

平成7年6月22日

解離性上肢運動麻痺

症例報告

出端昭男

症例 K. N. 42歳 男 飲食店自営

初診 平成6年10月19日

主訴 脱力のため右上肢が挙がらない

現病歴 9月初旬、自転車に乗っているとき右後頸部に痛みを感じ、次第に右上肢の脱力が起り始めた。仕事上、右上肢をよく使うが、なべなどが持てなくなってしまった。

10月初めころには、左手を添えないと右上肢を挙げることができず1人で上着を着るのが困難となり、また箸を持って食事をすることができにくくなってきた。

10月初旬、上記症状を訴えてS整形外科医院を受診、X線検査を受けた。診断は野球肩およびテニス肘で、電気治療を指示され5、6回通院したが、症状に全く変化がみられなかったので中止した。

現在、右上肢が挙がりにくく、また下を向いて本を読んでいると右後頸部の下方(C₅, C₆付近)に痛みを感じてくる。夜間痛はないが、早朝、頸の痛みで目が覚める。昼間も常に鈍痛がある。右上肢にしびれ感はないが、指先の動きがぎこちないように感じられる。歩行障害、膀胱直腸障害、球症状はない。

仕事は調理。スポーツはやっていない。アルコールは全く飲まない。

注. 球症状とは口唇、舌、咽頭、体幹筋の麻痺で、発語障害、嚥下障害、咀嚼障害、起立障害、頸筋障害などを現す。筋萎縮性側索硬化症などで発生する^{1) 2) 3) 4) 5) 6) 7) 8) 9)}。

既往歴 特記すべきものなし

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 握力は左44kg、右30kg(右利き)。頸の後屈、左側屈、右回旋で右後頸部から肩甲上部にかけて痛みの増悪がある。モーリー・テストは左右ともに陰性。C₅～C₈神経支配領域の触覚および痛覚障害は認められない。二頭筋反射は左右とも消失。腕橈骨筋反射は左正常、右消失。三頭筋反射は左右とも消失。スパーリング・テストでは、右後頸部の下方(C₆付近)に痛みが誘発される。肩圧迫テストは陰性。膝蓋腱反射は左右とも正常。右肩関節の自動外転は脱力により可動域70°にとどまるが、他動的には正常域まで挙上可能。10秒テストは右23回、左29回。右三角筋の萎縮は認められるが、手筋や棘上筋・棘下筋の萎縮はみられない。翼状肩甲も認められず線維束攣縮も観察されない。

圧痛は右の下風池、六ヶ所および大杼に検出されたが、方形腔には認められない。

注. 翼状肩甲とは上肢挙上に際して肩甲骨内縁が後方へ突出する症状で、長胸神経障害などにおいて認められる¹⁰⁾。

また、線維束攣縮とは筋肉の自発的な収縮(ピクピク)で、解離性上肢麻痺でもみられるが、筋萎縮性側索硬化症、脊髄性進行性筋萎縮症などで顕著に現れる^{1) 2) 3) 4) 5) 7) 8) 9)}。

なお、方形腔の位置は肩関節の後関節裂隙部の下方で、ほぼ肩貞の部位に相当する。腋窩神経障害では全例に圧痛がみられるといわれている^{11) 12) 13)}。

要約 C₅～C₈神経支配領域の触覚および痛覚障害が認められず、かつ上肢の脱力による挙上障害があり、三角筋の萎縮を認め、頸椎の運動により頸部や肩甲上部に痛みの増悪をみるとことから、頸椎障害に起因する解離性上肢運動麻痺と推測される。

患者への対応 野球肩でもテニス肘でもありません。一種の職業病で、腕の使い過ぎによる頸椎の炎症か、または軽い頸のヘルニアで、運動神経が障害されて力が入らなくなったのです。病状は決して重い方ではなく、発病からの日数も1カ月くらいですから、鍼灸で十分に良くなります。無理な頸の運動をしたり揉んだりしてはいけません。

治療・経過 鍼灸治療は右の後頸部から肩甲上部にかけての疼痛と、C₅、C₆神經根周辺の炎症、循環障害、浮腫などの改善を目標に右の下風池、六頸、大杼を、また三角筋の萎縮に対して右の上天府と臑会を取穴した（図1）。

