

平成7年6月22日

伏在神経絞扼障害

症例報告

滝上 晴祥

症例 O.S. 65歳 主婦

初診 平成7年5月8日

主訴 左大腿内側部の痛み

現病歴 4月初めに左殿部下肢後側と外側にかけて痛みが出現した。日中も夜間もスジを引っ張られるような痛みが続いた。下肢のシビレはなかった。とくに転倒、打撲等外傷の覚えはないが発症の1か月前より、体重が3kg増量したため週に一回のスイミングを3回にし、いつものメニューに700mの水中歩行をつけ加え、プールへの往復もなるべく徒歩で通うようにしたことがあった。4月26日に近くの個人の整形外科医院で受診し、X線検査の結果、医師より「骨が曲がっている。坐骨神経痛です」といわれ、牽引と電気温湿布の治療を2回受け、鎮痛剤の投与もあり、現在も服薬している。その後、発症の頃よりは少し良くなっているが痛みが続くので以前当院で治療を受けたことを思い出し来院した。

現在、左殿部下肢後側と外側に痛みがあるが、愁訴が増悪するときは大腿の前側と内側、膝の内側にまで波及する(図1)。坐位より立ち上がる時、長時間の立位の後、歩き始めに愁訴の増悪がある。痛みの強いときには膝が曲がらなくなる。今はとくに下肢の外側に強い痛みを感じる。自発痛があり、夜間寝返りで痛みのため目が覚める。歩行時痛があり、15分から1時間の間で間欠性跛行が認められるが愁訴の緩解に休憩時の姿勢は関与しない。靴下の着脱時や咳・クシャミで愁訴の増悪はない。下肢のシビレや他に異常な知覚は感じない。膀胱・直腸障害は認められない。正坐はできる。階段の昇降時にとくに痛みがある。膝折れ、嵌頓症状はない。他の関節痛や朝の関節部のこわばりも認められない。家事に支障はない。スポーツはスイミングを週に一度行っていたが今はなにもしていない。アルコールはビール中瓶1本程度だが今は飲んでいない。他の疾患はない。

既往歴 白内障両眼手術(3か月前)

家族歴 特記すべきものなし。

診察所見 腰椎の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。腰椎の前屈痛、側屈痛、後屈痛はすべて陰性。膝蓋腱反射は正常。アキレス腱反射患側減弱、健側正常。足背、足背内・外側部、大腿前・内・

外側部の触覚障害は認められない。下肢伸展挙上テスト陰性。Kボンネット・テスト陰性だが殿部下より大腿外側にかけて牽引痛がある。大腿動脈、足背動脈の拍動はともに正常。股関節内旋・外旋テスト、大腿神経伸展テスト、ニュートン・テストすべて陰性。股関節の内転・外転で大腿内側部の痛みの増悪がある。爪先歩行、踵歩行は正常(表1)。身長150cm、体重53kg。膝関節の発赤、腫脹、熱感陰性。内反変形・外反変形陰性。内側広筋の萎縮は認められない。大腿周径は患側41.8cm、健側41.8cmで左右差は認められない。膝蓋跳動、膝蓋骨圧迫テストともに陰性。内反・外反試験陰性。ステインマン・テスト、マックマレー・テスト、圧アプレー・引アプレーテストすべて陰性。膝関節の屈曲で大腿内側部の愁訴の増悪があるが、緩やかに屈曲させたり、あるいは速い動作で数度繰り返しても疼痛は同程度の再現をみない。大腿四頭筋力はクワドメーター(DTM20)で患側5.5kg、健側5.5kgで左右差は認められない(表2)。患側の股関節をやや外旋させて歩行をしている。圧痛は左の秩辺、風市、A点、B点、C点、D点に検出され、とくにB点の圧痛は著明であった。鼠径部前内側から膝関節内側のほぼ内転筋群にそって広範囲の筋の緊張が認められた(図2)。大腿内側部に熱感、腫脹は認められない。

