

第24回

関西理学療法学会 症例研究学術大会

プログラム・抄録集

令和6年12月8日（日）

第24回 関西理学療法学会症例研究学術大会の 開催にあたって

大会長 井尻 朋人

関西理学療法学会の症例研究学術大会も24回目を迎え、歴史のある学術大会になってきました。症例発表のみを取り扱って、また同じコンセプトを持ち続けながら継続して開催されている学術大会は全国を見ても例が多くありません。また、全演題に対して採点により順位がつく、という学術大会も珍しいものです。すなわち本学術大会は、良いものが何かということを確認しながら、継続性をもって発展してきた学術大会ということになります。

このスタイルの影響で、毎年の発表内容がブラッシュアップされ洗練されてきていることを私個人的に感じております。発表内容については、なるべく客観的に論理的に筋の通った誰しもが納得できる評価の流れを構築する努力がなされ、またそれに対しての治療効果がどうであったかをわかりやすく検証する姿勢が見られています。セラピストとしては、論理的に考えて根拠を明確にしながら評価や治療を行っていくことは非常に重要なスキルであり、まさにその能力を高める機会になっていると感じるところです。また内容だけでなく、プレゼンテーションについても年々その工夫が増えていると感じています。見やすいスライドとはどのようなものかや動きの変化をわかりやすく提示する工夫、プレゼンテーションで使われる語句の検証など、細部に至るまでしっかりと準備され発表されているものが多いと感じています。他の学会発表と比べても、準備に多く時間を費やし、工夫を重ねてこられているものと確信しています。

何が言いたいのかというと、本学術大会で発表するということはリハビリテーションの内容の面でも人に物事を伝えるという面でも、レベルの高いことを皆さんがやられているということです。歴史を重ねるにつれ、そのレベルは高くなっていると私自身は感じています。加えて、皆さんの発表一つ一つが後輩の成長の礎になり、自分自身だけでないところまで影響を与えているのだと考えています。これは発表者だけでなく、指導に携わっている先生方の尽力の賜物でもあります。発表がうまくいったかどうか、採点結果がどうであったかなどによって、成功体験になれるかどうかは変わってくるかもしれませんが、本学術大会で発表したという過程は間違いなくセラピストとしての成長を促すものであり、その一歩を踏み出しているという点においては自分自身の糧になっていることを誇りに感じてほしいと思います。

最後になりますが、本学術大会が継続的に開催できるのも事務局を中心として準備に尽力いただいている方々のお力によるものです。毎年のご準備に対し、感謝申し上げます。



プログラム

- 10：00 **開会のご挨拶** 大会長 井尻 朋人
- 10：05 **第1セッション 歩行動作**（演題1～4）
- 11：05 休憩
- 11：15 **助成研究発表**
運動課題中の手がかりの違いが体性感覚の入力量と運動技能に及ぼす影響
榊原白鳳病院 安田 結翔
- 12：05 休憩
- 13：00 **第2セッション ADL 動作**（演題5～9）
- 14：15 休憩
- 14：25 **大会長記念講演**
私が考える症例発表の進め方 ー演者と指導者の立場からー
喜馬病院 井尻 朋人
- 15：00 **閉会のご挨拶** 準備委員長 山本 吉則



大会長記念講演

私が考える症例発表の進め方 — 演者と指導者の立場から —

医療法人寿山会 喜馬病院
井尻 朋人



症例をまとめて発表することは日々の臨床を自ら見つめ直す機会となり、根拠のあるリハビリテーションを実施する能力を高めるために有効な方法である。また、自身の症例発表の出来を他者から採点されることは多くはなく、「より良いもの」を作り上げるために緊張感をもって進められる貴重な機会となる。しかし、学会発表の経験が少ない方、症例発表をおこなったことがない方にとっては、内容はもちろんだが、どのような段取りで進めていくべきなのか、悩みながら進めた経験を持っている方ではないだろうか。また、指導者にとってもそれは同様である。症例発表の内容の指導だけではなく、抄録作成における言葉の使い方や締め切りに対してのスケジュール管理など、リハビリテーション以外の内容についての指導も時に必要であるが、それがなかなかうまくいかないケースもあるのではないだろうか。このような悩みは症例発表の場面だけでなく、日々の仕事のなかでも生じるものである。

