

変形性股関節症

症例報告

高橋 勉

本症例は、5年ほど前から右下肢の痛みで悩まされてきたが、坐骨神経痛と思いきんでいた患者である。愁訴の増悪のため大学病院を受診し、「股関節が悪い」といわれ、現時点では服薬と体操しか方策はないと説明された。消えない痛みと不安のため来院した。当初、明らかな跛行や見かけ上の左右の下肢長差が認められないので、「軽度」と感じたが、診察所見では、むしろ「中等度に近い」と判った。約4ヵ月の鍼灸治療により、かなり痛みの軽減がみられたが関節可動域の拡大はそれほどでもない。

症例：36歳 女性 スーパーのレジ係

初診：平成8年1月14日

主訴：右股関節前面から側方にかけて痛い。

現病歴：5年ほど前、二番目の子を出産して3ヶ月位した頃から、右のお尻の下が痛くなった。仰向けに寝た状態から起き上がる時や、膝を曲げて、足を前に出して座った姿勢などで痛みを感じた。歩行では多少痛みを感じるものの、歩けなくなる程ではなかった。近所の整形外科医院を受診したところ、「坐骨神経痛」といわれ痛み止めを処方された。服用すると痛みは治まるが、副作用が心配なので我慢することが多かった。以後痛みの増減はあったが、目立った変化はなかった。

約一ヶ月前から、仕事の終わりごろや自宅にもどってから、右大腿の上部の前側と膝に前よりも強い痛みを感じるようになった。椅子から立ちあがるときなどつらい。痛い時には股関節がギシギシするような感じがする。また、朝起きるのがつらく、動き出してしばらくは痛みがある。そのうちに治まるかと思っていたが、だんだんひどくなった。長い時間歩行すると右膝を曲げるのが嫌になり、太腿の上部の前側から側面に痛みが出る(図1)。尻の下が痛いこともある。自発痛、夜間痛はない。夜間寝返りで目が覚めることはない。正座は可能だが、立ち上がり時股関節が伸展するまでが痛い。深い座礼では腰が上がる。あぐらはできない。洋式トイレは問題ない。和式トイレはしゃがみこみと立ち上がりがつらい。ズボンの着脱、

靴下の着脱、足の爪切りは工夫して行っている。

一週間前に近くのN大学病院の整形外科を受診、X線撮影を受け、「股関節の横の方が減っているので、痛み止めを飲み、股関節の体操をするしか方法はありません。股関節の変形はおそらく子どもの頃からでしょう。高齢になったら、人工関節を入れることも考えられます。」と説明された。体操もしたが、かえって痛みが増したようで、このまま歩けなくなってしまふのではないかという不安もあり、来院した。

子どもの頃はかけっこも速く、二番目の子の出産以前には、何も思い当たることはない。現在アルコールは摂らないが、20歳前後には時々飲み、ウイスキー一本位は飲めた。ステロイド剤の長期服用はない。タバコは一日10本ぐらい。

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：右股関節前面表面の発赤、熱感はない。著しい腫脹は認められない。腰椎の前彎は正常。側彎もほぼ正常。身長152cm、体重49kg。左右の足にかかる体重は左28kg、右21kg。立位での床から腸骨稜の高さは左88.9cm、右88.4cm。仰臥位での上前腸骨棘から内果までの距離は左76.3cm、右75.4cm。大転子と外果は左69.4cm、右69.5cm。トレンデレンブルグ現象およびデュシェンヌ現象^{注1)}は陰性。歩容はごく軽い股関節屈曲位強直おじぎ歩行。トーマステストは陽性。パトリックテストも陽性。Oberテスト^{注2)}は陰性。側臥位での膝を伸展しての外転筋力は、左に比べると弱い。十分重力に打ち勝てる。ローゼル-ネラトン法^{注3)}により、右の大転子高位が確認された。左は正常。股関節の可動域は他動により痛みのでない範囲を測定した。屈曲が左120°、右70°。外転は左35°、右16°。内転は左24°、右15°。内旋は左40°、右15°。外旋は左45°、右10°。下肢伸展拳上テスト(以下SLR)は左陰性で80°、右陽性で45°ただし痛みは殿部後側のみ誘発。大腿周径は左46.6cm、右43.6cm。腹臥位で、右大殿筋の萎縮が認められる。圧痛は右上前腸骨棘の下方約7cm付近の大腿筋膜張筋部にのみ検出された。

