

## 症例報告

### 変性すべり症に起因すると思われる脊柱管狭窄症

南上 亮

本症例は過労により坐骨神経痛症状を発症したと思われる症例である。階段変形や間歇性跛行が認められるなどの臨床症状，診察所見から変性すべり症由来の脊柱管狭窄症として治療を行った。15回の治療により症状は緩解した。

症 例：67 歳 男性 会社員

初 診：平成 25 年 6 月 22 日

主 訴：右殿部～右足底部のシビレ感

現病歴：以前、福島にいたことがあり，冬場スタットレスタイヤの交換をしたときにギックリ腰を  
発症した。その時は近所の整骨院に通い数回の治療で良くなった。それ以後もタイヤ交換の際、  
ときどき腰痛を発症したが整骨院での治療で良くなっていた。

今回は平成 24 年 11 月初旬の会社からの帰り道で，駅の階段を上ろうとした時に右殿部に引っ  
かかのような油が切れたような感じを覚えた。しばらく気にしないでいたが，症状に変化がな  
いので 12 月 2 日に近所の総合病院整形外科を受診した。X 線検査の結果「腰の下から 2 番目がす  
べっていますね」と言われ，無理をしないように指示をされ特に治療や投薬はされなかった。

その後無理をせずにいたが症状は良ならず，右腰部～殿部にかけての軽い痛みと右殿部～大  
腿後外側部にかけてシビレたような感じが出現してきたので，12 月 22 日に再度整形を受診した。  
前回と違う先生に診察してもらい，今回は湿布と血流を良くする薬をもらい，週 1 回の牽引とリ  
ハビリ科でのストレッチを指示された。1 ヶ月半で計 6 回通院したが，あまり症状は改善しな  
かった。

1 月の終わり頃にかかりつけの内科を受診した時に相談したところ，血流の良くなる点滴をし  
たらどうかと言われ，週 1 回行うようになった。以後，以前の整形の通院は止めた。徐々に改善  
傾向を示しシビレ感に残るものの痛みは消失したので，山歩きを再開したらまた痛くなってきて，  
5 月頃からはシビレ感も右殿部～大腿後外側～足底部に及ぶようになり，軽い腰痛も再発した。  
他の鍼灸院にも行って見たがそこでもあまり良ならず，知り合いに当院のことを紹介されて来  
院した。

現在，同部位である右下位腰部～殿部にかけて軽い痛みと右殿部～足底部にシビレ感がある（図  
1）。自発痛，夜間痛はない。靴下の着脱による痛みの誘発はない。駅から会社へ 15 分程歩いて  
通勤しているのだが，出社時はシビレ感が発現する。その時は前かがみに座ると良くなる。2～  
3 回膝の屈伸運動を行うともっと早く良くなる。1 回休むと出社できる。帰宅時は辛くならない。  
自転車に乗っている時は辛くならない。朝起きる時に仰臥位で膝を抱えるようなストレッチをす  
るのだが，右膝を抱えた時に左殿部～坐骨のあたりにかけて痛みを誘発する。咳やくしゃみによ  
る愁訴の誘発はない。膀胱・直腸障害はない。仕事はデスクワークが多いが出荷のため荷物を持

ったりすることがある。スポーツはしないが趣味は山歩き（高尾山程度）や散歩で、痛みの無い時は週1回1万歩程度歩く。アルコールは飲まない。思いあたる原因としては今回の発病の約1ヶ月前の10月の初めに仕事で展示イベントがあり、会場の設営、パンフレットの作成、業者やお客さんの接待等、普段とは違ういろいろな仕事をした。そしてその仕事の後休暇をもらい、十和田湖、奥入瀬へ行き沢歩きをしたのが原因ではないかと思っている。その時は腰部及び下肢に症状の発現はなかった。

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：側弯は正常。前弯は増強。階段変形はL4-5に認める。前屈痛は陰性。側屈痛は陰性。後屈痛は陰性。膝蓋腱反射は正常。アキレス腱反射は正常。触覚障害は右S1領域に敏感（軽度）。下肢伸展挙上テスト（以下SLRと略す）は陰性だが、右足70°で左殿部～大腿後側にかけてシビレ感の誘発を認める。Kボンネットテストは陰性。股関節内旋外旋テストは陰性。大腿動脈の拍動は正常。ニュートンテストは陰性。大腿神経伸展テストは陰性。圧痛は右側のL4椎間、梨状、上殿に検出された（表1、経穴の位置参照）。

