

神奈川整形災害外科研究会会則 (平成29年10月28日改訂)

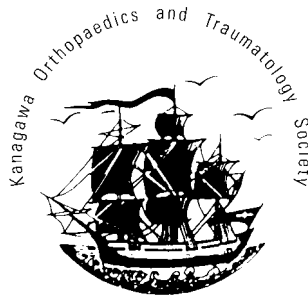
- 第1条 本会は神奈川整形災害外科研究会と称し、その事務局は会長所属の機関に置く。
- 第2条 本会下記事項を目的とする。
- 1) 整形外科災害外科領域における学術技能の向上
 - 2) 学術講演会の開催
 - 3) その他目的達成上必要な事項
- 第3条 本会は次の各項に該当する医師をもって会員とする。
- 1) 日本整形外科学会及び関連学会の会員にして神奈川県内に在勤或いは在住するもの
 - 2) 右以外の者で幹事会において入会を認めたもの
- 第4条 本会の運営のために幹事を置く。その定数は附則にて定める。
幹事の任期は3年とし、次期幹事は幹事会において選出し、総会の承認を得るものとする。
但し再任を妨げない。幹事に欠員を生じた場合も同様の手続きとする。
- 第5条 本会に会長・常任幹事数名および監事2名を置く。会長・常任幹事および幹事は幹事会において選出し総会の承認を得るものとする。
その任期は学術集会10回の期間として再任を妨げない。
- 第6条 会長は本会を代表し、会務を統轄する。
常任幹事は会長を補佐し、会長に事故あるときはこれを代行する。
- 第7条 本会に名誉会員をおく事が出来る。
幹事会の議を経て会長がこれを委嘱する。
- 第8条 1) 会議は定期総会、学術集会、幹事会及び常任幹事会とする。
2) 学術集会は幹事が順次に主催する。
3) 定期総会、幹事会、常任幹事会は会長が招集する。
- 第9条 本会の業務運営上、県内を数地区に分けることが出来る。
- 第10条 本会の会員は年額一定の会費を納入しなければならない。
- 第11条 本会の経費は会費及び寄附金、その他の収入を以て当てる。
- 第12条 本会の会計年度は毎年4月1日より翌年3月31日迄とする。
- 第13条 本会則の変更は総会において出席会員の過半数の同意を必要とする。

附 則

- 第1項 1) 定期総会は毎年1回、神奈川医科学総会と同時期に開催する。
2) 学術集会は概ね年3回とし、各地区が順次に主催する。
3) 特別講演は毎年1回、定期総会がおこなわれる学術集会の際に主催する。
学術集会10回ごとに記念講演として会長所属期間が主催する。
- 第2項 会則第9条の地区は、次の通りとする。
- 第1地区 横浜市
- 第2地区 川崎市
- 第3地区 横須賀市 三浦市 鎌倉市 逗子市 葉山市
- 第4地区 小田原市 藤沢市 平塚市 茅ヶ崎市 秦野市 伊勢原市 南足柄市 中郡
足柄上郡 足柄下郡 愛甲郡
- 第5地区 相模原市 厚木市 大和市 綾瀬市 座間市 海老名市 高座郡 津久井郡
- 第3項 幹事の定数は次の基準による。
- 1) 各地区から10名前後とする。
 - 2) 臨床整形外科医会から2名とする。
- 第4項 会費は年額大学病院300,000円、大学分院100,000円。
上記以外の常任・地区幹事病院40,000円、認定病院20,000円、その他の病院は5,000円とする。
参加費は1回2,000円(個人)とする。日整会研修講演受講料は別とする。
3年間会費未納の施設は退会を命ずることがある。

第168回

神奈川整形災害外科研究会 プログラム・抄録集



2020年2月15日(土)

TKPガーデンシティPREMIUM
横浜ランドマークタワー

当番幹事：平塚共済病院

坂野 裕昭 先生

〒254-8502 神奈川県平塚市追分 9-11

TEL：0463-32-1950

開始時間：開始時間は14：00からとします。

口演時間：一般演題5分，パネルディスカッション8分としますので時間厳守をお願いします。

発表はPCプレゼンテーション（1面映写）のみと致します。

神奈川整形災害外科研究会ホームページ発表される方への注意をお読み下さい。

スライド：単写PCプレゼンテーション

抄録：当研究会ホームページ http://kots.umin.jp/web/meeting_01.htm より研究会当日までダウンロードできますのでご利用ください。

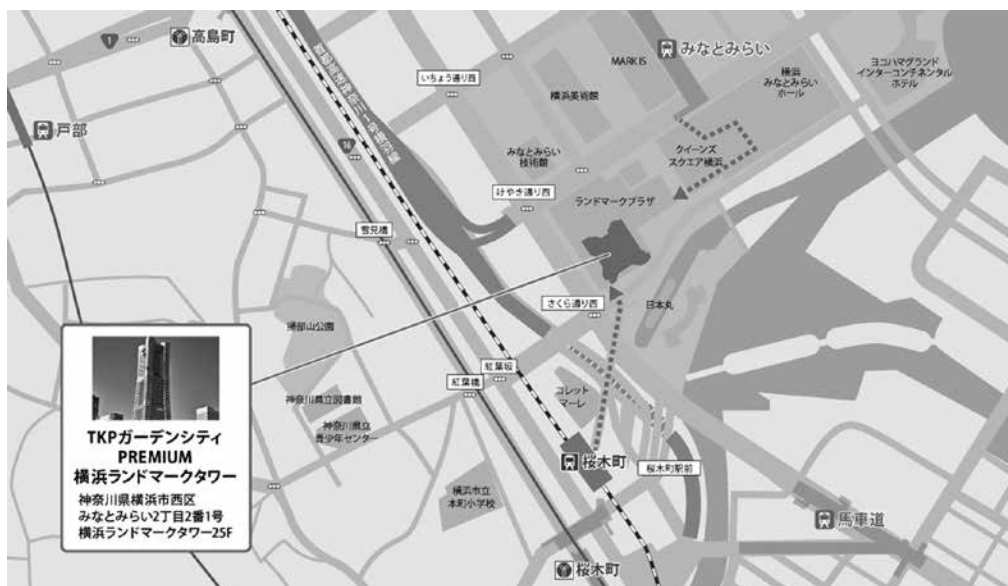
神奈川県医学会雑誌に掲載致します。抄録は特に変更依頼がないかぎり抄録集の原稿のまま掲載致します。

優秀演題賞：* 優秀演題賞を授与いたします。

学会当日の発表内容，質疑応答を含め，総合的に判断し優秀演題1名を決定致します。優秀演題賞の方には，当日プログラムの最後に審査結果を公表し，賞の贈呈を行います。不在の場合には受賞を辞退したとみなし，受賞を取り消し，次点演者を繰り上げ受賞と致します。

参加費：2,000円

今回の会場は，TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜ランドマークタワーです。



次回 第169回神奈川整形災害外科研究会のご案内

開催日時 2020年6月13日(土) 14:00～

会場 TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜ランドマークタワー
神奈川県横浜市西区みなとみらい2丁目2番1号 25F

募集演題 一般演題

パネルディスカッション

テーマ：早期変形性膝関節症の治療

演題締切日 2020年5月2日(土) 必着

インターネット登録

ホームページ <http://kots.umin.jp>

*トップページ 学術集会内「演題応募フォーム」より
ご登録願います。

当番幹事

海老名総合病院

高垣 智紀 先生

〒243-0433 神奈川県海老名市河原口 1320

TEL：046-233-1311

第168回神奈川整形災害外科研究会 プログラム

【一般演題 I】 14:00～14:50

座長 岡崎 敦
(平塚共済病院)

