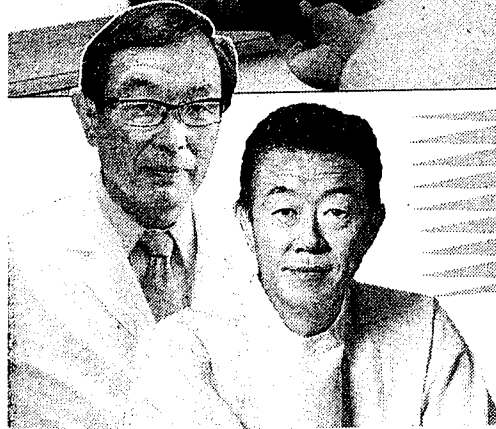


腰痛の原因「脊柱管狭窄症」

手術があぶない ▶ 2/3は手術必要なし 「20分以上歩ける」なら急ぐな こんな医師に要注意

第一人者の 医師が警鐘

ロコモ・ジャーナリスト
かじやますみこ



(左から) 吉田医師、福井医師

「患者さんは痛みを感じていても客観的には異常がない場合もあれば、その逆もある。画像所見と患者さんの痛みは必ずしも一致しないのです。本来は神経や筋肉の状態などを確認しながら時間をかけて診断するのですが、画像だけで判断して患者さんをろくに診ない医師もいる。結果、必要の

手術が必要かどうかを判断するには、入念な診察が必要となる。どこにどのような痛みやしびれがあるのか、丁寧に問診し、反射や筋力などを検査する。その結果をレントゲンやMRIの画像と突き合わせて、総合的に診断するわけだ。

「患者さんは痛みを感じていても客観的には異常がない場合もあれば、その逆もある。画像所見と患者さんの痛みは必ずしも一致しないのです。本来は神経や筋肉の状態などを確認しながら時間をかけて診断するのですが、画像だけで判断して患者さんをろくに診ない医師もいる。結果、必要の

画像上の狭窄だけで診断

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

こんな医師には要注意2

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

原因が特定できるものなかで、高齢者に多いのが、腰部脊柱管狭窄症(以下、脊柱管狭窄症)による腰痛だ。この難しい病名を世に知らしめたのは、タレントのみのんた氏だろう。二〇〇六年、みのん氏が脊柱管狭窄症の手術を受けたこ

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

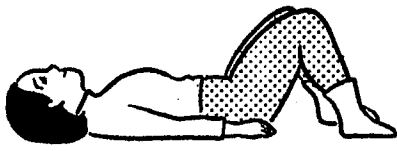
「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

「見かけ上の狭窄だけで診断して手術をしてしまう医師が本場に多い」と、吉田医師も嘆く。

腰痛予防体操

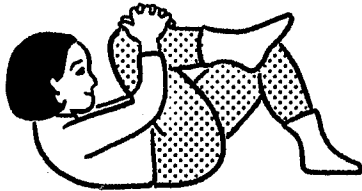
監修・和歌山県立医大整形外科

腰と骨盤周囲の筋肉強化



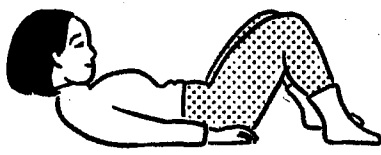
お尻を床から5秒間持ち上げる。これを8回行う。

腰の柔軟性を養う



片膝を両手で抱えて胸に引き寄せ、そのままの姿勢で5秒間静止する。これを左右交互に2回ずつ行う。

腹筋を鍛える



両膝を曲げたまま、おへそを見るように軽く頭を持ち上げ、10秒間静止する。これを5回行う。

イラスト・平井さくら

術で対処できるものが少なくないはず、固定術はなるべくやらないほうがいい、というのが二人の見解だ。また、近年は内視鏡を使った手術も増加している。背中中の皮膚を二センチ弱切開し、直径十六ミリのチューブを挿入、内視鏡で観察しながら、ピンポイントで圧迫を取るというもので、「MEL（内視鏡下除圧術）」と呼ばれる。

「腰椎椎間板ヘルニア（骨と骨の間にある椎間板から髄核が飛び出して神経を圧迫する疾患。二十〜四十代の人に多い）の治療に使われていた「MED（内視鏡下椎間板摘出術）」の技術を脊柱管狭窄症の治療に応用したもので、身体への負担の少な

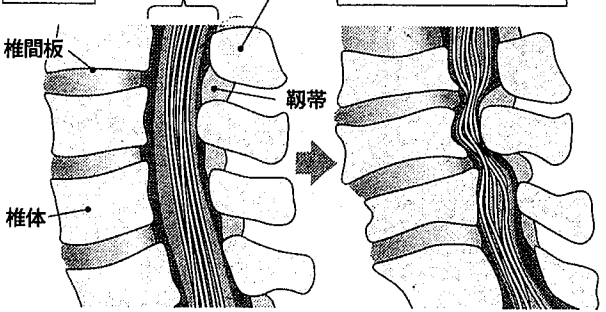
い低侵襲手術として、人気が高まっている。実は一九九八年に「MED」を日本に導入したのが吉田医師なのだ。以来、機器の開発や専門医の育成に尽力し、同分野を牽引する。十五年前、四千件程度だった全国の脊柱内視鏡下手術の件数は、二〇一七年に一万九千二百三十七件と五倍近くに増えている（日本整形外科学会調べ）。

