

症例報告

出端昭男

症例 T.O. 74歳 女 無職

初診 平成7年12月4日

主訴 歩くと左の腰殿部から大腿後側・外側および前脛部が痛くなる。

現病歴 10年以上前から、ときどき腰痛があり、その都度、整形外科で湿布や内服薬を投与され緩解していた。

今回は1カ月くらい前から左の腰部、殿部、大腿後側・外側、前脛部などに歩行時痛が現れるようになった。歩行痛は歩行開始時に現れるが、すぐに消失し、歩行を続けると再び出現する。痛みは立ち止って1、2分間の休息をとると緩解し、再び歩行可能となる。休息時における姿勢、とくに前屈位と症状消失の関連については、患者の発言内容があいまいなので判然としない。患者から駅までは徒歩5分(約400m)くらいの距離であるが、5~6回の休息をとる。

発病後、数日してから整形外科医院を受診し、X線検査を受け、いつもの湿布と内服薬をもらった。とくに病気についての説明はなく、また今日まで軽快の兆しもみられない。

現在、間欠性跛行のほか安静時痛・夜間痛はないが、ときどき左足部にツンツンとした短時間の発作性疼痛を感じることもある。また、洗顔時の前屈姿勢で腰に痛みを感じ、靴下の着脱時に左の殿部から大腿部にかけてつれる。

左下肢のしびれ感はなく、膀胱直腸障害も

ない。咳・くしゃみによる痛みの誘発もない。

50歳代から高血圧症で降圧剤を服用しているが、現在は130/80mmHgくらいで安定している。

アルコール類は飲まないが、煙草は1日に20本くらい吸う。

今回はなかなか症状がとれない旨を主治医に訴えたところ、S.R病院の整形外科で精査をするよう指示され、紹介状を渡された。

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 腰椎の側弯は陽性で患側凸。腰椎の前弯は減少。脊椎変形は認められない。腰椎の前屈痛および左右の側屈痛は陰性であるが、後屈位で左腰殿部に疼痛の誘発がある。アキレス腱反射、膝蓋腱反射は正常。足部の触覚障害は認められず、下肢伸展挙上試験も陰性。K.ボンネット・テストは左陽性、右陰性。ニュートン・テスト(2)(3)(4)陰性。L5腰椎棘突起部に軽度の叩打痛を認める。

圧痛は十七椎、左のL4椎間およびL5椎間、左上脛骨、左梨状に検出された。

要約 間欠性跛行を呈し、後屈位で左腰殿部に疼痛の誘発があり、K.ボンネット・テストも陽性所見を示すことから、腰部脊椎管狭窄による根症状とみて治療を開始した。

患者への対応 腰椎が関節炎を起こして腫れると、神経や血管を圧迫して坐骨神経痛になります。

鍼灸で腰椎の関節炎を治療します。関節炎が治れば、神経痛も同時に治って、いくらでも歩けるようになります。

治療経過 L4椎間およびL5椎間に重負を置いて鍼灸治療を行った。

取穴は圧痛巣が検出された十七椎、左のL4椎間、L5椎間、左上脛骨、左梨状とし、20分間の置鍼と施灸3社を行った。

第2回(2日目) 特に変化なし。

第3回(3日目) 歩いている時の痛みが、少し楽になったように思います、と言いながら、患者は次のように続けた。以下、患者との会話の内容である。(Tは患者、Dは出端)

T「私の妹が先日テレビを見て、足の方の血管が詰まる病気が姉さんの病気に似ていると言っています。でも私の病気は、ただの神経痛ですよね」

D「妹さんの言われるように、足の方へ行く血管が骨盤のあたりで詰まると、確かに坐骨神経痛のような症状が現れ、おまけに、あなたのように休みながらでないと歩けなくなります。しかし、あなたの病気はそれと違います。最初に説明したように腰椎のところで神経や血管が圧迫されたために起こった神経痛です。もし血管が詰まっているなら、このところ(脛骨部を指さして)の脈拍が弱くなっているからすぐに分かります。

T「それなら私のは脈拍は弱くなっていないんですね」

D「脈拍は診ていませんが、ほかの症状や診察から、血管が詰まる病気でないことは分かります。けれども念のために、一度、脈拍を診ておいてあげましょう」

ここで初めて左大腿動脈に著明な減弱(ほとんど消失に近い)が認められた。そこで足部の冷感を調べてみると、極端な左右差ではないが、明らかに左足部の冷感が認められた。

以上の所見から、患者の固穴性跛行の原因は、おそらく脊柱管狭窄によるものではなく、腸骨動脈の閉塞によるものと判断せざるを得ない。

ここで患者は、診察をしている筆者の顔つきを見て起き上がってほった。

T「先生、やっぱり血管が詰まっているんですね」

D「いやいや、ごめんなさい。お取っかかしい話ですが、妹さんの言うように、あなたの病気は神経痛ではなく、骨盤のあたりで血管が詰まって、足の方へ血液が行きにくくなったために起こった痛みでした」

