

—Motion Palpation Study Group—



MP 通信

No.34

—目次—

1. 臨床モーション・パルペーション (34)
2. カイロプラクティック Q&A
3. 鎖骨の検査法
4. お知らせ
5. 編集後記

臨床モーション・パルペーション (34) 触診 (2)



MPSG 会長
中川貴雄 D.C.

触診 (palpation) は、徒手療法にとって最も大切な検査法である。徒手療法は「触診」に始まり、「触診」に終わるといってもよい。どのような検査機器を使ったとしても、最終的には、患者の訴える症状の部位を特定するため、そして治療すべきフィクセーションを検査するために触診が必要である。また、治療を行うにも、また、治療後のフィクセーションの変化を確かめるためにも触診を行わなければならない。

MPSG(モーション・パルペーション研究会 Motion Palpation Study Group)にとっても、この触診は治療を行う上で最も大切な検査法である。今頃から、我々、MPSGの生命線である触診について解説をしてみたい。

1. 「触診」は“触れて診る”こと

「触診」は“触れて診る”と書く。触れることによって身体の異常を検査する方法である。英語ではPalpaton(パルペーション)と書く。モーション・パルペーション (Motion Palpation) のパルペーションである。触診は「押診」でも「圧診」でもない。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、触れて検査を行う方法という意味である。触れるというのは、こわごわ触るのではなく、患者に「安心しなさいよ。怖くはないのですよ」という術者の心を伝えるためにも重要な方法でもある。

触診の手順は、まず患者に触れることから始める。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する。そこから徐々に圧を加えていき、触

診の深さによって皮下の抵抗、筋膜の緊張、筋肉の硬さ、関節の状態、圧痛の状態、関節のスズなどを順に検査していく。

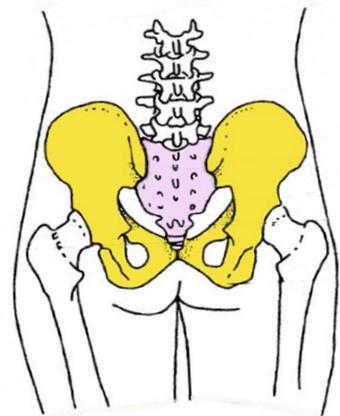
2. 触診を行う前に必要な知識（解剖学）

触診に必要な知識の中で最も大切なものは解剖学である。局所の解剖を頭に描きながら、自分が触れている指の下に何があるのか、また、どの組織に問題があるかを触診できなければならない。その基礎になるのが解剖学である。この解剖学はできる限り詳細に知っておくべきである。特に、骨の部位の名前、筋肉の名称、起始と停止、その走行と作用、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、神経の走行などを知らなければならない。

ボンヤリと「この辺かな?」と触れることと、細かく「この1mm位の飛び出した」と触れることは、治療結果に大きな差があらわれる。「この辺かな?」では治療結果もボンヤリであり、「ここ!」としっかりわかって治療すれば“ピリッ”とした明確な治療結果があらわれることが多く、治療速度も“何倍も速くなる”ことが実感できる。

例えば、第4腰椎棘突起の外方には腸骨稜があり、第5腰椎（L5）棘突起の外方約2cmには左右の腰仙関節がある。

腰仙関節の内側はL5の下関節突起であり、その外側は仙骨の上関節突起である。その2-3cm外方には仙腸関節の上端があり、そのすぐ外方にはPSIS（上後腸骨棘）があり、その上方にはL5横突起がある。PSISの上端は腸骨稜に続く。左右の腰仙関節の形は上部腰椎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ない。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、下外方に向かって8cmほどの大きな関節である。そして、その前面は前仙腸



靭帯、中間部が骨間仙腸靭帯、後面が後仙腸靭帯で補強されている。PSISの外縁と仙骨から大殿筋が起始し、大腿骨体上後縁に停止している。中殿筋は腸骨稜から前殿筋線の間で起始し、大転子の後上縁に停止している。

