

症 例 報 告

先股脱非観血的治療中の再脱臼例及び整復困難例の検討

松岡外科病院 内 藤 一 男・安 積 和 夫

〔原稿受付 昭和31年 7 月10日〕

CONSIDERATIONS CONCERNING DIFFICULT REPOSITION
AND RELUXATION IN TREATMENT OF CONGENITAL
LUXATION OF HIP JOINT

by

KAZUO NAITO and KAZUO ASAKA

From MATSUOKA Surgical Clinic, Osaka

Among 1274 patients under 7 yerars old suffering from congenital luxation of the hip joint who were treated in Matsuoka Surgical Clinic in these 5 years, 84 children (104 joints) were in the states of reluxation or failed reposition due to the incomplete treatments in other hospitals. 64 (76 joints) of these 84 patients were treated thereafter in our hospital. Reposition was impossible or Reluxation was resulted also in 31 patients (37 joints) who were treated in our hospital from the beginning. Considering from the fact the fixation in cast hast has been carried out in 21 cases in spite of the failed reposition, the importance of proper treatment by orthopedic specialist is keenly felt.

75 patients (87 joints) were cured only by the reposition for the second time and gips fixation, 7 (10 joints) by operation. 13 cases discontinued to be treated.

表 1 最近 5 年間に松岡外科病院で経験した先股脱患者 (昭和26~30年)

先股脱患者総数	1333例	1880関節
内 7 才未満の先股脱患者	1274例	1800関節
内すでに他院で治療され再脱臼または整復不能であつたもの	84例 6.5%	104関節 5.7%
7 才未満の先股脱治療総数	938例	1329関節
内他院及び当院で治療中再脱臼または整復不能であつた治療例数	95例 10.1%	113関節 8.5%

我々の勤務している松岡外科病院は伝統的に先股脱患者が多いのであるが、表 1 の如くすでに他の病院または診療所で整復固定を行われ、しかも再脱臼又は整復されない状態で更に我々の処へ来院したものが意外に多数含まれている。(年令を 7 才以下としたのはこの辺が非観血的治療で良結果を得られる略限界と考え

た故である。) 又始めから当院で治療し再脱臼又は整復不能であつたものも勿論あり、表 2 はこれらの治療数の内訳を示している。今これらの所謂難治性先股脱について論じたい。但し他院例の大部分 55 例 64 関節は当院で再整復後は順調に経過してあり、後述の如く真の難治性とは思われず、残りの 40 例 49 関節即ち約 4 %

表 2 再脱臼及び整復不能例の治療数の内訳
7才未満の先股脱治療総数 938例 1329関節

既に他院で再脱臼し又は 整復不能であつたもの	64例 76関節 6.8% 5.7%	当院で治療後は順調に経過したもの 55例 64関節 5.8% 4.8%
		当院でも再脱臼または整復不能で あつたもの 9例 12関節 0.9% 0.9%
始から当院で治療し再脱臼又は整復不能であつたもの		31例 37関節 3.3% 2.7%
		計 95例 113関節 10.1% 8.5%

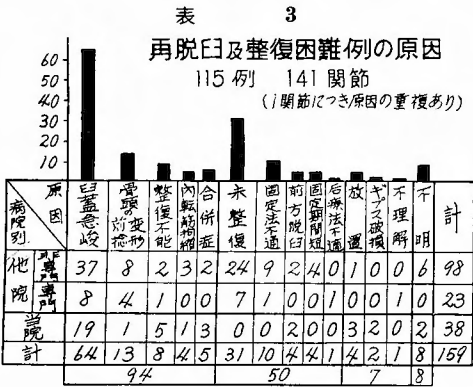
我々が難治性と考えたもの

40例 49関節
4.2% 3.6%

が本当の難治性とみなされてよいと考えられる。
表 3 はこれらの再脱臼及び整復困難例の原因を臨床的
及レ線的に分類したものである。原因が患者自体にあ
ると思われるもの、特に臼蓋急峻又は骨頭の前捻変形
が多数をしめるのは当然であるが、この点に関しての
詳細は我々としては別の機会にゆずりたい。次に原因
が明かに術者にあると思われるものが相当多数ある。
尚この他にも整復操作及固定時の肢位等が適切でなか
つたためと思われるものが可成あるのは、表 2 及後出
の表 5 と合せて考えると容易に想像されるが之は表 3

