

仙腸関節弛緩症

滝沢 照明

症例 JS 33歳 女 主婦

初診 平成4年11月6日

主訴 仙骨部右側の痛みおよび右下腿外側と小趾のシビレ感

現病歴 約10年程前に右腰椎椎間板ヘルニアによる坐骨神経痛を発症。

当時は国立〇センターで消化器内科の看護婦として勤務していた。同センター整形外科で単純X線撮影および神経学的検査を受けL₅, S₁神経根が障害されているとの診断により「手術の必要あり」と言われた。しかし手術をしない方向で治療を受け、約1か月半の入院中に硬膜外ブロックと骨盤牽引の治療の結果症状の緩解をみた。後遺症として、現在に至るまで右小趾のシビレ感を自覚することがある。その後、約2年間隔で2回、右の腰・下肢痛を感じたが、その都度硬膜外ブロックや座薬などを用い、1か月以内に症状の緩解をみている。

今回は、妊娠7か月頃に仰臥位になると仙骨部の右側に痛みを感じた(図1)。とくに治療はせず、寝る時に安眠枕などを用い、仙骨部が当たらないようにすることにより、約1か月位で自然に症状は緩解した。10月25日に初出産(12日前)。正常分娩であったがかなりの難産であった。出産後2日目頃から仰向けに寝ていると仙骨部の右側に疼痛を感じた。そのため病院で湿布薬をもらい貼っていたが症状に変化はない。

現在、自発痛および夜間痛はない。仰臥位では仙骨部の右側(前回と同様の部位)に疼痛の誘発があるため左下側臥位で寝ている。今回の方が疼痛は強い。子供の授乳のため夜間は3時間ぐらゐの間隔で起きるが、疲れているせいかすぐに眠れる。靴下の着脱で疼痛の誘発がある。早く歩行することはできず、特に大腿での歩行はできない。間歇性跛行はない。上り坂では痛みはないが、下り坂で患側の足が着地する時に痛みが誘発する。咳やくしゃみで軽度にひびく。右下肢に痛みはないが下腿外側と小趾に軽度のシビレ感がある(図2)。しかし、症状は以前罹患した椎間板ヘルニアとは違う感じである。膀胱直腸障害はない。家事仕事は腰をかばいながら従事している。

既往歴 特記すべきものなし

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 側彎は認められない。前彎は正常。階段変形は認められない。

前屈痛指床間距離は40cmで仙骨部の右側に疼痛の誘発がある。側屈痛および後屈痛は陰性。仙骨部に発赤、腫脹、熱感は認められない。ニュートン・テストは強陽性で、仙骨部を軽度に加圧するだけで疼痛の誘発がある。仰臥位では仙骨部の右側に疼痛を誘発するため、ベットに腰掛けた状態で次の検査を行った。患側膝関節の伸展を行い最大角度(約90°)で疼痛の誘発が認められる。患側股関節の内旋により最大可動域付近で疼痛の誘発が認められた。股関節の外旋は陰性。アキレス腱反射および膝蓋腱反射は左右とも正常。触覚障害は患側小趾S₁領域に軽度の鈍麻が認められる(表1)。

圧痛は膀胱脛に極めて著明に検出された(図3)。また健側の膀胱脛、患側のL₄椎間、L₅椎間、腰陽間、十七椎、上胞背、梨状、承筋、陽陵泉などに圧痛は検出されなかった。

ペインスケールは仰臥位の時に感じる疼痛の度合いを患者がプロット(図4)。

要約

本症例の疼痛域、およびニュートン・テストが強陽性であること、また膀胱脛の著明な圧痛などから、疑われる病態は仙腸関節部に由来するものと推察した。症例の妊娠7か月ごろの腰痛、ならびに産後の腰痛などとの因果関係により、仙腸関節弛緩症(骨盤輪不安定症)が推測される。しかし、腰椎の前屈により疼痛の誘発を認めることや、右下腿外側と小趾に軽度のシビレ感を訴えることなどから、本疾患以外の脊椎に由来する併存疾患^{1) 2)}の可能性も考慮に入れておく必要があると思われる。

