

胃癌の脊椎転移による頸肩痛

加島 郁雄

症例 TE 61歳 男 グラフィック・デザイナー

初診 平成7年5月31日

主訴 左頸肩痛

現病歴 約20年前より慢性の肩こりがあり、ときどき近所でマッサージと鍼治療を受けていた。

今回、5月15日頃より、痛みで頸を動かすことができなくなり、16日に近所のN大学病院整形外科を受診した。N大学病院ではX線所見で「頸の5番と6番の間が狭くなっている」といわれ、痛み止めの薬と冷湿布を指示された。しかし、2週間たっても症状に基本的な変化が認められないので来院した。

現在、痛みのため頸を左右へ回旋させることができず、運動時、左頸肩部に“ビーン”と強い響きを感じる(図1)。自発痛、夜間痛、筋力低下、シビレ感、巧緻運動障害、歩行障害、上肢挙上・上肢下垂運動の異常、膀胱・直腸障害、すべて陰性。その他、一般状態は良好である。仕事はグラフィック・デザイナーで1日中座っている。スポーツはしていない。アルコールは飲まない。

既往歴 平成6年5月にN大学病院外科で胃潰瘍の手術

実は胃癌の手術で、本人は最後まで癌であることを知らされていなかった。平成7年5月初旬に術後1年目の検査を受け、異常なしといわれている。(平成8年3月に家族より電話で聴取)

家族歴 特記すべきものなし

診察所見 握力は左17.5kg、右27kg。頸椎の後屈痛、側屈痛、回旋痛は陽性で、左頸肩部に“ビーン”と強い響きが認められた。モーリーテスト左側陽性。スパーリングテスト、肩圧迫テスト、ライトテ

スト左右ともに陽性。アドソンテスト、触覚障害、エデンテスト、3分間挙上テストすべて陰性。筋萎縮なし。二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋・膝蓋腱すべて正常。圧痛は、左の五頸、六頸、七頸、肩井、魄戸、膏肓、天宗に認められた(図1)。

要約 本症例は、年齢が61歳で慢性の肩こりがあり、頸椎の後屈、側屈、回旋の運動で左頸肩部へ疼痛の誘発が認められ、スパーリング・テスト、肩圧迫テストが陽性である。さらに、N大学病院でのX線所見で「頸の5番と6番の間が狭くなっている」といわれていることも加味し、頸椎症性神経根症と推測した。

患者への対応 仕事で頸から肩の筋肉の血行が悪くなり、スジが硬くなつて軽い炎症が起きたものと思われます。この炎症が治まりスジの緊張が和らげば、痛みは楽になります。

治療・経過 鍼灸治療は、疼痛の軽減を目的に以下のように行った。
第1回 使用鍼はステンレス・1寸6分-1号(50mm-16号)を用いた。治療体位は、伏臥位で左の五頸、六頸、七頸、肩井、魄戸、膏肓、天宗に直刺で約15mmそれぞれ刺入し15分間、置鍼した。その間、頸背部を遠赤外線灯で加温しながら、五頸、六頸、七頸、肩井にカマヤミニで1壮ずつ施灸を行った(図1)。

生活指導として治療後、後頸部を冷やさないよう指示した。

第2回(6月1日) 疼痛は治療後から就寝までとても楽だった。夜間も寝返りで目が覚めることもなく熟睡できた。今朝は昨日の50%程度の疼痛を感じる。治療は前回と同様に行った。

第4回(6月3日) 症状は前回と同様。今回より使用鍼をステンレス・1寸6分-3号(50mm-20号)に変更。

第5回(6月5日) 疼痛は治療後から起床時までほとんど感じないが、朝になると初診時の20%程度の疼痛を感じる。

第6回(6月6日) 昨日は就寝まで良好だったが、朝方痛んだ。今日は右の頸肩部もつらい。握力が落ちたような感じがする。疼痛は初診時の30%程度の感じる。今回より右の五頸、六頸、七頸、肩井へも同様の施鍼と施灸を行った。

第7回(6月7日) 昨日は夜間から朝にかけてひどく痛んだ。鉛筆を持つ手に力が入らない。握力は左17kg、右30kg。疼痛は初診時の

50%程度の感じる。

第8回（6月8日） 左腕にまったく力が入らない。握力は左18kg、右27.5kg。左自動外転は脱力のため30°までしか上がらない。左他動外転による痛みの誘発はない。棘突起叩打痛、触覚（鈍麻、脱出）障害陰性。二頭筋・腕橈骨筋・三頭筋・膝蓋腱・バビンスキー反射すべて正常。シビレ感、歩行障害、膀胱・直腸障害はすべて陰性。

疼痛域の拡大、疼痛の再燃、夜間痛、上肢の運動麻痺から、鍼灸治療の限界を感じN大学病院整形外科での再精査を勧めた。

6月9日、患者より「6月18日にMRIの検査を行うことになりました、現在は痛み止めの薬をもらって飲んでいます」とだけ電話連絡があった。この電話が患者との最後の会話となった。

