

平成9年1月23日

仙腸関節障害

症例報告

滝沢 照明

本症例は仙骨部の左側から大腿後側にかけて痛みを訴えて来院した患者である。

臨床症状、疼痛域および診察所見から仙腸関節障害と推定した。その病態に基づいて仙腸関節部への刺鍼を行い、そのほかに補助穴として3穴用いた結果、ほぼ4回(13日間)の鍼灸治療により症状の緩解を認めたので報告する。

症 例：63歳 女性 家事手伝い

初 診：平成8年6月28日

主 告：仙骨部左側から大腿後側にかけての痛み

現病歴：おととい、起床して歩きはじめたときに、ズキズキ、ズンズンと仙骨部左側から大腿後側にかけて痛みを感じた。歩行を開始すると疼痛を誘発し、歩行中もずっと感じている。発症の原因に思いあたることはない。医師の診療は受けていない。昨日も同じように痛みを感じていた。

現在、自発痛・夜間痛はない。靴下の着脱で痛みはない。痛みは、歩行開始時や椅子から立ち上がる動作で、とくに強く誘発する(図1)。坂道を下るときに患側の足が着地すると、ズンと痛みは増強する。早く歩くと痛みが強くなるので、いつもよりゆっくりと歩く。間欠性跛行はない。下肢にしびれ感はなく、咳やくしゃみによる痛みの誘発はない。

当院で、2週間に1回くらいの間隔で、肩と背中のこりの治療を受けている。

仕事はおとといから休んでいる。

食欲、睡眠、便通などは正常。

スポーツはしていない。アルコールは飲まない。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

診察所見：身長156cm、体重56kg。脊柱の側弯は陽性で左やや凸。腰椎の前弯は正常。階段変形は陰性。腰椎の前屈痛・側屈痛・後屈痛は陰性。膝蓋腱反射およびアキレス腱反射は左右ともに正常。触覚障害および下肢伸展挙上テストは陰性。左股関節の内旋テストは陽性。左股関節外旋テストは陰性。

K. ボンネット・テスト、Jaenslenテスト陰性^①、ニュートン・テストおよび腸骨押し開きテスト^②は陽性。

圧痛は仙腸^{*}に著明に検出されたが(図2)、L₄・L₅椎関節部や十七椎^{*}および梨状^{*}などには認められない。

注1) Jaenslenテスト^{①②}：患者を患側寄りのベットの端で仰臥位とする。験者は健側の膝関節と股関節を屈曲し胸にかかえこませ、骨盤を固定する。同時に患側の股関節を過伸展させる。患側の仙腸関節部に疼痛が誘発すれば陽性。股関節障害でも陽性になる。

注2) 腸骨押し開きテスト^①：仰臥位で両側の腸骨を左右に押し開くようにして、仙腸関節部の疼痛を誘発させるテスト法。

患者への対応：【脊柱模型を示す】大きな骨の部分が腸骨といい、三角形のこの骨が仙骨といいます。痛んでいるこの部位は、ちょうどこの腸骨と仙骨のつなぎ目にあたり、関節になっているのです。両方の骨の名前をとって仙腸関節というのですが、この部分に小さな傷が出来たため、痛みが出てきたのです。大腿部のうしろ側の痛みはそこから関連した痛みで、その痛い部分は悪くも何ともないです。鍼灸治療で、関節にある傷口の血液循環を良くして修復してあれば、わりあいに早く痛みは治まると思います。

治療および経過：本症例の発症原因は不明であるが、臨床症状および診察所見から仙腸関節障害と推定し、その病態に基づいて仙腸関節部へ刺鍼を行った。鍼灸治療は循環の改善および疼痛の緩解を目的に行った。

治療体位は伏臥位で、腰椎の前弯を減少させる目的で腹部に枕を、下腿の全面にも同様の枕を置き、軽度に膝関節を屈曲させる姿勢で行った。

使用鍼はステンレス・2寸-5番(55mm-24号)を用い、患側の内次髎^{*}から約40°上方へ向け仙腸関節部に斜刺法で約4.5cm刺入。ほかに1寸6分-3番(50mm-20号)で、上胞肓^{*}は上殿^{*}へ向け、またA点^{*}は中髎へ向けてそれぞれ3cm、斜刺法で刺入し、10分間の置鍼(図3)。抜鍼後、圧痛の著明な仙腸に灸点紙を使用して半米粒大で3壮施灸、同部位に皮内鍼を水平に1mm刺入し絆創膏で固定した(図4)。

