

バネ指と誤診された頸神経根症の1例

<はじめに>

デケルバン（狭窄性腱鞘炎）やバネ指（屈筋腱腱鞘炎）はその炎症部位に圧痛があれば、整形外科医は間違えることなく診断し、物療やブロック注射などを行ってすみやかに治療を開始する。しかしながら腱鞘炎と誰もが疑わず治療している病態の中に頸椎神経根症が隠れていることがある。今回、他の整形外科でバネ指と診断されたが、実は神経根症であったという1例を経験したので報告する。このような症例はマレではないと思われる。

<症例 38歳 女性>

既往歴：特になし

2カ月前に右小指のMP関節直上の屈筋腱部に痛みが出現するようになる。MP関節を屈曲させる際に痛みが生じ、さらに同部位に圧痛があることから最初に彼女を診察した整形外科医はバネ指の初期と診断し、表面麻酔剤とステロイド懸濁液を腱鞘内注射として1週間間隔で2度行った。しかし痛みが全く改善しないためセカンドオピニオンを得るために私の外来に来院する。

現症：右小指MP関節上に圧痛あり、屈曲時に痛みを訴えるが腫れなし。バネ指特有のスナッピングなし。この時点で私もバネ指の初期を疑う。

右小指XP：全く異常なし

問診は以下のようなやりとり

「前の病院では指のところに注射をしてもらいましたか？」

「はい、してもらいました」

「注射液の色を覚えていますか？白く濁っていましたか？」

「はい、濁っていました」

この時点で前医ではケナコルトなどのステロイド懸濁液を注射したことを確信する。

「その病院では適切に治療されていると思いますよ。それで痛みはどのくらいの間とれましたか？」

「全然とれませんでした」

「あとう、注射して直後も全く痛みがとれませんでしたか？」

「はい、小指が全体的にぼわっとしびれていましたが、痛みは全くとれませんでした」

「痛みが全くねえ～」

小指がしびれているということは麻酔薬が狙った場所にしっかり入っているということであり、この症例が本当にバネ指であったとしたら痛みが全くとれないということはありません。

私はこの時、すぐさま中枢感作がこの患者に存在していることを頭に浮かべた。中枢感作がどのようなものか？については「中枢感作について知識を深める」を参。

中枢感作が存在していると軸策反射、根反射、Wind up 現象、アロディニアなどが起こりやすく、わずかな刺激が強い疼痛として脳が感じ取ってしまう。

そこで私は質問を変えた。

「肩こりはありますか？」

「はい、すごく凝っています」

「右の方が強いですか？」

「はい、右の方が強いです」

「なるほど、もしかすると頸椎由来の神経痛の可能性もあるので少し首を診察させていただいてもよろしいですか？」

「はい」

私はここで患者の右第 7 頸椎の横突起を指圧し、痛覚過敏があるかどうかを確かめた (DRG Tinel という私が考案した診断法:神経根炎が存在すると DRG の付近を指圧すると強い痛みを感じる)。

「痛いです」

「なるほど、小指の痛みは神経根症による痛覚過敏が加わっている可能性が高いので一度頸椎のレントゲンを撮らせていただいてもよろしいでしょうか？」

「はい」

こうして頸椎 XP を撮影

頸椎 XP 所見：ストレートネック (+)、C5/6,6/7,7/8 に椎間板の狭小化と後方骨棘あり。

「もし、よろしければ、治療の為にさっき首のところを指圧した場所に注射をしてもよろしいでしょうか？ この注射で痛みが取れば原因がはっきりしますし、治療にもなりますので」

「わかりました、注射してください」

こうして私は右の C7 と C8 に傍神経根ブロックを行った。右の小指の表在神経支配は C8 であるため、C8 にもブロックを行った。

注射後患者に痛みがとれたか問診する。

「どうですか？今現在小指に痛みはありますか？」

「いえ、ありません」

「よかったですね。恐らく痛みのメインは頸椎の神経根症だと思います。もちろん、小指にも腱鞘炎が多少はあるのでしようけれど、神経根症があるとその痛みが倍化するのです。だから神経根症を治さない限り痛みが治らないわけです。」

私はこう説明し患者を帰宅させた。1 週後の診察で痛みはなく完治していた。

<考察>

この一連のエピソードから右小指のバネ指という診断は誤診であり、真実は頸椎神経根症であると診断した。

私はカジュアルに神経根ブロックをブラインドで行えるので今回のように「治療をすることによって診断をつける」という特殊技術を身につけている。しかし、他の医師には「バネ指に神経根ブロックを行う」というような技術はない。たとえ神経根ブロックができたとしても、バネ指の患者には行うことができない（リスクを小さくできないため）。カジュアルに神経根ブロックするという療法があり得ない。

しかし、私は神経根ブロックのリスクを極限まで縮小できるので、手軽に治療して手軽に診断できる。このような診断法を「治療の診断学」と自ら呼んでいる。治療の診断学は確定診断にはならないという反論・異論があることをよく知っている。その異論・反論に対する反論は「治療の医学」を参。ここでは詳しくは述べない。

どちらにしても他の医師が治せない病気を治している。そして私は常に「他の医師が治せない病気」ばかりを治してきた医師である（治療実績参）。

まあ、そんなことはどうでもよい。今回の症例のように中枢感作によって痛みが増幅され、さも局所に強い炎症があるかのように誤解を生じさせる病態が、実は水面下に山ほど存在するであろうことを多くの医師たちに認識してほしいのである。また神経根はその末梢に逆行性にシグナルを送り、末端局所に炎症まで作ることが知られている。そういった病態を治したことのない医師にとって私の論文はおとぎ話にしか聞こえないのも理解できる。だが、そうやって理解しないでいれば、一生「治せない医師」で終わる。

実はこのような中枢感作は大人だけでなく、子供の成長期にしばしば認められる。それらは成長痛と言われ原因不明とされているが、私にしてみれば原因ははっきりしている。もしも、興味があるなら「成長痛と思われる症例報告」を読んでみてほしい。