

# 股関節より

第 11 号

平成15年 1 月

発行日 平成15年 1 月20日

教授 佛淵 孝夫

利く場合もあるが、利かない場合もあります。どのような治療法がどの程度の効果があるか、それぞれの患者さんに最も効果的な治療法はどれかを明らかにしていくことが、E B M であると考えていただければよいと思います。

## 人工股関節置換術の クリティカル・パスとE B M - 第 2 回 -

先日京都で開かれた医療マネジメント学会というところで、上記の表題で発表しました。その内容について、今回はクリティカル・パスについて述べました。

第 2 回目は、今年のテーマでもある E B M について述べてみたいと思います。医療マネジメント学会の演題募集の「クリティカル・パスとE B M」を見て、てっきり「クリティカル・パスを活用することによりどんな新しいことが分かったかを議論すればよい」と考えて演題を応募しました。しかし、日本では未だクリティカル・パスをどうやって導入したらよいかという段階でした。そこで、以下の点について大学病院という特殊な立場から、私の考えを述べてみました。

### ・ E B M (Evidence-Based Medicine)

：根拠に基づいた医療

大学病院における医療のあり方については様々な意見や考え方があります。そもそも大学とは教育と研究の場であり、一生懸命患者さんの診療に当たってもあまり評価されない風潮があります。私たちは大学病院でこそ出来る質の高い、効率的な医療を追求し、様々な取り組みを行っているつもりです。

#### 1) クリティカル・パスの導入に際してのE B M

これまで全くやったことの無いような診療ではクリティカル・パスは作れるはずが無いし、また必要もありません。何が何でもクリティカル・パスを作成しないといけないという風潮は非合理的かつ非効率的です。年間数例しかない疾患に対してまでクリティカル・パスを作る必要は無いでしょう。本来クリティカル・パスは症例数が多く、在院日数が長く、医療費が高額となるものを対象とすべきであると考えています。

これまで経験のない症例についてのクリティカル・パスを作成する必要に迫られた場合にはとりあ



詫摩孤峰様作

新年明けましておめでとうございます。股関節だより第11号をお送り申し上げます。前回の第10号では「QOL：生活の質」について分かりやすく解説していただきました。その後多くの皆様にアンケート調査などをお願いしました。ご返事ありがとうございました。まだアンケートを出されていない方は、いつでもお待ちしております。今後とも、何卒ご協力お願い申し上げます。

今年の私たち佐賀医科大学整形外科のテーマはE B M (根拠に基づいた医療) です。世の中には多くの医療や健康についての情報が氾濫していますが、その多くが厳密には証明されているものではありません。たとえば、鶏のトサカやコンドロイチンが関節軟骨に良いという話がありますが、その効果については定かではありません。なぜならコラーゲンやコンドロイチンなどは分子量としてはとても大きいので、吸収されるときに小さなものに分解されてしまいます。その結果、元の形はほとんど残っていません。もし万一効果があるとして、どの程度のものかも分かっていません。

E B M が無いと、国では新しい薬として認可されません。効果があると判断された場合でも、癌の薬のように、完全に治すことができるのではなく、延命効果など一部に限られることも多いのです。また

えず、文献などからのEBMあるいはクリティカル・パスそのものを参考にすべきです。もっとも外科系の場合、手術そのものが最初の症例であれば、クリティカル・パス以前の問題で、患者さんの立場からは心細い限りです。それまでに同様の症例の経験があれば、平均的なアウトカムと時間スケジュールなどを参考にクリティカル・パスを作成し、バリエーション（予定通り行かない点）を評価しながら改定していけばよいと思います。

今回使用したクリティカル・パスの基準は私自身の20年余りの経験と実績から設定したものです。当時セメントを使わない人工股関節は4週間程度の免荷期間（体重をかけない期間）が必要とされていましたが、手術の工夫（強固な初期固定）により早期荷重を可能にしました。短期成績ではありますが私たちの詳細な報告などにより、最近ではセメントを使わない人工股関節でも早期荷重が主流となっています。このことがEBMの一つです。

## 2) 標準化と画一化について

大きな視点から見た「標準化」に反対する人はいないでしょう。少なくとも診断基準や診断手順の標準化、治療方針の標準化は必要であるし、それらの妥当性については患者さんならずとも医療者全体が拠りどころとしています。しかしながら、日常の診療や看護ケアなど、特にそれぞれの手順や経過については「標準化」が「画一化」と混同されることが少なくありません。当科でもクリティカル・パスを導入した最初のころは自分の受け持ちの患者さんを「画一化」する傾向がみられ、ただひたすらバリエーション（予定通り行かないこと）を発生させないことに腐心していました。「プラスのバリエーション（予定より良好な経過）は歓迎して、マイナスのバリエーション（予定より遅れたり、不都合が生じること）は改善の原動力である。」とする前向きな原則が確認されてからは「画一化」がほぼ消滅しました。術後2週目で杖なしで廊下を歩いていて看護師に「・・・さん、杖はどうしたの！」と言われて病室まで走って杖をとりに行ったKさんの話は今や語り草になっています。経過が良すぎて悪いことはありません。

そもそも医療は千差万別の個人を対象にするものであるから、本来個別的なものです。最近提唱されつつある「テーラー・メイド医療」はまさしくこの個別的医療の究極です。医療はそのシステム自体は「画一化」できるかもしれないが、その内容は画一化できないし、すべきでもありません。「画一化」とは何がなんでも無理矢理に型にはめてしまうもので、「標準化」とはある平均的あるいは理想的な基準に近づける努力をすることと理解しています。言い換えれば、「在院日数 = 早く」「財政 = 安く」「満足度 = 無理なく」「臨床成績 = 上手に」の4つの目標からみて最も理想的な基準のことで、つまり「適正化」あるいは「最適化」であると考えています。つまり、自分の家族にとっても、社会全体から見ても現時点での「ベストの医療」を行うことだと思っ

