

第9回 中河内ブロック新人症例発表会

平成31年1月27日（日） U・コミュニティホテル別館TTSセンター6階 多目的ホール

時間	スケジュール
9:30～	受付開始
9:50～	ブロック長 挨拶
10:00～12:00	症例発表 第1部（運動器疾患）
12:00～13:00	昼休憩（1時間 程度）
13:00～14:00	教育講演「これだけは知っておきたい！糖尿病患者のリスク管理」 服部 玄德氏（医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院）
14:00～15:30	症例発表 第2部（運動器疾患、脳血管疾患、その他）
15:30～	副ブロック長 挨拶

※進行状況により、開始時間、休憩時間等が前後する場合がございます。あらかじめご了承くださいませ。

症例発表 第1部 運動器疾患

座長：服部 玄德（医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院）

No.	予定時間	演題名	氏名	所属
1	10:00～	事故により左足部の機能障害を呈し、起立動作が困難となった一症例	安積 裕二	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部
2	10:13～	降段動作にて、左踵離地直前に前下方への不安定性と左足関節前面に疼痛を認めた一症例	山本 俊明	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部
3	10:26～	棘突起縦割式腰椎椎弓切除術後、反対側に坐骨神経痛を呈した一症例	神澤 佑哉	河内総合病院 リハビリテーション部
4	10:39～	超音波療法と徒手療法の併用で降段時の疼痛が改善した左人工膝関節置換術後の一症例	竹田 美咲	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部
5	10:52～	杖歩行開始時、右立脚中期から終期にかけて前方への不安定性を認めた一症例	中野 孝則	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部
6	11:05～	遊脚後期の膝関節伸展の不十分さを呈した症例 -立脚後期に着目して-	藤原 麻帆	医療法人藤井会 藤井会リハビリテーション病院
7	11:18～	超音波療法による組織輝度・硬度の変化 -脛腓骨骨幹部開放骨折後、偽関節の一症例-	堀口 怜志	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

症例発表 第2部 運動器疾患、脳血管疾患、その他

座長：有末 伊織（関西福祉科学大学）

No.	予定時間	演題名	氏名	所属
8	14:10～	独歩にて右立脚中期に後方へ不安定性を認めた多発性脳梗塞の一症例	松田 望美	医療法人寿山会 法人リハビリテーション部
9	14:23～	脳血管患者の片脚立位より体幹機能に着目し歩容の改善が図れた症例	森西 泰弘	医療法人永広会 八尾はあとふる病院
10	14:36～	廃用症候群で既往に視野狭窄を持つ症例の階段練習について	朝永 麻菜美	医療法人永広会 八尾はあとふる病院
11	14:49～	頸椎性脊髄症の既往がある左大腿骨頸部骨折を呈した一症例	長谷川 静	八尾徳洲会総合病院 リハビリテーション科
12	15:02～	透析導入をした末期腎不全患者の一症例 ～運動負荷とADL～	大住 優香里	医療法人医真会 医真会八尾総合病院
13	15:15～	多発性硬化症患者に対する外来リハでの包括的評価・介入に向けて	池田 勇飛	宝持会 池田病院 総合リハビリテーションセンター

事故により左足部の機能障害を呈し、起立動作が困難となった一症例

安積 裕二¹⁾ 川島 康裕¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

key word : 起立動作・下腿内側傾斜・背屈運動軸

【はじめに】

今回、左下腿近位端骨折を呈され、起立動作が困難となった症例を担当する機会を得たので報告する。尚、本症例に対して症例発表の目的を説明し同意を得た。

【症例紹介】

X年Y月後退する車に撥ねられ受傷。急性期病院へ救急搬送され、観血的固定術を施行される。同年Y+2ヶ月当院回復期リハビリテーション病棟へ転院し理学療法を開始する。

【理学療法評価】

起立動作の際、殿部離床時に左足部回外に伴う下腿内側傾斜が生じる。さらに左足関節背屈が乏しく、殿部離床が困難となる。左足関節底屈自動運動では左足部回外・左足趾屈曲が生じ、左下腿三頭筋の筋収縮は乏しい。また運動時に左長趾屈筋の筋緊張亢進が認められる。左長趾屈筋の働きにより左足部回外が生じ、背屈運動軸が変位していると考えた。関節可動域検査では左足部外返し5度、左足趾伸展10度であり、左下腿三頭筋の徒手筋力検査は2であった。またレッグヒールアングルは内反10度であった。

