛診療ガイドラインは心理社会的因子について次の4つの事実を指摘している。(1)心理社会的因子は治療とリハビリテーションの成績に影響を与える。(2)心理社会的因子は自覚症状や他覚所見よりも慢性化の危険因子である。

<http://bit.ly/nfz2B2>

AHCPR(アメリカ医療政策研究局)を引き継いだ形の腰痛診療ガイドラインです。勧告の詳細はいずれ説明させていただきます。

## **腰痛治療の新常識—188—**

(3)心理社会的因子は慢性腰痛や活動障害において重要な意味を持つ。(4)心理社会的因子はこれまで考えられていたよりもはるかに早い段階で重要な意味を持つ。ゆえに、患者の心理的・職業的・社会経済的因子に目を向ける必要がある。

<http://bit.ly/nfz2B2>

2001年の時点ですでにここまで言及していたのです。それに比べて日本はどうでしょう。未だに腰痛を生物学的損傷と考えている医療関係者がいます。恥ずかしいことです。

## 腰痛治療の新常識—189—

椎間板ヘルニアと診断された下肢痛患者328名をチュブラーレトラクター椎間板摘出術群(新開発の低侵襲手術)と標準的顕微鏡下椎間板摘出群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、疼痛改善率はチュブラー手術群より顕微鏡手術群の方が優れていた。<http://bit.ly/rolaXm>

日本でも最近行なわれるようになったチュブラー手術ですけれども改善率は顕微鏡手術に軍配が上がりました。

## 腰痛治療の新常識—190—

また1年後の回復状況を良と評価した患者はチュブラー手術群が69%で顕微鏡手術群が79%、合併症はチュブラー手術群の方が多く、再発や再手術は顕微鏡手術群の方が多かった。新開発の手術法が優れているとはいえない。術式の動画⇒  
<http://bit.ly/oePnPC>

いずれにしろ椎間板ヘルニアの手術は期待するほどの成績は得られないようです。手術を決断する前に、腰痛診療ガイドラインの勧告に従った保存療法を試みみるべきです。

## 腰痛治療の新常識—191—

50～94歳の1,407名を対象に骨密度とX線撮影で脊柱後湾(亀背)を調査した結果、椎体骨折のある方が後湾は強かったが多くの後湾に骨折は認められなかった。高度後湾の場合でも椎体骨折や骨粗鬆症は確認できなかった。原因不明。  
<http://1.usa.gov/rqzVF3>

背中が丸くなっているからといって骨粗鬆症があるわけでも椎体骨折があるわけでもないということです。

## 腰痛治療の新常識—192—

脊柱の高度後湾(亀背)は高齢者の20～40%に見られると推計されるが、診断基準もなければ原因も転帰も明らかでない。一部の医師は骨粗鬆症による椎体骨折が原因と考えているものの、その多くは椎体骨折が認められない。原因不明。  
<http://1.usa.gov/qg78r6>

要するに、亀背について医学はほとんど分かっていないということです。

## 腰痛治療の新常識—193—

脊柱の高度後湾は高齢者の不健康と関連がある。したがって高度後湾を老年期症候群、すなわち人体の複数のシステムが障害され、その影響が蓄積されて環境の変化への対応が難しくなると発症する、多因子性の病態と認識すべきである。

<http://1.usa.gov/oJiu2h>

亀背だけでなく腰痛疾患も多因子性の病態として扱うべきでしょう。

### **腰痛治療の新常識—194—**

脊椎固定術を受けた労災患者と保存療法を受けた患者を比較した後ろ向きコホート研究によると、椎間板変性、椎間板ヘルニア、神経根障害と診断された労災患者の固定術は、活動障害、オピオイドの使用、長期欠勤、復職困難を増加させる。

<http://1.usa.gov/dukXZa>

腰椎の手術の中でもっとも費用対効果の悪い脊椎固定術はそろそろやめてもらいたいものです。腰痛診療ガイドラインの勧告に従った保存療法を試しましょう。

### **腰痛治療の新常識—195—**

脊椎固定術を受けた783名の中から労災患者60名の転帰を調べた結果、2年後の改善率は活動障害が19%、健康状態が16%でしかなく、疼痛スコアもかなり高かったことから、労災患者に対する脊椎固定術は危険な賭けでしかない。

<http://1.usa.gov/rfDCbl>

自分が患者だったら脊椎固定術を受けようとする脊椎外科医はほとんどいません。そのことは知っておいた方がいいでしょう。

### **腰痛治療の新常識—196—**

脊椎固定術を受けた労災患者1,950名を対象とした後ろ向きコホート研究によると、術後2年後の活動障害は63.9%、再手術率は22%、合併症は11.8%に認められた。長期活動障害の予測因子は心理社会的因子であることが判明。

<http://1.usa.gov/puf71g>

術後2年経過しても64%に活動障害が残っているのなら有効な治療法とはいえません。もっと費用対効果の高い安全な治療法があります。

### **腰痛治療の新常識—197—**

脊椎固定術を受けた労災患者185名を対象とした後ろ向きコホート研究によると、41%がQOLに変化がないか悪化した。再手術率は24%、長期活動障害率は25%、癒合率は74%。転帰不良の予測因子は心理・社会・経済的因子。

<http://1.usa.gov/o59zzE>

手術をしても変化がないか悪化する患者が41%もいるのなら、最初からイエローフラッグ(心理社会的因子)に目を向けるべきでしょう。

### **腰痛治療の新常識—198—**

画像検査、ブロック注射、オピオイド投与、手術実施率が上昇しているにも関わらず、脊椎疾患は雪ダルマ式に膨れ上がっている。ことに慢性腰痛の発症率が上昇しているのは深刻な問題。<http://1.usa.gov/q4khKD> <http://1.usa.gov/px009V>

医学の進歩によって実に多くの病気が治るようになり、中には世の中から消滅した病気もあります。ところが腰痛の分野では医学の進歩が反映されていないどころか、むしろ患者を増やしてしまっているのです。今こそ新たな腰痛概念に基づく治療システムを導入すべき時です。

### **腰痛治療の新常識—199—**

2001年以降、疼痛を脈拍・体温・呼吸数・血圧に次ぐ5番目のバイタルサインとして日常的に評価しようとする動きがある。しかし、腰痛疾患を対象とした場合は、医療の対象化・過剰検査・過剰治療という悪影響を生じる可能性が高い。

<http://1.usa.gov/rpSmeO>

初診時ならまだしも受診の度に痛みの強さを評価していたら患者は患部に注意を集中してしまいます。これでは痛みに対する感受性が高まって慢性化する恐れがあります。

### **腰痛治療の新常識—200—**

退役軍人医療センターで疼痛評価を導入する前後の臨床転帰を比較した結果、疼痛を5番目のバイタルサインとして日常的に評価しても疼痛治療の質は向上しなかった。疼痛評価が臨床転帰に影響を与えるというエビデンスはほとんどない。

<http://1.usa.gov/pYo6OL>

治療の質も変わらなければ臨床転帰にも影響を与えないのなら、日常的に痛みを評価する意味はありません。時間の無駄でしょう。症状に注目せずに、できたことに注目するのが認知行動療法です。

### **腰痛治療の新常識—201—**

疼痛を5番目のバイタルサインとして数値化することでいくつかの問題点が浮上している。このプログラムを導入したことによって術後患者に対する鎮痛薬の過剰投与が

生じ、疼痛は完全に除去すべきという方向へ振り子が大きく振れた。

<http://1.usa.gov/mUGmFr>

最悪のパターン。患者は痛みに対する恐怖を克服するどころか、さらに身体を動かすことを怖れるようになります。これでは慢性疼痛の治療になりません。

### **腰痛治療の新常識—202—**

疼痛を5番目のバイタルサインとして日常的に数値化する方法をがんセンターで採用した結果、患者の満足度は向上したものの、オピオイドによる副作用が2倍以上に増加した。疼痛を最重要視するのは患者の生命を危険にさらすことになる。

<http://1.usa.gov/rpRyjj>

痛みだけに目を奪われていると患者を殺しかねないということです。

### **腰痛治療の新常識—203—**

疼痛を5番目のバイタルサインとして疼痛スケールで評価すると、薬の過剰投与に気づかないばかりか投与不足を過度に強調してしまう。このバランスの悪さが鎮静剤と麻薬のさらなる過剰投与を招き、患者の死亡や活動障害の原因となる。

<http://1.usa.gov/nRF75X>

これも痛みに注目しすぎると過剰診療を招いて患者の命を危険にさらすという論文です。疼痛を脈拍・体温・呼吸数・血圧に次ぐ5番目のバイタルサインとして日常的に評価してはいけないのです。

### **腰痛治療の新常識—204—**

小児期に体験した不幸な出来事(交通事故による入院・親の死亡・両親の離婚・親のアルコール依存・貧困家庭)が壮年期における広範囲な慢性疼痛の予測因子であることが判明。トラウマとなるような体験は慢性疼痛の発症と重症度に関連。

<http://1.usa.gov/nePOkk>

震災後の影響でもっとも心配なのがこれです。被災した子どもたちが万が一慢性疼痛を発症しても、速やかに解決できるような体制を今から整えておかねばなりません。どうか根拠に基づく情報の拡散にお力をお貸しください。

### **腰痛治療の新常識—205—**

小児期に虐待(身体的・精神的・性的)やネグレクト(育児放棄)を経験した者は、それらを経験していない者より成人してから慢性疼痛を訴える傾向があることがメタ分析によって明らかとなる。虐待は慢性疼痛のリスクファクターである。



<http://1.usa.gov/ngfkEH>

慢性疼痛は心理社会的疼痛症候群である証拠。患部だけの治療では解決しないはず。ターゲットをはずしているわけですから。

### **腰痛治療の新常識—206—**

過去の不幸な出来事は明らかに慢性腰痛の危険因子ではあるが、両者間にU字曲線が見られたことから軽度の逆境体験は保護的に働く可能性が浮上。軽度の逆境体験者は慢性腰痛による疼痛障害が小さく医療の利用率も低いことが判明。

<http://1.usa.gov/ol0hCX>

軽いストレスは慢性疼痛を予防するらしいということです。人間はストレスがなければ生きられない動物なのかもしれません。

### **腰痛治療の新常識—207—**

腰下肢痛患者に対する早期画像検査(X線・CT・MRI)の有効性に関するRCT(ランダム化比較試験)を詳細に分析した結果、レッドフラッグのない患者に画像検査を行っても臨床転帰は改善しないことが判明。医師は腰下肢痛患者の画像検査を控えるべき。<http://1.usa.gov/rpcVg2>

レッドフラッグ(危険信号)のない腰下肢痛患者に画像検査を行っても、症状改善に繋がらないことが第一級の証拠(体系的レビュー&メタ分析)が示しているのです。患者は不必要な画像検査を要求しないようにしましょう。

### **腰痛治療の新常識—208—**

腰痛患者101名を早期X線撮影群と教育的介入群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)の結果、両群間の重篤疾患・改善率・機能障害・満足度に差は認められなかったことから、患者の不安・不満・機能障害を招かずにX線撮影をやめて医療費の削減は可能。<http://1.usa.gov/qlCXOP>

世界各国の腰痛診療ガイドラインがルーチンな画像検査は行なってはならないと勧告しています。ですから日本以外の国では全体の約30%しか画像検査を行なっていません。もし日本がガイドラインの勧告に従えば、復興財源なんて簡単に捻り出せるでしょう。

### **腰痛治療の新常識—209—**

腰痛患者782名を対象としたMRIかCTを早期に使用した場合の臨床転帰と費用対効果に関するRCT(ランダム化比較試験)では、早期画像検査による臨床転帰の改

善は認められず費用対効果が低いことが判明。X線撮影だけでなくMRIやCTも役立たない。<http://1.usa.gov/s0OkVE>

レントゲンもCTもMRIも腰痛の改善には役立たないことが科学的に証明されています。時間とお金の無駄遣いはやめましょう。これはすでに世界の常識なのになぜ日本人だけが知らされていないのか不思議でなりません。

### **腰痛治療の新常識—210—**

腰痛患者380名をX線撮影群とMRI群に割り付けたRCT(ランダム化比較試験)によると、両群間の活動障害・改善率・再発頻度などに差は認められなかった。医師も患者もMRIを好むが手術件数が増えて医療費が高騰する。<http://1.usa.gov/sxB3et>

レッドフラッグ(危険信号)のない腰痛患者に画像診断を行なうと不必要な手術件数が増えて医療費の高騰を招きます。思い込みや先入観は捨てて、そろそろ事実に向けるべき時ではないでしょうか。

### **腰痛治療の新常識—211—**

腰痛患者421名を対象に腰部X線撮影群と非撮影群を9ヶ月間追跡したRCT(ランダム化比較試験)によると、両群間の治療成績に差は認められなかったものの、X線撮影群は治療への満足度が高かった。医師はX線撮影に頼らず満足度の向上を目指すべき。<http://1.usa.gov/uLyME9>

いかに患者教育が重要かを明らかにした論文。もちろん医師の努力も必要でしょうけど、患者の考え方を変えなければより効果的な腰痛治療は実現しないかもしれません。

### **腰痛治療の新常識—212—**

腰痛患者659名をX線撮影群と非撮影群に割り付けて1年間追跡したRCT(ランダム化比較試験)の結果、両群間の身体機能・疼痛・活動障害の改善率に差は認められなかった。ガイドラインは腰痛患者の腰部X線撮影を避けるよう勧告している。<http://1.usa.gov/rrG6so>

福島原発事故による放射線被曝に怯えている日本です。今こそルーチンなレントゲン撮影をやめるチャンスかもしれません。

### **腰痛治療の新常識—213—**

腰下肢痛患者246名を対象にMRI所見と保存療法の治療成績について2年間追跡した結果、椎間板ヘルニアは腰痛患者の57%、下肢痛患者の65%に検出されたものの、治療成績とヘルニアのタイプ、大きさ、活動障害は無関係だった。

<http://1.usa.gov/tZmk9p>

画像検査で認められる椎間板ヘルニアのタイプやその大きさは、症状や治療成績とは無関係だという証拠です。

### **腰痛治療の新常識—214—**

米国ではCTやMRIによる画像検査は5年間で43%増加し、PETスキャンに至っては4年間で3倍に増加。民間の大手保険会社はこうした医療費の高騰を抑えるために放射線ベネフィットマネージャーを使って医療調査を開始した。

<http://on.wsj.com/uhkJdN>

アメリカではすでに危機意識を持って取り組んでいます。日本もそろそろ医療放射線の問題に着手するべきではないでしょうか。不必要な放射線被曝は避けた方がいいと思います。

### **腰痛治療の新常識—215—**

医療行為の中で必要のない画像検査が行なわれているのは事実。CTによる放射線被曝だけでも米国で発症するがんの2%の原因になっている。リスクとベネフィットを考えると不適切なCTやX線撮影を制限することで生命を救える可能性がある。

<http://bit.ly/hyDov1>

全がん患者の2%がCTに起因すると大騒ぎしていますが、日本のCT保有台数は世界一でアメリカの7倍に達しています。

### **腰痛治療の新常識—216—**

日本の原爆被爆者データベースから先進15ヶ国の画像検査による放射線被曝量と発がんリスクを推計した結果、検査回数も発がんリスクも日本が世界一であることが判明。全がん患者の4.4%(約1万人)が画像検査に起因している可能性あり。

<http://1.usa.gov/blSDtG>

世界中が驚愕した有名な論文なのに、なぜか日本ではほとんど報道されませんでした。

### **腰痛治療の新常識—217—**

1回の全身CTによる放射線被曝量は、広島・長崎の爆心地から3.2キロの地点で被爆した生存者とほぼ同じで、がんによる死亡リスクが増加するのは明らか。CTの保有台数は日本が世界一でアメリカの7倍、イギリスの16倍にも達している。

<http://bit.ly/hyDov1>

健康診断やがんドック、医療ツーリズムと称して全身CTが盛んに行なわれているようですが、放射線被曝のことは考えなくていいのでしょうか。こうしたリスクを伴う画像検査は、ここぞという時のために取っておきたいものです。

### **腰痛治療の新常識—218—**

レッドフラッグのない腰痛患者に対するルーチンな早期画像検査にメリットのないことは明らかだが、それを一人の患者に説明するのに30～45分かかるために診療スケジュールが大混乱する。時は金なりが過剰な画像検査の最大の理由。

<http://1.usa.gov/rpcVg2>

だからこそ現時点で判明している正確な情報の拡散が必要なのです。ネットで国民を教育できれば説明の手間が省けます。あとは診療報酬の問題をクリアすれば患者にとって最善の腰痛医療が実現します。

### **腰痛治療の新常識—219—**

ガイドラインの勧告を無視した根拠のない不適切な診断と治療が急増している。慢性腰痛に対してメディケアが支出した医療費は、硬膜外ブロックが629%増、オピオイド投与が423%増、MRIが307%増、脊椎固定術が220%増。

<http://1.usa.gov/uvRI1n>

腰痛患者が増え続けているのは効果のない不適切な医療が行なわれているからです。そろそろ根拠に基づく適切な医療を始めませんか？ それともこのまま腰痛患者を増やしますか？

### **腰痛治療の新常識—220—**

大手民間保険会社の2000年～2004年までのデータを分析した結果、MRIとCT実施率は50%以上増加し、PETは400%も増加していたことが判明。費用のかかる高度な画像検査は診療ガイドラインに基づいて行なうべき。<http://1.usa.gov/tT81mY>

わずか5年間でこれほど画像検査が必要な疾患が増えたのでしょうか。厚生労働省も一度調べてみるべきです。不必要な画像検査を減らすだけで復興財源を捻出できるかもしれません。

### **腰痛治療の新常識—221—**

メディケア受給者を調査した結果、11年間で腰痛患者(132%増)の医療費は387%増加し、2年間でブロック注射の費用は59%、MRIとCTの費用は42%増加。レッドフラッグのない61%がMRIを受けていた。<http://1.usa.gov/tWSnmN>

腰痛患者が増えるとそれに伴い医療費も高騰し続けます。日本ではレッドフラッグ(危険信号)のない患者のほぼ100%に画像検査が行なわれています。このままだと遅かれ早かれ健康保険制度は崩壊の危機に瀕するでしょう。

### 腰痛治療の新常識—222—

306ヶ所の医療機関からメディケア受給者をランダムに抽出して分析した結果、CTとMRIの実施率は地域によって異なっており、画像検査実施率が最も高い地域は手術実施率も最も高いことが判明。画像検査の妥当性には疑問がある。

<http://1.usa.gov/u160QN>

腰椎の画像検査実施率が高いとそれに伴って手術実施率も医療費も高くなりますが、患者の臨床転帰は改善するどころかむしろ悪化する傾向にあります。

### 腰痛治療の新常識—223—

画像検査実施率の上昇は、7年間で硬膜外(腰部・仙骨)ブロックの医療費が629%増加したこと、および10年間で椎間関節ブロックの医療費が543%増加したことから関連。<http://1.usa.gov/sESMNX> <http://1.usa.gov/sB7pOe>

画像検査が増えるどうしても過剰診療につながり医療費の高騰を招きます。世界各国の腰痛診療ガイドラインがレッドフラッグ(危険信号)のない腰下肢痛患者の画像検査は行なうべからずと強く勧告している理由のひとつです。

### 腰痛治療の新常識—224—

腰痛疾患に対するオピオイド(麻薬系鎮痛剤)投与は増加傾向にあるが、オピオイドに関連する死亡者数は5年間で160%増加し、ヘロインとコカインによる総死亡者数を上回っている。<http://1.usa.gov/tWT5d4> <http://1.usa.gov/ahierm>

日本のオピオイド使用量はアメリカほどではないにしろ、慢性腰痛がどれだけ深刻な問題かを伺わせるデータです。断じて腰痛疾患を慢性化させてはなりません。

### 腰痛治療の新常識—225—

この10年で慢性腰痛の画像検査と治療の実施率が急上昇。硬膜外ブロックが629%、オピオイド投与が423%、MRI307%、脊椎固定術が220%増加したものの、治療成績に改善は認められない。不適切な過剰診療は控えるべき。



<http://1.usa.gov/uvRI1n>

腰痛診療ガイドラインが完全無欠とはいいませんけど、もしガイドラインに従えばこんな効果のない不適切な過剰診療は行なわれません。そろそろ費用対効果の高い安全な診断と治療に切り替えましょう。お金と時間の無駄です。

日本のオピオイド使用量はアメリカほどではないにしろ、慢性腰痛がどれだけ深刻な問題かを伺わせるデータです。断じて腰痛疾患を慢性化させてはなりません。

### **腰痛治療の新常識—226—**

腰痛の予防法に関する20件のRCT(ランダム化比較試験)を分析した結果、腰痛ベルト・靴の中敷き・人間工学的介入・重量物挙上軽減教育に効果はなく、運動療法のみが腰痛とそれによる欠勤を予防できるという強力かつ一貫性のある証拠を発見。

<http://1.usa.gov/vi52lt>

巷では腰痛を予防する方法が溢れかえっていますが、残念ながら本当に効果があるものは運動以外にないことが判明しました。とりわけ正しい物の持ち上げ方の指導は腰痛発症率を上昇させる恐れがあるため、腰痛予防ガイドラインでは禁じています。

### **腰痛治療の新常識—227—**

1966年～1993年の間に発表された腰痛予防に関する64件のRCT(ランダム化比較試験)を分析した体系的レビューによると、運動に予防効果はあるものの、正しい物の持ち上げ方の教育・コルセット・禁煙・減量は無効であることが判明。

<http://1.usa.gov/rUhxAG>

運動は腰痛だけでなく3大死因(がん、心臓病、脳卒中)のリスクを低下させるというエビデンス(科学的根拠)もあります。下手な健康法に投資するよりはるかに費用対効果の高い方法です。

### **腰痛治療の新常識—228—**

職場における腰痛予防に関するRCT(ランダム化比較試験)を分析した体系的レビューによると、職場での運動は腰痛の予防に効果的だったが、コルセット(サポートベルト)や生体力学に基づく教育的介入は腰痛を予防できないことが判明。

