

平成13年5月24

## 中心性椎間板ヘルニアの手術後に残存する馬尾神経症候に対して、鍼灸治療の有効性を問う

折原 瑛哲

本症例は椎間板ヘルニアの手術後に残存する、膀胱・直腸障害（主に排尿）を主訴として来院した。初めての治験であるが、本症例に対しての鍼灸治療の有効性を確かめたく、治療を試みた。

症 例 42歳 男性 会計事務所勤務

初 診 平成13年2月28日

主 訴 自力で排尿が出来ない

現病歴 平成12年9月、左下腿部後側にシビレを伴う痛みがあり、びっこをひきながら近所の医院（外科・泌尿器科などを標榜）を受診した。牽引と投薬（メチコバール）を受け、11月には軽快した。

平成13年1月14日頃から、深夜になると肛門部に断続的な押し込まれるような激しい痛みがあった。朝になると痛みは消失したが、椅子にすわるとドーナツ枕の上にすわっているような感じがした。

1/16、左右の殿部から大腿・下腿部・足底にまでおよぶ広範なシビレ感と、強い痛みが出現し、何かにつかまらないと歩行が困難になった。肛門部にもシビレ感があり、トイレに入っても排尿が出来なかった。前出の医院にて治療を受けたところ、某大学病院の泌尿器科を紹介された。

1/17、大学病院の泌尿器科で診察を受けたが、利尿剤を投与され、明日もう一度来て下さいと言われた。

1/18、大学病院の泌尿器科にて昨日とは違う医師の診察を受けた後、歩行困難なところから整形外科にも回るようにと指示された。整形外科にて診察を受けたところ、すぐに入院して検査を受けて下さいと言われた。

1/19、入院。X線、MRIによる精査を受け、L4～5、椎間板ヘルニアと診断され、手術を受けるように言われた。

1/20、手術。術後、痛みは取れたが肛門周囲と両足底部のシビレ感が残存する。排尿が出来ない。自力で排尿出来るのは、5cc程度で多いときでも60cc程であった。残りは導尿管を通して4時間おきに排尿している。排便は出来るが感覚が伴わない。歩容異常があり杖について歩いているが、間欠性跛行ではない。現在、前記症状とともに性機能障害も出現している。

2/28、通院中に偶然知り合った患者から、当院を紹介され来院した。

スポーツは特にしていない。アルコール・タバコは飲まない。

既往歴 特記すべきものなし。

家族歴 特記すべきものなし。

診察所見 側弯は正常。前弯はやや減少。階段変形は認められない。前屈痛は陰性で指床間距離は30cm。側屈痛は左右ともに陰性。後屈痛は陰性。アキレス腱反射は左右ともに消失。膝蓋腱反射は左右ともにやや亢進。触覚障害は右足背部外側に鈍麻が認められた。<sup>図3</sup>下肢伸展挙上テストは左右ともに陽性で挙上角度45度。殿部から大腿および下腿後側にかけてツッパリ感とともに痛みが誘発される。また伏臥位にて脱力させているにもかかわらず左右の半腱様筋・半膜様筋には強度の緊張が認められた。K・ボンネットテストは陰性。右足母指背屈力がやや低下しているが踵歩行は可能。両足指の底屈は可能だが、爪先歩行はできない。殿筋、下腿三頭筋には著しい筋力低下が認められた。バビンスキー反射は陰性。圧痛は、左右の京骨、殿庄と腓腹筋上に多数認められた。また、足底部には強いシビレ感とともに、軽く触れるだけで足関節が背屈するほどの知覚過敏が認められた。<sup>図4</sup>

診 断 本症例は現病歴、および診察所見から、椎間板ヘルニアの圧迫による馬尾神経症候が除圧後も残存するものと診断した。<sup>図4</sup>

対 応 腰椎の1番、もしくは2番から下には馬尾神経という神経が入っています。<sup>図2</sup>この神経がヘルニアによって圧迫されたため、痛みやシビレ、排尿ができないなど、様々な症状が出現しています。毎回導尿管を使用しての排尿には相当の苦痛が伴うことでしょう。1日でも早く自力で排尿ができるよう、鍼灸治療をしてみましょう。

