

子宮奇形と片腎臓に起因したと思われる片頭痛、緊張性頭痛
および下肢神経症状

紺野康代

症例は、先天性の単頸双核子宮であり、初潮以来月経と排卵の時期になると片頭痛を発症していた。また片腎臓である。片頭痛と緊張性頭痛とを周期的に繰り返して、3年前からは下肢神経症状も発症している。頭蓋内血流改善と筋緊張緩和およびホルモンバランスを整えることを目的に治療を試みた。3回の治療で改善がみられ経過は良好で、現在も月に一回治療を継続している。

症 例：37歳 女性 OL (ブライダル)

初 診：平成24年9月1日

主 訴：頭痛、後頭部痛および右下肢内側痛・シビレ感と右母指のシビレ

現病歴：症例は、先天性単頸双角子宮である。子宮が二部屋に分かれ、隔壁により隔てられてはいるが上部は開いている。かつ子宮口は右のみのため、月経のたびに左の子宮内膜は剥離しても出口が無いため、化膿炎症を繰り返していた。経血は化膿の為黄土色を呈することもあった。初潮は小学校5年時で、月経のたびに片頭痛を発症し、多くは後頭部から右側頭部にかけて、ズッキンズッキンとした拍動性の頭痛だった。片頭痛薬（当初はエルゴタミン製剤と思われた）を処方されてはいたが、のんでもあまり効果は無く、暗い室内で、ただじっと横になり4～5時間治まるのを待った。前兆は無かったが、後頭部から凝り感が始まり、そのうちに拍動性の頭痛となる。悪心も伴うため起きてはいられない。生理痛は、腰痛はもとより陰部痛も伴うのでバファリンを併せることもあった。少しだけ楽になる。高校2年の時、子宮が腫れ上がり子宮内膜を出す手術のみを受けたが、一向に腫れが引かないため転医し、双頸にした。この時、腎臓が右のみしか無い事が判明している。その後も生理痛や頭痛は減少することはなかった。

34歳時、子宮筋腫を開腹手術したが、一年後には、2センチ大が二個でき、半年ごとに検査するが、既に4センチ大となり、生理痛や頭痛が辛ければ再び手術した方が良くもと言われている。また、子宮内膜症ともなり左の卵巣に飛び火し、チョコレート嚢腫となっている。この時から、内膜症治療のためと排卵させない為に、超低用量ピル・ヤーズを1日1回のみ続け、3日間だけ空けて生理を起こさせている。ピルを飲むようになってから、生理中は下半身に汗をかき、熱っぽい感じが常にするので、陰部痛は以前よりは少なくなったものの、解熱鎮痛のために、どうしてもバファリンをのんでしまう。今現在の症状は、排卵期に入っていて、陰部痛は軽い、鼻の奥が痛いような、眉間がズーンと重いような感じがあり、頭痛の前に起こる筋緊張感が後頭部にある。閃輝暗点症状はないが、光を拒む。涙流、鼻閉、眼瞼下垂などは無い。漢方薬は当帰四逆加呉茱萸生姜湯を漢方医の指示で継続している。

また、ヤーズ服用と前後して右腰殿部から下肢内側と右母指に疼痛とシビレが出て整形

受診し、椎間板ヘルニアと診断されメチコバールともう一種類処方されたがあまり効果なかった。現在も軽度の下肢内側痛およびシビレと母指のシビレが常時ある。どんな姿勢でも関係なく、歩行中も感じている。歩行は正常で、間欠跛行はなく、自発痛・夜間痛も無い。アルコール、煙草は嗜まない。スポーツはヨガを継続している。

既往歴：3年前より花粉症。鼻水が主だが薬は使っていない。

家族歴：母が片頭痛で嘔吐を繰り返していた。

診察所見：身長158cm，体重52kg，血圧120/85mmHG，心拍55回/分，3年間で3kg太った。腹証は、金属製打診槌を使用し観察した。左右大巨，右盲兪，左府舎部に鼓性濁音を聴取。また左府舎部の硬結はうずら卵大で，左右大巨は境界不鮮明な膨隆を触知。右季肋下縁は腫脹し，圧すると気分が悪い。(図1)腠理は密で，発汗もしていない。局部的な熱感はなく，厥冷箇所もない。易怒性・抑うつは無く，四肢の浮腫はない。手足の圧痛は，奇経八脈の総穴を比較し，基本は陰系統の，任脈・陰蹻脈の列欠・照海に左右認め，左のみ陰維・衝脈の内関・公孫に認めた。背部では，左右天柱，C3横突起後結節部，肩井，肝兪，志室，下志室(左のみ)，L5椎関，次髎，内合陽に認められた。L2・3・4椎関に圧痛は無い。三叉神経ヴァレーの圧痛点に触れても誘発は無く，後頭部の皮膚に触れても同様に痛みの誘発は無い。

