

症例報告

平成9年3月27日

肩の腱板刺鍼により著効のあった有痛弧症候

元吉 正幸

本症例は、右肩関節の外転痛を訴えて来院した患者である。受傷機転、臨床症状から有痛弧症候を主症状とする腱板炎と診断した。病態に基づいて肩の腱板刺鍼を試みたところ3回の治療で緩解したので報告する。

症 例：66歳 男性 漁師

初 診：平成8年7月13日

主 訴：右肩関節を外転すると三角筋部が痛い

現病歴：2カ月前より、肩を挙げたり下げたりする時に一定の角度のところで時々痛みが誘発されるようになった。2週間位前より、三角筋に鈍い痛みを感じるようになつたので来院した（図1）。発症の原因に思い当ることはない。医師の診療は受けていない。

現在、自発痛、夜間痛はない。肩より高所の物を取ろうとした時などに、時折ズキッとした痛みを感じる。また、その際に痛みを感じなくとも腕を下ろす時に同じ痛みを感じる時がある。仕事は漁師であるが楽な仕事しかしていない。特に、重量物を持つことや物を投げるような動作は控えている。

アルコールは、たまにたしなむ程度。タバコは吸わない。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

診察所見：頸椎の運動による痛みの誘発はない。頸伸展圧迫テスト（ジャクソン・ヘッド・コンプレッション・テスト注1）陰性。スパーリング・テスト左右共に陰性。発赤、腫脹、三角筋の萎縮は認められない。ヤーガソン・テスト、スピード・テスト、ストレッチ・テストは陰性。落下テスト陰性。有痛弧症候は右陽性で肩関節外転 85° ～ 95° 付近で痛みの誘発がある。棘上筋、

1

棘下筋の萎縮は認められない。結髪・結滯動作は陰性。関節可動域は自動運動で外転時の有痛弧症候の痛みの部分を乗り越えれば正常。徒手筋力テストは肩関節外転、外旋、内旋時に健側と比較するとわずかに低下しているようである。棘上筋抵抗テスト注2でも、わずかに右の筋力低下が認められるが棘上筋に著明な痛みの誘発はない。

圧痛は臑俞、肩貞、天宗、巨骨、秉風、結節に検出された（図2）。

対応：もう四十、五十は過ぎましたが、五十肩のなり始めの原因でこのような症状になります。肩の奥の方にある筋肉が疲れたりして筋力が弱くなり、肩の筋肉のバランスが崩れると、鎖骨の外側の骨と二の腕の頭の間にある筋肉や腱がその間に挟まれるような具合になって痛みを起こします。

三角筋の痛みは初めに痛くなつた所をかばって動いていたために疲労したのだと思います。暖めて筋肉の血行をよくして疲労をとり、奥の方の筋肉は鍼で筋疲労を治療し、筋力のバランスが整えればこの症状はなくなります。

しかし、あまり痛みを感じる動作を多く行なつてはいるが肩全体に炎症が起ることもあります。ですから、痛みを起こす動作を繰り返したりすることは症状を悪化させます。ラジオ体操のような肩をまわす動作でも痛みを感じますから、そのような動作は避けるようにして下さい。入浴は今のところ普通に入って結構です。

注1. 頸椎を過伸展位して、頭頂部より体軸方向へ圧迫力を加えた場合に神経根刺激状態が存在すれば、上肢や背部に痛みが誘発する。

注2. 患者の肩を内旋位とし肩甲骨面で外転させる。外転 45° ～ 60° で検者が外転に対し抵抗をかけ、疼痛の有無と部位および筋力低下の有無を判定する。

治療および経過：本症例は、発症状況と臨床症状から有痛弧症候を主症状とする腱板炎と診断した。鍼治療は腱板の血流改善を行い、筋緊張および筋疲労の回復を目的に行った。

第1回（7月13日） 治療体位は坐位で低周波およびホットパックを20分間行なつた。しかし、治療直後はやや三角筋部の痛みが軽くなったという本人の自覚は認められたが、有痛弧症候が認められるためステンレス製1寸6分ー3番（50mm-20号）を用いて患側の巨骨、秉風、下秉風、天宗にやや内下方

2

に向け、膚俞、肩貞には直刺で約3 cm刺入し1 Hzの通電を、かすかに筋収縮が認められる強さで10分間の通電刺鍼とした。治療直後の有痛弧症候はほぼ消失し患者もその効果に驚いた。

第2回（7月15日）肩の挙げ下げの動作の痛みは、ほぼ消失したが1日の間に数度ひつかかるような痛みは感じた。

第3回（7月17日）日常生活動作ではほとんど気にならなくなった。三角筋部の痛みも消失した。徒手筋力テストでも左右差は認められず、棘上筋抵抗テストも陰性となったので、少しでも症状が出現したら通院するようにと指導し、症状緩解として治療を終了した。

考 察：本症例は有痛弧症候を主症状とする腱板炎と診断した。以下その理由を述べる。

1. 有痛弧陽性、右肩関節外転85°～95°で疼痛が誘発される。
2. 自発痛、夜間痛のこと。
3. 腱板を構成する棘上筋、棘下筋、小円筋に存在する経穴、特に大結節部に著明な圧痛が認められた。

