

全く新しい治療法、傍頸部神経根ブロックの治療成績

これまで一部で行われていた頸部神経根ブロック（以下 CRB とする）は頸椎椎間板ヘルニアをはじめ上肢や肩甲帯の難治性の激しい痛みにも著効した。しかしながらその手技の難しさ、施行時の苦痛がゆえに気軽には行えない治療法であった。

そこで私は全く新しい傍頸部神経根ブロック（以下 PCRB）を開発した。この PCRB 治療の効果は非常に高く、かつ患者に施行時の強い痛みをほとんど与えず、また何度繰り返し行っても神経根に炎症を来さない。何より手技が容易であり少し訓練すれば何科のドクターにも施行可能である。ここではその驚くべき効果の高さを紹介し、PCRB の手技を解説する。

PCRB を多くの患者に行った結果、新事実がわかった。それは肩コリ、肩甲帯の痛みの多くが筋肉の炎症によるものではなく、ほとんどが神経根の炎症に起因する中枢感作の症状であることが推測されるということ。肩の挙上困難を訴える者の相当数が、実は神経痛に起因するという。これらの新事実は今後激しい物議をかもしだす。そして今まで治せなかった肩コリや肩関節周囲炎、頸椎椎間板ヘルニアのほとんどを PCRB 治療で完治させられる可能性が出てきた。PCRB は安全簡便かつ画期的な神経ブロック治療法である。したがって一刻も早くこの治療法を普及していく必要があるだろう。

<治療成績 1：PCRB を行った患者の治療成績（H22.1～H23.1）>

男性 16 名、女性 49 名、計 65 名 平均年齢 66.1 歳

初診 23 名 他で既に治療を受けていた者 42 名

症状内訳：

後頸～肩甲帯痛：50 例

肩挙上困難：17 例

上肢痛：24 例

上肢しびれ、だるさ：15 例

上肢筋力低下：8 例

肩の筋硬結：6 例

上肢がつりやすい：1 例

頸部の著明な可動域低下：2 例

繰り返す頭痛：8 例

背中の痛み：4 例

罹患期間：3 日から 20 年 平均罹患期間 46.7 か月

<治療効果判定法>

治療効果は5段階とした

1=無効（長期的に継続する効果を得られなかった、短期間のみ効果あり=無効とした）

2=わずかに改善し、それが長期的に継続した（VASで8~9）

3=多少改善し、それが長期的に継続した（VASで6~7）

4=症状の半分は改善し、それが長期的に継続した（VASで4~5）

5=ほとんど症状が改善し、それが長期的に継続した（VASで3以下）

※長期的とは1か月以上のことを示す。

5	4	3	2	1
54名 (83.1%)	7名 (10.7%)	0名 (0.0%)	2名 (3.1%)	2名 (3.1%)

症状別治癒成績

1) 後頸~肩甲帯痛を訴えた50名の治療成績

5	4	3	2	1
44名 (88.0%)	4名(8.0%)	0名(0.0%)	2名(4.0%)	0名(0.0%)

2) 肩挙上困難を訴えた17名の治療成績

この17名は全例で肩峰下滑液包内注射（1%リドカイン5cc）（以下SAB）をまず行い、それでは改善がほとんど認められなかった17名である。そのためPCRBを行った。治療の内訳としてPCRB単独治療が11名、SABとPCRB併用が6名。これらの治療で以下のようにはほぼ全員が完治した。つまり肩の挙上困難を主訴としているにもかかわらず、実際は神経根への治療で肩の動作時痛が治癒した患者が17名中11名も存在するわけで、この事実は今後の肩治療法の根底を見直さなければならない事実としておおいに物議をかもしだす。

5	4	3	2	1
16名 (94.1%)	1名(5.9%)	0名(0.0%)	0名(0.0%)	0名(0.0%)

<考察>

整形外科ではリハビリを行っても消炎鎮痛薬の内服をしても、肩峰下滑液包に注射（以下SABとする）を行ってもいっこうに肩の痛みが消失しない患者を散見する。ここに挙げた17名は整形的な治療が全く反応しなかった17名である。こうした患者にPCRBを、単独、またはSABを併用で治療を行うとその94.1%が完治した。治療回数は3回以内が8名と約半数を占め、治療開始後即座に完治する。平均治療回数は7.47回で10回以上を要した患者も4名存在する。

