

左半側空間無視患者に対する前庭系賦活の有用性

【はじめに】
近年、左半側空間無視の【はじめに】などの小見出しを付ける。またでの適応に関しては実用的でないことも指摘されている。そこで今回、生活に着目し、重度の現象を呈する症例への無視症状の軽症化を認めたので若干の考察を加え報告する。尚、発表に際し、本人と家族より同意を得ている。

【症例紹介】

70歳代男性。診断名：右急性硬膜下血腫術後・脳挫傷。現病歴：X月Y日転倒受傷、X+1月+5日血腫の拡大を認め穿頭血腫除去術施行、X+2月+2日当院転院。既往歴：50歳代に脳梗塞、左片麻痺（杖歩行自立）。

画像所見：頭部CTで両側前頭葉、右頭頂葉・後頭葉に脳挫傷後の腫瘍術後の低吸収域

【作業療法評価】

左Br.stage：上肢III・手指IV・下肢III。触覚・位置覚：重度鈍麻。左同名半盲。机上検査で重度の左半側空間無視。病態失認。HDS-R：14/30点。ADL：ほぼ全介助状態（FIM26/126点）。食事はベッド上でスプーンにて可能だが、左側の食器の見落としあり。Pusher現象を認め、車いすからずり落ちる事が多く特に移乗動作は重度介助。

【治療内容と経過】

車いす坐位で正中位に棒を垂直に。棒の左右を覗くように重心移動を誘導した。これに対し強い抵抗を示したため背もたれへの適応を促し、狭い範囲から徐々に運動を拡大し前庭入力、体幹・頸部の固有感覚と視覚を統合すること

文字フォント：明朝体

文字サイズ：演題名12ポイント

所属・氏名、本文10.5ポイント

1行空ける。

兵庫県学会病院 ○作業太郎 作業花

1行空ける。

発表者が複数の場合、筆頭発表者名の前に○を付ける。

なった。

次に前庭脊髄路系の賦活へ向けて端坐位で体

抄録：A4用紙1枚、Word文書（Windows 2003Ver 以降）で作成。

余白：上下：20mm、左右：20mmで設定。

本文：2段組とし、各段の文字数は22字程度、行数は38行程度。

輪移動を

非麻痺側

動が出現

さらに、立位でも後方の壁にもたれた姿勢で体幹の伸展、左右への重心移動を誘導し感覚の統合

ことで、移乗の介助量軽減に繋げた。

【結果】

線分抹消試験で改善を認め、線分二等分試験、時計描画試験は若干の改善であった。ADL：

句読点注意！。と、で統一する。

が軽介助、方向転換が中等度介助となった。車いすでの食事が可能となったが左側の食べ残しは残存した。

【考察】

前庭覚、聴覚、頸部の固有感覚、視覚の多重感覚の統合が空間での身体適応のために重要であり（Karnathら2006），また無視の回復には左方探索の出現と病識の獲得が必要である（石合1996）。本症例も感覚の統合を積み重ね、空間での身体適応を得ることでPusher現象が軽減し、左身体からの感覚知覚が可能となり移乗の介助量軽減や左方探索の出現に繋がったと考える。

【参考文献】

Karnath H-O, Dieterich M : Spatial neglect and vestibular disorder?. Brain 129:293-305, 2006.

石合 純夫：半側空間無視の代償と回復。失語症研究 16: 22-29, 1996.

文献は必要時に記載。