

話 題

頸 部 症 候 群

景 山 直 樹

ここ数年来「鞭打ち症」,「鞭打ち病」という言葉が新聞紙その他マスコミに流行語の如く用いられているが,これ等の言葉の適当でないことは,多くの学者や学会から指摘されてきている通りである。すなわち,鞭打ち損傷(whiplash injury)という言葉は外傷の一つの機転を現わす意味であつて,そういった意味で使われるならまだ妥当と思われるが,それで現われる頸部の症状は,他の外傷の形式や外傷以外の疾患でも現われてくるので,それを類似の症状が出ているというだけで「鞭打ち症」とか「鞭打ち病」とかいう言葉を使うのは間違いであり,症状に対しては「頸部症候群」という言葉がよりよく,病名には「捻挫,捻転,骨折,その他」の言葉を使うべきであるというのが,一般的医学常識となつてきている。

では頸部症候群とは如何なるものをいうかといへば,頸神経や頸部交感神経の刺激症状を総括したものであつて,その他原因不明または頸髄障害によるものかも知れぬ^{2, 3}の症状をも含めたものである。すなわち頸神経刺激症状として後頭部痛,頸痛,頸のこり,肩こり,上肢の痛み,だるさ,脊部痛等が現われ,頸部交感神経刺激症状(一般に Barré-Lieou 症候群と呼ぶ)として頭痛,眼のかすみ,眼痛,流涙,結膜充血,瞳孔拡大,眼裂拡大,眼球凸出,羞明,齒の浮き,齒のぐらつき,耳鳴,難聴,めまい,ふらつき,悪心,上肢シビレ,上肢のはれ,発熱等が現われる。

これ等の頸部症候群について先づ大切なことの一つは,頸部症候群を現わす病変の局在は,必ずしも頸部に限らないということである。すなわち頸神経の到達する範囲から刺激が寄せられれば,患者は同じような頸部症候群を訴えるのである。頸神経の到達範囲といへば上は後頭部,後頭下部の皮膚,筋群から頭蓋内硬膜に到るまでであるし,下方は胸壁,肋膜,肺,心臓,食道,横隔膜に到るまでの広範囲であるから,これ等の広い範囲のどこかの病変からでも頸部症候群を現わし得るのである。

実際肋膜炎や肺病変の患者で頸部症候群を現わしている例も多い。脳膜刺激による項筋痙攣もそれと同じ機転である。

所謂むちうち損傷患者(追突などで頸の過伸展,過屈曲を起こしたもの)のうち,頭を打つていない者で頸部症候群を現わしている患者をA群とし,頭部外傷後頸部症候群を現わしている患者をB群とし,C₃以上の症状即ち頸から後頭部にかけての症状を上頸部症候群,C₄以下の症状,即ち肩から手にかけての症状を下頸部症候群とすると,A群B群とも上頸部症候群の出現率は変わつていないのに,下頸部症候群の出現はB群では著しく少ない。つまりそういった例では頸の運動制限もなく,下頸部の圧痛もなく,ただ上頸部の筋肉や大後頭神経に圧痛を証明するのみである。こんな例は頸部症候群を現わしていても頸部損傷はなく,受けた頭部外傷部位の皮膚から硬膜までの間

の軟部損傷部位から痛み刺激が起こされている為に頸部症候群を現わしている訳である。

このようなことで頸部症候群をみた場合、それが確かに頸部損傷によるものであるのかどうかを注意しなければならない。頭部外傷による頸部症候群の患者に長期間、頸カラーを装着させている事例は屢々認められるがこれは百害あつて一利なしである。こういった症状が頸部損傷によるものかどうかを鑑別するより所は、頸部の圧痛、筋攣縮の有無、頸の運動制限であつて、これ等があれば一応頸部病変を考え、これ等がなければ頸部以外の頸神経支配下領域の病変を考えるのである。次に外傷性頸部症候群のもう一つの大きな問題は、症状がいつまでもとれなくて、数ヵ月から1年、時には2、3年もの長期間に亘り、症状に悩まされ、社会復帰のできない遷延例が屢々存在することである。そんな症例を集めていろいろ調べてみると、adrenalin, pilocarpin 等の刺激やその他の痛み刺激等には強く反応するが、meholil-test 等ではそう正常人とは変わらない。そして頸部には非常に痛み刺激に敏感な状態が成立していることが分かる。

ついで精神状態をしらべてみると、これ等遷延例の大部分が、不安感、焦燥感を持ち、hypochondria, hysteria の傾向が強くなっていることが分かる。多くの患者でしらべてみると、復職しながら通院している人ではこういった異常精神状態が殆どみられないが、復職していない人ではほぼ1月頃からその傾向が現われ、3ヵ月以上の症例では非常に著明となつている。そういったことから就職、復職しているという生活の自信が如何に大きな心の支えとなつているかが分かる。

もう一つ面白い現象は、一般の外傷では、外傷の初期に症状は極点に達し、それ以後は外傷部の治癒機転が進むにつれて症状は軽快の一途を辿るものであるのに、こういった遷延例では外傷後ずっと後になつて色々な症状が次々と現われてくることである。それがすべて神経の刺激症状ばかりであるから、これは次の如く考えるべきであろう。即ち創傷治癒が進むにつれて、発生する刺激そのものは小さくなっているのに、一方の感受性の方が高まつてくる為に、全体としては刺激増大と感ずるのであつて、それには上記の如き精神状態が関与していることもまず間違いないであろう。

そういった意味からこういった患者では初めから目やすを立て、精神面の指導も行なつて患者を不安に陥れないようにすることが大切である。そういった指標が何かならうかということで、しらべてみると頸椎X線像が割合よい指標になることが分かつた。

一般には(成書にも)頸椎X線所見は、こういった疾患の予後を判定する指標とはならないと書かれている。その原因の一つは長期遷延例の多くに頸椎の変化を認めぬ例が多いからである。しかしそういった概念から離れて一つの治療方針で一定の機関で最初から最後まで治療した多数症例で検討してみると、頸椎X線像で全く変化の認められない例は殆どが1ヵ月以内に治癒しているのに対し、X線像で明瞭な外傷性変化のあつた例は大部分が3ヵ月以内、殆どが6ヵ月以内に治癒していることが分かる。

このことは考えようによつては当然のことと思われる。何故なら頭頸部外傷で頸部の受ける損傷でも、軟骨、靱帯の損傷もあれば筋肉や皮下組織の損傷もある筈である。そして一般的常識から考えて後者は約1ヵ月以内に治癒するのにに対し、前者は血管に乏しい組織なので、順調にいつも局所の創傷治癒に6～8週間かかると考えねばならない。軟骨とか靱帯に損傷があれば、これ等は殆ど頸椎を支持しているものであるから、頸椎のX線像に種々の変化(彎曲異常、角形成、ずれ、垂脱臼等)を起してくるのは当然である。

長期遷延例のX線像に無変化例が多いのは、上述の如く問題は別にあると考えねばならぬ。

そういった意味から長期遷延例をつくらぬよう初めから見透しを立て、精神的にも不安感をいだけさせぬよう指導していくことが、この種疾患の治療には最も大切と思われる。