

起立-着席運動でADL改善が得られた

結節性多発動脈炎に伴う多発性単神経炎の1例



医療法人羅寿久会 浅木病院 脳神経内科/リハビリテーション科

永富太一(PT), 新藤亜美(OT), 三好安(MD), 三好正堂(MD)

はじめに

- 結節性多発動脈炎に伴う多発性単神経炎・多発性筋炎の1例を経験した。
- 本疾病は軸索障害であり、また、多発性神経炎に対する急性期リハビリテーションでは、過負荷を避けるのが一般的である。
- リハビリテーションとして、いつから、何を、どの程度行うのか不明な点が多い。
- 今回、発症早期より起立-着席運動を行い、順調に回復した1例を経験したので報告する。

症例

70歳代 男性 右利き 身長: 151 cm, 体重: 44.1 kg

【現病歴】X年10月より倦怠感を自覚, 貧血があった。X+1年4月12日急に発熱, 全身に紫斑, 四肢末端の痺れを感じ, A病院脳神経内科へ入院, 結節性多発動脈炎に伴う多発性単神経炎・多発性筋炎と診断された。ステロイド・パルス療法, 次いでプレドニゾロン 50mg投与された。発症時 CK 15,950 IU/L, CRP 7.8 mg/L→14病日で正常化し, 26病日に浅木病院へ転院してきた。

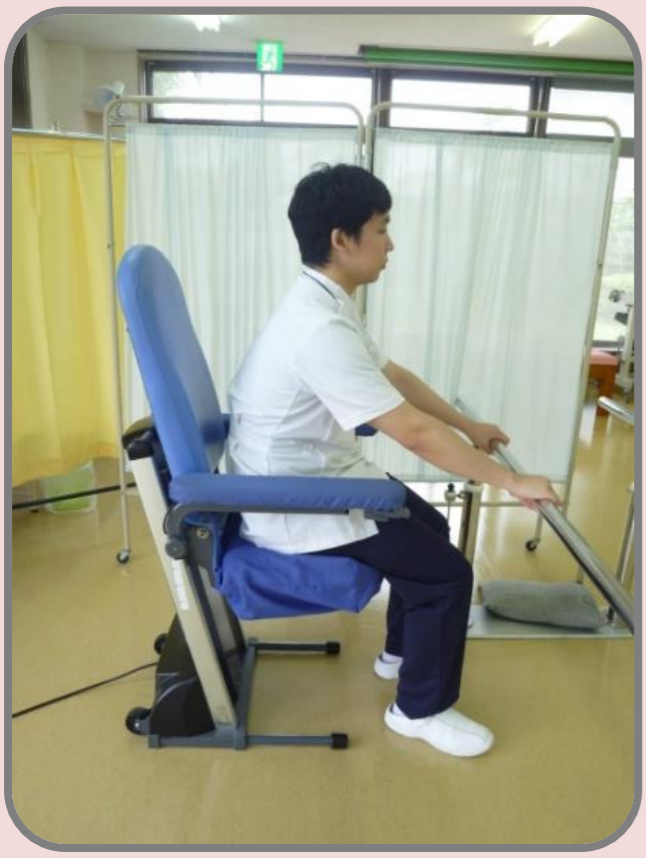
入院時現症

- ① 貧血あり(Hb 9.2, RBC 373万)
 - ② 筋炎は消失(CK 39, AST 32, ALT 36, CRP 0.15)
 - ③ 意識清明
 - ④ 両側前腕と膝から下の下腿部に著しい紫斑多数
 - ⑤ 両側上肢の末梢筋に著明な筋力低下あり, 両側下腿筋の筋力は完全麻痺
 - ⑥ 腱反射は消失, 病的反射は陰性
 - ⑦ 四肢末梢の感覚脱失. 手の感覚は尺骨神経領域で脱失しており, 正中神経・橈骨神経領域では感覚がやや残存
 - ⑧ ADLはBarthel Index(B.I.) 15/100点(食事 5/10・尿意 5/10・便意 5/10)
- 以上から結節性多発動脈炎に伴う多発性単神経炎と診断された。

経過

- ① プレドニゾロンは漸減し, 退院時には 15mgになった。
- ② 入院当初より起立-着席運動を1日 300 ~ 400回実施できた。
- ③ 膝伸展筋力は右 9.4kg→20.4kg, 左 8.5kg→17.4kg, 握力は右 4.5kg→9.3kg, 左 0kg→0.5kgに改善した。

