

平成 27 年 10 月 29 日

症例報告

## 「早期治療開始で緩解した急性梨状筋症候群」

有馬 太郎

本症例は来院 3 日前に、自宅でくつろいでいる時に、ふとした体動で臀部から大腿後側にかけて急な痛みを感じ、以来同部位に、特別な誘因はなく瞬間的な痛みを感じるようになったというものである。脊椎性の神経根症を疑わせる所見もあったが、梨状筋部への直接のアプローチで、治療回数 2 回で治癒した。

症例：72 歳 男性 無職

初診：平成 27 年 7 月 30 日

主訴：右臀部が痛い

現病歴：3 日前に、日中自宅でテレビを見ている時に、ちょっと動いたときに右臀部から太ももの裏にかけてビリッ！とした痛みを感じた。原因はわからない。以来散発的に、ふとした体動で瞬間的に右臀部から大腿裏にかけて痛むようになった。痛みは長引くことはなく、そのうちになんともなくなる。この 3 日間で瞬間的な痛みの出現頻度は多くなり、程度も強くなっている。これまでに臀部に痛みを感じたことはなく初めてである。

現在、痛みはトイレでいきんだ時や歩行時、座位で靴下を履く時、前屈位から戻る時に瞬間的に発生する（図 1）。痛みが出る範囲は変わっていない。この症状に関して、他の医療機関での診察や治療は受けていない。腰痛はあるが、いつもの慢性痛程度で今回の症状と関連があるとは思わない。

前職は自動車ディーラーの整備工であり、2 年前に退職し現在は無職である。20 代の頃から慢性的な腰痛がある。7 年前に歩行中休まなければならぬ程腰痛がひどくなったことがあり、整形外科で、MRI 所見にて脊柱管狭窄症と診断された。当時、医師に勧められたウォーキングを励行した結果、1 年間で腰痛はかなり軽減した。退職後は通勤での歩行がなくなり、歩く機会がだいぶ減ったが、以前程の腰痛は感じなくなり、痛くて歩けなくなるようなこともない。これまで下肢には、持続的なしびれを感じたことはなく、痛みを感じたこともない。

運動はしていない。タバコは以前は喫っていたが、今は喫わない。アルコールは毎日ビール 500ml 缶 1 本飲む。その他一般状態は良好。

なお、本症例は当院への初来院が 9 年前であり、これまで頸上肢痛を主訴に時々来院している。今回のように下半身の症状を主訴に来院したのは初めてであり、今回の治療の主目的は当然臀部、大腿後側の痛みであるが、一方これまでと同様な頸上肢痛治療も併療した。

既往歴：50 年前にタクシーにぶつけられ頸椎捻挫。55 歳の時右五十肩。

家族歴：特記すべき事なし。

診察所見：腰椎の側湾なし。前湾減少。階段変形なし。側屈痛、後屈痛なし。アキレス腱反射左正常、右消失。膝蓋腱反射正常。股内旋・外旋テスト陰性。触覚障害陰性。下肢伸展挙上テストは両側とも陰性だが、左挙上時に右臀部に痛み。K ボンネット・テスト左陰性、右陽性。足背動脈正常（表 1）。腰部脊柱起立筋に強い緊張が見られた。圧痛は右の、気海兪、大腸兪、殿圧、承扶に検出した（図 1）。臀部発痛時のペインスケールは 48mm。

診断：本症例の臀部痛は、過去に脊柱管狭窄症との整形外科での診断があること、また健側の下肢伸展挙上テスト時に患側の臀部痛があったことなどから、腰椎の変性による神経根の刺激症状と判断した。

対応：過去に腰椎の問題による症状があった時には、今のようなお尻の痛みはありませんでしたが、退職されて以降は、それ以前ほど歩かれなくなり、最近では運動不足でもありますので、おそらく背骨の問題からくる痛みの再発ではないかと思います。すぐに良くなる類ではありませんので、ある程度の治療回数は必要になるかもしれません。

