

腰部脊柱管狭窄症について

【症状】

長い年月を経て脊椎が変形して、肥厚した骨や靭帯、椎間板の膨隆によって神経が圧迫を受けて腰部の脊柱管が狭くなった状態を腰部脊柱管狭窄と呼びます。神経が圧迫を受けると下肢の痛みやしびれが生じ、重症の場合は運動麻痺（足に力が入りにくい）や排尿障害（尿が出しにくい）を生じることもあります。馬尾型（両側性）と神経根型（片側性）に分けられますが、典型的な症状は長距離を続けて歩くとしゃがんで休憩したり、立っていたり仰向けに寝ていても痛みがひどくなる場合があります。腰部脊柱管狭窄症の自然経過の検討から神経根型（片側性）で片側の下肢痛の場合、内服、ブロックなどの保存療法がよく効き、手術に至らないことがあります。馬尾型（両側性）で両側の臀部痛や下肢痛の場合、手術になることが多いです。

【治療】

大部分は薬物療法（消炎鎮痛剤、神経の血流をよくする薬）、理学療法、ブロック療法（硬膜外ブロック）によって改善が得られます。しかし長期間保存的治療を行っても改善がない場合や運動麻痺、排尿障害が出現すれば手術療法を考慮します。手術療法は除圧術と除圧固定術に大別され、すべり症や変性側弯症などがあれば除圧術を行うことによってすべりや側弯が進行する可能性があります。患者様のすべりや側弯症の程度、年齢、手術侵襲などを評価して最終決定いたします。

☆ 腰椎の除圧術について

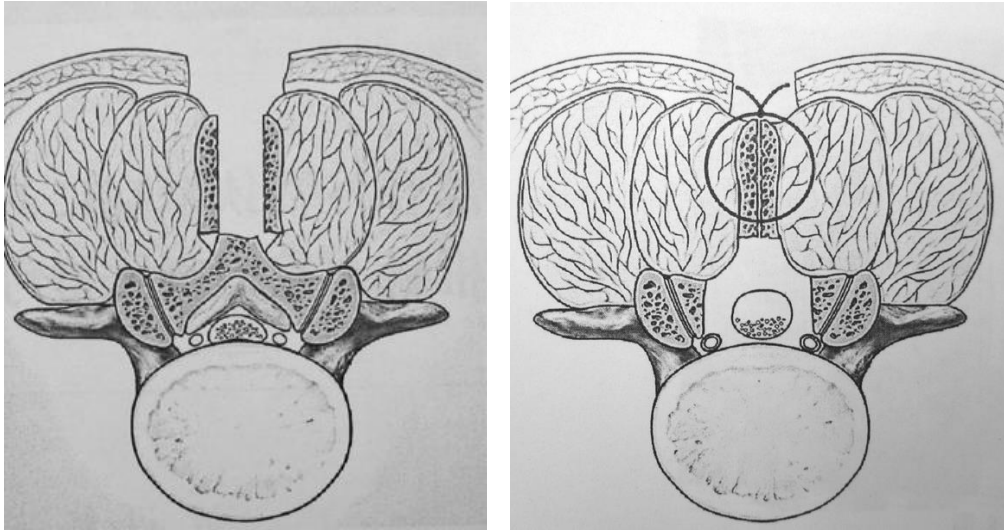
従来は椎弓切除を行っていましたが、より低侵襲で後方支持組織を温存した術式として当科では棘突起縦割式椎弓切除術を行っています。症状によっては顕微鏡を用いて拡大開窓術や片側進入両側除圧術なども行います。

棘突起縦割式椎弓切除術

☆ 除圧術の後療法について

手術後は創部に血液がたまらないようにドレーンをいれ1~2日で抜去します。

2日目には車イス、3日目で歩行訓練を行います。術後3カ月は簡易コルセットまたは、軟性コルセットを使用してもらいます。合併症がなければ、入院期間は2週間で歩行訓練などのリハビリに長期を要するようであればリハビリ専門の病院へ転院していただく場合があります。



棘突起縦割式椎弓切除術

☆ 腰椎の除圧固定術

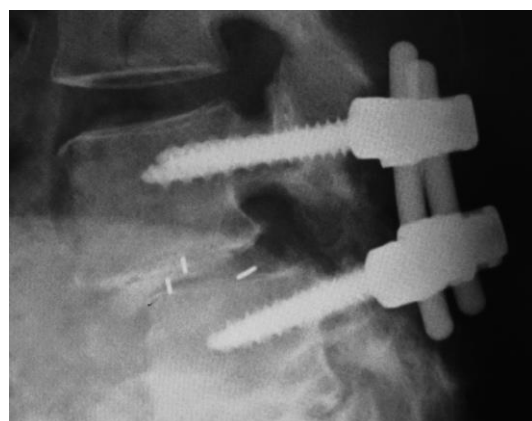
経椎間孔腰椎椎体間固定術 (TLIF) について

代表的な疾患：

- ・ 腰椎変性すべり症（すべり>25%以上）
- ・ 腰椎椎間板ヘルニアで再発を繰り返す症例
- ・ 椎間孔狭窄症
- ・ 変性側弯症など

上記疾患に対しては除圧術のみ行った場合、術後にすべりの進行や症状の改善が得られない場合があるため

固定術を併用します。除圧固定術の利点はしっかり除圧できて骨癒合させることによってすべりや変形の進行を防止できることですが、欠点は除圧手術に比べて手術侵襲（手術時間、出血量、骨癒合までの期間）が大きくなることです。



L4変性すべり症のL4／5腰椎椎体間固定術



腰椎変性側弯症の腰椎多椎間矯正固定術

☆ 除圧固定術後の後療法について

手術後は創部に血液がたまらないようにドレーンをいれ1~2日で抜去します。3日目には

コルセットをして車イスに乗ってもらい、3~5日目で歩行訓練を行います。術後最低3カ月は硬性コルセットを使用してもらいます。骨質が良くない場合は半年してもらう場合もあります。合併症がなければ、入院期間は約3週間で歩行訓練などのリハビリに長期を要する場合（高齢の患者様、運動麻痺がある場合、術前のADLが低い場合）は術後急性期のリハビリ専門病院へ転院して集中的にリハビリを行ってから自宅に退院して頂く場合があります。

☆ 合併症について

手術部感染（抗生剤が効かなければ再手術で洗浄を行う場合があります）

硬膜損傷、髄液漏（術後髄液漏が続けばクモ膜下ドレナージを行うことがあります）

術後血腫（緊急で外科的に取り除く必要がある場合があります）

神経血管損傷（術後しびれ、疼痛が増悪したり筋力低下が出現する場合があります）

隣接椎間障害（手術した隣のレベルで狭窄症やすべりなど）

偽関節（骨癒合不全による再手術の可能性がありますが）

インプラント関連合併症（ネジの緩み、脱転、神経障害による再手術の可能性がありますが）

深部静脈血栓症、肺塞栓症（肺塞栓を発症すれば命に関わる場合があります）

その他内科的合併症（誤嚥性肺炎、心不全、腎不全、消化器合併症、せん妄など）

術後に痛みがしばらく残存する場合があります薬物療法や理学療法を行います。