

平成 29 年 3 月 23 日

症例報告

「治療時にリスク管理を伴う腰部脊柱管狭窄症」

埼玉県鍼灸師会 町田 泰之

本症例は、近医整形外科のレントゲン検査で、L4・L5・S1 椎間関節の変形が診られ、変形性腰椎症と診断されていた。但し、臨床症状、診察所見から腰部脊柱管狭窄症神経根型と診断し、基礎疾患より血圧や体位に留意した上で鍼治療を行い、症状の改善がみられた症例である。

症 例：73 歳 男性 建設業

初 診：平成 27 年 5 月 29 日

主 訴：左腰臀部の痛みと左大腿前面内側部及び左母趾の痺れ

現病歴：平成 27 年 4 月中旬頃以前に腰下肢の症状はなかったが、車から降りる際に左腰臀部に今まで感じたことがない強い痛みが起こり、助手席からそのまま地面に左から転倒した。すぐに、近くの整形外科病院を受診し左腰臀部打撲と診断され、湿布(モーラステープ)と痛み止めの内服薬(ロキソニン)を処方された。翌日の起床時にベッドから起き上がった際に左腰部から左臀部に鋭い痛みと、左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部及び左母趾にピリピリした痺れ(図 2)を感じるようになり、トイレで坐って息む際も左腰部に激痛が出るようになった。500m 位歩くと左腰部から左臀部にかけて鋭い痛みと左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部及び、左母趾にピリピリした痺れが起った。但し、その症状はしばらく前傾姿勢で休むと同部位の痛みと痺れは軽減する。同様の症状が 1 週間近く続いたため、近所の K 病院整形外科を受診した。レントゲン検査で、L4・L5・S1 椎間関節の変形が診られ、変形性腰椎症と診断され、処置、処方はなかった。

現在は、トイレで息む際の左腰部の激痛はなくなったが、痛み止めを飲んでいないと、安静時にも 1 日中左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部及び左母趾の痺れが強く出現する。湿布を痺れの部位に貼ると多少は楽になる。10 分ぐらい歩くと、左腰部から左臀部にかけて鋭い痛みと左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部及び左母趾にピリピリした痺れが増悪する。なお、歩行時の症状はしばらく前傾姿勢で休むと軽減する。週 4 回程、K 病院整形外科で腰の牽引及び干渉波を受けている。K 病院整形外科のリハビリ治療後は、少し症状の改善がみられる。膀胱直腸障害はない。

その他、I 整形外科内科にて両肩腱板断裂と高血圧の服薬治療を行っ

ている。仕事は、毎日6時間ぐらい椅子に坐って同じ姿勢でパソコン作業をしている。スポーツは、平成20年までゴルフを月1回行っていた。アルコールは、毎晩ビール2本程度。

既往歴：平成7年C型肝炎・肝臓癌手術。平成20年8月右肩腱板修復術。平成22年6月右肩腱板再修復術(大胸筋・広背筋移行術)。平成23年9月右第7肋骨骨折。

家族歴：特記すべきものなし

診察所見：身長168.5cm、体重66kg、血圧160/80mmHg、脈拍72回/分(整)、体温35.9℃。腰部後屈陽性、左L4・L5椎間関節部に鋭い痛み。側屈痛は左右ともに陰性だが、左側屈で左に右側屈で右にそれぞれ中臀筋部に張りを感じる。前屈痛、左右回旋痛はすべて陰性。左右ケンプ徴候陰性。つま先歩行、踵歩行ともに正常。左右膝蓋腱反射増強法減弱。左右アキレス腱反射正常。右母趾底背屈正常、左母趾底背屈減弱。右触覚障害陰性、左母趾、中趾鈍麻、左小趾正常。左右SLRテスト陰性。左右Kボンネットテスト陰性。左右股関節内外旋テスト陰性。左右足背動脈正常。棘突起上叩打痛なし。左右FNSテスト陰性。側彎正常。前彎正常。階段状変形なし。両側のL4椎間、L5椎間、小腸脛、志室、上殿、股門、委中、左側の環跳、居膠、髀関、足三里、箕門、伏兔に圧痛が検出された。

診断：本症例は、神経性間歇跛行及び膝蓋腱反射減弱、触覚鈍麻がみられたことから腰部脊柱管狭窄症の神経根型と診断した。

対応・生活指導：普段6時間ぐらい同じ姿勢で椅子に坐ってパソコン作業をすることが多いということなので、長時間同じ姿勢で椅子に坐っていると、腰の関節部分に負担がかかりやすいため炎症が起こり鋭い痛みと張りを感じるのだと思います。そこで、腰やお尻の周りの緊張している筋肉や神経の走行上に鍼をして、血流を良くし、筋肉の緊張を和らげ、筋肉の張り感や痺れをとるように目指していきます。また、腰とお尻の負担を軽くするために、お尻の下に柔らかい坐布団や柔らかいクッションを使用し同じような姿勢を続けないように適度に休憩をいれると良いと思います。

