

第4回日本仙腸関節研究会 プログラム・抄録集

会 期：2013年11月2日（土）
会 場：東京国際フォーラム
 東京都千代田区丸の内3-5-1
会 長：仙台社会保険病院 村上栄一
共 催：日本仙腸関節研究会
 久光製薬株式会社

ープログラムー

日 時 : 平成 25 年 11 月 2 日 (土) 15 : 00~18 : 30

会長挨拶 15 : 00~15 : 05

仙台社会保険病院 村上 栄一

演題発表 15 : 05~16 : 35

座 長 : 東北大学整形外科 准教授 小澤 浩司

- 1、『仙腸関節機能障害に高率に合併する絞扼性末梢神経障害について
非特異的腰痛の原因の一つとして』 (6分)
今給黎総合病院 リハビリテーション部 勝山 誠 他
- 2、『仙腸関節近傍での中殿皮神経絞扼の解剖学的研究』 (6分)
横浜市立大学運動器病態学 紺野 智之 他
- 3、『あぐら（腰部前屈）で腰痛が悪化した上殿皮神経障害の2例
ー仙腸関節障害との鑑別ー』 (6分)
釧路労災病院 脳神経外科 千葉 泰弘 他
- 4、『胸腰椎圧迫骨折に仙腸関節性疼痛を合併した2症例』 (6分)
秋田組合総合病院 整形外科 鶴木 栄樹 他
- 5、『仙腸関節ブロック治療に抵抗する難治性仙腸関節障害症例の
腰椎骨盤単純レントゲン検査所見の検討』 (6分)
よしだ整形外科クリニック 整形外科 吉田 眞一
- 6、『難治性仙腸関節障害に対する骨シンチグラフィーの有用性
SPECT/CTによる画像診断』 (6分)
今給黎総合病院 整形外科 古賀 公明 他
- 7、『仙腸関節不安定症に対する骨盤ベルトの効果ー足圧分布による評価の試みー』
(6分)
医療法人社団 大智会 市橋クリニック 臨床歩行医学研究所 市橋 研一 他

- 8、『急性腰痛における enthesi s へのブロック療法の効用
ー不良姿勢の是正が治療効果をもたらすー』 (6分)
徳山整形外科 徳山 博士
- 9、『急性腰痛症における仙腸関節障害 MRI所見とAKA療法』 (6分)
小手指整形外科 柑本 晴夫 他
- 10、『仙腸関節障害に対する高周波熱凝固術症例の臨床的検討』 (6分)
東邦大学医療センター大橋病院脊椎脊髄センター 伊藤 圭介 他

製品説明 16:35~16:45

『経皮吸収型 持続性疼痛治療剤 ノルспанテープについて』 久光製薬株式会社

基調講演 16:50~17:50

座 長：東邦大学医学部 整形外科学講座（大橋） 教授 武者 芳朗

基調講演 1

『体に触ってわかる腰痛の真実』

医療法人菊野会 菊野病院 副院長 古賀 公明

基調講演 2

『仙腸関節障害がわかれば、非特異的腰痛の多くがわかる』

仙台社会保険病院 副院長 腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一

パネルディスカッション ～患者さんを交えてフリートーキング～

18:00~18:30

『仙腸関節障害と初めて診断されて』

司会 黒澤 大輔 (仙台社会保険病院)

パネリスト 芳賀 恵美子 (宮城県)

パネリスト 帖佐 康寛 (鹿児島県)

演題発表 1

仙腸関節機能障害に高率に合併する絞扼性末梢神経障害について 非特異的腰痛の原因の一つとして

○勝山 誠¹⁾、山崎数馬¹⁾、松下卓矢¹⁾、佐藤珠葵¹⁾、都外川希¹⁾、松永俊二²⁾、
古賀公明²⁾

今給黎総合病院

リハビリテーション部¹⁾ 整形外科²⁾

【はじめに】腰痛の85%は原因が不明であると報告されている。実際に手術やリハビリテーションを施行しても改善しない腰痛を経験することは珍しくない。神経根刺激や関節由来の疼痛以外の腰痛の原因を明らかにするために腰痛難治例に共通する腰部・臀部の圧痛点を調査検討したので報告する。

