

6. 脳性運動障害児の早期治療

陣 内 一 保（神奈川県立こども医療センターリハビリテーション科）

はじめに

脳性運動障害児に対する早期治療の意義については、昨年の本研究班会議において報告した如く、ハイリスク新生児の事後措置の見地から極めて重要である。脳性麻痺は、その定義から明らかなように、残存麻痺像としてとらえられる。したがって病像の完成までにはある期間を必要とする。脳性麻痺の診断確定以前に、すなわち「いわゆる脳性運動障害児」に対するアプローチが、脳性麻痺のリハビリテーションの第一歩である。

今回は小児専門病院の立場から、脳性運動障害児に対する早期治療の現況について報告したい。

1. 調査対象

昭和56年（1～12月）の1年間に、脳性運動障害に関連して当科を受診した0歳児は総数79例であった。性別では男子54例、女子25例（男女比2.2：1）で、男子が%をこえていた。

初診時月令は、生後5カ月前後と10カ月前後に2つのピークを有する分布を示した（図1）。これら79例のうち、死亡1例、初診時1回限りの受

診で経過の不明のもの2例を除く76例について以下の調査を行った。

2. 調査結果

1) 受診経路

受診経路は、院内他科よりの併診の形式をとるのが76例中60例（78.9%）を占め、そのほとんどが新生児科・神経内科であった。外部から直接リハビリテーション科あてに紹介のあったものは16例（21.1%）であり、小児科医を主体とする一般医からの紹介が多いが、里帰り分娩や転居に伴い、脳性麻痺またはリハビリテーション専門医から紹介されて来院するものもあった。保健所経由で来院するものは少なく、脳性運動障害児早期療育システム確立の上での問題となろう（表1）。

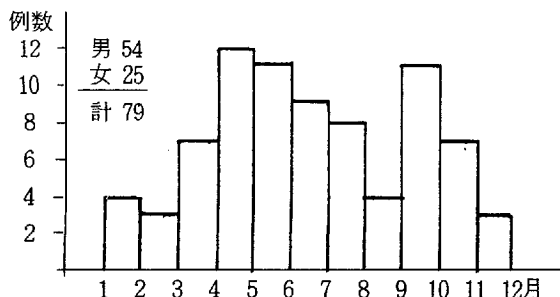
表1. 受診経路

院内他科より	60 (78.9%)
新生児科 36 神経内科 20 整形外科 2 その他の科 2	56 (73.7%)
外部より紹介	16 (21.1%)
一般医 10 専門医 3 保健所 3	
合 計	76

2) 初診時のふり分け（表2）

初診時に、原始反射、姿勢反射、筋緊張、運動

図1. 初診時月令



発達などをもとに、次の6段階にふり分けを行った。各段階は必ずしも clear-cut なものでなく、取扱いの目安として考えている。

- A. 異常なし
各徴候とも異常なく、正常範囲と思われるもの
- B. 発達遅滞
月令に比し、運動発達（主として坐位、ねがえり、はいはいなど）のおくれはあるが、その他の徴候に異常を認めないもの
- C. 四肢筋緊張亢進
主として月令の低い児の場合、筋緊張の亢進や後弓反張姿勢があっても、月令からみて異常とはいいい切れないもの
- D. 脳性運動障害の疑い
次の脳性運動障害の各徴候がみられても一過性であったり、程度が軽かったりするもの
- E. 脳性運動障害
原始反射の残存、Vojta の姿勢反射にて上肢の Moro 様の動きと下肢の伸展パターンの出現、筋緊張の亢進があり、運動発達（抗重力運動）のおくれを示すもの
- F. 脳性麻痺
明らかな運動ならびに姿勢の異常があり、脳性麻痺の定義にあてはまるもの

表 2. 初診時のふり分け（6 段階）

A. 異常なし	11 例
B. 発達遅滞	14
C. 四肢緊張亢進	4
D. 脳性運動障害の疑い	16
E. 脳性運動障害	23
F. 脳性麻痺	8

3) 取扱い区分（表 3）

取扱い区分として、①再診の必要のないもの、②再診の上観察するもの（要観察）、③医師が母

親に対して扱い方を指導するもの（要指導）、④理学療法士による訓練を行うもの（要治療）の 4 群にわけた。

表 3. 取扱い区分

① 再診の必要のないもの	6
② 再診の上観察するもの（要観察）	12
③ 医師が母親に対して扱い方を指導するもの（要指導）	42
④ 理学療法士による訓練を行うもの（要治療）	16