なお、患者には痛みの出ない生活動作を勧め、横になる時間を多くするよう指導した。ペインスケールは起床時の歩行開始痛をプロット(図5)。

第2回(6月29日) 起床時の歩行開始痛は大幅に減少した[17/20 → 3/20](図5)。

大腿後側の痛みはなくなり、坂道を下るときの強い痛みもなくなった。少し早足で歩けるようになった。

脊柱の側弯は陰性。股関節の内旋テスト、ニュートン・テストおよび腸骨

押し開きテストは軽度に陽性。

第3回（7月5日・8日目） 起床時の歩行開始痛はほとんど感じない〔3/20 → 1/20〕（図5）。

2回目の治療以降、日常生活であまり疼痛を感じなくなったため、翌日仕事に復帰した。

股関節の内旋テスト、ニュートン・テストおよび腸骨押し開きテストは陰性化した。仙腸の圧痛は軽度に残存。

仙腸への鍼を1寸6分—3番に変更し、斜刺法で刺入深度を約3cmにする。

第4回（7月10日・13日目） たまに仙骨部左側が重く感じることはあるが、ほとんど忘れている。仙腸の圧痛は軽度に残存。仙腸関節障害に対する治療は、皮内鍼を固定せずに、ほぼ前回と同様の治療を行った。それに加えて、肩や背中のこりに対する、鍼と棒温灸の治療を行った。

症状緩解とみて、今回で仙腸関節障害に対する治療を終了とした。

その後、約2週間に1回ずつの鍼灸治療を継続しているが、6ヶ月を経過した現在、症状の再燃はない。

考 察：本症例の疼痛は仙腸関節障害による仙骨部左側から大腿後側への関連痛²⁾と推測した。

まず、本症例を仙腸関節障害と推定した根拠について述べる。

1. 仙腸関節障害の検査法であるニュートン・テスト^{1) 2) 3) 4) 5) 6)}および腸骨押し開きテスト¹⁾が陽性である。
2. 腰椎の前屈、側屈、後屈で腰仙部への痛みの誘発がない。
3. 下位腰椎間関節部や梨状に圧痛は検出されず、仙腸に著明に検出された³⁾。
4. 下肢伸展挙上テスト、K. ボンネット・テスト、左股関節の外旋テストはそれぞれ陰性。

なお、診察所見、臨床症状から、以下の類症疾患を除外した。

1. 梨状筋症候群^{2) 7)}

下肢伸展挙上テストおよびK. ボンネット・テストは陰性で梨状に圧痛が検出されない。

2. 腰椎椎間板ヘルニア^{2) 8)}

梨状筋症候群と同様、下肢伸展挙上テストは陰性。またアキレス腱反射は左右ともに正常。触覚障害は陰性。下位腰椎部には腰椎の運動痛もなく、咳・くしゃみによる痛みの誘発もない。

3. 椎間関節性腰痛^{2) 9) 10)}

下位腰椎椎間関節部には圧痛が認められない。

椎間板ヘルニア同様、腰椎の運動で痛みの誘発がない。

4. 筋・筋膜性腰痛^{2) 11)}

ニュートン・テストおよび腸骨押し開きテストが陽性である。圧痛は仙腸に著明であるが、圧痛検出部位である仙腸に触れることなく、当該部位から離れたところを圧迫するテスト法で疼痛の誘発をみた。

腰椎の運動で痛みの誘発がない。また大腿後側にまでおよぶ愁訴がある。

5. 股関節疾患¹²⁾

Jaenslenテスト陰性。患側股関節外旋テストは陰性、内旋テストは陽性だが、圧痛および疼痛域が股関節部ではなく仙骨部左側から大腿後側にかけての領域である。

以上、疼痛域、診察所見および除外診断により、本症例を仙腸関節障害と推定した。

仙腸関節障害の原因疾患については、

1. 炎症性の疾患である、結核性および化膿性の仙腸関節炎³⁾や強直性脊椎炎^{3) 13)}などは、本症例の一般状態の良いことおよび治療結果からこれらを除外した。
2. 仙腸関節捻挫^{3) 13)}は、

強靭な韌帯に守られている仙腸関節が、外傷もなく発症原因が不明である本症例では捻挫を起こす可能性はまずない。

3. 退行変性性疾患について。

変形性仙腸関節症¹³⁾については診察所見や年齢が63歳であることからこれを否定できない。

高橋¹⁴⁾によると、硬化性腸骨骨炎は、肥満の女性にみられ多くは慢性の腰痛だが、ときに激しい急性の腰痛として起こり、両側殿部、両下肢に放散するといわれている。また、若い女性に多い¹⁵⁾との記載もみられる。

