

# 股関節だより

第 17 号

平成17年 8 月

■発行日 平成17年 8 月19日

教授 佛淵 孝夫

「股関節だより」第17号をお届け致します。今年の4月から手術室が一つ増え、最近では私と馬渡助教授、それに園畑助手の3人で毎週15~18名の股関節手術を行っています。その結果佐賀大学では股関節と膝関節以外の手術は行えなくなりました。骨折や脊椎、上肢の手術は浅見助教授が副院長として赴任された佐賀社会保険などでお願いしています。

整形外科では毎年10月8日ごろに「骨と関節の日」と題しまして全国で講演や健康相談などを行っています。昨年は「腰痛」がテーマで「知っておきたい腰痛の予防と治療」と題して佐賀県医師会館で一般市民を対象とした講演をさせていただきました。その内容を掲載させていただきます。今年のテーマは「スポーツと整形外科」で10月8日(土)佐賀市内の「佐賀県医師会メディカルセンター」で開催予定です。お近くで興味のある方はお越しいただければ幸いです。(遠くから来ていただくようなものではありません。)

## 平成16年「骨と関節の日」イベント 知っておきたい腰痛の予防と治療

### 1. 腰痛の疫学

60~80%の人は生涯に一度は腰痛を経験し、20~30%の人は数回の腰痛を経験するとされています。整形外科の外来患者の30~40%が腰痛を訴えて来院するという。男女差については男性では20~40歳代が、女性では30~40歳代におおく、男性では職業性の危険因子が多いとされています。全体としては50歳代までは男性が多く、それ以降は女性が多くなります。これには骨粗鬆症が関係すると考えられています。

### 2. 腰痛を起こす病気

腰痛を起こす病気には実に多くの原因と病名があります。

- ① 腰椎に原因があるもの
  - ・ ぎっくり腰などの急性腰痛症
  - ・ 腰椎症(変形性腰椎症、腰部椎間板症など)
  - ・ 腰椎椎間板ヘルニア
  - ・ 腰部脊柱管狭窄症

- ・ 骨粗鬆症による脊椎骨折
- ・ 感染性脊椎炎(化膿性脊椎炎、結核性脊椎炎)
- ・ 腫瘍(転移性腫瘍、原発性脊椎腫瘍)
- ・ 強直性脊椎炎
- ・ 外傷(骨折、脱臼、打撲など)

### ② 内臓などの病気によるもの

- ・ 胃腸・膵臓・肝臓の病気、かぜなど
- ・ 腎臓・尿路結石、膀胱の病気など
- ・ 子宮筋腫、子宮がん、子宮後屈など
- ・ 腹部大動脈瘤、血管の閉塞など

### ③ その他

- ・ ストレスなどによる心因性腰痛
- ・ 環境による職業病としての腰痛

### 3. 年代によって腰痛の原因は変わってくる

腰痛の原因は年齢によってある程度予測がつかます。

#### ① 若い人では

- ・ 外傷、スポーツ障害
- ・ 脊椎分離症
- ・ 椎間板ヘルニアなど

#### ② 中年になると

- ・ 椎間板ヘルニア
- ・ 椎間板症
- ・ 脊椎すべり症など

#### ③ 高齢者では

- ・ 変形性腰椎症
- ・ 脊柱管狭窄症
- ・ 骨粗鬆症による圧迫骨折など

### 4. 腰痛の種類と特徴

腰痛には様々な種類と特徴があります。つまり姿勢や動作で痛みに変化はあるのか急性の痛みか慢性の痛みかも重要です。また痛むのは腰だけか、お尻や足まで痛むのか、痺れがあるのかなどを知る必要がある。それぞれの特徴について簡単に述べてみます。

#### ① 急性腰痛症(ぎっくり腰)

20~50歳代に多く、重い物を持ち上げたり体をひねった拍子に起こることが多く、立ち上がりや動くのがつらいのが特徴です。楽になる姿勢がない、発熱を伴う、冷や汗がでるなどは危険なサインです。

## ② 腰椎症（変形性腰椎症、椎間板症など）

50歳以降に起こりやすく、肉体労働をしている人や慢性的に腰痛がある高齢者ではこの病気が多いとされています。

## ③ 腰椎椎間板ヘルニア

10歳代から60歳代までの幅広い年齢層で起こりやすい。腰から下肢に痛みが響き、前かがみがつらくなります。椎間板から髄核が突出し神経根を刺激することによって起こります。

