

平成16年4月22日

## 頸椎へのカイロ矯正後に生じた 右上肢挙上困難

滝沢 照明

本症例は寝違いの症状で整骨院を受診。頸椎へのカイロ矯正を3日間受療したところ症状が悪化、右上肢が挙上困難になった。某総合病院整形外科を受診したところ、脳由来ではないといわれたが診断は不明であった。その翌日当院へ来院。キーガン型麻痺と診断し、右頸椎部を中心に鍼灸治療を継続した結果、28回（69日間）で上肢挙上は可能となった。

症 例：54歳 女性 主婦

初 診：平成16年2月1日

主 訴：右側頸部から肩上部、肩甲間部へのズキズキする痛み  
右腕が脱力のため挙がらない

現病歴：同居家族が5人おり、スーパーの買い物を両手にぶら下げて15分くらい歩くことを4年くらい続けている。時に肩こりを感じることもあるが2～3日で治る。1月26日、起床してから頸を動かすと痛いことに気がついた。原因に思い当たることはないと。寝違いと思い痛みを出さないように家事をした。翌日も同様の症状のため、子供が通院したことがある整骨院を受診した。治療体位は坐位で頸と肩へ15分間の低周波治療のち、頭部を左・右と急速に回旋させて、ボキボキと音を出すカイロ矯正術を受けた。3日目にカイロ矯正術を受けたとき目から火花が出た感じでがしたが痛みはなかった。その夜から腕がダルく、右側頸部から肩上部、肩甲間部へズキズキとする自発痛、夜間痛を感じるようになった。4日目には右上肢に力が入らず腕が挙がらなくなり整骨院を休んだ。翌日、某総合病院整形外科を受診。上記の症状を述べたところ上肢・下肢の腱反射やバビンスキーリー反射などの検査を受けたあと「脳の障害ではない」と言わされた。診断名は告げられず投薬もなく、2日後に再来院するようにいわれた。翌日当院に来院。

現在、右側頸部から肩上部、肩甲間部への自発痛があり、かなりつらい。頸を動かすと痛みは増悪する。右腕は痛みではなく脱力のために挙がらない。日常生活動作では洗顔、髪を整える、歯を磨く、上着を着脱するなどの動作が思うようにできない。巧緻運動障害、歩行障害はない。上肢および下肢に痛みやシビレはない。

スポーツはしない。アルコールは飲まずたばこは吸わない。

既往歴：虫垂炎（20歳）、肋膜炎（50歳）。

家族歴：特記すべきものなし。

診察所見：身長153cm。体重55kg。握力は左19.5cm、右20.5cm（右利き）。

頸の後屈、右側屈、左回旋で右側頸部から肩上部、肩甲間部へ痛みの増悪がある。（図1）モーリー・テストは陰性。C<sub>5</sub>～C<sub>8</sub>神経支配領域の触覚障害は左右とも陰性。右上腕二頭筋、腕橈骨筋、上腕三頭筋反射は減弱。左は正常。ホフマン反射は左右とも正常。膝蓋腱反射は左右とも正常。右肩関節の自動屈曲は脱力のため30°だが、他動的には180°。（図2）。自動外転は脱力のため40°だが他動的には170°。とともに肩関節部へ痛みの誘発はない（図3）。右三角筋部、棘上筋、棘下筋の萎縮は認めない。圧痛は右四頸、五頸に著明に、下風池、上天柱、肩井、肩外俞、膏肓に検出した（図4）。

診 断：C<sub>5</sub>～C<sub>8</sub>神経支配領域の触覚障害が認められず、疼痛ではなく脱力による上肢挙上障害である。また後頸部から肩上部、肩甲間部へ自発痛

・夜間痛があり、頸椎の運動により痛みの増悪がある。以上のことから頸椎障害に起因するキーガン型麻痺<sup>1)</sup>と推測した。

対 応：肩や腕が悪くて手が挙がらないのでありません。頸から出る神経が何らかの圧迫によって腕を持ち上げる筋肉が機能しなくなっています。また、その圧迫のために頸から肩、肩甲間部へと痛みが出ています。鍼灸治療で患部の血液循環を良くすることにより、圧迫を徐々に取り除き、症状としてはまず、痛みが和らいでいきます。それから20日単位で徐々に腕は挙がるようになってくると思います。3か月くらいを目安にして治療を継続して下さい。

