

徒手医学 基礎講座

Vol.9 脊柱管狭窄症

荻窪腰痛リハビリスタジオ
水谷 哲也

水谷 哲也 | PROFIRE

- ・柔道整復師
 - ・日本臨床徒手医学協会理事
 - ・日本ドイツ徒手医学会 / 認定マニュアルセラピスト
 - ・日本クラシカルオステオパシー協会 / 認定会員('07 ~ '10)
 - ・メディックスボディバランスアカデミー講師
 - ・NPO法人日本手技療法協会指導員
- 現在は荻窪腰痛リハビリスタジオにて脊柱疾患を専門に急性期、慢性疼痛の治療、オーダーメイドの運動療法や各種セラピスト向けの勉強会を随時開催している。

アシスタント
岩間 絢子

ひーりんぐマガジンをご愛読の先生方、こんにちは！

前々回はTKA術後の注意点、前回は頸椎疾患時の分類やテスト法、手技の適応と禁忌などをお話してきましたが実際の臨床でお役に立てていますでしょうか？

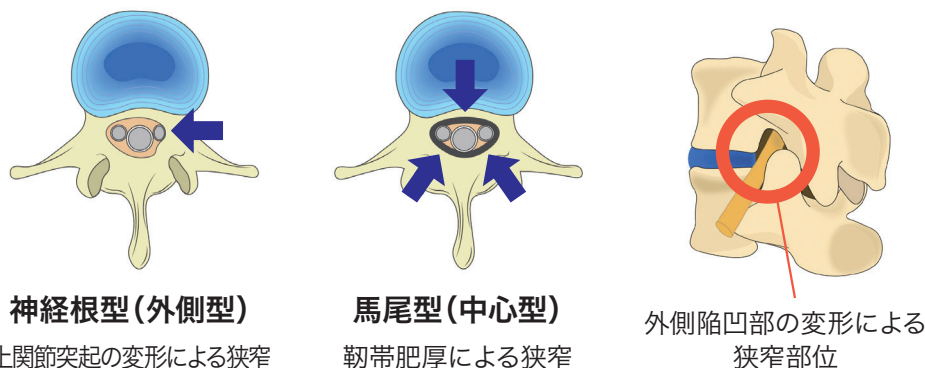
私たちの業界ですと、「活字で読む⇒自分でまとめる⇒実際に練習してみる⇒患者に使う⇒人に伝えられるようになる…」このような順序で理解度が深化していくと思いますが先生はどのような勉強方法をされていますか？ 本で読むというのは料理業界でいうレシピと同じです。一流料亭のレシピを入手したからといって同じものは作れないのと同じです。しっかり職場で練習やシミュレーションを行ってご自分のスキルを高めていただけるとうれしく思います。

今号では脊柱管狭窄症の分類、禁忌となる手技や在宅トレーニングなどをお話していきます。臨床では非常に多く接する機会が多い疾患ですので今まで担当してきた患者と照し合せて読んでみてください。

1. 脊柱管狭窄症の病態

脊柱管狭窄症とは、何らかの原因で椎体後部にある脊柱管の横断面積が狭くなり神経や血管を圧迫・狭窄した状態をいいます(図1)。

図1



神経根型(外側型)

上関節突起の変形による狭窄

馬尾型(中心型)

靭帯肥厚による狭窄

外側陥凹部の変形による
狭窄部位

腰部脊柱管狭窄症の病態は大きく3つに分かれます。

- ①神経根型(外側型): 主に椎間関節の上関節突起の変形、肥大で起こる。狭窄部位は外側陥凹部、椎間孔部、椎間孔外側。デルマトームに沿った主訴⇒腱反射確認。
- ②馬尾型(中心型): 主に椎間関節の下関節突起の変形、肥大で起こる狭窄。狭窄部位は黄色靭帯や脊柱管内。馬尾性間歇性跛行を呈する。
- ③混合型: 神経根型と馬尾型の両方の症状を呈する。

障害される神経根は第5腰椎神経根が75%、第4腰椎神経根15%、第3腰椎神経根5.3%。

2. 脊柱管狭窄症の固有症状

- ①間歇性跛行: 問診時に必ず聞くのが間歇性跛行の時間や距離だと思います。一般的には連続歩行距離100mを切ると手術を勧められるようです。一定距離を歩くと足が痺れたり痛くなり、しゃがんで休憩するとまた歩けるようになるのが間歇性跛行です(図2)。
- ②SLRテストは陰性: 下肢の神経症状を呈する腰部脊柱管狭窄症ですが、SLRテストは陰性となります。下肢伸展挙上すると、股関節屈曲⇒骨盤後方回旋⇒仙骨後傾⇒腰椎後彎の機序で狭窄症の患者にとっては「楽な姿勢」になります。このテストで陽性の患者は「腰痛で病院に行き、MRIを撮ったら画像上狭窄が見つかったが臨床症状は坐骨神経痛だった」ということになり狭窄症として治療しても効果が期待できません(図3)。

③立位で症状が悪化し、前屈で症状改善：良い姿勢を取ろうとすればするほど足が痛くなり前かがみで歩くと楽になる。臨床でよく聞くキーワード「自転車ならどこまででも行ける!」「歩行器を押していれば長く歩ける!」このような患者はたくさんいるのではないのでしょうか?(図4)

