

臨 床

先天性筋性斜頸の治療成績

慶応義塾大学医学部整形外科学教室 (指導 岩原寅猪教授)

助手 桜田 允也

〔原稿受付, 昭和29年12月24日〕

ÜBER DAS BEHANDLUNGSRÉSULTAT DES ANGEBORENEN MYOGENEN SCHIEFHALSES

von

N. SAKURADA

Aus der orthopädischen Klinik der Keio-gijuku Universität zu Tokyo
(Director Prof. Dr. T. IWARA)

Die statistische Beobachtung wurde über 427 angeborene myogene Schiefhäse angestellt, deren Kranken von 1946 bis zum Jahre 1953 die orthopädische Klinik der Keio-gijuku Universität besucht haben.

Die Schiefhalsstellung die Spannung und Verkürzung der M. sternocleidomastoideus, die Asymmetrie des Hinterhauptes und Gesichtes, und die abnorme Krümmung der Wirbelsäule als Merkmal nehmend, besichtigten wir das Behandlungsergebnis von gewählten 101 Fällen.

Alter bei dem ersten Besuch	0~3M	3~6M	6~12M	1~3J	3~6J	6~10J	10J~	Summa
Vollkommene Heilung	23	1	3					27
Nur Deformität	21	8	5	6	3	5	7	55
Schiefhalsstellung und Deformität	4	1	1	1				7
Schiefhalsstellung, Muskel-spannung, Muskel-verkürzung und Deformität	3	2	2		2	1	2	12
Summa	51	12	11	7	5	6	9	101

Wir bekamen davon den folgenden Schluss.

- 1) Wenn wir dem jüngeren als 1Jahr Alten die Schiefhalsstellung und Muskelspannung verschwinden lassen können, die vollkommene Heilung erwartet werden.
- 2) Wenn die deutliche Gesichtskoliose sich befindet, sogar trotz der 2~3 monatigen konservativen Behandlung noch die deutliche Schiefhalsstellung und Muskelspannung bemerklich ist, müssen wir operativ behandeln.
- 3) Bei der operativen Behandlung ist es wichtig, die spannenden Fasern gründlich zu durchschneiden und den Kopf in vollständiger Überkorrigierungsstelle zu fixieren. Dazu müssen wir auch auf das postoperative Narbengewebe achten.

先天性筋性斜頸は日常屢々遭遇する疾患であり、その治療法に関しても既に多くの研究が為されている。斜頸の治療の目標は斜頸位、筋緊張、短縮の無い事は勿論であるが、更に頭部、顔面の非対称、脊柱の彎曲をも残す事なく治癒せしめる事が大切であるが、従来やゝもすれば之等変形に対する関心が比較的薄かつた様に思われる。又定型的に柔状化せる例は別として早期の乳幼児の場合之が保存的に治療可きか、観血的に行う可きかに就いては必ずしも意見が一致せず、或は早期手術を主張し、或は保存的療法で充分であるとの立場を取つて居る。

私は慶大整形外科を訪れ治療を行つた先天性筋性斜頸につきその治療成績を調査し、併せて一般統計的観察を行つたのでその結果を報告する。

統計的観察

昭和21年1月より昭和28年12月迄8年間に当科外来を訪れた先天性筋性斜頸は427例(2年度にわたるものを2例として扱えば517例)で之は同期間に於ける当科外来患者総数27,753名の1.86%に当る(表1)。

表 1

	外来患者総数	先天性筋性斜頸	%
21年	1679	22	1.31
22々	1929	31	1.51
23々	2329	38	1.63
24々	3171	69	2.11
25々	3777	61	1.61
26々	4386	89	2.03
27々	5049	99	1.96
28々	5433	108	1.98
計	27753	517	1.86

その内男226例(52.9%)女201例(47.1%)、右側236例(55.3%)左側190例(44.5%)両側1例(0.2%)で、之等の数字は大体諸家の統計と一致して居る(表2)。

表 2

	男	女
Bauer	284	286
Isigkeit	1314	1359
Chandler	48	53
Hulbert	54%	46%
伊佐治	285	237
櫻田	226	201

