

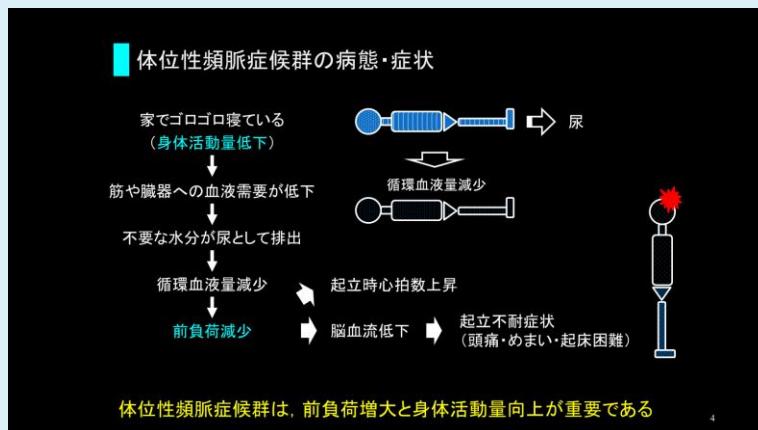
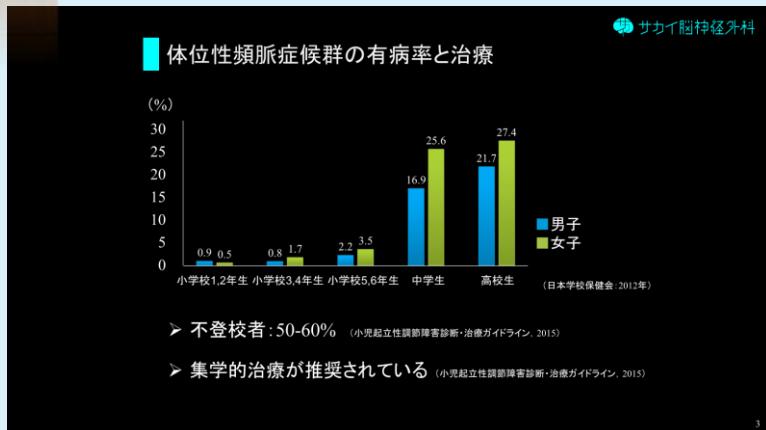
「小児・思春期の頭痛を伴う体位性頻脈症候群患者に対する集学的治療の有効性」

演者：足立功浩 共演者：酒井直人, 金原一宏, 永井量平, 伊澤伸太郎, 中嶋研人, 今村美聖, 有菌佳代子, 高橋大生, 有菌信一

目的:

「小児・思春期の頭痛を伴う体位性頻脈症候群患者に対する理学療法を加えた集学的治療の有効性を示す」

以下は、発表した資料になります。ご協力いただきました皆さまに感謝申し上げます。



方法

対象: 2022年7月~2023年6月に当院を受診した小児・思春期患者 (6-18歳)
診断名: 体位性頻脈症候群
評価項目:

基本情報	性別, 学年, BMI, 罹患期間, 登校状況, 重症度など
頭痛評価	頭痛頻度, 強度, 部位など
起立試験	血圧 (収縮期血圧, 拡張期血圧), 心拍数, 所見
ADL	HIT-6 (ADL障害度)
心理評価	PCS, HADS
QOL	EQ-5D-5L

評価時期: 理学療法初回時・4週後・8週後
倫理: サカイ脳神経外科臨床研究倫理委員会 (SNC2023-01) の承認を得て実施した

医師・看護師・精神科医師

【当院医師による薬物療法】
頓服: NSAIDs, アセトアミノフェン, スマトリプタン, リザトリプタン
内服: ミドリン塩酸塩, ワクシニアウイルス接種家兔炎症皮膚抽出液, アミトリプチリン, アリビプラゾール

【看護師】
・治療計画の説明
・質問への対応
・治療目的と期待される結果の共有
・服薬スケジュール管理
・通院予定管理
・生活指導 (睡眠, 食事等)
・水分摂取の指導

