

平成6年1月27日

症例報告

頸部神経根症を呈した一症例

元吉 正幸

症例 M T 35歳 女 保母

初診 平成5年10月22日

主訴 頸部から左上肢の痛みと母指と手示指のシビレ感

現病症状 1ヵ月くらい前から、頸を動かしたり、セキをしたりすると、頸と左上肢に痛みを感じるようになったので、仕事を退職し様子をみていた。自発痛はない。10月4日に私の勤務するW医院に来院し、医師から頸椎椎間板症と診断され（X線検査はしていない）消炎鎮痛剤と半導体レーザー治療をうけた。

翌日に頸椎牽引7kg9分間の治療を加えた。その結果、あまり症状が改善しないので、患者から私に相談があった。

簡単な理学的検査の結果、ライト・テスト、エデン・テスト、共に陰性、モーリー・テスト左陽性、後屈痛があり、スパーリング・テスト陽性で頸から左上肢にかけての放散痛が認められた。鍼灸治療を勧めたが、怖いので、このまま様子をみたいというので、レーザー治療と頸椎牽引10kg30秒、6kg15秒の間欠牽引をおこなった。また斜角筋の緊張と六頭、大杼、肩井に圧痛があるため、同部位に軽いマッサージを施行した。10月7日と10月12日にも同様の治療をおこなった。

その後、来院しなかったが10月20日に症状が増悪し頸椎牽引と、レーザー治療をおこなった。翌日は、さらに症状が増悪し、歩いても頸から左上肢にかけての痛みがあり、タクシーで来院した。頭頸部への外傷歴はない。歩行障害や膀胱直腸障害はない。スポーツは特にしていない。アルコールは普段はたまにビール中びん1本くらい、友人と飲みにいくときはビール大びん2本くらいは飲む。タバコは1日20本くらいだが、痛くなつてからはほとんど吸っていない。

既往歴 抗生物質アレルギーがある。その他、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、コップも持てないくらいだという。自発痛はない。徒手筋力テストは、三角筋は左右差なし、上腕二頭筋4+、三頭筋4+、手関節背屈4+、掌屈4+、母指外転、小指外転の左右差はない。後屈痛陽性で頸から左上肢にかけて放散痛があり、示指にシビレを感じる。前屈痛、側屈痛共に陽性、ジャクソン・テスト陽性、スパーリング・テスト左陽性で上肢への放散痛と母指・示指にシビレを感じる。ライト・テスト、エデン・テスト共に陰性、アドソン・テストは痛みのために測定不能、モーリー・テスト左陽性で

上肢前外側に放散痛がある。三角筋、母指球筋などの筋萎縮は認められない。肩関節可動域は制限されておらず、ゆっくりとならば、上肢の挙上は自動運動できる。腕橈骨筋反射正常、上腕二頭筋反射左亢進、三頭筋反射は両側とも消失、膝蓋腱反射正常、触覚障害は、母指・示指、手掌、手背の外側に認められる。圧痛は、左の六頭、大杼、肩井、肩外俞、扶突、斜角に検出された。

要約 頸椎の運動により頸から左上肢にかけての放散痛と示指、母指のシビレがあり、触覚障害も認められ、神経根症を呈している。上腕二頭筋反射が亢進しており脊髄症との鑑別を要するが、新鮮例であり、膝蓋腱反射は正常であり、筋萎縮も認められないので鍼灸治療を試み、経過観察することとした。

対応 手にいく神経は頸の骨と骨の組み合わさった所から出ていて、ちょうど木の節穴のようになっています。椎間板という頸の骨にサンドイッチされているクッションが狭くなったり、節穴が変形したりすると、神経が圧迫されて、このような症状になります。また、椎間板がうしろに出るとヘルニアといって同じような症状になることがあります。（模型で説明）だから今までの治療をおこなったのですが、症状は悪化しています。鍼はこのような症状によく効く場合が多く、私もそのような症例を数多く治療してきました。また痛みのために首を支える筋肉に緊張があり、これもつらさの原因になっています。こちらは鍼治療で筋肉の緊張が緩むので、今より楽になるはずです。あとは患部を安静にしておくことが一番の治療です。アルコールもタバコもやめておいた方がいいです。

