

新連載企画 徒手療法講義

4号連続連載企画

第1回: 頸肩腕症候群の
疫学、解剖、病態

第2回: 鑑別法、施術の禁忌事項

第3回: 治療法、トレーニング

第4回: 在宅ケアとまとめ

マニュアルセラピストから診る頸肩腕症候群の治療

荻窪腰痛リハビリスタジオ 水谷 哲也・アシスタント 岩間 絢子

第1回



Redcord

「Redcord(レッドコード)」は、天井から吊り下げられたロープを用いて手足を空中に浮かせることで、重力や摩擦を避けて自由に動かせるようにするために1940年代前半に「スリング」として開発されたリハビリ機器。

荻窪腰痛スタジオでは、ロープで吊る不安定性を利用しSensorimotor Trainingを安全な形で提供できるようにすることで、運動制御障害、運動選手のパフォーマンスアップ、高齢者の転倒予防に使用し効果を上げている。

ヒーリングマガジンをお読みになっている先生方、初めまして荻窪リハビリスタジオの水谷と申します。今回から全4回を通して

【第1回：頸肩腕症候群の疫学、解剖、病態】

【第2回：鑑別法、施術の禁忌事項】

【第3回：治療法、トレーニング】

【第4回：在宅ケアとまとめ】

をお話していきたいと思います。私たちのような運動器(筋、腱、軟部組織、関節)の保存療法を扱うセラピストにとって必要最低限の知識をつけていただき、徒手療法の限界【Redflag sign】を再確認し事故の無い治療法を確立していただければ幸いです。

皆様もご存知の通り、関節可動域制限の原因となりうるものには…

- ① 筋の短縮(スパズム)：使いすぎ、神経反射
- ② 筋の弱化(姿勢性の痛み)：姿勢を保持出来ない、拮抗筋からの相反抑制
- ③ 神経系(滑走不良、絞扼性)：癒着や筋緊張
- ④ 関節そのものの問題：関節可動域制限(肋骨・胸椎・肩甲帯位置異常)

などがありそれぞれまったく違った治療法があるため、評価の重要性が高まっています。見当違いの治療を回避するには触診と検査が大切になります。

今回の講義(第1回)では【何故マッサージやほぐして良くならないのか?】【患者様の求めているもの】は何か?【肩こりの疫学、学校では習わない解剖学】を中心に肩こりを科学してみたいと思います。

【これからの施術者に求められること】

○第三者が納得する医療でなければならない○

第三者とは保険診療でいう“保険者” 自費診療では“家族や身の周りの人”を指します。しっかりとした解剖の知識、エビデンスに基づいた検査と治療、患者の求めていることへの理解、セラピストが出来ることの説明があって初めて治療が成り立ちます。保険者が対価を払いたくなるような施術にしたいものですね。

○患者様の求めていること○

自費診療では当然のことですが、患者様の求めていることとこちらが提供するサービスに“ズレ”があるとリピート率も上がらないものです。問診時にどうしてほしいのか?何を聞きたいのかを患者様から読み取り、期待以上の答えを出さなければいけません。それを可能にするのが引き出しの多さです。引き出しが少ないと自分の得意ジャンルに引きずり込まうとして結果的に患者を選ぶことになりかねません。

本章でお話しするのは関節や筋が硬ければ緩め、緩ければ安定化運動、神経が絞扼や癒着を起こしているなら滑走を作るなど、良く考えれば誰でも解ることを簡単に説明し、患者様に“何故痛いのか?どうしたら痛くなくなるのか?”を説明できるようになっていただきたいと思います。

【肩こりの疫学】

・平成22年の国民生活基礎調査(参考資料1)で、肩こりは女性が訴える症状の第一位、男性でも第二位となっています。また、肩こりは欧米人より日本人に多く、男性より女性に多いということは【頸部・肩関節部】の筋力弱体化が問題であることは

明らかです。参考資料は医療機関での統計ですので整体院、整骨院に通院している《潜伏患者》は更に多いと推測されます。

・男女ともに上位を慢性疾患が独占していて保険財政面でも問題となっていることから治療院では疾患の保険適応を理解していただき、慢性＝自費診療を定着させ我々が地域医療の最前線として保険医療費を下げよう!という自覚が大切となってきます。

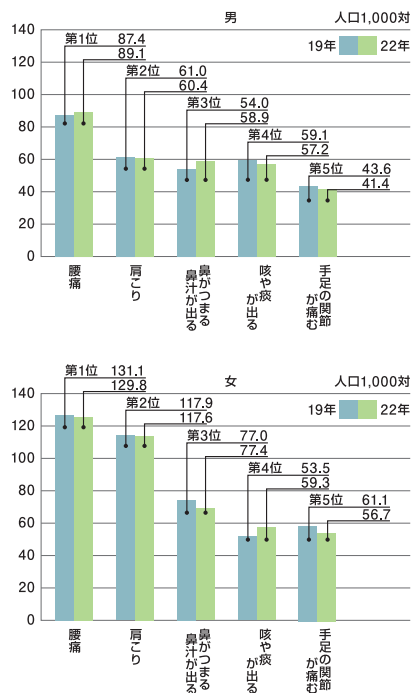
第1回 頸肩腕症候群の 疫学、解剖、病態

水谷哲也 | PROFIRE

- ・柔道整復師
- ・日本臨床徒手医学協会理事
- ・日本ドイツ徒手医学会/認定マニュアルセラピスト
- ・日本クラシカルオステオパシー協会/認定会員('07~'10)
- ・メディックスボディバランスアカデミー講師
- ・NPO法人日本手技療法協会指導員

