

1

脳卒中は早期の
チームアプローチ
で治療せよ

- 極める1 麻痺した手足を早期に治療するには、まずガイドラインを読み解け！
- 極める2 麻痺側肩関節の筋緊張が低くても積極的に荷重する
- 極める3 歩行練習では、遊脚期ではなく立脚期に焦点をあてる！
- 極める4 チーム医療で治療を成功に導く

極める1 >>> 麻痺した手足を早期に治療するには、
まずガイドラインを読み解け！

脳卒中（脳血管障害）、
それは読んで字のごとく脳血管が破綻すること

であり、脳梗塞・脳出血・くも膜下出血などによって運動麻痺だけでなく感覚障害や高次脳機能障害といった後遺症が生じやすく、日常生活動作 (activity of daily living : ADL) や復職に大きな支障をきたします (図 1, 図 2)¹⁾。脳卒中は皆さんにはお馴染みの疾患だと思いますが、頑張っても、頑張っても、回復させることがなかなか難しい疾患ですよ！ 日々、そんなモンスターのような疾

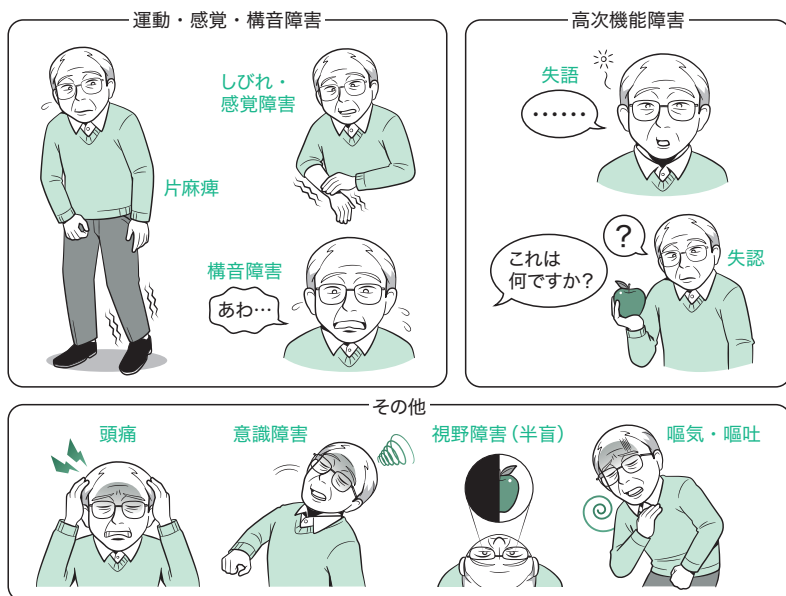


図1 脳卒中によくみられる症状[文献1)より]

このほかに、歩行障害、運動失調、めまい、嚥下障害などがある

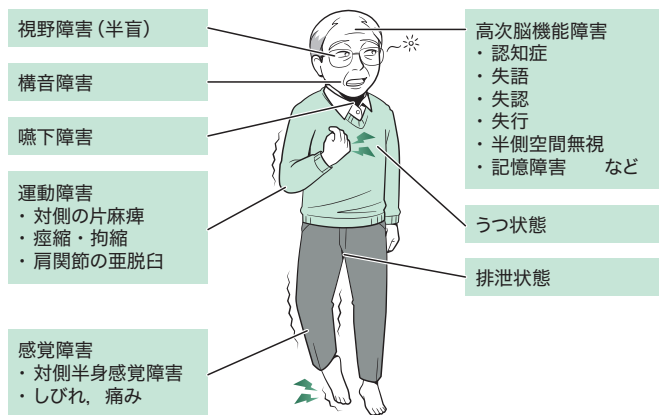


図2 脳梗塞の主な後遺症[文献1)より]

脳卒中を発症すると、急性期を過ぎても何らかの症状が残る可能性がある。機能回復・機能維持のためのリハビリテーションが重要である

BAD 患者へのリハビリテーション

患者：82歳男性，身長 166.0cm，体重 50.1kg，BMI18.2

診断名：branch atheromatous disease (BAD)

現病歴：某日 16 時 40 分に右上肢の脱力を自覚したため近医で CT 検査を行ったが，脳卒中（脳梗塞）の所見はなかった（図 9）。しかし，近医は本症例が脳卒中の可能性が高く，MRI などの詳細な検査が必要と判断し，当院に救急搬送された。

搬送時の神経学的所見では，意識レベル JCS 1，構音障害と右不全片麻痺〔上肢徒手筋力テスト（manual muscle test：MMT）2，下肢 MMT 3〕であり，MRI 画像から左基底核でのラクナ梗塞と診断された。血栓溶解療法（r-tPA）の適応はなく，同日 19 時 10 分から抗凝固療法や抗血小板療法などの急性期治療が開始された。

