

第 18 回西播磨支部学習交流会

プログラム・抄録集

日時 令和 7 年 1 月 19 日 (日)

9 : 00 ~ 受付開始

場所 はくほう会医療専門学校 赤穂校 講堂

【参加者へのお願い】

- 本会は兵庫県理学療法士会会員対象です。
- 新人発表セッション聴講における履修ポイントの付与はありません。
- 本学習交流会は現地開催となります。そのため、参加する上で不測のトラブルが発生し、学習交流会の進行に影響を及ぼす可能性があります。ご理解、ご協力の程、宜しくお願い致します。
- 症例検討会のセッション参加の場合は JPTA の QR コードを読み取れるように準備を宜しくお願いします。
- 携帯電話等について：会場内での携帯電話の使用はご遠慮下さい。
- 喫煙について：喫煙はご遠慮お願いします。
- 当日の参加に際して何かお困りのことがございましたら、西播磨支部運営事務局のスタッフが対応します。ご用命の際は西播磨支部運営事務局までご連絡いただきますよう宜しくお願い致します。

緊急連絡先：西播磨支部運営事務局

(E-Mail:pt-westharima@outlook.jp)

〈新人発表に関するお願い〉

【演者へのお願い】

- 参加者受付の際に、演者である旨を伝えて下さい。
- 演者は当該セッション開始5分前までに次演者席に着いて下さい。
- 発表時間は5分、質疑応答は5分以内です。
- セッション終了後、一定時間談話室にて待機して下さい。

【座長へのお願い】

- 参加者受付の際に、座長である旨をお伝え下さい。
- 座長は当該セッション開始5分前までに次座長席にお着き下さい。
- すべての演題が議論できるように進行をよろしくお願い致します。
- 必ず予定時間以内に終了させるよう進行をよろしくお願い致します。
- セッション終了後、一定時間談話室にて待機をお願い致します。

【質疑応答について】

- 質疑応答は各演題につき5分用意してありますので、座長の指示に従って、活発に行ってください。質問する際には、必ず自分の名前と所属を告げて下さい。
- さらに質問のある方は、談話室までお越し下さい。

タイムテーブル

受付

9:00～

開会式

9:20～

挨拶 西播磨支部長 反橋 浩二

表彰 第17回西播磨支部新人発表優秀演題受賞者

説明会

9:30～10:00

兵庫県理学療法士の活動報告

兵庫県理学療法士会

新人発表

10:00～10:20

休憩 (20分)

支部主催症例検討会

10:40～11:10

閉会式

11:10～

挨拶 西播磨支部長 反橋 浩二

※進行状況によりタイムテーブルがずれる可能性があります。

予め御了承下さい。

プログラム

新人発表

10:00～10:20

座長 鷹取 春佳 赤穂市民病院

- 1 人工骨頭置換術後の歩行障害における原因仮説立案に難渋した一症例
赤穂中央病院 岡田 春奈
- 2 麻痺側荷重の恐怖心に配慮した環境設定が、
歩行能力向上に寄与した左片麻痺の一症例
兵庫県立リハビリテーション西播磨病院 井口 美空

支部主催症例検討会

10:40～11:10

座長 川見 優貴 兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

大腿骨転子部骨折を伴う脳梗塞患者に、ウェルウォークと FES を併用し、
歩行と耐久性が改善した一例
赤穂中央病院 大橋 亜美

人工骨頭置換術後の歩行障害における原因仮説立案に難渋した一症例

医療法人伯鳳会 赤穂中央病院
リハビリテーション部 岡田春菜

【はじめに】大腿骨頸部骨折に対し人工骨頭置換術（BHP）を施行した症例に理学療法を実施。歩行障害の原因仮説立案に難渋したが、適切な介入で改善を得たため報告する。

【症例紹介】70代女性、病前は独歩。X日右大腿骨頸部骨折受傷。X+2日右BHP施行。X+16日理学療法開始。画像：GardenⅢ、涙痕-小転子間距離左右差1.3cm（R>L）。既往歴：右被殻出血。HOPE：今まで通り家事を行いたい。

