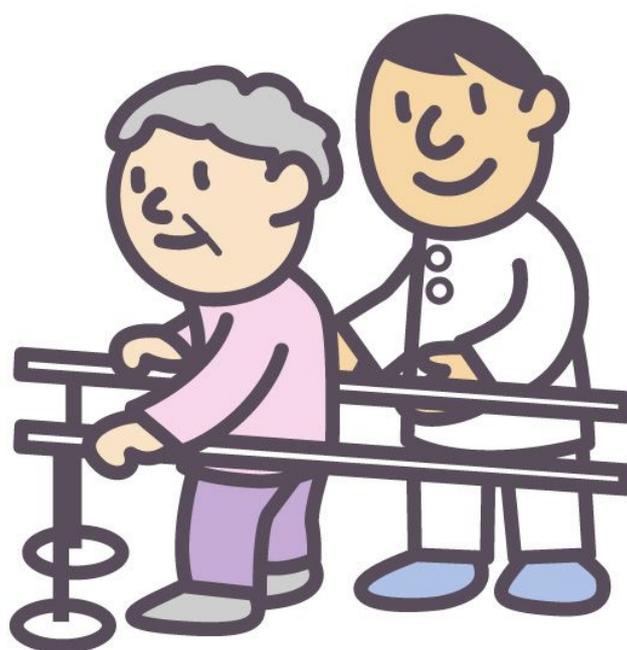


平成 30 年度茨城県理学療法士会
古河・坂東ブロック新人症例検討会
古河・筑西のリハビリを支える会
第 8 回 症例検討会
プログラム・抄録集



日時：平成 31 年 1 月 20 日（日）

会場：茨城西南医療センター病院 リハビリテーション室

主催：公益社団法人 茨城県理学療法士会

古河・筑西のリハビリを支える会

はじめに

医療・保健・福祉分野の関係機関の連携により、継続かつ適切なリハビリテーションの体制整備を推進するため、「古河・筑西のリハビリを支える会」を設置しました。

古河・筑西圏域における地域リハビリテーションの連携推進を目的に、3つの課題・目標について取りまとめました。

(1) 体制整備

ここ数年で、圏域内のリハビリテーション専門職は増えてきましたが、住民に均一なリハビリテーションを提供するには、関係者のネットワークの形成と緊密な連携が求められます。研修会、症例検討会を通じ、FACE TO FACE の関係を大切にし、急性期から回復期、維持期まで連携のとれたリハビリテーション体制を整備します。

(2) スキルアップ

当圏域内では、立地条件、常勤勤務者が少数である勤務条件などの影響により、生涯学習プログラムへの参加率が低く、他地域との格差が生じています。研修会、症例検討会に参加しやすい環境で実施することで、生涯学習プログラムへの参加を促し、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士としての資質向上と職業倫理の高揚に努めていきます。

