

視床出血のなかの約40%は四肢体幹の体性感覚の中継核である後外側腹側核を中心に発生する。しかし、その血腫は同核を越えてさらに広範囲に及ぶ。また、残りの60%の出血は他の視床核で発生する。視床核は脊髄、小脳、脳幹、大脳基底核、大脳皮質を中心として極めて機能的な線維連絡をなしている。さらに視床の周囲には内包や視床下部などが存在していることから、視床出血という診断には多種多様の病態が内在していることを知る必要がある。

■視床と周辺の機能解剖(吉尾雅春論文)

視床はほとんどの大脳皮質と相互に線維連絡している。視床核およびそれらにかかわる部位がなす機能を知ると、「視床出血＝体性感覚の障害」という短絡的な病態には結びつかなくなるだろう。視床およびその周辺を詳細に理解することによって、視床出血患者の評価や理学療法のある方が大きく変わる可能性をもっている。

■後外側腹側核を中心とした視床出血と理学療法(山口祐太郎論文)

視床出血の好発部位として視床膝状体動脈や視床穿通枝動脈領域があり、その灌流域である後外側腹側核(ventral posterior lateral nucleus; VPL核)損傷の頻度は高い。それにより視床損傷による問題は感覚障害とよく言われる。しかし、VPL核の周囲には感覚以外の中継核もあり、運動、情動、認知機能にかかわる視床核、投射線維が存在する。よって、同じ血管の出血でも血腫の進展方向により症状は異なる。視床出血症例を通して病態と理学療法内容を提示する。

■背側核群を中心とした視床出血と理学療法(中村 学論文)

視床の背側核群のうち、背内側核や背外側核は前頭前野や大脳辺縁系と、後外側核は頭頂葉と神経ネットワークでつながっている。序盤は背側核群の解剖学的知識や関連領域との神経ネットワークについて解説する。症例提示では背側核群だけでなく、他の部位への血腫進展も考慮しながら治療アプローチについて提示する。

■前腹側核を中心とした視床出血と理学療法(野田裕太, 他論文)

視床前腹側核ならびに周辺の解剖と機能について、神経核、中継核、内包の損傷という3つの面から解説した。前腹側核を中心とする出血例の頻度は低いながら、共通した臨床症状がみられた。これらの臨床症状に対する臨床推論ならびに理学療法施行上の留意点を提示する。そのうえで、これらの症例には身体機能のみでなく、患者の生活への包括的アプローチが早期から重要となる背景について述べる。

■視床・被殻混合型出血の理学療法(加賀野井博美論文)

高血圧性脳出血は、穿通枝動脈などの比較的細い血管に起こりやすく、被殻や視床といった脳の深部に起こる頻度が高い。被殻、視床の混合型出血は血腫が大きい場合や内包が破壊されているために神経症状が重篤な場合が多い。感覚、運動ともに重篤な障害を受けた高齢者の理学療法の経過、課題を報告する。