

症例報告

巨刺で著効を得た胸部痛

東京 本山玉城

本症例は、発症後 3 日間続いた胸部痛が、巨刺を活用した 1 回の治療で、ほぼ全快したものである。疼痛のある胸部ではなく、背部への治療で著効を得た。

症 例：31 歳 男性 システムエンジニア

初 診：平成 24 年 10 月 5 日

主 訴：胸部痛

現病歴：3 日前から左胸部が痛む。特にきっかけはない。起床時に痛みを気付いた。激痛のため容易に起き上がれず、上半身を捻じれず、屈曲もできない。当日に総合病院の内科と整形外科で受診したが、血液検査とレントゲン検査で異常はなく、さらに心電図も正常で、原因不明といわれた。普段から、眼精疲労の治療のため隔週で来院している患者で、本症状も鍼灸で治るかと思い受診した。普段は、頸部の後屈時に、後頸部左側から左肩にかけて痛む。発症当日に治療を希望したが、予定が合わず、発症 3 日目に受診した。発症直後から比べると、多少は改善したが、まだ痛みが強い。右手でものを拾おうとする動作＝上半身の左回旋と前屈で激しい痛みがでる。日常の飲酒、喫煙はない。毎週末、スポーツジムで軽く筋力トレーニングを行っている。

既往歴：特記すべきものなし。

家族歴：特記すべきものなし。

診察所見：仰臥位で触診すると、左側の期門上方（第 8 肋間と思える）に著明な圧痛を訴えた（図・1）。痛みは限局しているが、肋間に沿った分布はみられなかった。上半身の左回旋や前屈以外にも、右への側屈で強い痛みを訴えた。また、伏臥位で触診すると Th8～Th10 の外方に硬結があり、特に Th8-9 外方（膈俞、肝俞の間）に強い硬結・圧痛がみられた（図・2）。
左

診 断：筋・筋膜性の疼痛と考えた。健側に側屈すると痛む＝シェッペルマン兆候で胸膜炎（肋膜炎）を疑う症状だが、レントゲンでは異常がなく、咳嗽もないため、医師の診断を参考に、胸膜炎は除外した。脊椎棘突起の叩打痛が無いことから、胸椎そのものの異常は除外した。また背部の硬結、圧痛が正中の左外方に 40mm の位置にあり、椎間関節や肋椎関節から離れていたため、関節の異常も除外した。外傷や特定の肋骨に沿った限局された痛みが無いため、肋骨・肋軟骨の障害も除外した。特定の肋間に沿った限局された痛みが無いことから、肋間神経痛も除外した。

消化器など内臓の疾患はなく、自発痛・夜間痛もない。動作にともなう痛みで、内臓疾患による症状も除外した。特に、左胸部の痛みのため心疾患を疑うべきだが、心電図等に異常がなかったことから除外した。頸部動作痛はあるが、本症状とは症状が連動しておらず、また、呼吸にともなう憎悪がないため、横隔膜や横隔神経の異常も除外した。以上のことから、筋・筋膜性の胸部痛と診断した。

対 応：「医師の診断と同様に、骨格に関わる異常は推測できませんでした。左右に偏ったこり・緊張が筋肉にあるため、片側の胸が痛むと思われます。鍼灸治療で左右差を是正することで、改善できると思います。」

治療・経過：左右差の改善のため、巨刺を用いた。具体的には赤羽幸兵衛先生が提唱したシーソー理論を参考に、健側に強刺激（雀啄）、患側に弱刺激（8 分灸と皮内鍼）を用いた⁽¹⁾⁽²⁾。まず仰臥位として、最も圧痛の強い個所を探した。期門上方で正中左外方 110mm の位置に強い圧痛を訴えた。このため、①左右全く逆の正中右外方 110mm の位置に、ステンレス製 1 寸 3 分 5 番（40 mm・25 号）を用い、

5 mmの深さで 10 回の雀啄を施したが、全く改善がみられなかった。続いて伏臥位となり、②Th8-9の左外方（膈俞、肝俞の間）40 mmに強い硬結・圧痛がみられたので、この左右反対側（健側）の箇所、ステンレス製 1 寸 3 分 5 番（40 mm-25 号）を用いて 10 mmの深さで 10 回の雀啄を施した。この時点で、最も痛む姿勢（右手でものを拾う姿勢）をしても痛みをほとんど感じなくなった。さらに、③硬結・圧痛のみられた位置（患側）に米粒大で 8 分灸 10 壮と ST 平軸 5 mmの皮内鍼を施した。

第一回（10 月 5 日） ②硬結の反対側の右外方（健側）に雀啄を施した時点で、動作痛はほとんど消失した。引き続き、③硬結側（患側）に点灸と皮内鍼を施したところ、痛みがわずかに残る程度となったので終了した。一週間後の来院時（眼精疲労のため）に、再発はなかったと話していた。

