

星状神経節ブロックを繰り返した帯状疱疹後神経痛

31年3月28日

世田谷 紺野康代

症例は右肩関節から上肢の内側および手第4・5指にかけての帯状疱疹を発症後、ヘルペス後神経痛が残存し、整形外科およびペインクリニックを9軒紹介により受診したが、どこでも星状神経節ブロックで、薬液をかえて毎日通わされたが、一向に改善されなかった。鍼灸治療により交感神経の過緊張を改善することで奏効し始めた症例である。

症 例：88歳 男性 取締役会長

初 診：平成26年11月25日

主 訴：右小指球から第4・5指にかけての痛みとしびれ

現病歴：症例はゴルフを月に3～4回ラウンドに出ていた。5月にゴルフに行った翌日より、右肩関節から脇の下、上肢の主に内側と手掌全体に発疹が出現し、ズキズキとした痛みで眠れず某総合病院にて帯状疱疹と診断された。急性期帯状疱疹痛はなかった。その後、皮疹は消褪したが右小指球から第4・5指にかけての痛みとしびれが継続していたため、整形外科にまわされ、星状神経節ブロックを開始した。内服薬は、リリカプセルを処方された。ブロックは4～5日に1回だったが、そのたびに右手がしびれ動かなくなったので、1か月でその病院は止め、友人の紹介でペインクリニックを勧められ受診。やはりここでも星状神経節ブロックのみしかなく、内服薬をかえて毎日打ちに通った。そのほか内科的にも心臓、糖尿病、腎臓とそれぞれの病院を受診していて、相談すると紹介されるペインクリニックを全てあつたが、どこも内服薬を変えるのみで、ブロックは同じであった。9軒受診し、1軒だけ頸椎から神経ブロックをしてくれたところがあつたが、変化は無かった。痛みが何とか緩和されないかと整体やマッサージも受けたが、無駄だった。途中、クリニックで鍼灸もやっているというので紹介され受けたが、治療代があまりに高額で、とても続かなかつたので諦めた。孫が、鍼灸を試すなら鍼灸専門の処の方がと、ネットで当院を調べてくれ、来院した。

来院時、発疹は既に消褪していて、痂皮もなく癒痕はみられない。右手掌のみが真っ赤で相当な熱感があり腫れている。逆に左手は異常なほど冷え切っている。一番痛むのは、右小指球から、第4・5指にかけてで（図1）、30分に一回、ズキズキとした痛みが襲い、左の手でぎゅーっと把持している。痛みは15分ほど持続する。痛みのためペンが持てず書字がしにくい、カルテの文字は乱れてはいない。夜間痛が有り眠れないのと服薬により夜間尿で5回は覚醒するため、ハルシオンを半錠のんでいる。また、のぼせが強く耳介が左右ともに真っ赤で頬はやや紅潮ぎみで、顔面蒼白ではない。

20年ほど前に交通事故に遇っているが、項頸部の痛みで、腕には症状は出ず自律神経症状もとくにでなかつた。ブロックを一度受けたが、どこにされたかは覚えていない。

若い頃に大酒を飲んで糖尿病となり、20年前に大量の飲酒を止めた。現在はアルコール

ルの量は控えていて、毎晩ビールをコップ 1 杯程度飲んでいる。タバコはすわない。スポーツはゴルフが主だったが、発症後は一切していない。

心臓カテーテルも行き冠動脈と冠静脈 4 か所にステントが留置されている。血圧は降下剤でコントロールしている。ほかに痛風のため、尿酸値を薬で調整していて、数値的には安定している。前立腺がんで 2 度手術している。76 歳時と 82 歳時で現在は、自己血を採取し培養して、抗がん剤代わりに、3 か月に 1 回、体内に注入している。PSA 値は安定している。排尿時は尿線が細いが残尿感などはない。経過観察中である。

服薬について：ラシックス錠 250mg (血圧降下剤、尿を出しむくみをとる)。セロケン錠 120 mg (血圧降下剤)。アムロジン OD 錠 5mg (血圧降下剤、狭心症予防薬)。ブラビックス錠 75mg (血流改善薬)。リピトール錠 5mg (コレステロールを下げる)。ジャヌビア錠 25mg (インスリン分泌促進、血糖値を下げる)。オイグルコン錠 1.25mg (血糖値を下げる)。アルプリノール錠 100mg (高尿酸血症による高血圧)。ハルシオン 0.25mg (寝つきを良くする)。

