

P14-4 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 —病態評価と予後予測の重要性—

○尾崎 紘平(おざき こうへい)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 医学研究科 リハビリテーション医学

Key word : 重複障害, 病態評価, 予後予測

【目的】 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。

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 Best Supportive Care (以下 BSC) を選択した高齢重複障害患者に対する理学療法を経過したので報告する。

【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、ネフローゼ症候群を持つ。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瘤と縦郭リンパ節腫大を指摘、胸水細胞診で小細胞肺癌(Stage IVa、限局型、T1bN2M1a)と診断。がん治療に関しては Performance Status (以下 PS) 不良から BSC の方針となる。

【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、入院時体重69.6kg、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ベッド上の 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。そのためギャッジアップ利用し介助者主体での端坐位練習を継続した。酸素投与量が1Lへ減量され第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。その際、運動強度は主観的運動強度 Borg scale に基づき、13レベルを超えないように調整した。第10病日見守り下で車いす移乗と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。体重減量を認めたため、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し、本人の Borg scale や SpO₂の数値に合わせて行距離を増減した。第20病日より平行棒内での段差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。第45病日自宅環境の調整を行い、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・階段動作では要監視)、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による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が成されれば身体機能改善・ADL 向上が期待できると考え、主観的運動強度に基づいた心臓リハビリテーションを実施した。呼吸体液コントロールにより安静時の呼吸症状は軽減した。また Borg scale 13 レベル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、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 や呼吸状態に応じた理学療法を実施したことによって身体機能が改善し、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】 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の理学療法プランの作成と実施が重要である。