本講演では、私の経験から感じている有意義な症例発表の進め方について、演者と指導者の立場それぞれで提案する。冒頭にも記載したが、症例をまとめて学会発表することは自身の能力を上げる有効な手段であるが、演者・指導者間のやりとりや段取りの不十分さによって、その能力アップが阻害されかねない。演者も指導者も有意義な機会として、適切な負担を感じながら進めるためには、やはり相応のマネジメント能力を求められる。今回の講演では、演者としてどのようなことを意識しながら進めていくべきか、また指導者としてはどのような点をマネジメントしていくべきかについて、私の考えを述べる。この内容は環境や関係性などによっても変化するものであるが、それぞれの立場で考える機会になれば幸いである。セラピストとして成長するための機会を最大限活かすために、共に考えていきたい。

第1 セクション 歩行動作

座長 藤本 将志 (六地藏総合病院)

- 1 右荷重応答期で右殿部痛が出現し歩行の耐久性低下を認めた両人工股関節全置換術後の一症例
田辺中央病院 古田 茜音
- 2 杖歩行中の右立脚相の短縮により左前方へのふらつきを認めた
左人工膝関節全置換術後の一症例
喜馬病院 吉野 将太
- 3 左内腹斜筋の筋緊張低下により左立脚相に左股関節屈曲位を呈し
左殿部痛が生じた左仙腸関節障害の一症例
園部病院 柳井 玲人
- 4 右膝関節伸展筋の筋力向上により右下腿後傾が軽減し歩行スピードが向上した
右人工膝関節全置換術後の一症例
北須磨病院 田中 隆貴

第2 セクション ADL 動作

座長 藤原 聡 (北須磨病院)

- 5 左中殿筋に着目した介入によりジョッキ運搬動作での
方向転換の安全性が向上した脳梗塞の一症例
喜馬病院 寺地 健
- 6 体幹運動の制限にて立位よりズボンを大腿中央まで下ろせず
後方へ安全性が低下した頸椎症性脊髄症の症例
京都田辺記念病院 片岡陽美樹
- 7 胸腰椎移行部の運動に着目した治療により、
足の爪切り動作の獲得に至った右人工股関節置換術後の一症例
喜馬病院 森 兼大
- 8 起き上がり動作獲得のために起き上がり側の
股関節屈曲の増大を必要とした間質性肺炎後の廃用症候群の一症例
介護老人保健施設 第二さくら苑 山地 紗希
- 9 板前として左手で料理を提供することが困難であった左肩関節脱臼骨折術後の一症例
京都田辺中央病院 大澤 一輝

右荷重応答期で右殿部痛が出現し歩行の耐久性低下を認めた両人工股関節全置換術後の一症例

古田 茜音¹⁾ 中西 真央¹⁾ 木原 良輔¹⁾

1) 田辺中央病院 リハビリテーション科

【はじめに】

歩行で右殿部痛を訴えた両人工股関節全置換術（以下、THA）後の症例を担当した。右股関節周囲筋に着目し理学療法をおこなったことで、歩行の耐久性が向上したため報告する。なお症例に説明を行い、同意を得た。

【症例紹介】

両 THA 後の60歳代後半の女性、主訴は「右のお尻が痛い」、ニードを「歩行の耐久性向上」とした。

【評価】

右初期接地は外側に接地し、右荷重応答期は右股関節伸展、内転に伴う骨盤右前方移動が乏しかった。右前遊脚期は腰椎右側屈に伴う骨盤右挙上で右脚を振り出した。本症例は右大殿筋下部線維の筋緊張低下より、右初期接地の右股関節屈曲制動を右大殿筋上部線維の活動で補ったと考えた。また右荷重応答期は右股関節外転筋力低下より、右大殿筋上部線維で右股関節内転に伴う骨盤左下制の制動を図ったが不十分であったと考えた。その結果、右前遊脚期は腰椎右側屈に伴う骨盤右挙上で右脚の振り出しを代償したと考えた。この右大殿筋上部線維の過用により、右荷重応答期に右殿部痛が生じたと考えた。徒手筋力検査は右股関節伸展と外転が2、関節可動域測定は右股関節伸展が -5° 、静止時筋緊張検査は右大殿筋下部線維が筋緊張低下であった。

