

—特集「腰痛診療 up to date～非特異的腰痛の診療 (2)」—

非特異的腰痛とは



藤原 史明

福岡大学筑紫病院脳神経外科

はじめに

腰痛は日常診療で最も頻繁に遭遇する症候の一つであり、生涯有病率は60～80%ともいわれる¹⁾。整形外科のみならず、内科、救急、訪問診療、総合診療など多くの診療科で対応が求められる。一方で、腰痛診療に苦手意識を持つ医師も少なくない。その理由としては、「画像所見と症状が一致しない」「どこまで精査すべきか分からない」「腰痛の原因が特定できない」などが挙げられる。

本稿では、腰痛を専門としない一般臨床医を対象として、非特異的腰痛の定義や疫学、診断の手順とその対処法について概説する。

1. 非特異的腰痛

非特異的腰痛は腰痛診療において最も頻用される概念の一つであり、腰痛患者の約85%を占めるとされる²⁾。一方で、その定義は「診察や画像検査で原因を特定できない腰痛」という除外診断的概念に基づいている。

1990年頃より、画像検査や神経学的診察を用いても原因を特定できない腰痛が多数存在することが認識されるようになった。特に、Gordon Waddell³⁾により提唱された“diagnostic triage”の概念は、腰痛を①重篤な脊椎疾患（腫瘍、感染、骨折など）、②神経根症状を伴う腰痛、③それ以外の非特異的腰痛の3群に分類しており、現在の診療ガイドラインの基盤となっている。現在では、腰痛は大きく画像診断が可能な①、②からなる「特異的腰痛」と「非特異的腰痛」に分類される。特異的腰痛とは、原因疾患が画像検査で明確な腰痛であり、脊椎椎体骨折、感染性脊椎炎、悪性腫瘍、大動脈瘤、馬尾症候群、椎間板ヘルニア等による明らかな神経根症を伴う腰痛などが含まれる。一方、非特異的腰痛は「画像や神経学的な診察で明確な器質的原因を同定できない腰痛」を指す。

腰痛は一般に、第12肋骨下縁から臀溝上縁までと定義されている。この領域には、腰椎椎間板、椎間関節、筋・筋膜、末梢神経（上/中殿皮神経）、仙腸関節など

画像検査では診断が難しい複数の疼痛源が存在している。加えて、慢性腰痛患者では複数の原因が共存している症例も少なくなく、原因同定をより困難にしている一因になっている。実臨床では、腰痛の約85%が非特異的腰痛とされているが、腰痛の多くは「原因不明」というより、「単一の病変で説明できない」状態のことが多い。加えて、年齢に伴う身体機能の低下、心理社会的要因なども画像診断では診断が難しく、これらは多因子の機序が関与し慢性化することで、診断をさらに複雑にしている。重要なのは、「原因不明＝心因性」と決めつけず、複数の疾患が関与している可能性を考慮し診療することである。

2. 非特異的腰痛の疫学

近年、MRIや診断的ブロック、運動学的評価の進歩により、従来“非特異的”とされていた腰痛の中にも特定可能な病態が含まれる可能性が指摘されている。日本人の腰痛患者を対象として行われた“Diagnosis and Characters of Non-Specific Low Back Pain in Japan: The Yamaguchi Low Back Pain Study”⁴⁾では、身体診察、画像評価、神経学的評価、さらには疼痛誘発所見やブロックなどを組み合わせることで、78%の患者で腰痛の原因が特定可能であり、これらは特異的腰痛であったと報告している。つまり、従来、非特異的腰痛とされていた症例の中には、椎間関節障害や椎間板性疼痛、筋・筋膜性疼痛、仙腸関節障害など、診断が確定できる多様な病態が含まれている可能性が示された。また、心理社会的因子（fear avoidance、抑うつ、職業ストレスなど）の関与が慢性化に大きく影響することも明らかとなり、生物・心理・社会モデル（biopsychosocial model）に基づく理解も腰痛治療では必要とされると報告されている。井須⁵⁾らによる腰痛患者367人を対象に行われた調査では、腰痛の12.3%に上殿皮神経障害、13.6%に中殿皮神経障害が関与しているが、これらは単独で存在することは少なく、他の疾患が併存していることが少なくないことが示されている。また、村上⁶⁾の75歳以下の腰痛患者を対



図1 one finger test
最も疼痛の強い部位を指一本で指してもらう。

象にした調査では、仙腸関節由来の腰痛は504例中54例(10.7%)であり、男女比は約1:2で年齢は19~84歳(平均51歳)と幅広く、30代と70代の2峰性であった。