【倫理的配慮】ヘルシンキ宣言に基づき趣旨を説明し同意を得た。

【初期評価 X+18日】Range of motion test (ROM-T) (R/L)：股関節伸展-10° /15° 内転 0° /5°。筋力：Hand Held Dynamometer (HHD) (R/L)にて、股関節伸展 5.0/6.6kgf。歩行試験（前腕支持型歩行器）：10m歩行；最大9.5秒(0.95m/s)。6分間歩行距離(6MD)；205m。整形外科的テスト：Thomas・Ely・Ober テスト陽性。立位：右膝・股関節屈曲位、体幹右側屈。歩行：右IC-MSt膝・股関節過屈曲、右TSt-PSw股関節伸展不足。棘果長(R/L)：72.5/71.5cm。右側1.5cm補高時の立位・歩行：上記アライメント軽度改善。

【目標】短期：術後40日杖歩行獲得。長期：術後75日独歩獲得（速度0.8m/s, 6MD288m以上）。

【初期評価時の治療】ROMex, 筋力強化, 補高靴での歩行練習

【追加評価・治療】X+39日：左下肢延長感を訴え、下記評価を追加。ブロックテスト：機能的脚長差なし、自覚的脚長差1cm。位置覚：右膝・股関節5°、左股関節10°・膝関節5~20°不一致。側弯を疑い、ROM-T (R/L)：胸腰部側屈25/15°。胸部X線：腰椎左凸側弯（頂椎L1）。

X+62日：歩容改善乏しく補高中止。股関節伸展制限に対して重点的に介入。治療を超音波から振動刺激に変更。ステップ練習を追加。

【最終評価 X+77日】ROM-T:右股関節伸展8° 内転5°。筋力:右股関節伸展9.4kgf。歩行試験(独歩):10m歩行;最大8.1秒(0.81m/s)。6MD;427m。立位:体

幹右側屈。歩行:右IC-MSt膝・股関節過屈曲改善,右TSt-PSw股関節伸展軽度不足。

【考察】本症例は、70代女性であり、大腿骨頸部骨折を受傷後、BHPを施行した。病前は独歩可能で、歩行頻度が高い主婦のため歩行に着目した。

問題点として、①右ICの膝関節過屈曲、②右MStの膝・股関節過屈曲、③右TStの股関節伸展不足を挙げた。①の原因は遊脚期の二重振り子運動欠如であり、一因として右股関節伸展制限を考えた。②の原因として、IC時の右膝屈曲、股関節伸展制限、大殿筋筋力低下、構造的及び自覚的脚長差を考えた。③は、股関節伸展制限とMStでの屈曲姿勢によるものと考えた。

これらの中から、まずは構造的脚長差に着目した。斎藤らは、股関節や胸腰椎の可動性低下で骨盤代償が難しく、延長側の膝・股関節屈曲で代償する場合、補高を推奨している。本症例も同様の可動域制限があり、補高で脚長差を補正した結果、右MSt時の膝・股関節屈曲が改善。一方、本症例は自覚的脚長差もあり、補高で構造的脚長差は解消されたが左下肢の延長感を訴えた。慣れを期待して補高を継続したが、改善しなかった。斎藤らは、自覚的脚長差が人工股関節全置換術患者のQOLに影響すると報告している。本症例でも歩容はわずかに改善したが、自覚的脚長差の悪影響を懸念し補高を中止した。

右股関節伸展制限は腸腰筋、大腿直筋、大腿筋膜張筋の短縮が原因と考え、ストレッチを実施した。大工谷による、プロロングド・ストレッチの有効性に関する報告を参考に同筋への治療を実施した結果、右股関節伸展は0°まで改善した。更なる改善を目指して治療を再考。Desmedtらの報告を参考に振動刺激を追加した結果、8°まで改善した。

右IC-MStの膝・股関節過屈曲や右TSt-PSwの股関節伸展不足に対しては、大殿筋上部線維の出力向上を狙ったステップ練習が効果的であった。嘉戸らの報告を参考に、模倣や鏡の利用、撮影した動画の視聴などの視覚的フィードバックを活用したことが奏功したと考えられる。

本症例では、自覚的脚長差の解消が困難であったが、その要因の一つとして評価の不十分さが挙げられる可能性がある。より詳細な評価を行うことで、治療内容を工夫し、さらなる改善が図れる可能性が示唆された。

麻痺側荷重の恐怖心に配慮した環境設定が、歩行能力向上に寄与した左片麻痺の一症例

井口美空

兵庫県立リハビリテーション西播磨病院

【はじめに】

今回、右中大脳動脈梗塞発症により左片麻痺を呈し、歩行に中等度の介助が必要であった症例を担当する機会を得た。恐怖心に着目して介入したことで歩行介助量の軽減が得られたためここに報告する。尚、本症例にはヘルシンキ宣言に基づき、発表の趣旨を説明し、同意を得た。

