

理学療法ガイドライン—肩関節周囲炎

Clinical Question 6

炎症期の肩関節周囲炎の患者に対して理学療法士による運動療法と徒手療法の併用は推奨できるか

推奨 炎症期の肩関節周囲炎の患者に対して、理学療法士による運動療法、または運動療法と徒手療法を併用することの双方を条件付きで推奨する。

推奨の条件：あり

・安全性が担保され、かつ理学療法士が必要と判断した場合。

推奨の強さ：当該介入・対照双方に対する条件付き推奨 エビデンスの強さ：非常に弱い

作成グループ投票結果

当該介入に反対する強い推奨	当該介入に反対する条件付き推奨	当該介入・対照双方に対する条件付き推奨	当該介入の条件付き推奨	当該介入の強い推奨	推奨なし
0% 0名	0% 0名	100% 10名	0% 0名	0% 0名	0% 0名

◆CQの構成要素 (PICO)

P (Patients, Problem, Population)			
性別	指定なし	年齢	指定なし
疾患・病態	癒着性関節包炎, 凍結肩: 炎症期	その他	
I (Interventions) / C (Comparisons, Controls, Comparators) のリスト			
介入群: 運動療法 (自動運動、抵抗運動、協調運動など), および徒手療法 (関節モビライゼーション、静的ストレッチ、ホールドリラックスなど)			
対照群: 運動療法 (自動運動、抵抗運動、協調運動など) のみ			
O (Outcomes) のリスト			
	Outcome の内容		
01	疼痛	VAS	
02	肩関節可動域 (ROM)	拳上、回旋	
03	肩関節疾患治療判定基準	Constant score Oxford Shoulder Score	
04	患者立脚肩関節評価	SPADI、DASH	
05	QOL 評価	SF36	

解説

◆CQの背景

肩関節周囲炎の炎症期では、疼痛が強く出現するため、理学療法士による介入が必要である。運動療法に加えて徒手療法を行うと効果があるかどうかは不明である。運動療法と徒手療法の併用の効果と関節モビライゼーション、静的ストレッチ、ホールドリラックスなど、どのような徒手療法が良いのか明らかにする必要がある。

◆エビデンスの評価

RCT は 10 編¹⁻¹⁰であったが、その内 5 編^{1,4,6,9,10}においてデータの不足を認めた。不足データ (不足す

る各平均、各 SD) を問い合わせたが、データの提供は得られなかった。アウトカムは、疼痛、ROM、肩関節疾患治療判定基準、患者立脚肩関節評価、QOL 評価の 5 種類であり、バイアスリスク、不精確、非直接性に問題を認めたため、エビデンスの強さは「非常に弱い (D)」と判断した。

◆益と害のバランス評価

メタアナリシスの結果、両群の改善効果に有意差は認められなかった。RCT は 10 編であり、5 編^{1,4,6,9,10}においてデータの不足を認め、バイアスリスク、不精確、非直接性、非一貫性に問題を認めためエビデンスレベルは非常に弱く、判定できない。また、有害事象についての報告もなかった。益と害のバランスの点でも、どちらの介入を支持するか判定できなかった。

◆患者の価値観・希望

本 CQ におけるアウトカムの重要度は、疼痛に関する項目が最も高く、ついで ROM、患者立脚肩関節評価と有害事象の順で高かった。肩関節疾患治療判定基準と QOL 評価の重要度は中等度で、上肢筋力は最も低かった。

患者の視点として侵襲性の低さと費用の低さから受け入れやすい。

◆コストの評価

理学療法士による運動療法と徒手療法は医療保険適応内であり、両者の間の費用負担は変わらない。

◆文献・検索式は Web 掲載 <http://>

1. Russell S, et al : A blinded, randomized, controlled trial assessing conservative management strategies for frozen shoulder. *J Shoulder Elbow Surg* 2014 ; 23 : 500-507.
2. Ali SA, et al : Comparison for efficacy of general exercises with and without mobilization therapy for the management of adhesive capsulitis of shoulder - an interventional study. *Pak J Med Sci* 2015 ; 31 : 1372 - 1376.
3. Guler-Uysal F, et al : Comparison of the early response to two methods of rehabilitation in adhesive capsulitis. *Swiss Medical Weekly* 2004 ; 134 : 353-8.
4. Celik D, et al : Does adding mobilization to stretching improve outcomes for people with frozen shoulder? A randomized controlled clinical trial. *Clin Rehabil* 2016 ; 30 : 786-94.
5. Yiasemides R, et al : Does passive mobilization of shoulder region joints provide additional benefit over advice and exercise alone for people who have shoulder pain and minimal movement restriction? A randomized controlled trial. *Physical Therapy* 2011 ; 91 : 178-89.
6. Chauhan V, et al : Effect of deep transverse friction massage and capsular stretching in idiopathic adhesive capsulitis. *Indian J Physiother Occup Ther* 2011 ; 5 : 185-188.
7. Kumar A, et al ; Effectiveness of Maitland techniques in idiopathic shoulder adhesive capsulitis. *ISRN Rehabil* 2012 ; Epub. Glenohumeral posterior mobilization versus conventional physiotherapy for primary adhesive capsulitis:
- 8.
9. Akbas E, et al : The effects of additional proprioceptive neuromuscular facilitation over conventional therapy in patients with adhesive capsulitis. *Turk J Physiother Rehabil* 2015 ; 26 : 78-85.
10. Nicholson GG : The effects of passive joint mobilization on pain and hypomobility associated with adhesive capsulitis of the shoulder. *J Orthop Sports Phys Ther* 1985 ; 6 : 238-246.
11. Gutierrez Espinoza HJ, et al : Glenohumeral posterior mobilization versus conventional physiotherapy for primary adhesive capsulitis: a randomized clinical trial. *Medwave* 2015 ; 15 : e6267. doi: 10.5867/medwave.2015.08.6267.