Japanese Physical Therapy Association

841 透析患者における神経伝導速度と握力の関係について
— 糖尿病群と非糖尿病群を比較して —

生野ユカ[1)], 積山和加子[1)], 梅野朋美[1)], 浅倉恵子(OT)[1)], 岡本威志[1)], 野中美濃里[1)], 岩根美紀(Ns)[1)], 武居光雄(MD)[1)], 田村岳志[2)]

1) 医療法人　光心会　諏訪の杜病院, 2) 医療法人　光心会　あゆみの杜クリニック

key words　透析・神経伝導速度・末梢神経障害

【はじめに】近年、透析患者は増加の一途を辿っており、なかでも糖尿病性腎症は透析導入原疾患の第1位を占めている。特に糖尿病由来の透析患者は、末梢神経障害をはじめとした様々な合併症を有しやすく、他の原疾患の患者に比べADLの低下をきたしやすい。そこで今回、合併症の一つである末梢神経障害について、神経伝導速度（以下、NCV）と筋力を調査し、原疾患における影響について検討を行ったので報告する。

【対象】対象は当院で透析療法を行っている外来患者16名、入院患者7名、計23名である。透析導入原疾患によりDM群と非DM群に分類した。なお、障害老人の日常生活自立度はA2以上とした。

【方法】患者背景因子として性別、年齢、透析期間、透析導入原疾患、神経学的評価として正中神経のNCV、上肢の粗大筋力として握力を調査した。また、正中神経のNCV測定はニューロパック8（日本光電社製）を使用した。握力はアナログ式握力計（竹井機器工業社製）を使用し、左右2回測定し最大値を採用した。各群における患者背景因子をそれぞれ比較した。統計学的解析はt検定を用い、危険率1%を有意水準とした。また、NCV値と握力の関係について相関関係を調べ検討した。

【結果】DM群10名、平均年齢67.2 ± 2.59歳（av ± S.E）、平均透析期間48.7 ± 11.9ヶ月、非DM群13名、平均年齢74.0 ± 3.06歳、平均透析期間54.6 ± 13.5ヶ月であった。NCVは、DM群47.8 ± 1.20m/s、非DM群で52.0 ± 1.00m/sであり、DM群が有意（$p < 0.01$）に低下していた。握力では、DM群14.3 ± 1.90kg、非DM群19.7 ± 2.60kgであり、DM群が低下していたが有意差は認めなかった。また、NCVと握力において相関は認めなかった。

【考察およびまとめ】NCVは、非DM群に比べ、DM群が有意に低下していたが、NCVと握力において相関は認めず、NCVの値は良好値であっても握力の低下を認める症例もあった。NCVの速度に関わらず、筋力低下を惹起させる要因として、年齢や透析患者特有の合併症、身体活動量なども影響していると考えられる。今後は、末梢神経障害の評価として、定期的にNCVを測定し、またピンチ力や感覚障害の程度と身体活動量の関係などについても検討していきたい。

■内部障害系理学療法 13

842 慢性呼吸不全患者の要介護認定と身体機能について

住本恭子[1)], 田中貴子[1)], 松木八重[1)], 松本友子[1)], 菊野佑仁[1)], 江崎めぐみ[1)], 角野　直[1)], 山根主信[1)], 千住秀明[2)]

1) 保善会田上病院リハビリテーション科, 2) 長崎大学医歯薬総合研究科保健学専攻理学作業療法講座理学療法学分野

key words　慢性呼吸不全患者・要介護度・呼吸理学療法

【はじめに】

これまで、慢性呼吸不全患者（在宅酸素療法施行中）の介護保険申請状況やサービスの利用状況を調査した報告は多い。その中で、要介護度と障害の重症度に乖離があると言われているものの、要介護度と運動能力、ADLとの関連について検討した報告は少ない。そこで今回、医療と介護保険制度における呼吸理学療法のあり方を検討する目的で、当院の慢性呼吸不全患者の要介護度と運動能力、ADLを調査し比較検討した。

【対象と方法】

対象は平成18年10月現在で、呼吸理学療法導入プログラムの経験があり、要介護認定を受けている慢性呼吸不全患者19例（男性13例、女性6例、年齢77.5 ± 8.4歳）であった。基礎疾患の内訳は、慢性閉塞性肺疾患10例、肺結核後遺症6例、その他3例である。

方法は要介護度、その認定承認時のMRC息切れスケール、呼吸機能（%肺活量、1秒率）、6分間歩行距離、NRADL、在宅酸素療法、非侵襲的人工呼吸療法導入の有無、他疾患の合併の有無をカルテより後方視的に調査した。

また、要介護度と他の調査項目との関係は相関分析を用い、危険率5%未満をもって有意とした。

【結果】

要介護度の内訳は、自立：1例、要支援1：2例、要支援2：1例、要介護1：12例、要介護2：3例、要介護3・4・5は存在しなかった。MRC息切れスケールではグレード2：2例、グレード3：4例、グレード4：9例、グレード5：4例であった。各調査項目の平均値は、%肺活量64.9 ± 11.8%、1秒率56.0 ± 19.1%、6分間歩行距離252.8 ± 103.4m、NRADL51.6 ± 20.4点であった。在宅酸素療法導入患者は15/19例（78.9%）、非侵襲的人工呼吸療法導入患者は6/19例（31.5%）であった。他疾患の合併は運動器疾患6例、心疾患4例、認知症1例で、要支援1・2の患者においては、合併症を有するものは存在せず呼吸器疾患のみであった。

また要介護度と各調査項目との関係は、全ての調査項目において有意な相関関係は認められなかった。

【考察】

今回の調査結果において、要介護度は要介護2以上の軽度であった。しかし、MRC息切れスケールではグレード4が最も多く、要介護度と全ての調査項目においても関連は認められなかった。これは要介護認定において、慢性呼吸不全患者の機能障害の主たる原因である呼吸困難感の評価基準が含まれてないことが原因である。そのため慢性呼吸不全患者では要介護度と障害の程度が一致しておらず、介護保険において機能を維持するための十分なサービスや維持プログラムが得られないことが考えられる。このことを念頭に、医療保険制度における呼吸理学療法実施時には、自己実施トレーニングの指導、病態の理解や感染予防を含む自己管理能力の習得を徹底することが重要であると考えられる。

NII-Electronic Library Service