

平成18年4月27日

症例報告

椎間関節性を除外できた仙腸関節性腰痛

東京 三浦 洋

本症例は、30代から腰痛をくり返していた患者が、植木鉢を動かした時に発症したもので、臨床症状、診察所見から仙腸関節性腰痛と診断した。

症 例：68歳 男性 アパート経営

初 診：平成15年8月15日

主 訴：左腰の痛み

現病歴：30歳の頃より腰痛があった。鋳造業を営んでいたために仕事で重いものを持ち上げることが多く、度々腰痛が発症した。整形外科や接骨院を受診したときもあったが、ほとんどの場合、自分で湿布薬を貼るだけの治療で緩解していた。下肢症状がでたことはない。

今回は、3日前に重い植木鉢(10kg程度)を横に動かした時に、ピリッと左の腰に痛みが走り発症した。その時はさほど痛くなく、そのままにしていたが、徐々に痛くなり、当院の患者である妻に勧められて来院してきた。病院での診療や他の治療は受けていない。

現在、痛みの部位は左仙腸関節部にあり(図1)、自発痛、夜間痛はなく、朝痛みで目が覚めることはない。起き上がりや靴下の着脱時に痛みはないが、腰を伸ばすと痛むので歩行時もやや前かがみになる。当院にも自転車で来院した。下肢の症状はない。

アルコールは日本酒1合程度を晩酌する。スポーツはとくにしていない。その他、一般状態は良好である。

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：腰椎の側弯は正常。腰椎の前弯は減少。階段変形は認められない。前屈痛、側屈痛は陰性。後屈痛は陽性で左仙腸関節部に痛みが誘発する。ニュートンテスト陰性、棘突起叩打痛テスト陰性、股内旋テスト、股外旋テストともに陰性、パトリック・テスト陰性、ゲンスレン・テスト(図3)は陽性で、圧痛は左上後腸骨棘内側下縁のみに検出された(表1)。

診 断：本症例は、腰痛をくり返していた患者が重い植木鉢を動かした時に発症しており、腰椎の後屈で愁訴が誘発され、疼痛域が仙腸関節部にあり、圧痛が上後腸骨棘内側下縁のみに検出されることから仙腸関節性腰痛と診断した。

対 応：骨盤はいくつかの大きな骨の組み合わせでできています。その骨のつながりの1つに無理がかかりスジが炎症をおこしております。鍼灸治療はその周りの血液循環をよくして早く炎症が治るように助けます。炎症が治まり、スジの緊張もとれますと痛みはなくなるでしょう。1週間は治療を続けてみてください。

治療・経過：治療は疼痛の緩解と局所の血液の循環改善を目的に以下のようを行った。

治療体位は腹臥位にて行った。治療点は圧痛点の左上後腸骨棘内側下縁を取穴した(図2)。使用鍼はステンレス製1寸3分1番(40mm-16号)を用い、1.5cm直刺で母指頭大の灸頭鍼を行い、その後10分間の置鍼を赤外線照射しながら行った。鍼灸治療を初めて受けたが、想像していたより平気で、灸頭鍼は温かく気持ちいいとのことである。

生活指導：痛みがでない範囲なら多少動いても治るのに問題ありませんが、痛みができる動作は避けてください。また、痛みが治まれば腰も自然と伸びてきますので、良い姿勢を取ろうと無理に伸ばさなくてもいいですよ。アルコールは痛みが取れるまで少しひかえめにして下さい。入浴も2~3日ひかえた方がよいでしょう。

第2回(8月16日、2日目) 昨日より腰が楽に伸ばせるようにはなったが、後屈痛は陽性である。前回と同様の治療に、左上後腸骨棘の約1横指内側かつ約1横指頭側から左上後腸骨棘内側下縁へ向けての刺鍼を加える。鍼は1寸6分2番(50mm-18号)を用い、およそ20°の斜刺にて3cm刺入した。(図3)

第3回(8月18日、4日目) だいぶ楽になり腰も伸ばせるようになる。後屈痛は少し残っている。

最終治療日より8日後、お隣さんなので顔を合わせたが、後屈痛もなく順調であった。

考 察：本症例は仙腸関節性腰痛と診断した。以下にその理由を述べる。

1. 脊椎の運動で愁訴が誘発された¹⁾。
2. 疼痛域は仙腸関節部にあり、圧痛は仙腸関節内側下縁に検出された^{2) 3)}。
3. ゲンスレン・テストが陽性である^{2) 3)}。

なお、臨床症状、診察所見から以下の類症疾患を除外した。

1. 筋・筋膜性腰痛

疼痛域は仙腸関節部にあり、脊柱起立筋部に著明な圧痛は認められない^{4) 5) 6)}。

2. 椎間関節性腰痛

疼痛域は仙腸関節部に限局しており、圧痛が椎間関節部より検出されない³⁾。
7) 8) 9) 10)。

3. 化膿性仙腸関節炎

熱発がなく、激烈な痛みもなく、自発痛もない^{11) 12)}。

4. 強直性脊椎炎

高年齢であり、他関節の症状がみられない¹³⁾。

5. 股関節障害

股関節内旋テスト、外旋テストとともに陰性である¹⁴⁾。

仙腸関節性腰痛の存在については、村上らによる504例のうち54例(10.7%)との報告¹⁵⁾がある一方、見松は、352例の症例から仙腸関節由来のものは発見できなかった¹⁶⁾と報告している。また、菊地は、現時点では仙腸関節障害を正確に診断することは不可能であるといわざるを得ない¹⁶⁾と述べており、専門家でも意見の分かれるところである。

