

症例報告

両腕に発症した胸郭出口症候群

三浦 洋

本症例はギックリ腰を発症した父親の介護の後に発症して、臨床症状、診察所見から神経性の胸郭出口症候群と診断した。鍼灸治療適応と判断したが、頸肋の可能性や肘部管症候群の併発も視野に入れながら、現在も治療継続中の症例である。

症 例 : 39 歳 女性 主婦・パートで鍼灸師

初 診 : 平成 23 年 7 月 19 日

主 訴 : 両腕のシビレ

現病歴 : 小学生高学年の頃より肩こりは感じていた。鍼灸学生(平成 22 年 3 月卒)の頃には実技試験の時に手にシビレを感じることがあったが、試験が終わると消えていた。

今回は、10 日前に同居している父親(80 歳、身長 160 cm、体重 50 kg弱)がギックリ腰を発症し、一人では起き上がれない状態となったので、トイレなどの時に起き上がらせて支えるなどの介護をして、両肩から肩甲間部(特に左)のこりがひどくなった。その 3 日後(初診日の 1 週間前)の午前中に父親を近くの総合病院へ連れて行くとそのまま入院となつたが、その時から両腕にシビレが出始めた。部位は、左右の前腕外側と左は内側にもボワラーとした感じがあり、左の母指、示指、中指にはピリピリとしたシビレが出た(図 1)ので、知熱灸(蒸し灸)を取るときに火傷をしたかなと思ったが、火傷はしていなかった。両腕のシビレは、そのうちに取れるだろうと思っていたが、1 週間が過ぎても取れないので相談してきた。腕のボワラーとした感じは気にすると常に感じている。左指のシビレは、夕方に台所で家事をしている時や鍼灸院へ自転車で通勤(およそ 15 分間)した後など腕を使うと感じる。医療機関の受診はなく、他の治療も受けていない。

現在、両肩や両腕の症状や発現部位は発症時と変わらない。鍼灸院での仕事を終えたところであるが、じっと座っていて、両腕のボワラーとした感じに左指のピリピリも感じるが、夜間痛はない。頸の運動による愁訴の誘発や増悪はない。腕や指の動きにくさは感じない。巧緻運動障害や歩行障害に膀胱直腸障害はない。尚、上肢を挙上したまでの作業は日常生活の中で特にないので、症状が出るかどうか分からぬ。上肢に冷感はない。

家事や仕事はこなせており、日常生活に支障が出るほどのことはない。

アルコールはお付き合いでは飲むが、普段は飲まない。

スポーツはとくにしていないが、5 歳のころから 20 歳まで週に 1~2 回程度で 1 回 30 分から 1 時間程度、バイオリンを習っていた。

パソコンは、日に 30 分間程度、ブログの更新や子供とゲームをする。

その他、最近は風邪なども引いておらず、一般状態は良好である。

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 : 身長 151 cm、体重 40 kg、なで肩ではないが肩幅は狭い。鎖骨上窩部に骨性隆起は触知