注1) デュシェンヌ現象：片脚起立時の同側肩の下降の有無をみるものである。股関節外転筋不全があるとき、躯幹を立脚側へ傾斜して身体のバランスをとろうとす

る⁵⁾(図2)。

注2) Ober テスト: 腸脛靭帯拘縮の有無をみるものである。検査側上の側臥位で、膝90°屈曲位で股関節を内・外転中間位で保持する。保持した手を離すと、腸脛靭帯に拘縮がなければ両膝が合わさるが、拘縮が存在すると大腿を内転することができない⁶⁾(図3)。

注3) ローゼル・ネラトン法: 大転子高位をみるものである。上前腸骨棘と坐骨結節を結ぶ線をローゼル・ネラトン線と呼ぶ。股関節45°屈曲位で、正常では大転子上線はこの線上か少し下にある。大転子高位ではこの線より上になる⁷⁾。(図4)

対応 医師の言う股関節の横の方というのはよくわかりませんが、大転子の位置が上に移動していますから、股関節が減っていると思います。でも、左右の足の長さの差が1cmぐらいですし、股関節の運動制限も少ないので、変形性股関節症としては初期の段階でしょう。鍼治療をすれば、筋肉が柔らかくなって、血行もよくなり、痛みが和らぎます。鍼治療をしながら、股関節体操を少しずつしてください。今の仕事は立ち通しできついで、本当は辞めた方がいいと思いますが、そうもいかないようですから、高い椅子を使うとか上司に相談してはいかがでしょうか。また家でもいろいろ工夫をするといいいでしょう。

治療・経過 股関節周囲および下肢全体の筋群の過緊張をとり血行を改善することによって、関節可動域を広げ関節内循環を促し、痛みを軽減することを目的に以下の治療を行った。

第1回 右上側臥位にて、フィットアンポで右殿部を五分間加熱後、ステンレス1寸6分4号鍼(50mm-22号)を用いて、梨状へ直刺40mm、上殿へやや下方へ向け斜刺40mm、上前腸骨棘から下方へ7cmの点で大腿筋膜張筋へ直刺30mm、風刺へ45°下方へ向け斜刺20mm、伏兎および箕門へ直刺20mm、以上8穴へパルスを1Hzで5分加えた。次に、中殿筋の表面部分へ超音波を6Wで4分間当てた。その後、仰臥位にて大腿骨周辺の筋肉を伸ばすようマッサージを5分間加えた。

第2回(1月18日) 前回治療後いくらか楽になった。大腿筋膜張筋部の圧痛は消滅。痛んだ部位はもっと側方の中殿筋部だという。股関節の他動屈曲は75°、外転は17°で変化はない。右上側臥位にて前回の穴に加え、ステンレス2寸5分5号鍼(75mm-24号)を用いて、梨状および大腸

愈外方約1寸へ、やや内方へ向けて約60mm刺入する傍神経刺とし、他に中殿筋の中腹部を取穴、パルスを15分加えた。その他前回同様。

第4回(1月25日) 動作の開始時痛はあるが、かなり楽になった。“お尻の下の痛み”は感じなくなった。股関節の他動屈曲77°、外転19°。仕事の都合で治療間隔を一週間とした。

第8回(2月22日) 治療後3~4日良いが、その後痛くて薬を飲むこともあった。いままでの治療に加え、仰臥位での股関節前面および内転筋群への鍼治療を行った。膝の下に枕を入れ、大腿をやや外転、外旋し、上前腸骨棘下方約7cmそこから内方へ3.5cmのスカルパ三角内の点からやや外方へ向け、ステンレス2寸5分5号鍼(75mm-24号)を用いて約4cm刺入。他に大腿の内転筋群(大、小、長、短内転筋)めがけて3穴取り、パルスを15分加えた。次に大腿骨頭外側周囲を目標に超音波を7Wで4分加えた。

第12回(3月15日) 時々1~2日痛むことがあるが、だいぶ楽な気がする(初診時の5割)。右股関節の可動域は、屈曲78°、外転20°、内転17°、内旋20°、外旋14°、SLRは63°。

第18回(5月10日) 仕事がきついときは、股関節がギシギシとって痛むことがある。それ以外にはかなり楽になった(初診時の3割)。左右の体重は左26kg、右23kg。立位での腸骨稜の高さおよび仰臥位での下肢長は初診時とほとんど同じ。右股関節の可動域は、屈曲80°、外転20°、内転18°、内旋21°、外旋16°、SLRは65°。大腿周径は左46.9cm、右44.2cm。

