



第 14 回泉州ブロック新人症例発表会

Osaka Physiotherapy Association Senshu Block 14th Congress

泉州ブロック新人症例発表会 Vol.14



日時 : 平成 31 年 1 月 13 日(日)

会場 : エブノ泉の森ホール

主催 : 公益社団法人 大阪府理学療法士会 泉州ブロック

目 次

ごあいさつ	2
会場案内、見取り図	3
ご案内、演題発表要項	4
タイムスケジュール、プログラム	5
一般演題	7
大会運営組織・委員一覧、編集後記	16

公益社団法人大阪府理学療法士会泉州ブロック

第 14 回泉州ブロック新人症例発表会を開催するにあたって

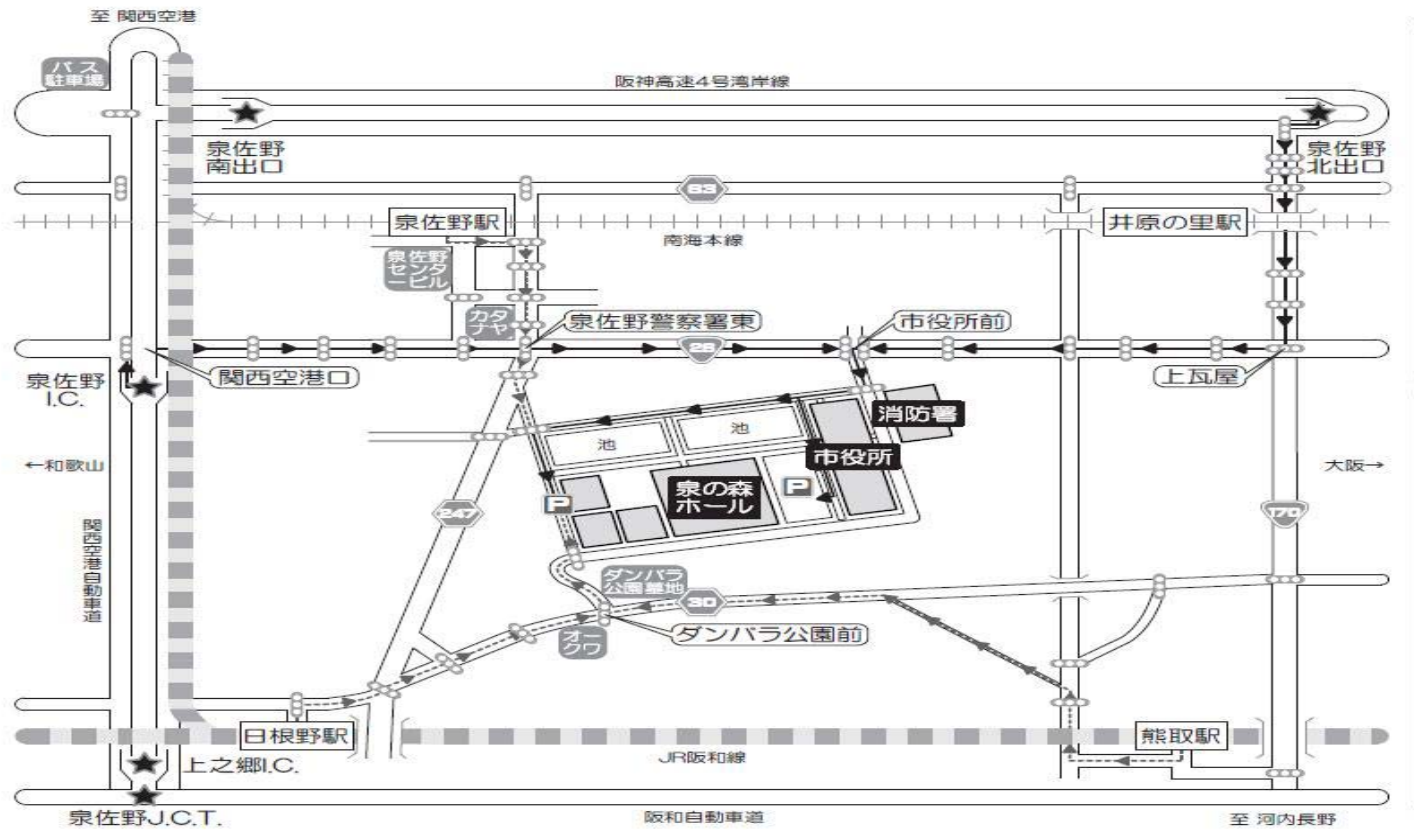
公益社団法人大阪府理学療法士会泉州ブロック 第 14 回泉州ブロック新人症例発表会を、平成 31 年 1 月 13 日（日）エブノ泉の森ホール（小ホール）で開催いたします。

泉州ブロックは、（公社）大阪府理学療法士会のブロック活動のさきがけとして活動を開始し、地域における医療・保健・福祉の連携を深めてまいりました。（公社）大阪府理学療法士会は、次年度より各ブロックを更に細分化した市区町村士会に生まれ変わります。この泉州地域におきましては 9 市町村（高石市、泉大津市・忠岡町、和泉市、岸和田市、貝塚市、泉佐野市・田尻町、熊取町、泉南市、阪南市・岬町）となり、今後は各市区町村士会における活動となる予定です。細分化されたことで、地域に密着した理学療法や、発表会のような教育の研鑽を行っていきたいと思っております。例年ご協力頂いております（一社）大阪府作業療法士会泉州ブロック、（一社）大阪府言語聴覚士会泉州ブロックのご協力を得まして、今年度は作業療法に関する演題を 2 演題、言語聴覚療法に関する演題を 1 演題発表頂く予定でございます。改めて感謝申し上げます。演者は抄録やスライドの作成を地域のコーディネーターと意見を重ね、本日に至るまでの準備をして参りました。近隣の理学療法士間における意見交換や互いの教育をする大切さは発表会ならではの経験であり、理学療法士の成長には必要な経験値であります。これも地域の諸先輩方よりご指導頂きましたお陰であると痛感しております。

本大会が皆様にとりまして、実りのあるものになりますよう心から願っております。

第 14 回泉州ブロック新人症例発表会
大会長 西川正一郎

会場案内・見取り図



第 14 回泉州ブロック新人症例発表会のご案内

1、参加費：無料

2、参加受付について

- ①受付は当日 **9 時 30 分**より行います。
- ②ネームカードに所属・氏名をご記入の上、ご着用をお願いします。ご着用されていない方のご入場はお断りします。

3、留意事項

- ①会場内は飲食禁止です。また、当日弁当の準備はしておりません。近隣の飲食店をご利用ください。
- ②喫煙は所定の場所で行います。
- ③会場内での携帯電話のご使用はご遠慮ください。
- ④アナウンスによる呼び出しは原則として行いません。
- ⑤ご来場は公共交通機関をご利用ください。

演題発表要項

I 演者へのお願い

- 発表 7 分・質疑応答 4 分の時間を設定しています。発表および質疑応答に関しては座長の指示に従ってください。
- 演者や所属などの変更がある場合には、当会場の演者受付に申し出てください。
- 原則としてアナウンスによる呼び出しは行いませんので、時間厳守をお願いします。不測の事態で所定の時間に間に合わない場合は、大会本部または当会場の受付までご連絡ください。

II 座長へのお願い

- 開始時刻の 10 分前までに次座長席にお越しください。
- 演題発表は 7 分の口頭説明の時間を設定しています。質疑応答時間の設定および進行については座長に一任します。座長は討議が円滑に進むようにご配慮ください。
- 不測の事態にて座長の職務が遂行不可能であると判断された場合は、速やかに大会本部または当会場の受付までご連絡ください。

III 質疑応答について

座長の指示に従って、活発なご討議をお願いします。なお、質問の際には必ず所属と氏名を告げ、簡潔明瞭にしてください。

第 14 回泉州ブロック新人症例発表会 タイムスケジュール

時間	内容
9 : 30 ~	受付開始
10 : 00	開会式・大会長挨拶
10 : 10 ~ 11 : 00	第 1 セクション 運動器系
11 : 10 ~ 12 : 00	第 2 セクション 運動器系 OT・ST 推薦演題
13 : 00 ~ 13 : 50	第 3 セクション 神経系
14 : 00 ~ 14 : 50	第 4 セクション 運動器系
14 : 50 ~	閉会式・準備委員長挨拶

