

シエネラリストに
ならざるをえない
整形外科医のための
内科読本  

整形×内科= 大腿骨近位部骨折

著 井上三四郎

飯塚病院総合診療科



中外医学社

まえがき

本書を手にとってくださった皆様、ありがとうございます。

私は井上三四郎と申します。私は1999年に医者になり、以来ずっと整形外科医です。私のキャリアで異色なのは、ここ数年は総合診療科に在籍していることです。この件については話すと長くなります。このまえがきの後に私が飯塚病院総合診療科に移る直前に書いたエッセイ「野菜も売る魚屋」を記載しておきます。気になる方はお読みください。

さて本題です。本書を手にとられた皆さんは、多少なりとも大腿骨近位部骨折に興味があると思います。この骨折は日常診療でありふれています。ガイドラインによりますと¹⁾、新規患者数は2030年に29万人、2040年に32万人に達するとされています。とんでもない患者数です。皆さんが興味を持たれるのも当然です。

私はこの骨折は、整形外科という海水と老年内科という淡水の汽水域と捉えています。整形外科医＝海水魚、内科医＝淡水魚、手術室＝海、病棟管理＝川とってください。整形外科医＝海水魚からみると、汽水域の塩分は薄すぎます。だから海水魚は汽水域では暮らせません。一方内科系医師から見ると、汽水域は塩辛すぎます。とても住むことはできません。私のキャリアを踏まえ整形外科と内科の両方の視点から、この汽水域に関して説明したのが本書です。

本書のコンセプトは「とりあえずこれ読んどけば、汽水域（＝大腿骨近位部骨折）の概要がざっとわかる」です。整形外科医からみれば内科のことを、内科医からみれば整形外科のことを俯瞰的に記しました。初めに、ありがちなシチュエーションを設定しています。次にそこから導き出される話題について、2人の医師のダイアログが続きます。それを補足するように、私が注釈を入れております。まずは、シチュエーションと雑談を読んでください。そして気になれば注釈に目を通してください。さらに詳しく知りたい方のために文献を並べておきます。これが本当の勉強です。是非文献をお読みください。

この話の登場人物について、お話ししたいと思います。すべては架空の人物です。トイプードルのらん先生は「この人って良くも悪くも整形外科医だね」と私が感じた整形外科医をモデルにしています。そしてそれは若い頃の私でもあります。秋田犬のさん先生は今の私です。その他にも多くの人物が適時登場します。それらも私が実際に接した人をモデルにしています。

本書は、整形外科専門医、総合診療科専門医、整形外科専攻医、総合診療科専攻医、臨床研修医、そして学び直しを志している他科医師を主な対象としています。

整形外科専門医の皆様。整形外科医は持てる労力のほとんど全てを手術に費やしています。その反面、それ以外の問題点には手が回らなくなりがちです。病棟管理について、興味あるところから摘まんで読んでもらえれば幸いです。

専門医を持っていない、整形外科専攻医の皆様。皆様は、大腿骨近位部骨折のまさに術者であり、病棟を管理している当事者です。この本の全てが必要になるでしょう。本書をざっと読んでいただければ、なんとなくわかった気になると思います。本書のコンセプト「とりあえずこれだけ読んだら、大腿骨近位部骨折の概要がざっとわかる」は、若手の整形外科医にとって有用と思います。あとは、実践あるのみです。

内科系医師の皆様。大腿骨近位部骨折に対するコマネジメントは、おそらくこれからますます盛んになります。それは内科系医師の新しい職種形態です。本書のコンセプト「とりあえずこれだけ読んだら、大腿骨近位部骨折の概要がざっとわかる」は、あなた方内科系医師にもまた有用と思います。皆様にとっては未知の領域です。本書がその理解の助けになれば幸いです。

臨床研修医の皆様。とりあえず、第一章を読んでください。そのあとは、ざっくり通して読んでみてください。ピンと来ないところは、どんどん飛ばしてもらって結構です。全部わかる必要などありません。本書を読んでこの領域に興味が出れば、是非、整形外科か総合診療科の門を叩いてください。

