

第3回 治療法、トレーニング

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。

**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

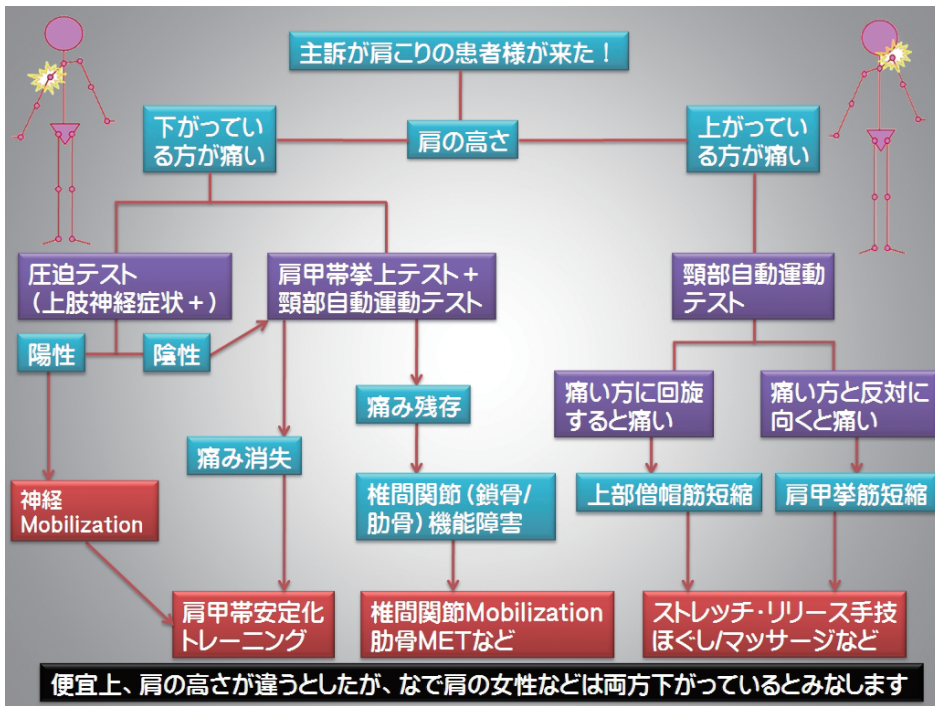
第3回: 治療法、トレーニング

第4回: 在宅ケアとまとめ

前回は簡単なフローチャートを使い、「肩こり・頸部痛」の分類をし、適応になる手技、禁忌となる手技をお伝えしました。

伸張弱化した筋を緩めたり、緊張短縮した筋にトレーニングをしても効果がないうえにリスクを伴います。私の持論はリラクゼーションには理屈は不要で、患者様の多種多様な要望に応えられる「引き出しの多さ」が必要です。治療には解剖生理学、病態を十分理解することと「なぜ、その手技を使うのか」を答えられることが必要で重要です。患者様は痛みを取ってもらうためにお金を持参して来院されているのです。「とりあえず」の手技や「感」に頼った治療を望んでいるわけではありません。

今回はフローチャートに沿った実際の手技をご紹介します。

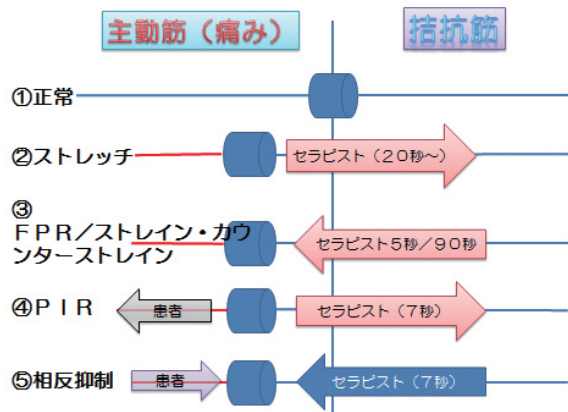


A: 上がっている方の肩が痛い場合の手技

【ストレッチ、リリース系、ほぐし/マッサージ】
 こちらは「緩める」手技が有効な症例です。今回はリリース系の手技について説明させていただきます。

① 正常

筋が正常な状態で拮抗筋とのバランスも取れています。中央の線から中心が左に引っ張られることで筋緊張の状態を現します。



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

マニュアルセラピストから診る頸肩腕症候群の治療

第3回

② 静的(static)ストレッチ

対象となる受容器: ゴルジ腱器官(I b線維)筋紡錘(I a線維)

セラピストが関節を制限方向へ他動的に動かす(最低20秒間)

注意事項: ゴルジ腱が反応するほど強いストレッチは伸張反射で α 運動ニューロンが筋緊張を作り出すので、緊張を感じるところから少し戻したところでホールドします。

③ FPR(Facilitated Positional Release)/ ストレイン・カウンターストレッチ

異常興奮(スパズム)している筋に対し関節を動かし緩める方向に調節⇒筋紡錘の興奮を抑える⇒I a求心性神経の信号を減少させる⇒対象筋がリリースされる。

対象となる受容器: 筋紡錘(I a線維)- γ 遠心性線維

ポイント: ストレッチと反対方向へ動かす。FPRやストレッチカウンターストレッチは短縮し痛みを出している筋をさらに緩める手技ですので急性期にも安全に使用することができます。FPRではFacilitated(促通)という頭文字が入っているように意識や気づきを用いて、脳からの下降性抑制が関与することから約5秒間という短い時間でのリリースを可能にしています。

