

神経性間欠性跛行

症例報告

平成7年5月25日
小出 良子

症例 HO 68才 男 講師(元内科医)
初診 平成7年2月3日
主訴 直立および歩行で左下肢が痛む

現病歴 3年前、海外出張先で突然左腰殿部から下肢にかけ激痛におそわれた。

その場で動けなくなり急きよ車椅子で帰国する。ただちに知り合いの開業整形外科医およびS大学病院整形外科の2カ所で単純レントゲン・MRI検査を受ける。その結果、医師からは「たいしたことはない」と鎮静剤の服用と1カ月間の安静を指示され症状の緩解をみた。しかし左下腿前側から母趾にかけてのシビレ感と鈍麻は緩解することなく、現在もなお残存している。

今回は2週間前、残存していたシビレ感がやや増悪しはじめ、同時に左下位腰椎付近に軽度の痛みを感じるようになった。しかしとくに気にとめることなく4日前温泉へ行く。露天風呂にゆっくりと浸かった3時間後、突然大腿外側から下腿内・前外側、母趾にかけピンとシビレるような激痛が走り、まっすぐに立つことができなくなった。3年前と同じ2カ所の医療機関を受診したが、ヘルニアはなく診断は前回と同様であった。

原因としては3カ月前に船医として1カ月間乗船し、船の中で不安定な姿勢をとり続けたことが考えられる。

現在もっともつらい症状は、やや前屈姿勢で100m歩行すると左殿部から大腿外側、下腿内・前外側、母趾という順序で一定方向にピンというシビレを伴った激痛が拡大し(Sensory March)歩行ができなくなること。

しかし、この激痛は深い前屈姿勢をとって休憩すると速やかに消失し、5分後に再び歩行できるようになる。また直立位をとった瞬間、同部位に激痛が走る。自発痛はない。夜間痛はないが寝返りするたびに激痛が走り眠れない。腰痛はなく靴下の着脱痛もない。咳・クシャミによる誘発はある。

膀胱・直腸障害および会陰部の異常感覚はない。下肢の冷感・脱力感もない。

仕事は長時間立位で講義することが多く、現在は休んでいる。鍼灸治療の経験はなく、本来は治療を受けたくないが知人に無理矢理に連れてこられた。

アルコールは少々、タバコは1日10本、スポーツはまったくしない。

既往歴 30代から7年ごとに喀血。1年前に心筋梗塞で1カ月入院。

家族歴 父親が原発性の脊椎癌。

診察所見 身長165cm、体重65kg、やや前屈姿勢で腰椎は右側凸。前弯は減少。階段変形は認められない。前屈痛、側屈痛は陰性。後屈痛は陽性、ケンブ徴候も左陽性でともに左殿部から大腿外側、下腿内・前外側、母趾にかけ愁訴の誘発がある。棘突起の叩打痛は認められない。膝蓋腱反射は左減弱、右正常。アキレス腱反射は左減弱、右正常。触覚障害は左下腿前側と足背から母趾にかけ鈍麻。母趾の底背屈テスト左減弱、右正常。筋萎縮は認められない。

足背動脈の拍動は左右正常。なお後屈保持テスト、大腿動脈拍動、下肢伸展挙上テスト、Kボンネット・テストなどは愁訴の誘発のため検査不能。

圧痛は左L3椎間、L4椎間、関元俞に著明に検出され、その他大腸俞、外大腸、上胞背、殿圧、足三里、陽陵泉に検出された。

要約 本症例は長期にわたる不安定な姿勢が原因で、突然激痛が片側の殿部から下肢にかけ発症した。その症状は、前屈位の休息で愁訴の緩解をみるという特徴的な間欠跛行を呈するところから、腰部脊柱管狭窄症に由来する神経性間欠性跛行であると推測した¹⁾。大腿動脈の拍動は未確認なものの、前記の症状とSensory Marchが認められることにより、血管性間欠跛行は考えにくい^{2) 3)}。

また会陰部の異常感覚および膀胱・直腸障害も認められないので神経根型の間欠跛行と推定した³⁾。この神経根型は腰部脊柱管狭窄症において鍼灸治療が最も適応するといわれ^{2) 5)}、早期に愁訴の改善が期待できるものとして治療に臨むことにした。

