

症例報告

平成5年10月28日

頸椎障害に伴う解離性上肢運動麻痺

出端昭男

症例 K.A. 47才 男 商業デザイナー

初診 平成5年5月7日

主訴 右の上肢挙上障害とシビレ感

現病歴 半年くらい前から右手がシビレるようになった。シビレは常に感じているわけではないが、右腕を動かすと誘発される。1週間ほど前から右上肢に脱力が起り、挙上が困難となった。

現在、脱力のために右上肢が挙がらず、痛みはないが、右の肩から肩甲間部にかけて強いこり感がある。右上肢や頸を動かすと手全体にジーンとシビレ感が誘発され、約1分間ほど続く。字を書く時に手がふるえることがあり、箸を使う時に少しきこちないこともある。歩行障害や膀胱直腸障害はない。

仕事は書く作業が多い。スポーツは行っていない。今回の発症について思い当たる原因はなく、過去に頭頸部に外傷歴もない。アルコールは毎日、日本酒で3~5合くらい。医師の診察は受けていない。

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41kg、右32kg、右利きなので右減弱と判定。頸椎の後屈テストで肩甲上部から肩甲間部かけて鈍痛を感じ、同時に右手のシビレが誘発される。側屈テストは右側屈で後屈時と同じ症状が誘発される。左側屈は陰性。回旋テストは右回旋で後屈時と同じ部位に鈍痛を感じるが、シビレ感は前腕から手全体に誘発される。左回旋は陰性。モーリー・テストは右陽性、左陰性。右三角筋部に筋萎縮は認められない。C₅~C₈の知覚神経領域における触覚および痛覚障害は陰性。二頭筋反射は両側とも消失。腕橈骨筋反射は右消失、左正常。三頭筋反射は右消失、左正常。膝蓋腱反射は両側とも正常。スパーリング・テストおよび肩圧迫テストは陰性。10秒テストは右38回で正常。肩関節自動外転障害は著明で可動域36°。ただし可動制限は脱力のために、外転時に全く疼痛を訴えない。他動外転は異常なく、痛みも可動制限も認められない。

圧痛は右の斜角、下風池、六頸、肩井、附分に検出された(図1)。

要約 頸椎と上肢の運動により患側の肩甲上部や肩甲間部に鈍痛が生じ、同時にシビレ感が誘発され、上肢腱反射にも異常が見られるので、症例の主訴で

ある上肢挙上障害は頸椎由来のものと考えられる。また、知覚障害が認められないことから、本症例は頸椎障害に伴う解離性上肢運動麻痺(解離性上肢麻痺と略す)と推定される。脱力の程度はかなり著明であるが、新鮮例であり、筋萎縮も認められないので鍼灸治療を試みることにした。

対応 腕を運動させる神経は頸椎から出ていますが、頸の筋肉のこりが強くなったり、頸椎のヘルニアが起つたり、老化のために頸椎が変形したりすると、この神経が圧迫されて正常な働きをしなくなり、その結果、腕が挙がらなくなったり、手がシビレたりします。少しあっけない病気ですが幸い麻痺が起つてから日が浅く、腕の筋肉も痩せていないので鍼灸治療で十分に治る可能性があります。しかし、効果ができるまでには、1週間に3回くらいの治療を継続して、最低1ヶ月はかかります。腕が挙がるようになればシビレもとれます。

重いものを持たない、頸の運動をしない、頸や肩を揉まない、あまり長時間にわざわざ字を書かない、などを注意して下さい。アルコールは1日に日本酒なら1合、ビールは大ビン1本が限度です。

治療・経過 神経根周辺の循環障害や炎症の改善を目的として以下の治療を行った。

取穴は圧痛の検出された右の斜角、下風池、六頸、肩井、附分とし、ステンレス・1寸3分-2号鍼(40mm-18号)を用いて、斜角は直刺で、約10mm、下風池は内下方に向けて約20mm、六頸はやや内方に向け25mm、肩井は内下方に向けて15mm、附分は内下方に向けて15mm刺入した。手技はすべて15分間の置鍼とし、抜鍼後、斜角を除く刺鍼部位に糸状灸3壮を加えた。

