

# 第3回日本仙腸関節研究会 プログラム・抄録集

会 期：2012年11月2日（金）  
会 場：ANAクラウンプラザホテル神戸  
兵庫県神戸市中央区北野町1-1  
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 24 年 11 月 2 日 (金) 17:00~20:20

会長挨拶 17:00~17:05 仙台社会保険病院 村上 栄一

演題発表 17:05~18:35

座 長 : 東北大学 整形外科 准教授 小澤 浩司

- 1、 『股関節と仙腸関節が原因で生じた鼠径部痛の一症例』 (5分)  
吉田整形外科病院 リハビリテーション科 松本 裕司 他
- 2、 『難治性仙腸関節機能障害に対するコアマッスルエクササイズの有効性』 (6分)  
今給黎総合病院 リハビリテーション部 山崎 数馬 他
- 3、 『難聴患者の繰り返す動作から仙腸関節障害を疑った症例の経験』 (5分)  
那須赤十字病院 整形外科 吉田 祐文 他
- 4、 『仙腸関節性疼痛と鑑別を要した L1/2 椎間孔外ヘルニアの 1 例』 (5分)  
秋田組合総合病院 整形外科 鶴木 栄樹 他
- 5、 『仙腸関節障害と併発した上殿皮神経障害の 2 症例』 (6分)  
釧路労災病院 脳神経外科 千葉 泰弘 他
- 6、 『腰椎手術後疼痛症候群に対する後仙腸靭帯ブロックの有効性』 (6分)  
順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター  
麻酔科・ペインクリニック 松本 園子 他
- 7、 『仙腸靭帯ブロックを行う際、超音波診断装置は有用か』 (6分)  
順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター  
麻酔科・ペインクリニック 中村 かな 他
- 8、 『仙腸関節障害に対する熱凝固療法 難治性症例の検討』 (6分)  
東邦大学医療センター大橋病院  
脳神経外科 脊椎脊髄センター 伊藤 圭介 他

- 9、 『仙腸関節機能障害に対する仙腸関節固定術（制動術）の小経験』（5分）  
今給黎総合病院 整形外科 救仁郷 修 他

製品説明 18：45～19：00

『経皮吸収型 持続性疼痛治療剤 ノルспанテープ』 久光製薬株式会社

基調講演 19：00～20：00

座 長：釧路労災病院 脳神経外科 部長 井須 豊彦  
演 題：『画像では分からない非特異的腰痛の核心に迫る！  
－仙腸関節障害を診断するブロック手技の実際』  
演 者：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～

20：00～20：20

『仙腸関節の固定手術を受けて』 司会 村上 栄一、黒澤 大輔  
パネリスト 岡田 菜穂美（兵庫県）  
パネリスト 帖佐 康寛（鹿児島県）

演題発表 1

『股関節と仙腸関節が原因で生じた鼠径部痛の一症例』

○松本裕司<sup>1)</sup> 中宿伸哉<sup>1)</sup> 森戸剛史<sup>1)</sup> 吉田徹<sup>2)</sup>

吉田整形外科病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>

吉田整形外科病院 整形外科<sup>2)</sup>

キーワード： 鼠径部痛、股関節、仙腸関節

【はじめに】今回、股関節と仙腸関節が原因で生じた鼠径部痛の一例を経験したので考察を踏まえ報告する。

【症例紹介】症例は30代女性であり、出産後8ヶ月経過していた。主訴は、ソファへの座位における鼠径部痛であった。

【初診時所見】股関節は、他動屈曲にて患側85°であり、屈曲最終域において鼠径部痛を認めた。圧痛は梨状筋にのみ認め、股関節前方組織、仙腸関節には認められなかった。骨盤負荷試験も陰性であった。

X線所見では股関節は若干の臼蓋形成不全を認めた。

【経過及び運動療法】運動療法は、梨状筋、後方関節包のストレッチングを行った。加療2週後、股関節屈曲93°と改善し、他動屈曲での疼痛が消失したが、鼠径部痛は残存していた。再評価では、Newton変法にて陽性を認めた。その他、仙腸関節障害を示唆する所見は認められなかったが、運動療法として、仙骨の前後傾を促した。加療約6週後にて座位時の疼痛が消失した。