【理学療法と結果】

理学療法は右股関節伸展、外転筋力強化練習と右股関節伸展可動域練習を4週間実施した。右荷重応答期は右股関節伸展、内転に伴う骨盤右前方移動がみられ、右殿部痛は軽減した。右前遊脚期は腰椎右側屈に伴う骨盤右挙上は軽減した。徒手筋力検査は右股関節伸展が3、外転が4、関節可動域測定は右股関節伸展が 5° 、静止時筋緊張検査は右大殿筋下部線維が筋緊張低下であった。

【考察】

本症例は右大殿筋下部線維の活動で、右初期接地の右股関節屈曲制動が可能となり、右股関節外転筋力向上より、右荷重応答期の右股関節内転に伴う骨盤左下制の制動が可能となったことで右大殿筋上部線維の負担が軽減したと考えた。

杖歩行中の右立脚相の短縮により左前方へのふらつきを認めた左人工膝関節全置換術後の一症例

吉野 将太¹⁾ 山本 勝也¹⁾

1) 喜馬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

今回、左人工膝関節全置換術（以下TKA）後の症例を担当した。左膝関節の関節可動域や筋力は良好であったが、右手で杖を把持した歩行で右立脚中期以降に安定性低下を認めた。右足関節底屈の筋力低下に着目して理学療法を実施し、改善を認めた。発表に際し、症例に説明をおこない同意を得た。

【症例紹介】

本症例は両変形性膝関節症の70歳代後半の女性であった。手術目的で当院に入院し、左側に対してTKAを施行された。主訴は「歩いているときにふらつく」であり、ニードを「杖歩行の安定性向上」とした。

【評価】

杖歩行では、右立脚後期の右足関節背屈、右中足趾節関節伸展が乏しく、右股関節屈曲、内転、内旋により体幹前傾、左傾斜、骨盤右回旋が生じ、左前方へのふらつきを認めた。関節可動域測定は、右足関節背屈 10° 、右足趾伸展 60° であった。徒手筋力検査は右足関節底屈が2、右足趾屈曲は3であった。右足関節底屈の筋力低下により、右立脚後期での右足関節背屈、右中足趾節関節伸展が乏しくなった。その結果、右立脚後期が短縮し、左立脚相への移行が早まることで左前方へのふらつきを認めたと考え、理学療法をおこなった。

【理学療法と結果】

右足関節底屈の筋力強化を目的として1日40分の理学療法を1週間おこなった。その結果、右立脚後期の右足関節背屈、右中足趾節関節伸展の増大を認め、体幹前傾、左傾斜による左前方へのふらつきは軽減した。徒手筋力検査で右足関節底屈が3に改善した。

【考察】

歩行時の下腿三頭筋の役割として、立脚後期の足関節背屈を遠心性収縮で制動し、その後等尺性収縮に切り替わることで踵離地し、中足趾節関節の伸展につながると考えられている。本症例においても、右足関節底屈の筋力改善により、右立脚後期での右足関節底屈筋の等尺性収縮が可能となり、右立脚相が延長した。その結果、左立脚相に移行する際の左前方へのふらつきが軽減したと考えた。

左内腹斜筋の筋緊張低下により左立脚相に左股関節屈曲位を呈し左殿部痛が生じた左仙腸関節障害の一症例

柳井 玲人¹⁾ 伊藤 翼宙¹⁾ 楠 貴光¹⁾

1) 園部病院 リハビリテーション部

【はじめに】

歩行の左立脚終期に左殿部痛が出現した左仙腸関節障害患者を担当した。左内腹斜筋横行下部線維（以下、左内腹斜筋）の筋緊張低下に着目し、理学療法を実施したところ良好な結果に至ったため報告する。なお、症例に発表の同意を得た。

【症例紹介】

症例は60歳代後半の女性であり、左殿部痛が出現し、左仙腸関節障害と診断された。以前より骨盤ベルトを長い間使用し、非装着時の歩行で左殿部痛が生じた。主訴は「左のお尻が痛い」、ニードを「骨盤ベルト非装着時の歩行の耐久性向上」とした。

