

医師の体制

リハビリテーション科の医師には、病気の治療だけに留まらず、様々な障害を適切に評価し、リハビリ計画を策定し、チーム全体を見渡しながら計画の進捗状況を確認するというリハビリ科特有の能力が求められます。その他、装具処方、嚥下造影、嚥下内視鏡、痙縮治療等、一般の科では扱わない特殊な診療技術も必要になります。

当院では日本リハビリテーション医学会のリハ科専門医・指導医が中心となり、リハビリ科特有の医師業務が円滑に進むよう医師の診療・教育体制を構築しています。

また、様々な病態や合併症に対応するため、皮膚科・泌尿器科・整形外科・精神科・眼科・歯科の医師を非常勤で配置しています。

検査機器(MRI・CT・嚥下造影)

■ MRI

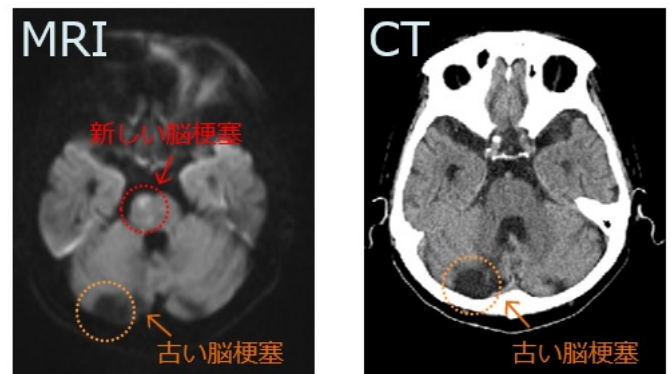
回復期リハ病棟入院中に脳梗塞の再発が起きてしまった場合、迅速に診断し、一刻も早く適切な治療を開始できるよう急性期病院に搬送し、新たな障害を最小限に食い止めることが何より重要です。

脳卒中の確定診断には画像診断が不可欠です。特にMRIは、脳梗塞が発症してから1時間後には画像の変化として捉えることができるため、迅速な診断には欠かせません。CTの場合、脳梗塞発症から24時間以上経過しないと画像の変化が現れてこないため、治療の機会を逃してしまう可能性があります。

右記の写真は、脳梗塞発症から数時間後のMRIとCTを比較したものです。MRIのDiffusion Image(写真左)では新しい脳梗塞は白く、以前からある古い脳梗塞は黒く抽出されるため、脳梗塞再発(黄色の点線で囲われた所)が明らかです。ほぼ同時に撮影されたCT(写真右)では脳梗塞の再発が抽出できていません。

患者さまのリスクを最小限に抑えるためにも、MRIは回復期リハ病棟に必要な検査機器であると考えています。

<脳梗塞発症から数時間後のMRIとCT>



■ CT

CTはMRIに比べて、骨に囲まれた病変の診断が困難、脳梗塞の新規発生を捉えるまでに時間がかかる、放射線被曝がある等のデメリットがありますが、短い撮影時間で通常のレントゲンとは比較にならないほど多くの情報を得られるという大きなメリットがあります。図の胸部CTでは、一般のレントゲン写真では確認しづらい心臓の裏側にある肺炎像を鮮明に捉えることができます。肺炎や急性腹症等の合併症の早期発見や治療効果判定のために、CTは回復期リハ病棟に必要な検査機器であると考えています。

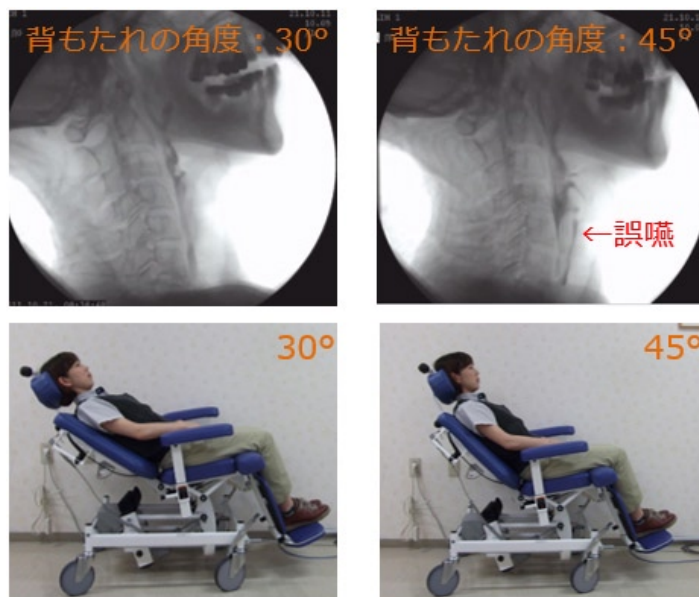
<胸部CT>



■ 嚥下造影

嚥下造影は、X線透視下で造影剤を飲んでもらい、口腔・咽頭・食道の動き・構造の異常・食塊の動き等を評価する検査です。誤嚥の有無を判定するだけでなく、「どのような姿勢でどのような形態や量の食品であれば安全に摂食訓練ができるのか？」を見極めることが重要です。

