

症例報告

14.3.28

手術を勧められた腰部脊柱管狭窄症

浦山久昌

今回、40mの連続歩行で下肢に疼痛を訴える間欠性跛行症の患者を、110日間13回の治療で連続歩行距離が120mとなった。間欠性跛行や疼痛は改善されたがシビレ感が現れた。さらに治療と経過観察が必要と考えられる症例である。

症 例 58歳 男 トラック運転手

初 診 平成13年11月19日

主 訴 右臀部から下肢の後ろが痛い

現病歴 20代のころから電気工や牛乳配達など重い物を持つ仕事をしてきた。

時々腰の痛いことはあったが特に手当を受けた覚えはない。

2年前ころから腰を伸ばすと、右臀部から殿溝付近が痛いことが時々あった。

しかし、安静にすると軽快していたので特に手当は受けなかった。

今回、7月末頃から徐々に痛みが強くなった。長い時間立っていたり、歩行で痛みが起こる。10月中旬、安静にしても良くならないので、何か腫瘍でも出来ているのではと心配になって、某病院整形外科を受診した。MRI画像検査とレントゲン検査の結果、腰のL4-5間とL5-S間に障害があると診断された。治療は内服薬と3回の神経ブロック注射であった。注射後も疼痛は変わらなかった。ブロック注射の際、これで効かなければ手術を勧めますと言われた。今は、仕事の都合でとても手術を受ける時間的余裕はないので、来院した。

現在、40mほど歩くと右臀部から大腿および下腿後側が痛くなって、歩行が辛くなる(図1)。腰掛けたり、前屈位によりすぐに楽になり歩行を続けられる。夜間寝ていると、痛くて目が覚める、その時は仰臥で寝ている。車の運転は全く痛くない。自発痛はなく。靴下の着脱痛もない。シビレ感もない。センサーマーチもない。膀胱・直腸障害もなく。会陰部にもシビレ感などの異常感覚はない。咳やくしゃみによる愁訴の誘発もない。痛みの程度は、仕事を休むほどではない。仕事は20トン積み大型トラックの運転なので仕事

は普通にできる。日常は、通勤も車で、仕事も車の運転のため、ほとんど歩く機会はない。アルコールは毎日ビール大瓶1本と日本酒1合くらい飲む。スポーツは特に行っていない。

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 痛みのため、正常な立位はとれず類人猿肢位を呈している。腰椎の側彎および階段変形は認めない。腰椎は後彎している。前屈痛は陰性で、前屈指床間距離は0cm。後屈痛は陽性。愁訴の誘発時に脱力感やシビレ感はない。センサーマーチもない。膝蓋腱反射は左右とも正常。アキレス腱反射も左右とも正常。触覚障害も陰性である。下肢伸展挙上テストは左右とも陰性で挙上角度90°である。股内旋テストおよび股外旋テストは陰性。大腿動脈の拍動は正常。圧痛は十七椎、右下志室、右L4椎関、右L5椎関、右上殿、右梨状、右殿門、右承筋に認めた(図2)。

診 断 本症例は歩行痛がありそれも40mほどの歩行で疼痛が起こり、前屈位や腰掛けるなど、肢位の変換で直ちに症状が緩解し、歩行が可能となる。さらに大腿動脈の拍動が正常であることから、血管性の間欠跛行ではなく、神経性の間欠跛行と考える。そして片側性で、疼痛を愁訴としていることから、腰部脊柱管狭窄症による神経根型の間欠跛行と診断した。

対 応 腰から出ている坐骨神経の根もとが歩いている内に血行が悪くなって来て、下肢に痛みを感じるようになります。前屈みになったり、座ったりすると、神経の根もとの血行が良くなって、痛みが楽になります。鍼をすると血行を改善して、楽になると思います。しばらく治療を続けて下さい。ほとんどの場合は手術以外の方法で楽になります。現在の状態では、手術の必要はないと思います。

経過・治療 鍼灸治療は、障害されていると考えられる腰椎のL4、L5付近を中心に、愁訴の緩解を目的に行った。

治療体位は、左下側臥位で、右股関節90°屈曲、右膝関節90°屈曲し、右膝の下に枕を入れて安定させて行った。

ステンレス針1寸6分-3番(50mm-20号)を用い、約3cmの深さで、右L5椎関、右L4椎関、右承筋へ直刺で刺針した。2寸-5番(60mm-24号)を用い右下志室、右上殿、右梨状、右殿門へ約4cm直刺で刺入した(図3)。置鍼を10分間行った。置鍼後、坐位

で百会に半米粒大の灸を3壮行った。

生活指導 就寝時は、なるべく仰臥位ではなく、治療体位と同じように、左下側臥位で、右股関節やや屈曲し、膝関節を軽く屈曲して右膝の下に枕を入れて休んで下さい。

第3回(12月3日・14日目)夜間痛くて目が覚めることは無くなった。歩行も少し楽である。今までの治療に加え、十七椎に半米粒大3壮の施灸を行った

第7回(12月28日・49日目)駐車場から治療院まで、約80mを全く痛くなく歩けるようになった。直立位は可能となったが、右の下腿に疼痛を誘発する。

第10回(1月25日・77日目)鍼灸治療の翌日は、右下肢が重くなるが、3日目から1週間くらいは症状が軽くなる。内服薬の服用は中止したが、特に症状が悪いと言う事はない。

