

症例報告

2004,10,28

下肢痛を訴えて腰椎椎間板ヘルニアと診断された症例

滝上晴祥

本症例は下肢の疼痛を訴えて病院で腰椎椎間板ヘルニアの診断を受け、手術を示唆された患者である。その後、急性腰痛を発症し両下肢痛が出現したもので発症状況、臨床症状から腰部脊柱管狭窄症と診断した。207日間、52回の鍼灸治療でほぼ緩解した。

症 例 ; 47歳 男性 大工

初 診 ; 平成15年10月20日

主 訴 ; 両下腿後側の痛みとシビレ

現病歴 ; 30年前の高校生の時にアメリカンフットボールの練習中に腰を痛め、大腿後側に痛みとシビレが出た。以後、とくに同様の腰の痛みや下肢の症状はなかった。

昨年5月、腰のだるい痛みのため某総合病院の整形外科を受診した。MRI検査で腰椎椎間板ヘルニアと診断され、L3,L4,L5の間のどれか1カ所で椎間板がとびだして、他の1カ所が危ないといわれた。正確な部位は覚えていない。その1カ月後に左下肢の痛みが出現した。

9月から6回のブロック注射を受けたがあまり効果が無かった。手術をすすめられたが手術はしたくなかったので、韓国のヘルニアが治るという漢方の病院をインターネットで探し、漢方薬と1日2~4回の鍼治療で2週間入院した。少し楽になった。

今年の6月、ごみを拾おうとしてぎっくり腰となり、強い腰痛とその後、翌日から両下腿後側の痛みとシビレを感じるようになった。他の医療機関やその他の治療は受けずに韓国の病院の鎮痛剤を取り寄せ服用していた。

現在、しばらく立っていたり、歩行時に両臀部と下腿後側につれるような痛みとシビレがある(図1)。10m程で痛みとシビレのため歩行困難となり立っていられなくなってしゃがみたくなる。その時にとくに前屈位によって愁訴が軽快することはない。痛みが上方あるいは下方に移動する感じはない。左側より右側の方が症状は強く感じる。朝起きてすぐは愁訴の増悪はない。横に伏していると愁訴はほとんど感

じない。自発痛、夜間痛はない。靴下の着脱時に痛みはない。咳、くしゃみで愁訴が誘発する。下肢がいつも冷えている感じがあり、寒い日は症状が強く出る。そのためもも引きをはき、下腿にはレッグウォーマーを着けている。膀胱・直腸障害はない。

仕事は現場で段取りを指示している程度であるが続けている。

スポーツはしない。アルコールは飲まない。血圧は高めだが薬を飲むほどではない。下肢痛が出始めたところから夜間2~3回小便に行くようになった。その他の一般状態に問題はない。

診察所見； 身長は166cm。体重は70kg。脊柱の側彎は正常。腰椎の前彎は減少。階段変形は認められない。前屈痛は陽性で指床間距離41cm、両側の下腿後側に痛みとシビレが誘発する。左側屈痛は陰性で指床間距離51cm。右側屈痛は陽性で指床間距離58cm、右側の下腿後側に痛みとシビレが誘発する。後屈痛は陽性で両側の下腿後側に痛みとシビレが誘発する。膝蓋腱反射、アキレス腱反射はともに左右差はなく正常。触覚障害は陽性で右側第5指に触覚鈍麻が認められる。下肢伸展挙上テストは左右とも陰性。Kボンネットテストは陰性。股内旋、股外旋テストはともに陰性。大腿動脈、膝窩動脈と足背動脈の拍動は正常。爪先歩行、踵歩行はともに正常。大腿、下腿の筋委縮は認められず、左右差もない。圧痛は左右のL4-L5椎間関節部(以後L4椎関という)、L5-S1椎間関節部(以後L5椎関という)左右の梨状、飛陽、附陽に検出した(表1)。下腿後側下位1/3に冷感と圧痛、同部位に筋のスパズムを認めた。梨状筋部の押圧で愁訴の下腿部への放散痛とシビレが誘発された。

