



独立行政法人 国立病院機構

村山医療センターニュース

2024年
81号

特集 1

最新の脊椎内視鏡治療【UBE】

特集 2

側弯症の早期発見



理念

患者さんの視点に立ち、良質で高度な医療を提供します。

基本方針

患者さんの権利と意思を尊重します。安全で優しいチーム医療を提供します。倫理を重んじ高度で先進的な医療を提供します。

地域医療連携の促進を図ります。

骨・運動器疾患の臨床研究を推進します。

職員は研鑽に励み、健全な経営に努めます。

Contents

PickUp

新任医師の紹介

News

インスタ【ムラグラム】

腰部脊柱管狭窄症・腰椎椎間板ヘルニアに対する「UBE」を用いた脊椎内視鏡手術の工夫

整形外科医長 松川 啓太郎

自分が心から受けたいと思える「理想の手術」を本当にできていますか？

外科医なら誰もがドキッとする質問のはずです。「理想の手術」とは？一言で言ってもその定義は様々です。治療行為ですから安全であること・確実であることは絶対条件でしょう。ただその一方で、患者さんへの身体的な負担（手術時間・手術侵襲）が大きくなってしまふのはあまり喜ばしいことではありません。手術侵襲が大きくなるほど、患者さんの社会復帰は遅れてしまいます。またご高齢の患者さんですと、侵襲の程度によっては周術期の危険性が増すことにもなりかねません。

我々は、背骨の中を通る神経を主な治療対象としています。腰部脊柱管狭窄症や腰椎椎間板ヘルニアでは、神経が骨や軟部組織（黄色靭帯やヘルニア）の圧迫を受けることにより、下肢の痛みやしびれ、下肢の筋力低下や排尿・排便機能低下をきたします。手術治療はこれらの神経の圧迫を取り除くことを目的とします。通常、脊柱管（＝神経の通り道）という2cm程度の部分の処置のために、4-5cmの皮膚を切開し、術野を開きます（図1）。2cmのターゲットに対して4-5cmの切開、なぜ大きく切開しないといけないのでしょうか？それは、そうしないと神経を十分に観察できないからです。

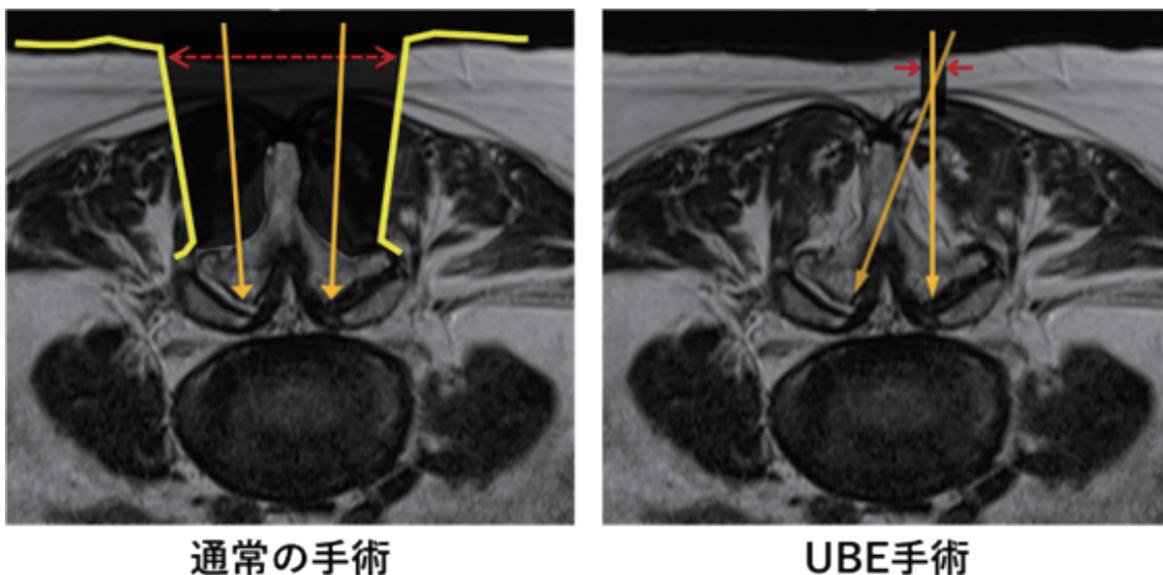


図1：通常の手術とUBE手術の比較

通常の手術では、脊椎周囲の筋肉を広範に剥がすのに対して、UBE手術では小切開で筋肉の隙間から進入し、脊柱管を処置します。

いかに手術侵襲を小さく安全にターゲットに挑めるか

一つの工夫として、我々は顕微鏡下の手術を導入し、患者さんへの手術侵襲を減らした治療を心がけてきました。顕微鏡を用いることにより身体の内部をよく観察できるので、皮膚の切開を小さくすることが可能となります（4.5cm→3.4cm）。