【評価】

骨盤ベルト装着時の歩行は左殿部痛を認めないが、非装着時は左立脚期にて左股関節屈曲と胸腰椎移行部伸展に伴う骨盤前傾を呈した。さらに左立脚終期に左股関節伸展が乏しく屈曲位での内転、骨盤右下制が生じ、右足底接地する際にNRS5の左殿部痛が出現し、連続歩行が困難であった。そこで歩行立脚期での左股関節伸展が乏しく左立脚側への体重移動が不十分なことが問題と考え、検査した。MMTでは左股関節伸展と屈曲は段階5、静止時筋緊張検査で左内腹斜筋の筋緊張低下を認めた。

【理学療法と結果】

理学療法では立位での左側方移動練習を実施し、骨盤水平位保持とともに左内腹斜筋の筋活動を促した。週2回の頻度で1カ月間実施した結果、左内腹斜筋の筋緊張が正常域となった。また非装着時の左立脚期で左股関節屈曲と胸腰椎移行部伸展に伴う骨盤前傾の改善に伴い左股関節伸展が生じ、左立脚終期の左股関節内転、骨盤右下制が改善され、左殿部痛もNRS0と、耐久性向上に至った。

【考察】

末廣らは骨盤ベルトの使用により内腹斜筋の筋活動が低下すると報告している。症例は骨盤ベルトを長い間使用したことで左内腹斜筋の筋緊張低下が生じ、左立脚期に左股関節屈曲、骨盤前傾位を呈したと考える。さらに左立脚終期の左股関節伸展が乏しく屈曲位での内転、骨盤右下制の制動に左大殿筋の筋収縮が関与し、疼痛が出現したと考えた。

右膝関節伸展筋の筋力向上により右下腿後傾が軽減し歩行スピードが向上した右人工膝関節全置換術後の一症例

田中 隆貴^{1,2)} 臼井 美咲¹⁾ 浪越 翔太¹⁾
佐野 紘一¹⁾

1) 北須磨病院 リハビリテーション科

2) 神戸リハビリテーション衛生専門学校 研究教育センター

【はじめに】

右荷重応答期に右膝関節の屈曲が生じず、右立脚中期に身体の前方移動が乏しくなり歩行スピードが低下した症例を担当した。発表に際し症例に同意を得た。

【症例紹介】

症例は右変形性膝関節症により人工膝関節全置換術を施行した70歳代後半の女性である。主訴は「右脚が頼りなくて速く歩けない」、ニードを「歩行スピードの向上」とした。

【評価】

術後8日目の歩行は、右荷重応答期で右膝関節の屈曲が生じなかった。右立脚中期は右足関節の背屈が乏しく、右股関節の屈曲と腰椎の伸展に伴い骨盤が前傾し、身体の前方移動を代償した。徒手筋力検査は右膝関節伸展が2、静止時筋緊張検査は右大腿直筋の筋緊張が亢進していた。また、膝蓋骨上縁の大腿周径は右が47.5cm、左が42.0cm、10m歩行速度は0.74m/sだった。本症例は、右荷重応答期で右膝関節屈曲の制動が困難なため、右足関節を底屈し右下腿が後傾した。右下腿の後傾により右立脚中期に右足関節の背屈が乏しくなり、右股関節の屈曲による骨盤の前傾で身体を前方へ移動させたが不十分で歩行スピードが低下したと考えた。

【理学療法と結果】

理学療法は右膝関節伸展筋の筋力強化練習、ステップ練習、寒冷療法の順で3週間実施した。その結果、徒手筋力検査は右膝関節伸展が4、静止時筋緊張検査では右大腿直筋の筋緊張が正常域になり、右膝蓋骨上縁の大腿周径は浮腫の改善により43.5cmになった。10m歩行速度は0.88m/sになった。歩行は右荷重応答期で右膝関節が屈曲し、右立脚中期で右膝関節の伸展に伴い右股関節が伸展、右足関節が背屈して身体が前方へ移動した。

【考察】

右膝関節伸展筋の筋力向上により、右荷重応答期で右膝関節屈曲の制動が可能となったため、右足関節の背屈に伴う右下腿の前傾が生じ、右立脚中期に右足関節の背屈と右股関節の伸展による身体の前方移動ができた結果、歩行スピードが向上したと考えた。

