

平成18年7月27日

## 真っ先に休息時の前屈姿勢を

## 口にした間欠性跛行

### 症例報告

木下 典穂

病歴聴取時に開口一番、「300mくらい歩くと右のふくらはぎが痛くなるが、しゃがんだり前かがみになるとすぐに痛みは楽になって歩けるようになる」と述べた症例である。神経性間欠性跛行と診断して治療を試み、第3回、8日目には歩行距離は変わりがないものの、痛みは軽減した。しかし、症例は10年前から糖尿病で現在も治療を継続しており、その点も考慮した慎重な経過観察が必要と考える。

症例：72歳 男性 会社経営

初診：平成18年5月20日

主訴：右下腿後側痛

現病歴：2カ月前、歩行時に右下腿後側が痛くなる。思い当たる原因はない。

300mくらい歩くと右下腿後側がつれるように痛み、立ち止まる（図1）。しびれ感はない。しゃがんだり、腰かけて前かがみになると1分以内に痛みは緩解し、歩行可能になる。歩いているときも、気がつくとき前かがみになっている。4つの会社を経営し、それらの会社を見回るのが仕事なので、1日に1万歩以上歩いている（万歩計使用）。階段や坂道を上る時がつらい。腰部、殿部、大腿部に愁訴はない。自発痛、夜間痛はない。灼熱感や蟻走感はない。センサーマーチはない。会陰部に異常感覚はない。膀胱直腸障害はない。両足部に冷感があり、靴下をはいたまま寝ている。

今回の症状に関して、医師の診察は受けていない。発症時から現在まで症状に変化はない。

10年前から糖尿病、血糖値は食後3時間で200mg/dl前後、某医大で薬を服用している。

後頸部から肩背部がこる。上肢に症状はない。年に1度の健診で他に問題はない。

スポーツは学生時代にサッカー、現在は何もしていない。アルコールは2カ月前に禁酒、それまでは毎日芋焼酎を1升飲んでいて、タバコは22年

前に禁煙、それまでは1日100本すっていた。

既往歴：白内障手術（18年4月、1週間おいて左右とも）

加齢によるもので、糖尿病との関連はいわれていない

家族歴：特記すべきことなし

診察所見：腰椎の側弯は認めない。前弯増強。階段変形は認めない。前屈痛陰性。側屈痛陰性。後屈痛陰性。後屈保持テスト陰性。膝蓋腱反射正常。アキレス腱反射消失。触覚障害は下腿後側、足背部ともに陰性。下肢伸展挙上テスト陰性、健側挙上も陰性。Kボンネット・テスト陰性。下肢動脈拍動は大腿動脈、足背動脈ともに正常。触手による足部の皮膚温低下は認めない。下肢挙上時の蒼白化はみられない。圧痛は検出されなかった（表1）。

診断：歩行によって生じた下腿の痛みが前屈位の姿勢で緩解すること、大腿動脈、足背動脈の拍動が正常なことから、神経性間欠性跛行と推測した。会陰部症状、膀胱直腸障害はないので、鍼灸治療の適応と判断した。

対応：足へ行っている神経や血管が圧迫されています。歩いてふくらはぎに痛みが出るのは、血液循環が悪く、血液が不足するからです。しゃがんだり前かがみになると神経や血管の圧迫がゆるむので痛みがなくなり、また歩けるようになるのです。鍼灸治療をすると血行が良くなって、痛みも楽になり、歩行距離も延びていきます。しばらくの間、1カ月くらいはできれば週に2回は治療を続けてください。

治療・経過：治療は疼痛軽減と血液循環の改善を目的に行った。患者から肩こりの治療もしてほしいとの要望があったので、糖尿病の治療も併せてしましようとして提案し、主訴には置鍼、肩こりと糖尿病は単刺でと治療方針を決めて患者に説明し、以下のように行った。

ステンレス製1寸6分—3番（50mm—20号）を用い、仰臥位で中脘、梁門、左関門、左腹哀、曲池、足三里に斜刺で約1cm単刺、伏臥位で天柱、肩井、肩外兪、肺兪、膏肓に斜刺で約1.5cm単刺したのち、腎兪、大腸兪、右上胞兪、右殿圧、右股門、右承筋に斜刺で腰殿部は約2cm、下肢は約1cm刺入して、15分間の置鍼を行った（図2）。

生活指導：階段や坂道がつらいようですので、できるだけ避けてください。禁酒はそのまま守ってください。入浴はかまいませんが、入浴後に身体を冷やさないように注意してください。

第2回（5月22日、3日目） 休息時の前屈姿勢でただちに痛みが緩解することと、痛みが右下腿後側に限局していることを再度確認する。ケンプ徴候陰性。膝窩動脈、後脛骨動脈の拍動は正常。頸肩背部も置鍼にしてほしいと希望されたので置鍼に変更した。

