

—Motion Palpation Study Group—



MP 通信

No.30

—目次—

1. 2022 年度 MPSG 勉強会と MP 通信発行につて・・・ 3
2. 臨床モーション・パルペーション (28) 4
3. 初めてのモーション・パルペーション..... 9
4. カイロプラクティック Q&A 16
5. お知らせ..... 19
6. 編集後記..... 20

2022 年度 MPSG 勉強会と MP 通信発行について

2022 年度の MPSG 勉強会について

コロナ禍の影響で、昨年に続き 2021 年も、やむなく MPSG 勉強会を中止することになってしまいました。本当に残念であり、申し訳なく思っています。最近になって、ようやく感染者が減り始めたため、このままで推移すれば、来年こそは勉強会が開催できるのではないかと考えています。

しかし、感染者数は激減しているものの、新たに新型コロナウイルスであるオミクロン株の発生など気を抜くことができません。今後、どのような状況が待っているのか、だれにもわからないのが現状です。しかしそうであるからといって、手をこまねいてみてはは何もできません。

そのため、来年度として、MPSG は、万全の予防策をとりながら、また受講生の数を減らして勉強会を行うことを計画しています。

MP 通信の発行変更について

2 年間の勉強会休会の間、事務局は休みなく、休会の手続きや様々なハプニングに対応せざるを得ない状況になってしまいました。そのため、申し訳ないことですが、事務局にかかる負担を減らすためと事務手続きを簡素化するため、紙ベースの MP 通信発行を中止し、PDF で皆様にメールでお送りすることにいたしました。こうすれば、MP 通信を紙に印刷する、皆様に MP 通信を送るための諸作業を省くことができ、また、そのためのコストも抑えることができるため、より多くの検査や治療の情報をお伝えすることができるのではないかと考えました。

このことから、申し訳ないのですが、紙ベースの MP 通信は、今回で終了させていただきます。

どうぞよろしくお願いいたします。

臨床モーション・パルペーション (28)

MPSG の治療



MPSG 会長

中川貴雄 D.C.

MPSG は、安全で痛みのない、患者にも施術者にもやさしい、そして効果のある検査と治療を学ぶ研究会です。今回は、なぜ、MPSG という勉強会を立ち上げたか、そして、どのように検査法と治療法を選んだのか、その理由をお話したいと思います。

MPSG の目的 — 「患者を治す」

MPSG の目的は、「患者を治す」ことです。治すために用いる検査法が「モーション・パルペーション」、治療法が「モビリゼーション」と「マイクロ牽引法」です。

検査法のない治療法は、効果がないし、役に立ちません。私は、ろくに検査もせず、薬を処方したり、いい加減な治療を行うようなところには二度と行こうとは思いません。私たちのところに来院される患者さんも同じだと思います。

正確な検査を行い、その結果に基づいた治療を行うことができれば、あいまいな検査によるあいまいな治療よりは、はるかに効果が出るのは間違いがありません。その上、治療への確実性が高まるため、私達の気持ちが安定します。先生の気持ちが安定すれば、治療を受ける患者さんにも安心感が増すのです。

しかし、様々な症状に対して、解剖学に基づいた的確な検査法とその結果に即した治療法を、実習を重視して統合的に教え、かつ、それが安全で、痛みのない方法を学ぶような勉強会がほとんどありませんでした。そのため、約 50 年前、私が経

験したような、実習が多く患者を治すことを目的とした、またワクワクするような勉強会を作ろうと考えたのです。

世界におけるカイロプラクティック

たくさんの徒手療法の中で、医療として、世界で最も大きい徒手療法がカイロプラクティックです。次が、オステオパシーです。

残念ながら、日本では、カイロプラクティックもオステオパシーも法制化されていないため、医療類似行為にも含まれていない存在です。

なぜ、世界で、カイロプラクティックとオステオパシーが医療として認められているのでしょうか？

その理由の一つが、カイロプラクティックとオステオパシーの治療法には必ず検査法があるということです。的確な検査法とそれに基づいた治療法があるということが医療には必須なのです。