患者への対応(第2回目の対応)

妊娠して月を重ねてきますと、お腹が大きくなるに従って体型の変化と、内分泌性の変化による影響を腰椎や骨盤に及ぼしてきます。内分泌性の変化によるものは、筋肉や靭帯、結合組織などの緊張を緩めること

で、妊娠に対しては骨盤の容積を広げ、また出産に際しては胎児の頭が通りやすくなるように産道を広がりやすくするなど、自然の道理にかなったものなのです。当然、出産に際しては仙腸関節の靭帯部分も緩みますが、普通は出産後に自然と緩みは消失するものです。しかし、関節の靭帯結合部分が小さい損傷をおこしたり不適合の状態のままですと、なかなか緩みは消失せずに腰痛症状が現れるのです。今回のこの腰痛は正に出産後遺症の様相を呈しています。鍼灸治療をすることによって、体の持っている自然治癒力で関節の損傷を癒し、緩んでいる筋肉や靭帯、結合組織などに正常の働きを呼び戻し、症状をゆっくりと緩解させてゆきます。

日常生活で気をつけることは、赤ちゃんは坐ってだっこするように。そして布団のように重いものは持たないようにして、家事の仕事を減らし、痛みを出さない生活を心がけることです。

治療・経過 鍼灸治療は仙腸関節部の循環改善と愁訴の軽減を対象として以下のように行った。

第1回 治療体位は症例が一番楽な姿勢である左下側臥位で行った。治療穴は著明に圧痛の検出された膀胱俞に、ステンレス鍼1寸6分-4号(50mm-20号)を用いて直刺で約3cm刺入し10分間の置鍼。抜鍼後灸点紙を用い半米粒大3壮づつ施灸した。同部位に皮内鍼を固定(図3)。

第2回(2日目)症状に変化はない。置鍼時間を15分とする。

ニュートン・テスト強陽性。

第3回(4日目)症状に変化はない。前屈痛指床間距離34cm(初回40cm)。刺鍼方向をやや斜め上方へ向け、刺入深度を約4cmに変更する。

ニュートン・テスト強陽性。

第4回(5日目)症状の改善が得られないため再度圧痛を検出した。下位腰椎部や殿部には膀胱俞の著明な圧痛のみを検出。上位腰椎部の患側三焦俞と腎俞に、筋肉由来と思われる圧痛を検出した。そこで次のように治療穴を変更した。外大腸、内関元、内次膠、上胞盲、三焦俞、腎俞を使用し、2寸-5号(60mm-24号)鍼を用い、外大腸はL₅椎関の方向へ、内関元は外大腸の方向へ、内次膠は40°上方へ向け、上胞盲は上殿の方向へ向け、それぞれ4,5cm刺入し斜刺法で10分の置鍼。1寸6分-4号(50mm-20号)鍼を用い、三焦俞は盲門の方向へ、腎俞は志室の方向へ

向け斜刺法で単刺法を行う(図5)。抜鍼後、各穴へ初回と同様に灸点紙を用い施灸。患側の至陰にも灸点紙を用い半米粒大5壮の施灸。皮内鍼を中止した。

ニュートン・テスト強陽性。

第5回(6日目)靴下の着脱痛が軽減した。当院へ来院時の下り坂での疼痛の愁訴がやや軽減。前屈痛指床間距離22cm(第3回34cm)。ニュートン・テストは陽性となる(前回強陽性)。

