

平成14年7月25日

ヘルニアと診断された腱板断裂

症例報告

木下典穂

本症例は電話で「右腕が挙がらない。左手を添えれば挙がる。整形外科でヘルニアといわれ、牽引をしている。鍼灸治療はどうか。」と問い合わせがあった。解離性の上肢運動麻痺は鍼灸の適応症とは言い切れないが、これまでに好結果を得た報告もみられるので、来院を勧めた。翌日、患者は来院した。ところが……

症例 72歳 男性 無職

初診 平成14年3月27日

主訴 右上肢挙上困難

現病歴 2月6日、何の思い当たる原因もなく、右肩甲上部、肩関節の外側と後側に鈍痛が出現する。翌朝目が覚めたら、右上肢が自力では挙がりにくくなっているのに気がつく。しばらく様子を見たが、症状に変化がないので、連休明けに整形外科を受診する。レントゲン検査で頸のヘルニアといわれ、頸椎の牽引をする。発症当時に比べて腕の挙がりは多少改善してきた。

現在、右肩甲上部の鈍痛は消失している。右肩関節の外側と後側に安静時にも鈍痛を感じる(図1)。夜間、激しい安静時痛はない。右上肢を挙上しようとする痛みが強くなり、挙上困難。左手を添えると挙上可能。右肩関節部以外に痛みはない。頸の運動による痛みの誘発はない。右上肢や手指にしびれはない。脱力感はなく、握力の低下は感じていない。巧緻運動障害、歩行障害、膀胱直腸障害はない。

その他の一般状態は良好。スポーツは散歩程度で特にしていない。アルコールは日に1合くらい。

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 頸椎の後屈痛、側屈痛、回旋痛はすべて陰性。スパーリングテスト陰性。右肩関節部の発赤、腫脹、熱感は認めない。三角筋の萎縮を認める。有痛弧症候(他動による)陽性。自動外転障害、自動屈曲障害は痛みのため陽性で、可動域は外転70°、屈曲80°。外転、屈曲とも他動は陰性ではほぼ正常域まで挙上可能。落下テスト陽性。棘上筋、棘下筋に著明な萎縮を認める。圧痛は大結節部に検出された(表1)。

診断 本症例は整形外科で頸椎椎間板ヘルニアによる上肢挙上障害と診断されたが、肩関節部の鈍痛、痛みによる上肢挙上困難で他動ではほぼ正常域まで挙上可能、棘上筋と棘下筋の著明な萎縮、大結節部の圧痛といった症状と所見から腱板断裂と診断した。本症例は棘上筋、棘下筋の著明な萎縮は認めるものの思い当たる原因のない非外傷性の腱板断裂であり、患者本人の発症当時よりは幾分改善しているとのことばもあったので、2~3週間は鍼灸治療を試みながら慎重に経過を観察し、全く改善の傾向がみられないときは改めて精査を勧めることにした。

対応 あなたの腕が挙がらないのは、頸のヘルニアのためではなく、肩の関節に原因があります。肩の関節についているスジに炎症が起こったのです。特に腕を使い過ぎると起こりやすいのですが、そうでなくても長く使っているとスジが疲れやすくなり、痛みが出るのです。炎症をとるように鍼治療をして、2~3週間様子をみてみましょう。

治療・経過 治療は肩関節部の消炎と鎮痛を目的に行った。治療体位は右上側臥位。ステンレス鍼の1寸6分3番(50mm-20号)を使用し、右側の肩井、巨骨、結節、肩貞、天宗、秉風を取穴し、肩井、天宗、秉風は内下方、巨骨は下方、結節は後下方に向けて、肩貞は直刺でそれぞれ約1.5cm刺入、15分間の置鍼を行った(図2)。

生活指導 右腕をできるだけ安静にするよう心がけてください。

第2回(4月3日、8日目) 自動外転、屈曲ともに80°。少し間隔をつめて、週に2回は通院するよう指示する。

本症例は2回で来院しなくなり、その後の経過は不明である。

考 察 本症例は症状と所見から腱板断裂と診断した。理由は以下のとおりである。

1. 上肢挙上が痛みのために困難
2. 他動では外転、屈曲とも正常域まで挙上可能
3. 棘上筋、棘下筋が著明に萎縮している
4. 有痛弧症候、落下テストが陽性
5. 大結節部に圧痛が検出された