リリカプセル 150mg (神経障害性疼痛)。ノイロトロピン錠 (帯状疱疹後神経痛)。

家族歴：父肝硬変 (62 歳で他界)、兄 2 人とも大酒のみで肝臓がんで亡くなっている。

診察所見：血圧 137/89mmHg、室内気での酸素飽和度 (SpO₂) 97%、脈拍数 67 回/分で頻脈ではない。顔面蒼白や悪心、嘔吐はない。握力は左 37 kg、右 23 kg (右利き)。指の屈筋力では浅指屈筋、深指屈筋とも右は弱く、特に尺側手根屈筋の力は弱く、MMT 4。右小指と薬指は完全屈曲ができないため、げんこつは握れない。頸椎の運動による誘発はない。モーリー、アドソン、ライト、エデン・テスト全て陰性、三分間挙上テストも異常なし。スパーリング・テスト、肩圧迫テストも陰性。触覚および痛覚障害がやや右小指掌側に鈍麻を認める。前腕と上腕の尺側の知覚に左右差はない。上腕三頭筋反射左右とも減弱。肘の橈屈偏位はなく、尺骨神経管チネル、ギヨン管チネルは陰性。ほか正中神経チネルも陰性。麻痺はなく驚手ではない。フローマン徴候陰性で骨間筋、小指球筋の萎縮はない。さらに母趾球筋の萎縮もなく、ファレン・テストも陰性。(表 1)

言語は極めて清明で、歩行も正常、血圧降下剤に利尿剤を服用しているせいか、排尿が近いのみで、膀胱直腸障害はない。認知症はない。また右眼瞼下垂がみられるが、縮瞳はなく顔面の無汗でもない。

圧痛は、C4・5 棘側と七頸と八頸に著明である。肩甲上部から特に肩甲間部はパンパンに張っており、交感神経の緊張が強く膀胱経一行線から二行線にかけて下志室辺りまで、表皮に緩みが全くない。手の圧痛は神門と少府および心経の少海と小腸経の小海に認められたが、さほど強くはない。とにかく右手掌全体が発赤し、熱感が相当認められる。小指球が多少腫脹している。左手掌は逆に冷え切って青白い。患部に触れても痛みは増悪しない。手指の動き、手関節の動きによっても増悪しない。

脈症は沈細微、舌質紅で白苔はない。腹症は、下商曲を中心に盲脛にかけ鼓性濁音界を聴取。(図 2)

背部圧痛点は、C4・5 棘側、七頸、八頸、天髎、肩外兪、風門、膏肓、厥陰兪、心兪、肝

兪、胃倉、志室、下志室、中膠、委中、外承山に検出した。

診 断：尺骨神経に罹患した帯状疱疹後神経痛（ヘルペス後神経痛）と判断した。交感神経の過緊張を緩めることで、いくらかでも疼痛抑制系を介して鎮痛効果を発揮できるのではないかと考えた。

患者対応：ご存知のように星状神経節ブロックは交感神経を抑制して、血管を拡張させ、患部の血行を改善して鎮痛に働きかけるものですが、発症後からあまりに医療機関への通院が多く、痛みで交感神経が緊張している処に、さらに拍車を掛けるようにブロック注射のために毎日の様に通っていたため、より交感神経が緊張して、痛みの悪循環を招いてしまっているようです。まずは交感神経の緊張を緩め、神経炎の元である神経根部とくに知覚神経の血流改善を図るよう、治療して行きましょう。

