

図3 大腿骨近位部骨折の画像

A: 頸部骨折; a: 非転位型, b: 転位型, B: 転子部骨折, C: MRI; a: 頸部骨折, b: 転子部骨折

外旋短縮変形が起きて容易に診断できるが、転位がなければ変形も認めない。出血は、抗凝固剤使用では予想以上に多量になることがあるため注意を要する。

触診：圧痛は股関節前面に、叩打痛は大転子部にみられることが多い。

他動的誘発痛：両手で大腿部と下腿部を持って軽度膝関節屈曲位で股関節を他動的に内外旋すると、骨折では股関節部に強い疼痛が惹起される。

以上の所見と現病歴を合わせれば本骨折を強く疑うが、非典型的の症例もあるため、画像診断を加えて診断を確定する。

4. 画像診断

1) 単純X線写真 (図3A, B)

簡便かつ有効で最も有用なスクリーニング法は単純X線写真であり、正診率は96%以上である¹²⁾。両股関節の正面と側面を撮影して健側と比較読影するが、これで骨折が認められない場合であっても骨折がないと断定してはいけない。本骨折が強く疑われるにもかかわらず、単純X線写真により診断が確定できない場合、他の画像診断を追加することが望ましい。その場合、MRIが最も有用である。日をおいて繰り返し単純X線写真を撮影することも有用である¹²⁾。

2) MRI (図3C)

単純X線写真以外の方法では、MRIは診断精度が極めて高く、かつ非侵襲的で最も有用である¹³⁾。骨折部はT1強調像で低信号、T2強調像またはSTIR (short time inversion recovery) 像で高信号と

して描出される。MRIは単純X線写真検査では明確でない骨折診断において早期かつ短時間で正確な診断を可能とし、患者の身体的、時間的、経済的負担を軽減する¹⁴⁾。

3) その他の画像診断

MRI以外では骨シンチグラフィやCTを用いる³⁾。CTは骨盤骨折との鑑別に有用である。

5. 鑑別診断

外傷としては、周辺の骨折や脱臼（骨盤骨折、大腿骨骨幹部骨折、脊椎骨折、股関節脱臼）、周辺の軟部損傷（筋挫傷、血腫、関節内血腫）、外傷以外としては、股関節感染、結晶誘発性関節炎（痛風、偽痛風）、関節リウマチ、大腿骨頭無腐性壊死、離れた部位由来の関連痛（脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア）などを念頭に鑑別診断を行う。

6. 次の骨折の予防法としての薬剤、ヒッププロテクター

本骨折患者は骨強度と転倒の両面から非常に高い骨折リスクを有しており、骨粗鬆症治療と転倒対策を併せて実施するべき対象である。まず、骨強度対策としての骨粗鬆症治療は重要であり、ビスホスホネート製剤や活性型ビタミンD₃製剤は高齢者においても安全に骨折リスクを低減させるため、入院の後半時期に投与開始することが望ましい。特に大腿骨近位部骨折予防においてエビデンスレベルの高いアレンドロネートやリセドロネートが第一選択になる¹⁵⁾。

さらに転倒対策として、ヒッププロテクターは本骨折予防においてエビデンスがあり、非常に高い転倒リスクを有する例、具体的には高度の運動器不安定症や進行した認知症を合併して自宅生活が困難で介護施設入所するような状態の高齢者に対してはヒッププロテクターが有効である¹⁶⁾。

治療

1. 応急処置

全身状態や意識の悪化がある場合は、すみやかに救急救命の専門医や施設に連絡して専門医療を託す（図2）。専門施設への転医・転院まで不要と判断された場合でも、骨折部の内出血は数百mLに及ぶため、循環動態には特に注意を払い、輸液や必要であれば輸血も行う。局所に対しては次のような応急処置を講ずる。

まず、患肢の安静固定である。本骨折を疑った時点からは、患肢をなるべく動かさずに安静にする。骨折部を動かせば余分な疼痛を招くだけでなく、骨折の転位が増大する可能性があり、特に頸部骨折では転位の大小により予後と治療法が変わるため大きな影響を及ぼす。したがって、転位が少ない頸部骨折が否定できない場合は、いっそう嚴重な患肢の安静固定を図って、転位が拡大しないよう配慮する。安静固定を行う際には、仙骨部や踵などの褥創や腓骨神経などの末梢神経麻痺の合併症予防に対する十分な注意が必要である。

直達牽引は、手術治療を選択する場合には、大腿骨近位部骨折に関して有効性なしとする高いレベルのエビデンスがあり、術前にルーチンに行うことは推奨されていない¹⁷⁾。一方、保存治療を選択する場合には、良好な整復位の獲得と保持のために、必要に応じて直達や介達による牽引を行う。

同時に、十分な鎮痛療法を行うことが重要である。患肢の安静固定だけでも骨折の痛みはある程度は軽減するが、それだけでは不足のことが多く、そのような場合には、非ステロイド性消炎鎮痛剤の内服薬や座薬を消化管潰瘍や腎機能、循環動態に留意しながら、適切に使用する。また、湿布や塗布薬などの外用剤も有用である。

2. 保存治療か、手術治療か

図4に、手術治療と保存治療のどちらを選択するかについてのアルゴリズムを示した²⁾¹⁸⁾。まず、年齢、全身状態、認知機能、運動機能などを総合して手術禁忌であるかを判断する。手術治療において年齢制限はもちろんなく、他の条件が良好な場合は100歳以上でも手術する例は多いが、逆に不良な場合は高齢なほど手術が適さないと判断される材料になる。運動機能は、受傷前ADLが完全寝たきりであれば、治療ゴールは歩行ではなく、早期除痛のみが手術選択の主要な理由になるため、他の鎮痛法で代替できれば保存治療の対象となることが多い。重度の認知症も他の悪条件が重なれば、手術回避の要因になる。

最近の報告でも、大腿骨近位部骨折においてわが国では保存治療は6%にしかなされておらず、残りの94%に手術治療が選択されている⁵⁾。さらに、保存治療の限界〔治療に長期間を要しても成績が不安定で、骨癒合不良や骨頭壊死などのリスクのため保存的に対処できない骨折型(転位の大きい頸部骨折)も4分の1ほど存在することなど〕と手術治療の限界(全身状態が手術麻酔に耐え得ることが前提で、手術合併症のリスクも高いなど)を比較検討して、現時点では、大多数例において手術のほうが利点大きいと判断されていることを、この報告は示している。

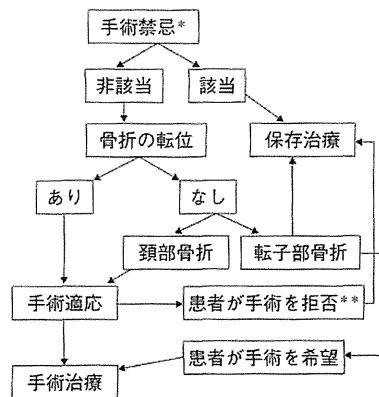


図4 大腿骨近位部骨折の治療方針

* : 年齢、全身状態、認知機能、運動機能から判断

** : 本骨折に対する手術治療の利点を十分に理解した上で拒否される場合

(文献2)より改変)

3. 主な手術法の適応(専門医への紹介の条件)(図5)

手術方法は観血的骨折手術と人工物置換術とに分けられる。観血的骨折手術は、骨折治療の原則である骨折の整復と固定を手術で行い、骨癒合を目指す方法であるのに対して、人工物置換術は、骨癒合の代わりに人工骨頭や人工股関節により骨折部を再建する方法であり、高齢で活動性が低い症例には人工骨頭置換術が推奨されている¹⁹⁾。適切な手術時期としては、どちらの手術法もできる限り早期が推奨されている²⁰⁾。

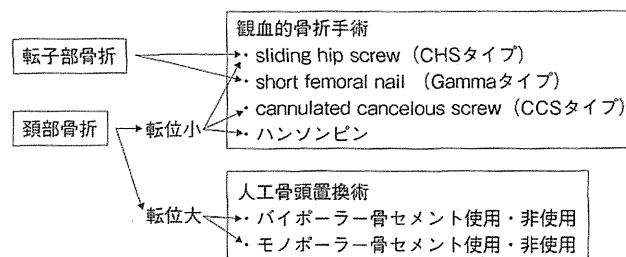


図5 骨折の条件による手術方法の選択

(文献19)より改変)

転子部骨折に対する手術法は、主に観血的骨折手術が選択され、sliding hip screw (CHSタイプ)(図6B)やshort femoral nail (Gammaタイプ)(図6D)の2種類の内固定材料が汎用されている¹⁸⁾。