治療・経過 治療は、損傷された馬尾神経の回復、主に膀胱障害の改善を目的として行った。治療体位は仰臥位で膝の下に枕を挿入し膝関節を軽度屈曲して行った。曲骨、中極、関元に半米粒大でそれぞれ3壮、伏臥位とし足関節の下に枕を挿入した後、左右の懸鐘にそれぞれ5壮施灸した。

続いて鍼治療を行う。使用鍼はセイリン製ディスボ鍼・1寸6部4号(50mm～22号)ステンレス製を用いた。経穴は、両側の後谿に上方に向か5mm、甲脈に下方に向か5mm刺入。これにイオン・パンピングコードを結線し15分間のイオン誘導を行った。治療後、右足母指背屈力が相当に回復した。

生活指導 自宅で1日1回温灸を行うよう指導し、もぐさと灸点紙を供与した。第2回(3月3日、3日目) 初回の治療後、自力排尿量(以下、自排尿と略す)が10倍に増えた。黒田製カーボン光線を腰部に15分、足底部に15分間照射。

第4回（3月10日、10日目） 3月9日、午前4時50分、導尿時に感染を起こしたらしく発熱。尿も白く濁り浮遊物があった。病院で抗生物質を投与され、現在服用している。9日の午後5時から10日の午後4時現在まで、自力排尿できたのは35mlで紅茶のような色であった。本日、下腹部の灸治療は中止とし、他は続行した。

生活指導 完全に解熱し尿の色が正常にもどるまで、自宅での温灸も中止するよう指導した。（12日に正常にもどり自排尿も900mlになった。）

第6回（3月17日、17日目） 右足背部の知覚鈍麻が正常になった。1日に1～2回だが尿意を催すことがあると言う。

第8回（3月24日、24日目） 排尿時、最初だけだが勢いがよくなってきた。

生活指導 最近、自排尿も1,000mlを越える日が続き良好のようですね。そろそろ導尿管の使用を制限してみてもいい頃だと思います。直前の総排尿量が250ml前後であれば問題はないと思いますので、3回のうち1回は使用を控える位の割合で始めてみたらいかがでしょうか。それと運動療法も始めてみましょう。机に手をついて体を支え、つま先立ちをするだけで結構です。

第12回（4月7日、38日目） 腎俞に直刺で1.5cm、関元俞に直刺で1.5cm刺入し低周波通電療法を行った。今回、イオン・パンピング療法は中止とし、次回から交互に行うこととした。

第18回（4月28日、59日目） 右側の半腱様筋、半膜様筋の緊張がずいぶんと緩んだが、このことは痙性麻痺から弛緩性麻痺に移行した、と解した方がいいのだろうか。筆者のとぼしい臨床経験からは、判断できなかった。

足底のシビレ感、特に、つま先部分が気になると言うので患部に散鍼療法を行った。

第19回（5月2日、63日目） 前回行った散鍼療法により、足底のシビレ感がずいぶんと楽になり、夜寝やすくなったり。

本症例は現在も治療継続中である。

考 察 本症例は、某大学病院において精査の結果、椎間板ヘルニアの圧迫による馬尾神経症候と診断され、すでに手術も終わっている。しかし、その事を一時念頭から追い出し、私なりに診断の理由を考えてみることとした。

以下にその理由を述べる。

1. 肛門部に夜間痛が認められた。<sup>1,2)</sup>
2. 膀胱・直腸障害が認められた。<sup>3,4)</sup>
3. 性機能障害が認められた。<sup>3,5)</sup>
4. 下肢伸展挙上テスト両側陽性。<sup>3,6)</sup>
5. 急性に発症し、症状の進行が早い。<sup>3)</sup>

以上、1～3の要件を満たし、さらに4～5が加われば馬尾神経症候の原因疾患として、椎間板ヘルニアを特定できるのか。否ではあるが、その可能性は高い。急性馬尾症候群は、ほとんど常に急性椎間板ヘルニアが原因である（TayとChaCha, 1979）。とする文献もある<sup>3)</sup>。