本症例も発症状況から、筋・筋膜性か椎間関節性腰痛を疑ったが、診察を進めていくうちに仙腸関節部の所見しか得られないことから最終的には仙腸関節性腰痛と診断した。脊椎性腰痛の診断の主な拠りどころを疼痛部位と圧痛の箇所に委ねなければならない鍼灸師にとって、今回のような症例は、仙腸関節性腰痛の存在を強く感じた。しかし、今後同様な症例を集積し検討を重ねる必要はある。

いずれにせよ、治療最終日には自覚症状も軽減し、その後、後屈痛も消失していることから鍼灸治療は妥当な処置であったと考察した。

参考文献

- 1) 村上栄一他：仙腸関節性腰殿部痛の診断と治療「Orthopaedics Vol. 18 No. 2」、P79、全日本病院出版会、2005.
- 2) 越智隆弘他：急性腰痛「脊椎の外来」、P136、メジカルビュー社、2001.
- 3) 村上栄一他：仙腸関節性腰殿部痛の診断と治療「Orthopaedics Vol. 18 No. 2」、P78～80、全日本病院出版会、2005.
- 4) 高橋長雄：腰痛・腰下肢痛を起こす疾患「腰痛・腰下肢痛の保存療法」、P21、南江堂、1991.
- 5) 出端昭男：腰痛の病態と患者への対応「診察法と治療法1」、P54、医道の日本社、1985.
- 6) 朝妻孝仁：急性腰痛症「整形外科有痛性疾患保存療法のコツ」、P6、全日本病院出版会、2000.
- 7) 兵頭正義：椎間関節ブロック「腰痛・腰下肢痛の保存療法」、P45～46、南江堂、1991.
- 8) 出端昭男：腰痛の病態と患者への対応「診察法と治療法1」、P49～51、医道の日本社、1985.
- 9) 朝妻孝仁：急性腰痛症「整形外科有痛性疾患保存療法のコツ」、P7、全日本病院出版会、2000.
- 10) 加藤義治：腰痛発生のメカニズム「腰背部の痛み」、P43～44、南江堂、1999.

- 11) 平澤泰介：脊椎の炎症性疾患「新 外来の整形外科学」、P156、南山堂、2000.

- 12) 中村耕三：主な腰仙椎疾患「整形外科領域の痛み」、P161～162、真興交易医書出版部、1999.

- 13) 平澤泰介：脊椎の炎症性疾患「新 外来の整形外科学」、P157、南山堂、2000.

- 14) 出端昭男：診察法「診察法と治療法1」、P40～41、医道の日本社、1985.

- 15) 村上栄一他：仙腸関節性腰殿部痛の診断と治療「Orthopaedics Vol. 18 No. 2」、P77～78、全日本病院出版会、2005.

- 16) 菊地臣一：腰痛の病態「腰痛」、P114、医学書院、2003.

表1 初診時の診察所見

腰 痛		15年8月15日
1 側 傷	(N)	3
2 前 傷	正 増 減	逆
3 椎段変形	(-)	L
4 前屈痛	(-)	
左側屈痛	(+)	
右側屈痛	(+)	左 右
6 後屈痛	(+)	L
9 その他	(+)	
10 明打痛	(+)	

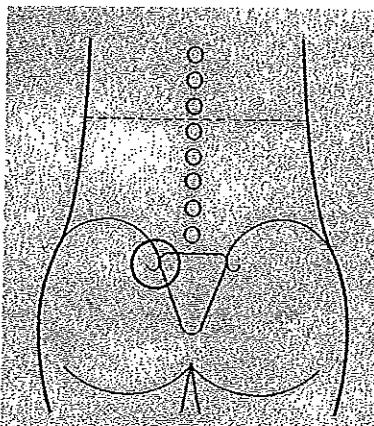


図1 疼痛域

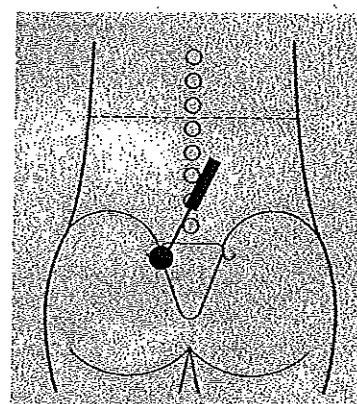


図2 治療点および刺鍼方向

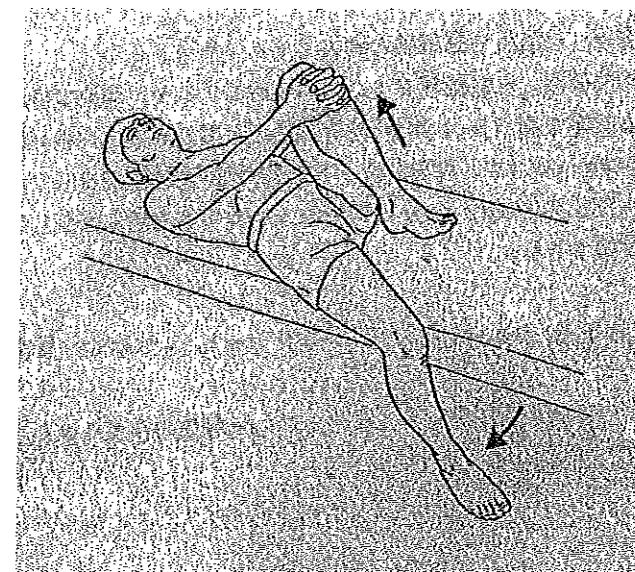


図3 ゲンスレン・テスト 「腰椎の外来」、P137、メジカルビュー社、2001. より

非検側の股関節を最大屈曲位とし、腰椎と骨盤を固定する。検側の下肢を台から下垂させて仙腸関節に負荷をかける。