されない。上肢に腫脹は認められず、冷感も触知されない。肘の外反右 10°、左 15°。握力は左 16 kg、右 19 kg で右利きである。後屈痛、側屈痛、回旋痛は全て陰性。モーリー・テストは左右ともに陽性で、検査部位の圧痛は飛び上がるほど痛く、肘部尺側から小指にかけてビリビリとしたシビレの増悪も認められた。アドソン・テスト陰性。上肢および手に筋萎縮は認められない。触覚障害陰性。二頭筋腱反射、腕橈骨筋腱反射、三頭筋腱反射、膝蓋腱反射は全て正常。スパーゲン・テスト陰性。肩圧迫テストは左右ともに陽性で前腕部の症状が増悪した。ライト・テスト左陽性で脈拍の若干の減弱と母指と示指のシビレの増悪が認められた。尚、左ライト・テスト肢位にて左肩中俞のあたりにズーンとした痛みを感じる。右側のライト・テストは陰性。エデン・テストは左右ともに陽性で前腕部の症状が増悪し、母指尖にジワンとした感じが誘発される。三分間拳上テストも左右ともに陽性で 8 秒間で両腕の症状および母指、示指、中指の先にシビレの増悪ならびに誘発が認められたが、手掌部の蒼白や冷感は認められない。ファーレン・テスト陰性。パーエクトオーラ・テスト陰性。手根管部でのチネルサイン陰性。フローマン徵候陰性。江川徵候陰性。肘部管部でのチネルサインは左右ともに陽性。尺骨神経管部のチネルサイン陰性。トムゼン・テストは陰性であった(表 1)。圧痛は、左右の天柱、肩井、天髎、肩中俞、肩外俞、附分、魄戸、秉風、天宗、扶突、斜角、中府、手三里から検出された(図 2)。肩甲上部および肩甲間部の圧痛は、左は痛く、右は痛気持ちいいとのことである。尚、上腕外側上顆部の圧痛は検出されなかった。

診断: 本症例は、頸の運動による愁訴の誘発や増悪がなく、モーリー・テスト陽性、ライト・テスト陽性、エデン・テスト陽性と三分間拳上テストも陽性であることから、胸郭出口症候群と診断した。なお、肘部管でのチネルサイン陽性のことから重複性絞扼症候群(ダブルクラッシュンドローム)、肘部管症候群の併発も疑った。

対応: 胸郭出口症候群ですね。学生時代に習った通りの所見が出たでしょう。肘部管部でのチネルサインもあるのでダブルクラッシュンドロームも疑われるけれども、主体は、胸郭出口症候群と思われます。お父さんを介護するときにかなりの力が首筋や肩、胸や腕の筋肉に加わったのだろうね。鍼灸治療で様子を診ましょう。

治療・経過: 治療は筋緊張の疼痛の改善を目的に以下のように行った。

治療体位は腹臥位と仰臥位にて行った。治療点は左右の圧痛点の天柱、肩井、天髎、肩中俞、肩外俞、附分、魄戸、秉風、天宗、扶突、斜角、中府、手三里と少海を取穴した(図 2)。使用鍼はステンレス製 1 寸 3 分 1 番(40 mm-16 号)を用い、先ず腹臥位で天柱、天髎、肩中俞、肩外俞、附分、魄戸、秉風、天宗、手三里に直刺で、肩井は背面から前面に向かい横刺で、それぞれ 1 cm~1.5 cm 刺入した。また、肩井、肩中俞、魄戸、秉風、天宗に母指頭大の灸頭鍼を行い、その後 10 分間の置鍼を赤外線照射しながら行った。続いて仰臥位にて斜角、中府は直刺で、少海は内側から外側へ横刺で、それぞれ 1 cm 刺入して、10 分間の置鍼を赤外線照射しながら行い、抜鍼後に扶突に母指頭大の知熱灸(蒸灸)を左右 1 壮ずつ行った。

経過の指標として三分間拳上テストによる愁訴の増悪や誘発の出現時間を計測した。

生活指導: 普段は、腕を上げての作業や電車に乗ることも無いようだけれども、つり革につかまるなどの肩よりも腕を上に上げる動作や重いものを持つことや、肩から提げるようなことは避けて下さい。また、パソコンなどをする時には、頸を前方に突き出さないように姿勢に気をつけましょう。それから、僧帽筋や菱形筋に肩甲拳筋を鍛えるために、わきを締めて壁を使っての腕立て伏せを肩甲上部と肩甲間部を意識してやってみましょう。

第2回(7月20日、2日目) 三分間拳上テスト陽性 10秒間。

第3回(7月21日、3日目) 三分間拳上テスト陽性 12秒間。左ライト・テスト陽性だが、肩中俞あたりに感じたズーンとした感じは無くなつた。

第5回(7月23日、5日目) 三分間拳上テスト陽性 15秒間。モーリー・テスト陽性だが、初診時の時に比べて検査部位の圧痛は半減したこと。また、肩圧迫テスト陰性となり、右中府の圧痛が無くなる。

