

平成17年5月26日

患者指導のままで脱落した腰部脊柱管狭窄症

伊集院 克

本症例は腰痛と間欠性跛行を訴えて来院した患者である。発症から一年近く経過しており、症状から脊柱管狭窄症と考え患者に説明をした上で、鍼灸の施術を開始したが、当方と病院の説明が異なり、また著効が得られなかつたため、二回の施術で脱落した。

症例：58才 男性 公務員(事務職)

初診：平成17年3月19日

主訴：腰から右足第一趾にかけての痛みと、歩行困難。

現病歴：昨年五月に家の中で冷蔵庫を運んだ直後に急に腰が痛くなった。ギックリ腰と思い、近所の整骨院やかかりつけの病院で治療を受けたが、なかなか改善しないばかりか、だんだん歩くのも辛くなり、100m進む間に2～3回休まなければならない程であった。総合病院を紹介されて受診したところ、X線やMRI検査の結果、第五腰椎の椎間板ヘルニアと言われ、牽引と飲み薬等の保存療法でしばらく様子を見ることにした。6ヶ月治療を受けたが全く改善が見られず、今年の一月末からは外科手術も勧められているが、迷っている。病院以外にも整体や指圧、マッサージ等いろいろと治療を受けたが、いずれも著効はなく長続きしなかった。今回はインターネットで検索し来院した。鍼灸治療は今まで受けたことはない。また腰部と右下肢の症状の以外には愁訴はない。

今日の症状は、疼痛部が右側の下位腰椎部、右大腿部外側、右内果から第一趾であり、間欠性跛行(100mの歩行中に2～3回休む)があるが、しゃがむとすぐに楽になる。

仕事は区役所の職員で事務職(座業)で重量物を運ぶことはない。スポーツはゴルフを月一回くらいのペースでやっていたが昨年の発症後は全くやっていない。アルコールは日本酒二合を毎晩飲んでいる。

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172cm、体重64kg。側弯は陰性。腰椎前弯は減少。階段変形は認められない。前屈痛は陰性(指床間距離21)、左側屈痛陰性(指床間距離51)、右側屈痛陽性(指床間距離62)、後屈痛は陽性。膝蓋腱反射、アキレス腱反射はいずれも正常。触覚障害は右のL3領域が鈍。SLRは左右陰性。股関節内旋テスト、外旋テストはいずれも陰性。ニュートン・テスト、

棘突起叩打痛もいずれも陰性。大腿動脈も正常。大、小便はいずれも問題なし。圧痛は右L4椎間、右L5椎間に限局して認められる。(図-1, 2)

診断：本症例は発症状況、運動制限(間欠性跛行)、圧痛部位等から下位腰椎部の脊柱管狭窄症と診断した。自発痛、膀胱直腸障害、大腿動脈の異常が認められず、経過も進行性ではないので鍼灸治療は適応するが、場合によっては整形外科的な治療を要す。

対応：最初はギックリ腰のようなものだったのが、痛みをかばう姿勢をしながら仕事や日常生活を続けたために、腰骨の後ろの関節が炎症を起こし腫れてしまったため、神経を圧迫するようになり、血の流れも悪くなつたため、思うように歩くことができないので。前に屈むとその骨と骨の間が広がつて圧迫が軽くなるので症状が楽になるのです。一応は鍼灸治療の適応症ですが、主治医から手術も勧められているということなので、鍼灸治療を3回だけきちんとやってみて、症状改善の具合とかを検討した上で、もう一度治療の方針を立てる感じで進めていきましょう。

治療・経過：治療は疼痛軽減と血液循环の改善を目的に以下のように行った。

治療体位は、伏臥位で下腹部の下に膝用枕(カマボコ型)を当て、行った。治療部位は、圧痛点を中心に右L4椎間、右L5椎間、右殿圧、右委中を用い、全て患側のみ治療した(図-3)。針はステンレス針の1寸3分-4号(40mm-22号)を用い1.0～2.0cm直刺にて刺入し、1Hz-10分間のパルス通電を行った。抜針後、同じ部位にカマヤミニ灸(弱)を各1壮ずつ施灸した。生活指導：同じ姿勢を長時間続けることは良くないので、自動車の長距離運転とか、仕事場で立ちっぱなしや座りっぱなしということがないように気をつけて下さい。アルコールは特に制限せずに、今まで通りでよいでしょう。お風呂は悪くないのですが、高血圧とのことですので、長風呂にならないよう心掛けましょう。