【考察】本症例は、鼠径部の圧痛を認めず、股関節屈曲内転内旋にて再現痛を得たことから、股関節前方のimpingementが原因と考えた。その後、後方組織のストレッチングにて再現痛は消失し、座位時の鼠径部痛は軽減したが、残存していた。再評価にてNewton変法に陽性を認めた。その他、仙腸関節障害を疑う所見は得られなかったが、仙腸関節への治療により座位時の疼痛は消失したことから、仙腸関節由来の鼠径部痛を合併していたと考えられた。

ソファのような臀部が沈み込む状態では、股関節の深屈曲と骨盤の後傾が強られるが、股関節の屈曲可動域制限により、骨盤の過後傾が生じた結果、相対的に仙腸関節のNutationストレスが加わる事で、仙腸関節由来の鼠径部痛を合併したと考えた。仙腸関節に圧痛等明らかな所見が認められない場合においても、仙腸関節へのアプローチにて効果判定を行う事は有効であることが示唆された。

## 演題発表 2

### 『難治性仙腸関節機能障害に対するコアマッスルエクササイズの有用性』

○山崎数馬<sup>1)</sup> 佐藤珠葵<sup>1)</sup> 勝山誠<sup>1)</sup> 鈴東伸洋<sup>3)</sup> 南周作<sup>4)</sup> 松下兼一<sup>4)</sup> 古賀公明<sup>2)</sup>

今給黎総合病院

リハビリテーション部<sup>1)</sup> 整形外科<sup>2)</sup>

クオアリハビリテーション病院

リハビリテーション部<sup>3)</sup> 整形外科<sup>4)</sup>

【はじめに】当院では仙腸関節機能障害患者に対して仙腸関節ブロック、AKA—博田法、プーリータイプ骨盤ベルトを併用して加療し、95%以上が軽快していることを第2回日本仙腸関節研究会にて報告した。これらの保存的治療に抵抗する場合、コアマッスルエクササイズを中心としたリハビリテーションに加えプール内歩行訓練を関連病院で実施している。難治例に対するバランス再獲得と体幹筋力訓練の意義について報告したい。

【対象および方法】症例は8例（男性1名、女性7名）平均年齢50歳（20～73歳）である。体幹バランス評価を行い、立位・座位姿勢アライメント調整を患者と病態を共有しながらコアマッスルエクササイズを実施しバランスを再獲得、その姿勢保持のため体幹・下肢筋力増強訓練をプール内歩行訓練と合わせて行った。

【結果】8例のうち6名が改善し2名が反応しなかった。最も改善率が高かった症例は20歳女性でVAS8からVAS2まで改善し、入院期間は約2週間であった。症状が改善した症例は筋力アップによる体幹バランスが改善している症例に多かった。症状が改善しにくい症例は外来で同治療を受けていた症例に多かった。

【考察】8例は全例、仙腸関節ブロックなどで一時的に症状が改善するが、その効果が持続しないという共通の病態を有していた。また全例が体幹筋力低下を認め、立位・座位姿勢バランスが不良であった。コアマッスルエクササイズによって体幹筋力が回復し立位・座位姿勢バランスが改善した症例に治療効果を認めることから、難治例はAKA—博田法などにより仙腸関節の適合性は獲得されるも体幹筋力低下やバランス不良によってその適合性が維持できていない状況にある可能性があると考えられた。

【結論】コアマッスルエクササイズによる体幹筋力訓練は仙腸関節機能障害難治例であっても、症状が改善する場合があります、手術を行う前に実施する意義があると考えられる。