治療：左腰部から左臀部の疼痛・筋緊張緩和及び左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部、左母趾の血液循環改善を目的に刺鍼を以下のように行った。なお、左肩腱板断裂があり同一姿勢により肩関節の症状が誘発するため、体位変換を多めに行った。また、血圧が高いため毎回施術前に血圧を測定した。

治療体位は、伏臥位にてステンレス製1寸6分2番鍼(50mm 18号鍼)を用い、L4椎間、L5椎間、小腸脛、志室、上殿、股門に30mm直刺、委中に10mm直刺、5分間置鍼した。続いて右側臥位にて、左環跳、左居膠、左髀関へ、伏臥位と同じ使用鍼を用い、20mm直刺、5分間置鍼した。

更に、仰臥位にて、左足三里、左箕門、左伏兔にステンレス製 1 寸 1 番鍼 (30 mm 16 号鍼) を用い、10 mm 直刺、5 分間置鍼した。置鍼中、腹臥位・右側臥位では腰臀部、仰臥位では左大腿前面部を中心に赤外線照射した。

経過：第 2 回 (6 月 5 日、7 日目) 歩行時の左腰から左臀部にかけての鋭い痛みが軽減した。パソコン作業をした後に椅子から立ち上がる際の左腰 L4・L5 椎間関節部の鋭い痛みは初診時に比べると 1/3 程度軽減した。4~5 時間おきに飲んでいた痛み止めも 1 日 1 回痛みのある時に飲む程度である。痺れは強さや範囲は変わらず常に左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部及び、左母趾にピリピリした痺れが出ているため、痺れのある部位に毎日湿布を貼っている。お風呂に入ると、2 時間位痺れは軽減するが、その後またすぐに痺れが出てくる。血圧 (140/70)。

(以降痛みは治療後 1~3 日緩和するが、痺れは変化がみられないことが続いた。)

第 10 回 (8 月 21 日、84 日目) 今まで続いていた左大腿前面内側から左膝蓋骨下端内側部にかけてあった痺れは消失したが、左母趾には常に何をしてもピリピリした痺れがある。パソコン作業をした後立ち上がる際の左腰 L4・L5 椎間関節部にあった鋭い痛みも消失したが、同部位に重い違和感が残っている。同部位の痛みが消失したため、痛み止め、湿布は使用していない。今回、梨状、左府舎、左衝門、左太衝に硬結及び圧痛が検出されたため、同部位に筋緊張緩和を目的に配穴を追加した。また、圧痛が検出されなかったため、左箕門、左伏兔の刺鍼を削除し治療体位と治療穴を以下の通りとした。

治療体位は、伏臥位にてステンレス製 1 寸 6 分 2 番鍼 (50 mm 18 号鍼) を用い、L4 椎間、L5 椎間、小腸兪、志室、上殿、梨状、殷門に 30 mm 直刺、委中に 10 mm 直刺、5 分置鍼。続いて右側臥位にて、左環跳、左居膠、左髀関、左府舎、左衝門、左足三里へ、伏臥位と同じ使用鍼を用い、20 mm 直刺、5 分置鍼。ステンレス製 1 寸 1 番鍼 (30 mm 16 号鍼) を用い、左太衝に 10 mm 直刺、5 分置鍼。置鍼中、伏臥位・右側臥位にて腰臀部、左大腿前面部を中心に赤外線照射した。また、痛み・痺れが軽減し、普段あまり運動をしていないので、1 日 15~30 分の散歩を行うように生活指導を行った。血圧 (140/80)。

第 15 回 (10 月 2 日、126 日目) パソコン作業をした後、椅子から立ち上がる際の左腰 L4・L5 椎間関節部の痛みは落ち着いているため、痛み止めは服用していないが、パソコン作業をした後、椅子から立ち上がる際に同部位に重だるさがあったため、湿布を貼った。仕事が忙しく、散歩は 1 日だけ 25 分間歩いたが、途中 15 分間歩いたところ、普段運動不足のためか息切れがし、両下肢が重だるくなったため坐って休んだ。その

後、重だるさが軽減し、休むことなく歩けた。左母趾の痺れは変わらず常にある。今回触覚障害は、左右中趾背側の触覚の左右差がなくなり、左母趾内側のみになった。血圧（140/70）。

第 18 回（11 月 6 日、161 日目） 左腰 L4・L5 椎間関節部の痛みは消失したため湿布、痛み止めは使用していない。また、K 病院整形外科の腰の牽引も行っていない。左母趾の痺れも改善しており、以前は、常に何をしても気になっていたが、今はほとんど気にならない。散歩は、10/30（土）、11/2（月）、11/4（水）に調子が良かったので、20 分から 40 分に時間を延長し歩いたが、途中痛みや痺れで立ち止まることなく歩くことが出来た。血圧（130/60）。

