

頸・肩・腕・上肢神経痛治療成績

<調査期間>

2010年6月～2011年3月

頸・肩・腕・上肢神経痛を主訴とし外来を受診した65名を治療期間中調査したもの。

<治療条件・評価法>

腰・下肢神経痛治療成績（別項）に準ずる。

ただし、頸・肩・腕・上肢神経痛は過半数が一度きりの治療で寛解してしまうため、それ以降来院しない患者がかなり多い（治ったら来院しなくてもいいとムンテラしているため）。よって一度のブロックで完治していても調査できずにデータ化できなかった水面下の症例数が非常に多い（治った後にお礼をいいに来る患者、別の疾患や再発で再来院した患者の場合のみ症例数に加算される）。よって本来の治療成績はこれよりも優れ、今回の治療成績は実際よりも相当低く見えていることを念頭に入れておいていただきたい。

<治療法>

65名はその全例に頸椎神経根ブロックを行った。ただし、その手法は従来のように透視下に造影剤を用いてブロックする方法ではなく、指圧により頸部の横突起を触れ、その横突起直上を走る神経根にブラインドでブロックするという私独自に開発した注射法である（頸神経根は横突起に固定されているため、非常に的（神経根）に当たりやすい）。また、神経高位を決めるための診断法も、私が独自に開発したDRG Tinel法を用いて障害神経を同定し、ブロックを行っている。この手技については「新たな慢性疼痛診断法 DRGTinel」を参照されたい（慣れれば誰にでもできる手技である）。この治療法のコツなどはまた改めて解説する。



↑筆者が開発した頸神経根ブロックを行っている様子

<症状判定>

ビジュアルアナログスコアを用いている

もっとも苦痛に感じたときの苦痛を数字の 10 と表し、半分程度に苦痛が減れば 5、完全に苦痛が改善すれば 0 とする。そして現在の苦痛を数字で表す方式。これを痛みとしびれ（だるさ）のそれぞれを別々に数字で表してもらっている。それらが基本的に 3 以下の状態が 1 か月以上続くという厳しい条件で治療効果 5 としている。