<http://1.usa.gov/sJTnPJ>

腰痛予防ガイドラインが推奨している方法はただ2つだけ。運動と新たな腰痛概念に基づく患者教育のみです。

### **腰痛治療の新常識—229—**

頸部痛と腰痛の予防をテーマにした27件の比較試験を分析した体系的レビューによると、教育的介入(腰痛教室)、コルセット、人間工学的介入、危険因子の修正に予防効果は確認できなかったものの、運動だけがその有効性を証明できた。

<http://1.usa.gov/sQ19b6>

人の身体は動くように設計されています。動かなければ筋骨格系疾患だけでなく、あらゆる病気の発症率が上がることが判明しているのです。

### **腰痛治療の新常識—230—**

職場における腰痛予防に関する31件の比較試験を分析した体系的レビューによると、運動は腰痛による欠勤、医療費、発症率を減少させ、従業員の腰痛予防に有効であることが判明すると同時に、集学的介入には疼痛軽減効果が確認された。

<http://1.usa.gov/savytC>

運動が腰痛予防に有効だという第一級のエビデンスが(科学的根拠)示されたわけですが、それと同時に腰痛の治療には単独ではなく複数のアプローチが必要だということも明らかになりました。

### **腰痛治療の新常識—231—**

荷役作業従事者の腰痛予防をテーマにしたRCT(ランダム化比較試験)とコホート研究を分析した体系的レビューによると、重量物の持ち上げ方に関するアドバイスやサポートベルトに腰痛予防効果はなく腰痛による活動障害も欠勤も減少しないと結論。

<http://1.usa.gov/sDGpce>

腰痛を予防する正しい物の持ち上げ方もサポートベルトもないことが第一級のエビデンスが証明しています。ただし槌子の原理を利用した楽な持ち上げ方はあります。腰のことは気にせず楽な持ち上げ方をしてください。

### **腰痛治療の新常識—232—**

腰痛予防に関する体系的レビューの結果、柔軟体操、ウィリアム体操、マッケンジー法などの運動療法には筋力・持久力・柔軟性向上以上の利点があり、動作や活動に対する自信、損傷に対する恐怖心、疼痛の捉え方を変化させる可能性あり。

<http://1.usa.gov/vi52lt>

実に見事な考察です。運動を認知行動療法のひとつと考えればすべて辻褄が合います。

### **腰痛治療の新常識—233—**

椎間板変性疾患というレッテルは科学的根拠のある診断名ではない。椎間板に異常があってもほとんどの患者は手術をしなくても回復するため、手術は優先順位の低い選択肢と考えて、保存療法で症状が改善しないごく一部の患者に限定すべき。

<http://1.usa.gov/sJxrHg>

腰椎の手術は腰痛診療ガイドラインの勧告に従った保存療法を2年間行なっても改善しないか、耐え難い下肢痛が持続している患者に限定すべきです。

### **腰痛治療の新常識—234—**

一般住民3,529名を対象にマルチスライスCTで腰部の椎間関節症(OA)と腰痛との関連を調査した結果、椎間関節症の検出率は年齢とともに上昇したものの、いずれの椎間レベルにおいても腰痛との間に関連は見出せなかった。

<http://1.usa.gov/ucUd13>

変形性脊椎症や椎間関節症候群というレッテルはただの幻想です。幻想を相手に闘いを挑んでも勝ち目はありません。というより無意味な闘いです。

### **腰痛治療の新常識—235—**

慢性筋骨格系疼痛・うつ病・不安障害の間には強い関連がある。精神疾患の併存は過去3ヶ月の活動障害日数と関連し、疼痛のみでは18.1日、疼痛＋不安障害は32.2日、疼痛＋うつ病は38日、疼痛＋うつ病＋不安障害は42.6日。

<http://1.usa.gov/vndBSW>

これが慢性疼痛の正体です。痛みの治療だけでは完治しない理由がここにあります。東日本大震災後に疼痛疾患が増える恐れがあるというのも理解できるといえます。

### **腰痛治療の新常識—236—**

慢性筋骨格系疼痛にうつ病と不安障害が併存する患者は疼痛の重症度が最も高い。一部の医師は疼痛の治療によってうつ病や不安障害も改善すると信じているが、もし医師が疼痛の治療だけに集中すれば誤診と過少治療に繋がる可能性がある。

<http://1.usa.gov/vndBSW>

筋骨格系疾患を生物心理社会的疼痛症候群として治療しなければ、東日本大震災後に増加する恐れのある患者を救うことが難しくなります。医療関係者は一日も早く従来の考え方を改める必要があります。

### **腰痛治療の新常識—237—**

農業従事者1,221名と非従事者1,130名を対象にした前向きコホート研究では、腰への負担が大きいほど腰痛発症率が低下。腰痛の原因は「摩耗・損傷モデル」では説明不可能。腰の健康を保ちたいなら肉体労働を恐れてはならない。

<http://1.usa.gov/uk4Nk9>

患者も医療関係者も肉体労働によって腰痛が発症すると思い込んでいます。その思い込みが腰痛の発症率を高めていることに、一日も早く気づいていただきたいと切に願っています。

### **腰痛治療の新常識—238—**

WHOの心理的問題に関するデータを用いて14ヶ国の患者25,916名を分析した結果、プライマリケアを訪れるうつ病患者の約70%は身体症状を主訴として受診しており、最も一般的な症状は疼痛に関連するものであることが判明。

<http://1.usa.gov/vztifY>

東日本大震災や原発事故の影響は数十年にわたって続くでしょう。「幻滅期」から「再建期」へ向かう目途も立ちません。日本人が受けた心の傷は計り知れないものがあります。今から対策を講じておくべきです。日本の将来がかかっているのですから。

### **腰痛治療の新常識—239—**

欧州リウマチ学会の特別委員会が行なった筋骨格系疾患と心理社会的因子に関する文献調査によると、多くの研究において心理社会的因子は力学的因子より筋骨格系の疼痛発症とその後の経過に大きな影響を与える強力な予測因子であることが判明。<http://bit.ly/rOaNa8>

物理的・力学的因子が筋骨格系疾患に悪影響を与えているという時代は終わりました。それ以上に重要なのは心理社会的因子です。そろそろ考え方を改めましょう。世界に置いて行かれます。

### **腰痛治療の新常識—240—**

WHO欧州地域事務局は明確な根拠のある事実から『健康の社会的決定要因』として「社会格差」「ストレス」「幼少期」「社会的排除」「労働」「失業」「社会的支援」「薬物依存」「食品」「交通」を挙げて健康政策の重要性を強調している。<http://bit.ly/fiYwI9>

東日本大震災とそれに伴う原発事故の影響を危惧しているのはこういう事実があるからです。また、単独の医学的介入で人を健康にしようとするのは、医療関係者の奢りだと思うのですがいかがでしょう。

### **腰痛治療の新常識—241—**

1958年の英国出生前向きコホート研究のデータから社会経済的状況と成人期の筋骨格系疾患の関連を調査した結果、社会経済的地位が低いと腰痛・肩痛・腕痛・膝痛だけでなく全身の筋骨格系疼痛の発症率が高くなる傾向にあることが判明。

<http://bit.ly/t6KS0C>

格差社会が筋骨格系疾患に大きな影響を与えているということです。ブラックフラッグは医学的介入の適応にならない政策上の問題。がんばろう日本！

### **腰痛治療の新常識—242—**

自動車事故後に慢性疼痛を訴える335名を対象にした多施設共同研究によると、患者の48%が腰痛の既往歴を、42%が頸部痛の既往歴を、76%が共存症の既往歴を申告しなかったことから、事故直後の病歴聴取の妥当性は低いと判明。

<http://1.usa.gov/uq3kw9>

交通事故を契機に慢性疼痛が発症することがありますが、実はその背景に心理・社会・経済的リスクファクターが潜んでいます。これを見逃すと難治性の慢性疼痛へ移行してしまいます。十分に気を付けなければなりません。

### **腰痛治療の新常識—243—**

自動車事故後に慢性疼痛を訴える335名を「他人の過失と認識」群と「他人に過失なし」群に分けて医療記録を比較した結果、前者の自己申告は腰痛や頸部痛の既往歴とは2倍超、心理的問題の既往歴とは7倍超の不一致が確認された。

<http://1.usa.gov/uq3kw9>

被害者意識の有無によって患者が語る既往歴に大きな隔たりがあることは覚えておくべきです。臨床現場でよく経験するようにこの被害者意識が治療を困難にするケースが多々あります。

### **腰痛治療の新常識—244—**

自動車事故後に慢性疼痛を訴える335名を対象にした多施設共同研究によると、患者の48%が腰痛の既往歴を、42%が頸部痛の既往歴を、76%が共存症の既往歴を申告しなかったことから、事故直後の病歴聴取の妥当性は低いと判明。

<http://1.usa.gov/uq3kw9>

交通事故を契機に慢性疼痛が発症することがありますが、実はその背景に心理・社会・経済的リスクファクターが潜んでいます。これを見逃すと難治性の慢性疼痛へ移行してしまいます。十分に気を付けなければなりません。

### **腰痛治療の新常識—245—**



自動車事故後に慢性疼痛を訴える335名を「他人の過失と認識」群と「他人に過失なし」群に分けて医療記録を比較した結果、前者の自己申告は腰痛や頸部痛の既往歴とは2倍超、心理的問題の既往歴とは7倍超の不一致が確認された。

<http://1.usa.gov/uq3kw9>

被害者意識の有無によって患者が語る既往歴に大きな隔たりがあることは覚えておくべきです。臨床現場でよく経験するようにこの被害者意識が治療を困難にするケースが多々あります。

### **腰痛治療の新常識—246—**

人員削減対策で事業規模を縮小した企業で働く労働者は、仕事量の増加・ストレスの増大・健康状態の悪化・腰痛や筋骨格系疾患の増加・早期死亡リスクの増加といった問題に直面する。<http://1.usa.gov/sKSMLp> <http://1.usa.gov/ujAuSk>

リストラの対象になった人々は、筋骨格系疾患の増加と早期死亡リスクが上昇することは明らかになっていました。しかし、リストラを逃れた労働者も同じような傾向が確認されたわけです。このような問題に対して医学はどんな介入ができるのでしょうか。これから真剣に考えていかなければならない課題だと思います。

### **腰痛治療の新常識—247—**

40歳以上の地域住民3,580名を対象にスタチン服用歴と腰部・頸部/上背部・上肢・下肢の疼痛との関連を調査した結果、スタチン服用群の22%が1ヶ所以上の疼痛があったのに対し、非服用群の疼痛は16.7%だったことが判明。

<http://1.usa.gov/rI7IMd>

スタチン(コレステロールを下げる薬)には意外な副作用があるようです。筋骨格系の症状を訴える患者さんはスタチン服用歴も要チェックということでしょうか。

### **腰痛治療の新常識—248—**

スタチンによる副作用が発現した患者650名を対象にした研究によると、関連性を疑ったのは医師ではなく患者だった。筋肉痛では患者86% vs 医師14%、神経障害では患者96% vs 医師4%、認知障害では患者98% vs 医師2%。

<http://1.usa.gov/tcks8e>

患者さんから教えられることは山ほどありますね。結局、治療者を育てるのは患者さんのような気がしてなりません。

### **腰痛治療の新常識—249—**

メディアはもっともらしい腰痛予防法を伝えているが、腰痛の原因が解明されなければ有効な予防法を確定することはできない。現時点で大きな障害となっているのは、一般的な非特異的腰痛と特異的腰痛に関する診断基準がないことである。

<http://1.usa.gov/vsh9up>

たとえば椎間板ヘルニアと診断されてもそれが本当に痛みの原因かどうか、現時点では明確にできないということです。腰痛の原因として色々なレッテル(病名/診断名)が貼られていますけど、実際のところはほとんどわかっていないのです。

### **腰痛治療の新常識—250—**

1985年～1997年に発表された座業と腰痛に関する論文の体系的レビューによると、座業が腰痛のリスクファクターであるというエビデンスは見出せなかった。座りっぱなしの仕事が腰痛と関連するという世論の裏付けは存在しない。

<http://1.usa.gov/shb6dx>

思い込みとは恐ろしいものですね。座りっぱなしの仕事だから腰痛になりやすいと誰もが信じていたはずですが、ところが、厳密に調べてみるとそのような証拠は存在しなかったということです。

### **腰痛治療の新常識—251—**

慢性の非特異的腰痛に対する心理社会的介入の有効性に関する体系的レビューによると、従来の標準的な治療よりも、積極的なリハビリテーション(認知行動療法に基づく運動療法)の方が活動制限と疼痛の改善に効果的であることが判明。

<http://1.usa.gov/ln9glE>

これまで当たり前のように行われてきた腰痛治療に効果がないことは多くの研究によって証明されています。そろそろ有効で安全な治療を始めましょう。このままだと腰痛患者は増えることがあってもけっして減ることはありません。

### **腰痛治療の新常識—252—**

オーストラリアの疫学研究によると、腰痛発症率は30代が最も高く、全体の有病率は60～65歳まで増加するがその後徐々に減少する。危険因子として低学歴・ストレス・不安・抑うつ・仕事への不満、職場の社会的支援が乏しいなど。

<http://1.usa.gov/HmNaQO>

腰痛は老化現象という時代遅れの考え方はもう捨てましょう。世界最先端の研究は生物・心理・社会的疼痛症候群として捉えるべきだと強調しています。ですから治療のターゲットを変えなければならないのです。

### 腰痛治療の新常識—253—

腰痛患者のオペラント条件付け介入に関する15件のランダム化比較試験(3,737名)の体系的レビューによって、理学療法士によるオペラント条件付け介入は慢性腰痛による長期活動障害に有効であることが判明。<http://1.usa.gov/bcTM5B>

症状に注目せず出来たことに注目することで活動障害が改善するというわけです。飴と無視をうまく使って患者を勇気づけ、疼痛行動を減らして活動範囲を広げていきましょう。

### 腰痛治療の新常識—254—

腰痛のウォーキングに関する4件の研究を分析した結果、最高ランクの研究では効果が認められなかったものの、低～中ランクの3件の研究では効果が確認された。腰痛に対してウォーキングは有効である可能性を示唆。更なる研究が必要。

<http://1.usa.gov/Ho9N7w>

何はともあれ、ウォーキングは腰痛の治療に有効だという低～中等度の証拠が見い出されたわけです。今後の研究によって確固たる証拠が得られることを願います。

### 腰痛治療の新常識—255—

非特異的腰痛に対するシャム低出力レーザーかシャム経口薬を用いた12件のランダム化プラセボ対照試験の体系的レビューによって、非特異的腰痛にはシャム低出力レーザーよりもシャム経口薬の方が有効であることが判明した。

<http://1.usa.gov/IcKTeo>

面白い研究をするものです。同じプラシーボ効果でも非特異的腰痛には偽薬が有効だとのこと。もっと他の物理療法も調べてほしいですね。

### 腰痛治療の新常識—256—

荷役労働者の腰痛予防と治療に関する9件のRCT(20,101名)と9件のコホート研究(1,280名)をレビューした結果、手作業運搬訓練やアドバイスが腰痛の予防や治療に有効だというエビデンスは存在しないことが判明。<http://1.usa.gov/uKcAsk>

何度も繰り返しますが、楽な物の持ち上げ方はあっても腰に良い物の持ち上げ方はありません。そんなアドバイスをしていると物を持ち上げる度に腰に意識が集中し、腰痛の回復が遅れるだけでなく腰痛発症率が高くなります。だからこそ最新の腰痛診療ガイドラインでは、正しい物の持ち上げ方を教えてはならないと警告しているのです。

### 腰痛治療の新常識—257—

RCGP(英国家家庭医学会)は1993年以降の急性腰痛に関する論文の体系的レビューを実施し、『成人の急性腰痛診療ガイドライン』(AHCPR:米国医療政策研究局)の改訂版として『急性腰痛の管理のための臨床ガイドライン』を発表。

<http://amzn.to/Hk8veA>

これからイギリスの急性腰痛診療ガイドラインをご紹介します。

### 腰痛治療の新常識—258—

『成人の急性腰痛診療ガイドライン』ではエビデンスのランクをA・B・C・Dの4つに分類したものの、Aに相当するエビデンスがなかったため、『急性腰痛の管理のための臨床ガイドライン』は次の3つ星システムによって評価されている。

<http://amzn.to/Hk8veA>

イギリスの急性腰痛診療ガイドラインはミシュランガイドのような格付けシステムを採用しています。一般の方にエビデンスレベルを理解してもらうにはこの方がいいかもしれませんね。

### 腰痛治療の新常識—259—

★★★＝複数の許容できる科学研究の大半においてほぼ一貫している事実。★＝1つの許容できる科学研究による事実、または複数の許容できる科学研究による限定的な事実。★＝許容できる科学研究の基準を満たさない事実。

<http://amzn.to/Hk8veA>

このような3つ星システムを採用すると、最高ランクのエビデンスはなかったという残念な結果ではなく、現時点で最善のエビデンスであることを示すことができますね。

### 腰痛治療の新常識—260—

急性腰痛の治療法に関するエビデンス(科学的根拠)はすべて体系的レビューかRCT(ランダム化比較試験)で判断し、急性腰痛の疫学・評価・自然経過・合併症などに関するエビデンスは前向きコホート研究に由来している。<http://amzn.to/Hk8veA>

体系的レビューとは、RCTを中心に世界中の臨床試験を収集し、批判的吟味を行ない、統計学的に統合すること。RCTとは、臨床試験等におけるデータの偏り(バイアス)を軽減するため、被験者をランダム(無作為)に処置群(治療群)と比較対照群(プラセボ群など)に割り付けて評価を行なうこと。前向きコホート研究とは、大規模集団を長期間にわたって追跡調査し、仮説要因と疾病との関連性を分析すること。

### 腰痛治療の新常識—261—

トリアージ(診断用分類)は「非特異的腰痛」「神経根症状」「重篤な脊椎病変の可能性(レッドフラッグ)」の鑑別診断であり、専門医への紹介・検査・管理を決定する根拠となる(★)。トリアージは病歴聴取と理学検査で行なわれる(★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛疾患を詳細な病歴聴取と簡単な理学検査で3つのカテゴリーに分類するという考え方は、この時点(1996年)で確立されたと言っていいでしょう。

### **腰痛治療の新常識—262—**

非特異的腰痛とは、「発症年齢が20～55歳」「腰仙部・臀部・大腿部の痛み」「メカニカルペイン(動作によって痛みの程度が変化する)」「患者の状態は良好」で、専門医へ紹介する必要はない。<http://amzn.to/Hk8veA>

6週間以内に90%の患者が回復するグリーンライト(自己限定性疾患)。万国共通のゴーサインですから画像検査は必要ありません。

### **腰痛治療の新常識—263—**

神経根症状とは、「腰痛よりも片側下肢痛が重篤」「足またはつま先へ放散する痛み・しびれ・感覚異常」「SLR(下肢伸展挙上)テストで下肢痛が再現」「局所における神経徴候」で、発症後4週間以内は専門医へ紹介する必要がない。

<http://amzn.to/Hk8veA>

これも6週間以内に50%の患者が回復するグリーンライト(自己限定性疾患)です。やはり万国共通のゴーサインですから画像検査は必要ありません。

### **腰痛治療の新常識—264—**

重篤な脊椎病変の可能性(レッドフラッグ)とは「発症年齢が20歳未満・55歳超」「非メカニカルペイン」「胸部痛」「がんやHIVの既往歴・ステロイド使用歴」「体調不良・体重減少」「広範な神経症状」「変形」で4週以内に専門医への紹介が必要。

<http://amzn.to/Hk8veA>

レッドフラッグ(危険信号)が認められる場合は、画像検査(単純レントゲン撮影・MRI)や血液検査(ESR・CRP)が必要です。腰痛疾患にCTIはお勧めできません。

### **腰痛治療の新常識—265—**

重篤な脊椎病変の可能性(レッドフラッグ)には直ちに専門医へ紹介しなければならない馬尾症候群がある。「膀胱直腸障害」「起立不能・歩行不能」「サドル麻痺」があれば緊急手術が必要。<http://amzn.to/Hk8veA>



プライマリーケアレベルで馬尾症候群にお目にかかることはまずないでしょうけど、万が一にも見つけたら48時間以内に手術をしないと後遺症が残ってしまいます。気をつけましょう。

### 腰痛治療の新常識—266—

患者の年齢・罹病期間や症状の内容・日常生活と仕事への影響・過去の治療に対する反応は急性腰痛の治療において重要である(★★)。病歴聴取によってレッドフラッグ(危険信号)を確認できる。特に55歳超の患者にとっては重要(★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

言うまでもなく急性腰痛の初期評価は、画像検査よりも問診(病歴聴取)の方がはるかに重要だということです。

### 腰痛治療の新常識—267—

馬尾症候群の症状と徴候、広範な神経症状、重度または進行性の運動麻痺は、重篤な神経系疾患を示す危険信号である(★)。年齢に関連した重大な外傷歴(若年者の高所からの転落や交通事故、骨粗鬆症や高齢者の転倒など)は骨折の可能性を示唆する(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

これらのレッドフラッグがある場合は生物学的問題ですから専門医へ紹介しなければなりません。特に馬尾症候群は緊急を要します。けっして見逃すことのないように注意しましょう。

### 腰痛治療の新常識—268—

心理的・社会的・経済的問題などの非身体的因子は評価と治療を複雑にする可能性があるため、初期評価の時点で患者の生活における心理的・社会的・経済的問題などを探る必要がある(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

このイギリスのガイドラインが発表された1996年の時点で、すでに心理的・社会的・経済的問題に目を向けるよう勧告が出ているのです。日本はいつまで患部に目を奪われているつもりなのでしょう。このままでは患者が増える一方です。

### 腰痛治療の新常識—269—

若年成人の坐骨神経痛においては、SLR(下肢伸展挙上)テストを行ない記録する必要がある。脊柱管狭窄のある高齢者においては、SLRテストに異常が見られないことが多い(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

