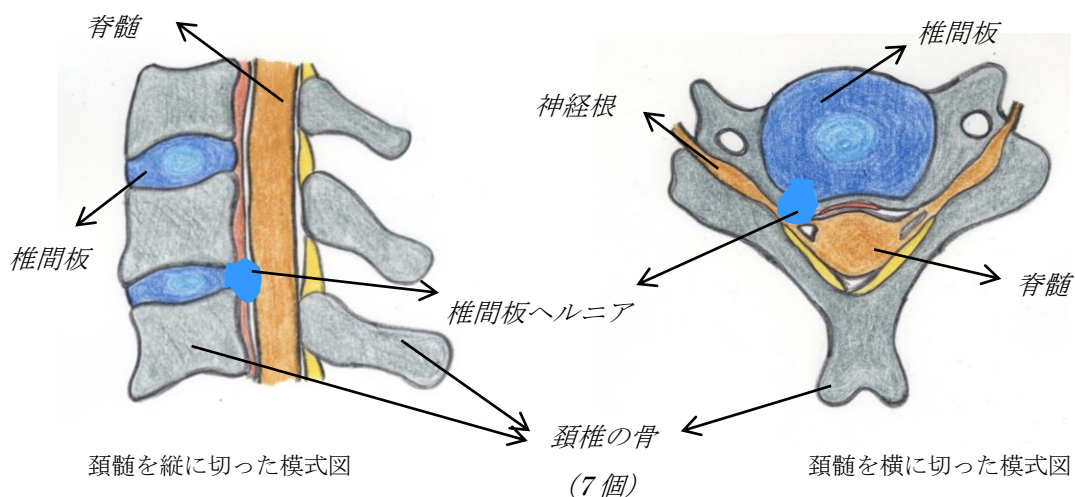


頸椎椎間板ヘルニア

1) 頸椎の構造と疾患概念

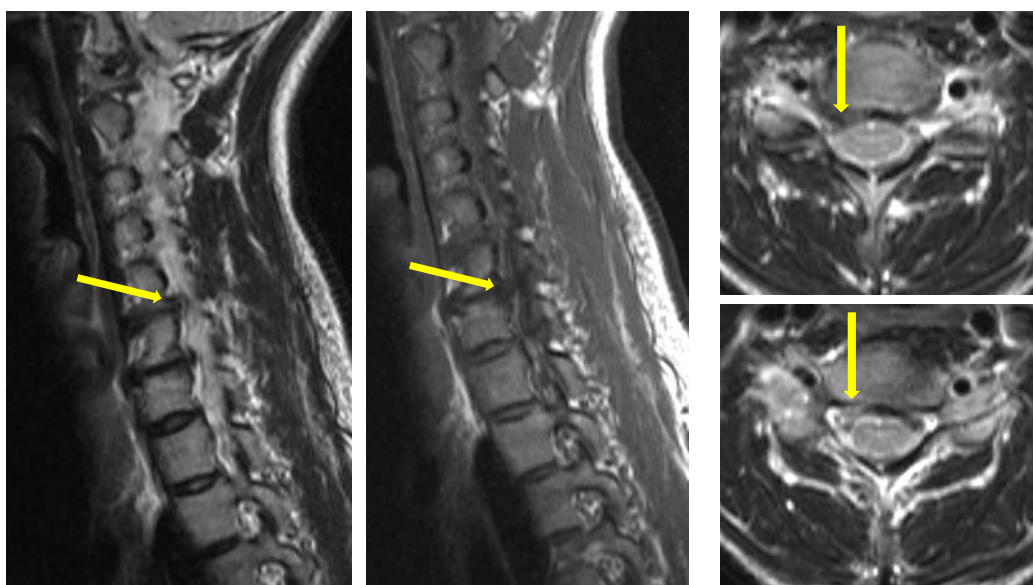
頸椎は7個の骨と椎間板（骨の間に存在するクッション）が交互に組み合わさった構造をしています。脊髄はこの骨の真ん中の管腔構造の部分（脊柱管）を通して存在しています。骨と骨の間の小さな穴（椎間孔）からはこの脊髄神経から分れた神経根と呼ばれる細い神経が出てきます。頸椎の神経根は左右8対あり、それぞれ肩、腕、指などに到達し、支配している部分が異なります。

椎間板ヘルニアとは、クッションである椎間板が過剰な運動、外傷、加齢などに伴う変性により壊れて後方に飛び出し、脊髄や神経根が直接圧迫されたり、脊髄の血行障害が起きるなどして痛みや神経症状が出現するものをいいます。



2) 実際の症例の MRI

椎間板ヘルニアが飛び出して、右側の神経根を圧迫しています。(神経根症の症例です。)



3) 症状

脊髄が圧迫されると手の細かい作業がしにくくなったり、ふらつきやすくなったりします。ひどい時は尿が出にくくなることもあります。神経根が圧迫されると首から肩甲骨、腕、手指にかけて耐えがたい、焼けるような痛みやしびれを生じます。これは首を後ろに倒すと悪化します。痛みやしびれの部分に一致して脱力が生じます。

4) 診断

神経学的検査や、頸椎のMRIを撮影することで診断が可能です。時に、手根管症候群や胸郭出口症候群の合併があり、診断が困難な場合もあります。

5) 治療

症状が出現してから1か月間は、基本的に保存的治療を行います。(安静、鎮痛剤、シップ、頸椎カラー固定など)しかし、痛みが強くて日常生活が全く成り立たない場合、麻痺が強い場合には手術を考慮することもあります。多くの症例は、1か月以内に症状が軽快、もしくは消失します。