腰下肢所見は，側弯正常，前弯やや減少，階段変形は陰性。前・後屈痛，左右側屈痛陽性で，全て右下肢内側に軽度の疼痛とシビレが誘発する。膝蓋腱反射，アキレス腱反射はともに正常。触覚障害陰性。下肢伸展挙上テストはツッパリ感のみで陰性。Kボンネット・テスト，ニュートン・テスト，叩打痛，股内旋・股外旋テスト，全て陰性。大腿神経伸展テストは増強法にても陰性。大腿動脈試験も正常。大巨の圧痛点でカルネット・テストを試みるが陽性。

患者対応：「女性ホルモンの影響をかなり強く受けている片頭痛ですね。また、子宮内膜症治療のためにのんでいるヤーズでホルモン調整しているので、逆に副作用で自律神経の失調状態でもあるようです。また右下肢内側の痛みやシビレについて、ヘルニアの診断が出ていますが、徒手検査で一致が見られないので、必ずしもヘルニアだけで起きている症状とも思えません。婦人科疾患からの関連も考えられます。鍼灸治療では、まず頭部の血流改善をはかり、筋緊張を弛めて頭痛の軽減をはかりましょう。腰痛や下肢の症状に対しては、神経の元となる処から炎症を鎮めて行けば、必ず変化してゆきますので、数回治療してみましよう。」

治療・経過：治療は、頭蓋内血流改善と筋緊張緩和を、そして下肢神経症状に対しては、腰部の椎間関節部から消炎をはかることとした。そして婦人科疾患と基本的な腎を補うことを治療目的とした。

先ず仰臥位で、左右列欠・照海(任脈・陰蹻脈)に銅球・亜鉛球をクロスに、左のみ内関に銅球、公孫に亜鉛球(左のみ陰維・衝脈)を貼付。この時点で、右盲兪，左右大巨，左府舎の圧痛は半減している。次いで伏臥位。鍼はステンレス製1寸3分1番(40mm16号)を使用した。天柱，C3横突起後結節部，肩井，膈兪，肝兪，脾兪，胃兪，腎兪，志室，左下志室，L5椎関，次髎さらに三陰交を加え，其々外側から内方へ向け横刺し，

置鍼した。刺入深度は、志室・下志室・L5 椎関を直刺 1 cm で他は 5 mm である。置鍼の間、灸点紙を敷き、半米粒大の施灸を各 3 壮ずつ行った。術後肩こり感と後頸部は楽になった。

生活指導：自宅で、三陰交と照海に温灸を指示し、每晚寝る前に銅球亜鉛球を左右の列欠と照海にクロスで、また左のみ内関・公孫に上下に貼付し、朝は剥がすよう指導した。少しでも婦人科の流れを改善し、ホルモンバランスを自力で回復出来るよう勧めた。

第 2 回 (9 月 6 日、5 日目)

肩こり感が残っているが、腰痛と下肢内側の痛みとシビレ感も意識しなくなった。頸肩部の緊張は前回ほどではなく、L5 椎関の圧痛もやや改善した。腹部の硬結・圧痛は半減している。カルネット・テストは未だ陽性。治療に太衝の温灸を付加し、それ以外は前回と同様とした。また、第 1 回目と第 2 回目ともに、志室と左下志室に置鍼をした時点で、L5 椎関の圧痛は必ず変化が診られている。このことから L5 椎関は、内臓特に婦人科疾患と密接に関連している事がうかがえる。

第 3 回 (9 月 15 日、14 日目)

ヤーズの服薬を止め、月経を発生させた。いつもの片頭痛はおきず、下腹痛もさほどではなかったので、薬は服用しなかった。陰部痛も意外なほど出ていない。大巨の硬結はあるものの圧痛は消失。右母指のシビレは忘れていた。L5 椎関の圧痛消失。

その後、腰下肢症状は出ず、排卵期や月経時に後頭部から後頸部のこり感はあるが、軽度であるので、「この状態を維持して行ければ、手術回避も可能かもしれませんね。」と、一か月に一回治療を継続している。