アメリカのカイロプラクティック大学で教えたこと

アメリカのカイロプラクティック大学は、理工系の4年制大学を卒業後、入学できる4年制の専門大学です。その大学で学ぶ検査である理学検査、血液検査、放射線検査のほかに、関節に対する検査法が「モーション・パルペーション」と「スタティック・パルペーション」です。「モーション・パルペーション」と「スタ



ティック・パルペーション」はカイロプラクティックで用いられている用語です。

「脊柱モーション・パルペーション」は、私がアメリカのカイロプラクティック大学で8年間教えていた検査法です。そのとき、教科書として使っていたテキストを日本語に直して出版したのが「脊柱モーション・パルペーション」（科学新聞社1985）です。

カイロプラクティックやオステオパシーには、たくさんの治療法があります。私がロサンゼルス・カイロプラクティック大学で教えていたのは、カイロプラクティック・テクニックと呼ばれる最もポピュラーな脊柱の治療法でした。これは「アジャストメント」と呼ばれる矯正法で、関節フィクセーション（カイロプラクティックではサブラクセーションと呼ぶ）を 10～20kg の力を使って一瞬で治す方法です。しかし、この方法は熟練が必要で、生かじりで大雑把に行うと、症状が治らなかったり、患者を怖がらせたり、非常に痛みの伴う治療法になったり、ときには症状が悪化することもあったのです。

治療法の変化 -アジャストメントからモビリゼーション、マイクロ牽引法に

私は、この矯正法が大好きで、50 年間勉強してきました。上手くなってくると、矯正が一点に集中し、ほとんどの良い結果があらわれるようになり、患者の治り方も早くなりました。しかし、それに伴い、失敗時の悪影響も大きくあらわれるようになったのです。下手であったときは、大雑把で治らないことも多く、自分でもあきらめ状態であり無理をしないので、治療による患者の身体への悪影響も少なかったのですが、上手くなってくると、力を一点に集中することができるようになってきます。しかし、一瞬間の違いが、上手くなるにつれて、とんでもない悪影響を及ぼすことになってきたのです。治るのが当たり前だと思っているのに、悪くなったと告げられたときは言い表すことができないほどの失望感を味わいました。

1999 年、51 歳の時、日本に帰国しました。ときおり起こる矯正による患者への悪影響が耐えられなくなってきたことと、自分自身に腰痛があり、年もとって矯正が自分の身体に堪えられなくなってきたため、18 歳の頃から学んできた、やさしい治療法である「モビリゼーション」を多く取り入れるようになりました。最初は、1～2kg のやさしい力を使う治療法では骨のズレもすぐに戻ってしまうだろうと考えていたのです。ところが、矯正法と比べると、意外にもズレが元に戻りにくく、フィクセーションも矯正法を使ったときよりも楽に小さくなったのです。また、モビリゼーションは力やスピードも必要がないのです。その上、まったく痛みが伴わないため患者の恐怖感も少なく、私自身にかかる負担も大きく減りました。特に、

治療後のだるさ、違和感や症状の悪化も、以前とは比べものにならないくらい小さなものになったのです。

これに以前から使っていた独自の治療法である「マイクロ牽引法」を組み合わせると、今まで難渋していた腰痛等の様々な症状が 1kg ほどの力を使った軽い治療である「モビリゼーション」や「マイクロ牽引法」によって軽快していったのです（1～2kg の小さな力を使ったマイクロ牽引は、私が知る限り、だれも使っていない特殊牽引法です）。

MPSG で教える治療法の決定 - やさしく、無痛で、安全、学びやすい治療法

12 年前、MPSG を発足するとき、検査法としての「モーション・パルペーション」を教えるということは確定していたのですが、どのような治療法を教えればよいか問題でした。受講者の方が学んだとしても、実際の臨床で使うことのできないような難しい治療法では何にもなりません。できるだけ安全で無痛、そして、患者にやさしく効果のある、学びやすい治療法を伝えるということが大命題でした。

