

右立脚後期において右股関節伸展が乏しく、 スピードの低下を認めた右大腿骨転子部骨折術後の症例

1)医療法人社団石鎚会 京都田辺記念病院 リハビリテーション部

藤原真優¹⁾ 山村篤秀¹⁾ 吉田拓矢¹⁾

【はじめに】

本症例は在宅復帰に際して、T字杖歩行の自立が必要であった。T字杖歩行練習を10日間実施した結果、前額面上の問題は概ね改善できたが、矢状面上の問題が残存した。そこで今回、残存した矢状面上の問題に対して理学療法を実施し、T字杖歩行の実用性向上に至った期間の内容を中心に報告する。なお、症例には発表に際して同意を得た。

【症例紹介】

症例は80歳代後半の女性である。X年Y月Z日に転倒し、T病院にて右大腿骨転子部骨折と診断された。Z+1日に観血的骨接合術を施行し、Z+19日に当院へ転院となった。受傷前の歩行手段は独歩であったが、術後の活動量低下や年齢を考慮し、T字杖歩行の獲得を目指した。主訴は「足を大きく出すと太ももの前が痛い」であり、ニードを「T字杖歩行のスピード向上」とした。

【理学療法評価】

T字杖歩行を開始したZ+41日では、右下肢荷重に対する恐怖心があり、右立脚中期において右股関節内転にともなう骨盤右側方移動が乏しかった。また、右立脚後期において右股関節伸展が乏しく、安定性・安全性・スピード低下を認めた。その後、右下肢への荷重練習とT字杖歩行練習を繰り返すことでZ+51日には、右下肢荷重に対する恐怖心は軽減し、右立脚中期において右股関節内転による骨盤右側方移動が生じた。しかし、右立脚後期において右股関節伸展は乏しいままであり、歩幅は短縮していた。歩幅の延長を試みると右立脚後期－遊脚初期に右大腿前面痛が生じ、スピード低下は残存した。検査・測定を行なった結果、関節可動域測定は右股関節伸展（膝関節伸展位） 5° ・（膝関節屈曲位） -5° Pであり、疼痛部位は歩行時と同様であった。また、筋緊張検査は大腿直筋に亢進を認めた。徒手筋力検査は右股関節伸展段階3、Timed Up & Go test（以下TUG）は23.12秒であった。

【理学療法および結果】

理学療法は、右大腿直筋のストレッチ、右膝関節屈曲位での股関節伸展可動域練習、右股関節伸展筋の筋力増強練習、右下肢支持でのステップ練習を実施した。その結果、右立脚後期において右股関節伸展が生じ、歩幅の延長を認めた。また、右大腿前面痛は消失し、スピードも向上した。関節可動域測定は右股関節伸展（膝関節屈曲位） 5° 、筋緊張検査は右大腿直筋が正常域となった。TUGは15.49秒まで改善した。

【考察】

今回、右立脚後期において右股関節伸展が乏しい要因として、右膝関節屈曲位での股関節伸展可動域制限が考えられた。本症例は、股関節伸展位にて膝関節屈曲が必要となる立脚後期から遊脚初期において大腿前面痛を回避するために、股関節伸展が生じない歩容を選択していたと考えた。理学療法により右大腿直筋の筋緊張亢進が減弱し、右膝関節屈曲位での股関節伸展可動域が拡大した。これにより、歩幅が延長し、T字杖歩行のスピード向上に至ったと考える。

演者氏名（所属）：池田 凱¹⁾

共同演者氏名（所属）：関 彩花¹⁾・木場 茜¹⁾・上之 心¹⁾・石束 友輝¹⁾・尾形 恵¹⁾

1) 洛和会丸太町病院 リハビリテーション部

【分野】 内部障害

【タイトル】 誤嚥性肺炎患者の呼吸療法を行い、吸引不要を目指した症例

【疾患名（治療・手術など）】 誤嚥性肺炎（抗菌薬治療）

【既往歴】 認知症、肺結核、左下肢静脈血栓症

【年代・性別】 90 代・女性

【特に着目した評価指標】 肺音聴診・SpO₂・離床時間

【施設形態】 急性期病院

【コメント】

吸引対応不可のグループホームに入所されており、誤嚥性肺炎と診断を受けた方の症例発表となります。元 ADL レベルは車椅子介助レベルで、食事は要介助、排泄は介助下にてトイレ誘導か、おむつ内排泄でした。覚醒にムラがあり、覚醒が良い時は車椅子座位にて食事を介助下で摂取出来ていましたが、覚醒が悪い時は臥床状態である場合が多く、食事時だけ座位にし、摂取を試みることが多いとのことでした。

入院当初、痰量が多く、かつ、自己排痰が困難であったため、1 日 4～5 回の喀痰吸引が必要な状態でした。加賀谷の研究によると、ポジショニングは末梢の肺領域に貯留した痰を移動させると述べられています。また、山下による研究では、座位状態は臥位状態よりも線毛運動が活性化すると述べられており、松永による研究では、離床行為は日中覚醒を促すことができると報告されています。そこで、介入として聴診により痰の貯留している肺区域に応じたポジショニングと、覚醒不良時にも誤嚥リスクが低く、良好な車椅子座位姿勢の保持のためのシーティングを行った上での日中離床時間を確保しました。その結果、自己排痰が可能なまでには至らなかったものの、吸引が不要となり、施設への退院が可能となりました。