【治療介入】

長趾屈筋の筋緊張緩和のために長趾屈筋ストレッチング、下腿三頭筋の筋力強化のために、カーフレイズを10回、3set実施した。治療は2週間実施しその後再評価を行った。

【結果】

関節可動域検査は左足部外返し10度となり、左下腿三頭筋の徒手筋力検査は2、レッグヒールアングルは内反5度となった。左足関節底屈自動運動では左下腿三頭筋の筋収縮増大が認められた。殿部離床時の左下腿内側傾斜が軽減し左下腿前傾が増大した。

【考察】

長趾屈筋の筋緊張緩和により足関節背屈運動軸が改善され、正常なアライメントでの足関節底背屈運動が可能となった。また下腿三頭筋の筋力強化により、長趾屈筋の代償が不要となったため、足部の回外が減少し背屈運動軸の変位が改善することで、下腿の前傾が獲得された。

降段動作にて、左踵離地直前に前下方への不安定性と左足関節前面に疼痛を認めた一症例

山本 俊明¹⁾ 今井 庸介¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

key word : 降段動作・疼痛・距骨前方偏位

【はじめに】

降段時に疼痛を認めた左脛骨遠位端骨折患者に対し、評価・治療を行った結果、疼痛軽減と安定性が向上したため報告する。尚、本症例に対し症例発表の目的を十分に説明し、同意を得た。

【症例紹介】

症例は左脛骨遠位端骨折を受傷した40代男性である。降段時の疼痛と前下方への不安定性を認めたため、降段時の疼痛軽減と安定性向上を目標とした。

【理学療法評価】

左制御降下期では左足関節背屈が乏しく、左足趾伸展と膝関節屈曲が急激に生じる事により左踵離地が急激に生じ、左足関節前方部に疼痛と前下方への不安定性を認めた。安定性の低下は、左足関節背屈可動域制限と左足関節底屈筋力低下と考えた。ROM-Tは左足関節背屈(自動5° 他動10°)であり足趾伸展すると下腿後面の伸張感を認めた。MMTは足関節底屈3であった。降段時のNRSは6であった。

足関節背屈可動域制限と足関節底屈筋力低下により、降段時に足関節背屈が阻害されると考えた。疼痛は長母趾屈筋・長趾屈筋の柔軟性低下により、降段での足関節背屈制限と足趾伸展を制動することが困難であると考えた。その結果、足関節背屈時の距骨後方移動を阻害する事で、足関節前方に圧迫ストレスが生じると考えた。

【治療介入】

長母趾屈筋・長趾屈筋へのストレッチを実施した。介入期間は2週間であり、40分治療を計3回実施した。

【結果】

左制御降下期での左足関節背屈による下腿前傾が増大した。NRSは1、ROM-Tは足関節背屈が15°、MMTは足関節底屈4と改善を認めた。

【考察】

谷埜は、長母趾屈筋・長趾屈筋の短縮が存在すると足関節背屈時に距骨が1.5mm前方に移動したとの報告がある。長母趾屈筋・長趾屈筋の柔軟性が改善することで降段での左足関節背屈が増大したことにより、足関節前方部痛は軽減し、前下方への不安定性も軽減したと考えた。

棘突起縦割式腰椎椎弓切除術後、反対側に坐骨神経痛を呈した一症例

神澤 佑哉¹⁾ 小坂 健二¹⁾ 竹若 茂樹¹⁾ 森 英人¹⁾

1) 河内総合病院 リハビリテーション部

Key word : 棘突起縦割式椎弓切除術・坐骨神経滑走練習・坐骨神経痛

【はじめに】

棘突起縦割式椎弓切除術後、反対側に坐骨神経痛を呈した症例に、坐骨神経滑走練習が有効であった為、報告する。尚、症例には本発表の目的を説明し同意を得た。

【症例紹介】

症例は脊柱管狭窄症の70代女性である。左下肢痛、腰痛にて当院で棘突起縦割式椎弓切除術を施行した。術後、左下肢痛は消失したが反対側の右臀部、大腿外側に疼痛が生じた。

