

腰の手術体験

2006年5月20日

さる3月3日に私自身が腰の手術を受けた。私の腰痛と足のしびれは1998年4月から続いているが、その当時の詳細は「腰痛としびれー私の体験とその解釈」と題して、下記に掲載してある。今回、手術を受けたので、その体験を記録する。

<<http://www2.ocn.ne.jp/~orthopub/kaiho/kh105mylumbago.PDF>>

手術をうける気になるまで：私の腰痛と足のしびれは腰部脊柱管狭窄症によるもので、76歳の年齢としてはめずらしいものではない。今回、8年間痛みを我慢し続けてきて、ついに手術を受ける気になった経緯から書き留めることとする。インドメサシン座薬（50mg）を毎日使用してはいたが、夜間痛はなく、我慢できないほどの痛みを感じていなかった。ゴルフコース内に入れるカートを使えばゴルフもなんとかできた。しかし両足のふくらはぎから外くるぶしにかけてバーンと張ってきて、こむら返りを起こすことが時々あった。このときは芍薬甘草湯を服用するとけいれんは軽快した。足腰がしっかりしていないので、打球の飛距離、特にキャリーが短くなり、池越えのホールが苦手になっていた。

去る2005年7月末に、脱輪事故を起こして、トヨタ“i s t”の左側面を破損させてしまった。松本カントリーへの取り付け道路に入ってすぐ、大きく右折するところで、前も後ろも車や人もおらず、普通なら脱輪するような場所ではなかった。曲がりきったと思いついでいたが、曲がりきっておらず、後輪から側溝に落ち込んでしまった。側溝の向い側は石垣であったので、車体の左側が広くへこんだ。ちょっと「ぼーっと」していたかも知れない。両下肢がいつもしびれているので、ブレーキペダルの踏み込みが遅かったかも知れない。事故を起こしそうなところでの事故なので、もし人身事故でも起こせば大変なことになると恐ろしくなった。今回の体験で自分の身体能力の低下を自覚させられ、思い切って車の運転を止めることにした。

12月8日に新橋のドイツ歌曲レストラン“アルテリーベ”で「図で説く整形外科疾患」の出版記念会を開催した。お茶の水の「山の上ホテル」に宿泊した。お茶の水駅にはエスカレーターが設置されていないので、四ツ谷駅で乗り降りした。新宿駅は工事中で、特急あずさへの乗換には相当に歩かなければならなかった。約15分くらいの余裕をみて行ったが、構内で立ち止まって休まざるをえなくなり、乗り遅れそうになった。

2006年2月2-5日に国立京都国際会館で人工関節学会が行われた。宝ヶ池プリンスホテルに宿泊したが、ホテルから会館まで100メートルちょっとの距離を歩くのに難渋した。朝はホテルからタクシーを利用して会場まで行けたが、帰りに会場からのタクシーがつかまらないことがあった。途中、3回立ち止まって休み、なんとかホテルにたどり着いた。

松本ではドアからドアまで車を利用できるので、何とか暮らすことができるが、東京などでは暮らしていけないことを自覚させられた。歩行できる距離が30メートル、立っている時間が5分が限界となっていた。このままでは好きなゴルフもできなくなる恐れも感じるようになり、ついに手術を受ける気になった。

どこで手術をうけるか？：信州大学整形外科の脊椎外科グループには大塚訓喜先生をトップとして多数の脊椎外科専門医が育成されている。しかし大学病院に残っていた脊椎外科医は私が直接教育できた年代ではなく、いわば孫弟子であった。長野県リハビリテーションセンターの所長をつとめていた大塚訓喜先生も本年3月に定年退職の予定であるという。いろいろと考えた結果、国保依田窪病院の三澤弘道先生に手術をお願いすることにした。三澤先生は長野県の奨学生として自治医科大学を昭和57年に卒業し、信州大学整形外科で研修した。昭和60(1985)年に長野県から国保依田窪病院に勤務し、整形外科診療を開設するようにと指令された。国保依田窪病院は長門町、武石村、和田村の3ヵ町村の国保組合が設立した病院で、旧中山道の長門町という宿場町にあるベッド数100床の小さな病院であった。脊椎外科を中心とした診療実績は口コミで評判高くなり。ぐんぐんと症例数が増加した。患者さんは谷川の上流から下流に移動するのが原則であるが、この病院では下流の地域から患者さんが集まるようになった。2005年の脊椎手術件数は331件で、立派な脊椎外科センターに発展した(図1)。



