

平成6年4月28日

腰椎椎間板ヘルニア

症例報告

小松 秀人

症 例 K T 32歳 男 理容師

初 診 昭和58年8月8日

主 訴 腰痛

現病歴 昭和58年8月8日に腰痛を訴え来院した。2回(7日間)の治療により症状は緩解した。その後、患者は腰痛の予防を目的に鍼灸治療を継続するようになったが、平成4年4月ころから腰痛が頻繁に現れるようになってきた。

平成5年7月13日の朝、床から起き上がろうとしたとき腰部から右下肢と右母趾に疼痛が出現した。4回(13日間)の治療で症状の軽快をみた。鍼灸治療は、その後も継続していたが腰下肢痛とくに右前脛骨筋部から母趾の疼痛としびれ感が残存していた。しかし日常の生活が障害になるほどではなかった。

今回は平成5年9月17日、中腰の姿勢で立っていると徐々に腰部と右下肢の痛みと右母趾のしびれ感が現れてきた。痛みは時間の経過とともに強くなり、動くことができなくなってきたため妻の運転でS総合病院の整形外科を受診した。MRIの結果「L₄-L₅の腰椎椎間板ヘルニア」と診断の説明を受け、飲み薬と湿布薬を投与された。当院を訪れたのは今回の腰下肢痛が発症してから3日後であった。

現在、腰痛と右大腿外側から前脛骨筋部の疼痛と右母趾と示趾のしびれ感が強く現れ(図1)、右足をひきづりながら来院した。自発痛と夜間痛があり、靴下の着脱、寝返り、起き上がり、咳・クシャミにより疼痛の増悪が認められる。さらに右前脛骨筋部から母趾と示趾にかけての範囲が冷たい感じがすることも訴えていた。仕事は今回の痛みが現れてから休んでいた。アルコールは飲まない。スポーツはしていない。

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 腰椎の側彎は右側凸で前彎は減少。階段変形は認められない。腰椎の前屈痛は陽性で、下位腰部から右殿部、右下肢に疼痛が増悪される。前屈指床間距離48.5cm。側屈痛は左右ともに陽性で左側屈指床間距離40cm、右側屈指床間距離37cm。後屈痛は陽性で激しい疼痛の増悪が認められた。膝蓋腱反射、アキレス腱反射は正常。触覚障害は右L₅領域に鈍麻が認められた(図2)。下肢伸展挙上テストは右陽性で挙上角度30度。右拇趾背屈筋の筋力が左にくらべ低下していることが認められた。大腿動脈の拍動は正常。Kボンネット、股関節内旋・外旋テスト、大腿神経伸展テスト、ニュートン・テストは痛みのためすべて検査不能(表1)。圧痛は腎俞、志室、L₃椎関、L₄椎関、L₅椎関、右の上胞盲、上殿、梨状、殿門、委中、承筋、風市、豊隆に検出された(図3)。(平成5年9月30日に来院時の所見)

要 約 疼痛部位が腰殿部から右下肢外側に現れ、右足背部の触覚鈍麻と拇趾背屈筋の筋力低下が認められ、下肢伸展挙上テストの陽性所見などから腰椎椎間板ヘルニアを推測した¹⁾²⁾。

対 応 やはり腰椎の椎間板ヘルニアだと思いますよ。しかしヘルニアは80~90%が保存療法で症状が改善されるといわれております。そこで大事なことは、徹底した安静を保ち、横になっられることが、どれだけできるかが問題となります。今のあなたの状態では約30日間、仕事も休み安静にしていることが必要でしょう。それが実行できれば、鍼治療の効果も期待できるでしょう。もし、それがまもられないようでしたら、この際きっぱりと入院をして、安静を確保する方法を選択した方がいいと思います。

治療および経過 鍼治療は病巣部の循環改善と疼痛の軽減を目的に以下の治療点を取穴した。両側のL₃椎関、L₄椎関、L₅椎関、腎俞、志室、右の上胞盲、梨状、上殿、殿門、委中、承筋、豊隆、風市を使用した(図3)。使用鍼は1寸6分-3号(50mm-20号)を用いて10分間の置鍼で、刺鍼の深さは直刺で約3.5cm。治療体位は、疼痛が強く、伏臥位をとることができなかったため、