写真上は実際の嚥下造影の画像です。背もたれの角度を30度にして半分寝かせた状態では、安全に摂取できています(写真左上)が、45度に起こした姿勢では誤嚥が認められています(写真右上)。この検査により、現時点では30度に寝かせた状態で食べる練習を行うのが最も安全であると判定できます。当院では、このような微妙な違いを見極めるために、検査時の姿勢を細かく調節できる嚥下造影専用の椅子(コンバーVFX：写真下)を使用し、医師・言語聴覚士・放射線技師の3名で判定しています。



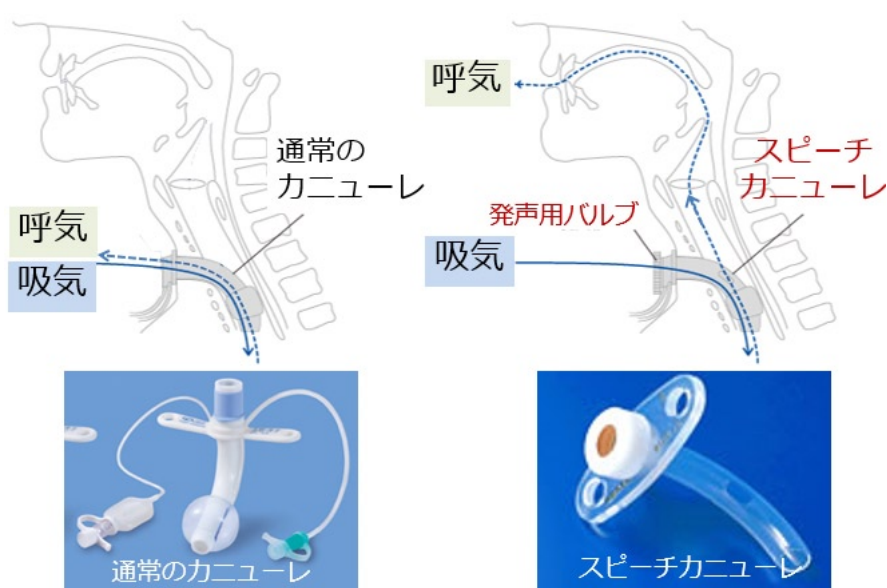
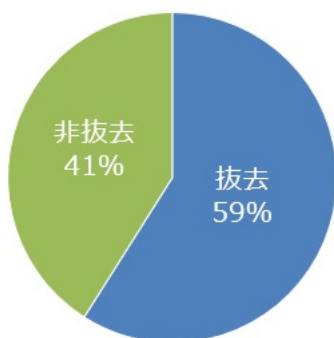
気管切開への対応

当院は、気管切開がなされているという理由で入院をお断りすることはありません。なぜなら、気管カニューレを可能な限り安全に抜去することは、回復期リハ病棟の重要な役割の一つであると考えているからです。

回復期リハ病棟入院時に、気管切開・気管カニューレ留置の状態入院された患者さまの約6割は、退院までに気管カニューレを抜去できます(当院調査より)。気管カニューレの抜去により、嚥下機能が改善するという副次的な効果も期待できます。気管カニューレを抜去できた患者さまの76%は、3食とも経口摂取が可能になっています。

気管カニューレの抜去は、慎重かつ段階的に進めていく必要があります。一般的には、痰の吸引機能重視の通常のカニューレから、より生理的な呼吸を促し発声も可能なスピーチカニューレに変更し、呼吸状態や嚥下機能の回復を見極めながらカニューレを抜去する時期を決めていきます。