患者：どの位（日数）で治りますか？

私：完全に良くなる日数は経過を見ていかなくては答えられませんが、現在は日常生活にも困っている状態ですから、それを良くするために鍼をして様子を見ていきましょう。

患者：（鍼か）痛くないですか？

私：痛くありません。少しは響いたりするかもしれません、でも今の我慢している痛みにくらべたらなんでもないでしょう。

患者：膚みませんか？

私：消毒をちゃんとするからだいじょうぶ。針は消毒パックされた使い捨てを使います。

患者：お願いします。

治療・経過 神経根周辺の循環障害や炎症の改善と筋緊張の改善を目的として以下のような治療をおこなった。取穴は圧痛の検出された左六頭とその上下の五頭、七頭と大杼、肩井、肩外俞に曲池を加え1寸3分-2号鍼（40mm-18号）を用いて五頭、六頭、七頭はやや内方に向け25mm、肩井、大杼、肩外俞は内下方に向かって20mm、曲池は15mmの直刺とし手技はすべて15分間の置鍼とし、前腕から手部にかけてと、背部に磁気温熱治療器（マイクロウエルダー）10分の治療をおこなった。治療姿勢は腹臥位としたが動作の途中で頸部の痛みが出現するため、高さ40cmの枕を胸部に当て、タオルで高さ20cmの枕を作り額に当てて痛みが出現しないようゆっくりと腹臥位とした。また、治療後に厚紙カラ

一型固定用器具を作成し、自着性テープ(ガレシバンテージ)を使用して頸部に装着した。

第2回(4日目) 後屈痛陽性で頸から左肩甲上部に放散痛があり前屈では、前胸部と上腕前外側に放散痛がある。ジャクソン・テスト、スパーリング・テストで上腕前外側と前腕外側に痛みが放散し、示指、母指のシビレ感が増悪する。左後頭部が痛みがある。圧痛部位である。風池とその上1cmの圧痛部位と下風池に、内下方に向けて1寸3分-2号鍼(40mm-18号)を用いて5mm刺入し10分間の置鍼をおこなった。頸部の鍼は1寸6分-3号鍼(50mm-20号)を用い、六頸に対し25mm、五頸、七頸に対して10mmの刺入とした。大杼、肩井、肩外俞、曲池に15mmの刺入とした。前回左上腕二頭筋の反射亢進が認められたが、左右差なく正常であった。母指のシビレが前回と比べると少しとれてきたようだという。筋力テストは前回と同様である。

第3回(6日目) 前回と比較すると手指のシビレが自覚的にも他覚的にも軽減している。前日から普通に横になって寝た(この10日間、足を投げ出して壁によりかかって寝ていたという)握力も出てきて水のはいったコップやそれより重い物も持てるようになった。徒手筋力テストは上腕二頭筋が4-から4+へ改善した。その他は前回と特に変化はない。治療は初回の治療手技と同様とした。

第4回(8日目) 後屈痛陽性、右側屈で左肩甲上部にかけて放散痛がある。回旋痛は右に回すと左肩甲上部にかけて放散痛がある。肩圧迫テスト左陽性、三分間拳上テスト左陽性(1分40秒で手指にシビレ感があり、左大腿部外側にも少し放散痛があるという)徒手筋力テストは前回と同様の評価だが前回よりもそれぞれ改善している。

第5回(11日目) 後屈痛陰性、回旋痛陰性、右側屈痛陽性、左側屈痛陰性、ジャクソン・テスト陽性、スパーリング・テスト左共に陽性だが上腕外側部への放散痛は消失し肩甲上部の放散のみとなった。肩圧迫テストでかすかに肩甲上部に放散痛がある。放散痛は左大杼付近に集中して一点が気になるように感じるという。モーリー・テスト左陽性だが放散痛は消失した。手指の触覚障害は、背側では母指と示指の先端にわずかに認められる。掌側では母指の先端と、示指外側に認められ、手掌までにはおよばない。

