

間質性肺炎に対しリハビリテーションを施行した一例

板垣 琴

間質性肺炎に対する呼吸リハビリテーションは、呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法—においても「現段階では推奨レベルは評価できず」とある。しかし谷口や神津の報告では間質性肺炎に対するリハビリテーションの効果について呼吸困難や運動耐容能、ADLの改善が報告されている。

今回、当院においても長期間に渡り、間質性肺炎に対しリハビリテーションを施行することで、徐々にADL、自覚的運動強度の軽減に至ることが出来た症例を経験したので報告する。

症例

A氏 75歳 女性 身長 152cm 体重 37.9kg

既往歴 高脂血症 結核 喘息

肺の状態 右肺浸潤影、気管支透瞭像+
軽度拘束性障害+

入院前 ADL はすべて自立

経過

2010/4/10 4日間倒れた状態で隣人に発見、救急搬送にて近医へ入院。

肺炎疑いにて抗生剤点滴加療開始。CRP・胸部レントゲン上での肺炎像も改善傾向となりリハビリ目的にて2010/5/18当院転院。

2010/5/25よりリハビリ開始。リハ開始時のADLは、端座位にて食事自立、ポータブルにてトイレ自立、入浴は清拭介助、移動は車椅子介助、ベッド周囲の活動量であった。

起居動作や座位での会話で脈拍 120拍/分台までの上昇あるも、自覚症状乏しい状態であった。

リハ開始 14日目 SpO_2 80%台、脈拍 120拍/分台まで一時的に変動あるも、歩行器歩行病棟内自立・トイレ自立となる。

リハ開始 17日目 杖歩行練習開始するも、脈拍 130拍/分台まで上昇あり。動作不安定のため、筋力強化も積極的に進める。

リハ開始 32日目 SpO_2 は著変なく、脈拍の変動も小さくなり、介助にてシャワー浴、整容・更衣も時間をかけて可能となる。

リハ開始 43日目 病棟シャワー浴自立、

リハ開始 79日目 バイタル著変なく独歩で10分程度の連続歩行が可能。

リハ開始 102日目 胸部レントゲン上での肺炎像の改善・肺容量の拡大を認め、休憩しながら屋外活動も可能なレベルとなった。ADLはすべて自立・動作に伴う自覚的運動強度・脈拍・ SpO_2 の変動も軽減し息子宅へ退院となった。

考察

リハビリテーション実施開始当初は、バイタルサインの変化に比して自覚症状が乏しい状態であった。長時間かけて徐々に全身運動や筋力強化運動を実施することで運動耐容能は向上し、楽に行える動作速度を学習する事で、ADLの向上や自覚的運動強度の軽減、バイタルサインの安定に繋がったのではないかと考える。

冠動脈バイパス術後に合併症を呈するも早期退院が可能であった一症例

森田 青葉

キーワード：CABG・無気肺・早期離床

【はじめに】

近年、心・大血管術後早期より心臓リハビリテーションが実施され、早期離床・退院が可能となった。手術翌日より離床、術後2日目より歩行可能な症例も多い。

今回不安定狭心症により冠動脈バイパス術（以下CABG）を施行後、心房細動（以下Af）、胸水貯留を認め、酸素化能が不良となったが、術後19日目に自宅退院が可能となった症例を担当する機会を得たので紹介する。

【症例紹介】

66歳男性、他院にて心電図異常を指摘され、当院紹介入院。術前ADLは自立しており、本人の自覚症状は認めず、独歩可能であった。術前より理学療法（以下PT）開始し、術後翌日よりPTを再開した。

【経過・介入】

手術6日前より入院、4日前より術前PT開始。

手術翌日に人工呼吸器離脱。術後翌日よりPT開始。術後2日目に端座位、3日目に立位実施。3日目頃より無気肺、胸水貯留みられる。5日目には、心電図上にAf波形出現。6日目に胸腔穿刺施行し、歩行練習開始となる。