ています。

個別的な医療が必要なことはいうまでもありませんが、十分な知識の無い患者さんにとって自分に説明されている医療は「普通」あるいは「標準的」なものか、あるいは「普通」と異なるのか知りたいものです。「病名とその予後は？その治療方法と効果は？」に始まって、「入院期間は？検査および手術方法は？出血量は？いつから歩ける？（特に手順と経過についての質問が多い）・・・」など。「標準」がなければ何も答えられません。「検査が済んでから」「経過を見ながら」「人によって違うから」「何が起こるかわからないから」と言い訳はいくらでも出来ますが、患者さんの立場からすれば、そんな医師を信頼など出来るはずがありません。「普通の場合（標準的には）入院は3週間で、手術時の出血量は平均400mlで、術後5日目ごろから歩けます。しかしあなたの場合は少し病状が進んでいますから、他の患者さんより少し遅れるかもしれません」と説明すれば患者さんは安心するでしょう。個別的な医療でも標準からのズレの理由とその程度を説明すべきです。もちろん標準設定のためにはある一定以上の症例数が必要になります。

また、診療の標準化にはプロセス（手段や方法）とアウトカム（目標や結果）の2つの面があります。プロセスではそのスキル（診療技術）の優劣によって、成績に差が生じることが少なくありません。しかしながら、少なくとも同一施設内では標準化が望ましいと考えます。たとえば、外科系の場合、術者間の手術方法や手術時間、出血量さらには術後成績に大きな差があると、患者さんや家族に不安感や不信感を与えることとなります。私たちの佐賀医大整形外科では複数の医師が執刀する手術（人工膝関節）において、術者間に臨床成績の差が無いを検証してみました。十分なトレーニング後に執刀させた結果、差を認めていません。

## 3) チーム医療とインフォームド・コンセントについて

診療やケアが標準化され、自分の施設でのEBM、EBN（根拠に基づく看護）があれば、チーム医療とインフォームド・コンセントも極めて容易です。

患者さんや家族に安心感を与えるインフォームド・コンセントの条件の一つに首尾一貫した説明があります。今日インフォームド・コンセントの片方の当事者が医師のみではなく医療従事者全体であるとされている。診療をマニュアル化する必要は無いが、患者さんからの質問に対してそのつど、看護師が「主治医の先生に聞いてみてください。」とか「あとで先生に聞いておきます。」では心もとないし、信頼感も薄れます。

診療や看護ケアを標準化し、その内容を医療従事者全員が理解してこそ初めて真のインフォームド・コンセントが可能となると考えています。そのために、その患者さんに予定されている全ての診療

過程を可能な限り理解できるような工夫をしています。例えば、当科では入院してきた患者さんが手術創の大きさや出血量など手術の内容、手術場の様子などを聞きたがるため、看護師と理学療法士の手術見学を定期的に行っています。その結果看護師や理学療法士から「手術に関する説明もある程度自信を持ってできるようになった。」との声が聞かれるようになっていきます。

最近入院していた医療機関や報道関係などの複数の患者さんから、「この看護師さんたちは説明が一定していて安心感がある。専門職としての職能に自身と誇りを持っている。」と言ったような内容のご意見をいただきました。看護師長ともどもこの上ない喜びを感じました。

#### 4) EBMについて

EBMについては様々な問題点や誤解があり、その一つであるEBMの個別性と普遍性について、その要因が医療サイドあるいは患者サイドにあるものを取りあげます。

**医療者サイドの要因**：私が前回の10号でお話した人工股関節に関するEBMは私個人の個別的なEBMです。発表の際、ある先生から「先生のこの診療システムが日本の標準になればよい。」とのご意見をいただきました。手術という「技術」が関係する部分を除けば可能かもしれません。手術に関しては「技術」が問題となるので、年間250件以上の手術をこなす医師と年に数件の医師とでは術後成績には自ずと優劣が生じます。人工股関節の手術が30から40分で終了するというのは決して標準的ではありません。したがって、本論で述べたEBMの多くは私の施設において私が執刀した個別的なEBMです。よって、はなはだ僭越ではありますが、今回述べたEBMは他の整形外科医が必ずクリアしなければならない標準ではなく、目標としての標準かもしれません。しかしながら、患者さんの立場から言えば、クリアして欲しい標準どころかもっと質の高い医療を期待したくなるでしょう。

**患者サイドの要因**：患者サイドの要因からEBMの検証で問題となる点がEBMのエンド・ポイント（最終評価）となる「満足度」です。社会や個人のニーズは日々刻々変化しており、「昨日の満足」が「本日の満足」にならないことがあります。エンドポイントが明確な心臓バイパス手術（エンドポイントは生きているか死んだか）ならEBMの評価は比較的容易ですが、本論で取り上げた人工股関節ではエンドポイントの設定の仕方によってEBMの本質が異なってしまう可能性があります。つまり、痛みがなく歩ければ「満足」としていたのが、スポーツが出来なければ「満足しない」となれば、臨床成績は極端に低下してしまいます。整形外科分野では術前のインフォームド・コンセントにかかわらず、今後評価基準（ゴールあるいはアウトカム）の設定変更が起ころうる時代になりつつあります。（近い将来、ACバイパスのエンドポイントも変わるでしょう。）

経過や結果が全く同じでも、ある患者さんは満足、ある患者さんは不満足となり、ここでもEBMに差が生じる可能性があります。

#### 最後に

クリティカル・パスは良い医療を行うためのツールです。最終目標は良いパスが出来たかではなく、あくまでも良い医療が出来たかであります。患者さんや医療従事者に選ばれ、多くの患者さんが訪れてくださることが最大の評価であると考えています。私たちの世代は、「医学」は教わってきましたが、「医療」はあまり教わってこなかったように思います。停年まであと15年以上、これからも医学部の臨床系教官として学生や教室員、コメディカルのスタッフともども「思いやりのある効率的で質の高い医療」を追求したいと考えています。

