陰部神経痛を考えよう

症状と診断の基本

解剖から症状を理解し、
診断の要点と弁証・配穴の考え方を学ぶ

陰部神経痛とは

陰部神経の支配領域に生じる疼痛

特徴的な傾向

座位で悪化し、立位や横臥で軽減する。

診断で大切なこと

痛む場所が一致するだけでは、陰部神経痛とは診断できない。

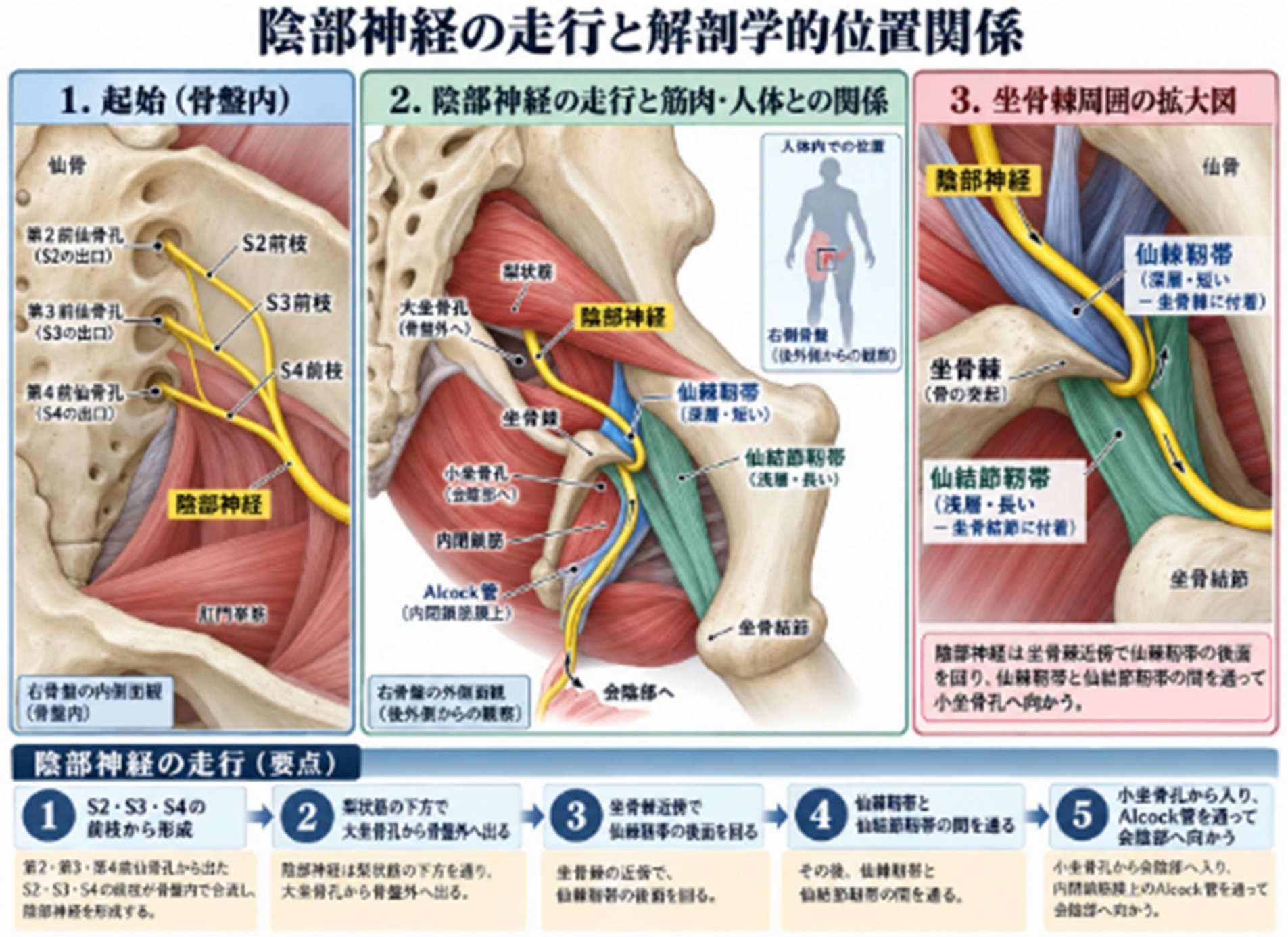
陰部神経痛の臨床的歴史

1987年：Amarencoらが自転車乗車による陰部神経障害を報告。会陰部圧迫に注目。
1991年：ShafikがAlcock管での神経絞扼と外科的治療を報告。
1990年代：フランスを中心に、絞扼部位と減圧手術の研究が進展。
2008年：Labatらがナント診断基準を発表。臨床診断の体系化が進む。
2010年代：神経ブロック、理学療法、減圧手術などの治療が発展。
2020年代：骨盤底筋障害・慢性骨盤痛との関連を含め、集学的治療を重視。

