

P10-4 肩関節内転と下垂位外旋に著明な制限を認めた肩関節周囲炎の1症例 —肩関節屈曲時の烏口上腕靭帯に着目して—

○金剛 一(こんこう はじめ)¹⁾, 渡辺 千聡²⁾, 濱野 伸¹⁾, 村山 潤¹⁾, 熊田 仁³⁾
1)河端病院, 2)河端病院 整形外科, 3)藍野大学 医療保健学部

Key word : 肩関節周囲炎, 烏口上腕靭帯, 拘縮

【目的】肩関節周囲炎は、烏口上腕靭帯(以下 CHL)を含む腱板疎部領域の炎症を契機とし、進行すると癒着・拘縮が生じ可動域制限をきたすと報告されている。今回、肩関節屈曲最終域に制限が残存し CHL のアプローチを追加した結果、健患側差が消失した症例を経験したので考察を加えて報告する。**【症例紹介】**50歳の女性。利き手は右。仕事は事務職で既往歴はない。誘因なく3か月前より左肩挙上困難となり、当院を受診した。左肩関節周囲炎と診断され、週1回の頻度で理学療法開始となる。

【説明と同意】症例報告の主旨を説明し患者の同意を得ている。

【経過】初回時、自動 ROM は屈曲100°、外転65°、結帯動作は尾骨レベル。他動 ROM では屈曲100°、外転65°、伸展0°、下垂位外旋時-5°であり、肩甲骨固定下での内転-20°であった。疼痛は、夜間時に著明に認められた。圧痛は棘上筋、棘下筋、小円筋、CHL に著明に認められた。理学療法では、肩前上方部に夜間痛を著明に認められたため、炎症期と考え、前上方組織に対しては安静を目的にポジショニングと動作指導を行い、痛みのない範囲で棘上筋・棘下筋・小円筋リラクゼーションを施行した。

8週間後、自動 ROM は屈曲150°、外転120°、結帯動作は L4 レベル。他動 ROM では屈曲160°、外転120°、伸展20°、下垂位外旋5°、外転位外旋80°、外転位内旋30°、屈曲位内旋0°であり、肩甲骨固定下での内転0°となった。夜間時痛は消失し、圧痛は CHL に残存した。そこで再評価を行い、肩関節屈曲最終位で他動的に内転を行うと肩前上方部に痛みを訴え、触診にて腱板停止部の柔軟性が健側と比べて低下していた。これらの所見に加え、外転位外旋の ROM は改善傾向であったが下垂位外旋に著明な制限が残存している事や棘上筋・棘下筋・小円筋の筋腹部の圧痛は消失したが、腱板停止部での柔軟性が低下していることより、肩峰下での腱板の滑走が不十分であると考えた。この事より CHL のアプローチとして、肩関節伸展、外旋、内転によるストレッチと肩甲骨面90°挙上位で肩関節他動外旋に伴い棘上筋・棘下筋停止部を後方へ移動させる様な操作にて腱板停止部での滑走性を促した。

12週間後、自動 ROM は屈曲170°、外転165°、結帯動作は Th7 レベル、他動 ROM では屈曲170°、外転165°、伸展40°、下垂位外旋60°、外転位外旋90°、外転位内旋60°、屈

曲位内旋20°、肩甲骨固定下での内転0°となり、理学療法終了となった。

【考察】初回より肩関節屈曲 ROM は比較的保たれていたが、内転と伸展、下垂位外旋の著明な制限と CHL に圧痛を認めた。この事より、CHL の癒着癥痕化が大きな原因であると考えた。

CHL の大結節線維は肩関節屈曲時に伸張され、内転では小結節線維と共に両線維が伸張される。また、CHL の拘縮例では、下垂位外旋と上腕骨頭の下位のシフトを制限すると報告がある。本症例では、屈曲最終域での他動内転による痛みと下垂位外旋制限を認め、CHL 大結節線維の伸張性低下が考えられた。また、CHL の解剖学的特徴として、棘上筋・棘下筋・上腕二頭筋長頭腱・肩甲下筋を覆っており、腱板の層構造の一部を構成している。このことから、この部位の拘縮では肩峰下での腱板の滑走障害により、肩関節屈曲 ROM 制限となる事が考えられた。

本症例において、肩後方軟部組織だけでなく CHL の伸張性低下と腱板停止部の滑走障害を視野に入れたアプローチが有効であったと考えられた。

【理学療法研究としての意義】肩関節周囲炎を契機とした肩関節拘縮例において、肩関節内転と下垂位外旋に制限がある症例では、屈曲最終域での CHL の伸張性低下と腱板停止部での滑走障害を考慮した評価・アプローチが重要であると思われた。