

症例報告

右上肢の頸肩腕症候群

平成 29 年 7 月 27 日

品川 有馬 太郎

本症例は右上肢橈側のシビレ及び、右頸後下部の痛みを訴えて来院した。症例は来院 3 か月前に左肩甲棘を骨折し、3 週間左上肢を三角巾固定していたため、その間右上肢の使用負担が大きかった。愁訴は骨折してから以降の右上肢の過度の負担による結果と考えられたが、神経症状と診察所見に一致が見られず、頸肩腕症候群として治療を開始した。今回、右後方四角腔への刺鍼が愁訴軽減につながった経験を得たので報告する。

症例：55 才 女性 会社員

初診：平成 X 年 7 月 6 日

主訴：右上肢橈側のシビレ、右頸後下部の痛み

現病歴：3 か月前に家の階段で後ろ向きに転び、左肩甲棘を骨折した。整形外科で診断を受け、3 週間左上肢を三角巾固定した。その間右上肢ばかり使ったためか、右上半身がひどく痛くなったことがあった。そのうち三角巾も取れ、だんだん慣れてきて右上半身が痛いことはなくなった。骨折局所はレントゲンでは完全につかず少し隙間が空いたままだが、現在骨折局所の痛みや左上肢帯の機能障害は全く感じない。

4 日前の起床時から、右上腕から前腕の橈側、第 1~3 指にかけてのシビレと、右頸後下部に凝っているような痛みが出現した。原因は特に思い当たらない。この数日様子を見たが変化がないので、鍼治療を受けようと思い、当院の看板を見つけ来院した。

現在、同様に右上肢のシビレと頸の痛みはあるが、2 つの症状と部位がつながっている感じはしない (図 1)。頸の痛みは凝っているような痛みで、動作で特に痛みが強くなることはない。シビレは常にあるわけではなく、症状が強くなる動作や、出現するきっかけがあるわけでもない。右手の握る力があまり入らない気がするが、持った物を落とすようなことはない。自発痛、夜間痛なし。頸の運動によるシビレの増強はない。筋力低下なし。巧緻障害、歩行障害なし。上肢挙上位による愁訴の誘発なし。膀胱・直腸障害なし。 運動

仕事は主にデスクワークで、時々重い書類を持って外に営業に出ることもあるが、重量物作業はない。慢性的な肩こりは以前からあり、特に左肩甲間部にいつも強く凝りを感じるが、今は感じない。スポーツは学生時代はしていなかったが、40 代半ばからゴルフを始めて現在もやっている。スポーツや事故による怪我の既往はない。3 か月前の骨折以来ゴルフは行っていない。たばこは吸わない。アルコールはワインを毎日 2~3 杯程度飲む。モーステープにアレルギーがある。その他健康状態は良好である。

既往歴：胆石症で胆のう摘出。

家族歴：父親は胃がん、高血圧、脳梗塞、パーキンソン病。母親は糖尿病。

診察所見：身長 158 cm。握力左 22 kg、右 22 kg、右利き。後屈痛陽性、右頸後下部に痛み誘発、右上肢のシビレの誘発はなし。側屈痛、回旋痛陰性。モーリーテストは左は押圧局所に痛み誘発、右は右前頸部から肩前面にかけて痛み誘発、右上肢のシビレの誘発はなし。アドソンテスト陰性。筋萎縮なし。触覚障害なし。二頭筋反射左十、右減弱。腕橈骨筋反射左右とも一。三頭筋反射左右とも十。スパーリングテスト左右とも陽性で右頸後下部に痛み誘発、上肢のシビレの誘発はなし。肩圧迫テスト、ライトテスト、エデンテストはすべて陰性。3分間挙上テストは 35 秒で右上肢のシビレが誘発、左は陰性（表 1）。圧痛は前肩井、間溝、手三里、五頸、天宗、魄戸、膏肓、右天柱に検出した（図 2）。特に魄戸、膏肓は圧痛が顕著だった。全身で特に筋緊張の強い部位は認められないが、天宗付近は右の方が筋の膨隆がみられた。

