

脳卒中後の歩行障害に対する介入経験

- 麻痺側下肢の遊脚期のクリアランス不良が残存した症例について -

○坂本 隆徳¹⁾ 濱崎 厚志¹⁾ 奥埜 博之²⁾

1) 福山記念病院 リハビリテーション科

2) 摂南総合病院 認知神経リハビリテーションセンター

【はじめに】

脳卒中片麻痺患者の歩行の再獲得にあたっては、骨盤など他部位との関係性も含んだ股関節周囲機能の問題による跛行や、麻痺側下肢の遊脚期のクリアランスの低下が阻害因子になることは臨床上多く経験する。今回、脳梗塞後にトレンデレンブルグ様の跛行に加え、麻痺側下肢の遊脚期の地面に対するクリアランスの低下を伴った症例を経験したため、その病態と介入経過について報告する。

【症例紹介】

右放線冠梗塞により左不全片麻痺を呈した認知機能低下のない80歳代男性。陳旧性の多発性微小出血（右橋・網様体部，両側基底核，視床，左内側頭頂葉皮質下）も認めていた。発症後約3週目の時点で、Brsは下肢Vレベルで、下肢の感覚障害は軽度鈍麻であった。10m歩行はT字杖にて16.14秒（24歩）であり、歩行はトレンデレンブルグ様の跛行と麻痺側下肢の遊脚期のクリアランス不良を認めた。

【病態解釈と介入】

本症例は、骨盤の水平位の認識、左足部での地面の水平位の認識が不良であることが、トレンデレンブルグ様の跛行と、クリアランス低下の要因ではないかと考えた。また、運動の予期と実際に生じた運動との比較照合を求めても回答出来ないことが多く、学習の阻害因子になっていると推測した。介入としては不安定板を使用した骨盤水平位を認識する課題、足部での水平位を認識する課題や両下肢の空間関係を問う課題を1回60分、約4週間実施した。

【結果】

Brsは下肢VIレベルとなり、10m歩行は独歩にて11.9秒（19歩）へと向上した。また、トレンデレンブルグ様の跛行は改善したが、左遊脚期の地面に対するクリアランスは十分な改善に至らなかった。

【考察】

本症例のように脳卒中後の歩行障害は、さまざまな歩行の相で複合的に生じることが多い。大畑（2011）は、脳卒中症例における麻痺側下肢の遊脚期クリアランス低下の原因について、遊脚期の麻痺側膝関節屈曲角度の低下であるとしている。今回は足部の空間情報の構築を中心に介入を実施したが十分に改善しなかったことには、膝関節を含めた介入展開と足底の圧情報などの接触情報に対する介入、さらには実際の歩行との関係付けと自覚が不十分であった可能性があり、今後さらなる仮説検証作業が必要である。

【説明と同意】

発表に先立ち、症例に本発表の趣旨と内容に関して同意を得ている。