

平成5年1月28日

狭窄性腱鞘炎（ばね指）
症例報告

小松 秀人

症例 S・K 54才 女性 会社員
初診 平成4年9月7日
主訴 左母指が動きにくい

現病歴 平成2年5月ごろから、右母指の曲げ伸ばし動作が、途中でひっかかるようになってきた。8月ごろから曲げると軽い痛みを感じてきたため、G大学総合病院の整形外科を受診した。レ線検査では骨には異常はなく、「ばね指」といわれ注射と軟膏を投与された。通院は1度だけで軟膏をぬっていたが良くならないため、当院を訪れ鍼治療を4回行った。軽いばね現象は認められたが、痛みはなくなり指の動きも軽くなった。その後は、特別に治療もせずに自然治癒していき、現在は正常である。

今回は、平成4年6月ごろ（約3ヵ月前）から、左母指の屈伸動作が、途中でひっかかり止まってしまうようになってきた。8月（1ヵ月前）からは関節を動かすことにより痛みも現われてきた。

現在、左母指の指節関節（以下IP関節と略す、図1）の自動屈曲は不能で伸展したままである。しかし、他動的には曲がるが痛みが誘発される。日常生活では茶碗、コップを持ったりするとIP関節と中手指節関節部（以下MP関節と略す、図1）が痛み、物をつまんだり、ひもをきつく結んだり、ボタンの付けはずしが不自由である。さらに、起床時は左母指IP関節が曲がって固まった状態である（図2）。自発痛、夜間痛はない。他の手指は正常であり、しびれ感もない。朝のこわばり感はなく、頸椎の運動による愁訴の誘発もない。その他、一般状態は良好で、1年に1回、人間ドックで検診を受けているが異常はない。

仕事は一般事務で、ワープロなどで指を頻繁に使用することはない。スポーツは行っていない。

既往歴 特記すべきことなし。

家族歴 特記すべきことなし。

診察所見 左母指の手根中手関節（以下CM関節と略す、図1）、MP関節、IP関節、ならびに左手関節の発赤、種張、熱感認められない。CM関節の圧迫-内転テストと圧迫-回旋テストは陰性¹⁾（図3）。MP関節の屈曲・伸展、内・外転運動も正常。IP関節の屈曲は不能であり伸展したままである。無理に曲げようとする、IP関節とMP関節に疼痛が誘発された。手関節の掌屈・背屈と尺屈・橈屈による疼痛の誘発は認められない。Finkelsteinテスト（図4）は陰性²⁾。母指の対立運動は正常であり、母指球筋の萎縮と知覚障害は認められなかった。

圧痛は、MP関節掌側部に著明に検出され、同部位に硬結が触知された（図5）。その他、IP関節掌側と母指球筋の中央部にも圧痛が検出された。なお、右母指のMP関節掌側部には圧痛と硬結は認められなかった。また、橈骨茎状突起部にも圧痛と硬結は認められなかった。左母指を含め他の手指関節の変形はない。

要約 本症例は特に思いあたる原因もなく症状が出現し、年齢が54才の女性であること。また発症初期の臨床症状が、左母指の屈伸動作が、途中でひっかかって止まってしまうという、特徴的な症状を訴えており、すでに来院時には屈伸動作が不能となっていたこと。さらに著明な圧痛と硬結が、MP関節掌側皮下に検出されていることなどから、これは高度に進行した狭窄性腱鞘炎の、ばね指（弾発指）と思われる³⁾⁴⁾。

患者への対応 ばね指だと思います。今回は親指の曲げ伸ばしができない状態ですから、前回よりも病態が進行していることが想像されます。ここまでの状態になったばね指は、大変、消極的なんです。現時点では具体的な治療効果と治療回数を述べることはできません。しかし、治療を続けていく中で、症状に少しでも変化が現われてくれば、改善する期待があると思います。ですけども最初にいっておきますが、根気と時間が必要です。無責任のような説明になりましたが、この点で納得いただけるようでしたら通院なさって下さい。

治療・経過 本症例の治療目的は、疼痛の軽減とMP関節掌側の硬結部の消炎と、左母指の機能回復を目的とした。治療体位は仰臥位で行なった。使用鍼はステンレス鍼1寸-3号(30mm-16号)を用いた。治療穴は圧痛点を取穴した。まず、一番著明に現われていたMP関節掌側の硬結部位をA点と定め、IP関節掌側中央部をB点、母指球筋中央部をC点とした。刺入深度はA点を5mm、B点は約2mm、C点は1cm刺入。すべて直刺で10分間の置鍼とした(図6)。抜鍼後、低周波治療(伊藤超短波社製PG-6型)を加えた。刺激部位はA点-C点とし、刺激は患者が不快に感じない程度までとして、3Hzで10分間行なった。最後に刺鍼部位を中心に超音波(伊藤超短波社製US-7P型)を出力8Wで8分間行なった。生活指導として、左母指は極力使用しないこととお風呂などでよく患部をマッサージをするように指導した。

