



—*Motion Palpation Study Group*—

M P 通 信

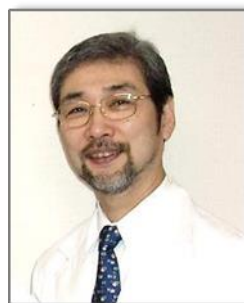
No.28

—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 5
3. カイロプラクティック Q&A 10
4. お知らせ 15

臨床モーション・パルペーション（26）

MPSGの目的 階段が上れない



MPSG 会長
中川貴雄 D. C.

駅や自宅の階段を上ると「膝が痛い」と来院される方がいます。どの辺りが痛いのですかと聞くと、「膝の前が痛い」「膝頭の中が痛い」「膝の中が痛い」「膝に力が入らない」「曲げたとき痛い」「膝を伸ばしていくとき痛い」「膝だけでなく股関節も痛い」など、“膝が痛くて階段が上がれない”ということだけでも、細かく聞いてみると訴えの種類はたくさんあるのです。

49年前、私は20代前半で、この仕事を始めました。その当時は、患者に階段が上がれないと訴えられても、私自身は階段を上がるのも降りるのもまったく苦痛がなかったため、患者の言っていることがどういうことか理解できませんでした。また、「階段が上がれない」というだけで、こんなに細かい訴えがあるとは思ってもみませんでした。治療する側が患者の訴えを理解できなければ治療にはなりません。しかし、学校では膝の細かい訴えへの検査法も治療法もほとんど教わっていませんでした。



学校で学ぶことは、臨床家として絶対に覚えなければならないことばかりです。しかし、それだけでは臨床においては十分ではありません。膝関節については、半月板損傷、オスグッド・シュラッター病や十字靭帯損傷などの疾患についての検査法は学ぶのですが、そのための治療法はなく、検査が陽性であれば、私たちが扱うことの難しい疾患として、整形外科などに転医させることが多くなります。それに比べて、私たちが日常的に扱っている「階段

を上ると膝が痛い」という不定愁訴のための検査法や治療法はまったく教わっていませんでした。当時の私は「膝が痛くて階段を上れない」と訴える患者に対して、どのような検査をすればよいのか、またどのような治療が効果的なのかを学校で教わっていなかったのでもっとわかりませんでした。しかし、患者は来院しているのですから、何かしなければなりません。ですので、問診で症状について細かく聞くことから始めました。

道を歩くときの痛みは？ と聞くと、「痛みなく、普通に歩ける」という。階段を降りるときは？ と聞くと、「痛くない」と答える。膝の既往症はない。膝を触診してみても膝関節には腫脹もなく、圧痛もない。学校で習った理学検査もすべて正常である。

学校で学んだ検査は正常ですから、患者の訴える階段を上るときどうして膝が痛いのかまったくわかりません。どうして痛くなるのかがわからないので、どんな治療をすればよいのかもわからないということになります。こうなると、手探りで痛む膝の周囲や筋肉をマッサージし、電気をかけて、温めるか、冷やすかということになってしまいます。それでよくなれば、「ラッキー！」ですが、よくならなければ、“自分の知識と技術のなさに落ち込む”か、“患者自身に問題があるのでは？”となってしまいます。

的確な検査のないまま行う治療の結果は、あいまいなものとなってしまいます。何が出るかわからないままサイコロを振って出た結果のようなものです。「階段を上ると膝が痛い」と言う症状に対する検査と治療法は、どんな本で探しても見つけることはできません。現在はインターネットである程度のアイデアは得ることができそうですが、残念なことに肝心の治療技術についてはほとんどありません。

そのとき、役立ったのは、専門学校で学んだことではなく、その当時通っていた古賀正秀先生の勉強会で学んだ検査法と治療法でした。そのときに教わっていたのが、“可動性検査法（モーション・パルペーション）と“関節面テクニック（モビリゼーション）”そして“オステオパシー矯正法” だったのです。

しかし、古賀先生からは、「膝が痛くて階段が上がれない」ときの検査法や治療法はまったく教えてもらえませんでした。ですが、膝の検査法として“可動性検査法”とその治療法の“関節面テクニック”は教わっていました。