小殿筋は腸骨窩の前殿筋線と下殿筋線の間に起始し、大転子前上縁に停止している。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る。梨状筋の下縁から坐骨神経が下降している。

仙腸関節は、われわれが治療を行うとき、決してはずしてはならない重要部位である。その仙腸関節を触診する前に、仙腸関節だけでなく各部位の位置的関連性をしっかりと理解しておくべきである。しかし、実際に触診を行ってみると、解剖学書に書かれたことと生身の人との間には大きな違いがある。まず、人の場合には、皮膚の下を見ることができない。皮膚があり、脂肪があり、筋肉があるため、骨や関節を触診しても、何に触れているのかよく分からない。また、解剖学書では骨と骨の間に 2cm の間隙があるといっても、実際、触診してみると、皮膚、脂肪や筋肉などの軟組織の厚みのために、ほとんど隙間がないように感じてしまうことも多い。それも、痩せた人、太った人、筋肉質な人、老人、子供、女性、男性など、人によって大きな差がある。

また教科書に書かれている解剖学は 2 次元적であり平坦であるが、実際の人間の身体は 3 次元적である。上下、左右そして深さがある。知識としての教科書の 2 次元적解剖学を、臨床において 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必要条件であり、これができるようになれば、触診における迷いや間違いを最小限にとどめることができ、治療はうまくなる。

3. 触診を行う前に必要な要素（触診のための解剖学的指標）

触診を行う上で必要なことは、解剖学的指標をマスターすることである。解剖学的指標は、他の部位触診するための基点として、そして身体の位置異常を比較するため重要である。指標として使われるのは、脊柱に関しては、外後頭隆起、乳様突起、環椎横突起、軸椎棘突起、C7 棘突起、肩甲棘内端、肩甲骨下角、第 12 肋骨、腸骨稜、L4 棘突起、上前腸骨棘（以下 ASIS）、上後腸骨棘（以下 PSIS）、坐骨結節、仙骨裂孔、尾骨、大転子などである。

例えば、乳様突起は後頭骨の変位を知る場合や環椎横突起を触診する場合などに重要な部位である。

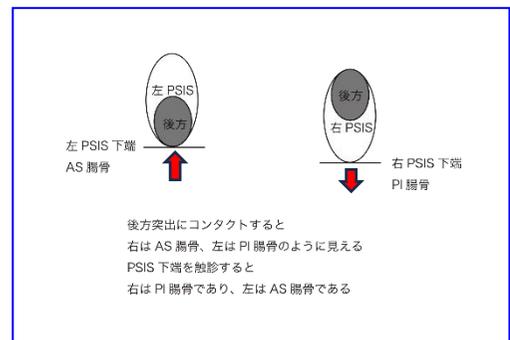
肩甲骨下角は胸椎の高さを知るために重要であるが、腹臥位と座位では両下角を結ぶ線上来る胸椎棘突起が異なることが多いので注意が必要である。腹臥位ではT7棘突起、座位では肩甲骨が少し下方に下がるためT8棘突起が来ることが多い。

PSISは、徒手療法では最重要解剖学的指標であり、サイズが大きい部位であるため最も注意して触診しなければならない。PSISは、腸骨の下方変位、上方変位、後方変位、前方変位、内方変位そして外方変位を判断するためのスタティック・パルペーションの診断基準点として用いる。そのため、この大きなPSISをあいまいに触診するような癖をつけてしまうと、間違っただ仙腸関節変位やフィクセーション診断の原因になる。

一例として、**仙腸関節のPSISの下方および上方変位を触診するための注意点を**取り上げてみる。

PSISの中で、下方および上方変位を触診するため最も間違いの少ないポイントは**PSIS下端**である。このPSIS下端は、熟練者にとっては簡単に触診できる部位であるが、初心者にとっては大変難しい触診部位である。私がかつて教鞭をとっていたロサンゼルス・カイロプラクティック大学(LACC)の最終学年であっても、1/4近くがPSISに関して間違っただ触診をしていた。間違っただ学生はほとんどがPSISの中央部の突出を触診していたのである。この中央部の突出は、初心者にとってPSISの中で最も触診しやすい部位である。これを触診することが間違っただ検査結果の原因になり、間違っただ治療の原因となる。