1. 両膝痛を主訴に来院し、IgA 血管炎と診断された1例
茅ヶ崎市立病院 整形外科
○徳永貴子, 加納健司, 中村 航, 丹羽陽治郎, 太田裕彦, 国府秀俊, 村瀬伸哉
2. Closed wedge HTO と Opening wedge HTO における軟骨修復の比較
横浜市立大学 整形外科
○赤松智隆, 熊谷 研, 山田俊介, 子島俊太郎, 荻野剛弘, 外澤正一, 稲葉 裕
3. 手術治療を施行した脛骨 triplane 骨折の5例
相模原協同病院 整形外科
○近藤峻平, 轟木絢貴, 渡辺大樹, 草場洋平, 田辺博宣, 藤井淳平, 柏崎裕一, 荒武正人
4. 非定型大腿骨骨折と類似した大腿骨ステム周囲骨折に対して double plate による骨接合術を施行した1例
横須賀共済病院
○川崎真人, 江畑 功, 安原義昌, 榎本 晃, 増田謙治, 石田 崇, 加藤 塁, 井上雄介, 川島大輔, 榎本大介
5. 外弯の強い非定型大腿骨不全骨折に対して大腿骨外顆前方より逆行性髓内釘を挿入した1例
茅ヶ崎市立病院 整形外科
○中村 航, 丹羽陽治郎, 加納健司, 太田裕彦, 国府秀俊, 村瀬伸哉
6. 骨粗鬆症リエゾンサービスによる腎機能障害を考慮した薬物療法への介入
小田原市立病院 整形外科
○上杉昌章, 居山伊久子, 福岡成美, 栗山淳子, 佐藤隆一, 遠山深雪, 佐藤 駿, 石山映子, 野寄浩司
7. 寛骨臼形成不全に対して関節鏡および棚形成術を施行した1例
横浜市立大学附属市民総合医療センター 整形外科
○郷 真知, 小林直実, 雪澤洋平, 大石隆幸, 高川 修, 辻 雅樹, 東 親吾, 名取修平
横浜市立大学附属病院 整形外科
稲葉 裕

(休憩 10分)

8. 肩関節に発生したびまん型腱滑膜巨細胞腫の1例
東海大学 外科学系整形外科学
○和才志帆, 丹澤義一, 内山善康, 佐藤正人, 渡辺雅彦

9. 胃癌術後9年で発症し急激な転帰をたどった播種性骨髄癌症の一例
川崎市立川崎病院 整形外科
川崎市立川崎病院 検査科
○今本多計臣, 美馬雄一郎, 西村空也, 山之内健人, 堀井千裕, 杉浦 仁, 上田誠司,
小柳貴裕

10. 除圧術および組織診断が治療に有用であった硬膜外原発悪性リンパ腫の1例
藤沢市民病院 整形外科
○吉田沙織, 松尾光祐, 上石貴之, 國谷 洋, 江口英人, 廣富邦仁, 坂井 洋
藤沢市民病院 病理診断科
榎藤俊一
藤沢市民病院 放射線診断科
塚本 浩
横浜市立大学附属病院 整形外科
稲葉 裕

11. 術中トラネキサム酸を使用した思春期特発性側弯症手術において術前自己血貯血は必要か？
聖マリアンナ医科大学 整形外科学講座
○秀島貴博, 赤澤 努, 鳥居良昭, 上野 純, 浅野孝太, 飯沼雅央, 吉田篤弘,
仁木久照

12. 頸椎前方除圧固定術後に陰圧性肺水腫を発症した1例
総合新川橋病院 整形外科
○島田惟弘, 須賀雄一, 吉野仁浩

13. 頸髄症で発症した頸椎椎間関節嚢腫の一例
横浜市立市民病院 整形外科
○金井研三, 中澤明尋, 竹内 剛, 門脇絢弘, 藤巻 洋, 草山喜洋, 井出 学,
金 由梨, 松原譲二

14. 軽微な外傷後に脊髄症を発症した環椎後弓欠損の1例
横浜市立脳卒中神経脊椎センター 脊椎脊髄外科
○近藤直也, 山田勝崇, 小林洋介, 渡邊 太, 小澤祐樹, 齋藤知行

15. 胸椎硬膜内髄外腫瘍摘出術後に遠隔小脳出血を合併した1例
北里大学医学部 整形外科学
○吉澤 泰, 齋藤 亘, 中澤俊之, 井上 玄, 井村貴之, 宮城正行, 白澤栄樹,
高相晶士

(休憩 5分)

【パネルディスカッション】 16:00~17:20

「母指 CM 関節症治療」

座長 坂野裕昭
(平塚共済病院)
座長 勝村 哲
(平塚共済病院)

P-1. 当科における母指 CM 関節症の保存療法と手術療法

北里大学医学部 整形外科

○小沼賢治, 助川浩士, 大竹悠哉, 高相晶士

北里大学病院リハビリテーション部

佐々木秀一

P-2. 当科における母指 CM 関節症に対する関節形成術の変遷

東海大学医学部外科学系 整形外科学

○吉田進二, 柳澤 聖, 小林由香, 渡辺雅彦

国立成育医療研究センター 臓器・運動器病態外科部 整形外科

高木岳彦

伊勢原協同病院 整形外科

齋藤育雄

湘南中央病院

池田全良

P-3. 母指 CM 関節症に対する鏡視下手術の成績

聖マリアンナ医科大学 整形外科学講座

○新井 猛, 村上賢一, 西村 敏, 寺内 昂, 仁木久照

P-4. 母指 CM 関節症に対する鏡視下大菱形骨部分切除術併用 Suture button suspensionplasty において、人工靭帯強度を向上させた新法の開発と成績

平塚共済病院 整形外科・手外科センター

○仲 拓磨, 坂野裕昭, 勝村 哲, 岡崎 敦, 石井克志, 馬場紀行, 佐原 輝,

齋藤桂樹, 高木知香

横浜市立大学 整形外科

稲葉 裕

P-5. 男性の母指 CM 関節症に対する Hybrid suspensionplasty の治療成績

昭和大学横浜市北部病院 整形外科

○川崎恵吉, 酒井 健, 佐野 栞

昭和大学藤が丘病院 整形外科

安田知弘, 新井昌幸, 中村弘毅

昭和大学医学部 整形外科学講座

稲垣克記

優秀演題賞表彰 17:20~17:25

次回 第169回案内

【一般演題 I】 14:00～14:50

座長 岡崎 敦 (平塚共済病院)

一般-1 両膝痛を主訴に来院し、IgA 血管炎と診断された1例

茅ヶ崎市立病院 整形外科

○徳永貴子, 加納健司, 中村 航, 丹羽陽治郎, 太田裕彦, 国府秀俊, 村瀬伸哉

【はじめに】

初診時、両膝関節痛と腰背部腫脹を主訴として整形外科外来を受診し、その後皮膚症状や消化器症状が出現し、IgA 血管炎の診断に至った1例を報告する。

【症例】

4歳男児。特記すべき既往歴なし。主訴、両膝関節痛・腫脹、歩行困難。発症当日、海へ出かけ、1mの高さから何度も砂浜に飛び降りて遊んでいた。その夜から両膝の自発痛を訴えるようになった。2日間自宅で安静にしても改善を認めなかったため、近医整形外科を受診し、当院整形外科へ紹介受診となった。初診時、左右差のない両膝の自発痛・圧痛・腫脹・熱感を認めた。股・膝関節 Xp に明らかな異常所見はなかった。37.7度の発熱、L/D で CRP1.17の軽度上昇を認めた。入院をすすめるも自宅での経過観察を希望され帰宅となった。しかし帰宅後から腰背部腫脹・疼痛が新たに出現したとの訴えがあり、同日夕方(約5時間経過後)に再受診し精査目的で入院となった。CT画像では腰背部と両膝軟部組織の浮腫性変化を認めた。第2病日、新たに下腿に点状の皮下出血散在、左耳朶、左腋窩、手掌、足底に斑状皮下出血を認めた。第3病日朝から腹痛の訴えあり腹部エコーで十二指腸・空腸浮腫状壁肥厚、周囲リンパ節腫大を認めた。関節炎・紫斑・腹痛の所見が揃ったため IgA 血管炎の診断に至った。絶食の上 PSL 1.4mg/kg/day 分3静注を開始した。PSL 開始後、症状は改善を認め経過良好のため第11病日退院となった。

