

前立腺肥大に端を発した突発性難聴と大腿ふらつきによる歩行困難

紺野 康代

症例は前立腺肥大を発症し、定年退職後からは、夫人の認知症介護ストレスを抱え、様々な身体症状を発症している。そんな折、突発性難聴と同時に下肢に神経症状が出現した。身体症状に対しては東洋医学的アプローチから、前立腺肥大症状に対しては下腹神経・仙髄神経を介した西洋医学的アプローチを、そして神経症状に対しては鍼灸によって其々の苦痛の軽減ができた。それと同時に老々介護を如何にサポートするか、傾聴と受容および共感の重要性を考えさせられた症例である。

症 例：79歳 男性

主 訴：大腿部がふらつき歩けない

初 診：平成23年11月18日

現病歴：10年前胆石手術、その際、前立腺肥大が判明し以来、内服薬ハルナールを継続している。それと同時に左臀部から下肢へかけて坐骨神経痛が出現した。整形受診するが、原因が特定されず、ドクターショッピングとなり、ようやく某大学病院で神経根ブロックをして貰い、回復はした。診断は椎間板ヘルニアであった。その後、4～5年前から夫人の認知症が悪化、自分で何でも遣らなくてはどんどん悪くなってしまおうからと、介護サービスは一切受けず、付きっ切りで家事一切を見守り声掛けしてきた。自身でも完璧主義と自覚している。ちなみに夫人は凶暴性認知症でアリセプトと血圧降下剤を飲ませている。さらに、2年前には上行結腸がんで右回盲部を切除している。

そして昨年12月、ゴルフプレー後、回転性のめまいと下肢のふらつきで、突発性難聴により2週間入院して、ステロイド点滴を受け帰宅した。その後めまい、足のふらつき、自身の声が反響してしまうことが改善されず、一か月間寝混んでしまった。医師に話すと、薬の量を間違えて投与し効き過ぎてしまったためだろうと、神経内科へ回され腰椎も調べたが、何処にも足がふらつく要素は無いと云われたため、セカンドオピニオンで耳鼻科を受診した。耳鼻科では、鼻から吸入と鼻の通りを良くする為にと、耳から空気圧を与える治療を一か月繰り返しめまいは落ち着いた。

しかし、どうしても15分ほど歩行すると、左右腰臀部痛と腰臀部から太腿の前に力が入らないようなふらつき感で歩けなくなってしまう。右側の方が特にふらつく。暫く休憩すると何とか歩けるようになる。歩行はまっすぐに歩け、左右によろけることはない。歩行後は耳の中が左右ともパワーとしてきて、横臥するか、体を前屈して頭を下げると止まる。自身の声が反響してしまう感じがする。手足や顔面の動きにくさはない。しびれはない。呂律が回らないことは無い。物が二重に見える事もない。回転性のめまい・耳鳴りはなく耳閉感もない。

前立腺肥大の症状は、昼間は3時間おき位で、残尿感なく時間はかかるが何とか排尿できる。しかし、夜間は深夜1時と3時頃そして明け方5時頃の3回排尿に起き、その都度残尿感のため二度、トイレのある階下に降りて行くので熟睡感がない。残尿量の測定は尿流

動態検査ではうまく測れず、夜間でもあり、自身で紙コップにメモリを付け測っている。毎回 100 cc ほどである。排尿が途絶することはないが細く時間がかかる。我慢できず漏らすことはない。いきむこともない。服薬は前立腺肥大症用にハルナールを 10 年間 1 日 1 回、不整脈治療用にサンリズムカプセルと血栓予防薬プラザキサカプセルを 4 年前から、心房細動・心原性脳塞栓症予防の為、ダビガトランを内服している。心臓血管外科で、右総腸骨動脈に 2.1 mm の動脈瘤有りと云われている。アルコール、煙草は嗜まない。現在ゴルフはしていない。