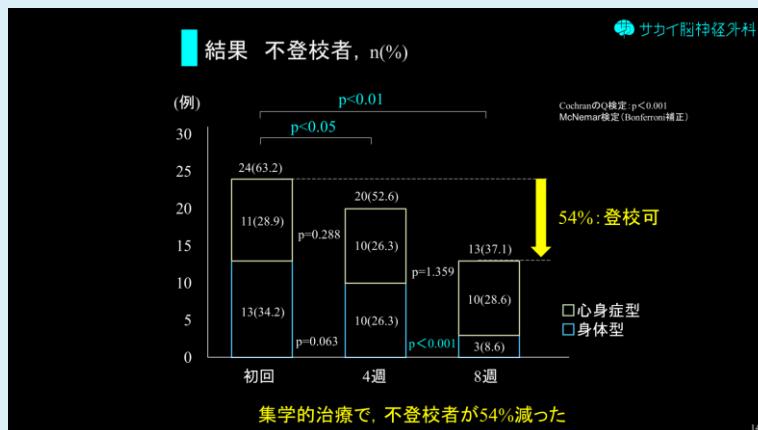
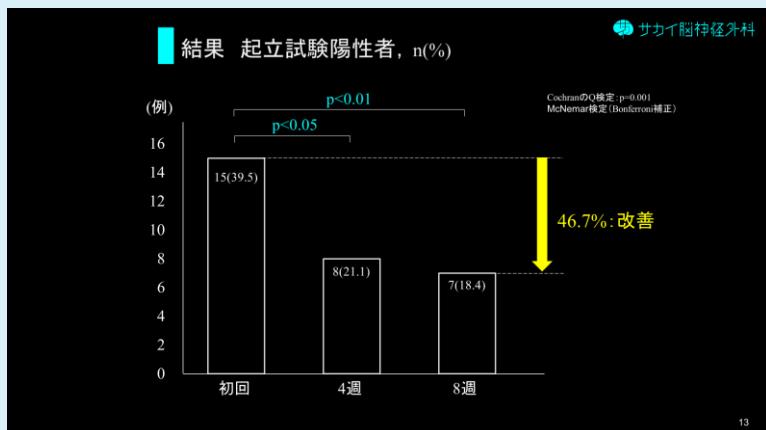
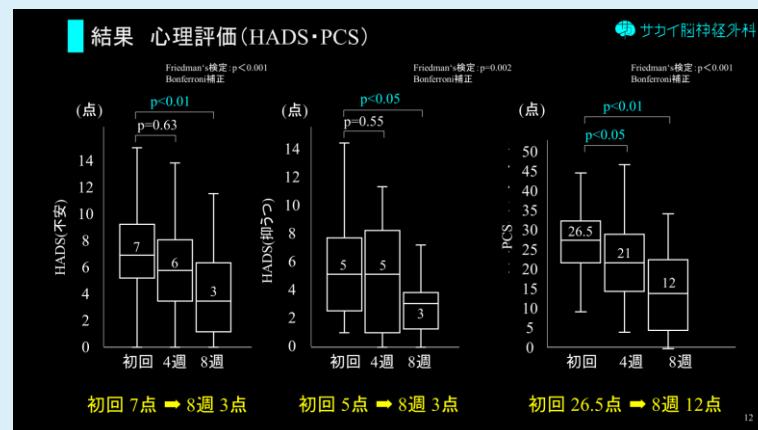
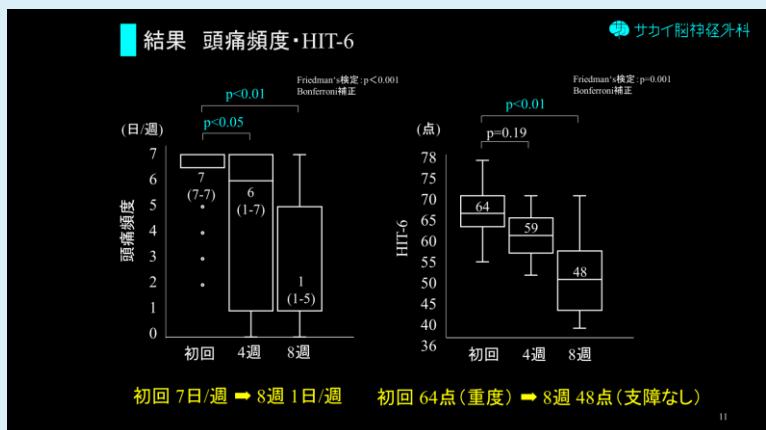
【精神科医師】
・カウンセリング
・薬物療法
・ポリチオキセチン
・レンボレキサント

