

ひーりんぐマガジンをご愛読の先生こんにちは！今回は患者の評価に必要な不可欠な検査についてお話しします。自動運動テストや他動運動、疼痛誘発テストなどがありますが先生方はどのように使い分けをなさっていますでしょうか？治療前、治療後の効果判定の評価がなければ患者も納得できませんし、セラピストはその治療が良かったのか悪かったのかも分かりません。治療の流れはいつでも評価⇒治療⇒再評価ということになります。

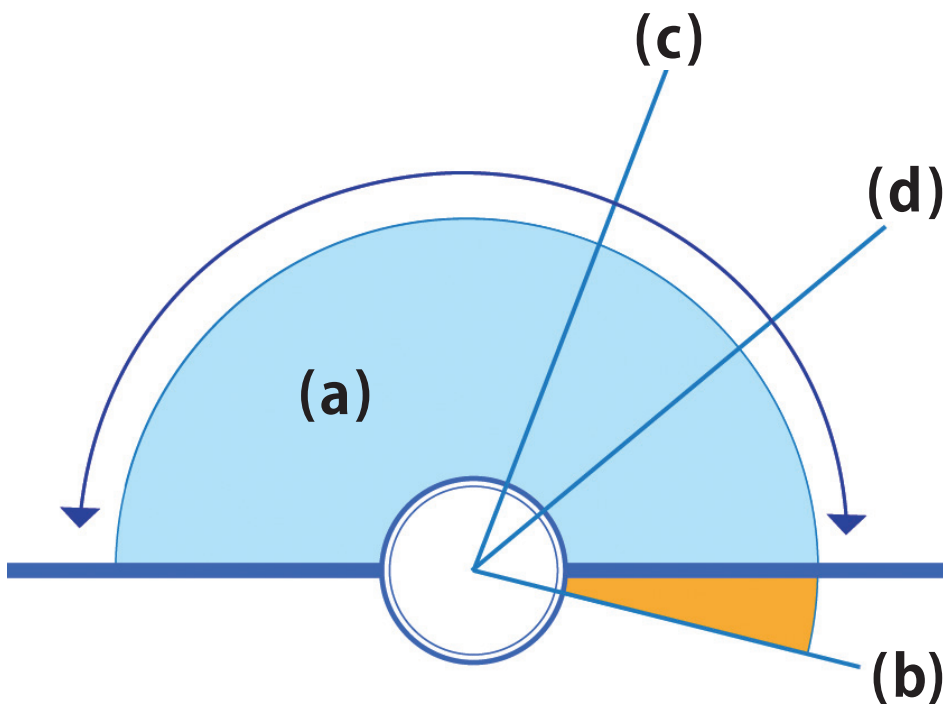
今回紹介する他動運動テストは患者自身が関節を動かす「自動運動」とは違い、セラピストが他動的に関節を動かして評価をする検査法です。大きく分けると①エンドフィールテストと②ジョイントプレイトテストに分かれます。ただ、医学の世界では【再現性の低い検査法】となっていますのである程度の熟練が必要です。再現性が高いというのは私が行う検査と臨床1年目の先生が行う検査の結果が同じでなくてはいけないということです。

再現性といえば、最近の技術系セミナーの見出しで【再現性の高い治療】をうたっているものがありますが、生物医学のジャンルで再現性とは検査のことを言います。現状は流行りのキーワードが好きなコンサルが言っているにすぎないのでセミナー選びの際は騙されないようにしてください。

1. 関節運動の基礎

エンドフィールを説明する前に関節運動の基礎を説明します。関節にはポジションにより分類があります。LPPやCPPなどという単語を聞いたことがあるかと思います。

実際に図を使って説明していきます。



図の(a)は関節運動の中間域です。「関節が硬い」というのは中間域が狭いことを言います。中間域の先には弾性領域がありこれから説明するエンドフィールの領域です(b)。この他に関節の靭帯、筋などの軟部組織が一番緩いポジション(least packed position(LPP))(c)、逆に関節の靭帯の緊張が最も高く固定力も高い(close packed position(CPP))、関節を損傷したとき、一番痛みのないポジション(疼痛回避肢位)などがあります(d)。

徒手医学 基礎講座

Vol.4 他動運動テスト Part 1

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

これらとは別に関節が動かなくなった場合に、日常生活活動(ADL)において支障の少ない手足の位置や関節の角度“良肢位、という角度も設定されているので紹介します。

肩関節:60°～80°外転／30°屈曲／20°外旋

肘関節:90°屈曲／前腕回内外中間位(0°)