第6回(18日目) 右に側屈する時と左に回旋する時に、前回と同部位に放散痛がある。ジャクソン・テスト、スパーリング・テスト左陽性、肩圧迫テスト陽性で同部位に放散痛がある。モーリー・テスト陰性、三分間拳上テスト左陽性(2分)、示指と母指にわずかなしびれ感と触覚障害がある。

この後來院しなくなったが、3週間後に電話で症状を聞いたところ頸の運動痛や放散痛はほとんど消失しており、母指、示指の先端のシビレはわずかに残っているが、最後の治療の時よりもさらに症状は改善しており日常生活には支障がないとのことであった。

考察 本症例は、神経根症を主症状としており、障害原因の疾患として、頸椎症性神経根症¹⁾と頸椎椎間板ヘルニア²⁾が考えられる。初回に上腕二頭筋反射の亢進が認められたため、脊髄症の可能性も含め経過を観察した。本症例が頸椎症性神経根症であると考えた

場合、好発年齢が40~50歳代に多く¹⁾頸椎の変性により、神経根がその周辺組織の炎症循環障害が引き起こされ、疼痛の原因となるとされているが、本症例は35歳とそれよりも若い。自験例では同年齢でも、しばしば骨棘などの変性が認められることがあり、症状発症の素因となる可能性は考えられる。しかし、頸椎症性神経根症では著明な握力低下は少ないとされており³⁾症状の慢性型が大多数である⁴⁾という点についても、本症例は比較的、急性の経過をたどっており、単独での頸椎症性神経根症であるとはのべがたい。

頸椎椎間板ヘルニアについては、腰部のような髓核脱出によるものは少ないとされており、臨床的には変性による椎間板の突出と区別することは困難であるとされている⁵⁾。しかし髓核脱出による典型的なヘルニアも存在し⁶⁾、このうち急性型⁷⁾は神経根症例の中でも発生頻度は高くないとされているが、好発年齢は30~40歳代であり、本症例と一致する。また本症例の経過は急性症状を呈していると考えられ、急性型の椎間板ヘルニアにより発症したと推定できる急性のヘルニアでは、はげしい頸部の運動痛や肩、腕、指や背部への放散痛を訴え、手指のシビレ感、異常感覚を伴い、頸部を自他動的に運動させることによって疼痛が著明に増悪する点も本症例は類似している。頸椎椎間板ヘルニアの種類と分類²⁾には、側方ヘルニアと後側方ヘルニアと後方ヘルニアがあるとされ、このうち後側方ヘルニアでは、神経根症と脊髄圧迫症があると記載されている。本症例も初回のみの所見ではあるが上腕二頭筋の反射亢進が認められた点については、後側方ヘルニアにより脊髄圧迫を引き起こしたとも考えられる。一方、反射については亢進とみられても病的反射を作わない時には、生理的な速い反射と判断したほうが安全であるとの記載があり⁸⁾脊髄症状のための反射異常であるとはのべがたい。しかし握力の著明な低下や、三分間拳上テストの時の下肢へのシビレ感などは脊髄に何らかの影響があったのではないかとの疑問が残る。

障害高位の判定については植村⁹⁾は、三角筋はC₅・C₆、上腕二頭筋はC₅・C₆・C₇、上腕三頭筋はC₆・C₇・C₈と2~3本の神経根の支配を受けているが、臨床神経医学的にその中の一本の支配を特に強く受けているとし、C₅は三角筋、C₆は上腕二頭筋、C₇は上腕三頭筋、手首の背屈はC₇とC₈の間、C₈は母指外転 Th₁は小指外転の徒手筋力テストが有用であるとしている。本症例は、三角筋、母指外転、小指外転の筋力低下が認められないとC₅・C₈・Th₁の障害は除外できる。神経学的診断には、Hopper feldの図¹⁰⁾¹¹⁾が最もわかりやすく便利であるといわれており、この図から判断すると、上腕二頭筋の筋力低下、手関節伸筋群(背屈)の筋力低下が異常知覚領域の一致から、本症例はC₆レベルの障害であると考えられる。またRothman¹⁰⁾¹²⁾による固有の根症状領域についても、本症例の痛みは前腕外側に放散し、しばしば母指、示指および、しびれ方が母指先端にあらわれる症状はC₆レベルの障害であるとしている、よって本症例はC₆レベルの障害であると推定した。