(3) 啓発

県・市町村の公益事業、看護協会との共同事業を運営し、住民や関係者に対し、リハビリテーションに関する情報提供を行います。

以上、3つの課題・目標に対し、年間事業計画を立案し、事業を展開していきます。

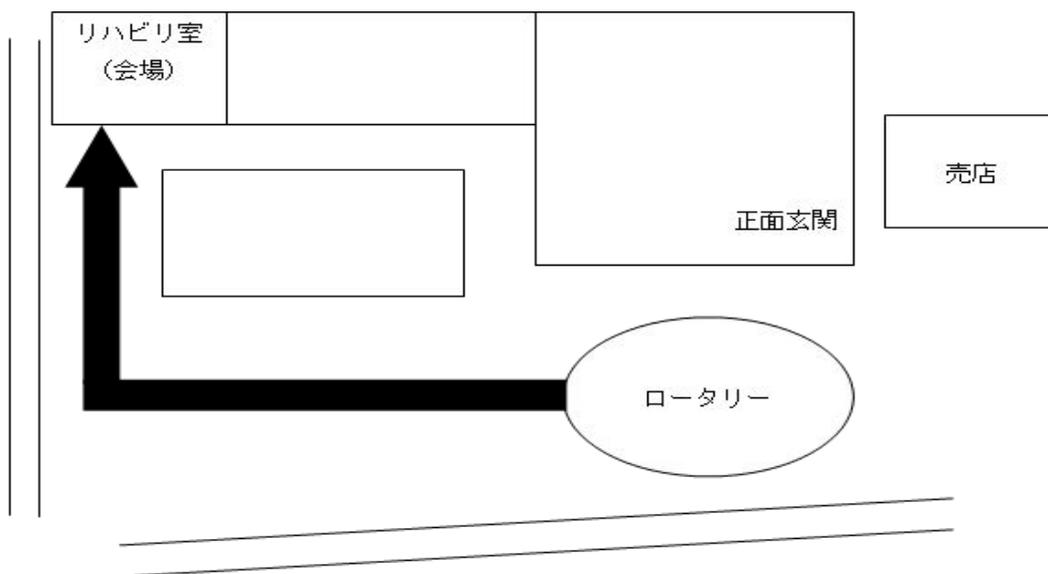
平成 31 年 1 月 20 日
古河・筑西のリハビリを支える会

参加者へのお知らせ

(1) 駐車場および入り口について

駐車場は、病院玄関前駐車場をご利用ください。

セキュリティ上、正面玄関が施錠されております。案内用紙を掲示しますが、向かって左側に回っていただき、リハビリテーション室外部通路からお入りください。



(2) 受付について

受付は当院リハビリテーション室にて9時より開始します。

発表者で新人教育プログラム申請希望の方は1,000円お支払い下さい。

※出来るだけ、おつりのないようにご協力お願い致します。

新人教育プログラムの申請を希望しない方と参加のみの方は無料となっております。

なお、発表を行う理学療法士には、新人教育プログラム「C-6 症例発表」の単位が認定されます。

(3) 症例検討について

症例検討は学会形式（質疑応答）で行います。発表（7分）、質疑応答（5分）とします。

(4) 会場について

学会形式の発表は、リハビリテーション室を2つに分けて2会場で実施します。

当日は案内スタッフの誘導に従うようご協力お願い致します。

(5) その他

季節柄、風邪等の対策としてマスク着用や手指消毒等の配慮をお願い致します。

当日の服装については、発表者を含めスーツ着用の必要はありません。

演者へのお知らせとお願い

- (1) 学会形式の発表は、発表時間を 7 分間、質疑応答時間を 5 分間とします。PowerPoint の作成にあたりましては、可能な限り画像の挿入や動画の準備をお願い致します。
自身の PC の持ち込みは出来ません。
- (2) プレゼンテーションは、当日、PowerPoint2016 を使用します。9 時 10 分までに受付を済ませ、会場のパソコンで、必ず動作確認を行なって下さい。
- (3) 発表時間終了 1 分前にベルを 1 回、発表時間終了時にベルを 2 回鳴らします。2 回なりましたら速やかに発表を終了して下さい。発表時間は厳守して下さい。

質問者のみなさまへ

座長の指示に従い所属・氏名を述べた上、簡潔に行ってください。

生涯学習プログラムの単位認定について

- 公益社団法人茨城県理学療法士会会員
- 理学療法士（新人教育プログラムの未履修者、発表のみ）は、新人教育プログラム「C-6 症例発表」の単位が認定されます。（参加費1000円）。
- 座長は専門理学療法士ならびに認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイントの 2 ポイントが認定となります。
- 単位申請の手続きに関しましては、当会がまとめて取り行いますので宜しくお願い致します。

プログラム

- 9:00 受付開始
- 9:30 開会式 司会:ホスピタル坂東 理学療法士 倉持 正一 先生
『開会挨拶』
古河・筑西のリハビリを支える会 古河・坂東ブロック代表
友愛記念病院 理学療法士 荒井 秀行 先生
- 9:40～10:30 第一部 症例検討① (学会形式 : 4 演題)
会場 A 座長:寿桂苑 理学療法士 青柳 敏之 先生
会場 B 座長:友愛記念病院 理学療法士 荒井 秀行 先生
- 10:30～10:40 : 休憩
- 10:40～11:20 第二部 症例検討② (学会形式 : 3 演題)
会場 A 座長:茨城西南医療センター病院 理学療法士 関口 未来 先生
- 11:20 閉会式
『総評・閉会の挨拶』
古河・筑西のリハビリを支える会 会長
茨城県理学療法士会 理事
古河総合病院 理学療法士 廣嶋 俊秀 先生

座長 寿桂苑 青柳 敏之

- 1) 脳梗塞を発症し食事の介助量が増大した症例 ～座位の体幹機能に着目して～

茨城西南医療センター病院 あかま みなみ 赤間 美波

- 2) 呼吸困難感増悪と脱力感がみられた症例に対する呼吸練習～トイレ動作自立に向けて～

茨城西南医療センター病院 いいつか はるな 飯塚 春奈

- 3) 転倒により麻痺側の大腿骨下部骨折受傷した症例 ～屋内での歩行動作獲得に向けて～

古河総合病院 おかだ あゆみ 岡田 歩

- 4) 両側人工膝関節置換術を施行した症例 ～独歩での自宅復帰を目指して～

友愛記念病院 むた けいすけ 牟田 圭佑

座長 茨城西南医療センター病院 関口 未来

- 1) 左脛骨高原骨折を呈し、筋力低下、荷重時痛により、歩行能力低下となった症例
～疼痛緩和のアプローチに着目して～

古河総合病院 はとり たつま 羽鳥 辰麻

- 2) 糖尿病にて大腿骨転子部骨折の手術待機時間が長期化した症例

友愛記念病院 まえだ ゆうた 前田 祐汰

- 3) パーキンソン病により歩行障害を呈した症例 ～ノルディックウォークを実施して～

総和中央病院 ますだ まさはる 増田 匡玄

座長 友愛記念病院 荒井 秀行

- 1) 左大腿骨頸部骨折を呈した症例 ～屋内移動、生活動作自立を目指して～

古河総合病院 ^{いがらし ゆうた} 五十嵐 裕太

- 2) 右変形性股関節症に対し、右人工股関節全置換術を施行した症例

～下腿外旋位に着目して～

茨城西南医療センター病院 ^{いけだ よしき} 池田 佳樹

- 3) パーキンソン病を発症した症例 ～安定した歩行を目指して～

総和中央病院 ^{さいとう あやか} 齊藤 彩海

- 4) 在宅復帰にあたり屋内での移動手段獲得に着目して

総和中央病院 ^{やまなか ゆきの} 山中 雪乃

一般演題

脳梗塞を発症し食事の介助量が増大した症例
一座位の体幹機能に着目して—
赤間美波,田中伶奈,吉田朱李,倉持直人,菅井康弘
茨城西南医療センター病院

Key words : 片麻痺,食事,座位

1. はじめに

今回脳梗塞を発症し,食事中の介助量が増大した症例を担当し,座位での上肢操作にアプローチすることでその介助量が軽減したため報告する.

2. 症例紹介

[年齢/性別]70代後半女性

[診断名]左内頸動脈閉塞

[現病歴]自宅で倒れ救急要請.t-*pa*,血栓回収術実施.

[障害名]右片麻痺.

