

## 症例報告

# 肩痛の鍼治療継続中に経験したリウマチ性多発筋痛症例

内田大司、濱田淳、和田恒彦  
筑波大学理療科教員養成施設

### 要旨

【目的】肩関節周囲炎として治療を開始した肩痛が、治療継続中にリウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica、以下PMR) と診断された例を経験したので報告する。

【症例】81歳女性、頸肩部のこりと腰痛で、数年前から定期的に当施設に来療されている方で、新たに右肩痛を訴えた。

右肩痛発生時に、筋力低下がないこと、主訴部位以外に動作時痛がないこと、感覚異常が認められず、外傷の疑いはなく、可動域制限があること、圧痛が三角筋にあることから、肩関節周囲炎あるいは三角筋付着部炎等、軟部組織の問題と判断して治療を開始した。治療開始後7か月には右肩痛が強くなった。治療初期に手掌紅斑が出現していたことから、医療機関受診を勧めていたが、本人が受診をためらっていた。8か月後には、肩痛が両側になり、股関節痛も感じるようになった事から再度医療機関の受診を勧めた。その後、医療機関により「PMR」と診断された。

PMRは、主に肩や大腿部の体幹近位関節部に疼痛を訴える炎症性疾患と考えられている。一方、肩関節周囲炎も同様に腱板や滑液包などに炎症性の疼痛を示すことから、肩関節周囲炎との鑑別が重要である。本症例では鍼治療を継続してはいたが、強い痛みを感じていたこともあり、鍼治療に対する疑念を抱かせる原因となり苦慮した。

PMRは医師の治療により劇的に改善する疾患であることから、疑わしい時には医療機関の受診を勧めるべきである。

【結論】鍼灸臨床において、中高齢者の肩痛はしばしば経験する症状であるが、痛みの原因としてリウマチ性疾患も考慮する必要がある。

キーワード 高齢者、鍼、肩痛、肩関節周囲炎、リウマチ性多発筋痛症

## I. はじめに

鍼灸臨床において、中高齢者の肩痛はしばしば経験する症状である。その際、痛みの原因としてリウマチ疾患も考慮する必要がある。

今回、肩関節周囲炎として治療を開始した

肩痛が、治療継続中にリウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica ; PMR ; 以下PMR) と診断された例を経験したので報告する。

## II. 対象および方法

1. 症例：81歳 女性

2. 愁訴：右肩痛
3. 現病歴：本例は、頸肩部のこりと腰痛で、数年前から定期的に当施設に来療されている方で、新たに右肩痛を訴えた。
4. 既往歴：特記事項なし
5. 薬物：降圧剤
6. 現症 1) 身長：161cm 2) 体重：57kg 3) BMI：22 4) 血圧：100/70 mmHg（座位） 5) 脈拍：57bpm
7. 生活因子：特記事項なし
8. 家族歴：特記事項なし
9. 問題リスト 右肩痛
10. 主観的データ

日常生活での動作時に右肩外側部に痛みを感じる。（図1）

#### 11.客観的データ

- 1) 陽性および異常所見
  - 可動域 右肩屈曲100°
  - 運動痛 右肩関節屈曲100°で三角筋部（図1）に痛み
  - 圧痛：三角筋停止部付近（図1）
  - 手掌紅斑
- 2) 正常および陰性所見
  - 肩関節周囲の発赤、腫脹、熱感、夜間痛、自発痛
  - 肩甲帯の筋萎縮
  - 運動痛 右肩伸展 外転
  - 上肢MMT（左右）：屈曲、伸展、外転



図1 右肩筋痛部位

頸肩部および上肢の感覚異常  
 ジャクソンテスト  
 スパーリングテスト  
 スピードテスト  
 ヤーガソンテスト  
 ダウバーンテスト  
 ペインフルアークサイン

#### 12. 評価

右肩痛発生時に、筋力低下がないこと、主訴部位以外に動作時痛がないこと、感覚異常が認められないことから、神経性の問題は除外した。外傷の疑いはなく、可動域制限があること、圧痛が三角筋にあることから、肩関節周囲炎あるいは三角筋附着部炎等である可能性が高いと考えた。まずは軟部組織の問題と判断して治療を行った。

