

リーフレット

(株式会社 南江堂 2015年6月)

本書の解説内容ならびに図表について下記の通り修正いたします。

頁	該当箇所	修正前	修正後
6	5行目	予備石灰化層 _レ 、石灰化層	予備石灰化層、石灰化層 _レ
	5行目から6行目	一次骨梁	一次海綿骨
18	26行目	Trendelenburg 現象	Trendelenburg 徴候
80	1行目	術後のリハビリテーションは	<u>例えば膝の術後のリハビリテーションは</u>
	6行目	軽い受動的	持続的受動的
	7行目	訓練) や大腿四頭筋等の	訓練) <u>を行い、筋萎縮を防ぐために</u> 大腿四頭筋等の
81	表7-1 タイトル	段階的リハビリテーションメニュー	膝の術後の段階的リハビリテーションメニュー
99	下3行目から2行目	もっとも多く、股関節、手指関節にも比較的	もっとも多い。手指の関節にも比較的
102	13行目から14行目	現在広く用いられているのは、1987年に改訂されたアメリカリウマチ学会の診断基準(表8-1)である。	1987年に改訂された米国リウマチ学会の診断基準(表8-1)が広く用いられてきたが2010年米国/欧州リウマチ学会が新たな分類基準を出した(表8-A)。我が国では厚生省が早期リウマチの診断基準を出した(表8-B)。 ※新たに表8-Aと表8-Bを追加(本紙5頁)
103	1行目から2行目	検査所見では、 <u>患者の約70%にリウマチ血清反応(リウマトイド因子をRAテスト、RAHAテストなどで測定)が陽性である。</u> 炎症の	検査所見では、 <u>RAテストが陽性であることもある。</u> さらに炎症の
	3行目	もっとも鋭敏に病勢を反映するのはCRPである。	削除
104	6行目	注目をあびている。	注目をあびている(表8-C)。 ※新たに表8-Cを追加(本紙7頁)

頁	該当箇所	修正前	修正後
105	15 行目	効果が少ない。	効果が少ない。 <u>肥満と脱水が発作の誘因とされている。</u>
	16 行目	してから始める。尿酸生成過剰型には	してから始める。 <u>7.0 mg/dl 以下 (5 ~6 mg/dl が最適) を目標に行う。</u> 尿酸生成過剰型には
	16 行目から 17 行目	アロプリノール)	アロプリノール、 <u>フェブキシスタット)</u>
111	10 行目から 12 行目	原因としては、先天性無痛覚症、脊髄空洞症、 <u>梅毒感染による脊髄後索と後柱細胞の変性を生じる脊髄癆、糖尿病性神経炎などによって起こる。</u> ステロイド関節注射の乱用によっても同じような病態が生じる <u>ことがある。</u>	原因としては、先天性無痛覚症、脊髄空洞症、 <u>梅毒感染による脊髄後索と後柱細胞の変性を生じる脊髄癆、</u> さらに、 <u>糖尿病性神経炎や、ステロイド関節注射の乱用によって同じような病態が生じる。</u>
	13 行目から 14 行目	ことが特徴的である。	ことが特徴である。
	下 1 行目	<u>必要な場合がある。</u>	<u>必要である。</u>
114	下 8 行目から 115 頁 2 行目	下に差し替え	

骨系統疾患の大部分は、メンデルの法則に従う単一遺伝子病なので、診断が確定すれば次の妊娠での危険率（再発危険率）を予測できる。

常染色体優性遺伝の場合、22 対の常染色体上にある 1 対の遺伝子のうち病気に関する遺伝子が 1 つ（ヘテロ接合体）だけでも発病する。片方の親が発病者（ヘテロ接合体）でもう一方の親が正常の場合、再発危険率は 50% である。常染色体優性遺伝の形式を示す疾患の多くは正常両親から生まれ、この場合は、突然変異が原因と考えられるので、再発危険率はほとんどゼロと考えられる。

常染色体劣性遺伝の場合、1 対の遺伝子の 2 つとも病気に関する遺伝子（ホモ接合体）であれば発病するが両親が保因者（ヘテロ接合体）の場合、25% で発症、50% で保因者、25% が正常となる（図 8-A）。まれな骨系統疾患の遺伝形式を論じる際、同胞発生がある場合、常染色体劣性遺伝とされるのが通常である。