失語症,注意障害,右半側空間無視疑い

[合併症]洞不全症候群,深部静脈血栓症

3. 初期評価 11 病日目

[コミュニケーション]

声かけで視線は合うがそれやすい.言語表出はない.動作誘導に浮動的に従える.

[運動麻痺]Br.stage 上肢Ⅱ手指Ⅰ下肢Ⅱ

[感覚障害]表在深部ともに重度鈍麻疑い

[座位姿勢]

非麻痺側上肢,頸部の運動で体幹が前傾し崩れる.自己修正困難であり介助を要する.

[食事]

口腔内に取り込む動作時,肘を支点とし体幹を引き付ける.上肢操作と重心移動によって体幹の崩れが助長される.

4. 問題点

本症例は,麻痺側後方に重心を位置させ,体幹と非麻痺側上肢で固定して座位保持している.そのため,食事中の口腔内に取り込む上肢操作と重心

移動によって,体幹の崩れが生じていた.座位姿勢の崩れとともに食事が進まなくなり,介助を要していた.座位における上肢の機能的な活動が困難なため,食事中の介助量が増大していると考えた.

5. アプローチ

座位で非麻痺側上肢リーチ動作を行った.リーチ範囲を①介助なく座位保持可能な範囲②非麻痺側,前方への重心移動が生じる範囲③正中線よりも右側と徐々に難易度を上げて行った.また,麻痺側上肢の参加を介助で促し,頸部,麻痺側-非麻痺側間での協調的な運動を促した.

6. 最終評価 47 病日目

[コミュニケーション]

追視可能となり,視覚情報から理解が得られやすくなった.

[座位姿勢]

頸部,上肢の自由度が向上し,体幹の崩れが減少.

[食事]

口腔内に取り込む動作で姿勢が崩れなくなり,食事の大部分を自力で摂取可能.

7. 考察

機能的な座位とは,頸部や四肢が自由に動くことと言われている.初期評価では頸部,四肢の自由度は少なく,機能的な座位となりえない状態であった.アプローチで座位保持可能な範囲で上肢,頸部の運動を段階的に促していくことで,座位での重心移動を獲得した.そのため,座位での頸部や上肢の自由度が向上し,機能的な座位を獲得したと考える.また,視線誘導を利用しながら両上肢の協調的な動作を促したことで,食事動作に必要な上肢の機能的な活動が獲得され,介助量減少につながったと考える.

呼吸困難感増悪と脱力感がみられた症例に対する呼吸練習—トイレ動作自立に向けて—
飯塚春菜, 逆井萌美, 菊地崇, 蛭町美咲, 開光太朗,
傳田理絵
茨城西南医療センター病院

Keywords : 呼吸困難感, 呼吸練習, 低カリウム血症

I. はじめに

今回, 肺炎により労作時呼吸困難感の増悪と四肢の脱力感を呈した症例を担当した. 介入初期より段階的に呼吸練習を行った結果, 呼吸困難感および介助量の軽減がみられたため報告する.

II. 症例紹介

診断名 急性肺炎

年齢, 性別 70代女性

現病歴 食欲不振, 脱力感, 歩行困難にて当院受診.
上記診断のため入院となる.

既往歴 気管支喘息, 右肺腫瘍(中葉摘出)

III. 初期評価(4病日)

視診, 触診 胸鎖乳突筋, 肋間筋の筋緊張亢進

聴診 右上葉の呼吸音減弱

血清データ(mg/dl) K2.7, CRP29.27, Alb2.4

筋力 握力(kgw) 右9.7/左6.9, 下肢MMT2レベル

動作 起居動作-軽介助

移乗, トイレ動作-中等度介助

主訴 身体を起こすだけでも苦しくてつらい.

IV. 問題点

今回, 入院前より労作時呼吸困難感, 食欲不振がみられていた. 更に肺炎を発症したことで, 労作時呼吸困難感の増悪と, 食欲不振により低カリウム血症を呈し, 四肢の脱力感がみられた. その結果, 労作時に息こらえを行う様になり呼吸困難感が増悪し, トイレ動作の介助量増加がみられた.

V. アプローチ

・コンディショニング

床上にて呼吸練習,

呼吸補助筋のリラクゼーション,

四肢可動域練習・低負荷筋力練習

・動作練習

下衣更衣動作練習, 歩行練習

VI. 最終評価(21病日)

視診, 触診 胸鎖乳突筋, 肋間筋の筋緊張軽減

聴診 明らかな異常なし

血清データ(mg/dl) K4.5, CRP1.43, Alb2.5

筋力 握力(kgw) 右14.0/左12.7,

下肢MMT4レベル

動作 起居, トイレ動作-自立

主訴 歩いても全然苦しくなくなったよ.

VII. 考察

本症例は今回, 肺炎による呼吸困難感増悪と低カリウム血症による四肢の脱力感を呈していた.

平木は, カリウム値が低値になると, 筋力低下や脱力感がみられると述べている. 本症例も食欲不振により低カリウム血症を呈したことで, 四肢の脱力感が生じたと考えられる. 更に, 本症例は労作時に息こらえもみられた. 横井らによると, 息こらえの間も肺でのガス交換は進行し, 次第に肺泡と血液内の酸素は減少し二酸化炭素は増加する. それにより, 呼吸困難感が漸増すると述べている.

本症例は介入初期に発熱しており, 積極的な離床が困難であった. そのため, 介入初期はコンディショニングとして床上にて低負荷での筋力練習やストレッチ, 呼吸練習を行った. 次に解熱後, 動作練習を行った. この時, 息こらえ改善のため, 座位, 立位, 歩行時に動作ごとに呼吸練習を行った. 更に, 自覚症状と酸素飽和度の数値を照らし合わせ視覚的にも確認を行っていった. その結果, 息こらえの改善がみられトイレ動作自立という結果が得られた.

