

大阪臨床整形外科医会会報

The Journal
of
The Osaka Clinical
Orthopaedic Association

第23号 平成 9 年 6 月



整形外科 - 浪速の先覚者 清水源 - 郎教授



清水先生を偲んで

石澤命徳(豊中市)

先生を思うと先ず浮かぶのは初めてお会いした時のことである。昭和20年整形外科が開講した年、私は医学専門部の2年生、日毎に激しくなる空襲に備えて繃帯法の実習が持たれた。数人が呼び出され互いに繃帯を巻いた。帽子の様に頭部を蔽う難しいやつ、先生は一つ一つ引っ張ってゆかれる。皆ズルズルと解けた中に止った一つ、幸運にも私の巻いたものだった。「うん、お前か、これはうまい。」実に人懐こい笑顔だった。卒業後迷うことなく入局、以後厚生年金病院へと常に先生のもとにあった。

先生は阪大第一外科の創設期へルテル教授のもとで研鑚をつまれ、兄弟子小沢教授の時代には講師、助教授、その間欧米留学、さらに再度の応召と軍医としても活躍された。やがて初代整形外科教授に選ばれ教室の育成に当たられる。戦中戦後の人的、物的にも極めて厳しい時代、短期間に立派な基礎が築かれたのはやはり先生の魅力に惹かれて多くの吾が先輩達が集まったからだと思う。一面先生は柔和な外面からは想像も出来ない闘志の持ち主であった。当時誰もが避けていた関節リウマチの研究の口火を切られたのはその現れだ。続いて陳舊性股脱に対する股関節成形術への取り組みが始められた。小沢教授も絶賛されていた先生の手術、その早さスムーズさ、まさに天才的な手腕が生かされた。しかしスポーツ人でもあった先生はスタンドプレーを好まれず、一つのチームとしての手術を常に口にされていた。助手を勤めた緊張感と爽快感は今も忘れ得ない。この二つが教室の大きな流れとなった。学会面で整形外科集談会、中部整災学会、リウマチ学会、リウマチ協会等々の発足に大きな貢献をされている。惜しくも64才で病のため逝かれたが、これら多くの業績は今も学会に、教室に受け嗣がれている。鍛えられ叱られもしたが終始温かく導いて下さった恩師との日々は、私にはかけがえのないものである。



股関節手術の清水先生



清水先生の臨床講義

清水 源一郎 教授 御略歴

明治31年	9月	16日	生
-------	----	-----	---

大正6年 富山県立魚津中学校卒

" 14年

大阪医科大学卒

同学第一外科入局

昭和8年 大阪帝国大学医学部講師

昭和10~12年 欧米出張

" 12~15年 召集(金沢陸軍病院)

″ 16~17年 召集

(旧満州牡丹江、金沢陸軍病院)

昭和18年 大阪帝国大学助教授

" 20年

大阪帝国大学整形外科教授

" 27年

日本整形外科学会会長

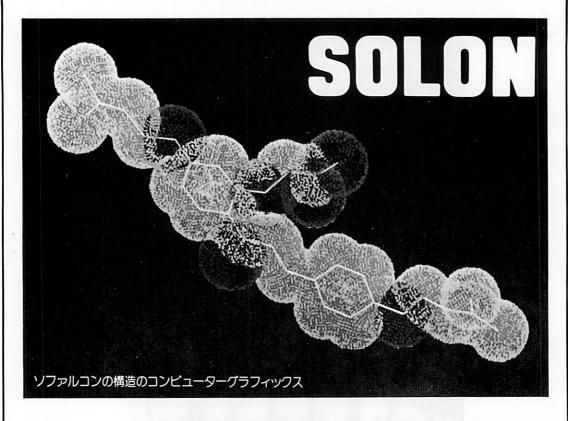
" 29年

大阪厚生年金病院院長

大阪大学医学部講師

" 34年 大阪大学退任

昭和39年7月26日御逝去



ソロンは、内因性プロスタグランジンを

増加させます。

[作用]ソロンは多面的な作用により防御因子を 増強し潰瘍組織を積極的に修復します。

- ●胃組織内プロスタグランジン量増加作用 (ブタ・ウサギ(in vitro)、ラット・ヒト)
- ●細胞保護作用[Cytoprotection](ラット)
- ●胃粘膜修復促進作用(ラット)
- ●胃粘液増加作用(ラット)
- ●胃血流量増加作用(ラット)
- ●抗酸化作用(ラット)
- ●Helicobacter pyloriに対する作用(in vitro)

[効能・効果]下記疾患の胃粘膜病変(びらん、出血、発赤、浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期

急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期 胃潰瘍

[用法·用量]成人: |回|00 mg |日3回経口投与

薬価基準収載

粘膜保護·組織修復 胃炎·胃潰瘍治療剤



[使用上の注意]

- (1)副作用 (まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明) 消化器 まれに便秘、口渇、胸やけがあらわれることがある。
- (2)高齢者への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。
- (3)妊婦への投与 妊娠中の投与に関する安全性は確立 していないので、妊婦又は妊娠している可能性のあ る婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判 断される場合にのみ投与すること。
- (4)小児への投与 小児に対する安全性は確立していない(使用経験が少ない)。
- ※詳細は製品添付文書をご参照下さい。

資料請求先



大正製薬株式会社

〒171 東京都豊島区高田3-24-1 ☎(03)3985-1111

SL63B5E

目 次

巻頭言 ・・・・・			•	堀木	篤	•	•	•	•	1
OCOA総会の報告	第21回大阪臨床整形外科医会定時総会	会及	U	研修:	会・	•	•	•	•	2
研修会報告	 整形外科外来での小児の診方									
	近畿大学整形外科・・・・・・・・		•	濱西-	千秋	•	•	•	•	13
	イリザロフ創外固定法の基礎と臨床									
	大阪市立大学整形外科・・・・・・		•	西村	典久	•	•	•	•	18
	自己血輸血で行う整形外科手術									
	大阪府立病院整形外科・・・・・・		•	雷士i	武史	•	•	•	•	33
	スポーツによる膝障害について									
	神戸大学整形外科助教授・・・・・・		•	黒坂	昌弘	•	•	•	•	38
	第9回JCOA学会(和歌山)印象記・・・・			長田	明	•	•	•	•	42
	第10回大阪整形外科症例検討会・・・・・・		•			•	•	•		45
	第11回大阪整形外科症例検討会・・・・・・					•	•	:	•	49
理事の声	日整会JCOAの理事を終えて・・・・・			坂本	徳成			•		54
	労災診療費算定基準Q&A・・・・・・・			八幡	雅志					56
	保険審査便り・・・・・・・・・・・・									61
	OCOA会報発刊を振り返って・・・・・									64
	整形外科移植問題委員会に出席して・・・・									
	大阪府医師会の理事に就任して・・・・・・									
	骨と関節の日の取り組みについて・・・・・									
誌上勉強会	チンマー人工関節学会に参加して・・・・・									
	第11回淀川整形外科懇話会について述懐 4									
	整形外科診療と漢方・・・・・・・・・									
	レーザーによる経皮的椎間板内圧減圧法・・									77
エッセイ・紀行	第23回大分研修会でのすばらしい出合い・・・									81
	湯布院を訪ねて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			奥田	好彦					84
	第23回大分研修会 ゴルフコンペに参加して									86
	昔の話・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			大竹	新郎					87
厚生部報告	平成8年度〇C〇A懇親旅行記・・・・・・									89
	平成8年度春期ゴルフコンペ・・・・・・・									92
	平成8年度秋期ゴルフコンペ・・・・・・									
私の傑作	オムレツ職人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
10. 10. 10. 10.	白馬岳・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			故会	一思					97
私の提言	増え続ける「整骨院」に思う・・・・・・									
	医療改革の道・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
	リハビリ治療の点数について・・・・・・									
私の工夫	マットフィンガーに対する一案・・・・・・									
12.2.2.4	エンダーネイルよりの工夫・・・・・・・・									
	安全カミソリの小外科用メスへの応用・・・・									
	医師の給料・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									
	関節内注入と感染防止・・・・・・・・・									
私のボヤキ	公私較差・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			河外1	位十 彩 的			•	•	105
	なめるなよ / 旅行業者・・・・・・・・・			かっ?	がいる					105
	ひとの痛みも解らんくせに・・・・・・・・									
	病診連携について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・									100 101
	日本人の心・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・			松白的	王兄					100
OCOA理事会議事録				· · ·	元					100
お知らせ・・・・										120
編集後記・・・・・										
		-			-					. 2U

/ 巻 / 頭 / 言 /

OCOA会長 堀 木 篤

医療保険制度の改革が論議されている。実施は秋とも言われている。実施されれば、確実に患者の負担が増え、受診抑制につながりかねない。日医も修正案を出している。高齢者では、3~4割の負担増となるので患者サイドからも反対意見が出ている。十分な論議を盡して欲しいと思うのは当然である。

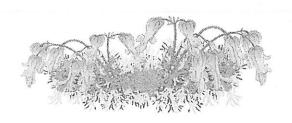
今年4月から、消費税が3%から5%にアップした。その補填の意味で、雀の涙ほどの点数の改正が行われた。しかし薬価基準の引き下げのため、実質は0.38%の引き上げ率という。2%に程遠い。昨年は新指導大綱が実施され、高点数が対象となった。こうした際



限のない医療費抑制政策は、もう結構と言いたい。10年後とは言わない、5年後の医療政策のすべてのビジョンを明らかにして、それについて充分論議をして欲しい。

2020年までは高齢者が増えつ、けるとのことで、整形外科は安泰であるという意見がある。一方、整形外科領域は、他科によって浸蝕されつ、けていると言われている。 医療は患者のためにある以上、最善の治療が必要で、各科のエゴは許されない。他科に浸蝕され、整形外科が細って行くというマイナス思考は捨てるべきであろうと思う。むしろ、他科の知識を借用して、勉強して、厚みのある整形外科が作られるのが望ましい。specialityを持っている開業医の先生も多いが、一般的には、日常診療で整形外科のあらゆる領域の疾患を扱っているのが現状である。開業医はそれに対処するため、望む望まぬに拘わらず勉強せざるを得ない。研修会は、その一助を果している。より充実した研修会を行うことも、医会の務めであると考える。

医療費抑制、生涯研修、医療訴訟、いずれをとっても重要な問題である。いつの時代も混沌としていた。そして不満の無い時代は無いと割り切るべきかも知れない。



OCOA総会の報告

第21回大阪臨床整形外科医会定時総会及び第76回研修会

日時:平成9年4月19日(土)

場所:大正製薬株式会社 大阪支店 6階ホール

(I) 総 会 午後3:00~3:30

1. 開会宣言 司 会 瀬戸副会長

2. 会長挨拶

堀木会長

3. 議事

議 長 松尾先生

副議長 佐藤先生

第1号議案 平成8年度庶務及び事業報告について承認を求める件 瀬戸副会長

第3号議案

第2号議案 平成8年度収支決算について承認を求める件

早石理事 服部副会長

平成9年度事業計画案について承認を求める件 第4号職案 平成9年度収支予算案について承認を求める件

早石理事

4. 閉会宣言 服部副会長

(Ⅱ) 説明会 午後3:30~4:10

○「保険請求上の問題点」

大阪臨床整形外科医会 反田理事

○「老人施設について-特養ホームを運営してみて-」

大阪臨床整形外科医会 孫理事

(Ⅲ) 研修会 午後4:20~6:00

総合司会 河村理事

○ 医薬品紹介 (午後4:20~4:50)

胃炎・胃潰瘍治療剤「ソロン」について

大正製薬㈱大阪支店 医薬情報部 課長 菊田良雄

〇 辯 演 (午後4:50~6:00) 座長 小杉理事

演題:「慢性関節リウマチの治療の進展」

講師:行岡医学研究会・行岡病院リウマチ研究室 室長 小松原良雄先生

(IV) 懇親会 午後6:00~7:00

司会 古贺理事

I. 平成8年度OCOA庶務及び事業報告

(1) 会 員 状 況

期首(平成8年4月1日) 301名

期末(平成9年3月31日) 306名

退会者(6名)

死亡退会2名 本間治夫先生 嶺雞信先生

(2) 研修会・講演会

○ 第68回研修会及び平成8年度総会

平成8年4月20日(土)

於:大正製薬大阪支店

「外来診療で遭遇しやすい手の痛み-リウマチを含む-」

大阪医科大学整形外科 教授 阿部 宗昭先生

○ 第69回研修会

平成8年6月29日(土)

於:大林ビル

「慢性関節リウマチの治療の現状」

「種々生体材料における骨形成反応」

大阪市立大学整形外科 講師 油谷 安孝先生

奈良県立医科大学整形外科 講師 大串 始先生

○ 第70回研修会

平成8年7月27日(土)

於:帝国ホテル大阪

「骨粗鬆症の診断と治療」

和歌山県立医科大学整形外科 助教授 上好 昭孝先生

「スポーツ外傷による顔面骨骨折」

大阪医科大学形成外科 教授 田嶋 定夫先生

○ 第71回研修会

平成8年8月31日(土)

於:ヒルトンホテル

「骨粗鬆症の治療ー運動療法を含むー」

大阪市立弘済院付属病院整形外科 副部長 佐藤 哲也先生

「創外固定の臨床応用」

大阪大学整形外科 講師 安井 夏生先生

○ 第72回研修会

平成8年10月19日(土)

於:大林ビル

「股関節疾患の診断と治療に関する最近の話題-リウマチを含む-」

京都府立医科大学整形外科 助教授 久保 俊一先生

「腰椎変性すべり症について」

福島県立医科大学整形外科 助教授 渡辺 栄一先生

○ 第73回研修会

平成8年11月16日(土) 於:千里ライフサイエンスセンター

「イリザロフ創外固定法の基礎と臨床」

大阪市立大学整形外科 講師 西村 典久先生

「自己血輸血で行う整形外科手術」

大阪府立病院整形外科 部長 富士 武史先生

○ 第74回研修会

平成8年12月7日(土)

於:ホテルグランビア大阪

「身体障害者とスポーツ ーその現状と医師の役割ー」

大阪市立大学整形外科リハビリテイション部 助教授 大久保 衛先生

「骨粗鬆症の最近の治療」

信州大学整形外科 教授 髙岡 邦夫先生

○ 第75回研修会

平成9年2月8日(土)

於:大林ビル

「整形外科におけるレーザーの臨床応用

-特に椎間板ヘルニア及び関節鏡下手術でのレーザーの利用-1

大阪医科大学整形外科 講師 米沢 卓実先生

「整形外科外来での子供の診かた」

近畿大学整形外科 助教授 浜西 千秋先生

(3) 各種会議開催及び出席状況

A) OCOA関係

① OCOA定時総会 [8.4.20]

於:大正製薬㈱大阪支店

- ② 定例理事会 4回 [8.6.8, 8.9.28, 8, 12.14, 9.3.22]
- ③ 会長・副会長会 [8.5.30,9.2.25]
- ④ OCOA会報編集委員会「8.6.29.9.2.20」(堀木、服部、丹羽、大竹、須藤)

B) JCOA関係

① JCOA医療システム委員会 [8.11.10,9.3.29] (堀木、村上、長田) 於:大阪 於:東京

[9.2.2] (村上、長田)

JCOA医業経営委員会 [8.10.27, 9.1.19, 9.3.8] (黒田、首藤) 於:東京

JCOA会誌等編集委員会 [8.8.3, 8.10.5, 8.11.30, 9.1.19, 9.3.15] (村上、須藤、 於:東京

於:東京 JCOA新指導大網監查要網対策特別委員会 [8.12.8] (村上、三橋) 4

JCOA社会保険等検討委員会 [8.12.8] (反田、三橋、村上) 於:東京

於:大阪 6 JCOA学術研修委員会 [8.9.29.9.1.19,9.3.2] (堀木)

JCOA会則検討委員会 [8.9.8] (三橋)

於:東京

JCOA代議員会 [8.4.21] (堀木、服部) 8

第23回JCOA研修会 [8.9.21~9.23]

於:東京 於:和歌山

9 JCOA総会 [8.6.15] (堀木、村上)

第9回JCOA学会[8.6.16](堀木、村上、服部、瀬戸、長田、木佐貫、河村、越宗他)

於:和歌山

於:別府

JCOA各県代表者会議 [8.9.22] (堀木、村上)

於:別府

JCOA近畿ブロック会 [8.10.19] (村上、瀬戸)

於:彦根

JCOAと大阪府医師会役員との懇談会 [9.2.15] (平山、村上、堀木、三橋、八幡)

於:大阪

JCOA理事会 [8.6.5, 8.6.23, 8.11, 17, 9.2, 22] (村上)

於:東京

JCOA日整会評議員会 [8.4.10] (服部、長田、甲斐)

於:東京

C) 日整会関係

日整会中央资格認定委員会 [8.11.12,9.2.25] (大橋) ①

於:東京

日整会移植問題検討委員会 [8.4.10,8.7.16,8.9.26,8.12.5,9.1.16] (伊藤)

於:東京

日整会評議員会 [8.4.10] (堀木、長田、服部、甲斐) 於:東京 3

於: 鹿児島 [8.10.16] (服部、甲斐) 於:東京

日整会リウマチ委員会 [8.5, 17, 8, 8, 17, 8, 11, 12, 9, 2, 1] (堀木) **4**)

日整会近畿地区资格認定委員会 [8.9.25] (大橋) 於:大阪

於:千葉 全国整形外科会保険審查委員会議 [8.9.15] (反田、天野)

於:大阪 日整会認定医試験 [9.1.18~19] (長田) 7

D) 大阪府医師会関係

- ① 大阪府医師会医学会運営委員会 [毎月1回 計12回] (木佐貫)
- ② 大阪府医師会医学会評議員会 [8.11.17] (堀木、服部)
- ③ 大阪府医師会医会連合会 [8.7.15.8.8.22] (堀木)
- ① 大阪府医師会交通事故医療委員会 [8.6.3,8.8.5,9.1.30] (平山、八幡、三橋、越宗、瀬戸)
- ⑤ 大阪府医師会健康スポーツ医学委員会 [8.6.5,8.7.5,8.9.27] (平山、三橋、八幡)
- ⑥ 大阪府医師会労災部会役員会 [9回](平山、八幡、三橋、河村、坂本、首藤、服部)
- ⑦ 大阪府医師会労災部会委員会[8.5.17](平山、八幡、三橋、矢倉)
- ⑧ 大阪府医師会労災医療研修会 [8.11.29,9.3.7] (平山、八幡、三橋)
- ⑨ 大阪府医師会産業医部会常任委員会 [8回](平山、八幡、三橋、坂本)
- ⑩ 大阪府医師会医事紛争処理特別委員会[毎月1回 計12回](八幡、坂本、濱田、木下、萩野)
- ① 大阪府医師会医事紛争特別委員会 整形外科委員会 [毎月1回 計12回] (八幡、坂本、濱田、木下、萩野)
- ② 医療周辺業種問題検討プロジェクトチーム・整形外科領域小委員会 [9.2.25] (平山、八幡、三橋、堀木、村上、中村)
- ③ 大阪府医師会健康スポーツ医学講習会 [8.10.5~6] (平山、三橋、八幡)
- ④ 大阪府医師会健康スポーツ医学再研修会 [8.7.11] (平山、三橋、八幡)
- ⑤ 大阪府医師会運動療法処方講習会 [8.5.9] (平山、三橋、八幡)
- ⑥ 大阪府医師会救急医療委員会 [9回] (平山、八幡、三橋)

E) その他

- ① 柔道整復師レセプト審査会 [月1回 計12回] (堀木、長田)
- ② 大阪整形外科症例検討会世話人会 [8.8.3,9.2.8] (坂本、小杉、大橋、濱田)
- ③ 大阪府自動車保険医療連絡協議会 [8.6.25, 8.11.26, 9.2.14] (平山、八幡、三橋)
- ④ 日医労災・自賠資委員会 [5回] (八幡)
- ⑤ 国民年金障害認定審查会 [毎月2回 計24回] (堀木)
- ⑥ 柔整師会との新年互礼会 [9.1.11] (堀木)
- ⑦ 大阪柔整師会との懇談会 [8.6.29] (平山、八幡、三橋)
- ⑧ 大阪体育協会医科学委員会 [9.2.21] (三橋、坂本)
- ⑨ 労災保険診療審査委員会[毎月](大橋、長田、河村、小杉、坂本、反田、三橋、八幡、吉中、上田)

(4) 福祉厚生部事業

○ 第23回〇C〇Aゴルフコンペ 平成8年5月26日(日)

於:北六甲カントリー倶楽部

○ 第24回〇C〇Aゴルフコンペ 平成8年11月10日(日)

於:北六甲カントリー倶楽部

○ 第12回○C○A懇親旅行平成8年10月26日(土)~27日(日) 湯原温泉一泊 ゴルフ:チサンカントリー倶楽部

(5) 広報事業

- 大阪臨床整形外科医会会報第22号 発刊(平成8年5月15日)
- 会員名簿の発行(平成8年8月1日)
- 「OCOA入会の栞」作成(平成8年11月1日)
- 『骨と関節の日』平成8年10月8日(火) 毎日新聞に「スポーツ障害と外傷」をテーマとする座談会の記事掲載 大阪市内2カ所・府下2カ所で「スポーツ障害と外傷」について電話相談を実施

Ⅱ. 平成8年度会計報告

大阪臨床整形外科医会収支報告書

期間 自 平成8年4月1日 至 平成9年3月31日

会 計 早石 雅宥 理事

(1) 大阪臨床整形外科医会

			計			7, 811, 967
_	今	期	剰	余	金	217, 220
	前	期	繰	越	金	7, 594, 747

(2) 大阪臨床整形外科医会財産目録

(内訳)

普通預金		
大阪医師信用組	台	4, 320, 505
関西興銀 本店		268
定期預金		
大阪府医師信用	組合(100万円×1口)	
	(50万円×4口)	3, 388, 362
現金		102, 832
合	計	7, 811, 967

(3) 大阪臨床整形外科医会 平成8年度会費納入状況

会 員 303名

6, 767, 000

(4) 大阪臨床整形外科医会収支計算書

自 平成8年4月1日 至 平成9年3月31日

収	入	支	出
年 会 費	6, 767, 000	日本臨床整形外科医会会費	4, 470, 000
(303名)		(298名)	$(15,000 \times 298)$
府医師会医会補助	300,000	JCOA入会金	160, 000
		(16名)	$(10,000 \times 16)$
会報22号広告代	350, 000	事 務 费	262, 350
預金利息	39, 564	会報印刷费(22号)	531,068
寄 附 金	1, 500, 000	通信印刷费	916, 853
		会 議 費	
		総会	677, 822
		一理事会	722, 862
		役員出務交通费	280,000
		近畿ブロック会費	18, 389
		諸活動費(慶弔費、福利厚生)	700, 000
		支 出 小 計	8, 739, 344
		剰 余 金	217, 220
ā †	8, 956, 564	計	8, 956, 564

監査報告書

平成8年度の大阪臨床整形医会の歳入歳出決算につき、平成9年4月7日慎重監査致しました処、適正に処理、管理されたことを認めます。

平成9年4月7日

監事吉田正和印

監事伊藤成幸印

大阪臨床整形外科医会殿

Ⅲ. 平成9年度事業計画

整形外科医療の発展・普及のため活動すると共に、生涯研鑽を軸として会員相互の親睦・ 融和と団結を目指して、より一層精力的に事業を推進する。尚、本年度は〇〇〇A創立20周 年目にあたるので、それを記念する行事を行う。

1. 組織の強化

- (1) JCOA研修会、JCOA学会、JCOA近畿ブロック会等に積極的に参加し、JCOA及びその各ブロック都道府県との交流・協調・情報の交換・収集に務め、整形外科医の親睦と団結に貢献する。
- (2) 日本整形外科学会、その他の関係諸学会、日本医師会、大阪府医師会、大阪府医会連合(旧単科医会)、その他医療団体との連携を強化する。
- (3) 会員の権益擁護のため、理事会活動、各種委員会活動を活発に行う。
- (4) 未加入開業整形外科医の入会促進のために、積極的に勧誘活動を行う。

2. 学術活動

- (1) 会員の生涯研修と自己啓発のため、日本整形外科学会認定医、同認定スポーツ医、 同認定リウマチ医の認定教育研修会を開催し、その内容のより一層の充実を計ると共 に、日本医師会、大阪府医師会の生涯教育研修システムとも協調する。
- (2) 各大学、公私病院との連携を密にし、生涯教育内容のさらなる充実と整形外科医療 の進歩・発展に努力する。
- (3) 平成9年度OCOA研修会日程

第1回(76回)研修会:平成9年4月19日(土) 於:大正製薬大阪支店ホール 「慢性関節リウマチの治療の進展」

行岡医学研究会 行岡病院リウマチ研究室室長 小松原 良雄 先生第2回(77回)研修会:平成9年6月28日(土) 於:ウェスティン・ホテル 「肩腱板障害とスポーツ」

京都府立医科大学整形外科 講師 黒川 正夫 先生 「慢性関節リウマチの病態と治療」

兵庫医科大学整形外科 教授 立石 博臣 先生第3回(78回)研修会:平成9年7月26日(土) 於:帝国ホテル大阪 「スポーツ選手の足関節捻挫」

大阪労災病院スポーツ整形外科 部長 堀部 秀二 先生「ペインクリニックにおける神経ブロック」

大阪医科大学麻酔科 教授 森 秀麿 先生

第4回(79回)研修会:平成9年8月30日(土) 於:大林ビル 「骨粗鬆症の診断-新しい診断基準と画像診断-」

> 川崎医科大学放射線科(核医学) 教授 福永 仁夫 先生 「手関節痛の診断と治療-スポーツ障害を含む-」

京都府立医科大学整形外科 講師 玉井 和夫 先生 第5回(80回)研修会:平成9年11月15日(土) 於:大林ビル 第6回(81回)研修会:平成10年1月31日(土) 於:ザ・リッツ・カールトンホテル

第7回(82回)研修会:平成10年2月14日(土) 於:未定

3. 広報・情報活動

- (1) 会報第23号発刊予定
- (2) 会員アンケートの実施
- (3) 医療・保険情報の収集・伝達に、より一層努力する。
- (4) 「骨と関節の日」のPR企画

4. 厚生・福祉活動

(1) 第13回会員懇親旅行

平成9年11月29日(土)~30日(日)

場所:賢島方面

(2) 会員懇親ゴルフコンペ

第25回平成9年6月1日(日) 於:北六甲カントリー俱楽部

第26回平成9年10月10日(金・祝日) 於:北六甲カントリー倶楽部

5. OCOA創立20周年記念行事

(1) 記念パーティー

平成10年4月18日(土)(第22回定時総会・研修会後) 於:大林ビル

- (2) 「骨と関節の日」の行事
 - ① 「関節リウマチ」に関するシンポジウム 日時:平成9年9月27日(土) 於:毎日新聞オーバルホール
 - ② 電話相談、その他PR企画
- (3) OCOA会報20周年記念号(平成10年発刊)

記念号発刊の準備

Ⅳ. 平成9年度収支予算案

期間 自 平成9年4月1日 至 平成10年3月31日 会計 早石 雅宥 理事

(収入の部)

会 費	7, 200, 000 (24, 000×300)
JCOA入会会	140,000
会報広告収入	600,000
寄附及び助成会	≥ 1, 300, 000
受取利息	40,000
繰 越 金	7, 811, 967

17, 091, 967

(支出の部)

会	議	费	t		1, 600, 000		
	内部	₹:	総会	費		700, 000	
			研修会対	计策 费		500,000	
			理事会等	6会議费	ł	400,000	
分	担	金	ž		4, 665, 000		
	内部	₹:	日本臨床	医 整形外	科医会会费	4, 500, 000	
			同上	:入会金	È	150, 000	
			近畿ブロ	コック会	:費	10, 000	
			大阪府草	4科医会	会費	5, 000	
졺	要	費	ċ		2, 450, 000		
	内割	: 5	事務費			250, 000	
			印刷費			300, 000	
			通信费			500,000	
			OCOA	4会報製	具作費	1, 400, 000	
交	通	型	ł		700,000		
	内部	: 9	役員出租	5弁償翌	ť	300, 000	
			役員出引	長出務盟	等	400, 000	
諸:	活 動	世	ť		1,000,000		
	内部	₹:	福利厚生	上活動 塑	ž	600, 000	
			渉外・詩	者対策 翌	ť	400,000	
支	出小	Ħ	t		10, 415, 000		
20周	年記:	念事	事業費(特別	川行事) 	4, 000, 000		
予	備	Z	į.		2, 676, 967		

合 計 17,091,967

平成9年度OCOA役員

(五十音順)

顧 間 阿 部 宗 昭 大阪医科大学整形外科 教授

小 川 亮 恵 関西医科大学整形外科 教授

越 智 隆 弘 大阪大学医学部整形外科 教授

田 中 清 介 近畿大学医学部整形外科 教授

山 野 慶 樹 大阪市立大学医学部整形外科 教授

名誉会長 越 宗 正

名誉会員 稲 松 滋・上 野 良 三・小 野 啓 郎

小野村 敏 信・島 津 晃・原 省 吾

増 原 建 二

会 長 堀 木 篤

副会長瀬戸信夫・服部 良治

理 事 天 野 敬 一・大 竹 節 郎・大 橋 規 男

長 田 明・甲 斐 敏 晴・河 合 秀 郎

河 村 都容市・木佐貫 一 成・栗 本 一 孝

黒 田 晃 司・古 賀 教一郎・越 宗 正 晃

小 杉 豊 治・小 松 堅 吾・坂 本 徳 成

柴 田 辰 男・首 藤 三七郎・須 藤 容 章

孫 瑢 權・反 田 英 之・新 田 望

丹 羽 權 平·濱 田 博 朗·原 田 稔

馬 場 貞 夫・早 石 雅 宥・平 山 正 樹

福 井 宏 有・松 矢 浩 司・三 櫔 郎 村 上 白 士・八 幡 雅 志・山 本 光 男

監 事 伊 藤 成 幸·吉 田 正 和

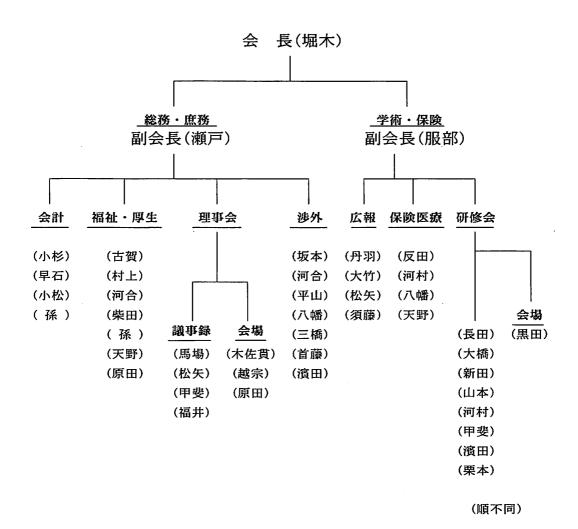
議 長松尾澄正

副議長佐藤利行

裁定委員 原 卓 司・広 谷 巌・藤 原 孝 義

平成9年度OCOA役員役割分担表

(平成9年4月1日より)



研修会報告

整形外科外来での小児の診方

近畿大学整形外科 濱 西 千 秋

はじめに

整形外科外来に子供が連れられてくる場 合、診察室に入ってくる親子を観察し、病歴 をききながら常に親子関係、子供の家庭内、 学校内での社会的地位をそれとなく探る必要 がある。すなわち誰がつれてきたか、子供の 態度はどうか、ことごとく親が代弁しようと し、何を聞いても自分では語れず親の顔を窺 う子供ではないか、逆に子供に罵倒され子供 の顔色を窺っておろおろする親ではないか、 子供の"いわゆる症状"を誰が一番気にして いるのか、父親はどうして来ないのか、疾患 内容、治療内容を今来ていない夫や家族に説 明できる母親だろうか、癒されたいのは子供 なのかそれとも連れてきた親なのか、まず親 を癒すべきかどうかなどがあきらかにならな ければならない。子供を癒す前に、あるいは 少なくとも同時進行して親の不安感や罪悪感 が癒されないと長期間の親の協力が必要とな る子供の治療は不可能である。

今日整形外科外来を訪れる小児の疾患としては骨折などの外傷、下肢変形・歩容異常が主であり、まれにペルテス病や単純性股関節炎などの関節疾患、脊柱変形、腫瘍性病変などに遭遇する程度であろう。逆に上に述べたような社会的環境に由来する心因的要因の大きい病態は珍しくない。

小児の下肢変形や歩容異常で親から相談を 受ける場合に、殆どは成長過程の一つの表現 形にすぎず、治療が必要なものは滅多にない ことを親にいかに納得させ安心させられるか が整形外科医の腕のみせどころであろう

〔新生児の足変形〕

子宮内での肢位を再現し、妊娠後期の両足のからみ具合で1/3に外反踵足、1/3に内反踵



足や内反尖足変形などが観察される。内反足 ということで小児科医や産婦人科医から紹介 されてくるものの殆どはこれらの内反変形で ある。足の裏を刺激すると逃げるように足を 外反したり、また徒手的に容易に外反あるい は外転位に矯正できれば単なる内反変形と考 えて放置してよい。外反踵足変形20を呈する ものも約1/3程度みられる。これは足が下腿 の前面にひっつく位、容易に背屈させやすい 状態で、後ろから見ると踵骨が軽度外反して いることが多い。胎内で子宮底部に足が押し 付けられ、mouldされて生じる変形で、自然 に治癒するが、検診で足の底屈が前脛骨筋の 緊張によって底屈0度位まで制限されている 場合は母親や看護婦に底屈のストレッチを指 示する。一回数分のストレッチを授乳の度に 行えば数日で底屈制限は消失する。小児の外 反扁平足に移行することはない。

幼児外反扁平足

1~2歳の歩行開始時期は足底の縦アーチを形成する靭帯が未熟であり、それらを緊張させる筋肉も弱いために外反扁平足で立ち、歩くのが正常と考えてよい。放置し多くは2~3歳までに靭帯と筋肉の成熟とともにアーチが形成されてくる。

関節弛緩性外反扁平足

全身の関節弛緩状態のある、いわゆるぐに ゃっとした子供の場合歩き始めも遅く、足の アーチの形成も遅れがちである。親が心配し て連れてきた場合に骨性の変形あるいは矯正 を要するような外反足との鑑別として手を上 に引っぱり爪先立ちさせると殆どは立派な アーチが観察されるので親を安心させること ができる。その上でアーチがしっかり盛り上 げてあり、しかもカウンターの部分が硬く作 ってある子供靴を親に探させる。しかしこの ような当り前のような靴を日本の靴メーカー は製作できないため、キッカーズやビデガン といったヨーロッパ製の靴のライセンス生産 品あるいは輸入業者にたよるしかない。デ パートや靴屋で靴底の扁平な見かけのけばけ ばしさだけの子供靴しか並んでいないのを見 ると、靴に関してはいまだに日本はひどい後 進国であると思わされる。

〔新生児期に治療を要する病態〕 内反足

変形を固く感じ、徒手的に外反あるいは外 転位に矯正できず中間位に矯正するのが 専門 とという場合には内反足の可能性がありをで治療が必要となる。この変形は日手矯必要しなのでただちに徒手が出る。生後数日以内に矯正を開始すれば上とる場できる。生後数日以内に矯正を開始すれば上りる。生後数日できる。しかしまる場にできる。とれ以外の前足部の中し、を後半年位にアキレス腱延長術を行うにはよるにある。アキレス腱の矯正を不注意の活ってある。アキレス腱の矯正を不注意にようことがあるからである

垂直距骨変形

内反足の反対変形であり、みかけは外反踵足 変形と似ており舟底状変形を呈する。しかし アキレス腱が短縮し距舟関節が脱臼し、距骨 が足底に突出して触れる。ただちに頻回の徒 手矯正とギプス固定を開始し、髙度の場合は 手術が必要になる。

歩容異常 〇脚,うちわ歩行

幼児の歩行パターンを規定するものは、生 理的な大腿骨の成長であり、それを胎児期の 子宮内での下腿や足部の弯曲や変形などが修 飾する。すなわち幼児が立ち上がり歩き始め る段階は股関節は外旋して膝が外を向き、下 腿は内弯し、必ず〇脚(生理的内反膝)、外反 扁平足を呈するといってよい(そとわ歩行)。 これがおよそ1才半で最も顕著にみられ児に よっては3才位まで続く、その後大腿骨頚部 の強い前捻をカバーするように幼児は股関節 を内旋して体重を支持するようになり、膝は 内方を向き、それに伴い足部も多くはうちわ 歩行となる(うちまた)。このピークは3~4 才頃であり、膝を屈曲する歩行時など強いX -脚のように見えるため(生理的外反膝)、親 や祖父母が"うちまた"を心配して児を外来 につれてくる年令のピークともなる。患児を うつぶせにして股関節の可動域を調べると大 腿骨頚部の前捻を反映し、内旋は60~80度で きるのに外旋は10~20度とひどくかたよって いるのが特徴である、親にそれを示し膝を内 方に入れて歩くのが今は最も安定しているの ですよと説明する。下腿を外に出すとんび座 りをする時期でもある。この後生理的外反膝 やうちわ歩行は減少してゆき7~9才で大人 のようなY脚となる。すなわちこのO-X-Yの膝や下肢の変形、そとわからうちわへの 歩行過程は完全に生理的で正常発達であり、 観察して親を安心させればよいのであって、 絶対正常になるかと念を押す親に負けて膝の 装具を処方したりすることはあってはならな いことである。あえて注意すべき病態をあげ れば5~6才になっても強い〇脚を呈する Blount病であるが珍しいものである。レント ゲンやMRIで脛骨近位骨端軟骨板の内側に 骨端症様変化が明かに認められたり、はっき

りと左右差があれば要注意であり、靴の外側 を高くしたりして経過を観察する。ビタミン D抵抗性くる病も治療を要する内反膝の一つ である

成長痛

夜間に膝周辺の疼痛(大腿前面、腓腹筋部、 足部のこともある)を訴え朝になるとけろっ としている、翌朝にも疼痛を訴えるなら別の 疾患を考えねばならない。

3~6才に最も多いがさらに年長(14才位まで)でも見られることがある。

原因は不明でおそらく前章に述べたような成長に伴う生理的な下肢の回旋の過剰、不足、時期的なずれ、左右差、あるいは筋肉と骨膜、骨膜と骨の成長のずれといったアンバランスが膝関節近傍の痛み、関節包の緊張痛、筋緊張-筋肉痛、筋膜痛、靭帯付着部痛などを引き起こすと考えられ、誘因は不明であるがスポーツ、運動会、遠足などを契機とすることも多い。母子関係を反映した心理的素因も無視できない。

診断として外観上明かな変化は見られない が、よく見ると上に述べたように荷重時に膝 が内方を向く、X-脚、うちわ歩行、とんび 座りなどの年令に応じた下肢回旋変化をより 顕著に認める事が多い。治療は母子の心理的 動揺に対して行われ、まず親が安心してrelax してベッドで児の不安感を静めるように声を かけながらさすってやるだけでよい。温めて やるのも効果的である。夜はあれほど痛がっ たのに翌朝になるとけろっとしているのが成 長痛の特徴であるから、もしも朝になっても 痛がったり、歩きかたがおかしかったりすれ ば他の疾患の鑑別が必要となる。脊椎疾患、 腫瘍性疾患、股関節疾患、膝疾患の可能性を 考え、血液検査結果、レントゲン、骨シンチ、 MRIなどが専門医でなされるべきであろ う。

斜頚

妊娠後期に、子宮内で胎児が母体の脊柱に押し付けられて腹側を向き、既に脊柱側の胸鎖乳突筋が鬱血拘縮状態にあると、頭位分娩時の第2回旋で顔面が母体の脊柱側を向く時に胸鎖乳突筋が強制的に伸展されるため損傷を受け易い。生後1-2週の間に筋肉内に修復肉芽組織による腫瘤が発生する。乳児は腫瘤のある側を向くことができず、頭部は腫瘤側に傾けており頭部変形を認める。

診察と治療:ベッドサイドに座った検者の 膝の上で患児の頭部を伸展位に保持しし、 充分に頚部を触診する。次いで頭を回旋、側 屈させ可動域を調べる。生後3週以内に腫瘤 が発見されれば治療は簡単で、診察時の腫瘍 側への回旋操作だけでぶずぶずと言った過 の回旋操作だけでぶずがと言った過ぎる と診察時に一応強制回旋(徒手切腱)を試るる 規に順を保持させ、父親に腫瘤側へのしない。ここで可親を指導への中 に一ない。ここでの親を指導への中 が無理はしない。ここでの親を指導への大しない。 に変している。このストレンぶまの 親に層を保持させる。に24時間のうつは禁忌と がを毎目行わせ、さらに24時間のうつは禁忌と がを値底させる。腫瘤のマッサージは忌こう のる。腫瘤側から音や光の刺激を与えるよう に指導する。

腫瘤の瘢痕化が進み1才を過ぎても回旋可 動域が60度程度に制限されたままであれば手 術的に胸骨枝、鎖骨枝をその付着部で切除し 可動域を確保する。

欧米に比較し日本で筋性斜頚の発生頻度が 非常に高いのは仰向け育児のせいであり、頭 の変形が進み易く、自然な頭部の動きが制限 され、ストレッチング効果による自然治癒が 妨げられるからである。1年待てば80%は自 然治癒するという理屈は、ほっておくと20% は顔面が変形し手術になると考える親には通 用せず、民間療法や暴力的な矯正枕に追いや る事になる、自然治癒にこだわるならばうつ がは手切腱で初診時に100%の治癒を試み、 それが困難なら積極的に親を動員指導して可 動域の獲得を図り、早期に治療を終了して、 親子をいらぬ不安から解放すべきである。

先天性股関節脱臼

30年前までは生産児の3-5%という髙率で発生し、整形外科臨床の花形であった先天性股関節脱臼も、社会の豊かさに伴い、母性の保護が徹底され、また新生児管理の進歩ともに徹減し、1996年の千葉県のデータでは1,000生産児あたり0.7まで減り、いまや先天奇形に近い頻度となり、新生児検診を行っても発見されることはまれとなった。しかし紹介されてくる忠児の中で治療に難渋する症例の割合は増加している。症例が少なくなったため、各小児科医や整形外科医にとって馴染みがないために、初期治療に失敗することも少くないようである。

先天性股関節脱臼のうち両側例は23%に過ぎず、実際は73%を片側例が占める。両側脱臼例と片側脱臼例の素因は大きく異なるが、両群に共通した因子は女児に多く、冬期に多く産まれており、妊娠後期10週間の胎児の姿勢変更回数が非常に少ないとなど窮屈な胎内環境をうかがわせるものであった。骨盤位との関連は両側脱臼群のみに観察された。片側脱臼群は斜頚、股関節脱臼、乳幼児側弯が特徴的に合併する子宮内圧迫症侯群³¹⁴⁾の一症状として発生し、顔面 頭蓋 耳介の変形、足部の外反、内反変形、体幹の弯曲といった非対称性変形を高率に合併する。

診察は泣いていない状態で行うのを原則とする。まず患児にさわらないで姿勢を観察する。多くは子宮内圧迫症候群特有の非対称姿勢を呈し、一方方向への向き癖があり、後頭側の股関節を屈曲内転している状態を観察できる。軽く頚部を回旋させ斜頚の合併の有無を診る。ついで膝をまげ検者の両中指薬指を児の大転子部にあてて両股関節をやさしく開排してゆく。拘縮だけであれば固さに左右差はあるが開排は可能である。脱臼があれば泣いていなければその途中で整復感をふれるこ

ともある。大転子の出っ張りを指でふれ左右 差を感じとる。両膝を圧して両股関節の安定 性と後内方へのテレスコープ感を比較する。 3ヵ月をすぎてしかも泣いていると拘縮は明 かであっても整復感や脱臼感は触知できない。 レントゲンや超音波で脱臼を 認する。脱臼があればリーメンビューゲル(R B)を装着するが同時にうつぶせ保育を指 しなければRBの効果は得られない。RBに は股関節内転拘縮を除去する効果はないから である。むしろ安易なRBによって内転屈曲 した股関節はさらに後方へ押し出され、難治 となって紹介されてくる患者が多い。

逆にうつぶせ保育だけでも早期であれば斜 類と同じように脱臼も自然整復され治癒す る。うつぶせ保育があたりまえな欧米で斜頚 や脱臼報告例が少なかったのはうつぶせ保育 のおかげであり、うつぶせが動物本来の姿 あって本能的な危険回避運動として付与され ている新生児ほふく運動が斜頚をストレッチ し脱臼を自然整復させるからである。野性で は治さなければ死につながるのである。新生 児突然死をおそれて仰向け保育にきりかえり である欧米で今後斜頚や股関節脱臼や乳幼児 のっか自然治癒せずに増加してゆくであろう ことは容易に想像される。

あとがき

最近の少子化で6pocketsという言葉を聞く。両親と両方の祖父母を合わせた6名の大人に囲まれてたった一人の子供が育てられる状況で、子供がしつけられるのをいやがり、自分に都合の良い意見を言ってかばってくれる大人(ポケット)を選んですりより、多くの大人にかまわれ一見過保護過干渉であるにもかかわらず、実は野性のままに放置され大ともかなされず、自分を制御することを訓練されずに育つことを言うようである。訓練されていないので外来では全く自分の症状を表現できず、親に代弁させ親としか意思疎通ができない子、わずかの痛みでもがまんす

ることを知らず、赤ん坊のように泣きわめく子、理性やしつけを感じさせず本能のままにしかふるまえない子、弱者(多くは親)をばかにしあるいはくってかかる子などに驚かされる事が珍しくない。しかし本人は6pocketsの犠牲者でかわいそうではあるが、こちらとして同情はできず、あまりのことにしかりつけることがある。親はおろおろし、本人はびっくりしておとなしくなる。怖い先生と思われようとも、おそらく大人の男性に生まれて初めてしかられる体験を与えたにちがいないと得心している。

しかしこういう6 pocketsに近い状態で育った、弱者(患者やパラメディカル)をばかにし、目上にくってかかる野性のままの人格欠陥者が医学生や医者の中にも増えている怖い現実がある。

関連文献

- 1 Hamanishi, C.: Congenital vertical talus. Classification with 69 cases and new measurement system. J. Pediatric Orthopaedics, 4 (3): 318-326, 1984.
- 2 浜西千秋、山室隆夫:外反踵足変形の臨床と疫学。足の外科研究会誌、7:139-141, 1985.
- 3 浜西千秋、田中清介:子宮内圧迫症候群、 新生児期発見例の疫学的検討。日本小児整形 外科学会誌 1(1):80-82, 1991.
- 4 Hamanishi, C., Tanaka, S.: Turned head—adducted hip—truncal curvature syndrome. Archives of Disease in Childhood 70(6): 515-519, 1994.