#### 《後記》

2回にわたりご紹介しました京都での医療マネジメント学会で弁護士の中坊公平さんの特別公演がありました。その中で心に残った言葉があります。「患者さんのために良い医療をやるうとする学会ができたことは大変結構であるが、医療のもう一方の当事者である患者さんが参加していないことが私にははなはだ不満である。結局医療従事者が自分たちに都合の良い仕組みを作っているだけではないか？」久しぶりに強い共感を覚えました。

今年が皆様にとって良い年でありますように！

# 大腿骨頭壊死症 第3回

大学院 北島 将

「股関節だより」第4号と第8号で大腿骨頭壊死症の特集を組みましたが、今回は大腿骨頭壊死症の病態と治療に関して、図を交えてお話をしたいと思います。

## 大腿骨頭壊死って何？

股関節は、人間の体の中で最も大きな関節であり、骨盤と大腿骨によって構成されています。関節は、いろいろな形をしていますが、股関節は、臼蓋とよばれるお皿の形と、骨頭というボールの形が合わさり、滑らかに動いています。(図1) 関節は、骨だけではなく、骨と骨をつなぐ靭帯や、骨と骨の間にある軟骨、関節を包む袋などがあり、さらにそれらに栄養を与える血管や、情報を伝える神経などいろいろなものによりつくられています。X線には骨だけが写ります。

大腿骨頭壊死というのは、大腿骨の頭(骨頭)の一部が、死んでしまうことです。大腿骨の頭に栄養を供給する血液の流れが悪くなったために起こります。人の頭で例えれば、首をしめられたような状態といったことになります。原因はアルコールの多飲やステロイドの内服など様々です。

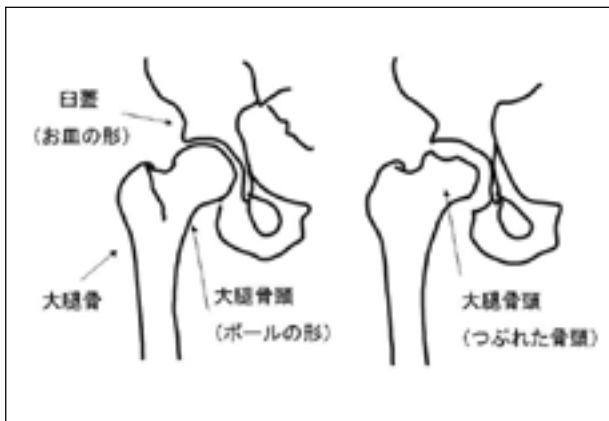


図1 股関節の図

## 大腿骨頭壊死の病状の進行

骨頭の一部が死んでしまうとどうなるのでしょうか？結論からいうと、潰れてしまうのですが、もう少し段階を追いましょう。骨は、パイプみたいに空洞になっている皮質骨という硬い骨とその空洞を埋めている海綿骨の2種類からできています。股関節では、海綿骨と関節の中にある軟骨で体重をささえています。海綿骨は、スポンジみたいな形で小さい骨がいくつも連絡をとりあっており、その間に、骨をつくったり、壊したりする細胞がひしめいています。私たちの体の中では、常に骨が壊され、作り変えられていますが、骨頭も例外ではありません。で

は、そこに栄養がいかないとうなるのでしょうか？骨をつくったり、壊したりする細胞の働きが悪くなります。柱となる海綿骨はしっかりしているので、それらの細胞たちが働けなくなったからといって、骨頭はすぐにはつぶれません。

体重を支える股関節は、歩くときには3倍の力が加わるといわれています。海綿骨は体重を支えるときに、負荷がかかりすぎると一部が壊れ、それを修復するという作業を繰り返しています。しかし、修復してくれる細胞が働いていませんから、柱は徐々に少なくなっていくとします。そして、だんだんつぶれていくこととなります。急速につぶれていけば、臼蓋側は反応する前ですので、臼蓋はきれいなままです。つぶれ方がゆっくりであれば、臼蓋側の方もなんとか、骨頭側の負担を軽くしようと骨をつくらうとしますから、変形が起きてきます。(図2)

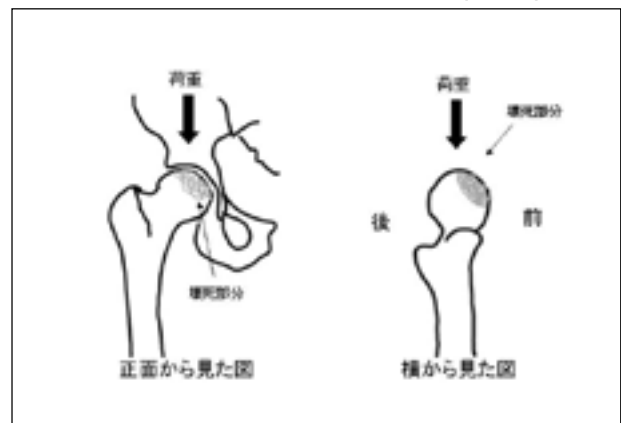


図2 壊死した部分

## 大腿骨頭壊死の治療は3種類

血流をいかに戻すか、つぶれたものをどうやって修復させるかが治療の焦点となります。その解明は厚生労働省などが取り組んでいるのですが、解決はもう少し先になりそうです(私たちの施設でも解明に取り組んでいます)。では、現在私達の施設において行っている治療を述べたいと思います。

治療の際、重要なポイントは3つあります。年齢 生活の質 死んでしまっている範囲です。この3つの点を考慮し治療法を選択していきます。

死んでしまった骨の回復(壊死したところの縮小)を日常生活を変えることで待つ方法(保存的療法)と、死んでしまった骨頭をとってしまう方法(関節置換)の2つの方法に大きく分かれます。当然、保存的療法が望ましいのですが、現在の医療では限界があります。外来で、保存的な治療をしている患者様は、若い方で生活の制限が比較的少ない方にしぼられます。

