

バイク事故翌日に発症した頸部不動

小池英義

本症例は、早朝、築地場内で三輪バイクを運転し、十字路を直進中、左側から右折しようとしているターレーに衝突され受傷した。その当日相談と治療を兼ねて来院し、治療を行わず精査を勧めたところ、翌日になって、頸部硬直を訴えて来院。頸部不動のためできない検査があったが、適応除外の鑑別が概ね可能だったので、多少の不安あったが、鍼治療開始した。比較的短時間で緩解したので報告する。

症 例：39歳 男性 飲食業

初 診：平成17年1月6日

主 訴：頸部が全く動かさない

現病歴：15年位前より、頸・肩こりを感じるようになり、症状が強くなった時に月3～5回マッサージ治療を受けていた。

昨日の朝、築地場内を三輪バイクで直進中、左側から右折しようとしているターレーに左側から衝突され転倒し、左側に左臀部から落下した。時間の経過と共に徐々に頸・肩こり感が強くなってきたので、昼の営業を休んで相談を含め治療のため11時頃来院した。頸の自動運動はなんとなく抵抗感あるが可能で、呼吸障害や膀胱・直腸障害、上・下肢のしびれや脱力、歩行障害、嘔吐や吐き気、眩暈などが無いことを、治療室の玄関で聴取した。なお、上・下肢に数ヶ所打撲や擦過傷があったため、まず医療機関での処置と精査を勧めた。某大学病院を受診して傷の処置と、レントゲン撮影を行い、「頸の下の方が少しつまっているが、多分大丈夫でしょう。少し経過をみましょう」と云われ冷シップ剤を処方された。昨日は、頸・肩こり感が強く、疲労感も強かったので夜の営業も休んで、妻に40分ほどマッサージしてもらい、湿布を貼って早く就寝した。

今朝は起床の時から、頸部の運動が全く不能となり、X-pフィルム(図1)を持参して来院した。

現在、頸肩部・肩甲帯・上背部にかけて強く突っ張った感じで、体幹と

一緒にないと頸がどの方向にも動かさない。上肢・下肢は打撲の痛みはあるが、しびれ感や鈍痛はない。両手がゴワゴワとはばったい感じで握りにくく、箸使いやボタン閉めはスムーズにできない。深呼吸や体位変換で胸郭部に痛みの誘発はない。ジッとしていても、右頸後部全体に鈍痛を感じる。ポーッとした耳鳴りと頭重感があるが、頭部の叩打はしていない。腰部の運動制限や痛みはない。

スポーツは現在特に行っていない。飲酒はほぼ毎日、ビールに換算すると大瓶3～4本位。

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：身長159cm。体重66kg。握力右24kg、左28kg。右側の二頭筋・三頭筋・腕橈骨筋反射減弱、左正常。筋萎縮は認められない。膝蓋腱反射・アキレス腱反射・バビンスキー反射は左右とも正常。脊柱棘突起・肋骨・胸骨・鎖骨などの叩打痛は陰性。頸部の変位は認められない。頸部の著明な熱感はない。圧痛は頸・肩・肩甲帯・背部・両上肢とも全体に筋が硬く張ってどこを押圧しても痛い。触覚障害も所見はとりによく不明。打撲・擦過傷が、左臀部・大腿外側・肘・前腕外側・手根部、右下腿前側・足背・前腕内側・手背部などに認められる。頸部の運動による愁訴の誘発テスト及びスパーリングテストは不能。モーリー・アドソン・ライト・エデンテストも省略。

診 断：受傷機転と強い頸部運動制限、頸部から体幹上部の全体的な筋緊張と頸後部の自発痛、頭重感、耳鳴りなどから外傷性頸部症候群と診断した。なお、理学的所見が少なかったが、二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋反射減弱や、X-p上でC5.6の狭小化と軽度左凸側弯が認められ、神経根症の合併の可能性を推測した。しかし、重篤な所見が認められないので、保存療法適応と判断し、慎重に経過観察をすることにして鍼治療を行った。

