麻痺とともに生きる

脊髄症候群

脊髄中心症候群
ブラウン・セカール症候群
前脊髄症候群
後脊髄症候群
脊髄円錐症候群
馬尾症候群
完全横断性症候群

CHRISTOPHER & DANA REEVE FOUNDATION
TODAY'S CARE. TOMORROW'S CURE.®

© 2022 Christopher & Dana Reeve Foundation

このガイドは、科学文献および専門文献に基づいて作成されています。
知識や情報を皆さまにお伝えすることを目的としたものであり、医学的診断あるいは
治療アドバイスとして解釈してはなりません。ご自身の状況に特定したご質問は、
医師または適切なヘルスケアプロバイダーにお問い合わせください。

制作者
著者　リズ・ライデン
編集コンサルタント　リンダ・M・シュルツ博士／認定リハビリテーション正看護師
挿絵　ミゲール・A・ナハロ
写真　ジェシー・オーウェン
翻訳　福田コスキ 志保、ネビンズ 典子

クリストファー&デイナ・リーヴ財団

636 Morris Turnpike, Suite 3A
Short Hills, NJ 07078
電話　973-379-2690
トールフリー　800-539-7309
ChristopherReeve.org

麻痺とともに生きる

脊髄症候群

はじめに 4
脊髄の構造 5
損傷の機序 6
脊髄中心症候群 7
ジェシー・オーウェンさんの体験談 9
ブラウン・セカール症候群 11
前脊髄症候群 13
後脊髄症候群 14
脊髄円錐症候群 15
馬尾症候群 16
完全横断性症候群 17
支援および情報源 19

CHRISTOPHER & DANA REEVE FOUNDATION
TODAY'S CARE. TOMORROW'S CURE.®

はじめに

脊髄は、身体と脳を結ぶ重要なコミュニケーションの中枢であり、運動の円滑な協調、感覚情報の中継のほか、排便や排尿、消化、心拍といった主要な機能の制御を担っています。

完全脊髄損傷は1つの脊髄分節全体に影響するもので、損傷レベルから下の機能が完全に失われます。脊髄の神経組織の一部だけが損傷している場合は、ある程度の感覚機能と運動機能が残されるので、不全脊髄損傷症候群に分類されます。

不全脊髄損傷症候群には、脊髄中心症候群、ブラウン・セカール症候群、前脊髄症候群、後脊髄症候群、脊髄円錐症候群が含まれます。馬尾症候群は、臨床的には不全脊髄損傷症候群に分類されていませんが、脊髄障害により引き起こされる神経疾患であり、脊髄円錐症候群と似た症状があります。

これらの症候群は、外傷または慢性疾患により、脊髄の上行路内と下行路内の神経組織、または、脊柱管の下部にある神経根が損傷した場合に生じます。脊髄上行路は、痛覚、温度覚、繊細な触覚、固有感覚（体の位置と運動の認識）に関するメッセージを脳に向かって伝達します。脊髄下行路は、随意運動、姿勢、平衡感覚、筋緊張、反射に関するメッセージを脊髄の下の方に伝達します。

伝達経路が遮断されると、脱力や部分麻痺、感覚や性機能の低下、腸と膀胱の機能障害などのさまざまな機能の喪失が生じます。障害の重度は損傷部の大きさと位置によって異なります。

不全脊髄損傷症候群と診断された方では、医療チームが損傷が生じた原因の治療とさらなる脊髄損傷の予防に重点的に取り組むことになります。損傷は、外傷によるものか病気によるものかに関わらず、脊髄の安定化または除圧のための外科手術が必要となる場合があります。急性期治療が終了した後は、機能回復を助けるための理学療法や作業療法を受けることになります。

脊髄の構造

不全脊髄損傷症候群により生じる可能性がある影響は、脊髄のどの部分が身体のどの部分に対応しているのかを明確にし、視覚化することで理解しやすくなります。

脊髄は、頭蓋骨の基部から背中に沿って、脊柱管と呼ばれる脊椎内の空洞を通り、下に延びている、長さ約18インチの神経の束です。いくつも連結して脊椎を構成している小さな骨（椎骨）は、身体を構造的に支えるだけではなく、脊髄を保護し、信号伝達路としての脊髄の重要な役割を守っています。椎骨の間にある椎間板は、椎骨がこすれ合うのを防ぎ、衝撃を吸収する役割を果たしています。これらの骨のどれかが折れても、脊髄自体が無傷であれば、脊髄損傷は生じません。逆に言えば、脊髄損傷は、骨折がなくても脊髄の挫傷や圧迫によって生じることがあります。