診断：現病歴、診察所見から頸肩腕症候群と診断した。しかし、頸椎症性神経根症、胸郭出口症候群も否定しきれないため、それらを含めた治療で臨むこととした。

対応：頸の痛みと腕のシビレは、左肩甲骨骨折後に右上肢に過度な負担がかかったためでしょう。ご様子や診察所見では、原因が頸椎の問題なのか、神経が手に向かう過程に問題があるのか、はっきりわかりにくいですが、いずれにしても鍼灸は局所の緊張をゆるめ、血行を良くしますので、治療により痛みやしびれを軽減することは可能と思います。仕事の姿勢が、発症や経過に大きく関係しますので、肩が上がる、腕を突き出したまま保持するような姿勢にならないよう、デスクの高さや、腕とキーボード、マウスの位置関係にはよく気を付けてください。また今の時期は頭の上から冷房が当たるが多くなると思いますので、頸の後ろが冷えすぎないように、服装にも十分気を付けてください。

治療・経過：鍼は全て寸 3-2 番（40mm - 18 号）鍼を用いた。仰臥位で俠白、手三里、前肩井に直刺、深さ 20 mm で、間溝は横刺、深さ 20 mm で、すべて短刺で行った。間溝には灸点紙を用い、半米粒大で 5 壮点灸をした。次に伏臥位で全て右の、天柱、五頸、C5 脊際、肩井、魄戸、膏肓、天宗に直刺、深さ 20 mm で 10 分間置鍼し、この間赤外線を照射した（図 2）。

第 2 回（7 月 8 日、3 日目）前回後は特に右上半身を中心に全身的に軽くなったが、右頸の痛みと右上肢のシビレについては変化はない。相変わらずシビレは常にあるわけではなく、昼頃から出始める。出現するまたは消退するきっかけや動作は思い当たらない。今現在はシビレはない。右の肩甲骨あたりにコリ感がある。挙上テストは 90 秒まで行ったが、シビレは誘発されなかった。今回は 2 回目の治療なので、前回よりも刺激量を少し強めにした。鍼は寸 6-3 番鍼を用い、治療点は、背部は左右の肩井と膏肓、右の天宗、臑兪、頸部は五頸と五頸の外方側頸部の点に 1~2 cm 直刺した。五頸の外方側頸部の点は頸椎横突起方向を意識し、この部位のみ深さ 3 cm 刺入した。膏肓には台座灸を据えながら 10 分間置鍼した。

第 3 回（7 月 13 日、8 日目）前回後半日くらいはよかったが、あまり変化はない。今朝、前腕橈側から第 1~3 指にかけてチクチクするシビレが出た。しばらくチクチクしていたがそのうち消え、現在はしびれてはいない。右頸の凝っているような痛みは強い。再度検査を行っ

たが、初診時とほぼ同様。スパーリングテストは行わなかった。挙上テストは72秒で右上肢にシビレが誘発された。今回は神経根にダイレクトにアプローチする目的で、右上の側臥位で、C5の高さで側頸部周辺の圧痛部4点を、響きを感じるまで2~4cm刺入し10分間置鍼した。抜鍼後、背部は前回と同様に治療を行った。

第4回(7月21日、16日目)前回の治療で右頸後下部の痛みは大分楽になった。しかし右上肢橈側のシビレについては変化なし。チクチクするようなシビレは出ていない。しびれを最も実感するのは午後3~4時頃で、休日で仕事がないからといってしびれが出ないことはない。2日前に仕事で重い荷物をもって外出したせいか、昨日は背中の凝り感が強かったと同時に、肩後面(肩貞、後方四角腔付近)が「グルグル〜ツ」と痛み、その後右上肢橈側に強いシビレが出現した。現在はシビレてはいない。前回までの神経根症の可能性を意識した治療は上肢のシビレには奏効しなかったことから、シビレの本態は棘下筋や後方四角腔周辺の筋緊張からくる放散痛であるととらえ治療を行った。圧痛点・治療点はすべて右の、膏肓、天宗2か所、肩甲骨外縁点、肩貞、消灑に2~4cm直刺し10分間置鍼した。天宗の2か所間、肩貞-消灑間は電極でつなぎ、置鍼の間ミックス波で通電を行った(図3)。治療後、「これまでで最も当たり感があった」と言う。

3日後に電話にて前回の治療後の経過を伺ったところ、治療した2日後にはまたシビレは出現したが、シビレの範囲の下限はこれまで指先までだったのが、前腕中部までに狭まり、手に力が入らない感じはなくなった、とのこと。現在治療は継続中である。

