

2000

**INTERNATIONAL KNEE
DOCUMENTATION
COMMITTEE - IKDC
(国際膝記録委員会)の
膝評価用紙**

2000 膝診断用紙の説明

膝診断用紙には、7つの測定領域に属する項目が含まれています。しかし、これらの領域の内、最初の3つに限り成績をつけます。膝診断用紙で評価する7つの領域は下記の通りです。

1. 滲出

滲出は膝を軽く叩いて評価します。液体の波 (25 cc 未満) はわずか、簡単に浮球感を示す液体は中程度 (25~60 cc)、滲出に二次的の緊張した膝 (60 cc 超過) は極度の成績をつけます。

2. 可動域

他動可動域はゴニオメータを使用して測定し、診察側と反対側つまり正常側について用紙に記録します。ゼロ点/過伸展/屈曲 (例、10°の過伸展、150°の屈曲 = 10/0/150; 10°から150°の屈曲 = 0/10/150) の値を記録します。伸展は正常の膝のものと比較します。

3. 靭帯の診断

ラックマン試験、70°での完全前方後方平行移動、および内側と外側の関節孔は、用手、機器、または負荷をかけた X 線による診断で評価できます。一つの試験だけ、できれば「測定された置き換え」について成績をつけてください。機器による両膝の診断には 134 N (30 lbf) の力および用手による最大の力を記録します。134 N の標準的な力を加えた際に測定した偏位のみを等級付けに使用します。両側の違いについての数値の端数は切り捨て、該当するボックスに印をつけます。

終点はラックマン試験で評価します。負傷した膝が正常な膝より 3~5 mm 前方に弛緩している場合は終点の成績に影響します。この場合、柔軟終点はほぼ正常な成績ではなく異常な成績になります。

70°後方弛みは、影響を受けた膝のプロフィールを正常な膝のものと比較し、内側大腿脛骨稜を触診で評価します。四頭筋の収縮により脛骨が前方向に引っ張られることに注意すると確認できます。

外部回転試験は、患者をうつむきにして膝を 30° と 70° 曲げて実施します。両足に同じ外部回転力を加え、外部回転度を記録します。

ピボットシフトおよび逆ピボットシフトは、ロッセ法、ノイエス法、ヤコブ法のいずれかを使用して、患者を上向きにし、股関節部を 10~20° 外転し、脛骨を中立の回転にして実施します。正常な膝と比較した最大の亜脱臼を記録してください。

4. 裂孔所見

膝蓋大腿の関節摩擦音はわずかな抵抗で起こります。内側裂孔および外側裂孔の関節摩擦音は内反力および外反力を加えて曲げた位置から膝を伸ばす (マクマリー試験) と発生します。強さと痛みに基づいて成績をつけます。

5. 採取部位病理学

自己移植片採取部位の圧痛、過敏、または麻痺の程度を記入します。

6. X 線所見

35~45° の屈曲で両側ダブルレッグ PA 免荷装置 X 線像 (トンネル投射) を使用して、内側および外側の関節空間の狭まりを評価します。45° のマーチャント投射を使用して、膝蓋大腿の狭まりを記録します。わずかの成績は、最低の変化 (大腿顆の小さな骨増殖体、わずかな硬化、または平坦化など) およびかろうじて検知可能な関節空間の狭まりを示しています。中程度の成績ではそれらの変化および関節空間の狭まり (例、2~4 mm の関節空間または最高 50% までの関節空間の狭まり) がある場合があります。極度の変化は 2 mm 未満の関節空間または 50% 以上の関節空間の狭まりが含まれます。

7. 機能試験

負傷した側と正常な側でできるだけ長距離の片足跳びをしてもらうよう患者に指示します。各脚につき 3 回実施してその結果を記録・平均します。負傷した膝と正常な膝の比率を計算します。

1. タバコをお吸いになりますか？

- はい
- いいえ、6ヶ月前に止めました。
- いいえ、6ヶ月以上前に止めました。
- いいえ、まったく吸ったことはありません。

2. 身長: _____ センチ インチ

3. 体重: _____ キロ ポンド

4. 人種 (該当するものすべてに印を付けてください。)

- 白人系 黒人系 ラテン系
- アジア・太平洋諸島系 アメリカ先住民系 その他

5. 最終学歴は？

- 中学卒業 高校卒業 短大、専門学校卒業
- 大学卒業 大学院卒業

6. 活動レベルは？

- 競技スポーツをしている。
- よくトレーニングをし、頻繁にスポーツをしている。
- 時々スポーツをする。
- まったくスポーツをしない。

2000
現在の健康状態についての評価用紙*

氏名 _____

生年月日 _____年 _____月 _____日

今日の日付 _____年 _____月 _____日

1. 一般的な健康状態: 最高 非常に良い 良い 普通 悪い

2. 1年前と比較した現在の一般的な健康状態:

- 1年前よりかなり良い 1年前よりいくらか良い 1年前と同じ
 1年前よりいくらか悪い 1年前よりかなり悪い

3. 下記の事項は日常行われる活動です。現在の健康状態によりこれらの活動が制限されること
がありますか? 制限される場合はどの程度ですか?

