



—*Motion Palpation Study Group*—

M P 通 信

No.26

—目次—

1. 臨床モーション・パルペーション 1
2. カイロプラクティック診療日記 6
3. カイロプラクティック Q&A 10
4. 特別企画 12
5. 編集後記 15

臨床モーション・パルペーション (25)

膝関節障害 膝が曲がりにくい (1)



MPSG 会長
中川貴雄 D.C.

膝が曲がりにくいと訴えて来院する患者は、40 年前と比べると少なくなりました。それでも、「膝が曲がりにくい」「曲がらない」と行って来院される方は後を絶ちません。

昔は、正座ができることが当たり前で、正座ができないというのは異常であると考えられていました。家庭での食事、お寺での法要、宴会、お茶、お花など、すべてに正座が必要でした。

40 年前、アメリカに留学したときに驚いたことは、日本ではできて当たり前の正座が、ほとんどのアメリカ人はできないということでした。そして正座ができなくとも、100kg 超の女性であっても膝に異常がある人は少なかったのです。膝が痛いといって治療した患者のほとんどは、女性ではなくスポーツ障害の男性でした。それも、アメリカンフットボールなどで半月板損傷、十字靱帯断裂、内側側副靱帯損傷などを起こした急性あるいは慢性膝障害を訴える人が多かったのです。

膝関節屈曲可動域は正常で $125^{\circ} \sim 135^{\circ}$ と言われていますが、私は、腹臥位で膝を曲げ、踵がお尻につくというのが当たり前だと思っていました。ところが、アメリカでは踵がお尻につくと異常とされていたのです。お尻に踵がつくと可動性亢進、あるいは膝関節の不安定症と言われるのです。私も、今は踵がお尻につきませんが、その頃はついたため膝に異常（可動性亢進）を持つ日本人と思われていました。

最近、私が教えている大学で、若い学生に膝関節屈曲検査を教えていて驚くことは、踵がお尻につくような膝の軟らかい持ち主は激減しているということです。踵がお尻につく人は2～3割、皆、踵とお尻の距離が10～15cm位の人がほとんどなのです。「正座すると、足がしびれる？」と聞くと、「はい、10分保ちません」というような答えが返ってきます。

膝関節のモーション・パルペーションはアドバンス1で行います。その中で、膝関節屈曲検査は教科書には載っていませんが、膝を曲げていくという単純な操作で検査を行います。屈曲可動域検査の最終点で、膝の弾力性（エンドフィール）を調べるのです。屈曲可動性が正常であれば、膝屈曲最終点でのエンドフィールに弾力があり、屈曲角度が正常範囲内です。フィクセーションがある



と、健側と比べて屈曲角度が小さく、屈曲して行くにつれ弾力が失われ“ググッ”と制限があらわれます。また、大腿前面の大腿四頭筋が緊張している場合には、膝屈曲を行うと膝前面から大腿前面につっぱり感を感じます。腸腰筋が緊張している場合には、股関節前面がつっぱり、お尻が持ち上がり、ときには腰椎が前方に動きます。半月板損傷など、膝関節内に大きな問題があると、屈曲操作中、突然“ガチッ”と屈曲が止まり、それ以上まったく動かないということが起こります。

これが膝関節屈曲モーション・パルペーションにおける鑑別診断です。単に屈曲検査を行うということであれば、これで十分なのですが、膝が曲がらないという患者の症状を治療するためには十分な検査ではありません。患者の訴えは、単に曲がらないというだけではなく、正座ができない、しゃがむことができない、しゃがみ始めに痛みを感じる、膝を曲げるとき何かつかえた感じがあるなど様々です。私たちが治療を行うには、様々な訴えに対応した検査を考えなければならないのです。

一例として、正座ができないということを考えてみると、正座ができないということは膝関節に屈曲制限があるだけではありません。人間の身体はとても複雑であり、正座の治療を行うためにはたくさんのことを考えなければならないのです。