これに上肢挙上時の軋轢音の確認が加われば良かったのだが、今回は他動外転が正常で五十肩との鑑別は明らかと判断したので、確認を怠ってしまった。三笠¹⁾は腱板断裂と五十肩の鑑別診断において、適中度の高い順に肩峰下滲出液徴候、肩峰骨頭間距離6mm以下、挙上時軋轢音を上げている。このうち前2者は肩峰下滑液包内穿刺とX線所見で我々には不可能であり、我々ができる所見としては軋轢音が最も診断的価値が高いことになる。腱板断裂が疑われ五十肩との鑑別診断が紛らわしい場合は、軋轢音の確認が必要となる。

腱板断裂と鑑別を要する最も重要で紛らわしい疾患は五十肩であるが、本症例の場合は上記のように

1. 自動外転障害陽性で、他動は正常域まで挙上可能という特徴的な所見から除外した。

本症例は整形外科でヘルニアによる上肢挙上障害と診断され、事実「自動外転、屈曲障害陽性、他動はともに正常、三角筋の萎縮」という所見は解離性の上肢運動麻痺²⁾を疑わせるが

1. 頸部、右上肢に痛みやしびれはない
2. 頸椎の後屈痛、側屈痛、回旋痛、およびスパーリングテストが陰性
3. 上肢挙上時に肩関節部に痛みを伴う
4. 落下テスト、有痛弧症候が陽性

以上の理由から除外した。

本症例が鍼灸の適応であったか否かの検討だが、腱板断裂に対する適応の判定は五十肩やその他の周辺疾患に比べてもかなり難しい。第一に鍼灸臨床では断裂の部位や状態を把握し、重症度を判定するのがきわめて困難

であることがあげられる。本症例は何ら思い当たる原因もなく発症した非外傷性の腱板断裂であり、72歳という年齢から推して、腱板に起こった退行性変性に日常の動作などが加わって容易に断裂が生じたと思われるし、所見で得られた有痛弧症候は不全断裂を、棘下筋の萎縮は広範囲断裂の可能性を示唆するが、これらはいずれも推測の域を出るものではない。そして第二に、保存療法か手術療法かについて専門家の間でも様々な意見があることがあげられる。信原³⁾は「完全断裂のはっきりしている場合を除いて、3週間の保存的加療と経過観察が鉄則として勧められる。」とし、手術時期について「二つの大きなラインがある。一つは完全断裂があればできるだけ早く、ことに若年者では直ちに修復すべきというもの、他の一つは二次的な変化、癒着・弾撥・拘縮・筋萎縮などの障害が発生してから施行すればよいという考えである。」としている。安達⁴⁾は「完全断裂と診断がつけば、正常な機能回復を望むために直ちに手術的に腱を修復する必要があるとの意見がある (Bateman, Turek, Moseley)。一方では完全断裂でも保存的治療により治癒するので、約3カ月は待期してもよいとするものもある (DePalma, Bosworth)。…… (中略) ……われわれは手術適応として3カ月以上の保存的治療に抵抗し、疼痛特に夜間痛が強いものとしている。」と述べている。広谷⁵⁾は「保存的治療として2~3週間の固定、それに続く理学療法を行ない、無効なものに観血的修復術を行なうを可とするものと、全層にわたるものは速かに手術的に修復すべしとするものがあり、最近では後者の説を唱えるものが多い。」と述べている。

以上の諸説をみていくと、完全断裂か否かが判断の分かれ道となりそうな印象を受けるが、その鑑別がほとんど不可能な我々は、適応の判定に混乱を来すばかりである。しかし、次にあげる三笠⁶⁾の見解は我々を力づけてくれる。「腱板断裂の治療で本質的に知っておいてほしいことがある。それは手術的治療に対する手遅れがないということである。早く手術をしないと、断裂部が拡がり、手術がしにくくなると説明して早期の手術を勧める医者がいるが、筆者の経験ではそのような症例はない。10年、20年という長い歳月の流れでいうのであれば拡がる可能性はあるが、通常経過観察では新たな外傷でも加わらないかぎり断裂が拡がることはない。」

