

# 第 8 回日本仙腸関節研究会 プログラム・抄録集

会 期：2017 年 11 月 4 日(土)

会 場：JP タワーホール&カンファレンス

東京都千代田区丸の内 2-7-2 KITTE4/5

会 長：JCHO 仙台病院 村上 栄一

共 催：日本仙腸関節研究会/久光製薬株式会社

# —プログラム—

日時： 2017年11月4日（土） 13:50～18:10

会長挨拶 13:50～14:00 JCHO 仙台病院 副院長 腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一

演題発表 14:00～16:20

座長： 東北医科薬科大学医学部 整形外科学教室 教授 小澤 浩司先生

1、『仙腸関節に発生した Regional Migratory Osteoporosis の1例』

14:00-14:08 (8分：発表5分、質疑応答3分)

湖東厚生病院 整形外科 鶴木 栄樹

2、『仙腸関節性腰痛症例における骨盤アライメントの特徴』

14:08-14:16 (8分：発表5分、質疑応答3分)

よしだ整形外科クリニック 鶴川 浩一 他

3、『仙骨正中面を鏡面とした左右寛骨の非対称性計測法』

14:16-14:24 (8分：発表5分、質疑応答3分)

広島国際大学大学院 医療・福祉科学研究科 医療工学専攻 伊藤 一也 他

4、『仙腸関節に対する運動介入による寛骨傾斜角と足圧中心の変化について』

14:24-14:32 (8分：発表5分、質疑応答3分)

健康科学大学 成田 崇矢 他

5、『仙腸関節障害が疑われた急性腰痛患者に対する投薬治療の検討』

14:32-14:40 (8分：発表5分、質疑応答3分)

総合南東北病院 低侵襲脊髄手術センター・脳神経外科 風間 健 他

6、『理学療法を用いた仙腸関節の不安定型・安定型分類の試み』

14:40-14:48 (8分：発表5分、質疑応答3分)

菊野会菊野病院 整形外科 新 丈司 他

7、『仙腸関節障害に対する骨盤ベルト固定の有効性の検討』

14:48-14:56 (8分：発表5分、質疑応答3分)

大田記念病院 整形外科 山内 俊之 他

8、『臼蓋形成不全と仙腸関節障害との関連』

14:56-15:02 (8分：発表5分、質疑応答3分)

医療法人慈和会 吉田整形外科病院 リハビリテーション科 松本 裕司 他

- 休憩：15:02-15:15 -

9、『腸骨の inflare 障害・outflare 障害に起因する仙腸関節障害パターンの提唱』

15:15-15:23 (8分：発表5分、質疑応答3分)

旭川医科大学病院 神保 静夫 他

10、『末期変形性股関節症を伴う仙腸関節機能障害例への AKA 博田法の治療効果』

15:23-15:31 (8分：発表5分、質疑応答3分)

麻助メディカル 橋本 博子 他

11、『受傷時に仙腸関節に外傷を認めない骨盤骨折後仙腸関節障害の4症例』

15:31-15:39 (8分：発表5分、質疑応答3分)

太田記念病院 小林 洋樹 他

12、『非特異的腰痛症のうち考案した疼痛誘発テストを行い診断した

長後仙腸靭帯炎の治療経験』

15:39-15:47 (8分：発表5分、質疑応答3分)

徳山整形外科 徳山 博士 他

13、『超音波ガイド下 Fascia リリースにより治療した仙腸関節障害の関連疼痛に関する検討』

15:47-15:55 (8分：発表5分、質疑応答3分)

よしだ整形外科クリニック 吉田 眞一

14、『仙腸関節障害における疼痛関連部位の特徴』

15:55-16:03 (8分：発表5分、質疑応答3分)

東邦大学大橋医療センター 伊藤 圭介

15、『仙腸関節障害が疑われた中殿皮神経障害の治療経験』

16:03-16:11 (8分：発表5分、質疑応答3分)

釧路労災病院 脳神経外科 松本 順太郎 他

16、『本邦初の i-Fuse Implant System を用いた低侵襲仙腸関節固定術の臨床経験』

16:11-16:19 (8分：発表5分、質疑応答3分)

菊野病院 整形外科 古賀 公明 他

製品説明 16:20～16:30

『最近の経皮吸収型製剤の話題』 久光製薬株式会社

16:30～17:50 基調講演

座 長：関東労災病院 整形外科・脊椎外科 唐司 寿一 先生

基調講演 1

『Fascia で整理する腰痛診療のポイント

～解剖・動き・エコーによる診断・治療技術の標準化と発展を目指して～』

弘前大学医学部附属病院 総合診療部 助教 小林 只 先生

基調講演 2

『画像に頼るために診断されない仙腸関節の悲劇と診断できない現代医療の落とし穴』

JCHO 仙台病院 副院長 腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一 先生

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～

17:50～18:10

『仙腸関節障害と診断されて』

司 会：JCHO 仙台病院 整形外科 黒澤 大輔 先生

パネリスト：桂高森 S・S レディースクリニック 看護師 遠藤 奈津子 さん

## 仙腸関節に発生した Regional Migratory Osteoporosis の 1 例

○鶴木 栄樹

湖東厚生病院 整形外科

### 【はじめに】

仙腸関節に発症し、腰殿部痛を繰り返した Regional Migratory Osteoporosis (RMO) の 1 例を経験したので、報告する。

症例：49 歳、男性。

主訴： 左腰殿部痛。

現病歴：1 週間前より、誘因なく左腰殿部痛生じ、中腰での作業がつらいため、当科を受診した。

身体所見：下肢神経所見に異常なく、座位で痛みが増悪し、仙腸関節疼痛誘発テスト陽性、左上後腸骨棘、仙結節靭帯の圧痛などの所見を認め、左仙腸関節性疼痛を疑った。

画像所見：単純写真では特記するものなし。

経過：初診時、身体所見より、左仙腸関節性疼痛を強く疑い、同日透視下にブロックを施行した。しかし、ブロックはほとんど効果無く、NSAID を投与し経過をみた。2 週間後、仙腸関節部の MRI を施行した。左仙腸関節を中心に仙椎、腸骨ともに、びまん性に広がる T1 low, T2 high lesion を認めた。血液所見では、CRP 値は正常で、他に特記する所見が無く、投薬を続けて経過をみた。

初診後、約 3 か月で左腰殿部痛は消失したが、その 2 か月後、右腰殿部痛を主訴に、再受診した。身体所見も前回と同様であり、仙腸関節部の MRI を撮像した。左側の輝度変化は消失しており、今度は右側に同様の T1 low, T2 high lesion が出現していた。再び NSAID 投与で経過をみた。5 か月後、痛みは消失した。MRI でも、輝度変化は消失し、正常像を呈していた。

