他覚的所見に乏しい脊柱管狭窄症　2005.10.27

太田　滝上　晴祥

本症例は腰痛の再燃を繰り返していた患者が間欠性跛行を訴えて来院した。2年前に同様の症状で腰椎椎間板ヘルニアと脊柱管狭窄症の診断を受けていたものだが、69回241日間の鍼灸治療で緩解した。

症　例： 67歳　男性　鋳物原料卸問屋勤務

初　診： 平成17年1月5日

主　訴： 左大腿前外側の痛み

現病歴： 仕事は20kgの梱包材の積荷をトラックに上げ下ろしをしたり、車で輸送をしたりしている。そのため腰痛はしばしば起きていたが、放置して、2〜3日仕事を休めば緩解していた。

平成15年、初めて左下肢痛となり、某総合病院でX線とMRI検査の結果、L4椎間板ヘルニアとL5の脊柱管狭窄症と診断され、20日間入院し、3カ月で緩解した。

今回は、平成16年12月より腰の違和感を感じていた。翌平成17年1月、新年の通常の仕事を開始すると左大腿前外側の痛みのため立っていられなくなり来院した。病院での診療や他の治療は受けていない。

現在、痛みは大腿前外側にある(図 1)。その部位に異常感覚はない。自発痛はない。靴下の着脱時の痛みはない。歩行時、立位で愁訴の誘発がある。下肢のシビレ感はない。咳やクシャミで愁訴の誘発はない。膀胱・直腸障害はない。椅子に座っていたり、横になっていると痛みも何も感じない。前回ほど痛みは強くない。スポーツはしない。アルコールも飲まない。その他一般状態に変化はない。

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： 脊柱の側彎は認められない。　腰椎の前彎は減少。階段変形は認められない。前屈痛、側屈痛はともに陰性。後屈痛は痛みはないが左大腿前外側に突っ張り感が誘発する。　アキレス腱反射、膝蓋腱反射は左右とも減弱。触覚障害は認められない。　下肢伸展挙上テスト、Kボンネット・テスト、股関節内旋・外旋テスト、大腿神経伸展テストはすべて陰性。大腿動脈の拍動は正常(表 1)。圧痛は左側伏兎、左陰市に検出した図(1)。

支配領域

診　断： 立位、歩行で愁訴が誘発し、坐位、臥位で症状が消失する、下肢の症状は神経の走行にそってある根症状であり、下肢伸展挙上テストが陰性、大腿動脈拍動が正常であることから脊柱管狭窄症と診断した。今回は椎間板ヘルニアの関与は薄いとみて鍼灸の適応としたが、予後については短期になるか長期になるか経過をみながら判断することにした。

対　応： 神経痛だと思います。重いものを持つ仕事で腰痛を繰り返していますし、2年前の下肢の神経痛と同じものでしょう。しかし、症状は前回より軽く、今回は椎間板ヘルニアではないと思いますので原因になっている腰の骨の周りのスジや筋肉をほぐし、血行を良くすればよくなってきますので、しばらくは1日おきで40日間程度は治療を続けてください。

治療・経過： 疼痛の緩解と当該腰椎部周辺組織の血行改善を目的に行った。

治療体位は左上側臥位で行った。治療穴は圧痛の検出した左伏兎、左陰市にステンレス製1寸6分3番で直刺、左梨状、左　L4

椎関に1寸6分5番(50㎜—24号)、左L5椎関に2寸5番(60㎜—24号)で直刺をして置針、50V、10分間の間欠通電を行った(図2)。その間、黒田製カーボン灯(#1000-#3001)で腰部、大腿前部に照射した。

生活指導： 仕事は休んだ方がよいでしょう。仕事をしなければいけない場合は重いものは持たないようにしてください。入浴はしばらくはシャワー程度にして、腰を直接マッサージしたり、揉んだりしないでください。

第2回(1月7日、3日目)、症状は変わらない。昨日、近医の整形外科医院を受診し、坐骨神経痛と診断され、1か月間で10本の注射をするといわれた。

第18回(2月7日、33日目)、すこし軽くなったがまだ立位、歩行時痛がある。仕事は少しずつ減らしている。

第30回(3月7日、61日目)、今まで感じなかった下肢前外側に痛みを感じるようになった。治療に圧痛が検出された左足三里と左上巨虚に1寸3分2番に直刺、他の部位と同様に通電(図2)をおこなった。

