

平成6年10月27日

下肢動脈硬化性動脈閉塞症

症例報告

滝上 晴祥

症例 T. K 68歳 女 主婦

初診 平成6年7月22日

主訴 左下腿後側の痛み

現病歴 10年前、眼底検査を受けたとき動脈硬化症といわれた。

昨年7月頃より20～30分歩くと左下腿の後側につばるような痛みを感じるようになった。原因は思い当たらない。翌8月にK総合病院を受診、動脈撮影と容積脈波の検査を受け、左下肢閉塞性動脈硬化症と診断された。そのとき医師より、「膝のところでなくてよかった。悪化すると下肢を切断しなければいけない。専門の血管外科を紹介する。」といわれた。しかし切断と聞いて驚き、以前に治療を受けた当院を思いだし来院した。病院での服薬以外、他の治療は何もしていない。

現在、自発痛、夜間痛はなく、靴下の着脱や咳、クシャミで痛みの誘発はない。間歇性跛行があり、20～30分間歩くと左下腿後側につれるような痛みのために歩行不能になり、指先にシビレを感じる(図1)。下肢の脱力感はない。5分間位休止すると痛みもシビレも消失する。愁訴の緩解に休止時の姿勢は関係がない。当院まで(10分間)歩いてくると下腿後側がつれて履物が脱げそうになる。全身および下肢の脱力感、疲労感はない。手掌で足の指先を握ると右側は暖かさを感じるが左側は感じない。しかし触らないと冷たいと感じたことはない。膀胱直腸障害はない。腰や膝の痛みはない。家事には支障はなく、日常の生活動作での痛みはまったく感じられない。スポーツはしない。アルコールは飲まない。タバコは1日に12本程度吸う。

その他の疾患はない。全身の易疲労感もない。一般状態は良好である。

既往歴 長崎で被爆(20歳)。子宮筋腫摘出手術(46歳)。右乳ガン手術(59歳)。尿管結石(67歳)。

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 脊柱の側彎正常。腰椎の前彎減少。階段変形は認められない。

前屈痛、側屈痛、後屈痛すべて陰性。膝蓋腱反射患側減弱、健側正常。

アキレス腱反射左右ともに正常。下腿および足背の触覚障害、蒼白、チアノーゼはすべて認められない。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、すべて陰性。大腿動脈拍動は左右とも正常。膝窩動脈拍動は患側消失、健側減弱。足背動脈拍動は左右とも消失。皮膚温は手掌でみると足首から指にかけてソックス状に低下が認められる。爪圧迫試験(註1)では2秒で色調の回復をみる。下肢の腫脹は認められない。指先、指間その他の皮膚に潰瘍・壊死は認められない。Homans徴候陰性(註2)。下肢挙上・下垂試験(註3)で挙上では両側の色調に変化や疼痛は認められない、下垂では健側に比べ15秒遅れて充血が認められた。色調は紅潮(表1)。左下腿後内側に静脈瘤がある。

圧痛は左右のL₂椎関、左の梨状、股門、承筋、承山に検出された(図2)。

要約 本症例は10年前から動脈硬化症がある。腰痛、膝関節の痛みもなく症状の部位は下腿の後側にある。全身および下肢の脱力感もない。下肢の腫脹も認められない。間歇性跛行は愁訴の緩解に休止時の姿勢は関与しない。患側の膝窩動脈と足背動脈の拍動は消失し、足首から指にかけて皮膚温の低下が認められることから動脈閉塞に由来する下腿の血管性疼痛を推測した。

患者への対応

病院で診断されたとおりに膝のところで足の方へいく血管が一部狭くなって、血液の循環が悪くなっています。少し長く歩き続けたりすると筋肉が硬くなり痛みがあらわれたりします。足がいつも冷たいのはそのためです。鍼灸は血行の循環をよくし、この疼痛をやわらげることができます。また適切な運動はバイパスの血管の発達を促進させ、血液循環を回復させます。おそらく短期間でこの効果はでてくるものと思われますが、完全になおるかどうかは病院での定期的な検査をしながら経過を見てみなければわかりません。今のところは下肢を切断するという手術はまったく心配ないとおもいます。

