

平成11年11月27日

症 例 報 告

30分ほどのうたた寝の後に発症した橈骨神経麻痺の一症例

折原てつお

本症例は30分ほどのうたた寝から目覚めた後に発症した、右手の下垂手である。発症状況、現病歴および診察所見から橈骨神経麻痺による下垂手症状と診断した。約2カ月間の鍼灸治療を施したところ、良好な結果を得たのでここに報告する。

症 例：62歳 男性 会社社長

初 診：平成11年4月27日

主 訴：右手関節の背屈ができない。

現病歴：平成11年4月26日、自宅のリビングで夕食をした後アルコールを飲み30分ほど横になった。目覚めたところ右手の背屈ができないことに気がついた。しばらくすれば良くなるだろうと思いほっておいたが、次の朝目をさましても良くならない。医者に行こうとは思うものの病院は嫌いではなかなかその気になれない。どうにも困っていたところ、以前骨盤位(かむ)の治療をしたことのある嫁の紹介で来院した。

現在、右手関節が垂れ下がったままで背屈ができない。頸や肩の運動による症状の変化はない。上肢、下肢ともにしびれ感や痛みはなく歩行も正常である。頸、肩のこり感はあるがとくに本症の発症後に出現したものではない。過去に大きな事故はない。スポーツは月に1~2回ゴルフに行く。その他一般状態は良好であるが、飲酒量は多量でありどれくらい飲んでいるのかわからないらしい。家族に確かめたところ、帰宅するのは毎晩午前3~5時だとの事である。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：妻がパーキンソン氏病。

診察所見：患側に下垂手症状が認められ、患側手関節の自動背屈不能。

患側総指の自動伸展不能。触覚障害は陽性で患側の手背部母指~示

指間に軽度の鈍麻を認める。(図1.3) 握力は患側に軽度の減弱を認める。母指球の筋萎縮は認められない。上腕二頭筋反射、三頭筋反射、腕橈骨筋反射は左右ともに消失。膝蓋腱反射は左右ともに正常。患側の上腕、および前腕の圧痛は認められない。橈骨神経上のチネルサインも陰性。患側の手関節の背屈角度0度。健側60度であった。

なお、角度計による患側手関節の背屈角度を経過観察の指標とした。

診 断：本症例は発症状況、下垂手症状および橈骨神経領域に認められた触覚鈍麻から(図1.3)上腕部での圧迫による橈骨神経麻痺と診断した。初めて経験する下垂手であるが、睡眠による圧迫麻痺であり変性型ではないと推測されるため^(1,2)、鍼灸治療の効果は期待できるものと考えた。

対 応：フローリングの床の上でうたた寝をしたときに、右腕を下にしていたのだと思います。そのために腕の神経が圧迫されて麻痺をおこしたのです。鍼灸治療で血液循環を良くし、寝ってしまった神経をやり起こしてやれば元にもどると思いますので、あまり心配せずに治療を続けてください。念のために紹介状を書きますから近所の整形外科で一度診察を受けてみてください。

治療・経過：鍼灸治療は、循環障害の改善、損傷された橈骨神経およびその支配域における麻痺筋の回復を目的とし以下のように行った。

治療体位は左下側臥位、使用鍼はステンレス製のディスポ鍼 1寸6部4号(50mm-22号)を用いた。経穴は、患側の巨骨に外方に向けて斜刺10mm刺入。偏歴に直刺10mm刺入し、低周波通電を10分間 断続的に行った。抜鍼後、軽いマッサージを施し治療を終了した。

また、今回の治療を奇数回にのみ行うこととした。

生活指導：アルコールはビール1本程度に控えるように指導した。

第2回(4月30日・4日目)一昨日、某整形外科にて上腕、前腕のX線検査を受け、橈骨神経麻痺と診断され「完全に治るまで3カ月くらいかかる。」とのことであった。

さて、本日も治療体位は左下側臥位。経穴は、患側の天髎に外方に向けて斜刺10mm刺入。外関に直刺10mm刺入し、低周波通電を10分間断続的に行った。また、今回の治療を偶数回にのみ行うこととし治療を終了した。