イリザロフ創外固定法の基礎と臨床

大阪市立大学整形外科 西 村 典 久

目次

- I. 緒言
 - Ⅱ. 創外固定法の基礎
- Ⅲ. 変形矯正
- IV. 脚延長術
 - V. 骨切り術
- VI. 偽関節
- VII. 歪ゲージ法
- Ⅷ. 手術適用
 - IX. 参考文献



創外固定法の歴史は、膝蓋骨骨折に対して1843年にMalgainueが用いたのに始まるが、文献的には大腿骨骨折に対しLambotteの開発した一方向片側固定の機種が原形と云われている。その後、1938年にHoffmannが開発した機種は現在もそのコンセプトを変えていない。その後、Charnley式、Wagner式、AO式など多数の機種が考案・臨床応用されるようになったが、一部の施設で用いられているに過ぎなかった。ところが、脚延長術に対してension stress効果による仮骨延長法が導入されて以来、本邦においても急速に創外固定というでは、一方向片側固定のOrthofix式とリング固定のIlizarov式は優れた創外固定器である。

このIlizarov式は故G.Ilizarov教授が1951年 にロシアの西シベリアの小都市クルガンの地 で独自に開発したリング固定様式である。装 置の特長は三次元的な変形矯正が体外から容 易に行えること、荷重負荷が骨長軸中心を通 過する荷重伝達様式であることから骨癒合状 態が他の創外固定器に比べて有意に優れてい ること、Ilizarov自身が発見したTension stress効果により骨や軟部組織の新生を容易



に行えるようになったことなどが挙げられる。

そこで、我々は変形矯正、脚延長、骨切り 術、偽関節などにIlizarov式を臨床応用して きたので、その臨床成績を検討、併せて従来 から用いてきたOrthofix式の施行症例とも比 較したので報告する。

Ⅱ. 創外固定法の基礎

1. 固定様式

創外固定法は種々の固定様式が考案されて おり、一方向固定、二方向固定、リング固定 などに分けられる。一方向片側固定は数本の half pinを骨に刺入、これをjointで把持して 両方のjointをrodで連結する方法であり、 Orthofix式、Hoffmann式などが挙げられる。 一方向両側固定はfull pinを用いて両面から rodにより固定する方法で、Hoffmann式、AO 式が代表的である。二方向固定は二面に対し てhalf pinを用い固定する方法であり、これ らは固定強度を高めたい症例に適する。リン グ固定は細いwireだけを骨に刺入、ringにwire を固定する際に引張力を加えることで固定強 度が高まる。ring間はrodで固定、hingeなど の装置を付けると変形矯正例などにも容易に 対応できるよう工夫した方法で、Ilizarov式

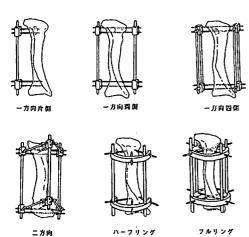


図 II - 1 各種創外固定法の固定様式

が代表的である (図Ⅱ-1)。

2. 固定強度

生体力学的分析を行い、両機種の固定強度を比較した。塩ビパイプを骨モデルと仮定、その中央部を切断、10mmの間隙を作ったものを骨折モデルとする。このモデルにOrthofix式の一方向片側固定、Ilizarov式のring固定を表 II – 1 の条件下で装着する。万能荷重試験器を用いて圧縮、片持ち梁による曲げ、捻り負荷を加えた時の各々の偏位量やトルク量を測定する。

表Ⅱ-1. 各種創外固定器の固定方法

2(11	一一一一一一一一一一一							
固定条件		Orthofix 式	Ilizarov 式					
固定様式		一方向片側	リング固定					
ピン 径	(mm)	6.5	1.8					
数	(本)	6	8					
ロッド 径	(mm)	10	6					
数	(本)	. 1	3					
ショイント 数	(個)	2	4					

圧縮負荷では10kgまでの荷重を加えたが、Orthofix式の固定性が良好、Ilizarov式はOrthofix式の約1/10の固定強度であつた。曲げ負荷では2kgまでの負荷を自由端に加えたが、Orthofix式の固定性が良好、Ilizarov式はOrthofix式の70%であった。捻り負荷では5°までの回旋を加えたが、Orthofix式の固定性

が良好、Ilizarov式はOrthofix式の65%の固定 強度であった(表 II - 2)。

表 II - 2. 各種創外固定器の固定強度

荷重負荷	単位	Orthofix式	Ilizarov式
圧縮負荷 曲げ負荷	kg/mm kgm/mm	33. 7 2. 8	3. 3 2. 0
捻り負荷	kgm/deg	1.4	0.9

3) 創外固定法の利点・欠点

今回検討した一方向片側固定のOrthofix式 とリング固定のIlizarov式の各々の利点と欠 点を表 II – 3 に示す。

表Ⅱ-3. 創外固定法の利点・欠点

(a) Orthofix式

<利点>①一方向ではあるが、固定性が強固 ②あまりかさばらない

<欠点>①一方向にしか変形矯正できない

②ダイナマイゼーションを要する

③関節近傍は手術が施行しにくい

(b) Ilizarov式

<利点>①三次元的な変形矯正も容易である

②骨癒合が良好である

③関節近傍でも手術可能

〈欠点〉①かさばる・重たいこと

②創外枠組みの組立てが煩雑である

以上、Orthofix式の利点とIlizarov式の欠点 は、Ilizarov式の利点とOrthofix式の欠点と相 反するため、両機種を使い分けて種々の疾患 (術式)に対応するのがよいと思われる。

以下、疾患や術式別に創外固定法の適用や 問題点などに検討を加えた。

Ⅲ. 変形矯正

1. はじめに

下肢変形に対する一期的矯正手術は手術侵 襲が大きく、神経麻痺・皮膚壊死・関節拘縮 などの術後合併症を伴う危険性が高いために 手術適用は限られていた。近年本邦に紹介さ れたリング固定のIlizarov式は、骨の延長や 変形矯正をはじめ、軟部組織の変形矯正に対 しても殆ど手術侵襲を加えることがなく、術 後矯正が体外から行える治療方法であるため 急速に普及してきた。また、Ilizarov式原理 の一部分を取り出した一方向片側のOrthofix 式は、創外枠組みがかさばらず、取り扱いが 簡便なため、脚延長術を中心に軽度の変形矯 正に適用されている。

我々は今までに両機種を用いて種々の変形 矯正を行ってきた。そこで、今回下肢の変形 矯正に対する創外固定法の治療成績について 検討を加えたので報告する。

2. 創外固定法による下肢変形矯正の部位別 の治療成績

下肢変形に対し脚延長手技を応用した矯正 手術にIlizarov式を中心に、一部Orthofix式を 用いてきた。対象症例は32例、施行部位は大 腿骨3例、膝関節6例、下腿骨5例、足部18 例、使用機種はOrthofix式4例、Ilizarov式28 例であった。以下、施行部位別に治療成績を 検討した。

1) 大腿骨

(a) 対象および方法

その殆どは脚長不等の症例に対して適用されており、変形矯正を行った症例は3例だけであった。これらの症例は21才女性のCDH後の内反股と大腿骨脚短縮、25才男性の大腿骨顆部骨折後の変形治癒と大腿骨脚短縮、14才男児のMultiple epiphysial dysplasiaによる大腿骨の内反変形である。

21才女性例はOrthofix式により大腿骨近位 部で脚延長を行い、同時に約10度の内反股の 矯正も行った。25才男性例は大腿骨遠位部で 約30度の後方凸の変形と20mmの脚短縮を伴っ ていたため、Ilizarov式による前方のみの片 側仮骨延長を行った。14才男児例は大腿骨遠 位部でOrthofix式を用い、外側の片側仮骨延 長にて大腿骨の変形を矯正した。何れの症例 も2週間の待機期間の後に、1日1mmの割合 で仮骨延長を行った。

(b) 結果

21才女性例は25mmの脚延長を行い、術後6 カ月で延長部位の骨癒合が順調に得られた。 25才男性例は前方部分の延長を15mm行った が、術後5ヵ月で骨癒合は完全に得られ、後 方凸変形が改善した。14才男児例は外側部分 だけを14mm延長したが、術後の骨癒合はやや 遷延し、術後6ヵ月で創外固定器を抜去でき た。

以上の症例は、何れも変形矯正に対して仮 骨延長術を施行したため、確実な矯正が得ら れた。大腿骨遠位部での骨切り症例は膝関節 の可動域制限が一時期認められた場合もあっ たが、創外固定の抜去とともに改善した。ピ ン刺入部の浸出液や表層感染は一時的に認め られたが、骨炎に至った症例はなかった。

2) 膝関節

(a) 対象および方法

膝内反変形に対する手術術式は、アーチ状骨切りを行い一期的に矯正する高位脛骨骨切り術と、脛骨近位端で水平骨切りを行い内側のみを脚延長する片側仮骨延長術とに分けられる。後者を施行した症例は6例、手術時年齢は20~62才平均32才であった。使用機種はガーシュ・モデルによるOrthofix式が2例、Ilizarov式が4例であった。原疾患はビタミンD抵抗性くる病が4例、外傷後の膝内反変形が2例であった。延長方法は全例2週間の待機期間の後、1日1㎜で内側のみを目標とする矯正角度まで延長したが、腓骨の骨切り術は施行していない。

(b) 結果

延長距離は平均15°であったが、両機種とも創外固定の抜去に術後平均20週を要した。 膝関節近傍のピン刺入部において、皮膚周囲 との感染が一時的に認めた症例もあったが、 深部感染から骨炎に至ったものはなかった。 ピン刺入に伴い腓骨神経麻痺が起こりやすい 部位ではあるが、両機種とも1例もなかった。 術後12週で創外固定器を除去した1症例は、 矯正した角度が軽度減少した。27才女性ビタ ミンD抵抗性くる病による膝内反変形に対し て片側仮骨延長を行ったが、骨癒合は一時的 に停止したために術後21週で創外固定器を除 去できた。

創外固定器の固定期間は、アーチ状骨切りによる一期的な矯正の高位脛骨骨切り術では 平均8週間であったが、片側仮骨延長法は有 意に固定期間が長期化した。従って、仮骨延 長術の手術適用は極めて限られる。

3) 下腿骨

(a) 対象および方法

下腿骨の変形に対して、Ilizarov式による 矯正を5例に行った。年齢は11~55才平均26 才、性別は全例男性であった。原疾患は偽関 節が4例、変形治癒が1例であった。下腿骨 の後方凸変形が1例、内反変形が3例、足関 節部の内反変形が1例であった。

下腿骨の変形は三次元的な矯正を要することが多いため、Orthofix式は適用になりにくく、Ilizarov式が第一選択となる。但し、一方向片側固定でも二次元的な矯正が可能な東大式のHi-Fixatorや三次元的な矯正が可能なノルウェー製の機種などが開発されている。

(b) 結果

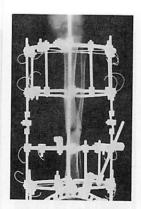
偽関節 4 例の全てに骨移植術を行うことなく、骨癒合が得られた。足関節部位での変形治癒例には20mmの延長を行った。創外固定期間は16~24週平均21週であった。以下、代表的症例を示す。11 才男児の下腿骨開放粉砕骨折を受傷したため他医でギプス固定施行されるも、後方凸20度の脛骨の変形を呈し、偽関節となった。RI骨シンチでは偽関節部に一致してTcの取り込みを認めたため、Ilizarov式だけを用いて、変形矯正を徐々に行い、偽関節部に荷重負荷を術直後から加えた。術後2ヶ月で変形矯正を終了、術後4カ月で骨癒合が得られた(図Ⅲ−1)。

30才男性の下腿骨骨折後の脛骨偽関節に、下腿骨内反変形10度と20mmの脚短縮を伴っていた。偽関節部は経皮的ドリリングのみを行い、脚短縮に対して脛骨近位部での脚延長を10mm行い、Ilizarov式で固定した。脛骨の内反変形は術直後から矯正、術後1ヵ月で終了、荷重を積極的に偽関節部に加えたところ、術後6ヵ月で骨癒合が得られた(図Ⅲ-2)。

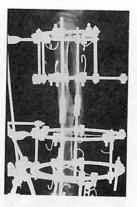
下腿骨の変形に対してIlizarov式を用いるだけで、良好な治療成績が得られた。偽関節を合併しても生物学的活性を有する症例には、骨移植術を用いなくとも変形矯正が行え



a) 術前



(5) 術後8週 正面像 矯正終了後



c) 術後8週 側面像 矯正終了後



d) 術後16週

図Ⅲ-1 11才男子 下腿骨後方凸変形を伴った偽関節に対する Ilizarov 式

た。骨癒合状態は、Hoffmann法では全例に 骨移植を行っても遷延治癒が多かったが、 Ilizarov法では骨移植を用いなくても良好な 骨癒合を認める症例が多かった。

4) 足部

(a) 対象および方法

尖足、内反足、内転足、凹足などの足部変形に対してを用いた。原則として骨切除や靭帯・腱切離などを行うことなく、wire刺入だけによる手術侵襲で目的が達せられるが、症例によっては目標とした矯正位が得られない場合もあった。

対象症例は16患者18例、性別は男性9例、 女性9例、手術時年齢は4~61才平均21才、 原疾患は尖足4例、内反足7例、関節拘縮症 4例、その他3例であった。

(b) 結果

尖足例では原疾患は開放骨折 2 例、熱傷・外傷後各 1 例、術前の尖足の程度は20~40度であった。Ilizarov式により10~40度の角度の改善が得られたが、創外固定期間は 7~15週であった。内反足例では原疾患は脳性麻痺3例、ポリオ・二分脊椎・先天性・腓骨神経麻痺が各 1 例であった。術前の尖足は20~80度、内転が15~30度、内反が10~20度であった。尖足の矯正角度は20~60度であり、特に成人ポリオの後遺症例は著しい矯正が獲得できた。内反や内転も全例ほぼ 0 度に矯正され、

創外固定期間は11~35週であった。脳性麻痺症例は、意図した変形矯正が難しく、術後に矯正が戻る場合があり、治療法の難しさを認識した。関節拘縮症では全例先天性であったが、尖足は15~30度の改善が得られ、創外固定期間は7~11週であった。また、凹足、内転足、二分脊椎が各1例である。創外固定期間は5~13週であり、矯正角度は10~20度であった。

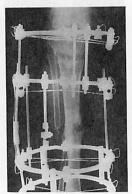
追加手術は6例に行われたが、先天性関節 拘縮症は3例、先天性内反足、ポリオ、二分 脊椎が各1例であった。術式は腱移行術2例、 後方・後内方解離術各1例、足関節固定術1 例、三関節固定術1例であった。

尖足例において反射性交感神経性ジストロフィー、内反足例にwire刺入を行った中足骨の骨折と足関節の亜脱臼、関節拘縮例には変形の再発、凹足例では骨萎縮を認めた。wire 周囲の感染を認めた症例もあったが、深部感染例には至らなかった。

代表的症例を示す。47才男性のポリオ後の内反尖足に対して、Ilizarov法単独で変形矯正を開始したが、アキレス腱部の拘縮が強いため、術後8週でアキレス腱延長術を行った。その後尖足は30度まで改善したが、それ以後の矯正に限界を認めたため、足関節固定術を術後4ヵ月で、変形矯正が行えた(図Ⅲ-3)。



a) 術前



b) 術後8週 骨移動・矯正終了 正面像



側面像



c) 術後24週

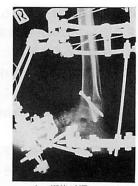
図Ⅲ-2 30才男性 下腿骨の内反変形・脚短縮を伴った偽関節に対する Ilizarov 式



a) 術前



b) 術直後



) 術後16週 足関節固定術追加



d) 術前·術後経過

図Ⅲ - 3 47才男性 ポリオによる内反足に対する llizarov 式

3才時にナイフによる刺創が原因で腓骨神経麻痺から内反足を呈した症例に対して、13才時にIlizarov式だけを用いて変形矯正を行った。術前尖足30度、内反20度、内転10度が、8週間で変形を矯正、尖足、内反とも0度に改善、その後4週間の矯正位保持を行った(図Ⅲ-4)。

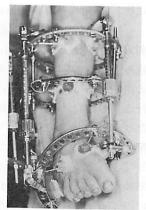
Ilizarov式は原則として経骨的にワイヤー を刺入するだけであるため、手術侵襲が少な く、三次元的な変形矯正も容易に行え、腱・ 钢帯などの軟部組織の新生が図られる。従って、軟部組織が少ない足部の変形にIlizarov 式は有用であったが、症例によっては骨性手術や軟部組織の解離を追加する必要があると思われた。

3. 考察

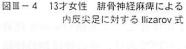
創外固定法はすでに150年近い歴史を有しており、種々の固定様式が考案されてきたが、今回我々が検討したOrthofix式とIlizarov式は



a) 術前



b) 術直後





c) 術後24週

何れも代表的な固定様式である。荷重伝達機構から見ると、一方向片側固定のOrthofix式では負荷は骨軸中心から離れた部位を通過する。一方、リング固定様式のIlizarov式では負荷は骨軸中心を通過する。これは骨折治療で用いられる髄内釘固定とplate固定の関係と合致している。

この事実は種々の負荷条件下に対する固定 強度の力学的研究から分析できる。我々が行った基礎実験から、Ilizarov式はOrthofix式に 比べて、圧縮強度は約1/10倍しかなかったが、 曲げや捻り強度は何れも約70%になってい た。Kenwrightらは圧縮負荷に弱く、曲げや 捻り負荷に強い固定様式が骨癒合に適してい ると述べているが、その観点からすれば骨長 軸中心に大きな圧縮が加わり、曲げや捻りに は固定性が良好なIlizarov式は現在最も優れ た創外固定法と言える。

Ilizarov式はリング固定様式のため、種々の変形矯正に対して体外から容易に対応できる優れた利点を有している。上下・左右・前後のあらゆる方向に、圧縮・引張り・曲げ・回旋などの負荷が加えられる画期的な治療方法である。矯正方法は故G. Ilizarov教授によると500種類にもなるとのことであり、使用方法を解説した書物も出版されている。従って、三次元的な変形矯正が術後体外から容易に行えるが、足部変形では矯正終了後もある期間矯正肢位を保持しておかないと変形の再発が起こる危険性がある。特に、成人例や麻痺性疾患を取り扱う場合には変形の再発に注意する必要がある。

手術操作としても細いwireを経骨的に刺入するだけであり、その後は創外枠組みを組み立てるだけである。しかしながら、種々の組み立て方法によって色々な症例の矯正を行うことができるため、基礎的な手技を学んだなら、それを基に工夫を加えて応用問題を解いていくわけであり、色々な回答はあるにしても、最も正しい回答を見つけ出すのには熟練を要する。即ち、手術手技はピン刺入だけの

ためすぐに飽きが来るようにも思われるが、 その手技に慣れてくる程に、治療の奥の深さ が伝わってくる素晴らしい方法である。

一方、故De Bastiani教授らvelona学派によるOrthofix式は、Ilizarov法原理の一部を取り出しただけであるが、創外枠組みがかさばらない割には固定性に優れている。従って、Ilizarov式では固定強度に不安が残る大腿骨症例に適した方法と言える。Orthofix式は長幹骨の脚延長術用に考案されたため、関節近傍には不向きな印象があったが、膝関節部ではガーシュ・モデルや足関節ではペリアーティキュラー・モデルが開発され、その適応は広がっている。

IV. 脚延長術

1. はじめに

近年脚延長術は骨移植を行うことなく、少ない手術侵襲でも施行できる仮骨延長法を用いるようになつてから急速に普及してきた。 我々は一方向片側固定のOrthofix式かリング形式のIlizarov式を使用している。そこで両機種の治療成績を骨癒合状態の観点から、X線像による仮骨形状の状態と歪ゲージを用いた応力測定法(以下、歪ゲージ法と略す)による骨癒合分類から比較検討した。

2. 対象および方法

対象症例は32例、性別は女性 7 例男性25例、 手術時年齢は11~47才平均25.7才である。使 用機種の内訳はOrthofix式19例、Ilizarov式13 例である。施行部位はOrthofix式では大腿骨14 例、下腿骨 5 例、Ilizarov式では大腿骨 5 例、 下腿骨 8 例である。脚延長はOrthofix式では30 ~55㎜、Ilizarov式では10~50㎜である。原 則として待機期間は10~14日、1日1㎜の延 長を4回に分けて行った。

歪ゲージ法についてはⅥの項目において詳細に説明している。骨癒合状態は基本型では正常治癒型(NH)、遷延治癒型(SH)、偽関節型(NU)、亜型では癒合停止型(AD)、仮

骨骨折型(BC)、仮骨吸収型(RC)の六型に 分けられる。

仮骨形状の状態のX線学的評価はA.S.A.M. I.グループの方法に準じて行った。正常形成型、過剰形成型、低形成型の三型に分けられるが、低形成型は点状のA型、砂時計状のB型、不規則状のC型、局所仮骨欠損のD型に分類される。

3. 緒果

1)骨癒合状態の分類:脚延長終了後からの骨癒合状態を分析した。Orthofix式ではNH型9例、AD型6例、BC型2例、RC型2例、一方Ilizarov式はNH型8例、AD型4例、RC型1例であり、両機種間において有意差は認めなかった。

- 2) 仮骨の形状状態:Orthofix式は過剰仮骨型はなく、正常形成型11例、低形成型8例、一方Ilizarov式は過剰仮骨型はなく、正常形成型が8例、低形成型が5例であり、両機種間において有意差は認めなかった。
- 3) 骨癒合状態と仮骨形状の状態との関係:Orthofix式およびIlizarov式ともに正常な仮骨形成を認めた症例の中で、骨癒合状態が正常治癒型でないことがあり、19例中4例は骨癒合停止型と仮骨骨折型であった。一方、仮骨形成が正常形成型でなかっても、骨癒合は正常治癒型を呈した症例が2例に認められた(表IV-1)。

4. 考察

Orthofix式およびIlizarov式ともに仮骨の形成状態が正常であっても、脚延長終了後の荷重負荷が大きすぎる場合は仮骨骨折型、一方少なすぎれば癒合停止型になる症例があった。脚延長終了後の骨癒合状態が正常治癒型であるためには、術後の荷重時期や程度の指標を的確に判定することが必要である。従って、骨癒合判定には画像診断のX線像だけでなく、非侵襲性・非被爆性且つ客観的な骨癒合判定である経時的応力測定法は有用な機能

表. IV-1 仮骨の形成状態のX線学的評価と歪 ゲージ法による骨癒合状態との関係

	NH型		AI)型	<u>B</u> (型	RC型	
	0	I	0	I	0	I	0	I
正常形成	8	!	2	i I	1			
		6		2) 		! !
低形成	1	1	2					
B型		1		i I		! !		i
低形成		!	2		1			
C型		! !		1		, 		' ! !
低形成		1 1		l I			2	!
D型-		! ! !		2		 		1

NH:正常治癒 AD:癒合停止 BC:仮骨骨折 RC:仮骨吸収 O:Orthofix式 I:Ilizarov式

的診断法であると云える。

V. 骨切り術-外反母趾手術

1. はじめに

外反母趾手術Mann法は皮切を3カ所に加える必要があり、手術侵襲が他の第一中足骨骨切り術に比べ大きいが、高度の変形例にも確実な矯正が行える利点を有する。但し、術後ギプス固定を2~4週間要するため、両足同時に手術を施行した症例では術後早期の歩行が困難である。そこで、Mann法ではIlizarov創外固定器を併用しているが、術後早期から全体重負荷による歩行が可能となり、足横アーチ構造の再構築も行え、満足すべき治療成績が得られている。

2. 手術方法

第一中足骨骨切り術は遠位骨片が凸のMann法を行った後、Ilizarov創外固定器により前・中足部を固定する。創外枠組みはカーボン製のハーフリング(直径10cm)1個、オス及びメス・ポスト4~6個、ワイヤー固定用ボルト6個、オリーブワイヤー(1.8mm径)3本を用いる。オリーブワイヤーの刺入方法は、1)第五中足骨遠位部→第一中足骨遠位部、2)第一中足骨近位部→第三中足骨近位部、3)立

方骨→内側楔状骨の順に行い、ワイヤーには 約20kg/cm²の引張力を加える(図V-1)。 術後1週以内に全体重負荷、創外固定抜去後 は足挿板を付けた歩行が許可される。



図 V - 1 外反母趾手術症例に対する Ilizarov 式の装着方法

3. 対象および方法

症例数は10例20足、性別は男性1例、女性9例、手術時年齢は26~76才平均54才である。 術後追跡期間は平均1.2年である。術前の外 反母趾の状態は外反母趾角が34°、M1M2角 が16°、M1M5角が35°、種子骨偏位度は殆ど はⅢ度であった。

調査項目は臨床評価では靴・履物による疼痛、母趾部MP関節部の疼痛、母趾部の知覚障害、X線学的評価は外反母趾角、M1M2角、M1M5角、種子骨偏位度、総合評価はGlynnらの方法に準じて行った。

4. 結果

Ilizarov創外固定器の装着期間は5~6週平均5.5週、骨癒合は平均6週で得られた。ワイヤー周囲の浸出液や排膿は皆無であった。臨床評価では靴・履物による疼痛は3足、母趾部MP関節部の疼痛は2足であったが、母趾部の知覚障害はなかった。X線学的評価では外反母趾角が10°、M1M2角が7°、M1M5角が24°と正常値に改善した。種子骨偏位度は殆どが1度に改善した。総合評価はGlynnらの方法では優15足、良5足であり、不満足例はなかった。代表的症例を図V-2に示す。患者は68才女性の両側外反母趾であるが、高度の変形を有し、左側は第2・3趾MtP関

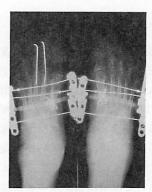
節の脱臼も認めた。両側同時にMann法を行った後に、Ilizarov創外固定器を装着した。 術後経過は良好であり、術後6週で創外固定 器を抜去した。

5. 考察

我々は外反母趾手術として、Mitchell法による第一中足骨骨切り術を中心に用いてきたが、母趾部の知覚障害やMtP関節に疾痛を認めたため、1991年からは1)第一中足骨を短縮させない、2)種子骨複合体を損傷しない、3)種子骨偏位度を改善する以上の三条件を全て満足させる手術術式を適用することにした。従って、軽度の外反母趾変形にはchevron法、高度の症例にはMann法を適用している。Mann法では第一骨切り部の固定にK鋼線を用いるが、術後にギプス固定を要する。そこで、両側例には足部に対して有用なIlizarov創外固定器を併用することにより術後早期からの全体重歩行を可能にした。我々が用いている創外枠組みの総重量は僅か200grと軽量



a) 術前



b) 術後 図V-2 68才女性 両側外反母趾

であり、オリーブワイヤーで内外側から牽引 するため、足横アーチ構造が作られる利点も 有する。

VI. 偽関節

1. はじめに

偽関節の治療方法は病巣掻爬後に骨移植と 強固な内固定、感染性では持続洗浄をまず行い、感染が鎮静化した後に、骨移植を施行す るのが一般的となっている。しかし、手技が 煩雑であり、治療に長期間を要する。

一方、Ilizarov式は殆ど手術侵襲を加えることなく骨癒合が得られ、三次元的な変形矯正も同時に行える治療方法である。そこで、今回我々はIlizarov式を偽関節例に適用、良好な治療成績を得ているので報告する。

2. 対象と方法

対象症例は9例、性別は全例男性、手術時年齢は11才~57才 平均38才、感染性3例、骨幹部での変形が4例にあった。施行部位は下腿骨6例、大腿骨2例、上腕骨1例、前回の治療方法は髄内釘5例、プレート3例、ギプス固定1例であった。手術方法は全例一期的にIlizarov式を施行、感染性2例には同時に持続洗浄を行った。自家腸骨移植は大腿骨の2例に行った。骨移動は下腿骨4例、大腿骨2例に行い、移動距離は10~30mmであった。

3. 結果と考察

Ilizarov創外固定器の固定期間は16~28週平均21.8週であった。感染性は全て鎮静化、骨癒合は8例に得られた。創外固定抜去後に再骨折を起こした1例だけが骨癒合不全となった。ピン刺入部の皮膚周囲の浸出液や表層感染を一時的に認めた症例もあったが、骨炎に至ったり、神経麻痺を呈した症例はなかった。歪ゲージ法による骨癒合状態の判定方法から、正常治癒型が4例、骨癒合一時停止型が2例であった。一方、従来行ったHoffmann式では全例に骨移植を施行したにも係わら

ず、正常治癒型は7例中1例にしかなく、 Ilizarov式の骨癒合が有意に優れていた。

Ilizarov式は偽関節症例に対して、1)手術 侵襲を殆ど加えることがない。2)生物学的活 性を有する偽関節には骨移植を行う必要がない。3)感染例に対して一期的な治療が行える などの特長を有している画期的な治療方法で ある。

VII. 歪ゲージ法

1. はじめに

当科ではHoffmann式やOrthofix式の創外固定施行症例に対して、歪ゲージによる応力測定法(以下、歪ゲージ法と略す。)を用いて骨癒合状態の判定を行ってきた。そして、1993年からはIlizarov式の施行症例に対しても歪ゲージ法を適用、骨癒合の機能的診断に用いている。

リング固定様式のIlizarov式は、一方向片側固定様式のHoffmann式やOrthofix式に比べて、生体力学的にコンセプトが異なっている。上述した三機種の創外固定器の圧縮・曲げ・捻り負荷による各々の固定強度はOrthofix式では何れの荷重負荷に対しても固定性が強固であった。Hoffmann式は何れの負荷に対しても固定性は不良であった。一方、Ilizarov式は圧縮負荷には最も固定性が弱くOrthofix式の約1/10であり、曲げや捻り負荷はOrthofix式の約70%の固定強度を有していた。

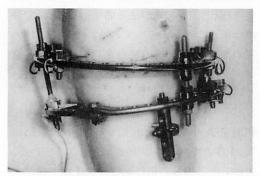
従って、Ilizarov式は骨切り部に圧縮負荷を加えた場合、創外枠組みの中では骨に刺入したK-wireに最も大きなたわみを生じることになるため、その歪量を計測すれば骨切り部の固定強度が推測できることになる。そこで、我々はIlizarov式の施行症例に用いた歪ゲージ法の臨床診断的意義について、生体力学的に検討した。

2. 対象と方法

1)対象症例:今回対象とした症例はIlizarov式に歪ゲージ法を行った29例である。症例の

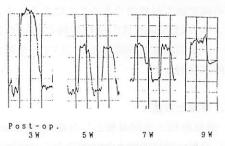
内訳はHTO16例、偽関節7例、脚延長5例、骨折1例である。HTOは一期的にアーチ状に骨切りを行う方法が13例、片側仮骨延長術を行う方法が3例である。施行部位は大腿骨7例、膝関節16例、下腿骨5例、上腕骨1例である。

2) 歪ゲージの貼付部位:歪ゲージは1.8mm径のK-wireの前面、リング内約15mmの箇所に瞬間接着剤(アロンアルファ)で固定する。歪ゲージは東京測器研究所製の極小の単歪ゲージFLKを用いる。図VII-1はHTOにIlizarov式で固定、歪ゲージを脛骨遠位部・内側のK-wireに貼付している症例の写真である。



図NI-1 HTO症例に対する歪ゲージ法 歪ゲージは内側・下方のワイヤーに貼付している

- 3) 骨切り部への荷重方法:立位にて20kgの 垂直圧縮負荷を患肢の骨切り部に加える。負 荷により生じた歪量を動歪測定器(日本電気 三栄製;6M61) にて術後2週間隔で計測す る。
- 4) 判定方法: 図VII-2 は経時的に計測した 歪量の波形を示している。最大振幅値は術後 経過とともに段階的に減少しているのがわか る。測定した歪量を縦軸、術後経過日数を横



図VII-2 HTO症例の経時的歪量の変化

軸に取り、各々プロットしてできたグラフの 形状から骨癒合状態のタイプを判定する。 我々はこのグラフを骨癒合曲線と呼んでい る。代表的な骨癒合状態のタイプは、正常治 癒型、骨癒合一時停止型、遷延治癒型の三型 である。以下、各々の波形の特徴を説明する。

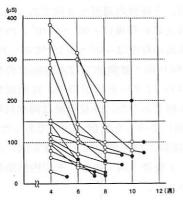
- a) 正常治癒型:順調に骨癒合が経過するタイプであり、歪量は双曲線状に減少する。
- b) 骨癒合一時停止型: 歪量の減少が一時的 に停止するタイプであるが、最終的には歪量 の減少は停止、骨癒合は得られる。
- c) 遷延治癒型: 歪量が徐々に減少していく タイプであり、骨癒合曲線の波形は負の直線 で表される。

3. 結果

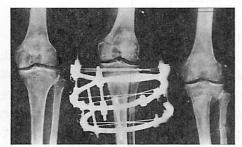
- 1) 創外固定器の装着期間: HTO(アーチ 状)が平均8.1週、HTO(片側仮骨延長術)が 平均20週、偽関節が平均24.7週、脚延長が平 均25.9週、そして骨折が28週であった。今回 は特に、HTOと偽関節症例に対して検討を 加えた。
- 2) HTO(アーチ状)症例: 歪ゲージ法による経時的歪量を分析した結果、3例のみが何れも術後8週時での歪量が $100\,\mu$ S以上であり、骨癒合のタイプも骨癒合一時停止型であった。

そこで、術後 4 週の歪量が280 μ S以上の 4 症例と、150 μ S以下であった 9 症例の術後 4、6、8 週での歪量を比較した。結果は後者の方が、何れの時点においても有意に歪量が小さかった。図 Π -3はHTO全症例の骨癒合曲線を示している。術後 4 週の歪量が150 μ S以下の症例は、何れも骨癒合が順調に経過していた。一方、術後 4 週の歪量が280 μ S以上の症例は、創外固定抜去までに10週以上を要した。また、歪量が術後 8 週までに50 μ S以下に減少していれば、創外固定器を抜去できた。

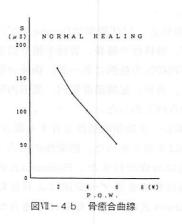
図VI-4は68才男性のHTO例である。術 後順調に骨癒合が進行、術後6週で骨癒合が



図VI-3 HTO全症例の骨癒合曲線 黒丸は創外固定器抜去時を示す



図VII-4a 68才男性 HTO症例



得られた。骨癒合曲線では急速に歪量が減少、 術後6週で歪量の減少がほぼ停止したため、 その時点で創外固定器を除去した。

3) 偽関節症例:施行症例は7例に行ったが、施行部位は下腿骨4例、大腿骨2例、上腕骨1例であった。骨癒合状態のタイプは正常治癒型が4例、骨癒合一時停止型が2例、遷延治癒型が1例であった。11才男性の下腿骨偽関節例に対してイリザロフ法だけを施行、特

に骨移植は行っていない。術直後から後方20 度の凸変形を徐々に矯正していき、術後6週 で終了した。骨癒合は順調に得られ、術後僅 か4ヵ月で創外固定器を抜去することができ た。骨癒合曲線は術後3ヵ月ですでに歪量の 減少が停止した。双曲線状のグラフを呈して いるので、骨癒合状態は正常治癒型と判定し た。

4. 考察

骨癒合状態を客観的に判定する試みは種々なされているが、大きくは画像診断法と機能診断法に分けられる。前者はX線像、超音液、CTスキャン、DEXAなどが行われている。後者はAE法、Micromovement法、振動波などが施設により行われているが、我々は1980年以来一貫して歪ゲージ法を用いてきた。

歪ゲージ法はBergiumのBurnyが1966年に初めて試み、1981年にその方法を確立している。ItaryのPerisinottoは歪ゲージを内蔵した骨癒合判定装置をすでに市販している。その他、ヨーロッパ諸国では種々追試がなされ、英国のRichardsonは創外固定抜去時期の診断方法を考案している。我々が行っている歪ゲージ法は当初はBunnyらの方法に準じていたが、その後Hoffmann式ではロッド、Orthofix式ではピン、そしてIlizarov式ではK-wireに歪ゲージを貼付している。負荷方法はHoffmann式とOrthofix式が曲げ負荷、Ilizarov式では圧縮負荷を加えることにより、多機種の創外固定器の固定様式でも対応できるシステムを確立した。

Ilizarov式はOrthofix式やHoffmann式に比べると、経骨的に刺入したK-wireの部分には僅かな圧縮力が加わっても、上下方向に大きくたわむため、歪ゲージ法には適している固定様式と云える。特に、HTO(アーチ状)症例では、1)術後4週の時点で歪量が150μS以下であれば正常治癒型を呈すること、2)術後4週の時点で歪量が280μS以上であれば、術後10週以上は創外固定器を装着しなければ

ならないこと、そして3) 術後8週までに歪 量が50μS以下になると創外固定が抜去可能 であることなどの診断基準が得られた。

従来行ってきたHoffmann式やOrthofix式の 歪ゲージ法は、測定した歪量が相対的な値で あったため、骨癒合曲線で表されたグラフの 形状から判定する必要があった。しかし、今 回我々が行ったIlizarov式によるHTO症例 では、歪量は絶対的な値に一歩近づいたと云 える。今後はテレメトリー装置を創外固定器 に装着、フォース・ブレート上での計測を行 うことによって、測定値の絶対値化を行う予 定である。

垭. 手術適用

1. はじめに

Ilizarov式創外固定法は骨片の固定を目的としていたそれまでの創外固定法とは異なり、生体の組織形成を局所的に体外から管理することにより治療目的を達成するという新しいコンセプトを含んでおり、この原理によって、今までは困難とされてきた脚延長や変形矯正などの治療が可能となった画期的な治療方法である。そこで、今回我々はIlizarov法を用いて種々の疾患/手術に臨床応用したので、従来より施行してきたOrthofix式やHoffmann式とも適用を比較検討した。

2. 対象と方法

1991年よりIlizarov式を施行した症例は63 例になる。疾患/手術は脚延長7例、変形矯正12例、骨切り術36例、偽関節7例および骨折1例である。施行部位は大腿骨6例、膝関節17例、下腿骨12例および足部28例である(表 〒1)。以下、疾患/手術別に分けて説明を加える。

- 1) 脚延長:大腿骨4例、下腿骨3例に施行したが、延長距離は平均35mmであった。原則として術後2週間の待機期間の後、1日1mmの割合で延長を行った。
- 2) 変形矯正: 尖足や内反足などの足部変形

- が8例、下腿骨の変形が3例であった。尖足例では尖足の程度は-40°~-10°、内反足例では尖足の程度は-80°~-20°であった。
- 3) 骨切り術:膝関節では高位脛骨骨切り術 (HTO) はアーチ状が13例、片側仮骨延長 術が3例であった。外反母趾は両側同時手術 Mann法に併用した症例が20例であった。
- 4) 偽関節:施行部位は下腿骨5例、大腿骨1例、上腕骨1例であり、その内感染性は4 例であった。
- 5) 骨折:下腿骨の開放性粉砕骨折の1例に のみ施行した。

3. 結果

- 1) 脚延長:全例に骨癒合が得られたが、大腿骨近位部で延長を行った2例は仮骨延長部の骨癒合が遷延し、創外固定抜去までに術後約1年を要した。従って、大腿骨近位部での延長には取扱いが簡便であり固定性に優れているOrthofix式、下腿骨にはIlizarov式が適している。
- 2) 変形矯正:足部変形はIlizarov式だけに行えたが、腱移行や延長、骨性手術を追加する症例が約30%の症例にあった。術後合併症はRSD、骨折、足関節亜脱臼、変形再発、骨萎縮の6例であった。
- 3) 偽関節:生物学的活性を有する場合には、 骨移植は不要であった。感染性の場合でも、 一期的な治療が行えた。Hoffmann式の症例 と骨癒合状態を歪ゲージ法により比較した が、Ilizarov式において有意に骨癒合が良好

表. VII-1. 対象症例

疾患/手術	大腿骨	膝関節	下腿骨	足部	計
脚延長	4		3		7
変形矯正		1	3	8	12
骨切り術		16		20	36
偽 関 節	2		5		7
骨 折			1		1
計	6	17	12	28	63

であった。

- 4) 骨切り術:HTOでは骨癒合は平均8週で得られた。片側仮骨延長術を行った症例の骨癒合には平均16週以上の創外固定期間を要した。両側同時手術例の外反母趾手術Mann法にIlizarov式を併用した症例の創外固定期間は平均5.5週であった。本法は術後早期に全体重負荷が行える利点を有する。
- 5) 骨折: Ilizarov式は組立が煩雑であり、創外枠組みがかさばり重たいため、身体のあらゆる部分に適用できて手術操作も簡単で短時間に手術できるHoffmann式が適している。

4. 考察

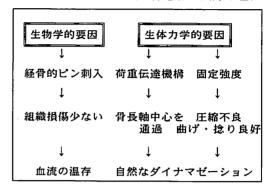
Ilizarov法はロシアの西シベリア・クルガンの地において、故G. Ilizarov教授が1951年に開発したリング固定様式の創外固定器による治療方法であるが、現在広く普及している一方向や二方向固定様式の創外固定器にはない種々の優れた機能を有している。Ilizarov式の利点は、他の創外固定法に比べて、1)手術侵襲が極めて小さい、2)骨癒合が良好のある、3)三次元的な変形矯正が術後体外から容易に行えることなどである。一方、欠点としては、1)創外枠組みがかさばり、重たいこと、2)手術操作が煩雑で、熟練を要すること、3)ワイヤー刺入に際して神経血管損傷の危険性を有することなどが挙げられるが、利点と欠点とは相反するものである。

創外固定法の適応は絶対的と相対的とに分けられる。

前者は脚延長、重度開放骨折、感染性偽関節、後者は粉砕骨折、関節近傍の骨折、多発骨折、骨切り術、関節固定術、変形矯正などが挙げられる。これらの種々の適応の中で、Ilizarov式は生物学的には手術侵襲が少なく、生体力学的には負荷が骨軸中央を通過する自然なダイナマイゼーションが加わるために、従来の創外固定法と比べて驚く程に骨癒合が良好な印象がある。従って、従来難治性とされてきた偽関節に対しても生物学的活性を有

する場合には骨移植を行う必要がなく、感染性の場合でも一期的に治療できるようになった(表型-2)。

表 1 2. イリザロフ式の骨癒合が良好な理由



Ilizarov式リング固定様式のため、三次元的な変形矯正も体外から容易に行うことが出来る。特に、尖足や内反足の足部変形にはよい適応であるが、変形が高度な症例や成人例では腱の移行や延長、骨性の固定などを到することが多いこと、矯正後の再変形も有ず会とも改良していく必要がある。骨切りが表えては従来行っていた当教室で独自に開発したOriginal式やCharnley式より骨癒合が早期に得られた。但し、片側仮骨延長法では骨癒合が遷延する傾向にあったため、その適応は限られる。

最後に、Ilizarov式は手術操作としては単に細いワイヤーを経骨的に刺入するだけであるため、単純な手術方法のように思われるが、 創外枠組みを組み立てて症例を重ねるに連れて、Ilizarov式の持つ奥の深さが伝わってくる素晴らしい手術方法と云える。術者が基本的なIlizarov式の手術手技を理解したなら、種々の症例に対してその基本操作を組み合わせることにより、応用問題を解いていくわけであるが、正解を出せるようになるまでには相当の修練を要すると思われる(表個-3)。

表畑-3. イリザロフ式の特長

- 1)手術は原則として細いピンを経骨的に刺入 するだけであるため、手術侵襲を殆ど加え ない。
- 2)リング固定様式であるので、三次元的な変形矯正が体外から容易に行える。
- 3) Tension stress effectにより、骨や軟部組織の新生(Osteogenesis, Histogenesis)が行える。

5. まとめ

Ilizarov式の手術適用は下腿骨の脚延長、 偽関節、変形矯正、骨切り術に対しては、従 来より行ってきたHoffmann式やOrthofix式よ りも有用であったが、大腿骨の脚延長では Orthofix式、骨折例ではHoffmann式が適して いる。

以. 文献

- 1) Ilizarov, G.: Transosseous osteosynthesis. Springer – Verlag, Berlin, 1992.
- 2) Golyakohovsky, V & Frankel, V.H.: Operative manual of Ilizarov techniques. Mosby, St. Louis, 1993.