【考察】

IgA 血管炎は免疫複合体を介した白血球破砕性血管炎であり4-6歳がピーク年齢といわれている。一般的には小児科で診断されることの多い疾患であることと、IgA 血管炎としては珍しい腰背部の症状を認めたことから診断に難渋した。膝関節痛や腰背部痛を主訴に受診する小児を診察した際には整形外科的疾患だけでなく IgA 血管炎も含めた内科的疾患も念頭に置く必要がある。

一般-2 Closed wedge HTO と Opening wedge HTO における軟骨修復の比較

横浜市立大学 整形外科

○赤松智隆, 熊谷 研, 山田俊介, 子島俊太郎, 荻野剛弘, 外澤正一, 稲葉 裕

【目的】変形性膝関節症(OA)に対する高位脛骨骨切り術(HTO)後の軟骨修復については Closed wedge (CW) 法や Opening wedge (OW) 法について単独の報告はあるが両者の比較をおこなった報告はない。今回、HTO 後の軟骨修復について OW 法と CW 法で比較検討した。

【方法】OAの診断で OWHTO をおこなった40例45膝(平均年齢64歳)と CWHTO をおこなった36例

45膝（平均年齢65歳）を対象とした。抜釘時に関節鏡にて大腿骨内側顆部の軟骨修復を Stage1: 修復なし, Stage 2: 部分的な修復, Stage 3: 全体的な修復に分類し, 術前 ICRS Grade, 年齢, 性別, BMI, 術後 FTA について調査した。

【結果】立位 FTA は OW 群で術前平均181° から術後平均169°, CW 法で術前平均188° から術後平均169° に変化した。術前 ICRS Grade は, OW 群が Grade2:2膝 (4%), 3:19膝 (42%), 4:24膝 (52%), CW 群が Grade2:0膝 (0%), 3:11膝 (25%), 4:33膝 (75%) に分類された。軟骨修復は, OW 群が Stage1:9膝 (19%), 2:30膝 (66%), 3:6膝 (13%), CW 群が Stage 1:10膝 (22%), 2:29膝 (64%), 3:6膝 (13%) に分類された。軟骨修復の頻度は両群間に有意差はみられなかった。術前 ICRS grade と術後 Stage の関連をみると, grade2では2/0/0, grade3では7/17/6, grade4では7/45/6と, Grade が高いほうが軟骨修復は良好だった。(P<0.05)

【考察】これまで CW 法または OW 法による HTO 後の軟骨朱副の頻度について様々な報告があるが, 今回両者を直接比較した結果では術式による違いはみられなかった。一方, 術式に関係なく, 軟骨変性の進行した症例のほうが修復頻度は良好であった。

一般-3 手術治療を施行した脛骨 triplane 骨折の5例

相模原協同病院 整形外科

近藤峻平, 轟木絢貴, 渡辺大樹, 草場洋平, 田辺博宣, 藤井淳平, 柏崎裕一, 荒武正人

【はじめに】小児脛骨遠位端骨端線損傷の特殊形である脛骨 triplane 骨折は骨端線閉鎖時期に起こる比較的稀な骨折である。今回, 当院で手術治療を施行した5例について良好な成績を得たため報告する。

【対象と方法】2017年2月-2019年9月に当科で手術治療を施行した脛骨 triplane 骨折5例を対象とした。性別は男性4例, 女性1例, 受傷時平均年齢は13.8歳 (11-16歳), 術後平均経過観察期間は6カ月であった。受傷原因はスポーツ外傷が4例, 転落が1例であった。1例は同側の腓骨外果骨折を合併していた。4例は前方アプローチで展開して整復し, cannulated cancellous screw (以下 CCS) 径3.5-4.0mm で固定した。1例は徒手的に整復後, 小皮切を置いて CCS で固定した。

【結果】部分荷重時期は平均術後3.2週, 全荷重時期は平均術後4.4週で開始した。単純 X 線写真上は全例で骨癒合が認められた。日本足の外科学会 足関節・後足部判定基準 (JSSF ankle/hindfoot scale) は平均97.4点であった。

【考察】脛骨 triplane 骨折の治療は徒手整復後, 骨折部の転位が2mm 以上の場合は観血的治療の適応とされ, 2mm 以上の転位が残存する場合は足関節内外反変形や変形性足関節症が発生したと報告される。自験例では手術治療によって良好な整復位が得られたため, 現時点では良好な治療成績が得られたと考えられる。また, 術後の深腓骨神経障害の報告があり, 当科でも前方アプローチを施行した1例で術後4カ月の母趾底背屈の障害を認めた。

【結語】脛骨 triplane 骨折5例を経験し, 手術治療で解剖学的整復をおこない, 良好な成績を得た。

一般-4 非定型大腿骨骨折と類似した大腿骨ステム周囲骨折に対して double plate による骨接合術を施行した1例

横須賀共済病院

○川崎真人, 江畑 功, 安原義昌, 榎本 晃, 増田謙治, 石田 崇, 加藤 壘,
井上雄介, 川島大輔, 榎本大介

【はじめに】大腿骨ステム周囲骨折はアメリカ骨代謝学会 (ASBMR) による非定型大腿骨骨折 (AFF) の診断基準から除外されている。今回われわれは、ビスフォスホネート (BP) 製剤長期内服患者に生じた AFF と類似した大腿骨ステム周囲骨折の1例を経験したので報告する。

【症例】90歳女性, 19年前に右変形性股関節症に対して人工股関節置換術を施行され, 12年間の BP 製剤内服歴があった。屋外で転倒受傷され, Vancouver 分類 type B1のステム周囲骨折の診断で近医より当院紹介となった。単純 X 線上, 大腿骨骨幹部ステム遠位端の完全横骨折で, 骨折部の外側骨皮質に限局性の肥厚を認めた。ASBMR 診断基準の大特徴5項目をすべて満たしており, AFF と類似した大腿骨ステム周囲骨折と考え, 受傷7日目に double plate による骨接合術を施行した。大腿骨外側に Zimmer Biomet 社の NCB プレート, 大腿骨前方に1/3円ロッキングプレートを用いた。術後は低出力パルス超音波 (LIPUS) を使用し, 4週間の免荷の後に部分荷重を開始し, 術後10週で全荷重とした。術後4カ月を経過した現在は, つたい歩き可能であり, 外来通院中である。

【考察】AFF と類似した大腿骨ステム周囲骨折の症例報告は散見されるが, 偽関節, プレート折損などの術後合併症も報告されている。Vancouver 分類 type B1のステム周囲骨折に対しては, 外側の single plate より, 前方に small plate を追加した double plate の方が強固な固定性が得られるとの報告がある。本症例のような骨癒合遷延の可能性のある症例に対しては double plate による骨接合術は有用であると考えられる。

一般-5 外弯の強い非定型大腿骨不全骨折に対して大腿骨外顆前方より逆行性髄内釘を挿入した1例

茅ヶ崎市立病院 整形外科

○中村 航, 丹羽陽治郎, 加納健司, 太田裕彦, 国府秀俊, 村瀬伸哉

【はじめに】

ビスフォスフォネート製剤 (BP 製剤) 使用中に生じる非定型大腿骨骨折 (AFF) は大腿骨彎曲の強い例に多く, 彎曲の強い大腿骨骨折の治療は通常の髄内釘の挿入が難しい例がある。個々の症例に合わせて骨切りをしたり通常と異なるネイルの挿入方法をしている報告もある。今回われわれは逆行性髄内釘の挿入部位を考えて対応したので報告する。

