

右臼蓋骨挫傷・左大腿骨骨頭壊死を呈し、両下肢免荷となった症例

平野 佑馬¹⁾ 桑野 麻衣¹⁾

1) 水無瀬病院 理学療法科

Key words ; 臼蓋骨挫傷, 大腿骨骨頭壊死, 免荷

【背景と目的】

今回、右臼蓋骨挫傷、左大腿骨骨頭壊死を呈し、保存療法にて両下肢免荷となった症例を担当した。臼蓋骨挫傷は合併症として大腿骨骨頭壊死や変形性股関節症のリスクがあり、免荷期間での適切な治療が必要である。左側に対してのリスク管理も行いながら治療を実施したので報告する。

【症例と介入】

60代男性、身長165cm、体重66.5kg。既往歴：腰部脊柱管狭窄症、X-6ヶ月仙骨骨折。仙骨骨折受傷後より外出機会が減少していた。その後仕事に復帰したが、復帰1週間後のX-3日重量物を持った際に右股関節に違和感あり。X日右臼蓋骨挫傷・左大腿骨骨頭壊死の診断にて入院、両下肢免荷となる。X+7日左下肢、疼痛に応じて全荷重開始。X+15日右下肢1/3荷重開始し、1週毎に1/2、2/3と増加、X+36日に右下肢全荷重開始となった。初期評価X+1~4日：NRS右股関節部に運動時3/10、左股関節部に運動時2/10。ROM(R°/L°)股関節屈曲110p/110p、足関節背屈15/15。右下肢免荷中はROM-ex、右大腿四頭筋に対しElectrical Muscle Stimulation(20mA)を用いた筋力増強運動や受傷部に対し軽負荷でOKCの運動を中心に実施した。右下肢荷重開始後は起立練習やHeel up等CKCの運動や歩行器歩行練習を実施した。全荷重開始後は体幹伸展位保持のため、腹筋群の筋力増強運動、ノルディック杖での歩行訓練を実施した。リスク管理として過荷重による疼痛や炎症所見を適宜確認した。

【経過及び結果】

中間評価X+33~35日：ROM(R°/L°)股関節屈曲125/120、伸展0/0、足関節背屈20/20。MMT(R/L)体幹屈曲4、股関節屈曲5/5、伸展4/4、膝関節屈曲4/4、足関節底屈2/4。膝伸展筋力(ハンドヘルドダイナモメーター、以下HHD、Rkgf/kg/Lkgf/kg)0.40/0.44。U字型歩行器：TUG18.64秒、10m歩行テスト11.51秒23歩。病棟内ADLは歩行器歩行自立となった。最終評価X+46日：MMT(R/L)体幹屈曲5、膝関節屈曲5/5、足関節底屈4/4。HHD(R/L)0.51/0.51。独歩：TUG14.93秒。10m歩行テスト10.56秒21歩。立位姿勢は体幹左側屈、骨盤左下制、円背による胸腰椎屈曲、骨盤後傾となっている。病棟内ADLはノルディック杖歩行自立となった。ノルディック杖では600m、独歩では徐々に体幹が前傾し、腰部に疲労感が生じるが50mの連続歩行が可能となった。

【結論】

本症例は受傷前より廃用症候群による筋力低下が生じてお

り、免荷によりさらに筋力低下のリスクがあった。両下肢免荷中は抗重力伸展筋に対して筋力増強運動を実施し、筋力低下を最小限に抑えることを念頭に介入した。荷重開始後はCKCでの運動を積極的に実施したことで両下肢筋力が向上し、独歩の再獲得に至った。しかし、既往歴から元々円背姿勢であり、体幹の筋力低下が生じていた。そのため歩行時にTStでの股関節伸展が不足していた。姿勢保持に必要な腹筋群に対しての筋力増強運動やノルディック杖での歩行訓練を実施したことで、体幹伸展位での独歩が可能と考える。