

—Motion Palpation Study Group—



MPSG

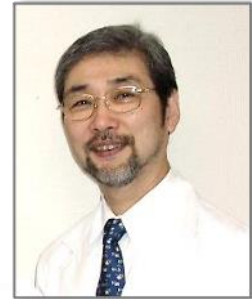
M P 通信

No.33

—目次—

1. 臨床モーション・パルペーション (33)
2. カイロプラクティック Q&A
3. お知らせ
4. 編集後記

## 臨床モーション・パルペーション (33) 触診 (1)



MPSG 会長  
中川貴雄 D.C.

触診 (palpation) は徒手療法の最も大切な検査手法です。カイロプラクティックやオステオパシーなどの徒手療法は、「触診」に始まり「触診」に終わるといっても過言ではないほど、触診は重要です。どんな素晴らしい検査機器を使ったとしても、最終的には、触診が必要になります。また、治療を行った後の治療効果の確認にも触診が必要です。

今回から、スタティック・パルペーションやモーション・パルペーションに必要な不可欠である触診について解説をしてみたいと思います。

### 1. 「触診」は“触れて診る”

「触診」とは、字が表す通り“触れて診る”という意味です。触れることによって身体の異常を検査する方法ということです。「押診」でも「圧診」でもありません。「触診」なのです。触診は、グイグイと身体や脊柱を強く押しながら検査する方法ではなく、スーッと触れていくことによって検査する方法ということになります。

うまい先生の触診の仕方は、「こんな力でわかるのかな？」というような僅かな力でスーッと触診して悪いところを見つけていきます。グイグイと力を入れながら触診している先生は、まだまだうまく触診できてない方が多いように思われます。

触診は、患者に「安心しなさいよ。怖くはないですよ」という術者の心を伝えるための重要な方法でもあります。最初から押すような触診を行うと、患者の組織は瞬間的に緊張してしまいます。緊張は患部の異常を覆い隠すように働くため、「押診」を用いると悪い部位が解らなくなります。また、強い力を用いると、術者自身の指も緊張状態になるため指の触覚が低下してしまいます。術者が強く押す。

すると、患者は緊張して硬くなる。これでは悪い場所を見つけようとしても見つけれなくなります。

触診は、まず患者に触れることから始めなければなりません。まず、そこで患者を安心させながら、かつ皮膚の状態を検査します。そこから徐々に圧を加えていき、皮下の抵抗、筋膜の緊張、筋肉の硬さ、関節の状態、圧痛の状態、骨の硬さ、フィクセーションなどを順に検査していくことが大切なのです。

## 2. 触診を行う前に必要な知識は解剖学!!

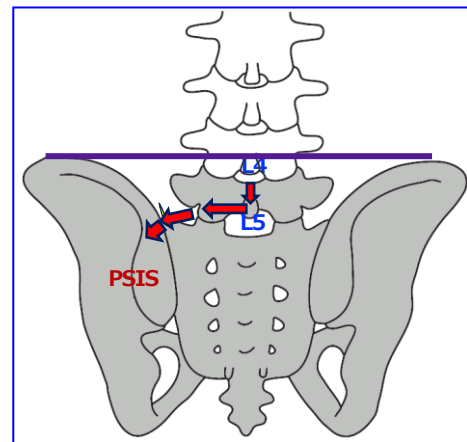
触診を行う前に必要な知識の中で最も大切なものは解剖学です。自分が触れている指の下に何があるのか、そして、どの組織に問題があるかを予測する触診ができなければ治療はできません。効果的な治療に必要な触診の基礎になるのが解剖学なのです。臨床上、解剖学は学校で学んだ知識よりも詳細に知っておかなければなりません。また、一般の解剖学だけでなく、表面解剖学の知識も重要になります。

徒手療法を行う場合、憶えておかなければならない重要知識は、骨の各部位の名前、筋肉の名称、起始と停止、その作用と神経支配、関節の構成と動き、靭帯の位置と付着部、腱の位置や付着部などです。

それも、筋肉は筋肉、骨は骨、関節は関節というように系統別に憶えてもうまく使うことはできません。各部位を関連付けて憶えなければ、臨床で使うことができないのです。

例えば、MPSGで行う仙腸関節周囲の触診を、もう少し細かく解剖学的に考えてみると、

まず、骨盤の触診で基本になるのはL4棘突起です。この高さの両側に左右の腸骨稜があります。L4棘突起のすぐ下がL5棘突起です。このL5棘突起の外方約2cmには左右の腰仙関節があります。その上内側にはL5の下関節突起があり、その下外側には仙骨の上関節突起があります。また、その2-3cm外方陥凹には仙腸関節があり、またその外下側にPSIS（上後腸骨棘）の突出があるので



