

症例報告

平成14年5月23日

脳梗塞に伴う片麻痺に対して鍼灸治療の有効性を問う

折原瑛哲

本症例は、脳梗塞の後に残存する片麻痺を主訴として来院した。発症後、比較的短期間の内に鍼灸治療を施す機会に恵まれたので、ここに報告する。

症例 57歳 男性 建築事務所経営

初診 平成14年1月12日

主訴 左上肢の麻痺

現病歴 一年前に突然イスから立ち上がることが出来なくなり、声が出なくなった。イスからはすぐに立ち上がったが、しゃべれないので医者について投薬を受け治癒した。

平成13年12月13日、午後0時30分。息子に買い与えたマンションで引っ越しの話をしていて、急に左の顔面がおかしくなった。話をしようにもまともに話が出来ないし、ヨダレがでてきて、ふらついて倒れそうになった。そばにいた妻が驚いて救急車を呼んだ。救急車に乗ろうとしてつかまろうとしたが、左手がダランとしたまま動かさなかった。病院へ行き診察を受けたところ、脳梗塞と診断されそのまま入院した。投薬を受け、つまっているものを溶かす治療を受けた。左の足もうまく動かないが、完全な麻痺には至らなかった。

現在、顔面の方はだいぶ回復したが、まだ左口角にヨダレが垂れる。言葉がしゃべりにくい。

左下肢に力は入らないが、なんとか動かすことはできるので杖をつけて歩いている。左上肢はまったく動かすことができない。

入院中であるがリハビリテーションはまだ行われていない。

アルコールは毎日3～5合。タバコは40本吸っていたが、入院してからは止めている。

既往歴 不整脈、高血圧、糖尿病、がそれぞれ2年前から、緑内障が今回入院時に発見された。

家族歴 父が胃ガンおよび肝臓ガン。姉が大腸ガン。

診察所見 上腕二頭筋反射は左やや亢進、右消失。上腕三頭筋反射は左右共に消失。腕橈骨筋反射は左やや亢進、右消失。膝蓋腱反射は左右共に正常。アキレス腱反射は左正常、右消失。バビンスキー反射は左陽性、右陰性。顔面神経麻痺が認められる。言語障害が認められる。外眼筋運動は正常であり、視野欠損はない。上肢の運動は立位、仰臥位共に不能。下肢の運動は筋力低下が認められるが立位、仰臥位共に可能。知覚障害は認められない。問診に対しては、正確な解答が得られた。

診断 本症例は現病歴、および診察所見から、脳梗塞による上肢の運動麻痺と診断した。

対応 通常、脳梗塞後の麻痺の場合、その発症から鍼灸治療を行うまでの期間が、とても長い場合が多いです。貴方の場合は発症後一ヶ月のうちに治療を始めることができるので、私も大いに期待しています。それに、しゃべりにくいとは言え、会話をしていてさほど違和感を感じないし、杖をつけて歩くこともできます。歩いているうちに徐々に筋力がついてきますから、そのうち杖なしで歩くことが出来ますよ。腕も同じです。ちょっとでも動かすことができれば、後はその動きを少しずつ大きくしていけばいいじゃないですか。可能性はあると思いますから、頑張ってみましょう。

治療・経過 治療は、主に上肢の運動麻痺の改善を目的として行った。治療体位は仰臥位で膝の下に枕を挿入し、膝関節を軽度屈曲して行った。使用鍼はセイリン製ディスポ鍼1寸6分4号(50mm 22号ステンレス製)を用いた。治療穴として患側の上腕二頭筋上にA・B点、橈骨手根屈筋上にC・D点を取り、直刺で1cm刺入。それぞれに低周波通電療法(9Hz - 9分間)を行った。それぞれの筋肉がパルスと同調し収縮するのを確認した。続いて灸治療を行う。同じく患側の尺沢・少商・曲沢・中衝・少海・少衝に糸状灸にて、それぞれ3壮施灸した。まず尺沢に施灸したときに、わずかな変化が生じた。曲沢・少海と施灸が進むにつれ、その変化は確実なものとな