図の右側のように右腸骨が後下方に変位すると、PSIS下端は下方に移動し**PI腸骨**となる。この場合、PSISの上部(右黒丸)は後方に突出する。また、図の左側のように腸骨が前上方に変位すると**AS腸骨**となる。この場合、PSISの下部(左黒丸)は後方に突出する。この時、下方変位している右PSIS下端(PI腸骨)ではなく、間違っただ膨隆している部位(上端黒丸)を触診してしまうと、PI腸骨ではなくAS腸骨(間違い)になってしまうのである。



また、上方変位している左 PSIS 下端（AS 腸骨）ではなく、間違って膨隆している部位（下端黒丸）を触診してしまうと、AS 腸骨ではなく PI 腸骨（間違い）になってしまうのである。

これは重大な間違いであり、これに基づいて治療すると症状を悪化させることもありうる。

解剖学的指標への触診は、細心の注意をはらって正確に行わなくてはならない。

4. 触診には指頭の最も敏感な部位を使う

触診を行う場合、術者の指頭感覚が鋭ければ、患者の状態をより細かく把握することができる。状態を細かく把握できれば、より正確な治療が可能になる。そのため、術者は鋭い指頭感覚をマスターできるように努力しなければならない。指頭感覚は、何となく触診を行う、あるいは、そのうちうまくなるだろうと思うだけでは決して鋭くはならない。

触診は、「どこが悪いのだろう？」「どの筋肉が硬縮を起しているのだろう？」「どこにフィクセーションがあるのだろう？」など、常に考えながら繰り返し練習することが重要である。

しかし、考えながら練習することだけで触診技術が上達するかというところではない。触診を行うとき、指のどの部分を使って触診を行うかによって上達スピードが変わるのである。

徒手療法で最も大切なことは、椎骨のズレやフィクセーションを触診によって見つけることである。しかし、深部にある触診基準点である横突起、乳頭突起や関節突起は、その周囲の脂肪や筋肉が厚いため非常に触診しにくい。そのため、われわれは無意識に指先に強い押圧をかけてしまう傾向がある。

実際には、このような深部組織の触診のために最初から強い押圧を行ってはならない。触覚の敏感な部位を使えば、それほど強い押圧は必要でなくなるからである。

触診で使う指（末節部）の大きさはせいぜい 3cm である。触診の上達には、この 3cm の指先のどこを使うかが重要なのである。

触診には指の先端を使ってはならない。

もし、指の爪から1cmくらいまでのところ①で触診を行っているのであれば、どれだけ練習しても、どこに乳頭突起があるのか、どの方向にフィクセーションがあるのか何年経ってもわからない。

指腹①は、力が入りやすいが触覚が鈍い部分である。

触診を行う場合、先端から1cmまでを使うのではなく、1cm~2cmの指腹②を使うべきである

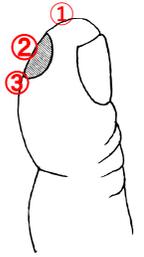
この指腹②は触覚が鋭く、また力も入りやすい部分である。

実際に、自分の指で指腹を軽く触れていただきたい。爪に近い指先①を軽く触れた場合の感覚と、指先1cmから2cmの指紋の渦巻きの少し上のところ②を軽く触れたときの感覚は違うはずである

爪に近い指腹①は皮膚が厚く力を入れるのに適しているが、そのため感覚が鈍い部位である。指紋の渦巻の遠位の指腹②は、皮膚が薄く指頭感覚は爪に近い部分よりも格段に敏感なところでもあり、かつ、力を入れるのにも適している部分である。指紋の渦巻の中心指腹③は、感覚は鋭いけれども、力を入れるのには適してはいない。