伴性遺伝には、X 連鎖遺伝と Y 連鎖遺伝があり、X 連鎖遺伝には、X 連鎖優性遺伝と X 連鎖劣性遺伝とがある。例えば、X 染色体上に病気に関する遺伝子があり（X 連鎖）、その遺伝様式が劣性である場合、女性は 2 つの X 染色体を持つので、病気に関する遺伝子が 1 つだけでは保因者となり発病はしない。

一方男性は X 染色体を 1 本しか持っていないのでそれが病気に関する遺伝子であれば発病する。

X 連鎖劣性遺伝の場合は、母親が保因者（ヘテロ接合体）で父親が正常のとき、男児で 50% 発症、女子の 50% は保因者となる（図 8-B）。X 連鎖優性遺伝では母親が発病者（ヘテロ接合体）で父親が正常のとき、男児 50% で重症発症または致死、女児 50% で発症（男児より軽症）となる。X 連鎖劣性遺伝の孤発例が突然変異なのか母親が保因者なのかを決定することは困難なことが多い。

※新たに図 8-A と図 8-B を追加（本紙 7 頁）。

頁	該当箇所	修正前	修正後
120	14 行目	歯状突起	第2頸椎軸椎の歯状突起
126	図8-33a. 写真 図8-33a. 説明文	at-risk sign : ①外側亜脱臼 (+), ② Gage's サイン (+)	矢印を追加 (本紙9頁). at-risk sign (悪くなりそうな所見): ①外側亜脱臼 (+), ② Gage's <u>sign</u> (骨頭骨端線の三角形の切れこみ),
127	下1行目	「うちわ歩行」	「うちわ歩行」 (= 内旋歩行, 内股歩行)
158	5 行目	脊髄は大前根動脈	脊髄は胸部下行大動脈から分岐する脊髄への動脈で Th ₉ から L ₃ までである大前根動脈
164	図9-13 タイトル	SLR テスト	SLR (<u>straight leg raising</u>) テスト
169	16 行目	ABI など	ABI (<u>足関節上腕血圧比</u>) など
181	1 行目 下2行目	マクローリン McLaughlin 法が有名である. フェミスター Phemister 変法, ネバイザー Nevaizer 法, デワー Dewar 法など	通常, 上腕骨頭に骨溝を作り, そこに断裂腱端を埋め込む方法がとられる. フェミスター Phemister 変法 (キルシュナー鋼線で固定する), ネバイザー Nevaizer 法 (烏口肩峰靭帯を利用する), デワー Dewar 法 (烏口突起を鎖骨に移行する) など
189	9 行目から 10 行目 15 行目から 16 行目 18 行目 図9-37	長橈側手根伸筋, 短橈側手根伸筋, 尺側手根伸筋, 指伸筋, 小指伸筋 上腕三頭筋内側頭・外側頭 関与し, とくに, 橈骨粗面の追加 (本紙9頁)	橈側手根伸筋, 尺側手根伸筋, 総指伸筋, 固有小指伸筋 上腕骨白蓋下縁より起始し内側頭・外側頭 関与し, 上腕骨頭を押し下げる. とくに, 橈骨粗面の追加 (本紙9頁)
236	図9-88	矢印の位置の変更 (本紙9頁)	
237	図9-90 タイトル 図9-92 説明文	<u>drawer</u> テスト 膝 90° 屈曲位で	前方引出しテスト 後十字靭帯断裂のため膝 90° 屈曲位で
238	図9-94 タイトル	膝半月板損傷	内側半月板損傷
239	図9-95 右写真	矢印の追加 (本紙11頁)	
241	図9-98	矢印の削除 (本紙11頁)	

頁	該当箇所	修正前	修正後
251	下 10 行目から 9 行目	夜間は副子を用い中間位に固定し患肢挙上させる。	夜間は踵の突き上げや、掛布団による底屈位の強制のため悪化することがあるので膝下シーネで固定をする。すなわち足関節捻挫は夜間悪化する。
255	下 1 行目	頻度が高く、踵骨または	頻度が高いが背側踵立方靭帯の損傷は足関節捻挫に比べ治りが良好で 1/3 の期間で治癒する。踵骨または
263	2 行目	<u>この間の</u>	<u>楔状骨間の</u>

表 8-A 米国/欧州リウマチ学会の分類基準 (2010)