	右側	左側	両側
Bauer	277	222	
Isigkeit	719	655	1
Chandler	56	45	
Hulbert	52%	48%	
伊佐治	335	184	
櫻田	236	190	1

初診時年齢は表3の如く、6ヶ月未満が約60%を占め1年以上は30%に満たない。

出産時の状況に就いて問診に依り知る事の出来た271例に就いて見ると、正常分娩は115例42.4%に過ぎず、骨盤位、足位等位置の異常は94例34.7%、鉗子分娩其の他所謂難産は57例21.0%の多きに達する。又所謂分娩麻痺を伴うもの3例、帝王切開に依るもの2例がある(表4)。

表 3

初診時 年 令	1ヶ月未 満	1~3ヶ月	3~6ヶ月	6~12ヶ月	1~3年	3~6年	6~10年	10年 以上
例数	33	149	74	50	16	24	24	41
%	7.7	34.9	17.3	11.7	3.9	5.6	5.6	9.7

表 4

帝王切開	2例	0.74%
双生児	4々	1.47% (1例は骨盤位)
骨盤位	91々	33.58%
足位	3々	1.11%
鉗子分娩	33々	12.18%
其他難産	24々	8.85%
正常分娩	115々	42.43%
計	271々	

他の所謂先天性負荷性変形を合併した例は73例の多きに達する(表5)。

表 5

拘縮	41例
拘縮+内反足	1々
拘縮+内反足+内反腕	1々
拘縮+先天股脱	1々
先天股脱	17々
股関節形成不全	10々
強直(指)	1々
外反足	1々
計	73々

家族的発生例としては同胞間に見られたもの2例、母と子1例、従兄弟間1例、祖母と孫1例、母系の叔母と姪2例があるが、之等は問診に依つたものであり精査すれば更に多いと思われる。

治療成績

調査の対象となつたのは上記427例中101例、治療打ち切りより調査迄の期間は最長7年2ヶ月、最短6ヶ月平均3年2ヶ月である。

調査は総て直接検診により

1. 斜頸位
2. 胸鎖乳突筋の緊張、短縮
3. 頭部、顔面の非対称、脊柱の彎曲

を目標とした。

斜頸位、胸鎖乳突筋の緊張、短縮は視診、触診に依り判定し、変形は視診を主とし、頭部の触診、眼瞼裂外端より口角迄、口角より下顎角迄の距離、一部レ線像に依る脊柱の彎曲、捻転を参考として判定した。此の中には注意深い観察により判る程度の軽度のものも含まれて居る。

治療成績は表6に示す通りである。

表 6

初診時年齢	0~3月	3~6月	6~12月	1~3年	3~6年	6~10年	10年以上	計
完全治癒	23	1	3					27
変形のみ	21	8	5	6	3	5	7	55
斜頸位と変形	4	1	1	1				7
斜頸位と筋緊張、短縮と変形	3	2	2		2	1	2	12
計	51	12	11	7	5	6	9	101

斜頸位、筋緊張、短縮、頭部、顔面、脊柱に於ける変形を認めず完全治癒と見做されるのは27例に過ぎず、之に反し変形のみを残した例は55例の多きに達する。

筋緊張、短縮を認めず斜頸位と変形を認めた例は何れも調査時年齢6年以下で、頭部の運動は制限されて居ない。之に対し調査時年齢6年以上の例では患者が頭部保持に留意して居る為か此の様な例はない。筋緊張、短縮なき斜頸位は主に習慣性のものであると考えられる。

調査時筋緊張、短縮を認めたのは11例である。此の内6例は保存的療法に依り軽快が得られず観血的療法を勧めた所治療を中止した例であり此の結果は当然である。併し他の5例は観血的療法を行つた例である。