【対象および方法】一年以上保存的治療を施行しても数値評価スケール NRS (Numeric Rating Scale) が常に4以上を認める難治例44例を対象とした。男性11、女性33名、26歳～72歳平均年齢51歳である。1987年 clinical orthopedics and related research に記載された Thomas N. Bernard, Jr. らの非特異的腰痛の特徴についての報告を参考にして仙腸関節機能障害の腰部・臀部の圧痛点（仙腸関節および椎間関節の圧痛点は除外）を評価した。触診と透視下局所ブロックによる効果判定によって疼痛部位を同定した。

【結果】坐骨神経30例、上殿神経13例、後大腿皮神経10例、外側大腿皮神経11例、陰部神経14例、上殿皮神経25例であった。NRSが高値である症例は広範囲に圧痛点を認め、NRSが低値である症例は部分的に圧痛点を認めた。

【考察】Bernard らの報告の通りブロックによって圧痛部位の疼痛が軽減することから、同部位の絞扼性末梢神経障害である可能性が高いと考えられる。また経験的に仙腸関節に対する徒手療法によってこれらの圧痛が軽減することから仙腸関節機能障害の腰部・臀部の圧痛点は骨盤周囲筋スパズムが増悪することによって二次的に発生していると考えられる。NRSが高値である症例は広い範囲で骨盤周囲筋のスパズムが発生するために広範囲に圧痛点を認めたと考えられる。

【結論】絞扼性末梢神経障害は非特異的腰痛の原因の一つであると考えられ、臨床上極めて重要である。非特異的腰痛治療において常に絞扼性末梢神経障害を念頭に治療する必要があると考えられる。

演題発表 2

仙腸関節近傍での中殿皮神経絞扼の解剖学的研究

○紺野智之、青田洋一、國谷洋、齋藤知行、曲寧、林省吾、河田晋一、伊藤正裕

横浜市立大学運動器病態学
横浜市立脳血管医療センター
東京医科大学人体構造学講座

はじめに

上殿皮神経は腸骨稜を乗り越える際に通過する osteofibrous tunnel における絞扼が腰痛の原因となることが既に報告されている。一方、S1～S3 後枝に由来し、大殿筋を貫き皮下組織に分布する知覚神経である中殿皮神経における絞扼性神経障害の報告はない。解剖学的に中殿皮神経のなかにも腸骨を乗り越える神経が存在し、臨床的にも同部に疼痛を有する症例が少なくないため、本研究では中殿皮神経絞扼を解剖学的に調査した。

対象と方法

解剖用ご遺体 4 体（男女比 3:4、死亡時平均年齢 89.42 歳）の 7 側の中殿皮神経を調査した。上殿皮神経を腸骨稜高位で同定し内尾側に展開して、後上腸骨棘より内尾側に分布する神経を同定した。この神経の走行を中枢側に向かって確認した。その際、中殿皮神経が腸骨を乗り越える際に腹側と背側がそれぞれ腸骨と筋膜で覆われた部分を osteofibrous tunnel と定義した。

結果

全例で中殿皮神経は上後腸骨棘の尾側を走行していた。2 体 2 側では上後腸骨棘の内尾側、下後腸骨棘の外頭側で中殿皮神経が腸骨を乗り越えていた。1 例では中殿皮神経が腸骨を乗り越える部位は上後腸骨棘から腸骨に沿って約 9.1mm 内尾側であった。同部位ではこの神経は腸骨と腰背筋膜で囲まれた osteofibrous tunnel を通過していた。この神経の起始は S2 であった。

考察

我々は、上殿皮神経障害が原因の腰痛患者に対しブロックが有効であり、一時的に有効だが症状の再燃を繰り返す一時的有効例に対しては osteofibrous tunnel の開放術が有効であることを報告した。また、解剖学的研究において osteofibrous tunnel を通過する上殿皮神経に肉眼的絞扼所見が認められた。今回、中殿皮神経も osteofibrous tunnel を走行する場合がみられ、中殿皮神経における絞扼性障害が腰痛、下肢痛の一因となることが示唆された。

