

遷延性意識障害患者に対するアキレス腱延長術後の理学療法を経験～在宅に向けて～

¹独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター リハビリテーション部、

²岡山済生会総合病院 リハビリテーション科、

³独立行政法人自動車事故対策機構 岡山療護センター 脳神経外科

①上野 照雄¹、上田 直美¹、佐野 晋作²、平田 里恵¹、本多 和成¹、本田 千穂³、萬代 眞哉³、衣笠 和孜³

【はじめに】頭部外傷により遷延性意識障害になられた患者様の多くは筋緊張亢進若しくは廃用性症候群由来の関節拘縮をきたしており、徒手療法では改善されない場合が多くある。関節拘縮はその部位により種々のADL阻害だけでなく介護負担を増大させる。中でも足関節の拘縮による足底の不接地は端坐位・立位・移乗・車椅子乗車などにおいて大きな阻害因子となる。今回、立位・トランスファーの介助量の軽減目的で、アキレス腱延長術・足関節形成術を施行し、足底接地可能となった自宅退院予定の2症例について報告する。

【症例紹介】(症例1)42歳女性。交通事故による脳挫傷。当院入院時NASVAスケール46点。徐々に意識レベル改善し随意運動も出現。B.R.S. 右上肢2下肢2手指3左上肢6下肢4手指6。アキレス腱延長術・足関節形成術を受傷後8ヶ月目に右下肢、10ヶ月目に左下肢の順で施行した。術前は端坐位軽介助、移乗は2人の介助を要したが、現在術後13ヶ月で端坐位近位監視、1人の介助で移乗軽介助、立位保持軽介助となっている。(症例2)25歳男性。交通事故による瀰漫性軸索損傷。当院入院時NASVAスケール44点。B.R.S. 右上肢3下肢3手指3左上肢2下肢3手指2。受傷後30ヶ月目に両側アキレス腱延長術施行。術前は端坐位軽介助、移乗はスライディングボードで行っていた。現在端坐位軽介助、tilt table standing ex開始。

【考察】症例1、2ともに術後足底接地可能となり、支持基底面が拡大、下肢筋群・体幹筋群の筋活動が端坐位のバランス能力に有効に発揮され、端座位バランスの向上が見られている。今後訓練を継続し、新たに考察を加え学会当日報告する。