治療・経過：治療は、腰殿部の筋緊張の緩和と、脊柱管および神経根周辺の血流改善を目的に行った。刺鍼部位は、左右の気海兪、大腸兪に寸 6 - 3 号鍼（50mm - 0.2mm）を用い約 3cm の直刺、右殿圧と承扶に 2 寸 - 5 号鍼（60mm - 0.24mm）を用い約 4cm の直刺を行い、10 分間の赤外線照射を行った（図 2）。10 分間の初めの 5 分間は、左右の大腸兪 - 気海兪間に、右殿圧 - 承扶間にパルス通電を行った。通電後は左右の大腸兪に灸頭鍼を行った。

生活指導：退職されてから歩くことが急に減り、現在は運動不足でもありますから、以前に医師から言われた背骨の問題がまた再発しかけているのかもしれない。なるべく歩く習慣を再開されたらよいでしょう。

第 2 回（8 月 8 日、9 日目）前回治療後、症状は良くなり、治療 3 日後から、大腿裏の放散痛が強くなり、今はその痛みの方が気になる。咳や鼻をかむ時にもビリッと痛みが走るようになった。かばって歩いているせいか、左腰部痛を感じるようになった。間歇跛行なし。座位での kemp テスト右陰性だが、「ビリっときそう」。左陰性。触覚障害右中趾背側に陽性、鈍麻。左陰性。膝蓋腱反射右消失、左正常。左右下肢伸展挙上テスト陰性。K ボンネット・テスト右陽性、左陰性。ペインスケール 78mm。右の、梨状、白環兪に明確な圧痛を検出。治療は寸 6 - 3 号鍼（50mm - 0.2mm）にて右上髻に 2cm 直刺、右関元兪に 3cm 直刺、左上胞背に 3cm 直刺、2 寸 - 5 号鍼（60mm - 0.24mm）にて右白環兪に 4cm 直刺、右梨状に 5cm 直刺し、10 分間赤外線照射しながら置鍼した。初めの 5 分間は関元兪 - 上髻間と、白環兪 - 梨状間にパルス通電した。抜鍼後、右上髻に灸頭鍼をした（図 3）。

第 3 回（8 月 11 日、12 日目）前回治療直後からだいたい痛みが軽減した。現在、痛む部位は臀部だけになり、大腿後側の痛みはほとんど感じなくなった。ペインスケール 39mm。前回の臀部の鍼が効いた気がする。座位での右 kemp テスト陽性。右 K ボンネット・テスト陽性、左右下肢伸展挙上テスト陰性。治療は前回と同じ。

第 4 回（9 月 2 日、22 日目）8 月 20 日頃には臀部痛は全くなくなった。よって今回の臀部痛の治療は終了した。

考察：本症例の臀部から大腿後側にかけての症状は、初診時は変形性脊椎症による根症状としたが、第2診時に、それまでの経過及び、前・後・側屈痛陰性、下肢伸展挙上テスト陰性、右Kボンネット・テスト陽性、梨状筋部に著名な圧痛等の所見から、梨状筋症候群と診断<sup>1)</sup>した。なお、以下の類症疾患を除外した。

#### 1.腰椎椎間板ヘルニア

年齢が高齢である。下肢伸展挙上テストが陰性である。前屈による愁訴の誘発がない<sup>2)</sup>。

#### 2.腰部脊柱管狭窄症

間欠性跛行がない。神経根刺激症状がない。歩行時、起立時に灼熱間、蟻走感、冷感などの異常感覚がない<sup>3)</sup>。

さて、本症例は、来院3日前に突然発症した、散発的、瞬間的な、右臀部から大腿後側にかけての痛みを主訴として来院した。初診時は脊椎性の愁訴誘発と判断し、治療したが効果がなかったため、第2診時に再度臀部所見を確認したところ、梨状筋部に反応点を認めた。そして梨状筋症候群として治療をし、2度の治療で完全に治癒させることができた。

