

平成 23 年 1 月 27 日

症例報告

「半年間痛かった腱板炎」

有馬太郎

本症例は半年前に特に思い当たる誘引がなく、左肩に運動痛が発症したものである。来院当初は、夜間の体動による愁訴の誘発で睡眠が妨げられることを特に強く訴えていたが、3回の鍼灸治療でほぼ寛解した。

症例：70歳 男性 元会社員

初診：平成 22 年 5 月 10 日

主訴：左肩が痛い

現病歴：半年前から左上肢を挙げると肩外側が痛い。原因は不明。肩関節の外転と外旋で痛みが誘発し、動かさなければ痛くない。痛い部位はずっと同じである。肩が痛くなるのは初めてである。左を下にした横向きが痛くてできないので、右肩を下にして寝ている。この2、3ヶ月は、夜中に寝返り等により痛みで目が覚めてしまい、今はそのことが最も辛い。次に辛いのは服の着脱である。重い物は普段持たない。たぶん持ったからといって痛くはないと思う。現在、じっとしていても何となくボワ〜と痛い。夜間痛、安静時痛なし。頰の動きで愁訴の誘発なし。上肢のしびれはない。他の医療機関への受診はない。事故やスポーツなどでケガをしたことはない。10年前に事務職を退職。スポーツは学生時代に野球や柔道などを多少嗜んだ。社会人になってからスポーツはしていない。タバコは吸わない。毎日2合日本酒を嗜む。健診ではGPTが若干高め、薬は降圧剤を服用している。

既往歴：特記すべき事なし

家族歴：特記すべき事なし

診察所見：身長 162cm、体重 75kg。肩関節の発赤・腫脹および熱感（触手による）は認めない。三角筋の萎縮は認めない。外旋障害は左陽性、外側部に痛み、右は陰性。可動域は左右とも同じ。ヤーガソンテスト、スピードテスト及びストレッチテストは陰性。有痛弧症候は左陽性で、90〜120°で痛みの誘発を認める。棘上筋・棘下筋の萎縮は認めない。

拘縮テストは陰性。結髪障害は陰性。結帯障害は左陽性で、大椎母指間距離 49 cm、健側大椎母指間距離は 41cm。圧痛は患側の結節に認められた (表 1)。

診断：本症例は発生状況、拘縮が認められない、有痛弧症候が陽性、大結節に圧痛が認められること等により腱板炎と診断した。

対応：肩と腕の骨をつなぐスジの一部が炎症を起こしているようです。その部分は骨と骨の狭い隙間にあります。転んだ拍子に強く手を突く、もしくは長期間繰り返し腕を上挙げる動作などで、より隙間が狭められて炎症を起こす事があります。今回は、長い間腕を使い続けてきたことにより、少しずつ疲労が重なり、何かのちょっとしたきっかけで炎症が起きてしまったのでしょう。放っておくと五十肩に移行していく事もあります。鍼灸は緊張している筋を緩め、炎症を抑える事で痛みを軽減できます。しばらく鍼灸治療を続けてみてはいかがでしょうか。

治療・経過：治療は肩関節及び周囲筋の過緊張の軽減と血行改善を目的に以下のように行った。

治療体位は右下側臥位で、大きめの枕を抱いた姿勢で行った。緊張している様子から、治療部位は全て患側の、結節、曲垣、巨骨の 3 点のみとした。鍼はステンレスの 1 寸 6 分 - 3 番 (50mm・20 号) を用いた。巨骨 (棘上筋部) は認知覚 (トリガーポイント) を目標に 3.0 cm 程度刺入し、曲垣にはカマヤミニによる温灸をしながら 15 分の置鍼を行った (図 1)。抜鍼後、結節には灸点紙を用いて半米粒大の知熱灸を 5 壮施灸した。治療後、有痛弧症候消失。

