五十肩
症例報告

H6.1.27
浦山久昌

症例　Ｉ．Ｙ　男　４３才　公認会計士
初診　平成５年５月７日
主訴　右手を挙げると肩関節が痛い
現病歴　昨年の十月ころから思い当たる原因もなく徐々に右手を挙上すると肩関節が痛むようになった。軽い痛みだったので特に気にしていなかったが、４ヶ月前から痛みがしだいに強くなってきた。

２ヶ月前ころからは患側を下にして寝ていると痛みのために目が覚める。患側を上にした場合や仰臥位では痛くない。その内に治るだろうと考えて特に医師その他の手当は受けていない。

現在、上肢を挙上すると肩関節の外側がズシーンと痛む（図１）。特に外転すると痛い。軽い自発痛があり肩関節の後方から前腕外側および拇指・示指がズーンとシビレるようになる。患側を下にして寝ると夜間痛のため目が覚める。結帯障害があり上衣の着脱に痛むことがある。結髪障害はない。頸の運動に因る愁訴の増悪はない。重い物を持ち上げる際にも愁訴の増悪はない。肩や頸がこる。

その他の一般状態は良好。

仕事は会計事務所を経営している。仕事は普通に行っている。スポーツは行っていない。アルコールはたしなまない。

既往歴　特記すべきものなし
家族歴　特記すべきものなし
診察所見　肩関節の発赤・腫脹および熱感（触手による）はすべて認められない。三角筋の萎縮は認められない。外旋障害は陽性で４５度で肩関節に痛みの増悪は認められない、健側は６５度。ヤーガソン・テストおよびスピード・テストは陰性。ストレッチ・テストも陰性。有痛弧症候はテスト不能。自動他動ともに外転障害は陽性で９０度付近で痛みの増悪が認められる。棘上筋および棘下筋の萎縮は認められない。肩関節の拘縮テストは陰性である。結髪障害は陰性。結帯障害は右陽性で大椎母指間距離は３０cm。健側

大椎母指間距離は１８cm。圧痛は患側の前隙、肩貞、天宗、肩井、肩外兪に認められる（図２）。
要約　本症例は発症状態、年齢、外旋障害、外転障害が認められること、肩関節の圧痛が前隙、肩貞、天宗など肩関節の後方にも認められることから五十肩と推測される。夜間痛や自発痛が認められ、患側を下にして寝ると夜間痛が認められることから肩峰下滑液包炎の合併と推定できる[1,2]。発症から７カ月経過した現在も疼痛があることと、拘縮テスト陰性所見から、病型は疼痛型と推察できる[3]。
対応　肩の関節が炎症を起こしています。鍼治療をすると炎症が治まり痛みは楽になります。しかしこの病気はその後肩の関節が固まって動きにくくなります。関節が元のようになるには半年から１年位かかります。気長に治療を続けて下さい。手は使わないようにしてください。就寝するときは患側を下にしないでください。しばらくは入浴しないでください。
治療・経過　治療は疼痛の軽減を主に、肩関節および周辺の筋スパズムの緩解と血行改善を目的に以下のように治療を行った。
第１回　治療は患側上の側臥位で、枕を抱いた姿勢で行った。

治療部位は、圧痛点を中心に前隙、結節、肩貞、天宗、肩井、肩外兪および天柱、膏肓である。針はステンレス針の１寸３分－２号（40mm-18号）用いて圧痛や硬結を目標に0.5～1.0cm刺入し１５分間の置針を行った。抜刺後、刺針部位に半米粒大の灸を各５壮づつ施灸した。さらに座位で鎮静の目的で百会にも同様の施灸を行った。
第３回（１９日目）　自発痛は消失した。動作時の痛みも軽減した。外転障害は陽性で１００度に改善した。結帯障害は陽性、大椎母指間距離は３９cmで距離が伸びた。
治療は初回と同様。
第５回（２９日目）　夜間、患側が下になると痛みが強い。外転障害は自動他動とも陽性で、９５度に変化。結帯障害は陽性、大椎母指間距離は４０cmになった。拘縮テストが陽性となり、結髪障害も陽性となった。
治療は初回と同様

