

茨城県地域リハビリテーション総合支援事業
つくば保健医療圏茨城県指定地域リハ・ステーション

「つくば地域リハ・セミナー」

-第 29 回症例検討会-

-茨城県理学療法士会第 10 回つくばブロック症例検討会-

プログラム・抄録集

日時：2019 年 10 月 5 日(土)

会場：筑波記念病院(つくば市)

日程

2019年10月5日(土) 17:30~19:30

会場

筑波記念病院 S棟2階 大会議室
〒300-2622 茨城県つくば市要1187-299 筑波記念病院内
TEL : 029-864-1212(代表)

共催・後援

共催 : つくば保健医療圏茨城県指定地域リハ・ステーション
(筑波メディカルセンター病院, いちはら病院, 筑波記念病院)
公益社団法人茨城県理学療法士会
公益社団法人茨城県作業療法士会
茨城県指定地域リハビリテーション研修推進支援センター

後援 : 一般社団法人茨城県言語聴覚士会

演者・座長へのお知らせとお願い

一般口述発表演者の方へ

1. 同会場で「茨城県理学療法士会第10回つくばブロック症例検討会」「第28回症例検討会」を開催します。
2. セッションは、発表時間7分、質疑3分です。時間厳守をお願いします。
3. 発表はすべてPC発表と致します。
4. 発表者は、セッション開始10分前までに会場にお越しください。次演者席での待機をお願い致します。

座長の方へ

座長は20分前までに会場前にて受付をお済ませ頂き、開始10分前までに、必ず次座長席にて待機してして下さい。

質疑応答

1. 質疑は座長の指示に従い、所属・氏名を述べた上で簡潔にお願い致します。
2. 質疑要旨の記載および提出の必要はありません。

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

● 「茨城県理学療法士会第10回つくばブロック症例検討会」の発表者の場合

・ 新人教育プログラム対象の方

発表者は「C-6 症例発表」の単位認定・取得となります。

※ポイントを申請される方は、会員番号の明記されている、会員カードを必ずご持参ください。

後日認定手続きを取らせて頂きます。

* 公益社団法人茨城県作業療法士会会員

発表者は「現職者共通研修受講記録2」又は、「生涯教育制度基礎研修ポイント2ポイント」の単位認定・取得となります。

参加者は「生涯教育制度基礎研修ポイント2ポイント」の単位認定・取得となります。

生涯教育手帳に当日証明致しますので、必ずご持参ください。

会場への交通

筑波記念病院 S棟 2階 大会議室



● 交通のご案内

- 車** 常磐道谷田部インター・桜土浦インターから約25分
国道408号線(学園西大通り)沿い筑波大学附属病院北2km
- タクシー** JR常磐線土浦駅・荒川沖駅・ひたち野うしく駅から約25分
- バス** 高速バス: JR東京駅八重洲南口のりばから
「常磐高速バスつくば号」つくばセンター下車*
路線バス: JR常磐線土浦駅・荒川沖駅・ひたち野うしく駅から
「つくばセンター行」つくばセンター下車*
- 電車** つくばエクスプレス(TX) つくば駅下車*
- *つくばセンターバスターミナル・TXつくば駅から筑波記念病院まで車(タクシー)で約10分です。

会場案内



※駐車場は無料です

本会に関するお問い合わせ先

つくば地域リハ・セミナー 事務局
(担当: 筑波記念病院リハビリテーション部内 飯野・神宮)

TEL: 029-864-1212 FAX: 029-877-4688

E-mail: tmhreha@tsukuba-kinen.or.jp

プログラム

17:00~

受付

会場 筑波記念病院 S棟2階 大会議室

17:30~17:35

開会式

17:35~17:55

茨城県理学療法士会第10回つくばブロック症例検討会(口述)

座長: 江口 哲男

(筑波メディカルセンター 訪問看護ふれあい 訪問リハビリテーション 理学療法士)

1. TKA 術後歩行中に過伸展を呈した症例 ~再置換防止に向けた歩容改善への取り組み~

関 凌汰(いちほら病院 理学療法士)