理学療法

運動療法の例

- > 40分, 1回/週
- > 運動療法 (循環動態改善, 下肢体幹筋力増強)
- > ホームエクササイズ (頭痛体操, ウォーキング30-40分・週3回)
- > 徒手療法 (リラクゼーション)
- > 物理療法 (血流増大)
- > マニピュレーション
- > 患者指導 (痛みの教育など)

・負荷量増大
・同負荷での心拍数減少



当院の治療は、約8週の治療期間で起立試験陽性者が約47%改善し、不登校者の約54%が減少しました。

体位性頻脈症候群患者の改善には、筋や臓器での血液需要量が増大していないと水分摂取や薬物療法だけでは、循環血液量の増大効果が不十分であったことが示唆されました。今回、集学的治療に理学療法が加わり、運動療法やホームエクササイズを行ったことが、身体活動量を高められ、より多くの患者さんが改善したと考えられました。

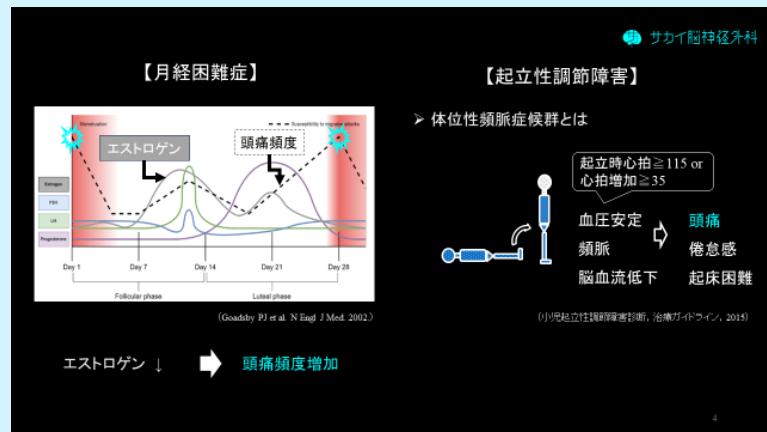
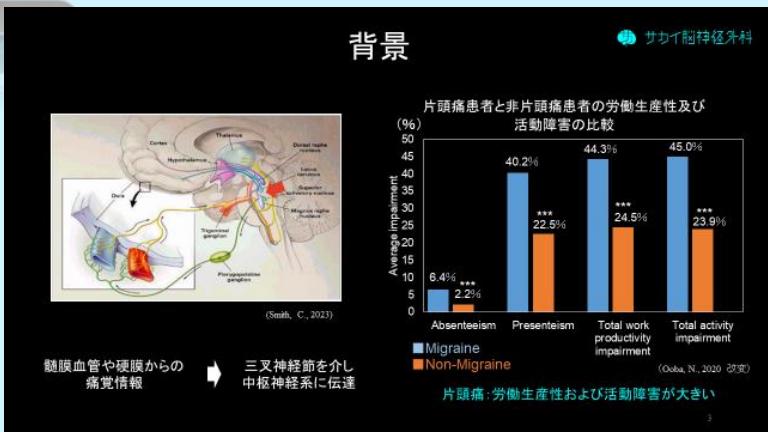
「慢性片頭痛に月経困難症と起立性調節障害を合併し、社会生活が困難になった女性患者に集学的治療が有効であった1例」

演者：今村美聖 共演者：酒井直人, 金原一宏, 足立功浩, 伊澤伸太郎, 永井量平, 中嶋研人, 有蘭佳代子, 高橋大生, 有蘭信一

目的:

「慢性片頭痛に月経困難症と起立性調節障害を合併した女性症例に対する集学的治療の有効性を報告」

以下は、発表した資料になります。ご協力いただきました皆さまに感謝申し上げます。



これらの3疾患は頭痛を引き起こすことがあり、臨床の場合においても合併した症例に携わることがあります。しかし、3疾患を合併した報告は少なく、認知度は低い状況です。

症例

22歳 女性 職業:理学療法士
160cm 47kg BMI:18.3kg/m²
診断名:慢性片頭痛, 月経困難症, 起立性調節障害
頭痛による遅刻・早退歴:1日/月以上
フォワードヘッドポスチャー

