

071 失語症を有した重度片麻痺患者に対する寝返り動作練習 ～下肢の挙上の環境整備を用いて～

○富田 駿¹⁾、山崎 裕司²⁾、加藤 宗規³⁾

- 1) 医療法人社団千葉秀心会東船橋病院
- 2) 高知リハビリテーション学院
- 3) 了徳寺大学

【目的】 失語症を有した重度片麻痺患者に対して、下肢の挙上の環境整備を用いた寝返り動作練習を実施し、その効果について検討した。

【方法】 対象は70歳代女性で左利き。診断名は右中大脳動脈閉塞による脳梗塞である。Stroke Impairment Assessment setにて運動項目は全て0であり、随意運動は全くみられなかった。Manual muscle testingにて健側上下肢の筋力は4、体幹2レベルであった。高次脳機能障害として半側空間無視、失語症がみられた。基本動作及び日常生活動作は全て全介助であった。寝返り動作の方法を健側上肢にて麻痺側上肢を把持し、健側下肢を用いて麻痺側下肢をすくうように寝返る方向に運ぶ手順の方法として、寝返り動作練習を8病日より開始したが改善がみられず動作方法の理解が得られなかったことから、同動作の獲得を目的として12病日より介入を実施した。介入方法として両下腿を台上に載せた状態から動作を開始し、下肢を台上から下ろすことを推進力として寝返り動作の練習を行った。台の高さは30cm、20cm、10cm、台無しと段階的に下げ、計4段階の難易度調整を行った。難易度の変化は各段階で1度でも成功した場合に次の段階へと移行することとした。また各段階において、動作練習を行う前に身体的ガイドを用いた下肢の誘導を行い、対象者の運動方法の理解を図った。なお、介入は1日10分程度とした。

【説明と同意】 家族に対して説明を実施し、書面及び口頭にて同意を得た。

【結果】 段階1は1日目で成功し、段階2,3,4は2日目で成功に至った。結果、介入開始後2日目(13病日)で寝返り動作の獲得に至った。なお、この際運動機能・高次脳機能障害の著明な変化はみられなかった。

【考察】 寝返り動作の獲得が難渋していた重度片麻痺患者に対して下肢の挙上という環境整備を用いて練習を実施した。片麻痺患者の寝返りでは、健側下肢を麻痺側下肢の下に挿入することで患側下肢の屈曲・挙上を行い、下肢重心位置を高くする。この重心位置の上昇から発生する回転モーメントの向上が寝返りの推進力を増加させる。本症例では上記した方法の動作を、身体的ガイドを用いて指導したが、失語症の影響により運動方法の理解が得られず獲得に至らなかった。そこで下肢重心を高くし回転モーメントを向上させる難易度の調整を図った。結果として動作練習はほとんど失敗をせずに、成功体験を積み上げることが可能となりわずか2日間で動作の獲得に至った。

Key words : 片麻痺、寝返り、失語

072 統合失調症を併存した脳卒中片麻痺患者に対し、認知行動療法に基づいた評価・介入が効果的であった一症例

○大八木 俊也¹⁾、立本 将士¹⁾²⁾、工藤 大輔¹⁾、補永 薫¹⁾、近藤 国嗣¹⁾、大高 洋平¹⁾³⁾

- 1) 医療法人社団保健会 東京湾岸リハビリテーション病院
- 2) 神奈川県立保健福祉大学大学院 保健福祉学研究所
- 3) 慶應義塾大学医学部 リハビリテーション医学教室

【目的】 今回、脳出血により左片麻痺を呈し、既往に統合失調症を有する症例を担当した。入院中の転倒を機に強迫性障害が悪化し、歩行・階段において著しい動作能力低下を来したが、認知行動療法に基づいた介入を実施した結果、不安や恐怖心の軽減が図れ、移動動作の再獲得に至ったため報告する。

【方法】 症例は右被殻出血により左片麻痺を呈した40歳代男性であった。当院での転倒直前の身体機能は、SIAS 運動機能項目で股関節3、膝関節3、足関節0であった。歩行や階段は見守りにて可能であった。精神機能は、対人恐怖による人混みでのパニックや自室内引きこもりが見受けられた。当院入院8週目において、自室にて家族による移乗介助中に転倒した。転倒後、身体機能に変化は認めなかったが、生活場面において強迫性障害の増悪を認め、不安により歩行や階段は最大介助または実施困難と著しい動作能力低下を認めた。介入として、精神機能における問題点を認知行動療法で用いられる基本モデルに則って細分化した。そのうえで、行動と認知に乖離が生じている場面において精神的な難易度を下げる環境設定を行い、馴化を促した。介入は4週間実施した。効果判定として、恐怖心や不安などの精神機能を、主観的評価尺度(以下SUDs)を用いて比較した。また、移動能力の変化を機能的自立尺度(以下FIM)にて検討した。

