


 診療ガイドライン  
at a glance

# 腰痛診療 ガイドライン2012

## Key words

腰痛, 診療ガイドライン, プライマリ・ケア

[日内会誌 107 : 2133~2138, 2018]



白土 修

福島県立医科大学会津医療センター整形外科・脊椎外科学講座

### Osamu Shirado

Department of Orthopaedic and Spinal Surgery, Aizu Medical Center (AMEC), Fukushima Medical University, Japan.

## はじめに

腰痛を有する患者数は極めて多い。日本人の有訴者率のなかで、男性では第1位、女性では第2位を占める（平成26年国民生活基礎調査）。この傾向は、欧米の先進諸国でも同様である。米国において、腰痛は医療施設受診原因の第5位を占める。腰痛は、現代社会人が悩まされる代表的な「痛み」の1つといえる。

腰痛は1つの疾患単位ではないが、本邦のみならず、世界的に有名なcommon diseases（ありふれた病気・疾患）の1つである。これに対し、世界ではさまざまな診療ガイドラインが発表されている。米国では、1994年にAgency for Health Care Policy and Research（AHCPR）による腰痛診療ガイドラインが初めて報告された。次いで、2006年に慢性非特異的腰痛に関する欧州ガイドラインが、2007年に腰痛症全般に対する米国診療ガイドラインが発刊された。本邦では、日本整形外科学会・日本腰痛学会の監修のもと、2012年11月「腰痛診療ガイドライン2012」（以下、本ガイドライン）が完成・発刊された<sup>1)</sup>。本稿では、この最新ガイドラインを紹介・解説する。

## 1. 「腰痛診療ガイドライン2012」の基本的理念

本ガイドラインは、日本整形外科学会診療ガイドライン委員会の下に組織された腰痛診療ガイドライン策定委員会が中心となり、策定された。文献検索では、和文論文は医中誌、英文論文はMEDLINEから総計4,630編の論文を一次抽出した。そのなかから、内容を吟味し、エビデンスの高い191編を最終的に選び出した。適切なclinical question（CQ）を設定し、それに対する回答を推奨度付加という形式により記述した。

本ガイドラインの基本理念は、以下の3点である；(1) 対象は整形外科専門医のみならず、

**表 1 推奨 Grade**

(「日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/腰痛診療ガイドライン策定委員会編：腰痛診療ガイドライン 2012 (日本整形外科学会/日本腰痛学会監修), p.9, 2012, 南江堂」より許諾を得て転載.)

Grade	内容	内容補足
A	行うよう強く推奨する 強い根拠に基づいている	質の高いエビデンスがある
B	行うよう推奨する 中等度の根拠に基づいている	質の高いエビデンスが1つ, または中程度の質のエビデンスが複数ある
C	行うことを考慮してもよい 弱い根拠に基づいている	中程度のエビデンスが少なくとも一つある
D	推奨しない 否定する根拠がある	肯定できる論文はないか, 否定できる中程度のエビデンスが少なくとも一つある
I	委員会の診断基準を満たすエビデンスがない あるいは複数のエビデンスがあるが結論が一致ではない	

一般臨床医を含めること, (2) 内容は腰痛患者のトリアージとプライマリ・ケアを主体とすること, (3) 日本の腰痛診療の実情に合ったものとする。

## 2. ガイドラインの概要

本ガイドラインの本文は, 「定義」「疫学」「診断」「治療」「予防」の5章からなる。総計17問のCQ (定義: 1問, 疫学: 4問, 診断: 2問, 治療: 9問, 予防: 1問) から構成される。これらのquestionに対し, question別のanswer (回答) と推奨度と解説が記載されている。日本整形外科学会では, 全てのガイドラインの推奨度を同一とし, 統一基準に基づく推奨グレードを提案している (表1)。

