

令和6年度

# 北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター

# 研究紀要

## 目次

|                  |   |
|------------------|---|
| ウェルビーイングの充実を目指して | 2 |
| 令和6年度 臨床研修報告     | 3 |

## 令和6年度 症例・研究報告

|                         |       |   |    |
|-------------------------|-------|---|----|
| 全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する検討     | 舟崎 隆  | … | 9  |
| 腰痛の診察法                  | 鶴頭 弘康 | … | 17 |
| 肩関節の運動障害に対する理療治療        | 紺野 洋二 | … | 26 |
| 睡眠障害に対する理療治療とセルフケア（基礎編） | 花尻真由美 | … | 36 |
| 不整脈に対する理療治療の一症例         | 古川 直樹 | … | 46 |

# 『ウェルビーイングの充実を目指して』

所長 野戸谷 瞳

北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センターは、このたび開所 10 年の節目を迎えることができました。これもひとえに、地域の皆様や関係機関の方々、そして受講者の皆様や多くのご支援をいただいた方々のお力添えのおかげと心より感謝申し上げます。

この 10 年を振り返りますと、当センターは理療教育の研修や研究を通じて、視覚障がいのある理療従事者の資質向上に努めてまいりました。また、研修事業の一環として、日々の臨床研修を通じて、教員の資質能力向上とともに、地域の方々の健康の維持・増進に寄与してきたところです。

開所以来、当センターは「心身の健康と福祉」に貢献する理療教育と臨床研究に取り組んでまいりました。そして、開所当初から教育現場のニーズは変化を続けており、現在では「ウェルビーイング」という理念が教育や治療の重要なテーマとして注目を集めています。近年の教育政策では、「ウェルビーイング」の理念がますます重視され、第 4 期教育振興基本計画（令和 5 年策定）でも、身体的、精神的、社会的に良好な状態の実現を目指した教育の推進が掲げられています。この理念は医療分野においても共有されており、患者の生活の質（QOL）向上を目指す医療従事者の育成が求められています。また、医療従事者自身の心身の健康が、質の高い医療サービスを提供するために欠かせない要素であることが、改めて認識されています。ウェルビーイングは持続可能な社会の基盤として位置づけられています。そしてこの理念は、理療教育の現場にも反映されており、理療従事者が患者のウェルビーイングを理解し、これを効果的に支援する能力を育むことが求められています。そのためには、共感力やコミュニケーション能力の向上が不可欠です。また、学生自身がウェルビーイングを維持できるようにするため、充実したサポート体制の整備も重要です。これらの取組は、将来の理療従事者の育成に直結するものと考えております。

これらの理念の下に、令和 6 年度の研究紀要を発行いたします。本研究紀要には、この 1 年の成果と今後の展望を記載しております。ぜひご一読いただき、ご意見やご要望をお寄せいただければ幸いです。

当センターは、地域社会の皆様とともに歩み、魅力ある講座の充実と理療の普及に努めながら、「理療の新たな価値の探求」を柱に、持続可能な未来の創造にも貢献してまいります。今後とも変わらぬご支援とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和 6 年度  
臨床研修報告

## 1 臨床研修について

センター指導員は、臨床研修において実際に患者を施術することで、理療に関する実践的な知識および技術の習得を図っている（資料1参照）

### 1. 年度別患者概況

今年度の臨床日数は221日、患者数は2,674名、初診の患者数は79名であり、患者数は開所以来最多となった。

また、今年度の来所した患者の平均年齢は66.0歳であり、昨年度より1歳若くなっている。これは初診時の患者に比較的若い年齢層が多かったことが要因と考えられる。

臨床技術の向上のためにも、高齢者の患者だけでなく、幅広い年齢層を担当することは重要な要素と考えられる。引き続き、そのような環境が維持できるよう取り組んでいきたい。

### 2. 年度別来所理由（初診時の主訴）

今年度の初診患者は79名であり、主訴の多かった上位5項目を別表に掲載した。最も多かったのは頸肩部のこり（28名）、次いで腰殿部の痛み（24名）であり、例年と同様の傾向を示した。

3位以下は肩関節の痛み、下肢の痛みが続き、これらについても例年とほぼ変わらない結果となった。今年度は初診患者が多く、臨床技術向上に寄与したと考えられる。

## 2 症例検討会

適切な施術が行えるよう指導員が互いに指導助言を行う症例検討会を毎月1回実施した。主に初診や再診の情報共有や意見交換、インシデントの予防策をはじめ、臨床研修に関して気付いた点や課題などについて協議した。

今年度は計12回実施した。初診等の情報共有の機会としては適切な回数であったと考える。

## 3 嘱託医による医学学習会

嘱託医である西円山病院の小林信義先生に来所していただき、神経内科領域の内容を中心に、医学に関わる幅広い内容について、月1回程度講話いただいた。

今年度は、計7回実施した。主なテーマはプリオൺ病、不随意運動（ジストニア）、顔面神経麻痺などであった。学部教員にも参加者を募り、普段直接聞く機会の少ない内容について、理解を深めることができた。

#### 4 研究・研修成果の普及

症例および研究報告や臨床研修などの成果を研究紀要として編集、発行した。今年度の報告テーマは下記の通りである。

舟崎 隆：「全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する検討」

鷲頭 弘康：「腰痛の診察法」

紺野 洋二：「肩関節の運動障害に対する理療治療」

花尻真由美：「睡眠障害に対する理療治療とセルフケア」

古川 直樹：「不整脈に対する理療治療の一症例」

#### 5 理療に関するリスクマネジメント（資料2参照）

臨床研修等で発生したインシデントは、速やかに報告するとともに、再発防止に向けて適切な処置を講じた。

今年度のインシデント発生件数は計6件で、その内訳は、鍼の落下が3件、施灸時が3件であった。これまでの予防策を改めて見直すこと、また、予防策の周知徹底に努めることにより、インシデントの発生防止に引き続き取り組んでいきたい。

## 資料1 臨床統計

### 患者概況

月別

|      | 4月  | 5月  | 6月  | 7月  | 8月  | 9月  | 10月 | 11月 | 12月 | 1月  | 2月  | 3月  | 総計   |
|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 臨床日数 | 18  | 19  | 20  | 20  | 16  | 19  | 20  | 19  | 19  | 17  | 18  | 16  | 221  |
| 総患者数 | 222 | 233 | 242 | 264 | 193 | 222 | 237 | 218 | 248 | 210 | 199 | 186 | 2674 |
| 初診   | 10  | 7   | 9   | 8   | 8   | 8   | 3   | 10  | 7   | 2   | 7   |     | 79   |
| 再診   | 34  | 4   | 5   | 5   | 1   | 5   | 5   | 1   | 1   | 3   |     |     | 64   |
| 日平均  | 12  | 12  | 12  | 13  | 12  | 12  | 12  | 11  | 13  | 12  | 11  | 12  | 12   |
| 平均年齢 | 66  | 67  | 67  | 66  | 67  | 67  | 66  | 64  | 65  | 66  | 64  | 65  | 66   |
| 男性数  | 74  | 70  | 68  | 81  | 51  | 64  | 70  | 57  | 71  | 56  | 55  | 44  | 761  |
| 女性数  | 148 | 163 | 174 | 183 | 142 | 158 | 167 | 161 | 177 | 154 | 144 | 142 | 1913 |
| 女性割合 | 67  | 70  | 72  | 69  | 74  | 71  | 70  | 74  | 71  | 73  | 72  | 76  | 72   |

### 年度別患者概況

|      | 2年度  | 3年度  | 4年度  | 5年度  | 6年度  |
|------|------|------|------|------|------|
| 臨床日数 | 182  | 108  | 225  | 228  | 221  |
| 総患者数 | 1614 | 1031 | 2175 | 2513 | 2674 |
| 初診   | 47   | 32   | 67   | 59   | 79   |
| 再診   | 55   | 23   | 89   | 52   | 64   |
| 日平均  | 8.9  | 9.5  | 10   | 11   | 12.1 |
| 平均年齢 | 63.3 | 66.3 | 67   | 67   | 66.0 |
| 男性   | 475  | 305  | 722  | 876  | 761  |
| 女性   | 1139 | 726  | 1453 | 1637 | 1913 |

## 年度別初診時の主訴（名）

|    | 2年度        | 3年度            | 4年度             | 5年度            | 6年度            |
|----|------------|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| 1位 | 頸肩部のこり(23) | 頸肩部のこり<br>(10) | 頸肩部のこり<br>(25)  | 頸肩部のこり<br>(19) | 頸肩部のこり<br>(28) |
| 2位 | 腰殿部の痛み(10) | 腰殿部の痛み<br>(10) | 腰殿部の痛み<br>(20)  | 腰殿部の痛み<br>(11) | 腰殿部の痛み<br>(24) |
| 3位 | 肩関節の痛み(6)  | 膝関節の痛み(4)      | その他(6)          | 下肢の痛み(8)       | 肩関節の痛み<br>(6)  |
| 4位 | 股関節の痛み(3)  | 肩関節の痛み(3)      | 下肢の痛み(4)        | その他(8)         | 下肢の傷み(4)       |
| 5位 | 上肢の痛み(1)   | 股関節の痛み(2)      | 背部のこり・痛み<br>(2) | 肩関節の痛み<br>(4)  | その他(4)         |

## 資料2 年度別インシデント発生件数

| 年度               | 2年度 | 3年度 | 4年度 | 5年度 | 6年度 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 臨床の予約時           |     | 1   |     | 1   |     |
| 臨床の受付時           |     |     |     |     |     |
| 患者の移動時（臨床前）      |     |     |     |     |     |
| 刺鍼時（拔鍼時、鍼の落下を含む） | 1   | 2   | 8   | 1   | 3   |
| 施灸時              |     |     | 1   |     | 3   |
| 手技時              |     |     |     |     |     |
| 体位変換・起き上がり       |     |     |     |     |     |
| 患者の移動時（臨床後）      | 1   |     |     |     |     |
| その他（臨床中）         | 1   |     |     |     |     |
| その他（臨床外）         |     | 1   |     | 2   |     |
| 計                | 3   | 4   | 9   | 4   | 6   |

# 令和 6 年度

## 症例・研究報告

# 全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する検討

指導員 舟崎 隆

## I はじめに

最近、鍼施術に対するニーズとして、肩こりや腰痛などの運動器疾患にとどまらず、眼精疲労、花粉症、三叉神経痛、顔面神経麻痺などの顔面部や頭部の疾患に対する施術や美容目的とした施術も求められている。

今年度筆者は、当センターの第2回基礎講座において、「頭部の局所解剖と生体観察」の講座を担当した。主な内容は「頭部の特徴と部位」、「頭蓋を構成する骨」、「頭部の筋」、「頭部の生体観察」であり、模型を用いながら、生体観察に重きを置いて実施した。

実際の鍼施術では、頭部の解剖を理解した上で、必要な刺鍼点の目安となる経穴や解剖学的ランドマークを手がかりにしつつ、刺鍼点を決定することになるが、その際に必要となるのが触診技術である。

顔面部の特徴としては、①比較的狭い部位に多数の刺鍼点が存在すること、②特殊感覚（視覚・嗅覚・味覚・聴覚）器官が存在すること、③ひげや頭髪が存在すること、④背腰部に比し過敏であること、⑤触診や刺鍼に対する心理的ストレスが高まりやすいことなどが考えられる。

このような特徴を踏まえ、施術者には、精密で丁寧な触診と刺鍼技術が求められる。しかしながら、全盲鍼師の場合、視覚的情報が得られないため、患者に対し不必要にストレスを与えてしまう可能性が高い。

そこで、今回、全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する検討を行い、より正確で手際のよい触診や刺鍼方法を考えることとした。

なお、ここでは、筆者（全盲鍼師）の経験に基づき検討を行っている。そのため、絶対的ではなく、あくまでも一つの方法であることを理解の上、様々な場面で検討する材料になることを期待している。

## II 触診法

### 1 触診の一般

#### 1. 触診とは

触診とは、患者の身体に直接触れて、異常部分の位置、大きさ、硬さ、動きなどを判断する診察法である。基本的に、利き手の示指・中指・薬指を用いて診察するが、患部や診察の目的に応じて使用する指を使い分けるほか、両手を使うことも特徴である。触診の方法として、手でなでたり、指で押したり、つまんだり、握ったりするが、この際の微妙な力加減が重要となる。

#### 2. 触診によって知り得る事柄

触診によってあらゆる患者情報が入手できる。主に得られる情報としては、①皮膚温、皮膚のざらつきや乾燥具合、可動性、②筋や骨などの形、大きさ、位置、硬さ、③圧痛やその部位、④関節などの動きのなめらかさや正確性、運動痛や軋轢音、⑤脈拍、声音振盪（胸郭振盪）、呼吸に伴う胸部や腹部の動きなどである。通常、視診で得られる情報であっても、触診で得られる事柄も多い。

#### 3. 触診の注意事項と進め方

##### (1)十分な説明と同意

これからどの部分を触れるか、よく患者に説明しなければならない。また、正しい情報を入手するために、十分肌を露出しなければならず、早めに信頼感を得られるように心がけなければならない。具体的にはどの部分を触れるか患者に説明し、患者が不快に感じた時には、患者から素直な感情が発言できる雰囲気を作るよう配慮しなければならない。

##### (2)施術室の環境

室内の温度を十分保ち、患者が皮膚を露出しても寒さを感じないようにする。一般的に室温25度程度を保つように工夫するが、ベッド上に横たわっている患者の高さは温度計の位置よりも低い場合がほとんどであるため、意識することが大切である。

施術室やベッドのブースは、カーテンなどを用いて患者のプライバシーに配慮しなければならない。

##### (3)施術者の衛生管理

身だしなみを整え、衛生的な衣服で臨まなければならない。

普段から、ハンドケアに努め、爪の手入れを怠らないようにする。とくに顔面部の触診においては、患者が手荒れや爪の状態を皮膚感覚や視覚的に感じやすいことを意識しておかなければならない。

