

文献抄録

脳性小児麻痺の

ブランチャード氏食事投与方法

The Blanchard Method of Feeding The Cerebral Palsied

Patricia Holser-Buehler, O. T. R.

(American Journal of Occupational Therapy 20-1: 31~34, 1966)

Dr. I. Blanchard は口腔の筋肉をもおかされた CP に食事を与える方法を、同じ器管で行なう言語と関係づけて考えている。彼の方法は神経学的に損なわれた CP でも、基本的吸せい反射機能は完全に破壊されるはずがないという理論に基づいている。

症例の CP は痙直型、アテトーゼ型で、神経運動系障害が強く、年齢 3 ~ 22 歳、I Q 20 ~ 100 の CP である。

食事の問題点；

十分咬めないこと、口腔に食物がたまる、口からこぼす、多量のよだれ、舌を突出す、巻舌、異常な口の動きである。

方法；

OT の両手は自由にしておく。患者は椅子に坐り、頭は前方正面に向く。食物はできるだけ小さく、幼児の能力にあった量をスプーンにのせ舌尖に水平にあてる。初めはスプーンの手で味わうことから、徐々に食べる動作に入る。次にできるだけ口を閉じるように命じ、不可能な時 OT は自分の指で閉じる。次いで口が開かないと開口器または指かスプーンで下唇の少し下部に圧力を加えると、反射が行なわれて口が開く、同時に“開けなさい”と OT が言ったほうがよい。スプーンから口唇で吸いとる初期の目的は、歯の代りに口唇で吸いとることである。口を閉じるように言いながら、母指と第二指で上下の口唇を閉じる。またはおとがいの下部に指をあて、徐々に押し下顎を閉じさせる。口の周囲の残り物を掃き取らないこと、これは口の中での吸う、唾液を混ぜる、咬む、嚥下する動作反射が行ないやすいため、また次に口を開く刺激となる。

重要な点は、1) 口中にスプーン全部を入れない、2) 舌の窒息させる部分に塊りをのせない、3) 門歯上部の食べ残りを取らない、などである。

スプーンの位置は指摘したように門歯の中央下部か歯の前までの位置。嚥下が遅い時は咽喉部を上下に撫で、咽頭突起をつまみ、または指でこする。

結果：

3 カ月間の訓練により次のような結果がえられた。1) 体重維持、2) 短時間の食事、3) 患者・洋服・ベッドが清潔になる、4) 消化機能正常化、5) 患者・両親職員共に楽になった、等である。

精神障害者に対する
作業と再雇用

Aspect of Working Rehabilitation and Reemployment of the Psychiatric Patient

Mr. H. Leopold, Rehabilitation Officer

(Occupational Therapy 29-2: 6-12, 1966)

第二次大戦後の身体障害者に対するリハビリテーションの発達は精神障害のリハビリテーションの新しい考え方を導き出した。精神障害の治療を精神治療、身体治療、社会治療（社会構造がその原因となることが多いから、社会構造を変える）の 3 つに分けるだけでなく、患者の最終目標は独立し、生産性をもって社会へ戻ることであることを強調し、そのための職場が必要であり、また働くことは人間の権利であり義務であるという根本を、患者にも体験させるべきである。治療とリハビリテーションの関係は、どの患者にも健全なる部分があり、それを認めることから始まる。治療は第 1 に化学療法、第 2 は中間期または社会性の回復期、第 3 は作業の 3 段階に分類でき、その段階においても作業療法は必要であるが、その方法と程度を異にしている。作業の場における人間関係として大切なのは患者がグループのメンバーとなって、共に働くことが重要視される。入院患者の約 60 % は精神分裂症であるので、この疾患を例とすると、彼等は一見して会話は少なく、社交下手であるが、仕事の上では障害者ではないかのような能力を持っている。しかるに作業中分裂病の患者が積極性に欠け、仕事の速度がおそいのは作業に対する喜びが彼等に欠除しているからである。しかし仕事を与えつづける時、患者の仕事に対する耐久性は十分養われる。作業を与える時間・期間はもちろん患者個々の状態によるが、著者の側ではほとんどの患者が 2 週間に以内に 60 % の稼働率までになっている。最後に雇用者の態度が患者の社会復帰を成功させるか否かの鍵となるものであるから、雇用者の認識が非常に大切である。精神障害者は仕事の種類によってはあらゆる点で満足して作業ができるものであるから、このことを覚え治療にたずさわらねばならない。