また、発症条件および臨床症状から以下の類症疾患を除外した。

1. 肩峰下滑液包炎
自発痛、夜間痛がなく肩関節部の腫脹・熱感も認められない。
2. 腱板断裂
落下テスト陰性、棘上筋・棘下筋の筋萎縮が認められない。また、軋轆音も認められず、棘上筋抵抗テストで著明な圧痛も認められない。
3. 頸椎疾患
頸椎の運動による愁訴の誘発・増悪がなく、上肢にシビレ感も認められない。

以上、受傷機転、疼痛域、診察所見および除外診断から本症例を腱板炎と診断した。

さて、有痛弧症候を引き起こす原因の1つとして、手塚はアウターマッスル（肩関節では三角筋に相当）とインナーマッスル（肩関節では棘上筋、棘下筋、小円筋、肩甲下筋の腱板＝ローテーターカフに相当する）のアンバランスを挙げている¹⁾。

また、尾崎は慢性癒着性肩峰下滑液包炎を挙げ、滑液包の肥厚によるその内腔の癒着が原因であるとしている²⁾。

以上の知見から本症の発症機序を以下のように推測した。

1. ローテーターカフ＝腱板の筋力低下から肩甲上腕関節の不安定性が生じた。
2. その結果、肩関節外転時に三角筋の牽引力により上腕骨骨頭の上方移動が発生。
3. それが、大結節部の鳥口肩峰アーチ通過時において棘上筋の圧迫を引き起こし、有痛弧症候を引き起こし、腱板炎の発症に至った。

しかし、加齢および職業を原因として滑液包の肥厚が生じ、内腔の癒着から有痛弧症候陽性に至った可能性も否定できない。

鍼治療は筋疲労・スパズムによる筋低下の回復および消炎に有効であると推測する。

本症例は鍼灸の適応疾患であり、その予後も良好であると考える。

3回の腱板刺鍼により自・他覚症状の完全緩解を認めた。

腱板を構成する筋群（棘上筋、棘下筋、小円筋）への集中的な鍼治療が腱板の機能を回復させ、上腕骨骨頭の上方移動を制御し、肩甲上腕関節の動きの正常化がなされたために腱板への上腕骨骨頭の衝突が消失し、腱板の消炎に寄与したものと推測する。

経穴の位置

結節：肩峰角（肩峰の外角端が皮下に触れる点の1～2横指下方）

下秉風（棘下）：肩甲棘三角内側縁と肩峰との中央で肩甲棘の下縁。

参考文献

- 1) 手塚一志：野球肩のコーディネーション、スポーツ外傷・障害とりハビリテーション、p.30-31、文光堂、東京、1994.
- 2) 尾崎二郎：整形外科、46、8、p.1159-1160、1995.

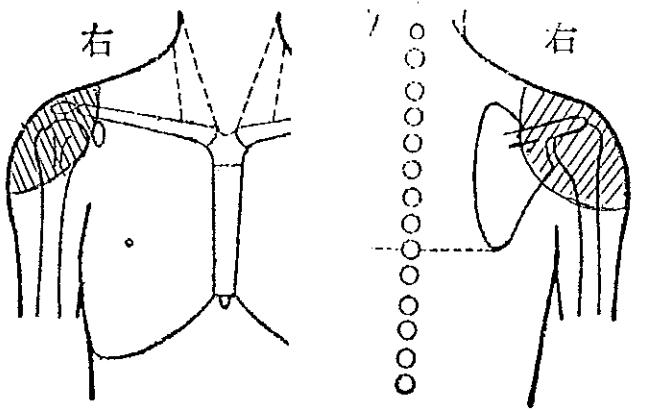


図1 痛痛域

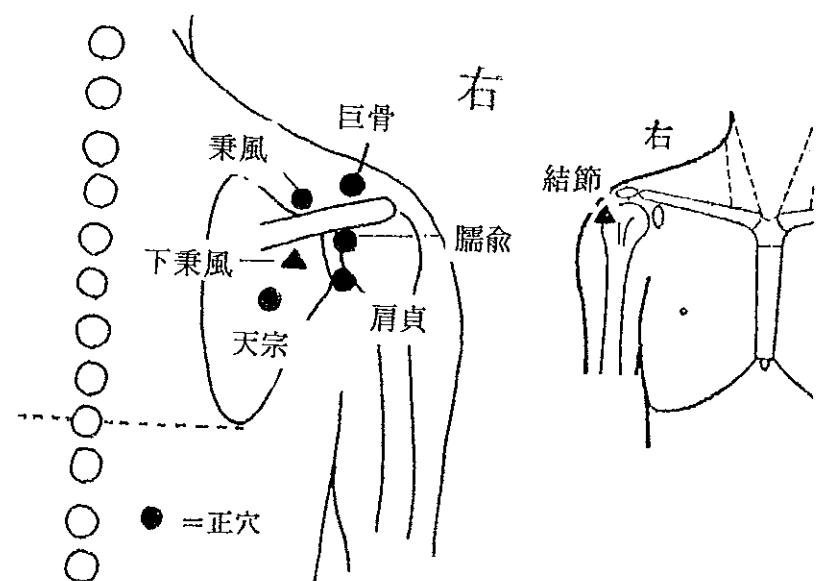


図2 压痛点と治療点