



—*Motion Palpation Study Group*—

MP 通信

No.29

—目次—

1. お詫び 1
2. 臨床 MP (27) 3
3. カイロプラクティック診療日記 8
4. カイロプラクティック Q&A 14
5. 編集後記 18

コロナ感染拡大による MPSG 勉強会休会のお詫び

収束するであろうと思っていたコロナ感染が、またまた勢を取り戻し、4月25日には、大阪、兵庫、東京などに3度目の「緊急事態宣言」が出されるという状況になってしまいました。このコロナ禍の中、皆様どのようにお過ごしでしょうか。

このたびは、コロナ・ウイルス禍により、2020年と2021年のMPSG勉強会をキャンセルすることになってしまい、本当に申し訳ありませんでした。

私のオフィスでは、2020年3月以来、遠方から電車で来院される方は電車内での感染の恐怖、感染者の多い大阪に来るという恐怖、手すりやドアノブなどを触ることによる感染の恐怖などが原因で、この仕事を始めてから48年間、経験したことのない患者のキャンセルと激減が起こり、本当に戸惑ってしまいました。そして感染対策として、4月には3週間、休診しました。全く仕事をせず、3週間という長い休みなど取ったことがなかったため、まとまった勉強ができると楽しみにしていました。しかし、高齢者という年齢のせいかもしれませんが、時間をどう使ったらよいかかわからず、勉強する気力も起こらず、かえって身体が疲れ、また頭もボーッとしてしまいました。

それから1年、身体はこの状況になれてきたようで、身体の不調は治まりました。また、患者も同様で、緊張感も薄れ始め、少しずつ来院されるようになってきました。そして、この3度目の「緊急事態宣言」でした。3度目の「緊急事態宣言」がでましたが、オフィスは休業せず、患者の意思に任せ、来院される方を治療していくことにしました。しかし、この「緊急事態宣言」により患者の意識が高まったのか、またまたキャンセルが多くなってしまいました。

1918年、全世界を巻き込んだスペイン風邪は、世界の人口の約1/3の感染者6億人を出し、そのなかで2,000万人から4,000万人の方が亡くなられたとされています。そのときは、現在のコロナ・ウイルス感染の死亡者が50才以上の人々に多く出ているのに比較して、このスペイン風邪では20才から40才の若者の方、特に0~2歳の乳幼児に死者が多かったようです。

日本でも、患者数が 2,400 万人、その中で 39 万人の人が亡くなったといわれています。流行は 3 年間続き、収束に向かったようです。その後、わかったことですが、スペイン風邪の原因は A 型インフルエンザであったようです。

ここで驚くべきことは、その時代における、カイロプラクティックやオステオパシー治療は、西洋医学と比べると、格段に効果的であったようです。外国の文献では、カイロプラクティックやオステオパシーの治療を受けた患者は重症化する人が非常に少なく、患者の死亡率は 0.25%、西洋医学での死亡率は 5~6%であったと書かれています。私達が学んでいる徒手療法が、人間の抵抗力を高め、スペイン風邪による感染者を最小限に食い止める力を持っていたのです。

コロナ禍は、これからしばらくは収束しないと思われます。しかし、ワクチン接種が行き渡れば、イギリス、イスラエルやアメリカのように、ある程度落ち着きがあらわれることを心より願っております。

そのときは、皆さん、また人間の抵抗力を向上させるため、また、お互いの技術の向上のため、共に楽しく学びましょう。

来年こそは、コロナ禍も落ち着き、MPSPG 勉強会を再開できることを心から祈っております。

モーション・パルペーション研究会 会長
中川 貴雄

臨床モーション・パルペーション (27)

触診の基本

解剖学、そして「点」から「線」へ



MPSG 会長

中川貴雄 D. C.

