

## 症例報告

### 頸椎症に腱板炎と長頭腱炎が併発した症例

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頸椎症性神経根症と五十肩が併発していると診断して治療を開始した。治療開始 14 日目の治療継続中に石灰沈着性腱板炎の併発とともに、症状の悪化がみられたが、その後、直ぐに石灰沈着性腱板炎症状は回復がみられ、頸椎症性神経根症は 19 回 106 日目にて、肩関節前面の痛みは 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**：右肩の痛みと右母指と示指のしびれ

**現病歴**：15 年前から社交ダンスを習い始めたが、その頃より右頸と肩甲骨内縁、第 2 胸椎から第 4 胸椎の高さあたりにこりを感じるようになった。また、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 年程前からは頸と肩甲骨内縁のこりに加えて、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頸と右肩甲骨内縁のこりがひどくなったのと右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た。その頃より時々、右母指と示指の背側にジーンとしたしびれを感じる事があったので、肩から来ているものと思っていた。しびれの程度は、ダンスの練習中は気にならないが、練習後に指を意識すると感じる程度であった。肩関節へのヒアルロン酸の注射は、月 1 回のペースで受けおり、3 日前も受けた。

昨日は、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右肩関節前面に痛みが出て、練習後には右頸と肩甲骨内縁のズーンとした痛みと母指と示指の背側のしびれが増悪したため、ダンス教室の先生より当院を紹介されて来院した。鍼灸治療は初めてである。

現在、右肩関節前面の痛み(図 1)に右後頸部から第 2 胸椎から第 4 胸椎の高さあたりの肩甲骨内縁の重苦しいこりを感じる(図 2)。右肩関節前面の自発痛はないが、右母指と示指の背側にチリチリとしたしびれが常にある。また、示指基節部背側にジンジンとした痛みが時々出ることもあるが、ダンスをしている時の方がまぎれている。夜間痛はない。上肢拳上による母指と示指のしびれの増悪はないが、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)姿勢をすると肩関節前面に痛みを感じる。巧緻運動障害や歩行障害はない。一般状態は良好である。

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。

**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**：【**頸上肢の診察所見**】握力は左 42kg、右 47kg（右利き）。後屈痛陽性、右側屈痛陽性、右回旋痛陽性で全て右頸部の痛みと右肩甲骨内縁の重苦しさに示指と母指のしびれが増悪する。左側屈痛と左回旋痛は陰性。モーリーテストは、左陰性で、右は圧痛のみ検出された。筋萎縮や猿手などの変形も認められない。触覚障害は右母指と示指に鈍麻が認められた。二頭筋腱反射は左右ともに正常。腕橈骨筋腱反射は左正常で右消失。三頭筋腱反射は左右ともに正常。膝蓋腱反射も正常。右スパーリングテスト陽性で示指と母指のしびれ増悪。右肩圧迫テストも陽性で示指と母指のしびれ増悪。ライトテスト、エデンテスト、三分間拳上テストは全て陰性。ファーレンテスト陰性。手根管部のチネルサイン陰性。パーフェクトオーテストも陰性であった（表 1）。

【**肩関節の診察所見**】発赤、腫脹、熱感は認められない。三角筋の萎縮も認められない。外旋障害は陰性。ヤーガソンテストとスピードテストは陽性でストレッチテストは陰性。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。拳上時軋轢音は陰性。落下テストは陰性。棘上筋、棘下筋の萎縮は認められない。拘縮テストは陽性（図 3）。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（表 2）。

尚、圧痛は、全て右側で六頸、肩井、天髎、附分、魄戶、膏肓、手三里、天宗、結節、肩貞、斜角、烏口、前隙、間溝より検出された（表 1、表 2）。

**診断**：本症例の右頸部から肩甲骨内縁部の重苦しいこり感と母指示指のしびれは、触覚鈍麻がみられ、腕橈骨筋腱反射消失、スパーリングテスト陽性のことから頸椎症性の神経根症と診断し、肩関節前面の痛みは、頸の運動により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五十肩と診断した。