第2回(3月22日、3日目)前回の治療後少しだるくなったので、効果が出るのかと思ったが、その後今まで何の変化もなく、痛みと間欠性跛行は続いている。前回と同じ施術を行った。

その後予約キャンセルの電話有り。鍼灸治療に期待したが、2回の治療後も全く変化がないのでもうやめると一方的に言われ、結果的に前回までの2回で治療を中止した。

考 察 本症例を腰部脊柱管狭窄症と診断した。¹⁾²⁾⁴⁾⁸⁾⁹⁾

以下にその理由を述べる。

1. 患者が中高年の男性で、慢性の腰下肢痛を示している。
2. 間欠性跛行が著明で、また前屈姿勢ですぐに症状が消失する。

3. 大腿動脈の拍動が正常である。

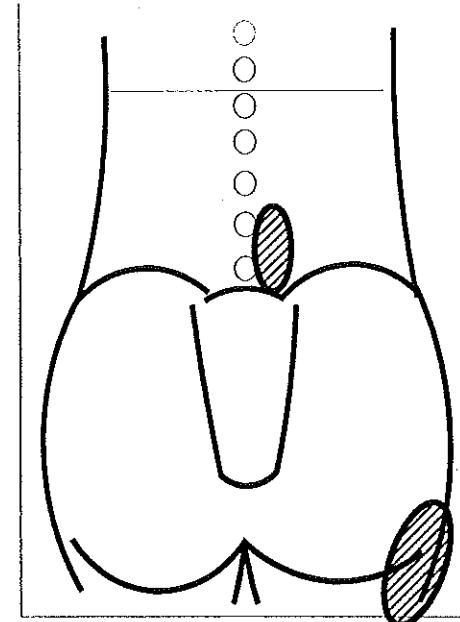
なお、臨床症状および発症条件から以下の類症疾患を除外した。

1. 血管性腰痛 間欠性跛行が著明だが、大腿動脈の拍動が正常。¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾
2. 腰部椎間板ヘルニア 医師の診断もあり、原因疾患の一つと考えているが、SLRテストが陰性である。¹⁾²⁾⁸⁾⁹⁾
3. 内臓性腰痛症 自発痛や夜間痛が認められず、また愁訴の発現が脊柱の運動と関連している。また排尿排便障害が認められない。¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾

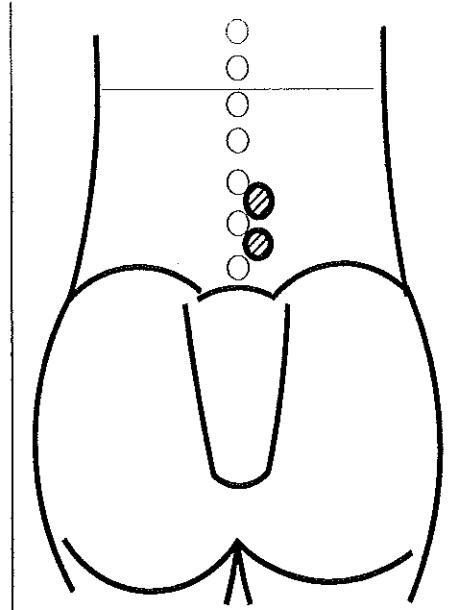
以上のことから、本症例の発症機序を次のように推測した。

1. 患者は区役所の職員で、35年以上ずっと事務職一筋で働いてきた。運動不足のところに、昨年自宅で重いもの(冷蔵庫)を持ち上げようとして、腰椎椎間関節部に負担がかかり、急性腰椎椎間関節捻挫を発症した。¹⁾²⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾
2. 痛みをかばう姿勢をしながら仕事や日常生活を続けたため、結果として腰部椎間関節に退行性変性が加わり、肥厚したため脊柱管内が狭小化し、内部の血管や神経が圧迫されたため間欠性跛行を発症したものと推測した。¹⁾²⁾⁴⁾