演題発表 プログラム

演題発表プログラム

第 1 セクション 運動器系

10 : 10~11 : 00

座長：藤井 隆文（葛城病院）

1. 人工股関節置換術後に感染が生じ、人工股関節抜去術後に人工股関節再置換術を施行した一症例
佐野記念病院 田中 克
2. 30 年前に両側内反股骨切り術を施行された後、両側 THA 施行された一症例
佐野記念病院 山添 健斗
3. 立ち上がり動作時に右膝関節内側部痛が軽減し、活動性が向上した両変形性膝関節症患者の一症例
なかつか整形外科リハビリクリニック 中野 翔太
4. 職場復帰を目指し移乗介助動作に着目した右膝蓋骨骨折術後の一症例
りんくう永山病院 山内 翔太

第 2 セクション 運動器系 OT・ST 推薦演題

11 : 10~12 : 00

薦本 尚展（永山病院 OT）

浜田 仙子（大阪晴愛病院）

5. 歩行時に大殿筋上部痛を認めた腰部脊柱管狭窄症術後の一症例
りんくう永山病院 森 保
6. 復職を目的とする症例への他職種連携における OT としての役割
葛城病院 大石 和磨

7. 肩甲骨内転筋の改善が、右上肢のリーチ動作に影響を与えた頸椎症性脊髄症の一症例
りんくう永山病院 渡瀬 瞭

8. 言語聴覚士と保健師の協働による神経難病患者の嚥下障害への初期対応
河崎病院 仲原 元清

第3セッション 神経系 13:00~13:50

座長：茨木 重行（佐野記念病院）

9. Sjögren 症候群に伴う感覚失調性ニューロパチーにより感覚鈍麻を呈し、立ち上がりの安全性低下を認めた一症例
大阪晴愛病院 岡 春奈

10. クモ膜下出血を呈し階段降段動作の右前方移動相において右後方への不安定性を生じた一症例
河崎病院 稲岡 こずえ

11. 右足部と左股関節へ理学療法を行った結果、立ち上がり動作の実用性向上を認めた悪性リンパ腫脊髄転移後の一症例
関西医療大学附属診療所 土山 隼一

12. 慢性期脳卒中患者に対して姿勢制御を促し、立ち上がり能力の向上を認めた一症例
和田病院 今井 章人

第4セッション 運動器系 14:00~14:50

座長：西田 大希（ひがしはら整形外科リウマチクリニック）

13. 術前の体幹、術側下肢アライメントに着目し、疼痛・跛行が軽減した人工膝関節置換術症例
大阪リハビリテーション病院 松村 拳志

14. 荷重応答期から立脚中期にかけて膝関節前内側部に疼痛が生じる高位脛骨骨切り術後の1症例
玉井整形外科内科病院 反保 裕貴

15. 骨盤アライメントに着目してアプローチした人工股関節置換術後症例
大阪リハビリテーション病院 中谷 顕

16. 左上腕骨大結節骨折後に可動域制限を呈し、家事動作が困難となった一症例
あさぐも整形外科クリニック 皆吉 優奈

第 1 セクション

運動器系

(演題番号 1～4)

第 2 セクション

運動器系 OT・ST 推薦演題

(演題番号 5～8)

第 3 セクション

神経系

(演題番号 9～12)

第 4 セクション

運動器系

(演題番号 13～16)

1 第1セクション 運動器系

人工股関節置換術後に感染が生じ、人工股関節抜去術後に人工股関節再置換術を施行した一症例

田中克 斎藤徹也
佐野記念病院リハビリテーション科

key word : 人工関節抜去術・人工関節再置換術・殿筋群

【はじめに】今回、約7年前に右人工股関節全置換術を施行した症例に感染が生じた為、右人工股関節抜去術を施行し、約5カ月後に人工股関節再置換術を施行した症例を担当した。約5カ月間の免荷期間と再置換術後の著明な可動域制限と筋力低下に対する治療と殿筋群の荷重下での筋収縮に着目して再学習を行った結果、歩行改善が認められた為ここに報告する。

【症例紹介】50代女性。股関節痛が生じた為、当院受診。既往歴として7年前に右THA施行。術前はT字杖自立。人工関節抜去術後翌日から理学療法を開始した。

【初期評価】人工股関節抜去術後は臼蓋と大腿骨をセメントで閉じていた為、関節面が無い状態であった。Dr.より免荷の指示と股関節可動域訓練、筋力増強訓練の許可はあったが、関節運動を伴う筋収縮は困難であった。ROM-t(右/左)は股関節屈曲80°/110°、伸展0°/5°であった。再置換術後は1カ月の免荷期間を経て段階的に荷重開始となった。初期評価は杖歩行開始時(術後74日目)としROM-tは股関節屈曲100°/110°、伸展0°/5°、MMTは股関節伸展3/5、外転2/5であった。歩行は、右立脚初期～荷重応答期での骨盤右回旋が出現、右立脚中期での体幹右側屈が出現、右立脚後期での股関節伸展低下を認めた。

【理学療法】人工股関節抜去術後の股関節ROMexは臼蓋と大腿骨の衝突がおき困難な為、股関節周囲筋のダイレクトストレッチを実施。MSEXは他関節筋の廃用予防を実施。また全身持久力の低下を防ぐためフィジオステップでの運動を実施。再置換術後は股関節伸展ROMex、股関節伸展、外転筋MSEXを中心に実施。殿筋群については、OKCトレーニングを中心に施行し、筋力向上が認められたが荷重下での殿筋群の収縮が乏しかった為、OKCからCKCトレーニングに切り替えた。CKCトレーニングではより歩行動作に近い状態での殿筋群の収縮を促したかった為、吊り上げ式トレッドミルを使用し、殿筋群の収縮を促した。

【最終評価】再置換術後92日目に実施。ROM-tは股関節伸展5/5、MMTは股関節伸展4/5、外転4/5であった。歩行としては独歩自立レベルとなり、右立脚初期～荷重応答期での骨盤右回旋軽減、右立脚中期での体幹右側屈軽減、右立脚後期での股関節伸展低下は軽減した。

【考察】再置換術後の跛行については、股関節伸展ROM制限、股関節伸展、外転筋力低下に着目し、殿筋群MSEXではOKCトレーニングからCKCトレーニングへと段階により負荷量を調節した。最終的には吊り上げ式のトレッドミルを使用し、筋の収縮様式を再学習できたことにより荷重下での殿筋群の筋力が発揮され、跛行の軽減がみられたと考える。本症例は人工関節抜去術後の長期の免荷期間に予後予測をし理学療法を行うことで、再置換術後の経過は良好であったと考える。

2 第1セクション 運動器系

30年前に両側内反股骨切り術を施行された後、両側THA施行された一症例

山添健斗 斎藤徹也
佐野記念病院 リハビリテーション科

key word : THA・アーチ・足部

【はじめに】今回30年前に両側内反股骨切り術を施行された後、両側変形性股関節症と診断され、2年前に右側THA今回左THAを施行された一症例。また、今回腰部、股関節を中心にリハビリ介入を始めたが、膝関節痛、外果下部の疼痛は残存したため、足部への介入を行い改善がみられたため報告する。

【症例紹介】60歳代の女性、内反股骨切り術後に疼痛が出現し、X線より重度の左変形性股関節症と診断され、術前でのSMDは72/69cmであった。術前からリハビリ介入。手術翌日、術後リハビリ介入し、術後8日目平行棒内歩行、術後12日目歩行器歩行、20日目T字杖歩行開始、30日目独歩開始。

【初期評価(術後8日)】立位は、軽度右凸の側彎、骨盤前傾、腰椎前彎位、右股関節屈曲、軽度外転、膝関節屈曲、内反、下腿外側傾斜、後足部回内、前足部回外し、足部外側接地であった。歩行の左立脚中期～後期に腰椎前彎位で股関節伸展が著しく制限され、骨盤の左回旋が見られる。また、左立脚期では左踵骨回内位、下腿外捻が考えられる。ROMは股関節屈曲85°/60°P、股関節伸展5°P/-10°～-15°P。MMTは股関節屈曲4/2P、伸展4/2P、外転4/2P。下肢長はSMD72/73cm。エリーテスト陽性。両側腸腰筋、大腿直筋、梨状筋、大腿筋膜張筋、背筋群が過緊張である。舟状骨高は左5.7cm、右は6.1cmで内側縦アーチの減少がみられた。また、傾斜版を用いて踵骨回内位での荷重を行うと膝関節痛、外果下部痛の増強もみられ、NRSでは6/10であった。10m歩行は歩行器用いて16.5秒。

【理学療法】股関節周囲、体幹に対しては可動性向上、筋力増強を目的にベッド上、立位で訓練を実施。足部に対しては、荷重位で傾斜版を用い踵骨回外位に誘導しステップ訓練などの荷重訓練を実施。また、インソールを用いてアーチ低下を減少させての荷重訓練を行った。