診 断：臨床症状と診察所見から脊柱管狭窄症による坐骨神経痛と診断した。鍼灸は適応として治療を行った。

対 応：足にいつている神経は腰から出ているのですが、腰のところでその神経がコリや炎症により刺激されることによって足にも症状が現れます。すべり症も関係していると思いますが、鍼をして患部の筋肉をほぐしたり、炎症を鎮め血行を良くすることで症状は緩和されると思います。少し期間がかかるかもしれませんが、良くなってくると思いますので定期的に治療していきましょう。

治療・経過：治療は主に腰部付近の筋緊張の緩和と消炎、愁訴の改善を目的に行った。

使用鍼はステンレス製1寸6分—3番（50mm—20号）を用いた。治療体位はまず腹臥位で左右の天柱、厥陰俞、胃俞、天宗、委中に直刺で約1~2cm刺鍼、左右の膏肓、志室はやや内方に向けそれぞれ1.5cm、2cmそれぞれ刺鍼、左右のL4椎間、梨状は直刺で4cm刺鍼し15分間置鍼した。次に仰臥位で左右の手、足の三里、天枢、中脘、関元に1cm刺入、15分間置鍼した。

第2回（6月29日・7日目）腰～足にかけてのシビレ感はそれほど変わらないが、朝の左殿部の症状はだいぶ良くなった。置鍼に右股門、崑崙、飛陽を追加した。

第3回（7月6日・14日目）右側の足底部のシビレ感は消失した。長時間座っていると両側の坐骨あたりが痛くなる。

第4回（7月27日・35日目）右の症状は良くなってきたが、左側の腰～下腿外側にかけてが重いような感じがして気になる。右側の触覚過敏とSLRによる交叉性ラセーグ徴候は変わらず認められる。

第9回（8月31日・70日目）治療後4日間くらいは良かったが、5日目以降仕事が忙しかったせいか腰全体が重い感じになった。

第15回（10月9日・109日目）だいたいの症状は消失、安定してきた。たまに腰部の重苦しさを感じることはあるが、シビレ感などは発症しない。右触覚過敏はうっすらとだが残存する。交叉性ラセーグ徴候も残存するが一応症状緩解として今回で治療を終了した。しかし患者の希望も

あり今後は体全体のケアと再発防止のため治療を継続することとなった。患者はその後週1回程度来院しているが、腰痛は発症するものの下肢への症状は発症していない。

**考 察**：本症例は臨床症状，診察所見から脊柱管狭窄症と診断した。以下その理由を述べる。

- 1 坐骨神経痛症状を発症している<sup>1)2)</sup>。
- 2 間歇性跛行を呈し，症状は腰椎前屈位で症状の急速な改善がある<sup>1)2)4)</sup>。
- 3 大腿動脈の拍動が正常である<sup>1)4)</sup>。
- 4 階段変形を認め，医師によりすべり症と診断された<sup>1)</sup>。

類症疾患は以下のように鑑別した。

#### すべり症

医師にすべり症の診断を受けたが，無愁訴のすべり症の頻度は多く，間歇性跛行を認める<sup>3)</sup>。

#### 椎間板ヘルニア

SLR 陰性<sup>2)4)</sup> や腱反射正常の所見から椎間板の変性は軽度と考えられる。

L4-5 のすべりに対して触覚障害陽性部位が S1 領域と一致していない<sup>2)4)</sup>。

#### 椎間関節性腰痛

椎間関節部に圧痛を認めるものの，下肢の症状は足底部にまで及んでいて関連痛ではないと考えられる。

間歇性跛行が 15 分間の歩行時に 1 回で朝出社時のみということや，医師から脊柱管狭窄を指摘されていないことなどから，原因疾患を脊柱管狭窄症に求めるのは強引のような気もする。しかしすべり症が基盤としてあり，交叉性ラセーグ徴候や症状が健側に現れていて健側の椎間関節部にも変性が推測されることや，神経学的所見が神経根支配と一致していないことなどを総合的に考えると，脊柱管狭窄症が愁訴の原因疾患であり，その狭窄はすべり症によって引き起こされたものであると考えるのが妥当であるように思う。