### 【考察】

RMO は稀な疾患で、大腿骨頭に見られる一過性骨萎縮症と類似の病態を呈し、bone marrow edema syndrome の 1 型と考えられている。中年男性に多く、主に下肢荷重関節に発症することが知られている。その病態は不明であるが、症状は一過性で、予後良好な self-limiting disease である。文献を渉猟したが、仙腸関節に生じた RMO の報告例はみあたらず、本症例は非常に稀な Case と考えられた。

\*D. Kurosawa et al, A Diagnostic Scoring System for Sacroiliac Joint Pain Originating from the Posterior Ligament. Pain Med. 2016;0: 1-11. [Epub ahead of print]

## 仙腸関節性腰痛症例における骨盤アライメントの特徴

○鶴川 浩一<sup>1)</sup> 吉田 眞一<sup>1)</sup> 岸田 敏嗣<sup>2)</sup>

1) よしだ整形外科クリニック

2) (株) 運動器機能解剖学研究所

### 【目的】

仙腸関節性腰痛症例を X 線画像上の計測から比較し、仙腸関節性腰痛症例の特徴的な骨盤アライメントの調査を行うとともに、我々の考案した腰椎骨盤アライメントの計測法を提案する。

### 【対象】

正常群として健常ボランティア成人 19 人（男性 8 人女性 11 人、平均  $37.2 \pm 10.6$  歳）、仙腸関節群として仙腸関節症と診断され、手術既往のある者、骨変形のある者、仙腸関節ブロックの効果が 7 割以下の者を除外した 34 例（男性 16 例、女性 18 例、平均  $55.5 \pm 18.5$  歳。以下 SIJ 群）を対象とした。

### 【方法】

X 線撮影は TOSHIBA 社製 KX0-32E を用い立位にて行った。計測には画像処理ソフトウェア imageJ を用いた。計測は腰椎前弯角（以下 LLA）、Pelvic angle（以下 PA）、Pelvic Lordosis（以下 PL）を行った。さらに右恥骨結節と右上前腸骨棘を結んだ線と床への垂線のなす角（右 Pubic tubercle ASIS-Perpendicular line angle、以下右 PA-P angle）の計測を行い、同様に左側でも計測した（以下左 PA-P angle）。右恥骨結節と右上前腸骨棘を結んだ線と第 1 仙椎上縁のなす角（右 Pubic tubercle ASIS-S1 angle、以下右 PA-S1 angle）の計測を行い、同様に左側でも計測した（以下左 PA-S1 angle）。その後各項目の平均値を算出し正常群と SIJ 群の比較を行った。統計処理は Mann-Whitney U 検定を用いた。

### 【結果】

LLA：正常群  $50.7 \pm 9.0^\circ$ 、SIJ 群  $40.4 \pm 13.1^\circ$  ( $P < 0.05$ )。

PA：正常群  $-17.7 \pm 5.3^\circ$ 、SIJ 群  $-26.0 \pm 7.1^\circ$  ( $P < 0.05$ )。

PL：正常群  $35.3 \pm 6.5^\circ$ 、SIJ 群  $32.7 \pm 8.2^\circ$  ( $P > 0.05$ )。

右 PA-P angle：正常群  $-3.3 \pm 5.3^\circ$ 、SIJ 群  $-10.2 \pm 7.5^\circ$  ( $P < 0.05$ )。

左 PA-P angle：正常群  $7.6 \pm 7.9^\circ$ 、SIJ 群  $-3.2 \pm 8.8^\circ$  ( $P < 0.05$ )。

右 PA-S1 angle：正常群  $131.2 \pm 6.3^\circ$ 、SIJ 群  $133.7 \pm 9.5^\circ$  ( $P > 0.05$ )。

左 PA-S1 angle：正常群  $120.7 \pm 7.4^\circ$ 、SIJ 群  $122.2 \pm 9.3^\circ$  ( $P > 0.05$ )。

### 【考察】

調査結果より、仙腸関節痛患者は健常者に比べ腰椎前弯が乏しく、腸骨と仙骨は大腿骨頭を中心に後傾しているが、腸骨に対する仙骨の位置関係は有意差を認めなかった。腸骨が後傾しているにも関わらず仙腸関節アライメントが不変で LLA が低下していることが仙腸関節への力学的ストレスを増加させていると考える。

## 仙骨正中面を鏡面とした左右寛骨の非対称性計測法

伊藤 一也<sup>1)</sup> 古賀 公明<sup>2)</sup> ○蒲田 和芳<sup>1)</sup>

1) 広島国際大学大学院 医療・福祉科学研究科 医療工学専攻

2) 菊野病院整形外科

### 【背景】

仙腸関節機能障害の原因として、骨盤マルアライメントによる仙腸関節へのメカニカルストレスの関与が疑われるが、その精密な計測法は存在しない。そこで本研究では、仙骨正中面を鏡面として左右寛骨の非対称性の計測方法を提案する。

### 【方法】

対象者は、診療において骨盤の CT 撮像を受けた 20 歳代から 60 歳代の女性仙腸関節痛患者 5 名であった。3 次元骨モデルの作成には、3D-DOCTER (Able Software 社製) を用いた。その後、仙骨モデルに座標系を埋設した。仙骨への座標系埋設における二乗平均平方根 (RMS) は、並進変位量について左右並進 0.8mm、上下並進 1.6mm、前後並進 1.6mm、回転変位量について左右軸回転 2.7°、上下軸回転 2.4°、前後軸回転 1.4° であった。Geomagic Studio (3D Systems 社製) を用い、仙骨の正中面を鏡面として右寛骨の鏡面像を左側に作成した。Best Fit Algorithm を用いて 2 つの寛骨を重ね合わせ、左右寛骨の非対称性の指標として 6 自由度変位量の RMS を算出した。

### 【結果】

左寛骨に対する右寛骨鏡面像の変位量の RMS は、左右並進 1.1mm、上下並進 1.4mm、前後並進 2.6mm、左右軸回転 1.2°、上下軸回転 5.1°、前後軸回転 2.5° であった。各対象者における並進変位量 RMS の範囲は 0.38~2.45mm、回転変位量 RMS の範囲は 0.56~4.92° であった。個人別の実数でみると、前方移動量の最大値は 4.1mm、上下軸回転の最大値は 7.9° であった。

### 【考察】

骨盤痛を主訴とする患者において骨盤の非対称性の存在が明らかとなった。RMS の範囲および最大値から、著明な非対称性を呈する対象者も含まれた。今後はこの計測法により、仙腸関節機能障害の患者の骨盤アライメントの特徴を明らかにし、臨床症状との関連性および介入の有効性を検証していく。

## 仙腸関節に対する運動介入による寛骨傾斜角と足圧中心の変化について

○成田 崇矢<sup>1)</sup> 手塚 武士<sup>2)</sup> 今井 厚<sup>3)</sup> 北原 悠貴<sup>4)</sup> 宮尾 貴裕<sup>5)</sup> 金岡 恒治<sup>3)</sup>

