

症例報告

初診後に石灰沈着性腱板炎が併発した肩関節周囲炎

公益社団法人東京都鍼灸師会 大田支部 三浦 洋

本症例は、初診時に臨床症状と診察所見から肩関節周囲炎と診断して治療を開始したが、治療開始 14 日目の治療継続中に石灰沈着性腱板炎を併発したが、22 回 131 日目にて緩解が得られた症例である。

症 例：64 歳 男性 無職

初 診：平成 25 年 8 月 10 日

主 訴：右肩の痛み

現病歴：15 年前から社交ダンスを習い始めたが、その際に腕は上がるが右肩甲骨部に痛みを感じる事が度々あり、5 年程前からは主に肩関節前面に痛みを感じるようになった。その頃は何ら治療はしていなかった。

今回は、10 ヶ月程前にダンスの発表会に向けて練習量を増やした後から右肩肩関節前面に痛みが出たので近医整形外科クリニックを受診して、五十肩の診断を受けた。その際に撮った X 線検査にて肩関節内に石灰像があると指摘された。治療は、ヒアルロン酸の注射を週 1 回のペースで 5 週間連続受けて肩関節前面の痛みは和らいだが違和感が残っていたので、その後、月 1 回ペースで注射を受けいる。3 日前も注射を受けてその後、調子が良かったが、前日に来年の 1 月に開かれるダンスパーティで行うデモンストレーションに向けての練習を行っている最中に痛みが出たが、無理をして続けていたら、ダンス教室の先生より当院を紹介されて来院して来た。鍼灸治療は初めてである。

現在、痛みは肩関節前面にある(図 1)。自発痛、夜間痛はない。上肢の拳上障害はないが、ダンスのホールド(右肩関節外転 90°、右肘関節屈曲 90°にて相手を支える)姿勢をすると痛みを感じる。結帯障害はあるが結髪障害はない。頸の運動による愁訴の誘発はない。

ダンスは、週に 4 日、1 回 2 時間程練習している。

アルコールは、ほぼ毎日缶ビール 350ml を 1 缶、お付き合いの時には、生ビールや酎ハイを 3 杯程度飲む。

その他、右母指と示指にシビレを感じているが、一般状態は良好である。

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：発赤、腫脹、熱感は認められない。三角筋の委縮も認められない。外旋障害は陰性。ヤ一ガソンテストとストレッチテストは陽性でスピードテストは陰性。有痛弧は陽性。外転障害も陽性で終末時にわずかな可動域の減少がみられた。拳上時軋音は陰性。落下テストは陰性。棘上筋、棘下筋の委縮は認められない。拘縮テストは陽性(図 2)。結髪障害は陰性。結帯障害は陽性で左大椎母指間距離は 15cm、右 25cm であった。圧痛は、全て右側で烏口、前隙、間溝、結節、肩貞、天宗、肩井、天髎、六頸、附分、魄戸、膏肓より検出された(表 1)。

診 断：本症例は、頸の運動による愁訴の誘発や増悪がなく、結帯障害と拘縮テストが陽性で圧痛が肩関節の周囲より検出されたことより肩関節周囲炎と診断した。また、ヤーガソテスト、スピードテストが陽性であることから上腕二頭筋長頭腱炎の病態が初診時の疼痛の主体であると捉えた。尚、X線検査にて肩関節内に石灰像があると指摘されたことより、石灰沈着性腱板炎の併発にも注意を要すると診断した。

対 応：いわゆる五十肩です。これまで肩の痛みを繰り返してきたことにより、拘縮と言いますが肩甲骨周囲の筋肉の癒着もみられます(拘縮テストを撮影した画像を見せて説明した)。また、今回の痛みは、肩関節周囲でも前面部にある上腕二頭筋と言ういわゆる力瘤の筋肉ですが、その筋肉の腱鞘炎が今回の痛みの主な原因と思われます。鍼灸治療は、この腱鞘炎の消炎鎮痛に対して効果が期待できますので、まずは、痛みを取るようにして、様子をみながら拘縮と言う固さに対する治療も加えて行きます。尚、レントゲン検査で肩関節の腱に石灰が溜まっているようですが、この石灰が、関節の動きを滑らかにする肩関節の中を覆っている滑液包と言う袋の中に飛び出しますと激しい痛みを伴います。特に夜中に急に発症することがあります。来週から当院は夏休みに入りますが、そのような時には、整形外科を受診して下さい。