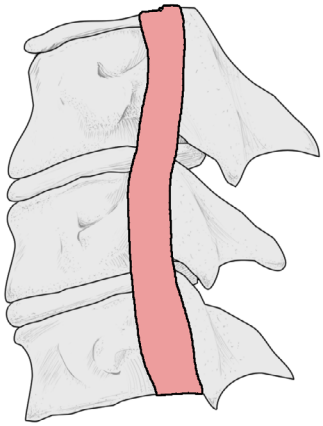

図1A: 正常な椎骨

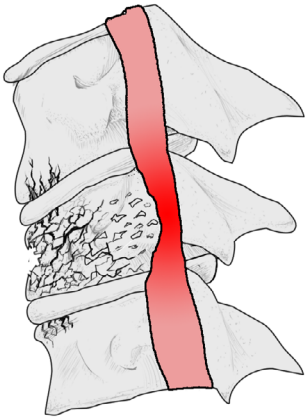

図1B: 損傷した椎骨

脊椎は、頚椎部、胸椎部、腰椎部、仙骨部の4つの区間に分かれています。頚椎部（C1-C7）の神経は、首、腕、手に伝達される信号を制御します。胸椎部すなわち背の上部（T1-T12）の神経は、体幹と腕の各部に伝達される信号を中継します。脊髄の下端は腰椎すなわち下部脊椎（L1-L5）の上端にあり、この区間の椎骨は、脊椎の重さを支えられるように他の区間の椎骨よりも大きくなっています。この区間は骨盤部と脚を制御しています。仙骨（S1-S5）は、腰椎と尾骨の間にある三角形に癒合した5つの椎骨からなっています。脊椎の末端から出ている神経根は仙骨部を通って延びており、体幹下部と脚、腸と膀胱そして性機能を制御しています。

脳からのメッセージを伝達する脊髄内の神経は、それぞれの椎骨の間にある神経根を通って脊椎の外に出ています。これらの椎骨から分岐している神経線維が損傷すると、身体のあちこちの筋肉や神経に関係する機能が損なわれます。身体のどの部分と機能に影響が出るかは、脊髄の損傷部位によって決まります。たとえば、L3に損傷があると膝をまっすぐ伸ばす能力が損なわれ、S1の神経が損傷すると骨盤部と鼠径部の機能と感覚が失われます。

損傷の機序

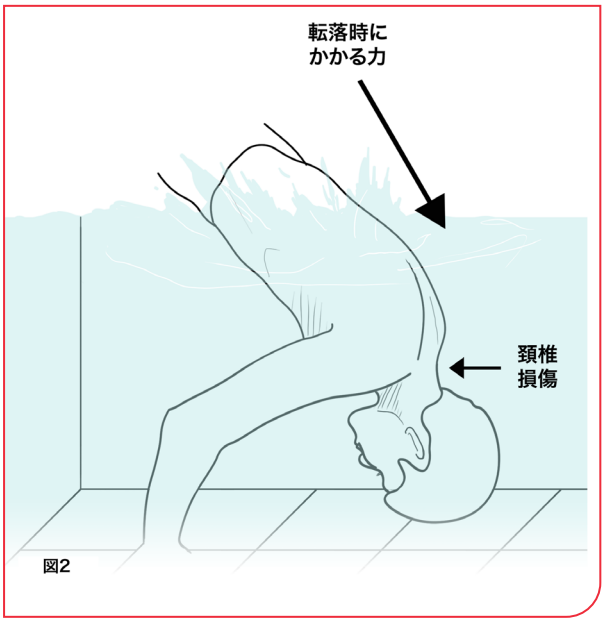

図2

脊椎には、身体を前に曲げたり、左右に向けたり、ウエストでひねったり、首を横に向けたり、顔を空に向けて身体を後ろに反らせたりといった、あらゆる動きが可能です。

転落や転倒、自動車事故、銃による暴力などの傷害事象によって身体が無理やり極端な姿勢になると、普段は脊髄を守っている骨で脊髄が損傷することがあります。不全脊髄損傷症候群に関連付けられることが多い損傷の機序には、過伸展損傷や過屈曲損傷などがあります。過伸展による損傷は、頭が激しい勢いで後方にしなったときに生じ、過屈曲による損傷は、あごが胸に向かって急角度で強く押されたときに生じます。

骨折は、その原因が外傷であれ、腫瘍や椎間板ヘルニアといった病気であれ、受傷時の角度やかかった力、その結果脊椎に生じた不安定さに応じて、軽度から重度までさまざまです。椎骨が砕ける破裂骨折は最も深刻で、この損傷では脊椎の安定が失われるだけでなく、骨片が脊髄に刺さったり、脊髄を圧迫したりする可能性があります。

骨が弱くなる基礎疾患も、不全脊髄損傷が生じやすくなる大きな要因となります。変形性関節症や椎間板変性症も含め、加齢による損耗と関係している脊髄疾患は、時間の経過とともに脊髄や神経根の強い圧迫を引き起こすことがよくあります。これら慢性のゆっくりと進行する損傷は、不全脊髄損傷症候群を引き起こす場合があり、外傷性損傷による脊髄圧迫の一因にもなることがあります。