## ④ 脊椎分離症・すべり症

10歳代から40歳代に好発する。成長期に激しいスポーツをした人や重労働をしている人に多くみられます。腰を後ろに反る動作で腰痛・下肢痛が出現し、長時間の起立・座位や重労働のあと疼痛が増強します。

## ⑤ 腰部脊柱管狭窄症

50歳代以降の方に多く、特徴的な症状としては少し歩いただけで下肢に痛みやしびれが出てそれ以上歩けなくなりますが、しばらく休むとまた歩けるようになります。進行すると下肢の脱力や排尿・排便障害が起こることがあります。

## ⑥ 心因性腰痛

ほとんど全ての年代で起こり、仕事や家庭に不安や不満を抱え、気分が晴れないなどの症状がみられます。腰痛は慢性で検査しても原因が見つからないことが多いです。

## ⑦ 骨粗鬆症による脊椎骨折

50歳以上で閉経後のやせた女性に多くみられます。ささいな原因で脊椎の圧迫骨折を起こし急性腰痛となるが、高齢者では背中が丸くなり身長が低く慢性腰痛をきたします。

## ⑧ 感染性脊椎炎

高齢者や糖尿病、肝臓病などで抵抗力の低下した人に起こりやすい病気です。化膿性脊椎炎では高熱、結核性では微熱が続くことなどがみられます。

## ⑨ 転移性脊椎腫瘍

がんの既往があるやや高齢者に多く、肋間神経痛様の疼痛や麻痺を伴う激しい疼痛が起こることがあります。

## 5. 腰痛の予防

正しい姿勢つまり床の上では正座、椅子ではやや高い椅子で机はできるだけ近づけるほうが良いとされています。重い物を動かすときは引くより押すほうが良く、物を持つときはできるだけ体に近づけて持つほうが安全です。以前腰痛が出現した動作はできるだけ避けてください。

## 6. 腰痛の治療

予防が大切ですが、いったん腰痛が出現したら以下に述べる治療法で対処するのが良いでしょう。

### ① 薬物療法

薬物療法には消炎鎮痛剤、筋弛緩剤、ビタミン剤、ホルモン剤、精神安定剤などがあります。さらに消炎鎮痛剤は貼付剤、塗布剤、内服剤、座剤などがあり、使い分ける必要があります。

### ② 理学療法

理学療法には物理療法として温熱・寒冷・レーザー・低周波・超音波療法と牽引・装具療法があり、さらに運動療法として姿勢指導・腰痛体操・マニピュレーションがあります。

### ③ 局所ブロック療法

硬膜外ブロック、神経根ブロック、椎間関節ブロック、交感神経ブロックがあります。

### ④ 手術療法

治療の原則は保存療法ですが、症状が取れない場合や神経症状が強いか進行する場合には手術療法が選択されることがあります。手術療法の基本は除圧と固定です。

## 7. 腰痛に対する新しい考え方 —英国の例—

整形外科的な腰痛治療は、原因を脊椎の解剖学的な外傷・編成に求め、研究・診断・治療が行われてきました。これに対して最近出された英国の腰痛治療のガイドラインでは、腰痛を椎間板ヘルニアなどのように局在・病態が比較的明らかな特異的腰痛と正確な原因診断が困難な非特異的腰痛に分けています。さらに癌の脊椎転移や化膿性脊椎炎などの重篤な脊椎病変の可能性がある場合には直ちに脊椎専門医を紹介することが推奨されています。神経根障害が重度な場合も専門医への紹介が必要であるが、非特異的腰痛の場合はプライマリーケア医（一般の家庭医）で十分としています。

日本ではプライマリーケア医が腰痛を扱う能力が十分でない現状から、腰椎由来の腰痛と考えられる場合は整形外科医が担当することが望ましいでしょう。

## 8. 最後に

様々な腰痛がありますが、中には早期発見早期治療が必要な重大なものもあります。それには何より「正しい診断」が重要で、そのためには腰痛の専門医であるお近くの整形外科でご相談ください。