頸部骨折のうちの非転位型に対しても観血的骨折手術が選択され、cannulated cancelous screw (CCSタイプ)(図6C)やハンソンピンおよびCHSタイプの3種類の内固定材料が使用されている²¹⁾。

頸部骨折のうちの転位型では、骨癒合率や骨頭壊死発生率に関して非転位型より明らかに劣るため、観血的骨折手術での対応は例外的で、一般に人工骨頭置換術が行われることが多い(図6A)²⁾。人工

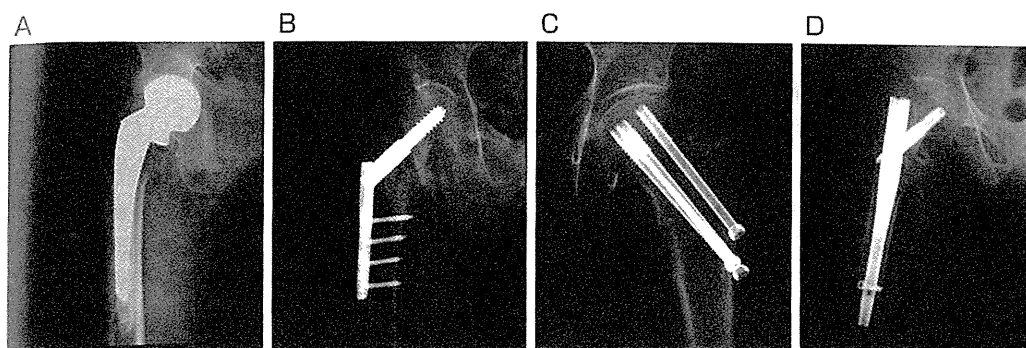


図6 大腿骨頸部骨折の主な手術法

- A: 人工骨頭置換術；主に頸部骨折の転位型に対して行われる。
 B: 観血的骨折手術（sliding hip screw）；主に転子部骨折に対して行われる。
 C: 観血的骨折手術（cannulated cancellous screw）；主に頸部骨折の非転位型に対して行われる。
 D: 観血的骨折手術（short femoral nail）；主に転子部骨折に対して行われる。

骨頭置換術には、人工骨頭の構造によりバイポーラー型とモノポーラー型に分かれ、活動性の高い症例ではバイポーラー型が推奨されている²²⁾。さらに、人工骨頭ステム固定に骨セメントを使用する場合と使用しない場合があるが、骨セメントは症例に応じていずれの方法を用いてもよいとされている²³⁾。

4. 主な治療成績

全国定点調査によれば、大腿骨近位部骨折患者の1年後の生存率は90%と報告されており²⁴⁾、別の10年間追跡研究でも、生存率は1年で81%、2年で67%、5年で49%、10年で26%と推移している。この生存曲線を年齢、性、暦年をマッチングした日本人一般人口の期待生存曲線と比較すると、大腿骨近位部骨折患者の生存率は骨折後2年間で劇的に低下し、10年後でも依然として低い状態が継続していた²⁵⁾。さらに、運動機能については、歩行補助具を使用すれば外出できるレベル以上の患者の割合は、受傷前が68%²⁵⁾～69%²⁴⁾、受傷後1年で40%²⁴⁾～56%²⁵⁾であった。

つまり、本骨折を起こす患者は生命予後が一般人口より悪化しており、すべての症例が受傷前の日常活動レベルへ復帰できるわけではないという基本的事実を患者側には伝える必要がある。

また、急性期入院中の合併症発生率は、わが国の多数例報告によれば44%と高く²⁶⁾、肺炎や心疾患が多い²⁷⁾。せん妄も生じる率は高く、システムティックレビューでは35%とされている²⁸⁾。

1) 頸部骨折の治療成績

頸部骨折は転子部骨折に比較して骨癒合が障害されやすく、大腿骨骨頭の血流が阻害されるため、骨頭壊死などの原因となる。骨癒合率や骨頭壊死発生率は非転位型と転位型とにおいて差がある。そのため、本骨折ではほとんどの症例で手術治療が選択される。手術方法は観血的骨折手術と人工骨頭置換術とに分けられる。観血的骨折手術後の早期荷重については、非転位型では早期荷重による合併症は少なく、推奨され、転位型でも固定性が良好なら試みてよい。人工骨頭置換術後の早期荷重も、骨セメント使用の場合は推奨される。偽関節の発生率は、頸部骨折の非転位型で0～15%、転位型では4～40%とされる。また、観血的骨折手術後に骨頭壊死で骨頭陥没に至る率は、非転位型で0～8%、転位型で26～41%とされる²⁹⁾。骨頭陥没は術後1～2年経過した後に明らかとなることが多いため、経過観察が必要である。さらに、人工骨頭置換術施行後には脱臼が2～7%、インプラント周囲の骨折が1～3%、異所性骨化が約20%発生するとされる³⁰⁾。受傷後、適切な手術を行い、適

切な後療法を行っても、すべての症例が受傷前の日常活動レベルへ復帰できるわけではなく、身体機能（歩行能力）の予後には年齢、受傷前の歩行能力、認知症の程度が影響する²¹⁾。

2) 転子部骨折の治療成績

転子部骨折は頸部骨折に比較して骨癒合しやすく、大腿骨骨頭血流も阻害されないが、機能予後・生命予後ともに手術療法が保存療法に勝っているため、手術が推奨されている。骨折を固定するための内固定材料としては sliding hip screw (CHS タイプ) と short femoral nail (Gamma タイプ) の成績が安定している³¹⁾。整復位が良好で、骨折部の固定性に問題がなければ早期荷重を許可することができる。術後合併症としてスクリューの骨頭カットアウトが問題である³²⁾。転子部骨折では偽関節・骨癒合不全が 0.5～2.9%、骨頭壊死が 0.3～1.2%と稀である³³⁾。転子部骨折後の機能予後には受傷前の歩行能力・年齢・骨折型・筋力・認知症などが影響する¹⁸⁾。

文 献

- 1) 日本整形外科学会診療ガイドライン委員会 大腿骨頸部／転子部骨折ガイドライン策定委員会 編, 日本整形外科学会 日本骨折治療学会 監: 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. 東京, 南江堂: 10-11, 2011
- 2) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p74
- 3) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p62
- 4) 安村誠司: 高齢者の転倒・骨折の頻度. 日医師会誌 111: 1945-1949, 1999
- 5) Hagino H, Sakamoto K, Harada A, et al: Nationwide one-decade survey of hip fractures in Japan. J Orthop Sci (in press)
- 6) Greenspan SL, Myers ER, Maitland LA, et al: Fall severity and bone mineral density at risk factors for hip fracture in ambulatory elderly. JAMA 271: 128-133, 1994
- 7) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p32, 36-38
- 8) Nevitt MC, Cummings SRm, Hudes ES: Risk factors for injurious falls: a prospective study. J Gerontol 46: 164-170, 1991
- 9) 折茂 肇, 伊木雅之, 池田恭治, 他 著, 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会 編: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン 2006年版. 東京, ライフサイエンス出版, 31, 2006
- 10) Schröder HM, Petersen KK, Erlandsen M: Occurrence and incidence of the second hip fracture. Clin Orthop: 166-169, 1993
- 11) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p200-202
- 12) Lewis SL, Rees JI, Thomas GV, et al: Pitfalls of bone scintigraphy in suspected hip fractures. Br J Radiol 64: 403-408, 1991
- 13) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p64-66
- 14) Rizzo PF, Gould ES, Lyden JP, et al: Diagnosis of occult fractures about the hip: magnetic resonance imaging compared with bone-scanning. J Bone Joint Surg Am 75: 395-401, 1993
- 15) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p48-52
- 16) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p56-57
- 17) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p78-79, 128-129
- 18) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p124
- 19) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p112
- 20) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p75-77, 125-127
- 21) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p96-97
- 22) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p102-103
- 23) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版. p100-101
- 24) Sakamoto K, Nakamura T, Hagino H, et al: Report on the Japanese Orthopaedic Association's 3-year

- project observing hip fractures at fixed-point hospitals. *J Orthop Sci* **11** : 127-134, 2006
- 25) Tsuboi M, Hasegawa Y, Suzuki S, et al : Mortality and mobility after hip fracture in Japan. A TEN-YEAR FOLLOW-UP. *J Bone Joint Surg Br* **89-B** : 461-456, 2007
 - 26) 鈴木聡美, 田畑美織, 村井邦彦, 他 : 高齢者大腿骨頸部骨折手術 525 症例の術前・術後合併症の検討. *麻酔* **48** : 528-533, 1999
 - 27) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p180-181
 - 28) Bitsch MS, Foss NB, Kristensen BB, et al : Pathogenesis and management strategies for postoperative delirium after hip fracture. A review. *Acta Orhop Scan* **75** : 378-389, 2004
 - 29) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p105-108
 - 30) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p115-117
 - 31) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p131-137
 - 32) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p142-143
 - 33) 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第 2 版. p150-151

(原田 敦)

骨粗鬆症性椎体骨折に対する 我が国での医療行為

原田 敦*

Abstract : 2006年に施行した65歳以上の椎体骨折入院患者に関する全国調査によって、我が国での本骨折に対する診療状況がある程度知ることができた。回答が得られた473施設における、回答日の整形外科入院患者数計14,187名のうち、椎体骨折入院患者数は整形外科患者の約10%を占め、その92%が保存治療を受けていた。診断で最も信頼する検査はMRIであった。外固定は92%の施設がしており、軟性コルセットが最も多かった。鎮痛療法で最も汎用されていたのは湿布薬だったが、最も強い疼痛時には大半でNSAIDs 座薬が使用されていた。2005年度の観血的手術施行数は119施設から622名、最小侵襲手術としての椎体形成術は75施設から257名と回答された。

(J MIOS. No. 64 : 15-18, 2012.)