第8回(7月26日、8日目) 三分間拳上テスト陽性 22秒間。昨日までの2日間は、肩こりも感じず、腕の症状もだいぶ取れてきた感じがあった。前腕部のボワーとした感じの範囲も手首から先の合谷周辺だけに狭まってきて、感じ方も弱くなっていた。しかし、本日の午後、友人のバレエの発表会を観に出かけたが、荷物が多く、また、電車に乗ったが、帰りに一駅(約5分間)だけ立っていた際に靴につかまつたら、右手は、母指、示指がだるくなり、左手は、中指、示指の尖がチリチリしてきた。じつとしていて感じる範囲は広がっていないが、やや強く感じている。

尚、今後も治療継続予定である。

考 察：本症例は胸郭出口症候群と診断した。以下にその理由を述べる。

1. 上肢拳上により愁訴の増悪や誘発が認められた^{1) 2)}。
2. モーリー・テスト、ライト・テスト、エデン・テストが陽性である^{2) 3)}。
3. 三分間拳上テストが陽性である^{2) 3)}。

なお、臨床症状、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

頸の運動により愁訴の誘発がない^{1) 2)}。

2. 頸椎症性脊髄症

巧緻運動障害や歩行障害に膀胱直腸障害もなく、膝蓋腱反射が正常である^{1) 3)}。

3. 手根管症候群

ファーレン・テスト陰性、パーフェクトオーラ・テスト陰性で手根管部でのチネルサインも陰性であり、正中神経領域の触覚障害も認められなかつた⁴⁾。

4. 尺骨神経管症候群

尺骨神経管部のチネルサイン陰性であり、尺骨神経領域の触覚障害が認められなかつた。

尚、本症例を胸郭出口症候群と診断したが、上肢に腫脹や冷感が認められず、三分間拳上テストでも手掌の蒼白や冷感が認められなかつたことから、胸郭出口症候群の3型分類(神経性・動脈性・静脈性)の内、神経性と考えた⁵⁾。

鍼灸治療の適応に関しては、原因の一つとなる頸肋の可能性を否定することは、X線を撮らないとできないが、鎖骨上窩部に骨性の隆起が触れないことと、たとえ頸肋であっても第一の治療選択が保存療法であることから適応と判断した⁷⁾。また、特に左側は外反肘が診られ、肘部管でのチネルサインも陽性であることから肘部管症候群とのダブルクラッシュシンドロームの疑い⁴⁾、遲発性肘部管症候群の疑いもあるが、尺骨神経領域の触覚障害や骨間筋の筋萎縮が認められずに、江川症候も陰性であること⁶⁾から、現状では胸郭出口症候群が主体であると判断して、やはり保存療法としての鍼灸治療は適応と判断した。

しかし、今後の症状の経過によっては、方針変更もあり得るので、注意深く診療していく必要があると考える。

経穴の位置

斜角 前斜角筋中、鎖骨上縁より約1横指上方。

参考文献

- 1) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法4」、P 18~20、医道の日本社、1990.
- 2) 日本鍼灸師会臨床研修会「レポート作成の手引き」、P 62~63、2010.
- 3) 出端昭男：臨床診断「診察法と治療法4」、P 25~38、医道の日本社、1990.
- 4) 寺山和雄、片岡治、中村蓼吾：整形外科痛みへのアプローチ3「肘と手・手関節の痛み」 P 229~242、2007
- 5) 青木隆明、林典雄：機能解剖学的触診技術「上肢」、P 45、メジカルビュー社、2005
- 6) 笹嶋唯博、武藤徹一郎：新臨床外科第4版「胸郭出口症候群」、P 1056~1058、医学書院、2006
- 7) 公益社団法人日本整形外科学会HP http://www.joa.or.jp/public/sick/condition/cervical_rib.html