股関節だけではなく、腰痛や膝痛にも気をつけてください。

# 人工関節外科講座だより

人工関節学講座助教授 馬渡 正明

本年1月より人工関節学講座が開設され半年が経過しました。助教授1名、助手2名の所帯ですが、整形外科教室とともに日常の臨床業務を行っています。4月から新しいクリーンルーム（人工関節置換術など特に術中のクリーン度が要求される手術を行う特別な手術室）が稼動してからは、以前と比べて格段に手術症例数が増えています。現在毎週20例前後の人工関節置換術が行われています。ご存知のように佛淵教授の手術を受けようと全国から患者さんが押し寄せていて、教授は多忙を極めておられます。現在もなおコンスタントに週12例前後の手術を続けておられ、それでも8ヶ月待ちの状態です。私が赴任して急ぐ患者さんは任せてもらっていますが、現在2ヶ月半待ちとなっています。さらに毎週平均20例の手術予定新患が来院されますので、なかなかお待たせする期間が減らないのが現状です。

さて、人工関節学講座の研究テーマは「和式生活に適した人工関節の開発」と「抗菌仕様人工関節の開発」です。第一のテーマは股関節、膝関節ともにより可動域の大きな、安全性の高い人工関節を開発することです。つまり股関節に関しては術後合併症の中で大きな問題である脱臼の危険性を減らすよう

な安定した人工関節の開発ですし、膝関節では正座が楽にできるような大きな動きのある人工関節の開発ということになります。第二のテーマは、股関節、膝関節ともに、術後の大きな合併症の一つである感染症予防のため、人工関節自体に抗菌性をもたせることにあります。両テーマともに非常に重要なもので、整形外科教室と共同して進めているところであります。佛淵教授の卓越したアイデアと理工学部の先生方の基礎研究、株式会社JMM、さらには大学の福祉健康部門や看護部門の方々の協力もあり、着実に進んでおります。すぐれた研究開発と実用化のために、一員として頑張りたいと思っています。

誤解される面もあるかと思いますが、「人工関節学講座」所属ですが、骨切り術ももちろん行っております。多くの手術をさせていただいていますが、ベッドが50床なのでこれ以上の症例を手術するのは不可能で、増床とスタッフの増員が予約待ち期間を減らす方法ですが、なかなか望めないようです。しかし少しでも早く、最良の治療を提供できるように努めていきたいと思っています。

今後ともよろしくお願い申し上げます。

## 手術後の「痛み」について

整形外科助手 園畑 素樹

命にかかわる一刻を争う手術であれば、手術後の容態が心配で、手術後の「痛み」を心配する余裕はないかもしれません。しかし、整形外科の手術の多くは、早く手術をしなければ命に関わるといった病気ではありませんし、佐賀大学で股関節の手術を受けられる患者さんの多くは「痛み」を取り除くことを目的に来られています。「痛み」を取り除くためとはいえ、手術で痛い思いをするのは、怖いし嫌ですね。私たちは手術を受けられる患者さんがより安心して手術を受けられるように、手術後の「痛み」を最小限におさえる工夫を行ってきました。そこで今回、手術後の「痛み」についてお話させていただきます。

私たちは手術前もしくは手術直後に「疼痛時の指示」というものをカルテに書きます。具体的な例を簡単に示します。①座薬（ $\times\times\times?$ mg）。効果がなければ、②筋肉注射（ $\times\times\times?$ mg）、といった指示です。この指示にしたがって、患者さんの容態を診ながら看護師さんが鎮痛剤を投与します。おそらく、日本全国ほとんどの整形外科がこれに近い方法で術後の鎮痛をおこなっていると思います。しか

し、この方法には幾つかの問題点があります。それらの問題点とこれまでに私たちと看護師さんで取り組んできた「痛み」対策を、人工股関節全置換術を中心に一部ご紹介させていただきます。

1) 疼痛時ってどれくらい痛い時？「痛み」の基準がない。

「痛み」の感じ方は、年齢、性別等によって多少影響されますが、基本的には人それぞれです。また、痛いときにはっきりとおっしゃっていただける患者さんと、ぎりぎりまで「痛み」を我慢される患者さんがいらっしゃいます（ぎりぎりまで「痛み」を我慢すると、鎮痛剤が効きにくくなるので我慢はしないでください）。看護師さんに「痛くなったら教えてください」と言われても、どれくらい痛くなったら呼んでよいものやらと困った方もいらっしゃるかもしれません。血圧や出血量などは客観的に数字で測ることができますが、「痛み」を客観的に評価することは今のところ難しい状況です。そのため、患者さんによって、鎮痛剤を使うタイミングが微妙に違ってしまいます（図1）。現在、世界中



