

痛みのある一次性 frozen shoulder の局麻下授動法

Painful primary frozen shoulder mobilization under local anesthesia/Weiser, H.I.: Arch. Phys. Med. & Rehabil., 58, 406-408, 1977.

【肩関節、局所麻酔】

注射方法は21ゲージ注射針を用い、肩外側よりやや上方を向け、肩峰突起と上腕骨骨頭の間に3.5cm 刺入し、1%リドカイン8ml とブレドニン（またはトリアムシノロン）10mg を注入する。注入直後、術者は背臥位で90° 屈曲させた患者の肘を持ち、上下、前後、外方へ牽引し、上腕骨骨頭と関節窩との間を広げるように動かす。次に患者を起立させ、両手指を組んで上肢を挙上する運動、棒を持って両手を動かす運動による肩関節可動域訓練を行わせる。この方法の適応を肩関節外転55°、屈曲110° 以下で、レ線線上も変化のない一側性の frozen shoulder とし、100例に治療を行った。100例中72例は40-64歳で、発症から本法施行までの期間は45例では3カ月未満、55例では4カ月以上であった。治療の結果、2週以内に3-5回の治療を受けた78例中61例は正常な肩関節可動域を回復し、17例は正常より可動域は少ないが疼痛は消失した。（こども医療センター 陣内 一保）

脊髄麻痺性障害者の細菌尿：排尿器具との関係

Bacteriuria in patients with spinal cord lesions: Its relationship to urinary drainage appliances/Newman, E. et al.: Arch. Phys. Med. & Rehabil., 58, 427-430, 1977.

【脊髄損傷、尿路感染、神経因性膀胱、留置カテーテル、細菌尿】

障害発生後3カ月～30年の脊髄性麻痺患者143人、315検体の尿を無菌的導尿によって細菌学的検査を行った。この内42%は留置カテーテル使用者、22%は回腸膀胱、15%は自排尿、10%が収尿器、8%が膀胱瘻設置者である。その結果、細菌の検出率は全体では77.5%、自排尿者が31.2%と最も低率で、収尿器使用者は63.3%、回腸膀胱は67.1%、これに対し留置カテーテルでは98.5%、膀胱瘻では96.1%と高率であった。100,000col/ml 以上の細菌数陽性率もほぼこの順序であった。混合感染率は64.5%で、収尿器、自排尿、回腸膀胱、カテーテル留置、膀胱瘻の順序でその比率は高くなる。起因率の種類は緑膿菌が17%、大腸菌15%、変形菌13.3%、クレブ

シラ11%、非変形菌9%、溶連菌9.6%であった。外因性感染の存在は粗雑な器具操作を推測させ、尿路を処置する知識の欠如も示している。教育と訓練が必要であると。（神奈川リハセンター 安藤 徳彦）

脳卒中の包括的治療における機能測定

Functional status measures in a comprehensive stroke care program/Granger, C.V. et al.: Arch. Phys. Med. & Rehabil., 58, 555-560, 1977.

【脳卒中、ADL、Barthel 指数、Pulses】

269名の脳卒中救急患者のリハ効果の予測について論じた。48%が直接自宅に復帰し、16%がリハ部門に転科、20%は長期収容部門へ、16%が死亡した。死亡者の入院時 Barthel 指数（ADL評価指数）が6.2に対し、生存者は41.9であった。入院時の Barthel 指数41以上の者の81%、21以上の71%、20以下の16%が家庭に復帰できた。退院時 Barthel 指数が61以上の者の85%、60以下の21%が家庭復帰できた。リハ部門に転科した45名のうち80%は救急入院時の Barthel 指数が0～40であったが、このうち家庭復帰できた者21名の71%は救急入院時の Barthel 指数が21以上であった。75歳以下で救急入院時の Barthel 指数が21以上の者、Barthel 指数41以上で発病後約4週にリハ部門に転科した者は、Barthel 指数61以上となって発病後約9週で家庭に復帰している。（神奈川リハセンター 安藤 徳彦）

痙性麻痺児と正常児のH反射とRecovery Cycle: 個人内、個人間及びグループ間の比較

H-reflex and recovery cycle in spastic and normal children: Intra- and inter-individual and inter-groups comparisons/Tadieu, C. et al.: Arch. Phys. Med. & Rehabil., 58, 561-567, 1978.

