

症例報告

肩こりで来院した患者の小脳腫瘍

平成 24 年 6 月 28 日

岩元 健朗

鍼灸院において肩こりで来院する患者は多い。今回の症例は治療の経過の中で中枢神経の障害を疑う所見があったため専門医に精査を依頼した。開院して 2 年目の症例でとても印象に残っており、専門医への紹介の大切さを体験した症例である。

症 例 66 歳 女性 主婦

初 診 平成 10 年 4 月 14 日

主 訴 頸・肩のこり感

現病歴 平成 9 年 12 月頃（4 か月前）から首と肩にこり感を感じる。普段は針仕事をしているため、首を前屈位にして作業をしていることが多い。知人に相談したところ、「肩こりなら鍼治療がよいのでは」と、当院を紹介され来院する。後頭部から左右の肩部にかけてこり感を訴える。針仕事は 2～3 時間続けて前屈みの姿勢になることが多く、仕事中は特に首から肩にかけてこりを感じる。楽な姿勢で痛みが出ることは無い。夜寝ていて痛みで目が覚めることは無い。頸部の運動で前屈すると後頭部から左右の側頭部に痛みが出る。頸を傾けても、後ろに曲げても、回しても痛みは無い。筋力の低下は感じていない。腕や手指へのシビレ感はない。細かい手作業も出来ている。歩くのも問題は無い。手を挙げることもできる。小便・大便ともに問題ない。普段の生活で重い物を持つことはない。スポーツは特にしていない。アルコールは飲まない。食欲はある。睡眠は正常。

既往歴 3 年前にめまいが 3 ヶ月間あり、耳鼻科にてメニエール病と診断された。

家族歴 特記すべきものなし

診察所見

身長 145 cm、体重 40kg 血圧 120/64 mm Hg

体格は細身で色白。触診により手足・下腿・腹部に冷え。腹部は軟弱。腹部の張りは感じられない。頸椎の側弯は認められない。ストレートネックで頸椎の前弯は減少している。握力左 15kg・右 18kg。頸部の前屈痛陽性、後頭部から左右の側頭部に疼痛。後屈痛陰性。側屈痛陰性。回旋痛陰性。モーリーテスト陰性。アドソンテスト陰性。筋萎縮陰性。触覚障害陰性。

上腕二頭筋反射正常。腕橈骨筋反射正常。上腕三頭筋反射正常。PTR 正常。バビンスキー反射陰性。ジャクソンテスト陰性。スパーリング・テスト陰性。肩圧迫テスト陰性。ライトテスト陰性。エデンテスト陰性。3 分間挙上テスト陰性。(表 1) 後頸部から左右の肩部にかけて筋肉の緊張が認められる。(図 1) 僧帽筋を圧すると気持ちが良い。天柱、風池に圧痛。肩関節の可動域制限はみられない。結髪障害・結帯障害はない。

診 断 後頸部から左右の肩部にかけて筋肉の緊張が認められることから僧帽筋を中心とする頸肩部筋緊張による疼痛と頸部の前屈時に後頭部と左右の側頭部に疼痛がみられることと、天柱・風池の圧痛から大後頭神経痛⁽¹¹⁾と小後頭神経痛⁽¹¹⁾と診断した。

対 応 後頭部から肩にかけてのこり感首を支えている筋肉が緊張していることから症状が出ているものと思われます。針仕事で前屈みになっている時間が長いことが、頸椎の前弯を少なくしてストレートネックといわれる状態になっていると考えられます。首の骨が真っ直ぐになって、頭を支えている首の筋肉に負担がかかっている、このことが首から肩のこり感や痛みの原因となっていると思われます。後頭部と側頭部の痛みは首の後ろの筋肉の緊張が神経を圧迫して痛みを出しているものと考えられます。鍼治療は筋肉の緊張を緩めて血行を改善することが出来ますので、こり感の緩和や痛みの改善に繋がるものと思います。経過を診ながら継続して鍼治療を受けていただければ良いと思います。

治療・経過

- 第 1 回 (4 月 14 日・1 日目) 腹臥位にて後頸部から肩背部の接触鍼。肩井、天膠、曲垣、厥陰兪、脾兪、腎兪、天柱、風池、置鍼 10 分間。遠赤外線を肩背部に照射。
- 第 5 回 (4 月 28 日・15 日目) 鍼治療の後、2~3 日はこり感も痛みも感じずに生活できたが、時間が経過すると再びこり感を感じる。
- 第 10 回 (5 月 19 日・36 日目) 鍼治療を受けると楽になる。2~3 日後にこり感が強くなる。
- 第 15 回 (6 月 13 日・61 日目) 年齢的なこともあり 5 月で針仕事を辞める。辞めた後も肩こりは続く、鍼治療後楽になるが 2~3 日でこり感が強くなる。
- 第 20 回 (7 月 4 日・82 日目) 今朝 下痢。昨日、日帰りで仙台に行く。電車での移動で坐っていた為か今日から腰が痛い。
- 第 25 回 (7 月 24 日・102 日目) 今日は体調良い。朝起床時、首が少しつらい。
- 第 30 回 (8 月 11 日・120 日目) 物干しに手を伸ばす時、右頸部ひきつる。右足底が丸い感じでフラフラする。右足がもつれる。右下腿がつる。腰が重い。
- 第 31 回 (8 月 18 日・127 日目) 目ヤニが多く出るので、今日眼科に行ったが特に問題ないと言われる。右頸部にこり感あり。腰・足の症状は無い。

