

4

腰仙部神経根障害に対する術後理学療法

木澤清行

神戸百年記念病院 リハビリテーション部

Point

- 1 脊椎の機能解剖と手術方法を理解しましょう。
- 2 個々の身体的特徴を理解して術後理学療法を実践しましょう。
- 3 術前評価から術後の問題点を想定し、術後理学療法につなげましょう。

はじめに

高齢化社会の訪れとともに、整形外科を受診する患者は年々増加しています。そのなかには、腰部脊柱管狭窄症や腰椎変性すべり症、圧迫骨折などから腰仙部神経根障害をきたす変性疾患が多く見られます。これらの症例に対し、保存療法や手術療法などさまざまな整形外科治療と理学療法を組合せ、除痛目的に日々診療がされています。

本章では、腰仙部神経根障害に対する理学療法を術前から術後にかけて解説します。

腰仙椎部の機能解剖

術後の理学療法を実践するためには、脊椎の機能解剖を理解する必要があります。ここでは一部を解説しますが、詳細は解剖書などで理解を深める必要があります。

上位腰椎（L1～4）の椎間関節は、ほぼ垂直方向に向き、矢状面に対して中等度もしくは強度の傾斜を示します¹⁾。この関節の運動性は矢状面での運動には都合がよく水平面での回旋の運動には不利となります。また、腰仙移行部（L5～S1）の椎間関節面は、通常、腰部の他の関節面に比べて前額面に近いとされています¹⁾（図1）。一般的に腰仙

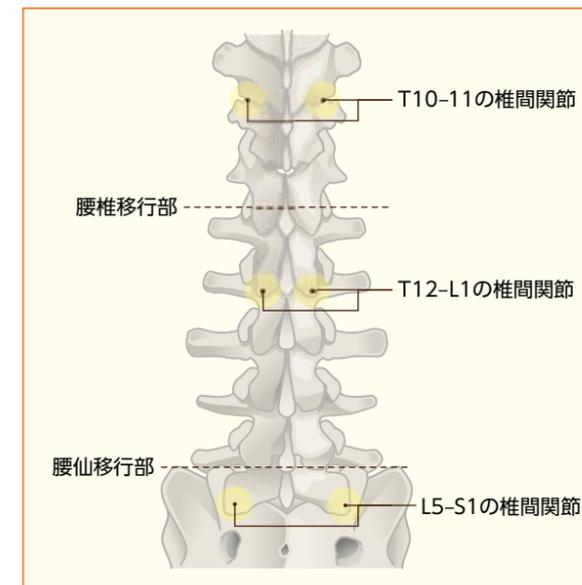


図1 胸腰椎移行部と腰仙椎移行部の後面図
椎間関節の関節面の向きが変化します。個体差もあるため注意が必要です。

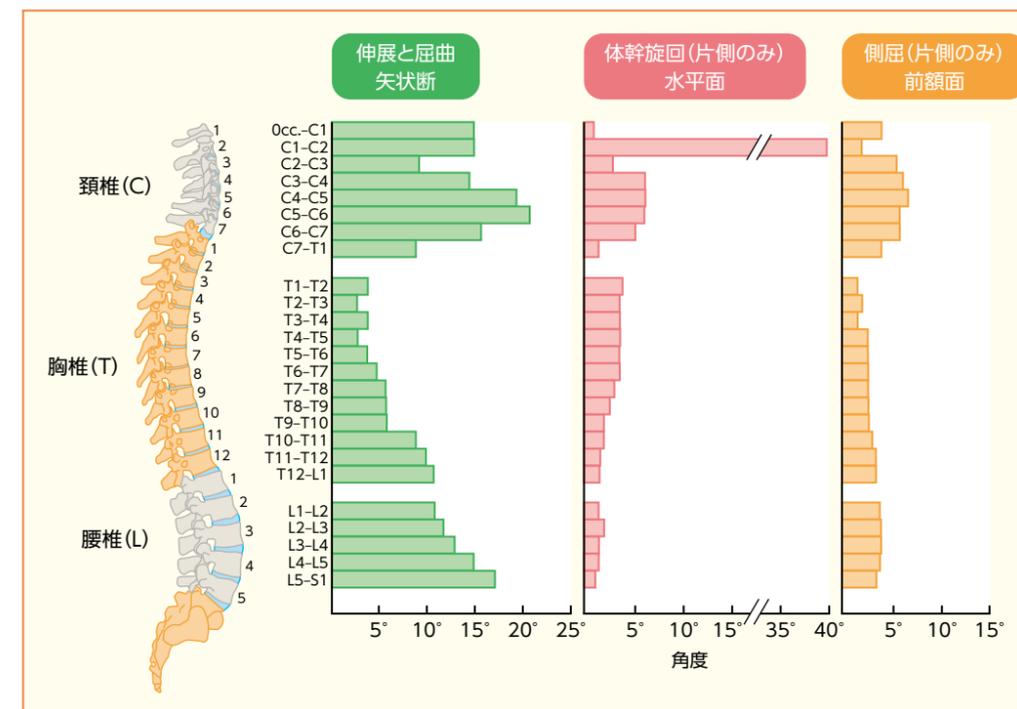


図2 頸椎、胸椎、腰椎の最大可動域（文献^{1, 2)}より引用）

角は40度であり腰椎前弯が増大すると前方剪断力が増加し、さまざまな靭帯による結合組織性の支持と前額面に近い椎間関節面による骨性の支持により安定性が保たれています。さらに胸椎では、腰椎と異なる機能性があり、このような脊椎全体の運動性と支持性の機能解剖を理解しておくことは、手術方法の理解や術後理学療法を実施するうえで大変重要になります（図2）。対象となる症例では、

これらの機能性が変性により破綻している可能性が高いことも理解しておく必要があります。

術前評価と術前理学療法

術後の理学療法を実践するうえで身体的特徴を把握するための術前の評価が必要不可欠になります。一般的に疼痛、