

今月のハイライト

■ 前頭葉症状として、発動性、連続性機能、実行機能、自己認識の障害が挙げられる

前頭葉は運動・知覚・言語・記憶などの大脳後部、基底脳部に基づくより基礎的な機能系に発動性や連続性を与え、実際の行動を行うとともに、自己意識の神経基盤を与え、現状との心的比較を行って自己制御を行うと考えられている。前頭葉は、異なる後方皮質領域で部分的に統合された外界を最終的に表現しているともいえるのであり、したがって、前頭葉障害では他の障害されていない皮質領域で得られた情報の解釈、判断にも影響が及ぶ。(北條 敬氏ら, 643 頁)

■ 歩行失行での運動開始困難を乗り越える手段としては、種々の知覚経路を通じての cueing がある

まず、cueing や歩行器を使って歩行能力があることを示して本人に自信をできるだけ取り戻させる。cueing では、進行方向と直角の等間隔の線が最も有効であった。(横山和正氏ら, 649 頁)

■ 半側空間無視は右大脳半球障害者の左空間に出現することが多い

左半側空間無視の無視領域は、軽いものは左下端のごく一部を見落とすに過ぎないが、重症になるにしたがって右上方に広がり、最重症では左下 3/4~4/5 無視という状態になる。重症型は男性に圧倒的に多く、女性に少ない。右脳を賦活させながら改善させる方法として、言葉の要素を持たない音楽を聴かせながら絵を描かせると無視の改善をみたという報告がある。(前田真治氏, 655 頁)

■ 病態失認は脳卒中発症後、通常数か月以内に消失する

病態失認を呈する脳卒中患者では半側空間無視や motor impersistence などの高次脳機能障害を合併しやすく ADL の到達レベルが不良なものが多い。病態失認は通常数か月以内に消失するが、退院までの期間を長くし、退院時の ADL を低くする要因となる。(前島伸一郎氏ら, 661 頁)

■ 地理的失認と相貌失認、地理的失認はさらに街並失認と道順障害に分けられる

街並失認では、看板の文字や、郵便受け、窓の形、壁の模様などを手がかりとして、一方、道順障害では現在いる場所から見える範囲にある建物を参考にして、地図上で現在いる位置や進むべき方向を見つけることが症状の改善に役立つ。相貌失認では、1つは顔貌以外の眼鏡、服装などの視覚的手がかりの利用と、もう1つは声などの聴覚的な手がかりの利用が、症状の改善に有効である。(高橋伸佳氏ら, 667 頁)

■ 記憶障害は頭部外傷のリハビリテーションとの関連性が高い

頭部外傷における順向性健忘は外傷性健忘と呼ばれ、その長さは脳損傷の程度に関連性が高いと言われ、Glasgow Coma Scale による昏睡期間の評価とともに機能予後の推定に用いられている。記憶障害の改善に日常生活レベルで最も利用できる方法は、メモリーノートを中心とする外的代償方式である。(椿原彰夫氏, 671 頁)