治癒例が年長になり所謂再発する事があるといわれ

て居るが、之は寧ろ治癒が不完全だつたものではないかと考える。吾々には治療打ち切り後の期間が短い為か此の様な例はない。

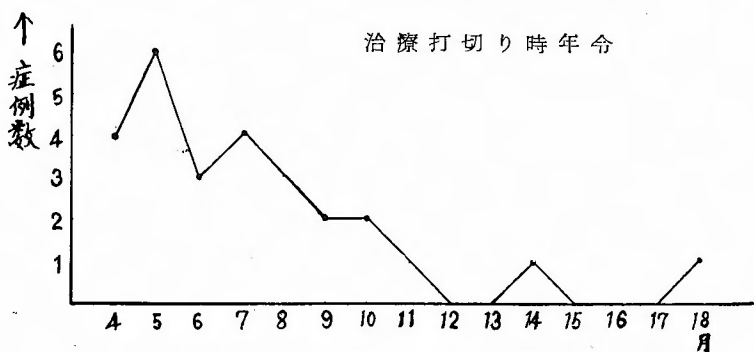
変形について

先天性筋性斜頸の患者では1ヶ月未満でも頭部、顔面の非対称の明かな例もあり、3ヶ月を越えた例では殆んど大部分に非対称を認めて居る。伊藤の新産児調査に依れば、一般新産児に於いて出産時19.5%に頭部、顔面に不均斉を認め、高度のものを除き3~6ヶ月で消失するという。Völckerは完成された先天性筋性斜頸では顔面の側彎が著明で、新産児では側彎が軽度で之を欠くものもあり、一側の前額部と他側の下顎部の扁平が著明で、甚しい時は変形を呈するものもあるといい、顔面非対称を5型に分類して居る。その高度のものは前額部、下顎部の扁平、全体としての側彎を認め、前額部の扁平は側彎の凸側に、下顎部扁平は凹側にあるとして居る。

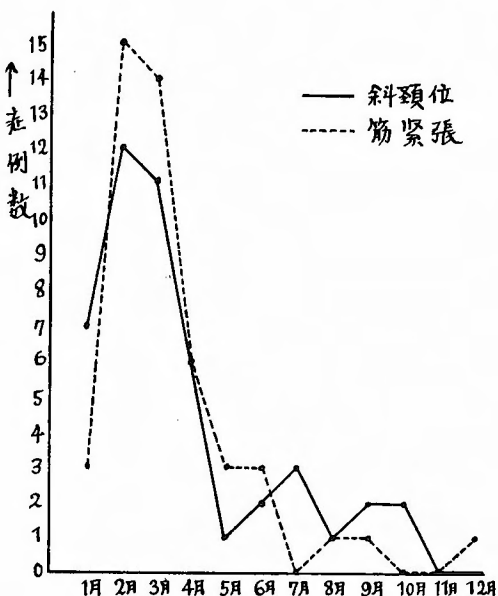
先天性筋性斜頸に於ける頭部、顔面の非対称は出産時既に種々の程度に認められ、之が消失する事なく反つて増強して行くのであるが、側彎が早期に見られる程高度であるといえる。

変形の発生に関しては血行障碍説 (Stromyer, Bouvier & Guérin), 廃用萎縮説 (Little & Busch), 筋力不均衡説 (Witzel & Schloessmann), 応変則説 (Joachimsthal), 胚種異常説 (Schubert), 胎内圧迫説 (Völcker, Nikoladoni)等があり、未だ充分に解明されて居ないが、治療に依り変形の軽快、消失のある事は既に良く知られて居り、過矯正位の保持に依り反対の顔面彎曲を見た報告もあり、変形の増強には出生後斜頸位を取る事が最も大きい原因であると思われる。既に変形を明かに認める例に於いて此の変形をも消失せしめて完全治癒を来す為には早期より頸部を正常位に保持し、更に出来れば過矯正位を取らしめつゝ发育せしめる事が肝要である。早期の変形の軽度の時に治療を行つた例ではその消失には短い期間で充分であり、高度になつてから治療を開始した例では長期間を要し、发育期を過ぎた例では軽快をさえ得られないのは明かである。

完全治癒の27例の治療打ち切り時年齢は図1に示した如く、2例を除き何れも1年未満で、その治療打ち切りより調査迄の期間は6ヶ月~7年であるが、15例は2年以上であり1年未満は3例のみである。即ち1年未