アメリカにいた頃に行っていた日本での勉強会では、アメリカで教えていた矯正法を主な治療法として教えており、「モビリゼーション」は矯正のための緩和操作として教えていました。

カー杯、10～20kg の力を使って行う「アジャストメント」ではなく、患者さんが感じない程度の 1～2kg という小さな力と牽引、そして長くても 20 秒くらいの治療時間で行う「モビリゼーション」は、たとえ間違っても治療しても、ただ効かないだけで、それによる副反応はほとんどありませんでした。注意事項を守って行うのならあったとしても身体のだるさ程度でした。



それらの理由から、MPSG のメインの治療法として、1～2kg という小さな力を使った「モビリゼーション」と 1kg の「マイクロ牽引法」を教えることに決めたのです。

勉強会での実習時間

これまで行ってきた勉強会は、どうしても講義が多く、講師一人の力では実習時間を多くとることができませんでした。講義時間が多く、実習時間が少なければ、決して治療はうまくなりません。その問題を解決するには、実習を教える講師の数を増やすことでした。

おかげさまで、そのときには実習を教えることのできるスタッフが育っており、受講生の一人一人に手を取って



検査法と治療法を教えることができる体制ができていました。

12年前、このようにしてMPSGは出発しました。最初は、ベーシックコースだけだったのですが、徐々に、ベーシックⅠ、Ⅱ、アドバンスⅠ、Ⅱという4コースに増えました。

これからも、MPSGは「患者を治す」という目的を持って、皆様の診療に役立つ知識と技術を追求し、伝えていこうと思っています。

これからも、共に学び、共に前進していきましょう

初めてのモーション・パルペーション

まず、スタティック・パルペーション (1)

仙腸関節の触診

このページは、モーション・パルペーション研究会（以下 MPSG）のベーシック I コースに参加予定で、2 年間もお待ちいただいている方にとって、来年開催予定のクラス内容が理解しやすいようにと始めました。少しでもお役に立てれば幸いです。

MPSG は、モーション・パルペーション（motion palpation）を学ぶ勉強会です。私がアメリカで学んだカイロプラクティック治療の多くは、脊柱の基礎である骨盤から始めるという脊柱構造学的理論を実践しています。それは、骨盤が歪んだり傾いたりすると、その上にある脊柱が代償的に歪んで症状をあらわし、この歪んだ骨盤を治療すると、腰部、背部、肩などの代償的症状が好転することが多いという理論です。

MPSG でも、検査と治療の第一歩は、骨盤、仙腸関節から始まります。

勉強の内容は、まず、骨盤のモーション・パルペーションとその治療法の講義と実習から始めます。次から順に、腰椎、胸椎、頸椎と、脊柱を上に向かって学んでいきます。

ベーシック I の最初の講義と実技は、骨盤、特に寛骨の腸骨稜、上後腸骨棘（以下 PSIS と呼ぶ）、仙腸関節、坐骨結節の位置の確認とそれらのズレを見つけていくことから始まります。その際用いる触診法を、スタティック・パルペーション（static palpation）と呼びます。スタティック・パルペーションとは、現在一般に行われている“患者を動かさない状態で行う触診法” のことです。

スタティック・パルペーションで寛骨を触診するときの必須条件は、触診部位の解剖学的知識と、それが何であるか、またその歪みがどのようなものであるかを触診して見つけ出す技術です。

残念ながら、ほとんどの柔整、鍼灸、理学療法の学校では、国家試験のための解剖学的知識は教えるものの、これらを実際に触診するような授業は行っていません。しかし、実際の臨床では、腰痛、股関節痛、殿部痛や単径部痛を訴える患者に対し

