

文献

抄録

痙性抑制のための体重支持用ギプス固定

足関節および足部をギプスで固定し、正常に近いアライメントで立位、歩行訓練をすることにより、底屈筋群の痙性を低下させ、より選択的運動を可能にし、痛・冷刺激や不安に対する過大な反応を抑制し、尖足拘縮を予防・矯正するという効果を目的とした試みである。

底屈筋群の高度な痙性のため立位不能な患者から、立位は可能であっても正常なアライメントを常時維持できない軽度なものでその適用に含まれる。

ギプス固定の際に必要な部分の除圧をし、ギプス内の緩みを極力取り除くため、膝屈曲位で底屈筋群を十分弛緩させ、足背部・骨突出部に粘着性のフォームラバーのようなものを直接貼りつけ、ストッキネットをかぶせ、膝下から中足骨頭までギプスで被う。足関節および足部は中間位で固定することが原則であるが、尖足拘縮があれば最大背屈位で固定し、かかと下を補高する。症状により異なるが数週間の固定を必要とするため、適宜ギプスを巻き直す。

大切なことは、固定した状態で立位訓練やバランス訓練を行い、より正しいバランス反応を獲得させることである。ギプス除去後も正しいアライメントでかかとをつけての立位訓練は重要である。

外傷による散在性の脳内出血後遺症で、底屈筋に強度の痙性・尖足拘縮のある患者に試行した。8週間の固定および訓練の結果、介助なしで坐位可能、1人の介助で立位および歩行が可能となり、選択的な足関節背屈運動や立位での右膝のコントロールに改善が見られ、上肢不随意運動の低下、治療訓練に対する態度、やる気の向上など、良い結果が得られた。

Ada, Louise : Use of Inhibitory, Weight-Bearing Plasters to Increase Movement in the Presence of Spasticity, Aust. J. Physiother, 26(2) : 57~61, 1980.

(東京都立府中リハビリテーション専門学校
理学療法士 高橋正明)

教育水準と専門職としての生産性の関係

1958年に、すでに Jantzen らは、OT の最低水準の教育は、修士課程のみでなされるべきであると指摘して以来、OT 協会教育委員会も、同じ指摘をくり返し行って来た。しかし OT 教育の教師たちは、反対して来た。本論文は、これら二者の知識の差を埋めるために、教育水準と専門職としての生産性の関係を、1871名の OTR (回収23%) に質問紙により調べた。生産性は、臨床、教育、研究、出版、職業団体活動、厚生行政立案の各分野での活動頻度などで測られた。教育水準は、OT 教育課程の種類、つまり学士、認定コース、基礎修士、進学修士、OT 以外の修士、博士、ごとに分けられた。はじめに、OT 経験年数が生産性の要因にならない事を証明したあと、3つの仮説を検討している。仮説1、3種類の修士課程には、生産性の差はない。仮説2、教育水準が学士、修士、博士、と高くなるほど生産性が高くなる。仮説3、卒業した学校間による生産性の差はない。以上3つの帰無仮説を数量化された生産性を示す点数を教育水準間で比較し一元配置の分散分析 (ANOVA)

で分析して次の結論を出した。① 3種類の修士課程間には、生産性の差はない。② 教育水準が高くなるに従って生産性が高くなる。しかし学士群と認定群には差がない。③ 卒業した学校間による差は、修士課程では、教育、研究、出版に関して差がある。学士課程では、単に職業団体としての活動においてのみ差があった。以上の分析結果と、現在 OT が直面している問題に基づき次の2つの勧告を行っている。

1. OT 教育の最低水準を、現在の学士から修士の水準に引き上げるべきである。

2. OT 認定コースは、廃止すべきである。

Rogers, J.C., Mann, W.C. : The Relationship between Professional Productivity and Educational Level, Part 1. Review of the Literature and Methodology, AJOT 34(6) : 387~392, 1980.

Part 2. Results and Discussion, AJOT, 34(7) : 460~468, 1980.

