

多職種による痙縮治療

Spasticity management with rehabilitation professionals

脳卒中後や脳性麻痺による痙縮は、患者の機能を制限し、日常生活動作（activities of daily living；ADL）や生活の質（quality of life；QOL）の妨げになることがあります。また、痙縮の治療は、内服・装具の工夫・ブロック注射・髄注療法・後根切除術・整形外科の手術療法と多岐にわたるため、さまざまな状況にある患者に対して、それぞれに最適な治療を提供できる、勧めることができるということが重要となります。本特集では評価や治療後のリハビリテーション治療において多職種がどのようにかかわっていくべきかという視点から、痙縮治療を再考します。

片麻痺患者の痙縮治療 佐々木信幸氏 623

伸張反射の増強により生じる、他動的伸張時の速度依存的筋緊張亢進を痙縮と呼び、脳卒中後に高率に発生する有害事象である。治療の大前提としてストレッチを行い、内服抗痙縮薬、ボツリヌス療法、バクロフェン髄腔内投与療法、装具療法などを行う。それぞれについて効果や使い分け、問題点などを解説した。痙縮治療では、個々の患者の年齢や症状、生活スタイルを多面的に評価して治療計画を立案する姿勢が大切である。多職種で治療前後のフィードバックを系統的に行うことや、痙縮を理解している医療職が患者を長期的にフォローし続けられる環境を整備し、適時適切な治療を提供することも重要である。

片麻痺上肢の痙縮治療—作業療法士の立場から 阿部 薫氏ら 631

痙縮治療では、どのような治療を組み合わせるかという治療法の選択や痙縮の治療でどこまで改善を図るかといった目標の設定が重要であり、多職種による検討が必要となる。作業療法士はチーム医療の一翼として、痙縮による上肢機能障害やADL、QOLの障害を評価し、運動療法や装具療法、日常生活動作訓練などのアプローチを行う。日常に取り込める管理方法を選択し指導することも重要である。

片麻痺下肢の痙縮治療—理学療法士の立場から 谷川広樹氏ら 637

痙縮に対する理学療法の評価と治療について解説する。著者らが開発した、他動的足関節背屈時の抵抗を、痙縮による神経性要素と非神経性要素を区別して、定量的に評価することができる機器（imasen Quantitative Measure of Spasticity；iQMoS）を紹介する。また、「脳卒中治療ガイドライン2015」において、痙縮に対して行うように勧められている（グレードB）のは経皮的電気刺激療法やストレッチなどの運動療法、装具療法であり、それらを併用したりボツリヌス治療と組み合わせることなどでより高い効果が期待される。

小児脳性麻痺の痙縮治療戦略—多職種チームアプローチの必要性 金城 健氏…… 643

脳性麻痺では、筋短縮や関節拘縮を予防するために、早期から異常筋緊張亢進をコントロールすることが重要である。ボツリヌス療法、選択的後根切断術、バクロフェン髄注療法について、その作用機序や適応、利点・問題点を解説した。症例ごとに適応を熟慮して実施し、併用療法も考慮する。痙縮治療の必要性の評価は医師だけではなく、リハビリテーションを担当するセラピストとの連携が必要であり、患者にかかわるすべての職種によるチームアプローチが重要である。沖縄で行われている多職種・多施設カンファレンスを紹介し、チームアプローチの必要性を述べる。

脳性麻痺のボツリヌス治療—理学療法士の立場から 加藤貴子氏ら…………… 651

横浜医療福祉センター港南（以下、センター）で行われているセラピストによるボツリヌス治療への治療前後の評価とアプローチについて概説する。日常生活の問題点を問診し、姿勢・動作を観察してボツリヌス治療によってどのように改善が得られるか仮説を立て、ハンドリングなどで検証するなどして施注筋を決めていく。ボツリヌス治療後も、その経過を患者や介助者から聴取し、次のボツリヌス治療をより効果的にするために、患者・家族や介護・支援者、医師との情報交換を密に行うことが重要である。痙縮の軽減のみに焦点を当てるのではなく、患者や介助者の主訴から多職種チームで治療目標を協議・設定し、その治療目的に向かった治療・訓練プログラムと患者・家族への支援が不可欠である。

書評

外傷性脳損傷ハンドブック—診断と治療・評価・後遺症の管理

現場で役立つ臨床マニュアル（評者：青木重陽）…………… 669