右側上の横臥位で、膝関節を屈曲位にさせた体位で治療を行なった。鍼灸後、腰下肢の疼痛部位に超音波を10分間加えた。

第2回(2日目) 自発痛と夜間痛に変化は認められず、腰下肢痛が増悪した。S総合病院の整形外科を受診したところ、入院を強く勧められた。治療は前回と同様。

その後、自宅で横になり極力休むようにしていたが、仕事が忙しいときなどは手伝うことがたびたびあり、完全に安静を保つことはできなかった。

第2回治療の10日後の朝、洗顔動作の姿勢をとった瞬間に激痛が現れ、その場から動くことができなくなり入院することになった。入院中は牽引療法と点滴、内服薬を投与され約1カ月間で退院し症状は軽減した。

第3回(77日目) 腰下肢は日常の生活に支障はないまでに改善されたが、まだ軽い痛みはあり、右脛骨筋部と拇趾のしびれ感は残存している。退院後は完全に仕事を休み安静にしていた。1週間前からコルセットをつけ少しずつ仕事を始めた。

腰椎の側彎と前彎は正常。腰椎の運動痛は前屈、側屈、後屈により痛みの誘発は認められない。膝蓋腱反射、アキレス腱反射とともに正常。触覚障害は右足背のL₅領域に鈍麻が認められた。右下肢伸展挙上テストは陰性。大腿神経伸展テストは陰性。右拇趾背屈筋力は左に比べやや弱い。

治療は前回と同様。

第7回(98日目) 腰部全体が重だるく疲労感はあるが痛みはない。右前脛骨筋部から拇趾のしびれ感は訴えている。右拇趾の背屈筋力はほぼ左右差はなくなったが触覚障害は認められる。その後も治療は継続しているが特別な変化はない。仕事は徐々にもののペースにもどりつつある。

考 察 本症例は疼痛部位が腰部から腰下肢へ移行し、その原因が椎間板ヘルニアによる根症状へ病態が変化していったと推測される症例報告である。

ここでもう一度、症例の経過を振り返り、今回の臨床症状の変化と病態について考察してみることにする。まず患者の最初の訴

えは腰痛だけで、疼痛部位は下位腰椎周辺に限局しており、数回の鍼灸治療で症状は緩解していた。しかし、徐々に腰の痛みが繰り返し現れるようになり、痛みも以前より強くなりはじめ、しだいに下肢症状が出現してきた。その臨床所見は腰下肢の疼痛としびれ感を訴え、疼痛による腰椎の運動制限と前彎減少の形成。知覚障害と筋力低下の神経脱落症状が認められ、さらに下肢伸展挙上テストが30度で陽性であったことから、症例の病態は腰椎椎間板ヘルニアを推測した¹⁾²⁾。

椎間板ヘルニアの発症時の主症状について山本は「ヘルニアは腰痛が先行することが多く、腰痛のみの発作を幾度か繰り返しているあいだに下肢に症状が出てくる」³⁾と述べ、下肢症状が出現する以前の腰痛について、中野は「椎間板ヘルニアの大半は椎間板膨隆による腰痛の繰り返しが先行する」⁴⁾と報告をしている。

本症例は腰痛が現れてから約10年の経過をへて下肢症状が出現している。最初に腰痛を訴えていた当時の腰痛の病態は、腰椎のもっとも初期の退行変性としてはじまり、とくに椎間関節の障害と椎間板の変化が相互的に作用しあい⁵⁾、椎間関節と椎間関節包、傍脊椎筋に分布している腰神経後枝内側枝の刺激により現れる腰痛⁶⁾⁷⁾、いわゆる椎間関節症候群と推察される。

その後(平成4年4月以降)、腰痛が頻繁に現れるようになり、痛みの程度も強くなりはじめた。しかし、この時点ではまだ下肢症状を欠き、下肢伸展挙上テストも陰性であったことから、痛みの発生は神経根以外での疼痛の発現であったと思われる。つまり腰痛の繰り返しは、椎間板膨隆により椎間板周囲に分布する脊椎洞神経を刺激することにより発生した痛みで⁸⁾、ヘルニア以外の椎間板障害による疼痛、または椎間板性疼痛と思われる⁹⁾¹⁰⁾。

ところが症例の症状は、平成5年7月13日以降になると、腰痛と下肢への放散痛が現れはじめ、知覚障害と筋力低下、下肢伸展挙上テストの陽性所見などから、疼痛の発生原因はヘルニアによる神経根の刺激へ移行したものと本症例の病態を推察した¹⁾²⁾。