対応 脊柱管狭窄症と思われます。腰椎のL₃₋₄、L₄₋₅椎間関節の腫脹が血管や神経根を圧迫して炎症を起こし痛みがでていっているのです。

前屈位で休むと痛みが楽になるという特徴的な症状をしめしていますが、幸いにもOさんの場合には痛みとシビレだけの神経根型の間欠跛行ですので、鍼灸治療の適応症になります。したがって激痛は比較的早い時期に緩解する

と思いますが、しびれや鈍麻はそのまま残るかもしれません。仕事の関係上1週間で治して欲しいとのことですが、ご期待にそえるよう頑張ってみます。

痛みがすこしでも軽減するまで毎日連続して治療させていただきます。家では安静にしてアルコール、入浴は控えてください。

治療後に歩行距離が少しずつ延びると思いますので、ご自分でよく観察をしてご報告下さい。

治療・経過 愁訴の軽減を目的に以下のとおり治療をおこなった。

第1回 治療体位は右下側臥位で膝をやや屈曲しておこなう。はじめての鍼灸治療であるため、鍼は痛くないこと、ときにはひびくことを話す。

鍼はすべてステンレス鍼を用いた。L3椎間、L4椎間、上胞背に1寸6分-3番(50mm-20号)直刺で約3cm。足三里、陽陵泉に交叉刺で1cm。

関元兪、殿圧に2寸-5番(60mm-24号)直刺で4cm、ひびかせて抜鍼。

百会に糸状灸3壮。

第2回(2日目)からだの緊張は緩んだがとくに変化はない。杖をついて来院。

関元兪、殿圧に2寸5分-5番(75mm-24号)直刺で6cm刺入、疼痛部位へ強烈にひびく。10分置鍼。腰部のみに糸状灸3壮。他は前回と同様。

第3回(4日目)歩行距離が前回より3~4mのび、前屈姿勢がやや直立位に近づく。関元兪にうまく刺入できず、デイスが鍼2寸-5番(60mm-24号)にかえ大腸兪に直刺で5cm、置鍼時間はすべて15分間とする。

第4回(5日目)直立位での疼痛の再現が軽減されたので、今まで検査不能であった各テストを試みる。大腿動脈拍動は左右ともに正常。下肢伸展拳上テスト陰性。後屈保持テスト30秒陰性。

第5回(7日目)歩行は200mにのびる。昨日1時間の講義は椅子に座っておこなったが、今日は立位でできた。ケンブ徴候陽性。

第6回(10日目)200m以上歩行しても症状の再現はない。ケンブ徴候陽性で愁訴の再現は軽度。後屈保持テスト1分間陰性。下肢のシビレ、触覚鈍麻、筋力低下は残存したまま改善されていない。ペインスケールによる歩行時痛の緩解率は85%。

対応 歩行時の痛みが85%まで緩解すれば、あとは自然治癒の経過をたどると思います。1週間間隔をおきますので、その間症状が再現しましたら電話をいただきましょう。(その後Oさんから連絡はない。無理矢理つれてき

た知人の話によると、Oさんは現在まで症状の再現はないとのこと)

考察 本症例は直立位および歩行時に片側の殿部から下肢にかけ激痛を訴え、しかも特徴的な間欠跛行を呈するところから腰部脊柱管狭窄症に由来する神経根型の神経性間欠性跛行を推測した。

他の間欠跛行との鑑別は、まず前屈位で休息すると症状が速やかに緩解すること、大腿動脈拍動が正常であることなどから血管性は除外できる^{2) 5)}。また腱反射亢進などの錐体路徴候も認められないため脊髄性も否定できる¹⁾。

本症例の病歴をさかのぼると、3年前に出張先で急性発症した腰・下肢痛は、知覚障害を残存させたまま現在に至っている。そして今回の発症状況も前回と同様、急性発症し激しい根性放散痛を訴えている。これらの経過から本症例は、椎間関節の肥大や変形などの脊椎症変化が原因となる変形性狭窄症に、椎間板ヘルニアが合併した合併性狭窄症³⁾とも考えられた。

しかし、本症例の年齢およびSLR陰性、前屈痛陰性などの所見を考慮すると、やはり直接的なヘルニア関与の可能性は少ないと思う。したがって、本症例の病態は加齢に基づく退行性変化により、椎間関節の肥大や変形などが主体となった外側型(神経根型)の狭窄症であると考えられる。

