

脳卒中片麻痺のシーティング

川村一郎

ある脳卒中片麻痺患者に、どんなシーティングが最も適当であるかは、ある程度その患者の神経学的回復度によって決められる。それ故、その回復過程を通じてシーティングの調整を行うことが必要になろう。

リハビリテーション開始の段階で、患者を椅子に座らせることは左右対称的に、垂直に体重荷重した姿勢をとらせることを促す重要な手段である。しかし、施設や病院で使われている高齢者用椅子やラウンジ椅子の多くは、片麻痺患者には全く不適切である。弛緩性麻痺が存在するとき、患者は患側に倒れがちである。その結果、骨盤の傾斜が生じて患側の骨の突出部（坐骨）に過度の圧がかかる。その患者は、姿勢を正すために体重を移動することができないし、姿勢が傾いていることの認識すらない（第1図a）。

このような良くない姿勢の結果として、それが矯正されないままだと、麻痺側の手が患者の体と椅子の間に挟まれて循環障害や拘縮を引き起こしたり、或いは痛みの原因ともなる（第1図b）。

いくつかの椅子は、片麻痺患者に他の問題をもたらす。椅子が低すぎてしかも坐面が後に下がっているようなとき、例えば人に助けられても立ち上がれない。両側の“翼”が大きすぎるとき患者は社会的に孤立する（第1図a）。こういう椅子には、通常フットレストがついていないので、患者の足は、屈曲位になりがちである。

リハビリテーションの初期の段階で、車椅子は治療部門や他の部門への移動のためだけに使用を制限するべきである。標準型車椅子を長期にわたり監督することなく使用することは、安全の面で問題があるし、望ましいことではない。もし可能であるとしても、この時点で患者自身で車椅子を推進させることは、結果的に、異常な運動反応を引き起こしがちなものでない方がよい。

片麻痺患者に標準型車椅子をそのまま使用させると、いろいろな問題が起こる。患側に弛緩があるとき、背側の支えや側方の支えがないため、左右非対称の姿勢となる。痙性とそれに随伴する反応のあるとき、患者が意図的に姿勢を変えようとしたり自分で車椅子を動かそうとしたりするとき、全般的な身体の伸展をきたす。患側の下肢も伸展し、患者の体は車椅子から前に滑り出す。しばしば患側の腕は、車椅子の外側に垂れ下がる（第2図）。この患者は、多分自分で姿勢を正すことができない。

片麻痺患者のニーズに合わせて、車椅子を調節するときに必要な一般的原理は、歩行不能な高齢者のシーティングの項で述べたことと同じである。固い坐面を使用すると、骨盤が左右対称になる。骨盤の後方傾斜の傾向があり、胸椎の円背があるとき、背面を固くしたりバックレストを高くする必要はある。ヘッドレストをつける必要がある場合もある。サポートのためだけでなく、足が滑り落ちないためにもフットレストをつけるべきである。



第1図a
高齢者用の椅子やラウンジ椅子の多くは、片麻痺患者に適切な支持を与えない。



第1図b
障害されている方の上肢のポジションが良くないと肩関節の脱臼、疼痛や拘縮をきたす。