【最終評価(術後29日)】ROMは股関節屈曲90°/85°P、伸展5°/5°P、腹臥位の膝関節屈曲125°/115°Pと改善。MMTは、股関節屈曲4/4、伸展4/4、外転4/4へ向上。エリーテストは、骨盤挙上減少し伸張痛も軽減。立位は、骨盤前傾、腰椎前彎が軽減。歩行は、腰椎前彎が軽度軽減し立脚後期の股関節伸展軽度改善。膝関節、外果下部の疼痛は1/10に改善。10m歩行は11.9秒に改善。舟状骨高は0.2cmの改善があった。

【考察】主な問題点は、手術によって伸張された腰部、股関節周囲筋の影響による可動性低下、筋力低下であった。ROM、MMT共に向上がみられたことで立位、歩行の共通の問題点であった骨盤前傾位、腰椎前彎の軽減が得られ、軽度動作の改善がみられたが、足部のImpairment、膝関節痛、外果部痛に対しても介入を行い歩行時の踵骨回内位、足部外側接地が軽減し、歩容・歩行速度・疼痛軽減の改善がみられた。

立ち上がり動作時に右膝関節内側部痛が軽減し、活動性が向上した両変形性膝関節症患者の一症例

中野翔太 平松慧之 山本将輝

医療法人青洲会 なかつか整形外科リハビリクリニック

key word : 変形性膝関節症・立ち上がり動作・疼痛

【はじめに】長期入院後の著明な筋力低下、右膝関節の痛み、立ち上がり動作の失敗への不安が強く自宅内での活動量が低下した右変形性膝関節症患者を担当した。運動療法の結果、自宅内での活動量が増大したので報告する。尚、発表に際し患者に説明し同意を得た。

【症例紹介】70代女性。腰痛の増悪、両膝関節痛が出現し、他院にて両変形性膝関節症と診断され約3ヵ月入院となる。退院直後に自宅のトイレへの移動の際に転倒され、右膝関節痛増悪し、再び4ヵ月入院となる。退院後、自宅内での活動性向上を目的に当院デイケアを週2回利用開始となる。

【初期評価：X年4月】立ち上がり動作の問題点は殿部離床時に、右足関節背屈による下腿前傾が乏しく、右足部外転位で足底接地したまま足部回外による下腿外旋が増強し、右膝が内反位より外反位となる。この時、右膝関節内側痛が生じる。また、体幹前傾が乏しいと、殿部離床に失敗する。尚、自宅内ではT字杖を使用し、自室からトイレまでの移動は自立していた。関節可動域検査(以下ROM、R/L)にて、足関節背屈 $0^{\circ}/5^{\circ}$ 、股関節屈曲 $120^{\circ}/120^{\circ}$ である。徒手筋力検査(以下MMT、R/L)にて、股関節伸展3/3であり、右側で筋力低下が著明であった。膝関節伸展2/2であった。立ち上がり動作の疼痛評価として、部位は右膝関節内側、Numerical Rating Scale(以下、NRS)は最大6であった。また、右下腿外旋、右膝外反を徒手的に減少した際に、疼痛が軽減した。加えて右鰻足部に圧痛を認めた。30秒椅子立ち上がりテスト(以下CS-30)は5回であった。

【理学療法】右足関節背屈可動域練習を中心に実施した。加えて、体幹前傾を意識した立ち上がり動作練習を繰り返す行うことで股関節・膝関節の筋力強化を図った。また、デイケア利用時間中には積極的に機械を用いた筋力強化を促した。

【最終評価：X年7月】右足関節背屈による下腿前傾が生じ、右膝外反が軽減し、殿部離床に失敗する回数は減少し、安定性が向上した。ROMは足関節背屈 $10^{\circ}/10^{\circ}$ 、MMTは股関節伸展4/3、膝関節伸展3/3と筋力向上を認めた。疼痛評価はNRS3に軽減、CS-30は10回と改善を認めた。

【考察】本症例は右足関節背屈可動域制限による下腿前傾が乏しく、右足部外転位で足部回外が生じることで、下腿外旋・下腿内側傾斜が生じていた。そのため、この動きを制動する鰻足筋群が過活動となり、鰻足部にストレスが加わり疼痛が生じていたと考える。右足関節背屈可動域が改善した結果、右下腿外旋、右膝外反による右鰻足部痛が軽減した。また、川端らはCS-30の改善は転倒傾向改善に有意性が認められると報告している。本症例はCS-30にて改善を認め、転倒傾向が軽減した結果、自室で行っていた食事をリビングに移動して行うようになり、自宅内の活動性が向上したと考える。

職場復帰を目指し移乗介助動作に着目した右膝蓋骨骨折術後の一症例

山内翔太 中村彩乃 稲葉悠人

りんくう永山病院 リハビリテーション課

key word : 膝蓋骨骨折・移乗介助動作・膝関節のアライメント

【はじめに】職場復帰のため移乗介助動作(以下介助動作)の獲得が必要である右膝蓋骨骨折術後の患者を担当した。介助動作時に右膝蓋骨内下方に疼痛を認めた。膝関節のアライメントに着目し、介入した結果良好な結果が得られたので報告する。尚、発表に際し患者に同意を得た。

【症例紹介】40代女性であり、診断名は右膝蓋骨横骨折であった。平成X年Y月Z-3日に転倒し受傷した。Z日に手術にてスクリュー固定され、Z+15日に当院転院となった。転院時の病棟ADLは自立であったが、現職は看護師であり介助動作時に疼痛が生じ職場復帰が困難であった。

【初期評価 Z+17日】介助動作での着座相開始肢位より膝蓋骨外側偏位、下腿内旋位を認め、右膝関節屈曲荷重により右膝蓋骨内下方に疼痛を認めた。ROM-tは右膝関節屈曲 110° であった。MMTは右膝関節伸展3であった。安静時筋緊張検査は右外側広筋(以下VL)、右膝窩筋(以下PM)に過緊張を認めた。触察より内側広筋(以下VM)の収縮が乏しかった。下腿回旋変位、膝蓋骨のアライメントを計測した。内側上顆～脛骨粗面間(以下MT)8.8cm、外側上顆～脛骨粗面間(以下LT)7.7cmであった。内側上顆～膝蓋骨中央間(以下MP)7.0cm、外側上顆～膝蓋骨中央間(以下LP)6.5cmであった。疼痛肢位と同様のランジ動作を実施した。徒手的に膝蓋骨を内側、下腿を外旋誘導すると疼痛は消失した。今回の疼痛部位は術後襲部であり、そこには大腿四頭筋の腱膜～内側膝蓋支帯である。VMからは腱膜が膝蓋骨内側面に伸びており脛骨顆部に付着する。開始肢位よりVL、PMの過緊張により膝蓋骨外側偏位と下腿内旋位を認め、膝関節のアライメント不良が生じていた。そのアライメントから膝関節屈曲荷重するもVMの筋力低下により膝蓋骨外側偏位が助長され、腱膜～内側膝蓋支帯にストレスが生じ疼痛が生じると考えた。

【理学療法】①VL、PMのリラクゼーション②膝関節伸展筋筋力増強訓練③介助動作訓練

【最終評価 Z+61日】ROM-tは右膝関節屈曲 150° であった。MMTは右膝関節伸展5であった。筋緊張検査は右VL、PMは正常であった。触察よりVMの収縮改善を認めた。下腿回旋変位はMT9.1cm、LT7.4cmであった。膝蓋骨のアライメント評価はMP5.8cm、LP6.9cmであった。よって、開始肢位での膝蓋骨外側偏位、下腿の内旋位が軽減しランジ動作時の疼痛が消失した。

【考察】本症例は介助動作の着座相開始肢位に膝関節のアライメント不良が生じ、その後膝関節屈曲荷重にて疼痛が出現していた。VL、PMの筋緊張改善により開始肢位での膝蓋骨外側偏位、下腿内旋位の軽減を認めた。また、VMの筋力向上により膝関節屈曲荷重での膝蓋骨内側への牽引力が向上した。結果、腱膜～内側膝蓋支帯の疼痛が消失したことで介助動作の獲得に至った。

歩行時に大殿筋上部痛を認めた腰部脊柱管狭窄症術後の一症例

森保 丸山力哉 今奈良有

りんくう永山病院 リハビリテーション課

key word : LCS・大殿筋上部・疼痛

【はじめに】今回腰部脊柱管狭窄症 (Lumbar canal stenosis : 以下 LCS) により、初期接地時に右大殿筋上部痛が出現した症例を担当した。左立脚後期に対するアプローチの結果、疼痛改善に至った為ここに報告する。尚、発表に際し症例に説明し同意を得た。

