

P-109

急性心筋梗塞新クリティカルパスの導入の評価と効果の検討

福岡赤十字病院 リハビリテーション科

岩倉 将、福原 正貴

【目的】当院の急性心筋梗塞（以下AMI）患者には、以前よりクリティカルパス（以下CP）を運用していたが、既存のCPでは重症度に関わらず安静度拡大が画一的なため、入院が長期化していた。今回最新のガイドラインに基づき新CPを作成し、旧CPと比較、検討することで新CPの有用性を実証できたので報告する

【対象と方法】平成20年2月から平成22年1月までの期間に、AMIと診断されCPを使用した症例104例のうち、PCIに成功しバリアンスのない98例を対象とした。平成20年2月から平成21年1月に旧CPを使用した44例と平成21年2月から平成22年1月までに新CPを使用した54例の2群間で年齢、maxCK、EF、残存病変数、平均CCU滞在日数、平均在院日数を対応のないt検定を用い比較した（有意水準5%未満）。また旧CPは10段階、新CPは5段階で構成されており、新CPは病状に応じ立位から始まるAコース、座位から始まるBコースの2コースから選択できる。このAコースとBコースも同様に比較した。

【結果】旧CPと新CPにおいて、平均CCU滞在日数は旧CP 4.6 ± 2.2 日と新CP 3.7 ± 1.7 日（ $P < 0.05$ ）、平均在院日数は旧CP 15.0 ± 4.0 日と新CP 11.3 ± 3.0 日（ $P < 0.01$ ）で、新CPにて有意に短かった。また新CPのA・Bコースにおいて、maxCKはAコースで 1097 ± 696 IU/lとBコース 2980 ± 2266 IU/l（ $p < 0.01$ ）で、Aコースでは有意に低く、平均CCU滞在日数はAコース 2.8 ± 1.1 日とBコース 4.3 ± 1.7 日（ $P < 0.01$ ）で、Aコースで有意に短かった。

【結語】新CPは病状に応じ2コースから適したものを選択することにより効率的な安静度の拡大が図れ、在院日数の短縮という有用な結果となった。またA・Bコースの比較では、maxCK値が、コース分類に反映されていることを表し、Aコースの方が早く車椅子に移乗できることでCCU滞在日数を短縮できたと考えられた。

P-111

膝蓋骨骨折に腓骨神経麻痺を合併した一症例

伊豆赤十字病院 リハビリテーション課¹⁾、
伊豆赤十字介護老人保健施設グリーンズ修善寺²⁾

関口 夏紀¹⁾、井上 義文^{1,2)}、居倉 裕子^{1,2)}、
松井 紀道^{1,2)}

【はじめに】膝蓋骨骨折に腓骨神経麻痺を合併した症例を経験した。今回、歩行獲得までに至る経過を追い、それに生じた問題点について検討し報告する。

【症例紹介】80歳代女性。歩行中に転倒し膝蓋骨横骨折を受傷した。観血的にTension band wiringが施行されるも、発症機序不明の腓骨神経麻痺が合併した（知覚障害は無い）。受傷前はT字杖歩行自立。尚、高度の難聴の為、紙面での筆談が主なコミュニケーション手段であった。

【経過・結果】術後2日より理学療法を開始。腓骨神経麻痺に対しゴムバンドによる足関節背屈運動を指導。関節可動域（以下ROM）訓練は持続的他動運動装置（以下CPM）を併用して開始。歩行は膝関節伸展位固定装具装着下にて平行棒内で行い、見守りで可能であった。術側足関節背屈はみられず、引きずり歩行を呈していた。この為、平行棒以外の歩行は非実用的であった。術後5日より腓骨神経麻痺に対して低周波療法を追加。術後9日で足関節背屈筋群の収縮が確認でき、踵接地を伴う歩容となった。術後16日には左膝関節自動屈曲120度を疼痛出現することなく獲得。歩行ではT字杖歩行が可能となった。T字杖歩行実用レベルで、術後17日で退院した。