#### 13. 治療方法

- 1) 方針
  - 疼痛緩和を目的とし、その結果可動域改善を図る。
- 2) 方法
  - 使用鍼は50mm 20号、60mm 20号のステンレスディスプレイザブル（セイリン社製）を用いた。低周波鍼通電療法（1Hz、15分）を主として三角筋中部線維に対して行った。また適宜、三角筋前部線維など必要に応じて単刺も行った。

### Ⅲ. 経過

治療開始1か月後まで、右肩関節の可動域制限に変化はなかった。新たに右肩前部線維部（図2）にも痛みを感じてきた。また、手掌紅斑の訴えがあり、肝臓の問題を考え、医療機関の受診を勧めた。

治療開始後2～5か月、当施設がコロナ感染予防対策のため休診となり、鍼治療等行わなかった。

6か月後、頸肩部のこりおよび痛みが強くなっており、頸部の左右回旋が痛みで20°以上はできなくなっていた。また、伏臥位での



図2 右肩痛部位

治療中（約15分）に腰痛が発生した。きっかけもなく、頸肩部痛や腰痛の症状を強く感じていることから、低刺激での治療が良いと判断し、低周波鍼通電療法は使用せず単刺での治療とした。脱衣する際に右肩痛を強く感じ、頸部痛と頸椎回旋制限が続いた。起床時や歩行の際に股関節のこわばりを自覚した。来療の際には、股関節可動域制限を疑わせる歩容であった。また、他動で股関節屈曲制限も伴った。右肩可動域は150°に改善していた。

7か月後、腰痛は徐々に緩解していったが、右三角筋停止部・三角筋中部線維起始部での痛みが強くなり、ご家族と患者様から「鍼治療の影響ではないか」と疑われた。痛みが緩解せず増悪したため医療機関の受診を勧めた。その1週間後、強い肩痛が治まらないため、「鍼の影響ではないか」と電話で相談を受けた。当時の状況や医療機関を受診することを含め説明するため、再度当施設に来られるよう依頼した。来療の際には、杖歩行であり、股関節の痛みを強く感じていた。1週間ほどで股関節痛が急性増悪した。また、肩痛は両側性となっていた。

このような状況を把握し、鍼治療との因果関係は100%否定できない旨の説明を行った。しかし、原因不明の痛みが増していることや健側の肩にも症状が出現していることが

ら、医療機関受診を行うように説得した。その説得やご家族の心配によって1週間後に整形外科を受診し、数日後の検査結果で「PMRと診断された」と9か月後の来療時に報告を受けた。

強い両肩痛が生じてからは、炎症が強くなっていると判断し、鍼治療を中断し、痛みの強い部位を避けての灸治療とした。股関節は関節モビライゼーションを行ってきた。しかし、強い股関節痛が出現し、杖なしでは歩行困難となってからは、強い運動痛が起こるため、灸での対応とした。また、同時に医療機関受診の説得も行いながら、少しでも痛みの軽減ができないかと考えて、対応にあたっていた。

## IV. 考察

### 1. 肩関節周囲炎とPMRの病態について

PMRは、主に肩や大腿部の体幹近位関節部に疼痛を訴える炎症性疾患<sup>1)</sup>と考えられている。50歳以上に発症し、両側性の四肢近位筋の痛みが主である。現在は、MRI等検査の進歩により、全身の滑液包の炎症であることが解かってきている。PMRの病態については、肩痛をしばしば発症すると報告<sup>2,3)</sup>があり、肩関節周囲炎との識別が重要になる。

PMRの診断は、従来からBirdらの診断基準<sup>4)</sup>があり（表1）、両側の肩痛が診断基準

表1 PMRの診断基準（Birdら，1979 文献4を改変して引用）

1	両肩の疼痛 および/または こわばり
2	2週間以内の急性の発症
3	赤沈値40mm/時以上
4	1時間以上持続する朝のこわばり
5	65歳以上
6	抑うつ症状 および/または 体重減少
7	両上腕部の圧痛
	上記7項目中3項目以上を認めた場合PMRと診断できる

表2 PMRの暫定分類基準 (ACR/EULAR, 2012 文献5を改変して引用)

必須条件：年齢50歳以上 両肩の疼痛 CRPまたは血沈上昇		
	点数 (USあり)	点数 (USなし)
朝のこわばり(45分以上続く)	2	2
股関節痛あるいは可動域制限	1	1
RFあるいは抗CCP抗体陰性	2	2
他の関節症状がない	1	1
USで少なくとも一側の肩あるいは股関節の滑液包炎など	1	
USで両肩側の滑液包炎など	1	
スコア4点以上 (USなし)、または5点以上 (USあり) でPMRと分類する		

