

土浦ブロックリハビリテーション学術集会  
(第5回新人症例検討会)

プログラム・抄録集

期日：2019年2月8日(金)

会場：総合病院土浦協同病院

会議室（2階カンファレンス室）

主催

公益社団法人茨城県理学療法士会

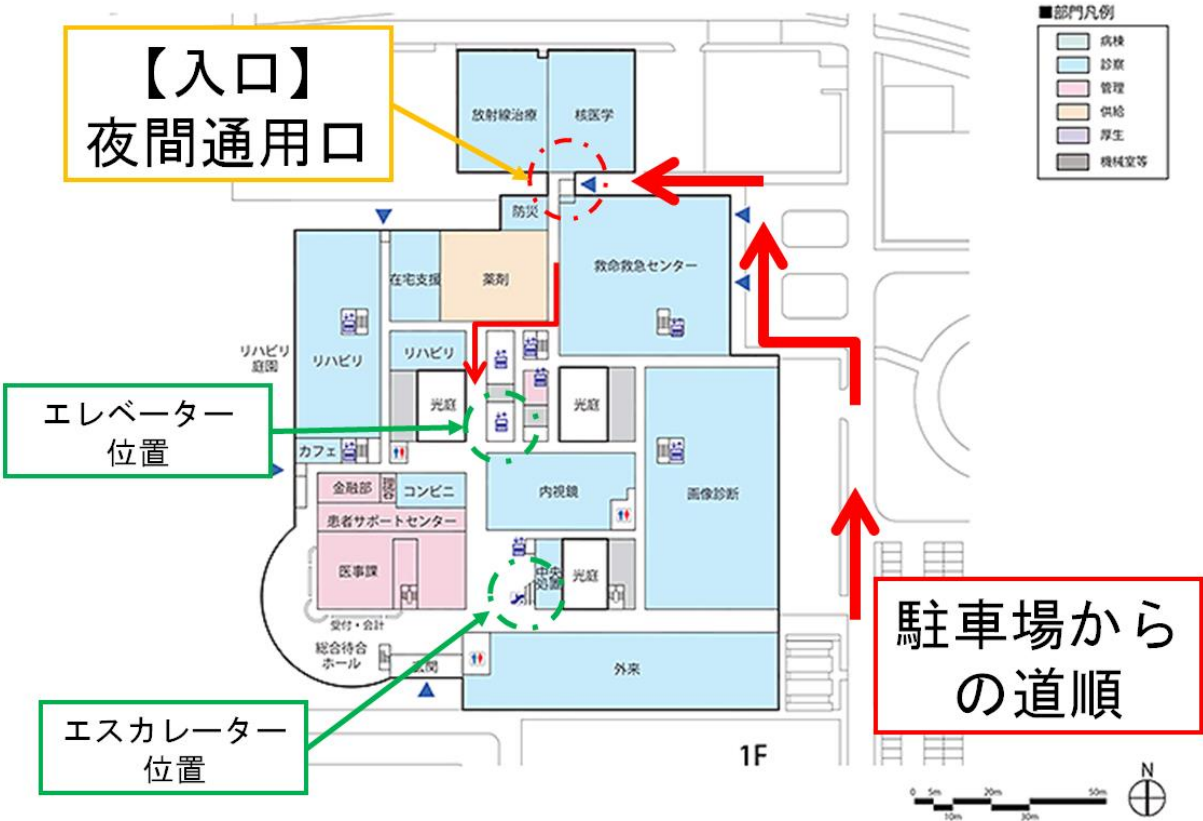
公益社団法人茨城県理学療法士会土浦ブロック

## 2018年度 土浦ブロックリハビリテーション学術集会（新人症例検討会）抄録集

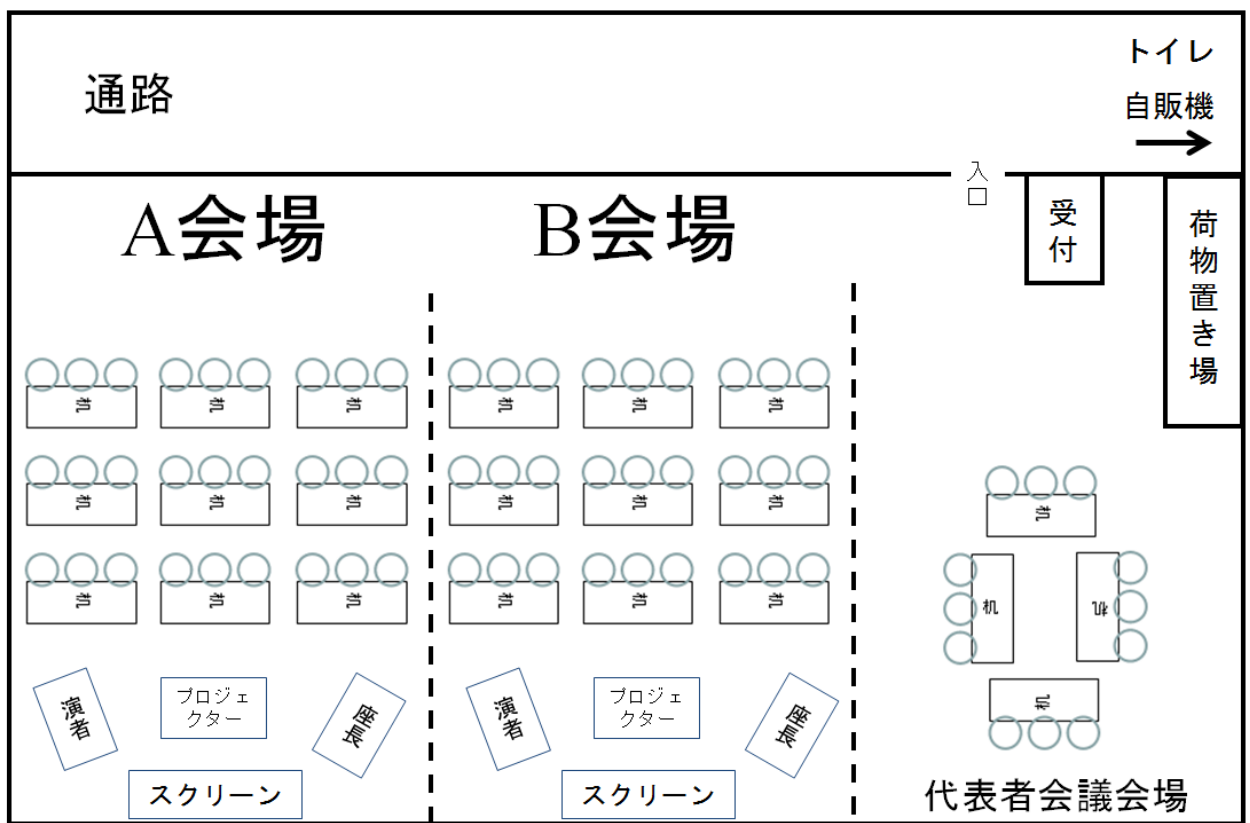
- 1) 日時：2019年2月8日 金曜日  
19:00～20:10
- 2) 会場：総合病院土浦協同病院 会議室（2階カンファレンス室）
- 3) スケジュール  
17:30～ 会場準備  
18:00～ 受付  
（会場場所案内 C6 登録希望有無 発表者パソコン起動確認）  
18:50～ 開会挨拶（各会場）  
19:00～ 演題開始（1演題移動も含めて15分 発表7分 質疑8分程度）  
A会場；4演題 19:00～20:00  
B会場；4演題 19:00～20:00  
20:00～ 閉会挨拶（実行委員長 神立病院 石山健太）  
茨城県理学療法士会土浦ブロック活動・実績報告・予定  
（土浦ブロック長 野上病院 鹿内英樹）  
20:10～ 片付け・解散  
