

北陸支部セミナーレポート

講師 守屋徹先生

中川 佳親

2月25日と26日に守屋徹先生をお招きし、『痛み学、レッドフラッグの除外診断そしてテクニック「センタリングの技法とツリーポイント・リリース』と題して二日間にわたり開催されました。

北陸支部主催のセミナーは年一回開催されますが、毎回25人前後の参加者であるのに、今回は全国から50名(JSC会員34名一般が16名)の申し込みがあり、守屋先生の人気には驚かされました。

一日目は、「痛み学」についての講義がありました。カイロジャーナルでも掲載されていた内容だったので、私自身、以前から大変興味があり、是非ともお話を聞かせたいと思っていました。“痛み”は本人にしか解らない感覚で、“痛み”の発生過程を科学的に分析することにより“痛み”と言う現象を理解することをお詳しく教えていただきました。

二日目は午前「除外診断」午後は「テクニック」についての講義があり、とても有意義なセミナーとなりました。

その中で私が印象に残ったのは、「除外診断」です。除外診断で最も重要なことは、的確な診断をくだすことです。「こうであろう」と言う思い込みにより医療機関への紹介が遅れ、命取りになることがあるからです。そうならないために問診、基礎検査、カイロ検査などは当然ですが、増悪因子と緩解因子は何かを聞き取り、関連づけ、危険を回避する手がかりになる事柄を発見する必要性が判りました。

今後の施術において、患者にどのような疾患の可能性があり、どのような検査を受けたのか、この検査テストから除外される疾患とそうでない疾患とを明確な判断が出来るようにならないといけないと感じました。

懇親会では協賛の江崎機械㈱江崎社長の乾杯の挨拶で始まり、富山湾の新鮮な刺身の船盛りを舌鼓を打ち、おいしいお酒に酔いました。その後、談話室では深夜遅くまで番外セミナーが開かれ夜を明かしました。

今回、講師を務めて頂きました守屋先生には二日間にわたり、ご講義いただき本当にありがとうございました。また、セミナーに参加された先生方、大変お疲れ様でした。今後も、皆さんに喜んで頂けるような北陸セミナーを企画いたしますので、ご参加をお待ちいたします。



痛み学

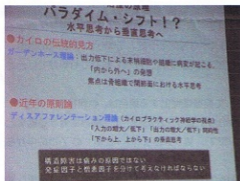
小松 正徳

日本カイロプラクティックセミナー in 茨城に行けなかった自分としては、本当に嬉しく楽しみにして、この北陸の地（氷見）でのセミナーを切望していました。守屋先生、皆様、本当に有難うございました。

まず守屋先生は、フローダ・カロさんという無名女流画家の人生、絵などを通じて、痛みの特徴として「同じ痛みを共有することは、誰にも出来ない」ということや、患者サイドの問題は、①医師、医療への不信任や能力を疑う。②ドクターショッピング③医療費増大など医療サイドでは①痛み研究の遅れ②痛み学の教育がないこと③痛み治療の不適切を上げられておられました。米国の「痛み10年宣言」を機に世界で取り組むようになり、神経学の研究、脳の理解もかなり進展した。国際疼痛学会（IASP）は、1979年痛み定義

は「痛みとは、不快感覚性・情動性の体験であり、それには組織損傷を伴うものとそのような損傷があるように表現されるものがある」などの痛み学の変遷史を述べられました。痛みの分類では侵害受容性疼痛、神経因性疼痛（障害性）、心因性疼痛のこの3つの痛みしかない。

この侵害受容性疼痛が重要で5段階の変化をする。①変換②伝導③伝達④認知⑤修飾という。侵害（痛覚）受容器には一次痛の高閾値機械受容器と二次痛のポリモーダル受容器があり、ポリモーダル受容器終末は未分化で原始的な重要な受容器である。皮膚・筋肉・関節・内臓など全身的に分布（最初の現場）ある刺激に特異的に反応する受容器と異なり、機械的（物理的）、化学的（炎症メディエーター）などの様々な刺激を一つの受容器で受け付ける。ポリモーダル受容器の特性は①多様性②広作動域③広域分布で反復刺激による再現性が極めて悪く生体内の環境をリアルタイムに伝える情報網を作っていると想定できると言っておられました。