【症例紹介】

70歳代女性。X日に歩行困難となり右中大脳動脈梗塞と診断され、A病院で保存加療。X+60日に当院へリハビリテーション目的で入院となる。

【初期評価 (X+62~67日)】

運動麻痺はBrunnstrom recovery stageで左上肢Ⅱ、下肢Ⅲ、手指Ⅰであり、左上下肢の筋緊張は低下していた。感覚は表在・深部感覚ともに左上下肢中等度～重度鈍麻であった。粗大筋力は右上下肢4、体幹3であった。バランスはBerg Balance Scale(以下BBS)8/56点であり、支持物を用いなければ立位保持が困難であった。また、座位・立位において麻痺側への荷重時に「このまま倒れそうで怖い」と恐怖心の訴えがあった。歩行は靴べら型装具(以下SHB)装着し平行棒支持下で3動作後ろ型歩行であった。歩容は全歩行周期で体幹右傾斜にあり、左LR~MStに骨盤左回旋、左膝関節は過伸展をきたし、左立脚期の短縮を認めた。また、後方へのバランス不良による転倒リスクがあり、セラピストが側方より両手で左大腿を把持し、左LR~MStにおける膝関節過伸展を抑制させ、前方への重心移動を誘導するための介助を要した。

【理学療法及び経過】

入院初期は歩行時の骨盤左側後退、左膝関節過伸展に対して臥位での左下肢促通運動、立位での荷重練習や歩行練習を実施した。その結果、中間評価時(X+100日)は平行棒内歩行近位監視レベルとなったが、4点杖歩行では全歩行周期における体幹右傾斜や左膝関節過伸展は残存し、依然転倒を防ぐための介助は必要であった。また、麻痺側への荷重に対する恐怖心の軽減が得られず、左下

肢の感覚障害を呈していたことから、安心して麻痺側へ荷重できるような工夫が必要と考えた。恐怖心の軽減を図るため、左側を壁に接触させ、セラピストが前方に位置するというように治療環境を調整し安心感を与えた。その結果、「左足に体重が乗っているのが分かります」という発言があり、本症例の恐怖心は軽減し体幹の正中位保持が得られやすくなったことで、麻痺側下肢荷重応答における下肢筋活動の向上が認められた。そのため、中間評価時以降は環境調整を行い、立位での重心移動練習、下肢ステップ練習を追加した。また、歩行練習は胸郭より後方介助で体幹の正中位保持を促しつつ実施した。

【理学療法最終評価(X+139~142日)】

運動麻痺、筋緊張に変化なく、感覚は表在・深部感覚ともに左上下肢軽度～中等度鈍麻、粗大筋力は右上下肢4、体幹4となった。バランスはBBS22/56点であり、静的立位は支持物なしで2分以上可能であった。立位・歩行時の恐怖心の訴えは消失し、歩行はSHBと4点杖を使用して近位監視レベルとなった。歩容は全歩行周期における体幹右傾斜、左LR~MStの骨盤左回旋、左膝関節過伸展軽減を認めた。また、左MSt~TStに左股関節軽度伸展が得られ、3動作前型歩行となり左立脚期延長を認めた。

【考察】

本症例は退院後トイレへ歩いていきたいという希望が強くあったため、歩行介助量軽減を目的に介入した。樋口らは正中位を維持させるためには麻痺側で自身の体を支えられるという感覚・麻痺側へ倒れる心配はないという安心材料が必要であると述べている。そこで、中間評価時以降は感覚障害により麻痺側下肢への荷重に対し恐怖心がある本症例も、介入環境を調整したことで体幹右傾斜が修正されたと考える。また、樋口らは体幹正中位を保持し、前後左右への体重移動を行うことで下肢全体の支持性強化になると述べている。本症例も体幹正中位を保持させた中でステップ練習や歩行練習を繰り返し実施し、麻痺側下肢への荷重を促した。その結果、下肢伸展筋群の筋出力向上に寄与し左膝関節過伸展の軽減が得られたことで、歩行安定性向上・介助量の軽減に繋がったと考えられる。

MEMO

抄録集発行元：西播磨支部運営委員会

反橋 浩二
吉澤 悠喜
津田 祐介
鷹取 春佳
川見 優貴
板野 哲也
橋本 宣昭
西本 典昭
吉岡 邦彦
伊藤 颯人