原 著

頸腕痛の臨床所見と原疾患の推定

木下 典穂* 小林 達哉 蒲牟田 春美

木下 晴 都

要旨 頸腕痛の60例について、外部から検出できる所見を対象に、原疾患の推定を行った。その結果、頸椎症脊髄症状は上・下肢の感覚障害、歩行障害などにより3例、頸椎症神経根症状はスパーリング・テスト、頸椎の後屈痛と圧痛などにより27例、胸郭出口症候群はライト・テスト、モーリー・テストなどにより18例、頸肩腕症候群は上記疾患の条件をみたさないもの5例が認められ、未判定が7例あった。以上は確定診断にはならないが、病態の概要を推測するには役立った。治療成績からみて、脊髄症状は鍼灸の不適な疾患であり、神経根症状は鍼灸がある程度適応する病態であり、胸郭出口症候群は鍼灸の適応疾患と認められた。

I 緒 言

頸部、肩背部、及び上肢の疼痛あるいはしびれ感を主要症状とするものは、日常の鍼灸臨床でしばしば経験する。これらの症状を現す名称は、古来から肩臂痛、肩臑痛、肩重臂痛、肩臂酸重、肩膊煩疼などと呼ばれてきたが¹⁻⁴⁾、ここでは頸腕痛(cervical brachialgia)と呼ぶことにした。この頸腕痛としてまとめた症候群を発症する原疾患は極めて広範にわたっている。鍼灸師は制度上、化学的検査、X線検査は実施できないが、問診、触診、徒手を中心とした理学的検査によって、ある程度原疾患を推定できるまでに整形外科が進歩した。ときには理学的検査が他の検査より早期に病因を予測できる場合さえあるようになった。

鍼灸師の臨床的立場で、頸腕痛の患者が現す臨床所見から、原疾患をどの程度に推測できるかに

ついて研究を行った。

II 研究方法

1987年1月から満2年間に、木下鍼灸院(東京)に頸腕痛を主要症状として来院した患者のうち、脳疾患が想定される広汎な運動・知覚障害を現すもの、あるいは悪性腫瘍が疑われる鎖骨上窩のリンパ節腫脹を触れるもの⁵⁾を除外すると、60症例が観察できた。これらの患者を対象に所見を分析し、どのような病因が推定されるかを研究した。

臨床所見は自覚的所見、理学的検査ことに運動負荷、圧痛、腱反射、触覚などの所見を記録した。

これらの所見の中から、原疾患の推定に役立つと思われる特徴的な所見を選び出し、次にあげる条件を充す場合に原疾患を推定した。

頸椎症脊髄症状^{6,7)}は40歳以上、上肢の感覚障害、上肢の筋萎縮、歩行障害、膝蓋腱反射亢進の5項目のうち3項目以上を認めるものとした。

頸椎症神経根症状⁸⁻¹⁰⁾は、まず脊髄症状と推定される症例を除き、40歳以上、スパーリング・テスト、ジャクソン・テスト、肩圧迫テストの陽性、頸椎の後屈痛ないしは頸椎の圧痛、上肢の深部反

*Noriho KINOSHITA 東京地方会

共同研究者: Harumi KAMAMUTA, Tatsuya KOBAYASHI, Haruto KINOSHITA 東京地方会

Key Words: 頸椎症, 胸郭出口症候群, 頸腕痛

射障害の6項目のうち4項目以上を認めるものとした。なお、スパーリング・テスト、ジャクソン・テスト、肩圧迫テストの判定基準は、症状の再現のあるものを陽性とした。

胸郭出口症候群¹¹⁻¹³⁾は頸椎症が推定される症例を除き、ライト・テスト、アレン・テスト、モーリー・テストの3項目のうち2項目以上に陽性所見を認めるものとした。なお判定基準は、脈拍の減弱ないしは消失と症状の再現を陽性とした。

頸椎症にも胸郭出口症候群にも属さなかった症例のうち、スパーリング・テスト、ジャクソン・テスト、肩圧迫テストの3項目中1項目が陽性、症状の再現が頸肩部のみで上肢に誘発や増悪のみられない疑陽性が2項目以上認められたものを未判定疾患とした。

頸肩腕症候群^{14,15)}は、頸部から上肢にかけて疼痛あるいはしびれ感、脱力感を訴え、上記疾患の条件をみださず、他覚的所見にとぼしいものとした。

治療成績の評価は症状の消失したものを「優」、症状がある程度改善したものを「良」、症状が改善しなかったものを「不変」、3回以下の治療で中止したものを「脱落」とした。