もう一つの方法は、つぶれてしまった骨頭はひどい痛みを伴いますので、手術的な治療で骨頭を摘出して人工物を入れる方法です。皆様ご存知の人工股関節置換術(図3)であり、人工骨頭置換術です。

のところで、臼蓋の変形の話に少し触れましたが、臼蓋まで変えてしまうのが人工股関節置換術、骨頭だけを入れ替えてしまうのが人工骨頭置換術になります(X線は同じ形に見えます)。人工骨頭置換術をした方法と、最初から人工股関節置換術を行った方法を比較した場合、後者の方が成績がいいということが分かってきており、当施設でも、大腿骨頭壊死症の方には最初から人工股関節置換術を選択するような方向に変わっています。人工股関節の利点は、痛みが取れて、生活の質が著しく向上する点であり、改善が望まれている点は、寿命が約20年といわれている点です。ですので、人工股関節置換術をするには、年齢が重要なポイントとなります。10代、20代の方への選択は非常に悩まされることです。

さて、実はもうひとつの方法があります。それは、死んでしまったところを補強したり、死んでしまった部分を荷重がかからない方へと移動させてしまう手術の方法です。

なぜそのようなことができるのでしょうか？

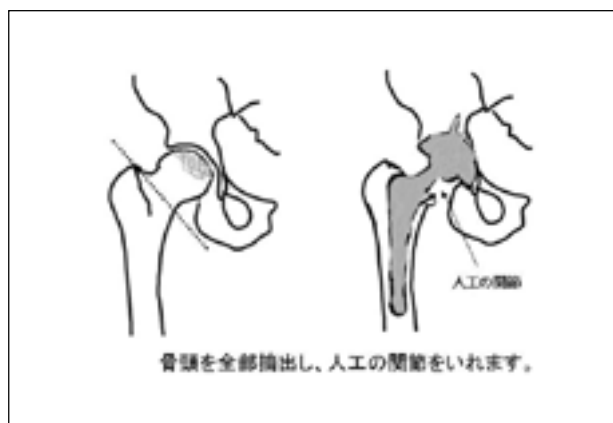


図3 人工股関節置換術

### 大腿骨頭回転骨きり術

当施設では、死んでしまった部分を荷重がかからない方へと移動させる「大腿骨頭回転骨きり術」を選択しています。(図4、5)文字通り骨頭を回転させる方法です。(図6)先ほどの項で、死んでしまった部分が治療の選択の上で重要な点だということ述べました。大腿骨頭壊死症は、骨頭の中で壊死になりやすい部位があり、骨頭全部が死んでしまうわけではありません。死んでしまった部分が小さければ、それを他の部分にまわしてしまえば、痛みが取れ、進行がとまることを期待して行います。しかし、これにも限界があります。年齢 生活の質 死んでしまっている範囲の3つの点を考慮いたします。骨きり術というのは、人為的に骨折を起こしますので、骨折の治療に時間がかかります(リハビリも長くかかります。)人工股関節置換術は、リハビリの期間も短く、壊死した骨頭を全部とって

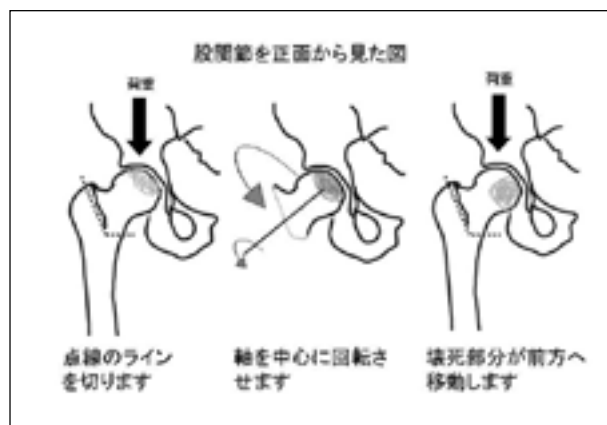


図4 大腿骨頭回転骨きり術

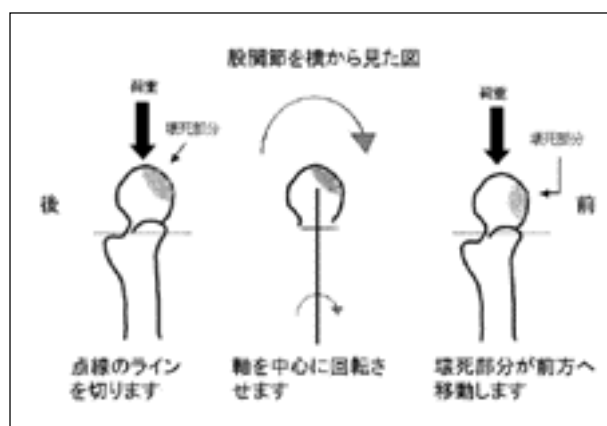


図5 大腿骨頭回転骨きり術

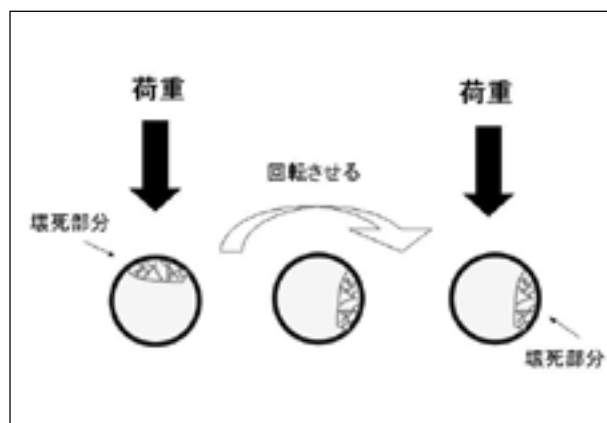


図6 回転骨きり術の原理(体の横から見たところ)