使用鍼はステンレス・1寸3分～2号（40mm-18号）で、下風池は内下方に向けて2cm、六頸はやや内方に向けて2.5cm、大杼は内下方に1.5cm、臑会は内下方に向け、上天府は外下方に向けて、それぞれ約2cm刺入した。

灸は抜鍼後、同部位に糸状灸3壮を行った。

なお、頸椎の安静と免荷を目的に頸椎固定装具（ポリネック・M）の装着を指示した。

第2回（9日目） とくに変化なし。自動外転80°

第4回（12日目） 早朝時の頸の痛み、昼間の鈍痛がほとんど消失した。右手で歯を磨けるようになった。自動外転90°

第6回（16日目） 自動外転 106°

第8回（19日目） 自分1人で上着が脱げるようにになった。自動外転 128°

患者は、この8回目の治療で来院しなくなり、その後の経過は不明であったが、本年4月14日に下痢と疲労を主訴として来院した。そこで前回の経過を尋ねると、その後の経過はすこぶる順調で、上肢の挙上障害は治ったと言い、両側の上肢を挙上して見せた。しかし以前に比べると右上肢の力はやや減弱したようだと言う。三角筋を左右比べてみると、やはり右に若干の萎縮が残存している。

考 察 本症例は脱力による上肢挙上障害、頸椎の前屈、後屈、側屈、回旋による頸肩部痛の増悪、三角筋の萎縮、腕橈骨筋反射の消失が認められ、かつ知覚障害を欠くことから、頸椎障害に起因する解離性上肢運動麻痺と推定される⁸⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²³⁾²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾。

病態については、年齢的に頸椎椎間板ヘルニアも考えられるが、頸椎症の可能性も否定し得ない。

古川は頸部脊椎症性筋萎縮症例（キーガン型頸椎症、筆者注）の8例を報告し、その平均年齢は53.2歳（50～60歳）で、頸部椎間板ヘルニア症例

はなく、全例頸部脊椎症であったと述べている¹⁴⁾。

一方、市原は「頸椎症に伴う上肢麻痺の検討」と題する論文を発表し、9例の上肢麻痺のうち2例は30歳代で、いずれも頸椎椎間板ヘルニアであったと報告している¹⁵⁾。

以上の報告から高年齢では頸椎症が多く、若年者には椎間板ヘルニアの可能性が高いと推定されるが、本症例の42歳は、そのどちらの可能性も考えられ得る。

解離性上肢麻痺では、しばしば脊髓症状を合併する報告を見るが¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾、本症例では膝蓋腱反射の亢進はなく、10秒テストも健側に比べてやや劣るが正常域であり、歩行障害も認められないことから、神經根のみの障害と推定される。

鍼灸治療による解離性上肢運動麻痺の治験例の報告は多くないが、新鮮例で脊髓症状を伴わない症例では予後良好であり¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾、鍼灸が適応する病態と考えられる。

本症例では下肢の痙攣歩行、腱反射亢進、球症状、線維束攣縮、手の筋萎縮などがみられず、したがって筋萎縮性側索硬化症や脊髄性進行性筋萎縮症は除外できる¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾⁷⁾。

また、麻痺による上肢挙上障害の点では上腕神經叢神經炎（Neuralgic Amyotrophy）に類似するが、上肢の激痛もなく、上腕神經叢神經炎に特有の経過もみられず、本症の可能性は考えられない。

肩周辺の絞扼性神經障害である腋窩神經障害、肩甲上神經障害、長胸神經障害などにおいても上肢挙上障害を呈するが、今回の症例では三角筋部に知覚障害はなく、方形腔にも圧痛が検出されない（腋窩神經障害では、これらの症状が現れる）、棘上筋・棘下筋の萎縮も認められない（肩甲上神經障害では萎縮が現れる）、翼状肩甲も陰性（長胸神經障害では陽性）であることから、これらの疾患も除外可能である¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾²¹⁾²²⁾。