診 断； 本症例は脊椎の運動により愁訴が誘発され、間欠跛行があり、立位の持続でも両下腿部の痛みがある。下肢伸展挙上テストは陰性であり、梨状筋部の圧痛と同部位への押圧で愁訴の下腿部への放散痛とシビレの誘発がある。触覚障害は陽性、大腿動脈と膝窩動脈、足背動脈の拍動は正常、Kボンネットテストは陰性であることから腰椎の神経根の障害を推測した。原因疾患がヘルニアによるものか、加齢による変性によるものか経過をみながら鍼灸の適応を判断することにした。

対 応； 脚に行っている腰の神経の根元の部分に障りがあるようです。それがヘルニアによるものなのか、年齢にともなって出てきた腰の骨

や周辺の組織の変化によってもたらされたものか、あるいは同時にそういう状況にあるのかわかりませんが、原因と思われる腰の骨の周辺の血行をよくしてスジや筋肉の緊張を和らげ、神経の根元への負担を軽くして症状がどのように変わっていくかを見てから今後の治療を考えたいと思います。1カ月間は指示通り通院してみてください。

治療経過； 治療は疼痛の緩解と局所の血行改善を目的に行った。治療体位は伏臥位で圧痛点の左右のL4-L5椎関と左右の梨状に2寸5番(60mm-25号)で直刺、左右の飛陽、附陽に1寸3分2番(40mm-18号)で直刺をして30Hzで10分間の通電をした(図2)。

その後、右上側臥位にて黒田製カーボン灯(#1000-#3001)にて右鼠径部、腰部、大腿部後側、下腿部後側、足底部に10分間照射した。

生活指導； しばらく入浴は止めてください。仕事でも帰宅された後なるべく横になる姿勢をとるようにしてください。重いものを持ちたり、中腰の姿勢もしないようにしてください。当分は1日おきに通院してください。

第5回(9月29日、10日目) すこし痛みが軽くなったような気がするが立位、歩行時はまだ痛くてしゃがみたくなる。

第16回(12月5日、66日目) すこしずつ良くなっている感じがする。

第36回(平成16年5月10日、159日目) 歩行時の痛みはずいぶん楽になる。後頸部の凝り感を強く感じる。

第40回(6月7日、94日目) 立位や歩行時の痛みをほとんど感じなくなったので、川に釣りに行ったら前のように痛みが再燃した。

第45回(7月21日、146日目) 立位、歩行時にほとんど痛みは感じない。

第52回(9月21日、207日目) 前屈痛、側屈痛、後屈痛、触覚障害はすべて陰性となる。天気が崩れる前や急に温度が下がる日は下腿後側がつれる。温めると楽になる。重いものを持ちたりした後は腰が重くなる。

現在も1週間に1回程度の治療を継続中である。

考察； 本症例を腰部脊柱管狭窄症と診断した。以下その理由を述べる。

本症例は年齢が中年期であり、脊椎の運動によって愁訴が誘発され、

歩行にともない両臀部と下腿後側部に疼痛とシビレが増悪する神経性間欠跛行がある。下肢伸展挙上テストは陰性であり、爪先歩行、踵歩行も陰性である。大腿動脈、膝窩動脈と足背動脈の拍動は正常である。¹⁾²⁾

また発症機序を次のように推測した。³⁾

- 1、すでに加齢によるある程度の椎間板の膨隆と肥厚性椎間関節症による脊柱管の狭小化があった。
- 2、椎間板ヘルニアが発症し、さらに椎間板膨隆が増大した。
- 3、増大した椎間板膨隆はさらに脊柱管の狭小化をすすめた。
- 4、急性腰痛が起きることによって椎体周辺組織の状況は悪化し、立位や歩行による持続的な椎体間への負荷はさらに椎間板の膨隆を増大させ、下位腰椎の左右の神経根を圧迫、絞扼をして両臀部下肢の根症状を現出した。

