

症例報告

2001.10.25

半年間放置していた胸郭出口症候群

滝上 晴祥

本症例は上肢挙上位における痛みとシビレを半年間放置して来院した患者である。受傷機転、臨床症状、診察所見から胸郭出口症候群と診断した。46日間11回の鍼灸治療により症状の緩解をみた。

症例： 59歳 男性 酒店勤務

初診： 平成13年9月1日

主訴： 右上肢の痛みとシビレ

現病歴： 今年3月、仕事で20kgの缶詰めの箱を持つことが多くなった。そのころより肩背部の強いこりと腕を高く上げたり、内側にひねると上肢の痛みとシビレを感じるようになった。肩こりは以前からあったがこのような痛みとシビレは初めてであった。その後、同様の症状は変わらずあったがそのような肢位をとらなければさほど苦痛ではなかったのものでそのまま放置していた。今回の症状では病院での診察や他の治療は受けていない。

現在、右上肢を肩の位置より高くあげたり、肩関節を外転して内旋させると上肢全体に強い痛みが出現し、同時に手の指先までビリッとしたシビレがともなう(図1)。痛みとシビレが出現するときは指に力が入らない。しかし、上肢を下垂しているときは肩こりと上肢の重だるさを常に感じるが痛みやシビレはあらわれない。夜間痛はない。頸の運動による症状の誘発はない。筋力の低下はこの痛みとシビレがでているとき以外を感じない。巧緻運動障害、歩行障害はない。膀胱・直腸障害もない。肩関節の外転障害、外旋障害はない。

仕事は重いものを持ったりすることが多いがいつものように続けている。

スポーツはとくにしていない。アルコールは毎日、缶ビール1本くらい。

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： 身長170cm。体重59kg。体型はなで肩である(図2)。握力左29kg、右36kg(右きき)。頸の前屈痛、後屈痛、側屈痛、回旋痛はすべて陰性。モーリー・テスト陽性で上肢への放散痛と手指のシビレが誘発する。アドソン・テスト陽性。筋萎縮、触覚障害はともに認められない。二頭筋反射、腕橈骨

筋反射、三頭筋反射は左右とも減弱。膝蓋腱反射は正常。スパーリング・テスト、肩圧迫テストはともに陰性。ライト・テスト、エデン・テストともに陽性。三分間挙上テスト陽性で2秒で症状が誘発した(表1)。圧痛は右の斜角、中府、肩井、天宗、肩貞、上天府に検出され(図3)、右肩甲上部、肩甲部、前胸部に筋の緊張が認められた。

診断： 本症例はモーリー・テスト、アドソン・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、三分間挙上テストが陽性で頸の運動による症状の誘発が認められないことから胸郭出口症候群と診断した。

対応： 仕事でいつも重いものを持って頸や胸の筋肉の疲労からこりとなっています。そこを通る神経や血管を圧迫して痛みやシビレがでています。鍼灸治療は患部の周囲の血液循環をよくし、筋肉の緊張をやわらげて痛みやシビレを軽減させます。治療の間隔は週に2回、1カ月は通院してください。

治療・経過： 治療は疼痛の軽減を目的に行った。

体位は腹臥位で、治療点は右の斜角、中府、肩井、天宗、肩貞、上天府と左右の志室を取穴した(図3)。使用針は志室はステンレス製1寸6分-2番(40mm-18号)、その他は1寸3分-2番(40mm-18号)を用い、すべて直刺で15分間の置針を行い、黒田製カーボン灯(#4008-#3001)で腰部と右の頸部、肩甲部、前胸部を10分間照射した。刺入深度は斜角、中府は0.5cm、肩井、天宗、肩貞、上天府は1cm、志室は2cmとした。

生活指導： 仕事では極力重いものを持たないようにしてください。

第2回(9月4日、3日目)上肢挙上位での痛みはずいぶん楽になったが上腕前部、外側部に軽度の痛みとシビレ感は発生する。モーリー・テスト、アドソン・テスト、エデン・テストはすべて陰性。