考 察：本症を臨床症状および所見から、片頭痛および緊張性頭痛と診断した。また、腰下肢症状については、婦人科疾患の関連と判断した。以下にその根拠を述べる。

1. 片頭痛^{1,2)}：片側であり、血管拍動性で、光に過敏である。女性ホルモンと密接に関連して症状が出現している。母親も片頭痛を発症していて家族性が伺える。
2. 緊張性頭痛^{1,2)}：時に、後頭部・後頸部の筋緊張から来る持続的な締め付けられるような頭痛である。
3. 整形で椎間板ヘルニアと診断されてはいるが、神経学的所見が一致せず、大腿神経痛や伏在神経痛および陰部大腿神経痛としては捉えられない。⁷⁾むしろ経絡的走行としての主に腎経・肝経の流注に沿っての症状である⁸⁾。

また、以下の類症疾患を除外した。

1. 三叉神経痛^{1,2)}：三叉神経ヴァレーの圧痛点に触れても痛みは誘発されない。
2. 後頭神経痛^{1,2)}：上項線上の大小後頭神経部に触れても誘発をみない。
3. 慢性片頭痛³⁾：月に 8 回以上の片頭痛に加え、緊張性頭痛を合わせると月に 15 回以上とされているが、症例の頭痛発症頻度は、多くて 4~5 回程度である。
4. 群発頭痛²⁾：涙流、鼻閉、眼瞼下垂はなく、一側の眼窩部の疼痛ではない。
5. 大腿神経痛および伏在神経痛⁷⁾：腰椎の運動により下肢内側の疼痛とシビレが多少誘発をみたが、大腿神経伸展テスト陰性、触覚障害およびアキレス腱反射も正常で神経学的所見に一致がみられない。

6. 椎間板ヘルニア⁷⁾: 圧痛はL5椎関にみられるが、上記と同様かつ下肢伸展挙上テスト陰性で、大腿部外側から前面にかけての放散痛や下肢後面への放散痛は見られない。

7. 月経前症候群 (PMS)⁴⁾: 頭痛は月経と密接に関連しているが、易怒性や水分貯留症状 (四肢・顔面のむくみ) はなく、下肢疼痛やシビレは月経周期とは無関係に発症しているため、除外疾患としたいところではある。しかし、PMSでの頭痛は片頭痛が特徴的なため、完全除外にはあたらないとも思われる。

症例は、片頭痛症状の時もあれば、時には、緊張性頭痛の発症を繰り返している。月経時の片頭痛発症基盤は、エストロゲンの急激な減少によるとされ、特に卵胞ホルモンから黄体ホルモンの移行期に発症している^{4・5)}。先天的な子宮の形態異常と片腎臓^{6・9)}による先天の源気不足も原因の一要因ではないかと考える。経脈理論からすると、任脈、衝脈、督脈は一源三岐といわれ、いずれも生殖器から始まるとされていて、まさに症例の不定愁訴は婦人科領域における三陰経である脾経、肝経、腎経の調整を図ることにより改善の方向に導いている。もちろん片頭痛に対しては、頭蓋内血管の血流促進と、緊張性頭痛に対しては頭部周囲の筋の緊張緩和を図ること³⁾は必須である。また神経学的所見の一致がみられずとも下肢先端に疼痛やシビレを訴えるケースは臨床上多く経験する。本症例の下肢症状も、経絡走行上の病証⁸⁾と一致をみるもので、東洋医学的治療により改善がみられていることから、大いに患者貢献できるものと考え。もう一点経験的に、子宮筋腫をかかえる患者は必ずやL5椎関に硬結を有し、密接に下志室と関連して出現する。この双方の硬結を弛めることは、婦人科症状の軽減につながると確信する。

参考文献：

- 1) 奈良 信雄. 内科診断学. 神経痛. 医学書院. 2003. p.961~963.
- 2) 平田 幸一. 病気がみえる⑦. 頭痛. メディック・メディア. 2011. p.380~389.
- 3) 坂井 文彦. 頭痛の分類とメカニズム. 日本鍼灸師会第726回学術講習会抄録2012.12.9
- 4) 川内 博人. 病気がみえる⑨. 月経前症候群. メディック・メディア2011. P.22.
- 5) 川内 博人. 病気がみえる⑨. 女性ホルモン. メディック・メディア. 2011. p.8~15.
- 6) 武内 裕之. 病気がみえる⑨. 内性器形態の異常. メディック・メディア. 2011. P.56・57
- 7) 出端 昭男. 問診・診察ハンドブック. 医道の日本社. 2000. P.14~56.
- 8) 教科書執筆小委員会:「東洋医学概論」. 経絡の病証. 医道の日本社. p.84~89.