演題発表 3

あぐら（腰部前屈）で腰痛が悪化した上殿皮神経障害の2例 —仙腸関節障害との鑑別—

○千葉泰弘¹⁾、井須豊彦¹⁾、岩本直高¹⁾、金景成²⁾、森本大二郎³⁾、伊藤康裕¹⁾、
穂刈正昭¹⁾、磯部正則¹⁾、井上聖啓⁴⁾

釧路労災病院 脳神経外科¹⁾

日本医科大学千葉北総病院脳神経センター²⁾

横浜新緑総合病院 脳神経外科³⁾

札幌山の上病院 神経内科⁴⁾

【はじめに】非特異的腰痛のなかに仙腸関節障害や筋筋膜性疼痛などが含まれるが、上殿皮神経障害(SCNE)の割合も決して少なくないと我々は考えている。今回、あぐら（腰部前屈）で悪化する腰痛で腸骨稜上～上後腸骨棘周辺に圧痛を有する症例に対しSCNE治療を行い、良い経過が得られた2症例を経験したため、ここで報告する。

【症例1】79歳男性。平成17年に腰部脊柱管狭窄症に対し手術を施行し、腰下肢痛はほぼ消失していた。平成24年10月頃より、草むしり中に悪化し立位で改善するという腰痛が進行。座位困難・重いものも持ち上げられなくなった。腸骨稜上内側～上後腸骨棘周辺に圧痛を確認、あぐらで腰痛は増強した。圧痛部へのブロック注射にて腰痛はほぼ消失するも効果は持続しなかった。SCNEを考え、手術目的で11月に当科入院となった。

【症例2】75歳女性。腰下肢痛と間欠跛行があり、腰部脊柱管狭窄症の診断で投薬治療がなされていた。起立時や長時間の座位で腰痛は悪化し、平成23年7月に仙腸関節障害とSCNEの診断でブロック治療を行い腰痛は軽減。しかしその効果は持続せず、同年12月にSCNE手術を施行。術直後から腰痛はほぼ消失、両下肢のしびれは消失した。平成24年4月頃からは座位になると腰痛を自覚。SCNE手術部位より内側の腸骨稜上～上後腸骨棘周辺に圧痛を確認。仙腸関節ブロックの効果は乏しかったが、腸骨稜上内側のトリガーブロックは著効した。その効果は持続せず、平成25年5月に手術目的で当科入院となった。

【治療・結果】ともに局所麻酔下で手術を施行。腸骨稜上内側（圧痛部位）で胸腰筋膜下に皮神経が見つかった。神経の絞扼を解除してフリーにし、圧痛の消失を確認。術直後からあぐらでの腰痛の出現なく、その効果は現在まで持続している。

【結語】あぐら（腰部前屈）で悪化する腰痛で腸骨稜上～上後腸骨棘周辺に圧痛を有する症例に対しSCNE治療を行い、良い経過が得られた2症例を経験したため報告した。

演題発表 4

胸腰椎圧迫骨折に仙腸関節性疼痛を合併した 2 症例

○鶴木栄樹、阿部栄二、村井 肇、小西奈津雄、
小林 孝、阿部利樹、若林育子、鈴木真澄

秋田組合総合病院 整形外科

胸腰椎圧迫骨折に合併した仙腸関節性疼痛の 2 症例を経験したので、報告する。

【症例 1】：74 歳、女性。

主訴：右殿部痛、右腓脛部痛。

現病歴：2010 年 8 月初旬より、誘因なく、右腰殿部痛が生じ、右腓脛部痛も生じるようになった。9 月 3 日当院を受診した。初診時所見：痛みは坐位にて増悪し、右側臥位で寝ることができない。神経所見は特記するもの無く、ラセーグテストは陰性であった。One finger test、Newton テスト陽性で、長後仙腸靭帯、腸骨筋に圧痛を認めた。経過：身体所見より右仙腸関節性疼痛を強く疑い、初診同日、仙腸関節ブロックを施行した。再現痛と、VAS 改善率で 7 割のブロック効果が得られ、右仙腸関節痛と診断した。他の腰椎疾患を否定するため、MRI を施行したところ、第 4 腰椎の新鮮圧迫骨折を認めた。投薬とコルセットを装着にて症状軽快し、仙腸関節痛の所見も消失した。

【症例 2】：62 歳、女性。

主訴：左殿部痛、左腓脛部痛。現病歴：2012 年 9 月初旬、農作業後より左腰殿部痛が生じ、左腓脛部痛も生じるようになった。10 月 3 日当院を受診した。初診時所見：痛みは坐位にて増悪した。神経脱落所見無く、ラセーグテストは陰性であった。One finger test、Newton テスト陽性、長後仙腸靭帯、仙結節靭帯、腸骨筋に圧痛を認めた。経過：身体所見より、右仙腸関節性疼痛を強く疑い、初診同日、仙腸関節ブロックを施行した。再現痛と、VAS 改善率で 7 割のブロック効果が得られ、左仙腸関節痛と診断した。他の腰椎疾患を否定するため、MRI を施行したところ、第 2 腰椎の新鮮圧迫骨折を認めた。投薬にて症状軽快し、仙腸関節痛の所見も消失した。

