

「知っておきたい手のしびれ」(Numbness of the hand)

佐藤 彰 博¹⁾

【はじめに】

“しびれ”は、病気やケガによって生じるばかりではない。健康な人であっても“しびれ”を自覚した経験がない人はいないであろう。例えば、正座を長時間行った後の足部の“しびれ”は、誰もが一度は経験したことがあるものと思われる。このように“しびれ”は、誰でも経験したことがあるために、身近な感覚であるかも知れない。そのためか、病院を受診した方々が、「(“しびれ”があっても)年だから仕方がない」、「時間が経てば治るものだと思っていた」などと話されることも少なくない。しかし、国民生活基礎調査(2013)によれば「手足のしびれ」を自覚するものは、50歳代で人口千人あたり男性38.3人、女性45.9人と報告されている。そして、この「手足のしびれ」は、腰痛や肩こりに次いで頻度が高いことから、“しびれ”を自覚しても病院を受診していない方が非常に多いものと推察される。

“しびれ”を自覚する疾患としては、脳梗塞や頸椎症性脊髄症などの中枢神経の障害、手根管症候群などの末梢神経の障害、バージャー病などの末梢循環の障害などがあげられる。しかし、しびれを主訴として受診した患者の中には、神経疾患以外の精神的原因や明らかな診断が見つからないこともある。このように“しびれ”を生じさせる原因は多岐にわたるが、持続する“しびれ”は多くの場合、自然に治ることは少なく、何らかの治療を要する。そのため“しびれ”は、神経の異常を知らせる警告信号であることを認識し、持続する“しびれ”を自覚した際は、早期診断・早期治療のために病院を受診することが最善の方法である。

本稿では、末梢神経由来の“しびれ”の評価と病態生理、手に“しびれ”を生じさせる代表的な疾患である手根管症候群と肘部管症候群について概説する。

【“しびれ”の評価と病態生理】

結論からいえば、“しびれ”の原因は、明らかにされているとはいえない。それは、“しびれ”という感覚を

客観的に調べる方法がないためでもある。“しびれ”を量的に検査機器によって測定することは困難であり、感じている“しびれ”については被検者(患者)の応答に頼らなければならない。そのため“しびれ”の臨床評価は、“しびれ”の範囲を記録すると共に、患者自身に“しびれ”の程度をVAS(Visual Analogue scale: 視覚的アナログスケール)やNRS(numerical rating scale: 数値評価スケール)、フェイス・スケール、VRS(verbal rating scale)に記入してもらったり、患者が表現する「ビリビリ」や「ジンジン」といった言葉を記録したりすることで行われている。また、“しびれ”の訴えには、さまざまな状態が含まれることも知られている。正座をした後のような異常感覚だけでなく、感覚鈍麻や運動麻痺、構音障害、筋脱力を示すこともある。そのため、問診の際には、患者の訴えに耳を傾け、注意深く患者の意図する“しびれ”を整理して捉えることも重要である。

一方、被検者の応答に頼らないで末梢神経の状態を知る方法としては、NCS(nerve conduction studies: 神経伝導検査)や超音波が臨床で用いられている。中でも末梢神経障害の診断ツールとして実施されるNCSは、大径有髄線維の脱髄や軸索変性の状態を知ることができる。しかし、NCSによって、“しびれ”の状態を推測することはできない。実際に病院を受診した患者からは、「重度になるほど、“しびれ”が強くなる」と認識している方が少なくないことから、“しびれ”と重症度が必ずしも一致しないことを認識し、“しびれ”の強弱によって自己判断しないで病院受診することを啓蒙していくことが必要であると考えている。

“しびれ”の病態生理の解明には、阻血や阻血解除、圧迫などによって“しびれ”を生じさせ、小径無髄線維にタングステンやステンレスの針を直接刺入して神経放電パターンを測定する微小神経電図(microneurography)による実験などが行われている。阻血が生じた場合、はじめに大径有髄神経線維であるA β 線維が酸素欠乏の影響を受けて触圧覚が低下し、そのまま阻血を続けると、触圧覚は脱失して小径無髄神経線維であるC線維が脱抑制される。そして阻血解除後の“しびれ”は、A β 線維

