

## 症例報告

# 左頸部痛及び頸性頭痛を有する 脳梗塞後遺症の症例に対する治療介入

上前 拓巳<sup>1)</sup>

### 要旨

今回愛知県内における介護保健施設において、短期入所療養介護サービスを定期的にご利用している頸部痛及び頸性頭痛と思われる症状を呈した脳梗塞後遺症の一症例に対し徒手的功能診断及び治療を実施させて頂く機会を得た。そして良好な反応が得られたため、ここに報告する。

**Key words** : 徒手的功能診断、頸性頭痛、トリガーポイント

### I. 初めに

頸性頭痛とは頭部周辺、基本的に片側に発症する頸椎筋骨格系障害に由来する疼痛であり筋スパズムや可動域の減少、指圧により誘発される圧痛や運動により増悪する、頸椎体性機能障害の発症を特徴とし、頸部周囲筋の腱炎やトリガーポイント(以下、TP)、頸部関節の炎症等にも関連している<sup>1)</sup>。また頸性頭痛は片頭痛や緊張型頭痛とは症状が異なるため理学療法もこれらの頭痛と鑑別をし、適切な治療をすることが求められるが、筋の過負荷等により生じるTPは頭部と頸部にも様々な症状を引き起こし、緊張性頭痛、頸椎減性頭痛、群発頭痛、片頭痛等いかなる診断名を付けられている場合でも大抵はTPによることが多いとしている報告もある<sup>1)-3)</sup>。

今回、愛知県内における介護保険施設において、短期入所療養介護サービスを利用して

いる頸部痛及び頸性頭痛を有する脳梗塞後遺症の症例に対して徒手的功能診断及び治療を実施した所、良好な反応が得られたためここに報告する。

### II. 症例紹介

当症例は90歳代のやせ型の男性であり、既往症としては脳梗塞後遺症による左半身の運動麻痺が見られる。頸部痛や頭痛に纏わる既往はないが、約2週間前より外耳炎発症に伴い左耳周囲や左側頭部～頸部にかけて強い疼痛が生じた。脳梗塞を発症した1年前頃より頸部痛や頭痛症状があったとの事だが、ほぼ日常生活には支障はなくほとんど気にならない程度であった為、その部位の疼痛治療は行っていなかった。はじめは外耳炎による疼痛増悪と思われた為、本人のかかりつけの内科受診を促し、そこでの加療により外耳炎による炎症症状は軽快したが、約2週間前より生じた強い疼痛は変わらず残存していた。また、鎮痛

目的にてロキソニンテープが処方されたが疼痛は変わらなかった。

その強い疼痛の為リハビリへの拒否的な反応や、日常生活の場面でも臥床時間も多く、活動意欲の低下が見られていた。本人は屋外へ外出して畑にて植物の手入れを行う事が趣味であるが、疼痛により行えていないと情報も得られた。持続的な痛み刺激は関節や身体を動かす事の制限や活動意欲低下を引き起こし、結果的にQOLの低下を引き起こす。実際にそのような症例に対する徒手機能診断及び治療にて活動意欲の向上に繋がった症例も経験している<sup>4)</sup>。本人より頸部痛の訴えや、Hopeにて疼痛軽減も挙げられていた。本人に趣味などの活動意欲の向上を図るため、疼痛軽減を目的とした介入を試みた。

