

平成 10 年 4 月 23 日

## 腰仙椎根症状を呈した悪性リンパ腫

症例報告

松元丈明

本症例は、平成 5 年①病院において多発性筋炎と診断された。易疲労性があるために、ADLの目的で鍼灸治療を 2~3/月の割合で継続していた。転倒による尾骨打撲後に発生した仙骨下部の疼痛を痔疾患として訴え、その対応中に疼痛の増悪と安静時痛の発生で精査を求めたが、X 線による画像診断では正常と認められた。しかしその間カイロによる加療中に、腰仙椎根症状が発生したためにMRIによる精査を推奨した。その結果、悪性リンパ腫という予期しない診断が下された。制癌剤投与のため 1 カ月間余<sup>ア</sup>病院に入院、現在同病院に通院加療中であるが、1/W程度ADLおよびQOLの目的で鍼灸加療中である。

症 例：51歳 女性 喫茶店経営者 未婚

初 診：平成 9 年 1 月 18 日

主 訴：痔が痛い

現病歴：40歳ころから内痔核があり、時々疼痛と出血があった。現在便秘が強く、1/W程度の便糞状の排便がある。今回は 2, 3 日前から仙骨角のあたりに重苦しい痛みが発生し、排便時にも同様な痛みがある。出血はないが、浣腸を服用して一応治まっている。なお 1 カ月前、ふろ上りに廊下を走って自室の前で転倒し、しりもちをついた。その当時は痛みが強かつたが現在はそれほどではない。

既往歴：胃潰瘍（20歳）、帶状疱疹（平成 6 年 8 月）

家族歴：父は 65 歳で胆道癌で、姉は乳癌手術後 5 年経過後肝臓転移癌で昨年死亡。

診察所見：右回盲部に母指大の糞塊、左 S 字結腸部に便糞状の糞塊がみられる。尾骨が異常に肛門側に屈曲している。前屈、後屈、側屈共に異常なし。叩打痛なし。ニュートンテスト・パトリックテスト陰性。圧痛は仙骨管裂孔（腰俞）、第 2 尾骨、白環俞、上胞肓、下志室にみられた（図 1）。

診 断：以前の内痔核に伴った排便時痛、出血などの症状と今回の主訴から

痔疾患（内痔核）と判断した。しかし 1 カ月前の転倒によるとみられる尾骨の変形から、外傷による疼痛とも推察されるため合併症と診断した。痔疾患および外傷による疼痛は鍼灸の適応と判断した。

対 応：しりもちをついて尾骨が少しおかしいですから、整形外科か肛門科で診てもらって下さい。痔の治療は鍼灸がよく効きます。少し続けて下さい。便秘しないように纖維性の食物を多くとるようにして下さい。

治療・経過：疼痛と排便の改善を目的として加療した。

ステンレス製 1 寸 6 分—3 番(50mm—20 号)を使用した。取穴は腰俞、白環俞、上胞肓の圧痛点と第 2 尾骨の両側、左腰宜、齒会（図 2）。その他に多発性筋炎の治療として下曲池、肩井、膏肓、腎俞、下志室、伏兎、上巨虚、築賓とし、仰臥位、伏臥位それぞれ 5 分の置鍼とした。刺入深度は腰俞約 1cm 直刺、白環俞、上胞肓約 2cm 直刺、第 2 尾骨の両側はやや内方に向けて約 1cm、左腰宜は骨盤内に刺入するように約 3cm、多発性筋炎のための經穴は約 2cm の交叉刺、齒会は半米粒大 3 壮を施灸した。

治療後仙骨部の疼痛が軽減した。

第 3 回（3 月 4 日、41 日目）腰掛けると坐骨結節部にズーンとした痛みが発現し、仙骨部にまで広がってくる。知り合いの整形外科医院で X 線の結果、尾骨に骨折の治療痕跡があるが特に異常はない。治療は電気治療であるが、疼痛に対してはあまり効果がみられない。また痔疾患のために座薬を投与され、セットしているが排便時に気分が悪い。