【症例紹介】70 歳代女性、4 月下旬より左下肢に痺れと疼痛が出現し、5 月中旬より歩行困難となる。6 月 X 日に LCS と診断され、A 病院にて X+1 日腰椎椎体後方固定術 (L3-4-5) 施行、X+12 日に当院転院となる。入院前 ADL は独歩で自立であった。

【初期評価 (X+13 日)】院内 ADL は、独歩の安定性・持久性が低下していた。独歩は全歩行周期を通して骨盤前傾位であり、左立脚後期に左股関節伸展が乏しい。右初期接地で右股関節過内転し骨盤左下制が生じ、右大殿筋上部痛を認めた。FIM は 111/126、ROM-t (右/左) は、股関節伸展 5/15°、0/10° (膝関節屈曲位) であった。imageJ を用いた立位時の骨盤前傾角度は 11.3/11.8° であり、片脚立位は 13.7/18.1 秒であった。MMT は股関節屈曲 4/2、内転 3/2、外転 3/3 であった。NRS は歩行時大殿筋上部 7/10 であり右股関節外転位で右股関節伸展すると右大殿筋上部に疼痛が生じる。6 分間歩行は約 280m であり右大殿筋上部痛が増強する。

本症例は、左腸腰筋と股関節内転筋の筋力低下が生じ、左立脚後期の股関節伸展が減少していた。加えて右大腿直筋の伸張性低下による骨盤前傾により、左腸腰筋と股関節内転筋の活動が低下していた。そのため、右初期接地で右股関節内転による積極的な右下肢への体重移動により骨盤左下制が生じ、右大殿筋上部に疼痛を認めた。

【理学療法】①静的ストレッチ (右大腿直筋) ②筋力増強訓練 (左腸腰筋、左股関節内転筋) ③ステップ訓練 (左腸腰筋、左股関節内転筋の促通) ④歩行訓練

【最終評価 (X+49 日)】院内 ADL は独歩で自立している。全歩行周期を通しての骨盤前傾位が改善し、左立脚後期で左股関節伸展が出現している。右初期接地で右股関節内転による骨盤左下制は軽減し、右大殿筋上部痛は改善している。FIM は 126/126、ROM-t は股関節伸展 15/15°、10/15° (膝関節屈曲位) である。骨盤前傾角度は 8.2/8.7° であり、片脚立位は 21.1/28.1 秒であった。MMT は股関節屈曲 4/4、内転 4/4、外転 4/4 であった。NRS は歩行時大殿筋上部 0/10 であり 6 分間歩行は 400m となり疼痛は認めなかった。

【考察】Perry らは大殿筋上部は初期接地に股関節外転作用にて骨盤の遊脚側への下制を制動すると述べている。今回、左腸腰筋、左股関節内転筋の筋力向上と骨盤前傾角度の軽減によって左立脚後期の股関節伸展が改善した。その結果、右初期接地での右股関節内転に伴う骨盤左下制が改善し、右大殿筋上部痛が消失したと考える。

復職を目的とする症例への他職種連携における OT としての役割

大石 和磨

葛城病院 リハビリテーション部 作業療法課

key word : 連携、記憶障害

【はじめに】今回、重度記憶障害を呈した症例に対し、復職を目的に他職種との連携を図った。その経過に若干の考察を加え以下に報告する。尚、本報告に対し同意を得ている。

【症例紹介】50 歳代の男性。診断名は前交通動脈瘤破裂によるくも膜下出血。前職は医療ソーシャルワーカーであり、現在は休職中。主訴は「もう仕事に行ける」であり、自身の症状を認識できていない状況であった。発症約 3 ヶ月間は当院回復期病棟で PT・OT・ST を受け、退院 1 ヶ月後に復職目的で OT・ST 外来リハビリ開始となった。

【初期評価 (発症後 4 ヶ月)】画像所見より、右側海馬、海馬傍回、両側前頭葉の萎縮を認めた。著明な運動麻痺や感覚障害は認めなかった。神経心理学的所見では、WAIS-III VIQ103・PIQ103・FIQ104、RBMT 標準プロフィール点 8 点、BADS15 点、TMTA・B ともに実施困難であり、知能は保たれているが注意・記憶に低下を認めた。注意の持続は 5 分程度が限界であり、前向き健忘症状が著明であった。在宅生活では、服薬や食事の摂取を忘れ、常に声かけが必要であったが、全て自身で行えていると認識していた。

【作業療法】復職するにあたって、注意・記憶機能の改善、服薬管理の自立を目的に介入を開始した。経済的負担を考慮し、障害者就業・生活支援センターや事業所と連携した結果、外来リハビリに月 1 回通院、事業所に週 5 日勤務することとなった。外来リハビリ時に高次脳機能の評価を行いつつ、実際に事業所へ OT が訪問し、作業内容を評価する機会を持った。事業所では他利用者と共に手作業を中心に 1 日 5 時間各 50 分単位で実施した。3 ヶ月に 1 回家族・担当セラピスト・事業所スタッフ・障害者就業・生活支援センタースタッフでケース会議を行い、進捗状況の確認と目標の再検討を行った。

【最終評価 (発症後 6 ヶ月)】TMTA99 秒、B112 秒、BADS22 点、RBMT14 点と改善を認めた。事業所での作業遂行は持続して可能となり、服薬管理は自立した。事業所への通勤も自立し、妻の介助は最小限となった。また、「今の自分じゃ利用してもらえない」と復職に対しての気づきが得られた。

【考察】退院後初期より、他職種・家族と連携を図り、情報共有が可能な環境を設定できた事により、各々で症例に対しての理解が得られやすく、共通した目標に向けた積極的な介入が可能となったと考える。今後は職場に出てからの定着アプローチに焦点を当てて、介入を継続していきたい。

肩甲骨内転筋の改善が、右上肢のリーチ動作に影響を与えた頸椎性脊髄症の一症例

渡瀬 瞭 田中 健司 宮前 美香

りんくう永山病院 リハビリテーション課

key word : 肩甲骨内転筋・肩甲骨アライメント・リーチ動作

【はじめに】今回頸椎性脊髄症術後、右肩甲骨内転筋の筋力低下により努力的なリーチ動作となる症例を担当した。肩甲骨内転筋に着目し介入した結果、リーチ動作が改善し机上作業の向上に繋がった。その結果を以下に報告する。尚、今回の発表に際し、本症例にその旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】40歳代男性で利き手は右手である。職業は配管整備業、粗大性と巧緻性を必要とする机上作業や現場作業が中心で現在は休職中である。主訴は右手が重たい。平成X年Y-4月頃より右上肢の痺れや疼痛、脱力感が出現し、同年Y-3月にA病院を受診した。Y-2月Z日にA病院でC3～7頸椎椎弓形成術を施行し、Y月Z日に当院リハビリ目的で転院される。

【初期評価 Z+1 日～Z+2 日】頸椎症 JOA スコア 8/17 点、FIM84/126 点、MMT 肩関節屈曲 4、肘関節屈曲 4、肩甲骨内転 3 であった。肩甲骨内転では、僧帽筋の中・下部線維の筋出力が低下していた。筋緊張検査は、右僧帽筋上部、大胸筋、小胸筋、広背筋、大円筋の筋緊張亢進を認めた。安静時の肩甲骨のアライメントは、右肩甲骨外転、上方回旋、軽度前傾であった。物品へのリーチ動作は、努力的で肩甲骨挙上と外転、上方回旋を過剰に認めた。また頸部と体幹の左側屈、肩関節外転、内転を認めた。肘関節伸展後は更に努力性を強め、特に肩甲骨挙上が増大した。常に背もたれにもたれた状態で動作を行っており、5分程度で頸部の倦怠感や全身疲労感が出現し「疲れた。横になりたい。右手が常に重たい。」と発言を認めた。

【作業療法】肩甲骨の代償を減少させるために背臥位で筋力増強訓練を行い、その後に机上訓練を行った。また疲労感が出ない様に負荷量と環境を調節した。

【最終評価 Z+22 日】頸椎症 JOA スコア 12/17 点、FIM126/126 点、MMT 肩関節屈曲 5、肘関節屈曲 5、肩甲骨内転筋 4、僧帽筋の中・下部線維の筋力改善を認めた。筋緊張検査は右僧帽筋上部、大胸筋、小胸筋、広背筋、大円筋の筋緊張改善も認めた。安静時の肩甲骨のアライメントは、右肩甲骨外転、上方回旋、前傾が減少した。物品へのリーチ動作は、肩甲骨内転、下制が可能となったことで頸部と体幹の左側屈、肩甲骨外転、内転が減少した。また背もたれにもたれることなく、疲労感や倦怠感の訴えが減少し「右手が軽くなった。」と発言を認めた。