った。肘関節が屈曲し前腕がベッドから離れた。少商に施灸したときには目算であるが15度位肘関節が屈曲した。患者の顔を見ると目を閉じているので患側前腕を見るように指示した。腕が動くということを自身で確認してほしかったためである。施灸による反射的なものではあるが、この日最終的に30度位まで肘関節は屈曲した。軽いマッサージを施し、本日の治療を終了した。マッサージを施した際患側にはやや痛みを健側には気持ちの良さをそれぞれ感じたと
言う。

生活指導 人が生活してゆく上で必要な動作というのは、関節が曲がるということです。例えばリンゴをつかむ、それを口に持っていく、どちらの動作も関節が曲がらなければ、不可能ですよ。幸い肘の関節を曲げることが出来ました。後はこの動きを自分の意識と同調させてやればいいんです。口で言うほど簡単じゃないことはわかっていますが、一日二回、午前と午後に5分だけやってみてください。

第2回(1月16日、4日目) 前回行った灸の位置を 二間、商陽、液門、関衝、前谷、少沢、と改め、次回から交互に行う事とした。自身で意識して、肘関節の屈曲ができた。灸とうまく同調させる事により、自分の胸まで曲げることができた。

次回1月19日の治療を予定していたが、血管造影による精査のため外出ができなくなり、中止した。

第3回(1月26日、14日目) 上腕二頭筋反射・左亢進、右消失。上腕三頭筋反射・左右共に消失。腕橈骨筋反射・左やや亢進、右消失。膝蓋腱反射・左右共に正常。アキレス腱反射・左右共に消失。バビンスキー反射・左陽性右陰性。

第4回(2月2日、21日目) 患側第3～5指、わずかに屈曲できた。

第8回(3月2日、49日目) 患側母指が自力でわずかに屈曲できる。

第9回(3月9日、56日目) 患側肩関節の屈曲ができた。

第10回(3月16日、63日目) 患側第2指の屈曲ができた。軽く拳をにぎることが可能となった。

第11回(3月23日、70日目) 夜、ベッドに入ってあくびをすると同時に左腕がピクッ!と動く。

第12回(3月30日、77日目) 患側の指の伸展が可能となり、立位

での肩関節の屈曲が可能となるも、保持はできない。また、本日より杖なしで歩行している。

第14回(4月13日、91日目) 拳をにぎる、ひらくの動作が、割とスムーズに行える。患側各指、個々の動きも良好で、母指と他の4指とで環を作ることが可能。

本症例は現在も治療継続中である。

考察 本症例は、某病院にて脳梗塞と診断され、それに伴う片麻痺(片側性の運動麻痺)を主訴として来院した。脳梗塞は、脳血栓症(アテローム硬化性血栓症)と脳塞栓症(主に心原性のもの)とに分けられるが、現病歴および既往歴から本症例を脳塞栓症と推測した。

以下、その理由を述べる。^{1),2)}

1. 前駆症状が認められない。
2. 発症が急激で短時間のうちに片麻痺が進行した。
3. 不整脈の既往歴がある。

しかし、近年では上記の2型に、他の条件(肺静脈血栓・低血圧等)、原因不詳の脳梗塞、また必ずしも血管閉塞を伴うとは限らないラクナ梗塞を独立させ4～5型に分類しようとする考え方もあるようだ。²⁾

脳梗塞に限らず、いわゆる脳卒中の後遺症として、片側性の運動麻痺は、鍼灸臨床の場において比較的よく遭遇する疾患である。

以下、その特徴について述べる。³⁾

1. 上肢と下肢とでは、下肢の方が比較的両側性支配率が大きい。言い換えれば非交差錐体路線維が多い。したがって、一般的には下肢は上肢に比して麻痺回復は良好である。
2. 通常上下肢の麻痺は中枢側よりも末梢側が重い。
3. 顔面と体幹は脳の両側支配をうけるため、運動麻痺は軽度である。しかし逆に健側も影響をうけ、真の健側ではないということになる。
4. 非交差線維の比率はかなり個人差がある。この比率が高い場合には患側の回復が良好である反面、健側肢の障害もめだつようになる。