一方で、内視鏡治療は小さな切開から先端にカメラのついた専用の内視鏡を挿入し、神経周囲の処置を行います。当院では、最新の脊椎内視鏡手術である UBE（Unilateral Bi-portal Endoscopy）を導入し、腰椎椎間板ヘルニア・腰部脊柱管狭窄症・腰椎変性すべり症といった腰椎疾患の治療にあたっています。従来の内視鏡手術と異なる点は、UBE は 5-8mm の小切開を 2 箇所（= bi-portal）に設ける点であります。一つはカメラを挿入する切開であり、もう一つは手術機器を挿入する切開です。水で還流しながら鮮明な術野を保ち、内視鏡モニターを見ながら手術を進行します。術者のみならず、手術助手・手術室看護師と複数の目で確認しながら安全に手術を行うことができます（図2）。また、従来の手術に比べて神経により近接可能であり、我々が最も注意を払うべき神経及び周囲組織を詳細に観察できます（図3）。この手術の最大の利点は、2 つの切開を設けることにより、鏡視用の軸と作業用の軸が分離しており、手術手技の操作性・自由度が極めて高く、様々な疾患に対する治療の汎用性が広がることです。

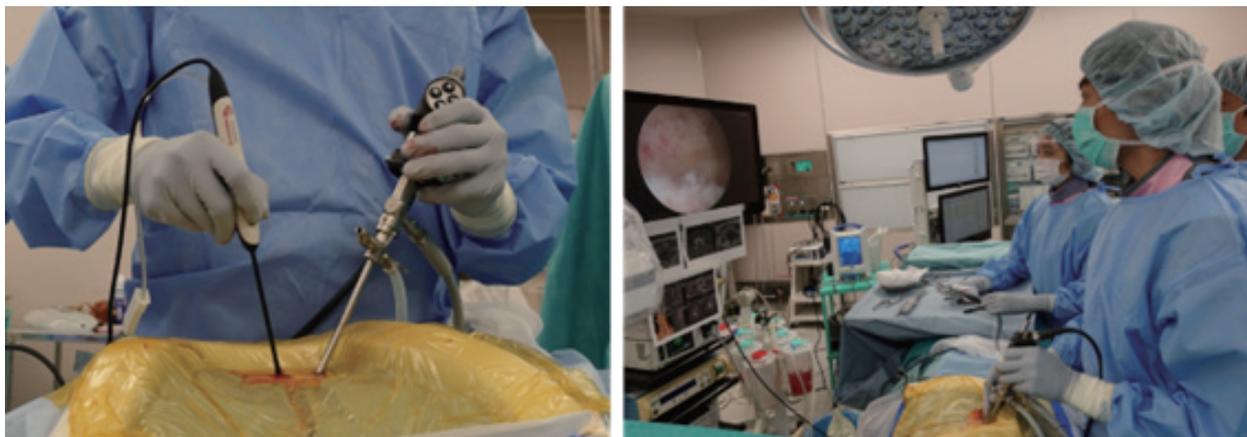


図2：UBEの術中の様子

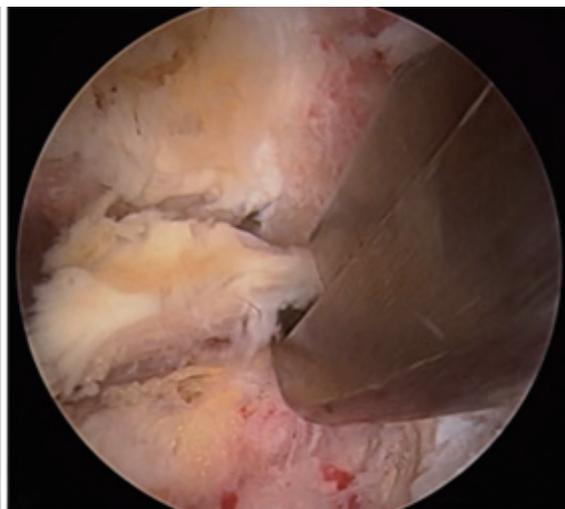
UBEでは2つの小切開を設け、脊椎手術用の内視鏡と手術機器を挿入します（左図）。内視鏡の映像をモニターに表示し、複数の目で確認しながら安全に手術を進行します（右図）。