特記すべきことはPCRBの単独治療で完治してしまうことにある。「腕が上がらない」という主訴で来院しているので我々は肩関節周囲炎であると思ってしまう。しかし、実際に

は SAB では治らない。そして PCRB で完治するわけだからその病態は神経痛であったと結論付けられる。このような症例が 11 名 (64.7%) も存在するわけだから、現在でも肩関節周囲炎と診断された患者の中に、誤診が含まれる確率は低くない。

6 名は SAB の併用も必要であったため、肩関節周囲炎と神経痛の混合であったと推論される。

今回の調査期間外にはなるが、PCRB と SAB の併用でも完治しえない患者が 1 名存在する。「全く効かない場合と痛みが全くない日がある」という。

いずれにせよ、肩関節周囲炎と診断された患者の中に少なくない割合で頚椎症性神経根症が合併した患者が存在する。つまり肩の痛み治療には誤診が非常に高いと思われる。肩の専門家には多いに物議をかもしだしていただきたい。そして今後の研究に役立ててほしい。

(追記) 蛇足ではあるが、肩が痛いと言っている患者に PCRB を行うことは、その説得が非常に難しい。PCRB を行おうとすると患者から不信感を持たれてしまうことも多々ある。患者に十分な説明を行わなければ施行は難しい。それがゆえに精神的に未熟な患者には PCRB を行ってはいけない。

3) 上肢痛 (上腕から肘、前腕、手指などに放散する痛み) を訴えた 24 名の治療成績

5	4	3	2	1
20 名 (83.3%)	2 名 (8.3%)	0 名 (0.0%)	0 名 (0.0%)	2 名 (8.3%)

4) 上肢にしびれやだるさを訴えた 15 名の治療成績

5	4	3	2	1
11 名 (73.3%)	2 名 (13.3%)	0 名 (0.0%)	1 名 (6.7%)	1 名 (6.7%)

5) 上肢 (肩腕手指) の筋力低下を訴えた 9 名の治療成績

5	4	3	2	1
7 名 (77.8%)	1 名 (11.1%)	0 名 (0.0%)	0 名 (0.0%)	1 名 (11.1%)

<考察>

3)~5)はいわゆる頚椎椎間板ヘルニアと診断される患者の治療成績と考えてよい。または頚椎症性神経根症と診断されるが、その多くは MRI で明らかな占拠性病変を認めない場合が多い。整形外科では MRI で異常を認めなければ「病気である」と認めない医師が非常に多く、精神疾患にしてしまうこともしばしばある。が、実際はこのように PCRB で完治させることができる。

しびれや筋力低下は「治りにくい」とされるが、そんなことはない。PCRB でほとんど完治する。

これまでの治療法としては星状神経節ブロックや頸部硬膜外ブロック、頸部神経根ブロックしかなかった。

	施行難易度	治癒力	手間	患者の苦痛	リスク
星状神経節ブロック	中	劣る	かからない	少ない	ややある
頸部硬膜外ブロック	高	強力	かかる	少ない	かなり高い
頸部神経根ブロック	高	強力	かなりかかる	多い	中間

しかし患者の苦痛の強さや医師の技術力の必要性、そのリスクの高さなどから軽度の神経根症状を持つ患者には行えないという実情があり、「手術を考えるほど苦痛のある患者」が最後の保存療法として行う治療としてこれらのブロックが行われてきた背景がある。

