

平成6年3月24日

頸椎捻挫

症例報告

滝上 晴祥

症例 K. M 33歳 男 養護教諭

初診 平成5年10月26日

主訴 後頸部の痛み

現病歴 今年10月14日、放課後国体予選のためのハイジャンプの練習で1m 50~60cmの高さをベリーロールで跳んだ際、エアーマットが破れていて床のコンクリートに直接落下、後頭部と腰部を打撲した。直後、全身がふるえ、左下肢がしびれて立てなくなった。裂傷、出血はなかった。救急外来でCT検査、脳波検査は異常ないといわれその日は帰宅した。翌朝、頸が重くつっぱり、めまいがしたため同病院の整形外科で受診、頸椎捻挫の診断を受けた。1週間頸椎の牽引と鎮痛剤、消炎剤の投与を受け患部には頸部固定は行わず包帯を巻く処置を受けた。その後1週間で頸部のつっぱりとめまいはとれたが頭痛と頸部肩甲上部の鈍重感と痛みのため頸が動かさない。今日は友人の運転で来院したが、途中車のシートを倒して体を横たえていても道路の段差やブレーキの衝動で痛みがでる。

現在、頸の後部、左右外側部に鈍痛があり、特に下位頸椎部に強い。この鈍痛が一日中続いている。肩甲上部にこり感がある。夜間痛みのため目が覚めることはないが熟睡できない。痛みのため自分では頸を動かすことができない。寝返りはかなりつらい。筋力の低下は認められない。上肢の痛みやしびれ感はない。その他の知覚の異常感はない。そっと歩かないと頸にひびくが足もとがふらついたり、下肢がつっぱるようなことはない。巧緻運動障害、膀胱・直腸障害はない。肩関節の運動と上肢挙上位における痛みの増悪もない。階段をのぼるとき打撲した左腰椎下部がきしむように痛い。少し歩いても疲れやすく頭痛がする。

仕事は子供を抱きかかえたり等肉体を使うことが多い。現在事故後、休暇をもらっている。スポーツは陸上競技特に短距離、練習は毎日する。ヨガは毎日10分間ほど行っている。アルコールは時々缶ビール1本くらい。その他一般状態は良好である。

既往歴 左膝前十字靭帯損傷手術(30歳)

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 頸の前屈痛、後屈痛、左側屈痛、右側屈痛、左回旋痛、右回旋痛すべて強陽性だが上肢への放散痛、シビレ感の誘発は認められない。筋萎縮、触覚障害はともに認められない。二頭筋反射、腕橈骨筋反射、三頭筋反射、膝蓋腱反射すべて正常。スパーリング・テスト、肩圧迫テストは頸の運動痛が強いため検査をしなかった。頭部、頸部、腰部の裂傷、浮腫は認められない。

圧痛は左右の下風池、天柱、肩井そして腰部の左L₄椎関に検出された。

要約 本症例はハイジャンプ時の落下による頭頸部への外傷が直接の原因とおもわれる。疼痛による頸部の運動制限があり、症状が頸や肩甲上部に限局し、X線検査で頸椎の異常が認められず、根症状、脊髄症状も認められないことから頸椎捻挫を推測した。経過をみながら鍼灸治療を試みることにした。

対応 落下したときの衝撃で頸の骨の関節が急激にひっぱられ、関節の周囲の組織や靭帯が傷ついたものとおもわれます。いわゆる捻挫です。頸の筋肉の緊張はその反射的な防御のためです。X線で頸の骨も異常がなく、脳波も異常がなかったのですから次第になおっていくと思います。鍼灸の治療は患部の周囲の血液循環をよくし、筋肉の緊張をやわらげ痛みを軽減させます。2~3週間は安静が必要です。その間スポーツのトレーニングは中止し、ヨガも頸に負担のかかるポーズはさけてください。

治療・経過 治療は疼痛の軽減を目的に行った。

第1回 体位は腹臥位で胸部に胸あてまくらと前額部に小まくらをあてがった。治療点は圧痛点と疼痛部位の左右の下風池、天柱、肩井と七頸、腰部の左L₄椎関を取穴した。使用針は左L₄椎関はステンレス製1寸6分-2号(50mm-18号)、その他は1寸3分-2号(40mm-18号)を用いて15分間の置針を行い、黒田製カーボン灯(#1000-#3001)で左右の頸部を7分間照射した。

刺入深度は下風池、天柱、肩井、七頸は1cm、L₄椎関は2cm。抜鍼後、頸椎の徒手牽引を行った。

第2回(7日目)電車を利用して来院する。座席に坐ると振動が頸にひびくので立ったままほぼ1時間の通院時間をかけてきた。前回の治療の後、頸肩甲上部の鈍重感が軽くなり、首が少し動くようになり、夜寝返りが

