

症例報告

96.1.25

脊 柱 管 狭 窄 症

浦山久昌

症例 T I 53歳 男性 会社員管理職

初診 平成7年3月13日

主訴 下肢痛で歩行できない

現病歴 20年ほど前に、急性腰痛になり、1週間の牽引と鍼灸治療で、緩解した、その後、腰痛や下肢痛の経験はない。

今回、台湾へ出張し、帰ってきたところ、3日前に通勤途中で急に右腰と右下肢全体にシビレ感と痛みが生じた。2～3日でよくなるのではないかと思っていたが、徐々に痛みが強くなってきたので、来院した。医師その他の手当は受けていない。

現在、100mほど歩くと、右殿部から右大腿後側・外側および下腿外側に疼痛とビリビリしたシビレ感を生じ、歩行できなくなる(図1)。立ち止まって、前屈すると症状はすぐに緩解し、歩行可能となる。中腰で症状の誘発はないが、2～3分立っていると症状の誘発がある。脱力感はなく、自発痛も夜間痛もない。靴下の着脱痛や咳やくシャミによる症状の誘発もない。膀胱直腸障害はない。仕事は休まず続けていたが、通勤途中がつらいので今日から休んだ。

生活は妻と2人暮らしで、仕事はデスクワークである。スポーツは月1回くらいゴルフでコースに出る。ゴルフの練習は行っていない。アルコールは嗜まない。

一般状態は良好であるが、2年前から高血圧で投薬を受けている。

既往歴 15年前に虫垂炎を手術。

家族歴 特記すべきことなし。

診察所見 腰椎の側彎はやや左凸である。階段変形は認められない。前彎は正常。前屈痛は陰性で指床間距離25cm。側屈痛は左陰性、右陽性で右の殿部から下肢に症状の誘発が認められた。後屈痛は陽性。アキレス腱反射は左右とも正常。膝蓋腱反射も左右とも正常。触覚障害は右S1領域に触覚鈍麻が認められた(図2)。下肢伸展挙上テストは、左右とも70度付近で下肢後側に突っ張り感は認められるものの、疼痛の誘発は認められなかった。股内旋・外旋テストはすべて陰性。ニュートンテストは陰性。左右の大腿動脈の拍動は正常。圧痛は患側のL5椎間、梨状、股門、足三里に認められた(図3)。

要約 患者は歩行時痛を訴えしかも間欠跛行であり、前屈位で直ちに症状の改善をみていることから神経性間欠跛行と考えられる¹。さらに、大腿動脈の拍動も正常である点からも血管性の間欠跛行とは考えられない^{1,2}。したがって神経性間欠跛行を現す脊柱管狭窄症と推測できる^{1,3}。また、症状は片側のみで、疼痛を主とする点から神経根型と考えられ³、鍼灸治療によって症状の緩解が期待できると考えられる⁴。

予後は比較的良好と思われる⁴。

患者への対応 背骨は積み木のように積み重なっています。

上下の背骨は互いに小さな関節で連結されています。その関節のなかで腰のこの部分に一番力がかかります。あなたの病気はこの小さな関節が腫れていて、押すと痛いのです。この関節の腫れは、近くの神経の根元を圧迫して、下肢に痛みを起こします。歩行で痛みが出るのは神経への血液循環が悪くなったためです。前かがみで痛みが取れるのは関節と神経の間が広がるためです。関節の炎症を治療すれば関節の腫れが引いて、腰や下肢の痛みも良くな

ります。

治療・経過

第1回 鍼灸治療は、愁訴の緩解を計るため神経根周辺の血

液循環の改善を目的に以下のように行った。

治療は患側を上にし側臥位で行った。

圧痛の検出された、患側のL5椎関、梨状、股門、足三里を取穴した。L5椎関、股門、足三里は、ステンレス・1.6寸-3号(50mm-20号)針を使用し直刺で、深さ約3.5cm、梨状はステンレス・2.5寸-5号(70mm-30号)針で皮膚に対して垂直に深さ約6cm刺入した。すべて20分間の置針。抜針後、半米粒大の灸を3壮づつ行った。