- | | 非常に困難
問題ない | 少し困難 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. 走る、重いものの上げ下ろし、
激しいスポーツに参加するなどの過激な活動
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. テーブルを移動する、掃除機をかける、
ボーリングやゴルフをするなどの適度な活動
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 買物した食料品などの上げ下ろしや
<input type="checkbox"/>
持ち運び | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 2段飛ばしで階段を上がる
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 1段飛ばしで階段を上がる
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. かがんだり、膝をついたり、かがみ込む
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 1.5キロ以上歩く
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 7、8百メートル歩く
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. 百メートル歩く
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. 入浴や着替えを自分でする
<input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. 過去 4 週間の間、身体の状態により仕事や日常生活に下記のような支障をきたしたことが
ありますか?

- | | はい | いいえ |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 仕事や他の活動にかかる時間を減らした | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| b. やりたいと思った量の仕事や活動ができなかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 仕事や他の活動の種類が制限された | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. 仕事や他の活動を行うのが困難であった
(例、以前よりも努力しなければならなかった) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. 過去4週間の間、精神状態(憂鬱や不安など)により仕事や日常生活に下記のような支障をきたしたことがありますか?

はい いろいろ

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 仕事や他の活動にかかる時間を減らした | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. やりたいと思った量の仕事や活動ができなかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 仕事や他の活動を普段より慎重に行えなかった | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 過去4週間の間、身体の状態または精神状態が、家族、友人、近所の人々、または各種の仲間との日常的な付き合いにどの程度の支障をきたしましたか?

- 全然支障がなかった 少し支障があった ある程度支障があった かなり支障があった
- 非常に支障があった

7. 過去4週間の間、どの程度の肉体的苦痛がありましたか?

- 全然なかった ほんの少しあった 少しあった ある程度あった
- かなりあった 非常にあった

8. 過去4週間の間、苦痛が日常活動(家庭内外の仕事を含む)にどの程度の支障をきたしましたか?

- 全然支障がなかった 少し支障があった ある程度支障があった かなり支障があった
- 非常に支障があった

9. 下記の質問は、過去4週間の間における心の状態に関するものです。その状態の頻度について最も近いものをひとつ選んでください。

	いつも	ほとんど	たいてい	時々	少し
全然					
なし	いつも				
a. 気力に満ちていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
b. 非常に神経質であった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
c. 冷静で穏やかであった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
d. 非常に元気であった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
e. 傷心で憂鬱であった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
f. 疲労こんぱい状態であった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
g. 陽気であった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					
h. 疲れを感じていた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>					

10. 過去4週間の間、身体の状態または精神状態が、日常的な付き合い(友人や親戚との交際など)にどれくらいの頻度で支障をきたしましたか?

- いつも ほとんどいつも よくある 時々 少し
- 全然なし

11. 下記の事項はどの程度当てはまりますか？

まったく だいたい 分からない た
 いてい まったく
 その通り その通り
 違う 違う

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 他人より病気になりやすいようだ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. 他人と同じくらい健康である | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. 調子が悪化すると思う | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d. 健康状態は最高である | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* この用紙は SF-36 Health Survey (SF-36 健康調査) の質問に含まれています。Medical outcomes Trust の許可を得て再生、著作権©1992 年。

2000

膝についての患者自己評価用紙

氏名 _____

今日の日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日 負傷した日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

症状*:

* 実際に下記の程度の活動を行っていないなくても、著しい症状を訴えることなく可能であると思う最大限の活動を行った場合の症状について評価してください。

1. 著しい膝の痛みなしに行える最高の活動レベルは?

- バasketボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動
- 重労働、スキー、またはテニスなど激しい活動
- 中程度の労働、ランニング、またはジョギングなどの中程度の活動
- 徒歩、家事、または庭仕事などの軽い活動
- 膝の苦痛のために上記の活動は一切できない

2. 過去4週間の間または負傷発生以来、どのくらいの頻度で痛みがありましたか? 下記の は 0 (全然痛くない) から 10 (いつも痛い) の順に頻度が増しています。 に一つ印を付けてください。

全然痛くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 い
つも痛い

3. 苦痛がある場合はどの程度の痛さですか? 下記の は 0 (痛くない) から 10 (耐え難く痛い) の順に頻度が増しています。 に一つ印を付けてください。

痛くない 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 耐え難く痛
い

4. 過去4週間の間または負傷以来、どの程度の膝のこわばりや腫れがありましたか?

- 全然ない
- 多少あった
- 中程度あった
- 非常にあった
- 極度にあった

5. 著しい膝の腫れを伴わずに行える最高の活動レベルは?

- Basketボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動
- 重労働、スキー、またはテニスなど激しい活動
- 中程度の労働、ランニング、またはジョギングなどの中程度の活動
- 徒歩、家事、または庭仕事などの軽い活動
- 膝の腫れのために上記の活動は一切できない

6. 過去4週間の間または負傷発生以来、膝を完全に屈曲できなくなったり、膝が動かなくなったり、がくんとなったことがありますか?

はい いいえ

7. 膝ががくんとならずに行える最高の活動レベルは?

- バasketボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動
- 重労働、スキー、またはテニスなど激しい活動
- 中程度の労働、ランニング、またはジョギングなどの中程度の活動
- 徒歩、家事、または庭仕事などの軽い活動
- 膝ががくんとするため上記の活動は一切できない

スポーツ活動:

8. 定期的に参加できる最高の活動レベルは?

- バasketボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動
- 重労働、スキー、またはテニスなど激しい活動
- 中程度の労働、ランニング、またはジョギングなどの中程度の活動
- 徒歩、家事、または庭仕事などの軽い活動
- 膝のために上記の活動は一切できない

9. 下記の活動を行うのにどの程度の困難さが伴いますか?

全然問題ない 少し困難 ある程度困難 非常に困難 全然できない

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. 階段を上る | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 階段を下りる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. 膝を前につく | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. かがむ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. 膝を曲げて座る | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. 椅子から立つ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. 真っ直ぐ前に走る | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. 負傷した方の
脚でジャンプして
着地する | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. スポーツ選手の
場合急に歩いたり、
走ったりして
急に止まる | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

機能:

10. 0 から 10 までの数で膝の機能を採点するとしたらどの点数になりますか? ただし、10 は正常で最高の機能で、0 はスポーツを含む普通の日常生活ができない状態とします。

膝の故障前の機能:

日常生活
ができない
い

日常生活に
全然制限がな
い

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

膝についての患者自己評価用紙の採点方法

膝についての患者自己評価用紙の採点方法をいくつか調査しました。その結果、各評価項目の点数を合計した場合、より高度な採点方法と同じ程度の精度が得られることが示されました。

最悪の機能つまり最悪の症状を示す回答に点数 1 を付ける順位方法を使用して、患者自己評価用紙にある各項目の回答を採点します。例えば、著しい痛みなしに行える最高レベルの活動に関する質問 1 の場合、「膝のために上記の活動は一切できない」の回答には点数 1 を、「バスケットボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動」の回答には点数 5 を付けます。過去 4 週間の間の苦痛頻度に関する質問 2 の場合、「いつも痛い」の回答には点数 1 を、「全然痛くない」の回答には点数 11 を付けます。

各項目の点数を合計した後、0 から 100 の範囲の尺度にその点数を変換して、膝についての患者自己評価用紙の採点結果を出します。注記: 質問 10 「膝の故障前の機能」に対する解答は全体の点数には追加しません。膝についての患者自己評価用紙の採点手順は下記の通りです。

1. 最低の点数が最悪の機能と最悪の症状を示すように、各項目の回答に点数を付けます。
2. 質問 10 「膝の故障前の機能」に対する解答を除く、全項目の回答の点数を合計して、未修正の点数を計算します。
3. 下記の式に従って未修正の点数を 0 から 100 までの尺度に変換します。

$$\text{IKDC 採点結果} = \left[\frac{\text{未修正の点数} - \text{可能な最低点数}}{\text{点数範囲}} \right] \times 100$$

この場合、可能な最低点数は 18、可能な点数範囲は 87 です。したがって、18 項目の合計点数が 60 の場合は、IKDC の点数は下記の通りに計算します。

$$\text{IKDC 採点結果} = \left[\frac{60 - 18}{87} \right] \times 100$$

$$\text{IKDC 採点結果} = 48.3$$

変換後の点数は、その点数が高ければ高いほど、高レベルの機能つまり最小の症状を示す膝機能の尺度として解釈します。点数 100 は、日常生活やスポーツ活動にまったく制限がなく、症状がないことを意味するものとして解釈します。