でもっとも広く使用されている「痛み」の評価法は、患者さんに「痛み」を0から10までの11段階で表現して頂くという方法です。私たちはこの方法を手術後の「痛み」の評価に使用することにしました。そして、「痛み」が5を超える前に鎮痛剤を追加するという基準を設けました。基準を設けることによって、患者さんも「痛み」を訴えやすくなり、看護師さんも鎮痛剤を使用しやすくなったのではないかと思います。この方法で、手術後の「痛み」は平均6.0から3.5へと大幅に軽減しました（アンケート調査による）（図2）。

2) 股関節の手術後なので股関節が痛いのに、股関節を動かさないと坐薬を使えない。

これも、どうにかしたい問題です。鎮痛剤を使用するために痛い思いをするのはおかしいですね。そこで、坐薬をなるべく使用せずに、患者さんの負担にならないように、注射薬の鎮痛剤を積極的に使用するようにしました。もちろん、痛み止めの効果は坐薬と同等以上です。

3) 鎮痛剤が効き始めるまでに時間がかかる。

手術後に「痛み」を感じ始めると、一刻も早く取り除いてほしいものです。しかし、患者さんから「痛み」の訴えを聞いてからどんなに早く鎮痛剤を使用しても、薬の効果が現れるまでにはある程度時間がかかります。そこで、鎮痛剤の使用方法を大きく変えました。人工股関節全置換術の麻酔は腰椎麻酔です。つまり、腰から下の麻酔ですので、手術が終わり、病室へ帰ってきたときにはまだ麻酔が効いていて「痛み」が無い状態です。先ほど書きましたが、「痛み」は、ぎりぎりまで我慢すると鎮痛剤が効きにくくなります。逆に、（あまり）痛くないときから鎮痛剤を使用するとよく効きます（これを、先行鎮痛と言います）。そこで、病室に帰ってきた直後から点滴で鎮痛剤を翌朝まで持続的に使用する方法を導入しました。手術後の患者さんの点滴が透明でなく白色になっているのがそれです（図3）。この方法を導入して以降、追加の鎮痛剤を使用する頻度は非常に低くなりました。

以上、私たちが行ってきた手術後の「痛み」に対する取り組みを一部紹介させていただきました。それなりの成果は上がっていると自負していますが、まだまだ課題はたくさんあります。「痛み」は患者さん一人一人の問題ですので、去年より痛みは小さくなったというような説明は個々の患者さんにはあまり意味がありません。患者さんが痛いかどうか、「全か無か」です。今後も手術後の痛み0を目指していきたいと思っておりますので、アンケート調査等へのご協力よろしく申し上げます。また、何か気づかれた点は遠慮なくご指摘下さい。

