平成 24 年 2 月 23 日

症例報告

「ベテラン経理の大後頭神経痛」

有馬太郎

本症例は十数年前に特に思い当たる原因がなく、頚の動きに伴う頭頂部の電撃様の痛みが発症し、以降数年おきに症状の出現、消退を繰り返してきた。今回は初診から 2 週間前に再発し、この間愁訴が誘発される頻度、強さに全く変化がなく、これまででもっとも強い症状であるため来院した。3 回の鍼灸治療でほぼ緩解した。

症例：55 歳　男性　会社員

初診：平成 23 年 12 月 30 日

主訴：横を向くと右頭頂部が痛い

現病歴： 12 年位前に特に思い当たる原因がなく、日中仕事中に、顔を横に向けたときに突然右頭頂部にかけてビリッとした痛みが走った。左右どちらに向けても症状が出た。以来大体 2～3 年おきに症状が現れては 2～3 週間で消失する、ということを繰り返してきた。いつも症状が出始める時間帯は決まっておらず、昼夜の関係はない。8 年前に一度だけ脳神経外科で精査を受けたが、脳には問題がなかった。「頚のせいではないか」と言われたが、頚椎は診察されなかったので、変形があるかどうかはわからない。

今回は、3 週間前の仕事中に頚を右に向けた時、突然ビリッといつもの頭頂部に痛みが走った。これまでにないほどの強い痛みである。横を向くたびに痛むわけではないが、時々ビリッとくるので怖い。はじめは右を向いた時だけであったが、左を向いても症状が出るようになった。今日までの 2 週間で症状の強さは変わらない。現在、右よりも左を向く時の方が、症状が出ることが多い。他の医療機関にはかかっていない。

中学生の時サッカー部と卓球部に一時在籍したことがあるのみで、以降決まったスポーツはしていない。事故やスポーツなどによる怪我の既往はない。趣味は特にないが、昔から仕事が休みの日はパチンコをし、行けば 3 時間はやってくる。仕事は初就職以来ずっと経理である。16 年前に会社でコンピュータが導入されるまで、そろばんを使って経理業務を行っていた。机上にある書類をめくりながら、また数字を確認しながらそろばんをはじくという動きは多かったが、現在あるような頭頂部の痛みが出ることはなかった。身長は 167cm で、学生時代は痩せていたが就職後は食事量が多くなりその後体重が増えていき、33 才の時がピークで 82kg にまでになった。その頃結婚したこともあり、お金の節約のため昼食の食事量を減らしたせいか、徐々に体重が落ちていき 50 歳になる頃には 63 kgくらいに落ち着き、現在もそれくらいで維持している。アルコールは毎日日本酒を 3 合飲む。若い頃から一日 30 本タバコを吸っていたが、ちょうど 1 年前に胸痛発作があり、精査で異

型狭心症と診断されたのを機に禁煙している。その時に医師に「ストレスがあるのではないか」と聞かれたが、今までストレスは感じたことはない。これまでに健診で検査数値に問題があったことはない。現在服用薬は 1 年前の狭心症発作時からのカルシウム拮抗剤のみである。睡眠時間は毎日 7 時間である。血圧は 128／85mmHg である。普段から頚はよく凝る。左薬指尖掌側が軽くしびれている。その他健康状態は良好である。

既往歴：約 3 年前に頚椎症性神経根症による左上肢痛、当院で 49 日、10 回の治療で治癒。
1 年前に異型狭心症による胸痛発作、以来発作は起きていない。

家族歴：特記すべき事なし。

診察所見：頭頚部及び頭頂部愁訴局所の発赤・腫脹・熱感（触手による）は認めない。愁訴局所、その周囲、及び後頭頚部の筋に圧痛や目立つ緊張はない。頚の前屈痛、後屈痛、側屈痛、回旋痛全て陰性。何度か頚部回旋を行ううち、数度愁訴の誘発があった。スパーリングテスト陰性。

診断：本症例は診察所見および臨床症状により、大後頭神経痛と診断した。

対応：この病気の原因は現在まだよく判っていません。頚の骨の問題からくるもの、頚肩の筋肉の凝りからくるもの、ストレスからもくる場合もあるとされていますが、いずれにしても大きな病気が影にかくれているということはないとされています。また、自然に治る場合も多いようです。鍼灸は筋の緊張を和らげたり炎症を抑える効果があり、この病気に効果があったという報告もありますので、今ある症状を早く鎮めるためにも、是非鍼灸治療を何度か続けてみてはいかがでしょうか。