に含まれている。また、2012年に提唱された暫定基準<sup>5)</sup>(表2)では、必須項目に両側性の肩痛が追加されている。さらに超音波(US)所見が取り入れられ、肩部症状として、三角筋下滑液包炎・上腕二頭筋腱鞘滑膜炎・肩甲上腕筋滑膜炎があり、股関節部では股関節滑膜炎・大転子滑液包炎がある。またPMR症例には、MRI検査やUS検査で肩峰下滑液包炎や大転子部滑液包炎が認められることが証明されている<sup>6,7)</sup>。疼痛部位として、西岡らの報告<sup>2)</sup>(図3)でも肩が多く出現している部位である。一方、肩関節周囲炎も同様に腱板や滑液包などに炎症性の疼痛を示

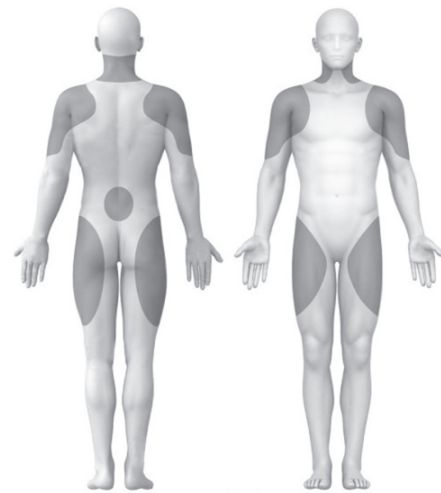


図4 本症例の筋痛部位

す<sup>8)</sup>。

このように、PMRでは両肩の痛みの出現が特徴的であるが、肩関節周囲炎とPMRの所見が類似しているため鑑別が必要で、その上で対処法を考える必要がある。本症例においても、発痛当初には、所見から「肩関節周囲炎」と判断し、治療を行った。治療後半には肩痛が両側になり、強い夜間痛へと進行し、その後、股関節にも痛みが生じた(図4、5)。このことから病態が治療途中に肩関節周囲炎からPMRへと移行したか、あるいは当初からPMRで、初発部位が右肩であったという可能性が考えられる。

## 2. PMRにおいて早期医療機関受診の必要性について

本症例では、治療当初から手掌紅斑が出現

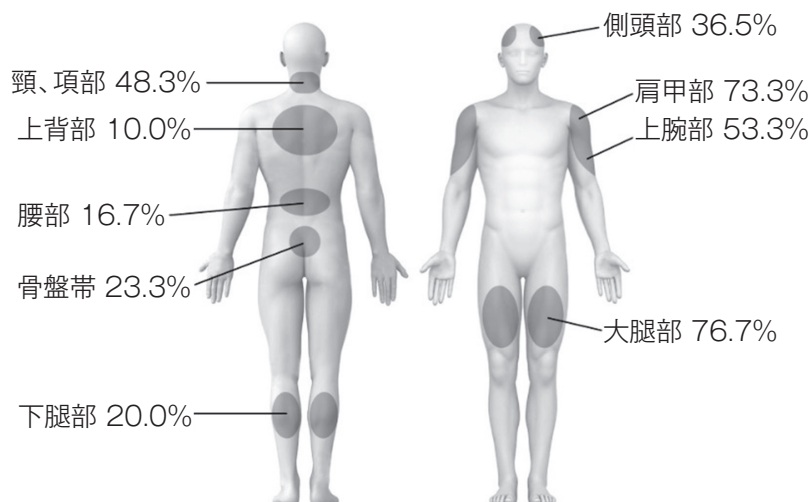


図3 本邦リウマチ性多発筋痛症の筋痛部位 (文献2を改変して引用)



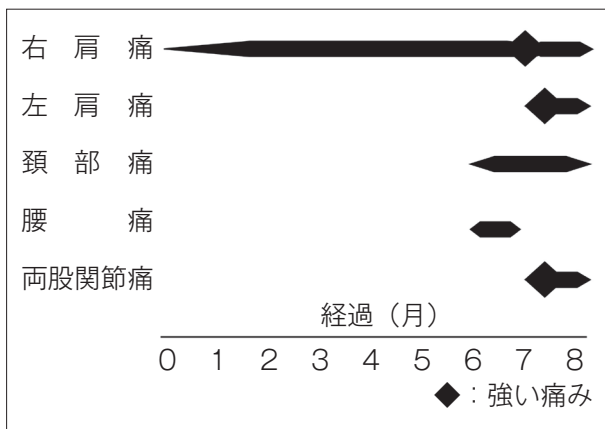


図5 痛みの経過

していたことから、医療機関受診を勧めた。しかし、本人は、受診をためらっていた。7カ月後、右肩の痛みが強くなり、鍼治療の影響を懸念していたが、再度医療機関の受診を勧めた。8カ月後、右肩痛が両側になり、その後、痛みは股関節にも生じたことから医療機関受診を再々度強く勧めた。

