

第 1 章

スポーツ診療のポイント

1

Minor injury の考え方

1 スポーツ医療に対する患者の要望

A. 痛みをとる

スポーツの現場では、傷害部位の“解剖学的な治癒”よりも、まず最初に痛みなどの“症状をとる”ことが要求されることが多い。言い換えれば、患者（選手）は、正確な診断よりも対症的な治療を希望する場合が多いといえる。

B. パフォーマンスを発揮する

一般の診療では、ADL レベルへの復帰をゴールとする症例がほとんどだが、スポーツの診療では、元のパフォーマンスレベルへの復帰がゴールとされる。よって、治療成績に関しては、ADL への復帰の有無ではなく、最終的には選手が希望するレベルの運動ができるか否かで評価されることが多い。

2 診断名のつかない疼痛や機能不全の扱い方

A. なぜ痛むのか、その原因と診断は？

スポーツ選手の診療にあたり注意しなければならないのは、患者は、通常まず「痛みをとる」治療を優先することである。臨床的には、実際に訴えのある部位の診察や画像診断で明らかな異常が認められず、疼痛の直接的な原因が「診断名」として確定できない場合も少なからず経験する。過去のスポーツ整形外科の報告を見ても、診断名の中に、「診断のつかない〇〇痛」という分類もかなりの頻度で散見される。

B. minor injury とその解決

スポーツの診療では、このような局所の客観的異常所見が乏しいために、結果的に「診断名がつけられない疼痛や機能不全」と表現せざるを得ない病態や、その他

にも、打撲や疲労、トレーニングや運動負荷が原因で発生する症状、あるいは、環境などの外的要因によって発生する疼痛、また、全身的な機能不全の結果引き起こされた二次的な症状など、いわゆる「minor injury」ともいうべき病態が数多くみられる。スポーツの診療においては、一般的な診察や画像検査で「器質的な診断名」を決定できる病態以外に、選手のニーズに合わせて、このような minor injury ともいうべき愁訴を解決することが重要な課題である。

2

全身から各部位へ

1 傷害発生の「原因」と「結果」

A. 身体の各部位が影響を及ぼし合っている

身体のある部位に疼痛や機能不全が発生した場合に、その部位の単独の問題ではなく、身体他の部位の様々な不調が関連していることも多い。特に、慢性の「障害」の場合は顕著であり、経過が長くなるにつれ、身体の代償機能も発揮されることにより、傷害発生の原因と結果が複雑に絡み合ってくる。また、通常は「外傷」と分類される「1回の外力によって発生した傷害」においても、その発症には、身体各部位の疲労や慢性の機能不全などが影響を及ぼしていると考えられる場合も少なくない¹⁾。

B. 原因と結果の絡み合い

慢性の経過の中では、身体のある部位の不調が原因で、他の部位の傷害を引き起こし、その傷害が第3の機能不全の原因となるような「傷害の連鎖」ともいうべき病態が数多くみられる。一般の診療でも当然のことではあるが、スポーツの診療では特に、顕在化した症状の根幹をなす最初の原因がどこにあるかを明らかにすることが重要である。さらに、その中には、一見、結果と思われる傷害がさらに新たな次の傷害を引き起こす誘因となっている場合も稀ではない。このような複雑に絡み合った「傷害連鎖」の原因と結果を紐解くことが、スポーツ診療の醍醐味ともいえる。

一例をあげる。身体各部位が複雑に影響を及ぼし合っていることが理解しやすい理論として、背面の大きな筋群（帯状構造群）は、僧帽筋～広背筋～脊柱起立筋～

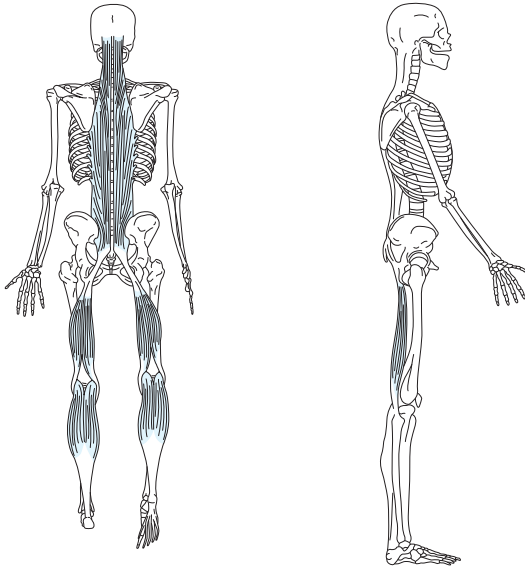


図 1-1 superficial back line (SBL) (文献 2 より改変)

SBL は、足底から頭頂まで、カメの甲羅のように身体後面をつなぎ、保護している。このラインは、足から膝までと、膝から眉までの 2 つの部分からなる。起立時のように膝が伸びると、SBL は筋・筋膜が統合された 1 本の連続ラインとして機能する。SBL の全体的姿勢機能は、身体を完全に直立伸展した状態に保ち、屈曲胎勢のように丸まって屈曲する傾向を防ぐことである。