高齢者の場合はSLRが陰性というのも不思議ですけど、勉強不足のためかSLRの意義がいまいち良く分かりません。SLRでヘルニアの存在が確定できるわけではありませんし、痛みを誘発させる検査は心理的に好ましくないのではないかと思います。いずれにしても最近の腰痛診療ガイドラインではほとんど重視していません。

### 腰痛治療の新常識—270—

神経障害の検査ではアキレス腱反射と膝蓋腱反射、足関節と母趾の背屈力、感覚に関する愁訴の分布に重点を置く必要がある(★★)。<http://1.usa.gov/Ht6lCY>  
<http://1.usa.gov/HyhYli> <http://1.usa.gov/HvJ3Gv>

これも最近の腰痛診療ガイドラインではあまり重視していませんが、稀に重篤疾患が潜んでいるかもしれませんので初期評価としてはありでしょう。特に知覚麻痺には気をつけなければなりません。

### 腰痛治療の新常識—271—

画像検査についてはエビデンスをA～Dの4段階で評価したAHCPRの『成人の急性腰痛診療ガイドライン』を踏襲している。臨床検査で危険信号が認められない限り、発症後1ヶ月以内の腰痛患者に単純X線撮影は推奨されない(B)。

<http://1.usa.gov/uhlYSO>

全腰痛患者でレッドフラッグ(危険信号)が認められるのは10%未満ですから、日本の整形外科医が腰痛診療ガイドラインの勧告に従えば画像検査実施率は1/10になるかもしれません。大幅な医療費の節約にはなりますが、経営が成り立たなくなる恐れもあります。実に歯がゆい問題です。

### 腰痛治療の新常識—272—

腰椎の単純X線撮影は、次のレッドフラッグ(危険信号)のいずれかが存在する場合は骨折の除外診断のために推奨される。最近の重大な外傷(全年齢)・最近の軽度外傷(50歳超)・長期ステロイド使用歴・骨粗鬆症・70歳超(C)。

<http://1.usa.gov/uhlYSO>

骨折していても症状が軽くて気づかない場合もありますから高齢者には注意しなければなりません、それ以外はレントゲン写真を撮る必要はないということです。腰痛だからといって何でもかんでも画像検査をしてはいけません。そんなことをするのは世界広しといえども日本だけです。

### 腰痛治療の新常識—273—

次の危険信号のどれかが存在する場合はがんや感染症の除外のために単純X線撮影とFBCやESRを併用する。がんや感染症の病歴・37.8℃超の発熱・薬物注射乱用・長期ステロイド使用・安静臥床で悪化・原因不明の体重減少(C)。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

がんや感染症が疑われるレッドフラッグには、画像検査に加えてFBC(全血球数測定)とESR(赤血球沈降速度)といった血液検査で除外診断が必要ということです。

### **腰痛治療の新常識—274—**

特にがんや感染症を疑わせるレッドフラッグ(危険信号)の存在下では、たとえ単純X線所見が陰性でも、骨シンチグラフィー・CT・MRIなど他の画像検査の使用が臨床的に必要な場合がある(C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

最新の腰痛診療ガイドラインでは、放射線を使用しないMRIが望ましいと勧告しています。

### **腰痛治療の新常識—275—**

病歴・理学検査・臨床検査・単純X線撮影で、がん・感染症・潜在性骨折が疑われる場合は、急性腰痛を評価するために骨シンチグラフィーが推奨される。しかし、妊娠中の骨シンチグラフィーは禁忌である(C)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

骨シンチグラフィーは骨転移・炎症・骨折の診断に大きな威力を発揮しますが、アイソトープ(放射性同位元素)を使用するため妊婦には使えません。

### **腰痛治療の新常識—276—**

腰部単純X線撮影の斜位像を常用することは、放射線被曝のリスクが増加するため、成人の急性腰痛患者には推奨されない(B)。<http://1.usa.gov/uhiYSO>

斜位像は腰椎分離症を検出するために撮影されてきましたが、成人の腰椎分離症は腰痛と無関係であることが明らかになっているため、無意味な放射線被曝は避けろという勧告です。

### **腰痛治療の新常識—277—**

【心理社会的因子】慢性腰痛における心理社会的因子の影響に関しては、現在数多くのエビデンスがある。最近の前向きコホート研究数件から、心理社会的因子はこれまで考えられていたよりさらに早い段階で重要であることが示された。

<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛疾患の中には心因性のものがあると思っている医療関係者がまだいるようですが、患者さんのために根拠に基づく情報のアップデートを急いでくださいね。浦島太郎は患者さんに手を出す資格はありませんよ。

### 腰痛治療の新常識—278—

心理的・社会的・経済的因子は、慢性腰痛および活動障害において重要な意味を持っている(★★★)。心理社会的因子は、治療とリハビリテーションに対する患者の反応に影響をおよぼす(★★★)。<http://amzn.to/Hk8veA> <http://1.usa.gov/I23gOD>

腰痛疾患は今やイエローフラッグ(心理社会的因子)を抜きに語れない時代になりました。いつまでも患部に目を奪われていると回復を遅らせることになります。一日も早く時代遅れの考え方を改めましょう。

### 腰痛治療の新常識—279—

心理的・社会的・経済的因子は、慢性腰痛および活動障害において重要な意味を持っている(★★★)。心理社会的因子は、治療とリハビリテーションに対する患者の反応に影響をおよぼす(★★★)。<http://amzn.to/Hk8veA> <http://1.usa.gov/I23gOD>

腰痛疾患は今やイエローフラッグ(心理社会的因子)を抜きに語れない時代になりました。いつまでも患部に目を奪われていると回復を遅らせることになります。一日も早く時代遅れの考え方を改めましょう。

### 腰痛治療の新常識—280—

臨床的特徴の中には、慢性疼痛および活動障害のリスクファクターとなっているものが数多く存在する(★★)。心理社会的因子は、医学的症状および徴候よりも慢性化にとって重要なリスクファクターである(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛は何としても急性期の段階で解決しなければなりません。もし患部の生物学的損傷だと考えていたら、イエローフラッグ(心理社会的危険因子)を見逃してしまい、腰痛を慢性化させるだけでなく再発率も高めてしまいます。それを回避するためには、腰痛疾患(坐骨神経痛を含む)を「生物・心理・社会的疼痛症候群」として治療する必要があります。

### 腰痛治療の新常識—281—

医学的管理は患者の臨床経過と転帰に大きな影響をおよぼす(★★)。初期管理には以下のものが挙げられる(★)。「徹底した病歴聴取と簡単な理学検査」「重篤な脊椎病変のレッドフラッグがないことを再確認(ラベリングの回避)」。

<http://amzn.to/Hk8veA>

新たな腰痛概念に基づく医療では、レッドフラッグ(生物学的危険因子)が認められなければ、患者を不安にさせるようなレッテル貼り(病名・診断名)を避けるべきだとしています。

### 腰痛治療の新常識—282—

「迅速な回復のために良好な予後に関する正確な情報を提供」「軽い運動は有害でないことを再確認」「日常の活動を維持するような現実的指導」「仕事に復帰するような現実的指導」。<http://amzn.to/Hk8veA>

急性腰痛(ぎっくり腰)の初期管理は、トリアージと患者に正確な情報を提供することがきわめて重要です。ところが今の日本では画像検査に依存するだけならまだしも、患者には時代遅れの不正確な情報しか提供していません。こうした不適切な医療の犠牲になるのは患者なのです。

### 腰痛治療の新常識—283—

適切な情報とアドバイスによって、患者の不安を軽減し、ケアに対する満足度を向上させることができる(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

不適切な情報とアドバイスで患者の不安をあおり、治療満足度を低下させる治療はもうやめましょう。まずは迷信や神話ではなく、根拠に基づく正確な情報を入手してください。ただしネットを使って日本語で検索してもヒットしません。

### 腰痛治療の新常識—284—

重度の腰痛と活動障害は数日～数週間で顕著に改善するが、軽度の症状は長期間持続することがあり、数か月におよぶ場合も少なくない(★★★)。  
<http://amzn.to/Hk8veA>

急性腰痛(ぎっくり腰)は慢性化することがあるけれども、その多くは数日から数週間で以内に改善するものだと考えてください。基本的には予後良好な自己限定性疾患です。

### 腰痛治療の新常識—285—

大半の患者は時に腰痛が再発する(★★★)。しかし再発は普通に見られる正常なことであり、腰部に再度損傷を受けたり、症状が悪化していることを意味するものではない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

これはとても重要なことです。腰痛は風邪と同じ自己限定疾患(ある一定の経過をた



どって自然に終息する予後良好な疾患)ですから、再発する度に悪化していると考えるのは見当違いです。けっして腰痛を怖れてはいけません。

### **腰痛治療の新常識—286—**

患者の約10%は1年後も症状の一部が持続しているが、その大半は通常の活動を何とか維持できる。通常の活動に復帰した患者は、活動を制限している患者より健康になったと感じ、鎮痛剤の使用が減少し、苦痛が少なくなる(★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

たとえ慢性腰痛であったとしてもどうにかこうにか動けますから、できるだけ普段どおりの生活に戻るよう努めましょう。それが慢性腰痛の治癒を促してくれるのです。

### **腰痛治療の新常識—287—**

腰痛のために仕事を休む期間が長くなると、仕事に復帰できる可能性は低くなる(★★)。 <http://amzn.to/Hk8veA>

仕事そのものが回復を促しますので、できるだけ早く職場復帰することを考えましょう。また段階的に作業量を増やして行くなどといった職場の協力も不可欠です。

### **腰痛治療の新常識—288—**

腰痛は通常加齢に伴って増加することはなく、50～60歳以降はわずかに頻度が低下する。しかし慢性腰痛を有する高齢者は症状がより持続的になり、活動制限が多くなることがある(★★)。 <http://amzn.to/Hk8veA>

歳だから腰が痛くなるというのはまったくの迷信です。まずその時代遅れの考え方・先入観を頭の中から消去しなければなりません。さもないとノーシーボ(負の自己暗示)で腰痛発症率が上昇し、歳だから仕方がないと活動量が低下して慢性化する危険性があります。

### **腰痛治療の新常識—289—**

定期的に処方されたパラセタモール(アセトアミノフェン)とパラセタモール+弱オピオイド(麻薬系鎮痛薬)の配合剤は腰痛を効果的に軽減するが、NSAID(非ステロイド性抗炎症薬)との有効性の比較結果は一貫していない(★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

アセトアミノフェンとは風邪薬に含まれている鎮痛解熱剤で、比較的安全なので市販もされています。しかし肝障害を起こす危険があるのでアルコールと一緒に飲むではいけません。

## 腰痛治療の新常識—290—

定期的に処方されたNSAIDは非特異的腰痛を効果的に軽減する(★★★)。異なるNSAIDは非特異的腰痛の軽減に同様の有効性を示す(★★★)。NSAIDの神経根性疼痛に対する軽減効果は比較的弱い(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

NSAIDとは非ステロイド系消炎鎮痛剤で、バファリン、エスタックイブ、ロキソニン、ボルタレンなどといった処方薬の他に薬局でも買える市販の鎮痛剤です。

## 腰痛治療の新常識—291—

NSAIDは特に高用量や高齢者で重篤な有害事象を誘発する可能性があるが、イブプロフェン(NSAID)投与後にジクロフェナク(ボルタレン)を投与すると消化器系有害事象リスクが最も低下する(★★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

不思議ですねえ。薬の組み合わせによって副作用を減らすことができるなんて。

## 腰痛治療の新常識—292—

パラセタモール(アセトアミノフェン)やNSAID単独で十分な疼痛コントロールができない場合は、パラセタモール＋弱オピオイド(麻薬系鎮痛薬)の配合剤が有効かもしれないが便秘と嗜眠傾向がある(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

逆に言うと、便秘と眠気に耐えられるのであれば、アセトアミノフェンと弱オピオイドを試みても良いということです。

## 腰痛治療の新常識—293—

筋弛緩薬は急性腰痛を効果的に軽減する(★★★)。筋弛緩薬とNSAIDとの比較結果は一貫しておらず、筋弛緩薬とパラセタモール(アセトアミノフェン)との比較試験は行なわれていない(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

最近の腰痛診療ガイドラインでも急性腰痛に筋弛緩剤を推奨していますが、なぜか慢性腰痛には無効なため推奨していません。

## 腰痛治療の新常識—294—

強オピオイド(麻薬系鎮痛薬)は、より安全性の高いアセトアミノフェンやアスピリンなどのNSAIDほどの腰痛軽減効果はない(★★)。強オピオイドには、反応時間短縮・判断力低下・嗜眠・身体依存などの副作用がある(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

がんの痛みに対して最も強力な鎮痛効果があるモルヒネ(強オピオイド)が急性腰痛に効かないなんて不思議ですね。腰痛は未だに謎だらけです。

### 腰痛治療の新常識—295—

抗うつ薬は慢性腰痛の治療に広く用いられてきたが、その有効性に関するエビデンスはほとんどなく、急性腰痛に対する抗うつ薬の有効性に関するエビデンスは入手できていない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

急性腰痛に対する評価は最新の腰痛診療ガイドラインでも変わっていませんが、その後のRCT(ランダム化比較試験)の蓄積により慢性腰痛には抗うつ剤が推奨されています。

### 腰痛治療の新常識—296—

急性または再発性腰下肢痛に対する治療としての安静臥床(2～7日間)は、疼痛緩和・回復速度・ADL(日常生活動作)改善・欠勤日数という点で、プラシーボや通常の活動より効果がない(★★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛には安静第一と考えているのは世界広しといえども日本だけかもしれません。せめてこの誤った常識だけでも頭の中から消去してください。急性腰痛を慢性化させてしまいます。

### 腰痛治療の新常識—297—

長期間にわたる安静臥床は、身体衰弱・長期活動障害・リハビリテーション困難につながる可能性がある(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

「腰痛が和らぐまでは安静第一」という迷信を信じていつまでも寝ていると、回復するチャンスをみすみす逃してしまうことになります。

### 腰痛治療の新常識—298—

必要に応じて鎮痛剤を投与し、安静臥床を守らせて「痛みの程度に応じて」通常の活動に戻るかどうかを決めさせる「従来型」の治療と比較して、通常の活動を維持するよう指導した場合は、急性発作時の症状がより早く回復する(★★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛概念の劇的な転換に伴い、その対処法も大きく変わりました。いつまでも時代遅れの治療をしていると回復が遅れるばかりでなく、悪くすると訴えられる可能性もあります。医療関係者の方は情報のアップデートを急いでください。

## **腰痛治療の新常識—299—**

短期間(数日～数週間)のうちに認知行動療法に基づいて段階的再活動化を実施した場合と、段階的再活動化を単独で実施した場合を比べると、疼痛と活動障害の回復速度に差はないが、慢性的な活動障害の発生率と失業率が低下する(★★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

説明の仕方が悪いですね。認知行動療法に基づく段階的再活動化のほうがより有効だということです。

## **腰痛治療の新常識—300—**

患者を短期間のうちに通常の仕事に復帰させる計画を立て、その計画に従って短期間に職場復帰するよう患者を指導した場合は、欠勤時間や失業期間が短縮される可能性がある(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

急性腰痛(ぎっくり腰)を起こしてもできるだけ仕事を休まない、休んだとしても1日も早く職場復帰するように指導することが回復を早めます。

## **腰痛治療の新常識—301—**

急性あるいは亜急性腰痛に対する脊椎マニピュレーションは、他の治療法に比べて短期間で疼痛および活動障害の改善、ならびに患者の満足度という点でより高い効果が得られる(★★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

脊椎マニピュレーションを行なっている先生は大いに自信を持ってください。★3つですよ。

## **腰痛治療の新常識—302—**

脊椎マニピュレーションが奏功する患者の選択基準もなければ、最も有効なマニピュレーションテクニックに関するエビデンスもなく、マニピュレーションを実施する最適なタイミングも明らかになっていない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

脊椎マニピュレーションは腰痛に有効であるけれども、その適応などに関してはまだ不明な点が多いということです。

## **腰痛治療の新常識—303—**

熟練した術者によるマニピュレーションで症状が悪化するリスクはきわめて低いが、稀に重篤な神経障害が生じる危険性があるため、重度または進行性の神経障害のある患者にマニピュレーションは実施すべきでない(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

重篤な神経障害というのは馬尾症候群を指しているようですが、腰椎へのマニピュレーションで生じる可能性はきわめて低いことが明らかになっています。ただし、頸椎へのマニピュレーションは腰椎より若干リスクが高いようです。

### 腰痛治療の新常識—304—

急性腰痛患者に対して特定の腰痛体操が臨床的に意味のある改善が得られるか否か、さらに各腰痛体操が奏功する患者の選択基準を設定できるか否かについては、これまで確定的なエビデンスは得られていない(★★★)。 <http://amzn.to/Hk8veA>

現在でも急性腰痛(ぎっくり腰)に対して運動療法が有効だというエビデンスはありません。

### 腰痛治療の新常識—305—

これまで得られているエビデンスの中には体操とリハビリテーションが慢性腰痛患者の疼痛と機能障害を改善することを示すものもある(★★)。発症後6週目から体操とリハビリテーションを開始することの妥当性にはエビデンスがある(★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

運動療法は急性腰痛の適応ではありませんが、慢性腰痛には有効性が証明されています。むしろ慢性腰痛には運動療法が不可欠です。

### 腰痛治療の新常識—306—

物理療法(アイシング・温熱療法・短波ジアテルミー・マッサージ・超音波)は一般的に急性腰痛の症状緩和のために用いられるが、これらの受動的な方法は臨床転帰に対して何ら影響を与えないと考えられる(★★)。 <http://amzn.to/Hk8veA>

たいへん厳しい勧告ですけれども「治療してもらおう」「治してもらおう」という受け身的な治療法は慢性化を助長することが明らかになっています。腰痛疾患は自分の力で治してやるという攻めの姿勢が必要です。

### 腰痛治療の新常識—307—

牽引は腰痛や神経根症状に対して効果はない(★★★)。TENS(経皮的神経電気刺激:低周波治療器)が急性腰痛患者に有効だというエビデンスはない(★★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

牽引には効果がないというこれだけ強い勧告が出されているのですから、そろそろやめませんか？ 国によっては訴えられるかもしれませんし、医療費も支払われないで



しょうから治療者が自腹を切ることになります。無駄な治療に時間とお金をかけるのはいかなものでしょう。

### 腰痛治療の新常識—308—

限定的なエビデンスながら、インソールは軽度の腰痛患者において症状を緩和させる可能性はあるが、長期成績に関するエビデンスはない(★)。2cm未満の下肢長差は腰痛における臨床的意義はない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

人の身体は左右対称ではないので足の長さに違いがあっても問題になりません。腰痛の原因になるというエビデンス(科学的根拠)はないのです。

### 腰痛治療の新常識—309—

腰部コルセットやサポートベルトが急性腰痛の治療に有効だというエビデンスはない(★)。慢性腰痛に対するトリガーポイント注射の有効性は不明確であり、特に急性腰痛に関するエビデンスはほとんどない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

コルセットやサポートベルトはもちろん、トリガーポイント注射も腰痛には効果がありません。この事実は最新の腰痛診療ガイドラインの勧告でも同じです。

### 腰痛治療の新常識—310—

靱帯および軟部組織への注射は侵襲的であり、重篤な合併症を引き起こす危険性がある(★)。鍼治療が慢性腰痛に有効だとするエビデンスは乏しく不明確であり、急性腰痛に対する有効性に関するエビデンスはない(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

鍼治療については最新の腰痛診療ガイドラインが慢性腰痛に有効だと勧告しています。

### 腰痛治療の新常識—311—

ステロイドの硬膜外ブロック注射は局所麻酔剤の有無とは無関係に、他の治療法と比べて坐骨神経痛(神経根症状)を伴う急性腰痛の症状を一時的に緩和する可能性が高いと考えられる(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

どんな治療法でも言えることですけれども、一時的に症状が緩和しているうちに身体を動かすことが治癒を促します。ある治療法ですべてが解決するわけではありません。

### 腰痛治療の新常識—312—

ステロイドの硬膜外ブロック注射は局所麻酔剤の有無とは無関係に、他の治療法と比べて坐骨神経痛(神経根症状)を伴う急性腰痛の症状を一時的に緩和する可能性が高いと考えられる(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

どんな治療法でも言えることですが、一時的に症状が緩和しているうちに身体を動かすことが治癒を促します。ある治療法ですべてが解決するわけではありません。

### **腰痛治療の新常識—313—**

硬膜外ブロック注射は侵襲的であり、稀に重篤な合併症を引き起こす危険性がある(★★)。椎間関節ブロック注射は侵襲的ではあるものの、重篤な合併症を引き起こす危険性はきわめて低い(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

硬膜外ブロックは合併症のリスクがあるにもかかわらず、有効性に関するエビデンスは乏しいということを覚えておきましょう。

### **腰痛治療の新常識—314—**

椎間関節ブロック注射は慢性腰痛の疼痛にも活動障害にも有効でないというエビデンスがあり、注射薬剤の種類だけでなく注射部位も臨床転帰を改善させない。急性腰痛に対する椎間関節ブロック注射の有効性に関するエビデンスはない(★)。

<http://amzn.to/Hk8veA>

そもそも椎間関節症候群というレッテル自体に明確なエビデンスがありません。病名が増えると患者も増えますから安易なラベリングは回避すべきです。

### **腰痛治療の新常識—315—**

椎間関節ブロック注射は侵襲的だが重篤な合併症は稀である(★★)。バイオフィードバックの急性腰痛に対する有効性に関するエビデンスはなく、慢性腰痛に対する有効性に関するエビデンスには矛盾がある(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

腰痛疾患にはイエローフラッグ(心理社会的因子)が関与している事実が判明しているにもかかわらず、不思議なことにバイオフィードバックの効果は現在でも確認されていません。

### **腰痛治療の新常識—316—**

「スウェーデン式腰痛教室」(修正版)による集団教育は、職業的背景によっては有効な場合がある(★★)。職業的背景を考慮しない腰痛教室の有効性はまだ実証されていない(★)。<http://1.usa.gov/LtCyjV> <http://1.usa.gov/Kk6BgI>