参考サイト

9) 子宮奇形 medical office [www.k-sato](http://www.k-sato.com):

<http://www.k-sato.com/womensmed/utanomaly.htm>. 2013.6.27 確認

経穴の位置：

天 柱：頭頸関節部、壺門の傍ら僧帽筋起始部にとる。

下志室：第3腰椎棘突起外方、膀胱経二行線上にとる。

表1 初診時の診察所見
坐骨神経痛

24年9月1日

1 側彎	ㄨ (N) ㄨ	9 触覚障害	左- 右-	7. PTR.左右共に正常
2 前彎	正増 (減) 逆	10 S L R	左 - +	
3 階段変形	⊖ + L		右 ⊖ +	
4 前屈痛	- ⊕	11 Kボンネット	左 右 -	
5 左側屈痛 右側屈痛	- ⊕ 左 (右)	15 ニュートン 17 圧痛 左右列欠・照海、左のみ内関・公孫、 以下左右天柱、C3横突起後結節部、肩井、肝俞、志室、 下志室 (左のみ)、L5椎間、次髎、内合陽	⊖ +	
	- ⊕ 左 (右)			
6 後屈痛	- ⊕	18. 叩打痛 -		
8 A T R	左 + 右 +			
7 PTR + 12 股内旋 - 13 股外旋 - 14 大腿動脈 - 16 FNS 右 (-)				

(医道の日本社)

