

公益社団法人茨城県理学療法士会

平成 30 年度 水戸ブロック新人症例検討会

プログラム・抄録集

日 時：平成 30 年 9 月 1 日（土）18:00～20:30

会 場：石岡循環器科脳神経外科病院 リハビリテーション室（1F）
〒311-3434 茨城県小美玉市栗又四ヶ 1768-29
☎0299-58-5742（部直通）

主 催：公益社団法人茨城県理学療法士会 水戸ブロック

座長へのお知らせとお願い

- 受付を済ませ、開始 10 分前までには座長席にご着席ください。
- 進行に関してはすべて座長一任といたします。
- 発表時間は 1 演題 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）で設定しております。
- 予定終了時間を厳守してください。
- 発表採点シートを用い発表者の発表の採点をしてください。

演者へのお知らせとお願い

- 発表時間は 1 演題につき 10 分（発表 7 分、質疑応答 3 分）です。
- 発表形式はすべて、PC による発表（1 面）のみとなります。
- 自身の PC のお持ち込みはできません。
- 開始 10 分前までには会場内スクリーン向かって左前方の「次演者席」にお越しください。
- 発表の際の PC 操作は演台に設置してあるマウスを使用して、演者ご本人による操作をお願いいたします。
- 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 回鳴らしますので、2 回鳴りましたら速やかに発表を終了してください。発表時間は厳守してください。

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
- 発表者は新人教育プログラムの「C-6 症例発表」の単位認定となります（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。

プログラム

新人症例検討会 第一部

18:00～18:50

座長 小美玉市医療センター 中嶋 洋士

1. 左大腿骨頸部骨折受傷後、長期臥床期間を経て人工骨頭挿入術を施行した症例
～病棟 ADL 介助量軽減に向けて～
水戸済生会総合病院 和田 琢磨
2. 腰部脊柱管狭窄症により下垂足を呈した一症例
医療法人社団 聖嶺会 立川記念病院 高野 国大
3. 腰部脊柱管狭窄症術後により排泄動作全介助となったが、見守りで出来る様になった症例
茨城保健生活協同組合 城南病院 大賀 柊
4. 低栄養によるサルコペニアにより運動負荷を考慮して運動療法を実施した症例
水戸済生会総合病院 岡田 翔吾
5. Yellow flags を考慮した慢性疼痛患者への関わり
筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院
吉田 昂平

新人症例検討会 第二部

18:55～19:35

座長 水戸病院 星野 衣梨

1. 腰椎圧迫骨折を呈し、胸郭アプローチにより、座位アライメント改善、腰痛軽減が図れた一症例
医療法人財団 古宿会 水戸中央病院 佐藤 和希
2. THA 後 1.5 ヶ月において標高 400m 級の登山が可能となった一症例
医療法人社団 北水会 北水会記念病院 池田 拓未
3. パーキンソン患者様の症例報告～日常生活動作を簡単にできるように～
医療法人社団 北水会 北水会記念病院 後藤 義仁

4. 視神経脊髄炎を呈した症例～在宅生活での歩行能力向上を目指して～

医療法人財団 古宿会 介護老人保健施設ひまわり水戸 小國 千尋

新人症例検討会 第三部

19:40～20:30

座長 水戸病院 和田 敏裕

1. 処理内容に着目し、課題調整をすることで歩行能力向上に繋がったラクナ梗塞の一症例

水戸済生会総合病院 大和田 隆人

2. 歩行練習時の制限となっていた同時処理能力の低下に対し介入方法を考慮した症例

水戸済生会総合病院 山田 幹

3. 視覚的フィードバックにより ADL 改善を目指した一症例～トイレ動作に着目して～

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院
佐川 礼子

4. 左頭頂後頭出血により右片麻痺を呈し、前頭葉類似症状により離床に難渋した症例

～家族と歩行獲得を目指して～

医療法人桜丘会 水戸ブレインハートセンター 横田 大輔

5. 左視床出血を呈し、復職目指した症例

茨城保健生活協同組合 城南病院 海老根 翔太

左大腿骨頸部骨折受傷後、長期臥床期間を経て人工骨頭挿入術を施行した症例

～病棟 ADL 介助量軽減に向けて～

和田 琢磨

水戸済生会総合病院 リハビリテーション科

key word: 廃用 踵補高 他職種連携

【はじめに】今回、左大腿骨頸部骨折受傷後に、感染性心内膜炎により、長期の臥床期間が必要とされた症例を経験した。動作練習を中心とした理学療法や他職種連携により、病棟 ADL の介助量の軽減を認めたため以下に報告する。

【症例紹介】80 歳代女性。診断名:左大腿骨頸部骨折。術式:人工骨頭挿入術。既往歴:高血圧症、慢性腎臓病、右人工股関節再置換術、左人工膝関節全置換術。入院前状況:独居、屋内伝い歩き、屋外シルバーカー歩行。介護保険:要介護 5。尚、本症例には発表の趣旨を口頭で説明し、同意を得た。

【経過】自宅にて転倒受傷。5 病日目に手術予定となるも、感染性心内膜炎が確認され手術延期。15 病日目から床上での介入開始。感染症状は沈静化し 73 病日目に手術を施行。患肢は 4 週非荷重となる。手術後 40 日目から全荷重開始。手術後 82 日目に施設退院。

【初期評価(手術後 40 日目)】ROM(単位 °):股伸展 - 30/- 30、膝伸展 - 25/- 30、足背屈 - 5/- 5。MMT(R/L):腸腰筋 2+/2+、大腿四頭筋 3/2、前脛骨筋 3/3。起居・移乗動作:中等度～全介助。立位姿勢:円背、骨盤後傾位、股・膝屈曲位、足底屈位。

【最終評価(手術後 78 日目)】ROM(単位 °):股伸展 - 20/- 20、膝伸展 - 15/- 20、足背屈 5/0。MMT(R/L):腸腰筋 3/3、大腿四頭筋 3/2+、大殿筋 3/3、前脛骨筋 3/3。起居動作・移乗動作:軽度～中等度介助。歩行:caster 付き pick up walker 使用し軽度～中等度介助。

【目標】病棟内 ADL 介助量軽減

STG:立位保持見守り LTG:移乗動作見守り

【治療プログラム】可動域訓練 筋力訓練
踵補高靴を使用した動作練習 (移乗・立位・歩行)

【考察】本症例は、感染症による約 2 ヶ月間の臥床期間で廃用性の筋力低下や可動域制限、耐久性低下を認めた。加えて、手術後に患肢 4 週非荷重となり、更なる廃用の進行を認めた。荷重開始後も自発性が乏しく、病棟の活動量低下による廃用症状の増悪リスクが高い状態であった。そこで筋力向上と可動域拡大、耐久性向上による病棟 ADL の介助量軽減を目標に介入した。

離床開始時から、立位動作や移乗動作は足関節背屈制限により後方重心を認めていた。介入初期は、車椅子上で筋力訓練や可動域訓練を実施後に動作練習を実施していた。しかし、著しい介入の効果は得られず、介助量の変化も認めなかった。原因として、筋力訓練中に周囲へ注意が逸れることや可動域訓練時の疼痛への恐怖心が強いことが考えられた。そこで、立位や歩行練習を中心としたプログラムに変更した。また、足関節背屈制限を認める症例に対し、踵補高が立位動作や移乗動作の介助量軽減に有効であると報告されている。そのため、踵補高した靴を使用し動作練習を実施した。その結果、可動域の拡大と筋出力の向上を認め、同時に移乗・立位動作の介助量は軽減した。重心位置の矯正による下肢筋出力の向上や、下腿の前傾位への補助による足関節背屈モーメントの増大により、可動域拡大と筋力増強を認め、介助量の軽減に繋がったと考える。

しかし、看護師より病棟での介助量は全介助レベルとのことであった。介助者への依存性が高いことや、下肢支持への注意が乏しく、上肢の努力性が高いことが原因ではないかと考えた。そのため、看護師への介助方法の指導と日中の車椅子乗車や病棟での踵補高した靴の使用を依頼した。その後、リハビリ時と同等の介助量となり、病棟内 ADL の介助量は軽減した。