考察 本症例は変形性股関節症と推定した。以下にその理由を述べる。

1. 長時間の立ち仕事や歩行時に右股関節周囲などに痛みが出る^{1) 2)}。
2. 股関節のギシギシ感がある^{1) 2)}。
3. 関節可動域が狭く、トーマステストが陽性である^{1) 2)}。
4. 立位で右の腸骨稜が左より低く、仰臥位での下肢長に差がある^{1) 2)}。
5. ローゼル-ネラトン法により、右の大転子高位が確認された^{1) 2)}。

臨床症状および診察所見から、以下の不適応疾患、類症疾患を除外した。

I. 内臓性の痛み

自発痛、夜間痛がなく、動作開始時痛など、運動時痛である。³⁾

II. 膝関節疾患

運動開始時痛などが膝関節になく、正座可能である。膝部に腫脹や圧痛がない。³⁾

III. 腰椎や腰・殿部の障害に由来する腰痛や下肢神経痛、および仙腸関節障害

股関節の可動域の減少が顕著である。大転子高位が認められる。また、圧痛が検出されない^{1) 2) 3) 4) 5) 6)}。

IV. 全身性エリテマトーデス、慢性関節リウマチ

全身の症状や、両側性の股関節障害がない⁷⁾。

V. 化膿性股関節炎、滑液包炎と石灰化腱炎

患部に発赤、腫脹、発熱がない。慢性的な経過である⁷⁾。

次に、大腿骨頭壊死との鑑別について述べる。

A. 症候性（二次性）の大腿骨頭壊死、つまり股関節脱臼・骨折、大腿骨頸部骨折、放射線治療、潜函病、糖尿病、痛風などに続発するものは、既往歴がないことから除外できよう^{2) 3) 7)}。

B. 特発性（一次性）の大腿骨頭壊死については、投与歴がないのでステロイドによるものは除外できよう^{3) 7)}。若い頃の飲酒歴が気になるものの「中毒」にまでは至っていないわけではないので、アルコールによるものも可能性は薄いと考える^{3) 7)}。まるっきり原因不明のものについては除外はできない。

二次性の変形性股関節症は ア. 先天性股関節脱臼（先股脱） イ. ペルテス病 ウ. 骨端すべり症 エ. その他 を原因疾患とするものであるが^{2) 3) 7)}、イ. およびウ. に関しては、男の子どもに多い疾患であり⁷⁾、本人の心当たりもないことからすると確率的には低くなるであろう。ア. に関しては、幼小児の頃に先股脱といわれたおぼえない人も非常に多く⁷⁾、5対1位で女子が多いこと⁷⁾を考慮すると確率的には可能性が一番高いと推察できる。因みに、医師から「おそらく子どもの頃からでしょう。」といれていることは、二次性の変形性股関節症を伺わせる。

治療・経過について 初診時、トレンデレシブルグ現象が陰性で、仰臥位で見かけ上の下肢長に左右差がなかったため、軽度かとも思ったが、所見をとってみると意外とてごわい印象を持った。下肢全体の筋の

過緊張緩和を目的に傍神経刺を、中殿筋、大腿筋膜張筋も目標とした。第8回から大腿骨頭外側および内転筋群への治療も加えた。約4ヵ月たったが、関節可動域には思ったほど変化は見られなかったが、痛みの訴えはかなり減った。特に第8回以降は良好であった。

初診時の臨床評価は、日本整形外科学会股関節症判定基準（表1）で63点だった。第18回時点では69点となった。

今後も本人の希望があれば治療を継続するが、整形外科医の診断アドバイスも受けながら対応したいと思う。股関節体操がうまくでき、可動域が広がることを期待したい。そのために転職を勧めてきたが、このごろ本人もその気になってきたので、好ましく思う。