第 4 回（3 月 7 日、44 日目）仙骨部、坐骨結節部が座位、仰臥位で疼痛が発生し、さらに仙骨部は側臥位でも痛みの出現をみる。正中仙骨稜<sup>1)</sup>下端に圧痛と打腱槌による叩打痛がみられた（図 3）。坐骨を加える。約 2cm の直刺。疼痛部に灸点紙を使用して半米粒大 3 壮施灸する。この時点で痔疾患を疑い、左腰宜と齒会を中止した。

第 7 回（3 月 14 日、55 日目）昨日より A 生命保険医の勧めで腰痛体操を始めた。仙骨部に重苦しい疼痛があり、特に腰掛のときに坐骨結節部に痛みを感じる。治療後はある程度改善される。

第 12 回（4 月 22 日、84 日目）1 カ月前から叔父の勧めで、自称「名人」と称するカイロ師に通院、「10 日間で治す」といわれた。治療法はカイロと赤外線治療である。7 回目ころには少しそくなつたようだったが、その日に仙骨部をドーンと叩かれ、ズキンと痛みが走った。翌日からズーンとする

痛みが強くなり、その痛みは仙骨部から肛門にかけて出現した。このことを訴えたが「大丈夫、すぐよくなる」といわれ、10日間治療を続けた。しかし疼痛が緩解しない旨を告げたが「必ず治る」と明言し、隔日おきに通うようにいわれ通院した。昨日から閉鎖神経領域と仙骨部に疼痛闇が広がりついで、特に右の大腿内側と大腿内後側に強い痛みを感じるところがある(図4)。夜間痛もあり、よく眠れない。

右の足五里、内承扶を加え、同經穴に交叉刺で約2cm刺入し置鍼した。治療後は疼痛が軽くなり、座位も可能となる。

夜間痛と腰仙椎根症状とみられる疼痛領域から、初診時の診断に強い疑念が生じたので、上記医院の検査ではなく大病院を受診し精査するよう強く求めた。なお4月25日に近医のN整形外科医院でX線撮影、その診断で仙骨が少しうよよしているといわれ、鎮痛剤を投与された。

第14回(5月2日、104日目) 疼痛の変化はあまりない。仰臥位になると仙骨部が当たると痛みが増悪する。側臥位で加療する。治療により疼痛の軽減はみられるが就寝ころになると痛みがぶり返す。

昨日①病院を受診したとき、腰部の精査を希望したがMRI撮影が混雑して6月の予約であるという。しかしこの病状から早急な精査が必要と感じられたので、患者のF会社に勤務していたころのF病院を受診するよう説得した。

第16回(5月7日、109日目)

昨日、F病院整形外科を受診、X線の結果右仙骨がぐずぐずしているといわれた。5月14日にMRIによる再検査の予定である。しかし昨日の問診、採血、X線撮影と4時間ほどかかったため腰掛けている時間が長く、昨夜は就寝時痛みが再現し、午前3時ころまで眠れなかった。座薬、安定剤を服用したがあまり効果はなかった。

現在疼痛の範囲が仙骨部から腎俞、下志室のあたりまで広がってきた。圧痛は右中髄に強くみられ、同部位の5cm<sup>2</sup>くらいの広さでぶよぶよした感じと軽い熱感がある(図5)。治療後は軽くなるといっているが、やや前屈した姿勢の歩容である。

第21回(5月24日、126日目) 5月15日にF病院でMRI撮影、その画像診断は良性腫瘍のこと。5月21日T病院に入院、現在再検査中である。外泊による来院、右肝俞から大腸俞にかけて筋緊張で重苦しい痛みがある。

治療により上記範囲の疼痛は軽減したが仙骨部の痛みが取れない。

第24回(11月8日、295日目) 10月末日まで①病院に入院、生検(仙骨管裂孔に垂直に約3cmの手術痕)により「悪性リンパ腫」との確定診断で、抗癌剤治療を受けた。現在仙骨部の疼痛はないが、両下肢特に大腿前外側および鼠径部の筋緊張がある。治療はステンレス1寸3分ー2番(40mm-18号)を使用し、治腿、足五里、伏兎、足三里に置鍼5分。刺入は交叉刺で約1cmとした。