【理学所見】

術前評価は、visual analogue scale(以下VAS)が左下肢に歩行時97mm(連続歩行距離860m)であった。術後1週で整形外科的テスト(右/左)はBonnetテスト(+/-)、Newtonテスト(-/-)、圧痛(右/左)は梨状筋(-/-)、腰椎椎間関節(-/-)。VASは右臀部と大腿外側に歩行時20mm(連続歩行距離80m)、SLRから他動股関節伸展96mmであった。

【治療】

一般的な運動療法に加え、SLRから足関節背屈および股関節内転操作にて坐骨神経滑走練習を積極的に実施した。

【結果】

坐骨神経滑走練習の即時効果はBonnetテスト陰性化、SLRから他動股関節伸展でVAS96mmから4mm、連続歩行距離80mから200mまで延長した。坐骨神経滑走練習の継続により術後4週で歩行時VASは0mm、連続歩行距離は1km以上可能となり自宅退院となった。

【考察】

本症例は術後1週で反対側に坐骨神経痛を示すbonnetテストが陽性で、SLRから他動股関節伸展で疼痛があり、坐骨神経が滑走する際に疼痛が生じている。また、理学所見から他の腰痛疾患は否定的である。棘突起縦割式椎弓切除術にて硬膜や反対側の神経根周囲に侵襲がある。松本は術後1週で結合組織に線維芽細胞が増殖すると述べており、神経根周囲での滑走障害で疼痛が生じたと考察した。Fahriは腰椎術後の癒着予防で神経滑走練習を推奨している。本症例は坐骨神経滑走練習により痛みと歩行が著明に改善した。

超音波療法と徒手療法の併用で降段時の疼痛が改善した左人工膝関節置換術後の一症例

竹田 美咲¹⁾ 千賀 恵¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

key word : 人工膝関節置換術後・超音波療法・降段動作

【はじめに】

左膝関節の疼痛により降段動作の実用性低下を認めた症例に対し理学療法を施行したため報告する。なお、本症例に対し発表の目的について説明し、同意を得た。

【症例紹介】

症例は左人工膝関節置換術後の80歳代女性である。術後翌日から理学療法を開始し、評価は術後50日目に行った。主訴は「痛みなく階段を降りたい」であり、Needを降段動作の実用性向上とした。

【理学療法評価】

自宅環境に合わせた12cmの降段では左膝関節前面にNRS:6の疼痛が生じた。左膝関節屈曲可動域(以下:ROM)は95°で、膝関節前面に疼痛が生じた。エコー検査では膝関節自動屈曲時の膝蓋腱・膝蓋下脂肪体の動態を目視で確認した結果、膝蓋下脂肪体に硬度の高い部位を認め、膝蓋腱の滑走性低下を認めた。

【治療方法】

膝蓋下脂肪体と膝蓋腱周囲へのダイレクトストレッチングと超音波療法を併用した。超音波療法は温熱作用で3日間と非温熱作用で7日間を、膝関節最大屈曲位で実施後、関節可動域訓練を実施した。

【結果】

治療後の評価で左膝関節屈曲ROMは110°、降段時の疼痛はNRS:1へと改善し、降段動作の実用性向上を認めた。また、エコーにて膝蓋下脂肪体の硬度は低下し膝蓋腱の滑走性改善を認めた。

【考察】

膝蓋下脂肪体の柔軟性低下により、膝蓋下脂肪体と膝蓋腱間の滑走性が低下していた。降段時に大腿四頭筋の遠心性収縮が生じた結果、より膝蓋腱に伸張性ストレスが生じたため、疼痛が出現したと考えた。森下らは、超音波療法は軟部組織硬度の改善に有効であると述べている。本症例においても超音波療法の併用が軟部組織硬度の改善と疼痛の軽減に繋がり、降段動作の実用性向上に至ったと考える。