はじめに

骨粗鬆症性骨折のうち最も多いのは椎体骨折で、高齢者の自立やQOLの低下の大きな要因となっており、その頻度、診療内容、予後について大きな関心が持たれている。しかし、大腿骨近位部骨折と違って、椎体骨折は医師に受診しない患者も少なからず存在し、その診療実態を十分に把握することは容易ではない。その全国調査も地域性や施設特性を考慮した規模のものではなかった。そこで、厚生労働省長寿医療研究委託事業によって、椎体骨折の入院患者に対する診療実態を2006年に全国調査した¹⁾。したがって、本稿は当時のデータに基づくものであり、Kyphoplastyや末梢神経障害性疼痛の新薬の保険収載など、その後の医療情勢の変化を反映するものでないことをお断りしておく。

対象施設

日整会骨粗鬆症委員会の大腿骨頸部・転子部骨折発生数調査の対象施設3,509施設から地域と施設特性(日整会研修施設と日本臨床整形外科医会所属の有床診療所)を考慮して無作為に選定した1,200施設を対象とした。

アンケート方法

アンケートを2006年7月末に発送し、2006年9月末までに届いた回答を解析した。対象の椎体骨折は、疼痛など症状のある65歳以上の入院例に限定した。質問内容は、椎体骨折と診断した場合の入院する割合、回答日に入院中の整形外科患者数と椎体骨折患者数、その中で保存治療の患者数、さらに診療状況について、クリティカルパス使用、画像検査の実施状況、外固定、鎮痛療法、

Key words : 椎体骨折(vertebral fracture, vertebral body fracture) 全国調査(nation-wide survey)
医療行為(medical practice) 椎体形成術(vertebroplasty) 保存治療(conservative treatment)

* Harada Atsushi, 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾35 独立行政法人 国立長寿医療研究センター
先端診療部長, 副院長

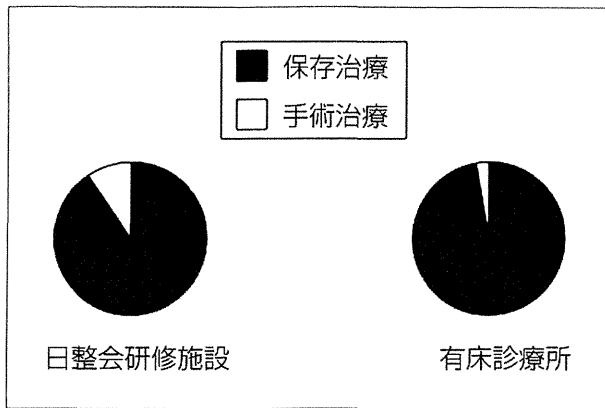


図 1. 調査回答日の椎体骨折入院患者の治療
椎体骨折入院患者数は、有床診療所より日整会研修施設の方が多かった($p < 0.0001$).

リハビリテーションの実施状況を尋ね、加えて、2005 年度の本骨折への観血的手術と椎体形成術の実施状況であった。

アンケート回収状況

回答は、日整会研修施設 308 施設、有床診療所 155 施設、施設特性不明 10 施設の計 473 施設から得られ、回答率は 39%であった。

回答日の椎体骨折入院患者

整形外科入院患者全体の数は、日整会研修施設 12,658 名、平均 41.6 名、有床診療所 1,529 名、平均 10.3 名であった。そのうち 65 歳以上の椎体骨折入院患者数は、日整会研修施設 1,100 名、平均 3.7 名、有床診療所 285 名、平均 2.1 名で、全体で 1,385 名であった。高齢椎体骨折患者の整形外科患者に占める率は、前者で 8.7%、後者で 18.6%、全体で 9.8%であった。

回答時に実施されていた治療は、保存治療が圧倒的に多く、日整会研修施設が 995 名で椎体骨折患者の 90.5%、有床診療所が 277 名で 97.2%を占め、全体で 91.8%が保存治療を受けていた。なお、施設特性特定不明が 17 名あった(図 1)。施設間で比べると、椎体骨折入院患者数は、日整会研修施設は有床診療所より高く($p < 0.0001$)、保存治療を選択する割合は低かった。

椎体骨折に対する診療状況

1. 入院割合：椎体骨折と診断した場合に患者が入院する割合は平均 39.5%とされ、日整会研修施設

は 42.0%と有床診療所の 33.1%より高かった($p = 0.0108$)。

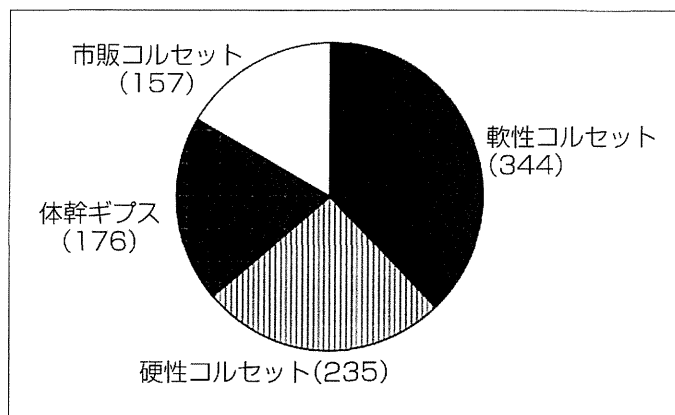
2. クリティカルパス：椎体骨折の入院治療にクリティカルパスを使用していたのは 59 施設(13.0%)であった。

3. 診断：診断に際して通常用いる画像検査で最も多かったのは単純 X 線であったが、最も信頼する検査は MRI で、209 施設(45%)と圧倒的に多かった。ただし、この数字は日整会研修施設で 56%、有床診療所で 23%と施設間で大きな差があった。

4. 外固定：外固定は、日整会研修施設で 284 施設(92%)、有床診療所で 138 施設(89%)と 90%前後の施設で行われていたが、外固定をしない施設も 1 割前後と決して少なくなかった。外固定の内容(複数回答可)は、最も多かったのは軟性コルセットで、日整会研修施設で 245 施設(80%)、有床診療所で 99 施設(64%)であった。次いで、硬性コルセットが日整会研修施設で 169 施設(55%)、有床診療所で 66 施設(43%)、体幹ギプスが日整会研修施設で 116 施設(38%)、有床診療所で 60 施設(39%)、腰部固定帯も日整会研修施設で 99 施設(32%)、有床診療所で 58 施設(37%)であった(図 2)。

5. 鎮痛療法：椎体骨折の疼痛に通常用いる方法(複数回答可)で最も多かったのは湿布薬で、日整会研修施設で 200 施設(65%)、有床診療所で 103 施設(66%)、2 番目はカルシトニンで、日整会研修施設で 176 施設(57%)、有床診療所で 86 施設(55%)であった。非ステロイド性消炎鎮痛剤

図 2.
外固定の種類
複数回答可の結果で、多い順から軟性コルセット 344 施設、硬性コルセット 235 施設、体幹ギプス 176 施設、市販コルセット 157 施設であった。



(NSAIDs)内服が日整会研修施設で 144 施設 (47%)、有床診療所で 73 施設 (47%)、NSAIDs 座薬が日整会研修施設で 103 施設 (33%)、有床診療所で 61 施設 (39%)であった。ほかに、局注が日整会研修施設で 64 施設 (21%)、有床診療所で 62 施設 (40%)、塗布薬が日整会研修施設で 64 施設 (21%)、有床診療所で 29 施設 (19%)、神経ブロックが日整会研修施設で 17 施設 (6%)、有床診療所で 17 施設 (11%)、ソセゴンが日整会研修施設で 18 施設 (6%)、有床診療所で 1 施設 (1%)であった。麻薬使用施設はなかった(図 3)。このように多数の種類の鎮痛法が用いられているが、痛みが最も強いときに使用する方法を尋ねると、NSAIDs 座薬が日整会研修施設で 116 施設 (38%)、有床診療所で 45 施設 (29%)が圧倒的に 1 位であった。

