

週刊朝日
増刊号
定価650円

2012/11/25

50の最新治療

がん、脳の病気、心臓・血管系の病気、
整形外科、感染症・アレルギー！
呼吸器系の病気、
目・耳の病気、歯科など

新 名 医



最 新 治 療 2013

中高年の病気を救う治療と医師がここにいる！

卷頭
2大特集

ロボット手術はどこまで進化したのか
私たちの知らなかつた放射線治療

抗
菌
加
工

本誌の表紙は、
抗菌加工を
施してあります。



本誌は収益の一部を
「日本対がん協会」に
寄付します。

全国
160人
の名医が
登場！

切開範囲が小さくてすむ手術法も登場

けいついしょうせいしんけいこんじょう

頸椎症性神経根症



すみ見正敏医師

神戸労災病院
副院長

神戸市中央区籠池通 4-1-23
☎ 078-231-5901



木原俊壹医師

大津市民病院
脳神経外科手術部長
大津市本宮 2-9-9
☎ 077-522-4607

齢とともに障害も出やすくなる。骨と骨の間でクッショニンの役割を果たす椎間板も年齢とともに少しづつ弾力を失い、骨がこすれ合うことで変形して骨の位置もずれる。この段階では疾患とはいえないが、変形した骨が神経の通り道を圧迫すると問題が生じる。

圧迫される神経で
痛みや症状が変わる

脊柱の中央には「脊髓」という

太い中枢神経が通っている。この脊髓から全身に向かって伸びているのが「神経根」と呼ばれる枝状の神経だ。神経根が骨などに圧迫されると

頸椎症性神経根症は、骨や椎間板の変形によって神経根が圧迫され、痛みやしびれが生じる病気だ。2011年7月、皇后美智子さまがこの疾患による痛みで公務を休まれたことでも知られる。50～60代以降の患者が多いが、もともと脊柱（イラスト参照）の細い日本人には、30～40代で症状があらわれることがある。治療法は、手術をしない保存療法と手術をする外科的療法がある。

神戸労災病院副院長の鷲見正敏医師が肩甲骨の痛みに気づいたのは、今から10年前の50歳のときだった。左腕から指先までのしびれも続ひどい肩こりを感じてから数日後に

は、首から肩、腕にかけて激しい痛みが襲った。鷲見医師は言う。

「進行したむし歯が神経を刺激する

はMRI（磁気共鳴断層撮影）やX線検査をして、自ら「頸椎症性神経根症」と診断した。

「頸椎」とは、背骨（脊柱）の上の七つの骨を指す。約5キロの頭部を支えながら前後左右に大きく動くた

め、骨にかかる負担は重くなり、加

は、首から肩、腕にかけて激しい痛みがある。治療法は、手術をしない

保存療法と手術をする外科的療法が

ある。

神戸労災病院副院長の鷲見正敏医

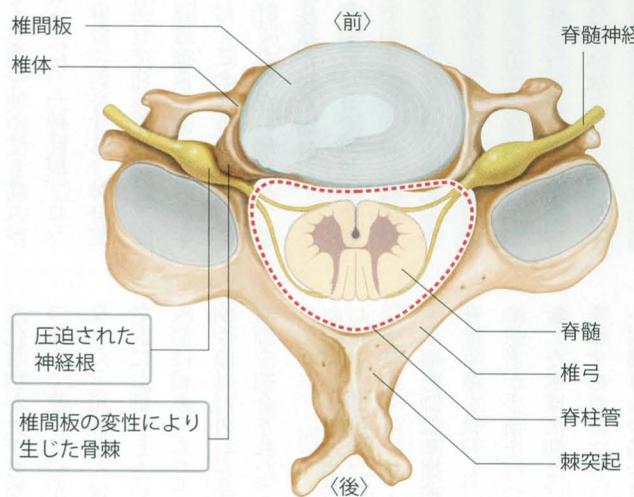
師が肩甲骨の痛みに気づいたのは、

今から10年前の50歳のときだった。

左腕から指先までのしびれも続

ひどい肩こりを感じてから数日後に

●頸椎症性神経根症



頸椎の変性のため頸椎に骨棘（こつきょく）というトゲができ、神経根が圧迫された例

妙な角度かもしれないと鷺見医師は気づいた。診察時は患者に顔を近づけるために頸椎をそらす形になり、神経根を圧迫するから痛む。持続牽引では、首が前方にカーブして頸椎にすき間ができるので神経を圧迫しないからラクになる。

「持続牽引の姿勢を保てる手軽な道具はないか」と探していた鷺見医師が見つけたのが、頭をのせる位置が

「頸椎症性神経根症」、脊髓が圧迫されると「頸椎症性脊髓症」と呼ばれる。神経根症は手や指先、腕や肩といった上肢のみに痛みやしびれが出るが、脊髓症は全身性の症状や麻痺（まひ）が出で、手術をするケースも多い。「脊髓は脳と同様に、複雑なネットワークをもつ神経の塊なので、大きな損傷を一回でも受けると、元に戻りにくいのです。一方、神経根は