【考察】：村上らは、胸腰椎圧迫骨折後に仙腸関節性疼痛が合併することは少なくないとし、痛みによる筋力のアンバランスや胸椎後弯の増強によって、仙腸関節への負荷が増大するため、と考察している。本症例でも、骨折による痛みが軽減するとともに、仙腸関節痛も軽快したと思われた。

演題発表 5

仙腸関節ブロック治療に抵抗する難治性仙腸関節障害症例の
腰椎骨盤単純レントゲン検査所見の検討

○吉田眞一

よしだ整形外科クリニック 整形外科

【目的】仙腸関節障害による腰下肢痛に対する仙腸関節後方関節外靭帯ブロック（以下仙腸関節ブロック）の有効性が報告され当院でも2011年9月より施行し良好な治療成績が得られている。しかしこの中で定期的に繰り返しブロックを施行してもなお十分な疼痛緩和の得られない難治例がある。今回これら難治例の腰椎骨盤単純レントゲン検査所見の特徴に付き検討したので報告する。

【方法】対象は腰下肢痛を主訴に当院外来を受診し仙腸関節ブロックを行った約450例の内、定期的に4ヶ月以上治療を継続しても持続的かつ一定以上の疼痛緩和を得られない47例（男性16例（34%）、女性31例（66%）、年齢は20～89才（平均58.2才）である。仙腸関節障害の診断はone finger test陽性かつ仙腸関節ブロックにより疼痛緩和が得られたことで確認した。レントゲン検査は単純腰椎骨盤正面撮影と立位側面撮影、立位動態撮影を行った。

【結果】L5仙骨化32/47例（68.0%）（Castellvi分類：Ia6例、Ib14例、IIa4例、IIb0例、IIIa1例、IIIb6例、IV1例）、椎間板腔狭小化24例（51.1%）、腰椎変性迂り症10例（21.3%）、S1腰椎化6例（12.8%）、腰椎側彎症6例（12.8%）（変性側彎5例、特発性側彎1例）、股関節臼蓋形成不全3例（6.4%）、腰椎固定術後3例（6.5%）、二分脊椎3例（6.5%）、上位腰椎強直1例（2.2%）、骨盤骨折変形治癒1例（2.2%）、仙腸関節片側部分癒合1例（2.2%）（重複所見を含む）

【考察】一般に移行椎の発生頻度は文献的にL5仙骨化4～30%、S1腰椎化2%とされており今回検討した難治例にはそれらの頻度が高い。移行椎、迂り症、側彎症など仙腸関節や下位腰椎の骨性安定性や可動性低下が症状を難治性に行っている可能性が考えられる。