### 演題発表 3

## 『難聴患者の繰り返す動作から仙腸関節障害を疑った症例の経験』

○吉田祐文 鈴木拓 橘田祐樹 松丸聡 武田和樹 大久保寿樹

那須赤十字病院 整形外科

仙腸関節障害はその存在を知らなければ診断を下すことはできないが、X線、CT、MRI など既存の画像診断方法では少なくとも現時点では有用な所見は検出できないと言われているため、存在を知っていたとしても診断をつけることは決して容易なことではない。自覚疼痛部位、疼痛誘発テスト、圧痛点を確認し、他の部位へのブロックが無効で仙腸関節ブロックで70%以上の疼痛の軽快がある場合に診断できるとされている。今回、難聴のため問診が困難であったが、ある繰り返す動作から仙腸関節障害の可能性を疑い仙腸関節ブロックが有用であった症例を経験したので報告する。

82歳女性。ある時、転倒して腰痛が出現し近医を受診、腰椎多発圧迫骨折と診断され保存的に加療されるが歩行困難となりリハビリ病院に入院した。臥位以外での疼痛が強く、リハビリもできない状態であるため紹介され当科を初診した。受傷から約3か月が経過していた。車いすでの入室で、坐位保持は困難で、介助にて短時間の立位は可能とのことであった。圧迫骨折を除き明らかな大腿骨近位部骨折や骨盤骨折は認めなかった。疼痛の部位を訪ねても痴呆はないが難聴のため部位の特定も性状の聴取も困難であったが、車いす坐位で繰り返している動作に気づき、同部に主たる疼痛があることを辛うじて聞き出せた。介助にて立位前屈位でのブロックを施行し、3日後の再診時に幾分かの効果があったことを確認したので透視下に両側の仙腸関節ブロックを施行した。その後は本人は効果があるとは言ってくれないが、家人と入所施設の主治医からは歩行が少しずつ改善したこと、疼痛の訴えも減っていることが確認でき、初診から5.5週後の5回目の透視下の仙腸関節ブロックを最後に、内科領域の持病の治療に専念したいと通院終了となった。仙腸関節障害を疑った動作の詳細に関しては当日会場にて供覧する。

演題発表 4

『仙腸関節性疼痛と鑑別を要した L1/2 椎間孔外ヘルニアの 1 例』

○鵜木栄樹 阿部栄二 村井 肇 西奈津雄  
小林 孝 阿部利樹 若林育子 菊池一馬

秋田組合総合病院 整形外科

仙腸関節性疼痛と鑑別を要した、L1/2 椎間孔外ヘルニアの 1 例を経験したので報告する。

症例：50 歳、女性。

主訴：右殿部痛、右腓脛部痛。

現病歴：2012 年 4 月 4 日より、右殿部痛と右腓脛部痛が生じ、同年 4 月 6 日近医を受診し、仙骨裂孔ブロックなどを受けた。症状は一時軽快したが、4 月 8 日、しゃがんだ際に痛みが増悪し、4 月 9 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。神経脱落所見に有意なものは無し。

ラセーグテスト、大腿神経伸展テストなどは陰性であった。One finger test 右陽性、Newton テスト変法右陽性、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、仙腸関節ブロックを施行した。再現痛は得られたが、ブロック効果はVAS改善率で7割に満たなかった。NSAIDの投与にて症状は軽快したが、原因が不明のため、5月8日腰椎のMRIを施行したところ、右側L1/2椎間孔外ヘルニアが認められた。椎間板造影などさらに検査を進めることを考慮したが、症状がほぼ軽快しており、現在外来で経過を観察中である。

考察：仙腸関節痛の鑑別診断として、腰椎椎間板ヘルニアは常に念頭に置かなければならない。

中下位の腰椎椎間板ヘルニアは頻度も多く、日常診療において、身体所見だけで、ある程度仙腸関節痛と鑑別が可能と思われる。しかし、本症例のようなL1神経根の障害については、その臨床的特徴はほとんど知られていない。L1神経根はそのデルマトームから腓脛部痛が主訴となり、また、大腿神経や、坐骨神経に関与しないため、ラセーグテストや大腿神経伸展テストが陰性となることが予測される。