す。PSISの上端は腸骨稜に続きます。より詳しく腰椎椎間関節の形状を見ると、左右の腰仙関節の形は上部腰椎の椎間関節と比べると冠状面が大きく、乳頭突起はほと

んど形成されていません。この乳頭突起の形状が腰椎の腰痛がL5やL4に起こりやすい一因なのです。

腰仙関節外方にある仙腸関節はPSIS内面と仙骨外面で構成され、下方に向かって8cmほどの大きな関節です。

そこに殿部筋を考えると、PSISの外縁と仙骨からは殿筋の最表層筋である**大殿筋**が起始し、大腿骨体上後縁に停止しています。**中殿筋**は、大殿筋の内層で腸骨稜から前殿筋線の間で起始し、大転子の上後縁に停止しています。**小殿筋**は、殿筋の最内層、中殿筋の内層で腸骨窩の前殿筋線と下殿筋線の間で起始し、大転子前上縁に停止しています。**梨状筋**はPSISではなく、仙骨前面外側から起始し、大転子外側上縁、中殿筋停止部の深部に停止しています。注意しなければならないのは、その下縁から坐骨神経が下降していることです。この梨状筋の拘縮によってその直下を走る坐骨神経が圧迫され、梨状筋症候群による坐骨神経痛が発症することがあります。

このように仙腸関節の2-3cmの周囲には、腰仙関節、PSIS、L5の下関節突起や棘突起など多くの関節、骨指標や筋肉があるのです。実際にわれわれが行うことができるのは触診だけなのです。このような部位を正確に触診できるかどうか、その上手下手が、治療の良否に大きく関わってくるのです。

触診を行う前、上記のような各触診部位の位置的関連性をしっかりと勉強しておき、それを実際の患者にビジュアルマッピングしながら触診を行うことです。この練習方法を続けることによって、すぐにはその成果はあらわれないと思いますが、将来の治療精度に大きな影響を与えることとなります。

しかし、実際に触診を行ってみると、解剖学書に書いてあることと生身の人の間には大きな違いのあることがわかるはずなのです。

まず、問題となるのは、解剖学書で見ることができている皮膚の下を、実際の患者を触診するときには見ることができないことです。指の下には皮膚があり、脂肪があり、筋肉があるのです。そのため、骨や関節を見ようとしても見ることはできません。臨床経験がなければ、痩せた患者の骨や関節はかろうじて触診できるものの、太っている人や筋肉質の人では、脂肪や筋肉に邪魔をされ、何に触れているのかよく分からなくなります。このような難しい患者を触診する場合は、解剖学的知識に基づいた推測が必要になります。むやみやたらと押したり引いたりして触診していても触診はうまくなりません。

次に、教科書にある解剖学は2次元的であり平坦です。しかし、実際の患者は3次元的なのです。上下、左右はわかりますが、組織の深さがわかりません。それ

が触診を行う際の大きな問題になるのです。知識として学ぶ教科書のペタラットとした2次元解剖学を、臨床で組織の深さを考えて3次元的に触診できるかどうか、触診がうまくなるための絶対条件なのです。これができるば、触診における迷いや間違いを最小限にとどめ、効果的な治療に大きく近づくこととなります。

中川貴雄のKEY-NOTE 講座 (Web セミナー)  
「脊柱モーション・パルペーションを読み解く」が始まります!!

第3シリーズ「**腰椎モーションパルペーションを読み解く**」

9月5日(火)、12日(火)、19日(火) (計3回)

時間: 19:30~21:00

受講料: 11,000円(税込)

教科書: 脊柱モーション・パルペーション 中川貴雄著

- 第1回 (9/5) ・腰椎の特徴、腰椎治療の注意点  
・腹臥位腰椎スタティック・パルペーション  
モーション・パルペーション
- 第2回 (9/12) ・坐位腰椎スタティック・パルペーション  
モーション・パルペーション  
・腰椎治療の効果(1)
- 第3回 (9/19) ・腰椎治療の効果(2)  
・椎間関節症候群、腰椎椎間板ヘルニア