そこで、「膝の不定愁訴に対する検査法や治療法は教わっていないが、私の知っている膝の検査法と治療法の中で、この不定愁訴に使えるのは、古賀先生に学んだ膝の可動性検査と膝の関節面テクニックではないか？」と考え、わからないまま膝の可動性検査をすべて行ってみました。すると、理学検査では正常である膝関節に、可動性減少（フィクセーション）

がいくつか見つけられたのです。可動性減少（フィクセーション）が見つければ、それを治療する方法は関節面テクニック（モビリゼーション）です。それしか知らないで、とりあえずその治療法を使い、関節可動性を正常に戻してみました。その結果、「先生、膝が軽くなったようです」、「それなら階段を上がってみて下さい」、「先生、痛くないようです」となりました。

それからは、どのような膝の症状に対しても、古賀先生に教わった膝の検査法と検査結果に基づいた治療法を使ってみました。結果は、どこに行ってもよくならなかった症状の多くが軽減したり、治癒することができるようになったのです。

患者が訴える膝の症状は様々です。また、細かく診ると同じ症状だと思えても患者によって少しずつ異なり、まったく同じ症状を呈していることはありません。残念ながら、様々な膝の症状一つ一つに対する検査法も治療法もありません。また、一つの治療法ですべての膝の症状がよくなるという方法もありません。知っている膝の治療法をすべて行ったとしても、必ず膝がよくなるということもありません。要するに、膝を治療するという事は、知っている治療法をすべて行うのではなく、治療を行う前にしっかりと検査を行い、そこにあらわれた異常だけに治療を行うことによってのみ、よい結果があらわれるということなのです。

MPSG で学ぶ膝の検査法と治療法の目的は、「検査法としてのモーション・パルペーションで見つけたフィクセーションを、マイクロ牽引法やモビリゼーションという治療法を使って適切に治療することによって、膝関節の可動性を正常に戻す」ということです。

その結果として、「膝の中が痛い」「膝に力が入らない」「膝を曲げたときに痛い」というようなさまざまな膝の症状を軽減させたり、消失させたりすることができるようになります。もちろん、1年目の方と10年目の方との技術の差はあります。しかし、気にすることはありません。その差は、治療に対する熱意や、しっかりと勉強をして練習をした年月に依じて少しずつ縮まり、気がつくとも患者の症状を軽減させるだけでなく、より細かく症状を分析できるようになります。それによって患者の信頼は厚くなり、患者とのコミュニケーションも容易になります。

最も大切なことは、患者の訴える症状に関連があると思われる関節にモーション・パルペーションを正確に行い、そこにあらわれているフィクセーションにマイクロ牽引法やモビリ

ゼーションを使って適切に治療を行うということ、そして、それをより深く探究し続けるということ。そうすれば、自分が気づかない間に素晴らしい先生に成長できるのです。

MPSG のベーシック 2 では、膝関節のモーション・パルペーションとマイクロ牽引法とモビリゼーションの基本的な技術を学びます。しかし、臨床では、検査法としてのより細かいモーション・パルペーションと、治療法としてのより細かいマイクロ牽引法とモビリゼーションが必要になります。MPSG で学んだ基本的な検査法と治療法を基礎として、「四肢のモーション・パルペーション 上巻」の膝関節 P.70～119（膝蓋大腿関節と近位脛腓関節を含む）と「四肢のマニピュレーション」の膝関節 P256～297（膝蓋大腿関節と近位脛腓関節を含む）を勉強してください。

これらの検査法と治療法がマスターできれば、どこに行ってもよくならない階段を上がるときの膝の痛み、あるいは下りるときの痛み、歩くと膝の後ろがつる、しゃがむときの膝の痛みなどの膝関節の不定愁訴に限らず、変形性膝関節症や十字靭帯手術後の膝の違和感、オスグッド・シュラッター病などですでに病変の起こってしまった膝関節の症状が軽快し、時に消失することも多くなるはず。です。

検査法の教科書



四肢のモーション・パルペーション

治療法の教科書



四肢のマニピュレーション

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（5）

38 才の女性の頸部痛

今回は、日本人の女性を取り上げます。

私の治療所は、カリフォルニア州ロサンゼルスから 15 分くらい北側のグレンデールという静かな市にあります（現在も）。黒人はほとんど住んでおらず、日本人もパラパラという町です。患者は、アメリカ人 50%、日本人 50%という構成でした。