表1 初診時の診察所見

頸・上肢痛チャート

H23年7月19日

1 握力	左 16 (右)19	9 二頭筋	左+ 右+	
2 後屈痛	(-) +	10 腕焼骨筋	左+ 右+	
3 側屈痛	左 (-) +	11 三頭筋	左+ 右+	
	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+	18. 8秒
7 筋萎縮	左- 右-			5. 圧痛著名で肘から小指にかけてビリビリ
8 触覚障害	左- 右-			16. 左肩中俞にズーンとした痛み
12 PTR+	13 バビンスキー			17. 前腕部増強、母指尖に誘発

身長 151 cm 体重 40 kg なで肩でない 肩幅狭い 鎖骨上窓部に骨性隆起触知なし

上肢に腫脹、冷感なし 肘外反右 10°、左 15°

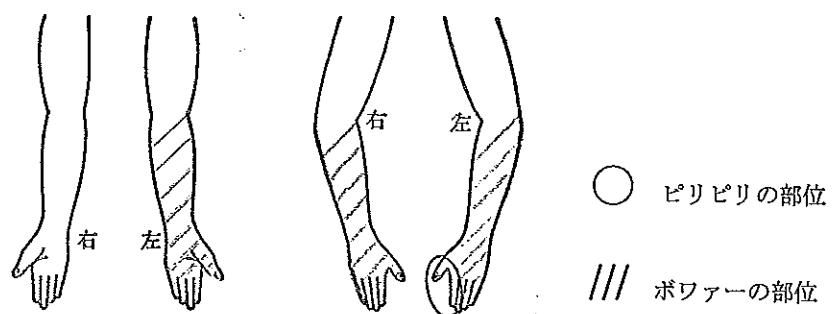


図1 シビレの部位

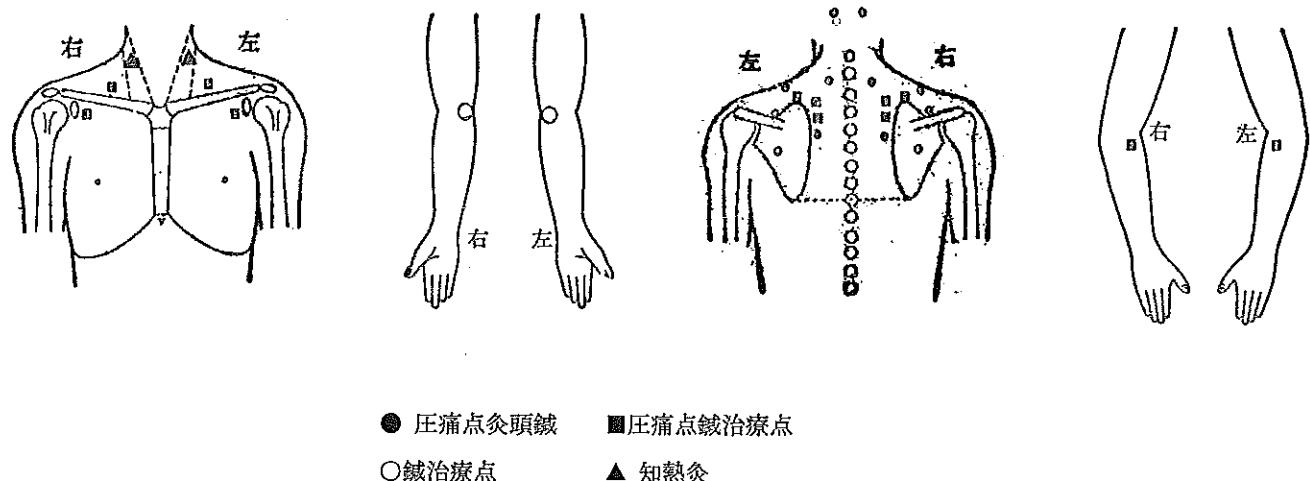


図2 圧痛点と治療点