20:20～ 茨城県理学療法士会土浦ブロック代表者会議 会議室（2階カンファレンス室）  
21:00 茨城県理学療法士会土浦ブロック代表者会議終了予定
- 4) 会場レイアウト（総合病院土浦協同病院ホームページより引用2017年）  
住所：〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野4丁目1番1号  
電話：029-830-3711（内線：3700）

### 会場案内





1階エレベーターまたはエスカレーターより2階にお上がり下さい。  
会場は外来側の会議室（カンファレンス）になります。



5) 演題 及び 座長

- A 会場 : 司会・会場運営責任者 石岡市医師会病院 糸川真奈美  
座長 神立病院 池田亜津紗  
総合病院土浦協同病院 鈴木美咲 (タイムキーパー兼務)

演題:

- I-1 多職種による腹臥位療法が人工呼吸器離脱の一助となった急性呼吸窮迫症候群の一症例  
総合病院土浦協同病院 宮阪隼人
- I-2 左延髄外側梗塞による lateropulsion に対し意識下での感覚入力が有効であった一例  
総合病院土浦協同病院 倉井亜季子
- I-3 右大腿骨転子部骨折後立ち上がり自立を獲得するのに難渋した症例  
介護老人保健施設 セントラル土浦 福田奈々美
- I-4 急性胆嚢炎を発症した 80 歳代男性 ～離床に向けて～  
石岡市医師会病院 立原惇平