3. 非特異的腰痛の診断・アプローチ

椎間関節障害や椎間板性疼痛、筋・筋膜性疼痛、仙腸関節障害、末梢神経障害は画像や電気生理検査では診断できない。そのため、最も大切なことは疼痛領域を確認し、これらの疾患を鑑別にあげることである。一方、実臨床では、腰痛患者に腰痛部位を問診しても『腰が全部痛い』と答える患者も少なくないため、判断に苦しむことも多々ある。そのような際には、最も痛い部位を人差し指一本で指し示してもらう one finger test (図1) が有効なこともあるため、是非試していただきたい。特に、いくつかの腰痛源が併発している場合、最も focus すべき病態を明確にできることがあり、腰痛部位から原因領域をしぼり、加えて圧痛や誘発体位を確認することで、原因疾患をあぶりだすことができることがある。例えば、上殿皮神経障害の症例では正中から3~7 cm 外側の腸骨稜上に強い圧痛があり(図2)、同部の絞扼された上殿皮神経にブロックを行うことで診断と治療を並行して行うことができる。腰痛の原因疾患は複数併存していることも少なくないため、単一のブロック後に残存する腰痛を更に診察することで、他の併存疾患にもアプローチできることがある。

4. 結 語

非特異的腰痛は、日常診療で極めて高い頻度で遭遇

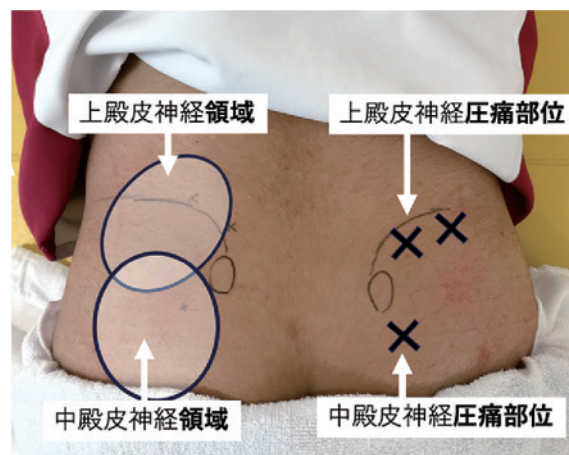


図2 末梢神経障害の疼痛領域と Tinel 様兆候の誘発部
× : Tinel 様兆候の誘発部位

する病態でありながら、その診断や治療に難渋することも少なくない。従来は「原因不明の腰痛=非特異的腰痛」として一括りにされることも多かったが、近年では診察技術や診断的ブロックの進歩により、椎間関節障害や椎間板性疼痛、仙腸関節障害、末梢神経障害など、多様な疼痛源が存在することが明らかになっている。一方で、非特異的腰痛の診療において最も重要なのは、画像検査だけに依存せず、詳細な問診と身体診察を丁寧に行うことである。特に疼痛部位の確認や圧痛、誘発動作の評価は、原因病態を推定する上で極めて有用であり、one finger test のような簡便な診察法が診断の手がかりとなることもある。加えて、診断的ブロックは診断と治療を同時に行うことが可能であり、複数病態の存在を明らかにする一助となる。腰痛診療では、「画像検査で異常がない=異常なし」と判断するのではなく、「疼痛の部位からどのような疼痛源が関与しているのか」を考えながら診療する姿勢が重要である。

Conflict of Interest : 開示すべき利益相反はなし。

文 献

1. Biering-Sørensen F: A prospective study of low back pain in a general population. I. Occurrence, recurrence and aetiology. Scand J Rehabil Med 1983; 15: 71-79.
2. Deyo RA, Weinstein JN: "Low Back Pain." New England Journal of Medicine 2001; 344: 363-370.
3. Waddell G: Low back pain: a twentieth century health care enigma. Spine 1996; 21: 2820-2825.
4. Suzuki H, Kanchiku T, Imajo Y, et al: Diagnosis and characters of non-specific low back pain in Japan: the Yamaguchi low back pain study. PLoS ONE

- 2016; 11: e0160454.
5. Isu T, Kim K: Entrapment Neuropathy of the Lumbar Spine and Lower Limbs (Isu T, eds). 2021; pp.1-26, Springer, Japan.
 6. 村上栄一, 国分正一, 田中靖久: 仙腸関節性疼痛の発痛源と臨床的特徴. 関節外科 1999; 18: 513-519.

(受付: 2026 年 5 月 26 日)

(受理: 2026 年 5 月 27 日)

日本医科大学医学会雑誌は, 本論文に対して, クリエイティブ・コモンズ表示 4.0 国際 (CC BY NC ND) ライセンス (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) を採用した. ライセンス採用後も, すべての論文の著作権については, 日本医科大学医学会が保持するものとする. ライセンスが付与された論文については, 非営利目的の場合, 元の論文のクレジットを表示することを条件に, すべての者が, ダウンロード, 二次使用, 複製, 再印刷, 頒布を行うことが出来る.