

症例報告

平成8年10月24日

腰・下肢痛

浦山久昌

症例：YH 47歳 女性 テニスコートフロント

初診：平成8年9月5日

主訴：大腿前側・外側が痛い

現病歴 昨年10月、近所の内科医院で糖尿病と診断された。空腹時血糖値は220mg/dlであった。それ以来、血糖降下剤を服用し、運動として毎日1時間20分歩いていた。4月の空腹時血糖値は、200mg/dlに下がった。6月はじめ、登り坂の多い道を自転車で遠乗りした。その夜中から、左大腿外側・前側が突っ張ったようになって、朝にはビリビリ痛くなった。糖尿性の神経障害が心配だったので、T総合病院の糖尿病外来を受診したが、整形外科に回され、坐骨神経痛と診断されて、薬の服用とけん引を行った。内服薬を2種類使用したが症状が好転しないので8月にMRI検査を行った。検査の結果、腰椎の4,5間の脊柱管狭窄症と診断された。コルセットとけん引治療を勧められ、安静臥床を指導された。最終的には、外科手術で狭いところをなくすと言われた。

現在、立位および歩行時に大腿の外側・前側および下腿外側がビリビリ痛む。ときに左膝に力が入らなくなる。疼痛部位の皮膚が冷たく感じる。イスに長時間腰掛けていると腰が痛くなる。階段の昇降時は足を揃えながら一步づつ手すりにつかまらなさと転びそうで不安である。特に下りが左膝が折れそうでつらい。立位よりも座位の方がいくらか楽である。歩行時に症状はあるが、間欠性跛行ではない。前屈位で休んでも楽にならない。横になっていると痛くない。咳・くしゃみによる痛みの誘発はない。痛みを我慢して、仕事を続けている。夜間痛はなく。安静時痛もない。膀胱・直腸障害もない。その他の症状は、喉が渇く。のぼせる。膝蓋腱反射は、高校生以前より消失していた。

仕事は、テニスコートのフロントで、事務机から受付カウンタ

ーまで歩くのが苦痛である。

スポーツは、痛くなるまではウォーキングを行っていた。アルコールは飲まない。タバコもすわない。

既往歴 特記すべきことなし

家族歴 特記すべきことなし

診察所見 腰椎の側弯および階段変形は認められない。腰椎の前弯も正常。前屈により症状の増悪はなく。指床間距離は0cm。側屈痛も陰性で左側屈指床間距離44.5cm。右側屈指床間距離43.0cm。後屈痛も陰性。後屈保持テストも陰性。アキレス腱反射は左右とも増強法で消失。膝蓋腱反射も左右とも増強法で消失。上腕二頭筋反射および腕橈骨筋反射は左右とも正常。触覚障害は認められない。下肢伸展拳上テストは左右とも陰性。Kボンネットテスト陰性。股内旋テストおよび股外旋テストは陰性。左股関節の外転テストも陰性。大腿動脈の拍動は正常。ニュートンテスト陰性。大腿神経伸展テストは陽性。左殿筋の萎縮が認められた。大腿周径は左41.7cm右41.5cmで差は認められなかった。クワドメーターによる大腿四頭筋の筋力は、左3.5kg右4.75kgであった。踵歩行およびつま先歩行可能。

圧痛は、感側のL4椎間、L5椎間、梨状、環跳、上殿、上風市、風市、衝門、箕門、伏兎、血海、陽陵泉、に認められた。特に上風市、風市、衝門、箕門、伏兎、血海の圧痛は著明であった。

要約 本症例は、左大腿外側・前側の歩行時の疼痛と大腿四頭筋の筋力低下を訴えている。患者はすでに、MRI画像診断によりL4-L5間の腰部脊柱管狭窄症と診断されている。しかし間欠性跛行は認められず、前屈により愁訴の緩解もないことから、神経性間欠跛行を伴う典型的な腰部脊柱管狭窄症ではない。

大腿神経伸展テスト陽性所見と大腿四頭筋の筋力低下から、L4神経根の障害が推測される。

大腿外側部の疼痛は、L5-S1椎間関節部の圧痛の存在から椎間関節症の関連痛とも考えられるが腰椎の前屈、後屈、側屈によって

症状の変化がみられないことから関連痛とは考えにくい。大腿外側の疼痛はL3神経根障害を示唆している。

したがって多根性の障害と推測できる。

糖尿性の神経障害としては、血糖値は高いものの、糖尿病の発病から期間が短く、四肢の末端からの発症が多いことや、左右対称に発症することが多いので関与の可能性は少ないものの、関与の可能性も否定できない。