脊髄中心症候群

脊髄中心症候群は、脚よりも腕や手の脱力と機能傷害を特徴とします。この疾患は、最もよく見られるタイプの不全脊髄損傷症候群であり、腕や手の動きを制御する神経が通っている頚髄中心部の損傷により引き起こされます。脚を制御する神経は脊髄の外側を通っており、したがって損傷を免れることが多く、下肢の機能は上肢ほど影響を受けません。若い人の脊髄中心症候群は、転落してあごを打った後、頭が後ろにしなった場合などの外傷による損傷が原因で起きることがあります。この症候群は普通、変形性関節症により脊椎が弱くなっている50歳以上の人に発症します。この変性疾患では、椎骨が変形して脊柱管が細くなり、椎間板ヘルニアまたは首の過伸展による脊髄の圧迫がさらに悪化します。損傷の機序に関わらず、機能喪失の程度と種類は、神経の損傷度によって左右されます。

症状

- **麻痺または腕や手の微細運動技能の喪失**
- **若干の脚の脱力または障害**
- **損傷レベルより下での若干の感覚喪失**
- **腸と膀胱の機能障害**
- **ピリピリ、ヒリヒリする痛みや鈍い痛み**

図3Aは脊髄中心症候群の影響を受ける身体の部分を表します。
図3Bは脊髄中心症候群の影響を受ける脊髄の断面を表します。

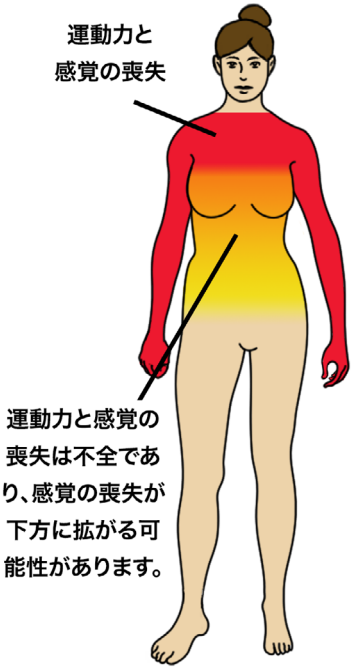

図3A

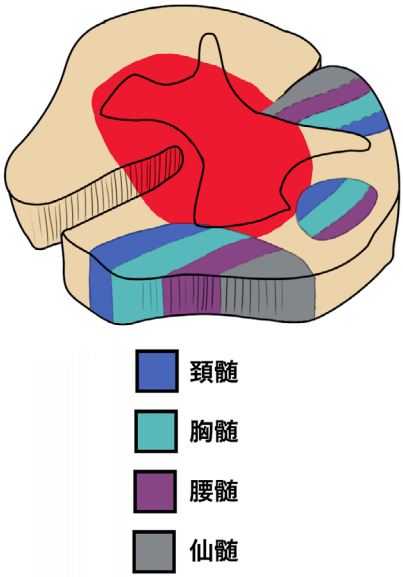

図3B

診断

医師が患者の既往歴を評価し、全身の診察と神経学的な診察を行います。MRI（核磁気共鳴画像法）またはCTスキャン（コンピューター体軸断層撮影）と頚椎X線撮影（MRIが使えない場合）を用いて、脊椎内の圧迫と不安定さの程度を確認します。

治療

さらなる損傷を防ぐため、脊髄の不安定さや椎間板ヘルニアは、多くの場合手術によって治療されます。脊柱管の狭窄と脊髄の圧迫の原因となっている変形性関節症または変性症に対処するためには、最終的に外科手術が必要となる場合もあります。急性期治療が終了した後は、理学療法と作業療法が行われます。

**運動療法士から脚に体重をかけてみましょうと
すすめられた時、ジェシー・オーウェンさんは
無茶だと思いました。**

「その時の自分の反応は、『何ですって。私の身体は麻痺しているのよ。状況を理解していないんじゃないの』というようなものでした」とオーウェンさんは振り返ります。

しかし、療法士たちにあっという間に身体を持ち上げられ、驚いたことに、オーウェンさんはほんの短い間とはいえ、自分自身で立っていたのです。

「その時、私の脊髄損傷にはとても変わった点があることがわかりました」とオーウェンさんは語ります。

オーウェンさんは、その5か月前の2012年12月、吹雪の中、自家用車に乗っていた時に木が倒れてきたために、脊髄のC3からC4に損傷を負いました。脊髄路が損傷したため、脊髄中心症候群を発症しました。この症候群では、下肢よりも手や腕に脱力や麻痺が生じます。しかし、いったん失った脚の機能を取り戻せる可能性があるかどうかは、立たされた瞬間まで明らかではありませんでした。

