

文献

抄録

予測判定因子としての脳卒中中の神経生理学的症候群

脳卒中患者のリハビリテーションの可能性が神経生理学的症候群ごとに異なるか否か、言いかえれば神経生理学的徴候が、はたして患者の予後決定の因子となり得るのかどうかに関して検討した報告である。

226人の脳卒中中の患者(平均62歳,発症よりリハビリテーションサービス開始まで平均3週間)を後述する11の症候群に分け,おのおのの初回時と退院時のADLの得点について統計的検討を行った。ADLは1)ベッド上動作,2)トランスファー,3)更衣,4)整容,トイレ,入浴,5)食事,に関してKenny Rehabilitation Institute rating scaleに基づき採点を行った。症候群:①右不全片麻痺②失語症を伴う右不全片麻痺③視空間失認または構成失行を伴う左不全片麻痺④左不全片麻痺⑤仮性球麻痺⑥左右前大脳動脈症候群⑦失語症を伴う左頭頂葉症候群⑧痙性を伴う椎骨脳底動脈の硬塞⑨失調を伴う椎骨脳底動脈の硬塞⑩右頭頂葉症候群⑪空間失認を伴う右頭頂葉症候群。なお失語症を伴わない左頭頂葉症候群は1名のみなので除外した。この結果(1)右片麻痺においては失語症の有無はADLの予後に関係しない(2)⑧は

初回,退院時とも他に比べ低い得点だが⑨は初期から良好である(3)⑪は初回時は11群中3位の得点だが,退院時は8位となっている(4)④は逆に9位から2位へと上昇する。また①を基準とした場合,退院時②⑤⑥⑦⑨⑩⑪が①と統計上の差がなく,うち⑥⑦⑨は①より高い得点だった。③と⑧は①より得点が低く④は得点が高くそれぞれ有意の差があった。

以上から,視空間失認や構成失行を伴うとADLは低いレベルとなり他に比べ改善度が低いこと,痙性の存在がADL能力に負の要因として働くこと,左片麻痺群はADLの改善度が最も高いことなどが判明した。また神経生理学的因子以外では心臓や肺の疾患の有無がADLの得点に影響を与えた。

Edward E. Gordon, Virginia Drenth, Lorraine Jarvis, Jean Johnson, Virginia Wirght: Neurophysiologic Syndromes in stroke as Predictors of Outcome, Arch. Phys. Med. Rehabil., 59: 399—403, 1978

(慶応義塾大学月が瀬リハビリテーションセンター
作業療法士 高橋愛子)

自助具・装具の支給と使用

(慢性関節リウマチ患者 119 名の研究)

1970年に施行された慢性病,心身障害者法によって,社会サービス省では,地域に住む障害者の実態を明らかにすることと,適切なADL上の器具を支給する責任を持つことになった。

本論文は,慢性関節リウマチ患者119名について,自助具・装具の支給と使用状況を調査した報告である。

調査の対象とした自助具・装具は,次の項目のとおりである。1) Communication, 2) House adaptations, 3) Wheelchairs/special transport, 4) Beds, 5) Stairs and access, 6) Chairs and tables, 7) Personal care, 8) Walking aids, 9) Toilet, 10) Kitchen, 11) Splint, appliances, special shoes, 12) Baths and showers

支給された自助具・装具を各支給所のしめる割合から見ると,Rheumatology Unitから支給したもので割合が高かったのは,Splints, appliances, special shoes (98%), Walking aids (74%), Personal care (73%)であり,患者自身によるものでは,House adaptation (52%), Beds (46%), Chairs and tables (43%)である。

また,地域OTによるものは,Baths (76%), Toilet (86%), House adaptation (48%), Kitchen (52%), Chairs and tables (52%)であった。

自助具・装具の使用状況は,全体の21%が使用されていなかった。使用されていない理由を,OT研究グループが担当した42名について調べたところ,使用されていない自助具・装具の60%が患者の改善によるもので,Splints, appliancesとWalking aidsが多くひしめいていた。また,患者の悪化によるものが16%であった。

著者は,結論として,注意深い評価は自助具や装具を準備するために必要であるが,自助具や装具の一部は入院時に一時的に適合しているだけなのかもしれない。そのため,慢性病(特に進行性のものや病態が変化するもの)に対しては,自助具が適当であるか否かを再評価する必要があると述べている。

E.M. Hollings, F.B.A.T.O. and R.J. Haworth, M.B.A. O.T.: Supply and Use of Aids and Appliances, British Journal of OT, 41(10): 336-339, 1978.