- B 会場 : 司会・会場運営責任者 山王台病院 飯村章  
座長 つくば国際大学 永井智  
神立病院 大川悟 (タイムキーパー兼務)

演題:

- II-1 小脳脳幹梗塞により体幹失調及び筋力低下を呈した症例 ～起き上がり動作に着目して～  
介護老人保健施設 セントラル土浦 熊谷直哉
- II-2 右内側半月板断裂に対し半月板縫合術高位脛骨骨切り術を併用した一症例  
～手術侵襲部位を考慮した理学療法～  
総合病院土浦協同病院 北爪秀和
- II-3 脛骨高原骨折を呈し距腿関節前方に疼痛が生じた症例  
総合病院土浦協同病院 繁本里実
- II-4 予後予測を踏まえ自宅退院を目指した膠芽腫患者の一症例  
総合病院土浦協同病院 岡田榮二

多職種による腹臥位療法が人工呼吸器離脱の一助となった急性呼吸窮迫症候群の一症例

宮阪隼人<sup>1)</sup> 濱野一平<sup>1)</sup> 山本学<sup>1)</sup> 尾池健児<sup>1)</sup> 桑原希<sup>1)</sup> 石橋修<sup>1)</sup> 鈴木弘美<sup>1)</sup>  
安野真由美<sup>2)</sup>  
望月晶史<sup>3)</sup>

- 1) 総合病院土浦協同病院リハビリテーション部
- 2) 総合病院土浦協同病院看護部
- 3) 総合病院土浦協同病院呼吸器内科

キーワード：急性呼吸窮迫症候群、腹臥位療法、多職種連携

【はじめに】

急性呼吸窮迫症候群(以下、ARDS)における急性期の腹臥位療法は酸素化の改善に有効とされる。一方で、本邦では体交時の合併症への懸念、マンパワーの不足により腹臥位療法の実施が困難な場合が多い。今回、多職種で連携を密にし、腹臥位療法を実施した結果、人工呼吸器から離脱できた症例を経験したため以下に報告する。

【症例】

症例はインフルエンザ肺炎による ARDS と診断され、人工呼吸器管理となった 60 代男性である。既往に間質性肺炎があり、入院時の胸部 CT で両側に下葉優位のびまん性スリガラス陰影を認めた。

症例とご家族には方法、目的、倫理的配慮を説明し書面にて同意を得た。また同意の撤回がいつでも可能なことを説明した。

【介入方法】

入院日に医師、看護師、理学療法士でカンファレンスを実施し腹臥位療法の必要性について検討した。入院 2 日目に医師、看護師とともに腹臥位療法を開始し入院 14 日まで 4 時間/回、2 回/日の頻度で続した。皮膚トラブル予防のため 2 時間おきに除圧を行った。腹臥位療法の時間帯、実施前後の全身状態、皮膚障害の有無について適時情報を共有した。腹臥位以外の時間は両側への完全側臥位を実施した。

【結果】

腹臥位療法前は、人工呼吸器の設定が Bilevel モードで 1 回換気量 250-300ml/回、呼吸数 35-40 回/分であった。血液検査は炎症反応の上昇を示した。P/F 比は 152.5 であったが、連日の腹臥位療法により徐々に酸素化が改善し、入院 14 日目には P/F 比が 223.7 まで改善した。炎症反応は低下し、スリガラス陰影の改善を認めた。人工呼吸器は CPAP モードで 1 回換気量 500-600ml/回、呼吸数 15-20 回/分と改善し、入院 15 日目に人工呼吸器から離脱した。腹臥位療法の実施に伴うライントラブルや皮膚トラブルは発生しなかった。

【考察】

ARDS における腹臥位療法は診断後の早期導入や長時間の施行が有効とされているが、体交時のライントラブルや皮膚トラブルなどの合併症の発生リスクが高いと報告されている。本症例は多職種と連携をとり、情報を共有、マンパワーを確保したことで合併症を生じず、腹臥位療法が可能となり人工呼吸器の離脱に繋がったと考える。

左延髄外側梗塞による lateropulsion に対し、意識下での感覚入力が有効であった一例

倉井亜季子<sup>1)</sup> 遠藤拓見<sup>1)</sup> 桜庭裕香<sup>1)</sup> 益子架奈恵<sup>1)</sup> 實藤あすな<sup>1)</sup> 大金容子<sup>1)</sup>