1) 健康科学大学

2) 笹本整形外科

3) 早稲田大学スポーツ科学学術院、

4) 平成横浜病院

5) 柳原リハビリテーション病院

### 【はじめに】

仙腸関節アライメントや介入効果の定量化は困難である。寛骨傾斜が重心位置に影響を与える事が報告されている。仙腸関節に対する運動介入により寛骨傾斜角と足圧中心の変化を明らかにし、介入による変化を定量化することが本研究の目的とした。

### 【方法】

健常男性 5 名（平均年齢 24.0±1.7 歳）を対象とした。

測定肢位は両脚立位とし、足圧中心は、重心動揺計（グラビコーダ GR-31）を 2 つ使用し、片脚ずつ算出した。また、寛骨傾斜角は、上前腸骨棘、上後腸骨棘にマーカーを貼付し、上前腸骨棘と上後腸骨棘を結ぶ線と床への垂線がなす角とした。側方より撮影し、得られた画像を画像解析ソフト imageJ にて解析した。仙腸関節アライメントを変化させる（寛骨傾斜誘導）方法は、膝関節抵抗運動により生じる代償運動を利用した。プロトコルは介入前測定、左寛骨の前傾介入（被験者は腹臥位になり、膝関節伸展位から屈曲する際に介入者が強く抵抗）、前傾誘導後測定、右寛骨の後傾介入（被験者は端座位にて、膝関節伸展運動に対して介入者が強い抵抗）、後傾誘導後測定とした。

介入前後の寛骨傾斜角と足圧中心の比較を wilcoxon signed-rank 検定にて行い、有意水準は 5%とした。

### 【結果】

左寛骨は前傾誘導介入前 92.7°、介入後 95.1° となり有意に前傾した。右寛骨は後傾誘導介入前 95.1°、介入後 93.9° となり有意差は認めなかった。

左足圧中心は、前傾誘導介入前は -2.4cm、介入後 -1.1cm と有意に前方偏位した。右足圧中心は後傾誘導介入前は -1.4cm、介入後 -1.6cm と後方偏位したが、有意差は認めなかった。

### 【考察】

本研究で用いた運動介入により、誘導した方向への寛骨の傾きを認めた。寛骨前傾に伴い、同側の足圧中心は有意に前方偏位、寛骨後傾に伴い、同側の足圧中心は後方に偏位した。このことから寛骨傾斜角の変化は、足圧中心の偏位により捉えられ、介入効果は重心動揺計にて定量化出来る可能性が示唆された。



## 仙腸関節障害が疑われた急性腰痛患者に対する投薬治療の検討

○風間 健 富井 雅人 松島 忠夫 水野 順一

総合南東北病院 脳神経外科、低侵襲脊髄手術センター

### 【はじめに】

急性腰痛症の原因の1つに仙腸関節障害の可能性がある。仙腸関節ブロック注射がこの疾患の診断の決め手となっているが、患者さんの同意をえられない症例がある。村上らの報告では、one finger testで上後腸骨棘（PSIS）付近を指す85%が仙腸関節障害であった。更に仙腸関節鑑別スコア5点以上は腰部脊柱管狭窄症や腰椎椎間板ヘルニアを感度、特異度85%以上で鑑別できると黒澤らは報告している。よって、両条件を満たす症例は仙腸関節障害の可能性が極めて高いと考えられる。このような症例に保存療法を行い、その有効性を検討した。

対象は、2015年4月から2016年3月までの2年間に、入院の上、薬物治療とリハビリテーションを行ったone finger testで上後腸骨棘（PSIS）付近を指し、かつ仙腸関節鑑別スコア5点以上の12例。画像上では腰仙部に明らかな異常を認めなかった。下肢の重度の痛みを伴う2例では、痛みが増強すること、膝を伸展できなかった。3例では他院で施行された仙骨硬膜外ブロックで効果が無い後の入院であった。原則的に腰部固定対の24時間装着を行い、鎮痛薬は、ロキソプロフェンから開始、効果が不十分なら、トラマドール塩酸塩・アセトアミノフェン配合錠またはプレガバリンの片方または両者を併用、鎮痛薬を漸増し、痛みがほぼ消失したと言うまで3～7日毎に増量した。同時に、廃用をすこしでも妨げるために、痛みが増強しない範囲でリハビリテーションを行った。臨床経過、入院通院期間、薬物量につき検討した。

入院期間は2週間～10週間、平均4.5週間であった。ロキソプロフェンのみ1例、トラマドール追加1例、プレガバリン150～200mg追加3例、トラマドール+プレガバリン150～300mg追加7例であった。1例のみ、入院途中で仙腸関節ブロックを行い、3時間のみ効果あり。退院後は、全例で鎮痛薬が漸減中止できた。仙腸関節障害は、時間はかかるが、腰部固定帯と多量の鎮痛薬で腰痛改善を認め、その後、鎮痛薬を漸減中止できる可能性があると考えられた。

## 理学療法を用いた仙腸関節の不安定型・安定型分類の試み

○新 丈司<sup>1)</sup> 周藤 将吾<sup>1)</sup> 矢山 勉<sup>1)</sup> 内匠 正武<sup>1)</sup> 古賀 公明<sup>2)</sup>

医療法人菊野会 菊野病院

1) 総合リハビリテーション部

2) 整形外科

### 【背景・目的】

第 24 回腰痛学会で、理学療法前後での骨盤周囲の圧痛点・筋出力について評価し、仙腸関節腔外病変においては靭帯炎・靭帯刺激痛が存在することを報告した。

今回、仙腸関節障害の病態分類を踏まえ、理学療法を用いた仙腸関節の不安定型・安定型分類について文献的考察を加え報告する。

### 【対象と方法】

対象は 2 年以上、保存的治療を行ったが腰痛、臀部痛、下肢痛等の症状が改善せず歩行障害をきたした 10 症例である。治療期間として 1 ヶ月間。

男性 5 例、女性 5 例。

年齢：54.8±15.6 歳。

不安定型は仙腸関節の関節可動性が増大し、疼痛が出現している状態と考え、理学療法効果はあるが一時的で、装具で疼痛が軽減・消失するものとした。安定型は可動性が増大しておらず、理学療法により疼痛が軽減または消失し、効果が持続するものとした。

評価方法は、①疼痛評価として Numerical Rating Scale (以下 NRS) を使用し、運動療法前後での比較②効果持続時間の確認を問診にて行う③NRS を使用し、装具装着前後の疼痛を比較して不安定型・安定型の判定を行った。