表 4 未整復(及び整復不能)のまま固定された患者例

	患 者	性 令	年 令	専 門 ・ 医 非	固 定 及 法	期 間	患 側	予 後
1	田 中	早	1.8	ひ	ギブス	2月	L	順治
2	松 本	早	2.3	ひ	ギブス	6月	L	順治
3	河 島	早	4.6	ひ	ギブス	1年6月	R	順治
4	田 中	早	2.5	せ	ギブス	6月	R	—
5	安 芸	早	1.2	ひ	ギブス	8月	R	順治
6	石 谷	早	5.0	せ	ギブス	3月	L	順治
7	泰	早	3.0	ひ	ギブス	1年	L	不能 他で手術
8	通 谷	早	4.4	せ	ギブス	6月	L	順治
9	大 杉	早	1.9	ひ	ギブス セット	2月	R	—
10	佐 藤	早	2.4	ひ	ギブス	1年	R	順治
11	後 藤	早	1.6	ひ	ギブス	7月	R	順治
12	岡 久	早	1.8	ひ	ギブス	1月	L	順治
13	岡 久	早	1.8	ひ	ギブス	2月	L	順治
14	倉 橋	早	5.0	ひ	不 明		B	順治
15	宮 内	早	2.4	ひ	ギブス	2月	B	順治
16	大 杉	早	4.8	ひ	ギブス	8月	B	—
17	下 西	早	2.11	ひ	ギブス	1年2月	R	順治
18	中 村	早	3.8	ひ	ギブス	9月	L	順治
19	藤 原	早	4.1	ひ	ギブス	5月	L	順治
20	池 田	早	2.0	ひ	ギブス	6月	R	順治
21	近 藤	合	5.10	せ	ギブス	7月	B	不能 骨切
22	小 谷	早	1.10	ひ	ギブス	3月	B	順治
23	木 田	早	2.6	ひ	ふとん	1月	B	順治
24	桑 村	早	3.0	ひ	ふとん	5月	R	順治
25	土 居	早	2.5	ひ	ふとん	6月	L	順治
25	多 田	合	2.7	ひ	ふとん	5月	B	—



には直接には示されていない。
(尚表 3 で「整復不能」とは当院で非観血的には整
復不能であつたもの, 「未整復」とは当院で非観血的
に整復出来たものを示している。)
我々がここで最も問題としたいのは、これらのうち
表 4 に示す如く整復されないまゝで誤つてギブス固定
を行われていたと明らかに考えられるものが21例あり
年長児に未整復のまゝふとん固定をつづけたもの 4 例
と合せて25例もあることである。これは固定性不良に
よる再脱臼とは趣を異にし明らかに術者の 責任 であり
、整形外科専門医であれば整復時僅かの注意で容易

に発見し避けられることであり、今更ながら此種疾患
の専門医による治療の必要が痛感される。整復後の再
確認の必要なことは勿論である。尚先股脱の治療にふ
とん固定のみを行うのは乳児それも亜脱臼程度のもの
に限るべきであり、年長未整復児に漫然とふとん固定
をつづけて百年河清を待つ如きは無用の拘縮を増す以

表 5 再脱臼及び整復不能例に対する治療及びその病院別、年齢構成 95例 113関節

病 院 別 治 療	他 院		当 院	計	年 令 構 成						
	非 専 門	専 門			0 1 1	1 2 2	2 3 3	3 4 4	4 5 5	5 6 6	6 7 7才
再整復ギプス固定のみ	45 (53)	12 (14)	18 (20)	75 (87)	3	30	28	7	4	3	
観血的整復 (十臼蓋形成)			2 (2)	2 (2)			1		1		
臼 蓋 形 成 の み		() 内は 関節数	2 (2)	2 (2)		1				1	
骨 切 り	1 (2)	()	2 (4)	3 (6)						2	1
中 止・転 医・不 明	5 (6)	1 (1)	7 (9)	13 (16)	2	6	4		1		
計	51 (61)	13 (15)	31 (37)	95 (113)	5	37	33	7	6	6	1

外の何物でもない。さすがに最近ばかりの例は殆ど無くなったようである。次にこれらの未整復固定例の整復は骨頭の変形及異常拘縮のため一般に相当困難であつたのは当然であるが、一旦正しく整復された後の予後は案外によいのは表の如くである。これは大体に「はまりやすいものはぬけやすく、はまりにくいものはぬけにくい」という一般論が思出される。但しこの予後は骨頭の変形拘縮等の問題を一応別にしての話である。

表 5 はこれら一般の再脱臼例及び整復困難例(勿論7才以下)の予後で、慎重な再整復及適当な肢位によるギプス固定によつて結局大部分は非観血的に治癒している。手術を行つたものは7例10関節ある。之は骨頭

安定性不良で再脱臼を繰返したものの又は始めより非観血的整復が不可能であつたものである。これらが比較的年長児に多いのは当然である。このようにして結局殆どは治癒しているが、たゞ高度の脳性小児麻痺又は高度畸形(膝関節脱臼内反足及四肢各関節の拘縮を合併せる例の如き)を合併したものは予後不良で治療中止のやむを得なかつたものがある。

以上先股脱の非観血的治療は整形外科では最も古い問題であるが、同時に最も基礎的な問題であり、臨床医の立場からその重要性を再認識する次第である。

(本稿の要旨は昭和21年6月第8回中部日本整形外科災害外科学会で発表した。)