

脳卒中は運動麻痺のほか筋緊張異常、感覚障害、半側無視、失語症などの多彩な随伴症状を呈するため、そのリハビリテーションは様でない。しかも中高年者に多発する疾患だけに、生活習慣病である糖尿病、高血圧などの既往や変形性疾患を合併していることも多く、それらがさらに進行して重篤な合併症や重複障害をきたした症例に遭遇し、困惑することがある。その背景には、ゴール設定や運動量の決定、優先すべきプログラムを立案・実施する場合に合併障害をどのように位置づけるか、などの臨床判断が求められているからである。

そこで今回、ASO などによる下肢切断を伴った片麻痺、糖尿病性網膜症、緑内障などによる視覚障害を伴った片麻痺、関節炎を伴った片麻痺に対する理学療法を実施する際の、合併障害の捉え方、留意すべき症状とプログラムとの関係などについて解説していただき、臨床に直結するものになればと願って企画した。

■合併障害を有する脳卒中片麻痺に対するリハビリテーション(長友さやか, 他論文)

脳卒中片麻痺の合併障害を同時性障害、二次性障害、既存性障害に分類し、発症頻度につき諸家の報告をまとめた。さらに、医学的リハビリテーション上の留意点や特徴、リスク管理について論じた。合併障害を有する脳卒中片麻痺患者の障害は重度となり、医学的リハビリテーションに難渋することも多いが、疾患・障害の特徴をよく知り、リスク管理をすることで、できる限り高いゴールをめざすべきである。

■下肢切断を伴った脳卒中片麻痺の理学療法(小嶋功, 他論文)

義足歩行を獲得する要因として、①切断と片麻痺発症時年齢、②切断部位は下腿切断、③切断側と片麻痺側が同側、④重複障害になるまでの期間が長いことなどが影響していると思われる。生命予後とライフサイクルを視野に入れ、ADLの早期自立を優先するべきであるが、今後、義足装着訓練に時間を費やす意味を客観的に示す必要がある。社会資源活用の働きかけは不可欠である。義足は軽量で装着が容易であるよう工夫されるべきである。

■視覚障害を伴った脳卒中片麻痺の理学療法(米田陸男論文)

原因の異なる4人の視覚障害を伴った脳卒中片麻痺者の紹介を通して、このようなケースが比較的高齢者に多いこと、したがって理学療法のあり方そのものも、視覚障害にとらわれ過ぎずに、ふだん我々が高齢片麻痺者に実施している合併症への配慮や介護指導、あるいは住環境の整備に加え、その人の「思い入れ」に耳を傾けていく姿勢の大切さを改めて認識することの重要性に触れた。

■関節炎を伴った脳卒中片麻痺の理学療法(内田成男, 他論文)

脳卒中片麻痺は多彩な骨・関節障害を合併していることが多い。本稿では、慢性関節リウマチや変形性関節症を伴う症例を提示し、理学療法の実際について検討を加えた。このような場合の理学療法は、脳卒中による一次的障害の評価や治療に加え、基本的運動機構である骨・関節の状態を十分に把握し、疼痛対策、アライメントの修正、非荷重訓練など個別的・包括的アプローチが必要になる。