日常的に体臭や口臭のケアに努めなければならない。マウスウォッシュの励行

を行うとともに、施術の場面ではマスクの使用を積極的に行うことが望ましい。顔面部の触診の場合、患者との距離が極端に近いことが想定されるため、特に口臭や息がかかることにも注意が必要である。

冷たい手で触ると皮膚・筋肉が緊張して十分な所見が得られにくくなるため、適温の手で触れるようにする。

#### (4) 基本的な進め方

全体から局所へ、浅い部分から深い部分へ、無痛部から有痛部へが基本的な進め方であり、これを何度か繰り返し行うことが必要である。また、左右を比較しながら行わなければならない。

## 2 顔面部の触診

### 1. 肢位と位置

顔面部の触診は、腹臥位以外の肢位で可能であるが、立位や座位では、空間に顔面があり、安定しないことに加え、施術者の位置によっては、患者を上から覆い被さるようになりやすく、圧迫感を与える可能性が高いため望ましくない。また、立位や座位の場合で、患者の正面からの触診を行おうとするならば、施術者の手部が垂直傾向になることと、高さによっては、窮屈な手の動きが強いられるため望ましくはない。従って患者肢位は仰臥位または側臥位が望ましい。

施術者の位置は、患者の頭側または体側に座位で、ベッドの高さは、施術者の肘関節が屈曲 100 度前後のゆったりとした角度とし、十分前腕から手指にかけて動きに余裕が保たれるようにする。頭側に位置した場合、解剖学的位置とは上下が逆になっていることに注意が必要である。

また、患者が仰臥位で、施術者が患者の体側に位置する場合、施術者の指が患者の目や鼻に入りやすいことに細心の注意を注がなければならない。

### 2. 触診の具体的な進め方

始めにどこに、顔面部が存在しているか、患者にストレスを与えないように意識する必要がある。特に全盲鍼師の場合は、どのように位置を認識するか工夫が必要である。

以下に全盲鍼師が行う顔面の位置を確認する方法を順に考えてみたい。

#### (1) 肢位の指示

施術者が、仰臥位または側臥位を患者に指示する。側臥位の場合、左右どちらの側臥位を取らせるか、はっきり伝えなければならない。施術者に背中を向けて横になるなどわかりやすい指示をすることも有効である。しかし時に左右を誤って側臥位を取る患者もあることを意識しながら、患者の声の位置を手がかりに、施術者

が指示した方向で側臥位が取れているか注意しなければならない。また、あまり多くは無いが、仰臥位と腹臥位を誤って横たわることもあり得る。

## (2) 進め方と注意点

これから何をするか明確に患者に伝えてから触診を始めなければならない。患者がこれから何を受けるか予測することで、リラックスを図ることができる。

ア 仰臥位の場合 1 (両手、両側同時に) : ベッド面で枕の位置を確認 → 枕の上の頭部を確認 → 頭頂部 → 前頭部 → 眉弓 → 耳介 → 下顎角 → 下顎体 → オトガイ部

上記の方法により、顔面全体の輪郭や大きさを理解する。患者によっては、頭髪に耳介が隠れている場合があるが、無理に頭髪をかき分けて確認する必要はほとんどない。耳介の概ねの位置が認識できれば良い。

触診を進める手指のスピードは、比較的ゆっくりとし、圧は十分手指がすべる程度とする。しかし、遠慮しすぎて、圧を最小限にすると、認識の程度が低くなることに加えて、患者がくすぐったいと感じることもある。

イ 仰臥位の場合 2 (両手、両側同時に) : ベッド面で枕の位置を確認 → 枕の上の頭部を確認 → 頭頂部 → 前頭部 → 鼻根 → 眉弓 → 外眼角 → 頬骨下縁下 → 鼻翼外端 → 鼻唇溝に沿って口角 → オトガイ部

上記の方法により、顔面全体の輪郭に加えてそれぞれの位置を認識することができる。その後、各症状に合わせて、局所の細かな触診を行う。

ウ 左側臥位の場合 (施術者の右手が後頭部、左手が前頭部、両側同時に) : ベッド面で枕の位置を確認 → 枕の上の後頭部 (右手) と前頭部 (左手) を確認 → 右の鼻根から眉弓 (左手)、耳介 (右手) → 右外眼角 (左手)、右下顎角 (右手) → 右頬骨弓 (左手)、右下顎体中央 (右手) → 右口角からオトガイ部 (左手)、右オトガイ部 (右手)

上記の方法により、患者の右半分の顔面を認識できる。左手で外眼角から口角までの触診では、進め方によって、鼻翼に小指や薬指がぶつかったり、口腔に入りそうになることに注意が必要である。示指や中指を中心に使用し、小指や薬指を浮かせる方法もある。また、触診精度は落ちるが、小指や薬指で触診する方法も考えられるが、これはある程度の熟練が必要である。

## III 顔面部への刺鍼

### 1 患者との位置関係

患者に仰臥位で刺鍼する場合、施術者は安定性を確保するため、基本的に座位にて患者の右側に位置する。また患者が側臥位の場合は、患者の後頭部側に位置する。

施術において右手が刺手、左手が押手となる場合、左手で触察・取穴を行う。この時、ワゴンは施術者の刺手側に置くこととなる。

## 2 消毒と刺鍼の注意点

1. 顔面部の皮膚は、比較的可動性が大きく、また、年齢差や個人差によってもかなりの違いがある部分である。また、顔面は曲面が大きいため、患者の曲面に応じた手の操作が必要である。
2. 顔面部の皮膚は、比較的粗で薄く出血も起きやすい。顔面部に限ることではないが、予め出血に対する対処をしておくことが大切である。グローブや指サックの使用、止血用乾綿やポリ袋の用意などを準備すると良い。また、予め出血しやすいことを患者に説明しておく必要がある。
3. 乾綿にアルコールを含ませすぎると、消毒によって耳や目にアルコールが入ることがある。適量を含ませるようにしなければならない。
4. 女性の場合は、消毒により、化粧が落ちてしまうことを予め、説明しておくことが施術者としてのマナーである。できれば化粧をせず施術を受けるのが良い。また、患者サービス向上として、施術所内にパウダールームを用意できると良い。
5. 男性の場合は、ひげをそりたての時は、消毒によりしみることがあることを説明する必要がある。

## 3 刺鍼時の施術者の位置と押手の置き方（右手が刺手、左手が押手）

問診や触診により、刺鍼点の決定と用鍼および刺鍼方法を定めるが、定まった刺鍼点により、施術者の位置と押手の置き方を考えなければならない。

本来押手は、鍼管を把持する母指と示指だけではなく、手全体で安定させるものであるが、顔面部の刺鍼の場合、狭い部分に様々な器官が存在することから、手全体で押手を置くことが難しい。また、刺鍼方法として、単刺や置鍼以外に、地平鍼を多用する部分である。

従って、背腰部などの広い部分への刺鍼に比べ、細やかさや熟練した技術と押手の置き方の工夫が求められる。

### 1. 患者の正中および左前面の経穴に刺鍼する場合

- (1) 患者仰臥位、施術者は、患者の右側に位置する。
- (2) 主な経穴：神庭、印堂、水溝、兌端、承漿、晴明、攢竹、眉衝、曲差、陽白、魚腰、瞳子髎、糸竹空、太陽、四白、迎香、禾髎、巨髎、颧髎、地倉
- (3) 押手の置き方：眉毛の周囲を含めてこれより上方に存在する経穴への刺鍼では、前額部や前頭部に押手の手根部を置き、中指・薬指・小指をこめかみに置く。比較

的自然な置き方が可能である。

眼窩周囲から鼻翼の高さに存在する経穴への刺鍼では、鼻を圧迫しないように、押手の母指球をやや浮かせ、小指球を前額部の下方に置き、中指・薬指・小指は、こめかみから頬骨弓付近に置く。微かに手関節の掌屈と橈屈を行うと押手を置きやすくなる。

鼻翼の高さから口唇周囲に存在する経穴への刺鍼では、眼球および鼻を圧迫しないように、母指球をやや浮かせ、中指・薬指・小指を下顎体下方に当て、押手を安定させる。中指・薬指・小指で、下顎体を下から包み込むように支えると安定しやすい。

## 2. 患者の左側面および左耳周囲の経穴に刺鍼する場合

(1) 患者仰臥位、施術者は、患者の右側に位置する。予め、患者をやや右側（施術者側）に位置させる。

(2) 主な経穴：頭臨泣、本神、頭維、曲鬢、頷厭、懸顱、懸釐、上関、下関、大迎、頬車、和髎、耳門、聴宮、聴会

(3) 押手の置き方：前額部や前髪際から5分入ったところおよびもみあげに沿って存在する経穴への刺鍼では、比較的自然に、押手の手根部を頭部に合わせて置くことができる。

頬骨弓の上部に存在する経穴（上関）への刺鍼では、眼球を圧迫しないように、押手の母指球をやや浮かせて、小指球で押手を安定させ、中指・薬指・小指を自然にこめかみに置く。頬骨弓の下部に存在する経穴（下関）への刺鍼でも押手の母指球をやや浮かせて小指球で安定させるが、中指・薬指・小指をやや曲げ、耳介の前上方に置き、耳介や耳孔に触れないように注意する。

下顎角付近に存在する経穴への刺鍼では、耳介に触れないように、小指球をやや浮かせて、母指球で安定させ、中指・薬指・小指を乳様突起の前下方に自然に置くと良い。

耳珠前方付近に存在する経穴への刺鍼では、耳介を圧迫しないように押手全体をアーチ状に保ち、中指・薬指・小指をやや立てて指先で安定させ、耳介を押手の中に包み込むように置くと良い。

## 3. 患者の右前面の経穴に刺鍼する場合

(1) 患者仰臥位、施術者は、患者の右側または頭側に位置する。

(2) 主な経穴：1. の(2)に同じ

(3) 押手の置き方：前額部と眼窓内側付近に存在する経穴への刺鍼では、患者の右側に位置し、押手の手根部を患者の右の前額部から前頭部に自然に置き、中指・薬指・小指を患者の左前額部に置いて安定させると良い。押手の指が患者の左眼窓に

入らないようにやや指を内転させると良い。

眼窩外側付近に存在する経穴への刺鍼では、患者の頭側に位置し、押手の手根部は前額部に自然に置き、中指・薬指・小指は、患者の右頬骨部に置いて安定させると良い。必要以上に鼻に接触しないように、押手の小指球をやや浮かせると良い。

眼窩下縁から頬骨下縁付近に存在する経穴への刺鍼では、患者頭側に位置し、押手の手根部は前額部の正中から左前額部に自然に置き、中指を患者の人中付近に当て、これに引き続き薬指と小指を自然に置くと良い。左の眼球を圧迫しないように、押手全体をアーチ状に保つと良い。施術者の手の大きさや患者の顔の大きさなどにより、手根部を前額部におけないこともある。また、患者の鼻に必要以上に触れないように、中指・薬指・小指をやや立てて置くと良い。

口唇付近に存在する経穴への刺鍼では、患者の頭側に位置し、患者の鼻を触れないように、押手の手根部は浮かせて、中指・薬指・小指は、下顎体を下から包むように置き、押手を安定させると良い。また、患者の右側に位置し、押手の手根部を患者の右頬骨部に置き、中指・薬指・小指を左の頬骨部に置いて安定させることも可能である。この場合でも押手をやや高いアーチ状にして鼻に触れないようにする必要がある。

#### 4. 患者の右側面および右耳周囲の経穴に刺鍼する場合

(1) 患者は仰臥位、施術者は患者の頭側でやや右側に位置する。

(2) 主な経穴：2. の(2)と同じ

(3) 押手の置き方：この部に対する刺鍼は、比較的自然に押手を置くことができる。手根部は患者のこめかみ部に置き、中指・薬指・小指は、自然に患者の右咬筋部に置いて安定させると良い。患者のやや右に位置することと、押手をやや回内させると自然に押手を置くことができる。

## IV おわりに

今回、筆者が全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する検討を行ってみた。あくまでも筆者の経験と工夫による方法であるため、一概にこれがベストなものとはいえない部分もあると思われる。

今回的方法では、必要以上に患者に触れないことに重きをおいて検討しているため、押手の安定性や刺鍼手技などを加えてさらに検討することも必要であると考えている。

従って、今後、全盲鍼師が行う顔面部の刺鍼に関する指導や施術を検討する上で、この検討結果が、一つの選択肢であることを踏まえつつ、より適切な方法が確立できる一助となれば幸いである。

最後に、この検討にあたり、ご協力いただいた方々に心から感謝を申し上げて報告とさせていただきたい。

#### 引用・参考文献

- 1) 高田明和編：図解鍼灸療法技術ガイドⅠ 第2版 文光堂 2024年
- 2) Andrew Biel 著：ボディ・ナビゲーション 改訂第6版 医道の日本社 2023年
- 3) 全日本鍼灸学会編：鍼灸安全対策ガイドライン 2020年版 医歯薬出版 2020年

# 腰痛の診察法

指導員 鷲頭 弘康

## I はじめに

腰痛は成人の約 80%が一生に 1 回は経験するとされる。その多くは器質的変化と結びつかない非特異的腰痛であり、治療の有無にかかわらず数日から数週間で自然に治癒するとされている。しかし、中には治療を行っても期待したほどの効果の得られないもの、直後効果はみられるが累積効果が無いもの、また、治療が不適応となるような重篤な疾患が隠れているものもある。

当センターに来所する患者の中には既に整形外科等を受診し、診断が確定していることもあるが、受診するほどでも無いと考え、診断を受けていないケースや、診察を受けたが具体的な疾患名を伝えられていないケースも多い。この場合、いかに患者の病態把握を適切に行えるかが重要であり、その後の治療方針や治療法を大きく左右するとともに、治療効果に影響を与えることとなる。

