

石川島記念病院

症例概要 患者:70代前半 男性

病名:脊髄症

入院期間:令和2年5月下旬～令和2年10月中旬

経過:令和1年7月頃より左下肢の異常感覚を機に徐々に左下肢の脱力と筋力低下を呈し、9月以降両上肢の異常感覚、右下肢にも同様の筋力低下が生じたことで自宅内の歩行、階段昇降困難になる。T病院に受診しMRIにて胸髄 Th1以下に T2 協調で両側側索に高信号を認めたものの明確な原因はわからず。令和2年2月よりステロイドパルス療法にて上肢の異常感覚は軽度改善。令和2年5月にリハビリテーション目的で当院に入院。入院時は両下肢の重度運動麻痺に加え、両手掌に軽度、両下肢に中等度の異常感覚、と全身の筋緊張亢進がみられていた。自宅退院には、階段昇降が必須で、足を上げることが困難でしたが、退院時には、一人で可能となり、無事に自宅退院にむすびつけた症例である。

内容

入院時、両下肢の重度運動麻痺により両腸腰筋 MMT1、大殿筋 1、大腿四頭筋 3、前脛骨筋 1 と著明に低く、両手掌に軽度、両下肢に中等度のしびれの訴えがみられた。また、四肢、体幹の筋緊張異常により両下肢、体幹に中等度の可動域制限がみられた。ADL は車椅子にて見守りから軽介助。立位は両手すり把持と両下肢の伸展パターンを利用し、膝をロッキングすることで保持していた。前院ではロフトランド杖にて歩行していたが、両下肢挙上が困難なことから両上肢の過剰努力での支持と体幹回旋による代償にて歩行しており、両下肢のすり足と反張膝が著明にみられていた。また、20m程の歩行で右肘を中心とした痺れの増悪と、膝の痛みが出現しており長距離の歩行が困難であった。

また、今回脊髄症の診断が下りているものの明確な原因がわかっていないことから、ご本人は神経質になっており、病前との身体機能のギャップに落ち込み、周囲への攻撃的な態度やステロイド治療に対する依存的な様子がうかがえた。ご本人は自宅退院を希望し、そのためには玄関前の 10cmの段差昇降、20cmの階段昇降、車椅子の通れない狭い廊下の移動が不可欠だった。今回の症状の原因が不明で、進行性疾患であることも考えられたことから予後の予測が難しく、ご本人への声かけにもチーム全体で注意を払う必要があった。

リハビリは PT では麻痺による筋出力低下と廃用による筋力低下を明確化し、改善が見込める機能を伸ばしつつ、代償動作の指導を行っていった。当初は立位のバランス機能も低く FBS19 点。座位動作や手すりを使用

しての立ち上がりはできるものの、手を放しての動作は困難な状況だった。また、当時は立位や歩行による両上肢や両膝への負担が強く、2次的な痛みを引き起こすリスクが高かったため、ベッド上でのストレッチと筋力強化を中心に行い、立位練習では両下肢の支持性の強化と立位バランスの向上を目指した。OTでは上肢の巧緻性訓練と過緊張からくる痛みの軽減を中心に介入。またDrと薬剤師により、体調に考慮しながらステロイドの量を在宅治療可能な状態に繋げられるよう減量していき、ステロイド性糖尿病により血糖が上昇しやすいところを栄養士の食事にて適宜調整をしていった。

6月頃には徐々に両下肢の筋力向上がみられ、自力では全く動かせなかった下肢を随意的に動かせるようになり、ご本人からも笑顔が多くみられるようになっていった。その後も僅かながら10cmの段差を上げられるようになるなど、下肢の挙上の改善と立位バランスに向上がみられ、歩行距離も徐々に向上がみられた。しかし7月頃から筋力向上の伸びが緩やかになり、ご本人の回復の実感がわかなくなったこと、ステロイドの減量に対しご本人の不安が増し、倦怠感や下肢の重だるさを強く訴えるようになったことなど、ご本人のメンタルの低下が著明に表れだしたことから、再度チームで話し合い、現状と予後の情報共有とご本人への声かけの注意点を確認していった。

その後8月初旬にピックアップにて病室～トイレ間の移動が自立となり、9月中旬にはロフトランド杖にて病棟内自立となった。9月頃はロフトランド杖にて連続100m弱まで歩行が可能となり、休憩をはさみながら見守りで屋外歩行も行えるようになった。同時に10cmの段差であればロフトランド杖にて見守りで昇降も行えるようになった。9月中旬に家屋調査を実施し、玄関前と自宅内の玄関や浴室などの段差のある個所に手すりを設置し、寝室を階段のある2階から1階に変更するなどの環境調整を行うことで、自宅内を自立した生活を送れるまで改善した。