似たような症例を経験された方とディスカッションしたいです。ご指導ご鞭撻のほどよろしく願いいたします。

20 cm台からの立ち上がり動作が遂行困難であった 誤嚥性肺炎後の廃用症候群の一症例

1)医療法人社団石鎚会 京都田辺記念病院 リハビリテーション部
中野 芽衣¹⁾ 山口 直城¹⁾ 福井 万起¹⁾

【はじめに】

今回、通常座面高の椅子からの立ち上がり動作は可能であったが、趣味である農作業で使用する低い椅子からの立ち上がり動作が困難であった症例の理学療法を経験した。20 cm台からの立ち上がり動作から機能障害を抽出し理学療法を実施した結果、動作の獲得に至ったため報告する。なお、発表に際し症例に同意を得た。

【症例紹介】

症例は誤嚥性肺炎後の廃用症候群と診断を受けた70歳代男性である。X月Z日、感冒症状から近医受診し経過観察となった。Z+15日、発熱が継続したためK病院に入院、誤嚥性肺炎と診断された。Z+40日、廃用症候群と診断されリハビリテーション目的にて当院へ転院となった。主訴は「低い椅子から立てない」、Needを「20 cm台からの立ち上がり動作の獲得」とした。

【理学療法評価】

座位姿勢は胸腰椎移行部屈曲位、腰椎後弯に伴い骨盤後傾位、両股関節屈曲位、両膝関節屈曲位、両足関節背屈位、両下腿前傾位であった。屈曲相は、まず頭頸部と胸腰椎移行部が屈曲し、腰椎後弯のまま両股関節屈曲するが骨盤前傾には至らなかった。その後、両足関節背屈に伴う両下腿前傾が増大し、殿部が前方へ移動した。殿部離床相は腰椎後弯のまま、両膝関節伸展とともに頭頸部と胸腰椎移行部屈曲が増大し、殿部が前上方へ移動した。伸展相は腰椎後弯のまま、両膝関節と両股関節が伸展していくものの乏しく、その直後、両膝関節屈曲して両足関節底屈に伴い両下腿後傾、殿部が着座し動作遂行が困難であった。

症例の問題点は、座位姿勢から屈曲相において骨盤前傾が不十分であったこと、伸展相では十分な膝関節伸展が生じなかったことであると予測し、理学療法評価を実施した。その結果、徒手筋力検査において両股関節屈曲段階3、両膝関節伸展段階3と筋力低下を認めた。

【理学療法および結果】

理学療法は両股関節屈曲筋と両膝関節伸展の筋力増強練習、20 cm台を用いた前方へのリーチ動作練習をおこなった。その結果、屈曲相において腰椎後弯が減少したなかで両股関節屈曲が生じ、伸展相では両膝関節伸展が十分に生じ20 cm台からの立ち上がり動作の獲得に至った。徒手筋力検査は両股関節屈曲段階4、両膝関節伸展段階4へ改善を認めた。

【考察】

股関節屈曲筋の主動作筋である腸腰筋のうち大腰筋は、腰椎と小転子を走行し股関節屈曲、腰椎伸展に作用する。加えて星らは立ち上がり動作において、内側広筋と外側広筋が膝関節の伸展に作用し重心を上方に押し上げていると述べている。そのことから、本症例においても股関節屈曲の筋力が向上したことにより、座位姿勢から屈曲相において腰椎後弯が減少したなかで股関節屈曲が可能になり、また膝関節伸展の筋力が向上したことにより、伸展相での膝関節伸展が可能となって20 cm台からの立ち上がり動作の獲得に至ったと考えた。

立ち上がり動作において殿部離床に至らなかった右心原性脳塞栓症後の症例

医療法人社団石鎚会 京都田辺記念病院 リハビリテーション部
三木 健太郎・篠原 宗裕・宮崎 大貴

【はじめに】

今回、立ち上がり動作において殿部離床に至らず介助を要した症例を経験した。そこで立ち上がり動作に着目すると、座位姿勢において非対称性があり、左股関節の問題を優先順位の上位と考え理学療法を展開した。結果、立ち上がり動作の介助量軽減に至ったため報告する。なお、発表に際し症例に同意を得た。

【症例紹介】

右心原性脳塞栓症と診断された 80 歳代前半の女性である。自宅内で倒れているところを家族が発見し救急搬送され A 病院へ入院、19 日後に当院へ転院となった。主訴は「立てない」であり、Need を立ち上がり動作の介助量軽減とした。