しまうわけですから、生活の質は間違いなく向上します。以上を考えると、骨きり術は自分の骨をできるだけ残しておきたいという若い方に適応となります。また、死んでない部分が体重を支えられるだけの強度を持っているかが重要な問題になります。(図7)これは手術手技にも関係してきます。骨頭は回転できる範囲がかぎられており、まわしすぎは血流障害の原因となりえます。(図8)

まとめますと、大腿骨頭壊死症は、大腿骨頭が死んでしまう病気であり、治療方法は、保存的な治療があり、手術療法として、大腿骨頭をまわす回転骨切り術、大腿骨頭を取り出してしまう人工股関節置換術の3種類を当施設では選択しています。(他の

方法をとる場合もあります。) それらの選択には、年齢や日常生活の程度、それから壊死した領域の大きさを充分に考慮して行います。

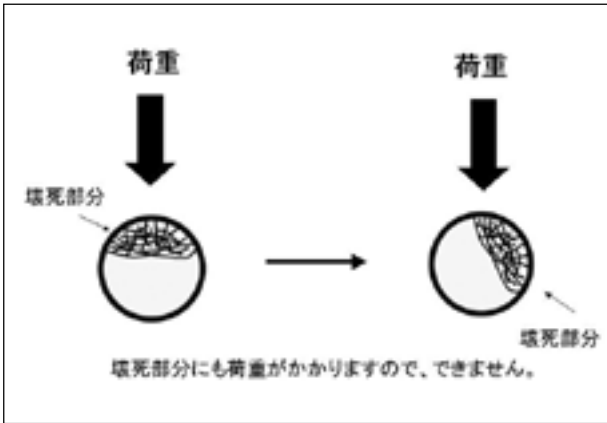


図7 手技上の問題 壊死部分が大きい場合

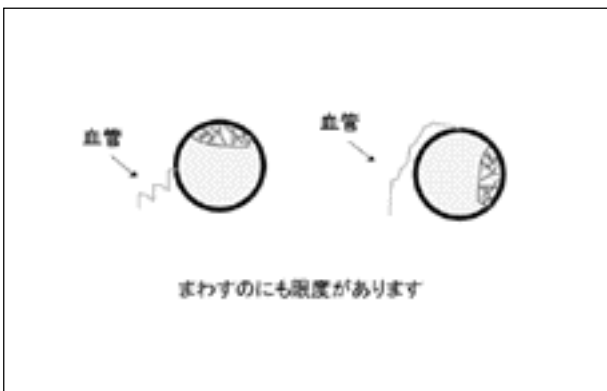


図8 手技上の問題

以上、簡単ですが大腿骨頭壊死の病態と当施設で行っている治療に関して述べさせていただきました。私は、現在佛淵教授の下で研究を行っています。皆様にお会いする機会はお外でしかないのですが、X線写真やカンファレンス(医師の相談会)を通じても皆さんとは関わりを持たせていただいています。数年前は、佐賀医大整形外科の病棟で勤務しておりましたので、外來で、私が受け持たせていただいた患者様に数年ぶりにお会いし、元気なお姿を見てとても嬉しく感じています。そのときが医師になってよかったと思う一瞬です。(注、私が手術をしたわけではありませんが・・・)さて、私の研究室の一端をお見せいたしましょう。私の研究室は現在2人おり、なんと佛淵教授のお部屋の前に位置しています。佛淵先生が手術へ、外來へ、行かれるお姿を拝見しながら、研究データと格闘する日々を続けています。今回のテーマである大腿骨頭壊死症の研究も私の(実際は佛淵教授ですが)実験室で行っています。正常な方と、大腿骨頭壊死症といわれておられる方の骨の中にどんな違いがあるのかを探る研究です。この股関節便りで成果をご報告することが出来る日もあるかと思ひます。話は変わりますが、一部の皆様にはインターネットを通じても関わっております。佐賀医大のホームページをご覧になられた方はお分かりになると思ひますが、佐賀医大のホー

ムページは少しずつ変わっております。なかなか外來でお話をする機会が少ないですので、インターネットを通じて皆様と交流をもてたらと考へ、伝言版、意見コーナー等開設しております。日ごろ聞けない悩みなど、佛淵教授を目の前にしたら言えないことも多々あると思ひますので、こっそりお聞きください。場合によっては佛淵教授のお耳にいれることなく対処させていただきます。長崎県大村市の「キタラメ」様、「まつ」様、「兵庫県のコブタ」様、「えひめみかん」様からもお便りをいただいておりますが、佐賀医大で手術を受けられた方々の交流の場として特にご活用いただきたいと思います。

これから度々顔を出すかも知れませんが、今後よろしくお願いいたします。

# 片側の人工股関節置換術を受けた人のQOL調査について

看護学科 藤田 君支

皆さまこんにちは。前回の股関節だよりでクオリティオブライフ(QOL)について簡単に説明させていただき、その後、片側の人工股関節の手術を受けた一部の方へQOL調査票をお送りしました。枚数の多い調査票だったにも関わらず、たくさんの方に返送していただきました。どうもありがとうございます。集計に携わっていて印象的だったのが、調査票の最後のページに質問などの自由記載らんを設けていましたが、佛淵教授への感謝のメッセージや近況報告がとて多かったです。佛淵教授や先生方も皆さまのメッセージやお手紙に喜んでおられました。数字で評価することはできませんが、多くの方のQOLが手術を受けてよい結果につながっていることが伝わってきました。

ご協力いただきましたQOL調査について、現在までの集計結果を少しご報告いたします。今回の調査では、身体面の機能性や活動性、痛みについて、心理面では心の健康や自尊感情、そして生活環境などをお尋ねしました。これらは股関節の手術を受けた方のQOLに大きく関わるものと思います。調査票をお送りしたのは319で、回収が222、今回はそのうち欠損がない164名について集計しました。男性が17%、女性83%で年齢は42～87歳までの平均63歳でした。股関節の症状がでてからの期間は平均10.6年で、仕事をしている方が28%いました。(図1)