## 3. 腰痛の定義

腰痛の定義として確立したものはないが, 1) 疼痛部位, 2) 発症からの有症期間, 3) 原因の3点の見地から定義される。

### 1) 疼痛の部位による定義

背部に存在し, 触知可能な最下端の肋骨と殿溝の間の領域に位置する疼痛である。大腿から

下腿に放散する痛みは, 神経根由来の疼痛であり, 腰痛との区別が必要である。一部の殿部痛は神経根に由来する可能性もあるが, 本ガイドラインでは腰痛に含有した。

### 2) 腰痛発症からの期間による定義

発症からの期間が4週間未満である場合, 急性腰痛とする。亜急性腰痛は, 発症から4週間以上, 3カ月未満とする。慢性腰痛は, 発症から3カ月以上経過するものとした。

### 3) 腰痛の原因別による定義

腰痛の原因疾患は多種多様であるが, 特に注意の必要なものが, 腫瘍 (悪性腫瘍: 原発性および転移性), 感染 (化膿性椎間板炎・脊椎炎, 脊椎カリエスなど), 骨折 (椎体骨折) の3疾患である。以上の3疾患以外にも, 椎間板ヘルニア, 腰部脊柱管狭窄症等, 明らかに原因が特定可能な腰痛を特異的腰痛と定義する。

原因を特定することが困難な腰痛を非特異的腰痛 (non-specific low back pain) と定義する。腰痛は, 一般には椎間板及び椎間関節の加齢・変性, 体幹筋挫傷, 体幹筋力の低下, 軟部組織の拘縮等多くの因子が複雑に絡むことによって発症する。しかし, そのいずれが主要因であるのかという確実な同定は, 時に困難である。プ

ロック注射等の侵襲的・専門的検査によって、ある程度の原因が捉えられる可能性もある。しかし、少なくともプライマリ・ケアの領域で、いわゆる「ピンポイントの診断」が必要であるか否かは疑問である。

単純X線写真，MRI (magnetic resonance imaging) 等の画像上の変性変化が，直接的に腰痛と結び付かないことはよく知られている。下肢症状ならびに神経症状を有さない腰痛の85%は病理解剖的診断が困難であるという報告もある<sup>2)</sup>。これらは非特異的腰痛と総称され，腰痛症のなかでは頻度が圧倒的に高い。

#### 4. 腰痛と心理社会的要因

エビデンスの高い数多くの論文から，腰痛，特に慢性腰痛に対する心理社会的要因の関与は明らかである。つまり，腰痛の発症と遷延に心理社会的因子が関与し (Grade A)，腰痛に精神的要因，特にうつ状態が関与している (Grade B)。ただし，当然であるが，全ての腰痛患者が心理社会的要因を有しているとは限らない。決して，誤解してはならない点である。

#### 5. 診断のアルゴリズム

腰痛患者の診察に際し，最大の注意点は，前述した腫瘍，感染，骨折を確実に見極める，あるいは見逃さない態度である。診察の基本は，red flags (危険信号) を確実に理解し，的確に判断することである (表2)。そのうえで，腰痛患者が初診した場合の診断手順 (アルゴリズム) を記載した (図1)。ガイドライン上で，特に強調されている腰痛診断の重要な注意事項を記載する。

1) 注意深い問診と身体検査により，red flags (危険信号) を示し，重篤な脊椎疾患 (腫瘍，炎症，骨折等) が疑われる腰痛，神経症状を伴う腰痛，非特異的腰痛をトリアージする (Grade A)。

**表2 重篤な脊椎疾患 (腫瘍，炎症，骨折など) の合併を疑うべき red flags (危険信号)**

(「日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/腰痛診療ガイドライン策定委員会編：腰痛診療ガイドライン 2012 (日本整形外科学会/日本腰痛学会監修)，p.27, 2012, 南江堂)より許諾を得て転載。)

- 発症年齢<20歳または>55歳
- 時間や活動性に関係のない腰痛
- 胸部痛
- 癌，ステロイド治療，HIV\*感染の既往
- 栄養不良
- 体重減少
- 広範囲に及ぶ神経症状
- 構築性脊柱変形
- 発熱

\*HIV：human immunodeficiency virus

2) 腰痛患者に対して画像検査を全例に行うことは推奨されない (Grade A)

