

せきちゅうかんきょうさくしょう

取材協力

田村睦弘センター長・平和病院・横浜脊椎脊髄病センター

取材：文／松沢実・医療ジャーナリスト

脊柱管狭窄症はシニアの病氣！

足やお尻が痛んだりしびれたりしたら 脊柱管狭窄症かも……？



高齢者の快適な生活を 阻害する脊柱管狭窄症

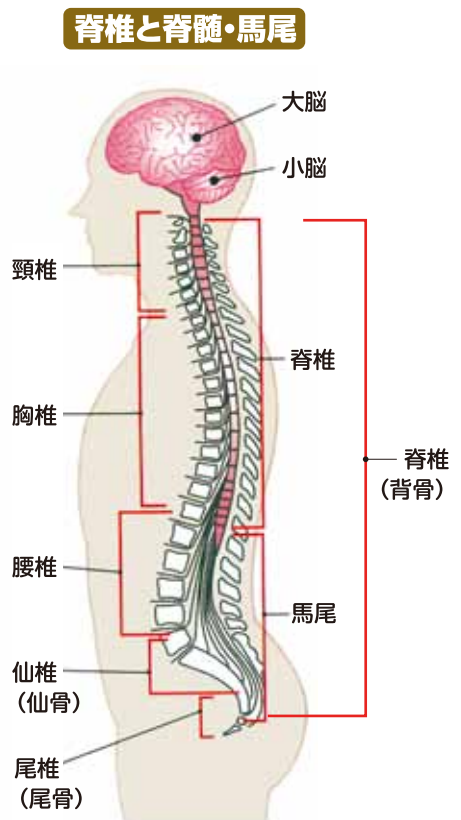
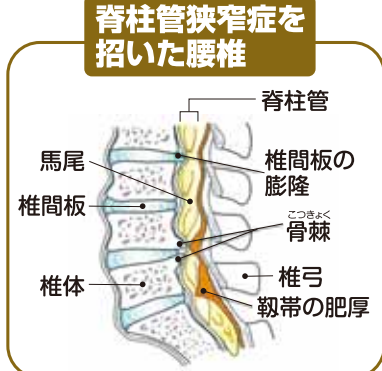
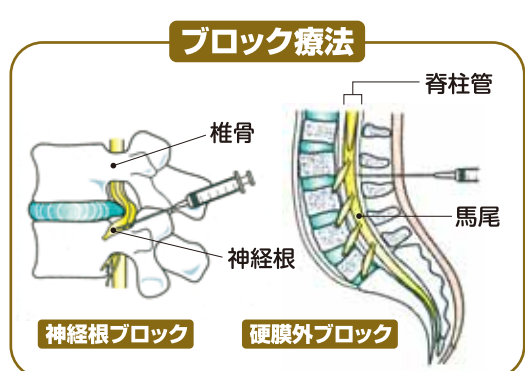
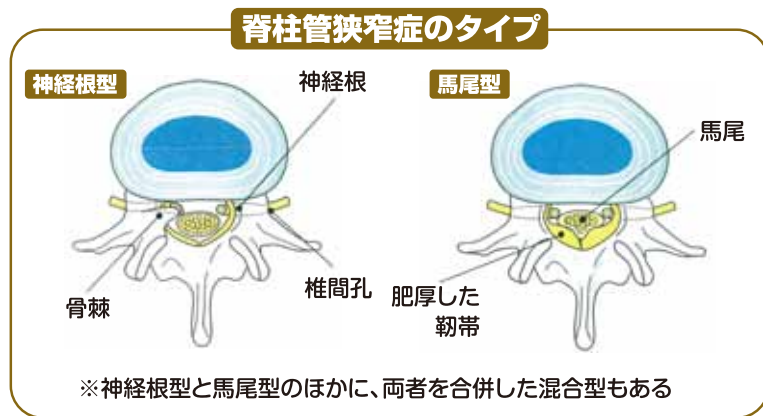
「お尻から太ももの外側、脛すねにかけて痛んだりしびれたりする」
「長時間、立っているのが辛い」
「腰を反らすと痛みやしびれが強まるが、前かがみになると楽になる」
「しばらく歩くと、足の痛みやしびれから歩行できなくなる。でも、休むとまた歩けるようになる。間欠跛行かんけつぱこうを繰り返す」

50～60代になり、こんな症状を覚えてたら脊柱管狭窄症かもしれません。
「現在、脊柱管狭窄症の患者さんは全国で365万人（日本整形外科学会の大規模調査）。歳を重ねるほど多くなり、70代は10人に1人が脊柱管狭窄症と診断されています。進

骨棘や靭帯の肥厚などで 脊柱管が狭まり、神経を圧迫！

背骨（脊椎）は椎骨という小さな骨がブロックのように積み重なった頸椎、胸椎、腰椎と、仙骨、尾骨から形成され、その後ろ側に上下を貫く中空の管＝脊柱管が存在します。このうち腰椎（5個の椎骨）の後ろ側にある脊柱管が狭窄して狭くなり、そのなかを通る馬尾という神経の束や馬尾から枝分かれた神経根を圧