また、臨床症状および診察所見から以下の類症疾患を除外した。

#### 腰部脊柱管狭窄症（いわゆる馬尾型）

1. 狹窄症の症状が下肢・会陰部・肛門部の灼熱感や異常感覚（ピリピリ、チクチクなど）であることに対して、本症例では痛みである<sup>5,6)</sup>
2. 間欠性跛行が認められない<sup>5,6)</sup>
3. 狹窄症の症状は軽く経過も緩慢である。<sup>3,7)</sup>
4. 患者の年齢。<sup>5,6)</sup>
5. 一般的に、狭窄症での下肢伸展挙上テストは陰性の所見を示す。<sup>5,6)</sup>

#### 馬尾神経腫瘍

1. 肛門部や会陰部の痛み、シビレ感。
2. 下肢の麻痺や筋力低下。
3. 膀胱・直腸障害。
4. 知覚障害。
5. 性機能障害。

など、思いつく限りを列記してもその症状は、本症と酷似している。したがって、臨床症状から両者の鑑別は不可能であると考える。<sup>8)</sup>

しかし、本症例の場合、初発の肛門部の疼痛から始まって尿閉まで症状が進行するのに、たった2日間を要したのみである。

これに対し、わずか3例の治験ではあるが、筆者が過去に経験した脊髄外の馬尾神経腫瘍では、症状の進行は、はるかに緩慢であったことを報告する。

また、障害された機能の予後について、B.J.アンダーソン等はこう述べている。

合併する運動不全麻痺は適切な除圧術後に部分的に回復する傾向にある。しかし膀胱障害はあまり回復せず、数年後でも症状が残っていることがある。もともとの症状が片側性であるときは、膀胱機能の回復は良好であることが多い。膀胱機能の回復が悪いのは、知覚神経の損傷が節後性に生じ、回復にくいことが原因である。したがって、正常の膀胱反射弓の消失が少なくとも原因となっている。一方、片側性に障害された患者は知覚のメカニズムが一部温存されており、膀胱機能の回復予後はいくぶん良好である。<sup>3)</sup>

本症例での「もともとの症状」は片側性ではない。治療直後に自排尿が10倍したことを以て、鍼灸治療は有効であった<sup>2)</sup>と結びたいところだが、それ

では、いかにも早計であると考えている。

また、筆者は本症例の生活指導において大きなミスを犯している。第8回の治療後に、導尿管の使用を制限するような示唆を行ってしまったことだ。その根拠とした250mlという数字も、成人男子の一日の総排尿量、1500mlを6で割ったに過ぎない。という、およそ現実的とは思えない判断基準を、手前勝手に用いてしまった。深く反省している。

#### 参考文献

- 1) 代田文彦・出端昭男・松本文明：「鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」，P129～133，医道の日本社，1994。
- 2) 森 健躬：「腰 診療マニュアル」，P 75，医薬出版，1989。
- 3) カンバー・B.J・アンダーソン，トマス・W・マクニール：小野啓郎 監訳「腰痛症候群」，P 88～92，シュプリング・フェアマーク東京株式会社，1990。
- 4) Ian Macnab：鈴木信治 訳「腰痛」，P 192，医薬出版，1981。
- 5) 代田文彦・出端昭男・松本文明：「鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」，P200～209，医道の日本社，1994。
- 6) 出端昭男：「診察法と治療法 2 坐骨神経痛」，P 51～59，医道の日本社，1985。
- 7) 森 健躬：「腰診療マニュアル」，P107～109，医薬出版，1989。
- 8) 菊池臣一他：「腰痛・坐骨神経痛診療マニュアル」，P267～268，全日本病院出版会，1997。

表1. 初診時の診察所見。

#### 坐骨神経痛

13年2月20日

1 側 骶	♀ (N) ♀	9 触覚障害	左 <input checked="" type="radio"/> 鮫	右足背部外側
2 前 骶	正 増 <input checked="" type="radio"/> 減 逆	10 S L R	左 - <input checked="" type="radio"/> 44°	
3 階段変形	<input checked="" type="radio"/> + L		右 - <input checked="" type="radio"/> 44°	
4 前屈痛	<input checked="" type="radio"/> +	11 Kポンネット	左 - 右 -	
左側屈痛	<input checked="" type="radio"/> +	15 ニュートン	- +	
	左 右	17 圧 痛	左足の脇縫、脇压、脚伸筋上 (?) ベビースキー (?)	
5 右側屈痛	<input checked="" type="radio"/> +			
6 後屈痛	<input checked="" type="radio"/> +			
8 A T R	左 - 右 -			
7 P T R	12 股内旋 13 股外旋 14 大腿動脈 16 F N S -			