詳細は不明なのですが「スウェーデン式腰痛教室」というのは、理学療法士によるリハビリテーションを中心としたプログラムのようです。

### 腰痛治療の新常識—317—

重症の腰痛に対する麻薬の投与に関しては、さらなる調査と管理による支援が必要で推奨しない(★)。ベンゾジアゼピンには習慣性と依存性という重大なリスクがあるため推奨しない(★★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

この時点ではエビデンスが不足していたために麻薬系鎮痛剤も抗不安剤も推奨されていませんが、最新の腰痛診療ガイドラインではいずれも推奨するという勧告が出ています。

### 腰痛治療の新常識—318—

急性腰痛に対する経口また静脈内コルヒチンの有効性を示すエビデンスは限られているか矛盾したエビデンスしか存在せず、重篤な副作用の危険性が報告されている(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

コルヒチンは痛風発作の緩解と予防にしか認可されていませんから、日本で処方されることはまずありません。たとえ認可されていたとしても、腰痛診療ガイドラインで推奨されたことは一度もありません。

### 腰痛治療の新常識—319—

経口ステロイドは急性腰痛に有効ではないという限られたエビデンスがある(★★)。経口ステロイドによる重篤な副作用は長期使用によって生じる危険性があるものの、短期使用によって副作用が生じる危険性はきわめて低い(★)。  
<http://amzn.to/Hk8veA>

リウマチなどの膠原病の治療に使われる最も強力な抗炎症剤であるステロイド(副腎皮質ホルモン)は急性腰痛(ぎっくり腰)に効かないということです。すなわち、急性腰痛は炎症性疾患ではないということです。

### 腰痛治療の新常識—320—

腰痛や坐骨神経痛に対して牽引を用いた安静臥床は無効だというエビデンスがあり、特に安静臥床には関節のこわばり、筋肉の衰弱、骨密度の低下、床ずれ、血栓塞栓症といった合併症を引き起こす危険性がある(★★)。<http://1.usa.gov/Jxsprd>

もう耳にタコができるほど繰り返していますけど、腰痛や坐骨神経痛だからといって安

静に寝ていると、回復が遅れるばかりでなくさらに悪化する可能性もあり、時には命を落とす危険性すらあります。「腰痛には安静が第一」というフレーズをネット上から一掃したいものです。

### 腰痛治療の新常識—321—

全身麻酔下における脊椎マニピュレーションが有効だというエビデンスはなく、重篤な神経障害を誘発するリスクが増大する(★)。<http://1.usa.gov/LF3JlU>

アメリカでは全身麻酔をかけてカイロプラクティックを行っていた時期があったようですが、日本ではあり得ない話なので無視していいでしょう。

### 腰痛治療の新常識—322—

ギプスジャケットが急性腰痛や坐骨神経痛に有効だというエビデンスはなく、脊椎のこわばり、筋肉の衰弱、ギプスによるただれ、呼吸器系の合併症を誘発することがあり、心理社会的影響も大きい(★)。<http://amzn.to/Hk8veA>

ギプスジャケットで腰を固定しても急性腰痛や坐骨神経痛には無効で、リスク(危険性)がベネフィット(有益性)を上回るから勧めないということです。コルセットやサポートベルトも無効だというエビデンスがあるので、当然といえば当然でしょう。さて、今回でRCGP(英国家庭医学会)の腰痛診療ガイドラインは終了です。

### 腰痛治療の新常識—323—

耐え難い腰痛を訴える椎間板に起因する腰痛患者は、手術を受けなくても3年後には68%が改善し、労災補償患者でさえ80%が改善していた。改善率が68%を超えられないのであれば、ある治療法を椎間板変性腰痛に実施すべきでない。

<http://1.usa.gov/LPB9lN>

こういうデータがあるから医学は腰痛治療から撤退すべきだという議論が勃発するんですよね。腰痛のないタンザニアのハザ族には、腰痛を治療する人がいないことを考えてみましょう。腰痛の自然治癒率の86%、プラシーボの平均有効率の70%を超えられない治療法は、積極的に行なうべきではありません。

### 腰痛治療の新常識—324—

硬膜外ステロイド注射は坐骨神経痛患者の費用対効果の高い治療法とされてきたが、腰椎や仙骨への硬膜外ステロイド注射に関する二重盲検比較試験はなく、坐骨神経痛に対して有効性を示す根拠がないためオーストラリアでは使用制限を検討。

<http://1.usa.gov/Kyps98>

局所麻酔剤を使うにしろステロイドを使うにしろ、現時点では硬膜外ブロックが有効だという明確なエビデンスは存在しません。

### **腰痛治療の新常識—325—**

AHCPRが1994年12月に『成人の急性腰痛診療ガイドライン』を発表した翌年の1995年1月、カナダのケベック特別調査委員会が『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』を発表しています。これからその勧告を紹介します。<http://1.usa.gov/LYNegq>

腰痛疾患のお話は少し中断して、これからむち打ち症のお話をさせていただきます。参考にしていただければ幸いです。

### **腰痛治療の新常識—326—**

むち打ち症は自動車の追突事故などで頸部に過伸展と過屈曲が加わって生じる外傷性頸部症候群であり、損傷の程度によって無症状のものから骨折や脱臼による脊髄損傷に至るまで様々であるがゆえに、むち打ち症の捉え方にばらつきがある。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

ケベック特別調査委員会の『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』は10,000件以上の研究から明らかになった真実と迷信を区別する報告書です。

### **腰痛治療の新常識—327—**

むち打ち症は自動車の追突事故などで頸部に過伸展と過屈曲が加わって生じる外傷性頸部症候群であり、損傷の程度によって無症状のものから骨折や脱臼による脊髄損傷に至るまで様々であるがゆえに、むち打ち症の捉え方にばらつきがある。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

ケベック特別調査委員会の『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』は10,000件以上の研究から明らかになった真実と迷信を区別する報告書です。

### **腰痛治療の新常識—328—**

むち打ち症(whiplash injury)とは自動車の衝突事故や落下事故などで前後または側面からの加速減速エネルギーが頸部に衝撃として伝達されることによって、骨組織や軟部組織の損傷を招いて多種多様な症状が生じるもの。<http://1.usa.gov/LYNegq>

頸部の症状を何でもかんでも「むち打ち症(もしくはむち打ち損傷)」として議論するわけにはいきませんから、とりあえず発症機序を明確にしたわけです。

### **腰痛治療の新常識—329—**



またケベック特別調査委員会は、むち打ち症によって引き起こされる一連の臨床症状を、「むち打ち関連障害(whiplash-associated disorders: 以下WADと記す)」という用語で論じることを採択した。<http://1.usa.gov/LYNegq>

むち打ち症(むち打ち損傷)に起因する症状は実に様々です。それらの症状をまとめてWAD(むち打ち関連障害)と呼ぶことになったというわけです。

### **腰痛治療の新常識—330—**

WAD(むち打ち関連障害)には、頸部痛・頸部緊張・頭痛・肩の痛み・腕の痛みや麻痺・感覚異常・疲労倦怠感・嚥下困難・視覚障害・聴覚障害・めまい・耳鳴り・睡眠障害・情緒不安定・記憶喪失・顎関節疾患などが含まれている。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

こうして症状を眺めていると「むち打ち症」は恐ろしいと思うかもしれませんが、決してそんなことはありません。本来、「むち打ち症」の自然経過はきわめて良好です。

### **腰痛治療の新常識—331—**

治療計画を立てるだけでなく、治療法の効果に関する研究、他科へのスムーズな紹介のためには、むち打ち症によって起こり得る多種多様な症状を分類整理する必要がありますと判断した特別調査委員会は、「ケベックWAD分類」を提案した。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

このWAD分類にはグレード0～4まであり、各グレードによって対処法が異なります。

### **腰痛治療の新常識—332—**

【グレード0】頸部の症状がなく理学所見も異常なし。【グレード1】頸部痛・凝り・圧痛のみで理学所見に異常なし。【グレード2】頸部の症状に加えて筋骨格系所見(可動域制限・圧痛点など)あり。<http://1.usa.gov/LYNegq>

ケベック特別調査委員会はWAD(むち打ち関連障害)をグレード0～4の5つに分類しています。

### **腰痛治療の新常識—333—**

【グレード3】頸部の症状に加えて神経学的所見(深部腱反射の低下や消失・筋力低下・知覚障害など)あり。【グレード4】頸部の症状に加えて骨折か脱臼あり。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

グレード4は明らかにWAD(むち打ち関連障害)ではありません。

### 腰痛治療の新常識—334—

なお、難聴・めまい・耳鳴り・頭痛・記憶喪失・嚥下困難・顎関節痛はすべてのグレードで生じる症状であり、グレード0はもちろんグレード4はすでにむち打ち症といえるものではないため、特別調査委員会はグレード1～3を対象とした。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

自動車の衝突事故や落下事故などで前後または側面からの加速減速エネルギーが頸部に衝撃として伝達されることによって、骨組織や軟部組織の損傷を招いて多種多様な症状が生じるものの、頸部の症状がなく理学所見も異常ない「グレード0」と、頸部の症状に加えて骨折か脱臼がある「グレード4」は対象外だということです。

### 腰痛治療の新常識—335—

WADの診断に関する文献調査から次の事実が判明。1) 患者の評価は詳細な病歴聴取と理学検査により十分可能である。2) グレード1では画像検査や特別な検査は必要ない。3) グレード2と3では頸椎のレントゲン撮影が必要である。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

首の痛みだけの患者に画像検査の適応はありませんが、筋骨格系所見(可動域制限・圧痛点など)や神経学的所見(深部腱反射の低下や消失・筋力低下・知覚障害など)がある場合はレントゲン撮影が必要だということです。

### 腰痛治療の新常識—336—

ケベック特別調査委員会はWAD(むち打ち関連障害: whiplash-associated disorders)の診断法として「病歴聴取」「理学検査」「単純X線撮影」「画像検査」「特別な検査」について勧告を出している。<http://1.usa.gov/LYNegq>

これからWAD(むち打ち関連障害: whiplash-associated disorders)の診断に関する臨床勧告をご紹介します。

### 腰痛治療の新常識—337—

【病歴聴取】病歴聴取は全グレードのWAD患者に必要で以下の情報が含まれるべきである。1) 生年月日、性別、職業、家族構成、婚姻関係。2) むち打ち症を含む首の問題の既往歴。3) 痛み、筋緊張、麻痺、筋力低下、頸椎以外の症状。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

腰痛疾患と同じようにWAD(むち打ち関連障害)も病歴聴取でかなりのことが判ります。グレード4の骨折や脱臼だけは見逃さないようにしましょう。

### 腰痛治療の新常識—338—

4) 症状の部位、発症時刻、発症状況。5) 受傷原因(スポーツ、自動車事故など)。6) 受傷のメカニズム。【理学検査】理学検査は全てのWAD患者に必要で、少なくとも以下の検査が含まれるべき。1) 視診。2) 患部の触診。<http://1.usa.gov/LYNegq>

WAD(むち打ち関連障害)患者の障害範囲と重症度の評価は詳細な病歴聴取と理学検査で十分可能です。

### 腰痛治療の新常識—339—

3) 可動域の評価(屈曲・伸展・回転・側屈)。4) 上肢と下肢の神経学的テスト(腱反射・知覚検査)。5) 合併症の評価。6) 必要に応じて一般的臨床検査。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

こうして書き出してみるとWAD(むち打ち関連障害)より腰痛疾患の理学検査の方が簡単ですね。

### 腰痛治療の新常識—340—

【単純X線撮影】1) グレード2および3の患者は、頸椎の単純X線撮影が必要で前後像・側面像・開口像を撮影すべきである。2) また7個の全頸椎とC7-T1の椎間板スペースが撮影されていなければならない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

筋骨格系所見と神経学的所見がある患者のレントゲン写真を撮る場合の注意点です。

### 腰痛治療の新常識—341—

3) 時には屈曲位か伸展位での撮影を必要とするかもしれない。4) 意識がはっきりしていて理学所見のないグレード1の患者は、知覚麻痺をきたすようなアルコールや麻薬といった薬物の影響がみられない限り単純X線撮影は必要ない。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

頸部痛・凝り・圧痛だけで理学所見に異常のないグレード1は、基本的に画像検査の適応ではないということです。腰痛疾患と同じように、何でもかんでも画像検査を行なうのは明らかに過剰診療です。

### 腰痛治療の新常識—342—

【画像検査】1) グレード1および2の患者に断層撮影・CTスキャン・MRI・ミエログラフィー・椎間板造影・シンチグラフィー・血管造影の適応はない。2) 画像検査はグレード

3の患者に専門家か外科医の判断で実施されるべき。<http://1.usa.gov/LYNegq>

頸部痛・凝り・圧痛だけで理学所見に異常のない「グレード1」と頸部の症状に加えて筋骨格系所見がある「グレード2」はCTやMRIといった特殊な画像検査の必要はなく、それらは頸部の症状に加えて神経学的所見がある「グレード3」だけに限られるということです。

### **腰痛治療の新常識—343—**

【特別な検査】1) SSEPP(誘発電位)はグレード3の患者に専門家か外科医の判断で実施されるべき。2) EMG(筋電図)や神経ブロックはグレード2および3の患者に専門家か外科医の判断で実施されるべき。<http://1.usa.gov/LYNegq>

頸部の症状に加えて筋骨格系所見がある「グレード2」と、頸部の症状に加えて神経学的所見がある「グレード3」では、特別な検査が必要になる場合があるということです。

### **腰痛治療の新常識—344—**

3) WAD(むち打ち関連障害)患者に対するその他の特殊な検査は、すべて専門家か外科医の判断に任せるべき。<http://1.usa.gov/LYNegq>

WAD(むち打ち関連障害)患者に画像検査以外の精査が必要か否かは専門家の判断に委ねられるということです。

### **腰痛治療の新常識—345—**

ケベック特別調査委員会はWAD(むち打ち関連障害: whiplash-associated disorders)治療法として、次の15について勧告を出している。すなわち「頸椎カラー」「安静」「頸椎枕」「マニピュレーション」<http://1.usa.gov/LYNegq>

これからWAD(むち打ち関連障害)の治療法に関する勧告を紹介していきますけど、ここで診断について簡単にまとめておきます。頸部痛・凝り・圧痛だけで理学所見に異常のない「グレード1」にレントゲン撮影などの画像検査は必要ありません。頸部の症状に加えて筋骨格系所見がある「グレード2」と頸部の症状に加えて神経学的所見がある「グレード3」はレントゲン撮影が必要ですが、基本的にCTやMRIなどの画像検査の適応はありません。

### **腰痛治療の新常識—346—**

「モビリゼーション」「運動」「姿勢のアドバイス」「スプレー＆ストレッチ」「牽引」「物理療法」「外科手術」「ステロイド注射」「無菌水注射」「薬物療法」「その他の治療」である。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

文字数制限がありましたのでここでもう一度。「頸椎カラー」「安静」「頸椎枕」「マニピュレーション」「モビリゼーション」「運動」「姿勢のアドバイス」「スプレー＆ストレッチ」「牽引」「物理療法」「外科手術」「ステロイド注射」「無菌水注射」「薬物療法」「その他の治療」に関する勧告をご紹介します。

### **腰痛治療の新常識—347—**

【頸椎カラー】頸椎カラーの有効性はRCTで証明されていないため、グレード1の患者に頸椎カラーを処方してはならない。たとえグレード2や3の患者に処方したとしても、回復が遅れるので72時間(3日間)を越えてはならない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

むち打ち症といえば頸椎カラーを想像する日本人が多いと思いますけど、その有効性は認められていませんし、回復を遅らせる危険性すらあります。頸椎カラーはむち打ち症にまつわる迷信のひとつです。

### **腰痛治療の新常識—348—**

【安静】安静の有効性はRCTで証明されていないため、グレード1の患者に安静を処方してはならない。回復が遅れるのでグレード2や3の患者に4日以上安静を処方してはならない。むしろ普段通りの生活を送るよう勇気づけること。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

腰痛疾患同様これもむち打ち症にまつわる迷信のひとつです。安静が有効であるという研究はこの地球上に存在しません。日本にはびこる古い考え方を根拠のある事実置き換えなければ、最善の治療ができないばかりか回復を遅らせてしまいます。一日も早くそれに気づくことを切に願っています。

### **腰痛治療の新常識—349—**

【頸椎枕】頸椎枕(サービカルピロー)の有効性はRCTで証明されていないため、WAD(むち打ち関連障害:whiplash-associated disorders)に頸椎枕を処方してはならない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

多種多様なサービカルピローが市販されていますけど、こと「むち打ち症」に関しては使用するべからずという勧告です。高価な壺や掛け軸を買ってもむち打ち症は治らないということですね。

### **腰痛治療の新常識—350—**



【マニピュレーション】長期間にわたる治療は正当化されないが、短期間ならWADの治療に脊椎マニピュレーションを用いることができる。ただしこのテクニックを行なうのは有資格者に制限すべきである。<http://1.usa.gov/LYNegq>

限られたエビデンスながらも、カイロプラクティックのような脊椎マニピュレーションが推奨されています。

### **腰痛治療の新常識—351—**

【モビリゼーション】限られたエビデンスからモビリゼーション(瞬間的に外力を加えることなく可動制限がある関節の可動域を無理なく徐々に広げて行く他動的ストレッチ)はWAD(むち打ち関連障害)の治療として用いることができる。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

腰痛疾患と同じようにWAD(むち打ち関連障害)に対しても安静にさせず活動化を促す方法が推奨されます。

### **腰痛治療の新常識—352—**

【運動】限られたエビデンスからROM(関節可動域)運動はただちに実行されるべきである。痛みが激しい時は休み休み行なう必要があり、症状の悪化がみられた場合は臨床的判断が重要である。<http://1.usa.gov/LYNegq>

活動性を促す運動は受傷後4日以内から始めても有効性が認められています。むち打ち症も腰痛疾患と同じで、とにかく安静にさせないことが鉄則です。

### **腰痛治療の新常識—353—**

【姿勢のアドバイス】限られたエビデンスからWADにおける姿勢に関するアドバイスは他の活動的な治療法の併用療法として処方することができる。ただし具体的にどのようなアドバイスが有効かについては不明。<http://1.usa.gov/LYNegq>

実は姿勢のアドバイスに関するRCT(ランダム化比較試験)は存在しません。アドバイスに関する研究の一部として姿勢を取り入れたものがあるだけです。

### **腰痛治療の新常識—354—**

【スプレー&ストレッチ】トリガーポイント療法で行なわれるスプレー&ストレッチ、すなわちコールドスプレーによって瞬間冷却した後に筋肉をストレッチする方法は、WAD(むち打ち関連障害)の治療に勧められない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

トリガーポイントといえばスプレー & ストレッチが付きものですが、残念ながらWAD（むち打ち関連障害）には効果がないようです。

### 腰痛治療の新常識—355—

【牽引】限られたエビデンスからWAD（むち打ち関連障害）における頸椎牽引は他の可動域を広げる治療法の併用療法として用いることができる。急性期（受傷後4日以内）なら一時的に症状を改善する可能性がある。<http://1.usa.gov/LYNegq>

RCT（ランダム化比較試験）で証明されたわけではないものの、腰痛疾患と違ってむち打ち症には牽引が有効かもしれません。だからといってダラダラと続けるのは良くないでしょう。

### 腰痛治療の新常識—356—

【物理療法】1) グレード1に対するプラシーボ対照試験でPEMT（パルス磁気療法）の有効性が認められたものの、3ヶ月にわたって1日8時間のソフトカラーを装着させた研究だったことからWADの治療として勧められない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

申し訳ありません。物理療法の専門家ではないのでPEMT（パルス磁気療法）のことが分かりません。WAD（むち打ち関連障害）には勧められないとありますが、どんな方法なのかご存知の方がいらしたら教えていただきたく存じます。

### 腰痛治療の新常識—357—

2) グレード2と3に対するその他の物理療法（温熱・アイシング・マッサージ・低周波・超音波・レーザー・短波ジアテルミー）は、受傷後3週間以内なら通常生活への復帰を目指した活動性を促す補助手段として用いることができる。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

どんな物理療法を用いるにせよ、受け身的な治療法に頼るのではなく、普段どおりの生活を送って可動域を広げていくという攻めの姿勢が重要だということです。腰痛疾患とまったく同じです。

### 腰痛治療の新常識—358—

【外科手術】グレード1と2に外科手術の適応はない。外科手術は一部のグレード3、すなわち保存療法に反応しない持続的な腕の痛みか、急速に進行する神経麻痺があるWAD（むち打ち関連障害）患者に限定されるべきである。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

ここでWADのグレードを復習しておきましょう。【グレード1】頸部痛・凝り・圧痛のみで

理学所見に異常なし。【グレード2】頸部の症状に加えて筋骨格系所見（可動域制限・圧痛点など）あり。【グレード3】頸部の症状に加えて神経学的所見（深部腱反射の低下や消失・筋力低下・知覚障害など）あり。【グレード4】頸部の症状に加えて骨折か脱臼あり。

### 腰痛治療の新常識—359—

【ステロイド注射】1)WAD（むち打ち関連障害）患者に関節内ステロイド注射は推奨できない。2)硬膜外ステロイド注射はグレード1と2に行なわれるべきでないが、グレード3で1ヶ月以上持続する神経症状には有効かもしれない。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

かもしれないという表現が目につくと思いますが、むち打ち症に関するRCT（ランダム化比較試験）はほとんど行なわれておらず、エビデンスが圧倒的に不足しているからなのです。

### 腰痛治療の新常識—360—

3)トリガーポイントへのステロイド注射の繰り返しによる有害な副作用が報告されているため、RCTによってWAD（むち打ち関連障害）に対する有効性が証明されない限り、トリガーポイントへのステロイド注射は行なうべきでない。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

トリガーポイント注射の危険性を示す報告はあっても、有効性を示す研究は見つかっていないからです。

### 腰痛治療の新常識—361—

4)髄腔内へのステロイド注射は重大な危険を伴うため、どのグレードであってもWAD（むち打ち関連障害）患者に対して行なうべきでない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