考察：本症例は右頸後下部の痛みと、右上肢橈側のシビレを訴えて来院した。所見から鍼灸治療の適応と判断し、治療を開始した。治療経過から、頸部の痛みは頸部深部筋のスパズムによるものと考察する。また右上肢のシビレは肩関節後面の筋群の筋緊張による放散痛ととらえ、他覚的所見が得られない頸肩腕症候群であると考察する。なお、以下の疾患を除外した。

1. 頸椎症性神経根症 頸の動作による愁訴の誘発はない。¹⁾
2. 胸郭出口症候群 普段上肢挙上位で愁訴の誘発はない。年齢が50代半ばである。¹⁾
3. 頸椎症性脊髄症 神経根症状がない。巧緻障害、歩行障害がない。²⁾
4. 頸椎・頸髄の腫瘍 進行性ではない。夜間痛、激しい痛みはない。²⁾
5. 肩手症候群 肩の痛みが始まりではない。手に腫脹、疼痛はない。³⁾

さて、本症例は頸の痛みと上肢のシビレを愁訴としたものである。性別や職業、所見から頸肩腕症候群と捉えた。今回の症状を誘発した最大の原因は3か月前の対側の肩甲骨骨折により、右上肢に過度な負担が重なった経緯であると思われる。症例の頸肩背部諸筋は、PC作業中心のデスクワークによるストレスで、慢性的な疲労が蓄積されていたと思われ、もともと頸や肩に障害を発症しやすい素地があったことが想像される。ちなみに、1990年代後半ヨーロッパの多

くの研究機関で、マウス操作のようなごく軽作業でも、持続的な作業により一部筋細胞が損傷されることが証明されている。それらが修復されることなく作業が持続されたり、さらに社会心理的ストレスが重なることにより、頸肩腕障害が発症することは特に欧米で認知が進み、日本でも 2007 年に定義・診断基準が改定されている⁴⁾。

当初頸椎症性神経根症は否定していたが、年齢相応の頸椎の変性もあるはずであり、さらに第 3 診では「チクチクする」ような上肢の痛みを訴えたことで、頸椎症性神経根の可能性も考え、深部の神経根周辺への積極的な治療を行った。結果として、この治療は上肢のシビレには奏効しなかったため、神経根症は否定されたが、もう一つの愁訴である頸後下部痛が緩解できた。おそらく頸部深部筋のスパズムが緩和されたためであったと推測する。

今回上肢のシビレに奏効したと思われるポイントは後方四角腔周辺であった(図 4)。具体的には上腕三頭筋長頭や、大・小円筋への刺激であった。神経学的には、後方四角腔周辺の障害と上肢橈側のシビレの関連を説明できない。おそらくそれら筋群の一部、もしくは全体からの放散痛であったろうと想像する。合理的な説明ができない一方で、本症例のような、産業現場で発生する頸肩腕症障害はむしろ、原因を特定しにくい症例(非特異的障害)の方が実際は多数を占めると峠田が述べている⁵⁾ように、神経症状とは考えにくい上肢のシビレを臨床でよく経験する。このような場合、体表のからの情報を漏らさず捉え、そして鍼灸で正確にアプローチする技術が重要であると、強く感じた症例であった。

本症例はまだ治療継続中であり今後の経過はわからないが、注意深く観察しながら、様々な経験を蓄積していきたい。

参考文献：

- 1) 出端 昭男：鍼灸臨床 問診・診察ハンドブック、P86、医道の日本社、1987
- 2) 出端 昭男：鍼灸臨床 問診・診察ハンドブック、P87、医道の日本社、1987
- 3) 出端 昭男：鍼灸臨床 問診・診察ハンドブック、P88、医道の日本社、1987
- 4) 峠田 和史：腰痛・頸肩腕障害の治療・予防法(働く者の労働安全衛生入門シリーズ)、P70、かもがわ出版、2008
- 5) 峠田 和史：腰痛・頸肩腕障害の治療・予防法(働く者の労働安全衛生入門シリーズ)、P75、かもがわ出版、2008

頸・上肢痛

29年 7月 6日

1 握力	左 2 2 右 2 2	9 二頭筋	左 + 右 ±
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 —	2. 右頸後下部に痛み	
8 触覚障害	左 — 右 —	5. 左: 圧迫局所に痛み 右: 前頸部~右肩前面に痛み	
12 PTR	13 バビンスキー		