(医道の日本社)

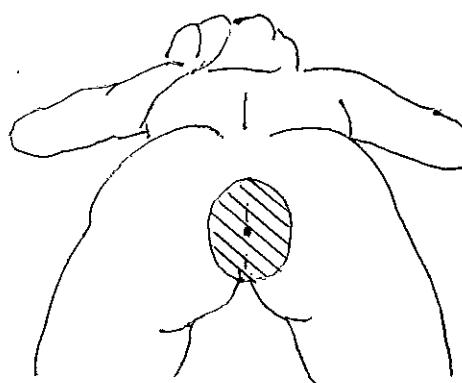


図1. 手術後に残存するシザレ感。

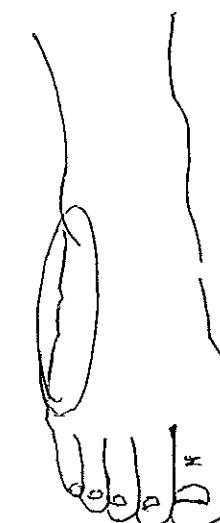


図3. 知覚鈍麻の領域。

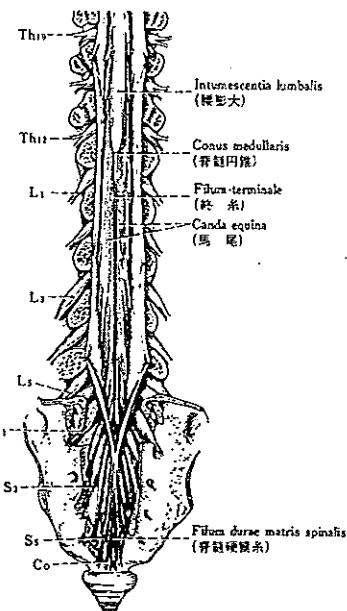
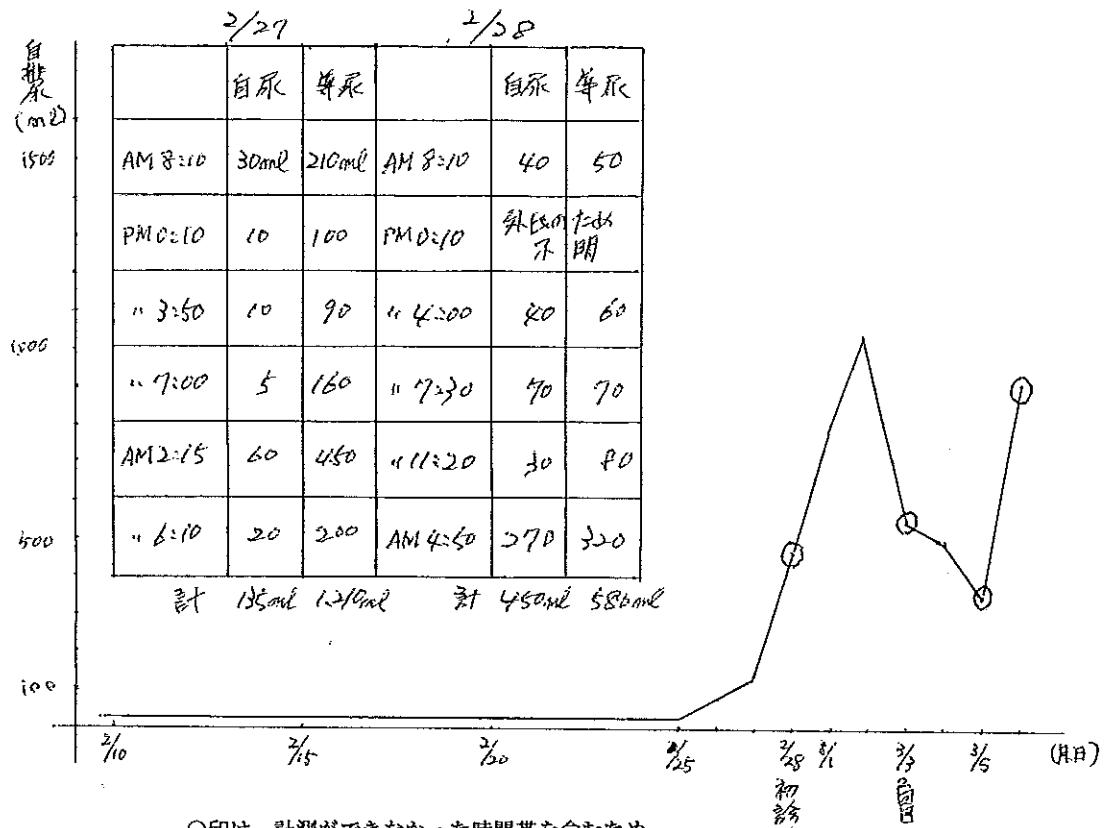