既往歴：アレルギー性鼻炎

家族歴：父、脳梗塞

診察所見：血圧 140/94 mm HG，心拍 71 回/分，酸素飽和度 96%（パルスオキシメーターにて計測），不整脈 1 回/5 回，24 回/1 分。顔面が紅潮し，耳介は左右共に真っ赤である。下痢・便秘は無い。食欲正常。前立腺特異抗原 PSA 値は 4 ng/ml（ナノグラムパーミリリットル）以下である。IPSS「国際前立腺症状スコア」は 19 点で中等度・最上位。QOLスコアは不満度 4 で評価重症に値する。^{1) a) b)}

腰椎所見は，側弯正常，前弯はやや減少，階段変形は認められない。腰椎後屈で右臀部に疼痛誘発，ふらつき感は出ない。左右側屈は陰性。アキレス腱反射左正常，右は増強法にて減弱。膝蓋腱反射は左右共に正常。触覚障害右 L5・S1 に鈍麻を認める。左は正常。下肢伸展挙上テスト，K ボンネット・テスト，ニュートン・テスト全て陰性。股内旋・外旋テスト陰性。大腿動脈の拍動は正常。膝窩動脈・足背動脈の拍動も正常。大腿神経伸展テスト陰性，ツッパリ感のみ，普段の症状誘発はみられない。叩打痛も陰性。圧痛は L4 椎間，L5 椎間に認められた。右の方が左に比し硬結が強い。全身の圧痛点，腹部では盲兪，関元，巨厥，上・中・下脘。背部では，天柱，厥陰兪，心兪，督兪，肝兪，胃兪，腎兪，下志室，中膠。列欠，照海，内関，太衝そして大腿部伏兔に認められた。背部兪穴の肝・胆・脾・胃兪辺りの脊柱起立筋は痩せて陥下している。

診断：問診および診察所見から，腰殿部痛は脊柱管狭窄症によるものと判断した。また大腿部のふらつき感に関しては，前立腺肥大と脊柱管狭窄症とが関連するか否かは肯定も否定もできないが，中枢性疾患やメニエール病などはなく危険のないものと考え，相当な精神的ストレスから気逆状態にもあると思われるので，それらをコントロールすることで良い結果が得られるものと治療を試みることにした。

患者対応：前立腺肥大症で，下肢のふらつきを訴える患者さんを数人経験しています。10 年前に椎間板ヘルニアがあり腰痛と下肢痛を訴えていることから，更に年齢が加わって，神経を入れている脊柱管内部での神経の圧迫がより進んだ可能性があり，それと関連することも考えられます。また，めまいや耳の症状は長年の奥様との係わりからくるストレスが溜まり，東洋医学で云う肝臓や腎臓につながる経絡の不調によって，よりのぼせが強く現れているのでしょうか。それらを整えることで，のぼせを下げ，血圧が安定して顔の赤みなどが引いてくれば，体も全体的にかなり楽になると思われます。前立腺肥大症に対し，どこまで効果が出るかは分かりませんが，夜間トイレに起きる回数が減れば相当楽に成る筈です。血管系統のお薬が出ていますので，慎重を期しながら，数回治療してみましよう。