本症例で、機能訓練だけでなく動作訓練を中心とした介入方法や他職種との情報共有の重要性を再確認した。

腰部脊柱管狭窄症により下垂足を呈した一症例

所属：医療法人社団 聖嶺会 立川記念病院
リハビリテーション部 理学療法士 高野国大

【キーワード】腰部脊柱管狭窄症・腰椎椎体間固定術・下垂足

【はじめに】

本症例は腰部脊柱管狭窄症により右下垂足を呈し、腰椎椎体間固定術を施行した70歳代女性である。右下肢の筋力低下及び足関節背屈可動域制限のため歩行への影響がみられた。以下、理学療法評価、治療経過に考察を加え報告する。

【症例紹介】

年齢 70歳代 性別 女性 診断名 腰部脊柱管狭窄症
術式 第4-5腰椎椎体間固定術(発症63日後施行)
現病歴 H30年5月X日、数週間前よりの腰痛、右下肢の筋力低下と痺れ、感覚鈍麻により通院、症状改善なく手術目的にて入院となる。既往歴 パセドウ病、多臓器不全、高血圧症、痛風、腰椎圧迫骨折、左骨盤骨折 HOPE しっかり歩けるようになりたい。倫理的配慮 今回、症例報告を行うにあたり本人の同意を得た。

【術前評価】(発症58日)

触診 左右内転筋群、大腿筋膜張筋の過緊張
疼痛検査 (NRS) 腰部脊柱起立筋に動作時痛 5/10、仙腸関節部に動作時痛 3/10、右内転筋群に圧痛 5/10 ROM(passive) (右/左) 足関節背屈・5° /10°
MMT (右/左) 足関節背屈 1/5、足関節底屈 2/4、足趾伸展 2/4、膝関節伸展 3/4、股関節外転 2/3、
周径(右/左) 下腿最大→31.5cm/33.0cm
整形外科的検査 (右/左) トーマステスト+/-、パトリックテスト+/- 感覚 右大腿外側 8/10、右下腿外側 6/10、右足背 3/10、右母趾 1/10、右足底 5/10
反射 右大腿四頭筋一、右アキレス腱±
痺れ 右下肢外側において遠位優位な痺れあり
BBS 30/56点 歩行 右 I.C での踵接地消失、右 M.St でのトレンデレンブルグ兆候+

【プログラム】①関節の治療②ストレッチング③筋力増強運動④荷重練習⑤歩行練習

【経過】

発症 71日：腰椎硬性装具着用にて離床許可、サークル歩行開始、発症 89日：独歩、最終評価開始

術前、歩行観察では左右不均等な荷重、右 IC での踵接地消失、右 MSt でのトレンデレンブルグ兆候、MSt~PSw での股関節屈曲位を認めた。また、機能的問題点として右足関節背屈可動域制限、右前脛骨筋・下腿三頭筋・中殿筋の筋力低下、感覚鈍麻を認めた。その為、関節包内運動学に基づく治療、荷重練習、歩行練習を行った。

術後、右下肢の痺れ・感覚鈍麻・前脛骨筋の筋力低下において症状軽減を認め、歩行時の下垂足は改善した。しかし、右足関節背屈 0°、右前脛骨筋、下腿三頭筋、中殿筋の筋力は MMT2、下腿最大周径は左側と比較し-1.5cmと機能的問題点が残存した。その為、右足関節の治療を継続し、腓腹筋のストレッチング、中殿筋の筋力増強運動、歩行の分割練習にて踵接地練習、MSt~PSw での股関節屈曲位の修正を加えて行った。

最終評価では右足関節背屈 5°と一定の改善を得たことで円滑な踵接地の出現、MSt での股関節屈曲位の改善を認め独歩可能となった。しかし、MMTにて右前脛骨筋 4、下腿三頭筋 3、中殿筋 3と右下肢筋力低下により右トレンデレンブルグ兆候も軽度残存している。また、BBSは 48/56点、未だ右片脚立位での転倒リスクが高い状態である。

【考察】

本症例は手術により神経系の問題点は改善したが、過用・誤用による右足関節背屈制限は残存した。その制限が、MSt での股関節屈曲位と二次的な中殿筋の筋力低下を生じさせたと考え、右足関節可動性向上を目的とした治療を中心に行った。結果として、上記症状は改善し独歩の獲得に至った。しかし、右中殿筋、下腿三頭筋の筋力低下は残存し、右片脚立位困難であり転倒リスクを認めている。その為、個々の筋に対して筋繊維タイプを考慮した筋力増強運動を行うことも必要であったと考える。

腰部脊柱管狭窄症術後により排泄動作全介助となったが、見守りで出来る様になった症例
理学療法学士 大賀 柊
茨城保健生活協同組合城南病院

【Key words】 連携、トイレ動作、意欲低下

【はじめに】

本症例は、腰部脊柱管狭窄症術後(T7-S1)により、排泄動作全介助となった。トイレ内での排泄が可能となり、改善が見られたため、ここに報告する。

【症例紹介】

[年齢]60代[性別]女性[HOPE]1人でトイレに行ける様になりたい[診断名]腰部脊柱管狭窄症術後[現病歴]60代から腰痛出現し、A病院にて腰部脊柱管狭窄症と診断。Bクリニック受診、C病院に紹介受診、L3/4、L4/5での椎間板ヘルニアを認め、H29.8月腰椎側方椎体固定術(L2/3.3/4.4/5)、9月胸腰椎後方固定術(Th7~S1)、9月腓骨移植術施行。10月当院入院。

※本症例に対し、発表の趣旨を説明し同意を得た。

【理学療法評価】 (H29.10月~H30.2月)

ROM-T(単位;°) 〈初期〉股関節屈曲 85P/85P 伸展 15P/15P 膝関節屈曲 115P/115P 伸展 -5/-5 〈最終〉股関節屈曲 95/90 伸展 15/15 膝関節屈曲 130/130 伸展 -5/-5 **粗大筋力** 〈初期〉下肢 2~3+/2~2+ 〈最終〉下肢 2+~3+/2+~3 膝関節伸展 4/4 **疼痛** 左股関節自動・他動運動時 NRS8/10→消失 **姿勢・動作能力** 座位保持：全介助→見守り 立ち上がり：支持物使用全介助→支持物使用見守り 立位：支持物使用中等度介助→支持物使用見守り 移乗：2人介助→支持物使用見守り トイレ動作：オムツ全介助→下衣操作・清拭支持物使用見守り

【経過】

入棟時より、排尿はバルーン・排便はオムツ全介助。本人の希望にてトイレで排便を行い意識消失がみられた。その為、Dr.の指示により、ROMex、MSE、座位 ex を中心に介入。介入時から、「手術をしたせいで動けなくなった」「トイレに行けなくなった」等悲観的な発言も多く、リハビリ意欲は低下。座位での起立性低血圧症状はみられず、ベ

ッド上での食事摂取であったため、毎食事車椅子での摂取を本人に提案するが、拒否が強く離床に難渋。その後、疼痛・介助量軽減したため、本人、PT、CW、NS と話し合いを行い、本人の目標であるトイレでの排泄を目指し、短期目標の毎食時車椅子での摂取を提案、確認した。確認後、トイレに行ける様にとリハビリに対して前向きな発言もみられるようになる。

手術後 71 日移乗が 1 人介助となり、トイレでの排便評価を行い、意識消失はなく排便が可能。手術後 113 日からバルーン抜去、移乗見守りで排便がトイレで可能となるが、下衣操作・清拭で直接介助が残存。トイレ動作獲得に向け、立ち上がり・立位 ex を中心に介入、手術後 131 日より下衣操作・清拭は支持物使用見守りとなった。

