

特集2 ディサースリアの治療の重要論文を読む：黎明期

急性延髄性灰白髄炎感染症から生じた
発話不全に対する治療Therapy for Speech Deficiencies
Resulting from Acute Bulbar
Poliomyelitis Infection

Elmer E. Baker, Jr, Martin A. Sokoloff

(Journal of Speech and Hearing Disorders, 16(4) : 337-339, 1951.)

翻訳▶

訳：福岡達之

Tatsuyuki Fukuoka

ニューヨーク市のベルビュー病院リハビリテーション医学部に定期検診のため入院した急性延髄性灰白髄炎感染症の患者に特徴的な発話の異常が観察された。患者にみられた症状は反復性に出現する不活性な (organica passive) 開鼻声であった。医療ソーシャルワーカーによる患者と家族の面談から、この発話症状は疾患の発症前には認めていなかったことが分かった。この特定の病因から生じる発話障害の有効な治療法を調査するため、特別なプロジェクトが計画された。19名の患者群に対して、耳鼻咽喉科の診察と週単位での個別治療セッションを実施した。全ての患者に確認された病因は、脊髄前角炎と対比する延髄性灰白髄炎であった。急性灰白髄炎は、脊柱内において灰白質の前角に特定のウイルスが感染する特徴がある。病理学的結果から、脊髄型では四肢・体幹を含む神経破壊が生じると考えられている。延髄性灰白髄炎は延髄領域において疾患の感染を認める。延髄病変では、臨床的に嚥下と呼吸の関連筋に麻痺を生じる。呼吸困難、チアノーゼ、咽頭・喉頭と舌の麻痺が顕著な症状である。疾患による致死率は90%以上であり、このタイプの灰白髄炎は明らかに致命的である。

Elmer E. Baker, Jr. (ニューヨーク大学修士, 1949) は、ニューヨーク大学英語教育学の教員である。Martin A. Sokoloff (ニューヨーク大学修士, 1950) は、ニューヨーク大学リハビリテーション医学部 ベルビュー医療センターの言語療法主任である。

脳神経の第IX神経 (舌咽神経) と第X神経 (迷走神経) に病変が存在することから、開鼻声の特徴的な症状は軟口蓋の一侧あるいは両側麻痺に起因することが明らかとなった。疾患の重症度により、一侧または両側の麻痺を生じた。これらの症例では、パッサーバン隆起 (Passavant's Bar) の上部において、軟口蓋は非鼻音の産生時に鼻咽腔を閉鎖するために十分挙上することができなかった。

時にこの開鼻声は、患者の健康状態や全身衰弱が回復した後に消失した。時にこの開鼻声は、疾患による単独の後遺症となった。そのため、疾患の急性期後に症状の自然回復が起こるかどうかが評価するため、プロジェクトの発話治療は2カ月間延長することとした。自然回復がない場合には発話治療を開始し、障害の改善があれば治療手段による効果と考えた。

延髄性灰白髄炎後の特徴的な発話は口蓋裂の特徴に類似するため、試みた治療は口蓋裂に用いられる方法と関連しており、各症例の目的は鼻咽腔の閉鎖であった。全ての種類のブローイング訓練が有効であった。特に小児では、軟口蓋の運動を強化する道具としてロウソクや風車、風船、ハーモニカ、ラッパ、羽毛が有効であった。傾斜したスロープの上までピンポン球を吹く動作やピンポン球を相手のテーブルの端まで吹くといった対戦ゲームは、興味と動機を与えるとともに軟口蓋の調節を向上させる優れた方法であった。

広島国際大学総合リハビリテーション学部リハビリテーション学科言語聴覚療法学専攻

[連絡先] 福岡達之：広島国際大学総合リハビリテーション学部リハビリテーション学科言語聴覚療法学専攻 (〒739-2695 広島県東広島市黒瀬学園台 555-36)

TEL : 0823-70-4851 FAX : 0823-70-4852 E-mail : fukuoka@hirokoku-u.ac.jp

軟口蓋の活動を刺激する他の手段として、喘ぐように声を出す (panting) ことや欠伸をする運動、無菌綿棒や手指で軟口蓋をマッサージする方法などが有効であった。後者の方法は、軟口蓋が挙上する絞扼反射を誘発する傾向がある。軟口蓋の残存活性 (residual traces of activity) がある場合には、器官の運動を増加させるために、口蓋に対する電気刺激が有効になるかもしれない (この種の治療は、リハビリテーション科医師の指導・監督の下で行う必要がある)。

全身を動かすことによって、軟口蓋はより効率的に運動を行う傾向があった。肋骨-複式呼吸や量と力 (volume and energy) を必要とするドリル課題を重要視した。全ての発話パターンは鼻漏出による悪影響を受けたが、特に不完全となる特殊な音や音配列 (sound constellations) が観察された。聴覚訓練は多くの患者において大きな問題となっていた。定期的に患者の音読と会話場面における発話を記録した。これらの記録は治療者と患者の両方で分析され、分析結果から治療方針を決定した。

結 果

実施した治療の多くは奨励すべき結果であった。患者12名は観察可能な程の改善を示した。この12名のうち、8名はわずかな改善の変化であったが、4名については著

明な改善を示した。残りの7名の患者については、症状の改善を認めなかった、あるいは改善を認める前に治療を終了した。

注目すべき点としては、ある程度の改善を示した患者の内、7名が筋機能の改善を経験していることである。これらの患者では、治療セッションの間、鼻咽腔を閉鎖するために軟口蓋、口蓋垂を挙上することが可能であったが、日常活動への繰り越し効果は十分ではなかった。

患者の家族と面談後、これらの症例において改善を認めなかったのは、生理学的な要因よりもさまざまな情動に起因する部分があると判断した。さまざまな要因とは、疾患によって患者が「病的である」という誤った確信による家族の過保護 (over-protection) や、疾患のために注意集中的にあるという患者の心情、灰白髄炎の発症によるものかどうかは不明であるが、その他の人格障害などである。

これらの障害を軽減する試みとして、患者とその家族とともに言語治療士、医療ソーシャルワーカー、心理学者による調整プログラムを実施した。このプログラムは、集団療法セッション、個別カウンセリングセッションなど、障害になっている要因を除去するための特別な試みであった。

7名の内、6名は人格適応障害 (personality maladjustments) の原因となっていたいくつかの問題を除去することに成功し、それは患者の情動的な見解 (emotional outlook) だけでなく、発話にも改善をもたらした。