2. THA 後に自覚的脚長差が残存した症例 ~股関節内転角度, 荷重時痛に着目して~

善光 郁弥(いちほら病院 理学療法士)

17:55~18:25

つくば地域リハ・セミナー・第29回症例検討会(口述)

座長: 倉田 俊洋(いちほら病院 理学療法士)

I. 腱板断裂術後のリハビリ~肩関節外旋筋に着目して~

佐藤 一樹(筑波学園病院 作業療法士)

II. 転移性骨腫瘍の患者に対し PPI 値の結果離床困難となったが離床可能となった症例

宮本 彩香(筑波記念病院 理学療法士)

III. 維持期から終末期へと移行した心不全患者のリハビリテーションを経験して

知久 慶之(筑波記念病院 理学療法士)

18 : 30~19 : 30

イブニングセミナー

会場 筑波記念病院 S棟2階 大会議室

テーマ 「摂食嚥下障害の基礎と臨床」

講師：いちほら病院 リハビリテーション科

松井 和敬 先生(言語聴覚士)

19 : 30~19 : 35

閉 会 式

1. TKA 術後歩行中に過伸展を呈した症例 ～再置換防止に向けた歩容改善への取り組み～

関 凌汰¹⁾

1) いちはら病院 理学療法士

【はじめに】

右人工膝関節全置換術（以下 TKA）後にゆるみが生じ、膝関節過伸展位での歩容を呈し、インサート交換後も過伸展への不安感や跛行が残存した症例に対して歩容改善を目的に介入した。足関節背屈可動域と右膝関節伸展筋力の向上を図り、歩行練習を行ったところ、歩容が改善したため報告する。

【症例】

70 歳代後半男性。11 年前に脳出血を発症し右片麻痺を呈した。8 年前他院にて右 TKA 施行後は独歩可能。術後 5 年後頃からゆるみが生じ膝関節過伸展位での T 字杖歩行となった。今回歩行時 MSt 以降の膝関節不安定感解消を希望され、インサート単独交換を施行した。なお本症例に発表する旨を十分に説明し、同意を得た。

【手術記録・Dr 情報】

インサート単独交換 (5mm⇒13mm)。屈曲-伸展のバランスを整えるために鷲足部・PCL 付着部を剥離。抜去したインサートに摩擦の所見なし。

【術前評価】

ROM (右/左)：膝関節屈曲 (110° /110°)，膝関節伸展 (10° /0°)，足関節背屈 (0° /10°)。MMT：膝関節伸展 (3/4)，足関節背屈 (3/5)。整形外科テスト (右/左)：後方引き出しテスト (+/-)，内反・外反ストレステスト (+/-)。Brunnstrom stage：上肢・手指 V。下肢 V。歩容 (T 字杖歩行)：右 MSt 以降膝関節過伸展を呈し、骨盤・体幹の前傾で重心前方移動を代償。階段昇降：片手支持にて昇段 1 足 1 段、降段 2 足 1 段。降段時膝屈曲位で不安定感が著明になり、膝折れを認めた。

【理学療法プログラム】

足関節背屈可動域運動。膝関節伸展筋トレーニング。起立着座動作練習。段差昇降練習。歩行練習。

【最終評価 (手術後 21～22 日)】

ROM (右/左)：膝関節屈曲 (120° /110°)，膝関節伸展 (0° /0°)，足関節背屈 (5° /10°)。MMT：膝関節伸展 (5/5)，足関節背屈 (3/5)。歩容 (T 字杖歩行)：MSt 以降の過伸展はなく、下腿の前傾で重心前方移動が可能になり骨盤前傾での代償は消失。また TSt から PSt にかけて股関節伸展が増大したことにより歩幅が拡大し、踵離地を認めた。階段昇降：昇降共に片手支持 1 足 1 段で可能となった。

【考察】

本症例は TKA 後の不安定性に加え、脳出血発症時からの足関節背屈制限により歩行中に膝伸展ストレスがかかる歩容を呈していたと考えた。インサート交換後再度膝伸展ストレスによる再置換を防ぐためにも歩容改善を目的に足関節背屈可動域と膝関節伸展筋力の改善を図った。また、可動域・筋力の改善と合わせて運動学習の面からもアプローチすることで歩容の改善に至ったと考える。