- 3) Maiocchi, A.B. & Aronson, J.: Operative principles of Ilizarov. Williams & Wilkins. Bortimore, 1991.
- 4) 西村典人 ほか.: 歪ゲージを用いた応力 測定法による骨癒合状態の分類. 日整会誌. 68; S440. 1994.
- 5) 西村典人 ほか.:各種創外固定器を用いた高位脛骨骨切り術の検討.日本創外固定研究会誌6:29-34,1995.
- 6) 西村典人 ほか.:Ilizarov創外固定法による足部変形に治療成績. 日整会誌69;S 135,1995.
- 7) 西村典人 ほか.:脚延長術における骨癒合状態-Ilizarov法とOrthofix法の比較. 日整会誌70:S444, 1996.
- 8) 西村典人 ほか.:Ilizarov創外固定器を併用した外反母趾手術mann法の治療成績. 日整会誌70:S448, 1996.
- 9) 西村典久 ほか.:イリザロフ創外固定施 行症例における歪ゲージを用いた応力測定法 の生体力学的研究.日本創外固定研究会誌7;7 -12,1996.
- 10) 西村典人 ほか.:種々の創外固定器の臨床応用.日本創外固定研究会誌7;67-73,1996.

自己血輸血で行う整形外科手術

大阪臨床整形外科医会研修会講演要旨 (1996年11月16日)

大阪府立病院整形外科 冨 士 武 史

整形外科の疾患や外傷の中で、手術的治療が有効なものがいくつかあります。腰椎の変性すべり症や頚髄症、変形性股関節症、変形性股関節症、変形性限関節症などで、保存的治療で治らない症例です。これらの手術に際しては、出血に対して輸血が必要となる症例があります。

一般的に「輪血」と言う時には日赤の血液 センターから供給される血液および血液製剤 を指しますが、献血によって得られたこれら の血液は他人の体内にあった血液ですのでこ れを輸血する時には「同種血輪血」と呼びま す。「同種血輪血」に用いる血液は血液セン ターで厳しい検査を行っていますが、副作用 や合併症がないわけではありません。今回は まず同種血輪血の合併症をいくつか示し、こ れらを避けるために我々が行っている自己血 輸血を紹介させていただきます。

I. 同種血輸血の合併症

同種血輸血の合併症はいくつか知られていますが、社会的に問題となったのは輸血後感染症です。血液銀行の制度は1949年に始まりましたが、肝炎ウイルスを持った人が何回も売血していたため輸血後肝炎が多発しました。1968年からは売血制度はなくなり、100%献血血液となり、1970年からはHBS抗原検査がスクリーニングとして行われるようになりました。しかし非A非B肝炎の伝染は予防できずに、1988年頃には10~20単位の輸血を受けた人の約30%に肝炎が発生していました。現在では1989年から開始されたHCV抗体検査のおかげで、輸血後肝炎の発生は1%以下と激減しています。



エイズ(後天性免疫不全症候群:AIDS)が輸血により伝染することが一般にも知られ、ただちに1986年から献血血液に対するHIV抗体検査が開始されました。1994年の1年間で献血血液5,564,165件から32件のHIV抗体陽性血が発見され廃棄されました。このように、日赤の努力によって献血血液には厳しいスクリーニング検査が実施されていますので、輸血による感染症の伝染の可能性は非常に低くなっています。

しかして型肝炎、HIV(エイズウイルス)、HTLV-I(成人T細胞性白血病(ATL)ウイルス)などスクリーニングを抗体検査で行っているウイルスについては、ウイルス感染後に抗体が出現するまでの期間(window period)は感染力のある血液を排除できません。また、HIV(AIDSウイルス)が過去にそうであったように、未知のウイルスの輸血血液への混入については防止できません。従って、同種血輸血を行う場合には、輸血によって疾患が伝染することを完全には予防し得ないわけです。

最近話題になった輸血合併症は輸血後移植 片対宿主病(GVHD: graft versus host disease)です。これは、輸血した供血者血液 中のTリンパ球が輸血を受けた人の中で生着 し増殖し、増殖したTリンパ球が患者のHL A抗原を攻撃して、輸血後1~2週で全身紅 斑、発熱、汎血球減少症から大量出血・重症 感染症を生じて多臓器不全で死亡する反応で す。非血縁者間の輸血では約900回に1回、 親子間では100回に1回生じると報告されて います。

この輸血後GVHDは1993年に心臓の冠動脈バイパス手術時に受けた輸血が原因でGVHDで死亡した事件が、1996年3月に訴訟となり多くの人々の知るところとなりました。 厚生省は1996年4月に救急安全性情報として、1. 輸血の適応を厳密に、2. 放射線照射による防止を呼びかけるとともに、3. 予定された手術では自己血輸血の実施も考慮するように、との通達を出しました。

輸血する血液への放射線照射により輸血後 GVHDは予防可能なのですが、照射した血 液は溶血が進むため1週間以内に使うことが 望ましく、準備する血液すべてに放射線照射 を行えば廃棄する血液が増加して血液不足に なることも考えられます。

このほかの同種血輸血の合併症としては、 血液中の種々の成分に対する抗体産生により 頻回に輸血を受けた患者では交差試験で適合 する血液が少なくなるということも知られて います。また、同種血輸血によって免疫能が 低下し、癌の再発率が高いというような報告 もみられます(これについては再発率は同じ という報告もあり、今後明らかにすべき問題 と思います)。

以上のようなさまざまな同種血輸血の合併 症は、輸血という行為が生きたままの組織を 他の個体に入れる「臓器移植」であるからに ほかなりません。我々は過去には、薬剤を点 滴するように輸血を行ってきたかも知れませ ん。しかし今後は、「輸血は臓器移植の一種 である」という認識のもとに少しでも同種血 輸血を減らすように努力する必要がありま す。

Ⅱ. 自己血輸血の方法

手術での同種血輪血を避けるためには、1. 手術手技に習熟して出血量を減らす、2. 侵襲の小さい術式を選択し体位や進入路も出血量を減らすように工夫し、3. 低血圧麻酔を積極的に導入する、など出血量を減少させる努力が必要です。しかし、それでも輪血が必要となる手術は存在します。これに対して、自分の血液を利用する「自己血輪血」という方法があります。

自己血輸血には以下の3つの方法がありま すので簡単に説明します。

1. 貯血式自己血輸血

手術日までに時間的余裕がある時に行います。患者自身から血液を採決し保存しておき、 手術時あるいは手術後に輸血する方法です。 一般的には液状保存(通常の保存血と同じ)が 行われますが、3週間で1,200m/が限界と思 われます。もっと大量に血液を準備したい時 には凍結保存が行われます。凍結保存では赤 血球と血漿に分離し、赤血球には凍害防止剤 を加えて凍結します。解凍後は赤血球を洗浄 して使用します。

液状保存による貯血式自己血輸血は、採血バッグさえあればどの施設でも行える方法です。貧血傾向の患者でも、造血因子であるエリスロポエチンの使用により術前3週間で、1,200』(の貯血も可能となっています。

2. 術前血液希釈式自己血輸血

患者が手術室に入室し、全身麻酔がかかってから800~1,200...(の血液を採取し、血漿代用剤で補充する方法です。術中は希釈された薄い血液が出血するための実質の赤血球の損失は少なく、手術の終了する頃から採血してあった血液を輸血します。

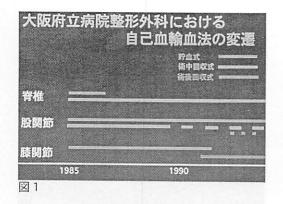
この方法はすぐれた方法ですが、手術室に 入室してから執刀するまでに時間がかかるこ と、採血に麻酔医が1人必要なこと、心・腎 に問題のある患者には適応しにくいことなど の欠点もあり、すべての症例に行うわけには いきません。

3. 回収式自己血輸血

術中あるいは術後に出血した血液を回収し て輸血する方法で、出血した血液を輸血に使 用する理にかなった方法です。回収した血液 には骨クズ、溶血により生じた遊離ヘモグロ ビン、抗凝固剤などが含まれていますので、 フィルターを通した上で大量の生理食塩液で 洗浄して赤血球だけを返血します。術後ド レーン血を利用する場合には、溶血の程度が 少ないこともあり、洗浄せずにフィルターを 通すだけで返血する装置もあります。

Ⅲ. 自己血輸血の実際

1985年から現在まで私達の整形外科では脊 椎、股関節、膝間接の手術のうち輸血が必要 と思われる手術に各種の自己血輸血法を用い てきました(図1)。その結果をもとに、整形 外科での自己血輸血の実際を紹介します。



1. 脊椎手術

脊椎手術では硬膜外や骨切り面からの出血 を吸引で排除することが多いため、術中回収 式自己血輸血を選択しました。回路図を図2 に示します。術野から吸引した血液はヘパリ ンを添加した生理食塩水と混じてリザーバー の中に貯められます。出血が一定量たまると セルセーバーなどの自己血回収装置の運転を 開始します。ローラーポンプにより遠心ボウ ルに送られた血液は、比重の違いで赤血球は ボウル内に残り血漿成分は廃液バッグへ棄て られます。次に遠心しながら洗浄用生理食塩 水を送り込んで(通常2,000ml)洗浄します。 この操作により溶血で生じた遊離ヘモグロビ ンや添加されたヘパリンの大部分は除去され ます(図3)。洗浄が終了すると洗浄赤血球と して返血バッグに送られますので、これを20 umのフィルターを通して輸血します。

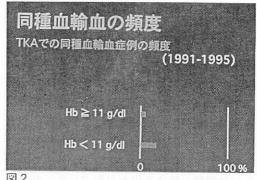
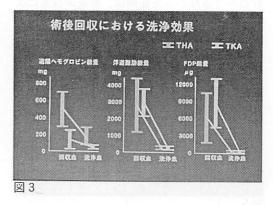
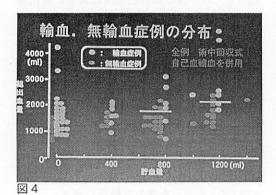


図 2



脊椎手術でこの術中回収式自己血輸血を行った結果、図4に示しましたように出血量が2,000㎡までなら大部分の症例で無同種血輸血で手術が行えることがわかりました。初めのうちは貯血式自己血輸血を併用した症例もあったのですが、現在では術中回収式自己血輸血のみ行っています。



2. 人工股関節全置換術(THA)

THAにも術中回収式自己血輸血を行いましたが、術中回収式自己血輸血のみでは無同種血輸血手術を殆どの症例で実現することはできませんでした。この結果から貯血式自己血輸血を併用することにしましたが、貯血量によって無同種血輸血手術の実現率が異なることがわかりました。即ちエリスロポエチンを使用しなかった時の症例では図5に示すように貯血量が1,200㎡あれば2,200㎡までの出血で、貯血量が800㎡あれば1,800㎡までの出血で無同種血輸血手術が可能でした。充分な貯血ができなかった症例は、貯血の採血によ

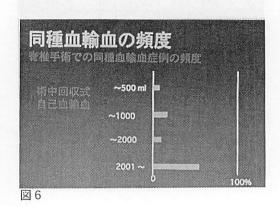


図 5

る貧血が一番の原因でした。現在では、エリスロポエチンを投与することによって、貧血患者でも安全に800~1,200,,/の貯血が可能となっており、THRの大部分の症例で同種血輸血を回避できております。

3. 人工膝関節全置換術(TKA)

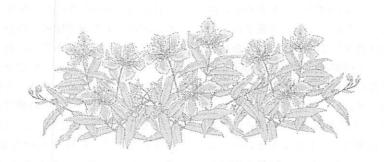
TKAは術中は駆血帯を用いるためにほと んど出血がなく、術後のドレーン出血が出血 量の大部分を占めます。当初は貯血式自己血 輸血を行いましたが(図1)、高齢の女性患者 が多く、採血できない症例もありました。術 後ドレーン血をうまく回収できるPAT. バ ック®を開発し洗浄式術後回収式自己血輸血 をはじめました。図6に示すように創部から のドレーンチューブの途中でヘパリン添加生 理食塩水を混じてフィルターを通してPA T. バックに貯めます。一定量貯めればへモ ライト2などの自己血回収装置で術中回収と 同様に濃縮・洗浄して返血します。術後回収 血は術中回収と比較して遊離ヘモグロビンは 少ないので洗浄せずにそのまま返血する方法 もあるが、洗浄操作により浮遊脂肪やFDP も減少するので洗浄式の方が非洗浄に比較し てより安全と考えられます(図7)。TKAで は上記の洗浄式術後回収式自己血輸血を行う ことで、ほとんどの症例で同種血輸血を回避 できるようになりました(図8)。



Ⅳ. 自己血輸血法の使い分け

整形外科手術で適応できる自己血輸血法のうちそれぞれの手術でどの方法を選ぶかについては、施設毎に事情が異なります。私達の施設では自己血回収装置を早い時期に導入したため、現在は脊椎手術には術中回収式自己血輸血を、THAには術中回収式自己血輸血と貯血式自己血輸血を、TKAには洗浄式術後回収式自己血輸血を適応し無同種血輸血手術を実現しています。

稿を終えるにあたりまして、このような機会を与えてくれました大阪臨床整形外科医会の先生方に深謝します。



1.「スポーツによる膝障害について」

(平成7年11月8日 第66回大阪臨床整形外科医会研修会)

神戸大学 整形外科助教授 黒 坂 昌 弘

本日は膝関節の外傷および障害について、 どのようなスタンスで取り扱っているかを中 心に概説したい。近年、色々なスポーツが取 り上げられ、アスレチックな人からスポーツ 愛好家までスポーツ人間になったため色々な スポーツ障害がおこる。

スポーツ整形外科を科学的な観点からみると、生体工学、栄養学、スポーツサイコロデー、整形外科、内科領域を含めたものとしてスポーツ医学があり、スポーツ医学と一般的な整形外科とがover lappingしている所が、Orthopaedic Sports Medicine(スポーツ整形外科)である。実際にスポーツ医学というと体力、演板力の向上、健康維持なども取り上げないといけない問題であり、かつ我々整形外科のスポーツ医学を取り扱う者は、疾病、障害の予防もせねばならないが、実際には治療、リハビリテーションが主体の整形外科的アプローチをしている所かが現状である。

スポーツ整形外科の歴史は古いものでなく、我々の教室で本格的にスポーツ整形外科として外来を開始したのは、神戸のユニバシアード大会があった時で15年足らずの歴史である。スポーツによる障害は色々あるが、例えば神戸製鋼のラグビーチームの選手が一年間にどの程度怪我をして外来にくるかを見ると、頸を含めた上肢が35回、下肢は63回で特に膝関節の怪我の頻度は非常に高く。中でも膝の靱帯損傷が多い。

膝関節をテントに例えると骨はテントのポールであり靭帯はテントを支えるロープの役割をしていると考えられる。靭帯の中でも前十字靭帯という関節の中にある靭帯が断裂されることによる機能障害は非常に多いの



で、この前十字靱帯に関する研究発表が多い。 スポーツ医学の歴史からみても前十字靱帯に 関しては非常に浅いものである。

スポーツ医学という観点から歴史的な背景 を紹介すると、Edwin Smithが書いた最も古 い記載書(紀元前2500年~3000年)によるとす でに肩関節脱臼に対する手術が書かれてお り、鎖骨骨折に対しても2つの記載がある。 歴史的にみると肩の脱臼の方が注目され治療 が古くから取り上げられている。Rameses二 世の墓の壁書き(紀元前1200年位)に腕を引っ ぱられている人の図があるが肩関節の脱臼の 整復をしている所であるらしい。ヒポクラテ スは紀元前400年頃の人で医学の父と言われ る。70冊の本を書き関節、骨折など色々と非 常に独創的な記載があるが、前十字靭帯に関 しては全く記載がない。ヒポクラテス法によ る肩関節脱臼整復や、腋窩に火傷をおこさせ て脱臼を防ぐなどもこの時期に書かれたよう である。肩鎖関節脱臼についても手術法が記 載されている。それから500年位後の紀元100 年にGalen(スポーツ医学の父)が現れ、初め てgenu cyuciateが膝の中にあると記載した。 しかしその後1000年以上の間前十字靭帯につ

いての科学的記載がなされていない。1850年 J. Stark先生が初めてACLの断裂を記載し、 1900年WH. Battle先生がACLを縫ったとの 報告がある。またAW.Mayo Robson先生が 1903年にACLを縫い8年のfollow upの報 告をしている。これが世界初の実際の報告で ある。その後はACLに対する興味が爆発的 に広がりEW. Hey Groves先生が1917年fascia lataを使ってACL再建を試みた。O' Donoghueのunhappy triadなど、この頃から膝 関節外傷学の幕明けの時代を迎えた訳であ る。primary repair(今から思うと単純だが)を 報告している。この先生は沢山の動物実験を し、臨床的なfollow upもされ20年位の間、 膝関節外傷学特にスポーツによる膝関節外傷 のリーダーとして仕事をされた。それについ いてJ. Marshall 先生がMarshall 法という multiple sutureをかける方法を考案したが、 その後ACLの縫合術があまりよくないとさ れるようになった。私は症例を限るとsuture も生きる道があるのではないか、特にfemoral sideでdetatchしている症例には有効である う。しかし現時点ではACLは縫っても治ら ないというのが一般的な理解である。日本の 渡辺先生が関節鏡を開発されたが、アメリカ でテレビを見ながら手術するようになってか ら爆発的に膝関節の治療が広まった。

PCL、MCLの損傷は頻度は高いが、保存的治療である程度ゆるみが残っても機能的にあまり問題を残さない。例えば神戸製鋼ラグビーチームのレギュラー選手15人の中で3~4人のPCL損傷があるが、あまり大きな問題とならない。lateral collateral、posterolateral structureなどの外側の支持機構が大きくやられると重篤なdisabilityを残すが、幸いなことにprimary sutureが有効な例が多い。ということで最近頻度が高くて、治ゆしなくて重篤なdisabilityを残すACLに興味の対象が集まっている。

正確な診断を下す必要があるが、historyを きくことで殆ど診断がつけられる。減速動体

で受傷する。急に止まった時、ジャンプして **着地した時、走っていて急に方向転換した時** にpop音と共に受傷する。ボディコンタクト が無いということも大きな特徴である。その 直後からプレー続行が不可能となる。関節内 血腫があれば非常に確率が高い。診察は必ず 良い方の脚から始める。人それぞれ関節のか たさ、ゆるさがあるのでゆるみがあるからと 言って靭帯が切れている訳ではない。90°膝 屈曲位での引き出しテストは感受性の低いテ ストであり、陰性でもACL損傷が高頻度に あることを憶えておく必要がある。しかしP CL損傷の診断には非常に重要である。軽度 屈曲位での前方引き出しテスト(Lachmanテ スト)はACL損傷の診断に重要であるが、 中枢の手は必ず大腿の外側にくるようにして テストをする。前方への移動量と最後にコツ ンとするterminal end pointの感覚を確認する と非常に高率にACL損傷を診断できる。

診断がつくと治療に移るが、従来の2~3 週間ギプス固定する治療は筋の萎縮をおこす だけで百害あって一利なしであり、早期に筋 カトレーニングなり手術的治療のプランを立 てねばならない。この場合ACL断裂後の natural historyを理解しておく必要がある。 激しいスポーツをしない人では無理に手術す る必要はない。しかし活動性の高い人では 関節が駄目になってしまう。しかしどんな医療機関でも手術してよいかと言うと問題がある。 物急病院でACLを再建されて膝が動かないという例もある。

私がACLの再建を始めたのは1970年代後半からで、最初は腸脛靭帯を使用した。非常に浸襲が大きく、勿論直視下であった。結果としてもう一つ予測がつきにくい点もあり、時にはstiffな膝を作ることもあった。1980年代始めから膝蓋腱を使った再建術を行ったが、openであり物症を残したり、PFの問題を残した症例も経験した。1980年代半ばからmini arthrotomyといって膝蓋腱の隙間から関節内を直視して手術する方法をおこなった。

手術浸襲がかなり小さく鏡視下手術とそう大 きく変わらない手術であった。1980年代後半 になり鏡視下手術により関節内の処置をすべ て行うようになり、two skin incisionで再建 術を行った。1990年からsingle skin incision で再建術を行い、現時点ではかなりよい成績 が得られるようになったが、長期の成績には まだ疑問が残る。Lachmanテストで成績をみ ると、術前は(+)(+)の不定性であったもの が、術後は8割の症例が安定性を得ており、20 %位が(±)10%位が少し制動がきかないとい う所まで手術成績が落ち着いてきている。受 傷前と術後運動レベルの変化をみると、トッ プレベルの選手11人中8人位が受傷前の状態 にもどり、クラブレベルの選手は34人中30人 が受傷前の状態にもどっている。大腿四頭筋 の筋力も1年たつと回復する。

関節鏡でみると1年後のgraftは結構良い。 組織学的にも細胞成分が多いが、remodeling されている。電顕像では細かいfibrillの線維 に置換されており、これがなかなか正常に戻 っていない。1年間でremodelingの過程が終 結していないことが分かる。靭帯再建につい ては尚研究が行われているのが現状である。

半月板損傷について。ACL損傷が10例あ れば半月板損傷を合併しているのが約半数あ る。半月板単純損傷は頻度が少なくACL損 傷10に対して3程度である。半月板損傷の症 状は、一般的には痛みであるが同時にひっか ヽる感じー屈伸に際してーを訴える。検査手 技としてはMc Murreyテスト、Apleyテスト があるが、Apleyテストの診断率は20%位で はないかと考えている。関節造影は内側半月 板の後節の部分には非常に効力を発揮する。 しかし外側半月板に関しては診断率が低く、 後節について言えば22%と極めて低い。痛い 検査でもあり、関節造影でnegativeでも結局 はMRI、関節鏡をしたりということになり、 関節造影は消え去る検査手技かも知れない。 MRIはコストがかヽるのが欠点であるが、 半月板の中にhigh intesity shadowが出た時は 非常に診断率が高い。今後の主流になるであ ろう。関節鏡は治療手技としての意味合いが 大きい。

膝半月板の切除後に出来た再生半月板は正常半月板と似て非なるものでweight bearing の作用はしない。従って半月板を縫合するという話になるのであるが、半月板の体部は多くはavascularであるので滑膜移行部から何らかの治療機点が必要である。研究として体部に穴をあけ凝血塊やfibrin sealantを入れるとか、生物学的活性作用をもつcytokineを利用すると一応gapが埋まる。healing possibilityがあるということである。

私共の所では1986年頃から鏡視下に縫合を 始めており、現在では半月板損傷10例あれば 4例を縫合するという比率である。非常に変 性の強い半月板、縫えない断裂の状態、血行 の悪い部位での断裂があるのでこの%になっ ている。縫合後1年以上経過した症例を主観 的なスコア(10点が満点)でみると8点以上で かなり良い。関節鏡でみると約60%の患者が かなりきれいに治っており、30%がや、問題 があり、10%が治っていなかった。治った症 例でもMR I でみるとhigh intesity shadowが 残っている。5年6年と経過して行くうちに 再断裂の確立が増すのではないかと考えられ る。また本当に力学的な負荷に堪えられるか については更に研究が必要であろう。しかし 一般的には半月板は出来るだけ温存するとい う傾向にある。

膝蓋骨の脱臼、亜脱臼について

稀な障害ではない。膝蓋大腿関節の形態をみると大腿骨の溝が非常に浅いとか、膝蓋骨の形態が非常におかしいという人がある。 C T を 使 っ て 軸 写 像 を み る と わ か る。 Apprehensionテストが一番簡単でsensitiveである。治療は非常に難しい。ブレースも一生つけねばならないので問題がある。とんでもなく 悪い人に は 頸骨 粗 面 を 移す Elmslie Trillat法という手術法がある。しかし膝蓋骨

のうける溝が深くなる訳でもなく、縫ったsoft tissueが弱くなったりするのでなかなかスポーツへの復帰がむつかしい。生まれつき膝蓋骨がゆるい人にはアスレティックな人が少ないというのが現実である。

Osgood-Schlatter病について

ひどい時は遺残骨片が出来て痛がる。この時は切除するが、一般的には成長後は手術的治療を要する人は少ない。成長期の子供で痛みを訴える時に膝バンドがあるが、実際には使っていないことが多い。休ませるのが一番良いが学校の先生、親に時間をかけて説明することが重要である。

有痛性分裂膝蓋骨について

この症例はSaupeのII型であるが、一時的に痛み?が出ても経過をみていると良くなってしまうこともよくある。従って一度は保存的治療をす、める。しかし運動を再開すると痛みが出る場合や、軸写で膝蓋大腿関節面に影響を及ぼしている場合は摘出する。大腿四頭筋附着部のreleaseは術後すぐスポーツに復帰できると考えがちであるが、fullに復帰できるのは半年位か、るので、充分説明しておく必要がある。Saupe II 型で膝蓋大腿関節に影響を与えている場合にはinternal fixationをする。

滑膜棚障害について

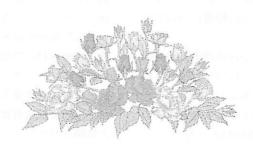
膝関節の隔壁の遺残であり、内側の壁から棚状の組織が出て来て膝蓋大腿関節にひっかいるという障害である。ひどいのはsnappingすることもある。関節鏡やMRIで確認することもできるが、棚障害であると確診したのは私自身4~5例と少ない。今後本当にどのような棚が障害をおこすのかを解明する必要がある。

骨軟骨損傷について

離断性骨軟骨炎はよくある病態であるが、治療が難しい。CTやMRIでもよくわかる。最近、鏡視下にbioabsorbable pinやHerbert screwを使って骨接合を行っているが、壊死に陥って骨に近い骨であるから、癒合することもしないこともある。癒合しない場合、後で摘出することもある。軟骨損傷だけの場合には診断がむつかしい。受傷暦がある。運動中に痛い、giving wayがある、水腫、関節裂隙の圧痛、など半月板損傷との区別がむつかしい。関節鏡で確認できるが治療はむつかしい。付ばllingしたり、abrasionしたり、骨軟骨移植などの手術的治療はあるが成績は悪い。

今後、色々の問題点について出来るだけ科 学的アプローチで解明できるよう努力して行 きたいと思う。

(註 講演内容をテープよりおこし、校正 して頂いたことを付記いたします。)



第9回JCOA学会(和歌山)印象記

OCOA理事 長田 明

6月16日午前8時54分、梅雨の合間のカラリと晴れた和歌山市駅に降り立った。やはり南国なのであろうか目に眩しい夏を思わせる太陽の光を浴びながら、タクシーで、会場である和歌山県民文化会館に向かった。

定刻の9時15分、中村了生JCOA学会長(和歌山)および新任の安部龍秀JCOA理事長(福岡)の挨拶に続いて午前のパネル1-80歳以上の大腿骨頚部骨折-が始まった。

先ず畠中正昭先生(畠中整形外科)が保存療法について、内側骨折のうちいわゆる外転骨折とくに陥入骨折に対しては先ず保存的に対処するということで在宅医療をも関連させて発表された。

次いで盛修二郎先生(堀口整形外科病院)が 外側骨折に対して主にEnder釘を中心に成績 を述べられ、また平田宗興先生(平田整形外 科病院)は内側骨折に対してスクリュウ法、 スライデイングネイル法、骨頭置換で対処し ておられる。しかし、いずれにしろ高齢者と いうことでいろいろな合併症、特に受傷後の ボケの問題で大いに苦慮しておられるようで ある。

続いて王昭宏先生(公文病院)は合併症について述べられ80歳以上と80歳未満に分けて成績予後に関連する因子を検索され、やはり入院時痴呆が出現すると予後不良であると結論され、終わりに竹中庸之先生(竹中整形外科内科)は気くばり、目くばり、思いやりということで老人施設での種々の配慮について言及された。

特別講演では舟越JCOA前理事長が今回の診療報酬改定のいきさつについて説明されたあと、三橋稔前担当理事より臨時JCOAニュース(会員にはJCOAより発送ずみのも)) にそって具体的な説明があった。



昼食時の短い時間を利用して展示会場を見てまわったが(大阪からは堀木篤、鳴嶋真人両先生が発表)、同じロビーに和歌山の中瀬古昌一先生の力作十数点の絵が展示されており、大へん心がなごんだのは私ばかりではないであろう。

午後からのパネル2-骨粗鬆症の診断と治療-では先ず青山邦彦先生(青山整形外科クリニック)が整形外科の立場よりその診断(単純X-Pが如何に大切か)と疼痛の治療について述べられた。

次いで大阪市立弘済院附属病院の揖場和子 先生が内科の立場より骨代謝のマーカーの測 定について言及され、大阪警察病院の中村弘 子先生は婦人科の立場からエストロゲンと骨 代謝の問題をとり上げて発表された。しかし、 最も楽しかったのは栄養学の立場から辻学園 栄養専門学校の広田孝子先生がダイエットの 問題から始まり予防と治療のための食事のお 話をされたことである。

最後に中谷正臣先生(中谷整形外科病院)が 再び整形外科の立場からということで骨折と 骨塩量について述べられ、橈骨骨折と大腿骨 頚部骨折は骨塩量とあまり関係なく発生する が脊椎の圧迫骨折は骨塩量と大いに関係あり と結論された。 活発な討議がなされたため予定時間をかなりオーバーしたが、最後に南宥JCOA学会副会長の閉会の挨拶で学会をしめくくられた。

以前にも申し上げたことだが本学会は開業 医のための身近な問題をとり上げ議論がなさ

9:00

開場

れるので、我々にとってほんとうに有意義なものと考えている。できるだけ多数のOCOA会員諸兄のご参加をおすすめする次第である。

以下プログラムと展示内容を付記する。

第9回 JCOA学会

主催:日本臨床整形外科医会

和歌山臨床整形外科医会

- ●期日/平成8年6月16目(日)
- ●会場/和歌山県民文化会館(和歌山市)

				7/41 //
9:20 パネルディスカッションI				大ホール
80才以上の大腿骨頸部骨折				
1. 大腿骨頸部骨折の保存的治療	畠中整形外科	畠中	正昭	先生
2. 大腿骨頸部外側骨折の観血的治療	堀口整形外科病院	盛(多二郎	先生
3. 大腿骨頸部内側骨折の観血的治療	平田	宗興	先生	
4. 大腿骨頸部骨折における合併症の検討	公文病院	王	昭宏	先生
5. 老人施設での配慮	竹中整形外科内科	竹中	辭之	先生
10:00~16:00 展	元(学術、思雄)			
<u> </u>	小(子例・GGM) 場:3F 特設会議室			
Д	一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一 一			
11:30 特別講演				大ホール
1. 平成8年4月1目の診療報酬について(整形外科領域について)			
,	舟越整形外科医院	舟越	忠	先生
2. 社会保険(点数)のしくみ	習志野第1病院	三橋	稔	先生
昼食		4 F ·	5 F	各会議室
		係員が	ご案内	致します
13:20 パネルディスカッションⅡ				
骨粗鬆症の診断と治療				
1. 整形外科の立場から~骨粗鬆症と腰背痛~	~			
•	背山整形外科クリニック	青山	邦彦	先生
	大阪市立弘済院附属病院	揖埸	和子	先生
3. 婦人科の立揚から~女性ホルモンと骨~				
7	大阪警察病院	甲村	弘子	先生
4. 栄養学の立揚から~予防と治療のための1	食事~			
	土学園栄養専門学校	広田	孝子	先生
5. 整形外科の立場から~骨折と骨塩量につい	ハて~			
r	中谷整形外科病院	中谷	正臣	先生

第9回JCOA学会展示発表

*目時 平成8年6月16日 10:00~16:00

*場所 和歌山県民文化会館 3 F 特別会議室

三秋	宏	石	Л	いわゆる鞭打ち損傷に対する星状神経ブロックの効用		
山脇	昴	東	京	1) 夢の矢追インパクト療法「整形外科的応用」 2) テニス肘の治療および予防		
今村	恵	埼	玉	上尾市における「女性骨粗鬆症検診」について		
櫻井	章吾	群	馬	下腿骨折における双鋼線牽引療法について		
淵上	克己	山		私の工夫した足関節簡易支持装具		
角南	養文	岡	Щ	第10回JCOA学会案内		
堀木	篤	大	阪	MD法による骨量測定の検討 -特に左右手における測定値の不一致について		
米澤	幸平	石	Л	液体補償フィルターを利用した胸腰椎X線撮影法		
鳴嶋	眞人	大	阪	Friction Notch Antimigratory Nailの開発とその使用経験		
上好	昭孝	和歌山		骨粗鬆症に対するリュックサック療法		
保田	龍男	和歌山		末梢神経麻痺と間違いやすい前中心回症候群		
辻	秀輝	和歌山		整形外科疾患におけるエアクッションの利用について		
殿尾	守弘	和歌山		新鮮アキレス腱皮下断裂に対するわれわれの超音波ガイド下縫合術		
河原	史郎	和歌山		COLLES骨折における整復位保持の工夫		
岩崎	正文	和歌山		膝関節前十字靭帯損傷における関節鏡視下再建術 (Endoscopic technique)の注意点		
山口	節生	和歌山 ガイドヒ		ガイドピン刺入誘導器		

第10回大阪整形外科症例検討会報告

開催日:平成8年2月24日(土) 13:45~18:15

場 所:参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 梁瀬 義章(北野病院)

学術映画(cellular interaction II)

『アザルフィジンEN錠』製品紹介

参天製薬株式会社 中込 靖郎

<第2部>

座長 北野 公造(済生会中津病院)

1. 国立大阪病院 林 潤三

[症例] 52歳、男性。(主訴)右膝痛。(現病歴) S51年右膝脛骨近位部の骨巨細胞腫との診断にて掻爬及び骨移植術を施行。S53年同部位に再発。再び掻爬及び骨移植術を施行した(組織は悪性線維性組織球症)。H7年同部位に再発。9/8に掻爬+セメント充填を施行。組織診にて悪性線維性組織球症であったため、10/4に腫瘍広範切除術及び筋移行術、全人工関節置換術を施行した。

(現症) 局所の再発を認めない。

- *悪性線維性組織球腫への骨巨細胞腫の移行は有り得るのか?
- *再発に20年近くかかっているが、このようなlow-gradeな悪性線維性組織球腫はあるのか?
- ★GCTは再発を繰り返すことにより悪性化することは、よく知られている。Mirraらによれば、 MFHへの移行もありうる。malignantGCTと称されるものの中にはMFHも含まれると思われ るが、この症例の質的診断の確定は困難であろう。
- 2. 済生会中津病院 坂中 秀樹

[症例] 37歳、女性。(主訴)頚部腫瘤、肩凝り。(現病歴)16~17歳の時、頚部左側の腫瘤に気付くも、徐々に触れにくくなったため放置。20歳の頃、再び触知されるようになったため、近医受診、脂肪腫と言われた。再び放置、H7年8月頃、肩凝りを訴え近医受診。甲状腺腫瘍を疑われ、某病院耳鼻科を紹介された。諸検査の結果、整形外科的疾患を言われ当科初診。

(現症) 左胸鎖乳突筋直下に表面平滑な3 cm×2 cmの軟かい腫瘤を触れる。左痛はごく軽度、放散痛はない。運動・知覚は上・下肢共正常であるが、腱反射の亢進病的反射を認めた。膀胱直腸障害はない。ADLには障害はなく、テニスを楽しんでいる。

- *腫瘍の質的診断。
- *手術適応の有無。
- *手術の方法。
- ★診断は神経鞘腫であろう。ただし上衣細胞腫も考えられる。手術手技について、前方侵入の みで摘出可能、前後のアプローチが必要であると、意見が分かれた。手術時期についても、

直ちに手術をするべき、患者の社会的な条件と症状の少ないことから経過観察が可能とする ものに意見が分かれた。

3. 阿部クリニック 阿部 一清

[症例] 12歳、女性。(主訴)右下腿後面の痛み。(現病歴) H 7.12.9 頃より誘因なく突然右下腿後面の痛みを来たす。日常生活に支障はないが、時に痛みが増強する。

(現症) 右腓骨頭より12~18cm遠位に弾性硬の腫瘤(又は筋硬結)を触知する。左痛(+)。可能性良好。MRIを1月4日、2月1日に施行。1ヵ月の経過で大きさ、信号強度(T₁筋とほぼ同じ、T₂でhigh)は変化なく、soleus muscle内にmass lesionを認める。

- * 今後必要となる補助検査(必要最小限)。
- *考えうる診断。
- *治療法と治療時期についてご教示下さい。
- ★考えられる診断は筋内血管腫。血管造影では診断を確定出来ない。自覚症状が軽ければ保存 療法、症状の持続、関節拘縮の増悪などがあれば、生検よりは摘出。

<第3部>

座長 廣島 和夫(国立大阪病院)

4.