て触診を行い、どこに症状があるのか、どこが悪いのか、どのように悪いのかわからなければなりません。どこが悪いのかわからないまま治療を行うことはよくありません。わかっていて治療を行っても思ったような結果が出ないことが多いのに、手探りで治療を行っては思ったような効果が出るはずもありません。このあいまいな検査と治療を続けていけば何年たっても上手くはなれないのです。

その治療のシレンマを少しでも軽減するために、まず、行わなければならないのが、どこが悪いかを見つけるための触診法である“骨盤への正確なスタティック・パルペーション”なのです。

骨盤の触診

今回は、骨盤の触診の際、基準点となる部位を正確に見つける方法、そしてその部位のズレの触診法であるスタティック・パルペーションを解説します。

骨盤触診では、まず、骨盤、その中で、腸骨稜と上後腸骨棘（以下 PSIS と呼ぶ）、仙腸関節、そして坐骨結節がどこにあるか、そしてそれらの左右差を比較して仙腸関節の異常（ズレ）を見つける方法を学びます。これが仙腸関節のスタティック・パルペーションの目的です。

腸骨稜

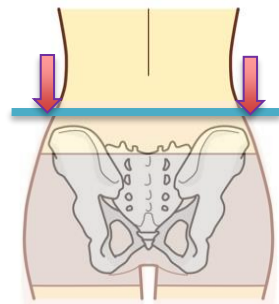
骨盤の触診で最も容易に触診できる部位が腸骨稜です。すでに、皆さんも触診されている方も多いことと思います。腸骨稜は検査には重要ですが、治療にはあまり使いません。ここは、仙腸関節の検査で必ず触診しなければならない部位なのです。この検査は、立位、坐位と腹臥位で行うことができます。

腸骨稜の触診法

腸骨稜のスタティック・パルペーションは、脇腹から始めます。腸骨稜の位置の目安はベルトが腰に引っかかるところです（図）。実際の腸骨稜の触診は、左右の腸骨稜の高さの差を比べるために行います。その高さの差で、腸骨の異常（ズレ）の可能性を考えていきます。

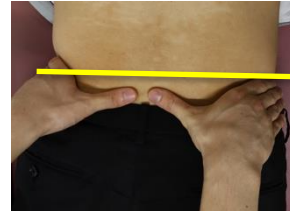
この触診の順序は、

- ① 手のひらを下に向け、指先をまっすぐ前



に向け、外方から示指の基節骨部をウエストに置きます。親指はお互いに向き合います（指を曲げてはいけません。腸骨稜の高さの評価に狂いが出ます）。

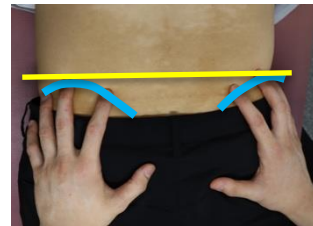
- ② 坐位や立位検査では、目線を骨盤の高さに置きます。
- ③ 両手を脇腹に沿って下ろしていき、手が骨盤外側の上の骨に当たれば手の動きを止め（腸骨稜の頂点）、その高さを比較します（右が高い、左が低いなど）



腸骨稜によって何がわかるのか？

腸骨稜の触診によって、腸骨のズレ（勉強会で説明しますが、上の場合・PI 腸骨、下の場合・AS 腸骨）を推測します。スタティック・パルペーション後、モーション・パルペーションを行い、治療すべき仙腸関節を決定します。

親指を互いに向き合った形でスタティック・パルペーションを行う理由は、その両母指先端に、第4腰椎（L4）棘突起があるからです。これは腰椎ヘルニアや脊椎分離/すべり症などのためにL4棘突起の位置を知るために、また腰椎フィクセーションの位置を数えるために基準点として重要です。