演題発表 6

難治性仙腸関節障害に対する骨シンチグラフィの有用性 SPECT/CT による画像診断

○古賀公明¹⁾、宮口文宏¹⁾、山口 聡¹⁾、救仁郷 修¹⁾、日高 亮¹⁾、大久保幸一²⁾、
飯伏順一³⁾、中別府良昭⁴⁾、小宮節郎⁵⁾

今給黎総合病院整形外科¹⁾、放射線科²⁾、放射線部³⁾

鹿児島大学放射線科⁴⁾

鹿児島大学整形外科⁵⁾

仙腸関節機能障害は画像所見に乏しいため誘発テストや仙腸関節ブロックの効果を総合して診断しているのが現状である。過去に仙腸関節炎に対し骨シンチを用いた画像診断が試みられたが、プラナー画像では、信頼性が低いとの理由で現在は行われていない。今回、仙腸関節機能障害難治（仙腸関節炎）例に対して SPECT/CT を用いた画像診断を行い、SPECT/CT の有用性について検討したので報告する。【対象】臨床症状、理学（神経学的）所見、画像所見、仙腸関節ブロックにて仙腸関節機能障害と診断し、一年以上保存的治療を施行するも NRS (Numeric Rating Scale) が常に 4 以上の疼痛を有する 31 例（男性 10 例、女性 21 例で 18～80 歳、平均 49 歳）である。症状が両側性である症例は 28 例（右側優位 10 例、左側優位 8 例、左右差なし 10 例）で片側性である症例は 3 例（右側 0 例、左側 3 例）である。【方法】SPECT/CT 画像により仙腸関節腔内に集積するスポットを BDV (Bone Display Value) とし、その集積度を評価した。【結果】すべての症例で BDV 値 280 以上の集積を仙腸関節腔内に認めた。症状に左右差がある 28 例は全例、症状が強い仙腸関節側により強い集積を認めた。症状に左右差がない 3 症例はほぼ同等の BDV 値を示した。【考察】仙腸関節機能障害は仙腸関節の関節面の適合不良であると考えられる。肩関節脱臼のように脱臼時には激しい疼痛を訴えるが整復されると疼痛は著明に軽減する。一過性の仙腸関節機能障害では画像評価は困難であるが仙腸関節機能障害を繰り返す難治例であれば反復性肩関節脱臼で Bankart lesion や Hill-Sachs lesion などを合併するように、関節面に炎症を生じる可能性がある。SPECT/CT による評価は症状と画像所見がよく一致することから難治性仙腸関節機能障害の診断には応用できる可能性があることが示唆された。

演題発表 7

仙腸関節不安定症に対する骨盤ベルトの効果 —足圧分布による評価の試み—

○市橋研一、武村政徳

医療法人社団 大智会 市橋クリニック 臨床歩行医学研究所

【はじめに】加齢や疾病に伴い立位姿勢アライメントが変化するが、仙腸関節の不安定性もその一つにあげられる。骨盤ベルト等外力によって仙腸関節の不安定性を改善する保存的アプローチは有効な方法の1つである。当院でも仙腸関節不安定症等に対して骨盤ベルトなどによる介入を行い、立位姿勢アライメントの改善を経験している。姿勢アライメントは重心バランスにも影響し、立位姿勢アライメントの改善を重心動揺検査で評価する試みが行われている。今回我々は足圧分布測定器を用い、仙腸関節の不安定性に対する骨盤ベルトの効果を検討したので報告する。

【方法】腰痛等の症状で当院を受診した患者の内、仙腸関節の不安定性が疑われる方20名(男5名、女15名;61.1±16.5歳)を対象とした。介入なしと、骨盤をベルトで締め仙腸関節を固定した条件との比較で、足圧分布の測定を行った。足圧分布測定器はGaitveiv(alFOOT社製)を用い、静止立位検査及び平衡機能検査を行った。測定項目のうち、静止立位検査時の荷重バランス、左右各足の足圧中心の動作範囲および踵骨荷重圧、平衡機能(重心動揺)検査時の重心動揺軌跡長(30秒間)、単位面積軌跡長および前後、左右方向の変位・速度を3要因分散分析等で比較検討した。

【結果および考察】重心動揺軌跡長は、介入なし 69.9±35.8、骨盤ベルト 60.9±26.4(mm)で差は認められなかった。単位面積軌跡長もそれぞれ、5.99±3.56、5.82±3.42(mm/mm²)で差は認められなかった。一方、静止立位検査時の左右各足の足圧中心動作範囲面積はそれぞれ、0.169±0.1363、0.119±0.0849(cm²)で骨盤をベルトで締めた時が有意に低値を示した。重心動揺検査では評価できなかった変化を足圧分布測定検査で示すことができ、仙腸関節不安定症の改善効果をより詳細に検討することができた。