第 1 図



第 2 図

満に斜頸位、筋緊張を消失せしめ得れば2年後には大体変形の消失が期待される。

保存的療法のみで完全治癒又は変形のみを残した症例で、治療経過の明かな47例につき治療開始より斜頸位及び筋緊張又は硬結の消失迄の期間を求めれば、図2の如く2ヶ月で消失した例が最も多く、3ヶ月が之に次ぎ、4ヶ月より急速に減少する。尙斜頸位の消失と筋緊張、硬結の消失時期には明かな相関関係は認められない。之より保存的療法を3ヶ月行つて尙斜頸位又は筋緊張、硬結が明かに認められれば、保存的療法のみによる軽快は少いといえる。

1年末まで観血的療法を行つたのは12例であるが、保存的療法を行わず直ちに観血的療法を行つた5例及び保存的療法を2ヶ月以内で断念し観血的療法を行つ

た5例は、再手術を行つた2例を除き何れも完全に治癒して居るか、治療打ち切り後の期間が短い為に変形を残して居るが完全治癒が期待される。之に反し徒に保存的療法に執着15~6ヶ月行つて後観血的療法を行つた2例は2年以上を経過して居るが尙変形を残して居る。

保存的療法を行つて後観血的療法を行つた例の初診時の胸鎖

乳突筋の緊張、硬結は必ずしも高度ではなく、保存的療法に依る軽快が期待された程度のものであつたにも不拘2~6ヶ月後も効果が充分でなく、観血的療法を行うの止むなきに至つたのである。之等の事より仮令初診時筋緊張、硬結が比較的軽度でも、保存的療法を2~3ヶ月行つて尙斜頸位、筋緊張、硬結が明かに認められる時は躊躇する事なく観血的療法を行い完全治癒を期待す可きである。

表 7

	変形のみ	斜頸位+変形
初診時年齢	0~3 3~1~6 6年 月 12月 年 以上	0~3 3~1~3 月 12月 年
頭部のみ	13 8	
頭部と顔面	6 3 6 6	1 1
頭部顔面と脊柱	2 2 5 6	3 1 1

変形のみを残した例は表7に示した如く、初診時年齢が少い程軽度である。筋緊張、短縮を認めず斜頸位と変形を認めた例の変形は変形のみ例に比し一般に高度である。顔面非対称を認めた例では必ず頭部非対称を伴い、脊柱の彎曲を示す例では又必ず顔面非対称を残して居る。之より最後迄残り易いのは頭部非対称で、顔面非対称は之に次ぎ、固定する迄は比較的矯正し易いのは脊柱の彎曲であると思われる。

明かな顔面非対称、脊柱彎曲を認める例では之等変形は治療効果を著しく減退せしめるのみでなく、遂には治療の限界の外であると恠いられるに至る。故に明かな顔面非対称、殊に側彎を認めたならば直ちに観血的療法を行い過矯正位を取らしめ速かな軽快、消失を得る事が望ましく、脊柱彎曲を認めたならば之に対する治療をも併せ行ふ事が治療効果を大にするみちである。之には観血的療法後の固定には脊柱をも矯正位で

骨盤部迄固定する事、頭部、軀幹の自他動運動、牽引を長期間熱心に行う事が必要である。

観血的療法について

観血的療法を行つたのは30例である。観血的療法としては、下端のみの切断は筋中腹部に於ける深部頸筋との癒着を思えばその成績は疑わしく、上端のみの切断は後に屢々再発を訴えたという前田教授等の業績に従い、胸鎖乳突筋の上下両端開放筋切術を原則とし、下端のみの開放筋切術は手術時年齢6ヶ月未満で比較的軽症の5例に行われたに過ぎず、上端のみの開放筋切術を行つた例はない。手術を行いながら、その結果が不良であるか、又はその為に再手術を行つたもの併せて6例がある(表8)。調査時筋緊張を残した5例中2例は上端にのみ、2例は上端と鎖骨枝に、他の1例は鎖骨枝にのみ認めた。之等は何れも後療法開始時既に筋緊張を認めて居る。