なお、臨床症状、発症状況から以下の類症疾患を除外した。

- 1、血管性腰下肢痛⁴⁾

大腿動脈、膝窩動脈、足背動脈の拍動は正常である。

- 2、脊椎すべり症⁵⁾

階段変形は認められない。

- 3、梨状筋症候群⁶⁾

Kボンネット・テストは陰性である。

本症例は約1年半前、MRI検査の結果、腰椎椎間板ヘルニアと診断され手術を示唆された。その後症状は消失しないまま1年後に急性腰痛となり両下肢痛が出現した。梨状筋部の押圧で下肢の後側に放散痛があり、右第5指に触覚障害を認め、下腿後側の痛みと筋の緊張があることからS1神経根の障害が推測されるが正確な責任高位の判断は歩行負荷試験により明らかにされるもので今回はこの試験を実施していないため特定できなかつた。下肢伸展挙上テストは陰性であり、爪先歩行、踵歩行も陰性であることから今回は腰椎椎間板ヘルニアの合併はないと判断した。Kirkardy-Willisらは椎間板、椎間関節運動複合体の変性過程を分類し⁷⁾、椎間関節性腰痛から変性性すべり症、変性性椎間板ヘルニアそして脊柱管狭窄症までを変形性脊椎症の一連の過程ととらえている。本症例もこの視点からだとよく理解できる。

初診時に再発性の高い他の腰椎の椎間板ヘルニアの再発を強く疑っ

たが治療経過から直接の関与は否定できた。医療機関での本疾患の緩解をあきらめた患者の治癒に貢献できたことをうれしく思うとともに印象に残った症例であった。

経穴の位置

- 梨状 上後腸骨棘の外下縁と大転子の内上縁を結んだ線の中央
- L4椎関 L4-L5棘突起間の高さで正中より外方約2cm
- L5椎関 L5-S1棘突起間の高さで正中より外方約2cm

参考文献

- 1) Ian Macnubほか：脊柱管狭窄症、「腰痛」、p330~331、医歯薬出版株式会社、1994.
- 2) 天児民和編：腰部脊柱管狭窄、「神中整形外科学」、p249~250、南山堂、1994.
- 2) 佐藤光三：変形性脊椎症、「図説整形外科診断治療講座、腰痛」、P127、メジカルビュー社、1991.
- 4) 大城孟；四肢動脈疾患、「図説血管外科」、p150~151、メディカルトリビューン、1992.
- 5) 河端正也；腰椎分離・すべり症、「腰痛テキスト」、p58~62、南江堂、1992.
- 6) 寺山和雄ら編；末梢神経損傷、「標準整形外科学」、p626、医学書院、1993.
- 7) 佐藤光三：変形性脊椎症、「図説整形外科診断治療講座、腰痛」、P116~117、メジカルビュー社、1991.

表1初診時の診察所見

坐骨神経痛

15年10月20日

1 側 彎	？ (N) ？	9 触覚障害	左- 右+	7,+
2 前 彎	正 増 (減) 逆	10 S L R	左 ⊖ +	9,第5指
3 階段変形	⊖ + L		右 ⊖ +	12,-
4 前屈痛	- ⊕ 4/	11 Kボンネット	左- 右-	13,-
5 左側屈痛 右側屈痛	⊖ + 5/	15 ニュートン	⊖ +	14,-、膝窩-、足背-
	左 右 - ⊕ 5/8 左 (右)	17 圧痛		爪先-、踵- 筋萎縮-
6 後屈痛	- ⊕	L4椎関 L5椎関 梨状 飛陽 附陽		
8 A T R	左+ 右+			
7 PTR	12 股内旋	13 股外旋	14 大腿動脈	16 FNS