患側手関節背屈角度0度

第3回（5月7日・11日目）手の三里、二間に糸状灸。それぞれ3壮を加えた。また、今回の治療を偶数回にのみ加えることとした。

患側手関節背屈角度0度。

第4回（5月11日・15日目）三陽絡、液門に糸状灸。それぞれ3壮を加えた。また、今回の治療を奇数回にのみ加えることとした。

患側手関節背屈角度0度。

第6回（5月18日・22日目）わずかに手関節の背屈が可能となり、母指、示指の伸展が認められる。触覚障害も陰性となった。

患側手関節背屈角度0度。

第9回（5月28日・32日目）手関節の背屈がしっかりしたものになってきた。中指、環指、小指の伸展も認められる。

患側手関節背屈角度15度。

第12回（6月8日・43日目）患側手関節背屈角度35度。背屈角度の回復が緩慢に思われる。低周波通電を中止し、陽谿一足三里、陽池一陽陵泉にそれぞれイオンパンピング・コードを結線し10分間のイオン誘導を行った。

第13回（6月11日・46日目）患側手関節背屈角度45度。

第14回（6月15日・50日目）治療前の計測で患側手関節背屈角度は45度。イオン誘導でも劇的な効果は認められない。本日から鍼灸による治療を中止し、周囲協同筋を利用した自動運動および操体法による他動運動を行う。術後の背屈角度は60度。

第16回（6月29日・64日目）患側手関節背屈角度65度。健側65度。症状緩解とみて本日で治療を終了した。治療の後「何の治療が一番効いたのですか。」と聞かれた。

考察：本症例は発症状況、下垂手症状および橈骨神経領域に認められた知覚鈍麻から（図1～3）、上腕部での圧迫による橈骨神経麻痺と診断した。^{2),3)}以下、その理由について述べる。

1. 飲酒後に、右下側臥位で30分ほどのうたた寝をした後、発症した。^{2),3)}
2. 下垂手症状が認められ、患側手関節の自動背屈不能。患側総指の自動伸展も不能である。（図3）^{2),3),4)}
3. 患側の橈骨神経知覚領域にやや鈍麻を認めた。（図1）^{4),5),6)}

また、発症状況および診察所見から以下の類症疾患を除外した。

1. 頸椎症性神経根症
本疾患は麻痺であり、また頸椎の運動による痛みやしびれといった愁訴の誘発も認められない。⁷⁾
2. 正中神経麻痺
母指球の筋萎縮も認められず、神経の支配領域も異なる。（図1.2）^{4),5),6)}
3. 尺骨神経麻痺
本疾患の特徴的な麻痺形態は下垂手であり尺骨神経麻痺のそれとは異なる。神経の支配領域も異なる。（図1.4）^{4),5),6)}
4. 橈骨神経深枝麻痺
橈骨神経は前腕で浅枝と深枝の両主枝に別れ、浅枝はその支配領域において知覚をつかさどり深枝は同じく運動をつかさどる。橈骨神経深枝単独麻痺では知覚障害を伴わず、指の伸展障害（下垂指）のくるのが特徴的である。^{2),4),5),6)}

以上、発症状況、診察所見および除外診断から、本症例を上腕部での圧迫による橈骨神経麻痺と診断した。

さて、本症例を含む末梢神経損傷の障害程度、予後を想定し適応、不適応の判断をする上で、その分類を知っておくことは決して損ではないと思う。また、自分なりにおもしろい発見もあったので以下に記す。

I. ニューラプラキシア

神経線維の連続性を保ったまま、障害部で一時的に伝導障害をお

こした状態をいう。原因は神経幹への圧迫が主なものと考えられ、神経幹近くを銃弾のような高速体が通過したさいの圧力の変化によっても誘発されるという。このような外力によって軸索は変性には陥らないまでも、圧迫が強まれば軸索流の停止がおこると報告されている。臨床的には運動麻痺が主で知覚障害は軽く自律神経症状はほとんど認めない。多くの場合、原因を取り除くと症状はすみやかに軽快する。電気診断法でも変性型を示すことは少ない。(図5)³⁾