そこで今回は日々の臨床に役立てられるよう、また、生徒の参考資料にもなるよう、あらためて腰痛患者の病態把握を行うためのさまざまな診察法を整理した。

## II 腰痛とは

腰痛は単一の疾患単位ではなく「症状」である。その背景には多くの病態や疾患が存在する。

### 1 定義（腰痛ガイドライン 2019）

#### 1. 部位

体幹後面に存在し、第 12 肋骨と殿溝下端の間にあり、少なくとも 1 日以上継続する痛み。片側、または両側の下肢に放散する痛みを伴う場合も、伴わない場合もある。

#### 2. 有症期間

急性腰痛：発症からの期間が 4 週間未満

亜急性腰痛：発症からの期間が 4 週間以上、3 カ月未満

慢性腰痛：発症からの期間が 3 カ月以上

#### 3. 原因

- (1) 脊椎とその周辺運動器由来：脊椎腫瘍、脊椎感染症（脊椎カリエスなど）、脊椎外傷（椎体骨折など）、腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症、腰椎分離すべり症、腰椎変性すべり症、代謝性疾患（骨粗鬆症など）、脊椎変形（側弯症など）、非化膿性炎症性疾患（強直性脊椎炎など）、脊柱靭帯骨化、筋・筋膜性腰痛、脊椎構成体の退行性病変（椎間板性、椎間関節性など）、仙腸関節性、股関節性
- (2) 神経由来：脊髄腫瘍、馬尾腫瘍など
- (3) 内臓由来：腎尿路系疾患（腎・尿路結石、腎盂腎炎など）、婦人科疾患（子宮内膜症など）、妊娠
- (4) 血管由来：腹部大動脈瘤、解離性大動脈瘤など
- (5) 心因性：うつ病など
- (6) その他

## 2 危険因子

仕事、喫煙、肥満、運動習慣の有無・運動機能など。

仕事における腰への累積負荷は慢性腰痛発症のリスクを増加させる。

喫煙者は非喫煙者に比べてストレス耐性が低く、痛みに対し敏感となっているため、通常は痛みと感じることの無い刺激が重苦しい痛みと認識してしまうことがある。

## 3 特異的腰痛と非特異的腰痛

### 1. 特異的腰痛

診察と画像所見により原因となる疾患が特定できる腰痛。

腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊柱管狭窄症、脊椎圧迫骨折（骨粗鬆症性）、腰椎分離症、腰椎分離すべり症など。重篤な器質的疾患の可能性がある腰痛（脊椎腫瘍、感染、骨折など）も含む。

### 2. 非特異的腰痛

明確な器質的異常や神経学的所見の異常が無い腰痛。

椎間板症、椎間関節障害、仙腸関節障害、筋・筋膜性腰痛、腰椎捻挫、心因性腰痛など。

非特異的腰痛は心理社会的要因を考慮する必要もある。

## 4 心理社会的要因

腰痛に限らず、しびれや痛みなどの症状は心理社会的要因を受けやすいとされ、例えば職場の人間関係、精神的ストレス、仕事の満足度、仕事量などは腰痛発症と強い関連があるとされる。

## 5 腰痛のRed flags

ある臨床徵候や症状において潜在する重要疾患を示唆する項目を Red Flags という。Red Flags が認められる場合には重篤な脊椎疾患の合併や、緊急の対応が必要な疾患な可能性が高いため、早期の精査を勧める。

1. 発症年齢 20 歳以下または 55 歳以上
2. 時間や活動性に関係のない腰痛
3. 胸部痛
4. 癌、ステロイド治療、HIV 感染の既往
5. 栄養不良
6. 体重減少
7. 広範囲に及ぶ神経症状
8. 構築性脊柱変形
9. 発熱

### III 診察法

#### 1 問診

##### 1. 現症

###### (1) 症状

ア 種類：痛み、しびれ、感覚障害など

デルマトームに一致した感覚障害やしびれの有無を確認する。

イ 性状：鋭痛、鈍痛、放散痛、重苦しい痛み、焼けるような痛みなど

神経が圧迫を受けている場合、特定の神経支配領域に放散痛を認めがある。

筋性の痛みは非限局性で疼くような鈍痛であり、損傷（ストレス）により増悪する。

慢性の痛みは深在性で限局されており、安静時、運動時に限らず痛みが持続する。

ウ 強さ：強い、激しい、軽いなど

疼痛の強度が強いほど、組織の損傷の程度が大きいと考えられる。

###### (2) 部位

疼痛部位とその深さ、境界を明確にする。患者が部位を明確にできない場合は、動作により疼痛を誘発させて確認することもできる。

- ・片側性：椎間関節および仙腸関節障害
- ・左右差があっても正中で深部の場合：椎間板性
- ・腰のみ痛む：圧迫骨折

- ・膝から足先にかけても痛む：腰椎椎間板ヘルニア

### (3) 原因・経過

発症のきっかけや、痛みの原因である組織が損傷してから、どのくらいの期間が経過しているかを確認し、急性期か慢性期かを確認する。急性期にある場合、原因となる外的刺激が明らかである場合が多い。

- ・重い物を持った：腰椎椎間板ヘルニア
- ・転んで腰殿部を打った：腰椎圧迫骨折
- ・再発性がある：腰椎椎間板ヘルニア、椎間関節性腰痛
- ・だんだん軽くなる：筋・筋膜性腰痛
- ・だんだん強くなる：炎症、腫瘍

### (4) どのような時に痛むか

どのような動きで、どのようなタイミングで疼痛が発生するのか、再現性があるのかを確認する。

- ・咳やくしゃみで増悪する：腰椎椎間板ヘルニア
- ・同一姿勢の継続で痛む：筋・筋膜性腰痛
- ・寝ていると腰や足が痛む：馬尾神経腫瘍

#### ア 前屈痛

筋・筋膜性腰痛：筋肉へのストレス、筋膜のよじれ

腰椎椎間板ヘルニア：ヘルニアの後方脱出による神経圧迫

脊柱圧迫骨折：椎体骨折部への負荷の増大

#### イ 側屈痛

体幹の側屈で痛みが出現する場合、側屈側の椎間関節や反対側の神経根の癒着が考えられる。

椎間関節性腰痛において関節軟骨の亀裂、磨耗、消失などがあれば、関節軟骨には知覚神経が豊富に分布しているので、圧迫による負荷で痛みを生じる。また関節包に肥厚があったり、骨膜に損傷や炎症のある場合は牽引による痛みが起こると考えられる。

筋・筋膜性腰痛では、一般に損傷された筋・筋膜の牽引によって痛みを生じるが、患側への側屈痛がみられる場合もある。

#### ウ 後屈痛

変形性腰椎症、椎間関節症、腰椎分離すべり症、脊柱管狭窄症でみられる。

椎間関節症：椎間関節への負荷の増大

腰椎分離症：椎弓への負荷の増大

脊柱管狭窄症：脊柱管の狭小化による神経や血管の圧迫

## 椎間板後方の損傷：椎間板後方の内圧の上昇

### (5) 日内変動

- ・起床時に痛むが動かしているうちに治まる：椎間関節性腰痛
- ・夕方にかけて増悪する：腰椎椎間板ヘルニア、腰椎分離症

### (6) 安静時痛の有無

多くの変性疾患では動作や姿勢により疼痛が出現または増強し、安静時に軽快することが多いが、炎症や腫瘍、内臓疾患などでは安静時にも疼痛が持続して軽減しないことが多い。

### (7) 夜間痛

夜間痛があり、経過が進行性である場合は、悪性腫瘍の可能性を考える。

### (8) 起床時痛

朝、起き上がる時に痛みがあり、動いているうちに軽快するのは変形性腰椎症の症状で、脊椎付近の循環障害に起因すると考えられる。

### (9) 間欠性跛行

腰部脊柱管狭窄症では間欠性跛行がみられることがあるため、歩行によって下肢の痛みやしびれが発現するかを確認する。発現する場合は歩行距離や歩行可能な時間や、閉塞性動脈硬化症との鑑別のため、姿勢で疼痛の変化があるかも確認する。

### (10) 膀胱直腸障害

排尿障害（残尿感、尿失禁）、便秘などがないかを確認する。腰部脊柱管狭窄症でみられることがある。

## 2. 生活状況

### (1) 職業

運搬業者や長時間の坐位作業、長時間の車の運転による腰痛など、職業に関連する疾患もあるため、予後の判定や生活指導を行うために確認する。

### (2) スポーツ

スポーツを行っている場合は、競技の種類や練習量、頻度が増悪因子になつてないかどうかを検討する。

### (3) アルコール

ぎっくり腰などのように急性炎症性の疼痛では、アルコールが増悪因子として作用することがある。

## 3. 既往歴

脊椎手術を含む手術歴、腎障害や糖尿病、悪性腫瘍の既往を確認する。

長期に渡る腰痛で不定愁訴の多い例では、うつ病などの精神科疾患を合併して

いることがある。

#### 4. 評価法

##### (1) NRS (Numerical Rating Scale)

しびれ、痛みの強度を0から10の整数で数値化する評価法。0は痛みがない、10は想像できる最大の痛みとした場合の痛みの強さを、患者自身に回答してもらう。

##### (2) RDQ (Roland-Morris Disability Questionnaire)

腰痛によって障害される日常生活動作24項目の質問に「はい」「いいえ」で患者自身が答え、「はい」の数を症状の強さとする評価法。

##### (3) 日本整形外科学会腰痛治療成績判定基準 (JOAスコア)

腰痛疾患に関する自覚症状、他覚所見、日常生活動作、膀胱機能の4群で構成され29点満点で評価する。腰痛疾患の重症度判定や治療成績の評価に用いる。

#### 2 視診

##### 1. 歩容

杖などの使用、痙性歩行、小刻み歩行、下垂足の有無などを確認する。

##### 2. 姿勢・関節可動域

###### (1) 立位

腰椎の屈曲、伸展、側屈、および回旋を行わせ、可動域、疼痛・放散痛の有無を確認する。

前額面においては、両側肩峰、両側上前腸骨棘、腸骨稜の位置と高さを確認し、側弯の有無を観察する。矢状面においては上前腸骨棘と上後腸骨棘の高さを確認し、腰椎前弯なのか後弯なのかを確認する。

###### ア 側弯

腰痛が片側性の場合にみられやすい。

筋・筋膜性腰痛の場合は一般に上体が患側に傾いて患側凸の傾向を示す。

椎間関節性腰痛では、関節包に損傷があれば、関節包を保護するために健側凸となることが多い。

###### イ 前弯

前弯増強は日常の不良姿勢に起因する姿勢性腰痛にみられる。

姿勢性腰痛では腰椎の前弯が増強し、胸椎では逆に後弯が増強する(凹円背)

下位腰椎に階段状変形の認められる腰椎分離すべり症でも、多くの場合、前弯増強がみられる。

###### (2) 坐位

高齢者の場合、器質的変化に加え椎間板障害を誘発する症例も多いため、筋・筋

膜性障害なのか椎間板性障害かの鑑別が必要となる。坐位において疼痛が増強される場合には、椎間板障害の可能性がある。

### 3. 発赤・腫張

炎症がある部位では疼痛を伴う発赤、腫張がみられる。

### 4. 筋萎縮

疼痛が持続している部位や神経圧迫などによる障害では筋萎縮がみられる。

### 5. その他の視診事項

四肢の変形、皮膚の異常など。

## 3 触診

### 1. 圧痛

筋・筋膜性腰痛では主に脊柱起立筋に圧痛を見る。椎間関節性腰痛では棘突起間の外方で正中線から約2cmのところに圧痛がみられる（L5-S1、L4-5椎間関節部が多い）。また、腸骨稜の上縁や殿部ともに圧痛がみられることがあり、L4やL5椎間関節障害の関連痛と考えられる。

### 2. 棘突起叩打痛

叩打痛がみられる場合、特に閉経前後の女性で胸腰椎移行部にみられる場合は、圧迫骨折を疑う。その他、脊椎腫瘍や炎症のある時も叩打痛がみられるほか、腰椎椎間板ヘルニアや腰椎分離すべり症でもみられることがある。

### 3. 階段状変形

棘突起列に前後の段差を触れるものを階段状変形といい、腰椎分離すべり症でみられる。触れる高位はL4-5、L5-S1が多い。階段状変形のみられる症例では、一般に前弯増強となることが多いので、この変化が椎間関節に影響を与える、腰痛の原因になると考えられる。

### 4. その他の触診事項

筋の過緊張や硬結、関節の拘縮、強直、弛緩、不安定性、動かした時の抵抗や軋轆音などを確認する。

## 4 神経学的検査

感覚検査・筋力検査・反射検査にて陽性・異常所見があった場合には神経症状が疑われる。その場合、障害されている神経根レベルでの表在感覚障害・筋力低下・深部腱反射の低下などをみる。特異的腰痛と非特異的腰痛の相違の1つの指標として神経症状の有無が挙げられることから、これらの所見がみられた場合は特異的腰痛の可能性がある。

### 1. 感覚検査

表在感覚と深部感覚の検査を行う。表在感覚は同じ神経支配領域を左右対称に

調べる。深部感覚は足関節の背屈・底屈、足趾の屈曲・伸展を他動的に行い、患者に検者がどのように動かしているかを確認しながら位置覚を確認する。

神経根障害では障害された神経根のデルマトームに沿って、触覚、痛覚鈍麻がみられることがある。また、馬尾障害では、膝以遠や足関節以遠に両側性の感覚鈍麻や異常感覚（下肢の冷感）がみられることがある。

