

キーワード

- 水滀
- しびれ
- 胸郭出口症候群

済生会宇都宮病院 整形外科 松村 崇史

問診表の臨床応用

しびれの疾患と水滀の関係 ～胸郭出口症候群に対する 水滀スコアの応用～

はじめに

整形外科の日常診療においては、頸部から肩、上肢にかけての疼痛やしびれを訴え来院する患者が多い。その際、医師が最も疑う疾患は頸椎疾患である。頸部椎間板ヘルニアや変形性頸椎症が代表的である。これらは神経根性(一部脊髄性)の神経障害である。一方、より末梢で神経障害を生ずる疾患に絞扼性神経障害がある。手根管症候群や肘部管症候群が代表である。頸椎疾患と絞扼性神経障害の鑑別は時に容易ではない。また、両者が合併したdouble crush lesionにも注意を払わねばならない。

さて、絞扼性神経障害の中に頸椎疾患との鑑別がさらに困難な疾患がある。胸郭出口症候群(TOS)である。これはWright testで有名であるが、かつて過外転症候群と呼ばれていたように、肩の外転による血管・神経の圧迫による比較的まれな疾患と認識されてきた。しかし近年、腕神経叢の牽引が主病因であることが解明されてきた¹⁾。しかも日常診療で頻繁に遭遇する疾患である。ところが、いまだTOSに対する認識が低いために、頸肩腕症候群というbasket nameのもとに治療されている例が多い。筆者は以前よりTOSの漢方医学的な診断・治療を行っているので紹介する。

胸郭出口症候群(TOS) について

頸部から上肢にかけての疼痛やしびれを主訴に来院することが多い。疼痛は重だるい鈍痛で、しびれは上肢尺側に多い。さらに頸部から肩甲間部のこり、上肢の脱力感、冷感、浮腫感も訴えることがある。また全身症状として、全身倦怠感、頭痛、立ち眩み、恶心・嘔吐、動悸などのいわゆる不定愁訴や抑うつ傾向を呈することも多い。これが頸肩腕症候群などという不定愁訴症候群として片づけられてしまう一因と思われる。

頸肋や外傷などの外的要因のない、いわゆる特発性胸郭出口症候群の姿勢的特徴は、なで肩で首が長い痩せ型体型である。この体型のため、頸から肩部において腕神経叢が牽引されることがTOSの主

原因といわれている。実際多くの患者がこのような体型の若い女性である。しかし、このような体型者のごく一部分にのみTOSが発症する。したがって、姿勢以外に何らかの全身的要因が関与していると筆者は以前より考えていた。色白で痩せ型ではあるが皮下脂肪に張りがあるような…。そこで出会ったのが寺澤の水滀スコア(表1)である。青字の部分はまさに前述したTOSの全身症状と一致していた。“色白で皮下脂肪に張りがあるのは、水滀で脂肪の含水率が高いためだったのだ”と自分なりに納得してしまったのを思い出す。

早速TOSの水滀スコアを健常人と比較検討した。TOSでしびれを訴える26例を対象とした。男性10例、女性16例、年齢は20~55(平均33)歳であった。健常人50例[男性15例、女性35例、年齢20~58(平均

表1 水滀スコア

青字：TOSの全身症状に一致	
身体の重い感じ	3
拍動性頭痛	4
頭重感	3
車酔いしやすい	5
めまい・めまい感	5
立ちくらみ	5
水様の鼻水	3
唾液分泌過多	3
泡沫状の喀痰	4
悪心・嘔吐	3
グル音の亢進	3
朝のこわばり	7
浮腫傾向・胃部振水音	15
胸水・心のう水・腹水	15
臍上悸	5
水瀉性下痢	5
尿量減少	7
多尿	5

判定基準：総計13点以上を水滀とする。

34)歳]を対照とした。水滯スコアはTOS群の3~58(平均30.7)に対し、

健常群は0~49(平均11.3)で有意差を認めた。スコアが13以上の水滯

の割合は、TOS群85%、健常群28%であった²⁾。

症例1：21歳、女性、介護福祉士 主訴：頸部痛、右上肢しびれ

現病歴：4ヵ月前から誘因なく発症。挙上位で右上肢が重だるくなったり。自分では介護の仕事のためと思っていた。前医でNSAID、筋弛緩薬を投与されたが効果はなかった。以前より肩こり、片頭痛があった。