対 応：頸が回らないのは事故のショックで周りの筋が緊張して硬くなっているからだと思います。全く動かなくなったのは昨夜のマッサージのリバウンドも考えられます。以前より肩こりがあったのは頸の骨が真っ直ぐ立っているせいだと思います。レントゲンでは頸の5番目と6番目の間が狭くなっているため、頸の骨の所から手の方に行っている神経の根元のところが少し影響を受けている可能性はありますが、骨のヒビや脊髄がやられ

ているなどヤバイ症状は見当たらないので、まず首が動かせるように、筋緊張を和らげる鍼治療をします。手指がうまく動かないのは打ち身のせいと思われるので、数日で治ると思います。

治療・経過（受傷 2 日目）：治療は筋全体の緊張緩和を目的に、まず伏臥位で行った。ステンレスディスク鍼 1 寸 3 分 1 番（39 mm-16 号）を用い、頸・肩・肩甲帯・背部全体に 80 本程度斜め下方に向けて刺入した。深度は 5 mm 以内とし、その上からホットパックをおいて 20 分置鍼した。その後、仰臥位で前胸部にホットパックで 20 分間温熱を加えた。

治療後、頸の可動域が全体的に 60%位改善した。

生活指導：できるだけ頸の安静を保ち、もう少し良くなるまでアルコールは禁止して下さい。マッサージや自分で揉むなどの行為もやめて下さい。また、仰臥位で就寝する時は、枕は使用せず、頸の後にタオルをたたんで置いたらどうでしょう。できれば今日も休業された方がよいと思います。

第 2 回（1 月 7 日 2 日目）治療後、頸の可動域 90%改善。手のこわばり感、耳鳴り、頭重感消失。

第 3 回（1 月 8 日 3 日目）「仕事をしていると右側の頸のつけ根や肩の外側と肩甲骨と背骨の間などに、鈍痛を生じ、だんだん強くなってくる」。

治療後、頸の運動制限はほとんどなくなった。握力は左右ともに 58kg。

第 4 回（1 月 11 日 6 日目）右後斜屈で愁訴の誘発が認められたので、再度必要な検査を行った。握力左 62kg・右 58 kg。頸後屈・左右回旋・右側屈で、右側三角筋外側・肩甲骨内縁部・頸部に愁訴の誘発が認められた（図 2）。二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋反射ともに減弱。触覚障害—右三角筋外側部の鈍麻。モーリーテスト—左右とも圧痛のみ。圧痛—右側の翳風・風池・天柱・肩井・肩外兪・膏肓・天宗・肩貞・膈兪・膈会、右 5・6・7 頸、扶突・斜角に検出された（図 3）。右 C5.6.7 あたりの神経根症の存在を確認できたので、今回より根症の鍼治療を行う。圧痛部全てに対し、右上側臥位で、ステンレスディスク鍼 1 寸 6 分 1 番（49 mm-16 号）を用い、10~20 mm の深度で直刺、20 分置鍼した（図 3）。

生活指導：自分で頸の運動やマッサージはしないで下さい。アルコールも極力控えてください。特に上を向くような動作は行わないで下さい。

第 7 回（1 月 17 日 12 日目）頸部運動による誘発痛、触覚障害が陰性になった。モーリーテストの圧痛消失。握力左 62kg、右 66kg と以前に戻る。

二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋反射減弱、天宗・肩貞・膈会・6 頸の圧痛などの所見は残るが、日常は愁訴を感じなくなったので、本人の申し出により治療を終了した。

再度次の生活指導を行った。もう暫くアルコールは控えめに、頸のストレッチや日常的に上を見る動作をしないように、また、マッサージは頻繁にしないで結構ですが、頸部は強く行わないようにして下さい。

考 察：本症例を外傷性頸部症候群とした。¹⁾ 以下にその理由を述べる。

1. 事故によるバイクからの落下を契機に発症した。^{1) 2)}
2. 頸部硬直による頸部運動制限が認められる。^{1) 3)}
3. 頸後部痛がある。^{1) 3)}
4. 耳鳴りや頭重感がある。^{1) 3)}

