

症例報告

橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害

堀 音 健

本症例は、1年前の上肢の突然の運動麻痺がきっかけとなり、その回復後から続く、頑固な手のしびれ感を訴えて来院した。問診と診察所見から、橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害と診断し、低周波鍼灸治療法を試みることにした。

症 例：男性 46歳 独身 料理店経営

初 診：平成12年10月14日

主 訴：左手背橈側、第1指、第2指の痺れ感。

現病歴：1年程前の朝、目覚めると下にしていた左の腕全体が痺れて、手の力も抜けてプラプラになっていることに気が付いた。腕を前方に延ばして、手関節を伸展させようとしても幽霊のようにダラッと垂れてしまい、このまま腕が使えなくなってしまうと思ったが、忙しくて病院にも行けなかった。触覚の鈍麻があったかは、ハッキリとは覚えていない。

仕事を休むわけにもいかず、上肢がプラプラの状態で仕事を続けた。約1週間ほど経過を観ていたら、徐々に左上肢の力は回復てきて、2~3カ月経ったころには日常生活に支障はなくなった。

ところが腕の力の回復に反して、左手の母指、示指間にジーンというしびれ感が出現し始めた。始めのころは強くなったり、弱くなったり、全くしびれ感が無くなったりしていたが、症状は徐々に強くなり、ここ半年ほどは痺れ感は、起床時から就寝時まで一様になった。仕事がさらに忙しくなり、満足に休暇が取れなくなことも、症状を悪化させた原因と考えている。

現在、手関節の背屈は可能であるが、左手の母指、示指間に常にジーンとしたしびれ感がある（図1）。前腕橈側に弱い運動痛があり、筋肉の強い緊張もある。上肢の自発痛や夜間痛はない。寝不足もあるせいか頸と肩には、強い凝り感がある。仕事は料理店の経営であるが、経理から調理、皿洗い、配達まで何でも行うため、前腕を酷使することが多い。時間も深夜まで営業するため生活は不規則である。スポーツはスキーを、シーズン中は毎週のようにおこなう。飲酒歴は25年で、週に5~6日はビールを2本飲む。そのうち週2回はアルコールの種類を選ばず朝まで多量に飲む。腕の麻痺が出た前日も、多量に酒を飲んでいたかもしれない。

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：身長173cm、体重85kg。頸椎の前屈、側屈、後屈痛陰性。ジャクソンテ

-1-

スト、スパーリングテスト陰性。握力左52kg、右55kg、右利き。上腕周計は、左33cm、右33cm。前腕周計は左28cm、右29.3cm。手の下垂手は認めない。手の骨間筋・母指球・小指球の筋萎縮は認めない。上肢の筋力に左右差は認めない。小筆による触覚試験は、陽性で左手背橈側に弱い触覚鈍麻を認めた（図2）。上腕二頭筋反射、腕橈骨筋反射、上腕三頭筋反射は左右共に消失。膝蓋腱反射は左右正常。ファレンテスト陰性。円回内筋部の圧痛は陰性。前腕から手首にかけての正中神経、橈骨神経のチネルサイン陰性。患側の上腕三頭筋、腕橈骨筋、長・短橈側手根伸筋、頸部の頭板状筋、僧帽筋上部、肩甲挙筋、などには強い筋緊張が認められた。前腕背側中央の部位で、腕橈骨筋と長橈側手根伸筋間の強い圧迫により、手のシビレ感の増悪を認めた。さらに患側上肢を体幹の前方に置き、手関節を尺屈させ、前腕を過回内させ橈骨神経に伸展ストレスをかける肢位²⁾（以下、過回内テストと略す）にすると、シビレ感の増悪が認められた。

診断：本症を臨床症状および診察所見より、前腕部における橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害と診断した。本症例は、発症から半年以上経過しており、シビレ感は一様であるが、著明な筋力の低下が認められること、触覚鈍麻の程度が非常に軽度で、範囲も狭いこと、今まで全く上肢の安静と、医療的措置がなされていないことなどから、充分な説明と経過の観察をおこなえば、鍼灸治療を試みる価値はあると考えた。

対応：あなたの手のシビレは橈骨神経という腕で一番長い神経が、手に至るまでに左腕の酷使によって、硬くなった筋肉やスジに挟まれて、出現した症状です。去年の腕の麻痺のあと、無理をして腕を使っていたことも、原因のひとつかも知れません。硬くなった筋肉を鍼でほぐし、神経の圧迫を取れば、症状は楽になるはずです。ただし、症状が出てからの期間が随分あるので、楽になるまでには、しばらくかかると思って、あせらずに通院してください。

