

平成30年度

研 究 紀 要



北海道札幌視覚支援学校
附属理療研修センター

発刊にあたって

所長 木村 浩紀

平成 28 年 10 月「あん摩マッサージ指圧師・はり師・きゅう師学校養成施設カリキュラム等改善検討会」は、はり師きゅう師の学校養成施設の大幅な増加に対して、国民の信頼と期待に応える質の高い理療師を養成する目的で学校養成施設認定規則の改正を含めた見直しを図り、その結果として報告書をまとめました。これを受け、あん摩マッサージ指圧師、はり師及びきゅう師に係わる学校養成施設認定規則の一部を改正する省令が平成 29 年 3 月 31 日付けで交付され、同年 4 月 1 日より施行されました。主な改正内容は、職業倫理、コミュニケーション、病態生理学、生体観察等のカリキュラムの追加、総単位数の引き上げ、専任教員必要数の増加、新たな臨床実習施設の規定等です。

本校専攻科においても、認定規則の改正および「社会に開かれた教育課程の実現」や「卒業後の自立と社会参加に向けた充実」等の新学習指導要領の趣旨を捉え、教育課程を見直し、平成 30 年度から新たな教育課程を運用しております。

カリキュラム充実の取組は、晴眼者対象の鍼灸師養成学校においても進められております。経験豊富な理療師に対してだけでなく、これから輩出される理療師と渡り合うためにも生涯研修の重要性は高まっていると考えております。

本研究紀要は、理療研修センターにおいて、今年度取り組んだ研修講座の実施状況や臨床に関する症例の研究などの成果をまとめ、理療教育に関する専門性の向上に資することを目的として毎年作成をしております。

今年度につきましても、本校専攻科および関係機関と連携を図りながら、各事業を推進して参りました。

皆さまには、本研究紀要をご一読いただき、是非、ご意見、ご要望等をお寄せいただきますようお願いするとともに、当センターの各種事業の積極的な活用を通して、理療師としての知識や技能等を研鑽したり、力量を高めていただく一助となれればと願っています。

これからも視覚に障がいのある理療従事者が自己を磨き、資質を高めることに役立てていただけるよう、研修講座の充実や実践的な臨床に関する研究に取り組んで参ります。今後ともご理解、ご支援の程よろしく願いいたします。

目 次

発刊にあたって	3
---------	---

平成30年度 事業報告	5
-------------	---

- 1 研修事業
- 2 研究事業
- 3 相談・支援事業
- 4 理解・啓発事業

関係資料

平成30年度 症例報告

指圧による殿部痛対応の2症例

吉村 篤……………19

股関節周囲症状に対する理療治療

鈴木 敏弘……………23

慢性的な下痢に対する灸治療の効果について

古川 美奈……………31

足底筋膜炎に対する理療治療

羽立 祐人……………37

めまいに対する理療治療

篠澤 正樹……………41

平成30年度 研究報告

パーキンソン病患者の表情に関するアンケートの結果について

……………55

平成30年度 事業報告

1 研修事業

理療科教員・理療従事者を対象に、理療に関する専門的な知識・技術を習得するための研修を計画的・継続的に行っている。

(1) 研修講座

ア 基礎講座(年4回)

センター指導員が「あん摩・マッサージ・指圧実技実習」、「キネシオテープを活用しよう」、「スポーツマッサージ～マラソンランナーに対するマッサージ施術～」をテーマとして実施した。また、外部講師を招いて「治療家のための医療面接」をテーマとして実施した。

今年度の受講者は130名で、例年より大幅に増加した。テーマ設定・内容としてはスポーツをテーマにした講座に関心が高かったと考えられる。また、ボランティアマッサージに参加した受講者が多かったことが受講者の増加に繋がった。

イ 臨床講座Ⅰ(年3回)

センター指導員が「股関節周囲症状の診かたと理療治療」、「スポーツマッサージ～マラソンランナーに対するマッサージ施術～」をテーマとして実施した。また、外部講師を招いて「歩行のリハビリテーション」をテーマとして実施した。

受講者は86名で、例年よりやや増加した。臨床場面で遭遇することの多い疾患や受講者の関心の高いリハビリに関する内容を取り扱ったためと考えられる。

ウ 臨床講座Ⅱ(年2回)

センター指導員が「腹部症状に対する理療治療」、「メニエール病と診断された患者の来院～その時の理療治療」をテーマとして実施した。

受講者は29名で、例年よりやや減少した。次年度に向けては、受講者アンケートを分析し、運動器以外の疾患で関心の高い講座テーマ・内容の設定に努める。

エ 東洋医学講座(年5回)

センター指導員が「経絡治療をはじめよう1 基礎編」をテーマとして実施した。また、外部講師を招いて「リンパ浮腫ー平成28年度診療報酬改定後の動向」、「深谷灸法」、「醒脳開竅法～脳血管障害に対する鍼治療」、「経絡治療をはじめよう2 臨床編」をテーマとして実施した。

受講者は114名で、例年とほぼ同程度であった。講座テーマによって受講者数にやや開きがあった。

オ 地域研修講座(年4回)

「キネシオテープを活用しよう」をテーマとして、道内4カ所（岩見沢・旭川・釧路・白老）で実施した。

受講者数は57名で、例年より大幅に減少した。次年度に向けては各地区長と調整を図り、受講者が参加しやすい場所の設定に努める。

カ 理療研修講座(年2回)

外部講師を招いて、第1回は「スポーツと理療」、第2回は「“触れる”科学」をテーマとして実施した。

受講者数は 57 名で、例年よりやや減少した。

キ 医学研修講座(年 2 回)

外部講師を招いて、「下肢のスポーツ障害～長距離ランナーのスポーツ障害を理解する」、「高齢者が望む終末期医療の在り方」、「脊柱管狭窄症と診断されたら」、「脊柱管狭窄症に対する理療治療」をテーマとして実施した。

受講者数は 117 名で、例年より大幅に増加した。

今年度は、22 講座(地域研修講座 4 回を含む)を開催し、のべ 590 名が受講した。

センターで実施した講座の受講者は、1 講座平均 29.6 名(昨年度 25.7 名)、地域研修講座を加えた全体では 26.8 名(昨年度 24.0 名)といずれも増加している。

今年度は基礎講座と医学研修講座で受講者数が大幅に増加した一方で、地域研修講座では大幅に減少した。次年度の計画・実施に関しては、受講意欲につながるテーマ設定をするとともに、センター指導員が担当する講座に関しては、視覚障がい教育の経験を生かし、綿密な事前準備から受講者満足度の高い講座運営に努める。また、研修講座の案内に関しては、関係機関への郵送やホームページ、メディアなどを活用して受講者数の増加に努める。(資料 1「講座別受講者数及び定員充足率」、資料 2「平成 30 年度研修講座実施状況」)

講座実施時に行っているアンケート調査では「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると 99.0%(回答率 61.2%)であり、全体的に良い評価が得られているといえる。

また、センター指導員が講師を務めた講座については、「大変良かった」と「おおむね良かった」を合わせると 99.2%(回答率 65.6%)であり、全体的に良い評価が得られているといえる。

2 研究事業

臨床研修を通して症例研究や理療関連の研究を行っている。研究の内容を研究紀要として発表する。

(1) 臨床研修

ア 研修テーマ

各自で年間の研修テーマを設定し、関連する疾患を研修しながら臨床を行っている。

今年度の指導員・学部教員の研修テーマ

吉村：自律神経症状

鈴木：循環器疾患

古川：婦人科疾患

羽立：スポーツ傷害全般

篠澤：メニエール病

高澤（学部）：消化器症状

イ 症例検討会等

今年度 23 回実施した。症例検討会を基本的に毎週設定し意見交換等を行った。また必要に応じて指導助手も出席し臨床中に生じたインシデントの周知と対応策の検討の場としても活用した。

ウ 患者数等

今年度、臨床日数 229 日、のべ患者数 2,568 名、1 日平均 11.2 名であった。

(資料 3 平成 30 年度臨床研修患者数)

エ 学部教員の臨床研修

今年度は 1 名の学部所属の教員が週 2 回、臨床研修を行った（患者数のべ 65 名）。

オ インシデント

3 月末までに、のべ 8 件のインシデントが報告された。

治療前：0 件

治療中・治療後：8 件

インシデントの内訳

鍼の落下：4 件

→手指乾燥防止のためのクリーム塗布、指サックの使用、抜鍼時手指を湿らす

鍼の片付け忘れ：1 件

→シャーレ内の鍼を確認し、使用後のシャーレは消毒して所定の場所に保管する
置鍼の探し不足：1 件

→刺鍼点の再確認

鍼通電器左右ボリウム出力の間違い：1 件

→見分けやすいコードを用いる

鍼通電器の落下：1 件

→コードが床面に落下しそれに足が引っかかったため、コードはワゴンにかける

指導員のインシデント件数は例年より減少傾向であり、発生ごとに指導員 5 名で構成する症例検討会（上記記載）内で、発生状況とそれらによる対応や予防策についても協議がなされている。

過去のインシデントレポートの報告数は、25 年度 21 件、26 年度 19 件、27 年度 9 件、28 年度 16 件、29 年度 27 件、30 年度 8 件であった。

（2）調査研究・症例研究

各指導員が臨床研修に取り組んだ成果を症例研究としてまとめる。

また、臨床研究として、北祐会神経内科病院と共同で「パーキンソン病患者に対する表情筋マッサージの効果について」というテーマで研究を推進している。その他、神経難病患者に対するマッサージ施術の研修や神経難病の実践というテーマで、各疾患に関する知識・技術の向上にも努めている。

（3）研究・研修成果の普及

ア 研究紀要等

症例報告や臨床統計等、センターの事業内容を研究紀要としてまとめ、関係機関へ

発送、当センターホームページへ掲載している。

イ 癒しの研修会

本校児童・生徒及び職員に対し、幅広い知識の定着と研修センターの理解啓発を図ることを目的に、定期的に研修会を実施している。本研修会では、東洋医学に関連した内容だけでなく、健康づくりに関するテーマも取り上げている。

1回目（6月4日）のテーマは「みんなでハンドマッサージ～心と体のリフレッシュ！」で、11名（児童・生徒4名、職員7名）が参加した。

2回目（10月4日）は、「“スマホ症候群”に対するセルフケア」で、6名（児童・生徒4名、職員2名）が参加した。

3回目（12月11日）は「ヘッドマッサージ de リラクゼーション～心と体のリフレッシュ！」で、20名（児童・生徒9名、職員11名）が参加した。

今後も児童生徒及び職員の参加が増えるよう、テーマ選定や日時設定等を工夫していく。

（4）研究に関する文献等の整理と活用

理療関係学会等の研究に関する文献を資料室に保管し、必要に応じて職員や生徒、研修生、来所した理療師等が活用できるようにしている。

3 相談・支援事業

理療従事者を対象として理療に関する技術指導および相談、情報提供を行っている。

（1）臨床技術指導

今年度の研修者は2名であり、就職に向けたあん摩・鍼実技力向上を目的に行った。

短期（3ヶ月未満）研修者：

研修者A 研修回数 5回 研修終了 就職準備中

研修者B 研修回数 8回 研修終了 就職

（2）来所および電話相談

来所及び電話による相談は7件、相談内容としては、臨床技術に関するものが1件、臨床での知識に関するものが4件、開業や経穴などの情報に関するものが2件であった。

（3）巡回相談

地域研修講座で理療相談を実施しており、今年度の相談件数は3件であった。

（4）機関誌等の発行、資料提供

ア 後期講座案内及び機関誌「ひびき」の発行・発送

発行月日 平成30年9月25日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 1,007 ヲ所

イ 平成 31 年度前期講座案内及び機関誌「ひびき」の発行・発送

発行月日 平成 31 年 3 月 11 日

発送先 センター名簿登録者及び関係団体

発送数 938 ヲ所

ウ 月別講座案内

道鍼師会、札幌協、視聴覚障がい者情報センター、函館視障センターなどに送付する。また、希望者には、メールでの配信を行った。

4 理解・啓発事業

地域住民を対象として健康に関する公開講座を開催するとともに、理療に関する情報、あわせて札幌視覚支援学校の案内を行うことで、理療や学校の理解・啓発を図っている。

(1) 公開講座

今年度は、「腰痛・膝痛改善のためのツボ&運動療法」というテーマで実施した。

札幌では、札幌市北区民センター、北海道札幌視覚支援学校、札幌市生涯学習センター、札幌市白石区民センターで実施した。そのほかの市については、函館視力障害センター、旭川市市民活動交流センター、帯広市市民活動交流センターで実施した。

広報活動は、開催各市の名義後援を得て、各地域にポスター、リーフレットの掲示・配布を依頼し、新聞・地域情報誌への掲載も行った。そのほか、コミュニティ FM、旭川と帯広の広報誌、町内会回覧等を活用した。また、希望者には、講座開催の案内葉書を送付した。

受講者数は、札幌 1 回目（7 月 25 日）38 名、2 回目（8 月 7 日）33 名、3 回目（9 月 1 日）37 名、4 回目（9 月 26 日）は 33 名で計 141 名（昨年度は 153 名）、旭川（9 月 5 日）43 名（昨年度 42 名）、函館（9 月 14 日）38 名（昨年度 26 名）、帯広（9 月 21 日）37 名（昨年度 31 名）であった。（受講者計 259 名、昨年度 252 名）

また、近隣町内会対象の理解・啓発活動として、1 月に東洋医学ミニ講座「お灸・マッサージ入門」を実施した。「冬の乾燥肌・かゆみ対策」をテーマとし、9 名の参加があった。

