今月の診断書 No.357

小牧市民病院　脊椎外科部長
室（むろ）　秀紀（ひでのり）

はじめに

腰椎の病気は、腰椎椎間板ヘルニアと腰部脊柱管狭窄症が多くをしめています。いずれも腰痛や下肢痛、しびれが主症状です。

高齢化社会にともなう低侵襲手術の普及は、脊椎外科においても同様で、その1つとして内視鏡を用いた手術が開発され、当院でも本年4月より内視鏡手術（MED法）を導入しました。

方法および利点

脊椎内視鏡手術は椎間板ヘルニアの治療に始められました。その方法は全身麻酔下に、腰椎の周囲の筋肉に16㎜の管をいれて、筋肉をはがすことなく背骨の屋根の骨の一部と靭帯をその筒のなかで取り除き、神経を確認してヘルニアを摘出する方法です。

メリットは傷口がわずか18㎜で出血が少なく、筋肉などを骨から剥離しないので回復が早く術後の痛みが少ない点です。さらには骨の切除が最小限でピンポイントに圧迫を取り除くことが可能です。手術後、1、2日で歩行が可能で早期退院可能で早期社会復帰が可能といわれています。

また、現在の内視鏡によって得られる視野は、非常に鮮明であるため、安全に処置を行うことができます。

適応

脊椎内視鏡はすべての腰椎疾患に適応となるわけではありません。腰椎椎間板ヘルニアと固定の不要な脊柱管狭窄症に限定されます。腰椎手術の目的は神経の圧迫をとることですが、もともと腰椎が不安定であったり、神経の圧迫部位により骨をたくさん切除する必要がある場合、腰痛の原因となる可能性があるため、除圧術に加えて、スクリューなどを用いた固定術を追加する必要があります。したがって強い腰痛がなく腰椎の不安定性のない腰椎疾患が適応となります。

内視鏡手術の問題点

内視鏡手術は、術者に高度な技術を要求するため、習熟にはかなりの経験が必要となり、時間が従来法よりかかることです。神経の癒着が強いと16㎜の管のなかで操作が困難であったりするため、従来手術に切り替えることが必要となる場合もあります。さらに重要な点は、手術スペースが狭いため少量の出血でも血腫により術後神経が圧迫されることがあります。運動麻痺が出現した場合は、術後早期に再手術が必要となる場合があります。

内視鏡手術の成功率をあげるには

内視鏡の手術を成功させるカギは、術前診断にあります。高齢者の腰椎MRIをおこなうと、年齢の変化で何カ所も圧迫がある場合がよくあります。圧迫があっても症状と無関係な部位もあるわけで、そのすべてを手術するとなると侵襲も大きくなります。内視鏡手術の場合、ピンポイントに圧迫を取り除く利点を生かすために、各種検査をおこない症状の原因となる部位をつきとめる必要があります。

当院ではMRI、神経根造影、ブロック（強い疼痛を伴う検査ですが、いつもと同じ部位に痛みがでれば麻酔薬を追加してブロックし、症状が軽くなれば責任病巣と判断しています。）、必要な場合は脊髄造影、椎間板造影や電気生理学検査などを追加して徹底的な術前検査をおこなっています。

最後に

従来法とくらべて内視鏡手術は受け入れやすい術式だと思います。それでも脊椎脊髄の手術は結果が約束されている手術ではないので、症状があるのに、我慢している方もたくさんいるのが現状だと思います。持病のため手術をあきらめ、腰痛、下肢痛を我慢されている方に、少しでも道が開けたらと思いながら内視鏡手術が普及していけばと思っています。外来にてご相談ください。

問合先　市民病院（☎76―4131）