【脳性麻痺、小児、反射、単シナプス】

痙性麻痺は病態生理学的にそれぞれ違っており、別々の治療を必要とするいくつかのグループに分かれる。これを区別するために単シナプス反射であるH反射の興奮性を電気生理学的に調査し、統計的に分析した。4歳から9歳までの両下肢対麻痺の脳性麻痺児22名と正常児11名とを対象とし、最大H波およびM波の振幅の比、即ちH/M比と、回復周期（recovery cycle）について調査した。recovery cycleは、条件刺激を、最大H波の得られる強さとし、その1/2の強さのテスト刺激を、それぞれ30msec、70msec、240msecの間隔をあけて加

えて H_2 を得、その後 5 秒して、コントロールとして同じく $1/2$ の強さの刺激を与えて H_3 を得る。 $\Delta H = \frac{H_2 - H_3}{H_3} \times 100$ の値をもって、その振幅が変化する程度をみた。結果は、 H/M 比は安定した値を得るが、個人差は大きく、正常と痙性麻痺との間に差がない。recovery cycle では、240msec の場合、痙性麻痺 10 例に過興奮性、5 例に不変、1 例に低興奮性を認めたが、正常では全て低興奮性であった。したがって、痙性麻痺は、正常とは違っており、この違いは、3 つのグループに分けられる。
(横浜市大 黒坂 ふみよ)

関節リウマチの中手指節関節置換術後の手の機能

Hand function after metacarpophalangeal joint replacement in rheumatoid arthritis/Opitz, J.M. et al.: Arch. Phys. Med. & Rehabil., **59**, 160-165, 1978.

【関節リウマチ、中手指節関節、人工関節】

Swanson Silastic rubber metacarpophalangeal prosthesis を RA 患者に使用し、術後の手の機能を報告したものである。手の機能評価は、Carroll test とよばれるものに準じて行われ、24 の test 項目から成り立っている。対象は 2 つのグループに分けられ、第 1 のグループは術後 3～4 カ月で検査された 10 人であり、第 2 のグループは術後 6～12 カ月で検査された 11 人である。その結果、手の機能のうち、tip prehension, grasp には満足すべき改善を得たが、pinch force, power grip 等ではやや不満足であった。さらに、力という点では、術前のレベルに至らない例も多かったが、患者は満足しており、日常の生活に受け入れられている。著者等はさらに、術後の exercise, splinting 等についても詳細に述べており、力の伝達という点での改善を希望している。
(横浜市大 大川 嗣雄)

身障者の運転能力の評価

Assessing the driving potential of the handicapped/Gurgold, G.D. and Harden, D.H.: Amer. J. Occup. Ther., **32**, 41-46, 1978.

【自動車運転、自動車部品、身障者】

最近の Servo-hand Control System (高感度の増幅機構) の開発により、身体障害者の自動車運転は C5 レベルの頸損のような重症者でも可能なところまで進んできた。一般的には次の目安が立てられる。ブレーキとスロットル: 60 ポンド以上の力で 0.5～0.7 秒以内にペダルを踏むことができればハンドコントロールの適応に

る。これには 20～30 ポンドの力を要し、それ以下ならサーボ・コントロール (2～4 ポンド) が採用される。ハンドル: あらゆる位置で接線方向に 7 ポンドの力を発揮できなければ、Sensitized Steering (力の不足) または Joystick Servo Steering (力と到達範囲の不足) の適応になる。乗り移り能力、運転姿勢の維持方法も自動車の選定に影響する。知覚面では、図と地の判別力、空間関係判断、追視、垂直・水平知覚の評価を、認知面では、判断・推理・命題把握などの能力が評価されねばならない。家族の協力を望めなければ、運転訓練は見合わせるべきである。
(都老人研 鎌倉 矩子)

Down's 症候群の心疾患管理

The mangement of cardiac disease in Down's syndrome/Alan, M. Johnson: Developmental Medicine and Child Neurology, **20**, 220-223, 1978.

【Down's 症候群、心疾患】

Down's 症候群に合併する心疾患の医学的管理は大切である。これら患児の心臓手術に関しては適応に限界がみられる。生命の維持と生活の維持が出来、臨床症状の改善で人間生活能力が増すことが求められる。1960 年、Berget らの研究では Down's syndrome の死亡率が高く、先天性心疾患を合併した例の生後 6 カ月までの死亡は 26.6%、合併せずに死亡した例は 17.7% であったと報じている。最近の 20 年は診断が進歩し Down's 症候群に先天性心疾患の合併は 40～62% ともいわれている。Greenword らは先天性心疾患児の約 4% は Down's 症候群とも述べている。手術の適応は慎重に決定する必要がある。Down's 症候群は奇形を多発している場合が多い。手術では呼吸の問題、感染その他の危険が多いという研究者もいる。しかし手術をすることで子供の生命や生活維持も可能になって来ている。各専門医の協力で子供の総合面の評価と適切な治療方針が望まれる。
(東京女子医大 山形 恵子)

天幕上部に見られた脳軟膜血管芽腫

Supratentorial leptomeningial hemangioblastoma/Lee, K. R. et al.: Neurology, **28**(7), 727-730, 1978.