患者は、動脈の閉塞という病気を、どのように認識していたか知る由もないが、少なくとも神経痛よりは重大な疾患と受けとめていたようである。そして不安の表情もあらわに次のように問いかけてきた。

T「先生、そうしたら私はどうしたらいいんですか」

D「そんなに心配する必要はありません。ともかく

大きな病院で、一度検査をしてもらって下さい。私が紹介状を書いてあげますから、それを持って、整形外科ではなく、『血管』という名称のついでい科へ行つて下さい。病院によって『血管外科』『心臓血管科』などいろいろですが、ともかく『血管』という文字のついでい科へ行つて、この紹介状を出せば間違いありません」

そこで次のような紹介状を書いた。

間欠性跛行の症状を訴えて来院しましたが、左大腿動脈の拍動が極めて微弱です。動脈の閉塞が疑われるので精査を指示しました。よろしくご高診、ご加療賜うたくお願い申し上げます。

血管外科殿

翌日、患者はS. R. 病院の心臓血管科を受診し、その帰りに当院にも立ち寄って、診察の結果を次のように報告してくれた。

「足の脈拍を何か所もていねいに診てくれて、足の血圧も計ってくれました。その結果、動脈硬化症で血管が詰まっているけれども、それほど重症ではないので、しばらく薬で様子を見るそうです。ただ当分の間は、外来で肺や心臓の検査を受けるように、とのことでした。おかげさまで病気がはつきりして少し安心しました。ただ煙草は絶対やめるように、もしそれが守られなければ、片足を切断するようになるかもしれない、と脅かされました。先生のところへは、改めて病院の方から報告がいくそうです」

S. R. 病院の心臓血管外科から返信が届いた

のは、それから10日ほど経過してからである。おそらく何かのデータが明らかになった時点で書かれたものであろうと思われる。病名は「閉塞性動脈硬化症」<sup>注1)</sup>とあり、さらに「通院にて精査・加療を<sup>注1)</sup>せていただきます」と併記され、三名の医師の署名と捺印があり、その丁寧な対応に驚かされた。

患者は、その後も病院の帰りに時どき当院に立ち寄っては経過を報告してくれながら、薬でかなり症状軽快し、駅まで何とか休まずに歩けるようになったと述べている。そして患者は、何10年も吸い続けた煙草をキッパリとやめている旨の報告もあった。

考察 本症例における間欠性跛行の原因は、総腸骨動脈に発生した閉塞性動脈硬化症と推定されるが、スターティング・ペイン、洗顔時の腰痛、靴下着脱時における殿部、大腿部のむさつれ感、腰椎の側弯、腰椎の後屈による腰殿部の疼痛、L<sub>4</sub>・L<sub>5</sub>椎間関節部の圧痛など、明らかに腰椎由来の臨床症状の重複が認められる。これらの症状と所見は、症例の年齢と病歴から推定して脊椎症に起因するものと思われる。しかしながら患側大腿動脈拍動は、容易には検索し得ないほど微弱であり、間欠性跛行の原因は血管由来のものと推定される。

さて、本症例は血管外科において「閉塞性動脈硬化症」と診断されたが、大腿動脈拍動

の減弱・消失が認められる下肢動脈閉塞性疾患については、鍼灸院レベルにおいても、ほぼ90%以上の正診率で診断することができ、したがって適切に対処の方法を講じることも十分に可能と思われる。

慢性動脈閉塞について、田辺は8種類の病名を挙げながらも注2)「頻度的には閉塞性動脈硬化症と閉塞性血栓血管炎(バージャー病, 筆者注)注3)によるものが圧倒的に多い」と述べ5), 石川もまた同様の見解を示している6)。したがって鍼灸院の日常臨床で下肢動脈閉塞の症例に遭遇した場合には、以上の2疾患を想定すれば十分であろう。