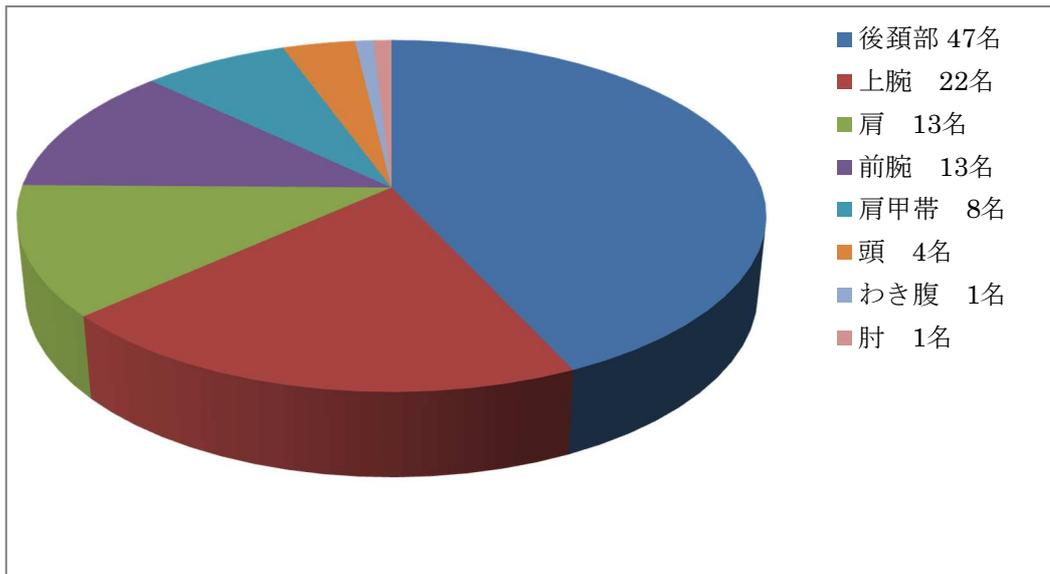
<肩関節挙上の評価>

肩関節の挙上の調査ではおおむね前方挙上 135° 以上を挙上○、90-135° を挙上△、90° 未満を挙上×としている。

<患者の内訳>

■年齢：32-89 歳（平均 67.0 歳）、男性 16 名 女性 49 名

■部位



■症状

痛み、肩の凝り：64 名、しびれ・筋力低下（知覚異常）：17 名、肩挙上困難：16 名
解説：詳細は症状別に後ほど示していく。

<治療成績データ分析>

頸・肩・腕・上肢症状は種々の疾患が複合している。今回の調査では患者の原因疾患として頸神経痛、線維筋痛症、肩関節周囲炎、テニス肘、手根管症候群などが複合していると思われるが、複合症状を前提として、**全員**に頸神経根ブロックを行い、症例に応じて肩峰

下滑液包内注射（以下 SAB）12 名、トリガーポイント注射 2 名などを行っている。なぜ症状と疾患を混同したまま全員に頸神経根ブロックという同一の治療を行っているか？については後ほど詳しく説明する。

すなわち、今回の治療成績は上半身（上肢）の諸症状に対する、私が開発した頸神経根ブロックの治療成績であると言ってもよい。以下に総合成績を示す。

■総合判定

総合判定	5	4	3	2	1
患者数	54 名(83.1%)	7 名(10.8%)	0 名(0.0%)	2 名(3.0%)	2 名(3.0%)

1=無効

2=多少の長期的軽快を得られた

3=満足とまではいかないが長期的軽快を得られた

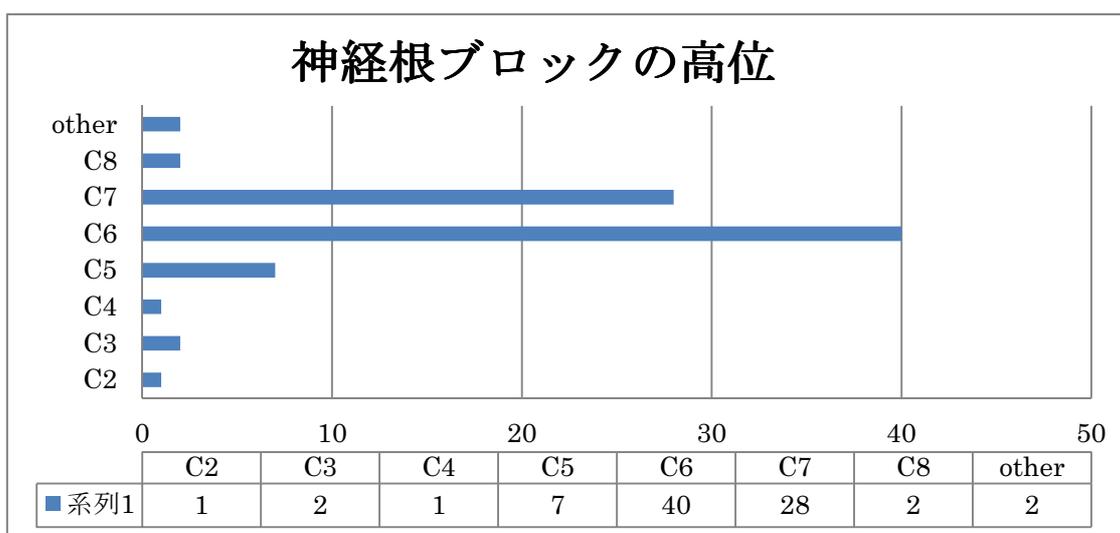
4=症状の半分は改善し長期的軽快を得られた

5=ほとんど症状が改善しそれが長期的に続く

長期的とは 1 か月以上のことを示す。1 か月以上立って出現した症状は再発と定義。

解説：おそらく度肝を抜くほど優れた治療成績である。この治療成績は、これでも過小評価していることを忘れないで欲しい（一発完治の症例が相当数抜け落ちたデータになっているため）。実際はこれよりももっとよい。総合判定 5+4 を治療効果ありとすると、93.9% の治療成績である。これは私が腰・下肢に対して行った治療成績（効果あり 85%）よりもかなり高く。上肢の治療には神経根ブロックが驚くほど効くことを示している。