治療・経過：東洋医学的に，肝・腎陰虚を補い，心火亢進（陰虚火旺）を抑え，また肝陽上

亢を抑制することにより、耳症状や顔面紅潮などののぼせを引き下げること、また自律神経のバランスを図り前立腺肥大による夜間頻尿や残尿感の改善を目的として以下のように治療した。仰臥位で、奇経八脈の八会穴である列欠・照海、内関・公孫にマグレイン（+）（-）を左右クロスに貼付し、任脈・衝脈の流れを作る。この時点で盲兪、関元、巨厥、上・中・下脘の圧痛は半減した。左右伏兪にステンレス製1寸3分1番（50mm16号）を用い直刺1.5cm、左右に電極をつなぎ1Hzで5分間筋パルス。大腿四頭筋の振幅がみられる強刺激を加えた。注1）次いで伏臥位。使用鍼は同様で、天柱は直刺1cm、下耳痕穴（経穴の位置参照）は、耳症状緩和のため付加し、下顎骨の前上内方へ向け1cm、他風門、厥陰兪、心兪、督兪、肝兪、胃兪、腎兪はそれぞれ外側から内側へ向け横刺5mm、下志室直刺2cm、中髎穴は仙骨孔に沿わせ²⁾1cm刺鍼、陰部神経刺鍼点・下秩辺^{2) 3)}直刺3cm、使用鍼は2寸5番60mm-24号にて会陰部への響きをもってその深度とした。（経穴の位置参照）置鍼10分。その間、背部兪穴に灸点紙を敷き、知熱灸を半米粒大で各3壮ずつ施灸した。また腎を補うため復溜と、前立腺をねらい三陰交にも同様の施灸をした。指導として、手足の列欠-照海、内関-公孫に、対角線にマグレイン（+）（-）を、夜貼付し、朝剥がすよう指示。これを次回まで繰り返す、張り替える様指導した。「気分が少し楽に成った。」と帰した。

第2回（11月22日、4日目）殿部痛が右のみとなった。ふらつきは左右共に変わらない。不整脈も初診時と同様である。公孫の代わりに太衝を選択し、肝陽上亢をひたすら引き下げる目的で取穴した。他は初診時と同様。L4・5椎関の圧痛は不変。夜間尿と残尿感にも変化はない。

第3回（11月29日、11日目）血圧134/84mmHG、心拍数76回/分、酸素飽和度96%、不整脈は不変。しかし顔面紅潮がかなり引き、耳介の赤みが左右共にひいて白い。起床時や座位から立位になる際の臀部痛がなくなった。以前には15分歩行すると両大腿部にふらつき感が出て歩けなかったが今は、それはない。歩行中の殿部痛のみが有り、休んでは歩いている。L4・5椎関の圧痛は幾分減弱した。L5椎関の方が、硬結が残りやすい。

第4回（12月7日、19日目）121/75mmHG、心拍数75回/分、酸素飽和度98%。ふらつき感は全く出なくなった。夜間排尿も2回に減り、残尿感が減った。残尿量50cc。QOLスコア2.¹⁾イライラが強い。陰維-衝脈を陽維-帯脈に変え、元々胆嚢を摘出しているのので、肝・胆経の疎肝理気を図る。残尿感が減ったことは不思議だと医師も云っている。前立腺を小さくするため、アボルブを追加された。

第8回（1月24日、64日目）血圧129/83mmHG、心拍数67回/分、酸素飽和度98%、不整脈も1回/8回と遠のいた。昨日は雪が降りかなり冷え込んだ。雪の降る中、夫人がパジャマのまま外へ出ると騒ぐので、取り押えるのに一苦労し、興奮で一睡も出来ず、朝までに7回もトイレに通った。残尿感が強く、微妙に精神興奮と関連している。その割には、循環器系は落ち着いていた。

第9回（2月7日、78日目）一昨日、夫人が通帳をしまった場所が分からなくなり、二人で探すのに大騒動をし、結局見つからずに、全ての銀行に新通帳を作成してもらうため、忙しなかった。息使いが荒く、フー、フーと息切れしている。大寒過ぎでの大雪で極端に寒さが続いている。血圧160/97mmHG、心拍数64回/分、酸素飽和度98%、顔面紅潮あり。

ただし耳たぶは白い。血圧を下げるため、背部で督脈の流れを良くする意味で、風門から委中へ引き下げた。極端に興奮しているのので、全て置鍼のみとし、糸状灸で補腎に努めた。術後、血圧 142/90mmHG に下がり顔面紅潮も幾分治まった。過刺激を避け、金属を中止し、三陰交と復溜の温灸は継続するよう指示した。また「失敗を責めても、その失敗を理解していらっしやらないないし、出来ないことを無理させても、こちらが興奮するだけじゃないですか、受け入れましょ！お互いにね！」と、筆者ともども共有し笑い合った。気持ち楽に開けたのか、帰宅後「治療の後、歩いても全くどこも痛みなく歩けた。」と報告を受けた。

