

## P15-2 橋梗塞により右片麻痺を呈したが、体幹に着目してアプローチし改善が得られた一症例

○向山 将平(むかいやま しょうへい)  
宇治徳洲会病院 リハビリテーション科

Key word : 体幹, 片麻痺, BAD

**【目的】**脳幹梗塞を発症し、初回評価時に重篤な右片麻痺を呈したが、家事動作と自動車の運転の再獲得へ向けて、体幹機能を基盤としたアプローチが功を奏したと思われるためここに報告する。

**【症例紹介】**60歳代女性。左橋腹側から一部延髄にかけ Branch atheromatous disease type (以下 BAD) の脳幹梗塞を発症し右片麻痺と構音障害を呈した。搬送時 National Institute of Health Stroke Scale 9点で右上下肢とも脱力著明、さらに入院後も梗塞巣拡大し症状進行みられた。発症翌日より介入開始し、開始時 Brunnstrom Recovery stage (以下 BRS) 手指 I 上肢 II 下肢 I で右上下肢は重力に抗し僅かに自動運動可能なレベルであった。表在及び深部感覚正常。その他に軽度構音障害を認めた。

**【説明と同意】**当院規定に従い「発表に関する同意書(倫理第5様式)」をもとに担当主治医及び療法士より説明を行い今回の報告と発表に関する同意を得た後、倫理審査委員会の承認を得た。

**【経過】**第1病日より介入、BRS 手指 I 上肢 II 下肢 I で表在及び深部感覚は正常。第2病日より離床。第3病日、BRS 下肢 II へ改善、平行棒内立位保持開始。第7病日、短下肢装具を着用し平行棒内歩行開始、病棟にて看護師介助でトイレ動作可能となった。第8病日、side cane にて歩行訓練開始。第11病日、BRS 手指 II へ改善、Stroke Impairment Assessment Set (以下 SIAS) 43/76 (Motor1-0-1-2-0)。また車椅子自走獲得。第15病日、BRS 手指 III、SIAS46/76 (Motor2-1c-4-2-0) へ改善し四点杖にて歩行訓練開始。またベッドサイドにて起居動作修正自立。第22病日、BRS 手指 IV 上肢 III 下肢 III SIAS54/76 (Motor4-2-4-3-1) へ改善、移乗動作が修正自立となった。第24病日、近位監視にて歩行可能となった。

**【考察】**脳卒中に対するリハビリテーション(以下リハビリ)において、脳卒中ガイドライン2009及び2015では運動障害及び Activities of Daily Living (以下 ADL) における後遺症に対し、回復を促進するため早期より積極的にリハビリを行い、訓練量や頻度を多く実施することが勧められている。上肢機能障害に対しては特定の訓練を積極的に繰り返し行うことが強く勧められており、下肢麻痺筋に対しては、機能的電気刺激やペダリング運動が歩行能力向上や筋再教育に有用で

あるとされている。また、歩行障害についても下肢訓練の量を多く行うことが勧められている。

本症例は右片麻痺を呈したが、利き手も右であったため、ADL 動作を大きく阻害された。感覚障害は認めず運動障害による ADL 動作の阻害が課題であり、体幹機能へのアプローチを基盤に四肢の機能回復を図った。

体幹機能に対し、寝返り及び起居動作訓練、麻痺側片脚立位保持、頸部挙上訓練、腹臥位で体幹及び四肢伸展を実施し、中枢部の安定性向上による四肢の機能回復を図った。また、上肢機能に対しては、神経筋再教育、座位でリーチ動作訓練、ADL 場面での補助手としての積極的使用、下肢機能に対しては神経筋再教育、ペダリング運動にて回復を図った。なお上肢帯については体幹機能の向上を図ったことで肩甲帯の安定性が獲得できた。神経筋再教育の効果と相まって肩甲上腕関節の亜脱臼を認めることなく経過している。

**【理学療法研究としての意義】**本症例は初回評価時に重篤な運動麻痺を呈していたが、主たる梗塞巣が橋であり年齢も60代であったことから運動麻痺についてある程度の回復を期待して理学療法を開始した。基本的には脳卒中ガイドラインの方針に従ってプログラムを立案したが、体幹機能の向上を目指したトレーニングについては同ガイドラインでの言及は少ない。しかし脳卒中片麻痺患者の機能回復には体幹機能の改善に向けたアプローチも重要と考えられる。こうした観点から本症例では体幹機能を基盤としたアプローチも重視してプログラムを遂行し、一定の成果が得られたため報告する次第である。