■頸椎神経根ブロックの治療高位



解説：頸神経根の治療箇所はすなわち「どの神経根が障害されやすいか？」を反映する。

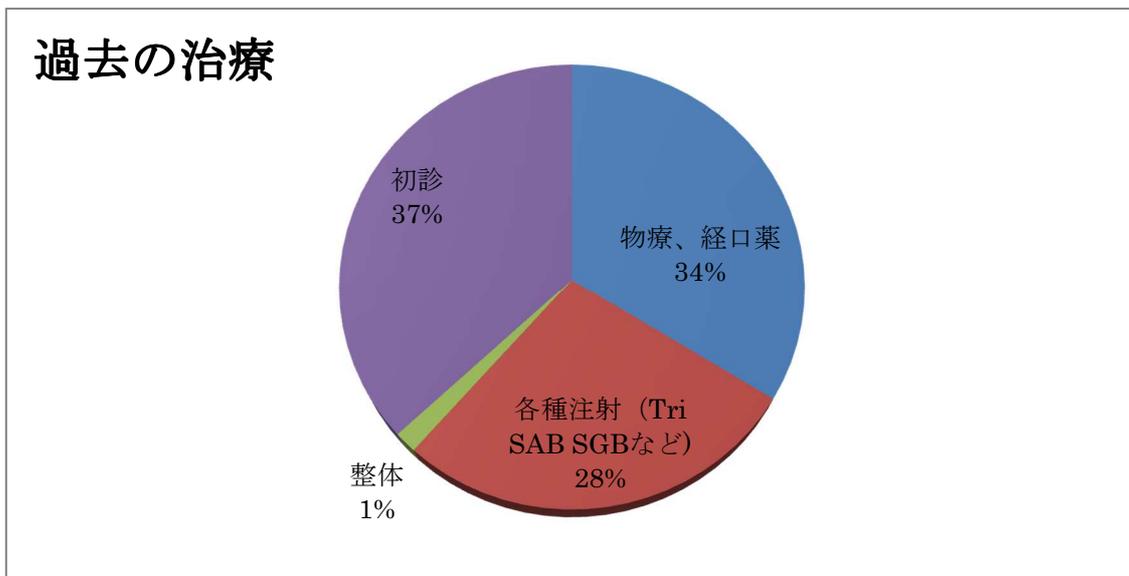
■治療回数

治療回数	1回	2回	3回	4回	5回	6回以上
患者数	23 (35%)	8 (12%)	5 (8%)	4 (6%)	3 (5%)	22 (34%)

全体平均：8.0回

解説：私の行う頸神経根ブロックは患者にとって痛みがきわめて少なく、侵襲もリスクも少ないため、マッサージ感覚で、症状が完全に消失するまで何度も来院することが多い。ここでは1回完治が23名(35%)となっているが、このうち2名は1回の治療で加療を中断してしまった。よって一発完治の症例数は21名(32%)。実際はこの倍近く一発完治の症例がいると思われる。が、一発で完治した患者は来院しないためデータがとれない。

■現疾患への治療の既往（過去に行っていた治療）



解説：私に初めてかかる患者は24名(37%)。しかし、大半は他の医者が治療しても改善しなかった患者たちである。特にトリガーポイント注射などの積極的治療を行っても、症状が改善しなかった患者が22名(28%)と少なくない。上肢、肩甲帯、頸部の疾患が、これほど治りにくい難治性のものであることがわかる。その難治性の疾患を治療し、ご覧の成績を示している。

■ 罹患期間と治療成績

1 発完治の 21 名の罹患期間

1M 未満	1-6M	1Y	3Y	5Y	10Y 以上
8 名	5 名	1 名	1 名	1 名	5 名

平均罹患期間 = 38.0M

解説：腰痛関連疾患の治療成績は症状が慢性であるほど治療に抵抗性があるという結果であった。しかし頸椎関連疾患では症状が慢性化しているかしていないか？にかかわらず、治療成績は一定して良好である。65 名全体の平均罹患期間は 46.7M。それに対し、治療無効群（治療総成績 1+2）の 4 名の平均罹患期間は 19.3M。不思議なことだが、罹患期間と治療抵抗性の間には全く相関がない。

おそらく頸椎の疾患は、腰椎の慢性疾患でみられる癒着性くも膜炎などの不可逆的な状態になりにくいのだろう。頸椎周辺疾患は罹患期間によらず、きちんと治療すれば完治しやすいということを意味している。

