

症例報告

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

岡野 智¹⁾ 富田正延¹⁾ 伊藤匡史¹⁾ 安藤正志²⁾

要旨: 本稿では強度の頸部痛により可動域制限を呈した症例に対し、トリガーポイントに徒手療法の軟部組織テクニックを行い、即時的な改善が見られた一症例について報告する。症例は70代女性であり、発症機転不明の強度の頸部痛と可動域制限を有していたが、徒手的功能診断を用いて症状の原因部位となるトリガーポイントを特定し、圧迫法、フリクションマッサージ等の軟部組織テクニックを行い、セルフエクササイズ、姿勢指導を組み合わせ治療を行うことで、短期間で著明な改善が見られた。

キーワード: 頸部痛、徒手療法、トリガーポイント

I. はじめに

運動器疾患のリハビリテーションでは疼痛、可動域制限といった機能障害は主症状の一つである。それらを引き起こしている原因組織として、筋・筋膜や腱、靭帯などの軟部組織に起因しているケースは少なくない。それらの軟部組織の中にはトリガーポイント(以下、TP)と呼ばれる機械的刺激に対して過敏になった硬結部位が確認されることが多く¹⁾、これらを治療することで症状の改善が認められることが临床上多く経験する。TPには症状の有無、形成される部位などによって様々な分類がされている。症状の有無についてはプライマリートリガ

ーポイント(PTP)、ラテントトリガーポイント(LTP)という分類がされており、PTPは機械的刺激を加えると現在の症状が再現され、関連ゾーンに痛みを引き起こしたり、強化されたりする。LTPは機械的刺激を加えると、現症状とは違う、本人にはなじみのない症状や以前はあったがしばらく経験していない症状が誘発される部位としている²⁾。またSimonsらは部位による分類として、筋線維の中央、運動終板付近に形成されるTPをセントラルトリガーポイント、筋筋膜・腱または骨膜組織の接合部で形成されるTPをアタッチメントトリガーポイントと分類している³⁾。

TPの徒手的治疗法について、Travellと

1) 村越外科 リハビリテーション科 〒369-0115 埼玉県鴻巣市吹上本町1-4-13 TEL:048-548-0048

2) 法政大学スポーツ健康学部 〒194-0298 東京都町田市相原町4342 TEL:042-783-2036

受付日 2021年3月8日 受理日 2021年3月14日

Simons ら⁴⁾は TP に手指で抵抗感が明らかに大きく感じるまで圧力を加えていき、その圧迫を組織の緊張が軽減してくるのを感じるまで持続的に加えることが有効としている。Fernández-De-Las Peñas ら⁵⁾は圧迫テクニックと横断摩擦マッサージは、どちらも筋筋膜の TP の圧痛の低減に同等の効果をあげると報告している。

今回、強度の頸部痛、肩甲帯の痛みを呈した症例に対し、徒手療法を用いたトリガーポイントの治療が著効を示した一例について報告する。

なお、対象者には本症例研究について説明を行い、同意を得るとともに、標準徒手医学会倫理審査委員会でも承認を得た(承認番号：202001)。

II. 症例紹介

本症例は70歳の無職の女性、診断名は頸椎症性神経根症であり、合併症は特にない。主訴は来院前日の朝から非常に強い痛みが首とその周辺に出現しており、首が動かせないとのことであった。発症機転は不明であり、症状の経過は改善も悪化もしていないとのことであった。

現症状は右後頭部から頸部、肩甲帯、肩周囲に安静時痛(NRS3/10)が出現しており、首を動かすと増悪が見られた(図1)。

既往歴として~~〇〇~~年前に頸部脊柱管狭窄症により頸椎の除圧術を行っている(C4~6固定)。

負荷習慣においては、座位で本や雑誌を読むことが多いとのことであった。時間帯による症状の変化はなく、増悪姿勢について

は下を向いた座位であり、増悪動作については首をどの方向に動かしても痛く、特に前に曲げる動きは痛みが非常に強く、ほとんど曲げられないとのことであった。緩解姿勢は臥位でいると少し楽とのことであった。