欠けているデータがあっても、項目の最低 90% に回答されている場合(つまり、最低 16 項目が回答されていれば)、IKDC 採点結果を計算できます。欠けているデータがある場合に未修正の点数を計算するには、回答済み項目の平均点数を欠けている項目の点数として使用します。未修正の点数を計算したら、上記の IKDC 採点結果に変換します。

膝病歴用紙

患者氏名 _____ 生年月日 ____年
____月____日

負傷日 ____年 ____月 ____日 初診日 ____年 ____月 ____日 日付 ____年 ____
月 ____日

手術した膝: 右 左

対側 正常 ほぼ正常 異常 極めて異常

症状の現れた日: ____年 ____月 ____日

主訴

: _____

負傷時の活動: 日常生活動作 スポーツ 交通事故 仕事

負傷発症の種類:

- 非外傷的進行性発症 外傷的非接触性発症
- 非外傷的急性発症 外傷的接触性発症

以前の手術:

手術の種類: (該当するものにすべて印を付けてください。)

半月板の手術

- 内側半月板切除術 外側半月板切除術
- 内側半月板修復術 外側半月板修復術
- 内側半月板移植術 外側半月板移植術

靭帯の手術

- 前十字靭帯修復術 関節内前十字靭帯再建術 関節外前十字靭帯再建術
- 後十字靭帯修復術 関節内後十字靭帯再建術 後外側角再建術
- 内側側副靭帯修復再建術
- 外側側副靭帯修復再建術

移植片の種類

- 膝蓋骨腱移植片 同側 対側
- 単一膝窩腱移植片
- 2線維膝窩腱移植片

- 4線維膝窩腱移植片
- 四頭腱移植片
- 同種移植片
- その他

伸筋機構の手術

- 膝蓋骨腱修復術
- 四頭腱修復術

膝蓋大腿骨の手術

- 伸筋機構再配列

軟組織再配列

- 内側鱗状重層術
- 外側解放

骨再配列

内側結節の移動

- 近位
- 遠位
- 内側
- 外側
-

前方

- 滑車手術
- 膝蓋骨切除術

変形性関節症手術

- 骨切り術
- 関節面の手術
- 削り取り
- 剥離
- 穴あけ
- 微小破損
- 細胞療法
- 骨軟骨自己移植片移植・モザイク術
- その他

以前に実施した合計手術回数_____

イメージング検査:

- 構造的検査
- MRI
- CT
- 関節造影撮影
- 代謝的検査 (骨スキャン)

所見:

靭帯

半月板

關節軟骨

骨

手術記録用紙

患者氏名: _____

手技評価日: _____年____月____日

術後の診断:

1. _____

2. _____

3. _____

手技後の状態:

関節軟骨の状態:

下記の図に関節軟骨欠陥の大きさと場所を記載してください。

/Top left figure from L to R/(repeated terms are not included)

trochlear 滑車

anterior 前方

middle 中央

posterior 後方

Rt 右

Lt 左

/Top middle figure from Top L to R, middle of the figure, bottom L to R/

lateral 外側

central 中心

medial 内側

R 右

L 左

lat. cent. med. 外側。中心。内側。

/between the R and L figure/

Trochlear 滑車

Condyle 顆

anterior 前方

central 中央

posterior 後方

/Top left figure/

L 左

Measurement of the defect size

欠損サイズの大きさ

/R column, top to bottom/

ICRS 等級 0 -

正常

ICRS 等級 1 -

ほぼ正常

表面的な損傷。わずかなへこみ(A)や表面的な裂溝およびひび(B)

ICRS 等級 2 -

異常

軟骨の深さの 50%未満まで損傷が達する。

ICRS 等級 3 -

極度な異常

軟骨の深さ(A)の 50%以上、石灰化層(B)、および水疱まで達する軟骨の欠損はこの等級に含まれる。

ICRS 等級 4 -

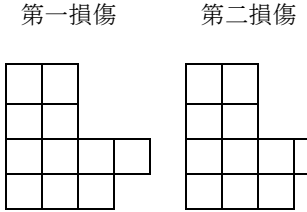
極度な異常

肋軟骨下骨床(A)まで達する骨軟骨の負傷、損傷または海綿質(B)まで達するさらに深い欠損。穴あけされた欠損は骨軟骨の負傷と考えられ、ICRS-Cとして等級別にされる。