第3回(9月8日、8日目)上肢挙上位でシビレ感はなくなった。

第5回(9月18日、18日目)上肢挙上位の痛みはなくなる。肩こりは感じなくなった。

第7回(9月26日、26日目)ライト・テストで痛みはないが上腕部にジーンとしたシビレが誘発する。

第11回(10月16日、46日目)ライト・テスト陰性。肩関節を外転して内旋位で上腕外側に軽度の痛みが出現する。上体をリラックスさせようとするが緊張がどこかに残っているようで完全なリラックスができない。

その後、残存する症状の緩解するまで1週間に2度の治療を継続中である。

考察： 本症例は体型はなで肩であり、上肢挙上位で愁訴の誘発をみる。モーリー・テスト、アドソン・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、三分

間挙上テストがすべて陽性である。頸の運動による愁訴の誘発が認められない。以上の理由から胸郭出口症候群と診断した¹²⁾³⁾。

なお、臨床症状および診察所見から以下の類症疾患を除外した。

1、頸椎症性神経根症⁴⁾

頸の運動による愁訴の誘発がない。スパーリング・テストは陰性である。

2、頸肩腕症候群⁶⁾

モーリー・テスト、アドソン・テスト、ライト・テスト、エデン・テスト、三分間挙上テストが陽性である。

さて、本疾患を竹下は第1・2肋骨と周辺の筋群で形成される胸郭出口部において種々の原因により腕神経叢、鎖骨下動・静脈が圧迫、刺激され上肢に神経・血管症状をもたらす⁶⁾と述べている。

以上の知見から、本症の発症機序を以下のように推測した。

- 1、持続的な重量物の運搬は上肢および胸郭出口部の筋群に負荷がかかり、同部位の筋群の過緊張をもたらした。
- 2、過緊張の筋群はその間隙を通過する腕神経叢と鎖骨下動・静脈を圧迫、刺激し疼痛とシビレを発症した。

胸郭出口症候群の診断に際して、現状では決め手となる診断法は存在せず、病歴聴取での症状と肢位との関係、体型、脈管テスト、三分間挙上テスト、モーリー・テストなど総合的に判断されている。同じく竹下は自験例から各テストのなかでもモーリー・テスト、三分間挙上テストの高い有用性と、脈管テストのアドソン・テスト、エデン・テストが陽性であれば本症を肯定する、ライト・テストが陰性であれば本症を否定する⁷⁾ことを述べている。本症例では症状と肢位との関係、体型、脈管テスト、三分間挙上テスト、モーリー・テストとすべての陽性所見を満たしたためらしいものであった。治療の経過においては速やかな症状の消退がみられ、本疾患に対する鍼灸治療はよく奏功したものと推測する。しかし、毎日の仕事での上肢への重量物の負荷からは解放されることがなく、今後も期待できないことから定期的な治療を継続して、症状の再燃を予防し、また緩解に導く方法をとらざるを得ないと考える。

経穴の位置

斜角 斜角筋部で鎖骨より上方1横指
上天府 天府の上方

参考文献

- 1)高岸直人：胸郭出口症候群、「神中整形外科学」、P299~300、南山堂、1994。
- 2)酒匂崇他：頸肩症候群・胸郭出口症候群、「図説整形外科診断治療講座、頸椎疾患・損傷」、P136~140、メジカルビュー社、1991。
- 3)岩破康博他：胸郭出口症候群、「頸肩腕障害の診断と治療」、P93~96、金原出版、1993。
- 4)片岡治：頸部変形性脊椎症、「神中整形外科学」、P214~215、南山堂、1994。
- 5)酒匂崇他：頸肩症候群・胸郭出口症候群、「図説整形外科診断治療講座、頸椎疾患・損傷」、P136~140、メジカルビュー社、1991。
- 6)竹下満：胸郭出口症候群、「図説整形外科診断治療講座、肩・肩甲帯障害」、P155、メジカルビュー社、1990。
- 7)竹下満：胸郭出口症候群、「図説整形外科診断治療講座、肩・肩甲帯障害」、P155、メジカルビュー社、1990。