2. THA 後に自覚的脚長差が残存した症例 ～股関節内転角度、荷重時痛に着目して～

善光 郁弥¹⁾

1) いちはら病院 理学療法士

【はじめに】

Total Hip Arthroplasty (以下 THA) 施行前から、自覚的脚長差を訴えた症例の評価治療を行った。本症例は右股関節内転制限による骨盤の側方傾斜が起きており、また筋の過剰収縮に由来する荷重時痛があり、立位時垂直荷重が困難であった。内転角度、荷重時痛に着目し評価治療を行ったため報告する。

【症例】

70 歳代女性。入院前 ADL 全て自立。3～4 年前から右股関節周囲に疼痛出現。右 THA 施行。HOPE は長い距離を歩きたい。なお本症例に発表する旨を十分に説明し、同意を得た。

【初期評価 (術前)】

ROM (右/左)：股関節伸展 (0° /15°)。股関節内転 (0° /10°)。MMT：股関節伸展 (右 3/左 5)。下肢長 (右/左)：棘果長 (69cm/68.5cm)。転子果長 (63cm/63cm)。自覚的脚長差あり (右>左)。Ely, Thomas, Ober test：右のみ陽性。立位姿勢：骨盤右下制であり、右股関節外転位での接地であった。垂直荷重を徒手的に促した際には、大腿前面・鼠径部に荷重時痛が出現した。また骨盤前傾位であった。歩容：術前は右 Mst 時に体幹右側屈 (デュシェンヌ徴候) がみられ、左 Mst 時には、体幹を左側屈させての右下肢の振り出しがみられた。連続歩行は 2 分程度のみ可能であった。

【理学療法プログラム】

股関節内転 ROM 運動。骨盤挙上、下制、側方移動運動。腸腰筋、大腿直筋ストレッチ。骨盤前後傾運動。股関節伸展筋力強化運動。

【最終評価 (手術後 23 日)】

ROM (右/左)：股関節伸展 (5° /15°)。股関節内転 (5° /10°)。MMT：股関節伸展 (右 4/左 5)。自覚的脚長差改善。Ely test のみ陰性化。立位姿勢：骨盤右下制は改善し、右股関節外転位接地も改善した。骨盤前傾は軽度改善し、垂直荷重時の大腿前面、鼠径部痛は消失した。歩容：右 Mst 時のデュシェンヌ徴候および左 Mst 時の体幹左側屈は改善し、連続 10 分間の歩行が可能となった。

【考察】

本症例は術前からの自覚的脚長差が術後も残存していた。自覚的脚長差の原因として骨盤の右下制が考えられ、骨盤の右下制は股関節内転制限、荷重時痛のために生じていると考えた。症例の Hope は長い距離を歩くことであるが、このアライメントでは歩行効率が悪く、長い距離を歩くことが困難と考え、アライメントの修正を図った。内転可動域の改善、荷重時痛の消失により立位時の骨盤の右下制、股関節の外転接地が改善し、自覚的脚長差の訴えも消失した。また上記のアライメントが修正されたことで歩行効率が高まり、長距離歩行が可能になったと考えられる。

I. 腱板断裂術後のリハビリ ～肩関節外旋筋に着目して～

佐藤 一樹¹⁾

1) 筑波学園病院 作業療法士

【はじめに】

腱板断裂の事例を担当する際に肩関節外旋筋の疼痛やスパズム等が生じることが多い。今回、2例の事例を通し、肩関節外旋可動域や外旋筋の疼痛により自動運動開始時の関節可動域(以下ROM)に差が生じたため報告する。なお、報告にあたり事例の同意を得ている。

【事例紹介①】

50代、女性。診断名：右肩腱板断裂。既往歴：肺結核。職業：パン屋勤務。現病歴：1年程前より誘因なく右肩に疼痛が出現した。肺結核にて当院に入院中、右肩疼痛に対してリハビリを実施し外来リハビリにて継続していた。肺結核の治療が終了し手術が施行された。