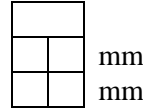
関節軟骨損傷の大きさ、場所、および等級を記録してください。

大腿骨

側	右	右		
顆	内側	外側		
矢状面	滑車	前方	中央	後方
前頭面	外側	中心	内側	

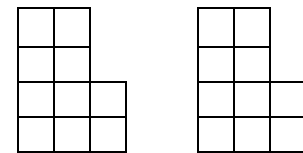


軟骨損傷(等級)
 控減組織切除前の欠陥の大きさ
 控減組織切除後の欠陥の大きさ

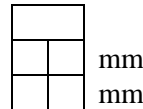


脛骨

側	右	左	
高平部	内側	外側	
矢状面	前方	中央	後方
前頭面	外側	中心	内側

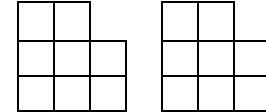


軟骨損傷(等級)
 控減組織切除前の欠陥の大きさ
 控減組織切除後の欠陥の大きさ

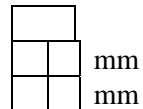


膝蓋骨

側	右	左	
矢状面	遠位	中央	近位
前頭面	外側	中心	内側



軟骨損傷(等級)
 控減組織切除前の欠陥の大きさ
 控減組織切除後の欠陥の大きさ



診断: 外傷性軟骨欠陥 骨拡大 変形性関節症 虚血壊死 その他

生検/骨軟骨プラグ: 場所: プラグ数:

プラグ径: _____ mm

治療: 削り取り 搔爬術
 穴あけ 微小破損
 軟骨自己移植片移植術/モザイク術
 細胞療法 その他

注記:

半月板の状態:

手技:

- 内側半月板切除
- 内側半月板修復
- 内側半月板移植
- 内側搔爬穿孔

- 外側半月板切除
- 外側半月板修復
- 外側半月板移植
- 外側搔爬穿孔

右膝

左膝

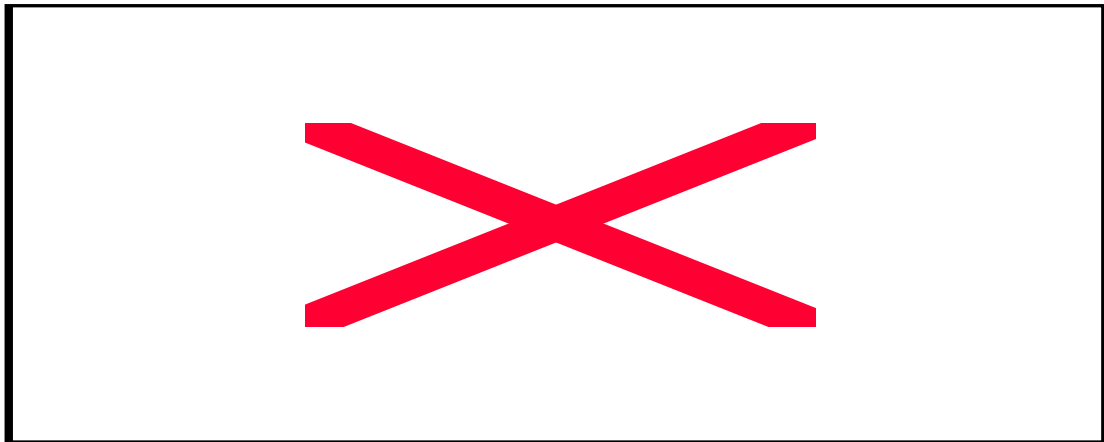
下図に半月板の裂傷または半月板切除術について記録してください。

半月板

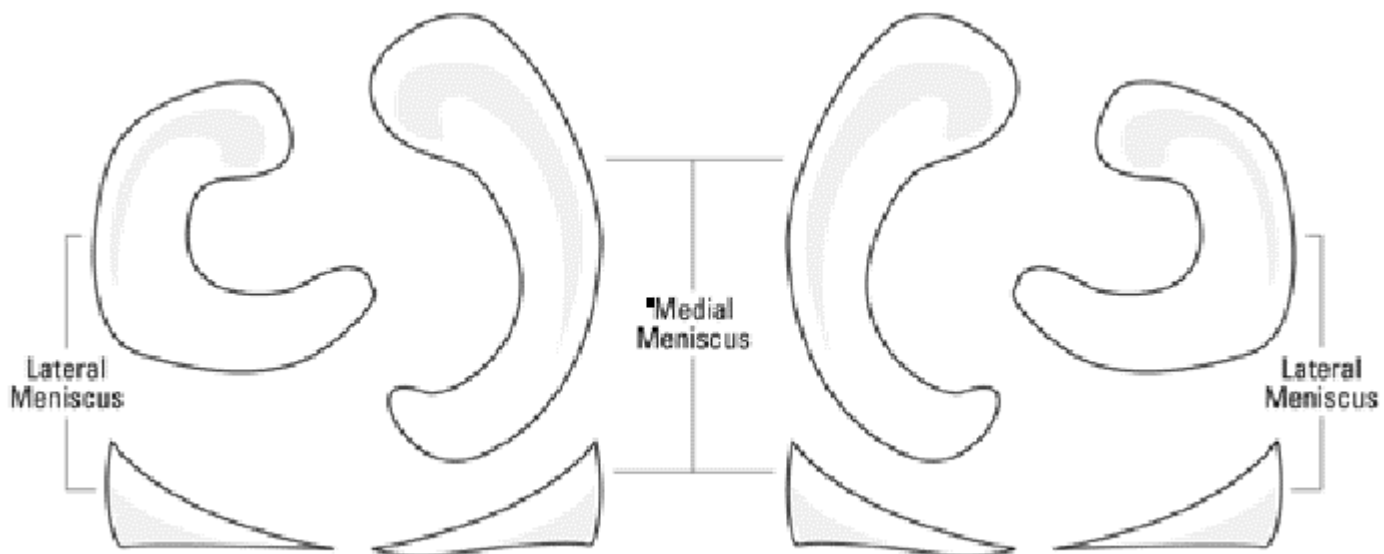
半月板内側

半月板

外側



外側



内側:

正常 1/3 除去 2/3 除去 3/3 除去

関節周縁線輪状繊維: 無傷

異常

残存する半月板組織: 正常

変性変化

安定性裂傷 不安定性裂傷

その部位に裂傷が残る

外側:

正常 1/3 除去 2/3 除去 3/3 除去

関節周縁線輪状繊維:

無傷

異常

残存する半月板組織: 正常

変性変化

安定性裂傷 不安定性裂傷

その部位に裂傷が残る

靱帯の状態:

手技:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 前十字靱帯修復 | <input type="checkbox"/> 関節内前十字靱帯再建 | <input type="checkbox"/> 関節外前十字靱帯再建 |
| <input type="checkbox"/> 後十字靱帯修復 | <input type="checkbox"/> 関節内後十字靱帯再建 | <input type="checkbox"/> 後外側角修復/再建 |
| <input type="checkbox"/> 内側側副靱帯修復/再建 | | |
| <input type="checkbox"/> 外側側副靱帯修復/再建 | | |

移植片:

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 膝蓋骨腱の自己移植片 | <input type="checkbox"/> 膝窩腱 | <input type="checkbox"/> 四頭腱 |
| <input type="checkbox"/> その他_____ | | |

以前の移植片採取:

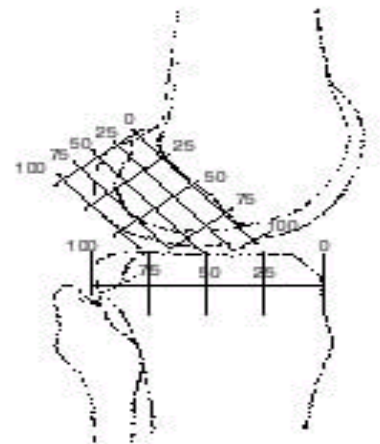
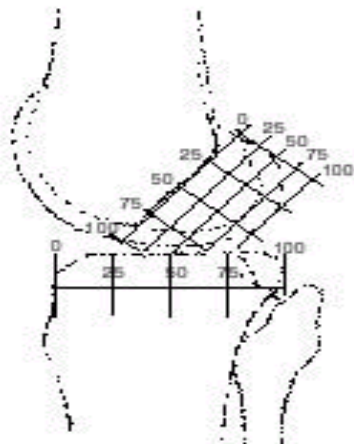
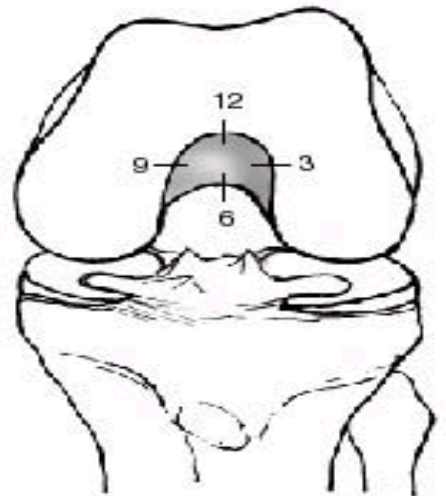
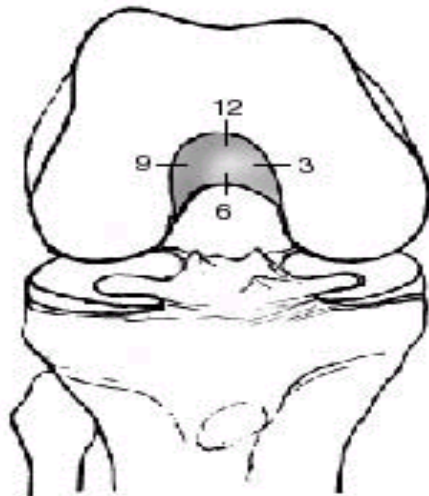
- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 膝蓋骨腱の自己移植片 | <input type="checkbox"/> 膝窩腱 | <input type="checkbox"/> 四頭腱 |
| <input type="checkbox"/> その他_____ | | |