神経根症の保存療法には、「頸椎カラーカラー」と呼ばれるコルセットでの固定「首の牽引（けいん）（引っ張ること）」「消炎鎮痛剤や副腎皮質ホルモン（ステロイド）剤の投与」などがある。しかし、これらの治療法は、鷺見医師

「神経根症ではなく、仕事のストレスにともなう精神的なものなのではないかと不安を感じました。痛みやしびれは主観的なもの。誰にも理解されず、うつになる患者さんもいました。その気持ちがわかりました」（同）

ある日、痛みの発生要因は首の微妙な角度かもしれないと鷺見医師は気づいた。診察時は患者に顔を近づけるために頸椎をそらす形になり、高い枕だった。これを使うと痛みが軽減したので、首の角度に合わせて調節できる機能をつけた治療用の枕の開発を始めた。これが「神戸まくら」だ（写真参照）。入院せずに自宅で治療が可能なため、患者の時間面・精神面での負担も軽減される。

神戸まくらを使用した患者31例のうち、20例は痛みが消失し11例は軽減、悪化例はゼロだった（中部整災誌52巻2009から）。鷺見医師の痛みも3ヵ月ほどでなくなり、現在では左手の指先に時折しびれを感じる程度にまで回復した。

神戸労災病院では、神戸まくらと

脊髓から出た1本の神経で、脊髓に比べて強いため、手術ではなく保存療法が第一選択肢になります」（鷺見医師）

「驚きました。どの消炎鎮痛剤も、外来での座位の牽引も、頸椎カラーステロイド剤の飲み薬と、横になって実施する持続牽引でした」（同）激痛は2週間程度で治まったが不快感としびれは残り、時折激しく痛んだ。

●鷺見医師が考案した「神戸まくら」



頸椎の前屈姿勢が保て、肩が下がることで牽引効果もある

経口ステロイド剤を使っても痛みが消えない場合には、「神經根ブロック」という麻酔注射をする。神經根に直接針を刺して痛み止めを注入することで、ほぼ痛みは改善する。手術をするのは、このような治療をしても痛みが軽くならない場合や、手術指で麻痺症状が出た場合だ。

「当院では年間に150例以上の頸椎手術をしていますが、神經根症で手術が必要な患者さんは1例あるかないか。保存療法でほとんど回復することが、この疾患の特徴です」(同)

東京都に住む会社経営者の川瀬智弘さん(仮名・54歳)は、40代後半から首から肩、肩甲骨のあたりの痛みに悩んでいた。近くの病院で診察を受けたが、診断がつかない。そこで大学病院の脳神経外科を受診したところ、「頸椎症性神經根症」と診断された。脊髄症も合併していた川瀬さんは、医師に手術をすすめられたが、友人に「首の手術で失敗する」と、車いす生活になるらしい」と言われ、ふんぎりがつかなかつた。保存療法を3年ほど続けたが、症状は

悪化し腕が上がらなくなり、首や肩の痛みで夜中に目が覚めるようになつた。川瀬さんは「手術はするが、名医にお願いしたい」と大学病院の医師に頼みこんだところ、大津市民病院脳神経外科手術部長の木原俊一医師を紹介された。

木原医師は年間約400例の脊髄脊椎手術を執刀し、現在も千人以上の患者が手術を待つ。川瀬さんを診断した木原医師は、一刻も早い手術をすすめた。

「川瀬さんの場合は激しい痛みが何年も続き、脊髄症もある。転倒したり追突事故にあつたりした場合、脊髄を損傷しかねず、大きな障害を残す可能性があると判断しました」(木原医師)

脊髄症も神經根症も、手術の目的は同じだ。神經を圧迫している骨を削ったり、切り開いたりして圧迫を取り除く。川瀬さんの場合は、神經根だけでなく脊髄にも強い圧迫があ

+名医のセカンドオピニオン

画像だけで判断せず 触診や神経所見が重要

頸椎症性神經根症の治療は、整形外科でも脳神經外科でも実施されている。脊髄脊椎外科の長い歴史がある北里大学北里研究所病院整形外科部長・脊椎センター長の千葉一裕医師に話を聞いた。

神經根症は脊髄症に比べて回復の可能性が高く薬も効きやすいので、保存療法が基本です。当院ではまず消炎鎮痛剤を処方して頸椎カラーチで首を固定して安静に保ちます。鎮痛剤が効かない場合は「リリカ」などの神經障害性疼痛を抑える薬を処方し、それでも改善しない場合、「神經根ブロック」を実施します。