【事例紹介②】

40代、女性。診断名：右肩腱板断裂。既往歴：特になし。職業：トラックドライバー。現病歴：半年ほど前から誘因なく疼痛が出現し近隣の整形外科を受診。上記診断にて当院を紹介受診し手術していく方針となった。外来リハビリは未実施。

【当院での術後プロトコール】

2事例とも手術日をXと表記する。X+1日より他動ROM開始。X+14日より自動介助ROM開始。2事例とも、上記のプロトコールに沿って経過。

【X+14日の肩関節屈曲自動介助ROM】

事例①120°、事例②70°。屈曲最終域にてどちらも疼痛あり。肢位は臥位にて測定。

【X～X+14日の他動ROM推移】

どちらの事例も肩関節他動屈曲140°、外転120°まで拡大あり。他動外旋は事例①0°、事例②25°。どちらの事例も他動2nd外旋60°、3rd外旋80°まで拡大がみられた。しかし、事例①は術後7日で獲得したのに対し、事例②は術後13日にて獲得に至った。

【X～X+14日の疼痛】

各筋の圧痛をFace Rating Scale(以下FRS)に基づいてカルテ記載より表記。事例①棘下筋2→0→0、小円筋1→1→1。事例②棘下筋5→4→4、小円筋4→4→3(どちらもX+1日→X+7日→X+14日に測定)

【考察】

健常者では肩関節屈曲動作での棘上筋・肩甲下筋の筋活動は、主動作筋の三角筋前部線維よりも先行し屈曲角度の増加に伴い筋活動は漸減していく。棘下筋の筋活動は棘上筋・肩甲下筋の筋活動が漸減していく一方で、屈曲角度の増加に伴い筋活動が漸増していくパターンであったとされている。今回、外旋筋の圧痛やROM制限が見られたことから外旋筋の過緊張やスパズムが出現していたと考えられる。そのため、自動介助ROM時棘下筋の筋活動が漸増せず、棘上筋や肩甲下筋が漸減しきれなかったため疼痛が出現しROMに差が生じたのではないかと考える。

II. 転移性骨腫瘍の患者に対しPPI値の結果離床困難となった が離床可能となった症例

宮本 彩香¹⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士

【はじめに】

Palliative Prognostic Index (PPI 値) とは Palliative Performance Scale, 経口摂取, 浮腫, 安静時の呼吸困難, せん妄を合計し週単位で生命の予後予測する指標である。矢木らは、PPI 値は離床耐久性と負の相関関係があり、PPI 値3.5以下で60分以上の離床、4.5以下で30分以上離床、5.5以下で少しの離床可能、6以上で厳しい身体状況となることが多く離床自体難しくなると報告している。今回、PPI が6以上でも離床可能であった症例を経験したので報告する。

【症例紹介】

80代女性。診断名は原発不明の転移性骨腫瘍。既往に右乳癌、下行結腸癌、腭頭部癌(ステージIV)。現病歴は、2019年2月疼痛・浮腫増悪し来院。オキシコドンにて疼痛コントロールのため入院。第2病日、CTにて肺転移、右仙骨骨転移、腭頭部腫瘍増大あり。第42病日家族に病状説明し自宅介護困難から第71病日緩和方向のため療養病棟へ転棟。第72病日から演者担当となる。Hopeは、車イスに乗って散歩したい。

【演者初回評価 第72病日】

PPI 値: 2.5, 自覚症状: 大腿から下腿に疼痛あり (NRS 聴取困難), 筋力: 上下肢 MMT4, 体幹 MMT3, PS: 3, KPS: 50%, 基本動作: 起居・移乗-軽介助, 座位-支持物なしでは体幹が左側へ傾く, 座位耐久性: 約1時間可能, 認知機能: HDS-R や MMSE 測定困難。名前は可・年齢は不可。

