

# 腕神経叢

## 腕神経叢 (Pl. brachialis)

### 解剖

上肢全体と上肢帯を支配する大きい神経叢である。C<sub>5</sub>~<sub>8</sub>の前枝とC<sub>4</sub>~D<sub>1</sub>の前枝の一部から成る。上、中、下の三つの束(神経幹)を作り、前斜角筋の後方から鎖骨下動脈の上側に沿って腋窩におよんでいる。鎖骨上部の主な神経は、

1. 前胸神経：大胸筋、小胸筋へ。
2. 肩甲背神経：肩甲挙筋、菱形筋へ。
3. 長胸神経：側胸部を下り側鋸筋へ。
4. 肩甲上神経：肩甲骨の上面から背面へ下り棘上筋、棘下筋へゆく。
5. 肩甲下神経：肩甲骨の前面へゆき、肩甲下筋、

大門筋を支配。

6. 胸背神経：広背筋へ。
7. 腋窩神経

鎖骨下部から出る神経は、

1. 筋神経
2. 正中神経
3. 尺骨神経
4. 橈骨神経
5. 皮枝：内側上腕皮神経、内側前腕皮神経

### 機能

側鋸筋(長胸神経)：肩甲骨を前外方へ引き、また胸廓へ密着させる作用がある。また肩甲骨を上方へ引く。側頸部で同神経の圧迫により麻痺を来し易く、

この時上肢を外方から前方へ伸ばすと肩甲翼状化が著明にみられる。

菱形筋及び肩甲挙筋(肩甲背神経)：前者は肩甲を後方へ引き、その内側縁を上へ引く。後者も肩甲骨の内側縁を上昇させる。検査は腰に手をおき、肘を後内方へ引かせ、肩甲筋の内側の筋肉を触診する。

棘上筋、棘下筋(肩甲上神経)：前者は腕を外転させ、後者は腕を肩で外旋させる。共に三角筋と共同する。大胸筋(前胸神経)：腕を内転、内旋する。検査は腕を前内方に伸ばし、それを外方へ引き離そうとする。