正座するためには、まず、膝が屈曲できなければなりません。それに加えて、脛骨が内旋しなければなりません。

その検査として、まず膝の屈曲可動性を調べます。正座ができないとき、屈曲検査をするとフィクセーションを感じるとともに、膝の屈曲角度が健側と比較して小さくなっている人がほとんどです。次の検査は膝関節の内旋可動性検査です(四肢モーション・パルペーション上巻 P. 94 脛骨内旋可動性検査)。正座を行うためには、脛骨の内旋可動性が必要なのです。これは腹臥位で行った方が分かりやすいと思います。この2種類の膝のモーション・パルペーションを行い、その結果に基づいた治療により、膝の屈曲制限の多くはよくなります。しかし、それでも正座ができない患者には、他の検査も必要になります。

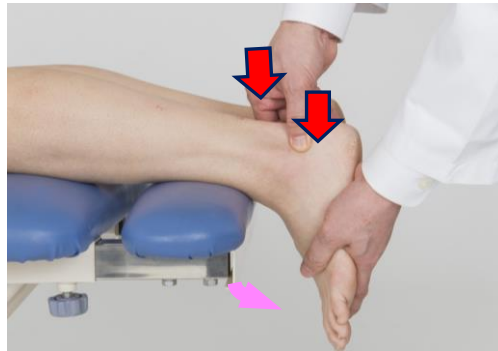


正座の際、膝だけでなく股関節も90°以上曲がらなければなりません。これはベーシックで学ぶ股関節の屈曲モーション・パルペーション検査を使って、そこにフィクセーションがあれば治療します。加えて、正座のために足関節は底屈しなければなりません。また足関節の内反が必要です。筋肉について考えると大腿四頭筋が硬縮を起こしていると、大腿前面が伸びず正座に支障をきたします。骨盤も、PI(後下方)への動き、AS(上前方)への動きが正常でなければ正座がしにくくなります。これらの運動が正常かどうかを調べてみます。これには四肢のモーション・パルペーションと脊柱モーション・パルペーションを用います。

股関節の屈曲制限は、大腿骨屈曲可動性検査(P.52)を使って検査し、フィクセーションがあれば、大腿骨屈曲モビリゼーションか、大腿骨屈曲位でのマイクロ牽引法を用いて治療を行います。仰臥位の股関節マイクロ牽引は、股関節や膝関節の間隙を広げるという効果があり非常に有効な治療法です。

足関節の底屈可動性の有無は、距腿関節の下腿前方可動性検査(P.138)、距骨下関節の距骨前方可動性検査(P.150)、距骨上方可動性検査(P.156)などで検査を行い、フィクセーションがあれば治療が必要になります。

内反制限は、距骨下関節の距骨外方可動性検査（P.152）で検査を行い、フィクセーションがあれば治療を行います。



正座ができないという患者の治療を行う場合には、膝の屈曲検査だけでなく、正座のために他の関節がどのように動くかを考え、その動きの検査（モーション・パルペーション）を行い、動きの制限された方向（フィクセーション）を明らかにし、それに応じた治療を行うことが重要です。

しゃがむことができない人の治療を考えてみると、検査として、膝関節屈曲モーション・パルペーションと共に、正座ができないときに用いる脛骨の内旋モーション・パルペーションではなく、反対方向への脛骨の外旋モーション・パルペーション（四肢モーション・パルペーション上巻 P. 92 脛骨内旋可動性検査）が必要になります。しゃがむ動作には膝関節屈曲に加えて、脛骨が外旋しなければならないからです。