治 療：治療は交感神経の緊張を緩め全身の筋緊張を改善し、C8神経根部の循環改善を目的に行った。

先ず、任脈・陰蹻脈の流注を整えるため、マグレインで銅球・亜鉛球を列欠-照海に対角線に貼付し、上下左右で流れが逆になるようにした。次いで腹臥位。全身の筋緊張を銀鍼（長柄鍼）による接触鍼で表面の緊張を緩和し、残る圧痛点に刺鍼した。使用鍼は、寸 3-2 番（40mm-18号）。七頸・八頸は内下方へ斜刺 1cm、膏肓・心兪は上方から下方へ向け斜刺 1 cm、下志室は外方より内方へ向け斜刺 2 cm、外承山に直刺 5 mmで刺入。パルス通電のため、七頸「+」から八頸「-」をセット、最も硬結の強い膏肓・心兪に「+」から下志室と外承山に「-」をそれぞれセットし、1 Hz で 10 分通電した。その間に厥陰兪・心兪・肝兪・胃倉・腎兪・志室・中膠に単刺後、灸点紙を敷き、半米粒大で各 3 壮ずつ施灸した。

（図 3）。表面の過緊張は消失し、硬結自体がハッキリとしてきたので、残った心兪・下志室にセイリン円皮鍼ゼロを貼付。宿題として、任脈・陰蹻脈と患部の心・小腸経に関わる督脈・陽蹻脈の流れを促すようマグレインの貼り方を指導した。右列欠・小海、左照海・申脈に亜鉛球、反対に左列欠・小海、右照海・申脈に銅球を対角線に貼付するよう指示。必ず夜間の就寝時のみ貼付して朝は剥がすように促した。内科受診もあり通院が忙しいため、治療は週 1 回とし、その間はマグレインで治療できるようにした。

術後は、全身が緩んだので、「身体が軽くなった。」と実感した。

第 2 回（11 月 29 日、5 日目）バイタルに問題はない。症状は特に変化は無く、小指球の腫脹と手掌の発赤を改善できればと、右心経・小腸経・三焦経各井穴より刺絡した。治療はほぼ前回と同様。背部筋の緊張は半減している。

第 3 回（12 月 6 日、12 日目）バイタルは正常。「前回、指先から血を取って貰ってから、手の温かさが違う。」との発言あり。たしかに、右熱感が多少改善し、厥冷していた左手掌が温まっている。発赤は半減。背部の筋緊張も改善。右眼瞼下垂も改善し、左右差がなくなった。握力も右 32 kg と改善し、げんこつも軽く握れるようになった。

第 7 回（1 月 26 日、62 日目）手掌の発赤が消失。左右の手は温かい。痛みは半減し、3~4 日に 1 回程度。左手で右小指球を圧迫することはあるが、1~2 分で改善するようになった。夜間トイレに起きる回数が 2 回に減り、熟睡感が得られたと言う。本人が「掌の痛みのポ

イントがある。」と言って押さえた処が、心包経の労宮であったため、刺絡を心・小腸・心包経井穴に変更した。労宮には直接の刺鍼は痛みを伴うので、セイリン円皮鍼 Zero を貼付した。奇経八脈の貼付は継続して貰っている。背部交感神経の緊張からくる心愈から志室にかけての筋緊張はほぼ緩んできた。

第 13 回（3 月 23 日、118 日目）痛みは 5 日に 1 回程度で、殆ど圧迫しなくても 1 分もすれば消失する様になった。手掌の発赤、腫脹、熱感は一切なくなり、左右の温度差はなく、温かくなった。また、真っ赤だった耳介も顔面と等しい肌色に戻った。その後、出張が入り、また検査入院の予定があり、以後の来院はない。

考 察：本症例を帯状疱疹後神経痛、ヘルペス後神経痛と判断した。^{1・2)}

福井・奈良は、帯状疱疹とは、水痘罹患後、知覚神経節内に潜伏していた水痘・帯状疱疹ウイルス（VZV）が再活性化し、その知覚神経分布領域に水疱を生じる疾患であり、50 歳以上の高齢者に多く、誘因として過労や老化のほか、外傷、悪性腫瘍、自己免疫疾患、重症感染症、免疫抑制剤や抗腫瘍薬による治療、放射線療法などがあるとしている。さらに VZV は、ヘルペスウイルス群に属する DNA ウイルスで、水痘治療後も三叉神経節や脊髄の後根神経節（胸髄、腰髄_ま）に不活性化の状態に潜伏感染している。前述のように誘因により免疫機能に異常が生じると、VZV が再活性化し、増殖しながら神経を伝わって、神経支配領域の皮膚に水疱を生じると記している。¹⁾ 本症例では右上肢に症状を発症しており、右 C8 神経の後根神経節に罹患したと考えられる。さらに症例は、糖尿病性の動脈硬化がベースと考えられる冠状動・静脈の 4 か所にカテーテル留置するなど、交感神経に関わる基礎疾患を有している事、また前立腺がんで 2 度の手術と現在の自己血を採取した抗がん剤代わりを、3 か月に 1 回、体内に注入するなど、正しく帯状疱疹後神経痛^{1・2)} を起こすに足る要因ではなかったろうか。