【症例と経過】

81歳女性。3年前より BP 製剤を内服していた。術日3カ月前より外傷なく左大腿痛, 歩行障害があり, 近医にて左大腿骨骨幹部の非定型骨折を指摘され当院紹介となった。CT, MRI で左大腿骨骨幹部の外弯の強い非定型不全骨折を認め, 逆行性髄内釘による観血的整復固定術を施行した。

逆行性髓内釘を用いる場合、通常では顆間窩をネイルの挿入ポイントとするが、外弯の強い場合は髓腔との適合性が問題となる。今回われわれは外顆前方に挿入ポイントを作成し、逆行性髓内釘（Zimmer Phoenix Retrograde Femoral Nail System）を挿入し、髓腔との適合性を得た。術後1日より可及的荷重を許可し、膝関節可動域制限なく術後2週で杖歩行自立、転院となった。

【考察】

外弯の強い非定型大腿骨不全骨折の治療に際し、われわれの用いた方法は治療法の一つの選択肢と考える。

一般-6 骨粗鬆症リエゾンサービスによる腎機能障害を考慮した薬物療法への介入

小田原市立病院 整形外科

- 上杉昌章, 居山伊久子, 福岡成美, 栗山淳子, 佐藤隆一, 遠山深雪, 佐藤 駿, 石山映子, 野寄浩司

【目的】骨粗鬆症リエゾンサービス（以下 OLS）の導入により飛躍的に骨粗鬆症薬導入率が向上した。しかし導入症例は高齢者が多く、腎機能障害を罹患していることも多い。不用意な骨粗鬆症薬投与による腎障害増悪や Ca 代謝異常を来すことが危惧される。今回われわれは腎機能障害に特に注意して多職種による入院症例検討会をあらたに開始したので報告する。

【方法】2016年より OLS を介入した入院患者366例（女282例, 男84例）を対象とした。平均年齢81.3（43-100）歳であった。2018年8月以降多職種による症例検討会を介入した群（Canf 群）107例とそれ以前（非 Canf 群）259例で投薬率および、処方をおこなわなかった理由を比較した。Canf 群では週に1回多職種による症例検討会をおこない、CKD ステージの確認、認知症などアドヒアランスに影響のある因子を症例毎に評価し、主治医に処方薬を推薦した。

【結果】Canf 群において CKD は G3a が22.4%, G3b が15.9%, G4が8.4%であった。入院時の骨粗鬆症薬内服症例は Canf 群で21例19.6%, 非 Canf 群で58例22.4%であった。OLS 介入後がそれぞれ93.4%, 81.3%であり、Canf 群の方が低かった。骨粗鬆症薬を処方されなかった理由として非 Canf 群では全身状態不良が5例（29.4%）と一番多かったが、Canf 群では CKD が11例（55.0%）と一番多かった。

【考察】大腿骨近位部骨折等の地域連携パスに骨粗鬆症薬の処方を組み込むこともあるが、CKD 患者への不用意な投薬がおこなわれる可能性がある。OLS の介入により、より慎重に CKD 症例への骨粗鬆症加療がおこなえる。

一般-7 寛骨臼形成不全に対して関節鏡および棚形成術を施行した1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 整形外科

- 郷 真知, 小林直実, 雪澤洋平, 大石隆幸, 高川 修, 辻 雅樹, 東 親吾, 名取修平
横浜市立大学附属病院 整形外科
稲葉 裕

【はじめに】今回寛骨臼形成不全による関節唇損傷に対して関節鏡下関節唇縫合および棚形成術を施行し良好な術後経過を辿った1例を経験したため報告する。

【症例】52歳，女性。10年前に右股関節痛を自覚し，寛骨臼形成不全の診断。その後保存加療にて経過を見られていたが，数カ月前より安静時痛と跛行が出現し手術加療目的に当院紹介となった。X線検査ではCE角20°，ARO角19°であり明らかな関節裂隙の狭小化はなかった。MRIでは股関節唇や関節軟骨に輝度変化を認め，診断としては寛骨臼形成不全による関節唇損傷および初期変形性股関節症となった。関節温存を希望され，本症例に対し関節鏡下股関節唇縫合術および棚形成術を同時に施行した。鏡視所見として白蓋荷重部の損傷はICRS分類Ⅲであり，関節唇は完全断裂していたためアンカー2本を使用し縫合をおこなった。その後腸骨外板から半層骨を採取し，観血的に関節包前外側の寛骨臼縁に移植し棚形成をおこなった。術後は患肢免荷とし，術後3週から部分荷重を開始し，術後8週で全荷重とした。術後6カ月の時点でフリーハンド歩行可能で疼痛も改善しX線検査では骨吸収もなく経過している。

【考察】寛骨臼形成不全における関節唇損傷は疼痛の発生や変形性関節症の進行に関与する重要な因子であるが，寛骨臼形成不全による関節唇損傷に対して関節鏡下手術のみをおこなうと関節症が増悪すると報告されている。そのため関節温存手術をおこなう際は関節唇と骨形態の両方に対してアプローチをする必要がある。本症例においては比較的高齢で術後の成績不良因子を有していたことから，将来的なTHAへの移行も考慮し，関節鏡下関節唇縫合と棚形成術を施行した。術後6カ月の時点で良好な治療成績であり，今後も経過を追う。

(休憩 10分)

【一般演題Ⅱ】15：00～15：55

座長 馬場紀行（平塚共済病院）

一般-8 肩関節に発生したびまん型腱滑膜巨細胞腫の1例

東海大学 外科学系整形外科

○和才志帆，丹澤義一，内山善康，佐藤正人，渡辺雅彦

【目的】肩関節に発生したびまん型腱滑膜巨細胞腫（diffuse-type tenosynovial giant cell tumor:D-TGCT）の1例を経験したので報告する。

【症例】72歳，女性。1カ月前より右肩関節の挙上制限が出現し，疼痛と腫脹を認めた。近医受診し，関節穿刺により多量の血性関節液を認め，当院紹介受診となった。

当院受診時，右肩関節自動可動域は挙上80°，外転70°，外旋30°，内旋Th10高位。impingement sign陰性，painful arc sign，click sound陽性であった。動作時痛は認めるが，安静時痛や夜間痛は認めなかった。

単純X線では肩峰骨頭間距離の狭小化，上腕肩甲関節に関節症性変化を認め，大結節に一部erosionを認めた。MRIでT1・T2強調画像ともに低～高信号が混在し，造影効果を示す腫瘍性病変を肩関節内にびまん性に認め，大結節部に骨内への浸潤を認めた。さらに棘上筋腱断裂も認めた。

【経過】右肩関節D-TGCTを疑い，関節鏡視下滑膜切除術を施行した。関節内にはびまん性に赤褐色の絨毛状滑膜増生を認めた。上腕骨内の病変は搔爬し，腱板修復はおこなわず滑膜切除術のみ施行し

た。

病理所見では慢性炎症細胞浸潤とヘモジデリンを貪食したマクロファージの集簇像を認め、D-TGCTの診断となった。

術後1年の現在、肩関節可動域は改善し、日常生活に支障はない。

【考察】TGCTは限局型とびまん型に大別され、D-TGCTは良性滑膜増殖疾患である。好発は30~50代、男女差はなく、発生頻度は100万人に約1.8人である。本疾患の75%は膝関節に発症し、肩関節に発生する例は全体の2%未満と非常に稀である。

肩関節D-TGCTは高率に腱板断裂を合併すると報告されており、滑膜切除に加えて、腱板修復をおこなうか否かは議論の余地がある。本症例では腱板修復をおこなわずに除痛とQOLの改善を認めた。また、D-TGCTは術後10年の再発率が約50%に上るとの報告があり、今後も経過観察が必要である。

