

病態把握とコミュニケーション能力について一症例を基に考える

広島県 山本王兄¹⁾山本里美¹⁾

山本接骨院¹⁾



プロフィール

平成 12 年 3 月 赤門柔整専門学校 柔道整復師科卒業

平成 15 年 3 月 赤門柔整専門学校 鍼灸按摩マッサージ指圧科卒業

平成 10 年～平成 11 年 岩崎整骨院にて研修

平成 12 年 5 月～平成 16 年 4 月 佐藤接骨院にて研修

平成 16 年 5 月 広島県尾道市に帰郷し、山本接骨院にて勤務

Keywords: 肘関節内側剥離骨折、医接連携、コミュニケーション能力

【はじめに】本症例は、スノーボード中、他のスノーボーダーと衝突して負傷した、左肘関節内側剥離骨折の症例である。転医と再来院を繰り返し、長い経過を辿り最終的に外科的手術に至った症例です。

【症例】

27 歳 女性 職業 保育・栄養士

負傷部位 左肘関節内側

原因 スノーボード中、ゲレンデで休んでいた時、他のスノーボーダーに激突され負傷

負傷日 平成 20 年 12 月 29 日

初診日 平成 21 年 1 月 5 日

初診日までの経緯 負傷日の翌日に当番医（A 医院）にて診察と初期処置を受ける。レントゲン検査により異常なしと言われ、自宅にて 1 ヶ月間の経過観察を告げられる。また、状態が悪ければ、ご自身の判断で MRI 検査を受けに行ってくださいと指示を受ける。処置は、冷湿布とエラスコット 1 本による包帯固定。固定後、痛みが強くなり約 4 時間で包帯を除去。

初診時初見 左肘関節腫脹、疼痛などの炎症反応あり、自発痛（ズキズキ脈打つ感覚）。上腕骨内側上顆に特に強い圧痛が存在。肘関節全域に皮下出血斑。肘関節屈伸は、痛みの為可動域制限あり、外反ストレステスト陽性。健側と比較し肘関節やや外反して、動揺性あり。

初回処置 レントゲン検査にて骨異常なしということもあり、骨折の疑いなしと判断、左肘関節内側側副靭帯損傷として、炎症期における物理療法（電療・手技療法など）を行い、包帯固定（エラスコット 2 本）を行った。その際は、三角巾、シーネなどの固定材を使用しなかった。

経過 初診より当院で治療行っても、1 月 20 日頃より拘縮が強くなり現れ始め、左肘関節の屈曲可動域は 90 度となる。治療後は可動域の改善が見られるが、翌日には拘縮が現れ可動域は制限される。その後、2 月 26 日に、患者自己判断により、B 整形外科へ転医。B 整形外科でのレントゲン検査でも、骨に異常なしと告げられ、B 整形外科の紹介で、2 月 27 日 C 総合病院で 1 回目の MRI 検査を行う。C 総合病院での診察結果は、「内外側側副靭帯に明らか

に断裂しているといえるような所見は指摘できません。明らかな骨損傷、軟骨損傷は捉えられていません。」とのこと。MRI 検査の結果、3月5日から3月23日までB整形外科にて過流浴、滑車によるストレッチ等のリハビリを行う。B整形外科からは、自宅で肘関節の屈曲を行うよう指示されていたが、痛みの為ほとんど出来ず。

再来院経緯 偶然外出中に患者と出会い、転医後の経過について話しかけたところ、B整形外科では満足できるリハビリが出来ないことや、レントゲン・MRI 検査時に技師とのコミュニケーションが上手くとれず、検査結果に不信感を抱いている様子であった。