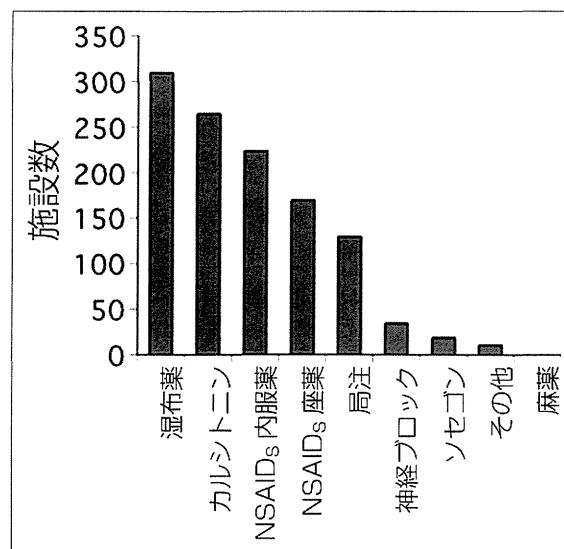


図 3. 鎮痛療法の種類

複数回答可の結果で、最多は湿布であったが、痛みが最も強いときは NSAIDs 座薬が最も多く使用されていた。

6. 手術治療：観血的手術を行っている施設は、日整会研修施設は 115 施設 (37%)、有床診療所は 4 施設 (3%)と総数 119 施設であったが、施設間で大差があった。さらに椎体形成術を行っている施設が日整会研修施設で 68 施設 (22%)、有床診療所で 3 施設 (2%)と総数 69 施設 (15%)であったが、やはり施設間で大差がみられた(図 4)。

2005 年度の実施手術

1. 観血的手術：119 施設から回答があり、合計 622 名で、後方手術はすべて日整会研修施設で 471 名 (76%)、前方手術もすべて日整会研修施設で 100 名 (16%)、前後合併手術が日整会研修施設で 43 名 (9%)、有床診療所で 8 名 (1%)であった(図 5)。

2. 椎体形成術：75 施設から回答があり、合計 257 名で、筆者の施設でも行っていた骨セメント使用による方法²⁾が日整会研修施設で 78 名 (30%)、有床診療所で 10 名 (4%)、骨セメント以外を使用が日整会研修施設で 150 名 (58%)、有床診療所で 2 名 (1%)、その他の方法がすべて日整会研修施設で 14 名 (5%)であった(図 5)。

まとめ

全国調査の結果、2006 年 8~9 月の間に高齢椎体骨折が調査施設当たり約 3 名入院して整形外科入院患者の約 10%を占めて、約 90%が保存治療を受けていた。手術治療は 1/4 の施設で後方法を

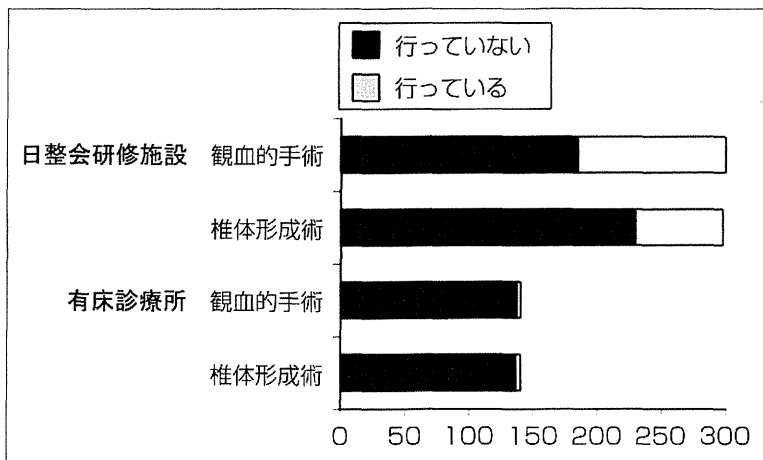


図 4. 観血的手術および椎体形成術を行っている施設
手術治療の実施施設数については、観血的手術ならびに椎体形成術の両方とも、施設間で大きな差がみられた。

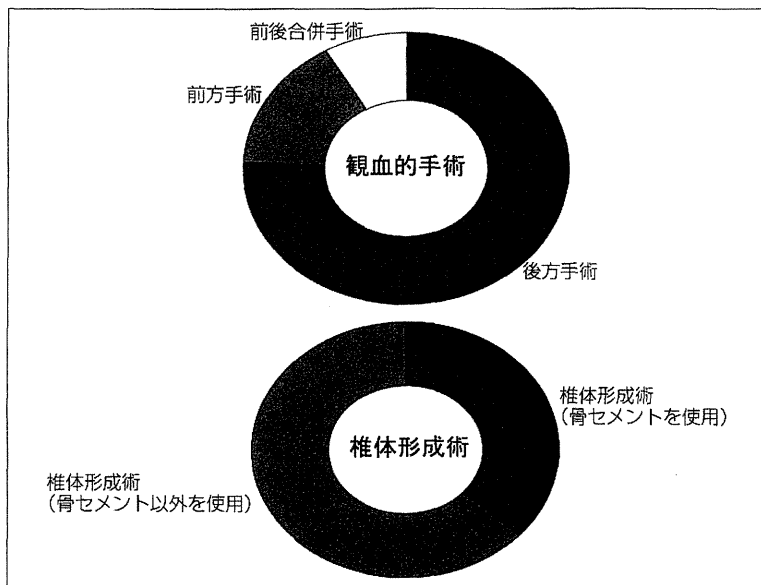


図 5. 高齢椎体骨折患者に対する手術治療の2005年度施行数
観血的手術では、後方手術が最も多かった。ほとんどの観血的手術は日整会研修施設で実施され、施設間差が明らかであった。椎体形成術は骨セメント以外の材料を使用した数が多かった。

中心になされていた。最小侵襲手術としての椎体形成術は15%の施設で「実施経験あり」という浸透度で、2005年度の手術実績は257名(75施設)であったのに対して、観血的手術622名(119施設)という状況であった。

謝 辞：本研究は、厚生労働省長寿医療研究委託事業による「高齢者の脊椎骨折の再建・治療法の標準化に関する研究」によって行われました。分担研究者として多大なるご協力を賜りました中野哲雄、倉都滋之、出口正男、末吉泰信、町田正文、伊東 学にあらためて御礼申し上げますとともに、ご多忙のなかをアンケート調査にご協力いただきました全国施設の先生方に心より深謝いたします。

文 献

- 1) Harada, A., Matsuyama, Y., Nakano, T., et al.: Nation-wide survey of current medical practices for hospitalized elderly with spine fractures in Japan. J Orthop Sci, 15: 79-85, 2010.
- 2) Harada, A., Matsui, Y., Okuizumi, H., et al.: Percutaneous vertebroplasty for elderly patients with unhealed osteoporotic spinal fractures. Geriat Gerontol Int, 6: 174-181, 2006.

特集/ロコモティブシンドローム診療の実際

ロコモティブシンドロームの原因疾患と治療

大腿骨近位部骨折

原 田 敦

はじめに

ロコモティブシンドローム（以下、ロコモと略す）における要介護化の典型の一つが、大腿骨近位部骨折である。これは、文字通り、大腿骨近位部にある大腿骨頸部から大腿骨転子部までの解剖学的範囲に生じる骨折を意味する。

この骨折は、ロコモの基礎的疾患群のうち、骨粗鬆症によって骨強度が低下すること、サルコペニア（加齢性筋肉減少症）によって歩行移動能力が落ちること、運動器不安定症によって転倒リスクが上昇することなどの条件が、重複して内包する高齢者、すなわち、骨も筋肉もバランスも弱くなった者に生じることが多い。このような高齢者は、骨折する前であっても、まさにロコモに陥った状態である。そこに、実際に転倒が起こって、転子部を強打するようなイベントが生じ、大腿骨に加わる荷重が骨強度を越えれば、大腿骨近位部骨折が発生する。この骨折後は、即座に同部の強い疼痛とともに体重を支えて立ち上がり、移動歩行することが不可能になり、ほぼ完全寝たきりという、重い要介護状態になってしまう。

この稿では、大腿骨近位部骨折の疫学、診断、治療、そして予防を解説する。その内容の多くは、日本整形外科学会と日本骨折治療学会の監修で出版された大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン改訂第2版（以後、大腿骨ガイドラインと略称）の記載に基づいている。特に推奨Gradeはそれを引用している¹⁾。