第 15 回（6 月 12 日、207 日目）大腿のふらつき、耳の違和感もピタッと治り、ゴルフの練習を再開した。夫人に対しても「虚しいけれども、諦めの気持ちが出てきた。」と受け入れられるようになった。血圧 148/82 mmHG、脈拍 60 回/分、酸素飽和度 96%、不整脈も 1 分間に 4 回程度に落ちついた。夜間排尿、一回は起きるが時間をかければなんとかスッキリ出し切れる。残尿は全く無くなった。L5 椎関の圧痛消失。QOLスコア 1・満足で評価軽症に、IPSSも 8 点・中等度最下位と改善した。本人の希望で暫く治療を休みたいというので、前立腺肥大がなくなった訳ではないので、三陰交の温灸だけは継続するよう指導、今回で区切りとした。

考 察：本症例は様々な身体的、精神的なものを基盤とした複合状態と考えた。なかでも下肢のふらつき感は、「脊柱管狭窄症による筋力低下としては、常に存在する場合と、間欠性跛行により顕性化する場合があるが、よほど著しくない限り自覚されない。」⁴⁾とされ、むしろ元々の前立腺肥大症からくる、男性ホルモン減退¹⁾および腎精の減少⁵⁾によるものであると考察した。また、以下の疾患を除外した。

1) 中枢性、小脳性病変^{6) 7)}

歩様が正常でよろけることはない。麻痺、しびれはなく呂律も正常であり、膝蓋腱反射の亢進はない。

2) メニエール病^{7) 8) 9)}

数 10 分から数時間持続する回転性のめまい・耳鳴りはなく、耳閉感もない。

3) 良性発作性頭位めまい症^{7) 8) 9)}

頭を下げることによる、2 分以内の回転性のめまいや吐き気はない。

4) 腸骨動脈付近の血管閉塞性疾患^{6) 10)}

心臓血管外科にて右総腸骨動脈に直径 2.1 mm の動脈瘤を指摘されているが、大腿動脈、膝窩動脈、足背動脈の拍動も正常である。

5) 前立腺がん^{1) a) b)}

PSA 値は正常範囲であり、泌尿器科で前立腺肥大症の診断で加療中である。

前立腺肥大症は男性ホルモン（アンドロゲン・テストステロンと DHEA デヒドロエピアンドステロン）の低下に伴い女性ホルモンとのバランスが微妙になることが誘因となる。原因は不明である。50 歳で 50%、80 歳代では 90% に肥大が現れ、排尿機能に大きく影響する。¹⁾ 東洋医学的には腎気不足あるいは腎陰・陽の偏向により様々な排尿障害が出現する。腎陰虚損の成因として五志が過度に作用すると化火し、腎陰を損傷する。腎陰が不足すると男性では遺精・滑精がおこり、老人では骨萎（腰や背部がだるくなり、直立困難と

なり、下肢が萎えて力がなくなること)となる。⁵⁾ また椎間板ヘルニアの既往が有り、その後、神経性間欠跛行に及んだこと、さらには日常の精神興奮から交感神経の過緊張によるなど、多面的要素を含めての結果である。それぞれに対しての奏功機序を以下に述べる。