(2) 理解・啓発用「げんき通信」の発行

東洋医学や理療の理解啓発を目的とし、年 4 回発行している。第 13 号(4 月)では「理療研修センターの事業」、第 14 号(7 月)では「夏バテ」、第 15 号(11 月)では「冬の乾燥肌・かゆみ対策」、第 16 号(2 月)では「便秘」についてそれぞれ取り上げた。

配布先は、PTA、町内会の他、理療研修センターのホームページにも PDF 版とテキスト版を掲載し、より多くの人に見てもらえるように工夫している。

(3) その他

ア ホームページ

日常的な更新では、研修講座や臨床休業日の案内、センターニュースなど、迅速な更新作業を行った。また、「ひびき」のPDF版を掲載した。

アクセス数は、今年度 4,660 件(昨年度 4,304 件)であった。

イ 講師派遣(出前講座)

- ① 北海道札幌あいの里高等支援学校
平成 30 年 7 月 4 日(水)
テーマ「ハンドマッサージ」 派遣 2 名
- ② 企業・健康保険組合に勤務する保健師グループ
平成 30 年 8 月 28 日(火)
テーマ「自分でできるツボマッサージ」 派遣 2 名
- ③ 誠仁会北大通り
平成 30 年 9 月 11 日(火)
テーマ「ハンドマッサージ」 派遣 2 名
- ④ 北海道保健サークル日高とねっこ
平成 30 年 10 月 27 日(土)
テーマ「ハンドマッサージ」 派遣 1 名
- ⑤ 介護予防センター旭ヶ丘 すこやか倶楽部
平成 30 年 11 月 1 日(木)・22 日(木)
テーマ「ハンドマッサージ」 派遣各 2 名
- ⑥ ふれあいサロンふきのとう
平成 31 年 2 月 18 日(月)
テーマ「ロコモ体操」 派遣 2 名
- ⑦ 鉄西地区社会福祉協議会
平成 31 年 3 月 19 日(火)
テーマ「ロコモ体操」 派遣 2 名

資料 1 講座別受講者数及び定員充足率

※下段(%)は定員充足率を示している。

	定員	26 年度	27 年度	28 年度	29 年度	30 年度
基礎講座	各 30	99	111	121	72	130
		82.5%	92.5%	100.8%	60.0%	108.3%
臨床講座 I	各 30	51	59 ※ 4	73	86	86
		56.7%	98.3%	81.1%	95.6%	95.6%
臨床講座 II	各 30	26	44	24	40	29
		43.3%	73.3%	40.0%	66.7%	48.3%
東洋医学講座	各 30	100	104	90	132	114
		66.7%	69.3%	60.0%	88.0%	76.0%
理療研修講座	各 100	58	107※ 3	65	47	57
		29.0%	53.5%	32.5%	23.5%	28.5%
医学研修講座	各 100	56	104	71	85	117
		28.0%	52.0%	35.5%	42.5%	58.5%
地域研修講座 ※ 1	各 30	98	119	88	91	57
		65.3%	66.1%	58.7%	60.7%	47.5%
計		488	648	532	553	590

※ 1 地域研修講座は、隔年行われる十勝三療研修会を含んでいる。(27・29 年度)

※ 2 地域研修講座は 29 年度より 4 都市開催。

※ 3 27 年度理療研修講座は、理療研修センター開所記念講座も兼ねている。

※ 4 27 年度臨床講座 I は、所員体調不良のため 1 回分が中止となった。

資料2 平成30年度 研修講座実施状況

月	日	曜日	講座名	テーマ	講師名	受講者数
5	26・27	土日	第1回臨床講座Ⅰ	股関節周囲症状の診かたと理療治療	センター指導員	17
6	2・3	土日	第1回基礎講座	あん摩・マッサージ・指圧実技実習	センター指導員	17
	23・24	土日	第2回基礎講座	キネシオテープを活用しよう	センター指導員	23
7	1	日	第1回医学研修講座	下肢のスポーツ障害～長距離別離ランナーのスポーツ障害を理解する	北海道整形外科記念病院 診療部長 原 則行 先生	57
				高齢者が望む終末期医療の在り方	北海道中央労災病院 院長 宮本 顕二 先生 江別すずらん病院 認知 症疾患医療センター長 宮本 礼子 先生	
	21・22	土日	第2回臨床講座Ⅰ	スポーツマッサージ～マラソンランナーに対するマッサージ施術～	センター指導員	48
8	5	日	第1回東洋医学講座	医療リンパドレナージ～リンパ浮腫に対するマッサージ施術～	学校法人 後藤学園附属 マッサージ治療室 室長 吉田 洋子 先生	34
	19	日	第3回基礎講座	治療家のための医療面接	目白大学 保健医療学部 理学療法学科 教授 奈良 雅之 先生	18
	26	日	第4回基礎講座	スポーツマッサージ～マラソンランナーに対するマッサージ施術～	センター指導員	72
9	2	日	第1回理療研修講座	(午前) スポーツ分野で活躍する鍼灸マッサージ師 (午後) スポーツケアとしての理療	東京有明医療大学客員教授 宮本 俊和 先生	27
	30	日	第2回東洋医学講座	深谷灸法	龍背堂鍼灸院 福島 哲也 先生	28
10	14	日	第2回理療研修講座	(午前) “触れる” 効果 ー小児はりが子供の成長に与えるものー (午後) “触れる” を治療に生かす ー小児はり法ー	森ノ宮医療大学 保健医療学部鍼灸学科 教授 尾崎 朋文 先生	30

	21	日	地域研修講座 (道央)	キネシオテープを活用しよう	センター指導員	9
			地域研修講座 (道北)	キネシオテープを活用しよう	センター指導員	20
	28	日	地域研修講座 (道南)	キネシオテープを活用しよう	センター指導員	15
11	4	日	地域研修講座 (道東)	キネシオテープを活用しよう	センター指導員	13
	11	日	第3回東洋医学講座	醒脳開竅法～脳血管障害に対する鍼治療	アコール鍼灸治療院 院長 河原 保裕 先生	24
	17・18	土日	第4回東洋医学講座	経絡治療をはじめよう1 基礎編	センター指導員	15
12	9	日	第3回臨床講座Ⅰ	歩行のリハビリテーション	北祐会神経内科病院 部長 中城 雄一 先生	21
	16	日	第5回東洋医学講座	経絡治療をはじめよう2 臨床編	鍼灸ルームハピネス 院長 黒沼 一也 先生	13
1	19・20	土日	第1回臨床講座Ⅱ	腹部症状に対する理療治療	センター指導員	11
2	2・3	土日	第2回臨床講座Ⅱ	“メニエール病”と診断された患者の来院 ～その時の理療治療	センター指導員	18
	17	日	第2回医学研修講座	(午前) 脊柱管狭窄症と診断されたら (午後) 脊柱管狭窄症に対する理療治療	しらかば鍼灸整骨院 院長 佐藤 雅美 先生	60

資料3 平成30年度 臨床研修患者数

① 月別のべ患者数と実患者数 ※()内は実患者数

月	総患者数	男 性	女 性	臨床日数
4 月	189(94)	47(20)	142(74)	19
5 月	193(97)	42(20)	151(77)	20
6 月	200(101)	46(24)	154(77)	21
7 月	224(101)	60(26)	164(75)	21
8 月	193(101)	51(24)	142(77)	19
9 月	183(105)	49(25)	134(80)	16
10 月	246(115)	58(25)	188(90)	20
11 月	250(122)	53(24)	197(98)	21
12 月	233(115)	49(22)	184(93)	19
1 月	211(107)	43(21)	168(86)	17
2 月	225(110)	53(23)	172(87)	19
3 月	221(115)	51(24)	170(91)	17
計	2568(217)	602(53)	1966(164)	229

② 主訴別実患者数

順位	主 訴	人 数	%
1	肩のこり	71	32.7
2	腰の痛み	40	18.4
3	頸のこり	12	5.5
4	殿部の痛み	9	4.1
4	膝関節の痛み	9	4.1
6	腰の重だるさ	8	3.7
7	その他	7	3.2
8	背中でのこり	6	2.8
	その他	55	25.3
計		217	100.0

③ 居住地別実患者数

順位	居住地域	人数
1	中央区	108
2	豊平区	35
3	南区	20
4	西区	11
5	北区	9
5	清田区	9
7	手稲区	7
8	東区	6
8	白石区	5
10	厚別区	4
	市外	3
計		217

④ 患者状況比較

	26年度	27年度	28年度	29年度	30年度
臨床日数(日)	218	221	229	231	229
初診数(名)	52	92	73	75	66
再診数(名)	57	72	71	63	62
延べ数(名)	1764	1878	2299	2345	2568
日平均(名)	8.1	8.5	10.0	10.2	11.2
平均年齢(歳)	59.9	61.9	62.1	62.1	62.6
男性数(名)	488	381	392	500	602
女性数(名)	1276	1497	1907	1845	1966

平成30年度 症例報告

指圧による殿部痛に対する施術 2 症例

指導員 吉村 篤

I はじめに

これまでの臨床経験で、殿部に対する手技による施術では、表層の大殿筋はアプローチも容易で、硬結や筋の過緊張の部位も分かりやすく、他の部位と比較して強めの刺激も可能である。施術により硬結や筋の過緊張が緩和し柔軟性が回復すると、歩行の改善につながる事が多く、患者満足度が高い部位と考えている。特に急性腰痛発症後数日の、まだ腰部に強い痛みがあるときに大殿筋に強い過緊張を認め、腰部は手技ができなくても殿部の過緊張を緩和すると翌日から体動が楽になることも経験している。

同様に中殿筋も比較的浅層にあり、座位の時に足を組む人などで硬結や過緊張がみられることが多いと感じている。

今回報告する殿部痛 2 症例では下肢への放散痛やしびれはなく、殿部の局所症状が主であった。

1 例は末梢神経絞扼障害の疑いがあり、もう 1 例は原因を特定できていないが、筋筋膜性の痛みと思われ、いずれも圧痛部位の押圧により症状は軽減した。発痛部位は表層ではなく深層組織と思われるが、指圧により症状が軽快することが確認できた。

II 殿部の解剖（梨状筋付近）

1 梨状筋上孔を通過するもの

上殿動静脈と上殿神経

2 梨状筋下孔を通過するもの

坐骨神経、後大腿皮神経、下殿動静脈、下殿神経、内陰部動静脈と陰部神経

III 症例報告

1 症例 1

1. 主訴 左殿部の痛み

2. 患者概要

66 歳 男性 自営業

身長 169cm、体重 70kg

血圧 140/79 mmHg 心拍数 67 回/分

3. 症状と経過

経過

左殿部痛が夜間もあり整形外科にてMRIやCT検査を受けたが原因がなかなか判明せず、3日前に筋肉が神経を絞扼しているためと診断がつき、筋を緩めるセルフケアとして仰臥位でテニスボールを患部に押し当てることを指導されている。実行してもうまくいかず効果を実感できない。

なお、本人の話では長年服用していた降圧剤の副作用に筋が融けることについて最近医師から説明を聞いたばかりとのことであった。

ア 自覚症状

全身的な筋力低下。肩こり、左殿部痛。頸部回旋や屈曲に伴う痛み（神経ブロック注射の影響）

イ 他覚症状

筋緊張 頭半棘筋、板状筋、脊柱起立筋

圧痛 大殿筋、梨状筋

4. 施術内容と考察

（1）施術内容

ア 第1回目

問診で医師よりセルフケアとしてテニスボールによる患部圧迫の指示があることをもって、指圧可能と判断した。理学検査で特段の陽性反応は得られなかったことから坐骨神経痛は除外した。発痛部位を確認するため右側臥位で仙骨下縁から仙骨外縁にかけての大殿筋起始部、腸骨稜後面の中殿筋起始部を指圧してもあまり特異な反応はみられなかった。次いで仙骨下部から大転子にむかう梨状筋の走行に沿って深く圧迫していくと、患者から「それが痛い」との反応が得られた。発痛部位を慎重に探るため、梨状筋の走行を意識してやや幅広に母指圧迫をおこなったところ、梨状筋上孔付近の部位で著明な圧痛を訴えた。この部位の深部を長めに母指圧迫し、その少し浅層を母指揉捏を加え、筋の硬さが柔らかくなった感覚で局所治療とし、あわせて全身あん摩を行った。

イ 第2回以降

前回治療後の経過を確認すると、左殿部痛は軽快。数日経過すると徐々に増悪すると回答。

殿部痛に梨状筋の走行に沿った深部圧迫が有効と判断し、継続的に治療した。

（2）考察

本症例は梨状筋を意識した深部の圧迫による放散痛が出たときもその範囲は殿部に局限していたことから、梨状筋下孔から出る坐骨神経ではなく、梨状筋上孔から出る上殿神経の絞扼の可能性が高いと考えた。

なお、この患者は当初施術内容として手技のみ施術同意を得ていたが、信頼関係構築後、別の指導員が鍼施術の同意を得て上殿神経や中殿筋や小殿筋の低周波鍼通電療

法も行っている。

2 症例 2

1. 主訴 左殿部痛

2. 患者概要

70 歳 女性

身長 120cm、体重 43kg

血圧 108/72mmHg

職業 障害者福祉団体に肢体不自由の方の歩行や車いすの補助をしている。以前は自宅で 40 年間和裁をしていた。

3. 症状と経過

数週間前にぎっくり腰を起こし、湿布と鎮痛薬を服用していた。腰痛は気にならなくなったが、左殿部が痛い。自分ではどこが痛い部位なのかははっきりしない。いつも左側の肩、背中、殿部、ふくらはぎがつっぱる。通勤や仕事で歩くことも多い。一番辛いのが殿部で座ると床面にあたる付近。