最後になりますが、学び直しを志している他科の医師の先生方も本書の読者として想定しています。一般外科や臓器別内科を長年行ってきたものの、年を重ねるにつれて整形外科領域に関わらざるを得なくなった先生方も多いと思います。そのような先生方は年次が上であるがゆえに、学び直しをしよ

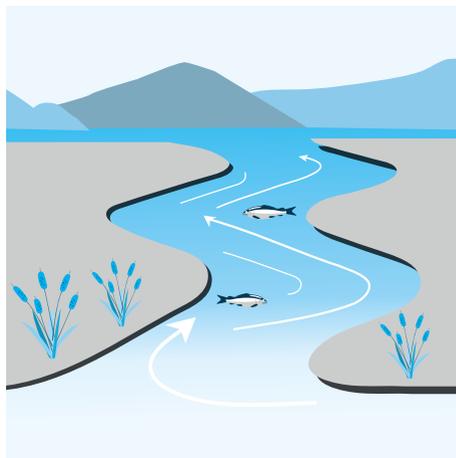
うにも改めて専攻医プログラムに入ることも困難です。しかし先生方は経験値という下地があります。一読すれば先生方の血となり肉となるはずで

す。堅苦しい本ではありません。気軽にお読みください。寝転がってピーナツでも食べながら気軽に目を通して下さい。

1) 大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 2021 (改訂第 3 版), 南江堂, 2021.

2025 年 5 月吉日

井上三四郎



大腿骨近位部骨折は整形外科という海水と
老年内科という淡水の汽水域

➔ 2: 診断①

えっ、これって折れてるの？

事例

らん先生は当直中、当直室のベッドでぐっすりと寝ていた。夢うつつのらん先生に救急外来の看護師から電話があった。



看護師

らん先生、施設からの電話です。85歳の入居者の相談です。認知症があり、普段は施設内を伝い歩き、屋外は歩いていないそうです。今日の昼から、右の股関節あたりを痛がるようなそぶりをみせるらしい、転んだかどうかはわからないとのこと。いったん様子を見ていたけれども、先程から痛みが強くなってきました。今から、救急車で受診したいそうです。



えっ～、昼から痛いのに？ いま何時？



だいたい23時です。こちらが良ければ救急車を呼ぶと仰っているので、こちらに到着するのは0時頃だと思います。



……はいわかりました喜んで。



では受けますね。来られたら連絡します。

(2時間後)



らん先生のお見立ては？



股関節を動かすと痛がるけど、認知症でよくわかりません。転んだかどうかはわからないし、大きなたんこぶもないし、きっと転んでないと思う。X線  1 も撮ったけど、微妙なの。この前も似たような患者さんがいたけど、骨折してなかった。撮影方向により、こんな風に見えることもきつとある。そういえば、救急隊もX線撮影の移動を一緒に手伝ってくれた時、ただの打撲と呟いていた。でも、施設スタッフがいつもと様子が違うから入院させて下さい、とさかんに仰ってね、痛がっているし、何よりも夜だから。今から施設に帰るのも大変だろうなと思い、入院して貰いました。

(翌日)



あの患者さん、その後どうなりました？



それがね、やらかしてしまっただんです……。朝になって先輩が出勤してきたので、X線見せたら骨折だって！一応CT **図2** を撮って確認しとけと吐き捨てるように言われました……。診断できないやつに手術はさせられん！と叱られました……。今から先輩が手術してくれます。あたしは、その助手に入ります。