本症例は、後側方ヘルニアによる神経根脊髄症¹³⁾の可能性を完全には否定できない。

頸・上肢痛

5 年 10 月 22 日

今後の経過に注意が必要であろうし、しかし神経根症状が前面に現れており、X線やMRIの検査で、骨棘の有無や椎間板の突出を確定するよりも、まずは保存的療法で経過を観察した。結果的に、初回の治療から症状は好転した。この治効機序として、神経が椎間孔を出るまでの間で圧迫されると、神経結合組織に循環障害による浮腫を生じて、神経線維に解離が起きて神経根炎となり、このため刺激閾値を下げるので、わずかな圧迫や摩擦の刺激で痛みが発生する⁶⁾と考えられているが、鍼治療により循環障害が改善した結果、神経根炎の鎮静とともに、症状の好転が認められたと思われる。また初回に厚紙でカラー型固定用装具を作成し装着したが、これにより患部の安静が保たれ、頸部の運動時の疼痛回数も減り、臥位になり、寝ることができるようになったことも奏効した一助となったと考えられる。

本症例は、示指、母指先端のわずかなシビレ感と、三分間挙上テストの陽性所見を残してはいるが、治療はおおむね妥当であったと考える。

経穴の位置

- 五 頸：天柱の直下で第5頸椎棘突起の高さ¹⁴
 六 頸：天柱の直下で第6頸椎棘突起の高さ¹⁴
 七 頸：天柱の直下で第7頸椎棘突起の高さ¹⁴
 斜 角：乳様突起の高さで、後髪際部に取る¹⁴

下風池：風池の1横指～1横指半下方に第2頸椎横突起の先端が触れる。この部の圧痛点¹⁴⁾

参考文献

- 1) 出端昭男：「診察法と治療法」4. p6～8、医道の日本社、1991.
 - 2) 東 博彦他：「整形外科サブノート」p231～232、南江堂、1990.
 - 3) 出端昭男：「診察法と治療法」4. p22～23、医道の日本社、1991.
 - 4) 服部 奨他：頸椎症の臨床診断「頸椎症の臨床」p16、金原出版、1983.
 - 5) 服部 奨他：頸椎症の臨床診断「頸椎症の臨床」p13～14、金原出版、1983
 - 6) 森 健射：「頸診療マニュアル」p60～61、医歯薬出版、1983.
 - 7) 服部 奨他：頸椎症の臨床診断「頸椎症の臨床」p16、金原出版.
 - 8) 森 健射：「頸診療マニュアル」p3、医歯薬出版、1987.
 - 9) 植村研一：「頭痛・めまい・しびれの臨床」p129～131、医学書院、1990.
 - 10) 原 勇、山口祐司：「図説整骨学」II. p124～127、南江堂、1984.
 - 11) 森 健射：「頸診療マニュアル」p62～65、医歯薬出版、1983.
 - 12) 服部 奨他：頸椎症の臨床診断「頸椎症の臨床」p17、金原出版、1983.
 - 13) 出端昭男：「診察法と治療法」4. p74、医道の日本社、1991、
 - 14) 出端昭男：頸肩腕痛「図説東洋医学」p97～98、学習研究社、1990.