第41回(4月7日、91日目)、以前より長く立ったり、歩いたりできるようになったが痛みはまだある。仕事は午前中で帰宅している。

第55回(6月9日、154日目)、大腿部下腿部の痛みを感じない日が多くなった。そのかわり、腰部と左臀部の重苦しさを感じる。仕事は先月で退職した。

第61回(7月11日、186日目)、下肢の痛みは立位、歩行時でも感じない。中腰で植木鉢の手入れをした後、腰と左下肢のツッパリ感がでるがしばらくするとなくなる。

第65回(8月8日、213日目)、ほとんど症状はない。

第69回(9月5日、241日目)、症状緩解とみて治療を終了した。

考　察： 本症例は立位、歩行時で愁訴の誘発があり、坐位、臥位で消失する。痛みは神経の経路に沿って発現している。大腿動脈の拍動は正常であることから根症状型脊柱管狭窄症と診断した。[1)2)3)]

なお、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。

1,血管性腰痛[4)]

間欠性跛行は坐位、臥位で愁訴は直ちに消失する。愁訴の部位は腓腹筋部ではない。大腿動脈の拍動は正常。

2,脊椎すべり症[5)6)]

階段変形は認められない。

3,梨状筋症候群[7)]

梨状筋部に著明な圧痛は認められない。Kボンネット・テストは陰性である。

4,椎間板ヘルニア[8)9)]

年齢が67歳である。下肢伸展挙上テストは陰性である。

本症例は客観的所見に乏しく、間欠性跛行と圧痛の所見のみが認められた症例であったが、坐位または臥位にてただちに症状の消失をみることが脊柱管狭窄症の診断の決め手となった。

また、2年前に診断された椎間板ヘルニアとの関連であるが、仕事は常に重いものの持ち運びをするなどして体は頑健であり、年齢より若く見えることから再発も考慮に入れたが下肢伸展挙上テストは陰性であり、治癒の経過からみて直接の関与は否定できるであろう。近年、高齢化が進み元気なお年寄りが増えるとともに根症状型や下肢の鈍重感、軽度の知覚異常を訴える馬尾神経型の患者が鍼灸院に来院する数が増えてきている。脊柱管狭窄症

は鍼灸治療によく反応して適応する。高齢化社会の到来は予防医学やQOLの向上の観点からも地域での鍼灸院の役割を期待させるものを痛感している。

経穴の位置

L4椎関　L4-L5棘突起間中央より外方に約2.5 cm

L5椎関　L5-S1棘突起間中央より外方に約2.5 cm

梨　状　上後腸骨棘と大転子の内上縁を結んだ中央よりより下方3 cm

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) 菊地臣一：脊柱管狭窄症、「図説整形外科診断治療講座、腰痛」、P146〜154、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；脊椎すべり症、「標準整形外科学」、p445〜448、医学書院、1993.

7) 山野慶樹：下肢抹消末梢神経障害、「図説整形外科診断治療講座、末梢神経障害」、P134〜137、メジカルビュー社、1991.

8) Ian Macnub ほか：椎間板ヘルニア、「腰痛」、p248〜268、医歯薬出版株式会社、1994.

9) 河端正也：腰椎椎間板ヘルニア「腰痛テキスト」p48〜57、南江堂、1992.

表1 初診時の診察所見

坐骨神経痛　平成17年1月5日

1 側　彎	ℓ (N) ℓ	9 触覚障害	左 — 右	7,±
2 前　彎	正 増 (減) 逆	10 S L R	左 (−) +	12,—
3 階段変形	(−) + L		右 − +	13,—
4 前屈痛	(−) +	11 Kボンネット	左 — 右	14,—
5 左側屈痛	(−) + 左 右	15 ニュートン	− +	16,—
5 右側屈痛	(−) + 左 右	17 圧痛 伏兎 陰市		
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

(医道の日本社)

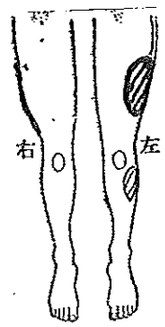

図1 疼痛域

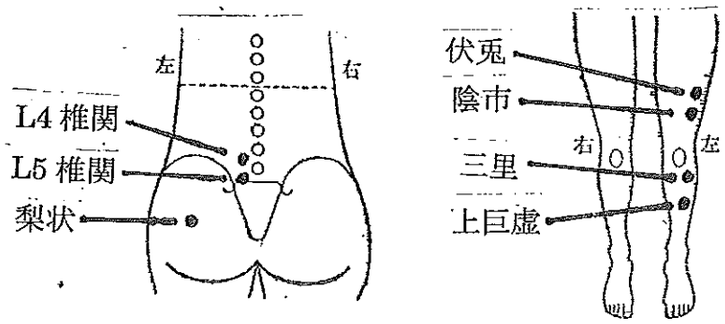

図2 圧痛点と治療点