本症例では手術、椎間板造影など行っていないため、確定診断とはいえず、また、仙腸関節性疼痛との合併の可能性も否定はできない。しかし、臨床症状や身体所見が仙腸関節性疼痛と類似しており、注意を要すると考えられた。

演題発表 5

## 『仙腸関節障害と併発した上殿皮神経障害の 2 症例』

○千葉泰弘<sup>1)</sup> 井須豊彦<sup>1)</sup> 森本大二郎<sup>2)</sup> 今井哲秋<sup>1)</sup> 穂刈正昭<sup>1)</sup> 金景成<sup>3)</sup>  
磯部正則<sup>1)</sup>

釧路労災病院 脳神経外科<sup>1)</sup>

横浜新緑総合病院 脳神経外科<sup>2)</sup>

日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター<sup>3)</sup>

【はじめに】今回我々は、仙腸関節障害と併発した上殿皮神経障害の 2 症例を経験したため、その治療経過につき報告する。

【症例 1】55 歳女性。1 年くらい前から右腰痛を自覚。右臀部～大腿部へしびれと疼痛は徐々に広がってきた。当科受診され、仙腸関節障害の診断にてブロック目的で当科入院となった。計 3 回の仙腸関節ブロックを施行し、NRS (numerical rating scale) は 10→5-6 点まで改善した。右腸骨稜上外方の圧痛も確認され、右上殿皮神経障害も合併していると考え、同ブロックを計 3 回の施行。NRS は 0-1 点まで改善し、退院された。

【症例 2】72 歳女性。1 か月半前ころから両膝痛を自覚し、整形外科で投薬治療を開始。1 週間前から右臀部～下肢外側の疼痛が出現し歩行困難となった。当科受診され、仙腸関節障害の診断にてブロック目的で当科入院。計 3 回の仙腸関節ブロックで NRS 8→3 点まで改善。しかし、軽度の腰痛と右下肢症状は残存しており、依然歩行困難な状態であった。右腸骨稜上外方の圧痛と右腓骨骨頭部での Tinel 様兆候が確認され、右上殿皮神経麻痺と右腓骨神経麻痺も合併していると考えた。計 3 回の右上殿皮神経ブロックを施行し、腰痛は NRS 0-1 点、右大腿の痛みも消失した。右腓骨神経麻痺に対して手術を施行し、右下腿外側痛は消失。独歩可能となり退院された。

【結語】仙腸関節障害に上殿皮神経障害 (+ 腓骨神経麻痺) を合併した症例の治療経過につき報告した。難治性の腰下肢痛は複数の要因が関与している可能性もあり、それを念頭に入れ治療していくことが重要と思われた。

演題発表 6

『腰椎手術後疼痛症候群に対する後仙腸靱帯ブロックの有効性』

○松本園子 榎本達也 金井琢磨 今井美奈 原厚子 中村かんな 光畑裕正

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター  
麻酔科・ペインクリニック

腰椎手術後に再度腰痛・下肢痛が出現する疾患である腰椎手術後疼痛症候群（failed backed surgery syndrome ; FBS）の治療には苦慮することが多い。今回当院外来で FBS 患者での難治性腰下肢痛に対する仙腸関節ブロックの有効性を検討した。2010 年 4 月～2012 年 9 月に受診した FBS 患者に対して、仙腸関節痛の誘発試験（Newton・Gaenslen・Patrick・Fadire 各試験）で陽性の患者 15 名に後仙腸靱帯ブロックを行った。初診時に誘発試験陽性であった患者には局所麻酔薬のみで後仙腸靱帯ブロックを行い、約 1 週間後にその効果を検討し、有効であった症例には局所麻酔薬とデカドロンにてブロックを行い、以後疼痛緩和まで 1 回/週の割合でブロックを継続した。全症例の疼痛部位と罹患期間、改善率を検討した。

結果：硬膜外ブロックから治療を変更したものも含めて 15 例全例に効果があった。後仙腸靱帯ブロック後の NRS（0 - 1）平均の経時的変化を ANOVA 検定を用いて  $p < 0.01$  の統計学的結果を得た。1 回目のブロックにて 50%以上の NRS の改善を示した症例は 15 例中 11 例であった。