杖歩行開始時、右立脚中期から終期にかけて前方への不安定性を認めた一症例

中野 孝則¹⁾ 梅本 梨花¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

Key Word : 下腿三頭筋・歩行開始時・人工関節全置換術後

【はじめに】

右膝人工関節全置換術(以下:TKA)40日後の症例を担当した。右下腿三頭筋に着目し、杖歩行の安定性が改善したため報告する。

【症例紹介】

症例は右TKAを施行された86歳の男性で、合併症は左TKA、洞不全症候群である。入院前は杖歩行自立であったが、現在では前方への不安定性を認める。今回、杖歩行の安定性の向上を目的に治療を行った。なお、本症例へは発表の目的を説明した上で同意を得た。

【理学療法評価・治療】

右立脚中期から終期に、右足関節背屈に伴う下腿前傾が急速に生じ、膝は屈曲し前方への不安定性を認めた。初期評価、MMT(右/左)は足関節底屈2-/2、膝関節伸展4/5、10m歩行は12.3秒/25歩(前方不安定性:3~4回)、底屈筋力(右/左)は徒手筋力計にて131.7/165.2Nm/kgであった。治療は、1回介入で背臥位での足関節底屈運動(10回×5set)、前足部を5cm補高したカーフレイズ(10回×3set)を行った。

【結果】

介入後、10m歩行は10.5秒/21歩(不安定性:1回)で改善傾向を認めた。底屈筋力は徒手筋力計にて17%増加を認めた。

【考察】

下腿三頭筋は、立脚中期から終期において遠心性に働き下腿前傾を制動する。治療後、右膝関節伸展位での右足関節背屈に伴う下腿前傾制動が可能になった。下腿三頭筋の遠心性収縮の活動が増加したためだと考える。

【まとめ】

今回、下腿三頭筋に治療を行い、即時効果として急速な下腿前傾が軽減し、前方への不安定性は軽減したが、杖歩行自立には至らず、今後継続的な介入が必要になると考えた。

遊脚後期の膝関節伸展の不十分さを呈した症例 -立脚後期に着目して-

藤原麻帆¹⁾ 林田一輝¹⁾

1) 藤井会リハビリテーション病院

key word : 遊脚後期・下腿三頭筋・歩行速度

【はじめに】

脳梗塞後の症例においてTerminal Stance(TSt)への介入を行い歩容と歩行速度の改善を認めた為報告する。本症例には発表の趣旨を口頭にて説明し、同意を得た。

【症例紹介】

70歳、男性。X年Y日呂律困難と右手の動かしにくさを自覚し受診。左放線冠~基底核の急性期脳梗塞を認め、Y+22日に当院入院となった。病前ADLは屋外独歩が可能であった。

【評価】

Y+82日BRST:VI/VI、右足関節背屈角度:5°、右足関節底屈MMT:3、股関節屈曲MMT:4、膝関節伸展MMT:5、快適歩行速度:14.57秒、最大歩行速度:9.59秒であった。ADLは杖歩行自立。右Terminal Swing(TSw)の股関節屈曲角度:34°、膝関節伸展角度:-24°(動画解析ソフトhudl techniqueで測定)。右TSwで膝関節伸展が不十分であり、踵接地から足底接地の時間が短縮しRocker機能が有効に発揮されず重心の上方移動が不十分であった。

【理学療法介入】

TSwの膝関節伸展不十分さの原因がTStにあると考え、Y+85日より段差を使用し、足関節背屈位からの底屈運動による下腿三頭筋の筋力強化をCKCで20回2セットと足関節背屈のROM練習を11日間実施した。

【結果】

Y+96日、右足関節底屈MMT:4、快適歩行速度:12.18秒、最大歩行速度:8.96秒となり、TSwで股関節屈曲角度:26°、膝関節伸展角度:-20°となった。

【考察】

TStの腓腹筋の活動が遊脚期の推進力と歩行速度を高める(木山ら、2012年)。本症例はTStの腓腹筋の活動増加がTSwの膝関節伸展角度を増加させ、その状態で踵接地を迎えることで有効なRocker機能を駆動させることができたと考え。またTSwの股関節屈曲角度が減少しており、代償軽減も認めた。以上のことが歩容と歩行速度の改善に寄与したと考える。