3) 危険信号が認められる腰痛，神経症状を伴う腰痛，または保存的治療にもかかわらず腰痛が軽快しない場合には，画像検査を推奨する (Grade A)。

4) 神経症状がある持続性の腰痛に対しては，MRIでの評価が推奨される (Grade B)。

#### 6. 治療

##### 1) 安静

当然ながら，腰痛症の治療目標は，痛み，すなわち，腰痛の除去・改善である。しかし，腰痛を訴える患者の多くは，機能上の障害を有する。つまり，活動性低下のために，社会活動や就労保持等で大きな困難性を有している。さらに，腰痛を惹起する姿勢や動作を極端に恐れるあまり，正常な行動がとれないことも珍しくない (fear-avoidance behavior：FAB)。痛みに焦点を当てた治療は重要であるが，機能・運動障害へのアプローチも忘れてはならない<sup>3)</sup>。ガイド

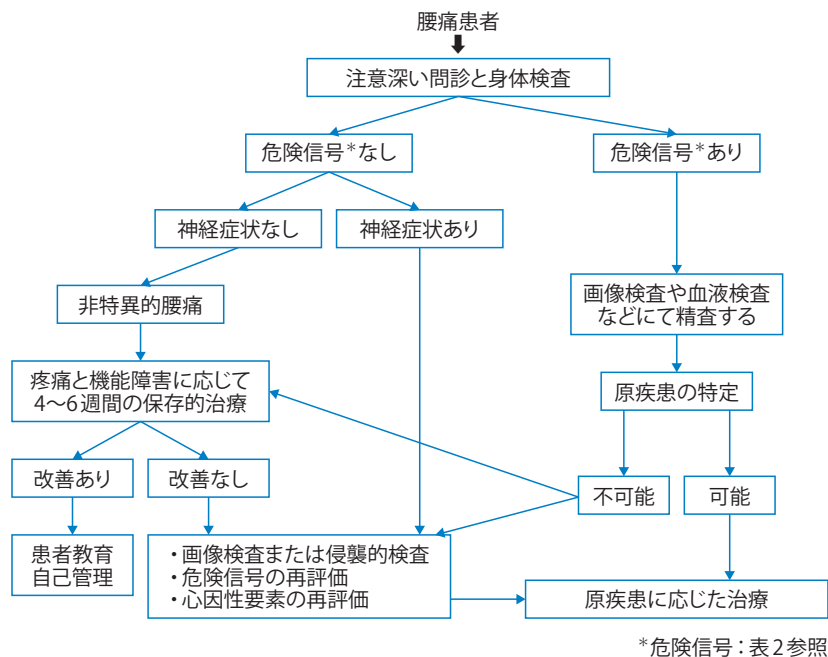


図1 腰痛の診断手順

(「日本整形外科学会診療ガイドライン委員会/腰痛診療ガイドライン策定委員会編: 腰痛診療ガイドライン 2012 (日本整形外科学会/日本腰痛学会監修), p.26, 2012, 南江堂」より許諾を得て転載.)

ライン上の記載を抜粋する。

(1) 急性腰痛に対して、痛みに応じた活動性維持は、ベッド上安静よりも疼痛を軽減し、機能を回復させるのに有効である (Grade D)。

(2) 職業性腰痛に対しても、痛みに応じた活動性維持は、より早い痛みの改善につながり、休業期間の短縮とその後の再発予防にも効果的である (Grade D)。

すなわち、安静は、腰痛に対して必ずしも有効な治療法ではないため、推奨はされていない。

## 2) 薬物療法

腰痛に対して、薬物療法は有用である (Grade A)。

(1) 第一選択薬は、急性・慢性腰痛ともに、非ステロイド性抗炎症薬 (non-steroidal anti-inflammatory drugs: NSAIDs), アセトアミノフェンを推奨する (Grade A)。

(2) 第二選択薬は、急性腰痛に対して、筋弛

緩薬を推奨する (Grade I)。慢性腰痛に対しては、筋弛緩薬 (Grade I), 抗不安薬 (Grade A), 抗うつ薬 (Grade B), オピオイド (Grade A) を推奨する。