治療・経過：鍼灸治療は右後頸部から肩上部、肩甲間部の疼痛緩和と、右C<sub>4-5</sub>、C<sub>5-6</sub>の椎間孔周辺の炎症、循環障害、浮腫の改善により上肢挙上の改善を目的にした。

治療体位は患側上の側臥位で、右上腕の下にだき枕をあて行った。使用鍼はすべて、ステンレス製の1寸3分-2番（40mm-18号）を用いた。患側の下風池、上天柱は斜刺で1.5cm、四頸、五頸、四側頸、五側頸には直刺で1.5cm。肩井、肩外俞、膏肓へは斜刺で1.5cm。15分間の置鍼ののち四頸、五頸、四側頸、五側頸、肩井、肩外俞に灸点紙を用いゴマ粒大のものがさを3壮ずつ施灸（図5）。

生活指導：目薬をさす姿勢はしないように。また重いものは持たず家族に持ってもらって下さい。軽いものはリュックで背負うと良いでしょう。

第4回（2月13日、13日目）7日に指定された某医院でMRI検査をした。9日にフィルムを持参し、某総合病院整形外科でC<sub>5-6</sub>の椎間板ヘルニアとの診断を受けた。

屈曲50°（初診時30°）、外転45°（初診時40°）（図6）。経過を屈曲と外転角度で観察することにする。自発痛、夜間痛はなくなり、歯みがきが楽にできるようになった。

第10回（2月24日、24日目）屈曲60°（前回45°）、外転55°（前回45°）。頸の運動で右後頸部から肩上部、肩甲間部の痛みはなくなった。上着の着脱が楽になった。

第15回（3月7日、36日目）屈曲70°（前回60°）、外転70°（前回55°）。頸の後屈、右側屈、左回旋で痛みは誘発しない。右腕が軽い感じになってきた。頭髪が洗いやすくなった。

第20回（3月18日、47日目）屈曲95°（前回70°）、外転90°（前回70°）。右上腕二頭筋、腕橈骨筋、上腕三頭筋反射は減弱ではあるが初診時に比較すると健側に近い反射である。

第25回（3月29日、58日目）屈曲165°（前回95°）、外転155°（前回90°）。右四頸、五頸の圧痛は消失した。握力は初診時と同じである。

第28回（4月9日、69日目）屈曲180°（前回165°）、外転170°（前回155°）。完全に挙上が可能になった（図7）。右上腕二頭筋、腕橈骨筋、上腕三頭筋反射は減弱ではあるがかなり健側に近い筋反射である。その後も治療は継続している。

考 察：本症例をキーガン型麻痺と診断した。以下にその理由を述べる。

1. 3回目の頸椎へのカイロ矯正後に腕がダルくなり、右側頸部から肩上部、肩甲間部への自発痛、夜間痛を生じ、翌日から上肢挙上困難になった。
2. 頸の後屈、右側屈、左回旋で右側頸部から肩上部、肩甲間部へ痛みの増悪がある。
3. 右上肢挙上困難は疼痛ではなく脱力のためであり、他動的な屈曲、外転は可能である<sup>1) 2) 3) 4)</sup>。
4. 上肢に疼痛およびシビレ感はない。
5. C<sub>5</sub>～C<sub>8</sub>神経支配領域の触覚障害は左右とも陰性である。
6. 某総合病院でのMRIによる画像診断はC<sub>5-6</sub>の椎間板ヘルニアであった。

なお、臨床症状および発症条件から以下の類症疾患を除外した。

1. 腱板損傷  
上肢挙上困難は脱力のためで肩関節部の痛みではない<sup>5)</sup>。
2. 上腕神経叢神経炎（BPN）  
上肢の運動に際して上肢全体に強い疼痛はない<sup>2)</sup>。
3. 筋萎縮性軸索硬化症  
下肢の痙攣歩行や腱反射の亢進がみられない<sup>2)</sup>。
4. 脊髄性進行性筋萎縮症（SPMA）  
ほぼ左右対称性に徐々に進行していない。下肢の痙攣歩行や腱反射の亢進がみられない<sup>2)</sup>。
5. 腋窩神経障害、肩甲上神経障害、長胸神経障害