【結語】右肩関節D-TGCTに対して滑膜切除術のみ施行し、除痛およびQOLの改善が得られた。しかしながら、長期的には再発の可能性があり、経過観察が必要である。

一般-9 胃癌術後9年で発症し急激な転帰をたどった播種性骨髄癌症の一例

川崎市立川崎病院 整形外科

川崎市立川崎病院検査科

○今本多計臣, 美馬雄一郎, 西村空也, 山之内健人, 堀井千裕, 杉浦 仁, 上田誠司,
小柳貴裕

【症例】54歳, 女性。9年前に遠隔リンパ節転移を伴うsStageIIIa (sT3N2M0)の胃癌に対し胃全摘術, 広範囲(D2)リンパ節郭清術, 脾臓全摘, Roux-en-Y再建術を施行された。術後補助化学療法としてTS-1を8コース内服し, 以降も定期検診で再発を指摘されなかった。一カ月前より背部痛が出現し, 徐々に体動困難となったため当院整形外科を受診された。受診時には神経症状は認めなかったが, 採血にてWBC 15510 / μ l, ALP 5310 IU/ml, CRP 17.79 mg/dl, CA19-9 1837 U/mlと異常高値を認め, 腰椎単純X線で多発椎体骨折を認め, 腰椎MRIにて転移性骨腫瘍が強く疑われた。胃癌の転移の可能性を疑い, 当院外科に確認したが, 術後9年間の定期検診で異常が指摘されておらず, 再発・転移は考えにくいとの回答であった。全身CTや上部・下部消化管内視鏡でも原発巣が確認されず, 診断のため脊椎転移巣から骨生検を施行した。その結果, 一部に印環細胞様の腫瘍細胞を有する低分化腺癌の転移を示唆する所見を認め, 胃癌の播種性骨髄癌症と診断された。初診の二カ月後に播種性血管内凝固を併発し, 全身状態が急速に増悪した。患者の強い希望で化学療法をおこなったが, 二日後に急性硬膜下血腫による意識障害が出現した。その後は緩和治療の方針となり, 更に一カ月後に死亡した。

【考察】播種性骨髄癌症は1979年に林らによって提唱された概念で, 長期の無再発期間を経て急激に癌が骨髄に転移し, 血液学的異常を引き起こす疾患であり, 平均生存期間は4.6カ月と予後不良である。約90%は胃癌が原発であるとされるが, 頻度は胃癌切除例の0.3%と極めて稀である。胃癌の既往がある患者においてALPの異常高値を伴う原発不明の多発骨転移を認めた場合は, 例え長期の無再発期間があったとしても本疾患を念頭におく必要があると考えられた。

一般-10 除圧術および組織診断が治療に有用であった硬膜外原発悪性リンパ腫の1例

藤沢市民病院 整形外科

○吉田沙織, 松尾光祐, 上石貴之, 國谷 洋, 江口英人, 廣富邦仁, 坂井 洋,

藤沢市民病院 病理診断科

権藤俊一

藤沢市民病院 放射線診断科

塚本 浩

横浜市立大学 整形外科

稲葉 裕

【はじめに】硬膜外原発悪性リンパ腫 (Primary spinal epidural lymphoma, 以下 PSEL) は, 稀な腫瘍の一つである。今回われわれは, 歩行困難を主訴に来院した PSEL の一例を経験したので報告する。

【症例】47歳男性。主訴は歩行困難であった。初診2カ月前から右側腹部痛が出現し, 徐々に腹部の締め付け感が増悪した。初診の3日前から歩行困難となり, 当院救急外来を受診した。初診時, Th10以下で5/10の感覚低下を認め, 両側深部腱反射が亢進していた。MMT は TA・EHL が4と低下していた。胸椎単純 MRI では, Th9-10レベルに T1強調像で低信号, T2強調像で淡い高信号を呈する硬膜外占拠性病変を認めた。胸椎造影 MRI では, 同レベルで比較的均一な造影効果を認めた。血液検査では明らかな異常はなかった。入院第3病日に両下肢麻痺が進行し, TA・EHL は MMT0に低下したため, 緊急で椎弓形成術と切除生検術を施行した。術中, Th9-10の脊柱管の右背側から腹側にかけて灰白色の腫瘍を認めた。病理学的には, HE 染色で大型の核を有した腫瘍細胞がびまん性に増殖しており, 免疫染色で CD20と CD79 α が陽性, CD3が陰性となり, びまん性大細胞性 B 細胞型リンパ腫の診断となった。術翌日に下肢筋力はすべて MMT5に回復し, 放射線化学療法を施行した。

【考察】整形外科医が日常診療で遭遇する硬膜外腫瘍の多くは転移性腫瘍であるが, 中には硬膜外を原発とする腫瘍もあり, PSEL は硬膜外腫瘍の10%を占めるという報告がある。本症例では, 造影 MRI で内部が均一に造影され, T2強調像と拡散強調像で高信号を呈するという画像上の特徴から悪性リンパ腫またはサルコイドーシスの2つに鑑別疾患が絞られた。これらは手術以外の治療法への感受性が高いため, 手術では除圧と生検を兼ねた可及的な切除を目的とした。術前の画像診断により大きな手術侵襲を回避できる可能性がある。

【結語】硬膜外腫瘍の患者を診察する際には, PSEL が鑑別の一つに挙げられる。

一般-11 術中トラネキサム酸を使用した思春期特発性側弯症手術において術前自己血貯血は必要か？

聖マリアンナ医科大学 整形外科講座

○秀島貴博, 赤澤 努, 鳥居良昭, 上野 純, 浅野孝太, 飯沼雅央, 吉田篤弘, 仁木久照

【目的】

本研究の目的は思春期特発性側弯症（AIS）に対する後方矯正固定術の総出血量（TBL）を算出し、トラネキサム酸（TXA）の有効性と必要な自己血貯血量について検討することである。

【方法】

対象は2010年7月～2019年7月に AIS に対し後方矯正固定術をおこなった女性患者44名である。2017年6月までの TXA 非使用群33名（non-TXA 群）と2017年7月以降の TXA 使用群11名（TXA 群）に分けた。年齢、各カーブの Cobb 角、固定椎間数、手術時間、TBL、必要貯血量、%貯血量について調査した。TBLは循環血液量、術前・術後3日のヘモグロビン値（Hb）とヘマトクリット値、自己返血量・輸血量から Hb Balance 法を用いて算出した。許容出血量は Hb>9g/dl を維持できる出血量とし、必要貯血量は TBL と許容出血量の差とした。%貯血量は必要貯血量が循環血液量に占める割合とした。1回の貯血量は体重50kg 以上の場合は400ml、50kg 未満の場合は400ml×（体重/50kg）とした。TXA は執刀前、以後手術時間が5時間を超える毎に1000mgを静注した。統計学的手法は t 検定、u 検定を用いた。（P 値 <0.05：有意差あり）

【結果】

年齢（TXA 群14.7歳、non-TXA 群14.4歳、P=0.70）、各カーブの Cobb 角（近位胸椎カーブ TXA 群：24.2°、non-TXA 群27.6°、P=0.42、主胸椎カーブ TXA 群：45.5°、non-TXA 群47.1°、P=0.74、腰椎カーブ TXA 群：32.5°、non-TXA 群37.1°、P=0.40）、固定椎間数（TXA 群8.5、non-TXA 群9.1、P=0.49）は両群間に有意差がなかった。手術時間は TXA 群267分、non-TXA 群322分で、TXA 群で有意に短かった（p=0.01）。TBL は TXA 群1139±426ml、non-TXA 群1755±1003ml で、TXA 群で有意に少なかった（p<0.01）。必要貯血量（TXA 群122±593ml、non-TXA 群879±974ml、p<0.01）と %貯血量（TXA 群4.2±19.0%、non-TXA 群30.2±32.9%、p<0.01）はいずれも TXA 群で有意に少なかった。TXA 群において必要貯血量は最大値697ml であり、術前2回 [800ml または800ml×（体重/50kg）] 貯血すれば全例で必要な貯血量を補完できた。

