

- 4) Koshima I, et al. : Inferior epigastric artery skin flaps without rectus abdominis muscle. Br J Plast Surg 1989 ; 42 : 645-648.
- 5) 田中克己ほか：各種再建における遊離深下腹壁動脈穿通枝皮弁の応用．日本マイクロサージャリー学会誌 2004 ; 17 : 128.

ほっと ぷらざ

肘部管症候群の手術

このコラムは整形外科外傷の診断や治療に関するちょっとしたコツを述べるために設けられているそうです。今回の寄稿はそれとは多少趣が異なりますが、診療報酬表にとりわけ高い手術点数としてとりあげられ、手の外科手術の基本とも言うべき尺骨神経前方移所術について私見を述べます。今から21年前に石井教授が札幌医大に赴任されてまもなく、手の外科手術の基本を教室員に伝授されました。その中で、肘部管症候群の治療方針を、軽症と中等症例に対しては **King** 変法を、重症例や外反肘に対しては筋層下移所術を行うとされ、それぞれの手術方法を披露されました。私どもも入局以来手の外科を知らなかったものですから、地方出張の際にはきちんと教えを守ってそのとおり手術を行いました。その結果、**King** 変法ではほとんど問題なく成績も良好で、筋層下移所術でいくつかの合併症を経験しました。程なく、萩野先生がやってきました皮下方移所術を紹介しました。骨を削らないため術後の腫れの消退が早く、これは良い方法であると、肘部管症候群の重症度にかかわらず、すべての症例に皮下方移所術を適用することになりました。しばらくこの方法で手術を行っておりましたが、この10年間で3例の再発を経験しました。3例のうち2例は内上顆に神経が乗り上げる、いわゆる垂脱臼症例でした。術後に神経を触診すると神経はゆとりのある走行でしたが、肘の屈曲で内上顆に乗り上げる垂脱臼とそれに伴う刺激症状がありました。そこで、この1-2年は皮下方移所術から **King** 変法に手術方法を戻してみました。確かに術後に手術創周辺の腫れがしばらく続きますが、神経の刺激症状が極めて少なく神経麻痺の回復もすっきりして、いわゆる神経にとって「切れが良い」手術法であることが再認識されました。そのようなわけで、スポーツ選手を除いて現在は肘部管症候群の治療に **King** 変法を採用しており、再手術の際には必ず行うことにしております。

札幌医科大学保健医療学部 青木光広