

【神経障害】

腰椎加齢変化による 臨床障害の診断プロセス

JCHO大阪病院整形外科 藤森 孝人

KEY WORDS

- 腰部脊柱管狭窄症
- 腰椎椎間板ヘルニア
- 画像診断
- 臨床所見

Diagnostic process of clinical disability of the aging lumbar spine.

Takahito Fujimori (医長)

はじめに

「私は椎間板ヘルニアではないのでしょうか？」患者に腰部脊柱管狭窄症であると診断を伝えるとこのような質問を受けることがある。専門家以外にとって、整形外科疾患の概念を理解することは難しい。原因の1つに、病名の定義に曖昧な点があること¹⁾や疾患概念に重なりがあることがあげられる(図1)。また、画像上の異常所見があっても、症状がない、もしくは軽微であることがある。特に放射線科医の脊椎MRI画像読影では、その性質上当然であるが、わずかな変性所見や神経圧迫も指摘される。しかし、このような画像所見は病的意義が少ないことも多く、実際の症状とすり合わせて解釈する必要がある²⁾。

I. 診断プロセス(図2)

脊椎外科医はまず十分な問診を行い、患者の主訴を把握する。安静時痛や発熱などのred flag signに注意して問診することで重篤な疾患は除外できることが多い³⁾。次に神経症候学に基づいた身体所見を取る。症状が純粋に腰痛のみであるか、下肢痛、しびれ、間欠跛行などの神経症状を伴っているかに着目する。腰痛のうち、約85%は明らかな原因を特定しがたい非特異的腰痛であり、手術加療の対象になることは少ない。非特異的腰痛では、鎮痛薬処方、運動療法などの保存加療を行う。神経症状が認められた場合は、痛み、腱反射、筋力低下、知覚異常などの神経症候学に基づき障害神経を推測する。次にMRIなどで画像評価を行い、神経障害部位を可視化する。神経症候学に基づいた診断高位と画像診断に基づいた診断高位が合致していれば確定診断となる。神経症候学による高