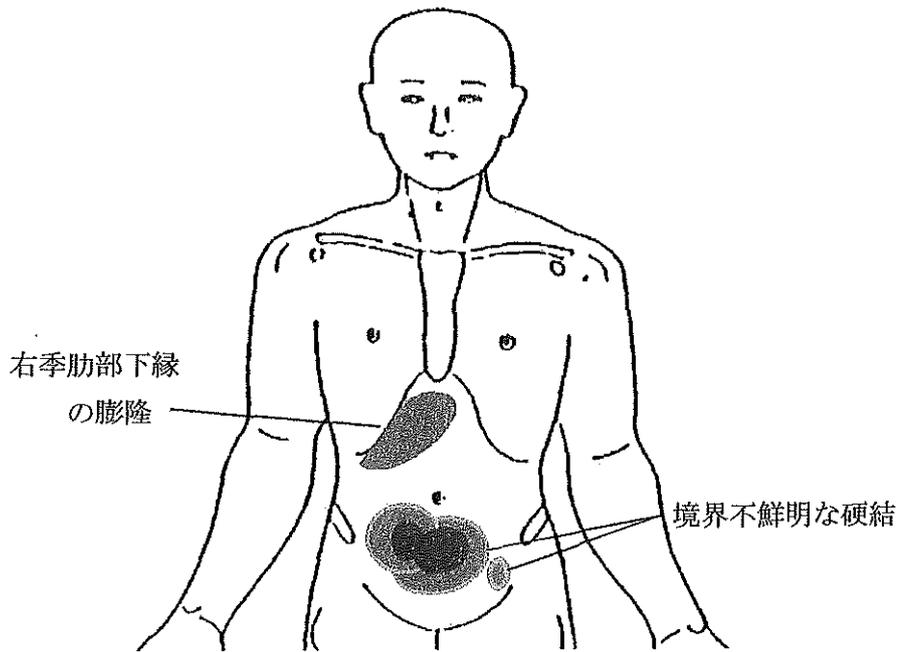


図1 初診時の腹部硬結

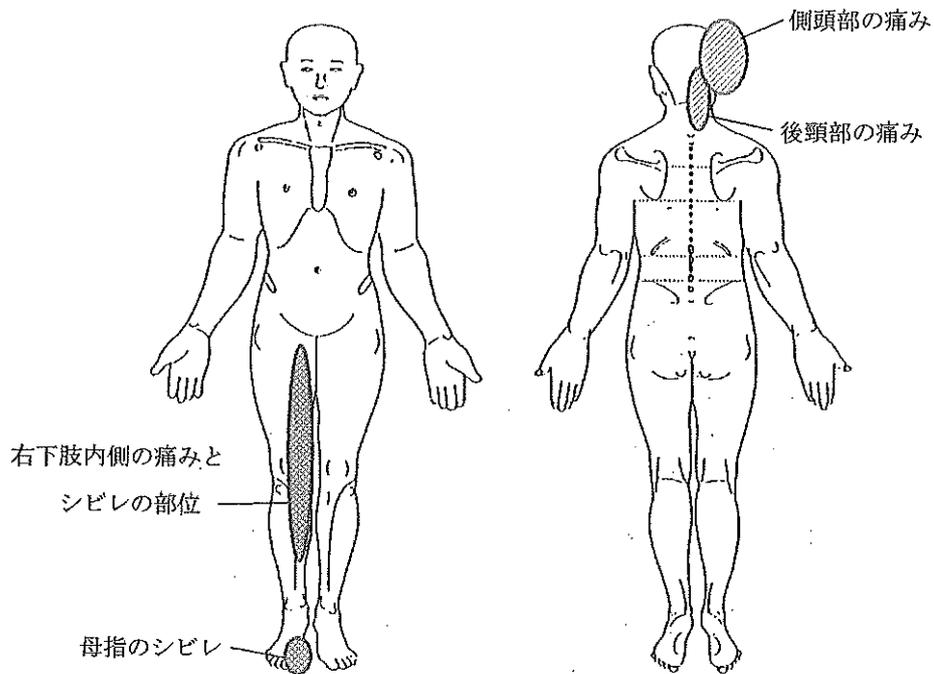


図2 初診時の疼痛およびシビレの部位

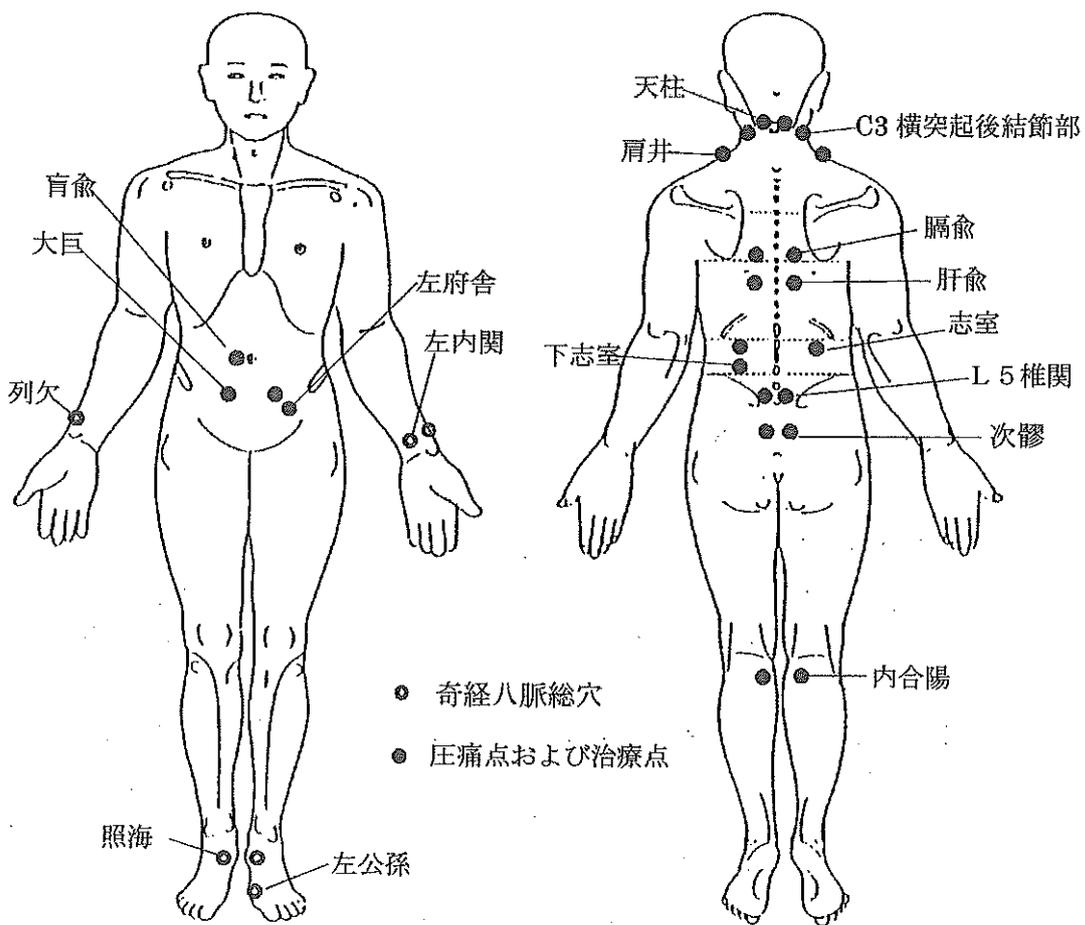


図3 初診時の圧痛点および治療点