殿筋～ハムストリング～腓腹筋まで連動して作用しており、体中に張り巡らされたこの筋・筋膜の網を通して、姿勢や動作の安定が得られているという考え方がある(図 1-1)²⁾。そして、この筋・筋膜連結のどこかに歪みがあれば、その歪みの影響が体の他部位に波及する。このことは、例えば、肩こりが腰痛に関連したり、逆にハムストリングの緊張を緩めれば腰痛が軽快するなどの例で説明され得る。機能面からの考察では、上半身のパワーを生み出すのは肩甲帯周辺、下半身のパワーを生み出すのは骨盤帯周辺、それぞれのパワーを連動、伝達するのが腹筋群や背筋群(コア)と考えると動きの基本が理解しやすくなる。この考え方からは、四肢において各種の障害が発生した場合には、まず、背筋群や殿筋など体幹の背面の機能が大きく影響する場合が多いことが容易に推察される。

◆文献

- 1) 白石 稔, 他. 日臨スポーツ医会誌. 2007; 15(4): s143.
- 2) Myers TW. アナトミー・トレイン. 第2版. 医学書院; 2012. p. 81-106.

3

診察室で

1 診察室の環境

スポーツ診療の場として好ましい診察室の環境をあげる。まず、患者が安心して診察を受けられるように、身動きしやすい衣服（短パン、半袖Tシャツ、スリッパなど）の着替えが必要である。診察内容によっては、背部や上半身の詳しい視診や触診も必要となるので、背部が広く開いた前掛けも有用である。診察室はできるだけ広く、できれば、後に述べる簡単な機能評価ができるスペースがあれば好ましい。スペースには、ストレッチマットや昇降動作が確認できるステップが欲しい。また、ベッドは壁に密着するのではなく、検者が四方から患者の診察ができるように、周囲がオープンスペースになっていることが重要である。壁には全身が映るサイズの鏡も欲しい。

2 診察のポイント

A. 視診, 問診, 触診の重要性

1) 診察の原点

実際の診察の手順であるが、最も重要なのは、診療の基本である「視診」, 「問診」, 「触診」を大事にすることである。患者が診察室に入った時点から、歩容や姿勢を観察し、機能障害と痛みの程度を大まかに判断する。患者に楽な姿勢をとってもらおう配慮をし、簡単な挨拶と自己紹介をする。同伴者がいる場合は、患者との関係を尋ね、同席の可否を判断する。

2) 特に問診が重要

その中でも、特に問診が重要である。真摯で共感的な態度で訴えを聞くことが重要である。問診の初期段階で、外傷性疾患か否かの判断を試み、主訴、症状の発現時期、原因や誘因、痛みや機能障害の程度、その持続期間と推移、部位、運動時の

変化などについて丁寧に問診する。これまでの治療歴や既往歴に関する情報もきわめて重要である。問診によって受傷機転を明らかにすることは、診断、治療のプロセスにおいて最も重要なファクターであることは言うまでもなく、患者と丁寧に会話をすることで、傷害に係る様々な要因、特に傷害発生に影響しうる外的因子などが明らかになってくることも多い。スポーツ選手の場合、本人の競技レベルや競技上の最終的なゴール（希望）を明らかにすることが、治療方針を考える上で重要である。スポーツ選手は、自我がはっきりしており、中には医療従事者とうまくコミュニケーションを取れない場合もあるが、ゆっくりと時間をかけて、相手の心情までも理解する姿勢を見せることで、患者との信頼関係も芽生え、自然な会話の中で診療に関する有用なヒントが引き出せる例も多いと感じている。

B. 診察の基本

1) 視診

姿勢は立位で、水平面、前額面、矢状面から観察する。骨盤の非対称や腰椎弯曲の程度、肩甲帯の非対称、下肢の静的アライメントなどを確認する。その後、歩容の評価も行う。

2) 正常可動域と正常なアライメントの重要性

種々の原因で身体の各関節の正常な動きが妨げられた結果、疼痛や腫脹、炎症や機能不全が発生する。よって、静的な安定化機構および動的安定化機構の正しい働きのもと、関節の完全な可動域が保たれて、その全可動域において関節面が正しいアライメントを保ちながら動く（転がり、滑り、軸回旋）ことが症状を生じさせないポイントである¹⁾。実際には、関節周囲のあらゆる軟部組織の総合的な影響を受けることになるので、筋・腱の弾性、緊張度、タイトネス、単一筋の筋出力および周囲の筋群との良好な協調運動が獲得されていることが必要である。

3) 開放運動連鎖（open kinetic chain: OKC）より閉鎖運動連鎖（closed kinetic chain: CKC）での評価

特に下肢機能は、ベッド上の非荷重の状態ではなく、より実際の運動時の身体状態に近い荷重時で評価することが好ましい。立位での下肢の静的および動的アライメントを評価することは診察の基本である。

C. 簡単な機能評価

筆者は、臥位および立位での体幹および殿部・股周囲筋の評価と、片脚でのスクワット動作、カーフ・レイズは、基本的な機能評価としてスポーツ選手に対しては必ず実施するようにしている（図 1-2, 1-3）。

柔軟性に関しても、スタティック（静的）ストレッチングとともに、バリスティッ