

セッション 5 運動器理学療法/測定・評価

座長： 本田 裕貴

演題番号19 都田 流平

	質問	回答
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・初期評価までの期間はどのような介入を行っていたのでしょうか？</li> <li>・PMSはリハ時間以外に行くとされていますが、誰が介入したのでしょうか？</li> <li>・介入頻度は20回×5としてありましたが、それは1回で5セットなのか、1日で5セットに分けて行ったのかを教えてください</li> </ul>	未回答

演題番号20 平尾 総康

	質問	回答
1	オステオサルコペニアへの効果的なPTアプローチについてご教授下さい	ご質問ありがとうございます。オステオサルコペニアは平均86歳と超高齢に加え栄養状態不良、筋肉量減少、体細胞量減少など不良因子が多く運動負荷量には注意が必要かと思えます。また高齢者はタンパク質の同化抵抗性や骨格筋の異化作用を有する炎症性サイトカインが高まるとされています。したがって低負荷高頻度の運動により筋の同化作用を促進し、タンパク質摂取を併用することで病態悪化予防に繋がると考えております。しかし、本研究においてオステオサルコペニアは予後不良である可能性も示唆されたため、骨粗鬆症とサルコペニアを併ししないように介入することが臨床において最も重要になると考えます。
2	入院患者の主病名の内訳はどのようになっていますか？	ご質問ありがとうございます。【骨粗鬆症群】胸腰椎圧迫骨折・大腿骨頸部骨折それぞれ半分の割合、【サルコペニア群】糖尿病を罹患している症例が22%と内訳としては最も多かったです。具体的な病名としては変形性膝関節症・仙骨骨折・アテローム血栓性脳梗塞・小脳梗塞・脳出血・外傷性硬膜下血腫・COPD・糖尿病・シャルコーマリートゥース病、緑膿菌肺炎、心不全となっております。【オステオサルコペニア群】胸腰椎圧迫骨折や大腿骨頸部骨折に加え、多様な疾患が見受けられましたが中でも糖尿病・肺炎が多い結果となりました。

演題番号21 中村 徳孝

	質問	回答
1	歩行獲得のための術後因子を検討されており、安静時痛に関しては、活動量の低下につながると考えられますが、膝関節屈曲角度に関しては歩行に必要な膝関節屈曲角度は60°程度だったと思いますが、遅延群でも100°の屈曲角度が得られています。10°の差を認めるとは言え歩行時の円滑な屈曲へ影響を及ぼすような角度でしょうか？ご返答宜しくお願い致します。	ご質問ありがとうございます。臨床を経験する中で、自動膝関節屈曲角度が不十分な症例は、遊脚期の膝関節屈曲の円滑性も不足している印象があります。角度に関しては遅延群では平均屈曲角度が100°ですが、20膝のデータを見直すと100°獲得できていない症例も9例、また最低可動域では75°の症例も含まれていた為、歩行時の円滑な屈曲が出来なかった結果、杖歩行自立の遅延に繋がったのではないかと考えております。TKAの歩容に関しては、術前の歩容が影響する等の文献もみられるため、今後は術前の機能、能力を総合的に考察材料として使用していく事で、より適切な考察が出来るのではないかと考えております。
2	膝関節屈曲の円滑性はどのように評価すればよいでしょうか？	ご質問ありがとうございます。私が臨床で膝関節屈曲の円滑性の評価で行っていることは、健側との比較や棒脚歩行になっていないか等を歩行分析の中で評価しております。定量的な評価は行っていない現状です。

演題番号22 中田 真悠子

	質問	回答
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>・術前理学療法介入頻度、介入期間はどれくらいだったのでしょうか？</li> <li>・また、介入頻度や期間による差があればご教授下さい。</li> </ul>	<p>ご質問ありがとうございます。</p> <p>介入頻度：週3回～月1回 回数：8回～39回 介入期間：2ヶ月～24ヶ月</p> <p>今回はTHA施行前に1回以上理学療法を実施した症例を術前理学療法実施群としており、介入頻度や期間は上記のようにばらつきが見られます。これらの症例は手術が決定してから外来リハビリが、開始したケースと、外来リハビリをしていく中でのちに手術が決定したケースがあり、このこともばらつきに影響しているかもしれません。介入頻度、期間での差は今回統計解析しておりません。より詳細に術前の状態や術後経過を把握していくためには介入期間も踏まえた解析が必要になると思うため、今後の課題としていきたいと考えております。</p>
2	<p>術前ではやはり疼痛緩和に対するアプローチが肝となるのでしょうか？</p>	<p>ご質問ありがとうございます。</p> <p>術前より理学療法介入を行い、下肢筋力や歩行能力、ADLの維持・向上が重要であることを今回の研究を通して考えております。主症状が疼痛である症例は非常に多く、疼痛軽減を目的としたアプローチ法の中に徒手療法や下肢筋力増強訓練、ADL指導などがあり、症例に対して最適な治療法を選択している状況です。疼痛が強い場合では歩行練習やホームエクササイズなどが十分に実施できない可能性もあるため、疼痛に対してのアプローチを行うことは必須になるかと考えます。また、術前理学療法は術後の理学療法内容を予習させることで、術後理学療法のイメージをつけ、スムーズに術後理学療法を実施していくために必要になると考え、当院では介入しております。</p>

演題番号23 松本 拓哉

	質問	回答
1	<p>下降性運動連鎖による姿勢調整アプローチの動機付けがあればご教授下さい</p>	<p>右足部外転歩行の改善を目的に、足関節背屈可動域、足部内反制動を行いました。その為、膝関節、股関節、骨盤帯と段階的に機能面の評価を行い、荷重下の骨盤帯・右下肢アライメント不良が要因と推察し、下行性運動連鎖による介入を実施しました。</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>・症例の主訴は何でしょうか？</li> <li>・歩行時の右下腿内側の張り感の原因と消失した理由はどのようにお考えでしょうか？</li> </ul>	<p>主訴は、歩行時の右下腿内側張り感になります。要因として、右足部外転位歩行により後脛骨筋の伸張ストレスにより症状を有していると考えました。右足部外転位歩行改善により、後脛骨筋の伸張ストレスが改善し、消失に至ったと考えます。</p>