

今回からのシリーズはご要望が多かった徒手医学の基礎をお伝えしていきます。「何を勉強したらよいか分からない」「どんな本を買えばいいですか？」などの質問をよく受けるので学校で習った解剖学、生理学と実際の臨床がつながるような内容にしていきたいと思えます。最近は誇大広告を打つセミナーが乱立していますが、解剖学、生理学をしっかり勉強していれば騙されることはないですし、関節や靭帯の構造、特性を理解すると保険請求の適正化にもなります。

1. 運動器とは？

私たちが業務上扱えるのは全て運動器疾患で骨、靭帯、筋・腱などを指します。患者様はこれらに機能不全を起こし、痛みや運動制限を訴え医療機関を受診します。(図1)

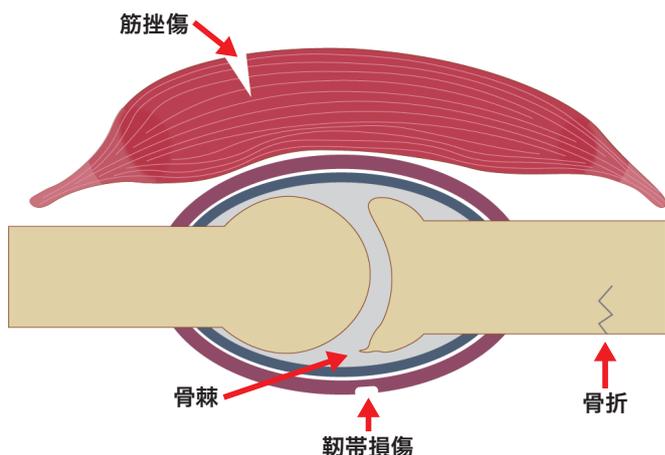


図1

これは四肢の関節だけではなく体幹の関節にも当てはまります。例えば椎体間の関節を連結している椎間板は髄核を取り囲む線維輪があり外層は上下の椎骨に潜り込んでいます。線維輪はType I コラーゲンという密性の結合組織からできておりいわば“靭帯”と同じことです。(図2)

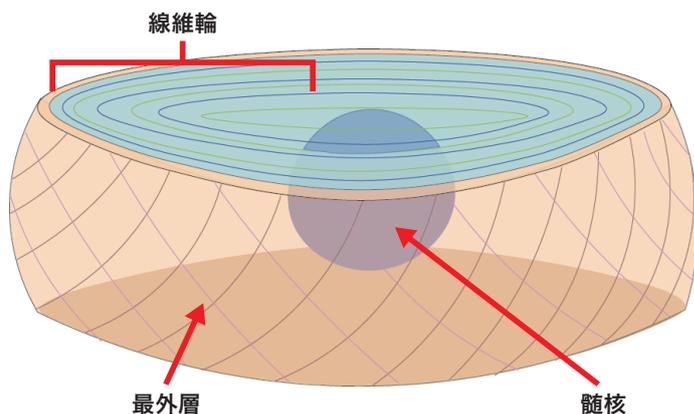


図2

捻挫の定義は“靭帯損傷”と言えますので急性のヘルニアは足関節と同じ腰部の捻挫として【安静・固定】が第一選択ということになります。急性炎症は最大で72時間と言われてるので3日間は安静を指導することになります。ただし腰椎は四肢の捻挫と違い完全な固定ができません。運動学上、腰椎骨盤帯の固定は呼吸も止め股関節の動きを止めなくては不可能と言われています。股関節を動かせばその動きは腸骨⇒骨盤と連鎖します。また、呼吸でも脊柱に運動が伝わってしまうので炎症期72時間より長引く可能性があることを患者様に伝えます。

徒手医学 基礎講座

Vol.1 運動器疾患

荻窪腰痛リハビリスタジオ
水谷 哲也

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。

アシスタント
岩間 絢子

II. 効果的な検査法は？

最近、私たちの業界でよく使われる【気づき】って聞いたことありますか？ 何が良くなったのかを患者様に気づいてもらえないと、セラピストの自己満足の治療になってしまいます。

講師業を長くさせていただいていますが、手技は上手だけど検査が下手という先生を多く見てきました。特にほぐしなどのリラクゼーションを取り入れている院の先生は**患者から手を離すのが苦手、1秒でも早く患者様をうつ伏せに寝かせて揉みはじめる**といった傾向があります。

リラクゼーションも貴重な収入と考えているのであれば予診票を3種類ほど用意していただき、①自費:治療、②自費:リラクゼーション、③保険:治療として患者様のニーズにこたえと良いと思います。