現症：148cm、44kg。なで肩、痩せ型ではあるが頬がぽちやっとしていた。右手に軽度の浮腫を認めた。TOS誘発テストのうちWright, Roos testで症状が誘発され、さらに右手のみが蒼白になった。頸椎疾患を疑わせる所見はなかった。舌証は胖大、淡紅色、やや乾燥した薄白苔のある歯痕舌。腹証は腹力やや弱、軽度心下痞鞭。脈証はやや実、弦、数。発汗過多、尿不利はなかった。水滯スコアは32であった(表2)。

経過(図1)：柴苓湯の2週間投与で手の浮腫は軽減したが、しびれ、頸部痛は不变であった。右手の冷感を訴えたため当帰芍藥散に転方したが胃部のむかつきのため服用できなかった。五苓散、ノイロトロピン®、セルベックス®に変更し、4週後にしびれと片頭痛の軽減をみたが、肩こりは不变であった。さらに五苓散

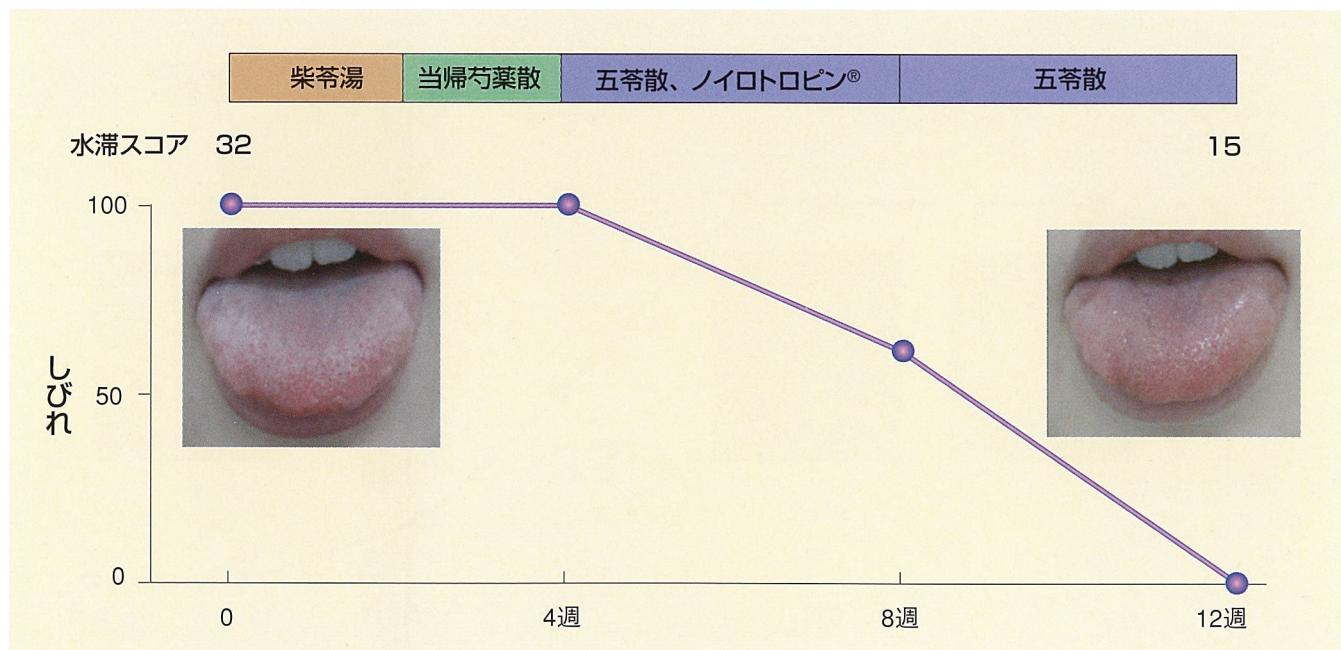
のみ継続し、しびれはほぼ消失した。肩こりは不变で、やや体力的、精神的に疲れていると訴えた。舌は苔が減少し潤ったが舌裂が目立っていた。水滯スコアは15に減少した(表2)。水滯に伴う症状は改善したが気虚が目立ってきており、今後は補氣を中心に行うべきと考えられた。