転倒により麻痺側の大腿骨頸部骨折受傷した症例
～屋内での歩行動作獲得に向けて～

岡田 歩

古河総合病院 リハビリテーション科
理学療法士

Keyword:麻痺側頸部骨折,痙性,環境因子

【はじめに】

今回左大腿骨頸部骨折で入院し,人工骨頭置換術を施術した患者を担当した.歩行動作獲得に向けて理学療法を導入したため以下に報告する.

【症例紹介】70歳代男性

診断名左大腿骨頸部骨折(2018年9月)

既往歴脳梗塞,左片麻痺(2016年受傷)

症例検討を行う際に本人,ご家族に趣旨を説明し同意を得る.

受傷前生活妻と二人暮らしだが,関係不良.

(暴力,虐待など)

屋内4点杖 軽介助～近位監視.

排尿は尿瓶使用し,排便のみトイレで排泄していた.

仕事の影響により昼夜逆転傾向.

【初期評価】手術後5日目

コミュニケーション日常会話可能.

疼痛左股関節屈曲時.荷重時.

部位:左大腿部近位前面

感覚左上下肢表在・深部感覚鈍麻.

BRS(左) 上肢Ⅲ 手指Ⅲ 下肢Ⅲ

足クローヌス、下肢連合反応あり

下肢屈曲パターン優位

腱反射左膝蓋腱反射亢進.

歩行平行棒:中等度介助.

左 Mst に左膝屈曲位,内反尖足みられ,

左下肢荷重量低下

【最終評価】手術後50日目

※変更点のみ記載

疼痛左股関節屈曲時.夜間時.

歩行平行棒:近位監視.

4点杖:10m 軽介助～近位監視.

左 Mst に内反尖足軽減,左下肢荷重量向上.

【考察】

歩行困難である問題点として,表在・深部感覚鈍麻や,人工骨頭置換術による術創部痛によって麻痺側上下肢の痙性が高まったことが要因の一つであると考えられる.介入初期では内反尖足強く,足底接地面の狭小がみられた.そのため,左 SHB を使用し麻痺側の痙性を抑制し,感覚入力をいれながら荷重練習を行った.さらに歩行練習時,声かけや重心誘導にて左 Mst で膝伸展を促し,左下肢の荷重量向上を図った.これらのアプローチによって,内反尖足軽減みられ,足底接地範囲や左下肢支持性向上し,歩行時の左下肢荷重量,安定性向上に繋がったと考える.

受傷前 SHB を使用していなかったため退院後も使用しない可能性が高い.また,受傷前の生活や頸部骨折による術創部痛により,受傷前よりも痙性が高まったことを考慮すると,退院後の介護は必要不可欠である.しかし,本症例は妻との関係不良であり,妻の自宅退院の受け入れも消極的である.

今後は患者様本人や妻の意見を尊重したうえで,他職種と情報共有しつつ,退院先の決定や退院後の活動性向上へ向け,多方面からアプローチしていくことが課題である.

両側人工膝関節置換術を施行した症例
～独歩での自宅復帰を目指して～
牟田圭佑
友愛記念病院 リハビリテーション科
キーワード:TKA、目標設定、自主練習

【はじめに】

今回、左 TKA を施行した 1 ヶ月後に右 TKA を施行した症例を担当したため、以下に報告する。

【症例紹介】

診断名:両側変形性膝関節症
既往歴:腰椎化膿性脊椎炎、右下肢静脈瘤、高血圧、糖尿病
70 代女性。入院前 ADL 全自立。階段昇降は洗濯物のかごを支持物として上っていた。
2 ヶ月前:左 TKA 施行
1 ヶ月前:自宅退院
手術後 1 日:リハビリ依頼、リハビリ開始
HOPE:膝が楽に動かせるようになりたい、階段を昇れるようになりたい
本発表の件に関してご本人に同意を得た。

【初期評価】手術後 1 日(R/L)

疼痛

安静時:右膝～右下腿外側部
運動時:両膝屈曲時
圧痛:右大腿前面、左膝蓋骨

ROM

膝屈曲 他動:35/100 自動:35/85

MMT

大腿四頭筋:未/3

基本動作

寝返り:左側軽介助

ADLBI:10 点(食事のみ自立)

【理学療法経過】安静度:フリー

手術後 2 日:立位・移乗練習開始
手術後 4 日:歩行練習開始
手術後 12 日:車椅子自立
手術後 18 日:4 点杖自立
手術後 21 日:階段昇降練習開始、自主練習指導
手術後 25 日:独歩自立
手術後 30 日:自宅退院

【最終評価】手術後 30 日

疼痛

圧痛:右腸脛靭帯、右大腿筋膜張筋
両側膝蓋上嚢に硬結部

ROM

膝屈曲:120/125

MMT

大殿筋:4/4 大腿四頭筋:5/5
ハムストリングス:3/3~4

基本動作全自立

歩行独歩

遊脚期の膝屈曲角度が少ない

ADLBI:100 点

【プログラム】

ROMex、MSE、基本動作練習、ADL 練習
自主練習指導

【考察】

早期から ROMex、MSE、基本動作練習を実施し、可動域拡大、自宅退院に向けた動作能力獲得を目指した。その結果、入院前の ADL 能力を獲得することができたが、筋力や歩容には改善の余地がある状態での退院となってしまった。