表 8

	初診時 年 令	治 療	遠隔 成績	調査時筋緊張
1	2月	上. 下. 後. 別 出. 出. 出.	2年4月	(-)
2	9月	保. 上. 下. 後. 上. 上. 上.	1年4月	上端 (+)
3	5年	上. 下. 後. 上. 上. 上. 上.	4年5月	上端, 鎖骨枝 (+)
4	8年	上. 下. 後.	10月	上端 (+)
5	11年	上. 下. 後.	5年8月	鎖骨枝 (+)
6	16年	上. 下. 後.	2年6月	上端, 鎖骨枝 (+)

上端の乳様突起起始部は胸骨枝が表層を占め鎖骨枝はその深層を占め全筋束が比較的深部に達し、下端の胸骨附着部は円柱状であるが鎖骨枝は扁平であり、やゝもすれば之等の部分の切断が不十分になり易く、又筋膜周囲は多くの場合低低様又は線維化し癒着して居り、胸鎖乳突筋のみでなく潤頸筋其の他の筋も短縮し之等をも切断せねばならぬ事が屢々あり、之をおこたれば筋緊張を残す原因となる。手術時頭部を過矯正位にし緊張する線維の無いのを確めて創を閉じ、術後充分なる過矯正位で固定を行う事が優秀な成績を得る為に不可欠である。

再手術を行つた2例の再手術時の所見に於いて、胸鎖乳突筋は癒痕化し、周囲と強く癒着し、剝離が困難であつた事より、手術により発生した癒痕組織に依るものもあり、癒痕組織が完成し短縮すると共に筋緊張、斜頸位が再現した例もあると思われる。切断に際しては周囲の緊張せざる健康組織は出来る丈温存し、挫

滅を少くし、出血を最小限度に止め、出血する所があれば細心に止血し、又切断過矯正に依り生じた間隙を死腔として残さぬ様に努め、癒痕組織の発生を可及的の避け、癒痕組織が完成する迄は過矯正位を保持する様にする。間隙を死腔として残さぬ為、併せて止血の目的で最近スポンゼルを使用した例があるが、未だその成績を論ずるに至つていない。

固定除去後の後療法は手術の不足を補う為に行うのではなく、運動性の恢復、変形殊に脊柱の彎曲の矯正を目標にし手術効果を一層大にする為に行われる可きであり、令の長ずる程長期間熱心に行わねばならない。

総 括

昭和21年より28年迄慶大整形外科を訪れた先天性筋性斜頸427例につき一般統計的觀察を行い、その内101例につき治療成績を調査し、次の結論を得た。

1. 1年未満に斜頸位、筋緊張を消失せしめ得れば完全治癒が期待される。

2. 明かな顔面側彎を認める時、保存的療法を2~3ヶ月行つて尙明かな斜頸位、筋緊張を認める時は観血的療法を行う可きである。

3. 観血的療法を行う時は緊張する線維は徹底的に切断し、充分な過矯正位に固定する事が大切であり、術後の癒痕組織の発生にも注意す可きである。

本稿の要旨は第3回東日本臨床整形外科学会において演述した。

主 要 文 献

- 1) 吉池：臨外，8；740，昭28。
- 2) Bauer：Ergeb. d. Chir. u. Orthop., 5；191，1913。
- 3) Chandler：J.A.M.A., 125；476，1944。
- 4) Hulbert：J. Bone Joint Surg., 32-B；50，1950。
- 5) 伊佐治：日整会誌，18；724，昭18。
- 6) Isigkeit：Arch. orth. Unfall-Chir., 30；459，1931。
- 7) 片山：手術，6；449，1952。
- 8) 諸富：手術，8；169，1954。
- 9) 野崎：日整会誌，18；728，昭18。
- 10) 野崎：整形外科治療学，140，昭27。
- 11) 島田，高木：グレンツゲビート，10；827，昭11。
- 12) 島田他：日整会誌，17；434，昭17。
- 13) Soeur：J. Bone Joint Surg., 22；35，1940。
- 14) Völcker：Beit. z. klin. Chir., 33；1。