別法： 指を伸ばして腸骨稜の高さを比較する代わりに、親指を除く4指を曲げて左右の腸骨稜を上から引っかけるようにして高さを比較することもできます。

PSIS（上後腸骨棘）

PSIS のスタティック・パルペーションは、骨盤の触診および治療を行うとき最も重要です。PSIS の歪みの方向を検査することで、仙腸関節の治療法を考えることができます。そのため、このPSISの触診が正確にできなければ骨盤の治療はできないといえるのです。PSIS は大きな突起であるため、触診で見つけることは簡単です。しかし、実際はPSISの触診は難しいのです。間違っ触診したり、大雑把に触診すると、治るものも治らないようなとんでもない触診結果になってしまいます。

PSISはどこにあるか？

PSIS を触診する前に、PSIS のある部位を予測します。これを行うと PSIS 触診の時間短縮になります。

- ① 腸骨稜の後下方約 15cm に PSIS がある。

- ② PSIS の真上には“お尻のえくぼ”があり、そこに PSIS がある。
- ③ ウエスト（腸骨稜）と股関節付近のズボンのシワ（坐骨結節）を結ぶ線上で上 1/3 にある。

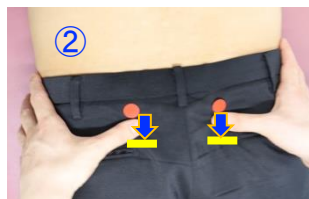
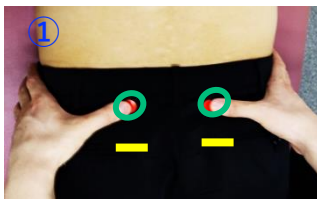
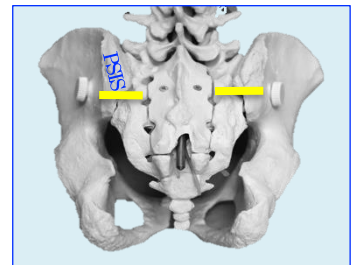
PSIS の最適触診ポイント

PSIS の大きさは、幅 1cm、上下の長さ 5cm です。PSIS を触診するとき、この PSIS のどこを触診してもよいということではありません。PSIS の上と下では 5cm もの開きがあるのです。このような左右バラバラな触診が効果的な治療につながるわけがないのです。PSIS の触診は、PSIS の下端に行わなければなりません。

アメリカのカイロプラクティック大学で教えていた頃、“PSIS は PSIS 下端に取る”と何度も念押しして教えても、2 年生で 4 割ほどが、最終学年であっても 2 割が間違っていました。それだけ PSIS の触診は難しく、練習が必要なところなのです。

PSIS の触診法

- ① まず左右 PSIS の最も飛び出している部位を見つけ、両母指の指腹を PSIS に置く（指先ではなく、母指の指紋の部分）。
- ② 指腹を下方に滑らし、PSIS の下端で母指が前方に落ち込む点を見つける。
- ③ 母指が落ち込んだら、その点で、母指の指腹を頭方に向きを変える。
- ④ PSIS の下端のとんがり感が指腹に感じるまで上方への圧を加える（図の黄色の線）。
- ⑤ その圧を止め、PSIS の上下の高さを比べる。
- ⑥ PSIS の上方変位側が AS 腸骨、PSIS の下方変位側が PI 腸骨の可能性あり（講義で説明）。



PSIS の触診の注意点

- ① PSIS の大きさや触診の深さは患者によって差が大きいので注意する。
- ② PSIS 下端への押圧は指の側縁でなく、指腹を使う（指腹は感覚が鋭い）
- ③ 術者の顔は骨盤の中央に来るように置く（PSIS を横から見ると間違う）

- ④ 指腹に力を入れて押すと指頭感覚が低下し間違いやすい。(肩の力を抜いて触診)

PSIS の触診で何がわかる？

- ① PSIS の触診で、腸骨のフィクセーション (PI 腸骨、AS 腸骨、EX 腸骨、IN 腸骨) が推測できる (これらの詳細は勉強会で学びます)。
- ② PSIS は仙腸関節の検査と治療の中心であり、これがわからないと腰痛治療の効果が期待できない。
- ③ PSIS の内側に長さ 7~8cm の仙腸関節があり、この関節の可動性(僅かな弾力性)をモーション・パルペーションで検査するため最重要である。