考 察：背部（肩背・腰背）、胸部の疼痛は、内臓疾患の関連痛である可能性があり、心疾患など生命に関わる場合があるので、診断には注意を要する^{(3) (4)}。今回の症状はまず始めに肋間神経痛を疑う症状と考えた。肋間神経痛は一般に、片側性で発作的に増強し、脊中より肋間を伝わって前胸部に放散するのが特徴で、特に左側に多く、第 5-9 肋間神経が障害されやすい⁽⁵⁾。肋間神経痛を疑うような胸郭の痛みは、1) 胸腔内の疾病、2) 腹腔内の疾病、3) 横隔膜の異常、4) 脊髄や髄膜の疾患、5) 感染症（带状疱疹）など、内科的な原因が多数考えられる。このほかにも、6) 肋骨（肋軟骨）の損傷、7) 肋椎関節の異常、8) 脊椎や椎間板の異常など、運動器の症状も推測するべきで、判断は容易ではない。このため、発作的で激烈な背部・胸部の痛みは、医師の受診を勧めることも必要と考えられる。文中に示したように、シェッペルマン兆候（患側に側屈して増悪するなら肋間神経痛、健側に側屈して増悪するなら胸膜炎（肋膜炎））を確認する方法もある。しかし本症例は健側に側屈して激しい痛みを訴えているが、胸膜炎ではなかったと考えられる。肋間神経痛では、迷走神経緊張症（徐脈、低血圧、顔面血管拡張による紅潮など）や、ホルネル症候群（主に C8~Th2 までの交感神経を圧迫または損傷等することによって障害することによって生じる、眼窩筋麻痺による眼球後退、瞳孔散大筋麻痺による瞳孔縮小症など）など、交感神経緊張低下症状を伴う場合もあるとされる。しかし、本症例ではこうした症状もみられなかった。

本症例は、肋間神経痛とは考えづらく、医師も各種検査の上で異常なしと診断したが、激烈な痛みが厳然と存在した。問診に多くの時間を費やしたが、鍼灸によって 5 分ほどで快癒している。このため、鍼灸治療の効果を示す好例と考え報告した。

本症例は赤羽幸兵衛先生の治療法を参考にして著効を得た。赤羽先生の著書は、圧痛に注目した記述が多く、硬結については多くを語っていない⁽¹⁾。赤羽先生の薫陶を受けられた清水完治先生も、赤羽式治療法について説明する中で、圧痛点を重要視すると述べている⁽²⁾。本症例では、硬結と圧痛が同じ部位にみられたが、治療の際に重視したのは、圧痛である。筆者は、本症例と前後して、疼痛部位に圧痛はみられるものの硬結はなく、左右対称の位置に硬結がみられた、という症例にも遭遇した。この例でも、硬結ではなく圧痛の部位を基準とし上記と同じ治療を施して著効を得ている。赤羽先生は著書の中で、井穴の知熱感度低下に対応した背部俞穴の圧痛が、左右同側に現れるとは限らず、「往々にして反対側に現れることがある」とも説明している⁽¹⁾。

また本症例では、最初に胸部（期門上方）へ 5 mmの深さで雀啄を行っている。この刺入深度が不十分なために、効果が得られなかったのではないかとという疑問もある。しかし、鈴鹿医療大学の佐々木和郎教授は、「胸部側面では皮膚表面から肋骨外側までの距離が約 5 mmであり、外肋間筋の緊張を緩和する目的であれば、刺鍼の深さは 8 mm以下で十分」と述べている⁽⁴⁾。5 mm刺入し雀啄を加えたのであれば、十分な深さに達していたと思われる。また、肋間部では 10 mm以上の刺入で気胸の危険性があるので、効果を得られなかったとしても、それ以上の刺入はせず、他の方法を検討する必要がある。

参考文献：

- 1) 医道の日本 2007年1月号 特集「肋間神経痛と鍼灸治療」
- 2) 医道の日本 2008年7月号 特集「背部痛と鍼灸治療」
- 3) 赤羽幸兵衛著「知熱感度法による鍼灸治療法」医道の日本社 1954年
- 4) 医道の日本 2004年3月号および4月号 特集「皮内鍼法」

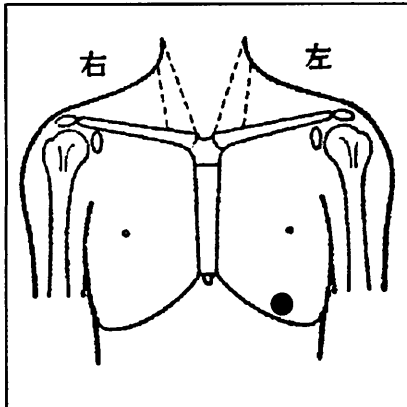


図-1 疼痛・圧痛点 (●)

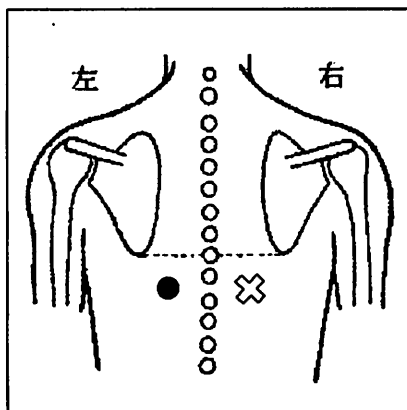


図-2 硬結・圧痛点 (●)

(●) に点灸と皮内鍼、(×) に雀啄を施した。