

診断が難しかった尺骨神経障害

金子正男

本症は尺骨神経の絞扼障害であるが、当初は尺骨神経管症候群として取り扱い、途中から肘部管症候群との合併として治療を行い改善した治験である。

本症のような手のシビレを現す疾患は頸椎症性神経根症をはじめ種々考えられ病態把握に戸惑う場合もある。今回は経過中に病態を見直し16回の治療で改善が得られた。

症例 38歳 男性 会社員（工務店勤務）

初診 平成9年4月3日

主訴 右手のシビレ

現病歴 1年くらい前に仕事でハンマーで叩く作業が続いた後、右手指全体に軽い痛みとシビレが発生した。その時は肩、手首や母指球部に冷湿布をして緩解した。

6ヶ月前に、今度は頸肩のこりと前腕～上腕に痛みがでてきたので、近くの某整形外科医院でレ線を撮ってもらったところ「頸の骨が曲がっている」といわれ、薬の服用と温湿布を処方された。別の某整形外科医院では「頸部の異常が少しあるが、これは過労からくる頸腕症だろう」といわれ、湿布・安静を指示され軽減した。しかし、その後も時々軽い手指の痛みやシビレはあったが放置していた。

今回は3カ月前くらいから右手の環指、小指に痛みとシビレが発生した。そのうちに物をつかむとき指に力が入らない感じがした。

某病院の整形外科でみてもらったところ「手首で神経が圧迫されているためだろう、重い物は持たないように」といわれ薬、湿布、安静を指示された。

仕事を1カ月間、軽作業に変更してもらい、安静気味にしていたため愁訴が軽減していた。10日前から元の職場に復帰したところ再燃したので来院。

現在、左右の頸肩と右上肢全体がこっている感じでだるく、右手掌の環指と小指に軽い痛みとビリビリとしたシビレを強く感じる（図1）。右手

で物がつかみにくく落とすようでも不安である。また小指が伸びない。字を書くときや細かい作業で動きにくい巧緻障害がある。頸を動かすと頸部の鈍痛や右肩甲上部や肩甲間部が重いが痛みやシビレは発生しない。

肘関節に症状はない。仕事は木材の加工でなど機械鋸、ハンマーなどをよく使用する。

歩行障害および膀胱・直

腸障害はない。アルコールは飲まない。タバコは1日1箱（20本）吸う。

既往歴 特記すべきものなし

家族歴 特記すべきものなし

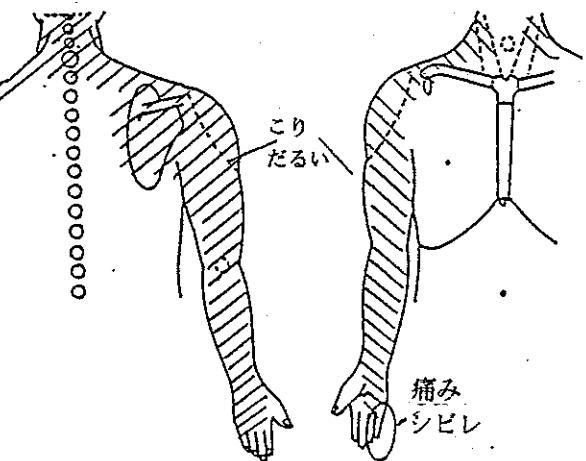
診察所見 握力は左35kg、右25kg（右効き）で右減弱。頸椎の側屈痛は陰性。後屈や右回旋で右頸部に鈍痛があり、右肩甲上部や肩甲間部がつっぱって重だるい。モーリー・テストは左右共に陽性（+）。アドソン・テストは陰性。筋萎縮は認められない。右環指と小指の手掌部に触覚鈍麻が認められる。二頭筋反射、腕橈骨筋反射は正常、三頭筋反射は左右共に減弱。スパーリング・テストは陰性。肩圧迫テスト陰性。

エデン・テストおよびライト・テストは陰性。三分間拳上テストも陰性。

右の尺骨神経管付近に発赤、腫脹（ガソクリンなど）、熱感、変形などは認められない。尺骨神経管のチネルサイン（叩打痛）陽性。手根管部のチネルサインは陰性。ファーレンテスト陰性^(注1)。フローマン徵候陽性^(注2)。小指・環指のかぎ爪変形^(注3)（図2）が軽度認められ小指の内転・外転運動がしにくい。左右の頸肩～上肢の筋肉の緊張が認められる（右>左）。

注1：ファーレン・テスト（Phalen's test）^[1]

手根管症候群のテストで手関節を掌屈位に保ち、1分間以内に母指、示指、中指などに症状が誘発したものは陽性。



(図1) 憋訴の部位

(図2)
かぎ爪
変形

注2：フローマン徵候 (Froemant徵候)³⁾

母指・示指指先で紙片をつまむとき、母指内転筋麻痺（尺骨神経支配）のため母指が十分内転できないので、長母指屈筋（正中神経支配）による母指指節関節の屈曲で代行するため強く屈曲する。

注3：かぎ爪変形（鷲手変形、尺側かぎ手、claw finger deformity, vinar claw hand)