考察：仙腸関節由来の診断は難しく、1 種類の誘発試験では信頼性にかけるため、我々は 4 種類を行い、かつ診断的ブロックを行った後に確診している。仙腸関節性疼痛は下腿まで放散する関連痛が出現することがあり、椎間関節性疼痛、椎間板性疼痛の疼痛部位と一致することもあるため、鑑別診断時には考慮する必要がある。

結論：FBS の疼痛は仙腸関節由来のものが認められ、その疼痛には後仙腸靱帯ブロックが有効であった。仙腸靱帯由来の疼痛は、腰痛だけでなく非連続性の下肢痛が認められた。

演題発表 7

『仙腸靱帯ブロックを行う際、超音波診断装置は有用か』

○中村かな 松本園子 金井琢磨 榎本達也 原厚子 光畑裕正

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター  
麻酔科・ペインクリニック

【目的】腰臀部痛はペインクリニック外来においても最も頻度の高い疾患である。他疾患との鑑別、治療を行う際、仙腸関節ブロックは有用な手段である。しかしこの関節は周囲を靱帯で固定されているため確実なブロックの施行は困難な事も多い。仙腸関節靱帯ブロック施行に超音波が有用か検討した。

【対象】腰臀部痛を訴え受診した外来患者 272 名の中から仙腸関節由来の痛みと診断した 38 例。

【方法】触診により後上腸骨稜 (PSIS) を同定し靱帯付着部を確認する。リネアまたはコンベックスプローブを用いて仙腸関節間隙を覆う長後仙腸靱帯 (以下 LPSL) を描出し間隙内に針先を進め薬液を注入する。

【結果】LPSL の描出は可能であり、薬液の広がりが確認可能であった。靱帯描出がやや難しい症例では腸骨と仙骨の位置関係から判断した。

【結論】超音波診断装置は仙腸靱帯ブロックのガイドになりうる。解剖学的考察を加えて報告する。

【参考文献】

- 1) 村上栄一：診断のつかない腰痛 仙腸関節の痛み 南江堂：2012.3
- 2) 新堀博展：難治性の腰下肢痛に対する超音波ガイド下ブロック ペインクリニック Vol. 31 No. 5 2010.
- 3) Ultrasound assessment of the posterior sacroiliac ligaments.  
Le Goff B et al. Clin Exp Rheumatol. 2011 Nov-Dec;29(6)1014-7

演題発表 8

『仙腸関節障害に対する熱凝固療法 難治性症例の検討』

○伊藤 圭介

東邦大学医療センター大橋病院  
脳神経外科 脊椎脊髄センター

【はじめに】仙腸関節障害に対する診断、治療を目的としたブロック加療の有効性は報告されている。しかしブロック症例の中では、施行後症状が再発し複数回の治療が必要になる場合もまれではない。われわれの施設ではこのような症例に対し、長期の疼痛抑制効果をねらい、高周波熱凝固術を施行しその効果も報告してきた。今回難治性仙腸関節障害に対し複数回の熱凝固治療が必要となった症例の検討をした。

【対象, 方法】2010年4月～2012年3月までに5回以上の熱凝固治療が必要となり、追跡可能であった5例を対象とした。方法はX線透視下に仙腸関節部にブロックを行い診断、有効であった箇所レントゲン撮影を施行し凝固箇所のメルクマールとし、同箇所に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秒にて凝固巣の作成を施行した。50%以上の改善が得られたものを有効とした。

【結果】2年間で熱凝固を5回以上必要となった難治性仙腸関節障害は5例で全熱凝固症例(113例)中4.42%であった。

効果期間は平均17.8日現時点での最終効果期間は28.1日であった。

いずれの症例も施行直後のVASは0であり、施行回数を重ねる事に効果が延長する傾向は認められた。難治性症例は病脳期間が長く、疼痛も通常のものよりも強い傾向があった。

