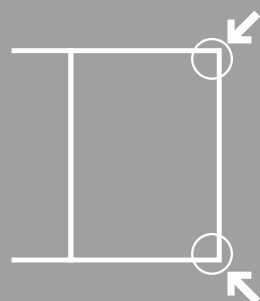
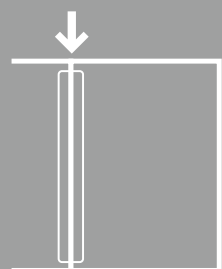


四隅 クリックでページ移動(全8ページ)



中央 クリックで全画面表示(再クリックで標準モードに復帰)



* OS・ブラウザのバージョン等により機能が制限される場合があります。

めざせ！

外来診療の達人

第3版

千葉大学医学部附属病院総合診療部教授
生坂政臣

外来カンファレンスで学ぶ診断推論

Aim to be a master of ambulatory medicine!

日本医事新報社

「腰と背中と右脇腹の痛みが治まらない…」



●主訴 腰と背中と右脇腹の痛み

●現病歴 5月17日夜中の3時頃、突然上記の痛みが出現し目が覚めた。家にあった鎮痛薬を飲んでそのまま眠ったところ痛みは幾分軽快し、17、18日は問題なかったが、19日早朝より強い痛みで覚醒した。救急病院に行くも腹部X線で異常なく、鎮痛薬の処方のみ。しかし痛みが改善しないため、夕方同院内科でいったん入院となった。ここでの血液検査、胸部X線、腹部超音波検査でも異常がないとのことで、5月20日帰宅。その後痛みがひどくなってきたため夕方再入院となり、翌朝5月21日、当院紹介受診。右脇腹の痛いところに湿布を貼ったら、その部分の痛みがさらにひどくなったとのこと。

●既往歴 特記事項なし。

症例検討

馬杉★ 追加の情報ですが、この患者さんは毎朝「ベンタジン®を打って下さい」と訴え、お姉さんが胸膜炎、胸水貯留で右脇腹が痛かったということで、「自分もそうだから、SLE (systemic lupus erythematosus: 全身性エリテマトーデス) の精査をして下さい」という具合に、思い込みが強かったのです。

学生A 心気症や心因性の疼痛は考えられませんか。

生坂 なるほど。ただ心因性としては発症が急激すぎますし、転換性障害としても通常は痛みではなく、愁訴は神経の脱落症状になるべきですね。検査では異常がないようですが、心因性疾患の特徴も満たしていないので、器質疾患に戻って十分に検討する必要があります。

学生B 痛みの部位は？

馬杉 両脇腹ですが、右側のほうが痛みが強い。

生坂 夜中の3時ということは睡眠中に？

馬杉 ええ。痛みで目が覚めたということです。

生坂 関連症状は？

馬杉 5月20日から両下肢の痺れが出てきました。最初は足首ぐらいだったのですけ

れども、だんだん膝の近くまで痺れてきたそうです。それから両手の指先も何かチリチリする感じで、来院時は足の痺れのほうが強いようでした。19日以降は持続痛で、ひどいときはじっとうずくまっている状態でした。痛み止めは全然効きませんでした。

学生B 深呼吸や体動によって悪化はしないのですか。

馬杉 しません。

学生C 痛みの性状は？

馬杉 持続痛です。

学生B 本当に突然発症なのですか。

馬杉 「ああ、痛いなと思って目が覚めた」と本人は言っています。

生坂 さあ、ここまででキーワードを考えてみましょう。情報が多いケースですが、キーワードは何だと思いますか。

学生C 突然発症の腰背部痛。

医師D そうでしょうか。突然発症の腰背部痛は、よくある病歴ですよ。むしろ精査しなくていいという材料になるのでは？ 夜中に突然というのは引っかけりますが。

生坂 そうですね。大切なのは、「夜間に発症した腰背部痛」ということなのです。腰背部痛の原因のほとんどが筋・骨格系です。筋・骨格系は通常、何か負荷が加わったときに突然発症してくる。したがって、負荷がかかっていない睡眠中や安静時に始まった腰背部痛は要注意です。さらに言えば夜間発症の痛みは、ゆっくり発症したとしても、痛みの閾値に達したときに覚醒するわけですから、実際に秒単位で起こった痛みなのかどうかはわかりません。ということで、より重要なキーワードとなる「安静時発症の腰背部痛」を鑑別すると？