左中殿筋に着目した介入によりジョッキ運搬動作での方向転換の安全性が向上した脳梗塞の一症例

寺地 健¹⁾ 高濱 祐也¹⁾

1) 喜馬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

両手でジョッキを運搬し左に方向転換する際（以下、方向転換）に左後方不安定性が生じる脳梗塞左片麻痺患者を経験した。左中殿筋に介入し、方向転換の実用性向上に至った為報告する。発表に際し同意を得た。

【症例紹介】

本症例は2カ月前に脳梗塞を発症し、飲食店復帰を目指す70歳代男性である。主訴は「物を持って回るとふらつく」、ニードを「方向転換の安全性向上」とした。

【評価】

発症2カ月後に立位から左下肢を振り出し4歩目の左立脚相を観察した。左立脚初期の左股関節内旋に伴う骨盤左回旋が乏しく、立脚中期で左股関節内転と左足部回外に伴う下腿外側傾斜が過度に生じていた。左足尖が外側に向いた状態での左下腿外側傾斜の為、骨盤は空間上左後方に変位した事で左後方不安定性を認めた。BRSは左下肢VI、MMTは左股関節外転3・内転3、左足部底屈を伴う外がえし4であった。筋電図検査より左中殿筋前部線維は立脚初期、後部線維は立脚初期から中期に筋活動低下を認めた。以上から左股関節外転・内転筋力低下により左立脚初期の左股関節内旋に伴う骨盤左回旋が乏しく、立脚中期の左股関節内転と左下腿外側傾斜が過度に生じ不安定性を認めたと考えられた。

【理学療法と結果】

左股関節外転・内転の筋力強化を2週間行った結果、左立脚初期の左股関節内旋に伴う骨盤左回旋増大、立脚中期の左股関節内転、左下腿外側傾斜が軽減し左後方不安定性が改善した。MMTは左股関節外転4・内転4、筋電図検査より左立脚初期の左中殿筋前部線維、左立脚初期から中期の左中殿筋後部線維の筋活動が増大した。

【考察】

左股関節外転・内転の筋力向上により、左立脚初期で左股関節内旋に伴う骨盤左回旋が増大、立脚中期の左股関節内転と左下腿外側傾斜が軽減した事で左後方不安定性が改善された。歩行動作同様、方向転換でも中殿筋前部線維が股関節内旋、後部線維が内転制動に活動していると推察された。

体幹運動の制限にて立位よりズボンを大腿中央まで下ろせず後方へ安全性が低下した頸椎症性脊髄症の症例

片岡 陽美樹¹⁾ 東久保 佳生¹⁾ 宮崎 大貴¹⁾
池田 匠¹⁾

1) 京都田辺記念病院 リハビリテーション部

【はじめに】

ズボンを大腿中央まで下ろす際、両腹直筋上部と左広背筋の筋緊張亢進により後方への安全性低下を認めた症例を経験した。理学療法により、動作方法の改善が得られ安全性が向上したので報告する。発表に際し同意を得た。

【症例紹介】

頸椎症性脊髄症と診断された80歳代の男性である。主訴は「トイレでズボンを下ろせない」であり、ニードを「ズボンを大腿中央まで下ろす動作の安全性向上」とした。既往歴に脳梗塞による左上肢機能障害があり、右上肢を使用した動作を選択した。

【評価】

右後方のウエストゴム（以下：ゴム）を後下方へ下ろし始めるが、胸腰椎移行部屈曲、体幹前傾位であり、両膝関節屈曲にともなう大腿後傾により空間的に骨盤後傾が生じる。また体幹右側屈は乏しく左回旋するも、ゴムを大腿中央まで下ろすことが困難であり、後方への安全性が低下した。動作開始時に胸腰椎移行部屈曲、体幹前傾位であったことと、右側屈の乏しさが要因となり、右後方のゴムを後下方へ下ろすことが困難になると考えた。筋緊張検査は両腹直筋上部、左広背筋に筋緊張亢進を認めた。