【考察】本症例は、頸椎性脊髄症による肩甲骨内転筋の筋力低下により、肩甲骨のアライメント不良から努力的にリーチ動作を行っていた。そのため、肩甲骨内転筋でも特に僧帽筋中部・下部線維に着目し、介入したことで努力的動作とならず肩甲骨内転、下制位でスムーズにリーチ動作が可能となった。肩甲骨周囲の安定やリーチ動作が改善したことで机上作業の改善にも繋がったと考える。

言語聴覚士と保健師の協働による神経難病患者の嚥下障害への初期対応

仲原 元清

社会医療法人 慈薫会 河崎病院

key word : 嚥下障害・神経難病・地域

【はじめに】当院では、保健所からの依頼に応じ、嚥下障害が出現した神経難病患者に対し言語聴覚士が保健師との同伴訪問を実施している。保健師が患者およびその家族との定期的な面談で嚥下障害のスクリーニングを行い、同伴訪問が開始される。今回、3年間の言語聴覚士と保健師の同伴訪問における評価時の問題点とその際に必要とした対応を報告し考察する。

【対象と方法】期間は、2014年7月から2018年1月まで、対象者は16名であった。対象者の年齢は80歳代2名、70歳代5名、60歳代7名、50歳代2名であった。疾患の内訳はパーキンソン病9名、脊髄小脳変性症3名、筋萎縮性側索硬化症2名、多系統萎縮症1名、筋ジストロフィー1名であった。言語聴覚士が嚥下機能評価を行った後にその対応についてのアドバイスをを行った。

【結果】対象者の嚥下障害は、藤島式嚥下グレードで平均8.4であった。14名(87.5%)が3食経口摂取を継続していたが、2名(12.5%)は経口摂取が安定せず低栄養状態であった。13名(81.3%)の患者が保健師と面談するまで嚥下障害に関する知識が乏しい状態であった。評価時の問題点は「食事、飲水時のむせ」が93.8%と多く、次いで「口腔機能低下、構音障害」が62.5%であった。その他項目として「流涎」43.8%、「特定の食物、飲料水が摂取しにくくなった」31.3%、「食事量、水分量の低下」25.0%、「湿性嘔声」12.5%、「姿勢の崩れ」12.5%、「意識低下」6%であった。「原因不明の発熱、痰量の増加」などの誤嚥性肺炎を疑わせる所見は認めなかった。対応では、「食形態調整」が81.3%、「口腔機能訓練の導入」が81.3%と多かった。その他は「呼吸訓練の導入」43.8%、「姿勢の調整」25.0%、「食事(介助)方法指導」18.8%、「口腔ケア指導」18.8%、「調理器具や嚥下食品の紹介」12.5%、「呼吸器症状、栄養状態の管理」6.3%であった。疾患特性への対応として、「ウェアリングオフとの食事のタイミング」「幻覚、妄想が出現した際の食事の対応」「胃瘻の説明」「血圧変動がある際の食事への準備」「嚥下食の食事動作」などのアドバイスをを行った。

【まとめ】神経難病患者の多くはその進行とともに嚥下障害を発症する。その反面、嚥下障害は患者および家族にとって認知度が高くなく、その対応も広まっていなかったため、誤嚥性肺炎を機に嚥下障害が発見される症例も少なくない。嚥下障害を早期に発見し、その対応を行うことは神経難病患者の健康を保つために重要な対応であると考えられる。今回の訪問でも患者とその家族は、食事の際の違和感を解釈できずにいた。今回のように保健師が嚥下障害のゲートキーパー機能として働き、専門職が具体的なアドバイスが行うシステムが確立できれば、神経難病患者の誤嚥性肺炎のリスクを大きく軽減できる期待が出来ると思われる。

Sjögren 症候群に伴う感覚失調性ニューロパチーにより 感覚鈍麻を呈し、立ち上がりの安全性低下を認めた一症例

岡春奈 打越慶一郎
大阪晴愛病院

key word : 立ち上がり・視覚代償・ショパール関節回外

【はじめに】Sjögren 症候群に伴う感覚失調性ニューロパチーを呈した症例を担当した。左下肢優位の感覚鈍麻と筋緊張異常に対して、理学療法を行った結果、立ち上がりの安全性に改善を認めたので報告する。尚、発表に際し症例の同意を得た。

【症例紹介】80 代男性。2 年前から左足底前内側に異常感覚を自覚。1 年前、A 病院受診し末梢優位の知覚障害を認め、4 か月前、B 病院での精査加療にて Sjögren 症候群と診断。病日 120 日後当院で外来リハビリ開始。

【初期評価（病日 180 日後）】立ち上がり動作の屈曲相は、左ショパール関節が回外し、左下腿が外旋、左股関節は外旋する。この時、左足底前内側が離地し、左足底後外側の接地となる。殿部離床時から伸展相では、左ショパール関節の回外が強まり、左下腿の外旋が増大、左股関節が外旋するとき、後方へ転倒傾向を認めた。関節可動域検査では、左足部に制限を認めなかったが、背屈、外返しの際に、左前・後脛骨筋の筋緊張亢進による抵抗感があつた。筋緊張検査では、左前・後脛骨筋は、静止時筋緊張検査で、背臥位は正常域、座位は亢進を認めた。左腓骨筋群は、他動運動での筋緊張検査で低下を認めた。感覚検査では、位置覚は左足関節 1/5、表在感覚は左足底後外側面が 8/10、前内側面が 2/10 である。立ち上がり動作の安全性低下は、左前・後脛骨筋の筋緊張亢進と左腓骨筋群の筋緊張低下、左足部の感覚鈍麻により、屈曲相で左ショパール関節が回外となり、殿部離床時から伸展相では、左ショパール関節の回外が増大し、左下腿の外旋、左股関節の外旋が強まることで、後方に転倒傾向が生じていると考えた。

【理学療法】背臥位で左前・後脛骨筋のストレッチを施行した。座位では、左前・後脛骨筋の過剰な筋収縮を抑制し、左腓骨筋群を促通するため、左ショパール関節の回内への誘導と、前足部への荷重を促し、視覚で足底接地を確認しながら、立ち上がりを反復した。頻度は週 2 回実施した。

【最終評価（病日 210 日後）】立ち上がり動作の全体を通して、左ショパール関節が回内し左足底の前内側が接地した。殿部離床時から伸展相は、左足底が接地しており、左下腿の外旋と左股関節の外旋が軽減したことで、後方への転倒傾向が改善した。

【考察】本症例が、左ショパール関節の回外を強めた立ち上がり動作を行うようになった要因は、発症が左足底の前内側の異常感覚であるため、感覚入力しやすい左足底の後外側を押し付けた接地となり、その結果、左前・後脛骨筋の筋緊張が亢進したのではないかと考えた。治療としては、左前・後脛骨筋の筋緊張亢進の抑制と、左腓骨筋群の筋緊張低下の促通を行い、左足部のアラインメントを整え、感覚鈍麻に対しては、視覚代償を用いた。これらの治療を実施し、動作練習を繰り返したことが、動作の再学習につながり、立ち上がり動作の安全性が向上したと考える。

クモ膜下出血を呈し階段降段の右前方移動相において右後方への不安定性を生じた一症例

稲岡こずえ 柳瀬治彦
医療法人慈薫会 河崎病院 リハビリテーション科

key word : 右片麻痺・階段降段動作・右前方移動相

【はじめに】右前・中大脳動脈領域のくも膜下出血により右片麻痺を呈した症例の階段降段動作に着目し改善に至ったので報告する。尚、今回の発表に際し症例にその旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】70 歳代女性。自宅で意識消失し他院へ救急搬送され、くも膜下出血と診断を受け開頭クリッピング術が施行された。43 日後当院へ転院し理学療法開始となる。発症から 110 日目において独歩・近位監視となり 6 日後に階段動作練習を開始する。

