I-2-34  ECTR後に従来法による再手術を要した手根管症候群の検討

医療法人玄真堂 川嶋整形外科病院
○中河原 修（なかがわら おさむ）、佐々木 誠人、田村 裕昭、
永芳 郁文、本山 達男、國東 芳顕、舟木 敦雄、川嶋 眞人

【目的】手根管症候群に対する鏡視下手根管開放術（ECTR）は、近年の医療情勢の変化に応じて普及してきたが、術後合併症や成績不良例に対して、従来法による開放術を要した症例の検討は少ないので報告する。【方法】当院では特発性手根管症候群に対して、Chow法に準じたtwo-portal法によるECTRを行ってきた。【結果】1995年7月〜2001年1月まで、252例346手のECTRを行い、3例3手に従来法による再手術を要した。初回手術から再手術までは平均9ヶ月であった。屈筋支帯の不十分な切離によるしぼれの残存が主な原因と考えられ、ECTRは従来法に習熟した医師が行い、屈筋支帯の完全切離を確認することが肝要と思われた。

I-2-35  痛覚検査による指ブロック針刺入点の検討

佐賀医科大学 整形外科
○小河 賢司（おがわ けんじ）、園畑 素樹、浅見 昭彦、
石井 英樹、佛淵 孝夫

【はじめに】我々は、固有指部の麻酔として、指ブロック法の一つである皮線上皮下1回注入法を用いている。本法は、1回注入法の利点に加えて、針刺入時の疼痛が小さいという利点を持つと我々は考えている。しかし、手指指節皮線を含めた固有指部皮線上の痛覚についての報告は無い。今回、固有指部皮線の痛覚検査を行い、報告する。【対象・方法】健康成人72名。非利き手側示指。指尖部から手掌部（A1ープーリー直上）までの8点を検査した。刺激強度は虫ビンを15gの重さで圧迫した。評価は、遠位指節部指腹を10ポイントとしてanalog pain scaleを用いた。【結果】遠位指節間皮線、手掌指節皮線上の痛覚は、その隣接部位に比して有意に小さくなっていた。【考察】手掌指節間皮線上の痛覚は、その周囲に比して小さく、1回注入法による指ブロック時の針刺入点として優れていると思われた。
I-2-36 ロッキングループの、in vivoモデルにおける優位性と臨床における有用性

溝口外科 整形外科
○畑中 均（はたなか ひとし）、小島 哲生、溝口 知行、
上新 淑文

「Locking loop」の概念はPennington（'71）によって最初に提唱され、その後Mashadi（'91），Hotokezaka（'97），Hatanaka（'99, 2000）などがin vitroモデルにおける張力測定を行っている。今回我々はLocking loopの張力測定をイヌを使ったin vivoモデルで行い、Locking loopは張力において優れていることに加えて縫合部に生じる「離間」を抑制することを証明した。この実験モデルに用いられた縫合法にわずかな改良を加えて臨床応用を行っている。いずれの症例も症例数が少ないが、そのうち4例でStrickland criteria（'80）のexcellentを達成している。従来の縫合法の約2倍の最大破断張力を有する本法と術後翌日から行われる積極的な自動運動療法の組合せによって、Zone 2屈筋腱断裂の予後が大幅に改善されると予想される。

I-2-37 手指骨折に対するModular Hand Systemの使用経験

熊本整形外科病院
○田嶋 光（たしま ひかる）、丸田 秀一、渡邉 伸彦、宮崎 正志

【はじめに】手指骨折に対してはK-鋼線矢状固定、経皮鋼内固定、AO mini screw,plateを使用してきたが、近年開発されたModular Hand Systemのscrew,plateを使用してきたのでその有用性について検討する。【対象】症例は13歳から54歳、中手骨3指、基節骨5指、中節骨1指の9指で、plate 5指、screwのみ4指で1例は圧塞・開放で8例は関節固定である。【考察】本systemはチタニウム性の径が1.0から2.4mmまで5度階のself tapの螺子とこれに対応した種々の形状のプレートがあり、薄くて適合性に優れる。原則として術後1週以内に外固定を除去して自動運動を開始している。手指骨折は骨折型、部位に応じて種々の固定法が選択されるが、本systemは適応を選べば使用が容易で、強固な固定力により早期の可動域訓練が可能である。
I—2—38  陳旧性骨性mallet fingerに対する観血的治療経験

南洲整形外科病院
○内野 潔（うちの きよし）、園田 昭彦、室屋 誠、岸本 浩、
牟田 實、西村 謙一

【目的】我々は過去5年間に、5例の陳旧性骨性mallet fingerを経験し、観血的治療を行ったので報告する。【症例】対象症例は、骨性mallet finger 5例5指、男性3例、女性2例で、年齢は平均24（14〜38）歳であった。手術までの期間は、36日〜3年であった。手術は骨側より骨折部を展開し、新鮮化したのち、0.22mm両端針付きステンレスワイヤーを伸筋腱に通し、末節骨掌側に直接縫結した。術後4週間は、K−ワイヤーにてDIP関節を固定した。経過観察期間は1年から2年8ヶ月であった。【結果】5例とも骨癒合が得られ、疼痛はなかった。術後調査時のDIP関節可動域は、伸展は0度、屈曲は50度〜85度（平均65度）であり、結果は良好であった。

I—2—39  DIP関節掌側板単独損傷の1例

宮崎医科大学 整形外科
○後藤 英一（ごとう えいいち）、黒木 龍二、園田 典生、
矢野 浩明、山本 恵太郎、田島 直也

【はじめに】DIP関節掌側板損傷は深指屈筋腱の伸展等と伴れて起こる場合が多く単独損傷は稀である。今回我々はバレーボール選手に発生した1例を経験したので報告する。【症例】16歳、男子。1999年12月、明らかな外傷等の既往なく右環指DIP関節の背側への異常可動性を自覚。2000年1月近医受診し掌側板損傷を疑われ、同年2月当科紹介受診した。初診時、右環指の腫脹、圧痛は認めず、DIP関節の背側への異常可動性を認めた。同部位に対し掌側板再建術を施行し、術後2ヶ月でスポーツに復帰し経過は良好である。【考察】DIP関節への繰り返す過伸展ストレスが発生要因の1つであると思われる。