全体的な経過として、初回に無効な治療をしてしまったのが残念である。冒頭でも述べたが、症例は9年前の初来院以来、来院時はいつも根強い頸上肢痛を主訴にしており、臀部、下肢症状を訴えて来院したことは今回が初めてであった。今回の臀部痛初診時も、いつものような複雑な頸上肢症状も併せて訴えており、どうしても治療時間中、頸部や上肢へも注意がいきがちになってしまった。さらに、症例は以前にMRI所見にて脊柱管狭窄症と診断されたことがあった。それらのことから、初診時に臀部の所見の取り方や、症状への考察が疎かになり、愁訴は脊椎性の原因によるものと早合点する結果となってしまった。

一方、今回脊椎性を疑うようないくつかの所見があり、それらについて考察してみる。まず、初診時一度だけであったが、健側である右下肢伸展挙上テストによる左臀部痛<sup>4)</sup>については、症例はもともと筋の柔軟性が低く、ハムストリングの伸張性が低いため、左下肢を伸展挙上した際に骨盤の後屈を強いることになり、右臀部の深部筋である梨状筋へ影響を与えてしまったと考える。また、kempテストでは、第2診で「ビリっときそう」と訴え、第3診で臀部に痛みが誘発された。これは神経根症状を疑わせる所見<sup>5)</sup>であったが、立位ではなく座位で行ったため、患部が座面で刺激されてしまったためではないかと考える。なお、kempテストについては、座位では椎間板内圧の上昇による神経根刺激症状を、立位では脊柱間狭窄症による椎間関節での神経根刺激症状を誘発させる検査とされている<sup>6)</sup>。

他にも、右アキレス腱反射の消失や、第2診では初診時にはなかった右中趾の知覚障害を訴えるなど、脊椎性根症状を疑わせる所見はあったが、それらについては検査手技の精度の問題で、また別の結果が出ていた可能性も否定できない。

治療点については、Kボンネット・テストでは訴えにプレがなく明快だったことから、第2診ではさらに念入りに臀部所見をとった。その結果、殿圧よりも坐骨神経の走行に近い部位であり、より強い反応点であった梨状、及び、梨状筋が仙骨前面から大坐骨孔を経

て、骨盤外へ出た直後くらいの位置に相当する白環脛に圧痛を検出した<sup>6)</sup>。この2点に刺鍼した結果、良好な成績を得られた。梨状、白環脛の梨状筋への解剖学的な対応としては、どちらも梨状筋の横行繊維に相当する。当筋は股関節外旋筋であるので、力学的に横行繊維が最も収縮力を発揮すると考えられ、当然障害も起きやすい繊維であると思われる。さらに、白環脛に相当する部位は、より中枢に近いので、筋腹も厚い。今回の梨状、白環脛への治療効果は、梨状筋中最も力学的ストレスがかかり障害が起きやすい部位へのアプローチであったからであったと考察する。

今回、発症して3日という、新鮮な急性梨状筋症候群の治療を経験した。本疾患で、瞬間的に痛むという症例はあまり聞いたことはないが、とにかく、痛みは強いが治療すれば早期に回復する、という本疾患での正書の記載通り<sup>7)</sup>の症例であった。はじめの診立てがうまくいかなかったのが残念ではあるが、検査所見と圧痛所見から、梨状筋症候群と診立て、治療をし、早期に治癒させることができたことから、本症例は鍼灸治療の適応であったと考える。

#### 参考文献

- 1) 出端 昭男：問診・診察ハンドブック. 医道の日本社. 1988. p34
- 2) 寺山 和雄：標準整形外科. 医学書院. 1990. p444-445
- 3) 寺山 和雄：標準整形外科. 医学書院. 1990. p457
- 4) ジョセフ J. シプリアーノ：写真で学ぶ整形外科テスト法. 医道の日本社. 1986. 69
- 5) 露口 雄一：整形外科理学診断ガイド. 文光堂. 2004. p270
- 6) 坂井 健雄：プロメテウス解剖学アトラス 解剖学総論. 医学書院. 2008. p495
- 7) 福林 徹・宮本 俊和：スポーツ鍼灸の実際. 医道の日本社. 2013. p164

