

平成6年2月24日

## 頸椎むちうち損傷後遺症

### 症例報告

木下典穂

症例 MO 57歳 女 飲食業  
初診 平成6年1月21日  
主訴 右後頸部、肩甲上部の痛み

現病歴 昨年11月7日、乗ったタクシーがすぐにUターンをし始め、座席にすわり終わらないうちに横から車がぶつかった。激しい（ガンガン）頭痛と吐き気、右後頸部から肩甲上部へかけての痛みがあり、一人では歩くことができず、同乗した友人（軽症）に付き添ってもらって病院へ行った。脳外科でCT検査、脳波検査をするが異常なく、頭頸部外傷との診断を受けた。入院はせず、帰宅した。翌日から仕事は休み、自宅で休養。3日後、一人で歩ける自信がついたので、同病院の整形外科を受診。X線検査では異常なく、後頭部、前額部の打撲による外傷性頭頸部症候群との診断を受けた。2週間ほど頸部固定を行い、その間鎮痛剤、消炎剤を投与された。それ以後は牽引、投薬治療を続け、頭痛、吐き気、頸肩の痛みは軽減しつつあるが、症状はまだおさまらず、タクシー会社の事故係から鍼灸治療の許可がおりたので来院した。

現在、右後頸部から肩甲上部、上腕後外側に鈍痛があり、一日中感じている。5年ほど前から不眠に悩み、寝床に入っても3、4時間寝つけないが、その間も痛い。眠ってしまえば痛みで目がさめることはない。右手の3、4指にしびれを感じる。右手に物をさげると右後頸部から上肢へかけての痛みは増悪する。頭痛は起床時にはないが、動き出して30分ほどたつと後頭部がモワッとした感じになる。吐き気は2週間ほどおさまっている。著明な筋力低下は認められない。巧緻運動障害、歩行障害、膀胱・直腸障害はない。上肢挙上位における痛みの増悪、肩関節の運動障害はない。

一般状態としては、疲れやすく、食欲不振で胃が重い。下痢と便秘を繰り返す。仕事は7年前から飲食店を経営。営業時間は夜の7時から午前2時までで、無理が重なったためか5年前から不眠と肩こりに悩み、平成4年には3か月間ほど当院で治療をしている。スポーツはしない。アルコールはのまない。

既往歴 偏頭痛（20歳代から）  
虫垂切除（28歳）  
カウザルギー（44歳）  
子宮筋腫摘出手術（47歳）  
不眠症（5年前から）  
家族歴 特記すべきものなし

診察所見 握力は左20kg、右19kg。頸の後屈痛は陽性。側屈痛は左陽性、右強陽性。回旋痛は左陽性、右強陽性。モーリー・テストは左陽性、右強陽性。筋萎縮は認められない。触覚障害は陰性。二頭筋反射、腕橈骨筋反射、三頭筋反射は正常。スパーリング・テスト、肩圧迫テストは頸の運動痛が強いので、検査しなかった（表1）。圧痛は右の肩井および巨骨に検出された。

要約 本症例は交通事故を契機として頭痛、吐き気、頸肩腕の痛み、手指のしびれを呈しており“いわゆるむちうち損傷”を推定した。脊髄症状は認められず、頸椎もX線で発見できる損傷がないので、鍼治療を試みることにした。

対応 俗にいう“むちうち損傷”です。衝突による頸の骨の動きは複雑ですが、今回の場合は側面衝突ですから、主として頸の骨の過度な側屈がおこり、痛みやしびれが出たものと考えられます。X線では異常なかったのですから、鍼治療をすれば痛みは徐々に楽になっていくでしょう。

治療・経過 治療は疼痛としびれ感の軽減を目的に行った。

第1回 左下側臥位で疼痛およびしびれ感を現す部位と圧痛点を考慮にいれて、患側の扶突、膈会、六頸、七頸、肩井、肩外兪、巨骨、曲前を取穴し（図1）、ステンレス鍼の1寸6分-3号（50mm-20号）を用いて15分間の置鍼を行った。刺入深度は扶突と膈会は3cm、曲前は1cm、他は2cm。

第2回（4日目） 1昨日は右後頸部から肩甲上部へかけての鈍痛がむしろ強くなったが、昨日は起床時から痛みが軽減し、家事をしたり夕方からは3時間ほど仕事に出て働きすぎ、今日は右後頸部から肩甲上部へかけての鈍痛が激しい。後頭部にモワッとした頭痛を感じる。頸の後屈痛、側屈痛、回旋痛は陽性で、特に右側屈痛が著明。

第3回（8日目） 症状に変化はみられなかったが、来院時に50分ほどバスを待っていて風に当たり冷えたせい、右後頸部から肩甲上部、上肢後外側にかけての痛みが強くなる。頸の運動痛は前回と同様。

以後、患者は来院していない。

考 察 本症例は交通事故を契機として、多彩な愁訴を現している。衝突による頸椎の動きは複雑であり、整形外科では後頭部、前額部の打撲による外傷性頭頸部症候群といわれたが、事故が側面衝突であり、右側屈時に特に強く痛みが増強するところから、頸椎の過度の側屈を主として生じた<sup>1)</sup> “いわゆるむちうち損傷”を推測した。

本症例は後頸部から肩甲上部、上肢後外側の痛みと、手指のしびれを自覚症状としており、土屋らの分類による頸椎捻挫型と根症状型が考えられる。また、頭痛と吐き気は交感神経系の損傷が推定され、めまいはないがBarré-Liéou型の合併も考えられよう<sup>2, 3, 4)</sup>。