治療・経過 治療は愁訴の軽減を対象に局所の循環改善を目的に以下のように行なった。

第1回 治療体位は腹臥位で行ない、その後、右下側臥位で行なった。

治療穴は圧痛点の梨状、股門、承筋、承山を取穴した。使用針は、梨状

はステンレス製2寸4号鍼(60mm-22号)で40mm、股門は同製1寸6分3号鍼(50mm-20号)で20mm、承筋、承山は同製1寸3分2号鍼(40mm-18号)で10mmすべて直刺で刺入し、股門、承筋、承山は灸頭針とした。その後置針をして、黒田製カーボン灯(#1000-3001)を殿部、大腿と下腿の外側に7分間照射した。つぎに右下側臥位にて同治療点に置針のまま大腿と下腿の前・後側と足底に7分間照射した。

生活指導

歩くとき痛からといって歩かないでいると、かえって血行が悪くなり筋肉が弱まります。痛みのでない程度に歩いたり、動いたりして血管のバイパスを発達させましょう。しかし疲労を蓄積させるとまた血行が悪くなります。注意してください。なるべく足は冷えないようにズボンをはくようにしてください。これから寒くなる時はレッグウォーマーもよいかもしれません。

第4回(5日目) 治療穴に委中を加える。以下治療法は前回と同じ。

膝窩動脈拍動は患側消失、健側減弱。足背動脈拍動は患側消失、健側減弱(前回消失)。間歇性跛行は痛みの誘発されるまで長く歩かないのでわからない。しかし通院での痛みはなく、つれる感じもなくなった。

第13回(32日目) カーボン灯を(#3001-3002)に変える。以下治療法は前回と同じ。前日出かけて体の疲労を感じる時は膝窩動脈、足背動脈拍動は減弱の傾向がある。

第18回(43日目) 膝窩動脈拍動は患側消失、健側正常(前回減弱)。

足背動脈拍動は患側消失、健側減弱で変化なし。間歇性跛行は昨日、20分以上歩いたが疼痛もつれる感じも指先のシビレもまったくなくない。

第32回(73日目) 膝窩動脈拍動は患側消失、健側正常。足背動脈拍動は患側消失、健側減弱とともに変化なし。容積脈波の再検査では変わらないといわれた。間歇性跛行は30分間位では愁訴の再燃はない。それ以上は長く歩かないのでわからない。今までは何時痛みがでるかと思っただけでビクビクして歩いていたがそういう気持ちもなくなった。足の指先だけが常に冷たく感じる。

患者は現在も治療を継続中であり、下肢の切断手術の心配がなくなるまで治療を続けたいといっている。今後、体操療法をつけ加えるつもりである。

考 察 本症例は要約でも述べたとおり、下肢動脈硬化性動脈閉塞症を推定した。間歇性跛行は下肢動脈血行不全時にみられる特異的症状の一つであるが他の疾患でおきる間歇性跛行との鑑別が必要である。本症例の歩行困難は脱力のためでなく疼痛によるものであり、休止時の愁訴の緩解に姿勢は関与しない。一定領域に知覚鈍麻、または知覚異常はみられない。疼痛域は下腿の後側に限局し他の部位に認められない。膀胱直腸障害は認められない。下肢腱反射の亢進も認められないことから、脊髄性と腰部脊椎管狭窄症の神経障害は除外可能とおもわれる^{1) 2) 3)}。その他、乏血性の疾患として、バージャー病(閉塞性血栓性血管炎)は安静時疼痛は認められず、好発年齢が本症例の疾患より若年である⁴⁾ことから除外し、腰・殿部痛も認められず、大腿動脈の拍動は正常である^{5) 6)}ことからレーリッヒ症候群も除外可能とおもわれる。閉塞部位の推定は大腿動脈の拍動の触知では異常は認められず、膝窩動脈および足背動脈の拍動は触知しえなかったことと、疼痛部位が下腿部以下であり、硬直筋が腓腹筋、ヒラメ筋であることから膝窩動脈の閉塞が推測される⁷⁾。

治療における下肢慢性動脈閉塞症の物理療法は血行の改善と患肢の筋萎縮防止と側副血行路発達を目的とするものである⁸⁾ため本症例の鍼灸治療と歩行の指導は経過からみてもほぼ妥当であったと思われる。しかし本疾患は四肢動脈の閉塞病変も初期には大腿・膝窩動脈に限局していたものが順次増悪し、総腸骨動脈にまで進展し、四肢切断に至るものもある。また冠動脈疾患、脳血管障害を併発しやすく、死亡率も高率である⁹⁾。Fontainの下肢の阻血症状の分類によるとII期の病期¹⁰⁾(注4)に相応するが、今後注意深く経過をみながら治療をしていくつもりである。