臨床的変遷

会陰部痛の認識 → 神経絞扼の解明
→ 診断基準の確立 → 集学的治療

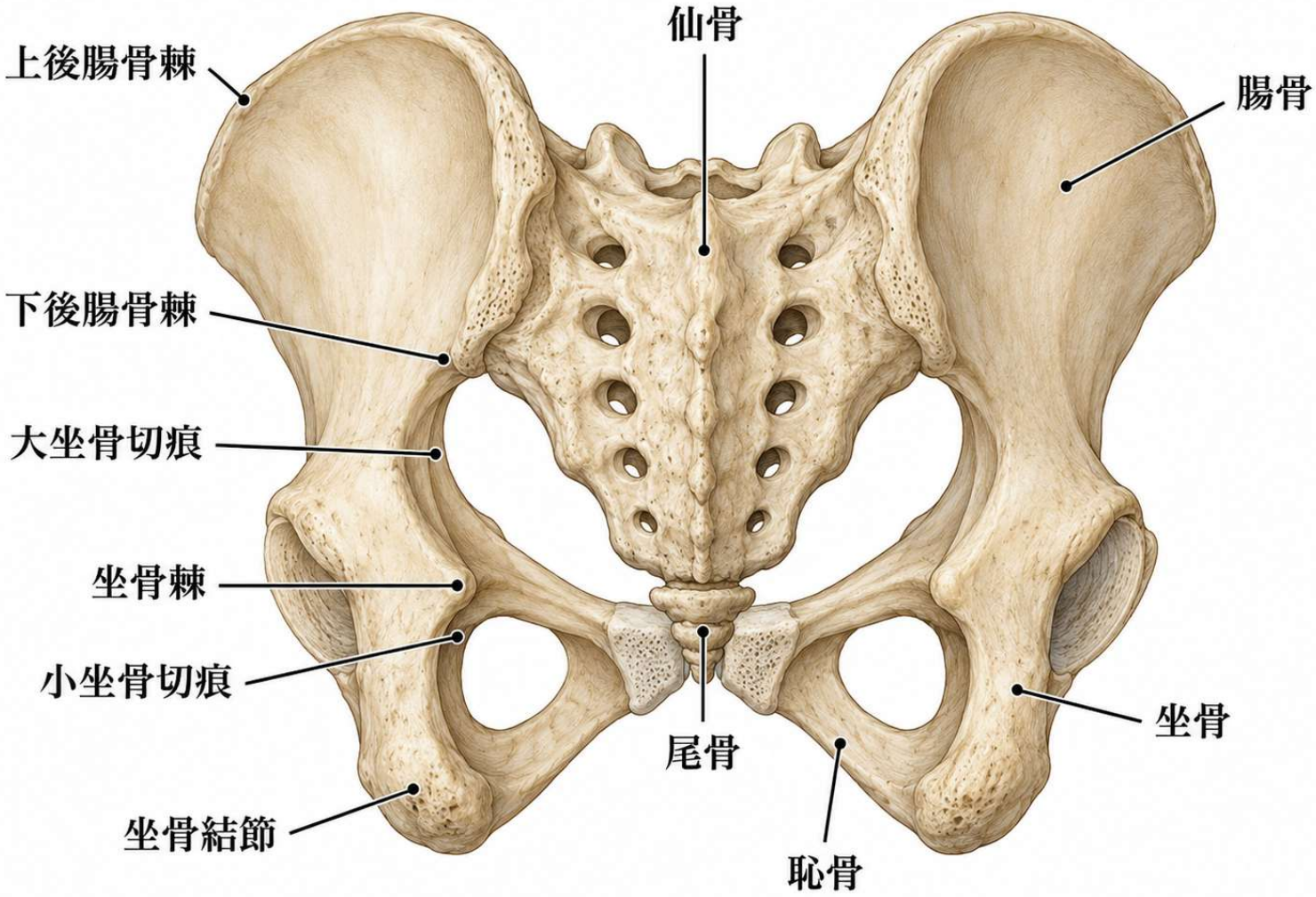
陰部神経の走行と解剖


陰部神経の走行と解剖学的位置関係
1. 起始（骨盤内）
仙骨
第2前仙骨孔
（S2の出口）
第3前仙骨孔
（S3の出口）
第4前仙骨孔
（S4の出口）
S2前枝
S3前枝
S4前枝
陰部神経
肛門挙筋
右骨盤の内側面観
（骨盤内）
2. 陰部神経の走行と筋肉・人体との関係
人体内での位置
右側骨盤
（後外側からの観察）
梨状筋
大坐骨孔
（骨盤外へ）
陰部神経
坐骨棘
仙棘靭帯
（深層・短い）
仙結節靭帯
（浅層・長い）
小坐骨孔
（会陰部へ）
内閉鎖筋
Alcock管
（内閉鎖筋膜上）
坐骨結節
会陰部へ
右骨盤の外側前観
（後外側からの観察）
3. 坐骨棘周囲の拡大図
陰部神経
仙骨
仙棘靭帯
（深層・短い
－坐骨棘に付着）
坐骨棘
（骨の突起）
仙結節靭帯
（浅層・長い
－坐骨結節に付着）
坐骨結節
陰部神経は坐骨棘近傍で仙棘靭帯の後面を回り、仙棘靭帯と仙結節靭帯の間を通って小坐骨孔へ向かう。