【治療プログラム】

股関節 ROMex、MSE、座位 ex、立ち上がり ex、立位 ex

【考察】

本症例は、入院時より悲観的な発言が多く意欲は低下し、左股関節の強い疼痛からリハビリには消極的であった。疼痛・意欲低下から、離床に対し抵抗があったが、疼痛軽減と目標の確認を行うことで、リハビリ意欲の向上に繋がったと考える。また、他職種と連携を図り、トイレでの排泄による成功体験から「トイレに行けるなら」と離床に対しても前向きになったと考える。

疼痛軽減、下肢筋力向上、股関節屈曲可動域拡大により、トイレ動作での介助量が軽減し、排泄自立度向上と意欲向上に伴い離床時間が拡大した。しかし、脊柱可動域制限に伴う立位バランス低下のため、トイレ動作見守りは外せなかった。

本症例を担当し、意欲低下から離床に対しての不満が多く聞かれ、PT としての関り方や介入について悩むことが多くあった。介入時より、理想とする目標は高く、理想と現状レベルの差が見られた。そのため、本人の意欲向上に繋がる様に目標を定め、他職種と話し合い介入する必要があった。

低栄養によるサルコペニアにより運動負荷を考慮して運動療法を実施した症例

理学療法士 岡田翔吾

水戸済生会総合病院 リハビリテーション科

Key words:運動負荷・サルコペニア・CRP

【はじめに】今回、胃癌術後によるサルコペニアを生じていた症例を経験した。運動負荷を考慮して運動療法を実施した結果、機能改善を認め自宅退院が可能となったため以下に報告する。

【症例紹介】年齢:70 代後半、性別:男性、身長:151 cm、体重:27.6kg、BMI:12.1、診断名:上腸間膜動脈症候群、既往歴:胃癌、肺アスペルギルス症、不整脈、入院前 ADL:屋内外フリーハンド歩行自立、ADL 自立、IADL 自立、日課として 700m 程度の散歩実施

尚、本症例・御家族には発表の趣旨を口頭にて説明し、同意を得た。

【現病歴】約 5 年前に胃癌に対する手術施行、入院数日前より嘔気、食事摂取不可、水分のみ摂取となる。自宅にて様子を観察するも、頻呼吸、動悸、気分不快が出現し、当院へ救急搬送となる。

【経過】入院後、絶食での対応となり、入院 3 病日に中心静脈カテーテル(以下 CV)留置、CV 併用のもと流動食により栄養管理実施。入院 15 病日に上腸間膜動脈症候群に対して胃空腸吻合術施行される。入院 20 病日に GFO から食事開始となり、徐々に食上げし、入院 43 病日に自宅退院となる。

【初期評価(入院 8 病日～12 病日)】

血液データ:ALB2.5g/dl,CRP2.35mg/dl,簡易的倦怠感尺度:重症 7.1(点),下腿周径:22.0/22.5(cm),握力:14.5/13(kg),膝関節伸展筋力:8.4/6.7(kgf),10m 歩行:12'8(秒),歩行速度:0.78(m/秒),TUG:快適速度 17'8(秒),最速速度 14'7(秒)、ADL:BI60/100(点),基本動作:見守り,歩行:点滴台歩行見守り

【最終評価(入院 39 病日～40 病日)】

血液データ:ALB2.8g/dl,CRP0.82mg/dl,簡易的倦怠感尺度:軽症 2.7(点),下腿周径:20.5/20.5(cm),握力:10/8(kg),膝関節伸展筋力:11.1/9.4(kgf),10m 歩行:12'0(秒),歩行速度:0.83(m/秒),TUG:快適速度

17'0(秒),最速速度 12'2(秒),ADL:BI 100/100(点),基本:動作自立,歩行:伝い歩き自立,フリーハンド見守り

【考察】本症例は胃癌術後より食事摂取不良であり、外来受診時に低栄養に対して栄養療法を実施していた。今回、上腸間膜動脈症候群の診断により絶食、CVにて栄養管理を行っており、運動負荷を考慮して運動療法を実施した。

本症例の初期評価の結果から下方らのサルコペニアの簡易基準案よりサルコペニアと示唆された。そのため低栄養によるサルコペニアであると予想されたことから運動負荷を考慮して運動療法を実施した。運動負荷の調節として倦怠感、Borg スケールを確認し、CRP、ALB などの血液データも参考に負荷量を増加させ機能改善を図った。手術前は低栄養であったことに加え、倦怠感もあったことから、離床練習中心に実施し、廃用症候群の予防を図った。手術後は侵襲の影響もあり CRP の上昇を認めたため、離床練習や歩行練習など 2～3METs 程度の低強度の運動負荷を継続し、機能維持を図った。その後も段階的に筋力強化、機能改善目的にレジスタンストレーニング、階段昇降練習など負荷量を増加させ運動療法を実施した。その際の血液データ上も CRP の低下、ALB の上昇を示していた。結果、起居移乗動作自立、伝い歩き自立となり、動作能力の向上を図ることができた。倦怠感、Borg スケール等の主観的指標を確認しつつ、ALB や CRP などの客観的指標も参考に各時期に応じて、運動負荷や介入内容を変更したことで自宅退院が可能になったと考える。しかしながら、今回の課題として栄養面での他職種との連携が不十分であったことが挙げられる。その結果、退院時には下腿周径の低下や体重の減少などを認め、サルコペニアの改善には至らなかったことや入院前の歩行レベルに達しなかった。今回の症例を通して、他職種連携の必要性を再認識した。

Yellow flags を考慮した慢性疼痛患者への関わり

吉田 昂平

筑波大学附属水戸地域医療教育センター

茨城県厚生連総合病院水戸協同病院

リハビリテーション部

【Key Word】 Yellow flags,思考変化,ADL

【はじめに】

慢性疼痛に対する治療法は多岐にわたる。慢性疼痛の原因には Yellow flags のような心理的要因が考えられる。そのため、Yellow flags の関与を考慮し適切にアプローチしていくことが大切である。今回、器質的問題がない慢性疼痛患者に対する理学療法が難渋した症例を報告する。

【症例紹介】

本症例は、腰部脊柱管狭窄症を患っている 80 歳代女性である。腰背部痛/しびれの出現があり、他院受診し保存療法を行っていた。しかし、1 年経過も症状に改善がなかったため、手術目的に当院受診。画像所見上、狭窄部位認めるが医師の診察後神経症状ないため、疼痛緩和目的に理学療法依頼あり介入開始。本報告に際し、ご本人より同意を得た。

【評価とリーズニング】

医師の診断、カルテ情報、問診によりレッドフラッグを確認した結果陰性であった。介入初期から一貫性のない疼痛/しびれの訴えがあり疼痛誘発動作や姿勢評価を行ったが再現性が乏しかった。神経障害性疼痛の鑑別のため painDETECT を行ったが、その結果カットオフ値を下回る 5 点であった。また、筋力/感覚/SLR/神経症状などは陰性であり異常が見当たらなかったため、非特異的腰痛と分類した。そこで筋筋膜性を疑い緩和を図るが疼痛変化はなかったため yellow flags を疑い、DASS21 と Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire を行った。その結果 DASS21 33 点 (Depression15 点 ,Anxiety0 点 ,Stress18

点),Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire76 点であった。さらに、介入中には「死んだほうがまし」「手術を行えば治る」などの発言が多く、心理的要因の影響が大きいと考え yellow flags を考慮した理学療法が必要と考えた。

【介入内容と結果】

Yellow flags に対して一般的には認知行動療法が有用であると報告されている。さらに質問紙の結果から鬱/ストレスの要素が大きいと、回避行動の忘却/自己効力感の向上を図ることとした。そこで①コルセット着用をやめ回避行動を減少させる②筋緊張緩和を行い、胸椎伸展エクササイズを行い回避行動の忘却を指導した。結果として、腰痛に対して筋の影響が大きいと認知したが、「手術を行わないと治らない」と考え方について認知行動変位は認めなかった。

