先天性股関節脱臼整復法に於ける一つの考察

鳥取大学整形外科教室 西 尾 篤 人

A New Open Reductions of Congenital Dislocations of the Hip

By

A. Nishio

Department of Orthopedic Surgery, Faculty of Medicine,
Tottori University.

先天性股関節脱臼の治療法程多くの研究がなされたものはないが、又同時に多くの困難な問題を残して居る。

特に年長児の先天性股関節脱臼を如何に治療したらよいか、我々の最も当惑する問題である。転子下切骨術、脱臼位髌臼蓋成形術も姑息の治療法であり満足な成績は望み得ない。それかと言つて関節改造の成形術も術後の可動性制限、変形・疼痛の発生が考えられ躊躇する処である。

私は先に九大整形外科在職中、陳旧性股関節脱臼の観血的整復術及び関節強直に対する関節成形術の遠隔成績調査の機会を与えられ、股関節に於て無痛可動性の獲得が如何に困難なるかを知ると共に、股関節侵襲の条件として次の条件を満足させる必要がある事を知つた。

第1に両関節端は軟骨組織により被われて居る事。軟骨組織の欠損した骨端には変形が発生すると同時に、相対関節面にも変化が起る。第2に筋短縮に打勝つ処置が必要であること。筋短縮が高度に存在するにも拘らず、無理に整復すると萎縮した関節端が変形発生し、又術後可動性の制限が発生する。

第3に関節内侵襲は最少限度に止めるべきこと。其の他関節端の骨萎縮及び変形が軽度なること及び筋機能が保たれていることが必要である。

以上、股関節の無痛可動性獲得のための侵襲の条件としてあげたが、この条件を充す年長児先天性股関節脱臼の整復法として次の方法を考案した。

即ち関節囊を附着した盃骨盤より髌臼を掘り出し、筋肉の短縮を考慮して適当な位置に髌臼を移動固定し、整復後関節囊外側部を一部切除縫縮し再脱臼を防ぎ、約2週間固定の後、牽引した盃運動練習を開始する。

手術法としては、術前鋼線牽引により大腿骨頭を出来るだけさげた後、大転子を切離、関節囊前後上方を充分に剝離後、関節囊の外側に横切開を加え髌臼を見ながら骨盤より髌臼を掘り出す。

次で関節囊下方を周囲組織から剝離すると、関節囊の附着した髌臼は遊離せられ自由に移動可能となる。筋短縮の程度に応じ無理なく整復出来る高さに骨盤を掘り髌臼を移動し、螺子又はキルシュナー鋼線により固定する。整復後、関節囊の余つた部分を切除縫合すると、髌臼は有柄移植の形となり、髌臼の血行及び成長障害を最小限度にとどめる事が可能になる。

本法を施行した3症例のうち1例は術後1年2ヶ月になり予想外の好成績を得たが、他の2例は術後日浅く成績の判定は不可能である。

第1例 11才、♀、右先天性股関節脱臼。

跛行及び歩行後の疼痛を訴える。

右下肢短縮3cm。鋼線牽引2週後本法を施行。髌臼の前下方の一部を残して1.5cm上方に移動、髌臼の固定力は良好なため軽度外転ギブス繃帯固定後4週目より運動開始。

術後8週目最大屈曲95°、伸展180°、外転内転僅かに制限、患肢起立も可能でTrendelenburg症候陰性。術後1年2ヶ月の現在跛行疼痛なく、学校の遠足にも参加。最大屈曲90°、最大伸展180°、内外転、内外旋の制限も軽度、Trendelenburg症候陰性である。

第1例を1年間観察し、概ね成績良好なのを確認次の2例を行つた。

第2例 10才、♀、両先天性股関節脱臼。

股関節に於て大腿骨頭は髌臼上縁より4cm上後方。本法を施行。髌臼を螺子にて固定。骨頭の一部に軟骨欠損部が既に見られ、骨頭にも変形が発生している。

術後3週目より運動開始。

第3例 12才, ♀, 両先天性股関節脱臼。

大腿骨々頭は髌臼上縁より4.5cm上方にあり。本法を施行。

術後4週目より運動練習。

以上2例は術後日浅く成績の判定は困難。本手術法を亜脱臼障碍に応用せんとし次の症例に行つた。

26才, ♀, 両先天性股関節亜脱臼障碍。

同時に高度の変形性関節症。

可動性制限と同時に疼痛が強く一側に行う。関節を開いて見ると骨頭の変形、軟骨の欠損が高度にみられる。

髌臼を完全に離移し、髌臼が完全に骨頭にかぶる位置に固定。然し骨頭の変形が強いため固定時、既に可動性制限が強い様に思われる。術後運動開始後約2倍の可動性を得たが、その後2ヶ月頃より又次第に可動性制限を来したが、疼痛なく運動練習中である。

年長児先天性股関節脱臼の治療法は困難な問題であるが、髌臼を移動させて整復する一新手術法を考案、本手術法による4例を紹介したが、整復時既に見られる Inkongruenz の問題及び髌臼發育の問題等未解決の問題が残っている。