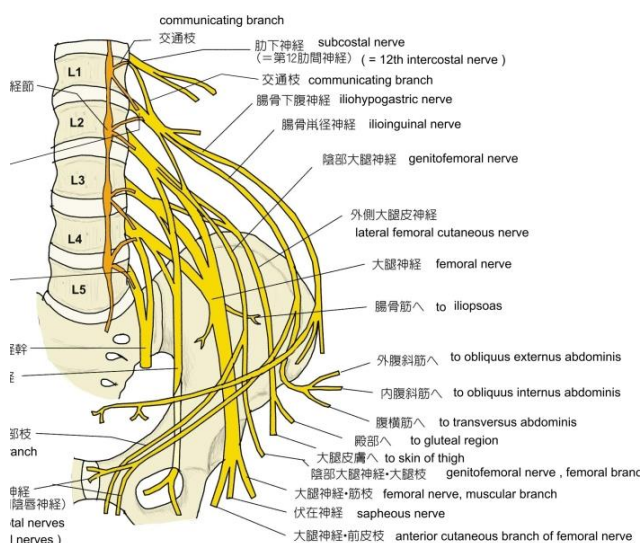
しかし、これで症状が改善できない場合には、より細かく検査を行う必要があります。その場合、足関節の背屈検査（距骨下関節距骨後方可動性検査 P.148）、外反検査（距骨下関節 距骨内方可動性検査 P. 154）、股関節屈曲 検査（大腿骨屈曲可動性検査 P. 52）、股関節外旋検査（大腿骨外旋可動性検査 P.68）、骨盤のPI 腸骨、AS 腸骨検査などを行い、フィクセーションを見つけ、それを治療しなければなりません。

（ページ番号のある検査法は、「四肢のモーション・パルペーション（上巻）」に記載しています）

大腿四頭筋や腸腰筋の治療で最も効果のあるのは、それらに対するマッサージやストレッチではありません。効果があるのは、ベーシックで学ぶ胸椎、腰椎のモーション・パルペー

ションとモビリゼーションです。考え方の中心となるのは、それらの筋肉に対する神経支配です。L2～4 からは大腿四頭筋を支配する大腿神経が出ています。L2～4 にフィクセーションが起こると、その椎間孔から出ている大腿神経の働きが低下し、その支配下の大腿四頭筋の筋力低下や過緊張がおこります。すると膝を曲げたとき、大腿前面の突っ張りや股関節や膝が詰まり感という症状が出るのです。これらを改善するために、腰椎モーション・パルペーションによってフィクセーション見つけ治療すると、遠くはなれた大腿部や膝の異常が軽快することが多くなります。

脊髄神経の働きをよくする治療によって、身体のさまざまな問題を改善させる。これがカイロプラクティックの醍醐味なのです。



MPSG で習う治療の基本は、モーション・パルペーションで見つけたフィクセーションに行います。

ここで述べた治療法の中には、MPSG で習ってない方法があります。それらは検査法であるモーション・パルペーションに少し力を加えることで、治療法として応用することが可能になります。これらの治療法と、応用するための解説をカバーした「四肢のマニピュレーション」という教科書を年内中に科学新聞社から発刊予定です。

中川貴雄のアメリカでのカイロプラクティック診療日記（4）

16才の日系二世の男子

今回は、日系二世の高校生男子を取り上げます。アメリカに移住した日本人の両親から生まれた子供を日系二世といいます。二世の子供は三世、三世の子供は四世ということになります。この高校生は非常にユニークな双子の男の子でした。二人とも陸上部に入っており、お互いが切磋琢磨して練習に励んでいました。

彼、Satoshi 君は、1998 年 11 月に来院しました。主訴は右小指の突き指でした。

1998/11/6

患者名： Satoshi Mu ■■

16 才 男性 高校生

初診日：1997/6/27

主訴：右手小指の突き指。3 週間前、バスケットボールの練習中に受傷。

現病歴：脱臼や骨折はなかったが、痛くて指の屈伸ができない。

昔受傷した右足の内反捻挫(1998/8/16) よくなっているが、
まだ寒い日などに痛む。

今回の所見：

右股関節の可動域：内旋制限 y

右大腿筋膜張筋の弱化

右短下肢長：2cm

L4：PRI、T6：PRS、C6：PLS、C1：ASLP

治療とその結果：L4 の矯正後、左右の脚長差がなくなる。

T6、C6、C1 の矯正

Satoshi 君の初診は 1997 年でした。陸上競技中に内反捻挫を起こし、いろいろな治療をしてもらったが、足首が痛くて走れないということで両親と共に来院しました。このときは、仙腸関節と L4 の矯正により、どこで治療を受けても効果がなかった内反捻挫の症状は半減しました。残っている症状は、昨年の MPSG 特別セミナーで行った内反捻挫治療を局