1 握力	左 右	9 二頭筋	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/>
2 後屈痛	- <input checked="" type="checkbox"/>	10 腕橈骨筋	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/>
3 側屈痛	左 - <input checked="" type="checkbox"/>	11 三頭筋	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/>
	右 - <input checked="" type="checkbox"/>	14 スパーリング	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右 -
4 回旋痛	左 - <input checked="" type="checkbox"/>	15 肩压迫	左 右
	右 - <input checked="" type="checkbox"/>	16 ライト	左 - 右 -
5 モーリー	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右	17 エデン	左 - 右 -
6 アドソン	左 <input checked="" type="checkbox"/> 右 <input checked="" type="checkbox"/>	18 三分間	左 右
7 筋萎縮	左 - 右 -		
8 触覚障害	左 - 右 -		
12 PTR <input checked="" type="checkbox"/>	13 バビンスキー		

(昭道の日本社)

表1 初回の診察所見

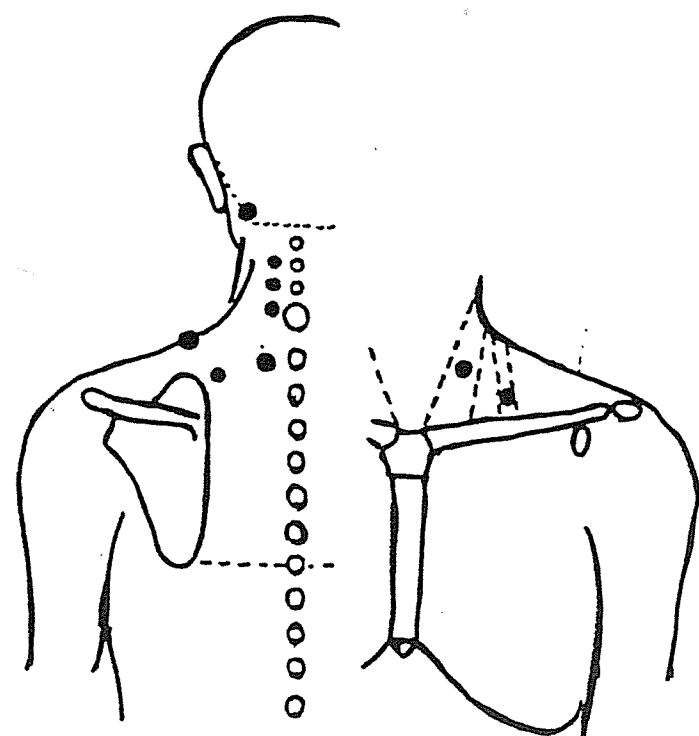
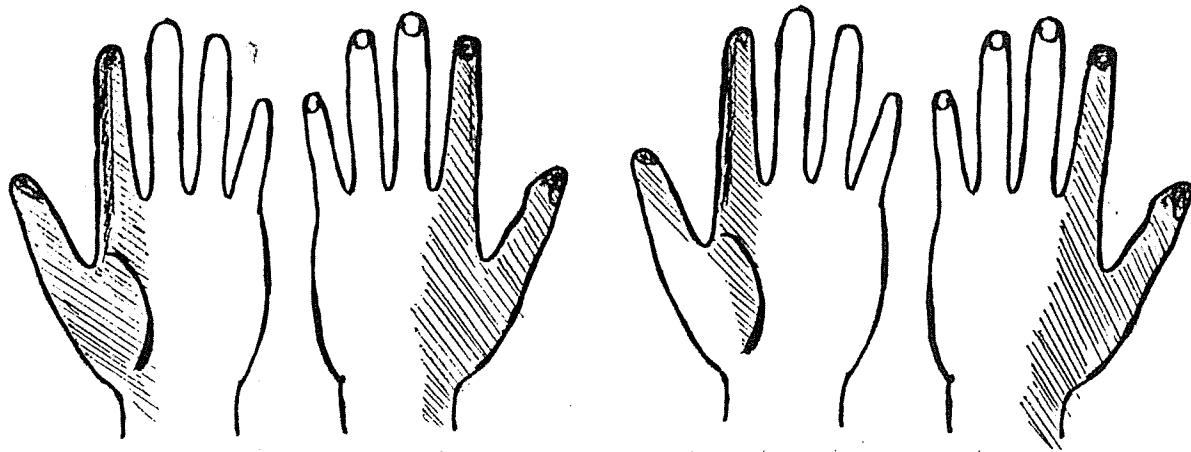
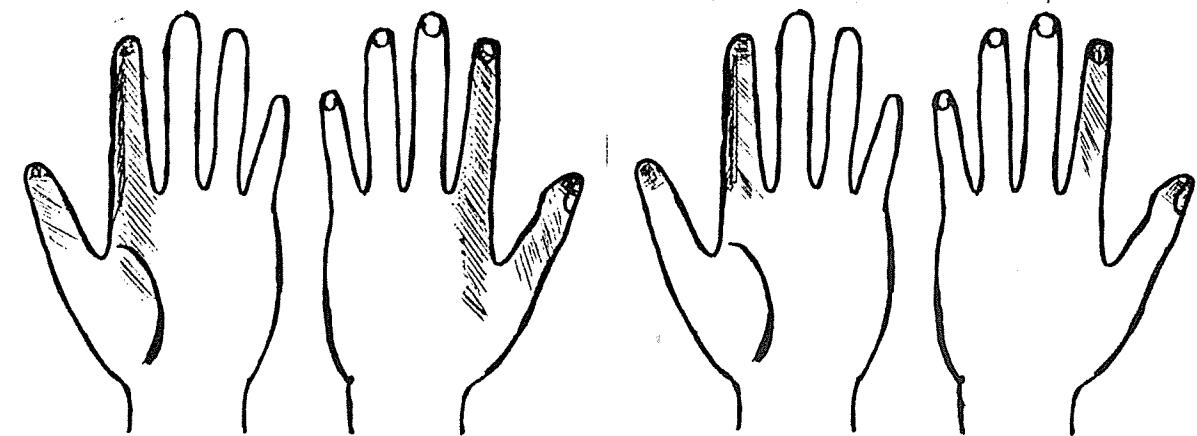