なお当論文による公表は本人の同意や標準徒手医学研究所に設置されている倫理委員会の承認を得て行っている。

### Ⅲ、初回評価介入

#### 1.ボディチャート(図1参照)

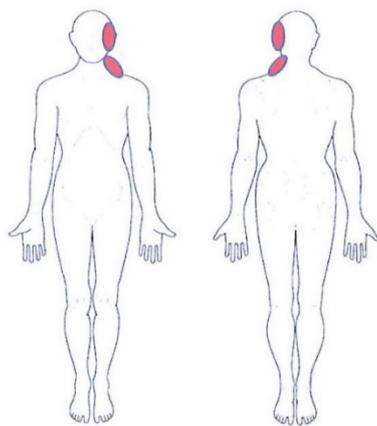


図1：ボディチャート

(1)領域：疼痛部は図1に示す。左頸部・また左側頭部にかけて疼痛が確認された。

(2)痛みの程度及び変化：

左頸部及び左側頭部：NRS 0 - 10/10

(3)痛みの性質：

- ・左頸部：ズキンとする痛み
- ・左側頭部：違和感がある

#### 2.問診

(1)発症時期：約1年前より生じていたが、約2週間前より外耳炎発症に伴い増悪している。

(2)発症機転：もともと脳梗塞になってから痛みを感じるようになったと情報が得られている。しかし疼痛の程度は軽度であり日常生活としてはほとんど気にならない程度であったと。中耳炎発症より疼痛が増悪したとのこと。

(3)現症状：ボディチャートで確認できた領域に疼痛あり。NRS7/10 痛みの性質はボディチャート参照。

(4)増悪因子：朝方の方が疼痛が強い。姿勢・動作による増悪因子は不明。

(5)緩解因子：朝方でなければ比較的落ち着いている。また右側臥位の状態では疼痛は落ち着いている。

(6)その他：

頭痛や頸部痛については特に治療は行ってはいなかった。日常生活の場面では、座位姿勢もしくは臥位姿勢で過ごしている事が多い。

#### 3.視診

左頸部にて発赤・腫脹など炎症症状を疑う所見はみられなかったが左外耳孔周囲に

軽度発赤あり。静的座位姿勢に関しては、骨盤後傾・腰椎の前彎減少や椎後彎増強、上位頸椎伸展位など典型的な不良姿勢を呈していた。良姿勢へ矯正し保持を促すも持続困難であった。

#### 4.触診

疼痛部及び障害の範囲を調べる為にプライマトリガーポイント(以下、PTP)、ラテントトリガーポイント(以下、LTP)の触診し、トリガーマッピング<sup>5)</sup>を実施した(図2参照)。

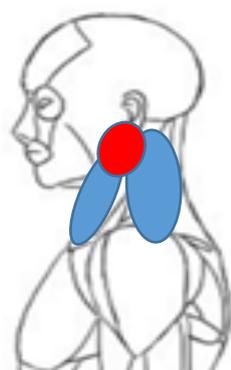


図2：トリガーマップ

PTPを赤色、LTPは青色で示す

左胸鎖乳突筋の領域に疼痛の訴えが見られたが、層別触診にて皮下組織レベルの深さにて強い疼痛が生じ逃避反応が見られた為、深さを特定することが出来なかった。LTP領域は、斜角筋群や僧帽筋上部線維、肩甲挙筋にて確認された。このLTPの領域では胸鎖乳突筋触診時にてみられたような強い疼痛や逃避反応は見られなかった。また頭痛を訴えていた側頭部周囲には圧痛所見は得られなかった。

#### 5.自動運動及び他動運動検査<sup>6)</sup>

初回介入時では強い疼痛の為実施困難であった。治療介入中にて安静時痛の改善後自動運動検査を実施した。結果については、表1に示す。

運動名	所見
屈曲	・制限なし 顎部-胸骨間距離：約2横指
伸展	・制限なし 顎部-鼻尖部を結んだ線の延長線と水平線をなす角度が30度未満
側屈	・右側屈にて制限あり。 右耳を肩に付けるよう促すと耳-肩間約4横指(左肩甲帯挙上後再度実施にて2横指まで軽減) 左側屈では耳-肩間は約3横指と制限なし
回旋	・右回旋約40°と軽度制限あり。胸鎖乳突筋起始部領域に疼痛あり。 ・左回旋約50°と制限なし。

表1：頸部自動運動検査結果

#### 6.その他

上肢への放散痛・痺れなどはなかった。Brunnstrom Recovery Stageテストでは、上肢・下肢IV、手指Vであり、健側と比較して左上下肢の筋出力・巧緻性低下がみられた。感覚障害は見られなかった。Modified Ashworth Scale(以下、MAS)は0であり、左側上下肢において筋緊張の亢進は見られなかった。