### 【結果】

①10 症例すべてにおいて疼痛軽減または消失した。

②10 症例中 7 例は疼痛が再燃し、効果時間は 30 分から 2～3 日。3 例は効果持続し、再発なし。

③疼痛が再燃した 7 例は装具装着にて疼痛軽減し、外すと疼痛再燃する。10 症例中 7 例を不安定型とし、3 例を安定型と分類した。

### 【考察】

先行研究では、仙腸関節の機能的不安定性の評価や痛みとの関係性の報告は少ない。また、一般的な評価を行っても信頼性や妥当性の問題があり、機能的不安定性についての評価方法が明確になっていない。そこで、評価に併せて理学療法の治療効果をもとに、仙腸関節の不安定型・安定型を分類した。

仙腸関節の安定性を分類することで、治療による改善の度合いや適切な治療が行われているかを確認することができ、治療を効果的なものにするうえで重要であると考えられる。

## 仙腸関節障害に対する骨盤ベルト固定の有効性の検討

○山内 俊之 小林 洋樹 清水 国章  
大田記念病院 整形外科

### 【目的】

当院では診察上仙腸関節に圧痛を認める患者にその場で診断的に骨盤ベルト固定を行い、効果を実感された患者に骨盤ベルト購入を勧めている。当院売場に骨盤ベルトを設置し、1年3カ月間で150本以上の販売実績があり、効果を実感する患者が非常に多かった。骨盤ベルト治療の有効性を調べるため、骨盤ベルトを使用した患者を対象にアンケート調査を行ったのでその結果を報告する。

### 【方法】

当院で2017年4月より2017年7月までに仙腸関節に圧痛を認める患者に対して骨盤ベルトを装着し治療を行った全58名のうち、アンケートが回収できた33名（男性17名女性16名）を対象とした。骨盤ベルトは外来で後ろ締めを指導し、装着開始後は入浴時を除いて入眠中も含め常に装着し3-4週間連続装着するよう指導した。装着開始後1-2か月後の外来受診時にアンケートをとった。アンケート結果により、患者年齢、罹病期間、下肢症状の有無、骨盤ベルトの使用状況、疼痛の改善率を検討した。

### 【結果】

患者年齢は平均60歳代、骨盤ベルト装着前の罹病期間は平均26.4(0.5-240)か月、23名に下肢症状の合併があった。骨盤ベルト装着状況としては、一日中15名、日中のみ11名、夜間のみ0名、痛いとき5名だった。疼痛の改善率は平均3.3/10(0-7)だった。

### 【考察】

骨盤ベルトを用いた治療は疼痛の改善率が高く、本来除外診断とされる仙腸関節障害を診断する一つの補助的ツールとなると考える。また、罹病期間6カ月以内かそれ以上かで分けた疼痛の平均の改善率を比較すると前者が2.9(17例)後者が4.3(12例)(P値>0.05)で有意差は無かったが罹病期間が長くても5割程度の改善が得られた。

### 【結語】

仙腸関節障害に対する骨盤ベルト使用は罹病期間に関わらず非常に有効性が高いと考える。

## 臼蓋形成不全と仙腸関節障害との関連

○松本 裕司<sup>1)</sup> 伊藤 憲生<sup>1)</sup> 丹羽 雄大<sup>1)</sup> 森戸 剛史<sup>1)</sup> 松本 優<sup>1)</sup> 篠田 光俊<sup>2)</sup> 中宿 伸哉<sup>1)</sup>  
坪井 亜紀子<sup>3)</sup> 西 貴子<sup>3)</sup> 鈴木 史朗<sup>3)</sup> 坪井 真幸<sup>3)</sup>

1) 医療法人 慈和会 吉田整形外科病院 リハビリテーション科

2) 国際医学技術専門学校

3) 医療法人 慈和会 吉田整形外科病院 整形外科

### 【目的】

今回、当院の仙腸関節障害例における臼蓋形成不全との関係を調査すること。

### 【方法】

対象は、2012年から2017年に仙腸関節部周辺に疼痛を訴え、仙腸関節障害と診断された症例78名（男性33名、女性45名、平均年齢 $33.6 \pm 8.7$ 歳）を対象とし、股関節の単純X線画像が得られた38名（男性20名、女性18名、平均年齢 $30.8 \pm 8.7$ 歳）を抽出した。これらのCE角を計測し、臼蓋形成不全の有無とCE角20度未満のD群と25度以上のN群の2群に分けアライメントを比較検討した。検討内容は、性別、年齢、腰椎前弯角、腰仙角、腸骨仙骨間角度を計測し両群間で比較した。統計学的処理は、対応のないt検定を行い有意水準は5%未満とした。

### 【結果】

臼蓋形成不全の有無において、仙腸関節障害の診断された78名のうち、CE角20度未満が12名の15%であった。CE角25度以上は26名の33%であった。性別において、D群（男性5名女性7名）N群（男性15名女性11名）と両群間に有意差は認められなかった。年齢では、D群23.9歳がN群34.0歳とD群が有意に低年齢であった（ $p < 0.01$ ）。腸骨仙骨間角度では、D群54.4度がN群61.7度とD群が有意に低値であった（ $p < 0.05$ ）。腰椎前弯角、腰仙角においては、両群間に有意差は認められなかった。

### 【考察】

仙腸関節障害例において、CE角20度未満が12名の15%と存在しており、一般的に報告されている2%~7%臼蓋形成不全の保有率より多く認められた。D群において年齢、腸骨仙骨間角度は有意に低値を示している事から臼蓋形成不全における仙腸関節障害の発生に影響するものと考えられ、臼蓋形成不全と仙腸関節障害は何らかの関連があるのではないかと考えられた。

## 腸骨の inflare 障害・outflare 障害に起因する仙腸関節障害パターンの提唱

○神保 静夫（整形外科医師） 角井 俊幸（作業療法士）

旭川医科大学病院

### 【症例 1】

15 歳女性。出生時に脊髄髄膜瘤破裂閉鎖術を施行。2 歳時に脊髄係留解除術を受けた。13 歳時から右下肢の疼痛・痺れ感が出現。15 歳時に両下肢の疼痛・痺れ感のため歩行困難となった。〔初診時所見〕 S1 以下の不全麻痺を有し、短下肢装具装着で自力歩行は短距離なら可能だが、両殿部痛・両下肢痺れ感が強く殆ど車椅子で移動。両仙腸関節に限局した圧痛を認める。〔画像所見〕 腰椎 Xp で異常なく、腰椎 MRI で脊髄係留遺残を認めるが脊柱管内の圧迫性病変は認めない。〔診断・治療〕 坐位により両腸骨 outflare 位を強制され続けたため立位でも両腸骨が inflare 位を取れなくなり仙腸関節障害を来したと診断。マッサージでリラクゼーションを促し両腸骨が inflare 位を取れるようにしたところ、疼痛の軽減が得られた。