【結論】

本研究により術中 TXA 使用は AIS 後方矯正固定術の TBL は有意に低減させ、その結果自己血貯血量の最大値は697ml であった。TXA を使用すれば、貯血必要回数は2回 [800ml または800ml×（体重/50kg）] で十分である。

一般-12 頰椎前方除圧固定術後に陰圧性肺水腫を発症した1例

総合新川橋病院 整形外科

○島田惟弘，須賀雄一，吉野仁浩

頰椎症性神経根症に対する頰椎前方除圧固定術後に、陰圧性肺水腫を発症した症例を経験したので報告する。

症例は43歳男性 身長173cm 体重122kg 既往歴に睡眠時無呼吸症候群があり CPAP を20年以上装着していた。

頰部痛と右上肢痛・しびれが出現し、近医整形外科で保存加療をおこなっていた。筋力低下が著明になったため当院に紹介となった。初診時所見では、右頰部から手関節にかけての疼痛・しびれがあり上肢の筋力低下は認めなかったが、握力は右8.3kg/ 左59.9kg と左右差を認めた。頰椎症性神経根症

の診断で、C5/6前方除圧固定術を施行した。手術時間169分 出血量24g で手術は問題なく終了し、術中の酸素化は良好であったため通常通り抜管した。抜管後より呼吸苦、咯血、発汗を認め SpO₂ 80% 台まで低下した。酸素投与・マスク換気をおこなっても SpO₂が30% 台まで低下したため再挿管し人工呼吸管理とした。胸部 XP では両肺野に浸潤影があり、胸部 CT では両側肺野にすりガラス影を認めた。ピンク色泡沫状痰が多量にあったこと、心電図は正常であり明らかな心拡大がなかったことから心不全ではなく陰圧性肺水腫と診断し、高度医療センターへ転院となった。

気管支鏡では喉頭部に著大な浮腫状変化を認めていた。High-PEEP での管理をおこない転院翌日には肺水腫の改善を認めたため V-VECMO を離脱した。その後も上気道症状はなく経過し術後9日目に当院に再転院となった。神経症状の悪化や低酸素による脳障害などなく、術後29日目に退院となった。陰圧性肺水腫は吸気努力により胸腔内圧が著明に低下して発症するといわれている。併存疾患として睡眠時無呼吸症候群や気管支喘息、高度肥満、短頸などが挙げられている。本症例でも当てはまる要素が多かった。陰圧性肺水腫は迅速に適切な治療を実施すれば予後良好な疾患であるため、本症例のように抜管後の急速な呼吸不全を生じた場合は本症を常に念頭に置く必要があると思われた。

一般-13 頸髄症で発症した頸椎椎間関節嚢腫の一例

横浜市立市民病院 整形外科

○金井研三, 中澤明尋, 竹内 剛, 門脇絢弘, 藤巻 洋, 草山喜洋, 井出 学, 金 由梨, 松原諒二

椎間関節嚢腫は腰椎で好発し、頸椎では稀である。今回、われわれは頸髄症で発症した C5/6頸椎椎間関節嚢腫の一例を経験したので報告する。

症例は77歳の男性で、三カ月前から徐々に増悪する歩行障害と二カ月前からの両手のしびれを主訴に受診した。初診時は、両側の巧緻運動障害と四肢のしびれ、下肢腱反射亢進と歩行障害を認め、JOA score は8.5点であった。頸椎 MRI では左 C5/6脊柱管内に、被膜は T1T2強調像ともに低信号で、内部は T1強調像で低信号で T2強調像で高信号の腫瘍性病変を認め、ガドリウム造影では辺縁の造影効果を認めた。他、C3/4、C4/5にも硬膜管の圧排像を認めた。左 C5/6頸椎椎間関節嚢腫による頸髄症と診断し、腫瘍摘出と C3-6後方除圧固定術をおこなった。腫瘍組織の最終病理診断は synovial cyst であった。術後両側の巧緻運動障害は早期から改善が見られ、歩行障害も徐々に改善が見られた。術後4カ月の MRI で嚢腫は消失しており、最終観察時は術後6カ月で JOA score は15点に改善し再発なく経過している。

椎間関節嚢腫は組織学的に synovial cyst と ganglion cyst に分類されるが、明確な区別は難しく両者を合わせて juxta-facet cyst と定義されている。発生機序については不明だが、micro trauma や関節包の破綻による滑膜逸脱、脊柱管近傍の組織の粘液変性などの説がある。文献上脊椎椎間関節嚢腫全てで頸椎は5.1%であったと報告され稀であり、C1/2、C7/T1などメカニカルストレスが多い場所に発生しやすいとされている。治療は軽症では保存療法、抵抗する場合と神経症状が重篤な場合は手術療法が考慮される。手術は嚢腫摘出が基本で、固定術の適応は異論があるが、今回はすべり症があり固定術を併用した。

今回、稀である頸椎椎間関節嚢腫の一例を経験し、腫瘍摘出に固定術を併用し短期成績ではあるが

良好な経過を得た。

一般-14 軽微な外傷後に脊髄症を発症した環椎後弓欠損の1例

横浜市立脳卒中神経脊椎センター 脊椎脊髄外科

○ 近藤直也, 山田勝崇, 小林洋介, 渡邊 太, 小澤祐樹, 齋藤知行

72歳女性。旅行先で階段を登っていた際に木の枝が頭部にあたり頸椎過伸展し、四肢の脱力としびれが出現。歩行困難となった。その後30分ほどで歩行可能となり現地の病院を受診し頸椎単純X線、CTで異常所見なく帰宅の方針となった。その後も両下肢しびれと箸や書字のぎこちなさが残存したため、受傷2週間後に近医を受診し、MRIでC1/2高位の髄内信号変化を認めた。脊髄損傷の診断で、経過観察をおこなったが、症状改善ないため、受傷から2カ月後に当院紹介受診となった。

初診時、JOAScoreは15点、四肢筋力は正常で独歩可能であった。Jacksonテスト陽性で両下肢に放散する痛みを認めた。両側の上腕二頭筋腱反射の亢進を認め、Romberg兆候も陽性であった。

頸椎CTにて、環椎後弓欠損と遊離した後結節を認めた。頸椎MRIにてC1/2高位に髄内信号変化を認めたが、脊髄圧迫所見は認めなかった。動的要素を考慮して頸椎ミエロCTを中間位と後屈位で撮影した。後屈位で遊離した後結節の脊柱管内への陥入を認めた。以上より本症例では、先天性環椎後弓欠損(Currarino分類Type D)しており、頸椎を過伸展したことで遊離した後結節が脊柱管内に陥入し頸髄症を発症したものと考えられた。

今後も軽微な外傷での脊髄症状悪化が懸念されたため、後頭頸椎固定術を施行した。OC2角を術前中間位(26°)と症状の誘発される後屈位(49°)でそれぞれ測定し、その間となるよう術中にメイフィールド固定器を用いて、OC2角を33°に調整した後頭骨-C2を固定した。半層自家腸骨を後頭骨からC1後結節を経てC2椎弓まで架橋するように移植した。

術後4カ月、術前と比較し軽度の開口障害、可動域制限は残存するが、JOAScoreは15点と神経症状の変化はなく経過している。

環椎後弓欠損は稀な疾患であり、多くは無症候性であるが、今回軽微な外傷後に脊髄症を発症した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

