

ひーりんぐマガジンをご愛読の先生方、こんにちは！

前号では脊柱管狭窄症の病態や分類、臨床での注意点などをまとめてみましたがいかがでしたでしょうか？ 特に臨床で遭遇率の高い病態ですので楽しんで読んでいただけたと思います。論文によっては狭窄エリアが8割を超しても無兆候、わずかな狭窄でも寝たきりになった、という報告もあります。必ずしも画像の狭窄程度と実際の臨床所見が合致しないということがよくあります。患者様の主訴、セラピストが行う検査、画像検査が一致して初めて非特異的から特異的になり確定診断となります。触診、腱反射、他動運動テストを再確認してご自分の治療に役立ててください。

今号は本誌52号(2年前の7月号)の【徒手医学基礎講座 Vol.1運動器疾患】の続きになります。少し細かい関節の動きと治療をお伝えします。

1. 足関節捻挫後のチェックポイントと治療

足関節捻挫はスポーツ外傷の中で最も遭遇する疾患の一つです。日常的すぎて既往歴に書いていない場合も多いので腰痛や他の治療をする前に聞いてみるとういでしょう。今号でのチェックポイントは距腿関節と腓骨の二つです。捻挫後の後遺症を診る上で外すことができないポイントを簡単に解説していきます。

a. 距腿関節(背屈/底屈障害)

階段の昇りで痛みがある、走った時だけ痛い、正座ができなくなった、などが臨床ではよく聞きます。

①自動運動テスト

患者は背臥位または足部を浮かせた座位で左右の距腿関節(足関節)を背屈⇄底屈させる。このときの左右差を確認する(写真1)。

②他動運動(Joint playテスト)

関節の遊びを診る検査です。患者は自動運動最終域まで動きセラピストは他動的に並進運動テスト(背屈障害なら背側すべり、底屈障害は腹側すべり)を行い過小運動性(関節の遊びが硬い)場合はMobilizationを行う(写真2)。

③再検査⇒①を行う。



写真1



写真2

底屈一回外内転を伴う動きで距腿関節では骨頭は腹側へ変位します。以前にもお伝えしましたが、運動学でいう凹凸の法則によると距腿関節背屈には骨頭の背側すべりが必

徒手医学 基礎講座

Vol.10 運動器疾患 その2

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

要になります。捻挫後の固定で拘縮を起こしたり骨頭が腹側へ変位したりすると十分に背側への遊びが確保できずに患側の背屈障害となります(図1)。

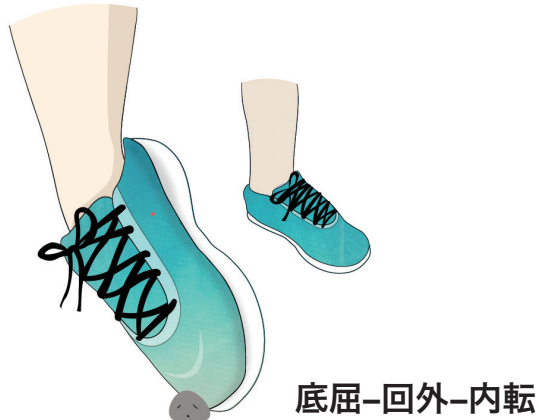


図1

b. 腓骨(近位遠位脛腓関節)

大腿二頭筋や前距腓靭帯の付着がある腓骨は障害の多い部位です。最初に足関節の底背屈と腓骨の運動学を説明します(表1)。

腓骨は思っている以上に動きます。足を浮かせた坐位で腓骨頭を触診してから足関節を背屈してみてください(写真3)。背屈と同時に腓骨が挙上してくるのを確認できると思います。この運動学をふまえて検査に入っていきます。

足関節	底屈	背屈
腓骨	下制	挙上
	内転	外転
	外旋	内旋
近位脛腓関節(腓骨頭)	腹側すべり	背側すべり
遠位脛腓関節(外果)	背側すべり	腹側すべり

表1



写真3

①自動運動テスト

腓骨は足関節の動きに連動しますので腓骨の自動運動テストは先ほどと同様、足関節の底屈-背屈の動きになります。通常は距腿関節の評価をしてMobilizationを先に行い左右差がまだあるときに腓骨の検査に入ります。

②他動運動テスト

他動運動テストは遠位と近位に分けて行います。並進運動の方向は先ほどの運動学で説明した運動方向へのJoint playテストになります。

◎遠位脛腓関節(背屈障害の場合)

患者は背臥位で足底とベッド端が同じくらいにセットします(写真4)。足関節を自動運動で背屈してもらい最終域でセラピストが自分の大腿部で保持。セラピストは内側の手で脛骨を背側から固定し外側の手の母指球で外果を把持(写真5)。

肘を伸ばしベッド方向へ押しJoint playを確認。

◎近脛腓関節(背屈障害の場合)

近位脛腓関節の場合、関節面が矢状面ではなく45度外側に開いているのですべり方向が重要になります(図2)。腓骨頭のすぐ裏を総腓骨神経が走行しているので強くつまんだり押しついたりしてしまうと痺れや痛みを出してしまうことがあるので注意が必要です。

患者は背臥位になり膝関節を45度屈曲位にセットします。(背屈障害の場合)足関節を自動運動の最終域でタオルなどで固定し脛骨を把持。脛骨に対し45度外側から関節面を意識し腹側へのすべりを確認(写真6)。

遠位、近位ともに過小運動性の場合、7秒×3回のMobilizationを行います。

③足関節背屈制限に対する再検査(自動運動)を行います。



写真4



写真5

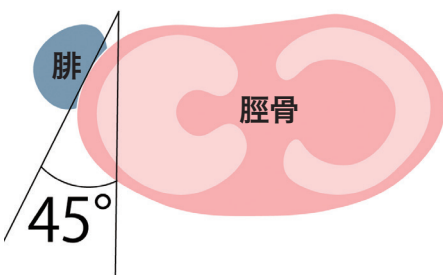


図2



写真6

いかがでしたでしょうか？ 足部の障害で困っている人は大勢いると思いますし、今回の知識はスポーツの現場からお年寄りまで幅広く使えるものなので興味のある人は専門書やネットで深いところまで調べてみると良いと思います。次回は以前O脚の回でお話しした距骨下関節の運動学と治療を少しだけ深いところまでお話ししたいと思います。

引き続きリクエストや質問はinfo@ogikubo-rehabili.comまでよろしくお願いたします。