経穴の位置

梨状：上後腸骨棘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

上殿：腸骨稜の上縁で最も高い位置から下方に3～4横指下った部位

参考文献

- 1) 稗田 寛：股関節疾患診断法，「図説臨床整形外科講座」，6A，骨盤・股関節，p. 20～45，メジカルビュー社，1983.
 - 2) 井村 慎一：股関節診断手順，「股関節診療ハンドブック」，p. 23～41，南江堂，1990.
 - 3) 出端 昭男：特発性大腿骨頭壊死，「鍼灸不適應疾患の鑑別と対策」，p. 307～313，医道の日本社，1994.
 - 4) 林 浩一郎，ほか：骨盤、股関節，「整形外科診察ハンドブック」，p. 133～142，南江堂，1987.
 - 5) 東 博彦：骨盤、股関節、下肢，「新図説臨床整形外科講座」，1，整形外科の検査、診断法，p. 25～30，メジカルビュー社，1995.
 - 6) 寺山 和雄：変形性股関節症，「図説臨床整形外科講座」，6B，骨盤・股関節，p. 2～23，メジカルビュー社，1984.
 - 7) 伊丹 康人：先股脱、変股症、いろいろな病氣，「股関節の病気のすべて」，p. 52～118，日本股関節研究振興財団，1988.
- 宮永 豊：機能解剖と生体力学，「図説臨床整形外科講座」，6A，骨盤・股関節，p. 4，メジカルビュー社，1983.

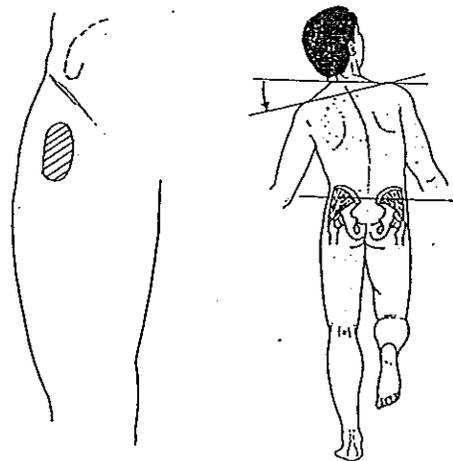


図1 右大腿前面の疼痛 図2 デュシェンヌ現象
(文献5より)

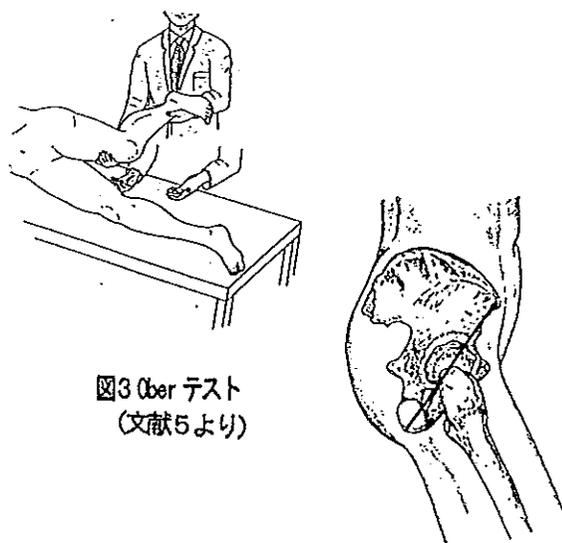


図3 Ober テスト
(文献5より)

図4 ローゼンバート法
(文献8より)

表1 日本整形外科学会股関節症判定基準 (○は初診時 ◇は5月10日)

疼痛	点数	可動性		点数	歩行能力	点数	日常動作	容易	困難	不能	
		屈曲 度数	外転 度数								
なし (長距離歩行のあと局所に疲労感あるいは、重苦しい感じを伴うが、痛みは起こらない)	40	90°以上 (度)	12	30°以上 (度)	8	正常またはほとんど正常 (長距離歩行にはごく軽度の跛行を示してもよい)	20	履かけ	2	1	0
軽度(不定期にときどき起こる) ①不定期に起こる疼痛の程度は激しいが、年に1~2回起こるものであれば軽度として扱う。 ②歩けば局所に重苦しい感じを伴う	30	60°以上 (度)	9	20°以上 (度)	6	軽度の跛行(約30分または約2km歩行可能) ①杖は不要 ②日常の屋外活動にはほとんど支障なし	15	座礼 ①股部が上がったり頭が高すぎる場合は困難に入れる	2	1	0
中等度 (歩行時に疼痛を伴い、短時間の休息により消退する)	20	30°以上 (度)	6	10°以上 (度)	4	著明な跛行(10~15分程度、あるいは約500m歩行可能) ①杖1本使用すると歩行は容易となる杖がなくとも休息しながら歩行できる。	10	靴下着脱 ①股位を問わない	2	1	0
強い疼痛 (歩行時に強い痛みがあり、休息により軽快する。自発痛がときどきある)	10	29°以上 (度)	3	9°以上 (度)	2	屋内活動はできるが屋外活動は困難である。 ①屋外では杖を2本必要とする。	5	立ち上がり ①床上から立ち上がる	2	1	0
激しい疼痛 (持続的に自発痛あり)	0	不良肢位をとるもの、もしくは良肢位でも強直かあるいは可動性のほとんどないもの(10°以下)		0	ほとんど歩行不可能	0	階段の昇り ①手すりを要する場合は困難とする	2	1	0	
		(固定肢位の角度) (屈曲: 度、外転: 度)					階段の降り ①手すりを要する場合は困難とする	2	1	0	