夜間痛や自発痛および膀胱・直腸障害もみとめられず、筋力低下も高度ではないことから、鍼灸治療を行いながら経過みることにした。

対応 あなたの下肢の痛みと脱力は、大腿へ来ている神経が障害されているためです。腰椎部分で神経の根本が窮屈になっている、ところへ神経が腫れて神経痛を起こしています。鍼灸治療を行うと、神経の根本への血行を良くして、神経の腫れを少なくします。

#### 治療・経過

第1回 鍼灸治療は、愁訴の緩解を図るため神経根周辺の血液循環の改善と腰部、殿筋および大腿四頭筋の筋緊張の緩解を目的に以下のように行った。

治療体位は健側下の側臥位で股関節をやや屈曲して行った。

患側のL4椎関、L5椎関、梨状、環跳、上殿、上風市、風市、衝門、箕門、伏兎、血海、陽陵泉、を取穴した。L4椎関、L5椎関、上殿、上風市、風市、衝門、箕門、伏兎、血海、陽陵泉は、ステルス1.6寸-3号(50mm-20号)針を使用し直刺で、深さ約3.5cm刺入した。梨状、環跳はステルス2.5寸-5号(70mm-30号)針で皮膚に垂直に深さ約6cm刺入した。すべて20分間の置針を行った。

伏臥位で、患側のL4椎関、L5椎関に糸状灸を3壮行い。両側の腎俞、志室にステルス1.6寸-3号(50mm-20号)針を使用し直刺で、深さ約3.5cm刺入し10分の置針を行った。

生活指導として、食事療法の継続を指示した。

経過の指標として歩行時のペインスケールと大腿四頭筋力をク

ワドパワーで計測した。

第3回(9月13日) 大腿部の冷感が消失した。腰の痛みは消失した。歩行時痛も軽減した。大腿四頭筋力は左5.5kg右6.5kgに改善した。ブレンデレンブルグテストは陰性であった。

第5回(9月20日) 大腿四頭筋力は左6.5kg右7.0kgに改善した。膝蓋腱反射およびアキレス腱反射は左右とも消失。

第6回(9月24日) 大腿神経伸展テストは陰性となった。

第7回(9月27日) 階段を降りる際に足を揃えずに普通に降りることができた。歩行時痛は初診時よりペインスケールが、3ポイント改善した。大腿四頭筋力は左8.1kg右8.4kgに改善した。

第9回(10月7日) 歩行時痛は初診時に比べてペインスケールが8ポイント改善した。大腿四頭筋力は左8.5kg右8.5kgに改善した。

第11回(10月14日) 昨日は、客を案内して、成田空港のターミナルビルと成田山新勝寺の観光に3時間ほど歩いたが、症状の増悪は見られなかった。歩行時痛は残存しているが、軽度となった。大腿四頭筋力は左8.5kg右8.5kgであった。膝蓋腱反射およびアキレス腱反射は左右とも消失していた。大腿外側および前側の圧痛は消失した。

症例はその後も週2回の治療を継続しているが、増悪は認められない。

考察 本症例が、大腿前面の疼痛および大腿神経伸展テスト陽性所見から、大腿神経痛と考えられること、大腿皮神経の領域である外側にも疼痛域が広がっていることから考えて、L4、L3神経根の関与が認められることは要約でも述べた。整形外科のMRI画像診断で、L4-L5間の腰部脊柱管狭窄症と診断を受けているが、特徴的な間欠性跛行も見られず。歩行痛は前屈などによっても緩解していないことや、膝蓋腱反射もアキレス腱反射も左右とも消失し、触覚障害なども見られないことから、鍼灸院レベルの

臨床所見では、腰部脊柱管狭窄症と判定できなかつた。さらに糖尿病性神経障害の可能性も明らかではなかつた。

鍼灸治療の適応と考えて鍼灸治療を行ったが、11回40日間で、筋力低下はほぼ回復し、疼痛も大幅に緩解した。

経過の指標としてクワドメーターで計測した大腿四頭筋力は、健側の筋力も初診時に比べて4.75kgから8.5kgへ回復している。図4をみると患側の筋力回復に比例して健側の筋力も回復している。この点から考えると筋力の低下は、患側のみでなく健側にも及んでいると考えられる。腰部脊柱管狭窄症においても馬尾神経の障害においては両側性に障害されるが、糖尿病性の神経障害の可能性も出てくる。本症例の症状は、全身性ではなく、左下肢に限局した症状を現している。このような症状を示す糖尿病性神経障害は、単神経炎および多発神経炎と考えられる。<sup>1)2)</sup> 中でも、本症例のように急速に発症し強い筋肉痛と筋力低下を引き起こし、知覚低下をおこさず、大腿四頭筋や腸腰筋などの近位の筋に好発する糖尿病性筋萎縮を推測させる。<sup>2)</sup> 本症例が、これらの疾患であったとしても、予後は良好と言われ、血糖のコントロールで、2週間から3か月で自然緩解が見られると言われている。<sup>2)3)</sup> よって鍼灸治療で対応したことは妥当であったと考える。なお本症例のように糖尿病の発症から1年以内に糖尿病性神経障害が発症するものは5%と言われている。<sup>1)</sup>