【結論】

慢性疼痛において Yellow flags を考慮する必要があると考えた。Yellow flags には運動療法だけでは本人の考え方を变えることは難しい。そのため、今回有用とされている認知行動療法を実施した。認知行動療法の目的としては、思考の論理上の誤りに対し患者本人の意思決定により修正を加えることである。結果としては認知行動療法を実施することで意思決定は行えるが自己効力感が低く治療継続は認めなかった。これらの結果を今後にかかしていくためには身体機能のみならず、病歴や精神面の評価/配慮し Yellow flags の早期発見が必要である。これらを考慮した治療方法を立案する必要があると考えた。

腰椎圧迫骨折を呈し、胸郭アプローチにより、坐位アライメント改善、腰痛軽減が図れた一症例。

水戸中央病院 リハビリテーション科 佐藤和希

【KeyWord】腰痛、重度円背、外肋間筋。

【はじめに】本症例は、腰椎圧迫骨折により抗重力肢位で腰痛が出現し臥床傾向となった。胸郭アプローチ導入により、坐位アライメント改善、腰痛軽減、活動性増大が見られたため、以下に報告する。

【症例紹介】70歳代後半、女性。【診断名】L2圧迫骨折。【画像所見】L2の縦骨折。【現病歴】H30年X月Y日に自宅内で家事中に後方へ転倒受傷し、翌日当院入院。受傷後2日より理学療法開始。【既往歴】多発性腰椎圧迫骨折、変形性脊椎症、左橈骨遠位端骨折。【主訴】腰が痛くて動けない。【Hope】普通の生活ができるようにしたい。【Need】坐位アライメント改善。

【受傷前生活】屋内伝い歩き、屋外シルバーカー歩行自立。調理、洗濯担当。後方転倒頻回。

本症例に対し、発表の趣旨を説明し、同意を得た。

【初期評価（受傷後2～5日）】

【疼痛（NRS）】骨折部：安静時4/10、坐位8/10、立位6/10。【視診・触診】肩甲帯前方突出、胸椎後弯著明、骨盤後傾位。【ROM(Rt/Lt)】肩関節屈曲100/100°、股関節伸展0/0°。【MMT】上肢4、下肢3、体幹2+。

【バランス】開眼開脚立位24秒、FRT11.3cm（平均）。

【坐位アライメント】胸骨-両膝関節直上部を結んだ中点距離：46cm、胸骨-坐面間47cm。

【基本動作】起居動作全介助、起立動作中等度介助、平行棒内歩行中等度介助。【ADL(BI)】20/100点。

【目標】

STG：車椅子ADL介助量軽減、活動性増大。

LTG：屋内伝い歩き自立、IADLの参加。

【経過】

受傷後1週：ベッド上側臥位、体幹トレーニング。

受傷後9日：ベッド上臥位、胸郭アプローチ追加。

受傷後10日：軟性コルセット完成。

受傷後12日：運動意欲向上し、セルフex開始。

受傷後18日：車椅子ADL見守り。

受傷後22日：T-cane ADL軽介助。

【最終評価（受傷後27～29日）】

【疼痛（NRS）】骨折部：安静時3/10、坐位1/10、立位2/10。【ROM(Rt/Lt)】股関節伸展10/10°。【MMT】下肢4。

【バランス】片脚立位(Rt/Lt)9/8秒、FRT20cm（平均）。

【坐位アライメント】胸骨-両膝関節直上部を結んだ中点距離：49.5cm、胸骨-坐面間50.5cm。

【TUG(T-cane)】15.5秒、24.5steps（平均）。

【基本動作】起居動作自立、T-cane歩行見守り。

【ADL(BI)】70/100点。

【考察】本症例は、脊椎圧迫骨折では稀な縦骨折を受傷し、腰痛により臥床傾向となった。受傷初期は抗重力肢位で腰痛が著明であり、坐位で優位に認めた。抗重力肢位で腰痛が増悪する要因として、縦骨折に加え、重度円背により骨折部に剪断力が強く働くためと考えられる。そのため、下部体幹支持性向上による坐位アライメント改善及び、剪断力の軽減を目的に側臥位で腹筋群に対する筋力トレーニングを実施した。しかし、坐位アライメントの改善は見られず、腰痛の軽減には至らなかった。

池田は「高度の円背例では、胸郭の変形を認める事がある」、生田は「圧迫時の胸郭において、外肋間筋が肋骨の引き上げに主要な役割を果たす」と報告している。そこで外肋間筋運動により胸郭アライメントを改善させることで、剪断力の軽減が図れると考えた。胸郭へのアプローチとして、大胸筋に対する伸張ex、上肢拳上時に吸気を合わせる外肋間筋運動を追加した。外肋間筋運動はベッド上でも可能であったため、セルフexとして指導した。その結果、坐位アライメントの改善が見られ、腰痛の軽減が図れた。坐位にて腰痛が軽減したことで、車椅子乗車が可能となり、理学療法以外での離床時間の増大に繋げることができた。

今後は立位レベルのADL及び活動性増大を図る必要があるため、立位アライメントに着目した介入が必要と考えられる。歩行時等、立位では動的アライメントとなるため、股関節等、下肢との運動連鎖の視点でアプローチし、腰痛予防、転倒リスクの軽減を図った上で自宅退院を目指していく。

THA 後 1.5 ヶ月において標高 400m 級の登山が可能となった一症例

氏名：池田拓未（理学療法士）

所属：北水会記念病院 リハビリテーション科

キーワード：THA, 登山, 連続歩行距離

【はじめに】

人工股関節全置換術（THA）直後症例は、一般的に激しいスポーツ活動が推奨されていない。しかしながら、当院での THA は最小侵襲手術（前外側アプローチ）のため、術直後より荷重量・関節可動域（ROM）に制限を設けず、早期の機能・能力的回復が特徴となる。

今回、THA 後 1.5 ヶ月で標高 400m の登山に成功した症例を担当したので報告する。

【症例紹介】

本症例には症例報告の旨を説明し、同意を得た。本症例は、当院にて 2018 年 6 月に右 THA を施行した 70 歳代後半の女性である。既往には左 THA、突発性側弯症、外反母趾がある。術前機能は、両側股関節伸展 ROM 制限（ 10° / 10° ）、右側股関節外転筋力低下（MMT3 レベル）であった。基本動作は全て自立し独歩可能であったが、屋外（不整地）連続歩行 60 分間以上で右側股関節への疼痛を認めていた。この股関節部痛は日間変動があり、5km 以上のウォーキングや登山を実施していた。

【初期評価】THA 後 1 日目

術創部周囲への腫脹や熱感を認めるものの、動作時・荷重時痛は少なく、歩行器歩行でのトイレ動作が自立できた。

【中間評価】THA 後 7 日目（退院日）

股関節伸展 ROM（ 10° / 10° ）、股関節外転筋力（MMT4）であり、ROM は術前同等レベル、筋力は術前以上の機能回復を認め、屋内外ともに独歩可能であった。連続歩行距離は 1km 可能であった。歩容は、両側立脚中期の Duchenne 歩行、右遊脚期のクリアランス低下を認めた。

【最終評価】手術後 1.5 ヶ月

股関節伸展 ROM（ 15° / 15° ）、股関節外転筋力

（MMT4）、体幹回旋筋力（MMT4）と術前以上まで改善を認めた。連続歩行距離は、トレッキングポールを使用し 5km 以上可能であった。歩容は、右立脚中期の Duchenne 歩行が残存していた。

【問題点→目標設定】

初期評価：炎症所見の残存→術前レベルの機能・能力的回復

中間評価：股関節外転筋力 MMT4→MMT5、連続歩行距離 1km→5km

最終評価：右 Duchenne 歩行→股関節外転筋力 MMT5・腹斜筋群 MMT5、連続歩行距離 5km→10km

【考察】

THA 後症例の登山活動では、股関節への局所的要因の他①筋力（下肢・体幹）②筋持久力③動的バランス能力④全身持久力が必要となる。本症例に対しても、股関節へのアプローチに併せて、これらの要素を術直後より段階的に介入を試みた。