【理学療法評価】

動作観察をおこなううえでの環境設定について、ベッドの座面高は一般的な椅子と同様に床から 41cm として、右側に手すりを配置した。

右手で手すり把持した座位姿勢は、体幹は胸腰椎移行部屈曲位・左側屈位・右回旋位、左肩甲帯屈曲位である。両側股関節は伸展位(右<左)に伴う骨盤後傾位・左回旋位・左下制位、右股関節外転位、左股関節内転位である。立ち上がり屈曲相では、まず胸腰椎移行部屈曲につづき、両側股関節屈曲に伴う骨盤前傾が生じるが、骨盤前後傾中間位で留まる。また胸腰椎移行部が屈曲することで、胸郭が前下方に移動するとともに体幹左側屈・左肩甲帯屈曲・左肩甲帯下制、体幹右回旋の増大を認める。直後に、右膝関節伸展と右股関節伸展がわずかに生じるも殿部離床に至らなかった。

座位姿勢では骨盤後傾・左回旋・左下制によって動作開始前より左殿部荷重優位になっていた。それによって、屈曲相での胸腰椎移行部屈曲に伴って体幹左側屈・左肩甲帯屈曲・左肩甲帯下制が増大していたと考えた。よって、座位での非対称性が第一の問題と考え、検査・測定をおこなった結果、静止時筋緊張検査にて左腸骨筋、左大殿筋の筋緊張低下を認めた。

【理学療法および結果】

治療は左腸骨筋と左大殿筋の筋緊張向上、立ち上がり動作練習を実施した。結果、座位姿勢での骨盤後傾、左回旋、左下制は軽減した。つづく屈曲相では両股関節屈曲が生じ骨盤右回旋は軽減し、殿部離床相では左股関節伸展と左膝関節伸展がわずかに生るようになった。よって、立ち上がり動作の介助量軽減を認めた。静止時筋緊張検査では左腸骨筋、左大殿筋ともに筋緊張向上を認めた。

【考察】

鈴木らは、座位姿勢において腸骨筋の筋緊張が低下すると股関節伸展、骨盤後傾し、大殿筋の筋緊張が低下すると、骨盤後傾、下制すると述べている。症例においても、左腸骨筋と左大殿筋の筋緊張が向上したことにより、座位姿勢での骨盤後傾、骨盤左回旋、左下制が軽減した。結果、座位から屈曲相での非対称性が軽減したことで立ち上がり動作の介助量軽減に至ったと考える。

脊柱カリエス既往の影響を考慮した視床出血患者の歩行再建への取り組み

キーワード：視床・被殻出血、歩行練習、後方転倒リスク

脳神経リハビリ北大路病院 リハビリテーション科

演者：田中 葵 共同演者：山口 祐太郎

【初めに】

症例は視床・被殻出血を呈した独居生活自立の 70 歳代女性であり、既往歴として脊柱カリエスを有する。股関節屈曲位と足関節背屈制限による後方重心が認められ、「歩行の再獲得」を目標に早期から装具を用いた歩行練習を実施し、伝い歩きに至れた。一方、今後への課題も見つかった為報告する。

【症例紹介】

診断名：左視床・被殻出血。70 歳代女性、病前生活は独居で ADL は自立。HOPE は「歩きたい」。既往歴に脊柱カリエス、心房細動を有した。現病歴は娘との毎日の安否確認の電話が繋がらないため様子を見に行くと倒れている症例を発見し他院へ救急搬送された。発症 28 日目当院に転院となる。

【理学療法評価】

入院当初から意識レベルは問題なし、Fugl Meyer Assessment(以下 FMA)下肢項目 11 点であった。足関節背屈可動域が 0～5°、modified Ashworth scale(以下 MAS)で下腿三頭筋は 1 でありクロウンスも認めていた。感覚は問題なし。Functional Balance Scale(以下 FBS) 6 点、Postural Assessment Scale for Stroke(以下 PASS)14 点であった。アライメントは脊柱カリエスにより病前から股関節屈曲位であった。その影響により左右ともに足関節背屈可動域制限、後方重心であった。

【画像評価】

発症 29 日目の MRI 画像より左視床外側下方（外側腹側核、後腹側核）、内包後脚後端を中心とした損傷と中脳大脳脚への血腫による圧迫を認めた。

【理学療法プログラム】

入院 2 日目より備品の長下肢装具を使用して後方介助で歩行練習を開始。14 日目には自身の長下肢装具納品。18 日目よりロック解除開始、38 日目より短下肢装具を使用した歩行練習が可能となった。歩行練習以外では電気療法と併用した随意運動練習等を実施した。

【結果】

最終評価時 FMA 下肢項目 15 点、PASS は 31 点、歩行速度は 14.6m/min となった。最終の歩行形態は短下肢装具と Q-cane を使用すれば歩行見守り、伝い歩きでは自立となった。

【考察】

画像評価と理学療法評価から歩行動作獲得可能と判断し早期から長下肢装具を使用し歩行練習を実施した。その結果、随意性の改善や下肢筋が賦活され伝い歩き自立となった。既往の脊柱カリエスの影響により後方転倒リスクが高いため上肢で姿勢制御を補助できる伝い歩きを選択した。よって症例の HOPE である「歩きたい」が一部可能となった。病前のアライメントや可動域制限より後方転倒リスクが高い症例に対して伝い歩きでの移動を選択することと早期から装具を使用した歩行練習の有用性を認めた。同時に後方転倒リスクが高い症例に対して ADL を上げるタイミングの判断が今後の課題として見つかった。