UBEの利点 一皮膚だけでなく、筋肉・骨に対する低侵襲性一

通常の手術では、皮膚を切開し、脊椎に付着する筋肉を広範に剥がし、ようやく脊椎の骨表面に至ります。対してUBEでは、小切開を設け、筋肉の隙間から器具を挿入し、直接脊椎に到達します。その後、一部の骨を切除し、圧迫を受けた神経の環境を改善します。この際にUBEでは視点が神経に近接するために、骨の切除量を低減することができます。つまりは、UBEは「症状の原因となる神経の圧迫のみ取り除き、皮膚や筋肉・骨に対する侵襲を最小限に抑えることが可能」と言えます（図4）。



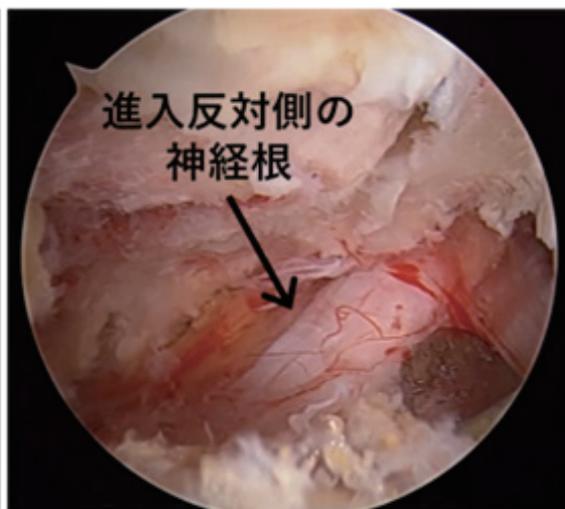
脊椎周囲の骨切除



黄色靭帯の切除



神経除圧の確認(1)



神経除圧の確認(2)

図3：術中の内視鏡所見

水を流しながら、鮮明な術野で手術は進行します（神経周囲の毛細血管まで描出されていることにご注目ください）。十分に神経の環境が改善されていることを確認し手術を終了します。

我々の扱う病態の中には、腰椎外側病変（椎間孔内・外病変）というものがあります。神経が椎間関節という部分の前側で圧迫を受けている状態です。通常は、神経の圧迫を解除するためには、後方から椎間関節を切除しなければなりません。脊椎の安定性に関わる大事な部分を壊す形となってしまいうため、脊椎を制動するスクリューを用いた脊椎固定術が余儀なくされます。このような病態に対して UBE では、自由度を持って脊骨に対して斜め後ろからアプローチすることにより、骨切除量を最小限に（不安定性を惹起せずに）神経を除圧することが可能となります。UBE をはじめとする内視鏡治療は、必要のない固定術を回避するうえでは、極めて重要な術式と言えます。