一例を挙げてみる。乳頭突起の触診には、最初から指先から1-2cmのところ②を使うのが最良である。しかし、それができなければ、まず、指先①を患者の腰部、乳頭突起のあると思われる皮膚に置く。押しはけない。次に、指先に体重が乗っていくようにゆっくりと押圧をかけていく。乳頭突起近くなり、組織の抵抗を感じ始めたところで、この指先①から、指先から1-2cmの②に接触部位を変える。この変更で、指が押圧部から触覚部が変わるのである。その点で、この指腹で乳頭突起のあると思われる部位を上下、左右に動かすと、小豆大ほどの少し硬いふくらみが触れる。これが乳頭突起である。乳頭突起は脊椎模型では骨のように触れることができるが、実際には皮膚、脂肪、筋肉のために骨のように触ることができず、柔らかい組織の向こうに小豆大の硬そうな膨らみとして感じるのである。その膨らみは、人によって異なるため、しっかりと練習を行い、鑑別しなければならない。

ただ、触診上達のための練習は、なるべく触診しやすい細い人から始めることである。



参考文献

F. Netter: ネットー解剖学図譜、丸善、2001

J. Dvorak : 最新徒手医学 痛みの診断学 : P. 70-74, 新興医学出版社,
1996

K. Lewit: Manipulative Therapy in Rehabilitation of the Motor System,
Butterworths, 1985

L. Chaitow: Palpatory Literacy, Thorsons Publishing, 1991

坂井建雄 : プロメテウス解剖学アトラス 解剖学総論、運動器系 (第2版) 、医
学書院、2011

セミナー情報

中川貴雄のKEY-NOTE 講座 (Web セミナー)

「四肢モーション・パルペーションを読み解く」が始まります!!

開催日： 6月18日(火)、7月2日(火)

時間： 19:30~21:00

受講料： 8,800円(税別8,000円、2回分として)

教科書： 四肢モーション・パルペーション 中川貴雄著

第1回(6/18) 肩関節のモーション・パルペーションⅠ

第2回(7/2) 肩関節のモーション・パルペーションⅡ

応募はリンクから

https://sci-news-shop.co.jp/2002/11/01/keynote_shoulder/

MPSG 特別セミナー開催予定

開催日：10月4日(日)

時間：9時30分から15時30分

※詳細の発表、募集は7月ごろを予定しています。

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：頸肩腕症候群の治療法を教えてください。

A:まず第一に考えなければならないことは、頸肩腕症候群の鑑別診断です。頸肩腕症候群というのは、何か分からないけれども首、肩、腕に症状をあらわしている障害ということです。ですからこの症状が何によってあらわれているかを考えなければなりません。筋肉によるものか、サブラクセーションによるものか、頸椎症によるものか、頸髄症によるものか、椎間板によるものか、鑑別診断が必要なのです。

筋肉の攣縮によって症状があらわれている場合は、ライトテスト (hyper-
rduction test)、アドソンテスト、斜角筋触診などが陽性です。

頸椎症の場合は X線検査を行うのが最も確実ですが、日本では X線をとることが容易ではありませんから他の検査によって鑑別を行わなければなりません。

先ず大切な検査は問診です。既往症としてむち打ち症や頭部に外傷を受けたことがあれば、この頸椎症を考えなければなりません。頸椎症は頸部への外傷を受けた後、何年も立ってから症状があらわれます。これは外傷後、頸椎に器質変化が始まり骨棘や靭帯の骨化が起こり、それが頸神経を刺激してしまうためです。

頸髄症は、脊椎症と同じような原因で起こりますが、頸椎の器質変化が頸神経だけでなく頸髄まで圧迫し、その結果頸椎や上肢の症状と共に下肢にも痛みや痺れをあらわしてしまいます。この時深部反射は亢進していることが多いものです。

椎間板ヘルニアの場合には、頸椎圧迫検査で症状が増加し、頸椎牽引検査で症状と軽波が見られます。

サブラクセーション（フィクセーション）による場合は、モーション・パルペーションで可動性減少が認められます。しかしこの場合には頸椎症や筋痙攣とフィクセーションとの鑑別が必要となります。この鑑別法は、科学新聞社発行の「カイロ・ジャーナル」に掲載中の「モーション・パルペーション修得のために」を参照してください。