ペインスケールは10/20(初回15/20)。

第8回(10日目)靴下の着脱痛はない。前屈痛は陰性化した。坐位での患側膝関節の伸展および股関節の内旋で仙骨部の右側に疼痛の誘発はない。ニュートン・テストは陽性。

敷布団の薄いのを1枚敷いて寝ているとのことなので、薄めの布団をもう1枚重ねて敷くようにアドバイスした。

第9回(11日目)前回のアドバイスどおり布団を1枚多く敷いたところ、仰臥位で眠れるようになった。咳やくしゃみではひびかなくなった。下腿外側のシビレ感は消失している。患側小趾は時々シビレを感じるが、発症以前と同じ位である。ニュートン・テストは軽度に陽性となる。腸骨押し開きテスト(注1)は陽性。Gaenslenテスト(注2)は陰性。仰臥位で、膝窩に約20cmの高さの枕を置いた姿勢で両側の三陰交に1寸-1号鍼(30mm-16号)を5mm弾入し、10分間の置鍼を加える。抜鍼後、同部位および中脘と関元に竹筒製棒灸で3~5回ずつ知熱を加える。全体に鍼の深度を約1cmほど浅くする。

第11回(13日目)下り坂で軽度に愁訴を感じることはあるが、楽になった。普通で歩行ができる。大幅な歩行は可能だが股関節がはずれそうな感じをうける。

ニュートン・テストは軽度に陽性。腸骨押し開きテストは陽性。

第12回(15日目)日常の生活で愁訴の誘発はない。ニュートン・テストを強度に行なったところ、グズツという感触を手掌に感じたが、疼痛の誘発はなく陰性。腸骨押し開きテストは軽度に陽性。

ペインスケールは1/20。

症状が改善されてきたため次回からの治療間隔を空けることにする。

第14回(28日目)日常の生活で愁訴の誘発はない。腸骨押し開きテストは

陰性化した。年内は予防のため週1回の治療を継続する。

第18回(58日目) 日常の生活で愁訴の誘発はない。

患側膀胱脛の圧痛は健側に比較すると軽度に残存している。

触覚障害は患側小趾に軽度の鈍麻が認められる。

症状緩解とみて今回で治療を終了とした。

その後、平成5年2月13日の午前中に、中腰の姿勢で急性腰痛(左L₅椎間関節性腰痛)を発症。直ちに当院へ来院し治療を加えた。その結果、日曜日をはさんだ翌日の15日には、ほぼ症状の緩解をみたので腰痛の治療を終了した。

症例によると「現在まで仙骨部の右に疼痛の再燃はない」とのことであった。2月13日の検査では、ニュートン・テストおよび腸骨押し開きテストは陰性、右膀胱脛は左に比較するとやや圧痛を感じるという程度であった。

考 察 本症例の疼痛域およびニュートンテストが強陽性であること、ならびに膀胱脛の著明な圧痛などから、病態を仙腸関節部に由来するものと推察した。そして、症例の妊娠7か月ごろの腰痛および産後の腰痛などとの因果関係により、仙腸関節弛緩症(骨盤輪不安定症)^{2) 4) 5) 8) 12) 13)}と推測し治療にあたった。

一般に仙腸関節疾患は鍼灸臨床の場で遭遇する機会はそう多くないと推測されるが、本症例における仙腸関節弛緩症と鑑別すべき疾患について以下に述べてみる。

仙腸関節疾患としては強直性脊椎炎^{3) 7) 12) 13)}、硬化性腸骨骨炎^{2) 8) 12)}、変形性仙腸関節症^{3) 7)}などがある。初期の強直性脊椎炎との鑑別としては、出端氏の報告¹⁰⁾を引用すると、「多発性の筋肉痛や関節痛の訴えがない、疲労感や発熱や食欲不振といった全身症状も観察されない」また女性の発症は少ない^{3) 7)}、などのことからこの疾患は除外し得ると思われる。硬化性腸骨骨炎は女性に多く、妊娠によって発症することが多い^{2) 8)}とされていることから、この疾患との鑑別は重要である。しかし症例は慢性の腰痛はなく、また急性の腰痛の発症時には両側の殿部から両下肢への放散する疼痛を訴える²⁾とされているがそれもない。また両下肢の緊張痛²⁾もみられない。そこでやはり、本症例が出産直後

