

富山市立富山市民病院

大腿骨近位部骨折診療ガイドライン

はじめに

『富山市立富山市民病院 大腿骨近位部骨折診療ガイドライン』は、増加する高齢者大腿骨近位部骨折患者に対し、診療科および診療部門の連携を円滑に行い、安全で質の高い医療を提供することを目的とした富山市立富山市民病院独自の治療指針である。

1. 組織構成

診療は多職種連携したチーム医療により実施され、以下の組織で構成される。

医療部門（医師：整形外科、麻酔科、内科、精神科、高齢医学科）

看護部門（看護師：看護部、整形外科病棟、整形外科外来、

救急センター、内科外来、中央手術滅菌部）

リハビリテーション科（理学療法士）

中央放射線部（放射線技師）

中央研究検査部（検査技師）

薬剤部（病棟薬剤師）

栄養科（管理栄養士）

地域連携センター（ソーシャルワーカー）

2. 術前評価

術前評価の目的は、可能な限り安全に手術を行うことである。

改善可能な併存疾患を迅速に特定して治療を行い、手術の遅延とならないようにする。ただ治療によるリスクを変更できない場合、手術はそれ以上遅らせることなく行うよう努める。不必要な手術の遅れは、結果的に追加のリスクを増加させることを理解する。

術前評価は可能な限り初療時に救急部門で行う。

評価は整形外科医師とともに内科医師による評価を行う。

救急担当内科医師による診察後、院内基準に照らし合わせ、各専門内科を受診とする。

3. 手術時期

原則、骨折後 48 時間以内の手術を目指す。
抗血栓症薬使用に伴う不必要な手術待機は行わない。

4. 麻酔

麻酔は、麻酔科医師が行う。麻酔方法は、麻酔科医師が判断し選択する。

全身麻酔を第一選択とし、麻酔科医師判断のもと適宜腸骨筋膜下ブロックを併用する。重篤な呼吸器疾患を併存している場合は、麻酔科医師判断により脊髄クモ膜下麻酔が考慮され選択される。

また抗血栓症薬使用患者においても、原則、全身麻酔での早期手術に努める。ただし、患者状態により脊髄クモ膜下麻酔が選択される場合は、手術遅延によるリスクより麻酔に伴うリスクが高いと判断した場合、適切な補正あるいは休薬期間のもと手術を行う。

5. 抗血栓症薬

原則、手術を予定する場合、入院後速やかに休薬を行う。

休薬に伴うリスク上、継続投与が望ましいと判断される場合は、薬剤の半減期を考慮した上で薬剤の継続あるいは代替薬（ヘパリンなど）による置換を考慮する。

また手術後は、出血リスクを主治医が判断した上で可及的すみやかに再開する。

6. 予防的抗菌薬投与

セファゾリン（CEZ）を第一選択抗菌薬として使用する。投与期間は術後 2 4 時間以内とする。投与量および投与回数に関しては、腎機能を参考に行う。CEZ に対し薬剤アレルギーがある患者に対しては、クリンダマイシン（CLDM）を第一選択抗菌薬として考慮する。

また既に併存疾患に対し抗菌薬投与が開始されている場合は、手術に伴う SSI を考慮した上で、薬剤の追加あるいは薬剤の変更を検討する。その際、予防的抗菌薬としての投与期間は 2 4 時間以内とするが、併存疾患の治療に伴う投与期間はこれに該当しない。

7. 下肢静脈血栓予防

大腿骨近位部骨折は下肢静脈血栓症の高リスクあるいは最高リスクに該当する。受傷直後から発症リスクがあるため、術前から予防を行うとともに、周術期全体を通じて適切な評

価と予防に努める。

8. 疼痛コントロール

周術期において疼痛コントロールは非常に重要な治療である。

来院後から周術期全般において適切な評価と治療による疼痛緩和に努める。

9. 周術期看護ケア

I. 排尿ケア

原則、入院時に尿道留置カテーテルによる排尿管理を行う。術後は日常生活動作の改善に応じて速やかに尿道留置カテーテルを抜去する。抜去後の排尿障害に対しては、排尿ケアチームが示す治療手順（排尿日誌、残尿測定など）に従い治療を行い、改善に努める。

II. 嚥下・口腔ケア

高齢に伴う嚥下機能の低下により誤嚥するリスクがある。周術期全体を通じて誤嚥予防に努める。特に嚥下機能評価を実施した上で、経口摂取を開始し誤嚥予防に努める。また嚥下機能だけではなく、口腔内の衛生状態も評価し、必要に応じて改善に努める。

III. 褥瘡ケア

疼痛に伴う体動困難により、受傷後より褥瘡を発生するリスクが高くなる。

入院時に既存の褥瘡の有無を確認し、周術期全体を通じて褥瘡の発生予防に努める。

10. せん妄予防と治療

高齢者の大腿骨近位部骨折患者においてせん妄の発症リスクは高い。また発症により術後のリハビリテーションを妨げ、日常生活動作獲得の障害となることが多い。

周術期においてため、その予防に努めるとともに、発症後早期の対応を行う。

I. 評価

せん妄リスク患者評価：せん妄ハイリスク患者のケアチェックリストを用い評価を行う。

認知機能障害の評価：Abbreviated Mental Test Score (AMTS) 日本語版を使用し評価を行う。

入院時にせん妄ハイリスクチェックシートで認知症の診断がある患者、せん妄のリスクがある患者は認知症ケアチームが介入する。

II. 治療

第一は発症予防に努める。しかし周術期においてせん妄（不穏状態）をみとめた場合、薬物療法を考慮する。薬物療法開始に伴い、適宜認知症ケアチームと連携をとり治療をすすめていく。

1 1. リハビリテーション

骨折前の歩行機能の回復および日常生活動作の獲得を目指し、リハビリテーションを行う。リハビリテーションは、受傷前の障害高齢者日常生活自立度（以下、ADL）を確認、目標設定を行う。リハビリテーションの介入は受傷前 ADL に準じて決定する。

1 2. 骨粗鬆症の診断と治療

二次骨折を予防するため骨粗鬆症の治療介入は必須である。入院後、適切に評価を行い、骨粗鬆症に対する治療を行う。

I. 診断 大腿骨近位部骨折を受傷した時点で、骨粗鬆症と診断される。そのため大腿骨近位部骨折患者は全例が骨粗鬆症治療の対象である。

ただし骨評価として DXA による評価を行う。測定部位は健側大腿骨近位部および腰椎で行う。同部位での評価ができない場合は、前腕で測定を行う。測定は術後 7 日以降で、入院期間中に原則行う。

II. 治療 患者の嚥下機能・腎機能・認知機能・口腔内衛生状態・離床状態など患者状態から総合的に判断し、薬物治療を開始する。

使用薬剤に関しては、未治療の患者に対してはビスホスホネートとエルデカルシトールでの治療を開始する。ただし、適宜患者の状態を評価し薬剤変更を検討する。入院前より骨粗鬆症薬物治療を受けている場合は、治療薬の再検討を行う。

1 3. 栄養管理

患者の治療改善において良好な栄養状態を維持することは重要である。

周術期の良好な栄養状態の維持および改善のため適切な栄養管理を行う。

管理栄養士が栄養管理計画書を作成し、必要エネルギー量、栄養補給内容を検討する。また入院時から退院時までの経過や栄養アセスメントを繰り返し実施し、栄養状態を評価、必要に応じて改善に努める。