陰部神経の走行（要点）
1 S2・S3・S4の前枝から形成
第2・第3・第4前仙骨孔から出たS2・S3・S4の前枝が骨盤内で合流し、陰部神経を形成する。
2 梨状筋の下方で大坐骨孔から骨盤外へ出る
陰部神経は梨状筋の下方を通り、大坐骨孔から骨盤外へ出る。
3 坐骨棘近傍で仙棘靭帯の後面を回る
坐骨棘の近傍で、仙棘靭帯の後面を回る。
4 仙棘靭帯と仙結節靭帯の間を通る
その後、仙棘靭帯と仙結節靭帯の間を通る。
5 小坐骨孔から入り、Alcock管を通って会陰部へ向かう
小坐骨孔から会陰部へ入り、内閉鎖筋膜上のAlcock管を通って会陰部へ向かう。

陰部神経の経路

1	神経の由来	第2～第4仙髄神経（S2～S4）の前枝
2	骨盤の外へ	梨状筋の下を通り、大坐骨孔から出る （主な起始：仙骨前面〈S2～S4〉、 停止：大腿骨大転子の上端）
3	坐骨棘付近	仙棘靭帯の近くを回る （付着部：仙骨・尾骨の外側縁と坐骨棘）
4	会陰部へ	小坐骨孔を通り、陰部神経管へ入る
5	主な分枝	下直腸神経、会陰神経、 陰茎背神経／陰核背神経