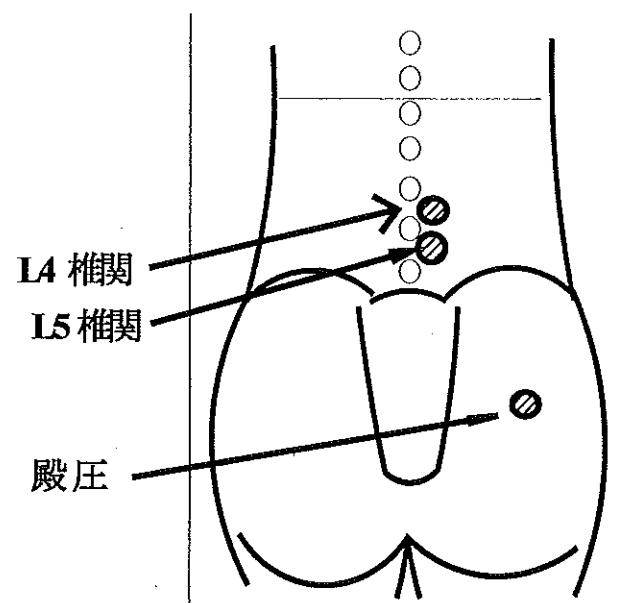
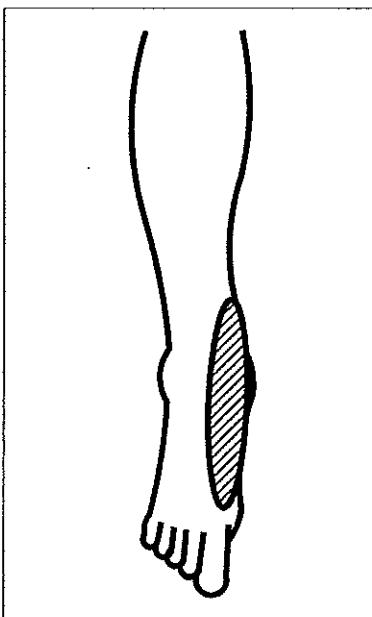
わずか二回の施術で脱落してしまい、不本意な結果となってしまったが、原因としては、患者対応のまずさが第一と考える。医師の診断と異なる病名を告げるからには、もっと来院受診の意欲が高まるような信頼関係を構築する必要があったのに、それができなかった。また今回の症例のように、インターネットで検索し、歩行困難のところを、わざわざ遠方から電車で来院し、短期間で結果を求める患者さんに対して、もっと病態や治療計画の説明がきちんとできていれば良かったのかもしれない。さらに、自分の予定では鍼灸施術を三回きちんと行えば、症状の変化が見られると考えていたが、二回施術後の、患者さんの大きな期待に対し結果が出せなかつた自分の技能の未熟さも、脱落の大きな要因と思われる。今後への課題である。



(図-1) 疼痛域



(図-2) 圧痛点



(図-3) 治療点

参考文献

- 1)出端 昭男：「診察法と治療法」 p33～56、医道の日本社 2000
- 2)池田 亀夫：「腰椎・仙椎」 p170～183、メジカルビュー社 1988
- 3)津山 直一：「整形外科クルーズ」 p453～454、南江堂
- 4)森 優：「運動機能学」 p118～121、金原出版
- 5)津山 直一：「整形外科医のための神経学図説」 p271～273、南江堂 1995
- 6)神山 洋一郎：「ペイン」 p165～171、医道の日本社 1994
- 7)三浦 隆行：「整形外科診断のすすめ方」 p224～232、南江堂 1990
- 8)林 浩一郎：「神経・筋疾患の診察と検査」 p1～8、金原出版 1988
- 9)片岡 治：「腰痛治療のこつ」 p223、南江堂 1990