「すべての脊椎脊髄手術を集計したデータはないのですが、内視鏡下手術は全体的に、ほとんどどの除圧術が内視鏡下になると思いますが」（吉田医師）

「内視鏡なら傷口も小さい」「予防的な手術を勧める」「傷跡が小さい」「入院期間が短い」などを売り文句に、内視鏡下手術を積極的に行う医療機関も増えていくが、そこにも問題が潜む。なかには症状も出ていないのに「内視鏡下手術なら低侵襲なので、体力があるうちに手術してはどうか」と勧める医師もいるとか。

必要のない手術などご免蒙りたいもの。自衛のため、患者側も知識をつけておいたほうがよさそうだ。

正常 腰部脊柱管狭窄



が、やらない医師が多いと福井医師は証言する。「外科医の発想は『すぐに手術』。ブロック注射は（注射を打つ位置を確認するレントゲン透視で）X線を浴びるし、めんどくさいという人が多いのです」

通常はこうした保存療法を三カ月ほど試して経過を見ながら、手術するかどうかを決める。馬尾神経の圧迫か、神経根の圧迫か、その両方か。それによって治療方針は変わるが、神経根が原因の場合、ブロック療

法だけで症状が消えることもあるらしい。また、ストレッチなどの運動療法で症状が改善することも少なくないという。吉田医師が推奨する腰痛体操（左頁の図参照）は、脊柱管狭窄症の患者はもちろん、その予備群にも効果的だ。「腹筋や体幹を鍛えることは、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）対策や転倒予防にもなる。姿勢を変えるといった生活面での指導も効果があります」

健康寿命を延ばすためにも、こうした運動を日々の習慣にしたい。

「こんな医師には要注意3」

「保存療法を数カ月続けても症状が改善せず、日常生活に支障が生じる場合は、手術を検討することになる。手術を受けるかどうかを決めるのは、あくまで患者さん自身。ゴルフをしたいから手術を受けるといふ人もいれば、クルマで移動す

るので平気だという人もいる。ただし、排尿排便障害などの神経麻痺が出て、著しく筋力が低下すると手術をしても治らないので、手遅れになる前に決断する必要がある。大まかな目安として、二十分以上歩いて、つま先立ちができるうちは手術を急ぐ必要はないでしょう」（福井医師）

医師の技術の差は激しい

「こんな医師には要注意4」

「要するに、脊柱管狭窄症による神経の症状と腰痛の痛みは別物だということ。術後の満足感を高めるためにも、その点は理解したい（ただし、神経の圧迫を取ることで腰痛の痛みが軽減する場合もあるという）。

もし医師の説明に納得できなければ、セカンドオピニオンを希望すべきだと福井医師は説く。

「自分の診断に自信があれば快く情報を提供してくれるはず。セカンドオピニオンを嫌がるような医師は注意したほうがいいでしょう」

いざ手術となった場合、どんな施術が行われるのか。脊柱管狭窄症の手術には、大きく分けて除圧術と固定術がある。除圧術では、背中側から四、五センチほど切開して腰椎にアプローチ。靭帯や骨の一部を削って脊柱管を広げ、神経への圧迫を除去する。

「脊髄を水の流れるホースに喩えるとわかりやすい。狭窄があれば髄液と神経の

しヘルニアの治療を基本的にしているので、認定医といえど脊柱管狭窄症の手術がどの程度できるかはわかりません。認定医以外の医師のレベルは、推して知るべしですね」（吉田医師）

「内視鏡なら傷口も小さい」と予防的な手術を勧める

「傷跡が小さい」「入院期間が短い」などを売り文句に、内視鏡下手術を積極的に行う医療機関も増えていくが、そこにも問題が潜む。

なかには症状も出ていないのに「内視鏡下手術なら低侵襲なので、体力があるうちに手術してはどうか」と勧める医師もいるとか。

一方、固定術はかなり大掛りだ。除圧したあと腰椎に金属のネジを挿入し、そのネジを金属の棒で連結して固定する。さらに、固定した部位に骨移植をして安定性を高めるといふ。

固定術は、腰椎すべり症で骨がズレて脊椎が不安定になっている場合や、脊椎が左右に曲がる側弯がある場合に選択されるが、「本

当に固定術が必要だったのか疑問に思う症例が多い」と福井医師は口を揃える。

「除圧術より固定術のほうが手術時間も入院期間も長くなる。出血量も多く、合併症のリスクも高い。当然、費用も高額です。それに骨粗鬆症で骨の強度が落ちると、のちに固定した骨の下に高頻度で問題が起こる。にもかかわらず、脊柱管狭窄症の手術のうち九割近くが固定術という医療機関もあるんです」（吉田医師）