胸腔穿刺直後より胸水貯留軽減認め、Afも投薬にて改善。無気肺も徐々に改善認められ、歩行実施後からは順調に歩行距離延長し、19日目に自宅退院となった。歩行開始直後（8日目）の10m歩行は8秒79、6分間歩行は、350mであった。退院直前（16日目）の10m歩行は8秒07、6分間歩行は350mであった。

【考察】

本症例は術後のAfに加え、胸水貯留、無気肺の合併症が認められた。術後Afは心臓手術後の患者の約25～40%に起こるとされており、術後の在院日数延長やリハビリテーション遅延の最大の理由と言われている。

心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドラインによると、術後1～2日後に坐位、4～7日後に歩行開始と言われている。本症例では術後の合併症により、歩行開始がやや遅延したがAfは投薬、胸水は胸腔穿刺を行う事で改善を認め、無気肺に関しては、早期からの呼吸理学療法、レジスタンス運動、有酸素運動の効果により改善認めたと考えられる。そのため、合併症を呈するも早期の自宅退院が可能であったと考えられる。

10m歩行は歩行開始直後と比較して、軽度改善したが、6分間歩行では、変化は認められなかった。これは測定期間が1週間しか空いておらず、持久力はまだ低下した状態であったためと考えられる。

【まとめ】

今回CABG後に心房細動・胸水貯留・無気肺などの合併症を呈するも、術後19日目に自宅退院可能となった症例を担当する機会を得た。

今後の課題としては、本症例では、持久力が不十分なままでの退院であったため、退院時指導も含めて、運動の長期的な継続を促していく必要があると考える。

積極的な筋力強化練習が困難であった一症例
～股関節内転筋に着目して～

木之下 貴志

Key words 低栄養 股関節内転筋 体幹筋群

『はじめに』

長期臥床・低栄養により、立位・歩行が困難な症例に対して、体幹の固定性・股関節内転筋へのアプローチを行うことで、改善が見られた症例を経験したので報告する。

『症例紹介』

79歳、男性、平成22年7月6日循環不全・脱水により当院入院となる。同月23日より理学療法を開始、長期臥床により廃用性筋力・持久力の低下をきたし、立ち上がり・立位保持・歩行は困難であった。また、低栄養のため、積極的な筋力増強運度は困難であった。翌月6日、立ち上がり・立位保持は物的支持にて可能、歩行は監視レベルで後方へ転倒する危険性があった。

『評価』

8月6日血液検査では、総蛋白数5.5g/dl、アルブミン値2.8g/dl、MMTでは、体幹筋屈曲2・伸展2+・股関節屈曲3-・伸展2・内転2+・膝関節伸展3。起居動作、端坐位・立ち上がりは、自立。立位姿勢は、体幹前傾、骨盤後傾、股関節屈曲外旋、膝関節屈曲位である。歩行は監視で、前後方向への不安定さがあり、後方重心である。歩行スピードは10mで、27.42秒の43歩であり、歩幅歩隔がバラバラで一定ではなく、立脚期も左右差があり、右立脚期が短い。

『治療・結果』

低栄養を考慮した低強度の運動療法による、主動作筋に対するアプローチに股関節内転筋の収縮を意識させた運動と体幹の固定性が向上するようにインナーマッスルの収縮を促す運動を週5回の12週間実施した。結果、MMTでは著名な変化は起きなかったが、立位姿勢では、体幹・骨盤の固定性の改善がみられ、骨盤後傾位の減少、体幹前傾位の軽減が起きた。歩行スピードにおいても10mで、16.22秒の29歩と改善が見られた。

『考察』

股関節内転筋は骨盤帯・体幹の安定性に関与しているため、股関節内転筋へのアプローチにより、骨盤を前傾させ体幹機能の向上に繋がり、さらに、体幹機能の向上により、姿勢アライメントの改善、体幹の動的な安定性が得られ、動作能力の改善が起きたのではないかと考える。