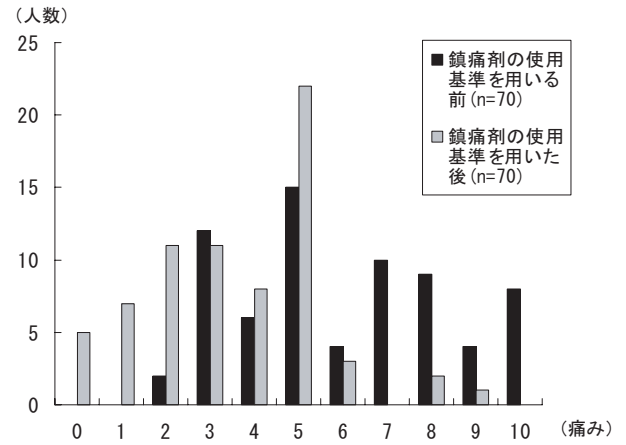


図1 鎮痛剤の使用基準を用いる前と後の「痛み」の分布  
（使用基準を用いると、「痛み」が大きい患者さんが少なくなりました）

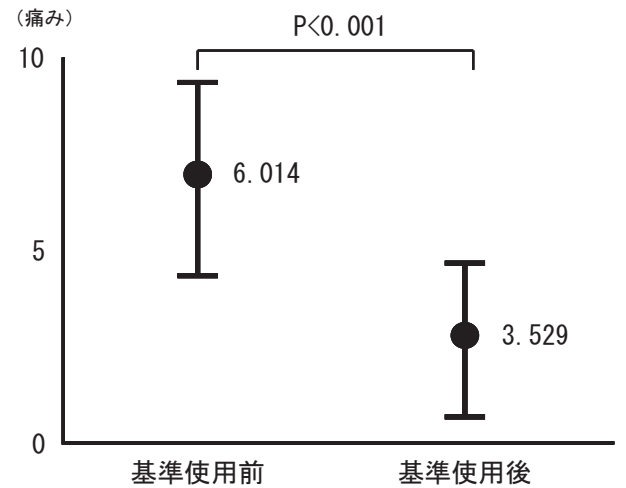


図2 鎮痛剤の使用基準を用いる前と後の「痛み」の違い  
（「痛み」が6.0から3.5へと小さくなっています）



図3 手術後の点滴ボトル  
（左は鎮痛剤が入っています）

# 『人工股関節全置換術を受けた方の満足度に関する調査』

佐賀大学医学部看護学科4年 下城 美紀, 圓 裕美子, 中原 真純  
野村 美佳, 藤丸 温子, 道下可奈子  
看護学科 藤田 君支

皆様こんにちは。昨年の夏頃、外来で人工股関節全置換術を受けた患者さんの満足度についてアンケートをさせていただいた看護学科4年の学生です。その際、協力していただいた皆様ありがとうございました。159名の方々にアンケートをお渡しし、記入もれが少ない149名の方々の結果について、ご報告させていただきます。

アンケートに回答していただいたのは、佐賀大学で人工股関節全置換術を受け、手術後1ヶ月から5年の方です。男性28名、女性121名で、年齢は34歳～86歳でした。

## 1. 手術後の生活に対する満足度

手術後の生活に対する満足度に関する要因として、移動や歩行能力、身の回りの動作がどれくらいできるか、股関節の痛みがあるか、現在の生活をどのように感じているか、人工股関節への慣れ等があるのではないかと考えました。

調査した結果、満足度と深く関連があった要因は、股関節の痛みと歩行能力でした。つまり、手術により股関節の痛みと歩行能力に大きな改善がみられることで、満足度も高くなると言えます。また、これらは、手術後日数（年数）が経つごとに良くなる傾向がみられました。股関節の痛みと歩行能力は、手術前に最も生活上の問題となっていると考えられます。

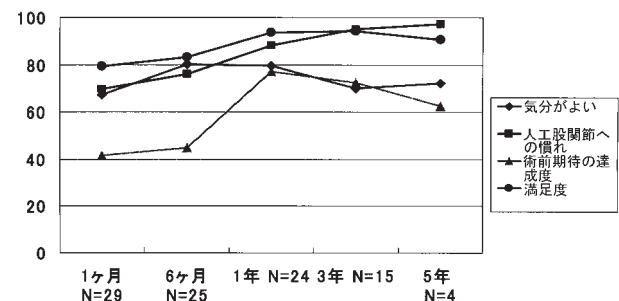
## 2. 手術前の期待と手術後の達成状況

手術前に手術後の生活に対して抱いていた期待として多かったのは、「旅行」「歩行」「仕事」「運動(走る・水泳)」など活動量が大きいものが多くみられ、その他にも様々な回答があり、患者さんのニーズが多様化していることが分かりました。また、期待の達成状況をみると、手術後1年以上経過した方や痛みのない方が達成できたと多く回答されていました。このことから、手術後日数が経過し痛みがなくなることや、人工股関節に慣れることで、期待を達成することができるようになると考えられます。一方、手術後あまり日数が経過していない人では、人工股関節の動きに慣れない（屈曲制限、重いものを持たない）ため手術前の期待を達成できてないことも分かりました。「よくなったら、できるでしょう」との回答もみられました。

皆様の結果については、集計後に整形外科の先生方へ報告させていただきました。私たちもこれから看護師として仕事をする上で、皆様が手術後の生活にどのような期待をもたれ手術に臨み、手術後の生