この結果、術後 7 日（退院時）には術前と同等レベルとなる機能・能力を獲得でき、この時点において連続歩行距離は 1km 可能であった。その後、術後 1.5 ヶ月では連続歩行距離は 5km まで延長し、標高 400m の登山に成功した。しかし、術前と比較し約 2 倍の時間（2 時間）を要していた。前述した①～④の登山に必要な要素の内、①において中間～最終評価まで股関節外転筋力 MMT4 であり変化を認めないが、勾配と筋活動量に相関がないとの報告もある。③は、初期～最終評価にて左立脚中期の Duchenne 歩行消失を認め、歩行中の左右動揺が減少し動的バランス能力の向上が図れたと考える。最後に②・④については、連続歩行距離が中間評価時に 1km、最終評価時に 5km であり、2 時間以上の歩行が可能であった。しかし、本症例に対する連続歩行距離は平地歩行での評価であったため、登山に要する時間としては短縮されなかった。今後、登山に要する時間の短縮もしくは 400m 以上の登山を想定した場合には、平地歩行のみならず不整地や高地での連続歩行距離の評価が必要であると考えられる。

パーキンソン患者様の症例報告

～日常生活動作を簡単にできるように～

北水会記念病院 理学療法士 後藤義仁

【Keywords】パーキンソン病・日常動作・減量

【はじめに】本症例はパーキンソン病を発症し、体が動きづらいことを主訴とし、様々な既往歴や体格の問題から、靴の着脱困難、床からの立ち上がり困難など日常生活に不自由を感じている状態で、活動量の減少がみられ現在は独居で過去にも転倒歴もあり、これからの生活に不安がある状態である。

【症例紹介】**症例** 60歳代男性、身長 173cm、体重 103kg、BMI34.4、肥満度 2、Hoehn-Yahr 重症度分類 1。**既往歴**脳幹梗塞、高血圧、狭心症、蜂窩織炎**現病歴**平成 22 年に右上肢の振戦を自覚し、平成 24 年に症状が増悪、平成 26 年から右下肢の振戦が出現しパーキンソン病と診断される。平成 28 年 8 月には自己退職により体動困難で救急搬送され入院、その後自宅退院し、平成 29 年 9 月より当院にて通所リハビリ開始となる。**社会的背景**独居、要介護度 3**HOPE**「自由に動けるようになりたい」また、今回の発表を行うにあたり、本症例に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【初期理学療法評価】**関節可動域検査 (右/左)**体幹回旋 5° /5° 疼痛有り、体幹屈曲 20°、股関節屈曲 90° /90° 指床間距離-16cm **バランス検査** ファンクショナルリーチテスト 10cm。**日常生活動作**靴を一人で履くのに 10 分以上かかり踵をいつも踏んだまま。床からの立ち上がりは困難。起立性低血圧無し。認知機能に問題なし。

【目標設定】**短期間目標**靴を一人で 2 分以内に履けるようになる、床からの立ち上がりを出来るようになる、体重を 90kg 台にする。**最終目標**公共交通機関を利用して外出を出来るようになる。

【治療プログラム】体幹回旋エクササイズ、下肢関節可動域訓練、体幹・下肢筋力強化、バランス練習、食事指導、日常動作訓練

【最終理学療法評価】**関節可動域検査 (右/左)**体

幹回旋右 30° (疼痛有り) /30°、体幹屈曲 40° 股関節屈曲 110° /110° 指床間距離-5cm、**バランス検査**ファンクショナルリーチテスト 27cm **日常生活動作**靴を一人で履くのが 3 分で可能、来院時には踵を踏まなくなった。体重 94kg。支持物有りで床からの立ち上がりが可能。

【考察】本症例の主な問題点として、体幹・下肢の柔軟性低下による可動域の減少、運動の低下による活動量の減少であると考えた。柔軟性低下の原因としてはパーキンソン病による大脳基底核の障害と、ドパミン作動系の異常により、協調的な調節機構が破綻し姿勢筋が筋緊張の亢進が起これり脊柱起立筋の伸張性が低下し脊柱の可動性が低下したことが原因と考え関節可動域訓練、ストレッチを行った。運動の低下については高草木によるとパーキンソン病では基底核からの抑制性出力が増加し、大脳皮質の活動を低下させ、6 野における運動プログラムの生成・4 野における随意運動の指令が低下すると言われている。このことから日常基本動作の中で、自動化されて行われている系列化動作が本症例では困難となっていると考え、治療アプローチの中で系列化動作を単一動作に分割し繰り返し練習することで自動化された動作を意識下で随意的に行えるようにしたことで床からの立ち上がりが可能になったと考える。体重管理については、普段の食事を介入時毎に確認し改善点を伝え食事の改善、介入毎に体重計測し減少の経過を確認する事で減量することへのモチベーション継続につなげたことにより目標達成ができたと考えられる。

【まとめ】今回、本症例に対し関節可動域の改善と体幹の柔軟性向上に重点を置きアプローチを行い改善が見られた。体重管理については目標の 90kg 台に出来た。今後は最終目標の到達と現在の体重維持を行っていくためにも周囲の協力が不可欠であると考えられる。本症例に携わる介護職、看護職で情報共有の機会を更に増やし、本症例の日常生活動作を楽に行えるようにしていこうと考える。

視神経脊髄炎を呈した症例

～在宅生活での歩行能力向上を目指して～

リハビリテーション課 理学療法士 小國千尋

医療法人財団 古宿会

介護老人保健施設ひまわり水戸

Key Words : バランス能力, 歩行能力, 運動学習

【はじめに】視神経脊髄炎は、重度の視神経炎と横断性脊髄炎を特徴とする神経難病である。今回、バランス・歩行能力に着目し、歩行能力の向上に至ったため報告する。

【症例紹介】年齢 70 歳代 性別 男性 診断名 視神経脊髄炎 現病歴 X-1 年 Y 月眩暈・前傾歩行症状出現し A 病院に入院。X 年 Y 月当施設通所リハビリ開始 (2 回/W) 既往歴 狭心症, 高血圧症, 糖尿病 主訴 痺れがなくなればな HOPE 杖で歩けるようになりたい 介護度 要介護 2 家屋状況 12 cm の上り框 3 段, 玄関・廊下・トイレは手すり設置済み 社会的情報 独居 key person 長男 尚, 本症例に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【初回評価】Manual Muscle Test (以下, MMT Rt/Lt) 股関節屈曲 3/3, 膝関節伸展 4/3, 膝関節屈曲 4/3, 体幹 3 感覚 表在感覚: 両上下肢末梢軽度鈍麻, 位置覚: 左上下肢 3/5, 運動覚: 左上下肢 3/5, 異常感覚: 両上下肢末梢にビリビリする感覚, 安静時・運動時共に出現 深部反射 両上下肢 + Babinski 反射 両側陽性 バランス 片脚立位: 1 秒未満, タンデム立位: 3 秒 Timed up and go test (以下, TUG) 16.44 秒 協調性テスト 鼻指鼻テスト・踵膝試験, 左側拙劣 起居移動動作 支持物把持にて自立 歩行 車輪付ピックアップカー (以下, 車輪付 PUW) 20~30m 可能. 左立脚期に前方へ体幹のふらつき出現し見守りレベル. Barthel index (以下, BI) 80/100 点 (減点項目: 入浴, 歩行, 階段昇降)

【問題点】#1 両上下肢末梢の痺れ #2 立位バランス低下 #3 協調性低下

【目標】STG(1M) 立位バランス向上 LTG(3M) 車輪付 PUW 歩行屋内自立, 段差昇降自立

【アプローチ】①筋力訓練②立位バランス訓練③歩行練習④ADL 訓練⑤手指の巧緻訓練

【経過】介入開始時は、車輪付 PUW 見守りレベル。介入 21 日: 家屋訪問実施。介入 60 日: 機械浴から個浴に変更。介入 80 日: 車輪付 PUW 自立. T 字杖歩行見守りレベル. 担当者会議開催。介入 150 日: 車輪付 PUW 屋外歩行自立レベル。

