

文献抄録

前骨間神経症候群

1948年, Personage と Turner は腕神経炎 136 例中長母指屈筋と示指深指屈筋の麻痺したもの 6 例について報告。1952年, Kiloh と Nevin は, 分離した前骨間神経麻痺を“前骨間神経の分離した神経炎”と呼び, 2 例を最大限に回復するまで追跡, これを報告した。

前骨間神経枝は橈骨の頸部, 上腕骨外顆の高さで正中神経から分かれ, 前骨間動脈とともに前腕骨骨間膜に入る。運動神経としては, 長母指屈筋, 深指屈筋, 方形回内筋に分枝を, 感覚神経としては橈骨手根関節, 手根間関節, 手根中手関節, 遠位橈尺関節に分枝を出す。本症候群は圧迫によって起きるが, 最も圧迫を受ける部分は, 肘の直下, 正中神経の走行部分と円回内筋の二つの頭の間に前骨間神経枝が突込んでいる部分がある。これら二つの頭は筋膜によって結ばれ, 筋膜の厚みで圧迫をもたらす。本論文では, 3 症例, 30 歳男, 35 歳女, 61 歳男, について報告。全例は利き手に複雑な症候。手書きに著しい機能低下をまねく。肘部と前腕に疼痛, とくに夜間に増強。痛みが出現するまでの月日に, 手指には著しい機能低下はみられなかった。筋力は示指末節と母指基節の屈曲が低下。EMG では 2 例に異常の変化があっ

た。温熱療法, 前腕に安静のための固定, 抗炎症剤の投与, といった保存療法でほとんど改善がみられなかった。6～8 週以内で完全に回復がみられなかった場合, 外科的に除圧する手術が行われる。外科手術によって圧迫部分を除いたところ, 全例に症状が軽減。14 年, 4 年, 3 年の追跡調査でも再発はみられていない。手術後 5 カ月の時点で手指動作は正常に回復している。

文献によれば, 原因として解剖学的に神経支配や筋の構造に破格がみられる。疼痛と長母指屈筋, 示指深指屈筋方形回内筋に筋力低下といった複雑な症候群は以前にも述べられている。しかし, 手書きの能力が失われるといった症候については, ここに報告するのが初めてである。

Stern MB : The anterior interosseous nerve syndrome (The Kiloh-Nevin Syndrome). *Clinical Orthopaedics and Related Research* 187 : 223-227, 1984

(神戸大学医療技術短期大学部

理学療法士 武富 由雄)

急性期熱傷の基礎と理学療法

米国では年間約 10 万人が熱傷を受け, また医学の進歩により重症例の生存も増大している。それにつれて PT のニーズおよび PT に対して要求される知識量も増加している。

この論文の目的は, 急性期熱傷の治療と病理生理を概観することで, 内容は 1) 皮膚の構造, 2) 治療と病理生理の論評, 3) 心理的要素の概略, 4) PT についてである。

病理生理について: 熱傷の分類, 型, 範囲, 生理, 体液回復の必要性, 敗血症についての知識が必要である。

治療について: 吸入傷害, 薬物療法, 包帯法の特徴, 移植法, 栄養確保についての知識が不可欠である。

心理的要素について: PT は患者の反応(引っ込み, 拒否, 死の不安, 抑うつなど)について十分考慮すべきである。

PT について: 1) 初期評価は, 多くは緊急治療の後, 水治療法の施行時に開始され, 十分な観察がされる。評価内容は, 関節可動域, 筋力, 歩行, 傷と包帯の状態, 浮腫, ADL, 感覚, 呼吸, 神経学的, 発達の項目であり,

記録に残される。この結果は良肢位保持, スプリント・プログラム, 訓練プログラムの作製, 患者や家族の教育, OT, 医師, 看護婦など他スタッフとの打合せに重要である。2) 良肢位保持やスプリント・プログラムは熱傷治療の基礎であり, 失敗すれば長時間の損失となる。3) 訓練プログラムは入院時から始まる。早期訓練により筋力や関節可動域低下を防止できる。1 日 2～3 回続けられる。PT は患者の年齢, 医学的状态, 既歴等を十分考慮すべきである。訓練法は他動, 自動助動, 伸張, 自動, 抵抗運動, PNF, モビリゼーション, 自主運動等を目的に応じて使いわけ。禁忌は移植直後である。4) 患者の状態が安定ししだい歩行を開始する。5) 熱傷と治療コースについて患者と家族に教育するのも PT の重要な仕事の一つである。