1) 土浦協同病院リハビリテーション部

キーワード: lateropulsion, 感覚入力, 姿勢定位障害

### 【はじめに】

今回、左延髄外側梗塞により lateropulsion (以下: LP) を疑われる症例を経験した。LP は延髄外側梗塞で出現する wallenberg 症候群の一つであり、一側に体が傾く姿勢定位障害を示す。本症例は意識下での感覚入力により症状の改善を認めたため以下に報告する。

### 【症例紹介】

症例は 50 歳代男性で、既往に右視床梗塞があり左手指・上唇・母趾に痺れがあった。発症時に右半身の痺れ・頭痛・歩行障害を認め、翌日脳梗塞の診断で当院に入院し 3 病日より理学療法開始となった。24 病日に歩行自立したが、復職目的に回復期病院へ転院した。なお、発表の目的と意義について口頭にて説明し、書面で同意を得た。

### 【理学療法評価・経過】

3 病日では、運動麻痺や筋力低下は認めなかったが、頭位変換時の眩暈と右上下肢・体幹に 2/10 の温痛鈍麻を認めた。鼻指鼻試験・踵膝試験では左が陽性、躯幹失調試験はステージⅣ、Berg balance scale (以下: BBS) は 8/56 点であった。立位・歩行とも前後左右への動揺が著明であり、歩行時には両側で膝折れが生じ wide base で歩調・歩幅が不規則であった。

10 病日では、眩暈は軽減され、躯幹失調試験はステージⅢ、BBS は 36/56 点、10m 歩行試験は 10 秒 11 であった。立位・歩行は左への LP を認めたが、独歩見守りとなった。

24 病日では、鼻指鼻試験・踵膝試験での改善を認めた。躯幹失調試験はステージⅡ、BBS は 47/56 点、10m 歩行試験は 9 秒 39 であった。立位・歩行は左への LP が残存していたが独歩自立となった。

### 【治療内容】

協調運動練習、バランス練習、歩行練習

### 【考察】

LP は前庭脊髄路や脊髄小脳路の障害で生じると報告され、本症例は脳画像より脊髄小脳路の障害が疑われた。阿部によると Isolated LP はほぼ全例 2 週間以内に症状が改善し歩行が可能になると報告している。一方、小田内らは LP 以外に複数の症状を有する症例について報告しており、いずれも LP は発症後 3 か月ほど遷延したが、歩行自立に至っていると述べている。

本症例は、脊髄小脳路の障害により無意識下での固有感覚障害が生じた。裸足や鏡、口頭修正・介助を用い意識下での固有感覚入力や視覚入力を行ったことで歩行自立となった。しかし、運動失調や視床梗塞の後遺症の影響により LP の回復が遅延したと考えられる。

右大腿骨転子部骨折後立ち上がり自立を獲得するのに難渋した症例

福田奈々美<sup>1)</sup>

1)介護老人保健施設 セントラル土浦

Key Word:立ち上がり,後方重心,座位姿勢

#### 【はじめに】

本症例は骨折後右下肢完全免荷の状態に入所され荷重管理困難だった。座位姿勢に着目し治療した結果、立ち上がりが自立したため報告する。

#### 【症例紹介】

本人・ご家族様同意の上記載。年齢:80歳代後半.性別:女性.BMI:17.1.  
某年8月外出中に転倒.右大腿骨転子部骨折の診断を受けγ-nail術施行.4週間完全免荷指示あり.  
手術後16日に当施設へ入所.手術後42日全荷重可能.  
既往歴:左大腿骨頸部骨折,高血圧. 病前生活歴:ADL自立.T字杖歩行自立.

#### 【初期評価:手術後16-23日】

MMSE:21/30点. NRS:術創部安静時8/10.動作時10/10.  
座位姿勢:骨盤後傾位,右骨盤後退,右股関節内転内旋位.  
ROM-T(R/L):股関節屈曲50°/100°,伸展(R)0°,外転10°/20°,内転5°/10°,外旋-5°/20°,  
内旋(R)20°.膝関節屈曲40°/140°.  
MMT(R/L):股関節屈曲・伸展・外旋1/3,外転・内転2/3,内旋(R)2.膝関節屈曲・伸展2/3.体幹屈曲2,回旋2/2.  
右下肢運動覚・位置覚:軽度鈍麻.  
FIM:34/126点(運動20点,認知14点). 立ち上がり:重度介助.