再来院時所見 可動域制限が以前より強く、屈曲 50 度～95 度の可動域、左第五指～小指球にかけて痺れや知覚障害を呈していた。

2 回目の当院での施療 3月24日から当院にて、再び施療を行う。徐々に可動域改善して行くも、拘縮は強い。

1 回目 D 整形外科検査 5月18日、当院から D 整形外科に MRI 検査を依頼する。その結果、『左肘関節内側側副靭帯損傷』と診断を受け、医師より「肘関節内側に圧痛を認め、関節の拘縮が強いようですが、内反ストレスで不安定性はあまりないようです。現在は、内側側副靭帯はある程度修復され、疼痛による可動域制限・拘縮が症状の主体のようです。MRI でも内側側副靭帯の付着部での損傷を認め、同部は脂肪抑制像で高信号を表すことから、まだ炎症反応が継続しているようです。リハビリが足りないかもしれないので、痛くても少しずつ動かしていきましょう。手術をする必要は今のところありません。」と説明を受けた。その後 9 ヶ月間当院で施療を行い、時間を要したが、徐々に可動域制限改善し、肘関節屈曲で、他動的であるが、指先が肩につくことは可能となった。しかし、肘関節 90 度～100 度で関節内に違和感があり、抵抗感も強くある。触診で肘内側上顆後方に骨肥大(?) のようなものがあり、ロックするような感覚があり、伸展制限が改善していない。このことを受け、病態把握の為、再度 D 整形外科に検査依頼をする。

2 回目の D 整形外科検査時 平成 22 年 3 月 1 日にレントゲン検査、MRI 検査、共に特に異常が指摘できない為、後日再度の検査。



図1 平成22年3月1日のレントゲン写真

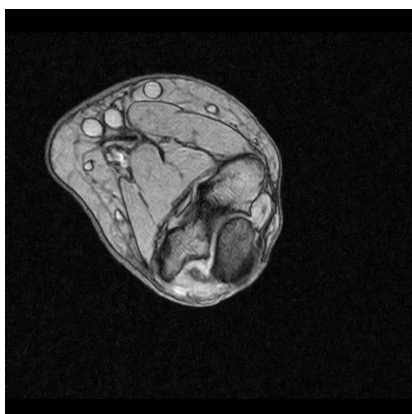


図2 平成22年3月1日のMRI写真

3 回目の D 整形外科検査時 平成 22 年 3 月 4 日、CT 検査の結果『左肘関節内遊離体、左肘陳旧性尺側側副靭帯付着部剥離骨折』と診断される。医師より「上腕骨内顆上部に剥離骨片認め、骨棘形成あり。CT にて、伸展制限の原因となりうる程度の遊離体も発見されました。手術を考慮されたほうがいいでしょう。」とのこと。

