

## P-230

### 人工関節置換術後1年のQOL変化～リウマチと変形性関節症の比較～

長岡赤十字病院 リハビリテーション科<sup>1)</sup>、  
長岡赤十字病院 リウマチ科<sup>2)</sup>

○鈴木 雅俊<sup>1)</sup>、諏訪 和彦<sup>1)</sup>、荒井 成美<sup>1)</sup>、羽生 忠正<sup>2)</sup>

【はじめに】人工関節置換術後1年のQOLの変化について、関節リウマチ患者(RA)と変形性関節症患者(OA)の違いを明らかにすることを目的とし、比較・検討を行った。

【対象】2008～2010年に当院で初回の人工膝関節置換術(TKA)・人工股関節置換術(THA)を受けた患者30例(男性2例、女性28例、年齢平均64歳)を対象とした。RA群は(THA8例、TKA8例)、OA群は(THA8例、TKA6例)であった。

【方法】QOL評価にはSF-36を用いた。評価時期は術前・3ヶ月・6ヶ月・1年とした。SF-36の下位尺度である身体機能(PF)、身体役割機能(RP)、疼痛(BP)、全体的健康観(GH)、心の健康(MH)、精神役割機能(RE)、社会生活機能(SF)、活力(VT)について、RA群とOA群を評価時期ごとにそれぞれ比較した。評価時期ごとの各項目の比較には対応のあるT検定を用い、有意水準を5%とした。

【結果と考察】OA群は術前と3ヶ月の比較にてPF・RP・BP・SFに有意な向上が見られ、6ヶ月・1年と時間が経過しても、QOLは横這い、または向上していた。尚、他の項目に関しても時間が経過してもQOLは横這い、または向上する傾向が見られた。RA群では、術前と3ヶ月の比較にてPF・RP・BPに有意な向上が見られた。しかし、BP・VT・MHに関しては、3ヶ月では向上が見られるが、6ヶ月・1年と時間経過に伴いQOLが低下する傾向が示唆された。この原因として、手術部以外の疼痛の再燃が影響していると予測されるが、QOL評価のみでは推察の域を出ない。今後は、理学療法評価と関連付けQOL評価を行う必要がある。

## P-232

### リハビリテーション開始時NIHSSと退院時mRS・Barth Indexについて

浜松赤十字病院 リハビリテーション科

○浅井 聡<sup>1)</sup>、鈴木 知直<sup>2)</sup>、小川 真司<sup>3)</sup>

【はじめに】脳卒中治療ガイドライン2009が出版され脳卒中のリハビリテーション(以下、リハビリと略)について急性期リハビリが推奨されている。廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作(以下、ADLと略)向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリを行うことが強く進められる。現在、rt-PAによる血栓溶解療法が脳梗塞の超急性期において使用されている。我々は、rt-PA使用時に欠かせないNational Institutes of Health Stroke Scale(以下、NIHSSと略)を救急病棟からの脳神経外科依頼についてリハビリ開始時に採点している。退院時のADLをmodified Rankin Scale(以下、mRSと略)とBarth Index(以下、BIと略)で評価して相関関係を調べた。若干の知見を得たので報告する。

【対象】脳神経外科に入院したリハビリ依頼60件のうち対象患者40名について、NIHSS・mRS・BIについて調査し、年齢・疾患名・在院日数にも着目し調査した。

【結果】男性31名(73.8%)女性11名(26.2%)平均年齢66.5歳で疾患名は脳梗塞24名(57.1%)脳内出血15名(35.7%)脳外傷3名(7.1%)であった。NIHSSの点数が低いとmRSも低いBIは高い傾向にある。逆にNIHSSの点数が高いとmRSは高くBIは低くなりADLも低下している傾向が伺えた。平均在院日数は32.6日であった。

【まとめ】rt-PAを使用する場合、NIHSSにて評価する事が望ましく、リハビリ業務においても評価する事が必要と思われる。NIHSSの評価は医師・看護師のみではなく、リハビリ職種においても簡易な評価スケールであるため今後も継続して評価を行い、調査を行って行きたい。