星状神経節ブロックは簡便であるが効果は劣る。つまり、効果があつて安全で患者に苦痛を与えず外来で簡便にできるブロックはこれまで存在しなかった。

PCRB は安全、簡便、苦痛なし、強力を実現する。治療成績はご覧のとおりである。

筋力低下の症例は具体的に示すために全例を掲載する

症例	筋力低下症状	罹患期間	治療	結果
32M	Rt.C6 エリア MMT=4-	3 年間	C5C6C7 ～ 6 回	巧緻性が少し恒常 治療効果判定 1
45F	Rt.C6 エリア MMT=4	1 年間	C5C6C7 ～ 30 回	寛解と増悪を繰り返す ADL に問題あり 治療効果判定 4
70F	母指対立筋 Biceps MMT=4-	14 年間	C6 ～ 14 回 手根管～ 5 回	MMT が 5-まで回復 治療効果判定 5
73M	Biceps MMT5-	2 年間	C6 ～ 50 回	MMT が 5 に回復、ベンチプレス 50 キロ可能となる 治療効果判定 5
56F	握力低下 MMT=4-	3 か月	C6 ～ 26 回	MMT=5-に回復 治療効果判定 5
55F	回内筋・ECD MMT=4-	10 年間	C6 ～ 20 回 C6C7 ～ 14 回	MMT=5-に回復 治療効果判定 5
64M	Biceps MMT=4	1 か月	C5 ～ 1 回	MMT=5 に回復 治療効果判定 5
69M	Biceps 、	6 か月	C7 ～ 4 回	MMT=5 に回復 治療効果判定 5

	Triceps MMT=4		C5 ～ 3 回	
71M	握力低下 MMT=4+	6 か月	C6 ～ 5 回	MMT=5 に回復 治療効果判定 5

6) 肩こりがひどく肩に硬結をふれる症例 8 名の治療成績

7 名が PCRB で硬結が消失。1 名は硬結の消失を認めなかった。

<考察>

「肩がパンパンに張っている」これが 10 年以上続いている。という患者に遭遇することは少なくない。そういう患者は整形外科、鍼灸、カイロ、接骨院、マッサージ店などをめぐり、あらゆる治療法を探す。そして治らない。

整形外科の亜流に線維筋痛症学界というものがあり、硬結が筋線維や筋膜の炎症によるものと考え研究しようとしているが、実際は治らない者が少なくない。特に後頸部の硬結はマッサージやトリガーポイント注射を行っても治癒しない（一時的に消失するのみ）。

しかし PCRB では完治する。ここではその理由を詳しくは述べない。おおいに物議をかもしだしてくればよい。

7) 治療回数とその効果

治療効果が 5 と 4 の患者は全体の 93.8%であり PCRB の治療効果は他のどのような治療をも圧倒するほどの最高クラスの効果がある。さらにその治療回数の内訳は以下。

1 回	2 回	3 回	4～9 回	10 回以上
22 名	8 名	5 名	10 名	20 名

22 名（33.8%）が一度の治療でほぼ完治する。1 回の治療で完治した 22 名の平均罹患期間は 30 か月と全体の平均罹患率 46.7 か月よりは低いが大差ではない。

つまり慢性期の症例でも一度で治癒する可能性が十分あることを示す。

10 回以上の治療を要した 20 名の罹患期間が 2 週間以内の者は 0 名（0%）

これらより慢性期の症例では治療が長引きやすい傾向があると考えられる。しかし、長引いたとしても根気よく治療を行えば、ほとんどが寛解へと導くことができる。

8) 頸部トリガーポイント注射無効群への治療成績

	後 頸 痛	肩 痛	上 肢 痛	硬 結	罹 患 期 間 (M)	総合判定	治療回数
77F	+	+	-	-	3	5	4

89F	+	-	-	+	18	2	24
73M	+	+	+	-	22	5	50
83M	+	-	-	-	24	5	2
48M	+	-	-	+	24	5	30
49F	+	-	-	-	24	2	6
70F	+	-	-	-	24	5	3
55M	+	-	+	-	36	1	1
79F	+	-	-	+	48	5	23
86F	+	+	-	+	120	4	30
48F	+	-	-	+	120	5	4
72F	+	-	-	-	120	5	1
70F	+	-	+	-	120	4	6
72F	+	+	-	+	168	5	14
66F	+	+	-	-	120	5	25

私を受診するまでに肩こりや頸痛を治療することを目的に、トリガーポイント注射を何度も繰り返し行い、それらが無効だった症例患者は 15 名。その内訳を示した。

平均罹患期間は 66.1 か月とあきらかに長い。しかし、今までトリガーポイント注射が無効だった患者でさえ、PCRB を行えば 13 名(86.7%)に有効な治療効果が得られることがわかる。