所に行い、ほぼ消失しました。

今回の来院(1998)は、主訴が小指の突き指だったのですが、前回の右足内反捻挫の後療も同時に行いました。

1997年の治療で内反捻挫の症状はほぼ消失したのですが、寒いときや雨天に痛みがあらわれるということはよくあることです。捻挫によって損傷した関節包、靱帯や腱の付着部は完治したと思っていても、その傷跡が残っているため、寒い日やジメジメしたときに傷跡が痛むのだと思います。

カイロプラクティック治療の特徴

カイロプラクティック治療の特徴は、症状に対して局所を治療すると共に、局所に関連する神経支配を考え、そこを治療することにあります。内反捻挫に対しては、足関節の局所治療と同時に、足関節の神経支配と関連のある仙腸関節や下部腰椎のフィクセーションを治療します。この仙腸関節と下部腰椎の治療によって、どこに行ってもよくならなかった足関節内反捻挫の症状が改善したのです。残った細かい症状には足関節を治療しました。

小指の捻挫に対してのカイロプラクティック治療は、下部頸椎や上部胸椎のフィクセーションを治療することで小指の炎症、疼痛や運動制限を治療します。支配神経の出ている頸椎のフィクセーションを治療すると、アイシング、安静、固定だけしかない捻挫の急性期や突き指に対して、驚くほど効果的な治療が可能になります。また、急性期だけでなく慢性期の問題に対しても同様に応用できるのです。

小指に対する治療は1回で終了しました。関節に腫脹はありましたが、骨折、脱臼や靱帯の断裂もなかったため、効果はすぐにあらわれました。患部には、四肢モーション・パルペーション(上肢)に記載してある「手指関節のモーション・パルペーション」を行い、みつけたフィクセーションにモーション・パルペーションを応用したモビリゼーションで治療しました。

頸椎治療によって小指の可動域や疼痛は70%ほど減少したのですが、まだ腫脹があり、指の屈伸がしにくいということなので局所治療として、小指に痛みのないやさしいモビリゼーションを行いました。すると、その場で腫脹が軽減し、指の屈伸ができるようになりました。障害によっては、腫脹があってもモビリゼーションを行うことによって腫脹が減少し、痛みや苦痛も軽減することが多く見られます。特に、上肢症状に対する頸椎治療は驚くほど

の効果をもたらします。

上肢や下肢症状に対する治療を行う場合、上肢や下肢への脊髄神経支配を考え、脊柱を治療することがカイロプラクティックの基本であり、大きな魅力なのです。これが皆さんに最も伝えたい治療の基本なのです。

環椎(C1)のリスティング

Satoshi 君の頸椎リスティングは、C1 ASLP 、C6 PLS でした。

C6 の PLS は MPSG でも使っているため理解できると思いますが、C1 のフルスパイン・リスティングは MPSG のリスティングと異なり複雑です。

ASLP というのは C1 の左上後方変位に伸展変位が加わったフィクセーションです。AS (Anterior Superior) とは C1 前面が上方変位(伸展)しているという意味なのです。L は左上方、P は左後方という意味です。L は側屈変位、特に上方変位を指し、P は上方変位のある側が後方変位であるか、前方変位であるかで用いるアルファベットが異なります。後方変位は P であり、前方変位は A とあらわします。ですから C1 のリスティングの AS の後には、ASLP と ASLA があるということになります。それに加えて AS のほかに AI というリスティングもあるのです。アメリカの大学で教えていたとき、この C1 のリスティング、特に AS、AI は わかりにくく教えにくい部分でした。治療法は MPSG で行う考え方とおなじなのです。

それであれば、それほど難しいリスティングは必要がないと考え、MPSG のベーシックでは後方変位と上方変位を学び、アドバンスⅡ(頸部痛)では、C1 の前方変位を学べばよいことにしました。