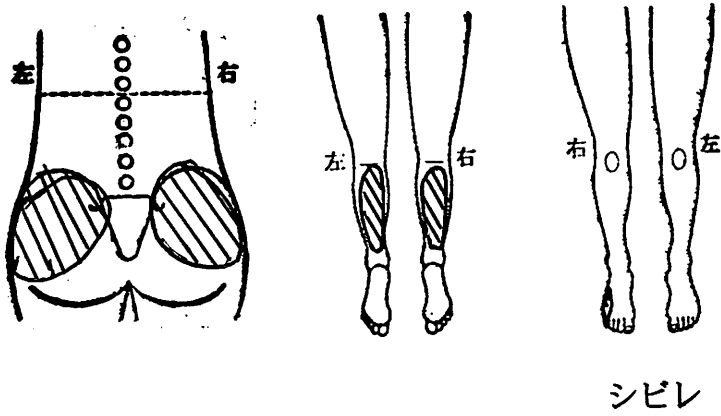


図1疼痛とシビレの部位

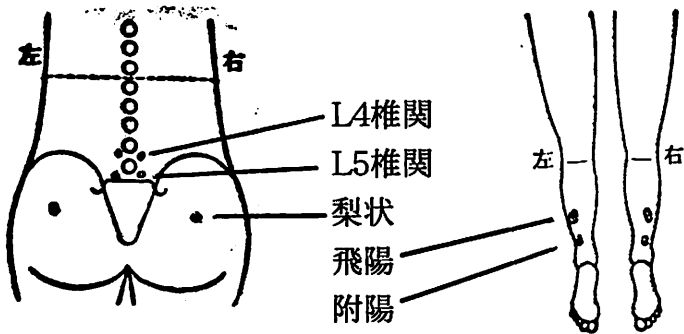
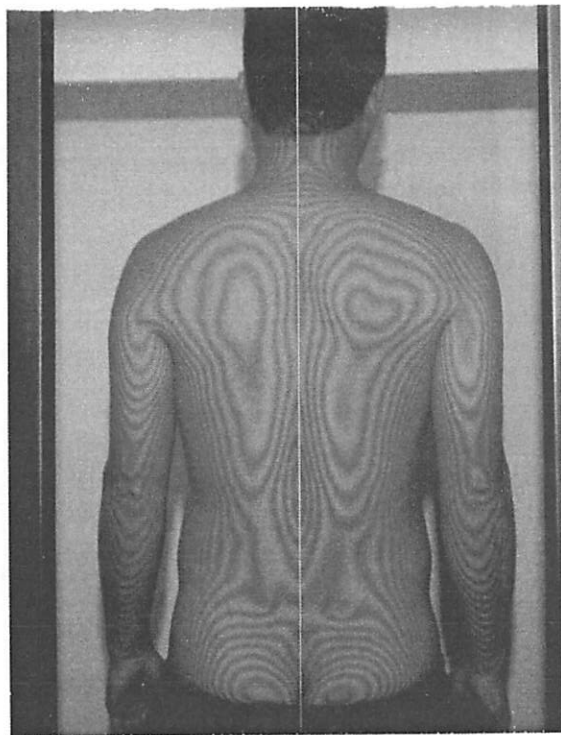
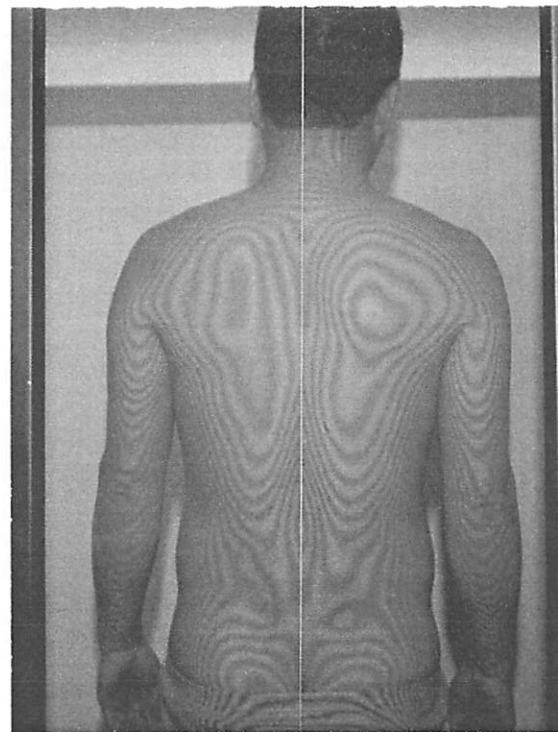


図2圧痛点と治療点



平成15年10月20日(初診)



平成16年3月31日(31回目)

資料1モアレトポグラフィー