その後2年間、オーウェンさんはできる限りの機能を取り戻すために、集中的な運動プログラムに取り組みました。週4回運動して脚と体幹の筋肉を鍛え、座った姿勢から腕を使わずに立ち上がれるまでになりました。立った姿勢から、初めは歩行

器を使い、やがて松葉杖を使って歩けるようになりました。

「そこまでこぎつけた経験から、新しい、自立した活動にチャレンジし始める自信がつきました」とオーウェンさんは言います。

しかし、オーウェンさんにとって、ハンドルに取り付けた補助用のノブを使って再び自動車を運転できるようになるなど、新しい目標を次々と達成していく中でも、腕や手より脚の筋肉のほうがよく機能するというのは非常に悔しいことでした。

「料理や着替えをしたり、シャワーを浴びたりすることがうまくできず、なぜできることとできないことがあるのか理解するのに苦労しました」とオーウェンさんは言います。「どうして脚のほうがずっと良く機能するのだろうと悩みました。立てるけれど腕を使えないのを見た人たちが、私が障害のあるふりをしていると思うのではないかと案じました。」

オーウェンさんが「私のような状態の人には会ったことがありません」と言うように、脊髄中心症候群がまれな疾患であることと、この疾患の特徴である上肢の脱力が相まって、オーウェンさんは自分の回復をなかなか実感できませんでした。下肢の機能を取り戻せたことは、シャツのボタンをはめられることや、小学校教師の仕事で教材を扱えることよりも重要でないように思えました。

「ないものねだりですよね」とオーウェンさんは言います。

家族、友人や麻痺者のコミュニティに支えられながら、オーウェンさんは次第に腕と手の機能を失ったことに慣れていきました。ボタンをはめる道具や、背中がかゆい時にかく道具、ビンのふたを開ける道具、あごでコンピューターを操作できるジョイスティックなどの補助ツールが、自立感を取り戻し、人生を前進していくのに役立ちました。

「自分の物語の中で、自分の居場所を再発見する必要があるのです」とオーウェンさんは語ります。「自分の物語に予想もしなかった変化が起きて、将来への展望や、思い描いたことができるかできないかが一変するというのがどういうことかは、誰もが想像できるでしょう。私は、指の機能を取り戻せない場合の人生と折り合いをつけなくてはなりませんでした。」

2018年に、オーウェンさんはみずから志願し、ワシントン大学のニューロテクノロジーセンターで行われた**非侵襲的電気刺激療法に関する治験**の被験者になりました。「何も期待してはいませんでした」と言いながらもオーウェンさんが志願したのは、実際の機能回復よりも、脊髄損傷研究は必要なもので、恩恵をもたらす力があると信じていたからです。

「科学界の変化と成長を望むなら、私たちもその一翼を担う必要があると信じ、治験に登録したのです」とオーウェンさんは言います。

それまで何年もわずかな改善しか得られなかったのに、脊髄損傷部への刺激を受けることによって、手と腕に以前より力が入るようになり、器用さも改善しました。靴ひもを結んだり、犬にリードを付けたり、以前より楽に料理したりできるようになり、自分でベッドに入れるようにもなりました。その後、オーウェンさんは介助の必要な状況を減らして、自分の家に引っ越すことができました。

オーウェンさんは、「治験で機能を回復できたおかげです」と言います。「もっと機能を回復したいか、ですか？　ええ。でも、今の状態が改善されるのなら、どのような回復でもとても大きな前進になります。自立と幸せを手に入れて、もう少し自分自身のケアができるようになるのですから。」

脊髄損傷と診断されてから9年後、オーウェンさんはパートタイムで職場復帰し、結婚し、第一子も生まれる予定です。

「こうした障害は身体的にも精神的にも膨大なエネルギーを奪いますから、診断を受けた後、以前のような幸せを見つけられるとはなかなか思えないのです」とオーウェンさんは言います。「でも、また見つけられました。今は、本当に幸せです。」

ブラウン・セカール症候群

この希少疾患は、脊髄の半分が損傷して、多くの脊髄路の伝達経路が遮断された場合に発症します。こうして損傷が生じると、身体の脊髄損傷があるのと同じ側では部分麻痺が生じ、触覚、位置覚、振動覚が障害され、反対側では痛覚や温度覚が失われます。この疾患の最も一般的な原因は、首、背中または腰への銃創や刺創といった暴力による外傷ですが、ブラウン・セカール症候群は、椎間板ヘルニア、腫瘍、血管の閉塞による脊髄の損傷により生じることもあります。

症状

- **身体の病変がある側と同じ側に、損傷レベルより下部で生じる部分的な麻痺または脱力**
- **身体の反対側に、損傷レベルより下部で生じる痛覚と温度覚の喪失**
- **脊髄損傷がある側と同じ側に生じる、触覚、振動覚や固有感覚（身体の位置と運動の認識）の鈍麻**
- **腸と膀胱の機能障害**