4. 治療経過

ア 1 回目

下肢のしびれや放散痛はなく理学検査や股関節の他動運動でも顕著な反応はみられなかった。右側臥位をとり母指で坐骨結節付近の深層を圧迫していくと、梨状筋の走行のやや下部で坐骨結節のやや上で「それが痛い」という反応があった。患者からは、これまで今回のように鮮明に発痛部位に達したことはなく、初めて痛い場所にあたったとのことであった。

局所施術として圧痛部位の持続母指圧迫とやや浅層の部位の母指揉捏を行った。

なお、他に頸肩部の置鍼と全身あん摩を行った。

イ 2 回目以降

前回治療後翌日から日常生活において左殿部痛で悩まされることはなくなった。確認のため前回反応があった周囲を母指圧迫すると圧痛は再現されたが痛みの程度は軽減していた。完全治癒ではないが、発痛閾値の上昇（正常化）されたものと考え、局所施術は初回より軽めの刺激とした。

以後月に二回程度来訪し、同様の施術をしている。

5. 考察

殿部痛の原因の特定はできなかったが、部位から考えると外旋筋群のいずれかの筋と考えている。部位的に坐骨結節の上方であり坐骨神経の走行とはずれていると判断した。圧痛部を母指圧迫すると再現性があり、殿部痛で日常生活に影響が出ることはなくなったことで、高い患者満足度を得ることができた。また本症例の患者はとても小柄なことも圧痛部到達には好都合であったが、反面部位の特定は難しくなる面もあった。治療者として結果は良好であったが原因の特定に至っていないことにやや歯が

ゆさは残っている。この患者は過去 40 年間、畳の上で和裁を長時間しており、その際の姿勢が特定部位に影響を与えた可能性も考えられる。

3 結語

自分の学生時代を振り返ると、殿部の施術も術式通りおこなうこととしか考えていなかった。臨床を通じて思いのほか症状があらわれやすく、筋の硬結や過緊張も柔軟性を回復できると効果を実感してもらえることが多かった。ただし、患者に不快感を与えないことが大前提であり、殿部施術の際は手根または母指頭を用い、母指以外の四指は骨のあたる部位か空中に浮かせるよう注意している。

殿部痛で坐骨神経痛が除外できる場合、圧痛を訴える部位周辺の母指圧迫による痛覚閾値の正常化による痛みの軽減効果があることを経験できた。指圧時に阿是穴のような反応が得られたことから、トリガーポイント的な治療効果が得られたものと考えているが、圧迫時の顕著な反応が得られたことが重要だったと考えている。

《引用・参考文献》

- 1) 坂井建雄著 標準解剖学
- 2) 伊藤和憲著 はじめてのトリガーポイント鍼治療 医道の日本社 2009

股関節周囲症状に対する理療治療

指導員 鈴木 敏弘

I はじめに

股関節痛に悩む人は、全国で約 400～500 万人程いるとされていて、家族歴や既往歴から特に女性に多い症状といわれている。その痛みの原因が、骨や関節に由来するものなのか、または、関節周囲の軟部組織に由来するものかはなかなか病態として理解しにくく、治療をするうえで診察力が必要となってくる。

そこで、本稿では股関節痛の診察、鍼療法では軟部組織を対象とした刺鍼法について症例報告を交えて報告する。

II 股関節痛の診察

1 診察の進め方

股関節痛の診察にあたって、年齢、性別は最も重要な基本情報であり、既往歴、症状の発症時期、発症の状況、疼痛部位、疼痛の特徴、誘因などについて聴取することが大切である。

2 問診

股関節痛の病態理解のために、症状の発生状況と経過について聴取する。また、股関節痛は腰痛、腰下肢痛、大腿部痛、膝痛などと混在しやすいため、股関節疾患に起因した疼痛なのか股関節部以外の疾患によるのかを鑑別しなければならない。

1. 股関節痛

①性質

痛みの性質（急性痛・慢性痛、安静時痛・運動時痛、間欠性・持続性）、種類、程度（強さ）、期間、局在部位、誘発動作などについて聴取する。

時々感じる痛みや長時間の歩行後の痛みは股関節疾患の初期であり、この場合鍼灸治療の適用と考えられる。それが少しの歩行で痛みが発症したり夜間痛がみられる場合は医療機関の受診を勧める。

痛みが非常に強い場合は転移性骨腫瘍や大腿骨頭壊死を疑い、股関節の屈伸に際して弾撥音が生じ痛みを伴う場合は弾撥股を疑う。

②関節包と痛みの関係

股関節包は内側が閉鎖神経、前側が大腿神経、後側が坐骨神経によって支配されており、それぞれが支配する皮膚知覚神経領域に痛みを訴えることが少なくない。閉鎖神経は膝関節内側部、大腿神経は大腿部、坐骨神経は殿部へ痛みを訴えることが多い。

※股関節痛の部位（関節包の皮膚知覚神経）と疾患との関係

鼠径部（閉鎖神経）：変形性股関節症と大腿骨頭壊死との鑑別

大腿部（大腿神経）：前面の痛みは上部腰椎疾患、後面の痛みは下位腰椎疾患と股関節疾患との鑑別

腰殿部（坐骨神経）：腰椎疾患との鑑別

膝関節：股関節の関連痛と膝疾患との鑑別

他の関節痛（膝・肩・手）：多発性関節炎の疑い

2. 家族歴、既往歴

乳幼児期の疾患や外傷の後遺症が原因で、二次性の変形性股関節症に進行することがある。また、骨軟骨の代謝性疾患、骨系統的疾患はしばしば股関節の形態異常を呈することがある。ステロイドの使用は、大腿骨頭壊死の原因になる。

3 視診

1. 異常歩行

股関節痛があると歩様（跛行、歩行周期、歩行リズム）に現れる。

股関節原性の跛行は脚長差、中殿筋の筋力低下または機能不全、股関節拘縮、股関節の疼痛でみられる。歩行周期は遅くなり、健側に比較して患側の片足支持期は短くなる傾向がある（有痛性跛行、逃避性跛行）。

4 触診

触診は健側と患側を比較し、熱感、腫脹を確認する。

背臥位では上前腸骨棘、腸骨稜、坐骨結節、大転子を、側臥位では大転子周囲を、腹臥位では坐骨結節、仙腸関節を確認する。

軟部組織（特に筋）を触診し、萎縮の有無及び圧痛点とその局在性をみる。

5 徒手検査

1. 関節可動域（ROM）

股関節の病態や疼痛の程度を理解するためには非常に重要な検査である。自動運動と他動運動によるROMの計測を行い、可動域制限があるか、運動に際し股関節痛があるか、異常音が聴取されるかを確認する。

ローゼルネラトン線：股関節屈曲45°で上前腸骨棘、大転子、坐骨結節が一直線となる。

2. 下肢長

両側下肢を外旋・内旋中間位で下肢を伸展位にし、左右の上前腸骨棘から内果（棘果長）及び大転子から外果（転子果長）を計測する。

股関節疾患（脱臼、大腿骨頭部の損傷、変形など）では一般的に患側が短縮するとされている。また、関節裂隙の狭小化がある場合も短縮が発症する。

3. 筋萎縮

股関節疾患では中殿筋、小殿筋の筋萎縮がみられトレンデレンブルグ兆候が観察される。大腿部の筋萎縮の確認は膝蓋骨上縁から 10 cmの周径を測定し左右を比較する。なお、長期にわたり股関節痛があると股関節周囲や大腿部の筋は非活動性萎縮（廃用性萎縮）を起こす。

※トレンデレンブルグ兆候

患側で起立させると反対側の骨盤が下がる現象をいう。中殿筋、小殿筋の股関節外転筋の機能障害（筋力低下、麻痺など）で陽性となる。

4. 各種検査法

パトリックテスト：股関節及び仙腸関節周囲の軟部組織由来の疼痛を鑑別。

ニュートンテスト：仙腸関節及び前後仙腸靱帯などの軟部組織由来の疼痛を鑑別。

トーマステスト：股関節屈曲硬縮（主に腸腰筋）を鑑別。

F N S：上部腰椎神経根障害の鑑別。

S L R：下部腰椎神経根障害の鑑別。

エリーテスト：股関節屈曲硬縮（主に大腿直筋）を鑑別。

Ⅲ 腸腰筋刺鍼法の検討

股関節痛及び股関節周囲症状を訴える患者の中で、腸腰筋が問題となることが多いとされている。それは、先天性股関節脱臼や臼蓋形成不全などの既往歴がある患者では、乳幼児期に腸腰筋やハムストリングスの短縮が多く、それを予防するために装具（リーメンビューゲル装具など）療法を受けることが多かったためと考えられる。その装具は、開排位（股関節屈曲・外転・外旋）をとるもので、脱臼を復整する目的で用いられている。

1. 目的

腸腰筋刺鍼に最適な体表面上の刺鍼点と刺鍼法を確認する。

2. 確認方法

腸腰筋に刺鍼し、1 Hz で鍼通電刺激をする。股関節の屈曲・外旋運動または股関節前面（大腿骨頭部）での筋収縮の有無を確認する。

3. 使用鍼

セイリン製 J タイプ 1 寸 6 分（50 mm） 3 番。

4. 姿勢と刺入深度

背臥位とし、膝窩部に膝枕を用いる。刺入深度は体格に応じ 25～40 mm程度。

5. 刺鍼法 A の検討と検証

(1) 参考書籍より

鼠径部の大腿動脈拍動部より2横指外側の部(筋裂孔部)。上記の刺鍼法は、以下の参考書籍を基に検討した。

参考書籍1. では、「鼠径部の大腿動脈拍動部より2横指外側もしくは上前腸骨棘の内下方で、腸骨に向けて外下方に刺入する」である。また、参考書籍2. では、「鼠径部の大腿動脈拍動部の2横指外側、鼠径靱帯より1横指下部を刺入点の目安にするとよい。刺入点や鍼先が内側によると大腿神経付近に、外側によると縫工筋に、下方によると大腿四頭筋に刺入される。」である。

(2) 結果・考察1

鍼通電器の電流量を上げていくと、腸腰筋の筋収縮が観察される前に、大腿四頭筋や縫工筋の収縮が観察されることが多かった。これは、大腿神経に電流が流れ、同名神経に支配されている筋群の収縮が観察されたことから、大腿神経パルスになったものと判断できる。そのため、腸腰筋単独の筋収縮が観察されるものではなかった。

また、患者の心理背景を考えると、治療といえどもなかなか刺入部位(筋裂孔部)を露出しにくいことが考えられる。

以上のことより、刺鍼法Aは実用的なものではないと判断し刺鍼法Bを検討した。

6. 刺鍼法Bの検討と検証

(1) 筋裂孔部以外の刺鍼法

刺鍼法Bの検討は、腸腰筋に大腿神経が走行し始める部位よりも上位で刺鍼することが望ましいと判断した。そのため、鼠径靱帯の起始部である上前腸骨棘周囲に着目した。

(2) 刺鍼法Bの刺入点

鼠径部で、上前腸骨棘の下縁から水平に走る線上の内側20mm程度の圧痛部。この体表面上の点を圧迫すると、大腿部前面に放散痛が出現する。

(3) 結果・考察2

この部位で鍼通電による確認をしたところ、刺鍼法Bが最適と判断できた。それは、腸腰筋または腸骨筋の収縮が観察され、刺鍼法Bよりも外側部であったり下部では大腿部前面の知覚を支配する外側大腿皮神経が、また上部であったり内側部では腸骨下腹神経の運動枝である腹直筋の筋収縮が観察されたからである。

筋裂孔部よりは上方であり、下腹部ではあるが、刺入点の水平線上付近には関元穴が近くにあることから、露出しやすい最低限の部位であると判断した。そのため、腸腰筋への刺鍼法については刺鍼法Bの刺入点が最適と考えられる。

IV 症例

1 プロフィール

年齢と性別：56歳 女性

主訴：左股関節周囲の痛み

評価：股関節周囲の軟部組織損傷

※股関節周囲に関連する症状のみ記載する。

1. 背景と現病歴

新年度の準備（4月9日）のため、階段の上り下りを繰り返し、日頃より忙しくしていた。その後、二日間が経過し、左股関節前面周囲の痛みを感じるようになった。痛みは体幹の前後屈や体幹の右回旋で出現する。受傷後1週間が経過し、痛みが増強したため来所となった。

後に、整形外科を受診し、関節面の変形はないとの診断を受けた。また、婦人科でも特に問題となるものはないと診断された。

2. 自覚

立位で体幹の右回旋時、左腰部から左殿部への痛みがある。また、左股関節屈曲時の痛みもある。

3. 他覚

筋緊張：左（腸腰筋、左大腿筋膜張筋、小殿筋）

ROM：左股関節 外旋で陽性（クリック音・疼痛）、内旋で陰性

徒手検査：

トーマステスト：陽性（右股・膝関節屈曲位で腰椎の前弯を確認したが、ベッド面から離れていなかった）

エリーテスト：陽性（ベッド面から上前腸骨棘が完全に離れていて2～3cm浮いた状態）

パトリックテスト、ニュートンテスト

：陰性

圧痛・硬結：左（衝門、居髂、殿点）

測定値

身長：163cm 体重：53kg

血圧：112/64mmHg（臥位、右） 心拍数：60回

4. 治療法

パック：頸、腰 10分

ホットマグナー：左股関節前外側面 10分

TENS：100Hz 間欠 10分 2チャンネル（腸腰筋周囲と大腿筋膜張筋周囲）

※TENS機器：テクノリンク社製低周波治療器ラスパーエース、刺激電極：日本光電製ビトロードP-150

手技：腰殿部、下肢

股関節運動法：屈曲・外転・外内旋

2 経過と結果

平成30年4月16日から6月20日まで計8回治療した。そのうち、1回目は別の担

当者が、2回目から8回目までは著者が担当した。ここでは変化のあった項目についてのみ記す。

1. 理学検査

パトリックテストとニュートンテストは陰性であったが、トーマステストは、2回目から6回目まで陽性で膝窩部が3～4 cm程浮いた状態であった。それ以降は陰性に転じていた。また、エリーテストは最後まで陽性で、上前腸骨棘が2 cm程ベッド面から浮いた状態であった。

