

腰痛はリハビリテーション医学・医療において最もポピュラーな病態であり、診断や治療にも多くの報告や経験の蓄積がある。しかし、障害者に焦点を当てて腰痛の問題を取り上げ、診断、治療、予防などに焦点を当てた特集企画は少なく、臨床の現場でも十分な対応がなされているとは言えない。そこで今月は、障害者に生じる腰痛の病態や治療・予防に関して、リハビリテーション医療関係者にとって大切なポイントを解説していただいた。

■**腰痛の診断と治療** 最も腰痛の原因となりやすいのは椎間板と椎間関節であり、これらの変性による神経根や後根神経節の圧迫・刺激も腰痛の原因となり得る。治療は、生活動作の指導、運動療法（体幹筋力の維持・増強、腸腰筋とハムストリングのストレッチ）、物理療法（温熱、電気、牽引）、装具療法（急性腰痛に対する軟性装具）、ブロック療法、薬物療法（非ステロイド性消炎鎮痛薬、カルシトニン製剤）、手術療法（前方固定術、後側方固定術）である。（飯田尚裕氏ら、883 頁）

■**骨粗鬆症と脊椎変形** 骨粗鬆症による脊椎椎体骨折の有病率は、60-69 歳で男性 22%、女性 14%、70-79 歳で男性 25%、女性 45%である。その中で、70 歳代の女性の半数以上が 2 個以上の複数骨折を有しており、骨折の危険因子は、椎体脆弱性骨折の存在、低骨量、体重増加、過剰な運動などが知られている。骨粗鬆症の基準は、脆弱性骨折のあるものは YAM（若年成人女性平均値）の 80%未満、脆弱性骨折の既往のないものは YAM の 70%未満としている。圧迫骨折を生じれば、まず体幹ギプス、痛みが消失すれば体幹コルセットに変更する。初診時には、骨形成マーカーのアルカリフォスファターゼ、骨吸収マーカーの尿中 I 型コラーゲン架橋 N-テロペプチド（NTX）やピリジノリン、デオキシピリジノリンを調べる。薬物として、消炎鎮痛剤、活性型ビタミン D の投与、カルシトニンの筋注を行う。（脇岡昭彦氏、891 頁）

■**各種疾患と腰痛** リハビリテーションで取り扱う疾患の中から、脳卒中片麻痺、ポリオ、切断を実例として取り上げ、腰痛の病態、治療、予防に関して、簡潔にまとめていただいた。特に、ポリオと切断では本企画のために実態調査が行われた。

片麻痺患者の腰痛発生頻度は 55%で健常高齢者よりもその頻度はやや高く、Brunnstrom Stage では歩行可能なⅢ～Ⅳ群に多い。（宇都山欣也氏ら、897 頁）

666 名のポリオ罹患者の調査によると、頻度の高い愁訴は疲労、筋力低下、歩行・階段昇降困難、腰痛（63.7%）であり、腰痛も頻度の高い愁訴の一つであった。対策としては、装具の使用、脚長差の補正が大切である。（有留敬之輔氏ら、901 頁）

96 名の切断者の調査によると 13 名は切断以前から腰痛があり、46 名には切断後に腰痛を生じていた。義足使用者は義足と腰痛に関連があると指摘しており、活動量の制限、義足の調整、腰痛体操指導などが必要である。（大橋正洋氏ら、905 頁）

■**就労脳性麻痺者の筋負荷と対策** 脳性麻痺者の VDT 作業時に筋電図徐波成分を解析すると筋活動や筋疲労の指標となり、筋負荷の程度、作業内容の工夫、休憩の取り方などに関する情報が得られる。障害者の作業時の腰痛に関しても、今後同様の方法での研究が期待できる。（大西明宏氏、909 頁）