(東京大学医学部附属病院リハビリテーション部
作業療法士 清水 一)

文献 抄録

乳房切断術後のリンパ浮腫

乳癌による乳房切断術後の問題として、上肢のリンパ浮腫がある。このリンパ浮腫は、乳房切断術による腋窩リンパ節、リンパ管の除去に起因するものであり、感染がその誘因として大きな役割を演じ、その徴候としては皮下組織の硬化と熱感があげられる。筆者らは、114名の乳房切断術後のリンパ浮腫を有する者に対し、抗生物質と理学療法を用いて、リンパ浮腫の改善を試み、好成績を得た。

対象者は、健側上肢と少なくとも2cm以上の周計差のあるリンパ浮腫を有するもので、うち20名は、局所に癌細胞を有するもので(Group I)、残り94名は、癌細胞を有していなかった(Group II)。

これらの者に対し、抗生物質の投与が行われ、その後、①間欠性の空気圧迫、②注意深くあつらえられた肩から手関節までの弾力サポータの装着(朝、起床時から就寝時まで)、③関節可動域制限と筋力低下に対する理学療法とhome ex.の指導、④感染を予防するため

のSelf-careの教育が行われた。

結果はGroup I(研究期間中11名死亡)では、20名のうち16名に著明なリンパ浮腫の減少と疼痛の軽減を経験した。残り4名は癌の転移と重大なリンパ浮腫のため上記の手段が適用できなかった。Group IIでは、抗生物質の投与により、72名の皮下組織の硬化と熱感に対し、68名にその消失が観察された。またその後のアプローチにより、94名のうち91名にリンパ浮腫の軽減が観察された。残り3名は腋窩部の感染症と患者の拒否により、浮腫用サポータの装着が困難な者であった。リンパ浮腫の改善がみられた91名のうち87名は、その改善が継続している。

Britton, R.C., Nelson, P.A.: Causes and treatment of postmastectomy lymphedema of the arm, J.A.M.A., 180: 95~102, 1962.

(金沢大学医療技術短期大学部

理学療法士 辛島修二)

電動義手装着での前腕切断者のリハビリテーション

電動義手適応後1~4年経過した患者16名中義手を装着使用している9名(56%)の前腕切断者に対する定期的フォローアップ調査結果について述べている。この16名の患者はリハビリテーションチームによって作られた特別な訓練プログラムに従って義手訓練を早期から開始し義手装着にいたった。これは義手訓練を行わず医師の処方のみで電動義手を装着した22名のうちの義手使用者5名(23%)と比較すれば高い使用率であった。

調査内容は、一般臨床項目、臨床機能テスト、ADL動作テスト、Carrollの上肢機能テストおよび電動義手使用についての細部にわたる質問を行った。

その結果は、各テストスコアとも大変高かった。臨床機能テストとADL動作および上肢機能テストのスコアとは、良好な相関関係があった。しかし義手をコントロールする技術と義手の受け入れとは関係がなかった。またテスト遂行時に、義手の故障やバッテリーの消耗などがよく起った。患者自身がどのようにして義手を

使用し代償行動をしているか驚くほど自覚がなかった。電動義手を使用している9名の患者の使用理由と義手を使用していない7名の理由との比較は、はっきりとしなかった。

最後に電動義手を処方する際に重要なことは、患者に適切な情報を与え、適切な訓練を行い、そして適切な技術サービス、定期的フォローアップとスペアーの義手を与えるということである。しかし片側前腕切断者のリハビリテーションの主な目的は、個々の患者のニード(心理状態、技術的、社会経済的要素)を分析し、それにあった種々の義手を処方すべきである。

Herberts, P., Korner, L., Caine, K., Wensby, L.: Rehabilitation of unilateral below-elbow amputees with myoelectric prostheses, Scand. J. Rehab. Med., 12: 123-128, 1980.

(兵庫県リハビリテーションセンター

作業療法士 川江紀子)