ロサンゼルスでは、日本人カイロプラクターのところにはアメリカ人がほとんど訪れないのですが、私は、カイロプラクティック大学で教えていた関係で、教え子からの紹介が多かったため、他の日本人カイロプラクターと比較するとアメリカ人の患者が多かったようです。

アメリカ人と日本人、どちらが治療しやすいかという点、もちろん日本人です。やはり日本語が話せるというのは気持ちが楽であるからだと思います。しかし、どちらが治りやすいかと考えると、それはアメリカ人だったと思います。アメリカには親子で肩をもむとか、マッサージをするという習慣がないため、人に身体を触れてもらうという経験が少なく、身体への刺激が日本人よりも効果的だったと思われる。

今回取り上げたのは、K.K さん、38 歳の女性で 1998 年 9 月 21 日、初診でした。主訴は首の痛み、左腕のしびれ、腰痛でした。

患者名： Kyoko Ka■■■ 38 才 女性

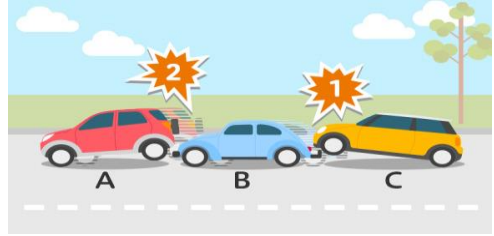
初診日：1998/9/21

主訴：頸部痛、左腕のしびれ、腰痛。

現病歴：1983 年に玉突き事故に遭い、それから首の痛みに悩まされるようになった。

Kyoko さんは、症状の軽重はあるのですが、長期にわたって首の痛み、左腕のしびれと腰痛に悩まされてきました。

「いつから症状が起こったのですか」と聞いてみると、15年ほど前（1983年）に玉突き事故に遭い、首が痛いのに無理をして、エアロビクスをやって余計に痛くなった。その後、少しよくなり、痛みは続いていたものの耐えられるくらいで



推移していたが、1989年12月に、突然寝ちがいのような頸部痛が起こり、首が動かなくなりました。耐えられなくなったため、カイロプラクティック、気功、牽引治療を受けた。「何が効いたと思いますか？」と聞いてみると、残念なことに、カイロプラクティックよりは気功や牽引の方が効いたような気がするという答えでした。1990年にMRIによる診断で、C5、C6間の椎間板ヘルニアと診断されたということでした。その後、胆石や喘息も患ったようです。

今回の所見：

両肩関節可動域制限

左斜角筋圧痛

アドソン検査：左（＋）

握力 ㊤ ①36kg ②36kg

㊦ ①36kg ②33kg

手の対立筋 筋力検査 頸椎左回旋で左筋力低下 右筋力変化なし

頸椎右回旋で左右対立筋力変化なし

右短下肢長：-1.5cm

L1：PRS

左仙腸関節可動性亢進

左梨状筋過緊張

両小胸筋過緊張

治療のための考察

交通事故の衝撃

治療を行う前に、Kyokoさんの症状は何が原因で起こったのだろうかと考えました。症状が起こったのは1983年の玉突き事故後からなので、これが原因だと考えました。交通事故の治療で気をつけなければならないのは、主症状の起こる部位だけの治療では思ったような治療効果はあられず、身体全体を治療する必要があることが多いのです。また、追突

事故と、正面衝突、横からの事故など、事故の状況によって治療法も異なるため注意しなければなりません。

Kyokoさんのケースは、玉突き事故による追突と正面衝突が同時に起こったこととなります。事故が起こったとき、とっさにブレーキを踏む、そこに後続の車が追突するので、前方からの衝撃と後方からの衝撃が同時に起こったこととなります。

症状のあらわれ方

症状は頸部に大きくあらわれています。特に左側です。C5,6の椎間板ヘルニアに加えて、アドソン検査が左陽性ですから、左の胸郭出口症候群、特に斜角筋症候群も疑われます。これは頸部左回旋で左対立筋が弱化を起こすことでも確認できます。また両小胸筋の過緊張は小胸筋症候群も疑われます。