現病歴:中学生の頃から、閃輝暗点を伴う頭痛あり。
頭痛が原因で欠席することがあったが、受診せず市販薬にて対応。
頭痛頻度・強度が増加したため、X年に当院を受診。

本発表はヘルシンキ宣言に基づき、口頭にて説明を行い同意を得ている

主訴

- 身体的**
 - この症状は改善するの?
 - 食欲不振による体重減少
- 精神的**
 - 休みの日もだるさがあるため外出ができない。
 - リフレッシュができない。
- 社会的**
 - 本当は出勤したいが、体調が悪くできない。
 - 職場に迷惑をかけてしまっているのではないか。
 - 勉強会への参加困難。

経過

入職直後 → CGRP関連抗体製剤使用 → 婦人科へ紹介 → 起立検査実施

薬物療法: CGRP関連抗体製剤, 子宮内膜治療剤, ミドドリン塩酸塩

理学療法: 徒手・物理療法, 運動療法

看護師: 生活指導・自己管理能力の向上, 十分な水分摂取・食事・睡眠指導

初期評価

頻度: ≥ 15 日/月(1週間に3回以上)
VAS(強度): 57mm(1週間平均) 82mm(最大)
HIT-6: 70(重度)
HADS: 不安3点, 抑うつ4点
PCS: 合計40点
反芻18点, 無力感13点, 拡大視9点

頭痛評価

【筋力ポイント】
屈曲 48°
伸展 49°
回旋 右68°/左52°
側屈 右40°/左39°
(Easy-angle使用)

頭痛に対する治療

薬物療法: 予防薬:ロメジリン塩酸塩, 頓服薬:エトリプタン

理学療法: 徒手療法・物理療法・マニピュレーション, ホームエクササイズ(上記を含めた4種)

看護師: 自己管理能力向上: 頭痛ダイアリー記載, 服薬管理

治療前 vs 治療後

治療後: CGRP関連抗体製剤開始

最終評価

【初期】
頻度: ≥ 15 日/月
VAS(強度): 57mm(1週間平均) 82mm(最大)
HIT-6: 70点
HADS: 不安3点, 抑うつ4点
合計40点
反芻18点, 無力感13点, 拡大視9点

【最終】
頻度: ≤ 4 日/月
VAS(強度): 0mm(1週間平均) 0mm(最大)
HIT-6: 36点
HADS: 不安0点, 抑うつ0点
合計1点
反芻0点, 無力感0点, 拡大視1点

体重: 43kgから47kgに増加

月経困難症に対する治療

婦人科医師: 子宮内膜症治療剤処方
症状: 月経時の吐気・気分不良 改善

起立検査結果

症状: 朝の起床困難・倦怠感あり
起立性調節障害疑い(X+11ヶ月)

起立検査実施

起立性調節障害に対する治療

薬物療法: ミドドリン塩酸塩

理学療法: 心肺機能向上, 血圧安定

看護師: 【生活指導】水分摂取量や睡眠時間の指導など

起立検査

初期 vs 最終

最終経過

片頭痛, 月経困難症, 起立性調節障害

入職直後 → 現在

薬物療法: CGRP関連抗体製剤, 子宮内膜治療剤, ミドドリン塩酸塩

理学療法: 徒手・物理療法, 運動療法

看護師: 生活指導・自己管理能力の向上, 十分な水分摂取・食事・睡眠指導

初めに片頭痛に対する治療を行ったことで片頭痛が改善、次に顕在化された月経困難症に対する治療を行ったことで改善、最後に顕在化した起立性調節障害に対する治療を適切に行ったため改善しました。今回病態が複雑化していたが、潜在していた問題が顕在化した際に多面的評価、集学的治療を行うことで改善が得られたと考えられました。