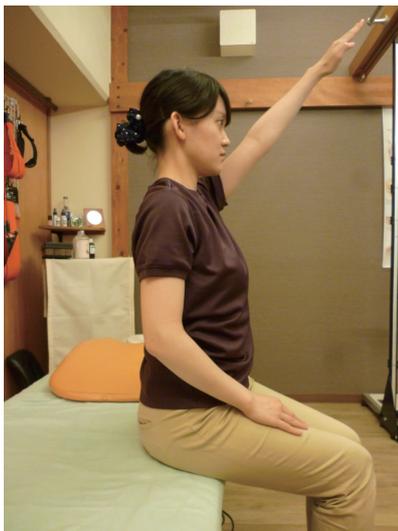
一番簡単な【気づき】を使う検査方法が**自動運動テストと疼痛誘発テスト**です。もう一つ、参考までに姿勢分析器での写真を紹介します。患者様の状態を可視化できる画像ですが高額なソフトや場所をとる機材が必要です。(写真1)



写真1

1. 自動運動テスト

問診時に患者様の主訴に対して行う基本的な検査です。例えば肩が挙がらないという主訴に対し「痛くない方の肩を挙げてください、反対もお願いします」といった感じで行います。患者様は健側の挙上角度に対し患側の角度を覚えてくれるので治療後の変化に敏感になります。(写真2)



患側



健側

写真2

2. 疼痛誘発テスト

疼痛誘発テストの目的は患者様の主訴の再現と障害部位の特定を目的とします。他動運動テストと抵抗運動テストに分けて説明します。

① 他動運動テスト

このテストは自動運動テストの続きで行います。自動運動最終域(制限角度)でセラピストが制限方向に他動的な力を加えたときの感覚を患者様にも覚えてもらいます(写真3)このとき健側に比べて

- 痛みで止まったのか？(筋緊張で)
 - 痛くないけど硬い(関節拘縮)
 - 骨性で止まったのか？(骨棘や変形など)
- を確認します。

※ 関節の硬い柔らかいは個人差があるので必ず健側に比べて患側の状態を確認します。



写真3

一般的に【他動運動テスト(オーバープレッシャー)をかけ痛みを再現できた状態】を捻挫といいます。前距腓靭帯のストレステストや膝の外反ストレステストと一緒にです。保険請求上は「～関節に～方向の他動運動テストで痛みを再現できたので…捻挫と判断した」ということになります。

②抵抗運動テスト

このテストの目的は主訴とする痛みが筋性なのか関節性なのかを鑑別することです。関節の制限角度でセラピストは関節を固定し患者様に等尺性収縮を指示します。このとき当該筋に限局性の疼痛が出現したら筋挫傷となります。関節が固定され関節の要因が削除された状態での検査ですので再現性も高く、患者様への説明も説得力があります。抵抗する方向ですが、例を肘関節伸展制限にしますと

(1)肘関節伸展制限

⇒患者は伸展方向へ力を入れセラピストは屈曲方向へ固定で痛み⇒しかし他動運動では伸展可能⇒上腕三頭筋挫傷(写真4)

(2)肘関節伸展制限

⇒セラピストが他動的に伸展で痛み⇒上腕二頭筋挫傷(写真5)となります。



写真4



写真5

(1)は等尺性収縮で痛みを再現している所以他動的な伸展ではむしろ安静肢位(上腕三頭筋の短縮位)となり伸展が可能となります。

(2)は同じ伸展時痛でも他動的なストレッチに対し障害されている筋が伸ばされて痛みが出た。という状態です。

障害された筋は、【収縮を入れると痛みが出る＝自動運動、ストレッチに対し痛みが出る＝自・他動運動】という特性を覚えていただき捻挫と同様に「…筋に対し他動運動テストを行ったところ主訴を再現できたので挫傷と判断した」となります。

検査(気づき)⇒治療⇒再検査(治療効果の確認)⇒次回来院時の検査、が大切な治療の流れとなります。

今回は関節の構造と関節包内運動についてお話しさせていただきます。

私の思っている理論武装とは柔道整復師のいう亜急性の定義とかではなく、医師や理学療法士の先生方と共通言語をもって話せるということです。勉強が楽しい! と思ってくれる同志が少しでも増えてくれると嬉しく思います。今号も最後までお付き合いいただきありがとうございました。

ご意見、ご感想は info@ogikubo-rehabili.com までお願いいたします。