北野病院 長谷川 新

[症例] 56歳、男性。(主訴)両股関節痛。(現病歴) S 60年頃より両股関節痛出現し、増強するため、H 5 年当科初診。H 7 年 3 / 22入院。 3 / 28 r – THR + 骨移植施行。術後特に問題なく一旦退院した後、7 / 28 / – THR施行。8 月中旬より歩行練習時右大腿部痛出現。CRPも上昇Xーp上右stemのlooseningを認めたので、Gaシンチ施行したところ同部にup takeあったため、9 / 19 右stem 抜去。3 週間の持続灌流を行った。

(現症) 11/9 r-THR revision施行。H8年に入り、歩行練習中、右大腿部の違和感出現するようになりCRPも軽度上昇持続している。2/6の両股単純X-pにて、右stemのdistalのradio lucent zone、骨膜反応像が出現している。

*骨膜反応像の原因について。

が続くことが条件)、などの意見が提出された。

- * 今後の治療指針。
- ★①骨膜反応像の解釈〜骨髄炎によるものとの意見に異議はなかった。Revisionまでの期間が 短かったのでは、との意見があった。また、socket抜去をしなかったことも議論された。 ②今後の治療方針〜抗生物質投与による効果がなければ、可及的早期に再抜去(bone material を失わない内に)のうえ、病巣掻爬・持統洗浄を行う。術中、出来るだけ多くの箇所の掻爬 組織を細菌培養(嫌気性も)に提出し、起炎菌の同定につとめる。抗生物質は少なくとも3ヵ 月間は投与。また、再々置換は再抜去後6ヵ月以上経過ののちに行う(その間、CRPの陰性化
- 5. 住友病院 小西 長生

[症例] 58歳、女性。(主訴)右股関痛。(現病歴)平成3年7月自己転倒し、右大腿骨頭部外側骨折受傷し、DHSにて観血的整復固定術施行。平成4年9月に抜釘するが、平成5年2月頃

から股関節痛増悪。平成7年2月大腿骨頭壊死症と診断されるが、慢性気管支炎のため人工関節置換を躊躇されていた。同年12月当院にて全人工股関節置換術を行い経過良好である。

(現症) Patrick sign陽性。関節可動域は屈曲80°と制限され、下肢筋力はMMT3+と低下、跛行著明で日整会評価点数は46点であった。股関節細菌培養は陰性胸部X線で慢性気管支炎を呈し、喀痰培養でムコイド型の緑膿菌を4+認めていた。

*緑膿菌を保菌した慢性気管支炎を合併した大腿骨頭壊死症に対し、関節固定ではなく、あえて人工関節置換術を施行した点。

- ★①細菌の種類によって、菌血症の起こり易さが異なるので、metastatic infectionが起こりにくいと考えられるムコイド型緑腺菌の上気道感染症の場合は、THRの選択には、異論はなかった。また、演者が危惧している、将来、免疫能の低下を来した場合の感染の発症の危険性の高さについては、とくに会場からのコメントはなかった。
 - ②本発表は、むしろ聴衆の方に教えられる点が非常に多かった。
- 6. 北野病院 吉田 憲治

[症例] 77歳、女性。(主訴)左膝人工関節置換術後の長期経過後の関節内血腫。(現病歴)昭和63年より、両膝痛出現し、疼痛徐々に増強していたが、日常生活上問題なく、経過を見ていた。平成元年、内反変形強くなり近医にて装具及び関節内注射にて加療されていた。その後、疼痛強くなり、歩行困難となってきたので紹介にて、平成2年2月21日当科初診。平成2年3月5日入院。3月22日キネマチッククローテチンクタイプ左膝人工関節置換術施行。術後経過良好にて5月3日退院。その後外来にて経過観察していたが、平成6年10月疼痛を伴わない左膝関節の腫脹出現し、持続するため、平成7年3月関節穿刺を施行すると2~3ccの出血が確認され、その後間歇的に関節内血腫を伴う関節腫脹を繰り返している。

(現症) 術後6年の現在、現症は以下の如くである。関節可動域10~110度、疼痛なく、関節腫脹と膝蓋跳動が存在する。関節の可動性は良好であり、不安定性なし。間歇的に出現する関節内血腫。

- *同様の症例の経験および関節内血腫の原因について。
- ★反復する関節内血腫の原因について~RA例でlooseningによる同様の症状を経験したとの、会場からの意見があった。また、穿刺液が新鮮血に極めて近いものであることから、無痛性であってもRI-angioなどによる検索が勧められるとの意見もあった。出血性滑膜炎の可能性もあるのでは、との意見も聞かれた。今後も同様の症状が持続するようであれば、何らかの検索が必要である、というのが会場の見方であった。

<第4部>

座長 池田 消(関西電力病院)

7. 北野病院 梅本 周作

[症例] 48歳、男性。(主訴)左下腿偽関節。(現病歴)平成4年9月10日、交通事故にて受傷。 左脛骨骨折。開放創にて近医にてオルソフィックスにて創外固定受けるもinfected non-unionと なりパピノ法にて開放創とした。平成5年9月より骨癒合不良にて6ヵ月間イリザロフ。3ヵ 月間ギプス固定。その後brace固定にて骨癒合得たが転倒し再骨折。ギプスbraceするも骨癒合 得られず平成7年7月入院となった。

(現症)入院時、左脛骨偽関節、脚長差約3cm。8月8日イリザロフ創外固定設置。腓骨一部切除。9月12日偽関節部に腸骨移植し骨接合術施行。

- *下腿偽関節の治療について。
- ★腓骨にも脛骨と同じ髙位で癒合不全があり、腓骨を上1/3で骨切りしイリザロフにて引き下げ 架橋移植の形で利用された。結果が良く治療法は妥当とみなされた。治療期間や他の方法の 選択についての発言は特になかった。
- 8. 国立大阪病院 小杉 祐一

[症例] 17歳、男性。(主訴)左足部痛変形。(現病歴) H 5 年12月夜間左足部痛出現。鎮痛薬内服も症状著変なく、H 6 年 4 月頃には左足外反凹足変形も出現。歩行が困難となってきた。 H 6 年12月近医にて左足根骨骨腫瘍指摘、足部変形については神経学的精査受けるも原因不明であった。H 7 年 3 月29日本院にて腫瘍切除、腸骨骨移植術施行し、現在外来通院中である。

(現症) 術後6ヵ月現在では、全荷重歩行にて、足部痛はなく、足部変形の改善傾向もみとめている。

- *足部変形の原因について。
- ★腫瘍は楔状骨にあり類骨骨腫であったと報告された。変形の原因については、脊椎後方要素 に発生した同腫瘍による側弯変形と同じく疼痛からの逃避性のものとも類推されるが確証は なく会場での検討も進行しなかった。
- 9. 坂本整形外科 坂本 徳成

[症例] 47歳、男性。(主訴)左肘関節内尺骨鈎状突起骨折。

(現病歴) H 6.11.21転倒事故。

H 7. 2.23 ROM 30~80 passive

11.22初診、副木固定。

3.29 ROM 20~95 "

11.25徒手整復後、キプス固定。

10.31 ROM 10~112 "

12.16ギプス除去→キプスシャーレ

(右:0~140)

自動運動開始

12.20シヤーレ除去

以後、毎日温熱、変形徒手矯正

- *opの適応?
- *保存的に治療した場合の固定期間と後療法?
- *本例の今後の見通し?
- ★骨片自体は小さく、不安定性の原因にはならないから手術適応はないとも言えるが、本例では内側縁に骨片があり(内側側副靭帯の拘縮に関わり)結果的には観血固定を行った方が良かったといえる。1年以上経過後現在の屈曲制限が今後大きく改善することは期待できないのではないかなど発言があった。

<第5部>

座長 坂本 徳成(大阪臨床整形外科医会)

10. その後の経過報告 当日分

<第6部>

教育研修講演

座長 梁瀬 發章(北野病院)

『肩のスポーツ障害』

北里大学 整形外科 教授 高岸 凝二先生

第11回大阪整形外科症例検討会報告

開催日:平成8年8月3日(土) 14:30~18:00

場 所:参天製薬(株) 5階 センチュリーホール

<第1部>

座長 池田 清(関西電力病院)

1.

住友病院 山本 健吾

[症例] 70歳、女性。 (主訴)右股部痛。 (現病歴)CDHの既応あり。1989年よりネフローゼ症候群による慢性腎不全で血液透析を開始。同時期に右股部痛出現するも軽快し放置していた。1996年5月末より右股部痛が増強して歩行不能となった。

(現症) Scarpq三角で圧痛著明。Patrick test陽性。右股関節のROMは屈曲 100° 、外転 35° 、内施 30° 、外施 60° 、脚長差5 cm。1989年X-pでは商位脱臼股でOA変化認めていたが、1996年X-pでは臼蓋骨の破壊、消失を著明に認めた。関節液の β_2 -microglobulinは $40.0\,\mu$ g / …((正常値: $0.5\sim2.0\,\mu$ g / …()であった。

- *股関節の臼蓋、大腿骨頭の急速破壊の原因は?
- *治療時期、及び方法は?
- ★病因は、切除滑膜標本より、透析によるamyloidosisであったと演者により報告された。疼痛に対して、臼蓋破壊のため人工股関節置換ができないのであればGirdlestone手術が考慮されるのであろうが、骨移植を加えれば人工関節置換手術も可能であろうとの発言があった。またより早期での関節置換手術が可能であったかどうかという点も含めて、術後の病変進行の予測は困難であろうとの指摘もあった。
- 2. 国立大阪病院 坂井 孝司

[症例1]61歳、女性。(主訴)左股部痛。腰痛。(現病歴)平成5年2月腰痛出現。平成6年1月左股部痛出現。増悪するため。平成6年3月17日当科受診。左股関節単純X線像にて左大腿骨近位の骨萎縮及び大腿骨頚部の骨溶解性変化を認め、血液生化学検査ではCa及びIPの減少、

ALPの増加を認めた。股関節MRI検査を施行し、左大腿骨頚部にT₁wでlow intensity areaを認めた為、精査・加療目的にて平成6年4月11日当科入院。(既往歴)昭和55年9月及び平成5年5月、小腸潰瘍の診断にて当科内科入院。

[症例2]33歳、女性。(主訴)左股部痛。腰痛。(現病歴)平成7年5月るいそう、腰痛出現。 平成7年10月左大腿部痛出現し、増悪のため平成8年5月13日当科初診。両股関節単純聯泉像 にて両坐骨枝、右恥骨上枝、左大腿骨頚部内側骨折を、腰相単純X線像にて椎体高の減少を認 めたため、精査・加療目的にて同日当科入院。(既往歴)昭和51年腎性糖尿と近医で診断。

★演者により病因は、症例1については小腸疾患による吸収不良症候群の結果、症例2は近位 尿細管機能障む(成人型Fanconi症候群)によるOsteoporo-malaciaとされ、診断には血清ALP 値上昇、Ca, P値低下、さらに骨生検が参考になった。治療は両者ともα-calcidol投与が有 効であったと、よくまとめられた報告がなされた。

<第2部>

*両症例の診断と治療について。

座長 梁瀬 義章(北野病院)

3. 済生会中津病院 西浦 道行

[症例] 61歳、男性。(主訴)左上腕痛。(現病歴)平成2年2月、交通外傷にて左上腕骨閉鎖性粉砕骨折を受傷。某医で観血的整復内固定術を受け、約3ヵ月間治療されたが、以後放置。約6年後の平成8年5月30日、左上腕を打撲、疼痛・腫脹出現来院した、

(現症) 左上腕遠位部の疼痛・腫脹及び異常可動性を認めた。レントゲン所見:左上腕遠位 ど3の部位にplate及びScvewによる内固定材料が挿入されているが、全てのScvewにゆるみがみられた。plate中央部のレベルでは偽関節形成がみられ、それより近位へ向かって著名な骨融解像 を認めた。骨融解のみられた中枢端には、細かい骨折線がみられ、今回の病的骨折と考えられた。

- *内固定材料挿入部位における著明な骨融解の原因は?
- *治療に関して:遊離骨移植or血管柄付骨移植。
- ★上腕骨粉砕骨折後観血的整復後プレート固定を受け、6年後受診時に広汎な骨吸収と偽関節を来した例に、末梢骨片を切除し、10cmの腸骨移植にプレート固定で加療された症例。今回の術前の状態が手術所見からはmetallosisではなく、プレートの固定性が不良でその動きにより骨を侵食し、かっ骨折を起こしたようで、国立大阪病院の背木先生からはそれであれば、今回創外固定を行った方が良かったのではないかとのコメントがあった、今後注意深い経過観察を行っていただき、また経過をご報告いただくこととした。
- 4. 大阪暁明館病院 陶山 弘太郎

[症例] 59歳、男性。(主訴)右踵骨骨折。(現病歴)平成7年6月27日高さ1mより転落受傷。 平成7年7月6日右踵骨骨折に対して0RIF+腸骨骨移植術施行。平成7年7月17日ピンの 入れ直し術施行。平成7年10月18日、12月10日、平成8年3月27日と病巣掻爬・持続洗浄施行、 平成8年5月29日病巣掻爬+人工骨移植。平成8年6月6日病巣掻爬・持続洗浄。平成8年6月17日病巣掻爬+人工骨移植。平成7年11月21日staphylococcus sp.平成7年12月12日 staphylococcus epidermidis

(現症) 平成8年7月現在、現症以下のごとくである。CRP(-)WBC6600 discharge(-)。 骨折部の変形治療を認め、創部周辺部の知覚低下(+)ROM flex10 ex10

- *後足部の再建
- *歩行能力の再獲得の方法は。
- ★踵骨骨折に対し、ORIFに腸骨移植を併用し骨髄炎を繰り返し、アキレス腱の停止部は小骨片を伴い中枢へ転移し、踵骨の一部が融解した例の後足部の再建についての問題提起であった。 関西電力病院の池田先生は自家骨移植による再建を試みるべきとの発言があったが、済生会中津の北野先生からは職業の変更も含め、装具療法を考えた方が良いのではとの発言があった。本例は職業が鉄塔を建てたりするため、復職が可能か否かが問題となったが、解剖学的治癒は難しい感じで、歩行も前足部で歩くなど考えるべきとの意見もあった。
- 5. 髙槻赤十字病院 幕谷 薫

[症例] 62歳、男性。(主訴)右大腿部瘻孔からの排膿。(現病歴)中学生時に右大腿骨骨髄炎に罹患した。(外傷の既往なし。)他医にて3回手術を受けるも大腿外側部に瘻孔を残し、約20年間排膿が続いている。

(現症) 右大腿遠位外側面に瘻孔が存在し、培養にてMSSAが検出された。骨シンチ、CT・MRI にて大腿中央遠位顆部まで病巣が波及しているのが確認された。平成8年3月15日、病巣掻爬術を施行した。腐骨らしきものは小さく、骨枢内の主な所見は皮質骨の肥厚であった。有茎筋弁移行術を加え、創を閉鎖した。その後炎症所見は認めなかったが、3ヵ月後再然を生じたため直ちに切開排腺(MSSA検出)した。約3週の抗生剤投与にて血液学所見は正常化したが、現在も排腺を認めている。

*①病巣範囲の決定手段は?

術後早期の骨シンチMRIは病巣範囲決定において信頼性はあるか?

- ②保存療法の有用性は?
 - 髙気圧酸素治療など
- ③手術法は?

術中テトラサイクリン標識法は有効か?

★慢性の大腿骨骨髄炎に対し広汎開窓術後、有茎筋弁にて充填するも再発した例で、病巣掻爬の範囲決定にMRIが有用か、また治療法の選択として高圧酸素療法の適応、および骨壊死の判定に術中のテトラサイクリン標識が有用かという問題提起があったが、高圧酸素療法は経験された方がおられず、文献の参照しか仕方なく、切除範囲の決定に関しては豊中の丹羽先生や大阪の小杉先生から従来からの方法(出血する部位まで骨切除、感染が鎮静化するまで徹底した局所の開放下での洗浄)の有用性が強調された。古くて新しい問題ながらやはり大先輩の有益なご意見が伺えた。

座長 北野 公造(済生会中津病院)

6.

北野病院 梅本 周作

[症例1]65歳、男性。[症例2]49歳、女性。[症例3]48歳、男性。(主訴) 屑関節痛。(現病歴) 症例1.2.はステロイドの屑関節注入後に、症例3は特に誘因なく屑関節の疾痛および腫脹をきたすようになった。症例1.2.3.ともに38℃台の熱発を認め、屑関節穿刺にて腺性の穿刺液を認め入院となった。

(現症) 症例 1 は切開排膿及び一時的に洗浄をし抗生剤の投与したが、骨頭部に溶骨像を認めた為、掻爬及び持続洗浄を行った。菌はS. aureus β lactamase(+)。症例 2 は持続洗浄を行ったが、4日目でtubeが抜去され抗生剤の点滴投与にて炎症反応はおさまった。菌はS. aureus β lactamase(+)。症例 3 は持続洗浄を行ったが2日目より漏出が多く間欠的な洗浄を施行。

- 3 週目で抜去されたが骨頭部に溶骨像を認めた為、再度掻爬及び持続洗浄を施行。菌はklebsiella pneumomiae。
- *化膿性肩関節炎の治療法について持続洗浄か穿刺による洗浄でよいのか。洗浄の期間等について。又、溶骨像の出現に対する処置法等について。
- 7. 関西電力病院 池田 清

[症例] 79歳、男性。(主訴)左肘頭及び手掌腫瘤。(現病歴)約4年前より左肘頭にくるみ大、左手掌環指基部にうずら卵大の無痛性腫瘤に気付く。9年前よりRA高値、3年前より血消尿酸値高値あり、ときに両手、手指、膝関節痛、腰背痛があった。この一年、上記腫瘤が増大するので入院摘出した。

(現症) 腫瘤は多頂性、弾性硬でわずかに波動あり。皮膚との可動性はあるが、底部とは癒 着していた。RA405.5IU/...(、尿酸8.9mg/d/、手掌の腫瘍は屈筋腱鞘から出ており、黄色無構 造物を含む壁の厚いのう腫で、他に滑膜腱鞘部にも米粒体や泥状物があった。組織は偽痛風が 疑われた。

- *診断についてご意見を賜りたい。
- ★環指の屈曲制限以外ADL制限なかったが、滑膜肉腫との鑑別のため摘出。腱鞘滑膜からの腫 瘍で偽痛風または痛風結節が考えられ、組織からは偽痛風、臨床的には痛風結節。
- 8. 北野病院 田中 康之

[症例] 49歳、男性。(主訴)腰痛。(現病歴)平成8年3月腰痛発症。4月8日当科初診。根性坐骨神経痛として加療するも徐々に悪化し、両下肢不全麻癖およびMRIにてThuレベルに病的骨折を認め4月22日入院となった。

(現症)入院時現症:①MMT EHL2 3 FHL3 4 TA1~2 4 ②SLR30° 50° ③知覚 両下肢の知覚低下。 ④全身にレックリングハウゼン氏病による皮下腫瘤を認める。

*本例における診断と治療に関して。

★診断;原発性の悪性神経鞘腫、転移性腫瘍が考えられる。治療:前方侵入・掻爬・金田式固定が行われた。後方侵入・骨移植、椎体摘出・固定、前方侵入・掻爬・骨移植などもある。

*13才男児;足部変形(5才、左足部轢傷)

手術方法:骨成長の終わる頃の楔状骨切、早期のIlizarovによる矯正、骨延長。

9. その後の経過報告(第8回本検討会呈示症例) 大阪厚生年金病院 三木 秀宣

大阪厚生年金病院 三木 秀宣 国立大阪病院 廣島 和夫

『膝Charcot jointに対して関節固定術を施行した一例』

[症例] 66歳、男性。(主訴)右膝変形と歩行障害。(現病歴)平成2年右膝痛出現。平成4年 右膝変形徐々に進行し歩行困難となる。平成6年11月当科入院。

(入院時現症) 杖歩行約20mのみ可能。膝反張高度(過伸展45度)。内外反動揺性50度。脚長差6 cm。(入院時検査)髄液梅毒反応(陽性)。EMG(上下肢とも神経原性変化)。MRIでは脊髄病変なし。(診断) 脊髄痨に起因するCharcot joint。(治療と経過) 平成6年11月~膝関節切除固定術(髄内釘+Ilizarov法)。平成7年6月~圧迫除去+電磁場刺激開始。平成7年11月~骨癒合良好。Ilizarov創外固定器抜去。装具装用の上、部分荷重開始。平成8年2月~全荷重開始。同年5月退院。(反省点) 骨癒合を阻害していたのは持続圧迫にあったと推測。十分な病巣掻爬・強固な固定・免荷によりCharcot jointと言えども、骨癒合は得られる。

★経過報告: Charcot関節の膝関節固定。

Ilizarov+髄内釘:術後10ヵ月でIlizarov除去、15ヵ月で骨癒合。 圧迫の期間、4週または仮骨の形成、過剰な圧迫は骨吸収を招く。

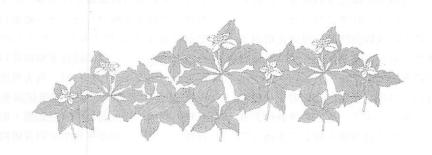
<第4部>

教育研修講演

座長 小杉 豊治(大阪臨床整形外科医会)

『RAの手術療法』

愛知糖尿病リウマチ痛風財団 理事長 長屋 郁郎 先生



理 事の声

日整会、JCOAの理事を終えて

OCOA理事 坂 木 徳

大阪臨床整形外科医会(〇СОА)が誕生し て20年目の節目を迎えようとしている。ОС OAは、現在、堀木篤会長、瀬戸信夫、服部 良治副会長のもとで、まさに充実した成熟期 にあると思われるが、これまでに至る過程に ついて簡単に振り返ってみたい。昭和52年11 月26日、越宗正先生、稲松滋先生、原省吾先 生等のご苦労のお陰で発足し、同時に越宗正 先生が初代会長として活躍されたが、当時の 会員数は35名と記載されており、JCOA本 部、近畿ブロックとのパイプも出来、一応の いた。これが縁で平成元年度より平成5年ま 会としての形が整った。

当時のJCOAは、日整会の総会時に開業 懇親会が開かれていた。

年一回の研修会が主な行事であり(JCO A創立20周年記念誌より)、私も第4回、名 古屋での研修会よりほぼ毎年出席している。

この研修会ですが、第1回、兵庫、第9回、 京都が主催し、次は「大阪やで」とよく言わ れたもので、当時越宗正会長も「研修会を大 阪で」と色々と検討しておられた。

昭和58年12月の〇С〇A総会で、思いがけ なく私に会長職が回って来た。当時の会員は 76名で、会としての体制作りが急がれた。ま ず、副会長に吉田正和、三橋二良両先生にお 願いし、優秀な理事の諸先生方に助けられ、 年7回の理事会を開催し、会の執行、会員の 増加を柱に、大阪府医師会単科医会への入会 が、当面のOCOAの仕事となった。

有り難いことに大阪府医師会平山正樹副会 長のお力添えもあり、昭和60年1月9日に府 医単科医会に入会できた。

会の執行の一つに、年1~2回のJCOA 近畿ブロック医会、年2~3回の各県代表者 会議があり、これには万難を排して出席して



でJCOAの理事を受けることとなった。

JCOAでは、最初の1期3年間は、会則 医の集いがあり、色々なディスカッションと 等検討委員会担当となり、これまでの任意団 体であるJCOAが法人となるべく、それに 相応せる定款を作るよう命ぜられ、三橋二良 会則等検討委員長のもと鋭意検討に検討を重 ね、2年後に法人格にふさわしい定款ができ、 法人化への手続きが行われた。、結果は、整 形外科分野に日整会と臨床医会の2つの会は 不要であるということで却下された。非常に 残念であり、これが現在の会則となった。

> JCOA理事の2期目は産業医委員会担当 となったが、今まで産業医は内科医の仕事だ、 とその程度の認識しかなかったために、急遽 産業医について勉強を始め、平成4年10月6 日付で日医認定産業医の認定を受けた。

> JCOA産業医委員会としても、日整会総 会時での教育研修講演を行う事が出来るよう 委員会で色々と検討した。その結果日整会員 全員に産業医に対するアンケート調査を行 い、これをもとに第65回日本整形外科学会学 術集会(平成4年4月18日、九大教授杉岡洋 一会長)で、「労災医療と産業医活動-整形 外科の立場ー」と題して、愛知県・瀬戸健康 管理センター、加藤晃先生が教育研修講演を

行った。(日整会誌66:1091-1102、1992)

この時期頃より、JCOAより日整会各種委員会への委員の選出が始まり、多数のJCOA会員が日整会各種委員会へ選任された。私も平成元年。2年度の2年間日整会スポーツ委員を努めさせていただいた。

JCOA初代・故三木仁会長、2代目・谷口元一会長、3代目・金井司郎会長、4代目・高山瑩、会長のご尽力により、日整会理事20の定数を大学14、勤務医3、医会3に按分することが内々に、平成元年頃より定着して来た。

そこで、平成3年度の日整会理事選挙対策として、平成2年11月18日(日)、JCOA常任理事会が東京で開かれた。私は、JCOA会則等検討委員会と重なったために、担当理事会を欠席した。後でびっくりしたことに、日整会理事選にJCOAより高瀬佳久先生(栃木)、八百板沙先生(埼玉)、と坂本ができていてなっており、当時の金井会長にはJCOAの会のためと説得され出馬し、無選挙であったために、日整会理事に就任することとなった。(このいきさつについてはJCOA会報14号に記載)

日整会理事の最初の1期・2年間(平成3-4年度)は、当時、大阪医大・小野村敏信教授・理事長の元で、産業医委員会担当となった。JCOA産業医委員会時のパイプも活用し、整形外科医がいかに産業医として活躍すべきか、又活路をいかに広げるべきかをテーマとし、整形外科医に産業医への啓蒙を目的としたマニュアル的な本として「産業医へのアドバイス」を作成することが、委員会で決定された。

2年間の任期中に発刊の日の目を見るべく 努力を重ねたが、上梓するが出来ず次期担当 理事・産業医大鈴木勝已教授にバトンタッチ した。

次期担当理事・鈴木勝己教授はその道の権 威者であり、次の2年間で立派にできあがっ た。感謝の念に耐えないと同時にご高覧いた だければ幸甚に存じます。

日整会理事 2 期目 (平成 5、6 年度)では、 身体障害委員会担当となった。この委員会では、長年の懸案であった間宮典人前々委員長、 飯田勝前委員長が主宰する「身体障害者手帳 診断書作成マニュアル」の作成について、検 討中であった。

日整会の委員会では、予算の都合もあり、 委員会の開催は年4~5回であったために、 マニュアルの作成もなかなか進まず、平成5 年度の1年間がアット言う間に過ぎた。

平成6年度に委員のメンバー交替があり、 委員長には東京労災病院整形外科部長・伊地 知正光先生が選任され、優秀な委員のもとで、 平成7年1月、マニュアルが上梓された。

日整会・JCOAの理事を努めさせていただいたことで、両方の理事会、委員会、各種会議に出席する機会が非常に増え、お蔭様で平成2年4月14日、第63回日整会学術集会(名大教授・三浦隆行会長)で、シンポジゥム「整形外科医の理想像を求めて」に、シンポジストとして出席させていただいた。また、平成6年5月14日、第67回日整会学術集会(東北大学教授・桜井実会長)でパネルディスカッション「整形外科高齢者医療の現状と問題点」と題して講演させていただいた。

JCOA5年間、日整会で4年間、何とか無事に理事を努めることができたのも、その根底にOCOAの代表という認識と資務が常にあり、その間は緊張の連続であったが、任期終了とともに、今ホットした状態である。

長い間ご協力いただいたOCOA諸先生方へ深く感謝致しますとともに、OCOAの益々の発展を願うものの一人であります。

ありがとうございました。

労災診療費算定基準 "Q&A"

日本医師会労災・自賠責委員会委員 大阪府医師会理事 OCOA理事 八幡雅 志

[診察料]

(初診料)

Q1:200床以上の病院における非紹介患者 の初診に係る特別の料金の取扱い

労災患者であっても、特別料金を徴収する ことができるか。

A1: 労災では健保とは異なり、転医の場合 を除き保険給付の対象となる。

従って、病院が定めている金額(消費税を加えない金額)をレセプトで請求することとなる。

なお、健康保険において特別料金は緊急その他やむを得ないときは、患者から徴収できない等の規定があるため、労災保険においても救急車等によるときは算定できない。

Q 2: 救急医療管理加算 全ての初診に対し算定が可能か。

A 2: 下記のような場合には算定不可である。

- (1) 再発
- (2) 傷病発生後、数ヶ月経過し症状が安定 した後転院した場合
- (3) 傷病名が厚生大臣の定める慢性疾患の 場合
- (4) じん肺、振動障害等の慢性疾患であり 安定期にあるもの
- (5) 初診料が算定できない場合(他保険や 他の労災疾病ですでに通院中で初診料 が算定できない等)

しかし、最初に収容された医療機関において、傷病の状態から応急処置のみ行い、他の 医療機関に転院した場合はそれぞれの医療機



関において算定可能である。

また、傷病発生後長期間経過した場合であっても、緊急に再手術等の必要が生じ転院した場合は、転院先の医療機関において算定可能である。

なお、救命救急入院料を算定した場合は算 定できない。

[指導・管理料]

(再診時療養指導管理料)

Q3:同時に2以上の診療科で指導を行った 場合算定できるか。

A3: 健保における特定疾患療養指導料等のような、具体的算定要件が設定されていない。 しかし、健保における特定疾患療養指導料 と同様に、主病と認められるものの治療を行 っている診療科で算定するものと考える。

Q4:再診時療養指導管理料は、患者に対し 指導を行った場合は、再診の都度算定できる か。

A4:再診時療養指導管理料の取扱いについ

ては、日医と労働省との間において、医師の 判断により指導が必要と考え、患者に対し指 導を行った場合はその都度算定してよい。た だし、診療録に指導内容を記載する程度のこ とは行うことで合意している。

[処置・手数料]

(処置料)

Q5:湿布処置の取扱いについて 診療所(外来)以外でも算定できるか。

A5:診療所における外来患者のみの算定である。

Q6:湿布処置の取扱いについて

四肢加算の倍率が異なる部位(手、四肢、 躯幹)にそれぞれ湿布処置を行った場合、ど のように算定するのか。

A6:同一倍率の各部位毎に面積を合算し、 算定する。

例) 腰部(大部)に湿布処置

35点×1.0=35点

左前腕(大部)に湿布処置

35点×1.5=53点

右手指に湿布処置

24点×2.0=48点

※従って、

35点+53点+48点=136点 により 算定する。

Q7:湿布処置と消炎鎮痛処置の併施

腰部 (大部) に湿布処置、左前腕 (大部) に湿布処置、右手指に湿布処置、右上腕に消炎鎮痛処置、左下腿に消炎鎮痛処置を行った場合の算定方法は。

A7:湿布処置と消炎鎮痛処置の併施は、湿布処置の所定点数に消炎鎮痛処置の点数(2部位(局所))を算定できる。

従って、腰部(大部)に湿布処置

35点×1.0=35点

左前腕(大部)に湿布処置

35点×1.5=53点

右手指に湿布処置

24点×2.0=48点

右上腕に消炎鎮痛処置

35点×1.5=53点

左下腿に消炎鎮痛処置

35点×1.5=53点

※合計 35点+53点+48点+53点+53点 =242点

により算定する。

(湿布処置3部位、消炎鎮痛処置2部位)

Q8:湿布処置と介達牽引、湿布処置と理学 療法の併施について

湿布処置と介達牽引、湿布処置と理学療法 の併施については、消炎鎮痛処置を算定して いる場合は、3項目まで算定できるとあるが、 その場合の湿布処置の取扱いはどのように行 うのか。

A8:湿布処置・介達牽引・消炎鎮痛処置、湿布処置・理学療法・消炎鎮痛処置の併施における湿布処置の取扱いは、複数の異なる部位に湿布処置を行っていた場合、最も高い点数の部位を1項目として算定する。

例) 腰部(大部)に湿布処置

35点×1.0=35点

右手指に湿布処置

24点×2.0=48点

右上腕に消炎鎮痛処置

35点×1.5=53点

左大腿に介達牽引

42点×1.5=63点

湿布処置は2項目あるが点数の高い手指48点を1項目として、3項目の合計点数で 算定する。

※従って、

48点+53点+63点=164点

により算定する。

但し、この算定は診療所(外来)のみが 対象となる。

Q9:平成8年度改定において、湿布処置と 消炎鎮痛処置、湿布処置と介遠牽引、湿布処 置と理学療法の併施が認められたが、病院や 入院においても同様の考え方を用いてよいの か。

A9:湿布処置自体が診療所の外来のみの算定という要件となっているため、病院や入院においては湿布処置の点数が設定されておらず、算定方法としては湿布処置を除いた点数で算定することとなる。

(手術料)

Q10:手術における四肢加算の取扱い

手術において、以下のような注の加算は四 肢加算の対象となるか。

- 1) 創傷処理のデブリードマン加第 (100点)
- 2) 骨折観血的手術の創外固定器加算 (10,000点)
- 3) 人工骨頭挿入術のバイポーラ人工骨頭 挿入加算 (8,400点)

A10:基本的には、医科点数表の各区分の注 に掲げる加算点数についても、四肢加算の対 象となる。

しかし、2) や3) のように「モノ」に関する加算については、四肢加算の対象とならない。

従って、1)のデブリードマン加算のみ四 肢加算の対象となる。

Q11:同一手術野の手術でも、主たる手術の 所定点数に従たる手術の所定点数の100分の 50に相当する点数を加算して請求できる事例 があるが、1本の指に対して腱縫合術並びに 骨折観血的手術を行った場合にこれを適用で きないか。

A11:手指、中手部又は手関節について、K032腱形成術からK041人工腱形成術までのいずれかの手術と、K046骨折観血的手術、K182神経縫合術、K606動脈形成術、吻合術又はK623静脈形成術、吻合術のいずれかの手術とを併せて行った場合は、主たる手術の所定点数に、従たる手術の所定点数の100分の50に相当する点数を加算して算定する。

従って、設問の場合は算定可能であり、 腱縫合術 4,450点×1.5=6,675点 骨折観血的手術

3,700点×50/100×1.5=2,775点 計 6,675点+2,775点=9,450点 により算定する。

Q12: 創傷処理の特例収扱い

創傷処理と指(手、足)と規定されている手 術を各々の指に行った場合、各々の手術点数 を算定できるのか。

A12: 手の指に係る創傷処理(筋肉、臓器に 達するものを除く)と指(手、足)と規定され ている手術を各々の指に行った場合は、各々 の所定点数を合算した点数で算定する。手の 指に係る創傷処理については、筋肉、臓器に 達するものを除き、傷の長径にかかわらず指 の本数により算定する。

Q13:手指に係る創傷処理について

「筋肉、臓器に達するものを除く」場合は5指までの処理が新たに認められたが、「筋肉、臓器に達する」ものは従来通りそれぞれの長さを合算して取り扱うことになっている。この二通りの創傷が複数の指にあった場合の取り扱いについて判断に困っている。

A13: 平成8年度の改定において、手の指に 係る創傷処理(筋肉、臓器に違しない場合)は、 1指ごとの算定が可能となったが、その他の 創傷処理は従来通りの取扱いであるため、それ ぞれを計算した上で点数の高い方を算定する。

Q14: 健保の固有指の解釈について

健保の平成8年4月改正によると、手術の K037腱縫合術の中で「切創等の創傷によっ て起こった固有指の仲筋腱断裂の単なる縫 合」はK000創傷処理の「4」1,290点となっ ている。

固有指という字句が初めて現れたが、固有 指の解釈に困っている。

A14:固有指とは、手背では指間連合(水かき)、手掌では手掌指節皮線(近位指皮線)より末梢のいわゆる指の部位をいう。

従前は、伸筋腱の断裂の単なる縫合については、創傷処理の「4」に準じて算定することとなっていたが、平成8年度の改定により指間連合(水かき)より中枢の伸筋腱の断裂の縫合は腱縫合術での算定が可能となった。

Q15:指尖部損傷における腹壁皮弁による創 閉鎖で、2~3週間目の皮弁切り離し術は、 皮弁形成術で算定してもかまわないのか。

A15: 皮弁形成術は、作成・切離を一連のものとして算定するため、切離時には算定できない。

Q16:皮弁作成術後、日をおいて切断した場合でも一連の行為と見なされるのか。

A16:皮弁作成術は、作成・切離を一連のものとして算定するため、切離時には算定できない。

Q17:血腫形成で切開した場合、筋層間の下 部に及んでいる場合は、何れの点数を算定す ればよいのか。 A17: 筋膜切開術により算定する。

Q18: 手術時の呼吸心拍監視料の算定につい て

全身麻酔下の手術の場合は、麻酔料の所定 点数に含まれるため、別に算定できないが、 脊椎麻酔下の手術の場合には別に算定できる か。

A18:健康保険に準拠する。

重篤な心機能障害もしくは呼吸機能障害を 有する患者又はその恐れのある患者に対し て、常時監視を行っている場合に算定可能。

(伸縮性包帯・腰部固定帯)

Q19: 頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯の 取扱い

処置及び手術において、頭部・頸部・躯幹 固定用伸縮性包帯を使用した場合、伸縮性包 帯の費用は算定可能か。

A19:健保において特定保険医療材料から除かれたが、労災診療においては、頭部・頸部・躯幹及び四肢に伸縮性包帯を使用した場合、その都度実費相当額を算定できる。(回数に制限はない)

Q20:手術において腰部固定帯を使用した場合、腰部固定帯加算は算定可能か。

A20:健康保険において設定された腰部固定 帯加算は、処置においてのみ適用されるもの であるが、労災においては腰部固定帯を手術 に用いた場合であっても、実費相当額を算定 することが可能である。

Q21:処置及び手術において、腰部固定帯と 伸縮性包帯を同一部位に使用した場合は、両 方の築定が可能か。 A21: 労災診療においては、両方の算定が可能である。

Q22:腰部固定帯加算は、「モノ」と考えるのか、「技術」と考えるのか。

A22:加算点数として設定されているが、「モノ」として考える。

Q23:腰部固定帯は、患者1人に対して1回 しか算定出来ないか。

A23:腰部固定帯が汚れや破損等により使用できなくなり、新たに腰部固定帯を給付した場合には、給付の都度算定が可能である。

Q24:サポーターの使用は算定できないのか。

A24:頭部・頸部・躯幹固定用伸縮性包帯と されているものを使用した場合には、保険給 付の対象となり実費相当額を算定できる。

[その他]

(画像診断)

Q25: MRIを頸部に施行した場合は、頭部 以外の点数2,000点を算定することになるの か。

A 25: C T 断層撮影と同様、頸部は頭部 (1.900点)により算定することとなる。

(その他)

Q26: 協害治療中の心身的疾病治療はどこまで労災保険の対象となるのか。更に、職場環境のあり方から問われる疾病に対してはどのように考えるのか。

A26:個々のケースにより判断すべき事項と考える。

Q27:療養の給付請求費取扱料

『療養(補償)給付たる療養の給付を受ける指 定病院等(変更)届』(様式6号)で取扱料を請 求できないのか。

A27: 療養の給付請求書取扱料が請求できるのは、告示様式第5号又は第16号の3を取り扱った場合に2,000円の算定が可能である。



保険審査便り

OCOA名誉会員 原 省 吾 OCOA理事 反 \pm 英 Ż =橋 良 OCOA理事 天 野 敬 OCOA理事

全般について注意が必要なことは、病名の出没、転帰の整理です。例えば病名がC型肝炎→肝硬変→肝癌と移行して病状が変わった場合には転症して頂き古い病名を整理する必要があります。古い病名を長く置くと病名が非常に多くなります。慢性胃炎→胃潰瘍の場合でも転症します。これは患者が休業補償を受けたり会社等をやめた時困る場合があります。例えば2年前とか5年前に給付が開始され長期間経過した時、初診からの期間により給付が受けられなくなる事もあります。又疑い病名も多い人がありますが何か月もそのままですと問題があります。

この他、面談、指導において「カルテ」の記載が必要なことは御存知の通りです。異議申請の場合「なぜ減点か」と一度考えられ、 又調べられて、理解しにくい時は文書又は電話でお聞きになり放置するべきではないと思います。同じ問題を繰り返すとやはり指導の対象になったり減点がつづく恐れがあります。

次いで審査上気のついた事を順次述べてみ ます。

(1) リハビリテーション

理学療法(IV) イ〕複雑なもの 110点

口〕簡単のもの 65点

「複雑なもの」とは機械、器具を用いた機能訓練、水中機能訓練、温熱療法、マッサージ等を組み合わせ綜合的に医師の指導監督のもとで行われるものであり、医師又はP.T.の監視下で行われるものであるとされており、総ての患者の理学療法の内容の要点及び



その実施時刻の記載を必要とします。外来、 入院は特に関係はありません。

徒手筋力検査、その他理学療法に付随する 諸検査は所定点数に含まれます。

カルテの記載が大切で面談、指導等の時に 指摘され又病名、期間等と共に保険者再審に も毎月多数提出されているものの一つです。

作業療法、言語療法、摂取機能訓練、視機 能訓練は省略致します。

(2) 処置料

創傷処置 $1 \sim 5$ まであり42点から245点まであります。範囲とは包帯等で被覆すべき広さと言うことで度々問題になっており、又複数創傷の場合は綜合しての点数です。 ーランク上か下でよく保険者からの申し出があります

(3) 湿布処置

24点と35点があり間違いが多数見られます。半肢の大部分、又はこれ以上が35点でこれ以下は24点です。

理学療法と湿布処置は算定不可。湿布材料

費は算定可です。

(4) 手術

手術の固定点数の間違いは殆どありませんが、点数表にない手術(例えば椎間板ヘルニアに対するレーザーあるいはパパイン等の使用)、時間外、休日加算、入院中の患者の手術には注意が必要です。

同一手術野等の50/100加算は「特に規定する場合」の解釈に注意が必要です。平成8年4月の改訂で指の手術の解釈が変更されましたので御注意下さい。

よく問題になるのは小手術で麻酔、麻酔剤の請求がない場合です。例えば瘭疽、陥入爪、 膿瘍等簡単なものは創傷処置で取り扱われま すので麻酔剤の記入を忘れないようにして下 さい。

(5) ギプス

バストバンド、ウエストバンドは230点で 処置料35点が加算される。理学療法を施行し ている場合は算定できない。

肋骨々折等では固定料1,100点を算定した 場合固定帯の費用は算定できない。又患者か ら別途徴収は出来ない。

ギプスの算定の間違いも多いので注意願い たい。

四肢のギプスにはプラスチック加算は入っ ております。

(6) 神経ブロック

神経プロックと同時に行われるトリガーポイントや神経幹内注射は算定できない。トリガーポイントと神経幹内注射も同時にできない。プロック時の麻酔剤の型との濃度が問題となり、又それ以外の薬剤の混合注射はプロック時での医学的必要性をレセプトに記載して下さい。単に「疼痛のため」と同じ言葉でハンコを押してあるのは問題になることがあります。

(7) その他留意事項

○薬に関しては適応、用量、用法、禁忌副作用、薬理効果に今一度御配慮下さい。

○抗生物質の局所(処置等)投与に認められる薬剤はコリスチン、メタコリマイシン、ポリミキシン、カナマイシン、コリマイシン、ファンギソン等です。

○レセプト上よく量で問題になる薬剤として下記に告いておきます。

血液製剤 アミノレバン200m(500m(アンスロンP エフオーワイ 塩酸バンコマイシン ガスター 強力ミノファゲンC グロブリン製剤 ジフルカン 100mg 200mg タガメット トラジロール ニコリン ファンギゾン フィプロガミン 硫酸アミカシン 注射用プロスタンディン 20 μg 500 μg ポリミキシンB ミラクリッド ハプトグロビンウロキナーゼ 等

がありますのでその使用に際しては特 に過量にならない様御留意下さい。

〇 ハップ剤

7日分投与、過量にならない様に。

(8) 画像診断に関する事項

一左右対象部位の撮影診断の算定法一

○屑、肘、膝等の骨、関節に対して片側の 疾患に対して健側を比較の為に撮影した場合 一連とする。

○両側に疾患のある場合は夫々単独に請求 できる。

诱視診断

○骨、関節については骨折、脱臼の術中術 後のみ認められる。

***CT·MRI**

① C T は頭頚部・躯幹部・四肢部に 分けられて居るが、四肢には条件が付け られて居るので要注意。MRIには部位

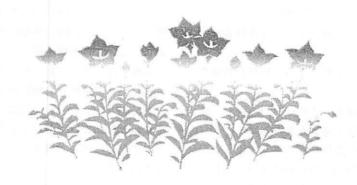
別は無い。

- ② CTには造影加算があるが、MR Iには無い
- ③ CT・MRI何れも単純撮影を施行した後、診断確定の為造影撮影を施行した場合は施行日が異なっても一連行為とみなされる。
- ④ 同一部位に同月にCT・MRIを施行した場合、後の点数は1/2と算定する事に成ったが、不必要と思われる同種検査が繁用された為に取られた措置である。CT・MRIには夫々診断能力に長短あり適応を考慮する必要あり。
- ⑤ 半減点数を考えて、MRI→CT の順に施行される例も見受けられるが医学的常識から外れ、経済的行為と見なされる恐れあり。

(9) その他

骨粗鬆症における診断は診断基準が示すと おり、先に腰椎付近のレントゲン診断の上、 骨塩定量が行われ、骨量測定は補助的手段で ある。

左右又両側のある関節とか四肢に関しては 記載のない場合、片方と見なされる事がある。 保険者からの再審で見られる。



OCOA会報発刊を振り返って

OCOA副会長 瀬戸信夫

昭和51年11月に大阪臨床整形外科医会が設立され、本年で丁度20年目を迎えます。この間、日整会認定医制度の発足とともに、昭和58年から59年にかけて、坂本徳成会長のもと執行部の充実のため、在阪4大学(当時)は元より近隣大学を含めて、各大学単位で理事会を構成することが計られました。同じ旭区の大橋理事のお誘いを受け〇COAに入会、理事職に就くことになりました。

早速、会長、副会長、担当理事とともに広報を担当することになりました。当初Newsと会誌の両建てで発足の予定でしたが、JCOA・Newsとの重複や原稿集めを考慮して、会報として年2回発行することとなりNewsは1号のみで2号よりOCOA会報発刊の運びとなりました。以来平成8年5月第22号発刊まで広報担当の一員としてかかわって参りました。

○C○Aの20年の歩みについては、記念号の発行が予定されていますが、22号までの記録からふりかえってみると、○C○Aも随分大きくなったものと感慨深いものがあります。

会員数 76(S.59.12)→301名(H.8.3) 理事数 14→36名

研修会演題 3→17(1年間)

J C O A 理事 1 名→ J C O A 各種委員会 委員 8 名

日整会評議員 1名→4名 日整会各種委員会委員 4名

大阪府医師会理事 3名(副会長含む) 府 医各種委員会委員・部会委員 多数

社保・国保審査委員 5名等など。

会員数306名は東京の322名に次いで2位ですが組織率は東京の比ではありません。しか



し一方我々をとりまく医療情勢は、年々厳しさを加えて参りました。健保改訂時整形外科 関係点数の圧縮や慢指病名の削除、医療類似 行為者の急速な増加、周辺他科よりの侵蝕な どいろいろの問題を抱えるようになっており ます。

JCOAの阿部新会長も、JCOAの法人化、今回の老医負担金問題に対する対処など熱心にとりくんでおられますが、我々OCOA会員も日常の診療・研修に励むとともに柔整師問題などに対しては、日常診療時における患者PRや近隣の他科医師に対する啓蒙など出来ることから地道に取り組むことも肝要かと存じます。