皆で触診しよう



疼痛が現れる部位

肛門周囲	肛門痛、肛門内部の痛み
会陰部	肛門と外陰部の間の痛み、詰まり感
外陰部・陰茎	灼熱痛、刺すような痛み
陰嚢・陰唇	疼痛、違和感
尿道周囲	痛み、異常感覚

支配領域に症状があっても、それだけでは診断できない。

痛み・感覚の具体的な表現

症状	具体的な表現
灼熱痛	焼けるように熱い、ヒリヒリ痛む
刺痛	針で刺されるような痛み
電撃痛	電気が走るような痛み
鈍痛	重苦しい、うずく
異常感覚	しびれ、ピリピリ、ムズムズ
異物感・圧迫感	肛門や会陰部に何か挟まっている感じ

姿勢・動作と痛みの関係

悪化しやすい

座る

長時間の座位

会陰部への圧迫

自転車のサドル

軽減しやすい

立つ

横になる

ナント診断基準では、座位による悪化が重要な項目。

排尿・排便・性機能に関する症状

排尿・排便

排尿時や排尿後の会陰部痛

排便時の肛門痛

性機能に関連する症状

性交時の疼痛、射精時・射精後の疼痛

性器の感覚異常、性機能に関連する不快感

これらは陰部神経痛に特異的ではなく、骨盤底筋障害や泌尿器・婦人科疾患などでも生じる。

ナント診断基準の5項目

陰部神経の絞扼による神経痛を評価する基準

1. 陰部神経の支配領域に疼痛がある
2. 座位で疼痛が悪化する
3. 疼痛によって夜間に目が覚めない
4. 診察で客観的な感覚障害がない（明確な感覚低下はない）
5. 陰部神経ブロックで疼痛が軽減する

