

巻 頭 言

『飽食暖衣』

札幌中央病院 荒 川 浩

私の外傷，なかんずく骨折治療との出会いは昭和38年春，美唄労災病院での住み込み修行に近い1年間であったと思っている．周辺の病院からの偽関節，変形治癒と拘縮の症例も多く，内固定金属も国産のエガース・プレート，V型 Küntscher 釘（開放して逆行性に刺入）など術後はギプス固定が当然の時代で，専ら手術の“足持ちと外回り”で大学と同様ゴム手袋は当らず，軍手をはめて“技は見て盗め”の毎日であった．

北大に戻って間もない頃，故島教授の Austin-Moore 型単純人工骨頭（Hawmedica 製）置換の第一例目で，5～6万円もする人工骨頭を手にした時の緊張を今も鮮明に覚えている．当時は洒落たテンプレート等もなく，内固定材料は一組しか用意されず一発勝負が当たり前で，術前に術後の完成図を正確に作図する必要があった．精々4方向のX線像から骨折の状態を頭の中で組み立て，限られた内固定材料で手術が行われた時代であった．

その後外科用イメージ，可撓性髓腔リーマーの導入，リーミングを前提としたクローバー型閉鎖性髄内釘，“骨折の primary healing”を掲げAOの手術器械が一世を風靡して術後の外固定は不要となった．

国産瑞穂クローバー型直線釘を患者の骨に合わせて彎曲させたり，横止めスクリューの穴を開けたりもした．AOのプレートを切ったり捻ったり，Y型に加工したりして自分だけの anatomical plate を術前に用意することも日常茶飯事であった．

それから約20年経って，横止め髄内釘は骨幹部から関節周辺の骨折にも適応が拡大し，四肢の骨格に合わせ anatomical bone plate が用意され，更に MIPO，Locking plate の術式が加わり，夫々のシステムに医療機器メーカーが競って改良した（亜流？）製品をフルサイズ揃った見事な器械セットで売り込んでいる．百花繚乱の市場から溢れ出る情報は若手外科医にとっては極めて魅力的で，売り手は手術室まで侵入して手技を会得していない執刀医にレーザーポインターで段取りを教えてくれるサービス振りと聞く．

しかもこれ等は早晚抜去される運命にも拘わらず高価なチタン合金製で，技術料の数倍の材料費はメーカーの懐に入る．保険診療の審査で高額医療のレセプトの殆どがこれに当たり，財政難に喘ぐ国の医療費を圧迫し，健康保険の診療報酬は次第に逓減され，結局医師が自分で自分の首を絞めている構図となっている．

新しい高額機材に無批判に飛びつき，他に先んじて発表して自己満足している風潮に歯止めはもう利かないのだろうか．工夫と経験を重ねながら腕を磨いてきたつもりのお老外科医の嘆きは消えない．