図1. 山と緑に囲まれた依田窪病院(依田窪病院ガイドより)

松本から車で1時間、依田川に沿った緑の窪地に建てられた依田窪病院の実力を高く評価していたが、さらに依田窪病院総看護師長根本さんの勧めで決定的となった。根本さんは私が信州大学現職時代に長く整形外科の婦長を務めてくれた。三澤先生に懇請されて信州大学病院副総看護部長から依田窪病院総看護師長とられたが、整形外科のエキスパートである根本さんが自信をもって推薦してくれたことは強い説得力があった。

術前の検査：2月28日(火)に4階の特別室に入院し、MRI、脊髓造影、神経根造影が行われた。L4/L5レベルおよびL5/Sレベルでの椎間板変性・脱出による脊柱管狭窄が認められた。両側第5神経根および馬尾への圧迫に対しての後方からの除圧術が必要であり、脊椎固定術は必要ないという治療方針が立てられた。



図2.単純X線側面

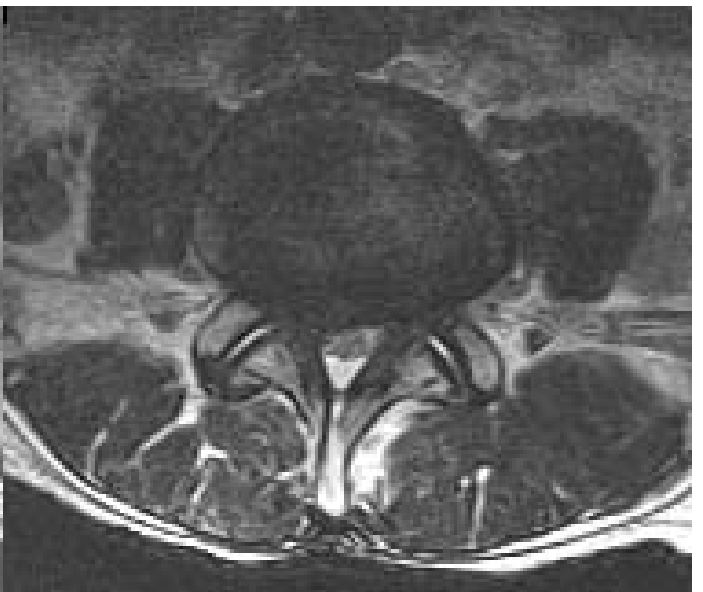
L4/L5間およびL5/S間椎間板の変性と狭小化



図3.MRI側面



L4/L5間



L5/S間

図4.MRI横断像:L4/L5間およびL5/S間で著明な脊柱管狭窄所見



脊髄造影前後像



脊髄造影側面像

図5. 脊髄造影像:L4/L5間、L5/S間に明らかな狭窄を認めた.



図6.右第5神経根造影

手術：3月3日（金）に三澤先生執刀で手術が行われた。麻酔導入から病室に帰るまで何にも覚えていない。L4/5は通常通りの開窓術、L5/Sは両側とも開窓術（両側S1神経根除圧）に加えて、椎間孔内のL5神経根除圧（内側椎間関節切除、椎間板切除）を行った。手術時間は2時間であった。

術後経過：術前に使用していたインダシン座薬は中止したが、寝ていれば痛みはまったく無かった。3月5日（日）術後2日、理学療法士が病室に出張して下肢の他動運動やかるいストレッチを行い、寝返りの訓練も行った。3月6日（月）、術後3日、便器に腰掛けて排便したが、中腰になって尻をぬぐうことはきわめて困難であった。

3月8日（水）術後5日、3階のリハビリテーション部まで車椅子で出て訓練。歩行補助器を使って約50メートル歩いた。端坐位もできるようになったが、腰の不安定感があり10分もすると腰痛と左外くるぶし中心の痛みが現れた。