私たちの仕事は、“触診”に始まり“触診”に終わります。“触診”ができなければ、何も分からないし、患者を治療することができません。

しかし、そんな大切な“触診”であっても、私は、それを学校でしっかりと教えてもらったような記憶が全くありません。大まかに「こうしなさい」「ああしなさい」と言われただけで、なんとなく「これでいいのかな？ わからないけどな？ こんなのでわかるようになるのかな？」と首をかしげながら、練習していたように思います。

皆さんも同じような経験をお持ちのことと思います。私も、「まあ、何年か経てばうまくなるだろう」と思いながら、経験を重ねてきましたが、最近、これは間違いであることに気がつきました。最初の段階で、触診の基礎がしっかりできていれば、その触診に基づいた検査技術そして治療技術は格段にうまくなるのです。しかし、何もわからないままに経験を積み重ねても、行き着くところはたいしたものではありません。やはり基礎である正確な触診を積み重ねていけば、人の何倍もうまくなります。触診がうまくなれば、異常が手に取るようにわかるようになり、ピンポイントで正確かつ効果的に治療が行えるようになります。

今回は、触診がうまくなるために大切な方法を、2つお話ししたいと思います。

触診が的確でないと、「腸骨稜はどのように探す？」「PSIS（上後腸骨棘）はどこにある？」「仙腸関節はどこ？」「それらの関連性はどのようにすればわかる？」「どちらの腸骨稜が上方？」「どちらのPSISが前方？」「T3の横突起を触診してどちらに後方変位がある？」「L3の棘突起を前方に押しフィクセーションが感じられ、左乳様突起を前方にそして上方に押圧をかけてフィクセーションが感じられればPRSである」と頭では理解できるが、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っても、それがわからないなどということが起こります。

触診の基本は、解剖学的知識と触診技術

このような触診の問題を解決するために、まず必要なことは解剖学的知識です。骨の各部位の名称、筋肉の起始停止、神経支配、関節の形や働き、靱帯の名称、位置などを正確に知識として覚えることです。しかし、解剖学を覚えればすぐに触診がうまくなるということではありません。次は、骨の形、筋肉の走行、起始停止、関節の形などを示している解剖学図譜が目の前に浮かぶようになるようになるまで、図を記憶することです。頭に記憶した解剖学的知識と目で見ることによって記憶した解剖学図譜を連結して記憶します。この頭と目の記憶の連結があやふやであると、触診もあやふやになってしまいます。

次に大切なことは、「触診の基本技術」をマスターすることです。頭に解剖学の知識があっても、その解剖学的知識を指に伝えて、自分が触れている部位が何であるかが考えられなければ、患者を治すための触診はできませんし、何も始まらないのです。

自分が触診しているところが何かわからなければ、治療どころか、「痛みのあるところは何ですか？ 筋肉ですか？」などという患者の疑問にも答えられないことになります。

この「何を触診しているのかわからない」という問題の原因は、頭の中に解剖学的知識が欠落しているか、知識があるとしても少ないか、それとも、解剖学的知識はあるけれども触診技術が未熟なためせつかくの“知識”を使いこなせないか、あるいは、知識も技術もあるのに、それらの関連性を考えて使うことができないということなのです。

“解剖学的知識がないか、不足している”のであれば、何としても憶えなくてはなりません。これができなければ、決して触診はうまくなりません。“触診技術”が未熟であれば、練習しなければなりません。練習を積み重ねなければ、触診は上達しないのです。そのとき、闇雲に練習するのではなく、よい教科書とよい先生の助けがあれば、触診は何倍も早く上達すると思います。

スポーツやお稽古事をされている方はわかると思いますが、自己流でうまいかなくて悩んでいるとき、よいコーチや先生からのアドバイスによって驚くほどうまくできるようになることがあるのです。触診も同じなのです。

触診がうまくなるためには時間が必要です。しかし、正確な“知識”と“技術”を一つでも多く自分のものにしていけば、臨床における触診力は一歩ずつ確実に上達することと思います。

「点」から「線」への触診

つぎに、臨床で触診を適切に使うためには、この基礎知識と基礎技術を自分の臨床のために変えていかなければなりません。基礎知識と基礎技術のままでは、練習しても触診の上達には限界があるのです。紙の上での平面的解剖学知識を使って、立体的である患者の身体を考えてしまうことが上達できない原因の一つなのです。

言い換えれば、“点”の知識と触診を、“線”の知識と触診に変えていくという作業が必要なのです。

例えば、臨床における骨盤の触診は、紙の上での骨盤の触診ではなく、症状を訴えている患者に対する立体的触診が必要です。絵と写真を見比べればわかるのですが、左の図1は平坦な感じです。右の写真（図2）には奥行きがあり立体的です。

