

PT・OT ビジュアルテキスト

神経障害 理学療法学

contents

● 序

潮見泰藏

第1章 総論

● 神経障害と理学療法	潮見泰藏	16
1 神経系の機能と構造		16
1) 中枢神経系の機能と構造 2) 末梢神経系の機能と構造		
2 神経障害の定義		18
1) 中枢神経障害の原因と特徴 2) 中枢神経障害による症状 3) 末梢神経障害の原因と特徴 4) 末梢神経障害による症状		
3 神経障害に対する理学療法介入		21
1) 中枢神経障害における運動障害のとらえ方一臨床推論の導入 2) 理学療法の適用範囲 3) 理学療法介入時の確認事項（主として急性期）		
4 神経障害に対する理学療法の考え方		24
1) 理学療法介入のポイントを理解する 2) 神経障害患者に特有の問題を把握する 3) 理学療法介入の考え方を理解する		
5 神経障害に共通する理学療法アプローチの進め方		25

第2章 中枢神経障害と理学療法

1 脳卒中 急性期	金子純一郎, 潮見泰藏	28
◆ 症状・障害の理解		
1 疾患の概要		28
2 痘学		29
3 病態生理		30
1) 発生機序 2) 病態 3) 脳循環障害		
4 症状		33
1) 呼吸障害 2) 局在徵候：内包 3) 局在徵候：視床 4) 局在徵候：脳幹 5) 局在徵候：延髄 6) 合併症, 併存症		

5 治療	35
1) 脳梗塞急性期における治療戦略 2) 機能回復のメカニズムと治療介入	
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	36
1) 急性期理学療法の目的 2) 急性期理学療法プログラムの進め方	
2 症例紹介	38
症例) 右被殻出血、左片麻痺 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	43
1) 良肢位保持、体位交換 2) 関節可動域運動 3) 基本動作練習	
4 リスク	45
② 脳卒中 回復期	47
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	47
回復期の特徴	
2 痘学・病態生理	48
3 症状	48
1) 回復期理学療法に必要な症状の知識 2) pusher 症状 3) 言語障害 4) 失認 5) 失行 6) 注意障害 7) 認知症 8) 摂食嚥下障害 9) 他の高次脳機能障害	
4 治療	59
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	59
1) 回復期リハビリテーションの考え方 2) 脳卒中の回復期における理学療法の3つの目的 3) 回復期に求められるアウトカム 4) ADL 練習 5) 基本姿勢・動作練習 6) 廃用症候群の予防 7) 麻痺側機能の回復	
2 症例紹介	62
症例) 右大脑梗塞、左片麻痺 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	68
1) 立ち上がり・立位練習 2) 立位保持練習 3) 移乗動作練習 4) 座位保持練習 5) 介助歩行練習 6) 寝返り・起き上がり練習 7) トイレ動作練習 8) 車椅子駆動練習 9) 座位での両手動作練習 10) 非麻痺側運動 11) 麻痺側・両側運動 12) 関節可動域運動 13) その他	
4 リスク	77
③ 脳卒中 維持期	78
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	78
1) 維持期の定義 2) 類義語の整理	
2 痘学・病態生理・症状	79

3 治療	79
1) 維持期理学療法の特徴 2) 維持期における患者の計画的学習と行動変容の必要性 3) 維持期におけるリハビリテーションと機能訓練 4) 学習（姿勢・動作練習）、行動変容（練習や運動の継続）のための理論	
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）	88
1) 維持期リハビリテーションの考え方 2) 脳卒中の維持期における理学療法の3つの目的	
2 症例紹介	90
症例）左被殻出血、右片麻痺、失語症、観念失行 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	94
1) 立ち上がり練習（自主練習を含む） 2) 立位保持・バランス練習（自主練習を含む） 3) 歩行練習（車椅子駆動練習） 4) 関節可動域運動 5) 寝返り練習 6) 起き上がり練習 7) 移乗動作練習 8) 座位保持練習 9) ADL練習	
4 リスク	100
4 頭部外傷	橋本尚幸 101
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	101
2 痘学	102
3 病態生理	102
1) 頭部外傷とは 2) 発生メカニズム 3) 急性硬膜外血腫・急性硬膜下血腫・慢性硬膜下血腫の比較 4) 臨床的分類	
4 症状	107
1) 意識障害 2) 運動障害 3) 高次脳機能障害	
5 治療	110
1) 評価 2) 診断 3) 治療	
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）	112
2 症例紹介	113
症例）脳挫傷、硬膜下・硬膜外血腫、両側片麻痺 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	117
1) 急性期 2) 回復期 3) 維持期	
4 リスク	124
1) 急性期 2) 回復期・維持期	
5 脳腫瘍	金子純一郎 126
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	126
1) 脳腫瘍とは 2) 症状	
2 痘学	128
1) 概要 2) 好発年齢と好発部位	