三角筋部に触覚障害はなく棘上筋、棘下筋などの萎縮はなく肩関節部に疼痛やシビレ感はない<sup>6)</sup>。

以上、臨床症状、診察所見、除外診断から本症例をキーガン型麻痺と診断した。

本症の発症機序については以下のように推測した。

1. 3回目のカイロ矯正で、「目から火花が出た感じ」を受けた。経過からみて、カイロ矯正による頸椎への障害が推測できる。
2. その夜から、右側頸部から肩上部、肩甲間部へ自発痛が生じた。この症状は、椎間板ヘルニアでおこる局所症状に類似している<sup>1)</sup>。椎間板ヘルニアでは根症状のほかに椎間板の線維輪や前・後縦靭帯などの周辺に存する脊椎洞神経を強く刺激するために局所症状がおこるといわれている<sup>1)</sup>。
3. 椎間板ヘルニアによりC<sub>5/6</sub>高位で前根が圧迫を受け、翌日には脱力のため上肢挙上困難になった。

さて、椎間板ヘルニアにともなう脱力症例では保存的治療によく反応するとの報告がみられる<sup>7)</sup>。ヘルニア例では椎間板の突出度、上下への拡がりとも小さいものが多いことが保存治療で軽快する原因と考えられている。また、麻痺の回復に影響を与える因子として治療前の麻痺の程度が高度であるほど、罹病期間が長いほど、神経自体の不可逆性の変化が進行していると考えるべきといわれ、早期の適切な治療が要求されるといわれる。<sup>8)</sup>。本症例の病態は椎間板ヘルニアであり、罹病期間が短く、早期に鍼灸治療を開始できたことなどの好条件が、28回（69日間）でほぼ上肢挙上の改善したそのベースになったと考える。

#### 経穴の位置

- 1) 四 頸：天柱の直下でC<sub>4</sub>棘突起の高さ
- 2) 五 頸：天柱の直下でC<sub>5</sub>棘突起の高さ
- 3) 四側頸：乳様突起の後下部の直下でC<sub>4</sub>棘突起の高さ
- 4) 五側頸：乳様突起の後下部の直下でC<sub>5</sub>棘突起の高さ
- 5) 下風池：風池の下方1～1.5横指の圧痛部位
- 4) 上天柱：天柱の上方1横指の圧痛部位

## 参考文献

- 1) 加藤義治他：キーガン型麻痺の臨床症状と病態，「脊椎脊髓ジャーナル」vol. 6, No. 2, P 93~95, 三輪書店, 1993.
- 2) 太田寛：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, 1979.
- 3) 服部獎他：頸椎症の臨床診断，「頸椎症の臨床」，P 13~38, 金原出版, 1979.
- 4) 今井健他：筋萎縮を主症状とする特殊型，「頸椎症」，P 40~49, 金原出版, 1987.
- 5) 尾崎二郎：腱板断裂，「肩・肩甲帶障害」，P 128 ~134, メジカルビュー, 1990.
- 6) 宮坂芳典：神経障害，「肩・肩甲帶障害」，P 174 ~179, メジカルビュー, 1990.
- 7) 平林茂他：上肢の解離性運動麻痺をきたす頸椎椎間板ヘルニア，「整形外科」, 41, 1681-1685, 1990.
- 8) 伊藤達雄他：Dissociated motor loss (Keegan) の臨床的検討，「日整会誌」, 54, 135-151, 1980.