私の昔の治療

1990 年代、私は頸椎の治療法としてモビリゼーションではなく、主にアジャストメント(矯正法)を使っていました。当時の小指の突き指には頸椎矯正が著効をあらわしました。矯正後、すぐに小指の腫れが引き始め、屈伸可動域が増し、疼痛も半減しました。しかし、この効果を出すのには矯正でなくてもよいのです。MPSG で学ぶモビリゼーションでも同様の効果を得ることができるのです。

モビリゼーションは、アジャストメントのように術者も患者も緊張することはありませんし、矯正法のようにマスターするために長い時間がかかるというわけではありません。そして、モビリゼーションの一番のメリットは、患者に対してやさしく無痛で行うことができるということなのです。

Satoshi 君

Satoshi 君はユニークな高校生でした。例えば、「なぜ、まっすぐ走っているのに右足ばかり捻挫するのですか?」とか、「僕はトラックを走るのにバランスが悪いと感じているのですが、僕の右足が短いと関係があるのですか?」などと、高校一年生とは思えないような細かい質問をする子でした。

実を言うと、Satoshi 君は、今でも私のオフィスに来て治療を受けています。1997 年、アメリカで治療していた高校生が、2019 年になっても、日本のオフィスで治療を受けているのです。彼は日本に住んでいるわけではありません。日本と貿易をする仕事をしており、日本への出張のたびに治療を受けています。

彼のユニークさは大人になっても変わりません。質問と治療の要求はますますエスカレートしています。高校卒業後、陸上は止めたのですが、今はダンスをやっています。劇団四季でみるような激しいダンスのようです。「右ターンができない」「回ると頭が傾くようでバランスがとれにくい、どうすればよいのか?」「飛び上がり、着地するときに、足の母指が邪魔になる」など、熟考して治療しなければ答えの出てこないような要求が多く、治療も大変になっています。

●カイロプラクティック及び手技療法関連商品に関するお問い合わせ

株式会社 ラルゴコーポレーション

TEL 06-6866-3317 FAX 06-6866-3427

HP : <http://largo-corp.net/>

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。

Q：頸椎に何カ所かフィクセーションを見つけたとき、どこを最初にアプローチしたらよいでしょうか。

A：一番痛みを大きく訴えている部位へのアジャストメントや、どこでもいいから気が向いたところからアジャストメントを行うことは避けなければなりません。これらのフィクセーションの原因は何かということを考え、この原因に対する治療を行うことが大切です。

1. 異なった部位にフィクセーションが認められる場合：基本的には一番大きなフィクセーションに治療を行います。この治療はアジャストメントだけではなく、患者に最も適当だと思われる方法を使わなければなりません。
2. グループでフィクセーションが認められる場合：この場合は、筋肉の短縮や痙縮が原因である場合と、頸椎の退行変性で椎骨間の癒着が原因である場合が考えられます。筋肉の異常緊張がある場合は、筋肉の緊張を除くような治療を行います。すると、筋肉の緊張による二次的フィクセーションが消えてしまい、最も大きなフィクセーションがある椎骨が残ることが多いものです。もう一度モーション・パルペーションを行い、残ったフィクセーションを見つけ治療をします。

頸椎症などによって頸椎間が癒着を起こしている場合は、スタティック・パルペーションやモーション・パルペーションを行うと、頸椎が一つの塊、あるいは一本の棒のように感じられるものです。この状態に対するアプローチは、先ず筋肉に行います。緊張を起こしている筋肉をやわらかくするような治療法を用います。次い

で靱帯へのアプローチを行います。それには関節に無理な力のかからない方法、例えばモビリゼーションのように小さな力を断続的に特定の関節に加えていくような方法を使います。癒着がある場合にはアジャストメントを使ってはなりません。