< 症状別治療成績 >

■ 痛み・凝り

全 65 名中、64 名は痛みや凝りの症状を持っていた。この 64 名の治療成績は以下。

治療判定	5	4	3	2	1
患者数	54 名(84.3%)	7 名(10.9%)	1 名(1.6%)	1 名(1.6%)	1 名(1.6%)

解説：凝り・痛みは、上肢・頸部・肩甲帯の症状の中の主症状である。それらは発生場所に関わらず。神経根ブロックで完治に近い状態になる。完治とは最低でも注射の効果が 1 カ月以上継続している状態と定義している。トリガーポイント注射ではこのような治療成績は決して得ることができない。

■ しびれ・麻痺

しびれ・麻痺（筋力低下）を合併した者は 65 名中 17 名であった。17 名の詳細を示す。

年齢	性別	罹患期間	症状	治療1	結果1	特殊治療	総合判定	治療回数
71	M	6	両手痺れ・握力低下 MMT4+	bilC7	痺れ=2 握力全快		5	5
55	M	36	両手しびれ	ltC6 C7	無効	根気なし	1	1
60	F	120	両上腕しびれ	bilC6	痺れ=0		5	20
72	F	120	両上肢しびれ	bilC7	しびれ=0		5	25
89	F	18	右橈側しびれ だるさ	rtC6 rtC7	無効	頸部硬膜外ブロック クモ無効	1	20以上
70	F	0.3	右橈側しびれ	rtC7	一発完治		5	1
64	M	120	右尺側しびれ	rtC6	一発完治		5	5
65	M	1	左母指まで痛みとしびれ	ltC6	無効	根気なし	5	1
70	F	168	左母指対立筋力低下 MMT4- 左上肢しびれ	bilC6 手根 管注	左上肢しびれ=2 左手 しびれ=8 左母指筋 力=8 しびれ=3		5	14
55	F	120	左橈側しびれ 左手・指伸 展筋力 MMT4-	bilC7 ltC6	左橈痺れ=1 左手 MMT5-		5	35
45	F	12	左尺側しびれ、Wrist (Ext.Flx.MMT4+)	ltC5,C7 rtC6	無効	ADL に問題あり (酷使する)	1	30
56	F	3	左 1-3 指しびれ 屈筋筋力低 下 MMT4	bilC6	しびれ=2 筋力 =MMT5	マニピュレーション で発症	5	26
67	F	24	bilC7 のしびれ 両手指がつる	bilC7	しびれ=1 つり治癒		5	10
69	M	6	左上肢全体的に MMT4	ltC7 ltC5	左上肢 MMT5		5	7
64	M	1	三角・二頭 MMT4 低下	ltC5	一発完治		5	1
32	M	1	右 1-3 指 屈筋 MMT=4-	rtC5,C6,C7	無効	手をぬらすと排尿 したくなる	1	6
73	M	22	Bicep MMT5-	rtC6	Bicep MMT5	ADL 指導を無視	5	50
Ave.		46						14.8

解説：しびれや麻痺（筋力低下）は治療抵抗性が高い症状として我々を悩まし、治療意欲をそいできた。しかし、上肢帯のしびれや筋力低下はしっかり神経根ブロックで治療すれば十分に完治する可能性があることが判明した。

ただし、治療にかかる回数は平均 14.8 回と、全体平均が 8.0 回であるのと比較すると多くかかり、一発完治となる例も 3 例と少なく、治療には根気が必要である。

17 名中 4 名は治療が無効であったが、この 4 名は他と比べ以下のように特徴的であった。

- 1、説得しても2度目の注射に応じず、1度きりで治療が終わってしまった。
- 2、頸部硬膜外ブロックを併用しても症状の改善が皆無であった。ためしに週2回のブロック、C3-C8までいろいろとブロックを行っても、少しも治療に反応しなかった。
- 3、仕事の制限を指示しても頑として守らず酷使し毎週症状を悪化させて来院。
- 4、手を水にぬらすと（冷やすと）排尿したくなるという特殊な症状があった。

