

大腿骨頸部骨折に仙骨部褥瘡を合併したため 治療方針に難渋した症例

札幌徳洲会病院 整形外科外傷部 成 田 有 子 畑 中 涉
井 畑 朝 紀 平 山 傑
橋 本 功 二 高 橋 信 行
倉 田 佳 明 磯 貝 哲

Key words : Femoral Neck Fracture (大腿骨頸部骨折)
Infection (感染)
Girdlestone operation (Girdlestone 手術)

要旨：大腿骨頸部骨折の治療は観血的治療が第一選択であるが、股関節近傍に皮膚のトラブルが存在するとインプラントを挿入する手術はためらわれる。今回我々は大腿骨頸部骨折に仙骨部褥瘡を合併し治療に難渋した症例について報告する。68歳、女性、自宅で転倒し受傷。約20日後に救急搬送された時点で、仙骨部に直径15cmほどの褥瘡を形成しており、X線上 Garden stage IVの右大腿骨頸部骨折を認めた。不顕性の骨髄炎合併も考慮し褥瘡治療後に骨折治療を行う方針とした。褥瘡に対し大殿筋膜皮弁施行し、創治癒後に人工骨頭挿入術を計画したが股関節内に感染徴候を認め、Girdlestone 手術とした。術後2ヵ月で歩行器歩行可能となった。感染を合併した大腿骨頸部骨折に対して Girdlestone 手術を行った報告が散見されており、良好な結果となっている。Girdlestone 手術を行うことも一つの選択肢として有用であると考えられる。

はじめに

大腿骨頸部骨折患者は高齢社会の今日、増加の一途をたどっており今後も発生数は増加すると予測されている。大腿骨頸部骨折の治療は観血的治療が第一選択であるが、股関節近傍に皮膚のトラブルが存在するとインプラントを挿入する手術はためらわれることがある。今回我々は、大腿骨頸部骨折に仙骨部褥瘡を合併し、治療に難渋した症例について報告する。

症 例

68歳、独居女性。自宅で転倒し右股関節痛があったが病院受診を拒否し放置していた。臀部の疼痛も出現し次第に増強したため、受傷から約20日後に救急搬送となった。既往歴は3年前

に喉頭癌で放射線治療が行われており、また診断はされていないが認知症合併を認めた。初診



図-1 初診時外観

時、仙骨部に直径10cmほどの皮膚壊死部があり、皮下ポケットを含めると褥瘡の大きさは直径15cmであった（図-1）。X線上、右大腿骨頸部骨折 Garden stage IVを認めた（図-2）。Garden stage IVのため一般的には人工骨頭挿入術の適応であったが、仙骨部の不顕性の骨髄炎合併も考慮し、褥瘡治療後に骨折治療を行う方針とした。来院翌日に仙骨褥瘡部のデブリードマンを施行（図-3）。デブリードマン後3