超音波療法による組織輝度・硬度の変化—脛腓骨骨幹部開放骨折後、偽関節の一症例—

堀口 怜志¹⁾ 田中 智也¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

key word : 超音波・輝度・硬度

【はじめに】

階段動作で下腿遠位部に疼痛が生じると予想される脛腓骨骨幹部開放骨折後の偽関節患者を経験した。治療過程にて組織輝度・硬度改善に超音波療法の有効性が示唆されたため報告する。ヘルシンキ宣言に基づき趣旨を説明し書面にて同意を得た。

【初期評価】

初期評価日は観血的骨接合術を施行後1年5か月、偽関節に対する骨・人工骨移植術、内側プレート固定術後70日であった。短下肢装具での片松葉杖歩行が許可され階段は未許可であった。関節可動域は左足関節背屈(膝屈曲位):10° 下腿遠位部にVisual analog scale(以下, VAS):40mmの疼痛を認めた。徒手筋力測定は足関節底屈:2+であった。超音波測定装置(ProSound 06)を用いて下腿遠位前方を背臥位で測定し輝度を算出した。下腿前方組織を皮下組織で除した輝度は健側:0.91 患側:2.16、組織硬度計を用いた硬度は健側:23.5 患側:38であった。

【治療・結果】

治療は長母指屈筋・足関節背屈筋群の運動療法と超音波療法を同時に実施し、初期評価から50日後に最終評価を行った。患側の足関節背屈可動域は25° VAS:0mm、輝度は1.6、硬度は26であった。また階段動作に実用性の低下は認めなかった。

【考察】

疼痛は下腿前方組織の硬度増大した状態で、足関節背屈時に後方組織が下腿骨間膜を介して前方組織を圧迫することが原因と考えた。不動や輝度に関する先行研究から線維性成分の増加や間質のゲル化が生じていると推察された。基質は圧・温熱刺激でゾル化すると報告されており、超音波療法による音圧・熱刺激が基質を変化させ輝度・硬度が改善したと考えた。

独歩にて右立脚中期に後方へ不安定性を認めた多発性脳梗塞の一症例

松田望美¹⁾ 白井孝尚¹⁾

1) 医療法人寿山会 法人リハビリテーション部

key word : 歩行・筋電図・腓腹筋

【はじめに】

右立脚中期に後方へ不安定性を認めた症例を担当した。腓腹筋に着目した理学療法により、独歩の不安定性が改善したため報告する。

【倫理的配慮、説明と同意】

本症例には倫理的配慮や発表の趣旨・内容の説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】

多発性脳梗塞の80歳代男性である。主訴は上手く歩きたい、ニードは独歩の安全性向上である。

【評価・治療】

右立脚中期に右足関節背屈に伴う右下腿前傾が乏しく、右膝関節屈曲による右大腿後傾が生じ、後方へ不安定性を認めた。関節可動域測定は、右膝関節伸展-5°、右膝関節伸展位での右足関節背屈0°で腓腹筋起始部に伸張性低下を認めた。徒手筋力検査は、右膝関節伸展4、右足関節底屈2であった。また、立位で膝関節屈曲・足関節背屈による下腿前傾を促すと急激な足関節背屈に伴う膝折れが生じ、前方に不安定性を認めた。さらに、筋電図から歩行時の右腓腹筋は、筋活動低下と活動時期の遅延を認めた。そこで、膝関節伸展位の足関節背屈可動域と下腿三頭筋の筋活動改善を目的に治療をおこなった。

【結果】

右膝関節伸展可動域0°、右膝関節伸展位の足関節背屈可動域5°、右足関節底屈筋力2+に改善した。歩行時の腓腹筋は、筋活動上昇、活動時期の遅延が改善した。また、右立脚中期の右膝関節屈曲が減少し、後方への不安定性が軽減した。

