

症例報告

平成 17 年 3 月 24 日

鍼治療により良好な回復を示した頸椎症性神経根症

折原瑛哲

本症例は、他院にて約 1 ヶ月の施術を受けるも好転せず。難治かと思われたが、鍼治療を行ったところ、10 日間 3 回の治療により、症状の緩解へと導くことができた。以下、報告する。

症 例：50 歳 女性 パート

初 診：平成 16 年 11 月 27 日

主 訴：頸肩部の痛み、左前腕のシビレ感

現病歴： 10 月 29 日、夜テレビを見ていたところ、突然、頸から肩にかけて痛みだした。翌日になっても痛みが退かず、左手がしびれだした。

近所の接骨院を受診したところ、肩の筋肉がパンパンに張り、神経を圧迫していると言われ、通電およびマッサージによる治療を受けた。仕事は棚の整理が主で、上にある物をおろしたり上げたりしている。荷物は重い物も軽い物もある。年末までいそがしく、思うように休みを取ることが出来ない。

仕事を続けながら 11 月末まで、20 回ほどの治療を受けたが、症状は改善しなかった。職場の友人の紹介で来院した。

現在、頸から肩部、肩甲間部にかけての広範に痛みがあり、左前腕橈側から第 1 ~ 2 指端にかけて痛みとシビレ感が残存する。その程度は発症時と比べて、あまり変わっていない。

頸の運動による愁訴の誘発が認められるが、肩の運動、咳・くしゃみによる愁訴の誘発はない。自発痛、夜間痛、巧緻障害、歩行障害、膀胱直腸障害はいずれも認められない。

スポーツは、観るのもやるのも好きで現在、スノーボードをしている。サッカー観戦などにもたまに出掛ける。アルコールはワインを少々、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：握力は左右共に正常。（術者の手を握らせて検査）。前屈痛後屈痛は共に陽性。側屈痛も左右共に陽性だが、左側屈にて著明。回旋痛は左陽性。モーリー・テストは左陽性。スパーリング・テスト、肩圧迫テストは共に陽性。アドソン・テストは陰性。（頸部の患側回旋にて愁訴の誘発が認められるが、患側の橈骨動脈の拍動に変化はなかった。）ライト・テスト、エデン・テスト、三分間拳上テストはすべて陰性。筋萎縮は認められない。二頭筋反射は左消失、右減弱。腕橈骨筋反射は左減弱、右正常。三頭筋反射は左右共に正常。圧痛は左五頸、六頸、肩井、大杼、膏盲、次盆、手三里に検出された。

診 断：本症例は現病歴、および診察所見から C5・C6 神經関与の神經根症と診断した。

対 応：頸椎の間からでている神經の根元の近くに炎症があつて、筋肉がこり、頸・肩・手の痛みやしびれがでています。鍼灸治療は、このような筋肉のこりや炎症を和らげる効果があるので、だんだんと楽になると思います。

治療・経過：治療は患部の血行改善と消炎、疼痛・シビレの緩和を目的とし、行った。

治療体位は左上側臥位で、鍼治療を行った。使用鍼は 1 寸 6 分 4 号（50mm - 22 号）ステンレス製ディスボン鍼を用いた。経穴は、左五頸、六頸に直刺で 15mm 刺入。手三里に直刺で 10mm 刺入。六頸一手三里に 20HZ・20 分間のパルス通電を行った。その間、黒田製カーボン燈（3001 - 4008）を後頸部に照射した。抜鍼後、左手第 1 ~ 2 指端に散鍼。軽いマッサージを施して治療を終了した。治療直後は、頸、肩が大分軽くなった、と言う。

なお、患者の性格は明るく、治療中にもポンポンと冗談がとびでた。

生活指導 はつきり申し上げて、あなたの頸の状態はけつしていいとは言えません。また、仕事の内容も頸や肩に対する負担が大きいと思います。この後、1 週間ほど仕事を休めませんか？

「今はいそがしくて、とてもそんなに休みを取ってもらえないよ。」

では、2～3日はどうですか？

「2日位なら休めると思います。」

では、次回の治療の後、2日連続して休みを取ってもらえないか？

「わかりました。」

第2回（12月1日、4日目） 前回の治療後、指先のシビレはほとんどとれたが、頸の前屈時に左肩から肩甲間部にかけての痛みや、つっぱり感を強く感じると言う。五頸一膏肓にパルス通電。