3. 環椎の左右の傾きと肩の左右の傾きの関係

- a. 筋肉のバランスから考えた場合：上部胸椎や上部肋骨から起始し、環椎に停止している筋肉の働きによって肩と環椎の高さが変化します。たとえば右の肩甲挙筋が短縮を起こした場合、右の肩が上がり、環椎の右横突起が筋肉収縮のために下方に下がってしまいます。また、左の肩甲挙筋が弱くなれば、左肩が下がり、環椎の左横突起が上方に変位してしまいます。この場合、後頭骨が正常に代償作用を行えば、頭はまっすぐで傾きは起こりません。

急性の場合には、この代償作用が十分に行われないこともあります。このとき、後頭骨は環椎の傾きと同じ方向に傾くことが多いものです。

慢性症の場合は、代償不全が起こり、後頭骨が反対方向に傾斜してしまうこともあります。

- b. 脊柱の側弯から考えた場合：脊柱がC型の側弯になっている場合、肩が傾いている方の頭は同じ方向に傾いているか、代償作用が的確に行われていれば頭の傾きは環椎後頭関節で調整され、頭は水平位に保たれています。代償作用が完全でなければ、頭は肩の傾きと同じ方向に傾いてしまいます。

脊柱がS型の側弯の場合は、肩の傾きと反対方向に頭が傾くことが多いものです。この場合も代償作用が的確であれば、環椎後頭関節で調節が行われ、頭は水平位に保たれます。

- c. 環椎が側方にサブラクセーションを起こした場合：この場合は、肩の方が代償作用を起こし、環椎が下方変位を起こしている側の肩は上方変位を起こすことが多いものです。

4. 環椎横突起と茎状突起の鑑別

スタティック・パルペーションのとき、環椎横突起と茎状突起の鑑別で気をつけること

- a. 解剖学における環椎横突起と茎状突起の位置的関係です。一般には環椎横突起は側頭骨乳様突起の下端前下方にあります。茎状突起はそれより上方で乳様突起と下顎骨下顎枝の間にある陥凹部にあります。
- b. もう一つは圧痛の違いです。環椎横突起の圧痛は、茎状突起の圧痛と比較すると一般的に鈍い痛みです。茎状突起の圧痛は頭の芯に響くような鋭い痛みであることが多いものです。

5. 仰臥位における環椎横突起の固定と側方検査が難しい原因

- a. 環椎横突起の触診が確実でない場合（環椎横突起が小さい、横突起の触診がうまく出来ない）
- b. 環椎横突起に対する固定が確実でない場合：環椎横突起の固定はしっかりと行わなければなりません。この固定が確実でなければ、正しい頸椎のモーション・パルペーションはできません。
- c. 環椎に上方牽引が行われていない場合：環椎をわずかに上方に牽引することが、環椎と軸椎の間の関節の弛みを除く方法です。
- d. 環軸関節に弛みがある場合：環軸関節の弛みを除くもう一つの方法は、術者の腹部で患者の頭を支え、その圧迫によって環軸関節の間隙を小さくする方法です。この方法は若い女性のような首の柔軟性が大きな患者や、頭が重くて支えるのに大変な場合に用いることが出来ます。
- e. 首全体を側屈した場合：首全体の側方検査は、首全体を側屈するのではなく、環椎だけを側屈するため、環椎を内方から外方に向かってまっすぐに押すことがコツです。

6. 頸椎後弯症に対する対処の仕方

頸椎後弯症に対して直接カイロプラクティック・テクニックを頸椎に行ってもあまり効果がないことが多いようです。それは頸椎後弯が単に頸椎の問題ではなく、身

体全体、特に脊柱全体の問題として治療を行わなければならないからだと思います。頸椎後弯症に対する頸椎への局所治療は、効果が少ないというものの、頸椎後弯の一番大きな部位に対する治療や、頸椎後弯に対して代償作用が起こる後頭環椎関節、環軸関節の伸展変位、後頭下筋の短縮、頸椎前面筋短縮への治療を行います。

Q：寝ちがいのテクニック

A：寝ちがいとは俗語で有り病名ではありません。ですから一概に寝ちがいといっても実際の病名が何であるかわからないのです。突き指が単なる捻挫である場合も、骨折である場合も、脱臼である場合もあるというようなものです。一般には頸椎捻挫や急性頸部筋痙縮が寝ちがいと呼ばれることが多いようです。