第5回(10日目) 日常生活での痛み、特に茶わん、コップを持ったり、物をつまんだりする動作痛が軽くなった。

第8回(18日目) IP関節の屈曲は、自動で10度曲がるようになった。他動では75度まで可能だが痛みが誘発する。

第10回(24日目) 起床時の指の動きが軽くなってきた。

第19回(45日目) 茶わん、コップを持った時の痛みは消失した。ボタンのつけはずし、ひもを結ぶ作業は以前よりもスムーズにできるようになり、IP関節の屈曲は自動で25度まで改善された。しかし、ばね現象は認められ、MP関節掌側部の圧痛と硬結も認められる。

第21回(50日目) 今朝は起床時のIP関節は伸転位で、屈伸動作も自動でうごくようになり、他動的に動かしてみても痛みは現われなかった。

第29回(69日目) 日常生活での痛みの誘発はなくなった。IP関節の屈曲は自動で35度、他動では75度まで曲がるようになり、痛みは感じなかった。

第34回(85日目) IP関節は自動屈曲で80度まで改善され、さらにMP関節掌側部の圧痛は陰性となった。日常生活での痛みと不便さはなくなり、普段の生活には、なんら問題はなくなった。しかし、現在も軽度のばね現象が認められ、MP関節掌側部の硬

結が触知される。そのため、今後も治療を継続するように指示をした。

考察 本症例は要約にも述べたとおり、狭窄性腱鞘炎の代表的疾患である、ばね指と推測される。狭窄性腱鞘炎にはばね指と同様にdeQuervain病という代表的な疾患がある⁹⁾。しかし、deQuervain病は橈骨茎状突起部に疼痛と圧痛を訴え⁷⁾、Finkelsleinテストにより、橈骨茎状突起部の疼痛が強まる所見が現れることから⁸⁾、本疾患との鑑別は可能と思われる。

次に、腱鞘炎の種類はきわめて多様であり、炎症の原因と相などがからみあい、実に多彩な病像をしめすため⁹⁾、ここでもう一度、上記の主な点と照らし合わせながら振り返って検討してみることにする。

本症例は、今回の症状を訴える前に、右母指にばね現象が出現しており、2年後に左母指に発症している。このようにばね指は、母指に最も多く現れ、両側に発症することも少なくないといわれている⁹⁾。次に症例の発症原因であるが、患部とその周囲の発赤・種腸・熱感が認められないことから、外傷、化膿性から由来して発症したものとは思われない。左右の母指は、いずれも発症の原因が思いあたることなく、患者の年齢などから、靭帯腱鞘部の退行変性による過程が、基盤となり発症したものと推測した⁹⁾。

また、本疾患はリュウマチ、糖尿病の関与により発症するといわれているが⁹⁾¹⁰⁾、リュウマチの場合は手指のこわばり感、関節の変形、局所の熱感、発赤などが現われ、全身的には疲労感、食欲不振、体重減少、微熱などが認められるため¹¹⁾、本症例の所見、臨床症状をからみて、リュウマチが直接の原因であることは少ないと思われる。さらに糖尿病との関連であるが、患者は年1回、人間ドックの検診を受けており、一般状態は良好である結果からみて、除外は可能と思われる。

次に、本症例の病態について少し述べてみることにする。患者は最初に、右母指にばね現象が現われ、4回の鍼治療を行ない、その後は自然治癒している。しかし、今回発症した左母指は、積極的に治療しているにもかかわらず、現在もばね現象が認められ、

完全治癒に至っていない。これは、左MP関節掌側に位置する硬結が、靭帯腱鞘部に狭窄を引き起こしていることが直接の原因と思われる⁴⁾。つまり後から発症した左母指の方が、靭帯の肥厚により形成された、MP関節掌側の硬結による狭窄が、右母指に比べ高度に進行していたため、症状の改善に影響を及ぼしているものと思われる。それは、MP関節掌側部の硬結と圧痛が、右母指には認められなかったが、左母指は著明に検出されたこと。さらに初診時の左母指は、屈曲あるいは伸展位で固定され、自動的には屈伸動作が不能であったこと。以上のことから、これはあきらかに、ばね指の直接原因である靭帯の肥厚が、右に比べ左のほうが高度に進行した絞扼状態となり、腱活動が不能になったためのもものと本症例の病態を推測した^{2) 3) 12) 13)}。

