

殿部と下肢痛のため歩行困難を訴えた女性

滝上 晴祥

本症例は左殿部から下腿後側にかけて痛みのため歩行困難を訴えて来院した患者である。発症の状況、疼痛の部位および診察所見から変形性脊椎症と診断した。30回61日間の鍼灸治療により症状の緩解をみた。

症例： 67歳 女性 書道教室教授

初診： 平成9年4月30日

主訴： 左殿部から下腿後側にかけての痛み

現病歴： 腰痛はときどきあったが苦痛というほどのものではなかった。平成8年11月ギックリ腰になったがそのときは病院での診察や他の治療を受けることなくそのまま安静にして2日間で緩解した。

今回は3日前(27日)に背中が丸くなっていることを夫に指摘され、勧められて腹筋と背筋運動を強く行った。翌朝、起きあがろうとすると左殿部から下腿後側にかけて痛みが走った。手をついて這っていく状態だったが法事のため無理をして出かけた。その日から夜間痛みのためよく眠れず、歩行も痛みのため困難になったため知人の勧めで家族の運転の車で来院した。

現在、動作時、歩行時に左殿部から下腿後側にかけての痛みがピンと走る(図1)。日中どのような格好をしても殿部に痛みを感じる。夜間痛みのためよく眠れない。靴下の着脱時に痛みがある。歩行は痛みのため困難である。下肢のシビレはない。膀胱・直腸障害はない。家事はなにもできず、ほとんど床に伏している状態である。スポーツはしない。アルコール、タバコはたしなまない。書道教室は週2回で半日座りっぱなしになる。

既往歴： 昭和37年子宮摘出手術。

家族歴： 特記すべきことなし。

診察所見： 腰椎の側彎は正常。前彎は増強。胸椎の後彎が認められる。階段変形は陰性。前屈痛は陽性で指床間距離33cm、左下腿後側に痛みが誘発する。左側屈痛は陽性で指床間距離50cm、左下腿後側に痛みが誘発する。右側屈痛は陰性で指床間距離40cm。後屈痛は陽性で左下腿後側に痛みが誘発する。膝蓋腱反射、アキレス腱反射左右ともに消失。触覚障害は陰性。下肢伸展拳上テストは陰性。片山ボンネット・テストは陰性。股内旋・外旋テストは陰性。大腿動脈の拍動は正常。ニュートン・テストは陰性。棘突起叩打痛は陰性。爪先歩行・踵歩行による筋力の低下は認められない。圧痛は左側秩辺、股門、委中、承山に検出された(表1)。

対応 加齢により骨の変性が進むと同一姿勢を長く続けたり、腰の骨に一時的に強い力かけると腰椎の周囲は血液循環が悪くなり、そのために靭帯が硬くなり座骨神経の根本を圧迫し、神経に炎症を起こさせて神経痛が生じます¹⁾。鍼灸治療はこの周囲の血液循環をよくして炎症を鎮める作用があります。そうすると痛みも楽になるでしょう。1か月間でできれば毎日通院してください。

治療・経過： 本症例は発症および臨床症状から変形性脊椎症と診断し、その病態に基づいて圧痛点を取穴した。

鍼灸治療は椎体周囲の循環障害の改善と坐骨神経痛の緩解を目的に行った。

治療体位は左上側臥位。治療点はL5椎関、秩辺に使用鍼はステンレス製2寸5番(60mm-24号)。手技は直刺で約6cm、股門に1寸6分-3番(50mm-20号)を直刺で約2cm、委中、承山に直刺で約1cm刺入し15分間の置鍼とした(図2)。置鍼の間に背部、腰部、大腿後側部、下腿後側部に黒田製カーボン灯(#1000-#3001)を各々5分間づつ照射した。抜鍼後、L5椎関、秩辺にそれぞれ半米粒大の灸3壮を加えた。

なお、患者にはできるだけ安静を指導した。

第4回(5月3日) 自発痛、夜間痛はなくなる。歩行は可能になったが動作時、歩行時に痛みがある。間欠性跛行はない。

入浴はしばらくやめること、長時間の立位や座位をしないこと、書道教室も休むよう指示した。

第11回(5月12日) 前屈痛は陽性で指床間距離18cm(初診時33cm)。左側屈痛は陽性で指床間距離45cm(初診時50cm)。右側屈痛は陽性で指床間距離44cm(初診時40cm)。後屈痛は陽性で前屈痛、側屈痛とともにすべて左下腿後側に痛みが誘発する。歩行時の痛みは以前に比べ楽になっている。