生活指導として、1週間程度の安静を指示した。

第3回(3月15日) 疼痛はやや軽減した。

治療点に右大腸俞と右陽陵泉を加えた。大腸俞は、ステンレス・2.5寸-5号(70mm-30号)針を、用いて直刺で深さ約6cm刺入した。陽陵泉は、ステンレス・1.6寸-3号(50mm-20号)針を、前方に向けて斜刺で深さ約2cm刺入。他の治療点と同じく置針し、抜針後施灸した。

第4回(3月16日) 連続歩行可能な距離が伸びて、150mくらいになった。自宅から治療院まで約300mの間で、2回の休憩を行っていたが、今日は1回で済んだ。

第6回(3月18日) 後屈痛および右側屈痛が陰性となった。

第7回(3月22日) 一昨日から出勤しているが、自宅から駅まで約400mの間で1回の休憩を行った。電車に乗車中約50分の中で3回、体位の変換を行った。就業中はまったく症状はなかった。

第9回(3月29日) 今日は来院時に、休憩なしで歩行できた。

連続歩行の距離が300mくらいになった。昨日の通勤では、自宅から駅まで1回、体位の変換を行った。電車に乗車中は2回の体位変換をおこなった。

第12回(4月7日) 自宅から駅までの間で、少し下肢に違和感を覚えることはあるが、立ち止まることもなく、すぐに症状は緩解する。

第16回(4月28日) 通勤中の歩行や立位による症状は、全く見られなくなった。L5椎関の圧痛も足部の触覚鈍麻も認められなくなった。ほぼ緩解であるが、念のため週1回の来院を指示した。

第21回(6月10日) 症状の再燃も見られず、完全緩解と認めて、治療を終了した。

考察 本症例は、要約でも述べたように、脊柱管狭窄症と推測した。下肢痛を訴え、しかも間欠跛行をともなっている疾患で、脊柱管狭窄症と鑑別すべき疾患には、バージャー病などの血管性間欠跛行を現す疾患がある^{1,2,3}。本症例の場合、症状の発現した際に、前屈位や体位の変換で直ちに症状が緩解している。これは、血管性間欠跛行では見られない現象である^{1,2,3}。さらに、大腿動脈の拍動は左右とも正常であり、大腿部より中枢側における血管の閉塞の可能性はきわめて小さく^{1,2,3}。ゆえに症例の間欠性跛行は神経性間欠跛行と推測するのが妥当と考える。症例の年齢は53歳で脊柱管狭窄症の好発年齢である50歳代にあたり¹、脊柱管狭窄症の特徴的な症状である神経性間欠跛行をともなうことから、脊柱管狭窄症との判定は適切なものであったと考える。

つぎに臨床症状と病態について考察してみると、来院時の3日前より発生した下肢の痛みとシビレ感は、片側性で疼痛が主症状

であることから、神経根由来によることを示唆している³。S1神経根領域に触覚鈍麻が見られることから、S1神経根障害の可能性は高い。前屈障害は陰性で、下肢伸展挙上テストも陰性のことから椎間板ヘルニアの関与の可能性は大きくないものと考えられる⁵。後屈障害や右側屈障害の陽性所見は、後屈や側屈による、神経根や神経根管の圧迫を想起させる。神経性間欠跛行の病態について、花北は神経根や馬尾神経の機械的圧迫のみにより出現するか、あるいは、栄養する血管の血流障害が介在するかについては、解明されていないとしている⁶。一方、三浦や内藤らは、栄養血管の血流障害が神経根や馬尾神経に障害を起こすとしている^{7,8}。本症例の経過や間欠跛行時の劇的な症状改善をみると、栄養血管の血流改善が主役ではないかと考察する。また患側のL5椎関に存在する圧痛は、L5-S間の椎間関節の関与をしめしている。すなわち椎間関節の炎症や腫脹が、神経根の血流障害や圧迫に関与している可能性が高いと考えられる。

