

合併症により予後予測が難渋した片麻痺患者に対する理学療法経験

森口 八郎¹⁾, 藤士 颯¹⁾, 今西 祐輔²⁾

1) 洛和会音羽病院リハビリテーション部 2) 洛和会音羽リハビリテーション病院

キーワード: 予後予測・合併症・予測精度

はじめに

脳卒中患者のリハビリテーションは発症から時間軸で急性期、回復期、生活期と分類されることが多い¹⁻³⁾。2018年度の診療報酬・介護報酬同時改定では、各期を一貫した流れで切れ目のないリハビリテーションを実施し、患者が早く在宅復帰できることがすすめられてきている。早期からの予後予測により退院先や最終的な動作能力の検討を行うことはその後の速やかな方針決定、切れ目のないリハビリテーションの実施のためにも重要であり、脳卒中ガイドラインでも予後予測の重要性が述べられている⁴⁾。

一方で、急性期病院においては診断群分類包括評価の導入により在院日数は短縮している為、より発症早期からの予後予測が必要となる。しかし、早期からの予後予測には合併症などの不確定な要素もあるため予測の精度の問題もある⁵⁾。

今回、既存の帰結結果による予後予測の方法では予測困難であった症例を経験したので報告する。

症例紹介

症例は60歳の男性、左変形性膝関節症あるが病前ADLは自立していた。

現病歴は左半身の脱力を主訴に当院に救急搬送。画像所見としてはMRAにて右中大脳動脈が水平部途中で途絶し(図1)、DWIでは右中大脳動脈領域に高信号が描出された(図2)。呼びかけで開眼するが、著明な左無視、顔面を含む左半身の重度片麻痺、左感覚障害もあり、NIHSSは17点であった。t-PA施行し、左上下肢はほぼ麻痺が無い状態まで回復。顔面麻痺、左感覚障害、左無視は残存したが、NIHSSは8点まで改善した。

しかし、右中大脳動脈の再開通は得られず血栓回収療法を施行した。第4病日に意識障害と左麻痺の増悪、第5病日には、瞳孔不同出現による症状増悪した為、外減圧術を施行した。第10病日に発熱、化膿性血栓性静脈炎と右膝関節の偽痛風と診断され、4週間の抗生剤治療が開始。頭蓋形成術施行後、第55病日に回復期病院へと転院となり、第137病日に自宅退院となった。

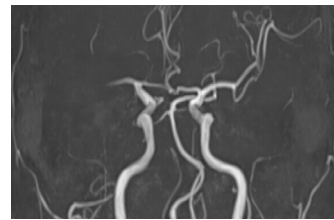


図1

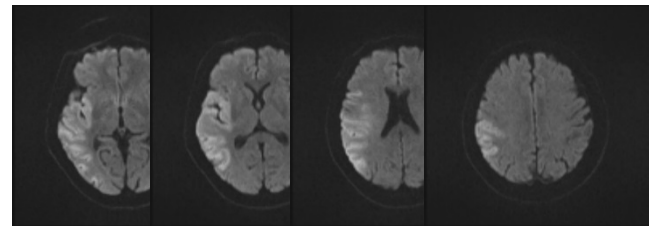


図2

説明と同意

本研究を行うにあたり本人の同意を得た。また、ヘルシンキ宣言に基づきそのガイドラインの方法に従った。被験者のプライバシーおよび個人情報が特定されないようにし、また秘密保持を厳守することに対して留意した。

経過

第1病日より理学療法が開始となる。第4病日に状態悪化し第5病日に外減圧術、人工呼吸器管理となり、FIMは18点となる。第6病日に理学療法再開。第9病日に抜管し座位練習再開。上・下肢ともBrunnstrom stage(以下:Brs)II、重度感覚障害、半側空間無視、病態失認がある。第10病日に車椅子移乗を開始。Brsは上肢でII、下肢でIII。発熱や膝関節痛により第11病日から第22病日まで、離床は実施できずベッド上の運動が中心となる。

この時点で二木の予後予測では入院時と発症2週間の時点において歩行不能レベルであった。端座位も左半側空間無視とpushingがあるため介助が必要。第23病日より立位練習が再開、下肢のBrsがIVとなる。第25病日にこの時点で、画像所見から脳浮腫が強くなるが錐体路機能が残存している可能性

が予想された。また、機能改善が上昇傾向であることから更なる改善を予測した。このため回復期病院に転院して、自宅退院を目指すことになる。第 37 病日には下肢の Brs が V となるが、立位や歩行練習で血圧低下が起こるようになり、再びベッド上でのリハビリが中心となる。第 44 病日ごろから AFO での歩行練習が再開となり、端座位と移乗も自立となり、FIM は 88 点まで改善、第 58 病日に回復期病院へと転院となる。第 142 病日に回復期病院。退院 3 ヶ月後の外来受診時の歩行能力は装具なしで歩行可能であり、10m 歩行は 8.3 秒で歩数は 14 歩であり、歩行速度は 72.29m/分であった。

考 察

本症例は二木の入院時と発症 2 週間の予後予測⁶⁾ではどちらとも歩行不能レベルであった。しかし、合併症も多くあり既存の予後予測だけでは精度に問題があることが考えられた。道免は⁵⁾、発症早期からの理学療法介入や 365 日のリハビリ体制が普及している現在と研究当時とは介入頻度が違っているなどの問題も指摘している。

本症例は治療のため当院で約 2 ヶ月間リハビリを実施する過程で機能改善が上昇傾向であり、今後も改善を続ける事が予想された。また画像所見からも脳浮腫はあったが錐体路の機能が残存していることが推察された。これらのことも含めて検討し回復期病院を経由して自宅退院を目指すこととなった。

急性期病院においては、短い入院期間のため機能改善の傾向から予後を予測する事が難しい事もあり、帰結結果からの予後予測に頼ることが多くある。しかし、予後予測の研究対象は合併症がない症例であることが多い。合併症などがある症例においては予後予測が難しく、予測の精度を向上させるためには複数の因子から検討する必要があることが示唆された。

文 献

- 1) 出江紳一, 他:急性期のリハビリテーション 離床までの評価と訓練, 日本医師会雑誌 125:272-284, 2001
- 2) 長谷公隆, 他:回復期のリハビリテーション, 日本医師会雑誌 125:285-298, 2001
- 3) 高岡徹, 他:維持期のリハビリテーション, 日本医師会雑誌 125:299-304, 2001
- 4) 脳卒中治療ガイドライン委員会: 脳卒中ガイドライン 2015, 協和企画, pp281-282
- 5) 道免和久:脳卒中機能評価・予後予測マニュアル, 医学書院, 2013, pp83-87
- 6) 二木立:脳卒中リハビリテーション患者の早期自立度予測, 日本リハビリテーション医学会誌 19: 201-223, 1982