I. 大腿骨近位部骨折の疫学

日本における本骨折の推計発生数は、5年毎

独立行政法人国立長寿医療研究センター先端診療部・副院長

に続けられている全国調査結果によれば、最新の2007年においては、年間14万8千人で、70代で急速に発生率が上昇し、女性は男性の3倍以上であった（図1）²⁾。この発生率は、15年間に、男性1.7倍、女性2.0倍と増加しているが、北欧や米国と比較すれば、ほぼ半分と低いレベルで、南欧や東南アジアとほぼ同等である。カナダ、フィンランド、スイスのように、本骨折発生率の低下はまだ報告されていないものの、5年毎の調査では、男性の60～69歳、女性の60～79歳の発生率は2007年が最も低値であった。

日本整形外科学会骨粗鬆症委員会の2010年発生80,524例に対する調査によると、大腿骨近位部骨折の受傷原因は、立位からの転倒が79.4%で、階段・段差の踏み外しの4.5%も入れれば、83.9%が転倒・小転落で起こっている。一方、高齢者は毎年20～25%程度が転倒するが、転倒した者のうち骨折する者は、男性9%、女性12%と、およそ10%（全高齢者の2～2.5%）で、大腿骨近位部骨折に限ると、およそ1%（全高齢者の0.2～0.25%）である³⁾。大腿骨近位部骨折のリスクは、10年間の骨折率を予測す

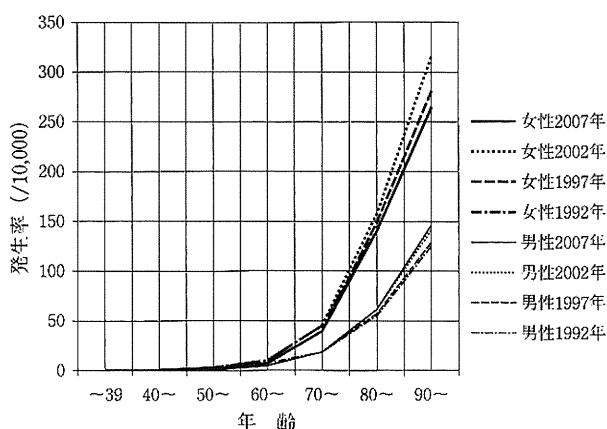


図1 日本の大腿骨近位部骨折頻度の性年代別推移

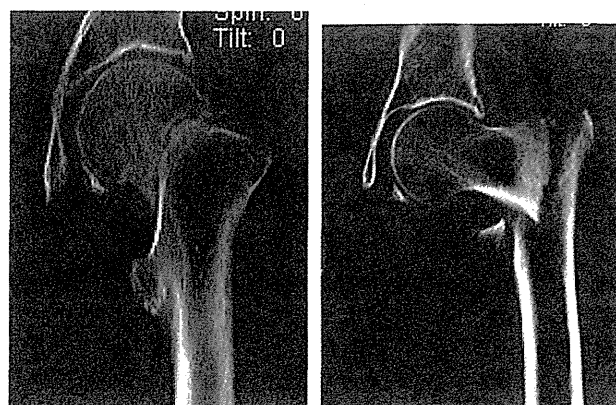
る WHO の FRAX (<http://www.shef.ac.uk/FRAX/>) や日本の骨粗鬆症の診療ガイドライン改訂版¹⁾でも、骨粗鬆症の立場から骨強度リスクを検討しているだけで、転倒リスクは解析に含まれていないので、科学的に不完全なものに終始している。

大腿骨近位部骨折のリスクには、骨強度リスクと転倒リスクの両面から、多数の因子が取り上げられているが、そのうち、大腿骨ガイドラインにおいて、Grade A とされたのは、骨密度の低下、脆弱性骨折の既往、喫煙である。また、Grade B とされたものは、親の本骨折既往、低体重、向精神薬の使用、遊離型デオキシピリジノリンなどの骨代謝マーカーの高値、血清ビタミン D の低値、甲状腺機能亢進症、性腺機能低下症、胃切除術、大腿骨頸部が長い、である。さらに、Grade C とされたものは、糖尿病、腎機能低下、膝痛、視力障害、多量のカフェイン摂取、未産、非常に低い血清エストラジオール値、血清ビタミン A 異常値である¹⁾。

II. 大腿骨近位部骨折の診断

高齢者が転倒して股関節痛が生じ、歩行困難に陥った場合は、大腿骨近位部骨折である可能性が高い。転倒した方向が、前方でなく、側方や後側方で、打撲した部位が大転子部ならば、本骨折を生じている確率ももっと高くなる。このように受傷状況の詳細な聴取は非常に有用である。ただ、転倒が直接関与しない症例もあることは、常に念頭に置く必要がある。たとえば、通常の立位歩行の荷重条件においても、大腿骨近位部にはひずみが生じているが、高度の骨粗鬆症患者では、それだけでも骨強度を越えることがあり、特に大腿骨頸部と骨頭の境界部で生じやすく、大腿骨頸部内側骨折が発生する。

身体所見としては、腫脹、圧痛、変形、異常可動性が骨折の主徴であるが、大腿骨近位部は比較的深部なので、腫脹は特に初期は不明瞭なことは珍しくない。圧痛は大転子部の外側に認められ、同部位に叩打痛も認められることも多い。特徴的な下肢変形としては、骨折の転位が大きいと、骨折側の下肢が、明らかに外旋し、かつ、短縮している状態があげられる。このような場合は、下肢は左右対称を取らないので、その眼で観察すれば、それだけで診断がつくこ



大腿骨頸部骨折

大腿骨転子部骨折

図 2 大腿骨頸部骨折と転子部骨折

ともある。ただ、骨折の転位がほとんどない場合では、この変形はあってもごくわずかである。そのような症例も少なからずあるので、その点を考慮に入れておく必要がある。骨折部には異常可動性が生じており、骨折側の股関節を屈曲、外転、回旋等の方向で動かすと骨折部の疼痛が惹起される。

エックス線単純写真は、上記のような病歴と身体所見があれば、大腿骨近位部骨折を強く疑うが、それを簡便に確認できる方法である。2方向で正しく撮影して読影すれば、エックス線単純写真による大腿骨近位部骨折の正診率は97~98%とされる。ただ、骨損傷の程度がごく軽度であると、エックス線単純写真で診断できないこともある。その際に、第一選択となる検査は、骨シンチではなく、MRI とされている (Grade Ia)¹⁾。

大腿骨近位部骨折には、骨折部位によって、大腿骨転子部骨折と関節包内の骨折である大腿骨頸部骨折に大別できる (図2)。両者は、解剖学的、血行動態的、生体力学的に条件が異なるため、骨癒合率と骨頭壊死率に差がある。すなわち、転位の大きい大腿骨頸部骨折は、骨癒合が不良で骨壊死に陥る可能性も低くない。当然、これらの間において手術法の選択も異なる。

III. 大腿骨近位部骨折の治療

大腿骨近位部骨折の治療として、ほとんどの患者に対して手術が行われる。前述の2010年発生例では、94.9%が手術を受けており、その内訳は、骨癒合を目指して骨折部を金属材料で固定する骨折観血的手術が63.3%、骨折部から骨

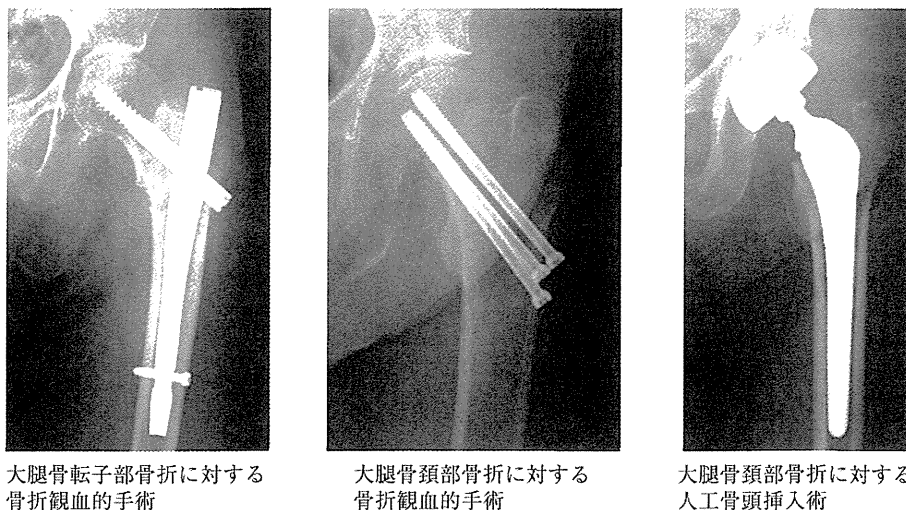


図 3 大腿骨近位部骨折に対する手術法

頭を切除して人工物で置き換える人工骨頭挿入術が30.3%であった。手術は、できる限り早期の実施が推奨されており (Grade B), 2010年調査では入院から手術までの待機日数は、平均4.6日であった¹⁾。