【考察・結語】仙腸関節障害の治療において高周波熱凝固治療は低侵襲に求心路遮断が可能であり、重傷例であっても繰り返すことにより疼痛の軽減は可能であると思われた。

演題発表 9 18:25~18:35

## 『仙腸関節機能障害に対する仙腸関節固定術（制動術）の小経験』

○救仁郷修<sup>1)</sup> 吉井理一郎<sup>1)</sup> 前田悠<sup>1)</sup> 石田育男<sup>1)</sup> 東福勝宏<sup>1)</sup>  
宮口文宏<sup>1)</sup> 松永俊二<sup>1)</sup> 今給黎尚典<sup>1)</sup> 小宮節郎<sup>2)</sup> 古賀公明<sup>1)</sup>

今給黎総合病院 整形外科<sup>1)</sup>

鹿児島大学 整形外科<sup>2)</sup>

【はじめに】当院では重症の仙腸関節障害に対し後方から仙腸関節固定スクリューを刺入し一時的な仙腸関節固定（骨移植しない）を試みている。これは疼痛を緩和しリハビリテーションを行いやすくすること、仙腸関節の制動機能を拘縮によって高めることを目標にしている。関節固定後スクリューを抜去した1症例について報告する。

【症例】44歳女性、32歳時に腰椎分離すべり症にてPLF施行されたが次第に右下肢疼痛・しびれ感が悪化したため2006年6月L5神経根の除圧後にPLIF施行された。症状は一時的に改善したが次第に右下肢全体のしびれ感が悪化、さらに臀部痛、骨盤周囲の疼痛、股関節痛が生じ左側にも同様の症状を併発した。この時点で仙腸関節ブロック効果を判定し仙腸関節機能障害であると診断した。その後約4年間AKA療法、仙腸関節ブロックなどの保存的治療施行するも歩行困難になり終日ほぼベッド上安静状態になった。2010年9月30日右側、2010年10月22日と同年12月28日左側に対して仙腸関節固定術を行った。約1年3月後の2012年3月13日固定用スクリューをすべて抜去した。

【結果および考察】術前VAS10に対し抜去後6ヶ月の現在、右側VAS2、左側4程度であり日常生活動作に支障はない。乗用車の運転も通常通り可能でありNSAIDの内服は不要である。仙腸関節固定術には主に前方法、後方法などがあるがそれぞれに長所短所がある。前方法は確実な骨移植が可能であるが手技に熟練が必要である。従来の後方法ではスクリュー刺入は比較的容易であるが骨移植が不十分になりやすく、骨移植の際に温存すべき後方靭帯組織を損傷する可能性が高い。新法では骨移植は不要であり後方靭帯も温存され術後早期から体幹の筋力トレーニングを行いやすいメリットがある。

【まとめ】仙腸関節制動術は仙腸関節が安定するまで数ヶ月は必要であるが治療の選択肢になり得る可能性がある。



## 『画像では分からない非特異的腰痛の核心に迫る！』

### —仙腸関節障害を診断するブロック手技の実際—

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】欧州ガイドラインで述べられているように、特異的な原因を突き止められない慢性の腰背部痛（非特異的腰痛）が85%以上を占め、腰椎椎間板ヘルニアや狭窄症のような特異的腰痛は15%以下といわれる。この非特異的腰痛の中に仙腸関節障害の痛みが含まれ、かなりの部分を占めている可能性がある。

【解剖と病態】仙腸関節は後方を強力な靭帯が固定する動きの少ない関節である。関節面が荷重方向と平行に近く、かつ仙骨が前傾しているため垂直負荷を受け止めるには不利な構造である。そのため、関節面よりも後方の靭帯が荷重を受ける主役を担っている。僅かに滑る程度の関節に過度の負荷や、不意の負荷がかかると微小なズレが関節に生じる（機能障害）。後方の靭帯組織に過度の緊張が加わる結果、疼痛が生じると考えられる。

