

特集 「この人に聞く」  
～腰痛症について～

我汝会 えにわ病院 副院長  
佐藤栄修 先生



## 略歴

氏名 佐藤栄修 (さとう しげのぶ)

生年月日 昭和 25 年 2 月 22 日

## 履歴

昭和 44 年 4 月 北海道大学医学進学課程 入学

昭和 50 年 3 月 医学部 卒業

4 月 北大整形外科入局・研修医

昭和 51 年 4 月 札幌市立病院医師

～ 52 年 3 月

昭和 52 年 4 月 北大整形外科・医員

～ 53 年 3 月

昭和 53 年 4 月 釧路労災病院医師

～ 54 年 3 月

昭和 54 年 4 月 北大整形外科医員・脊柱班所属

～

昭和 56 年 10 月 北大整形外科・助手

昭和 61 年 4 月 釧路労災病院整形外科主任部長兼理学療法部部長

～平成 2 年 3 月

平成 2 年 4 月 北大整形外科・講師・医局長・病棟医長・外科医長

～ 10 年 1 月

平成 10 年 2 月 医療法人社団 我汝会えにわ病院・副院長

～ 現在

平成 25 年 4 月 1 日～獨協医科大学臨床教授兼任

## 所属学会

日本整形外科学会：認定医・専門医、脊椎脊髄病医

日本脊椎脊髄病学会：評議員、前専務理事・脊椎脊髄外科指導医

日本腰痛学会：理事（2011 年学会長）

日本脊椎インストゥルメンテーション学会：理事（2004 年学会長）

日本成人脊柱変形学会：理事

日本側弯症学会：会員

AOSpine Japan 前代表

北海道整形災害外科学会：理事

北海道脊椎疾患研究会：顧問

この企画の経緯について、北海道臨床整形外科医会（以下、DCOA）の会報編集委員会で、今までにない新しい企画をと考えておりました。佐藤栄修先生は、2年前の平成23年9月に札幌で開催された日本腰痛学会の大会長をなされました。その先生に、臨床家が日々の診療対象として最も多く出会う腰痛症について、会員の今後の診療の一助となるお話を伺いにあがりました。

**我汝会えにわ病院は、JR 恵庭駅に直結していますね。**

駅から徒歩20メートルです。他に、交通の便からは、高速道路、JR、さらには新千歳空港も近くにあることから、全道から患者さんが来院されますし、本州からも、年間何名かは、私の専門の脊椎をはじめ、各関節の手術を受けに来られますね。

私、札幌市北区で開業して20年以上になりますが、以前、手術目的の為、2名の患者さんを先生に御紹介いたしました。当院も近隣の病医院と提携して患者のやり取りをしておりますが、この2名の患者さんは、こちらから何かアプローチすることなく患者自身の自発的意思で、佐藤先生を御指名してきました。この事実ひとつ取っても、佐藤先生が日本腰痛学会の大会長に御指名されたのか分かるような気がします。DCOAの会員の中にも、日本腰痛学会の会員になっている先生が多いようですね。

昨年末頃に、腰痛症の治療ガイドラインが日本腰痛学会と日本整形外科学会との共同で発表されましたが。

社会心理要因が引き金となり、腰痛の悪化、慢性化することは確かに多く、福島県立医大では、心因性の腰痛に関して、精神科の先生とタイアップして、治療にあたっているようです。以前から言われているように、労災、交通事故など被害者の状況にある患者では、心因性の要素は強いと思われれます。腰部脊柱管狭窄症、腰椎椎間板ヘルニアなど原因が明確な腰痛を除いた非特異的腰痛では、ある部分、確かに仕事の環境、経済的問題、家庭内の問題の要素が強く占めているものもあると考えられます。

**一説には、非特異的腰痛は、全腰痛患者の80%以上を占めているといわれているようですが・・・。**

確かにそのように言われているようですが、心因性要素の頻度に偏った考えが、一人歩きしないようにしなければならないと思います。我々も福島県立医大で提唱した心因性反応を見るBS-POPなどを数量化して研究報告することもあります。一概に、この数値のみで評価することは少し言い過ぎの気合があるかもしれません。実際に、疾患からきた苦しさが改善され、その結果として、心因性要素が、その数値とパラレルに軽快化されてい