区分の決定にあたり、上記の「ふりわけ」を重要視するが、その他、全身状態、合併症、通院に要する時間、両親の療育意欲、療法士の処理能力なども加味した。

その結果、表 4 の如く、脳性麻痺と脳性運動障害の一部を要治療、脳性運動障害疑いと四肢筋緊張亢進、発達遅滞の一部を要指導、発達遅滞の残りを要観察とした。異常なしは再診不要でよいが、両親の不安の強いものは要観察とした。

表 4. 初診時ふり分けと取扱い区分

初診時のふり分け	例	取扱い区分
異 常 な し	6	再 診 不 要
	5	要 観 察
発 達 遅 滞	7	
	7	
四 肢 緊 張 亢 進	4	要 指 導
脳性運動障害の疑い	16	
脳 性 運 動 障 害	15	
	8	要 治 療
脳 性 麻 痺	8	

3. 治療成績ならびに危険因子

これらの処遇の結果，歩行の完成したものを正常化とすると，76例中正常化したもの57例，正常化しなかったもの19例である。この成績を危険因子（risk factor）の有無との関連でみると，危険因子を有する群では50例中12例（24％），有しない群では26例中7例（27％）と大差はない。

（表5）

表5. 治療成績と危険因子

	正 常 化 *	正常化せず	合計
危険因子あり	38	12 (24%)	50
危険因子なし	19	7 (27%)	26
合 計	57	19	76

* 異常なしを含む

正常化しなかったもの19例の現在の診断についてみると，危険因子のないものでは，軽度の障害（片麻痺3例を含む）にとどまったのに対し，危険因子を有するものでは中等度以上の脳性麻痺となったものが多く，いわゆる重症心身障害児も4例を数えた（表6）。

表6. 正常化しなかったものの現在の診断

	危険因子あり	危険因子なし	合計
脳 性 麻 痺	(9)	(6)	(15)
軽 度	2	6 *	8
中 等 度	2	—	2
重 度	5	—	5
精神発達遅滞	3	—	3
染色体異常	—	1	1
合 計	12	7	19

* 片麻痺3例を含む

** 重症心身障害児4例を含む

危険因子の内容についてみると表7の如く，呼吸に関連する因子を有するものが多いが単一な因子にとどまるものは少なく，詳細な分析は困難であった（表7）。

表7. 危険因子の内容

生下時 体 重	1500g 以 下	1501g ～ 2000g	2000g 以 上	計
低 体 重 出生のみ	2	6	0	8
仮 死 呼吸不全	12	6	13	31
重症黄疸	2	1	3	6
頭 蓋 内 出 血	1	0	1	2
そ の 他	0	0	3	3
合 計	17	13	20	50

ま と め

脳性運動障害児の早期発見，治療には，小児専門病院における新生児科・神経内科とリハビリテーション科との連携が大切である。

脳性運動障害を疑われた乳児でも，適切な処遇により，およそ4割は正常化している。

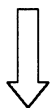
危険因子の有無と非正常化率はあまり関連しないが，残存障害の程度は危険因子を有する群の方が明らかに重度であった。

近年増加しつつある小児専門病院が，脳性運動障害児の早期療育の場として活用されるべきである。



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

脳性運動障害児に対する早期治療の意義については、昨年の本研究班会議において報告した如く、ハイリスク新生児の事後措置の見地から極めて重要である。脳性麻痺は、その定義から明らかなように、残存麻痺像としてとらえられる。したがって病像の完成までにはある期間を必要とする。脳性麻痺の診断確定以前に、すなわち「いわゆる脳性運動障害児」に対するアプローチが、脳性麻痺のリハビリテーションの第一歩である。

今回は小児専門病院の立場から、脳性運動障害児に対する早期治療の現況について報告したい。