「治療はまず保存的治療を行うべきである。……(中略)……約70%は手術的治療をしないで寛解する。不全断裂のほうが治りやすいということはなく、完全断裂でも断裂部の治癒はないが、炎症がとれればADL(日常生活動作)に支障がなくなることが多い。」「一般に、十分な保存的治療をして疼痛および可動域の改善がみられないときに手術的治療を考慮する。ただ経験的に、①60歳以下の患者、②外傷後の患者、③断裂が小さい症例は手術になることが多いので、比較的早めに手術を勧めている。」

長々と引用したが、これをまとめてみると、鍼灸臨床の場では「高齢者で非外傷性」であれば、重症度に関わりなく治療を試み、経過を観察するのが良いと考える。本症例が鍼灸の適応であったか否かは、経過の観察もできなかったので即断はできないが、72歳で非外傷性という点を考慮に入れると、初診時に行った判断は概ね妥当であったと思われる。

本症例は2回で脱落し、その後の経過は不明である。腱板断裂に関しては、経過をきちんと観察できた報告がほとんど見当たらず、今後に残された課題といえよう。

経穴の位置

結節 大結節部の前外方で肩峰外側端の下方1~2横指

参 考 文 献

- 1) 三笠元彦：腱板断裂，「肩の痛み」，P77, 78, 南江堂，2001.
- 2) 大田寛，荻野洋：頸椎症にみられる解離性の上肢運動麻痺，「頸椎症の臨床」，P43, 金原出版，1982.
- 3) 信原克哉：腱板損傷，「肩 その機能と臨床」，P131, 医学書院，1981.
- 4) 安達長夫：五十肩症候群の手術的治療，「五十肩」，P145, 146, 金原出版，1983.
- 5) 広谷速人：肩関節，「標準整形外科」，P317, 医学書院，1982.
- 6) 三笠元彦：腱板断裂，「肩の痛み」，P81, 82, 南江堂，2001.

表 1 初診時の診察所見

五十肩

14年3月27日

1 発赤	左 右 一	12 棘上筋	左 右 十	17 圧痛 鳥口 前隙 間溝 結節 肩貞 天宗
2 腫脹	左 右 一	13 棘下筋	左 右 十	
3 三角筋	左 右 十	14 拘縮	左 右	
4 熱感	左 右 一	15 結髪	左 右	
5 外旋	左 右	16 結帯	左 - +	
6 ヤーガソン	左 右		右 - +	
7 スピード	左 右	屈曲右(-) ⊕ 80		
9 有痛弧	左 右(十)			
10 外転	左 - + 右(-) ⊕ 70			
8 ストレッチ		11 落下	下 十	

(医道の日本社)

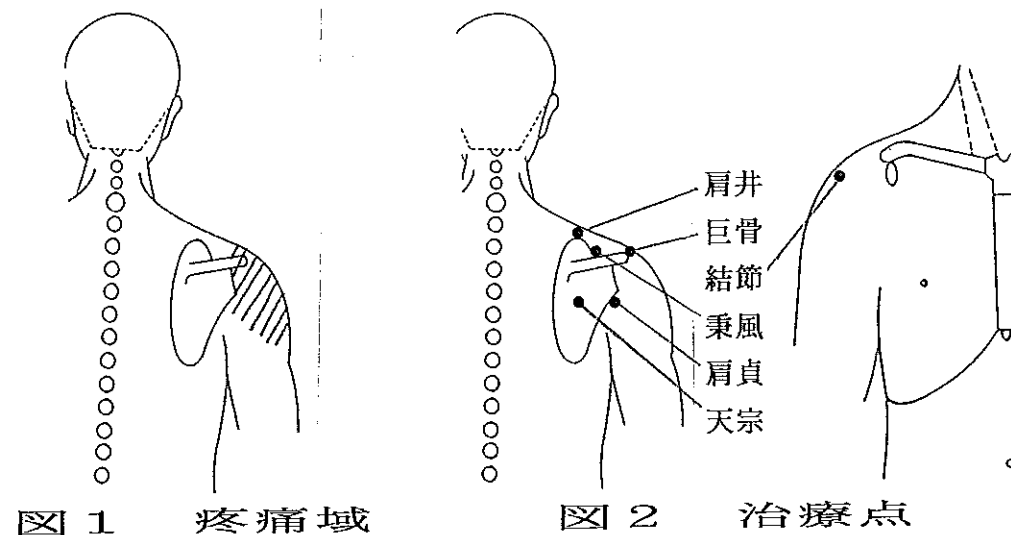


図 1 疼痛域

図 2 治療点