関節内の骨折である大腿骨頸部骨折では、①骨折部には関節液が流入し、②骨折線が整復しても立位荷重で安定性を得にくい形を取りがちで、③骨頭の栄養血管が骨折部で損傷されていることも多いため、骨癒合には不利で、骨頭壊死の危険性がある。骨折の転位が少ない非転位型では、③の条件を有する可能性が低いと判断され、骨癒合を期待してスクリューなどの内固定材料を使用して骨折観血的手術を行う (図3) (Grade Ib)。一方、骨折の転位が大きい転位型では、③の条件が加わるため、骨頭壊死続発によるトラブルを避けるため、人工骨頭挿入術を行う (図3) (Grade A)。術後は早期全荷重が推奨されている。骨折観血的手術後合併症のうち、偽関節の発生率は、非転位型で0~15%、転位型4~40%とされている。骨頭壊死による late segmental collapse は、非転位型0~8%で、転位型26~41%と報告されている。人工骨頭挿入術後合併症のうち、脱臼が2~7%、人工骨頭周囲の骨折が1~3%発生している¹⁾。

一方、大腿骨転子部骨折では、大腿骨頸部骨折のような血流や骨癒合を阻害する要因はないので、骨折観血的手術 (図3) が、転位のある場合はもちろん推奨 (Grade A) されるだけでなく、転位のない場合も推奨となってい

る (Grade Ib)。術後合併症のうち、偽関節の発生率は0.5~2.9%とされている。骨頭壊死は0.3~1.2%と報告されている¹⁾。

両者の手術を合わせた術後感染の発生率は、0~15%とされている¹⁾。

このような観血的治療とその後のリハビリテーションが十分に行われても、すべての症例が受傷前の日常活動レベルに復帰できるわけではない。機能予後に影響する主な因子は年齢、受傷前の歩行能力、認知症の程度である。

IV. 大腿骨近位部骨折の予防

この骨折は、発生実数が増加の一途を辿り、手術リハビリを重ねても生命予後、機能予後は良好とは言えない状況が今後も続くことと予想されるので、その発生を抑制しようとする試みは、長い期間に非常に多数の予防するための方法は、その有効性に関してはかなり確立されている。しかしながら、実施率が低いまま経過しているため、疫学で述べたように実際の骨折率低下にまで結びついていない。

薬剤による介入と薬剤以外の介入に分かれる。薬剤による予防介入とは、骨粗鬆症の薬物治療で、大腿骨近位部骨折を予防目標とする場合は、そのエビデンスを高いレベルで有している薬剤で、我が国において使用できるものは、いまだにアレンドロネートとリセドロネートの2剤に限られている¹⁾。骨粗鬆症と診断された患者に投与すれば、前者では53%、後者では26%の本骨折リスク低下が望める。しかしながら、骨粗

鬆症の治療率は25%に留まっており⁴⁾、その効果を活かしきっていない現状である。薬剤以外の介入とは、転倒リスクに対するもので、一定の Protokol で行われた転倒予防策は、転倒減少については高いレベルのエビデンスを有しているが、骨折減少のエビデンスに乏しい。大腿骨近位部骨折リスク低下のエビデンスがあるのは、ヒッププロテクターのみで、介護施設での高いレベルのエビデンスを有する¹⁾。転倒事故での外傷軽減策として活用すべきである。

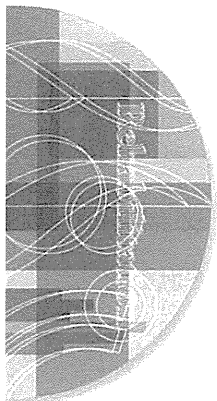
ま と め

大腿骨近位部骨折は、ロコモティブ・シンドロームの中でも、骨折して寝たきりになる典型的な経過を辿るため、最も分かりやすい病態で

ある。手術技術とリハビリテーションを十分に尽くしても、2割で歩行機能を喪失するという状況が続いている。骨粗鬆症薬などによる予防の実践と継続が重要と考えられる。

文 献

- 1) 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン改訂第2版：日本整形外科学会，日本骨折治療学会監修，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策定委員会編集．南江堂，東京，2011年6月11日．
- 2) Orimo, H., Yaegashi, Y., Onoda, T. et al.: Hip fracture incidence in Japan: estimates of new patients in 2007 and 20-year trends. Arch Osteoporos, 4: 71-77, 2009.
- 3) 大腿骨近位部骨折の治療状況調査 (2010年発生分に関する報告書): 日本整形外科学会骨粗鬆症委員会.
- 4) 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2011年版: 骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会.



高齢者の骨折

竹村真里枝¹⁾ 原田 敦²⁾

Key Words ロコモティブシンドローム 骨粗鬆症 骨折 大腿骨近位部骨折 椎体骨折 転倒

内容のポイント Q&A

Q1 高齢者に多く認められる骨折とは？

高齢者の骨折好発部位は脊椎、大腿骨近位部、橈骨遠位端、上腕骨近位部である。その他に骨盤や肋骨等にも多く発生する。このなかでも椎体骨折の頻度が最も多く、大腿骨近位部骨折はADL (activities of daily living)の低下や生命予後に影響を与える重篤な外傷である。これらの骨折により機能低下がもたらされると、高齢者の介護度が増すことになる。

Q2 骨折の原因は？

高齢者の骨折の多くは、骨粗鬆症を基盤にした脆弱性骨折である。また、加齢による筋力低下、バランス機能の低下による転倒も強い骨折リスクである。

Q3 脆弱性骨折とは？

脆弱性骨折とは、骨の強度が低下して、軽微な外力で発生する骨折を意味する。「骨の強度」を規定する要因は、「骨密度」と「骨質」であり、骨密度は骨強度のほぼ70%を説明するとされている。

Q4 骨折によりADLにどの程度影響するのか？

2010年の国民生活基礎調査の概要によれば、要支援、要介護となった主な原因の構成割合における「骨折、転倒」の占める割合は約10%であった。大腿骨近位部骨折の調査では、受傷前のADLが自立していた症例(介護保険主治医意見書で自立度がJ1, 2)は50.9%であったが、骨折後1年には26.8%に低下していた。

Q5 転倒、骨折を予防するための対応とは？

高齢者の骨折の予防には、骨強度の維持・増強のための骨粗鬆症治療と、転倒予防の2つのアプローチがある。骨粗鬆症の治療は薬物治療が中心であるが、その効果をより上げるためには運動や栄養面からも多角的な取り組みが必要である。また、転倒予防には居住環境の見直し等外的因子の排除や改善と、内的因子となっている疾病の治療や運動療法が有用とされている。運動療法では、特にバランス運動の効果が認められている。

* Epidemiology of osteoporotic fractures

¹⁾ Marie Takemura MD PhD

国立長寿医療研究センター整形外科

²⁾ Atsushi Harada MD PhD

国立長寿医療研究センター先端診療部

はじめに

2012年に厚生労働省から発表された日本人の平均寿命は、男性が79.4歳、女性が85.9歳であった。昭和初期頃までの人生50年から、今では人生80年の時代となった。わが国は世界のなかでも有数の長寿国となり、「健康で、長生き」は多くの人々の願いであろう。介護を受けたり病気で寝たきりになったりせず、日常生活に制限のない期間である「健康寿命」は、2010年の時点で男性が70.4年、女性が73.6年であったと示された(図1)¹⁾。平均寿命と健康寿命の差、つまり人生の終盤で日常生活に何らかの支障をきたす期間は約10年前後もあるということになる。この期間が縮まることが理想的であり、そのための対策は、この超高齢社会では、必須で急務の課題である。



ロコモティブシンドロームと介護

日本整形外科学会が提唱したロコモティブシンドロームは、運動器の障害によって、介護・介助が必要な状態になったり、そうなるリスクが高まった

状態を意味している。2010年(平成22年)の国民生活基礎調査の概要によれば、介護が必要となった主な原因の構成割合における「関節疾患」や「骨折、転倒」といった運動器の障害が占める割合は約21%であった(図2)²⁾。要介護の前段階の要支援では、原因の1/3を運動器障害が占めていた。ロコモティブシンドロームとなる要因には、変形性関節症や骨粗鬆症等の疾病や、加齢による運動器機能不全等がある(図3)。これらは、単独で発生することもあるが、高齢者では複合して日常生活に支障をきたしていることが多い。本稿では、このうちの高齢者のADL(activities of daily living)やQOL(quality of life)を急激に低下させる可能性のある「高齢者の骨折」について概要を述べる。

