



# MP通信

## No.32

### —目次—

1. スタティック・パルペーション・・・ 2
2. カイロプラクティックQ&A・・・・・・・・ 10
3. お知らせ・・・・・・・・12



## スタティック・パルペーション (3)

### 頸椎の触診

#### 頸椎

3年ぶりのMPSG勉強会は中間点を過ぎました。これから頸椎に入っていきます。徒手療法を行う者にとって、頸椎は難敵です。

15cmほどの狭いところに7個の頸椎が重なっています。頸椎は、他の部位と比較すると可動域が大きく、また、その個人差が大きい部位です。肋骨で固定されている胸椎や、構造そのものが可動域を制限している腰椎のような可動域ではありません。頸椎は頭を動かすということを目的に働いています。そのため、可動域だけではなく、私達が検査の対象としている可動性も、腰椎や胸椎と比べると異常に大きく、どこまで動くのだろうかと驚いてしまうほどです。また頸椎同士の境目がわからないのも頸椎の特徴です。どこを触診しているのかも、どこが悪いのかもわかりにくいのが頸椎です。

モーション・パルペーションを行うと、頸椎はグラグラとしてフィクセーションがわかりにくい部位です。初めのうちは、スタティック・パルペーションを行っても、あまりの柔らかさで、頸椎のどこを触診しているのか全くわからないことがほとんどです。



図1



図2

左上写真のような首が短く筋肉の大きな人(図1)は、頭が重く、持ち上げるのも大変です。また、触診しようと思っても、筋肉や脂肪の硬さだけが触れるだけで、椎骨までは辿り着けないような難しさです。反対に、右上写真のように痩せた女性(図2)の頸椎が触診しやすいかというところではありません。頭は持ち上げやすいのですが、女性の首は、柔らかすぎる上に、グラグラと動きすぎるため、どこにフィクセーションがあるのか全くわからないことも多いのです。

しかし、ここであきらめず、一生頸椎がわからないまま、苦手なところになってしまします。

わからなくても、MPSGの講師に聞きながら、繰り返し練習することによって、一つずつわかっていくのが頸椎の特徴です。

## 仰臥位での棘突起の触診

難しい頸椎の触診ですが、あきらめてはいけません。一歩ずつ進まなければ、頸椎はわからないままになってしまいます。

まず仰臥位における棘突起の触診について説明します。

頸椎は横から見ると前彎しています。後頭骨からC7まで直線を引くと、中部頸椎は前方に、上部と下部頸椎は後方に位置しています。ですから、仰臥位において、頸部後方から棘突起を触診すると、C2、C6、C7の棘突起は触診しやすいのですが、C3、C4、C5の棘突起は触診しにくそうに見えます(図3)。

実際、仰臥位で棘突起を触診すると、触診しやすいのはC2とC7の棘突起で、C3、C4やC5は、よほど注意して触診しなければわからないことが多いのです。

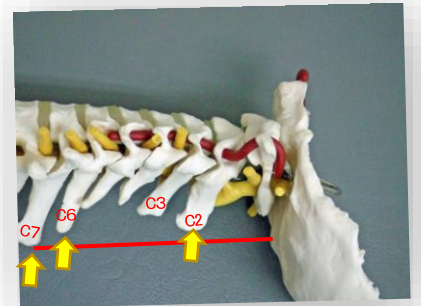


図3 C3,4,5は触診しにくい

仰臥位で、頸椎棘突起や関節突起を正確に触診するために気をつけなければならないのは、この頸椎の前彎をできるだけ小さくする操作を行うことです。

そのためには、

### ① 後頭部にしっかりとした枕を置くこと(図4)(図5)

患者の頭を手だけで支えると、非常に重くて、手が疲れてしまいます。手が疲れてしまえば、頸椎の触診はしにくくなります。そうなると思ったような頸椎治療はできないということになります。

手を疲れさせないためには、枕を有効に使うことです。

枕は頸椎の下においてはなりません。頸椎の下に置くと、枕がしゃまになり、頸椎が触れなくなります。また頸椎前彎がより一層前彎してしまいます。

使用する枕は柔らかくてはいけません。しっかりと手を支えるくらいの硬さが必要です。触診の際、術者の手背をサポートする必要があるからです。

### ② 患者の顎を軽く引くように指示する

自分で顎を上げてみればわかりますが、顎を上げると頸椎は前方に移動します。仰臥位になると、患者の顎は自然に上がり気味になります。これでは頸椎は前方に移動し、触診の難しい頸椎がより一層難しくなってしまいます。

