

症例報告

肘部管症候群の一症例

三多摩東支部 羽生 裕治

本症例は手指のシビレと虚脱感を訴えて来院した患者である。チネル徴候陽性、フローマン徴候陽性などから肘部管症候群と診断し、治療を行ったところ 5 回 24 日間の治療でシビレと虚脱感は緩解した。

症 例：53 才 男性 介護施設事務職

初 診：平成 23 年 8 月 5 日

主 訴：手指のシビレと虚脱感

現病歴：平成 23 年 7 月 14 日、勤務中に突然、頸部に痛みを感じたため、その日は定時に退所し帰宅した。痛みがだんだん増してきたため、発症当日の夜はほとんど眠れなかった。翌日、頸部の激しい痛みが持続し、また右手にシビレ、虚脱感が出てきたため仕事を休み、自宅近隣の整形外科を受診した。整形外科ではレントゲン撮影をし、右 C4/C5、C5/C6 椎間が狭くなっていると説明され、変形性頸椎症との診断を受け、頸の牽引及びホットパックによる治療を受け、鎮痛剤を処方され帰宅した。その後、2 週間仕事を休み、病院の休診日以外は毎日通院した。整形外科を受診し 1 週間後には頸部の痛みはとれたが、発症時に比較し右手指のシビレと虚脱感は軽くはなったものの持続したため、心配になり脳神経外科を受診しようとしたが MRI 撮影の都合で診察予約日が 8 月 11 日となり、その間、なにもしないのも不安なため鍼灸でもと思い当院へ来院した。

右手の第 4, 5 指にシビレと虚脱感を絶えず感じている。頸の運動では愁訴は増悪しない。右手の第 4, 5 指に力が入らないので文字を書きにくい。巧緻運動障害はない。歩行障害もない。膀胱直腸障害はない。仕事は 8 月 1 日より再開している。スポーツは特にしていない。晩酌に缶ビール 1 本。

既往歴：I 型糖尿病で現在通院中、血糖値コントロールは良好

家族歴：特記すべきものなし

診察所見：身長 160 cm。体重 56 kg。握力左 31 kg、右 25 kg（右利き）。頸の前屈痛、後屈痛、側屈痛、回旋痛はすべて陰性。モリーテスト、アドソンテスト、ライトテスト、エデン・テストはすべて陰性。筋委縮は認められない。触覚障害は右 C8 神経支配領域で鈍麻。二頭筋反射、腕頭筋反射、三頭筋反射正常。スパーリング・テストは行わなかった。肩圧迫テストは陰性。肘部管におけるチネル徴候陽性。フローマン徴候陽性。肘屈曲テスト右陽性。

この診察所見を踏まえて最近、肘に負担のかかる作業をした記憶がないかどうか質問したところ、頸の痛いところを押してみると頸の痛みが軽減したため頸に痛みが出ていた約1週間、ずっと右手で患部を押し続け、就寝時もその体勢のままであったとの回答を得た。

診 断：本症例は頸の運動による愁訴の増悪が認められないこと、上肢挙上位や外転位で愁訴の増悪が見られないこと、第5指中手骨背側の知覚障害が見られたこと、および肘部管におけるチネル徴候陽性、フローマン徴候陽性、肘屈曲テストが陽性という肘部管症候群の診断に有効な所見が得られたことから肘部管症候群と診断した。

対 応：指のシビレ、虚脱感は頸が原因ではなく肘をずっと曲げていたため肘を通る神経や血管が圧迫され続けていたことにより起こったものと思われま。鍼灸治療により患部周囲の筋肉の緊張をやわらげ、血液循環をよくすることで、シビレを軽減し、指に力が入るようになります。但し、神経を圧迫している原因が肘関節の変形によるものや、ガングリオンなどの腫瘍であったときには効果が見られない場合もありますので、何回か治療をして様子を見てみましょう。

治 療・経過：治療は患部の血行改善、筋緊張の緩和により愁訴の緩解を目的に行った。

治療体位は左側臥位で、治療点は右の神門、少海、青霊、支正、小海、肩貞、天井を取穴した。使用鍼はステンレス製1寸3分-2番(40mm-18号)を用い、肩貞を除き、すべて斜刺で15分置鍼した。刺入深度は肩貞を除きすべて5mmとした。肩貞のみ直刺で20mm刺入し、15分間置鍼した。同時にすべての刺鍼点近くに台座灸1壮を施灸した。

生活指導：肘はできるだけ曲げないようにして、通院できない日には自宅でお灸をして下さい。(小海、少海穴を指示)

第2回(8月17日、12日目)指のシビレ感、虚脱感は少し改善された気がするが、まだ右第4,5指に力が入らず文字を書くのに困るとのこと。なお、脳神経外科での診断では脳、頸椎には異常は認められなかったとのこと。また、神経伝導速度検査の結果、肘部管症候群と診断され治療は整形外科でおこなうよう指示されたとのことであった。