【理学療法と結果】

両腹直筋上部と左広背筋のストレッチング、ズボンを下げる練習を実施した。結果、胸腰椎移行部は屈曲伸展中間位の立位姿勢から動作を開始し、ゴムを後下方へと下ろし始めることが可能になった。また胸腰椎移行部屈曲、体幹右側屈、左回旋が生じ後方への安全性低下は改善、ズボンを大腿中央まで下ろすことができた。筋緊張検査は両腹直筋上部、左広背筋とも正常となった。

【考察】

両腹直筋上部の筋緊張亢進は、左広背筋とともにゴムを後下方へと下ろし始める際の体幹右側屈を制限していた。また体幹前傾に対し、膝関節屈曲にともなう大腿後傾により空間的に骨盤は後傾し後方への不安定性の要因となった。機能障害の改善により、骨盤前後傾中間位での動作開始と体幹右側屈が可能となり安全な動作の獲得に至った。

胸腰椎移行部の運動に着目した治療により、足の爪切り動作の獲得に至った右人工股関節置換術後の一症例

森 兼大¹⁾ 白井 孝尚¹⁾

1) 喜馬病院 リハビリテーション部

【はじめに】

足の爪切り動作が困難な右人工股関節置換術を施行した症例を担当した。胸腰椎移行部の運動に治療した結果、動作獲得に至った。発表に際し症例に同意を得た。

【症例紹介】

80歳代前半女性で、主訴は「足の爪が切れない」、ニードを「開排動作での爪切り動作の獲得」とした。

【評価】

座位より胸腰椎移行部の右側屈、左股関節外転に伴う骨盤左下制位であった。右足部を対側の膝にのせる開排動作での爪切り動作では、右下肢拳上時に右股関節外転・外旋は乏しかった。また、胸腰椎移行部の屈曲が乏しく、手が足趾に届かなかった。問題点は以下のように考えた。左股関節外転に伴う骨盤左下制により、空間上で骨盤は右拳上位の座位であった。骨盤右拳上位で足底は床に接地しており、相対的に右股関節外旋位を呈していた。そのため、動作遂行には右股関節外旋が必要以上に求められた。さらに、胸腰椎移行部の屈曲が乏しく、手が足趾に届かなかったと考える。関節可動域は、胸腰部屈曲は45°であるが、胸腰椎移行部の動きは乏しかった。触診では、右側優位な第2腰椎レベルの両腸筋の筋緊張亢進を認めた。左股関節の筋力や関節可動域は充分であった。

【理学療法と結果】

両腸筋へのストレッチングを1回20分おこなった。治療後、胸腰椎移行部の右側屈、左股関節外転による骨盤左下制位の座位は改善し、右下肢拳上時の股関節外転・外旋、胸腰椎移行部の屈曲は増大し、手が足趾に接触した。胸腰部屈曲は50°、両腸筋の筋緊張は改善傾向を認めた。

【考察】

胸腰椎移行部の右側屈に対して左股関節外転による骨盤左下制位を呈する座位であったと考える。理学療法により胸腰椎移行部の右側屈が改善し、空間上での骨盤右拳上位は改善した。その結果、動作時の右股関節外旋が増大した。さらに、胸腰椎移行部の屈曲が生じ、手が足趾に接触することができ、開排動作での爪切り動作獲得に至ったと考える。

起き上がり動作獲得のために起き上がり側の股関節屈曲の増大を必要とした間質性肺炎後の廃用症候群の一症例

山地 紗希¹⁾ 竹内 航平^{2,4)} 清原 克哲^{3,4)}
木下 晃紀^{1,4)} 中森 友啓^{2,4)}

- 1) 介護老人保健施設 第二さくら苑
- 2) 榊原白鳳病院 リハビリテーション科
- 3) 介護老人保健施設さくら苑 デイケア
- 4) 榊原白鳳病院 リハビリテーション臨床研究部

【はじめに】

背臥位から右肘立て位を経由した長座位への起き上がり動作の遂行が困難な症例において、右肩甲帯の屈曲と右股関節の屈曲に着目したことで、動作が可能になったため報告する。なお、発表に際し症例に同意を得た。

【症例紹介】

症例は起き上がり動作の獲得に難渋していた間質性肺炎後廃用症候群の80歳代前半の女性である。主訴は「1人で起き上がれない」、ニードを「起き上がり動作の獲得」とした。