2. 治療法

治療法は、2回目から5回目まで方針を変えず、6回目から8回まではTENS療法から普通鍼に変えて用いた。

刺入部位は、腸腰筋では上記に示した刺鍼法Bの点と、大腿筋膜張筋では居髂より上位の点とした。

3. 鎮痛

股関節痛は、治療を重ねることで日に日に軽減したが、増悪することもあった。痛みの変化では、「初回を10とすると現在ほどの程度ですか」との質問で確認したところ、TENSを用いた時期では半分ぐらい（5）まで軽減したが、普通鍼を用いた頃では半分以下（2）との回答であった。また、普通鍼では特に鎮痛効果が著しいとの感想を持っていた。

3 考察

1. 腸腰筋について

（1）患者の姿勢より

参考にした書籍に、腸腰筋が問題となる場合、「患者に特徴的な姿勢としてイスにふんぞり返るように浅く座る」というものがある。腸腰筋の作用を考えると、股関節の屈曲以外に、下肢を固定したときに体幹の屈曲というものがあるが、腸腰筋の収縮を起こさせないことを考えると、上記のような姿勢になるのかもしれない。患者から問診を重ね、確認したら座位でのPC作業をする時にこのような姿勢であったものと確認できた。

（2）トーマステストより

腸腰筋は、腰椎前面から起始する大腰筋と腸骨窩から起始する腸骨筋から成り立っている。腸腰筋の短縮は、トーマステストで判断するものであり、本症例では、患肢の膝窩部が3～4 cm程浮いた状態であったため陽性と判断した。健側の股・膝関節屈曲位で腰椎の前弯を確認したが、ベッド面から腰椎の棘突起が離れている状態ではなかった。通常は、大腰筋の短縮があると腰椎の前弯が観察されるが、ここではそうではなかったため大腰筋に問題はないと判断した。大腰筋以外の要素を考えると患肢が浮いた状態を考慮すれば腸骨筋単独の短縮があるものと考えた。

2. 大腿筋膜張筋について

自覚症状で、「立位で体幹の右回旋時、左腰部から左殿部への痛みがある」というものがある。一般的に骨盤の右回旋があったものと判断すると、股関節前外側の筋群が伸展されたものと判断すれば、対象となった筋が大腿筋膜張筋や小殿筋と考えられる。いずれの筋も、股関節の内旋に作用するが、この先の鑑別は両者の筋を触察して圧痛を確認する必要がある。上前腸骨棘より上外側部の圧痛があったことから大腿筋膜張筋と判断した。

3. 鎮痛機序

(1) TENS

TENSはゲートコントロール説を応用した刺激方法の一つであり、触圧覚の受容器につながる神経線維を興奮させるものである。触圧覚を興奮させるための効果的な周波数帯域は、50～100Hzといわれていることから、高頻度の刺激が鎮痛に作用するといわれている。

また、TENSの研究結果として、内因性オピオイドの分泌が明らかにされている。低頻度と高頻度の刺激による比較では、内因性オピオイドとそれに結合するオピオイド受容体が明らかにされてきて、低頻度ではN受容体に β エンドルフィン・エンドモルフィンが、高頻度では δ 受容体にエンケファリンが結合するとされている。

(2) 軸索反射の関与

生体に刺激を与えると、軸索反射が生じる。皮膚の侵害刺激により、侵害受容性の1次求心性神経が興奮すると、その興奮は中枢側に伝導されると同時に、末梢血管に分布する軸索の分枝に沿って逆行性に伝導される。その結果、分枝の神経終末から血管拡張物質のサブスタンスP (SP) やCGRPが放出され、血管は拡張する。刺激局所で観察される紅潮反応(フレアー)は軸索反射によると考えられている。そのため、循環改善がみられたものと判断する。

4 まとめ

鍼施術については、これまで上記に記載してきたとおりであるが、それ以外に自宅で運動療法を行ってもらった。腸腰筋の運動療法として、股関節が伸展位となるストレッチの他、日に20～30分程度のウォーキングを行ってもらった。

多くの運動療法は、全身の柔軟性、可動性、筋力増強効果、体脂肪率の減少、姿勢改善などの効果があるとされており、身体のトラブルを起こすリスクを軽減するだけでなく、全身的なトレーニングとしても利用できる。そのため、鍼施術の他に運動療法を組み合わせたことはそれぞれの利点が相乗効果となり治療効果につながったのではないかと考えている。

継続治療が終了して治療が完結するのではなく、自宅などで運動療法となるセルフケアを続けていくことが治療効果を高めるのではないかと感じた。

V 終わりに

今回の腸腰筋刺鍼法の検討は、去る平成 30 年 5 月 26・27 日に開催された第 1 回臨床講座 I 「股関節周囲症状の診かたと理療治療」の研修講座での内容に、手直しを加えて掲載したものである。

腸腰筋刺鍼法で最も苦労した点は、腸腰筋内に腰神経叢が分布していて、この神経叢から枝分かれする 6 本の脊髄神経の内、大部分が知覚神経を含んでいて、数多くの刺鍼を試したところ知覚枝に当たることが多かったことである。その中でも、試行錯誤を重ね、刺鍼法 B を導き出せたことでとても安心でき、胸をなでおろしているところである。

ただ、痛みにも耐えながら数多くの刺鍼を試した結果として、腸腰筋刺鍼法の確立以外に、たまたまではあるが小殿筋や大腿筋膜張筋を支配する上殿神経への刺鍼法の確立もできたこともあげられる。

上殿神経刺鍼法については、次回の機会に譲るとして、これからも受講者や患者の有益となる情報を提供していきたい。

《引用・参考文献》

- 1) 図解鍼灸療法技術ガイド～鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて第 1 巻：矢野忠編集主幹、文光堂、2012
- 2) 現代鍼灸臨床の実際：松本勅著、医歯薬出版、1996
- 3) 図解鍼灸療法技術ガイド～鍼灸臨床の場で必ず役立つ実践のすべて第 2 巻：矢野忠編集主幹、文光堂、2012
- 4) はじめてのトリガーポイント鍼治療：伊藤和憲著、医道の日本社、2009

慢性的な下痢に対する灸治療の効果について

指導員 古川 美奈

I はじめに

下痢の多くは一過性である。暴飲暴食、消化不良、腹部の冷えなどで大腸の水分を吸収する能力が低下することや、ストレスで自律神経のバランスが崩れることが原因となる。注意が必要なものとしては、食中毒、クローン病、潰瘍性大腸炎、大腸癌、過敏性腸症候群などが原因で起こる下痢がある。中でも、日本で便通異常のため受診する患者の20～30%を占めるのが過敏性腸症候群である。過敏性腸症候群は命に関わる疾患ではないが、突然起こる腹痛や下痢のために、QOLが低下する。

今回は、慢性的な腹痛を伴う下痢を主訴とする過敏性腸症候群が疑われる症例について報告する。

II 過敏性腸症候群とは

過敏性腸症候群は、大腸の運動、知覚、分泌機能の異常により起こる疾患である。検査で炎症や癌などの器質的異常は見つからないが、腹痛、下痢、便秘などの症状が慢性的に繰り返される。先進国に多く、日本における有病率は約15%である。20歳から30歳代の人に多くみられるが、最近では中高年層にも増加している。

症状別に、下痢型、便秘型、混合（交替）型、分類不能型に分けられる。発症には、遺伝的要素に加えてストレスが深く関与している。脳と腸には「脳腸相関」（後述）と呼ばれる関係があり、脳がストレスを感じると、その刺激が自律神経を介して腸の運動に影響を与える。

下痢型では、腹痛を伴った急激な便意が起こり、水様便が排泄される。若い男性に比較的多い。便秘型では、排便回数が週3回未満に減少し、兎糞状の便が出たり、排便の際に強くいきむようになったりする。また、残便感を伴うこともある。混合型は、下痢と便秘を繰り返すもので、下痢症状が続き便を出しきったあと便秘になることが多い。どのタイプでも、腹痛、腹鳴、腹部膨満感、おならなどの症状を伴うことが多い。また、頭痛や精神症状を伴う場合もある。

過敏性腸症候群の診断には、国際的診断基準であるRomeⅢ診断基準を用いる。確定診断するためには、大腸癌や炎症性腸疾患の有無を調べる。これらの疾患が疑われるような発熱、体重減少、下血などの危険徴候がみられる場合や50歳以上の患者、大腸癌の既往歴・家族歴がある患者に対しては、大腸内視鏡検査や大腸造影剤検査を行う。症状に応じて、腹部超音波検査、腹部CT検査などを追加する場合がある。過敏性腸症候群と混同される可能性がある疾患としては、乳糖不耐症、薬剤性の下痢、寄生虫症などがある。また、甲状腺の機能異常などが症状発現の原因となることもあるため、

危険徴候がない場合でも血液検査、尿・便検査を行う。

※過敏性腸症候群の診断基準 <RomeⅢ診断基準>

腹痛あるいは腹部不快感が、最近 3 ヶ月の中の 1 ヶ月につき少なくとも 3 日以上を占め下記の 2 項目以上の特徴を示す。

1. 排便によって改善する
2. 排便頻度の変化で始まる
3. 便形状（外観）の変化で始まる

少なくとも診断 6 ヶ月以上前に症状が出現し、最近 3 ヶ月間は基準を満たす必要がある。腹部不快感とは、腹痛とはいえない不愉快な感覚を指す。病態生理研究や臨床研究では、腹痛あるいは腹部不快感が 1 週間につき少なくとも 2 日以上を占めるものが対象として望ましい。

Ⅲ 脳腸相関について

ストレスを感じると、視床下部の傍室核（PVN）において副腎皮質刺激ホルモン放出因子（CRF）が放出される。この CRF は、下垂体前葉からの副腎皮質刺激ホルモン（ACTH）分泌を活性化する。ACTH は副腎皮質からの糖質コルチコイド分泌を促し、ストレスに適応するためのさまざまな生体反応を起こす。このような状態が長く続くと、生体に悪影響が出ると考えられている。

ストレスにより誘発された CRF は PVN や延髄の孤束核・迷走神経背側核（DVC）にある CRF type 2 受容体を介して胃・十二指腸の運動を抑制すると考えられている。また、CRF は CRF type 1 受容体を介して結腸の運動を促すと考えられている。これに関与するのは PVN と DVC にある内臓運動性核である。この副交感神経の興奮が消化管の筋層間神経叢を刺激し、その結果、平滑筋の収縮が起こると考えられている。これが「脳腸相関」である。

「脳腸相関」には脳から腸だけでなく、腸から脳への信号伝達もある。消化管内腔の粘膜細胞に刺激が加わると、この刺激は迷走神経下神経節を介して視床や大脳皮質に伝わると考えられている。これは、内臓知覚と呼ばれている。この内臓知覚は消化管壁内に存在する内在性知覚ニューロンからの信号も関係していると考えられている。最近では、内臓知覚の過敏が過敏性腸症候群の病態の原因であると考えられている。また、内臓知覚に関与しているとされる内在性知覚ニューロンからの情報伝達にはセロトニン受容体が関与していると考えられている。ストレスにより分泌される CRF が誘発する下部消化管運動亢進にもセロトニンが関係しているとされている。

Ⅳ 症例

1 患者のプロフィール

（1）基本情報

30 歳代、男性、公務員、身長：170cm、体重：70kg

（２）主訴

腹痛を伴う下痢

（３）現症

小学校２年生頃から、特にきっかけはないが頻繁に腹痛・下痢が出現するようになった。高校２年生の時に一時的に症状が悪化したため、大腸内視鏡検査を受けたが特に異常は見つからなかった。その後も症状は軽快せず、５年前に再び内視鏡検査を受けても原因は特定されなかった。医師からは精神的な影響からくるものだろうと言われている。現在も週に３回程下痢をしている（便通はほぼ毎日ある）。腹痛があるときに市販の止瀉薬を使用することがある。

（４）自覚症状

腹痛を伴う下痢。精神的ストレス、冷え、乳製品で増悪する。

（５）他覚症状

圧痛・硬結：中脘、足三里

下腹部の冷感

（６）既往歴

28歳：脂肪肝

２ 病態の考察

この患者は、慢性的な腹痛と下痢が主訴であるが、検査では異常所見はなかった。また、増悪因子に精神的ストレスを挙げている。したがって本症例は過敏性腸症候群の可能性が高いと考えられる。増悪因子に乳製品も含まれていることから乳糖不耐症の可能性も否定できないが、医師からも「おそらく過敏性腸症候群でしょう。」と言われているとのことだった。

３ 治療法・経過

平成30年11月1日から12月20日まで、週１回程度、計９回治療を行った。

（１）１回目：平成30年11月1日

胃腸機能の改善を目的に、中脘（胃経の募穴、八会穴の腑会）、天枢（大腸経の募穴）、関元（小腸経の募穴）、足三里（胃経の合穴）にせんねん灸の奇跡レギュラー（セネファ株式会社）を各１壮施灸した。