診断するときの注意点

部位だけで判断しない

陰部神経の支配領域の痛みは、

診断に必要な情報の一つ。

似た症状を示す病態を考える

排尿・排便・性機能に関する症状は、

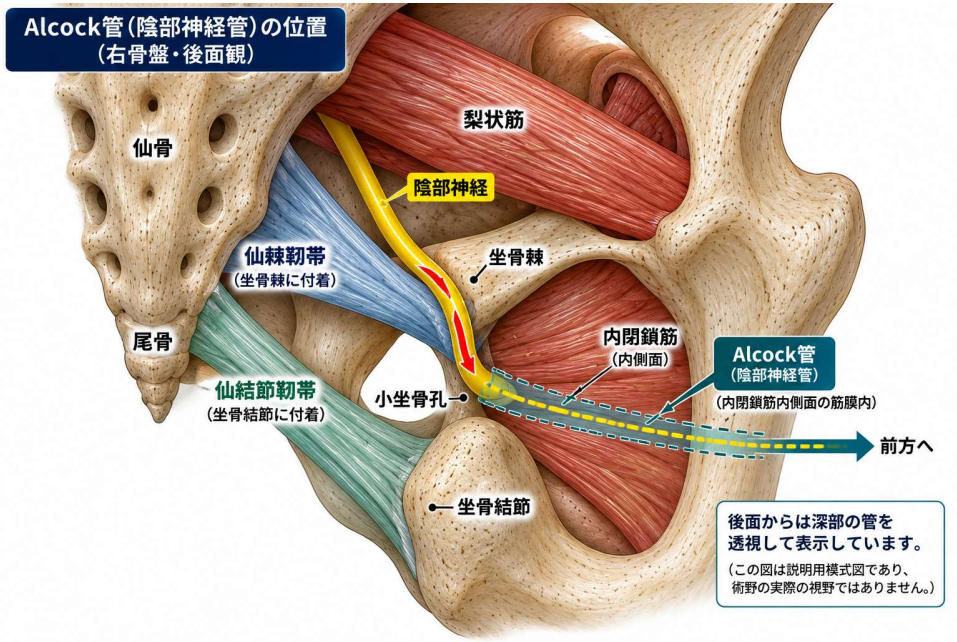
骨盤底筋障害や泌尿器・婦人科疾患でも生じる。

症状の聴取と診察を組み合わせ、

必要な医学的評価につなげる。

弁証・配穴の考え方

ここからは東洋医学的な検討



局所の症状から考える

局所圧迫、痛みの質、座位での悪化を確認し、兼証がある場合に加味穴を検討する。

既存資料の基本配穴

阿是穴（座骨棘やAlcock管周辺）・次髎・秩辺付近・気衝

必要最小限を基本とし、全証型に多くの穴を並べない。

以下は臨床上の作業仮説であり、医学的診断基準とは区別する。

瘀血阻絡型：固定・持続する痛み

症状と病機の捉え方

一定部位に留まる痛み、刺痛、ズキズキ、拒按、明確な圧痛。

久坐・圧迫による絡脈不利と、瘀血所見を検討する。

兼証に応じた加味穴

血瘀所見：血海・地機・承山

少腹の結滞：三陰交・関元

肝鬱合併：太衝・内関・蠡溝・天柱

参考：『素問』挙痛論。固定性だけで即断しない。

行痹・気機変動型：移動する痛み

症状と病機の捉え方

前陰・後陰、左右へ移動し、脹痛や情志変動を伴う。卒痛傾向あり。

移動性は行痹・風性、脹痛は気機不利として検討する。

兼証に応じた加味穴

疏肝理気：太衝・内関

㊟ 間脳～脊髄に向かう下降性疼痛調整機能のトラブルには玉枕

㊟少陽変動（気圧に左右される）：外関一足臨泣

陰虚内風：照海（陰蹻脈）

参考：『素問』痹論「風気勝者為行痹」。

熱痺型：灼熱感を伴う痛み

症状と病機の捉え方

灼熱痛・熱感があり、温めると増悪し、冷やすと軽減する。

舌紅・黄苔・数脈などを併せ、熱邪による絡脈不利を検討する。他の証から移行するときも多い。

兼証に応じた加味穴

清熱通絡：曲池・合谷、委中

湿熱を伴う：陰陵泉・中封・足臨泣

血熱を伴う：血海

参考：『素問』痹論。灼熱痛だけで熱痺と即断しない。

湿痹・虚背景型：鈍痛・重だるさ

症状と病機の捉え方

鈍い、重い、だるい、深部違和感。疲労で増悪することも。

重だるさは湿、慢性では腎・気血の虚を検討する。

兼証に応じた加味穴

湿：陰陵泉・豊隆

腎虚：太渓・腎俞

気血不足：三陰交

参考：『素問』痹論、『傷寒論』少陰病。

臀部・下肢の症状を伴う場合

症状の範囲を確認する

会陰部だけでなく、腰仙部、臀部深層、

大腿後面・外側、下腿までの症状を確認する。

既存資料の加味穴の例

環跳・承扶・殷門・委中・陽陵泉

坐骨神経痛様の症状も、別に評価する。

参考資料と内容の位置づけ

現代医学の診断基準

Labat JJ ほか（2008）

陰部神経絞扼による神経痛のナント診断基準

Neurourology and Urodynamics, 27, 306–310

既存授業資料が参照する古典

『黄帝内経素問』挙痛論・痺論

『傷寒論』陽明病・少陰病・厥陰病

『難経』二十三難・二十八難・六十九難

診断基準と、弁証・配穴の作業仮説を区別して学ぶ。

講義のまとめ

痛む場所と痛みの性質

支配領域を確認し、灼熱痛・刺痛・電撃痛などの
具体的な表現を聴き取る。

姿勢との関係と診断

座位での悪化、立位・横臥での軽減を確認し、
ナント診断基準の5項目を整理する。

弁証・配穴の位置づけ

医学的な評価と区別し、
患部症状・兼証から考える。基本感覚障害が主体で運動障害がないことから血陰病の範疇であろう。