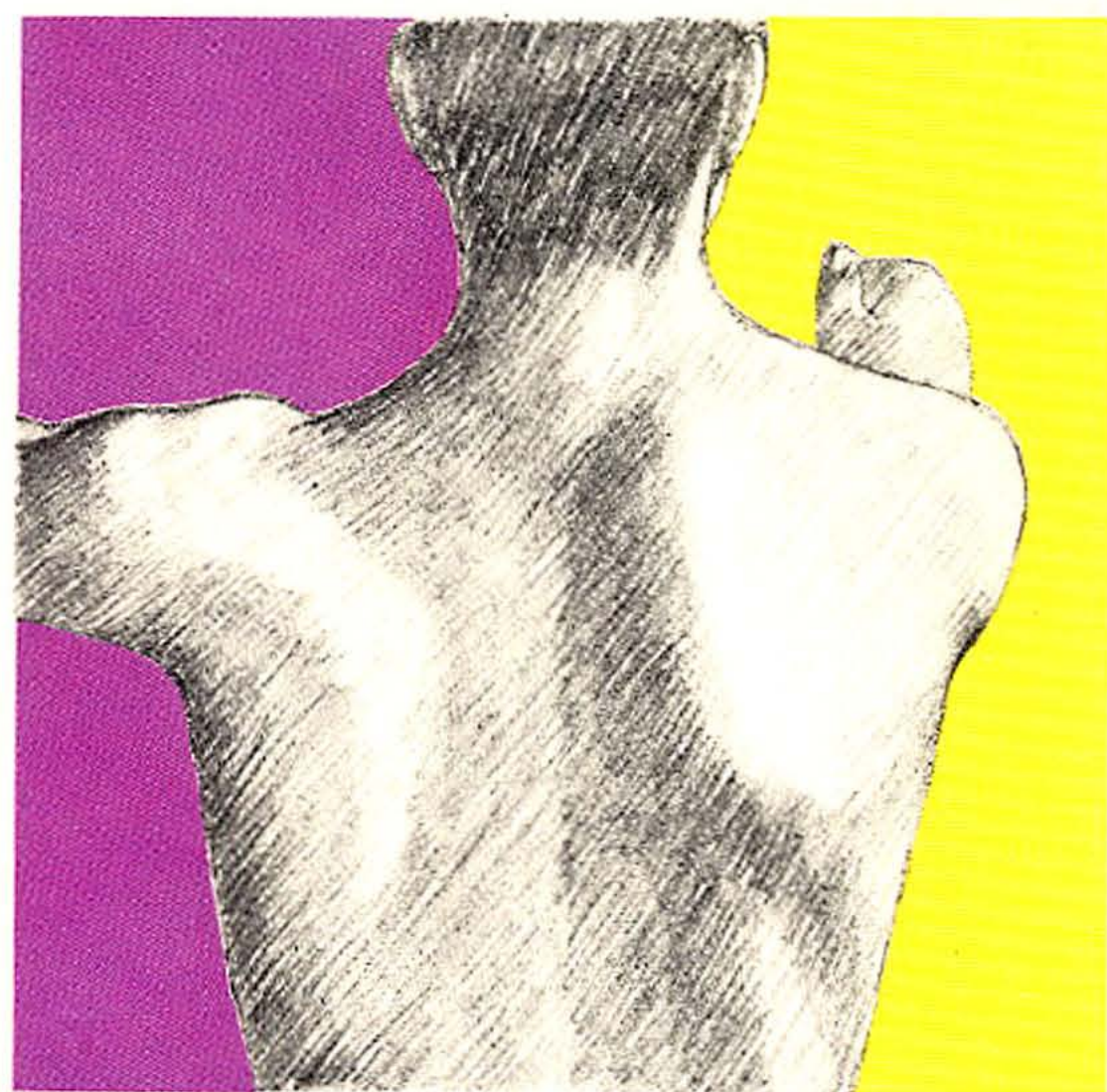
### 臨床

1. 上部神経叢傷害(Erb-Duchenne型)：最も多く、C<sub>5</sub>~<sub>6</sub>の根または上束の断裂などによる。三角筋、上

腕二頭筋、上腕筋、腕橈骨筋の麻痺、萎縮を来し、上腕の外転、外旋の障害、前腕屈曲及び回内の障害を来し、棘上筋、棘下筋、肩甲下筋、側鋸筋、菱形筋は時に侵される。知覚は三角筋と前腕手の橈側で侵される。

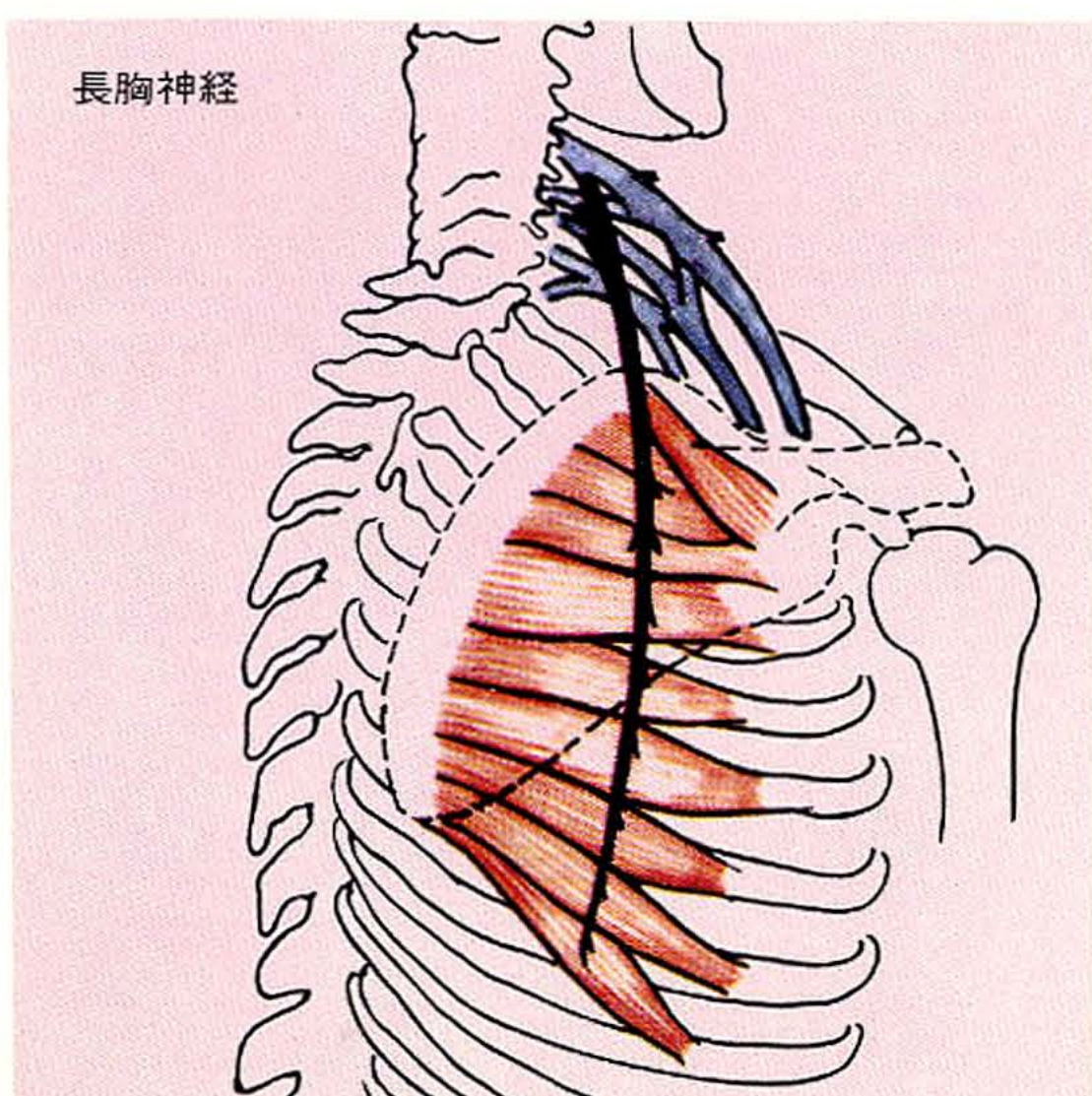
2. 下部神経叢傷害(Klumpke型)：C<sub>8</sub>~D<sub>1</sub>の根または下幹の傷害による。小手筋、手根屈筋の萎縮、かぎ手(Claw hand)及び尺側の知覚脱失を示す。Horner症候群を示すこともある。