Ⅲ 出現所見と推定疾患

頸腕痛の60例を2年間の臨床で観察したが、臨牀的にどのような所見が得られるかを集計し、これらの所見をもとに原疾患がどの程度推定できるかを検討した。

A. 所見の総体的頻度

1) 年齢、性別、患肢

患者の年齢分布は図1に示すように20歳代から

図1 年齢分布

80歳代に及び、40歳代と50歳代で全体の約半分の48.3%をしめ、30歳代と60歳代の10名がそれに続いた。

性別では女性が63.3%をしめた。

年齢と性別の関係をみると図2のように、男性は50歳代が多く、女性はそれに比較して若い年代の40歳代が多く、年齢分布にずれがみられた。

患肢は右側25例、左側23例でほとんど差はなく、利き腕の好発傾向はなかった。両側は12例であった。

2) 徒手検査

全症例に現れた徒手検査による所見は表1のとおりであった。

頸椎の運動痛は自動運動に検者の徒手でわずかに運動を強制して痛みの有無を検した。その結果、表1のとおり後屈痛が最も多く27%に現れ、側屈痛と回旋痛は20%であった。このうち、後屈痛が陰性所見で側屈痛が回旋痛に陽性所見を現したのは3例のみであった。

頸椎の運動負荷テストはスパーリング・テストが最も多く45%を示し、ジャクソン・テストは23%、肩圧迫テストは30%に出現した。このうち、スパーリング・テストが陰性所見でジャクソン・テストか肩圧迫テストに陽性所見を現したのは6例であった。

胸郭出口症候群を推定する検査は、アドソン・テストが22%、エデン・テストが27%、ライト・テストが53%、アレン・テストが38%、モーリー・テストが63%の出現率を示した。これは成書に記載されている数値^{16,17)}とはほぼ類似した数字を現していた。

図2 年齢と性別 — 男 — 女

3) 圧痛と深部反射障害

全症例に出現した圧痛と深部反射障害は、表2のとおりであった。

頸椎の圧痛は43%に検出された。これを頸椎別に出現率をみると、C₄が7%，C₅が18%，C₆が13%，C₇が13%であった。

上肢の著明な圧痛点を検出すると、臑会が72%，曲池が90%，曲沢が38%，少海が53%であって、大陽経が最も多く、三焦経がそれに続き、心経、心包経の順であった。

深部反射障害は上腕二頭筋腱が12%，腕橈骨筋腱が22%，上腕三頭筋腱が13%に検出された。これは腕橈骨筋の主要神経根であるC₆が多く、三頭筋のC₇と二頭筋のC₅がそれに続いていたことを表す。なお、膝蓋腱反射亢進は1例に認められ、バビンスキー陽性は1例もなかった。

その他の所見では、筋萎縮は1例に観察されたのみであった。また感覚異常は53%に観察された。

B. 推定される原疾患

以上の所見を対象にして、鍼灸師の立場から頸腕痛の原疾患をどの程度推測できるかを検討した。

1) 頸椎症脊髄症状の推定

頸椎症脊髄症状は図3に示すとおり、40歳以上、感覚障害、筋萎縮、歩行障害、PTR 亢進を指標に

図3 頸椎症脊髄症状の推定条件

して推定すると、3例の5%であった。この治療成績は表3に示すように、優症例、良症例は1例もなく、不変症例が1例、他の2例は脱落であった。また、治療回数をみると、不変症例は66回を数えており、この原疾患は鍼灸治療による効果はあがりがたいと推測された。

2) 頸椎症神経根症状の推定

頸椎症神経根症状は図4をみるように、40歳以上、スパーリング・テスト、ジャクソン・テスト、

表1 徒手検査

検査所見	頸椎の運動			運動負荷テスト			胸郭出口テスト				
	後屈痛	側屈痛	回旋痛	Sp	Ja	SD	Ad	Ed	Wri	All	Mo
例	16	12	12	27	14	18	13	16	32	23	38
%	27	20	20	45	23	30	22	27	53	38	63

表2 圧痛と深部反射障害

検査所見	圧				痛				深部反射障害		
	頸椎				上肢経穴				上腕二頭筋腱	腕橈骨筋腱	上腕三頭筋腱
	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	臑会	曲池	曲沢	少海			
例	4	11	8	8	43	54	23	32	7	13	8
%	7	18	13	13	72	90	38	53	12	22	13