学生A 大動脈解離。

生坂 合わないところは？

学生B 29歳の女性ですので、動脈硬化のリスクはないですね。

生坂 1回よくなっていますし、高安病などの血管炎ということはあるかもしれませんが、全身症状に乏しいですね。

学生B 尿管結石。

生坂 合わないところは？

学生B 痙痛でないということ。

生坂 尿管結石による痛みは、尿管の蠕動に合わせて脂汗が出るぐらい痛くて、じきに軽快する痙痛ですよ。このケースは持続痛です。さらに、痛みは全経過で

増悪している。尿管結石は最初が一番痛いのです。時間が経過して尿管が拡がってしまおうと楽になります。水腎症になって腎機能は危うくなりますが。

学生C 椎間板ヘルニア。

生坂 合わないところは？

学生C やはり負荷がかかっていない状況での発症ですので、可能性は低いと思います。

生坂 負荷がかかっていないのに生じる似たような病態はないですか。

医師E 重力の負荷がかからなくても、神経根に何らかの圧迫が起こり得るということですね。たとえば硬膜外膿瘍とか？

生坂 そうですね。易感染症のリスクはありませんが、感染症あるいは椎骨転移のような病態も考えておかねばなりません。

学生A 湿布を貼った部分の痛みが悪化したことが気になったのですが。

生坂 湿布を貼った場合、症状が若干よくなるか、特に変化はないというのが大半ですね。湿布を貼って悪くなることはあまりないのです。

医師D じゃあ、湿布を带状疱疹の上に貼ってしまったのかな。

馬杉 受診したときには、湿布を貼って4日たっていました。皮疹はみられませんでした。

生坂 带状疱疹は疼痛を感じてから皮疹が出てくるまでに1週間ほどかかることもありますので、この段階で皮疹がないからといって带状疱疹を否定できません。带状疱疹でなくとも、神経痛では皮膚が過敏となり、このような病歴を聴取することがあります。過敏帯とでもいいましょうか。確かにこの病歴は大切かもしれません。

身体診察

学生B 圧痛の部位は？

馬杉 右季肋部に圧痛があります。

学生B それではMurphy（マーフィー）徴候（表1）（P102頁参照）は？

馬杉 陰性でした。

学生B Carnett（カーネット）徴候（表1）（P102頁参照）は？

馬杉 強陽性です。

生坂 Carnett徴候はきわめて重要ですね。これまでの鑑別に腹腔内臓器疾患はほとんど出ていないので、Carnett徴候が陰性だったらまったく見当違いの推論をしていたことになるからです。

表1 種々の徴候

● Murphy徴候

急性胆嚢炎の身体的診断法の1つ。右季肋部を圧しながら深呼吸をさせると痛みのために吸気を急に止める徴候。

● Carnett徴候

腹壁圧痛の鑑別法。前腹筋の収縮時に触診上腹部圧痛が消失すれば腹腔内病変、持続すれば腹壁病変を示唆する。

● Lhermitte徴候

頸部の脊髄後索の障害による徴候。患者の頸部を他動的に前屈させると電撃痛が瞬間的に項部から脊柱に沿って下方へ放散し、時には上肢や下肢末端にも波及する現象。

● Babinski徴候

足底の皮膚を刺激すると、正常人では足指が底屈するのに対して、器質性中枢神経疾患患者では背屈する現象。

● Chvostek徴候

外耳口の前方で顔面神経幹を指やハンマーで叩打する際に、同側の顔面神経に支配される鼻翼・眼瞼・口角などの筋が収縮する現象。テタニー（低カルシウム血症、低マグネシウム血症、過換気症候群）、破傷風などでみられる。

学生C 痛みが増したら強陽性なのですか。

生坂 そうです。腹腔内臓器のものであれば、腹筋を緊張させることにより痛みは軽減するはずですので、痛みが変わらない場合が陽性です。一般的な定義ではありませんが、個人的には痛みが増強すれば強陽性と考えています。

実は、Carnett徴候に1つだけ落とし穴があります。首を少し挙上してもらう手技ですが、このときに生じる痛みで、腹壁・筋・骨格系以外が原因になっている可能性はないですか。