【ヒッペル・リンドウ腫瘍、血管芽腫、腎癌、腎囊腫、CT スキャン】

血管芽腫はしばしば、リンドウ腫瘍と呼ばれ脳に発生する真性の血管腫である。この腫瘍の発生は小脳に最も多く次いで延髄、脊髄の順になる。この報告は右大脳の

前頭葉に脳軟膜を含む血管芽腫を証明した例で同時に小脳にも同じ性質の腫瘍があり、かつ腎癌、腎囊腫をも合併していた。患者は46歳男性で、血尿とてんかん大発作で入院したもので、臨床神経学的には異常がないが、腎孟撮影、脳動脈写、腎動脈撮影で異常所見がとらえられ、右前頭葉の血管性腫瘍の完全摘出に成功している。組織診断は脳軟膜血管芽腫であった。40ヵ月後、患者は頭痛とよろめき歩行を示し、CT スキャンで小脳左半球の大きな腫瘍が発見された。これは手術により囊腫化した血管芽腫であることが確かめられた。この患者の血縁には腎癌、多発性血管芽腫、腎囊腫などの症例が見られいわゆるヒッペル・リンドウ腫瘍例を見出した時の血縁者の検査が重要であることを示唆している。

(中央鉄道病院 土肥 一郎)

人生展望における年齢の価値評価

Evaluated time: A life course perspective/Chiriboga, D.A.: J. Gerontology, 33, 388-393, 1978.

【年代、評価、性差】

アメリカ西海岸のある地域を対象として行った、生活

の安定している中流家庭の人達にたいする調査である。高校上級生、新婚層、中年層、停年層(男107名、女109名)の各年代にたいして、人生評価チャートを用いて、過去、現在、未来の人生にどのような評価をし、期待をかけているかを調査した。総体の約60%は10歳台、20歳台を最高の年代と考えており、18%は30歳台を、また21%は40~60歳台を最高と考え、それ以降の年代をよしとした人はゼロであった。しかし、グループ別に眺めるとかなりの差があり、若い人達ほど若い時代を高く評価し、その40%は老年期を最悪の時期と考えているのにたいして、停年層になると25%に減少する。それも老年期を60、70歳台の時期と、80、90歳台の時期の2つに分けて考え、最悪なのは後者であると考えている。ここで興味あるのは、各年代とも女性には困難な時期は過ぎたと楽観しているのにたいし、男性は困難なのはこれからだという考えかたをしており、女性のほうが人生に楽観的なようである。また、年齢を問わず、その時点からさか上った5年間は高く評価されておらず、今後の5~10年に最大の幸福の期待をかけている。

(七沢病院 福井 圀彦)

投 稿 規 定

1. 「研究と報告」の投稿を歓迎します。
2. 投稿原稿の採否は編集会議にて行ない、編集方針に従って原稿の加筆、削除および一部分の書き直しをお願いすることがあります。他誌に掲載されたもの、または投稿中のものは御遠慮下さい。
3. 掲載誌は各執筆者に一部ずつ贈呈します。別冊は30部(論文筆頭者宛)を無料でさしあげます。それ以上ご入用の場合は有料になります。50部単位で校正の折ご注文下さい。
4. 投稿原稿の枚数は下記のとおりです。規定枚数をこえたものはお返して、短縮していただくこともあります。
研究と報告: 400字詰15枚、写真、図、表併せて8枚(6頁以内)
5. 執筆要領は次のとおりです。
 - 1) 表題、著者名、所属、キーワード(2個)、まえがき、方法、結果、考察、結語、文献の順に書いて下さい。(表題、著者名、所属、肩書は英文も付して下さい)
 - 2) 文中は平かな、口語体、新かなづかい、句読点を打ち、楷書・横書きとし、400字詰原稿用紙を用いて下さい。
 - 3) 外国語名(地名、人名、薬品名)は外国語綴りとし、タイプライターを使用するか、印刷活字体で書いて下さい。
 - 4) 度量衡単位は CGS 単位で表わして下さい。
 - 5) 写真は手札型(13 cm×9 cm)以上の大きさのものを送って下さい。なお、原寸大の製版を必要とするものは、その旨を明記して下さい。
 - 6) 引用文献は引用順に、参考文献は著者の姓の ABC 順に

配列して下さい。

雑誌の場合: 執筆者名、題名、誌名、巻、頁、発行年(西暦)

- 【例】 1) 浜崎亀夫・他: 指欠損手に関する研究. 医学研究, 31, 53~63, 1961.
2) Slocum, D.B. et al.: Amputation of the fingers and the hand. Clin. Orthop., 15, 35~45, 1959.

単行本の場合: 著者名、書名、引用頁、発行所、発行場所(外国の場合のみ)、発行年

- 【例】 1) 杉山 尚・他: リハビリテーション医学の実際. 15~16, 昭学社, 1965.
2) Watkins, L. et al.: A Manual of Electrotherapy, p. 17~18, Lea & Febinger, Philadelphia, 1962.

6. 著者校正は原則として1回とします。校正は赤でお願いします。

校正の方法の詳細はお申し出になれば「執筆と校正のしおり」をお送りします。

なお、掲載後原稿は原則として返却いたしません。付図などで返却を要するものは、その旨明記してください。

7. 原稿送先

(〒113-91) 東京都文京区本郷5-24-3 医学書院
「総合リハビリテーション」編集室
Tel (03) 811-1101