

肩関節周囲炎に神経根ブロックが著効する症例

<はじめに>

現在行われている肩関節周囲炎の治療の主流は物理療法、消炎鎮痛薬（経口薬）、そして肩峰下滑液包内注射(以下 SAB 注と記す) である。しかし、これらを行っても肩の痛みや可動域が改善しない症例は全く少なくない。

私は今回、他医での治療で治らなかった難治性の肩関節周囲炎の症例に頸椎神経根ブロックを単独で行う、または SAB 注と併用することで完治させることができたので報告する。

肩関節周囲炎に頸椎神経根ブロックが著効するという事実は、難治性の肩関節周囲炎には頸椎神経根症が合併している例が少なくないことを証明している。今後は難治性肩関節周囲炎に遭遇した際は、私の推奨する（簡易方式の）傍神経根ブロック（詳細は別に示す）を行うことをお薦めする。

<治療成績の解説>

調査期間：2010年6月～2011年3月

肩痛・挙上困難などを主訴とし、私の外来を受診した16名を治療期間中調査したもの。本来は16名以上の症例があったが、一度で完治した患者はその後に外来を訪れることがないため調査数が限られてしまう。よって実際はここに示した治療成績よりもはるかによい。

年齢は46歳から86歳（平均年齢68.1歳）男女比（1：3）

治療評価 前（側）方挙上が90°未満を挙上×、90-120°を挙上△、120-180°を挙上○とした。

結帯動作は Jacoby line 以上を結帯○、以下を結帯×とした。

疼痛の評価はしていない。挙上できれば痛みがない（ほとんどない）とした。

リハ＝物理療法、Tri＝トリガーポイント注射、SAB＝肩峰下滑液包注射、

lt＝左、rt＝右、bil＝両側、C6＝第6頸椎神経根ブロック、C7＝第7頸椎神経根ブロック

注射液内容：<SAB注>1%キシロカイン4ccをベースにケナコルト10mgを適宜追加

<頸椎神経根ブロック>1%キシロカイン2ccをベースにケナコルト10mgを適宜追加

治療評価

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（挙上90°以上）

4＝症状の半分は改善し長期的軽快を得られた（挙上120°以上）

5＝ほとんど症状が改善しそれが長期的に続く（挙上135°以上）

年 齢	性 別	罹患 (M)	以前の治療	過去 治療	痛み	肩関節	治療1	結果1	治療2	結果2	判 定	治療 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 ×	bilC7	両肩挙上○			5	25
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 SAB	両後頸	右挙上×	bilC7 rtC6 SAB	右肩挙上○			4	30
46	M	240	当院でリハ&Tri&SABで無 効	Tri SAB	左肩	左挙上△	ltC7 LtSAB	挙上○			5	10
66	F	36	当院でリハ&Tri&SABで無 効	Tri SAB	右肩 両肩こり	右挙上×	bilC6	挙上△			3	12
59	F	4	当院でリハ行うも無効	リハ	右肩 右上腕	右挙上×	rtSAB	無効	rtC6,7	挙上○	5	2
89	F	24	当院でリハ行うも無効	リハ	右肩	右挙上×	rtSAB	無効	rtC6,7	挙上○	5	2
62	F	12	当院でリハ行うも無効,2w前 右腕捻って右肩痛	リハ	右肩	右挙上×	rtSAB	無効	rtC6 rtSAB	挙上○	5	3
77	F	3	3M前転倒後当院でリハ行 うが右肩痛とれず	リハ	右後頸	右挙上×	rtSAB	無効	rtC6	挙上○	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×	rtSAB	無効	rtC6	挙上○	5	19
75	F	60	当院でリハ行うも無効	リハ	両肩甲 右肩	右挙上×	bilC6	挙上△	rtSAB	挙上○	5	2
59	M	120	当院や他の接骨院で無効	リハ	左後頸	左挙上×	ltC7	一発完治			5	1
72	F	8	当院でリハ行うも無効	リハ	両後頸 両肩	結帯×	bilC7	挙上△	bilC6	結帯○	3	7
80	F	36	当院でリハ行うも無効	リハ	右後頸 右肩	右挙上×	rtC6 rtSAB	二発完治			5	2
69	M	6	初診		左上腕 左肩	左挙上×	ltC7 lt C5	挙上○			5	7
49	F	2	初診		右後頸 右肩	右挙上×	rtC5 rtSAB	一発完治			5	1
48	F	36	初診		右肩 右後頸	右挙上×	rtC6,C7 rtSAB	一発完治			5	1

16例は4Groupに色分けしてある。色分け分類は以下のようである。

A Group	他の医師が Tri や SAB などあらゆる治療をしても治らなかった難治性群
B Group	リハなどで治らず、私が SAB を行っても治らなかった難治性群
C Group	リハなどで治らず、私が初回診察時より神経根ブロックを行った群
D Group	全くの初診で、初回より神経根ブロックを行った群