### 【症例 2】

22 歳女性。両股関節臼蓋形成不全で 17 歳時に右臼蓋回転骨切り術を、18 歳時に左臼蓋回転骨切り術を受けた。20 歳時から左殿部痛・下肢痛を発作的に自覚、歩行困難を呈するようになった。〔初診時所見〕 両下肢に神経学的異常所見なし。左仙腸関節に限局した圧痛を認める。〔画像所見〕 両股関節臼蓋回転骨切り術術後。腰椎 Xp で第 5 腰椎分離を認めるが迂りはなく、腰椎 MRI でも異常を認めない。〔診断・治療〕 右中殿筋の筋力低下があり、左内腹斜筋が代償的に持続緊張状態となって左腸骨の inflare 位が強制され仙腸関節障害が生じたと診断。マッサージで内腹斜筋をリラクゼーションし左腸骨の outflare 位への誘導をすることで疼痛の軽減が得られた。

### 【考察】

一方は腸骨の inflare 障害、他方は outflare 障害が仙腸関節障害をきたしたが適切な軟部組織への介入を行うことで疼痛軽減が得られている。仙腸関節障害のサブタイプとして上述のパターンがあることを提唱する。

## 末期変形性股関節症を伴う仙腸関節機能障害例への AKA 博田法の治療効果

○橋本 博子<sup>1)</sup> 佐々木 健<sup>2)</sup>

1) 麻助メディカル

2) 佐々木整形外科リハビリテーションクリニック

### 【はじめに】

末期変形性股関節症は高度な股関節可動域制限、股関節痛のため、歩行困難を生じ、日常生活に支障をきたすが、有効な保存療法はない。骨きり術や人工股関節置換術が多く施行されているが、手術を希望しない例、全身状態から手術的治療が困難な例がある。我々は AKA 博田法による仙腸関節機能障害の治療により、末期変形性股関節症を有していても、股関節痛の軽減や歩容の改善、QOL の改善が得られた症例を多数経験している。なかには、股関節可動域の増大とともに、単純レントゲン上でほとんど消失していた股関節の裂隙が次第に開大していく例がある。代表的な 3 症例について報告する。

### 【症例 1】

58 歳女性。主訴：2 年前から左股関節痛、診断：両変形性股関節症、レントゲン所見：L5 前方滑り、臼蓋形成不全、末期両変形性股関節症、AKA 治療部位：仙腸関節と股関節、治療期間：月 1～2 回（2 年間弱）、結果：VAS80→0、JOA スコア 34→64、レントゲン上の著変なし

### 【症例 2】

40 歳女性。主訴：8 年前から歩行時左大腿内側ツリ感と仰位で股関節全面痛、診断：左臼蓋形成不全、レントゲン所見：左臼蓋形成不全、L4/5, 5/S1 椎間板狭小化、AKA 治療部位：仙腸関節と股関節、治療期間：月 1～2 回（1 年半）、結果：VAS80→30、JOA スコア 20→70、レントゲン上の著変なし

### 【症例 3】

43 歳女性。主訴：30 年前から主に左の股関節痛と 5 年前から同部の痺れ、診断：両側臼蓋形成不全、レントゲン所見：両側臼蓋形成不全、左大腿骨内旋内転、AKA 治療部位：仙腸関節と股関節、治療期間：月 1 回（1 年半）、結果：VAS80→0、JOA スコア 64→97、レントゲン所見：左大腿骨内転位が軽度改善

### 【考察】

変形性股関節症において仙腸関節の副運動を改善することで股関節屈曲筋群の動きが良くなり姿勢が改善し下肢内旋内転筋群緊張が改善し足が前方に出るようになったと思われた。AKA 博田法による仙腸関節機能障害の治療は変形性股関節症例の愁訴に対しても有効な治療法である。

## 受傷時に仙腸関節に外傷を認めない骨盤骨折後仙腸関節障害の 4 症例

○小林 洋樹 山内 俊之

富士重工業健康保険組合 太田記念病院

### 【目的】

受傷時に仙腸関節に外傷を認めない骨盤骨折後に合併した仙腸関節障害の報告は渉猟し得た中ではほとんど無い。今回、当施設で骨盤骨折後に仙腸関節の痛みを訴え、治療を行った 4 症例を経験したので報告する。

### 【方法】

対象は 2016 年 4 月から 2017 年 7 月に当院で経験した骨盤骨折後の仙腸関節に疼痛を訴えた 4 例（男性 2 例、女性 2 例、平均年齢は 63（24-78）歳）とした。4 症例について骨折部位、経過観察期間、骨癒合の程度、受傷から仙腸関節痛発症までの期間、仙腸関節痛の治療方法、痛みの改善率を検討した。

### 【結果】

症例 1 は左寛骨臼後柱後壁脱臼骨折に対する観血的整復固定術を施行している。経過観察期間は 1 年 11 ヶ月である。骨癒合は約 7 割である。受傷後 1 年で左仙腸関節痛を発症し、骨盤ベルトと、仙腸関節ブロックを 4 回施行した。Pain 6/10 程度残存している。立位持続困難であり、復職のために手術も検討中である。症例 2 は右恥骨骨折に対して保存治療を施行している。経過観察期間は 8 ヶ月である。骨癒合は約 5 割である。受傷後 1 ヶ月で右仙腸関節痛を発症し、骨盤ベルトを装着し、疼痛は 5/10 になった。症例 3 は右恥骨骨折に対して保存治療を施行している。経過観察期間は 10 ヶ月である。骨癒合は 10 割である。受傷後 8 ヶ月で右仙腸関節痛を発症し、骨盤ベルトを装着した。装着後 2 ヶ月で疼痛は 5/10 になった。症例 4 は左恥骨骨折に対して保存加療を施行している。経過観察期間は 6 ヶ月である。骨癒合は 10 割である。受傷日不詳であるが、疼痛自覚から AKA-博多法を 3 回施行した。疼痛は 4/10 になった。

### 【考察】

症例ごとに骨折受傷から仙腸関節障害の発生までの期間は異なった。受傷時に仙腸関節に外傷を認めない骨盤骨折に合併する仙腸関節障害は、適切な治療介入により、疼痛を改善することが出来た。