それを防ぐ方法は、患者の後頭部に枕を置き、患者の顎を少し引くように指示することです。顎を引けば、頸椎は後方に動き、触れやすくなります。特に首が長く柔らかい患者には必須の操作です。逆に、首の太い人は、少し顎を上げると後頭部が柔らかくなり、触れやすくなります。

③ 枕の上にMP関節を置き、患者の後頭部を支え、指先で頸椎を触診する

術者の両手のひらを後頭部に置き、手背 第4,5MP関節 中手骨部を曲げ、枕で支えることによって、頸椎が触れやすい高さになり、後頭部の高さを調整します。そして手掌で後頭部、拇指球と母指で側頭部、小指で後頭骨を下方から上方に引き上げ、頸椎全体を後方に移動させます

この操作で、頸椎は後方に移動し、触れやすくなります。



図4 枕は後頭骨の下に置く  
患者は顎を引く



図5 MP関節を枕に置き、頭を支え、触診を行う

この肢位をとった後の棘突起の触診です。

その順序は(図6)

- ① まず、後頭骨中央にある飛び出し(大後頭隆起)を見つけます。
- ② 次に、指を下方に滑らせると、指が凹みにはまり込むところ、そこがC1の後結節です。
- ③ そのくぼみからさらに下方に指をすすめると、骨の隆起が触れます。それがC2の棘突起です。
- ④ そこから、より下方に10cmほど指をすすめると、再び骨に指先が触れます。それがC7の棘突起です。
- ⑤ このC2とC7の間に4個の頸椎棘突起が数珠つなぎに連なっています。C1の後結節(環椎には棘突起はない)は、後頭骨の大後頭隆起とC2棘突起の間の陥凹にあり、通常では触れることはできません。

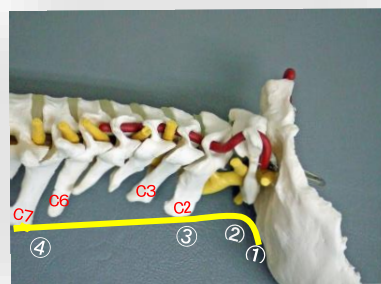


図6 黄色の線が触診の順序

## 棘突起の奇形

実際に、何度、治療を行っても、いつも棘突起の片側が固く触れ、どうしても治らないことに悩んでしまうことがあります。これは、フィクセーションが大きく、なかなか治りにくいこともあるのですが、棘突起の奇形が原因であることも多いのです。

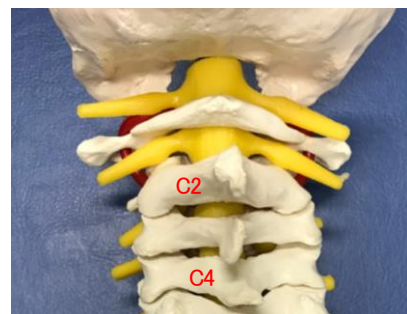


図7 棘突起の奇形(C2, C4)

頸椎はC7を除き、棘突起は二分しています。脊柱模型を見ると分かるように(図7)、左右の棘突起の長さの違いがあることが多いのです。これが棘突起の奇形です。

図7のC2、C4の棘突起は右のほうが長く大きいのがわかります。この場合、C2やC4に繰り返し治療を行っても、右の棘突起と関節突起の部分にフィクセーションが治りにくいのです。そして、その付近の症状はなかなか良くなりません。

このC2に起こる症状は、いつも右の頭の付け根が凝るとか、張るとか、右に頭痛が起こるといったことが多いものです。

これは、奇形だからあきらめていてもよいか、といえばそうではありません。繰り返しフィクセーションをしっかり治療していくと、フィクセーションは変わらなくても、凝りや頭痛というような症状は、少しずつですが軽快していくものです。あきらめてはなりません。

## 関節突起

頸椎で、検査および治療のために重要な部位は関節突起です(図8)。特に仰臥位では、この関節突起が触診できなければ頸椎治療は不可能なのです。しかし、触診する場合、この関節突起が問題なのです。関節突起の境目はわかりにくいのです。この関節突起がC3なのかC4なのか、柔らかすぎてわからないことが多いのです。

臨床において、正常の関節突起とはどんな感じで触診できるのか？ 後方変位はどんな感じなのか？ フィクセーションがあればどんな感じになるのか？ こんなこともわかりにくい部位なのです。

その場合、他の脊柱の触診感覚を思い出して、“腰椎はこうだ、胸椎はこうだ、だから頸椎も腰椎や胸椎と同じように触診してみよう”などと考えていると、残念ながら、何年経っても頸椎は“謎の椎骨”になってしまうのです。