不安なときは脊椎脊髄専門医に診てもらうのがベター



なぜ脊柱管が狭窄するのか……。
「歳をとると椎骨に棘とげのような突起とどつきが生じたりします。あるいは、骨棘が生じたりします。あるいは、脊柱管を内側からしっかりと支える後縦靭帯と黄色靭帯という2つの靭帯が分厚くなったり、分厚く肥厚したりするだけではなく、靭帯が骨化したりします」（田村センター長、以下同）
このような変形が、脊柱管の内腔を狭めてしまう原因となるのです。

の神経根型、もう一つは神経の束である馬尾が圧迫されるタイプの馬尾型、あと一つは両者が合併したタイプの混合型です」
神経根型は、適切な保存療法で症状がおさまるケースも多い
神経根型の脊柱管狭窄症は神経根が圧迫されるため、お尻から太ももの筋肉のなかを通過して足先まで延びていく坐骨神経に沿って、痛みやしびれなどがあらわれます。
「神経根への圧迫は、ほとんどの場合、左右どちらかの椎間孔で起きるので、症状も片側だけにあらわれることが大半です」
神経根が圧迫される原因として多いのは、椎骨に生じる骨棘や椎間板の膨隆（椎間板ヘルニア）です。
「神経根型が起こりかけの時期＝急性期には、神経根への圧迫から生じる炎症や腫れによって痛みやしびれなどを招くこともあります」

どの部分の神経が
圧迫されるのかにより
3つのタイプに
神経の束である馬尾は枝分かれし、腰椎の左右の隙間（椎間孔）などから外へ延びていきます。椎間孔から外へ延びていくところを神経根と呼び、神経根から腰や足の隅々に至る末梢神経が広がっていきます。
「脊柱管狭窄症は、どの部分の神経が圧迫され障害を受けるかによって症状が異なり、次の3つのタイプに分けられます。一つは馬尾から枝分かれした神経根が圧迫されるタイプ

その場合、適切な薬物療法やブロック療法などの保存療法ですみやかに炎症や腫れがおさまれば、痛みやしびれなどの症状が軽減―消失するケースも少なくありません。

馬尾型は重篤なケースが多く 手術が必要とされることも…

馬尾型の脊髄神経根は、脊髄管のなかの馬尾すべてが圧迫されることからお尻から足にかけての痛みやしびれ、間欠跛行のほかに、お尻や足が冷たくなったり、感覚が鈍くなったりする感覚マヒを招いたり、足に力が入らなくなったりする脱力感を覚えます。「痛みやしびれなどが生じる範囲が広く、ほとんどの場合、左右両方に症状があらわれるのが大きな特徴です」

加えて、進行すると頻尿や尿が出にくくなる排尿障害をはじめ、外陰部の感覚異常、性的に興奮していないのに勃起するなどの機能障害、ひどい便秘などの排便障害が出現することもあります。

「馬尾全体が圧迫されるため、かなり重篤な症状があらわれます。急速に症状が悪化することもあり、手術が必要とされることも多いといえます」

馬尾が圧迫される原因として多いのは、脊髄管を支える靱帯の肥厚と骨化です。

馬尾型と神経根型が合併した混合

1回の治療で劇的な効果が得られることもあるブロック療法

ブロック療法は神経そのものや神経の周囲に局所麻酔薬＋抗炎症薬（ステロイド）を注入し、痛みが伝わる経路を遮断すると同時に炎症を治める治療法です。

「脊髄管狭窄症に対しては、障害を

型の脊髄管狭窄症は、両方の症状があらわれます。

日常生活で、腰に負担を かけないことが重要

脊髄管狭窄症か否かは、医師の問診をはじめ、視診や触診、打診などの理学的検査や、反射検査や筋力検査などの神経学的検査でほぼ診断できます。そのうえで神経がどれくらい圧迫されているのかを確認するため、レントゲン検査に加え、CT検査やMRI検査などの画像検査を行います。

「脊髄管狭窄症は、自覚症状と画像検査の結果とがかならずしも一致しません。画像検査で神経の圧迫が認められても、あまり自覚症状がない人もいれば、かなり症状が強い人もいます」

いずれにしても、脊髄管狭窄症と診断されたら、何よりもまず日常生活動作に注意し、腰椎の脊髄管に腰に負担をかけない生活の工夫を心がける必要があります。

「たとえば、背筋を伸ばさず、腰をひねる、重いものを持ち上げるといった動作は痛みやしびれなどの症状を悪化させてしまいます。腰に負担をか

けないように生活してください」

歩くときは少し前かがみの姿勢で歩きます。ただし、前かがみになると太ももが上がりやすく、小股になるため転びやすくなります。そこで転倒を予防するための杖やカート（手押し車）を利用するなどするとよいでしょう。