表1 初診時の診察所見

頸・上肢痛 18年9月1日

1 握力	左 29 ⑤ 36	9 二頭筋	左 土 右 土	18. 2分
2 後屈痛	⊖ +	10 腕橈骨筋	左 土 右 土	
3 側屈痛	左 ⊖ +	11 三頭筋	左 土 右 土	
	右 ⊖ +	14 スパーリング	左 右 -	
4 回旋痛	左 ⊖ +	15 肩圧迫	左 右 -	
	右 ⊖ +	16 ライト	左 右 +	
5 モーリー	左 - 右 ++	17 エデン	左 右 +	
6 アドソン	左 右 +	18 三分間	左 右 +	
7 筋萎縮	左 右 -	圧痛、右側の斜角、中府、肩井、天宗、肩貞、上天府、志室		
8 触覚障害	左 右 -			
12 PTR	13 バビンスキー			

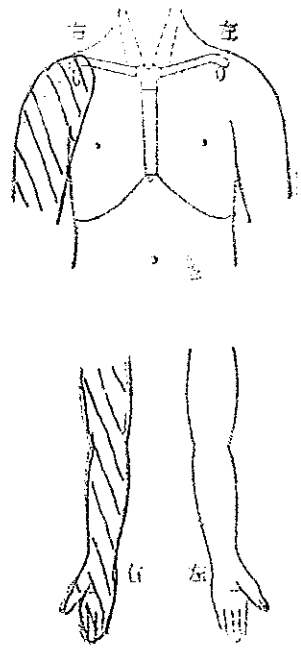
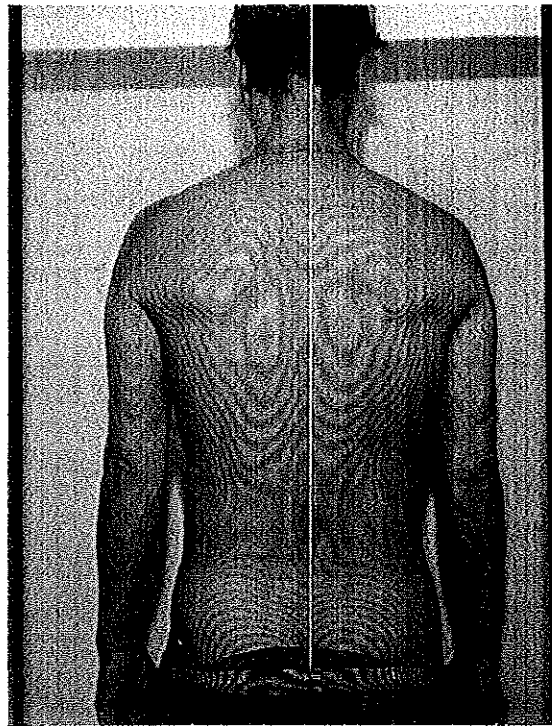


図1 疼痛域とシビレの部位



13.9-1
図2 体型

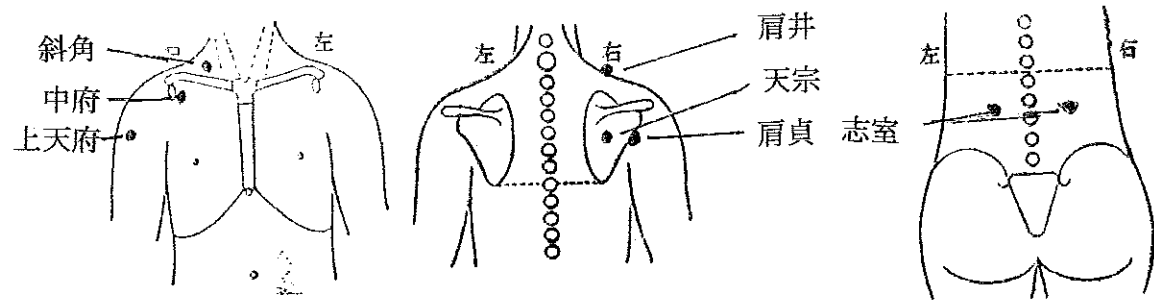


図3 圧痛点と治療点