また，発症機序については以下のように推測した。

- 1 すべり症による腰椎不安定性により椎間関節に関節症性変化や椎間板変性を生じていた<sup>3)</sup>。
- 2 いつもと違う作業や忙しさ，またその後の運動により腰部に疲労が生じ腰痛を発症した。
- 3 腰神経後枝内側枝のみの刺激が坐骨神経の刺激にまで及び坐骨神経痛を発症した。

以上本症例を脊柱管狭窄症による坐骨神経痛として対応し鍼治療を行った結果，2 回の治療でシビレ感の消失，109 日 15 回でほぼ症状の緩解がみられたことから治療はおおむね妥当であったと考えた症例であった。

#### 経穴の位置

##### L4 椎関

##### 上殿

##### 梨状

##### L4-5 椎間関節部

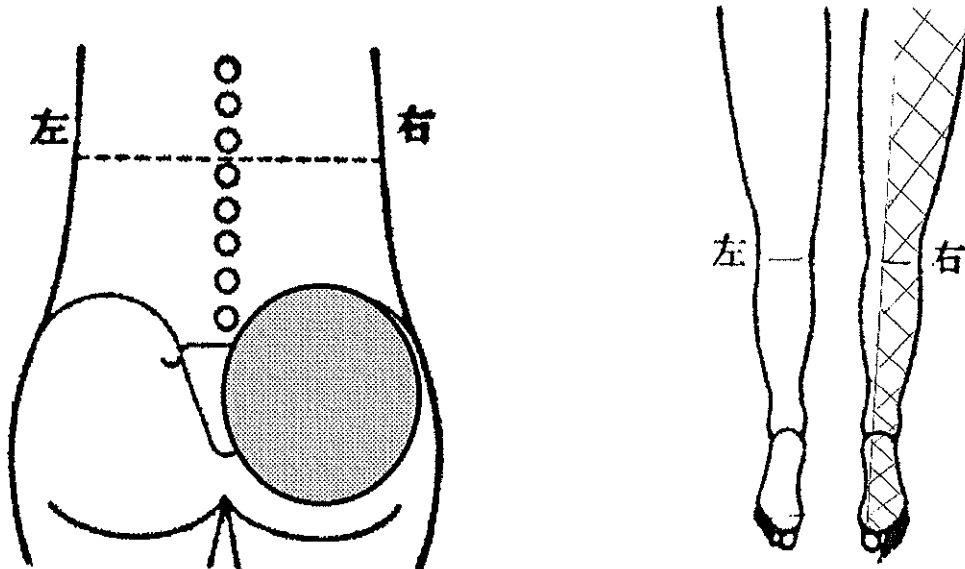
上後腸骨棘の外下縁と大転子の内上縁を結んだ線の中央の殿圧を底辺とした正三角形を外上方に描き，その頂点

上後腸骨棘の外下縁と大転子上縁を結んだ線の中央から直角に 3~4cm 下方までの領域

#### 参考文献

- 1) 出端昭男：開業鍼灸師のための「診察法と治療法」2 坐骨神経痛，医道の日本社，p.51~57，1988.

- 2) 森 健躬：腰診療マニュアル 第2版， 医歯薬出版株式会社 p.107～109， 1996.
- 3) 出端昭男：開業鍼灸師のための「診察法と治療法」 2 坐骨神経痛， 医道の日本社， p.45～49， 1988.
- 4) 出端昭男：開業鍼灸師のための「診察法と治療法」 2 坐骨神経痛， 医道の日本社， p.31～34， 1988.
- 5) 寺山和雄 他：標準整形外科学 第7版， 医学書院， p.455～457 ， 1999.



痛み、シビレの部位

シビレの部位

図1 疼痛部位

表1 診察所見

坐骨神経痛

25年6月22日

1 側 彎	⊖ (N) ⊕	9 触覚障害	左 右 過	9 S1領域
2 前 彎	正 ⊕ 減 逆	10 S L R	左 ⊖ +	
3 階段変形	- ⊕ L4-5		右 ⊖ +	
4 前屈痛	⊖ +	11 Kボンネット	左- 右-	
5 左側屈痛	⊖ +	15 ニュートン	⊖ +	
	左 右			
右側屈痛	⊖ +		17 圧痛	
6 後屈痛	⊖ +	右L4椎間 梨状 上殿		
8 A T R	左+ 右+			
7 PTR + 12 股内旋 - 13 股外旋 - 14 大腿動脈 - 16 FNS -				

(医道の日本社)