治療無効群の4名はいずれも特徴的であり、無効となるには何らかの理由があるように思われた。現時点でそれが何なのかはわからない。

9番目の症例では手根管内ブロックを行って始めて完治した。よって手根管症候群の合併が考えられる。が、神経根症と手根管症候群の合併はどちらかを見落としやすいため注意が必要である。今回の症例には含まれないが、長期間放置された手根管症候群の症例に遭遇することはマレではない。

■硬結

後頸部の僧帽筋が硬くなり、硬結を触れるような症例にもしばしば遭遇する。今回、硬結を触れた症例は8名（12.3%）だった。

年齢	性別	罹患者	以前の治療	過去治療	痛み	肩関節	硬結	治療	結果	判定	回数
72	F	120	10年前からあらゆる治療で×	Tri SAB	両後頸 背部	両肩挙上×	あり	bilC7	硬結=0	5	25
79	F	48	当院でTriを4年前からほぼ毎週。とマッサージリハなど	Tri	両後頸		あり	bilC6 bilC7	硬結=1	5	23
86	F	120	10年前から両肩こりと右肩挙上痛 SAB注で痛みとれず	Tri	両後頸	右挙上×	あり	rtC6 SAB	硬結=0	5	30
66	F	240	どこに行ってもよくなりず	リハ Tri	両後頸		あり	ltC7 bilC6	硬結=0	5	2
48	F	120	当院でTri&リハ行っても無効	Tri	両後頸		あり	bilC7	硬結=0	5	4
80	M	36	3年前から当院でリハしているがよくなるらない	リハ	右後頸 右肩	右挙上×	あり	rtSAB rtC6	硬結=0	5	19
48	M	24	TA以来当院でTriリハで痛みとれず	Tri	両後頸 背部 頭痛		あり	bilC7	硬結=0	5	30
49	F	24	当院でTri&リハ行っても無効	Tri	両後頸こり		あり	ltC4 rtC6	硬結=10	1	6

Tri=Trigger Point Injection SAB=Subacromial Bursa Injection

解説：後頸部硬結を触れる症例では有意に罹患期間が長い傾向があることがわかる（全症例が2年以上）。そして治療歴として8例中7例がトリガーポイント注射を受けているが治っていない。つまり極めて治療抵抗性が高い病態であることが分かる。

しかしながら、その硬結も神経根ブロックでほとんどが完治し、硬結を触れなくなる。このような治療の観点からすると、硬結の根本原因は筋肉線維にあるのではなく、神経由来であると推定せざるを得ない。よってこの結果は線維筋痛症という病態が正しいかどうか？その診断名の存在を揺るがす。このことは診療に当たる医師各自が真実に目を向ける必要がある。特に線維筋痛症という分野は医療ビジネスの儲け柱となっている。真実に目を向けることは痛みを伴うかもしれない。

ただ、最後の1例は治療に抵抗した。この1名は本当に筋肉の線維化が起こっているのかもしれない。

特筆すべきは硬結を伴っている症例は肩の動作時痛も伴っている例が多かったということ。この意味は不明である。

■肩関節周囲炎

肩の可動範囲が低下し、挙上困難を合併している例が65例中16例と決して少なくない。そのうちの半数である8例ではSAB注射では症状が改善しないことを確認した（注射が失敗している可能性も否定できないが）。

しかし、それよりも驚くべきことは、肩の疾患にもかかわらず、神経根ブロックのみで可動域が改善してしまうことである。この不思議な現象は別立てて症例報告でまとめることにする。

ここではさらっと述べておくにとどめるが、SABのみでは肩の痛みや挙上不可である症例を頸神経根ブロック単独、またはSAB+頸神経根ブロックで、完治させることができるということである。

治療成績は5が13名、4が1名、3が2名。SABが無効という難治性の症例は8名いたが、その難治性肩関節周囲炎の症例でさえほとんど完治した。

この結果より、肩関節周囲炎には頸椎神経根症が合併している場合が少なくないことがわかる。さらに肩関節周囲炎様の症状を呈しながらも、その症状は頸椎神経根症が起源であることも少なくないということである。このことを知らずにがむしやりにSAB注射だけを行っていても、治療は不完全で終わる。