症例の体重は平均的であり、年齢は63歳。慢性の腰痛はなく、疼痛が片側であることなどからこのタイプには合致しない。

骨盤輪不安定症¹³⁾については出産後の女性にみられるものでこれは除外した。

以上、仙腸関節障害の原因疾患を検討したが、症例の年齢、臨床症状などから推測すると、その原因疾患として変形性仙腸関節症が挙げられる。これは、いわゆる一般にみられる変形性関節症の病態と同じである¹²⁾。そこで鍼灸治療の適応についてであるが、変形性関節症であるとすれば、変形性脊椎症のように保存療法が第1の選択肢であり¹⁶⁾、当然のことながら、変形性仙腸関節症は鍼灸の適応となり、その予後も良好であると考える。

本疾患に対する鍼灸治療は、外次髎から仙腸関節部への刺鍼を主要な穴として用い¹⁷⁾、補助穴として上胞肓、A点を使用し、圧痛の著明な仙腸には灸点紙を用いた施灸のあとに皮内鍼を固定した。経過観察はペインスケールを用い、症例の起床時の歩行開始痛をプロットしてもらった。

経過は順調で、初診時の翌日、第2回にはペインスケールが3/20と、かなりの改善をみせ、初診の3日目から仕事に復帰することできた。

初診から都合13日間、治療回数4回で自・他覚症状の完全緩解を認めた。

仙腸関節障害の病態に基づいて、外次髎から仙腸関節部への刺鍼を主要な穴として用いたことが、本症例の速やかな症状の緩解に有効に作用したものと考える。

* 経穴の位置

仙 腸：仙腸関節部で、上行腸骨棘の内下縁またはその上方1cmくらいまでの圧痛部位（小腸俞と膀胱俞との間）。

十七椎：第5腰椎棘突起の下端

梨 状：上後腸骨棘と大転子上縁を結んだ中央から直角に3cm下方の圧痛点。

内次髎：次髎の高さで背一行線と次髎との中央。

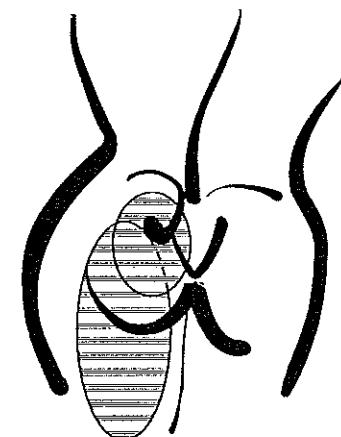
上胞肓：上後腸骨棘外下縁で大殿筋の上縁。

上 殿：腸骨稜上縁から約3横指下の圧痛部位。

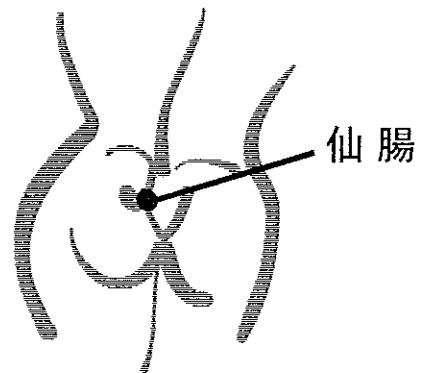
A 点：中髎の高さで仙骨の外縁。

参考文献

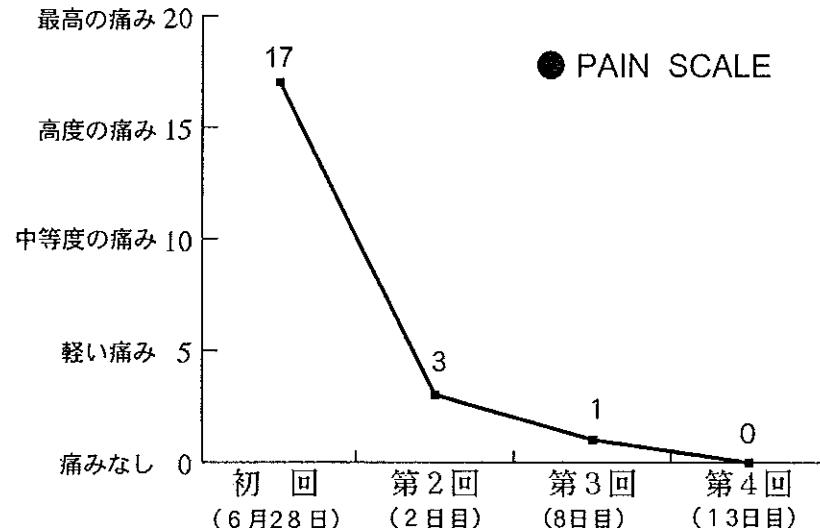
- 1) 渡辺 良：仙腸関節捻挫、「腰椎・仙椎」，P195～200，メジカルビュー社，1986。