要約 本症例はとくに外傷もなく、股関節の内転による大腿内側部の疼痛の誘発、増悪、ハンター管の部位の著明な圧痛が認められることから大腿内側部の絞扼性の末梢神経障害が疑われる。現病歴や診察所見から動脈性、脊髄性、脊柱管狭窄症の関与は少ないとみて鍼灸治療を試みることにした。患者への対応 「あなたのかかった整形外科のお医者さんはあなたの病気を坐骨神経痛といわれましたが、少なくとも今は別の病気のようにです。それは太股の内側のここ、先ほど強く押すととても痛いところがありましたでしょう。この部分は神経や血管が狭い部分を通過するために長く締めつけられたままになっていると血行が悪くなって炎症を起こし痛みがでてきます。スイミングや歩行運動が過ぎたのかもしれませんがね。鍼の治療はこの部分の血行をよくし、締めつけている筋肉やスジをゆるめ、痛みをとっていきます。少し時間がかかりますが治療を重ねるごとに効果がでてくるとおもいます。脚を使いすぎないように安静にしてください。入浴とアルコールはしばらくやめてください。スイミングもわたしがいいというまではしないようにしてください。」

治療・経過 治療は疼痛の軽減を対象に、内転筋群のスパズムの緩解と血行改善を目的に以下のように行った。

第1回 治療体位は患側上側臥位で行った。治療部位は圧痛点を主に左の秩辺、風市、C点に鍼はすべてステンレス針を使用した。風市、A点は1寸6分-3号(50mm-20号)、深さは2cm、斜刺で単刺。秩辺は2寸-3(60mm-20号)、深さは4cm、直刺で15分間の置針を行った。置針の間にコーケントー(黒田製カーボン灯)を腰部、大腿前面、後面、膝前面に7分間ずつ照射した。

第2回(2日目) 前日の治療の後、大腿内側部から膝にかけて痛みが増悪し、夜間痛のため睡眠がよくとれなかった。治療は秩辺を単刺の後、仰臥位でB点、C点、D点、風市、A点に置針をし、その間にコーケントー(黒田製カーボン灯)を大腿外側面、内側面、膝前面に7分間ずつ照射した。治療後、股関節の内転・外転角度の可動域の拡大が認められた。

第5回(6日目) 自発痛陰性。夜間の寝返りで痛みのため目が覚める。下肢外側、後側の痛みは軽減する。大腿内側の痛みは変わらない。階段昇降時に膝に力が入らない。股関節の内転・外転運動で終末時のみ痛みが誘発する。

第7回(11日目) 歩行時痛はあるがそのために休むほどではない。

第9回(23日目) 夜間の寝返りで痛みのため目が覚める。歩行時痛、階段昇降時痛とも陰性だが階段昇降時に膝に力が入らない。

第10回(26日目) 痛みはほとんど感じない。しかし膝が笑うようで力がまだ十分に入らない。治療はB点のみ置針。その間コーケントー照射は前回と同様。

第11回(31日目) 夜間痛みで目が覚めることはない。膝の脱力感はなくなる。その後6月16日に連絡をとりその後の状態を尋ねたところ、スイミングを開始し、クロールと背泳で800mほど休憩をとりながら泳いだがとくに症状の再燃はみないということであった。

考 察 本症例は外傷もなく、大腿内側部から膝内側の疼痛、膝関節屈曲位と股関節の内転による疼痛の誘発、増悪、膝関節の脱力感、ハンター管の部位の著明な圧痛が認められることと治療の経過からも伏在神経の絞扼障害が推測される¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。本症例の疼痛域から、閉鎖神経痛が考えられるが脊椎の運動と下肢伸展挙上テストによって愁訴の増悪はなく、爪先歩行、踵歩行は正常であり、当該領域に知覚障害も認められないため根症状による神経痛は除外し、椎間板ヘルニアの関与も少ないと思われる⁵⁾。本症例の間欠性跛行は大腿動脈、足背動脈の拍動はともに正常であり、下肢腱反射の亢進など錐体路徴候も認められず、休息時の愁訴の緩解に姿勢は関与しない、膀胱・直腸障害も認められないことから動脈性と脊髄性、馬尾神