これは症例全体の治療効果 93.8%には及ばないものの治療成功率は高い。

トリガーポイント注射が無効だった症例患者は平均して 5 年以上も肩凝りに悩み、何をやっても治らず、そして PRCB で治癒に至った。

これは肩凝りなどの根本原因が筋肉や筋膜の炎症にあるとする説を再検討させるための十分な証拠となる。

昨今、整形外科学会には線維筋痛症学会なる科学的根拠のない理論を吹聴する学会が存在するが、おおいに物議をかもしだしてほしい。この学界の存続は商業ベースと直結しているため私がこのようなデータを提示してもなかなか修正されていかないことは理解できる。

ただ、今回のデータは肩こりの原因のほとんどは神経根（後根神経節）炎であると推論させる根拠となりうる臨床データである。どうか真摯に受け止めてほしい。

もちろん線維筋痛症なる疾患自体を否定しているわけではない。その原因の根本が後根神経節にあることが多いといたいだけである。元を治さなければ枝葉をいくら切ってもまた生えてきますよ（笑）。

<まとめ>

PCRB は少しコツを覚えれば星状神経節ブロックよりも簡単で安全にできる。そして高い効果を発揮する治療法である。従来、頸部神経根ブロックは頸部の前方からアプローチされていたが、これでは大血管を損傷する可能性がある。後述するやり方で側方からアプローチすれば、安全かつ高い効果を得られる。

これまでがんな肩こりや整形外科では治らなかったむち打ち症の患者はペイン科の医師たちが完治させてきた実績がある。そうした医師たちの間では肩凝りが単なる筋肉の炎症ではないことが既に知られていた。各種神経ブロックで完治まで導けるのだから、肩凝りは神経根由来であろう。ただし、それは肩凝りを完治させることができる一部の医師たちの間でのみそう考えられていたわけであり一般的にはこの考え方は主流ではなかった。

人数の多さで言えば、肩凝りの根本原因は筋肉や筋膜の炎症によるという考え方をしている医師のほうが圧倒的に多い。しかし、事実として存在するのは、どこに通っても治らなかった肩凝りを完治させられる医師がいるということ。完治させるためには神経ブロックを用いるということ。

私は肩凝りの原因を追究して線維筋痛症の概念をあざけり笑おうとしているわけではない。「あなたがたが治せなかった肩凝り患者を神経ブロックで完治させることができるのですよ」ということを知っておいてほしいだけである。「筋肉の痛みは枝葉であり、根っこは神経ですよ」と言いたいだけである。

ペイン科の医師たちはすでに何千人、何万人と難治性の（トリガーポイント注射では治らなかった）肩凝り患者を各種神経ブロックで完治させている。井の中の蛙にならず、そのことを認識した方がいい。

もちろんペイン科の医師もトリガーポイント注射のみで完治する肩凝りの症例が多数あることを知っている。それを否定しているわけではない。だが、その根本原因が筋肉にあると盲目に考えていると、多くの「治せない患者」をかかえることになる。

今回のデータベースは初診患者が 23 名（35.4%）であるが、42 名（64.6%）は他の治療で改善が認められなかった患者である。他の治療にはトリガーポイント注射や鍼灸なども含まれており、そういう患者ですら PCRB でことごとく完治している。どう物議をかもしだしてくれても自由だがトリガーでは治らない患者も含めて PCRB では「治せる」という事実を軽視しないことを望む。

<筋肉痛の原因について>

椎間孔には後根神経節（以下 DRG とする）が存在し、ここの炎症により痛覚の閾値が低くなることが知られている。また DRG には数々の侵害受容器が存在することも最近の研究で明らかになっており、ここで痛みを増幅させるだけでなく、痛みを製造することができることがわかってきている（痛みを担う後根神経節のメカニズムを参）。

ちなみに炎症とは「損傷を受けた組織や細胞が修復、改修される際の種々の反応」のこ

とを意味し、血管透過性、サブスタンス P の出現などの狭義では用いていないことを断っておく（二次性痛覚過敏（中枢感作）は炎症ではないと断言する学者を牽制するため）。

私は DRG では触覚を痛覚に変換することもできるし、深部知覚でさえ痛覚シグナルへ変換できるのだらうと考えている。つまり動作時痛は位置覚などを DRG が痛覚シグナルへと変換するために起こっていると推測している（これを関節アロディニアと名付けた）。