最後に、鍼治療の選択と治療結果についてであるが、本疾患の治療は、まず保存的治療が行なわれるが、高齢者で靭帯の肥厚が進行し、難治または生活上の障害が著しい場合は、保存的治療に限界があり手術が適応とされる^{3) 4)}。現在、本症例の状態は、日常生活での障害と痛みの誘発もなくなり、IP関節の屈曲は自動で80度まで改善された。以上の点からみて、本症例に対する治療の選択と効果は、妥当であったものと考察した。しかしながら、現在も左母指MP関節掌側皮下に硬結が残存しており、ばね現象も認められることから、今後も治療を継続し、慎重に経過の観察を行なっていきたいと考えている。

参考文献

- 1) 山内 裕雄：deQvervain腱鞘炎、「手の診察マニュアル」、P 75・78、南江堂、1991。
- 2) 山内 裕雄：deQvervain腱鞘炎、「手の診察マニュアル」、P 75・79・78、南江堂、1991。
- 3) 南条 丈昭：腱鞘炎、「図説臨床 整形外科講座 5 前腕・手」、P 164～165、メジカルビュー社、1988。
- 4) 南条 丈昭：化膿性炎症以外の炎症、「手の診療マニュアル」、P 217～219、医歯薬出版、1991。

- 5) 南条 丈昭：腱鞘炎、「図説臨床 整形外科講座 5 前腕・手」、P 164、メジカルビュー社、1988。
- 6) ニノ宮 節夫：手指の腱鞘炎、「関節疾患ハンドブック」、P 193、南江堂、1986。
- 7) 南条 丈昭：化膿性炎症以外の炎症、「手の診療マニュアル」、P 216、医歯薬出版、1991。
- 8) 石川 斎 他：手関節・手指の疾患、「整形外科ハンドブック」P 295、南江堂、1988。
- 9) 南条 丈昭：腱鞘炎、「図説臨床 整形外科講座 5 前腕・手」、P 158、メジカルビュー社、1988。
- 10) 山内 裕雄：弾発指、「手の治療マニュアル」、P 106、南江堂、1991。
- 11) 有富 寛：臨床診断、「図説整形外科診断治療講座 第10巻 関節リュウマチ」、P 4・8、メジカルビュー社、1990。
- 12) 小川 亮恵：手部における腱鞘炎、「整形外科3 Q&A」、P 104、金原出版、1987。
- 13) ニノ宮 節夫：手指の腱鞘炎、「関節疾患ハンドブック」、P 222、南江堂、1986。