活をどのようにおくられているのかを知る貴重な経験となりましたし、医療者として患者さんのニーズを的確に把握し、一人ひとりに合った医療の提供へつなげていきたいと考えています。また、今後手術を受けられる方にとりましても参考になる貴重な意見だと思います。ご協力いただいた皆様、ほんとうにありがとうございました。

術後経過日数毎にみた満足度得点



術前期待

項目	回答数
旅行	40
歩くこと	28
外出・散歩	13
痛みのない生活	13
仕事	10
普通の生活	7
運動	6
ジョギング	6
買い物	5
趣味	4
ガーデニング	4
ダンス	4
農業	4

項目(術前期待の達成理由)	回答数	(%)
痛みがなくなった	18	(12.0)
人と同じように歩行できるようになった	11	(7.3)
歩容が改善した	4	(2.7)
無理してやっている	3	(2.0)
自由に動くことができるようになった	2	(1.3)

項目(術前期待を達成できない理由)	回答数	(%)
手術後の期間がまだ間もない	17	(11.3)
活動制限がある	10	(6.7)
日常生活動作が満足にできない	7	(4.7)
歩くときに杖を使わなくてはならない	5	(3.3)
痛みがある	3	(2.0)
重いものが持たない	3	(2.0)
バスや階段の昇降ができない	3	(2.0)

# 人工股関節全置換術後のリハビリテーション ～当科の歴史～

佐賀大学 整形外科助手 長嶺 里美

早いもので「股関節だより」も第17号になりました。平成12年1月の創刊号から5年6ヶ月が経過したわけです。この間、年々人工関節手術件数は増えており（第16号をご覧ください）、それと共に、手術後の患者さんに定期的にお送りしているこの「股関節だより」の送付先も年々増えてきました。その他に、インターネットで見ることのできるため、数多くの方々の目に触れていることとなります。

当初は股関節手術を受けられる患者さんの8割以上が県内の方でしたが、現在では5割以上は県外の方になりました。はじめて外来を受診される患者さんのルート(?)は①病院の先生から紹介された、②新聞・雑誌で見た、③インターネットで見た、④「股関節だより」を読んだ、⑤知り合い(ほとんどが当院で手術を受けられた方orその知り合い)から聞いた、⑥知らない人(「股関節が悪いんじゃないですか?」と道端で突然声をかけられた)から聞いた……など様々です。

③④の場合、直接「股関節だより」とつながっており、⑤⑥の場合も「股関節だより」を借りて読んだ(貸してくれた?)という方々も多く、患者さんの間では大事な情報源のひとつとなっているようです。

そこで、「股関節だより」の歴史を振り返ろうと第1号から読み返してみると、なんと少し入院期間やリハビリテーション(行動拡大)が現在とは少し違います。同じものを読んでも、何年か前に手術を受けられた方と最近手術を受けられた患者さんとの認識には大きな差があるかもしれません。最近入院された方々は入院前には「入院期間は3週間と書いてあったのに……」「車椅子は4日目からか……」「1本杖は2週間たってからでしょう?」と思っていたかもしれないし、数年前に手術を受けられた方々は、現在の術後リハビリテーションを聞くとビックリするかもしれません。もちろん、これから手術を受けられる患者さんが目にする可能性もあるわけです。

そこで今回は、現在の「人工股関節全置換術後のリハビリテーション」について改めてお話したいと思います(当初のスケジュールは第1号・第3号をご覧ください)。

- ①手術当日：60度起座可。麻酔が醒めた直後から足関節の底背屈運動や膝しめ訓練を始めます。医師や看護師の介助で両下肢の間に大枕をはさんで側臥位になることも可能です。
- ②1日目：90度起座可。下肢挙上訓練を開始します。
- ③2日目：車椅子移動やベッド端座位を許可します

(トイレに行くことも可能です)。

- ④4日目：歩行器か松葉杖での歩行訓練を開始します(全荷重)。可能であれば1本杖歩行も許可します。
- ⑤7～14日：抜糸後にシャワー浴開始します。これと平行して階段昇降、正座訓練、退院後の生活指導を行います。