また内科疾患によってこのような症状が出ている場合もあるため注意が必要です。

頸肩腕症候群の治療法は大きく分けて二つの方法があります。一つは局所療法、もう一つは全体療法です。教科書などに述べられている治療法の多くは局所療法です。軽症の場合は局所療法で比較的治りやすいのですが、重症の場合には局所療法では治りにくい場合も多く、患者を全体的に考え、治療する必要があります。

また急性と慢性でも治療法が異なります。

急性症の場合には、先ずクライオセラピー（氷で20分間冷やす）を行います。

局所に強い治療は避ける方が安全です。関節の炎症が軽減すればアジャストを行います。この時、可動性亢進関節があるならばアジャストは禁忌です。

慢性症の場合には温罨法が適しています。関節が硬くなっているならばモビリゼーションで関節をやわらげ可動性を取り戻します。そのあとアジャストの適応であればアジャストを行います。

斜角筋の攣縮に見られるような胸廓出口症候群や頭板状筋の攣縮に対する治療の目的は、これらの筋肉を弛緩させることです。そのために最も適切であると考えられる治療法を用いればよいわけです。急性であればアイス、慢性であればホットパック。斜角筋や頭板状筋に対するやさしいストレッチング、頸椎の前方変位のためのモビリゼーションや矯正（斜角筋の攣縮の原因）。全体的には頸椎の緊張の原因となる仙腸関節の検査と治療（異常があれば）。肋骨の機能異常、胸椎のサブラクセーション、関節、頭蓋骨フィクセーションの検査と治療を行います。

サブラクセーションであればフィクセーションを見つけてそれを矯正します。しかしこれが急性で激痛を伴うのであれば、矯正は禁忌です。先ず患部の炎症を軽減させる処置をとり（アイス）、患部の緩和操作を行いながら、患部の緊張を減少させます。患者がリラックスできるようになればアジャストを行います。

頸椎症の場合は、年齢と既往症、そして触診所見を参考にしてフィクセーションとの鑑別を行います。頸椎症であると考えられれば、強い治療は控えなければなりません。先ず緊張している筋肉を弛緩させ、モビリゼーションで関節の可動性を少しずつ大きくしていくのが治療となります。また全体的に考え、頭の代わりに動くことのできる部位の可動性を正常化します（仙腸関節、腰椎、胸椎、上部頸椎）。この場合、決して効果を焦らないことです。

頸髄症は脊椎症と同様に治療します。しかし、頸椎のアジャストは禁忌です。治療の目標は頸椎に異常緊張を除くことと症状が少しでも減少する方向を見つけ、それを少しずつ治療し続けることです。頸椎アジャストは適応ではありません。

椎間板ヘルニアの急性期には固定が必要です。アイスと頭椎カラーによる固定と安静です。決してアジャストを焦ってはなりません。動かさないことが治療であると考えてください。急性期が過ぎれば牽引を行います。これはできれば手動で椎間板ヘルニアがあると考えられる部位に行います。ヘルニアがある椎骨にコンタクトし、その部位をやさしくゆっくりと上方に牽引します。私は頭様ヘルニアに対してアジャストは行いません。アジャストはあまり効果がなく、あったとしても一時的なことが多いからです。また来院される患者の中にアジャストでヘルニアがひどくなったとか、症状が悪化したという人が割というため、復重にならざるを得ません。

Q2：メニエール症候群の治療法を教えてください。

A：メニエール症候群（Menieres” disease）

とは、めまい、吐き気、嘔吐、耳鳴り、進行性難聴などの、臨床的特徴をも患のことで、原因は、内耳の膜迷路にある液体（内リンパ） 嚢の膨張によると考えられています。しかし、この膨張が何によってもたらされているのか、多くの場合、不明であり、因果関係のはっきりしているものに、梅毒の後遺症 頭部外傷があります。