学生A 前屈すると電撃痛が走る。

生坂 そう、Lhermitte（レルミット）徴候（表1）ですね。脊髄後索にプラークを有する多発性硬化症の所見として有名ですが、頸部前屈に伴い、脊髄が頭側に移動して神経根の牽引痛を生じた可能性があります。Carnett徴候の鑑別にLhermitte徴候があるのです。したがって神経根の障害を鑑別に加えておく必要があります。

学生A 四肢の腱反射は？

馬杉 両側の膝蓋腱反射が亢進していました。クロウズスは明らかではありませんでした。アキレス腱反射、上肢の腱反射は正常範囲でした。

学生A Babinski（バビンスキー）徴候（表1）は？

馬杉 陰性です。

生坂 この患者さんは手足が痺れていると言っていますが、膝蓋腱反射亢進の評価は？

医師E 過換気による呼吸性アルカローシスと考えます。

生坂 いいですね。激痛と不安で呼吸数が多くなり、テタニーの状態になるわけですね。ただその場合は当然、上下肢はもちろん、全身の腱反射が亢進しなければいけません。

もう1つ、みてみたい所見はありませんか。

医師E Chvostek (クヴォステク) 徴候 (表1) は？

馬杉 陰性でした。

生坂 ということで、この患者さんの下肢腱反射亢進は過換気によるものではなさそうですね。

馬杉 上肢の他覚的な感覚障害はありませんでしたが、両膝下の痛覚の低下があります。触覚と位置覚は異常ありません。

生坂 感覚障害の身体所見は再現性の問題がありますが、解離性感覚障害 (図1) であれば脊髄病変を示唆します。

学生B 下肢の筋力は？

馬杉 明らかな低下はありません。

学生B 排尿障害は？

馬杉 ありません。

何が診断の決め手となるか

生坂 身体所見はこんなところでしょうか。鑑別が変わりましたか。

医師D 带状疱疹による横断性脊髄炎。

生坂 そうですね。右季肋部痛はよいとしても、带状疱疹だけでは下肢の症状が説明

チェックポイント

図1 脊髄内では、温痛覚は脊髄視床路、深部感覚は後索を上行し、触覚は両方の経路を通るため、病変部位によりこれらの感覚障害に解離がみられることがある。対側へ交叉する脊髄視床路 (温痛覚) のみを障害し、深部感覚は保たれる脊髄空洞症がその代表疾患である。この場合、触覚は後索も通るので障害を免れる。解離性感覚障害は脊髄や脳幹病変を示唆するが、末梢神経でも、太い有髄線維よりも細い神経線維の障害を生じやすいアミロイドニューロパチーのような病態では、温痛覚線維に選択的障害が起こる。

できない。ということで、プラス横断性脊髄炎ですね。両脇腹の痛みも感覚過敏帯と考えると、うまく説明できます。ただし、それで説明できない病歴はありますか。

学生B 下肢の感覚障害が上行している。

生坂 その通り。この方は最初足首に感じていた痺れが急速に膝まで上がってきています。この病歴を説明する病態は基本的には2つしかありません。1つは末梢神経障害で急速に上行する急性炎症性脱髄性多発根神経炎です。運動神経が障害されるタイプのギラン・バレー症候群が有名ですが、このケースでは膝蓋腱反射が亢進しているので、この病態は除外できますね。もう1つは何でしょう。

医師D 頸髄損傷などであれば、下からだんだん麻痺していきます。

生坂 なぜですか。

学生B 脊髄が圧迫されるから。

生坂 そうですね。脊髄が外部から圧迫されると感覚障害が下肢から上行していくのです。脊髄を縦走する神経束は層構造をつくっているからです (図1)。感覚神経も運動神経も脊髄の外側に下肢の線維が分布しています。脊髄の層構造は、脊髄を高層ビル、エレベーターの乗客を神経線維に喩えるとわかりやすいですね (図2)。出入り口は脊髄、すなわち高層ビルの内側を向いている。求心路は上行するので昇りのエレベーターで、下方階から乗ってきた人はエレベーターの奥のほう、つまり脊髄外側へ押しやられ、上方階の乗客は出入り口側に位置する。したがって、下方からの乗客は外側に位置することになります。運動神経は下降線維なので、下りのエレベーターと考える。上方階で先に降りる人は出口近くにいたほうが合理的なので、錐体路も下方に分布する神経ほどエレベーターの奥、すなわち脊髄の外側に位置している。このように、下肢からあるいは下肢への神経線維が外側に位置すると交通整理しやすいわけです。

