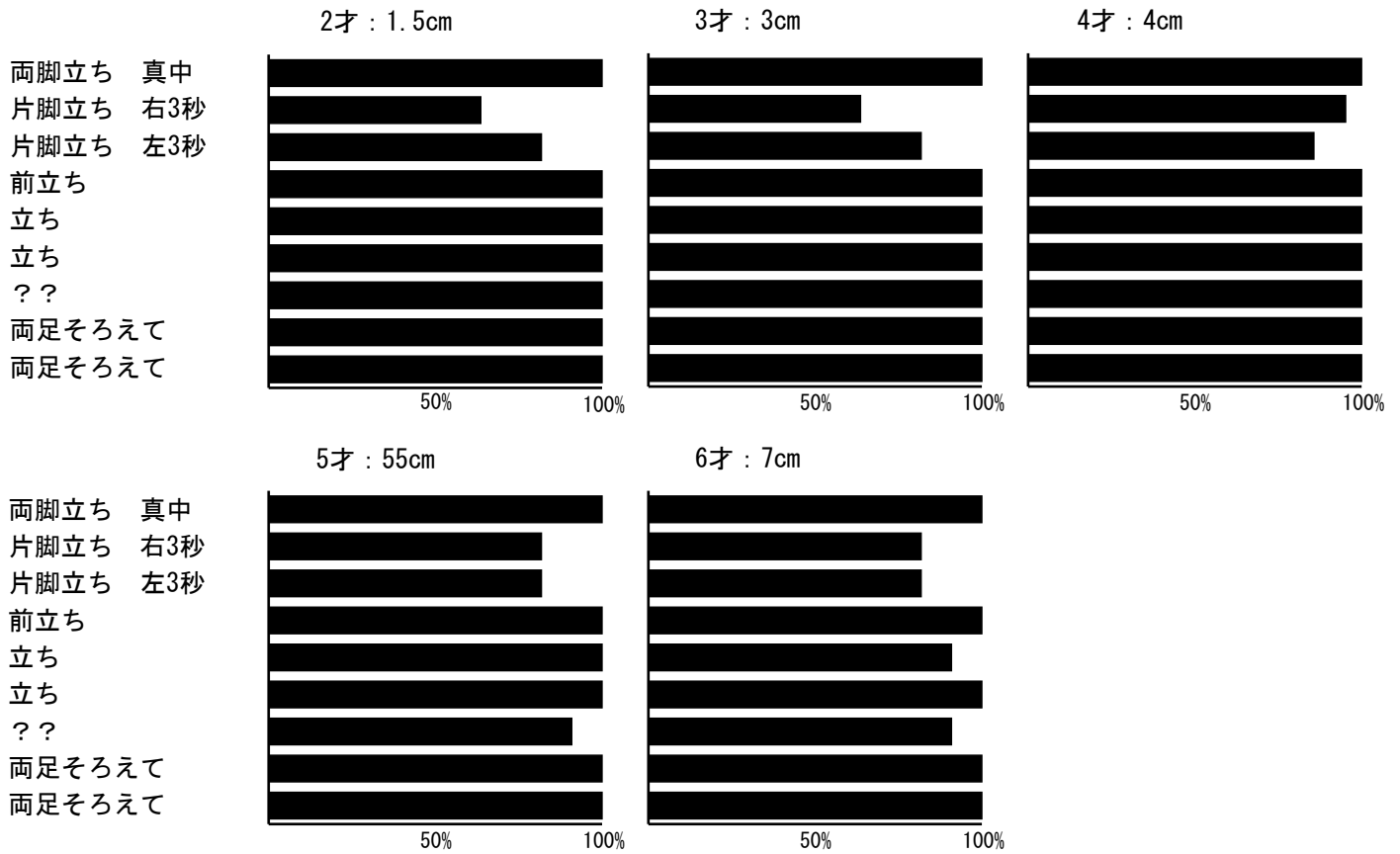


表3

にわたるテストの

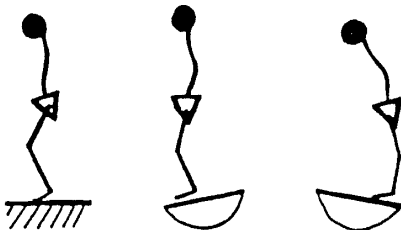


臨床応用

傾斜反応の獲得が困る脳性発達障害児に対して、バランスボードを利用した理学療法を行っている。一般に立位可能となった時点で1.5cmのバランスボードから開始する。両脚立ちで持続的な起立位保持を励まし、前立ちから側方立ち、後立ちの順に行っている。手術後の後療法においても同様に行っている。

脳性麻痺の患児では、バランスボードの上で特徴的な姿勢を示す(図9)。spastic diplegiaの患児において、Flexor spasmsが股関節にまでおよんでいる時、尖足を伴った屈曲姿勢をとる。バランスボードの前立ちは、後立ちに比較して容易で、床上での立位姿勢よりも屈曲姿勢が軽減する。しかし後立ちは、バランスボードが高くなるにつれ困難が増し、上半身は前傾し、brack kneeの姿勢をとる。このような、股関節、膝関節の屈曲拘縮をともなった症例に対し、アキレス腱延長術のみを行った場合、前立ちが困難となり、後立ちは比較的容易にできるとはいえ、屈曲姿勢が強まるため、下方へ沈んだ姿勢をとり、バランス反応をいっそう悪くする。したがって、手術前の評価は慎重になさなければならない。

Diplegia



アキレス腱延長術後

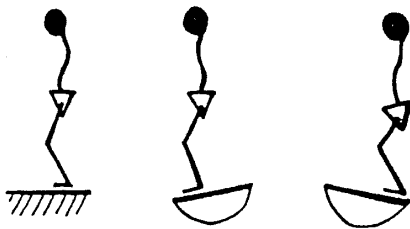


図9

まとめ

各種バランスボードを使ってのこのバランステストでもっとも困難テストは片脚立ちであった。生後21ヶ月までに基本的な立位バランス反応が発達するとはいえ、その後も成熟家庭があり、6才でほぼ完成するものと思われる。

各種バランスボードは発達評価と金連に有効である。バランス反応の獲得には抗重力的stabilizing functionがその基礎として強化されなければならない。伸展緊張が強すぎても、屈曲緊張が強すぎても、バランス反応の獲得は困難であり、適切な理学療法が必要となる。