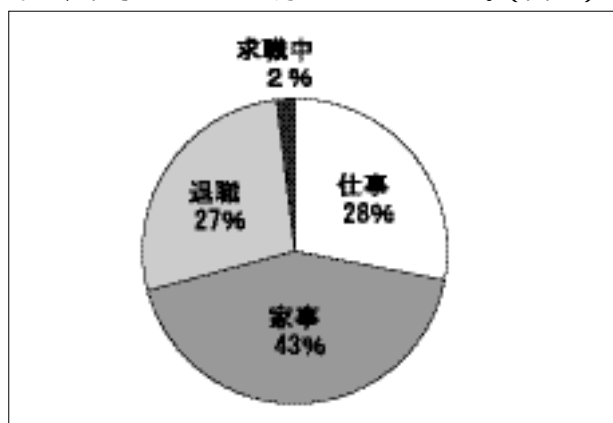


図1 就業について

身体面についてですが、股関節の痛みは階段昇降の 때가多く「少し痛みがある」が25%でした。こわばりは起床時より日中の方が「少しある」が多い傾向にありました。日常生活については「困難なし」が少なかったのは、靴下の脱ぎはきや階段昇降、物を拾うこと、車の乗り降りでしたが、最も難しいのは足の爪きりでした。入浴やトイレ、買い物、簡単な家事は「困難なし」が多く、バスや電車など公共の乗り物利用に「困難なし」が54%でした。術前と比較しての結果も良くなったと答えた方が多く、生

活行動全体が改善し、活動の幅が広がっていることがうかがえました。(図2、3)

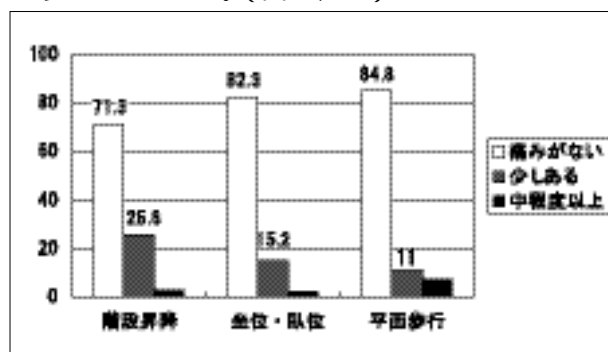


図2 股関節の痛み

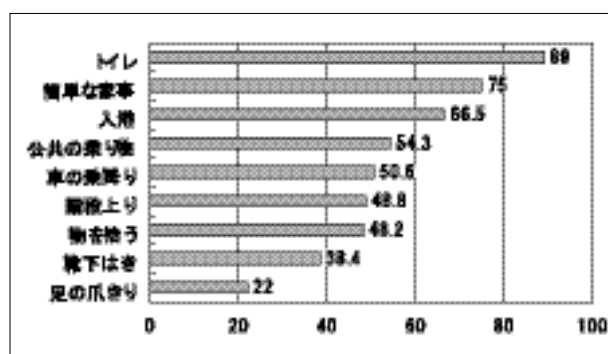


図3 日常生活の困難について「困難なし」の割合

精神面では落ちこみや憂うつだと感じる人は少なく、心の健康もよい傾向にありました。また、自尊感情については、50点満点で平均が36点と自分を肯定的にとらえている方が多い傾向にありました。この質問は答えにくい部分が多かったかと思いますが、あまり深刻に考えずご回答ください。答えたくない部分については無理にお書きにならなくて構いません。(図4)

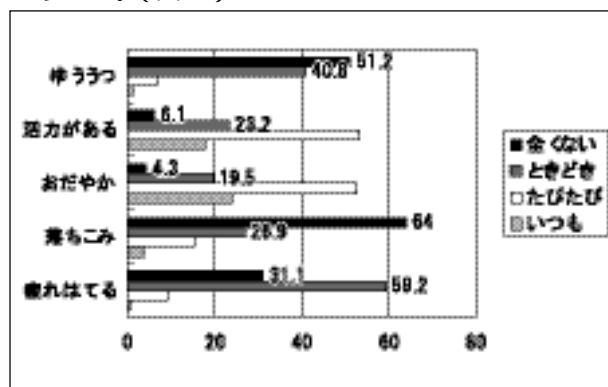


図4 心理面について

生活環境の面では何らかの住宅改造をした人が41%で、浴室やトイレが中心でした。また医療福祉サー

ビスでは、訪問看護やホームヘルパー、入浴サービスなどを利用している方はわずかで、ショートステイ（短期入所）は全くいませんでした。ほとんどの方が自立してご自宅で生活しているものと思われます。

以上、簡単ではありますがご報告させていただきました。皆さまからいただいたありのままのご意見は貴重な資料として今後の医療支援に活用させてい

ただきます。ご協力ありがとうございました。また、まだ調査票を返送されていない方は書ける範囲でけっこうですので、返送くださいますようお願い致します。

## 「脱臼のはなし」

佐賀医科大学 助手 重松 正森

佛淵教授のもとで股関節外科のご指導をいただいている重松といいます。私のことを知らない患者さんがほとんどだと思いますが、実は、股関節手術の約半数に助手として入っています。

平成12年1月から12月までに当院で人工股関節術を受けた患者さんのデータを調査しましたので、これをもとに、今回は術後脱臼の話をしようと思います。

入院中、主治医や看護師さんに何度も注意され(脅され?)今もかなりビクビクされている方もいらっしゃるでしょう。

まず脱臼の頻度ですが、いわゆる普通の人工股関節手術をされた患者さんで0.52% (194人中1人)、人工股関節再置換術(つまり2度目の手術)を受けた患者さんは0% (13人中0人)でした。ただし、平成12年の成績は非常によく、他の年も合わせれば、だいたい1~2%くらいの頻度ではないでしょうか。それでも普通に注意していれば、脱臼はほとんど起こらないということです。