反省点として、目標を入院前 ADL より高く設定すべきだった点、自主練習が定着しなかった点が挙げられる。退院後に起こるリスクとして、可動域制限やそれによる活動範囲の減少から活動量低下、筋力低下のサイクルが起り、要介護状態に陥りやすくなる可能性が考えられる。改善策として、退院後に起こりうるリスクを伝えること、自主練習は簡単な運動から習慣として定着させ、効果が出ることを本人に自覚してもらい、自己効力感を高めていただくことが必要だと考えた。

術前より歩けるようになり御本人の満足も得られ、ADL 満点で自宅退院できたが、筋力や歩容、自主練習の定着など不十分な点があったため、今後はその点に注意して介入していきたい。

左脛骨高原骨折を呈し、筋力低下、荷重時痛により、歩行能力低下となった症例

～疼痛緩和のアプローチに着目して～

羽鳥 辰麻

古河総合病院 リハビリテーション科

理学療法士

キーワード：左下肢筋力低下、荷重時疼痛、外反変形

【はじめに】

今回、左脛骨高原骨折を受傷した症例に対し、疼痛緩和を図り、歩行能力向上を目指しアプローチをしたためここに報告する。

【症例紹介】

年齢 50 歳代後半男性

診断名 左脛骨高原骨折

術式 観血整復、人工骨移植

現病歴 2018 年 8 月にテレビ台から転落、外来受診し上記診断。

既往歴 左膝関節熱傷に伴う外反変形

* 症例検討を行う際として本人、ご家族に趣旨を説明し同意を得る。

【初期評価】 術後 6 日

安静度 シーネ固定、左下肢免荷、外反ストレス禁止

ROM-t (右/左)

膝関節屈曲 150° /30° P 膝関節伸展 0° /-10°

FTA160° (術後 6 日時点)

MMT (右/左)

腸腰筋 4/2 大腿四頭筋 5/2

疼痛 安静時なし。

左膝関節屈曲時に左膝関節内側に疼痛訴えあり。

感覚 表在・深部感覚異常なし。

歩行動作 歩行：左下肢免荷、松葉杖歩行自立。

【経過】

術後 6 日：左下肢免荷、他動運動にて ROM 練習開始。

術後 35 日：シーネ装着での 1/3 荷重開始。

術後 42 日：シーネ装着での 1/2 荷重開始。

術後 49 日：シーネ装着での 2/3 荷重開始。

術後 59 日：シーネ OFF での全荷重開始。

【最終評価】 術後 60 日時点*変更点のみ記載。

安静度 シーネ OFF での全荷重、ROM 練習での外反ストレス禁止

ROM-t (左)

膝関節屈曲 155° FTA165° (術後 48 日時点)

MMT (右/左)

腸腰筋 5/4 大腿四頭筋 5/3- 腓腹筋 5/2+

ハムストリングス 5/3 大殿筋 4/4

疼痛 歩行時に左膝関節裂隙、膝蓋腱に疼痛訴えあり。

歩行動作 歩行：シーネ OFF での松葉杖歩行自立

左下肢立脚中期での左膝関節内側動揺、足先離地での蹴り出し不足あり。

【考察】

本症例は左下肢への荷重困難により歩行能力が低下、更に職場復帰困難である。原因として長期間の免荷により左下肢筋力低下し、左膝関節、左大腿四頭筋への過負荷となり疼痛が出現したためと考える。

最終評価ではハムストリングス、下腿三頭筋、大殿筋の筋出力が向上し、大腿四頭筋への負荷が軽減したことにより、歩行時の荷重量増加がみられたが、現在片松葉杖での実用的な歩行困難。今後筋力向上、疼痛緩和をし、歩行能力向上、職場復帰を目指していく必要がある。

糖尿病にて大腿骨転子部骨折の手術待機期間が長期化した症例

前田 祐汰 友愛記念病院 リハビリテーション科

【キーワード】

大腿骨転子部骨折 糖尿病 多職種連携

【はじめに】

今回、右大腿骨転子部骨折を受傷し、血糖コントロールのため手術待機していた症例について評価、治療する機会を得たので以下に報告する。

【症例紹介】

80歳代女性。平成30年9月に受傷し、上記診断にて当院入院。高血糖のため手術延期、術前リハビリ開始。既往歴：HT, DM, 左大腿骨転子部骨折。尚、本発表にあたりご本人様より承諾を得た。

【術前初期評価】

安静度：bed up フリー

血糖値(以下BS)：朝 202/昼 217

意思疎通：理解力低下、辻褄が合わない時あり。

低血糖症状：眩暈 疼痛：安静時-

BI:10点

【術後初期評価】

安静度：2～3週間免荷 BS:朝 310/昼 284

疼痛：安静時+, 運動時++

ROM:右股関節屈曲 70P, 外転 10

MMT:右下肢 2, 左下肢 3

基本動作・ADL:Drより貧血のため安静指示にて未実施 BI:10点 HDS-R:21点

【問題点】

- ・手術待機期間中にBS40台まで低下がみられ、低血糖症状に注意する必要あり。
- ・骨片の整復不良でcut outのリスクが高く、2～3週間の免荷指示あり。
- ・術後は日によってBS60台にて低血糖症状あり。
- ・認知機能の低下により免荷の口頭指示を要した。

【経過】

術前は両上肢・左下肢徒手抵抗運動を実施。9月末、髓内釘固定術を施行。術後翌日リハビリ再開。術後

4日(BS:朝 256/昼 135)より患側下肢免荷にて離床を開始し、術後13日(BS:朝 116/昼 123)に基本動作・ADLにおいて自力で免荷可能となる。術後15日(BS:朝 146/昼 86)より部分荷重での荷重訓練を開始。術後19日、回復期病院へ転院。