## 非特異的腰痛症のうち考案した疼痛誘発テストを行い診断した長後仙腸靭帯炎の治療経験

○徳山 博士<sup>1)</sup> 徳山 周<sup>2)</sup>

1) 徳山整形外科

2) JCHO 湯河原病院整形外科

### 【はじめに】

演者は、2年前から非特異的腰痛症として画像で捉えられない腰痛患者の診察では圧痛による発痛源の確認などの触診に先立ち、Vleeming, Kapandji らの機能解剖学的報告に基づき考案した疼痛誘発テストを長後仙腸靭帯炎の診断ツールとして利用している。この靭帯は仙腸関節の安定性保持を担うだけでなく多裂筋の付着部靭帯でもあり (Vleeming)、腰殿部疼痛発症の好発部位といえる。当テストの詳細と長後仙腸靭帯炎に実施したブロックの治療結果について報告する。【対象と方法】対象は平成 27 年 2 月から平成 28 年 1 月までの 1 年間に受診した非特異的腰痛症のうち、立位で form closure (腸骨前外方回旋、仙椎後屈) の肢位で上半身を前屈すると PSIS 周辺の痛みが誘発されかつ PSIS 部の圧痛テストで再現痛を確認できた患者のうち、ブロックを希望した 155 症例 (16~72 歳 : 平均 42.6 歳) である。罹病期間は 1 週から 30 年 (平均 1.8 年) であった。ブロックは PSIS に付着する長後仙腸靭帯に 23G カテラン針を用い 1% リドカイン 5~8cc の注入で行った。ブロック直後に form closure の対極にある force closure (腸骨後内方回旋、仙椎前屈) の肢位をとらせ長後仙腸靭帯の緊張を解き、ブロック実施 2~3 分後に NRS による除痛効果判定を行った。希望者には、1 週経過以後再度ブロックを実施した。治療効果判定は初回ブロック後平均 3.7 週の観察期間で行い、NRS で 75% 以上の改善を著効、50% 以上の改善を有効とした。

### 【結果】

155 例中 82 例が著効、55 例が有効、8 例が殆ど無効または無効であった。著効、有効症例の総ブロック回数は平均 2.7 回であった。

### 【考察】

長後仙腸靭帯は多裂筋筋力低下、form closure 肢位となる習慣性偏荷重姿勢などで過緊張を強いられ病変部位となりうる。私見ではあるが、今回の調査結果より当テストは長後仙腸靭帯炎の診断に有用なツールであると思われた。



## 超音波ガイド下 Fascia リリースにより治療した仙腸関節障害の関連疼痛に関する検討

○吉田 眞一

よしだ整形外科クリニック

### 【目的】

仙腸関節障害は後方靭帯領域が主病変であるが、それ以外にも殿部、大腿外側や鼠径部に関連疼痛を合併していることが多い。超音波ガイド下 Fascia リリースで治療した 471 症例につき、初回の治療部位に関してその部位別頻度を検討したので報告する。

### 【方法】

症例は 2017 年 2 月 20 日から同年 8 月 15 日までの 6 ケ月間に当院を受診した腰殿部痛が主訴の初診患者 533 例の内、仙腸関節障害と診断した 471 例（男性 251 例、女性 220 例、平均年齢 56.6 才）である。仙腸関節性腰痛の診断は疼痛誘発テスト、圧痛などに加え、後仙腸靭帯への超音波ガイド下に重炭酸リンゲル液によるリリースで疼痛緩和を得ることで行った。さらに合併する殿部、大腿近位部、鼠径部、下腿などへも同様の Fascia リリースで治療し、その初回の治療部位の頻度を比較検討した。

### 【結果】

後仙腸靭帯 471 例（100%）、仙結節靭帯 49 例（10.4%）、骨間仙腸靭帯 94 例（20.0%）、坐骨神経／内閉鎖筋 78 例（16.6%）、腸腰靭帯 161 例（34.2%）、椎間関節 99 例（21.0%）胸腰筋膜 119 例（25.3%）、小殿／中殿筋 250 例（53.1%）、大殿筋／腸腰靭帯 165 例（35.0%）、大腿直筋起始部 63 例（13.4%）、大腿神経 9 例（1.9%）、大腿筋膜張筋／小殿筋 38 例（8.1%）、上殿神経 294 例（62.4%）、下殿神経 59 例（12.5%）、総腓骨神経 26 例（5.5%）、浅腓骨神経 16 例（3.4%）、上殿皮・中殿皮神経 8 例（1.7%）

### 【考察】

主要病巣である後方靭帯領域の後仙腸靭帯以外に腸腰靭帯、胸腰筋膜、上殿神経、小殿筋／中殿筋、大殿筋／腸脛靭帯の治療頻度が高いことが解った。これらの治療部位の頻度が関連疼痛の治療の優先順位となる可能性が有る。

## 仙腸関節障害における疼痛関連部位の特徴

○伊藤 圭介

東邦大学大橋医療センター

### 【はじめに】

仙腸関節障害に対し長期の疼痛抑制効果をねらい、高周波熱凝固術(FEN)を施行している。FEN 症例の凝固部位、再現痛よりその特徴をまた疼痛関連部位別の病態も考察した。

### 【対象, 方法】

FEN 施行の 91 例(男性 40 例、女性 51 例 平均 61.5 歳)を対象とした。方法は X 線透視下に再現痛を有する箇所にて 80℃、90 秒にて凝固巣の作成を施行した。治療後の疼痛抑制効果を判定した。後仙腸靭帯上を 4 エリア (エリア 0~4) に分類し、術中の再現痛からエリア別の関連痛の特徴、本症の疼痛関連部位、alignment (ROM, LL, SS)、罹患側の腰仙移行椎の有無を評価した。関連痛は凝固時の患者の訴えを聴取し、同疼痛が術後消失することにより関連痛とした。

### 【結果】

熱凝固治療の合併症は認めず、その有効率は、治療直後、1 ヶ月後、3 ヶ月後、6 ヶ月後でそれぞれ 100%、74.7%、50.5%、45.1% であった。VAS 平均改善率は 74.1% であった。焼灼時 79 例 (86.8%) で関連痛が得られ、関連痛はエリア 2 で最も多く 53 症例、次いでエリア 0 で 48 症例が関連痛を得た。焼灼部位での VAS 改善率はエリア 0 で 84.1% と高率であったが他部位と有意差はなかった。エリア 0 の関連痛は L5 領域の痛みを呈するものが 79.2%、エリア 2 ではほとんどが下腿外側に再現痛が得られ、特に膝周囲が 15% であった。エリア 2 にて関連痛を示す症例群はエリア 0 で示す群に比べ LL が有意に低下低下しており、ROM, SS に有意差はなかった。罹患側の腰仙移行椎を認めた例はエリア 0 では 16/22 例 (73%)、エリア 2 では 10/26 例 (38%) であった。

### 【考察】

凝固巣作成時、エリア 0、ついでエリア 2 において再現痛が高率に得られた。この 2 カ所の疼痛箇所は腰仙移行部と仙腸関節領域に位置するため、特徴が異なる。エリア 0 患者は LL が大きく、単径部、L5 領域の痛みが特徴であり、腰仙部移行椎を伴う例が多く、この部の病態に関与している可能性が考えられた。それに対しエリア 2 は膝の痛みが特徴的で LL が小さく姿勢不良が基盤にあると思われた。