【初期評価（発症 116 日目）】階段降段動作にて自宅の手すりは降段時に右側のみとなるため、右片手すりでの把持し練習を実施した。右下肢から 2 足 1 段で降段し後方から軽介助を要した。右体重受容相にて殿部が後方移動し、前方移動相に右股関節屈曲・膝関節過伸展が出現、制御下降相に右後方への不安定性を認め介助を要した。SIAS は 48 点、BSR-t は右上肢 V、手指 VI、下肢 IV、足関節背屈角度（膝関節伸展位）は左 5° / 右 0°、触診にて背臥位での右ハムストリングスと右下腿三頭筋の筋緊張亢進、深部腱反射（右）はアキレス腱++、荷重検査にて体重 45kg に対し右下肢の最大荷重が 30kg 可能、FACT は 11 点であった。本症例は右前脛骨筋・下腿三頭筋の筋出力の困難さがあり、立脚相において不安感から視線が下を向き、頭頸部屈曲による体幹前傾と挙げられた。前方移動相へ移行するが足関節底屈が出現し、膝関節過伸展・右股関節屈曲による伸展パターンがみられた。そのため、足関節背屈運動が出現せず制御降下相へ移行することで骨盤の後方偏位が生じ、右後方への不安定性を認め、介助を要したと考えた。

【理学療法】①右下肢の OKC から CKC への運動②ステップ練習③右下肢荷重練習④段差昇降練習

【最終評価（発症 187 日目）】降段動作にて右上肢で手すりを把持し前方移動相から制御下降相にて膝関節軽度屈曲で保持が可能となり修正自立レベル。SIAS は 72 点、BRS-t 右下肢 V、足関節背屈角度は左右ともに 10°、触診にて立位姿勢の下腿三頭筋筋緊張軽減、粗大筋力にて右 4/5、左 4/5、FACT は 20 点右片脚立位は右手把持し保持可能であった。

【考察】中村らは降段動作では主動作筋を大腿四頭筋・下腿三頭筋とし、拮抗筋をそれぞれハムストリングス・前脛骨筋としている。これらの同時収縮により降段動作の遊脚相と立脚相を安定させるとしている。本症例は伸展パターンにより右後方への不安定性を生じていた。原因として右足関節の背屈制限、右下腿三頭筋の筋緊張亢進によるものと考えた。理学療法を実施したことにより、右足関節の可動域向上・右下腿三頭筋と前脛骨筋の筋出力コントロールが可能となり、右下肢へ荷重が可能となったことで支持性が向上したと考える。

右足部と左股関節へ理学療法を行った結果、立ち上がり動作の実用性向上を認めた悪性リンパ腫脊髄転移後の一症例

土山隼一¹⁾ 福本悠樹²⁾

1) 関西医療大学附属診療所 リハビリテーション科

2) 関西医療大学 保健医療学部 臨床理学療法学教室

key word : 立ち上がり動作・下腿後傾・股関節屈曲

【はじめに】

右足部と左股関節への理学療法により、立ち上がりの実用性向上を認めた症例を担当した。発表に際し本人の同意を得た。

【症例紹介】

50歳代の男性で1年前に脾臓を原発とするステージⅣの悪性リンパ腫が脊髄転移し、びまん性の脊髄不全損傷を認めた。ASIA機能障害尺度では、判定Cであった。

【初期評価】

両上肢で支持物を把持した立ち上がり動作の屈曲相にて両足関節背屈が乏しく、両足趾MP関節伸展により空間的な下腿前傾が生じる。更に両足趾は床接地しつつ第3から5趾のMP関節外転と距骨下関節回外により両足底内側が床から離地し、空間的な下腿外側傾斜と共に両股関節外転・外旋し、下肢開排を認める。続いて股関節屈曲による骨盤前傾が乏しく殿部離床後に後方への不安定性と転倒傾向を認めた。検査の結果、右足関節底屈・底屈・外返し、底屈・内返し筋力はMMTにて判定1、右ヒラメ筋・足部内反筋群の筋緊張亢進と腓骨筋群の筋緊張低下も認め、右足関節背屈可動域は0° 右足部外がえし可動域は0° と制限を認め、足部の問題により足部へ荷重しにくく、骨盤前傾も不十分であったと考えた。

【理学療法】

ヒラメ筋と足部内反筋群へのストレッチ、ヒラメ筋の収縮を確認しつつスクワットを行い、腓骨筋群の収縮を確認しつつ横足根関節回内を誘導し、立ち上がり動作の実施を約20分、週に3回の頻度で1ヶ月間続けた。

【最終評価】

理学療法後、筋力に変化はなかったが、右ヒラメ筋と右足部内反筋群、右腓骨筋群の筋緊張異常に改善傾向を認め右足関節背屈可動域も0° から5° 右足部外がえし可動域も0° から5° に改善、に改善、屈曲相で両足底内側を床に接地させつつ両足関節背屈に伴う下腿前傾が増大し、下肢開排軽減を認めた。しかし、屈曲相での股関節屈曲による骨盤前傾は未だ乏しく、再検査後、左股関節屈曲筋力MMTにて判定1、左腸骨筋に筋緊張低下を認めたため、座位で骨盤を後傾から前傾へ引き出し、腸骨筋の促通を実施した。結果、筋力に変化はなかったが、左腸骨筋の筋緊張異常に改善傾向を認め屈曲相での骨盤前傾が出現し、転倒傾向が軽減した。

【考察】

左足部の問題が下腿前傾を阻害すると共に、外側傾斜を生じさせ、更に右股関節の問題が骨盤前傾を妨げ、屈曲相での身体重心の前方移動を不十分とした結果、立ち上がり動作の実用性を低下させていたと考えた。

慢性期脳卒中患者に対して姿勢制御を促し、立ち上がり能力の向上を認めた一症例

今井章人 岩間亮也

医療法人晋教館和田病院

key word : 網様体脊髄路・姿勢制御・体幹筋

【はじめに】左内包後脚に脳梗塞を発症後180日が経過した症例を担当する機会を得た。運動麻痺の回復は発症後90日でプラトーに達するという報告があるが、姿勢制御に関与している網様体脊髄路を考慮し、両側体幹筋・股関節周囲筋の筋活動を促す事で立ち上がり能力の向上を認めた為、以下に報告する。尚、発表に際し症例の同意を得た。

【症例紹介】70歳代女性。左内包後脚に脳梗塞を発症後180日が経過し、当院へ入院となり、翌日より理学療法開始した。

【初期評価(発症180日目)】BRS:右上肢V、右下肢・右手指Ⅳであった。筋緊張検査は安静時・動作時とも右腹斜筋群・脊柱起立筋・両側大殿筋に筋緊張低下を認め、両側ハムストリングス・下腿三頭筋の筋緊張亢進を認めた。臨床的体幹機能検査(以下FACT)は1/20点。関節可動域測定(以下、ROM-T、右/左:°)は膝関節伸展-20/-25、足関節背屈0/0であった。FIMは69/126点であった。端座位姿勢は右腹斜筋群・脊柱起立筋の筋緊張低下により体幹左側屈・左回旋、骨盤後傾位を認め、座位保持困難であった。立ち上がり動作の屈曲相では骨盤前傾・股関節屈曲・足関節背屈が不十分で、平行棒の引き込みにより、前方への重心移動を行っており、重心位置が前方になる事でハムストリングスや下腿三頭筋の緊張が高まっていた。その要因として脊柱起立筋・両側大殿筋の筋緊張低下により、屈曲相での重心前方移動を行うことが困難であると考えた。

【理学療法】両側ハムストリングス、下腿三頭筋のストレッチと腹臥位にて腹筋群への筋活動を促した。活動量の向上に合わせて四つ這い、両膝立ち、立ち上がり、立位保持訓練にて両側の体幹筋・股関節周囲筋の筋活動を促した。

【最終評価(発症238日目)】右腹斜筋群・脊柱起立筋・両側大殿筋の筋緊張が改善し、両側ハムストリングス・下腿三頭筋の筋緊張亢進が軽減した。ROM-Tは膝関節伸展-5/-10、足関節背屈5/5へ改善し、FACT17/20点と改善を認めた。FIMは76/126点と向上した。端座位姿勢は体幹左側屈・左回旋が改善し、支持なしでの座位保持が可能となった。また立ち上がり動作では足関節背屈の関節可動域が改善した事で臀部離床時に下腿を前方傾斜させて、身体重心の前方移動が可能となり、両側体幹筋・大殿筋の筋緊張改善により、屈曲相での股関節屈曲に伴う骨盤前傾が増大し、臀部離床が可能となった。引き込みでの立ち上がり動作が改善した事で大腿四頭筋の筋活動が起りやすくなり、ハムストリングスや下腿三頭筋の筋緊張が低下した。