- 2) W.H. Kirkaldy-Willis 他 陽雄訳：「腰痛のマネジメント」，P111～127，医学書院，1990。
- 3) Ian Macnab, 鈴木信治訳：「腰痛」，P93～100，医薬出版社，1993。
- 4) Rane Cailliet 萩島秀男訳：「腰痛症候群」，P304～309，医薬出版社，1986。
- 5) 渡辺 良：仙腸関節捻挫、「腰椎・仙椎」，P195～200，メジカルビュー社，1986。
- 6) 水野祥太郎：仙腸関節のくじきいたみ，「腰痛」，P26～32，医薬出版社，1981。
- 7) W.H. Kirkaldy-Willis 他 陽雄訳：「腰痛のマネジメント」，P114～115，医学書院，1990。
- 8) 佐野茂夫：腰椎椎間板ヘルニア，「臨床整形外科学」，187～245，中外医学社，1988。
- 9) 鈴木伸治：腰椎椎間関節症，「腰痛」，P170～178，メジカルビュー社，1989。
- 10) 出端昭男：「問診・診察ハンドブック」，P55～56，医道の日本社，1987。
- 11) 渡辺 良：筋・筋膜性腰痛，「腰椎・仙椎」，P67～69，メジカルビュー社，1986。
- 12) 司馬良一：股関節の検査，「整形外科診断学」，P369～407，金原出版，1988。
- 13) 原田征行：仙腸関節の痛み，「腰痛のすべて」，P1146～1147，医薬出版社，1988。
- 14) 高橋長雄：腰痛・腰下肢痛，「腰痛・腰下肢痛の保存療法」，P23～24，南江堂，1991。
- 15) 森田正朗：「婦人の腰痛」，P124～132，金原出版，1974。
- 16) 菊地臣一：変形性脊椎症，「今日の整形外科治療指針」，P339～340，医学書院，1987。
- 17) 滝沢照明：骨盤輪不安定症，「心に残る症例」，P337～341，医道の日本社，1994。



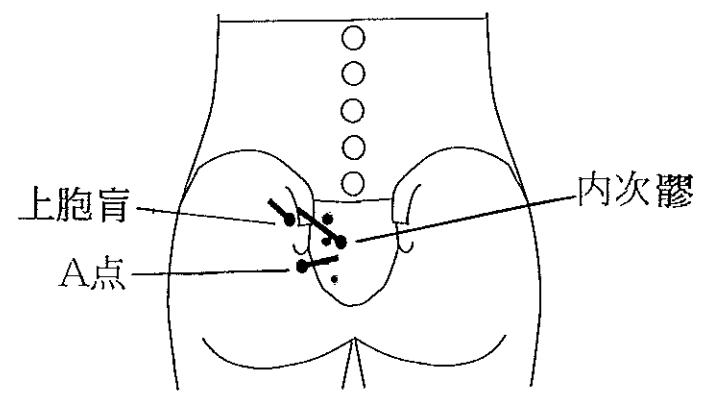
(図1) 疼痛域



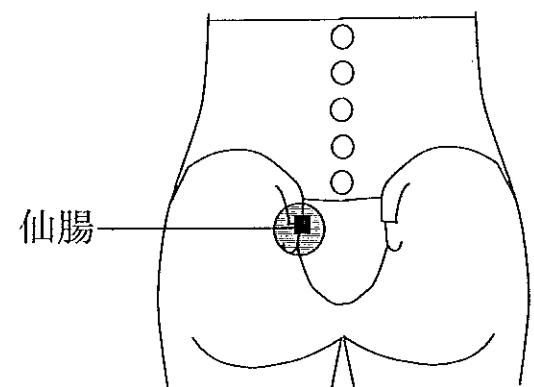
(図2) 圧痛点



(図5) 起床時の歩行開始痛



(図3) 鍼治療点



(図4) 灸および皮内鍼