先ず中髎穴の鍼灸刺激は、下部排尿中枢のうちの仙髄副交感神経(骨盤神経 S2~4)とオヌフ核・陰部神経(S2~4)に働きかけ膀胱の収縮力を増し残尿感の改善に、また背部膀胱経一行線の特に関・腎関は交感神経・下腹神経(Th 10~L2)に働き、膀胱の容積を増すことで排尿回数の減少と内尿道括約筋および前立腺の緊張を和らげて円滑な排尿へ導いたと考察する。^{1)a) b)} また、症例は来院時、脊柱管狭窄症様の坐骨神経痛を呈していた。井上は、陰部神経刺激は坐骨神経の血流量を副交感神経性に増加させる³⁾と述べていて、当初より前立腺肥大に対し陰部神経を刺激したことが結果的に坐骨神経にも良い効果を発揮したと考えられる。さらに本症例の前立腺肥大症状での一番の苦痛は、QOLスコアから夜間頻尿時の残尿感であることが覗える。中髎穴および陰部神経刺激による副交感神経刺激から、交感神経とのバランスがとれ、心・血管系の興奮が抑制されたとも考えられる。また大腿前面の不安定感に対し、胃経の伏兎に強刺激を加えたこと、肝陰・腎陰を補うことでふらつきが改善され、心火亢進による五心煩熱・頰部紅潮・心悸亢進が改善された。

以上により、肝陰・腎陰を補う「東洋医学的本治法」と、仙骨神経刺激により排尿中枢へ働きかけた「西洋医学を踏まえた標治法」、および脊柱管狭窄症に対し L4・5 椎関よりアプローチした「東洋医学的圧痛点治療」などにより、QOL および ADL 改善に寄与したものと推察する。(尚、東洋医学的考察は、中医学の理論を運用した。参考文献参照)

最後に、認知症家族を単独で介護することは、介護者の精神的心労、肉体的疲労をきたす事を十分に配慮し、傾聴と共感を示すことにより、相当に負担を軽減できるものとする。今後も治療のみならず、精神的負担を分かちあえる様努めて行きたい。

経穴の位置：

- 下耳痕穴 ：耳垂半分の高さで、下顎骨後縁
- 下志室 ：志室の下、L3 棘突起外側
- 陰部神経刺激点 ：上後腸骨棘から坐骨結節を結ぶ線上で下 1/3 の部 (秩辺穴下方)

注1) 山本 中(あたる)(鍼灸師で筆者の父である)は、前立腺肥大症や精神的性交不能症などの患者に、伏兎に打膿灸を左右に施灸していた。打膿灸はかなりの刺激量であるため、筋パルスも相当に動きが観察される位にボリュームを上げないと効果が出ないものと考えた。

参考文献：

- 1) 伊藤 一人. 病気がみえる⑧「腎・泌尿器」メディック・メディア, P.282~286、2012.
- 2) 北村清一郎. 鍼灸師・柔道整復師のための局所解剖カラーアトラス.
「後仙骨孔(八髎穴)への刺激」, p. 206~211、南江堂、1998.
- 3) 井上 基浩. 第61回全日本鍼灸学会三重大会「腰痛・腰下肢症状に対する鍼灸治療」. 2012. 6. 9.
- 4) 玉置 哲也. 整形外科痛みへのアプローチ⑥「腰部脊柱管狭窄症」. p. 224、南江堂、2003.

- 5) 天津中医学院・学校法人後藤学園編. 針灸学「基礎編」. p. 303~315, 東洋学術出版社, 1991.
- 6) 田中耕太郎. 病気がみえる⑦「脳血管障害」. p. 60~105, メディックメディア, 2011.
- 7) 山口功、小出良子. [続臨床推論してみませんか]. p. 82, 医道の日本, 2009.vol.68,no.7.
- 8) 稲垣 太郎. 「めまいの病態と治療」. p. 24~32, 医道の日本. 2012. vol.71,no.2.
- 9) 似田 敦. 「頸性めまいとメニエール病に対する鍼灸治療」. p.28~32, 医道の日. 2012. vol.71,no.2.
- 10) 出端 昭雄. 「問診・診察ハンドブック」. p. 37~38, 医道の日本, 2000.