治療・経過：治療は後頭頚部周囲組織の血行改善を目的に以下のように行った。

治療体位は伏臥位で行った。左右脳空に単刺、左右玉沈に横刺で 1 ㎝、左右風池に直刺で 1.5cm、右頭頂部愁訴局所付近 2 ヵ所に横刺で 1 ㎝刺入した。その後 10 分間の置鍼中、頭頂部 2 ヵ所には、電極をつなぎ 5 分間のパルス通電を行った（図 1）。鍼は全て YAMASHO 社製 NEO ディスポ鍼、1 寸 6 分 - 3 番（60 ㎜ - 20 号）を使用した。抜鍼後、頭頂部に刺鍼時に得気を得た方 1 箇所に半米粒大で透熱灸を 4 壮施灸した。その後再度座位になってもらい治療による変化を確認したところ、頚の回旋で症状の誘発が見られ変化がなかった。よって以下のように治療を追加した。座位で頚を軽度屈曲位で保持したまま、右上天柱に 2cm 程の直刺で得気を得た後少し鍼を戻し、鍼が 1 cm ほど入ったままで、3～4 回頚をゆっくりと左右に少し回旋してもらうという運動鍼を行った。抜鍼後再度確認したところ、数度回旋しても愁訴は誘発されなかった。

生活指導：この病気の原因はよく判っていませんが、頚椎に負担がかかる習慣がある人、ストレスがある人などがこの病気にかかる割合が高いとされています。今は症状は殆どなくなりましたが、以前に頚椎症をされたことがあったように、頚椎への負担がずっと以前から普通以上にかかってきた経緯があると想像されます。撮ったからといって治るわけではありませんが、ご自身の頚椎の状態を知っておく意味でも、一度はレントゲンを撮って診てもらうのがよいかも知れません。とにかく、頭を急に動かすなど頚に負担

がかかるような動きにはお気をつけになられたほうがいいでしょう。

第2回（平成24年1月7日、8日目）初診から正月かけて徐々に良くなっていき、仕事始めの1月4日にはだいぶよくなった。まだ時々何かの拍子にビリッとくることがあるが、頻度も強さも初診時よりもずっとよい。ここ数日仕事しているが特に悪化はしていない。初診時の発作の強さを 10 とすると現在は 2 くらいである。治療は、右頭頂部付近は指で検索しても、特に目立った所見もなく本人も自覚するものがなかったことから、頭頂部には何もしなかった。他は初診時とほぼ同じ。

第3回（1月20日、21日目）前回の治療から今日までの2週間の間に4～5回ビリッときた。発作時の強さは強くなっておらず前回と変わらない。右を向いた時によくでる。発作を感じる場所が少し外側になってきた。

第4回（2月4日、36日目）発作の頻度はあまり変わらないが、強さは弱くなってきている。ビリッではなくピリッという感じであり、以前は発作が怖かったが、今は苦痛はまったくない。横を向くだけではなくほかの動きでも出る。感じる場所がさらに外側になった。このまま治まりそうな気がするので、次回の予約は1ヵ月後に取っていく。

考察：本症例は発作性の電撃様の疼痛が大後頭神経支配領域にあること、頚の回旋で発作が誘発され間欠期には無症状であること、及び国際頭痛分類第Ⅱ版（ICHD-Ⅱ）の診断基準（表1）を参考に、大後頭神経痛と診断した。

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. 片頭痛、緊張型頭痛

痛みが瞬間的で持続的でない。

2. 三叉神経痛

支配領域がちがう。

3. 帯状疱疹後神経痛

帯状疱疹の罹患歴がない。皮膚上に瘢痕がない。痛みが持続的ではない。

4. 脳血管障害

バットで殴られたような痛みではない。悪心、嘔吐がない。その他の神経症状はない。意識レベルは正常である。

5. 脳腫瘍

数年間悪化はしていない。脳圧亢進症状がない。

さて、本症例を大後頭神経痛と診断するにあたり悩んだのが、どの成書[1) 2) 4) 5)]にもあり、ICHD-Ⅱ[3)]の診断項目 B にもあるような、「罹患神経上の圧痛」が診察所見として見出せなかったことであった。問診で得られた情報からはほぼ大後頭神経痛と思われたが、一般的にいわれるような上記所見がどう検索しても見つけられないまま、まずは大後頭神経痛として治療を開始した。しかし、そう臨んで行った鍼灸治療は今までのところでは奏功していると思われ、結果としてではあるが診断はほぼ妥当であったと考える。やはりそ