会報については、記録としての役割もありますが、やはり会員への広報・意志の疎通の場として会員の皆様の積極的な参加が望まれます。さいわい次期主担当の丹羽理事が新しい企画ではりきっておられますので、どしどしご投稿とご支援をお願い致します。ちなみに22号までには会員より72題、研修会演者より60稿の投稿をいただいております。お暇なときに既発号にもお目をとおしていただければ幸いです。

整形外科移植問題検討委員会に出席して

OCOA監事 伊藤成幸

整形外科移植問題検討委員会の存在は、知っておりましたが、どのようなことをやっているのか、全くわからないまま、何となく乗せられて、この委員会の委員に推挙されました。

平成6年第1回委員会に、はじめて出席して、その話の内容は、分かるのですが、私ども開業医にとっては、余り縁のない委員会だなあ、というのが実感でした。

しかし、年間4~5回と非常に精力的に委員会が開かれ、糸満委員長(北里大学整形外科教授)を中心に委員会は、次々と問題を解決していった。その委員会の熱気に当てられて、私も熱くなって参加しておりました。

現在まで解決した問題を列記しますと、

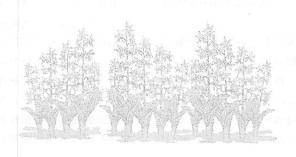
- ① 1991年に作られた「整形外科移植に関するガイドライン」を検討のうえ修正し、改訂ガイドラインを日整会誌69巻1号(1995)に掲載。
- ② 「冷凍ボーンバンクマニュアル」を1年 余り検討して完成。その作品を日整会誌70 (4)1996に掲載。
- ③ 「整形外科における移植の現状-日整会



認定研修施設を対象としたアンケート調査 結果-」岩本委員(九大)のご努力で日整会 広報室ニュース28号に掲載。

- ④ 処理骨作製のマニュアルを垣内委員(大 阪警察病院)の原稿をもとに、十分検討。 近く日整会誌に掲載予定。
- ⑤ 加温による同種冷凍保存骨のウィルス不 活化法について、現在検討、作成中。

私が委員会へ参加して3年になりますが、 以上のような作業に従事して、はじめ何も分 からず、やめたいと思っていた私ですが、今 では、すばらしい非常に大切な委員会に所属 してよかったと思っております。



大阪府医師会の理事に就任して

大阪府医師会理事 〇C〇A理事

三橋二良

此度、OCOA会誌編集部より、小生に府 医の理事としての活動状況を書いて投稿する よう依頼がございましたので拙文を書かせて いただきます。

小生が理事に就任以来、OCOAより絶大なる御支援をいただき厚く御礼申し上げます。特に「医業周辺業種(柔整. はり. 灸. マッサージ師)に関するアンケート」や、「切断指再接着の可能な府下医療機関のアンケート」調査には大変御協力いただき感謝しています。

小生が、平成6年4月府医理事を命ぜられ、 八幡理事の後任として、労災・自賠責担当と、 健康スポーツ医学担当をすることとなり2年 間何とかこなして参りました。

平成8年4月より、医療保険と健康スポーツ医学担当理事を命ぜられ、小生の身に余る 重責と思っています。

今、医療保険制度改革の波がおしよせて、 日医と厚生省との間で、患者負担をどのよう にするか、毎日、テレビ、新聞等で報道され ています。

昨年度9月に、府医では、歯科医師会、薬剤師会と協調して、大阪中之島公会堂に3,000名の聴衆を集め、「国民の医療と福祉を守る大阪集会」を開催いたしました。更に、10月には近医連の決起集会が行われ、大阪より700名が参加しましたし、その後東京で日医主催の決起集会が行われて、大阪より100名参加いたしました。

その準備を担当理事である小生が負う事になり、皆様方の御支援のおかげで、何とかクリアーいたしました。特に9月の大阪集会は大阪府医師会が、全国に先がけて開催したものですからそれを絶対成功させねばならないということで大変でした。



昨年4月より厚生省の指導監査要網が、厚生省と日医との間で合意され、大阪でも9月より集団的個別指導が実施されることとなりました。指導対象件数は、大阪府下で534医療機関がありまして、面接方式(204)、集団方式(330)が行われています。又、個別指導は平成8年度4~12月迄に6件行われています。これらの指導に、担当理事として毎月立ち会わねばなりません。

又、会員指導のために地区医師会の保険講習会に出掛けて講演せねばなりません。今の所、1ヶ月に2回ぐらいですが順次増えつつあります。

医療保険担当理事ということで、支払基金 審査委員や労災審査委員をせよという事で、 1ヶ月の内14~15日間は審査に出掛けていか ねばならず、府医の業務と重なることがあり 毎日、分単位の行動をせねばなりません。

本年度は「なみはや国体」が大阪で開催されることとなり、大阪府医師会は、医療救護活動に協力することになりました。昨年度はリハーサル大会に協力いたしました。

府医師会内に「なみはや国体医療救護活動 ワーキンググループ」を作って、〇C〇A理 事の天野先生が委員長となり活躍しておられ ます。国体の成功を祈って万全の準備をすす めています。

昨年度、健康スポーツ医学委員会では、「運動療法処方策マニュアル」を作ったり、「運動負荷試験の実習」を行って日医認定スポーツドクターの指導を行って参りました。

その他、近医連の健康スポーツ医学講習会 を開催したり、委員会はかなりアクティブな 活動を行っています。

以上の分野は、小生の主担当の領域ですが、 副担当の領域として、救急、健康教育、広報 等があり、又、保険医会常任委員も務め、各 種委員会へ出席しています。

右も左も判らず、只ひたすら前を向いて猪 突猛進して参りましたが、不勉強な小生を、 いつも温かく御指導下さっているのは、OC OAの仲間の平山正樹先生(府医副会長)と八 幡理事のお二人でありまして感謝していま す。

どうか今後とも〇C〇A諸兄には、よろし く御支援下さいますようおねがい申し上げま す。



『骨と関節の日』の取り組みについて

OCOA副会長 瀬戸信夫

近年柔整師等の医療類似行為者の増加や周辺他科による整形外科領域の侵蝕がすすむなか、整形外科の役割をアッピールするため、JCOAの積極的働きかけもあって平成6年2月の日整会理事会において、「整形外科の日」を『骨と関節の日』として『10月8日』(ホは十と八)と決定されました。

大阪臨床整形外科医会では、昨年に続いて毎日新聞(大阪本社版)10月8日朝刊一頁全面に「整形外科医の役割」「スポーツ障害と外傷」「中高年のスポーツ」をテーマとする座談会の記事と(下の写真)と、会員有志の診療所・病院名を主体とした広告を掲載するとともに、同誌上において、大阪市内2・府下2診療所の電話番号を載せて、当日午後1-4時の時間帯で「スポーツ障害・外傷」について電話相談を呼びかけました。座談会は、大阪医大整形外科阿部教授・木下助教授・高槻日赤岸本部長にお願いしました。



電話相談は午後診療の台間の3時間でしたが、殆ど空き時間がない程度に電話相談がありました。合計27件の相談があり、スポーツ12件・他の外傷5件・その他整形外科一般10件でした。なお、電話相談の対応については、日整会作成のマニュアルがあり、これによって整形外科主治医を尊重する様心掛けて対応致しました。



誌上勉強会

チンマー人工関節学会に参加して

早石病院 早 石 雅 宥

平成8年10月にチンマージャパン本社から 平成9年1月末に開催される膝人工関節学会 に参加してみてはというお誘いがあった。2 年前に同地で開催された股関節学会に参加し た経験があるのでその素晴らしさは良く承知 していた。勿論是非参加したい旨、直ちに返 事させていたゞいた。時は岡光厚生次官の不 祥事の煽りで厚生省関連の医療施設からの参 加は全て取り止められたと聞き、それで小生 の如き一開業医にもお鉢が回って来たことが 理解できた。参加費については、日本の法律 の及ぶ日付変更線までの往復の費用さえ払い 込めばそれより西の旅費はホテル代を含め て、チンマー本社が払ってくれると言う。少 し後ろめたさがあるが安く渡米出来るのは嬉 しいことである。

研修会は毎年1月末から2月始めにVAILで行われる。スキーヤーなら"VAIL"の名を知らない人はいるまい。特にベイルはその地形気候治安の良さ犯罪の無さで世界でも有数の優れたスキーリゾートにランクされている。だからアメリカを中心とした著明な整形外科医はアメリカ整形外科学会を終えてから我先にこの会に参加している。

今年は日本から医師家族を含めて17名が参加した。大阪から西に在住するものは関空から、また東海から北に在住するものは成田から各々UA航空で出発した。夕方の5時に出発しサンフランシスコに朝につく12時間の飛行であった。サンフランシスコから国内便に乗り換え、3時間飛んでデンバー空港についた。途中上空からラスベガスの街の灯が煌々と輝いているのが見え、下界の華やかさが想像できた。デンバー空港は二年前に訪れた時とは場所が移動しその形も全く変わっている。古い空港は放置され一部貨物倉庫として



使用されている。旧滑走路の先端部分は新し い空港への道路の為に切断されていた。古い 物を壊さず放置し新しい空港を別の場所に作 るとは土地の余ったアメリカにしか出来ない 芸当である。砂漠に立つ巨大なテントの様な 建物が新デンバー空港のターミナルビルであ る。関西国際空港の27倍の大きさがあり世界 で最も大きい空港となっている。中にはAB Cの3つのコンコースがありその間を地下鉄 のシャトルが結んでいる。アメリカの中央に 位置している為にハブ空港として機能してい る。この空港内ではタバコが喫えない。一ヶ 所だけコーヒーか何かドリンクを注文すれば 喫煙できるカフェテラスがあったがこれ見よ がしに柵と鎖で閉ざされていた。愛煙家達は 止むを得ずターミナルビルの外の車寄せの所 まで出て青空の下、寒さをこらえながらタバ コを喫うはめになる。見ていると数人の東洋 人と空港で働く黒人がごみ箱の様な皿型の灰 皿を焚き火を囲むように立ってタバコを喫っ ていたが、その中には白人は居なかった。デ ンバー空港の高度は既に1,600mで何となく 酸素が少ないような気がする。早速空港から 大型のバスに乗りベイルに向かう。夜でしか も高地。温度は零度以下であるから道路はピ カピカに光る程凍結している。バスの運転手



はベイルの人で凍結路に慣れているらしくも のすごいスピードで山へ山へと飛ばして行 く。途中ガソリンスタンドヘトイレ休憩に寄 った時、もう日本でもお馴染みの"サブウェ イ"と言うサンドウィッチ店がありツナサン ドを注文す。自分の下手な英語がやっと通じ ることが分かって内心ほっと安堵した。ベイ ルのホテルはこの学会の会場でもある一番大 きなカスケードホテルである。早朝ではあっ たが登録を行った。会場は全てチンマー社が セットアップしロビーにはチンマーの手術機 械、プレート、ネジ類、人工関節が所狭しと 陳列してあり、特に新型の関節鏡が眼をひい た。チンマー社の工場長のゲイ・メイヤー氏 とは氏の日本勤務時代に顔を知っていたので 挨拶す。ロビーの中央にはフルーツサラダ、 コーヒー、ケーキ、ドーナツ等スナック類が 山積みされ朝食抜きで参加しても充分な量の 朝食が摂れるように考えてある。プログラム は早朝6時30分から始まり9時に終了し全員 スキーに出掛ける算段である。

夕方は4時から始まり5時半に終了することになっている。

口演の内容は膝関節のIBの考案者のDr. Insallや、Dr. W Norman Scottが中心になって話が進められた。膝の人工関節のメカの問題として、屈曲時の安定性が人工関節の寿命の大切な因子であるとしていた。特に屈曲した時のCondylar lift up(顆の部分が持ち上がる現象)が問題でこのことをposterior instabilityと称してその改良に苦労を要したことを報告していた。それとこのIBの改良

形の関節の売り込みに躍起になっていた。

第2に術中に起こるトラブルで腱蓋腱を切ってしまった時"半腱様筋"を採取して、修復すると殆ど問題なく対応出来得ると言う報告があった。

第3にリビジョンの話になるがアメリカではセメント使用の装着が普通である。その為リビジョンの折には広範囲のセメント除去と骨切除を余儀なくされる。従って次に置換する人工関節はさらに大きなメタル部分のあるものになる。それが又緩んできたらアログラフトを沢山使用してリビジョンを行うことになる。アメリカではどの地にあっても容易に骨銀行骨が手に入ると言う。我国では移植用の骨片は大学病院以外ではそう簡単に手に入るものではない。羨ましい限りである。

手術のライブショーがあった。この手術を 見せる為に、演者の病院からハイビジョンで 映像が送られて来て、スクリーンに映し出さ せるのを見学する訳である。手術室の美しい こと、手術のテクニックの素晴らしいことは 理解出来たが症例のOAの程度は大したもの ではなく日本なら頚骨高位骨切り術をした方 が良いと考えられる例であった。本日の手術 の為に生け贄になった感があり後味の悪いも のであった。この様な討論が朝の6時から9 時まで2回のコーヒーブレイクを挟んで続け られた。話が面白くなかったらロビーに出て ドーナツをパクついたりチンマー製品の説明 を聞いたりすることが出来た。この学会で面 白いことは必ず費用のことについてもアメリ カ、カナダについて報告されることである。

関節鏡の手術料について、病院で受ければ230万円、小さなクリニックで受ければ173万円 請求出来ると言う報告があり小さなクリニック向けの関節鏡のキットを売り込んでいた。その報告のあとカナダの医師が、カナダで手術をうければそれよりさらに30%安くなるので航空運賃を払ってもカナダで手術を受ける方が安くつくとPRしていた。

討論についてであるが、言葉の使い方が難しく、直ぐに理解出来ないことが多々あった、flexion→Bendであり、Discuss→Debateであり、もう殆ど忘れてしまったが、自分の単語とは別の言葉で喋られるのを理解するのは辛いことである。

スライド発表に見えた映像も実はビデオに収録されたものをハイビジョンプロジェクターで写し出していた。口演中にシェーマが動いたり、時々映画を挟んでいたりして見る者を飽きさせない。学術と言う意味から言うと離れるかも分からないが、下手な手術をして術後TKRの不安定が起こった時、昔の映画のグリゴリーペック扮する医師が卒倒する場面を差し込んであり観客を笑わせた。恐らくこの様な手技はもう2・3年すると日本の学会でも用いられるのではないかと思われた。9時の終了と同時にスキーをつけてゲレンデに飛び出す。

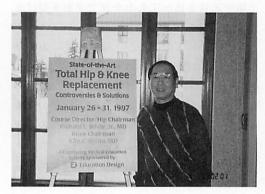


スノーモビルツアーにも参加した。コロラドの山中に専用のユースがあり一周で40分を要する。ツアー料金は100ドル近くかゝるが国立公園の中を走り回れるのは楽しい。

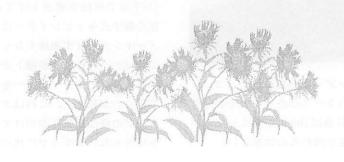
スキーについてであるが各コースともよく 整備されており初級から上級者まで楽しめ る。スノーボードも同じ斜面を滑るが問題は なかった。リフトに乗る為に並んでいると自 分の前の6人位の人が急にスキーを脱ぎリフ トに向かって行った。瞬間巨大な鉄ロープを 送る車輪が止まり、全てのリフトチェアーが 止まった。何が起こったかと言うと片足のス キーヤーがリフトに乗ろうとしているのであ る。私もつられて手伝いに行った。身障者の スキーヤーは二人だけであったが、その乗車 にはリフトを止めてしまう訳である。二人を 乗せてしまったあと、私達は自分の元の列の 位置に戻った訳であるがその時後方に並んで いる人達が私達を讃えて拍手で迎えてくれ た。その一人は私に向かって「君は良い奴だ !」と肩を叩いて言ってくれた。アメリカと は全く変な国である。黒人をはじめとする有 色人種に対してはものすごい差別をするが、 身障者に対しては信じられない程の気配りを する社会であり、日本人の私には全く理解が 出来ない。戦争を多数経験して来た国だから 国中に傷痍軍人がいるのでこの様な気運が生 まれて来たのかも知れない。

スキーについてであるが3,000mを越える 山でのスキーは酸素が不足し苦しい。ライオ ンズヘッドは3,400mの高さがあり最も苦し い所であるがそこから見える眺望は素晴らし いの一言に尽きる。西の方にトップオブコロ ラドが見え開拓者が、インデアンと壮烈な戦 いを繰り広げた地に今、立っているのだと言 う思いがぐっと込み上げて来る。ベイル市内 を走る車は、昔は機械式キャプレイターの為 〇2不足で黒煙を噴き上げて走っていたが現 在の電子式キャプレイターになってからは、 ノッキングもせず黒煙もなく高速で走ってゆ く。18ホイールの長距離トラックだけは、サ イドにスパーチャージャーを備え高山を越え て行くのが見えた。これはエンジンの横にス トーブの様な給気器がつけてあり、ボンネッ トに何もないトラックに比べると給気器がつ いているのを見ただけで高い所を走る車であることが分かる。 夜になると豆電球でライト アップされた建物が美しく輝いてくる。 白い 積雪をバックにおとぎ話の世界に見えて来 る。この世界は全く別世界であった。夢の様な数日が過ぎ、深夜の1時にベイルを発ち、 慌ただしく日本への帰途についた。









第11回淀川整形外科懇話会について述懐 4

淀川区 福井整形外科 福井宏有

私は大阪市淀川区の地下鉄の御堂筋線の東 三国で整形外科を開業して16年になります が、最近は特に医師同士の連携が極めて重要 だと感じるようになりました。

それで淀川の北部での中心をと考え

第一回は淀川区の「大学の医学部で整形外科学教室に属しておられた先生で開業されていた方々と11ある病院の整形外科部門」を私自身が全てを回りまして、開催いたしました。特に十三市民病院の鈴木前院長、並びに河田現医長には今日までずーっと世話になりっぱなしです。

昭和37年の広実病院の広実寿先生や昭和38年松渕信也先生の参加も戴くことができました。

第二回は東淀川区を回り、淀川キリスト教 病院や浜田整形外科並びに横井整形外科を中 心に全ての整形外科をまわりました。

第三回は西淀川区の第一病院を中心に斎藤整形外科の先生などにお世話になりつつ、開業されている先生方や全ての基幹病院を訪問し全ての方にお会いすることができました。 患者を集めるためにも、同じ患者が移動しているだけですから、緊密な関係が必要です。 これからは若いドクターの協力も心がけていき交流していきたいとおもいます。二世、三世の時代です。

淀川区は十三市民病院を中心に大阪市立大 学の先生方を中心に

東淀川区は淀川キリスト教病院等神戸大 学、浜田整形外科の大阪大学

西淀川区は第一病院の京都府立医科大学や 兵庫医科大学

各大学は大学の医局というシステムを介して大学病院へ患者をあつめることを実行していますが、その地域にはどのようなメリット



があるのでしょうか。私はそれを乗り越える ために開業してからは、なかなか大学の医局 に積極的に接触することが難しいと感じてき ましたので、地域の患者さん達という原点に 戻ってみようと、三淀の先生方には横断的に いろんな大学に属したり、いろんな科に居ら れた先生方と接することができました。たと えば私は和歌山医大整形外科に約7年おり、 3年位救急を経験しております。それから阪 大の整形外科に入っております。

ある方は医学の医局を飛び出し、2、3の 大学を経験され、中には外科、整形外科や、 麻酔科、眼科などいろんな科を経験されたり、 長らく民間病院に属して診療に当たってこら れたり、いろんな方々が、その経験を生かそ うとして開業なさっています。

中には40才で2才のお子さんとこれから夢いっぱいの方も居られます。ある大学ではいろんな意味で疑問であったことが、ある大学では多数の症例を経験されていたり、大学の医局の壁を越えて集談会のように意見の交換をしています。医学会には、医師会、各科医会、集談会、症例検討会、があります。

先日も第3回の三淀泌尿器科懇話会に参加 さして頂きましたが、私もこのような会に参 加できて方針に関して意を強くしました。 演題については、大体整形外科に関連した もので、外傷から、慢性疾患、変形性疾患、 腫瘍、スポーツ、脊柱疾患、関節疾患、等を 心がけて参りました。

演者は第一回は淀川区、第二回は東淀川区、第三回は西淀川区で、第四回は淀川区にと順番に回って行くようにと心がけています。 区内では、10の病院を順番にとお願いしていっています。そのためにと各病院の整形外科の各医長先生のところに御訪問さして頂いています。・

減題はできるだけみなさんの御意見をうかがって選んでおりますが、できるだけ各世話人の先生のお考えにしたがっております。世話人は淀川区は福井と金川、東淀川区は浜田、西淀川区は斎藤幹事長とそして福井がお世話をさして頂いております。

この次としては私の夢は理学療法を標謗されている先生方の御役に立てるようにと座談会を行いたいと考えています。会場は皆の集まりやすいところと考えまして、西中島や、梅田で選んでおりますが、最近は関西文化サロン(梅田・阪急グランドビル)を利用することが多いです。

他科の先生方の参加も含めて、骨粗鬆症、 骨折等もやって行きたいと考えています。リ ハビリを中心にパラメディカルの会も考えて います。

会を盛んにしていくためにと、まず淀川区 の病院の整形外科の先生方と一病院づつお会 いしていきました。接触を深めていくうえで たいへんな効果がありました。

各病院の勉強会にもできるだけ全て参加するように心がけ親交を深めて行きました。

少なくとも必ず医長先生には会うようにしました。

RCにも入会し、他科の先生や他の大学の 先生との御付き合いもさせて頂きました。

私の属しておりました千里の救命救急センターの先生を通じてもいろんな先生とお会いすることができました。

医師会の理事の先生方とも理解を深め御協力をお願いしました。

参加された先生方には経営に関連したパンフレットなどもお配りしたりしました。構成としてはできるだけ、OCOAの中心大学として考えました。

国立大学としては大阪大学、神戸大学、京都大学、徳島大学、高知医科大学、公立大学としては大阪市立大学、奈良県立医科大学、和歌山県立医科大学、私立大学としては大阪医科大学、関西医科大学、近畿大学、兵庫医科大学等の参加を見ることができました。大学内の縦のシステムでは無く、各大学の壁を乗り越えた仲間を増やしていきたいと思います。

各区の医師会の大学別にリストを作成し、 分類し、年代別の系統樹を作成しました。兵 庫県人会を作ったり、中学や髙校の出身者や、 神戸大学医学部や兵庫医大、いろんな意味で のサークルを作ったらおもしろいと思いま す。

淀川区はJRや阪急、地下鉄、等と、伊丹空港も近く、交通の要衡であり、その上、最近は特に、新大阪や、西中島南方を中心に各種学校もたくさんできておりますので、その生徒等の人的資源に対しても積極的に取り組んで行くことが可能です。その受け皿としても、医師会や各医会が積極的に展開していく時期だと思います。

各科の医会も人数としても十分になってきましたし、三淀泌尿器科懇話会に見られるように活動もしだいに盛り上がってきております。淀川区でも各科の医会がありますし、最近は薬価もマルメが進んできており、他科との連携が必要と思われます。

それでなくてもパラメディカルの各種施設は「雨後の竹の子」状態です。患者の理解を 得、地域の健康を守って行くためにも医師相 互の協力は欠かせないものと思われます。こ れからはいろんなチェーンホスピタルや、各 種産業の医療への進出が考えられます。病院 の経営も良好とはいえない時代です。お互い に協力して健全な体制作りを目指しましょ う。足もとからの一歩一歩が大切と思います。

特に各種の医業周辺のものとは継続的な窓口の開設が望まれていると思います。それには草の根というか地域の状況にあった対応が望まれているとおもいます。スポーツ医や、リウマチ医、産業医等も互いに力と情報を持ち合いましょう。開業医も勤務医も整形外科医としての立場からの団結が必要と思われます。

MD法に関しては、いろんな検査所とも接触し、情報収集を行った。最近は骨粗鬆症に対する興味が各科において高まっており、私たちの懇話会においても、大阪府の検診のときに使用するのと同じ機械を購入し、各先生方に対して、サービスをいたしております。約20ヶ所と協力しております。

大阪大学や関西の各大学も「手の外科」「スポーツ障害セミナー」「近畿の地方集談会」「北摂懇話会」「金剛」など大学独自のものや各大学の枠を越えてのものなどいろいろですが、やはり開業医も気軽に参加できる手作りの会をと心がけていきたいと思います。

主には大学で整形外科学教室に入局されていると思われる方々を中心として、単なる開業医だけでなく、さらなる研鎖を深めるために、地域の医療の向上を計るために、患者さんへの医療のnetwork作りを考え、特に開業医と基幹病院との連携を深めたいと企画いたしました。

三淀地区には、各地区には約10か所の整形 外科医と、十箇所の病院があり、しだいに開 業されておられる方々も髙齢化してきています。伊藤忠信氏や井上忠厚氏等、その貴重な 遺産を引き継ぐことができません。そのため にも各大学の境界を越えた会にしたいと思い ます。

後進の御指導にと大学での経験豊かな浜田 Dr. 等のご協力をお願いしております。面白い討論を加えることができます。毎回20例くらい提出されます。freetalkingでbuzz session方式です。各大学で特色あるいろいろな解釈や治療法が聞け、病院の若い先生方も他大学の雰囲気に接することができ、好評との意見もございます。終わってからは懇親会を開き、細かい相談や、情報の交換を行っています。新規の開業の話しや、いろんな交流を広げています。参加者には国保の審査委員の先生もこられており、適切なさまざまなアドバイスもいただけます。生の声が聞ける会です。

内容は讃演を前半に、新規開業された方に 講師のお世話をお願いし、講師の紹介により、 新入会員の皆さまのお披露目の代わりとして おります。講師は各地区での順番で持ち回り、 講演は約一時間、その後のdiscussionも活発 にしております。

毎年3月と9月の月の第二〜第三週の土曜日に行い、講演会終了後は、症例検討会を行い、開業医側、十三市民病院、淀川キリスト教病院、等から手術症例をも交えたいろいろな興味ある症例を勉強させていただいております。

今回は「自己血輪血」の演題でしたが、皆 さまから活発な御討議をいただき、講師の先 生にも喜んでいただきました。



整形外科診療と漢方

「こむらがえり」に芍薬甘草湯

枚方市 須藤医院々長 日本東洋医学会専門医 須 藤 容 章

昭和51年9月に漢方薬が保険医療に取り入れられ、煎じ薬のエキス剤化が進むにつれて、漢方製剤の普及には目覚ましいものがあります。事実、西洋薬では対応できない疾患や病態に対して、漢方薬で対応できる場合や、漢方薬がきわめて有効なことがあるからです。

整形外科領域におきましても、漢方薬を用いた方が効果的で、より早く治すことができたと思われる症例があります。ここにその経験を数回に分けて述べさせて頂きましょう。

今回は「こむらがえり」に対して芍薬甘草 湯が有用であった症例を紹介しましょう。 症例

T.A. 70才 男。

平成2年2月13日より、変形性脊椎症、左 脱臼性股関節症の加療のため当院に通院加療 中であります。

平成7年11月10日受診時、4、5日前から 左腓腹筋の「こむらがえり」のため夜中に何 度も目が覚めると訴えました。そこでツムラ ❸: 芍薬甘草湯2.5g二包を眠前に服用し、夜中に「こむらがえり」が起これば更に2.5g二包を追加服用するように処方しました。初日は眠前と夜中の二回服用をしましたが、翌日からは眠前の服用だけで「こむらがえり」は起こらなくなり一週間の服薬の後、服薬を中止しましたが以後1年以上も「こむらがえり」は起こっておりません。

日本の医師達の多くは漢方薬を用いる場合、先ず西洋医学的診断を下した後、漢方医 学的診断の下に漢方薬を処方しております。

整形外科においては整形外科的診断にもとづく手術適応があるように、漢方医学においても、漢方的診断にもとづく『証』という適



応がありますが、芍薬甘草湯はこの『証』に とらわれずに用いても有効だと言われており ます。また西洋医学的見地からすれば、筋肉 の攀縮を伴う急性の疼痛に対しては平滑筋と 骨格筋の区別をすることなく用いられ有効で あります。

芍薬甘草湯は「こむらがえり」に有用であるばかりではなく、整形外科的領域においては大後頭神経痛、寝違い、肩こり、腰痛にも用いられ、疼痛の激しい場合にはツムラ芍薬甘草湯7.5gとサンワ加工ブシ末3gを一日量として三分服すれば効果的であります。
文献

- (1) 新版 漢方医学 日本漢方医学研究所 278頁 1990年10月
- (2) 家庭の民間薬・漢方薬水野・米田 新日本法規224頁、235頁 昭和59年8月





新技術瞥見 レーザーによる経皮的椎間板内圧減圧法

percutaneous laser disc decompression (PLDD)

-見たり、聞いたり、読んだり-

箕面市 石井整形外科 石 井 正 治

1) はじめに

2月の臨床整形外科医会研修会で大阪医大の米澤氏がpercutaneous laser disc decompression (PLDD)の話をされた。講演では、技術的にはそれほど難しくないが一般病院ですることには慎重な考えのようだった。高度先進医療として大学で治療が行われる一方で、私費で治療を行っている一般病院がある。症例数は一般病院の方が多い。全額私費にもかかわらず、患者さんには人気のある治療であることがうかがえる。Nd:YAGレーザーの販売会社、S.L.T.JAPANが企画した案内会とそれに付随して、私費で腰椎椎間板ヘルニアのPLDDをされている丸茂病院を見学する機会があったので報告したい。皆様方の判断の一助になれば幸いです。

2) レーザー治療の方法

(使用機種) Nd: YAGレーザー

(アプローチ)局所麻酔を皮下から腰椎椎間 関節の手前まで行う。椎間板中央やや後方に、 後側方刺入による腰椎椎間板造影や骨生検と 全く同じ方法で18Gの注射針をレントゲン透 視下に刺入する。

(レーザー照射)18G注射針のなかにレーザーファイバーを挿入し、レーザー光線を数分間 照射し椎間板を一部蒸散する。局所麻酔で行うので患者は途中腰部熱感や痛みを訴える。 痛みが起これば照射をやめて、レーザーファイバーを抜き椎間板内圧を下げ熱を逃がして やると痛みが取れる。この患者の訴えは個人差がある。 髄核の中心部の蒸散のあとレーザーファイバーを少し手前に引いて患側の神



経根に近いところを蒸散させる。このときも 患側に疼痛を訴えた。注射針から沸騰した液 体が流出し椎間板の焼けたにおいが漂うと レーザー照射を終了する。最初から照射する エネルギー量を決めないで、灼け具合(沸騰 と椎間板の焼けた臭いと煤の確認)を見なが ら照射量を決めるのがこつ。その間約11分で、 その患者さんはSLRの改善が直後に認められた。SLRの改善は成功例では常にみられ る現象で、レーザー照射中に痛みが消失する。 傷口は18G注射針の跡だけ。約6時間の安静 の後、帰宅も可能。(波線部は丸茂病院の院 長丸茂仁氏談、現在までの症例数は約1,000 との事でした。)

3) レザー治療をみた感想

この手技の中で、18Gの針を刺入するときに神経根をつく可能性があるが、椎間板に平行に針を刺入するので、その確率は小さい。 もし下肢放散痛を来たせば刺し直せばよい。 腰椎椎間板造影による造影剤以外の合併症を 考えておけば十分であると思われる。一度椎 間板内に針が刺入されればレーザーファイ バーを挿入するときは神経根のことは考える必要はなく、あとはどれだけのエネルギー量を照射するかだけが問題となる。レーザー照射量をどれだけにするかは、慣れと経験が必要で、おそらくこれが一番難しく患者の適択とともに成功率に最も影響する要素と思われる。椎間板造影になれているものにとまれては手技は至っても関単である。手術室をもたない開業医であっても腰椎の透視ができると開業医であってして硬膜外ブロックと同じように考えることができると思われた。

4) 文献的考察

この文献の検索はインターネットのHealth Gate (free-MEDLINE)でキーワードをPercutanous laser disc decompressionとし1992年以降の文献を指定して入力し入手したものです。ドイツ語の文献は英文のabstractしか読んでいませんのであらかじめお断りしておきます。整形外科最小侵襲手術ジヤーナル(1997、No.2)にも椎間板ヘルニアの特集があり、併せて考察しました。

(a) 手術侵襲の問題

侵襲が大きければ厳密な手術適応条件が必 要であるし、侵襲が少なければ手術適応を拡 大できる。レーザーで減圧治療を受けた椎間 板の人での経時的変化はさだかでないが、犬 (2)(6)や牛(3)を使った実験結果は報告され ている。レーザーの種類(Carbon Dioxide, Nd: YAG, KTP/532, Ho:YAG) (10) (11) によつて蒸 散、凝固、切除の能力に違いがあることもわ かっている。Nd:YAGレーザーを経腹膜的 に犬の椎間板に照射したところ神経障害、運 動障害を起こしたものはなく、照射直後の椎 間板は蒸散し空洞が作られる。2-4週間後 には空洞に繊維性組織の増殖がみられ、その 繊維性組織は12週後には軟骨様組織で置換さ れていた。手術後40週たっても新生骨の形成 はみられなかった(6)。

(b) 合併症の問題

合併症がないと記載する報告(1)(3)(5)のほかに、術直後に局所の痛みや不快感を訴える場合があるが鎮痛薬でコントロール可能な程度であるという報告(6)や、2-3日の腰痛(2)、reflex sympathetic dystrophy(RSD)1例、術後知覚異常12例(5例は軽快、5例は手術)という報告もある(4)。

(C) 治療成績に影響する因子

患者選択(3)(4)が治療結果向上の重要な鍵となる。下肢痛の存在、知覚障害、運動障害、反射消失などの他党的所見の存在、SLRの有無、椎間板造影によるヘルニアの確認されたものは治療成績は良い。特に椎間板造影でヘルニアを確認し、しかも完全脱出していない事が重要であると述べている(4)。

(d) 保存的治療の期間

6週間(3)(4)(5)、3ケ月以上(1)(2)(9)

(e) 手術時間

数分ないし45分(2)(3)

(f) 治療効果

多くの例で手術中に痛みが取れる(5)(6)。 術直後にSLRの改善が認められる、2-3 日後に疼痛の消失が始まり完全消失に4週間 要する例もある(2)。

(g) 術後経過観察期間

最長62ケ月(平均26ケ月)(2)が最も長く他 の報告は2年以下である。

(h) MR 1 の変化

すべての症例で変化があるわけではない。 一年後に著明に縮小した例(5)。4.5ヶ月後中 等度縮小例(2)。2ケ月後のCTで縮小(9)。

(i) 術後成績に関して

判定方法に違いはあるが有効率:70-85% のが報告されている(2)(3)(4)(5)(11)。再 PLDD(333例中11例)(2)を行ったときのの有 効率:64%。手術移行例:25%(10)、3.4% (11)、15%(3)、21%(2)、23%(4)。

成績不良例seqestrated fragmentや(9)、 spinal stenosisの存在(4)(9)する場合

(j) 帰宅

当日退院(2)(5)(9) 翌日退院(1)(4)(5)

(k) 他の経皮的治療との比較

日本では一施設でいろいろな方法を比較した報告はないが、percutaneous manual and endoscopic Ho:YAG laser discectomy (PELD)、chemonucleolysis with chymopapain (CN) automated percutaneous lumbar discectomy (APLD)の経皮的椎間板手術に関して一施設で調べた報告(8)では、有効率、再手術率、椎間板狭小率、いずれもレーザー治療が勝っているという。

日本で土方により開発されたPercutanous nucleotomy (PN) 法は長期的経過観察により予想外に椎間板変性が進行することが指摘され(12)、椎間板に対する侵襲が思ったより大きいことが示唆されている。動物実験ではレーザーによる椎間板蒸散部の修復が認められる(6)ことから椎間板に対する侵襲はそれほど大きくはないと考えられるが、レーザー治療でも長期の経過観察結果を注意深く見守る必要がある。

外来治療が可能(2)(5)(9)であれば経済的にも社会復帰の点でも今までの治療に比べ大きなメリットがある。また神経根周辺を直接開けないため、手術瘢痕による神経根障害に悩むことがなく再手術も容易であるのも大きな魅力である(2)。

但し、保険適用は認められていないため、市中病院では私費で25万円から30万円を取って行われている。現時点では患者負担が大きい。S. L. T. Japanの説明に依ればこの価格の中にはデイスポのPLDD用のグラスファイバー4万円にディスポのシーツ代、人件費あわせて約20万余りが含まれるという。これにYAGレーザー本体の価格1,750万円のリース料が加わると月に最低2名の患者が必要と言う説明であった。

5) まとめ

現在、保険適用が無く患者さんに高い費用 を強いて治療をするのであるから、治療が無 効であった場合に、手術治療も自分で処理で きる医者がすべきである。すばらしい効果が 期待できるなら、レーザー治療の研究をされ ている大学の先生方はもちろんの事、私費で 治療をはじめておられる先生方も是非、レー ザー学会だけでなく整形外科の学会や雑誌で 治療成績の論文を発表してもらって、早く保 険適用になるように努力して欲しい。

1987年始めて人に応用し、今回の文献の中で最も症例数が多く、最も経過観察も長く、 1人の患者に繰り返してPLDDをした経験も 報告しているD. S. Choy(2)がPLDDの長所欠 点を文献の中で要約していますが、それを掲 げてまとめとしたいと思います。

(a) PLDDの長所

- (1) 侵襲性が比較的少ない
- (2)局所麻酔を使って外来治療が可能
- (3)手術時間が短い
- (4)術後回復時間が短い
- (5) レーザーの通過部位は正確にコント ロールできる
- (6) 再照射が可能である
- (7)PLDDは将来手術が必要になった場合 でも手術の妨げにならない
- (8)皮膚及び脊柱管周辺に癩痕組織を作ら ない
- (9)合併症が少ない
- (b) PLDDの欠点

レーザー機器が高価なため初期コストが高 くつく

参考文献

1) Simons P;Lensker E; von Wild K:
Percutaneous nucl eus pulposus denaturation
in treatment of lumbar disc protrusions—
a prospective study of 50 neurosurgical
patients. Eur Spine J, 1994, 3:4, 219—21
2) Choy DS; Ascher PW; Ranu HS;
Saddekni S; Alkaitis D; Liebler W; Hughes
J; Diwan S; Altman P: Percutaneous laser
disc decompression. A new therapeutic

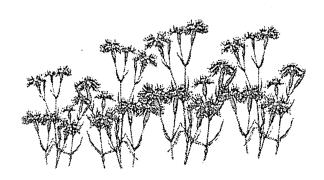
modality [published erratum appears in

- Spine 1993 Jun 1;18(7):939] Spine, 1992 Aug, 17:8, 949-56
- 3) Davis JK:Early experience with laser disc decompression. A percutaneous method. J Fla Med Assoc, 1992 Jan, 79:1, 37 9
- 4) Ohnmeiss DD; Guyer RD; Hochschuler SH: Laser disc decompression. The importance of proper patient selection. Spine, 1994 Sep 15, 19:18. 2054—8; discussion 2059
- 5) Liebler WA: Percutaneous laser disc nucleotomy. Clin Orthop, 1995 Jan, :310, 58-66
- 6) Qi Q:[Percutaneous laser disc decompression: an experimental study] Chung Hua Wai Ko Tsa Chih, 1993 Jul, 31:7, 407-10 7) Qi Q: Dang GD; Cai QL: [Laser ablation of intervertebral disc:animal experiment] Chung Hua Wai Ko Tsa Chih, 1994 Mar, 32: 3, 187-9

- 8) Lee SH; Lee SJ; Park KH; Lee lM; Sung KH; Kim JS; Yoon SY:[Comparison of percutaneous manual and endoscopic laser diskectomy with chemonucleolysis and automated nucleotomy] Orthopade, 1996 Feb, 25:1, 49-55
- 9) Schatz SW; Talalla A: Preliminary experience with percutaneous laser disc decompression in the treatment of sciatica. Can J Surg, 1995 Oct, 38:5, 432-6
- 10) 小坂理也、米沢卓実他:Nd-YAGレーザーによる経皮的椎間板減圧術 手技と適応整形外科最小侵襲手術ジャーナル
- J MIOS No.2: 23-30 1997.
- 11) 西島雄一郎他: Ho: YAGレーザーによる鏡視下経皮的椎間板除圧術(手技と適応) 整形外科最小侵襲手術ジャーナル
- J MIOS No.2: 31-37 1997.
- 12) 持田譲治: 腰椎椎間板ヘルニアに対する 経皮的髄核摘出術(その手術と適応を中心 に)、適応・手技・病理所見

整形外科最小侵襲ジャーナル

J MIOS No.2: 5-10, 1997.