これが肩を挙上すると痛いと訴える患者を PCRB で完治させることができるメカニズムである。このメカニズムを真摯に受け入れるとすると、肩凝り、腰痛、各種関節痛も DRG の炎症により増強するメカニズムの存在が示唆され、DRG の炎症が治まると、これらの痛みがほとんど出なくなるということも十分にありうる。すなわち、整形外科治療の全てを根本的に考え直さなければならないと思っている。

整形外科で手術を受けても痛みがとれない患者に多数遭遇するが、そういった症例に神経根ブロックを行えば治ってしまう症例が少なくないのではないだろうか？ このことに関してはおおいに物議をかもしだしてほしい。

線維筋痛症なるオカルト的な考え方があるが、私は筋肉・筋膜の痛みが存在しないと言っているわけではない。筋肉にわずかな痛みしかなくても、DRG はそのシグナルを増幅させ、強い痛み信号として脳に送ることができると述べている。根本原因は DRG の炎症であり、阻血による筋の線維化さえも、根本原因は DRG の炎症による痛みから交感神経反射が起こるためだと考える。実際に PCRB を行うようになればその意味が誰にでも理解できるだろう（治るのだから）。

確かにトリガーポイントに注射をすれば軽微な入力信号も遮断されるため、痛みは消える。だが、DRG の疼痛増幅システムは改善されていないため軽微な痛みが再燃すれば強い筋肉痛が起きる。治療すべきなのは軽微な筋肉痛が起こらないようにすることではなく、根本原因の DRG による疼痛増幅回路を正常化させることであろう。（DRG の機能については痛みを担う後根神経節のメカニズムを参）。

DRG に関してはまだまだ未知なる部分が大半を占めるが、ゲートコントロール理論のような単純な発想で言い表せるものではない。ゲートコントロール理論は、人間の神経伝達回路をまるでダイオードのような単純なものと仮定して理論を進めているが、実際はトランジスタ、IC、または LSI であるはずである。そうでなければ DRG の神経細胞の樹状突起が数多く分かれている意味がない。

どの解剖学の書物を見ても DRG の樹状突起はだいたい 2 本しかない。求心と遠心の 2 本である。これはまるでダイオードの仕組みそのもの。だが実際はそうではない、樹状突起は DRG に何本も存在する。つまり、回路はダイオードではなく、トランジスタや IC（集積回路）以上であることがわかる。

集積回路は神経節に密集する。しかし多くの学者は脊髄の神経節のことは研究しているが DRG の集積回路については全くといってよいほど研究していない。DRG には未知なる部分が多いため、疼痛のメカニズムをだれかれが好き勝手に述べている。今はそういう時

代だと思う（2012年現在）。

ただ、忘れないでほしい。メカニズムはどうであれ難治性の患者を治せた医師の意見は聞いておいたほうがいい。治せない者が治せた者を否定してもそれは虚しい。

<PCRB は不要な頚椎の手術を激減させる>

これまで手術するしかないと言われていた頚椎椎間板ヘルニアの患者も PCRB で次々と完治させるに至った。筋力低下、しびれ、上肢の疼痛などの症状を次々と魔法のように治療することができた。PCRB の効果は他を圧倒する絶大さがあり、患者も拒否しない。週に2~3回行うことももちろんできる。

<MRI はたいして意味がない>

頚椎疾患を持つ患者の頚椎 MRI を撮影しても、明らかな占拠性病変がないことに遭遇することは日常茶飯事にある。私はその理由をこう考える。神経根（DRG）の炎症はヘルニアによって起こるよりも、むしろ椎間孔と DRG の摩擦によって起こっていると。

摩擦は椎間孔に骨棘がなくともヘルニアがなくとも起こる。その理由は頚神経根が水平に近い角度で脊髄から出ているからだ。頚椎を屈曲伸展した時に不安定性があると、頸部脊柱管の全長が長くなったり短くなったりする。頚神経は水平に近い角度で出て行くため全長が変化すると当然ながら神経根と椎間孔は摩擦し合う。そこにヘルニアや骨棘が存在している必要は何もない。頚椎不安定性のある人が前後屈を繰り返せば DRG に炎症が生じる。しかし、そのような動的メカニズムは MRI では描出されない。だから無意味である。