<気管切開の転帰(当院)>



経管栄養の管理：間欠的経管栄養法の取り組み

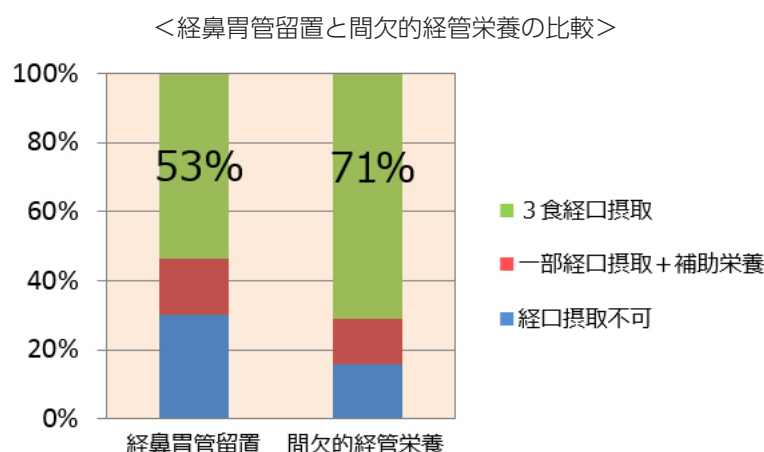
嚥下障害が重度で口から十分に栄養摂取が出来ない場合、経管栄養による補助栄養を必要とします。多くの病院では、鼻から胃まで届くチューブ（経鼻胃管）を留置し、経管栄養剤を注入しています。しかしチューブがずっと留置されていることにより、「チューブが嚥下運動を邪魔する」「患者さま自身がチューブをいじらないように手を縛って抑制する必要がある」「鼻腔咽頭が不潔になりやすい」「注入に時間がかかるために離床を妨げる」等多くのデメリットが生じます。

当院では、胃瘻以外の経管栄養は原則として間欠的経管栄養法で行っています。間欠的経管栄養法とは、注入のたびに口または鼻から栄養チューブを挿入し、注入後はチューブを抜去する方法で、「咽頭の衛生状態が改善する」「注入時間を短縮できる」「注入時以外はチューブから解放され、患者さまの苦痛が減少する」「チューブが留置されていない状態での嚥下訓練が可能」「手を縛る等の抑制が不要となる」等多くのメリットがあります。

間欠的経管栄養法は摂食嚥下リハビリテーションを進める上での大きなアドバンテージになります。経鼻胃管留置と間欠的経管栄養法を比較した研究では、入院時に経管栄養だった患者さまが退院時に3食経口摂取に至った割合は、それぞれ経鼻胃管留置が53%と間欠的経管栄養法が71%でした。間欠的経管栄養法で管理した場合の方が18%も3食経口摂取に至る割合が多かったのです。

残念なことに、「医療者側が手技に慣れていない」「看護師の手間が経鼻胃管留置に比べて多い」等の理由で、多くの病院が間欠的経管栄養法の導入に踏み切れていないのが現状です。病院が間欠的経管栄養法の導入に踏み切るためには、看護師とケアワーカーの手厚い配置と十分なスタッフ教育が欠かせません。

当院では、より多くの患者さまが食べる喜びを取り戻せるよう、間欠的経管栄養法にこだわり続けています。



膀胱留置カテーテルの管理

脳卒中や脊髄損傷ではほとんどのケースで排尿反射が障害され排尿困難となり、膀胱カテーテルの留置が必要となります。膀胱機能が回復してくるとカテーテルを抜去できるのですが、回復が遅い重症のケースでは、カテーテルが留置された状態で回復期リハビリ棟に転院されてくる場合があります。

膀胱カテーテルの留置が長期に及ぶと、尿路感染症を併発しやすくなり、カテーテルが日常生活動作の邪魔になってリハビリの足を引っ張ることになってしまいます。

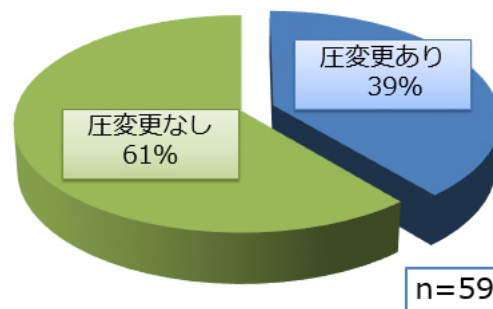
当院では膀胱留置カテーテルを入院後早期に抜去しています。抜去後に自尿が出ない場合は、定期的の間欠導尿しながら膀胱機能の回復を待ちます。超音波残尿測定装置で残尿量を定期的に測定し、膀胱内の残尿が400ml以上にならないように間欠導尿の頻度を調節します。膀胱の収縮を促す薬や膀胱の出口を広げる治療薬を投与することで膀胱機能の回復を手助けすることもあります。徐々に自尿が認められるようになっても、残尿が多い場合は尿路感染症を併発しやすいので注意が必要です。最終的な目標は、残尿100ml以下ないしは残尿率50%以下ですが、回復が思わしくない場合には非常勤の泌尿器科医に相談して治療方法を検討します。