（２）２回目：平成30年11月7日

11月3日に下痢をした。中脘に硬結あり。下腹部の冷感はない。１回目と同様の治療を行った。

（３）３回目：平成30年11月9日

11月7日と8日に軽い腹痛を伴う下痢をした。前回と同様の治療を行った。

（４）４回目：平成30年11月16日

11月10日に強い痛みを伴う下痢をした。また、12日にも下痢をした。上脘と上巨虚に圧痛と硬結がみられたため、上脘、天枢、関元、上巨虚にせんねん灸の奇跡レギュラーを各１壮施灸した。

（５）５回目：平成30年11月22日

前回治療後から今日まで下痢をしなかった。中脘と足三里に圧痛・硬結がみられた。１回目と同様の治療を行った。

(6) 7回目：平成30年12月7日

ここ数日は下痢をしていない。1回目と同様の治療を行った。

(7) 9回目：平成30年12月20日

前日に下痢をしたが、それまでは2週間ほど下痢をしていない。普段はほぼ毎日便通があるが、今日はまだ出ていないとのこと。水分と上巨虚に圧痛・硬結がみられたため、水分、天枢、関元、上巨虚にせんねん灸の奇跡レギュラーを各1壮施灸した。

V 考察・今後の課題

患者からの報告によると、下痢をしたのは、11月7日、8日、10日、12日、22日、23日、29日、12月3日、19日、20日であった。治療を開始した11月上旬は、週に3回程下痢をしたが、11月中旬からは週に1～2回程に減っている。患者は、お腹と足の保温をするよう気をつけてはいたが、食生活は治療をはじめる前と変わりなく、薬も使用していないと話していた。12月下旬から2月中旬までは治療ができなかったが、2月中旬の時点で、下痢をするのは週に1回くらいで腹痛の強さも以前より軽減しているとのことだった。また、この10年程で一番いい状態だとも話していた。

岩らは、腸蠕動に及ぼす鍼灸刺激の効果を検討するため、刺激部位を遠隔部（合谷・足三里）、腹部（中脘・天枢・関元）、これらの併用群に分け、腸音を測定し、検討した。その結果、灸刺激では腹部刺激、併用刺激において刺激後に腸音減少が持続したと報告している。このことから、本症例では中脘、天枢、関元、足三里などへの施灸により腸管運動が改善し、その結果として便通異常も改善したと考えられる。しかし、この一症例のみでは十分とは言えない。今後は、同様の症状を訴える患者の治療をできる限り多く行い、治療効果を検証したい。

VI おわりに

患者は、灸が様々な症状に効果があることは知っていたが、治療を受ける機会がなかった。今回灸治療を受け体調が改善したことで「できるだけ時間をつくって自宅でも灸をしたいと思う。」と話してくれた。今後もセルフケアの手段として、より多くの患者に灸の良さを知ってもらえるよう努力したい。

《引用・参考文献》

- 1) 編者 「きょうの健康」番組制作班、主婦と生活社ライフ・プラス編集部：『生活シリーズ NHKきょうの健康 「便」と「尿」の悩みをスッキリ解決する本』、主婦と生活社、2018
- 2) 大幸薬品ホームページ <http://www.seirogan.co.jp/medical/stress.html>
- 3) MSDマニュアル プロフェッショナル版
<https://www.msmanuals.com/ja-jp/プロフェッショナル>
- 4) 兵頭明監訳／天津中医学院・学校法人後藤学園編、『針灸学 臨床編』、東洋学術

出版社、1993

- 5) 岩昌宏ら：ヒト腸蠕動に及ぼす鍼灸刺激の効果(第2報)―刺激部位の検討―明治鍼灸医学 1991;8:35-41.

足底筋膜炎に対する理療治療

指導員 羽立 祐人

I 足底筋膜炎の概要

1 原因

足底筋膜は踵骨内側結節より起始し前足部の中足骨頭近くの靱帯に停止している強靱な腱膜であり、軟部組織を覆い、縦アーチを支えている。

足底筋膜と踵骨の付着部には、強い牽引力とともに、着地時の衝撃（圧迫力）の両方が加わることで過大な負荷がかかる。そのため長時間の立ち仕事や歩行、体重増加やランニング、ジャンプの繰り返しによる使いすぎが主な原因となる。

2 病態

足底筋膜炎は繰り返し負荷がかかることにより、足底筋膜と踵骨との付着部に微小外傷や変性が起こることで痛みが生じる。腱靱帯付着部症（エンテソパチー）のひとつである。

負荷がかかる背景には、歩行時や走行時のアライメントの乱れがある。特に立脚期終期における足関節の過回内は扁平足を引き起こし、足底筋膜に強い牽引力が加わることで微小外傷が生じる。

初期は足底筋膜と踵骨との付着部に微小外傷があらわれる。進行にともない、石灰化や骨化などの変化がみられるようになり、X線では骨棘が見られることもある。

3 症状

長時間の立ち仕事や歩行により、かかとの内側前方に痛みが出現する。階段の昇るときやつま先立ちで増強する。起床して最初の1歩目で痛みを感じる。歩いているうちに徐々に痛みは軽減するが、夕方になって歩行量が増えると再び痛みが増強する。

同様の症状は、マラソンなどのランニング開始時に強く起こる。痛みは運動を続けていくうちに徐々に軽減するが、長時間になると再び痛みが強くなるのが特徴である。

4 診断

以下の症状が認められれば足底筋膜炎と診断される。

- (1) 足底筋膜と踵骨との付着部に圧痛がある。
- (2) 長時間の立位、歩行、走行、歩行開始時のいずれかで疼痛がみられる。
- (3) 神経の圧迫や障害（足根管症候群）、筋・腱の部分断裂（後脛骨筋機能不全）、反射性交感神経性萎縮症（RSD）、足底腱膜線維腫症などは除外される。

- (4) MRIでは足底筋膜の肥厚と信号変化が観察される場合がある。
またX線で骨棘が認められることもあるが診断の決め手とはならない。

5 治療

1. 整形外科的治療

(1) 保存的治療

- ①アキレス腱や足底筋膜のストレッチ
- ②足底挿板（インソール）の装着
- ③非ステロイド鎮痛薬
- ④ステロイド局所注射

痛みが強い場合でも効果が期待できるが、腱膜断裂の恐れがある。

(2) 手術療法

重症の場合は、足底筋膜の付着部を切除する手術や、骨棘を切除する方法をとることもある。

(3) 体外衝撃波治療（ESWT）

体外衝撃波（音速を超えて伝わる圧力の波）を患部に照射することで痛みの伝達を断ち切る。

北海道整形外科記念病院での外傷発生状況によると足底筋膜炎の発生件数は、全体の5番目であり、比較的多い。

足底筋膜炎に対する治療では、体外衝撃波治療（ESWT）を積極的に行っている。ESWTの治療成績は、7～8割で痛みが軽減しており、手術療法やステロイド治療よりもリスクが低いことから、難治性の足底筋膜炎に対する治療の第一選択として期待できる。

図1 陸上競技（長距離）における外傷発生状況
（北海道整形外科記念病院での20年間の調査）

総数 1,408 件

腰椎症	118 件
シンスプリント	97 件
疲労骨折	91 件
足底腱膜炎	86 件
アキレス腱・周囲炎	79 件
膝蓋腱炎	71 件
腸脛靭帯炎	66 件

2. 理療治療

(1) 鍼治療

圧痛部に置鍼や雀啄を行う。

(2) 低周波鍼通電療法

①寸3－3で圧痛部を挟むように刺鍼し、50～100HzのINTもしくは3Hz/50HzのMIXで20分通電する。

②短趾屈筋や短母趾屈筋に刺鍼して、1～3Hzで15分通電する。

3. その他の療法

(1) テーピング

キネシオテープを用いて、足部にフィギュアエイトを施す。足関節を背屈位に矯正することで足関節や踵骨の過回内を防ぐ効果が期待できる。ただしテーピングは、皮膚が過敏な場合や痛みが増悪した場合は処方を中止する。

(2) インソールの装着

インソールを装着することで足部のアライメントを整え、足関節の過回内を防ぐことができる。また歩行時や走行時における足趾の機能改善も期待できる。しかし、インソールは様々な種類があり、物によっては足部のアーチの矯正が強すぎて足趾や足根骨の動きを制限させるものもある。そのようなインソールは、かえって足部の内在筋を弱化させ、扁平足を進行させたり、足底筋膜炎を悪化させることもあるため注意が必要である。

(3) 歩行時や走行時のフォームの矯正

歩行時や走行時の着地の際、足趾が外側を向いていないかチェックする。足趾が外側を向いている場合は、膝が内に入り足関節の過回内が起こりやすい。着地時、足趾は努めて正面を向くようにフォームを矯正する。エルゴメーターを使用した足部の矯正も有効である。

Ⅱ 症例報告

1 患者プロフィール

30歳 男性 身長：173cm 体重：68kg

会社員 マラソンランナー（フルマラソン2時間40分）

2 主訴

足底かかとの痛み（左）

3 現病歴

主訴であるかかとの痛みは、平成30年5月頃から感じている。痛みはランニングの練習開始時に感じるが、しばらくすると痛みは和らぐ。発症当初は、さほど気にならなかったが、7月頃から痛みが強くなり、日頃の練習にも支障がでるようになった。9月から10月のマラソン大会はキャンセルをして治療に専念している。

4 経過

治療期間は9月から11月までの全8回

主な治療内容

(1) 低周波鍼通電療法：足底踵部の圧痛部を挟むように刺鍼し、3Hz/50HzのMIXで20分通電

(2) 手技療法：下腿部の筋を中心に圧迫法および揉捏法

(3) テーピング：キネシオテープ（足関節のフィギュアエイト）

(4) 練習時のインソール装着

(5) ランニングフォームの改善：走行着地時、足趾が外側を向かないようにフォームを修正する。

初診から数回は、治療直後での痛みの軽減がみられたが練習を開始すると再発を繰り返した。

週1～2回のポイント練習では、足部にキネシオテープを処方し、過回内を防ぐとともに足底筋膜にかかる負荷の軽減を図った。

10月頃から痛みが軽減したため、徐々に練習の強度を上げた。

11月には、ほぼ痛みが消失し、競技に復帰した。

5 まとめ

足底筋膜炎の圧痛部に対する低周波鍼通電療法は、一時的な鎮痛効果と痛みによる負のスパイラルを断ち切る効果は十分に期待できると思われる。しかし、鍼治療はあくまでも対処療法であり、原因へのアプローチは難しい。そこでキネシオテーピングやインソールの処方、ランニングフォームの修正を図ることで足底筋膜の負荷を軽減し、再発の予防、さらには扁平足の進行抑止に繋がれると考える。

《引用・参考文献》

- 1) 中村耕三、下肢のスポーツ外傷と障害、中山書店、2011
- 2) 臨床スポーツ医学、文光堂、2014.7
- 3) オコナー, R, P, ワイルダー、ランニング医学大事典、2013.3
- 4) 原則行、下肢のスポーツ障害～長距離ランナーのスポーツ障害を理解する、2018.7

めまいに対する理療治療

指導員 篠澤 正樹

I はじめに

臨床の現場において、メニエール病と診断された方や主訴以外にめまい症状を訴える患者に遭遇する場合がある。最近では、日本におけるメニエール病の患者数は4～6万人と推定している報告もある。

この研究紀要では、「めまい≡メニエール病」となっていないかに留意し、めまい症状を有する疾患の鑑別法について考察する。また、めまい症状を有する病態の中で遭遇しうる疾患について、実践的な理療のアプローチの方法とその結果について報告する。

II メニエール病とは

1 概要

回転性のめまい発作が反復病態で、耳鳴、難聴を伴う。1861年にメニエールによって報告された。10万人当たり15人の有病率である。

2 成因と病態生理

内耳の内リンパ水腫が原因だとされているが、水腫を起こす原因は不明である。

内耳の循環障害によるとの説が有力で、感染後、外傷後、自己免疫疾患などでもみられる。内耳は骨迷路とその中に収まる膜迷路からなる。骨迷路は前庭、半規管、蝸牛で形成される。膜迷路は卵形嚢・球形嚢、膜半規管、蝸牛管で形成される。骨迷路と膜迷路の間には外リンパが、膜迷路内には内リンパがおさまる。内耳の血管はいずれも内耳孔から内耳に入る。心臓に近い側から鎖骨下動脈、椎骨動脈、脳底動脈、迷路動脈という経路をたどり、前庭枝と蝸牛枝に分岐して内耳に至る。平衡感覚に關与する感覚細胞は、球形嚢・卵形嚢にある平衡斑、膜半規管にある膨大部稜に存在する。平衡斑の感覚細胞は平衡砂を載せている。この平衡砂は体が動くと慣性によって移動し、感覚細胞（有毛細胞）を興奮させる。膨大部稜の感覚細胞はクプラというゼラチン様の中に存在する。聴覚に關与する感覚細胞は蝸牛管にあるラセン器（コルチ器）に存在する。

その他、種々の外因・内因によっても発症するため、ストレス病の一種とも考えられている。

3 症状

めまい発作、一側性の耳鳴、難聴が主な症状で、これらが関連して反復して現れる。吐き気、嘔吐、冷や汗を伴うこともある。

4 診断

めまい、耳鳴、難聴があり、聴力検査では中・低音域で感音難聴を示す。低音域は125～250Hz、中音域では500～2000Hzにかけて障害されやすい。眼振検査では発作時に水平回旋混合性の眼振があり、温度眼振検査では患側耳の刺激で軽度ないし中等度の反応低下がある。温度眼振検査とは内耳を刺激しておこなう平衡機能検査の一つである。