さて、メニエール症があって、頸椎にサブラクセーションを認める患者さんについてですが、サブラクセーションを取り除くことによって、症状を軽減させる可能性は十分にあります。治療の目標を内耳圧を下げることに設定して、内耳を保護する側頭骨と頸部に起始停止する筋肉の緊張を変えることによって 内耳圧を変化させることが出来るのではと、考えるのです。例えば、胸鎖乳突筋は、乳様突起から始まり鎖骨に付着していますが、この筋肉は、第二神経と、副神経によって支配されています。もし、上部頸椎にサブラクセーションを認める場合、これを取り除くことによって第2 頭神経に作用し、胸鎖乳突筋の緊張を緩めることは可能でしょう。頭板状筋や頸板状筋（中下部頸神経支配）においても同じことがいえます。又、側頭骨と頸部との関係の他に、側頭骨と舌骨をつなぐ筋肉（茎突舌骨筋、二腹筋）あるいは、顎関節に関係する筋肉（外側翼突筋、内側翼突筋咬筋、側頭筋）についても、考慮し治療する必要があります。

もちろんサブラクセーションを取り除くことによって、メニエール症候が、全て良くなるということではなく、1つの治療として考え、原因が内耳における病理的問題による場合は、前述のように治療を行っても症状改善が望めないことは言うまでもありません。

メニエール症の場合、頸椎に対する無理なアジャストは危険です。それはメニエールではなく、脳に行く血管障害によってめまいが起こっている可能性があるからです。それを鑑別するために脊椎動脈の虚血が起こりやすい状態になっていないかどうか、十分に検査する必要があります。

(George’s Cerebrovasucular Cramiocervical Function Test)

このGeorge's test で陽性でなくても、初期の治療としては、無理なアジャストを避けて他のテクニックによってサブラクセーションを、改善していく方がよいでしょう。もちろん骨盤、腰椎、胸椎の詳細な検査と診断、それに応じた治療をすることによって、頭部のサブラクセーションを改善することもできます。（頸椎サブラクセーションが、2 次的なものである場合。）

注

George's Test の手順

1.

病歴を詳細にとる。次のような既往症のある場合は、危険度の高い患者と判断する。（高血圧、心臓病、動脈硬化、虚血性発作、糖尿病、脊椎症、頸部捻挫、脳卒中等の家族歴）

2.

血圧を両方の腕ではかる。（鎖骨下動脈の検査）

高血圧の有無、両方の収縮期血圧の差が 10 mmHg 以上あれば、鎖骨下動脈の異常が考えられる。又、鎖骨下に聴診器を当て雑音が聞こえるかどうか。

3.

頭動脈に触れ、脈の状態を見る。（結滞の有無、頻脈、不整脈等）聴診器で雑音のチェック。

4.

脊柱動脈の検査

患者は自分で頭部の伸展と回旋を行い、それを 30 秒間、観察する。

左右両方で行い、めまいや、吐き気、目のかすみ、失神等の症状をもたらすかどうか。

Q3：治療に対して心がけていることを教えてください。

A：* カイロプラクティックとはテクニックの技術だけではありません。本当の治療家とはカイロプラクティックで患者を治すことのできる人です。テクニックがうまいのは単なる技術屋です。骨をならすことができても、患者が治らなければこのテクニックは何の価値もありません。患者を治すことのできる治療法の研究が大切だと思います。

* 患者の訴えている症状だけでなく、患者を治すことができること

* 自分が患者の立場に立って、先生に何をしてもらいたいかを考える：私なら納得のいく説明をしてくれて、それに基づいた効果的な治療をしてくれるような先生を選びたいと思います。

* 初診時あるいは再診時に、患者の主訴を少しでも軽減させることのできる方法を研究する：初診の患者は先生に対して懐疑的であることが多く、少しでも患者の主訴を軽減するための技術が必要です。それによって患者は先生を信頼し始めます。