【最終評価】MMT (Rt/Lt) 股関節屈曲 4/3, 膝関節伸展 4/4, 膝関節屈曲 4/4, 体幹 4 バランス 片脚立位: 1 秒未満, タンデム立位: 24 秒, TUG: 12.94 秒 協調性テスト 鼻指鼻テスト・踵膝試験, 左側拙劣 歩行 車輪付 PUW 100m 自立. 左立脚期に前方への体幹のふらつき軽減. BI 90/100 点 (減点項目: 歩行, 入浴)

【考察】本症例はふらつきの強さに応じて車椅子と車輪付 PUW を併用し在宅生活をしていましたが、転倒の危険が高い状態であった。要因として、表在・深部感覚軽度鈍麻や協調性の低下により体幹・下肢の筋出力が不十分となり、歩行時にふらつきが生じていると考えた。そこで下肢・体幹の支持性向上から歩行動作の安定に繋げるプログラムを立案した。下肢・体幹を中心とした筋促通運動に加え、段差昇降・跨ぎ動作など指標に向かった動作の反復から運動学習を図った。長谷らによると、「視覚、深部感覚などを通じて入力される内在的及び外在的フィードバックを行うことにより運動スキルが高まる」と報告されている。これらの取り組みから、姿勢制御が安定することでふらつきが軽減し移動能力向上に繋がったと考える。本症例は、徐々に寛解と増悪を繰り返し進行していくことが考えられる。症状に合わせたアプローチや環境調整、サービスの利用を提案していくことで今後も在宅生活を継続できると考える。

処理内容に着目し、課題調整をすることで歩行能力向上に繋がったラクナ梗塞の一症例

大和田 隆人

水戸済生会総合病院 リハビリテーション科

Key word : 同時処理能力,歩行,課題調整

【はじめに】今回,左内包後脚のラクナ梗塞を発症し,右片麻痺を呈した症例を経験した.課題の遂行が困難であったため,同時処理能力低下に着目し課題を調整した結果,運動学習の促通,歩行能力の向上に繋がったため以下に報告する.

【症例紹介】70歳代男性.診断名:左内包後脚ラクナ梗塞.既往歴:高血圧,心室性期外収縮.家族構成:独居(近隣に姉夫婦在住).入院前状況:ADL,IADL自立.自転車運転可.HOPE:歩きたい,自転車の運転をしたい.尚,ご本人,ご家族に発表の趣旨を口頭にて説明し同意を得た.

【現病歴】呂律不良感,右半身脱力を認め近医受診.左内包後脚ラクナ梗塞疑いで当院紹介,左内包後脚ラクナ梗塞の診断.2病日よりリハビリ介入.23病日回復期病院転院.

【初期評価(2~3病日)】意識レベル:GCS E4V5M6.認知機能:長谷川式簡易知能スケール(以下HDS-R)20/30点.COM:構音障害あり.2~3分節の指示理解可.感覚:(表在)左上下肢,手指5/10.(深部)3/5.Brunnstrom recovery Stage(以下Br.Stage):右ALL IV.MMT:腸腰筋4/4,大腿四頭筋4/5,前脛骨筋4/5.基本動作:起居動作自立,端座位保持自立,立ち上がり動作見守り,点滴台歩行軽介助.

ADL:Barthel index(以下BI)45/100点,病棟生活は問題行動なし.他部門評価:コース立方体組み合わせテストIQ50.末梢課題:同時処理能力低下.計算(1桁)7/10.処理速度低下あり.

歩容:二動作揃え型,目線は足元を向き体幹前傾位,骨盤後傾,麻痺側膝伸展位での振り出し,前足部接地.麻痺側立脚期短縮.

【問題点】#1 右片麻痺 #2 体性感覚鈍麻 #3 歩行能力低下 #4 同時処理能力低下 #5 認知機能低下

【プログラム】①座位・立位バランス練習②歩行練習③反復動作練習④ステップ練習⑤階段昇降練習⑥床上動作練習

【最終評価(22病日)】認知機能:HDS-R24/30点.COM:構音障害改善傾向.実用会話可能レベル.感覚:(表在)右上下肢,手指7/10(深部)4/5.Br.Stage:右ALL V.MMT:腸腰筋4/5,大腿四頭筋5/5,前脛骨筋5/5.基本動作:立ち上がり自立,T字杖歩行見守り.10m歩行:58秒,45歩.片脚立位:右10秒,左18秒.TUG:45秒.ADL:BI75/100点.他部門評価:末梢課題:同時処理能力低下残存.計算(1桁):6/10.処理速度低下残存.

歩容:三動作前型.骨盤後傾,麻痺側膝伸展位での振り出し軽減.踵接地.麻痺側立脚期延長.

【考察】本症例は,麻痺側遊脚期の振り出し位置が安定せず,麻痺側立脚期も短縮していた.そのためステップ練習を実施していたが,課題の遂行が困難であった.課題遂行時に複数指示の理解が不十分であったことや,接地位置の調節に視覚的代償を要していることから,同時処理能力低下や体性感覚鈍麻に原因があると考えた.そこで同時処理能力低下に対し,課題内容を分かりやすく,接地位置が明確となるように床にテープや杖など目標物を設置し課題を設定していった.また歩行を各相に分割して麻痺側遊脚,立脚でのステップ練習を実施し,徐々に難易度を変更した.また模倣法にて動作の理解が得られやすいように注意し,処理内容が過剰にならないよう,練習内容を調整し介入した.

今回,目標物を設けることで,課題内容の明確化や動作を無意識化で遂行できる状況を設定できたと推察した.また課題を分割し処理量を調整したことで過剰な筋活動が減少し,運動の制御が円滑となり課題の遂行が可能となったと考える.課題内容,処理量を調整した上で反復動作練習を実施したことで,より良い運動学習の促通が図れ,歩行能力の向上,歩行時の姿勢改善にも繋がったのではないかと考える.

歩行練習時の制限となっていた同時処理能力の低下に対し介入方法を考慮した症例

山田 幹

水戸済生会総合病院 リハビリテーション科

Key word:同時処理,体幹機能,歩行練習

【はじめに】本症例は,右視床出血により左片麻痺を呈した患者である.歩行補助具を金属支柱付き長下肢装具(以下 LLB)から金属支柱付き軟性膝装具(以下膝装具)へ変更した際,指示が入りにくくなり,動作性急性が増大した症例に対し,同時処理能力に着目しプログラムを立案した.その結果,歩行練習を円滑に進めることができ,介助量軽減が図れたためここに報告する.

【症例紹介】70歳代男性.身長,体重,BMI:158cm,53kg,21.23 診断名:右視床出血(脳室穿破).既往歴:高血圧(未治療).入院前生活:妻と2人暮らし.ADL,IADL 自立.自動車運転(+).尚,本症例には発表の趣旨を口頭にて説明し,同意を得た.

【現病歴】自宅で畑作業中に発症.当院に救急搬送.

【経過】2病日〜リハビリ介入.9病日〜LLB装着での歩行練習開始.24病日〜膝装具,左足関節背屈位固定(弾性包帯)での歩行練習開始.45病日回復期病院転院.

【理学療法評価】**初期評価(2病日)**

意識レベル:GCS E3V5M6

コミュニケーション:その場での簡単な会話可能.

Br. Stage (Lt.):上肢Ⅲ,手指Ⅱ,下肢Ⅲ

感覚:上肢;重度鈍麻,下肢;中等度鈍麻

基本動作:重度介助 ADL:全介助

中間評価(24病日)

意識レベル:GCS E4V5M6

基本動作:軽介助 移乗動作:中等度介助

歩行:片手すり

①LLB:中等度介助.声掛けにて体幹修正可能.