加えて、日常生活でも交感神経の緊張状態が常時存在し、代表取締役会長という職に在り、通院の合間には大阪の支店へ赴くなどの多忙さに、交感神経の過緊張は明らかであった。血圧降下剤の利尿剤も、睡眠不足に拍車を掛けたことは事実であろう。

佐仲によれば、自律神経反応は交感神経反応と副交感神経反応に分けられ、交感神経反応は「闘争」状態を、副交感神経反応は逆の「安静」状態をもたらす。交感神経反応は、内分泌系のサポート（副腎からのカテコラミン分泌）によって増強/遷延すると述べている。³⁾

鍼灸治療はこの闘争的交感神経の過緊張を鎮めるに充分値したと考える。眼瞼下垂が改善されたことは、上眼瞼挙筋と密着して存在するミューラー筋⁴⁾の交感神経の緊張が緩和された証であり、さらに後根神経節の消炎に働きかけたことで手掌の発赤が消褪し、神経内血流の改善に寄与したことで、鎮痛消炎をもたらしたと考えられ、治療は概ね妥当であったと考察する。

また、C8 神経根・尺骨神経領域は東洋医学でいう心・小腸経に相当すると思われるが、初診時より症例のヘルペス後神経痛が、なぜ左上肢ではなく、右に訴えていたのか、原因は定かではない。しかし佐中の文献から、典型的な ACS（急性冠症候群）は急性の胸痛（「押

しつぷされる」ような圧迫感)で発症するが、必ずしも「突発性(数分で痛みのピークに達する)」ではない、しばしば冷汗や嘔吐といった自律神経症状や、肩や腕(左、右、両側のいずれの場合もあり得る)、頸、顎、歯、背中、上腹部に放散痛を伴う。胸部症状よりも、放散痛が目立つケースは誤診されやすい。頸の放散痛は「のどが痛い」、顎や肩の放散痛は「歯が痛い」「肩がこる」と表現され、高齢者や糖尿病患者の「アゴから下・ヘソから上」の急性疼痛に対しては、常にACS(急性冠症候群)を考慮しておく。⁴⁾…と述べていることから症例の主訴が右に発症したことも頷ける。症例が何時また心筋梗塞を起こしても不思議のない交感神経の過緊張状態だったことから万一を想定し、筆者は来院のたびに、「冷や汗をかいていないか」「悪心・嘔吐はないか」慎重にバイタルを取りながら治療を進めたが、今後のリスク回避の上で重要な要素だったと考える。

以上のことから、交感神経の緊張状態が強く表れている症例に対しては、鍼灸治療による対応は「救急」を想定して当ることが肝要と考える。

なお、以下に除外疾患を列記する。

ホルネル症候群⁶⁾

Th1~4までの交感神経を圧迫または損傷によって傷害することで生じるが、交通事故からは年数が経過しすぎていてかつ、眼瞼下垂はみられていたが、縮瞳、眼裂狭小、顔面の発汗低下はみられない。また、上胸部の腫瘍によるものや外傷による神経根引き抜き損傷(腕神経叢損傷)⁷⁾などによるものが知られているが、それらの既往はない。

反射性交感神経性ジストロフィー(RSD)⁸⁾

心臓の手術を2度行っていて交感神経の過緊張状態ではあるが、アロディニアはなく、末梢の骨間筋萎縮や爪・皮膚の萎縮もみられない。

アロディニア^{8・9・10)}

通常では疼痛をもたらさない微小刺激が、すべて疼痛としてとても痛く認識される感覚異常のことで異痛症とも呼ばれ、文献によってはヘルペス後神経痛にアロディニアは良くみられるとするものもあるが、症例は触覚刺激によつての疼痛は誘発されていない。