#### 【理学療法経過,問題点】

免荷期間の立ち上がり訓練は下肢の筋力低下と関節可動域制限及び認知機能低下により荷重管理困難で全荷重開始後に実施した。座位は右腹筋群筋力低下による体幹右前側方への崩れと右股関節内転筋の防御性収縮により右坐骨荷重不良だった。この座位姿勢は骨盤前傾を制限し後方重心の立ち上がりにした。姿勢改善に向け腹筋群賦活訓練を行い右坐骨への荷重を促した。離殿時の後方重心軽減に向け骨盤前傾運動を行った。手術後89日に支持物使用して立ち上がり自立し移乗見守りとなった。

#### 【最終評価:手術後91-98日】

MMSE:21/30点. NRS:術創部安静時・動作時0/10.  
座位姿勢:骨盤前後傾中間位,右股関節内外旋中間位.  
ROM-T(R/L):股関節屈曲105°/100°,伸展5°/5°,外転15°/20°,内転10°/15°,外旋10°/20°  
内旋(R)40°.膝関節屈曲125°/140°.  
MMT(R/L):股関節屈曲4/4,伸展・外転2/3,外旋・内転3/4,内旋(R)3.膝関節屈曲3/4,  
伸展4/4.体幹屈曲3,回旋3/3.  
右下肢運動覚・位置覚:正常.  
FIM:85/126点(運動58点,認知27点). 立ち上がり:支持物あり自立.

#### 【考察】

腹筋群賦活により骨盤前後傾中間位保持が可能となり右坐骨へ荷重が促され股関節内転筋の防御性収縮が軽減した。座位姿勢改善し骨盤前傾が可能になり離殿時に下肢の筋収縮が促され前方への重心移動が可能となった。よって後方重心は軽減し支持物使用にて立ち上がりが自立した。認知機能低下による車椅子操作の問題から移乗自立は至らず今後の課題である。



急性胆嚢炎を発症した 80 歳代男性～離床に向けて～

立原 惇平<sup>1)</sup>

1)石岡市医師会病院

キーワード:意識障害,離床,抗重力位

#### 【はじめに】

今回,急性胆嚢炎による激しい腹痛に対し,鎮痛目的にフェンタニルを使用した,副作用の傾眠による意識障害を認めた事例を経験した.理学療法として,体性感覚入力を目的にギャッチアップ練習,声掛けを実施し,その結果,車椅子への離床に繋げることができたため以下に報告する.

#### 【事例紹介】

80 歳代,男性.

診断名:急性胆嚢炎,既往歴:外傷性くも膜下出血,脊管狭窄症,脳出血,認知症.

今回の発表にあたり事例の同意を得た.

#### 【初期評価結果】

血液検査:CRP:29.29mg/dL,WBC:12950/ $\mu$ L.

バイタルサイン;Glasgow Coma Scale(以下 GCS):E-1,V-3,M-5,血圧:110/64mmHg,

脈拍:62bpm,SpO<sub>2</sub>:95%. 両足背に浮腫あり.Barthel Index(以下 BI):0 点.

#### 【経過】

1 病日:鎮痛目的にフェンタニル開始.

9 病日:CRP 値 19.58 mg/dL へ減少傾向のため医師よりフェンタニル中止の指示.

10 病日:覚醒レベル向上.

#### 【治療プログラム】

6 病日:理学療法評価.治療開始.

6~9 病日:傾眠がみられた為,ベッド上にて体性感覚入力を目的に関節可動域練習,ギャッチアップ 20° にて血圧変動の有無の評価を行い,声掛けを実施.

10 病日:離床に向けギャッチアップ 45° にて 20 分実施.

11 病日:ギャッチアップ 60° にて 20 分実施後,端座位保持評価実施.L 字バー把持し,右側方軽介助にて 10 分保持するが,疲労が出現.

12 病日:リクライニング型車椅子離床を実施.フルフラットから開始し,ヘッドアップ 90° まで実施.その後も血圧の変動がなかった為,普通型車椅子離床を実施.

#### 【最終評価結果】

血液検査:CRP:2.24mg/dL,WBC:6570/ $\mu$ L.

バイタルサイン;GCS:E-4,V-5,M-6,血圧:124/78mmHg,脈拍:71bpm.BI:30 点.

#### 【考察】

本事例は,覚醒レベルの低下が認められた為,離床に向けギャッチアップ練習,声掛けを積極的に実施した.

長田らは,意識障害に対する理学療法は端座位や立位などの抗重力位をとることが有効であると述べている.また抗重力位で,より積極的な体性感覚による感覚刺激入力をおこなったことで,意識レベルが向上したと述べている.事例はギャッチアップ練習であるが,臥位からベッド上長座位の抗重力位への移行により上行性網様体賦活系への感覚入力となり,覚醒レベルが向上したと考える.