れでも罹患神経上の圧痛点が見出せなかったことについては、筋・骨格系、神経組織や結合組織の形状の個体差なども考えられるにしても、今後の検討課題である。

後頭神経痛の主な原因については不明な点が多いが、肩こりや寝違え、緊張型頭痛などを基礎として発症する場合が多いという報告[2)]もあるように、一般的にもまた多くの成書でも症候性神経痛として考えられている。本症例の成因については、大学卒後の初就職から今までの30年間ずっと経理職であることが大きく関係していると考える。職場がOA化されるまでは机上の書類をあちこちめくりながら算盤をはじいていたと言っており、頚椎への物理的負担は当時常にあったと推察される。事実、現在は治癒しているものの、今回の2年前に左上肢への神経症状を呈した頚椎症の治療を当院で行っている。12年前からあるこの大後頭神経痛が、変形性頚椎症による症候性神経痛とするかは現段階では、レントゲン所見がないこと、報告もあまり見当たらないことにより妥当ではないと思われる。しかしいずれにしても頚椎の変性に伴う様々な軟部組織の傷害や変性が症状発現に関与していることは想像される。また、頚椎への物理的負担とともに、症例にはその職種柄、相応の仕事上の精神的な負担もあったと思われ、それが20代から30代にかけての体重の大きな変化、1年前までの1日30本という喫煙歴に表れていると推察する。これら筋骨格系と精神的負担が本症例の後頭神経痛発症の成因になったと考える。

初診時の治療については、刺鍼点とすべき圧痛が見つけられなかったので、まずは大後頭神経の走行付近にあると思われる玉枕、脳空に刺鍼した。しかし直後効果が得られなかったので、深部にある神経周囲の筋への効果を目的に、座位で運動鍼を行った。その後この時の治療を機に患者の愁訴は和らいでいった。治療した実感としては、運動鍼による深部の筋緊張がとれ神経周囲組織の環境改善によるものと考えているが、症例本人は愁訴部位への直灸による直接刺激が効いたと言っている。このように、当該神経の周囲に存在する多くの軟部組織への環境改善効果と、痛み感覚を緩和させ治癒機転とさせうる感覚刺激を与えられたと考えられ、今回本症例に鍼灸治療を行ったことは妥当な処置であったと考える。

ところで、今回の症例報告を作成するにあたり改めて本神経痛について調べたところ、本神経痛の治療法について興味深い知見を得た。現代医療の現場では外科で扱われることが多い疾患であるためだが、本神経痛に対し最も広く行われ、かつ最も治療効果が高く迅速に効果が得られる治療法は局所麻酔である。しかしこの療法はある程度の侵襲性があり、局所性に癒着性の末梢神経障害を呈する可能性がある。このことから、寺田は後頭神経痛や三叉神経痛に対し、治療法として局所麻酔はファーストチョイスとせず、ビタミンB12(メコバラミン)の静注で高い効果を挙げている[2)]。この方法は局所麻酔より治療成績は劣るものの、副作用が低く、極めて安全性の高い方法として推奨している。しかし一般的にはビタミンB12の静注はあまり行われておらず、経口のビタミンB12錠剤が神経痛患者へ最も一般的に処方されていることが多いと実感する。そのため、医療機関で同剤を処方されている神経痛を有する患者に対しては、鍼灸治療を併療すれば施術局所の循環改善効果によ

り、より効果的な治療効果が期待できると感じた。

参考文献

1）宮崎 東洋：神経ブロック　関連疾患の整理と手技. 真興交易医書出版部. 2000. pp78-79

2）寺田 純：臨床頭痛学. 診断と治療社. 2005. pp419-432

3）Headache Classification Subcommittee of the international headache Society：The International Classification of Headache Disorders； 2nd Edition Cephalalgia . 2004. 24(supp1 1)：1-160

4）William Pryse-Phillips、伊藤 直樹、岩崎 祐三、田代 邦雄、：臨床神経学辞典. 医学書院. 1999. p 801

5）児玉 南海雄：標準脳神経外科学. 医学書院. 2011. pp71 - 74

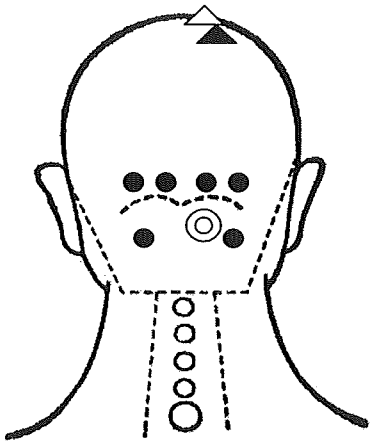

図 1.　治療部位

● 刺鍼　△ 刺鍼通電・灸　▲ 刺鍼通電　◎ 運動鍼

表 1．ICHD-Ⅱにおける後頭神経痛の診断基準

A	発作性の刺痛が大後頭神経，小後頭神経または第 3 後頭神経のいずれか一つ以上の支配領域に生じ，うずく痛みが発作間欠期に持続する場合もあれば持続しない場合もある
B	圧痛は罹患神経上にある
C	局所麻酔薬を用いた神経ブロックにより痛みは一時的に軽減する