臨床における患者の触診は、“PSIS（上後腸骨棘）はPSIS（上後腸骨棘）”、“腸骨稜は腸骨稜”という平面図で1点ずつを“点”で触診するのではなく、平面で学んだ知識に奥行きをつけPSISから上へと触診していけば腸骨稜後縁に達し、つぎに腸骨稜のトップ、そして前に進むと下方に下がっていき、骨盤前面の突起である上前腸骨棘（ASIS）に達するといふように、“線”で、立体的に触診できることが上達のコツなのです。

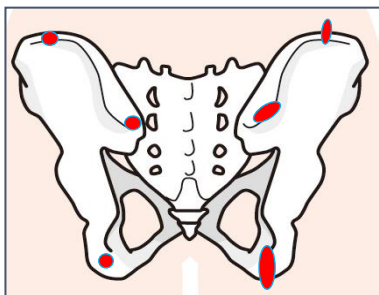


図 1 骨盤後

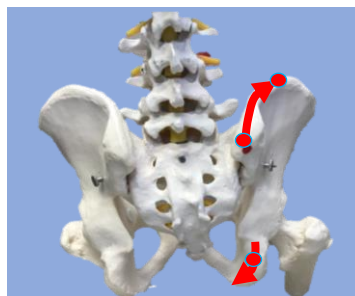


図 2 脊柱模型骨盤後面

たとえば、ベーシックで習う ASEX 腸骨を例に挙げてみます。左仙腸関節が正常で、右仙腸関節が ASEX 腸骨とすると、この右 ASEX 腸骨とは、右 PSIS が AS（前上方）と EX（外方）にズれており、坐骨結節が後方にズれていることを意味します。

左の図1であれば、平面上で、右 PSIS が上方に外方に楕円方向にズれており、右坐骨結節が後上方にズれているということになります。しかし、図1のように前後方向の平面図では、PSIS が上前方にずれているといってもなかなかイメージすることができません。その

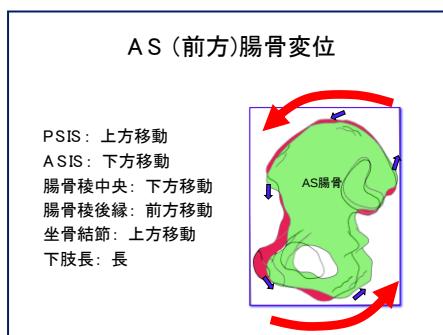


図 3

緑: AS 腸骨

赤: 正常腸骨

場合、横方向の骨盤平面図を使って骨盤のズレを考えます（図 3）。図3は、右側が寛骨後面、左側が前面です。また赤の部分が寛骨の正常位置、緑が AS 腸骨の寛骨の動きです。AS 腸骨は、前傾している正常寛骨が、より一層前傾しています。前傾が起これば、緑の PSIS は上方そして僅かに前方に回転します。これと同時に、腸骨稜も前方に回転し僅かに下方移動します。坐骨結節は後方そして上方に回転します。基本の触診を、実際の患者に対して行うには、「各部位は関連して動くのだ」という考え方が不可欠なのです。

この考え方ができるようになれば、次に必要なことは、この回転した骨盤を触診している“指先”がどのように感じるかということです。

右 ASEX 腸骨を例に挙げてみます。まず、右 PSIS から腸骨稜に母指を離さず連続的に触れていきます。腸骨は前方に回転しているため、右腸骨稜後面も皮膚から前方に向かって回転します。母指による触診では、骨っぽさが少なく、指が皮膚に入っていくように柔らかく感じます。右仙腸関節は、右 PSIS と腸骨稜後面が上方かつ外方（EX）に仙骨から離れるように移動しているため、仙骨と PSIS の作る仙腸関節の隙間が広がり、その隙間に母指がズッと入り込んでいくような感じになります。坐骨結節は PSIS が上前方に動くため、坐骨結節は上方にそして後方に回旋し、坐骨結節が骨っぽく硬く感じられます。外方/内方へのズレは殿筋が分厚いため、非常に触診しにくいことが多いのですが内方に向かっていきます。それに対して、正常である左側は PSIS から腸骨稜にかけて骨っぽくゴツゴツした感じであり、仙腸関節は隙間がなく線のように感じます。