当院のリハビリテーション



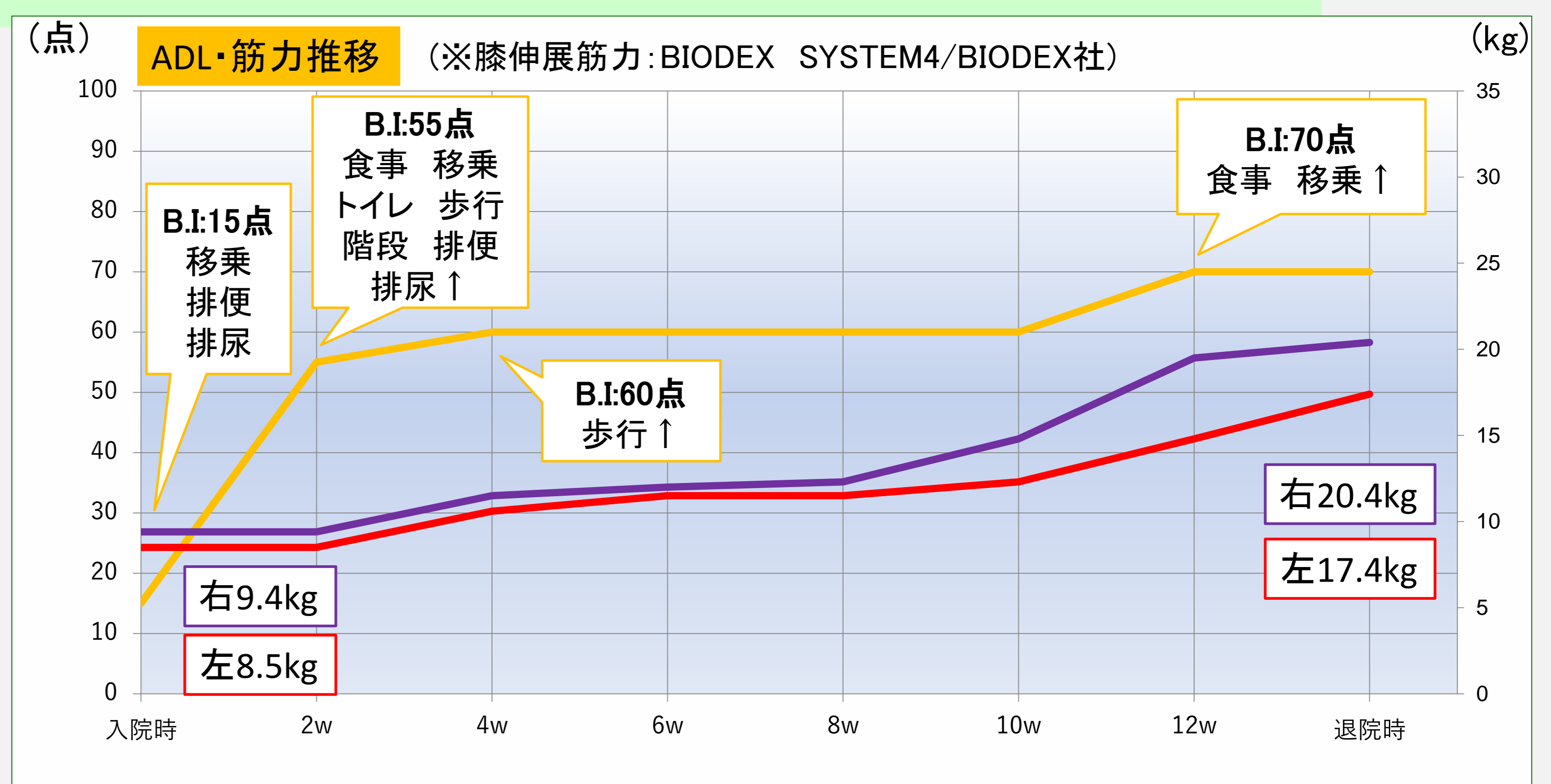
- ・昇降椅子で高さを調整
- ・起立速度の決定 (6回/分からスタート)



- ・25~60cmまでの椅子



- ・集団で励まし合いながら



上肢筋力(MMT)

	入院時 (26病日)		退院時 (146病日)	
	右	左	右	左
肩屈曲筋	4	4	5	5
肘屈曲筋	4	3	4	4
手掌屈筋	3	2	4	2
手背屈筋	3	3	4	4
手指屈曲筋	3	2	4	2
手指伸展筋	3	2	3	3

下肢筋力(MMT)

	入院時 (26病日)		退院時 (146病日)	
	右	左	右	左
股屈曲筋	3	3	4	4
膝伸展筋	3	3	4	4
膝屈曲筋	3	3	4	4
足背屈筋	0	0	0	0
足底屈筋	0	0	0	0

- ④ 両脚の背屈筋と底屈筋は筋力は改善せず, これに対して足関節の背屈・底屈の動きをコントロールする湯之見式短下肢装具を作製し, 歩行を改善することができた。

- ⑤ 感覚低下は改善せず, 左手は非機能的で終わった。

- ⑥ ADLは70/100点まで改善した。

湯之見式短下肢装具



【退院時歩行】

- 四輪歩行車使用
- 監視レベル
- 耐久性 50m
- 16秒 / 10m



考察

現在, 多発性神経炎の急性期リハビリテーションでは, 過負荷を避けることが一般的であるが, 起立-着席運動は, 過負荷にならない運動であり, 順調な回復を得られた点で重要と考える。