

1 理学療法士からみた患者の転帰予測 “意識障害を呈した脳幹梗塞の1症例から”

内藤将

七沢リハビリテーション病院 リハビリテーション部

【はじめに、目的】

今回、脳幹梗塞により意識障害を呈した患者と関わる機会を得た。本症例は、前医より積極的なリハビリが行えておらず、入院時より経鼻経管栄養を使用していた。しかし、初回介入から身体機能の向上に期待が持て、嚥下機能次第では摂食可能と早期から予測していた。本患者は現在も入院中であるが、初期の予測通りほぼ独力での摂食が可能となっている。そこで、どういう点から転帰予測を行ったかを症例とともに発表する。

【症例】

70歳代、男性。既往に糖尿病、ほぼ全盲、重度難聴との情報有り。前医より、意識レベルはGCS10(E3/V2/M5)。四肢麻痺、左上肢での自動運動有り。基本動作およびADLは全介助、食事は経鼻経管栄養。ROMの改善に伴うADL能力の向上を目的に理学療法、言語療法を一日6～9時間実施。理学療法では、著明なROMが生じていたためROM-exを中心に行った。言語療法では、動作能力の向上に伴い摂食訓練を行い自己摂取の獲得を図った。

【経過・結果】

介入1ヶ月では、普通型車椅子への変更がされるとともに、表出の改善が見られた。介入2ヶ月では、自発的な表出が増えるとともに、経口摂取が開始軽介助にて開始。また、日中のトイレ誘導が病棟主導で行われ始めた。3か月では、自発的なトイレの訴えと、三食の経口摂取がほぼ独力で行われることとなった。当初の目標通り、両下肢のROM改善に伴ったADL能力の向上がなされた。

【まとめ】

患者の転帰予測をするうえで重要なことは、どういったことが改善可能か、不可能かを明確に判別することである。身体機能レベルで改善の可・不可を判別し、介助量が軽減できるものに対してアプローチを行ったことでADLが向上したものとする。

よって、セラピストは病態を理解したうえで細かい評価を行い、転帰予測をする必要があるといえる。その上で、医師や看護師、看護助手、他セラピストと情報を共有し生活レベルで介入を行うことが重要と考える。

1 理学療法士からみた患者の転帰予測
“意識障害を呈した脳幹梗塞の1症例から”

はじめに

今回、脳幹梗塞により意識障害を呈した患者と関わる機会を得た。本症例は、前医より積極的なリハビリが行えておらず、入院時より経鼻経管栄養を使用していた。しかし、初回介入から身体機能の向上に期待が持て、嚥下機能次第では摂食可能と早期から予測していた。本患者は現在も入院中であるが、初期の予測通りほぼ独力での摂食が可能となっている。そこで、どういう点から転帰予測を行ったかを症例とともに発表する。

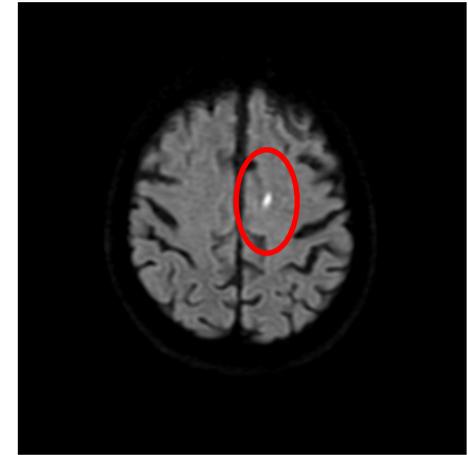
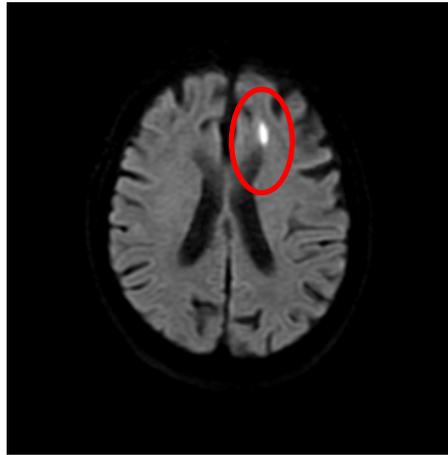
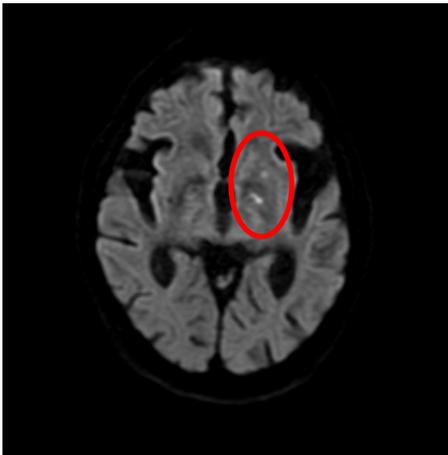
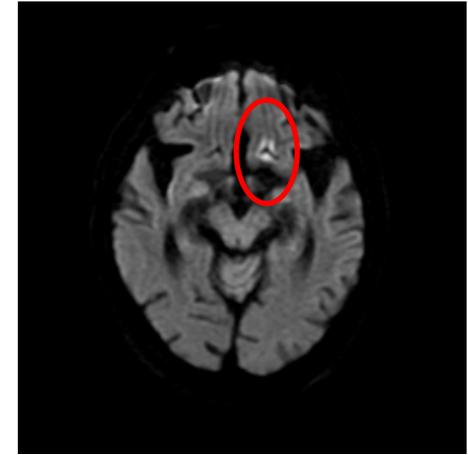
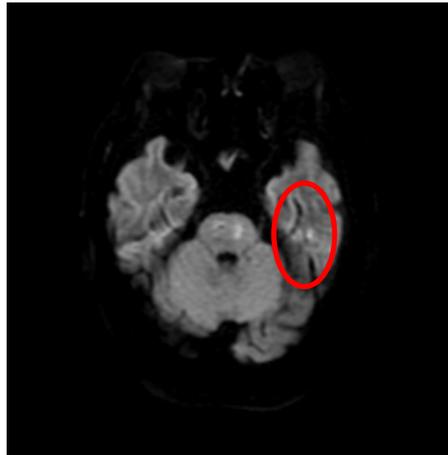
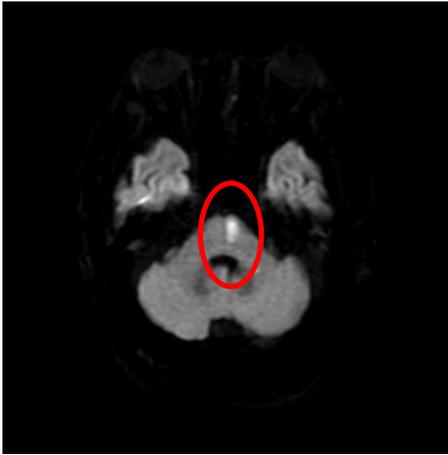
症例