また Patrisia Davies は、pusher syndrome (体軸傾斜症候群) という

特異な麻痺のタイプがありこれらがそろっている場合、回復は一般に困難とされている。と述べている。以下、その症状のいくつかについて述べる。³⁾(大脳右半球の広範囲の損傷によることが多いので、右損傷で話を進めていく。)

1. 顔は右を向き、同時に右に側方偏位する。
2. 左からくる刺激に対する認知能力の低下(触覚、視覚、聴覚)いわゆる半側無視。
3. 無関心、無表情、呼吸のコントロールが悪く、声が単調。
4. 背臥位で患側の伸長、健側の短縮。
5. 背臥位で外部からの刺激により、頭を枕から持ち上げようとする。頭をおろしているように命じてもまた持ち上げてしまう。
6. ベッド上で患者は常に健側に落ちる不安を持っている。健側をひろくあげ、健側ベッドの端を手でつかんでいることがある。
7. 座位・立位でも重心は患側に偏る。介助しないと患側に倒れそうになるが、それに対しては恐怖を示さない。
8. 椅子に腰掛けるとき、遠くから椅子につかまり不十分な体勢のまま腰掛けようとする。
9. 自己弁明的で多弁傾向である。
10. 健側手も巧緻動作をやらせると不器用である。

さて、比較的良好な回復を示している本症例について、私が過去に経験した脳血管障害後の片麻痺との違いがひとつある。それは、まだリハビリテーションも行われていない早期のうちに鍼灸治療を施す機会に恵まれたことである。それが良好な経過が得られた唯一の要因だなどと言うつもりはさらさらでないが、このことは、リハビリテーションのゴールを高くする上でひとつの要因と成りうると考えている。運動療法については仰臥位での自動運動のみ行っただが、仰臥位での治療の後、座位や立位で運動療法を行うことは起立性低血圧をひきおこす可能性を否定できない。これによる虚血は脳損傷部位の改善を遅らせるだけでなく、あらたな梗塞を誘発することになるからである。⁴⁾

また他動運動を行うときも注意すべき点がある。その原則は“正常可動域いっぱいに行う”とされているが、肩関節についてはこれ

を180度の屈曲・外転と考えたら誤りである。肩の運動の3/1は肩甲骨の回旋によって行われ、肩甲上腕関節の正常可動域はほぼ120度にすぎないからである。⁵⁾このことは自身で注意するばかりでなく、他院でリハビリテーションを受けている患者が、肩関節の痛みを訴えた場合も考慮にいれる必要がある。

