

## P-105

### 鏡視下腱板修復術後の再断裂リスクを考慮した理学療法

横浜市立みなと赤十字病院 リハビリテーション科

○竹下 昌広、能瀬 宏行

【目的】鏡視下腱板修復術（ARCR）は近年良好な成績が報告されているが再断裂例も存在する。ARCRは断裂した腱を修復する術式であるため、術前腱板の質が術後の修復状態に影響を及ぼしていると考えられる。なかでも術前の断裂径が大きい症例、脂肪変性が進行している症例の術後再断裂に関する報告は多い。再断裂のリスク要因を検討する目的で、当院における再断裂例の術前腱板の状態を調査した。また、再断裂リスクを考慮した理学療法について検討した。

【対象および方法】2012年4月から2013年3月までに当院で手術を行ったARCR18例18肩のうち、術後6ヶ月にMRI撮影を実施した11例11肩を対象とした（男性6例、女性5例、年齢44～80歳）。調査項目は術前断裂サイズ、脂肪変性の程度（Goutallier分類）とした。再断裂例は術後6ヶ月に撮影したMRIを用いて、Sugaya分類でtype4、5に分類される症例とした。術後は全症例に対し外固定を4週間行い、自動運動は6週より開始した。

【結果】再断裂例は11肩中3肩で、70歳以上、術前断裂サイズが大断裂2例、広範囲断裂1例、Goutallier分類 type3が2例、type4が1例であった。

【考察】当院におけるARCR後の再断裂は、大断裂以上で脂肪変性が進行した症例でみられた（Goutallier type3以上）。このような症例に対しては修復腱板へ加わるストレスを軽減させるため、外固定期間の延長や、自動運動開始時期の延期、筋力強化における負荷量の制限などにより理学療法プログラムの進行を遅らせることが必要と考えられる。ARCR後の理学療法に画一的なプログラムはないが、断裂サイズ・Goutallier分類といった画像所見を考慮し、個々の症例に応じた理学療法を進めていくことが求められる。

## P-107

### 先天性四肢欠損児における早期義足作成の経験

高山赤十字病院 リハビリテーション課<sup>1)</sup>、  
高山赤十字病院 整形外科<sup>2)</sup>、(有)中部義肢<sup>3)</sup>

○堺 亜紀子<sup>1)</sup>、中野美穂子<sup>1)</sup>、田口 哲也<sup>1)</sup>、喜久生健太<sup>2)</sup>、  
今西 好之<sup>3)</sup>

【はじめに】先天性四肢欠損児は7/10,000人の確立で出生するとの報告がある。今回、ひとりの先天性四肢欠損児（以下、児とする）のリハビリテーションを行っていくなかで、児が1歳6ヶ月の時点で両側の義足を作成するに至ったため、児の発達経過とともに近況を報告する。

【症例】1歳10ヶ月 男児。第二子《診断名》第1・第2鰓弓症候群・小顎症・口蓋裂、先天性四肢欠損（右上肢：第2,3,4指欠損 左上肢：前腕から欠損 右下肢：下腿近位から欠損 左下肢：下腿遠位から欠損）

【経過】2011/11/8（38w0d）アクリニクで自然分娩にて出生 上記診断にて当院未熟児センターに搬送 Ap10/10 2012/1/16（2M時）B大学病院にて上下顎離断術施行 2012/1/31 当院転院、PT・ST開始 2012/2/15（3M時）自宅退院 その後週1回のPT・STと定期的な小児科・整形外科診察を継続。

【発達】定額：4M 寝返り：6M おすわり：7M ピボット：7M ずりばい：8M うつぶせ～坐位の姿勢変換：9M 坐位での方向転換：9M 膝立ち：10M ハイハイ：1Y 坐位のままでの移動：1Y3M 片足立ち（左下肢）：1Y3M

【近況】母親の希望と医師・義肢装具士との相談のうえ、2013/5（1歳6ヶ月時）に両側の義足を作成した。右下肢は膝継手なしの義足、左下肢はサイム義足となり、完成直後から台を支えに立位がとれるようになった。しかし児にとって不快感も強く、はじめは短時間での立位バランス訓練から開始した。自宅でも外出時や兄と遊ぶ時間に装着することで徐々に義足にも慣れはじめ、完成1ヶ月で台を支持とした伝い歩き（左方向）が可能になった。その後の児の近況や現在の問題点・今後の課題などについて検討し、早期に義足を作成することの意義を考察していく。