頸椎は、他の椎骨と比較してはなりません。頸椎は頸椎として考え、触診し、治療しなければなりません。

腰椎は脊柱と上半身を支えるため、胸椎は内臓を保持するため、そして頸椎は頭を保持しながら動くために作られています。ですから、腰椎は動きにくく、胸椎はほとんど動かないのと比較すると、頸椎は動いて当然の椎骨なのです。この動きの中から動きの制限されている部位（フィクセーション）を見つけ出さなければならぬため難しいのです。



図8 C3の関節突起

実際に、仰臥位で、なんの操作も行わず、図2のような首の柔らかそうな患者さんの関節突起を触診すると、柔らかくふわふわとした筋肉の奥にある、なんだかグニャグニャとして前方に押しても、骨かどうかもわからないような部位なのです。これでは、どこが悪いかなんてわかるはずありません。

図1のような筋肉粒々で首が太く短い患者さんや太った患者さんの関節突起も難敵です。皮膚の下に脂肪や筋肉が分厚く重くなっており、力を入れて押しても関節突起にもたどり着けない状態です。

また、老人で頸椎に変形性関節症があり、痩せている患者さんは、関節突起は触診できるのだけれど、ゴツゴツだらけで、すべてがフィクセーションだと思ってしまうような人が多く見られます。

### 仰臥位での関節突起の触診

関節突起は、正常であれば触れることができないと考えてください。後方変位があれば触れることができるようになります。そして圧痛を伴うことが多くなります。ですから、関節突起を触診できて、強く押さえると痛みを訴えれば、ここには何か異常があると考えられるのです。

しかし、熟練すると、さわれないと考えられている正常関節突起も触診できるようになります。心を落ち着けて、関節突起と関節突起の境目をゆっくりと触診することを繰り返していくと、頸椎の形が目浮かぶようになってきます。すると、そこに小さなフィクセーションがあればなんとなく感じられるようになってきます。

これができるようになってくると、頸椎治療が飛躍的にうまくなってきます。

## 関節突起触診のコツ

- ① 後頭部に枕を置き、患者の顎を引かせ、頸椎を後方に移動させる。

棘突起のところで書いたように、頸椎を後弯させないと関節突起は触診しにくいのです。ただ筋肉や咽舌満で、首が太い患者さんには逆に顎を上げたほうが関節突起を触れやすくなることがあるため、患者さんの体型によって変化させ、繰り返し練習をしてください。

- ② 頸椎は 15cm のところに 7 個の椎骨が重なっているため、触診するとき、15cm を 7 等分して関節突起の幅がどのくらいかを習得する。
- ③ 脊柱模型を使う (図9)。

これが最も重要な練習方法かもしれません。

1. 最初は脊柱模型を立て、棘突起と関節突起がどのような位置関係にあるかを頭に入れながら、棘突起と関節突起を触診し、どのような形や丸みを持っているのか、その感触を会得することです。
  2. その次は関節突起と関節突起の境目である椎間関節の触診です。中指で左右に動かして、関節の大きさ、方向、触れやすさを感じます。
  3. それができるようになれば、脊柱を仰臥位にして、関節突起を触診してみます。
  4. そこで少しずつ頸椎を屈曲しながら関節突起の形、椎間関節の隙間の変化を体験します。
  5. それができれば、その上に薄い毛布を置き、関節突起を触診します。
  6. それがわかるようになれば、もう一枚毛布を重ね関節突起がわかるようになるまで練習します。
- ④ 実際の患者さんを触診する。
    1. 実際の関節突起を触診すると、患者さんによって関節突起の形や触診しやすさが異なります。
    2. 触りやすい人、やわらか過ぎて触りにくい人、ゴツゴツしすぎてどこが悪いかわからない人、頭が重すぎて触診どころの騒ぎでない人、皮下組織が分厚すぎて力が関節突起まで届かない人など様々です。
    3. しかし、これは徒手療法を行う者にとって、乗り越えなければならぬ問題です。
    4. こんなときは MPSPG の講師の先生に尋ねて下さい。きっと、何らかの解決策を教えてください。