また、ヤーガソンテストとスピードテストが陽性であることから、肩関節前面の痛みは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**：今回の指のしびれは、肩からよりは頸から来ています。頸椎症と言われるものです。指へ行く神経は、頸椎という頸の骨と骨の間から出ていますが、この出口のところで、いわゆる神経の根本が炎症を起こしていることがしびれの原因です。神経の根本が頸スジのこりにより圧迫されて血液の循環が悪くなるのが、この炎症の主な原因となります。鍼灸をすることにより、頸スジの血液循環を良くしてこりを緩めて圧迫をとることで炎症を抑えて、しびれを取るように行きます。

また、肩の前の方の痛みは、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始まっているようです（拘縮テストを撮影した画像を見せて説明した）。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も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。最初の 4、5 回は、

出来るだけ治療間隔を詰めて行い、その後は、様子をみながら間隔を空けて行くように致します。

**治療・経過：**治療は患部の血液循環改善による消炎と鎮痛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。治療点は全て右側で圧痛点より選穴した。まずは、仰臥位にて肩関節痛の治療目的で烏口、結節、間溝へ（図4）、頸椎症への治療目的で、斜角、手三里を取穴した。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、斜角と手三里へは、直刺でそれぞれ約 1.5 cm~2 cm 刺入した。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。続いて伏臥位にて頸椎症への治療目的で、六頸、附分、魄戸、膏肓、右手三里へ、肩関節痛の治療目的で、肩貞、天宗、肩井、天膠へ、仰臥位と同じ使用鍼を用いて、直刺でそれぞれ約 1.5 cm 刺入して、母指頭大の灸頭鍼を行い（図5）、その後 8 分間の置鍼を赤外線照射しながら行った。

尚、頸椎症性神経根症については、頸部神経根症治療成績判定基準を用いて経過観察した。初診時は 11 点であった（表3）。

**生活指導：**ダンスのホールド姿勢は、頸への負担はそれほどでも無いようですが、肩関節の腱には負担が掛かります（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、肩の前側の痛みが治まるまでは、右肩の角度は 60° 以下で行うようにして下さい。また、頸を急に大きく横や後ろに倒したり、また、回したりしないようにして下さい。但し、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や頸のストレッチは行って下さい。

第2回(8月12日、3日目) 頸や肩甲骨内縁部が楽になった。治療前は頸の回り加減を気にはしていなかったが、治療後に回りが良くなったので、余計にそのように感じる。

頸部神経根症治療成績判定基準中「1. 自覚症状 A 項・肩甲帯の痛みや重痛感」の項目が「a. まったくない」になり、また、スパーリングテスト陰性、知覚障害も軽度となって、合計得点が 16 点となる。ヤーガソン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。事前にこのようなことが起こる可能性についての説明（指へのしびれの説明とは別に石灰沈着性腱板炎発症の可能性についての説明）を聞いていたので、このことかと思ったとのことである。

頸や肩甲骨内縁が重苦しく、示指のシビレも強くなり、肘外側部も痛む。

スパーリングテスト陽性となり、知覚障害も明白となったために頸部神経根症治療成績判定基準は、9 点となる。

肩関節部に腫脹と熱感が認められた（図6）。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°。棘上筋と棘下筋の萎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て、結節と間溝は初診時よりも著明となる。

仰臥位での肩関節痛への治療は、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を追加したが、その他の条件は初診時と同様に行った。

治療後に肩関節痛のため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) 前回の治療後に整形外科クリニックを受診して、石灰沈着性腱板炎

との診断を受け、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。

頰や肩甲骨内縁の重苦しさは無くなり、母指と示指のチリチリとしたしびれも弱くなる。モーリーテスト陰性。スパリングテストは陽性であるが、それ以外は、第2回と同様となり、頰部神経根治療成績判定基準が15点となる。

外旋障害陽性で50°。外旋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。

斜角への刺鍼は削除して、その他の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) 肩関節部の夜間痛、自発痛ともに陰性となる。

スパリングテスト陰性、腕橈骨筋腱反射も正常となり、頰部神経根症治療成績判定基準が17点となる。

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。

指のしびれは弱くはなってきたが、意識すると常に感じることに、軽度な触覚鈍麻が残っているため頰部神経根症治療成績判定基準は前回と同様で17点。

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。

頰部神経根症治療成績判定基準は、前回と同様で17点。

第11回(10月8日、60日目) 指のしびれが常には無くなり、意識した時に感じることもある程度になった。

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、右手で左側の肩甲骨を触れようとすると痛くはないが固さのために触れることが出来ない。