治療経過はシップ、痛み止めを服用していたがあまり改善は見られなかった。

画像検査では既往歴で聴取した、C4~6間の除圧術による固定が確認された(図2)。

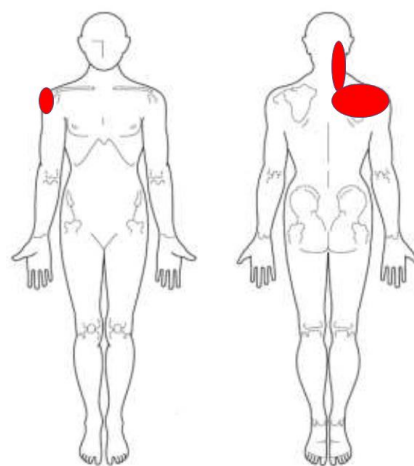


図1 ボディチャート



図2 X線画像

Ⅲ. 理学的検査

1. 視診

座位姿勢は軽度の脊柱後弯位であり、頭部の前方変位が認められた。脊柱の後弯、頭部の前方変位を修正すると症状の若干の軽減が認められた(図3)。

2. 自動・他動運動検査

運動検査では疼痛が強いため、自動運動にて検査を行った。各方向に可動域の制限が認められ、疼痛の増悪が見られた。特に屈曲は可動域 5° と制限が著しく、強度の疼痛(NRS 9/10)が頸部を中心に認められた。疼痛の部位はすべての動作に共通して、上部頸椎棘突起の右側付近を中心に肩甲帯から肩に広がるように出現した。頸部の各可動域と疼痛の強度を表1に記載する。

3. 触診

疼痛の原因部位を特定するため触診を行った。その結果、頸半棘筋に非常に強い痛みを伴い、症状が再現される PTP が確認された。また頭板状筋、斜角筋群、胸鎖乳突筋、肩甲挙筋、棘上筋、棘下筋、上腕二頭筋腱長頭、三角筋前中部に LTP 及び筋緊張の亢進

が確認された。

4. ベースラインの決定

初回治療時のベースラインは最も疼痛と可動域の制限が強い頸部の屈曲とした。

Ⅳ. 治療

初回の治療では、触診で確認された TP に対して軟部組織テクニックの圧迫法、フリクションマッサージを施行した。しかし最も症状が再現される頸半棘筋は、痛みが強く患者への負担が大きいことから最初から治療を行えなかったため、LTP である棘下筋から治療を開始した。棘下筋には上部・下部線維・腱部にそれぞれ LTP が確認されていたため、それぞれの場所に圧迫法 20~30 秒、フリクションマッサージ 30 秒×3 回を施行した(図4)。棘下筋への治療後、頸部屈曲の可動域は 35° 、NRS は 5/10 と著大な改善が確認された(図5)。

次に頸部痛が最初の時点より改善したため、先に治療を行えなかった頸半棘筋へ圧迫法、フリクションマッサージを行った。施行後さらに頸部の痛みが改善され屈曲時の



図3 座位姿勢の修正(左:修正前 右:修正後)

表1 頸部の可動域と疼痛の強度

運動方向	可動域($^{\circ}$)	疼痛(NRS)
屈曲	5°	9/10
伸展	20°	6/10
側屈(右)	15°	6/10
(左)	10°	5/10
回旋(右)	35°	6/10
(左)	30	5/10



図4 圧迫法、フリクションマッサージ

圧迫法：TP に対して一定の圧力で持続圧迫を加え疼痛閾値を上げる。筋弛緩位から始め疼痛が軽減すれば伸張位で行う。

フリクションマッサージ：圧迫抑制で疼痛が抑制されれば、TP のある線維に直行するように 2～3Hz の速度で擦るように示指や中指でマッサージを行う。刺激強度は軽度の疼痛が誘発される一定の圧力で、1回 30 秒を 3 回ずつ施行した。

可動域は 40°、NRS2/10 まで改善が見られた。初回時の治療は以上にて終了した。

治療後、座位姿勢の良姿勢保持、就寝時の頸椎が中間位になるような枕の高さの使用(図 6)、棘下筋、頸半棘筋へのセルフフリクションマッサージを行うよう指導した。頻度は各組織へ 1 回 30 秒、2～3 時間毎とした。

V. 経過

2 回目の来院時では、頸部の安静時痛はほとんどなくなり、屈曲時の可動域は 35°、痛みは 3/10 であった。また現在は首の痛みと同じくらい肩の痛みも気になるとの訴えがあり、安静時の痛みは NRS3/10 であった。前回と同様の治療に加え、三角筋前部・中部、上腕二頭筋長頭腱への TP に対して圧迫



図5 頸部屈曲治療前後の可動域の変化 (左：治療前 右治療後)



図6 就寝時の枕の調整

法、フリクションマッサージをそれぞれに施行した。治療後、頸部屈曲の可動域は 40°、疼痛は頸部・肩ともにほぼ消失した。

3 回目の治療では、頸部屈曲時の痛み、可動域制限、肩周囲の痛みは改善していた。そのほかの残存している痛み、可動域の制限として頸部伸展が可動域 25°、右側屈が 20°、右回旋が 40° であり、疼痛はそれぞれ NRS3/10 であった。疼痛部位は右側の肩甲挙筋、斜角筋に PTP が確認され症状の再現が認められた。各 PTP に圧迫法、フリクションマッサージ、ニーディングマッサージを施行した。施行後、伸展可動域 35°、右側屈 25°、右回旋 50°、各疼痛は NRS1/10 まで改善が見られた。セルフエクササイズに肩甲挙筋、斜角筋群へのフリクションマッサージを追加した。