この触診法は写真を見ながら練習することが可能ですが、できるならば脊柱模型を使い、寛骨を AS 腸骨のように回転しておいてから各部位を“点”として触れるだけでなく、腸骨稜や PSIS を“線”として連続的に触れていき、その変化を指で感じていただきたいのです。

骨盤の上に軟らかい毛布を掛ければ皮膚の感じに近づけることもできます。

その触診の結果を実際の治療に応用するにはこのように考えます。

「右の PSIS から腸骨稜にかけて前方にそして外方に骨がずれているように感じる。そうすると、このズレを治すためには、どうすればよいか？ まずこの腸骨を、逆方向の後方そして内方に治療すればよい。しかし、これは腹臥位で PSIS に対して行うのは難しいから、腹臥位で治療するときは、後方に飛び出している坐骨結節を、逆方向の前方そして外方に治療すればよいのだ」ということになります。

“点”の触診から始まり、“線”の触診に変化させることにより、個々の部位の歪みだけではなく、寛骨全体の歪み、骨盤全体の歪み、椎骨全体の歪み、脊柱全体の歪み、そして身体全体の歪みがイメージしやすくなります。これらをイメージできるようになれば、歪んだイメージを正常方向に回転させたり、傾けたりすることもできるようになります。そうすれば、別の治療法も考えることができるようになったり、治療を行った後の効果もイメージしやすくなり、失敗も少なくなるのです。

触診の教科書として推薦できるのは、

「運動療法のための機能解剖学的触診技術」第2版 上肢、下肢/体幹 の2巻
林 典雄 執筆 MEDICAL VIEW 社

本書は、脊柱があまり詳しく述べられていないのですが、四肢の触診には本当に役立つと思います。

解剖学図譜で推薦できるのは、

「学生版 ネット解剖学アトラス」第6版 有江堂

本書は、すでに解剖学を学ばれた方が、解剖学を立体的に捉えるために最適な図譜だと思います。色もきれいで、丁寧に描かれています。

私にとって必読の教科書です。触診で悩んだときは、必ずこの本で見逃していた部分、見誤っていた部分を見直します。

他の触診のコツや脊柱の触診は、今後、少しずつ MPSG のホームページで述べていく予定です。

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(6)



1981 年 LACC 卒業式

交通事故



前は、15 年前に玉突き事故に遭い、その後、首に症状があったものの、悪化もせずに過ごしていたが、6 年後、突然、寝ちがいのような頸部痛と腕のしびれが起こり首が痛くて動かせなくなり、カイロプラクティック、整形外科、気功などの治療を受けたものの、どの治療も思ったような効果があらわれず来院された女性のことを書かせていただきました。

この女性の場合、どこへ行ってもよくならなかった頸部痛の原因が、15 年前の玉突き事故に遭ったことであるということを確認し、たくさんのカイロプラクターが治療して効果のなかった頸部ではなく、脊柱の基礎である骨盤の仙腸関節、股関節に対して治療を行ったことによって、劇的な頸部痛の改善をみたのです。

患者さんが訴えている部位を検査し、治療することは最も大切なことです。しかし、それで症状が軽快するかといえば、そうでないことも多いのです。特に、大きな事故、手術や重篤な病気を患ったことのある患者さんでは、そこを中心にして、身体全体に問題が広がっていることが多いのです。そのため症状があらわれているところだけではなく、身体全体の異常を考え、最も大きく制限のある部位や症状の原因となる部位を見つけて治療を行わねばならないことも多くなります。

今回の患者さんも日本人です。初診は 1998 年 11 月 10 日、今から 23 年前のことです。主訴は、5 日前に交通事故に遭い、症状はほとんどないのだが、問題がないか調べてもらいたいと来院した女性です。