次に、今回の病態と思われる腰椎椎間板ヘルニアの責任高位についてであるが、疼痛域は下位腰部から右殿部、大腿および下腿外側面に現れ、足趾背側部の知覚鈍麻と長拇趾伸筋の筋力低下な

どの臨床所見から、症状出現の責任高位はL₄-L₅間のヘルニアと推測される¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾。

最後に本症例に対して行った治療について考えてみることにする。症例の臨床症状には神経麻痺、膀胱直腸障害、馬尾症状など手術適応の症状は認められず、下肢症状が現れてからまもなくであったということで、本症例は一応、保存療法が適応と考えた。腰椎椎間板ヘルニアの治療の原則は保存的治療といわれている¹⁴⁾¹⁵⁾。本疾患は、症状の経過によって急性期と慢性期に分けられる¹⁶⁾。症例は腰下肢痛が発症してから2カ月後に強い疼痛による腰椎の運動制限と防護的姿勢が現れ、日常生活にも支障をきたした経過からみて急性期の時期と推測した¹⁶⁾。急性期の保存療法で最も重要な治療は「安静臥床」である¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾。筆者は平成3年10月の症例検討会にも腰椎椎間板ヘルニアの症例を報告した。そのときに「安静臥床」の指導をせず、ほとんど行われなかったことの問題点を指摘された。

今回は対応のところでも述べたように、自宅で徹底した安静を指導した。さらに、それが実行できないようであったら入院することも勧めた。それは患者のおかれている職業的、社会的環境を考慮し、自宅で1カ月間の安静を保つことが実際に可能かという問題点と、だらだらとした保存療法がはたして本人のためになるかどうかということである。つまりこの際、鍼灸治療も一時中断をして入院をすることによって、徹底した安静臥床を確保すべきではないかと判断したからであった。

結果的には1カ月間の入院により、普通の生活をおくれるまでに症状は改善され社会復帰をはたし、退院後も脱落せず鍼灸治療を継続していることからみて、おおむね妥当な処置であったように考察した。

経穴の位置

- ・ L₃椎関：L₃-L₄椎間関節部
- ・ L₄椎関：L₄-L₅椎間関節部
- ・ L₅椎関：L₅-S 椎間関節部
- ・ 上胞背：上後腸骨棘の外下縁
- ・ 上殿：腸骨稜の最高位点を下方に3~4横指下がった圧痛点
- ・ 梨状：上胞背と大転子内上縁を結んだ線の中央

参考文献

- 1) 白井 康正：腰痛、坐骨神経痛の発生機序、「腰痛・坐骨神経痛の診療」、Orthopaedics NO15、P5、金原出版、1989。
- 2) 高橋 長雄：腰痛・腰下肢痛を起こす疾患、「腰痛・腰下肢痛の保存療法」、P19~20、南江堂、1991。
- 3) 山本 利美雄 他：腰部椎間板ヘルニア、「腰椎・仙椎」、P125、メジカルビュー社、1988。
- 4) 中野 昇：「腰痛の臨床」、P27~P30、南江堂、1985。
- 5) 辻 陽雄：腰痛の病理と病因、「腰痛のマネジメント」、P47、医学書院、1990。
- 6) 漆谷 英禮：腰痛患者の診かた、「腰痛を見分ける」JIM NO7、P650、医学書院、1991。
- 7) 土方 貞久：椎間板ヘルニア、「腰痛」、P137~139、メジカルビュー社、1989。
- 8) 森 健躬：椎間板ヘルニア、「腰診療マニュアル」、P72、医歯薬出版、1989。
- 9) 山本 眞：腰痛のしくみ、「腰痛」、P10、医歯薬出版、1977。
- 10) 大村 文敏 他：椎間板ヘルニア、「骨・関節・靭帯」NO2、P166、国際医書出版、1991。
- 11) 河端 正也：腰椎椎間板ヘルニア、「腰痛のすべて」NO14、P1117、医歯薬出版、1988。
- 12) 土方 貞久：椎間板ヘルニア、「腰痛」、P139、メジカルビュー社、1989。
- 13) 森 健躬：椎間板ヘルニア、「腰診療マニュアル」、P75~77、医歯薬出版、1989。
- 14) 河端 正也：腰椎椎間板ヘルニア、「腰痛のすべて」NO14、P1118、医歯薬出版、1988。
- 15) 山本 利美雄：腰部椎間板ヘルニア、「腰椎・仙椎」、P137、メジカルビュー社、1988。
- 16) 森 健躬：椎間板ヘルニア、「腰診療マニュアル」、P91、医歯薬出版、1989。