4回目での治療では、頸部の可動域制限と疼痛は伸展 30°、左側屈 20°、左回旋 45°であった。疼痛はそれぞれ NRS2/10 であった。前回症状が見られた右側屈、右回旋では疼痛は消失し、可動域は維持されていた。触診では伸展時では頸半棘筋、側屈・回旋時では胸鎖乳突筋に PTP が確認された。

治療は各部位に前回と同様の手技を行った。施行後、伸展可動域は 40°、左側屈 30°、右側屈 35°、左右回旋 60° まで改善が見られ疼痛は消失した。

5 回目の治療では頸部痛と可動域は改善されていたため、今回の治療は終了とし、週 1 回の頻度で状態維持のため通院している。

V. 考察

本症例は以前から慢性的な頸部痛を有していた患者が、発症機転不明の急性の頸部痛を発症した症例である。症状が以前より慢性的にあり頸椎の固定術の既往もあったためか、頸部から肩甲帯、肩関節周囲にまで TP が無数に存在しており、今回の症状の発症直後は非常に強い疼痛と可動域制限を有していた。TP の原因には、持続的な不良姿勢や反復動作により筋肉に過剰な負荷がかかった場合や、手術等により障害を受けた場合も TP が形成される一因となる⁶⁾。

今回の治療では最も強い症状が再現される頸半棘筋の PTP に対しては、治療時の疼痛が強すぎたため、その周辺にある棘下筋等の TP から治療を行うことで、PTP の疼痛が軽減され治療が可能となり、初回時での治療で主訴であった屈曲の可動域制限と疼痛が即時的に改善することができた。本症

例は発症機転が明確ではなかったが、発症当日の夜間から疼痛が出現していることから、睡眠時の頸部の姿勢の問題により、負荷がかかり TP が形成・活性化された一要因として考えられた。そこで枕の高さを頸部が過度に屈曲や伸展、側屈が起きない高さにするよう指導を行った。側臥位では抱き枕を使用し、肩関節が持続的に内転、内旋位を取らないよう指導を行い、棘下筋の持続的な伸張を予防した。また本患者の習慣として、座位での読書が挙げられたが、座位姿勢では脊柱の後弯姿勢、頭部の前方変位が認められ、それらを修正することで症状が軽減したため、併せて座位姿勢の指導を行った。

経過については、初回時の治療以降は頸部屈曲の痛みと可動域制限の改善は大分維持されていたが、2 回目以降の治療では右肩周囲の痛みや頸部伸展、側屈時の痛みが強いの訴えに変化がみられた。これについては、最も症状が強かった頸部屈曲時の症状が緩和されたため、その他の部位の症状が顕在してきたためと思われる。治療はその時の主訴に合わせて、三角筋、上腕二頭筋長頭腱、斜角筋群、胸鎖乳突筋に PTP が確認されたため、ひとつずつ丁寧に治療を行っていった。結果 5 回目の治療時にはほとんどの疼痛と可動域制限は改善され、集中的な治療は必要なくなり、以降は本人希望により予防目的で週一回の治療となった。

VI. おわりに

今回、急性期の非常に強い頸部痛を有する症例に対して、TP 治療が即時的に著効を

示す結果となった。治療開始時は疼痛が強く疼痛原因部位である PTP を治療することが困難であったため、LTP から治療を開始し疼痛閾値を漸減させることで PTP の治療が可能となった。これらの治療に加え、セルフエクササイズや姿勢指導などを行うことで、症状の強さに対して短期的な治療期間で良好な結果が得られたと考えられた。

参考文献

- 1) Leon Chaitow : 最新 ニューロマスキュラーテクニック. GAIA BOOKs, 2014, pp56-59.
- 2) Jocelyn Granger : ニューロマスキュラーセラピー. 医道の日本社, 2012, pp18-19
- 3) Simons, J. Travell, L: Myofascial pain and dysfunction : the trigger point manual voll, 1999
- 4) Jocelyn Granger : ニューロマスキュラーセラピー. 医道の日本社, 2012, pp51
- 5) Fernádes-De-Las Peñas et al : The immediate effect of ischemic compression technique and transverse friction massage on tenderness of active and latent myofascial trigger points: A pilot study. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 2006, 10(1), 3-9
- 6) clair Davies. Amber Davies: 誰でもできるトリガーポイントの探し方・治し方. X-Knowledge, 2010, pp46-47