

カテゴリー

神経系

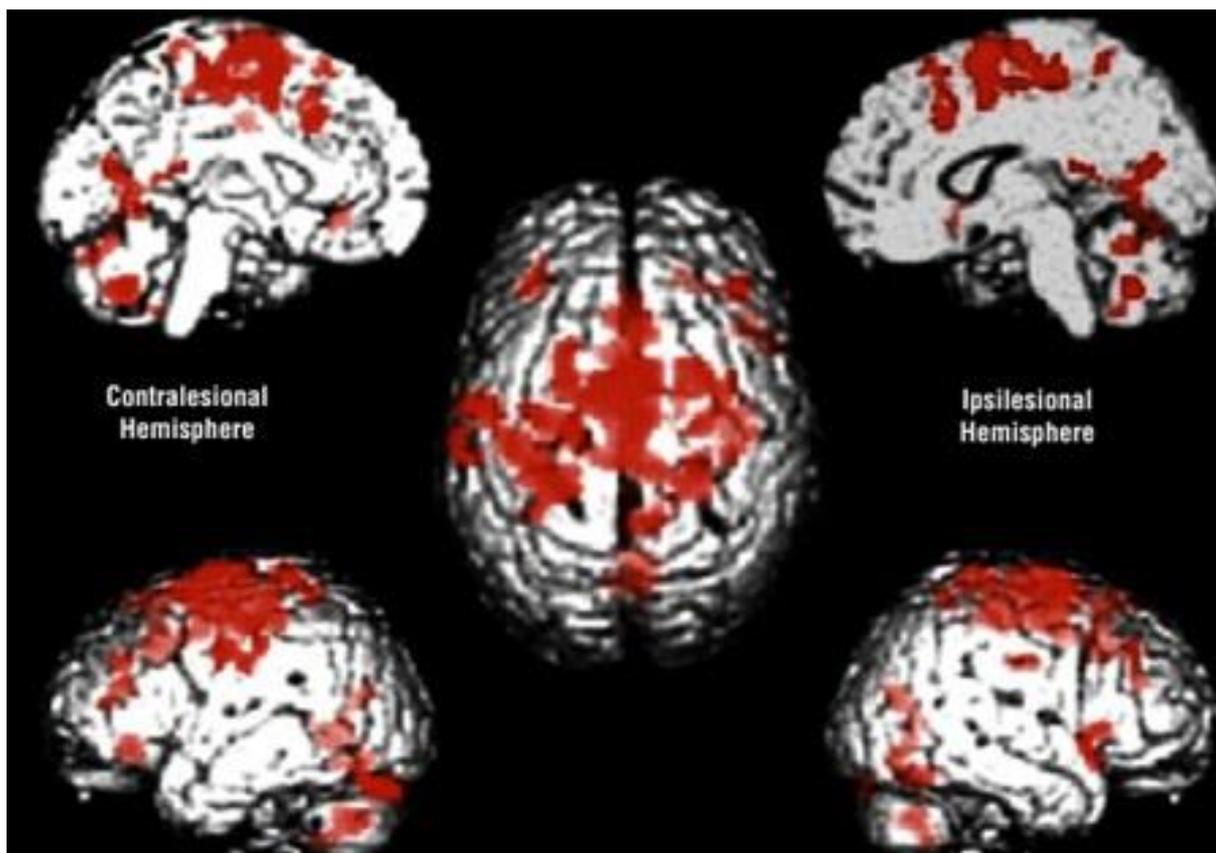
タイトル

Mechanisms Underlying Recovery of Motor Function After Stroke」脳卒中後の運動機能の回復に基づくメカニズム(2004) [Mechanisms Underlying Recovery of Motor Function After Stroke Nick S. Ward, MD; Leonardo G. Cohen, MD←ダウンロードへ](#)