CT、脳波、X線検査において異常がみあたらず、脊髄症状も認められなかったので鍼治療を試みた。

損傷部位の特定は困難であるが、痛みとしびれを現す部位は頸椎症性神経根症におけるC<sub>7</sub>、C<sub>8</sub>神経根障害に相当するので、圧痛も考慮に入れて治療穴を選び、神経根症に準じた治療を行った。

経過に見るとおり本症例は3回しか来院しておらず、その間に症状の変

化は現れていないので、治療効果については何もいえる段階ではない。今後も来院すれば治療を継続するつもりだが、「一見正常に見えるレントゲン写真でも、外傷の新鮮時には変化のみられないことがあり、異常なしとは断定できず、症状の強いときは再検査が必要<sup>5)</sup>とされているので、経過観察には細心の注意を払わなければならないと考えている。

最後にカウザルギーについて。患者は昭和55年にカウザルギーの既往がある。カウザルギーは強い灼熱痛を特徴とし、本症例とは痛みの性状がまったく違うが、交通外傷が原因となること、正中神経に多く出現すること、風に当たると痛みを誘発すること<sup>6)</sup>など似ている点も少なくはない。本症例におけるカウザルギーの再発あるいは合併の可能性はきわめて低いと思われるが、頭の片隅にはとどめておいてもいいのではないだろうか。

#### 経穴の位置

扶突 喉頭隆起の高さで胸鎖乳突筋の中央

膈会 肩峰の直下5, 6cm

六頸 第6頸椎棘突起の高さで天柱の直下

七頸 第7頸椎棘突起の高さで天柱の直下

曲前 曲沢の下方約2cm

#### カウザルギー

末梢神経が外傷などによって損傷後、多くは数日から1, 2週以内に、灼けつくような痛みに加え自律神経障害をきたすことをいう。戦傷による例が多いが、近年交通外傷も原因として増えている。痛みは損傷神経に沿ったきわめて強い灼熱痛で、非常に激烈な例ではどの範囲が痛むのか患者自身が正確にいい得ないこともある。正中神経や坐骨神経に多く、大きな神経損傷の3%くらいに出現する。同部に触れたり、風にあたることも激痛を誘発し、精神的な興奮も誘因となる。2~6カ月くらいで自然に治まる例もあるが、長い間持続することもまれではない。

（南山堂医学大辞典から抜粋）

参 考 文 献

- 1) 河端正也、御巫清允：“むち打ち症”の症状、「むち打ち症のはなし」P 72、同文書院、1977。
- 2) 天児民和他：頸椎損傷、「神中整形外科学」P 532 ~ 534、南山堂、1977。
- 3) 榊田喜三郎：脊中の外傷、「現代の整形外科学」P 222、金原出版、1983。
- 4) 熊野潔：頸椎捻挫、むちうち損傷、「今日の整形外科治療指針」P 266、医学書院、1987。
- 5) 河端正也、御巫清允：“むち打ち症”の症状、「むち打ち症のはなし」P 73、同文書院、1977。
- 6) 南山堂医学大辞典、P 261、南山堂、1992。

表 1 診 察 所 見

頸・上肢痛

6 年 1 月 2 日

1 握 力	左 20 右 19	9 二 頭 筋	左 十 右 十
2 後 屈 痛	- ⊕	10 腕 橈 骨 筋	左 十 右 十
3 側 屈 痛	左 - ⊕	11 三 頭 筋	左 十 右 十
	右 - ⊕⊕	14 スパーリング	左 右
4 回 旋 痛	左 - ⊕	15 肩 圧 迫	左 右
	右 - ⊕⊕	16 ラ イ ト	左 右
5 モーリー	左 十 右 廿	17 エ デ ン	左 右
6 アドソン	左 右	18 三 分 間	左 右
7 筋 萎 縮	左 - 右 -		
8 触 覚 障 害	左 - 右 -		
12 PTR	13 バビンスキー		

(医道の日本社)

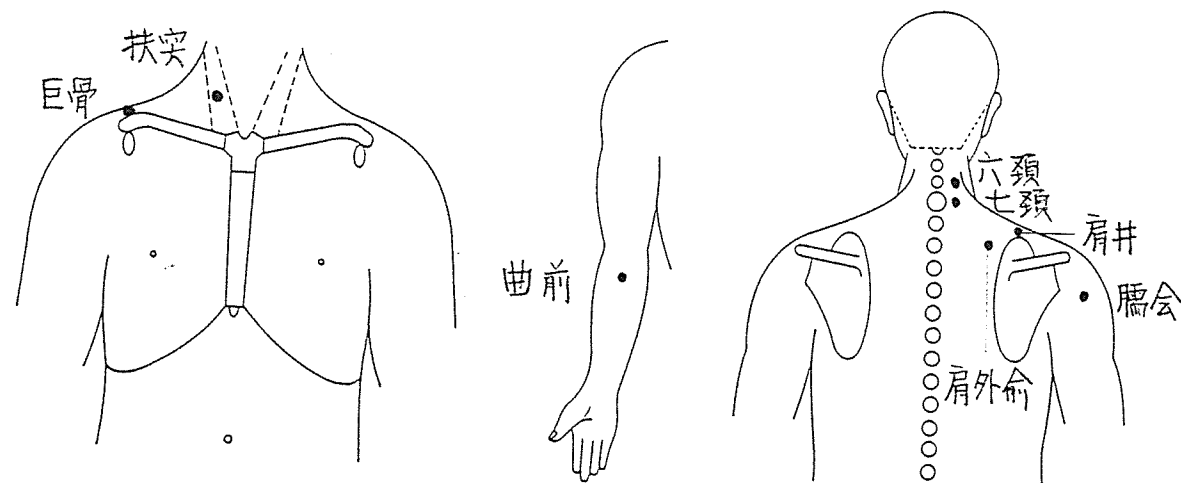


図 1 治 療 点