肩関節周囲炎との類似性やPMRの疾患概念が念頭になかったこと、さらに患者自身が病院の受診を躊躇していることが重なり、疾患への対応が遅れた。

また、PMRには巨細胞性動脈炎 (giant cell arteritis、以下GCA)、または、側頭動脈炎 (Temporal Arteritis、以下TA) の合併が報告<sup>2, 9, 10)</sup> されており、本邦ではCGAの

合併は低いですが、合併すると失明する可能性があるため、発見を遅らせることのないように注意しなければならない。CGAは、PMR同様に炎症性疾患であり、血管の炎症が血管閉塞を起こし、虚血性視神経障害の合併を引き起こし失明に至る<sup>11)</sup>。

本症例では鍼治療を継続してはいたが、強い痛みを感じていたこともあり、鍼治療に対する疑念を抱く原因となり苦慮した。PMRは医師の治療により劇的に改善する疾患<sup>12, 13)</sup> であることから、このような例では早期に医療機関の受診を勧めるべきである。

## V. 結語

中高齢者における肩痛の鍼灸治療では、退行変性による肩関節周囲炎の症状をしばしば経験するが、PMRが原因である場合があり、発見が遅れることがあるので注意が必要である。中高齢者、特に女性を治療する際、鍼灸師にはリウマチ性疾患についての知識がより広く必要と思われる。

PMRは医師の適切な診断と治療により患者のQOLが劇的に改善する疾患であり、CGAなどの合併症もあり早期発見が必要である。鍼灸臨床では、PMRも念頭に置くべき疾患であり、注意が必要である。

## VI. 文献

- 1) Michet CJ, Matteson EL. Polymyalgia rheumatica. *BMJ*. 2008;336:765-9.
- 2) 西岡淳一, 七川欽次, 中井秀記. 当科におけるリウマチ性多発筋痛症 (polymyalgia rheumatica) の病態調査と日本人における診断基準確率の必要性への示唆. *リウマチ*. 1985; 25: 265-73.
- 3) TY Chuang, GG Hunder, DM Ilstrup, et al. Polymyalgia rheumatica a 10-year epidemiologic and clinical study. *Ann Intern Med*. 1982;97:672-80.
- 4) Bird HA, Esselinck W, Dixon AS, et al. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis*. 1979;38:434-9.
- 5) Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, et al. Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*.

- 2012;71:484-92.
- 6) Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, et al: Proximal bursitis in active polymyalgia rheumatica. *Ann Intern Med.* 1997;127(1):27-31.
  - 7) Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, et al. Shoulder ultrasonography in the diagnosis of polymyalgia rheumatica: a case-control study. *J Rheumatol.* 2001;28:1049-55.
  - 8) 宮本俊和, 沖中修二監修. 中高齢者の鍼灸療法. 初版. 医道の日本社. 東京. 2015 ; 60-5.
  - 9) Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, et al: Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med.* 2002;347:261-71.
  - 10) Cynthia S. Crowson, Eric L. Matteson: Contemporary Prevalence Estimates for Giant Cell Arteritis and Polymyalgia Rheumatica, 2015. *Semin Arthritis Rheum.* 2017;47(2):253-6.
  - 10) Weyand CM, Goronzy JJ: Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *N Engl J Med.* 2008;371(1):50-7.
  - 12) 山田念, 吉村禎二, 大国智司, ほか. 当院で経験したリウマチ性多発筋痛症22例の臨床的検討～新病院開設から3年間の統計をもとに～. *松江市立病院医学雑誌.* 2009 ; 13(1) : 7-9.
  - 13) 青木葉子, 岩本雅弘, 蓑田清次. 当科におけるリウマチ性多発筋痛症の臨床的特徴. *Jpn. J.Clin.Immunol.* 2009 ; 32(4) : 247-78.