毎月1回他の疾患で通院する某大学病院の整形外科を受診した。「とくに骨に異常は認められない。」といわれ、湿布薬の貼付と2週間後の来院、そして他の治療はいっさいしないで当病院への通院を指示されたが、本人は大学病院での加療をしないで当院での鍼灸の継続治療を希望した。

第19回(5月23日) 前屈痛は陰性。側屈痛は左右とも陰性。後屈痛は陽性で殿部に痛みが誘発する。歩行時の痛みはないが長時間の立位で左下腿後側に張ったような痛みを感じる。

第25回(6月7日) 後屈痛は陰性。下肢の症状は全く感じられない。左殿部の重苦しさをときどき感じる。

第31回(6月28日) 殿部の症状はない。治療の終了を告げたがまだ体が疲れやすいのでしばらく1週間に1回の治療を本人が希望し、治療は継続中であ

る。

考察：本症例は変形性脊椎症に起因する坐骨神経痛と診断した。以下、その理由を述べる。

1. 年齢が67歳で比較的高齢である²⁾。
2. 凹円背が認められる。
3. 前屈痛、側屈痛、後屈痛の脊椎性腰痛の所見が認められる³⁾。
4. 触覚障害は陰性である⁴⁾。
5. 下肢伸展挙上テストは陰性である⁵⁾。
6. 以下の類症疾患が除外できる⁶⁾。

なお、臨床症状および発症状況から、以下の類症疾患を除外した。

1. 腰部脊柱管狭窄症、血管性腰痛
歩行時痛はあるが間欠性跛行は認められない⁷⁾⁸⁾。
2. 脊椎すべり症
腰椎の前彎増強であるが階段変形は陰性である⁹⁾¹⁰⁾。
3. 股関節疾患
股内旋・外旋テスト陰性であり、疼痛域は下腿にまで及ぶ¹¹⁾。
4. 椎間関節症
腰部に疼痛が見られず、椎間関節部に圧痛が検出されない¹²⁾。
5. 仙腸関節障害
ニュートン・テストは陰性であり、圧痛が仙腸関節部に検出されない¹³⁾。
6. 結核性脊椎炎、化膿性脊椎炎
脊柱運動の不撓性や発熱、るい瘦などの全身症状が認められず、叩打痛が陰性である¹⁴⁾。

以上、発症の状況、疼痛の部位、診察所見および除外診断から本症例を変形性脊椎症と診断した。

神中は変形性脊椎症における症状は骨棘形成と同時に合併する椎間板の変性、不安定性、後方突出、とくに脊柱管狭窄による脊髄や馬尾および神経根などの圧迫と絞扼、あるいは脊柱管内外周辺に分布する末梢神経、血管の圧迫障害による¹⁵⁾とし、またKirkaldy-Willisらは椎間板、椎間関節運動複合体の変性過程とそれに起因する病態のなかで、椎間板の後方への膨隆や椎間関節の肥厚性関節症が進み不安定性が減少して腰痛は軽減する反面、神経根の絞扼が明らかとなり片側優位の下肢痛、さらに知覚鈍麻や運動障害などの神経症状が現れると述べている¹⁶⁾。

以上の知見から、本症の発症機序を以下のように推測した。

1. 日常でない腹筋と背筋運動により不安定な脊柱の椎体周辺に強い負荷が

かかり、骨棘形成による椎間孔の狭小と椎間板変性による膨隆、椎間関節の肥厚による椎間腔の狭小を一時的に増大させ神経根を絞扼した。

2. 絞扼された神経根は炎症を生じ坐骨神経痛を発生した。

本症例は初診時には脊椎への強い運動負荷を原因とする急性の殿部痛と下肢の放散痛をあらわし、神経学的所見も乏しいことから椎間関節性腰痛を推測させたが脊椎の運動による愁訴の誘発は軽度で疼痛域は腰部には認められず、椎間関節部の圧痛も検出されなかったことと他の類症疾患にも該当しないため変形性脊椎症と診断した¹⁷⁾。しかし、鈴木は変形性脊椎症の病態は存在しても腰痛および下肢痛とともに腰椎の伸展が疼痛により制限があり、下肢に神経学的異常をみられないものは腰椎椎間関節症であることを述べている¹⁸⁾。また、森は神経症候をとまなう脊椎症の急性期には神経学的脱落症候が顕著なものは少なく、腰部の強い痛みと腰椎の運動制限が主で、下肢への放散痛も強く認められると述べている¹⁹⁾。本症例の臨床症状や所見からは後者の森の説を妥当とせざるを得なかったが椎間関節や筋の関与も否定できない。

自発痛、夜間痛は2回2日間で消失し、下肢の症状は25回39日間、残存していた殿部の症状も30回61日間で緩解した。その後も治療を継続しているが、現在(7月24日)まで経過は良好である。