PSIS 触診上達方法

PSIS は腸骨稜から内下方へ 45° の位置と習うとその通りの場所を正確に触る方がいます。そのような方はいまいち感覚がつかめず悩んでしまいます。

内下方へ 45° の位置と覚えるとポイントで覚えてしまうので気をつけてください。PSIS はもっと大きなものです。

多くの人がわからなくなると指先に力を入れて触ろうとして親指の先で力強く触ってしまっています。これでは何年たってもうまくなりません。

PSIS の飛び出している部分がわからない人は、PSIS のあたりに全体的に手をそえて軽く上下左右に動かすとぽこっという凸が感じられると思います。これが PSIS の全体的な形だと認識して細かく見るのも良いのではないかと思います。

わからなければ腸骨稜にそって見つけるのも良いです。

全体的な形がわかる様になったら、PSIS の下端に親指の指腹を当てて PSIS の傾きを見ていくようにしましょう。

触診の上達方法は、まず骨盤の模型などを使って触診の練習をして、骨盤の全体像を頭に入れると良いと思います。

骨盤の形がわかったら、タオル、毛布などを骨盤の模型にかけて練習します。そうすると指先の感覚が養われて全体的に触れるようになります。

骨盤の模型を使った触診練習は PSIS だけに限らず仙腸関節、坐骨結節、腸骨稜など骨盤全体の触診の練習になります。是非試してみてください。

仙腸関節

骨盤治療の中心は仙腸関節です。この仙腸関節はカイロプラクティックでは 120 年も前から身体の不調を治すための最重要ポイントとして使われてきました。

それほど、骨盤治療は身体に影響を与えます。腸骨稜、PSIS、坐骨結節などは、すべて、この仙腸関節を正確に治療するための基準点なのです。

仙腸関節はどこにあるのか？

仙腸関節は左右にあり、PSIS の内側陥凹で、縦 7～8cm、幅 2cm の不規則な形をした骨盤の関節です。

仙腸関節は PSIS の内側の深いところにあるため、膝や肩のような的確な関節の触診はできません。



仙腸関節の触診法

- ① まず PSIS を見つける
- ② PSIS の内側縁に沿って示指あるいは中指でゆっくりと押圧を加える
指先に縦長の深い陥凹が触れ、その先に仙腸関節がある

仙腸関節の触診で何がわかるか？

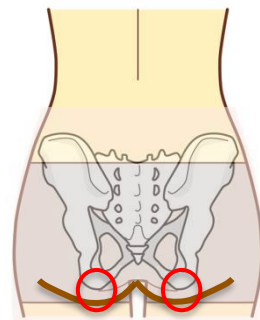
仙腸関節は関節可動性を調べるためにもっと大切に基準となる部位で、この関節のわずかな動きの有無が治療のための鑑別法になります。そのためにはこの関節が的確に触診できなければなりません。

坐骨結節

この坐骨結節も、患者によって触診の難易度が変わる部位です。初心者はなるべく痩せた方で練習し経験を積んでいただきたい部位です。太った方の坐骨結節の触診は本当に難しいのです。坐骨結節には多くの筋肉が付着し、その上には太い大殿筋、その上には厚い脂肪組織が重なっているため最も触診しにくい部位の一つです。坐骨結節は PI、AS 腸骨の検査部位であり、かつ治療を行う部位になります。

坐骨結節はどこにあるのか？

坐骨結節は臀部下端、ズボンのスジのすぐ上にあり、骨模型ではわかりやすいのに、実際の触診ではわからなくなる基準点です。



坐骨結節の触診法

- ① 大腿骨大転子の内方 10cm 殿部の最も膨隆したところを母指あるいは豆状骨で前方に押圧をかける。
- ② 指で骨のような硬結があれば、そこが坐骨結節後縁である。この後縁で坐骨結節の後方、前方変位を検査する。