演題発表 8

急性腰痛における enthesis へのブロック療法の効用 ー不良姿勢の是正が治療効果をもたらすー

○徳山博士

徳山整形外科

目的：急性腰痛の発症原因に不良動作・姿勢が大きく関与している事は良く知られていることである。しかし、大部分の患者はこのことを理解していない。演者は急性腰痛の診断と治療を行なう上で、主訴となった痛みの体感覚と局在部位（「主訴疼痛ポイント」と略）を同定しかつ、その痛みを再現せしめる動作・姿勢の確認が不可欠であると考えている。本発表では「主訴疼痛ポイント」の大部分が、仙腸関節・背側仙腸靭帯部（①）、腸骨稜（②）及び棘間靭帯・棘突起部（③）のいずれかの enthesis にあったという診察結果から実施した、各部位へのブロック注射の効果と、その結果もたらされた患者の発症原因の理解度について調査した。対象と方法：過去2年に当院を受診した発症後3週以内の急性腰痛を主訴とする初診患者352名（年齢14～65歳）のうち、結果判定可能であった185名を対象とした。「主訴疼痛ポイント」の同定は主訴の再現せしめる部位であり、講演で詳述する。ブロック注射は各 enthesis をターゲットとし1%キシロカイン5ccを用いて行なった。ブロック効果判定は施行後2分の疼痛改善度をNRSで行なった。また、原因となった姿勢・動作の説明が理解度はブロック後2週以内の再受診時にYESかNOの二者択一問診で行なった。結果：①137例 NRS 平均値10→4.2 理解度 91/137 (66.4%)、②42例 NRS 平均値10→3.2 理解度29/42 (69.0%)、③6例 NRS 平均値10→3.1 理解度4/6 (66.7%) であった。考察と結論：急性腰痛の発症原因に不良姿勢・動作が大きく関与している事を患者に理解してもらうためには、患者に症状の改善を実感してもらうことが有効である。今回の調査によって、発症原因が不良姿勢・動作にあることが「主訴疼痛ポイント」である enthesis へのブロック療法により半数以上の患者に理解された事が確認でき、今後の診断、治療上考慮に入れる価値があると思われた。

演題発表 9

急性腰痛症における仙腸関節障害
MRI 所見と AKA 療法

○柑本晴夫、佐々木通孝

小手指整形外科

75歳未満の急性腰痛症患者において、腰椎の可動域制限がみられ仙腸関節の疼痛誘発テストで仙腸関節障害と考えられた患者33例につき、その症状と腰椎MRI所見、AKA療法の効果を検討した。

結果。MRI所見は椎間板変性、ヘルニアが認められたが、仙腸関節障害症状との関連性はみられなかった。AKA療法は上方すべり、下方すべり、椎間関節モビリゼーションにて大半の症例にて効果が得られた。MRIは脊椎圧迫骨折、椎間板炎、腫瘍などの疾患の除外診断には有用であるが、比較的高頻度に見られる椎間板変性やヘルニアの症例に対しては、適格な診断のもとに施行される非侵襲的な仙腸関節障害の治療は有用であると考えられた。

演題発表 10

仙腸関節障害に対する高周波熱凝固術症例の臨床的検討

○伊藤圭介、森武男、長張浩昌、武者芳朗

東邦大学医療センター大橋病院脊椎脊髄センター

【はじめに】仙腸関節障害の症例にはブロック施行後症状が再発し、ブロックによる除痛を繰り返していても症状の改善に至っていない症例は多く存在すると思われる。われわれは、かかる症例に対し、長期の疼痛抑制効果と根治をねらい、高周波熱凝固術を施行している。高周波熱凝固治療した症例の後ろ向き検討を行った。

【対象, 方法】2009年1月～2013年3月に高周波熱凝固治療を施行した症例のうち追跡可能であった54例(男性27例、女性27例 平均63.5歳)を対象とした。方法はX線透視下に仙腸関節部にブロックを行い、有効であった箇所のレントゲン撮影を施行。同箇所を凝固の目印とし22Gまたは18Gの針電極を挿入し通電刺激を行う。再現痛の現れた箇所に80℃、90秒間の熱凝固を施行した。50%以上の改善が得られたものを有効とし、治療直後、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後の疼痛抑制効果を判定した。疼痛が再発し、VAS50%以上の症例に対し再度施行した。5回以上施行した症例を難治症例とし、通常施行症例と比較した。

【結果】治療後の合併症は認めなかった。対象症例は片側症例が39例(72%)で40例(74%)が関連痛としての下肢痛を伴っていた。罹病期間は平均9.2ヶ月、来院時VASの平均は6.9、来院時腰椎ROMは30.3度であった。熱凝固治療の有効率は、治療直後、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後でそれぞれ100%、72.2%、46.3%、42.6%で、初回完治例は25例(46.4%)であった。5回以上の熱凝固治療を施行した難治例は6例であった。難治例は通常施行例に比べ罹病期間が26ヶ月と長く、来院時VASが9.5と強い疼痛を呈し、腰椎ROMが21.3度と低い傾向が認められた。

【考察】仙腸関節障害に対する高周波熱凝固術は痛みを伝達する神経線維をより選択的に遮断するため、低侵襲かつ安全であり効果的な治療法と思われた。難治例では疼痛が強く、罹病期間が長く、腰椎の可動域が低下しており本病態の一端を表していると思われた。