以下の合計が 6 点以上で関節リウマチと診断する。

1. 腫れている関節の数	
11 以上	5 点
小さな関節が 4~10	3 点
小さな関節が 1~3	2 点
大きな関節が 2 以上	1 点
1 ヲ所	0 点
2. 血液検査 RA や抗 CCP 抗体 (RA が陰性のリウマチもある)	
どちらかが正常の 3 倍	3 点
どちらかが正常の上限を超えている	2 点
どちらも (-)	0 点
3. 症状が	
6 週間以上	1 点
6 週間未満	0 点
4. CRP または血沈 (血液検査だけの合計で 4 点)	
異常	1 点
正常	0 点

表 8-B 早期リウマチの診断基準 (厚生省)

1. 朝のこわばり 15 分以上 1 週間以上
2. 3 つ以上の関節の腫脹 1 週間以上
3. 手関節または MP 関節または PIP 関節の腫脹 または足関節または MTP 関節の腫脹 1 週間以上
4. 対称性腫脹 (軟部組織紡錘状腫脹) 1 週間以上
5. リウマトイド因子
6. 手, 足の XP での骨萎縮, 糜爛

以上, 6 項目中 4 項目にあてはまる場合.

- ・ window of opportunity : リウマチは治療が進歩したため, 早期診断が求められる. 早期治療により治療効果が飛躍的にあがる.

表 8-C 生物学的製剤

関節リウマチの炎症維持に深く関与している炎症性サイトカイン, TNF- α や IL-6 を阻害する.

- ・生物学的製剤の適応
 - ①リウマトレックス 6 mg 以上を 3 ヶ月投与しても効かない患者
 - ② 6 個以上の関節の痛み 6 個以上の関節の腫れ
- ・生物学的製剤の特徴

結核（ツベルクリンなど）の検査が必要。薬価が高い。静脈注射あるいは皮下注射。
- ・生物学的製剤の種類

2003 年 インフリキシマブ（レミケード）：抗 TNF- α 抗体
 2005 年 エタネルセプト（エンブレル）：TNF 受容体結合タンパク
 2008 年 トシリズマブ（アクテムラ）：抗 IL-6 受容体抗体
 アダリムマブ（ヒュミラ）：抗 TNF- α 抗体

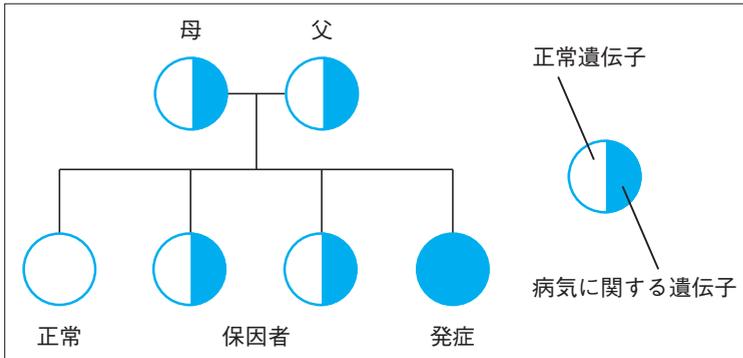


図 8-A 常染色体劣性遺伝

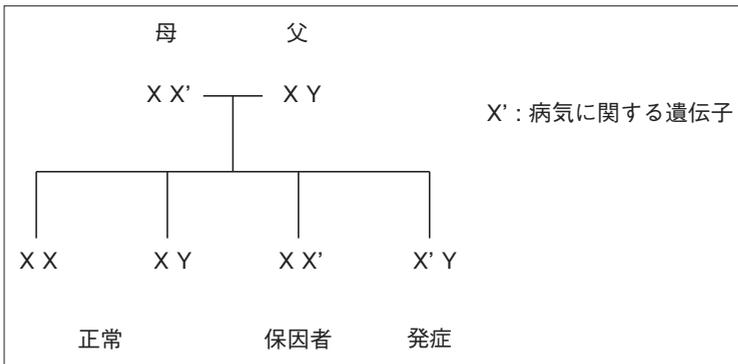


図 8-B X連鎖劣性遺伝



【図 8-33 a.】

a. 初期（発症後2ヵ月，5歳）

at-risk sign（悪くなりそうな所見）：① 外側亜脱臼（+），② Gage's sign（骨頭骨端線の三角形の切れこみ）（+），③ 骨端外側に及ぶ石灰化（+）

