

脳卒中診療の最前線

⑨ リハビリテーション

脳卒中後にリハビリテーションが必要になることが多いことはよく知られています。リハビリテーションとは、障がいを持ち越えてあるいは障がいをもちながら社会に復帰すること、およびその過程をいいます。必ずしも機能訓練のみをさすではありません。

リハビリテーションを進める上では患

脳卒中患者の機能障がいの分類

		障がいの例	特徴
脳卒中による障がい	発症時からみられるもの	麻痺、失語症	・発症数日以内が最も早く回復する ・回復は千差万別であり、病巣の場所、大きさなどによる
	発症から遅れてみられるもの	痙縮	・発症時にはなく、しばらくたってから現れる ・出現後さらに重度化することがある
廃用症候群		関節拘縮、筋・腱の短縮、筋力低下	・どの時期でも臥床が続いたり、手足の動き、活動量が少なく起こる ・臥床、動き、活動量の低下が続くと重度化する
脳卒中以外の疾患(併存疾患)による障がい		変形性関節症による痛み	・もともと持っている疾患による障がいも活動に影響する

川崎医科大学
リハビリテーション医学 教授
花山 耕三



はなやま・こうぞう ラ・サール高(鹿児島県)、慶応大医学部卒。国立療養所栗城玉病院 東海大などを経て2013年9月より現職。リハビリテーション科専門医・指導医。日本リハビリテーション医学会理事。

者さんがどの障がいをもっているか見極めなければなりません。脳卒中後にみられる機能障がいには脳卒中の症状としてすぐ現れるもののほかに、遅れて現れる症状や、動かないこと、動かさないことによる廃用症候群などがあります。また、もともと持っている疾患が影響することもあてはまらなければなりません。自然経過に大きく依存するもの、何らかの治療により軽減するもの、ある程度予防、改善が可能なものがあります。それぞれの障がいに適切に対処することが機能改善の鍵となります。

急性期からのリハビリテーション

急性期とは生命の危険があるか症状の増悪の恐れがある時期をいいます。一方で、どうしても臥床、不動を強いられ、廃用症候群をきたしやすい時期です。

急性期の血管の治療や全身管理と併行して、リハビリテーション科や療法士がかかわることは、主要な病院で行われていますが、それには各診療科、各職種の密な連携が必要です。リハビリテーション関連職種が脳卒中ユニットに加わり、原則として発症当日から患者さんにかかわることにより、廃用症候群を最低限にして1日でも早い動きの改善をはかることを目標としています。

急性期の座位訓練



廃用症候群の予防には、座位を早期にとらせることが効果的な手段のひとつです。できれば座位から立位へ進めていきます。座位練習を始めるかどうかは、脳卒中の病型、意識、血圧やその他の全身状態、神経症状などの状況をみて判断されますが、急性期には脳血流が姿勢の影響を受けやすいため、医師の判断が重要になります。また、急性期には嚥下障害を呈することが少なくありませんが、肺炎を極力防ぐとともに栄養確保することが必要であり、その対処が求められます。これにより、リハビリテーション科が関与し、経口摂取がどの程度可能か評価し必要であれば訓練を行います。

急性期を乗り越えてさらに社会復帰のために集中的なリハビリテーションが必要であると判断されれば、回復期リハビリテーションに移行します。理学療法、作業療法、言語聴覚療法など

を集中的に行い、日常生活動作や社会適応能力の改善をはかり、社会復帰につなげます。

運動機能を少しでも改善するには

脳卒中による麻痺は、発症後に受けた神経のダメージに応じた自然回復に依存し、これを大きくこえることは困難ですが、最近その動きが十分に引き出されていないことが報告されています。

機能を少しでも改善させるには、関節や筋肉が固まらないよう、使わないことにより筋力が落ちないようにするなどの廃用症候群の予防を早期から行い、動かせる、使える部分を積極的に使用することが基本です。今できる動きから何をすることが効果的かを療法士に相談してください。遅れて出てくる筋肉のつっぱりである痙縮は、できるはずの動きを阻害しますが、ボツリ又治療などでそれを抑えることにより、手足を動かしやすくすることができ

ます。

現在の医療制度では、脳卒中後遺症の患者さんが長期に病院で訓練を受けることは難しくなっています。患者さん自身が機能障がいの性質を知り、他動あるいは自動運動を励行することが、運動機能の維持、改善につながります。しかし、患者さんによっては行わない方がよい運動もありますので、担当のリハビリテーション科医や療法士にご相談ください。