治療・経過：鍼灸治療は、橈骨神経及び周囲組織の循環改善と、筋緊張緩和を目的に行った。治療体位は伏臥位で、患側前腕を中間位にしておこなった。治療穴は左右の天柱・頸5・肩井、患側のA点（三頭筋外側頭部）・手の五里・B点（腕橈骨筋部）・C点（長・短橈側手根伸筋部）・温溜穴などを取穴した（注1）（図3）。使用鍼はすべてステンレス製1寸3分-2番（40mm-18号）で、1~1.5cm刺入した。さらに天柱-頸5間、A点-手の五里間、B点-C点間には1Hz-12分の低周波通電を追加し、上腕三頭筋の収縮と、手関節が背屈していることを確認した。

生活指導：患側上肢を下にして寝ないようにすること。深酒を控えるようにすること。体が非常に疲れているときは飲酒を避けること。患側上肢の安静を心掛けること。極力睡眠時間を多く取ることなどを、口頭による説明の他に、紙に書いて手渡した。

第2回(10月15日・2日目)治療後に全身に怠さ出現したが、起床時にはスッキリ目覚めることが出来た。気のせいか体が軽いように思う。手のシビレ感に変化はない。

第5回(10月23日・10日目)手のシビレ感の範囲が狭くなっている。前腕橈側の運動痛は消失。過回内テストは陽性。

第10回(11月10日・28日目)肩凝り感は随分楽になった。手のシビレ感は、起床時には無くなっていることがあるが、時間の経過と仕事での腕の使用により、徐々に出現する。シビレ感の範囲は狭くなっている。

第14回(11月28日・46日目)前回の治療ころから治療直後にシビレ感が消失するようになった。手首の曲げ伸ばしも軽くなった感じがする。

上腕と前腕の筋緊張は軽減している。過回内テスト陽性。

第17回(12月8日・54日目)手のシビレ感は上肢の酷使により出現する。休日などで上肢を安静にしている日は、シビレていることを忘れることがある。

第20回(12月21日・67日目)肩凝りはあるが、手のシビレ感は安静にしていれば出現しなくなった。過回内テスト陽性。

第21回(平成13年1月5日・82日目)年末と正月に、かなり腕を酷使したがシビレ感は出現しなかった。

第23回(1月21日・98日目)前回の治療後(1月10日)から現在まで、症状は一切出現していない。過回内テストを1分間実行して症状の再現がないことを確認した。

前腕周径は初診時と同じ。症状緩解とみて今回で上肢の治療を終了とした。

考察：本症例を橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害(ワルテンベルグ症候群)であると診断した。その理由を以下に述べる^{1) 2) 3) 4)}。

1. 初発症状が手背橈側のシビレ感で始まっている。
2. 橈骨筋と長橈側手根伸筋間の圧迫により手背橈側のシビレ感の増悪がある。
3. 過回内テストが陽性である。
4. 筋力低下などの運動麻痺が認められない。

また、臨床症状および診察所見より以下の類症疾患を除外した。

1. 頸椎症性神経根症：ジャクソンテストやスパーリングテストは陰性である。頸の運動による症状の増悪を認めない^{7) 8)}
2. 手根管症候群：ファレンテスト陰性、母指球部の筋萎縮は認められない。夜間の安静時痛がない^{6) 10)}。
3. 回内筋症候群：円回内筋部の圧痛は陰性である。^{9) 11)}

以上の知見、臨床症状、診察所見、および除外疾患から、本症例を橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害と診断した。

橈骨神経知覚枝は、橈骨筋と長橈側手根伸筋の間から皮下に出、手関節から手背の橈側へ分枝、分布する。両筋の間には筋・腱膜様の線維組織が張っており、

この線維組織は前腕回外、手関節背橈屈位では弛緩しているが、前腕回内、手関節尺屈位では、緊張し、神経を絞扼する⁴⁾。

廣谷¹²⁾によれば、許容度の少ない支帯、腱鞘、骨などに接していたり、これらが作る狭いトンネルを貫通する神経は、機械的圧迫を直接受けるほかに、反復する機械的刺激により線維組織が増生して局所に阻血がおこり、神経束内圧が亢進し、絞扼性神経障害を発症させるとしている。

以上の知見から本症例の発症機序を、次のように推測した。

- ①1年前の麻痺肢を抱えながらの無理な仕事復帰が、麻痺肢に対しての負担となり、筋の疲労と緊張をまねき、間を通過する橈骨神経知覚枝を圧迫した。
- ②仕事での前腕の酷使は、反復的な機械的刺激となり、橈骨神経知覚枝の血流障害と神経束内圧の亢進、浮腫をまねいた。
- ③圧迫と反復的な機械的刺激により、橈骨神経知覚枝は絞扼され、本症を発症させた。