表2 症例1の水滯スコア

	初診時	12週後
身体の重い感じ	-	1
拍動性頭痛	4	2
頭重感	3	1
車酔いしやすい	5	1
立ちくらみ	5	1
水様の鼻水	3	1
グル音の亢進	3	1
朝のこわばり	2	-
浮腫傾向・胃部振水音	7	7
計	32	15

たまに：1点 時々：半点

図1 症例1の治療経過



症例2：30歳、女性、事務職 主訴：両手しびれ、頸部痛

現病歴：2年前交通事故で頸椎捻挫を受傷後、頭重感があった。さらに半年後から主訴が出現した。前医でメチコバール®を3週間投与されたがほとんど効果はなかった。

現症：160cm、46kg。ややなで肩で痩せ型であるが、頬がぽちりとしていた。他覚所見、X線、MRIから頸椎疾患は否定的で、TOS誘発テストのMorley, Roos testが強陽性であった。舌証は淡黄白膩苔、舌尖紅点、歯痕を認めた。腹証は腹力やや弱、心下痞鞭、胸脇苦満、臍上悸、臍傍压痛、軽度臍下不仁を認めた。脈証は沈、細、弱であった。発汗過多、尿不利はなかった。水滯スコアは27であった(表3)。

経過(図2)：五苓散を6週間投与したが効果はなかった。しびれはチリチリ・ジリジリする感じで、朝や雨天に悪化した。疼痛やしびれのため不眠傾向になり、仕事を辞めてしまった。さらにめまい感、嘔気、頭重感、体全体の熱感が出現

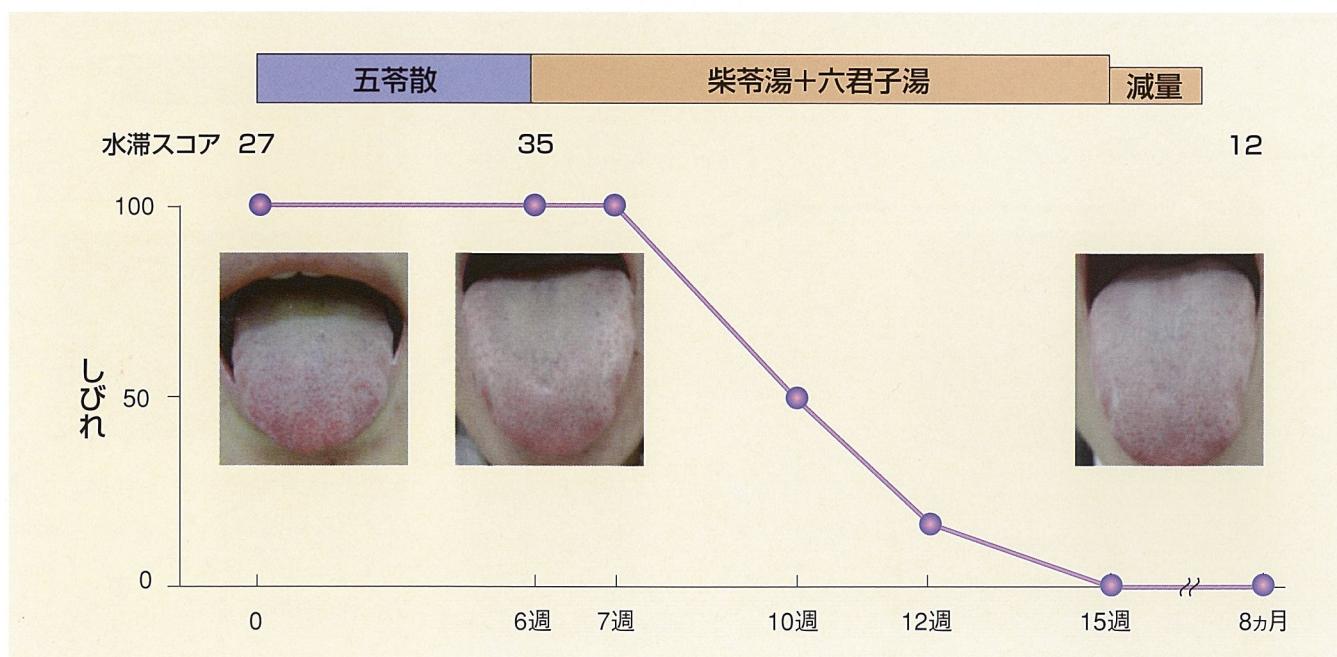
し食欲もなくなった。この時点では水滯スコアは35に増加した(表3)。抑うつ的でしゃべるのも億劫といい、SDSは56でうつ病領域であった。水滯、脾氣虚、胸脇苦満、抑うつを治療目標に柴苓湯と六君子湯を投与した。1週後、頸部痛、しびれは不变であったが、めまいは軽減し食欲が改善した。さらに3週間投与後、しびれは半減し、さらに5週後、しびれは消失し、頸部痛も半減した。よく笑えるよ

