

健康文化

肩こりについて

辻井 洋一郎

本誌の第5号で『最も身近であって、最も縁遠い「筋痛症候群」』と題して、筋痛症候群の概要を述べた。筋痛症候群は筋痛を主訴とし、腰や足の冷え、発汗異常、皮膚や爪の変化、筋の短縮による関節の可動域制限、耳なりやめまい（平衡障害）、感冒・鼻炎・口内炎などの感染への抵抗力の低下、静脈瘤や骨盤位（さかご）などのさまざまな症候・徴候を呈する症候群である。近年、筋痛症候群に対する関心が高まり1989年に米国のミネアポリスではじめて行われた筋痛症候群をテーマとする国際シンポジウムは、1992年にデンマークのコペンハーゲンにて第2回が行われ、来年、1995年夏には米国、テキサス州のサン・アントニオにて第3回の会議が開催される。また筋痛症候群の論文を中心として扱う雑誌（*Journal of Musculoskeletal Pain*、米国）も今年で2年目を迎えている。筋痛症候群の原因や病態については未だ不明なことが多いが、これらの国際会議や雑誌の果たす役割は今後ますます大きくなるであろう。本稿では、筋痛症候群の症状の中でも代表的な肩こりの発生機序および治療法を筋の病態運動学的立場から述べることにする。

筋痛症候群に特徴的な病的現象は筋を短縮させたときに発生する短縮痛と、その短縮痛が発生する“寝違い”や“ギックリ腰”時などにみられる疼痛抑制姿勢である。疼痛抑制姿勢は短縮痛の防止を目的としてとられる姿勢のことである。筋痛症候群に特徴的な圧迫にて独特の痛みを誘起し、触ってコリコリした“しこり（筋硬結）”のある筋は随意的に収縮させても（収縮痛）、他動的にその筋を短縮させても（短縮痛）強烈な痛みを生じる。この現象の代表的な例は“こむら返り”や筋の“つり”である。こむら返りを体験された人はご存知であろうが、筋が引きつってきたと思う間もなく痛みが発生し、その筋を短縮させようものなら、その痛みはより増強し、身体の運動がすべて抑制され、身動きがとれなくなるほど強烈なものである。スポーツ・クラブなどに所属している場合、先輩方がこむら返りの“治療法”を知っていて、その場でこむら返りを起こしている筋をストレッチ（伸長）して、治してくれる。日頃、筋痛症候群の患者と接した経験からすると、そのような“治療法”を知らなくとも、

我々の身体は自然に筋痛が発生しなくなる姿勢を知っているようである。その防御反応が“疼痛抑制姿勢”と呼ぶ姿勢の調節反応である。筋痛症候群の患者は痛みがすでに生じていたり、痛みが生じる可能性のある筋硬結の存在する筋をストレッチしているのが常である。よって短縮痛の生じる方向への運動可動性は意図的に制限されることにもなる。この短縮痛の発生を予防する姿勢調節現象は急性に分や時間単位で起こるものから、慢性化して月や年単位で進展するものまである。急性の姿勢変化はその程度が激しい割には、回復も劇的によいことも多い。しかし慢性化したものはその経過が緩慢であり、姿勢も徐々に変化するため、その原因を発見するのが困難であることが多く、回復も容易ではない。その一つの慢性例が肩こりである。本来、肩こりは肩がこるという“感覚”であり、肩の筋が硬くなっているからといって必ずしも肩こりを訴えるものではない。しかし肩こりを訴える人のほとんどは首、肩、上背部の筋が硬くなっていることが常である。つまり“こり”とは外部からの圧迫に対する筋の抵抗が増している、筋緊張亢進の状態である。それらの筋の中には明らかな筋硬結を有するものから、そうではないものまで種々存在するが、筋緊張が亢進しているという点では共通している。その筋緊張亢進の原因には神経原性や筋原性のもの、あるいはホルモン原性のものなどさまざまな可能性が考えられている。筋の一部線維に存在する筋硬結を特徴とする筋痛症候群にとって、この筋緊張亢進は最も一般的な現象である。

慢性化したほとんどの肩こりは筋痛症候群に特徴的な短縮痛の予防を目的とした疼痛抑制姿勢をとるときのプロセスにおいて起こるものと考えている。肩こりを完全に治す納得のゆく方法を未だ聞いたことはない。肩こりに悩む人は多く、誰でも身近な人の中から、肩こりの人を数人は挙げるができるはずである。一時的な症状の緩解はあっても、肩こりが完全になくなったという話を聞いた人はほとんどいないはずである。即ち、現在、私の知る限りにおいて、肩こりの正しい治療法はないか、あるいは肩こりの発生機序の想定に誤りがあるはずである。私は筋痛症候群の人を治療する立場から、臨床経験の中から検査や患者の身体的変化をとおして、肩こり発生機序の仮説をつぎのように考え、その仮説に基づいて徒手による治療を行っているので紹介する。

筋痛症候群は慢性化すると一つの筋のみの局所的な疾患ではなく、全身の筋に筋硬結が生じる全身性の疾患となる。筋硬結が全身に広がるプロセスや、広がってからも、痛みやその他の症状を惹起する筋硬結の活動性が高いときには、短縮痛を避けるための疼痛抑制姿勢が常に必要であり、肩こりもこのプロセスの中で生じると考えている。肩こりを訴えるすべての患者は殿筋などの緊