## 仙腸関節障害が疑われた中殿皮神経障害の治療経験

○松本 順太郎<sup>1)</sup> 井須 豊彦<sup>1)</sup> 金 景成<sup>2)</sup> 岩本 直高<sup>3)</sup>  
山崎 和義<sup>4)</sup> 三木 浩一<sup>1)</sup> 磯部 正則<sup>1)</sup>

1) 釧路労災病院 脳神経外科

2) 日本医科大学千葉北総病院 脳神経外科

3) 帝京大学 脳神経外科

4) 北海道大学 脳神経外科

### 【緒言】

我々は腰下肢痛診療に際し、仙腸関節障害に加え末梢神経障害の影響を考慮している。今回、仙腸関節障害を疑う症状、所見で、中殿皮神経障害に対するブロック、神経剥離術で改善が得られた症例を経験したため報告する。

### 【症例】

当科で腰殿部痛の治療目的に入院、ブロック治療を行った症例のうち仙腸関節スコアが4以上であり、仙腸関節ブロックの効果が不十分であり、中殿皮神経ブロック、中殿皮神経剥離術が有効であった4症例(男性3例、女性1例)を報告する。全例で症状の責任となる脊椎病変は認めなかった。平均年齢は75歳(61-84)、治療前後の平均NRS、平均RDQはNRS入院時8.75→退院時2.5、RDQ入院時10.5→退院時4であった。4例中3例はブロック治療で経過良好であった。1例では症状の再燃があり、中殿皮神経剥離術を施行した。術後経過は良好である。

### 【結語】

仙腸関節障害が疑われる症状所見で、中殿皮神経障害に罹患している可能性があり、治療に際し注意を要する。

## 本邦初の i-Fuse Implant System を用いた低侵襲仙腸関節固定術の臨床経験

○古賀 公明<sup>1)</sup> 村上 栄一<sup>2)</sup> 黒澤 大輔<sup>2)</sup>

1) 医療法人菊野会 菊野病院 整形外科

2) JCHO 仙台病院 腰痛・仙腸関節センター

### 【はじめに】

仙腸関節固定術には前方法や後方法などが知られる。前方法は手技の習得に時間を要すが、関節面を直接確認して骨移植ができ関節癒合率が高い。前方法の術後成績は安定しているが、効果不十分で後方からのスクリー追加を要す例もいる。後方法は前方法に比べて手技は容易であるが骨移植が不十分であるため、術直後は経過が良好でも骨癒合が得られず症状が次第に再発する例がある。1920 年代より数多くの仙腸関節固定術が開発されてきたが、普及する術式はなかった。2009 年頃より i-Fuse Implant System(SI-BONE 社)による低侵襲仙腸関節固定術が急増し、欧米を中心にこれまで 25000 例以上の使用実績がある。本邦初の、i-Fuse を用いた低侵襲仙腸関節固定術の臨床経験について報告する。

### 【対象と方法】

症例 1 : 59 歳女性、腰椎椎間板ヘルニアにて多椎間腰椎固定術の既往あり。 症例 2 : 60 歳男性。 症例 3 : 32 歳女性、腰椎分離症にて腰椎固定術の既往あり。3 症例とも NRS10 であった。症例 4 : 79 歳女性、高度肥満、骨粗鬆症あり。殿部側方に約 3 cm の皮切を置き、ガイドピン刺入、ドリリングを行い、三角柱形状のインプラントを原則 3 本用いて仙腸関節を固定した。

### 【結果】

手術後 1 週で症例 1 は NRS 0、症例 2 は NRS 5、症例 3 は NRS 5、症例 4 は NRS5 と改善した。

### 【考察およびまとめ】

i-Fuse は後側方アプローチ法で、低侵襲で関節固定ができるように手術器械が工夫されている。そのため、手術時間は概ね 30~45 分であり、進入による大殿筋の損傷は軽度で出血も少量である。三角柱形状のインプラントで、仙腸関節の捻じれ外力にも耐えることができ、腸骨から仙骨への刺入により関節面への圧迫力が得られると考えられた。ポーラスコーティングがされたインプラントが直接骨組織と癒合するため、仙腸関節内に骨移植は不要とされている。イメージでの骨盤 Lateral view, Inlet view, Outlet view の明瞭な描出が安全に手術を進行するために不可欠であり、肥満例、腹ガス貯留例ではイメージ描出不良になりやすく、手技の難易度が増すので注意を要す。移行椎(仙骨の Dymorphism)を有す症例では、インプラント挿入部位を工夫する必要がある。アジア人では欧米人と比して仙腸関節面が小さく、三角柱のインプラントを 3 本至適位置に刺入できるかが危惧されたが、今回の症例では特に問題はなかった。術直後の疼痛軽快は得られたが、長期経過で、特に高齢女性では仙骨椎体の骨脆弱性が強く、挿入されたインプラントが仙骨側で緩み、固定性が失われる可能性はあると思われた。

『Fascia で整理する腰痛診療のポイント

～解剖・動き・エコーによる診断・治療技術の標準化と発展を目指して～』

弘前大学医学部附属病院 総合診療部 助教 小林 只

腰痛の自覚症状は、脊椎や筋・靭帯組織の退行性変化の重症度とは必ずしも一致しない。従って、近年、腰痛を生物心理社会的疼痛症候群として捉えることが提唱されているが、その1つである「生物学的要因」への評価や治療技術は日進月歩である。Fasciaは線維性結合組織の総称で、その配列構造と密度から漿膜（髄膜・腹膜など）や皮下組織・脂肪織・筋膜・靭帯・腱などに分類される。筋膜性疼痛は、そのうち筋膜 Myofascia に注目した概念である。Fascia による痛みは関連痛として遠隔に感じることも多いため、病歴・動作分析・姿勢・全身の Fascia の連続性等から自覚症状部位ではなく痛みの原因部位（発痛源）を適切に検索する技術が必要となる。そして、治療効果を持続させるためには、悪化因子（例：使いすぎ Overuse、・ 廃用 Disuse・ 誤用 Maluse という異常動作、姿勢・アライメント、心理）への介入も重要である。異常な Fascia の特徴として、局所の水分量低下、圧痛閾値低下・自発活動電位、伸張性・滑走性低下等が示唆されている。臨床上、異常な Fascia の評価は、1) 可動域制限・疼痛誘発動作、2) エコーによる組織の輝度変化および滑走性・伸張性低下、3) 圧痛評価、で行う。我々は、“解剖・動き・エコー”、“Fascia の癒着程度の Grading”、“Fascia&Joint space”等の概念から、腰痛症であれば「仙腸関節・椎間関節・筋膜・神経性など複合病態を、Fascia（関節構成靭帯・軟部組織）×Joint space（関節腔）」による整理を試み、検証を重ねている。このうち、Fascia に対する治療法（注射、鍼、徒手、運動療法、物理療法、鏡視下手術など）のうち超音波ガイド下 Fascia リリース注射（Fascia Hydrorelease）は、世界的にも Non-surgical orthopaedics（日本では“整形内科”）の主要治療技術の1つとして、スポーツ現場や疼痛診療の現場に変革を促しつつある。