6月18日、MRI検査の結果、頸椎、胸椎、胸骨への癌の転移が認められた。（平成8年3月に家族より電話で聴取）

9月12日、両手足の麻痺が出現し、1週間後、頸より下すべてが麻痺。（平成8年3月に家族より電話で聴取）

12月17日、全身麻痺状態で90日の闘病の末、死亡。末期の痛みはモルヒネなど効かない状態であった。（平成8年3月に家族より電話で聴取）

考察 本症例は初診時、その臨床所見から神経根症と推測し治療を始めたが、5回目までは治療の効果も良好であった。しかし、6回目より患者の訴える症状に変化が現れ始めた。夜間痛ともとれる「朝方痛んだ」は、7回目に「夜間から朝にかけてひどく痛んだ」へ、上肢の運動麻痺、巧緻運動障害ともとれる「握力が落ちたような感じがする」は、「鉛筆を持つ手に力が入らない」へ、さらに8回目には「左腕にまったく力が入らない、腕が上がらない」など、わずか3日間に急激とも思える速さで進行した。

以上の症状から、頸椎症性脊髄症、陳旧例のキーガン型神経根症、頸椎椎間板ヘルニア、頸椎後縫韌帯骨化症、頸椎・頸髄腫瘍のほか硬膜外血腫、脊髄空洞症、多発性硬化症、筋萎縮性側索硬化症なども考えられるため、握力、棘突起叩打痛、触覚障害、二頭筋・腕橈

骨筋・三頭筋・膝蓋腱・バビンスキー反射などの診察所見と、シビレ感、歩行障害、膀胱・直腸障害などの問診を行った。しかし、この時点ではすべてが正常と思われた¹⁾。

ところで、本症例の夜間痛、進行性、運動麻痺などは頸椎・頸髄腫瘍の特徴的な症状である頸や上肢の激しい運動痛と自発痛、経過が進行性、四肢の麻痺や膀胱・直腸障害などを想像させたが、症状出現からわずか3日目であり、推測するには時期尚早であった。さらに、この時点ではほかの類似疾患と鑑別することは、鍼灸臨床上、不可能と思われた²⁾。

しかし、いずれにしても本症例のように夜間痛が認められ、進行性で錐体路徵候が疑われる症状は、鍼灸の不適応疾患または要精査疾患が推測されるため、精査が必要と思われた。¹⁾

本症例は5月15日、N大学病院整形外科においてX線所見で腫瘍を確認されていない。転移性脊椎腫瘍について井上、石井は「初期例でのX線診断は極めて難しく、一般には疼痛出現後、3～8カ月おくれて初めてX線像で確認される」と報告していることから、当院での臨床症状と重ね合わせて、本症例の初診時は転移性脊椎腫瘍の初期例と推察される³⁾⁴⁾。

本症例の疼痛部位と性状は、初期に体動時の鈍痛として発症し、経過とともに片側性から両側性へと拡大し、睡眠を妨げるほどの強い持続性の夜間痛へと変化していった。結果として、頸椎腫瘍が進行して腫瘍が脊髄を圧迫し、脊髄症状を発現させて四肢の麻痺が高度となり、多様な全身症状を合併した転移性腫瘍であったと推測されるが、精査を勧めた時期は比較的初期であったために、文献に報告されているような特徴的な臨床症状は観察されなかった。しかし、この時点で鍼灸の不適応疾患または要精査疾患として精査を勧めたことは適切な処置であったと考えられる⁵⁾⁶⁾⁷⁾。

頸椎・頸髄の腫瘍について平林、森は「頸、肩、上肢の疼痛は、頸・上肢痛に比べて激しく頑固で、体動によって増強するばかりでなく、安静によっても軽快しないという特徴がある」⁸⁾⁹⁾。竹光、平林は「経過は若干の消長があるにせよ常に進行性で、病状の漸次悪化が認められる」と本症例と同様の特徴的症状をそれぞれ述べて

いる^{8) 10)}。

また、頸椎に発生した腫瘍について伊藤、柴田らは「大部分が転移性の腫瘍であって、原発性腫瘍はまれである」と報告している⁶⁾⁷⁾。以上の知見から、頸椎に腫瘍を疑ったときは、まず悪性腫瘍を疑うべきであると考える。

さらに、悪性腫瘍について平林は「比較的急速に発現する四肢の麻痺は、悪性腫瘍を疑う有力な根拠となるが、ことに悪性腫瘍の既往があれば転移性腫瘍の疑いが濃くなる」と述べている⁸⁾。