通常は固有受容器がリセットされるまでの約90秒間でリリースされます。

④ PIR: Post Isometric Relaxation(等尺性収縮後弛緩)

対象となる受容器: ゴルジ腱器官(I b抑制)

等尺性収縮後に筋緊張が低下するという特性を用いたリリース法。実際にはMVC(最大収縮)20%を7秒間、その2秒後にリリースされる。その背景には、ゴルジ腱器官からの信号入力⇒後根節で抑制性介在ニューロンを介し遠心性運動ニューロンの信号低下⇒筋緊張低下(リリース)という機序によるものです。PNFで使うホールドアンドリラックスに似ていますがPNFは「最大収縮後の弛緩、です。効果は絶大ですが、スポーツ選手でなければ負荷が大きすぎて痛みを出すこともあります。徒手医学の世界ではPIRを試験的な治療で用いて改善が見られれば筋性の障害、変わらなければ関節の検査・治療に進みますのでぜひ覚えておきたい手技です。

⑤ 相反抑制

対象となる受容器: 筋紡錘(I a抑制)

対象となる筋の拮抗筋に収縮を入れると脊髄レベルで主動作筋に抑制信号が入る特性を用いたリリース法。 α 運動ニューロン(主動作筋)⇒筋紡錘(I a求心性線維)⇒拮抗筋抑制性インパルス⇒拮抗筋抑制の機序。対象筋の痛みが顕著でわずかな収縮も不可能な場合は相反抑制を用います。

今回は4つのリリース法を挙げましたが、私自身、患者様のニーズによって使い分けています。リラックスして寝ている患者をたたき起こして抵抗運動やストレッチをさせるのもナンセンスですしセラピストのエゴになりかねません。問診時に何をしてほしいのか?治療に参加する意思はあるのかを確認するとリピート率の向上にもつながると思います。

B: 下がっている方が痛い場合の手技

① 椎間関節 Mobilization

胸椎で痛みのある分節を特定した場合、棘突起を左右から押しどちらの椎間関節が痛みを出しているかを確認し、痛い方の椎間を開く必要があります。

・棘突起を腹側(ベッド方向)と左右へ押し、障害分節と左右の椎間関節を特定します。

・障害分節の横突起を拇指で押さえ痛みがある側の横突起を1分節下げると椎間が離開されます。

・痛みが消えたこと確認したら横突起をクロスグリップに持ち替えMobilizationします。



② 神経Mobilization

フローチャートでの圧迫テスト陽性の場合、肩関節下制一頸部逆側屈での症状出現は胸郭出口での絞扼性神経障害を示唆します。頸椎神経根から肩関節の間での絞扼、癒着がある場合はそれらの物理的なものを取り去る必要があります。

神経Mobilizationの第一人者David S. Butlerが提唱している神経系の評価・治療法です。ニューロダイナミック理論に基づき神経のテンションテストを行い治療一再評価の流れで行います。



写真は腕神経叢のテンションポジションです。

1. 肩関節下制+外転110°
2. 上腕骨外旋+前腕回外位
3. 手関節～手指伸展位

評価はニューロモビライゼーション前後の肘関節伸展角度です。

実際の施術方法は、全関節神経の緊張位で固定、肘関節伸展で患者の主訴再現⇒頸椎を症状側に側屈(神経を緩める)で症状消失⇒神経Mobilization適応⇒【頸椎を症状側に側屈+肘関節伸展】⇔【頸椎を中間位に戻しながら肘関節屈曲】を試験的に15回繰り返し再評価します。簡単に説明すると神経の近位を緊張させながら遠位を緩める。逆に近位を緩めながら遠位を緊張させると癒着を起こしている神経の周りの組織から癒着を剥がし滑走性を正常化させてくれる手技になります。物理的に癒着を起こした組織は今のところこの手技でしか改善方法はありません。

次回のメディックス1Dayセミナーにて詳しい神経Mobilizationの理論とケーススタディーをお話いたします。ご興味のある方はお問い合わせください。

ページ数の都合上、詳しい手技の説明ができませんでしたが、評価が正確で禁忌事項を理解し手技の目的が理論的であればどの手技を使っても良い結果が出ると思います。次回は最終回ですので全体のまとめと在宅ケアをお伝えしたいと思います。最後までお読みいただきありがとうございました。

最新徒手療法 1日講座

■末梢神経障害に対するアプローチ

開催日:2014年11月16日(日)

2014年12月10日(水)

時間:11:00 - 17:30

受講料:【一般価格】15,000円

【メディックス会員価格】14,000円

(税込、テキスト代込み)

お申し込み・お問い合わせ先:

メディックス ボディバランスアカデミー

TEL: 03-3255-0772

URL: <http://www.mdx-edu.com/>

【ニューロダイナミクス理論に基づく神経系治療法】

運動器保存療法の中でも厄介な、神経由来の“痺れ”、“痛み”などに対するアプローチを獲得します。

一日完結でご案内する特別講座です。