(国立厚労療養所附属リハビリテーション学院
作業療法士 清宮良昭)

文献
抄録

脳卒中患者に対する体重移動の促進

片麻痺患者が空間において自分の位置に気付くことは、四肢への荷重を行う上で重要である。理学療法士は、患者に姿勢の自覚(postural awareness)、運動に対する意欲を持たせるため、視覚・聴覚および機械的手段による sensory feed back を行う。

著者は、片麻痺患者の座位(椅座位)と立ちあがりでの体重移動について述べている。深部覚の消失、患側の運動低下および患側下肢への体重移動困難な患者に対する椅座位での安息肢位(resting position)として、左右対称な位置で両手を組み、肩を前方突出し、体幹を前傾して両肘で大腿上に荷重をさせる。また組んだ上肢をテーブル上に置く。これらは、体幹の前傾および大腿上への肘の荷重により、両足への荷重が増加し、患者は大腿を通して体重移動を認知する(鏡の利用はその反応を増

す)。次に椅座位からの立ちあがりの際、体幹の前傾と同時に、背屈された足部および伸展共同運動を抑制する semi-flexed knee (大腿四頭筋とハムストリングスの同時収縮による)に荷重が行われ、結果として患側下肢への体重移動が促進される。これらの肢位(position)や動作は、全く装備の必要性がなく、最小限の監視下にて安全に訓練することができるため、理学療法士は、家族や介助者にこれらの正しい handling skills を教えるべきである。

(Rosemary, E.J. LANE MBE MCSP Dip TP: Facilitation of Weight Transference in the Stroke Patient, Physiotherapy, 64(9): 260-264, 1978).

(神奈川県総合リハビリテーションセンター

理学療法士 安間治和)

脊損者の股関節に生じる異所性化骨症について

本論文は、股関節周囲に異所性化骨を有している 20 名の脊損者をフォローアップし、その結果を分析検討したものである。一般的に股関節の異所性化骨症は、脊損者の合併症としてよく知られており、その出現率は脊損者の 10~25% であるとされている。そして化骨症が生じた患者の 1/3 は著明に股関節の ROM が制限されるので、脊損者の 3~8% はそのことによってリハビリテーションの可能性を制限されてしまっている。つまり、股関節は最も化骨症が生じ易くそのために着衣の困難、座位の制限をもたらす加えて褥創を生み出す下地を作ってしまうからである。しかし現在のところ、化骨症を生じさせない有効な治療法もしくは予防する適切な方法がなく頻回の理学療法も制限されてしまった関節可動域を改善することは困難なようである。そこで我々は、1967 年から 1976 年の間に Rancho Los Amigos 病院に入院した経歴のある脊損者を対象にレントゲン写真の比較と Bone Scan の変化、アルカリフォスファターゼの検査を行い、その結果、化骨が成熟するためには化骨が生じ

てから最底 18 カ月以上必要であるということ、また化骨症は患者の 70% に受傷診 4 カ月で診断されていたという知見を得た。そして 20 名中 10 名が化骨症の前兆として股関節近位部の痛みと大腿部の膨張があることがわかった。加えて Bone Scan の活動性と化骨の成熟度を測定するアルカリフォスファターゼの間に相関が認められ、従来のレントゲンのみによる化骨の成熟度診断よりもこの方法を付加した方法が化骨の成熟状態を診るうえで有効であることがわかった。従って我々は化骨の切除術を行う条件として患者は正常なアルカリフォスファターゼを持ち、Bone Scan の活動性は低下し股関節の屈曲が 50 度以下である場合に行うべきであると結論づけた。

James Tibone, IVan Sakimura, Uernom, L. Nickel and John, D. HSU: Heterotopic Ossification around the Hip in Spinal Cord Injured Patients, J.B.J.S., 60: 769-775, 1978.

(東京都心身障害者福祉センター 理学療法士 工藤俊輔)