出端は「転移性腫瘍はそれ以前に原発臓器癌が存在しているので、注意深く問診を行えば誤診を犯すことは少ないはずですが、実際には若干の落とし穴があります」として、「第三に癌の既往は必ずしも患者本人から正確に聴取し得るとはかぎらない…つまり患者は癌であるにもかかわらず、その事実を知らされていないケースです。例えば胃潰瘍…などの既往に関する患者の報告は、ことによると癌であるかもしれない、という疑いがあります」と述べている^{11) 12)}。まさしく、上記の通りとなった事例であるが、本症例は胃癌の骨転移であり、その前駆症状として、胃癌による症状が先行したはずである。しかし、筆者は問診において患者の胃潰瘍手術の既往歴に伴う身体症状をきめ細かく聴取しなかった。ここで心窩部痛、胃部膨満感、圧迫感、食欲不振、恶心、嘔吐、下痢、便秘、体重減少、全身倦怠感などの問診をていねいに行っていれば、7回目から出現した夜間痛、脱力感と重ね合わせて、今回よりは速く精査を勧められたであろうと反省している^{13) 14) 15) 16) 17) 18)}。

また、悪性腫瘍の進行状態について平林、荒木は「膀胱・直腸障害も現れ、排尿・排便困難から尿閉へと進み、さらに尿や大便の失禁状態となる」と報告している^{19) 20)}。

さらに胃癌の骨転移の予後について、西土井は「症状出現から死亡までの期間は5カ月と短く、最長でも1年10カ月であった…その症状、転帰も激烈なものが多い」と述べている²¹⁾。本症例も症状出現から7カ月で死の転帰をたどり、症状も全身麻痺とモルヒネも効かないほどの激烈なものであった。

本年3月、家族に電話した折り、家族より即座に感謝と詫びの言

葉を受けた。さらに、患者には昨年11月14日に友人を紹介された。これらのことから、結果として患者やその家族からは信頼されたと思われ、専門医の精査を勧めた時期に誤りはなかったように感じる。しかし、見方によっては当院が試されたわけで、鍼灸不適応疾患の日頃からの地道な勉強と少しでも疑わしいと感じたときは速やかに専門病院の精査を勧めることが最も必要であると考えさせられた症例であった。

経穴の位置

五頸：C 5 棘突起の外方で大筋の外側の圧痛点。

六頸：C 6 棘突起の外方で大筋の外側の圧痛点。

七頸：C 7 棘突起の外方で大筋の外側の圧痛点。

参考文献

- 1) 出端昭男：不適応疾患の鑑別と鍼灸院経営、「66症例から学ぶ鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」、P.10～12、医道の日本社、1994。
- 2) 出端昭男：「開業鍼灸師のための診察法と治療法4 頸・上肢痛」、P.58、医道の日本社、1990。
- 3) 井上哲郎：癌の脊椎転移、「腰痛診療マニュアル」、P.266、金原出版、1988。
- 4) 石井清一：転移性骨悪性腫瘍、「標準整形外科」、P.214、金原出版、1980。
- 5) 平林 列：脊椎腫瘍、「整形外科臨床指針」、P.70～77、医歯薬出版、1980。
- 6) 森 健躬：「頸診療マニュアル」、P.113～119、医歯薬出版、1988。
- 7) 柴田大法、ほか：頸椎部脊椎腫瘍、「頸椎疾患・損傷」、P.104～105、メジカルビュー、1991。
- 8) 平林 列：頸椎腫瘍、「整形外科ペインクリニック」、P.67、金原出版、1985。
- 9) 森 健躬：「頸診療マニュアル」、P.117～118、医歯薬出版、1988。

図1 痛部位 压痛点 刺鍼点

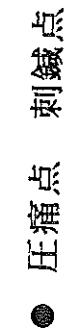


図1

- 10) 竹光義治：P a d i c u l o p a t h y の鑑別診断、「頸椎症の臨床」、P. 63～65、金原出版、1983。
- 11) 出端昭男：頸椎腫瘍 疾患の解説、「66症例から学ぶ鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」、P. 62、医道の日本社、1994。
- 12) 出端昭男：転移性脊椎腫瘍、「66症例から学ぶ鍼灸不適応疾患の鑑別と対策」、P. 105～106、医道の日本社、1994。
- 13) 松崎松平：胃癌、「図説・病気の成立とからだ2」、P. 11、医歯薬出版、1988。
- 14) 中野 哲：胃癌、「消化器病学入門」、P. 58、マグプロス出版、1991。
- 15) 内野治人編：胃癌、「病態整理よりみた内科学」、P. 131～135、金芳堂、1988。
- 16) J. Edward Berk, et al., 土屋雅春訳：胃癌、「ボッカス消化器病学2」、P. 609～613、西村書店、1989。
- 17) 中尾喜久ほか：胃の悪性腫瘍、「内科学書10」、P. 423～436、中山書店、1983。
- 18) 山村雄一編：胃癌、「新内科学4」、P. 278～279、南山堂、1977。
- 19) 平林 利：頸椎捻挫、「整形外科ペインクリニック」、P. 64～65、金原出版、1985。
- 20) 荒木淑郎：脊髄および脊椎の腫瘍、「腰痛・背痛・肩こり」、P. 147～149、南江堂、1980。
- 21) 西土井英昭：胃癌の骨転移、「転移性骨腫瘍」、P. 198～203、金原出版、1992。

