

23. 右下腿切断術後に左人工股関節全置換術を施行した症例に対する義足リハビリテーション経験

国立障害者リハビリテーションセンター（所沢）病院リハビリテーション部・理学療法室
小見昌哉 清水健、中村隆、近藤怜子、遠藤佐知子

【はじめに】

切断者のリハビリテーション(以下、リハビリ)では、非切断肢の支持性が担保されていることが重要であることは想像に難しくない。切断側、非切断側共に障害を有したリハビリの症例報告は多くない。今回、下肢片側低形成側を下腿切断し、非切断側へ人工股関節全置換術(以下、THA)を施行した症例を担当したため報告・共有する。

【症例紹介】

40歳代後半の女性。幼少期に、右内軟骨腫と診断。手術、装具療法にて矯正を試みたが、思春期に自己判断で中断し右腸骨～下腿骨の低形成となる。成人後、右下腿骨折を繰り返すがADLは自立。X年右下腿骨折を受傷。X+1月、骨切りと観血的整復固定術。X+17月、感染性偽関節となり膿瘍切除術、内服加療。左変形性股関節症の診断。X+34月、右下腿切断術。X+38月、左THA(前方侵襲)。X+40月、義足作成、リハビリ目的で入院(Y日)。入院時、ROM-Tでは両側股関節伸展制限。MMT(右/左)は股関節伸展(2/2)、外転(3/2)。疼痛は腓骨～断端NRS4～5の圧痛、幻肢痛なし。断端長13cm。起居・移乗動作、車椅子ADL共に自立。介入は理学療法(筋出力強化、歩行練習等)、リハビリ体育(持久力強化等)を週5回、1日各2単位を実施。

【経過】

Y+1日、:サーモプラスチックライナー・支柱付き下腿義足、SACH足部を利用しpick up walker歩行を開始。Y+14日、両ロフトランド杖歩行を開始。Y+27日、KBMソケット、スリーブ+SAKAGE懸垂へ変更。Y+38日、シリコンライナー・TSBソケット、ピン懸垂SACH足部(J-Foot)へ変更。Y+54日、足部踵高調節付き(ピッチアジャスター)を追加し退院。退院時、MMT(右/左)が股関節伸展(4/3)、外転(4/3)。両ロフトランド杖を利用し屋内外歩行、階段昇降が自立。10m歩行テストは10秒、18歩(歩行速度1.0m/sec、ケイデンス108steps/min、0.56m/step)、6分間歩行:335m、歩行距離の増大と共に腰痛が出現。

【考察】

本症例は義足歩行距離が増大するに伴い腰痛が出現した。本症例は右下肢片側低形成側によって骨長が短く、筋作用も弱い。非切断肢はTHA施行により支持性が弱い。その状態で、歩行距離が増加することで腰部への回旋ストレスが増強し、腰痛が出現したと考えた。義足からのアプローチとして、右側骨盤傾斜を補正する目的で義足長(チューブ延長)変更を試みたが、非切断肢(左股関節)の支持性も不十分であり、右遊脚終期に義足足底面が接地し、左立脚後期に不安性が出現したため、入院期間での義足長(チューブ延長)変更は中断した。

【倫理的配慮、説明と同意】

対象者には口頭にて説明し書面にて同意を得た。なお、本発表は倫理審査委員会の審査において承認をうけ、総長の許可を得て、実施している(承認番号:2023-043)