触覚鈍麻は軽度にあるが、頰部神経根症治療成績判定基準が18点となる。

ヤーガソンテストとストレッチテスト陰性。拘縮テスト陰性(図7)。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19回(12月3日、106日目) 指のしびれが無くなり、触覚障害も陰性で、頰部神経根症治療成績判定基準が20点となり、頰椎性神経根症に関しては症状緩解として様子を見ることとした。

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。

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。

左側の肩甲骨を右手で触れることが出来る。肩関節痛も症状緩解として様子を見ることとした。

※その後、年明け1月のダンスパーティにて、デモンストラーションを行えた報告を受ける。

**考 察:** 本症例の右頰部から肩甲骨内縁部の重苦しいこり感と母指示指のしびれは頰椎性神経根症と診断した。以下にその理由を述べる。

1. 非外傷性であり、年齢が64歳である<sup>1)</sup>。

2. 頰の後屈、側屈、回旋により愁訴の誘発や増悪がみられた<sup>1)</sup>。
3. 触覚鈍麻と腕橈骨筋腱反射消失の神経学的所見が得られた<sup>1)</sup>。
4. スパークリングテストが陽性であった<sup>1)</sup>。

なお、右頰部から肩甲骨内縁部の重苦しいこり感と母指示指のしびれについては、臨床症状、診察所見から以下の類症疾患を除外した。

#### 1. 頰椎症性脊髄症

巧緻運動障害や歩行障害に膀胱直腸障害もみられず、膝蓋腱反射が正常であった<sup>1)</sup>。

#### 2. 胸郭出口症候群

アドソンテスト、ライトテスト、エデンテスト、三分間拳上テストが陰性であった<sup>1)</sup>。

#### 3. 手根管症候群

母指球筋の萎縮や猿手などの変形が無く、ファーレンテスト、チネルサイン、パーフェクトオーテストが陰性であった<sup>1) 2)</sup>。

また、肩関節の痛みは石灰沈着性腱板炎と上腕二頭筋長頭腱炎の併発と診断した。以下にその理由を述べる。

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<sup>3)</sup>。
2. 圧痛が大結節部より検出された<sup>3)</sup>。
3. 夜間の急性発症による激しい痛みがでた<sup>3)</sup>。

上腕二頭筋長頭腱炎について

1. ヤーガソンテスト、スピードテストが陽性であった<sup>4)</sup>。
2. 圧痛が結節間溝部より検出された<sup>5)</sup>。

なお、肩関節の痛みについては、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<sup>6) 7)</sup>。

#### 2. 腱板不全断裂

落下テスト陰性、棘上筋、棘下筋の萎縮が認められず、拳上時軋轢音も陰性である<sup>8)</sup>。

さて、頰椎症性神経根症に対する医療機関での治療の多くは保存療法であり<sup>9)</sup>、また、数回の鍼灸治療でも症状の軽減が期待できると出端氏はその著書の中で述べており、緩解が57%で治療回数は平均14回(40日)、軽快は24%で治療回数は17回(67日)で、約80%で緩解ないし軽快がみられており、症状の下降開始までも大部分が3回以内(1週間以内)で軽快しているとの報告である<sup>10)</sup>。また、公益社団法人日本鍼灸師会鍼灸臨床研修会頰上肢班の調査でも、症例36例中、不変1例で治療回数4回、軽快23例約64%で平均治療回数11.1回、緩解12例33%で平均治療回数19.2回と約97%で緩解ないし軽快がみられているとの報告で、緩解と軽快の割合の比率の違いはあるもののほぼ同様で、症状の下降開始も全体の2/3が3回以内との報告がされている<sup>11)</sup>。本症例も初回の治療後に症状の軽減がみられたことから、鍼灸治療の選択は妥当であると判断し、治療を継続した。その結果、完全緩解までは、19回106日であったが、11回60日目でもかなりの軽快が得られておることから、妥当な処置であったと考察する。

また、本症例を初診時には五十肩との併発と診断した。これまでも同様の症例を経験しており、両疾患の好発年齢を考慮すれば、その様な症例が多いことは容易に推察され、五十肩の病因に頰椎病変との関係を示唆している報告もみられる<sup>12)</sup>。また、五十肩の放散痛がC<sub>5</sub>、C<sub>6</sub>神経支配領域

