

重複障害患者に対して理学療法を実施し自宅退院に至った一症例

一病態評価と予後予測の重要性一

尾崎紘平¹⁾ 中西俊祐¹⁾ 松原彩香¹⁾ 藤田康孝¹⁾ 相良亜木子^{1) 2)}

1)京都市立病院リハビリテーション科 2)京都府立医科大学大学院リハビリテーション医学

キーワード：重複障害・病態評価・予後予測

はじめに

現在我が国は、多疾患患者が増加したために重複障害という新たな課題に直面している。厚生労働省の報告では内部障害患者では高齢者の占める割合が非常に高いとされ、心疾患とがんはいずれも我が国において主要な死因とされる。そのため、今後重複障害に対するリハビリテーションの必要性が高まってくることが予想される¹⁾²⁾。

今回、ネフローゼ症候群、うっ血性心不全にて入院、小細胞肺がんと診断され Best Supportive Care (以下 BSC) を選択した高齢重複障害患者に対し理学療法を実施し、自宅退院に至った症例を経験したので報告する。

症例紹介

70 歳代女性、身長 158.0cm、入院時体重 69.6kg。既往に 2 型糖尿病を持つ。入院前はマンション 2 階に在住しており、自宅退院には階段昇降動作の獲得が必要であった。家人と同居しているが日中独居であった。

現病歴は X 年 5 月腎不全・ネフローゼ症候群にて他院入院中、労作時呼吸苦と起坐呼吸を呈し、うっ血性心不全の診断で当院へ紹介入院。CT 画像所見にて左上葉腫瘍と縦郭リンパ節腫大を指摘、胸水細胞診で小細胞肺がん (Stage IVa、限局型、T1bN2M1a) と診断。がん治療に関しては腎機能、Performance Status (以下 PS) 不良から第 4 病日に BSC の方針となる。



図1 入院時X線画像



図2 退院時X線画像

説明と同意

ヘルシンキ宣言に基づき患者の個人情報に配慮した。書面にて十分説明し学会発表について同意を得た。

経過

胸水貯留により酸素化能不良であり、利尿剤による体液コントロールが行われた、第 5 病日よりベッドサイドでの理学療法開始。初期評価は、筋力 MMT (右/左) 腸腰筋 3/3、大腿四頭筋 3/3、前脛骨筋 3/3、3L の酸素投与下で SpO₂95%前後であった。New York Heart Association 分類 (以下 NYHA 分類) Class IV、Fletcher-Hugh-Jones 分類 (以下 F-H-J 分類) V、PS4、Barthel Index (以下 BI) 15 点 (食事・移乗動作・排便コントロール 5 点) であった。起き上がり動作、端坐位保持は全介助であり、理学療法介入時以外はベッド臥床の状態ですべての ADL であった。介入当初、患者の自力のみでの起居動作では呼吸苦を訴え、頻呼吸を認めた。そのため介助者主体での端坐位練習を継続した。酸素投与量が減量され第 8 病日より車いす移乗練習を開始し、並行してベッドサイドでの

起立練習を開始した。初期の理学療法は起立動作練習が中心であり、環境調整を行いながら徐々に介助量を減らしていった。第10病日見守り下での車いす移乗と30分程度の座位保持が可能となったため、病棟と連携し食事やトイレ時に車いす移乗し1日の活動量を増加させた。体重減量を認め、第11病日より平行棒内での歩行練習を開始した。第15病日馬蹄型歩行器での歩行練習を開始、バイタルサインに合わせて歩行距離を増減した。自宅退院に向け第20病日より段昇降練習を開始し介助下での階段昇降練習へと移行した。その際、心拍数、SpO₂を測定し、自覚症状の有無を確認しながら運動強度が主観的運動強度Borg scale 13レベルを超えないように運動負荷を調整した。自宅環境の調整を行い第45病日自宅退院となった。

最終評価では、体重は56kgへ減量した。筋力MMT(右/左)腸腰筋4/4、大腿四頭筋4/4、前脛骨筋4/4、室内気にてSpO₂98%まで改善した。NYHA分類Class II、F-H-J分類III、PS3、BI85点(歩行は歩行器又はシルバーカーを使用、入浴・階段動作要監視)、起居動作は自立し、手すり使用で階段昇降を獲得、屋内伝え歩き自立、屋外シルバーカー歩行100m付き添いであった。

考察

日々臨床において、高齢重複障害患者に対する理学療法を多く経験し、その予後予測が困難であり理学療法に度々難渋する。今回、ネフローゼ症候群、うっ血性心不全にて入院、小細胞肺癌と診断されBSCを選択した高齢重複障害患者に対する理学療法を経験した。

本症例は当院入院時PS不良のためBSCを選択した。BSC選択したがん患者に対する理学療法では積極的な運動実施が困難である場合を多く経験する。しかし、本症例は小細胞肺癌に伴う症状はがん性胸膜炎程度と軽度であり、うっ血性心不全の病態悪化と活動量低下に伴う廃用性により身体機能低下をきたしていると考えた。そのため体液コントロールによる病態改善が成されれば適切な理学療法実施によって身体機能改善・ADL向上が期待できると考えた³⁾。そのため主観的運動強度に基づいた理学

療法を実施した。

また、運動療法の内容に関しては、悪液質による筋力増強が期待しにくく、早期ADL動作獲得が必要であったため動作練習を中心に行った⁴⁾。

体液コントロールにより心不全症状が軽減し、またBorg scale13レベル以下での有酸素運動継続が嫌気性代謝閾値の改善に寄与するとの報告もあり⁵⁾、活動量低下によって全身持久性の低下を認めていたが、Borg scaleや全身状態に応じた理学療法を実施したことにより身体機能が改善し、ADL向上につながったと考えられる。

理学療法研究としての意義

今回身体機能に応じた理学療法を実施することで、BSCを選択した症例でも自宅退院が可能であった。

重複障害患者に対しての理学療法では、ADL低下を招いている主病態の判別と、それらが機能改善可能な病態であるかを十分にアセスメントし、予後予測を行った上で理学療法プランの作成と実施が重要である。

文献

- 1) 厚生労働省：人口動態統計 65歳以上の高齢者の主な死因別死亡率の推移。2014。
- 2) 上月正博：応用編 重複障害のリハビリテーション。治療99(5)：689-695, 2017
- 3) 宮越浩一、他：がん患者のリハビリテーション リスク管理とゴール設定。メディカルビュー、2015, pp167-174, 220-229
- 4) 高倉保幸：がんリハビリテーションのエビデンスと展望。理学療法学45(3)、203-205, 2018
- 5) 内山靖：実践的なQ&Aによるエビデンスに基づく理学療法評価と治療指標を総まとめ 第2版。医歯薬出版株式会社、2015, pp227-240