手関節:10°～20°背屈(軽くテニスボールを握ったぐらい)

股関節:15°～30°屈曲／0°～15°外転／0°～10°外旋

膝関節:10°～20°屈曲

足関節:5°～10°底屈

2. エンドフィールテスト

患者は制限方向に関節を動かし最終域(自動運動最終域)でセラピストが制限方向へさらに押したときの感覚を言います(図1、2)。評価対象の関節に何が起きているのか? 左右差はどうか? を確認していきます。エンドフィールは各団体で定義が違いますので一般的なものをご紹介します。



図1:自動運動最終域



図2:エンドフィール

【エンドフィールの種類】

① 柔らかくて弾力性がある(筋肉性制限)

正常なエンドフィールです。痛みのない患者の股関節SLRなどで見られます。

② やや硬くて弾力性がある(関節周囲組織性制限)

これも正常な関節に見られるエンドフィールです。膝関節を伸展していき他動運動でオーバープレッシャーをかけると弾力を感じることができると思います。

③ 硬くて弾力性がない(骨性制限)

病的エンドフィールの1つです。骨棘形成やリウマチ関節で見られます。正常関節では前腕を回内位にしたときの伸展です。肘頭が肘頭窩にはまったときの感覚です。筋肉の

ある男性の場合、前腕を回外位にすると円回内筋の緊張で止まってしまうことがあり、筋性のエンドフィールになります。

④ 硬くて弾力性もなく痛みを伴う(筋スパズム性制限)

病的エンドフィールの代表格です。臨床でよく遭遇するのは急性期の四十(五十)肩でしょう。夜間痛を呈する炎症期では腕を挙げようとしても痛くて挙がらないということが多々あります。脳が「これ以上動かしたくない!!」と思い筋緊張を高めてきます。これはギプスで何週も固定したわけではないので拘縮とは違い、本当は緩い関節かもしれませんが。他には急性腰痛症に見られる疼痛性側彎症です。正しい姿勢を取らせようとすると痛くてできない状態です。

いかがでしたでしょうか？ 最低限、この4つのエンドフィールを理解しているだけで治療の方向性が見えてくると思いませんか？ 筋性であれば筋に対するアプローチを第一選択に行い、関節周囲組織性であれば次週ご紹介するジョイントプレイトストを行い関節に対するアプローチを行うという流れになります。骨性(病的エンドフィール)であればレントゲンやエコーでの検査が必要となります。痛みによるエンドフィールであればさらに病態を詳しく診ていくことになります。

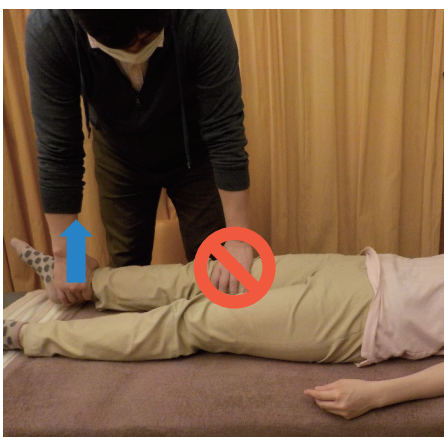
3. エンドフィールテストの注意点

エンドフィールテストの手順としては健側から行い患側をテストします。逆になると患者は痛い検査をされたことで力が入ってしまい正確な検査が困難になってしまいます。もう一つ大切なチェック事項は左右差です。テキストには各関節の正常可動域が記してありますが関節が硬い人も柔らかい人もいます。硬い人が全員治療対象ではありませんが左右差がある人はしっかり検査していく必要があります。例外は人工関節の人やスポーツによる競技特性で左右差がある人、脳血管疾患で麻痺のある人です。(図3)

図3: その他の他動運動テスト



SLR



膝関節伸展



股関節屈曲

今までいくつかの団体で認定試験の試験官をさせていただきましたが、セラピストには検査に問題がある人が多く、せっかく手技が上手いのに臨床で結果が出ないといった、もったいないことになっています。検査ができなければ思いつきで手技をやっているのと一緒で治る人もいれば治らない人も出てきます。

今回は他動運動テストPart2ジョイントプレイトストです。非生理学的な関節運動で関節の遊び(joint play)を評価し治療も行っていきます。引き続きリクエスト、講習会依頼、ご質問は info@ogikubo-rehabili.com までよろしくお願いたします。MDX開業セミナーでの技術講習の担当も始めましたので皆様にお会いできるのを楽しみにしています。