患者名： Eiko ■○■■■

52 才 女性

初診日：1998/11/10

主訴：症状は軽微だが、シートベルトをしていた部分に圧痛がある。

現病歴：11 月 5 日に交通事故に遭う。直進していたら、車の左前方を、左側から直進してきた車にぶつけられた

アメリカでの車の運転は、日本と逆で右側通行です。運転席は右側でなく左側にあります。シートベルトは右から左ではなく、左から右にかけます。ですから、シートベルトをしていたところに圧痛があるというのは右肩ではなく左肩なのです。



Eikoさんは、大きな症状がなかったのですが、仕事をしていて、身体の具合が悪くなる
と怖いので、「身体が大丈夫かどうか診てほしい」ということで来院されました。

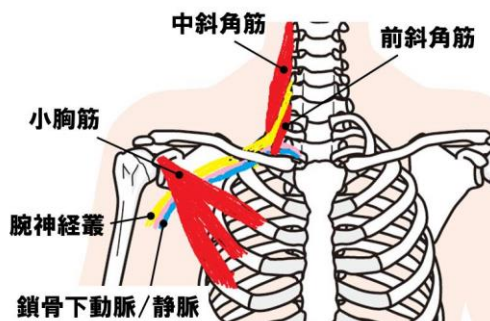
一般の症状がない人と比べると、交通事故の患者さんは、たとえ症状がなくても身体には
変化があらわれていることが多いのです。前回紹介した正面衝突の患者さんの例でもわかる
ように、交通事故の患者さんは、事故直後には症状がなくとも、1 週間後、数ヶ月後、ある
いは数年後に、突然症状があらわれることもまれではありません。特に、自分に過失がなく、
当てられたケースでは、身体の異常が顕著にあらわれるものなのです。当てられたという被
害者意識のようなものが身体の異常を大きくさせることが原因なのかもしれません。今回の
事故の場合も、当てられたという意識があったのだと思われます。

今回は、横から当てられた事故でした。事故の状況は、患者さんの車が優先の交差点で、
交通規則を無視して交差点に進入してきた車に左方向から当てられた事故でした。交差点で
すから、両方の車は徐行運転をしており、事故の衝撃はそれほど大きなものではありません
でした。

所見：

左斜角筋の緊張、アドソン検査（＋）、左小胸筋の緊張、ライト検査（＋）、鎖骨の下方変位と鎖骨下筋の緊張、エデン検査（＋）、頸椎左回旋 30°、右回旋 45°、左肩関節可動域減少（屈曲、外転、内旋、外旋）、体幹の左回旋 15°、右回旋 35°、右股関節内旋 10°、内転 10°（可動性減少）、右 SLR 角度減少（30°）、右腸腰筋筋力低下

上記の所見から考察を行うと、交通事故の状況がはっきりと身体の可動域や検査にあらわれていました。まず左斜角筋と左小胸筋の緊張と、次に行った胸郭出口症候群の斜角筋症候群のための検査であるアドソン検査、小胸筋症候群のためのライト検査陽性は頸部に何らかの問題があることを示唆していました。このように症状があらわれなくても、胸郭出口症候群の検査が陽性であることが意外に多くみられるのです。鎖骨の下方変位と鎖骨下筋の緊張は、シートベルトの圧迫により肋鎖症候群が陽性であると考えられ、左肩関節可動域制限は、胸郭出口症候群とシートベルトの圧迫によるものであると考えられました。また頸椎と体幹の回旋可動域の差も交通事故の状態を表していると推測されました。さらに、右股関節のフックセーションと右腸腰筋の筋力低下も事故の影響であると考えられました。



なぜ、この所見が、交通事故によって起こったものなのかと考えた理由ですが、患者さんが再診であったからなのです。普通、初診の患者さんの場合、事故前の身体の状態がわからないため、患者さんの訴えている症状や所見が事故によって起こったものと言い切れません。しかし、彼女の場合は再診であるため、私のカルテに事故以前の状態が記してあり、事故前後の比較ができ、事故前の所見と事故後の所見が明らかに異なっていたのです。もう一つ、今回の所見が、この交通事故によって起こるであろうと考えられる身体の歪みと合致していたからでした。