水頭症シャント術後の管理

くも膜下出血後に水頭症を合併した場合、脳室内に過剰に溜まった髄液を腹腔内等に流すためのチューブを植え込む「シャント術」を行うことがあります。シャント術後はシャント圧を調整し、髄液を流す量を適切にコントロールする必要があります。当院の調査では、シャント術後の患者さまの39%が回復期リハビリテーション病棟入院後にシャント圧調整を必要としました。

シャント圧調整にはトランスミッターという特殊な機器を使用し、レントゲンでバルブの位置を確認しながら行う必要があります。当院では、トランスミッターを常備していますので、シャント圧調整ために急性期病院に受診に行く必要はなく、調整前後の評価を医師だけでなく看護や療法士ら複数の目で確認することができます。リハビリの効果を最大限にするために脳圧を最適にコントロールしていくことも、リハビリ病院の役割の一つであると考えています。

<回復期リハ病棟入院中にシャント圧調整を要した割合>



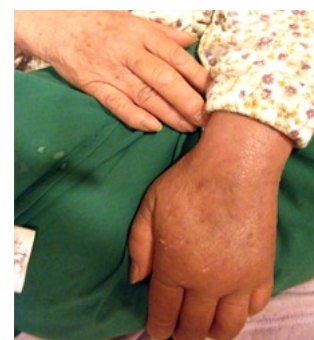
疼痛管理(肩手症候群、神経障害性疼痛(視床痛)、筋痙縮による疼痛)

脳卒中後のリハビリを行う上で問題となりやすい疼痛に、肩手症候群、神経障害性疼痛、筋痙縮による疼痛があります。これらの疼痛は漫然と経過を見ているだけで改善することは少なく、専門的な診断および治療を必要とします。

■ 肩手症候群

麻痺した手指がソーセイジ状に腫脹し、手・手背の関節部分の皮膚が発赤し、安静時または運動時の手指の特徴的な疼痛(針を刺されるような、包丁で手を切られるような痛み)が生じます。疼痛が進行すると患者さまは手を触らせてくれなくなり、リハビリの進行を阻害してしまいます。手の麻痺が重度で感覚障害が強い方に起こりやすいという特徴があります。

肩手症候群の予防としては、リハビリでのストレッチや温冷交代浴が有効ですが、症状が進行してしまった場合にはステロイドの内服が有効です。一般的な消炎鎮痛剤はほとんど効果が期待できません。



■ 神経障害性疼痛(視床痛)

脳卒中や脊髄損傷で手足や体の感覚を脳に伝える神経線維が障害されると、手足や顔面に不快な「シビレ」「異常感覚」「知覚過敏」が生じることがあり、これを神経障害性疼痛と呼んでいます。脳の視床という場所の障害でこのような症状が起こりやすいことから「視床痛」と呼ぶこともあります。

症状は、脳卒中発症後数週間くらい経過した後に生じやすく、灼熱痛(焼け付くような痛み)、突発的な電撃痛、刺すような痛み、正座した後に起こる「ビリビリ」「ジンジン」したような痛みが持続します。痛みが悪化すると患者さまは手を触らせてくれなくなり、不眠や抑うつを合併してリハビリの進行を阻害することもあります。

治療は内服薬で疼痛を適切にコントロールした上で、日常生活場面で手足や顔面に適度な感覚の刺激を入力するように生活指導します。内服薬は神経性疼痛緩和薬、抗うつ薬、抗痙攣薬、麻薬性鎮痛薬が効果的ですが、いずれの薬も眠気やだるさの副作用が出やすいため、投与量の調節には注意する必要があります。

■ 筋痙縮による疼痛

脳卒中や脊髄損傷等の中枢の運動神経が障害された場合、筋肉の緊張が亢進し、運動時の筋肉の過剰な収縮いわゆる「筋痙縮」が生じ、痛みを伴うことがあります。症状が悪化しないよう早期の治療が何より大切になります。治療の詳細については「リハビリテーション」の項目内の「痙縮の治療」をご参照ください。