「当院外来理学療法通院中のパーキンソン病患者の痛みの特徴」

演者：伊澤伸太郎 共演者：酒井直人, 金原一宏, 永井量平, 足立功浩, 中嶋研人, 今村美聖, 有菌佳代子, 高橋大生, 有菌信一



演者

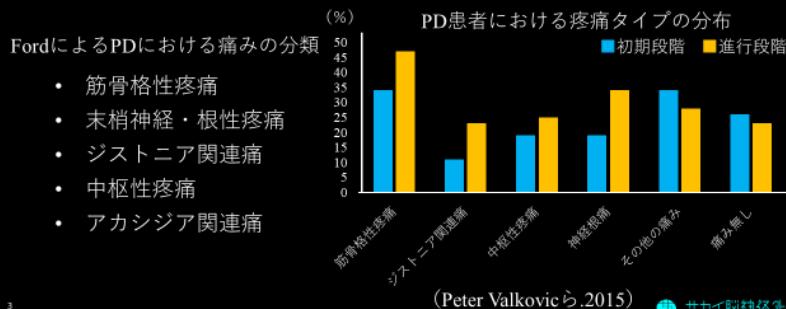
目的:

「当院の外来理学療法通院中のパーキンソン病患者の痛みの特徴を報告する」

以下は、発表した資料になります。ご協力いただきました皆さまに感謝申し上げます。

背景

PD患者の痛みの有病率は68-95%と報告(Carsten Buhmannら.2020)



パーキンソン病患者の痛みの有病率は68-95%と報告されています。Fordによるとパーキンソン病における痛みの分類は筋骨格性疼痛、末梢神経・根性疼痛、ジストニア関連痛、中枢性疼痛、アカシジア関連痛に分けられ、筋骨格性疼痛と神経根性痛が最も多かったと報告されています。

方法

対象：2023年11月時点で当院理学療法介入患者30例

【評価項目】

PD的評価	● PD障害評価	Hoehn Yahr(HY)分類
	● PD総合評価	Unified Parkinson's Disease Rating Scale(UPDRS)
感覚的評価	● 疼痛強度	Visual analogue scale(VAS)
	● 腰部痛評価	日本語版Oswestry Disability Index(ODI)
身体的評価	● 疼痛部位	Pain drawing
	● 圧痛 (筋硬結)	腰殿部周囲筋肉の圧痛点
社会的評価	● QOL	EuroQol 5 dimensions 5-level(EQ-5D-5L)

倫理：対象者全員に口頭にて説明を行い、同意を得た サカイ脳神経外科

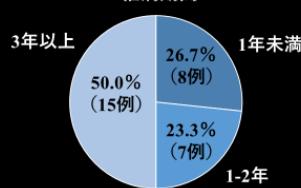
基本情報

- 年齢 59-88歳 (平均年齢71.7±7.1歳)
- 性別 17:13 (男:女)

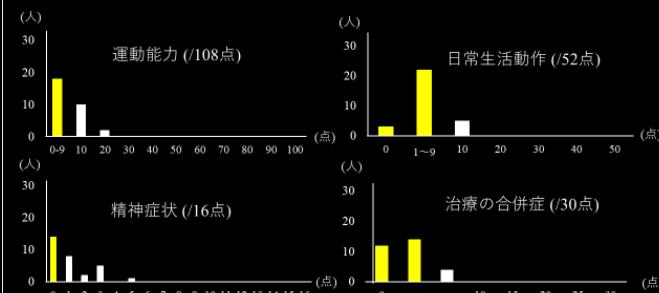
HY分類

- I 20例
- II 8例
- III 2例

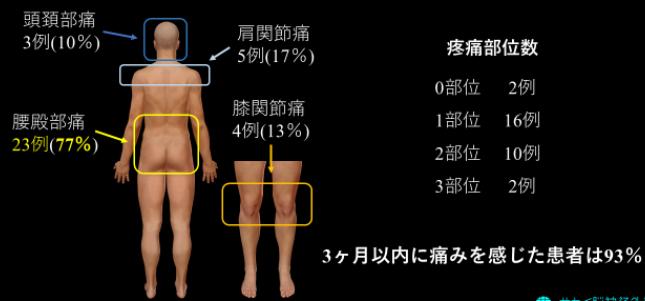
罹病期間



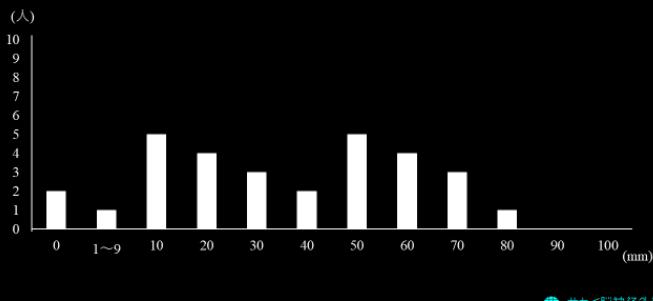
結果：PD総合評価 (UPDRS)



