

## MBD, LD における未熟出身児の考察

伊豆逋信病院小児リハビリテーション科 森 永 良 子  
立 川 和 子  
松 田 素 子  
左右田 雅 子

### 〔はじめに〕

微細脳障害—minimal brain dysfunction—(MBD), 学習能力障害—learning disabilities—(LD) の定義はまた論義が多く、一定していない。

MBD については、わが国では、1967年小児科学会総会のシンポジウムでとりあげられて以来、関心が高まってきている。

LD は、1979年の教育心理学会で同じくシンポジウムがあり、治療教育の必要性が問題となってきた。

MBD が、脳機能の障害を想定した原因論的な概念であるのに対して、LD は MBD を前提とした治療教育的な概念であるといえる。最近では、アメリカでは、MBD の用語に代り、LD が広く用いられるようになってきている現状である。

MBD, LD は、同一ではないが、重複する症状が多く、診断的、臨床記述的な範疇は、ほぼ一致しているといえる。

定義から MBD, LD を推論すると、MBD は、幼児期、学童前期までの行動特性を示す臨床症状であり、LD は、その用語が示すように、学童期以後の、多彩な学習困難を示す臨床像であるといえる。したがって、LD は、治療教育を前提とした鑑別診断が必要となると考えられる。

LD は、MBD を前提とした概念であるといえるので、MBD も同じく、治療教育を無視しては、診断も無意味といえる。早期の診断は、早期治療につながり、早期の治療的なかかわりは、予後にも影響する。特に、MBD, LD は、多動、注意転動、認知能力のアンバランスなどの行動特性のため育児が困難である。また、幼稚園、保育園の集団生活で、集団生活に不適応を示す例がほとんどであるために、特別な配慮が大切である。

これらの子ども達の多くが、幼児期には、精神発達遅

滞、情緒障害児、多動をともなう言語発達のおくれ、などと診断され、一般の障害児として扱われる場合が少なくないのは、子ども達の将来のために嘆かわしいといえる。

LD の定義は以下の通りである。

- ① 知的には正常範囲にある……認知能力にアンバランスがある場合が多い。
- ② 一次的な精神障害がない……二次的な情緒的不適応をもつものが少なくない。
- ③ 高度な運動障害をもたない……微細な運動および、協応運動の障害をもつものもある。
- ④ 感覚器官の障害はもたない。

これらの障害は、決して重度の障害ではなく、境界的であり、soft な障害といわれる。

MBD, LD の頻度は、定義により幅があるが、3%前後と考えられる。性差については、3:1、あるいは、5:1で男子に多く、女子に少ないという点では一致している。

MBD, LD の原因として、微細な脳障害が想定されているが、未熟出身児は、成熟児に比較すると、ハイリスクをもつと考えられる。

Rubin, R. A. 他(1972), Fitzhardinge 他(1972)は、未熟出身児の中で胎別標準体重に比較して、低体重である SFD に、MBD の出現頻度が高いと報告している。

### 〔目的〕

MBD, LD と、未熟出身児、特に、SFD について考察を試みたいと考える。

MBD, LD は、知的に正常範囲にあるものとする、発達段階にある幼児期の診断は、困難である場合が少なくない。

特に、MBD と精神発達遅滞の鑑別診断は、3~4才では、検査が限定されるために難かしく、われわれは、

表1 対象児プロット表 (SFD)

在胎週	σ		+1½σ		+1σ		+½σ		M	-½σ		-1σ		-1½σ		-2σ		-2½σ		-3σ		-3½σ		-4σ		-4½σ		小計		合計																													
			♂	♀	♂	♀	♂	♀		♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀		♂	♀																											
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂		♀																												
25																													0	0	0																												
26																														1	1	2																											
27																														2	1	3																											
28																														4	3	7																											
29																														6	4	10																											
30																														4	0	4																											
31																														6	2	8																											
32																														6	4	10																											
33																														7	4	11																											
34																														10	11	21																											
35																														19	12	31																											
36																														16	17	33																											
37																														22	32	54																											
38																														37	42	79																											
39																														29	36	65																											
40																														12	31	43																											
41																														8	21	29																											
42																														3	11	14																											
43																														1	2	3																											
44																														0	1	1																											
45																														0	0	0																											
46																														0	1	1																											
小計																														4	1	3	2	11	7	13	10	22	8	18	16	24	33	46	63	35	68	10	18	4	8	3	0	0	2	0	0	193	236
合計																															5	5	18	23	30	34	57	109	103	28	12	3	2	0	429	429													

C 群

A 群

B 群

※・……対象児

5才以後に MBD の診断をすることが多い。原則としては、WISC 検査、ベンダー・ゲシュタルト検査など、心理検査の施行可能な発達に達した LD 児を対象としたために、認知能力の面からの MBD の診断が、きびしくなっている傾向がある。

〔方法〕

対象児

- ① 伊豆通信病院小児リハビリテーション科で診断した、LD、MBD 児76名のうち、未熟出身児12名
- ② 昭和37年～42年間の6年間に関東通信病院産科で出生した未熟児429例中、満期産未熟出身児（在胎38週以上で双胎児を除く）。

