

◎悪性腫瘍3

座長 古市 照人

2-8-9 造血幹細胞移植患者に対するリハビリテーション 第2報

<sup>1</sup>横浜市立大学附属病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>横浜市立大学附属市民総合医療センターリハビリテーション科  
稲澤 明香<sup>1</sup>, 水落 和也<sup>1</sup>, 横井 剛<sup>1</sup>, 西郊 靖子<sup>1</sup>, 根本 明宜<sup>1</sup>, 菊地 尚久<sup>1</sup>, 佐鹿 博信<sup>2</sup>

【はじめに】当院では2009年4月より造血幹細胞移植(HSCT)の患者に対して、無菌室からのリハビリテーション(以下リハ)を開始し、昨年の本学術集会でその現状を報告した。今回、新たに加わった対象者を含め現状を更新して報告する。【対象と方法】2009年~2010年にHSCT前後にリハを行った患者21名(男性11名, 女性10名, 平均44.5歳)について、身体機能・臨床経過を後方視的に調査し、年度によって比較した。尚、患者は移植前には明らかなADL制限なく、週2-3回無菌室内で理学療法士による筋力増強訓練やストレッチ, 自主練習指導を受け、無菌室から一般病棟移動後も退院までリハを継続した。【結果】無菌室在室期間は平均37.8日, 無菌室内でのリハ施行は平均12.8回(1単位/回), 無菌室退室後の握力は入室時と比べ右12.8%/左17.1%低下(2009年度 右15.5%/左21.7%, 2010年度 右10.4%/左13.0%), 膝伸展筋力は右9.7%/左18.4%増加していた(2009年度は低下した者, 2010年度は増加している者が多かった)。リハ阻害因子としては、発熱(平均6.8日), GVHD(発生率60.0%), 悪心等による体調不良があり, 平均2.4回のリハ中止があったが, リハ離脱例はなく, リハの介入が原因と思われる出血や明らかな接触感染の発生した例はなかった。【考察】無菌室内のHSCTに因連する合併症時期でも安全にリハを施行できることが確認できた。昨年の報告と違って膝伸展筋力は増加している傾向があり, 今後もさらに症例数を重ねて調査を継続し, 安全かつ効率的なリハについて検討していきたい。

2-8-10 脳卒中患者における深部静脈血栓症の実態調査—リハ医学会患者データベースの分析—

<sup>1</sup>新潟県立リウマチセンターリハビリテーション科, <sup>2</sup>日本リハビリテーション医学会  
曾川裕一郎<sup>1</sup>, データマネジメント特別委員会<sup>2</sup>

【目的】疾患に伴う下肢不動は深部静脈血栓症(以下DVT)発症の大きなrisk factorと言われている。またリハビリテーション(以下リハ)開始による下肢運動により致死性の疾患である肺塞栓症を発症することがあり, DVTはリハ診療において常に念頭に入れておかなければならない重要な合併症の一つである。今回、「日本リハ医学会患者データベース」(以下DB)を利用して、脳卒中患者におけるDVTの実態を明らかにする目的で分析を行った。【対象と方法】DBの登録データ(2010年12月版)を分析した。DVTについてのデータがある脳卒中患者344例について、入院時機能障害重症度(NIHSS)や能力障害重症度(mRS), 入院からリハPT開始までの日数などの項目とDVT合併との相関関係の有無, ならびにDVT合併群と非合併群間での最終的な能力障害予後や終了時転帰について統計学的検討を行った。【結果】脳卒中患者344例中, 9例(2.3%)にDVT合併が認められた。DVT合併の有無と入院時NIHSS, 入院時mRS, PTリハ開始日数のいずれにおいても有意な関連は認められなかった(ロジスティック回帰分析)。予後分析では能力障害に有意差は認められなかったが, 急性転化(死亡, 急変転院・転棟率)においてDVT合併群で有意な上昇が認められた(p=0.025)。【考察】今回のデータからは, DVT合併と入院時の身体機能, 能力障害の程度, PTリハ開始日数との関連性は見いだせなかった。しかしDVTを合併した場合の身体的予後は悪いことから, リハ診療の共通認識として予防・早期診断に十分な留意が必要である。

2-8-11 回復期リハ病棟における配合錠(ARB+Ca拮抗薬)投与下での血圧, 脈拍の変化および薬剤費の検討

<sup>1</sup>適寿リハビリテーション病院リハビリテーション科, <sup>2</sup>大阪医科大学総合医学講座リハビリテーション医学教室  
小橋 紀之<sup>1,2</sup>, 公文 敦<sup>1</sup>, 佐浦 隆一<sup>2</sup>

【背景および目的】回復期リハビリテーション病棟(回復期リハ)での降圧治療の目的は重要臓器の高血圧による障害を抑制し, その進展阻止にある。今回, 回復期リハの高血圧患者に配合錠(olmesartan 8mg/azelnidipine 10mgLD)を投与し, 降圧, 脈拍, ADLおよび対費用効果について検討した。本研究は本院倫理委員会の承認を得た。【対象・方法】降圧剤を単剤または2種類服用している患者でARB, およびCa拮抗薬服用中の患者を無作為に抽出し, 投薬内容の変更について本人あるいは家族から同意を得た患者10例(平均年齢74.2±11.9歳)にLD1錠朝食後, 4週間投与し, 投与H(A), 2週目(B), 4週目投与終了(C), に血圧, 脈拍を午前9時台に測定した。ADLについては, 投与, 終了時にFIMを測定し, 有意差検定はt検定を行いp<0.05を有意とした。【結果】収縮期血圧は, 140±13(A), 121±16(B, p<0.01), 115±9(C, p<0.01), 拡張期血圧は, 81±8(A), 71±9(B, p<0.05), 66±6 mmHg(C, p<0.001), と降圧した。脈拍は, 80±9(A), 73±7(B, p<0.001), 68±8拍/分(C, p<0.01)を示した。リハビリテーションによりFIMも投与前70±33が80±31改善した。薬価は, 院内採用薬でARBは125円, ARB+Ca拮抗薬189円, に対してLDは(91円)と安価であった。【結論】LDは有意な降圧効果と脈拍減少作用を呈し, リハビリテーションによりADLも改善した。また, LDは, ARBやCa拮抗薬等の単剤, 多剤併用に比較して明らかに安価であり, 本剤の使用は, 回復期病棟においては有益であることが示された。