『体に触ってわかる腰痛の真実』

医療法人菊野会 菊野病院 副院長 古賀 公明

腰痛の8割以上は原因不明であると言われる。

腰椎椎間板ヘルニアや腰部脊柱管狭窄症などの疾患のように腰痛の原因が明らかな2割の患者は、症状がMRIや脊髄造影などの画像所見や神経学的所見と一致するということを意味している。つまり原因と結果の因果律が明瞭であると言える。これに対して腰痛の8割以上が原因不明であることは症状が画像所見や神経学的所見と一致しないか又は不明瞭であるということを意味する。

21世紀になっても腰痛の原因が未だに世界中で議論され結論を得られない理由は腰痛の原因が極めて複雑であるからであると言うまでもない。

その難解なクロスパズルを解く鍵は○関節由来の「連関痛」を理解すること○仙腸関節の機能や働きを理解すること○脊椎アライメントと仙腸関節との関係を理解すること○骨盤や脊椎、下肢などの絞扼性末梢神経障害を理解することなどであると演者は考えている。また腰痛の主な原因は①神経根刺性の疼痛②関節由来の連関痛③絞扼性末梢神経障害による疼痛の三つであると考えている。②③はもともと画像では評価困難であることが腰痛の原因を不明瞭にしている。さらに腰痛の原因が難解である理由は①②③が時間・空間的に腰痛の原因が互いに影響しながら変化するからである。その変化する腰痛の原因を正確にどんな時も把握するためには患者さんの体を直接触って診察する必要がある。なぜなら②③は体を触知しなければ診断不可能であるからである。

従って腰痛の真実（原因）は患者の体を触らなければ知り得ないことになる。

『仙腸関節障害がわかれば、非特異的腰痛の多くがわかる』

仙台社会保険病院 副院長 腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一

[非特異的腰痛]原因の特定できない腰痛(非特異的腰痛)が多数を占めるといわれる。この中に、画像診断では所見の得にくい、仙腸関節障害などの機能障害による腰痛が多く含まれていると考えられる。

[頻度と分布]腰痛に占める仙腸関節の痛みの頻度は3.5%~30%と報告者間で異なるが、2012年の1年間に当科で治療した新患の急性腰痛患者(発症1か月以内)に占める仙腸関節障害の頻度は38%でギックリ腰の多くの原因になっていることがわかった。さらに新患の慢性腰痛患者(発症1か月以上)に占める頻度は52%と高率であった。また2010年度に受診した仙腸関節障害患者は9歳から90歳代までの男女に幅広く分布し、仙腸関節障害が老若男女に起こる、ありふれた痛みであることを示している。そして腰椎疾患との合併例も少なくなく、腰椎固定術後に仙腸関節障害の発症頻度が増加することが注目されている。

[症状の特徴]

《**疼痛域**》仙腸関節障害の自覚疼痛部位は上後腸骨棘(PSIS)周辺を中心とした腰臀部が多く、患者自身に疼痛の最も強い部位を指1本で示させるone finger testでPSIS周辺を指さす例が多い。また単径部の痛みも特徴的で、多くの例でdermatomeに一致しない下肢の痺れや痛みを伴う。

《**疼痛が出やすい動作**》固い椅子の座位、仰向け、側臥位(特に患側下)が困難と訴える例が多い。また関節の痛みの特徴である動作開始時(寝返り、立ち上がり)に痛みが出やすく、朝方の痛みを訴える例も少なくない。

[ブロックで診断]仙腸関節ブロックの効果から最終的に仙腸関節障害を診断する。関節腔内よりも関節後方の靭帯へのブロックが有効である。ブロック前に比べて70%以上の疼痛の改善が得られれば仙腸関節障害と診断する。

[見つけるのは簡単]機能障害は画像での診断は困難であることを踏まえ、
腰臀部と単径部の痛み! 座位、仰臥位、側臥位(患側下)、寝返りが困難!

one finger test でPSIS周辺を指させば ⇒⇒ 仙腸関節障害が疑われる!

[非特異的腰痛の実態]非特異的慢性腰痛には、心理・社会的ストレスによる腰痛もあるが、多くは適切な診断と治療が行われないうえに遷延している腰痛と考えられる。したがって、その中の主要な位置を占めると推定される仙腸関節障害の診断ができれば非特異的腰痛の多くが解決すると考える。