張も亢進し、そこに筋硬結が存在することに気がつく。肩がこっている人は尻もこっているのである。肩のこりの方が尻のこりより感じやすいようであり、こりの程度が相当強くなると尻のこりは感じないようである。もう一つの事実、首、肩および上背部の筋だけの緊張を低下させる治療では一時的な肩こりの改善はみられるが、ある期間を経て再現することが常である。ここで肩こりは肩のみの病態ではないことと、肩と他の身体部位、特に殿部との相互関係のあることがわかる。そこで治療部位として首、肩および上背部の筋に加えて、殿部筋と殿部と肩をつなぐ腰部筋を含めたところ、肩こりの症状がなくなるだけではなく、姿勢の変化もみられた。姿勢変化の特徴的なことは、いわゆる老年性の前傾姿勢が改善したことである。立位にて、股関節が伸展し、腰椎の前弯が出現し、上半身が床に対して垂直になり、両肩が下がり、首と頭が前に垂れた位置から後方に引かれ、身長が伸びたようにみえた。この姿勢の変化が疼痛抑制姿勢からの解放であるならば、治療前の姿勢は治療を行った筋に生じる短縮痛を防止していた姿勢であることが予想される。つぎにどの筋の筋硬結から生じる短縮痛を抑制していた姿勢であるのかが問題となり、治療する筋を減らしていったところ、殿筋と脊柱の固有筋である腸筋と最長筋（図1）のみの治療にて軽い肩こりは消失することがわかった。このことなどから肩こりの発生機序をつぎのように推測してみた。殿筋に発生した筋硬結により生じる短縮痛を抑制する姿勢、即ち殿筋を常にストレッチする姿勢は股関節の屈曲である。立位にて股関節の屈曲を行うには上半身を前傾にするか、あるいは大腿の屈曲である。立位にて大腿を屈曲させるには、膝関節も屈曲させなくてはならないから、常に大腿四頭筋を収縮させることとなる（正常な立位では身体で最大の膝関節を伸展位でロックすることで大腿骨が脛骨の上に安定し、大腿四頭筋が常時収縮しなくても立位を保つことができる。）。これではすぐに疲れてしまうので、上半身を前傾させて、股関節の屈曲をとる。上半身の前傾姿勢には腸筋と最長筋が働き、上半身が前に倒れてしまうのを防止する。このことで腸筋と最長筋の緊張は亢進すると同時に、他の頸筋や肩の筋までもその姿勢を保つために緊張を亢進させる。ここに肩こりが生じることとなる。また殿筋に筋硬結が発生するとき、大腿四頭筋やふくらはぎの腓腹筋やひらめ筋などに筋硬結が同時に発生することが多い。さらに腸筋は骨盤の骨である腸骨から第一の頸椎につき、最長筋は腸骨から頭蓋骨の側頭骨につくことから頭痛や顔面の症状の原因筋にもなる。通常、肩こりは単独な症状ではなく、腰痛や頭痛などの他の症状と併発することが多い。その理由は筋硬結を特徴とする筋痛症候群が全身性の病態であることによると考えられる。肩こりといえども

全身の筋の連結を考慮し、筋硬結の特徴である短縮痛の性質を理解したうえで病態筋運動学的に解釈しない限り、臨床的には解決しえない問題であるように思われる。

(名古屋大学医療技術短期大学部助教授)

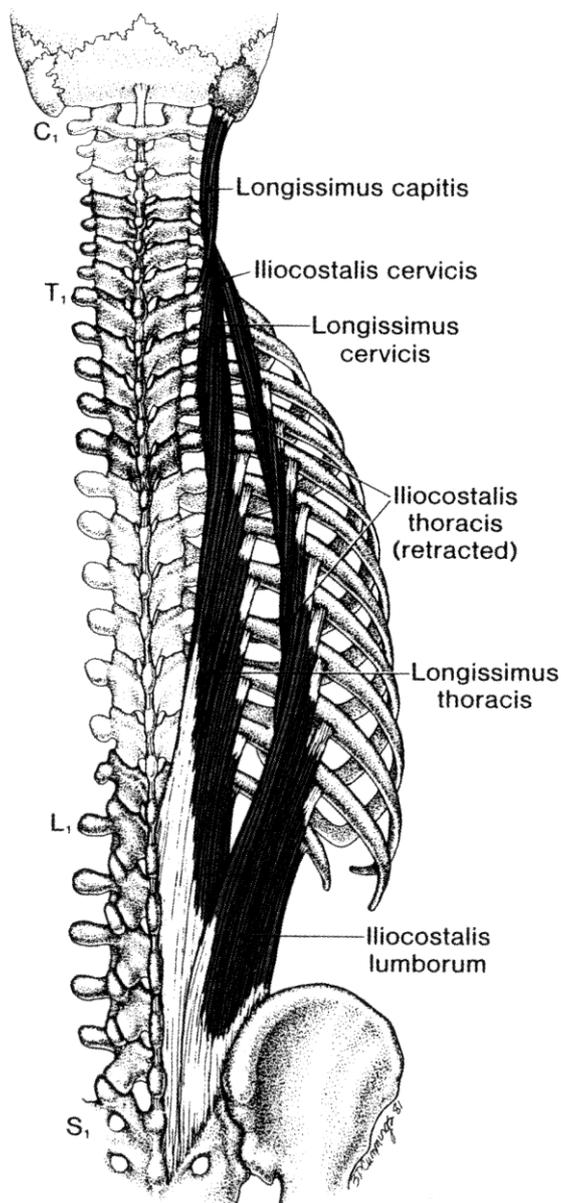


図1 腸肋筋(Iliocostalis)と最長筋(Longissimus)付着部位。
(JG Travell & DG Simons,1983 より)