症例ビデオでは富山県的女子医大生の「線維筋痛症」を取り上げられ石川県小松市の加茂整形外科病院でのトリガーポイントブロックという局部麻酔で全身300ヶ所の注射で筋肉を緩ませて血流をよくして痛みを和らげる治療をし、その患者さんが、この病気で特に医師の認知度の低さや見過ごされやすく重症化になりやすいとか、診断のできにくいことなどが体の痛みより心に強く痛みを感じていました。そのほか、ここまでの事は WITH YOU - JSC NEWS - の P35 に茨城の先生が上手に書かれておられます。カイロジャーナル第71号にも守屋先生の「痛み学 NOTE」で詳しく書かれておられます。

それでは最後に守屋先生はカイロプラクティックとは一つの生命観（生きる方法）であり、その考え方は患者さんの「生きる」ということに活かすことである。カイロプラクティックの治療の目的とは「活き活きと生きる」ためのお手伝いをするにある。富山弁で言うとキトキトに生きると言います。守屋先生はゼネラリストを目標とし、人として成熟する努力をすることがこれからの自分らの生きる道であるとおっしゃられ、とても共感致しました。NCAの卒業式のとき故角野善則先生も同様なことを言っておられたことを思い出しました。

レッグフラッグの除外診断

山田 隆司

守屋セミナーの2日目、2月26日(日)の午前中は、禁忌症の除外診断の講義であった。病態を推論する中で、「レッドフラッグ」、「グリーンライト」、「イエローフラッグ」の3つに分類し鑑別していく。

レッドフラッグは、14のチェック項目(※1)を参考に危険な病態や慎重な検査が必要な徴候を除外することである。筋骨格系疾患における除外すべき疾患は、全体の1~5%だそうだ。その他の95~99%は、自己限定疾患(グリーンライト)として治療対象とされる。自己限定疾患は、放っておいてもやがては治る病態だそうだ。

治るはずのものがなかなか治らない、再発を繰り返す、そして長期慢性化する場合は、心理社会的要因(イエローフラッグ)に目を向ける。イエローフラッグには7つのカテゴリーがあり、I「痛みに対する態度と評価」、II「行動」、III「補償問題」、IV「診断と治療」、V「感情」、VI「家族」、VII「仕事」の7つの中から関連がありそうなものを特定していく。

講義では、いくつかの症例が紹介され、受講生と病態を推論する形式で進められた。病歴聴取や検査を進めていく中で、障害部位を推論し特定していく。除外すべきものとするならば、専門医を勧める。

特定の情報に捉われて、身体所見のとり方が不十分だったりすると思わぬ見落としがあり、見落としの原因の多くは病歴聴取にあるそうだ。

今回のセミナーを受講させていただいて、除外診断を行うにも幅広い知識が必要であることを思い知らされた。先入観を持たず、病歴聴取や検査を通じて、より正確に推論していけるようになりたいものである。また、恥ずかしながら勉強不足をつくづく感じた2日間でもあった。

★除外診断のためのレッドフラッグ 14

- 発症年齢(20歳未満、55歳超)
- 最近の激しい外傷歴(交通事故、高所からの転落)
- 進行性の絶え間ない痛み(夜間痛、緩解姿勢がない、動作と無関係)
- 胸部痛
- 悪性腫瘍の病歴
- 長期にわたるステロイド剤の使用歴
- 全体的な体調不良
- 原因不明の体重減少
- 腰部の強い屈曲制限の持続
- 脊椎叩打痛
- 身体の変形
- 発熱

●聴覚直腸障害とサドル麻痺（馬尾症候群の疑い）

●非合法薬物の静脈注射、免疫抑制剤の使用、HIV 陽性

※画像検査・血液検査のリクエストが望ましい。複数当該項目であれば尚のことである。当該項目がなければ、重大な脊椎病変は99%存在しない。（Wanddel G,1999）

ツーポイント・リリースで行うセンタリングの技法

高橋 克典

【原理】入力と出力のバランスをコントロールしているのはどこか？という疑問に対して小脳の誤差学習の問題ではないか？と考えた。それは小脳の環境の問題であって病的な問題ではない。小脳の環境は小脳テント、大脳カマのテンションのバランスであって小脳に対するストレスや負荷が反応の遅延を引き出している。【センタリングとは？】テンセグリティ・モデルは圧縮素材と張力筋の連鎖で平面では三角形、立体では正四面体構造である。その構造が歪むと停滞軸をつくり、その軸を中心に運動するようになる。バランスを取って軸の無い状態にすることをセンタリングという。停滞軸はA δ とC線維からの信号が大きく、IaとA β 線維からの信号が小さいと小脳で出力信号の遅延が生じ軸をつくる。