『画像に頼るために診断されない』

仙腸関節の悲劇と診断できない現代医療の落とし穴』

JCHO 仙台病院 副院長 腰痛・仙腸関節センター長 村上 栄一

【現代医療の落とし穴】近年、画像で異常所見がないと何処にも異常がないと断定し、逆にヘルニア像をみつけると、痛みを出しているか否かを確認する前からそれが原因と思いつく傾向がみられる。優れた画像診断機器がなかった時代は患者の体に触れて、病態を把握しようとしたが、逆に画像診断機器の進歩で、医療者側が画像に依存し、触診から病態に迫ろうとする姿勢が弱くなっているように思われる。それでは医療の後退である。患者さんの体に触れて真実に迫る姿勢が医療の基本であり、画像は所見の裏付けとして価値を有することを忘れてはならない

【機能障害の悲劇】仙腸関節障害のような機能障害の多くは画像で異常所見がでないため、見逃されやすい。しかし臨床所見に注目すれば診断・治療の糸口が見つかる場合が多い。

【One finger test】仙腸関節の痛みの特徴を研究する中で関節の痛みは焦点が明瞭な場合が多いということを知り、患者さんに、最も痛い部位を指1本で指してもらって One finger test を考案した。このテストで上後腸骨棘周辺を指さす人の約 85%が仙腸関節障害であった。(日本脊椎脊髄病学会 2017 年発表)

【画像所見】単純 X 線・CT・MRI・骨シンチでは仙腸関節障害に特異的な所見は検出できないと言われてきた。しかし、近年、超音波診断装置が進歩し、超音波画像で仙腸関節後方の靭帯領域に異常を示す例が少なくないことがわかってきている。

【症状の特徴】仙腸関節障害では上後腸骨棘周辺（仙腸関節裂隙の外縁部）を中心とした腰臀部痛が多く、単径部の痛みも特徴的である。仙腸関節研究会 6 施設参加の研究で①One finger test で上後腸骨棘付近を指さす、②鼠径部痛＋、③仙結節靭帯の圧痛＋の項目が腰部脊柱管狭窄症および腰椎椎間板ヘルニアと比べて有意に陽性率が高いことが判っている。また、多くの例で dermatome に一致しない下肢の痺れや痛みを伴う。仰向け、椅子の座位、側臥位（特に患側下）で痛みが出る例が多く、寝返りなどの動作開始時に痛みを訴える例も少なくない。

【診断の手順】画像で診断に有用な所見が得られないことを念頭に置き、One finger test で上後腸骨棘周辺を指さす、上後腸骨棘、長後仙腸靭帯、仙結節靭帯、腸骨筋部等の圧痛や疼痛誘発テスト（SIJ shear test ≡ Newton テスト変法、Gaenslen テスト、Patrick テスト）陽性例は仙腸関節障害を疑わせる。そして、最終的に仙腸関節ブロックで 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。

【TV 番組「その原因は X にあり」の反響】

TV 出演の機会があり、“病院では画像に異常はないと言われるが、One finger test で上後腸骨棘周辺（尾てい骨の斜め上）を指さす人は仙腸関節障害の可能性が高い”とのメッセージの発信は、原因不明の腰痛で悩んできた患者さん自身が仙腸関節障害を疑う、あるいは確信する契機になったよ

うに思われる。そして、腰痛の key word として「仙腸」という文字の認識が一気に全国的に広がったと確信する。その結果、患者さんが発する「自分の痛みは仙腸ではないですか？」との問いは、逆に医療者側に仙腸関節に対する認識を高める流れを生み出しているようである。

画像で診断されない仙腸関節の悲劇は機能障害を見逃しやすい現代医療の落とし穴であり、機能障害を適切に診断する医療が求められている。

## 日本仙腸関節研究会 会則

### 第1条 総則

1. 本会は、日本仙腸関節研究会と称する。
2. 本会の事務局は、宮城県仙台市青葉区堤町 3-16-1 JCHO 仙台病院 整形外科内に置くものとする。

### 第2条 目的

本会は、仙腸関節及びその周辺に関連する障害の診断と治療の知識、技術の普及ならびに学術振興に寄与することを目的とする。

### 第3条 事業

1. 研究会、講演会、研修会等の開催。
2. 研究会は原則として年1回開催する。
3. その他本会の目的達成に必要な事業。

### 第4条 会員

会員は、本会の目的に賛同する医師、および医療従事者であること。

### 第5条 会費

会費は別途定める。

### 第6条 役員

1. 本会には、次の役員を置く。  
代表幹事1名 幹事若干名 監事1名
2. 役員を選出  
代表幹事は、役員会において選出する。  
新たな役員を選任は幹事の推薦により、役員会の承認を得て決定する。
3. 役員職務  
代表幹事は、本会の業務を統括し本会を代表する。  
幹事は、代表幹事を補佐し会務の企画・運営を行う。  
監事は、本会の会計及び会務の監査を行う。
4. 役員任期  
役員任期は、2年とし再任を妨げない。

### 第7条 役員会は原則年1回開催する。

また、代表幹事が必要と認めるときに開催できる。

### 第8条 この会則に定めるもの以外に必要な事項は、会員の総意を尊重して代表幹事が定めるものとする。

### 付則

1. 本会則の改正は、役員会において審議し決定する。
2. この会則は、平成21年11月21日より施行される。
3. 本会は久光製薬株式会社の共催とする。



## 役員

代表幹事	村上 栄一	JCHO 仙台病院 副院長
幹事	阿部 栄二	秋田厚生医療センター 名誉院長
	井須 豊彦	釧路労災病院 脳神経外科 部長
	伊藤 圭介	東邦大学医療センター大橋病院脳神経外科 講師
	鵜木 栄樹	湖東厚生病院 整形外科 部長
	小澤 浩司	東北医科薬科大学医学部 整形外科学教室 教授
	加藤 真介	徳島大学病院リハビリテーション部 教授
	古賀 公明	菊野病院 副院長
	千葉 泰弘	北海道脳神経外科記念病院 脳神経外科
	唐司 寿一	関東労災病院 整形外科
	前田 倫	西宮市立中央病院 麻酔科 部長
	光畑 裕正	みつはたペインクリニック 院長
	武者 芳朗	東邦大学医学部整形外科学講座(大橋) 教授
	森本 大二郎	日本医科大学 脳神経外科
	吉田 眞一	よしだ整形外科クリニック 院長
吉田 祐文	那須赤十字病院 整形外科 部長	
監事	黒澤 大輔	JCHO 仙台病院 整形外科