【最終評価】

安静度:1/4PWB BS:朝 96/昼 86

低血糖症状:空腹感 疼痛:運動時+

ROM:右股関節屈曲 95P, 伸展 0, 外転 20 MMT:

右下肢 3, 左下肢 4

基本動作:寝返り自立, 起居～立位見守り

ADL:食事自立, その他介助を要す。

BI:35点 HDS-R:25点

【考察】

本症例は軟骨骨片の整復不良により免荷期間を設ける必要があったが、高齢で認知機能の低下もあり免荷での離床は負荷が高くなると予想された。また、低血糖症状がみられ離床に難渋した。離床を円滑に進めるためにもその日の血糖値や症状の有無、低血糖症状が出現したときの対応などの情報を多職種と連携して共有しておく必要があると考える。今後の課題として、その日の血糖値によって離床を進めるか、ベッドサイドでのリハビリをおこなうかの線引きを見極める必要があると考える。

パーキンソン病により歩行障害を呈した症例
～ノルディックウォークを実施して～

増田 匡玄

総和中央病院

キーワード：パーキンソン病・ノルディックウォーク・歩行

【はじめに】

今回、小刻み歩行出現により歩幅が減少し、クリアランス確保が困難となり、日常生活で転倒することが多くなったパーキンソン病(以下 PD)患者を担当した。治療にノルディックウォーク(以下 NW)を実施し、歩幅拡大により転倒の減少がみられたため以下に報告する。

【症例紹介】

70 歳代 男性

平成 24 年に PD を発症し、平成 30 年 10 月より外来リハビリにて当院に通院。ADL 自立、日課の散歩は 20 分程度行っており、活動的な方である。尚、症例には今回の趣旨を十分に説明した上で同意を得た。

既往歴：平成 27 年肺炎・ベーチェット病

【理学療法評価：初期】

ROM-t(Rt/Lt)

股関節伸展 5° /5° 体幹回旋 30° /30°

MMT(Rt/Lt)

股関節伸展 3/3 体幹伸展 3

Hoehn-Yahr 分類：stage II 右上肢安静時振戦#

TUG：9.1 秒

BBS：55 点 減点項目 片脚立位

10m歩行(独歩)

初期 12.3 秒 歩幅 0.42m 歩数 24 歩

最終 9.3 秒 歩幅 0.48m 歩数 21 歩

歩行：全歩行周期にて体幹屈曲、股関節・膝関節軽度屈曲位で、歩行時腕振りの減少、歩幅の減少によりクリアランス低下がみられる。

【治療プログラム】

①関節可動域訓練②筋力増強訓練③バランス訓練
④歩行訓練⑤NW 訓練

【考察】

転倒する場面として、目標地点への歩行中、徐々に歩幅の減少がみられ前方へ転倒する。歩幅の減少の原因として、歩行時の腕振りの減少により、体幹及び骨盤の可動性が低下となり、体幹回旋運動が得られにくく、体幹屈曲位により重心が前方に位置し、左右への重心移動が少ない。

NW を実施することで、支持基底面が広がり体幹を起こすことが容易となり、両上肢を交互に使用するため腕振りの増加に繋がると考えた。

結果として、歩容改善、腕振りの増加がみられたことで、歩幅が拡大し転倒リスクが軽減された。

PD に対し外的刺激を用いた歩行訓練が有効とされている。そのため、ノルディックポールが目印となり外的視覚刺激を利用し脚を前方へ振り出すことが可能となったと考えた。また、NW を実施し上下肢を交互に動かすことでリズムカルな動きが生まれ、内的リズムが形成され歩行改善に繋がったのではないかと考える。

【まとめ】

NW は PD に対し有効な治療法と考える。しかし、今回は PD の症状が軽度であったため、今後はグレードが重度の方や on・off が著しい方への使用効果についても検討していく必要があると考える。

左大腿骨頸部骨折を呈した症例

~屋内移動,生活動作自立を目指して~

五十嵐 裕太

古河総合病院 リハビリテーション科

理学療法士

Keyword:歩行,疼痛,生活動作

【はじめに】

今回左大腿骨頸部骨折で入院した患者様を担当させていただき,屋内移動,生活動作自立を目指し理学療法介入したため以下に報告する.

【症例紹介】80歳代男性

診断名:左大腿骨頸部骨折 前外側方アプローチ

現病歴:自宅内でスリッパを踏み転倒

病前 ADL:

- ・4人暮らし.KP:娘
- ・屋内杖なし,屋外 T 字杖での移動自立
- ・近所のスーパーまで徒歩で約 5 分.1 人で買い物に行っていた

家屋情報:

- ・生活スペース 2 階.階段 20cm15 段.手すり有
- ・玄関高さ 20cm1 段.置き型手すり有

主訴:左股関節が痛い

HOPE:歩けるようになりたい

NEED:杖なし歩行,階段昇降獲得

症例検討を行うにあたり,本人・家族に趣旨を説明し同意を得る

【初期評価】術後 4 日目

ROM-t(右/左).単位(°):

股関節屈曲 100/65P 膝関節伸展-5/-10

MMT(右/左):

腸腰筋 3/3 中殿筋 3/2 大腿四頭筋 4/4 腹筋群 3/3

触診:左大腿直筋,腰背部筋群過緊張あり

疼痛:安静時(-)運動時(-)歩行時(+):左大腿直筋

立位姿勢:体幹屈曲,骨盤後傾.両膝関節屈曲位

起立:40cm からの動作近位監視

歩行:平行棒近位監視~軽介助

左立脚中期で左大腿直筋疼痛(+)
左立脚後期短縮

【最終評価】術後 54 日目(変更点のみ記載)