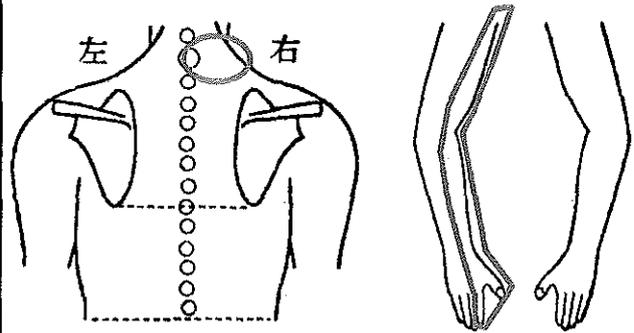


図1 愁訴部位表1

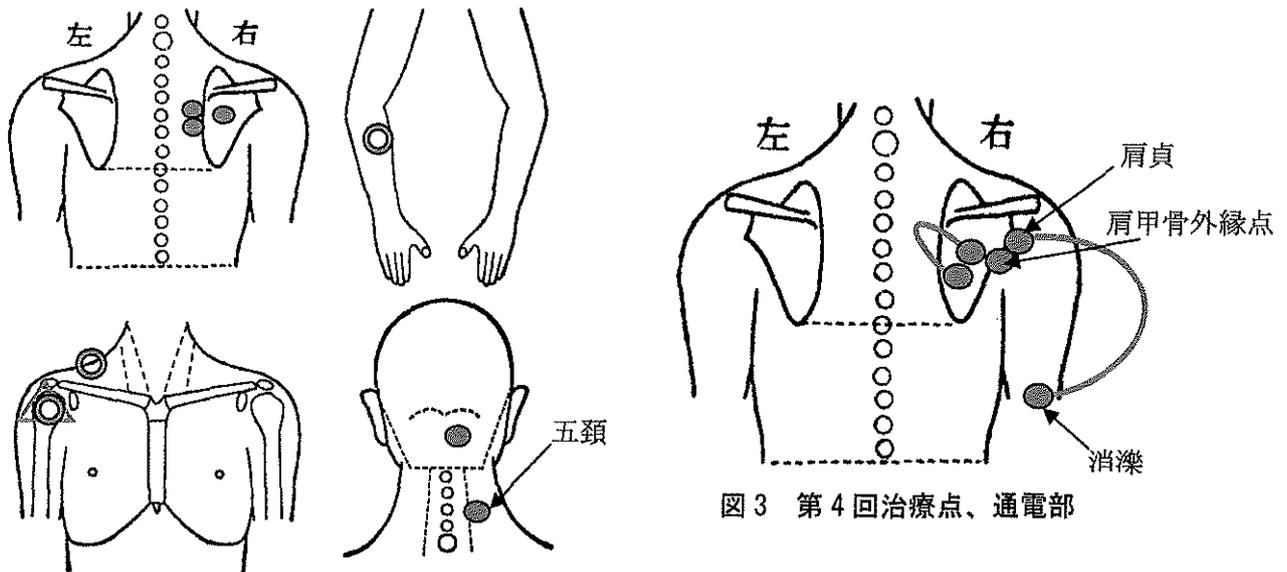


図3 第4回治療点、通電部

図2 圧痛点、治療点 (短刺 ⊙ 置鍼 ● 点灸 △)

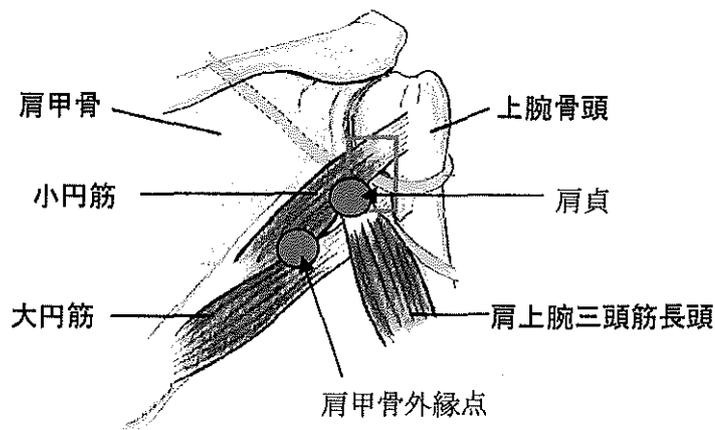


図4 後方四角腔と刺鍼点
(古東整形外科 HP より図を抜粋)