

## 熊本県女性薬剤師会研修

株式会社 翔薬熊本支店 花岡 紀子

日 時： 平成29年7月23日（日）  
場 所： 熊本大学薬学部 宮本記念館  
講 演： 首と腰の低侵襲手術 脊椎間狭窄症と椎間板ヘルニアの治療  
講 師： 九州記念病院 脊椎外科 吉田 正一先生

脊椎は体を支えるとともに脊柱の中にある神経を保護し、なおかつ運動機能をもつという大変重要な組織です。神経は脊椎の上位では一本の大きな神経である脊髄、腰部からは束になった馬尾（ばび）神経となっています。損傷を受けた場合、上位の神経になるほど麻痺が大きくなるため、術中モニタリングシステムを使用して神経を傷つけないように細心の注意を払われています。

腰部の手術は椎間板ヘルニアと脊柱管狭窄症の治療のために行われることが多く、後方からの内視鏡でヘルニアの摘出や椎弓切除（除圧）を行います。内視鏡による手術は筋肉の線維に沿ってチューブを挿入するので、筋肉を傷めることもなく、出血も少なく、傷も2cm弱ですみます。モニターに鮮明に映し出された画像を見ながら丁寧にヘルニアを取り除きます。椎間板ヘルニアの手術の適応は保存療法抵抗性の強い痛みや麻痺、排尿障害などが現れた場合で、90%以上の方は手術しなくとも自然に軽快するそうです。脊柱管狭窄症は加齢等で椎間関節等が変性することにより脊柱管が狭小化し、神経を圧迫して起こるものです。特徴的なのは間歇性跛行（かんけつせいはこう）といって、歩いていると次第に脚が痺れてしまい、休むと軽快し、歩くとまた痺れる状態を繰り返すことです。徐々に進行していくので最終的には手術が必要になります。また、すべり症や骨粗鬆症性の偽関節など不安定性が強いものには固定術や椎体形成術（骨の中に人工骨を補填して補強する）を行います。これらの手術では神経の除圧をしたあと脊柱を金具で固定しますが、骨粗鬆症で脆くなった骨では金具が緩みやすい反面、長い範囲を固定する弊害も大きいので、出来るだけ固定範囲を短くする工夫が必要です。

一般的な頸椎の手術には前方の除圧固定術と後方の椎弓形成術があります。前方からの手術のほうが脊髄にさわらないので安全ですが、椎間板と骨を削るので代わりに骨盤の骨で補填をしなければなりません。また、骨が抜けないようにプレートを併用した場合プレートがはずれて食道を傷つけてしまう危険があります。後方からの手術の長所は除圧がしっかりできることですが、一般的な椎弓形成術では首をささえている筋肉を傷めてしまい、術後に首の痛みや肩こりがでることがあります。そのため最小限の切開で筋肉等を温存する低侵襲手術を行っています。頸椎間板ヘルニアに対しては一般的には前方からの除圧固定が行われていますが、脊髄の側縁から外側に存在するヘルニアについては脊髄にさわらずに手術ができるため、後方から摘出することができます。固定も不要で社会復帰も圧倒的に早いとのことでした。

吉田先生御自身も頸椎の脊柱管狭窄症と椎間板ヘルニアを患われ患者さんの立場にたたれたこともあり、安全確実に患者さんの負担を少なくすることに大変気をくばられておられました。ご講演ではなかなか見る機会のない手術動画や症例画像を多数拝見することができました。貴重なお話をほんとうにありがとうございました。