対象児を低体重の程度により、A、Bの2群にわけ、さらに、対照としてのC群を設定した。

・A群………-1½～-3σ, 240例中、無作為に選んだ16例

・B群………-3σ以下の死亡2例を除く13例

・C群………在胎月相当体重で生まれ、出生時体重が、A群とほぼ同じもの(2,000～2,500g)53例から無作為に選んだ16例(表1参照)。

〔結果〕

- ① LD、MBD 児76名中、未熟児出生は、13例で、SFD は、7名であった(表2参照)。

〔考察〕

関東通信病院で出生した SFD, 429名の A, B, C, 3群の周生期死亡率は、A(25%), B(35.3%), C(10.7%)であった。

B群では、13例中8例に妊娠中毒症がみられた。

表 2

No.	名前	性	生下時 体重	在胎 日数	周生期の問題	EEG 異常	speech delay	LD タイプ	行動特性
1	K. J.	♂	2,100g	-50d	ナシ	-	+	LD 視覚認知, 視覚運動	不器用 落ち着きなし 〔両側性〕
2	S. K.	♀	1,800g	?	黄疸強 anoxia	/	-	LD V=97, P=81 視覚記憶の障害	不器用
3	I. Y.	♂	2,200g	-7d	鉗子分娩 anoxia	/	-	LD V=97, P=100 学業不振	不器用 tics
4	T. M.	♂	2,300g	-10d	妊娠中毒症 黄疸強	border	+	LD 言語性	多動 不器用
5	A. K.	♂	2,080g	?	骨盤位 anoxia	/	+	LD V=99, P=117	注意転動 〔左〕
6	K. Y.	♂	1,500g	?	anoxia	/	-	LD V=101, P=104 dyslexia	注意転動 多動
7	T. A.	♂	2,450g	+2w	妊娠中毒症 anoxia	+	+ 二語文の遅れ	LD V=136, P=120 非言語性言語性, 視覚運動	多動 〔左〕
8	A. M.	♀	2,340g	-10d	妊娠中毒症 前置胎盤 帝切・anoxia	-	+	MBD 理解>表出	多動 対人関係稀薄
9	I. K.	♂	1,438g	-5w	anoxia	+	+ 二語文の遅れ	MBD 理解>表出	多動・保続 夜尿, tics 頻尿
10	K. M.	♂	2,420g	-1w	骨盤位 分娩遷延	+	+ 始語 二語文の遅れ	MBD 田中ビネー IQ=90 アンバランス	多動・固執 不器用
11	T. T.	♀	1,900g	-4w	妊娠中毒症 鉗子分娩 anoxia	+	+ 二語文の遅れ	MBD	多動 対人関係稀薄
12	H. T.	♂	2,030g	-50d	黄疸強 交換輸血	border	+	LD dyslexia	注意転動
13	T. T.	♂	1,080g	-2m	-	-	+	LD 学業不振	多動 情緒不安定

精神発達検査の結果は、A、C群は正常範囲にあったが、B群は、A、C群に比較して有意におくれが認められた。

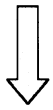
① 未熟出身児の中でも、SFD の予後については high risk との報告が多いが、われわれの調査でも、在胎日数に比較して低体重であるB群に、精神発達のおくれが認められた。

調査時には、認知能力の内容についての分析までな

れていないが、今後、学習能力障害との関係を検討する必要があると考える。

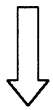
② LD, MBD 76例中13人が、SFD であったことは、今後の LD, MBD 研究の上でも、大切な角度であるといえる。

③ われわれは、MBD を予想される、ことばのおくれをもつ、多動の幼児を経過観察中であるが、SFD の発達経過をあわせて観察したいと考える。



## 検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔はじめに〕

微細脳障害— minimal brain dysfunction — (MBD), 学習能力障害— learning disabilities — (LD)の定義はまた論義が多く、一定していない。

MBDについては、わが国では、1967年小児科学会総会のシンポジウムでとりあげられて以来、関心が高まってきている。

LDは、1979年の教育心理学会で同じくシンポジウムがあり、治療教育の必要性が問題となってきた。

MBDが、脳機能の障害を想定した原因論的な概念であるのに対して、LDはMBDを前提とした治療教育的な概念であるといえる。最近では、アメリカでは、MBDの用語に代り、LDが広く用いられるようになってきている現状である。

MBD, LDは、同一ではないが、重複する症状が多く、診断的、臨床記述的な範疇は、ほぼ一致しているといえる。

定義からMBD, LDを推論すると、MBDは、幼児期、学童前期までの行動特性を示す臨床症状であり、LDは、その用語が示すように、学童期以後の、多彩な学習困難を示す臨床像であるといえる。したがって、LDは、治療教育を前提とした鑑別診断が必要となってくると考えられる。

LDは、MBDを前提とした概念であるといえるので、MBDも同じく、治療教育を無視しては、診断も無意味といえる。早期の診断は、早期治療につながり、早期の治療的なかかわりは、予後にも影響する。特に、MBD, LDは、多動、注意転動、認知能力のアンバランスなどの行動特性のため育児が困難である。また、幼稚園、保育園の集団生活で、集団生活に不適応を示す例がほとんどであるために、特別な配慮が大切である。

これらの子ども達の多くが、幼児期には、精神発達遅滞、情緒障害児、多動をともなう言語発達のおくれ、などと診断され、一般の障害児として扱われる場合が少なくないのは、子ども達の将来のために嘆かわしいといえる。

LDの定義は以下の通りである。

知的には正常範囲にある……認知能力にアンバランスがある場合が多い。

一次的な精神障害がない.....二次的な情緒的不適応をもつものが少なくない。  
高度な運動障害をもたない.....微細な運動および、協応運動の障害をもつものもある。  
感覚器官の障害はもたない。

これらの障害は、決して重度の障害ではなく、境界的であり、soft な障害といわれる。

MBD,LD の頻度は、定義により幅があるが、3%前後と考えられる。性差については、3:1,あるいは、5:1 で男子に多く、女子に少ないという点では一致している。

MBD,LD の原因として、微細な脳障害が想定されているが、未熟出身児は、成熟児に比較すると、ハイリスクをもっと考えられる。

Rubin,R.A.他(1972),Fitzhardinge 他(1972)は、未熟出身児の中で在胎別標準体重に比較して、低体重である SFD に、MBD の出現頻度が高いと報告している。