鍼灸の適応となる坐骨神経痛における自発痛、夜間痛の症状の消退に薬物の投与の有無に関わらず鍼灸がよく奏功することを自験例でしばしば体験している。自発痛、夜間痛の軽減はさし迫った苦痛に苦しむ患者にとって福音となるばかりでなく、治療継続の意欲にもつながるためそのことを再確認した症例であった。

経穴の位置

L5椎関 L5-S1棘突起間の外方で正中線から約2~2.5cm

参考文献

- 1)出端昭男:坐骨神経痛の病態と患者への対応、「診察法と治療法・2座骨神経痛」、P40、医道の日本1988.
- 2)天児民和編集:変形性脊椎症、「神中整形外科」、P241、南山堂、1994.
- 3)出端昭男:坐骨神経痛の病態と患者への対応、「診察法と治療法・2座骨神経痛」、P39、医道の日本1988.
- 4)森健躬:変形性腰椎症、「腰診療マニュアル」、P106、医歯薬出版、1989.
- 5)本間哲夫:変形性脊椎症、「図説整形外科診断治療講座・腰痛」、P123、メジカルビュー社、1989.
- 6)出端昭男:坐骨神経痛の病態と患者への対応、「診察法と治療法・2座骨神経痛」、P37、医道の日本1988.
- 7)森健躬:変形性腰椎症、「腰診療マニュアル」、P107、医歯薬出版、1989.
- 8)大城孟:大腿・膝窩・脛骨動脈閉塞症、「図説血管外科」、P161、メディカルトリビューン南山堂、1992.
- 9)森健躬:腰椎分離・すべり症、「腰診療マニュアル」、P120、医歯薬出版、1989.
- 10)野原裕他:脊椎分離症・すべり症、「図説整形外科診断治療講座・腰痛」、P195、メジカルビュー社、1989.
- 11)天児民和編集:変形性股関節症、「神中整形外科」、P859~860、南山堂、1994.
- 12)出端昭男:腰痛の病態と患者への対応、「診察法と治療法・総論・腰痛」、P50~51、医道の日本1988.
- 13)天児民和編集:仙腸関節、「神中整形外科」、P721、南山堂、1994.
- 14)本間哲夫:変形性脊椎症、「図説整形外科診断治療講座・腰痛」、P120~122、メジカルビュー社、1989.
- 15)天児民和編集:変形性脊椎症、「神中整形外科」、P244、南山堂、1994.
- 16)本間哲夫:変形性脊椎症、「図説整形外科診断治療講座・腰痛」、P116、メジカルビュー社、1989.
- 17)出端昭男:坐骨神経痛の病態と患者への対応、「診察法と治療法・2座骨神経痛」、P39、医道の日本1988.
- 18)鈴木信治:腰椎椎間関節症、「図説整形外科診断治療講座・腰痛」、P177、メジカルビュー社、1989.
- 19)森健躬:腰椎分離・すべり症、「腰診療マニュアル」、P106、医歯薬出版、1989.
- 20)森健躬:腫瘍、「腰診療マニュアル」、P162~163、医歯薬出版、1989.

表1初診時の診察所見

坐骨神経痛

平成9年4月30日

1 側彎	⊖ N ⊕	9 触覚障害	左-右	7. 左右-
2 前彎	正 増 減 逆	10 S L R	左 ⊖ +	12. 左-
3 階段変形	⊖ + L		右 - +	13. 左-
4 前屈痛	⊖ + 33	11 Kボンネット	左-右	14. ~
5 左側屈痛	- ⊕ 50	15 ニュートン	⊖ +	16 足先- 踵-
	⊕ 右			
5 右側屈痛	⊖ + 40	17 圧痛	秩辺、股門、委中、承山叩打痛-	
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