<解説>

■治療成績

治療回数は平均で8回。A~D群での治療成績の差はなく、SAB注と神経根ブロックを併用した治療で16名中14名(87.5%)が治療判定5を得た。一度の治療で完治した患者は来院しないためカウントされない。そのため実際は治療成績が5となる者の数は90%を軽く超えると推定される。

■罹患期間と治療回数

罹患期間はA群が長く平均で129.0カ月、B+C群で平均33.7カ月、D群で平均14.7カ月。しかしながら罹患期間が長くても治療回数(神経根ブロック)を重ねれば完治に近い状態になることが判明。根気さえあれば慢性の肩関節周囲炎も完治に導けることを証明した(完治とは1カ月以上症状改善が得られている状態と定義している)。

しかしながら罹患期間の長いA群では治療回数が平均19.3回と他の群と比べてかなり増える。B+C群では平均4.7回、D群では平均3回。つまり、罹患期間が長い症例は治療に労力がかかることが判明した。

■SAB注が無効の難治性肩関節周囲炎

A群は他の医師のSAB注が無効群。B群は藤田医師が行ったSAB注が無効群。どちらも治療成績に差はなく、神経根ブロックを行うことで寛解させることができた。A+B群は9症例と全体の56.3%と過半数を占める。

症例数が少ないとはいえ、SAB注では治らない肩関節周囲炎は想像以上に多数存在する可能性がある。この現実には肩関節周囲炎の既存の概念を覆す。つまり、肩関節周囲炎と思われていた疾患が、実は頸椎神経根症の一つの症候である可能性が高いという意味である。

過半数がSAB注で治らないという事実を軽く考えてはいけない。

また、C+D群は藤田初診時より神経根ブロックを単独、または併用した群であるが、この群の中にもSAB注が無効である症例が含まれているはずである。そう考えると、SAB注で治らない肩関節周囲炎は相当な割合で存在すると思われる。

同様に私は変形性膝関節症が膝関節内注射では治らない症例が約4割に存在することをつきとめている。これらは同じパターンなのでしっかり参照してほしい(「膝関節内注射が

著効しない変形性膝関節症患者の徹底調査」参)。

■肩関節周囲炎が神経根ブロック単独で完治する症例の検討

上の 16 名のデータのうち上から数えて 1,4,11,12,14 番目の症例 (合計 5 例) は神経根ブロックを単独で行ったのみであることに注目してほしい。5 例のうち 3 例は治療成績 5。他の 2 例は成績 3 とあまりよくなかったが、12 番目の症例は結帯に関しては治癒している。

つまり、肩の可動域が低下しているという「どこからどう見ても肩関節周囲炎」である症例に、神経根ブロックが「完治させる治療」として成立している。この結果にはむしろ私自身が驚いている。

というのも、私は患者に対し、「肩凝り」を治療する目的で頸神経根ブロックを行ったにもかかわらず、肩こりだけでなく挙上困難が治ってしまうからだ。

私はこのような治療経験より、肩関節周囲炎の中には、神経根炎の症状が肩の可動域を低下させてしまう場合が少なくないことを知る (このようなことがなぜ起こるかについての考察は別に詳細を記す)。

神経根の炎症で肩の可動域が低下するというような病態生理があることは、まだ世界で報告されていない。

私のこの報告が真実だとすると、肩関節周囲炎と診断された症例の中には誤診が少なくないことになる。そして誤診とは知らず、肩の関節鏡の手術を受けても治らなかった被害者は世界に多数存在することになる。このような痛い真実を、医学者たちはそう簡単に受け入れられないであろうから、当面、私の報告は正当に扱われないだろう。そういう世の動きも理解できる。

■考察

肩関節周囲炎の主症状は挙上困難であることは言うまでもない。医師は患者が腕の挙上困難を主訴に来院すると、ほぼ間違いなく肩関節周囲炎と診断する。

肩関節周囲炎の病態生理は腱板損傷、肩峰下滑液包の炎症、それらによるインピンジメントであり、その結果生ずる痛みと可動域制限である。だが肩の痛みと可動域制限が神経根炎単独でも起こりうるということが真実であれば、これまでの診断に誤診が非常に多かったということになる。

神経根炎が原因の肩痛、可動域制限には SAB 注射が無効であるのは当たり前。そしてリハビリにより可動域を改善させて行こうとする試みも有効打とはなりえない。もちろん、関節鏡も全く無意味。よって現在、肩関節周囲炎に対する無意味な治療が世界中で行われている。