【説明と同意】 本報告にあたり、家族および本人に十分な説明を行い、書面による同意を得た。

【結果】 精神機能において、介入前の歩行における不安はSUDsで重度を示す80点、階段は最大の不安を表す100点であったが、介入後には歩行は10点、階段は20点と不安は大幅に軽減された。移動能力において、介入前は歩行・階段ともにFIM1であったが、介入後はFIM5と不安の軽減に伴った移動能力の向上を認めた。

【考察】 本症例において、行動と認知の乖離に対し、生活場面での環境設定や生活リズムを確立し、不安に直面する場面における思考の歪みを修正することにより、精神的な難易度を下げる環境設定が図れ、恐怖心や不安が軽減したと考えられる。脳卒中患者のうち精神疾患を持つ者は増加傾向にある。精神疾患はリハビリテーションの阻害因子となることが考えられるため、動作や身体機能に加え精神面への介入や工夫の必要性があると考えられる。

Key words : 統合失調症、強迫性障害、認知行動療法

073 在宅人工呼吸器を装着している児の発達支援を経験した1症例

○加藤 健太

東京女子医科大学 八千代医療センター

【はじめに】今回早産、超低出生体重で出生し、1歳2ヵ月(修正10ヵ月)に気管切開術を施行、人工呼吸器管理となった児を長期に渡り担当している。そのような児の成長・発達に関わるにはNICU入院中から退院支援、外来フォローと早期から長期的、継続的に関わっていく必要がある。本症例において坐位保持獲得に難渋している。以下に理学療法と発達の経過を報告するとともに一知見を述べさせていただく。

【症例紹介】24週3日、633gで出生。慢性肺疾患、肺高血圧症、喉頭軟化症、声門下狭窄、気管・気管軟化症と診断され、運動発達促進目的にて修正3ヵ月より理学療法開始となる。修正10ヵ月にて気管切開術を施行し、人工呼吸器管理となった児である。

【説明と同意】本症例の御家族には症例検討の趣旨を説明し、書面にて同意を得た。

【経過】修正3ヵ月より運動発達促進を目的に理学療法介入開始となる。介入当初は抱っこによるヘッドコントロール練習から開始。伸展コントロールは良好であったが、屈曲コントロールが困難な状態であった。修正6ヵ月から坐位練習を開始するも頸部伸筋群の緊張が高く、頸部右回旋伸展位をとり、腰椎屈曲の姿勢アライメントであった。修正8ヵ月頃より寝返りが可能となった。修正10ヵ月に気管切開術を施行。頭頸部屈曲がしづらい状態となり坐位姿勢では頭部前方位、肩甲帯がリトラクト優位の過緊張となり、手支持での坐位保持が困難となった。アプローチとして、腹臥位での脊椎伸展や肩甲帯への感覚入力を実施するとともに肩甲帯周囲筋の筋収縮を促通し、坐位では坐骨への感覚入力を実施した。現在、修正1歳4ヵ月では肩甲帯リトラクトの過緊張は続いているものの、頸部回旋を伴う追視やリーチ動作、手支持も数秒なら可能となってきた。

【考察】本症例の場合、早産、超低出生体重に加えNICUという胎内環境とは著しく異なる環境下で過ごしたこと、治療に伴う体動の制限が体幹の不安定性を生じさせていたと思われる。さらに在宅人工呼吸器を装着したことにより頭頸部屈曲困難となり、腹部の低緊張に加え、前方へのモーメントが増大したことで頭部前方位、体幹屈曲、肩甲帯リトラクトの姿勢を作りだしていた。これらの要因が坐位獲得時期を遅らせた原因と考えられる。早期から頭部前方位とならないよう頭頸部の位置を意識し、坐位姿勢だけでなく臥位での姿勢アライメントを評価、理学療法を実施していくことが重要である。

Key words : 発達、坐位、気管切開

074 CI療法が歩行能力やバランス能力に与える影響

○小針 友義、神保 和正、小林 佳雄、村山 尊司

千葉県千葉リハビリテーションセンター

リハビリテーション療法部

【目的】CI療法は、エビデンスの確立した脳卒中後上肢麻痺に対する治療法である。CI療法実施後に歩行能力やバランス能力が改善すると報告されている。しかし、CI療法が歩行能力やバランス能力に与える影響に関する報告は極めて少ない。今回、脳出血により入院した患者に対してCI療法を実施し、歩行能力やバランス能力に与える影響について検討したので報告する。