さらに上記2疾患のうち総腸骨動脈および腹大動脈の閉塞、すなわち大腿動脈拍動の減弱・消失をみる症例の割合について、勝村は閉塞性動脈硬化症で34.5%、バージャー病で2.8%7)、石川は閉塞性動脈硬化症の33.3%が大動脈~腸骨動脈の閉塞6)、塩野谷はバージャー病において腹部大動脈・腸骨動脈領域にまで閉塞が進展したのは8.1%にすぎない8)、と報告している。

また、閉塞性動脈硬化症とバージャー病の発症年齢の比較について、勝村は閉塞性動脈硬化症では50歳以上の症例が91%であるのに対し、同年齢のバージャー病は6.2%にすぎないとし7)、南は51歳以上の慢性閉塞性動脈疾患では90.1%が閉塞性動脈硬化症で、さら

に61歳以上では99.2%にのぼると述べ、「老年者においては、慢性閉塞性動脈疾患のほぼすべてが閉塞性動脈硬化症であるといえる」と記載している9)。

以上の知見から推測しても、本症例の場合、74歳という高齢に加えて大腿動脈拍動の減弱は、閉塞性動脈硬化症以外の疾患である可能性を、ほぼ確実に否定し得る。

さて、次に閉塞性動脈硬化症の予後と鍼灸治療の適応について考察しておきたい。

本症の予後については資料によって若干のバラツキをみるが、石川は「硬化性変化が中絶例に強いほど全身性病変は強く、予後も不良である」とし、大動脈、腸骨動脈閉塞例の5年間死亡率を27%と報告している6)。また、三島は閉塞部位を問わず初発から死亡までの期間をみると3年以内14.1%、5年以内26.7%、10年以内33.9%と報告しており、一般に本症の生命予後は不良であることが理解できる10)。

しかしながら一方、近年における血管外科の進歩はめざましく、血行再建術の著明な発展により慢性動脈閉塞症に対する外科治療は面目を一新し、従来ならば肢切断を避けられない重篤な血性病変も、血行再建術により切断を免れ得る場合も少なくなっている11)、という専門家の指摘もみられ、本症に対する鍼灸の適応については、単なる鎮痛効果のみで安易な結論を下すことは危険である。

ちなみに閉塞性動脈硬化症の死亡原因について及川は、脳、冠、腎動脈障害によるものが65%を占め、とくに心筋硬塞21%、脳血管障害19%と重篤な臓器血管合併症が直接死因とつながる、と述べている。三島は本症の死亡例は脳、冠、腎、心臓と重要臓器の血行障害によるものが70%を占める、と報告している<sup>10)</sup>。

さらに勝村は、本症は時に急性の閉塞をきたし、短時間の間に急速に壊死が進行する場合もしばしばあり、これらはすべて肢切断に迫られている<sup>11)</sup>、と述べており、鍼灸治療の適否は、前記の合併症による死亡と急性閉塞による肢切断の危険性を考慮したうえで慎重に決められなければならない。とくに安静時痛と評する症例について<sup>注4)</sup>、<sup>注4)</sup> 術は外科的治療の適否である<sup>注4)</sup>と述べており、鍼灸臨床においても、これらを椎間板ヘルニアの急性期と誤診することはないよう、腰下肢痛の診察には必ず大腿動脈拍動テストを行うべきものと考えらる。

最後に、腰椎由来の腰下肢痛と閉塞性動脈硬化症の鑑別診断に関する記載を紹介しておきたい。

桐田(整形外科)は、「最近リュウリッシュ症候群がしばしば本症(腰椎椎間板ヘルニア、筆者注)による下腿放射痛、すなわち根性坐骨神経痛と誤診されている症例によく遭遇するようになったので、大腿動脈の拍動の有無をも触知して、誤診のないようにすべきであり……」<sup>11)</sup> 三島は

「慢性動脈閉塞のうち間歇性跛行を主訴とするものは、坐骨神経痛、椎間板ヘルニアなどと誤診されること少なくない」<sup>10)</sup> 阪口は「間歇跛行と最も誤りやすいのは脊椎管狭窄による跛行である。本症では疼痛は多く腰から起り、末梢へ移動の傾向があること、姿勢に影響され、前屈すると軽快すること、多くは両側性であることなどから区別できる。その他神経痛、関節炎、筋炎、骨粗鬆症など整形外科的疾患による各種の疼痛も似ることがある」<sup>12)</sup>、井井は閉塞性動脈硬化症と鑑別すべき疾患として「脊椎管狭窄」を挙げ、「動脈拍動の触知と体前屈による症状の改善」が鑑別点であることを述べて<sup>13)</sup>、またハーバイン内科学にも「完全に茶化したLeriche症候群<sup>注5)</sup>を呈するものでは、疼痛は通常殿筋領域<sup>注5)</sup>にあり、下部脊椎骨の疾患に由来する坐骨神経痛と混同されることがある」<sup>14)</sup>などの記載がみられる。