本症例の場合、低周波鍼灸により、筋の緊張を緩和させたことが、神経に対する圧迫を軽減させ、神経線維束間の血流を改善し、神経浮腫を減少させ、神経束内圧の正常化につながり、症状は改善されたものと推測した。

結果、治療開始から期間はかかったが23回・98日間でシビレ感は緩解した。鍼灸関連で絞扼性神経障害について述べられた文献は少なく、今回の症例を通して、本症に対して、鍼灸治療を試みる価値はあると考えた。

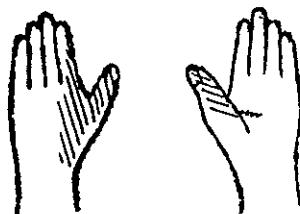
注意1) 経穴の位置

- A点：上腕三頭筋、外側頭部：上腕外側で三角筋停止部、三角筋粗面の後方⁴⁾
B点：腕橈骨筋部：肘部で上腕二頭筋腱と上腕骨外側上顆を結んだ線の中央で約1cm刺入する⁴⁾。
C点：長・短橈側手根伸筋部：上腕骨外側上顆より2横指遠位部⁴⁾。

参考文献

- 1) 平澤泰介 監訳 「末梢神経の外科」第3章 末梢神経損傷の診断 P 86
金芳堂 1992
- 2) 平澤泰介 監訳 「末梢神経の外科」第10章 前腕における橈骨神経知覚枝の絞扼性神経障害 P 285~298 金芳堂 1992
- 3) 柏森良二ら 「末梢神経麻痺の評価」第6章 下垂手 P 123~139 医歯薬出版 1992
- 4) 廣谷速人 「しびれと痛み 末梢神経絞扼障害」第7章 橈骨神経の絞扼障害

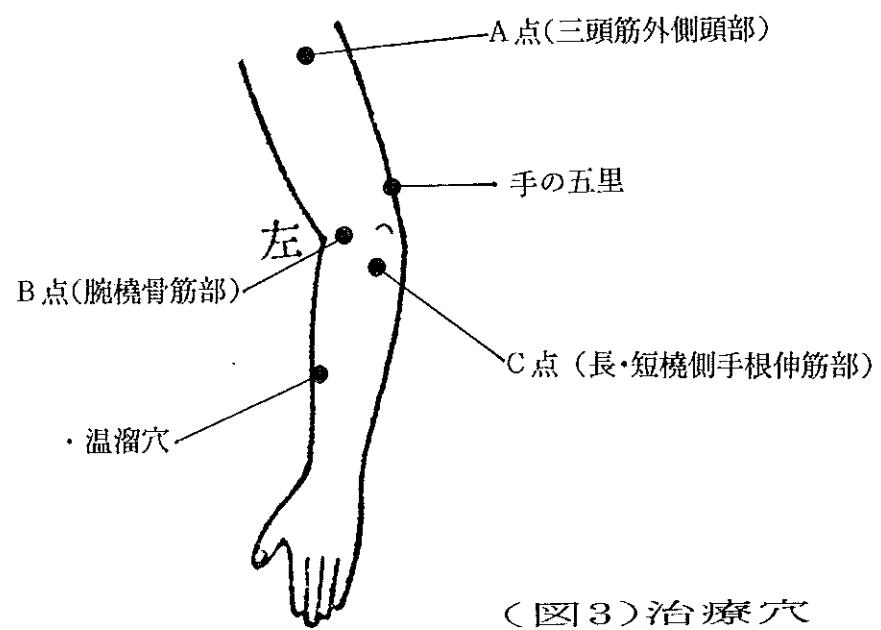
- 5) 廣谷速人「しびれと痛み 末梢神経絞扼障害」第3章 手根管症候群 P 25~53
金原出版 1997
- 6) 柏森良二 翻訳「筋電図のための解剖ガイド」西村書店 1997
- 7) 出端昭男「問診・診察ハンドブック」IV頸・上肢痛 医道の日本社 P 86~108,
1990
- 8) 越智隆弘ら「頸椎症」金原出版
- 9) 廣谷速人「しびれと痛み 末梢神経絞扼障害」第4章 肘部における正中神経
絞扼障害 P 55~62
- 10) 柏森良二ら「末梢神経麻痺の評価」第7章 手根管症候群 P 141~152
医歯薬出版 1992
- 11) 長野 昭 「関節外科」11: 1565-1570, 1992.
肘部でのentrapment neuropathy
- 12) 廣谷速人「しびれと痛み 末梢神経絞扼障害」第1章 末梢神経の絞扼障害と
は P 1~6 金原出版 1997



(図1)シビレ感の部位



(図2)触覚鈍麻の部位



(図3)治療穴