【考察】本来、膝蓋骨骨折術後は膝関節伸展位を保持したままであれば歩行について特に制限はないが、本症例は2週間以上の期間を要した。その原因として腓骨神経麻痺による下垂足が、遊脚相で足尖部のつまずきを頻発し、本症例にとって重大な阻害因子になったと考える。ROMは比較的順調に回復した。これは、早期に徒手的ROM訓練に加えCPMの併用が効果的だったと思われる。また、高度難聴で療法士側の指示や、逆に患者側の訴えがうまく伝わらなかった点も、期間を要した一因になったと考える。

P-110

当院における心臓リハビリテーションの特徴と効果

武蔵野赤十字病院 リハビリテーション科

藤本 隆伸、伊東 彰、高橋 紳一

当院の心臓リハはPCI後と心臓外科手術と心不全のリハに分かれている。PCI後のリハは坐位・立位・廊下歩行・階段昇降と段階的に生活動作負荷をかけ、ADL拡大とそのリスクチェックを行うものである。心臓外科手術のリハは術前から訓練を開始し、術後はPCI後のリハと同様に段階的生活動作負荷を行なっていく。さらに心臓外科手術予定のCOPD合併例に対しては入院前より外来から呼吸訓練を積極的に行っている。心不全のリハは主治医による安静度の指示に合わせ、呼吸訓練、介助による車椅子坐位訓練、起立 着座訓練、歩行訓練、ADL訓練などを行うものである。

特徴はリハ専門医診察によるリハ処方、リスク管理下での重症例に対する早期訓練の実施、緊急PCI実施24時間後からのクリニカルパスによるリハの実施、PADに対するリハの実施、ナースとの協働による患者教育である。特に運動療法と内科、外科の知識を有するリハ専門医によって適切な時期に適切な負荷の運動療法を実施し、安全かつ効率的に患者のADL改善が行なえる点が当院の大きな特徴である。

導入後の効果はリハ専門医や理学療法士など運動療法に習熟している者がリハに関わることで内科医、外科医、ナースとの協業が円滑になり運動療法の最適化が行なえた事、患者が「どこまで動いていいのか、今後どのように動いたらいいのか」という運動負荷に関する不安を入院中早期からサポートし教育できるようになった事、循環器科、心臓血管外科の院内クリニカルパスにリハが組み込まれていることでリハ科への併診数が向上、収益も向上した事などが挙げられる。

P-112

当院における人工関節脱臼例の検討

福井赤十字病院 リハビリテーション科部

岩崎 玲子、矢部 信明、梅田 美和

【はじめに】人工股関節置換術（以下THA）のリスクの一つとして脱臼が挙げられる。本研究では脱臼患者の背景、原因を調査し今後の脱臼予防に生かしていくことを目的とした。

【方法】当院にて、平成16年10月～平成19年9月においてTHAおよび人工骨頭置換術後の脱臼と診断された12名（片側手術10名、両側手術2名、男性2名、女性10名、人工関節手術時の年齢 69.2 ± 10.6 歳）を対象とした。調査項目として人工関節手術適応となった疾患、脱臼既往の有無、初回脱臼までの期間、合併症、受傷時の状況およびその後の対策を検討した。調査方法として入院時の状況はカルテにて情報収集を行った。

【結果】手術～初回脱臼までの期間は手術後20日～6年後、脱臼の既往あり5名、なし7名、人工関節対象となった疾患は変形性股関節症、リウマチ、大腿骨頸部骨折。合併症は腰椎疾患、人工膝関節、骨粗鬆症であった。脱臼時の状況としては日常生活上での不良肢位が最も多かった。また認知症は0名であったが、担当スタッフから慎重さに欠ける、忘れっぽいという印象が挙げられた。脱臼前、退院時を比較し歩行能力に大きな変化はなく2例を除き杖歩行にてADL自立していた。脱臼後の対策として当院では人工股関節パンフレットの作成や人工股関節教室を開催し、医師、リハビリスト、看護師を中心に脱臼予防の取り組みを実施している。また、適応によって装具作成、再置換術が施行された。入院中家族指導が確実に行われていたのは一例のみであった。

【考察】今回の調査の結果、認知症は該当例がなかったことから、患者の性格的な面も脱臼の原因の一つに挙げられることが示唆された。認知症だけでなく患者個々の性格や、合併症、入院前の生活環境など患者個人により異なる危険因子を分析し指導を行っていくことが大切であると考えられる。