回復期リハビリテーション病棟：3月11日（土）、術後8日、3階の回復期リハビリテーション病棟へ移動した。毎日リハビリテーション部に出て、30分間のストレッチ、筋力増強訓練、歩行訓練を行った。次第に歩行能力は回復してきた。しかし椅子に腰掛けていられる時間は20分程度で、せいぜい食事の間位であった。3月16日（木）術後2週、ステッキ1本で歩けるようになった。トイレでの尻ぬぐいは20-30°前屈し、片手でバーに掴まり、なんとか自分でできるようになってきたが、完全にすっきりとはいかなかった。

4月12日（水）退院した。入院日数は44日間であった。

術後2ヵ月半の現状：

1. インダシン座薬は使用しなくても困るほどの痛みはないので明らかに軽快している。
2. 椅子に腰掛けてコンピューターに向かっていられる時間は60-90分なので、実際の仕事に支障はない。椅子に座った姿勢で、腕が肘掛けの上に楽に乗るサイズであることが重要で、これによって左右のバランスを保持し、左右交互に休んでいる（図7、8）。



図7.テニスボール付き木製椅子



図8.座椅子

3. 座敷では座椅子に座って食事したりテレビをみたりしているが、60-90分で腰が疲れるので、蒲団の上で横になる。座敷の柱に登山用のアンカーを打込み、これに通したザイルを片手で引っ張るようにして起き上がっている。



図9.起き上がり補助用ザイル

4. トイレにも両側に肘掛けのようなサポートを用意した。これで尻ぬぐい動作が楽になったが、現在はこのサポートに頼ってはいない。

6. 風呂場での転倒予防の目的で。浴用手すり（安寿）を使っている。



図10.トイレサポート



図11.浴用手すり

5. ステッキ1本をもって自宅の周辺を歩いている。わが家の周辺には昔からあった小路が裏道として残っているが、車が通らないので、安心である。ごく僅かではあるが道路には傾斜があり、登りが大変である。現在、約100-130メートルで立ち止まって休むかベンチに腰掛けている。

6. この歩行持続距離はなかなかのびてこないで、まだゴルフをやろうという気にはなっていない。私はボールを追うことなどなしに歩く訓練や走る訓練などをするのは好きでない。多少の無理を冒してもゴルフをしながら慣らしていけたらよいと考えるほうである。その私がまだゴルフをする気になっていないので、軽快してはいるが、まだ満足できる状態ではなく、ゴルフへの復帰を待望している。

考察と期待：

1. 私の腰椎には不安定性がある。術前から腰の動きに伴ってゴク、ゴクという音を感じていた。この音と腰痛や下肢痛との直接的関係はなさそうであるが、なんとなく落ち着かない。また自分の姿勢を鏡でみると、かなり明らかな前屈位である。92歳で亡くなった父親の姿勢とよく似てきたと言われる。現在の不安定腰椎が前屈位で固定されれば症状は消失するのかもしれないと思ったりしている。

2. 坐位をとっていても腰痛が増強し、立ち上がったほうが楽な時期があった。この時期に脊椎の筋肉分布を思い出して、考えた。表層の全髄節にまたがる長い筋肉から深層の2髄節に限定された小さい筋肉までものごくたくさんの筋肉によってコントロールされている。手術によってこれらの筋肉が剥離されたり、損傷された場合に、傷そのものが癒合しても筋肉相互が共同して脊椎の微妙な運動を制御できるまで回復することは容易でないことに気がついた。立ち上がったほうが一時的に楽になるのは、腰椎の弯曲が変わるほかに、股関節の肢位をコントロールすることによって、腰椎への負担を軽くしているのであろう。



図12.腰の筋肉群(Rauberより)

追記：2月28日の入院以来タバコを吸わなくなった。依田窪病院全館が禁煙となっていたので、この規約に違反して迷惑をかけてはいけないという思いから、すんなりと禁煙できている。17歳で旧制高等学校に入学して以来、約60年の喫煙歴である。いつ再発するか分からないが今回の入院の大きい副産物である。

お世話になった依田窪病院の皆さまに深く感謝している。

寺山和雄