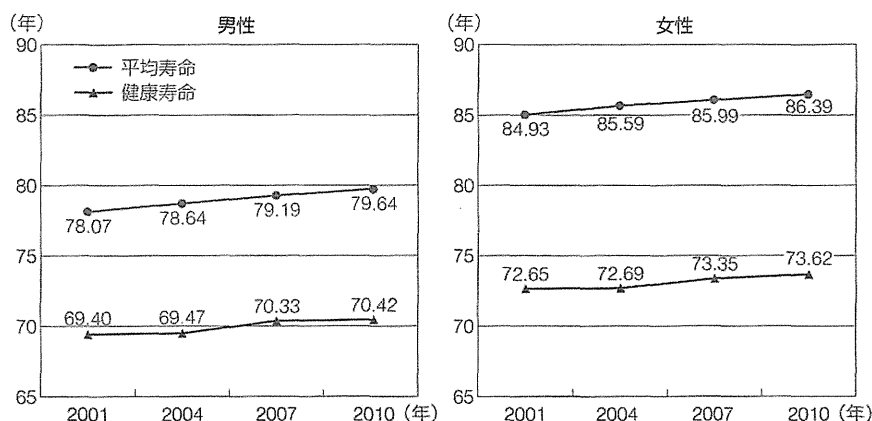


高齢者の骨折

(1) 脆弱性骨折

高齢者では、骨の脆弱性が高まることで骨折を起こすことが多い。脆弱性骨折とは、骨の強度が低下して、軽微な外力で発生する骨折を意味する。「骨の強度」を規定する要因は、「骨密度」と「骨質」であり、骨密度は骨強度のほぼ70%を説明するとされている³⁾。

■ 図1 健康寿命と平均寿命の推移



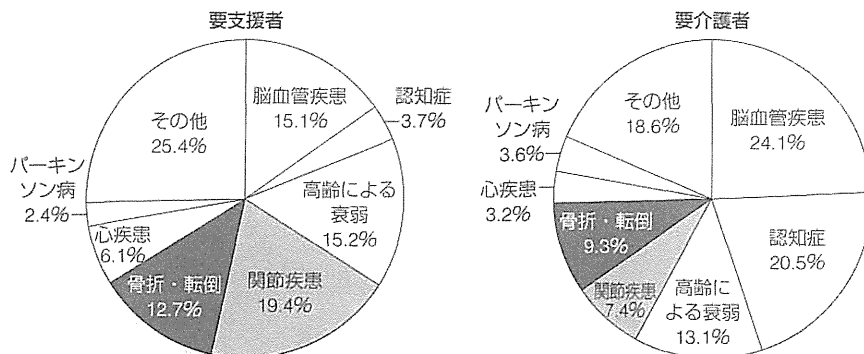
資料：健康寿命は厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」、平均寿命は厚生労働省「簡易生命表」。

(注)日常生活に制限のない期間が「健康寿命」、0歳の平均寿命が「平均寿命」である。

平均寿命と健康寿命の間には、約10年の開きが存在する。

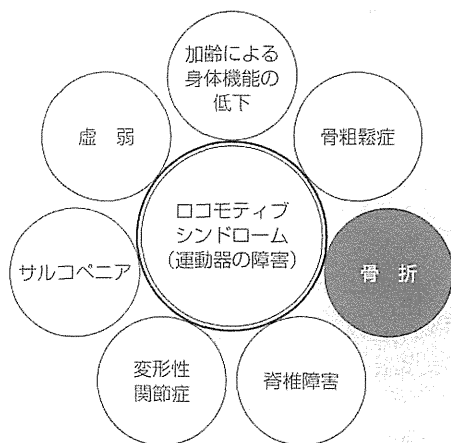
(平成24年版 高齢社会白書(概要版))¹⁾

■ 図2 介護が必要になった主な原因



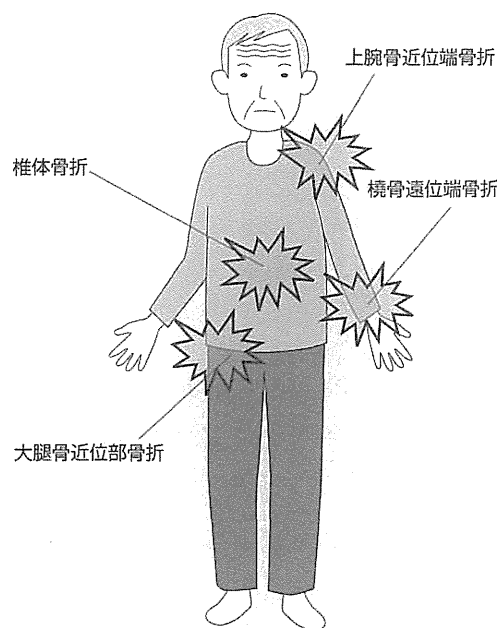
65歳以上の人の要介護の直接原因を示す。ロコモティブシンドロームの原因疾患である「関節疾患」「骨折・転倒」を合わせた割合は、要介護の前段階の「要支援」では、全体の32.1%となり、「要介護」においても、全体の16.7%と大きな部分を占めていた。(平成22年 国民生活基礎調査の概況より)²⁾

■ 図3 ロコモティブシンドロームを引き起こす要因



高齢者では他の年代と違い、骨折の好発する部位がある。特に多いのは、大腿骨近位部骨折、椎体骨折、橈骨遠位端骨折、上腕骨近位端骨折であり(図4)、その他に骨盤や肋骨等にも多く発生する。それぞれの脆弱性骨折において、発生頻度の高い年代に特徴を認める(図5)⁴⁾。橈骨遠位端骨折は40歳代後半から女性の発生頻度が増加するが、高齢期ではあまり変化しない。骨粗鬆症性椎体骨折の発生頻度は60歳代ごろから徐々に増加し、大腿骨近位部骨折は70歳代ごろから急激に増加してくる。これは、骨折が骨粗鬆症をベースとした骨脆弱性に加え、転倒も絡んで発生することに関連する。つまり、前期高齢者では転倒時に

■ 図4 高齢者の骨折好発部位

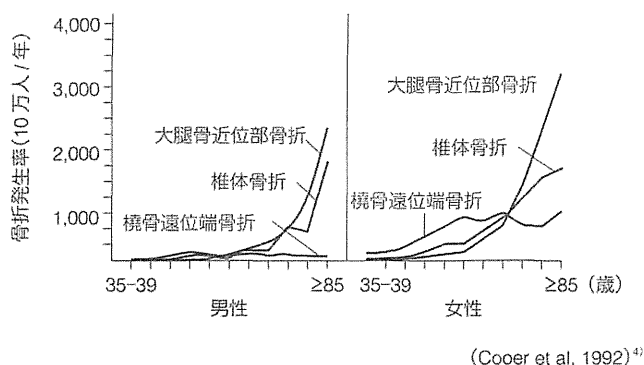


反射的に手を伸ばす防御動作が働き、手をついて橈骨遠位部骨折が発生するのに対して、後期高齢者では転倒時のとっさの防御反射が低下しており、顔面や肩部、殿部を直接打撲して上腕骨近位部骨折や大腿骨近位部骨折を受傷すると考えられている。

(2) 骨折危険因子

低骨密度は強い骨折リスクであり、骨密度は加

■ 図5 性別・年齢階級別の骨折発生率(大腿骨近位部骨折, 椎体骨折, 橈骨遠位端骨折)



■ 図6 大腿骨近位部骨折



a) 大腿骨頭部骨折, b) 大腿転子部骨折.

齢とともに低下し, 骨密度が 1SD 低いと, 1.5~2 倍骨折リスクが高まる^{5,6)}. 年齢も骨密度とは独立した骨折危険因子である. その他の骨折危険因子には, 既存骨折, 現在の喫煙, アルコール多飲, ステロイド薬使用, 骨折家族歴があげられる³⁾.



大腿骨近位部骨折

(1) 大腿骨近位部骨折の分類

大腿骨近位部骨折には, いわゆる大腿骨頭部骨折と大腿骨転子部骨折が含まれる(図6).

