

頭痛や頸部痛、顎関節痛、胸郭出口症候群などの頭部から上肢にかけての傷害に対する理学療法は最近のトピックスの一つである。肩凝りというわが国独特の呼び方だけでは想像しにくい、頸部痛や頭痛との関連が高い。姿勢制御や肩の身体他部位との関連性についても臨床的には興味ある領域である。また肩凝り、頭痛、頸部痛で悩む方は医療機関内外にも多くみられる。本特集は、肩凝りに関する解剖、肩凝りの特徴から、顎関節、頸部痛、胸郭出口症候群などの症状を軽快させる方法について機能改善という面から企画した。

■頸部の筋の解剖—特に神経支配との関連について（佐藤達夫論文）

理学療法領域で注目されている頸部の筋について、神経支配と関連づけながら解剖のあらましを述べた。頸部の筋は浅・中・深3群に分けられる。深層の固有背筋は、脊髄神経後枝の外側枝を受ける外側群と同内側枝に支配される内側群（横突棘筋）とに分類されるが、肋骨を欠く頸部では、内測群が優勢であり、複雑な層的分化をとっている。層構成のあらましを示すとともに、多くの筋の支配神経の筋内分布を図示して診療の参考に供した。

■肩凝りの特徴と理学療法への留意点（篠崎哲也論文）

日本人の多くが愁訴として訴える肩凝りであるが、その病態、診断、治療などに関する研究はこれまでごくわずか行われているのみで、エビデンスもほとんど存在しない。肩凝りには原発性と症候性のものがあり、両者の鑑別は重要である。肩凝りに対する運動療法は、数少ないエビデンスを有する有効な治療手段である。今後、肩凝りに関する科学的研究が蓄積され、病態の解明やエビデンスに基づく診断や治療体系の確立が必要である。

■頭痛・頸椎症性神経根症に対する理学療法（上田泰久論文）

頸椎の退行変性疾患では、頭痛・頸部痛・上肢痛などさまざまな症状を呈する症例が多い。このような症例は、特徴的な姿勢・動作のパターンから頸椎の過剰な分節運動が出現している。この過剰な分節運動は、関節面の負担を増加し、頸椎の退行性変化を進行させる大きな要因となる。本稿では、頸椎の機能解剖とバイオメカニクスの視点から頭痛および頸椎症性神経根症に対する評価と治療について紹介する。

■顎関節症に対する理学療法（遠藤 優論文）

現在の顎関節症の初期治療は薬物治療と理学療法が主流である。しかし理学療法教育において、顎関節の解剖学やその主な疾患である顎関節症の詳細な授業はほとんどなく、臨床において苦慮することが多い。そこで本稿では顎関節および顎関節周囲筋の機能解剖、顎関節症の分類、原因、理学療法評価、さらに治療方法について紹介する。

■胸郭出口症候群に対する理学療法（工藤慎太郎、他論文）

胸郭出口症候群（TOS）の理学療法について解剖学的に考察した。TOSは“斜角筋隙”、“肋鎖間隙”、“小胸筋下間隙”で腕神経叢が絞扼された絞扼性神経障害である。その誘発テストは信頼性が乏しいこともあり、症状を解剖学的、運動学的に捉えた理学療法評価およびアプローチが必要になる。特に腕神経叢に対する圧迫と牽引ストレスを改善するための軟部組織のリラクセーションと姿勢・動作改善のための筋力トレーニングが重要になる。

■肩凝りに対する理学療法（新井恒雄、他論文）

肩凝り症分類での本態性肩凝りの原因の一つに姿勢不良¹⁾がある。不良姿勢は理学療法においても治療対象であり、体幹機能は重要とされている。胸郭運動システムを再構築させることで、頭部・頸部の筋が多く付着する胸郭を中心に体幹機能を安定させた。その後、重量下での負担を取り除くスリング環境下にて、肩凝りの原因となる頭部・頸部へ振動刺激を加えて筋緊張を整えるアプローチを紹介する。