第3回(8月20日、15日目)指のシビレ感、虚脱感ともに良くなってきた気がする。文字を書くのに力が入るようになってきた。

第4回(8月23日、18日目)指のシビレ感、虚脱感ともにほとんど気にならなくなってきた。

第5回(8月29日、24日目)指のシビレ感、虚脱感ともに気にならなくなったが、念のため来院したとのこと。握力は左32kg、右34kg。愁訴の緩解により今回で治療は終了とした。

考 察：本症例は症状より尺骨神経がなんらかの原因で障害されているものと思われたが、レントゲン画像によれば頸椎椎間関節狭小部はC6/

C7・C7/T1 椎間ではなく C4/C5・C5/C6 椎間であり頸部痛と今回の愁訴である手指のシビレ・虚脱感は別の原因によるものではないかと推測した<sup>4)</sup>。肘部管におけるチネル徴候陽性、フローマン徴候陽性、肘屈曲テストが陽性であったことにより肘部管症候群と診断したが、臨床症状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

頸の運動や特定の肢位によって愁訴の増強がない<sup>5)</sup>。(しかし、一方レントゲン画像と臨床症状が一致しないこともまま経験することであり、今回の手指のシビレと虚脱感が頸部痛の後に発症したことを鑑がみると頸椎症性神経根症と肘部管症候群のいわゆるダブルクラッシュ症候群であったという見方も否定できない)

#### 2. 胸郭出口症候群

上肢挙上位や外転位で愁訴の増強が見られない<sup>6)</sup>。

#### 3. ギヨン管症候群

第5指中手骨背側の知覚障害が見られる<sup>2)</sup>。

#### 4. 糖尿病による単一神経障害

通院中で血糖値コントロールは良好<sup>7)</sup>。

辻野によれば肘部管症候群は尺骨神経が肘関節内側の肘部管を走行する際に障害を受ける疾患群をいい、肘部管は尺側手根屈筋の上腕骨頭と尺骨頭が作る弓状靭帯の背側に位置するために、肘関節屈曲により内圧が増加すると述べている<sup>1)</sup>。

以上の知見から、本症例の発症機序を以下のように推測した。

1. 持続的な肘関節屈曲位が尺側手根屈筋や尺側側副靭帯に過緊張をもたらした。

2. 過緊張した筋群や肘関節の持続的屈曲位が肘部管を圧迫し、また血流等を阻害し手指にシビレと虚脱感をもたらした。

一般に肘部管症候群による症状は進行性であり、筋萎縮などが生じると回復が困難なため器質的疾患(外反肘、内反肘、変形性肘関節症、腫瘍等)による場合は手術療法が第1選択とされる<sup>1) 3)</sup>。今回は発症の原因が明らかで器質的疾患が原因ではないと推測されたため、鍼灸治療適応と判断し治療をおこなった。初診時に手指のシビレ・虚脱感の原因は頸が原因ではなく肘が原因であると説明した際には患者に若干の疑念をもたらしたようだったが、その後、脳神経外科での診断と一致していたため、かえって信頼感が増し、症状の緩解まで当院で治療を継続することができた。

#### 参考文献

- 1) 辻野昭人：肘部管症候群「肘・手の痛み」、P184～192、南江堂、2011
- 2) 池田和夫：Guyon管症候群「肘・手の痛み」、P269～274、南江堂、2011

- 3) 勝見泰和：肘の障害「医道の日本 2007年4月号」、P22～23、医道の日本社、2007
- 4) STANLEY HOPPENFELD：第2章肘関節「四肢と脊椎の診かた」、P33～55、医歯薬出版、1984
- 5) 出端昭男：神経根症「開業鍼灸師のための診察法と治療法 4 頸・上肢痛」、P39～44、医道の日本社、1990
- 6) 出端昭男：胸郭出口症候群「開業鍼灸師のための診察法と治療法 4 頸・上肢痛」、P44～46、医道の日本社、1990
- 7) 弘世貴久、河盛隆造監修：糖尿病神経障害「病気がみえる vol.3 代謝・内分泌疾患」P66～67、MEDIC MEDIA、2004

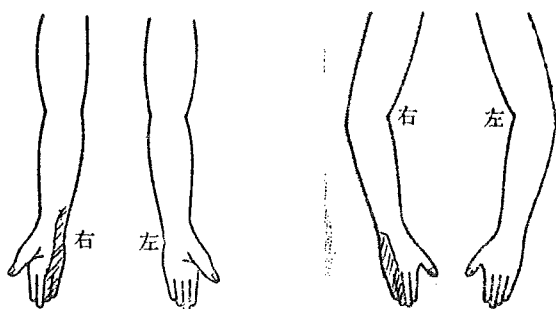


図1 シビレ領域

表1 診察所見

頸・上肢痛

23年 8月5日

1 握力	左 31 (右) 25	9 二頭筋	左 + 右 +	8. 第4,5指背側・掌側筋部
2 後屈痛	⊖ +	10 腕橈骨筋	左 + 右 +	
3 側屈痛	左 ⊖ +	11 三頭筋	左 + 右 +	
	右 ⊖ +	14 スーパーリング	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 鈍			
12 PTR	13 バビンスキー			

(医道の日本社)