肘部管症候群^{11・12)}

本症の疼痛部位はC8神経に由来すると考えられるが、C8神経根障害を思わせる上腕三頭筋反射の減弱がみられており、肘部管症候群では上腕三頭筋反射の減弱・消失はみられないため、除外できる。また肘の橈屈偏位もなく外反肘ではない。さらに触覚・痛覚鈍麻を掌側に認めているが、小指球筋の萎縮はない。肘部管チネルはない。フローマン徴候陰性。

ギヨン管症候群¹³⁾

小指・薬指の掌側に知覚鈍麻を認めていて、ギヨン管では知覚異常は掌側のみ認められるが小指球筋の萎縮は認められないため否定できる。またギヨン管チネルは陰性だった。

手根管症候群¹⁴⁾

薬指を境とした尺側の疼痛としびれを訴えており、橈側のしびれではない。また、手根管チネル、ファレン・テストも陰性である。

参考文献・WEB サイト

- 1) 福井次矢・奈良信夫：内科診断学，帯状疱疹，p1042,医学書院，2013.10.1
- 2) 公益社団法人日本皮膚科学会 皮膚科Q&A「ヘルペスと帯状疱疹」疼痛.jp
<https://toutsu.jp/pain/taijouhoushin.html> 2019.2.15
- 3) 佐中雅樹・奈良信雄：危険なサインの謎を解く，自律神経反応. p44,南山堂，2016.4.1
- 4) 佐中雅樹・奈良信雄：危険なサインの謎を解く，急性冠症候群. P91,南山堂，2016.4.1
- 5) 紺野康代：上眼瞼挙筋（動眼神経）パルス（東大式）を試みたベル麻痺後遺症の眼瞼下垂，
東京都鍼灸師会・症例検討会，平成23年3月24日報告
- 6) 鈴木則宏：神経診察クローズアップ，眼瞼下垂の診察. P19・27，MEDICAL VIEW
- 7) 日本整形外科学会：腕神経叢損傷，症状・病気をしらべる，神経根引き抜き損傷
https://www.joa.or.jp/public/sick/condition/brachial_plexus_injury.html 2019.3.28
- 8) 船戸和弥：複合性局所攣痛症候群，反射性交感神経性ジストロフィー.
<http://www.shiga-med.ac.jp/~koyama/analgesia/pain-crps.html> 2019.2.18
- 9) ウィキペディア：アロディニア. <https://ja.wikipedia.org/> 2019.2.17
- 10) 脳科学辞典：アロディニア. 九州大学薬学院研究所，津田誠・井上和秀.
<https://bsd.neuroinf.jp/wiki/%E3%82%A2%E3%83%AD%E3%83%87%E3%82%A3%E3%83%8B%E3%82%A2> 2019.2.18
- 11) 田中靖久・国分正一：高位診断・神経根症，p36，NEWMOOK®頸椎症，金原出版1999
- 12) 日本脊髄外科学会：肘部管症候群 <http://www.neurospine.jp/original39.html> 2019.2.18
- 13) トレンドの樹：尺骨神経管・ギヨン管，<https://trendnoki.com/5331.html> 2019.3.21
- 14) 出端昭男：手根管症候群. 開業鍼灸師のための診察法と治療法，4.頸・上肢痛，p55，
医道の日本社，2004