II. アクソトメーゼス

有連続性変性型損傷とよばれる。鉗子などで誤って神経幹を強く圧迫したさいにおこりやすい。損傷部付近および末梢側は変性してしまうが、神経内膜は温存され連続性を保っている。臨床的には、運動麻痺、知覚脱失、発汗障害などが現れる。受傷後2~3週間すれば電気診断で変性所見が明らかとなる。軸索の連続性は失われても神経内膜は温存されているので、再生軸索は本来の通路をたどり効果器に達することができる。予後は良好である。(図5)³⁾

III. ノイロトメーゼス

軸索の断裂に神経被膜の損傷も加わったもので、神経組織の完全断裂、神経幹内への薬剤注入、血液循環障害などの原因により広範な瘢痕形成をおこし自然回復の期待できない非連続性変性型損傷である。神経被膜が侵されると結合組織の増殖を伴い、再生軸索の通路を妨げる。その結果、再生不能、過誤支配などがおこりやすくなる。電気診断でも変性型を呈する。(図5)³⁾

上記II. III. のように神経線維が軸索の連続性を断たれると損傷部以下の神経線維は変性に陥るが、やがて細い再生軸索が多数発芽し末梢に進み始める。この再生速度を測る目安としてティネル徴候がある。これは損傷神経の走行にしたがって、末梢側から逆に指頭で軽く叩きながら中枢側へたどり、末梢側への放散痛が認められる点をティネル陽性点と診断する方法で、臨床的には知覚神経の再生線維の最先端が未成熟なため、外からの刺激に鋭敏に反応するため

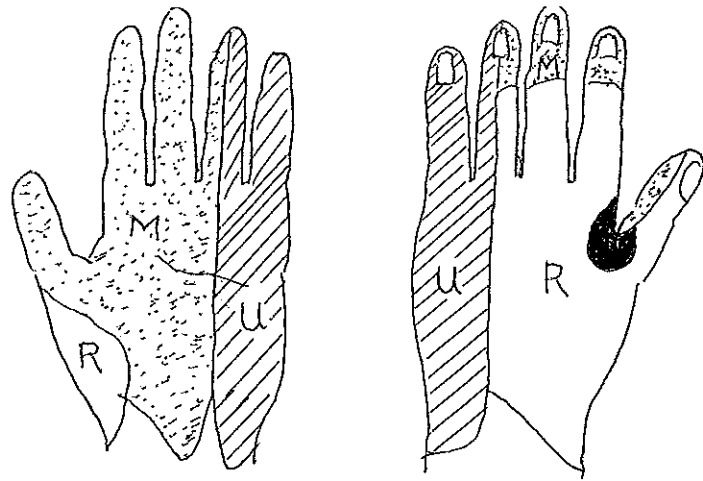
の現象と考え、この陽性点近くまでは再生線維が伸びてきているであろうと判断している。また、この現象は組織学的に証明はされていない。³⁾

以上のことから考え《変性型=チネル徴候陽性》とするのはいかにも早計であるが、実際の臨床において治療の効果があがらずある日、突然チネル陽性点が出現した場合など、一時治療を中断し他の医療機関に精査を依頼する良いきっかけとなるのではないかと考えるが、いかがなものだろうか。

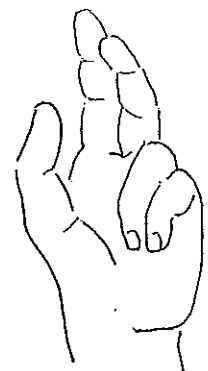
鍼灸治療は、圧迫により損傷された橈骨神経およびその支配域における麻痺筋の回復を目的とし行った。約2カ月間の治療で症状の緩解を得られたことから、本疾患に対して鍼灸治療は有効であったと推測する。

参考文献

- 1) 田川 宏 他：「リハビリテーション医学全書19」P340~346、医歯薬出版、1972
- 2) 岩谷力他：「末梢神経麻痺の評価」P123~138、医歯薬出版、1992.
- 3) 田川 宏 他：「リハビリテーション医学全書19」P349~351、医歯薬出版、1972
- 4) 田川 宏 他：「リハビリテーション医学全書19」P377~392、医歯薬出版、1972
- 5) 荻島秀男：「手の痛みと機能障害」P117~126、医歯薬出版、1972.
- 6) KAHLE・LEONHARDT・PLATZER 越智淳三訳：「TASCHENATLAS DER ANATOMIE」P70~77、文光堂、1984.
- 7) 出端昭男：「診察法と治療法」P6~10、医道日本社、1990.