一般-15 胸椎硬膜内髄外腫瘍摘出術後に遠隔小脳出血を合併した1例

北里大学医学部 整形外科

○ 吉澤 泰, 齋藤 亘, 中澤俊之, 井上 玄, 井村貴之, 宮城正行, 白澤栄樹, 高相晶士

【はじめに】遠隔脳出血は手術部位から離れた脳に認められる出血であり、テント上の開頭手術後や脊椎手術後に発症すると言われている。胸椎硬膜内髄外腫瘍摘出術後に遠隔小脳出血を合併した1例を経験したので報告する。

【症例および経過】53歳、女性。20●●年8月頃から背部痛、両側大腿前面の痺れが出現しクリニックを受診した。MRIを施行したところ硬膜内髄外腫瘍が認められ、大学病院での治療を勧められた。9月に当科を受診し、手術的に入院となった。特記すべき既往症は認めなかった。第2, 3胸椎レベル

の硬膜内髄外腫瘍を顕微鏡下に摘出した。硬膜、くも膜を切開し腫瘍を摘出した。手術時間は4時間、出血は髄液込みで685mlであった。SBドレーンを留置し手術終了とした。術後の病理診断は神経鞘腫であった。手術翌日より頭痛出現、術後2日目には嘔吐を認め、低髄圧症状の増悪と考え、軽度陰圧であったドレーンを自然圧へ切り替えた。術後3日目に構音障害を認め、緊急頭部CTを撮影し小脳出血の診断となった。保存的治療をおこない、術後17日目リハビリ開始、術後36日目に退院となった。術後2年経過し、神経症状の残存は認めず社会復帰している。

【考察】遠隔脳出血は、比較的稀な脊椎術後合併症であり発生頻度は0.8%以下であるとの報告もある。脳脊髄液の漏出にともない、頭蓋内圧の低下、脳表の架橋静脈を中心とした静脈の拡張、破綻が起きることが原因といわれている。症状は、頭痛や嘔気などの通常の低髄圧症状の他に、失語、四肢麻痺、痙攣、意識障害など多様な症状を呈する。本症例では、構音障害がきっかけで診断に至った。硬膜損傷の程度や、ドレーンの留置、手術体位などがリスク因子として挙げられている。予後は年齢、血腫の大きさ、診断までの時間と関連し、早期発見が重要と考える。

【結語】脊椎手術中、術後の髄液漏出が多い症例は、遠隔脳出血を念頭に脳神経所見に注意してドレーン管理、術後の経過観察をすることが重要である。

(休憩 5分)

【パネルディスカッション】 16:00～17:20

「母指CM関節症治療」

座長 坂野裕昭 (平塚共済病院)

勝村 哲 (平塚共済病院)

P-1 当科における母指CM関節症の保存療法と手術療法

北里大学医学部 整形外科

○小沼賢治, 助川浩士, 大竹悠哉, 高相晶士

北里大学病院リハビリテーション部

佐々木秀一

当科では、母指CM関節症の保存療法として、熱可塑性素材で作成する機能的装具を使用している。母指のMPおよびCM関節を固定しない構造であるが、つまみ動作時に亜脱臼した中手骨基部を押し込む力が働く装具であり、つまみ力の増加と疼痛軽減効果が得られている。手術療法は、年齢にかかわらずEaton分類Stage 2, 3とStage 4の一部にロッキングプレートを使用したCM関節固定術をおこなっている。術後、2週から外固定を除去しても、90%の骨癒合率が得られ、疼痛軽減効果も良好であった。

P-2 当科における母指CM関節症に対する関節形成術の変遷

東海大学医学部外科学系 整形外科

○吉田進二, 柳澤 聖, 小林由香, 渡辺雅彦

国立成育医療研究センター 臓器・運動器病態外科部 整形外科

高木岳彦

伊勢原協同病院 整形外科

齋藤育雄

湘南中央病院

池田全良

母指 CM 関節症に対する手術的治療についてこれまでに種々の方法が考案されている。われわれは従来、橈側手根屈筋腱 (FCR) の半裁腱を利用した方法を頻用していたが、症例によっては FCR が薄く脆弱なことがあったため、長橈側手根伸筋腱で代用する方法を採り入れるようになった。近年ではより簡便な方法として長母指外転筋腱と FCR の停止部間縫合による関節形成術を導入しており、今回は各術式における成績の比較検討をおこなった。

P-3 母指 CM 関節症に対する鏡視下手術の成績

聖マリアンナ医科大学 整形外科科学講座

○新井 猛, 村上賢一, 西村 敏, 寺内 昂, 仁木久照

母指 CM 関節症に対する鏡視下手術の術後成績を検討した。症例は21例で術前 Eaton 分類2が11例, 3が10例であった。手術時平均年齢は64歳であった。手術成績は概ね良好で疼痛の改善や可動域の維持や改善, 握力の改善がみられた。Eaton 分類3の症例に疼痛が残存する傾向があった。鏡視下手術のもっともよい適応は Eaton 分類2であった。Eaton 分類3でも巧緻性の維持, 改善を期待する症例では鏡視下手術の適応があると考えられる。

P-4 母指 CM 関節症に対する鏡視下大菱形骨部分切除術併用 Suture button suspensionplasty において、人工靭帯強度を向上させた新法の開発と成績

平塚共済病院 整形外科・手外科センター

○仲 拓磨, 坂野裕昭, 勝村 哲, 岡崎 敦, 石井克志, 馬場紀行, 佐原 輝, 齋藤桂樹, 高木知香

横浜市立大学 整形外科

稲葉 裕

母指 CM 関節症に対する Mini Tight Rope (MTR) を用いた suture button suspensionplasty (SBS) にて人工靭帯破綻による成績不良例が少数見られたため、人工靭帯の強度を向上させた MTR4S 法を考案し手術をおこなっている。手術は鏡視下に大菱形骨を部分切除しその後 SBS をおこなう。Suture button は MTR の人工靭帯を折り返して二重に通して4strand として使用する。本術式で手術をおこない6か月以上観察可能であった21例21手の治療成績を報告する。

P-5 男性の母指 CM 関節症に対する Hybrid suspensionplasty の治療成績

昭和大学横浜市北部病院 整形外科

○川崎恵吉, 酒井 健, 佐野 栞

昭和大学藤が丘病院 整形外科

安田知弘, 新井昌幸, 中村弘毅

昭和大学医学部 整形外科科学講座

稲垣克記

女性に比べて握力が強い男性の母指 CM 関節症に対して、当科で施行した Ligament reconstruction with tendon interposition arthroplasty と suture-button suspensionplasty (Mini Tightrope) を併用した Hybrid suspensionplasty の11手の評価をおこなった。平均年齢は68.2歳, Eaton 分類で2:3期が各々2:9手であった。最終診察時の疼痛 VAS と DASH score の平均値は, 術前に比べて減少していた。最終診察時の大菱形骨腔長は, 術直後に比べ33% 短縮していた。男性の母指 CM 関節症に対する Hybrid suspensionplasty は, 術後の機能評価が良好で, さらに長期にわたって安定性が得られる可能性がある。

優秀演題賞表彰 17:20~17:25

次回 第169回案内

[学会誌に論文を投稿する会員各位にお願い]