【症例】 70歳代、男性

【既往歴】 糖尿病、ほぼ全盲、重度難聴との情報有り

【現病歴】 2月20日、スーパーの前で倒れているところを川崎市内の病院に搬送されたが帰宅。翌日、自宅にて倒れているところを発見され、脳幹梗塞と診断。搬送時Glasgow Coma Scale(以下：GCS)にてE3V2M4、その後改善認めず。同月22日、一般病棟に転床しリハビリ開始。3月24日、リハビリ目的で当院に入院。

画像(発症時)



前医からの情報

【意識レベル】 GCS:10 (E3/V2/M5)

【随意性】 四肢麻痺、左上肢での自動運動有り

【基本動作】 全介助

【ADL】 i) 食事：経管栄養

ii) 排泄：オムツで終日床上排泄

iii) 入浴：清拭のみ

iv) その他：全介助

目標設定・介入(前情報より)

【短期・長期目標】 廃用予防(身体機能の維持・向上)

- ・理学療法 → 例) ROM-ex、起立台での起立練習

※ 理学療法士としての思考

前医からの情報では、意識レベルが低く、視力、聴力によりコミュニケーションが困難。また、麻痺が重度(四肢麻痺)の可能性もある。

➡ 転帰不良の可能性が高く廃用予防が限度か。

理学療法評価（初期） ①

【全体像】 体動なく閉眼状態で発話見られず。

体を揺さぶるなど行くと開眼するが自発的な行動は見られない。

【意識レベル(GCS)】 9 (E4/V1/M4)

【随意性】 四肢麻痺。移乗時、左上肢の協力動作有り。

下肢は、中等度介助にて立位保持可能なレベル

理学療法評価（初期） ②

【関節可動域（range of motion：以下ROM）】

単位（°）、著明なもののみ記載

運動方向		右	左	基準値
股関節	屈曲	100	85	125
	伸展	-5	-5	15
	内転	10	5	25
	外転	10	0	55
	内旋	0	-20	45
膝関節	伸展	-15	-15	0
足関節	背屈	0	-5	25

理学療法評価（初期） ③

【起居動作】 全介助

【ADL】 Functional Independence Measure (以下FIM) :

運動項目 13/91、認知項目 5/35点

- i) 食事：経鼻経管栄養
- ii) 入浴：機械浴(座浴)
- iii) 排泄：ベッド上全介助
- iv) 移乗：全介助
- v) 移動：車椅子全介助

介入経過 0 (介入初日:Phase0)

訪室時、閉眼状態で無反応。体を揺さぶるも体動・発話無し。
起立練習後、移乗の際に瞬目反射と左上肢で協力動作あり。耳元
で大きな声で起立を促すと下肢の支持性がみられた。



指示理解が得られ、目も見えている可能性有り。麻痺は立位や
移乗を行える程度。ということは、意識レベルと体の柔軟性が改
善されれば動作能力向上が可能かもしれない！

➡ 実際の目標設定・プログラムを決定

評価後の目標設定・介入

【短期および長期目標】 ROM改善、ADL能力向上

- ・理学療法 → 車椅子での離床、ROM-ex、歩行練習

※理学療法士としての思考

- ① 指示理解可能→リハでの効率的な運動が可能。
 - ② 初期で立てる程度の麻痺→今後随意性は改善するはず。
 - ③ 関節の固さは廃用によるもの→リハで改善可能。
- ➡ 身体機能・動作能力が改善すれば経口摂取可能かも！