第2回(2日目) 特に変化なし。

第3回(5日目) 上肢の挙上に少し力が入るようになった。外転65°(初診時36°)。

第4回(6日目) 昨日よりさらに上肢挙上が楽に出来る。シビレ感も減少した。外転110°(前回65°)。

第6回(9日目) シビレ感は母指に限局し、チリチリとした感じに変化してきた。後屈、右側屈、右回旋でシビレと肩の鈍痛が誘発される。外転150°(前回110°)。

第7回(12日目) 右上肢を使うと母指に軽いシビレを感じる。後屈でシビレの誘発がある。握力は左36.5kg、右34.0kg(初診時、左41kg、右32kg)。外転可動域は正常となり、左右差を認めない。

第8回(13日目) シビレ感に変化はない。右六頸の使用鍼をステンレス・

1寸6分-4号鍼(50mm-20号)に換える。

第9回(18日目) シビレ感に変化はないが、ものを書く時のふるえは消失した。

第10回(19日目) 母指のシビレ感は弱くなつたが、後屈、右側屈、右回旋で誘発される。

第11回(20日目) 握力は左41kg、右37kg(前回、左36.5kg、右34kg)。

第12回(23日目) シビレが残存しているので、今回から頸椎の持続牽引を加えた。6kg・5分間とする。

第13回(27日目) シビレ感はかすかに感じる程度となつた。牽引は7kg・5分間。

第16回(33日目) シビレはほとんど感じなくなつたが完全に消失してはいない。握力は左37kg、右37kg。牽引は8kg・5分間。

その後、患者は来院していない。

考 察：本症は脱力による上肢障害とシビレ感を主訴とし、しかも知覚障害が陰性であることから、症候的に明らかな知覚と運動の解離が見られる。さらに頸椎の運動によるシビレ感の再現と上肢腱反射の消失を認め、愁訴が頸椎由来のものと推測され、いわゆるキーガン型解離性上肢運動麻痺と同一もしくは近似の病態と考えられる¹⁾²⁾³⁾⁴⁾。

キーガンが1965年に報告した「頸椎症に伴う解離性上肢運動麻痺の原因」と題する1例治験には、C₄～C₆の神経根、特にC₆の前根が選択的に骨棘により圧迫された神経根症であると記載されている¹⁾。

また、1974年に大田は解離性麻痺で、そのうち脊髄症を呈し腎不全で死亡した剖検例を²⁾、さらに秋山は同じく解離性上肢麻痺で、その後、肺癌により死亡した症例の剖検例を発表し⁵⁾、キーガンとほぼ同様の見解を述べ、いずれも愁訴の原因は頸神経の前根が骨棘により圧迫されたことに起因する神経根症の特殊なタイプであるとした。

一方、市原は9例の解離性上肢麻痺の治験を発表し、うち2例は年令が30才代で外傷歴を有し、両者とも頸椎椎間板ヘルニアであったと述べている⁴⁾。また、解離性上肢運動麻痺の中には、著明な脊髄症状を随伴する症例が少なからず存在するため、その病態は骨棘による脊髄の圧迫症状とする見解もあり、今なお定説を見るにいたっていない。

すなわちブレインとウィルキンソンは1952年に「頸椎症における神経学的症候」なる論文を発表し、本症を頸椎症性脊髄症の範疇に位置づけた⁶⁾。

また、わが国においても祖父江によって同様の症状を呈する23症例が詳

細に検討され、「頸部脊椎症性筋萎縮症」なる疾患名の提唱とともに、これを頸椎症による脊髓前柱細胞の選択的な障害として頸椎症性脊髄症の1型とした³⁾。

以上で分かるように解離性上肢麻痺の病態はキーガン、大田、秋山の神経根障害説とブレイン、祖父江、辻本⁷⁾の脊髄障害説とに分かれるが、そのほか前柱から前根にかけての障害とするもの(伊藤)⁸⁾、前柱型と前根型が存在すると主張するもの(市原)⁴⁾など多彩を極める。

さて、本症例の病態であるが、箸を使うときにぎこちなさを感じる、という訴えはあるものの10秒テストで38回の屈伸が可能であり⁹⁾¹⁰⁾、上肢の腱反射は、特に膝蓋腱反射の亢進も見られないことから、脊髄症を合併しない神経根型の解離性麻痺と推測される。