図 4A はブラウン・セカール症候群の影響を受ける身体の部分を表します。
図 4B はブラウン・セカール症候群の影響を受ける脊髄の断面を表します。

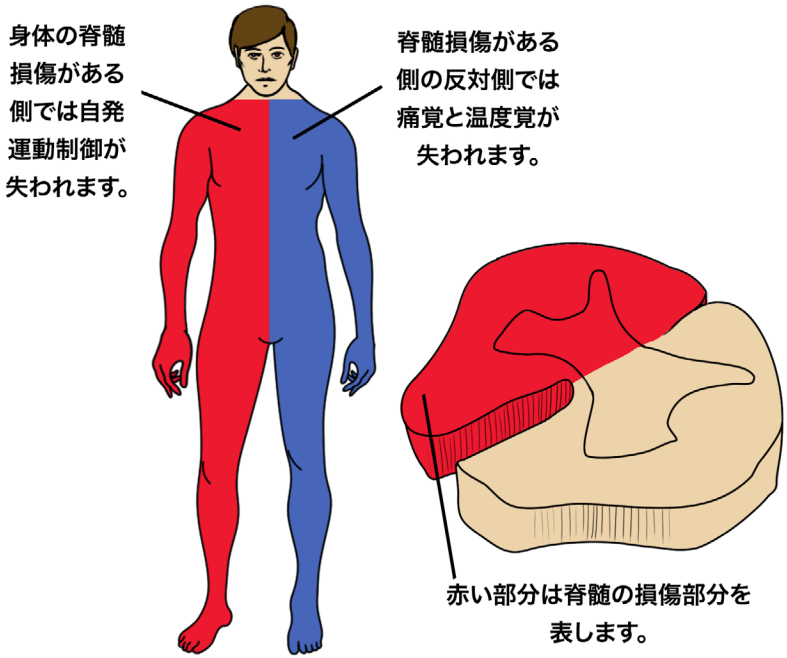

図 4A　　図 4B

診断

MRIやX線撮影が脊椎の損傷の特定に役立ちます。症状の臨床評価は、ブラウン・セカール症候群を脳卒中や多発性硬化症といった他の症候群や病気と区別するのに役立ちます。

治療

治療方法は損傷の原因によって異なります。脊椎の除圧、安定化、または外傷の修復のために外科手術が必要となる場合があります。歩行能力など、失った機能を多くの患者が取り戻しますが、脚に筋力の低下が残る場合があります。

前脊髄症候群

前脊髄動脈症候群とも呼ばれ、前脊髄動脈からの血液供給の低下が原因で発症することが多く、脊髄前側の3分の2の部分が圧迫されて生じます。血流の遮断は、大動脈瘤の修復手術または椎間板ヘルニア、腫瘍、破裂骨折、過屈曲損傷（頭が胸に向かって強い力で押された場合）による圧迫が原因であることがあります。前脊髄症候群の特徴は、損傷レベルより下での運動能力の低下、痛覚と温度覚の喪失です。脊髄の後部（背部）は損なわれていないので、触覚、振動覚、固有感覚（体の位置と運動の認識）はまだ残っています。運動機能障害の重症度は、損傷レベルによって決まります。動脈の閉塞によりT1-L2の椎骨が影響を受けると、性機能や腸と膀胱の機能も損なわれることがあります。