* お金をもうけるために治療をするではありません。治療をして患者がよくなれば、自然とお金は入ってくるものです。この順序を間違えないようにしなければなりません。

* 治療を楽しむことです。カイロは苦しいものではありません。楽しんで勉強していくものです。私は 1 週間、一つの目標を挙げてそれを中心に勉強、治療を行っています。

* 患者を治すためには常に勉強が必要です。道は一生です。お互い楽しんで勉強を続けましょう。

* 勉強をするとき心掛けていること：

楽しむこと。

応用力を養う（特定の患者を思い浮かべ、今勉強していることがその患者に使えるかどうか、使えるのであればどのように応用すればよいかを考える）。

基本に戻る（スランプに陥ると、基本に戻って考える。そのためには、自分が納得のいく基本をしっかりと勉強することが大切です）

焦らないこと（道は一生です）。

鎖骨の検査法

鎖骨と言うのは非常に面白い場所です。Advance 2で行った講義を少し復習したいと思います。

鎖骨は、肩甲骨と上腕骨を吊り下げて位置を安定させる役割があります。それだけではなく、鎖骨は肩関節の動きとも密接に関係します。肩鎖関節で鎖骨を支点に肩甲骨が動いていることが分かっています。

肩を 180° 外転したときの肩甲骨上腕リズムでは、上腕骨が 120° 、肩甲骨が 60° 動くとされていますが、これだけではなく、肩の挙上をしていくと同時に鎖骨も挙上して上方回旋するということが考えられているのです。鎖骨は小さな骨の動きであるため、ほぼ実感はありませんが間接的に大きな影響力を持っていると言えます。

肩の問題がすべて鎖骨で治るのかということそうではありませんが、鎖骨を治すことで肩関節症状の $20\% \sim 30\%$ ほどは軽減することができます。

それだけ軽減させられる引き出しを持っていると、肩甲骨、上腕骨、頸椎、胸椎、肩関節周囲筋の治療を加えることでほかの治療院よりももっと効果を上げることができます。

鎖骨の触診の手順を解説します。

① 問診

- 肩の調子が悪い方を聞く。調子の悪い側を患側として反対の健側と比較をしながら検査を行います。
- 調子の悪い側はどんな動きをすると違和感を感じるのかを聞く。外転？屈曲？伸展？水平伸展？水平屈曲？これらと鎖骨の動きを紐づける。

② 鎖骨の触診

- 肩鎖関節：鎖骨を外側へたどっていくと指が止まる場所があります。そこに鎖骨の肩峰端があります。そこからさらに外側に指を動かすと鎖骨と肩峰の間にある隙間が触れます。これが肩鎖関節です。肩鎖関節の痛みがある人はピンポイントでここに圧痛が現れます。圧痛が無くても肩鎖関節のフィクセーションが問題で肩の動きが悪い場合があります。

- 胸鎖関節：鎖骨を内側へたどると鎖骨の内側端の盛り上がりか触れます。内側端のことを胸骨端と呼びます。さらに内側にたどると胸骨端を乗り越えて胸骨と鎖骨の胸骨端の間の隙間が触れます。ここが胸鎖関節です。胸鎖関節は鎖骨運動の支点になっているため、鎖骨のフィクセーションは胸鎖関節でも検査が必要になります。