それよりも、頚椎不安定性を知りたいのなら頚椎前後屈の側面 X P を撮影する方がよほど建設的である。肩凝りを主訴とする人に頚椎前後屈の側面 X P を撮影すると、その多くで不安定性を認める（データを製作中）。

<PCRB の展望>

正直言って PCRB がこれほどまでに効果が高いことに一番驚いているのは私である。

おそらく、頚部硬膜外ブロックでも PCRB と同等かそれ以上の効果が得られると思われるが、そのリスクを考えると頚部硬膜外ブロックはあまりにも割に合わない。よほど重症の患者にしか頚部硬膜外ブロックはおこなうべきではないからして、その適応は狭い。ましてや、肩が上がらないと訴えるのみの軽症患者に頚部硬膜外ブロックを打てるはずもない。

その点、PCRB はトリガーポイント注射のごとく簡便に行うことができリスクも少ない。肩関節周囲炎の患者にも試しに打つこともできる。よって今後、頚椎周囲疾患があれば真っ先に試してみるべき治療法となる。

また PCRB が普及すれば、さらに頚部硬膜外ブロックの適応は激減する。

私はペイン科の医師と一緒に仕事をすることもあったが、彼らは頚部硬膜外ブロックの

リスクについて患者に詳しく説明しているのを聞いたことがなかった。ブロックの技術がどれほど上達したところで人間に完璧はない。頸部硬膜外ブロックは非常にハイリスクな注射であることに変わりはなく、そのことを伝えず施行してはいけない。誤って髄内に局麻が入れば自発呼吸さえできなくなることのリスクはしっかり伝えるべきである。

少量の注射液を入れて2〜3分待ち、異常がないことを確認してから残りの液体を入れることが常であるが、それさえタッグ防止の完璧な方法ではない。また、蘇生技術のプロである麻酔科医が頸部硬膜外ブロックをするのであれば、まだ話はわかるが、そうでない医師が安易に頸部硬膜外ブロックをすべきではない。

リスクを伝えれば恐らく頸部硬膜外ブロックの症例数は激減するはずである。保険点数は1500点と非常に高い診療報酬がもらえるがゆえ、患者にリスクを伝えてないと思われても仕方あるまい。透視下に行う頸部神経根ブロックも同様である。

頸部硬膜外ブロックはやってみると意外と難しくはない。だがら、一度慣れ始めるとこの手技に自尊心が満たされ、自尊心に酔い、自分が非常にハイリスクなことをやっていることを忘れてしまう。そうならないように自分を戒めておこう。

今後はこのハイリスクな頸部硬膜外ブロックにPCRがとって代わるものと確信している。PCRが無効例に初めて頸部硬膜外ブロックが行われるべきであり、その無効例にのみ頸椎の手術が行われるべきであるが、この当たり前のことを外科医が安易に無視している現状を非常に憂いている。

すでに今回の症例で、頸椎椎間板ヘルニア様症状（麻痺やしびれ）にも著効することを示した。

<実際の治療成績はこのデータよりも優れている>

さて、最後になるが私は治療した患者に「治ったら病院に来る必要はない」と皆にそう伝えている。だからPCRが一度で完治した患者は、通常私にそれを報告しに来ない。ここに掲載してある一度で完治した患者の症例は、「来なくていい」と言ったにもかかわらず、わざわざ報告しに来てくれた患者のみである。したがって実際の治療成績はこれよりもさらによいということを付け加えておく。治療成績は決して誇張していない。

以下にPCRの手技を記す。

<PCRでも治らない患者との遭遇>

PCRが全く無効の患者は1施設の通院患者の中にいるかいないかくらいの割合で存在する。私はそういう患者に神経根の1本1本、全ての神経根に注射を試みたり、頸部硬膜外ブロックを行ったりしたが、やはり全く効果がない。全くというのは注射した当日でさえ症状の軽減がほとんどないという意味である。最近では準麻薬系の経口薬や神経伝達遮断系の鎮痛薬が開発されているがそれらも全く効果がない。

