

■ 自然経過、病態から治療法を考える

RA は自然経過から少関節破壊型、多関節破壊型、ムチランス型に分けられ、3 病型は全身性の骨髄細胞に特徴的な病態的な相違がある。薬物療法、リハビリテーション、手術療法などの適応は病型別に検討するべきと考えられる。(越智隆弘氏ら、369 頁)

■ 頸 椎

環軸椎では亜脱臼による後頭部痛と四肢麻痺が、下位頸椎では多椎間での亜脱臼による四肢麻痺が外科治療の適応となる。固定術では術後一定期間の安静を要するが、いたずらに長期の臥床を強いことが大切である。環軸椎間後方固定では3～7日で座位から起立歩行へ、頸椎前方固定は1か月の床上安静、頸椎椎弓形成術では術後の疼痛が消失すれば早期より離床歩行を行う。(税田和夫氏ら、377 頁)

■ 上 肢

外科手術として、肩関節、肘関節では滑膜切除術、人工関節置換術、手関節では滑膜切除術、断裂伸筋腱再建術、固定術、指関節では滑膜切除術、固定術などがある。手術療法を行うにはそれに先だって少なくとも半年以上の薬物療法、作業療法、理学療法などを行い、全身の炎症活動性のある程度沈静化させることが前提である。滑膜切除術の適応は全身のコントロールがよいにもかかわらず、病変が1～2の関節に局限し、単純X線上、骨に変化が起こる前である。(高岸憲二氏、381 頁)

■ 股 関 節

人工股関節は高度関節破壊に伴う機能障害が適応であるが、X線上、関節裂隙が消失した時期以上に待機すると大きな骨欠損となり、手術手技を困難にするばかりでなく、後療法も長期化する点、注意がいる。セメントを使用するかどうかは年齢、骨萎縮の程度を参考にし、セメント使用での後療法は術後ただちに足趾、足関節自動運動、大腿四頭筋・殿筋の等尺性運動を開始する。24～48 時間後から起立・全荷重を開始する。セメント非使用では3週より部分荷重、6週で全荷重とする。脱臼肢位を日常生活で避ける指導も大切である。(藤森十郎氏ら、387 頁)

■ 膝 関 節

滑膜切除術は荷重関節である膝では薬物療法の進歩と人工関節置換術の成績の向上があつて積極的には行われなくなっていたが、最近では関節鏡視下手術の進歩によりその有効性が見直されてきている。術後は翌日より自動・他動的関節可動域訓練、荷重歩行を開始する。人工膝関節全置換術は疼痛、不安定性、可動域制限がある場合に適応となるが、その際 QOL を考慮し決定する。屈曲拘縮、外反・内反変形が高度となると非拘束型人工関節が使用できなくなる可能性がある点にも注意がいる。後療法はセメント使用の有無、側方動揺性の有無により異なる。(織田弘美氏、393 頁)

■ 足 部

足関節の滑膜切除は骨軟骨病変の進行していない段階で適応がある。近年、侵襲の少ない関節鏡視下滑膜切除も行われる。前足部の形成術は進行性の変形・脱臼に有効で、術後は創部の状態により2～3週で荷重を開始し、徐々に前足部への荷重へ移行する。その他、人工足関節形成術、足関節固定術等がある。RA では部分荷重が困難であることが多いので、荷重時期を遅らせて全荷重とすることも考える必要がある。(本莊 茂氏ら、399 頁)