②膝装具,弾性包帯:重度介助.動作性急性,指示入りにくさ(++).体幹自己修正困難.左立脚期膝折れ(+)

他部門情報:単純な処理課題での制限は軽減傾向.注意散漫,左方向性注意障害(+).空間認知能力,同時処理能力低下.

【目標】LTG:歩行能力獲得.

STG:基本動作介助量軽減,車椅子 ADL 拡大

【介入プログラム】①立位練習(LLB有・無)

②LLB 歩行練習 ③膝装具歩行練習

【理学療法最終評価(44病日)】

Br. stage (Lt.):上肢Ⅲ,手指Ⅱ,下肢Ⅳ

感覚:上肢;中等度鈍麻,下肢;軽度鈍麻

筋力(MMT):体幹,左下肢2レベル

基本動作:見守り〜軽介助 移乗動作:軽介助

歩行:4点杖,膝装具,弾性包帯 中等度介助

自身で体幹修正可能. 耐久性:連続20m

ADL: Barthel Index 50/100

他部門情報:全般性注意障害改善.処理速度,精度向上.左方向性注意障害残存

【考察】本症例は,中等度〜重度の感覚障害,運動麻痺,注意機能低下,空間認知能力低下,同時処理能力低下を呈しており,歩行能力が著明に低下していた.そのため,歩行練習開始時は麻痺側下肢の支持性を補う LLB を使用し,体幹機能練習を中心に実施した.練習開始より2週間程度経過し,LLB での歩行は比較的円滑に可能となった.しかし,振出時に体幹での代償動作が著明であったため,膝装具での歩行練習を開始した.その際に,LLB 装着時は可能であった指示が入りにくくなり,動作性急性,介助量の増大を認めた.

膝装具での歩行時には,体幹機能の低下残存に加え,麻痺側下肢の不安定性が増大するため,体幹機能と麻痺側下肢の両方に注意を向ける必要があった.しかし,本症例は同時処理能力が低下していたため困難であったと考える.そのため,下肢支持性が補助されていた環境下では可能であった指示の処理も困難となったと考える.

以上のことから,本症例の介入時は同時処理能力の低下にも着目して進めていく必要があると考えた.そのため,まずは LLB 装着にて“体幹機能”,その後膝装具装着にて“麻痺側下肢”へと注意を1つに集中させ,各々の機能の促通を図り,歩行能力獲得を目指した.その結果,身体機能,歩行能力の向上につなげることができたと考える.

視覚的フィードバックにより ADL 改善を目指した一症例～トイレ動作に着目して～

佐川 礼子

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター

茨城県厚生連総合病院水戸協同病院

リハビリテーション部

〈keyword〉

橋出血, 視覚的フィードバック, バランス障害

〈はじめに〉

今回, 橋出血に伴う右片麻痺, 感覚障害, 日常生活動作(以下 ADL)低下を呈した症例を経験したので報告する.

〈症例紹介〉

高血圧が指摘されていた 50 歳代男性. 両側頭部痛, 嘔吐, 右半身の脱力, 構音障害を自覚し救急要請. 当院にて橋出血と診断され入院. 病前 ADL は自立レベルで, 事務職をしていた. なお, 本症例報告に際し, 本人より同意を得ている.

〈現病歴〉

1 病日よりリハビリテーション介入開始. 2 病日より離床を開始し, 全身状態の増悪ないため同日 ICU 退室. 4 病日より立位・歩行訓練開始. 24 病日に回復期病院へ転院.

〈理学療法経過および評価〉

1 病日より意識レベルは JCS I 桁で従命動作可能. 呼吸状態や脳神経系の異常は診られないが, 複視や耳鳴りなどの症状を自覚していた. 四肢の ROM や筋力, 筋緊張に明らかな異常は診られなかったが, 表在覚(触覚)は上肢脱失 (0/10), 下肢重度鈍麻(3/10)で, 深部覚(位置覚)は上肢中等度鈍麻(2/5), 下肢重度鈍麻(1/5)であった. Brunnstrom stage(以下 BRS)は, 上肢・手指・下肢すべて V レベル. 座位姿勢は, 開眼時に体幹右傾斜を正中位へ修正可能であったが, 閉眼時は修正困難であった. Berg Balance Scale(以下 BBS)は座位のみの加点で 1 点であった. トイレ動作は導尿とオムツによる排泄において全介助レベルで, Barthel

Index(以下 BI)は, 食事動作と車いす移乗による加点で 10 点であった.

4 病日における立位姿勢は平行棒内両上肢支持にて, 非麻痺側優位重心支持を促すが麻痺側重心偏位し骨盤麻痺側偏位を呈し保持困難, 自己姿勢修正不可であった. 車いす移乗における麻痺側アプローチでは非麻痺側前方への重心移動が困難なため, 離殿および殿部誘導介助を要した. トイレ動作は手すりへ両手支持にて壁に寄りかかり立位を保持. 下衣操作は全介助. 重心位置の知覚困難が主要問題点と考え, 治療介入は視覚的フィードバックや口頭指示にて姿勢修正を行っていた.

最終評価時(22 病日)には, 閉眼時の座位・立位は短時間の保持が可能となった. また, 非麻痺側アプローチによる移乗動作が口頭指示のみで可能となった. 麻痺側荷重時の骨盤麻痺側偏位も軽減され, 下衣操作は不十分ながらも手すり片手支持で可能となった. なお, BI は 40 点(食事・移乗・トイレ動作・歩行・更衣動作・排泄コントロール)と部分介助を要したが改善を認めた.

〈考察〉

介入当初の移乗動作や下衣操作に介助を要した原因は, 橋出血による重度感覚障害や重心位置の偏位に起因したバランス能力の低下であると考えた. そこで, 視覚的フィードバックによるボディイメージの確立を行い, 基本動作やトイレ動作の獲得を目指した. 動作性急さのため, 監視を要す状態ではあったが, 非麻痺側による代償(重心保持)の向上により, 移乗・排泄動作の介助量軽減につながったと考える.

左頭頂後頭出血により右片麻痺を呈し、前頭葉類似症状により離床に難渋した症例 ～家族と歩行獲得を目指して～

横田大輔,矢吹悠,高橋徹,高橋久善
水戸ブレインハートセンター リハビリテーション科

Key word ; 歩行獲得,家族介入,廃用予防

【はじめに】今回,左頭頂後頭葉出血により,重度片麻痺,前頭葉類似症状(自発性低下,意欲低下,食欲不振)が出現したが,家族の協力により歩行獲得まで至った症例を以下に報告する.尚,発表について本症例と家族に口頭にて説明を行い,了承を得た.

【症例紹介】60歳代女性.平成30年2月,起床時より左側頭部痛,視野不良があり救急要請.左後頭葉出血により当院SCUへ入院となる.2病日目に左頭頂葉にも出血が生じたが,保存的加療で経過観察となった.入院前ADLは自立.家族構成は姉,夫,子供(遠方に居住).現在は夫と二人暮らし.姉との関係は良好で,一緒に旅行を楽しむ仲であった.理学療法介入は2病日目から開始となった.

【初期評価(10病日)】10病日目より安静度制限解除となる.Brunnstrom Recovery Stage(以下BRS)は右上肢,手指,下肢ともにII.MMTは左上下肢5レベル.大腿周径(膝蓋骨上縁より15cm上部)は右40.0cm,左40.0cm.基本動作は起居動作と歩行は重度介助,立ち上がり～立位は中等度介助,端座位保持軽介助.FIMは18/126点であり,ADL全介助であった.高次脳機能障害は,感覚性失語,右半側空間無視(以下USN),右半盲疑いを認めた.さらに意欲低下,自発性低下,食欲不振などの前頭葉類似症状を認め,離床に対する拒否が著明であった.主たる問題点を前頭葉類似症状,基本動作の介助量増大とし,まずは意欲向上を図れる手段を模索した.