しかし、症状は腰痛もあります。左仙腸関節が可動性亢進を起こしています。これは靭帯が硬く短縮してしまうフィクセーションではなく、左仙腸関節の靭帯が緩んでしまい、仙腸関節の不安定症が起こっているということです。仙腸関節が不安定になると、一般の腰痛治療を行っても治りにくく、その側全体に筋肉の過緊張が起こり、その影響は頸部や頭部にもおよぶことも多いのです。

Kyokoさんの仙腸関節は左側に可動性亢進があるため、左腰痛、そして左半身に筋肉の緊張や症状が出やすい状態でした。やはり胸郭出口症候群も左側に起こっています。

治療はどこから行うか

これらの症状を治療する場合、どこに治療を行えばよいのでしょうか？ まず考えるのは、彼女が主訴として痛みを訴えた頸部です。しかし、この部位は、15年もの間、様々な治療を続けても症状が改善しない部位であるため、ここを最初に治療しても、同じ結果になる可能性が大きいと考えました。では、症状の起こっている部位を1箇所ずつ治療する方法はどうでしょうか？ 残念ながら、この方法は軽症の場合はよいのですが、Kyokoさんのような15年も症状が続く患者さんには、時間ばかりかかって効果的とは思えません。治療をすればするだけ、症状があちこちに移動し、何が何だかわからなくなってしまうことが多いです。

このような慢性症状を訴える患者さんの治療は、どこから治療すべきかをしっかり考えなければ、症状を追っかけているだけで効果は上がらないのです。

症状が起こった原因と思われる玉突き事故を考える

私は、このような慢性症状のある患者さんを治療するときには、最初に主訴があらわれた既往症や記憶に残っている大きな外傷、疾病、手術などを詳細に調べることにしています。

彼女の場合は、玉突き事故であると考えました。交通事故の症状は上半身、特に頸部に多くあらわれます。しかし、経験上、頸部だけを治療しても効果は限定的なことが多いと考えています。その理由は、事故での衝撃の伝わり方です。事故の衝撃は、最初、首に起こるものではありません。

事故の衝撃は、まず車に伝わります。次に車と患者が接している部位、ブレーキを踏んでいれば、足から股関節に伝わり、骨盤、脊柱、そして頸部にむち打ちが起こるという順に衝撃が伝わります。これは、治療は最初に衝撃を受けた下半身の歪みから上半身に治療を行うべきであるということです。最初に衝撃を受けた部位を治療しなければ、頸椎をどれだけ治療しても、症状は繰り返しあらわれることが多いのです。

治療を行う

彼女の主症状が頸部痛と腕のしびれであるが、治療は、下半身から始めることを患者さんに説明し、承諾を得て仙腸関節の可動性亢進から治療を始めました。

MPSG では、フィクセーションを見つけ、それをマイクロ牽引法やモビリゼーションを使って治療することを伝えていますが、可動性亢進があると、これらの治療法が適応しません。緩んだ関節にモビリゼーションを行っても、元々フィクセーションがないため効果はなく、緩んだ関節がより大きく緩んでしまうため、却って症状が悪化してしまうこともあります。Kyoko さんの場合が、これだったのです。

仙腸関節可動性亢進の治療は、アドバンスⅠ（腰痛治療）で詳しく勉強しますが、治療の要点は固定です。動かさないことが治療なのです。仙腸関節の固定は、仙腸関節ベルトを使って仙腸関節を動かないように固定します。現在、MPSG では Low Back Hold を使用しています。

このベルトで仙腸関節の固定を行った瞬間、仙腸関節の鈍痛と違和感はほぼ消失し、彼女が 15 年間、繰り返し訴え続けていた頸部痛も半減し、左腕のしびれもほぼ消失しました。ほんの一瞬で症状が劇的に変化したのです。

Kyoko さんの症状は数回の治療で落ち着きました。仙腸関節の可動性亢進が安定し始めると、頸椎も安定し始め、胸郭出口症候群（アドバンスⅡ）から起こっていた腕のしびれも消失しました。繰り返し起こっていた頸部痛も軽減し、治療の回数も週に 1 回から、2 週間に 1 回、次に 1 ヶ月に 1 回と順調によくなっていきました。彼女は、C5,6 に椎間板ヘル

ニアを持っていますから、完全に症状がなくなるとは思えません。体調を崩したとき、ストレスが溜まったときなどに頸部痛や他の症状を起こす可能性があります。「症状があらわれたときは、あまり待たずに治療に来て下さい」と伝えて治療を終了しました。