図 5A は前脊髄症候群（前脊髄動脈症候群）の影響を受ける身体の部分を表します。図 5B は前脊髄症候群の影響を受ける脊髄の断面を表します。

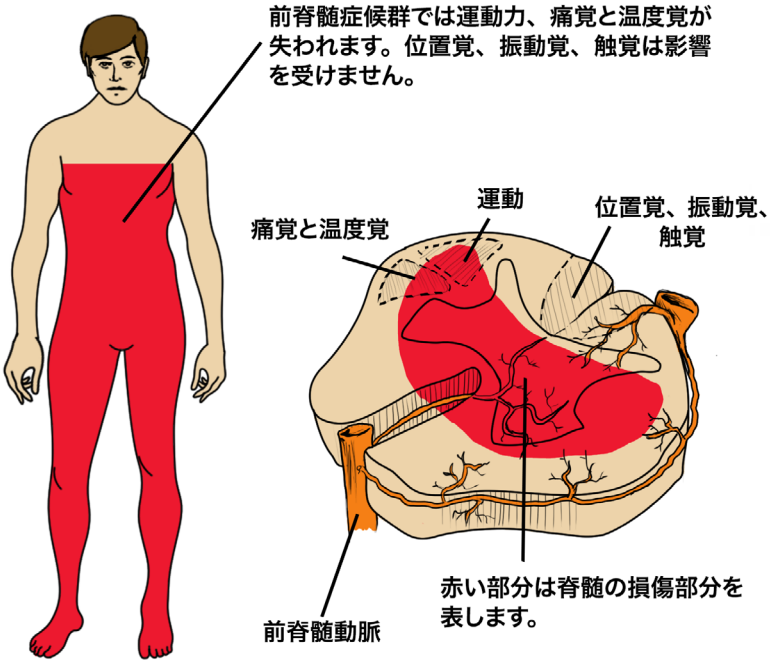

図 5A　　図 5B

症状

- **背中や腰の突発的な激痛**
- **損傷レベルから下の脱力または麻痺**
- **損傷レベル以下の痛覚と温度覚の喪失**
- **性機能障害**
- **腸と膀胱の機能障害**

診断

MRIで脊髄の損傷を確認できます。症状を評価するために臨床評価も行われます。

治療

損傷の原因によっては、大動脈解離の修復や、脊髄を圧迫している骨や骨片の除去のために外科手術が必要となる場合があります。輸液の静脈内投与または薬剤を用いて患部への血流を増やす介入も必要となる場合もあります。急性期治療が終了した後は、機能の回復を助けるための理学療法と作業療法が行われます。

後脊髄症候群

後脊髄症候群は、最もまれな脊髄症候群であり、脊髄の後索が損傷した場合に発症します。腫瘍や変性疾患による脊髄の外側からの圧迫のほか、後脊髄動脈の閉塞、多発性硬化症などの脱髄性疾患、ビタミンB12欠乏症などがこの症候群の原因となることがあります。固有感覚に関する情報（身体の位置と運動の認識）、振動覚や繊細な触覚を制御する脊髄の部分が損傷されるために、これらの機能が失われます。病変が大きいと、運動機能や自律神経機能を制御する脊髄路にも影響し、脱力、痙縮（けいしゅく）、失禁、勃起不全といった障害につながることがあります。この症候群の診断を受けた人のほとんどは歩行できますが、固有感覚の低下により、不安定になり平衡感覚障害が生じることがあります。

症状

- **不安定な歩行**
- **平衡感覚の低下**
- **不器用さ**
- **特に、暗い所にいるときや目を閉じたときの頻繁な転倒**

診断

主に感覚障害を調べる臨床検査によって、医師が神経機能を評価します。目を閉じた状態で行う平衡感覚のテストが、この症候群の判定に役立ちます。MRIが脊髄の損傷を評価するのに役立ちます。

治療

可能であれば、疾患の根本原因をただちに治療する必要があります。ビタミン欠乏症の場合はサプリメントが処方されます。椎間板ヘルニアやその他の脊髄外部からの圧迫の原因による損傷の進行を防ぐために、外科手術が必要となる場合があります。作業療法や理学療法が平衡感覚と協調の改善に役立つことがあります。

脊髄円錐症候群

この症候群は、L1付近に位置する脊髄の尖端である脊髄円錐が損傷した場合に発症します。損傷は、下部胸椎部か上部腰椎部の椎間板ヘルニアにより生じることが多いですが、破裂骨折、腫瘍、または硬膜外の膿瘍による感染症もこの疾患の原因となることがあります。脊髄円錐症候群は、T12-L2間の脊髄の圧迫損傷がある場合に発症します。損傷は、円錐（S3-S5）から延びており運動や感覚の情報を腸や膀胱、下肢、臀部、鼠径部に伝達する仙髄神経に影響を及ぼします。性機能障害、膀胱および腸の障害はこの損傷の影響であり、下肢には軽度の脱力が生じることもあります。症状は背中や腰への鋭い痛みなどで、突然起きます。診断と治療が早ければ、転帰も良くなります。

症状

- **背中や腰の激痛**
- **サドル型感覚消失と呼ばれる、臀部、鼠径部、大腿上部のしびれや感覚の喪失**
- **性的不能などの性機能障害**
- **尿閉や失禁、肛門括約筋反射の低下を含む腸と膀胱の機能障害**
- **軽度から中等度の下肢脱力**

診断

MRIが脊髄の損傷を確認するのに役立ちます。また、神経学的な診察が、この損傷と似た症状が出る馬尾症候群（下記を参照のこと）と区別するのに役立ちます。感覚検査で足底を刺激したときに足の親指が上に反るバビンスキー反射が見られる場合は、脊髄下行路に損傷があり、脊髄円錐症候群と関連する上位運動ニューロンに損傷があることを示しています。

治療

脊椎を除圧するための外科手術は、症候群が急性外傷の結果である場合の一般的な治療となっています。理学療法と作業療法が機能の回復に役立つことがあります。診断が早ければ、この症候群の転帰も良くなります。