受診翌日に構音障害と右片麻痺の進行（上肢 MMT 0～1，下肢 MMT 1）が確認された。MRI で，左内包後脚～放線冠の脳梗塞の増悪を示す所見が

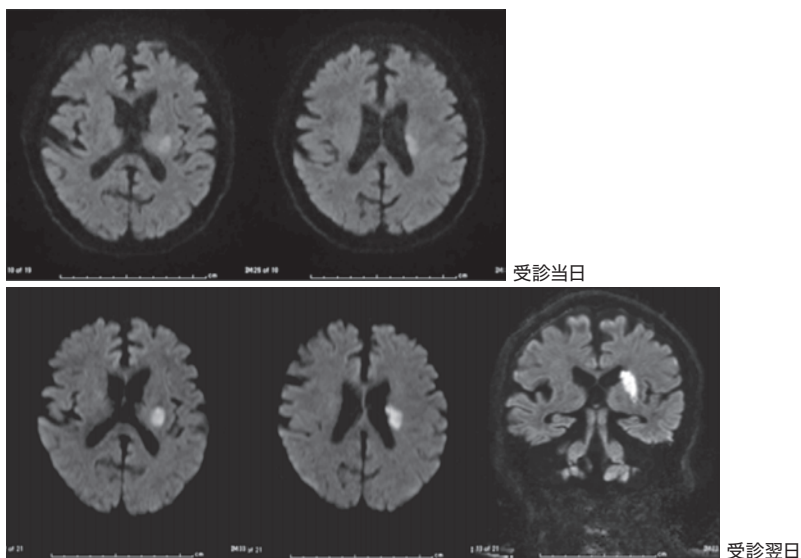


図9 MRI画像結果

発症当初のMRI画像では放線冠にラクナ梗塞であったが，翌日には病巣が拡大している

極めに突めると
こんなことができる!

1. パーキンソン病 (PD) とパーキンソン症候群 (PD-syn) の違いを理解してリハビリテーションに活かせる
2. 「直立できるだけ」の PD-syn 患者に、姿勢を直す指導と四つ這い練習の指導の両方を行える
3. 「膝を使った立ち上がり」の指導で、実用性のある立ち上がり動作の指導ができる
4. 「歩いて車イスの前まで行って座る」など、歩行+αの実用的な動きを指導できる

●文献

- 1) 水野美邦編. 神経内科ハンドブック 鑑別診断と治療. 医学書院; 2011.
- 2) 武山博文, 高橋牧郎, 高橋良輔. 第 38 回内科学の展望 難治性内科疾患の克服に向けて 2. パーキンソン病とパーキンソン症候群. 日本内科学会雑誌 2011; 100.
- 3) 犬塚 貴. 高齢期のパーキンソン病 第 53 回 日本老年医学会学術集会記録〈教育講演〉. 日老医誌 2011; 48: 616-8.
- 4) Nisitani S, Miyoshi H, Katsuoka Y. Extensive delayed brain atrophy after resuscitation in a patient with multiple system atrophy. Front Neurol 2018; 8: 754.
- 5) Rocchi L, Chiari L, Horak FB. Effects of deep brain stimulation and levodopa on postural sway in Parkinson's disease. J Neurolog Neurosurg Psychiatry 2002; 73: 267-74.
- 6) 上田 敏監. 伊藤利之, 大橋正洋, 千田富義ほか編. 標準リハビリテーション医学. 第 3 版. 医学書院; 2012.
- 7) 砂原茂一著. リハビリテーション. 岩波新書; 1995.

自主練習と家族指導

通常の臨床場面だけでなく、退院時に「自主練習や介助の仕方」のアドバイスを求められることがあります。その時には、できるだけ簡単なことを指導するようにしています。難しいことでは正確にできない可能性があるし、長続きもしないからです。そこで、普段私が行っている基本動作や杖の使用法などのADL指導について、脳卒中による左片麻痺患者を想定し、あくまでも基本的で安全な動作方法を紹介します。

1. 起き上がり動作

左上肢を右上肢で患者自身の前にもってくることで、置き去りにならないようにします。同様に左下肢を右下肢で下から支えるようにしながら右側へもってきます。右肘を着くようにしながら起き上がります。うまく行かない場合は**コラム9**の方法も参考にしてください(図8)。

2. 立ち上がり動作(極める3)

立ち上がり動作がうまくできない時は、重心が後方に残っていることが多いです。まずは浅く座るようにします。おじぎをするように上半身を前傾させる際

には、顔が患者の膝や足関節よりも前方へ位置するようにします。慣れないうちは、右足関節を1歩手前に引きます(図9)。

3. 移乗動作

右側への移乗動作が安全です。立ち上がり動作同様、前傾姿勢によって重心を前方に移動させますが、その際に、右足関節を1歩手前に引きます。中途半端な姿勢で方向転換せず、しっかりとした立位姿勢になってから、反時計回りで殿部をベッドに向けます(図10)。

4. 杖の使い方

杖が左下肢を補ってくれることを理解してもらいます。したがって、杖と左下肢は一緒に前に出すことをすれば、間違うことはありません(図11)。

※実際の臨床では麻痺側上下肢の機能回復や強化のために、リスクに配慮しながら上記指導内容を逆の動作方法で指導する場合があります。しかし、患者(家族)への指導の際には、まずは安全で基本的な方法を身につけてもらうことが重要です。

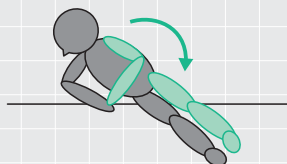
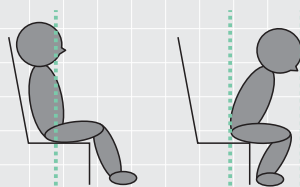


図8 起き上がり動作(左片麻痺患者)

緑色：麻痺側



重心が後方

重心が前方

図9 立ち上がり動作