Wright PC : Fundamentals of Acute Burn Care and Physical Therapy Management. *Physical Therapy* 64(8) : 1217-1231, 1984

(川崎リハビリテーション学院

理学療法士 渡辺 進)

文 献 抄 録

乳房切断術後の上肢の浮腫に対する断続的空気圧迫装置と 弾力性スリーブによる治療効果

乳房切断術後の上肢の浮腫を減少させる治療法の検討を行っている。患者はカロリンスカ病院の249名の乳房切断者のうち54名を選出し、浮腫の治療をまったく受けなかった者32名をグループAとし、弾力性スリーブでの治療経験者22名をグループBとした。全体の平均年齢は63歳で健側上肢に対する患側上肢の相対量は平均147.7%であった。治療形式は、(1)弾力性スリーブ。6か月グループAになされる。(2)断続的空気圧迫装置(以下IPC)。2週間。グループA・Bになされる。(3)IPC後に継続してなされる弾力性スリーブ6か月間、などである。浮腫の量は上肢の周径(上腕部から手関節まで)により算出しており変化率で比較している。各治療に移る前1~10週間をコントロール期間とし、治療を受けない場合の浮腫の変化を測定する。IPCによる方法は1日に6時間、1週に5日間なされ、初期の圧迫力は35~45 mm Hgに設定し、段階的に60 mm Hgまで増大される。

結果：コントロール期間は平均4週間で、健側上肢と

比較して約0.4%の減少がみられ、浮腫の容積は約1.5%の変動がみられたが統計学的な差はなかった。弾力性スリーブによる治療では1週後4%、1か月後5%、3か月後6%、6か月後8%の減少があった。IPCでは健側上肢と比較して9%の減少があり、浮腫の容積は18%、213 cm³の減少がみられた。IPC後の弾力性スリーブでは1~1.5%の浮腫の増大はみられたが統計学的な差はなかった。

まとめ：IPCは短期間で効果があり、浮腫に大きな問題のある患者に対しては適切な治療法であり、他は弾力性スリーブがよい。また、IPC治療効果の継続のためには弾力性スリーブを用いることが好ましい。

Swedberg I: Effects of Treatment with an Elastic Sleeve and Intermittent Pneumatic Compression in Post-Mastectomy Patients with Lymphoedema of the Arm. *Scand J Rehab Med* 16: 35-41, 1984

(兵庫県リハビリテーションセンター

理学療法士 西岡 正明)

新生児と乳幼児に対する Amiel-Tison 神経学的評価の検討

若年幼児を扱うチャンスが多くなっている最近、より目的的で予測された適切な評価法が必要とされ、短時間でおかつ道具を必要としなくて評価できる方法として Amiel-Tison Neurologic Evaluation が使用され検討された。Claudine Amiel-Tison は20年間バリの Baudelocque Hospital において、健康児、危険児、未熟児等をこの評価法に基づいて行っていて、注意深く評価し follow していくことにより、障害を軽減することが可能であると述べている。この方法は標準化されていないが、生後一年間に毎月または数カ月に1回ずつチェックをうけることにより、行動面、神経学的側面、知的側面より問題点を見つけ出すことができる。またこれは、子供達が学齢時近くなるまで関連性ももてるものである。

Neurologic items は biceps reflex, ankle jerk & clonus が含まれるが、Amiel-Tison の場合、この辺の焦点は muscle tone で評価されている。この muscle tone は active & passive で測定されている。内容は下の3つである。

① The Scarf sign

② The Traction Response

③ Assessment of Active Tone in the neck flexors and extensors.