これもトリガーポイント注射と同じです。危険性を示す報告はあっても、有効性を示す研究はひとつもないからです。

### 腰痛治療の新常識—362—

【無菌水注射】トリガーポイントへの無菌水皮下注射は、通常生活への復帰を目指した活動性を促す補助手段としてグレード2のWAD（むち打ち関連障害）患者に用いることができる。<http://1.usa.gov/LYNegq>

さらなる追試は必要なものの、RCT（ランダム化比較試験）でトリガーポイントへの無

菌水皮下注射にわずかな有効性が確認されています。ですから日常生活を続ける指導の元で行なわれれば、選択肢のひとつとして許容できるということになります。

### 腰痛治療の新常識—363—

【薬物療法】1) グレード1のWAD患者にはいかなる薬物も処方してはならない。2) 短期間であればグレード2と3のWAD患者に非麻薬系の鎮痛剤とNSAIDを処方できるが、3週間を超えてはならず、副作用に注意する必要がある。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

むち打ち症で首が痛いんだから鎮痛剤ぐらいは処方していいだろうと考えがちですが、頸部痛・凝り・圧痛だけで理学所見に異常のないグレード1に処方してはいけません。薬に頼らなくても日にち薬がちゃんと治してくれます。

### 腰痛治療の新常識—364—

3) グレード1と2のWAD(むち打ち関連障害)患者に麻薬系鎮痛剤を処方すべきではないが、激しい痛みのある急性期のグレード3患者に限れば一時的に処方することができる。4) 急性期のWAD患者に筋弛緩剤を処方してはならない。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

ここでもう一度WADのグレードを復習しておきましょう。【グレード1】頸部痛・凝り・圧痛のみで理学所見に異常なし。【グレード2】頸部の症状に加えて筋骨格系所見(可動域制限・圧痛点など)あり。【グレード3】頸部の症状に加えて神経学的所見(深部腱反射の低下や消失・筋力低下・知覚障害など)あり。【グレード4】頸部の症状に加えて骨折か脱臼あり。

### 腰痛治療の新常識—365—

5) どのグレードであってもWAD患者に向精神薬は勧められないが、急性期(3ヶ月以内)の不眠や緊張状態に対する補助手段として処方してもよい。慢性(3ヶ月以上)のWAD患者には抗不安剤と抗うつ剤を処方することができる。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

急性期の向精神薬とは抗不安剤や睡眠導入剤を指します。慢性期に入ると抗不安剤や抗うつ剤を用いてもかまわないという点では腰痛疾患とほぼ同じですね。

### 腰痛治療の新常識—366—

5) どのグレードであってもWAD患者に向精神薬は勧められないが、急性期(3ヶ月以内)の不眠や緊張状態に対する補助手段として処方してもよい。慢性(3ヶ月以上)のWAD患者には抗不安剤と抗うつ剤を処方することができる。

<http://1.usa.gov/LYNegq>

急性期の向精神薬とは抗不安剤や睡眠導入剤を指します。慢性期に入ると抗不安剤や抗うつ剤を用いてもかまわないという点では腰痛疾患とほぼ同じですね。

### **腰痛治療の新常識—367—**

3) ネックスクール(頸痛教室)・一時的な仕事の変更・リラクゼーション法・鍼治療は、症状が3週間以上持続しているWAD(むち打ち関連障害)患者の任意的補助手段として認められる。<http://1.usa.gov/LYNegq>

明確な根拠があるわけではありませんが、それほど大きなリスクがあるとは考えられないので、活動性を維持するアドバイスとともに行なわれれば許容できるだろうという勧告です。

### **腰痛治療の新常識—368—**

4) 磁気ネックレス・薬草(漢方薬を含むハーブ療法)・ホメオパシー・リフレクソロジー(反射療法)などといった話題の治療法が有効だとするエビデンスはなく、特に磁気ネックレスは用いるべきでない。<http://1.usa.gov/LYNegq>

磁気ネックレスはRCT(ランダム化比較試験)によって無効であることが確認されているので少し強い勧告となっています。以上でWAD(むち打ち関連障害)の診療ガイドラインは終了します。本当ならこれ以降の新たな知見を織り交ぜて本を書いた方がよっぽど楽だったかもしれません。今回のWADシリーズは、日本カイロプラクティック評議会(CCJ)の森田正良DCから献本していただいた『むち打ち関連障害—「むち打ち」の再定義とその取扱い』を参考にさせていただきました。この場を借りてお礼申し上げます。どうもありがとうございました。

### **腰痛治療の新常識—369—**

慢性腰痛(3ヶ月以上持続)患者63名を対象に腰部椎間関節の変形をCTで調べた結果、痛みを有する患者と無症状の患者との間に有意差が認められなかったことから、CTは腰部椎間関節症の診断法として役立たないことが判明。

<http://1.usa.gov/RxeS5a>

これは椎間関節ブロック注射に関する研究で判明した事実ですけど、AHCPR(米国医療政策研究局)が発表した『成人の急性腰痛診療ガイドライン』でも指摘されているように、椎間関節症候群など存在しないのです。このまま幻を追いかけて回していると、患者が増えることはあっても減ることはないでしょう。

### **腰痛治療の新常識—370—**



高性能の画像診断の普及によって1990年代から脊柱管狭窄症が増加したが、100名の脊柱管狭窄症患者(平均年齢59歳)の臨床症状と画像所見(単純X線撮影・脊髓造影・CT)を比較した結果、両者間に関連性は見出せなかった。

<http://1.usa.gov/RxEUW4>

脊柱管狭窄症の画像所見は臨床症状と関連性のないことが明らかとなったわけですが、興味深いのは、両側性の症状を訴えたのは42%に過ぎないのに、画像所見では患者の89%が両側性の狭窄変化が認められた点です。画像検査が増えるに従って今後も新たな病名と患者が増えていくことでしょう。となれば必然的に手術件数も増えることになります。

### **腰痛治療の新常識—371—**

慢性疼痛患者558名を対象に痛みと天候との関係について調査した結果、寒い地方の住人だからといって疼痛レベルも疼痛頻度も高いわけではなく、天候が疼痛に影響を与える事実は見出せなかった。それは単なる思い込みに過ぎない。

<http://1.usa.gov/PTDMx5>

気温が低く湿度の高い地域に住む慢性疼痛患者は、温暖な気候の地域に住む患者より症状が多いと考えられてきましたが、この迷信を打ち砕く研究が登場したことになります。

### **腰痛治療の新常識—372—**

大部分の家庭医は医学図書館で過ごす時間がほとんどなく、質の高い根拠に基づく研究に触れる機会がない。質の高い研究には多大な努力が注がれているものの、多くの医療従事者は自分の仕事に関する科学的根拠をけっして知ることはない。

<http://1.usa.gov/RBGneb>

脊椎専門医にとって、もはや一握りの医学誌を読むだけでは脊椎医学の進歩についていくのは到底不可能です。脊椎関連の文献をもれなく調べることは、文字どおりかかりつきりにならなければできない仕事となっています。

### **腰痛治療の新常識—373—**

慢性関節リウマチでNSAIDを服用している患者8843名を対象にしたRCT(ランダム化比較試験)の結果、75歳以上・消化管出血の既往・消化性潰瘍の既往・心疾患の既往が胃腸合併症の危険因子として判明したが、ミソプロストールは合併症を予防できる。<http://1.usa.gov/RBKkiX>

腰痛治療による死亡率がもっとも高いのは手術・注射・感染症・麻薬ではなく、ごく普通のNSAID(非ステロイド系消炎鎮痛剤)の胃腸合併症です。しかしRCT(ランダム

化比較試験)によってミソプロストール(潰瘍予防薬)がその合併症を防いでくれることが明らかになったわけです。

### 腰痛治療の新常識—374—

プライマリケア医・整形外科医・カイロプラクターを受診した急性腰痛患者を比較した結果、回復率には差がないことが判明。治療費はプライマリケア医が最も安く、満足度はカイロプラクターが最も高く、整形外科医は治療費と満足度の両面に問題あり。

<http://1.usa.gov/RBOsze>

不都合な真実。安い治療費で、優れた治療成績が得られ、患者の満足度が高いという3つの条件を兼ね備えた腰痛治療の専門家はいません。カイロプラクターはX線検査の回数が多過ぎるし、プライマリケア医(家庭医)は365ドルしかからないのに対し、整形外科医やカイロプラクターは800ドルもかかりました。同じ治療成績なら安いほうを選ぶでしょう。

### 腰痛治療の新常識—375—

アスリートにとって腰部椎間板ヘルニアは震え上がるような病気だが長期的予後は驚くほど良好。坐骨神経痛は自然治癒する可能性がきわめて高く、保存療法を行なった患者の38%が1ヶ月以内に回復し、52%が2ヶ月後までに回復する。

<http://1.usa.gov/Q4de6P>

馬尾症候群などの進行性麻痺で緊急手術が必要となるアスリートはごく稀であり、アスリートの大多数は保存療法によって着実に回復し、その後、少しずつ厳しいトレーニングを再開できます。

### 腰痛治療の新常識—376—

アスリートが早期復帰を望むと正常な臨床判断ができなくなる。椎間板手術に与えられたチャンスは最初の1回だけ。手術を繰り返すたびにさらに悪化するため、椎間板切除術の適応に少しでも疑わしい点があれば手術を行なうべきではない。

<http://1.usa.gov/Q4lmUF>

手術を行なった患者と保存療法の患者の4年後の成績に差はないことから、手術は坐骨神経痛の長期的予後に影響をおよぼさないことが判明しています。しかし手術に適した患者を選択できれば下肢痛をより早く解消できる可能性はあります。

### 腰痛治療の新常識—377—

臨床医はアスリートの心理社会的因子を慎重に評価すべき。疼痛が患者にどのような心理的影響を与えているか、不自由を強いられることによる社会的・経済的・法的

影響、病気か健康かによって何を得るかを理解しなければならない。

<http://1.usa.gov/Q5zcWR>

腰痛を主訴とする患者、局在の不明確な下肢痛を有する患者、膝下まで疼痛の拡散がみられない患者、画像所見と臨床症状が一致しない患者は椎間板切除術の適応となりません。椎間板ヘルニアが補償の対象となる業務上の障害によると信じている患者の手術成績は良くないことも覚えておきましょう。

### **腰痛治療の新常識—378—**

腰部脊柱管狭窄症による椎弓切除術を受けた患者88名を約10年間追跡調査した結果、75%が手術の結果に満足していたものの、23%が再手術を受け、33%が重度の腰痛を訴え、53%が2ブロック程度の距離も歩けないことが判明。

<http://1.usa.gov/Q5Iwdr>

腰部脊柱管狭窄症の手術成績は年月が経つにつれて悪化するということです。ちなみに20%の患者が大腿部・下腿部・足部に強い痛みを訴えていました。

### **腰痛治療の新常識—379—**

腰痛と坐骨神経痛に対する硬膜外ステロイド注射に関するRCT(ランダム化比較試験)の系統的レビューを実施した結果、硬膜外ステロイド注射の有効性を示す科学的根拠は見出せなかった。もし効果があるとしても短期間しか持続しない。

<http://1.usa.gov/RMS79z>

すでに硬膜外ブロック注射の保険適応を制限し始めている国や地方があります。医療従事者が自分の腰痛患者に行なう治療に関して、完全な支配権を握っている時代は終焉に向かっています。いつまでもエビデンスのない治療を続けているわけにはいきません。

### **腰痛治療の新常識—380—**

自動車保険制度のないリトアニアにおいて、過去3年間に追突事故に遭った202名と交通事故の経験のない202名を対象に、頸部痛・頭痛・腰痛・神経障害などの有無と頻度を詳細に比較した結果、両群間に有意差は認められなかった。

<http://1.usa.gov/RMVVaL>

むち打ち症は後遺症が怖いという話をよく耳にしますし、それが常識のように思われがちですが事実ではありません。追突事故によって長期にわたる障害など起こらないのです。むち打ち症による後遺症などただの迷信にすぎません。信じられない人は置いて行きます。

### **腰痛治療の新常識—381—**

平均年齢40歳の健常者60名を対象にMRIで胸椎を調べた結果、37%に明らかな椎間板ヘルニアが、53%に椎間板膨隆が、58%に線維輪断裂が、29%に脊髄の変形が認められた。無痛性胸椎ヘルニアはきわめて一般的な所見。

<http://1.usa.gov/RNhYhG>

ひと昔前までは画像検査で胸部椎間板ヘルニアが見つかり手術が行なわれていましたが、今では数多くの研究により無痛性胸部椎間板ヘルニアはよく見られるだけでなく、自然経過も安定していることが明らかになっています。筋骨格系疾患では画像所見と臨床症状は一致しないのです。

### **腰痛治療の新常識—382—**

慢性リウマチ患者18名の疼痛や機能障害などと患者が住んでいる地域の気圧・気温・湿度を分析した結果、患者の症状と気象条件との間に関連性は認められなかった。これまで天候が関節痛に影響するという結果が得られた研究はない。

<http://1.usa.gov/RNYAB5>

これは「選択的関連付け」と呼ばれる現象です。すなわち、慢性関節炎の患者さんは、症状が悪化した時には天候の変化に気づくものの、症状が安定している間は天候を気にしないのです。症状が現れる時期は、痛みが和らいでいる時期よりも印象に残りやすいので、患者さんはその時に起こった偶然の出来事をよく覚えている可能性が高いというわけです。

### **腰痛治療の新常識—383—**

65歳以上の脊柱管狭窄症による手術件数は1979年～1992年にかけて8倍に増加しており、地域によって5倍の差が生じている。手術成績に関する十分な情報がないうまま生死にかかわる治療を選択せざるを得ない状況は好ましくない。

<http://1.usa.gov/S8iXZL>

画像診断技術の進歩・外科的技術の変化・高齢化・有病率の上昇が手術件数を増加させたと考えられていますけど、外科医はこのあたりで立ち止まって、手術が患者のメリットになるかどうかを考えてみるべきでしょう。

### **腰痛治療の新常識—384—**

腰部脊柱管狭窄に対する選択的除圧術と脊椎固定術を受けた患者114名を分析した結果、65歳以上の42%に栄養不良が認められ、術後感染率が85%と高率だったことから、栄養不良は脊椎手術による術後合併症の危険因子である。

<http://1.usa.gov/R4q3Sz>

一般に栄養不良に関連する因子(貧困・低い教育レベル・精神医学的問題・アルコール依存・薬物依存)は、同時に腰痛に関連する因子でもあります。栄養不良を招くような因子を持つ患者に対する手術は慎重でなければなりません。

### 腰痛治療の新常識—385—

椎間板ヘルニアと坐骨神経痛には炎症反応を引き起こすホスホリパーゼA2(PLA2)が関与していると考えられていたが、椎間板ヘルニアもしくは椎間板変性と正常な椎間板との間にPLA2値の差は認められなかった。<http://1.usa.gov/S8KUR9>

椎間板ヘルニアや坐骨神経痛に炎症が関与しているという仮説には疑問があるということです。椎間板ヘルニアや神経根症状の発生は非常に複雑なプロセスであり、単独の物質に焦点を合わせるべきでないことを示唆しています。

### 腰痛治療の新常識—386—

航空機組み立て工場に勤務する男性269名を対象に、職業性腰痛の予測因子を1年間にわたって追跡調査した結果、労災補償歴と腰痛再発による労災補償請求とが相関することが判明。腰痛は人間工学的問題とは無関係である可能性を示唆。

<http://1.usa.gov/R6YGav>

人間工学的介入によって腰への負担を減らして腰痛を予防しようという試みが行なわれていますけど、それで腰痛が予防できるというエビデンス(科学的証拠)はありません。

### 腰痛治療の新常識—387—

ボーイング社の航空機関連従業員3020名を対象に、職業性腰痛の予測因子を4年間にわたって追跡調査した結果、仕事に対する不満と経済的問題(生活困窮)が腰痛発症による労災補償請求と関連。非物理的因子が関与している可能性。

<http://1.usa.gov/OORV9j>

非常に費用のかかる脊椎関連の就労障害を食い止めるためには政府が職場環境の改善命令を出すべきという専門家の主張もありましたが、エビデンスは(科学的証拠)は腰への負担を軽減することで腰痛を予防できるという説を支持していません。

### 腰痛治療の新常識—388—

老人専門病院のナースを対象に運動プログラムの腰痛予防効果を調査したRCT(ランダム化比較試験)によると、13ヶ月後の腰痛による欠勤日数はトレーニング群で28日、対照群で155日だった。運動には腰痛を予防する効果がある。



<http://1.usa.gov/OOV5d3>

この論文では腰痛による看護師の欠勤を減らすために運動を強く勧めていますけど、腰痛はけっして職業病ではありません。この点は誤解のないようにお願いします。身体に負荷のかかる職業ほど腰痛発症率が低いのです。

### **腰痛治療の新常識—389—**

脊椎分離症または脊椎分離じり症のあるアスリートを約5年間追跡調査した結果、連日の過酷なトレーニングにもかかわらず症状を訴えた者は皆無だった。若者にアスリートの道を諦めさせたり激しい運動をさせさせたりする必要はない。

<http://1.usa.gov/NJNbpB>

これはハンドボール、バスケットボール、バレーボール、体操選手、陸上選手を対象とした研究ですが、脊椎分離症または脊椎分離じり症のある一流バレエダンサーも腰痛発症率に差はないことが明らかになっています。分離症やじり症を恐れる必要はありません。

### **腰痛治療の新常識—390—**

腰痛患者41名と健常者46名を対象に二重盲検法を用いてサーモグラフィー、Spinoscopy、Triaxial dynamometry の診断精度を比較した結果、サーモグラフィーには臨床上の価値がほとんどないことが判明。<http://1.usa.gov/NJQgGe>

これは腰痛があるのに健康なふりをした群と健康なのに腰痛があるふりをした群に分けて、3つの診断装置が被験者の嘘を見破れるかを比較した興味深い研究です。いずれにしても、サーモグラフィーが腰痛の診断に有効だとするエビデンスはありません。

### **腰痛治療の新常識—391—**

AHCPRの成人の急性腰痛診療ガイドラインに従うとX線画像検査は45%の患者に行なうことになるが、ESR(赤血球血沈降速度)を調べることによって悪性腫瘍の検出能力を落とさずにX線画像検査の実施率を22%に抑えられる。

<http://1.usa.gov/SlHCjf>

アメリカの医療政策研究局が発表した腰痛診療ガイドラインに従うと45%の患者がX線を用いた画像検査が行なわれてしまうという危惧があります。そのような不必要な放射線被曝を避けるには血沈値の測定が有効だという論文ですが、日本の画像検査実施率はほぼ100%です。日本の医療が世界の常識とどれだけかけ離れているかがご理解いただけるかと思います。

## **腰痛治療の新常識—392—**

腰痛疾患で再手術を受けた患者179名を対象とした研究によると、手術の成功率は2回目で45%（20%は悪化）、3回目では25%（25%は悪化）、4回目では15%（45%は悪化）あることが判明。最初の手術が最後のチャンス。

<http://1.usa.gov/QMz2p0>

再手術によって症状が改善しない見込みが50%以上あると聞かされても患者は手術を選択するでしょうか？ 医師自身が患者だったらこれほど確率の低い賭けに乗るでしょうか？ だからこそ腰椎手術は最初の手術が最後のチャンスだといわれるのです。

## **腰痛治療の新常識—393—**

2ヶ月以上病欠中の慢性腰痛患者975名を対象に教育プログラム群と標準的治療群を比較したRCT（ランダム化比較試験）によると、200日後における復職率は前者が70%だったのに対して後者は40%だった。新たな腰痛概念に基づくアドバイスはきわめて有効。<http://1.usa.gov/TYcE2e>

従来の常識を忘れて活動を再開しても危険はないこと、腰をかばって薄氷の上を歩くように恐る恐る歩かないこと、これまでに学んだ人間工学的に正しい腰の使い方を忘れること、むしろ身体を動かすと治癒が促進されることを教えるだけで従来の治療をはるかに凌ぐ成績が得られました。この効果は3年後も依然として保たれていたといえます。国際腰椎学会で最優秀論文賞を受賞した研究ですから、この事実を知らないか適切なアドバイスができない医療関係者は腰痛患者から手を引くべきです。治癒の妨げになります。

## **腰痛治療の新常識—394—**

慢性頸部根性痛（3ヶ月以上持続）患者81名を対象に頸部椎間板切除術か固定術群・各種理学療法群・頸椎カラー群を比較した世界初のRCT（ランダム化比較試験）の結果、手術には保存療法を上回る効果がほとんどないことが判明。

<http://1.usa.gov/PVsSUC>

注意深い保存療法にもかかわらず頸部痛や上肢痛が3ヶ月以上続く患者には手術が必要だと考えられてきましたが、この研究によって手術の適応ではないことが示されたことになります。

## **腰痛治療の新常識—395—**

画像所見と非特異的腰痛に関する体系的レビューを実施した結果、X線撮影で確認できる異常所見（脊椎分離症・脊椎迂り症・潜在性二分脊椎・腰仙移行椎・変形性脊

椎症・シヨイエルマン病)と非特異的腰痛との間に関連性は認められない。

<http://1.usa.gov/PVQhW8>

ただし脊椎変性(椎間狭小&骨棘&硬化像)は非特異的腰痛と関連性がありましたが、研究にバイアスがあった可能性を捨て切れないため、脊椎変性と非特異的腰痛の因果関係を示すエビデンス(科学的証拠)はないと結論しています。X線画像を眺めているのはよい暇つぶしにはなっても、レッドフラッグのない腰痛患者にはほとんど役に立たないということです。

### **腰痛治療の新常識—396—**

椎間板手術を要するほど重度の坐骨神経痛患者30名と健常者46名を対象にMRIで両者の違いを調べたところ、有痛性椎間板ヘルニア例は同程度の無痛性椎間板ヘルニア例よりリラックスしている時間が短かったことが明らかとなる。