#### 【まとめ】

離床に向けた段階的評価,治療を行う事で離床に繋げることができた.

小脳脳幹梗塞により体幹失調及び筋力低下を呈した症例 起き上がり動作に着目して

熊谷直哉<sup>1)</sup>

1) 介護老人保健施設セントラル土浦

キーワード: 体幹失調, 起き上がり, ブリッジ運動

【はじめに】小脳脳幹梗塞により体幹失調を呈し, 起居動作等に介助を必要とした. 動的バランス低下がみられ, 立位バランス不安定であり, 積極的な動的バランス練習を行えなかった. その為, 臥位で行えるバランス練習(Core Stability Training; 以下, CST)を行い, 徐々に体幹機能改善がみられ, 起き上がり動作能力向上がみられた為, 以下に報告する.

【症例紹介】報告に関して本人・ご家族様から同意の上記載.  
年齢: 70 代後半. 性別: 女性. 主訴: 力が入らない. HOPE: 立ち座りをスムーズに行いたい. 現病歴: 某 3 月 4 日に自宅で嘔吐を繰り返し, A 病院に搬送. 小脳梗塞と診断. 16 病日に小脳出血, 21 病日に脳幹梗塞生じ, 手術施行. 79 病日に回復期病棟に転院. 200 病日に当施設入所. 既往歴: 水頭症

【初期評価: 200-217 病日】MMSE: 22/30 点. FMA: 上肢 59/66 点, 下肢 30/34 点.  
SARA: 14/40 点. BBS: 7/56 点.  
ROM(R/L): 肩関節屈曲 150° /140° .  
股関節屈曲 105° /105° . 内旋 15° /15° .  
MMT(R/L): 上肢・下肢 3~4 レベル.  
体幹屈曲 2. 回旋 2/2.  
握力(R/L): 5. 3kg/6. 4kg.  
体幹協調機能 stage: IV. 保護伸展反応: ー.  
感覚: 表在覚正常. 深部覚軽度鈍麻.  
FIM: 50/126 点(運動項目: 31 点, 認知項目: 19 点).  
起き上がり動作: 中等度介助.

【経過】前医では歩行練習を積極的に行っていた. しかし, 当時からみられた運動後のめまいや嘔気, バランス能力低下による転倒リスクを考慮した. そこで臥位で可能な CST, 特にブリッジ運動をプログラムに取り入れた. 入所 30 日頃から, 徐々に腹部筋出力向上がみられ手すり把持にて靴の着脱が見守りで可能となった. その為, 座位や立位でのバランス練習を行っていった. 居室ベッドでの起き上がり動作は, 腹部の筋出力向上に伴い, 徐々に介助量軽減に至った.

【最終評価: 257-264 病日】MMSE: 25/30 点.  
FMA: 上肢 59/66 点, 下肢 30/34 点.  
SARA: 13/40 点. BBS: 7/56 点.  
ROM(R/L): 肩関節屈曲 160° /160° .  
股関節屈曲 105° /120° , 内旋 15° /25° .  
MMT(R/L): 体幹屈曲 3. 回旋 2/3.  
握力(R/L): 7. 2kg/8. 0kg.  
体幹協調機能 stage: III. 保護伸展反応: +  
感覚: 深部覚軽度鈍麻. FIM: 56/126 点(運動項目: 35 点, 認知項目: 21 点).  
起き上がり動作: 軽介助.

【考察】動的バランスが不安定な運動失調を呈する症例に対し, 阪本らは CST を行うことで, 腹横筋や腹直筋, 脊柱起立筋の協調活動能力が向上する可能性があると報告している. 継続的に CST を行ったことで, 腹筋群出力の向上や体幹協調機能向上がみられ, 起き上がりの介助量軽減がみられたと考える.

右内側半月板断裂に対し、半月板縫合術と高位脛骨骨切り術を併用した一症例  
—手術侵襲部位を考慮した理学療法—

北爪秀和<sup>1)</sup>、宮阪隼人<sup>1)</sup>、鈴木美咲<sup>1)</sup>、川上裕貴<sup>1)</sup>、茂木孝代<sup>1)</sup>、玉造純子<sup>1)</sup>

1)総合病院土浦協同病院リハビリテーション部

キーワード：高位脛骨骨切り術、半月板縫合術、関節可動域

### 【はじめに】

今回、右変形性膝関節症・右内側半月板（以下MM）断裂に対し、MM縫合術、開大式高位脛骨骨切り術（以下OWHTO）が同時に施行された症例を経験した。MM縫合術とOWHTOを併用した症例の経過報告は、渉猟した限り少ない。そのため、実施した理学療法と経過を若干の考察を踏まえ報告する。