また、類症疾患を以下の理由により除外した。

1. 頸椎・頸髄損傷・外傷性頸部椎間板ヘルニア・頸椎脱臼
頸椎叩打痛陰性。頸部運動制限や硬直が頑固に持続しない。受傷日は頸部の自動運動が可能であった。その他、呼吸・歩行・膀胱直腸障害・嘔吐や吐き気などが陰性で、上・下肢のしびれや脱力がない。頸部椎体の変位が認められない。上・下肢の腱反射亢進がない。^{1) 2) 3) 4)}
2. その他の脱臼や骨折
叩打痛陰性。脊柱の変位がない。頸部硬直を除き体位変換や深呼吸による疼痛の誘発が認められない。^{1) 3) 4)}

その他、鑑別を要する類症疾患として、頸部神経根症、胸郭出口症候群、頸肩腕症候群などが考えられるが、頸部運動制限の存在で当初は確認できなかった。症状の発現時期は、受傷直後が約 50%で、その後、1 週間後位までに症状の発現する時期が様々あると言われている。^{1) 3)} 治療経過中に新たな症状が発現することなく、運動制限が改善したところで、脈管テスト陰性や、頸の運動痛陽性などから、出口症候群・頸肩腕症候群は除外できた。

本証の程度は、むちうち損傷分類でグレード I とした。^{#1} その発症機序については、事故によるバイクからの落下により、頸椎周囲筋・靭帯・関節包などの過伸展や、防御作用による筋の過緊張が生じた。極度の精神的緊張や痛みによる筋緊張や、頸椎周囲組織の炎症・浮腫により組織の循環不全や代謝が低下し、更に筋の異常緊張が持続した。^{1) 4)} また翌日頸部硬直をきたし

たのは、事故当夜のマッサージも関与しているものと推測される。

なお、神経根症については、当初、頸の運動制限によって得られる情報が少なかったため、以前から頸椎症性神経根症が存在していたものなのか、事故を契機として合併した神経根症なのかは不明である。外傷性頸部症候群は、その程度により様々な症状を呈するので、その判別は難しい。¹⁾

事故翌日になって、頸部不動となった症例に対し、とれない所見が多く、受け入れるべきか否か判断が難しかった。重篤な所見が見当たらなかったことや、医師の診察を受けていること、近所で以前から信頼関係がある程度構築されていることなどから、治療をすることにした。結果的に症状緩解したが、リスクに視点を置いた時、外傷性疾患に対し、急性期から対応することが適切であったかどうかは判らない。

注1 むちうち損傷の分類

文献1より転載

grade 0：頸部の愁訴なし。理学所見の異常なし。

grade I：頸部の疼痛、硬直または圧痛の愁訴のみ。理学的所見の異常なし。

grade II：頸部の所見と骨・筋肉所見の存在（関節可動域の低下や圧痛点など）

grade III：頸部の愁訴と神経学的所見の存在。

grade IV：頸部の愁訴と骨折、または脱臼。

* めまい、耳鳴り、頭痛などの症状はいずれの grade でもみられる。

経穴の位置

5・6・7頸：第5・6・7頸椎棘突起外方で、大筋の外廉圧痛部

斜角：胸鎖乳突筋鎖骨頭、鎖骨上縁より1.5横指上方

参考文献

- 1) 菊池臣一：頸椎の外来「外傷性頸部症候群」, p216~222, メジカルビュー社, 1998.
- 2) 出端昭男：頸・上肢痛「適応の判定」, p49~56, 医道の日本社, 1990.
- 3) 上野良三・他：臨床整形外科ハンドブック・脊椎「頸椎損傷のプライマリイケア」, p84~99, 金原出版, 1997.
- 4) 越智隆弘・他：MOOK スポーツ障害「頸椎のスポーツ傷害」, p130~132, 金原出版, 1998.