以上が現在の入院スケジュールです。目標は1本杖歩行可能な状態で、術後10～14日での退院です。入院期間(リハビリテーション)が短縮されたのには理由があります。当初は、医師・看護師も含めスタッフが慣れていないこともあり、行動拡大はかなり慎重に行っていました。そのため、車椅子移乗や歩行開始はゆっくり行っていたし、荷重制限もありました。

年々増える手術件数と共に数多くの患者さんと接し、リハビリを行い、私達スタッフもたくさん経験を重ね、早期に歩行開始しても、荷重制限をしなくても特に問題のないことがわかってきました。その結果、かつては慎重に行ってきた行動拡大のうちのひとつである車椅子移乗も4日目から2日目に早まりました。行動拡大が早くなると「そんなに早く動いて大丈夫かしら?」と不安に思う患者さんも多いのではないかと思います。アンケート結果を見ると、術後長期間ベッド上で寝ているのは患者さんにとって苦痛で、トイレに行けないこともかなりのストレスだった、ということがわかりこの点ではかえって喜ばれたようです。

リハビリ予定表をはるかに上回るスピードで動き始める患者さんもいます(例えば、どうしても歩きたいと言い、2日目から1本杖で歩いている……といった)。そういった患者さんを見るにつけ、「あっ。大丈夫なんだ。」と思ったり、かえって「そんなに動いて大丈夫かな?」と心配したりしながら、長い期間をかけて入院期間が短縮されてきました。

ただやはり、2週間は短いと感じる方々もおられます。そのため、患者さんが不安なく退院できる一助になればと、退院前の患者さんに対し「股関節学級」を行っています。現在の状態、退院後の日常生活の注意点、個々の患者さんの不安点などについてわかりやすくお話しているつもり(?)です。

～今後、当科で手術を受けられる患者さんへ～

入院期間は約2週間です。目標は1本杖での退院ですが、自信がなくて転院したい場合などは遠慮なくお申し出下さい。それでは「股関節学級」でお待ちしております。

様



入院診療計画書  
変形性股関節症で  
人工股関節置換術を受けられる患者さんへ

主治医

看護師

日時経過	入院	手術前日	手術前	手術後	1日	2日	3日	4日	1週	10日	2週退院
安静	行動の制限はありません 			ベット60°  足はマットにて挙上 医師・看護師にて 横向きできます	ベット90° 	車イス 歩行器 		歩行訓練開始 両松葉杖 	片松葉杖 	Tステッキ歩行 	
訓練	手術に備えて以下の事を 練習します 車椅子 筋力訓練 擦返り ベット上での排泄の仕方  				筋力アップ訓練開始 (足挙げ・膝締め) 外開き運動 					退院に向けて以下の事を 練習します 階段昇降 正座のしかた 床からの立ち上がり 靴下履き 	
排泄		下剤を 飲みます		おしっこの管が 入ります	状態がよければ トイレに行けます						
食事	常食 	夜より 絶飲食		状態により飲水 食事開始							
お薬			持続点滴 		抗生剤 点滴 						
処置 検査	レントゲン 採血 	爪きり			ガーゼ交換 採血 	ガーゼ交換 	(後は状態に応じて ガーゼ交換します)		抜糸 		レントゲン・採血
清潔	お風呂 				体を拭きます 				シャワー開始 	浴槽出入り 	