### 【症例紹介】

症例は30代男性で、MM断裂・右変形性膝関節症（Kellgren-Lawrence分類：I）に対し、MM縫合術とOWHTOが施行された。本発表の目的と意義について口頭にて説明し、書面で同意を得た。

### 【術前所見】

MMは変性し、水平断裂と外方化を認めた。膝蓋靭帯の両側から関節鏡を挿入し、MM後節の断裂部は、All-inside法にてマツレス縫合とcentralizationが施行された。OWHTOは、脛骨近位前面より切開し、鷲足部を一部切離して施行された。FTAは178°から173°へと矯正された。

### 【理学療法評価】

手術前の膝関節可動域（以下ROM）は、屈曲150°、伸展0°、膝伸展筋力は体重支持指数（以下WBI）で0.63であった。手術翌日より運動療法を開始した。手術後7日でROMは、屈曲90°、伸展-10°で半腱・半膜様筋に筋かゝずムと収縮時痛を認めた。運動療法では、手術後の腫脹に対して浮腫除去を実施し、半腱・半膜様筋の筋かゝずムに対して、反復的な収縮と弛緩、リラクゼーションを実施した。また、膝屈曲制限因子となりうる、膝蓋下脂肪体（以下IPF）、膝蓋上包、大腿骨前脂肪体の拘縮予防目的に、大腿四頭筋の徒手的持ち上げ操作、patellar setting、膝終末伸展運動、皮膚操作を実施した。手術後14日で、ROMは屈曲120°、伸展-10°でWBIは0.29であり、ROM制限と筋力低下を認めた。手術後22日で、ROMは屈曲135°、伸展0°とROM制限は改善した。その後も理学療法を継続し、手術後90日でROMは、屈曲145°、伸展0°でWBIは0.48であった。手術後188日でROMは屈曲145°、伸展0°でWBIは0.71まで回復した。

### 【考察】

膝関節における関節鏡視下手術では、IPFを貫くことで、手術後にIPFの線維化による拘縮やそれに起因する疼痛を生じやすい。また、手術により関節内構造が損傷されると、関節腔内全体に炎症を招き、膝蓋上包や大腿骨前脂肪体の癒着が起りやすいとされている。また、OWHTOでは、脛骨内側部・鷲足を切離することで半腱・半膜様筋の筋かゝずムや疼痛を生じうる可能性が高いとされている。そのため、膝関節手術後の理学療法では、手術による侵襲部位を考慮した理学療法を実施することは、手術後の良好な結果を得るために重要であると考えられる。

脛骨高原骨折を呈し距腿関節前方に疼痛が生じた症例

繁本里実<sup>1)</sup> 木村圭佑<sup>1)</sup> 色川沙織<sup>1)</sup> 伊野智美<sup>1)</sup> 二村貴幸<sup>1)</sup> 尾池健児<sup>1)</sup>

1)総合病院土浦協同病院リハビリテーション部

キーワード：脛骨高原骨折 前脛骨筋 高エネルギー外傷

#### 【はじめに】

脛骨高原骨折において、足関節への影響についてはほとんど報告されていない。今回、右脛骨高原骨折、外側半月板損傷、ACL 部分断裂を呈し、歩行開始時に右距腿関節前方に疼痛が生じた症例を経験したため以下に報告する。なお、本発表の目的と意義について説明し同意を得た。

#### 【症例紹介】

本症例は40代男性で、工作中400kgの台車に右下腿近位を挟まれ受傷し、右脛骨高原骨折（Schatzker 分類Ⅱ型）、外側半月板損傷、ACL 部分断裂と診断された。受傷後3日に関節内ORIF、外側半月板縫合術を施行した。

#### 【経過】

手術後3日より理学療法開始し、手術後8日に自宅退院となり、外来にて理学療法を継続した。安静度は手術後27日まで免荷、手術後28日よりtoe touch、手術後42日より1/2部分荷重、手術後56日以降全荷重であった。

#### 【理学療法評価】

手術後3日で右膝関節可動域は屈曲90度、伸展0度、右足関節背屈筋力はMMT2であった。手術後60日で右膝関節可動域は屈曲140度、右足関節背屈筋力はMMT5だが遠心性収縮は困難であり、前脛骨筋の伸張時痛を認めた。また、歩行時にICからLRにかけて右距腿関節前方にNRS2の疼痛を認めた。圧痛はいずれも認められなかった。歩行時、歩幅は狭く、ICの足関節背屈・PSwの足関節底屈が不十分であり、下腿の前方への推進力は低下していた。手術後74日で歩行時の疼痛は消失した。