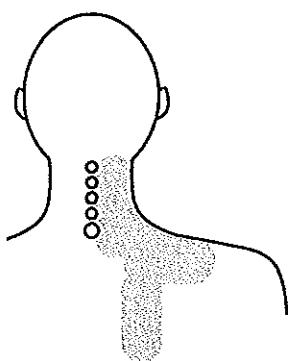
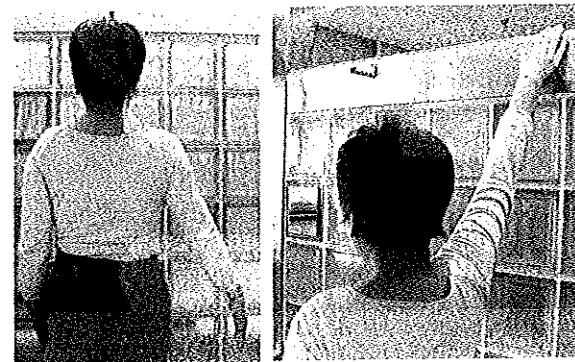


図 1 疼痛域



自動屈曲 他動屈曲

図 2



自動外転

他動外転

図 3

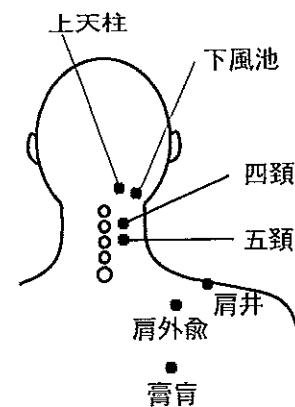


図 4 圧痛点

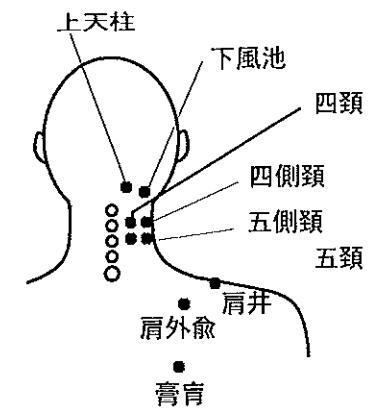
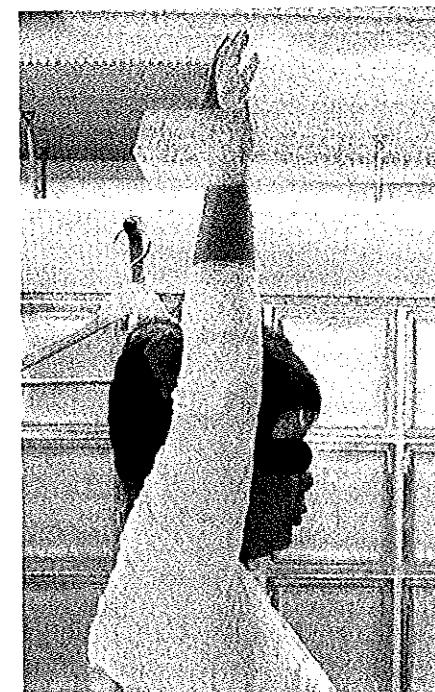
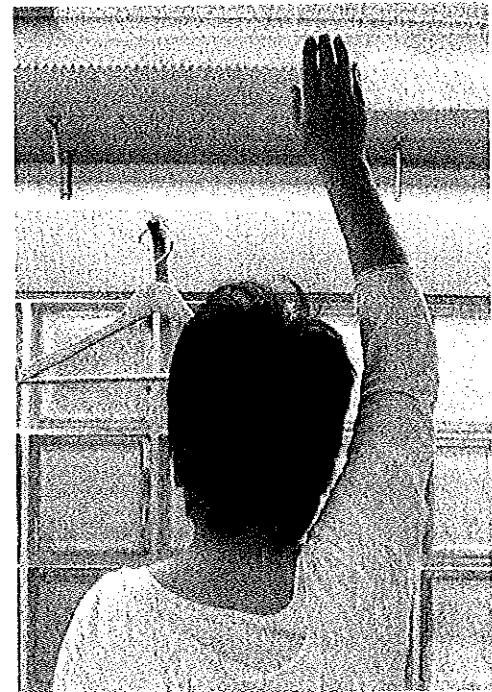


図 5 治療点



自動屈曲



自動外転

図 7

(図6)