交通事故の場合、患者の身体の異常は、事故が起こった状況と合致していることがほとんどなのです。

彼女の車は、左からの車に左前方を当てられました。



車に左前方から当てられると、当てられた車は右に回転してしまいます。すると、車に乗っている人の身体も、車と同じ右に回旋します。検査では、車と同じように身体も右に回旋していました。頸椎も同様でした。そこで、より詳しく事故の状況を聞いてみました。

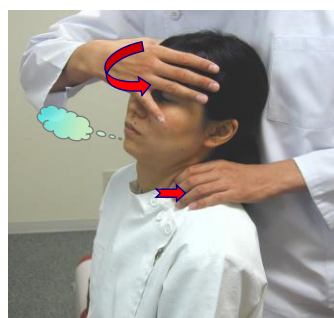
「事故に遭う直前に、左を見て車が来るのがわかりましたか?」、彼女は、「はい、左から車が突っ込んでくるのをチラッと見えたので、思わずブレーキを踏み、ハンドルを強く握ったと思います」と答えました。

彼女が、左から当たってくる車を見たということが、検査と治療の鍵となるところなのです。彼女が何か異常を感じ、顔と身体を左に向けた瞬間、事故に遭ったということになります。人間の身体は、瞬間的に衝撃を受けると、ショックで衝撃を受けたところで身体が固まってしまうことが多いのです。また、身体がそれ以上衝撃を受けることのないよう、そこから先の動きを制限させてしまう傾向にあります。ですから、彼女の首は、左側に相手の車を見た角度、左回旋 30° で固着し、体幹も同じ状態で左回旋 15° で固着していました。右方向への回旋は衝撃が比較的小さかったため、それほどの固着はなかったようです（事故の衝撃が強いと両側に制限が出ることも多いのです）。

危ないと思った瞬間、とっさに右足でブレーキを踏んだため、右の股関節にも衝突の衝撃が集中し、フィクセーションを起こしていました。左側と比べると、右股関節の SLR 角度は 30°、内旋 10° で制限があり、内転も 10° でフィクセーションを起こしていました。腸腰筋も過敏で筋力も低下していました。

このような所見の患者さんに対する治療は、前回に述べたような、最初に首を治療しても患者のバランスはよくなることが多いのです。とっさにブレーキ踏んだ右足、特に車からの衝撃が集まる股関節を治療しなければ、それより上部に生じる身体の歪みや頸部異常は正すことができないのです。上記の検査結果を元に治療に入りました。まず股関節のフィクセーションの治療を行いました。

SLR 角度が減少し、内旋、内転にも制限があらわれていたので、股関節の内旋/外旋中間位マイクロ牽引法と内転/外転中間位マイクロ牽引法と屈曲モビリゼーションを行いました。その結果、股関節のフィクセーションの回復とともに、体幹の左回旋制限と頸椎の左回旋制限は 50%ほど回復しました。次に坐位体幹回旋および側屈モビリゼーションを行い、体幹の回旋制限を治療しました。残るは、頸部と肩部の可動域減少と胸郭出口症候群陽性の治療です。斜角筋症候群と小胸筋症候群、そしてシートベルトによる鎖骨圧迫から起こった肋鎖症候群のある頸椎左側の治療です。アドバンスⅡでは、この胸郭出口症候群の検査と治療を学びます。治療は斜角筋のカウンター・ストレイン・テクニック、小胸筋に対するトバシラ技法、C5-6 の前方変位へのモビリゼーション、鎖骨の下方変位のための鎖骨上方回旋モビリゼーションを行いました。その結果、各胸郭出口症候群検査が陰性となり、頸椎の左回旋の際の違和感も消失しました。



治療後、「首と肩を動かしてみてください」と患者に首と肩を動かしてもらいました。すると、「アレッ、首と肩が嘘みたいに軽くなった」とびっくりされていました。実際に事故にあった後は、自分ではどこも悪くないと思っていても、身体に異常が出て緊張していることが多く、その異常が消失すると、患者さんの身体は驚くほど軽くなることが多いのです。

この患者さんは 1 回で治療を終了しました。この後、身体は異常がでることはありませんでした。

交通事故で横から当てられた場合、特に運転席側から当てられたときには症状は比較的重症になることが多いのですが、彼女の場合そうではありませんでした。不思議に思ったので、より詳しく事故の状況を聞いてみるとその理由がわかりました。