本症例は、頸椎の運動やスパーリング・テストで頸部や肩甲上部に痛みの増悪があり、さらに腕橈骨筋反射の消失もみられるので、主としてC₆神經の前根がヘルニアもしくは骨棘により圧迫され、上肢の運動麻痺を発生させたものと推察される。

鍼灸治療によく反応し、極めて良好な経過をたどった症例であるが、これは脊髄症状を伴わない神經根症であったこと、発症からの日数が短かく新鮮例であったことなどが要因として考えられる。

経穴の位置

肩貞：背部腋窩横紋の直上で、肩関節の下縁

下風池：乳様突起の下端の高さで後髪際に風池を取り、この下方1～1.5

横指の圧痛

六頸：項部の両側に縦走する筋膨隆の外側縁で、C₆棘突起の高さ

上天府：三角筋の前縁で、腋窩横紋上端の高さ

臑会：三角筋の後縁で、肩峰上端と肘頭の上方約3分の1の高さ

参考文献

- 1) 山村雄一編：神經系の発育異常および変性疾患、「新内科学」、3、p.252～258、南山堂、1977。
- 2) 吉田充男：脊髄の変性疾患、「神經病学」、p.374～376、医学書院、1981。
- 3) 八瀬喜郎：運動ニューロン変性疾患、「臨床神經内科学」、p.319～323、1989。
- 4) 尾野精一、ほか：運動ニューロン疾患、「神經内科 Quick Reference」、p.522～526、文光堂、1992。
- 5) 荒木淑郎：「神經内科学」、p.693～695、金芳堂、1991。
- 6) 平山惠造：「神經症候学」、p.279～299、文光堂、1976。
- 7) 川村純一郎：「神經病学入門」、p.150～152、金芳堂、1988。
- 8) 大田 寛、ほか：頸椎症に伴う解離性の上肢運動麻痺、「臨整外」、10-12、p.1124～1132、1975。
- 9) 冲中重雄編：筋萎縮性側索硬化症、「内科書」、上、p.558～564、南山堂、1978。
- 10) 三笠元彦：私の肩診察法、「肩関節」、別冊整形外科、6、p.17～22、南江堂、1984。

- 11) 尾崎二郎：「肩の臨床」、p.88～89、メジカルビュー社、1986。
- 12) 松崎昭夫：絞扼性神經障害、「肩関節の外科」、p.190～195、南江堂、1989。
- 13) 出端昭男：「診察法と治療法」、5、p.57～58、医道の日本社、1992。
- 14) 古川浩三郎、ほか：頸部脊椎症性筋萎縮（祖父江）症例の経験、「臨整外」、13-2、p.1152～1155、1978。
- 15) 市原健一、ほか：頸椎症に伴う上肢麻痺の検討、「整形外科」、38-4、p.453～460、1987。
- 16) 祖父江逸郎、ほか：頸部脊椎症性ミエロパチーの臨床像と病型、「臨整外」、10-11、p.999～1006、1975。
- 17) 大田 寛、ほか：頸椎症にみられる解離性の上肢運動麻痺、「頸椎症の臨床」、整形外科MOOK、6、p.41～48、金原出版、1983。
- 18) 田中正治：頸椎症性神經根症の症例、「医道の日本」、44-8、p.6～9、1985。
- 19) 滝沢照明：頸椎症に伴う上肢運動麻痺を呈する症例、「臨床針灸」、4-3、p.40～44、1989。
- 20) 出端昭男：キーガン型頸椎症、「医道の日本」、50-10、50-12、51-1、1991～1992。
- 21) 尾崎二郎：「肩の臨床」、p.90～93、メジカルビュー社、1986。
- 22) 宮坂芳典：神經障害、「肩・肩甲帶障害」、図説整形外科診断治療講座、12、p.174～181、メジカルビュー社、1990。
- 23) 広藤栄一、ほか：頸椎症の解離性運動麻痺（いわゆるKeegan type）の2症例、「中部整災誌」、23-4、p.1023～1030、1980。
- 24) 辻本 壮、ほか：著明な筋萎縮を伴ったCervical spondylosis の治療経験、「中部整災誌」、21-6、p.1197～1198、1978。
- 25) 秋山典彦、ほか：上肢の解離性運動麻痺を示した頸椎症の1剖検例、「日整会誌」、54、p.303～310、1980。
- 26) 伊藤達雄、ほか：頸椎症におけるDissociated Motor Loss (Keegan) の臨床的検討、「日整会誌」、51、p.1010～1012、1977。

