

脊髄梗塞により対麻痺を呈し、排泄動作に着目したことで自宅復帰へと至った事例

国保水俣市立総合医療センター
西留 敦之

Key words 排泄 退院支援 回復期リハビリテーション

【はじめに】

脊髄梗塞は中枢神経障害の約1%といわれる稀な疾患であり、リハビリテーションの報告は少ない。当院でも少ない症例であり、自宅退院まで至った例はわずかであった。今回は大動脈解離に対する上行大動脈置換術後に脊髄梗塞を呈した症例対して排泄動作に着目することで、自宅退院に繋げることができたため報告する。

【症例紹介・初期評価】

症例は80代女性。独居。日常生活動作（以下ADL）は自立。現病歴は自宅にて呂律が回らない、全身脱力感の訴えがあり当院へ救急搬送。低血圧や背部痛も認めていた。CTにて大動脈解離（Stanford A型）の診断。ドクターヘリにて他院へ搬送。同日、上行大動脈置換術施行。19病日に頭部MRIにて脳梗塞、23病日に脊髄MRIにて脊髄梗塞（Th5/6）の所見あり。43病日に当院へリハビリ目的での転院となる。47病日時点での初期評価は以下の通り。関節可動域：著名な制限なし。感覚：明らかな鈍麻なし。MMT：上肢3～4、下肢1～2（右>左）ASIA機能障害尺度「C」認知機能：HDS-R23点。その他：嘔声、食事摂取量は7～8割、仙骨部に褥瘡形成。ADL評価：BI5点（食事一部介助）、FIM50点。膀胱直腸障害にておむつ内失禁であった。主訴は「足の力が入るようにしたい、歩けるようになりたい」であった。

【倫理】

今回の事例報告に関して対象者とご家族に同意を得た。開示すべき利益相反（COI）はない。

【介入内容・介入結果】

第I期 初期評価から離床まで

47病日より当院での作業療法介入。初期評価をふまえ、自宅退院を目標とした場合、以下の点が阻害要因となることが考えられた。①下肢の残存機能からは車椅子が実用的である。②独居であり介護者がいない。③膀胱直腸障害は残存することが予想され、排泄管理の手段に検討が必要。主訴に対して、まずは車椅子への移乗を目標とすることで同意を得た。

仙骨部褥瘡に配慮しながら離床を進め、全介助での車椅子乗車を行った。血圧をはじめとしたバイタル管理を徹底した。離床による大きな血圧変動はみられなかった。発症による著しいADL低下により精神的な落ち込みがあり、リハビリに対する意欲は低かった。

II期 車椅子移乗、自走、トイレ動作訓練の実施

不安などを傾聴し励ましながら離床を進めていくなかで、60病日頃より「もう歩くのは難しいでしょうね、車椅子でも家に帰りたいです」といった障害受容ととれる発言が聞かれるようになった。63病日に回復期病棟へ転棟。褥瘡治癒に伴い、スライディングボードを利用しての移乗動作獲得を目指して訓練介入。トイレ誘導は2人介助を必要としていた。徒手的な四肢・体幹の機能訓練やプッシュアップ動作訓練などを行っているとは下肢の随意性向上を認めるようになった。車椅子移乗、自走に加えてトイレ動作の獲得が見込まれた。自宅退院に向けてパット交換を含めたトイレ動作が目標となることを対象者と共有した。96病日には移乗バーを使用して移乗動作、124病日は片手すり使用しトイレ動作、145病日はパット交換を含めたトイレ動作が可能となった。歩行も介助にて平行棒内で行えるまで向上がみられていた。

III期 家屋調査、環境調整、自宅退院まで

娘が同居することとなり、自宅退院方針となった。自宅の家屋調査を行い、ベッドからトイレの動線は車椅子が通ること、トイレは入口に対して対面、室内は狭く2m程度歩いて移動する必要があることを確認した。介護保険は要介護4の認定あり、福祉用具のレンタル、住宅改修を行った。自宅内は車椅子移動とし、トイレ内にベストポジションバーやL字手すり、屋内の段差に対して解消スロープなどを設置した。同居予定の娘は夜勤にて不在なことがあるため、入院中より夜間はオムツを着用し起床時にパット交換後リハビリパンツに履き替え、日中を過ごすよう病棟と共有した。第197病日自宅退院となり訪問看護、訪問リハビリへと繋げた。最終評価は以下となった。MMT：上肢4、腸腰筋、左前脛骨筋、内転筋群で3、その他下肢4、ASIAの機能障害尺度「D」認知機能：HDS-R27点。ADL評価：BI70点、FIM100点。排泄：尿意わずかにあるがパット内失禁あり。日中の排尿は時間を決めて行い、7～8回程度であり導尿は行っていない。排便は正常に便意あり1日1回。車椅子移乗はベッド柵使用し自立、自走可能。歩行は介助あればシルバーカーで、両手すり環境での階段昇降も可能。床上動作は30cm程度の台があれば立ち上がり可能であった。

【考察・まとめ】

本症例は脊髄梗塞による対麻痺、膀胱直腸障害を発症し予後は車椅子中心の生活、ADLは要介護となることが予想された。介入初期は悲観的訴えが多く意欲が低いことに加え、褥瘡への配慮も必要であったため離床に難渋した。今回、亜急性期から回復期の約半年間リハビリテーションを提供し、家屋調査による環境調整を行うことで自宅退院へ繋げることができた。介入初期の予想より大幅なADL向上に伴い、実際の家屋環境を確認し、身体機能に合わせた具体的なゴール設定を対象者と共有できたことが自宅復帰に至った要因と考える。