(注1) 爪圧迫試験; 指趾先端を圧迫して蒼白になった爪の色調が、圧迫除去後に回復する速度をみる。

(注2) Homans徴候; 膝関節を伸展し、足関節の背屈を強制したとき、腓腹部の疼痛と異常な緊満感を訴える。下腿深部静脈の血栓形成を疑う。

(注3) 下肢挙上・下垂試験; 背臥位をとり患肢を健肢とともに90° 挙上させ1分間30回足関節を屈伸させる。動脈血行障害が強いほど障害領域は蒼白となる。ついで両肢を1分間ベッドより下垂させる。

患肢は健肢に遅れて充血し、紅潮に変色する。重症ほど青紫色を呈する。また足部の充血に要する時間を調べる。この試験が陽性であれば患肢に動脈閉塞または狭窄病変があり、その部位は一関節上方に位置するものと診断する。

(注4) Fontainの下肢の阻血症状の分類；Ⅰ期 しびれ、蒼白、チアノーゼなどが発現する時期。Ⅱ期 間歇性跛行が発現する時期。Ⅲ期 安静時疼痛が発現する時期。Ⅳ期 潰瘍・壊死などが発現する時期。

経穴の位置

L₂椎関 L₂、L₃棘突起間の高さで正中より外方2～2.5cm
梨状 上後腸骨棘の外下縁と大転子の内下縁を結んだ線の中央から直角に3～4cm下方までの領域の圧痛部位

参考文献

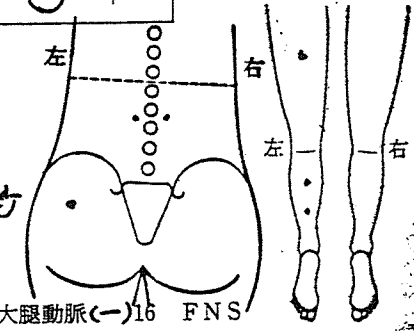
- 1) 出端昭男：2坐骨神経痛，「診察法と治療法」，P52,P54，医道の日本社，1985
- 2) 大城孟：四肢動脈疾患，「図説血管外科」，P161，メディカルトリビューン，1992
- 3) 寺山和雄他：四肢循環障害と阻血壊死性疾患，「標準整形外科学」，P233，医学書院，1993
- 4) 大城孟：閉塞性動脈硬化症，「図説血管外科」，P301，メディカルトリビューン，1992
- 5) 出端昭男：2坐骨神経痛，「診察法と治療法」，P19，医道の日本社，1985
- 6) 大城孟：大動脈疾患，「図説血管外科」，P123，メディカルトリビューン，1992
- 7) 大城孟：四肢動脈疾患，「図説血管外科」，P161，メディカルトリビューン，1992
- 8) 大城孟：四肢動脈疾患，「図説血管外科」，P162，メディカルトリビューン，1992
- 9) 大城孟：特殊疾患，「図説血管外科」，P303，メディカルトリビューン，1992
- 10) 大城孟：四肢動脈疾患，「図説血管外科」，P158，メディカルトリビューン，1992

(表1) 初診時の診察所見

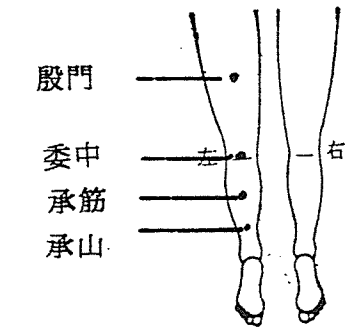
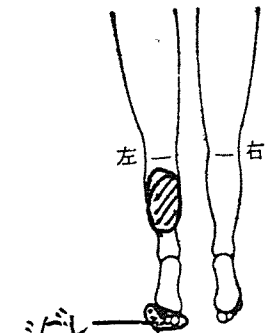
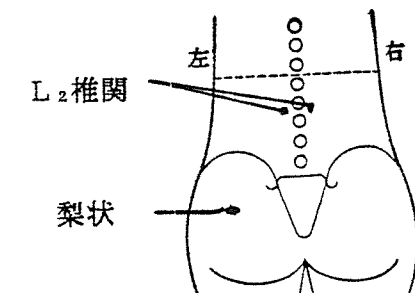
坐骨神経痛

76年7月22日

1 側彎	？(N)？	9 触覚障害	左-右
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 左右	⊖ + 左右	17 圧痛	左 7.左上下十 ・似在迫之勢 ・Homan's (-) ・膝上下重15打
5 右側屈痛 左右	⊖ + 左右		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)



(図1) シビレ・疼痛域 (図2) 圧痛点と治療点