第１２回（８３日目）高速道路のゲートでカードを患側で取ることができなかった。外転障害は強くなり、自動他動ともに６０度で肩関節に強い痛みが誘発される。結帯障害は陽性、大椎母指間距離は４８cmになった。
治療は初回と同様。

第１３回（１００日目）夜間痛は消失した。痛みは軽減した。自動他動ともに外転障害は陽性で、７０度に改善。しかし結帯障害は陽性、大椎母指間距離は５１cmに伸びた。
治療は初回と同様。

第１７回（１３１日目）
自動他動ともに外転障害は陽性で、７０度。結帯障害は陽性、大椎母指間距離は５３cmに伸びた。
治療は初回と同様。

第２０回（１５２日目）
自動他動ともに外転障害は陽性で、６５度。結帯障害は陽性であるが、痛みの誘発はなくなった。大椎母指間距離も４８cmに改善した。
治療は初回と同様

第２５回（１８９日目）　自動他動ともに外転障害は陽性であるが、痛みは軽減した、可動域も７０度に改善した。結帯障害は陽性で、痛みの誘発なく、大椎母指間距離４４cmに改善。

第２７回（２０１日目）　動作時の痛みはほとんどなくなった。電車の吊革に捕まれるようになった。外旋障害は、可動域８０度に改善し痛みもない。結髪障害が陰性となった。結帯障害は大椎母指間距離４３cmに改善した。
治療は前回と同様。

第２９回（２２２日目）
自動他動ともに外転障害は陽性で、痛みの誘発はなく、可動域８５度に改善した。結帯障害も大椎母指間距離３６cmに改善した。
治療は前回と同様。

第３３回（２５６日目）日常生活では痛みを感じることはなくなった。
外転障害は、可動域８５度で変化はない。結帯障害は大椎母指間距離３４cmに改善し、痛みの誘発はない。拘縮テストは依然として陽性である。圧痛は肩貞、天宗に認められる。治療は前回と同様
本症例はその後も週１回の治療を継続している。

考察　本症例は、外旋、外転障害が認められ、外転障害は自動、他動とも陽性であり、運動制限も強い、しかも２９日目から拘縮テストが陽性となっていることから、要約で述べたとおり五十肩であったと考察する[4,5]。

症例では、患側を下にして就寝した場合に夜間痛を訴えている。この夜間痛について尾崎は腱板断裂などの腱板に異常があり肩峰下滑液包炎を併発している場合によくみられるとのべている2)。さらに出端は五十肩，腱板炎，腱板断裂などに肩峰下滑液包炎を合併がある場合と尾崎の説を引用し解釈している[6]。したがって本症例は肩峰下滑液包炎の併発があるものと推測できる。このような夜間痛に対し石灰沈着性腱板炎も考えられるが、発症が徐々であり自発痛もそれほど強くないことから可能性は少ない[7]。

間溝に圧痛は認められずストレッチ・テストやヤーガソン・テストも陰性であることから上腕二頭筋長頭腱炎の関与はほとんどないと考えられる。

腱板断裂の可能性については、発症して間もない新鮮例では、他動外転障害が陰性であるため五十肩との鑑別は易しいが、本症例では発症７ヶ月後の初診時ですでに他動外転障害が見られることから、腱板断裂の可能性は否定できない。しかし棘下筋の萎縮が認められないことや結帯障害が認められることから腱板断裂よりも五十肩の可能性を示唆する[8]。

治療は痛みの軽減を目的に行った。自発痛は３回１９日目で消失しているが患側が下になると疼痛で目覚めていた夜間痛は１００日間１７回の治療を要した。
経過を見ると図３に示したように他動外転角度は８３日目と１５０日目付近で制限が強くなっている。８３日目の制限が強くなったのは疼痛によるものと考えられる。１００日目で疼痛が緩解してくると制限は緩解している。その後、本来の関節拘縮が強くなり１５０日付近がそのピークと考