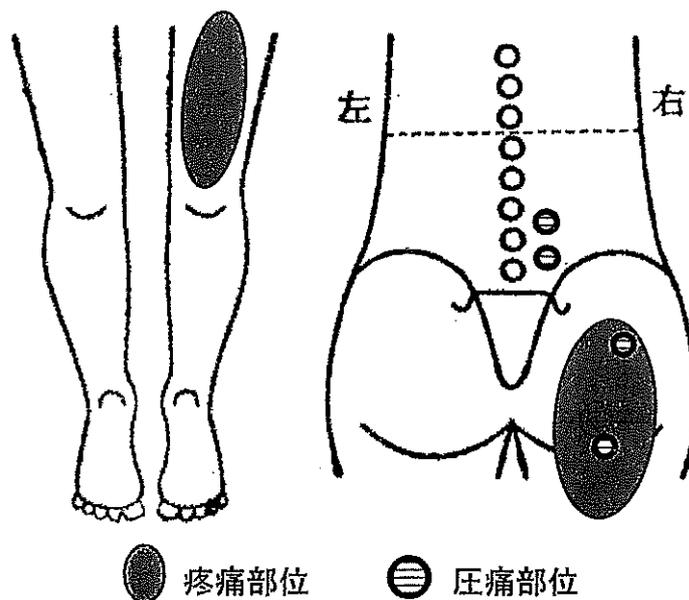


図1

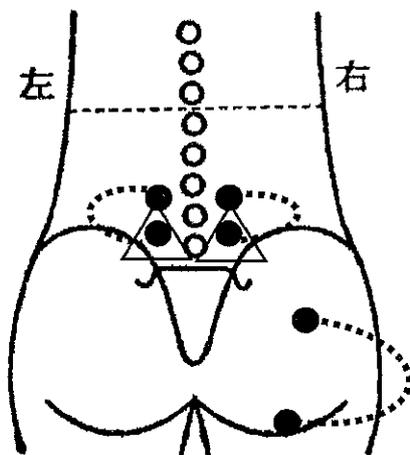
表1

# 坐骨神経痛

27年 7月 30日

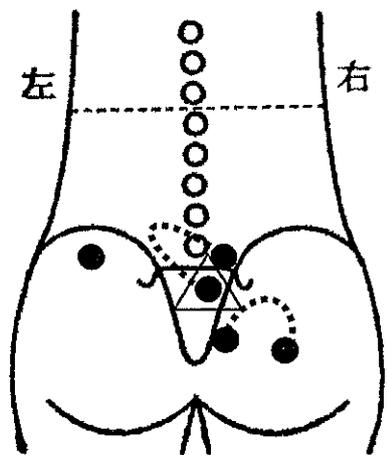
1 側湾	≤	(N)	≥	9 触覚障害	左-右-
2 前湾	正	増	減	逆	10 SLR
3 階段変形	⊖	+	L		左 ⊖ + 右 ⊖ +
4 前屈痛	⊖	+		11 Kボンネット	左-右+
左側屈痛	⊖	+		15 ニュートン	- +
5 右側屈痛	⊖	+		4. 尻子骨に痛み 10. 左SLRより右尻に痛み	
6 後屈痛	⊖	+			
8 ATR	左	+	右-		
7 PTR +	12 股内旋 -	13 股外旋 -	14 大腿動脈	16 FNS	

足背動脈止血



● 刺鍼部位、パルス通電      △ 灸頭鍼

図 2



● 刺鍼部位、パルス通電      △ 灸頭鍼

図 3