ROM-t:

股関節屈曲 110/105 膝関節伸展 0/0

MMT:腸腰筋 4+/4 中殿筋 4/4 腹筋群 4/4

触診:過緊張消失

疼痛:歩行時(-)

立位姿勢:体幹,骨盤正中位.両膝関節伸展位

起立:20cm からの動作自立

歩行:T 字杖:屋外歩行自立 杖なし:屋内自立

生活動作:

階段昇降,更衣,入浴動作自立

【考察】

初期評価の歩行では,疼痛により平行棒内で介助を要した.疼痛は左股関節,体幹固定筋の筋出力低下を左大腿直筋が代償したのが原因と考えた.股関節周囲筋低下は手術の影響,体幹固定筋低下は腰背部筋群優位の姿勢が原因と評価した.

上記の評価結果から座位・立位で体幹固定筋への収縮を促し,立位バランス・ステップ練習で股関節周囲筋への筋出力増加を促したことにより,最終評価では左大腿直筋の疼痛が消失し,歩行の安定性が向上したことで杖なし歩行自立まで獲得することができたと考えられる.

本症例は術後 42 日目時点で家屋調査を行い各種動作自立していた.安全性を考え玄関に約 30cm の椅子,浴室にシャワーチェアの購入を進めた.退院後はスリッパをはかない,買い物は妻と一緒に行くなど環境因子・個人因子の観点からも病前に近い状態で退院可能と考えた.

右変形性股関節症に対し、右人工股関節全置換術を施行した症例

～下腿外旋位に着目して～

茨城西南医療センター病院

池田佳樹、並木ももこ、関直人、小川誠貴

青木英恵、斎藤大樹

Key words:THA、下腿外旋位、内側広筋

I、はじめに

今回、THA 術後侵襲により膝関節に影響が及んだ症例を担当した。下腿外旋位に対する介入により歩行能力が改善されたため、ここに報告する。

II、症例紹介

【年齢・性別】60 代女性

【診断名】右変形性股関節症 (THA・後方アプローチ) ※大殿筋 Split、外旋筋切離

【現病歴】5 年前から股関節痛が出現し、通院して様子を見ていた。長く歩くと痛みがあり、動かしくさを感じたため手術を決意した。

【主訴】長く歩くと股関節が痛い

※症例発表について書面にて同意を得た

III、初期評価 (手術後 12 日目)

【MMT】※右のみ

中殿筋 4 (骨盤引き上げ+)

大殿筋 4 (骨盤回旋代償+)、股関節外旋筋 2

【ROM】※右のみ

股関節屈曲 95° 伸展 0° 外転 10° 外旋 10°

【歩行観察】

前額面：右 TSt で右股関節内旋位、下腿外旋位

右 MSt~PSw にかけて、骨盤の左偏移

※右 TSt に膝が折れる感じと訴えあり

矢状面：右 TSt で股関節伸展が見られず、骨盤前傾・右回旋代償がみられる

IV、問題点

本症例の問題点は、THA 術後侵襲による股関節外旋筋・大殿筋の筋出力低下である。それにより股関節内旋位となり、荷重下では相対的に下腿外旋位となるため内側広筋の筋出力が低下する。その結果、右 MSt~TSt において膝関節屈曲 5° を保持できず、膝折れ感が出現すると考えられる。また、右 PSw への重心移動が急速になり、左への骨盤偏移が見られると考える。

V、治療プログラム

関節可動域練習

降段練習

片脚スクワット

VI、最終評価 (術後 34 日目)

【MMT】※右のみ

中殿筋 4 (代償-)

大殿筋 4 (代償-)、股関節外旋筋 3

【ROM】※右のみ

股関節屈曲 95° 伸展 10° 外転 20° 外旋 15°

【歩行観察】

前額面：右 TSt の下腿外旋位が改善

矢状面：股関節伸展がみられ、骨盤代償は改善

VII、考察

介入の結果、歩行において骨盤左偏位が改善されている。これは Knee-in や骨盤左回旋代償を抑えた片脚スクワットにより大殿筋・股関節外旋筋の筋出力が向上し、荷重下の下腿外旋位が改善されたことによると考える。また、下腿外旋アライメントを修正したことで内側広筋の筋出力が向上し、歩行において右 TSt の支持性が向上した。その結果、右 MSt~PSw において左足への重心移動が緩やかとなり、骨盤左偏位が改善されたと考える。

パーキンソン病を発症した症例

～安定した歩行を目指して～

齊藤 彩海

総和中央病院

キーワード：パーキンソン病、歩行、姿勢

【はじめに】

パーキンソン病を発症し、歩行時ふらつきや転倒が多い症例の姿勢に着目し治療を実施。歩行能力の改善がみられたため報告する。

今回、症例検討を行うにあたり、趣旨を十分に説明し同意を得た。

【症例紹介】

80歳代 女性

〈診断名〉パーキンソン病

〈Hoehn-Yahr 分類〉ON：Ⅲ OFF：Ⅳ

平成18年左下肢の振戦が出現しパーキンソン病と診断。自宅にて過ごされるが、活動量の低下によりふらつきや転倒が頻回となり、平成30年9月リハビリ目的にて入院。

【初期理学療法評価】

〈MMT〉腹筋群 2

股関節屈曲 3 伸展・外転 2

膝関節屈曲・伸展 3

足関節底屈・背屈 3

〈TUG〉右回り 30.14 秒 左回り 37.98 秒

〈10m 歩行〉14 秒 24 歩

〈立位姿勢〉円背姿勢・体幹右側屈

〈座位〉体幹右側屈のため右上肢の支持必要

〈歩行〉シルバーカー 軽介助

右立脚期に過度に体幹右側屈し重心動揺がみられていた

【最終理学療法評価】変化点のみ記載

〈ROM〉(Rt° /Lt°)