第33回（8月28日・137日目）

待合室から治療室に移動する時によろめいてスリッパが脱げた。調子が悪い。足の運びが悪い。物忘れがこのところ激しい。今あったことが思い出せない。忘れるのが怖い。仕事を辞めてからの3か月間、あまり調子良くない。ロムベルグ検査（両脚起立検査）⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾を行なったところ、立位での閉眼時に動揺がみられ左側につんのめる転倒傾向がみられた。ロムベルグ現象陽性。舌を突き出した際に舌が右に傾く。⁽²⁾⁽⁴⁾中枢性疾患の疑いが示唆されたため、専門医に精査を依頼することとした。患者にはベッドサイドで行なった検査の結果から脳の精査をする必要があることを伝えた。「専門病院に検査依頼のお手紙を書きますが検査に行かれますか」と尋ねたところ、「これから検査に行きます」と返答があったため手紙を持って専門病院に行っていた。

医師への診察依頼状

平成10年8月28日

〇〇脳神経外科院長御机下

拝啓 立秋とはいえ暑い日が続いております。先生におかれましては常々地域住民の健康を守るため、ご尽力いただきまして心より敬服いたしております。

本日は患者〇〇〇〇様のご高診を賜りたくお手紙を書かせて頂きました。患者様の訴えでは腰から下肢の踏ん張りがきかず、閉眼時での体のふらつきが一層強くなる症状がみられます。患者本人も検査を希望しておりますので、御診察・御指導を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

ご多忙の折、お身体ご自愛くださいませ。

敬具

岩元鍼灸院
岩元健朗 拝

医師からの返信

御報告（診療情報提供書）
岩元鍼灸院 岩元健朗先生

平成10年8月28日

冠省 平素から御高配を賜り御礼申し上げます。
御多忙のところ恐縮に存じますが、
何卒よろしくお願い申し上げます。早々

〇〇脳神経外科病院
医師 〇〇〇〇印

患者氏名 ○○○○殿 性別 女
生年月日 昭和 ○年○月○日 (66才)
傷病名 小脳腫瘍(多発性?)・水頭症

御紹介いただきました上記患者さん拝診いたしました。
神経学的には軽い小脳症状(失調歩行)を認めましたので、直ちにCTスキャンを行ないましたところ、小脳に2ヶ所の腫瘍を疑わせる所見とこれによる第4脳室等の髄液路通過障害によると思われる水頭症を確認しました。小脳腫瘍は嚢胞を有する腫瘍でこれ自体は小脳血管芽腫(良性)が最も考えられますが、他にもう一ヶ所小さな病変があり、この点を考慮すると転移性脳腫瘍も考慮する必要があります。いずれにせよ、脳室拡大が著明ですので、これに対してまず脳室-腹腔短絡術を施行し(8/29 PM 予定)、病状が安定したところ各種精査を行ない、脳腫瘍それ自体に対する治療戦略を立てることになります。

とり急ぎ御報告申し上げますと共に、貴重な症例の御紹介に心より深謝申し上げます。

1週間後、娘さんが経過を報告に来院する。小脳に2ヶ所の腫瘍と大脳に1ヶ所腫瘍があると説明を受けている。現在、頭部から腹部にかけてチューブでつなぎ、脳脊髄液が腹腔に流れるようにして脳圧の上昇を防いでいる。小脳の2ヶ所の腫瘍は手術で摘出できるが、大脳にある1ヶ所の腫瘍は手術が困難な場所にあり、摘出の成功は5分5分といわれている。5分5分とは生命の危険があるということである。検査結果の資料を貸し出してもらい、都内の○○大学附属病院にセカンドオピニオンとして相談に行ったところ、小脳の2ヶ所の腫瘍は手術が可能であるが、大脳の1ヶ所は手術が困難な場所であると○○脳神経外科病院と同じことを言われた。患者の御主人は大脳の1ヶ所については手術をしないで経過を見ることで良いのではないかと言っているのです、その方針で行こうと思っている。

入院から2カ月後にその後の経過の連絡が入る。小脳の2ヶ所の腫瘍に対して摘出手術を行なう。大脳の腫瘍に対して手術は行なわなかった。その後、退院してからは自宅で静養している。手術後から物が2重に見える状態が発現し、足元の不安感から外出は控えている。

考 察 症例は4か月前からの頸・肩のこり感を訴え来院された。頸部の前屈で後頭部と側頭部に痛みが出現している。初診は頸肩部筋緊張による疼痛と大後頭神経痛・小後頭神経痛と診断した。初診の検査では中枢性の疾患を疑わせる所見はみられなかった。後頸部から肩部にかけて筋緊張がみられ、鍼治療を行なうと楽になり、2～3日後に症状が再び強