【考察】「網様体脊髄路は両側の体幹筋・四肢近位筋の活動を調節し、動作を支える姿勢制御に関与する」と報告があり、網様体脊髄路を考慮して、両側の体幹筋・股関節周囲筋の筋活動を促した。その結果、体幹機能の改善を認め、立ち上がり能力の向上に繋がったと考える。

術前の体幹、術側下肢アライメントに着目し、疼痛・跛行が軽減した人工膝関節置換術症例

松村拳志 高木俊成

大阪リハビリテーション病院 リハビリテーション療法部

key word : 人工膝関節置換術後・疼痛・術前歩容

【はじめに】今回、右人工膝関節置換術(以下:TKA)後症例を担当した。術前の歩容が術後も残存しており、体幹・右下肢のアライメントに着目してアプローチした結果、歩行時の疼痛・跛行の軽減を認めた為、報告する。尚、発表に際し症例の同意を得た。

【症例紹介】50代前半男性。6年前より両膝痛が出現。両変形性膝関節症(内側型)と診断され、右TKA施行。術後翌日より、理学療法を開始した。術前歩行は、右荷重応答期(以下右LR)から右立脚中期(以下右Mst)に体幹右傾斜、右股関節外転、右膝関節屈曲、膝内反、右下腿外旋、右足部外転し、右膝内側に疼痛を認めた。右大腿骨脛骨角は術前 187° 、術後 176° であった。

【初期評価(術後7日目)】歩行は、右LRから右Mstで、体幹右傾斜、右股関節外転・内旋、右膝関節屈曲、右下腿外旋、右足部外転し、右鷲足部痛が出現した。右Mstから右立脚終期(以下右Tst)で、右股・膝関節伸展が不足していた。身体機能(右/左)は、関節可動域(以下ROM:°)は、股関節伸展 $10/10$ 、膝関節伸展 $-20P/-20$ 、屈曲 $50P/60$ 、足関節背屈(膝最大伸展位) $0/5$ 。徒手筋力検査(以下MMT)は、股関節伸展 $5/5$ 、外転 $4/5$ 、膝関節伸展 $2P/5$ 、足関節底屈 $2+/2+$ 、立位時の触診筋緊張は、立位時の触診にて右大腿筋膜張筋・大腿直筋・縫工筋・外側広筋に過緊張を認め、Visual Analogue Scale(以下VAS)は歩行時の右鷲足部・膝蓋腱部に 74mm 、術後7日目CRPは 0.8mg/dl であった。

【理学療法】右鷲足部にリラクセーションや超音波療法、右膝・足関節ROM練習、右膝・足関節周囲筋群の筋力増強運動を行った。立位練習では、右側を高く設定した平行台で両手を支持、体幹正中位を意識させ、徒手的に右膝関節屈曲、下腿外旋、足部外転を修正し、右下肢へ荷重させた。

【最終評価(術後35日)】歩行は、右LRから右Mstの現象が軽減し、右鷲足部痛は消失した。右Mstから右Tstの右股・膝関節伸展が増大し改善した。ROMは膝関節伸展 $-10/-15$ 、屈曲 $90P/80P$ 、足関節背屈(膝最大伸展位) $5/10$ 。MMTは膝関節伸展 $5/5$ 、足関節底屈 $4/3$ に向上。歩行時の右鷲足部・膝蓋腱痛は、VASで 0mm に改善した。

【考察】甲斐らは膝関節内反角の増加は、患側立脚相で体幹を患側へ傾斜すると述べている。また、江戸らは、膝関節屈曲・内反、足関節背屈位で、膝関節伸展制限が顕著なほど、下腿回旋が優位と述べている。本症例は、術前の歩容で、右膝屈曲、下腿外旋し、疼痛回避の為、体幹が右傾斜していたが、術後も残存していた。また、術前から右膝・足関節ROM制限や右大腿四頭筋・下腿三頭筋の筋力低下により、右膝関節屈曲、右下腿外旋、右足部外転が強まり、術後に右鷲足部痛を認めていた。その為、機能障害の改善に加え、術前から残存する体幹、右下肢のアライメント異常を修正した立位荷重練習を行った結果、疼痛・跛行の軽減に繋がったと考察する。

荷重応答期から立脚中期にかけて膝関節前内側部に疼痛が生じる高位脛骨骨切り術後の1症例

反保裕貴 中尾祐基

玉井整形外科内科病院 リハビリテーション室

key word : OWHTO・歩行・膝蓋下脂肪体

【はじめに】

右脛骨骨切り術(以後OWHTO)後、独歩において右膝関節前内側部痛が生じた症例を担当した。今回、独歩の動作分析、理学療法を施行することで、良好な結果を得られたので報告する。尚、今回の発表に際し、症例にその旨を説明し同意を得た。

【症例紹介】

70代女性。診断名は右変形性膝関節症(以後OA)、術式はOWHTOを施行。現病歴はX-5年に右膝前内側痛を認め、当院を受診した際にOAと診断を受け、関節内注射にて疼痛の軽減を認めた。しかし、X年Y月Z日に再度右膝内側痛を認め、Z+14日にOWHTOを施行。翌日より理学療法介入が開始される。

【初期評価】(術後4週目)

右足部軽度外転、回外位、右膝関節軽度屈曲位の状態で右足尖を正中よりやや外側に向け右着床初期を迎える。その後、荷重応答期(以後LR)にかけて右足部回内が生じる。この時大腿に対して下腿の内旋、内側傾斜により右膝関節外反が生じ、右膝関節前内側部にNRS7の痛みを認める。炎症所見としてCRP値 0.27 であった。ROM-tは右膝関節屈曲 135° 伸展 0° 右足関節背屈 5° 、MMTは膝伸展3、股関節、足関節に著明な筋力低下は認めません。FTA(術前→術後) $180^{\circ} \rightarrow 172^{\circ}$ と術後右膝関節は軽度外反位、外反ストレス検査は陽性、圧痛所見は右膝前内側部に認める。

【理学療法】

- ①膝蓋下脂肪体のストレッチング ②足関節背屈ROM訓練
- ③ステップ訓練 ④歩行動作訓練

【最終評価】

初期評価時に認めた右立脚期における右足部外転の減少、大腿に対して下腿の内旋、内側傾斜が減少することで右膝関節外反の減少により右膝関節前内側部痛はNRS2程度に減少する。ROM-tとして右足関節背屈は 10° に改善、圧痛所見も初期評価時より軽減傾向を認める。膝伸展筋力はMMT3であったが増加傾向を認める。

【考察】

本症例の歩行時の右膝前内側部痛は術前の膝内反による影響が大きいと考える。内側型OAでは膝内側部の軟部組織の滑走不全を認めると考える。その状態でOWHTOを施行することで膝内側部の軟部組織に伸張ストレスが生じやすくなると考えた。Scottらは無麻酔下の状態で関節内組織の疼痛感度を調べ最も疼痛を感じる部位は膝蓋下脂肪体(以後IFP)である。圧痛所見、外反強制を徒手的に行った際に同部位に疼痛を認めたことから本症例の疼痛の要因はIFPと考える。加えて、歩行時に足部の外転、回内による足関節背屈の代償、右LRに身体重心が右膝外側部を通ることによって右立脚中期での右下腿の内側傾斜、膝外反が生じ滑走不全が生じているIFPに過度な伸張ストレスによる疼痛が生じたと考える。そのため、上記の理学療法実施後には歩行時の右足関節背屈が生じ、膝外反によるIFPへの伸張ストレスの軽減、疼痛が減少したと考える。

骨盤アライメントに着目してアプローチした人工股関節置換術後症例

中谷 顕 池田 遼介

大阪リハビリテーション病院 リハビリテーション療法部

key word : 人工股関節置換術・歩容・骨盤前傾

【はじめに】今回、立位および歩行時の、過度な腰椎前弯、骨盤前傾位が特徴的であった左人工股関節置換術（以下、左 THA）後の症例を担当した。骨盤前傾に着目して介入した結果、歩容の改善に至った為、ここに報告する。尚、発表に際し症例の同意を得た。

【症例紹介】症例は、約1年前に右 THA (Dall 法)を施行し、退院後、左股関節痛が悪化し左 THA を施行した60歳代の女性である。術後翌日より歩行器歩行移動を開始している。

【初期評価（術後3週目）】立位姿勢、歩行動作共に腰椎前弯、骨盤前傾位が特徴的であり、加えて立位姿勢では、胸椎右側屈・右回旋、骨盤左回旋、両股関節屈曲・内旋位であった。また、独歩(近位監視)では、左荷重応答期で左股関節外転・内旋に伴い、胸椎右回旋、骨盤右挙上・左回旋を認め、左立脚中期へ移行するに従い、これらの現象が増大し、以降の左股関節伸展は認められなかった。身体機能検査において、関節可動域(以下、ROM、右/左:°)は股関節伸展10/-5、股関節内転15/5、徒手筋力検査(以下、MMT、右/左)は体幹屈曲2、体幹回旋2/2、股関節外転3/2、股関節伸展4/4であり、左側の片脚立位は2.6秒であった。