^{2) 3)} 尺骨神経麻痺に見られる小指・環指は中手指節間関節過伸展、指節間関節屈曲と共に外転位をとる（図2）。

圧痛は左右の天柱、下風池、天髎、臂臑、曲池、大陵、斜角、腕骨、神門、下神門（神門の下2cm）、内関に検出された（図3）。

治療・経過：本症は臨床症状および診察所見から尺骨神経管症候群と診断した。なお、頸の回旋による鈍痛などより頸椎症性神経根症の多少の関与も考慮して行う。

患者への対応：手首の関節（神門穴付近を触れて）のまわりの腱や筋肉が硬くなり、中で神経が圧迫されています。その神経に関連した所に痛みやシビレが起こっています。鍼灸で腱や筋肉の圧迫がやわらぐと症状がとれます。機械を使ったり重い物を持つと、ますます筋肉を硬くし悪化させますので、手を使うのはしばらく控えて下さい。

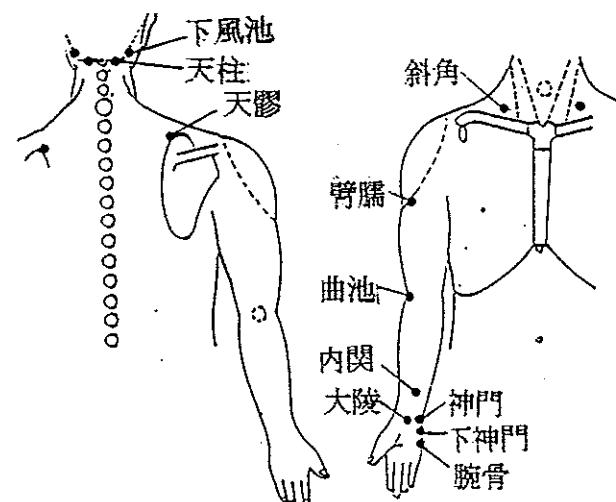
鍼灸治療は愁訴の軽減を目標に以下のように行った。

第1回 治療体位は腹臥位、次に仰臥位で行った。

左右の天柱、下風池、天髎、臂臑、斜角に直刺1～1.5cm。右の曲池、腕骨、内関、大陵、神門、下神門に斜刺、約1.5cm。拔鍼後に小灸を各3壮。ステンレス製で寸3-2号鍼（40mm-18号）を使用した（図3）。

第2回（4月5日）上肢の重だるさが軽減した。

第7回（4月21日）頸肩こり、後屈痛および回旋時の症状が緩解した。握力は左35kg、右26kgで右減弱。三頭筋反射は左右減弱。モーリー・テスト陽性。尺骨神経管のチネルサインは軽度になった。しかし、手指の痛みシ



(図3) 圧痛点・治療点

ビレ、触覚障害、フローマン徵候、かぎ爪変形は変わらない。

第9回（4月30日）肘関節部から前腕前側・後側に鈍痛がある。

曲池、手三里、外関、尺澤、四瀉を追加、深さ約1cm、軽度雀啄後10分間の置鍼。施術直後、同部は軽くなった。しかし、他の症状・所見は変わらない。

第11回（5月8日）4～5日前から右前腕尺側付近が痛く、少海穴付近（肘部管）を押すと小指に響いたとのこと。

また、チリチリするシビレが小指手背側にも発生する（図4）。

診察所見：肘部管症候群の合併を疑い、次の所見を調べた。

肘部管部に発赤、腫脹、熱感、変形などは認められない。環指・小指の手掌部および手背部にも触覚鈍麻が認められる（図4）。肘部管部（尺骨神経溝）のチネルサイン陽性が陽性で手の環指・小指に痛みシビレが放散する。肘部屈曲試験も陽性（注4）。

注4：肘部屈曲試験 (Elbow flexion test)²⁾

肘関節を最大屈曲させ、手関節を背屈位に保持し、1分間以内にシビレ感や痛みの増強がみられたものは陽性とする。

症状所見から、肘部管症候群の合併と診断して下記の治療を追加した。

右の少海、A点（少海下2cm）、B点（少海下4cm）、支正に下方に向け斜刺、深さ約1.5cm、15分間置鍼。指間4穴に刺針、上方向け斜刺深さ約5mm、置鍼。糸状灸を各3壮行った（図5）。

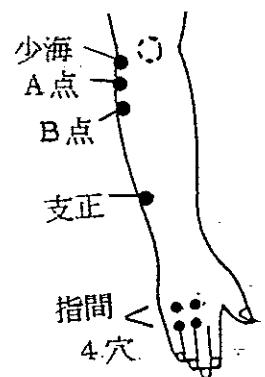
なお、第9回目の追加穴は用いなかった。

第14回（5月28日）痛みシビレが軽減し

た。普通に物をつかめるようになり、環指・小指も自由に動き、巧緻障害やかぎ爪変形もほとんど消失した。握力左35kg、右30kg。肘部管のチネルサイン、触覚鈍麻、フローマン徵候も軽減した。上腕三頭筋反射は左右減弱。