注1) 閉塞性動脈硬化症：腹部大動脈および四肢を灌流する主幹動脈が動脈硬化性病変により狭窄または閉塞を起し、四肢に虚血性症状を呈する疾患<sup>10) 13) 15)</sup>。

注2) 8種類の病名：閉塞性動脈硬化症、閉塞性血栓性血管炎、大動脈炎症候群、バーチエット病、膝窩動脈捕捉症候群、嚢状外膜変性症、胸部出口症候群、膠原病<sup>6)</sup>。

注3) バージャー病：四肢の動脈および静脈に血栓

性閉塞を起す血管炎で、閉塞性血栓血管炎とも呼ばれる。18~50歳の男性、とくにヘビー・スモーカーに多い。閉塞部位は末梢部に高頻度で、骨盤動脈には少ない(6)8)15)16)17)。

注4) 安静時痛と評する症例：重症度分類(Fontaine)では、間欠性跛行がII度、安静時痛はさらに重症でIII度とされている(5)13)。

注5) Leriche症候群(ルリーシェ症候群)：腹大動脈終末部から両側腸骨動脈にいたる慢性閉塞により、両下肢の虚血症状を呈する疾患。殿部、大腿部に疼痛を現し、男性ではしばしばインポテンツを(伴う)。両側の大腿動脈拍動に減弱・消失を認める。閉塞性動脈硬化症のI型(6)18)19)20)

#### 参考文献

- 1) 片山良亮：「頭・背・腰痛」, 新臨床医学文庫, 3, p. 43~44, 金原出版, 1975.
- 2) 高橋長雄：腰痛・腰下肢痛を起す疾患, 「腰痛・腰下肢痛の保存療法」, p. 24, 南江堂, 1991.
- 3) 渡辺良：仙腸関節捻挫, 「腰椎・仙椎」, 図説臨床整形外科講座, 3, p. 197, メジカルビュー社, 1982.
- 4) 水野祥太郎：仙腸関節のくじき痛み, 「腰痛」, p. 29~30, 医歯薬出版, 1977.
- 5) 田辺達三：動脈疾患の病態生理と血行動態, 「臨床血管学」, p. 4~5, 文光堂, 1992.
- 6) 石川浩一, ほか：「末梢血行障害」, p. 52~64, 永井書店, 1978.
- 7) 勝村達喜, ほか：閉塞性動脈硬化症, 「動脈の閉塞性疾患」, 外科MOOK, 10, p. 184~193, 金原出版,

1986.

- 8) 塩野谷恵考：Buerger病, 「動脈の閉塞性疾患」, 外科MOOK, 10, p. 170~182, 金原出版, 1986.
- 9) 廣 顕, ほか：四肢動脈閉塞性疾患, 「臨床老年医学大系」, 4, 循環器, p. 492~497, 情報開発研究所, 1984.
- 10) 三島好雄：閉塞性動脈硬化症, 「臨床血管学」, p. 159~165, 文光堂, 1992.
- 11) 桐田良人：腰部椎間板ヘルニア症, 「腰痛」, p. 43, 医歯薬出版, 1977.
- 12) 阪口周吉：四肢動脈閉塞の症状と診断, 「動脈の閉塞性疾患」, 外科MOOK, 10, p. 32, 金原出版, 1986.
- 13) 折井正博：閉塞性動脈硬化症, 「血管疾患」, 4, p. 92~103, メジカルビュー社, 1993.
- 14) 原澤道美, ほか訳：「ハーベイ内科学」, 上, p. 403, 廣川書店, 1974.
- 15) 山村雄一：「新内科学」, 3, p. 682~683, 南山堂, 1977.
- 16) 朝見淳規, ほか：閉塞性血栓血管炎, 「血管疾患」, 4, p. 85~91, メジカルビュー社, 1993.
- 17) 矢野孝：Buerger病, 「臨床血管学」, p. 150~157, 文光堂, 1992.
- 18) 折井正博：Leriche症候群, 「血管疾患」, 4, p. 113~115, メジカルビュー社, 1993.
- 19) 吉利 和訳：「ハリソン内科学」, 上, p. 2045~2047, 廣川書店, 1988.
- 20) 和田達雄, ほか：Leriche症候群, 「日本臨床」, 35, p. 282~283, 1977.