<まとめ>

頸・肩・腕症候群は日常茶飯事に経験するがその原因のはっきりしたところはわかっておらず、治療法も確立されていない。線維筋痛症という推測の域を脱さない病態（病名）を主張する医師も散見し、各種トリガーポイント注射もよく行われるが、トリガーポイント注射のみでは寛解しない患者が実に多い。

医師がこれらの病気をトリガーポイント注射などの簡易な方法で完治させることができるのなら、マッサージ店、鍼灸、整体、接骨院などは廃業をせまられるが、全国には整形外科医院の数よりも圧倒的多数のパラメディカルの店が健全経営している。この事実は整形外科医がトリガーポイント注射やその他の保存療法で頸・肩・腕症候群を治癒させることができていることを実質証明している。

その一方でペイン科の医師は頸・肩・腕症候群を頸部硬膜外ブロックや頸部神経根ブロック、星状神経節ブロックを用いてがんこな頑固な肩こりの多くを徹底的に寛解させているが、その事実を整形外科医はあまり認識しておらず一般の患者にも知られていない。

トリガーポイント注射やマッサージなどでは治らず、神経ブロックで完全寛解する実態を考えれば、頸・肩・腕症候群の原因は筋肉由来ではなく、神経根の炎症であると推定できるが、整形外科医はそういった現実から目をそらし、これだけ多くの有病率のある頸・肩・腕症候群を大した病気ではないと捨て置く傾向がある。

ただし、事実、ペイン科で大半を寛解させることのできる頸・肩・腕症候群ではあるが、注射のリスクが極めて高い頸部硬膜外ブロックや頸部神経根ブロックを安易にできるわけがなく、星状神経節ブロックも安易にすすめられるものではない。

肩こりに対してリスクの高い神経ブロックの適応は極めて低い。低いがゆえに肩こりを治療しにペイン科に行く者は圧倒的に少なく、その結果、整形外科からあふれ出た有病者はカイロや接骨、鍼灸へと行く。

こういった現状の隙を突くようにして線維筋痛症という概念が広まり、いまだに頸・肩・腕症候群を筋肉・筋膜炎の痛みとする古い考え方が蔓延している。もちろん、そうした概念が適応される症状もあると思われるが、上記の私の治療成績をご覧になれば、考え方を変えざるを得ないだろう。

また、筋痛にトリガーポイント注射が効果を発する原理も軸策反射の抑性というシステムで説明がつくようになってきたので、そちらのほうも参考に（「神経因性疼痛と治療」）してほしい。

私は独自に傍頸神経根ブロックという全く新しいブロック手技を開発した。それはリスクが極めて少なく、外来で十数秒で手軽に行え、そして完全寛解させることができる驚異的な治療法である（今後は爆発的に普及すると思われる）。

頸・肩・腕症候群のほとんどが神経痛であるという分子化学レベルの証拠はないが、神経根ブロックでこれほどまで劇的に頸・肩・腕症候群の症状を寛解させることができるという事実から、逆行性に原因を推察すれば、その痛みの原因は神経根由来であるということにたどりつかざるを得ない（「治療の医学」参）。

この論文を信じるか信じないかはどうでもいいところである。なぜならば実行してみれば本当に完治させることができることを知るからだ。私は誇張などしていない。そして私

の開発した頸神経根ブロックは、コツを知れば整形外科医、ペイン科医以外でも誰にでもできる。

■今後の展開

私の開発した頸神経根ブロックは星状神経節ブロックと似ている。実際にこのブロックを行うと、眼瞼下垂や嘔声が起こる。つまり交感神経にまで表面麻酔薬が浸潤することをしばしば確認する。つまり、わざわざ交感神経と言う深部の神経節まで針を刺入するという危険を侵さずとも、私のブロックで同様の効果を得られる。

同時に私はこのブロックを C2,C3,C4 に行うことでさまざまな難治性の頭痛を治療した。

頭痛だけではなく、耳鳴り、めまい、突発性難聴にも有効である。さらに自律神経失調症にも症例を広げて、その効果がどこまで及ぶかを研究中である。が、かなり有効であるとだけ今は述べておく。適応範囲は極めて広い。そして医者ならば信じないであろうほどの抜群の効果を発揮する。

別に信じなくともよい。あなたがこのブロックを実際に行えばわかることである。なにせ簡単にできるのだから。意地やプライドを張る必要はなにもない。手技の詳細は別に示す。