の発症であること、および片側の限局された仙腸関節部の疼痛であることが硬化性腸骨骨炎との鑑別の重要なポイントであろう。

変形性仙腸関節症は当然のことながら、年齢からみても除外は可能であろう。

また、結核性および化膿性仙腸関節炎については出端氏の報告¹⁰⁾によると「膿瘍形成、発熱、局所の熱感、腫脹などの症状の相違」で本疾患との鑑別は容易である。

さて次に、初診の診察において、腰椎の前屈により疼痛の誘発を認めたことや、右下腿外側と小趾に軽度のシビレ感を訴えることなどから、本疾患以外の脊椎に由来する、併存疾患との可能性^{1) 12)}について述べる。

本症例の疼痛部位および発生頻度からみると、椎間関節性腰痛および、筋・筋膜性腰痛との併存をまず疑うことができる。もし仮に併存疾患が椎間関節性腰痛であるとするならば、疼痛性運動制限は前屈、側屈、後屈により出現することを日常の臨床において多く経験している。仙腸関節弛緩症でもやはり腰仙部の前屈制限がみられ、また、歩行開始時などにも腰仙部痛がおこるといわれている^{6) 7)}。本症例にとって特徴的なことは、初診時の圧痛は膀胱脛に著明に検出されたのみで椎間関節性腰痛であれば当然出現するであろうL₄椎間、もしくはL₅椎間、上脛脛などの圧痛が認められなかったことである。このことから椎間関節性腰痛の関与はそう多くないものと推測した。W.H.Kirkaldy-Willisによると、椎間関節症候群と仙腸関節症候群の併存病態は多い⁹⁾ともいわれ、また仙腸関節部の疼痛は椎間関節部からの関連痛であるとの文献^{3) 11)}もあることなどから、本併存疾患として椎間関節性腰痛との関与を否定することなく注意深く臨床に臨んだ。

また、筋・筋膜性腰痛が併存疾患である可能性だが、疼痛部位である膀胱脛以外の仙骨上の押圧で、膀胱脛に疼痛の誘発を認めることからこの疑いはまず少ない。

次に右下腿外側と小趾に軽度のシビレ感を訴えることについて、この下肢症状の原因が、梨状筋症候群によるものか、根症状なのか、または仙腸関節弛緩症に関連する症状なのかは問題である。

梨状筋症候群としては初診時、仰臥位不能のためK・ボンネットテス

トを諦め、梨状筋部の圧痛を検索したにもかかわらず検出できなかったことから、下肢症状の併存疾患の原因であることは除外できよう。また仙腸関節の右側の疼痛とは疼痛部位の違いでこれも除外は可能である。症例は椎間板ヘルニアの既往と、その後2回の右腰・下肢痛を患っており、下腿の症状が今回の仙腸関節弛緩症の発症と併存する可能性も少なくないものと思われる。初診時の所見によると触覚障害は患側小趾S₁領域に軽度の鈍麻が認められたことは、過去の椎間板ヘルニアの後遺症である可能性は否定できない。しかし、坐位で患側膝関節の伸展を行い、最大角度(約90°)で仙腸関節の右側に疼痛の誘発をみたことは、緊張兆候¹²⁾とも受けとれる現象ではある。しかし仙腸関節症候群における関連痛¹²⁾は、下腿外側や足関節にまで及ぶともいわれている¹²⁾ことなどから、いずれにしても下腿の症状が根症状によるものか、または仙腸関節障害に関連したものなのかを確定することは、経過をみるかぎり困難なように思われる。

次に鍼灸治療について述べてみると、初回から第3回までは症状に変化がみられず、第4回目から解剖学的見地により経穴の選択をし、刺入方法を工夫した。そのせいかどうかは不明だが、急速に症状の改善を得ることができた。ほぼ12回目(15日目)で日常生活にも愁訴の誘発はなくなり初診時のペインスケールは15/20から1/20となった。この日ニュートン・テストを強度に試みた時、手掌にグズツという感触を感じたことは、成書に記載をみる仙腸関節部の動き^{3) 5)}を手が触知したものと推測される。