## P-231

### NDWによる筋力増強の可能性について

伊達赤十字病院 リハビリテーション科部

○蠣崎 頌一<sup>1)</sup>

【目的】ノルディックウォーキング(Nordic Walking:以下NDW)の筋力増強効果の可能性を探るため、筋電図を使用し筋収縮の程度を計測する。

【方法】運動内容は、1) MMT5動作、2) 独歩、3) 右T字杖歩行、4) NDWディフェンシブ、5) NDWアグレッシブ、の以上5種類の運動方法の測定を行う。測定筋は、上腕二頭筋、上腕三頭筋、三角筋、広背筋、大胸筋、僧帽筋、腓腹筋、ヒラメ筋、前脛骨筋、大腿二頭筋、大腿直筋、半腱様筋、半膜様筋、大殿筋、これら14種類の筋を候補とする。

【結果・特徴】1) MMT5動作との電位の数値の比較を行う。1) MMT5動作の60%以上を計測したものは、2) 独歩(右大胸筋、右半腱様筋、両半膜様筋、右腓腹筋)、3) 右T字杖歩行(左三角筋、右半膜様筋、左前脛骨筋)、4) NDWディフェンシブ(右前脛骨筋、両半膜様筋、左半腱様筋)、5) NDWアグレッシブ(両大胸筋、左三角筋、両上腕三頭筋、両半膜様筋、左前脛骨筋)となった。5) NDWアグレッシブでは上肢・体幹筋では両側上腕三頭筋、両側大胸筋、左三角筋でも60%を超えており、上肢の筋発揮が強く行われているのが最大の特徴であると考えられる。下肢の動作ではそれぞれ60%を超えたものが2～4種類と大きな違いはみられなかった。

【考察・課題】5) NDWアグレッシブでは、両側上腕三頭筋の筋収縮が60%を超え、他の動作ではみられない数値であった。これは、ポールを後方へ突いて床を押す際の収縮が強く現れていると予想される。今後の課題としては、歩行周期と連動させるため、ビデオ撮影等を同時に行っていきたい。計測中の歩行速度が一定ではないので、歩行速度を一定にしながら様々な速度を設定して計測したいと考える。

## P-233

### 当院における2011年度の摂食・嚥下障害の実態調査

旭川赤十字病院 医療技術部 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、

旭川赤十字病院 脳神経外科<sup>2)</sup>

○須藤 涼子<sup>1)</sup>、難波 志奈<sup>1)</sup>、佐々木美穂<sup>1)</sup>、鈴木 康彦<sup>1)</sup>、  
牧野 憲一<sup>2)</sup>

【はじめに】当院脳神経外科の治療件数は全国屈指の成績を誇り、多くの症例が集まるため脳卒中後遺症や術後合併症による摂食・嚥下障害の患者数が多くなるも自然である。よって嚥下訓練は言語聴覚士(以下ST)の業務の中で大半を占める。今回は2011年度のデータを集計し、現状と今後の課題を見出したので報告する。

【対象】2011年4月～2012年3月にSTが嚥下訓練を施行した摂食・嚥下障害患者289名(ST依頼数549件中の52%)。

【方法】依頼科、原疾患、初診時および自宅退院・転院時の栄養摂取方法を調査した。

【結果】依頼科は脳神経外科、神経内科の順に多く、その他は口腔外科等であった。原疾患は脳卒中が多く、続いて脳神経外科疾患の術後合併症、神経筋疾患や舌癌等であった。初診時は経管栄養が多く、自宅退院・転院時には経口のみ、経口と経管栄養の併用が多かった。

【まとめ】当院は2008年度にST部門が開設された。それ以前は摂食・嚥下障害に対して未介入で転院先へ評価・訓練を委ねていた。よって開設時からSTのニーズは非常に高い。今回の調査で急性期にてST介入による嚥下障害の機能改善や栄養方法を確立することで、転院先で速やかに構音障害や失語症などの評価・訓練が実施できること、後方支援病院の入院期間短縮が望めることが示唆された。

【課題】当院は脳卒中地域連携バスの急性期病院であり早期に転院する症例が多い。PEG造設可能でSTが在籍する病院は限定され、PEG造設が適当で長期的な訓練により機能改善が見込まれる場合は、転院先のSTの有無も考慮する必要がある。また廃用症候群に対する依頼も増えており、現在の4名体制では十分に対応できておらず、今後更に充実させたい。