- ③ そこから硬結に沿って下方に指をずらしていくと前方に指が落ちるように沈んでいくところがある。そこが坐骨結節の下縁である。
- ④ その部位で指腹を上方に押し上げて、両坐骨結節の上下の差を検査する。



坐骨結節の触診で何がわかるか？

- ① 坐骨結節の触診は難しい。特に、太った人は脂肪のため、坐骨結節がどこにあるのかわからないことが多い。
- ② 坐骨結節の触診で、腸骨のフィクセーション (PI 腸骨、AS 腸骨) が推測できる (これらの詳細は勉強会で学びます)。
- ③ 坐骨結節は仙腸関節の検査と治療の基準点の一つであり、これがわからなければ腰痛治療の効果が期待できない。

仙腸関節は腰痛治療や身体のバランスを整えるために最も大切な治療部位です。この仙腸関節がわからなければ、身体の治療ができないことにもなります。その治療のための第一歩が骨盤の触診なのです。

MPSG が始まるまでに是非予習、練習をしておいてください。

MPSG で使う教科書

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

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：小児に対して行うカイロプラクティック治療について先生はどのようにお考えですか？

A：私は、小児に対して治療を行うとき一番重要な部分は検査及び診断だと思います。

正確な検査、診断ができなければ適切な処置ができないからです。

特に小児の病気は状態の把握が難しいため、ひとつ間違えると重大な過失を招いてしまう恐れがあります。

そのため治療に対する取り組みよりも、検査、診断を重要視し、カイロプラクティックの適応であれば治療をするというシステムを取っています。

適応症はあまり明確ではありませんが、一部の夜尿症、ぜんそく、腸内ガスの貯留による腹痛、夜泣き、発育不良、一部の脳血管障害などがその適応ではないかと思われれます。

私自身は子供に対するカイロプラクティックは非常に効果のあるものだと思います。

アメリカでは、小児・妊産婦カイロプラクティック認定資格と呼ばれる物があり、小児に対しての治療を学ぶことができます。

私のオフィスには新生児から90歳のお年寄りまで幅広く患者がみえています。

小児の場合、すでに小児科医から診断を受けてから来院されることが多いため、すでに受けた診断に基づいて、それをフォローする様な形でカイロ検査、診断を加えます。

しかし、患者が私たちを信頼すると、小児科医ではなく先ず第一に私たちのオフィスに子供を連れてくることもあります。その場合には、できるだけ詳細な検査と診断を行い、間違った判断を下さないように細心の注意を払わなければなりません。

それは子供というのは、重篤な病気であっても症状を正確に伝えることができないからです。

私のオフィスに来る子供の問題は、脳性麻痺、発育不良、夜尿症、ぜんそく、夜泣き、疳虫、自閉症、側弯症、風邪、腹痛、引きつけ、四肢の痛み、腰痛、頸部痛、肘内障、視力障害などです。

使う検査法は詳細な問診、視診、スタティック・パルペーション、モーション・パルペーションなどです。

使う治療法は、小児用のモビリゼーション、頭蓋調整、反射療法などです。

小児を治療するためには単に小児の治療だけでは不十分です。

生活指導、運動療法、お母さんにできる簡単な治療法の指導、また、お母さんに問題があることも多いため、その場合にはお母さんに対する治療も考えなければなりません。

それは、お母さんあるいは他の家族を治療することによって子供の精神的負担を軽減することが目的です。

Q2：腰部の症状をお持ちの患者さんに対して行う治療は股関節から見るべきでしょうか？症状のある場所からなのでしょうか？

A：検査は考えられる原因からまず判断します。痛い場所を問診して、その場所を触診して、症状のない側と比較した時に症状のある側はどのように差があるのかを見ます。

治療する順番は、直接痛い場所を触るのではなく、関連する部位から治療する方が安全でリスクが少なく、効果が高いです。

そのため、股関節から治療することは多いです。

股関節につく筋肉は骨盤にもついていることが多いため、股関節のフィクセーションは腰の痛みと大きく関わります。

腸腰筋、ハムストリングス、大腿筋膜張筋、殿筋群、腹筋群、腰方形筋、脊柱起立筋などの筋肉は腰痛と深い関わりがありますが、股関節の治療をうまくすると、骨盤にも作用するためこれらの筋肉も一緒に弛み、腰痛のほとんどは症状が軽くなることが多いです。そのため、股関節の検査は重要になります。