経型脊柱管狭窄症も除外可能と思われる⁶⁾⁷⁾。本症例の自発痛、夜間痛は激しいものではなく、発症当時よりは軽快の傾向にあり、夜間寝返りや階段の昇降時に愁訴が誘発、増悪すること、他の随伴症状や知覚・運動麻痺は認められないことから内臓性と腰椎および馬尾の腫瘍、中心性椎間板ヘルニアは除外可能と思われる⁸⁾。本症例の股関節の内転・外転による疼痛の誘発、増悪は股関節の内旋・外旋テスト陰性であることから股関節疾患を否定した⁹⁾。本症例の下肢の外側・後側の疼痛は数回(1週間)の治療で軽快し、主に大腿内側下部の疼痛の症状に移行したもののだが、原因に外傷や膝関節の捻挫などが認められず、内反・外反試験陰性、ステインマン・テスト、マックマレー・テスト、圧アプレー・引アプレーテストすべて陰性であることから内側側副靭帯損傷、内側半月板損傷は除外し、膝関節の腫脹、熱感陰性、内反変形・外反変形も陰性、膝蓋跳動、膝蓋骨圧迫テストともに陰性であり、膝関節裂隙部および驚足部に圧痛が認められなかったため変形性膝関節症、驚足炎も除外した¹⁰⁾¹¹⁾。他に大腿内側部の疼痛を訴える疾患にはには閉鎖神経絞扼障害もあるが原因が骨盤骨折や生殖器・泌尿器の手術による損傷が大部分であり、疼痛域はおもに鼠径部内側より大腿内側にかけて大腿内側上方1/3の部位であり、伏在神経絞扼障害の疼痛域は大腿内側下方1/3から下腿内側にかけてであることから除外可能と思われる¹²⁾。発症の状況から腰椎の神経根障害との重複障害も考えられたが、治療の経過から単独疾患を推測した。診断の確定は絞扼部の圧痛点へのブロック注射でほぼ可能¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾であるが本症例の臨床症状からも伏在神経絞扼障害が推測される。本疾患の治療は疼痛が強くないときは安静、理学療法、ステロイド+局麻剤の保存療法¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾の適応となるため、鍼灸治療は適応と考える。経過からみて治療はおおむね妥当であったと考える。

経穴の位置

- A点 風市の直上10cm
- B点 大腿骨内側上果の上方10cm内転筋群中
- C点 B点の直上10cm内転筋群中
- D点 C点の直上10cm内転筋群中

参考文献

- 1)長野 昭他:下肢末梢神経障害、「図説整形外科診断治療講座 13末梢神経障害」、P137、メジカルビュー社、1991.

表1 初診時の診察所見

- 2)片山 良亮:Entrapment neuropathy、「片山整形外科 3骨折・関節疾患・脱臼・関節強直・神経系の整形外科的疾患」、P1136~1137、中外医学社、1972.
- 3)天児 民和他:大腿部におけるentrapment neuropathy、「神中整形外科科学各論」、P912~913、南山堂、1994.
- 4)平澤 泰介他:下肢の絞扼性神経障害 診断と治療、「Orthopaedics 絞扼性神経障害の臨床」、P51~52、金原出版株式会社、1990.
- 5)出端 昭男:「診察法と治療法 2坐骨神経痛」、P31~34、P79、医道の日本社、1985.
- 6)出端 昭男:「診察法と治療法 2坐骨神経痛」、P52、医道の日本社、1985.
- 7)出端 昭男:「診察法と治療法 2坐骨神経痛」、P51~52、医道の日本社、1985.
- 8)出端 昭男:「診察法と治療法 2坐骨神経痛」、P22~24、医道の日本社、1985.
- 9)片山 良亮:Entrapment neuropathy、「片山整形外科 3骨折・関節疾患・脱臼・関節強直・神経系の整形外科的疾患」、P1137~1138、中外医学社、1972.