温度眼振検査

- ①頭部を水平面より 30 度挙上した仰臥位にする。
- ②冷水（30℃）あるいは温水（44℃）を外耳道に 20ml 注いで、内耳の外側半規管を刺激する。

正常所見

- 冷水を注いだ場合 → 注いだ方と反対側に水平眼振が起こる。
温水を注いだ場合 → 注いだ方へ水平眼振が起こる。

また、日本めまい平衡学会から「めまいの診断基準化のための資料 診断基準 2017 年改定」の報告があった。その中に、メニエール病の診断基準についての記載があったため、次に記す。

メニエール病 (Meniere' s disease) 診断基準

A. 症状

1. めまい発作を反復する。めまいは誘因なく発症し、持続時間は 10 分程度から数時間程度。
2. めまい発作に伴って難聴、耳鳴、耳閉感などの聴覚症状が変動する。
3. 第Ⅷ脳神経以外の神経症状がない。

B. 検査所見

1. 純音聴力検査において感音難聴を認め、初期にはめまい発作に関連して聴力レベルの変動を認める。
2. 平衡機能検査においてめまい発作に関連して水平性または水平回旋混合性眼振や体平衡障害などの内耳前庭障害の所見を認める。
3. 神経学的検査においてめまいに関連する第Ⅷ脳神経以外の障害を認めない。
4. メニエール病と類似した難聴を伴うめまいを呈する内耳・後迷路性疾患、小脳、脳幹を中心とした中枢性疾患など、原因既知の疾患を除外できる。
5. 聴覚症状のある耳に造影 MRI で内リンパ水腫を認める。

診断

- ・メニエール病確定診断例 (Certain Meniere' s disease)
A症状の3項目を満たし、B検査所見の5項目を満たしたもの。
- ・メニエール病確実例 (Definite Meniere' s disease)
A症状の3項目を満たし、B検査所見の1～4の項目を満たしたもの。
- ・メニエール病疑い例 (Probable Meniere' s disease)
A症状の3項目を満たしたもの。
- ・診断にあたっての注意事項
メニエール病の初回発作時には、めまいを伴う突発性難聴と鑑別できない場合が多く、診断基準に示す発作の反復を確認後にメニエール病確実例と診断する。

(「めまいの診断基準化のための資料 診断基準 2017 年改定」

より引用、一般社団法人 日本めまい平衡学会)

5 治療

急性期には安静臥位とし、めまいや嘔吐に対して対症療法をおこなう。

発作予防には精神安定薬や循環改善薬を投与する。発作が頻回の場合や薬物療法に抵抗性の場合には、手術療法をおこなう。手術には内リンパ嚢開放術、前庭神経切断術、ゲンタシン鼓室注入術などがある。

6 経過・予後

メニエール病の1回の発作は比較的短く、1週間以内である。発作は反復し、次第に難聴が進行する。

Ⅲ めまいを発症する主な疾患と鑑別、その特徴

1 主な疾患

1. 中枢性

(1) 脳血管障害

脳底動脈領域の病変でめまいが発生する。椎骨脳底動脈循環不全では一過性の神経症状(意識、視力、言語、運動、知覚の障害)を伴っためまい発作をきたす。めまいは非回転性のことが多い。また、小脳の出血や梗塞で回転性めまいや頭位性めまいが生じる。

(2) 脳腫瘍

脳幹、小脳、小脳橋角部の腫瘍によって生じる。めまいは少ないが、ふらつきがみられる。小脳橋角部の腫瘍(特に聴神経腫瘍)では耳鳴、難聴で初発し、進行すると脳神経障害が現れる。

（３）脳変性疾患

脊髄小脳変性症ではふらつきが主体であり、小脳性運動失調症状が認められる。

２．末梢性

（１）メニエール病

突発性に回転性めまい発作をきたすと同時に、耳鳴、難聴、耳閉塞感などの蝸牛症状と悪心・嘔吐などの自律神経症状を伴う。一般に特別な誘因もなく発来し、悪心・嘔吐を伴い、数分ないし数時間持続する。聴力検査では高度の感音性難聴が認められる。原因は、内リンパ水腫によるとされている。

（２）発作性頭位眩暈症

めまいの原因の中で最も多く、一定の頭の位置を取ることや寝返りや起床などの頭位変換によって誘発される回転性めまいと眼振がみられる。めまいの症状は数十秒から長くても数分で完全に治まり、耳鳴りや聞こえの悪化を伴うことはない。重力の直線加速度を感知するのに役立つ平衡砂の一部が、回転速度を感知する半規管の中に入り込み、頭位変換によって半規管内を移動する。これにより、半規管内の内リンパに流動が生じ、感覚細胞を刺激してめまいが起こる。

（３）突発性難聴

突然、高度の感音性難聴をきたす原因不明の疾患である。内耳性の障害で、通常は片側性、30～60才代に好発する。耳鳴、難聴、耳閉塞感、時にめまいを伴うが、メニエール病と異なり、めまい、難聴発作が反復して起こることはないとされている。

（４）内耳炎

内耳における感染、炎症によって難聴、めまいをきたす疾患で、これには中耳炎、髄膜炎、ウイルス感染によるものがある。中耳炎では特に真珠腫性中耳炎の急性悪化として突然、めまい、難聴の悪化、悪心・嘔吐をきたす。また、髄膜炎によるものは内耳に炎症が波及することによって生じ、高度の難聴になる。ウイルス性の内耳炎は生後の感染として帯状疱疹ウイルス、麻疹ウイルス、流行性耳下腺炎ウイルスなどが知られている。

（５）前庭神経炎

上気道炎に続発して突然一側性の末梢前庭障害をきたす。眼振（健側向き眼振）と激しい回転性めまいをきたすが、経過とともに改善する。

３．その他

（１）起立性調節障害

青年期や学童期に多くみられる。起立時や歩行時に失神感、眼前暗黒感などのいわゆる立ちくらみの症状をきたす。耳症状、神経症状などを欠く。起立時の反射性の血圧調整機能の障害による。

（２）心因性めまい

器質的病変が認められず、病変および症状の再現性が認められない。また、症状と所見が一致しないめまいであり、精神的要因について調べる必要がある。

2 鑑別

1. めまいの性質による分類

	めまいの性質	難聴の有無	原因
真性めまい	周囲が回る 天井が回る 立位が保てない	耳鳴、難聴、耳閉感を伴うことが多い	前庭神経系の障害
仮性めまい	立ちくらみ フラフラする感じ 体が浮いた感じ	耳鳴、難聴、耳閉感を伴わない	他の全身性因子に基づくものが多い

2. めまいの発現状況とその経過から推定される疾患

発現状況		疾患
自発性・発作性	反復性	メニエール病
	単発性	突発性難聴、前庭神経炎、時に脳血管障害
誘発性		発作性頭位眩暈症
持続性・進行性		中枢神経障害

3. めまいの随伴症状から推定される疾患

症状の分類	症状	疾患
耳症状	耳鳴・難聴・耳閉感	メニエール病、突発性難聴
神経症状	手足・顔の痺れ感、複視、言語障害、嚥下障害、意識障害	脳血管障害、脳腫瘍

4. めまい既往歴から推定される疾患および病態

既往歴	推定される疾患および病態
頸部外傷	小脳出血
外傷性頸部症候群（むちうち症）	衝突による内耳前庭感覚器への影響
騒音下での仕事の経験	内耳聴神経細胞の変性→前庭神経系への影響
ストレプトマイシン・カナマイシンの使用経験	内耳への影響（薬物の副作用による）
中耳炎	中耳炎→内耳炎（前庭神経系への影響）
高血圧・低血圧・貧血・心疾患	循環器疾患→内耳循環系への影響
乗物酔いの経験	内耳の過敏性

3 各鑑別疾患の特徴

疾患	特徴
中枢性めまい	持続性・進行性、時に発作性 めまいというより歩行障害が多い 神経症状の随伴が多い
メニエール病	自発性・発作性で反復性のめまい発作 めまい発作に耳鳴、難聴・耳閉感などの耳症状を伴う 神経症状を認めない
発作性頭位眩暈症	誘発性のめまい発作 耳鳴・難聴・神経症状を伴わない 短時間のめまい
突発性難聴	自発性・発作性で単発性 高度の難聴 かなり長時間のめまい

近年、第4のめまいとして「頸性めまい」の存在が知られているが、発生のメカニズムはよくわかっていない。肩こりと表現される頸部筋群の異常緊張と前庭中枢への情報のミスマッチや、頸髄に存在する前庭脊髓路や上行性神経路の脊髓小脳路が障害された結果という説などがある。頸性めまいの特徴を次に記す。

頸性めまいの特徴

疾患	特徴
頸性めまい	頸部の過伸展や過屈曲の動作を長時間継続することで肩や頸部に負担がかかるか、頸部外傷歴があると発生する。 反復性がある。 主として浮動性めまいだが、ときに回転性の場合もある。 頸部以外にめまいの原因となる障害が認められない。

IV 理療治療

1 治療対象

不適応となるのは中枢性めまいである。

治療対象はメニエール病、発作性頭位眩暈症、頸性めまいである。なお、突発性難聴のめまいに対しては、長くても1週間で症状が治まるため、鍼灸治療はおこなわれない。

2 基本治療

めまいがある時は、頸部に筋緊張が必ず出現すると考えられている。

めまい患者では頸肩部の筋緊張が増加すると、めまい感が増悪すると訴えることが多い。治療においては、対象となる筋をしっかりと触察し、左右の筋緊張のバランスを取ることが重要である。

対象となる筋：頭・頸板状筋、胸鎖乳突筋など

頭板状筋	起始：第3～7頸椎の項靱帯、第1～2胸椎の棘突起 停止：乳様突起
頸板状筋	起始：第3～6胸椎の棘突起 停止：第1～2頸椎横突起の後結節
胸鎖乳突筋	起始：胸骨柄の上縁、鎖骨の内側1/3 停止：乳様突起

3 各疾患に対する治療方針

「2 基本治療」に加え、各疾患に対して次の治療や留意事項を追加する。

1. メニエール病

メニエール病の治療で大切なことは、発作の予防である。病態は内リンパ水腫であるため、内耳の血流改善を目的とした治療をおこなう。このことが同時に、内耳感覚細胞や内耳神経の活動を正常化させる働きがあると考えられている。

対象とする部位：耳周囲の側頭骨

2. 発作性頭位眩暈症

一定の頭の位置を取ることや寝返りや起床などの頭位変換によって誘発されるため、症状が出現しやすい姿勢を回避して施術をおこなう。

留意事項：治療中は症状が出現する姿勢を回避する

3. 頸性めまい

平衡感覚は耳・眼・深部感覚受容器の三者からの情報が延髄の前庭神経核に集合し、互いに照合されて保全される。そのひとつである深部感覚受容器は、全身の至るところに存在している。頭位との関連を考えた場合、この受容器は頸部深部筋である後頭下筋との関わりが深い。後頭下筋は項部の最深層にある筋群で小後頭直筋、大後頭直筋、上頭斜筋、下頭斜筋の4対が属する。

対象とする筋：後頭下筋

小後頭直筋	起始：環椎の後結節 停止：後頭骨の下項線の内側1/3
大後頭直筋	起始：軸椎の棘突起 停止：後頭骨の下項線の中央
上頭斜筋	起始：環椎の横突起

下頭斜筋 停止：後頭骨の下項線の中央
 起始：軸椎の棘突起
 停止：環椎の横突起

4 鍼治療

1. 置鍼：寸6－1番、10分
2. 低周波鍼通電：寸6－3番、10～15分
3. 刺入部位と深さ

（1）頭板状筋、胸鎖乳突筋など

ア．頭板状筋

刺入部位：完骨の内下方1cm、C4棘突起の外方2cm

深さ：15mm

イ．胸鎖乳突筋

刺入部位：扶突

深さ：15mm

（2）耳周囲の側頭骨

刺入部位：聴宮

深さ：10mm

刺入部位：翳風

深さ：20mm

（3）後頭下筋

刺入部位：外後頭隆起と乳様突起の midpoint。

刺入方向：内上方

深さ：30mm

5 セルフケアの指導法

※仰臥位の姿勢で、患側を右側として記述する。

1. 頭・頸板状筋、後頭下筋、頭半棘筋など

（1）ストレッチ

ア．頭の後ろで手を組み、頸部を屈曲させる。

イ．次に顔を左側に向けて、頭をゆっくり左回旋させる。

ウ．左回旋の具合によって、ストレッチの度合いを調節させる。

（2）ゴルフボールを使用した圧迫方法

ア．頭の後ろで手を組み、右側の後頸部と掌の間にゴルフボールを入れる。

イ．次に頭をゆっくり左右に振らせる。

ウ．頸部の屈曲伸展具合によって、圧迫する圧を調節させる。

エ．ゴルフボールが棘突起に直接当たらないように注意させる。

2. 胸鎖乳突筋、斜角筋など

（1）ストレッチ

ア．はじめに腰の下に右手を入れ、右側の上肢を固定させる。

イ．次に顔全体で右斜め上を見るように、頭の位置をずらす。ストレッチ感が得られない場合は、そのまま床を見るように指示する。

ウ．頭のずらし具合によって、ストレッチの度合いを調節させる。

(2) 胸鎖乳突筋の圧迫法

ア．顔全体で左斜め上を見るように、頭の位置をずらす。

イ．胸鎖乳突筋の起始部を圧迫する場合は、右手の母指と示指の2指で筋を把握させる。

ウ．胸鎖乳突筋の停止部を圧迫する場合は、左手の母指と示指・中指・薬指の4指で筋を把握させる。

エ．左手の母指で押圧を加減させる。

V 症例報告

1 30代 女性

1. 主訴

めまい

2. 病歴

2017年の6月頃から、原因不明のめまいと耳鳴りが時々ある。発症当初と比べると、徐々に改善傾向にある。

病院でイソバイドを処方されているがメニエール病という診断はついていないため、現在は疾患の診断待ちという状態である。

薬名

イソバイド：脳腫瘍時の脳圧降下、頭部外傷に起因する脳圧亢進時の脳圧降下、腎・尿管結石時の利尿、緑内障の眼圧降下、メニエール病に用いる。

3. 自覚症状

主訴のめまいは回転性で、耳の閉塞感を伴うことが多い。首のこり（後頭下筋）によって増悪する。

主訴のほか、肩こりがある（右＜左）。

4. 他覚症状

筋緊張： 頭半棘筋

5. 治療法

ホットパック：頸部、腰部

鍼：寸6－1番、置鍼、10分

五頸（※鍼をはじめて受けるため1穴とした。）

あん摩：頸肩部を中心に全身

指圧：後頭下筋群

6. 経過

初診日は9月上旬、最終治療日は10月中旬、治療は合計3回と少なかった。理由

としては、家族と一緒に当センターで治療を受けていたが、家族の引越にともない足が遠のいたと思われる。

初診時の直後効果は、すっきり軽くなった感じがするとのことであった。毎年、秋頃にめまいと耳鳴りの頻度が増加するということであったが、治療期間中に症状の出現はなかった。