術式の選択は担当の医師によっても異なります。また、病態によっては UBE の適応とならないこともありますので、ご希望の方は担当の医師にご相談ください。

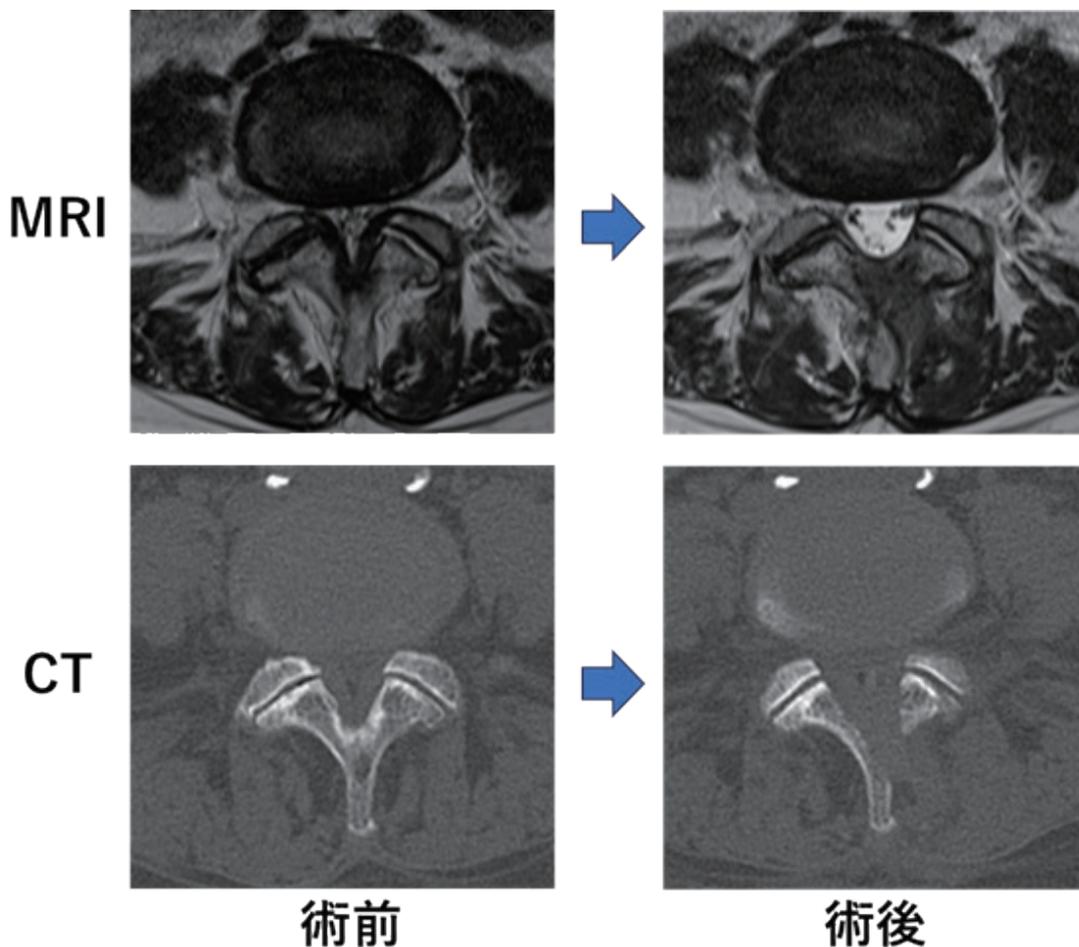


図4：UBE手術の代表症例

最小限の骨切除量で、神経が十分に除圧されています。術前後のMRIを比較すると、脊椎周囲の筋肉は良好に温存されています。(78歳・女性。1年前から両下肢痛のために、日常生活に支障が生じました。腰部脊柱管狭窄症の診断で手術を受け、術後下肢痛は消失。術後2ヶ月で趣味のダンスにも復帰しています。)

理想の脊椎手術治療とは？

個々の病態により、どうしても大きな侵襲を要してしまうこともあります。ただ、もしも同じ病態で同じ手術成績が得られるのであれば、少しでもお身体にかかる負担を軽減できればと思います。もちろん傷が小さければそれで良いかというところというわけではありません。患者さんそれぞれによってご希望や価値観も異なると思います。大切なのは「手術治療における多様性」。患者さんの様々なニーズに応じた医療を提供することが、我々の使命と考えています。当院では低侵襲治療を希望される患者さんにも、個々の患者さんの病態に応じたテーラーメイドな治療を提供いたします。今だけでなく5年後10年後を見据え、よりベストな治療ができるよう研鑽を積んでいます。