③ 鎖骨の位置を比較する

- 鎖骨の胸骨端を上から触れて、上下の位置を比べてください。患側が健側と比べて上がっているのか、下がっているのかを比較します。上に上がっている場合は胸鎖関節で鎖骨が上方変位していると考えられます。下に下がっている場合は下方変位していると考えられます。
- 次は鎖骨の肩峰端を前から触ります。前から触って左右で比較すると患側が前に飛び出しているのか後ろに下がっているのかがわかります。鎖骨の肩峰端を後縁から触ると後に飛び出しているのがさらに分かります。
- 次は鎖骨の肩峰端を上から触ります。上から触ると上方にあるのか下方にあるのかがわかります。上方にある場合は上方変位、下方にある場合は下方変位しているとわかります。
- 次は烏口鎖骨靭帯の触診を行います。烏口突起と鎖骨の間に指を入れるとぐりぐりと縦に伸びるスジが触れます。これが烏口鎖骨靭帯です。外側が菱形靭帯、内側が円錐靭帯です。菱形靭帯は肩甲骨が下方回旋すると伸長される靭帯なので、肩甲骨下方回旋制限に関与します。円錐靭帯は肩甲骨が上方回旋すると伸長される靭帯なので上方回旋制限に関与します。
鎖骨が下方変位している場合は、烏口突起との隙間が狭くなります。鎖骨の下縁にある烏口鎖骨靭帯、鎖骨下筋などの短縮が考えられます。短縮部はスジになっているので触るとゴリゴリとしていて圧痛があります。肩の拳上も制限されます。
- 上肢症状がある場合は対立筋の筋力検査を行います。鎖骨の下方変位がある場合は、Advance 2で行う肋鎖症候群の検査で陽性となることが多いです。

④ 鎖骨の変位を頭に入れて肩関節可動域検査を行う

- 上方変位している場合は肩関節の伸展、内旋が制限されます。
- 下方変位している場合は肩関節の屈曲外転、外旋制限が制限されます。
- 前方変位している場合は肩関節の水平伸展制限が制限されます。
- 後方変位している場合は肩関節の水平屈曲制限が制限されます。

これらの動きの制限は臨床に基づくものですので文献で発表されているわけではありませんが指標にしていくと意外と効果が出やすくなります。

①から④の検査を行ったうえでAdvance 2で学んだ鎖骨のモーション・パルペーションを行います。

モーションパルペーションで変位が確定出来たらモビリゼーションで治療を行います。治療後に再検査を行って鎖骨が動いていれば患者に症状の変化を聞いていきます。

この方法を少しずつ練習していくと鎖骨治療によってさらなる変化を出すことができるようになります。

〈お知らせ〉

会員の皆様にも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」で下記の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。

URL : <http://mpsg.info/mp/>

パスワード

(dra6)

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

私がモーション・パルペーションと出会ったのは大学2年生のころに受けた徒手療法学という講義でした。

中川会長から股関節、膝関節、肩関節、肘関節のモーション・パルペーションとモビリゼーションを学びました。

当時は、20秒間1kgで関節を引っ張るだけのマイクロ牽引法に懐疑的な生徒もいて、こんなの嘘だという声が聞こえてくることもありました。

そんな中、私は楽しく講義を受けていました。なぜ私が楽しく講義を受けていたのかというと、実家に帰省すると必ず家族に治療をさせられていたからです。家族は私のことをプロとして見ているので、腰が痛い、股関節が痛い、肩が凝ったなどいろいろな不調を訴えてきます。当時大学で習うことは、包帯の巻き方と骨折脱臼の整復法だけでしたので、家族の不調に対しては何もできませんでした。不調を訴えられても、筋肉が弱くなってから鍛えた方が良い。などと言ってごまかしていましたが、そのうちに、いいから治してよ。と言われるようになりました。何もできることが無いので、痛いところをぐいぐい押ししたり、引っ張ったりしていると痛みがきつくなると怒られました。しかたがないので、大学で習った関節可動性の検査をして、硬いところにマイクロ牽引や関節のモビリゼーションを行って時間稼ぎをしていると、なぜか家族の不調がマシになるのです。なぜましになったのかわからず当時は驚きました。

結局、大学で学んだことで、実際に家族に使うことができたのは、包帯の巻き方や骨折脱臼の知識ではなく、モーション・パルペーションとモビリゼーションだったのです。

治療の知識が浅いと、何でもいいからと強い力で押ししたり引いたりしてしまうと思います。しかしそれは逆効果になってしまうことがあるという事を皆さんには知っていただきたいです。検査法を学び、問題のを見つけ方を知れば必ず答えが出せるようになります私はモーション・パルペーションを学んで知ることができました。皆さんにも同じようにMPSGを通じて学んでいただきたいと思うのです。

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>