診断が難しいこともあるでしょう。らん先生が入院させたから、スムーズに手術ができたんですよ。患者さんにとっては良かったと思います。



……。お願いがあります。それ一字一句違わず、先輩に報告してください。あたしの整形外科人生が掛かってますから！



図1 入院時X線写真



図2 入院時CT

2

診断
①



-  X線で骨折が診断できないなんて、あたしはダメな整形外科医ね……。
-  そんなことないよ。はじめから完璧な人間なんていない **#1**。しかも一般論として、診断ってそもそも簡単じゃない **#2**。とはいえ整形外科医を名乗るならば、このX線はわかって欲しいレベル。ポンコツだったね。でもそのポンコツさよりも、骨折を疑って入院させたことの素晴らしさの方が勝る。トータルで見ると、良い対応だったと思うよ。
-  慰めでも嬉しい。でも、本当は危なかったんだ。
-  というと？ どの辺にピットフォールがあったの？
-  だって昼間から痛がっているんだよ。それなのに、夜間に救急車で来たわけでしょう。チョット腹立たしかった。
-  そういう陰性感情は発生しちゃうよね。
-  夜の当直で忙しいから、ちゃっちゃと返そうかと思った。
-  ハッスルバイアス。忙しい時には誰もが省略しようとする。
-  それから、ただの打撲という救急隊の言葉も信じようとした。
-  オーバーコンフィデンスバイアス。それも良くある。
-  バイアスだらけじゃん。自信がなくなってきた……。
-  世の中バイアスだらけだよ **#3**。バイアス自体は必ずしも悪者ではないけど、自分が都合の良いように解釈しちゃうがちになるから気を付けないといけないよね。今回はしっかりと思いとどまって、偉かったと思うよ。
-  振り返るに、患者さんは痛がってた。普段見ている施設スタッフが「いつもと違う」と言っていた。それを信じようと思ったの。それに所詮あたしは整形のペーペーなので。
-  なるほど。そういう謙虚な気持ちも、今回の勝因だったんだ。俺も勉強になったよ。
-  ちなみに今回みたいに病歴から骨折が推測しにくいケースって良くあるの？ 派手に転んで、動けない、下肢が変な方向を向いています、なら誰にでもわかると思うけど。
-  たまにあるよ **#4**。骨折を見逃さないためにやれることはシンプル。主訴や病歴をよく聞く、股関節を良く触る、股関節のX線を撮影する敷居を下げる、ぐらいかな。認知症の人は訴えも診察も当てにならないから、診断は余計難しい。
-  でもX線撮れば骨折は全部わかるんじゃないの？
-  いや、100%ではない。X線で骨折が診断できないパターンは2つある。ひとつは読影能力の問題。例えば研修医がわからなかった骨折を専門医が後日

指摘するパターン。その時に一番大事なことは、第三者が振り返った時に大きな問題にならないようにすること。らん先生は、今回のケースは十分合格だと思うよ。



あれで合格なの？ 慰めなら要らないわ……。



ポンコツよ、俺の話を受け。夜の救急外来は、その日の寝床を決める場所って思えば良い。選択肢は3つ。内服薬を貰って家に帰って自分のベッドで寝るか、点滴に繋がれて病院のベッドで寝るか、麻酔をかけられて手術室のベッドに寝るかの3択。正確な診断は翌朝以降に付ければ十分。今回は入院させて責任もって診療した。余裕でセーフ。



そういうことね。ポンコツなりに気が楽になりました！ ところで、骨折を見逃すもうひとつのパターンって何？



もうひとつは専門医が見てもわからない場合。要は診断の限界。その場合のファーストチョイスはMRI。



でもMRIって夜間は撮影できないでしょ。昼も杵が埋まっていて気軽に撮影できない。放射線科に頼みに行っても、断られることあるし。入院中にMRIをオーダーするの嫌だ。



放射線科の言うことは正しい **#5**。しかし、当事者としてはそう思うかもね。その時の代替え案はCTかな。CTなら夜間でも撮影できるでしょ。CTは最近マルチスライスや3Dが標準化されていて、診断能力も上がっているよ **#6**。



了解。次は良い診断ができるように頑張るぞ！ **#7**



その心意気だ。頑張れ！ **#8**



#1

医師としてのレベルアップに卒後教育は欠かせない。ここでは整形外科専攻医（ローテーター）への教育について考えたい。整形外科専攻医1年目は「何も知らなくて当然、ひよっ子で当たり前」と認識されがちである。しかし、よく考えてほしい。彼らはすでに20歳を超え、6年間の大学教育を終え、すでに「2年間も」医師として社会に出ている。そんな成人に対して、手取り足取り教える必要性が、私には理解できない。もちろん、わからないことがあれば教えるが、それは同僚としての立場で行う。親が子に接するように何から何まで世話を焼くのではなく、部活動の先輩が後輩に接するようなスタンスである。

しかし、指導医が学校の先生として宿題を出し、ローテーターは生徒になり義務