患者の8割以上が3~6週間程度でよくなります。牽引治療は当院では実施していません。効果に個人差があるうえ、週に数回、数週間継続する必要があるので、希望する方には通院しやすい病院や医院での治療をおすすめしています。

保存療法で神經根への圧迫を直接取り除くことはできませんが、安静を保つたり薬で炎症を抑えたりすることで、痛みが消失する例が多いのです。それでも痛みが取れず、本人が希望する場合は手術を考慮します。手術は、首の前方から神



千葉一裕医師

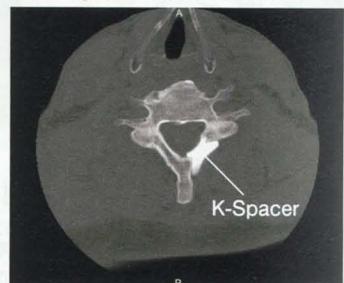
北里大学北里研究所病院
整形外科部長・脊椎センター長
東京都港区白金 5-9-1
☎ 03-3444-6161

るため、「脊柱管拡大術（椎弓形成術）」をすることになった。

この手術は、首の後方の皮膚と筋肉を縦に切開し、第3頸椎から第7頸椎までを分割して左右に広げ、そこに人工骨を挟んで固定する。脊柱管を広げて脊髓への圧迫を取る手術で、脊髄症の手術として多く選ばれているものだ。しかし、一般的な脊柱管拡大術の場合、術部の頸椎を見やすくするために首の後ろを15センチほど切開する必要があり、筋肉も切れてしまう。一度切った筋肉は首を支える力が弱くなり、血流も悪くなる。首の可動域が狭まつたり、ひどい肩こりが生じたりする可能性もある。

しかし、木原医師の開発した手術法の「K-method（ケイ・メソッド）」は、皮膚の切開面はわずか3センチ。指2本ぶんのすき間からのぞきこむようにして、頸椎の骨をすべて治療する。手術時間は約2時間。筋肉は「切る」のではなく、骨に付着している筋肉をより分けるように「はがす」ので、損傷も少ない。血管を傷つけ

●「K-Spacer」で拡大した脊柱管



狭かった脊柱管の椎弓を開き、人工骨「K-Spacer」を挿入

ないので出血もほとんどなく、術後も皮膚は縫わらず、のりのようなものではりつけるだけだ。当然、回復も速く、翌日から歩行でき、1週間で退院するという。

「切開範囲が狭いので、後頭部の剃毛も不要で手術痕も目立たない。血管や神経を傷つけずに、脊髓を保護

する人工骨を挿入することも可能にしました」（同）

この手術を支えるのが、木原医師が開発したオリジナルの器具や人工骨「K-Spacer（ケイ・スペーサー）」だ。ミクロの穴が開いているK-Spacerは、時間とともに自分の骨と一体化するという。

川瀬さんは、椎骨の後ろを開き脊

髓への圧迫を取つた後、人工骨を間に埋め込み脊柱管のスペースを広げた。痛みは消え、術後2日目に京都へ散策に出かけた。

K-methodは神経根症と脊髄症も治療できるが、神経根症のみの場合、まずは保存療法をすすめていると木原医師は言う。

経根を圧迫している椎間板や骨を削り、骨盤から取った骨を移植する「前方固定術」が一般的ですが、最近では首の後ろから椎弓の一部を削り、ヘルニアを取り除く「後方除圧術」も実施されています。この場合、骨の一部を削るだけなので3センチほどの切開でできます。脊髄症を合併した場合には、脊柱管拡大術をした場合は、切開は大きくなります。以前は15センチほど切開して第3頸椎から第7頸椎までの五つを開いていましたが、現在は第4頸椎から第6頸椎の三つを開き、第3と第7は一部を削ることで切開を小さくしています。術後1週間ほどで退院也可能です。

「手術をしないで治るなら、そのうちに埋め込み脊柱管のスペースを広げた。痛みは消え、術後2日目に京都へ散策に出かけた。

K-methodは神経根症と脊髄症もうがいい。しかし、痛みが軽減せず、心まで病む患者さんには、手術といふ手立ても示してあげたい。安全で、患者さんへの負担が少ない手術方法が、もつと一般的になるべきです」

（同）

ライター・神 素子

手術の実施は、医師個人、整形外科医か脳神経外科医かで判断が分かれますが、MRIやX線の画像だけで手術の適応を判断する医師は早計といえます。画像上で神経への圧迫があるても、必ずしも手術が必要とは言えませんし、圧迫がわずかでも、痛みや麻痺の状態によっては手術が必要なこともあります。よく話を聞き、痛みの部位を確認し、体に触れて診察し、反射などの神経所見を取つてから、画像を見て判断する医師を選んでほしい。日本脊椎脊髄病学会のホームページの、全国の「指導医リスト」も参考になるでしょう。