参考サイト：

- a) 日本医師会ホームページ <http://www.med.or.jp> 前立腺肥大 IPSS 問診票 2012.7.26
- b) がんサポート情報センター http://www.gsic.jp/cancer/cc_14/bsc04/index.html 2012.7.26

表1 国際前立腺症状スコア (IPSS) 問診票

	まったく なし	5回に 1回以下	2回に 1回以下	2回に 1回	2回に 1回以上	ほとんど いつも
1.小便したあと残尿感がありますか	0	1	2	3	4	⑤
2.小便したあと2時間以内にまた小便したくなる ことがありますか。	0	1	2	3	4	⑤
3.小便するとき小便の線が途絶することがあり ますか。	①	1	2	3	4	5
4.小便を我慢できないことがありますか。	①	1	2	3	4	5
5.小便の線が細いことがありますか。	0	1	2	3	4	⑤
6.小便をし始めるときいきみますか	①	1	2	3	4	5
7.夜寝てから朝起きるまでに何回小便に起き ますか。(回数=得点)	0回	1回	2回	③回	④回	5回

1から7の合計点数 19点

表2 初診時の診察所見
坐骨神経痛

23年11月18日

1 側 彎	♀ (N) ♀	9 触覚障害	左鈍右 -	4・6 右臀部 9 L5,S1 鈍麻 16 左右とも大腿前面 のつっぱり感
2 前 彎	正 増 (減) 逆	10 S L R	左 (-) +	
3 階段変形	(-) + L		右 (-) +	
4 前屈痛	- (+)	11 Kボンネット	左 - 右 -	
5 左側屈痛 右側屈痛	(-) + 左 右	15 ニュートン	(-) +	
	(-) + 左 右	17 圧痛 L4・5 椎間 18 叩打痛 -		
6 後屈痛	- (+)			
8 A T R	左 + 右 (±)			
7 P T R +	12 股内旋 - 13 股外旋 - 14 大腿動脈 - 16 F N S -			

(医道の日本社)