### ●下肢のデルマトーム

L 2：大腿前面上部から中部

L 3：大腿前面中部から膝蓋骨

L 4：大腿外側下部から膝前面下部を通って下腿内側

L 5：下腿外側から足背

S 1：足部外側から足底

S 2：下腿から大腿後側

S 3～C 0：殿部中央から尾骨に向かって順番に並ぶ

### 2. 深部腱反射

深部腱反射により障害部位が脊髄性か末梢性か、脊髄性ならばその高位を推定できる。

膝蓋腱反射が減弱または消失：主に L 4 神経根障害

アキレス腱反射が減弱または消失：主に S 1 神経根障害

膝蓋腱反射・アキレス腱反射の亢進：上位運動ニューロン障害

### 3. 病的反射・クローナス

病的反射（バビンスキ一反射など）やクローナスが出現した場合は上位運動ニューロン障害を疑う。

### 4. 徒手筋力検査

脊椎疾患を疑う場合は、筋力低下や筋萎縮の有無を評価することにより、障害高位を推定できる。

### 【障害レベルと神経症状】

| 障害レベル                | 知覚障害                 | 筋力低下              | 腱反射                | 神経伸展試験          |
|----------------------|----------------------|-------------------|--------------------|-----------------|
| L 3-4 間<br>L 4 神経根   | 大腿前面、下腿内側            | 大腿四頭筋<br>(膝伸展低下)  | 膝蓋腱反射減弱<br>ないし消失   | 大腿神経伸展<br>テスト陽性 |
| L 4-5 間<br>L 5 神経根   | 下肢前外側、足背<br>(第1、2趾間) | 長母趾伸筋<br>(踵歩行低下)  | 正常                 | S L R 陽性        |
| L 5-S 1 間<br>S 1 神経根 | 下腿外側、足外側             | 長母趾屈筋<br>(爪先歩行低下) | アキレス腱反射<br>減弱ないし消失 | S L R 陽性        |

## 5 理学的検査

1. ラセーグテスト：腰椎椎間板ヘルニアなどの神経根症状、坐骨神経痛など
2. S L R テスト：腰椎椎間板ヘルニアなどの神経根症状、坐骨神経痛など
3. 母趾背屈力テスト：腰椎椎間板ヘルニア（L 4 – L 5 間）
4. 母趾底屈力テスト：腰椎椎間板ヘルニア（L 5 – S 1 間）
5. 大腿神経伸展テスト：大腿神経痛、L 2 ~ L 4 腰神経の神経根症状
6. ケンプ徵候：腰部脊柱管狭窄症、腰椎椎間板ヘルニア
7. 指床間距離（F F D）：脊柱前屈障害（筋筋膜性腰痛など）
8. ニュートンテスト：仙腸関節部の障害
9. トーマステスト：腸腰筋短縮による股関節屈曲拘縮（腰椎前弯増強）

## IV おわりに

今回、腰痛の診察法を整理したが、当然のことながら上記全てを一度の診察で行うわけではなく、患者それぞれの症状において必要な診察を苦痛を与えることなく行うことが重要である。また、今回は含めなかつたが、腰痛の原因となる疾患の知識を十分に持っていることが大前提となる。

理療において腰痛の訴えは多いため、より良い治療を提供するためにも、常に知識、診察技術の維持・向上をしていかなければならない。

## 《引用・参考文献》

- 1) 嶋田智明・大峯三郎 これだけは知りたい腰痛の病態とその理学療法アプローチ 文光堂 2008
- 2) 井須豊彦 触れてわかる腰痛診療 中外医学社 2015
- 3) 松平浩・竹下克史 そうだったのか！ 腰痛診療、南江堂 2017
- 4) 帖佐悦男 これだけは知りたい整形外科身体診察スキル メジカルビュー社、2021
- 5) 飯塚正 疾患別治療大百科シリーズ1腰痛 医道の日本社 2000
- 6) 出端昭男 開業鍼灸師のための診察法と治療法 I 総論・腰痛 医道の日本社 1992
- 7) 赤坂清和他 非特異的腰痛のリハビリテーション 羊土社 2018
- 8) 日本整形外科学会・日本腰痛学会 腰痛診療ガイドライン 2019 南江堂 2019
- 9) 中尾浩之 よくわかる腰痛症の原因と治し方 秀和システム 2016

# 肩関節の運動障害に対する理療治療

## 肩峰下インピンジメント症候群の理療治療の症例報告

指導員 紺野 洋二

### I はじめに

肩関節の運動障害をきたす疾患として、我が国では発症年齢に基づき「五十肩」や「四十肩」という名称が慣用的に用いられてきた。「五十肩」という名称は江戸時代から使用されており、太田全斎の「俚言集覽」にその記述がみられる。現在においても「五十肩」は広く認知されており、鍼灸治療における療養費対象疾患の病名にも用いられている。しかしながら、「五十肩」は病態を明確に表す名称としては不適切であるとの見解が、2010年の第37回日本肩関節学会で示された。現在では、「肩関節周囲炎」という名称が推奨されている。

肩関節周囲炎は、退行性病変に基づく肩関節の疼痛と拘縮を主症状とする疾患群である。本疾患群は、肩関節周囲の炎症を包括的に表す名称であるため、様々な病態を含む。肩関節周囲炎には、上腕二頭筋長頭腱炎、腱板炎、腱板断裂、肩峰下滑液包炎、肩峰下インピンジメント症候群など、多様な病態が含まれる。これらの病態は、炎症部位や運動障害が異なるものの、症状が類似または併発することが多く、鑑別が難しい。当センターの臨床においても、肩関節周囲炎と診断される患者を多く治療するが、患者ごとに肩関節の運動障害は異なり、主病変へのアプローチに苦慮する症例も少なくない。

本稿では、肩関節の運動障害をきたす病態の中でも、肩峰下インピンジメント症候群に焦点を当て、基礎知識の再確認と臨床報告を行う。

### II 肩峰下インピンジメント症候群

#### 1 概要

肩峰下インピンジメント症候群とは、肩峰下腔（肩関節の肩峰と上腕骨頭との間の空隙）において、腱板や肩峰下滑液包が、上肢の挙上や回旋運動により挟み込まれ、炎症や疼痛を発症する病態である。特に上腕骨大結節と肩峰下の間で棘上筋腱が挟み込まれることで発症する。「インピンジメント」とは、「衝突」や「挟み込み」という意味である。

## 2 原因と病態

肩峰下インピンジメント症候群は、肩関節のオーバーユースや外傷により発症することが多く、肩峰の形態異常や加齢に伴う退行性変化も関与する。症状が進行すると、腱板損傷や腱板断裂に至ることもある。

肩峰下腔の狭小化を引き起こす要因は以下の通りである。

### 1. 肩峰の形態異常

肩峰の形状は個人差が大きく、typeⅢ（鉤状型）またはtypeⅡ（彎曲型）の形状、あるいは肩峰下骨棘の形成は、肩峰下腔の狭小化を招きやすい。

肩峰は形状的特徴から3つに分類される。

(1) type I（扁平型）：人口の20～30%を占め、肩峰下腔が広くインピンジメントが起こりにくい。

(2) type II（彎曲型）：人口の40～60%を占め、肩峰外側に向かって肩峰下面が彎曲している。

(3) typeⅢ（鉤状型またはフック型）：人口の20～30%を占め、肩峰が下向きのフック状で、肩峰下腔が狭くインピンジメントや腱板断裂を発症しやすい。

### 2. 腱板の機能低下

腱板の筋力低下や柔軟性低下は、上腕骨頭の位置を不安定にする。特に、肩関節の前方挙上や外転時に上腕骨頭が上方偏移し、肩峰下腔でのインピンジメントを引き起こす。

### 3. 肩甲上腕リズムの異常

肩甲挙筋や前鋸筋の筋スパズム、僧帽筋下部線維の機能不全は、肩甲骨の上方回旋を阻害し、上肢挙上時に肩関節の過剰な運動を引き起こす。結果として、肩峰下腔が狭小化する。

### 4. 不良姿勢

猫背や巻き肩などの不良姿勢は、肩甲骨を前方に移動させ（肩甲骨外転位）、肩甲胸郭関節の運動性を低下させる。これにより、上肢挙上時に肩関節の過剰な運動が起こり、肩峰下腔が狭小化する。

### 5. その他

肩峰下滑液包の炎症や肥厚、上腕骨頭の骨棘形成も、肩峰下腔の狭小化を引き起こす。

## 3 症状

代表的な症状は、上肢挙上時の肩の疼痛である。肩の前部や外側に疼痛が生じ、上腕の前部や外側に広がることもある。疼痛は最大挙上時よりも挙上途中や特定

の角度で生じやすく、運動中にクリック音が発生することがある。具体的な動作としては、手を腰に回した時、反対側の腋窩や肩峰に手を回した時、仰臥位時などに疼痛が生じやすい。炎症が強い場合は、夜間痛を伴う。

肩関節の可動域制限は軽度であることが多い、疼痛を伴いながらも上肢の挙上が可能な場合が多い。腱板断裂とは異なり、顕著な筋力低下は通常みられないが、炎症が強い場合には筋の脱力が認められることがある。

#### 4 理学検査

肩峰下インピングメント症候群で陽性となる理学検査には以下のようなものがある。

##### 1. ニアーテスト

患者は座位。肩甲骨を固定し、肩関節を内旋した状態で上肢を他動的に屈曲（前方挙上）させる。疼痛やクリック音が再現された場合、陽性とする。

##### 2. ホーキンス・ケネディテスト

患者は座位。肩甲骨を固定し、肩関節を 90 度外転した状態から内旋を強制する。疼痛やクリック音が再現された場合、陽性とする。

##### 3. ペインフルアークサイン

患者は座位。肩関節外転時に 60 度から 120 度の間で疼痛が生じた場合、陽性とする。

##### 4. エンプティカンテスト

患者は座位。肩関節を 90 度外転、30 度水平内転、最大内旋位（母指を下に向ける）にする。検査者は上肢遠位部を下方へ押し、患者は抵抗する。疼痛や脱力が生じた場合、棘上筋の炎症や断裂を疑う。

##### 5. フルカンテスト

患者は座位。肩関節を 90 度外転、30 度水平内転、外旋位（母指を上に向ける）にする。検査者は上肢遠位部を下方へ押し、患者は抵抗する。疼痛や脱力が生じた場合、棘上筋の炎症や断裂を疑う。

#### 5 鑑別疾患

肩峰下インピングメント症候群は、確定的な診断所見がないため、症状や画像検査を組み合わせ、類似疾患を除外することが重要である。鑑別が必要な疾患は以下の通りである。

##### 1. 腱板断裂

腱板の部分的または完全な断裂をきたした病態。強い疼痛や可動域制限、特に夜

間痛や筋力低下が顕著であり、MRI で腱板の断裂を確認できる。ドロップアームテストが陽性となる。

## 2. 上腕二頭筋長頭腱炎

結節間溝部で上腕二頭筋長頭腱が炎症をきたした病態。肩前部（結節間溝部）に圧痛があり、前腕の回内・回外動作で疼痛が増悪する。スピードテストやヤーガソンテストが陽性となる。

## 3. 石灰沈着性腱板炎

腱板内の石灰沈着により炎症をきたした病態。急激な激しい疼痛や夜間痛を伴うことが多い。X 線検査で石灰沈着像が確認できる。

## 4. 肩関節不安定症

肩関節の脱臼既往や脱臼しやすい状態。MRI で関節唇の損傷を確認できる。アブリヘンションテストやリロケーションテストが陽性となる。

## 5. 頸椎疾患

頸椎椎間板ヘルニアや変形性頸椎症などでは、肩への放散痛や神経症状を発症する。スパーリングテストやジャクソンテストが陽性となる。

## 6. 烏口下インピンジメント症候群

烏口突起と上腕骨小結節間で肩甲下筋腱が挟み込まれた病態。肩前部の疼痛や詰まり感、クリック音が見られる。投球動作、特にフォロースルー期に疼痛が顕著にみられる。肩関節の水平屈曲・内旋で疼痛が増強する。

## 7. 筋皮神経障害

筋皮神経が烏口腕筋を貫通する部分で絞扼された病態。上腕および前腕の前外側に疼痛やしびれが生じ、肘の屈曲・回外の筋力低下が見られる。肩関節の外転・伸展・外旋で疼痛が増強し、腋窩内側、烏口腕筋に圧痛が見られる。

# 6 治療

肩峰下インピンジメント症候群の治療は、保存療法が基本であり、特に理学療法が中心となる。また、鎮痛や循環改善の目的から、鍼灸・手技療法も有効な治療である。保存療法で改善がみられない場合は、手術療法が選択される。手術法としては、鏡視下肩峰形成術（内視鏡を用いた滑液包や骨棘の切除）や肩峰下除圧術（肩峰の一部切除による肩峰下腔の内圧低下）がある。

## 1. 運動療法

肩峰下インピンジメント症候群における運動療法の目的は、肩関節の可動域改善および肩関節周囲筋の筋力強化にある。ストレッチを用いて肩関節周囲筋の柔軟性を高め、肩甲胸郭関節および肩関節の可動性を向上させる。特に肩甲上腕リズ

ムの改善に努める。また、肩関節周囲筋のトレーニングにより、腱板を構成する筋を中心とした筋力強化を図り、肩関節の不安定性を改善する。

以下に運動療法の具体例を示す。

(1) コッドマン体操（振り子運動）

体幹を軽く前屈させ、片手でテーブルなどに支えを作り、患側の腕を脱力させて振り子のように前後、左右、円を描くように動かす。

(2) コーナーストレッチ

小胸筋のストレッチ。壁の角に立ち、両手を壁に置いて胸を前に押し出す。

(3) スリーパーストレッチ

肩関節後面のストレッチ。側臥位になり、下側の上肢を前に伸ばし、上側の手で下側の手首を押し下げる。

(4) ウォールスライド

前鋸筋と僧帽筋下部線維のエクササイズ。壁に背を向けて立ち、両手を壁に沿って上げ下げする。

(5) プッシュアップ・プラス

前鋸筋と肩関節のインナーマッスルのエクササイズ。通常のプッシュアップに加えて、肩甲骨を前に押し出す。

(6) 肩関節の外旋運動

棘下筋や小円筋のエクササイズ。両側の肘を 90° に曲げ体側につけ、肘の位置を固定した状態で外旋動作を行う。

## 2. 鍼灸療法

肩峰下インピングメント症候群における鍼灸療法の目的は、疼痛や筋スパズムの緩和、局所の循環改善および炎症の抑制などが挙げられる。具体的な刺鍼部位としては、肩関節周囲の圧痛や硬結、筋スパズムの強い部位を中心に刺鍼する。また、解剖学的知見や理学検査の評価に基づく刺鍼部位の選択や、臟腑経絡理論に基づく刺鍼部位の選択も考えられる。