また、神経根圧迫の原因が頸椎症であるかヘルニアによるものであるかは、大多数の報告が頸椎症であるため、本症例もその可能性が高いと考えられるが、47才という年令からヘルニアである可能性も否定し得ない。鍼灸臨床ではこれらの病態を明らかにし、頸椎症であるのかヘルニアであるのかを確定することは困難であるが、しかしこの病態把握が必ずしも臨床的に有用であるとは限らない。鍼灸臨床では、むしろ脊髄症状が随伴するか否かを見極めることの方が、適応を決定するためにも予後を推測するためにも重要な判断ではないかと思われる。

解離性上肢麻痺の症例で、脊髄症状を随伴するものがどれくらいの頻度で存在するかについて、古川は8例中3例に下肢腱反射亢進を¹¹⁾、市原は9例中3例に痉性歩行を⁴⁾、秋山は24例中13例に四肢のシビレや歩行障害を¹²⁾、そして祖父江は52例中30例が痉性歩行、41例が下肢深部反射亢進、20例がバビンスキー徵候、10例が排尿障害を認めた³⁾、と報告している。

すなわち古川、市原、秋山の治験を見る限り、解離性上肢麻痺の1/3から約半数に脊髄症状が観察されることになる。

なお、祖父江の報告は一見して分かるように各症候の出現頻度が重複して記載しており、したがって神経根症型がどの程度含まれているかは推定し得ない。しかし、前三者と比べてはるかに脊髄症型が多数例を占めていることは確かであるが、これは整形外科と神経内科の相違によるものと想像される。

さて、解離性上肢麻痺における鍼灸の適応であるが、まず脊髄症状を合併する症例は鍼灸治療の対象から除外する方が安全と思われる。たとえ根症状である上肢挙上障害が改善されたとしても、巧緻運動障害や下肢症状が残存すれば、結果的に患者の期待に応えることができたとはいはず、最終的に手術療法に移行せざるを得ない場合には、単に手術の時期を遅らせたに過ぎな

いことになる。さらに手術の遅れは、脊髄に非可逆的な病変を残し、その効果を著しく阻害することにもなりかねない^{2) 7) 8) 13)}。

しかしながら脊髄症状が全く認められず、しかも発病からの日数が浅い新鮮例においては、自験例を含めて発表例数は多くないが、鍼灸治療によって著明な改善が得られている^{14) 15) 16)}。

今回の症例も来院時に外転可動域36°であったが、5日目(第3回)には65°、6日目(第4回)には110°、そして12日目(第7回)には正常な外転可動域が観察されており、鍼灸治療が奏効したケースと考えられる。

