

■脳性麻痺のシーティング(V)

川村一郎

4.最高の姿勢及び機能を得るために(つづき)

3) 体幹

骨盤を適切に安定させると、かなり対称的な姿勢を維持できるような体幹コントロールが可能となる。しかし、もし患者がそれに失敗するようなら外側体幹サポーターが必要となるであろう。屈曲傾向をもたらず姿勢トーンの減少を示す個人の場合、それぞれの側でその同じレベルでの外側体幹サポーターが必要とされるだろう(第1図)。

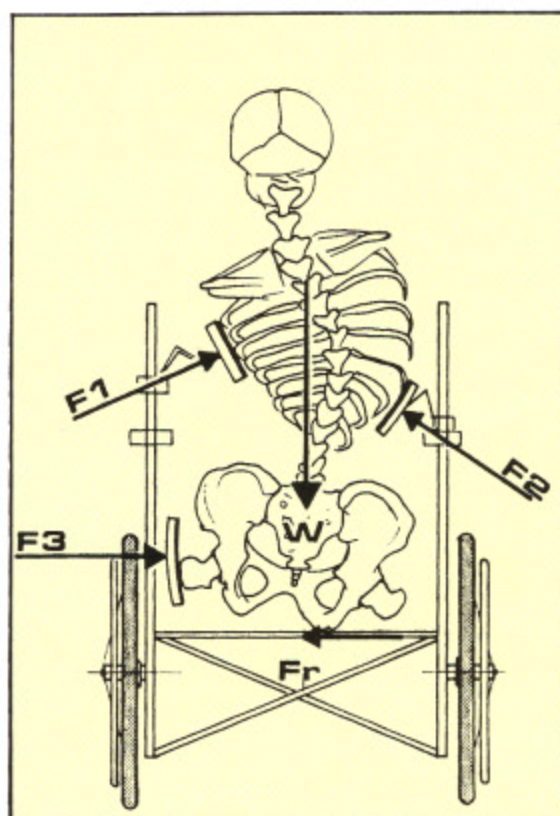


第1図

良いアライメントを保持するためのサポートは少ないほど良い。かくて患者は、平衡反応を発揮させることにより、また独自の姿勢調節をすることにより、活動的にその体幹コントロールを改善するよう促される。非常にしまりのない(floppy)患者の場合、背もたれを少し後方に傾ける方が良い。

非対称的に前かがみになる傾向を持つ患者の場合、側弯が発生する可能性がある。このようなケースでは、または側弯が既に存在しているときには、3点固定システムを適用すべきである(第2図)。

非常にハイポトニックな患者には、各種のバンドや胸/パッドを前面にあてて胸郭サポートとすることができる(第3図)。Y字型のハーネスを使用することもあるが、これは首の部分に不快感を与えることが多い。H型のハーネスの方が一般的により優れている。固い胸/パッドを使っても良いが、このようなパッドやハーネスは肩甲骨を後ろに引きつけることを促す。これらは、肩を下に押しつけたり、呼吸機能を制限したりするものであってはならない。



第2図



第3図

4) 肩甲骨と上肢

エクステンサートーンが強い患者の場合、肩甲骨は後方に引きつけられる。上肢機能はこの状況下で危うくされる。肩甲骨ウェッジ或いはウィングスを肩甲骨の後ろにおいて、肩甲骨を前に押し出しても良い。既製のモジュラー型シーティングシステムのパッドを曲げて同じようなサポートを得ることもできる(第4図)。

上肢は適当な高さのアームレストまたはテーブルにより、サポートされる必要がある(第5図)。これらは、肩関節が上方に持ち上げられることのないよう十分低い位置でなければならない。ハイポトニアの患者さんの場合には、前方に倒れたり、テーブルによりかかたりするのを防止するために体幹サポートが必要である。



第4図

5) 頭と首

もし、骨盤と体幹が確実に安定化されているならば、多少頭のコントロールのできる患者の場合、頭や首のサポートはほんの少しあれば、また全くなくても機能し得る。もしサポートが必要とされ、また患者が伸展ハイパートーンスを示すならば後頭部に圧がかからないような首のサポートが望ましい。首を少し屈曲位にすると、一般的に首の伸筋の姿勢トーンが低下し、視線を上下に向けることができるようになる。ハイポトニアを持つ患者或いは頭のコントロールが弱い患者の場合、側方サポートを持つ高いバックレストや各種のヘッドレストを使用しても良い（第6図）。胸パッドやハーネス、それにテーブルは患者が前方に倒れるのを防止するのを助ける。背もたれを後方に少し傾けることも頭のコントロールの改善に役立ち、食事をより楽にし、よだれをコントロールする。

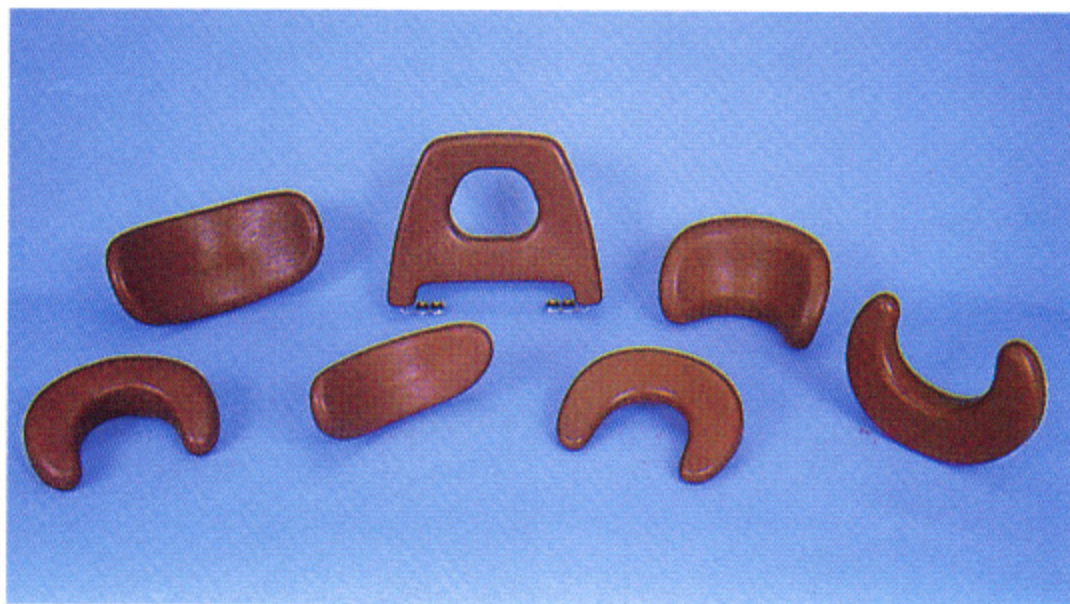
リクライニングの姿勢は視線を上向けにする傾向があるが、そのようなとき楔状の枕を置いても良い。体幹や首のコントロールの弱い患者を移動するときには、特別の注意を要する。頭首のそれと同様、前方からのサポートが安全な移動のためには必要とされる。

結論

上述のプリンスiplは、脳性麻痺児のシーティングに一般的に適用されるが、脳性麻痺の臨床像は多種多様であり、一つのアプローチが全てのケースに有効であるとは限らないことをいつも頭に入れておいて欲しい。



第5図



第6図



（注）この小論は、OTTO BOCK 社発行のSeating in Review: Current Trends For The Disabled, 1989の抄訳をもとにしたものです。

尚、脳性麻痺のシーティングに関する文献リスト（英文）をご入用の方は、当ニュース編集室までお申し込みください。