に広がることもある<sup>13)</sup>が、頸椎症性神経根症との併発とした鑑別ポイントは、触覚鈍麻と腕橈骨筋腱反射消失の神経学的所見が得られた点である。しかし、治療4回15日目に肩関節の症状悪化の際に頸椎症の症状も悪化しておることから、症状の経過に関連性があったように思われ、今後もさらなる検討が必要であると考え。

次に初診時に五十肩の併発とした診断であるが、経過を追ううちに上述の考察の通りに石灰沈着性腱板炎と上腕二頭筋長頭腱炎の併発との診断に修正した。本症例では治療継続中に石灰沈着性腱板炎の疼痛発作を発症しており、また、初診時で拘縮テスト陽性と判断したが、治療開始から60日たった時点で陰性になっている点や、外転障害は健側と比較した終末時のわずかなものであったことに加えて、出端氏も注意を喚起していた<sup>13)</sup>、「強い痛みを誘発させると、随意的に肩甲骨を挙上させて逃避的な反応を起こし、ニセの拘縮症状を現すことがある。」ことは承知していたつもりであったが、初診時での配慮が足りなかったとの反省より、石灰沈着性腱板炎と上腕二頭筋長頭腱炎の併発との診断に修正した。本症例の経験によって、一つ一つの症状や所見の結果から病態を捉えて行く臨床において、その症状や所見を正確に取ることの重要性を改めて認識させられた。

続いて肩関節痛の治療であるが、治療継続中に石灰沈着性腱板炎を発症して症状が一時悪化した。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や初診時から2回目の治療経過が良好であったことに加えて、事前に石灰沈着性腱板炎の発症の可能性があることも伝えていたことなどより、信頼関係構築もある程度良好に出来ていて、脱落を免れたとも推察する。そして、最終的には治療131日目で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。

最後に、本症例に用いた頸部神経根症治療成績判定基準<sup>13)</sup>は、鍼灸師でも取れる基準であり、専門医との連携を取るためにも、鍼灸治療の効果を他の治療と比較判断する上でも有用であると考え。

## 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
- 斜角 胸鎖乳突筋鎖骨頭外縁から1.5~2横指外方で鎖骨の上縁(モーリーテスト検査部位)から1横指上方

## 参考文献

- 1) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法4」、P39~56、医道の日本社、1990.
- 2) 阿部正隆, 西田淳：整形外科痛みへのアプローチ3 「肘と手・手関節の痛み」、P229~236、南江堂、2007.
- 3) 仲川喜之：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P63~67、南江堂、2008.
- 4) 仲川喜之：整形外科痛みへのアプローチ5 「肩の痛み」、P121、南江堂、2008.
- 5) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法5」、P32、医道の日本社、1990.

- 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.
- 9) 宮下智大：千葉医学 84 「頰椎症性神経根症に対する治療」、P61～67、2008. (千葉大学大学院医学研究科整形外科学)
- 10) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法4」、P60、医道の日本社、1990.
- 11) 稲井一吉, 他：公益社団法人日本鍼灸師会 鍼灸臨床研修会 頰上肢班 講義用PPT 臨床像
- 12) 菊地臣一：プライマリケアのための整形外科疼痛マニュアル「五十肩に対する保存療法」、P235、金原出版、2007.
- 13) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法5」、P22、医道の日本社、1990
- 13) 田中靖久, 他：頰部神経根症に対する保存的治療の成績とその予測 整形・災害外科 40 卷 2 号、P167～174、金原出版、1997