本日より、2日間連続して休みを取ってもらった。

第3回（12月7日、10日目） 頸の左回旋、側屈時に大杼穴の近位に痛みが残存するが、他の痛みはなくなったと言う。

大杼に5mm刺入。運動鍼を行ったところ、痛みはなくなった。

第4回（12月15日、18日目） 前回の治療の後、愁訴の再現はない。症状緩解と診て、治療を終了した。

考 察：本症例は現病歴、および診察所見（主に、疼痛域、筋反射の神経学的レベル）から、C5・C6神経関与の神経根症と診断した。

以下、その理由を述べる。^{1), 2)}

1. 頸椎の運動により、頸・肩・肩甲間部・患側前腕橈側にかけての広範に痛みが誘発され、患側第1・2指端にシビレ感が認められた。
2. スパーリング・テスト、肩圧迫テストが陽性。
3. 二頭筋・腕橈骨筋反射に、それぞれ消失・減弱の所見が認められた。

また、現病歴、診察所見から以下の類症疾患を除外した。

1. 胸郭出口症候群^{1), 3)}。

本症例では、モーリー・テスト陽性の所見が得られてはいるが、アドソン・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、三分間拳上テストがすべて陰性であることから、胸郭出口症候群の可能性は低いと推測した。

2. 頸肩腕症候群^{1), 3)}。

頸椎の運動により症状の誘発があり、肩圧迫テスト、スパーリン

グ・テストが陽性である。

3. 頸椎症性脊髄症^{1), 4)}。

巧緻運動障害、膀胱直腸障害が認められず、下肢症状もない。

4. 頸椎椎間板ヘルニア⁴⁾。

本症例において神経根症の原因疾患が、頸椎症によるものか、ヘルニアによるものか、臨床症状から両者の鑑別は難しいと考える。

しかし、筆者が過去に経験した頸椎ヘルニアの症状は、はるかに重度であり、自発痛、下肢症状を伴う症例もあった。

出端の治験によると、頸椎症性神経根症の緩解時期の平均日数は40日。⁵⁾ 本症例も47日で緩解している。諸条件等を考慮すれば、だいたい一致していると考えて良いと思う。

なお、治療初回の六頸一手三里および、第2回の五頸一膏肓へのパルス通電を行うに当たっては、C5・C6神經関与の疼痛域を参考とし、決定した。

本症例においては、その仕事の内容も症状の緩解を遅らせる要因になると思い、治療後に連休を取ってもらった。生活指導とあわせて、3回（10日間）の治療で症状緩解に導くことができた。鍼灸治療は良く適応したと考える。

経穴の位置

五頸 C5棘突起の高さで大筋の外廉

六頸 C6棘突起の高さで大筋の外廉

参考文献

1) 出端昭男：「問診・診察ハンドブック」,P86~108,医道の日本社 1987.

2) 野島元雄 完訳：「図解 四肢と脊椎の診かた」,P101~120,医歯薬出版, 1984.

3) 山口 徹・北原光男：「今日の治療指針 2004年版」,P726~727,医学書院, 2004.

4) 代田文彦・出端昭男・松本文明：「鍼灸不適応疾患の鑑別と対応」,P33~51,医道の日本社,1994.

5) 出端昭男：「診察法と治療法 4頸・上肢痛」,1990,P59~60,医道の日本社,1990.

表1. 初診時の診察所見

頸・上肢痛

16年11月27日

1 握力	左正右正	9 二頭筋	左一右土
2 後屈痛	- ⊕	10 腕橈骨筋	左土右十
3 側屈痛	左 - ⊕	11 三頭筋	左十右十
	右 - ⊕	14 スパーリング	左十右十
4 回旋痛	左 - ⊕	15 肩圧迫	左十右十
	右 ⊖ +	16 ライト	左 - 右 -
5 モーリー	左十右一	17 エデン	左 - 右 -
6 アドソン	左 - 右一	18 三分間	左 - 右 -
7 筋萎縮	左 - 右一		
8 触覚障害	左 右		
12 PTR	13 バビンスキー		

(医道の日本社)

図1. 疼痛域とシビレの部位

