



第131回
中部日本整形外科災害外科学会・学術集会

天領セミナー9

「標準的脊椎手術で失敗しない
安全な手技と考え方」

平成30年10月6日(土) 12:30～13:30

F会場

(倉敷アイビースクエア 1F エメラルドホール東)

座長

富士 武史 先生

大阪病院 整形外科

演者

山崎 隆志 先生

武蔵野赤十字病院 整形外科

本セミナーは、日本整形外科学会教育研修単位に認定されております。

認定単位: 専門医資格継続単位N / 必須分野: 14-1・脊椎脊髄病医資格継続単位SS

共催: 第131回中部日本整形外科災害外科学会・学術集会

HOYA Technosurgical 株式会社

HOYA
TECHNOSURGICAL

株式会社アムテック

Amtec

山崎 隆志 先生(武蔵野赤十字病院 整形外科)

演題名

標準的脊椎手術で失敗しない安全な手技と考え方

私たちが普段行っている手術の大部分は最先端手術ではなく教科書に記載がある標準的な手術である。標準的手術においても、今だ、過誤や過誤のない偶発症において術前より悪化することがある。過誤、偶発症、どちらも患者にとっては手術の失敗ととらえられる。このような患者のベッドサイドを訪れるのは気が重い。演者はこのような事態を避けるために努力してきた。

ラブ手術、腰部脊柱管狭窄の除圧、除圧固定、脊柱管拡大術、頸椎前方除圧固定など標準的手術でも比較的重大な失敗は起こっている。血腫やSSIはすべてに共通する不可抗力な偶発症であるが、発見の遅れは過誤になる。ラブ手術や腰部脊柱管狭窄症での硬膜損傷は偶発症だが神経障害は過誤とされる可能性がある。どのような失敗があるかを知ることが失敗防止に有用で次に議論が始まる。

講演では筆者が経験した失敗、知りえた失敗とその対策を紹介する。ラブ手術ではエアドリルでの馬尾損傷、L5Sレベルでの神経位置誤認、扁平化した神経根を椎間板と誤認による神経損傷があった。

腰椎手術では椎間板操作は神経根のレトラクトが必要で神経障害のリスクとなる。したがって、不要な椎間板操作は避けたほうがよい。腰部脊柱管狭窄症で椎間板切除を要するかどうかは術前に判定する必要がある。腰部脊柱管狭窄症では椎間板の膨隆があってもSLR陰性、安静時下肢痛がなければ椎間板切除の必要がないことを示す。この概念の延長として硬膜をほとんど見ることのない腰椎後方除圧術(黄色靭帯浮上術)を考案したのでその術式と結果を説明する。

胸腰椎ペディクルスクリューは一般的手技だがスクリューによる神経障害もまだ撲滅できていない。低出力の電気メスでスクリューを触れ下肢の動きを観察するdiathermy testの実際と原理を紹介する。この簡便なテストで、重篤な麻痺になるような事故は防げると考えている。

脊柱管拡大術後のC5麻痺は多くが自然軽快するが、軽度麻痺残存例は重労働者にはseriousである。大きな脊髄後方移動をさけ無症候性C5麻痺の顕在化をさける体位の工夫でC5麻痺を減少させることができる。拡大術は非常に安全な術式であるが、それでも重篤な麻痺は発生しており、筆者の知りえた事例を紹介する。

術後硬膜外血腫は早期の血腫除去により良好な結果が得られることが多い。通常は初回手術と同様のアプローチで硬膜外に達することが多いが、頸椎前方除圧固定後の硬膜外血腫では再度前方からの血腫除去ではなく後方からの血腫除去を考慮すべきと考えられる事例がある。

上記以外にも、権威勾配をなくしたレベル確認、SSI対策など安全のための工夫を紹介したい。

標準的手術は順調にゆくのが当然な時代である。しかし、脊椎手術にはまだ様々なリスクが存在するので、その低減の努力は必要である。