

脳卒中により生じる機能障害の臨床評価、病態や回復過程の把握はリハビリテーションの目標設定やプログラム作成を行ううえで重要なポイントである。また近年、神経機能の客観的評価法として種々の神経生理学的検査法が開発され、脳障害患者への臨床応用も進められている。今回は脳卒中による機能障害のうち代表的なものを取り上げ、臨床症状や検査所見からみた機能の評価・回復・予後などについて解説していただいた。

■脳卒中後の運動麻痺の回復と脳の機能画像—機能的 MRI を中心として—

機能的 MRI (fMRI) は脳卒中後の運動機能回復メカニズムの研究にも盛んに用いられるようになった。患肢運動中の脳賦活は非病変側の感覚運動野、両側の前頭前野、前運動野、補足運動野、帯状回、頭頂葉、小脳、島など広い範囲にみられ、病変側の感覚運動野の活性化については賦活領域の拡大や変位も報告されている。これらの所見と機能回復との因果関係を明らかにするにはさらに多くのデータの蓄積が必要である。(豊倉 稯氏, 1083 頁)

■体幹機能障害

体幹機能は四肢の随意運動時の身体近位部の固定のために重要であり、片麻痺患者のリハビリテーションにおいてもその重要性は広く認識されている。しかしながら、その障害機序や病態の解明、評価法に関しては未確立である。評価手段として臨床的スケール、筋力評価、画像診断、筋電図、経頭蓋磁気刺激があげられる。近年、経頭蓋磁気刺激が体幹筋の神経支配や機能回復の解明によく用いられている。(藤原俊之氏ら, 1089 頁)

■感覚障害

体性感覚を 11 の感覚種に分けて脳卒中患者における感覚障害のパターンを調べると、振動覚と形態覚以外の感覚種は良好であるか、脱失であるかの両端に分布する傾向がある。また、感覚種によって障害されやすいものとそうでないものがあり、各感覚の相対的障害度順位について解説している。(河野光伸氏ら, 1095 頁)

■失語症；認知神経心理学的アプローチ

失語症の回復は運動機能などとは異なり、機能回復訓練を開始するのに適した時期にばらつきがあり、また回復期間が長期にわたる。失語症のタイプ分類として、認知神経心理学的モデルに基づく分類を推奨している。すなわち、言語情報処理モデルの一連の過程において障害されている処理段階に着目した分類である。タイプの違いによる症状、病巣、機能予後などについて解説している。(小嶋知幸氏, 1101 頁)

■自律神経異常

脳卒中患者では筋交感神経活動の反応性が健常者に比べて低く、外界からのストレス刺激や運動負荷に対する循環動態の変動もむしろ鈍いが、心拍・血圧の観察が重要であることは言うまでもない。病変部位によらず交感神経活動の異常を生じることが報告されているが、自律神経障害に関する多くの未解決な問題があり、臨床研究のさらなる発展が期待される。(伊藤倫之氏ら, 1107 頁)