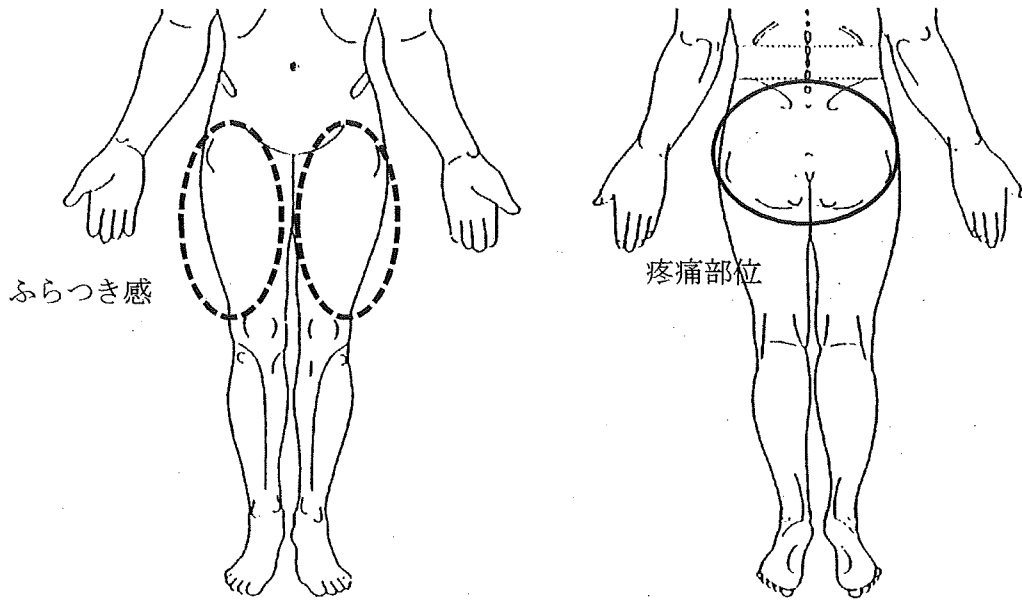


図1 疼痛部位および大腿前面のふらつく部位

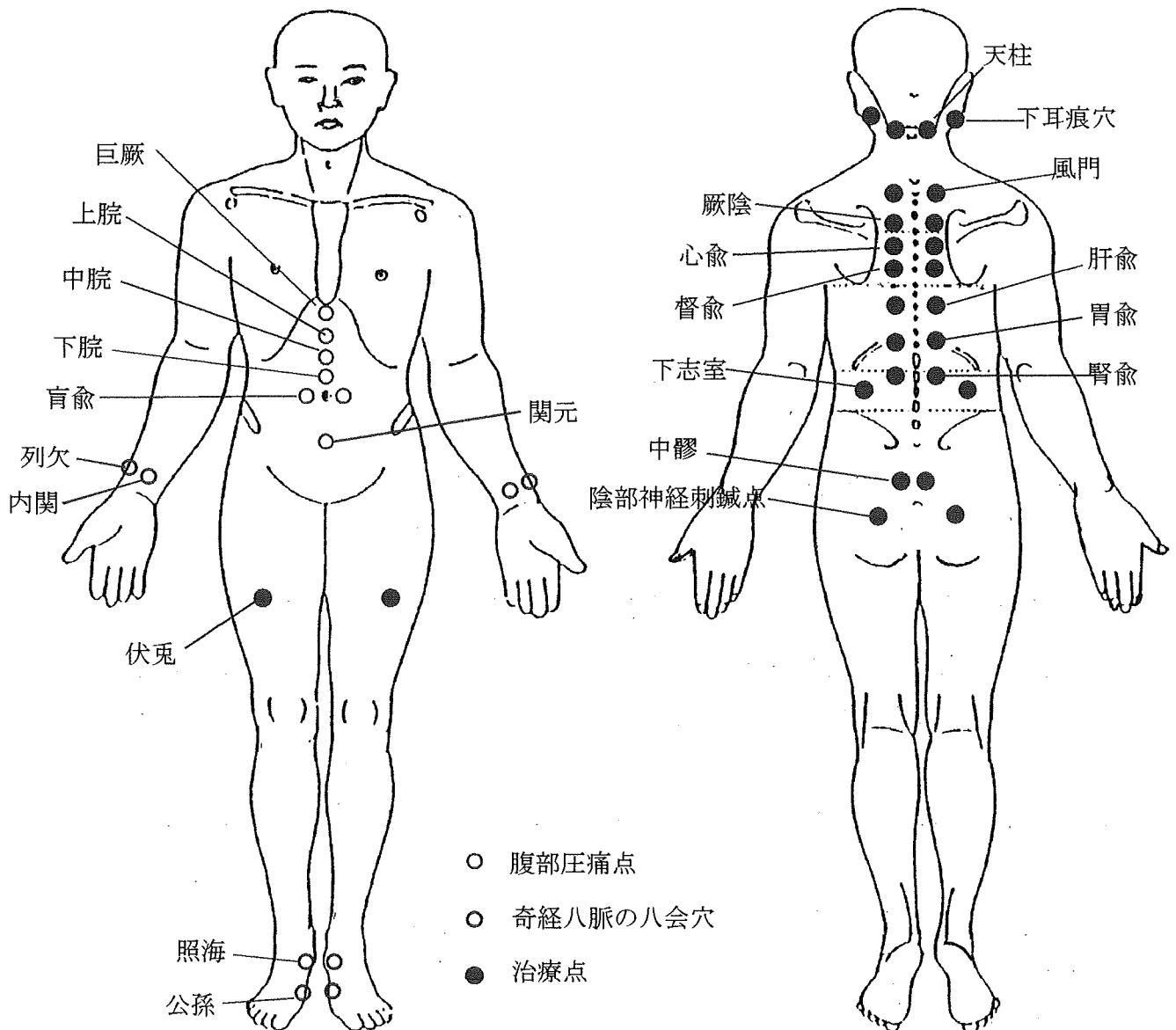


図2 圧痛点および治療点