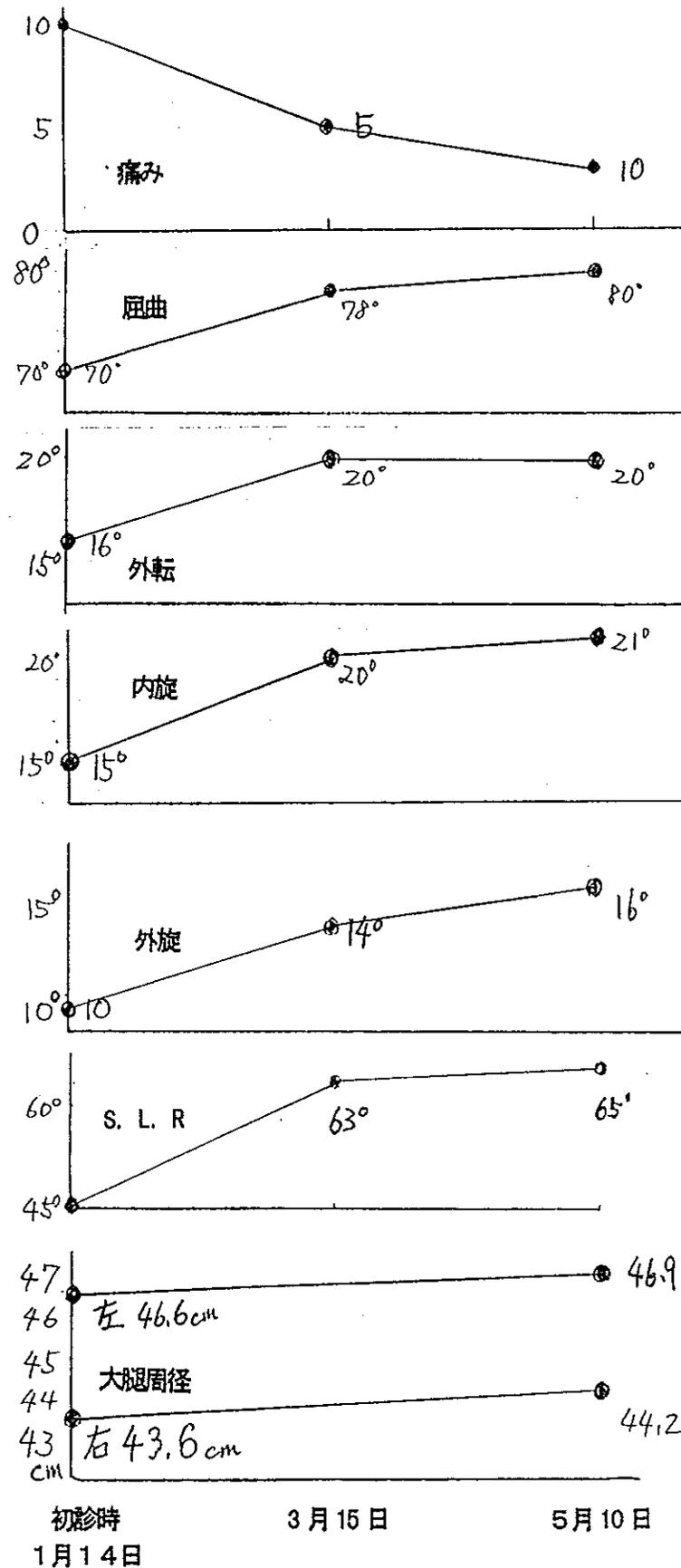


図5 評価数値の変化