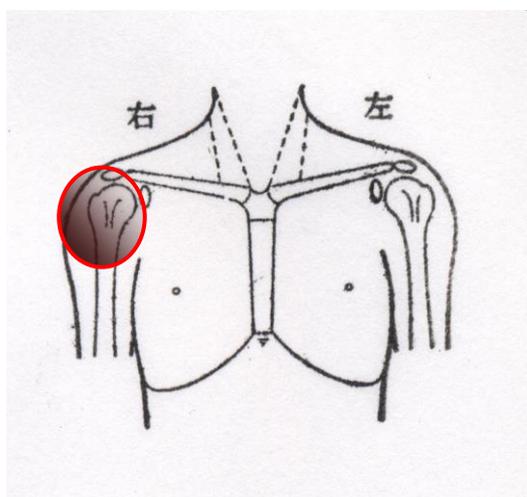


図1 肩関節前面の疼痛部位

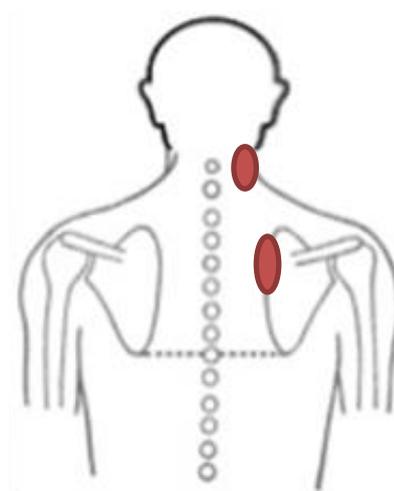


図2 頰部から背部のこりの部位



図3 初診時の拘縮テスト

表1 初診時の頸・上肢痛に対する診察所見

頸・上肢痛

平成25年 8月 10日

1 握力	左42 ⊖ 47	9 二頭筋	左 + 右 +	17 圧痛
2 後屈痛	- ⊕	10 腕橈骨筋	左 + 右 -	六頸 斜角
3 側屈痛	左 ⊖ +	11 三頭筋	左 + 右 +	附分 烏口
	右 - ⊕	14 スパーリング	左 - 右 +	魄戸 前隙
4 回旋痛	左 ⊖ +	15 肩圧迫	左 - 右 +	膏肓 間溝
	右 - ⊕	16 ライト	左 - 右 -	肩井
5 モーリー	左 - 右 -	17 エデン	左 - 右 -	天髎
6 アドソン	左 - 右 -	18 三分間	左 - 右 -	天宗
7 筋萎縮	左 - 右 -	2、3、4ともに右頸部痛が誘発と肩甲骨内		結節
8 触覚障害	左 - 右 鈍	縁の重苦感に示指母指のしびれが増悪		肩貞
12 PTR + 13 バビンスキー		7 手の変形なし	8 母指と示指	
		ファーレン -	チネル -	パーフェクト0 -

表2 肩関節痛の初診時の診察所見

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 天髎
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 -		