くなり来院することを繰り返していた。初診の段階で「頸部の運動で頸を前屈させると後頭部から左右の側頭部に痛みが出る」症状が脳圧の亢進で見られる項部硬直の初期症状⁽¹⁾⁽²⁾⁽¹¹⁾であったことも考えられる。

30回目の所見にあった「右足底が丸い感じでフラフラする。右足がもつれる。」は水頭症による症状であったと考えられる⁽²⁾。いずれの症状もその後症状が軽減したり消失するなどして軽微であったため、決定的な脳圧亢進の疑いとしてみる事が出来なかった。33回目の所見では「待合室から治療室に移動する時によろめいてスリッパが脱げた。調子が悪い。足の運びが悪い。物忘れがこのごろ激しい。今あったことを思い出せない。忘れるのが怖い。」といった中枢性の原因を疑う症状を強く感じたため、ベッドサイドで行なえるロムベルグ検査（両脚起立検査）を行なった。立位での閉眼時に動揺がみられ左側につんのめる転倒傾向がみられたことからロムベルグ現象陽性とした。また、舌を出すように指示して出した際に舌が右に傾くことを確認した。これらの事から脳の障害を疑い、緊急を要すると判断して脳神経外科の専門病院で精査の必要性があることを患者にお伝えした。

書籍⁽¹⁾⁽²⁾⁽¹¹⁾によると失調歩行の特徴は歩き方が不安定となり、軽度なものは直線歩行から、まわれ右などをすると歩行異常が目立つ。両足を開き、酔っぱらいのようで、全身性の動揺が強い。小脳半球障害では病側に倒れやすい。失調歩行を早期に発見するには、直線歩行、つぎ足歩行を検査するのがよい⁽¹⁾とある。また、小脳失調症と脊髄後索の障害で失調性歩行をきたし、後者は、ロムベルグテスト Romberg test が陽性になる（両足を閉じて立ち、閉眼すると倒れる）ので小脳障害と鑑別できる⁽²⁾としている。脳神経の神経学的診察では舌下神経の関与として舌を突出したとき、舌は麻痺側に偏る⁽²⁾としている。また、項部筋トーンスの診かたとして⁽¹⁾⁽¹¹⁾、項部硬直は仰臥位で、枕をはずし、患者の頭部を持ち上げてそのとき受ける抵抗をみる。正常者では下顎が胸に接触するまで屈曲させることができ、著しい抵抗はない。項部硬直は頭部を持ち上げるときに明らかな抵抗や疼痛があり、頭の屈曲も不十分であるときに項部硬直があると判定する。これは髄膜刺激症状の一つである。頸椎疾患やパーキンソン病のように全身に筋硬直のあるときにも同じような現象を認めることもあるが、項部硬直では前屈のみに抵抗がある。頸椎疾患や筋硬直は、頭を左右に回転させるとき、また前屈位から伸展をさせるときも同じような抵抗があるので鑑別が可能であるとしている。

腫瘍性疾患の症状の変化は緩徐に進行性の経過をとるため⁽²⁾、初診時の検査が陰性であっても治療経過の中で陽性に転ずる事がある。初診時の疾病鑑別の重要性はいうまでもないが、経過観察の中で症状の変化や新たな症状の発現に注意を払わなければならない。また、専門医による精査が必要と判断した場合は躊躇なく、医療機関への連携をはかることが何よりも大切であると考え。開院2年目の開業鍼灸師にとって貴重な示唆をいただいた症例であり、忘れられない症例となっている。

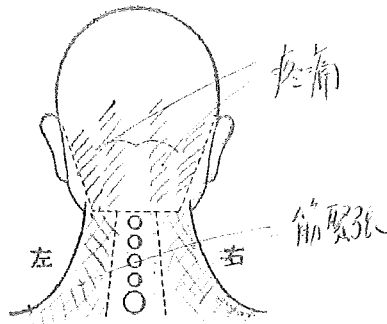
頸・上肢痛

10年4月14日

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

(医道の日本社)

(表1)



(図1)

参考文献

- 1) 『ベッドサイドの神経の診かた』 田崎義昭 南山堂 P37、P55、P126～139
- 2) 『内科学』 朝倉書店 P1773～1787、1917～1927
- 3) 『鍼灸療法技術ガイド』 矢野 忠 文光堂 P229
- 4) 『中医臨床のための舌診と脈診』 神戸中医学研究会 P30
- 5) 『図解整形外科学検査法』 新関真人 医道の日本社 P124～201
- 6) 『標準整形外科学』 石井清一 医学書院 P391～423
- 7) 『整形外科診療プラクティス』 大木 勲 金原出版株式会社 P312～344
- 8) 『鍼灸臨床問診・診察ハンドブック』 出端昭男 医道の日本社
- 9) 『開業鍼灸師のための診察法と治療法』 出端昭男 医道の日本社
- 10) 『整形外科徒手検査法』 高岡邦夫 MEDICAL VIEW
- 11) 『図説 東洋医学 鍼灸治療編』 代田文彦 出端昭男 学研 P182