治療・経過：治療は消炎鎮痛と拘縮の改善を目的に以下のように行った。

治療体位は仰臥位と伏臥位にて行った。治療点は右肩関節の圧痛点で、まずは、仰臥位にて烏口、結節、間溝を取穴した。使用鍼はステンレス製 1 寸 3 分 1 番(40 mm-16 号)を用い、烏口と間溝へは、上方から下方へ斜刺、結節へは後下方に向けて斜刺にてそれぞれ約 1.5 cm~2 cm 刺入した(図 3)。また、結節と間溝に母指頭大の灸頭鍼を行い、その後 8 分間の置鍼を赤外線照射しながら行った。続いて伏臥位にて肩貞、天宗、肩井、天膠、六頸、附分、魄戸、膏肓、右手三里へ直刺でそれぞれ約 1.5 cm 刺入して、右手三里以外には母指頭大の灸頭鍼を行い、その後 8 分間の置鍼を赤外線照射しながら行った。

生活指導：ダンスのホールド姿勢は、肩関節の腱に負担が掛かります(模型も用いて説明した)。ダンスのレッスンは続けて頂いて結構ですが、痛みが治まるまでは、右肩の角度は 60° 以下で行うようして下さい。また、ダンスのレッスンのはじめと終わりは基より、レッスンが無い日も肩関節のストレッチを行って下さい。

第 2 回(8 月 12 日、3 日目) ヤーガソテストとスピードテスト陰性。右大椎母指間距離 18cm。

第 4 回(8 月 24 日、15 日目) 昨日 23 時過ぎに就寝した後に急に右肩が痛み出して眠れなくなる。今朝方 6 時頃より 1 時間程眠れた状態である。事前に説明を聞いていたのでこのことかと思ったとのことである。示指のシビレが強くなり、肘外側部も痛む。

診察所見：腫脹と熱感が認められた(図 4)。右外旋障害陽性で 25° (左 65°)。右ストレッチテスト陽性。右外転障害は自動、他動ともに痛みのために陽性で 40°。棘上筋と棘下筋の委縮はともに認められない。右結髪障害陽性。右結帯障害も陽性で大椎母指間距離 28cm。圧痛は、初診時と同じ穴に加えて右巨骨から検出されたが、結節と間溝は初診時よりも著明となる。

治 療：仰臥位では、鍼を 1 寸 0 番(30 mm-14 号)に変えて、刺鍼深度は 5 mm として 5 分間の置鍼のみとした。伏臥位も置鍼時間を 5 分間として巨骨への刺鍼も追加したが、その他の条件は初診時と同様に行った。

治療後に整形外科クリニックを受診する予定である。

第 5 回(8 月 27 日、18 日目) 前回治療後に整形外科クリニックを受診して、X 線検査にて石灰像があるが以前より小さくなっていると指摘された。ヒアルロン酸の注射とロキソニンと胃薬を 1 週

間分処方された。関節液を 20cc 抜いて血液の混入が確認されたので、大学病院を紹介されて 9 月 9 日(月)に MRI の検査の予約を入れた。

診察所見：外旋障害陽性で 50°。外転障害は自動は痛みのために陽性で 55° だが、他動では陰性。結髪障害、結帯障害ともに陽性で前回同様。間溝と結節の圧痛が前回よりも和らいだ。

治療：仰臥位での治療を初診時と同様に戻す。

第 6 回(8 月 31 日、22 日目) 夜間痛、自発痛ともに陰性となる。

診察所見：外旋障害陽性 60°。

第 7 回(9 月 7 日、29 日目) 前日整形外科にてヒアルロン酸の注射を受けた。ロキソニンは前回処方された 1 週間分だけで、それ以後は服用していない。ダンスレッスンは、ステップのみとしている。

診察所見：外旋障害陰性で左右ともに 70°。有痛弧陽性であるが痛み方が激減。外転障害陰性。拳上時軋轢音は陰性。結帯障害は陽性であるが、大椎母指間距離 24cm となる。間溝と結節の圧痛の程度が他の部位と同様となる。

治療：鍼灸治療後に右肩甲骨に他動的に運動療法を 2 分間程行う。

第 8 回(9 月 14 日、36 日目) 9 月 10 日(火)に大学病院を受診して MRI の結果、腱板を少し傷めていると言われて、外転動作は避けて、屈曲と伸展に結帯動作のみの運動を指導された。

第 11 回(10 月 8 日、60 日目) ダンスは右肩外転 60° 以下のホールド姿勢で行っている。日常生活では、ベルト通しと背中を洗う、ドライヤーを右手で持つ時に痛みを感じる。また、左側の肩甲骨を痛くはないが固さのために右手で触れることが出来ない。