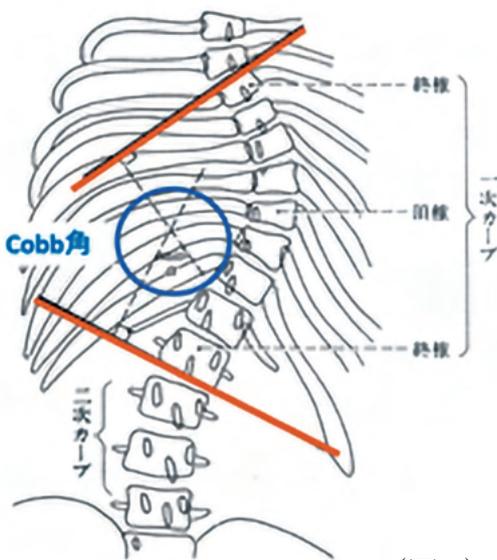
「自分が心から受けたいと思える手術を、目の前の患者さんに施す」

これが職業人としての私達の仕事です。

側弯症の早期発見・評価の重要性

整形外科 矢内 嘉英

椎骨というブロック状の骨が椎間板というクッションを挟むことで柱のように積み重なった構造を「脊柱」と呼びます。頸椎（首）は7個、胸椎（肋骨がついている胸の部分）は12個、腰椎（腰の部分）は5個あり、さらに仙椎や尾椎へとつながり脊柱が成り立っています。通常、脊柱は前後で見るとまっすぐ並んでいますが、側弯症では左右に曲がっており、かつ「ねじれ（回旋）」を伴っています。上下で最も傾いている2カ所の椎骨が成す角度をコブ角といますが、コブ角が 10° 以上あるものを側弯症と定義しています。（図1）（10歳～16歳で 10° 以上の側弯は2～3%程度）一般的にコブ角が $40\sim 50^{\circ}$ 以上では手術が必要と判断されますが（図2）、痛みなどの症状を出すことは稀です。そのため、指摘された頃には進行してしまっている場合もあります。



（図1）



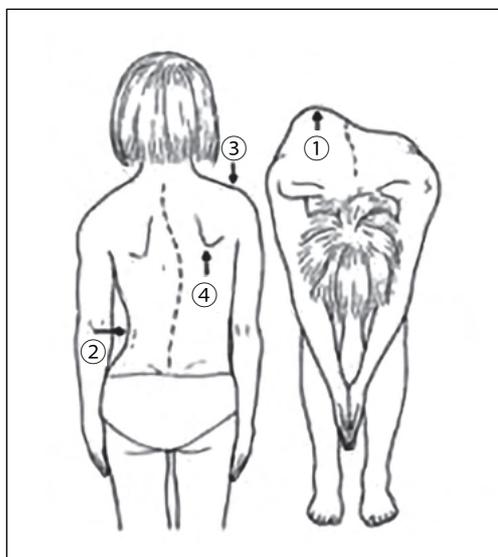
（図2）

側弯症の原因として最も頻度が高いのは、「特発性」といって確たる原因がないものです。側弯症全体では80～85%を占めています。その他、先天性（椎骨の形に生まれつき異常がある）、神経・筋原性、神経線維腫性（レックリングハウゼン病）、間葉系疾患（マルファン症候群、エーラス・ダンロス症候群など）などが原因になることがありますが、頻度としては稀です。特発性側弯症は、発症時期によって乳幼児期、学童期、思春期に分けられますが、思春期の女兒が最も多いことも特徴です。

頻度の高い特発性側弯症に関しては、身長が伸びている時や二次性徴（初潮や声変わり）が落ちくまでの間は側弯が進行しやすい期間になります。年齢でいえば初潮前後の小学校4年生（10歳）から中学3年生（15歳）くらいの期間になります。そのため、発症時の年齢が低く、その後の成長期間が長いほど進行リスクは高いことになります。特に、10歳未満に発症した場合（早期発症）は、急速に進行する可能性があります。骨の成長が止まると、少なくとも急速に進行することはなくなります。その他の側弯症については、疾患により急速に進行するリスクが高いものもあります。

側弯症の診療で大切なことは、診断された段階で側弯症の程度を把握し、年齢や原因によりその後の進行リスクを判断した上で、定期的に観察し続けることです。進行リスクが少ないと判断できれば、患者さんに過度な心配を抱かせずに経過を見ることができますし、進行リスクが高いと判断できれば、注意喚起をしつつ経過を診ることができます。進行リスクが高いにも関わらず、当初の角度が小さいからといって通院をやめてしまったことで、数年の経過で急速進行してしまった例もありますので、最初の段階でのリスク評価がとても大切になります。側弯症の診察で難しい部分としては、先にも述べましたが、ある程度側弯が進行していても症状がないことが多いため、発見が遅くなってしまうことや、実際にいつから側弯が進んでいたかを把握することが困難なことです。