生活指導：左手はあまり使わないようにしてください。上に挙げる時は特に注意してください。物を持たなければならない時は、できるだけ体に近づけて持って下さい。寝る時は左を下にして寝ないように気を付けてください。

第 2 回 (5 月 21 日、11 日目) 初診来院前の辛さを 10 とすると、前回治療直後には 7 くらいまで下がり、そのまま 2 日間は結構楽に過ごせた。しかし 3 日目には 9 くらいにまで戻り、今日まで続いている。睡眠中の体動による痛みの誘発は少し落ち着いたがまだ痛い。有痛弧症候は陽性、90° 付近で痛みがあるが、初診時ほどの痛みではない。熱感な

し。

初診直後に有痛弧症候が消失したこと、その後2日間は痛みの軽減が見られたこと、初の鍼治療で鍼に嫌悪感を持たれなかったこと、等でおおむね初診時のアプローチは間違っていなかったと判断し、治療方針は前回通りとした。初診時よりもリラックスしている様子から、鍼灸治療に多少は慣れてこられた判断し、より長い治療効果を期待して刺激量も少し多めに以下の治療を行った。治療部位は、結節に単刺と灸点紙による施灸を行い、曲垣、巨骨には前回同様に置鍼を行った。また三角筋前面部に凝り感による痛みを訴えたので、三角筋前部線維のトリガーポイント4点に刺鍼し鍼通電を行った。

第3回(5月24日、14日目)前回の治療以降、同じく初診時の辛さを10とした時、7くらいにまで下がった。有痛弧症候は降ろす時に90度付近で軽く痛い程度。治療は前回と同じ。

第4回(5月31日、21日目)前回直後から痛みが徐々に緩和していき、いつの間にか痛みが消失。夜中の痛みなし。有痛弧症候陰性。右腰部に痛みを訴えたので、肩の痛みに対する治療は終了とし、腰痛治療をメインに行うこととした。

考察：本症例は外傷となる思い当たるきっかけがない、外転障害がなく有痛弧症候が陽性、大結節部に圧痛がある、拘縮所見が認められないこと等により、加齢による腱板炎と診断した。

なお臨床症状及び診察所見から以下の疾患を除外した。

1. 肩峰下滑液包炎

熱感・腫脹がない。自発痛、夜間痛がない。

2. 腱板断裂

自発痛・夜間痛がない。痛みと脱力による自動外転障害がない。棘上筋、棘下筋の萎縮が認められない。

3. 石灰沈着性腱板炎

発症が徐々であり、疼痛も激痛ではない。

4. 頸椎症性神経根症

頸の運動による愁訴の誘発がない。

5. 上腕二頭筋長頭腱炎

ヤーガソンテスト、スピードテスト、ストレッチテストが陰性である。

結節間溝部に圧痛がない。

6. 五十肩

圧痛点が1箇所（結節）のみである。外転障害がない。

さて、本症例は「夜肩が痛くて眠れないのがつらい」と訴えて来院したものである。患側を下にして横になれないとも訴えていたので、はじめは肩峰下滑液包炎を疑った。しかし問診で、睡眠を妨げているのは夜間睡眠中の体動により誘発された痛みであること、じっとしている時に何となくボワ〜と痛いとは言うが様子から自発痛とは考えにくいこと等により、病態の本質は肩峰下滑液包炎ではなく慢性の腱板炎であると判断した。ただやはり、患側を下にして横になれないことは、軽度でも肩峰下滑液包炎である可能性も否定できないため、そのための処置として、結節に点灸を施した。

一方刺激量であるが、症例は鍼灸を初めて受ける男性であるため、慎重に臨む必要があった。これまでの経験で、初めて鍼治療を受ける男性患者は、たとえ強がってはいいても治療中はかなり緊張し、結果疲れさせて思うように治療が続かない場合があった。よって今回は特にそのあたりに留意し、初診時は、刺鍼部位数は3ヶ所だけとし、うちトリガーポイント刺鍼による認知覚を感じさせる部位も巨骨1箇所だけの、全体の刺激量を抑えた治療を行った。結果、鍼治療に対する恐怖感や嫌悪感を持たれず治療に前向きになっていただけたことも、早期の寛解を得られた理由のひとつと推察する。