【頻度と分布】腰痛に占める頻度は3.5%~30%と報告者間で異なる。2010年4~2011年3月に仙台社会保険病院の腰痛・仙腸関節センターを受診した仙腸関節の痛みの患者408例の内訳は男性148例、女性260例で、9歳から90歳代まで幅広く分布している。これは仙腸関節障害が老若男女に起こる、珍しくない痛みであることを示している。

【疼痛域】仙腸関節障害の自覚疼痛部位は仙腸関節裂隙の外縁部（上後腸骨棘周辺）を中心とした腰臀部が多く、単径部の痛みも特徴的である。多くの例でdermatomeに一致しない下肢の痺れや痛みを伴う。

【疼痛が出やすい姿勢】仰向け、固い椅子の座位、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（立ち上がり、寝返り動作）の痛みが出やすく、朝方の痛みを訴える例も少なくない。

【画像所見】X-P、MRI、CTで診断に有用な特異的な所見が得られない。

【圧痛点】上後腸骨棘および長後仙腸靭帯、仙結節靭帯、腸骨筋部で圧痛が多くみられ、診断に有用である。

【one finger test】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が有用で、仙腸関節障害では上後腸骨棘周辺を指さす例が多い。

【診断基準と手順】仙腸関節障害の診断基準を①片側の腰殿部痛、②Newton テスト変法, Gaenslen テスト, Patrick テストの1つ以上が陽性、③他の部位へのブロックが無効で、仙腸関節ブロックで70%以上の疼痛の軽快がえられる、の3条件としている。

実際の診断手順は、MRI、CT で特異的な所見が得られないことを踏まえ、自覚疼痛部位 (one finger test が有用)、圧痛 (上後腸骨棘、長後仙腸靭帯、仙結節靭帯、腸骨筋部)、疼痛誘発テスト (Newton テスト変法, Gaenslen テスト, Patrick テスト) の所見を参考に、最終的に仙腸関節ブロックの効果から診断する。

【仙腸関節ブロック】診断の決め手であるブロックには関節腔内ブロックと関節後方の靭帯領域へのブロックがある。関節腔内にブロック針を刺入するのは容易でないが、関節後方の靭帯領域への刺入は仙骨と腸骨の間隙への刺入であり、X線透視を使用すれば確実にできる。仙腸関節障害患者には関節腔内よりも関節後方へのブロックが有効との知見から、ブロック療法として仙腸関節後方の靭帯へのブロックが効果的である。

【ベッドサイドブロック】患者さんがベッドの端に手をついた立位・軽度前屈位で行う。PSIS の約1横指内側かつ1~2 cm頭側から、垂直から10°前後の角度で、23G カテラン針をPSISの内側縁をかすめて、尾側、外方に向けて刺入する。骨に当たって針が進まない場合は、刺入角度を変えるか、方向をより尾側に修正する。患者さんの“きた、きた”という針の位置で1%リドカイン2~3mlを注入する。この手技はあくまで簡便法であり、効果が得られない例ではX線透視下でのブロックを行う必要がある。

【X線透視下ブロック】患者さんを腹臥位にし、L5/Sに平行に入射しながら、透視下で健側を挙上していき、患側仙腸関節裂隙が腸骨の内側縁で覆われない位置とする。画像上の関節裂隙後方の3区画(頭側、中央、尾側の等分)と、裂隙の上に1区画を設定し、4区画の中央に23G スパイナル針を刺入する。針の深さは患側を軽度挙上した斜位にすると仙腸関節の側面像が描出され、関節面を形成する仙骨の後縁が濃く映し出されることから、針先とその後縁との距離が確認できる。発痛源でない部位へブロック針を刺入すると、誘発される痛みは刺入痛のみで軽い。針刺入時に強い痛みといつも感じる部位への関連痛が得られれば、その位置で1%リドカイン約1mlを注入する。関節の後縁から約1cmの深さでのブロックが理想的であるが、深部までの針刺入が困難な例もあり、再現痛が得られる位置での局所麻酔薬注入で効果は十分期待できる。