そこで重要なのは、早期に側弯症を発見することになります。現在は運動器学校検診の中の脊柱評価に、側弯症検診が組み込まれています。実際には保護者様がお子様の運動器観察を行った上で調査票に記入し、学校医による検診にて判定されます。「受診要」となれば整形外科専門医を受診し、必要に応じて治療を開始していくことになります。しかしながら、年に1回の学校検診があっても、その間に側弯が進行してしまうことも想定されます。いずれにしても、早期発見の入り口はご家庭にあると考えます。その際、側弯の有無をチェックする4つの方法があります。①前屈検査（お子様に両手を合わせて前屈していただき、背中や腰の左右差を見る）、②ウエストラインの左右差、③肩の高さの左右差、④肩甲骨の高さや突出の程度の左右差、を確認することです。（図3）是非、少なくとも小学校に上がるくらいの年齢になりましたら、このような観察を思い出した時にやっていただくと良いと思います。（とはいえ、洋服を着ていると左右差もわかりにくく、思春期のお子様にもそのような観察することは、ご家庭内でも遠慮してしまうという現状もありますが。）



(図3)

学校検診で「受診要」となればもちろんですが、ご家庭の中でも時々上記のチェックをしていただき、側弯を疑うような所見があれば、時期を問わず当院をはじめ近隣の整形外科に受診していただければと考えています。繰り返しになりますが、大切なのは早期に側弯を発見し、その進行リスクを適切に評価し、その後の治療を計画することです。気になることがございましたら、いつでもご相談下さい。

新任医師紹介



リハビリテーション科医師 山崎 俊槻

2024年4月よりリハビリテーション科に赴任しました山崎俊槻（やまさきとしき）と申します。これまで急性期病院、回復期病棟でリハビリテーション科医師として臨床に携わってきました。患者様の一人一人の状況・社会的背景、そして様々な考え方に合わせた目標を設定し、住み慣れた地域での生活に復帰し、退院後もその人らしい生活を送れるように各職種で力を合わせて関わらせていただきたいと思います。皆様のお役に立てるよう力を尽くして参りたいと思いますので、何卒よろしくお願ひ申しあげます。



リハビリテーション科医師 堤 聡志

2024年4月よりリハビリテーション科に赴任しました堤 聡志（つつみさとし）と申します。これまで急性期病院や回復期病院で、脳血管疾患や神経難病に対するリハビリテーションに主に行なってまいりました。

この度村山医療センターで勤務させていただける機会をいただき、とても嬉しく思っております。皆様が安全に当院でリハビリテーションを受けられ、笑顔でご自宅お帰りいただけるよう尽力いたします。どうぞよろしくお願ひ申し上げます。



リハビリテーション科医師 中野 英顕

はじめまして、4月よりリハビリテーション科に赴任致しました中野英顕（なかのひであき）と申します。

京都府のお茶で有名な宇治市出身です。自然豊かな環境が武蔵村山市と似ていて、懐かしさを感じております。以前から希望していた村山医療センターで働けることを大変嬉しく思っております。

患者様と最善の道と一緒に模索しながら、誠意を持って日々の診療を行って参りたいと考えております。地域のみなさまが安心して暮らせるように、また患者様のひとつでも多くの笑顔が見られるように日々精進して参ります。至らぬ点が多々あるとは存じますが、ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願ひ申し上げます。



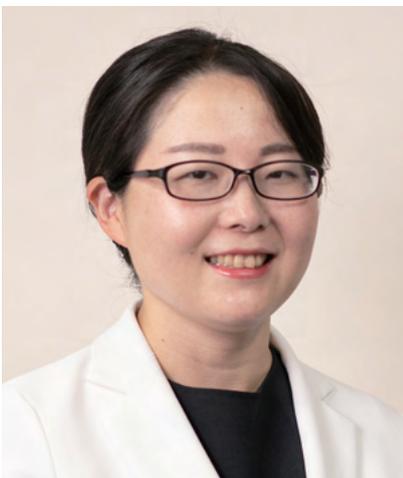
整形外科医師 橋本 将吾

慶應義塾大学医学部整形外科の脊椎脊髄グループに所属する橋本将吾（はしもとしょうご）と申します。

脊椎脊髄疾患に関する基礎研究、臨床研究に携わりながら2024年3月まで大学病院に勤務しており、4月から村山医療センターに出向させていただくこととなりました。

地域の皆様が健康で過ごせますように丁寧な診療を心がけて参りますので、お気軽にお声がけください。

何卒よろしくお願ひ申し上げます。



整形外科医師 高島 瑤子

2024年4月に赴任いたしました、高島瑤子（たかしまようこ）と申します。2017年に防衛医科大学校整形外科学講座に入局し、その後大学病院、関連施設を経て当院へ赴任致しました。この度村山医療センターで勤務させていただくことを大変嬉しく思っております。