【評価】

起き上がり動作では、右肩甲骨の内転、下方回旋位の背臥位から右肩甲骨の外転を伴う右肩甲帯の屈曲による胸郭の右回旋が乏しく、胸腰椎移行部の屈曲にて左肩甲骨がベッドから離れた。続いて、右股関節の屈曲により体幹を起こせず、動作の遂行が困難であった。徒手筋力検査は、右股関節屈曲が2、右肩甲骨外転と上方回旋が2-であった。問題点は、右肩甲骨外転と上方回旋筋力の低下により、右肩甲骨の外転を伴う右肩甲帯の屈曲による胸郭の右回旋が乏しいことと、右股関節屈曲筋力の低下により右股関節の屈曲によって体幹を起こせないことを考えた。

【理学療法と結果】

理学療法は、背臥位にて右肩甲骨外転の自動介助運動により右肩甲骨外転と上方回旋の筋力強化練習を実施した。つぎに、座位にて右股関節屈曲の筋力強化練習を実施した。その結果、右肩甲骨外転と上方回旋は3に、右股関節屈曲筋力は3に向上した。起き上がり動作は、右肩甲帯の屈曲に伴う胸郭の右回旋の増大と右股関節の屈曲により体幹を起こし、長座位となることができた。

【考察】

起き上がり側への胸郭の回旋は、起き上がり側の肩甲帯の屈曲により生じる。本症例は、右肩甲骨外転と上方回旋の筋力向上により右肩甲帯の屈曲による胸郭の右回旋が増大した。そして、右股関節の屈曲にて体幹を起こすことができた。そのため、右肩甲帯の屈曲だけでなく、右股関節屈曲筋力の向上も本症例の起き上がり動作の獲得には必要であったと考えた。

板前として左手で料理を提供することが困難であった 左肩関節脱臼骨折術後の一症例

大澤 一輝¹⁾ 塩路 智也¹⁾ 角川 広輝¹⁾
高崎 浩壽¹⁾ 國枝 秀樹¹⁾ 林 哲弘¹⁾

1) 京都田辺中央病院 リハビリテーション部

【はじめに】

左手で料理を提供する動作が困難な左肩関節脱臼骨折術後患者の理学療法を経験した。左前方リーチ時の左肩関節と胸腰椎移行部の関係性を考慮した治療により、良好な結果を得たため、症例に同意を得て報告する。

【症例紹介】

症例は左肩関節脱臼骨折術後の60歳代の男性、職業は板前である。術後13日目から外来理学療法を開始した。主訴は「左手で料理を出せない」、ニーズを「料理の提供動作の獲得」とした。

【評価】

症例は幅1mの調理台前に位置し高さ1.1mのカウンターの左前方へ料理を提供する必要があった。まず左手で皿を把持した立位から左肩関節、肘関節屈曲が生じ、カウンターの高さに皿を持ち上げた。つぎに過度な左肩甲骨挙上、上方回旋が生じ、僅かな左肩関節外転に伴い左上肢を左前方へリーチした。しかし、左肩関節外転は乏しく胸腰椎移行部伸展、右側屈が生じるも皿をカウンター上の目標位置まで運べなかった。

以上より、左肩関節外転が乏しく胸腰椎移行部伸展、右側屈により左上肢の高さを維持することで、胸腰椎移行部屈曲、左側屈は生じずリーチ距離が得られないと仮説した。関節可動域測定は左肩関節外転120°で左前方リーチに十分な可動域であったが、徒手筋力検査は左肩関節外転筋力2であった。

【理学療法と結果】

理学療法は側臥位でゴムバンドを用い、左肩甲骨挙上が生じないように注意しながら左肩関節外転筋の筋力増強練習を実施した。結果、過度な左肩甲骨挙上、上方回旋は軽減し、左前方へリーチするための胸腰椎移行部屈曲、左側屈に伴う左肩関節外転が生じ、料理の提供が可能になった。徒手筋力検査は左肩関節外転筋力4へ向上した。

【考察】

症例の左前方リーチ動作は、リーチ距離確保のための胸腰椎移行部屈曲、左側屈に加えて左上肢の高さを維持する左肩関節外転が重要と考えた。よって、左肩関節外転筋力の向上によりリーチ距離が延長し料理の提供動作の獲得に至った。