(図4) 部位



(図5)
圧痛・
治療点

第16回（6月10日）右小指の尖端シビレ感と触覚鈍麻がわずかに残存している。握力は左35kg、右33kgと右減弱気味であるが、かぎ爪変形、チネルサイン、フローマン徵候などの症状所見は緩解し、希望により終了とした。

考 察：本症例は当初、次のような所見から尺骨神経管症候群（Guyon管）と診断した¹⁾³⁾⁴⁾。

1. 症状部位が手の環指、小指の痛みとシビレである。
2. 尺骨神経管部の圧痛やチネルサイン陽性。
3. フローマン徵候陽性。
4. 手の環指、小指のかぎ爪変形。
5. 患側の触覚障害や握力低下。
6. 手指の巧緻障害。

そして第11回目において肘部管症候群も関与し合併症と判断したのは以下の根拠による²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。

1. 肘部管の圧痛やチネルサインが陽性。
 2. 尺骨神経障害の前記の項目（所見）が改善しない。
 3. シビレや疼痛、触覚障害の範囲が環指や小指の背側に及んでいる。
- また、手の環指、小指の症状から頸椎のC8神経根症などの疑いも考えられるが次のような理由から、その可能性はきわめて少ないと判断した⁴⁾⁶⁾。
1. 頸椎症は一般的に、もう少し年齢が高い（40～50歳代）。
 2. 頚の後屈痛、右回旋痛があるが上肢への放散がない。
 3. 上腕三頭筋反射は終始左右減弱であった。この場合、臨床的な意義は少ないと考えられる。
 4. 触覚障害も肘部管症候群によるものと推定される。

その他の類症疾患も下記の理由で除外した⁴⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾。

1. 手根管症候群
愁訴の部位、チネルサインやファーレンテストが陰性である。
2. 頸椎症性脊髄症
握力低下や巧緻運動障害は脊髄症でも起こり、紛らわしいが尺骨神経管や肘部管障害でも起こり得る。また、歩行障害、膝蓋腱反射亢進などの所見が認められない。
3. 胸郭出口症候群
ライト・テスト、アドソン・テスト、エデン・テスト、3分間拳上テストなどの診察所見が陰性である。

本症は最初の所見から尺骨神経管症候群として対応したが、前腕尺側の症状・所見から、もう少し高位の肘部管障害と判断したものである。

あるいは最初から肘部管症候群もあったことも考えられる。しかし、症状部位が11回目で明らかになり、診察所見から診断が得られたものである。

治療部位は主に尺骨管部および肘部管部付近に取穴し、16回の治療で改善した。主に神経絞扼部周辺の取穴が功を奏したと思われる。

本症の発症については腫瘍（ガソクリオンや脂肪腫）、関節や骨の変化なども多いが、職業的な過使用による慢性小外傷も原因となる¹⁾³⁾。

本症の誘因も手や肘関節部の使い過ぎによる慢性刺激に基づき、神経管部周囲組織の炎症や靭帯肥厚などが起こり神経を絞扼したものと推測される。また、病態も比較的初期で骨の障害がなく鍼灸が適応したものと考察される。

治療点の位置

1. 下風池：乳様突起の下縁の高さで後髪際に風池を取り、その下方1～1.5横指¹⁰⁾。
2. 斜角：胸鎖乳突筋の外縁から2横指外方で、さらに1横指上方¹⁰⁾。
3. 指間4穴：手背の第3・4中手指節関節間および第4・5中手指節関節間の2穴および、その各上方約2cmに2穴、計4穴。

参考文献

- 1) 堀内行雄ほか：絞扼性神経障害の臨床、「Orthopaedics No. 22」、p 13～21、全日本病院出版会、金原出版、1990。
- 2) 阿部正隆ほか：絞扼性神経障害の臨床、「Orthopaedics No. 22」、p 25～26、全日本病院出版会、金原出版、1990。
- 3) 廣谷速人：神経の損傷、「図説整形外科 5 前腕・手」、p 311、メジカルビュー、1988。
- 4) 西内兼郎ほか：上肢、「末梢神経損傷診療マニュアル」、p 100～102、金原出版、1991。
- 5) 西内兼郎ほか：上肢、「末梢神経損傷診療マニュアル」、p 103～106、金原出版、1991。
- 6) 服部 義：頸椎症の臨床診断、「頸椎症の臨床」、p 13～17、金原出版、1986。
- 7) 服部 義：頸椎症の臨床診断、「頸椎症の臨床」、p 22～24、金原出版、1986。

- 8) 竹光 義治：Radiculopathyの鑑別疾患、「頸椎症の臨床」、p 67～70、金原出版、
1991。
- 9) 塚本行男：胸郭出口症候群、「ベットサイドの整形外科学」、p 491、医歯薬出版、19
87
- 10) 出端昭男：頸・上肢痛の病態と対応、「診察法と治療法 4 頸・上肢痛」、p 80～82、
医道の日本社、1990。
- 11) 堀内行雄ほか：手根管症候群の診断と治療、「Orthopaedics 22」、p 15、全日本病院出
版、1990。