本症例は、45日間16回の治療で症状緩解に導くことができた。このように緩解に導くことのできた点に付いて考察すると、本症例は、神経根型の脊柱管狭窄症であったこと、これは藤抜らも述べているように、馬尾型や混合型よりも改善率が高いためである^{4,5}。自験例では間欠跛行を症状とする10症例中、2例は血管性のもので、5例は馬尾型関与のもの、3例は神経根型のものであった。神経根型はいずれも症状緩解に導くことができたが、他のものは治療に抵抗し所期の効果を挙げられなかった。さらに本症例は発症から3日後に治療開始できた点も良い方に働いたと思われる。腱反射の異常や脱力感もなく、障害された範囲が限定された軽症のものであったと考察する。そのうえ患者がこちらの

指示に従い、1週間の安静と鍼灸治療に専念できた点も見逃せない。もちろん鍼灸治療が適切であったと考えている。鍼灸治療は所期の目的である、神経根周囲の血流改善をはたし、症状緩解に導いたものとする。

経穴の位置

梨状 上後腸骨の外下縁と大転子の内上縁を結んだ線の中央、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。

L5椎関 L5, S1突起間の外方約2cm

参考文献

- 1) 若野紘一他：間欠性跛行、「腰部脊柱管狭窄症」, p110~p117, 金原出版, 1985
- 2) 井上駿一：腰椎・胸椎疾患、「標準整形外科学」, p430, 医学書院, 1982
- 3) 菊池臣一：脊柱管狭窄症、「腰痛」, p146~p152, メディカルビュー社, 1989
- 4) 藤抜龍治：腰部脊柱管狭窄症の鍼灸治療に関する研究(4)、「医道の日本」, 49-1, p98~p103, 医道の日本社, 1990
- 5) 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」, p200~p208, 医道の日本社, 1995
- 6) 花北順哉：腰部脊柱管狭窄症の診断、「脊椎脊髄ジャーナル」, 17-9, p679, 三輪書店, 1994
- 7) 三浦幸雄他：腰部脊柱管狭窄症のphlebography、「腰部脊柱管狭窄症」, p90~p91, 金原出版, 1985
- 8) 内藤正俊：腰部脊柱管狭窄症の病態に関する基礎研究、「臨床整形外科」, 27-4, p349, 医学書院, 1992

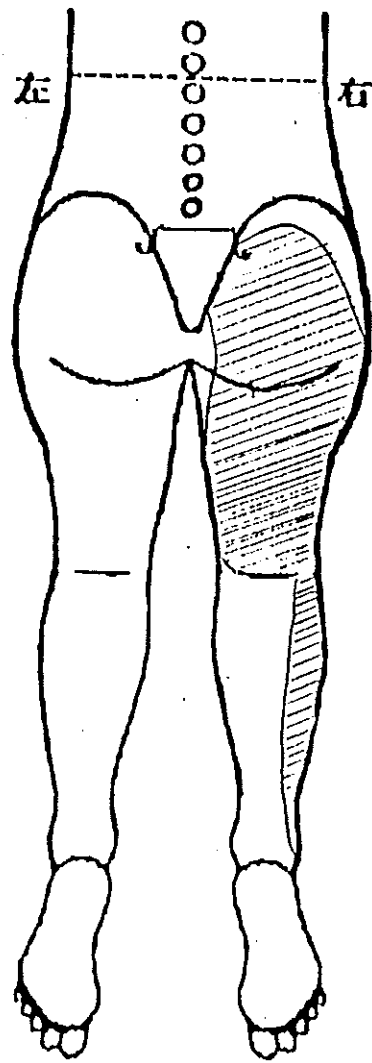
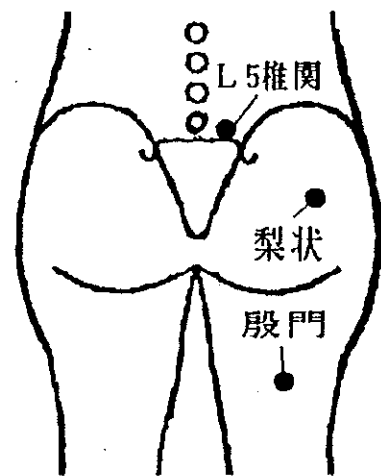


图 1, 疼痛域



图 2 触觉钝麻



图, 3 压痛点