本症例は、半年前から動作時痛で発症し、2,3ヶ月前からは睡眠が妨げられるほどであったが、3回の鍼灸治療（初診から約2週間後）でほぼ寛解した。以上のことから、本症例を腱板炎と診断し鍼灸治療を行ったことは、おおむね妥当な処置であったと考える。

参考文献

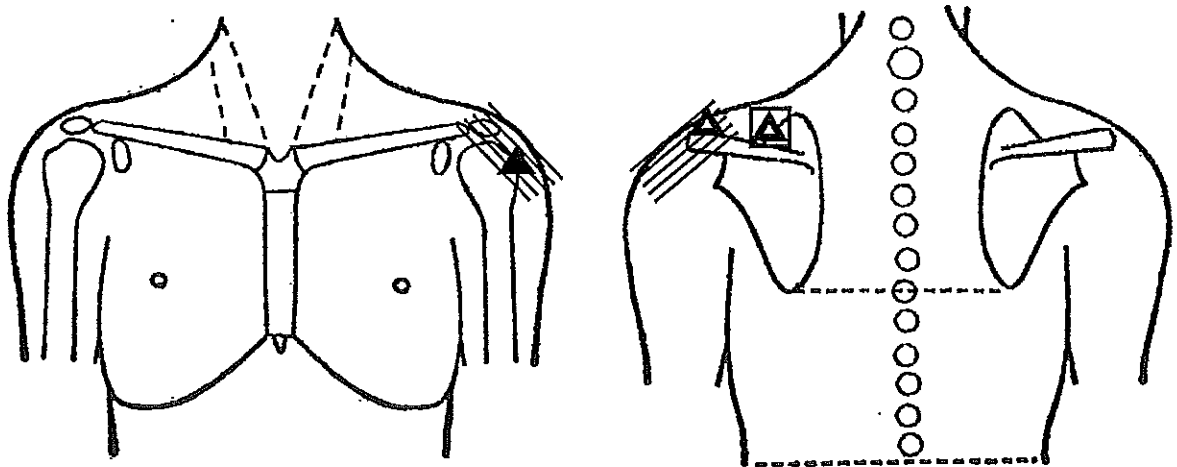
出端昭男：「鍼灸臨床 問診・診察ハンドブック」、医道の日本社、1987
西條一止・熊澤孝朗：「鍼灸臨床の科学」、医師薬出版株式会社、2001
ジャネット・トラベル・デイヴィッド・サイモンズ、川原 群大（翻訳）：「トリガーポイント・マニュアル」、1992

Donald A. Neumann、嶋田 智明 (翻訳)、平田 絵一郎 (翻訳) : 「筋骨格系のキネシオロジー」 2007

表.1 初診時の診察
五十肩

22年 5月 10日

1 発赤	左 - 右 -	12 棘上筋	左 - 右 -	17 圧痛 肩前関節真宗
2 腫脹	左 - 右 -	13 棘下筋	左 - 右 -	
3 三角筋	左 - 右 -	14 拘縮	左 - 右 -	
4 熱感	左 - 右 -	15 結髪	左 - 右 -	
5 外旋	左 + 右 -	16 結滞	左 - ⊕ 49 右 ⊖ + 41	
6 ヤーガンソ	左 - 右 -	5. 可動域は同じ		
7 スピード	左 - 右 -	8. -		
9 有痛弧	左 + 右 -	9. 90°~120° 2" 痛み		
10 外転	左 ⊖ + 右 ⊖ +	8 ストレッチ 11 落下		



//// 疼痛部位 ▲ 圧痛点治療点 △ 治療点 □ カマヤ温灸点

図.1 疼痛部位・圧痛点・治療点