(1) 具体的な刺鍼部位

自発痛や圧痛を発症しやすい部位としては、鳥口突起部や結節間溝部、肩峰外端などがある。肩峰下腔への直接的な刺鍼としては、肩髃からの関節腔内刺鍼がある。関節腔は無菌であるため刺鍼の際には衛生面に十分留意する必要がある。また、筋スパズムがみられる筋としては以下の筋があり、関連する経穴とともに列挙する。

棘上筋：秉風、巨骨、肩髃

棘下筋：天宗、臑俞

小円筋：肩貞

肩甲挙筋：肩外俞

菱形筋：膏肓、神堂

## (2) 低周波鍼通電療法

筋スパズムの強い筋に対しては、筋腹（プラス極）と反応の強い部位（マイナス極）を結んで、1～3Hzで10～15分間通電する。

疼痛の強い場合は、疼痛部位（プラス極）と筋腹（マイナス極）を結んで、30～50Hzで10～15分間通電する。

急性炎症がみられる場合は、熱感や腫脹がある部位を挟むように刺鍼し、100Hzで10～15分間通電する。

## (3) 経筋治療

経絡の一つに分類される経筋は、運動器の障害に関わる系統とされ、その異常により筋肉のひきつり、つっぱり、運動時痛などを発症する。経筋病がみられる時には、榮穴や俞穴に著明に反応がみられ、その部に軽微な鍼灸刺激を加えることで症状の改善が期待できる。刺激法としては、浅刺、皮内鍼、知熱灸などを行う。

以下に肩関節痛に関連する経筋と治療穴について記載する。

肩前面：手の陽明経筋（魚際、二間、三間、合谷）

肩外側：手少陽経筋（液門、中渚、外関）

肩後面：手太陽経筋（前谷、後溪）

## 3. 関節モビリゼーション

肩峰下インピングメント症候群における関節モビリゼーションの目的は、肩関節の疼痛緩和と可動域の改善である。特に上腕骨頭の上方偏移の改善や肩甲胸郭関節の滑走性の向上を目的に実施する。

実施方法としては一つの手技につき、5秒間持続し、数秒の間隔を開けて3～5回くり返す。また力を加える時は漸増漸減で行う。以下、本症例で行った術式について、右肩関節で説明する。

### (1) 下方滑り法

患者は座位。肩関節を外転55度、水平内転30度のポジションにする。術者は患者の右後方に立つ。右手で上腕遠位部を把持し、左手部の小指側を肩峰外側の下方（上腕骨頭部）にあてる。術者は左手で患者の内下方に向かって上腕骨頭を押し下げる。

### (2) 肩関節の離開法

患者は座位。肩関節を外転55度、水平内転30度のポジションにする。術者は患者の右側に立つ。両手で患者の上腕筋団部を把持し、上腕の長軸方向に牽引する。

### III 症例報告

#### 1 患者の基本情報

61歳、男性、会社経営。

身長 162cm、体重 63kg、BMI 24.0

体格は筋肉質で、趣味はジョギング。週に3、4回近所のジムに通っている。

#### 2 主訴

右肩関節のだるさ、右肩甲骨を動かした時のゴリゴリ音

#### 3 初診時の状況

##### 1. 病歴

元々肩こりを慢性的に感じていたが、1ヶ月ほど前から右肩関節の挙上時に肩にひっかかりを感じるようになった。また、以前から肩甲骨を動かすとゴリゴリ音がしていたが、この1か月の間はゴリゴリ音が大きくなった感じがあり、日常生活でも気になるようになった。整形外科を受診したが、肩周囲のこりが強いために症状が出ていると説明を受け、五十肩などの具体的な診断名は言われていない。肩関節に関わる既往症は特に無い。

##### 2. 自覚所見

右肩関節の挙上時に痛みはあまり無い。右上肢を上げ下げした時に右肩関節にひっかかりを感じるとともに、右肩前面（鳥口突起下部付近）にはじけるような音がする。肩甲骨を上下に動かした時に肩甲骨上部（天鵞付近）にゴリゴリという音がする。

##### 3. 他覚所見

- (1) 筋スパズム：頭板状筋、僧帽筋、肩甲挙筋、棘下筋、右小円筋、脊柱起立筋
- (2) 圧痛・硬結：右結節間溝部、肩外俞、天宗
- (3) 理学検査：右肩関節は屈曲・外転ともにほぼ 180 度まで疼痛無く挙上可能。肩甲上腕リズムはほぼ正常。やや水平内転位で右肩関節を外転していくと外転 90 度前後で鳥口突起部にクリック音を聴取。

ニアーテスト右陽性。疼痛部位は肩関節前面および上腕外側と後側に広がる。

ホーキンス・ケネディテスト右陽性。疼痛部位は結節間溝部付近で、肩関節を動かした時に同部にクリック音を聴取。

エンプティカンテスト右弱陽性。

ペインフルアークサイン、スピードテスト、リフトオフテスト陰性。

## 4 評価と治療

### 1. 病態の評価

本症例はニアーテストおよびホーキンス・ケネディテスト、エンプティカンテストが陽性であったことから、肩峰下インピンジメント症候群が疑われた。X線検査で腱板断裂や石灰沈着がみられなかつたこと、運動時痛もそれほど強くないことから、積極的な理療治療が適応すると考えた。また、右肩甲骨を挙上と下制させた時に肩甲骨裏面と胸郭との間でゴリゴリといった音（クレピタス）が聴取されたことから、スナッピング・スカプラ症候群も示唆された。

### 2. 治療方針

- (1) インピンジメントをきたしている組織（特に棘上筋）の疼痛緩和
- (2) 肩甲骨周囲筋の筋スパズムの改善
- (3) 上腕骨頭の運動性の改善と肩甲胸郭関節の滑走性の向上

### 3. 治療計画

#### (1) 鍼灸治療

疼痛部位への直接的なアプローチを目的に、右側の結節間溝部、肩髃へ置鍼した。また、筋スパズムの改善を目的に、巨骨（棘上筋）、肩貞（小円筋）、天宗（棘下筋）、肩外俞（肩甲挙筋）に置鍼した。天宗と肩外俞は左右ともに硬結を触知したため、左側も置鍼している。使用した鍼は1寸3分1番で10分置鍼した。施術終了後もクレピタスが気になるということで、右の天髎と魄戸にバイオネックス（0.6mm）を貼付した。

#### (2) 手技療法

右肩甲骨周囲において特に筋スパズムが著明な筋を中心にあん摩施術を行った。具体的な施術方法としては、肩関節90度外転位で肩甲下筋や小円筋、小胸筋を施術し、肩甲骨内転位で菱形筋を施術した。

#### (3) 運動療法

上腕骨頭の上方偏移の改善と肩甲胸郭関節の滑走性の向上を目的に、関節モビリゼーションと他動運動法を実施した。

## 5 経過

本症例は11月15日から3月5日にかけて計6回治療し、現在も治療は継続している。ここでは大きく変化があった事項について記載する。

### 治療3回目（12月26日）

自覚所見：年末で忙しく運動不足であったため、頸肩や背部のこりを感じる。右肩甲骨のゴリゴリ音がするのはあまり変化が無い。

他覚所見：ニアーテスト、ホーキンス・ケネディテストほぼ陰性。

評価：1回目と2回目の施術では自覚および他覚所見に明らかな改善がみられなかつたため、今回は積極的な循環改善と筋スパズムの改善を目的に低周波鍼通電療法を実施することを検討していた。今回他覚所見において理学検査がほぼ陰性であったため、基本的にはこれまでの治療法を継続することとした。しかし、自覚症状に改善が見られないため、ニアーテストで上腕外側に痛みを誘発したことを考慮し、同部を流れる経絡上の反応点に対し、誘導を目的として、手の陽明大腸經の経穴に置鍼を追加することとした。

治療法：右の曲池と合谷に置鍼を追加。

#### 治療4回目（1月16日）

自覚所見：右肩関節の痛みが軽快してきているので、しばらく中止していた上半身の筋トレを始めた。右肩甲骨を動かした時のゴリゴリ音がするのも軽減している。

#### 治療5回目（2月19日）

自覚所見：上半身の筋トレをするようになったが、筋トレ後に筋肉痛が残るようになつた。最近猫背などの姿勢の悪さを自覚するようになり、その改善法を検討中である。

治療法：筋トレ後にストレッチングをすることを指導した。

## 6 結果と考察

本症例において、初期の3回の治療では自覚症状に顕著な変化はみられなかつた。しかしながら、他覚所見では着実な改善傾向が認められたため、治療法を変更せず経過を観察することとした。その後、治療回数を重ねるごとに症状が軽減していったことから、適切な評価と治療方針の継続が奏功したと考えられる。

スナッピング・スカプラ症候群は、肩甲骨裏面の軟部組織の沈着による摩擦音が特徴であり、鍼灸治療による根本的な病態改善は困難である。しかし、肩甲骨周囲筋、特に菱形筋および前鋸筋の筋スパズムの緩和と、肩甲胸郭関節の滑走性改善により、自覚症状の軽減が期待できる。本症例では、肩関節に加え肩甲骨に対する関節モビライゼーションを実施したところ、4回目および6回目の治療で肩甲骨の軋轢音（クレピタス）が減少し、患者の自覚症状も改善した。これにより、患者は上半身の筋力トレーニングを再開することができ、患者のQOLの向上に寄与することができた。

本治療における課題として、運動療法の指導の不足、および肩関節前面の運動時にみられるクリック音に対する施術の検討の不足が挙げられる。また、患者の生活

習慣や姿勢改善へのアプローチも重要である。今後の治療において、継続的なフォローアップと患者のフィードバックを基に、治療計画を柔軟に調整する能力が求められる。

#### IV おわりに

令和4年度の「国民生活基礎調査」によると、我が国における腰痛の有病率は約70%、肩関節痛の有病率は約30%と報告されている。肩関節痛を訴える患者は腰痛に次いで多く、そのうちの30%が肩峰下インピンジメント症候群という報告がある。私が担当する臨床患者49名のうち、肩関節痛を主訴とする患者は11名おり、日々の臨床においても肩関節のトラブルを抱える患者が多いことを実感している。一般に肩関節痛を訴える患者は、理療治療により緩和されることが多い。ただ、私の患者の中で肩関節痛を主訴とする11名のうち、2名の患者は症状の変化が全くみられなかったり、むしろ悪化させたこともあった。類似した症状を呈する患者に対して、同様のアプローチを行っても必ずしも同じ結果が得られるわけではなく、正確な病態把握とそれに基づいた各患者に合わせた治療がいかに大切かを改めて痛感させられた。

今回、比較的典型的な症状を呈する肩峰下インピンジメント症候群の患者の治療を通して、肩関節の運動障害について理解を深めることができた。今後も肩関節痛についての研修に努め、日々の臨床患者のQOLの改善に努めていきたい。

#### 《引用・参考文献》

- 1) 宮本俊和：中高齢者の鍼灸療法、医道の日本社、2015
- 2) 医道の日本 2007年12月号、医道の日本社、2007
- 3) 水出 靖：現代鍼灸学13巻1号、現代鍼灸臨床研究会、2013
- 4) 篠原昭二：誰でもできる経筋治療、医道の日本社、2005
- 5) 厚生労働省：令和4年度国民生活基礎調査

# 睡眠障害に対する理療治療とセルフケア (基礎編)

指導員 花尻 真由美

## I はじめに

毎日の睡眠は、疲労の回復とともに身体組織の修復や成長、記憶の整理や定着、再構築などにも深く関わる重要な行為といわれている。しかし、生活や社会環境の変化（夜型化、24時間化、明るい照明、IT機器の普及など）から、適切で満足のいく睡眠がとれない「睡眠障害」が増加している。最近では、5人に1人が睡眠に関して何らかの悩みがあるとの報告もある。睡眠時間が少ないと、日中の眠気や疲労感から労働災害や交通事故などにつながるリスクが高くなると言われている。また、最近の研究により、睡眠不足や睡眠休養感の低さが、肥満、糖尿病、高血圧などの生活習慣病、うつ病、心疾患、脳血管疾患、認知症などの発症リスクを高めることも明らかになっている。したがって、十分な睡眠を確保することにより、心身の健康を保持し、生活の質を高めていくことは極めて重要である。

日常臨床では睡眠障害を主訴として来院する患者はまれであるが、他の主訴で来院された患者に問診を進めていく中で睡眠に関する悩みを訴えるケースは決して少なくない。特に、慢性疼痛患者は痛みによって睡眠を妨げられるばかりでなく、不眠により疼痛閾値を低下させる悪循環を形成しやすい。そのため、睡眠の悩みに対しても、丁寧な問診や治療、適切なセルフケアアドバイスを行うことは、質の高い治療につながるだけでなく、患者の満足度にも大きく影響するのではないかと考えられる。

そこで、日々の臨床に生かせるよう、睡眠障害の中でも特に治療機会の多い不眠症について、改めて理療治療やセルフケアアドバイスのポイントを整理した。

## II 睡眠障害の概要

睡眠障害は、睡眠に何らかの問題が生じ、日中の生活に支障をきたしている状態とされている。2014年に作成された睡眠障害国際分類第3版（ICSD-3）では、睡眠障害を大きく6つのカテゴリーに分類している。