また責任高位は、知覚鈍麻・筋力低下・疼痛領域からL₃₋₄椎間、L₄₋₅椎間が推定され、L₄、L₅の2根の神経根障害と判断できる⁶⁾。通常、神経根型は単一神経根に限局した症状をあらわすが、まれに2根性のこともあり⁴⁾、本症例もこれに該当するものとする。

治療経過は主訴の激痛については、順調な症状の改善をみた。しかしシビレや鈍麻については、神経根由来のものは改善されにくい⁴⁾といわれている通り、改善の兆しはみられなかった。10日間にわたる6回の治療で85%の改善率をみたところから、鍼灸治療は概ね妥当であったと考えている。

経穴の位置

L3椎間：L3棘突起の下縁外方 2~2.5cm

L4椎間：L4棘突起の下縁外方 2~2.5cm

上胞背：上後腸骨棘の外下縁

外大腸：陽関の外方 5cm、腸骨稜の上縁部

殿圧：上後腸骨棘の外縁と大腿骨大転子の内上縁を結んだ中点

参考文献

- 1) 出端昭男：脊柱管狭窄、「診察と治療法 坐骨神経痛」、P54、医道の日本社、1988年。
- 2) 菊地臣一：脊柱管狭窄症、「図説整形外科 腰痛」、P152、メジカルビュー、1993年。
- 3) 藤抜龍治：腰部脊柱管狭窄症、「鍼灸不適應疾患の鑑別と対策」、P207、医道の日本社、1994年。
- 4) 藤抜龍治：腰部脊柱管狭窄症、「鍼灸不適應疾患の鑑別と対策」、P208、医道の日本社、1994年。
- 5) 出端昭男：動脈性閉鎖性疾患、「鍼灸不適應疾患の鑑別と対策」、P228、医道の日本社、1994年。
- 6) 木下晴都：神経疾患、「最新鍼灸治療学」、P84、医道の日本社、1986年。

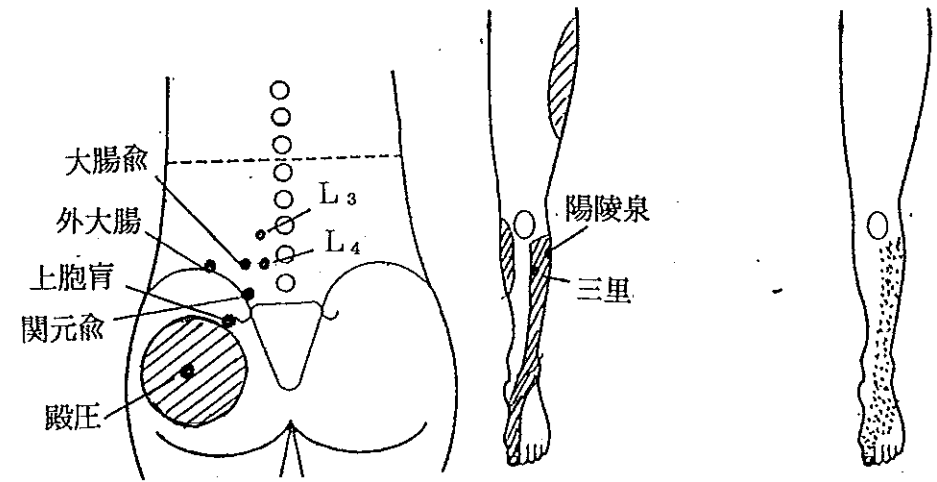


図1 疼痛部位と治療点

図2 触覚鈍麻

表1 初診時の診察所見

坐骨神経痛

7年2月3日

1 側彎	♀ N ③	9 触覚障害	左 右 -	検査不能
2 前彎	正増 ② 逆	10 S L R	左 - +	
3 階段変形	⊖ + L	11 Kボンネット	右 - +	
4 前屈痛	⊖ +	15 ニュートン	左 右	
5 左側屈痛	⊖ + 左 右	17 圧痛 L ₃ 椎関 L ₄ 椎関 関元俞 大腸俞 外大腸 上胞背 殿圧 三里 陽陵泉	- +	
右側屈痛	⊖ + 左 右	ケノン散候陽性で大腿外側・下腿内前外側に症状の再現		
6 後屈痛	- ⊕			
8 ATR	左 ± 右 +	足背動脈(-)		
7 PTR	左(+) 右(+)	12 股内旋 13 股外旋 14 大腿動脈 16 FNS	検査不能	

(医道の日本社)

表2 Pain Scale