### IV. 治療介入・経過

安静時においても頸部痛・頭部痛が確認されたため、疼痛治療を優先して行った。PTPは押圧刺激にて強い疼痛や逃避反応が

見られていたため、LTP 領域の軟部組織治療から開始した。LTP 領域として僧帽筋上部線維に対して試験的治療として圧迫法を実施した所、疼痛に関して変化が得られなかった為、刺激強度を上げて Friction massage を同筋に対して実施した。結果、本人より疼痛が少し軽減したと訴えが見られた為、肩甲挙筋や斜角筋群に対する friction massage・横断マッサージを実施した。結果 NRS7/10 から 3/10 程度まで改善が見られ、胸鎖乳突筋の触刺激に対しても強い疼痛や逃避反応は見られなくなっていた。胸鎖乳突筋に対してグライディングストローク触診を実施した所、側頭部の疼痛増悪が確認され、主訴として聞かれていた頭痛と一致していた為、胸鎖乳突筋に対して Friction massage, 横断マッサージを実施した。結果、安静時における本症例の頸部痛及び頭痛は緩解した。

安静時における頭痛・頸部痛が緩解した為自動運動検査を実施した。結果、頸部右側屈時にて可動域制限(表 1 参照)、右回旋時にて胸鎖乳突筋の伸長痛が確認された。

頸部右側屈の可動域は左肩甲帯挙上させることで可動範囲の増加が見られた事や、End Feel も soft であったことから筋性の制限と判断し、触診にて肩甲挙筋や僧帽筋が制限部位と特定した。その部位に対して Optimal Therapy Zone(以下、OTZ 肢位)にて肩甲挙筋、僧帽筋上部線維のニーディングマッサージ、機能的マッサージを実施した。結果、右側屈にて耳 - 肩間が約 4 横指から 2.5 横指まで改善が見られた。

右回旋時における頸部痛に対しては、OTZ 肢位にて胸鎖乳突筋に対する軟部組織治療を実施した。結果、頸部における運動時痛は緩解した。

介入した時点では疼痛は緩解したが、時間とともに徐々に症状が戻ってくる。慢性的に負荷やストレスが生じる姿勢・動作を行っているものに対しては修正したり必要に応じてメディカルトレーニングを実施していく必要がある<sup>7)</sup>。本症例の座位姿勢を確認した際、不良姿勢であり、良姿勢に矯正した状態での保持が困難であった為、姿勢保持筋の筋力・筋持久力の低下があると判断した。その為、背筋群の筋力強化並びに姿勢指導を目的に Slouch over correct を実施し、自宅でも行うよう提案した。

## V. 介入結果

安静時における左頸部及び頭痛は見られなくなった。左胸鎖乳突筋触診時にて圧痛所見がまだ残存しているが介入当初にみられた過敏さはみられない。また、日常生活において、介入時にみられた頸部痛および頭痛症状を感じる場面はほとんどなくなった。そのため頭痛および頸部痛に対する疼痛治療を目的とした介入はそこで終了となった。しかし、今後も症状が再燃する可能性がある為、自主トレーニングとして Slouch over correct の継続や胸鎖乳突筋およびその周囲筋に対するセルフマッサージを提案している。今後も定期的に短期入所療養介護サービスを利用する予定である為、経過を見ながら介入を行う事とした。

## VI. 考察

頭痛には緊張性頭痛や片頭痛や群発頭痛が含まれる血管性頭痛、発熱や感染症に伴って二次的に生じる頭痛等様々なものに分類されている。緊張性頭痛は最も一般的な頭痛であり、疼痛は頭の外側全体に及び首や肩の痛みやコリをしばしば伴い、筋腱の緊張やトリガーポイント出現により生じる。一方血管性頭痛は脳血管が脳内の生化学的変化を受けて拡張し、三叉神経を刺激する事によって生じると考えられており、症状としてはナイフで刺したような疼痛や脈を打つような疼痛、吐き気や嘔吐、光や音に対する過敏、羞明など頭痛が始まる前の視覚症状が見られる<sup>9)</sup>。本症例の場合は疼痛増悪姿勢や緩解姿勢、疼痛の変化も、ある程度は明確であり、左側頸部の筋については胸鎖乳突筋に PTP、肩甲挙筋、僧帽筋上部線維などにおいても LTP、筋性の可動域制限も確認されている。脈を打つような痛みの出現や視覚症状等といった血管性頭痛にて見られる症状は見られなかった事も考えると、本症例の頭痛は緊張型頭痛でないかと判断した。