P 9 1、医歯薬出版、1989。

17) 広藤 栄一：下肢症状を呈する腰痛、「腰痛を見分ける」

JIM NO7、P660、医学書院、1991。

18) 片岡 治：腰椎椎間板ヘルニア、「腰痛治療のこつ」、

P159、南江堂、1990。

19) 小林 千秋 他：腰椎椎間板ヘルニアの保存的療法とその

限界、「腰痛・坐骨神経痛の診療」Orthopaedics

NO15、P45~46、金原出版、1989。

表 1 診察所見

坐骨神経痛

5年9月20日

1 側 彎	♀ N ㊟	9 触覚障害	左 右 不全
2 前 彎	正 増 減 逆	10 S L R	左 - +
3 階段変形	⊖ + L		右 - ⊕30
4 前屈痛	- ⊕ 48.5	11 Kボンネット	左 右 不
5 左側屈痛	- ⊕ 40	15 ニュートン	- 不 +
	左 右 ㊟		
5 右側屈痛	- ⊕ 37	17 圧痛	
	左 右 ㊟		
6 後屈痛	- ⊕		
8 A T R	左 + 右 +		
7 PTR + 12 股内旋 不 13 股外旋 不 14 大腿動脈 — 16 FNS 不			

(医道の日本社)

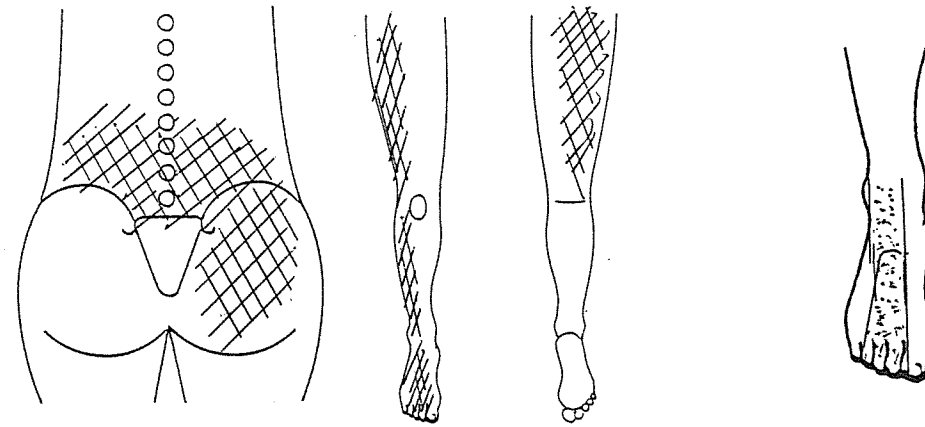


図 1 疼痛部位

図 2 触覚障害の部位

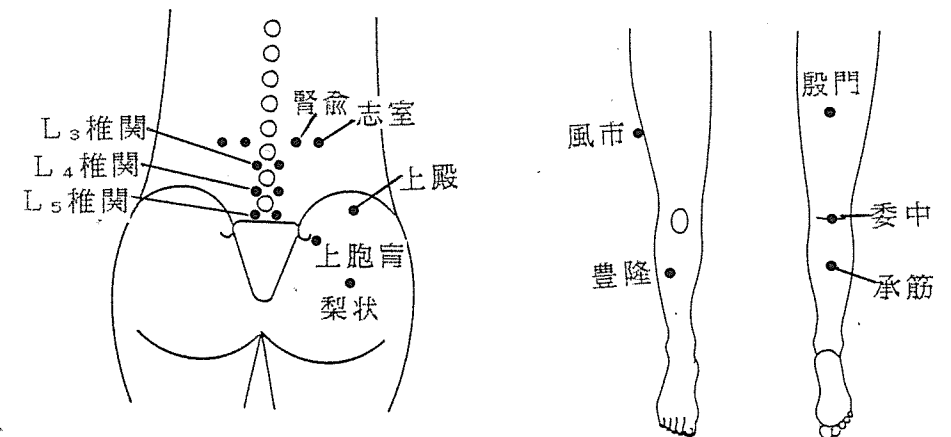


図 3 圧痛点と治療穴