テスト法は初診時からニュートン・テスト^{4) 5) 8) 12) 13)}で経過を観察し、腸骨押し開きテスト^{4) 5) 12)}およびGaenslenテスト^{5) 8) 12) 13)}を仰臥位が可能になった第9回目から試みた。Gaenslenテストは最初から陰性であったが、腸骨押し開きテストは、最初から陽性で、ニュートン・テストの軽度陽性よりも感度は高く、ニュートン・テストが15日間で陰性化をみたことに対し、腸骨押し開きテスト28日間を要している。本症例の仙腸関節弛緩症におけるテスト法として、ニュートン・テストおよび腸骨押し開きテストは、症例の経過観察に有効な検査法であることが肯定できる結果のように思われる。

(注1) 腸骨押し開きテスト 仰臥位で両側の腸骨を左右に押し開くようにして仙腸関節に疼痛を誘発する。

(注2) Gaenslenテスト 患者に健側の膝をかかえこませ、骨盤を固定する。検者は患側の下肢を過伸展させる。この手技により疼痛が誘発されれば、仙腸関節の病変が示唆される。

経穴の位置

膀胱俞	上後腸骨棘の下端より約1cmの高さで、上後腸骨棘の内下縁部 ¹⁰⁾
外大腸	大腸俞の外方で腸骨稜の頂点
内関元	十七椎の横1cm
十七椎	第5腰椎棘突起の下端 ¹⁰⁾
内次髎	次髎の高さで背1行線から1cm外方
L ₄ 椎関	陽関の外方2cm
L ₅ 椎関	十七椎の外方2cm
上胞背	上後腸骨棘外下縁で大殿筋上縁側
上殿	腸骨稜上縁中央から約3横指下方
梨状	上後腸骨棘の外下縁と大転子の内を結んだ線の中央およびこの点から直角に3~4cm下方までの細長い領域の圧痛

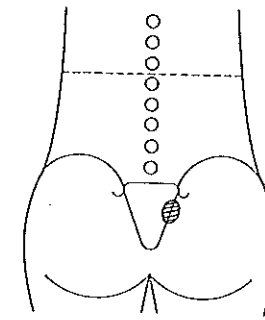


図1 ●疼痛部位



図2 右下腿と小趾のシビレ感

参考文献

- 1) 出端昭男：「診察法と治療法」, 2 坐骨神経痛, P 64~65日本社, 1985.
- 2) 高橋長雄：腰痛・腰下肢痛, 「腰痛・腰下肢痛の保存療法」, P 23~24, 南江堂, 1991.
- 3) 森田正朗：「婦人の腰痛」, P 124 ~132, 金原出版, 1974.
- 4) 水野祥太郎：仙腸関節のくじきいたみ, 「腰痛」, P 26~32, 医歯薬出版, 1981.
- 5) 渡辺 良：仙腸関節捻挫, 「腰椎・仙椎」, P 195 ~200, メジカルビュー社, 1986.
- 6) 茂平木三男他：圧迫骨折とその治療, 「脊椎・脊髄」, P 264, メジカルビュー社, 1985.
- 7) 三浦幸雄：仙腸関節炎, 「今日の整形外科治療指針」, P 350 ~351, 医学書院, 1987.
- 8) 伊丹康人：「腰痛診療マニュアル」, P 156 ~172, 金原出版, 1988.
- 9) W.H.Kirkaldy-Willis, 辻 陽雄訳：「腰痛のマネジメント」, P 350 ~351, 医学書院, 1990.
- 10) 出端昭男：仙腸関節障害「東鍼会報」, No137, P 16~18 (社) 東京都鍼灸師会, 1993.
- 11) Ian Macnab, 鈴木信治訳：「腰痛」, P 65~80, 医歯薬出版, 1986.
- 12) W.H.Kirkaldy-Willis, 辻 陽雄訳：「腰痛のマネジメント」 P 111 ~210, 医学書院, 1990.
- 13) 立松昌隆：「腰痛の診断と治療」, P 93~95, 南江堂, 1983.

