

# 徒手医学 基礎講座

## Vol.8 頸部痛

### 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

ひーりんぐマガジンをご覧の先生、こんにちは！

前回のTKAの術前・術後の注意点はいかがでしたでしょうか？ 起業されている先生やこれから開業予定の先生、分院長などには必ず必要な知識になると思います。“知らなかった、では済まされない”ので経験の浅いスタッフを抱えているときは「目配り気配り心配り」を徹底して危ない施術をしているスタッフがいたら合図をして止めることも必要です。前回の評判が思っていたよりも良かったので疾患別注意点ということで施術事故が多い症例と注意点をお伝えしていきます。

今回のテーマは腰痛と並び臨床で最も遭遇する確率の高い頸部痛についてお話しさせていただきます。予診票に“過去に頸椎症と診断された、と書いてあったら先生は問診で何を聞いてどのようなテストをして、何に注意して治療を行っていきますか？ また、頸椎症と頸髄症、頸椎ヘルニアの違いを明確に答えられますか？ 即答できない先生は今後、手技では治らない病態で患者を通わせ続けて患者に逃げられたり、手技による事故で怖い思いをする可能性が高いですし、ドクターと話す機会があっても会話になりません。今号を機会に院内で勉強会をし、やるべきこととやってはいけないことのルール化をしてみると良いと思います。

#### 1. 頸椎症

頸椎症の病態は主に加齢による骨変形や椎間板変性、骨棘により椎間孔の狭窄が起こり“神経根症、(radiculopathy)を呈します。特徴はデルマトームに一致した障害が見られます。後根が障害された場合は放散痛や感覚障害、前根の場合は支配領域の運動障害・筋委縮と腱反射異常です。

①**臨床所見**: 頸椎の回旋は主に片側が障害され上を向くと痛みが増していきます。上肢の痺れがある場合は障害されている分節により拇指側(橈骨神経)、手掌(正中神経)、小指側(尺骨神経)に分かれます。

②**テスト法**: スパーリング、ジャクソン、肩引き下げテスト、座位での牽引テストなどがあります。ご存知かと思いますが復習していきたいと思います。

##### a. スパーリングテスト(写真1)

患者は座位をとりセラピストは患者の背面に立位。患者の頭部を操作し側屈(軽度回旋)と伸展を行い、椎間孔を狭くして症状を誘発させます。

##### b. ジャクソンテスト(写真2)

スパーリング同様、座位姿勢から患者に頸部伸展をしてもらい慎重にオーバープレッシャーをかけ、症状の誘発を行います。

## c.肩引き下げテスト(ショルダーデプレッションテスト)(写真3)

このテストはスパーリング、ジャクソンとは違い患側ではなく健側方向へ頭部を側屈させます。同時に肩甲帯(肩)を下制し症状の有無を観察します。こちらのテストが陽性なら胸郭出口症候群の牽引型または神経根の滑走障害、ヘルニア、僧帽筋上部の短縮などが考えられます。

## d.座位での牽引テスト(写真4)

患者は座位、セラピストは患者の後ろに立位。患者の乳様突起を両拇指球で把持し深呼吸を指示。吸気時に頭部を長軸方向へ牽引⇒呼気時に固定を繰り返す。このテストをやっている最中、症状が消えているようなら背臥位の牽引も有効です。他動運動テストを行い症状が強くなってしまった場合は座位で徒手牽引をすると良いです。



写真1



写真2

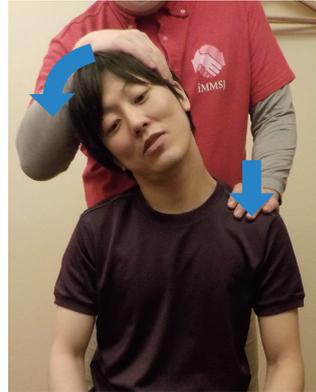


写真3



写真4

## II. 頸椎症での禁忌事項

もみほぐし系の整骨院でやっけまがちの手技が腹臥位での頸部周囲のマッサージです。特にバスマットとフェイス枕を使用していると頸椎に過伸展を強要してしまい、強い痛みを出してしまうことがあります(写真5)。



写真5



特にジャクソンテスト、スパーリングテストが陽性の場合、安全に仰臥位での施術が良いと思います(写真6)。



写真6

肩引き下げテスト、牽引テストが陽性の場合は逆に仰臥位での牽引や頸部周囲のストレッチポジションが禁忌となります(写真7)。



写真7

腰痛と同様に制限方向で治療法が変わるのは一緒ですので覚えていてください。右を向いて左が痛い場合と右を向いて右が痛い場合は原因がまったく違うということです。

### III. 頸椎症と頸髄症

頸髄症は、頸椎症と名前が似ているので混同しやすいですが重症度のケタが違うので、しっかり鑑別をして場合によっては病院に紹介することになります。私たちが治療対象にしているのは筋や腱、関節といった運動器の保存療法と末梢神経までです。脳や脊髄などの中枢神経系の重篤なサインを見逃すことは許されませんのでそれぞれの特徴的な違いをご紹介します(表1)。

表1

頸椎症 (頸椎症性神経根症)		頸髄症 (頸椎症性脊髄症)
Yes	頸椎軸圧痛	どちらもある
Yes	神経根性疼痛	No
Yes	上肢感覚障害	Yes
No	下肢感覚障害	Yes
Yes	上肢筋力低下	Yes
No	下肢筋力低下	Yes
No	歩行障害	Yes

もともと首が痛いのに下肢に症状が出ている。頸椎の検査をしているのに下肢が痺れてくる…。このような症状が出た場合は馬尾神経症状や硬膜病変などのRedflagを疑わなくてはなりません。臨床経験の浅いスタッフはどのような症状の場合に先輩スタッフに相談するのかをあらかじめ決めておくが良いと思います。次号では脊柱管狭窄症に対する評価と注意点をお話ししていきます。

ご意見、ご要望と講習会情報は [info@ogikubo-rehabili.com](mailto:info@ogikubo-rehabili.com) までお願いいたします。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。