図2. 腰部脊髄神経解剖図

(腰痛・診療マニュアル, 伊丹康人, 金原出版, 1988)より。

表 2. 自力排尿量.



○印は、計測ができなかった時間帯を含むため  
数値が低めに表されています。

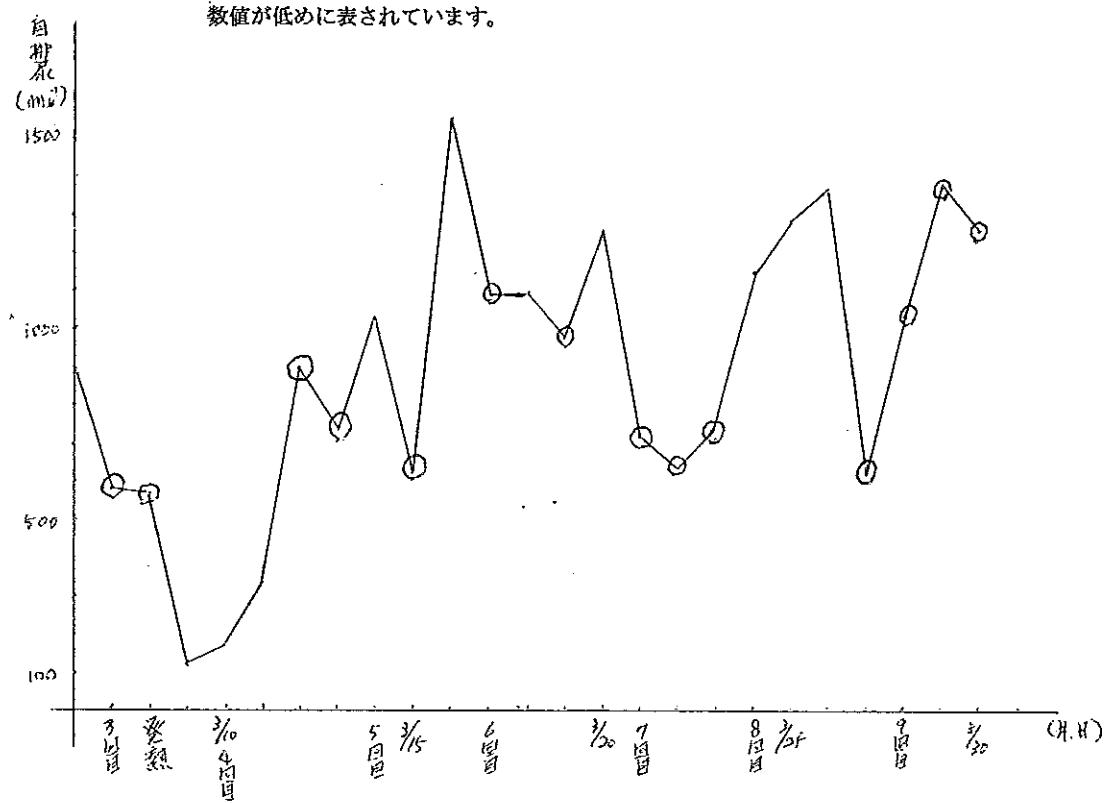


表3. 自力排尿量・導尿量および総尿量の推移.



( )

(..)