うになり、友人と会っても楽しいと言った。2年間の頭重感も軽減した。TOS誘発テストは陰性化し、SDSは31に改善した。再就職活動を開始したと話してくれた。漢方薬を減量した。8ヵ月後には主訴は消失し、水滯スコアは12に減少した(表3)。舌苔は薄い白苔に改善した。

表3 症例2の水滯スコア

	初診時	6週後	8ヵ月後
身体の重い感じ	3	3	-
拍動性頭痛	1	1	-
頭重感	-	3	-
車酔いしやすい	2	2	-
めまい・めまい感	2	5	-
立ちくらみ	2	2	-
恶心・嘔吐	1	3	-
グル音の亢進	3	3	3
浮腫傾向・胃部振水音	8	8	4
臍上悸	5	5	5
計	27	35	12

図2 症例2の治療経過



考察

黄帝内經・素問によれば、知覚麻痺(しびれ)は着痺であり湿邪によるとされる。すなわち、しびれには水滯が関与しているといつてもよい。

整形外科では末梢神経性のしびれを治療することが多い。代表的原因疾患には絞扼性神経障害、頸椎症性神経根症や腰部椎間板ヘルニアがある。筆者はこれらの多くの例に利水剤を応用している。これらの疾患では、障害された神経は内部に浮腫をきたしていることがMRIで証明されている³⁾。これは阻血による血液神経閥門の破綻に

よるとされており、いわば神経内部の水滯である。

以前筆者は、特発性TOS 20例[男性5例、女性15例、年齢20~55(平均32)歳]の腕神経叢MRIを撮像し、健常人と比較した。ところが神経浮腫を認めた例は1例もなかつた⁴⁾。それでは前述の疾患群との違いは何であろうか。TOSの主病態は腕神経叢の過敏化であると言われており、前述の疾患群と異なり筋萎縮や知覚鈍麻といった重度神経障害をきたすことはまれである。これは腕神経叢の牽引・圧迫が上肢の肢位の影響を受けやすく、恒久的な障害となりにくいためと考えられている⁵⁾。すなわち神経の間

欠的阻血状態である。末梢神経は阻血・解除の繰り返しにより、Na⁺/K⁺ポンプの失調をきたし過敏化する⁶⁾。正座の後、下肢がジリジリして知覚過敏になるのは、坐骨神経が正座で一時的な阻血状態になるためである。このとき神経線維内外の電解質環境は乱れており、これも水滯と表現すべき病態と考えている。

以上のような末梢神経性のしびれは、神経線維内部やそれを取り巻く細胞間質液のホメオスタシスの失調であり、筆者はこれがまさに水滯であると考えている。

<参考文献>

- 1) 山鹿真紀夫ほか：胸郭出口症候群－神経・筋の牽引障害－ 脳21 4:165-170, 2001.
- 2) 松村崇史ほか：胸郭出口症候群の発症に関与する漢方医学的体質(口演) 第53回日本体質学会 2003.
- 3) Kenneth RM. et al. : MR neurography. MRI CLINICS OF NORTH AMERICA 6 :179-194, 1998.
- 4) 松村崇史ほか：胸郭出口症候群の病態と治療 日本東洋医学会第60回関東甲信越支部会(口演) 2003.
- 5) 貞廣哲郎ほか：胸郭出口症候群の病態に関する考察－とくに神経症状を中心にして－ 日手会誌 14 :457-461, 1997.
- 6) Bostock H. et al. : Changes in excitability of human motor axons underlying postischemic fasciculation – evidence for two stable states. J Physiol 441:537-557, 1991.