論文の体裁を整えていただくため、原稿をおまとめになる際に下記のチェック表の各項目をお確かめの上、原稿と共に投稿下さいますようお願い申し上げます。

神奈川整形災害外科研究会 編集委員会

投稿論文チェック表

年 月 日

にチェックを入れ、論文の一番上につけて投稿下さい。

投稿者氏名

所 属

論文題名

- ・論文はオリジナル1部とコピー2部がそろっていますか。
- ・英文の標題は内容を的確に表現していますか。
- ・Key words は適切なものが記載されていますか。
- ・Key words は英和両方そろっていますか（それぞれ3語以内）。
- ・図表に説明文はついていますか？
- ・連絡先の住所・所属・氏名・電話番号に誤りはありませんか。
- ・英文氏名病院名・所属（ローマ字）は正しく記載されていますか。
- ・文献の記載法に誤りはありませんか。
- ・文献は引用順になっていますか。
- ・第何回の学会に発表したか記載されていますか？
- ・CD等のメディアはありますか。
- ・その他、投稿規定の各項について、もう一度ご確認下さい。
- ・図表（写真）の裏に氏名と天地が記載されていますか。
- ・論文指導責任者（senior author）の最終チェックを受けていますか。

senior author 署名欄

下の欄は編集委員会用ですので、記入しないで下さい。

受付日	年 月 日
受理日	年 月 日
査読者	

共著同意書

著作権に関する同意書

年 月 日

下記の論文を神奈川整形災害外科研究会誌に投稿いたします。

下記の論文は下記の者が共同で執筆したものであり、今までに他の雑誌に掲載されたり、あるいは投稿中でない、すなわち double publication でないことを誓約します。

著者全員が本論文の内容に同意し、本研究会に投稿することを同意します。

投稿後の本論文の著作権は本研究会に帰属することを承諾します。

他出版物の図表を引用する場合、転載許諾を得ることを誓約します。

【筆頭著者名（自署）】

【筆頭著者所属】

【論文タイトル】

【共著者の所属および署名（自署）】

- | | | | |
|---|-------|-------|---|
| ① | _____ | _____ | 印 |
| ② | _____ | _____ | 印 |
| ③ | _____ | _____ | 印 |
| ④ | _____ | _____ | 印 |
| ⑤ | _____ | _____ | 印 |
| ⑥ | _____ | _____ | 印 |
| ⑦ | _____ | _____ | 印 |
| ⑧ | _____ | _____ | 印 |

神奈川整形災害外科研究会雑誌投稿規定（平成29年10月28日改訂）

1. 本誌は原則として神奈川整形災害研究会の発表論文を掲載するが、自由投稿も可とする。
2. 本学会発表論文の投稿期限は学会発表後2カ月とする。
3. 論文の採否は、複数の査読者の意見を参考に編集委員会で決定する。また、独創性があり、結論が明確である研究ないし、報告は原著論文として採用し、題目の頭に原著と明記する。
4. 掲載後の論文の著作権は図表も含め本誌に帰属する。
5. 原稿の長さは400字詰12枚以内（文献含む）、図表4枚以内とし、原文のタイトル、著者名、所属、所属先住所、所属先の英文名を著者が複数の場合も各々添付すること。ワードプロセッサを用いる場合には、一枚に20×20行とし、必ず、CD等のメディアを添付すること（コンピューター、およびワープロソフトの種類は問わないが、機種を明記し、ハード・コピーを添えること。尚、原則としてテキストファイルでの保存が望ましい）。図表は1枚で原稿400字分に換算するので、多い場合は全体枚数のバランスを考慮すること。
6. 原稿は横書とし、新かなづかいを用い、数字はすべて算用数字、外国語名は片かな、または外国綴に、タイプライターかプロックレターを使用すること。また、文中で英文を使用する場合、人名、略語以外は原則として小文字とし、文頭に使用する場合のみ頭文字を大文字とすること。尚、略語を使用する場合は原則として文中に「以下* *と略す」と記載すること。
7. タイトルには原則として略号、略語を使用しない。また、英文タイトルの英訳を記載すること。尚、和文タイトルの「1例」は、英文の最後に「— A Case Report —」とし、複数の場合（例：2例）は、「— Report of Two Cases —」と称して、数字は使用しない。
8. タイトル筆頭著者名、所属およびキーワード3語は日本語、英語を両方付すること。
9. 図、表、写真はすべて別紙に記入もしくは添付し、本文中には挿入箇所を指定すること。大きさは指定のないかぎり1頁に6枚入る程度に縮写するので、縦横の比を考慮して作成すること。また、各々の数え方は、1, 2, 3, とし、細かく別れる場合には、1-a, 1-b, の様に記載すること。
10. 語句の統一として、「何カ月」の「カ」は片かな、「レ線」は「X線」とし、「我々」、「及び」、「為」、「行い」は各々ひらがなとすること。
11. 引用文献は『日本整形外科雑誌、依頼原稿執筆要項の文献記載方法に従う。

文献

3名以内の著者は全員記載し、4名以上では初めの3名を記載し「他」、「et al.」を添える。

文献の配列は本文中での引用順に並べ番号を付ける。同一著者の文献は年代順に記載する。本文中では上付きの番号を付けて引用する。

雑誌名の省略は、和文雑誌はその雑誌の正式のものを用い、英文雑誌は原則として Index Medicus の略称に従う。文献記載の形式は以下の例に準じる。

1) 雑誌

著者名(姓を先に). 表題. 誌名 発行年; 巻数: 頁.

例) Justy M, Bragdon CR, Lee K, et al. Surface damage to cobalt-chrome femoral head prostheses. J Bone Joint Surg Br 1994; 76: 73-7.

山本博司. 変革の時代に対応すべき整形外科治療. 日整会誌2004; 78: 1-7.

2) 単行本

著者名(姓を先に). 表題. 書名. 版. 編者. 発行地: 発行者(社); 発行年. 引用頁.

例) Ganong WF. Review of medical physiology. 6th ed. Tokyo: Lange Medical Publications; 1973. p. 18-31.

Maquet P. Osteotomies of the proximal femur. In: Reynolds D, Freeman M, editors. Osteoarthritis in the young adult hip. Edinburgh: Churchill Living-stone; 1989. p. 63-81.

寺山和雄. 頸椎後縦靭帯骨化. 新臨床外科全書17巻1. 伊丹康人編. 東京: 金原出版; 1978. p. 191-222.

用字・用語・度量衡単位

常用漢字(学術用語を除く)・新字体、新仮名遣いを用い、学術用語は「整形外科学用語集」、「医学用語辞典(日本医学会編)」に準拠する。度量衡単位はSI単位系を用いる。

12. プライバシー保護

臨床研究はヘルシンキ宣言に、動物実験は各施設の規定に、それぞれ沿ったものとする。

患者の名前、イニシャル、病院でのID番号など、患者個人の特定可能な情報を記載してはならない。

投稿に際しては「症例報告を含む医学論文及び学会研究会発表における患者プライバシー保護に関する指針(外科関連学会協議会:平成16年4月6日)」<http://www.jssoc.or.jp/other/info/privacy.html> を遵守すること。

13. 著者校正は1回とする。

14. 別刷は30部まで無料とし、それ以上は実費負担とし、50部単位で作成します。

15. 掲載料は組頁3頁まで無料、これを越える場合実費負担とする。

16. 本原稿のほか、コピー2部、それと著者及び共著者同意書に署名・捺印し簡易書留郵便で事務局へ郵送する。

複写される方へ

本誌に掲載された著作物を複写したい方は、(社)日本複写権センターと包括複写許諾契約を締結されている企業の方でない限り、著作権者から複写権等の行使の委託を受けている次の団体から許諾を受けて下さい。

〒107-0052

東京都港区赤坂9-6-41 乃木坂ビル (中法) 学術著作権協会

電話(03)3475-5618 FAX(03)3475-5619

E-mail : jaacc@mtd.biglobe.ne.jp

著作物の転載・翻訳のような、複写以外の許諾は、直接本会へご連絡下さい。

アメリカ合衆国における複写については、次に連絡して下さい。

Copyright Clearance Center, Inc.

222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923 USA

Phone 1-978-750-8400 FAX 1-978-646-8600

年会費納入及び原稿送付先

銀行名：みずほ銀行 向ヶ丘支店 (むこうがおか)

口座番号：普通預金1348052

口座名：神奈川整形災害外科研究会 責任幹事 檜山明彦 (ひやまあきひこ)

〒259-1193 伊勢原市下糟屋 143

東海大学医学部外科学系整形外科学

電話：0463-93-1121 内線2320 FAX：0463-96-4404