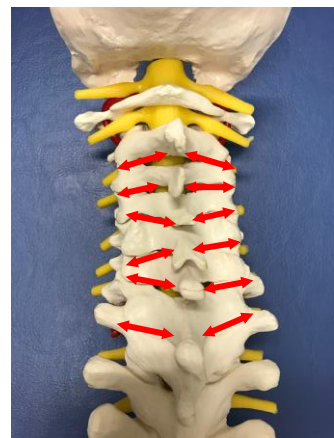


図9 関節突起の触診



⑤ C6, 7の関節突起の触診のためには、頸椎を大きく屈曲させる。

1. C6, 7の関節突起は顎を引くぐらいでは触診できません。
2. 両手で、思っているよりも大きく患者の頭を持ち上げ、屈曲しないと関節突起が触診できないことが多いのです。
3. 頸椎を屈曲しても、中指が関節突起まで届かない場合は、術者は腹を突き出し、腹に患者の頭をおいて保持し、両手を自由に使えるようにすれば、関節突起を触診できるようになります(図10)(図11)。



図10 患者の頭を持ち上げ、上腹部で支える



図11 患者の頭を持ち上げ、上腹部で支え、下部頸椎を触診する

次回は、仰臥位でのモーショントラッキング・パルペーションについて述べてみたいと思います。

## カイロプラクティック Q&A

中川先生が在米中に日本で行われたカイロプラクティックセミナーでのQ&Aをご紹介します。

23年以上前に行われたセミナーはアジャストの話が中心だったそうですが、その中でもモーション・パルペーションやモビリゼーション、患者さんの症状などの話を中心にご紹介していきたいと思います。

Q1：呼吸法のセットアップで頸椎の動く方向へ少しづつ押していくということでしたが、セットアップせずに患者をリラックスさせて頸椎に手を当てて頸椎が動くように指を動かしていく方法はのでしょうか？

非常に苦手の頸椎のテクニック、今日、中川先生のこれが悪い見本ですとか、このようにしてはいけませんということが全部自分をみているようでした。

A：セットアップを行った後、呼吸法を用いると矯正が必要であると思われる頸椎に力が集中しやすいため、比較的短時間（3～20秒）で頸椎を考えた方向に動かすことが容易です。その時、大切なことは、頸椎のモーション・パルペーションができることが前提になります。モーション・パルペーションでフィクセーションをみつけてから呼吸法を行います。この時のセットアップはきついものであってはなりません。患者がリラックスできる程度の優しいセットアップです。呼吸法をおこなうコツは患者が緊張しないことです。少し高い枕の上で患者の頭を休ませてセットアップを行えば、患者の頸部を手で持つ必要はありません。コンタクトも指先を使って矯正の方向に軽い持続圧を加えれば優しい治療法になります。またご指摘のように患者をリラックスした状態で手を当てて頸椎を動かすことも可能です。患者の緊張も少なく、術者も患者の頭部を保持する必要がないためセットアップした状態で呼吸を行うより簡単にできます。しかし力が矯正したい頸椎に集中しにくいので難しく、かえって治療時間が長くなることもあります。またその効果も思ったようには出にくいものです。

テクニックというのはできるようになったと思っても少し時間がたつと突然できなくなったりします。私もいつもその繰り返しです。

もしスランプになったら基本に戻り、ひとつずつ確実に操作を復習してください。ごくわずかな操作の間違いや見逃しが、スランプの原因であることが多いものです。

また頸椎は鎖のようなものですから、上記のテクニックや頸部筋（斜角筋、僧帽筋、盤上筋、最長筋、回旋筋、後頭下筋、胸鎖乳突筋）などを細かく分析し反射点やトリガーポイントを使って治療することも可能です。

呼吸法は特に老人や頸椎アジャストに恐怖感を持っている人に対して有効な治療法です。頸椎を治療する方法はアジャストだけではありません。どちらかといえばアジャストを行わないほうが治療のできる場合が多いのです。

〈お知らせ〉

会員の皆様にもうけて来年度 MPSG の募集をいち早くお知らせいたします。

会員の方は来年度 MPSG の受付を優先してさせていただきます。

来年度は大阪 Basic I、東京 Basic I、Basic II、Advance 1（腰痛治療）を予定しております。

先行受付期限は 11 月末までとさせていただきます。

それ以降は通常の受付とさせていただきますので来年度参加を希望される方はお早めに MPSG 事務局にお知らせください。

募集要項は会員様に封書で送らせていただいております。そちらも確認してみてください。

皆様のご参加お待ちしております。

## MPSG 事務局

〒530-0041 大阪市北区天神橋2-5-21 ヤマヤビル3階

中川カイロプラクティックオフィス内

TEL : 06-6358-1991 FAX : 06-6358-1991 E-mail : info@mpsg.jp

HP <http://www.mpsg.jp>

Facebook <http://www.facebook.com/sg.mp.52>