できるようになった。疼痛の程度は変わらない。腰の痛みはなくなった。頤の前屈痛、後屈痛、左側屈痛、右側屈痛、左回旋痛、右回旋痛すべて陽性だが初診時より可動域が広がる。治療は前回と同じ。

第3回(11日目)前回の治療の後から急に疼痛が楽になった気がする。昨日病院で久しぶりに8kgの牽引で夜までめまい。頭痛はとれない。しかしこの数日、夜熟睡ができる。頤の前屈痛、後屈痛、左側屈痛、右側屈痛、左回旋痛、右回旋痛すべて陽性だが前回の時より可動域がさらに広がる。アドソン・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、肩圧迫テストすべて陰性。右側スパーリングテスト陽性、右上肢に放散痛がでるが、右上肢の症状の自覚はない。治療は左L₄椎関を省き他は前回と同じ。

第4回(15日目)頭痛はなくなる。頤の前屈痛、後屈痛、左側屈痛、左回旋痛、右回旋痛陰性。右側屈痛陽性。右側スパーリングテスト陽性。下位頤椎部にこり感のみ残存する。

第5回(21日目)昨日缶ビール1本飲んだ後、頭痛が3時間続いた。日常生活動作の頤部の動きでは痛まなくなった。右側屈痛陽性。右側スパーリングテスト陰性。

第6回(28日目)右側屈痛陰性。何かをする意欲が湧いてきた。

第7回(37日目)3日前より職場復帰。疲れ易いが症状の再燃をみない。トレーニング(ランニング中心)とヨガを開始した。緩解とみて治療を一応終了とする。本人の希望で今後1週間に1度健康管理とコンデションを整える意味で治療を継続することにした。

考 察 本症例はハイジャンプで跳躍の後、背面からの落下で床のコンクリートに直接激突、後頭部と腰部を打撲したもので、初診時には患部に裂傷、浮腫その他眼窩周辺や耳介後部などの皮下出血が認められず、衝撃が頤部に集中したものと推測される。受傷直後に一過性の四肢のシビレ感と運動不能感の症状を呈したが翌日には頤部痛、頭痛、頤椎運動制限およびめまいの症状に移行した。頭部の外傷では頭蓋内出血、脳損傷が考えられるが受傷直後の意識障害、左右瞳孔不同、頭痛、吐き気、平衡障害、知覚異常、筋力低下、複視、痙攣発作、その他の神経症状は本症例では認められない。しかし意識清明であっても、時間の経過とともに頭蓋内出血の出現する可能性がある硬膜外血腫は、数時間、時には数

日たってから発症し、慢性硬膜下血腫は数週間から1年ぐらい経過して発症することがあるため^{1) 2)}、脳波検査では異常が認められないが慢性硬膜下血腫は考慮にいれ経過を観察することにし、その他は除外可能とおもわれる。次に頤椎損傷では頤椎の骨折、脱臼とそれにとまなう頤髓および頤部脊髄神経の損傷であるが、受傷当日のX線検査で頤椎の異常が認められず、頤部の出血、浮腫も認められない。脊髄の圧迫による痙性四肢麻痺や弛緩性上肢麻痺と痙性下肢麻痺の運動麻痺、解離性知覚障害、および膀胱・直腸障害も認められない。脊髄神経の損傷では脊髄神経根、頤部神経叢、腕神経叢の損傷による頤、肩、腕、背部への強い放散痛や運動・知覚障害³⁾も認められないことから一応除外できる。急性椎間板損傷でも頤部痛や僧帽筋の疼痛が出現するが、上肢への疼痛やシビレはなく、X線検査でも頤椎の異常が認められないことからこれも除外可能とおもわれる。⁴⁾

本症例はスポーツ外傷が直接の原因で頤部痛が主訴であり、上肢への放散痛やシビレはなく、頤部筋群に圧痛をみ、神経学的な異常もなく、頤椎X線検査でも頤椎の異常が認められないことから頤椎捻挫を推定した。^{5) 6)} 一般にスポーツによる頤椎捻挫は交通事故にみられる鞭打ち損傷は少なく、Barré-Lieau症候群を呈するような症例はきわめて少ないと思われるため⁷⁾ 鞭打ち損傷よりは短期の緩解を推測した。受傷後6週間で緩解をみたが、本症例では1か月半の完全休暇をとり安静と治療に専念しえたことがこの緩解に寄与できたものとおもわれる。

頤椎捻挫における徒手牽引は機械的牽引で愁訴の増悪みられるものでも刺鍼によって筋の緊張を緩和した後行くと、より効果的なことが多い⁸⁾。本症例でも毎回行いその後軽快感を発生せしめることができた。

