



なります。もう一つの脊髄症に比べ症状が頸部と上肢に限られ、日常生活上の支障が比較的小さいため、頸部の安静（運動や重労働の制限）と薬物療法（消炎鎮痛剤、ビタミン剤、血流改善剤など）、頸椎牽引などの物理療法にて治療します。これらの手術以外の治療（これを保存療法といいます）の成績は比較的良好ですので、まずは外来治療で行ってみるべきです。もし数カ月の治療にもかかわらず、一向に改善が得られない場合には、のちに述べる手術療法の適応を考える必要があります。

一方、脊髄症の場合には腕（上肢）のみならず、脚（下肢）や膀胱の機能にも問題が生じます。具体的には指の細かな動作（はしの使用、ボタンはめ、書字など）、歩行（特に階段昇降、早歩き）に支障がでると同時に、胴体や下肢にも感覚障害（しびれ感や鈍さ）が出現します。これらに加え、膀胱の機能も障害されると頻尿や残尿感などの症状も出現します。前に述べた神経根症に比べ、手足（四肢）の機能が障害されるため、重症感が強く、頸部の安静（運動や重労働の制限、場合によっては頸椎カラーの装着）以外の保存療法の効果もあまり期待できないため、日常生活に支障がある場合（一人での生活がしづらい場合）には、手術療法の適応を考える必要があります。

神経根症、脊髄症にかかわらず、手術は神経組織の圧迫を除去すること（これを除圧といいます）が主な目的となります。手術方法は脊椎に至る経路の違いから、前方法（首の前から侵入）と後方法（首の後ろから侵入）に大別され、除圧方法に加え除圧後の脊椎の処置により術式が異なります。患者さんの病態に加え、手術を行う術者の個々の手術方法に対する得手・不得手も術式の選択に影響しますので、手術療法の選択肢を考える場合には、主治医との十分な話し合いが必要です。手術には少ない確率ではあるものの、種々の危険性がつきまといますので、患者さんの理解と同意が必要不可欠です。

これらの手術療法の成績は比較的良好であり、総じて8-9割の確率で何らかの症状改善が得られています。残念ながら症状の改善が得られなかった場合でも、神経の圧迫を除去しておくことは手術を行わなかった場合の症状の悪化を防ぐ効果もありますので、十分有意義と考えられます。一方、程度の差はあるものの、術前よりも症状が悪化する可能性もゼロではありません。重篤なものはそれぞれ1%前後の発生率と思われませんが、この件に関しても患者さんには術前に理解が求められます。

頸椎症は年齢を基盤として生じる病態ですので、種々の治療により症状の改善が得られた場合も、経時的に再発したり、他の部位にも病変が生じたりすることがあります。したがって手術療法に限らず治療後には、一定の治療期間以降も、定期的な整形外科受診が必要となります。

## [おわりに]

単純X線やMRI上の頸椎症の変化は、ある程度の年齢を経た患者さんでは、症状のある無しにかかわらず多かれ少なかれみられるものです。重要なのは患者さんの症状がどの程度の強さなのか、日常の生活にどれだけ支障があるのかということです。我々整形外科医は、症状と病変の関係を評価し、患者さんにとって有用なアドバイスと最適な治療を提供することを日々心がけています。