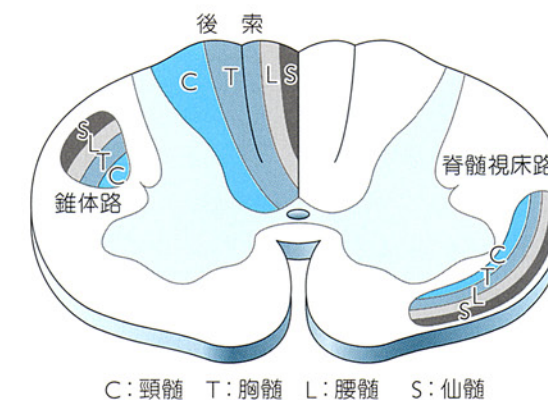


図1 脊髄内神経路の層構造

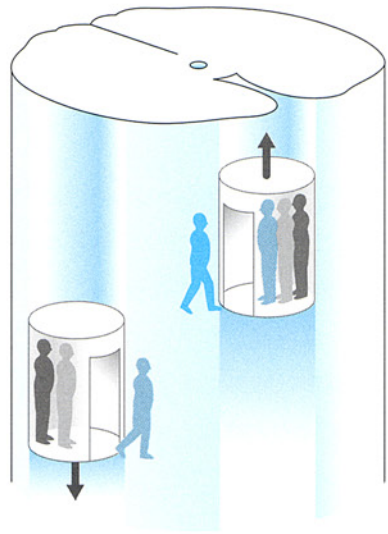


図2 エレベーターの乗客の動き

ところで、この患者さんの病歴のもう1つの特徴は痛みが強いということです。脊髄そのものは、たとえば横断されても、むしろ感覚の低下が起こる。感覚過敏帯は生じて、強い疼痛は起きないんだね。強い疼痛が起きるということは、おそらく根が刺激されているということなのです。

したがって胸髄レベルで右側に強い根の症状、そこに脊髄が外から圧迫されている病態があるのではないかとということがわかるわけです。

そうすると、やるべき検査は何だと思いますか。もうだいぶはつきりしてきましたね。

学生A 胸椎のMRIですか。

生坂 そういことです。MRIは撮りましたか。

馬杉 はい。

生坂 MRIを読影するにしても、病変部位を予測しておかなければいけません。このケースでは右季肋部の痛みですから、胸髄で臍部のTh10より上で、乳頭ラインのTh5より下ですね。

馬杉 胸髄MRIで、確かにその部分に脊髄圧迫病変がみつかりました。右へ寄っており、右の神経根も圧迫していました(図3,4)。

学生B なるほど。神経絡みは本当にロジカルですね。

馬杉 当初は脊髄腫瘍が疑われましたが、その後、症状もMRI上のmass lesionも消失し、最終診断は脊髄動静脈奇形および血腫でした。

生坂 そうすると、2度の夜間の背部痛は動静脈奇形からの出血と再出血で、やはり

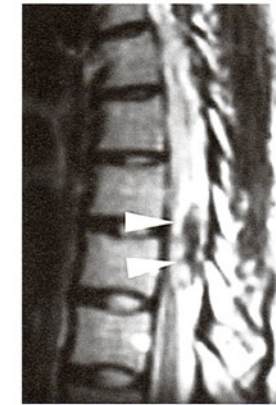


図3 胸髄MRI(矢状断)

脊髄圧迫病変(矢尻)を認める。



図4 胸髄MRI(横断)

脊髄圧迫病変(矢尻)を認める。

突発していたのですね。

いやあ、本当に病歴は病態を正確に表していますね。

最終診断 脊髄動静脈奇形

まとめ

腰背部痛の原因が筋・骨格系の障害にある場合は、姿勢の保持や体を動かすことなどによって筋・骨格に負荷がかかりやすい日中の活動時間帯に症状の悪化を感じることが多い。

したがって、仰臥位安静時や睡眠中に悪化する腰背部痛の鑑別疾患としては、うつ病(中途覚醒を伴うもの)や、仰臥位で悪化する後腹膜臓器疾患のほかに、脊髄圧迫病変を考える必要がある。