考察

私が、頸部痛にこだわり、そこを中心に治療していれば、これほど早く症状を改善できず、「やっぱり、この先生もダメだった」という結果に終わっていたことと思います。治療は、どこから行ってもよいというわけではありません。特に、何をしてもよくなるまいとか、症状が繰り返すような慢性的な問題には、どこから治療を始めるか、どこに治療を行うか、何が症状の原因なのかを知ることが重要です。しかし、これは、すぐにできるようになるものではありません。失敗と成功を繰り返し、一つずつ経験を積み重ね、考察を積み重ねます。それを積み重ねることで、少しずつうまくいき、びっくりするほど治る患者が出てきます。

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**

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ます。

Q1：靭帯を強化する方法を教えてください。筋力を強化することで靭帯も強くなるのでしょうか。

Q2：膝関節のような常に負荷のかかる関節に対する効果的なアプローチを教えてください。

A1：靭帯の最も重要な役割は、身体運動の制限と関節を安定させることです。靭帯は人によって弾性や長さには差があります。アクロバットダンサーや体操選手などは靭帯の弾性が大きく、一般の人よりも関節の柔軟性に富んでいます。逆に高齢になってくると靭帯の弾性が小さく、長さも短くなってしまいうため関節が硬くなってきます。柔軟性は、総じてある程度向上させることが可能です。しかし、柔軟性の向上には年齢や性別、個人によって差があり、また限度があります。

靭帯の問題は正常値よりも靭帯が短縮してしまった場合とその強度以上に伸びてしまった場合に起こります。靭帯の短縮によって関節に異常が起こったものを可動性減少（フィクセーション）関節と呼び、靭帯が異常に伸びてしまったものを可動性亢進関節と呼びます。

靭帯が短くなると関節は弱くなり、その機能を十分に果たすことができなくなってしまいます。靭帯が短くなって起こる可動性減少関節は、アジャストやモビリゼーションによって治療が可能です。これが靭帯強化の治療となります。また、受難体操やヨガなども関節の強化運動になります。

靭帯が異常に伸びてしまったために問題が起こった可動性亢進関節は、治療が難しくなります。この可動性亢進関節は、足関節捻挫と考えればわかりやすいと思います。捻挫の程度は靭帯がわずかに伸びたものから完全に断裂を起こしたもので様々です。靭帯が異常に伸びてしまったもの、不全断裂の治療は、急性期はアイシング、安静と固定です。アイシングによって内出血を止め、炎症、腫脹を減少させ、痛みを和らげることができます。安静と関節の固定によって症状の悪化を防ぐことができます。これは受傷後48～72時間おこないます。

次の第二段階は、血餅と初期瘢痕組織形成期に対する治療です。この段階は、アイシングから温あんに変え、固定も完全固定から圧迫包帯をおこない（障害に程度によって治療時期は異なる）、モーション・パルペーションを主体とした軽いモビリゼーションをおこないます。これによって瘢痕組織が腱や靭帯に及ばないように、また過剰瘢痕組織形成が起こらないように治療します。

第三段階は、関節可動域を正常状態に戻すことを目的とします。これは受傷後7日～21日くらいから始めます。この運動域は反対側と比較しながらおこないます。この時に大切なのが筋力です。障害部位と関連性のある筋肉の筋力を検査し、弱くなっている筋肉は強くなるようにすること、また攣縮を起こしている筋肉には弛緩させるような治療法と運動法を処方します。筋力を強化することによって、弱くなっている靭帯を保護するのです。それによって靭帯は元通りの強さに戻ることは可能です。また、障害部位の関節にモビリゼーションをおこない、フィクセーションを細かく治療します。靭帯が伸びて関節が不安定な部分があれば、その部位の部分固定をおこないます。この部位には決してモビリゼーションをおこなってはなりません。

第四段階は、関節の微調整です。この微調整とは、日常生活やスポーツをおこなったときに起こる不快感、疼痛、体力低下を治療することです。運動領域や筋力は正常に戻ったのに痛みがあったり、反対側と比較すると違和感があったり、元々あった力が出せなかったりすることがあります。このような状態を治療する時期です。この治療のためにはより詳細なモーション・パルペーションや筋力検査が必要であり、より細かいアジャストやモビリゼーション、運動療法（ストレッチング、ウェイトトレーニング、おこなうスポーツに対する特殊運動法などによる筋力強化法）と身体全体のバランス調整などは必要となります。ご質問の筋力強化による靭帯保護は、可動性亢進関節治療の第3と4段階で重要な治療法となります。