ただし、脱臼を起こしやすい患者さんもいます。それは、「高位脱臼性股関節症」、「急速進行性股関節症」、「大腿骨頭壊死症」の患者さんです。これらの患者さんは脱臼頻度が10%近く(他施設と同程度)あります。「高位脱臼性」とは、わかりやすく言うと、術前にもすごく足の長さの差(たとえば7センチとか)があった方です。この理由ですが、術前の足を出す感覚が術後も残っているからのようです。たとえば、足を前に出そうとしているのに実は内側に出してしまっている、というような。ただし、この感覚は徐々に改善されていきますので心配はいりません。「急速進行性股関節症」、「大腿骨頭壊死症」の患者さんの脱臼が多い理由は、術前の痛みの期間が長くないため可動域が大きい(良すぎる)からだと思います。

次に、脱臼を起こしたとき、どういう処置がなされるかをお話します。基本的には柔道などで肩が抜けたときと同じです。血管から眠たくなる点滴をい

れている間に整復します。だいたい5分から30分でおわります。その日は一泊入院し、翌日からは歩行可能ですので帰宅できます。

脱臼の原因を聞くと、「足の裏を洗おうとした」、「転倒した」、「深く腰掛けていて立ち上がろうとした」が多いようです。全く注意しないのも、用心しすぎるのもだめです。人工関節術を受けられる患者さんは、何かやりたいことがある前向きなひとだと思います。(家の中でだまってしていればそんなに困らないはずですから・・・)適度に注意しながら、趣味や旅行など、痛みのない生活を満喫してください。

それでは、また教授外来でお待ちしています。失礼します。





京セラ株式会社  
バイオセラム事業部  
石田 典之

昨年11月より研究生として佐賀医大に参りました石田と申します。私は、京セラという会社で人工関節の設計開発をしている技術者です。

京セラをご存知の方もおられると思いますが、簡単に紹介させていただきます。京セラは電子機器の部品から、携帯電話、ソーラー発電など、幅広い製品群を有するメーカーで、元々ファインセラミック材料の製造技術をベースとした“もの造り”をしてきた会社です。

今から約30年前、ファインセラミックスの摩耗しにくい性質や、生体組織になじみやすい材料であることを活かし、国内で初めて人工歯根や人工関節を商品化しました。

それ以来、日本人の患者さんの体格にあった人工関節のデザインの改良や、骨の無機質であるアパタイトを人工関節表面に用いて骨とくっつき易くするなど、人工関節に用いる材料の改質に取り組んでまいりました。

今回、佛淵教授から、人工股関節を手術された患者さんは、股関節の痛みが取れ日常生活ができるようになったことに一応満足していただいているが、本当はもっと自由な活動ができることを望まれていることを教えていただきました。そして、患者さんの満足度を更に上げる“次世代の人工股関節の開発”をご提案いただきました。

このような機会にめぐり合わせを持ち、幸いにも研究生としてそのプロジェクトに参加させていただくことに感謝しております。また、優れた人工関節を、この佐賀の地から世界に向けて生み出していけるよう、微力ながら貢献したいと思っております。

## 股関節だより 1年間の送付状況

医局 野中 寿栄

早いもので、股関節だよりの年間の送付状況をお伝えする時期になりました。昨年までの送付状況は以下のようにしております。

佐 賀 市	136名
多 久 市	29名
伊 万 里 市	45名
武 雄 市	34名
唐 津 市	29名
鹿 島 市	38名
鳥 栖 市	10名
佐 賀 郡	74名
小 城 郡	49名
杵 島 郡	72名
東 松 浦 郡	55名
西 松 浦 郡	10名
藤 津 郡	28名
神 埼 郡	42名
三 養 基 郡	4名
計	655名

佐 賀 県	652名
福 岡 県	130名
長 崎 県	44名
大 分 県	5名
熊 本 県	29名
宮 崎 県	32名
鹿 児 島 県	8名
愛 媛 県	2名
徳 島 県	1名
山 口 県	8名
島 根 県	1名
鳥 取 県	1名
広 島 県	1名
兵 庫 県	3名
和 歌 山 県	1名
奈 良 県	1名
愛 知 県	2名
神 奈 川 県	2名
東 京 都	2名
埼 玉 県	5名
千 葉 県	2名
茨 城 県	1名
富 山 県	1名
福 島 県	2名
北 海 道	1名
計	939名

昨年の総数は全体で935名、佐賀県だけで652名になっております。

一昨年と比べまして佐賀県で200名近く増えており、佐賀市外からの患者様が一昨年より多くなっております。全国の集計をみても九州内はもちろんのこと、関東、東北からの患者様も増えているのがこの集計からもおわかりになると思います。現在、入院の予約が6ヶ月待ちになっております(読売新聞の掲載のおかげで新患の患者さんが多くなりました)。今年は、県内より、県外の患者様が増える感じがします。

今年も年間の送付状況をお伝えいたしますので、楽しみにお待ちください。



## 思い出に残る患者さん9 先天性股関節脱臼

誰のせい？ 足の長さがそろった！

先天性股関節脱臼は以前生まれつき股関節が脱臼している病気で、されてきました。その後、オムツの当て方や抱っこの仕方です。予防できるものとされ、この40年間で10分の1以下に激減しています。それでも先天性股関節脱臼の患者さん（赤ん坊）が年に何人かお見えになっています。

先天性股関節脱臼は今でも悲しい病気です。家族の、とりわけ母親と子供のつらい、つらい病気です。誰でもそれなり原因や理由を持っていたし、今でもたくさん悲しい言い訳があります。