なお、運動麻痺の改善に比べてシビレ感の消失に手間どったため第12回(23日目)から軽い持続牽引を加えたが、その効果は定かでなかった。

経穴の位置

斜 角：胸鎖乳突筋の外縁から1.5～2横指外方の斜角筋部で、鎖骨上縁の約1横指上方¹⁷⁾。

下風池：乳様突起の下縁の高さで後髪際に風池を取り、ここから下方へ1～1.5横指の圧痛点¹⁷⁾。

六 頸：第6頸椎棘突起の高さで大筋(僧帽筋と頭半棘筋の筋膨隆)の外縁¹⁷⁾。

肩 井：肩甲骨上角の直上で僧帽筋の上縁¹⁷⁾。

附 分：第2、第3胸椎棘突起間の高さで肩甲骨の内縁¹⁸⁾。

参考文献

- 1) J.Jay Keegan : The Cause of Dissociated Motor Loss in the Upper Extremity with Cervical Spondylosis, 「J.Neurosurgery」 23, p 528～536, 1965.
- 2) 大田 寛他：頸椎症にみられる解離性の上肢運動麻痺、「頸椎症の臨床」、p 41～48、金原出版、1983。
- 3) 祖父江逸郎他：頸部脊椎症ミエロパシーの臨床像と病型、「臨床整形外科」 10, p 999～1006, 1975。
- 4) 市原健一他：頸椎症に伴う上肢麻痺の検討、「整形外科」 38～4, p 453～459, 1987。
- 5) 秋山典彦他：上肢の解離性運動麻痺を示した頸椎症の1剖検例、「日整会誌」 54, p 81～88, 1980。
- 6) Brain et al : The Neurological Manifestations of Cervical Spondylosis, 「Brain」 75, p 187～225, 1952.
- 7) 辻本 壮他：著明な筋萎縮を伴ったCervical spondylosisの治療経験、「中部整災誌」 21～6, p 1197～1199, 1978。
- 8) 伊藤達雄他：頸椎部におけるDissociated Motor Loss(Keegan)の臨床的検討、「日整会誌」 51, p 1010～1012, 1977。
- 9) 平林 列：頸椎椎間板症、「頸椎疾患・損傷」、p 65、メディカルビュー社、1991。
- 10) 秋口一郎他：頸椎症の鑑別診断、「脊椎脊髄ジャーナル」 1～6, p 456, 1988。
- 11) 古川浩三郎他：頸部脊椎症性筋萎縮症例の経験、「臨床整形外科」 13～12, p 1152～1155, 1978。
- 12) 秋山典彦他：筋萎縮を主症状とする頸椎症の検討、「整形外科」 38～4, p 461～467, 1987。
- 13) 富士武史他：頸椎症の病理解剖、「頸椎症」 臨床VISUAL MOOK 11、金原出版、1987。
- 14) 出端昭男：キーガン型頸椎症、「医道の日本」 50～10, p 15～19, 1991。
- 15) 田中正治：頸椎症性神経根症の症例、「医道の日本」 44～8, p 6～9, 1985。
- 16) 滝沢照明：頸椎症に伴う上肢運動麻痺を呈する症例、「臨床鍼灸」 4～3, p 40～44, 1989。
- 17) 出端昭男：「診察法と治療法」 4, p 80～84、医道の日本社, 1991。
- 18) 日本経穴委員会：「経穴集成」、p 347～348、日本経穴委員会, 1987。

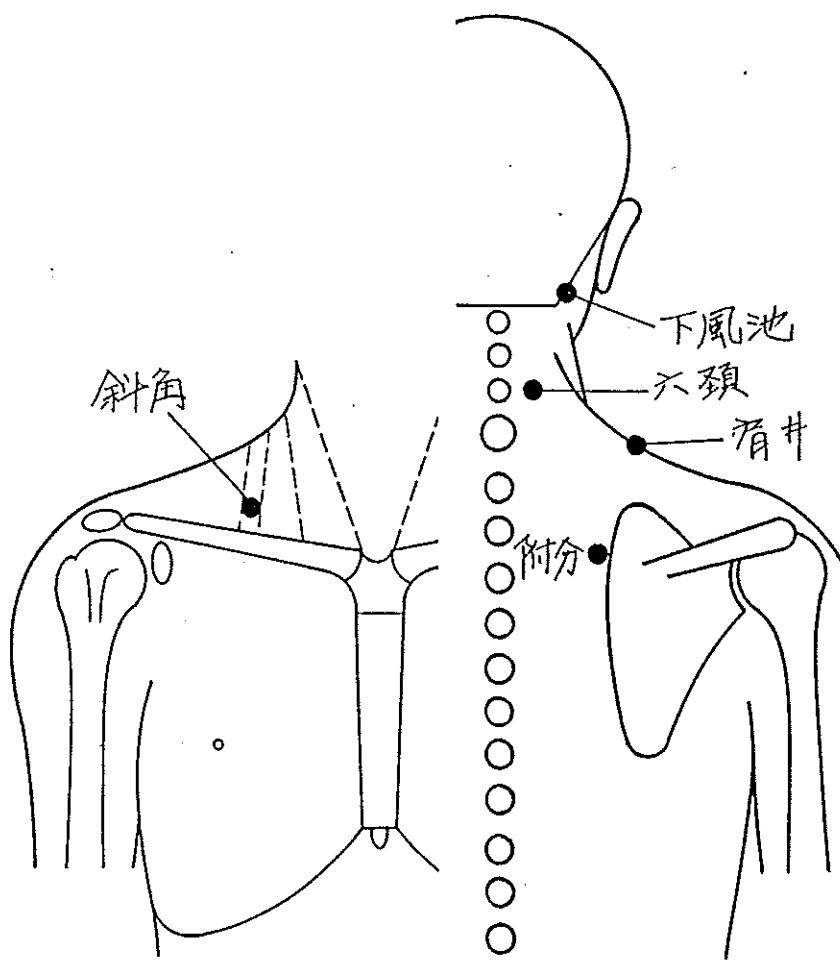


図1 症例の圧痛点