【対象と方法】対象は50代男性、右利き。診断名：右視床出血、介入病日：117日、左片麻痺(Br.stage 上肢V、手指V、下肢V)。歩行はT字杖と継手付きSHBを使用して屋外歩行自立。研究デザインは、ABデザインを用いた。非介入期(以下、A期)には課題指向的歩行練習などの理学療法を1時間実施し、介入期(以下、B期)にはCI療法を5時間実施した。A期とB期はそれぞれ2週間ずつ実施した。CI療法期間中は歩行に対する直接的なアプローチは実施せず、CI療法の課題のみ実施した。評価は、介入前、A期終了後、B期終了後の3回行った。歩行能力・バランス能力の機能評価は10m最大歩行速度、Timed Up and Go test(以下、TUG)、Functional Reach Test(以下、FRT)、Berg Balance Scale(以下、BBS)を用いた。

【説明と同意】本報告にあたり趣旨を説明し、口頭および書面にて同意を得た。

【結果】10m最大歩行速度は介入前後で54.1m/minから48.4m/minに減少した。TUGは介入前後で11秒5から13秒6へ所要時間が増加した。FRTは介入前後で28cmから33cmに増加した。BBSは介入前後で52点から54点に増加した。

【考察】今回、介入前後でFRTやBBSの改善が認められた。立位で上肢に対する課題指向的なアプローチを行った場合、上肢機能の改善とともに立位バランス能力の改善が認められたとの報告がある。本症例の課題の中には立位での上肢課題が含まれており、立位における適切な姿勢の制御方法が学習された可能性がある。その一方で10m最大歩行速度やTUGの改善は認められなかった。TUGは歩行速度と強い相関があり、歩行速度の低下が所要時間の増加に影響した可能性が推測される。これより、CI療法実施後に歩行能力が改善する可能性は低く、バランス能力の改善に寄与する可能性が示唆された。今後は対象者の特性や課題内容の差異によっても、歩行能力やバランス能力に与える影響は異なることが予測されるため、対象者数を増やして検討していきたい。

Key words : CI療法、歩行能力、バランス

075 心不全増悪により入退院を繰り返した 脳梗塞患者に対する回復期リハビリテー ションの取り組み ～自覚症状の乏しい患者に対する 疾病管理能力獲得を目指した症例～

○伊藤 光貴¹⁾、古木 真里¹⁾、竹内 正人(MD)²⁾、
宮原 小百合³⁾、坂下 達郎³⁾

1) 社会医療法人社団さつき会 袖ヶ浦さつき台病院
身体リハビリテーション課

2) 社会医療法人社団さつき会 総合広域リハケアセンター

3) 帝京大学ちば総合医療センター リハビリテーション部

【はじめに】 合併疾患が多い高齢患者は内部障害の疾病管理能力を獲得する前に、在宅での生活を強いられることも多く、入退院を繰り返すのが特徴である。

【目的】 今回、既往の心不全増悪により入退院を繰り返した脳梗塞患者の回復期リハを担当した。自覚症状が乏しい心不全患者に対して自己管理能力の獲得に至った経験をしたので、報告する。

【説明と同意】 本発表に関して本症例に説明し、口頭にて同意を得た。

【症例報告】 80代男性、心原性脳梗塞（左中大脳動脈領域）にて当院へ転院。既往に陳旧性心筋梗塞、心房細動、慢性腎臓病、高血圧があった（EF27%）。右片麻痺は12段階グレード全て12と軽度でADLは自立、活動量向上に向けリハを実施した。入院3日目に呼吸困難の訴えあり心不全・腎不全増悪（BNP557、K7.1）による急性呼吸不全にてA急性期病院へ救急搬送。

救急搬送後、A急性期病院スタッフと振り返りを行い、今後心疾患合併患者は医学的所見・リスク・活動量・リハ内容を申し送りに詳細に記載し、リスク管理の共有を図ることとした。その後、再度当院へ転院した。

脈拍増加を伴わない血圧低下は危険と判断し、連続歩行距離や歩き方を調整する対応を行った。その後も血圧・脈拍の変動を本人とモニタリングし、体力向上に合わせてADL・活動量の拡大を図った。また、心不全に対し適切な1日の活動量を調整することの必要性を説明し、血圧・脈拍・体重の測定結果から歩数を調節する習慣化を図った。その結果、入院時は3METs程度の運動負荷、1日3,000歩未満に留まっていたが、6週間後には6METs程度の運動負荷、1日5,000歩程度の歩行が可能となり、予防効果が期待され自己管理も定着した状態で自宅退院となった。

【考察】 1回目入院時は、自覚症状の訴えがなく、特に1日の活動量の設定が回復期で急に過負荷となった。2回目入院時では自覚症状の乏しい患者に対する疾病管理能力の獲得を目指し、まず医学的所見に基づき、急性期での活動量やリハ内容などの情報共有を行い、本人の1日の活動量を調整し、適切な休憩の取り方を指導した。また、自覚症状がなく自己管理の必要性を理解していなかったため、危険性と病態を説明し、客観的指標を用いた把握をしてもらいながら、継続的に動機づけを行い、自己管理の習慣化につながった。繰り返し入院が起りやすい疾患の急性期・回復期の連携システム構築は重要である。

Key words：心不全、リスク管理、患者教育