

第 11 回 日本仙腸関節研究会

質疑応答集

『仙腸関節障害に合併した仙結節靭帯痛とハムストリングスの関係性』

公益社団法人鹿児島共済会南風病院 九州腰痛・仙腸関節センター

山崎数馬先生

Q. 大腿二頭筋へのアプローチというのは筋腹の圧迫ですか？テクニック何か特別なことがありますか？

A. 筋腹と筋腱移行部に対して行っています。テクニックは特別なことは行ってないと思います。

Q. 効果の持続時間、介入の頻度はどうしていますか？入院中それとも外来での症例ですか？日常生活動作の指導はどうしていますか？

A. 効果時間に関してですが、始めは筋腹のみを行っていたのですがその時は1日程度でした。効果時間が長くなるような場所はないかと筋腱移行部をアプローチするようになってから3日程度持つようになったと記憶しています。2つを合わせると5日～1週間程効果がある印象です。

介入頻度はまずは週1～2回行い、痛みが軽減してくれば状態にあわせて2週に1回など回数を減らしています。

今回の4症例は全て外来リハとなっています。

日常生活動作場面では例えばある特定の動作や立位姿勢にてハムストリングスの過緊張となつて痛みが出現していると仮説を立てた場合には過緊張にならないような姿勢指導や動作指導を行っています。また痛みが出現する動作は極力しないように注意してもらっています。最後になりますが日常生活動作の指導といえるか分かりませんが、痛みなどをみながら患者さんの状態に合わせてハムストリングスのストレッチや大臀筋のトレーニングを自主exとして取り入れています。

『ストレス MRI 撮影による仙腸関節アライメントの評価：横断研究』

医療法人社団清風会武田整形外科

伊藤一也先生

Q. 圧迫力は前方、後方から同じ圧迫力でしょうか？前方からだけの圧迫のほうが、仙腸関節への負荷が減るのではないのでしょうか？（金沢医大兼氏先生）

A. 今回の圧迫力はベルトを締めることで加えているため前後での圧迫力の区別はありません。ただし予備実験において、前後の骨隆起部（ASIS・PSIS）へ加わる最大の力が ASIS で約 120N、PSIS で約 50N ほどであることを確認しています。この差は圧迫部接触面積の差（前方では ASIS の局所、後方では殿部周囲の広範囲）によるものと思われます。

また、前方からの圧迫により仙腸関節へ強い圧迫が加わるためには、寛骨をアームとして第 2 のてこが作用する必要があるため、支点としての後方からの圧迫も同時に加わったほうが関節面における圧縮力は増加すると思われます。圧迫方向による違いについては今後検証していければと思います。

Q. 直接的に、リアラインによる 4 点の圧迫力を計測して、有限要素モデルにその値を与えて、Simulation してどうアライメントの変化をみるのはいかがでしょうか？（黒澤）

A. そのような解析も適宜行っていきたい。後方は軟部組織に圧が分散してしまうため、軟部組織への Simulation が現状では困難という制限があります。その点を加味しつつ、そういった Simulation を行っていければと思います。ただし、本研究はリアライン・コアが骨盤帯に及ぼす影響について検証するためにおこなったものではなく、実際に生じ得たアライメント変化が関節周囲でどのように応力分布を変化させるかを明らかにすることを目的とした研究であることはご周知いただきたい。

Q. 患者さんにリアラインコアを長時間、MRI を撮影する間に圧迫をかけると痛みが強くなるということはないのでしょうか？（小澤先生）

A. 今回の対象の方では圧迫によりむしろ楽になるという方が多かったです。これは今回の研究結果でも明らかになった通り、リアラインコアの圧迫により仙腸関節痛患者の多くで

発痛部位となる骨間仙腸靭帯や仙結節靭帯への応力が減少するということに起因していると考えられます。その一方で、長後仙腸靭帯では応力が増加するという結果でしたので、病態によっては痛みが強くなる方もいると思います。これらの反応を発痛部位の評価に役立てるためにも、どのようなアライメント変化がどのように周辺組織への応力を変化させるかを明らかにすることは重要な研究テーマになると考えます。

『びまん性特発性骨増殖症（DISH）に合併した仙腸関節障害の1例』

秋田県厚生農業協同組合連合会湖東厚生病院 整形外科

鶴木栄樹先生

Q. Long fusion した場合、特に L5-S1 まで固定した症例では仙腸関節痛がより発症しやすいというこれまでの先生方のグループからの発表がありますが、今回の症例では L5-S1 の動きはあったのでしょうか？（小澤先生）

A.機能撮影をすると、L5-S1 の不安定性はなかったので、Long fusion でかつ L5-S1 までつながっているのと同じ状態だったと考えられます。

『当院での新たな腰痛治療の試み』

北海道脳神経外科記念病院

千葉泰弘先生

Q.浅層筋膜下の脂肪層をリリースしているのですか？筋膜貫通部のみつけかたがわかれば、そこをリリースしたり針の先のバベルの方向で筋膜を切ったりできる可能性がありますか？

A.エコーでは貫通部の筋膜を切るのはかなり難しいと思います。神経に当たる可能性がありますので厳しいと考えます。

Q.筋膜リリースは上殿皮神経障害の術前の診断に有用ですか？空間ができれば症状が改善するように思うのですが。

A.解剖学的に筋膜を貫通するタイプと貫通しないタイプで違いがあるのではないかと考えています。貫通するタイプは結構遊びがありますので、そういうタイプでは筋膜リリースが効くのではないかと。貫通せずに遊びがないタイプに対しては、いくらリリースしても遊びがないので、ちょうど仙腸関節でいえば Area0 とか 1 に近い分布をする神経ですが、そういう痛みを取るのには厳しいのかなと思います。

『中殿皮神経障害と鑑別を要した仙腸関節障害の 1 例』

日本医科大学千葉北総病院脳神経外科

金景成先生

Q.中殿皮神経障害は感覚障害のあるなしで仙腸関節障害と鑑別ができますか？すなわち、中殿皮神経では臀部に感覚障害が出ますか？（村上先生）

A.感覚障害を詳しくは調べていなかったのですが、今後は注目していきたい。

Q.中殿皮神経障害と仙腸関節障害との鑑別が難しいとのことでしたが、中殿皮神経障害でも仙腸関節ストレステストは陽性になりますか？

A.陽性になることとないことがあります。発表した症例は陰性でした。

Q.長後仙腸靭帯ブロックと中殿皮神経ブロックはどう違いますか？

A.理想的には長後仙腸靭帯の腹側にいれたいのですが、厳密には区別できない。しっかり神経に入ると神経の放散痛が出るので施行した側としては神経にあたっているという実感はある。

Q.中殿皮神経への圧痛所見以外にわかりやすいその他の所見（理学所見など）はありますか？

A.座位で悪くなるのが症状としては特徴的ですが、圧痛以外にはっきりしたものは無い。

Q.中殿皮神経ブロックと仙腸関節ブロック両方行った方はどれくらいいますか？

A.中殿皮神経ブロックを先にやって、10%くらいで仙腸関節ブロックを追加している。