#### 【介入方法】

荷重制限中は、術創部周囲の軟部組織のモビライゼーション、足関節背屈練習、荷重制限内での歩行練習を中心に実施した。全荷重開始後は、歩行時のIC・PSwの指導、立位での足関節底背屈練習を実施した。

#### 【考察】

本症例が歩行開始時に疼痛が生じた原因として、受傷時の高エネルギー外傷に起因する前脛骨筋の滑走障害と考えられる。受傷時に前脛骨筋の筋腹が挟まれ、歩行時に前脛骨筋の遠心性収縮が困難となった。そのため、歩行時の足関節底背屈運動が減少、前脛骨筋の滑走障害が生じ疼痛が発生したと考えられる。それに対し、荷重位で前脛骨筋の収縮運動を行った結果、疼痛の改善を図ることができた。高エネルギー外傷では、受傷時の状況を推察することで、起こり得る機能障害を予測することができ、病態解釈の一助となると考えられる。

予後予測を踏まえ自宅退院を目指した膠芽腫患者の一症例

岡田榮二<sup>1)</sup> 牧野加奈<sup>1)</sup> 山川駿平<sup>1)</sup> 藤沢知佳<sup>1)</sup> 君山夏生<sup>1)</sup> 村田寛子<sup>1)</sup>

1)総合病院土浦協同病院 リハビリテーション部

キーワード：膠芽腫 予後予測 自宅退院

#### 【はじめに】

脳腫瘍の理学療法では、進行に伴う機能障害の増悪、生命予後などへの配慮が必要である。今回、膠芽腫により脳浮腫が生じ、運動麻痺を呈した事で ADL に介助が必要となった症例を経験した。予後予測に着目し運動療法を実施した結果、自宅退院が可能となったため報告する。

#### 【症例紹介】

症例は 50 歳代男性である。今回入院する 7 ヶ月前に膠芽腫に対し摘出術を施行した。残存した膠芽腫により脳浮腫が出現し、抗脳浮腫療法を行う目的で再入院となった。本発表の目的と意義について口頭にて説明し書面にて同意を得た。

#### 【経過】

1 病日より理学療法を開始した。8 病日より平行棒内歩行開始し、10 病日から 4 点杖にて歩行開始した。30 病日で ADL 自立し自宅退院となった。

#### 【理学療法評価】

2 病日での Brunnstrom stage(以下 BRS)は左上肢Ⅱ、左手指Ⅱ、左下肢Ⅲ、基本動作は全介助を必要とした。Karnofsky Performance Status Scale(以下 KPS)は 20%であった。8 病日で BRS 左上肢Ⅱ、左手指Ⅱ、左下肢Ⅳであり、歩行、トイレ動作は軽介助を必要とした。KPS は 50%であった。Hope は「自分一人で歩きたい、トイレに自分で歩きたい」であった。30 病日で BRS 左上肢Ⅲ、左手指Ⅲ、左下肢Ⅴ、歩行は 4 点杖自立、トイレ動作は自立となった。KPS は 60%であった。

#### 【理学療法】

2～7 病日では車椅子乗車練習、起立練習を実施した。8 病日よりリーチ動作、座位バランス練習、ステップ練習、歩行練習、トイレ動作練習を実施した。

#### 【考察】

膠芽腫の生命予後は 12～14 ヶ月程度とされる。仕らの KPS による機能的予後の推察によると、KPS40% 以下では身辺動作をすることが不可能とされている。本症例は 2 病日で KPS が 20%であり、自宅退院は困難と考えられた。しかし 8 病日頃に脳浮腫と運動麻痺において改善を認め、KPS が 50%に向上したため、ADL 動作獲得可能であると判断した。自宅退院できる最後の機会の可能性もあり、本人の Hope を踏まえ歩行とトイレ動作に着目し介入した。結果、歩行は 4 点杖自立、トイレ動作は自立となったため最終的に自宅退院が可能となった。今回膠芽腫患者への理学療法を経験し、生命予後、機能的予後を見据え介入することが重要であると再認識できた。

メモ

【問い合わせ】 当日 17:00 まで

〒300-0011 茨城県土浦市神立中央 5 丁目 11 番 2 号

電話：029-831-9711 神立病院 石山健太

当日 17:00 以降

〒300-0028 茨城県土浦市おおつ野 4 丁目 1 番 1 号

電話：029830-3711（内線：3700） 総合病院土浦協同病院 村野 勇