1か月を超えても症状が続く場合に手術を考慮します。明らかに症状が改善傾向を示していれば、保存的治療を続けますが、3か月を超えても筋力の低下や痛みが消えない場合は、手術をお勧めします。

6) 手術治療

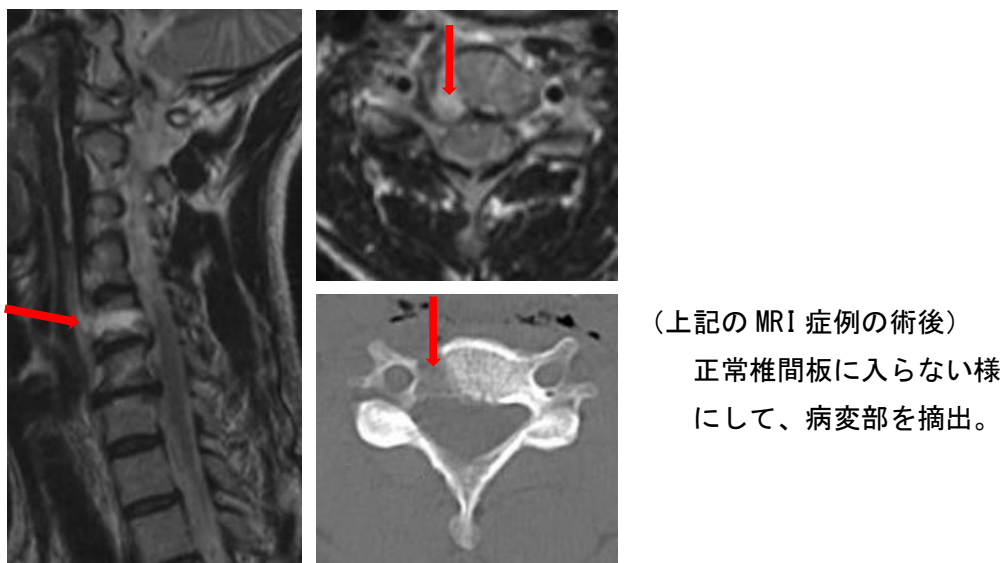
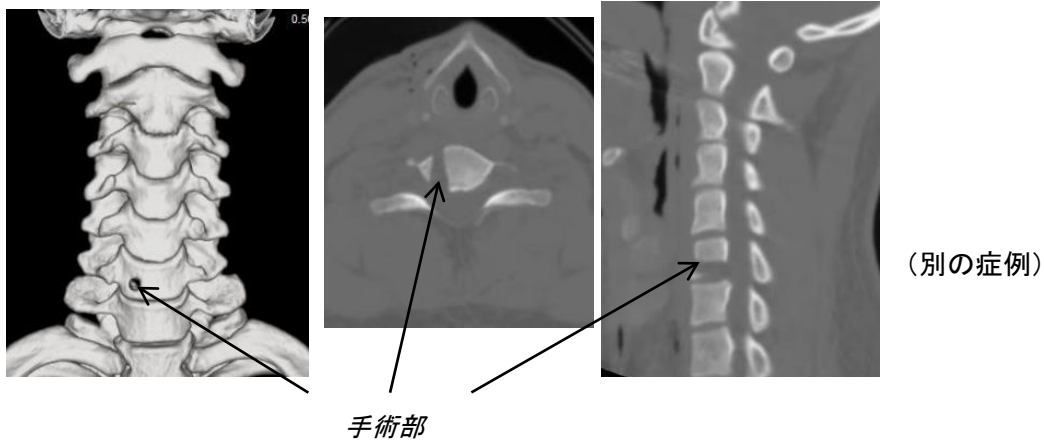
手術は手術用顕微鏡を用いて行います。前頸部の皮膚のしわに沿って皮膚を3-4cmほど切開して行います。しわに沿った傷なので、半年もすればほとんど目立たなくなります。

多くの施設(病院)では、頸椎椎間板ヘルニアの手術として、前方固定術を行っています。正常椎間板を取って脊髄に到達しますので、骨と骨の間が空洞になってしまうため、この間に自家骨(自分の骨)やチタンもしくは合成樹脂のケージ(詰め物)を挿入して固定しなければなりません。

当院でも脊髄が圧迫されて神経症状をきたしている場合は、前述の前方固定術を行っています。しかし、神経根が圧迫されて神経症状をきたしている場合は、固定をしない低侵襲手術(キーホールサージェリー)を行っています。すなわち、頸椎の椎体前面に5-6mmの小さな穴をあけて奥に進み、椎間板ヘルニアを摘出するものです。頸椎椎間板ヘルニアでは正常の椎間板組織を傷付けることなく病変に到達する手技を開発し、以降は手術前後で、頸椎の運動(可動性)・形態に変化をきたさないことを報告してきました。開ける穴は小さく、椎体の強度に影響がないことも有限要素法で調べています。不思議なことですが、表面に近い部位は骨ができて埋まってしまうますが、神経の近くは骨ができないため、神経症状の再発は非常に少ないという結果です。また、手術の際の食道と気管の圧排も少なく済みますので、体への侵襲も小さい手術だと言えます。

しかし、非常に小さな穴からの手術ですので、慣れは必要で、技術的にも高度になります。誰にでもできるという手術ではありません。

下記に、術後の頸椎のCTを示します。このように小さな穴から手術を行っています。MRI矢状断で、正常椎間板には触れていないのが分かります。しかし、病変は摘出されています。



7) 術後経過

手術の翌日には歩行して頂きます。手術の数日後から1週間後には退院が可能です。