股関節の検査では、動きによってどこが筋肉が伸張されているのかを考えながら行うのが良いです。何でも良いからと可動域を調べて角度を見ても治療に使えることはありません。

あくまでも検査した股関節の角度でどこにフィクセーションがあるのかという可動性を診ることを意識してください。

Q3：頸椎のモビリゼーションをするときに硬い方向に向かってモビリゼーションを加える場合と関節面にそってモビリゼーションを加えるという原則はどのように考えるのが良くわかりません。

A：硬い方向にモビリゼーションを加えるというのはフィクセーションのある方向、言い換えれば硬く短縮している関節包、靱帯、筋肉のある方向に向かって力を加えるということです。頸椎のモビリゼーションを加えるときに一番椎骨を動かしやすいのは椎骨と椎骨の隙間に沿って（関節面に沿って）行う方法です。椎骨は椎骨と椎骨の間の関節で動きます。関節を除いて椎骨間の動きはほとんどありません。ですから頸椎を動かすというのは関節上で頸椎を動かすという事になります。また骨のズレというものも椎骨と椎骨が関節を挟んで不整列を起こしているということになります。

頸椎をモビリゼーションするには頸椎が最も動きやすい部位を有効に使って行います。この動きやすい部分が関節です。この関節には関節包、靱帯、筋肉などが付着しています。これらの軟部組織が関節を動かし（筋肉）、また一定以上動かないように固定（靱帯、関節包）しています。頸椎のフィクセーションというのは、この軟組織が硬くなった状態で起こります。この状態が一定時間続くと、筋肉、靱帯、関節包が拘縮を起こしてフィクセーションの状態となるわけです。この軟組織の硬縮を取り除き、頸椎のズレを正常に戻すテクニックがモビリゼーションです。

最初に言ったように、頸椎の一番硬く感じる方向というのは、この軟組織の硬縮のある部位に向かう方向となります。その硬く感じる方向に向かって関節にそったモビリゼーションが患者に最も負担が少なく、最小の力で最大の効果を上げる治療の方向となります。

〈お知らせ〉

会員の皆様にもけた情報をホームページの会員ページに掲載しています。
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。
会員ページのログインに必要な、ユーザー名、パスワードをお知らせします。

〔ユーザー名：mpsg2021〕〔パスワード：cor3〕

中川会長のweb 投稿について。

中川会長が科学新聞社のカイロジャーナルにて、四肢のマニピュレーションのコツを細かく連載されています。

本だけではわからないところ、皆さんが疑問に感じているところが解消していただけることと思います。

ぜひご覧ください。

<https://www.chiro-journal.com/2021/11/08/column/2236/>

こちらの投稿についてのお問い合わせは科学新聞社にお願いいたします。

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/>

編集後記

クリスマスのイルミネーションが華やかに街を彩る季節となりましたがみなさまいかがお過ごしでしょうか？

本年度もコロナウイルスの影響で勉強会が中止となり、技術の研鑽ができない状況に不安を感じている方もいらっしゃると思います。

勉強会で新しい知識が得られない状況だからこそ、解剖学などの基礎をコツコツと復習する時間に充ててほしいと思います。

伊藤博文など多くの偉人の師である吉田松陰はこのような言葉を残しています。

「一日一字を記さば一年にして三百六十字を得、一夜一時を怠らば、百歳の間三万六千時を失う。」重要なのは一日に百を得ることではなく、一日に一つでもいいから毎日継続して得ることなのだと感じます。

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>