図-2 初診時単純X線正面像



図-4 デブリードマン後3週時



図-5 皮弁術後

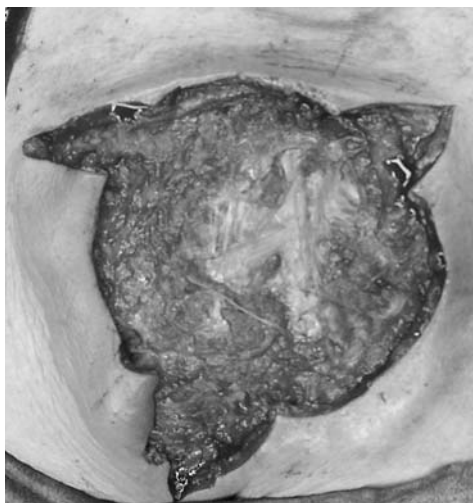


図-3 仙骨部褥瘡デブリードマン後



図-6 受傷後2ヵ月時単純X線正面像

週目の時点で、褥瘡部は感染徴候無く肉芽形成良好で（図-4）、大殿筋膜皮弁を施行した（図-5）。術後創部表層感染を起こしたが、洗浄・デブリードマンを行い、皮弁は無事生着した。創部の培養からはMRSAが検出されたが、表層感染であったためVCMは使用しなかった。受傷後2ヵ月目のX線にて、骨頭が融解し変形しているのを認めた（図-6）。この時点では特に感染徴候は認めていなかったことや認知症のため患肢をかなり動かしていたことから、骨折部の摩擦が原因であると考えていた。褥瘡が治癒したことより、人工骨頭置換術による骨折治療を行うことを予定したが、大腿骨転子部を骨切りすると膿様の浸出液が漏出したため感染が残存していると判断し、Girdlestone手術に変更した（図-7）。術後2ヵ月で股関節屈曲45°、伸展20°、外転15°、内転45°、内旋-10°、外旋45°、脚長差7cmである。脚長差による跛行や運動時痛を訴えるものの、補高装具を用い歩行器歩行可能である。

考 察

大腿骨頸部骨折の治療は可及的早期の手術と早期離床が基本方針となり、2005年の日整会ガイドラインによるとGirden分類Ⅰ・Ⅱの非転位型に対しては骨接合、Ⅲ・Ⅳの転位型に対しては人工物挿入術が推奨されている⁴⁾。今症例ではGirdenⅣのため人工物挿入が適応であるが、感染の可能性が高くGirdlestone手術を選択した。

Girdlestone手術とは、1928年に股関節感染症治療として発表された方法である²⁾。2000年



図-7 Girdlestone手術後単純X線正面像

には福田らが高齢者の大腿骨頸部骨折治療として、また2002年には中田らが股関節術後合併症に対する治療としてGirdlestone手術を行った報告をしており、どちらも良好な結果となっている^{1,3)}。本症例は、寝たきり患者ではなかったが股関節部の感染が危惧され人工物挿入はためらわれた。脚長差による跛行や荷重時の若干の疼痛は残存するものの、補高装具を用い歩行器補助下による歩行は可能であり感染兆候や新たな褥瘡を認めていない。このような症例の場合、関節機能の再建にこだわることなくGirdlestone手術を行うことも一つの選択肢として有用であると考え。我々は今後も各々の症例に応じて手術の適応を決めていかねばならない。

文 献

- 1) 福田昇司ほか：高齢者大腿骨頸部骨折の治療法としてのGirdlestone手術。中部整災誌 2000；43：129-130.
- 2) Girdlestone GR. : Acute pyogenic arthritis of the hip. An operation giving free access and effective drainage. Lancet 1943；1：419-421.
- 3) 中田 昭ほか：股関節術後合併症に対するGirdlestone変法の検討。中部整災誌 2002；45：

217-218.

- 4) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会. 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2005.

ほっと ぷらぎ

膝関節内注入の私の工夫

どこの診療所でも変形性膝関節症に対する関節内注射（関注）は最も多い外来処置の一つであろう。主にはヒアルロン酸製剤の注射であるが、時にはステロイド剤もある。ステロイド剤の関注は何と言っても感染を起こしてはならない。前夜風呂に入っていたかく、ディスポ製剤を用いること、消毒をしたらしばらく待つこと（最低10秒、忙しい時にはなかなかこれ以上待てない）、消毒前にアルコール綿球でこするようによく拭くことを心がけている。開業16年間で3回ヒヤツとしたことがあったが、幸い大事には至らなかった。綿球で拭きだしてからかれこれ4年経つが1例もヒヤリは起こっていない。

一方ヒアルロン酸製剤の関注は、関節内に正確に注入しないと強い痛みを起こし、すぐには患者は立って歩けないほどである。とくに粘度の強い高分子ヒアルロン酸製剤は関節内注入の手応えが難しいのでより注意深い指の感触が必要である。針刺入時まず皮膚の抵抗があり、続いて関節包の分厚い抵抗を感知し、それを貫通すればすっと抵抗がなくなるので、関節内に確実にいったことを確信できる。私はその微妙な感触を感知するように、皮膚を貫いたら母指のみでシリンジを押して注入するようにしている。少量注入し、必ず患者に痛みがあるか否か尋ねてから全量注入するようにしている。もし少しでも痛みがあったり抵抗感があれば、強行せずに直ちに皮下まで抜いて、再度入れ直すことにしている。さあ今日も100発100中であることを祈って外来診療を頑張ろう。

麻生整形外科クリニック 麻生 邦一