## P-106

### 骨粗鬆性椎体圧潰により脊髄麻痺を呈した3手術例の理学療法を経験して

高知赤十字病院 リハビリテーション科

○田島 賢次、松村 雅史、十河 敏晴

【目的】胸腰椎移行部の骨粗鬆症性椎体圧潰により高位下肢不全麻痺を呈した3例の臨床的特徴とそれに対する当院での理学療法について検討することである。

【症例紹介】症例1：77歳、女性。診断名：第12胸椎椎体圧潰、vacuum cleftあり。症例2：79歳、男性。診断名：第11胸椎椎体圧潰、vacuum cleftあり。症例3：68歳、女性。診断名：第1腰椎椎体圧潰、わずかなcleftあり。3例共に、術前より体動時の腰背部痛を強く認め、体幹や両殿部、大腿の筋力低下（MMT2～4）と下腿以下の強い知覚運動麻痺（MMT0～3、L4/5/S1領域にしびれ）を伴っていた。そのため、基本動作や起立動作に介助を要し、歩行時には支持性低下と下垂足の影響から歩行器を使用する介助なしでは転倒の危険性があった。ただ、3例共に膀胱直腸障害は比較的軽く、尿便失禁は無かった。

【経過】3例共に手術を施行したが、既往に高度の骨粗鬆症があり、術後固定部の脱転や隣接椎の骨折を起こさないように注意する必要がある。また、体幹硬性装具の装着を余儀なくされ、姿勢を考慮した筋力強化や動作練習が必要となった。そこで筋力トレーニングの原則である特異性の原則に従い、自立させたい動作を繰り返す筋力強化を行った。基本動作時には体幹と骨盤をone pieceとした動作指導、反復練習を行った。歩行に関しては、術後も下腿以下の知覚運動麻痺は残存し支持性低下、下垂足を認めていたため、前後、左右への踏み込み動作を反復して行うとともに早期から短下肢装具を装着し足部を固定した中で歩行練習を行った。結果、転院時には合併症なく基本動作と起立動作は自立、歩行はT字杖もしくは歩行器を使用し近位監視の状態となった。

## P-108

### リハビリテーション早期介入の取り組みが脳卒中症例へもたらした効果の検討

那須赤十字病院 リハビリテーション科部<sup>1)</sup>、  
那須赤十字病院 地域医療福祉連携課<sup>2)</sup>、  
那須赤十字病院 整形外科<sup>3)</sup>

○梶 和英<sup>1)</sup>、池澤 里香<sup>1)</sup>、人見 優子<sup>2)</sup>、石井 容子<sup>2)</sup>、  
吉田 祐文<sup>3)</sup>

【目的】当院では2012年7月から退院調整看護師とともにICU・救急病棟の回診を実施し、リハビリテーション（以下、リハビリ）の早期介入を推進している。今回、脳卒中地域医療連携バス（以下、バス）を適用した症例について、早期介入の取り組みの効果を検討した。

【方法】対象は2012年の7月から12月に入院したバス適用症例（男性20名 女性12名 平均年齢70.1±12.0歳）と2011年の同時期に入院したバス適用症例（男性19名 女性11名 平均年齢72.2±10.6歳）。検討項目は、入院からリハビリ介入までの日数・在院日数・Barthel Index（以下、BI）・modified Rankin Scale（以下、mRS）・実用的歩行能力分類（改訂版）（以下、歩行能力）とした。入院からリハビリ介入までの日数・在院日数においてはスチューデントのt検定、BI・mRS・歩行能力においてはMann-WhitneyのU検定にて比較した（有意水準はともに5%）。

【結果】リハビリ介入までの日数は、平均5.4±4.2日から4.2±3.4日に短縮したが、有意差は認められなかった。他の項目についても有意差は認められなかったが、mRS・歩行能力では改善の傾向が認められた。

【結論】一般に脳卒中では発症早期にリハビリを開始することの有用性が示されている。今回の検討では、早期介入の取り組みがmRS・歩行能力を改善させる可能性があることが示唆された。今後、他の疾患についても検討していく。