

肩関節障害の理学療法

東北大学病院 村木 孝行

肩関節の障害を引き起こす疾患の代表的なものには腱板断裂、インピンジメント症候群、肩関節脱臼、肩関節周囲炎などがある。これらの疾患名は肩関節の構造や病態に関する一定の状態を示しているが、症状や機能障害は必ずしも一定ではなく、疾患名だけではどのような理学療法が適応なのかを単純に決定することはできない。肩関節周囲炎は専門家の中では「いわゆる五十肩」の病態を示すものとなりつつあるが、いまだ異なる複数の病態に対し幅広く用いられ、適切なアプローチを選択するのに混乱を与えている。インピンジメント症候群は「肩峰下インピンジメント症候群」と称されることも多いが、症状を引き起こす現象を探ってみると必ずしもそれが肩峰の下で起きているとは限らない。これらのことより、目の前の症例がどのような病態を有し、そのメカニズムは何なのか、そしてどのような機能障害が関与しているのかを整理して

評価していく必要があるといえる。

どのような機能障害が関与しているのかを究明するため、肩甲上腕関節や肩甲胸郭関節における健常者と肩関節障害を有する患者との運動学的な違いが多く研究されている。これまでは健常者と比較して過大、あるいは過小な運動に関しては異常運動として捉え、それら引き起こしているものを機能障害として考えられてきた。しかし、それらの異常運動が症状の原因なのか、代償として起こる結果なのか明確にされないまま様々なアプローチが考案されている現状がある。それに対して今回は、肩関節の解剖と生体力学の観点から肩関節障害における病態や症状のメカニズムとそれに関する機能障害の整理をし、原因と結果をどのように判別するか提案する。またそれに付随した評価法や治療の実際と障害予防の可能性について提示したい。

めまいは寝てでは治らない—めまいのリハビリテーションの有用性と効果, その実際—

横浜市立みなと赤十字病院耳鼻咽喉科 新井 基洋

めまいの治療には大きく分けて薬物治療、非薬物治療がある。薬物治療はすべての医師が行っているが、非薬物治療は普及していない。非薬物治療としては良性発作性頭位めまい症に対する理学療法が有名である。しかしそれ以外のめまい疾患に対する理学療法の報告はあまりなく、海外では主に理学療法士がめまいリハビリテーション(以下、めまいリハ)の有効性を報告している。米国は1300名の理学療法士が治療にあたるが、本邦の理学療法士は米国よりも遥かに少ない。今後高齢化社会に起因する加齢性平衡障害(慢性ふらつきの代表)に起因する転倒と骨折、寝たきりが増加していくと考えられる。この現状打破を医師と理学療法士の双方で取り組むべきと考える。

めまいの原因は多様であるが主な原因である前庭機能障害の回復には小脳の中樞代償が重要な役割を果たしている。この代償はめまいリハによってもたらされる。めまいリハの目的は前庭系、眼

運動系、深部知覚系の三つを有効に刺激することで小脳の中樞代償を促進することである。しかし、実際にめまい患者に外来でめまいリハを勧めるとふらつきによる不安や転倒の危険などのため施行や継続するのが困難であり効果は限定されている。そこで当院では1996年から入院の上めまいリハを集団療法として治療を行ってきた。今回は当院の集団めまいリハによる治療前後の患者のめまいの改善をQOL尺度、めまいによる障害度の変化をみるDHI検査、重心動揺検査結果などを用いて治療成績を提示する。また、めまい患者は、めまいに伴う精神的不安を認め、それがめまいを難治化させる原因となっていることがあり、さらに身体疾患に伴う不安は疾患の予後に大きく影響する。当院での入院集団リハ加療によってめまいに伴う不安は改善されていくことも併せて提示し、めまい治療における身体の改善と同様に心の改善、不安、抑うつ改善も重要であることを提示する。