患者が訴える症状が単純な寝ちがいではないかもしれませんので、どのような症状なのかを注意して問診しなければなりません。

そして、整形外科検査や神経学検査をおこない、椎間板ヘルニア、頸椎症、頸髄症、胸郭出口症候群などの頸椎・頸髄障害や頸部に影響を与える可能性のある疾患との鑑別診断も行わなければなりません。

一般に寝ちがいは何の原因もなく起床時などにちょっと首を動かした瞬間に痛みが起こり、首を動かすことができなくなったということが多く、精神疲労や肉体疲労に冷えが重なって起こったものが多いようです。

症状は首の前屈、後屈、側屈、回旋障害を伴う頸部痛です。上肢への放散痛やしびれがあるときは要注意です。

疼痛の好発部位は頸椎後面、肩甲骨内側縁、上部肋骨後面、肩甲骨上角付近にあります。

治療法は、熱感がありズキズキとした疼きがある場合は、患部に炎症が起こっているため 20～30 分のアイシングを 3 時間ごとに行います（家庭でも行うように患者に指示します）。これは熱感やズキズキが消えるまで行います。

熱感はなく、首を動かすときだけ痛みが走るという場合は、筋肉の硬結が認められる部位に 20～30 分、温電法を行います。

頚椎へのアジャストは痛みが激しいときは禁忌です。痛みの激しいときに行うアジャストは、一時的には効果があると思っても時間がたつと痛みが倍増することが多いのです。私の患者の中にも急性期にアジャストを受けて、一層首の痛みがひどくなりカイロプラクティックはこりこりだけど、知人に紹介されたから来院したのだという人が何人もおります。不用意に頚椎を強く触ったり、矯正すると痛みが大きくなって治りが遅くなってしまいます。

安全な方法は、首を触らずに他の部位を治療して頚椎の運動域を大きくすることです。頚椎の回旋が不能であれば、胸椎や腰椎で同じ方向にフィクセーションを起こしている椎骨を見つけ出し（胸椎部が多い）、そのフィクセーションを正常にする治療を行います。

首が右に回旋できなければ、胸椎で右回旋できない椎骨（PL あるいは RP）を検出し、右に回旋できるように治療します（これは複数の部位にしなければいけないこともあります）。この代償的な治療を上手に行えば痛みの 30～50%は減少して、頚椎運動域も増加します。

頚椎の前方変位を見つけ出し（C4、5、6 が多い）、それを治療します。（モビリゼーション、ストレイン・カウンターストレイン、斜角筋弛緩法など）決してアジャストを焦らないことです。アジャストによって逆効果になることが多いからです。そうすると、患者は治療後の痛みが恐ろしくなって治療を避けることになり、来院しなくなります。一回で患者が来院しなくなるため、施術者は一回で寝ちがいを治したと思ってしまうわけです。

頚椎回旋の最終点で痛みを訴える場合は、環椎サブラクセーションあるいは後頭下筋の硬結が疑われます。まず、後頭下筋の弛緩法を行ってから環椎のモビリゼーションを行います。また、フィクセーションのある椎骨にコンタクトした状態で手動による上方牽引を行うものの一つの方法です。この方法はやさしくゆっくりと筋肉を伸ばし、次いでフィクセーションのある椎骨を牽引するつもりで操作をします。決して強く牽引を行ってはなりません。

〈お知らせ〉

2020年4月からコースの名称が下記のように変わります。

Advance1 コース ⇒ Basic2 コース

Advance2 コース ⇒ Advance1 コース

Advance3 コース ⇒ Advance2 コース

通年行われていました Advance1 コースを「Basic2 コース」と名称が変わります。
講義の内容は変わらず年間5回おこないます。

Advance コースを受講していただくためには、Basic コースと Basic2 コースの修了
試験合格が必要条件とさせていただくことになりましたのでご了承ください。

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>