



エクスパート IVR 症例集

による

画像ガイド下経皮的 アプローチにより多数の 埋没鍼を摘出した1例

岡 祥次郎 神戸市立医療センター中央市民病院 放射線診断科

はじめに

鍼治療は古代中国医学に起源を持ち、アジアで2000年以上にわたって実践されてきた。現代医学では、鍼治療は補完療法として、特に疼痛管理や様々な疾患の治療に使用されている。一般的に安全であるが、鍼治療は感染症、出血、神経損傷などの合併症を引き起こす可能性がある¹⁾。破損した針や埋没針がより深部の組織に移動することがあり、それに伴う神経障害も報告されている。これらのリスクのため、鍼の永久留置（埋没針）は現在禁止されている。破損した針や埋没針を除去した報告はアジアを中心に散見されるが、外科的な除去の報告が大半である^{2, 3)}。生駒ら⁴⁾により、心筋生検鉗子を用いた筋肉内鍼灸針の経皮的除去の症例が報告され、この報告を契機に、本邦では研究会や学会などを中心に類似症例が報告されるようになった。本症例は生駒らや、それに続く研究会での報告を参考に、当院独自の工夫を加えて行ったものである。なお、本症例で除去した埋没針は、その留置が禁止される以前に行われたものである。



図1

症 例

患者：50歳代女性

主訴：腰痛

既往歴：側湾症

現病歴：9ヶ月間にわたって徐々に悪化する腰痛がみられ来院した。痛みは腰部の持続的なうずき感で、腰の伸展や屈曲、歩行などの動作で悪化した。32年前、脊柱側弯症のため、針治療が行われ、背中や大腿に数十本の埋没針を留置された。身体診察では左側優位に傍脊筋周囲に広範な圧痛が認められた。腹部および骨盤部のX線撮影で、腰椎周囲に数十本の鍼が確認された（図1）。腹部CTでは、脊柱起立筋内、大腰筋内、後腹膜腔に多数の針が認められ、一部は神経根に近接していた（図2）。痛みの原因となっている可能性を考え、神経損傷のリスクを十分に説明した上で、CTおよび透視ガイド下での経皮的針除去を行うこととした。手技：患者を腹臥位とし、デクスメトミジンで鎮静し、疼痛コントロールにはフェンタニルを適宜静脈内投与した。リドカインの皮下注射後、8ゲージの骨髄生検針（ジャムシディ骨髄生検針、日本BD）を

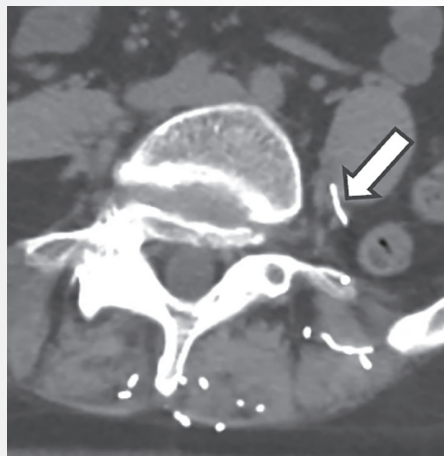


図2

CTガイド下で挿入し、目標の鍼に近づけた。内針を引き抜き、外筒に2mmチャンネル用上部消化管内視鏡用生検鉗子（Radial Jaw、160cm、Boston Scientific）を挿入した。透視下で鉗子の位置を調整し、針を把持し引き抜いた（図3、動画1）。脊柱起立筋内の1本、大腰筋内の1本、後腹膜腔内の1本、計3本の針（約20mm長）を合併症なく抜去することに成功した（図4）。

術後経過：処置完了後、患者の腰痛は軽減し、左大腿への放散痛の軽減がみられたため、外来で経過観察の方針とした。しかし、右側優位の鈍痛が顕在化したため、2回目の手技を行うこととなった。8ゲージの骨髄生検針は物品の院内採用の問題で使用できなかったため、11Gの骨生検針をCTガイドに穿刺し、同様に上部消化管内視鏡用生検鉗子を用いて、4本の針を除去した。それでも症状の改善が見られなかったため、3、4回目と手技を行い、それぞれ4、8本の埋没針を除去した。現在も外来で経過観察中である。3回目の手技は2回目と同じデバイスで行ったが、4回目は上部消化管用生検鉗子の代わりに、呼吸器用生検鉗子（Radial