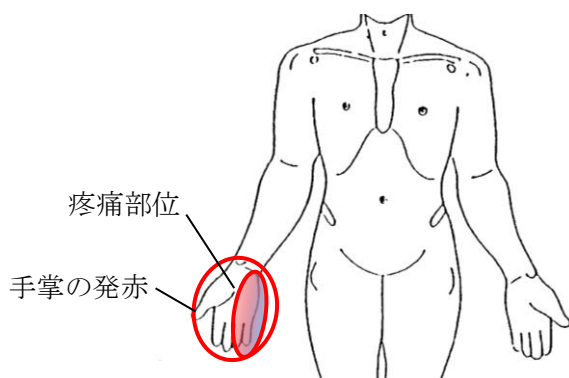


図1 初診時の疼痛部位

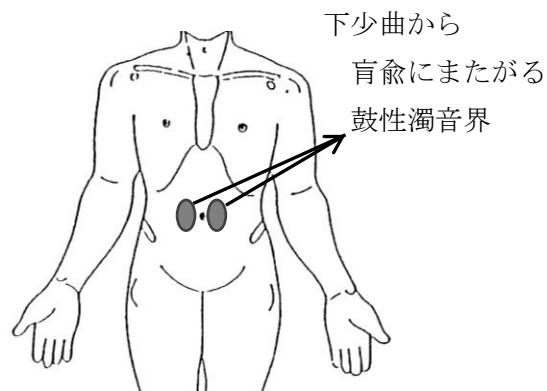


図2 初診時の腹症

表1 初診時の診察所見
頸・上肢痛

26年11月25日

1 握力	左 37 (右) 23	9 二頭筋	左 - 右 -	外反肘「-」
2 後屈痛	⊖ +	10 腕橈骨筋	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 -	
7 筋萎縮	左 - 右 -	尺骨神経管、ギヨン管、手根管チネル「-」		
8 触覚障害	左 右 C8 鈍	ファレン・テスト、フローマン徴候「-」		
12 PTR	13 バビンスキー	小指球筋・母指球筋・骨間筋萎縮「-」		

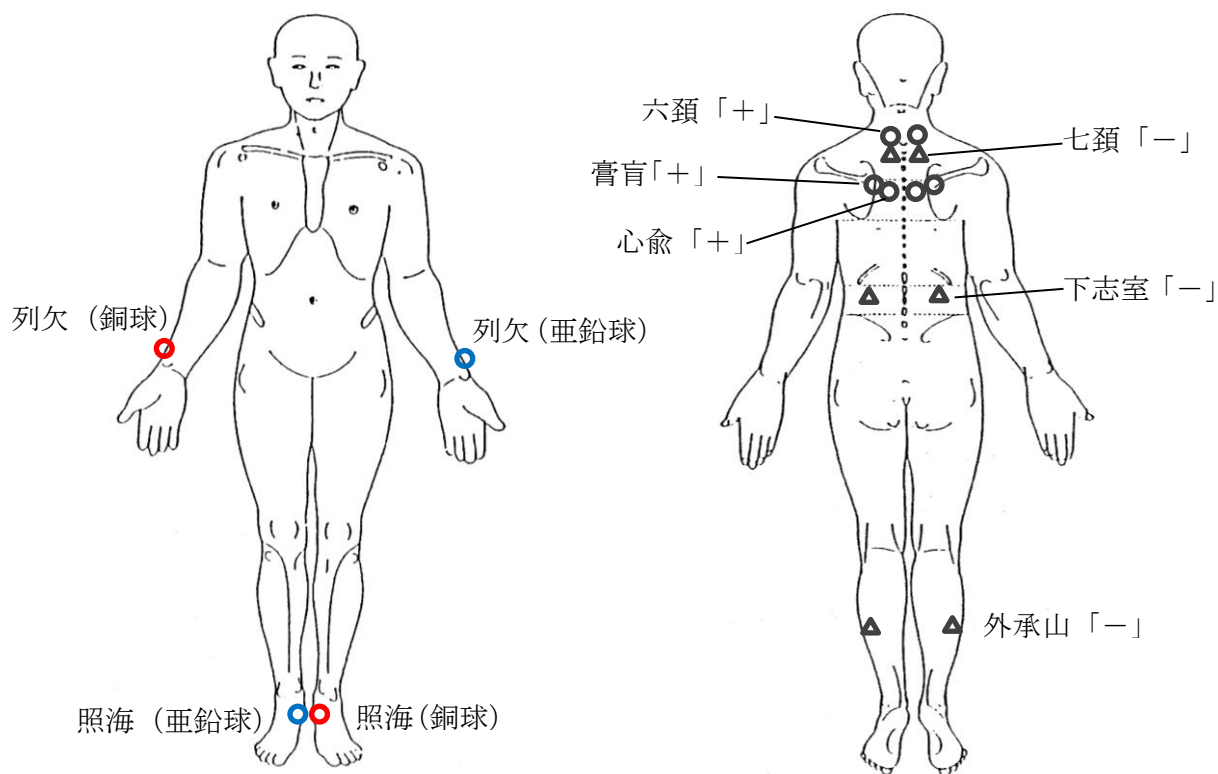


図3 初診時の治療点