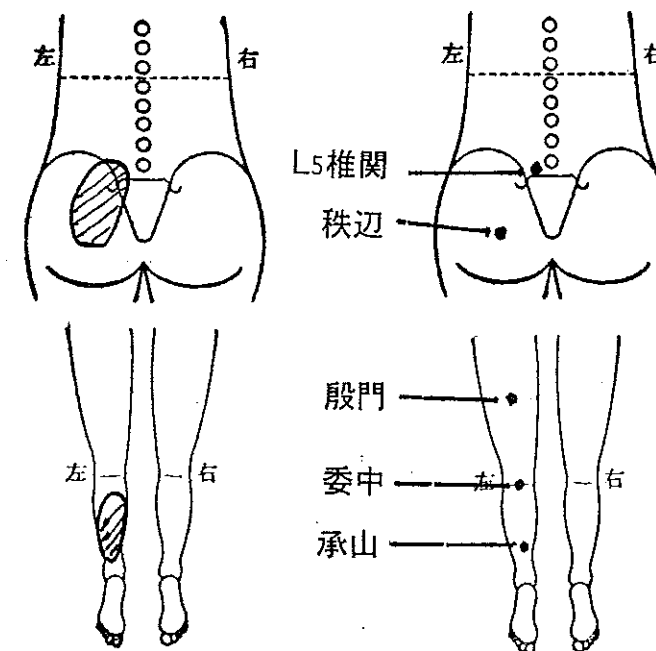
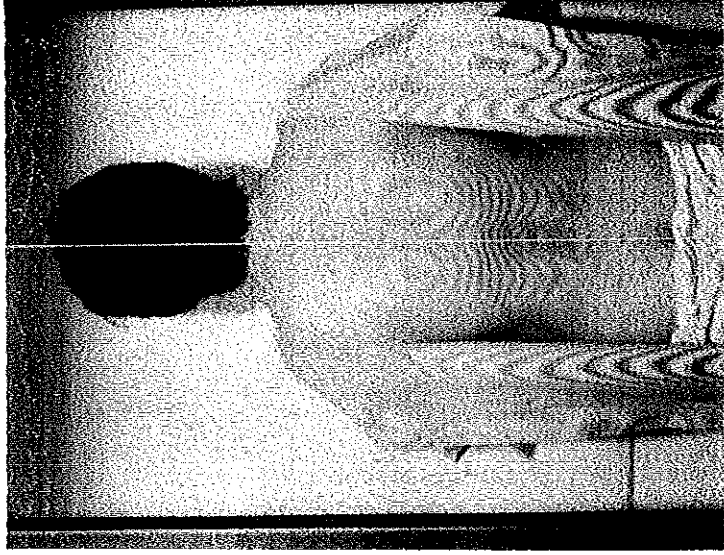


図1疼痛域

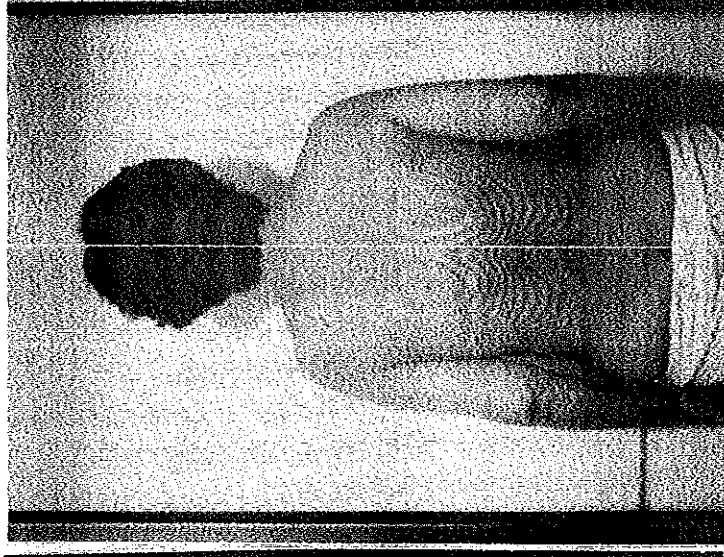
図2圧痛点と治療点

資料1モアレトポグラフィー



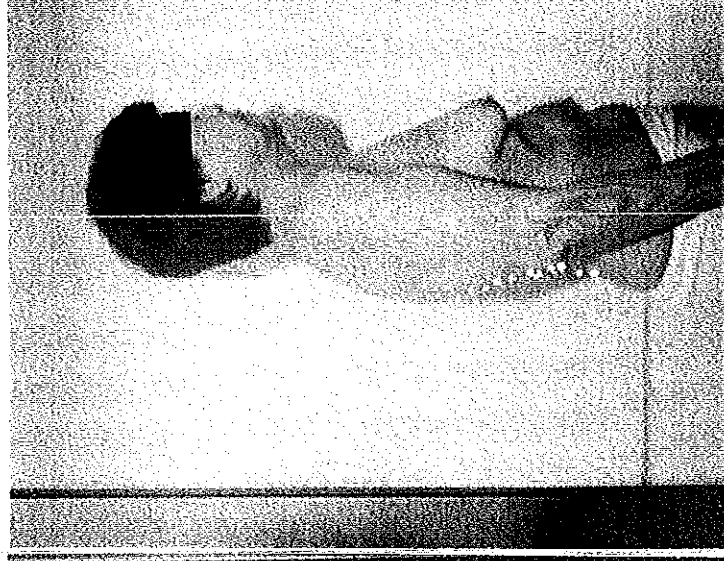
9.4.30

9.4.30



9.7.19

9.7.19



9.7.19

9.7.19