A2：膝関節に対する治療法は急性症と慢性症で大きな違いがあります。また、老年と若年というような年齢によっても大きな違いがあります。

急性症では、治療の前に障害の鑑別診断が重要なポイントとなります。急性症では捻挫、靭帯断裂、円板断裂、骨折、変形性膝関節症などを鑑別する知識が必要です。そして、靭帯や円板の断裂が大きい場合や骨折の疑いのある場合には専門医に送らなければなりません。慢性症では、変形性膝関節症やリュウマチ、膝の外傷の後遺症など、すでに診断されている障害が多く、この場合には、どのような治療を行えばよいか問題となります。

若者と高齢者でも起こる障害が異なり、その診断や治療は障害に応じて最も適切であるものを用いなくてはなりません。若者の場合は、成長障害（成長痛、オスグッド・シュラッター病のような骨軟化症など）や膝関節への外傷というような急性症が多く、高齢者の場合は、変形性膝関節症や慢性膝関節リュウマチなどの慢性症が多くみられます。急性症の治療は、一般的に炎症、腫脹、疼痛を除くことが目的となります。炎症と腫脹にはアイシング、固定、安静が最も大切です。効果をより大きくするために、膝と関連のある椎骨（神経学的、反射的に考える）でフィクセーションのある椎骨をアジャストやモビリゼーションによって膝関節と関連のある筋肉で攣縮を起こしている筋肉をリラックスさせ、筋力低下を示す筋肉を強化します。一般的に膝関節に対する直接的アジャストは禁忌です（軽度の円板脱出はアジャストが可能な場合がある）。

膝関節の靭帯は過剰に伸張されている場合が多く、これより大きく引き伸ばすようなアジャストは伸ばされた靭帯をより大きく伸ばしてしまうだけで、膝関節に悪影響を与えるだけで何の効果もありません。炎症が消失し、痛みが軽減すれば膝のフィクセーションをアジャストしてもかまいません。しかし、異常に伸張され弱くなっている靭帯をより大きく伸張するような暴力的なアジャストは厳禁です。ある一定期間、治療を続けても炎症が続き張れや痛みが変化しない場合は、膝関節内靭帯の断裂や円板脱出が考えられ、患者を専門医に送り精密検査をおこなうことが必要です。近年、膝関節内靭帯や円板断裂には顕微鏡下での手術法が進んでいます。この方法は私たちのおこなう保存療法よりもはるかに短期間で治癒が可能です。患者の立場に立って考えれば、このような場合は手術の方が良い治療であると思います。しかし、手術後に違和感を訴える人がおります。この違和感を治療するには私たちの治療法の方が効果的ですから、手術前にこのことをよく患者に伝えておけば、患者は再び戻ってくると思います。

高齢者の膝関節症の治療目的は、炎症があればそれを除くこと、疼痛そして運動障害を軽減することにあります。まず治療は、膝に関連する椎骨、筋肉におこないます。フィ

クセーションが認められればその椎骨の可動性を回復します。脊椎症や骨粗鬆症が考えられる場合には、アジャストをおこなうよりモビリゼーションによって少しずつ可動性を回復させていきます。筋肉は筋力テストで弱い筋肉を確認し、それを強化するための治療をおこないます。筋肉が弱ければ膝にかかる負荷を支えることができません。

次に高齢者の膝は変形していることが多く、屈曲制限や伸展制限が認められます。

これらを治療するためには、膝関節のモーション・パルペーションをおこない、可動性が制限されている方向を確認し、痛みを与えないように制限を治す方向にモビリゼーションをおこないます。この治療のコツは、決して無理をしないことです。この治療によって運動制限は少しずつ減少していくはずですが、すでに関節の間隙が減少し、軟骨がすり減ってしまっていることも多いため、膝関節の運動可動域は一定の角度からよくなることもあります。その場合に必要なのが患者とのコミュニケーションです。患者に治療の限界を理解させなければならないのです。