今回の生活指導(トレーニングメニューのアドバイス)は、硬い路面を避けての毎日の散歩とそれによる疲労度と患部の愁訴の増悪度とをみながら散歩時間を延長していった。つぎに筋力維持のため頤部に負担にならない柔軟体操と筋力トレーニングを持続し、ランニングを開始するに至った。復帰への計画やトレーニングのメニューを細かく聞きだしてアドバイスができたことも治療効果に寄与できたものと思われる。

* 解離性知覚障害 温・痛覚が傷害され、触覚、振動覚、位置覚が保たれ

る。

経穴の位置

- 下風池 風池の下方1~1.5横指
- 天柱 大筋の外側縁後髪際の高さ
- 肩井 天りょうの直上で僧帽筋の上縁
- 七頸 第七頸椎棘突起の高さで天柱の直下
- L₄椎関 L₄L₅棘突起間の外方で正中線から2~2.5cm

参考文献

- 1) 中嶋寛之編：頭頸部外傷「スポーツ整形外科学」，P359,南江堂,1990
- 2) 市川宣恭編：頭部のスポーツ外傷「スポーツ外傷・障害」，P87~88,南江堂,1993
- 3) 市川宣恭編：頸部のスポーツ外傷「スポーツ外傷・障害」，P91~92,南江堂,1993
- 4) 中嶋寛之編：頸椎損傷の診断と治療「スポーツ整形外科学」，P61~62,南江堂,1990
- 5) 出端昭男：「診察法と治療法 4 頸・上肢痛」，P54,医道の日本社,1989
- 6) 中嶋寛之編：頸椎損傷の診断と治療「スポーツ整形外科学」，P60~61,南江堂,1990
- 7) 中嶋寛之編：頸椎損傷の診断と治療「スポーツ整形外科学」，P60~61,南江堂,1990
- 8) 松本勅：頸・上肢痛の鍼灸治療「現代鍼灸臨床の実際」，P51~52,医歯薬出版,1991

初診時の診察所見

頸・上肢痛

平成5年10月26日

1 握力	左 右	9 二頭筋	左 + 右 +	[12, (+)]
2 後屈痛	- (+)	10 腕橈骨筋	左 + 右 +	
3 側屈痛	左 - (+)	11 三頭筋	左 + 右 +	
	右 - (+)	14 スパーリング	左 不 右	
4 回旋痛	左 - (+)	15 肩圧迫	左 不 右	
	右 - (+)	16 ライト	左 右	
5 モーリー	左 右	17 エーデン	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		

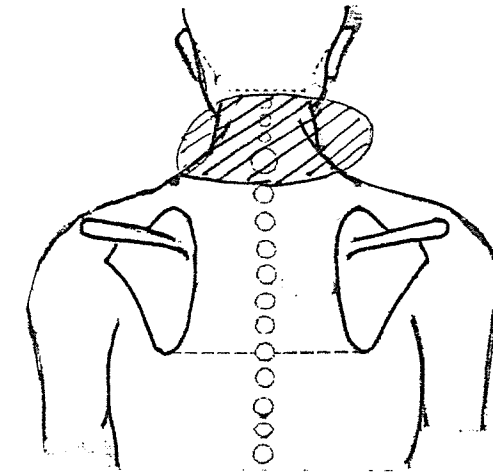


図1 疼痛部位

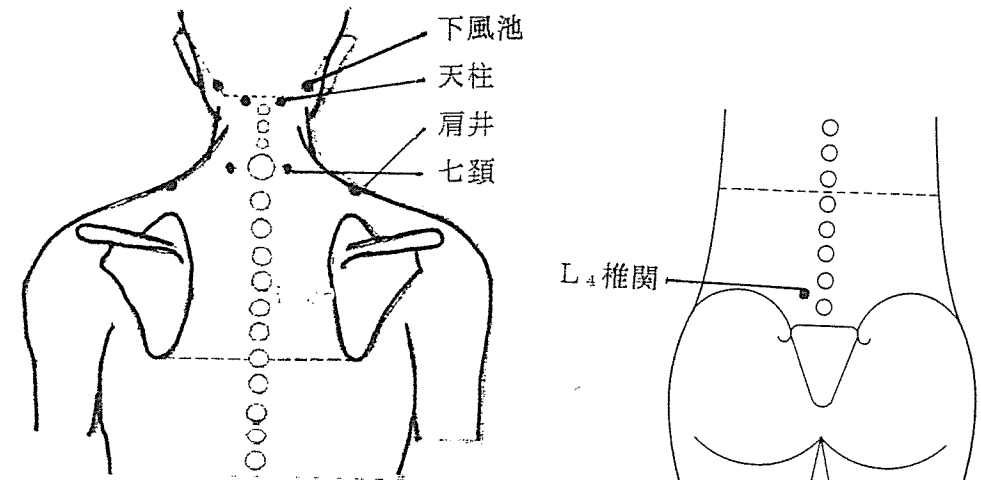


図2 圧痛点と治療点