3 病態生理	129
1) 髄膜腫 2) 膜芽腫 3) びまん性星細胞腫	
4 症状	131
1) 主な症状 2) 頭蓋内圧亢進に伴う頭痛症状の発生機序	
5 治療	131
1) 検査・診断 2) 治療	
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	133
1) 基本的な考え方 2) 症例に合わせた方針	
2 症例紹介	134
症例) 転移性脳腫瘍 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	138
1) 急性期 2) 回復期	
4 リスク	139
1) 頭痛に対する配慮 2) 運動耐容能に対する配慮	

第3章 神経筋疾患と理学療法

1 パーキンソン病	五日市克利 140
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	140
2 痘学	141
3 病態生理	141
4 症状	142
1) 4大微候 2) 歩行障害 3) リズム形成障害 4) 非運動症状 5) 症状の変動 6) 二次的な機能障害 7) その他の微候	
5 治療	147
1) 診断基準・重症度分類 2) 検査 3) 薬物療法 4) 外科的治療とその他の治療	
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	153
2 症例紹介	154
症例) パーキンソン病 (on 時: ステージⅢ～Ⅳ, off 時: ステージⅤ) 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	158
1) 関節可動域運動, 姿勢矯正運動, パーキンソン体操 2) 筋力増強運動 3) 基本動作練習, バランス練習 4) 歩行練習, 応用歩行練習 5) ADL指導	
4 リスク	165

② 脊髄小脳変性症	五日市克利	166
◆症状・障害の理解		
1 疾患の概要		166
2 痘学		168
3 病態生理		168
4 症状		169
1) 小脳性運動失調 2) 感覚性運動失調 3) 眼球運動異常 4) 錐体路微候 5) 錐体外路微候 6) 自律神経障害 7) その他の症状		
5 治療		172
1) 重症度分類 2) 検査 3) 薬物療法 4) その他の治療		
◆理学療法の理論と実際		
1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）		176
2 症例紹介		177
症例) 脊髄小脳変性症（SCA1 疑い）【重症度分類Ⅲ度（旧厚生省研究班）】 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク		
3 理学療法の実践		180
1) 体幹の安定化と四肢の協調性練習 2) 基本動作・バランス練習および筋力増強運動 3) 重錘負荷・弾性緊縛帶の導入 4) フレンケル（Frenkel）体操 5) ADL指導 6) 呼吸理学療法、嚥下指導		
4 リスク		186
③ 筋萎縮性側索硬化症	金子純一郎	188
◆症状・障害の理解		
1 疾患の概要		188
2 痘学		188
3 病態生理		189
4 症状		189
5 治療		190
◆理学療法の理論と実際		
1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）		191
1) 評価のポイント 2) 呼吸障害に対する理学療法の進め方		
2 症例紹介		194
症例) 筋萎縮性側索硬化症 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク		
3 理学療法の実践		198
1) 歩行動作の維持 2) コミュニケーションの確保		
4 リスク		199

④ 多発性硬化症	小林麻衣	200
◆症状・障害の理解		
1 疾患の概要		200
1) 多発性硬化症とは 2) 病型 3) 視神経脊髄炎、視神経脊髄炎関連疾患と視神経脊髄型多発性硬化症		
2 痘学		204
3 病態生理		206
4 症状		207
1) 病巣に対応した症状 2) 多発性硬化症に特有、あるいは脱髓に由来する症状 3) 障害度評価 4) 予後と予後因子 5) 病型と経過		
5 治療		214
1) 急性増悪期 2) 再発予防・進行抑制 3) 対症療法		
◆理学療法の理論と実際		
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)		216
1) 急性期 2) 回復期 3) 安定期		
2 症例紹介		218
症例) 多発性硬化症 (再発寛解型) 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク		
3 理学療法の実践		223
1) 急性期 2) 回復期 3) 安定期		
4 リスク		224
⑤ 進行性筋ジストロフィー	垂澤 力	226
◆症状・障害の理解		
1 疾患の概要		226
2 痘学		226
3 病態生理		226
4 症状		227
1) 自然経過 2) 機能障害の特徴		
5 治療		232
1) 検査 2) 診断 3) 治療		
◆理学療法の理論と実際		
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)		232
1) 歩行期 (ステージⅠ～Ⅳ) 2) 車椅子期 (ステージⅤ～Ⅷ) 3) 臥床期 (呼吸管理適応期) (ステージⅧ)		
2 症例紹介：歩行期		233
症例A) デュシェンヌ型筋ジストロフィー：歩行期 (ステージⅢ) 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク		
3 理学療法の実践：歩行期		237
1) 関節可動域運動 2) 運動の実際 3) デュシェンヌ型筋ジストロフィーにみられる筋の短縮の検査 4) 筋力維持練習		