現在は荻窪腰痛リハビリスタジオにて脊柱疾患を専門に急性期、慢性疼痛の治療、オーダーメイドの運動療法や各種セラピスト向けの勉強会を随時開催している。

参考資料1



注: 有訴者には入院者は含まないが、分母となる世帯人員には入院者を含む。

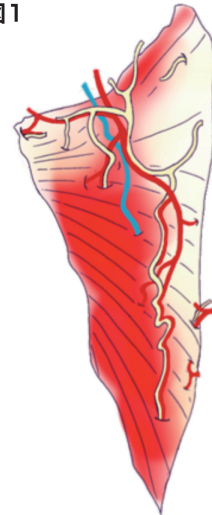
Chapter 1 肩こりのメカニズム

[肩関節の解剖学]

A.血管走行

- ・肩こりの原因は血行不良とよく言いますが、実際の血管走行はどのようになっているのでしょうか？図を使って見ていきましょう。
- ・図1は裏面から見た僧帽筋で、赤が動脈、青が静脈、黄色が神経を示しています。僧帽筋に分布する動静脈は上部・中部に集中して弱体化しやすい下部僧帽筋には血管分布が少ないことがわかります。

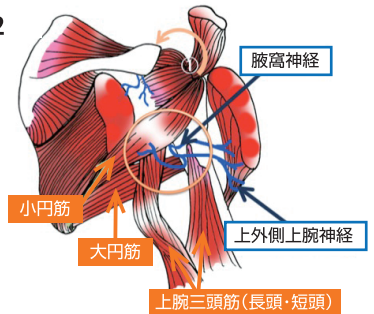
図1



B.神経系【肩甲骨下制+外転位+骨頭腹側変位の有害性】

- ・肩関節周囲では骨頭が①前方へ変位することで腱板筋群の②小円筋が緊張し、腋窩神経の感覚枝である上外側上腕神経が絞扼され腋窩神経支配領域の痛みが出現する。これは临床上良く診る《三角筋粗面部の謎の痛み》の正体です。(図2)
補足：腋窩神経は腕神経叢からの枝で肩甲骨背面でquadrilateral space(四辺形間隙)を通過し、筋枝と感覚枝に分岐する。

図2

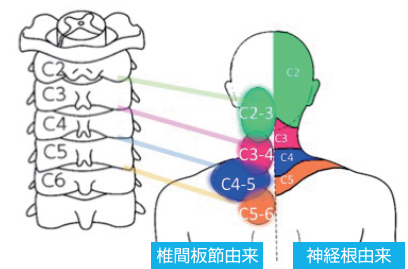


☆肩関節周囲の血行、神経走行を考えるといわゆる《猫背》の状態では肩関節下制、肩甲骨外転位、骨頭前方変位の状態では肩甲骨周囲肩関節周囲の痛みが出るのは当たり前ということになります。菱形筋や下部僧帽筋に弱体化や抑制があると肩甲骨を正しい位置に置いておくことができず上肢の重みに耐えられないという状態が多くなります。

C.椎間関節性疼痛

- Aprill氏が行った正常人へ関節注入実験及び患者に対する関節ブロック注射の結果により、障害した関節由来の疼痛部位を報告しています。神経根由来のデルマトームとの比較は次の図の通りになります。(図3)
- ・他の脊椎同様にデルマトームによって各神経根の知覚領域は解明されていますが、椎間関節性疼痛は縦横に広がり神経根由来の痛みとは区別しなければいけません。他にも交感神経由来、内臓由来の痛みも存在します。

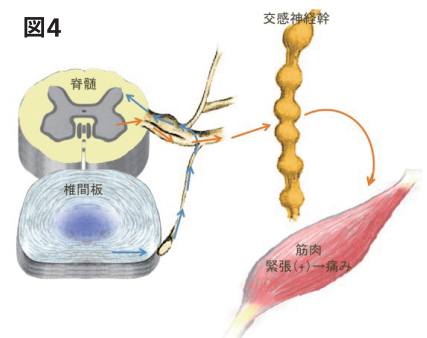
図3



D.椎間板性疼痛(洞脊椎神経)

- ・椎間板の最外層には洞脊椎神経の終末枝が存在する。椎間板にストレスや外傷が加わり侵害受容器が興奮すると→洞脊椎神経からのインパルスが脊椎の反射弓を通して脊髄の後角から前角に伝わる→その支配筋である肩甲骨周囲の筋(菱形筋、棘上筋、棘下筋)に不随意収縮(スパズム)を引き起こし痛みを発生させると考えられています。(図4)
- また、変性し亀裂の入った椎間板には修復のため、血管新生が起こり血管と一緒に神経も入りこんで椎間板そのものも疼痛を感じる器官となってしまいます。

図4



今回は肩こりに関係する解剖をお伝えしました。疼痛を発生させている器官(侵害受容器)はどこだろう？痛みを増強する因子(姿勢、動作など)は？など、治療のヒントになることがたくさんわかってきます。鋭い先生方でしたらお気づきになると思いますが、今回ご紹介した解剖は“ほぐしても良くならない”症例です。

次回は簡単な鑑別方法をご紹介します。症状別の治療法と禁忌手技をお伝えしていきます。