1) 弘前医療福祉大学保健学部医療技術学科 作業療法学専攻

やA δ 線維による群発自発放電によって生じている可能性が指摘されている。

【手根管症候群】

手根管症候群は手関節基部にある手根管の容量の増加が原因とされているが、炎症組織にみられるような炎症性細胞浸潤は希で浮腫と非特異的線維化と考えられている。症状は正中神経領域である母指・示指・中指の“しびれ”と知覚障害、母指の対立運動障害である。手根部の“しびれ”や知覚障害は、正中神経掌側枝の分岐が手関節近位にあって手根管を通過しないため生じない。症状は中指の“しびれ”を訴えることが最も多く、はじめは間歇的であるが次第に持続する“しびれ”を感じるようになる。また、この“しびれ”は、朝方に生じることが多く、無意識に手を振ることで症状が改善する（flick sign）ことも特徴のひとつである。妊娠出産期と閉経期の女性に多いことから、ホルモンとの関係が考えられているが、原因が不明である特発例も多く、両側例が70～90%と多い。初期症状は“しびれ”などの知覚障害であるが、重度化すると母指対立障害が生じてくる。母指と小指を対立させて手掌面を正面から観察すると、通常は母指の爪面が全てみえるが、対立運動障害がある場合は一部しかみることができない。さらに進行すると“しびれ”が減弱する例もあるため「治ってきた！」と判断して病院に来なくなり、時間を経過して再受診した際に母指球筋萎縮が著明となって重度化していることもある。

治療は初期例ではステロイドの局注や手関節のスプリント固定、超音波やビタミンB12投与などの保存的治療が選択される。また、重度化して母指球筋萎縮や母指対立運動障害、夜間の“しびれ”による覚醒回数が多くなった場合は、手掌部の小切開手術や鏡視下手術が行われる。手術は外来30分程度で実施され、入院を必要としないことが多い。いずれにしても早期診断・早期治療が効果的である。

持続する中指の“しびれ”を自覚する40歳以上の女性は、手根管症候群を疑って早期に病院受診することが大切である。

【肘部管症候群】

肘部管症候群は、肘関節の内側にある上腕骨内側上顆と肘頭から起始する尺側手根屈筋の2頭の間にあるOsborne bandによって肘部管の内圧が上昇することによって生じる。このbandは、肘関節を屈曲位にすることで伸張され、肘関節を伸展位にすることによって弛緩する。そのため肘屈曲位を持続させると“しびれ”が誘発あるいは増悪する（elbow flexion test）。症状は尺骨神経領域である環指尺側と小指の“しびれ”と知覚障害、環小指の深指屈筋の麻痺による握力低下と骨間筋麻痺によるピンチ力の低下である。この骨間筋麻痺により、「箸が使いにくい」、「食事中に、箸を落とす」と訴えて来院する患者が多い。手背の知覚障害が認められない場合はギヨン管症候群の可能性が高く、前腕内側部の知覚障害がある場合は頸椎疾患の疑いがある。中年以降の男性に多く、力仕事をしてきたために肘関節が完全伸展できない変形性関節症を合併していることも多い。深指屈筋と骨間筋が麻痺した場合、環指と小指のMP関節過伸展・PIP関節屈曲位の鷲手変形を生じる。このような状態が続いた場合、MP関節の伸展拘縮とPIP関節の屈曲拘縮の防止のために、コイル・スプリントが使用される。

肘部管症候群の保存的治療は効果が低いことから、肘部管症候群と診断された場合には、観血的治療が選択されることが多い。手術は、Osborne bandの切離や上腕骨内側上顆切除が行われる。

肘が真っ直ぐに伸びず、持続する小指の“しびれ”を自覚する40歳以上の男性は、肘部管症候群を疑って早期に病院受診することが大切である。

【おわりに】

本内容は、平成23年10月1日に弘前医療福祉大学の公開講座での講演内容を概説したものである。公開講座では一般向けに平易な言葉で解説したが、論文にするにあって表現を修正した。本稿を読んで、自覚症状をもちながら病院受診をされていない方が、ひとりでも多く受療行動（病院受診）に結びつけられれば幸いである。

（この内容は平成23年10月1日の公開講座のものです。）