内容

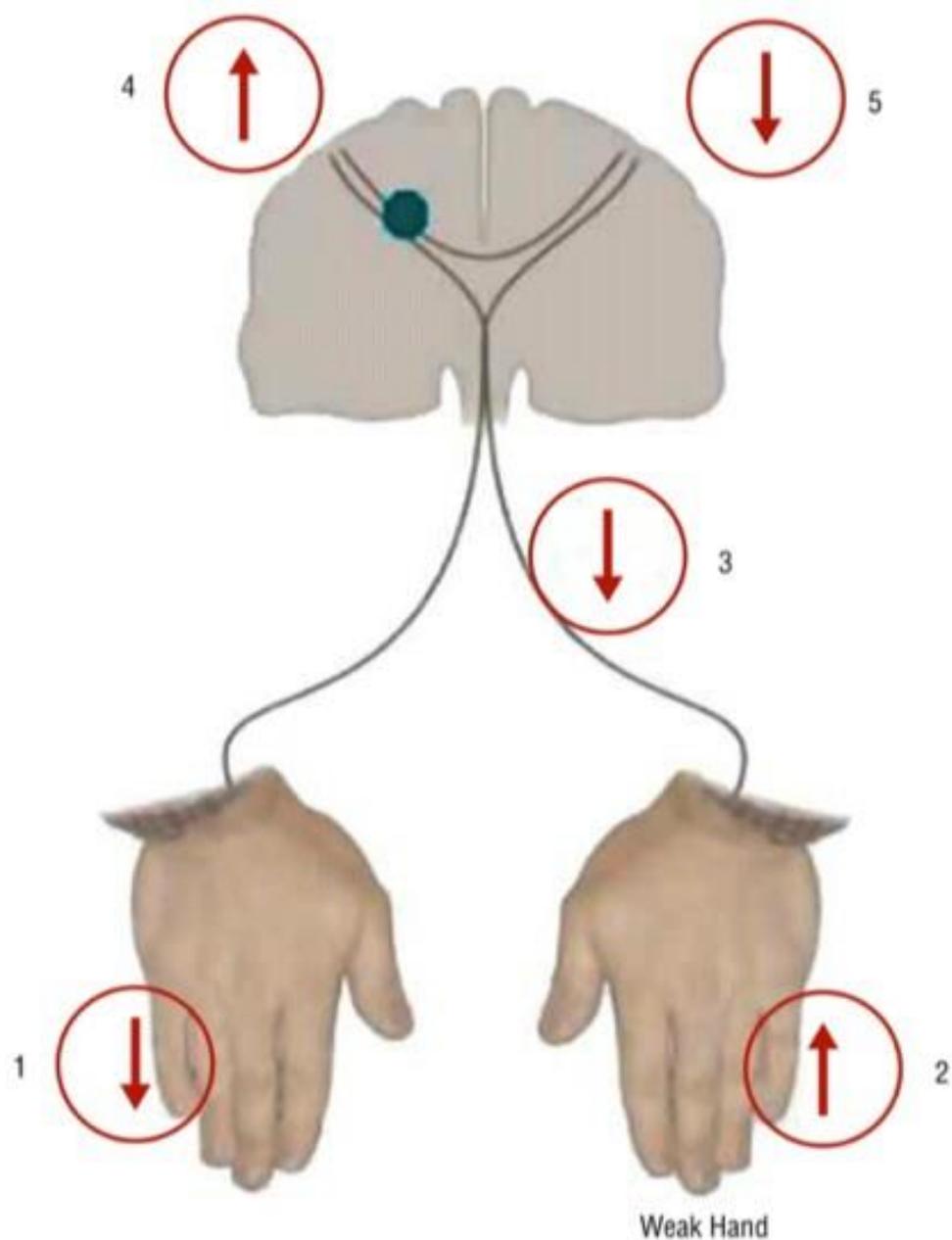
この論文では特に慢性期の脳卒中患者の脳に negative な影響が生じている事をわかりやすく提示している。

↓障害部位だけでなく、反対側の脳領域も広範に活動していること、primary motor cortex の以外の領域(補足運動野や背外側運動前野などの secondary 領域の活動)が過剰に活動してしまっていることを問題視している。



手の回復のための5つのポイント

1. 非麻痺側からの感覚入力を減らすこと
2. 麻痺側からの感覚情報を増やすこと
3. 麻痺側の中枢部からの感覚情報を減らすこと
4. 障害部位周囲の脳の可塑性を促すこと（TMS（経頭蓋磁気刺激）やイメージングの利用）
5. 障害部位と反対側の脳の活動を抑制すること（上記同じ）



明日への臨床アイデア・感想

論文で上記5つのポイントの根拠を、過去の論文引用で説明しています。全てを鵜呑みにするわけではないですが参考にはなると思います。

1.セラピストの場合、非麻痺側に麻酔を打つ、麻痺側の中枢部に麻酔を打つ、などはできません。ですが、非麻痺側の過剰な筋緊張、不器用さなど対して運動・言語指示・課題のコントロールなどの介入は可能です。

2.麻痺側の手に皮膚感覚だけでなく、筋からの情報や物品を活用した立体認知感覚などもサポートできます。特に手は大脳皮質の支配領域が大きいので介入がダイレクトに脳の活動に影響しやすいと思われます。

3.上記の実験は、慢性期患者への中枢部に麻酔を打って末梢の動きが良くなることを紹介しています。ただ臨床では中枢部の低緊張な方もいます。その場合、抑制ではなく促通することで末梢の動きが改善する場合も多いのです。したがって、感覚情報を多く入れることが大切な患者もいるのではないのでしょうか？

4.5 直接の影響は難しいですが、上記体性感覚以外にも、聴覚情報、視覚情報などを工夫して興奮や抑制などの活動に一部貢献できるかもしれません。頭をなでなでするだけで動きが変わる人もいるかも！？

職種 作業療法士