第 23 回（1 月 22 日、245 日目） 左腰から左下肢にかけての張り、重だるさはなく施術後 9 日目まで楽だったが、翌日夕方雪かきをした後、歩行時・階段昇降時に同部位の張りや鈍い痛みが強くなるようになり、K 病院整形外科で腰の牽引を行ったが同部位の鈍い痛みが改善されなかったため、痛み止めを使用した。湿布は貼っておらず、お風呂で温まると、同部位の鈍い痛みと、張りは軽減する。40 分間の散歩は仕事が忙しく行っていない。血圧（125/68）。

平成 28 年 2 月 9 日、アルプス医療センターあづみ病院にて左肩関節形成術及び大胸筋移行術を行うため、治療を中止とした。

考 察：本症例は腰部脊柱管狭窄症の神経根型と診断した。以下にその理由を述べる。

1. 年齢が 70 歳代であること。
2. 歩行時、下肢・臀部に疼痛及び痺れが増悪し、前傾で休むと症状が軽減する神経性間歇跛行がみられること。
3. 膝蓋腱反射減弱と触覚鈍麻がみられること。

なお、除外した病態については、以下の通りである。

1. 足背動脈に左右差が無く正常なことから閉塞性動脈硬化症を除外した。
2. 痛みや痺れが片側のみであり、膀胱直腸障害が見られないことから腰部脊柱管狭窄症の馬尾型を除外した。
3. 階段状変形を認めなかったことから腰椎迂り症を除外した。
4. K ボンネットテスト陰性から梨状筋症候群を除外した。
5. 棘突起上叩打痛がないことから腰椎圧迫骨折を除外した。
6. 左右 SLR テスト陰性から腰椎椎間板ヘルニアを除外した。

本症例は、腰部脊柱管狭窄症の神経根型として対処した。治療の回数を重ねる毎に左大腿前面内側部及び左母趾の痺れ、神経性間歇跛行の症状緩和がみられたため、鍼治療は妥当であったと考察する。また、高血圧なので、毎回血圧測定や左肩腱板断裂があるため体位変換を多めに行い

患部の負担を軽減したのは妥当であったと考察する。

経穴の位置：

上殿：腸骨稜の上縁で最も高い位置から下方 3～4 cm。(図 3)

梨状：上後腸骨棘外下縁と大転子を結ぶ線の中央、及びこの点から直角に下方へ 3～4 cm の部位に至るまで。(図 3)

L4 椎関：L4・L5 棘突起間の外方 2～2.5 cm。(図 4)

L5 椎関：L5 棘突起と仙骨底間の外方 2～2.5 cm。(図 4)

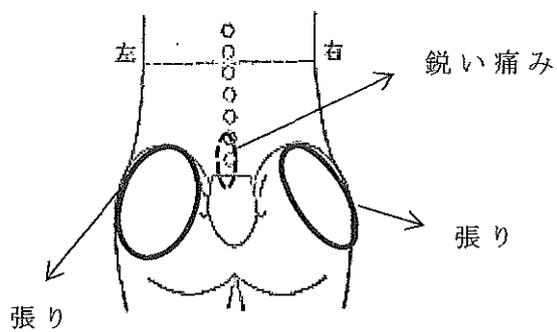


図 1 初診時の症状

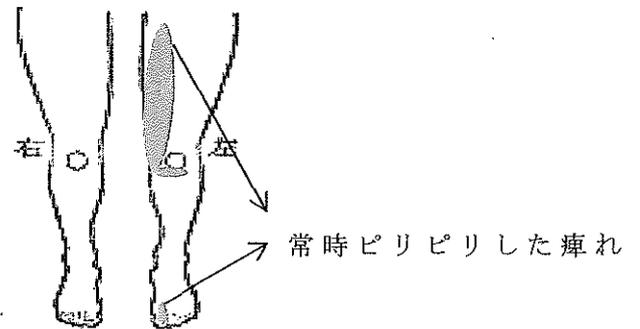


図 2 初診時の症状

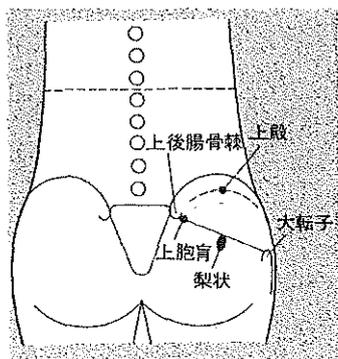


図 3 経穴の位置

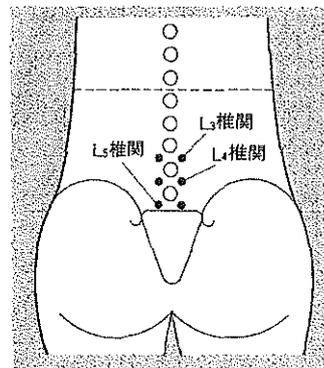


図 4 経穴の位置