

機能的神経障害例に対する理学療法経験-機能因に対する神経理学療法の意義について-

森 武志¹⁾ 菊地 豊¹⁾ 古井 啓²⁾ 美原 盤²⁾

1) 公益財団法人脳血管研究所 美原記念病院 神経難病リハビリテーション課

2) 同 脳神経内科

[はじめに] 神経理学療法 (neurological physical therapy) は神経系の器質的障害により生じた神経学的障害に対する理学療法と位置づけられる。一方、機能因により生じる機能的神経障害 (functional neurological disorder : FND) は精神医学の対象とされることが多いが、神経疾患に FND 併存例が増加している (Tinazzi ら、2021) ことが明らかとなり理学療法において遭遇する頻度が増加している。FND 症例に対する理学療法により良好な結果を得たのでここに報告する。

[症例 1] 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 (CIDP) の発症後 2 年が経過した 30 代男性。神経伝導検査は正中神経、尺骨神経は正常、腓骨神経と脛骨神経は運動と感覚ともに導出困難で、小趾球に僅かな筋萎縮と凹足を認めた。歩行は T 字杖自立も 10m 程度の連続歩行で huffing and puffing sign (HPS) を示した。歩容は CIDP に特徴的な鷄歩を示さず、両側ぶん回しと足部引きずり歩行を呈していた。運動麻痺に対する機能練習では HPS の増強を認め実施困難だったが、パラ陸上選手の動作分析課題と動作模倣課題を実施したところ動作能力の向上を認めた。およそ半年間の理学療法で 10m 歩行テスト (10MWT) が 18.7 秒から 6.4 秒に、6 分間歩行距離 (6MD) が 140m から 420m にそれぞれ向上した。

[症例 2] 心因性非てんかん発作 (Psychogenic non-epileptic seizure : PNES) による FND の診断で 1 年が経過した 10 代女性。障害像は右片麻痺様でバビンスキー反射陰性、腱反射は右膝亢進、徒手筋力検査は右上下肢で 2 レベル、痺れは右手掌と右股関節から遠位に出現し右上下肢の運動時の筋緊張亢進、表在および深部感覚の中等度鈍麻を認めた。歩様は右下肢ぶん回しと足部引きずり歩行を呈していた。運動麻痺に対する機能練習は「どこに力を入れてよいか分からない」と excessive slowness (ES) の増強を認めた。内受容感覚への気づきの多次元的アセスメント (MAIA) では 13.2 点と身体感覚への気づきが乏しく、足圧弁別課題や身体相互の位置関係を問う課題など、身体感覚への注意の誘導を中心に実施した。外来理学療法開始 2 ヶ月後には、MAIA が 18.5 点となり、右足底の痺れが消失、表在・深部感覚の軽度鈍麻に、右下肢 MMT が 4~5 レベルに改善した。10MWT が 実施困難から 10.1 秒に 6MD は実施困難から 260m へとそれぞれ向上した。

[考察] FND を呈した 2 症例に対し理学療法を実施し良好な運動機能の改善およびパフォーマンスの向上が得られた。FND においては、認知行動療法とともに理学療法の有用性が示され実施が推奨

されている (Tolchin ら、2021) 一方で、理学療法の実施にあたっては、神経障害に対する直接的な機能練習は運動症状を増悪させる危険性が示されている (Nielsen ら、2015)。本 2 症例とも神経障害に対する直接的な機能練習の実施が困難であった一方で、動作観察や模倣、知覚弁別といった間接的な機能練習で神経障害の軽減を認めた。このことは FND に対する理学療法の有用性ととともに、神経所見に基づき慎重に介入内容を検討する必要性を示唆する。また、神経疾患の神経理学療法において原疾患の神経障害に FND が重畳する場合には器質的障害との鑑別評価が重要であった。

[倫理的配慮] 本報告にあたり脳血管研究所個人情報保護規定に則り説明の上署名による同意を得た。