専門は膝関節、股関節などの下肢関節です。地域の患者さんによりよい医療を提供できるよう精進してまいります。

何卒よろしくお願ひいたします。



リハビリテーション科医師 川村 優貴子

2024年4月よりリハビリテーション科に赴任いたしました川村優貴子（かわむらゆきこ）と申します。

長野県出身で、昨年度までは両国の病院に勤務しておりました。

武蔵村山市は、落ち着いた雰囲気です。散歩が趣味なので今後も市内を散策して、この地域のことをもっと知りたいと思います。

また、診療に関して多くのスタッフと協力し、患者様のために全力を尽くします。村山医療センターでリハビリをして良かったと思っていただけたら幸いです。よろしくお願ひします。



整形外科医師 渡辺 佑太

2024年4月より村山医療センターに赴任しました、渡辺佑太（わたなべゆうた）と申します。これまでは慶應義塾大学病院にて勤務しており、この度当院へ赴任となりました。骨運動器疾患における診療研究において国内でも有数の伝統ある村山医療センターにて診療に携えることを大変嬉しく思います。患者さんひとりひとりに寄り添い少しでもQOLを上げることができるよう日々精進して参りたいと思います。まだまだ至らぬ点多々あるかと存じますが何卒ご指導ご鞭撻のほどよろしくお願い申し上げます。



整形外科医師 柴田 玲生

2024年4月より村山医療センター整形外科に赴任いたしました柴田玲生（しばたれお）と申します。2014年に慶應義塾大学整形外科教室に入局し、平塚市民病院・国際医療福祉大学三田病院への出向を経て2017年より慶應義塾大学大学院に入学して脊髄損傷の研究を行いました。その後は静岡市立清水病院で脊椎外科として診療に従事しておりました。

伝統ある村山医療センターで働けますことを大変光栄に感じると共に、責任の重さに身の引き締まる思いでございます。患者様の意思を尊重しながら少しでも良い医療を届けられるように日々全力で取り組んで参ります。どうぞ宜しくお願い申し上げます。



整形外科医師 芝 雄資

2024年4月より村山医療センター整形外科に赴任いたしました芝 雄資（しばゆうすみ）と申します。

どうぞよろしくお願い申し上げます。

整形外科手術件数 全国トップクラス



	令和5年度	令和4年度	令和3年度
脊椎脊髄手術	1057	1184	1204
椎弓形成	350	351	284
後方椎体固定	193	297	278
椎間板摘出術(後方摘出術)	109	118	118
椎弓切除	76	88	189
後方・後側方固定	70	61	87
前方椎体固定	53	66	79
内視鏡下椎間板摘出(切除)術(後方摘出術)	32	9	11
脊椎側弯症手術(固定術)	29	40	42
前方後方同時固定	19	9	11
内視鏡下椎弓形成術	17	4	14
顕微鏡下腰部脊柱管拡大減圧術	14	36	-
脊髄腫瘍摘出術(髄外)	14	9	11
体外式脊椎固定術	11	14	3
経皮的椎体形成術	8	23	19
黄色靭帯骨化症手術	4	2	3
内視鏡下椎弓切除術	3	0	3
その他の手術	55	57	52
下肢関節手術	503	464	444
人工関節置換術(股)	192	178	155
人工関節置換術(膝)	159	151	144
骨折観血的手術(大腿)	23	24	34
関節鏡下半月板縫合術	18	15	12
関節鏡下靭帯断裂形成手術(十字靭帯)	11	10	7
人工骨頭挿入術(股)	10	13	15
関節内骨折観血的手術(足)	7	2	4
観血的整復固定術(インプラント周囲骨折)(大腿)	6	5	1
関節鏡下関節滑膜切除術(膝)	5	6	8
関節鏡下半月板切除術	5	8	7
第一足指外反症矯正手術	5	1	1
脛骨近位骨切り術	5	2	-
骨折観血的手術(下腿)	4	9	8
骨折観血的手術(膝蓋骨)	4	5	0
関節内骨折観血的手術(膝)	3	3	1
その他手術	46	32	47
手の手術	82	255	370
腱鞘切開術(関節鏡下によるものを含む)(指)	10	56	74
関節内骨折観血的手術(手)	9	11	22
手根管開放手術	9	40	49
骨折観血的手術(前腕)	6	23	18
関節内骨折観血的手術(肘)	5	9	11
骨折観血的手術(鎖骨)	5	14	4
骨折観血的手術(上腕)	5	6	12
骨折観血的手術(指)	4	2	5
関節形成手術(指)	2	1	1
靭帯断裂形成手術(その他の靭帯)	2	2	1
その他	25	91	173
総 数	1642	1903	2018