馬尾症候群

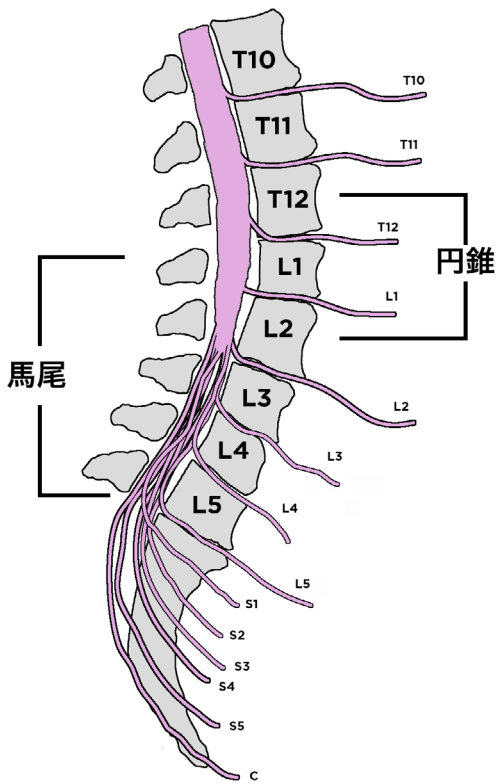

図 6: 椎骨と神経根から円錐と馬尾への神経分布

この疾患名の馬尾とは、腰椎部（L1-L5）の脊髄の末端から延びている馬の尻尾のような神経の束を指します。骨盤内の臓器や下肢と情報をやり取りするこの神経の束は、外傷や圧迫により損傷することがあります。原因椎間板ヘルニアによるL3-L5の椎骨の損傷が原因となることが多いですが、腫瘍、感染症、脊柱管狭窄症、銃創または自動車事故による直接の外傷によって、骨片が脊柱管内に入ったことにより発症する場合もあります。腰の鋭い痛みなどの症状は、脊髄円錐症候群の症状とも重なっており、同様に急速に悪化するケースもあれば、時間の経過とともにだんだんと進行するケースもあります。脊髄円錐の損傷に比べて、筋力と筋緊張の低下が顕著に出やすい部位の損傷です。どの機能や感覚が低下するかは、どの神経根が影響を受けているかによりますが、身体の両側でなく片側に生じることもあります。

症状

- **尿閉または失禁を含む腸と膀胱の機能障害**
- **腰の激痛**
- **下肢の脱力と弛緩性麻痺**
- **サドル型感覚消失と呼ばれる、臀部、鼠径部、大腿上部のしびれや感覚の喪失**
- **性機能障害**

診断

MRI（またはCTスキャンかX線撮影）により、圧迫と損傷の程度を確認できます。医師が患者の既往歴の確認と、症状を評価するための臨床評価も行います。

治療

外科手術は、障害の原因となっている圧力を取り除くために最もよく行われる治療となっています。早期に治療することで、機能を回復できる可能性が高まります。馬尾症候群は、治療せずにいると、永続的な麻痺や腸と膀胱の機能障害に至ることがあります。

完全横断性症候群

完全横断性症候群は、脊髄のレベルにかかわらず、病変により一つの髄節全体の大部分が損傷された場合に発症します。このまれな損傷は、ナイフによる攻撃など、脊髄が切断される暴力的な出来事、銃創、高速激突事故による椎骨の脱臼骨折または神経線維の過伸展による完全断裂、脊髄への血流が止まる動脈閉塞など、外傷性および非外傷性の原因で生じることがあります。

脊髄の一部が損傷するだけの脊髄症候群とは異なり、完全横断性症候群ではすべての脊髄路の伝達が遮断されます。その結果、損傷部から下の運動機能と感覚機能がすべて失われます。

