

小脳性運動失調を呈した症例に対する 脳室ドレーン挿入中からの食事動作アプローチ

脳血管研究所 美原記念病院

籠島 望

KW: (脳室ドレーン術), (小脳性運動失調), 食事

I. はじめに

本症例は小脳出血, 急性水頭症により脳室ドレーン術を施行し, 医師の指示の下, 安静度はベッド上に制限されていた。ADLに制限がある中で, 症例は3日目から経口摂取を開始しており, ベッド上での活動頻度を増やすべく, 食事動作に着目してアプローチした。体幹・上肢に運動失調を呈し, 食事に介助を要していた症例に対して, 環境調整や徒手誘導を行ったため, 以下に報告する。

II. 症例紹介

症例:48歳 男性 **診断名:**小脳出血・急性水頭症 **障害名:**体幹・右上下肢失調 **併存疾患:**高血圧 **既往歴:**脳出血(左片麻痺) **現病歴:**H25.10.22 発症, 当院入院。同日に脳室ドレーン術, 開頭血腫除去術, 外減圧術施行。10.23リハビリ開始。10.24経口摂取開始。10.31ドレーン抜去 **病前生活:**ADL・IADL 自立 **家族:**母と2人暮らし **主訴:**聴取困難 **利き手:**右 **医師の指示:**安静度ベッド上。食事時のみケンプしてベッドアップ 座位可。収縮期血圧150mmHg以下管理

III. 初期評価(H25.10.23~10.25)

【全体像】意識:JCS2~10 **バイタル:**収縮期血圧140~150mmHgで推移 **コミュニケーション:**極簡単な会話可能。一部従命動作可能 **【身体機能】**
軀幹協調検査:Ⅳ **FNF試験:**右上肢:企図振戦・運動分解あり **筋緊張:**腰背部・頸部過緊張, 腹部低緊張 **可動域:**著明な制限なし **感覚:**表在・深部ともに精査困難 **眼振:**軽度あり **藤島式嚥下グレード:**Gr.8 (食形態:粥・きざみ食) **【基本動作】** **寝返り:**協力動作なく全介助 **ベッドアップ 座位:**監視

【ADL】FIM:食事項目2点 **食事動作:**重度介助。環境設定(エアマット・設定ソフト)。食事姿勢(ベッドアップ90度, 軽度膝屈曲位)。自助具使用(すくいやすい皿, 滑り止めマット)。頭部を後方に押しつけ, 体幹前傾と頸部前屈は困難。右上肢でスプーンを把持。左上肢は食事動作時参加なし。食器にスプーンを押しつけながら掬うために掬い落としや口元へのリチの際に動揺みられ食べこぼし頻回にあり。

IV. 食事動作の問題点

- #1. 体幹・上肢失調 #2. 安静度制限 #3. 腰背部・頸部過緊張
- #4. 上肢操作性低下 #5. 食べこぼし・掬い落としあり

V. 急性期における食事動作目標

- 1. ベッドアップ 座位で頭部を能動的に動かすことができる
- 2. 食べこぼしや掬い落とし軽減 3. 食事動作が監視で可能

VI. アプローチ

食事場面 1. 環境調整(エアマットの硬さ調整, ポジショニング) 2. 徒手誘導

非食事場面 1. 体幹機能訓練

VII. 治療プログラム経過

病日	ドレーン挿入下(5病日目より安静度端座位可)	
	2~3病日目	8病日目
食事姿勢	頸部・腰背部過緊張 頭部の押しつけあり 食事座位姿勢固定的	頸部・腰背部過緊張軽減 頭部の押しつけ軽減 上肢に合わせた体幹や頭部の動きがわずかに可能
スプーン操作	リチ時の動揺(++) 食器のスプーンの押しつけ(+) 食べこぼし・掬い落とし 回数頻回	リチ時の動揺(+) 食器のスプーンの押しつけ(-) 食べこぼし・掬い落とし 回数軽減
介助量	重度介助	軽介助
アプローチ	環境調整(エアマットをハードに設定, 足底にクッションを設置) 徒手誘導+声かけ(徐々に誘導量を減らす)	

VIII. 中間評価(ドレーン抜去後) ※主な変化点のみ記載

【全体像】意識:JCS2 **【身体機能】** **軀幹協調検査:**Ⅲ **筋緊張:**腰背部・頸部筋緊張軽減 **眼振:**なし **【基本動作】** **端座位:**軽介助

【ADL】FIM:食事項目4点 **食事動作:**軽介助。環境設定(エアマット・設定ハード)。食事姿勢(初回の設定に加え足関節は背屈位)。頭部の押しつけ軽減。上肢操作に合わせて軽度, 体幹の前傾と頸部前屈可能。食べこぼしや掬い落とし回数軽減。

IX. 考察

症例は小脳出血, 急性水頭症により脳室ドレーン術を施行され介入時, 安静度はベッド上に制限されていた。身体症状としては体幹・上肢の運動失調を呈し, 食事動作時は腰背部の過緊張がみられ, 頭部を後方に押しつけていた。また上肢の操作性が低く食べこぼしや掬い落としが著明であり, 重度介助を要していた。

食事動作時, 腰背部の緊張が高まる原因としては, 体幹失調に加え, エアマット(ソフト)という環境が影響していると考えた。エアマットは体圧分散性が高い反面, ベッド上で動く際は不安定になると言われている。体幹失調を呈す症例にとって, エアマット上での姿勢制御は困難であり, 腰背部の緊張を高めていたと考えた。そこで, まずエアマットの設定をソフトからハードに変更した。設定をハードにすることで, 体圧分散性は低くなるが, 床面の安定が得られ, 動いた際エアマットからの反力を捉えやすくなり, 姿勢コントロールを容易にした。これにより, 固定的な姿勢の改善がみられたと考える。さらに足底にクッションを設置し, 下肢を支持として利用したことが, 体幹機能を補填し座位姿勢のコントロールを容易にしたと考える。以上の環境調整により, 体幹の安定が図られ, 頸部前屈が可能となり上肢の操作性向上にも繋がったと思われる。

上肢の失調症状に対しては, 掬い動作から口に運ぶ一連の動作において徒手的に正常動作パターンを反復して誘導した。さらに症例の能力に合わせ徐々に誘導量を減らし自己での運動コントロールを増加させた。正常動作パターンを繰り返すことで動作が運動記憶として定着し, 食べこぼしや掬い落としが軽減したと考える。

ドレーン挿入下であっても積極的に早期介入を行うことで食事動作の介助量軽減が図れたと考える。様々な制限のある中でも, OTとして介入すべき点は十分にあると感じた。