動脈外科における理学療法

Physiotherapy in Arterial Surgery

A. R. Harding, M. C. S. P

(Physiotherapy, 52:1: 12-16, 1966)

動脈外科の適応はその奇形、急性血栓、外傷、動脈硬化性閉塞、動脈瘤、動静脈瘻でこれらに血栓除去、端々吻合、代用血管移植、副血行路移植、交感神経切除が行なわれる。

術後の全身合併症として静脈血栓、慢性気管支炎の増加、術後体位、長時間の麻酔による肺合併症、冠動脈血栓、脳血管障害、腎障害、麻痺性イレウスなどがあり、局所合併症として化膿、出血、血栓、神経損傷がある。術前の理学療法としては肺合併症予防として禁煙をすすめ、呼吸に重点をおく呼吸練習、咳の仕方、肺・気管支疾患があれば体位排膿、バイブレーションを行なう。特に前麻酔の直前に行なうことも大切である。下肢の運動も術後必要であるので、術前から患者に教えておく。

大動脈および下肢動脈移植後の理学療法

術後医師の指示があてから始める。病棟、看護婦とよく連絡して患者に不必要な荷重をかけない。また治療前鎮痛剤を与えるのもよい。呼吸訓練はバイブレーションを伴うときは胸の前後に理学療法士の手をあて、一方ずつ行なう。また痰を出さずとも、最少の努力で行なうようにする。

深吸気を時々させて静脈血還流を促がし、血栓の予防に努める。術後24時間は案外咳痰も少ないので、この時軽打法や体位排膿が行なわれることは少ない。

下肢および足の運動はうっ血を防ぐよう、静脈のポンプ作用を強めるため行なう。足関節および指の運動は、どの例にでも行なわれうる。覚醒時1時間に5分は行なうようにする。

合併症に対する理学療法として、腓腹筋部に腫張、痛みがあれば深部血栓を疑い、ヘパリン投与に加え弾力包帯と St. Mary 病院の運動を始める。血痰と胸痛を伴う肺栓塞に呼吸訓練をつづけるか否かは問題あるが、無気肺予防のため、著者はつづけている。

肺痰・神経麻痺・片麻痺・褥瘡には特有な理学療法を行ない、退院時には必要な注意と家庭での理学療法プランを教える。

上肢切断の理学療法と作業療法

Physiotherapy and Occupational Therapy in the Management of the Upper-Limb Amputee.

A.M. Catto M.C.S.P., A. Mac Naughtan, M.A.O.T.

(Physiotherapy 52:6: 186-188, 1966)

後天性の上肢切断の義肢装着前の訓練は、

1) 断端の保護：これには定期的に温水と石鹼水でよく洗い十分乾かす。一日一回は鏡で断端をよく観察して、小さな創でもあれば早く治療する。

2) 断端の包帯：浮腫を防ぎ形を縮少し整えるために、弾力包帯を用い毎日変える。これは抜糸から義肢装着まで行なう。

3) 運動療法：この目的は運動域の維持と増加、筋群の強化、拘縮の予防である。肩関節の離断には肩甲挙筋、下制筋の強化運動と肩の前方つき出し動作、さらに頸と軀幹の運動を加え、いずれも自動・抵抗運動を行なう。上腕切断では肩の伸展・屈曲・外転に頸と軀幹筋の運動を加える。

前腕切断では肘関節の伸展・屈曲・回内・回外さらに肩・頸・軀幹の運動も加える。これらの訓練は両側共最初はゆっくり、患者の能力に応じて次第に強く行なう。

先天性上肢切断者の義肢装着前の治療は、後天性のそれと同じく残存筋群の運動性を保ち強化する運動療法が大切である。断端の保護は後天性のそれと同じであるが、包帯をすることはまれである。

先天性の例では年齢の増加に伴ない、上肢の発育およびその適応性の増加のため治療訓練計画は変えられる。また先天性のものではいくらかの指が残っているから、指の機能訓練に重点をおく。これは、義肢の使用時に役立つ。

両側性の上肢欠損の訓練で大切なのは体のバランスをとることで、坐位をとことのできるのとは正常児より約3カ月遅れる。バランス訓練のためいろいろな遊技を通して背部伸展・屈曲・回転を行なわせる。坐位がとれると最初の義肢が与えられ、次いで歩行練習に入る。これには Bouncer (吊り歩行器) が有用で、この中で子供は数時間も過すし、この張力を次第にゆるめて自分で歩けるようにする。これには2~4週、あるいはそれ以上かかる。また鏡を用いることも大切である。