佐賀大学医学部附属病院3階西棟



# 人工股関節再置換術（人工股関節のいれかえ）

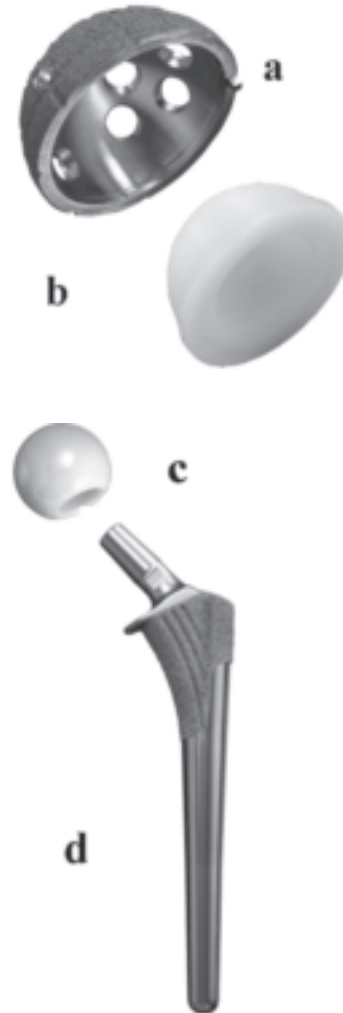
整形外科助手 河野 俊介

人工関節は一般的にカップ（屋根側の金属）（図1-a）・ライナー（ポリエチレン製の屋根側の軟骨）（図1-b）・骨頭（セラミック製のふともも側の軟骨）（図1-c）・ステム（ふともも側の金属）（図1-d）からなる機械です。現在のところ、手術に際し人工股関節の機械としての寿命は概ね20年とされています。しかし、人工関節のいれかえは20年たたずに必要になる方もおられれば、30年経過しても必要ない方もいらっしゃいます。

今回、いれかえの必要な状態についてお話させていただきます。いれかえは弛み・感染・骨折などにより人工関節がグラグラし骨から動いたり、陥没したときに必要となります。弛みは、人工関節の軟骨部分のポリエチレンやセラミックなどがこすれて小さな粉が出現して骨を溶かし、骨と人工関節との間に隙間ができます。進行すると骨そのものの質が悪くなり人工関節がグラグラします。感染は、細菌が人工関節や骨のまわりで増えて骨を溶かすために人工関節がグラグラします。骨折は、転倒などの大きな外力でおこり人工関節と接している骨が折れるため、人工関節をささえることが出来なくなり再置換術が必要となることもあります。

以上のようないれかえが必要な状態では痛みや違和感が出現します。このようなときは外来を受診してください。

図1：





# 歩行分析について

臨床大学院 植木 里紀

股関節だよりをご愛読の皆様こんにちは。今年4月より佐賀大学医学部附属病院整形外科の臨床大学院に入学いたしました植木と申します。今回は、歩行分析について、少しお話をさせて頂こうと思ひます。

普段の生活で意識をすることはあまりありませんが、皆様の生活の中で“歩行”というものは大変重要なものです。人工股関節の手術を受ける患者様にとって、歩行の改善の持つ意味は非常に大きなものであり、自分の力で歩きたい、少しでも長く歩きたい、買い物や旅行に気兼ねなく行きたい、きれいに歩きたいなど様々な希望の声があると思ひます。

歩行分析は“歩行”を数字で表そうとするものです。現在行っている歩行解析は、特殊なセンサシートの上を歩いて頂くことによって、歩く速さや、体重のかけ方、歩く距離などがわかります。(図1)

例えば、手術前後で「歩行の速さが1秒間に40cmから100cmになった」「痛みのために右の歩幅が20cm、左の歩幅が50cmと差があったのが、痛みが取れて両方とも50cmになった」などと表せます。これまで、1000人近くの患者様の歩行解析をさせて頂きましたが、手術前と手術後で歩き方は確実に変わっていきます。(図2)

まだまだ勉強中で、これらのデータをどのように皆様の歩行の改善に生かすことが出来るのかは検討中の段階です。今後、「このように注意して歩いたほうがいいですよ」「手術後はだいたいこのような感じでよくなっていきますよ」など皆様にアドバイスしていけるようにできればと思っております。皆様の質問に「ドキッ」とさせられることも多いのですが、ご質問がございましたら出来る限り答えていくつもりですので、ご遠慮なくお尋ね下さい。これからは、歩行分析の時間や、この股関節だよりを通して、今までにわかったことなどを少しずつ患者様に紹介できればと思っております。

最後になりましたが、歩行分析は皆様のご協力無しには行えません。今までご協力いただいた患者様は、本当にありがとうございました。そしてこれからも、外来の待ち時間、入院時や退院時に、たくさんの患者様にご協力頂くことと思ひます。今後ともどうぞ宜しくお願い致します。また、今後はカメラを使った3次元での歩行解析などさらに進んだ歩行解析をやっていくために勉強中です。ご協力をお願いする患者様もいるかと思ひますが、どうぞ宜しくお願い致します。

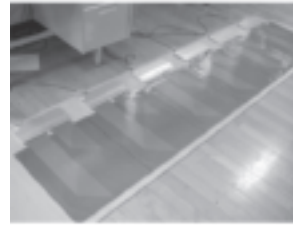


図1



図2 人工股関節全置換術後の変化