<http://1.usa.gov/QNWWDm>

同時に、有痛性病変では椎間板変性の程度がより進行していることが明らかになったものの、結論にいたるまでのエビデンス(科学的根拠)が不足しているとしています。

### **腰痛治療の新常識—397—**

頸部痛患者41名を対象に患者自身の枕・ウォーターピロー(メディフロー社製)・ロール枕の有効性をランダム化クロスオーバー試験で比較した世界初の研究によって、ウォーターピローは睡眠の質を向上させ、頸部痛や頭痛の緩和効果が認められた。

<http://1.usa.gov/UGjrSi>

ただし患者自身の枕・ウォーターピロー・ロール枕を使用した期間が異なり(各1週間・2週間・2週間)、形状も著しく異なることからバイアスの可能性は否定できませんし、今後のさらなる比較試験が必要とはいえ、頸部痛患者にとってウォーターピローは将来有望な睡眠補助具になることが示唆されました。しかし疾病影響プロフィール(SIP)で評価された障害の転帰に変化は認められませんでした。

### **腰痛治療の新常識—398—**

半世紀以上にわたる腰痛予防戦略は完全な失敗に終わった。しかし未だに腰への負担を減らせば腰痛を予防できると考えている。以下に Hadler NM の根拠に基づく論説を列挙する。<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

腰痛はけっして職業病ではありません。何千もの企業が従業員に対し、作業姿勢に気をつけ、正しい方法で荷物を持ち上げ、その他のリスクファクターと思われることを

避けるようアドバイスしています。それでもなお脊椎関連の就労障害は増加を続けて收拾がつかない状態にあるのです。

### **腰痛治療の新常識—399—**

腰痛予防としての人間工学的アプローチは失敗。職場から生体力学的な負荷を除去しようとしてきたが、職場での腰痛発症および腰痛による労災補償に対して何の成果も上がっていない。<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

腰痛予防と称した効果不明のアプローチを長々と続けている間に腰痛を有する従業員の苦痛は質・量ともに増え続け、かたや保険会社は防備を固めて富を築いたとされています。

### **腰痛治療の新常識—400—**

職場で発症した腰痛にはっきりとした職業的原因はほとんどない。明らかな因果関係がないまま労災補償を要する損傷というレッテルを張るのは問題である。

<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

腰部損傷モデルは企業にとっても患者にとってもメリットはありません。デメリットしかないのであれば速やかに腰部損傷モデルを捨て去るべきでしょう。

### **腰痛治療の新常識—401—**

腰痛のリスクファクター(生体力学的因子)が同定されているとはいえこれらの危険性はわずかである。すなわち、仕事による身体的負荷によって腰が耐えられなくなることは滅多にない。<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

多変量解析を用いた質の高い研究において、腰部損傷および労災補償の原因を説明する上で生体力学的因子が果たす役割は非常に小さく、その影響は統計学的に有意でないことが多いからです。

### **腰痛治療の新常識—402—**

職場「損傷」という概念は時代錯誤である。職務と大部分の腰痛との間には明らかな因果関係が認められないことから、腰痛などの愁訴を職場「損傷」と呼ぶのはやめるべきである。<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

「損傷」という概念を筋骨格系疾患に適用する時代はすでに終わっています。こうした概念は不完全であることに加え、医師が作った誤った考え方でもあります。痛みを訴える労働者を負傷者としてではなく、病人として扱うべき時代になったのです。

## **腰痛治療の新常識—403—**

労災補償申請をする腰痛患者は、人間工学的原因よりもむしろ他の職場環境の面から説明できる可能性が高い。したがって、職場内における人間工学的以外の原因を探すべきである。<http://1.usa.gov/UGpGfE> <http://1.usa.gov/PbF8U3>

人間工学的介入は半世紀以上にわたって続けられてきましたが、その有効性を裏付ける強力な証拠はいまだに示されていません。職場における予防的介入は必要だとしても、その中心となるのは心理社会的問題や職場組織の非身体的側面にあると考えられています。

## **腰痛治療の新常識—404—**

郵便局員に対する腰痛教室（脊椎力学・姿勢・荷物の正しい持ち上げ方に関する教育）の有効性を調査した結果、腰痛発症率・欠勤日数、復職後の再発率のいずれも減少しなかったことから、腰痛教室は時間と費用の無駄であることが判明。

<http://1.usa.gov/SUrpwE>

従来の考え方に基づく腰痛教室（教育プログラム）が腰痛の予防に役立つという証拠がほとんどないにもかかわらず多くの企業が腰痛教室を主な予防法として採用してきたのは、腰痛にかかるコストが高く効果的な治療法がないためですが、腰痛教室を単独で全従業員に適用したとしても腰痛発症率が減少することではなく、結局は無駄な努力に終わるということです。

## **腰痛治療の新常識—405—**

3つのビスケット工場を対象に心理社会的教育パンフレット（腰痛に対する恐怖心を打ち砕く内容）の有効性を1年間にわたって追跡調査した結果、教育パンフレットを使用した工場は腰痛発症率と欠勤日数が大幅に減少したことを確認。

<http://1.usa.gov/VPdkFb>

これは新たな腰痛概念に基づくパンフレット群、従来の腰痛概念に基づくパンフレット群、パンフレットを配布しない群を比較した研究で、腰痛に対する誤った信念と恐怖回避行動を是正することの有効性が証明されたわけです。生体力学に基づく人間工学的介入では為し得なかったことです。

## **腰痛治療の新常識—406—**

突発性側彎症に対する保存療法（装具治療1,459名・側方体表電気刺激322名・経過観察129名）に関する研究をメタ分析した結果、装具を1日23時間装着した群だけが治療に成功することが判明。短時間装着や他の方法は無効。

<http://1.usa.gov/PNGT4s>



成功率の内訳は、側方電気刺激群が39%、経過観察群が49%、1日8時間装着群が60%、1日16時間装着群が62%、1日23時間装着群が93%でした。前者の4群間に有意差は認められなかったことから、装具療法が有効とはいえ1日23時間装着できなければ時間の浪費でしかないということです。

#### **腰痛治療の新常識—407—**

線維筋痛症患者538名を7年間追跡調査した結果、現在の医学的介入(治療法)では疼痛・機能障害・疲労感・睡眠障害・精神状態を改善させることはないことが判明。線維筋痛症の病態を説明できる証拠さえなく収集のつかない混乱状態。

<http://1.usa.gov/PNQd8I>

線維筋痛症と診断される患者は急増中ですが、運動療法・抗うつ剤・認知行動療法で一時的に軽快した症例はあるものの、長期にわたって効果が確認された治療法はありません。これまで得られたエビデンスで判断する限り、「線維筋痛症」というレッテルを普及させようとしたことは医学的な大失敗だったと提唱者自らが述べています。

#### **腰痛治療の新常識—408—**

重い線維筋痛症患者に対して現代医学が行なっている治療は何の役にも立っていないと言わざるを得ない。医療機関を受診して線維筋痛症と診断されることによって、病気の身体化に拍車がかかって患者の症状はさらに深刻化している。

<http://1.usa.gov/VPC2Fy>

現在の治療法では、患者はさらに依存的になるか、もしくは活動障害がさらにひどくなりがちです。なぜなら、患者が病人を演じることを煽るようなアドバイスが氾濫しているからです。

#### **腰痛治療の新常識—409—**

米国リウマチ学会が診断基準を作成したために線維筋痛症の問題を複雑にしました。圧痛点を探そうと患者を突っつきまわしている狂信者がいるが、活動障害の判定には役立たない。<http://1.usa.gov/VTqBN9> <http://1.usa.gov/PNQd8I>

線維筋痛症の診断基準は、広範囲におよぶ痛みが3ヶ月以上続いていることに加えて、全身にある18の圧痛点のうち少なくとも11に痛みがあることとされています。しかしこれはあくまでも暫定的な診断基準であり、その利用価値はきわめて限定的と言わざるを得ません。

#### **腰痛治療の新常識—410—**

線維筋痛症は労災や交通事故などに起因すると思われているが因果関係は明確にされていない。もし自分が病気であることを証明しなければならないのなら患者は良くなれない。どれほど重症かの説明が求められるために攻撃対象にされて立ち直れなくなる。<http://1.usa.gov/QT0rHc>

線維筋痛症をめぐる裁判では原告である患者が因果関係を証明する必要があり、健康な状態であるための必要な条件や、病気を識別する能力、困難に立ち向かう能力を失ってしまうのです。

### **腰痛治療の新常識—411—**

6つのリウマチセンターを受診した維筋痛症患者583名を対象とした縦断的研究では長期成績にほとんど変化なし。線維筋痛症が疾病だというエビデンス(科学的証拠)はなく、単なる症候群(幅広い症状を示す用語)にすぎない。

<http://1.usa.gov/TNygrJ>

これまで繰り返してきたように、線維筋痛症の概念と診断基準を提唱した中心人物がその正当性を否定し、医師・患者団体・研究者、あるいは法廷でも疾病とみなすべきでないと述べているのです。

### **腰痛治療の新常識—412—**

大手保険会社のデータベースから #腰痛 による労災補償に関するデータ(10万6961名)を分析した結果、補償請求は全体の10%でありながら補償額は全体の86%を占め、1ヶ月間休職した労災患者の50%は6ヶ月後も休職していた。

<http://1.usa.gov/QOScw3>

この研究では腰痛による就労障害の自然経過も明らかになりました。すなわち、1年間休職していた患者が2年以内に復職できる可能性は40%であるということです。だからこそ腰痛になってもできるだけ仕事を休まず、何が何でも急性期のうちに解決しなければならないのです。

### **腰痛治療の新常識—413—**

#むち打ち症 患者201名を対象としたRCT(ランダム化比較試験)によって、病気休暇をとって仕事を休んだ群や事故から14日間ソフトコルセットで頸部を固定した群より、通常活動を維持させた群のほうが早く回復することが判明。

<http://1.usa.gov/VW0F6t>

患者は頸椎カラーなどによる固定や病気休暇によって症状をなお一層気にするようになり、むち打ち症が長引くのではないかと不安を抱く可能性があります。逆に、事故後も普段どおりの生活を続けるよう指示することで、心配はいらない・安心してよいと

いうメッセージを受け取っていると考えられます。この結果はケベック州が発表した『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』の勧告を裏づけるものです。

### **腰痛治療の新常識—414—**

ケベック特別調査委員会の『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』は、「グレード1」と「グレード2」のWAD（むち打ち関連障害）患者に対して、できるだけ早く通常活動を再開するよう積極的に勧めるべきだと勧告している。<http://1.usa.gov/QPIACu>

WAD（むち打ち関連障害）には、頸部痛・頸部緊張・頭痛・肩の痛み・腕の痛みや麻痺・感覚異常・疲労倦怠感・嚥下困難・視覚障害・聴覚障害・めまい・耳鳴り・睡眠障害・情緒不安定・記憶喪失・顎関節疾患などが含まれ、ケベック特別調査委員会は以下の「ケベックWAD分類」を提案しました。【グレード0】頸部の症状がなく理学所見も異常なし。【グレード1】頸部痛・凝り・圧痛のみで理学所見に異常なし。【グレード2】頸部の症状に加えて筋骨格系所見（可動域制限・圧痛点など）あり。【グレード3】頸部の症状に加えて神経学的所見（深部腱反射の低下や消失・筋力低下・知覚障害など）あり。【グレード4】頸部の症状に加えて骨折か脱臼あり。

### **腰痛治療の新常識—415—**

現在のX線所見の報告書（椎間板変性・分離症・分離じり症・二分脊椎・腰仙移行椎・シヨイエルマン病）は患者を不安にさせ、不必要な活動制限や思い込み、不必要な治療へと追い込む恐れがあるため、挿入文を追記することを推奨する。

<http://1.usa.gov/X086so>

【軽微な椎間板変性】この所見を有する者の半数は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【進行した椎間板変性】この所見を有する者の40%は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【脊椎分離症】この所見を有する者の半数は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【脊椎分離・じり症】この所見を有する者の半数は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【二分脊椎】この所見を有する者の半数は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【腰仙移行椎】この所見を有する者の半数は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。【シヨイエルマン病】この所見を有する者の40%以上は腰痛がないので今の症状とは無関係かもしれない。

### **腰痛治療の新常識—416—**

インターネット上の腰痛情報に関する体系的レビューによると、根拠に基づく情報を提供しているウェブサイトはごくわずかではなく、その大部分は腰痛関連商品や治療サービスの広告だった。患者が科学的情報と広告を区別するのは困難。

<http://1.usa.gov/UI7is7>

腰痛疾患に対する従来の医学的アプローチは効果を上げてきませんでしたし、実際にはむしろ悪化させることもありました。腰痛疾患の解決には診断法や治療法ではなく、患者の心構えを変えることを中心に展開するだろうと考えられています。広大な情報ネットワークはそのような努力がなされる中でのみ恩恵をもたらすことができるというのです。医療関係者は情報ネットワークを建設的に利用する方法を学ばなければなりません。

### 腰痛治療の新常識—417—

坐骨神経痛患者183名を対象に安静臥床の有効性を調査したランダム化比較試験によると、坐骨神経痛に対する安静臥床の有効性は認められず、椎間板ヘルニアがあっても安静の有無にかかわらず3ヶ月後には87%の患者が改善した。

<http://1.usa.gov/Wpxvge>

腰痛に安静臥床は有害であることは周知の事実だったものの椎間板ヘルニアに伴う坐骨神経痛には安静臥床が必要だと考えられてきました。ところがこのRCT(ランダム化比較試験)によってその考え方は完全に否定されたことになります。同時に坐骨神経痛の自然経過は良好であることも証明されたわけです。

### 腰痛治療の新常識—418—

追突事故被害者210名と健常者210名を対象に1年間追跡したリトアニアの前向きコホート研究によると、両群間で頸部痛を訴える頻度に差は認められなかったことから、急性のむち打ち症は自己限定性で慢性のむち打ち症は存在しない。

<http://1.usa.gov/VvILX5>

追突事故によって生じる慢性疼痛に関する先入観がなく、長期活動障害に対する不安もなく、医療団体・保険会社・訴訟が追突事故に関与しないリトアニアのような国では、急性のむち打ち損傷後の症状は一時的なものであり、いわゆる慢性むち打ち症候群には進展しないことが示されたことになります。

### 腰痛治療の新常識—419—

喘息患者61名とリウマチ患者51名を対象にストレスリストの有効性を調査したランダム化比較試験では、かつてもっともストレスを受けた出来事を1日20分間書き出すだけで、47.1%の患者が臨床的に意味のある改善を示した。

<http://1.usa.gov/REpnEa>

ストレスリストは1日20分ずつ連続3日間、合計1時間にわたって行なわれましたが、4ヶ月にわたる追跡調査の結果、その日の予定を書き出した対照群にはまったく変化が認められませんでした。自分のストレスを認め、それに耐え、考え方や感じ方を変化させることで、標準的治療を補える可能性が示唆されたわけです。

## **腰痛治療の新常識—420—**

腰部椎間板ヘルニアによる馬尾症候群の手術成績に関する研究をメタ分析した結果、発症後48時間以内に除圧術を行なったほうが48時間以降に行なうより知覚障害・運動麻痺・膀胱直腸障害の改善率は良好であることが明らかとなった。

<http://1.usa.gov/TbuWv3>

椎間板ヘルニアの緊急手術として唯一適応が認められている馬尾症候群は、手術の時期を逸すると生涯にわたってサドル麻痺や膀胱直腸障害(失禁)が残ることがあります。したがって、馬尾症候群の診断後は速やかに手術するべきであり、48時間という期限が迫っている場合は医療関係者側のスケジュールを調整している猶予はありません。それがたとえ真夜中であっても。

## **腰痛治療の新常識—421—**

脊椎手術を受ける可能性のある患者を対象に対話式ビデオプログラム群と教育パンフレット群の有効性を調べたランダム化比較試験の結果、ビデオ群の手術実施率は36～27%低下し、治療成績を低下させることなく500ドルの費用削減に成功。

<http://1.usa.gov/Tf01Ov>

意思決定過程に患者を積極的に参加させる「Shared Decision Making」(意思決定の共有化)への動きが広がっています。この研究が示唆しているのは、患者がより詳細な説明を受けて治療法を選択できるようにすれば、患者の情報量が増えて治療成績が改善されるということです。情報提供は有効な治療手段のひとつなのです。

## **腰痛治療の新常識—422—**

外科医5名と非外科医4名から成る委員会を組織し、1000例の仮想腰下肢痛患者に対する椎弓切除術の適応性を評価した結果、「適切」とされたのは11%のみで、26%は「どちらとも言えない」、63%は「不適切」とされた。<http://1.usa.gov/VdOTPL>

椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症・脊椎迂り症などの腰下肢痛患者に対して手術を勧める科学的根拠は乏しく、手術適応に関するコンセンサスは得られていません。ただし腰痛だけの患者は椎弓切除術の適応はないという点で委員会全員の意見が一致しています。

## **腰痛治療の新常識—423—**

腰痛患者161名を対象とした新たな腰痛概念に基づく教育パンフレット『The Back Book』の有効性に関する二重盲検ランダム化比較試験の結果、腰痛に対する患者の誤った考え方を変えて回復を促進させられることが判明。<http://1.usa.gov/12Nesga>



従来のパンフレットと違って『The Back Book』では物を持ち上げる時の注意点や背骨がいくつあるかといったことには触れず、恐怖回避行動に対する断固としたメッセージが書かれています。すなわち、あなたの腰は想像以上に頑強でひどいダメージは受けていないから、痛みを恐れずに仕事や日常生活を続けたほうが良いというメッセージです。

### **腰痛治療の新常識—424—**

【腰痛について明らかになっていること】★腰の痛みやうずきは通常、重い病気によるものではない。★ほとんどの腰痛は速やかに治まり、少なくとも通常の生活ができる程度になる。★放置しない限り腰痛で体が不自由になることはない。

<http://1.usa.gov/12Nesga>

拙著『腰痛は終わる』でも述べておりますが、ここから少しの間『The Back Book』の内容を抜粋してお届けします。

### **腰痛治療の新常識—425—**

★腰痛を起こした人の大半は2年以内に再発するかもしれない。しかしこれは腰痛が深刻な病気であるという意味ではない。再発のない時期には、ほとんどの人が通常の日常生活を送ることができるし、症状もほとんどない。<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—426—**

★痛みが非常に強くなることがあり、しばらくの間はやや活動を控えなければならない場合もある。しかし1日～2日以上安静は有効ではなく、かえって回復を遅らせることになるため、できる範囲内で身体を動かすようにする。<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—427—**

★人間の腰は動かすように出来ている。通常の活動に戻るのが早ければ早いほど腰の状態も早く改善する。★最善策は、痛みがあっても身体を動かし、普段どおりの日常生活を続けることである。<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—428—**

【この指針に従えば必ず楽になる】★出来るだけ普段どおりの生活をする事。そのほうがベッドで安静にしているよりずっと良い。★毎日身体を動かす事。それで症状がひどくなることはない。ただし重い物を持つことだけは避ける。

<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—429—**

★体調の維持に努めること。ウォーキング、サイクリング、スイミングは腰の運動になり気分も晴れる。腰の状態が良くなってからも続けること。★運動は徐々に始めて毎日少しずつ増やしていくこと。改善していくのが分かるだろう。

<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—430—**

★仕事を続けるか、もしくはできるだけ早く仕事を復帰すること。必要ならば1～2週間は軽い仕事を担当する。★我慢強くなること。しばらくの間、うずくような痛みや刺すような痛みがあるのは異常ではない。<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—431—**

★すぐに鎮痛剤に頼らないこと。前向きな気持ちで自ら痛みをコントロールすること。★家に閉じこもったり、自分の楽しみをあきらめたりしないこと。★心配しないこと。寝たきりになってしまうわけではない。<http://1.usa.gov/12Nesga>

『The Back Book』の続きです。

### **腰痛治療の新常識—432—**

★腰痛に関する恐ろしい噂話に耳を貸さないこと。ほとんどは根拠がない。★気が滅入りそうな日でも、ふさぎこまないこと。★前向きで活動的であること。そうすれば早く回復するし、その後の問題も少ないだろう。<http://1.usa.gov/12Nesga>

これで『The Back Book』の紹介は終わりです。

### **腰痛治療の新常識—433—**

ランダムに抽出した医師342名を対象に急性腰痛診療ガイドラインが与える医療サービスへの影響について調査した結果、医療制度が障害となって必ずしもガイドラインに従った適切な医療が行なわれていないことが明らかとなった。

<http://1.usa.gov/WeuN72>

臨床医が根拠に基づく論理的な腰痛治療を行なおうとするならば、刻々と変化する医療水準と医療システムを適合させる必要があります。すなわち、ガイドライン作成者は医療政策決定者や官僚に対して、ガイドラインの勧告を売り込むという大仕事を行なわなければならないのです。

### **腰痛治療の新常識—434—**

仕事が腰の健康状態に害をおよぼすという説得力のある科学的根拠はない。身体的負担が腰痛に影響を与える可能性はあるものの、それは一時的なものに過ぎず、持続的症狀および活動障害が職業上の身体的負担によるものとは考えられない。

<http://amzn.to/Wfk4cl>

腰痛の主要原因は仕事だという根深い社会通念がありますけど、それは根拠のない迷信でしかありません。科学的根拠の大部分は職業上の身体的暴露が持続的腰痛を引き起こす主要原因ではないことを示しています。

### **腰痛治療の新常識—435—**

ほとんどの腰痛は元来、仕事に関連したものではなく、腰への負担や問題となる作業中の姿勢を減らしてもわずかな影響しかない。事実、職業上の身体的負荷が大幅に減少したにもかかわらず、腰痛の発症率および活動障害は減少していない。

<http://1.usa.gov/S1hPOz>

実際のところ、過去半世紀にわたる生体力学に基づく人間工学的介入は、腰痛疾患に対して決して好ましい影響を与えていません。むしろ腰痛患者を増やして症状を長引かせただけです。

### **腰痛治療の新常識—436—**

人間工学的介入によって腰部損傷を予防できるという概念を捨てる時である。我々は60年間、腰部損傷という概念と共に生きてきたが、それはあまりにも欠陥が多いために、もはや正当化することはできない。しかも腰痛を医原性にしてしまう。