【経過】

第73～110病日: PPI 値0, 体幹の傾きに対し普通型車イスの側方に枕を入れ修正。体幹の傾きが増悪し低床型の車イスに変更。車イス乗車約2時間。第111～155病日: PPI 値1.0, 浮腫, 腹水, 冷感出現, 車イス上で浮腫アプローチ。車イス乗車約1時間。第156～179病日: PPI 値5.0, 意識レベル低下。声掛けに反応なくベッド上でリラクゼーションやポジショニング。リクライニング車イス乗車15分。第180病日: PPI 値7.5, JCS II-10, コミュニケーションは顔き・単語レベル, 血圧110台, 脈拍80台, 呼吸数16回/分, 末梢冷感・浮腫あり, チアノーゼなし, 本人・家族の希望から意識レベルや血圧, 循環状態, 疲労を10分間隔で確認し状態悪化がないことを確認しながらベッドアップ経由で全介助にてリクライニング車イス乗車10分。第181病日～186病日: PPI 値10.5, JCS II-20～III-200, コミュニケーション不可, 血圧90台, 本人の希望がなくリクライニング車イス乗車中止。第187病日: 逝去。

【考察】

本症例のHopeが車イスで過ごしたいと希望がありPPI 値を参考にすすめた。今回の症例では第180病日にPPI 値7.5となったが、意識レベルや血圧, 循環状態, 呼吸状態の確認をより慎重に管理することで、離床可能な期間を延長出来たと考える。

Ⅲ. 維持期から終末期へと移行した心不全患者のリハビリテーションを経験して

知久慶之¹⁾, 大好崇史¹⁾, 金森毅繁¹⁾, 小關剛²⁾,
長澤俊郎³⁾, 小關迪⁴⁾

1) 筑波記念病院 理学療法士 2) 筑波記念病院 副院長
3) 筑波記念病院 院長 4) 筑波記念病院 総院長

【はじめに】

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直結している患者とその家族のQOLを、痛みやそのほかの身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し、的確に評価を行い、対応することで苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチと定義されている。今回、当院療養病棟転入後、全身状態の悪化に伴い、緩和ケアへ移行した症例を経験したためここに報告する。

【症例紹介】

80歳代女性。X-10日よりADL能力の低下を認め、X日に慢性うつ血性心不全の診断で一般病棟へ入院となる。38病日に療養病棟へ転棟となり演者担当となる。尚、発表に際し本症例に同意を得た。

【初期評価:38病日】

主訴：トイレに行きたい。家族 HOPE：今の能力を維持してほしい。重症度分類：NYHA分類 ステージⅢ。

基本動作：中等度介助。車椅子座位耐久性：普通型車椅子 30分乗車可能。

【介入と経過】

38病日より基本動作介助量維持を目的に介入を開始した。車椅子座位耐久練習、起立練習を実施していたが徐々に心機能、腎機能が悪化したため、呼吸機能維持目的に呼吸練習を開始した。66病日の画像所見で左肺の胸水が増量し、安静時の喘鳴が出現し始めた。同日、主治医よりICがあり、家族の訴えが無理の無いようにリハビリをしてほしいと変化した。これらの身体所見、家族の訴えから緩和ケアを開始しリラクゼーション、左側臥位での呼吸介助を実施した。呼吸困難感の軽減のために左側臥位へのポジショニングを実施し、安静時の喘鳴は軽減した。緩和ケアへ移行後もリハビリを楽しみにしており、家族もぜひリハビリをしてほしいと話していた。介入中も患者本人、家族と演者で話しながら介入し、介入中は笑顔もみられた。その後褥瘡、疼痛なく経過し81病日、死亡退院に伴い理学療法は終了となった。

【考察】

心不全患者は呼吸困難、倦怠感をはじめとする身体的苦痛を抱えながら生を終えていくことが報告されており、Murrayらは心不全は増悪と寛解を繰り返し、終末期の明確な基準がないため緩和ケアへの移行が行いにくいと報告している。呼吸状態の変化や家族の訴えから緩和ケアに移行したことで褥瘡、疼痛が出現せず、呼吸困難感も減少できた。また、家族の訴えを傾聴し、コミュニケーションをとることで精神的苦痛も軽減できた。これらから緩和ケアへ移行したタイミングは妥当であり、今回の介入で患者本人と家族の身体的、精神的苦痛を軽減できたと考えられる。