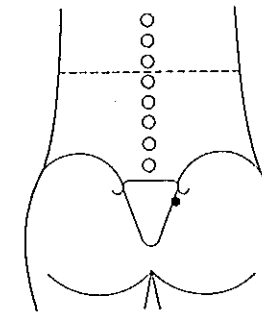


図3 圧痛部位と治療点

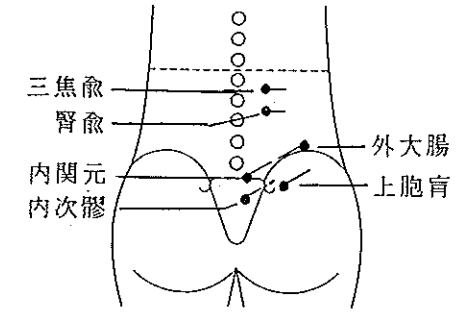


図5 変更後の治療点

表1 初診時の診察所見坐骨神経痛 H5年11月6日

1 側彎	⊕ (N) ⊖	9 触覚障害	左 右 全	L5/S1 仙腸関節の屈曲90°で 仙骨の右側に疼痛の 言及。
2 前彎	(正) 増減逆	10 S L R	左 - +	
3 階段変形	⊖ + L		右 - +	
4 前屈痛	- ⊕ 40	11 Kボンネット	左 右	
5 左側屈痛	⊖ +	15 ニュートン	- ++	
	左 右	17 圧痛	同側側計	
右側屈痛	⊖ +		左 右	
6 後屈痛	⊖ +			
8 A T R	左 + 右 +			
7 PTR ++ 12 股内旋 ± 13 股外旋 - 14 大腿動脈 16 FNS				

Pain Scale

NO. *S26*
Record NO.
H5年11月20日

◎ あなたの痛みの感じを下の線の上に×印でつけてください

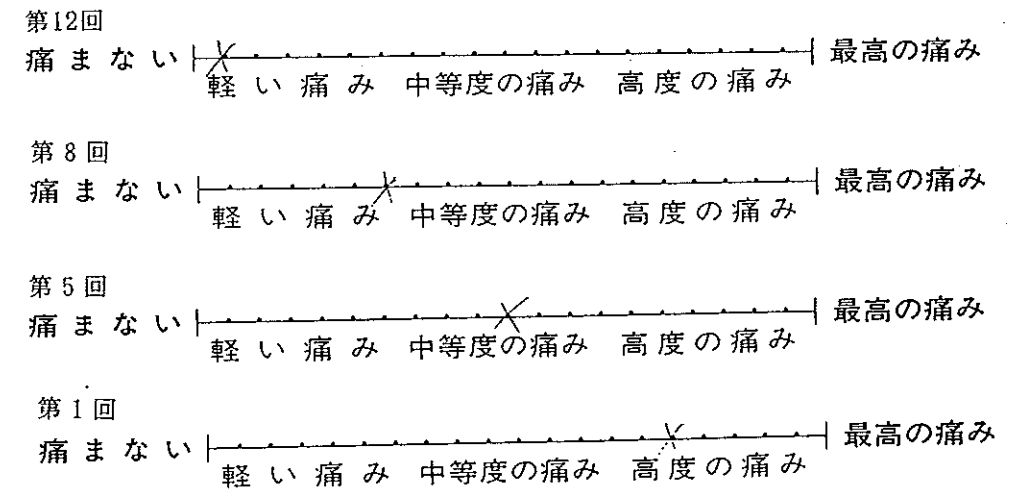


図4 ペインスケール (仰臥位時の疼痛)