1 不眠症

2 睡眠関連呼吸障害群

睡眠時無呼吸症候群など。

3 睡眠関連運動障害群

むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害など。

4 概日リズム睡眠・覚醒障害群

睡眠・覚醒相後退障害、睡眠・覚醒相前進障害、不規則睡眠・覚醒リズム障害、交代勤務障害など。

5 中枢性過眠症群

ナルコレプシーなど。

6 睡眠時随伴症群

(1) ノンレム睡眠から生じる睡眠時随伴症：夜驚症、睡眠時遊行症、睡眠関連摂食障害など。

(2) レム睡眠から生じる睡眠時随伴症：悪夢障害、レム睡眠行動障害など。

## III 不眠症

1 定義

不眠症とは、眠る機会や環境が適切であるにも関わらず、睡眠の開始と持続、安定性、あるいは質に持続的な障害が認められ、身体的、精神的、社会的に支障がある状態を指す。

2 原因（5つのP）

1. 身体的（Physical）

疼痛、かゆみ、夜間頻尿、咳、無呼吸などの身体的要因、身体疾患による不眠。

2. 生理学的（Physiological）

騒音、光、不快な温度、旅行による時差ぼけ、交代勤務、好ましくない生活習慣などの不適切な睡眠衛生による不眠。

3. 心理学的（Psychological）

ストレス、緊張、精神的ショックなどの心理的な問題による不眠。

#### 4. 精神医学的 (Psychiatric)

うつ病、統合失調症、不安障害(神経症)などの精神疾患に伴って起こる不眠。

#### 5. 薬理学的 (Pharmacological)

ステロイド製剤、甲状腺ホルモン、キサンチン製剤、カフェイン、中枢神経作用薬などの薬物の副作用や離脱症状による不眠。

### 3 症状

#### 1. 入眠障害

就床後入眠するまでの時間が30分以上延長して寝つきが悪くなり、本人がそれを苦痛と感じている状態である。騒音などの環境要因、搔痒感や痛みなどの身体的要因、不安や緊張などの心理学的要因などが原因となる。

#### 2. 中途覚醒

一旦入眠した後、翌朝覚醒するまでの間に2回以上目が覚めてしまう状態である。加齢にともなって増加するので、回数が多くても覚醒時間が長くなれば病的ではない。騒音などの環境要因、夜間頻尿や睡眠時無呼吸症候群、搔痒感や痛みなどの身体的要因、うつ病や精神的ストレスなどの精神・心理学的要因が原因となる。

#### 3. 早朝覚醒

本人が望む時刻あるいは通常の起床時間の30分以上前に覚醒してしまい、再入眠できない状態である。早朝覚醒も加齢にともなって増加するので、苦痛を感じていなければ病的ではない。高齢者、内因性うつ病などの精神障害が原因となる。

#### 4. 熟眠感欠如

睡眠時間は十分であるにも関わらず、深く眠った感覚が得られない状態である。入眠障害、中途覚醒、早朝覚醒などの睡眠状態、加齢にともなう睡眠状態の変化などが原因となる。

### 4 診察

#### 1. 問診の際に知っておくべきポイント

- (1) 患者が言いたいことが言える環境作りが必要であり、良好な患者、施術者関係が求められる。
- (2) 言語的、非言語的メッセージ(例えば、うなずきなど)を送りながら、患者の話をひたすら聴く。

- (3) 患者の感情に焦点を当てた対応を心掛ける。例えば、「夜に眠れない」という言葉に対して、「それは、つらいですね」などと、感情や気持ちを理解したというメッセージを含んだ言葉を返すなど。
- (4) 健康な高齢者でも、加齢とともに睡眠の質は低下するということを念頭に置く。
- (5) これまでの生活習慣へのこだわりや、メディアで得た情報などから、睡眠時間や誤った情報に固執するケースなども多い。

## 2. 不眠症の問診フローチャート

### (1) 患者が眠れているかどうかを確認

主訴が不眠以外の患者も、不眠症状で悩んでいることが多い。

「眠れていますか」と確認することが重要。

### (2) QOLへの影響と不眠のタイプを確認

#### ア 不眠による日中のQOLへの影響を確認

夜眠れているかを確認するだけではなく、眠れることで日中のどのような不都合が出ているのかを確認する。

#### イ 不眠のタイプを確認

4つのタイプが混合していることも多く、症状は様々なので注意して確認する。

### (3) 不眠の原因をスクリーニング

#### ア 睡眠衛生

アルコール、カフェインの摂取、喫煙、睡眠に適さない寝室環境ではないかを確認する。

#### イ 基礎疾患・合併症

皮膚疾患、頻尿、ぜんそく、胃潰瘍、更年期障害などがないか確認する。

#### ウ 服用薬

降圧剤やステロイドなどの服用がないか確認する。

#### エ うつ病

気分の落ち込み、興味や趣味による喜びの消失がないか確認する。

#### オ 睡眠相後退症候群

寝たい時間に入眠できない、一度眠ると昼過ぎまで起きられないなどの状態が継続（1ヶ月以上）していないか確認。

### (4) 特殊な睡眠障害は専門医へ紹介

#### ア 睡眠時無呼吸症候群

不眠や日中の過剰な眠気、口渴や頭重感などの身体的不快感がないか確認。

## イ レストレスレッグス症候群

眠るときに足がむずむずする、じりじりする、熱いという感覚が、足の深部に感じるか確認。

## ウ 周期性四肢運動障害

足のびくつきなどの不随意運動が周期的に繰り返されていないか確認。

## 5 治療法

### 1. 治療の第一歩は生活習慣・意識の変化から

就寝前のアルコールやカフェインなどの摂取、喫煙、テレビを見る、読書をする、昼寝をするなどの不良な生活習慣や睡眠に対する誤った考えを持っている患者には、適切な生活指導やアドバイスを行う。

#### (1) 睡眠時間について

必要な睡眠時間は個人で異なり、長ければ長いほど良いというわけではない。日中しっかりと覚醒して過ごせるかどうかを睡眠充足の目安として、睡眠時間自体にあまりこだわらないことが重要である。

#### (2) 良質な睡眠のための環境づくりについて

##### ア 光

日中にできるだけ日光を浴びると、体内時計が調節されて入眠しやすくなる。

寝室にはスマートフォンやタブレット端末を持ち込まず、できるだけ暗くして寝ることが良い睡眠につながる。

高齢者は夜間にトイレに行くこと多いため、転倒しないように間接照明などを活用し、眼に入る光の量を減らす工夫が重要である。

##### イ 温度と湿度

夏の夜は、エアコンと扇風機（サーキュレーター）をうまく併用し、室温 26 度、湿度 50～60 パーセントに保つことが望ましい。また、快適な寝床内気候は、温度 32～34 度、湿度 45～55 パーセントとされている。

冬の夜は、室温 16～19 度、湿度 50～60 パーセントに保つことが望ましい。また、寝床内気候は 10 度以上に保つことが必要である。電気毛布などを使用する場合は、寝るまでに電源を入れて寝床内を暖めておき、就床と同時に消すようとする。電源を付けっぱなしにしておくと、寝床内気候が夏の高温環境と同じになり、睡眠が妨害されるため、注意が必要である。

#### (3) 運動、食事等の生活習慣と睡眠について

##### ア 運動

適度な運動習慣により、日中に体をしっかりと動かすことは、睡眠時間を増や

し、睡眠の質を高めることにつながる。運動のタイプは、ウォーキングやジョギング等の有酸素運動、ダンベルを用いるような筋トレが適している。運動強度は、息が弾み、汗をかく程度の中強度の運動が良い。運動時間は1日60分程度を習慣化することが理想であるが、60分未満でも定期的な運動習慣を身につけ、少しづつ運動時間を増やしていくことが大切である。

#### イ 食事

朝食は、体内時計の調整に役立つと言われている。また、朝食を抜くと、睡眠休養感が低下することも明らかになっている。就寝直前の夜食や間食は、体内時計を後退させるだけでなく、糖尿病や肥満をもたらし、閉塞性睡眠時無呼吸の発症リスクも高めることが報告されている。しっかりと朝食を摂ること、夜食や間食は就寝の3時間以上前に済ませておくことが重要である。

#### ウ 入浴

就寝前30～60分に熱い湯に入ってしまうと交感神経系の活動を活発にし、入眠を妨げる。入浴する場合は38～40度ぬるめの湯にするのが望ましい。

#### エ カフェイン

カフェインの摂取量は1日400mg（ドリップコーヒーで珈琲カップ4杯分）を超えないようにする。夕方以降のカフェイン含有食品・飲料の摂取は、夜間の睡眠に影響しやすいので控えるようとする。なお、カフェインはコーヒー、紅茶、ココア、緑茶だけでなく、チョコレート、清涼飲料、健康飲料などにも含まれているので注意が必要である。

#### オ アルコール

アルコールは一時的に寝つきを促進させるが、睡眠後半では逆に睡眠を浅くし、利尿作用もあることから、中途覚醒や早朝覚醒の原因となり、かえって睡眠障害を引き起こす。また、アルコールは連用することで依存や耐性を形成し、離脱作用によってアルコールを飲まないとよく眠れない状態に至る可能性がある。良い睡眠のためには、寝酒も含めて、深酒や、毎日の飲酒は推奨されない。

#### カ ニコチン

たばこに含まれるニコチンは覚醒作用を有しており、睡眠前の喫煙は、入眠潜時の延長（寝つきの悪化）、中途覚醒の増加、睡眠効率の低下、深睡眠の減少をもたらすと言われている。また、ニコチンの血中半減期は約2時間であるため、夕方の喫煙であっても、眠る前までその作用は残存することがある。したがって、良い睡眠のためには、喫煙しないことが推奨される。

#### (4) 認知行動療法

認知行動療法は、睡眠に対する考え方や行動パターンを見直し、よりよい睡眠習慣を身につけることを目的として行われる。本稿では寝具や寝室を眠るための場所として認識させる「刺激制御療法」について紹介する。

ア 眠い時だけ就床する。

イ 寝床を睡眠と性生活以外の目的に使わない。

ウ 15～20分経過しても眠れない場合は寝床から離れて別の部屋に移動し、再び眠気を感じてから寝室に戻る。眠れるまで夜通しかかってもこれを繰り返す。

エ 睡眠時間に関わらず、朝は決まった時刻に起きる。

オ 日中は居眠りや昼寝をしない。

#### (5) リラクゼーション法

ア 休息モードをONにする「片鼻式呼吸法」

(ア) 右手の母指で右の鼻翼外端を押さえ、左の鼻だけで4つ数えながら息を吸い込む。

(イ) 右手の薬指で左の鼻翼外端を押さえたら、母指を離して4つ数えながら右の鼻から息を吐く。

(ウ) 左手の母指で左の鼻翼外端を押さえ、右の鼻だけで4つ数えながら息を吸い込む。

(エ) 左手の薬指で右の鼻翼外端を押さえたら、母指を離して4つ数えながら左の鼻から息を吐く。

イ 心身の緊張を解きほぐす「筋弛緩法」

(ア) 仰臥位になり、膝を伸ばし、手掌を上に向け、軽く目を閉じる。

(イ) 両手で握りこぶしを作り、顔からつま先まで全身に力を入れて、5秒間キープする。

(ウ) 息を吐きながら全身の力を抜いて、そのまま5秒キープする。

※(イ)と(ウ)を3回ほど繰り返す。

## 2 理療治療

原則として身体症状や精神症状をともなう不眠症にはそれらの症状の軽減を目的とした施術を、不眠が主訴の場合にはリラクゼーションを目的とした施術を行う。治療効果の判定にあたっては、睡眠時間だけでなく、睡眠の満足度も重要である。

## 1. 鍼灸治療

- (1) 頭蓋内の血流がうつ滞し、脳温が上がったり、脳が興奮したりすると入眠が妨げられる。百会、四神聰、天柱、風池、完骨、安眠を用いると、頭皮や脳内血流を改善し、脳の興奮を鎮め、入眠障害が改善される。
- (2) 腰背部の筋のこりや緊張があると、胸郭の動きが妨げられ呼吸に影響がでたり、リラックスできなかつたりして不眠の原因となる。心俞、膈俞、肝俞、腎俞、身柱、神道などを用いると、こりや緊張が緩和されて、呼吸が楽になり、入眠障害や中途覚醒が改善する。
- (3) 腹部全体の張りや痛み、不快感などが原因となる不眠に対しては、中脘、巨闕、鳩尾、不容、肓俞、關元などを用いる。
- (4) 入眠を妨げる精神的な不安や興奮、動悸などを落ち着かせ、神経機能を安定させるため、内関、大陵、神門、通里、靈道を用いる。
- (5) 寝るためには、体温を上げ脳温を下げた「頭寒足熱」が必要である。しかし足が冷えると上半身に熱が集まり「足寒頭熱」状態になり、入眠しにくくなる。足三里や失眠を刺激して足への血流を増やすと、脳温が下がり入眠しやすくなる。その他、必要に応じて八風、三陰交、太衝、湧泉、申脈などへの補助的刺激が、下肢の血流を増やすのに有効である。

## 2. 手技療法

全身に対するあん摩マッサージ指圧は、血液循環や気血の滞りを改善したり、内臓機能・新陳代謝を促進させるほか、大きなリラックス効果による心身の疲労感の回復が期待できる。基本的には督脈、胃經、脾經、心經、膀胱經、腎經の経路を中心に、鍼灸治療で用いた経穴を意識して行う。

本稿では、リラックス効果が期待でき、副交感神経の働きを活発にする方法のひとつとして、ロミロミを応用したハンドマッサージを紹介する。オイルを使用し、適度な圧をかけて行う。圧をかけていく際にはやや強めの圧を、離すときはゆっくりと行う。

### (1) 前腕外側の手掌軽擦（3回×2セット）

患者の手掌を下にする。施術者は一方の手で患者の手関節を保持し、もう一方の手の母指および手掌を密着させ、前腕外側を求心的に軽擦する。

### (2) 前腕内側の手掌軽擦（3回×2セット）

患者の手掌を上にして施術者は一方の手で患者の手掌を保持し、もう一方の手の母指と手掌を密着させ、前腕内側を求心的に軽擦する。

(3) 前腕を開く（3回×2セット）

施術者は両母指を用いて屋瓦状に患者の前腕を開いていくイメージで遠心性にほぐしていく。

(4) 手掌ほぐし（3回ずつ）

手掌を上に向け、施術者は両四指を用いて患者の手の甲を保持しながら、両母指を交互に使って手関節から中手骨の方向に縦に動かしてリズミカルに患者の手のひらをほぐしていく。