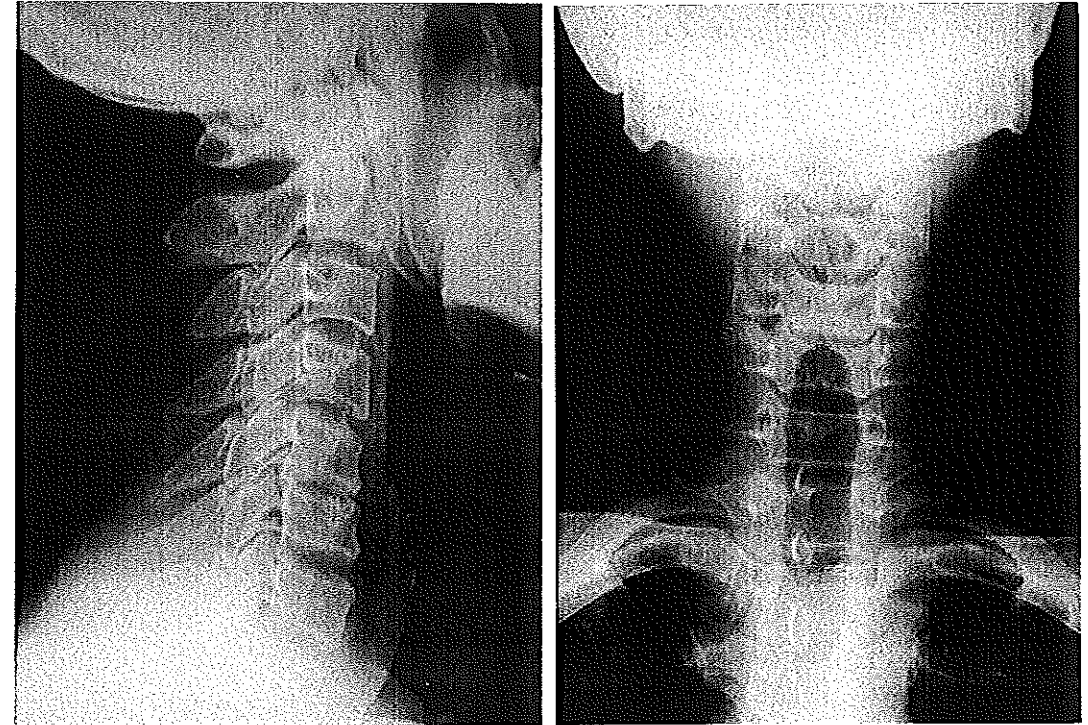


図1 頸部のX線写真

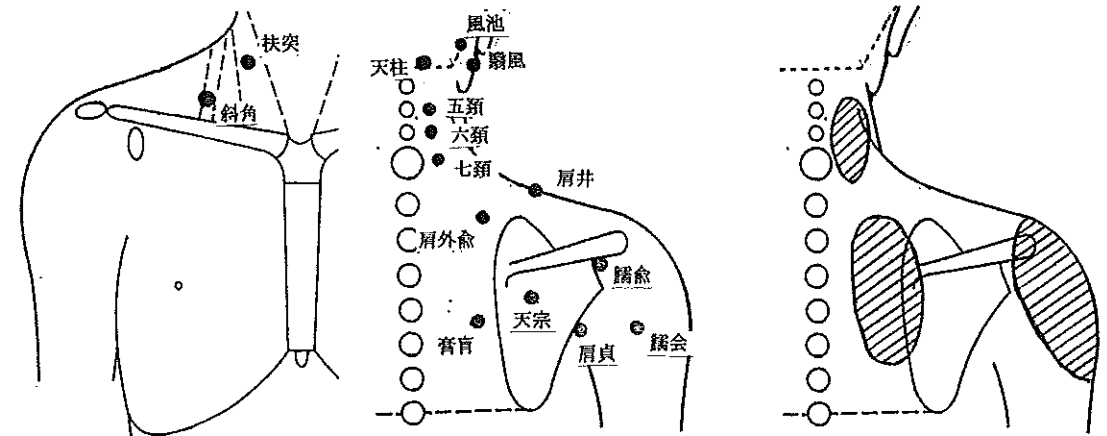


図3 圧痛点と治療点

図2 症状発現部位