これらは根本原因が神経根ではないということであろうか？今の医学では解明できない。

自己免疫性の神経系疾患か？糖尿病性、血行性の神経疾患か？視床に起こった微細な脳梗塞が原因か？まったくわからない。患者に共通しているのは高齢者であるということだ。

症状は上肢、下肢背中といった四肢の運動器にしびれや痛み。筋力の低下を訴えることもある。

ありとあらゆる神経ブロックを行っても効果はなく、こういう症例に熱心に治療することは医療費の無駄遣いと思える。しかし、患者は痛みの強さのため執拗に医師に治療を迫る。そして無駄な治療が続けられるという実態がある。

原因は神経根よりも中枢で起こっていると考えられるが、患者にそれを説明したところで納得することはなく、医師の技術不足、勉強不足、誠意不足だと思われるのが常である。

治療を打ち切ると外来で怒りをあらわにし、診察時間を長引かされてしまうものだ。それだけでなく週に何度も外来を受診し何かをしてもらうまでは帰らないという気構えでこちらに圧力をかけてくる。神経内科にコンサルトする方法もある。ただし、そのほとんどは何もみつからない。

残念ながら治せないことは事実なので当面、患者が「医者に訴えても無駄」ということを悟らせるまで何かの治療をしつづけるというはめにならざるを得ない。

ただ、忘れてはならないことは、こういう今の医学ではどうにもできない患者が存在するということである。悔しいがあきらめるしかない。

こういう患者がトリガーポイント注射で治るなどという話は地球が三角になってもあり得ない（笑）。もし、線維筋痛症という概念が真実であれば、PCRBでは治らない患者がトリガー注のみで完治したという「逆の症例」があり得るだろう。そしてそういう症例が五万と存在していなければならない。が、私は一度もそういう症例を経験していない。もしも線維筋痛症を真実と考えている方がおられるのであれば、そういう症例を提示していただけたら幸いである。おそらくゼロではないがマレであろう。そのマレという数字が示すものが真実である。

<PCRBの腰痛への応用>

PCRB傍頸部神経根ブロックは同様に傍胸部、傍腰部の神経根ブロックへと応用が効く。つまり腰背部痛にも応用できる。

ここでもっとも重要なことは、腰痛の原因を筋・筋膜性腰痛だろうと安易な発想をしていただきたくないということである。

ここで私はさんざん、肩凝りが単なる筋肉の痛みではないことを示した。ここに挙げたデータそのものが「肩凝りが神経痛（中枢感作）から来ている」ことが多いことの証拠を示したつもりである。

これは同様に腰痛でも同じことが言える。腰痛患者の訴えは脊椎の中心よりもむしろ傍脊柱筋から腹斜筋にかけてのものが少なくない。圧痛点があることよりトリガーポイント

注射が治療に用いられることがほとんどであるが、これが筋・筋膜炎が原因でないことは同様に腰部へのルートブロックで証明することができる。

私は同様にブラインドで腰部神経根ブロックを行うことができるが、これらの腰痛（筋肉痛）は主にL2、L3への神経根ブロックで完治させることができた。トリガーポイント注射では一時しのぎであることが多いのに対し、神経根ブロックではほとんどが完治する（今後データで示すが、実際に完治する）。つまり、腰痛さえもDRGの炎症に起因していることが少なくないと思われる。

もし、L2やL3にはヘルニアが少ないからそんなことはあり得ないと考える方がおられるようなら、なぜ脊椎（DRG）に炎症が起こるのか？の根本をここで学んでほしい（脊椎の生体力学と痛みのメカニズムを参）。

実際に傍腰部神経根ブロックは想像以上に劇的な腰痛改善をもたらす。少し学べば内科医にもできる手技なので整形外科医が「そんなまゆつばなことをしたくない」と思うのであれば内科医がやればよいと思っている。実際にそうやっていかなければどんどん増えて行く高齢者の腰痛をケアすることが今の医師数ではできなくなってしまう。

<まとめ>

傍頸椎・胸椎・腰椎神経根ブロックは痛み、麻痺、しびれに悩む様々な患者を完治に近い状態にまで改善させることのできる新しい治療手技である。その効果はトリガーポイント注射よりも高く、安全性では硬膜外ブロックよりもはるか上に行く。しかも手技は数分で行える簡便さがあり、一般内科・外科の先生たちにも十分に行える手技である。今後の高齢者社会を支える上で、この手技は非常に有用と思われたので実績と共に報告した。