体幹 屈曲(10) 側屈(5/0) 回旋(15/10)

〈MMT〉腹筋群 2～3

股関節屈曲 4 伸展・外転 3

膝関節伸展 4

〈TUG〉右回り 27.80 秒 左回り 26.26 秒

〈立位姿勢〉体幹右側屈減少

〈座位〉上肢支持なく座位保持可能

〈歩行〉シルバーカー 見守り

立脚期重心動揺の減少

【治療プログラム】

関節可動域訓練、ストレッチ、筋力増強訓練、ポールエクササイズ、レッドコード

【考察】

本症例は病前、T字杖とシルバーカーを併用し移動を行っていたが、自宅内での転倒が頻回であった。その原因として歩行時の体幹固定性低下による過度な体幹右側屈、右立脚期の重心動揺が考えられた。そのため、姿勢に着目し歩行能力の改善を図った。

姿勢改善につながったプログラムはポールエクササイズやレッドコードを使用した体幹屈伸、回旋運動を行ったことである。それにより腹筋群の筋力向上、体幹回旋・側屈の可動域・筋力向上がみられたと考える。また、下肢筋力向上により下肢の支持性向上がみられた。

その結果、体幹右側屈が減少し体幹の可動性・固定性向上がみられた。そのため歩行時右立脚期の重心動揺の減少、TUGでの方向転換の所要時間の短縮がみられた。

以上より、歩行時のふらつきが減少し、歩行時の安定性の向上がみられていると考えられる。

しかし、TUGのカットオフ値より転倒リスクがあるため、引き続き体幹固定性・下肢筋力向上を図り、歩行の安定性を向上させる必要がある。

在宅復帰にあたり屋内での移動手段獲得に着目して

山中 雪乃

総和中央病院

キーワード：移動動作・在宅復帰・リウマチ

はじめに

今回、在宅復帰にあたり屋内での移動手段獲得に着目した症例を以下に報告する。

尚、症例報告を行うにあたり本症例に趣旨を説明をし、同意を得た。

症例紹介

70 歳代 男性

〈現病歴〉

H30 年 5 月 右人工股関節周囲骨折

〈既往歴〉

40 年以上前～ 関節リウマチ

H12 年 慢性腎不全(透析週 3 回)

H20 年 左足関節固定術施行

H30 年 1 月 右人工骨頭置換術

H30 年 9 月 両変形性膝関節症

〈社会的情報〉

妻と二人暮らし。二階建て一軒家。

主な生活範囲は一階。

〈主訴〉歩きたい

理学療法評価 Rt/Lt(°) H30 年 10 月 15 日

〈ROM〉足関節背屈 15/0 底屈 35/0

〈MMT〉足関節背屈 4/1 底屈 2/1

〈変形〉両手指・両手関節・左足関節

両 3～5 趾・左肘関節・両膝関節

〈握力〉右 25.1 kg 左 16.9 kg

〈歩行〉ピックアップ歩行器使用にて 15m 自立。

〈FIM〉119/126 点

減点項目→歩行 5 点・階段 5 点・清拭 4 点

考察

本症例は、病前 T 字杖歩行にて移動を行っており方向転換した際、大腿骨幹部に回転トルクが加わったことが受傷機転となり、骨折に至った。

身体機能としては、歩行獲得レベルであったが

下肢への負担量を考え歩行補助具等の福祉用具選択が必要であった。

しかし、家屋状況より屋内の段差が高いことからシルバーカーでの移動は困難であり、手すり付き階段の設置も検討したが土間幅が狭いことから設置困難であった。

本症例は、左足関節固定術を施行していることから歩行時に前方への推進力が低下しており左右への重心移動が大きく見られていた。そのため、受傷機転時の動作を回避するため屋内での移動手段としてピックアップ歩行器を選択した。

歩行器を前方へ接地することにより、左右への重心移動が軽減され回転トルクが最小限に抑えられることや上肢にて支持が可能なることから下肢への負担が大幅に軽減されたと考えた。

退院後、透析への通院は長時間の歩行による両変形性膝関節症の痛みを考慮し、身体への負担が最小限になるよう外出時は車椅子を併用することとした。

ピックアップ歩行器を選択したことにより、本人の主訴を叶えることが可能となった。しかし、依然として再骨折のリスクが高いため、リスクを踏まえたうえで安全に生活を送って頂きたいと考える。

古河・筑西のリハビリを支える会 役員一覧

〈古河・坂東ブロック〉

古河総合病院	廣嶋 俊秀 (会長)
総和中央病院	田村 卓
茨城西南医療センター病院	菅井 康弘
	沼尻 一哉 (顧問)
友愛記念病院	荒井 秀行 (古河・坂東ブロック代表)
ホスピタル坂東	倉持 正一
古河赤十字病院	鈴木 絵美子
介護老人保健施設 寿桂苑	青柳 敏之

(順不同・敬称略)

会場に関する問い合わせ先

〒306-0433

茨城県猿島郡境町 2190

茨城西南医療センター病院

リハビリテーション部

理学療法士 菅井 康弘

Tel:0280-87-8111

E-mail:reha-pt@seinan-mch.or.jp

症例検討会の問い合わせ先

〒306-0232

茨城県古河市東牛谷 707

友愛記念病院 リハビリテーション科

理学療法士 荒井 秀行

Tel:0280-97-3000

E-mail:harai@yuai-hosp-jp.org