図4 頸椎症神経根症状の推定条件

表3 頸腕痛の治療成績と治療回数

	成績	例数	治療回数		
			最長	最短	平均
頸椎症 脊髓症状	優	0			
	良	0			
	不変	1	66	0	66
	脱落	2			
頸椎症 神経根症状	優	5	65	7	28
	良	13	43	5	17
	不変	0			
	脱落	9			
胸郭出口 症候群	優	8	47	4	15
	良	5	17	5	12
	不変	0			
	脱落	5			
未判定	優	2	24	9	17
	良	3	11	5	8
	不変	0			
	脱落	2			
頸肩腕 症候群	優	0			
	良	3	24	4	13
	不変	0			
	脱落	2			

肩圧迫テスト、頸椎の後屈痛もしくは頸椎の圧痛、深部反射障害を指標としてみると、27例の45%であった。その治療成績は表3のように、優症例が

5例、良症例が13例、脱落症例が9例であって、鍼灸治療がある程度は適応する疾患といえよう。

3) 胸郭出口症候群の推定

ライト・テスト、アレン・テスト、モーリー・テストを指標にしてみると、胸郭出口症候群が推定される症例は図5に示すとおり、18例の30%であった。この出現頻度は整形外科関係の統計¹⁸⁾より高くなっていた。その治療成績は表3のように、優症例が8例、良症例が5例、脱落症例が5例で、鍼灸治療の適応する原疾患であることが推測された。

図5 胸郭出口症候群の推定条件

4) 未判定疾患の推定

図6に示すように、スパーリング・テスト、ジャクソン・テスト、肩圧迫テストを指標に推定条件をみたす症例を未判定疾患とすると、それは7例の12%であった。治療成績は表3のように、優症例が2例、良症例が3例、脱落症例が2例であった。

5) 頸肩腕症候群の推定

上記4疾患のいずれにも属さないものを頸肩腕症候群と推定すると、それは5例の8%であった。ちなみにそれらのライト・テスト、アレン・テスト、モーリー・テストの出現頻度をみると、図7に示すようにライトが1例、モーリーが3例に認められ、アレンは1例も認められなかった。その治療成績は表3のように、優症例がなく、良症例が3例、脱落症例が2例であった。

図6 未判定疾患の推定条件

図7 頸肩腕症候群の推定条件

表4 経絡の障害頻度

経絡	大腸	心	大腸心包	大腸心	心包心	大腸心包心
例	19	4	10	12	2	13
%	32	7	17	20	3	22

C. 経絡の障害と病態との関係

1) 頸腕痛の経絡別頻度

頸腕痛60例をその症状発現部位から、大腸経、心包経、心経の3経絡に分類し、経絡別にみた障害頻度をみると、表4に示すように大腸経単独が19例と最も多く、3経絡全部に現れたのが13例でそれに次いでいた。

図8 経絡の障害と病態との関係

2) 経絡と病態の関係

経絡の障害と病態との関係は、図8に示す結果になった。脊髄症状は例数は少いが、1経のみに関連するものは1例もなく、2経ないし3経に所属する症例で占められていた。神経根症状、胸郭出口症候群は大腸経単独が多く、大腸経と心包経の障害がそれに続き、大腸経、心包経、心経の合併がその次に多くみられた。

IV 考 察

頸部から肩背部、上肢に及ぶ疼痛、しびれ感、倦怠感などを一括して、古典的病証名に近い「頸腕痛」と呼んで集約したが、近年、整形外科の進歩により判明してきた病態に基づく病名との間に、どのような関係があるかを探ってみた。

このようにある症候群を頸腕痛として概括的に呼んだのは、症状の類似した病変には鍼灸治療も共通性をもっているからに他ならない。さらに細かい症状によっては、個体により治療の一部を変更、あるいは付加する必要がある。本症候群では従来から末梢神経の分布領域、ないしは経絡の流注を考慮に入れた対応を行っていたが、それについては特に改変を要する重要事項は感じられなかった。

今回の研究で重視した点は、整形外科によって開発された検査所見が、どのような頻度で患者から掌握できるかの問題がまずあったが、さらに重要な点は、検査所見によって推定した病態から鍼灸治療がいかに適応するかのテーマであり、いま一つは、鍼灸治療の予後がどのような経過をたどるかを調べるのが課題であった。