糖尿病性神経障害と他の神経障害の鑑別の決め手となるのは、血糖のコントロールの状態であるが、4月以降、血糖の計測はなく、血糖値は明らかではない。しかし、腰部脊柱管狭窄が本症例の発症原因となつていても、血糖のコントロールは必要であり、それは症例の症状改善に良い影響を与えると考える。<sup>1)2)3)</sup>

経過観察の指標として歩行時のペインスケール、と大腿四頭筋力を計測したが症状の消長と良く相関し指標として有益であった。

鍼灸治療は、11回40日間で、筋力低下はほぼ回復し、疼痛も大幅に緩解した。よって妥当な治療であると考察する。

#### 経穴の位置

利状 上後腸骨の外下縁と大転子の内上縁を結んだ線の中央、およびこの点から直角に3～4cm下方までの細長い領域の圧痛。

L4 椎関 L4, L5 棘突起間の外方約2cm。

L5 椎関 L5, S 棘突起間の外方約2cm。

#### 参考文献

- 1)坂本信夫ほか：糖尿病性神経障害，「図説内科診断学治療講座」，13, p170-177, メジカルビュー社, 1989
- 2)塩見文俊ほか：糖尿病と末梢神経障害，「糖尿病と神経症状・精神症状-臨床の手引き」，p99-103, 新興医学出版社, 1993
- 3)松岡健平：糖尿病性神経障害，「糖尿病性合併症の対策」，p130-132,