先日、友人の奥さんが、頸椎の手術をして、非常に具合が良いので、あなたも手術してはどうかと勧められた。しかし、病院の医師は、症状も改善しているので、手術の必要は無いだろうと言っている。

対応 今の状態では、特に急いで手術をする必要は無いと思います。もう少し治療を続けて、経過を見てから考えても遅くはないですよ。

第13回(3月9日・120日目)120mの連続歩行が可能となった。愁訴は軽減し、疼痛は下腿外側から第1指にかけて起こる。

立位で、疼痛は下腿外側から第1指にかけて再現する。15秒経過後、第1指と第2指の間にシビレ感を誘発する(図4)。前屈位で愁訴は消失する。

その後、来院はない。

考察 本症例は、腰部脊柱管狭窄症に起因する神経根型の間欠性跛行症と診断した。以下にその理由を述べる。

- 1, 下肢痛は40mの歩行で起こり、前屈位などの体位の変換で急速に緩解し歩行可能となる。
- 2, 愁訴は疼痛が主体で、片側性であることから神経根型と考える。
- 3, 間欠性跛行が見られ、立位や後屈で愁訴の誘発がある。
- 4, 大腿動脈の拍動は、正常で、動脈性の間欠性跛行ではない。

なお、臨床症状および発症条件から、以下の類症疾患を除外した。
イ、腰椎椎間板ヘルニア

腰部脊柱管狭窄症の要因となる可能性はあるが、前屈痛が陰性で、下肢伸展挙上テストが陰性である。

ロ、梨状筋症候群

腰椎の伸展や後屈で、愁訴の再現がある。

ハ、股関節疾患

股関節の内旋テストおよび外旋テストが陰性である。

以上、愁訴の発症部位、愁訴の緩解体位、診察所見および除外診断から、本症例は腰部脊柱管狭窄症と診断した。

さて、本症例は、若い頃からの肉体労働により、腰部の椎間関節の変形、肥厚、骨棘形成、黄色靭帯の肥厚、椎間板膨隆などを引き起こし、神経根や馬尾の圧迫を誘発したと考えられる。歩行や立位が腰椎の伸展をうながし、脊柱管内の血液循環動態の変化を引き起こして、神経根や馬尾の虚血状態が疼痛やシビレ感を発現させたと考えられる。

本症例の、初診時の40mの歩行で発症する間欠性跛行は、日整会腰痛疾患治療判定基準の歩行能力評価は4段階評価の最低である。一般人ならば、日常生活に与える影響は大きいですが、車の通勤、車の仕事であるため、仕事を休む事も無く、生活していた。

110日間13回の治療で連続歩行の距離は、40mから120mに改善した。疼痛も軽減している。本症例は神経根型の間欠性跛行を示していること、保存療法が第一選択枝であることから、鍼灸治療は妥当なものであったと考える。しかし、疼痛は軽減したものの第1指および第2指付近にシビレ感が現れている。このシビレ感が強くなれば、混合型である可能性もあり、今後の経過観察が必要と考察する。当初、医師から勧められた手術も、症状が幾らか緩解してきたことで、保存療法で様子を見るようである。

経穴の位置

L4椎関：陽関の外方2~2.5cm

L5椎関：第5腰椎棘突起と仙骨底の中央から外方2~2.5cm

梨状：上後腸骨棘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3~4cm下方の領域

参考文献

- 1) 菊池臣一ほか: 椎管狭窄症の診断「現代医療」, p29, vol.33. 増 2.2001
- 2) 藤抜龍治: 椎管狭窄症. 「鍼灸不適合疾患の鑑別と対策」 p203. 医道の日本社. 1996
- 3) 池田正則ほか: 保存療法. 「現代医療」, p87, vol.33. 増 2.2001
- 4) 増本真悟ほか: 保存療法と手術療法の選択. 「現代医療」, p63, vol.33. 増 2.2001
- 5) 小林茂: 腰部椎管狭窄症の病態. 「現代医療」, p12, vol.33. 増 2.2001

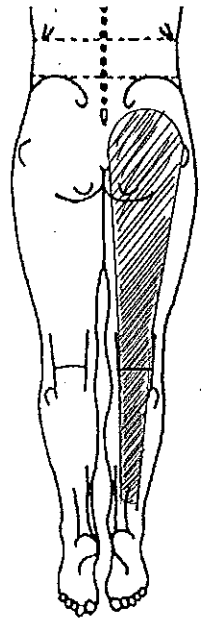


図1 疼痛域

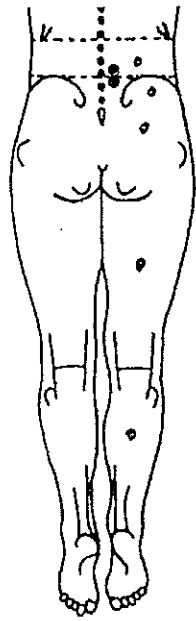


図2. 圧痛点
治療点

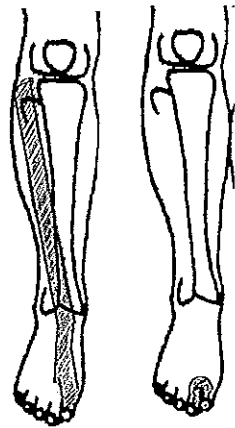


図3. 13回目の疼痛域
とジビレ感