今回の 16 例の調査では神経根ブロック単独で症状改善が 1 カ月以上得られた (完治と定義している) 例は 4 例以上であった。つまり 25%以上の肩関節周囲炎様症状患者が、実は頸椎神経根症であった可能性がある。

そして、過半数で SAB 注射が無効というデータまであり、それらは神経根ブロックで完治した。

さて、この結果をすぐさま肩関節周囲炎の誤診につなげることは無理だと言うことはよく知っている。

その理由は

- 1、SAB 注射が無効と言うのなら、毎回、SAB 注射内に造影剤を混入し、きちんと SAB 内に注射溶液がミスなく注入されていることを XP 撮影を行って確認しなければならない。本症例ではそれをしていない。
- 2、神経根性（神経因性）疼痛のメカニズムが、現代医学でまだまだ解明に至っていない。よって、ブロックで完治できたからといって、これらの症状が肩関節周囲炎ではないと断言することはできない（「治療の医学」を参）。
- 3、痛み、可動域、筋力低下、しびれ、腱反射、神経伝導速度など、各種神経根性と断定するためのアプローチがなされていないため、このデータで神経根炎が原因と決めつけるには横暴すぎる。

これらの理論より、私の症例報告は形骸化されることを認識している。よって私が「肩関節周囲炎に誤診が多い」とどれほど叫んでも、整形外科の教科書が覆ることもないことを知っている。

自分の研究を正当化するために、患者にモルモットになってもらうなんてことは私の中の医の倫理が許さない。

だが、私はそんなことには一切興味がない。少なくとも肩関節周囲炎の半数以上が、今までの治療では治らない。そして私の治療を行えば 90%以上で完治する。この症例報告で十分である。残りの 10%も最近の技術で治すことに成功している（関節内注射併用）。

私は教授でもなければ、基礎医学者でもない。論文などどうでもよいことであり、ただ患者を治療することに日々全力を尽くした結果を示しているのみである。

これまで治らなかった肩関節周囲炎が神経根ブロックで治る。そこに詐欺も誇張も自己顕示欲もない。私の症例報告が形骸化されても、真実はいずれわかるし、こういう発表は真実をあぶり出すための起爆剤にはなるだろう。

■肩関節周囲炎の新治療法

本症例報告のうち 2 例は納得いく治療成績が得られなかった。私はこの結果を真摯に受け止め、肩の痛みと可動域低下の原因となる病態に、さらに他の原因が絡んでいると推測している。

他の原因とは…関節症である。肩は荷重関節ではないので関節症は起こりにくいとされている。よって肩の可動域が低下している症状の治療に、肩関節内注射が選ばれることはめったにない。

もともと肩関節周囲炎と肩関節内の炎症は病態が異なるもの。この二つが合併しているという考え方は、現医学にはない。だが、もしも合併していれば…SAB注でも神経根ブロックでも治らない症例が存在するはずである。

こう考えた私は「難治性の肩が挙上できない患者」には最初からSAB注と神経根ブロックと肩関節内注射の3つの治療を同時に行っている。さらに、上腕二頭筋長頭腱炎などが疑わしい場合は4カ所同時治療も行う。

そして現在の私の肩の治療成績は100%となった。つまり、挙上困難で私の元にやってきた患者は100%治る。

治療回数が多くかかった例もあるが、とりあえず、私の前に「肩が挙上できない」という患者が来院した場合、その全員を挙上できる状態に導けるようになった。この記録はいつまで続くかわからないが、今のところ継続中である。

■私のつぶやき

私は肩の専門家ではないので、他にもさらに未知なる難治性の肩関節周囲炎があることだろうし、100%完治の記録更新はそのうち中断する。「私は100%絶対に治せる」と言っているわけでもない。

だが、私は難治性の患者を治療することを自分の専門と考えている。あらゆる痛みに関して真摯に全力で取り組んでいる。1度に4カ所の注射なんて、保険では認められていない。よって保険外治療は常に無料奉仕で行っている。パートの医師でありながら無料奉仕するのであるから経営者からは嫌がられるだろう。よってクビにもされる。

私の治療成績が格段に高いのは、クビになることを決して恐れず、徹底的に治療する精神があるからである。

不屈の治療精神から生まれる治療法はそうそう他の医師にはまねができないであろう(社会的な制約があるため)。そして、当然ながらそこから生まれた治療理論は、なかなか信じてもらえないだろう。さらに、これらの治療理論は、偉大な教授陣が考えだした既存の理論を覆すことだろう。

私は教科書が大きく覆されて、そこにしがみついて必死に研究している研究者たちのプライドを傷つけることはしたくない。

よって私の打ちだす様々な新理論、新仮説は、信じなくてもよい。

ただただ、本気で患者を苦痛から救ってあげようと思っている医師の目にのみ、この文章が届けばいいと願っている。信じてくれた医師は多くの患者を救えるだろう。