【考察】

Neumannらは、立脚中期の足関節背屈運動について、膝関節伸展の増加に伴い腓腹筋が遠心性収縮をしてヒラメ筋の役割をサポートすると述べている。今回、腓腹筋に着目した理学療法により、膝関節伸展位の足関節背屈可動域と下腿三頭筋の筋活動が改善され、独歩の安定性が向上したと考えた。

脳血管患者の片脚立位より体幹機能に着目し歩容の改善が図れた症例

森西 泰弘¹⁾ 宅間 幸祐¹⁾

1) 八尾はあとふる病院

key word : 片脚立位 体幹機能 歩容

【はじめに】

今回、右脳梗塞（右内包後脚）を発症された症例を担当した。本症例は当院入院（X日）+52日で下肢筋力、運動の分離に改善みられたが分回し歩行を呈した。そこで体幹機能に着目し介入することで分回し歩行の改善が図れたため報告する。

【倫理的配慮、説明と同意】

目的を十分に説明した上で同意を得た。

【症例紹介】

本症例は76歳男性で2年前散歩中に左半身の脱力を自覚し、救急搬送され、右脳梗塞と診断された。他院入院後、薬物療法が開始され、X日に当院に転院となり理学療法開始となった。本症例は毎日公園を散歩しており、歩行獲得の希望が強かった。

【経過・評価・治療】

X日から下肢感覚入力と筋力増強訓練、装具歩行練習を中心に介入したが、片脚立位は左右共0秒、Brunnstrom recovery stage 下肢IVで分回し歩行を呈した。X+52日以降の片脚立位は右7.7秒、左0秒でBrunnstrom recovery stageはVと改善し麻痺側股関節周囲筋MMTは4であったが分回し歩行を呈した。左右の片脚立位から左骨盤下制の代償として体幹右側屈を認めた。MMT麻痺側体幹回旋筋2と筋力低下認め、麻痺側体幹回旋筋筋力増強訓練を追加した。X日+66日で片脚立位は右18.6秒、左3.7秒、MMT麻痺側体幹回旋筋4と向上認めた。麻痺側体幹機能が向上し、分回し歩行に改善を認め、QOLの向上に繋がった。

【考察】

玉置らは、片脚立位で、遊脚側内外腹斜筋は骨盤を水平に保持すると報告している。このことから、麻痺側体幹の筋力増強訓練を行ったことで遊脚側の骨盤コントロールが向上し、歩容の改善が図れたと考える。感覚入力、筋力増強訓練、装具歩行練習に加え、体幹機能に対する介入が有効であった。

廃用症候群で既往に視野狭窄を持つ症例の階段練習について

朝永 麻菜美¹⁾ 峰岡 大貴¹⁾

1) 八尾はあとふる病院

key word : 視野狭窄・階段練習・自宅環境

【はじめに】

既往に視野狭窄がある症例において、環境を変えることより、助量の軽減を図れた経験をした為、ここに報告する。

【倫理的配慮、説明と同意】

本人、家族に症例発表の目的を十分に説明した上で同意を得た。

【症例紹介】

本症例は50歳代の女性である。乳がん後の脳転移による後頭葉の欠損と右頭頂葉の脳出血が既往にあり、視野狭窄と認知機能の低下、筋力低下が認められる。入院前は22cmの階段昇降を1人介助で移動していた。尿路感染症から敗血症を発症し介助量が増大したため当院へ入院となった。

【評価・経過】

初期評価は、長谷川式簡易知能評価スケール16/30点、注意機能の低下、線分末梢試験で右下1/4以外の見落としが多く、MMTは股関節屈曲3/3、膝関節2/2、足関節背屈3/3であった。安静時立位姿勢は胸腰椎後彎、骨盤後傾位、両膝屈曲位であった。10cmの階段動作は体幹支持と下肢の誘導介助のため2人介助で行った。再評価の結果で大きな変化は認めなかった。残りの入院期間が2週間の時点で20cmの階段動作を評価した。

【結果】

20cmの階段動作は下肢誘導介助が不要となり1人介助が可能であった。

【考察】

下肢の誘導介助が不要になった理由は、20cmの階段の方が下肢挙上から接地までの距離が短く早期に足部が固定されるため接地位置が安定し誘導介助が不要になったのではないかと考える。