検査所見は各種の整形外科に記載された検査法を組み合わせ、病態を推定した。まず頸椎症についてみると、下肢の知覚や運動の障害される脊髄症状の来院は3例と極めて少なかった。にもかかわらず、治療効果は不変であって芳しくなく、鍼灸の不応症疾患とみるべきであろうと考えられた。神経根症状は本症候群のうち27例(45%)と最も症例数が多く、わずかの治療回数で脱落となった例を除けば、成績は優ないし良となり、鍼灸臨床としてある程度適応する病態と判断できた。

次に胸郭出口症候群は18例(30%)と神経根症状

に続いて多くみられたが、脱落例を除いた成績は、不変がなく、優または良であり、そのうち成績の良い優症例の比率は神経根症状の倍以上であった。また原疾患の未判定な症例は、神経根症状か胸郭出口症候群に所属すると想定されるが、これも治療成績は神経根症状に類していた。以上の結果から考えると、胸郭出口症候群が鍼灸の最適症であり、神経根症状がそれに次ぐ適応と判断できる。

また自発痛と圧痛の部位、さらに手指の感覚障害を対象に、経絡と末梢神経を対応させた考えで診察しているが、神経・経絡と病態との一義的な関係はみられなかった。これは同一病態でも脊髄のC5~Th1までの間における障害であるため、上肢の末梢部で痛む部位が異なるのが当然である。したがって、上肢の鍼灸治療は病態を根拠に定めるのではなく、神経系ないしは経絡的な分類による治療が重要であることを意味している。

最後に頸腕痛の病態推定は、成書に記載された検査法を条件にして研究したものであり、正しい診断であるか否かは不確かである。さらに信頼性を向上させるには、X線、MRIなどの画像診断や手術所見なども加えた確定診断の決定された症例を対象に、条件を定める必要があることを追記する。

参考文献

- 1) 皇甫謐：鍼灸甲乙經，10，5，約280。
- 2) 孫思邈：千金要方，92，3，約674。
- 3) 王執中：鍼灸資生經，5，(1220)。
- 4) 陳 会：神應經，手足腰膝部，(1425)。
- 5) 竹光義治：頸椎症の臨床，整形外科MOOK，6，金原出版，東京(1982)，p.70。
- 6) 服部 奨：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.372~375。
- 7) 服部 奨，河合伸也：頸椎症の臨床，整形外科MOOK，6，金原出版，東京(1982)，p.22~28。
- 8) 服部 奨：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.367~372。
- 9) 井上駿一：標準整形外科学，2版，医学書院，東京(1982)，p.368~377。
- 10) 服部 奨，河合伸也：頸椎症の臨床，整形外科MOOK，6，金原出版，東京(1982)，p.13~22。
- 11) 立石昭夫：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.431~438。

- 12) 塚本行男：ベッドサイドの整形外科学，1版，医歯薬出版，東京(1982)，p.399～402.
- 13) 井上駿一：標準整形外科学，2版，医学書院，東京(1982)，p.381～383.
- 14) 立石昭夫：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.440.
- 15) 青木虎吉ほか：腰痛・背痛・肩こり，臨床症状シリーズ12，南江堂，東京(1982)，p.285～287.
- 16) 立石昭夫：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.435～436.
- 17) 塚本行男：ベッドサイドの整形外科学，1版，医歯薬出版，東京(1982)，p.401～402.
- 18) 服部 奨：新整形外科学，上巻，医学書院，東京(1979)，p.361.
(〒167 東京都杉並区西荻北3-22-21 東京地方会)

Clinical Observations on Cervical Brachialgia

Noriho Kinoshita, Harumi Kamamuta, Tatsuya Kobayashi and Haruto Kinoshita
Tokyo

Making external reference observations the object of our study, we attempted to assume the root disease in 60 subjects afflicted with cervical brachialgia.

Results showed 3 cases of cervical-spinal disease symptoms assumed from sensory disturbances of the upper and lower extremities or gait disturbances, etc.; 27 cases of cervical nerve root symptoms determined by the Spurling Test and pain and tenderness with backward flexion of the cervical vertebrae; 18 cases of thoracic outlet syndrome determined through the Wright Test, and Morley Test, etc. 5 cases of cervico-scapulo-brachial syndrome did not show the above mentioned disease conditions and 7 cases were undetermined.

The above was not conclusive diagnosis but it did help in assuming an outline of the disease conditions. From the point of view of therapeutic results it was observed that acupuncture therapy was not appropriate for spinal symptoms, appropriate to a degree for nerve root symptoms and appropriate for thoracic outlet syndrome.