脊柱管狭窄症の固有症状を覚えていれば患者の間違ったキーワードに惑わされることなく正しい診断が行えるようになります。

図2

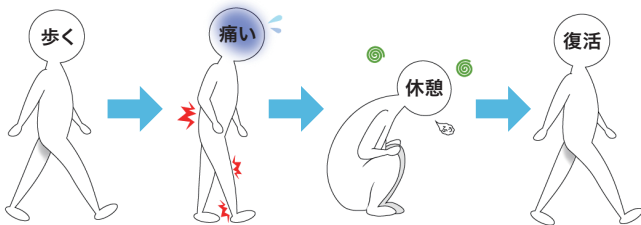


図3

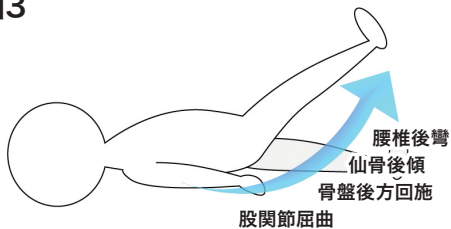


図4



3. 脊柱管狭窄症と画像診断 (Boden SD, J Bone Joint Surg Am 1990; 72: 403-408.)

- ・症状のない群でもMRIで67%に異常所見がある。
- ・60歳以上⇒57%で異常所見⇒椎間板ヘルニア36%+狭窄症21%
- MRIは参考になるが、臨床症状と徒手検査が重要(画像と臨床所見の不一致)。

〈画像診断の基準〉

- ◎中心性狭窄では脊柱管の前後径(<10mm)と横断面積(<70mm²)
- ◎外側型狭窄は外側陥凹部の高さや深さ、椎間孔の径で診断
- ◎中等度の狭窄があっても症状が出るのは9.9%、重度狭窄(脊柱管2/3以上狭窄)で症状があるのは17.5%
- ⇒画像による横断面の狭窄率と症状が一致しない(Ishimoto Y, et al, Osteoarthritis Cartilage 2013; 21: 783-788.)。

結論：画像診断のみでは診断がつかない!!

4. 脊柱管狭窄症と運動療法

脊柱管狭窄症のスタンダードな治療では背筋のスパズムを取り⇒腹圧を上げ腰椎のアライメントを整えながら歩行距離を伸ばしたいところです。ここでは運動療法の禁忌と適応をお話ししていきます。

◎腰痛体操(ウイリアムズ体操)は脊柱管狭窄症用の体操だった：ヒーリングマガジンでは【腰痛とは結果であって病名ではない】と繰り返しお話ししてきましたが、腰痛の人はこれをやればOKなんて体操はこの世に存在しません。ヘルニアの人は腰椎屈曲で症状悪化しますし、狭窄症の人は腰椎伸展で下肢症状が出現します。治療院にいてよく遭遇するのは、腰痛改善ヨギに行ったら足の痺れが取れなくなった、女性専用のフィットネスに行って

トレーニングをしたら余計に痛くなった、という人たちはです。腰痛の病態を知らずにテストも行わない段階で運動を指導するのは、勉強が足りない人たちが怖いもの知らずでやってしまったとしか思えません。

腰椎伸展障害に分類される腰部脊柱管狭窄症の運動療法(在宅エクササイズ)は腰椎屈曲運動であるウイリアムズ体操(写真1-1~1-6)になります。逆に禁忌となる運動はMackenzieに代表される腰椎Extension exercise(写真2)になります。ヨガのスフィンクスのポーズも同じです。



写真1-1

仰向けで両膝を屈曲し、ゆっくりと体を起こし腹筋を強化します。



写真1-2

仰向けのまま、腰椎をベッドに押し付け尾骨を持ち上げます。



写真1-3

膝を胸につけるように引き寄せます。背部、腰部の筋肉などが伸びるのを意識しながら5秒を10回程度行います。



写真1-4

長座位で、手を足の指先につくまで上半身を前屈します。この際に膝が持ち上がらないように注意します。



写真1-5

両手を前につき、片足は曲げもう片方は伸ばしていきます。ゆっくりと10回程度行います。



写真1-6

立った状態からゆっくりと座った状態になります。10回程度行います。



写真2

運動療法が可能かどうかを判断するときの基準は反復運動を10回行い、1回目より10回目の方が痛みがなければ続行、10回目の方がさらに痛くなっていればその運動は禁忌、という判断をしてみてください。腰痛で朝痛くて、しばらく歩いていると痛みがなくなってくる人は運動によって痛みがなくなっているので積極的に運動をしてもらう患者と考えます。

まとめ

- ◎狭窄症にも分類があり、馬尾型の狭窄と神経根型の狭窄や混合型も存在する。
- ◎画像上、狭窄があっても狭窄症の固有症状がない場合は狭窄症の治療を行っても結果が出ない。手術をしても変わらない場合が多い。
- ◎患者が怖がらない運動を徐々に処方し信頼関係を構築していくことが大切。(常に励まして変化を伝える)

いかがでしたでしょうか？ 病院で狭窄症といわれたけどインターネットで調べた症状と違うということはよくあることです。何がどう違うのか？ 現在の患者の状態を検査しながら納得してもらえようように説明できると信頼度もぐっと上がってきます。

引き続きリクエストや質問はinfo@ogikubo-rehabili.comまでよろしくお願いたします。今後は脊柱管狭窄症等の疾患別勉強会を開催予定です。今号もご講読ありがとうございました。