4 症例紹介：車椅子期	239
症例B) デュシェンヌ型筋ジストロフィー：車椅子期（ステージVI）	
1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
5 理学療法の実践：車椅子期	242
1) 関節可動域運動 2) 呼吸障害に対する理学療法	
6 リスク	244
1) 過用 2) 過伸張 3) 成長期の左右非対称な動作・姿勢 4) 循環障害	
5) 日常生活での注意	
⑥ 多発性筋炎・皮膚筋炎	小林麻衣 246
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	246
2 痘学	248
3 病態生理	248
4 症状	249
1) 経過 2) 症状 3) 重症度分類 4) 予後	
5 治療	252
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）	253
1) 介入のタイミング 2) 運動療法	
2 症例紹介	254
症例) 皮膚筋炎、間質性肺炎合併 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方	
2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	257
1) 急性期 2) 亜急性期～慢性期	
4 リスク	259

第4章 末梢神経障害と理学療法

① 絞扼性末梢神経障害（胸郭出口症候群）	加藤宗規 261
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	261
2 痘学	261
3 病態生理	262
1) 腕神経叢の解剖 2) 胸郭出口症候群の病態生理	
4 症状	263
1) 絞扼性末梢神経障害 2) 胸郭出口症候群 3) 末梢神経の構造と損傷分類	
5 治療	267
1) 胸郭出口症候群の検査 2) 絞扼性末梢神経障害の検査 3) 胸郭出口症候群の治療	
4) 絞扼性末梢神経障害の治療	

◆理学療法の理論と実際

1	一般的な理学療法介入の考え方（方針）	272
1)	急性期 2) 慢性期	
2	症例紹介	275
症例)	左胸郭出口症候群 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3	理学療法の実践	282
1)	適切な姿勢や動作の指導 2) リラクセーション 3) 関節可動域運動 4) 筋力増強トレーニング	
4	リスク	287
2	2 ギラン・バレー症候群	小林麻衣 288
◆症状・障害の理解		
1	疾患の概要	288
1)	ギラン・バレー症候群とその病型 2) フィッシャー症候群（ビックアースタッフ脳幹脳炎）などの特殊病型	
2	疫学	292
3	病態生理	292
4	症状	293
1)	経過 2) 症状 3) 重症度分類 4) 予後	
5	治療	296
◆理学療法の理論と実際		
1	一般的な理学療法介入の考え方（方針）	297
2	症例紹介	298
症例)	ギラン・バレー症候群（急性運動性軸索型ニューロパシー） 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3	理学療法の実践	301
1)	発症～極期 2) 極期～回復期 3) 生活期	
4	リスク	305

第5章 他の神経疾患と理学療法

1	脊髄疾患	加藤宗規 307
◆脊髄の解剖		
1	脊髄と髄膜	307
2	運動と感覚の伝導路	308
1)	下行路 2) 上行路	
3	脊髄と脊椎	309
4	脊髄障害	309

◆症状・障害の理解：①横断性脊髄炎

1 疾患の概要	311
2 痘学	312
3 病態生理	312
4 症状	312
5 治療	313

◆症状・障害の理解：②脊髄空洞症

1 疾患の概要	313
2 痘学	313
3 病態生理	314
4 症状	314
5 治療	315

◆症状・障害の理解：③脊髄血管障害

③-A) 脊髄血管奇形

1 疾患の概要	316
2 痘学	317
3 病態生理	317
4 症状	318
5 治療	318

③-B) 脊髄梗塞（前脊髄動脈症候群）

1 疾患の概要	318
2 痘学	319
3 病態生理	319
4 症状	320
5 治療	320

③-C) 脊髄出血

1 疾患の概要	320
---------	-----

◆理学療法の理論と実際

1 一般的な理学療法介入の考え方（方針）	320
----------------------	-----

- 1) 障害部に対する介入 2) 残存機能の廃用症候群の予防
- 3) 残存機能のさらなるトレーニング 4) 異常感覚、筋緊張亢進に対する物理療法
- 5) 基本動作：歩行 6) 基本姿勢：座位 7) その他の基本姿勢・動作練習
- 8) ADL, IADL練習

2 症例紹介	324
--------	-----

- 症例) 急性横断性脊髄炎 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方
- 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク

3 理学療法の実践	329
1) 廃用症候群の予防 2) 残存機能のさらなるトレーニング 3) 基本姿勢・動作練習 4) ADL, IADL 練習	
4 リスク	337
② 脳血管障害患者の精神症状	仙波浩幸 338
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	338
2 痘学	339
3 病態生理	340
4 症状	340
5 治療	341
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	341
2 症例紹介	343
症例) 脳梗塞右片麻痺, うつ病を合併 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	345
うつ状態患者の対応	
4 リスク	346
③ 認知症	仙波浩幸 347
◆症状・障害の理解	
1 疾患の概要	347
2 痘学	348
3 病態生理	349
4 症状	349
5 治療	350
◆理学療法の理論と実際	
1 一般的な理学療法介入の考え方 (方針)	351
1) 理学療法評価 2) 理学療法プログラム 3) 理学療法の実施	
2 症例紹介	353
症例) アルツハイマー型認知症, 肺炎後の廃用症候群 1) 本症例に対する理学療法介入の考え方 2) 実際のプログラム例と予想されるリスク	
3 理学療法の実践	355
1) 認知症者の理解 2) 認知症者の評価 3) 理学療法のアプローチ	
4 リスク	356
● 索引	357