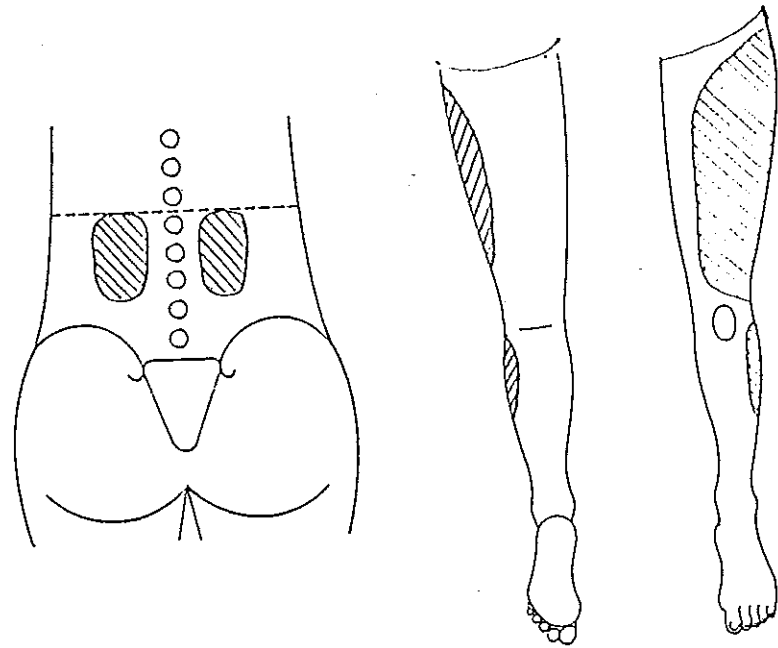


図1 疼痛域

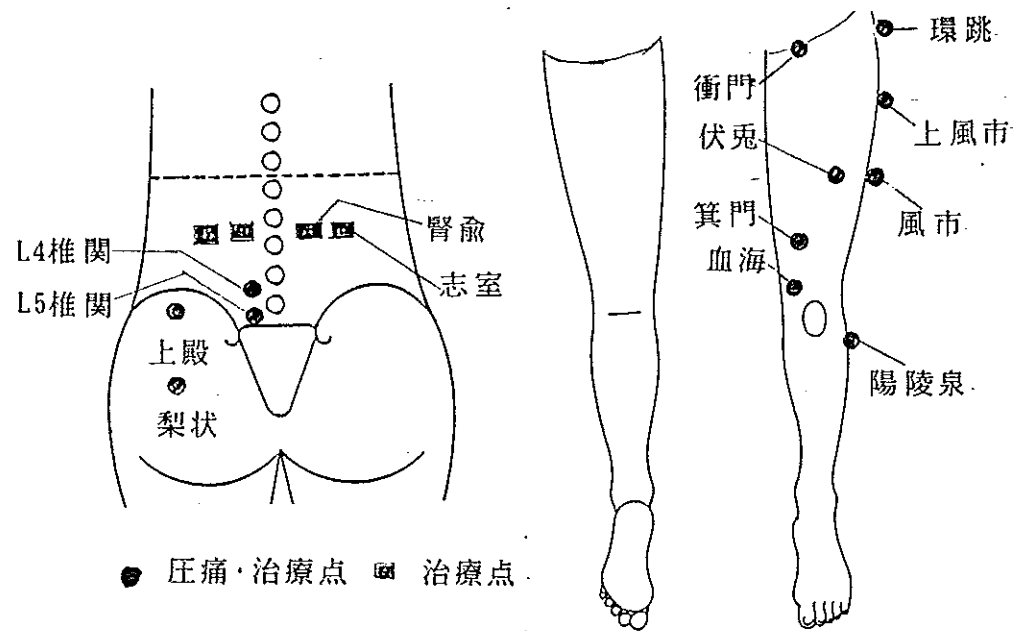


図2 圧痛点と治療点

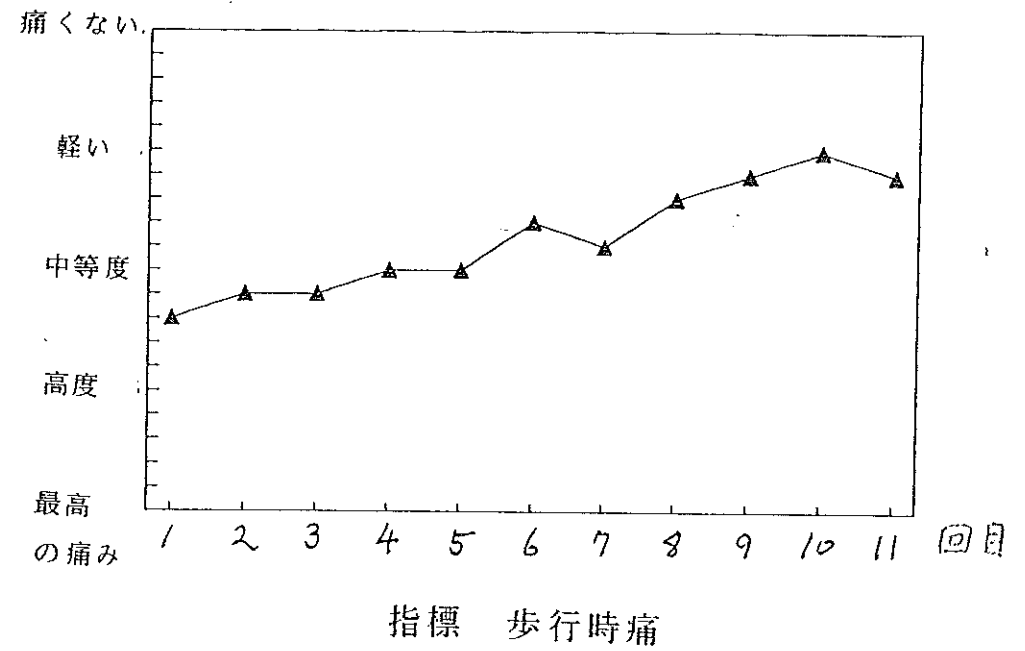


図3 ペインスケール

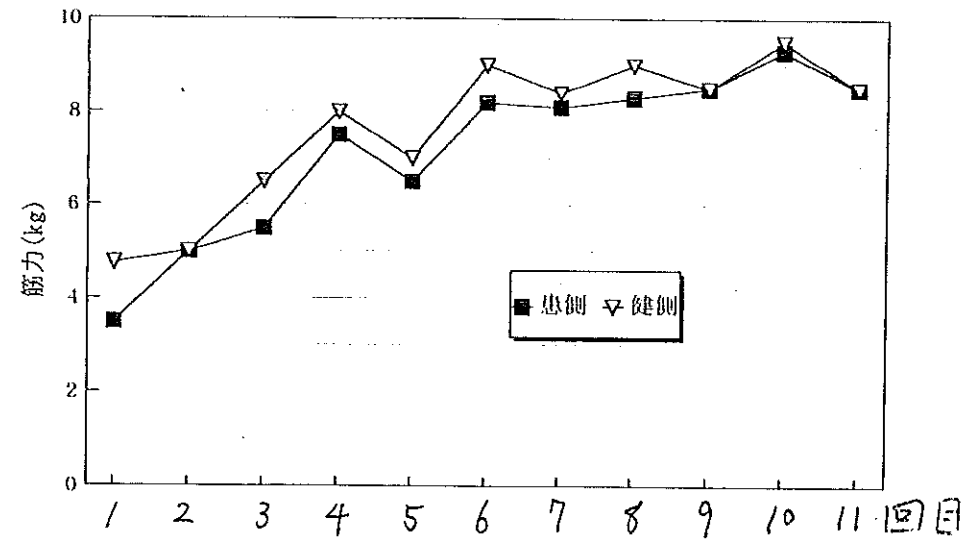


図4 大腿四頭筋力の経過