<http://amzn.to/S1i6RJ>

腰痛や坐骨神経痛が生物心理社会的疼痛症候群であることが判明している以上、腰への負担を減らすだけでは解決しないのは当然です。したがって、職業関連腰痛を

予防するには労働者の心理・社会・経済的因子に対する介入が求められます。要するに雇用者側の協力が必要不可欠なのです。

### 腰痛治療の新常識—437—

椎間固定ケージは嵐のように脊椎手術市場に旋風を巻き起こし、世界中で80,000個以上のケージが使用されているが、FDAの聴聞会で報告された研究では、疼痛の緩和は認められるものの、疼痛の完全消失は報告されていない。

<http://1.usa.gov/UEy4iM>

椎間固定ケージとは、背骨と背骨の間に入れて背骨を固定する器具のことです(<http://bit.ly/133zkio>)。しかしその有効性には多くの疑問があり、膝関節や股関節の置換術で得られる成績には遠くおよばないとされています。

### 腰痛治療の新常識—438—

65歳以上の女性1,002名が対象の腰痛・股関節痛・膝関節痛・足関節痛と鎮痛剤に関する研究では、全体の78%が鎮痛剤を使用しているが41%は最大推奨量の20%未満だった。高齢者の疼痛には効果的で安全な鎮痛剤が必要。

<http://1.usa.gov/Ty7QP9>

この研究では鎮痛剤を使っていない女性の多くは低収入で医師を受診していないことも判明しました。もしかすると、重症の痛みには鎮痛剤が効かないのかもしれませんが、低収入の患者には医師が積極的に関与したとらないのかもしれませんが。

### 腰痛治療の新常識—439—

重量物の運搬・前屈み・腰をひねる・振動を伴う仕事が腰痛の危険因子とはいえない。ストレス・遺伝・幼少期の環境などの心理社会的因子も評価しなければ肉体労働と腰痛の因果関係は解明できない。<http://1.usa.gov/VbSili>

<http://1.usa.gov/WKS6G0>

これまでの研究は肉体労働と局所的な筋骨格系疾患を結びつけて考えてきましたが、研究者の認識不足を露呈したに過ぎません。肉体労働が腰痛の危険因子であると断定するには根拠が不足しています。

### 腰痛治療の新常識—440—

腰椎手術予定の患者122名に心理テストを実施し、疼痛・機能障害・就労状況を1年間追跡調査した結果、心理的苦痛(不安や抑うつ)が少ないほうが疼痛改善率も職場復帰率も高かった。心理的苦痛は慢性腰痛の治療成績を左右する。

<http://1.usa.gov/WKVUXT>

手術適応になる患者の心理状態が腰椎手術の治療成績に大きな影響を与えることが明らかになったわけですが、手術適応の決定においては解剖学的考察より心理学的因子のほうが重要である可能性が浮上したことになります。

#### 腰痛治療の新常識—441—

メイン州内の3つの地域で椎間板ヘルニアか脊柱管狭窄症によって手術を受けた患者665名を2～4年間追跡した前向き研究によると、手術実施率の高い地域の治療成績は手術実施率の低い地域よりも劣ることが明らかとなった。

<http://1.usa.gov/WM5BVN>

この研究は1999年のもっとも挑発的な脊椎研究だったにもかかわらず、メディアはあまり大きく取り上げませんでした。しかし脊椎治療に関する中心的仮定(誰もが疑わない合意事項)に異議を申し立て、専門医の治療方針を大きく変えるよう迫っています。

#### 腰痛治療の新常識—442—

研究者の間では、活動再開・自信回復・単純な対症療法・腰痛と機能障害や活動障害との相関関係に関する誤った思い込みの修正・医療化(medicalization)の回避によって、腰痛はうまく治療できるという確信が高まりつつある。<http://bit.ly/VU8aVW>

Cochrane Collaboration の総監修を務める Alf Nachemson 博士は、「腰痛をどのように治療したらよいかは分かっているのです。一番難しいのはそれを実行することなのです」と述べています。

#### 腰痛治療の新常識—443—

腰痛は壮年期の悩みだと考えられてきたが10代の若者から高齢者まで見られ、一部の患者は慢性・再発性の腰痛から長期就労障害に陥り多大な医療資源を利用している。我々の目標は費用対効果の優れた確かな治療であって、思いきった荒療治にあらず。<http://bit.ly/VU8aVW>

症状の面においても社会的コストの面においても、その重荷を徐々に変化させることができればそれは大きな前進になるでしょう。

#### 腰痛治療の新常識—444—

過去100年間の腰痛に関する話題のほとんどは整形外科的な解釈と治療の話で、解剖学的損傷とそれを治す方法を見つけ出そうとしてきたが、こうした非常に機械的(mechanical)な方法は失敗だったことが判明している。<http://bit.ly/VU8aVW>



すでに研究者の間では腰痛を生物学的な「損傷」として捉えるのではなく、様々な要因によって生じる生物・心理・社会的症候群という考え方が定着しています。

#### **腰痛治療の新常識—445—**

ほとんどの腰痛研究者は、これまで腰痛に対して過剰診療が行なわれてきたこと、そして今それをやめる時期に来ていることに同意している。危険信号(レッドフラッグ)の探究を越えて疼痛の身体的原因を追求するのは逆効果の可能性がある。

<http://bit.ly/VU8aVW>

だからといって臨床医は疼痛の発生源の探究を完全に諦めるべきではありません。なぜなら、中には脊柱管狭窄症や椎間板ヘルニアに伴う下肢症状が生物学的治療法(手術)によって回復する患者もいるからです。

#### **腰痛治療の新常識—446—**

臨床医は心理学的問題と不適切な信念や態度に対して警戒を怠ってはならないが、その一方でプライマリケアの段階で心理・社会的因子(イエローフラッグ)を検出するための最善のスクリーニング方法と戦略を明らかにする必要がある。

<http://bit.ly/VU8aVW>

心理・社会的問題は、腰痛の慢性化および長期障害への移行において重要な因子であるという一般的な合意があります。しかし肝心の心理・社会的問題を抱えている患者を正確かつ効率的に同定できる手法や解決策はいまだに出現していません。

#### **腰痛治療の新常識—447—**

これまでの腰痛研究で安静臥床の禁止、不必要な画像検査を行なわない、患者自ら腰痛に立ち向かう姿勢が有効であることは判明しているものの、医師は医療制度や営利的圧力に拘束されているために臨床現場で最善の腰痛治療が行なえない。

<http://bit.ly/VU8aVW>

分かっているのに急激な変化が期待できないのは、政治の問題であると同時に営利的圧力が診療ガイドラインの導入に抑制的に働くからです。

#### **腰痛治療の新常識—448—**

肉体労働の負担を軽減させるための人間工学的介入は腰痛や腰痛による就労障害を予防できなかったにもかかわらず、職場での身体的負担が腰痛やその他の筋骨格系疾患の原因だという時代遅れの仮説を蘇らそうとする動きがある。

<http://1.usa.gov/XlluHk>

厚労省が定めた「介護や運送業など重い物を扱う作業についての腰痛予防対策指針」が良い例です。これでは腰痛発症率を高めるだけです。なぜヨーロッパの腰痛予防ガイドラインを参考にしないのでしょうか。

#### 腰痛治療の新常識—449—

腰痛も下肢痛も経験したことのない健常者67名を対象にMRIで腰部を調べた結果、椎間板変性・変形性脊椎症・椎間板ヘルニア・脊柱管狭窄症のような構造上の変化はごく一般的な所見であることが判明したことから、手術の選択は慎重であるべき。

<http://1.usa.gov/10SgXcQ>

この事実が腰痛が職業病だという考え方では説明が付きませんし、そもそも構造上の変化が腰痛や下肢痛を引き起こすという確たる証拠はないのです。

#### 腰痛治療の新常識—450—

WHOのデータから5大陸14カ国のプライマリケアを受診した25,916名の患者を抽出して行なった身体症状とうつ病に関する国際的研究によれば、うつ病患者の69%が主訴として筋骨格系などの身体症状を訴えていたことが判明。

<http://1.usa.gov/XrCo73>

過去40年の間に先進工業国の職場では、重量物を持ち上げる・前屈み・腰をひねる・無理な姿勢での作業・工作機械による振動に身を曝すことは減少してきました。ところがそれに伴って職場で生じた腰痛および腰痛による活動障害の発現率は急上昇しています。したがって肉体労働以外の因子が関与しているのは明らかです。

#### 腰痛治療の新常識—451—

疼痛は組織の損傷によって生じるもので、その損傷がやがて機能障害や活動障害および身体障害につながる可能性があり、もし損傷が治癒すれば疼痛・機能障害・活動障害・身体障害が消失するという従来の疾患モデルは明らかに誤り。

<http://amzn.to/10UyUYv>

なぜなら、ほとんどの患者には疼痛の原因となるような組織の損傷はありませんし、疼痛が消失したからといって必ずしも障害が消失するわけでもないからです。

#### 腰痛治療の新常識—452—

OSHA(米国労働安全衛生局)は「肉体労働がMSD(筋骨格系疾患)の主な原因であり、人間工学的介入によって肉体的負担を軽減すればMSDを予防できる」と根拠のない時代錯誤の提案を発表している。これは医学界への不法侵入。

<http://1.usa.gov/Ys71ev>

医療現場の最前線にいた医師たちは、20世紀のほとんどの期間にわたって疼痛を引き起こした活動を中止して疼痛が消失するまで安静にするようアドバイスしてきましたが、この戦略（戦略）の有効性は一度も確認されることがない上に、今日の腰痛による活動障害という重大危機を招く元凶となったのです。根拠に基づく腰痛治療におけるもっとも有力な戦略のひとつは、仕事を含む通常活動や運動を速やかに再開すれば心身ともに改善するということです。

### **腰痛治療の新常識—453—**

不法行為等過失責任保険制度を実施中の6ヶ月間、無過失損害賠償制度に変更後の6ヶ月間、さらに次の6ヶ月間の保険請求終了日を比較した結果、痛みや苦悩に対する補償がなくなると、むち打ち症の発症率が低下し予後も改善される。

<http://1.usa.gov/17VG2KS>

無過失損害賠償制度の導入後はむち打ち症による保険請求件数が28%減少し、保険請求終了日も200日以上短縮されました（不法行為等過失責任保険制度下433日・無過失損害賠償制度下194日・次の6ヶ月間203日）。この結果はケベック特別調査委員会による『むち打ち関連障害の診療ガイドライン』

（<http://1.usa.gov/LYNegq>）の勧告を支持するものだったにもかかわらず、この研究によって David Cassidy 博士は名声や信用、私生活に関する個人攻撃を受け、大きな犠牲を強いられました。残念ながらこのような状況は日常茶飯事で、研究者がそれまで利益を享受していた企業・弁護士・専門職集団・権利擁護団体などから個人攻撃を受けることはよくあるため、物議をかもしそうな分野には近づかないようにしようと研究者は考えるのです。

### **腰痛治療の新常識—454—**

David Cassidy 博士らによる保険給付金を受け取らない方がむち打ち症患者の予後は良好だという報告は、政策立案者に対して従来の生物学的なむち打ち症の定義に疑問を投げかけ、症状を長引かせないような損害賠償制度を推し進めるだろう。

<http://1.usa.gov/ZOpdL6>

痛みや苦悩に対する補償を少数に限定することは不公平であるように思われるかもしれませんが、それによってより重症のむち打ち症患者に財源を再配分することが可能になるはずです。

### **腰痛治療の新常識—455—**

頸部外傷後に頸椎のX線撮影を受けた患者34,069名を対象に5つの新たな診断基準の妥当性を調査した結果、リスクを負うことなしに不必要なX線撮影を12%減らせ

られることが判明(全米で年間10万件程度と推計)。<http://1.usa.gov/ZQZGko>

頸部外傷患者にこの診断基準を用いた場合、臨床医が潜在的な頸椎損傷を見落とす可能性は125年に1回(レントゲン写真4,000枚につき1回以下の頻度)と推計されています。その診断基準とは、以下の項目全てに該当する場合のX線撮影は必要ないというものです。【1】頸椎の後部正中線上に圧痛がない。【2】アルコールを含む薬物による影響がない。【3】意識レベルが正常である。【4】限局性の神経脱落症状がない。【5】頸部外傷を忘れるほど強い痛みを伴う他の部位の損傷がない。

### **腰痛治療の新常識—456—**

急性むち打ち症患者97名を対象にしたランダム化比較試験によると、標準的治療(安静・頸椎カラー・漸進的活動再開)よりも、受傷後96時間以内の積極的治療(緩やかな自動回旋運動を1時間おきに最高10回繰り返す)のほうがはるかに治療成績は良かった。<http://1.usa.gov/14s9Teo>

6ヵ月後の時点で比較すると、積極的治療群の90%はほとんど痛みがないか軽い痛みしか残っていませんでしたが、一方の標準的治療群でほとんど痛みがないか軽い痛みしか残っていない患者は47%に過ぎませんでした。

### **腰痛治療の新常識—457—**

椎間関節および椎間板に起因する疼痛を臨床的に診断することは不可能であり、せいぜい憶測をする程度に過ぎない。なぜなら、椎間板変性・変形性脊椎症・椎間関節症候群は疼痛と相関しておらず、まったく症状が見られないことが多いからだ。

<http://1.usa.gov/14vtnPp>

脊椎研究者の間ではすでに、画像診断で確認可能な単なる変性の存在を疼痛のシグナルとみなすことはできでないというコンセンサスがあります。

### **腰痛治療の新常識—458—**

ウォールマート168店舗の13,873名を対象にした6ヶ月間におよぶ世界最大規模の前向きコホート研究によると、腰サポートベルトは資材運搬従事者の腰痛発症率も腰痛による労災件数も減少させないことが明らかとなった。

<http://1.usa.gov/14wOjWq>

89店舗ではサポートベルト(伸縮性のナイロン素材でできた、肩紐なしのウエストにフィットする調節可能なベルトで、先端部分はマジックテープ、背中の部分はメッシュ)の着用を義務づけ、79店舗では従業員の自由意思に任せました。コルセットやサポートベルトはファッションのひとつに過ぎません。それでも支持する人々はこの腰痛予

防効果を立証する責任があります。我々はすべての労働者のために、効果のない介入ではなく効果のある介入を勧めるべきです。

### 腰痛治療の新常識—459—

大手航空会社の手荷物ハンドラー642名を対象に、重量挙げ用ベルト群・1時間のトレーニング群・ベルト+トレーニング群・無介入群を比較したRCTIによると、4群間の腰痛発症率・欠勤日数・就労制限日数・労災申請件数に差はなかった。

<http://1.usa.gov/13EOieQ>

腰部コルセットやサポートベルトに何らかの効果があるというエビデンスがないのと同様に、害をおよぼすというエビデンスもありません。しかし、こうした衣服の一種に過ぎないもので腰痛を予防できるという間違った印象を労働者に与える可能性があるの  
で、医療従事者は腰部コルセットやサポートベルトを推奨すべきではありません。

### 腰痛治療の新常識—460—

腰痛の大部分は損傷や反復的外傷に起因するというエビデンスがない。就労不能を招く腰痛を損傷のせいにする社会構造は医原性かもしれず、自分ではどうにもできないという気持ちを植えつけ、あらゆる改善の試みを妨げてきた。

<http://1.usa.gov/16agbzo>

腰痛経験は各人がそのエピソードに対応する能力を持っているかどうかには依存します。痛みの程度によって対応が妨げられるのではなく、前向きに生活を営む方法や理由が見つからない時に痛みは強くなります。こうして増強された腰痛はより忘れられないものとなり、医療制度の中で治療を受けようとする行為に結びつきやすくなります。

### 腰痛治療の新常識—461—

腰痛には労災補償証明書に用いる適当な分類が存在しない。椎間板変性や変形性関節症は単なる加齢変化に過ぎず、根拠のない診断分類(特に損傷という語)が腰痛による活動障害を慢性化している。<http://1.usa.gov/13I26VH>

<http://1.usa.gov/13I0bAG>

捻挫や挫傷を含む不正確な診断分類が、腰痛のメディカライゼーション(医療化:以前は医療の対象ではなかった身体の状態を疾病とみなすこと)に関与していると多くの研究者は考えています。

### 腰痛治療の新常識—462—



線維輪断裂・脊椎分離症・筋筋膜炎・線維筋痛症・椎間板症候群・腰部挫傷・脊椎炎・腰椎椎間板症・椎間関節症候群・変形性関節症・腰部捻挫・変形性脊椎症・椎間板障害/破壊・脱臼・サブラクセーションと腰痛との関連は明確でない。

<http://1.usa.gov/uhiYSO>

1994年にAHCPR(アメリカ医療政策研究局)が作成した『成人の急性腰痛診療ガイドライン』で根拠のあいまいな診断名として挙げているものです。

### **腰痛治療の新常識—463—**

新潟がんセンター整形外科が行なった後ろ向き研究によると、手術をしなくても非内包性椎間板ヘルニア(椎間板脱出・遊離脱出)は約8週間で自然に消失する事実が明らかとなり、この方針に従って椎間板手術の年間件数を50%低下させることに成功。<http://p.tl/Nipw>

症状出現後8週間以上経過してから手術を行なった場合、線維輪を突破した非内包性椎間板ヘルニアは稀にしか見つからなかったことを契機にこの研究が始まりました。有痛性の非内包性椎間板ヘルニアは8週間の忍耐が役立つというわけです。

### **腰痛治療の新常識—464—**

腰部椎間板ヘルニアと腰部変形性脊椎症の手術に関するRCT(ランダム化比較試験)のメタ分析では、椎間板手術の本来の役割は症状の消失を促すことでしかなく、自然治癒を上回る何らかのベネフィット(有益性)があるというエビデンスはないと結論。<http://p.tl/oCSa>

これはコクランレビューですけれども、有痛性椎間板ヘルニアの臨床経過は、少なくとも長期的には良好だということを全ての研究者が認めています。

### **腰痛治療の新常識—465—**

オーストラリアのビクトリア州で「腰痛に屈するな」と銘打つマルチメディアキャンペーンを行ない、近隣のニューサウスウェールズ州を対照としてその影響を比較した結果、労災申請件数は15%減少し医療費も20%減少した。<http://p.tl/cSQr>  
<http://p.tl/CFpH>

ビクトリア州の腰痛関連労災コストは10年間で3倍に膨らみ、医療保険制度(オーストラリアでは原則的に医療費は無料)の危機に瀕していました。しかし、300万豪ドルを投資したこのマルチメディアキャンペーンによって、腰痛に対する住民の考え方と医師の姿勢が大きく変化し、3600万豪ドルもの労災請求の削減と570万豪ドルの医療費削減に成功しました。

### **腰痛治療の新常識—466—**

「腰痛に屈するな」キャンペーンでは『The Back Book』から抜粋した、長期間の安静はとらず、普段どおりの活動的な生活を継続し、仕事を休まないようにという明確なアドバイスが強調された。<http://p.tl/cSQr> <http://p.tl/CFpH>

キャンペーンの主要なメッセージは、ゴールデンアワーのテレビコマーシャル・新聞や雑誌の広告・屋外看板広告・ポスター・腰痛セミナー・職場訪問で伝えられ、さらに『The Back Book』を16言語に翻訳して広く配布し、ビクトリア州内のすべての医師にエビデンスに基づく腰痛診療ガイドラインを提供するという徹底したものでした。

### **腰痛治療の新常識—467—**

これまでの一連の小地域分析によって、電話番号案内サービスのオペレーター間で急増中の上肢痛(首・肩・肘・手首・手)はオーバーワークによるものではなく心理社会的労働環境に起因していることが判明。<http://1.usa.gov/11aSkPp>  
<http://1.usa.gov/11aStC>

米国最大の小口貨物運送会社UPSを対象にした腰痛発症と肉体的負担との関係を調査した研究では(未発表)、肉体労働(荷下ろしをしたトラックの台数・移動した荷物の数・労働時間など)と腰痛との間にはいかなる関連性も見出せませんでした。肉体労働が腰痛の有力な原因であるという仮説はもはや時代遅れなのです。

### **腰痛治療の新常識—468—**

腰痛は心理社会的因子が関与しているというエビデンスがあるにも関わらず、個々の労働者には管理不可能な職場の構造や組織(ブラックフラッグ)にはほとんど注意が払われてこなかったが、それは職場の全労働者に影響を与えている。  
<http://bit.ly/18PIkZE>

従来の考え方では、たとえ労働組合が介入してきたとしても、腰痛の原因は仕事にあることが強調されてしまい、腰痛に関する誤った信念や態度が植え付けられる危険性があります。しかしマネージャーの態度や管理方法を変化させることによって、腰痛に屈せず仕事を続けるという考え方を奨励できます。結局、会社の姿勢や管理体制が労働者を守るのです。

### **腰痛治療の新常識—469—**

アスリートのスポーツ外傷におけるアイシングに関する文献調査によると、患部の血流量を減らして代謝速度を低下させることは判明しているものの、損傷後の救急処置として効果を認めた比較試験は存在せず。<http://1.usa.gov/190lgaG>  
<http://1.usa.gov/190m8fr>

腰痛患者は医師のアドバイスに従ってアイシングを行なっていますが、信じ難いこ

とにその有効性を示す科学的根拠はほとんどありません。アイシング(寒冷療法)関連産業は筋骨格系疾患の分野で急成長を遂げているものの、アイシングに関するエビデンスはお寒い状況にあると言えます。

### 腰痛治療の新常識—470—

2000年に発表された成人の頸部外傷に対する5つの診断基準(いわゆるNEXUS基準)は、X線撮影を省略しても問題のない青少年(乳幼児を除く18歳未満)を同定するにも有用であることが過去最大規模の前向き研究によって証明された。

<http://1.usa.gov/190sawr>

NEXUS基準を用いれば頸部 X 線撮影を20%削減させられることが判明したわけです(感度と特異度は共に100%)。そのNEXUS基準とは、以下の項目全てに該当する場合のX線撮影は必要ないというものです。【1】頸椎の後部正中線上に圧痛がない。【2】アルコールを含む薬物による影響がない。【3】意識レベルが正常である。【4】限局性の神経脱髄症状がない。【5】頸部外傷を忘れるほど強い痛みを伴う他の部位の損傷がない。( <http://1.usa.gov/ZQZGko> )