図 7A は完全横断性症候群の影響を受ける身体の部分を表します。
図 7B は完全横断性症候群の影響を受ける脊髄の断面を表します。

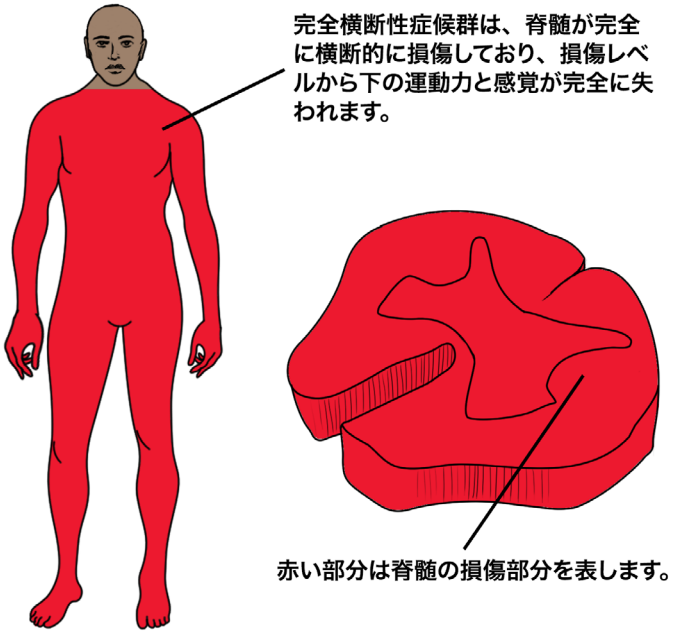

図 7A　　図 7B

症状

- 腰の激痛または圧迫感
- 損傷レベルから下の運動と感覚の完全喪失
- 腸と膀胱の機能の喪失
- 呼吸障害

診断

MRI（またはCTスキャンかX線撮影）により、損傷の程度と部位を確認できます。医師が患者の既往歴の確認と、症状を評価するための臨床評価も行います。

治療

重度の損傷であることから、脊柱を安定させる外科手術を必要とする可能性が高くなります。損傷による半身麻痺または四肢麻痺を抱えた生活に適応するため、理学療法と作業療法が必要となるでしょう。

支援

脊髄損傷によって身体の機能が失われると、人生が一変し、その人の自己に対する認識も揺らぐことがあります。診断を受け止め適応していくために、ご自分の脊髄損傷に特有の症状や障害について調べましょう。麻痺のある方のための全米リソースセンター（NPRC）から、排便・排尿管理から性の健康まで、さまざまな事柄に関する情報を入手できます。*ChristopherReeve.org/Ask*からインフォメーション・スペシャリストにお問い合わせください。

そのほかに、脊髄損傷モデルシステムズ・ナレッジ・トランスレーション・センターが提供している教育リソースにも*https://msktc.org/sci*からアクセスできます。

ほとんどの脊髄症候群では、最初の診断と治療の後にリハビリテーションが必要となるでしょう。理学療法士や作業療法士の助けを借りて、失われた機能を補うのにどの補助機器や補装具が役立つのか特定しましょう。低下した移動能力を補うには、杖や歩行器が助けとなるかもしれませんし、手指の細かい動きが困難になっている場合は、特大のトラックボール型マウスや音声認識ソフトで補える可能性があります。

脊髄症候群に精通しているか、脊髄損傷患者の診療経験がある医療専門家を見つけましょう。物理療法医は、脊髄に影響を及ぼす疾患やけがなどを対象とする物理療法とリハビリテーションを専門とする医師です。アメリカ物理療法・リハビリテーション学会は、全国の物理療法医を収録した検索できるデータベースを維持管理しています。詳しくは、*https://www.aapmr.org*をご覧ください。

また、メンタルヘルスにも気を配りましょう。脊髄の障害に伴う生活の変化から、うつになることがあります。モデルシステムズ・ナレッジ・トランスレーション・センターによると、脊髄損傷者のうつの推定罹患率は11～37パーセントとなっています。食欲や睡眠のパターンの変化、絶望感、エネルギーの低下、生活活動への参加意欲の欠如などの症状がある場合は、医師に相談してカウンセリングを受けるようにしましょう。

同じような困難を体験している他の人たちとつながることが、回復の促進を助けることがあります。NPRCのピア・家族サポートプログラムは、全国規模のピアツーピア形式のメンタリングプログラムを実施して、脊髄損傷者にとって欠かせない精神的なサポートと地域の情報やリソースを提供しています。このプログラムでは、介護者による介護者へのメンタリングも提供しています。

情報源　メルクマニュアル、アメリカ脳神経外科学会、ジョンズ・ホプキンス・メディスン、シェパードセンター、メリーランド大学医療センター、クリーブランド・クリニック、ピッツバーグ大学医療センター、コロンビア大学アービング医療センター神経科、テキサス大学マクガバン医学大学院神経生物学・解剖学科、アメリカ整形外科学会、**The Journal of Spinal Cord Medicine**, vol. 30 (3) 2007, The Radiological Society of North America **RadioGraphics,** vol. 38 (4), 2018, **Management of Spinal Cord Injury** by Cynthia Perry Zejdlik, Boston: Jones and Bartlett Publishers, 1992.

CHRISTOPHER & DANA REEVE FOUNDATION

TODAY'S CARE. TOMORROW'S CURE.®

当財団は麻痺のある方の生活を応援しています。

遠慮なくご相談ください。

クリストファー&デイナ・リーヴ財団

636 Morris Turnpike, Suite 3A
Short Hills, NJ 07078
トールフリー　800-539-7309
電話　973-379-2690
ChristopherReeve.org

本冊子は、合衆国保健福祉省（HHS）／コミュニティ生活局（ACL）から100パーセント給付された総額870万ドルの資金援助の一環として、両組織の支援を受けて出版されました。本冊子の内容は著者の見解を示したものであり、必ずしもACL／HHSあるいは合衆国政府の公式見解や支持を反映しているとは限りません。