栄養管理室の紹介

栄養管理室長 岡 祐子

栄養管理室は、診療部内科に所属し、管理栄養士6名、事務2名、調理師7名で日々の業務を行っています。(一部委託業務有り)『食事(給食)、出してくれてる所ね』・・・おおむね正解です。

調理師は、朝昼夕止まる事なく、365日入院患者さんの食事提供に従事しています。

当院の食事の種類は約90種類くらい。ご飯やお粥、パン、麺(めん)などのメニュー以外に生活習慣病である糖尿病や高血圧に適したお食事や、嚥む、飲み込む機能が弱い、患者さんの状態に合わせた食事も提供しています。

また祝日や季節に合わせた行事食なども提供する日もあります。

安心、安全、温かく美味しい食事を提供し、患者さんの病状回復に寄与する事が私達の使命と考えています。

でも、管理栄養士さんって、献立作ってるだけ?と思われる様でしたら、お待ちください。入院してから、退院するまでの期間、患者さんの病状・体調・栄養状態等を考慮して適した食事であるか等、得意?の栄養量の計算を行い、先生と相談したりしています。微力ながら入院中患者さんのご体調回復のためのサポートをさせて頂いています。



また、ご自宅に戻られる時のお食事に関する栄養相談もお受けしています。

もちろん外来受診のみでも栄養相談は可能です。

お食事などでお悩みはありませんか?院内でえんじ色(ワインレッド?)の上着は管理栄養士かもしれませんので是非お声かけください。

ムラガラム

vol.1

今号の記事：
Instagram
始めました！！



村山医療センターの公式アカウントが更新されています！

実は、谷戸院長によってひっそりと更新が開始された公式Instagramのアカウントがあることを皆さんご存知ですか？？そんな、知る人ぞ知るアカウントの更新が盛んになってきました！当院でのイベントや疾患についてなど幅広く取り扱っていきたくて考えていますのでフォローしていただければと思います！

QRコードはこちらから！



@MURAYAMAMEDICAL

外 来 診 療 担 当 医 師

■ 一 般 外 来

※受付時間 (初診:8時30分～11時まで)
再診:8時30分～12時まで)

令和6年6月1日現在

診療科等	月	火	水	木	金	備考		
内科/リウマチ科	片寄	岡田	片寄					
外科	大石	飯野	大石	飯野	大石			
整形外科	再診	脊椎	竹光 藤吉 古川	谷戸 小林 北川	小柳津 橋本	許斐 加藤 矢内	松川 陣内 柴田	脊髄損傷 側 弯 脊椎・脊髄 (頸椎・胸椎・腰椎)
		関節	清水		高島 湯浅	吉原	笹崎 中村	股・膝関節・下肢
		肩		吉田 (第2.4.5週 13:30～)				
	一般		芝		渡辺			
初診	交替制							
リハビリテーション科	堤	植村	松田	山崎	下村			
歯科	吉武 (第1・3・5週)	吉武 (第2・4週)	吉武	吉武	吉武	予約制		

■ 専 門 外 来 (全て予約のみ)

診療科等	月	火	水	木	金	備考
内科リウマチ				片寄 (13:00～)		予約制
装具外来 (リハビリ科)	リハビリ科医師 (13:00～)					予約制
側 弯	許斐(第1週午後) 古川(15:30～)			矢内(15:00～) 許斐(16:00～)		予約制
骨粗鬆症・筋老化					竹光 (第1・2・3・5週 13-15時) 矢内 (第1・3週 午前) 加藤(貴) (第2・4週 午前)	予約制

※循環器科、皮膚科、精神科については、一般外来を行っておりません。

診療について

診 療 日 月曜日～金曜日(祝日及び年末年始は除く)
診療受付時間 初診の方 午前8時30分～午前11時00分
再診の方 午前8時30分～午前12時00分

※急患は(整形外科) 随時受付けております。

専門外来については医事窓口にてお問合せ下さい。

毎月初めに保険証の提示をお願いします。変更のあった場合はお知らせ下さい。

独立行政法人国立病院機構 村山医療センター

〒208-0011 東京都武蔵村山市学園2-37-1

TEL 042-561-1221(代) FAX 042-564-2210

URL : <http://www.murayama-hosp.jp/>