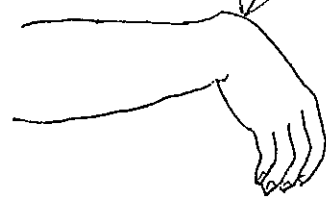
(図1) 正中神経麻痺[M]、橈骨神経麻痺[R]、尺骨神経麻痺[U]の
感覚神経支配領域と本症例の知覚鈍麻部位■。



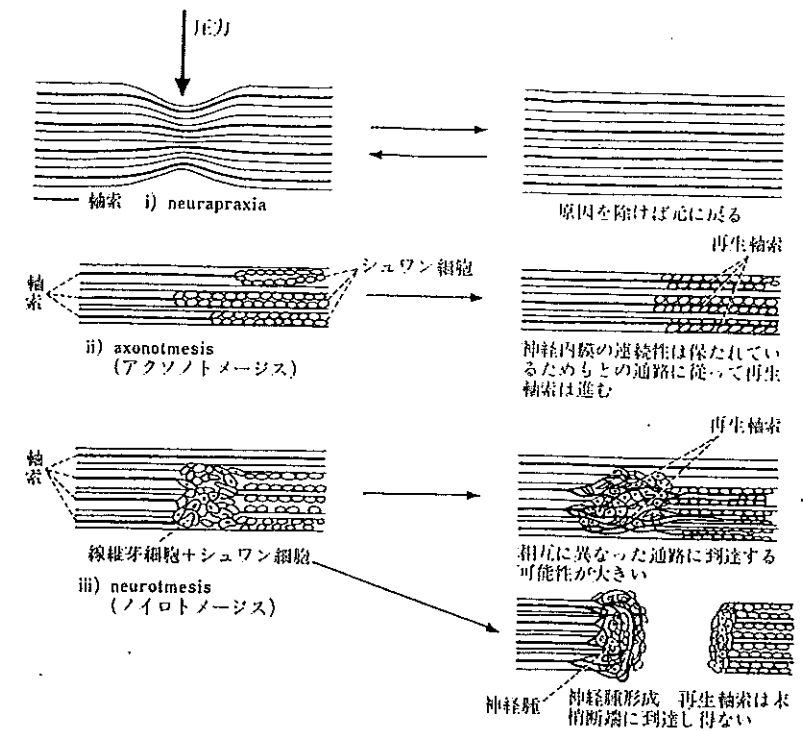
(図2) 正中神経麻痺[Lanz-Wachsauthによる]
サル手[simian or apeline hand]といわれている。



(図3) 橈骨神経麻痺[Lanz-Wachsauthによる]
下垂手[Fall hand]といわれている。



(図4) 尺骨神経麻痺[Lanz-Wachsauthによる]
ワシ手[Claw hand]といわれている。



(図5) 神経の損傷程度と予後 (リハビリテーション医学全書19より)

頸・上肢痛

11年4月27日

1 握力	左 ⊖ 右 ⊖ ^{やや弱}	9 二頭筋	左 - 右 -
2 後屈痛	⊖ +	10 腕橈骨筋	左 - 右 -
3 側屈痛	左 ⊖ +	11 三頭筋	左 - 右 -
	右 ⊖ +	14 スパーリング	左 右
4 回旋痛	左 ⊖ +	15 肩圧迫	左 右
	右 ⊖ +	16 ライト	左 右
5 モーリー	左 右	17 エデン	左 右
6 アドソン	左 右	18 三分間	左 右
7 筋萎縮	左 右 -		
8 触覚障害	左 右 +		
12 PTR +	13 バビンスキー		

(医道の日本社)

初診時の診察所見