

平成7年4月27日

胸郭出口症候群牽引型 と思われる一症例

症例報告

木下典穂

症 例 MK 59歳 女 主婦
初 診 平成7年3月1日
主 訴 左腕が痛い

現病歴 3日前から左上肢外側に鈍い痛みが出現し、母指～中指の指先がしびれる。外傷の既往はなく、思い当たる原因はない。近くの医院を受診してX線では頸椎に異常なしといわれ、薬を投与されるが、症状に変化はみられない。

現在、左上肢下垂時に左肩甲上部と上肢外側が鈍く痛み、母指～中指の指先がしびれる。荷物を下げると症状は増悪する。右手で左肘を支えて少し持ち上げると、痛みとしびれは軽減する。自発痛および夜間痛は無いが仰臥位で腕を体幹に沿ってまっすぐ伸ばしたまま寝ていると、痛みで目がさめることがある。頸を後ろに倒すと左肩甲上部に鈍痛が誘発される。頸を右斜め後方に固定すると特につらい。筋力低下は認められない。巧緻運動障害はない。歩行障害はない。膀胱直腸障害はない。

仕事は専業主婦で、特に上肢を酷使することはない。スポーツはしていない。アルコールは飲まない。他に一般状態は良好で、頭痛、めまい、吐気、立ちくらみ、全身倦怠感などの自律神経障害に伴う愁訴はない。

既往歴 胃潰瘍（約20年前）

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 握力は左21kg、右23kg。後屈痛は陽性で左肩甲上部に痛みが誘発される。側屈痛および回旋痛は左右とも陰性。モーリー・テストは左陽性で上肢への放散痛が認められる。アドソン・テストは左右とも陰性だが、右は症状が誘発されて最終肢位を保持しているのがつらい。筋萎縮は認められない。触覚障害は陰性。二頭筋反射、腕橈骨筋反射、三頭筋反射はすべて正常。スパーリング・テスト、肩圧迫テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、三分間挙上テストはすべて陰性（表1）。

圧痛は左肩井に検出された。

要 約 本症例は痛みとしびれの部位、上肢下垂時や荷物を下げるときに症状が誘発されて肘を少し持ち上げると軽減する、他覚的所見に乏しいなどから、胸郭出口症候群の牽引型（腕神経叢牽引症候群）を推定した。

対 応 あなたの症状は腕へいく神経の束がここ（胸郭出口部を指で示す）で引っ張られているのが原因です。あなたみたいな人で肩の人に起こりやすいのです。これは保存療法の適応で鍼は良くききますから、続けて通ってください。日常生活では痛みやしびれがつかくなるような姿勢は極力避けてください。

治療・経過 症状出現部位の筋肉の過緊張を緩める目的で以下の治療を行った。

第1回 右下側臥位で、患側の肩井、肩外兪、膏肓、扶突、巨骨、臑会、曲池、四瀆を取穴し（図1）、ステンレス鍼の1寸3分-2号（40mm-18号）を用いて15分間の置鍼。刺入深度は1～1.5cm。

第2回（2日目） 昨日は仰向けに眠れ、痛みで目がさめることはなかった。左上肢下垂時の鈍痛としびれは軽減している。

第3回（3日目） 左上肢下垂時の鈍痛としびれはほぼ消失。買物カゴも5分間くらいなら下げていられる。後屈痛は陰性。アドソン・テスト最終肢位もつかない。モーリー・テストは陽性。

第4回（4日目） 左上肢下垂時の鈍痛としびれは消失。モーリー・テストは陽性。

4日連続4回の治療を行ったが、以後患者は来院していない。数日前に確認したところ、症状は完全緩解したとのことであった。

考 察 本症例は要約に述べたように、胸郭出口症候群牽引型（腕神経叢牽引症候群¹⁾）が推測される。後屈痛陽性、およびアドソン・テストにおける右後屈位での症状誘発は頸椎症性神経根症の可能性を否定できないが、X線所見で頸椎に異常はなく、神経根症に関する他の所見がすべて陰性なので、一応除外可能とした。牽引型は頸部を健側に伸展・回旋させ腕神経叢の牽引状態を強めることにより悪化する²⁾との記載があるが、右後屈位での症状誘発はおそらくそれによるものであろう。またモーリー・テスト陽性は圧迫刺激状態を反映している³⁾とされており、本症例は圧迫型との合併も考えられなくはないが、脈管圧迫テストや三分間挙上テストがすべて陰性であるところから、モーリー・テスト陽性は斜角筋の過緊張を示しているものと推測し、圧迫型との合併は除外可能と判断した。

下垂時、とくに比較的重いものをぶら下げたときに疼痛を訴えるものとして、他に動揺肩が考えられるが、小・中学生に多く成人になっての発生はまずないこと、肩関節に不安定感など何らかの症状を現すことが多く挙上時の障害もみられること³⁾から、可能性は低いと推測した。

経過は愁訴の推移と陽性所見の変化を追っていったが、陽性所見はどれも牽引型に関与するものではなく、大して意義があるとは思えない。山鹿らは斜角筋三角上方部の圧迫が牽引症状の評価に有用である⁴⁾と述べているが、モーリー・テストと合わせて斜角筋三角上方部圧迫テスト（仮称）は当然行わなければならないものであった。また三分間下垂テスト（仮称）あるいは下垂負荷テスト（仮称）における症状の誘発や増悪の有無とそれに要した時間、腕神経叢を緩ませる動作における症状の軽減や消失の有無と要した時間は、牽引型の判定や経過観察の有意義な指標になると考えられる。腕神経叢の牽引は比較的新しい概念で、腕神経叢造影以外には検査法は確立しておらず、今後に残された課題は多い。

本症例は4日間4回の治療で順調な経過をたどり、その後症状の完全緩解をみた。牽引型は従来の除圧手術の適応とはならず保存的治療が主体と

なる⁵⁾、手術療法は避けるべきである⁶⁾、手術的治療は何ら意義をもちえない⁷⁾といわれており、鍼灸治療の最適症と考えている。経過から見て治療は概ね妥当であったと思われる。

参 考 文 献

- 1) 山鹿真紀夫、高木克公：腕神経叢牽引症候群の保存療法、「私のすすめる整形外科治療法、整形外科MOOK増刊2-A」P92、93、金原出版、1993。
- 2) 山鹿真紀夫、他：胸郭出口症候群の保存的治療、「整形・災害外科」第37巻第9号、P1138、金原出版、1994。
- 3) 水野耕作：動揺肩に対する保存療法、「私のすすめる整形外科治療法、整形外科MOOK増刊2-A」P100、101、金原出版、1993。
- 4) 山鹿真紀夫、他：胸郭出口症候群の保存的治療、「整形・災害外科」第37巻第9号、P1137、金原出版、1994。
- 5) 山鹿真紀夫、他：胸郭出口症候群の保存的治療、「整形・災害外科」第37巻第9号、P1135、金原出版、1994。
- 6) 高木克公、北村歳男：胸郭出口症候群の最近の動向、「整形・災害外科」第37巻第9号、P1112、金原出版、1994。
- 7) 竹下満：腕神経叢造影からみた胸郭出口症候群の検討、「整形・災害外科」第37巻第9号、P1124、金原出版、1994。