以降、現在も治療継続中である。

考 察: 本症例は、初診時痔疾患<sup>2,3)</sup>と外傷による尾骨変形による疼痛と診断した。その理由は次の通りである。

1. 痢疾患(内痔核)としては40歳代から時々発病し、加療していた。
2. 現在兎糞状の排便で便秘し、排便時痛がある。ただし出血がないことに疑念を感ずる。
3. 外傷による尾骨の変形<sup>4)</sup>は触診によって確認できた。ただし尾骨の変形は、受傷時以前にあった可能性は否定できない。
4. 同部位に圧痛を認めた。

なお、臨床症状および発症条件から、次の類症疾患を除外した。

1. 直腸癌<sup>5,6)</sup>  
便秘をしているが、下血がないこと。ただし潜血反応は不明。
2. 仙腸関節性腰痛<sup>7)</sup>  
ニュートンテスト、パトリックテスト陰性であること。

3. 裂肛<sup>3)</sup>  
肛門部の外傷と呼ばれているほどで、出血が明らかであること。

4. 痔瘻<sup>2,3)</sup>  
肛門の感染症であるから炎症症状を呈すること。

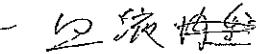
以上、発症機序、受傷機転と疼痛発生部位から、痔疾患と尾骨変形との合併症と判断した。

本症例は、治療経過中に症状の増悪と手技によると推察される腰仙椎根症状を呈したものであった。それらは精査の結果の「悪性リンパ腫」によって仙椎管内を圧迫して発症したものであろう。この腫瘍について考察してみたい。

1. 悪性リンパ腫<sup>8,9,10)</sup>

本症例は仙椎管に原発したと思われる節外リンパ腫で、日本人に多く発生するといわれている。図7,8のMRIの画像でも増殖した腫瘍の状態が明確である。しかしA病院でのMRI画像診断では「良性腫瘍」であって、その折には安心した。がB病院による生検による確定診断は「悪性リンパ腫」であって青天霹靂であった。

## 2. X線の画像診断



3ヶ所の病・医院のX線による画像診断では確定診断が不可能に近いよう、図6を見ても腫瘍の造影は不明である。ただ白い矢印にあるように、仙骨の虫食い状況（骨破壊）が見られる。

次に本症例に対するカイロ師の対応について<sup>11)</sup>

### 1. 「大丈夫、すぐよくなる」

この言動は患者を引付けるには最高であろう。しかし本症例の病態に対しては非常に危険であったことは、上記の通りである。

### 2. 臨床検査はほとんど実行していない。

患者によると臨床所見はほとんど取らないとのことであった。

以上、本症例では無想だにしなかった悪性腫瘍であり、現症が増悪の一途であって常にその症状に追い回されたような状況であった。したがって綿密な臨床所見をとることに心掛けねばならない。なお病院の精査を強く求めたことは妥当であった。

### 新穴の部位

上胞育：胞育の直上で、上後腸骨棘の外下縁

下志室：気海俞の外方で志室の直下

腰宜：志室の直下で、腸骨稜の上縁

下曲池：曲池の下方約1cm

坐骨：坐骨結節の先端

内承扶：承扶の内側約3cm

治腿：上前腸骨棘の直下3cm

### 参考文献

- 1) 金子丑之助：仙骨、「日本人体解剖学、第1巻」, p55~57, 南山堂, 1974.
- 2) 大谷五良：肛門・直腸の診かたと所見の評価、「臨床診断学、診察編」, p153, 医学書院, 1978.
- 3) 岩垂純一：痔、「臨床と研究」, Vol. 68, No. 8, p2355, 2356, 大道学館出版部, 1991.