今回、本症例の症状において左頸部及び側頭部において強い疼痛が生じており、胸鎖乳突筋において強い疼痛や関連痛症状が確認された。胸鎖乳突筋に TP が生じると図 3 のような症状が生じるといわれており、本人の訴えと一致していた<sup>9)</sup>。その為、本症例に生じていた左側頭部の疼痛は胸鎖乳突筋の関連痛症状によるものでないかと考えた。

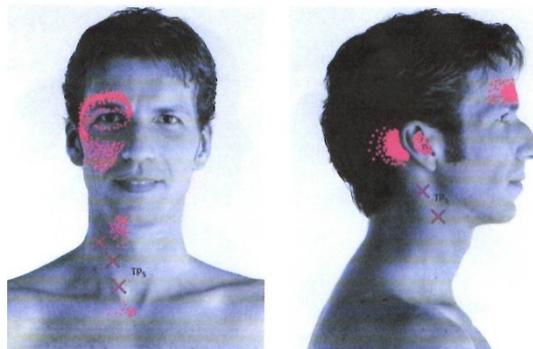


図 3：胸鎖乳突筋の関連痛症状<sup>9)</sup>

また、斜角筋群や肩甲挙筋・僧帽筋上部線維において LTP が確認された。TP は筋に対して急激な過負荷や慢性的な過負荷や疲労などが生じると誘発され、他の部位において TP が見られる場合も新たな TP が誘発される<sup>9)</sup>。LTP 領域は PTP と連続している筋群あるいは共同筋、長時間伸長位あるいは短縮位で収縮していたり、習慣的に PTP 筋と同様に負荷がかかっている筋に広がる筋に見られるとされる<sup>10)</sup>。本症例の座位姿勢において骨盤後傾・腰椎前彎減少等不良姿勢がみられ、座位姿勢を修正しても保持することが困難であった事から良姿勢保持に関与する筋群の筋力や筋持久力の低下が疑われる所見や、脳梗塞後遺症の影響により筋緊張の亢進は確認されていないものの、左半身の筋出力低下が確認されている。頸部周囲筋にて LTP 領域が確認されたのは、良姿勢保持筋の筋力・筋持久力の低下により不良姿勢を呈しやすくなったことに加え、脳梗塞後遺症の影響により左半身の筋出力低下が生じている事から左側頸部周囲筋に対して急激な過負荷や慢性的な過負荷や疲労が、より生じやすい状態となっている為、TP が生じたのではないかと考えた。

PTP がみられた胸鎖乳突筋については軽度の触刺激においても過敏な反応が見られた。胸鎖乳突筋は主に頸部の屈曲・同側側屈・対側回旋の作用を有するが、矢状面上の機能に関しては頸椎の位置や椎前筋群の固定性によって大きく変わり、頸椎の角度によって筋出力の程度も変動し、筋束長も長い筋である為筋収縮速度が速く広い可動域においての筋力発揮に有利とされている<sup>11)12)</sup>。椎骨筋群にて前側に固定されている時は頸椎・頭部屈曲に作用するが、前側に固定がされていないときは上位頸椎の伸展に作用する(図4)<sup>11)</sup>。また斜角筋群と共同して上位頸椎に本症例において頸部の安定化を図る深部屈筋群の筋力低下も確認されており、座位姿勢も上位頸椎伸展位となっていたことから胸鎖乳突筋においては常時慢性的な過負荷が生じる状態であったと考えた。