その他に解剖学的参考点として、股関節伸展、内転、膝関節屈曲、足関節底屈、軀幹の屈曲伸展、肩後退等、観察を通して行われる。そしてその結果を以下の3つに分けている。

① Grade I : mild signs

② Grade II : moderate signs

③ Grade III : severe signs

チェックの時期的なものは6か月までは毎月1回で6か月以降は2か月に1回位でもよいが、3~4か月、8~9か月は大切な時期なので行くとよい。また生後10日間というのは将来に関わる大切な時期であるとも述べている。

McCraher-Wetzel, Wetzel RC: A Review of the Amiel-Tison Neurologic Evaluation of the Newborn and Infant. *AJOT* 38(9): 585-593, 1984

(自治医科大学附属病院 作業療法士 福田恵美子)

文 献 抄 録

両耳分離能検査結果（年齢と性との関係）

本論文は、両耳分離能検査を用いて言語半球の優位性の確立が何歳頃であるか、男女差があるのか、について検討し、作業療法評価としての適用の意義を考察することを目的としている。言語発達にとっての脳の lateralization については、Lenneberg は2歳頃から13歳頃までを critical period とし、また Krashen は5歳頃に優位性が確立するとしている。また、優位性の発達は性別や社会経済的影響も考慮する必要がある。

この検査は作業療法士が障害児の中枢神経系の発達の状態をより適切に把握する上での臨床的判断力を増す点からも意義がある。特に学習障害児に対する感覚統合評価結果の解釈上大きな援助となる。Ayres の研究からも、回転後眼振持続時間が異常に短く、かつ姿勢―眼球運動反応の障害を主症状とする学習障害児は、高次脳機能発達のための脳半球の機能分化が不十分な状態にあることが知られている。

研究対象：健常児・者 90 名（5～6 歳群 30 名、11～12 歳群 30 名、成人 30 名）

方法：pa, ba, ta, ka, da, ga, の6つの音から30対を両耳に聞かせ、右耳と左耳からの正答数および右耳／左耳の比率を記録する。

結果：①11～12 歳群のみに女性が男性よりも正答数が有意に高かった。しかし、比率の場合は全年齢群において差はなかった。②年齢群間では5～6 歳群が11～12 歳群と成人群と比較し有意差があったが、後者2年齢群間では差がなかった。③全年齢群において、やや右耳優位の傾向が約半数を占めていたが、左耳優位は非常に少なかった。④加齢とともに正答数が増す傾向にあった。

以上の結果から、聴覚刺激の処理過程が5～6 歳頃に重要な発達を示すようである。ただし、障害児と正常児との弁別指標としては、今後さらに検討する必要がある。

Bissell J, Clark F : Dichotic Listening Performance in Normal Children and Adults. AJOT 38(3) : 176-183, 1984

（札幌医科大学衛生短期大学部

作業療法士 佐藤 剛）

作業療法カリキュラムの改善を

作業療法士の教育について見直す必要がある。現在の教育カリキュラムはあまりに過密で、3年間で習熟するのは難しい。学生は学んだことを統合できず、知的興味を失ったりすることさえある。Bruner は「知識は構造とヒエラルキーをもつ」と言っているが、作業療法についても、教育者は学生が混乱しないような、構造的なカリキュラムを作らねばならない。そのためには教育者が作業療法をしっかりと理解していることが第一である。また、情報―記憶過程のモデルを利用した教授法を検討するなど、どうすれば学生の理解が深まるかを考えるべきである。

学生と接触してのフィードバックも重要で、学生が何を知っているのか、そして何を知りたいのかを把握しておくことも大切である。例えば他の大学で心理を学んだ学生に、再び心理学を必修させるより他の関心のあることを学ぶ機会を与えることも考慮すべきである。

早くから実際の臨床場面に参加させることは、職業人

としての自己啓発に役立つ。

従来のカリキュラムはうまくいったかどうかの結果を重視したが、新しいカリキュラムでは実施前と過程を重視する。つまり、教育者・臨床家・学生がカリキュラムの問題を解決するため協力して計画する。また、学生の評価についても知識の試験だけでなく、教科への取り組み、実際の技術・計画、どこまで知識を活用できるか、どうやって学んでいくかを学ぶ能力があるかなどをみるべきである。

そして、カリキュラムの改善案はいくつも出されるが、問題なのはそれを広めかつ実施していくことである。

Busuttili J : Changing the Occupational Therapy Curriculum. Occupational Therapy 47(6) : 172-174, 1984

（神戸大学医療技術短期大学部

作業療法士 平尾 一幸）