- 4) 渡辺 良：尾骨痛、「図説臨床整形外科講座3、腰椎・仙椎」, p201, 202, ミカタ社, 1982.
- 5) 有末太郎ほか：大腸がんの症状、「大腸がん 検診マニュアル」, p14, 15, 日本医事新報社, 1992.
- 6) 松崎松平：大腸癌、「図説・病機の成立とからだ[II]」, p26, 医歯薬出版, 1988.
- 7) 白井康正：仙腸関節傷害の診察法と診断、「新図説臨床整形外科講座、胸腰椎、腰椎・仙椎、骨盤」, p58~61, ミカタ社, 1995.
- 8) 佐久間 亨ほか：骨・軟部の悪性リンパ腫、「臨床画像5」, Vol. 13, No. 5, p512~519, 図書印刷, 1997.
- 9) 岡本隆弘ほか：非Hodgkinリンパ腫に対する治療の進め方、「内科」, Vol. 80, No. 3, p455~459, 南江堂, 1997.
- 10) 北 堅吉：悪性リンパ腫の臨床診断法、「血液学ハイライト、悪性リンパ腫」, p24~38, 中外医学社, 1996.
- 11) 出端昭男：不適応疾患の鑑別と鍼灸院経営、「66症例から学ぶ鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」, p1~6, 医道の日本社, 1994.