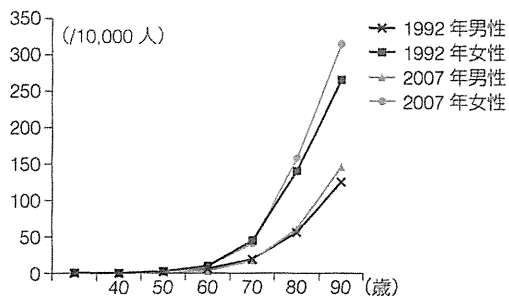
これらは血行動態的, 解剖学的に異なるため,

治療法や予後に違いがある. 日本整形外科学会関連病院における全国調査では, 両骨折の年代別発生数は, 75歳未満では頸部骨折が多く, 75歳以上では転子部骨折が多かったと報告されている. 全体では転子部骨折のほうが, 頸部骨折よりも発生率が高い⁷⁾.

(2) 疫学

わが国における大腿骨近位部骨折の全国調査が1987年から5年ごとに20年間行われ, 発生数の推移について検討された⁸⁾. その結果, 骨折の発生率は加齢で上昇し, 特に70歳代より指数関数的な上昇がみられた. 女性の発生数は男性の約3.7倍であった(図7). また, 大腿骨近位部骨折

■ 図7 大腿骨近位部骨折の性・年代階級別の発生率



男女とも、70歳代より指数関数的な上昇がみられた。
(Orimo et al, 2009)⁸⁾

の全国推計発生数は1987年は約5万3,200人であったが、2007年には約14万8,100人となり、20年間で2.8倍に増加した(図8)^{3,8)}。2002年の年齢群別発生率が変化しないと仮定し、日本の将来推計人口から将来の大腿骨近位部骨折の発生数を予測すると、2010年には約18万人、2020年には約25万人、2030年には約30万人、2042年には約32万人になると推計されている(図8)^{3,8)}。

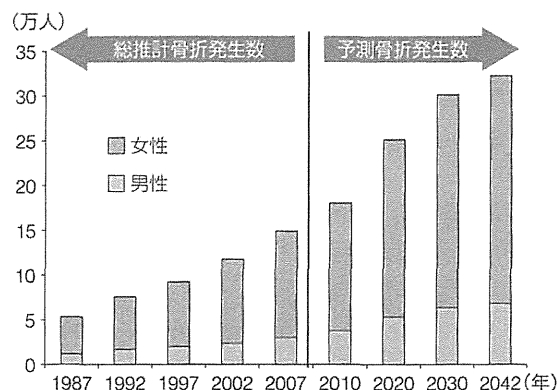
どちらか一侧の大腿骨近位部骨折が発生すると、反対側に骨折が生じるリスクは4倍に高まるとの報告がある⁹⁾。大腿骨近位部骨折の受傷原因として「立った高さからの転倒」が一番多く74%を占めていた。また、受傷場所は屋内が68.8%と多く、80歳以上の高齢者では屋内で受傷する割合が84.9%とさらに高かったと報告されている⁷⁾。

(3) 予後

大腿骨近位部骨折治療後の歩行能力回復には、受傷前の歩行能力と年齢が大きく影響する^{3,10)}。また、認知症の合併も術後の歩行能力を低下させる^{10,11)}。65歳以上の大腿骨近位部骨折10,992例を対象に、国内で大規模な予後調査が行われた¹²⁾。それによれば、受傷前の日常生活動作(ADL)が自立していた症例(介護保険主治医意見書で自立度がJ1, 2)は50.9%であったが、骨折後1年には26.8%に低下していた。また自立度がA1, A2の症例は受傷前36.1%であったが、骨折後1年には23.2%に低下した。

また、大腿骨近位部骨折は生命予後にも影響するとされ、わが国での受傷後1年の死亡率は約

■ 図8 わが国における大腿骨近位部骨折の発生数および発生予測数



(骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン作成委員会, 2011)³⁾ (Orimo et al. 2009)⁸⁾

10%前後である^{10,12)}。これは、非骨折例と比較して高い。これまでの調査結果から^{10,13)}、死亡率を増加させる因子として、年齢(高)、性別(男性)、認知症(有)、合併症(有)、退院時の歩行能力が報告されている。

高齢者の骨折のなかで大腿骨近位部骨折は、その予後が、移動能力低下等ADL低下に大きく影響し、また生命予後にまで関与する重篤な外傷である。



椎体骨折

(1) 疫学

椎体骨折は、骨粗鬆症性骨折のなかで最も頻度が高い骨折である。わが国での女性の有病率は、60歳代で約10%、70歳代で約40%と報告されている¹⁴⁻¹⁶⁾。また、Fujiwaraらによれば、日本人の椎体骨折の発生率は、男性3.5%、女性9.5%と、女性で高く、加齢とともに著明な上昇を示した。また、60歳以上の骨折のある例はない例と比べて新たな椎体骨折を生じる頻度は3~5倍であった。女性の新規椎体骨折の発生は、70歳代で人口10万人当たり年間約4,000、80歳代で約8,400に達する¹⁷⁾。日本人の有病率、発生率は欧米の報告と比べ高い。

椎体骨折の好発発生高位は、T12~L1の胸腰椎

移行部と、T7~8の中位胸椎に山をもつ二峰性を示す。

(2) 椎体骨折の臨床

高齢者の椎体骨折の受傷原因は、転倒・転落等の外傷ばかりでなく、重いものを持ち上げる、乗り物に揺られる、咳・くしゃみをする等、日常生活のなかのほんの些細な外力が誘因となって発生する場合がある。ときには、思い当たる原因が全くなく発生する症例さえも存在する。

新鮮椎体骨折の診断は、単純X線検査で行うのが一般的であるが、圧迫椎体が多発する場合には、判定が困難である。MRI検査は最も精度が高く、臨床現場で信頼度が高い診断法である¹⁸⁾(図9)。

椎体骨折のうち腰痛、背部痛等の臨床症状を呈するのは、全体の1/3程度であるといわれている。典型的な急性期の症状は、寝返りや起き上がり動作が疼痛のため困難となる。65歳以上の脊椎骨折入院患者(14,242例)に対する診療実態を全国調査した結果、椎体骨折患者が入院する割合は約40%で、そのうち92%が保存治療を受けていた¹⁸⁾。時間の経過とともに疼痛は軽快して、機能回復が得られるケースが多く、観血的に治療さ

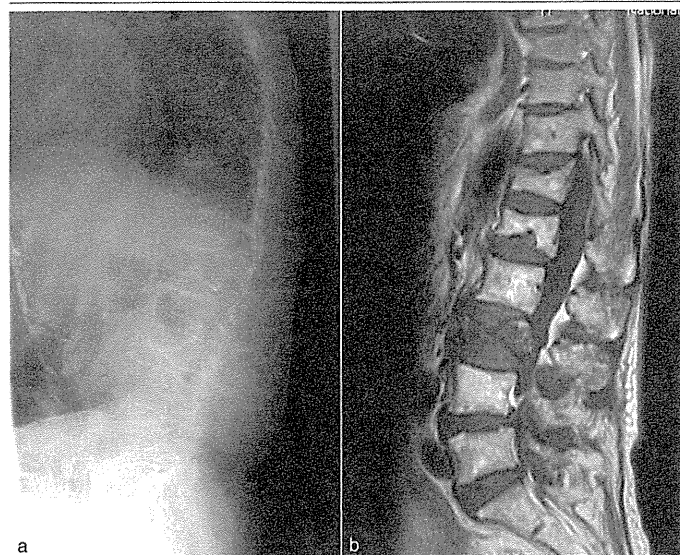
れるケースは少ない。しかし、偽関節が生じたり、椎体後壁が破綻した場合には遅発性神経障害をきたして、疼痛や痺れに加え、歩行障害、尿失禁、麻痺が発生する症例もある。

また椎体骨折の既往は、将来の椎体骨折のリスクを約4倍に高める¹⁹⁾。骨折椎体が多発すると脊柱の後弯変形が強くなり、それによる種々の合併症が生じてくるケースがある。後弯体型への不満といった心理的障害に加え、慢性的な腰背部痛が生じたり、GERD(gastroesophageal reflux disease; 胃食道逆流症)や呼吸器障害等の身体的障害が生じたりして、高齢者のADLが制限され、QOLを低下させる原因となる^{20,21)}。

(3) 予後

椎体骨折の生命予後について、Ensrundらは低骨密度で椎体変形のある高齢女性では、年齢や高血圧、心臓病等の死亡交絡因子の調整後も相対リスクが有意に高いことを報告した²²⁾。わが国における椎体骨折後の生命予後に関する研究は大腿骨近位部骨折に比べまだ少ないが、いくつか報告がある。中野は受傷後1年の死亡率は10%であり、大腿骨近位部骨折と同等レベルに不良であると報告した²³⁾。

■ 図9 椎体骨折



a) 単純X線像脊椎側面像、b) MRI検査 T1強調像。

単純X線画像では、多発の圧潰した椎体像を認める。MRI検査で第3腰椎に信号変化を認め、第3腰椎の新鮮骨折と診断された。