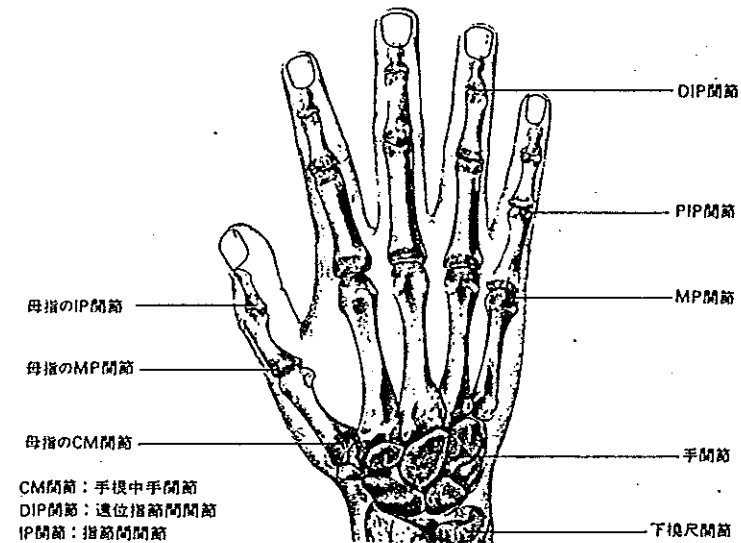


図1 手関節の名称

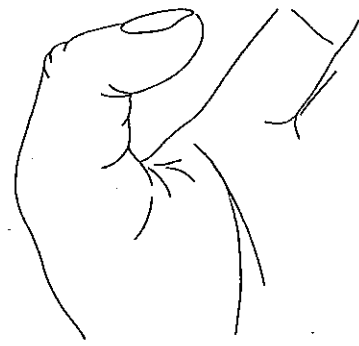


図2 I P 関節屈曲位

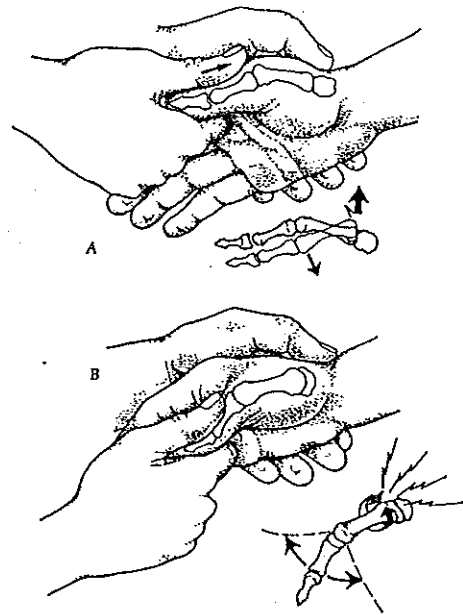


図3 A: 圧迫-内転テスト
B: 圧迫-回旋テスト

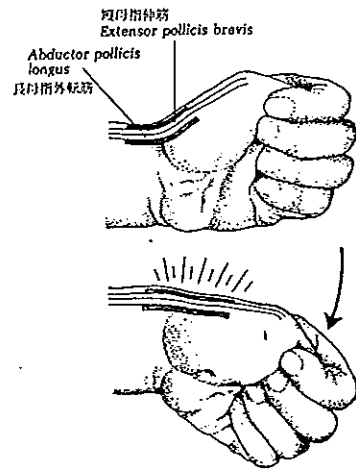


図4 Finkelsteinテスト

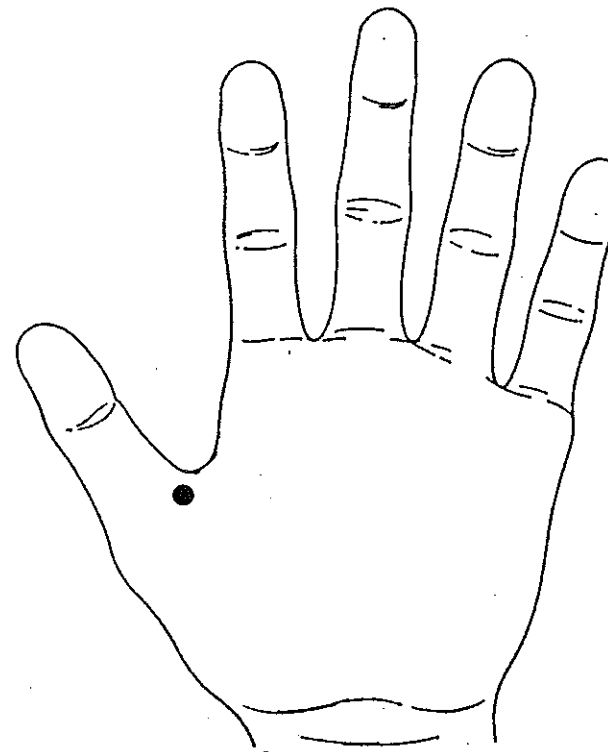


図5 圧痛と硬結部位

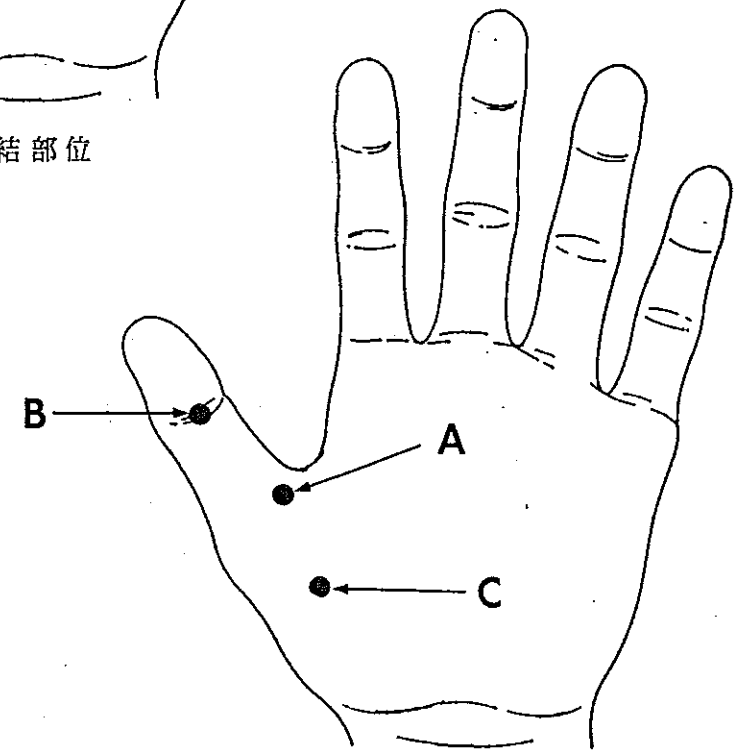


図6 刺鍼部位