2 40代 女性

1. 主訴

耳鳴り

2. 病歴

2013年の11月から耳鳴りがするようになった。症状は緩解と増悪を繰り返し、現在は横ばい傾向にある。

医療機関の受診歴は2005年に近所の耳鼻科で「このままでは耳が聞こえなくなる」と言われイソバイドを処方された。症状が落ち着いたため、1年程で通院と服薬を自己判断で中断した。2013年の11月に音が二重に聞こえ始めたため、他の耳鼻科を受診した。その医師は「メニエール病なのかな？」という所見で、診断名は明確にされていない。現在はイソバイド、アデホス、ベタヒスチン、メコバラミンを服薬している。

薬名

イソバイド：脳腫瘍時の脳圧降下、頭部外傷に起因する脳圧亢進時の脳圧降下、腎・尿管結石時の利尿、緑内障の眼圧降下、メニエール病に用いる。

アデホス：頭部外傷後遺症に伴う諸症状の改善、心不全・消化管機能低下のみられる慢性胃炎・メニエール病および内耳障害に基づくめまいの治療、調節性眼精疲労における調節機能を安定させる。

ベタヒスチン：内耳の血流を増やすことにより、回転性のめまいを和らげる。

通常、メニエール病、メニエール症候群、眩暈症に伴うめまいの軽減に用いられる。

メコバラミン：末梢性神経障害の治療に用いられる。

3. 自覚症状

主訴は耳鳴り（右<左）で、日によって異なるが「キーン」、「サーッ」、「ザーッ」と聞こえる。症状は朝の方が強く感じ、寝不足によって増悪する。軽快因子は特にない。

主訴のほか、難聴・耳閉塞、めまいがある。めまいは幼児期から自覚しているが、2015年の4月と7月に発作のような強いめまいがあり、立位を取ることができなかった。

4. 他覚症状

アライメント：各腰椎前後変移 胸椎右側弯、巻き肩

筋緊張：右僧帽筋上部線維、左板状筋

5. 治療法

鍼：寸3－1番、置鍼、10分

右聴宮

低周波鍼通電：寸6－3番、1Hz、15分

左頭板状筋（完骨の内下方1cm、C4棘突起の外方2cm）

あん摩：後頸部

6. 経過

患者は本校職員だったため、主訴やめまい症状について、経緯や治療期間中の自覚症状について、都度確認を取ることができた。

初診日は12月上旬、最終治療日は1月下旬、治療は合計5回であった。初診時の問診では、『就寝時においても「ザーッ」という耳鳴りがあり、気になって眠れなかった』という状況であった。

初診時の直後効果は不変、もしくはほんの少し軽快という程度であった。治療期間中、VASは治療前・後ともにほぼ6（10段階）を示し、3回目の治療の時だけが治療前・後で4という数値であった。治療期間中の記録を次に記す。

治療期間中の記録

回数	日時	VAS		自覚症状
		治療前	治療後	
1回目 初診日	12月6日 (木)	6	6	右耳：常に「ザーッ」という耳鳴り 左耳：〃
2回目	12月12日 (水)	6	6	右耳：治療前から耳鳴りがあまり気にならない 左耳：常に「ザーッ」という耳鳴り
3回目	12月20日 (木)	4	4	右耳：常に「ザーッ」という耳鳴り 左耳：〃
4回目	1月10日 (木)	6	6	右耳：常に「ザーッ」という耳鳴り 左耳：〃
—	1月17日 (木)	—	—	体調不良のため、本人の申し出により治療中止
5回目 治療最終日	1月24日 (木)	6	6	右耳：常に「ザーッ」という耳鳴り 左耳：左板状筋の低周波鍼通電中に、一瞬だけ耳鳴りが消失
—	2月中旬から	—	—	治療最終日から2～3週間後、耳鳴りの症状が悪化して、音が二重に聞こえるようになった。数日間は毎日耳鼻科へ通院した。

VI まとめ

初診でめまい症状を訴える患者に遭遇した場合、問診の会話等で違和感があれば、中枢性疾患を疑う必要がある。頻度としては実際に少ないと思われるが、TIA を含む脳血管障害の疑いがある場合には、ベッドサイドでも実施できる左右の腱反射の比較や頭痛・嘔吐・視覚異常について確認することが重要である。末梢性疾患の鑑別・各疾患の特徴はⅢで示したが、メニエール病の確定診断にはMRI が必須である。それは、蝸牛の断面画像において前庭階と蝸牛管を隔てるライスネル膜に、偏倚が認められるためである。ライスネル膜の偏倚は前庭階と蝸牛管の圧力差の現れであり、そこに内リンパ水腫があることを意味する。したがって、MRI の設備がない医療機関ではメニエール病の確定診断は難しいと思われる。

われわれ理療師の臨床の現場において、治療対象となる疾患はメニエール病、発作性頭位眩暈症、頸性めまいである。めまい症状がある時は、頸部に筋緊張が必ず出現すると考えられている。そのため、めまい症状の基本治療は、各疾患において対象となる頸部の筋をしっかりと触察し、治療で左右の筋緊張のバランスを取ることが重要である。これに加え、メニエール病の疑いがあれば、内耳の循環改善を目的に耳周囲の側頭骨へのアプローチを試みる。発作性頭位眩暈症であれば、症状が出現する姿勢を回避するという患者への配慮が必要である。同時に、頸部の治療では患者がどの体位であっても施術が可能というような、施術者側の技量が問われるであろう。頸性めまいの場合は、頸肩部のアプローチに加え、深部感覚受容器との関連から後頭下筋の存在を見落としてはならない。あん摩・マッサージ・指圧、鍼、灸の施術のみに留まらず、セルフケアの指導も行い、理療師として広い視野を持って治療に介入すべきである。

症例報告にある40代の女性の主訴は耳鳴りであり、めまい症状は強くない患者であった。継続治療を終えた2～3週間後、「音が二重に聞こえるという症状が出現し、集中的に耳鼻科を受診している」と報告を受けた。良く言えば治療期間中は治療の効果があり、治療の終了に伴って状態が悪化したようにも解釈できるが、この事実を証明できる根拠はない。

治療期間中は、治療前後においても大幅な症状の改善は見られなかった。しかし、重要なのは症状を悪化させないことであり、「発作を予防する」ことに焦点を絞って治療を継続すれば、患者からの理解・信頼を得やすいのではなかろうか。そして、それが理療の可能性に繋がるのではないだろうかと考えた症例であった。

《引用・参考文献》

- 1) 奈良信雄：臨床医学各論、医歯薬出版株式会社、2008
- 2) 株式会社 医道の日本社：医道の日本 Vol.71 No. 2（通巻821号）、2012
- 3) 株式会社 医道の日本社：医道の日本 Vol.65 No.10（通巻756号）、2006
- 4) 浅井宏祐：図解鍼灸療法技術ガイドⅡ、株式会社文光堂、2012
- 5) 渡辺行雄：メニエール病診療最近の動向、富山大学医学部耳鼻咽喉科学教室

- 6) 東儀英夫：よくわかる 頭痛・めまい・しびれのすべて -鑑別診断から治療まで-, 株式会社 永井書店、2003
- 7) 教科書執筆小委員会：新版 経絡経穴概論、株式会社 医道の日本社、2012
- 8) 河上敬介、磯貝 香：骨格筋の形と触察法、大峰閣、2006
- 9) オリエンス研究会：臨床理療学 第2巻、社会福祉法人 岡山ライトハウス、2012
- 10) Valerie DeLaune：トリガーポイント治療 セルフケアのメソッド、株式会社 緑書房、2015
- 11) Simeon Niel-Asher：ビジュアルでわかるトリガーポイント治療、株式会社 緑書房、2010
- 12) Medical Note：<https://medicalnote.jp/>
- 13) よしざわクリニック：<http://www.yoshizawacclinic.com/index.html>
- 14) 一般社団法人 日本めまい平衡学会：めまいの診断基準化のための資料 診断基準 2017 年改定

平成30年度 研究報告

パーキンソン病患者の表情に関する アンケートの結果について

吉村 篤 鈴木敏弘 古川美奈 羽立祐人 篠澤正樹

I はじめに

パーキンソン病患者（以下「PD患者」）の症状として、振戦、歩行障害、動作の緩慢、身体の硬さ、構語障害などがあげられる。また、仮面様顔貌はPD患者の表情の特徴であり、無表情で、こわばった感じを与え、笑いが見られない。話をするときに顔のしわがほとんど動かない。瞬目は減少し、一点を見つめたような目つきになることなどが知られている。

PD患者のQOL向上の観点からは転倒防止を含め歩行や立位の安定性を優先すると思うが、仮面様顔貌に起因するPD患者の不利益については、本人のみならず家族や医療関係者にもあまり意識されていないように思われる。

仮面様顔貌として本人の心理状態と関係なく表情が固定するため、当該PD患者周囲で仮面様顔貌に理解がある一部を除き、PD患者の表情から無意識に心理状態を推測し誤解してしまう可能性がある。

またPD患者に限らず、表情は心理状態を映し出すと考えられるが、逆方向の作用、すなわち表情が心理状態を引き起こすこともありえることにも注目したい。一般的に周囲への無関心さが無表情につながると考えるが、無表情が周囲への関心をなくしてしまう作用を持つ可能性があるとも考えられる。

これらのことから、PD患者の仮面様顔貌は、本人や家族が思っている以上に社会生活において重要なものであり、周囲に誤解を与える表情で固定しているときは、自己の表情が一般的に示す心理状態を自覚し、その影響を理解しておくことが重要になると考え研究することとした。

まず、北祐会神経内科病院のPD患者を対象に、表情に関するアンケート調査を実施した。今回は現状を把握したうえで、今後、表情筋マッサージの影響について研究をすすめる予定である。

II アンケートの実施

1 対象

北祐会神経内科病院に入院または通院しているPD患者。

2 アンケート実施期間

平成 31 年 1 月 15 日から平成 31 年 2 月 14 日まで。

3 表情に関するアンケートの内容（別紙、資料 1）

1. 患者概要

年齢、性別、ヤールのステージ、発症年月

2. 表情に関すること 5 項目

3. 表情の作りやすさに関すること 13 項目

4. 表情に関して困っていること、悩んでいること（自由記述）

Ⅲ アンケート結果（別紙、資料 2）

アンケート回収 48 名。（うち男性 22 名、女性 26 名）

平均年齢 73.7±8.2 歳（男性 72.6 歳、女性 74.7 歳）

ヤールのステージ I 2 名、II 5 名、III 23 名、IV 14 名、V 1 名、無記入 3 名。

1 表情に関する基礎項目 5 項目より

表情に関する基礎項目の段階は、「あてはまる」を A、「ややそうだ」を B、「やや違う」を C、「全くあてはまらない」を D と表記し、4 段階で示す。また、A と B は肯定を示す回答、C と D は否定を示す回答として扱う。

質問肢の肯定を示す回答の上位を順に示す。

1. 「自分の顔を鏡で見る時間が減った」が 24 名（男性 10 名女性 14 名 50%）

2. 「家族以外の人から話しかけられることが減った」が 21 名（男性 12 名女性 9 名 43.8%）

3. 「自分の感情と異なる問いかけを受けることがある」が 16 名（男性 10 名女性 6 名 33.3%）と続いている。

否定を示す回答の上位を順に示す。

1. 「他人の表情から感情を推測しづらくなった」が 41 名（男性 19 名女性 22 名 85.4%）

2. 「ここ 1 か月ほど声をあげて笑うことがなかった」が 34 名（男性 14 名女性 20 名 70.8%）

3. 「自分の感情と異なる問いかけを受けることがある」が 32 名（男性 12 名女性 20 名 66.7%）と続いている。

各質問肢の肯定ならびに否定を示す回答を男女で比較すると、大きな偏りはみられなかった。

2 表情の作りやすさについて 13 項目より

表情の作りやすさの段階は、「問題なくできる」を A.、「ほぼできる」を B.、「少しぎこちない」を C.、「動かない・動いているか分からない」を D. と表記し、4 段階で示す。また、A. と B. は肯定を示す回答、C. と D. は否定を示す回答として扱う。