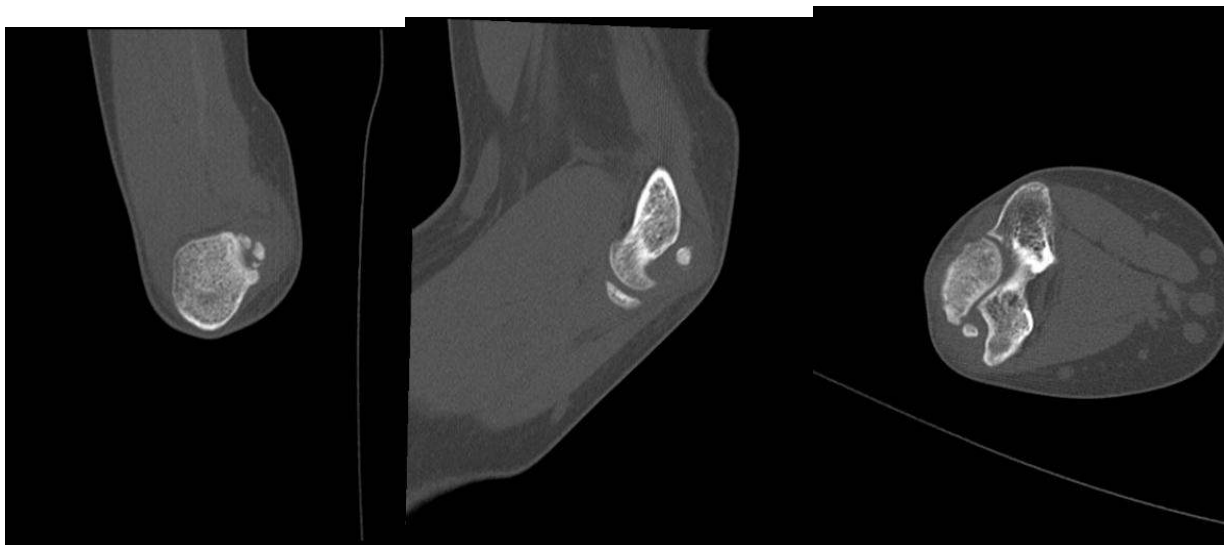


図 3 平成 22 年 3 月 4 日 (1 回目) の CT 写真

E 大学病院にて手術 平成 22 年 5 月 7 日に左肘関節外傷後拘縮関節形成術 (左肘関節拘縮に対する関節受動術) を受ける。

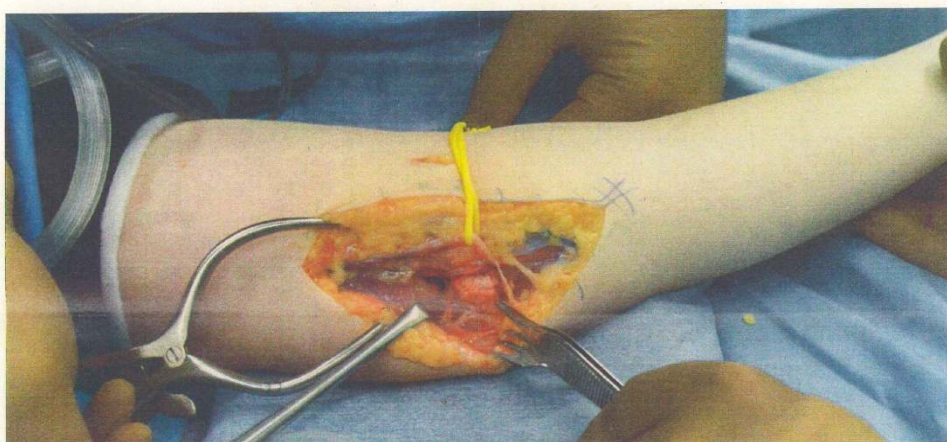


図 4 骨片除去



図5 術後直後の関節可動域

E 大学病院にて術後のリハビリ 手術後より平成22年5月17日まで同病院にてリハビリを行うも、リハビリ担当者との信頼関係築けず、回復せず徐々に再拘縮。患者から電話にて相談を受ける。早期に退院して当接骨院でリハビリをしたいとのこと。

E 大学病院退院後 平成22年5月19日E大学病院退院後、同日接骨院に来院。当接骨院では、術後の管理は難しいので、D整形外科にリハビリを依頼し、D整形外科に通院しない日を接骨院で施療することにした。

術後管理 平成22年5月20日から平成22年8月13日の間にD整形外科と当接骨院にて術後リハビリを行う。経過は順調に進み、D整形外科では、8月11日リハビリ終了。接骨院には8月13日に終了。

施療後の経過 平成22年12月20日、当接骨院にしばらくぶりに来院され症状の確認をする。関節可動域制限無く、尺側手根屈筋の筋力低下は認められるも、ADL上での問題なし。筋肉トレーニングを指導した。

【考察】

今回この症例を通して、適切な処置を行う上で、病態把握の大切さと患者様と医療側のコミュニケーションが必要不可欠であるということがよく解りました。

コミュニケーションが上手く取れなければ、患者様と信頼関係を築くことは難しく、リハビリにも悪影響を及ぼしてしまいます。ただし、患者様の社会的状況に配慮しすぎると、処置を誤ってしまう結果にもなりかねないのでバランスが大切です。

病態把握が難しくければ、必要に応じて専門医師との連携を取ること（医接連携）の必要性。

病態をしっかり把握し、現状を患者様に理解していただき、その上で必要な処置を説明して施療する（インフォームドコンセント）、つまりコミュニケーション能力の向上が最も重要であると思います。コミュニケーションをとる為に必要な、専門知識・人間性・経験は言うまでも無く必要です。

【まとめ】

医接連携の強化

コミュニケーション能力の向上

病態把握能力の向上

適切な処置

インフォームドコンセント

セカンドオピニオン

今回の症例は、状況によっては訴訟へと繋がる可能性を秘めていたと思われます。

日々の業務の忙しさに囚われることなく、一人一人の患者様を丁寧に、責任を持って診ていかなければならないと肝に銘じ、臨床に携わっていきたいと思います。

臥薪嘗胆ですね。

- 参考文献：手・肘の痛みクリニカルプラクティス 中山書店