3. 中部神経叢傷害：単独では稀でC<sub>7</sub>または中束傷害による。上腕三頭筋、手・指伸筋が侵される。上記の傷害は新生児にしばしばみられる。頸部脊椎症により、中、下の神経の一部が圧迫で侵されることが多い。

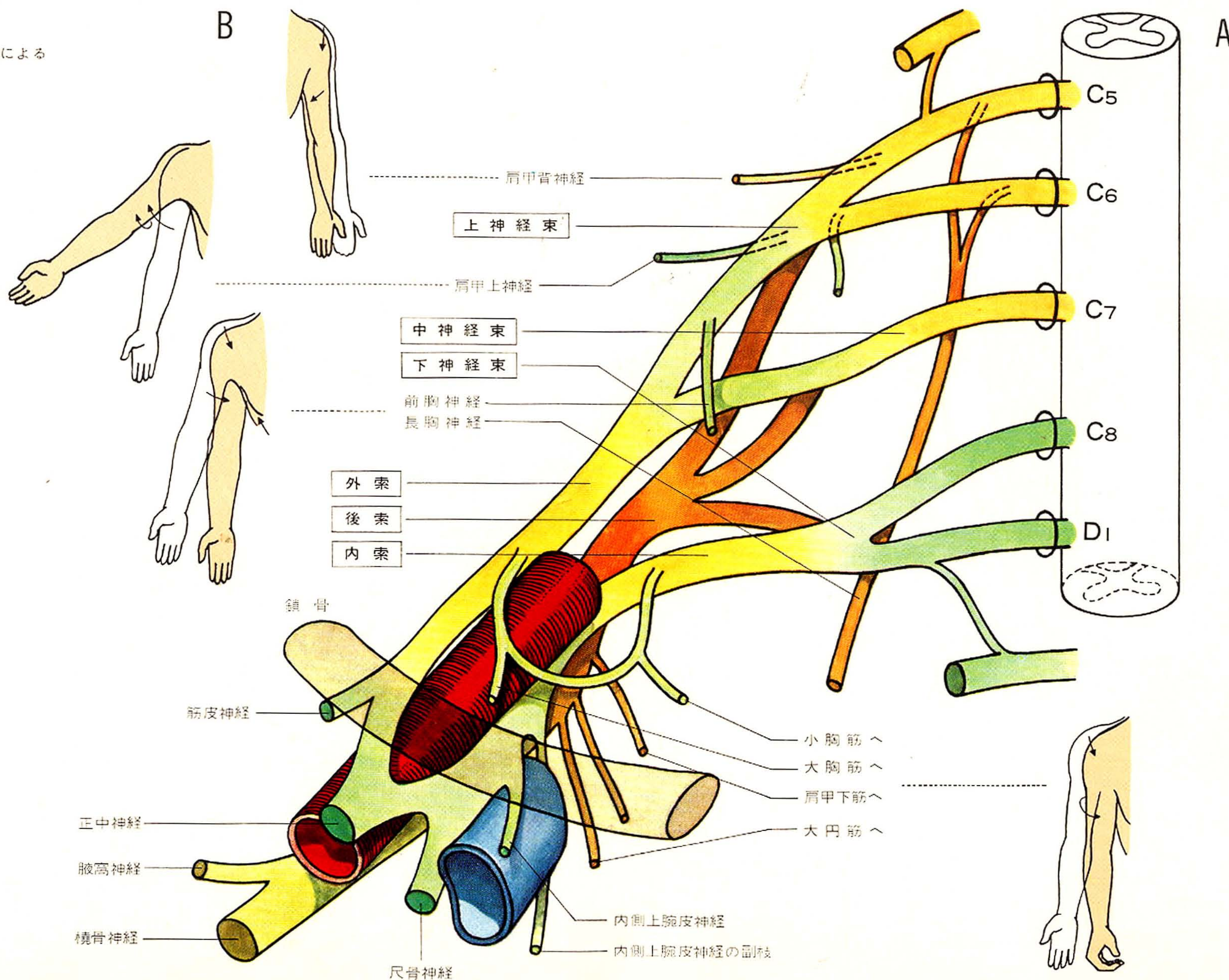


長胸神経麻痺による肩甲翼状化

C



D



A