く患者がいることも事実です。大事なことは、患者としっかり面談して、腰痛悪化の因子をしっかりと探ることではないかと考えています。

### **高齢化社会を迎え、腰部脊柱管狭窄症の患者が多くなりつつあります。**

近年、MRI がよく撮られようになり、この病態が語られることが多いようですが、私は、腰部脊柱管狭窄症こそが、MRI など画像所見と、かなりギャップのある疾患の代表格と思っています。腰椎椎間板ヘルニアの場合も、画像上ヘルニアがあっても症状のない患者さんは報告者によって、30%から70%以上まで様々です。大事なことは、画像所見と臨床所見が必ずマッチングするかどうかチェックすることです。私は腰部脊柱管狭窄症のガイドラインの担当理事として、ガイドラインの作成に関わって参りましたが、委員会の診断基準の中でも、この点を明記しております。更に、日々の外来診療で気付くことですが、他院で腰部脊柱管狭窄症と診断され、漫然と投薬治療されている患者の中に、実質が他の疾患であるケースが実に多いことに驚かされます。例えば、パーキンソン病、頸髄症、胸髄症、ASO など PAD（末梢血管障害）—日本脊柱脊髄病学会の調査では、6~7%に合併しています。更には、足根管症候群、股関節、膝関節の OA のケースもあります。当院に来られた患者さんには、確定診断を正確に行うことを日々の外来診療で心掛けています。高齢者で歩けない、歩きづらい、腰が痛い、重だるいと訴えられる患者すべてに MRI 撮影がなされ、腰部脊柱管狭窄症と診断されているケースが多いことが目につきます。

### **腰部脊柱管狭窄症の自然経過について**

軽症例では、中長期の10年間は、そのまま推移するといわれています。概ね、3割は悪化、3割は横ばい、3割は軽快するといわれています。これは相当なエビデンスレベルの高いスウェーデンのアムンゼン氏の研究に拠るところです。端的に言いまして、片側の単根神経障害型は中長期にわたり軽症のまま推移し、一方、高度な馬尾障害で、両側性で会陰部にかけて障害がある重症例では、いかなる保存療法でも効果はないことから、早期に手術療法を考えるよう勧めております。

**佐藤先生の病院では、腰部脊柱管狭窄症の患者さんを相当数手術され、学会などで御報告されているようですね。**

私が、えにわ病院に来た当初には、よく手術の適応が甘いのではないかとの誤解があったようですが、可能な限り、保存療法でいくという基本姿勢は、今も変わりなく、一貫しています。基本的に重症例のみ手術を行っておりますが、そうでなくとも社会活動や趣味やレジャーが十分楽しめないという ADL や QOL 改善のために行なう事もあります。

当DCOAの筆頭顧問で、私の先輩でもある中野昇先生も極めて慎重な方で、佐藤先生同様、以前、腰椎椎間板ヘルニアの一ヶ所の典型的な髄核摘出術をお願いした事がありました。手術室で、執刀直前まで、改めて画像データを確認して手術に臨んでおられました。脊椎外科の専門家は慎重な先生が多いようですね。

脊椎外科の手術適応は最も重要です。手術はしないに越したことはない。しかし、腰痛のことで異常に苦しいことがあれば、手術というオプションもあるということをお勧めし、整形外科医は患者に提示すべきだと思います。患者が代替医療や健康食品に頼るなんてことがないようにと願っています。

患者さんは、手術という手段が、成功すれば、一生腰痛で悩むことがなくなるという神話がある一方、万が一、失敗すると悲惨な結果に陥ってしまうという恐怖を抱いているということをよく耳にしますが・・・。