「五感」からの入力は脳で「意」の修飾を受けて出力され、反射系である運動系や自律系に反応が現れる。大脳カマ・小脳テントの正四面体バランスを整えると出力が正常になる。外部刺激による神経信号が脊髄脳幹反射中枢に入力され、神経核から運動系効果器（筋）や自律系効果器（分泌腺）に作用するのである。

小脳の機能異常は、運動ではバランスが悪くなったり、動作のタイミングが狂ったり、手足の動作が意図したものではなくなる。また言語では舌を動かすタイミングや口の形を作るタイミングが重要である。小脳が障害を受けるとタイミングが取れなくなり、言葉が不明瞭になる。

【抑制バランスの検査法】（反応遅延をみる）

- ①下肢長差反射チェック、②腕長差反射チェック、③Oリングテスト、④筋力テスト、⑤AK;TL・challenge、⑥ α ニューロン遅延テスト、⑦内圧変動チェック、⑧圧テスト抑制バランス

【ツーポイント・リリースの手順】

- ①内圧変動を起こしているポイントを見つける。（第1ポイント）
- ②停滞軸の停止ポイントを見つける。（第2ポイント）
- ③回旋軸性を検査する。第1ポイントが緩む方向
- ④抑制バランスの確認
- ⑤リリースの手法：傾聴・リコイル・インパルスなど

検査で内圧を観るときは押さないで通す感じしてみる。押すと反発が起きてそのポイントの硬さしか分からない。「観る」とは「見ないでみる」望鏡・縮鏡で、二輪視線・交叉視線でみる。中空視点・虚空視点である。

機能の遅延は刺激を入力して、インジケータ筋の α -Nの遅延で検査する

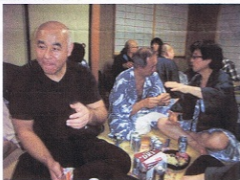
Figure 1

例えば顔面神経の場合は「イー、ウー」と言わせてインジケータ筋を調べる。舌下神経の場合は、舌で左右の頬を押させて調べる。自律神経は吸気・呼気で調べる。動眼神経などは眼球運動をさせて調べる。副神経は肩を挙上させたり、顔を左右に向けたりして調べる。等々。

治療は頭部の正しいめんたいを調べ、ツボポイント・リリースで、小脳テント・大脳カマのバランスを整え、停滞軸をなくす。小脳を治療すると多くの反応遅延は改善するが、後は残っている部分を治療する。治療後は反応が現れた刺激でさいけんさする。

※セミナーのDVDを1枚4,000円(①痛み学、②除外診断、③テクニックの3枚組)で販売します。問い合わせは、高橋克典まで

☎0766-52-3706





今回は北陸のセミナーを守屋徹先生にお願いしたら、全国から先生方集まり盛大に行われたので、その特集をしました。

北陸のお世話をした先生方、お疲れでした！

今年も北陸セミナーをする予定しています。またこんな事が勉強したい！この先生を呼んで勉強がしたい！っていうのがあれば言ってくださいねー。

お知らせ

24年度定期総会のご案内

日時：4月29日（日） 15時～17時ごろ

場所：洋風居酒屋 ポワル

高岡市末広町7-11 TEL：0766-25-7555

■勉強会のお知らせ

- 富山例会 第2、第4金曜日22時～ 高橋カイロプラクティック全一堂にて
- 黒部例会 第3金曜日21時～ みやざき接骨院にて
- 金沢例会 勤労者プラザにて (問合せ：高橋克典まで)

会計からのお知らせ

23年度の年会費を未納の先生は納めくださるようお願いいたします。

編集後記

今年の春の訪れが遅く、まだ私はタイヤを交換していない。いつもは3月中頃にはもう交換が終わり静かに運転が出来ているのだが…早く変えたいのだが、先日も朝方から雪が降り朝起きたら5センチほど積もっていた。これがたちの悪い雪でベチャベチャ雪でスリップしやすい。その日の朝、高速2区間で3台はスリップ事故があったそうな…皆さん！気を付けてくださいねー

23年度は先生方に大分無理を言って原稿を書いていただきましたが、予定では4回出すのが3回しか出せませんでした。すいませんでした。今年度はそういうことがないように努力していきますので、先生方も原稿依頼がきましたら、苦しいしながらでも引き受けてくださいねー(笑) よろしくお願いたします！