診察所見：ヤーガソンテストとストレッチテスト陰性。拘縮テストもほぼ陰性(図 5)。左側の肩甲骨を右手で触れることが出来ない(固さのため)。

第 15 回(11 月 5 日、88 日目) ダンスのホールド姿勢を 90° にて行うようになる。

第 21 回(12 月 17 日、124 日目) ここ 1 週間日常生活では痛むことなく順調である。

診察所見：スピードテスト陰性。結帯障害陰性で大椎母指間距離は左 14cm、右 16cm。

第 22 回(12 月 24 日、131 日目) ここ 1 週間ダンスも痛まらずにしっかり練習できた。

診察所見：左側の肩甲骨を右手で触れることが出来る。

症状緩解として様子を見ることとした。

考察：本症例は肩関節周囲炎に石灰沈着性腱板炎の併発と診断した。以下にその理由を述べる。

肩関節周囲炎について

1. 非外傷性であり、年齢が 64 歳である^{1) 2)}。
2. 結髪障害と拘縮テストが陽性である³⁾。
3. 圧痛が肩関節の前面の烏口や間溝、側面の結節、後面の天宗など数か所より検出された⁴⁾。

石灰沈着性腱板炎について

1. X 線検査にて石灰像を指摘されている⁵⁾。
2. 夜間の急性発症による激しい痛みである⁵⁾。

なお、臨床症状、診察所見から以下の類症疾患を除外した。

1. 頰椎症性神経根症
頰の運動により愁訴の誘発がない^{6) 7)}。
2. 腱板不全断裂
落下テスト陰性、棘上筋、棘下筋の委縮が認められず、拳上時軋轢音も陰性である⁸⁾。

尚、本症例を初診時には肩関節周囲炎と診断して治療を開始したが、治療継続中に石灰沈着性腱板炎を発症したが、初診時に模型や画像を使った病態説明にて十分な理解を患者より得られていたことと、初診時から2回目の治療経過が良好であるためからと考えるが、信頼関係構築もある程度良好に出来ていたことに加えて、事前に石灰沈着性腱板炎の発症の可能性があることを伝えていたために脱落を免れたものと考察する。

関節疾患の診断および治療に関しては、病態を考慮した圧痛の検出が重要であると再認識させられた症例であり、治療131日目にて症状の緩解が得られ、1月に開催されるダンスパーティのデモンストレーションに間に合ったことから、鍼灸治療は妥当な措置であったと考察する。

尚、肩関節周囲炎の病態は、未だに不明な点が多く、上述の考察でも述べたが、今回も初診時の疼痛の主体は上腕二頭筋長頭腱炎と捉えて、結節間溝部の圧痛の検出と治療には特に注意を払い行った。また、当初より有痛弧陽性など腱板炎の所見もあり、診断には苦慮したが、拘縮所見や烏口突起部の圧痛より肩関節周囲炎としたが、石灰沈着性腱板炎の併発後に血性関節液が認められており、腱板不全断裂との鑑別に関しては、今後もさらなる検討が必要であると考え⁸⁾。

経穴の位置

- 結節 上腕骨大結節部
- 間溝 上腕骨結節間溝部
- 前隙 肩関節前関節裂隙部
- 烏口 烏口突起前面中央部
- 六頸 第6頸椎棘突起の高さで大筋(僧帽筋・頭半棘筋)の外廉

参考文献

- 1) 武内英二：整形外科外来シリーズ10 「肩の外来」、P165、メジカルビュー社、2004.
- 2) 小川清久：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P103、南江堂、2008.
- 3) 小川清久：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P111、南江堂、2008.
- 4) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法5」、P45、医道の日本社、1990.
- 5) 仲川喜之：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P63、南江堂、2008.
- 6) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法4」、P18~20、医道の日本社、1990.
- 7) 日本鍼灸師会臨床研修会「レポート作成の手引き」、P62~63、2010.
- 8) 三笠元彦：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P75~77、南江堂、2008.

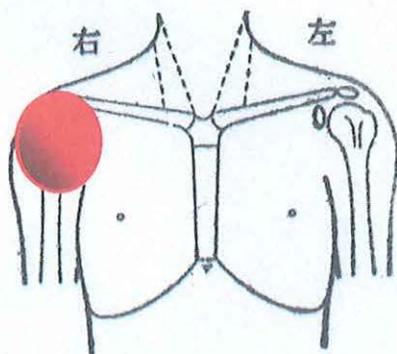


図1 疼痛部位



図2 初診時の拘縮テスト

表1 初診時の診察所見

五十肩

25年 8月 10日

1 発赤	左 - 右 -	12 棘上筋	左 - 右 -	17 圧痛	
2 腫脹	左 - 右 -	13 棘下筋	左 - 右 -	烏口	肩井
3 三角筋	左 - 右 -	14 拘縮	左 - 右 +	前隙	天膠
4 熱感	左 - 右 -	15 結髪	左 - 右 -	間溝	六頸
5 外旋	左 - 右 -	16 結帯	左 - 15	結節	附分
6 ヤーガソン	左 - 右 +		右 + 25	肩貞	魄戸
7 スピード	左 - 右 +			天宗	膏肓
9 有痛弧	左 - 右 +				
10 外転	左 - 右 + 終				
8 ストレッチ -		11 落下 -			



図3 仰臥位での刺鍼部位



図4 右肩関節の腫脹



図4 治療60日目の拘縮テスト