【理学療法】術後より、左股関節伸展 ROMex や腹直筋・内、外腹斜筋(以下、腹筋群)、左大・中殿筋の筋力増強運動などを実施した。これらの可動域や筋力は向上するも、立位姿勢、歩容の改善が乏しく、立位での筋収縮を促通すべきと考えた。術後7週目より、ベッドを骨盤まで上昇させ上肢支持し、腰椎後弯、骨盤中間位を徒手的に誘導、維持させた状態で左立脚中期を想定した荷重練習を反復し、持続的な腹筋群、左大・中殿筋の収縮を促した。左立脚中期の左股関節外転の軽減に伴い、術後8週目より院内独歩自立とし、更なる改善を狙い、上記の治療を継続した。

【最終評価（術後11週目）】特徴的であった立位姿勢、歩行動作の腰椎前弯、骨盤前傾位は軽減し、立位姿勢における胸椎右側屈・右回旋、骨盤左回旋、両股関節屈曲・内旋位も軽減した。独歩(自立)においても、左荷重応答期から左立脚中期での左股関節外転・内旋に伴う腰椎右回旋、骨盤右挙上・左回旋が軽減し、左立脚中期以降の左股関節伸展が増加した。ROMは股関節伸展が10/5、股関節内転15/15、MMTも体幹屈曲4、体幹回旋4/4、股関節外転3/3、股関節伸展4/4と向上し、左側の片脚立位は5.2秒に改善した。

【考察】症例は、腰椎前弯、骨盤前傾位が特徴的であり、これらのアライメントから腹筋群、大殿筋が伸張位となり、それぞれの筋収縮が得られ難かったと考える。また、山田らは「骨盤前傾・後傾位で股関節外転筋出力は有意に低下し、骨盤中間位で最も高くなる」と述べている。立位で、徒手的に腰椎後弯、骨盤中間位を誘導し、維持させたことで、持続的な腹筋群、左大殿筋の収縮が促通され、立位姿勢での腰椎前弯、骨盤前傾位に軽減を認めたと考える。加えて、左立脚中期を想定した荷重練習の反復により、左中殿筋の収縮が促通され左荷重応答期から左立脚中期での、左股関節外転に軽減を認め、歩容の改善に至ったと考察する。

左上腕骨大結節骨折後に可動域制限を呈し、家事動作が困難となった一症例

皆吉 優奈 谷口 功次

あさぐも整形外科クリニック

key word : 上腕骨大結節骨折、筋攣縮、インピンジメント

【はじめに】今回、左上腕骨大結節骨折受傷後（Neer 分類1 - パート）に家事動作（頭上での動作）が困難となった症例を担当した。関節可動域制限に着目しアプローチを行った結果、家事動作の獲得がみられたので報告する。尚発表に際し症例の同意を得ている。

【症例紹介】40歳代女性で約4か月前に玄関の上がり框で足を踏み外し転倒。左肩を強打し激しい疼痛があったが約2カ月間病院に行かず、疼痛軽減がみられず左肩が挙がらなくなっていた為来院し左上腕骨大結節骨折と診断される。

【初期評価】受傷2カ月後の座位での左肩甲骨は下方回旋位していた。肩甲骨面挙上では下方回旋位から上方回旋60°の辺りで肩甲骨が挙上し静止した。日本整形外科学会肩関節疾患治療成績判定基準(以下JOAスコア)は総点63.5点、疼痛10点、機能16.5点、可動域17点。関節可動域検査(以下ROM active/passive)にて左肩関節屈曲95°/100° 外転70°/80° 外旋30°/45° Neer・Hawkins インピンジメントサインでは陽性を認めた。棘上筋・棘下筋・リフトオフテストは陽性。徒手筋力検査(以下MMT) 屈曲4、伸展3、外転(70°の位置での測定)は4、外旋・内旋は2であった。左肩関節動作時の疼痛のNumerical Rating Scale(以下NRS)は8であった。また、棘上筋・棘下筋・肩甲下筋下部線維・小円筋(以下rotator cuff)に圧痛を認めた。

【理学療法】肩甲上腕関節外側から後方の疼痛及び筋性の防御性収縮を有していた為、リラクゼーションと肩甲上腕関節の可動域改善を目的に、rotator cuff に線維方向や垂直方向にプレスアウトストレッチを加え、また痛みのない範囲での筋収縮の反復や他動的な屈曲、外転、外旋運動を行った。

【最終評価】受傷3カ月後のJOAスコアは総点77.5点、疼痛20点、機能17.5点、可動域20点に改善。ROMは左肩関節屈曲120°/125° 外転90°/95° 外旋40°/45°と向上した。MMTは屈曲、外転(90°での測定)は5と向上した。左肩関節動作時のNRSは5と改善がみられた。その他初期評価で行った項目に大きな変化はみられなかった。

【考察】初期評価時では、他動屈曲100°であり、受傷より4カ月が経過し、受傷後2カ月はリハビリも施行せず生活していたことも考慮すると、静的軟部組織の拘縮も考えられる。その可動域制限において、筋性の防御性収縮により、疼痛が生じ自動可動性低下を生じていた。まず、組織の拘縮改善と、筋スパズム改善により他動可動域を改善目的に理学療法を施行した。自動挙上においては、インピンジメントサインが陽性であり、上肢下垂での肩甲骨のアライメントは下方回旋位、棘上筋の筋力低下もみられ、内外旋筋力も低下していることから、フォースカップル機能が低下していると考えられる。下方回旋位のアライメントを修正し、棘上筋・棘下筋・肩甲下筋の筋力訓練を施行した。最終評価では筋スパズムが改善し、他動自動可動域が改善したことで家事動作の改善に繋がったと考える。

第14回泉州ブロック新人症例発表会 運営組織・委員一覧

(下線は責任者、順不同)

大会長	西川 正一郎							
準備委員長	森 健一郎							
運営局	<u>西田 大希</u>							
演題部	<u>加島 知明</u> 平 勝秀 山崎 航	今津 義智 竹村 享子 西川 依里	今奈良 有 斉藤 徹也 岩見 大輔	南田 史子 濱田 直輝 松田 洋平	岡 健司 森藤 武	文野 住文 谷埜 予士次		
会場部	<u>宮前 直希</u>	打越 慶一郎	森岡 研介	半田 千絵	岩崎 幸香			
事務局	<u>今村 裕之</u>							
広報部	<u>下代 真也</u>	汐田 晃郎	速水 翔平					
総務部	<u>豎川 勇樹</u>	森岡 俊行	中司 慶幸	鈴木 貴子	甲斐 昭嘉	吉田 将大		
財務部	<u>野副 友菜</u>	久保 清資						
相談役	鈴木 俊明	三原 修	中村 昌司	守安 久尚	村西 壽祥	米田 浩久		

編集後記

泉州ブロック新人症例発表会は泉州ブロックとして、今回で最後の発表会になります。
第1回より、これまでの会が盛大に催され、かつ成功に至ったのも、この泉州ブロックでご指導・ご鞭撻を頂きました諸先生方や、発表をして下さった先生方など、これまでご協力をして下さった先生方のご尽力の賜物でございます。尚、泉州ブロックの作業療法士会、言語聴覚士会には、第1回目よりこれまで演題登録においてご協力を頂き、大変心より感謝申し上げます。

これまで若い理学療法士の先生方が、より多くのことを学び今後の臨床の場に生かして頂きたいと考え、14回と会を重ねてまいりました。今後もリハビリ専門職の発展に期待し、今後の活動に繋げていければと考えております。最後に、本発表会を開催するにあたり、ご尽力くださった先生方に心より感謝申し上げますと共に、本日ご参加頂いた先生方のますますのご活躍をお祈りいたします。

公益社団法人 大阪府理学療法士会 泉州ブロック 第14回泉州ブロック新人症例発表会
準備委員長 森 健一郎

会場案内図



エブノ泉の森ホール

〒598-0005

大阪府泉佐野市市場東1丁目295番地の1

TEL:072-469-7101

公益社団法人 大阪府理学療法士会 泉州ブロック

- ・ホームページ <http://senshubrock.blog.fc2.com/>
- ・フェイスブック <http://www.facebook.com/opta.senshu>