第3回（5月27日、8日目） 歩行距離は300mで変化はないが、痛みは軽減している。治療は前回と同じ。

第4回(6月3日、15日目) 歩行距離、痛みの程度とも前回とあまり変化はない。患者の口から「どうせこの痛みも糖尿病からですよ」との発言がある。「糖尿病で血流が悪くなることもありますからね」と返答する。

考察：本症例の間欠性跛行は

1. 歩行で生じた痛みが休息時に前屈位をとることで、ただちに(1分以内)緩解する
2. 下肢動脈の拍動が正常に触知できる

ことから、神経性間欠性跛行<sup>1)</sup>と診断した。会陰部に異常感覚はなく、膀胱直腸障害もないので、鍼灸治療の適応と判断した。

本症例は10年前から糖尿病で治療を継続しており、右下腿後側に局限したつれるような痛みは、糖尿病の合併症としての閉塞性動脈硬化症の可能性を示唆するが、

1. 休息時の前屈姿勢での症状緩解
2. 下肢動脈の拍動正常
3. 足部に冷感はあるものの、著しい皮膚温の低下を認めない

ところから、除外可能と推測した<sup>2) 3)</sup>。

また合併症としての神経障害<sup>4)</sup>のうち、多発性神経障害は

1. 両側性
2. 足に局限することが多く、足関節を越えて広がることは少ない

ことから、有痛性(末梢性)神経障害は

1. 夜間に増悪する灼熱痛

を特徴とするところから、除外可能と考察した。

本症例は腰殿部、大腿部に症状を訴えず、圧痛も検出されなかったが、神経性間欠性跛行がみられたので、通常の腰下肢痛で繁用する経穴を選んで治療を試みた。また、肩こりと糖尿病の治療も併せて行った。経過をみるとおり、3回目には歩行時に誘発される右下腿後側の痛みの程度が軽減し、症状緩解への期待をもたせ、治療は概ね妥当なものであったと考察するが、糖尿病との関連も含めての慎重な経過観察が必要な症例と思われる。

患者は4回目を最後に治療を中断している。4回目に、この痛みも糖尿病からで、糖尿病が良くなる限り治らないのだと言いたげな、なかばあきらめの口ぶりが感じられたので、それに対してもう一工夫した対応が必要だったのかもしれない。

#### 経穴の位置

上脬背 上後腸骨棘の外下縁

殿 圧 上後腸骨棘の外下縁と大腿骨大転子の内上縁を結んだ線の中点

#### 参考文献

- 1) 若野紘一他：間欠性跛行、「腰部脊柱管狭窄症」、p116、金原出版、1985.
- 2) 柳務、祖父江逸郎：鑑別診断、「腰部脊柱管狭窄症」、p122~125、金原出版、1985.
- 3) 山崎義光：下肢閉塞性動脈硬化症、「実地医家のための糖尿病合併症診断・治療ハンドブック」、p154, 155、エルゼビア・ジャパン、2003.
- 4) 安田斉：糖尿病神経障害、「実地医家のための糖尿病合併症診断・治療ハンドブック」、p103~113、エルゼビア・ジャパン、2003.



図1 疼痛域

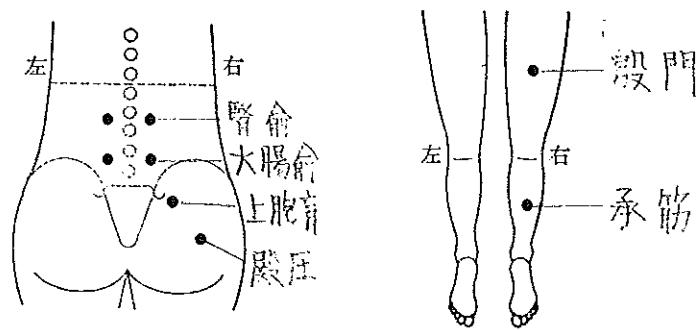


図2 初診時の置鍼部位

表1 初診時の診察所見

坐骨神経痛

18年5月20日

1 側彎	⊕ (N) ⊖	9 触覚障害	左-右-	後屈保持 - 7 左+右+ 14 - 足背動脈 -
2 前彎	正 (増) 減 逆	10 S L R	左 ⊖ + 右 ⊖ +	
3 階段変形	⊖ + L	11 Kボンネット	左 右 -	
4 前屈痛	⊖ +	15 ニュートン	- +	
5 左側屈痛 右側屈痛	⊖ + 左 右	17 圧痛		
	⊖ + 左 右			
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)