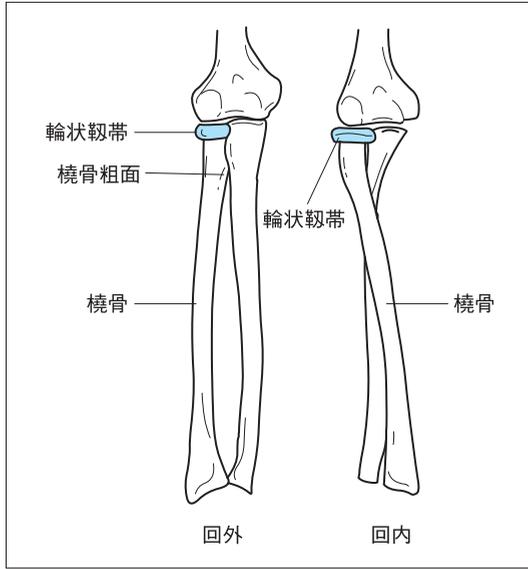


図 9-37 前腕の回内・回外

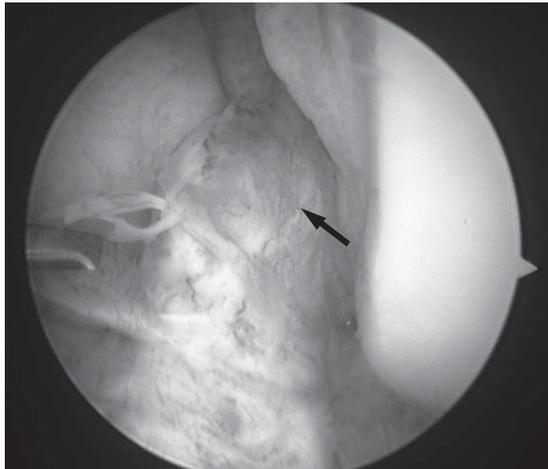


図 9-88 前十字靭帯損傷

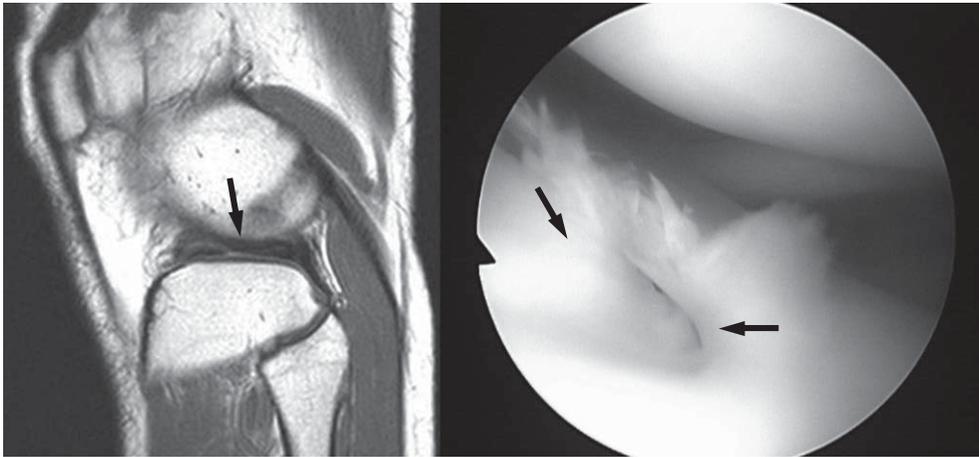


図 9-95 外側円板状半月板損傷

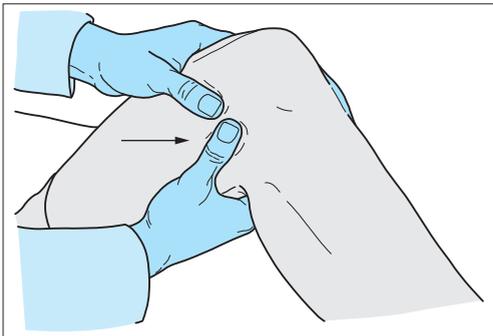


図 9-98 grasping テスト

大腿骨外顆近位で腸脛靭帯を圧迫しながら膝を屈伸すると疼痛を生じる。