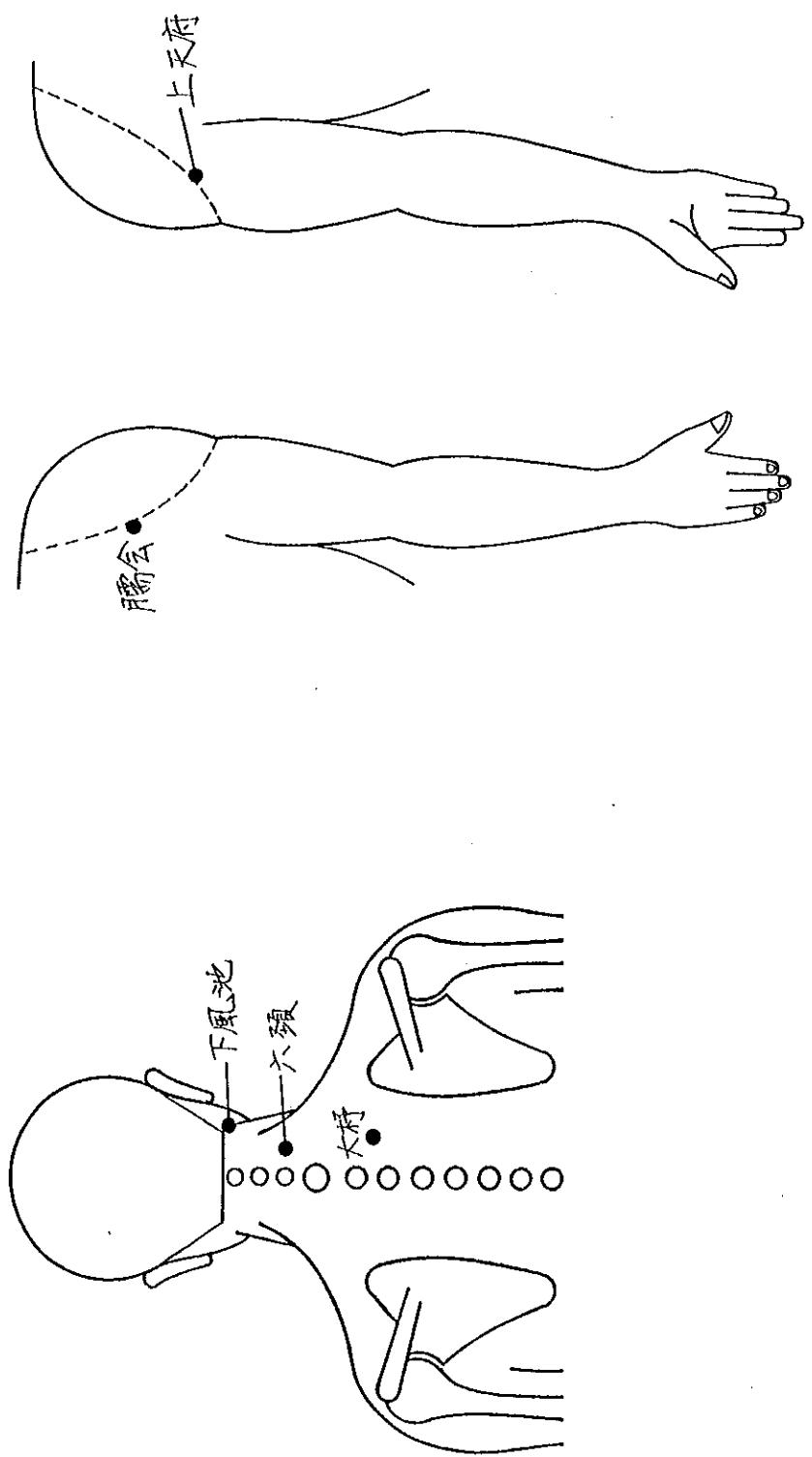


圖 1 治療點