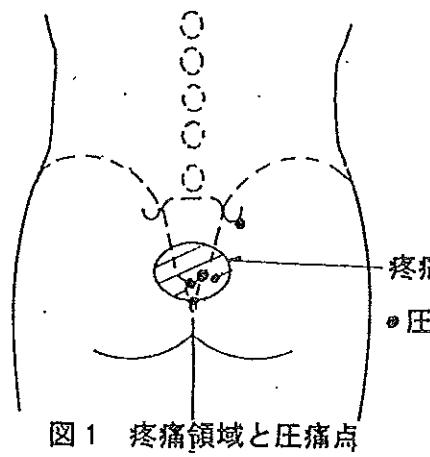


図1 痛み領域と圧痛点

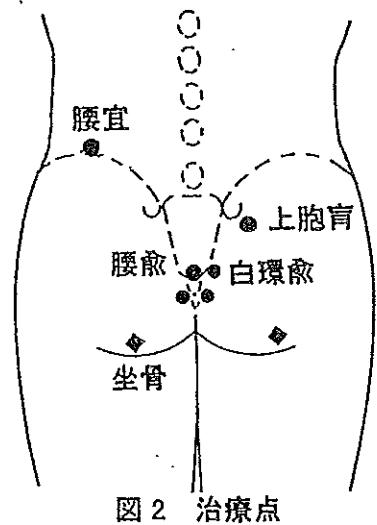


図2 治療点

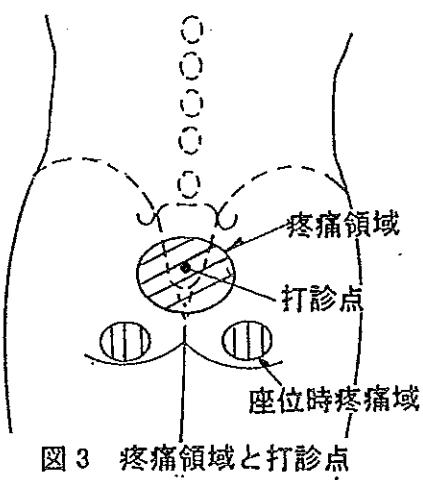


図3 痛み領域と打診点

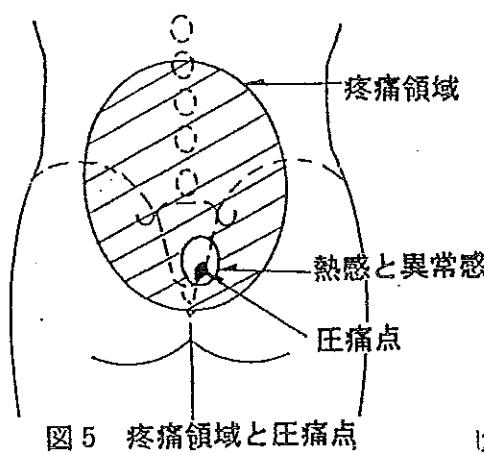


図5 痛み領域と圧痛点

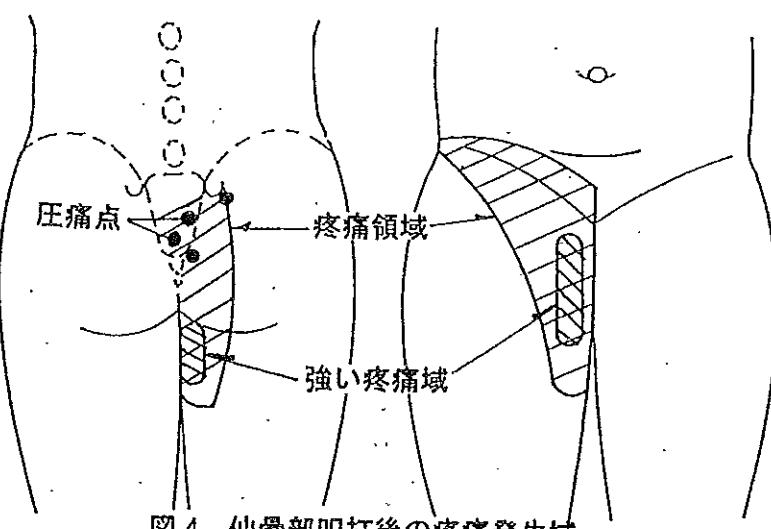


図4 仙骨部叩打後の痛み発生域

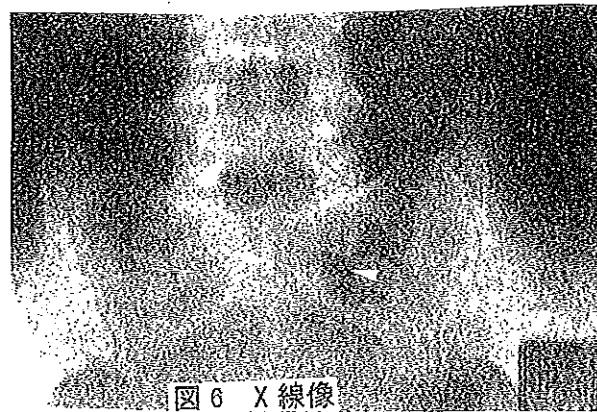


図6 X線像

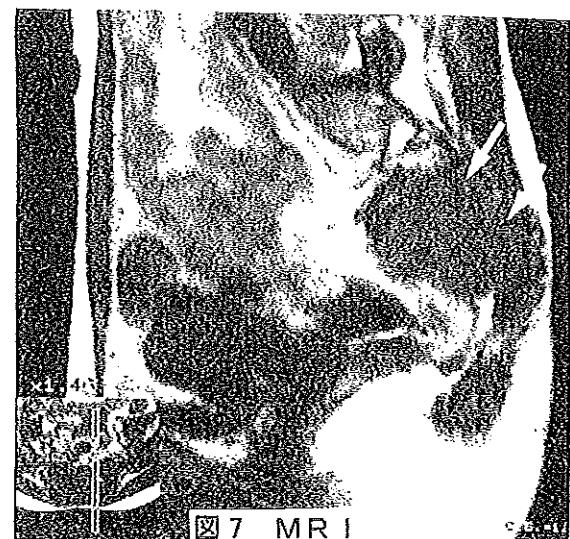


図7 MRI

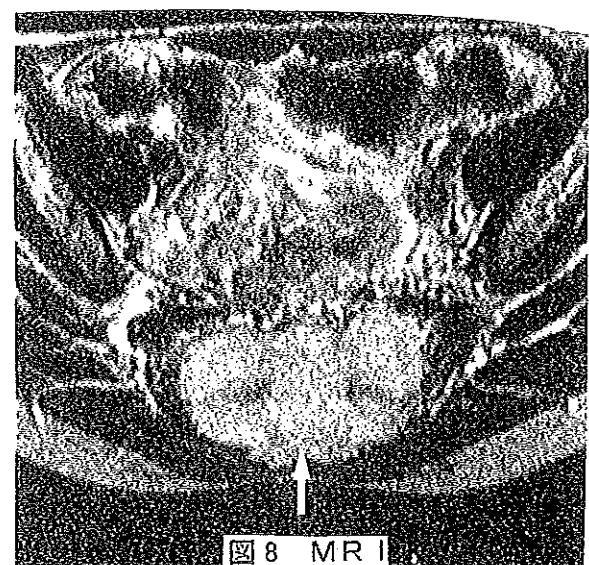


図8 MRI