また、瀬々らは視覚障害を有する場合、同じ環境で反復した動作練習を行うことで動作が定着すると報告している。本症例は20cmの階段動作は自宅生活を送る中で動作の定着が図れており介助量が軽減したと考える。

頸椎症性脊髄症の既往がある左大腿骨頸部骨折を呈した一症例

長谷川 静¹⁾ 中村 竜大¹⁾

1) 八尾徳洲会総合病院 リハビリテーション科

Key word : 大腿骨頸部骨折・頸椎症性脊髄症・分回し歩行

【はじめに】

今回、既往歴に頸椎症性脊髄症(以下 CSM)のある大腿骨頸部骨折患者の分回し歩行に対して理学療法を実施したため報告する。

【論理的配慮、説明と同意】

本症例に対し発表の趣旨と倫理的配慮の説明を行い同意を得た。

【症例紹介】

本症例は 80 歳代女性であり、転倒にて左大腿骨近位部骨折を受傷し、骨接合術を施行後翌日より理学療法を開始した。既往歴は右大腿骨頸部骨折、CSM がある。受傷前の移動は左短下肢装具を装着し T 字杖歩行であった。歩容は分回し歩行を呈していたと家人より情報があつた。

【初期評価】

術後 1 日目は意識・全身状態共に問題なく、運動時痛は術創部にありフェイススケール(以下 FRS)6 点、関節可動域(以下 ROM)は左股関節屈曲 60° 伸展-5°、左足関節は背屈-5°、筋力は左股関節屈曲・伸展・外転 MMT2、左足関節背屈 MMT2 であつた。その他の ROM、筋力に問題はない。歩行は術後 5 日目より左短下肢装具装着下で開始した。左遊脚期に股関節外転位、左立脚期に体幹前傾・膝折れを認めた。

【経過】

炎症軽減目的にアイシングを行い、左股関節の屈曲・伸展・外転に対して ROM 運動と筋力増強運動を実施した。歩行時、異常歩行の修正は口答指示のみでは困難であつたため、鏡やビデオで視覚的フィードバックを与えながら動作練習を実施した。

【結果】

術後 16 日目には運動時痛は術創部に FRS2 点、ROM は左股関節屈曲 100° 伸展 10°、筋力は股関節屈曲・伸展・外転 MMT4 となつた。歩行は T 字杖を使用し、体幹前傾位・膝折れが改善、左遊脚期の分回し歩行が軽減した。

【考察・まとめ】

本症例は受傷前より CSM の影響で分回し歩行を呈していた。今回大腿骨頸部骨折術後の歩行動作に着目し、フィードバックを用いた機能障害へのアプローチと共に歩行練習を実施し、分回し歩行の軽減を認めた。

透析導入をした末期腎不全患者の一症例 ～運動負荷と ADL～

大住 優香里¹⁾ 三好 卓宏¹⁾ 中村 泰章¹⁾

1) 医真会八尾総合病院

key word : 腎不全・透析・ADL

【はじめに】

今回、末期腎不全患者を担当する機会を得たため報告する。本症例に発表の趣旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】

本症例は 40 代女性、結核疑いで他院へ 4 ヶ月間入院し、ネフローゼ症候群と診断され除水(72→54 kg)を施行した。全身状態は悪く独歩から伝い歩きレベルに低下した。X 日に脱力症状が出現し当院へ入院した。68 kg まで増加し除水を数回行い、X+26 日に MRSA 感染し倦怠感・右下肢疼痛によりベッド上が続いた。X+42 日に透析・離床開始となつた。

【初期評価 X+65 日頃】

下腿周径は右+5 cm と著明な浮腫を認めた。筋力(右/左)は腹筋群 2、大殿筋 2/2、中殿筋 3/2、大腿四頭筋 3/3、下腿三頭筋 2+/2+ であつた。触診では腹筋群の筋出力低下を認めた。10m 歩行器歩行は 28 秒で、左右立脚期に体幹動揺がみられた。息切れ・易疲労性・持久性低下も認めた。ADL は歩行器見守り、FIM は 72 点であつた。