私も、全く同感です。ですから、手術をされる先生方は、その患者さんと一生お付き合いするという覚悟を持っていただく気構えが欲しいと思っています。

佐藤先生は、以前、Failed Back syndromeに関する論文を金田清志先生と共著で、確か日整会のワーキンググループ内で調査、研究し、その結果をお書きになっておられますよね。多くの症例を詳細に多方面より分析を加えられた論文と思いましたが。

その原因の一番は、診断の不適切さです。2番目は、手術方法の選択の誤り、3番目は、手術上の問題です。この3番目は、手術のラーニングカーブが、脊椎外科の分野ではとくに重要な意味を持つと思います。

**最近、内視鏡手術が注目されているようですが・・・。**

勿論、その適応がある患者さんであれば、内視鏡手術に全く異論はありません。しかし、そのラーニングカーブの途上で、取り返しのつかない合併症が引き起こされ、やがて、回り巡って私の外来を訪れる方も少なくありません。脊髄馬尾神経根機能を手術によって喪失された状態となつては救済の手の打ち様がありません。新しい手術手技を導入されるのは結構なことですが、必ず、その方法の利点と欠点を吟味し、ラーニングカーブを極端に少なくして手術して頂くことを切にお願いしたいと思っています。

**佐藤先生のもとに、日本全国から脊椎外科の奥義を極めるべく若手医師が集まって来ているという噂を耳にしますが・・・。**

全国の大学、医療機関さらに海外からお迎えしております。定期的に1年、2か月さらに2～3日間など期間はまちまちです。数えたことはありませんが多分100名は越えていると思います。

**臨床家として、一次医療で腰痛症の患者を診る上で、一番心掛けなければならないことは。**

薬物、注射に頼らずに、病態を正確に把握し、個々の患者さんに最も合った日常生活や運動療法を指導していただきたいと思います。診断に際してはヨーロッパの急性腰痛症のガイドラインにありますように、レッドフラッグ、すなわち、発熱や体重減少、広範な神経障害など、リスクな病態を否定していただき、次に、腰椎椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症など原因の明らかな特異的腰痛を鑑別し適切な治療方針を立てて戴きたいと思います。そして、先に述べた非特異的腰痛が最終的に考えられる場合には、運動療法が最も有効であるという強いエビデンスがありますから、自院内のPTの先生方と研究されて、患者を治療していくと、患者の満足度が高いのではないかと考えています。

**最後になりますが、何か会員へメッセージを。**

会員の先生方も御存知のように、腰痛の病態は奥深いものがあります。実際の訴えも多彩です。ときに内臓疾患や他病態が隠れていることも少なくありません。腰痛下肢痛の訴えに整合性がある場合は是非とも診断を確定し、患者にもっとも有益な治療をお進め戴きたいと思います。

どうしても保存療法が無効なときは、最終的に手術という手段で解決を図りますが、私の理想は一生にたった一度の手術で一生涯問題を起さないことにあります。しかし現実には加齢による他部位の新たな変性の発現や進行などによる症状発生に対して2度目の手術をどうしてもしなければならないことも多々あり、悩みは尽きません。

**— 佐藤先生であれば、適切な手段で2度目の手術が可能かもしれませんが、我々、一般開業医には当てはまりません・・・(笑) —**

特に肥満傾向の患者さんや、無理無謀な生活を続けられた方では、隣接部障害を起して、また、手術をしなければならないこともあります。気心の知れた患者さんには時に、厳しい口調で、体重コントロールする努力を怠らないようにということもあります。

(平成25年7月 記)

文責：池本 吉一

（以上は、平成 25 年 7 月 18 日の午後、日常臨床で忙しくされている最中、貴重な 30 分程度の時間を割いていただき、インタビューしたものを書き起こしたものです。インタビュー中も、何度も、佐藤先生の携帯端末が鳴り対応しておられました。佐藤先生、大変有難う御座いました。

次号の『この人に聞く』の対談では、札幌西円山病院のリハビリテーションセンター長で、北海道リハビリテーション学会の理事長をされています横串算敏先生を予定しております。）