私が生まれ育った小さな村でも、その悲劇はありました。私より5歳くらい年上の近所の女の子（お姉さん）でした。当時は結核や小児麻痺（ポリオ）のみならず先天性股関節脱臼も遺伝性の病気とされてきました。その人は今思えばただの普通の先天性股関節脱臼でした。でも、その人の脱臼はお兄さんが遊びの中で無理やり足を引っ張ったのが原因とされてきました。医学の知識の無い当時、小学生だった私は勿論のこと村中でそのことは紛れもない「事実」でした。濡れ衣のお兄さんはもとより、家族全員の不幸でした。しかしながら、そんなことは当時としては普通のことでしたし、他にもたくさん不幸がありました。

その「私」は20年後、整形外科医になっていました。研修医として勤務していた病院に先天性股関節脱臼の子供が入院していました。私が主治医だったわけではないが、皆のアイドル的な存在で、2歳半位のとてかわいいた女の子でした。その頃になると先天性股関節脱臼の考え方、知識が大きく変わっていました。先天性股関節脱臼は検診で見つかる、また多くは予防出来るものとされてきました。ところが今度は、それを予防できなかったのは家族、とりわけお母さんの責任とされ、新たな悲劇の始まりであったような気がします。決して家族やお母さんの責任ではありません。敢えて言えば、私たち医師や保健師、看護師などの責任といっても過言ではありません。一方、今でも防ぐことの出来ない股関節脱臼もあります。あの頃の

女の子とご家族、とりわけ責任を一人で背負ったようなお母さんのことを思い出します。

完全に脱臼した方の手術件数が100を超えました。自分の骨で対処できた骨切り術の患者さんも3名おられます。いずれも10歳代の方です。そのうち11歳と13歳の方はほとんど足の長さが同じになりましたが、17歳の方は脱臼が高度で長さに関してはもう少しでした。手術は同じ骨切り術でも臼蓋形成不全、屋根根のかぶりの悪い股関節の方に比べると難しい手術ですが、10歳前半なら何とか頑張れそうです。

年齢的には問題がありますが、40代の方でも完全に脱臼している方では人工股関節をお勧めすることがあります。その主な理由は2つあります。一つには、足の長さが異なることにより、腰や膝関節に障害が起こることです。高齢になってから股関節を手術しても腰や膝の痛みが取れません。もう一つは、足の長さの違いによる精神的な問題点です。その一方で、無理に足の長さを延ばしたために麻痺を起こしてしまった方も2名、幸い回復していますが、強いつっぱり感が続いた方も居られます。申し訳ないと思いつつも、これからはギリギリのところまで頑張ってください。思い上がりかもしれませんが、「人生を変えてあげたい」と思っています。

これまでに多くのご意見、感想をいただきました。

40代女性「片足が短いことは両親を苦しめると思い、自分の心の中で諦めるようにしていました。いつも夢に見ていました。手術後、片足が短い夢を見なくなりました。」

40代男性「両目に涙を浮かべながら、「両親が生きている間にこの手術をして欲しかった。」

80代母親「私が生きているうちにこの子の足の長さをそろえて下さい。」

60代女性「親をずいぶん恨みました。ひどいことも言いました。自分が親になって申し訳なかったと思っています。」

70代母親「手術が終わった娘と同室の同じような患者さんに、「こめんなさいね、涙を流させて。あの世の貴女のお母様も喜んでおられますよ。私にはわかりません。」御自分も涙、涙……。」

お手紙・お葉書

ありがとう

ございます

長崎県	佐藤 福次郎 様
鳥取県	田邊 里美 様
熊本県	矢野 やよい 様
長崎県	北島 博志 様
唐津市	清水 隆代 様
神奈川県川崎市	綱木 博子 様
長崎県	宮川 すいこ 様

他

## 編集後記

新年 あけましておめでとございます。

今年度も昨年に続き、「股関節だより」をよろしくお願い申し上げます。

昨年は年間4回送付しておりました股関節だよりが、年3回になってしまいまして、股関節だよりを楽しみにしていた患者様に対しては申し訳なく思っております。その分、密度の濃い内容にしていきたいと思っておりますので、今後ともよろしく願います。

今回の股関節だよりは、前回依頼させて頂いたアンケートの中間集計を、藤田先生に書いていただきました。「大腿骨頭壊死症」について北島先生に、「脱臼のはなし」について重松先生に書いていただきました。私も読ませて頂きましてとてもわかりやすくて、股関節について勉強になりました。これから、随時、股関節の病気の話を載せていく予定です。

また、年間送付状況を今回掲載させていただきました。今年は1,000名を超えそうです。県内はもとより、全国からの患者さんが増えたことが大変印象深く残っています。

10号で、整形外科のホームページのことを少し触れましたが、アクセス先をお伝えしておりませんでしたので、今回お伝えしたいと思います。アクセス先は、<http://www.seikei.saga-med.ac.jp/>です。ホームページには伝言板コーナーと、質問コーナーを設けておりますので、お気軽にアクセスしてください。質問コーナーは、プライバシーを守りますので、安心して、悩みの相談、質問をしてください。お答えできる範囲で先生が対応していきます。

毎回たくさんのお手紙、お便りいつもありがとうございます。皆様からのお手紙は、股関節だよりを編集する上で、大変励みになっております。皆様がお元気で暮らしていられることが何よりの便りでございます。

今後とも皆様のお便りを心よりお待ちしております。メールでも願います。

まだまだ、寒い日が続いておりますので、皆様お体ご自愛くださいませ。

お手紙、住所変更等の連絡先 〒849-8501 佐賀市鍋島5丁目1番1号  
 佐賀医科大学整形外科医局 股関節だより編集局 野中まで  
 TEL: 0952-34-2343 ・ FAX: 0952-34-2059  
 Mail address nonakah@post.saga-med.ac.jp  
 追伸：住所変更があった時は、ご連絡をお願いします。