えられる。

結帯障害もこの時期がピークとなっている。多少のゆれはあるものの他動外転角度と大椎拇指間距離はよく対応し、半比例の関係にあった。

疼痛が緩解したころに外転障害および結帯障害が最高となっている。これは疼痛が先行しこれを追いかけるように拘縮の山が出現する五十肩の典型的推移であろう[9]。

２５６日間３３回の治療で疼痛の消失は達成できたが、肩関節の拘縮の完全緩解にはさらに治療と期間が必要と考えられる。

経穴の位置

前隙：前関節裂隙部の圧痛点。

間溝：上腕骨結節間溝部の圧痛点

結節：上腕骨大結節部の圧痛点。

参考文献

1)福田宏明：五十肩の手術療法,「五十肩」,p138,金原出版,1984

2)尾崎二郎：肩の診察法と検査法,「肩の臨床」,p29,メジカルビュー社,1986

3)安達長夫：五十肩の病態について,「五十肩」,P12,金原出版,1984

4)広谷早人：癒着性関節包炎,「標準整形外科学」,P318,医学書院,1982

5)安達長夫：五十肩症候群の手術的治療,「五十肩」,P148,金原出版,1984

6)出端昭男：五十肩とその周辺疾患,「診察法と治療法」5,P10,医道の日本社,1992

7)信原克哉：「肩 その機能と臨床」,p125,医学書院,1984

8)相馬悦孝：「医道の日本」,50巻7号,p40,医道の日本社,1991

9)寺山和雄：病歴のとり方,「標準整形外科学」,P61,医学書院,1982

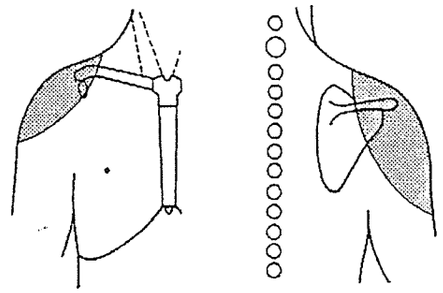

図1　動作時の疼痛部位

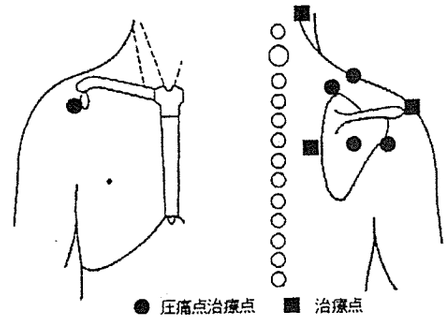

図2　圧痛点と治療点

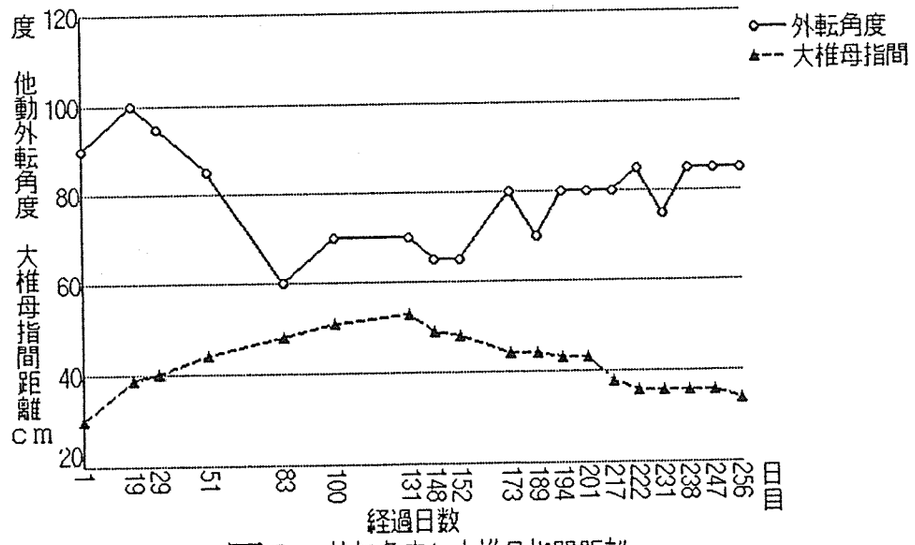

図3　外転角度と大椎母指間距離