(5) ソーラーポイント（軽めの圧で3回）

(4) と同じポジションのまま、施術者は両母指を重ねて、患者の手のひらの真ん中（労宮）を軽めの圧で押す。そしてゆっくりと力を抜く。

(6) 母指球と小指球の圧迫（3回ずつ）

施術者は両手の母指を用いて、患者の母指球と小指球をそれぞれ圧迫する。

(7) 掌側手関節をほぐす

施術者は両母指を交互に用いて、前腕の端から手関節の方向に縦にリズミカルに動かして、掌側手関節をほぐしていく。

(8) 合谷の圧迫（3回）

患者の手掌を下にし、施術者は母指を用いて患者の合谷を圧迫する。

(9) 第2中手骨内縁の圧迫（3回）

施術者は一方の手で患者の母指を保持し、圧を逃がさないように、もう一方の手の四指を用いて患者の手の甲に沿わせるように壁を作つてから、母指を用いて患者の第2中手骨内縁を圧迫する。

(10) 水かきのストローク（3回ずつ）

施術者は母指を用いて患者の手の水かきから各中手骨間をそれぞれ求心性に揉んでいく。

(11) 手の甲を開く

施術者は母指球を用いて患者の手の甲を開くようにほぐしていく。同時に、施術者は四指を使って、患者の手掌もほぐしていく。

(12) プッシュアップ（指の側面）

施術者は母指と示指を用いてそれぞれの指の側面を引っ張っていく。指がすっぽり抜けないようにゆっくりと行う。

(13) プッシュアップ（指の正面）

患者の手掌を上にし、施術者は母指と示指を用いて指腹側を引っ張っていく。その後、手のひらをリズミカルにほぐし、ソーラーポイントにやや強めの圧を3回加え、(1)、(2)を順に行い終了する。

## IV おわりに（まとめ）

1. 不眠患者の多くは健康や睡眠に対する不安、ストレスによる緊張などを有しているため、それらを軽減し気持ちを安定させることが大切である
2. 治療を行うにあたっては、不眠の原因を明らかにし、理療施術の適否を見極め、必要に応じて医療機関への受診を勧めるなど柔軟に対応する。
3. 患者の感情に焦点を当てた対応を心掛けること、ライフスタイルに応じた適切なセルフケアアドバイスを行うこと、症状を軽減させる行動や考えに積極的に支持をすることも大切である。

### 《引用および参考文献》

- 1) Tehamo (テハモ) Vol. 2No. 1 (通巻3号)、森ノ宮医療学園出版部、2022
- 2) 医道の日本 2015年7月号、医道の日本社、2015
- 3) 矢野忠編集主幹：図解鍼灸療法技術ガイドⅡ第2版、文光堂、2024
- 4) 内山真著：睡眠のはなし 快眠のためのヒント、中央公論新社、2014
- 5) 内山真著：睡眠障害の対応と治療ガイドライン 第2版、じほう、2012
- 6) 櫻井武著：睡眠障害のなぞを解く 「眠りのしくみ」から「眠るスキル」まで、講談社、2015
- 7) 櫻井武著：睡眠の科学 改訂新版 なぜ眠るのかなぜ目覚めるのか、講談社、2017
- 8) 西野精治著：睡眠障害 現代の国民病を科学の力で克服する、KADOKAWA、2020
- 9) 宮崎総一郎、佐藤尚武編著：睡眠と健康、放送大学教育振興会、2013
- 10) 厚生労働省 健康づくりのための睡眠指針の改訂に関する検討会：健康づくりのための睡眠ガイド 2023

<https://www.mhlw.go.jp/content/001305530.pdf>

# 不整脈に対する理療治療の一症例

指導員 古川 直樹

## I はじめに

当センターの臨床研修では、肩こりや腰痛をはじめとした運動器疾患に対する施術を行うことが多い。しかし今回、患者から「医師に不整脈を指摘された。緊急を要するものではないが、経過観察が必要である。自覚症状はないが、脈に触ると乱れており、不安なので診てほしい。」との相談があり、不整脈に対する施術を行う機会を得られたため、その経過を報告する。

## II 不整脈の概要

不整脈は、心拍が異常に速いまたは遅い、あるいは心拍リズムが不規則になった状態で、加齢とともに増加する。自覚症状がない場合もあるが、動悸やふらつき、めまい、失神などの症状を発症することもある。命に関わる場合もあるため、専門医への受診が必要と考えられる。

### 1 病態

高齢者の不整脈の場合、加齢による動脈硬化性あるいは線維性変化を伴う心疾患の増加、刺激伝導系の変性や洞結節あるいは伝導系細胞の減少、各臓器機能低下に伴う電解質異常などの病態が考えられる。不整脈には、異所性の興奮から起こる自動能異常によるものと、伝導遅延や途絶から起こる伝導異常によるものがある。

### 2 分類

#### 1. 頻脈性不整脈

脈拍が1分間に100回以上となる状態で、洞性頻脈や上室性頻脈、心室性頻脈に分けられる。

##### (1) 洞性頻脈

正常の脈拍が運動や緊張、労作時に速くなつた状態である。貧血や甲状腺機能亢進症、心不全、脱水、感染症などの疾患でもみられる。

脈拍は規則正しく、心拍数が1分間に120～130拍程度である。

## (2) 上室性頻脈

### ア 心房細動

不規則で速い心房の異常興奮。加齢、ストレス、過労が誘因となる。最初は心拍数が1分間に200拍を超えるが、慢性化すると心拍数が上がらなくなる。器質的心疾患や甲状腺機能亢進症などの基礎疾患のある患者に多い。

### イ 心房粗動

規則的で速い心房の異常興奮。心房が1分間に300拍前後拍動する。

### ウ 発作性上室性頻拍

心臓の刺激伝導系の1カ所からの突然の電気刺激の異常興奮で起こり、突然治まる。脈拍は規則正しく、1分間に150~250拍程度である。

## (3) 心室性頻脈

### ア 心室頻拍

心室で起こる規則的な期外収縮。心拍数が1分間に120拍以上で期外収縮が3連発以上出現するもの。

### イ 心室細動

無秩序に心室が興奮し、心室全体として血液を送れなくなった状態。

## 2. 徐脈性不整脈

脈拍が1分間に60拍未満の状態で、動悸のほか全身倦怠感、息切れ、めまい、失神を伴うこともある。

### ア 洞不全症候群

洞房結節の機能低下によるもの。通常でも心拍数が少なく、運動しても上昇しないため脳虚血により失神発作を起こす。

### イ 房室ブロック

心房と心室の間に異常があり、電気刺激の伝導が障害された状態。重症度により3段階に分けられる。

## 3. 期外収縮

不整脈の中で最もよくみられる。刺激伝導系に他の部位から電気刺激が加わり、異常興奮が起こることにより生じる心臓の拍動である。上室性(心房性)期外収縮と心室性期外収縮があり、自律神経系の異常や心疾患、高血圧、肺疾患などが原因で起こるが、健康な人でも起こることがあり、加齢とともに増加する。

正常な脈拍のなかに、不定期に不整脈が出現する。症状を自覚する場合は、喉に突き上げる、胸が詰まる、鼓動が一瞬止まるなどの訴えがある。安静時や夜間に心拍数の減少したときに出ることが多い。心室性期外収縮では動悸がみられることが多い。

### 3 東洋医学に基づく病態把握

東洋医学的には、不整脈による動悸やそれに伴う不安感、不快感を心悸と表現する。心悸は、直接的には心の働きである主血機能の失調とともに、神志を主る機能（心神）の失調が深く関与する。

驚き、恐れ、悩み、怒りなどの情志の変動による気機の乱れが主血機能に影響すると心悸が起こる。また、過労、久病（長く病気を患うこと）、老化、飲食不節などにより気血を消耗したり、気血の生成が不足したりすると、心が十分に滋養されなくなる。その結果、主血機能が低下するとともに心神が失調し、気機の乱れを制御する力が低下し、心悸が起こりやすくなる。さらに、実熱により主血機能が亢進した場合や、瘀血や痰湿などにより血行が阻滞した場合にも心悸が起こりやすい。

#### 1. 心気虚・心陽虚による心悸

老化、久病、発汗过多などによって心気虚、心陽虚となり、主血機能が低下し、血を送り出す力が弱くなると心悸が起こる。

心気虚では、心悸、息切れ、胸悶、倦怠感、自汗などが起こり、運動や疲労で症状が増悪する。舌質淡白、胖嫩（はんどん）、舌苔薄白、脈は虚となりやすい。心陽虚では、心気虚の症状に加えて四肢の冷えを伴うようになり、寒冷刺激により症状が誘発、増悪する。脈は微弱あるいは結代がみられやすい。

#### 2. 心血虚・心陰虚による心悸

出産、不正性器出血、外傷などによる出血、飲食不節による化生不足などによって心血虚、心陰虚となり、心が十分に滋養されないために主血機能が低下し、送り出す血も少なくなると心悸が起こる。

心血虚では、心悸、めまい、不眠などが起こり、顔色に艶がなく、口唇や爪が淡白色になりやすい。舌質は淡白、脈は細となりやすい。心陰虚では、心血虚の症状に加えて微熱、盜汗、五心煩熱などを伴うようになり、舌質紅、舌苔少、脈は細数となりやすい。

#### 3. 痰湿（水氣凌心）による心悸

飲食不節などにより生じた痰湿が心の主血機能を阻害すると心悸が起こる。脾気虚、腎陽虚などによって津液の代謝が失調している場合に起こりやすく、胸悶、めまい、頭重感、浮腫などを伴う。心悸は発作的に起こることが多く、特に食後に起こることが多い。舌質淡、舌苔白膩あるいは滑、脈は結代となりやすい。

#### 4. 内熱、内火（心火亢盛、痰火擾心）による心悸

熱性の飲食物の偏食、七情失調などによって生じた内熱、内火の影響で、心の主血機能が亢進すると心悸が起こる。また、停滞した痰湿が邪鬱化火することによって痰火となり、痰火が心の主血機能を阻害すると心悸が起こる。

焦燥感やイライラと共に心悸が起こりやすく、不眠、舌のこわばりを伴いやすい。実熱のため入眠困難を起こしやすい。舌質は紅、舌苔は黄、脈は数となりやすい。

## 5. 血瘀（心血瘀阻）による心悸

七情失調による気機の失調、寒邪の凝滯性、氣虛、陽虛による推動作用の低下などにより血瘀となり、瘀血が血脉を阻滞させると心悸が起こる。心悸は発作的に起こることが多く、その際には胸部の刺痛あるいは絞痛、胸悶を伴いやすい。痛みは背部や上肢内側に放散することが多い。口唇に暗紅色がみられ、肌膚甲錯を伴う。舌質は暗紅あるいは瘀点・瘀斑がみられ、脈は細、濡となりやすい。

## 4 総合判断

理療治療においては、体調の変化に気を配りながら、西洋医学と東洋医学に基づく考え方を統合して判断する。医療面接および脈拍や血圧、心臓の所見が重要である。動悸や脈の状態を聴取し、専門医の受診状況、診断を確認する。

東洋医学に基づく病態把握で痰火擾心や心血瘀阻などの病証は、狭心症、心筋梗塞の発症につながる場合があるため注意を要する。また、不整脈としては結脈、代脈、促脈などがある。特に、脈拍数がかなり多く、突然始まり、突然止まり、非常に不規則に打つものは病的な頻脈であるため、適切な対応が求められる。

## 5 治療

### 1. 西洋医学に基づく治療

鍼灸治療は、心疾患由来の不整脈による動悸では適応になることは少ない。原因疾患が除外され、精神不安やストレスから起こる動悸に対して適応となる。

治療は体性一内臓反射を踏まえ、心臓と関連する脊髄分節領域に出現する反応点に施術する。反応点は頸部、肩上部、肩甲間部に出現し、厥陰俞、心俞、膻中、郄門、内関などを選択し、軽刺激で行う。

### 2. 東洋医学に基づく治療

心悸は、直接的には心の主血機能の失調による症状であるため、心俞、巨闕、厥陰俞、膻中は弁証選穴であるとともに局所選穴としてよく用いられる。また、心經、心包經の経穴、なかでも神門、内関、郄門は、弁証選穴であるとともに循經選穴としてよく用いられる。

神門は心の原穴であり、心の機能失調に対して効果的である。内関は心包經の絡穴で、陰維脈の八脈交会穴でもあり、陰維脈の病証である「心痛に苦しむ」に対して効果的であることから、心の病証に対してよく用いられる。郄門は心包經の郄穴であり、急性の病症を主治することから、発作時など急性の動悸、胸悶、心痛に効

果的である。そのほか、治病求本の原則に基づき、病証に対して治法に応じた弁証選穴が用いられる。

#### (1) 心気虚・心陽虚による心悸

治法はそれぞれ補益心氣、温補心陽とする。心俞、神門、足三里などに補法を行い補益心氣を図る。また、膻中、氣海、關元などに施灸することで温陽を図る。

心俞は心の背部俞穴、神門は心の原穴であり、ともに心の病証を主治する。足三里は胃經の合土穴であり、脾胃を健やかにし、中焦を補い、氣血化生を促し、補氣を図るのに効果的である。膻中は心包の募穴、八会穴の氣会であり、心、心包の病証に効果があり、補氣を図る。氣海、關元は原氣を補い、施灸することで温陽に効果がある。