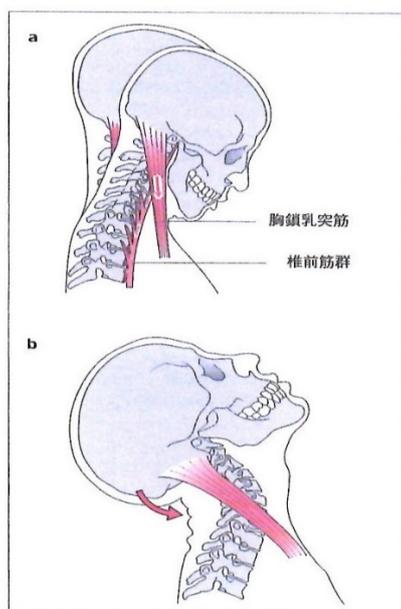


図4：胸鎖乳突筋の機能<sup>11)</sup>

- a：前側が固定されている時
- b：前側に固定されていない時

今回 PTP において過敏な疼痛が見られたため、LTP から疼痛治療を実施し、LTP からの治療実施にて PTP の疼痛閾値が上昇し、先行文献同様に<sup>13)14)</sup>症状軽快に繋がった。触刺激に対して過敏な反応を呈する症例に対しては PTP からではなく、LTP からの治療介入をしていく方法は、有用な手段でないかと思われた。

## VII. まとめ

今回、強い頸部痛及び頭痛症状を呈した一症例に対し徒手的功能診断および治療を実施した所、良好な反応が得られた。疼痛軽減にて本人の趣味としていた畑での植物の手入れは行えるようになり、活動意欲の回復も見られた為今回の目的は達成できたと考える。生活期における症例においては、単なる機能訓練のみならず日常生活の活動性を高め、地域においてその人らしい生活の構築あるいは再構築を援助し、リハビリテーション医学的な視点を踏まえ生活を継続できるよう支援が必要である<sup>15)</sup>。本症例においては今後も疼痛再発予防含め、自宅での生活や趣味が安全に継続できるよう、リハビリテーション支援や介入をしていきたいと考えている。

生活期における介入としてはその者の身体機能等能力面のみでなく、趣味や日常生活、活動、参加等の観点も必要となり、強い疼痛によりその者への活動、参加が制限される場合には、その疼痛を改善していくための手段も必要である。

## VIII. 参考文献

- 1)高田 治実・他(監)：エビデンスに基づいた徒手療法 症状に焦点をしばった問題志向型のアプローチ. ガイアブックス, 東京. 189-190. 2012
- 2)藤縄 理(編)：ケースで学ぶ徒手理学療法 クリニカルリーズニング. 文光堂, 東京, 115-122, 2017.
- 3)Clair Davies・他：誰でもできるトリガーポイントの探し方・治し方 筋の基礎からセルフトリートメントまで. 株式会社エクスナレッジ, 東京, 65-86, 2013.
- 4)上前 拓巳：胸腰椎圧迫骨折後の慢性腰背部痛及び頸部痛に対する徒手的功能診断と治療. 標準徒手医学会誌, 2020(7), 21-27.
- 5)安藤 正志：運動器疾患におけるトリガーマッピングの紹介. 標準徒手医学会誌. 2018(5). 11-15.
- 6)標準徒手医学会(監)：初級頸部コーステキスト
- 7)安藤 正志(監)：標準徒手医学 I 入門編. 医学映像教育センター. 東京. 159-163. 2016
- 8)サンディ・フリッツレオン・チャイトー：頭痛・頸部痛のためのマッサージセラピストガイド. ガイアブックス, 東京, 2-6, 2011
- 9)フィリップ・リヒター・他：手技療法とオステオパシーにおけるトリガーポイントと筋肉連鎖. ガイアブックス. 東京, 114-131, 2013
- 10)トリガーマップ疼痛治療研究会監修：トリガーマップ神経筋抑制 NMI 疼痛治療テキスト, 東京 2020.
- 11)丸山 仁司(監)：理学療法のための詳しい機能解剖学 からだの構造と機能 I. ガイアブックス, 東京. 61. 2011
- 12)市橋 則明(編)：身体運動学-関節の制御機構と筋機能-. MEDICAL VIEW 社. 東京. 363-370. 2019
- 13)安藤 正志：膝関節外側部の強い疼痛を訴える症例報告. 標準徒手医学会誌. 2021(8). 17-21
- 14)岡野 智・他：強度の頸部痛と可動域制限を呈した症例に対してトリガーポイント治療が著効を示した一例. 標準徒手医学会誌. 2021(8). 31-36
- 15)一般社団法人 日本リハビリテーション医学教育推進機構・他(監)：生活期のリハビリテーション医学・医療テキスト. 医学書院. 東京. 9-13. 2020