膝の悪い患者は股関節にも問題があることが多く、股関節の検査と治療も必要です。

負荷のかかる関節を治療する場合、その部位に負荷がかからなくなるような治療をする（反対側の膝の力を強化して、患側の膝に負担がかからないように治療する。腰の前屈を減少させ、膝の負担を軽くするなど）。負荷のかかる筋肉を強くするように治療する（大腿四頭筋、ハムストリング筋、大腿筋膜張筋、膝窩筋、腓腹筋、縫工筋、大腰筋、腹筋、腰方形筋など）。少しでも膝関節の可動性を向上させるようにモビリゼーションやアジャストをおこなう。

患者に毎日膝の運動をするように指導をする。

膝の負担にならないために、床ではなく椅子に座る、クッションを置いて座るなどを指導する。

以上のことを考慮して治療をおこないます。

Q：精神的ストレスは、諸病の根源と考えられ、これを主義的な方法で軽減できないものかと考えています。先生の場合、施術を進める上で、着目すべきアプローチのポイントがあれば教えてください。

A：精神的ストレスは現代病の大きな原因であることは間違いありません。しかし、これを諸病の根源であると考えるのは少し早計ではないかと考えます。転んだとか、スポーツだけがをしたとかいうような外傷性のもは精神的ストレスが原因ではなく、外傷性のもです。また職業的に同じような姿勢を続けていた場合には、姿勢によるストレスで病気が起こってくるものです。それから、栄養状態が悪いために病気になることもあります。

ただ、これらの問題に精神的ストレスが加われば、より一層病気が重くなるのも事実です。例えば、後頭下筋の過緊張があるために頭痛が起こる。それによってイライラして八つ当たりをしてしまい、頭痛がひどくなる。腰椎サブラクセーションがあれば、それによって女性ホルモンのバランスが悪くなりイライラしやすく、精神的に調子を崩し、腰痛、頭痛、肩こりなどを訴えることもあります。これらのための治療は、精神的ストレスの原因となっている物理的あるいは化学的障害に対して行わなければなりません。

精神的ストレスによって起こった症状が、他のストレスによって悪化するということも多いのは確かです。この精神的ストレスが重度になると、一般的なカイロ治療を行ってもある程度の効果は期待できるのですが、精神的ストレスの原因を取り除くような治療を行わない限り、患者の症状は軽減しないと考えられます。

最も大切なことは、患者の訴えている症状の何が原因で起こっているのかを考え、それに一番適した治療法を行うことです。

ある程度の精神的ストレスは、特殊なテクニックを使わなくても手技療法だけで軽減できると思います。身体のバランスを整えるように治療すると、患者は精神的に落ち着いてきます。身体がよくなれば、少々の精神的ストレスは自然に消えていくものなのです。この点から考えると、精神的ストレスという名前を用いなくてもカイロプラクターはすでに精神的ストレスに対して的確に対処していることとなります。サブラクセーション、フィクセーションをみつけ、それを正常状態に正していくことによって身体をあるいは心を病んでいる患者を助けていたわけです。

私の場合、基本的には上記のように身体の異常が精神的ストレスを大きくするという考え方で治療を行っているのですが、精神的ストレスが原因となっており、それによって身体に症状を表していると考えられる患者に対しては、上記の理論とテクニックを使います。また鍼灸の理論を使ってカイロ治療を行うこともあります。

私が常に一番大切であると考えていることは、患者の訴えをよく分析することです。「患者の言葉の裏に何が潜んでいるのか」を考えることです。患者の訴えをそのまま鵜呑みにしてはなりません。患者の訴えの原因となっているのは何なのか。たとえそれが痛みであっても、外傷ではなく全く別の原因、例えば精神的ストレスで起こっている場合も多いものです。

〈お知らせ〉

本年度は新型コロナ感染拡大による影響で Basic コース、Advance コースを中止とさせていただきます。自粛しておりますので改めてご了承のほど宜しくお願いいたします。

中川会長はじめスタッフで会員の皆様にむけたメッセージを動画にしました。ホームページ内の「会員ページ」で下記ユーザー名とパスワードを入力していただくと動画をご覧になれます。動画は不定期で順次アップロードされますのでチェックしてみてください。

〔ユーザー名：mpsg2020〕 〔パスワード：mor1〕

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>