#### (2) 心血虚・心陰虚による心悸

治法はそれぞれ補益心血、滋補心陰とする。心俞、神門、三陰交などに補法を行い補益心血を図る。また、復溜に補法を行い滋補心陰を図る。

三陰交は精血に深く関わる肝、脾、腎に属する足の三陰經の交会穴であり、血証の要穴とされており、補血、活血に効果的である。復溜は腎經の経金穴で、難經六十九難に基づき補腎に効果的であり、腎は陰陽の根源とされることから、補腎を図ることで滋陰を促す効果がある。

#### (3) 痰湿による心悸

治法は去痰、去湿とする。豊隆、陰陵泉などに瀉法を行い去痰、去湿を図る。また、痰湿の生成は脾胃の機能失調と関係があるため、中脘、足三里に瀉法を行い化痰降濁を図る。

豊隆は胃經の絡穴であり、陰陵泉は脾經の合水穴である。脾胃に働きかけることで去痰、去湿に効果がある。湿邪は陰に属することから施灸も効果的である。

#### (4) 内熱、内火による心悸

治法はそれぞれ清心瀉火、清熱去痰とする。神門、曲池などに瀉法を行い清心瀉火を図り、中脘、内庭、豊隆などに瀉法を行い清熱去痰を図る。曲池は大腸經の合土穴であり、清熱効果に優れ、実熱証に対してよく用いられる。

#### (5) 血瘀による心悸

治法は活血化瘀、寛胸理氣とする。三陰交、血海などに瀉法を行い活血化瘀を図り、内関、公孫に瀉法を行い寛胸理氣を図る。

血海は血の病証に効果的であることから、血の病証の治療によく用いられる。内関と公孫は奇經治療において、「胃心胸を主治する」とされ、寛胸理氣に効果的である。

### III 症例報告

#### 1 患者情報

##### 1. 主訴

不整脈による不快感

##### 2. 患者概要

77歳、男性、無職

##### 3. 現症

以前は腰痛、大腿部の張りを主訴として来所していたが、それらの症状は軽快した。今回、不整脈による不快感についての相談があり、来所した。

3ヶ月に1度通院している循環器科で、以前から不整脈を指摘されている。原因としては11歳頃に罹患したリウマチ熱による心臓弁膜症が疑われている。手術歴はない。現在は特に自覚症状はなく、主治医からも命に関わることはないと言われているが、なんとなく脈が不安定で不安があるため来所した。

以前は医師から運動を止められており、少し走った際などに脈が上がりらず、意識を失うこともあった。しかし、体を動かすことは好きだったので、医師の話を聞かずに運動を続け、少しずつ動けるようになり今に至ること。近所の山（標高500m程度）に登ることを趣味にしているが、現在は行っていない。

##### 4. 自覚症状

脈が不安定であり少し不安を感じている。そのほか、以前のような腰痛などはあまり感じない。また、手足の先が慢性的に冷えている。

##### 5. 他覚所見

脈診：沈、虚、遅、結

不整脈：定期的に脈拍が飛ぶ、時々トトッと早く打つ。

腹診：中脘の冷え

切診：左心包経前腕部のざらつき、脾俞陥下

脈は沈んでおり、弱々しい感じがあった。六部定位脈診では心、脾が弱いように感じた。また、特に筋緊張や硬結が強い部位は認められなかった。リウマチ熱の影響と考えられる肘関節の伸展制限（150度）、胸骨の陥凹がみられた。

##### 6. 既往歴

11歳：リウマチ熱

62歳：腰椎椎間板症

67歳：加齢黄斑変性

69歳：高血圧（服薬により安定している）

不明：不整脈

## 7. 処方薬

エリキュース錠 5mg : 血液凝固阻止剤  
ランソプラゾール OD錠 15mg : 胃酸分泌抑制剤  
ゼチア錠 10mg : 血中コレステロール減少剤  
ロサルタンカリウム錠 50mg : 降圧剤

## 2 病態考察と治療方針

西洋医学的には、幼少期に罹患したリウマチ熱による心臓弁膜症（リウマチ性弁膜症）及び加齢による弁の退行性変化が起こり、不整脈を発症したと考えられる。

リウマチ性弁膜症は僧帽弁狭窄症となることが多く、左心房への過剰な負担から、心房細動を起こすこともある。そのため、運動を控える指導や血液凝固阻止剤が処方されているものと考えられる。

運動を続けた影響は不明であるが、現在は自覚症状もなく、また主治医の判断や経過観察の状況から、不整脈はあるものの病状は安定していると考えられる。西洋医学的な治療と並行し、東洋医学的な視点から治療を行うこととした。

東洋医学的にみると、脈は力がなく、遲脈であった。さらに、六部定位脈診では心と脾の機能が低下しているようにも感じた。また手足の冷え、加齢、心臓の既往はあるが、運動が好きで行っていたことなどを考慮し、心気虚に加えて脾、腎の機能低下から心陽虚の状態になったのではないかと推測した。

治療方針としては、陽気を補い心、脾、腎の機能を回復させる目的で、最初に督脈通陽法を行った。その後、心陽虚の治療穴および身体の状態を参考に俞穴、原穴、反応点などに施術を行った。鍼はセイリン製Jタイプ（寸3—1番）を使用し、浅刺して旋撲を行い、その後10分程度置鍼した。灸はセネファ製せんねん灸の奇跡（ソフト）を1壮ずつ行った。最後に全身のあん摩を心地よい程度の力度で行った。

### 1. 督脈通陽法

督脈は陽気の海と言われる。督脈を刺激することにより陽気を補い、さらに全身に氣を巡らせ、その流れを調整することができると言われている。治療の最初に行うことで、鍼灸治療の効果をより高めることができるとされている。

基本的な行い方は督脈上の経穴に棒灸や灸頭鍼、台座灸を行う。今回は腰陽関、命門、脊中、至陽、身柱、大椎に対し、督脈の流れに従い腰部から頸部に向かって順に施灸した。

### 2. 心陽虚の治療穴

前述の経穴のうち、心気、補気の目的で心俞、足三里、膻中に刺鍼した。

### 3. その他の治療穴

四肢の冷えおよび腎氣を補う目的で太渓、照海への施灸を行った。また、陷凹やざらつきなどの反応がみられた脾俞、腎俞、中脘への刺鍼も行ったほか、心の病症に効果的とされる内関を追加した。

## 3 施術内容と経過

### 1. 1回目（令和6年4月22日）

#### (1) 施術部位

灸：腰陽関、命門、脊中、至陽、身柱、大椎、太渓、照海。

鍼：心俞、脾俞、腎俞、膻中、中脘、内関、足三里。

施術後、脈に少し力が出て、不整脈も落ち着いているように感じた。これ以降の治療については、上記の治療を基本とし、その日の身体の状態に応じて行った。

### 2. 2回目～4回目（5月10日～22日）

#### (1) 経過

1回目の治療以降、1、2週に1回のペースで治療を行った。初回の治療以降、体調などに特に大きな変化はない。手足の冷えは前より感じていないこと。

2回目以降、ご自身でも治療前後に脈をみてもらうこととした。普段から自分で脈はみているとのことであった。治療後、脈に元気が出たような感じと、脈が不規則にならない様子について、ご自身で実感している様子がみられた。

#### (2) 他覚所見

脈診：沈、遲はあまり感じられない。六部定位脈診ではやや腎虚のように感じた。

不整脈：初回のように脈が飛んだり、早く打つなどはあまりみられず、全体的に穏やかな脈となった。

腹診：胸骨部のざらつきは次第に軽減した。中脘の冷えはなくなった。

切診：左心包經の前腕部のざらつきは次第に軽減した。脾俞の陷下は続いている。

#### (3) 施術

灸：同様。

鍼：中脘の刺鍼中止。ほかは同様。

### 3. 5回目（5月30日）

#### (1) 経過

体調などは引き続き悪くはない。当初より脈が安定していると自覚的にも感じている。手足の冷えが少しある。

#### (2) 他覚所見

脈診：以前と異なり、脈が浮くような感じがあり、押し返しもやや強く感じた。

不整脈：リズムはほぼ一定であるが、前回までよりも飛ぶことが多い。

腹診：胸骨部のざらつきはない。

切診：心包経前腕部のざらつきはない。心俞、脾俞やや陥下。手足の冷え。

### (3) 施術

灸：冷えに対して湧泉を追加。

鍼：同様。

## 4. 6回目～8回目（6月7日～28日）

### (1) 経過

体調は問題ない状態が続いている。脈も落ち着いているように感じる。前回のような冷えはあまり感じなくなった。

7回目の治療後、循環器科に通院した。主治医に以前より脈の状態が落ち着いていると言われ、凝固阻止剤の服用量が半分となった。そのことでかなり安心した様子であった。以前の調子のよい状態に戻ったとのこと。

### (2) 他覚所見

脈診：前回までの浮いた脈もみられなくなった。肺、脾、腎がやや弱いことがそれぞれあったが、全体的には穏やかであった。

不整脈：脈は落ち着いており、たまに飛ぶことがある。

腹診：胸骨部のざらつきはあまりないが、上腹部、特に左腹部の冷えがある。また、水分の硬結がみられることがあった。

切診：心包経前腕部のざらつきはあまりない。肺俞、心俞、脾俞、腎俞などが日によってやや陥下がみられた。

その他：患者自身はあまり気にしていなかったが、足のむくみがみられるようになった。

### (3) 施術

灸：腰陽関、照海中止、三陰交、湧泉を日によって追加した。

鍼：脈状に応じて俞穴を使用した。水分を追加。

## 5. 9回目（7月18日）

### (1) 経過

3週間ぶりの来所。体調は特に問題なく過ごしている。脈も落ちていた状態が続いているとのこと。冷えはない。今後、しばらく所用のため来所できないことがあり、今回で一旦治療を終了した。

### (2) 他覚所見

脈診：やや脾腎両虛。

不整脈：一定のリズムでゆったりした状態。たまに脈が飛ぶ程度。

腹診：胸骨部のざらつきは少しだけある。水分の虚軟。

切診：心包經前腕中枢よりのざらつき。心俞、脾俞やや陥下。

その他：足の軽いむくみ。

### (3) 施術

灸：命門、脊中、大椎、太渓、湧泉、水分。

鍼：心俞、脾俞、膻中、内関、足三里。

## IV 結果と考察、課題

治療方針に従い9回施術した。1回目の治療後から、脈が飛んだり、リズムが不規則になる頻度が減少する様子がみられた。2回目以降も脈の状態や胸腹部、前腕、背部の触察を行い、ざらつきや張りのなさ、緊張の状態に応じて治療点を選択した。9回の治療を通して、ときおり1から2拍飛ぶことはあったが、全体的には穏やかな脈になったように感じられた。さらに、当初は脈に力がない様子であったが、次第に充実したように感じられるようになった。

なお、本患者は、不整脈を指摘されてから日常生活のなかでも自身の脈を気にしており、脈をみる習慣ができていた。治療前後での脈の変化をみたり、普段から脈が安定するようになったことを実感し、喜んでおられた。主治医の診察を受けた際にも、不整脈の状態が安定していると言ってもらうことができ、服薬量を減らすことに繋がり嬉しそうであった。

今回の治療では、督脈通陽法により陽気を補うとともに、反応点への施術により、心の主血機能の改善が図られたのではないかと考えられる。他方、施術全体を通して精神的にリラックスできたことや、患者自身が脈の変化を実感して安心できただことが、心臓機能の調節を行う自律神経の機能にも良い影響を及ぼしたと考えられる。

今回の治療を通しての課題としては、以下の3点が挙げられる。

- (1) 本患者は定期通院時に心電図を計測しているが、持参してもらうことができず、治療開始前後の心臓の状態を比較することが叶わなかったこと。
- (2) 不整脈に対する施術経験がなかったことから、血圧や脈拍などの測定を失念していたことや、治療穴に関する知識が少なく、より効果的な治療ができた可能性があること。
- (3) 治療による変化は、脈の触診および患者自身の主観的な感想のみであった。NRSなどの指標も活用して評価を行うことで、治療による自覚症状の変化をより捉え易くなつたと考えられること。

## V おわりに

不整脈に対する施術は初めての経験であり、患者から相談があった際にはどのように治療を行って行くべきか苦慮した。治療穴として様々な経穴が挙げられているが、経験が不足していたため、患者の脈の状態や身体の反応をみながら治療点を選択した。

客観的な評価は難しかったが、患者自身が脈に触れ、自身の脈が治療開始前の不安定な状態から変化していることを実感し、不安が軽減した様子がみられ、満足感を得ることができ、よかったです。

今回、経験のない症例ではあったが、患者からの訴えとともに患者の身体を注意深く観察することで、満足感の得られる治療につなげることができたことは、よい経験となった。今回の課題を踏まえ、幅広い症例に対応できるよう努めていきたい。

### 《引用・参考文献》

- 1) 国立循環器病研究センター（不整脈）  
<https://www.ncvc.go.jp/hospital/pub/knowledge/disease/arrhythmia/>
- 2) 不整脈ドットコム  
<https://fusei39.com/>
- 3) 矢野忠ほか：図解鍼灸療法技術ガイドⅡ 第2版 文光堂 2024年
- 4) 教科書検討小委員会：新版 東洋医学臨床論（はりきゅう編） 南江堂 2022年
- 5) 脇英彰ほか：鍼治療単独により心室性期外収縮頻度の減少が得られた一症例 全日本鍼灸学会雑誌第69巻3号(217-224) 2019年
- 6) 池田政一：経穴主治症総覧 医道の日本社 2017年
- 7) 首藤傳明：超旋刺と臨床のツボ 医道の日本社 2009年
- 8) 藤井正道：灸法実践マニュアル BAB ジャパン 2009年

令和 6 年度  
北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター 研究紀要

発 行 令和 7 年 9 月  
編集発行 北海道札幌視覚支援学校附属理療研修センター  
〒064-8629  
北海道札幌市中央区南 14 条西 12 丁目 1 番 1 号  
電話・FAX 011-533-3253  
E メール ahaki@popmail.hokkaido-c.ed.jp