介入経過① (2日目～1ヵ月)

理解・表出：指示に対する協力動作がみられる

ADL

移乗：重度介助

移動：リクライニング車椅子

食事：経鼻経管栄養

排泄：床上オムツ全介助



理解・表出：質問に対する僅かな頷き、発声での表出あり

ADL

移乗：中等度介助

移動：普通型車いす全介助

食事：経鼻経管栄養

排泄：床上オムツ全介助

理学療法 ➡ 体幹・両下肢ストレッチ、歩行練習

言語療法 ➡ 口腔ケア、顔面マッサージ、摂食嚥下訓練(間接)※
※訓練中に食思向上を認める発話あり。

介入経過② (1カ月～2ヶ月)

理解・表出：質問に対する僅かな頷き、発声での表出あり
ADL

移乗：中等度介助

移動：普通型車いす全介助

食事：経鼻経管栄養

排泄：床上オムツ全介助



理解・表出：「寝たい」や「戻りたい」といった自発的な表出あり

ADL

移乗：軽度介助

移動：普通型車いす全介助

食事：経口摂取(軽介助)※

排泄：日中リハビリパンツにてトイレ誘導(失禁あり)

※食形態：軟飯/キザミ/汁トロミ

理学療法 ➡ 頸部・体幹・両下肢ストレッチ、歩行練習

言語療法 ➡ 口腔ケア、顔面マッサージ、摂食嚥下訓練(直接) 13

介入経過③ (2カ月～現在)

理解・表出：「寝たい」など、
自発的な表出あり

ADL

移乗：軽度介助

移動：普通型車いす全介助

食事：経口摂取(軽介助)

排泄：日中リハビリパンツに
てトイレ誘導(失禁あり)



理解・表出：時折「トイレ」
などの訴えあり

ADL

移乗：見守り～接触介助

移動：普通型車いす全介助

食事：経口摂取(ほぼ**独力**)※

排泄：日中リハビリパンツに
てトイレ誘導(失禁あり)

※食形態：軟飯/キザミ/汁トロミ

理学療法 → 頸部・体幹・両下肢ストレッチ、歩行練習

言語療法 → 摂食嚥下訓練(直接)、**表出練習**

※現在は作業療法も実施中

理学療法評価（現在） ①

【全体像】 日中は食堂にて過ごし、食事や飲水をほぼ独力で行う。また、トイレや帰室の訴えが時折みられる。

【意識レベル】 GCS: 14 (E4/V4/M6)

【随意性】 四肢麻痺。左上肢での食事が可能（スプーン）

下肢は、見守り～接触介助レベルで移乗可能な支持性有り。

理学療法評価（現在） ②

【ROM】 単位（°）、著明なもののみ記載

運動方向		右	左	基準値
股関節	屈曲	(100) 120	(85) 110	125
	伸展	(-5) 0	(-5) 5	15
	内転	(10) 10	(5) 10	25
	外転	(10) 15	(0) 10	55
	内旋	(0) 10	(-20) 10	45
膝関節	伸展	(-15) -5	(-15) -5	0
足関節	背屈	(0) 10	(-5) 10	25

理学療法評価（現在） ③

【起居動作】 中等度介助

【ADL】 FIM:運動項目 22/91、認知項目 10/35点

- i) 食事：経口摂取（軟飯/キザミ/汁トロミ）
- ii) 入浴：機械浴（座浴）
- iii) 排泄：日中リハビリパンツ、トイレ誘導
- iv) 移乗：見守り～接触介助レベル
- v) 移動：車椅子全介助

まとめ①

患者の転帰予測をするうえで重要なことは、どういったことが改善可能か、不可能かを明確に判別することである。本症例では、入院初期から立位を行えるだけの随意性があり、経時的に向上することが予測された。また、著明なROM制限が認められたが、廃用によるものであり、拘縮していなければ改善が可能である。しかし、視力・聴力は病前からのものであり、改善困難なものと考えられる。

まとめ②

そのため、退院時には必ず介助が必要と推測できるが、身体機能レベルで改善の可・不可を判別し、介助量が軽減できるものに対してアプローチを行ったことでADLが向上したものとする。

よって、セラピストは病態を理解したうえで細かい評価を行い、転帰予測をする必要があるといえる。その上で、医師や看護師、看護助手、他セラピストと情報を共有し生活レベルで介入を行うことが重要と考える。

今後の課題

本症例では、初期から患者の転帰予測を行い介入することができた。しかし、**練習レベルでの動作能力を生活に反映させるという点では不十分**といえる。そのため今後はより一層、病棟・リハビリスタッフ間で情報を共有し、**患者の生活レベルを向上させていく必要がある**と考える。また、食事中のむせこみは残存しているため、ST・看護師間で情報共有等を行い、病棟主導でのリハビリ時間外練習(食事介助)など、**他職種と連携**したリスク軽減に努めることも重要といえる。