右膝

左膝

下図に靱帯再建術でのドリル穴の位置を記録してください。

Document drill hole placement for ligament reconstruction on these figures



2000
膝診察用紙

患者名: _____ 生年月日: _____年____月____日

性別: 女 男 年齢: _____ 診断日: _____年____月____日

広汎性弛緩: 緊張 正常 弛緩

配列: 明らかな内反 正常 明らかな外反

膝蓋骨位置 明らかな baja 正常 明らかな alta

膝蓋骨亜脱臼/脱臼: 中央 亜脱臼可能 亜脱臼 脱臼

可動域 (伸展/屈曲): 診察側: 他動_____/_____/____ 自動_____/_____/____
 反対側: 他動_____/_____/____ 自動_____/_____/____

7グループ	4つの成績				*グループ成績			
	A 正常	B ほぼ正常	C 異常	D 極めて異常	A	B	C	D
1. 滲出	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 他動運動不足 △ 伸展不足 △ 屈曲不足	<input type="checkbox"/> 3°未満 <input type="checkbox"/> 0～5°	<input type="checkbox"/> 3～5° <input type="checkbox"/> 6～15°	<input type="checkbox"/> 6～10° <input type="checkbox"/> 16～25°	<input type="checkbox"/> 10°超過 <input type="checkbox"/> 25°超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 靭帯の診断 (用手、機器、X線) △ ラックマン (25° 屈曲)(134 N)	<input type="checkbox"/> -1～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm(1+)	<input type="checkbox"/> 6～10mm(2+)	<input type="checkbox"/> 10mm超過(3+)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ ラックマン (25° 屈曲) 用手最大 前方終点:	<input type="checkbox"/> -1～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm	<input type="checkbox"/> 6～10mm	<input type="checkbox"/> 10mm超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 完全前方後方平行移動 (25° 屈曲)	<input type="checkbox"/> 緊張		<input type="checkbox"/> 弛緩		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 完全前方後方平行移動 (70° 屈曲)	<input type="checkbox"/> 0～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm	<input type="checkbox"/> 6～10mm	<input type="checkbox"/> 10mm超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 後方引き出し試験 (70° 屈曲)	<input type="checkbox"/> 0～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm	<input type="checkbox"/> 6～10mm	<input type="checkbox"/> 10mm超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 内側関節孔 (20° 屈曲/外反回転)	<input type="checkbox"/> 0～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm	<input type="checkbox"/> 6～10mm	<input type="checkbox"/> 10mm超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 外側関節孔 (20° 屈曲/外反回転)	<input type="checkbox"/> 0～2mm	<input type="checkbox"/> 3～5mm	<input type="checkbox"/> 6～10mm	<input type="checkbox"/> 10mm超過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 外部回転試験 (30° 屈曲回内)	<input type="checkbox"/> 5°未満	<input type="checkbox"/> 6～10°	<input type="checkbox"/> 11～19°	<input type="checkbox"/> 20°以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 外部回転試験 (90° 屈曲回内)	<input type="checkbox"/> 5°未満	<input type="checkbox"/> 6～10°	<input type="checkbox"/> 11～19°	<input type="checkbox"/> 20°以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ ビボットシフト	<input type="checkbox"/> 均等	<input type="checkbox"/> +滑る	<input type="checkbox"/> ++(鈍い音)	<input type="checkbox"/> +++(目立つ音)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
△ 逆ビボットシフト	<input type="checkbox"/> 均等	<input type="checkbox"/> 滑る	<input type="checkbox"/> 目立つ音	<input type="checkbox"/> 顕著	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 裂孔所見 △ 前方裂孔の関節摩擦音 △ 内側裂孔の関節摩擦音 △ 外側裂孔の関節摩擦音	<input type="checkbox"/> 音なし	下記の苦痛を伴う関節摩擦音			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 音なし	<input type="checkbox"/> 中程度の音	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> それ以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 音なし	<input type="checkbox"/> 中程度の音	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> それ以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 採取部位病理学	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. X線所見 内側関節空間 外側関節空間 膝蓋大腿骨空間 前方関節空間 (矢状方向) 後方関節空間 (矢状方向)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> わずか	<input type="checkbox"/> 中程度	<input type="checkbox"/> 極度	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 機能試験 片足跳び (反対側の%)	<input type="checkbox"/> 90%以下	<input type="checkbox"/> 89～76%	<input type="checkbox"/> 75～50%	<input type="checkbox"/> 50%以上	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
**最終診断								