図1 主な圧痛点と取穴



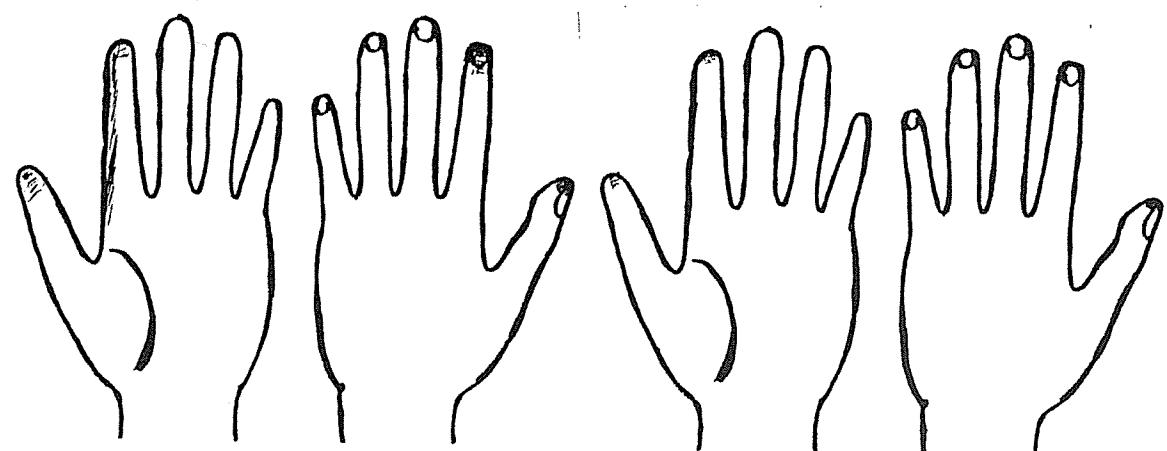
初回

2回目



3回目

4回目



5回目

6回目

図2 触覚障害の領域