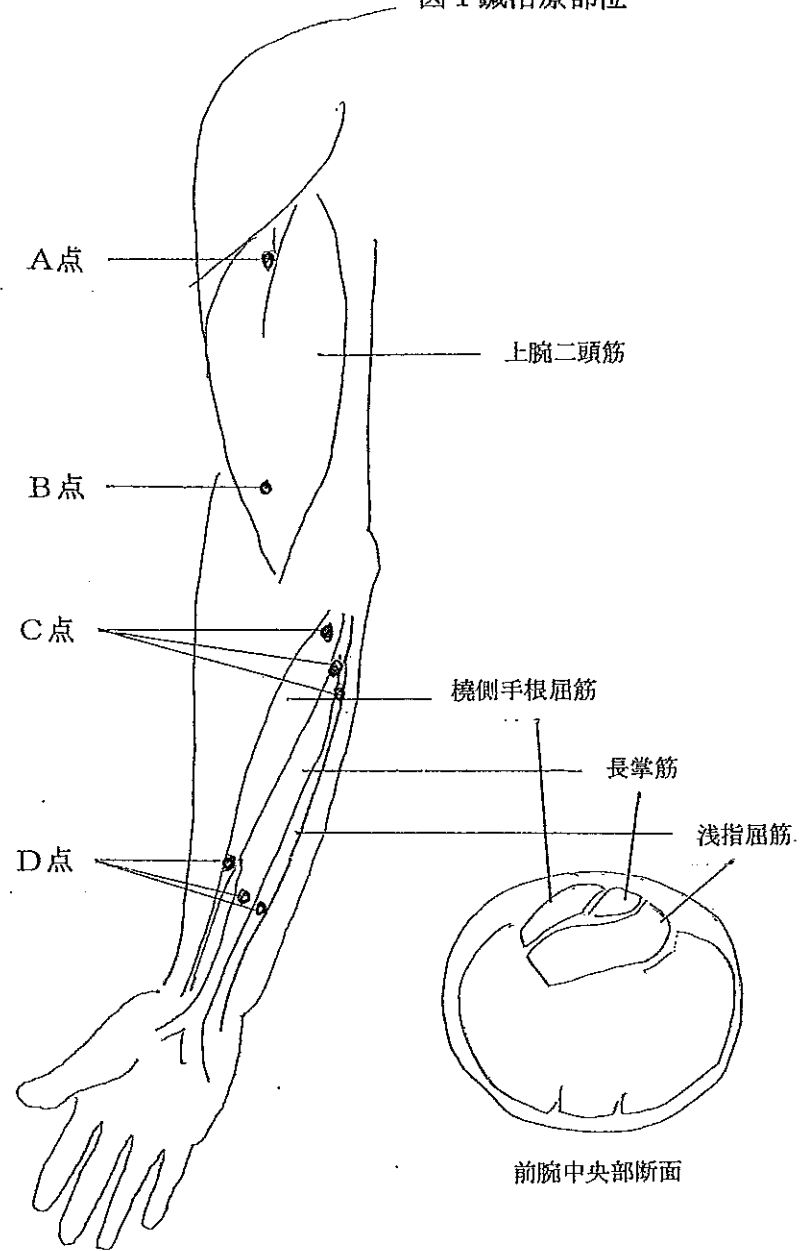
本症例の施灸穴について井穴については、霊枢の根結を基とした遠隔治療効果を期待して行った。水穴については私の独自の判断でこれに加えた。麻痺の治療穴として、この井・水取穴を決定してから久しいがその効果はきわ立って良好であることを報告する。

鍼治療において低周波通電の時間・周波数を決定するにあたっては、奇数のもつ不安定性を考慮し決定した。また、麻痺筋上に2点を取って低周波通電を行った際、すみやかにこれと同調し筋収縮が起これば麻痺の回復は良好である。これに対して筋収縮がみられない場合、回復は不良でありまた、回復したとしても相当の長期間を要する。経験上知りえたこととして、ここに報告する。

参考文献

- 1) 代田文彦・出端昭男・松本文明:「鍼灸不適應疾患の鑑別と対策」, P248 ~ 250, 医道の日本社, 1994,
- 2) 福井国彦:「脳卒中・その他の片麻痺 第2版」, P4, 医歯薬出版, 1994.
- 3) 福井国彦:「脳卒中・その他の片麻痺 第2版」, P57 ~ P64, 医歯薬出版, 1994.
- 4) 福井国彦:「脳卒中・その他の片麻痺 第2版」, P69, 医歯薬出版, 1994.
- 5) 井村裕夫 他:「脳血管障害」, P328, 中山書店, 1996

図1 鍼治療部位



経穴の位置

A点：上腕二頭筋上、長頭短頭接合部

B点：上腕二頭筋停止部やや上方

C点：橈側手根屈筋・長掌筋・浅指屈筋上肘関節近位

D点：橈側手根屈筋・長掌筋・浅指屈筋上手関節近位