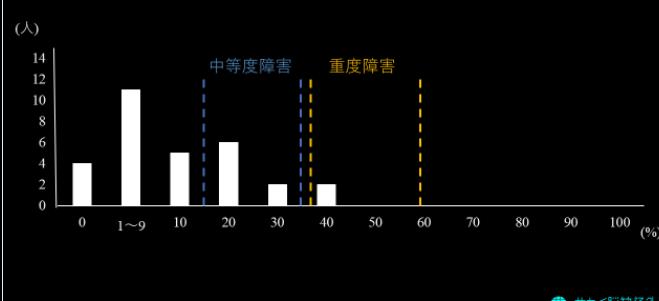
結果：疼痛部位 (Pain drawing)



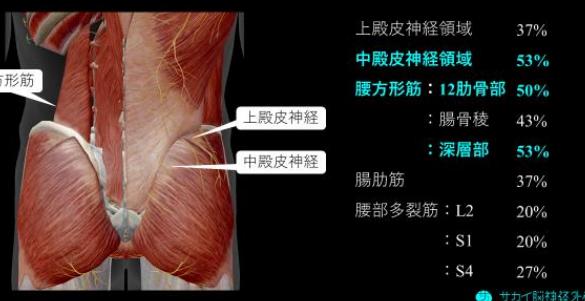
結果：疼痛強度(VAS)



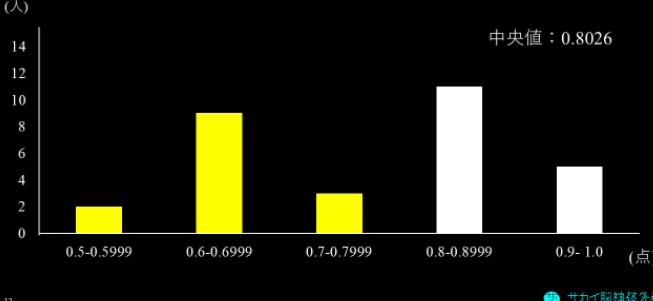
結果：腰痛評価 (日本語版ODI)



結果：圧痛所見



結果：QOL評価 (EQ-5D-5L)



考察

PDの症状が軽い患者が多い → 腰殿部痛患者が多い

93%のPD患者に痛み → 中殿皮神経領域・腰方形筋に圧痛点

筋骨格性疼痛 末梢神経・根性疼痛 → 姿勢不良や筋緊張亢進

筋緊張や姿勢に対するの評価と理学療法の実践が大切

初期段階のPDでは疼痛は最も厄介な非運動症状の一つ(K. Ray Chaudhuriら.2010)

当院に通院しているパーキンソン病患者は、軽度な患者さんが多かったが、約93%の患者さんが痛みを訴えていました。特に腰殿部に痛みを訴えていることが多く、理学療法評価により、中殿皮神経領域や腰方形筋部に圧痛点を認め、筋緊張が亢進している事が判明し、腰臀部痛の要因であると考えられました。

論文等の報告では、パーキンソン病はジストニア関連痛や中枢性疼痛、アカシジア関連痛といった疼痛があるとされていますが、当院のデータでは、早期パーキンソン病患者は、筋骨格性疼痛や末梢神経、神経根性の疼痛によって痛みを訴えている患者が多かったです。

これは、パーキンソン病患者に多く見られる前傾姿勢による脊柱起立筋(多裂筋、腰方形筋、広背筋等)の筋緊張亢進が要因だと考えられました。

そのため、早期パーキンソン病患者の筋骨格性由来の腰臀部痛は、姿勢や腰部筋群に対する治療を加えていくことが大切だと考えます。腰臀部痛の改善は、パーキンソン病患者の生活の質(QOL)を改善する可能性が示唆されました。