MPSG では時間の関係で話すことのできない腰椎モーション・パルペーションのコツや応用法、治療法への応用法、臨床への応用、他のモーション・パルペーションとの関連性などをお話したいと思っています。

**セミナーお申し込みは下記 URL からお願いします。**

[https://sci-news-shop.co.jp/2002/06/07/takao\\_nakagawa\\_keynote\\_lowback/](https://sci-news-shop.co.jp/2002/06/07/takao_nakagawa_keynote_lowback/)

## 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：腰椎乳頭突起のモーション・パルペーションで軟部組織が多い分どちらが後方かを判断するのに自信がなく、無意識のうちに力が入ってしまい、ますます分からなくなってしまいます。硬さが分かるまで指を組織に押し込んだ方がよろしいでしょうか？

A：骨に指が到達しなくても、骨のフィクセーションが起これるとその上にある組織、筋、皮膚などにも硬さを出します。その硬さをとらえて治療を行います。細身の人であればすぐに骨を触ることができますが、筋肉が発達していたり脂肪の多いだと、骨よりも後方にある硬さの感覚を信じて行う方が良いです。また、骨まで到達させようと無理に押し、相手が力を入れるような押圧をしてしまうのは失敗です。相手が力を抜いていられるような押圧で硬さに到達しなければなりません。

Q2：下部腰椎にヘルニアがあり、上部腰椎にフィクセーションがある人が多く感じますが、伏臥位でモビリゼーションを行うと腰痛が悪化してしまうことがあります。どのように治療すればよろしいでしょうか？

A：伏臥位になっても問題のない人であれば骨盤を優しく左右に揺さぶる方法を使います。大きく骨盤を揺さぶると下部腰椎に揺さぶりが伝わってしまうため余計に腰痛を悪化させてしまいます。腰痛を経験された方はわかると思いますが、伏臥位から起き上がれないということが多々あります。なるべくヘルニアに限らず腰痛のきつい患者には伏臥位での治療は避けた方が安全です。では、どのように治療を行うかということ、MPSGのBasic2で行う坐位脊柱モーションパルペーションです。この方法を使うと下部腰椎に負担をかけることなく楽な姿勢で腰椎を治療することが可能です。

Q3：腰椎モビリゼーションの疑問点です。腰椎後方変位を治療する際、同側の骨盤が後方変位（PI）している場合であっても骨盤に置く手は仙骨のあたりで牽引をかけて引くように揺さぶるのでしょうか？

A：前腕を PSIS に置き、骨盤を前上方に押すようにゆすぶると良いです。

Q4：全体的に背骨のゆがみがぐにゃぐにゃな方がおられると思いますが、全体的にみてゆがみの大きい部分はほかの部位の影響でそのようなになっていることが押いののでしょうか？

A：胸椎のゆがみが大きく、腰椎のゆがみが小さい場合は腰椎の問題が大きいと思います。もちろん四肢や内臓、外傷など、様々な要因が考えられるので問診、既往症などは注意して聞いておくことが必要です。

Q5：肘を伸展させた状態で行う肩関節の外転と肘を屈曲させた状態で行う肩関節の外転の違いで肩関節の動きに違いが出るということは、なにが考えられるのでしょうか？

A：肘関節を伸展させるということは二頭筋をストレッチした状態で行う肩関節の外転です。肘関節を屈曲するということは、三頭筋をストレッチした状態で行う肩関節の外転です。肘関節の動きを変えて肩関節にフィクセーションが出るということは、まず肘関節に何らかのフィクセーションや筋の緊張があり、その部分を介して肩関節にも動きに制限を出していると考えられます。二頭筋も三頭筋も肩甲骨に付着部をもっており、肘関節と肩関節の運動は連動しています。

〈お知らせ〉

会員の皆様にむ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パスワードをお知らせします。

パスワード

(rab5)

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

中川先生は新しい知識を得るとそれを自分の技術に紐づけて臨床に応用されます。常にアップデートを繰り返すので、治療の幅がどんどん広がります。

中川先生曰く「自分の技術に紐づけて見れば新しい技術も自分の技術の上に積み重ねることができる。新しいことを別のものとして学んでしまうといつまでたってもうまくなれない。」とよく言われます。うまく積み重ねができるようになれば頭打ちにならず、飽きることなく成長し続けることができるのだと思います。

いろいろな勉強をすることは大事ですが、その技術を積み重ねるような工夫を自分でしなければなりませんね。

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>