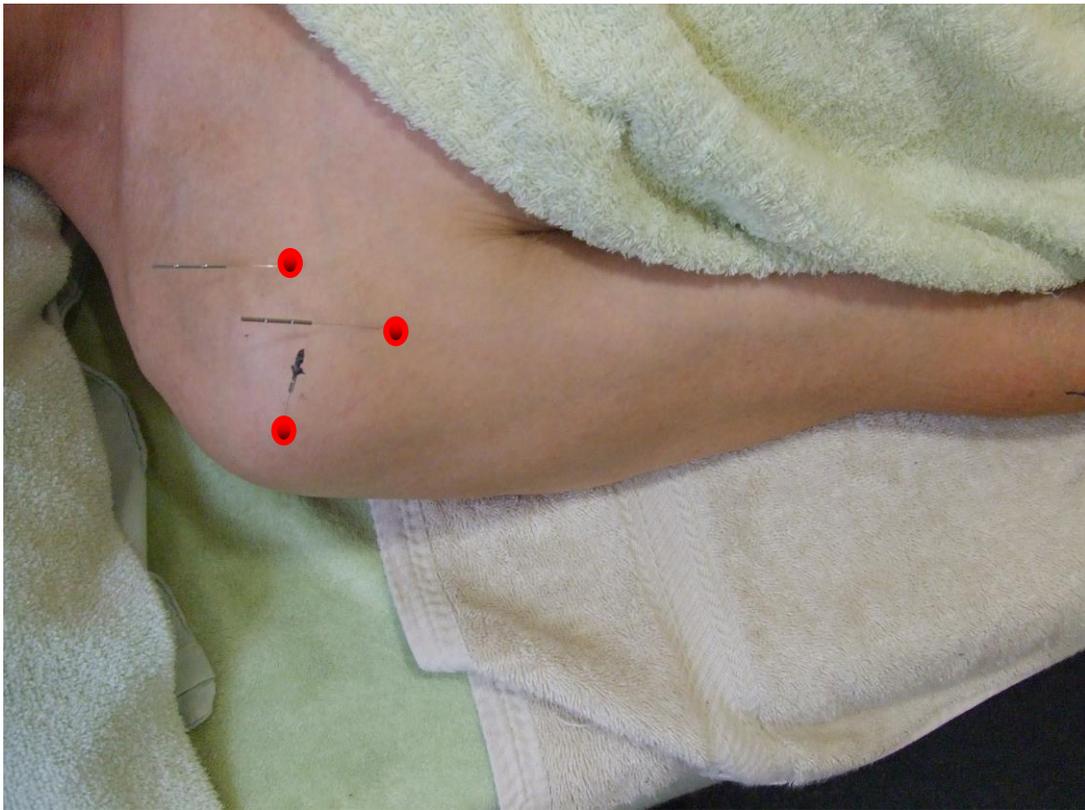


図4 仰臥位での刺鍼部位  
(肩関節痛に対する穴)



図5 伏臥位での刺鍼部位  
(赤点箇所は頸椎症に対する主な穴)

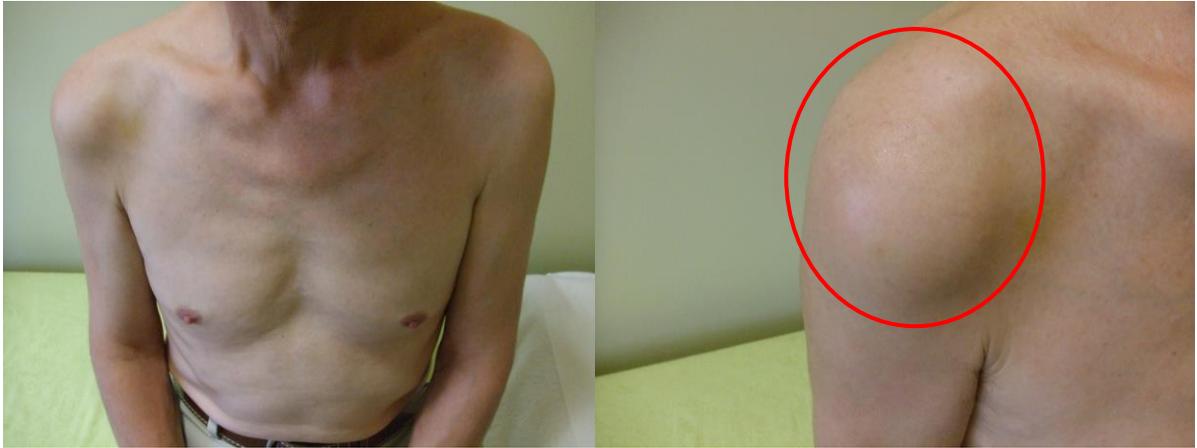


図6 右肩関節の腫脹



図7 治療60日目の拘縮テスト

表3 初診時の頸部神経根症治療成績判定基準

頸部神経根症治療成績判定基準	
実施日:2013年 8月10日	左・㊦
<b>1. 自覚症状</b>	
A. 項・肩甲帯の痛みや重苦感	
a. まったくない	3
b. 時にある	2
c. 常にあるか時に激しい	①
d. 常に激しい	0
B. 上肢の痛みや痺れ	
a. まったくない	③
b. 時にある	2
c. 常にあるか時に激しい	1
d. 常に激しい	0
C. 手指の痛みや痺れ	
a. まったくない	3
b. 時にある	2
c. 常にあるか時に激しい	①
d. 常に激しい	0
<b>2. 就労および家事能力</b>	
a. 通常に出来る	③
b. 持続してできない	2
c. かなり支障がある	1
d. できない	0
<b>3. 手の機能</b>	
a. まったく支障がない	①
b. 障害はないが違和感、脱力感がある	-1
c. 障害がある	-2
<b>4. 他覚所見</b>	
A. Spurling test	
a. 陰性	3
b. 項肩甲帯部の痛みが生じるが頸椎運動制限がない	2
c. 上肢、手指痛が生じるが頸椎運動制限がない、あるいは項、肩甲帯部の痛みが生じ頸椎運動制限がある	①
d. 上肢、手指痛が生じ運動制限がある	0
B. 知覚	
a. 正常	2
b. 軽度な障害	1
c. 明白な障害	①
C. 筋力	
a. 正常	②
b. 軽度な低下	1
c. 明白な低下	0
D. 腱反射	
a. 正常	1
b. 低下あるいは消失	①
合計得点	
11	

(田中靖久, 他:整・災外 40:167-174, 1997 より引用) 2013.9.13 改訂