どのような生活を送りたいのか？それが大事！

脊髄管狭窄症の治療方針は、患者さんのライフスタイルも考慮しながら決めていく必要があります。

「患者さんがどのような生活を送りたいのか、それを具体的にイメージし、その実現のために治療方法を選び、治療に励むことが大切です」

脊髄管狭窄症の治療は、まず運動療法や薬物療法、ブロック療法など、患者さんの体に負担が少ない保存療法から始めるのが基本です。

「運動療法にはストレッチングや散歩、室内用フィットネスバイクを用いた自転車こぎ、腰痛体操などがあります。こわばった筋肉や靱帯をほぐし、血行を改善して神経に十分な栄養や酸素を送り届ける一方、痛み

後者は患者さんの負担が少ない顕微鏡下手術や内視鏡手術などで行うことが増えてきました。

一方、脊髄管狭窄症には上下の腰椎がずれてしまいう成すべり症や分離すべり症を合併しているケースも少なくありません。その場合、腰椎が不安定になるので、椎弓を切除しただけでは神経への圧迫を十分に取れり除けません。そのため神経除圧術と同時に、不安定になった腰椎を固定する脊椎固定術が必要となります。

「従来の背中を切開する後方進入腰椎椎体間固定術（PLIF）や低侵襲脊椎固定術（MIS-TLIF）などに加え、最近では脇腹を切開する低侵襲側方進入脊椎前方固定術（XLIF、OLLIF）で行うケースも増えてきました」

疑問や不安を覚えたら、 脊椎専門医に受診を！

重要なのは、ただちに手術を受けたほうがよいケースや、手術でしか症状が改善しないケースがあるということです。

「たとえば、脊髄管狭窄症による下垂足で、足の筋力が低下し足を上げ

物質の排出も促します。同時に脊髄管を支える筋肉も鍛えられるなどその治療効果は多彩です」

ただし、間違った方法で行うと症状を悪化させることもあるので、かならず医師や理学療法士のアドバイスと指導を受けてください。

多種多様な薬が 用意されている薬物療法

脊髄管狭窄症に対する薬物療法には、「ロキソニン」「セレコックス」など痛みと炎症を抑える非ステロイド性消炎鎮痛薬（NSAIDs）のほかに、現在は「オパルモン」「プロレナール」などの血流改善薬をはじめ、「リリカ」などの神経障害性疼痛薬、「トラムセツト」などの弱オピオイド鎮痛薬といった多種多様な薬が用意されています。

「医師は個々の患者さんの症状などに即して、最適な薬を組み合わせて処方します。患者さんは少なくとも3カ月は処方された薬を服用し、様子を見るようにしてください」

3カ月経っても治療効果が見られないときは、医師に相談し他の薬に変えてもらうとよいでしょう。

られない患者さんです。また、排尿したくても排尿できない、という患者さん。あるいは、画像検査でかなり厳しい狭窄が認められる患者さんもそうです」

脊髄管狭窄症は神経が強く圧迫され続けると、神経そのものが傷んで変成し、その機能を回復できなくなることもあるからです。手術を受けたものの、脊髄管狭窄症と診断されたから1年以上も経っていたので、痛みやしびれなどの症状が残ってしまった、というケースも見られます。

「いま受けている治療法に疑問や不安を覚えたら、勇気を持って脊椎や脊髄の手術を行っている病院や脊髄専門医に受診し、その意見や考えに耳を傾けることを強くお勧めします」

脊髄管狭窄症は「シニアの病気」といわれます。年を追うごとに患者数が増えています。

「歳だから仕方ない」と諦めていると、ますます症状の悪化を招き、寝たきりにもなりかねません。きちんとクリニックや病院を受診し、適切な治療を受けてください。



田村陸弘（たむら・むつひろ）センター長

1995年慶應義塾大学医学部卒業後、同大医学部整形外科教室入室。川崎市立川崎病院、国立病院機構村山医療センター、済生会横浜市東部病院などを経て、2012年平和病院横浜脊椎脊髄病センターを設立し、同センター長に就任。2014年高月整形外科病院椎脊センター長を兼任。年間約600件の脊椎手術をこなす。累計執刀手術件数は6000件以上にのぼり、日本を代表する脊椎外科医として広く知られている。一般向け書籍に『図解でわかる坐骨神経痛』（監修、主婦の友社、2012年刊）、『坐骨神経痛を自分で治す』（同、2013年刊）、『完全図解 坐骨神経痛のすべて』（同、2018年刊）など多数。

平和病院・横浜脊椎脊髄病センター

<http://www.heiwakai.com/spine/>

〒230-0017 神奈川県横浜市鶴見区東寺尾中台29-1 TEL045-581-2211

手術は
神経除圧術と脊椎固定術

一方、保存療法を3カ月以上続けたものの、満足できる症状の改善が得られない場合は、手術を考慮したほうがよいかもしれません。

「脊髄管狭窄症の手術は、①馬尾や神経根への圧迫を取り除く神経除圧術と、②不安定になった腰椎同士をしっかりと固定する脊椎固定術の2つです」

神経除圧術は神経を圧迫している椎骨の一部を削ることで、神経への圧迫を取り除き、痛みや間欠跛行などの症状を改善します。椎弓切除術（広範囲椎弓切除術）と椎弓部分切除術（開窓術）があります。

「たとえば、脊髄管狭窄症による下垂足で、足の筋力が低下し足を上げ