エッセイ・紀行

第23回JCOA大分研修会でのすばらしい出合い

旭区 伊藤整形外科・外科 伊藤 成幸

平成8年度の大分での研修会において、私は、3つのすばらしい出合いを経験しました。その1つは、大分の味覚との出合い。2つ目は、JCOAの知人との出合い。3つ目は、西洋医学の黎明期の先達との出合い。です。いずれも大分ならではの楽しい3日間でありました。

1. 大分での味覚との出合い。

① ふぐ満喫コースに参加するため、9月21日(土)杉之井ホテルでの研修会の登録受付をすませて、慌ただしく、差し回しのバスで大分市内のふぐ亭本店へ向かいました。

今までいろいろな料亭で、ふぐ料理を賞味して参りましたが。ここのふぐ料理は本場といってよいのでしょうか、肝、白子等、大阪では余り味わえないものを十分頂きました。私はふぐの肝を食べたのははじめてで、しかもその味のよさは、えも云えないほどで病みつきになりそうです。ふぐ寿司、ふぐ雑炊に至るまで、ふぐ料理の豪華なコースであり、再度食べに行きたいと思うほどであったということを、会員の皆さんにぜひご報告したいと思っておりました。

このふぐコースへ参加する人が非常に多く、それぞれ個室大部屋等に分散して食卓につきましたが、私は、4人用の個室へ案内され、たまたま孫先生御夫妻とご一緒になりました。テーブル上には、テッサの大皿とかなり大盛りの肝、白子がのっておりました。それをさかなに、一合以上入るコップに、なみなみと素手では持てないほどの熱燗のヒレ酒を再三お代わりして、その都度つぎ酒でなく新しいヒレ酒でした。そしてそのヒレの香ばしい香りがたまらなく、口ではいい表せないおいしさで大いに飲み、大いに食べ、大いに



話に花を咲かせました。以前から孫夫人と私の妻とは、JCOAの研修旅行等で時々お会いしていて、気が合うのか意気投合、われわれ男性軍は、その舌戦にたじたじの状態でした。その間にふぐの天ぷら、寿司、雑炊等々ふぐに関する料理のすべてが、次々とはこばれ、よく食べよく飲み、非常にご機嫌で気分のよい研修会の前夜祭でありました。

② 中津のはも料理と耶馬渓コース(9月23日、月)。

私は、ハモ料理にひかれてこのコースに参加しました。杉の井ホテルを出発、耶馬渓一罹漢寺一青の洞門一宇佐八幡宮をそれぞれ急ぎ足で見学し、私が目ざしていた昼食には、J. R. 中津駅の近くにある筑紫亭に立ちよりました。ハモ料理のフルコースを、地元の川嶌真人先生の解説で筑紫亭とハモ料理についてお話を聞きながら、ハモ料理のコースを、ここならではという料理法と食べ方で、献立表の順に充分満足させていただきました。とりわけ、ハモのしゃぶしゃぶは、絶品の味わいでありました。

2. 人との出合い。

22日(日) 研修講演、とくに、佐々木均太郎先生の「万葉の心をたずねて」は、私ども

の心を打つすばらしいお話でした。すっかり 話の中にひき込まれて、催眠術にかかったよ うに、タイムスリップして、自分自身が万葉 の御代に居るような気持ちで、笑ったり、涙 したり、現在にも通ずる非常に示唆にとんだ 心温まるお話でした。

この講演のあと、懇親会は例年の如く、地 域の特色のある御馳走、関さば、関あじ等大 分の味を充分賞味させていただきました。私 は、36番テーブルで京都、三重の先生方と同 席で、隣には京都の野口先生ご夫妻がおられ 久しぶりの再会に楽しいひと時を送っており ました。すると一昨年、昨年とJCOA欧州 整形外科医療研修団に参加された顔見知りの 先生方ご夫妻が、たまたま私のテーブルのそ ばに集まってこられて、まるで同窓会のよう な感じ(欧州で同じ釜のめしを食べたという 親近感)で旅行中の楽しい思い出話にはなを 咲かせ、その場で写真を撮り合ったりして、 私自身、今までにない楽しい研修会の懇親会 をもつことができました。今でも、お互いに 手紙のやりとりをしております。この先生方 との出合いは、私の人生において、非常に大 きな意義をもったように思います。

話はすこしずれますが、OCOAの先生方もJCOAの海外旅行への参加をお勧めします。全国から参加された人々と行動を共にしますので、すぐお互いうちとけて、帰る頃にはまるで旧知の間柄のような仲になります。今年は、8月末頃にメキシコ、アカプルコマルスアンジェルス等へ行く予定になっております。アカプルコは、恐らくこの機会を変して、カプルコで万国外科学会に出席予定)。昨年はオランダのアムステルダムでSICOTに参加して参りまして、大阪の小野村、島津名と、山野、阿部教授等のよく知っておりました。

3. 中津藩の医家先人との出合い。

筑紫亭でのはも料理を賞味したあと、中津市内を散策いたしました。独立自尊の人、福沢論吉の旧居から中津城を経て、村上医学くと町はずれに出てしまうほどの小じんまりした町です。しかしこの地は、福沢論吉の中津市(番)田外または関係のあった有名な方々が数多くおられます。年代順に村上宇伯、辛島正庵、前野良沢、高山彦九郎、大槻玄澤、華岡青州、シーボルト、高野長英、緒方洪庵、大江雲沢、田代義徳(整形外科)、田原淳(田原結節発見者)等々、その他枚挙にいとまがない数々の医人を輩出しています。

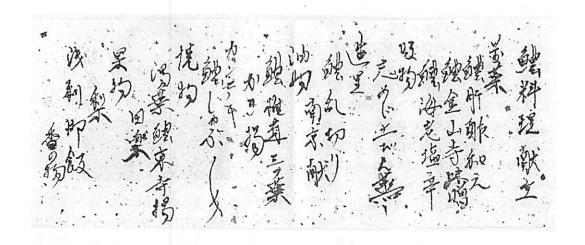
その中の1人大江雲沢(1822-1899)は、中津医学校の院長であったが「医は仁ならざるの術、努めて仁をなさんと欲す」と喝破され、現在のわれわれにも心にひびく言葉で、医者としてすばらしい人であったと思います。

日本の蘭学の黎明期と中津藩の関係、昔の 開業医の姿などが、くみとれる村上医家を見 学しました。

平家建ての広くない間口で、中へ入ると受付に引き戸の小さな窓があり、中は1坪ほどの小さな薬局で、窓と反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の壁側には小ススと反対の変の手前が調剤であったである。と思われます。後察室はいずれも母の部屋で何の変当にないるようないである。とというようなでは、高野長英がひそんでいた。裏庭の土蔵は、高野長英がひそんでいたといわれており、現在ではその倉には村上家の歴史的資料が展示されています。

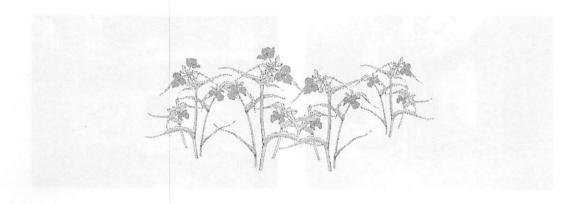
このように、わが国の西洋医学の発展の過程についていろいろな資料が、この中津市にあり、草わけ的な仕事をされた先達たちが、

中津市から出ているということ等は余り知られていなかったことですが、村上資料館を見 学し、ご案内いただいた川嶌先生や、村上先 生の説明をお聞きして、そのすばらしさに認識を新にするとともに中津藩の医人、先人との出合いに感激しておりました。









湯布院を訪ねて

河内長野市 奥田整形外科 奥 田 好 彦

今回の私の湯布院行きには、下村正彦先生 が大きく関係しておられました。

下村先生は私より3学年先輩でしたが、現 役入学でしたので年令は2才上だけでした。

そんな先輩の先生方を混じえた十数名と共に、大阪労災病院で川田平先生の御指導のもとに、10年間整形外科の勉強に一生懸命励んでいました。その中でも下村先生は特に患者さんに優しく接しられ、患者さん達は先生に主治医になってもらいたかったようでした。先生が受け持ちになられた患者さんは本当に喜んでいました。

私が湯布院を訪れたのは、そんな先輩の先生が、御家族で旅行され、55才の若さで本年3月6日にこの地でお亡くなりになられたからでありました。それ以来先生が最後の旅をされた湯布院とはどんな地なのかと、いつも気掛かりでいました。

今回第23回日本臨床整形外科医会研修会が 大分で開催され、早期にこの湯布院の地を訪 れる機会が得られました。

研修会前日の夕方に訪れました湯布院は、 昼間とは違って人通りの少ない、黒沢明監督 の映画「夢」のラストシーンに出てくる様な、 花と緑と清流の豊かな風景に溢れていまし た。





翌朝は万象苑ホテルをあとにし、由布院美術館、古陶院民芸村、仏山寺を巡り、昼に由布院駅より1両編成のワンマン電車に揺られて大分まで行き、1時過ぎに別府のビーコンプラザ研修会会場に着きました。

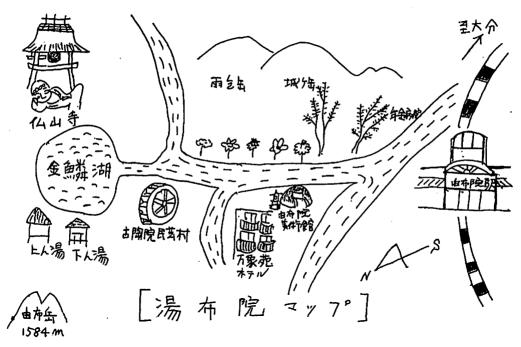
文化講演会では、別府大学の佐々木均太郎 先生の「万葉の心をたずねて」人の心と心を 結ぶお話について、我々整形外科医は時とし て骨と骨、神経と神経とを合わせる事しか脳 にない者にとりまして、人間とは物だけでは ないのだと言う事を改めて解り易く説明して 下さり、会場の多数の方々と共に深い感銘の あまり涙を拭っておりました。

生まれて初めて聞きました、非常に解り易い心と心を結ぶ立派な講演、真面目で患者さん達に優しかった下村先生の思い出、それに



加えて湯布院の美しい長閑な自然に接しまして、心を新にして色々の不満、不自由を振り

払い、また一生懸命治療に励んで行うという 気持ちが沸いて来ました。



〔イラスト筆者〕

第23回日本臨床整形外科医会研修会(於 大分)

ゴルフコンペに参加して

東住吉区 青州会診療所 孫 瑢 權

今回も恒例のゴルフコンペが、研修会初日の9月21日(土)に、名門「別府ゴルフ倶楽部」で開催されました。九州で2番目に造成された手創りの雄大なコースです。

当日、台風接近ということで天候が大いに 心配されたのですが、残暑きびしい快晴とな り、参加者の精進の良さが感じられた一日で した。

土曜日ということで、参加者が例年より少なく40名丁度だったようです。最遠方から参加の岩手の先生方とプレイしましたが、何せ広大で距離のあるコースですので、ついつい力んでしまい。期待はずれのスコアに終わってしまい残念至極の一日だったようです。

大阪からは、丹羽先生と2人だけの参加と なりましたが、どちらも普段の実力を出せず 何となく欲求不満が残っただけの様でした。

プレイ中は、都会近郊のゴルフ場とは一味 も二味も違う素晴らしい風景一遠方からの別 府湾、雄然と構える高崎山・鶴見岳―に見と れながらの楽しい―日を過ごしました。

同伴された岩手の先生方は $1 \sim 2$ 年後には 岩手で研修会を開催する予定とかで、大変に 張り切っておられましたので、その時が待ち 遠しく思います。 熱心に行事の進行ぶりを見 聞きされていたのが印象的でした。

全員に参加賞として、JCOAのマーク入

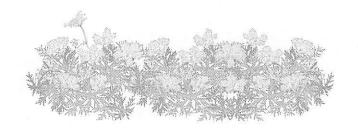


りのゴルフ・キャップを記念として頂きました。会食は、その夜「ふぐ料理満喫料理」が 予定されていたため、簡素なものとなっており、表彰式もゴルフ場で簡単に済ませ、賞品 も手軽なものとなっておりました。

その夜の「ふぐ料理」は最高だったようで皆さんが絶賛しておられました。大分のふぐ料理がこんなに質・量とも豊富で美味しいものとは知りませんでしたが、大阪の味に匹敵しますし、いわゆる「キモ」が煮物になっておりましたが大量に出され驚きもしました。もちろん全部頂き満喫した次第です。

毎年、この研修会で未知のゴルフコースに 連れて行ってもらいプレイできる幸せをつづ けたいと願っております。この研修会が永々 とつづく事を願いつつペンをおきます。

大分の先生方、大変御苦労様でした。



昔の話

茨木市 大竹整形外科 大竹節郎

私は、昭和8年3月ロシヤ サハリン州 コルサコフ(旧樺太大治町 太平洋戦争敗戦 時迄は旧国鉄稚泊連絡航路の樺太側の玄関 で、北海道稚内より宗谷海峡を渡り約8時間、 人口当時3万弱の町)で生まれました。以前 南極で活躍した宗谷丸は、この航路に就航し ていました。

樺太というと、大抵の人は極寒の地を想像するでしょうが、春夏秋冬はきちんと有ります。夏は短いのですが、日中なら裸で過ごせますし、海水浴もできました。とは言っても海中には何分も入っておられず、唇を紫色にして焚き火にあたっている方が多く、私を含め大多数は金槌でした。日が落ちると急に冷えてきて、寝る時には掛布団が必要でした。雪解けは5月中旬で、初雪は10月中旬、11月には根雪となり、薄暗い感じの雪一色の時期が長く続くのです。

雪の中の生活は、長い冬を過ごすために、 晩夏から短い秋にかけて、主婦は大忙しの毎 日です。保存食の漬物(野菜・魚)や魚の干物 を作ったり、保存の効く野菜(大泊で収穫で きるものは、ジャガイモ、大根、人参、ごぼ う、キャベツ、白菜、ほうれん草、えんどう 豆)や果物(全然取れません)は室と称する地 下の小部屋に保存しておきました。それで何 日も続く吹雪でも何とか食べていけた様で す。道路は、降雪のため家の屋根位の高さに 有り、徒歩、馬橇、スキー、(郵便配達人が 一番利用していました)などが交通の手段で した。晴天の日などは、家の玄関からスキー で近くの丘に出かけ、日暮れには両手袋やズ ボンの尻がこつこつと鈍い音が出る程凍りつ き、歯をかつかつさせるほど震えながら帰路 についたことも度々でしたから、最近迄ス キーを担いで電車やバスに乗って、スキーを



楽しみに行くなどという事には少し違和感を 覚えました。

家の中では、薄い綿のシャツ、厚手のネルのシャツ、厚い毛糸のセーターに、下は綿の 猿股、薄いのと厚い股引き、裏がネルのズボン、外出時には裏がネルの上着にフード付きのオーバーで、靴はゴム長靴でした。母親の年代の人は、和服にモンペ、ゴム長靴、オーバーの代わりに角巻(細長い単色の毛布の縁に房のついたのを二つ折りにしたもの)を頭から被り、顔だけを出して顎の下を大きな安全ピンで止め、外出していました。

部屋の中は一日中石炭ストーブで暖を取り、夜は火を小さくして寝ますが、朝方には 掛布団の襟の部分は呼吸のため薄氷が張った 様にかちかちになって居り、頭がつるつるの 老人などは襟巻きで頬被りをして寝ていまし た。真冬、一番困った事は、洗濯と、それを 干す場所でした。余り広くもない家の中に、 所狭しと洗濯物がぶら下がっていたことを覚 えて居ります。

話のついでに少し落ちますが、笑い話に、極寒の地では『立ちしょん』をすると、そのまま放物線状に凍ってしまうと言われますが、それは嘘です。また『ぽっとん』便所で、大の方がこんもりとなって凍るので、終いに

は金隠しより高くなり、尻をひやりと撫でられる様になるので、鉄の棒で壊し、叭(藁でできた石炭などを入れる袋)に入れ、馬橇で運んでいました。

あまり樺太の話が長くなったので、次は韓 国の話に移ります。

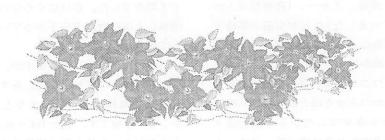
昭和18年秋、父親の仕事の都合で一家を挙げて韓国(旧全羅北道群山府亀岩町)に新設された製紙会社に移りました。その途中、新潟市の近郊にある父親の実家に立ち寄るまで、屋根瓦、稲、蚊帳、こたつなどは実際に見たことがありませんでした。韓国では日本全国各地より転勤してきた人ばかりでしたので、言葉、生活習慣などはまちまちでした。

群山の街並みは、丸瓦の反り返った屋根の家並みで異国情緒たっぷりの風情でした。また大泊では見られなかった鉄筋5階建てのエレベーターの付いた百貨店が有ったことでした。物珍しさも手伝って、学校帰りにエレベーターに乗りに、しばしば立ち寄ったものでした。また、一般家庭にあるオンドルと言われる床暖房は、最高に良いと思いました。そして戦時下というのに食べ物は十分にあり、のどかな田園風景の中を、新しくできた友達と共に日本人だけの国民学校(戦時中の小学校、鉄筋3階建てでした)に通いました。

転校初日、教科書を入れたリュックサック を背負って登校しましたが、私が席を外して いる間に、級友が、リュックサックの中に両 足を入れ、リュックの口を持って両足跳びをしているではありませんか。"むかっ"となって、転校早々とっくみ合いの大げんかをしてしまいました。ランドセルの代わりのリュックが余程珍しかったのでしょう。

昭和19年春、友達と学校の帰り道小川のほとりを歩いていた時、韓国服に帽子の紳士二人が近付いて来て、たどたどしい日本語で何かを話しかけた様子でしたが、良く聞き取れませんでした。その紳士が急に声を荒げ、今にも殴りかからんばかりの形相です。何が何だか分からず、ほうほうの態で逃げ帰ったことがありましたが、何とも後味の悪いものでした。それから2、3ヶ月後、同じ会社で長崎から来た子が韓国人の子供と口喧嘩をしているではありませんか。その時、声を荒立て、「なに!」と言った言葉を耳にしました。

様太では、問い返す時に静かに優しく「な(あ)に」と言うのです。今聞いた「なに」は「なに、やるか!」といった攻撃的な言葉ではないですか。あぁ、以前に韓国の紳士が怒り出したのはこの「なに」という言葉だったのかと思い当たりました。たぶん私が「な(あ)に」と聞き返したのでしょう。以来、外国語であれ、方言であれ、言葉は一つの意味だけではなく、イントネーションにより意味も色々変わるのだということを肝に命じた次第です。



厚生部報告

平成8年度000A懇親旅行記(於:岡山県湯原温泉)

箕面市 河村整形外科 河 村 都容市

面白きなき世を面白く生きるのは己なり。 若いのに高杉晋作は人生の遺瀬なさをよく見 抜いていたものだと感心する。小生もその遺 瀬ない部分を如何に対処しようかと日々考え 行動している。

毎年楽しみにしている秋の懇親旅行(ゴルフもあり)に参加した。小生が毎年出席するのはとにかく面白い人達が集まるからである。自己主張の強い(表現の姿は色々だが)人達ではあるが、人と人とのつながりを大事にしているのに好感がもてる。

10月26日(土)午後2時ヒルトンホテル西隣に停車しているバスに集合し、定刻に宿泊地の湯原温泉に向かう。今回の出席者は次の諸先生達である(順不同)。堀木篤、瀬戸信夫、伊藤成幸、大橋規男、木佐貫一成、丹羽権平、孫瑢権、早石雅宥、松矢浩司、新田望、古賀教一郎、河合秀郎(ゴルフのみ参加)そして小生をいれて13名である。



出発間際にバスに乗りこんだところ、もう既に後部席で酒盛りが始まっており赤ら顔が増えていた。早速小生も乾杯する。赤ら顔達の話しを少し紹介してみよう。誰かの顔を見ながら早石赤ら顔「最近Viet-NamでCSW(やたらに頭文字が好きな人で、もちろん小生は解らないので尋ねる。Comercial Sexual



Womanだそうだ)が35万人あって、その約44 %がAIDSだよ。ヒッヒッヒ…。」いつもなが ら早石赤ら顔のNews Topicには感心する。 木佐貫赤ら顔「堀木先生、外反母趾の先生の 術式とドーム型の骨切り術とはどちらが成績 が良いのですか?」「どっちも同じですよ。要 は骨切りをすればいいのですよ。」「ありがと うございました。」木佐貫赤ら顔が小生に「起 承転結の名文を知ってるかい?」「浅学なので 知りません。」「それはだね。京は木屋町、糸 屋の娘。姉は17、妹15。諸国大名弓矢で殺し、 娘は目で殺す。」「誰の作か知ってるかい?」 「教えて下さい。」「それはだね、本居宣長だ よ。」つづいて「日本で一番短い手紙を知っ てるかい?」「もちろん知らないよ。」「それは だね、江戸時代で福井藩の某大名が家に送っ た手紙で火の用心。お仙泣かすな。馬肥やせ。」 「確か聞いたような気がするのですが、江戸 時代だけ勉強していなかったので知りません でした。」つづいて「秩父の宮さんがよく訪 れたキャバレーを知ってるかい?」「付き合い がないので知りません。」「それはだね、ミナ ミだよ。」「道頓堀あたりですか?」「博多のキ ャバレーのミナミという店だよ。」まだ続く 「Osteo-porosisにはホルモン剤が効果がある が、副作用の性器出血をどうするかね?

平成8年度〇〇〇 A春期ゴルフコンペ(第23回)

平成8年度春期ゴルフコンペは5月26日(日)五月晴の下、北六甲カントリー倶楽部西コース で、特別参加者を加え5組で行われたが、ベテランの河村都容市先生がベストグロスで優勝。

上位成績は次の通り	0
-----------	---

				グロス	ネット
優	勝	河村者	都容市	77	70
準化	憂勝	稲毛	昭彦	87	74
3	位	松本	有凞	101	74
4	位	首藤3	三七郎	90	78
5	位	平山	正樹	95	79

プレー終了後、パーティと表彰式が行われ、しばし歓談に花が咲いた。

厚生部



第23回〇COA春期ゴルフコンペ

平成8年5月26日 敬称略

RESURT		NA	ME		OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD
優勝	河	村	都領	市	41	36	77	7	71	5
準優勝	稲	毛	昭	彦	46	41	87	13	74	12
3 位	松	本	有	凞	53	48	101	27	74	26
4 位	首	藤	三十	二郎	46	44	90	12	78	
5 位	址	山	Œ	樹	50	45	95	17	78	
6 位	石	Л	正	樹	51	46	97	18	79	
7 位	茂	松	茂	人	57	50	107	28	79	
8位	伊	藤	成	幸	59	57	116	36	80	
9 位	波多	多野	弘	次	54	44	98	16	82	
10位	孫		瑢	権	42	48	90	7	83	
11位	真	下	武	巳	49	47	96	13	83	
12位	長	嶋	哲	夫	46	52	98	14	84	
13位	池	田	克	E	49	50	99	15	84	
14位	古	贺	教-	一郎	63	50	113	26	87	1
15位	髙	井	澄	男	50	55	105	16	89	
16位	西		崇	男	60	59	119	30	89	
17位	瀬	戸	信	夫	66	65	131	36	95	
B.B	服	部	良	治	52	58	110	11	99	
19位	堀	木		簱	105	94	119	36	163	

特別参加 竹 内 常 夫	43 47	90 10	80
--------------	-------	-------	----

ベストグロス賞 河村 都容市

ドラコン賞 No. 5 茂松 茂人 No.13 河村 都容市

ニアピン賞 No. 4 竹内 No. 8 稲毛 昭彦 常夫

> No.17 茂松 茂人 No. 15 松本 有黑

大波賞 古贺 教一郎

小波賞 瀬戸 信夫

平成8年度〇〇〇A秋期ゴルフコンペ(第24回)

平成8年度秋期ゴルフコンペは11月10日(日)北六甲カントリー倶楽部西コースで行われ、9時10分アウトコースからスタート。

朝のうちは曇り空で少々気を揉んだが、数ホールを経るうちに天候は回復、晩秋の山間コースでプレーを楽しむことが出来た。

1	11.	- 12 6:1t	1-1-16-	の通	10
-	111	171/ 411	UT 71	(/) 1111	

				グロス	ネット
優	勝	古賀教	一郎	97	71
準優	勝	長嶋	哲夫	85	72
3	位	河合	潔	83	74
4	位	河村都	容市	80	75
5	位	稲毛	昭彦	87	76
ベス	トク	ブロス	河村者	都容市	

敬称略

プレー終了後、パーティの席で表彰式が行われ、和やか且つ賑やかに歓談し散会した。 厚生部



第24回 O C O A 秋季ゴルフコンペ 於 北六甲 C. C 平成 8年11月10日

第24回〇COA秋期ゴルフコンペ

平成8年11月10日 敬称略

RESURT		NA	ME		OUT	IN	GROSS	H.D.C.P	NET	次回HD
優勝	古	贺	教-	一郎	50	47	97	26	71	20
準優勝	長	嶋	哲	夫	44	41	85	13	72	12
3 位	河	合		潔	38	45	83	9	74	8
4位	河	村	都領	市	38	42	80	5	75	
5 位	稲	毛	昭	彦	43	44	87	11	76	
6 位	孫		瑢	権	40	44	84	7	77	
7位	大	橋	規	男	49	45	94	15	79	
8位	木	本	晃	生	44	46	90	9	81	
9 位	池	囲	克	巳	44	52	96	15	81	
10位	松	矢	浩	司	51	46	97	16	81	
11位	平	Ш	正	樹	52	48	100	17	83	
12位	服	部	良	治	45	51	96	11	85	
13位	杉	立	山	治	47	50	97	11	86	
14位	天	野	敬	_	59	57	116	28	88	
15位	瀬	戸	信	夫	64	63	127	36	91	
В. В	伊	藤	成	幸	69	64	133	36	97	
B.M	木色	生質	_	成	77	73	150	36	114	

	竹	内	常	夫	46	45	91	10	81	
特別参加	陋	木	芳	則	53	53	106	18	88	
	肥	後	保	樹	48	61	109	28	81	

ベストグロス賞 河村 都容市

ドラコン賞 No. 5 稲毛 昭彦

No. 13 河村 都容市

ニアピン賞 No. 4 木本 晃生

No. 8 孫 瑢権

No. 15 長嶋 哲夫

No. 17 木本 晃生

私の傑作

私の傑作

オムレツ職人

高槻市 古賀整形外科 古 賀 教一郎

平成6年4月モン・サン・ミッシェル(フランス)を訪れた時に、レストランで職人がオムレツの生地を作っている珍しい光景に出会った。

「タカタッタッタッ……」二人或いは三人で調子をとりながら攪拌棒を器に打ちつけてこねており、実にリズミカルで軽快な打楽器の演奏を聞いているようで、人物の動作や表情も絵になる光景であった。

いつまでも飽きることなく眺めていた。





厨房の職人達



モン・サン・ミッシェルの城



馬 白

住吉区 越宗整形外科病院 越宗正晃

三年前より始めた山歩き、大山、常念岳、 白馬岳と、年々高山へと挑戦しております。 中高年になってから登山に魅力を持つ方が多 いようですが、私達もその部類と思います。 登りの厳しさが、自分自身を痛めつけること により、何かを乗り越えた感覚を持つのは私 だけではないようです。写真①は昨年白馬岳 の山頂よりご来光を写したものです。多くの 登山者が集まり、この瞬間を待ちます。写真 ②は白馬山頂より、白馬大池への下山途中、 白馬連峰を背に、「オツカナイ」に早くつい てこいと説教をうけている所です。





写真①



私の提言



増え続ける「整骨院」に思う

東淀川区 浜田整形外科 濱 田 博 朗

この頃、街を歩いていて気付くのは、歯科 と整骨院の看板の多い事である。

私の診療所の周辺にも雨後の竹の子のごとく接骨院が増えて来た。近い将来には、患者の多くがそちらに移ってしまい、整形外科診療所は閑古鳥が鳴く様な悲惨な状態になりはしないかという心配もしたくなる。

臨床整形外科医会でも、色々と調査もやり 対策も検討して下さっているが、今一つ効果 的な対策も見当たらなぬようである。

お上に頼み込んで取締りを強化してもらう というパターンは、その昔から現代までずっ と続いて来たやり方で、確かにそれも必要だ ろうが、それだけでは余りにも策がなさすぎ るし、第一、効果の程も期待できかねる。

根本的に大切なことは、患者に他の類似業者よりも整形外科の方がよいと思わせることだろうと思う。患者が接骨院へ行かないようになれば、開業する接骨士は少なくなり、入学者の減少は養成機関の減少へと波及する。

要するに今は需要があるからその数が増え ているのであって、これも経済原則に支配さ れているはずである。

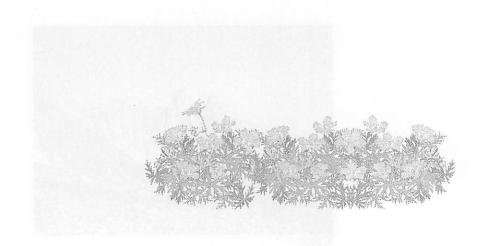


そこで私の提言だが、第一は臨床整形外科 の理事の方々に努力してもらって今後の対策 を中央に働きかけてもらうこと。

それと共に整形外科医の一人一人が患者に対して接骨院とは明らかに違うという印象を与えるような治療をすることだろう。

外来患者の多い事に気を許して、いわば手 抜きの安易な対症療法に終始しておれば、ロ の上手ないわゆる手当をしてくれる接骨院へ 走るのは、人情というものであろう。

いたずらに相手を批判する前に、自分の方 が高まることが、今一番要求される事ではな かろうか。





医療改革の道

住吉区 越宗整形外科病院 越 宗 正 晃

橋本首相は、「医療供給体制、医療保険制度の両面から、総合的段階的に老人医療費、診療報酬体系、薬剤使用の適正化などについて抜本的改革にとり組」むと国会で答弁した。小泉厚相も「金がないということが構造改革の推進力になる」というものの、これまでの経緯をみると心もとない。自民、社民、さきがけの与党三党は昨年末に抜本改革の検記をがけの与党三党は昨年末に抜本改革の検記をがけの与党三党は昨年末に抜本改革の検記をがけの与党三党は昨年末に抜本改革の検記をがける。即ち高齢者の医療費を賄う老人保健を見直す。第三者による病院機能評価システムを拡充する。医療費の総枠設定を検討する。原則として請求通りに払う出来高払い制度の見直しに着手する。患者ごとに診療計画を作成して入院期間を短縮する。薬価差益を解消するため薬価基準の見直し。過剰病



床を計画的に削減する。何れも重要課題である。

社会的入院の解消、延命治療の見直し、医 学部定員の削減、健保組合の機能改善を加え れば、立派な構造改革である。



「リハビリ治療の点数について」

福島区 首藤病院 首 藤 三七郎

現状では整形外科医が居ても居なくても、 リハビリの治療点数が同じと言う事に矛盾を 感じる。

内科、外科等、他科のDr.が、リハビリの 器具を設置しただけでリハビリ治療をしてい る場合と、整形外科医が指導しながらリハビ リ治療をしている場合とは、区別して保険請 求出来る方法をJCOAから日整会、日本医 師会に対しもっと強力に訴えていく必要があ ると思う。

又、柔整師問題も大変大きな避けて通れない問題と思われるのでこの点も同様に日医に 働きかけていかなければならないと思う。



私の工夫



「マットフィンガーに対する一案」

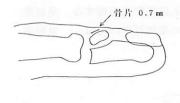
住吉区 越宗整形外科病院 越 宗 正 晃

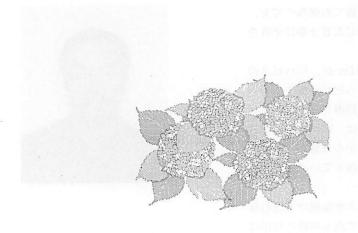
マレット・フィンガーは日常茶飯事、整形外来を訪れる疾患である。先ずは保存的に副子固定をなされることが多い。コイル型、マイクス型副子が多いようである。通常私もこれを使用するが、骨片を伴うマレット・フィンガーに対しては、クーレンカンプ、アッパーアーム、オーベルスト等の伝達麻酔后、DIP関節0°伸展位として1mm指骨ピンを斜めに刺し、確実な固定を得られたことを確かめた后鋼線切離、皮下に埋没する。骨片に対しては、指背側S字、Y字状切開后0.7mmの指骨ピンを図の様に背側より挿入し、指の掌側



にぬく。背側指骨ピンは 90° に曲げ、自然に抜けるのを防ぐ、 $5\sim6$ 週で抜釘する。









エンダーネイルよりの工夫

府中病院 整形外科部長 鳴 鳴 真 人

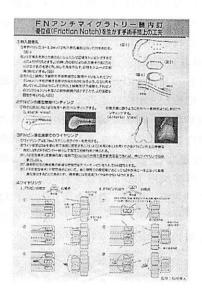
大腿骨頸部骨折や骨幹部骨折に対して、エンダー法は、Elastic Fixationという優れた固定理論と、骨癒合の良好さなどを考えると、C. H. S. やキュンチャー釘以上の素晴らしい固定方法である。

しかし、遠位脱出 (Distal Migration) に よる膝のトラブルには、よく悩まされ、患者 に「股関節を手術したのに、何故、膝が痛い のですか?」と苦問!を提せられ、困惑する。 小生も、回診のたびに、苦悶?しながら、指 で少し押すだけで簡単に中に入り、4-5日 すると、又押しいれるという不思議な体験を して、考えました。これは、1回のずれは0.1 mmでも、Chech ValveのようなTrick Motion で100回で1cm、300歩で3cmすべり出るのだ と気がついたのです。そこで、これは、簡単 な少しの力で防ぐことができると考えまし た。3本のネイルが、必ず収束して接する遠 位部の入り口部分に、ネイルにギザギザのダ イヤモンドカット「Friction Notch」を付け ネイル同志が互いに、摩擦することで、ロッ



キングされ、3本がズレなくなり、一体化することで、より有効な固定が得られるように工夫されたF.N.A.(Friction Notch Antimigratory)Nailを考案し、厚生省の薬事と保険も認可され、実用新案も認可されました。現在、キスコD.I.R.社より発売され、繁用されています。F.N.A.Nailにより、膝のトラブルも克服され、患者の術後のリハビリにも幸いし、是非、ご試用して頂きたく、紹介させて頂きました。





私の工夫

『安全カミソリの小外科用メスへの応用』

堺市 江口整形外科・外科医院 江 口 享

勤務医時代に常用した外科用メスの替え刃には、極度に刃切れが悪く、度々、つけ替えを要した苦い経験があることから、開業以来一貫して、外来診療における小外科手術では、ひげ剃り用の両刃の安全カミソリの刃を利用している。

これは、外科用メスの刃に比し、

- (1)切れ味が優るとも劣らない。
- (2)切れ味にバラつきがない。
- (3)安価である。
- (4)色々な刃渡りの刃が、予め用意できる。 などの利点があり、アテロームなどの良性 皮膚腫瘍摘出術・皮下膿瘍切開術・顔面を始 めとする小形成外科手術時などに応用してい る。

(写真1) 必要な器具

金切り鋏・市販のステンレス製安全カミソリ・無鈎止血鉗子・舌圧子-カミソリ刃・鉗子・舌圧子は使用時には要滅菌。

(写真2) 刃の作製

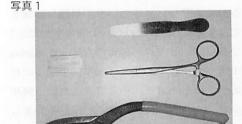
両刃のカミソリ刃を先ず鋏で縦切し、次で その片刃を斜めに切り刻むのであるが、その 際、小外科に適した色々な刃渡りのものを作 り、これを一括して滅菌しておく。

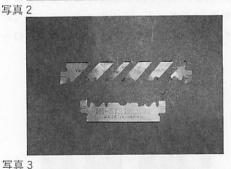
(写真3) 応用

任意の刃渡りのものを選び、これを鉗子で確と把持し、小皮切を行うのであるが、弓状切開や葉状・円状皮膚切除を要する場合は、写真のごとく、刃先を光沢面のある滅菌器材(舌圧子など)に強く押し当てて、適当な弯曲をつけて使用すると具合が良い。

※ 鶏眼・疣贅・胼胝などの切除には、スピール膏処置後、この弯曲刃を用いると、病 巣の塊状切除に極めて好都合である。











泉大津市 河合整形外科病院 河 合 秀 郎

弱小病院の経営は言葉に言いあらわせない 程きびしい。入ってくるものが段々少なくな っているのに、出るものは徐々に多くなる。

人件費の増大が病院の赤字をまねいているのである。ところで近年医者の給料が安くなっているのを御存知ですか、今どき腕の立つ大工や、植木屋の日当は2-3万円だが、大阪市では医師をアルバイトで雇うのに1万円あればこと足りる時代になったのである。

そこで私の病院でも数人かかえているパート医師の給料を、すべて10%減とした。最初は、罷められないかと内心ヒヤヒヤしていたがその心配は全くなかった。



みんな今まで通り勤務してくれている。あ りがたいことに経営は少しは楽になった。



関節内注入と感染防止

豊中市 丹羽整形外科 丹 羽 權 平

大阪は医事紛争の多い町です。全国平均の 4~5倍の訴えがあるとのことです。

多数の紛争を抱えての坂本理事・濱田理事 を初め府医の医事紛争特別委員会の先生方の 御努力に心から感謝いたします。

一方聞く処によると、最近整形外科関係の 紛争の数が鰻登りに増加して、府医からの資料を見ると、全体の件数の中での%は産婦人 科20.8%、内科20.4%、外科20%。

この御三家に対して我が整形外科は18.5% と肩を並べる勢いで、正に医事紛争の四天王とも 云うべき有り難くない状況に至っています。

斯く申す私も、故林原明郎先生に委員会で 散々お世話になったことがあり、こればかりは 「ごめんな、堪忍やで。」では済みません。そ



の解決までは診療していても億い出しては憂 鬱になる自分を情なく思ったことも屡々です。

現在整形外科の医原性疾患で最も多いのは 関節穿刺後の感染とのことです。丹羽整形外 科でも開業以来21年、年1~2例の症例を経 験して、毎夜診療が終了してから豊中から寝 屋川まで往診に走って行くと云うことを2週 間も続けたことがあります。「或る%で感染 が起こるのは不可抗力だ。」と先輩に教えられ て、大学や病院勤務の時代にはそんなもんか いなあとぼんやりと考えていた程度でした。

開業したらそんなのんびりしたことでは済みません。怨めし相な怒気を含んだ患者さんの目の前で口籠ることも屡々でした。

どうして感染するのだろうと悩みつづけ「やったな!」と思ったら精一杯の誠意を以て治療に当るより仕方がないと半分諦めていました。

或る夏の日の夕方、看護婦が患者さんに静注するため、葡萄糖液の20ccのアムプルをポンとカットして、手に持っているのを見て、私は一瞬「これだ!」と閃きました。そのアムプルの中の糖液の表面には今カットされたアムプル自身のガラスの小破片が浮いているのが見えたのです。折からの西日の光を受けてキラリと光っているのを見て、「そうや、これや、これが感染源になっていたんや。」と直感したのです。アムプルの内面は清潔でも、外面は不潔です。ポンとカットしたアン

プルの頸部は小さなガラスの破片を飛び散らせて一部は液の中へ飛び込むのです。

その日から私は関節内へ注入する薬液のアムプルを総てガス滅菌することにしました。 カットの際に液中に入る破片があってもそれ が滅菌されていたならば必ずや感染を防止で きる筈だと推測したからです。

爾来十数年、私共の外来では関節穿刺後薬液を注入して一例の感染例もありません。実験的、実証的に証明するべき問題で、データを用意して発表しようと思っていましたが、次第に臆劫になり、今日にいたっています。

今では注入時に予めディスポに入った薬液を使って居られる方も大勢いらっしゃると思いますがディスポ容器入りは薬価が高く、レセプトの平均点数を押し上げます。さすれば集団指導→個別指導が大口を開いて待ち構えていると想像すると、又不愉快になります。

医事紛争防止につながる感染防止を安い値 段で実現するのに、手間暇を惜しんではなら ない?のだとは私の感想です。

この問題でお悩みの先生もいらっしゃるかと存じ、OCOA紙上を借りて発表する次第です。



私のボヤキ

私のボヤキ

公私較差

泉大津市 河合整形外科病院 加

合 秀 郎

医療と同じ社会資源である学校法人にも公 と私がある。そのいずれにも国庫補助がある。 悲しいかな私的病院や診療所にはこの恩恵は なく、その多くは青息叶息の潰り繰り経営を している。ところが厚生省は、合理化して効 率をよくせよ・広くきれいにせよ・人もたく さん雇ってしっかり稼げである。

何と理屈に合わない行政指導であること か。胃の弱い人に、腹一杯食え・そして嘔吐 して痩せなさいと言っているようなものであ る。

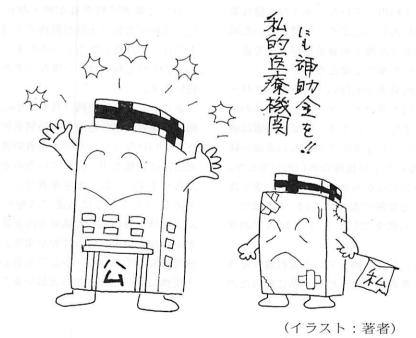
最近の公的病院の外観・設備の豪華さには 目をみはる。高級フランス料理店(公)と一膳 めし屋(私)ぐらいの差がある。まるで金持ち の有閑マダムが、パトロンに買ってもらった 服や宝石で飾りたてているように見えてしか たがない。

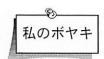
もともと医療は民間人がコツコツ勉強し て、人を助け、苦痛をとり除いていたもので



あった。江戸時代にもお上の療養所があった が、これは貧乏人しか利用できなかったし、 金も取らなかった。今の公的病院は私的医療 機関とあまり変わりなく、単に競合している だけである。政治家が己の選挙の道具に使っ ているふしもある。

税金を有意義に使うために、効率の良い私 的診療所をもっと活用すべきである。





なめるなよ!旅行業者

東大阪市 広谷整形外科

廣 谷

巌

旅行を計画した人で、自分の希望する航空 券、電車の乗車券が入手できなかった経験が、 一度はおありかと思います。私も昨年秋の連 休を利用して、白浜へ一泊旅行を思いつき、 一ヶ月少し前なので半ばあきらめ気分で府医 師協同組合に旅行斡旋をお願いしました。 早々折り返し大手N旅行業者から電話があ り、JRの乗車券は、一ヶ月前の発売日でな いと入手できないとのことでした。そのくら いの常識は十分承知しておりましたので、往 復の第一、第二希望列車の時間を申し込みま した。発売日を過ぎ、往復とも希望した列車 は満席で買えませんでした。旅行業者の購入 可能な列車時間では、二日間を有効に消化で きず、特に帰りの列車は当地を午前中に乗車 しなければなりません。それでは白浜ヘ夕食 を食べに行くようなもので旅行とはいえませ h.

そこで時々利用していた、小さなS旅行業者にお願いしましたところ、希望していた列車に空席があり往復とも乗車券が入手でき、無事一泊旅行を果たしました。

しかも臨時列車でもないのに行きのグリーン車の乗客は十名ほど、グリーン車以外の車両も乗東率半分くらいです。なぜN業者は満席といったのでしょうか?何ともいえない妙な気分で、腹立たしい後味の悪い思いでした。大口のキャンセルがあったのかと思いましたが、宿泊した旅館の女中さんは、「連休で、今日はどこも満室でしょう。」といっておりました。

N業者は、自分の持っている売れ残りそう なチケットを消化するために、私に勧めたの



ではないかと勘ぐりたくなります。私の僻目 でしょうか?

業者が、団体旅行を何ヶ月も前から募集しているのをみても、航空券、乗車券は年間契約で一年分を確保しているはずです。お得意さまとか、今回限りとか、日本人特有の世界、裏から手を廻せば入手できるとかの仕組みがあるのではないでしょうか?