### 腰痛治療の新常識—471—

腰痛と頸部痛の予防法に関する27件の比較対照試験をレビューした結果、腰痛教室・腰部コルセット・減量などの人間工学的介入で痛みを予防できるというエビデンスは見出せなかったが、運動だけは一貫した有効性を示した。 <http://goo.gl/8iglQd>

現時点では、身体への負担を減らすという人間工学的方法によって腰痛や頸部痛の発症率が低下することを科学的に証明した研究はひとつもありません。その一方で、身体に負荷を与える運動が有効だという証拠は数多くあります。

### 腰痛治療の新常識—472—

急性腰痛患者520名を対象に、根拠に基づく腰痛診療ガイドライン群と従来の標準的治療群の改善率・再発率・医療費・満足度を1年間にわたって比較した結果、すべての面においてガイドライン群の方がはるかに優れていた。 <http://goo.gl/PYbAhN>

これは腰痛診療ガイドラインの安全性・有効性・費用対効果を明らかにした世界初の研究で、ガイドライン群と標準的治療群の改善率は1年後の時点で71%対56%、1年後の再発率は16%対27%、患者満足度は82%対43%、画像診断実施率は7%対30%、医療費は標準的治療群の方が71%高いことが判明しました。患者はガイドラインに従った治療を望んでいますが、残念ながら現在の医療制度ではほとんど不可能です。

### 腰痛治療の新常識—473—

1999年に行なわれた小児および青少年の非特異的腰痛に関するレビューによると、研究により差はあるものの未成年の腰痛有病率は30%～51%、外傷歴・家族歴・身長伸び・激しいスポーツ・抑うつやストレスなどが危険因子。

<http://goo.gl/V3VkeZ>

医学界では未成年の腰痛に対する時代遅れの考え方を放棄しない医師が主流派です。反対のエビデンスがあるにもかかわらず、いまだに多くの医師は子どもの腰痛は稀であり、重篤な疾患に関係しているという見解に固執しています。

### 腰痛治療の新常識—474—

未成年者806名(8歳～10歳481名・14歳～16歳325名)を対象に行なわれたデンマークの横断的研究によると、小学生の腰痛有病率は30%以上、中学生の有病率は約50%、被験者の26%が医師を受診していた。<http://goo.gl/VP0OcW>

子どもの腰痛は稀で重篤な障害を意味するという伝統的な医学的仮説は、ここ10年間の科学研究により一蹴されています。背中や腰の痛みは小児期の初めから見られ、とりわけ腰痛は思春期ころから急増することが明らかになっています。

### 腰痛治療の新常識—475—

11歳の子ども216名を対象にした5年間におよぶ前向き研究によると、腰痛の年間発症率は12歳で11.8%から15歳で21.5%へ、生涯有病率は11歳で11.6%から15歳で50.4%へと年齢と共に上昇する。<http://goo.gl/n94jwf>

青少年の腰痛はきわめてありふれた症状で、年齢と共に増加するだけでなく再発性でもあるものの、一般的に時が経つにつれて悪化することはありません。大部分の症状は成人の活動障害性腰痛に発展することなく、普通の生活上の出来事と考えるべきとされています。

### 腰痛治療の新常識—476—

デンマークで行なわれた640名の小学生を対象とした25年におよぶ前向きコホート研究によると、成人の生涯有病率は84%だったものの、思春期における腰椎のX線上的変化は成人してからの腰痛発症リスクにならないことが判明。

<http://goo.gl/ks7HeB>

この研究でも腰痛疾患に画像検査は役立たないことが明らかにされたわけですが、歳のせいで腰痛になるという考え方も改めなければなりません。腰痛は子どもでも高齢者でも年齢を問わずに起きているのです。そしてその原因はほとんど明らかにすることはできません。

## **腰痛治療の新常識—477—**

持続性腰痛のために骨シンチグラフィーを受けた217名の未成年患者(平均年齢13歳)を対象とした後ろ向き研究によると78.3%が原因を特定できなかった(脊椎症6.9%・腫瘍4.6%・感染症その他10.1%)。<http://goo.gl/sGbhgC>

治療を受けようとする成人の腰痛患者において、重篤な基礎疾患が原因となっている確率はきわめて低いとされていますが、これは未成年の腰痛にも当てはまることで、子どもが腰痛を訴えたからといって必ずしも重大な疾患が潜んでいるとは限りません。

## **腰痛治療の新常識—478—**

腰痛を訴えて病院を受診した未成年者648名(平均年齢13.7歳)を対象とした後ろ向き研究によると、悪性腫瘍が見つかったのは1名のみで、感染症を含めてほとんどの症例で器質的原因を見出すことができなかった。<http://goo.gl/d2KJuL>

患者の症状は心理社会的問題・活動障害・訴訟問題の3つと関連していたことから、未成年者の腰痛も成人と同様のパターンを示すことがこの研究で判明しました。

## **腰痛治療の新常識—479—**

若いアスリートの腰痛は脊椎分離症が原因と思われがちだが、4243名を対象としたイタリアの研究では13.5%、3152名を対象としたスペインの研究では8.02%ではない。<http://goo.gl/duFR7W> <http://goo.gl/LyE5jU>

これは一般的な腰痛患者における脊椎分離症の頻度と変わりませんし、このような画像検査で確認できる異常が患者の症状と相関するわけでもありません。したがって、トップアスリートの腰痛だけは特別だというわけではないのです。

## **腰痛治療の新常識—480—**

急性坐骨神経痛患者250名を対象に、安静臥床群・理学療法群・日常生活群に割り付けて6ヶ月間観察したランダム化比較試験では、3群間の成績に差はなく大部分の患者が下肢痛や活動障害から着実に回復することが判明。<http://goo.gl/7TKEA6>

急性坐骨神経痛(1ヶ月未満)の治療として、安静臥床(7日間)と理学療法(モビリゼーション・椎間板への負担軽減・水治療法)は、日常生活(痛みの許す範囲内の仕事・家事・勉強・趣味)の継続より効果的とはいえないという結論です。安静臥床は20世紀のほとんどの期間、椎間板ヘルニアの標準的な治療とされてきましたが、現在ではあらゆる医療分野において見捨てられ、すでに過ぎ去った時代の遺物とみなされています。



## 腰痛治療の新常識—481—

リストラは労働者の健康に深刻なダメージを与えている。リストラが差し迫っていることで心理社会的側面の大混乱を招き、特に高齢者にストレスと緊張を生じさせ、健康に悪影響をおよぼすほどの有害な致命的過程を加速させる。<http://goo.gl/I1Si5j>

就労障害をきたしている腰痛患者を診察する際、「仕事は好きですか？」「上司との関係はうまくいっていますか？」「あなたが会社に貢献していることは適切に評価されていますか？」「仕事の内容に満足していますか？」という質問は回復を妨げている因子を確認する上で重要な質問です。しかしこれらに加えて「最近、あなたの会社はリストラをしましたか？」「リストラや採用抑制による人員削減はありましたか？」「あなたの組織の人員構成に変化はありましたか？」という質問も必要なようです。なぜなら、リストラは心理社会的に有害な労働状況であり、以前の地位とは関係なく健康にとって危険因子となり得るからです。

## 腰痛治療の新常識—482—

リストラは解雇を免れた労働者にも影響する。大規模なリストラで解雇を免れた市職員は病欠が2倍以上に増加。高齢の労働者は特に大きな打撃を受け、50歳を超える職員の病欠は14倍にも増加した。去るも地獄残るも地獄。<http://goo.gl/N9eQAX>

この研究では、リストラを免れた労働者の腰痛をはじめとした筋骨格系疾患による欠勤が2年間で5倍以上に増加したことが判明しました。リストラはあらゆる社会経済的階層の労働者に影響を与えますが、高齢者や不安定な雇用形態にある労働者にもっとも致命的な影響をおよぼすようです。

## 腰痛治療の新常識—483—

病欠している慢性腰痛患者195名を対象に、軽めの集学的治療プログラム群・徹底的な集学的治療プログラム群・標準的治療群に割り付けたランダム化比較試験によると、軽めの集学的治療プログラム群がもっとも有効だった。<http://goo.gl/tiAQaX>

この研究では徹底的な集学的治療プログラム(1日6時間、週5日のペースで行動療法・患者教育・PTによる運動療法)より、軽めの集学的治療プログラム(PTとナースによる1時間の運動療法・心理学者による恐怖回避行動に関する1時間の講習)のほうが職場復帰に効果があったわけですが、それは男性のみで残念ながら女性にはまったく効果がみられませんでした。女性に対してはさらに疾病行動・家庭環境・職場環境・仕事の満足度といった心理社会的因子への介入が必要と考えられます。

## 腰痛治療の新常識—484—

腰痛疾患の治療法として実施されている脊椎固定術には科学的根拠がなく、患者の大多数は症状が軽減されない。多くの脊椎外科医は固定術のリスクとベネフィットを把握しておらず、その効果を評価することさえ洪っている。<http://goo.gl/f6mzFy>

この記事の中で Groopman 博士は、脊椎治療学界の欠点を以下のように指摘しています。(1)脊椎専門医は慢性腰痛の85%について疼痛発生源を見抜くことができない。(2)脊椎治療学界は意見の相違によって分断された競合するフランチャイズの世界である。(3)脊椎固定術を支持する経験的裏付けは乏しい。(4)時には金銭的な問題が診断法や治療法の選択に大きな影響をおよぼす。(5)脊椎外科医の急増と外科技術の普及が手術実施率を上昇させている。(6)弁護士と診断医の癒着が労災患者に対して不必要な手術を促している。(7)一部の専門家グループとインプラント製造業者がエビデンスに基づく研究を妨げている。

### **腰痛治療の新常識—485—**

剖検被験者44体(胎児～88歳)の腰部椎間板から採取した180枚のスライス切片を顕微鏡的に分析したボルボ賞受賞研究によると、血液供給量が減少することで10代前半から椎間板の加齢性変化が始まっていることが判明。<http://goo.gl/Qddz6W>

椎間板変性(椎間板が潰れる)といえは老化現象によって生じる中年以降の問題だと信じられてきましたが、中年どころか未成年の10代前半から始まっていることが明らかになりました。要するに椎間板をいくら眺めても20歳の椎間板か80歳の椎間板が見分けがつかないということです。もちろん椎間板変性と腰痛疾患は無関係です。

### **腰痛治療の新常識—486—**

健康者60名を対象に知的処理を要する肉体労働の腰部におよぼす影響をEMG(筋電図)で調べたボルボ賞受賞研究によって、職業上の心理社会的ストレスが腰部に過剰な圧力をかけ、体幹筋のバランスを崩すことが判明した。<http://goo.gl/IMKcbB>

腰への負担が腰痛を引き起こすことを証明した研究ではありませんが、腰痛疾患を抱えている労働者は極端な作業速度や強い精神的ストレスを避けるべきでしょう。職業上の心理社会的ストレスは腰痛患者の症状を悪化させる恐れがあるからです。職場復帰する際には患者の努力だけでなく、雇用主の配慮もある程度必要だというわけです。これがブルーフラッグとブラックフラッグです。

### **腰痛治療の新常識—487—**

医療関係者が使命を全うしつつ21世紀の医療危機を乗り切ろうとするなら、「崇高な仕事」というプロ意識に立ち戻る必要がある。あらゆる種類の個人的報酬よりも、他者のために奉仕することを重んじなければならない。<http://goo.gl/Dx3Vc7>

腰痛や頸部痛に関する理解が著しく進み、患者の治療や管理の新モデルが提示され、目覚ましい技術革新が起きたにもかかわらず、患者の治療成績の飛躍的進歩にはつながっていません。このジレンマを乗り越えるには、決して妥協してはならない倫理的行動規範を持つ必要があるということです。医師であり哲学者でもあるマイモニデス曰く。「富や利益に対する欲望によって、わたしが真実を見ることができなくなるならないように。わたしの助言を求める患者を一人の人間として見るができるように。たとえその人が金持ちでも貧しくても、友人でも敵でも、または困窮した人でも、ただ一人の人間として見るができるように」。

### 腰痛治療の新常識—488—

アメリカ生産性報告データから労働者28,902名をランダム抽出して分析した結果、疼痛(頭痛・腰痛・関節炎・その他の疼痛)による生産性損失額は年間5.8兆円(\$612億)でそのうち77%がプレゼンティズム。<http://goo.gl/VmFpLR>

複数の研究によって体調不良による生産性損失の2/3がプレゼンティズム(出勤していても心身の不調により頭や体が働かず生産性が低下)、1/3がアブセンティズム(心身の不調による欠勤)によるものと指摘されています。この調査は疼痛だけに絞ったものですが、感染症・うつ病・消化器系疾患などを含めると毎年\$1,800億の損失が生じているというデータや、疼痛疾患だけでも\$800億以上、腰痛に起因する生産性損失額は\$230億以上という報告もあります。企業はこの事実にまったく気づいていません。

### 腰痛治療の新常識—489—

経皮的椎体形成術の治療成績に関するRCT(ランダム化比較試験)は存在しない。症例報告に頼ると安全性と有効性に対する誤った結論を導く恐れがある。RCTや大規模コホート研究が完了するまで有効性を主張すべきでない。<http://goo.gl/tU2O9N>

FDA(アメリカ食品医薬品局)は、椎体形成術と亀背形成術によって軟部組織損傷・神経根性疼痛・骨セメント漏出・肺塞栓症・呼吸不全・心不全・死亡などの合併症が報告されていることから、こうした手術は安易に行なわないよう警告しています。

### 腰痛治療の新常識—490—

脊椎治療において新たな技術を導入する場合、(RCT)ランダム化比較試験・前向き他施設共同研究・大規模コホート研究という3つのステップを経なければならない。それによって安全性・有効性・合併症が明らかになる。<http://goo.gl/7wstXL>

椎体形成術と亀背形成術はこの3つのステップを踏んでいないどころか、第1ステップのRCTすら行なわれていません。元々がん患者の脊椎骨折の治療法として考案された椎体形成術でしたが、いつの間にか良性の骨粗鬆症による椎体圧迫骨折に対し

で盛んに行なわれるようになりました。言い換えると、椎体形成術は異常なプロセスを経て急速に広まったというわけです。

### 腰痛治療の新常識—491—

1979年～2000年の20年間に発表された腰椎および腰仙骨部の固定術に関する論文244件を調査した結果、固定術の技術が次々と開発されているにもかかわらず、椎間板疾患患者の治療成績は改善していないことが判明。<http://goo.gl/KqN3dp>

脊椎固定術を受けた患者6,677名の治療成績を検討したこの研究によると、様々な形のインストルメントを使用した場合の癒合率は90%、自家骨移植片を使用した場合の癒合率は84%と、両者間にほとんど差はありませんでした。また、ペディクルスクリューのインストルメンテーションや固定ケージのような新技術を用いたところで、患者の治療成績の改善は得られていません。

### 腰痛治療の新常識—492—

最も有効な腰痛管理は、1)危険信号の検出、2)重篤な疾患ではないことの保証、3)有効なセルフケアの助言、4)可能な限り日常生活や仕事を継続、5)心理社会的因子の発見と対応、6)不必要な画像検査と医療化の回避。<http://goo.gl/7dqYvG>

Cochrane Collaboration の総監修を務める Alf Nachemson 博士が「腰痛をどのように治療したらよいかは分かっているのです。一番難しいのはそれを実行することなのです」と述べているように、世界各国の腰痛診療ガイドラインは同じ内容を伝えているのです。しかしこの理想像を医学界に受け入れさせるには、苛立たしいほど時間がかかることも判明しています。

### 腰痛治療の新常識—493—

腰痛発症から2週間未満の労災患者を担当している医師724名を対象に、腰痛診療ガイドラインの遵守状況を調査した世界初の研究によって、医師たちはエビデンスに基づく腰痛治療の実施段階で立ち往生していることが判明。<http://goo.gl/fk3zp4>

カナダのブリティッシュコロンビア州で行なわれた研究ですが、世界各国がエビデンスに基づく腰痛診療ガイドラインを発表し、専門家の間でも広くコンセンサスが得られているにもかかわらず、ガイドラインの勧告を受け入れるのは難しいようです。しかも、ブリティッシュコロンビア州の労災補償システムは、ガイドラインに従うよう強制する絶対的な力を持っていて、無益な診断や治療費用は補償されなかった可能性があるというから驚きです。患者の利益を最優先に考えればそこまで抵抗する理由はないはずなのに。

### 腰痛治療の新常識—494—



腰痛による就労障害の流行は急速に出現した。腰部損傷という伝統的な治療モデルが「痛みに対する恐怖」「活動に対する恐怖」「肉体労働に対する恐怖」を植え付け、長期就労障害のパターンとなるひとつの社会現象と言える。<http://goo.gl/C27QI9>

慢性腰痛に関係した就労障害は、過去数十年で徐々に増加したのではなく、ほんの1世代の間に突如として増えました。かといって重篤な脊椎疾患の増加はまったく起きていません。こんな短期間にいったい何が変わったのかというと、腰痛に対する個人・医学界・社会の反応です。損傷が治癒し、症状が緩和するまで安静にし、できるだけ活動を避けるよう勧める根拠のない治療モデルが問題をこじらせてしまったのです。

### 腰痛治療の新常識—495—

欠陥のある時代遅れの損傷モデルから生物心理社会的モデルで主導的役割を果たした英国では、腰痛関連の就労障害給付が1970年代末から1990年代初頭までに208%増加したが、1990年代半ばから42%減少した。<http://goo.gl/C27QI9>

これは主に長期就労障害給付を受ける腰痛患者数が減少したことによるものですが、腰痛に対する社会通念の変化と関係があると考えられています。いずれにしろ、英国では腰痛に対する社会的な反応の仕方が急激に変化したのは事実です。

### 腰痛治療の新常識—496—

11～15歳の502名を対象に1年間追跡した前向きコホート研究によれば、思春期における腰痛の危険因子は「成長速度が速い」「喫煙」「学業とアルバイトの両立」「ハムストリング筋が硬い」「大腿四頭筋が硬い」だった。<http://goo.gl/pFbDXH>

バックパックが子どもたちの腰痛の原因だとする説によって世界中のメディアが大騒ぎしたことがあります。つまり、バックパックを使用している学生は、筋肉および靱帯の断裂、椎間板の損傷、脊椎の歪み、脊柱側彎症など、生涯にわたる腰痛の危険に曝されていると報道したのです。しかしこの説を支持するエビデンス(科学的根拠)はありません。カナダのモントリオールで行なわれたこの研究では、成長速度やアルバイトは変えられないとしても、禁煙と大腿筋の柔軟性を獲得することで思春期の腰痛を予防できる可能性が見い出されました。

### 腰痛治療の新常識—497—

11～14歳における腰痛の危険因子をコホート研究と横断研究で調査した結果、身体活動やバックパックによる負荷よりも心理社会的因子がもっとも強力な予測因子であった。<http://goo.gl/johnf5> <http://goo.gl/1lxsLu>

この研究は身体的負荷が子どもたちの腰痛発症に重要な役割を果たしているという



仮説を証明するために行なわれた研究ですが、意外なことにBMI(肥満度)・バックパックの重量・力仕事を伴うアルバイト・激しいスポーツといった物理的因子よりも、SDQ(Strengths and Difficulties Questionnaire)スコアの高さ(心理社会的因子)が腰痛発症に関連していたことが明らかになりました。ちなみに、福島県立医科大学の県民調査では子どもたちの約半数のSDQスコアが高く、メンタルサポートを必要とすることが判明しています。

### 腰痛治療の新常識—498—

腰痛と頸部痛の治療に関するランダム電話調査(2055名の成人)によると、現代医学単独よりCAM(補完代替医療)単独もしくはCAMを併用している患者がはるかに多かった。現代医学だけに頼る治療パターンはまれ。<http://goo.gl/xvSRWF>

この研究によって1997年だけでもアメリカにおいて腰痛と頸部痛の治療でCAMの利用回数は2億回を超えていることが明らかとなりました。その内訳はカイロプラクティック(18%)・マッサージ(9%)・エネルギーヒーリング(2%)・ホメオパシー(2%)・イメージトレーニング(1.9%)・リラクゼーション法(1.7%)・アロマセラピー(1%)・食事療法(1%)・鍼治療(0.9%)・神経治療(0.8%)・ヨガ(0.3%)その他(2.8%)で、合計2億300万回ということです。腰痛や頸部痛の治療ではCAMが重要な役割を果たしているようです。

### 腰痛治療の新常識—499—

腰痛と頸部痛の治療に関するランダム電話調査ではさらに、現代医学よりCAMのほうが満足度は高かった。カイロプラクティック61%、マッサージ65%、リラクゼーション法43%に対して現代医学は27%でしかなかった。<http://goo.gl/xvSRWF>

この研究によると、過去1年間で腰痛および頸部痛を経験した人は31%、腰痛のみは38%、頸部痛および上背部痛は16%で、46%は複数部位に疼痛を経験していました。そして腰痛および頸部痛のもっとも一般的な治療パターンは、CAM(補完代替医療)単独か、あるいは現代医学とCAMの併用でした。こうしてみると、患者は現代医学をあまり信用していないのかもしれませんが。

### 腰痛治療の新常識—500—

アメリカの医師が慢性疼痛患者に出した鎮痛薬(非ステロイド系消炎鎮痛薬&オピオイド)の処方箋の数は、2000年度だけでも3億1200万件を超えていて、全米の成人男女および小児に1枚ずつ出した計算になる。<http://goo.gl/sOSI7A>

近年、鎮痛薬の世界市場は爆発的な成長を遂げています。医師の処方する鎮痛薬がかつてないほど消費されているのはもちろんですが、OTC薬(Over the counter drug: 一般用医薬品)も不合理かつ無差別に使用されています。アメリカでは成人の8

0%以上(1億7500万人)が腰痛や関節痛のためにOTC鎮痛薬を毎日、あるいは毎週または毎月使用しているとされ、処方薬とOTC薬の併用から生じる過剰摂取による副作用が懸念されています。