【理学療法】

浮腫管理、腹筋群や股関節周囲の筋力増強運動、介助下で立位・歩行練習を行った。Borg Scale 12~15 の中等度を目安に負荷量を調整し実施した。

【経過】

除水目標体重は 60 kg から 49 kg へ減量していった。透析中の循環動態は安定し、透析日は浮腫や倦怠感は少なく日差変動は軽減していった。

【結果 X+85 日頃】

下腿周径は右+0.5 cm、筋力は大殿筋 3/2、中殿筋 3/3、触診より腹筋群の筋出力向上を認めた。10m 歩行器歩行は 14 秒で体幹動揺や息切れは軽減した。ADL は歩行器自立、独歩軽介助、FIM は 103 点となつた。

【考察】

医師による透析の導入により除水され浮腫は軽減した。さらに運動療法により筋ポンプ作用の働きにより心肺機能が改善されたと考える。よって全身状態や慢性疾患による筋活動性低下等の向上が改善されたと考える。よって透析と運動の相乗効果により ADL 向上へ繋がつたといえる。

多発性硬化症患者に対する外来リハでの包括的評価・介入に向けて

池田勇飛¹⁾ 河野茉莉絵¹⁾ 中本直子¹⁾ 池田耕二²⁾

1)宝持会 池田病院 総合リハビリテーションセンター

2)大阪行岡医療大学 医療学部 理学療法学科

Key word : 多発性硬化症・理学療法・外来リハ

【はじめに】

今回、多発性硬化症(以下、MS)1症例に対する外来リハによる包括的な評価を試みた結果と今後の介入について報告する。尚、本報告にあたり十分な説明を行い、本人と施設の同意を得た。

【症例紹介】

症例は56歳、女性であり、診断名はMSであった。現病歴はX年1月にMSと診断され薬物療法が開始となった。X+17年9月に投薬量が一定となり症状は安定するもADLが低下していたため、X+18年5月より外来リハが開始となった。社会的情報は夫と二人暮らしであった。

【評価と経過】

初期評価ではMS由来の著明な運動障害はなかったが、活動意欲等の低下や全身に日内変動を伴う疼痛(PDAS45点、NRS10点)、易疲労性等が認められ、FIMは79点であった。そのため、疼痛及び疲労を考慮しつつADL向上を目的として筋力増強運動や有酸素運動を行った。約2ヵ月後に持久力は向上し、FIMは109点となった。しかし、疼痛(PDAS40点、NRS8点)やADLの自発性低下が依然として認められた。そこで、慢性痛患者の生活管理(池田 2017)を参考に生活習慣の視点から包括的評価を行った。その結果、不眠、便秘、夫の病態理解不足、ストレス等の新たな課題が明らかとなった。そこで、夫婦に対し、紙面を用いて病態理解を促すことや介護ケアの提案等、包括的な介入を運動療法と併せて検討している。

【考察】

MSに対する運動療法は有効とされ、本症例も身体機能やFIMに改善がみられた。しかし、本症例では疼痛、ADLにおける自発性低下という課題が残っており、これらを解消するためには慢性痛患者と同様の包括的な介入が必要になると考えられた。今後は外来リハによる指導や教育等を実践し、その有効性を検討したい。

運営委員（組織体系）

大会長	井門 文哉	介護老人保健施設あおぞら
準備委員長	金谷 浩二	八尾はあとふる病院
演者調整係	大村 達史	医真会八尾リハビリテーション病院
査読係	有末 伊織	関西福祉科学大学
	井尻 朋人	喜馬病院
	上田 哲也	八尾徳洲会総合病院
	金谷 浩二	八尾はあとふる病院
	服部 玄德	八尾徳州会総合病院
	光田 尚代	喜馬病院
	三好 卓宏	医真会八尾総合病院
	森 耕平	関西福祉科学大学
	米元 佑太	東大阪山路病院

総務	辻本 多恵子	介護老人保健施設南荘の郷
財務	井尻 朋人	喜馬病院
会場係	三好 卓宏	医真会八尾総合病院