車が当たったのは左前面、実は、タイヤの部分だったのです。ここにあたれば車はそれほど回旋せず、タイヤの部分はドアのように横からの衝撃に弱い場所ではなく、タイヤによって事故の衝撃が弱まることが多く、彼女の身体に最もダメージの少ない部位だったのです。

事故にあったことはアンラッキーだったのですが、彼女にとっては、運転席側のドアでなくタイヤであったのは本当にラッキーなことだったのです。

四肢検査法の教科書



四肢のモーション・パルペーション

四肢治療法の教科書



四肢のマニピュレーション

モーション・パルペーションのコツ！



カイロプラクティック・ノート



脊柱モーション・パルペーション

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たいと思います。

Q1：頸椎の障害による両手のしびれについて、どのような手順で調べ、治療していくか教えて下さい。レントゲン検査ができないために、あるいは、写真の確認のできないものにとってどうすれば良いのか。

A1：このケースの場合、両手のしびれと言う事ですから、考えられるのは頸椎障害、脊髄障害、代謝障害、手根管症候群のような手関節の障害です。

頸椎障害による両手のしびれの検査法ですが、もっとも大切な事は、このしびれが本当に頸椎起因なのかどうかを検査することです。また頸椎起因のしびれであれば、何が原因でしびれが起こっているのか？と言うことを考えなければなりません。

そのためにまずしなければならない検査は問診です。どのようにして痺れが起こったのかを明確にすることです。

外傷が原因であるか（例：むち打ち症、頸部への外傷、急に首を動かした途端頸部痛が起こり、その後徐々に両手に痺れが広がった等）、

それとも原因が不明か（二、三日前、あるいはそれ以前に頸部痛の原因となると考えられる外傷があることも多い。患者が忘れているか、無視していることが多い）

既往症を調べる：大きな外傷（頸椎に限らない）、大きな病気（特に糖尿病）や手術
しびれがどこから始まったか：頸椎の症状と同時に、あるいはその後始まったのであれば、頸椎障害による両手のしびれの可能性が高いのですが、手を捻挫した後しびれが始まったとか、コンピューターを使いすぎて手首が痛くなった後、手の痺れ（特に親指側）が始まったのであれば、これは頸椎の異常によってしびれが起こったと言うよりは上肢、特に手関節に問題があって症状が起こったと考えられます。

しびれの範囲：しびれが首、肩、肘と続いているのであれば頸椎に問題があると考えられます。しかししびれが手掌から下とか、肘から下にある場合は、肘の問題、手関節の問題などを考慮しなければなりません。

しびれの経過：しびれ始めてどのくらいの期間経過しているか？長ければ長いほど治癒に時間がかかると考えなければなりません。しびれが徐々に広がっているか、それとも減少しているか。

徐々に広がっているのは症状が悪化していると考えられます。

しびれがどのような時に起こりやすいか：いつもしびれているのか、ある角度によって起こるのか（首を動かした時、四肢の関節を動かしたとき）。

ある一定の時間に起こりやすいのか（起床時、就業時）

しびれがどこに起こっているか：親指だけ、指全体、手のひら全体、小指、薬指、中指だけ、肘から下尺側あるいは橈側、正中神経支配領域など。

これによって頸椎障害であればどの頸神経に異常があるかを推測できます。

しびれ以外の症状やインフォメーション：職業、スポーツ、栄養状態、体格、動作、痛み、運動異常、血圧、血糖値なども知っておかなければなりません。

次に整形外科検査と神経学検査をおこない、障害部位の特定をしていきます。

頸椎自動運動域検査：この検査で手のしびれや頭痛が悪化すれば、両手のしびれが頸椎起因であると考えられます。両手のしびれだけでなく、脚にも同様な症状が現れれば、頸髄症などの重篤な問題があると考えられるため、瞬間的に頸椎を動かす頸椎のアジャストは禁忌です。

