

## ナイトセミナー

### 深部感覚障害を有する患者への理学療法評価と理学療法の考え方

六地蔵総合病院 リハビリテーション部

大沼俊博

我々は臨床において、問診や動作観察により問題となる動作やその現象を把握する。動作観察において、患者の歩行時に膝の過伸展を認めたり、食事動作時に上肢の使い方がぎこちない場合、関節可動域制限や筋緊張、筋力、感覚機能、高次脳機能などに問題を有するのではないかと仮説を立てる。仮説に対しては検査を行い、能力障害と機能障害との関係を明確にする。検査から深部感覚障害が明確となった場合、その他の機能障害との関係、また能力障害との関係を考慮し、治療を展開していく。今回のセミナーでは特に深部感覚障害を有する患者への理学療法評価と理学療法の考え方について知見を踏まえて報告する。

まず深部感覚障害に対する検査については通常、静かな環境でリラックスした肢位にて検査を実施する。併せて臨床では、異常動作が認められる時の環境や姿勢にて評価を行うことも重要となる。

また深部感覚障害を有する患者への理学療法の基本的な考え方については以下のとおりである。異常動作の要因として深部感覚障害とともに関節可動域制限や筋緊張異常、その他の感覚障害を伴う場合、治療ではそれぞれの関係を考慮する必要がある。深部感覚障害を考慮して治療を進める前に、事前に二次的障害（皮膚・筋の短縮やこれに伴う関節可動域制限）に対する問題を改善しておく必要がある。さらに筋緊張異常が問題となり、深部感覚に影響を与え問題となっているならば、正常な筋緊張を伴う運動を誘発し、繰り返し学習することが深部感覚障害の改善につながる。

臨床において深部感覚障害が問題となるケースとして、脳血管障害片麻痺患者で、歩行の麻痺側立脚期に膝過伸展を認める場合がある。この時患者に膝がどうなっているか尋ねても分からず、見ないと分からないことがある。改善策としては、治療のきっかけとして視覚的にフィードバックを行うとよい。次に視覚的なフィードバック無しで、下肢の状態を感じてもらい、感覚のフィードバックを行う。深部感覚障害に対するアプローチの糸口として視覚（意識下）を利用し、徐々に視覚の代償がなくても膝の状態を感じ取れるかを確認する。歩行動作は自律的、自動的な動作であるため、無意識下で膝のコントロールができることを目標にすることが望ましい。

また麻痺側上肢に深部感覚障害を認め、上肢活動が困難な場合、まずは身体中枢部・四肢近位部の安定性の獲得を図る必要がある。そこから上肢の空間動作を促す時は、自動介助から上肢の位置や運動の方向性を誘導し、能動的に活動を促す。また卓上動作を促す場合は、対象物と身体各部との関係を視覚や感覚機能とともに調整する必要がある。

当日は上述内容とともに、深部感覚障害の発生機序、研究報告、さらに用語についての最近の知見を併せて報告する。