

周産期から二次障害までを検証する

二木 康之

ふたぎ やすゆき
佛敎大学社会福祉学部
本誌編集委員

1960年代、70年代から続いていた脳性麻痺の発生頻度の減少傾向は80年代には歯止めがかかり、その後、増加に転じたという報告が各国から相次いでいる。周産期医療の進歩によって、極小未熟児の生存率は向上を続けているが、一方では生存者間における障害発生率の減少はみられていない。この結果、極小未熟児からの脳性麻痺の発症が発生率を押し上げている。極小未熟児を含む脳性麻痺の発症メカニズムは近年より詳細に解明されてきており、画像上も特徴的な所見が得られる。発症メカニズムに即した発症予防、進行阻止が今後の周産期医療の大きな課題である。

新生児、乳児の発達神経学的評価法は過去50年にわたる先人の努力によって進展してきた。また、近年の超音波、CT、MRIなどの画像診断装置の飛躍的進歩、神経誘発電位、脳血流・脳代謝測定技術の進歩と小児への応用などを通して、出生後早期に、あるいはすでに胎児期において脳障害の存在を診断しうる機会が増加してきた。脳性麻痺の早期診断は早期治療、早期対応の前提であり、非常に重要である。しかし、脳は極めて複雑な臓器であり、単一の方法のみで診断的アプローチを行うよりも診察所見、画像、神経生理学的検査などの結果を総合して評価することが望まれる。早期診断技術がより普遍化されるためにも、現時点における各診断技術の有用性と限界について総括される必要があるだろう。

脳性麻痺に対する神経発達学的アプローチ、運動発達学的アプローチなどの神経生理学的治

療法がわが国に導入されてから約30年が経つ。これらの方法は従来の変形、拘縮予防を目的とした整形外科的治療とは異なり、直接中枢神経系に働きかける方法とされ、導入当時大きな反響をよんだ。これらの方法は過去の大脳生理学的知見に根拠をおいたものではあるが、治療理論そのものは仮説であり、今日治療効果についての客観的な検証が必要な時期に来ている。その際、脳性麻痺の型、重症度、画像所見による頭部病変の程度、知的発達、治療法、治療強度、治療開始時期などが考慮されねばならず、現状では国内、海外を問わず、全てのファクターを満足させる報告はみられない。しかし、治療法である以上、できる限り効果の客観的評価に接近すべきである。

治療にも関わらず、麻痺は持続する。この障害をもちながら人生を送っていくことには、それぞれのライフステージで様々な困難が待ち構えている。医学的問題に限ってみても、二次変形、二次障害は既に幼児期から始まり、休むことなく一方向的に進行し、成人期、老年期までに少なくない例で重篤な状態を呈するに至る。それらは変形、拘縮以外に痛みやしびれを伴って本人に苦痛を強い、自立や参加のもう一つの大きな障壁となる。早期診断に始まる早期治療は実に脳性麻痺との闘いの入り口に過ぎず、その後の通園施設、学校での療育、成人に至ってからの医学的フォローアップを含めた全ライフステージでのケアが継続され、リレーされなければならない。各ステージにおける方法論の科学的進歩が脳性麻痺の予後を改善するだろう。