頸椎他動運動領域検査：この検査によって個々の頸椎の異常を特定できることがあります。（フィクセーション、可動性亢進関節、椎間板ヘルニアなどの頸椎病変）

深部神経反射：この反射が正常であるか、亢進あるいは減少しているかどうかは、この症状が末梢神経の異常か中枢神経系の異常かを判断するための重要な所見になります。

病的反射：この検査も症状が重篤な中枢神経系異常を判断するための大切な検査です。

頸椎圧迫検査：この検査が陽性であれば椎間板ヘルニアが考えられます。

頸椎牽引検査：頸椎圧迫検査でしびれや痛みが増加し、この検査で痛みが減少すれば、椎間板ヘルニアや他の頸椎疾患によって神経、神経根あるいは頸髄が圧迫されていると考えられます。

アドソン検査：これは胸郭出口症候群の鑑別検査法ですから、これが陽性であれば、頸椎の筋肉、特に斜角筋の拘縮、肋骨の奇形、鎖骨のサブラクセーション、頸椎異常が考えられます。

ライト検査：小胸筋の拘縮による胸郭出口症候群の鑑別検査法です。陽性であれば、小胸筋による腕神経叢の圧迫が原因の手のしびれが考えられます。

エデン検査：肋鎖関節による胸郭出口症候群の鑑別検査法です。この検査が陽性であれば、肋鎖症候群が疑われます。鎖骨と第一肋骨の間で腕神経叢の圧迫の有無を調べる検査法です。

アレン検査：上肢への血液循環の異常を検査する方法です。

これらの理学検査の後、カイロプラクティック検査法をおこないます。

視診、スタティック・パルペーション、モーション・パルペーションを注意深くおこない、障害部位をより詳しく特定します。頸椎にたいするモーション・パルペーションの注意事項は科学新聞社発行の「カイロプラクティックノート2」「脊柱モーション・パルペーション」を参照してください。

日本では我々はX線検査やMRI検査ができませんから、上記のような検査を慎重に行い、しびれの鑑別診断をおこなわなければなりません。

治療は、フィクセーションの認められる頸椎にモビリゼーションを行います。しかし、頸部のフィクセーションに触れてしびれが強くなる場合には、頸椎に炎症がおこっている兆候ですからモビリゼーションを行ってはなりません。そのような兆候がない場合には、しびれの治療では頸椎の前方変位が問題になります。特にC5～T1に多くみられるため、適切なモーション・パルペーションを使い正確に前方変位を見つけなければなりません。頸椎前方変位のためのモーション・パルペーションとモビリゼーションは、ベーシック1（仰臥位頸椎治療）では学びません。ベーシック2（坐位頸椎治療）とアドバンス2（頸部痛としびれの治療）で、頸椎前方変位による上肢のしびれのための検査法と治療法を学びます。

モビリゼーションで症状が悪化する場合は、治療部位が間違っていたか、治療法が間違っていたか、あるいは治療が患者にとって強すぎたなどの原因が考えられます。

しびれの治療は難しい場合が多く、一度の治療でしびれがすべて良くなることはすくないため、焦って強い治療を行うことは禁物です。手のしびれは、軽快し始めると、指先に向かってしびれが小さくなっていきます。「肘から下がしびれていたのが、手の平がしびれている」「親指全体がしびれていたのが、今度は親指の先がしびれる」というのは、よくなっているということです。治療は適切ですから、治療を続けても良いという証拠なのです。

編集後記

気温が一気に上がり夏の気温になる地域も出てきました。

本年度の MPSG は新型コロナウイルスによる感染症がいまだ猛威を振っている状況を受け、昨年と同様、セミナーの中止を決定させていただきました。

昨年度からお待ちいただいていた受講生の皆様、申し訳ございませんでした。

今後の予定につきましては、変更がありましたらできるだけ早くホームページ等でお知らせをしていきますのでご確認をお願いいたします。

MPSG 受講前に練習動画など初受講の方では理解できないのではないかとのお声をいただきましたので、中川会長が MPSG 受講の前に、初学者の方にむけたメッセージを動画にしてくださる予定です。しばらくお待ちください。

今回の MP 通信から、編集者が前任小野清先生から稲益健人になりました。

今まで同様、受講生の方々にとって有意義なものになるように作成していきます。何卒宜しくお願いいたします。

稲益 健人

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>