坐骨神経痛 7年5月8日

1 側彎	⊗ (N) ⊗	9 触覚障害	左-右-	9) 大股前・内・外側部 (4) 足背 (-) (-) (8) 仙骨 (N) (9) 内・外転で 大腿部の痛み
2 前彎	⊕ 増減逆	10 S L R	左 ⊕ +	
3 階段変形	⊖ + L		右 ⊖ +	
4 前屈痛	⊖ +	11 Kボンネット	左-右	
5 左側屈痛 右側屈痛	⊖ + 左 右	15 ニュートン 17 圧痛	⊖ +	
	⊖ + 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 (-)				

(医道の日本社)

- 10)出端 昭男:「診察法と治療法 3膝関節痛」 P54、医道の日本社、1986.
- 11)市川 宣恭他:膝「スポーツ外傷・障害」 P160、南江堂、1993.
- 12)片山 良亮:Entrapment neuropathy、「片山整形外科 3骨折・関節疾患・脱臼・関節強直・神経系の整形外科的疾患」、P1138~1139、中外医学社、1972.
- 13)長野 昭他:下肢末梢神経障害、「図説整形外科診断治療講座 13末梢神経障害」、P137、メジカルビュー社、1991.
- 14)片山 良亮:Entrapment neuropathy、「片山整形外科 3骨折・関節疾患・脱臼・関節強直・神経系の整形外科的疾患」、P1137、中外医学社、1972.
- 15)天児 民和他:大腿部におけるentrapment neuropathy、「神中整形外科科学各論」、P913、南山堂、1994.
- 16)平澤 泰介他:下肢の絞扼性神経障害 診断と治療、「Orthopaedics 絞扼性神経障害の臨床」、P52、金原出版株式会社、1990.

表2 診察所見

膝関節痛 7年5月9日

1 身長	150 cm	左	内反試験	内-外-	18 圧痛 内側上顆10cm以上 9) 左 41.8 右 41.8
2 体重	53 kg		外反試験	内-外-	
3 発赤	左-右	右	内反試験	内 外	
4 腫脹	左-右		外反試験	内 外	
5 熱感	左-右	左	ST内旋	内-外-	
6 内反変形	左-右		ST外旋	内-外-	
7 外反変形	左-右	右	ST内旋	内 外	
8 筋萎縮	左-右		ST外旋	内 外	
10 膝蓋跳動	左-右	15 屈曲痛	左 + 右		
11 膝蓋圧迫	左-右	17 四頭筋力	左 5.5 右 5.5		
9 大腿周径	14 マックマレー (-) 16 アプレー (-)				

(医道の日本社)

図1 初診時の疼痛域

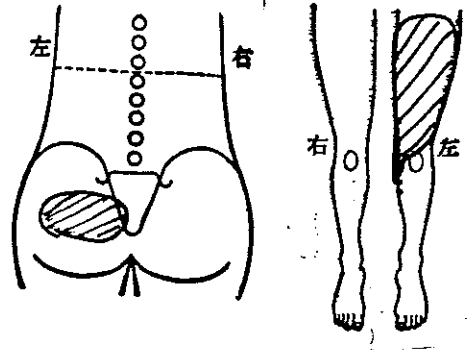


図2 圧痛点と治療点

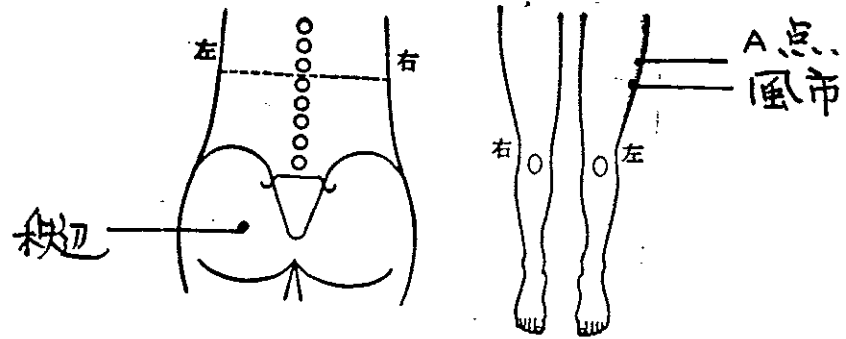


図3 2日目の疼痛域