* グループ成績: グループ内で最低の成績がグループ成績を決定します。

** 最終診断: 最悪の成績が急性患者と亜急性患者の最終診断を決定します。慢性患者の場合は術前評価と術後評価を比較します。

最終診断では最初の3グループのみを評価しますが、すべてのグループについて記録する必要があります。

△ 正常または正常と思われる膝と比較した場合の負傷した膝の違い

IKDC 委員会 AOSSM; Anderson, A., Bergfeld, J., Boland, A., Dye, S., Feagin, J., Harner, C., Mohtadi, N. , Richmond, J. , Shelbourne, D., Terry, G.; ESSK A: Staubli, H., Hefli, F., Hoher, J., Jacob, R., Mueller, W., Neyret, P.; APOSSM: Chan, K., Kurosaka, M.

膝についての患者自己評価用紙の採点方法

膝についての患者自己評価用紙の採点方法をいくつか調査しました。その結果、各評価項目の点数を合計した場合、より高度な採点方法と同じ程度の精度が得られることが示されました。

最悪の機能つまり最悪の症状を示す回答に点数 1 を付ける順位方法を使用して、患者自己評価用紙にある各項目の回答を採点します。例えば、著しい痛みなしに行える最高レベルの活動に関する質問 1 の場合、「膝のために上記の活動は一切できない」の回答には点数 1 を、「バスケットボールやサッカーなどジャンプや旋回などの非常に激しい活動」の回答には点数 5 を付けます。過去 4 週間の間の苦痛頻度に関する質問 2 の場合、「いつも痛い」の回答には点数 1 を、「全然痛くない」の回答には点数 11 を付けます。

各項目の点数を合計した後、0 から 100 の範囲の尺度にその点数を変換して、膝についての患者自己評価用紙の採点結果を出します。注記: 質問 10 「膝の故障前の機能」に対する解答は全体の点数には追加しません。膝についての患者自己評価用紙の採点手順は下記の通りです。

4. 最低の点数が最悪の機能と最悪の症状を示すように、各項目の回答に点数を付けます。
5. 質問 10 「膝の故障前の機能」に対する解答を除く、全項目の回答の点数を合計して、未修正の点数を計算します。
6. 下記の式に従って未修正の点数を 0 から 100 までの尺度に変換します。

$$\text{IKDC 採点結果} = \left[\frac{\text{未修正の点数} - \text{可能な最低点数}}{\text{点数範囲}} \right] \times 100$$

この場合、可能な最低点数は 18、可能な点数範囲は 87 です。したがって、18 項目の合計点数が 60 の場合は、IKDC の点数は下記の通りに計算します。

$$\text{IKDC 採点結果} = \left[\frac{60 - 18}{87} \right] \times 100$$

$$\text{IKDC 採点結果} = 48.3$$

変換後の点数は、その点数が高ければ高いほど、高レベルの機能つまり最小の症状を示す膝機能の尺度として解釈します。点数 100 は、日常生活やスポーツ活動にまったく制限がなく、症状がないことを意味するものとして解釈します。

欠けているデータがあっても、項目の最低 90% に回答されている場合(つまり、最低 16 項目が回答されていれば)、IKDC 採点結果を計算できます。欠けているデータがある場合に未修正の点数を計算するには、回答済み項目の平均点数を欠けている項目の点数として使用します。未修正の点数を計算したら、上記の IKDC 採点結果に変換します。