

共催セミナー

共催セミナー1 11月10日(土) 12:05~12:55

会場 A (第1ホール)

司会：山本 良次 (伊勢市立伊勢総合病院)

〔四肢外傷の単純 X 線像が読めると運動療法が変わる〕

浅野 昭裕 (碧南市民病院)

共催：三重県理学療法士会

共催セミナー2 11月11日(日) 12:05~12:55

会場 B (第2ホール)

司会：中 徹 (鈴鹿医療科学大学)

〔レビー小体病の臨床・病態・治療
～パーキンソン病からレビー小体型認知症まで～〕

葛原 茂樹 (鈴鹿医療科学大学)

共催：鈴鹿医療科学大学

共催セミナー3 11月11日(日) 12:05~12:55

会場 C (第3ホール)

司会：直江 祐樹 (三重大学医学部附属病院)

〔フィンランド発の足病学専門理学療法
「フィンソールケアシステム」とは〕

大田 幸作 (インターリハ株式会社フィジオセンター)

共催：インターリハ株式会社

四肢外傷の単純 X 線像が読めると 運動療法が変わる

浅野 昭裕

碧南市民病院 リハビリテーション室

単純 X 線撮影は整形外科疾患のほとんどに用いられ、その画像は診断や経過把握のための最も重要かつ有用な情報です。骨の損傷や関節の異常、骨の質的变化以外にも、我々理学療法士にとって有用な情報がその画像から得られます。それは、軟部組織についての情報です。これを理学療法士が利用しない手はありません。骨折や脱臼など外傷患者を扱うとき、最も問題となるのが拘縮でしょう。拘縮は損傷を受けた軟部組織に起因することがほとんどで、癒痕形成と共に出現し、時に強固な可動域制限をもたらします。強固な癒痕が現れるまでの受傷後2～3週の間予防的なアプローチができれば、その後の経過は明るいでしょう。また不安定性をもたらす損傷を見抜けば、癒痕を安定化の材料として利用することもできるはずです。

今回は、四肢外傷の単純 X 線像から軟部組織の損傷を読み取るために必要な知識として、①骨の形の把握の仕方、②骨折の形と外力の関係、③正常 X 線像と筋・靭帯、④骨折患者の X 線像と軟部組織 などについてお話します。骨折画像を数多く準備し、できる限り実例を挙げて説明したいと思います。話を聞いたらすぐに画像を読めるようになる、などとは申しませんが、読めるようになるための近道を紹介したいと考えています。きっと単純 X 線像を元にした的確な運動療法のための第1歩となることでしょう。

レビー小体病の臨床・病態・治療 ～パーキンソン病からレビー小体型認知症まで～

葛原 茂樹

鈴鹿医療科学大学

パーキンソン病 (PD) は、イギリスの James Parkinson によって 1817 年に振戦麻痺という名で記載された時以来、代表的な運動障害疾患として扱われてきた。1912 年には、PD の神経病理学的証明印とも言えるレビー小体 (LB) 出現が報告されたが、パーキンソン症候群の原因疾患の中で、LB 出現を特徴とする黒質の選択的変性疾患が PD であることが確立したのは 1950 年代のことであった。生化学的にも、PD は黒質のドパミン細胞脱落による脳内ドパミン減少によって起こる運動障害であることが確立し、1960 年代には Hornykiewicz らにより L-dopa による補充療法が導入され、PD は治療可能な疾患に変わった。その後も、L-dopa 分解酵素阻害薬配合剤、ドパミン作動薬、抗コリン薬などの薬物治療、更に L-dopa 有効例の中で効果不安定やジスキネジアが高度な例 (主に若年発症例) には深部電気刺激術が開発され、ADL の長期予後は極めてよくなった。薬物療法と並んで、持続的運動療法も必須である。PD 患者は筋不使用による廃用症候群に陥りやすく、基礎筋力維持は廃用症候群防止だけでなく、体幹バランス障害のような薬が効きにくい症状にも有効である。

治療の進歩によって ADL と生命予後が改善した一方で、長期治療例の高齢化、更に高齢発症例が激増するなかで、新たな問題も起こっている。それは、非運動症状と呼ばれる精神症状 (認知症、幻覚・妄想、うつ状態)、自律神経症状 (便秘、頻尿、失禁)、睡眠障害 (夜間不眠、REM 睡眠期行動異常、昼間の傾眠) 合併例の増加や、薬物の副作用である異常精神症状、病的賭博/ショッピング、突発睡眠などであり、いずれも患者の QOL を著しく損なうもので、今後の大きな課題となっている。他方、脳に多数の LB が出現しながら運動障害は目立たず、幻覚と変動性の精神症状が特徴の認知症 (レビー小体型認知症: DLB) が多数存在することが明らかになり、高齢 PD に出て来る認知症 (パーキンソン病認知症: PDD) との連続性も指摘されている。

このような多彩な運動症状、精神症状、自律神経症状を統一的にとらえる概念として、レビー小体病という概念が提唱されている。つまり、LB は脳幹だけでなく、辺縁系、大脳、脊髄、末梢自律神経節にまで広く分布する全身神経病であり、どこに神経変性が起こって LB が出現しているかによって、運動障害型の PD、認知症型の DLB、自律神経不全症型などの臨床病型が決まってくるというもので、広く受け入れられている。更に、LB 病変が拡がる機序について、LB の構成成分である凝集し易いリン酸化 α -シヌクレインが、プリオン感染の様に神経系を進展して行くという「類プリオン」仮説が提唱されている。本講演では、レビー小体病の基礎から臨床までの全体像について紹介したい。

フィンランド発の足病学専門理学療法 「フィンソールケアシステム」とは

大田 幸作

インターリハ株式会社フィジオセンター

フィンソールケアシステムとは、フィンランドを拠点としてヨーロッパ各地に広がる足-下肢専門の理学療法コンディショニングです。ポディアトリア(足病学)に基づく足-下肢専門の理学療法コンディショニングです。そのアプローチとは、

1. 足-下肢の機能解剖-運動学に基づいた評価
2. OMT(整形疾患に対するマニュアルセラピー)筋・筋膜リリース及び運動療法アプローチ
3. フィンソールケアシステムが開発した高機能カスタムインソール(フィンソール)

によって構成されています。フィンソールの特徴は、足のアライメントを修正するだけでなく、歩行周期に対応した足部-下腿の筋活動を促通させることへも焦点を置いたインソールです。足-下肢機能を中心にトータルに全身にアプローチすることで、姿勢、荷重運動連鎖、バランス機能を総合的に改善します。今回のセミナーでは、その具体的アプローチを紹介いたします。