顔面部を額と眉部、眼瞼周囲部、鼻部、口部の4部分に分けて記載する。

1. 額と眉に関する項目は、「額にしわをよせる」の肯定を示す回答が29名（男性12名女性17名60.4%）、否定を示す回答が19名（男性10名女性9名39.6%）、「眉をひそめる（眉間に縦じわを作る）」の肯定の回答が31名（男性11名女性20名64.6%）、否定を示す回答が17名（男性11名女性6名35.4%）といずれの項目も否定を示すものが過半数を下回っているものの存在している。

2. 眼瞼周囲部に関する項目は、「目を見開く」の肯定を示す回答が39名（男性16名女性23名81.3%）、否定を示す回答が9名（男性6名女性3名18.8%）、「目を閉じる」の肯定を示す回答が48名（男性22名女性26名100%）、否定を示す回答が0名（0%）、「ウインクする」の肯定を示す回答が、右閉眼が36名（男性16名女性20名75%）、左閉眼が37名（男性14名女性22名77.1%）、否定を示す回答が、右閉眼が12名（男性6名女性6名25%）、左閉眼が11名（男性7名女性4名22.9%）になっている。目を閉じる動作はすべての人ができるものの、目を見開く動作や片側閉眼を苦手とする者が若干名存在している。

3. 鼻部に関する項目は、「鼻根にしわをよせる」の肯定を示す回答が27名（男性11名女性16名56.3%）、否定を示す回答が21名（男性11名女性10名43.8%）、「小鼻をふくらませる」の肯定を示す回答が21名（男性12名女性9名43.8%）、否定を示す回答が27名（男性10名女性17名56.3%）とほぼ同定数であるものの前者と後者の逆転を示しているがそれぞれの動作を苦手とする者が半数程存在している。

4. 口に関する項目の肯定を示す回答の上位を順に示すと、「口を閉じる」が47名（男性22名女性25名97.9%）、「口を閉じたまま頬をふくらませる」が46名（男性22名女性24名95.8%）、「口を大きく開ける」が45名（男性20名女性25名93.8%）であった。次いで、「口角を横に伸ばす（イーと口を左右に伸ばす）」が41名（男性17名女性24名85.4%）と4項目いずれも高い数値を示している。否定を示す回答が、「口角を下げる（口をへの字にする）」が22名（男性7名女性15名45.8%）と唯一高い値を示しており、この動作を苦手とする者が過半数以上存在する。

「笑顔になる」の肯定を示す回答が43名（男性19名女性24名89.6%）、否定を示す回答が5名（男性3名女性2名10.4%）と肯定を示すものが大多数を示しているが、笑顔を作れないものが若干名存在している。

IV 考察

PD患者は仮面様顔貌となると表情が乏しくなるとともに、他人の表情への興味関心の低下傾向も報告されている。今回のアンケートでも「自分の顔を鏡でみるのが減った。」とする割合がちょうど50%であり、自分自身の顔や表情への興味を取り戻すことが回復への手がかりになりうると考えた。また、表情の作りやすさを顔の部位に分けて分析すると、小鼻をふくらませること以外、過半数ができない項目はなかった。しかし、笑顔になることに困難を自覚する患者も存在しており、表情が顔の各部位を適切、協調的に変化させること抱えることがあることを確認できた。

V 今後の取り組み

PD患者の社会生活を円滑にするためにも「表情」の重要性を認識してもらうことが大前提になる。表情筋は顔面神経が支配しており、表情筋に対するマッサージによる影響について今後研究をすすめていきたい。マッサージにより筋緊張が緩和し、筋への刺激が脳にフィードバックされるとともに、筋の状態の変化の有無をPD患者自身にも確認してもらうことを計画している。あわせて、表情筋と共に眼の動きも大切になる。「眼は口ほどにものをいう」という諺があるが、眼球運動に関与する脳神経は、動眼、滑車、外転と脳神経12対のうち3対を占めている。眼球運動に関してはマッサージで直接アプローチすることは難しいため自動運動となるが、「眼に生気が戻る」ことができれば表情も生き生きとしてくるのではないかと期待している。

《引用・参考文献》

- 1) 福岡逋信病院・「病気のプロフィール」シリーズ ホームページ
No. 31. パーキンソン病とパーキンソニズム― 変貌著しい最近の症候論と治療学
- 2) 松岡優子著, 表情筋マッサージ施術テクニック, 2011、フレグランスジャーナル社 発行
- 3) 谷口 さやか, Parkinson 病の新しい理解―非運動症状を含めて― 日内会誌 104 : 1546～1551, 2015

資料1 表情に関するアンケート

パーキンソン病の方を対象とする表情に関するアンケートにご協力いただける場合、以下の項目にご回答ください。

1. ご本人(アンケート回答者)に関すること

(1) 年齢 歳

(2) 性別 男 ・ 女

(3) ヤールのステージ(可能であれば)

(4) 発症年月 年 月

2. 以下の項目について、4段階でお答えください。

(A:あてはまる、 B:ややそうだ、 C:やや違う、 D:全くあてはまらない)

(1) ここ1か月ほど声をあげて笑うことがなかった。

(2) 家族以外の人から話しかけられることが減った。

(3) 他人の表情から感情を推測しづらくなった。

(4) 自分の感情と異なる問いかけを受けることがある。

(例 気持ちが落ち着いている時に、家族から「怒っているの？」などと聞かれる。)

(5) 自分の顔を鏡で見る時間が減った。

3. 表情の作りやすさについて4段階でお答えください。(鏡でご自身の表情をご確認ください。)

A:問題なくできる、 B:ほぼできる、

C:少しぎこちない、 D:動かない・動いているか分からない

(1)額にしわをよせる。_____

(2)眉をひそめる(眉間に縦じわを作る) _____

(3)目を見開く。_____

(4)目を閉じる。_____

(5)ウインクする。右閉眼_____、左閉眼_____

(6)小鼻をふくらませる。_____

(7)口角を下げる(口をへの字にする)。_____

(8)口角を横に伸ばす。(イーと口を左右に伸ばす)。_____

(9)口を大きく開ける。_____

(10)口を閉じる。_____

(11)口を閉じたまま頬をふくらませる。_____

(12)鼻根にしわをよせる。_____

(13)笑顔になる。_____

4. 表情についてお困りのことやお悩みのことがあれば自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター

資料2 表情に関するアンケート 集計表

患者 No.	年 齢	性 別	ヤ ー ル の ス テ ー ジ	発症 年月	笑顔になる																		
					口を閉じたまま頬をふくらます	口を閉じる	口を大きく開ける	口角を横に伸ばす	口角を下げる	小鼻をふくらませる	鼻根にしわをよせる	ウインクする（左閉眼）	ウインクする（右閉眼）	目を閉じる	目を見開く	眉をひそめる	額にしわをよせる	自分の顔を鏡で見る時間が減った	感情と異なる問いかけを受ける	他人の感情を推測しづらい	話しかけられることが減った	声をあげて笑えない	
1	68	男	Ⅱ	H30.5	D	D	D	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
2	65	男	Ⅲ	H23	D	B	D	D	D	D	D	B	A	A	A	D	C	B	A	B	A	B	C
3	65	男	Ⅲ	H18	B	A	D	A	D	D	D	A	A	C	C	A	D	C		A	A	A	A
4	70	男	Ⅱ	H21	D	C	D	D	D	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	A
5	67	男	Ⅱ	H28.3	C	B	D	B	D	A	B	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
6	87	男	Ⅳ	H17.1	B	A	D	D	D	C	D	C	A	A	A	D	D	C	C	A	A	B	A
7	80	男	Ⅲ	H23.1	B	D	D	D	D	C	C	A	A	A	A	D	D	B	B	A	A	A	A
8	54	男	Ⅱ	H23.1	D	C	D	B	D	A	A	A	A	A	C	A	A	C	A	A	A	A	A
9	81	男			C	C	B	B	B	C	B	B	B	C	C	B	B	B	B	B	A	A	B
10	69	男	Ⅳ	H22	B	B	C	D	C	B	C	C	A	C	A	C	D	C	C	B	A	B	B
11	80	男	Ⅲ		D	D	C	D	B	C	B	A	A	A	A	C	C	B	A	A	A	A	A
12	69	男	Ⅳ	H15.4	D	D	A	A	A	D	D	A	A	D	D	D	C	D	B	A	A	B	A
13	67	男	Ⅳ	H25.8	D	D	D	D	D	D	C	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
14	73	男	Ⅲ	H24.7	D	B	B	A	C	C	C	C	A	B	B	B	A	B	A	B	B	A	C
15	71	男	Ⅳ	H28.4	C	B	D	A	A	A	A	A	A	A	A	C	B	A	A	A	A	A	A
16	75	男	Ⅲ	H29.秋	C	B	D	D	D	A	A	C	A	A	C	A	A	A	A	C	A	A	B
17	76	男		H10	B	B	C	B	B	A	D	A	A	D	D	D	D	D	B	B	A	B	C
18	87	男	Ⅲ	H29.2	D	A	D	A	A	D	D	A	A	A	A	A	D	B	A	A	A	A	A
19	71	男	Ⅲ	H15	B	C	D	D	C	A	C	A	A	A	A	D	D	C	C	A	A	A	A
20	59	男	Ⅳ	H11.5	B	A	D	D	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A
21	80	男	Ⅳ	H20.1	A	C	C	D	B	A	B	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A	A
22	83	男	Ⅴ	H21	D	B	D	B	A	A	B	C	A	C	C	B	B	B	C	B	A	A	B
23	73	女	Ⅱ	H25.4	D	A	D	A	D	D	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A
24	75	女	Ⅳ	H22.9	D	B	C	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
25	82	女	Ⅳ	H18	B	C	A	C	B	C	D	C	A	D	D	C	D	C	D	C	A	C	D
26	81	女	Ⅳ	H25.9	A	D	D	D	A	C	A	D	A	A	A	C	C	D	B	A	A	A	A
27	60	女	Ⅲ	H21.12	D	D	D	D	D	A	A	A	A	A	A	B	A			A	A	A	A

28	76	女	IV	H14	B	A	D	D	A	A	C	B	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A
29	66	女	I	H24	D	D	D	D	D	B	B	B	A	A	A	D	D	C	A	A	A	A	A
30	64	女	III	H15.5	D	C	C	B	A	A	D	A	A	A	A	D	C	C	A	A	A	A	B
31	78	女	III	H14.6	D	A	D	C	A	D	D	B	A	B	B	C	D	D	B	A	A	A	A
32	64	女	I	H26.5	D	D	D	B	B	D	A	A	A	D	A	C	D	C	A	A	A	A	A
33	89	女	III	H26.3	D	D	D	D	D	A	B	B	A	B	B	B	D	C	A	C	A	A	B
34	85	女	III	H23.8	D	D	D	D	B	A	A	A	A	D	D	A	D	D	B	A	A	A	A
35	63	女		H30.1	D	C	D	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A
36	82	女	III	H13.5	C	D	D	D	B	A	A	A	A	A	B	A	C	B	A	A	A	A	A
37	75	女	III	H25.4	A	B	C	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
38	77	女	III	H21.1	D	D	D	D	D	D	A	A	A	A	A	A	D	C	A	A	A	D	A
39	70	女	IV	H24.7	D	B	D	D	D	A	A	A	A	C	A	A	C	C	A	A	A	A	A
40	80	女	III	H26.4	C	A	A	B	A	D	B	A	A	B	B	D	D	D	B	A	A	B	B
41	70	女	III	H24.8	D	D	D	B	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A	A
42	74	女	III	H27.11	D	C	C	D	D	D	C	C	A	D	D	D	D	C	A	A	A	B	B
43	63	女	III	H24.10	D	B	D	D	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
44	71	女	IV	H18	A	A	B	C	A	B	C	B	A	A	A	C	B	B	B	B	C	B	D
45	80	女	III	H30.1	D	D	D	D	B	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A
46	78	女	III	H20.8	D	D	D	D	D	A	A	A	A	A	B	A	C	C	B	A	A	A	A
47	81	女	IV	H26.9	A	C	A	D	A	C	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
48	85	女	III	H27.5	C	D	D	D	D	A	B	A	A	D	D	B	D	C	B	B	B	B	A

自由記述

No. 10 よだれがでやすい

No. 13 愛想笑いがぎこちない

No. 15 目を開けにくくなってきた

No. 16 P D発症後、TVなどを通じて無表情になっている

No. 20 10年ほど前は無表情といわれていたが、最近は言われなくなった。昔はよくひきつっていた。

No. 21 現在人との交流は、少なくなってきたので、あまり困ったり悩んだりすることは少ない。

No. 22 自然に目を閉じてしまう

No. 23 昔から表情が少なく、感情を表現しにくい

No. 24 普通に話しているつもりでも、「何で怒っているの？」と聞かれることがある

No. 28 もう少し大きな口をあけてしゃべりたい

No. 30 にこやかになりたい（含み笑いじゃなくになりたい）

No. 33 まぶたが重い

No. 41 お腹の底から笑うことが減った。おもしろく感じるものが減った。顔の表情を作る必要性が減った。理想としては元気よく思われたい

No. 44 笑顔ができればいい

No. 47 言われたことはないが、自分で無表情だと思う