かつて業者で航空券が買えなかったとき に、A航空会社に子供が勤務する知人に都合 をつけていただいたことがありました。皆様 もこのような経験は、一度ならずあることと 思います。

あるテレビ番組で何ヶ月も前から旅行を計画し、業者に申し込み、太鼓判を押されていたのにいけなくなったと、業者の旅行券の発売方法に苦情を申し立てていたのを見たことがあります。これも大手業者でした。旅行会社の裏のカラクリは私達には分かりませんが、儲け主義の業者の横暴を国が許しているおかしな世の中と思っております。医師会も旅行斡旋をするなら、少しでも良心的な業者と提携していただきたいと思います。

私のボヤキ

ひとの痛みも解らんくせに

関西電力病院整形外科部長 池

1 田

清

項背腰痛、関節痛の大概は一過性である。 ほっといたら治るという宣言は死に病に怯え る者には福音であるにも拘わらず整形外科で は気に入られない。血も涙もない鬼と患者は 怒り、院長も渋い顔をする。軽快までの期間 と治療法の相関は無いとの報告もある。ハリ で治ったのはそのときが来たからで、ブロッ クでも治らないのはそのときがまだだからに 過ぎない。

痛みは人類共通の敵ではない。「艱難汝を 玉にす」という、まして先々治ると約束され るなら、そのときを希望をもって待てること の意味は小さくない。

痛みから逃げるための人工関節も気に入らない。作り物のために生命あるものを切り捨てるとは取り返しのつかない所業である。国



内材料価格は欧米の2倍以上、しかも材料代の5分の1の技術料という評価の手術に疑問がないのか。

ボヤキに終わり説得力のないのが一番情け 無い。



私のボヤキ

病診連携について

福島区 秋吉整形外科 秋 吉 隆 夫

長い間開業していると、医療をとりまく状況がいろいろと変わってきます。病診連携もその一つで、患者紹介については医療情報提供に点数設定があります。同一科や他科を含めて紹介する場合、診療所どうし、診療所より病院への紹介は問題は生じないのですが、病院から地域の基幹病院への紹介となると、退院後のケアが必要となってきます。このため地域の医療機関や在宅介護センターなど受皿が必要となります。

救急に関する病診連携では、1次、2次救急については地域の病院どうしの間に競合が起こり、スムーズな連携の工夫が必要です。 病院勤務医の医師会の救急事業への参加の必要など人的な問題もあります。



整形外科を標榜する医療機関が患者を介して医療類似行為を標榜する施設との間に、不 思議な病診連携があるのも、日常よく経験さ れることです。



日本人の心

住吉区 越宗整形外科病院 越 宗 正 晃

医療制度、医療点数、社会の医療に対する年毎の厳しさ、医学部卒后浪人の問題等を考えると、「ボヤキ」たいことばかりであるが、今は、どうしたら生き残れるかということである。顧みると恐ろしいオーム真理教の一連の事件、究極のエゴイズムである。20余年前米国留学中、「世分さんという日系のアメリカの方にお世話になったことを思い出します。私が風邪で高熱のため、二日間ほど記憶になく寝ていると、秋にもかかわらず、急に気温が下がり、高速道路は凍りつき、その中を車をぶつけながら、私のもとに温かい毛布をとどけてくださり、手厚い看護をうけました。外国で初めて日本人の持つ心のやさしさ、



思いやりを痛いほど感じました。日本に住む 日本人より、古き良き慣習と文化を大切にし ておられました。我々も、もう一度古き良き 慣習を思い出したいものである。

O.C.O.A.理事会議事録

平成7年度

第4回理事会(8年3月23日)

§ 報告事項

(1) 日整会リウマチ委員会の報告。

(堀木理事)

平成8年8月17日(土)18日(日)大阪千里 ライフサイエンスセンターに於て、第13回 リウマチ医資格取得研修会が開催される件、リウマチ医資格継続手続きの現状報告、日整会リウマチ医と日本リウマチ学会認定 医との一本化に関する問題、リウマチ登録 医等について、資料により説明を加えて報告があった。

(2) 第4回、第5回交通事故医療委員会(H. 8. 1. 12, 8. 2. 27)の報告。

(木佐貫理事)

RICは、順調に推移しており、大阪は89 %が契約している、との報告があった。

(3) 交通事故医療研修会(H. 8. 1. 22)、

労災・自動車保険診療に関する説明会 (H.8.1.25)の報告。 (木佐貫理事) 企業による労災隠しの問題、後遺症の判定に使われている労災の障害等級早見表は、古くなっているが、未だに改定されていない点に問題がある、等の報告があった。

(4) 大阪府医師会連合例会(H.8.2.22)の報告。 (木佐貫理事)

資料により報告があった。

(5) 大阪府医師会医学会運営委員会 (H.8.2.26)の報告。 (大橋理事) 平成7年度医学奨励助成金等について資 料に説明を加えて報告があった。

- (6) 日整会中央資格認定委員会 (H.8.3.21)の報告。 (大橋理事) 資料に脱明を加えて報告があった。
- (7) 平成7年度第6回研修会報告。

(服部理事)

参加者が普段より少なかった等の報告が

あった。

(8) 第28回近畿プロック会の報告。

(小杉会長)

理事の人選等について説明と報告があった。

(9) OCOA3月27日時点での会員動態報告。 (小杉会長)

期首(平成7年4月1日)280名、期末(平成8年3月)296名。退会者11名であったとの報告があった。

(10) 春のゴルフコンペの日程について。

(古賀理事)

平成8年5月26日(日)、北六甲カント リークラブにて開催予定。

(11) 3月末日迄の会計報告と研修会の剰余金の報告。 (早石理事) 資料に基づいて説明を加えて報告があっ

§ 審議事項

た。

(1) 平成8年度第2回、第3回研修会について。 (服部理事)

第2回(第69回): 平成8年6月29日(土) 於:大林ビル(エーザイ)

総合司会:河村理事

①演題:「慢性関節リウマチの治療の

現状」(N, R)

謝師:大阪市立大学 整形外科

講師 油谷安孝先生

座長:長田理事

②演題:「種々の生体材料における骨

形成反応」(N)

講師:奈良県立医科大学 整形外科

髒師 大串始先生

座長:木佐貫理事

第3回(第70回): 平成8年7月27日(土)

於:帝国ホテル(大塚)

総合司会:浜田理事

①演題:「骨粗鬆症の診断と治療」 (N)

講師:和歌山県立医科大学 整形外

科 助教授 上好昭孝先生

座長:河合理事

②演題:「スポーツ外傷による顔面骨

骨折」

欝師:大阪医科大学 形成外科

教授 田嶋定夫先生

座長: 丹羽理事

(2) 大阪医大小野村敏信教授名誉会員推薦 の件。 (大橋理事) 全理事の拍手により名誉会員に推薦され た。

(3) 平成8年度〇〇〇Aの役員選出について。

会長に堀木理事、副会長に服部理事、瀬戸理事が選出された。

各理事については、平成7年度の役割分 担表をもとに、新たに人選が行われ、平成 8年度の役割分担が決められた。

また、JCOAの理事には、村上理事が 選出された。

(4) 平成8年度4月2日OCOA総会用レジメの件。 (木佐貫理事)

レジメ案をもとに順次検討と補足が加えられ、総会の手順、担当理事の確認が行われた。

文費:松矢

平成8年度

第1回理事会(8年6月8日)

§ 報告事項

(1) 日整会評議員会の報告。 (服部理事) H. 8. 4. 10ホテルニューオオタニにて開催。

整形外科認定医取得状況について、7,464 名取得、資格喪失者330名、辞退者9名。 「骨と関節の日」について、今年のテーマは「スポーツと整形外科」である。 整形外科アピールマークを決定した。 尚、会報26号に掲載するとのこと。

(2) JCOA選出評議員懇談会の報告。

(服部理事)

H.8.4.10ホテルパシフィックにて開催。 今回の保険点数改正に関する説明が主だったとの報告があった。

(3) 日整会移植問題等検討委員会

(H. 8. 4. 10)の報告。 (伊藤理事) 整形外科移植に関するアンケート調査に ついて、特に年次的に代用骨材が伸びている。冷凍ポーンバンクマニュアルについて、後日、日整会誌70巻4号に掲載されるとの こと。

(4) 日整会リウマチ委員会(H.8.5.17)報告。 (堀木会長)

日本整形外科学会より、日本リウマチ学会に対して、認定リウマチ医を一本化にするための希望条件についての説明があった。すなわち、リウマチ認定医制度の内容、取得者の様態、資格取得及び継続に係る賭条件、研修会の講師陣の内容等、具体的な比較についての交渉が持たれている。

(5) JCOA代議員会(H.8.4.21)の報告 (堀木会長)

地区選出理事として近畿地区から、大阪 より村上白士先生、京都より土屋良之先生 が選出された。

会費の値上げ、現行正会員10,000円から 正会員15,000円に改正された、との報告が あった。

(6) 府医医学会運営委員会

(H. 8. 4. 22, 8. 5. 27)の報告。

(木佐貫理事)

今期の運営委員の紹介や今後の運営についての報告があった。

(7) 「あんま・はり・灸問題アンケート集 計表」についての報告。(木佐貫理事) 平成7年11月に〇C〇Aと府医師会医療 周辺業種問題検討プロジェクトチームの元 で実施されたアンケートについての説明が あり、今後の問題点が非常に多いとの報告 があった。

- (8) OCOA会員動態(平成8年5月30日 現在)報告。 (小松理事) 現在、OCOA会員は301名(内、準会員 5名)である。本年度より、JCOA・O COAの会費値上げにより、月額2,000円、年24,000円となった(JCOA会費15,000 円、OCOA会費9,000円)、との報告があった。
- (9) 平成8年度第1回(68回)OCOA研修 会報告。 (服部理事)

平成8年4月20日(土)於:大正製薬ホール 演題:「外来診療で遭遇しやすい手の痛み ーリウマチを含むー」

講師:大阪医科大学 整形外科 教授 阿部宗昭先生で行われたとの報告が あった。

- (10) 会報第22号発刊の報告。 (瀬戸理事) 5月に発刊、丹羽先生に今後責任者になっていただくとの報告があった。
- の結果報告。 (古賀理事) 平成8年5月26日(日)北六甲カントリー にて行われた。参加者24名。優勝河村先生

(11) 平成8年度OCOA春のゴルフコンペ

(12) リウマチ科、リハビリテーション科標 榜の件。 (堀木会長)

との報告があった。

今回、新たな標榜診療科は、アレルギー科、心療内科、リウマチ科、リハビリテーション科(理学診療科の廃止の方向が打ち出されているが詳細は未定である。)標榜に際して、リウマチ財団の登録医になっていると認定書が交付され、登録医の名前が患者サイドに知らされるので有利である。8月中旬に登録医募集がある予定であり、また標榜医師のための勉強会が年1~2回行われる予定であるとの説明があった。

(13) その他(1)

自動車保険について。 (瀬戸理事) 自動車保険診療費算定基準の実施状況の 説明があり、各医療機関が新算定方式に移 行していくようにとの要望があった。

その他(2)

JCOA学会について。 (堀木会長) 平成10年度JCOA学会は兵庫県から岐 阜県に変更されたとの報告があった。尚、 平成8年度は和歌山、平成9年度は岡山で ある。

§審議事項

(1) OCOA理事の新しい連絡網について。(長田理事)

新しい連絡網の提案があり、了承された。

(2) 平成8年度第4回、第5回、第6回O COA研修会について。 (服部理事)

第4回研修会:平成8年8月31日(土)

於:ヒルトンホテル

総合司会:山本理事

①演題:「骨粗鬆症の治療ー運動療法を

含むー」

辦師:大阪市立弘済院 整形外科 副部長

佐藤哲哉先生

座長:黒田理事

②演題:「創外固定の臨床応用」

游師:大阪大学 整形外科 游師

安井夏生先生

座長:天野理事

第5回研修会:平成8年10月19日(十)

於:大林ビル

総合司会:黒田理事

①演題:「股関節疾患の診断と治療に関

する最近の話題」

講師:京都府立医大 整形外科 助教授

久保俊一先生

座長:甲斐理事

②演題:「腰椎変性すべり症について」

講師:福島県立医大 整形外科 助教授

渡辺栄一先生

座長:瀬戸副会長

第6回研修会:平成8年11月16日(土)

於:千里ライフセンター

総合司会: 栗本理事

①演題:「未定、創外固定について」

講師:大阪市立大学 整形外科 講師

西村典久先生

座長:長田理事

②演題:「未定、自己血輪血について」

講師:大阪府立病院 整形外科 医長

富士武史先生

座長:小杉理事 以上、決定された。

(3) OCOA会報(発刊回数、内容) について。 (丹羽理事)

会報内容について、従来は事務連絡事項が主であったが、これからは施設紹介や臨床に密着したものを掲載し、会員に興味を持って読まれる物にしたいとのこと。

また、発刊回数は本年度は1回とするが、 来年度以降は年に何回発刊するかは、内容 の変更共々、今後検討してゆくとのことで あった。

- (4) 平成8年度OCOA秋のゴルフコンペ 日程。 (古賀理事) 一応、12月1日(日)か12月8日(日)にす
- (5) 平成8年度OCOA懇親旅行について。 (古賀理事)

10月26日(土)~27日(日)に岡山県湯原温 泉に決定。

ゴルフはチサンカントリー、観光は大山 方面と決定した。

(6) その他

るとのこと。

本年度の「骨・関節の日」の催しをどう するかとの提案があった。

また、来年度OCOA発足依頼20年になるので、20周年記念事業をどうするかとの提案があった。いずれも今後継続して検討してゆくとのこと。

文資:甲斐

第2回理事会(8年9月28日)

§ 報告事項

- (1) 日整会近畿地区資格認定委員会 (H.8.9.25)の報告。 (大橋理事) 121名が審査を受け、全員の資格が認定 された等の報告があった。
- (2) 日整会移植問題等検討委員会 (H.8.9.26)の報告。 (伊藤理事) 移植に関する日本整形外科学会のガイド ライン等について報告があった。
- (3) 日整会リウマチ委員会(H.8.8.17)の報告。 (堀木会長) リウマチ科の標傍が自由標傍になった状況から、一本化について事態が大きく変わると予想されるので、至急日本リウマチ学会と日本リウマチ財団との間で交渉をつめる必要がある。平成9年2月2日に資格継続研修会、8月23日・24日に資格取得兼資格継続研修会が東京で行われる。との報告があった。
- (4) 第8回日本理学診療医学会幹事会の報告。 (坂本理事) リウマチ科とリハビリテーション科が認められ、理学診療科は消滅する等の報告があった。
- (5) 労災・自賠責日医委員会 (H. 8. 9. 27) の報告。 (八幡理事)
- (6) JCOA理事会の報告。 (村上理事) 平成8年11月10日、医療システム委員会 を大阪ヒルトンホテルで開催する。

平成9年1月に新指導大網検討委員会が 東京のJCOA事務局で開催される。との 報告があつた。

(7) JCOA学会(和歌山H.8.6.16)の報告。 (長田理事)

80歳以上の大腿骨頚部骨折についてパネルディスカッションが行われ、保存的治療、 観血的治療、合併症、老人施設での配慮等 についてディスカッションが行われた。

大阪からは、堀木会長と鳴嶋先生(府中病院)の展示2題があった。との報告がなされた。

(8) JCOA研修会(大分H.8.9.21~23) の報告。 (服部理事)

「整形外科の明るい将来」と題しての公認会計士の講演では、髙齢化社会が進み老人人口が、平成27年頃まで増えるので、老人に関係する整形外科の将来は明るい。

医療は医学+経営である。経営は収入増 +経費削減である。経営を良くするのは考 え方+熱意+能力である。

文化榊演は万葉集についてであった、等の報告が、会場の雰囲気を交えて行われた。また、同所で開催された各県代表者会議に出席された堀木会長より、現時点でのJCOA会員数は4,541人(H.8.9.13現在)、大阪は300人である。JCOA保険委員会が実施したアンケート結果について、資料に説明を加えて報告があった。

(9) JCOA会誌等編集委員会(H.8.8.3)の報告。 (瀬戸理事)

ニュース年6回、会誌年4回発行する等、 資料に基ずいて報告があった。

(10) 府医師会医学会運営委員会 (H. 8. 6. 24, 7. 22, 8. 26, 9. 20)の報告。 (木佐貫理事)

資料に基ずき、説明を加えて報告があった。

(11) 府医師会交通事故医療委員会

(H.8.8.5)の報告。 (瀬戸理事)

支払遅延、健保使用等の苦情申し立てに よる苦情処理状況、自賠資診療費算定基準 等に関するアンケート(H.7.11月実施)結 果からの問題点等について報告があった。

(12) 第3回、第4回研修会の報告。

(服部理事)

第3回(H.8.7.27)参加総数168名、受講証明啓発行137名。

第4回(H.8.8.31)参加総数167名、受講 証明書発行138名。

(13) 大阪府医会連合(H.8.7.15,8.22)の報告。 (堀木会長)

(7.15)新指導大綱の運用について、府医

より説明があった。昨年11月社保本人の平均点数の上位8%が集団指導対象となる。 整形外科は平均1,351点で、対象となるのは1,621点以上で医療機関数が30である。

(8.22)透析委員会が新入会した。医会連合より健保審査委員を出せるよう府医師会にアピールする。

(14) 「骨と関節の日」の行事の報告。

(堀木会長)

10月8日、毎日新聞に啓蒙記事を載せる。 今回は「スポーツと整形外科」というテーマで、大阪医大 阿部教授、木下助教授、 高槻日赤病院 岸本部長に対談をお願いした。又、同日午後、電話相談を行う予定である。担当医は堀木、瀬戸、服部、長田の 各先生にお願いした。

(15) 全国整形外科保険審查委員会議

(H. 8. 9. 15)の報告。 (天野理事)

国民医療費は髙騰して、平成7年度は27 兆2,000億円で、年6%の伸びを示してい る。病院の機能分化、病床数の見直し、保 険料のアップ等を厚生省は考えている。

リハビリテーションの複雑化は、大阪社保では遠慮して欲しい、等の報告があった。

§審議事項

(1) 平成8年度第7回、第8回研修会に関する件。 (服部理事)

第7回研修会:平成8年12月7日(土)

於:ホテルグランビア

総合司会:天野理事

①演題:「身体障患者とスポーツーその

現状と医師の役割ー」

講師:大阪市大 整形外科 リハビリ

テーション部 助教授

大久保衛先生

座長:黒田理事

②演題:「骨粗鬆症の最近の治療」

髒師: 信州大学 整形外科 教授

髙岡邦夫先生

座長:濱田理事

第8回研修会:平成9年2月8日(土) 於:大林ビル

講師の先生が内定され、早急にお願いに あがる理事が決められた。

(2) OCOA入会の栞作成の件。

(堀木会長)

入会希望者に便利なように栞を作成す る、との事で審議し、赞同があった。

(3) 平成9年「骨と関節の日」の行事の件。 (堀木会長)

今後、永続的な行事になると考えられる ので、小委員会を設けては、との意見が出 された。

(4) 近畿プロック会(H.8.10.19)提出議題 の件。 (堀木会長) 「骨と関節の日」の各県の対応について、 などの意見があった。

(5) 平成8年度第1回労災医療研修会開催 の件。 (三橋理事)

平成8年11月29日(金)午後2時~4時、 大阪府医師会館で開催されるが、OCOA 研修会会場に於て、チラシと座長を紹介し、 多数の出席をお願いすることが決められ た。

文貴: 松矢

第3回理事会(8年12月14日) §報告事項

(1) 日整会中央資格認定委員会

(H.8.11.12)の報告。 (大橋理事) 認定医書類申請者588名全員を適格と判 定した。

試験に合格しない申請者の申請手続きに ついての検討について報告がなされた。

(2) 日整会移植問題等検討委員会(第3 回: H.8.12.5)の報告。 (伊藤理事) 処理骨作成マニュアル、加温による冷凍 保存骨のウィルスの不活性化、患者から承 諾を得て、産婦人科等では全てにH1V, ATLなどに実施、との報告がなされた。 (3) 日整会リウマチ委員会(H.8.11.12)の 報告。 (堀木会長)

日本リウマチ学会認定医と日整会リウマチ医の一本化の作業が具体化し、平成9年5月に最終結論が出る予定である。日本リウマチ財団の登録医には、日整会の認定リウマチ医を無条件で、登録料8万円のみで資格を得ることができる事が決定した。登録申請は1月~3月の期間である。措置期間の後、日整会の認定リウマチ医は消滅する。一本化に伴う日整会認定医制度における教育に空洞化が起こることのないように対応すべきである、との結論であった。との報告がなされた。

- (4) JCOA医療システム委員会(H.8.11.12)の報告。 (長田理事)医業類似行為等の報告がなされた。
- (5) JCOA医業経営委員会(H.8.10.27) の報告。 (黒田理事) 中小病院や有床診療所の経営圧迫が報告 された。
- (6) JCOA労災・自賠費アンケート結果 (H.8.12.14)の報告。 (堀木会長) 各県臨床整形外科医会より集計したアンケート結果によると、自賠費についてみると、入院外では健保点数×20%の場合1県 平均が65,035円で0.9%アップであった。 入院では逆に前者が510,522円が、後者では411,189円となり、実に19%のダウンであった、労災の算定基準について多くの問題点、疑義があったとの報告である。
- (7) JCOA会誌等編集委員会 (H.8.10.5,11.30)の報告。(瀬戸理事) ニュース32号を大阪にて担当予定や、若 手医師の座談会開催予定等との報告。
- (8) JCOA近畿プロック会(H.8.10.19)の報告。 (瀬戸理事)平成8年の近畿の各府県での集団指導等

平成8年の近畿の台州県 Cの東国領等等 についての報告があった。

京都臨床整形外科医会のあり方とアンケートについて報告がなされた。

評議委員選出に対して報告された。各大学関係の人数割等を討議。

(9) 府医師会医学会運営委員会 (H. 8. 10. 28, 11. 25)の報告。

(木佐貫理事)

「大阪透析医会」よりの「大阪府医師会単科医会」入会の件。

堀木会長からの演題提出の予定が報告された。

- (10) 府医師会医学会総会・評議委員会 (H.8.11.17)の報告。 (木佐貫理事) 参加者等が報告された。
- (11) OCOA第5回・第6回・第7回教育 研修会の報告。 (服部理事) 会場等により参加者数が大分違う。ヒル トンH等梅田駅周辺で多い。
- (12) OCOA会計報告。 (早石理事)289名、715万円等例年通り程度との報告があった。
- (13) OCOA懇親旅行(H.8.10.26)と秋季 ゴルフコンペ(H.8.11.10)の報告。

(古賀理事)

15名参加と、コンペの北六甲にて古賀氏 優勝との報告がなされた。

- (14) その他 追加議題 追加事項
 - ① JCOA学術研修委員会(H.8.9.15)の報告。 (堀木会長)

JCOA学会、研修会のあり方と展望について、年々参加者が減少してきた原因について検討した。

日本医師会学術企画委員会整形外科委員 として吉良貞伸氏が選出された旨、報告が あった。

日整会学術集会の教育研修、パネル演題につき各委員からの要望を依頼することとなった。この件について、平成8年11月14日付にて、教育研修演題に「四肢の仮骨延長術の現状」と「介護保険と整形外科」、パネル演題に「整形外科における保険審査上の問題点」を日整会に要望する運びとなった。

第10回 J C O A 学会の準備状況につき報告があった。

- ② 入会の栞の件。 (堀木会長)
- ③ 切断四肢再接着可能な病医院並びに受け入れ体制(ネットワーク)について。

(三橋理事)

基礎資料についてアンケートの要請あり。

④ 「骨と関節の日」企画委員会設置の件。(堀木会長)

§審議事項

(1) 平成8年度第8回研修会に関する件。 (服部理事)

第8回研修会:平成9年2月8日(土) 於:大林ビル

- ① 「整形外科におけるレーザーの臨床応用」 大阪医大 整形外科 講師 米沢卓実先生
- ② 「整形外科外来での子供の診方」 近畿大学 整形外科 助教授 浜西千秋先生
- (2) 平成9年度第1回(総会時)教育研修会 及び9年度教育研修会開催予定について。 (服部理事)
 - 第1回研修会:平成9年4月19日(土) 於:大正製薬ホール
 - ① 「慢性関節リウマチの治療の適応」 行岡病院 リウマチ研究室 室長 小松原良雄先生 第2回、3回も依頼する。
- (3) 雑誌原稿依頼と締め切りについて。 (丹羽理事)

試案が提示され、ほぼ了承された。

(4) 次期保険点数改正への要望事項について。

老人医療費、外来負担等討議された。

- (5) その他
 - ① JCOAの旅費規定に関する件について。 (堀木会長、三橋理事) 普通旅費のみ、他府県を参考に(二重取 りとならないよう)に改定された。 個人に過度に負担とならないように。
 - ② 府医労災部会が行う切断四肢(指)再接

着可能な医療機関病医院並びにその受け 入れ体制(ネットワーク)について。

(三橋理事)

作成のための基礎資料についてアンケートの要望あり。

③ OCOA20周年記念会誌に関する件について。 (堀木会長、丹羽理事) 会誌を20周年記念事業特集号として発刊したい旨の発言があった。

年1回とし、研修会は原稿用紙と返信封 簡も送り工夫してみる。

④ 平成9年度の「骨・関節の日」の行事 について。 (堀木会長)

新聞広告ではメーカーの協賛が望めない ので、講演や公開シンポジウムなどを予定 したいとの報告があった。

「骨・関節の日」の取り組みについて、 電話相談、収支明細等の報告があった。

文資:福井

第4回理事会(9年3月22日) §報告事項

(1) 日整会中央資格認定委員会(H.9.2.25)の報告。 (大橋理事)27名の不合格者があった。(内訳筆記試験24名、口頭試験3名)

(2) 日整会リウマチ委員会(H.9.2.1)の報告。 (堀木会長)

日整会認定のリウマチ医とリウマチ学会認定医、リウマチ財団登録医の一本化について経過報告があり、平成10年2月で日整会認定リウマチ医の募集を終了するとの事。いずれにしても、会員の不利益にならないように研修会を継続的に開催してゆきたいとの報告があった。

(3) J C O A 医療システム委員会 (H. 9. 2. 2) の報告。 (長田理事) 柔整師に関わる問題が主で、多くの意見 が続出した。更に、カイロプラテックにつ いて説明があつた。 (4) J C O A 医業経営委員会 (H. 9. 1. 19) の報告。 (黒田理事) 今後の活動方針として のアンケート調

今後の活動方針として、①アンケート調査を行う、②医業経営セミナーを開催する、 との報告があった。

(5) JCOA会誌等編集委員会

(H.9.1.8,3.15)の報告。(瀬戸副会長) JCOAニュース第32号は大阪担当であ り、2月20日過ぎに全国に発送した。「日 整会学会において学会運営の綱紀粛正のた め、一般会員、名誉会員の方々全てが同じ 条件で学会参加をしていただくこと。」の 記事がJCOA会誌53号に記載されてい る、との報告があった。

(6) JCOA理事会(H.9.2.22)の報告。 (村上理事)

平成8年度第3回理事会において、会則の改定が行われた、との報告があり、又日整会各種委員会委員の候補者について説明があった。更にJCOA法人化に向けて準備している、との報告があった。

- (7) J C O A 学術研修委員会 (H. 9. 1. 19, 3. 2) の報告。 (堀木会長) J C O A 学術賞を選考する際の基準の改 正案が出された、との報告があった。
- (8) JCOAと大阪府医帥会役員との懇談会。(H.9.2.15)の報告。(村上理事)日医と大阪府医師会が特に綿密な関係との事で、大阪においてJCOA側は、安部理事長、五味渕副理事長、山下副理事長。一方大阪府医師会及びOCOA側は平山府医副会長、堀木OCOA会長及び三橋、八幡、村上各理事が出席し、中央情勢及びJCOAの医師連盟等について話し合った事の報告があった。
- (9) 医業周辺業種問題検討委員会 (H.9.2.25)の報告。 (三橋理事) プロジェクトチーム(平山、村上、三橋、八幡、堀木、中村)で大阪府医療対策課と 以前に医業周辺業種に関して行ったアン

ケート調査結果について話し合いを持っ

た。

(丹羽理事)

次回は大阪府国民保険課と審査について話し合う予定であるとの報告があった。

(10) 府医師会医学会運営委員会

(H. 8. 12. 16, H. 9. 1. 25, 2. 24)の報告。

(木佐貫理事)

日医生涯教育自己申告が一括申告方式を 試行的に実施する事になり、これにより申 告率の向上が期待される、との報告があっ た。

各種学術研修会に公務員が講師である場合の依頼について、今回より特別の配慮が 要る、との説明があった。

(11) 大阪府医師会連合例会(H.9.2.26)の 報告。 (堀木会長)

平成9年度4月の保険点数改正(特に差額)についての報告があった。

(12) 保険点数改正について。 (天野理事)今回の改正は消費税アップに基ずいて、0.38%アップするとの報告があり、特に、

整形外科点数改正に関する説明があった。

(13) OCOA第8回教育研修会の報告。

(服部副会長)

第8回(75回)研修会:平成9年2月8目(土)

於:大林ビル(久光)

総合司会:新田理事(参加総数173名)

①演題:「整形外科におけるレーザーの

臨床応用ー特に椎間板ヘルニ ア及び関節鏡下手術でのレー

ザーの応用-」N.S

講師:大阪医大 整形外科 講師(非常勤)

米沢卓実

座長: 栗本理事(証明書発行151名、

内N96名、S51名)

②演題:「整形外科外来での子供の診か

た」N

講師:近畿大学 整形外科 助教授

浜西千秋

座長:須藤理事(証明啓発行157名。

内N142名) ①演題:「骨粗銀

(14) ОСОА会報第23号編集会議について。

OCOA雑誌原稿依頼者一覧表に基ずい て説明があった。

(15) OCOA会員動態の報告。(小松理事) 期首会員301名、期末305名で4名の増員 があった。内訳は退会6名、準会員の削除 5名。新入会員15名であった。

S審議事項

(1) 平成9年度第2回、第3回、第4回教育研修会について。 (服部理事)

第2回(77回)研修会:平成9年6月28日(土)

於:ウエスティンホテル(エーザイ)

総合司会:浜田理事

①演題:「肩腱板障害とスポーツ」N. S

講師:京都府立医科大学 整形外科 講師

黒川正夫先生

座長:大竹理事

②演題:「慢性関節リウマチの病態と治

療」N. R

辯師: 兵庫医科大学 整形外科 教授

立石博臣先生

座長:服部理事

第3回(78回)研修会:平成9年7月26日(土)

於:帝国ホテル大阪(大塚)

総合司会:山本理事

①演題:「スポーツ選手の足関節捻挫」

N. S

講師:大阪労災病院 スポーツ整形外

科 部長 堀部秀二先生

座長:天野理事

②演題:「ペインクリニックにおける神

経ブロック」

講師:大阪医科大学 麻酔科 教授

森秀麿先生

座長:丹羽理事

第4回(79回)研修会:平成9年8月30日(土)

於:大阪大林ビル(旭化成)

総合司会:黒田理事

①演題:「骨粗鬆症の診断-新しい診断

基準と画像診断」N

大正製薬大阪支店6階ホール

講師:川崎医科大学 放射線科(核医学) 教授 福永仁夫先生

座長: 栗本理事

②演題:「手関節痛の診断と治療-ス

ポーツ障害をふくむー」

講師:京都府立医科大学 整形外科 講師

玉井和夫先生

座長:甲斐理事

(2) 平成9年度ゴルフコンペ及び懇親旅行 の日程等について。 (古賀理事)

ゴルフコンペ

春 6月1日(日) 北六甲予定 秋 10月10日(祝) 北六甲予定 懇親旅行 11月29日(土)、30日(日) 賢島予定との事である。

(3) ОСОА総会の件について。

(瀬戸理事)

日時:平成9年4月19日(土)午後3時より

場所:大正製薬大阪支店(京阪関目駅下車)

講演:「保険請求上の問題点」

反田英之理事

講演:「老人施設について-特養ホームを

運営してみてー」 孫瑢権理事

講演:「慢性関節リウマチの治療の進展」

講師:行岡医学研究会 行岡病院リウマチ

研究室 室長 小松原良雄先生

(4) 20周年記念行事の件について。 (堀木会長)

①記念特集号の発刊(会誌24号)

②平成10年4月18日(土)大林ビルにて、 総会・研修会後記念パーテイー開催との案 があった。

(5) その他

「骨・関節の目」の行事について、9月27日(日)毎目新聞オーバルホールにてシンポジウムを行う予定。新聞には9月中旬に2~3回掲載するとの案が出た。

大阪臨床整形外科医会第21回定時総会議事録 平成9年4月19日(土) 1. 開会宜言 瀬戸副会長 瀬戸副会長より開会宜言がなされた。

2. 会長挨拶 堀木会長

昨年度は先生方のご協力により、無事会 務を遂行できました。誠に有難うございま した。

事業報告の中で見てもらいましたら分かりますように、OCOAから大阪府医師会・JCOA並びに日整会等多方面に沢山の先生方がご活躍されていることは、非常に喜ばしい事だと思いますし、又今後OCOAの発展のために、ご努力して頂きたいと思う次第であります。

OCOAは昭和52年11月に新しい会として発足し、今年度は20周年という節目に当ります。先日の理事会では、これを記念する記念行事を…、という事で検討しましたところ、OCOA会報記念特別号の発刊、並びに秋の「骨・関節の日」に合わせての公開シンポジウム、少し遅くなりますが、来年4月の総会の後に記念パーティーを企画しておりますので宜しくお願い致します。

私達開業医でないと分からない問題、また発言できる問題等がいくつかあります。 例えば柔整師、医業周辺業種の問題とか、 整形外科の、点数についての問題であると か、リウマチ科標傍についての問題である とか、色々な問題があります、これらを積 極的に考えて発言してゆきたいと思います。

新しい年度を迎えて、ますますOCOA のためにご協力をお願いいたします。

議 事 議長 松尾先生 松尾議長より「総数306名、委任状110名 あり、本総会成立する」との報告があった。 また、議事録署名人に平野区の長谷川利 た。

*第1号議案 平成8年度庶務及び事業報告 について承認を求める件

瀬戸副会長

総会レジメ3頁から8頁に従い、会員状 況、研修会・講演会、各種会議開催及び出 席状況、福祉厚生部事業、広報事業につい て、説明報告が加えられ、全会一致で承認 された。

また、死亡退会された本間先生、嶺先生 に対し黙祷が捧げられた。

*第2号議案 平成8年度収支決算について 承認を求める件

早石理事

総会レジメ9頁から10頁に従い収支決算 の各項目の説明・報告がなされた。

監査報告(レジメ11、12頁)については監 事の伊藤理事より、平成9年4月7目に吉 田、伊藤両監事より厳正な監査を受けたこ とが報告された。

第2号議案も全会一致で承認された。

雄先生と松原市の増田遠之先生が指名され *第3号議案 平成9年度事業計画案につい て承認を求める件

服部副会長

総会レジメ13頁から15頁に従って、組織 の強化、学術活動、広報・情報活動、厚生 ・福祉活動の事業計画案について説明がな された、特に〇C〇A創立20周年記念行事 について、詳しく説明が加えられた。

第3号議案も全会一致で承認された。

*第4号議案 平成9年度収支予算案につい て承認を求める件

早石理事

総会レジメ16頁により、各項目について 説明がなされ、全会一致で承認された。

4. 閉会宣言 服部副会長 服部副会長により閉会宣言がなされ、第 21回定時総会は無事終了した。

議事録署名人 署名

平成9年度厚生部行事予定

第25回〇C〇Aゴルフコンペ

日時: 平成9年6月1日(日)

場所:北六甲CC

第26回〇C〇Aゴルフコンペ

日時:平成9年10月10日(祝日)

場所:北六甲CC

○平成9年度OCOA懇親旅行

日時: 平成9年11月29日(土) 午後~11月30日(日)

行先: 賢島方面



瀬戸先生、二十七年もの永い間、本当に御 苦労様でした。

新キャプテン丹羽先生の下、皆様に親しまれる広報誌をと、新企画を加え、一同張り切

って居りますので、どしどしの御投稿よろしくお願い致します。

(大竹節郎記)

本会誌の新しい企画の一つとしてとり入れられた「私のボヤキ」、「私の工夫」、「私の提言」は私達が町の臨床医、整形外科医として現在の医療制度の中で懸命に努力している姿が目に見えるようで、色々と考えさせられることが多々あり、自分自身の診療にも直接かかわりをもつものと思われます。

今回の試みとして、各筆者全員に顔写真を 入れて頂きましたが文章とともに親近感がわ いてきます。 例年の研修会報告、誌上勉強会は整形外科 医として、日々進歩する整形外科を理解して おくのに役立ちますし、理事の声はよく聞い ておきますと労災診療、保険診療で認識を新 たにすることがあります。エッセイ・紀行、 私の傑作、厚生部は忙しい日常診療、緊張の 続く勉強の合間の一時息抜きのできる楽しい 読み物となっています。

(須藤記)

2年程前瀬戸先生より、雑誌担当でやって 欲しいと云われ、素気なくお断りした積もり だったが。……何度も懇願されて根負けし、 又理事会での先生方の「当然!」という雰囲 気に気圧されて何時の間にか雑誌を作らせて 頂くことになりました。

やる以上は何が何でも306名の会員の皆さん方に読んで頂かねば存在価値がない。少なくとも原稿を書いて下さった方には読んでいただけるだろうと投稿を募集した処、思ったより多くの方からユニークな投稿を送って頂

き、喜んでいます。出来れば原稿用紙一枚以 内での紙上討論会が繰り拡げられゝば面白い と心密かに期待しています。

又表紙裏の先達の先生方の御紹介は戦後大阪の整形外科のパイオニアとして活躍なさり、今では同門以外の若い先生方には忘れられようとしている先生にスポットを当てゝ行きたいと念願しています。「ボヤキ」「工夫」「提言」にも是非活発なご意見を。

(丹羽記)

大阪臨床整形外科医会会報 第 23 号

平成9年6月14日発行

発行所 大阪臨床整形外科医会事務局 〒530 大阪市北区中之島6-2-27 中之島センタービル18階 堀 木 整 形 外 科 ・ 外 科 内 TEL (06)445-1101 FAX (06)445-1101

編集者 堀 木 篤・服 部 良 治 大 竹 節 郎・松 矢 治 司 須 藤 容 章・丹 羽 權 平



運可受您们与多尼川

抗リウマチ剤

薬価基準収載

●アザルフィジプEN錠

Azulfidine EN tablets サラゾスルファピリジン腸溶錠

[効能・効果] 慢性関節リウマチ

[用法・用量] 本剤は、消炎鎮痛剤などで十分な効果が得られない 場合に使用すること。

通常、サラゾスルファピリジンとして成人1日投与量 1gを朝食及び夕食後の2回に分割経口投与する。

- ●禁忌(次の患者には投与しないで下さい)
 - サルファ剤又はサリチル酸製剤に対し過敏症の既往 歴のある患者
 - 3) 新生児、未熟児[「新生児・未熟児又は小児への投与」 の項参照]
- *その他の使用上の注意等については、添付文書をご参照下さい。
- ●本剤は新医薬品であるため、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、 平成9年11月末日まで1回30日分の投薬は認められません。

^{発売元} **≸** 参天製薬株式会社

大阪市東淀川区下新庄3-9-19 資料請求先 医薬事業部 医薬情報室 製造元 ファルマシア・アップジョン株式会社

東京都港区虎ノ門4-3-13

97CZB5-2

Santen

The opening of a better life

活動性RAに挑むDMARD

抗リウマチ剤

薬価基準収載

[®] ÜZFJI[®]

Rimatil® ブシラミン100mg質

**リマチル50

Rimatil®50 ブシラミン50mg錠

- ●禁忌(次の患者には投与しないで下さい)ー
- 1) 血液障害のある患者及び骨髄機能の低下している患者 【骨髄機能低下による血液障害の報告がある】
- 2) 腎障害のある患者

■効能・効果、用法・用量及び使用上の注意、副作用等については、添付文書をご参照下さい。

※本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)に基づき、1回30日分投薬が認められています。

参天製薬株式会社

〒533 大阪市東淀川区下新庄3-9-19 資料請求先 医薬事業部 医薬情報室

970985-2



鎮痛•抗炎症剤

フェニルプロピオン酸系Prodrug

(劇) 指) 一般名:ロキソプロフェンナトリウム ■薬価基準収載

【効能·効果】

手術後、外傷後並びに抜歯後の鎮痛・消炎

下記疾患並びに症状の消炎・鎮痛

慢性関節リウマチ、変形性関節症、腰痛症、肩関節周囲 炎、頸肩腕症候群

【使用上の注意】

1.一般的注意

(1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく対症療法 であることに留意すること。(2)慢性疾患(慢性関節リウマ 3.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) チ、変形性関節症)に対し本剤を用いる場合には、次の事 項を考慮すること。ア.長期投与する場合には定期的に臨 床検査(尿検査、血液検査及び肝機能検査等)を行うこ と。また、異常が認められた場合には減量、休薬等の適切 な措置を講ずること。イ.薬物療法以外の療法も考慮する こと。(3)術後又は外傷に対して用いる場合には、次の事 項を考慮すること。ア.炎症、疼痛の程度を考慮し、投与 すること。イ. 原則として同一の薬剤の長期投与を避けるこ と。(4)患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意 すること。(5)感染症を不顕性化するおそれがあるので、 感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を 4.相互作用 併用し、観察を十分行い慎重に投与すること。(6)他の消 炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。(7)高令者に は副作用の発現に特に注意し、必要最少限の使用にとど めるなど慎重に投与すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1)消化性潰瘍のある患者[プロスタグランジン生合 成抑制により、胃の血流量が減少し消化性潰瘍が 悪化することがある](2)重篤な血液の異常のある患 | 者[血小板機能障害を起こし、悪化するおそれがあ] る] (3)重篤な肝障害のある患者[副作用として肝障 害が報告されており、悪化するおそれがある] (4)重 篤な腎障害のある患者「急性腎不全、ネフローゼ症 候群等の副作用を発現することがある] (5)重篤な

心機能不全のある患者[腎のプロスタグランジン生 合成抑制により浮腫、循環体液量の増加が起こり、 心臓の仕事量が増加するため症状を悪化させるお それがある] (6)本剤の成分に過敏症の患者 (7)ア スピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘 息発作の誘発)又はその既往歴のある患者[アスピ] リン喘息発作を誘発することがある] (8)妊娠末期の 婦人[「妊婦・授乳婦への投与」の項参照]

(1)消化性潰瘍の既往歴のある患者[潰瘍を再発させる (2)重大な副作用(類薬) ことがある] (2)血液の異常又はその既往歴のある患者 [溶血性貧血等の副作用がおこりやすくなる] (3)肝障害 又はその既往歴のある患者[肝障害を悪化又は再発させ ることがある] (4)腎障害又はその既往歴のある患者[浮 腫、蛋白尿、血清クレアチニン上昇等の副作用がおこる ことがある](5)心機能障害のある患者[「禁忌」の項参照] (6)過敏症の既往歴のある患者 (7)気管支喘息の患者 [病態を悪化させることがある] (8)高令者[「高令者への 投与」の項参照

併用に注意すること

(1)クマリン系抗凝血剤(ワルファリン等)、スルホニル尿素 系血糖降下剤(トルブタミド等)[これらの作用が増強さ れることがあるので減量するなど注意すること] (2)ニュー キノロン系抗菌剤(エノキサシン等)「痙攣を起こすおそれ がある

5. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1%~5%未満、副 詞なし:5%以上又は頻度不明)

(1)重大な副作用

1)ショック:まれにショックを起こすことがあるので、観察 を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止 し、適切な処置を行うこと。2)溶血性貧血:まれに溶血 性貧血があらわれることがある。3)皮膚粘膜眼症候 群:まれに皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症 候群)があらわれることがあるので、観察を十分に行い 異常が認みられた場合には投与を中止し、適切な処 置を行うこと。4) 急性腎不全、ネフローゼ症候群:まれ に急性腎不全、ネフローゼ症候群があらわれることがあ るので、観察を十分に行い、異常が認められた場合に は投与を中止し、適切な処置を行うこと。5)間質性肺 炎:まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部X線異常、好酸 球増多等を伴う間質性肺炎があらわれることがあるので、 このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副 腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

再生不良性貧血:他の非ステロイド性消炎鎮痛剤で、 再生不良性貧血があらわれるとの報告がある。

(3)その他の副作用

1)過敏症:ときに発疹、瘙痒感、また、まれに蕁麻疹等 があらわれることがあるので、このような症状があらわれ た場合には投与を中止すること。2)消化器:まれに消 化器潰瘍があらわれることがあるので、このような症状 があらわれた場合には投与を中止すること。またときに腹 痛、胃部不快感、食欲不振、悪心·嘔吐、下痢、便秘、 胸やけ、消化不良、口内炎等があらわれることがある。 3)精神神経系: ときにねむけ、また、まれに頭痛等があ らわれることがある。4)血液:まれに貧血、白血球減少、 血小板減少、また、ときに好酸球増多があらわれること がある。5) 肝臓: ときにGOT、GPT、Al-Pの上昇が あらわれることがある。6)その他:ときに浮腫、また、まれ に動悸があらわれることがある。

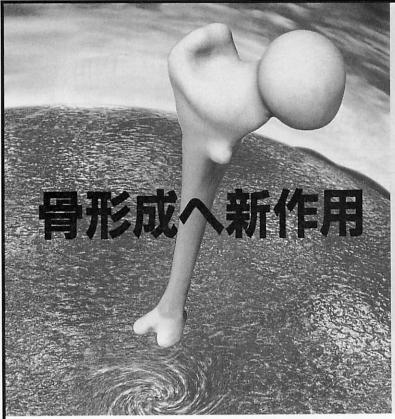
> 用法・用量、その他の使用上の 注意は添付文書をご覧下さい。



資料請求先

三类株式会社

〒103 東京都中央区日本橋本町3-5-1



特性

- 骨形成促進作用(ラット,in vitro)と、骨 吸収抑制作用(in vitro)の両面から 骨組織の代謝不均衡を改善します。
- 2 骨基質タンパク質オステオカルシン のGla化(ケーカルボキシグルタミン 酸残基の生成)に必須です。 オステオカルシン=BGP(Bone Gla Protein)
- 3 骨代謝回転を高め、骨量改善効果を示します(ラット、in vitro)。
- 4 骨粗鬆症患者を対象とした臨床試験において、骨量及び疼痛の改善に効果があることが確認されています。
- 5 承認時における副作用発現例数は 708例中35例(4.94%)でした。主 な副作用は腹痛ら性(1.13%)、発疹・発赤 7件(0.99%)、胃部不快感4件(0.56%) 等です(1992年3月エーザイ集計)。
- 6服用しやすい小型ソフトカブセルです。

本剤はビタミンK2製剤であり、抗凝血薬療法で用いられるワルファリンカリウム(ワーファリン)の作用を減弱します。これに基づき、使用上の注意に「禁忌」と「相互作用」が設定されています。

【効能·効果】

骨粗鬆症における骨量・疼痛の改善

【用法·用量】

通常、成人にはメナテトレノンとして1日45mgを 3回に分けて食後に経口投与する。

【使用上の注意】

1. 一般的注意

(1)本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨 粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究 班、の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、 腰背痛の有無などの総合による)等を参考に、骨 粗鬆症との診断が確立し、骨量減少・疼痛がみ られる患者を対象とすること。

(2)発疹、発赤、瘙痒等があらわれた場合には投与を中止すること。

 禁忌(次の患者には投与しないこと) ワルファリンカリウム投与中の患者(「相互作用」 の項参照) 3. 相互作用

併用しないこと

ワルファリンカリウム(ワルファリンカリウムの 作用を減弱する。)

4. 副作用

(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副 詞なし:5%以上又は頻度不明)

(1)消化器

ときに胃部不快感、悪心、嘔吐、下痢、腹痛、消化 不良等があらわれることがある。

(2)過敏症

ときに発疹、発赤、瘙痒等があらわれることがある。 (3)精神神経系

ときに頭痛等があらわれることがある。

(4)肝臓

ときにGOT、GPT、 γ -GTPの上昇等があらわれることがある。

(5)腎臓

ときにBUNの上昇等があらわれることがある。 5. 高齢者への投与

高齢者に長期にわたって投与されることが多い 薬剤なので、投与中は患者の状態を十分に観察 すること。

6. 小児への投与

小児に対する安全性は確立していない(使用経験がない)。

7. 妊婦・授乳婦への投与

妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない(使用経験がない)。

8. 適用上の注意

投与時

本剤は空腹時投与で吸収が低下するので、必ず 食後に服用させること。なお、本剤の吸収は食事 中の脂肪含有量に応じて増大する。(「体内薬物 動態」の項については添付文書を参照)

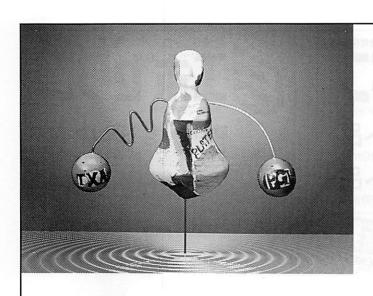
骨粗鬆症治療用ビタミンKe剤 薬価基準収載 プラーケーカプセル 15 mg Glakay <メナテトレノン製剤 >



エーザイ株式会社

〒112-88 東京都文京区小石川4-6-10

資料請求先: エーザイ株式会社医薬事業部 ●ご使用に際しては添付文書 をご参照ください。



(効能・効果)

慢性動脈閉塞症に伴う潰瘍、 疼痛及び冷感の改善

(用法・用量)

通常、成人には、ベラプロストナトリウムとして 1日120μgを3回に分けて食後に経口投与する。

禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1)出血している患者(血友病、毛細血管脆弱症、上部消化管出血、尿路出血、喀血、

●その他の使用上の注意等の詳細は、添付文書を ご参照ください。



科研製薬株式会社

東京都文京区本駒込2丁目28-8

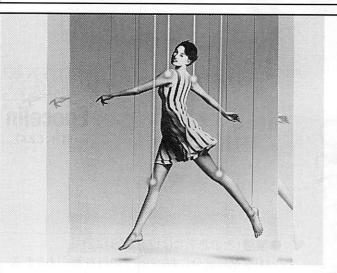
(資料請求先)

〒103 東京都中央区日本橋本町4-8-14 学術部

(1997年2月作成)

経口PGI。誘導体製剤

シ錠20 (ベラプロストナトリウム錠)



(ヒアルロン酸ナトリウム関節内注射液)

ARTZ Dispo.



