

# 肘部管症候群

## —肘部管開放術—

### 1. 肘部管症候群とは

尺骨神経（しゃっこつしんけい）は、肘関節の内側の骨のくぼみにあり、ここは肘部管と呼ばれています。肘部管は骨性の壁や腱膜性腱弓によって囲まれたスペースのことで、本来は尺骨神経がゆったりと通過しています。

肘部管症候群とは、何らかの原因で、肘部管の内圧が高くなり、管内に存在する尺骨神経が圧迫されて、痛みやしびれを引き起こす疾患です。原因としては、関節の慢性的な運動からのものや、外傷や、肘の変形（外反肘、内反肘など）、ガングリオン、滑車上肘筋などの圧迫によって起こる事もあります。また原因が特定できないこともあります。

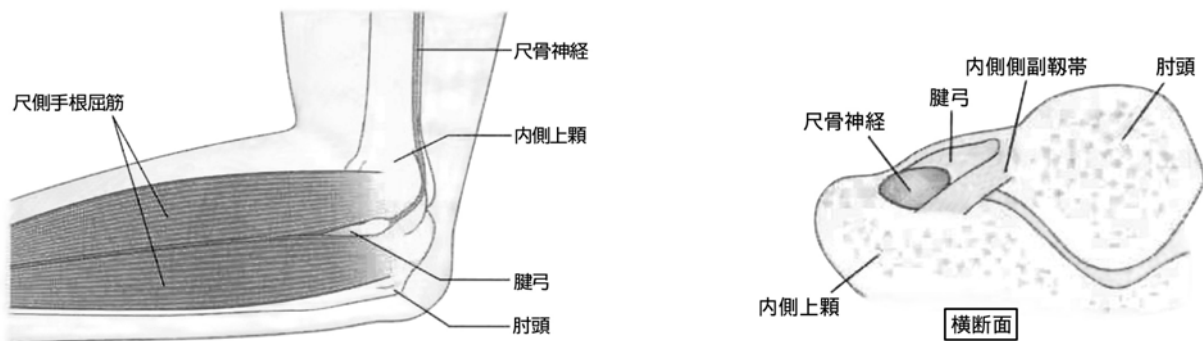
症状は小指側1本半の指と小指側の手のひらの痛みやしびれです。これらの症状は圧迫をうけた神経領域へ放散する痛みや異常知覚（ピリピリする、ジンジンする感覚）として訴えられます。診察では肘部管の圧痛や Tinel 徴候が陽性（圧迫された神経を軽く叩くと、神経の先に痛みがおきる）となり、手指や手のひらの知覚障害を認めます。いつのまにか親指と示指の間が萎縮（第一骨間筋萎縮）していることもあります。

レントゲン検査では特徴的な異常所見はありません。診断は臨床症状と神経伝導速度検査からが主になります。治療は、まず保存的治療（手術しない方法）を行います。日常生活動作の工夫、薬物療法としては抗炎症剤やビタミン剤を処方します（例：肘を伸展位に保つ、など）。

しかし、これらの保存的治療が効かないで感覚障害が明らかに悪化し筋力低下がある症例では手術的治療が検討されます。手術は腱弓の切離や尺骨神経剥離術を行い、神経圧迫の原因となっている組織を取り除いたり神経を移行させたりします。

### 2. 腱弓切離術について

局所麻酔下に手術を行います。肘の内側に皮膚切開を行います。皮下の脂肪組織を剥離し、直下にある肘部管を開放します（腱弓の切開）。神経の走行に注意しながら、開放しますが、ときに神経を移動させないといけないことがあります。場合によっては一部骨を少し削ったりすることも必要になります。細い糸により皮膚を縫合します。



経過に問題なければ手術翌日に退院となります。肘の運動は術直後から可能ですが、術後の血腫形成を防ぐため第1日目は術後数時間圧迫包帯をして過ごし、圧迫解除後も局所安静を続けるようにします。術翌日からは癒着予防のため、肘の動作を再開します。手術4日目より傷は水道水やシャワー、お風呂で濡らしてかまいません。軽症例ではほとんどがよくなりますが、重症例での機能回復は一般には困難なことが多く、筋萎縮の初期の段階までに手術を受けておくことをお勧めします。