しかし、慢性腰痛に対しては、薬物に依存する治療は望ましくなく、運動療法を含めた他の治療法を適宜併用すべきであろうと強調した。

## 3) 運動療法

腰痛に対する運動療法には、通常の活動性維持、ストレッチング、筋力増強訓練、フィットネス、ダイナミックエクササイズ、腰部安定化運動、McKenzie法等がある。腰痛のなかでも、慢性腰痛に対する主たる治療法といえる (図2, 3)。

(1) 慢性腰痛に対する運動療法の有効性には高いエビデンスがある (Grade A)。慢性腰痛に対する運動療法 (筋力増強と安定化運動) は他の保存療法と比較し、少なくとも同等以上の効



図2 腹筋力強化運動の1例

背中を背もたれにつけたまま、片脚を上げて10秒保ち、腹筋と脚の筋肉を鍛える。朝昼晩、左右交互に5~10回。



図3 ストレッチングの1例

うつぶせに寝た状態から両肘をつき、その姿勢を30秒保つ（毎日10秒ずつ増やし、3~5分保つことを目標とする）。ただし、強い下肢痛や下肢のしびれを有し、腰部脊柱管狭窄症と診断されている患者では注意が必要である。

果を有する。この推奨には、非常に強いエビデンスがあり、運動療法は、機能と疼痛の面で有効であると述べている。急性腰痛に対して、運動療法は他の保存療法あるいは未治療と比べて利点はないことを報告している。この推奨は、本邦独自の研究からも実証されたものである<sup>4)</sup>。

(2) 急性腰痛には運動療法は効果がない(Grade B)。

(3) 亜急性腰痛に対する効果は限定的である(Grade C)。

(4) 運動の種類によって効果の差は認められない(Grade B)。

(5) 至適な運動量、頻度、期間については不明である(Grade I)。

#### 4) 手術療法

腰痛に対する手術治療は、主に脊椎固定術が行われる。下肢の疼痛やしびれ等の神経症状を併発する腰痛に対しては、手術治療は多数行われ、有効な結果が得られている。しかし、これら下肢症状のない、腰痛単独の症例では、責任高位・部位を正確に評価することは時に困難である。従って、腰痛のみを訴える症例に対する手術適応の決定は慎重に行う必要がある。これを踏まえたうえで、以下の記載がある。

(1) 重度の慢性腰痛をもつ患者に対して、脊椎固定術を行うことにより、疼痛軽減及び機能障害を減じる可能性がある(Grade B)。

(2) 腰痛治療において脊椎固定術と集中的リハビリテーションとは明確な差はない(Grade B)。

保存療法(集中的リハビリテーション)と手術療法のいずれが優れるかに関して、文献上では意見が分かれている。リハビリテーションが

手術と同等の成績をもたらすという報告がある以上、手術を行うに際しては、嚴重な注意が必要である。

## おわりに

1) 腰痛症治療の最近の進歩の1つは科学的根拠に基づく医療 (evidence-based medicine : EBM) に帰結する。

2) その最大の産物が「腰痛診療ガイドライン2012」である。

3) 本稿では、「腰痛診療ガイドライン2012」のなかで、特に重要な「定義」「診断」「治療」に関する記載を紹介し、解説を加えた。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし

## 文献

- 1) 日本整形外科学会, 日本腰痛学会監修：腰痛診療ガイドライン2012. 南江堂, 2012.
- 2) Deyo RA, Weinstein JN : Low back pain. N Engl J Med 344 : 363-370, 2001.
- 3) 白土 修：いわゆる腰痛症 (急性腰痛症を含む), 今日の治療指針2007年度版. 山口 徹, 他編. 医学書院, 東京, 2007, 734-735.
- 4) Shirado O, et al : Multicenter randomized controlled trial to evaluate the effect of home-based exercise on patients with chronic low back pain : The Japan Low Back Pain Exercise Therapy Study (JALETS). Spine 35 : E811-819, 2010.