(効能・効果) 変形性膝関節症、肩関節周囲炎

禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤に対する過敏症の既往歴のある患者

●用法・用量、その他の使用上の注意等の詳細は、 添付文書をご参照ください。



生化学工業株式会社

科研製薬株式会社 東京都文京区本駒込2丁目28-8

(資料請求先)

〒103 東京都中央区日本橋本町4-8-14 学術部

(1996年6月作成)

95i2



注射用 1 gキット品

注射用2gキット品

(生理食塩液100ml付、5%ブドウ糖注射液100ml付)



静注用 1g キット品

(生理食塩液100ml付、5%ブドウ糖注射液100ml付)



生理食塩液100~







(略号:CZX)

生理食塩液 100,,

(略号:CEZ)

●禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1)本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 (2)次の患者への5%ブドウ糖注射液100mlの キット品の投与

低張性脱水症の患者[脱水症状を増悪させる おそれがある

*ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照下さい。

資料請求先:藤沢薬品工業株医薬事業部

腰痛症に

非ステロイド性消炎・鎮痛剤

ジンペイン錠75

モフェゾラク

Disopain'



ジソペインの特徴(特性)

- ●新しい基本構造「ジフェニル イソキサゾール骨格」をもつ消炎・鎮痛剤である。
- ●強力なプロスタグランジン生合成抑制作用をもち、抗炎症効果とともに優れた鎮痛効果を示す(ラット、マウス、イヌ)。
- ●腰痛症、頚腕症候群、肩関節周囲炎等に対して 優れた臨床効果を示す。
- ●副作用発現率4.9%(74例/1,515例)
 (主な副作用は胃痛1.0%(15例)、悪心・嘔吐0.7%(10例)、胃部不快感0.5%(7例)、腹痛0.4%(6例)等であった。また、主な臨床検査値の変動はGOT上昇0.9%(4例/460例)、GPT上昇0.7%(3例/460例)、BUN上昇0.4%(2例/452例)等であった。〕 (承認時資料集計、1994年7月) 重大な副作用として、ショック、アナフィラキシー様症状、消化性潰瘍があらわれることがある。

(効能・効果) 下記疾患ならびに症状の消炎・鎮痛 腰痛症、頚腕症候群、肩関節周囲炎 手術後、外傷後ならびに抜歯後の消炎・鎮痛

〈用法・用量〉

モフェゾラクとして、通常、成人1回75mgを1日3回食後に経口投与する。 頓用の場合は1回75~150mgを経口投与する。 なお、年齢、症状により適宜増減する。

〈使用上の注意〉

1. 一般的注意

- (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意すること。
- (2) 急性疾患に対し、本剤を用いる場合には次の事項を考慮すること。
 - ① 急性炎症、疼痛及び発熱の程度を考慮し、投与すること。
 - ② 原則として同一の薬剤の長期投与を避けること。
 - ③ 原因療法があればこれを行うこと。
- (3)患者の状態を十分観察し、副作用の発現に留意すること。
- (4)感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染による炎症に対して用いる場合には適切な抗菌剤を併用し、観察を十分に行い慎重に投与すること。
- (5)他の消炎鎮痛剤との併用は避けることが望ましい。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと。)

- (1)消化性潰瘍の患者(消化性潰瘍を悪化させるおそれがある。)
- (2)重篤な血液の異常のある患者
 - (血液の異常をさらに悪化させるおそれがある。)
- (3)重篤な肝障害のある患者
 - (副作用として肝機能障害が報告されているため、肝障害をさらに悪化 させるおそれがある。)
- (4)重篤な腎障害のある患者
 - (腎血流量減少や腎での水及びNa再吸収増加を引き起こし、腎機能をさらに 低下させるおそれがある。)
- (5)重篤な心機能不全のある患者
 - (プロスタグランジン合成阻害作用に基づくNa・水分貯留傾向があるため、心機能をさらに悪化させるおそれがある。)
- (6)重篤な高血圧症の患者 (プロスタグランジン合成阻害作用に基づくNa・ 水分貯留傾向があるため、血圧をさらに上昇させるおそれがある。)
- (7)本剤に過敏症の患者
- (8)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息発作の誘発)又はその既往歴のある患者(重症喘息発作を誘発する。)

3.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること。)

- (1)消化性潰瘍の既往歴のある患者
- (消化性潰瘍を再発させるおそれがある。) (2)血液の異常又はその既往歴のある患者
 - 〔血液の異常を悪化又は再発させるおそれがある。〕
- (3)肝障害又はその既往歴のある患者
 - 〔肝障害を悪化又は再発させるおそれがある。〕
- (4)腎障害又はその既往歴のある患者〔腎機能を低下させるおそれがある。〕
- (5)心機能障害のある患者〔心機能を悪化させるおそれがある。〕
- (6)高血圧症の患者〔血圧を上昇させるおそれがある。〕
- (7)気管支喘息の患者
 - [重症喘息発作(アスピリン喘息)を誘発するおそれがある。]
- (8) SLE(全身性エリテマトーデス)、潰瘍性大腸炎、クローン病の患者 〔非ステロイド性消炎鎮痛剤によるこれらの疾患の悪化が報告されており、 これらの疾患を悪化させるおそれがある。〕
- (9)過敏症の既往歴のある患者
- (10)高齢者(「高齢者への投与」の項参照)

4.相互作用

併用に注意すること.

クマリン系抗凝血剤 (ワルファリン等)、スルホニル尿素系血糖降下剤 (トルブタミド等) (本剤と併用することによりこれらの医薬品の作用を増強するか又は本剤の作用が増強されることがあるので、併用する場合にはその医薬品を減量するなど慎重に投与すること。)

5.**副作用**(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上 又は頻度不明)

(1)重大な副作用

- 1)ショック、アナフィラキシー様症状まれにショック、アナフィラキシー様症状(発疹、浮腫、呼吸困難等)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、これらの症状があらわれた場合には直ちに投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2)消化性潰瘍 まれに消化性潰瘍があらわれることがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止すること。
- ※〈その他の副作用〉〈高齢者への投与〉〈妊婦・授乳婦への投与〉〈小児への投与〉〈適用上の注意〉等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。
 〈薬価基準収載〉



〈資料請求先

吉富製薬紫蓝

IDF= 〒541 大阪市中央区平野町二丁目6番9号

DS-4 (B5) 1997年3月作成



経皮鎮痛消炎剤

指

2% ケトプロフェン 貼付剤

資料請求先

分分型薬株式会社 学術部

〒141 東京都品川区西五反田6-25-8

- ■1日1回の貼付ですぐれた臨床効果
- ■すぐれた有効性と高い浸透性で、腰痛も改善
- ■副作用発現率は、4.93%(57/1156例)で、 主な副作用は接触性皮膚炎などでした。
- ■効能·効果·

下記疾患の慢性症状(血行障害、筋痙縮、筋拘縮)を伴う場合の鎮痛・消炎 腰痛症(筋・筋膜性腰痛症、変形性脊椎症、椎間板症、腰椎捻挫)、変形性 関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎(テニス肘炎)

- 一般的注意
- (1)当炎鏡痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意する
- (2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対して 用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に行い 慎重に投与すること。
- (3)本剤による治療は対症療法であるので、症状に応じて薬物療法以外の療法 も考慮すること。また、投与が長期にわたる場合には患者の状態を十分に 観察し、副作用の発現に留意すること。
- (4)局所熱感、腫脹等を伴う急性期には有効性が確認されていないので使用 しないこと。
- 2.禁忌(次の患者には使用しないこと)
 - (1)本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2)アスピリン陽息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息 発作の誘発)又はその既往歴のある患者。 [喘息発作を誘発するおそれがある。]
- 3.慎重投与(次の思者には慎重に使用すること) 気管支端息のある患者。

[アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある。]

(副作用の頂参照)

- 4.副作用 (まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は 新原(不明)
 - (1)重大な副作用

 - 2)喘息発作の誘発(アスピリン喘息):まれに喘息発作を誘発することがあるので、乾性ラ音、喘鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用 を中止すること。 (禁忌及び慎重投与の頂参照)
 - (2)その他の副作用
 - 皮膚・接触皮膚炎(ときに発疹、発赤、腫瘍、瘙痒感、刺激感、まれに水疱・ 展機等)、まれに光線過敏症があらわれることがある。これらの症状が強い 場合は使用を中止すること。
- *その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。



(薬価基準収載)

経皮鎮痛消炎剤 (指)

MOHRUS

ケトプロフェン貼付剤 0.3%

資料請求先

● 久光製薬株式会社 学術部

〒141 東京都品川区西五反田6-25-8

- ●モーラスの主薬ケトプロフェンは、すぐれた鎮痛抗炎症 作用を有し、水性基剤からの放出性・経皮吸収性にすぐ れている。
- ●モーラスは、従来品に比べ「におい」の指標となる揮散 成分が70%以上低減した。
- ●モーラスは、関節部などの屈曲伸展部位にも貼付でき る粘着性・伸縮性を有する製剤である。
- ■効能・効果

下記疾患並びに症状の鎮痛・消炎

変形性関節症、肩関節周囲炎、腱・腱鞘炎、腱周囲炎、上腕骨上顆炎 (テニス肘等)、筋肉痛、外傷後の腫脹・疼痛

■使用上の注意

1 一般的注意

- (1)消炎鎮痛剤による治療は原因療法ではなく、対症療法であることに留意
- (2)皮膚の感染症を不顕性化するおそれがあるので、感染を伴う炎症に対し て用いる場合には適切な抗菌剤又は抗真菌剤を併用し、観察を十分に 行い慎重に投与すること。
- (3)慢性疾患(変形性関節症等)に対し本剤を用いる場合には薬物療法以 外の療法も考慮すること。また患者の状態を十分に観察し、副作用の発 現に留意すること。
- 2.禁忌(次の患者には使用しないこと)
 - (1)本剤の成分に対して過敏症の既往歴のある患者。
- (2)アスピリン喘息(非ステロイド性消炎鎮痛剤等による喘息 発作の誘発)又はその既往歴のある患者 [喘息発作を誘発するおそれがある]。
- 3.慎重投与(次の患者には慎重に使用すること)

気管支喘息のある患者。 [アスピリン喘息患者が潜在しているおそれがある]

(副作用の項参照) 4.副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又 は頻度不明)

- (1)重大な副作用 ACASITEM ファナフィラキシー様症状:まれにアナフィラキシー様症状(蕁麻疹、呼吸 困難等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場 合には使用を中止すること。
- 21 哺息発作の誘発(アスピリン哺息):まれに哺息発作を誘発することがあるので、乾性ラ音・哺鳴、呼吸困難感等の初期症状が発現した場合は使用を中止すること。なお、本剤による哺息発作の誘発は、貼付後 (禁忌及び慎重投与の項参照)
- 数時間で発現している。 (禁忌及び慎重按与の項参照) (2)その他の副作用 皮膚:接触皮膚炎(ときに発症、発赤、腫脹、瘙痒感、まれに水疱・層燥。 刺激感等)、まれに光線過敏症があらわれることがある。これらの症状が 強い場合は使用を中止すること。
- * その他の使用上の注意については添付文書を参照してください。



骨をみつめた、New Compliance Drug

ダイドロネルは骨粗鬆症に対して、2週間投薬、10~12週間休薬を繰り返す薬剤です。



骨代謝改善剤-

動物 要物 Didronel エチドロン酸 ニナトリヴム錠

[効能·効果]

○骨粗制症 ○下記状態における初期及び進行期の異所性骨化の抑制 ○骨ページェット病 脊髓損傷後、股関節形成術後

本剤の吸収をよくするため、服薬前後2時間は食物の摂取を避けること。

· 〇骨粗鬆症

○骨粗緊症の場合

れた患者を対象とすること。

通常、成人には、エチドロン酸 ニナトリウムとして200mgを1日1回、食間に経口投与 する。投与期間は2週間とする。再投与までの明間は10~12週間として、これを1 クールとして周期的間歇投与を行う。 なお、重症の場合(骨塩量の減少の程度が強い患者あるいは骨粗鬆症による安静

時自発痛及び日常生活の運動時痛が非常に強い患者)には400mgを1日1回、 【使用上の注意】(抜粋)

(1)本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性骨相能症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、機育痛の有無などの総合による)等を参考に骨相能症と極定診断さ

食間に経口投与することができる。投与期間は2週間とする。再投与までの期間 は10~12週間として、これを1クールとして周期的間歇投与を行う。 なお、年齢、症状により適宜増減できるが、1日400mgを超えないこと。

○下記状態における初期及び進行期の異所性骨化の抑制 脊髓損傷後、股関節形成術後

通常、成人には、エチドロン酸 ニナトリウムとして800~1000mgを1日1回、 食間に経口投与する。

なお、年齢、症状により適宜増減する。

○骨ページェット病

通常、成人には、エチドロン酸 ニナトリウムとして200mgを1日1回、食間に経口 投与する。 なお、年齢、症状により適宜増減できるが、1日1000mgを超えないこと。

2.禁忌(次の患者には投与しないこと)

(1) 重角な解析等のある患者(理定の指定されたある。) (2) 青軟化塩の患者(青軟化塩が悪化するおそれたある。) (3) 計算以は対象している可能性のある婦人([対解・投乳網への投与]の項参照) (4) 小児([小児への投与]の項参照)

(5)本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

3.慎重投与(次の思者には慎重に投与すること) (1) 質障害のある患者(排泄が阻害されるおそれがある。)

(2)消化性清集、腸炎の患者 (本剤の主な副作用は消化器系であるため、症状が悪化するおそれがある。)

■その他の「使用上の注意」等につきましては 添付文書をご覧ください。

* * 1997年2月改訂 (---:改訂箇所)

骨粗製症による安静時自発痛及び日常生活の運動時盛か非常に強い事実であること (4)1日400版にあります可能は現代という。 (4)1日400版を対する場合は、200m段分とに大概都不見等の力能係素的対象が無対用があらわれやす (5)患者には適切な実質があった。 (5)患者には適切な実質があった。 (5)患者には適切な実質があった。 (5)患者には適りな実質があった。 (5)患者になった。 (6)患者になった。 (6)患

(資料請求先) 住友製薬株式会社 〒541 大阪市中央区道修町2丁目2番8号

THE STRONG, BALANCED ANTIBACTERIAL AGENT 均整のとれた強い抗菌力



オキサセフェム系抗生物質製剤

「おおります」

「おおります」

「おおります」

「おいって、「おいって、「おいって、」

「おいって、「おいって、」

「おいって、「おいって、」

「おいって、」

「いって、」

「いって、」
「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「いって、」

「

- ●グラム陽性菌から陰性菌まで、好気性菌、嫌気性菌を問わず 均整のとれた強い抗菌力を示す。
- ●PBP-2'を誘導しにくい。
- ●副作用は 2.35% (78/3314例) に発現し、その主なものは アレルギー症状と胃腸症状であった。
- ■薬価基準収載
- ■「用法・用量」,その他の「使用上の注意」等の詳細については,添付文書をご参照下さい。

[資料請求先] 塩野義製薬株式会社 製品部 フルマリン係 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

'96.12作成B52 图: 登録商標

■効能・効果 ブドウ球菌属、レンサ球菌属(爆球菌を除く)、肺炎球菌、ベブトストレブトコッカス属、ブランハメテ・カタラーリス、淋菌、大腸菌、クレブシェラ属、プロテウス属、インフルエンザ菌、バクテロイデス属のうち本剤感性菌による下記感染症の脓血症、感染性心内膜炎、9 外傷・手術創等の表在性二次感染・咽喉頭炎、扁桃炎、気管支炎、気管支症、気管疾炎、骨盤腹炎、骨盆腹膜炎、ダグラス震膿痛。子宮付属器炎、子宮内感染、骨盤死腔炎、子宮旁結合縄炎、バルトリン腺炎・中耳炎、副鼻腔炎

■使用上の注意(一部抜粋)

本剤の使用にあたっては、耐性菌の発現等を防ぐため、原則として感受性を確認し、疾病の治療上必要な最小限の期間の投与にとどめること。

● 一般的注意 (1)ショックがあらわれるおそれがあるので、十分な問診を行うこと。なお、事前に皮膚反応を実施する ことが望ましい。 (2)ショック発現時に救急処置のとれる準備をしておくこと。また、投与後患者を安静の状態に保たせ、 十分な観察を行うこと。 (3) 低出生体重児 (未熟児)・新生児に投与する場合には在胎週数、投与時の体重を考慮す ること。 ❷禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤の成分によるショックの既往歴のある患者 ❸原則禁忌(次 の患者には投与しないことを原則とするが、特に必要とする場合には慎重に投与すること)本剤の成分又はセフェム 系抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 ● 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)ペニシリン系 抗生物質に対し過敏症の既往歴のある患者 (2)本人又は両親、兄弟に気管支端息、発疹、蓖麻疹等のアレルギー症 状を起こしやすい体質を有する患者 (3) 高度の腎障害のある患者 「血中濃度が持続するので、投与量を減らすか、投 与間隔をあけて使用すること。] (4) 経口摂取の不良な患者又は非経口栄養の患者、高齢者、全身状態の悪い患者 [ビ タミンK欠乏症状があらわれることがあるので観察を十分に行うこと。] ●相互作用 併用に注意すること 利尿剤(フ ロセミド等)[併用により腎毒性が増強されるおそれがあるので、併用する場合には慎重に投与すること。] ③ 副作用(ま れに: 0.1% 未満,ときに: 0.1~5% 未満,副詞なし: 5% 以上又は頻度不明) (1)重大な副作用 1) ショック、ア ナフィラキシー様症状 まれにショック、アナフィラキシー様症状 (呼吸困難、全身潮紅、浮腫等) を起こすことがあるので 観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 2) 急性腎不全 まれに急性腎 不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるので、定期的に検査を行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場 合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。 3) 汎血球減少、無顆粒球症、血小板減少、溶血性貧血 まれに汎血球 減少、無顆粒球症、また、ときに血小板減少があらわれることがあるので、異常が認められた場合には投与を中止し、適切 な処置を行うこと。また、他のセフェム系抗生物質で溶血性貧血があらわれることが報告されている。 4) 偽膜性大腸炎 まれに偽験性大腸炎等の血便を伴う重篤な大腸炎があらわれることがある。腹痛、頻回の下痢があらわれた場合には、 直ちに投与を中止するなど適切な処置を行うこと。 5) 皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群),中毒性表皮 壊死症 (Lyell 症候群) まれに皮膚粘膜眼症候群 (Stevens-Johnson 症候群),中毒性表皮壊死症 (Lyell 症候群) があらわれることがあるので、観察を十分に行い、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行う こと。 6) 間質性肺炎、PIE 症候群 まれに発熱、咳嗽、呼吸困難、胸部 X 線異常、好酸球增多等を伴う間質性肺炎、 PIE 症候群等があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の 投与等の適切な処置を行うこと。



■効能・効果 ○下記疾患の胃粘膜病変(びらん,出血,発赤,

浮腫)の改善 急性胃炎、慢性胃炎の急性増悪期 ○胃潰瘍

DIRECT ACTION ON STOMACH MUCOSA PRIMICIO BE (FIRE)



胃粘膜防御機構增強 胃炎·胃潰瘍治療剤

ウルクート カプセル 塩酸ベネキサート ベータデクスカブセル

■用法・用量 通常,成人には塩酸ベネキサート ベータデク スとして,1回400mg(2カプセル)を1日2回朝食後及び就寝前に 経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減する。 用上の注意 ●一般的注意 胃炎に対して胃粘膜病変(び らん、出血、発赤、浮腫)の改善がみられない場合、長期にわた って漫然と使用すべきでない。 ②禁忌(次の患者には投与 しないこと) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人[「❻ 妊婦への投与」の項参照〕 ●慎重投与(次の患者には慎重 に投与すること) (1)血栓のある患者(脳血栓,心筋梗塞,血 栓性静脈炎等)[in vitroで抗プラスミン作用が報告されている。] (2)消費性凝固障害のある患者[in vitroで抗プラスミン作用が 報告されている。] ❹副作用(まれに: 0.1%未満,ときに: 0.1~5%未満,副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)消化 器 まれに口渇、悪心・嘔吐、腹部不快感・膨満感、また、ときに 便秘,下痢があらわれることがある。 (2)肝臓 ときにGOT. GPTが軽度に上昇することがある。 (3)皮膚 ときに瘙痒感、 発疹があらわれることがあるので、このような症状があらわれた 場合は投与を中止すること。 (4)精神神経系 ときに頭痛、 頭重感があらわれることがある。 (5)その他 まれに浮腫、また、 ときに胸部絞扼感、浮遊感、菌がうく感じの症状があらわれるこ 能が低下しているので慎重に投与すること。 ⑥妊婦への投 ラット(Wistar系),ウサギにおける器官形成期投与試験に おいて催奇形作用の報告はないが、ラット(SD系)で臨床用量 の150倍(2000mg/kg)投与により催奇形作用が報告されてい るので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与し ないこと。 ●小児への投与 小児に対する安全性は確立 していない。(使用経験がない。)

■薬価基準収載

[資料請求先]塩野義製薬株式会社 製品部 ウルグート係 〒553 大阪市福島区鷺洲5丁目12-4

'96.8.作成B52 ®:登録商標



Patient-Friendly

安心を、沢井製薬がお約束します。 なによりも患者さんのために。

経済性をお約束します。

私たちの主な製品は、患者さんの薬価負担を2割~6割 軽減します。同時に国の医療費の節減に貢献します。

高品質をお約束します。

私たちの製品は、高品質です。 もちろん、より一層の品質の向上を目指しています。



医薬情報をお約束します。

私たちは、製品情報概要をはじめ、緊急安全性情報、インタビューフォーム、配合変化表等、 医薬品の適正使用に欠かせない情報を迅速に提供しています。

製剤工夫をお約束します。

私たちは、患者さんに一層やさしい製品を提供するため、積極的な製剤工夫をおこなっています。

製剤工夫例

VB 1 *2 *6 * 12 配合剤

●ビタダン錠

(大きいカプセルを飲みやすい小型腸溶性有核錠に工夫)

ケトプロフェンプラスター剤

●リフェロン

(パップ剤を薄くて軽いプラスター剤に工夫)

●カンメックスドライシロップ(錠剤を高齢者用ドライシロップ剤に工夫)

セフェム系抗生物質 ●セフサン DS250 (味の良い高単位抗生物質)

持続性狭心症治療剤

●サワドールテープ (積水化学と共同開発した徐放性デ

高品質と安定供給の源 最新鋭のハイクリーン工場





三田工場



メディサ新薬九州工場 (全額出資)



位を週1回筋肉内注射する。

■使用上の注意/1.一般的注意(1)本剤の適用にあたっては、厚生省「老人性 骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」の診断基準(骨量減少の有 無、骨折の有無、腰背痛の有無などの総合による)等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立した患者を対象とすること。 (2)本剤はポリペプチド製剤であり、ショック 症状を起こす可能性があるので、アレルギー既往歴、薬物過敏症等について十分 な問診をすること。(3)ラットに1年間大量皮下投与した慢性毒性試験において、 下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告があるので、長期にわたり漫 然と投与しないこと。

2.禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤の成分に対し過敏症の既 往歴のある患者

3.慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)発疹(紅斑、膨疹等)等の過 敏症状を起こしやすい体質の患者 20気管支喘息又はその既往歴のある患者 [端息発作を誘発するおそれがある。] 4.相互作用 併用に注意すること ビスホ スホン酸塩系骨吸収抑制剤(パミドロン酸ニナトリウム)[血清カルシウムが急速 に低下するおそれがある。] 5.副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未 満、副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)重大な副作用 1)ショック まれにショッ クを起こすことがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。2)テタニー 低カルシウム血症性テタニーを誘発することがあるので、症状があらわれた場合には投与を中止し、注射用カルシ ウム剤の投与等適切な処置を行うこと。3)喘息発作まれに喘息発作を誘発す ることがあるので、観察を十分に行い、症状があらわれた場合には投与を中止し、 適切な処置を行うこと(「3.慎重投与」の項参照)。(2)その他の副作用 1)過敏症 発疹、じんま疹等があらわれた場合には投与を中止すること。 2)循環器 ときに 顔面潮紅、熱感、胸部圧迫感、動悸、また、血圧上昇、血圧低下があらわれること 3)消化器 ときに悪心、嘔吐、食欲不振、口内炎、また、まれに腹痛、下 痢、口渇、胸やけ等があらわれることがある。4)神経系 ときにめまい、ふらつき、 まれに頭痛、耳鳴、視覚異常(かすみ目等)があらわれることがある。 5) 肝臓 まれ にGOT、GPTの上昇があらわれることがある。6)電解質代謝 まれに低ナト リウム血症、また、低リン血症があらわれることがある。7)注射部位 ときに疼

等)、発熱、悪寒、脱力感、全身倦怠感があらわれることがある。6.高齢者への投 与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので用量に注意すること。7.妊 婦・授乳婦への投与(1)妊婦・授乳婦への投与に関する安全性は確立していない ので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び授乳中の婦人には治療上の 有益性が危険性を上まわると判断される場合にのみ投与すること。②動物実験 で、本剤を妊娠中及び授乳中の母体に投与すると、乳汁分泌量が減少し、新生仔 の体重増加の抑制が認められたとの報告がある。 (目動物実験で、本剤を妊娠末期の母体に静脈内投与すると、血清カルシウムの急激な低下、テタニー様症状の 発現が認められたとの報告がある。8.小児への投与 未熟児、新生児、乳児、幼 児又は小児に対する安全性は確立していない(使用経験が少ない)。9.適用上の 注意(1)筋肉内注射時:筋肉内注射にあたっては、組織・神経等への影響をさけ るため、下記の点に配慮すること。1)神経走行部位をさけるよう注意すること。 2)繰り返し注射する場合には、例えば左右交互に注射するなど、注射部位をかえ て行うこと。3)注射針を刺入したとき、激痛を訴えたり、血液の逆流をみた場合 には、直ちに針を抜き、部位をかえて注射すること。 ②アンブルカット時: 本品は ワンポイントアンブルであるが、アンブルのカット部分をエタノール綿等で清拭し てからカットすることが望ましい。 10.その他 ラットに1年間大量皮下投与した慢 性毒性試験において、下垂体腫瘍の発生頻度の増加がみられたとの報告がある。 *その他の詳細については、添付文書をご参照ください。



製造発売元

旭化成工業株式会社

大阪市北区堂島浜一丁目2番6号 資料請求先 医薬学術部:東京都港区芝浦4丁目5番13号



発酵法により得られた ヒアルロン酸ナトリウム製剤です。 ディスポーザブル注射筒に充填した キット製剤です。

関節機能改善剤



Hyaios : ヒアルロン酸ナトリウム 関節内注射液

●使用に際しては、添付文書をよくご覧ください。

資料請求先 (1997.1作成)

販売 マルホ株式会社

製造 株式会社 資生堂 東京都中央区銀座7丁目5-5

大阪市北区中津1丁目5-22

Healthy Bone, Beautiful Life



骨粗鬆症治療剤

ノフラボン錠)

効能·効果

骨粗鬆症における骨量減少の改善

用法·用量

通常、成人には1回1錠(イブリフラボンとして200mg)を1日3回食後経口投与。年齢、症状により適宜増減。

一般的注意

(1)本剤は骨粗鬆症における骨量減少の改善剤であり、その適用にあたっ ては、厚生省「老人性骨粗鬆症の予防及び治療法に関する総合的研究班」 の診断基準(骨量減少の有無、骨折の有無、腰背痛の有無などの総合による) 等を参考に、骨粗鬆症との診断が確立した患者を対象とすること。なお、 必要に応じ腰背痛に対する適切な治療を併用すること

(2)本剤は高齢者に長期にわたって投与されることが多い薬剤であるので 投与中は患者の状態を十分観察し、消化器症状等の副作用があらわれた 場合には適切な処置を行うこと

2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

(1)消化性潰瘍又はその既往歴のある患者[消化性潰瘍、胃腸出血等が発 理又は悪化する可能性がある。〕

3 相互作用

併用に注意すること

(1)エストロジェン(女性ホルモン)製剤[卵巣摘出動物にエストロンと本 剤を併用投与した場合、エストロンのエストロジェン作用を増加させる との報告がある。] (2)テオフィリン[テオフィリンの血中濃度を上昇さ せるとの報告があるので、テオフィリンを減量するなど慎重に投与する こと。] (3)クマリン系抗凝血剤の作用を増強させるとの報告があるので、6. 妊婦・授乳婦への投与 クマリン系抗凝血剤を減量するなど慎重に投与すること。] (1)妊娠中の投与に関す

4. 次の副作用があらわれることがある まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞なし:5%以上または頻度不明 (1)重大な副作用

■ご使用に際しては、添付文書をご参照ください。

1)消化性潰瘍、胃腸出血:まれに消化性潰瘍、胃腸出血等を発現又は悪 化させることがあるので、このような症状がみられた場合には本剤の投 与を中止し、適切な処置を行うこと。また、消化性潰瘍又はその既往歴 のある患者には慎重に投与すること。(2)黄疸:まれに黄疸、観察を十分 に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行

(2)その他の副作用

(1)過敏症:ときに発疹、瘙痒等、このような場合には投与を中止。 (2)消化器;ときに悪心・嘔吐、食欲不振、胃部不快感、胸やけ、胃痛、腹痛、 下痢、便秘、口内炎、また、まれに口渇、舌炎、味覚異常 腹部膨満感、 等。(3)精神神経系:ときにめまい、ふらつき、また、まれに頭痛等。

(4)血液:まれに顆粒球減少、また、ときに貧血等。(5)肝臓:ときにGOT、 GPT、AL-P、LDHの上昇、また、まれに γ -GTPの上昇等。(6)腎臓:まれにBUN、クレアチニンの上昇。(7)その他:まれに女性化乳房、この 症状があらわれた場合には投与を中止。また、ときに倦怠感、浮腫、ま まれに舌・口唇のしびれ等。

5 高齢者への投与

高齢者には慎重に投与すること(「一般的注意」の項参照)。

(1)妊娠中の投与に関する安全性は確立していないので、妊婦又は妊娠し ている可能性のある婦人には治療上の有益性が危険性を上まわると判断 される場合にのみ投与すること。(2)動物実験で母乳中へ移行することが 報告されているので、授乳中の婦人には慎重に投与すること。

(本剤はCHINOIN, Budapest, HUNGARYの許諾に基づき製造)

OSTEN®■薬価基準:収載

(資料請求先) 武田薬品工業株式会社

〒541 大阪市中央区道修町四丁目1番1号 (1995-9: Ost B51-15)

進化したHMG-CoA還元酵素阻害剤

助け代バス®銀5

(シンバスタチン錠)

◎優れた血清脂質改善作用

通常用量(5mg)で平均20%を超える総コレステロールの低下率が 認められています。

◎1日1回1錠投与 森の投与がより効果的です。 ◎標的療法

全身への移行はわずかです。

◎副作用発現頻度は4.45%(410/9,220例)

主な副作用は消化器症状、CPK上昇、GOT上昇、GPT上昇でした。

本剤の適用にあたっては、あらかじめ高脂血症治療 の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血 圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽 減等も十分考慮すること。

本剤は、厚生省告示第111号(平成6年3月29日付)により1回30日間分投薬が認められています。



【使用上の注意】 <抜粋>

1. 一般的注意 本剤の適用にあたっては、次の点に十分に留意すること。(1)適用の前に十分な検査を実施し、高脂血症、家族性高コレステロール血症であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。本剤は高コレステロール血症が主な異常である高脂血症によく反応する。(2)あらかじめ高脂血症治療の基本である食事療法を行い、更に運動療法や高血圧・喫煙等の虚血性心疾患のリスクファクターの軽減等も十分考慮すること。(3) 投与中は血中脂質値を定期的に検査し、治療に対する反応が認められない場合には投与を中止すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- (1) 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) 重篤な肝障害のある患者 [本剤は主に肝臓において代謝され、作用するので肝障害を悪化させるおそれがある。]
- (3) 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人及び 授乳婦(「妊婦・授乳婦への投与」の項参照)

3. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)(1)アルコール中毒者、肝障害又はその既往歴のある患者 [本剤は主に肝臓において代謝され、作用するので肝障害を悪化させるおそれがある。](2)重篤な腎障害又はその既往歴のある患者 [横紋筋融解症の報告例の多くが腎機能障害を有する患者であり、また、横紋筋融解症に伴って急激な腎機能の悪化が認められている。](3)フィブラート系薬剤(ベザフィブラート等)、免疫抑制剤(シクロスポリン等)、ニコチン酸を投与中の患者 [横紋筋融解症があらわれやすい。](「相互作用」の項参照)

4. 相互作用 併用に注意すること (1) クマリン系抗凝血剤 (ワルファリン等) [抗凝血作用がわずかに増強したとの報告がある。] (2) フィブラート系薬剤 (ベザフィブラート等)、免疫抑制剤 (シクロスポリン等)、ニコチン酸 [筋肉痛、脱力感、CPK上昇、血中及び尿中ミオグロビン上昇を特徴とし、急激な

腎機能悪化を伴う横紋筋融解症があらわれやすい。]

5. 副作用(まれに:0.1%未満、ときに:0.1~5%未満、副詞な し:5%以上又は頻度不明) (1) 重大な副作用 1) 横紋筋融解 症、ミオパシー:筋肉痛、脱力感、CPK L昇、血中及び尿中ミ オグロビン上昇を特徴とする横紋筋融解症があらわれ、これに 伴って急性腎不全等の重篤な腎障害があらわれることがあるの で注意すること。また、まれにミオパシーがあらわれることが あるので、広範な筋肉痛、筋肉圧痛や著明なCPKの上昇があら われた場合には投与を中止すること。2) 肝炎・黄疸:まれに 肝炎、黄疸があらわれることがあるので、定期的に検査を 行うなど観察を十分に行い、異常が認められた場合には投 与を中止し、適切な処置を行うこと。(2)重大な副作用(外 国症例) 外国において末梢神経障害が報告されている。また、ル ープス様症候群、血管炎等を含む過敏症候群が報告されている。 6. 妊婦・授乳婦への投与 (1) 妊娠中の投与に関する安全性は 確立していないので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人 には投与しないこと。なお、ラットでシンバスタチンの活性代謝 物(オープンアシド体)及び他のHMG-CoA還元酵素阻害剤の 大量投与で胎児の骨格奇形が報告されている。(2)ラットで乳 汁中への移行が観察されているので、授乳中の婦人には投与し ないこと。

[効能・効果]、[用法・用量]、その他の[使用上の注意] 等については、製品添付文書をご参照ください。



南 萬有

萬有製薬株式会社

〒103 東京都中央区日本橋本町2-2-3

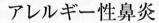
04-97ZCR96-J-6710J

96.5

腰痛症 頸肩腕症候群 症候性神経痛



皮膚疾患(湿疹・ 皮膚炎、蕁麻疹) に伴う瘙痒





疼痛性・アレルギー性疾患治療剤

®ローズモリレケ"ン注

(組成)

1管(3ml)中 FN原液「フジモト」3.0ml(ワクシニアウイルス接種家兎炎症皮膚抽出液3.6単位)

〔効能・効果〕

腰痛症、頸肩腕症候群、症候性神経痛、皮膚疾患(湿疹・皮膚炎、蕁麻疹)に伴う 瘙痒、アレルギー性鼻炎

〔用法・用量〕

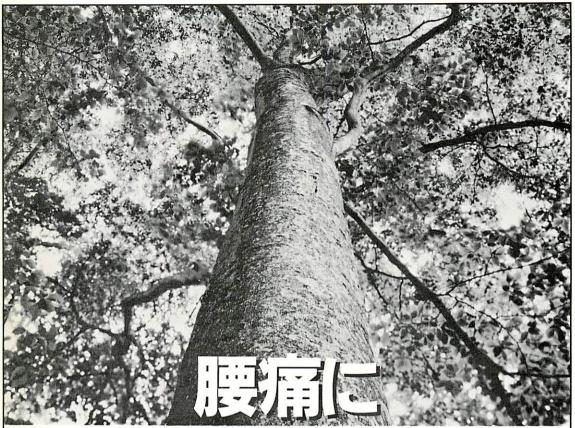
通常成人1日1回3mQ(1管)を皮下、筋肉内又は静脈内に注射する。 なお、年齢、症状により適宜増減する。

禁忌(次の患者には投与しないこと) 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者 [使用上の注意]等、詳細は添付文書をご参照ください。

製造発売元 # 株フジモト・ダイアグノスティックス

販売元 一 藤本製薬株式会社

[資料請求先] 藤本製薬株式会社 医薬情報室 〒100 東京都千代田区丸の内1丁目1番1号(パレスビル) TEL 03-3213-3824



疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿量減少または多尿で時に口渇がある場合

エキス顆粒(医療用)

- ●比較的体力の低下した人あるいは老人で、腰部および下肢の脱力感、 冷え、しびれ、排尿異常(特に夜間頻尿)を訴える場合に適用されます。
- ●腰部脊柱管狭窄症、変形性脊椎症、骨粗鬆症などによる『腰痛』を

1) 大萱 稔·他:和漢医薬学会誌, 3, 3, 350, 1986 2) 中村哲郎·他:老化と疾患, 2, 8, 1775, 1989 3) 高岸直人:老化と疾患, 4, 3, 389, 1991 4) 大萱 稔:PTM, 6, 13, 2, 1993

効能·効果

疲れやすくて、四肢が冷えやすく尿 量減少または多尿で時に口渇がある 次の諸症:下肢痛、腰痛、しびれ、 老人のかすみ目、かゆみ、排尿困難、 頻尿、むくみ

用法·用量

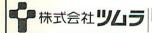
通常、成人1H7.5gを2~3回に分割 し、食前又は食間に経口投与する。 なお、年齢、体重、症状により適宜 増減する。

使用上の注意(全文記載)

1. 一般的注意 他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。 剤との併用には、特に注意すること。 2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること 2. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること) (1)体力の充 剤との併用には、特に注意すること。 2. 慎重按与(次の患者には慎重に按与すること) (1)体力の充実している患者[副作用があらわれやすくなり、その症状が増強されるおそれがある。] (2)替がりで、のほせが強く、赤ら顔の患者に体充症、のぼせ、舌のしびれ、悪心等からわれることがある。] (3)著しく胃腸の虚弱な患者[食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。] (4)食欲不振、悪心、嘔吐のある患者[これらの症状が悪化するおそれがある。] 3. 副作用(まれに、0.1%未満、ときに、0.1~5%未満、副詞なし:5%以上又は頻度不明) (1)過敏症:発疹、発赤、瘙痒等の過敏症状があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投身を中止すること。 (2)消化器:食欲不振、胃部不快感、悪心、嘔吐、腹痛、下痢、便秘等があらわれることがある。 (3)その他:心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ等があらわれることがある。 (3)その他:心悸亢進、のぼせ、舌のしびれ等があらわれることがある。 (5)・妊婦への投与 中他に高齢者では生理機能が低下しているので凍骨するなど注意すること。 5. 妊婦への投与 一般に高齢者では生理機能が低下しているので減量するなど注意すること。 5. 妊婦への投与 妊

サー酸に高齢者とは主発療能が低下しているので減量するなど注急する 競中の投与に関する安全性は確立していないが、本剤に含まれるゴシツ、 ボタンビにより流星産の危険性があり、また修治プシ末の制作用があら われやすくなるので、妊婦又は妊娠している可能性のある婦人には投与 しないことが望ましい。 6. 小児への投与 本剤には修治プシ末が含ま れているので、小児には慎重に投与すること。 (平成7年9月改訂)

*組成、取扱い上の注意等は添付文書をご覧下さい。



株式会社 リムラ 資料請求 弊社MR(医薬情報担当者),または下記住所宛ご請求下さい。

●本社:〒102 東京都千代田区二番町12番地7 ☎03(3221)0001(代)