【経過】20病日までは,病棟内ADLや理学療法(座位や起立練習など)に対して無気力であり,受動的な状態が続いた.また,食事も全介助下で1割程度の摂取状況であり,廃用が懸念された.21病日,姉の面会時に本症例の表情が良く,自発的にベッドから起き上がろうとする様子や笑顔が見られた.姉同行の下で理学療法介入を行うと積極的であり,意欲の向上を認めた.また,病棟での食事摂取量の

増加も認めた.それ以降,姉の都合に合わせて介入時間の調整を行い,姉同行の下,積極的な理学療法介入が可能となった.治療として,画像所見から脳浮腫による一時的な運動麻痺と評価し,治療用長下肢装具を使用した立位,歩行練習を実施した.段階的に負荷量調節を行い,廃用予防に努めた.

【最終評価55病日】BRSは右上肢,手指,下肢ともにVI.MMTは両側上下肢5レベル.大腿周径(初期評価同様部位)は右39.5cm,左40.0cm.基本動作は起居動作,座位保持,立ち上がり動作,立位保持はフリーハンド自立,歩行はフリーハンドで遠位見守りレベル.10m歩行時間は6.0秒,Time Up and Goは7.9秒,6分間歩行距離は501m.FIMは102/126点となった.USNは消失,右半盲は残存したが,病棟内ADLに著明な支障はない状態.前頭葉類似症状は消失し,姉が不在時も意欲向上を認めた.

【考察】前頭葉類似症状が改善した要因の一つとして,扁桃体の活性が挙げられる.Phelpsらは扁桃体と海馬が近くにあり,それらの神経結合は特に陳述記憶に対して重要な相互作用をもつと述べている.姉との良好なエピソード記憶が扁桃体を活性化させたことで,意欲向上などの情動面に変化が生じ,積極的な理学療法介入が可能になったと考える.運動療法として,運動麻痺回復の阻害因子の一つに廃用が挙げられており,それに対して脳卒中治療ガイドライン(2015)では早期立位,装具を用いた歩行練習が強く推奨されている.本症例の運動麻痺は,画像所見から脳浮腫による一時的な神経症状と推測され,早期よりガイドラインに基づいた介入を行い,廃用予防に努めた.本症例の場合,家族の協力により積極的な介入が可能となり,脳画像評価,ガイドラインに基づいた運動療法を施行したことで,運動麻痺回復の阻害因子である廃用の予防が図れ,歩行獲得に至ったと考える.

左視床出血を呈し、復職目指した症例
理学療法学士 海老根翔太
所属：城南病院 リハビリテーション科

【キーワード】

高次脳機能障害、復職

はじめに

本症例は左視床出血を呈した 60 歳代男性で、復職へ強い希望があった症例である。今回復職を目指した症例を初めて担当し、介入として難渋したことや、課題として感じたことがあるのでここに報告する。

症例紹介

【年齢】60 歳代【性別】男性【HOPE】早く仕事に戻りたい【主訴】特に困っていることは無い【現病歴】H29 年 12 月意識がぼんやりしていることに周囲が気づき、翌日起床困難となり〇〇病院へ救急搬送。左視床出血と診断される。発症から 41 日後に当院回復期病棟に転院。【既往歴】定期通院歴なし。右変股症の疑いあり。【合併症】高血圧【家族構成】独居（身寄り無し）【職業】土木作業【自宅】関東圏内【経済状況】入院中のみ生活保護受給【病前の生活】ADL・IADL 共に自立 ※本症例に対し、口頭で発表の趣旨を説明し同意を得た。

理学療法評価(初期 入棟後 1 週目)

【Brunnstrom Recovery stage】(以下 Brs)上肢・手指・下肢共に V~VI【感覚】表在・深部共に異常なし【棘果長】左右差 2 cm あり【Range Of Motion】(以下 ROM)股関節屈曲 (70/100) 伸展 (10/10) 足関節背屈 (0/10)【Manual Muscle Test】(以下 MMT)麻痺側下肢 4【上肢機能】握力 23.0kg/30.5kg【歩行】屋内外独歩見守り。左立脚時に体幹左側屈、右遊脚時に股関節外転外旋の代償あり。連続歩行距離約 1.5km で疲労出現【復職動作】重錘を運ぶ動作 10kg 可能、ジャングルジムやすべり台の階段・段差昇降可能【高次脳機能】遂行機能低下、注意障害（分配性）

治療プログラム

①ROMex②MSE③復職動作練習④歩行練習

理学療法評価 (最終 入棟後 8 週目)

【Brs】上肢・手指・下肢共に VI【ROM】股関節屈曲 (70/100) 伸展 (10/10) 足関節背屈 (10/15)【MMT】麻痺側下肢 4~5【上肢機能】握力 25.0kg/34.0kg【歩行】屋内独歩自立、屋外歩行見守り。休憩を取りながら約 3 km 歩行可能。複雑な会話をすると周囲へのリスク管理低下あり。左立脚時の体幹左側屈の代償は軽減したが、右遊脚期の股関節外転外旋は残存あり。【復職動作】重錘を運ぶ動作 20kg 可能。【高次脳機能】遂行機能低下、注意障害（分配性）

考察

本症例は仕事で県外から茨城へ出張に来ていた際に左視床出血により右片麻痺、麻痺側筋力低下、動作耐久性低下、高次脳機能障害が認められた症

例である。本症例は復職に対する強い希望があった。入院早期より病棟内の ADL が自立となり、早期から復職動作の評価・治療を開始した。

職業は土木作業である。復職の為に、はしごの昇り降り、重いものを運ぶ動作、屋外歩行が必要とされた。はしごの昇り降り動作の評価は、担当 OT と一緒にジャングルジムやすべり台の階段を使用し、適切な所に掴まれるか、足をかけられるかの評価を行った。動作は問題なく円滑に行っていた。重いものを運ぶ動作は、仕事内で時折 20kg の物を運ぶとのことで、重錘を使用して行った。その際腰部の過度な屈曲をする動作が見られた。そこで右股関節の機能不全や年齢から、今後二次的な障害を予防するために腰部の過度な屈曲を軽減させた動作指導を行った。介入当初は動作の定着が行えなかったが、繰り返し行う事で動作が定着した。屋外歩行は体力向上目的と高次脳機能障害の評価を踏まえて行った。屋外歩行を進めていく中で、歩行ルートが覚えられないことや、会話をしながら歩行を行うと周囲のリスク管理の不十分さ等が見られ、高次脳機能障害の影響があるのではないかと考えた。

上記の高次脳機能障害について、本症例は事前に注意を促せば、周囲へのリスク管理は行えるが、翌日になると忘れてしまう。また病識が低い為か、リスク管理の必要性が理解されなかった。そこで介入で工夫した点がある。屋外歩行時に病院周囲の短い範囲から行い、徐々に距離を拡大した。その際に目的地を設定し、ルートを自ら設定した歩行練習を行った。当初は環境に慣れていない為か道を覚えられず、助言も多く必要であった。徐々に環境にも慣れ自ら目標物を決められるようになり、ほとんど助言をする事無く目的地に行けるようになった。また同時処理能力の向上を目的とし、会話しながらの歩行を実施した。会話内容も、日常会話をしながら注意を促していった。そして徐々に会話の内容を難しくし、注意を促す頻度を減らしていった。その結果、簡単な会話をしながらのリスク管理は行えるようになったが、複雑な会話でのリスク管理には注意の向きにくさが残存した。

今後復職をしていく中で、会話をしながらの動作を行う事により、転倒などの恐れが考えられた。本症例に、復職をする際の注意点として上記の説明を行った。説明も各職種から細かく繰り返し説明を行い、Dr.や他職種と本症例を交えての説明も行った。結果仕事を行う際の注意点について理解はされたが、病識の低下からか本症例はあまり深刻な内容だと感じている様子はみられなかった。

今回の症例で高次脳機能障害の介入方法についてたくさん学ぶ経験となった。介入方法としても、症例が理解できるように難易度を下げていき、徐々に上げていく重要性を知った。また他職種との連携や情報共有が重要である事を再度感じた。