

アクトアイベータメンブド

Vol.8



保井 志之 D.C



アイソレーションテスト

AMの基本的な検査法の一つに「アイソレーションテスト」という機能的検査法があります。分かりやすくいうと、患者に様々な動作を行ってもらい、施術者は下肢長検査法を指標にして、脊椎や四肢関節の神経関節機能障害(サブラクセーション)を特定します。例えば、胸椎8番の神経関節機能障害の有無を特定するためのアイソレーションテストは、腹臥位で自

然体位の位置から両手を万歳

するように頭部の位置まで上げて、テーブルの上に置くように患者に指示します。もしも、胸椎8番に関係する脊椎

関節領域に神経学的エラーが存在していれば、神経生理学的作用によって、筋肉のトーンが変化し、機能的な下肢長さとして示されます。

この検査法は1976年頃、偶然にドクターファーによつて考案されました。ある日、ドクターファーは、T12レベルの左肋骨周辺に継続した鈍痛があることに気づき、若いドクターにアジャストを

依頼しました。ドクターファーは、矯正テーブルにうつ伏せの状態で、左腕を頭上に挙げるときに痛みが増すと若いドクターに訴えました。その時、若いドクターはドクターファーの機能的短下肢が劇的に短くなっていることに気づきました。こうして「T12のアイソレーションテスト」が生まれたと、AMテキストの第1版にも記載されています。

この「アイソレーションテスト」は、神経関節機能障害を特定する手法としては、画期的な発見で、患者にも受け入れやすい検査法です。そのため約40年以上もアクトイベータのドクターによつて使われ続けており、さらにはその検査法を客観的に証明する科学的研究もいくつか紹介されております。この「アイソレーションテスト」を検査法として組み入れたことで、ア

クテイベータメソッドがシステム化され、「いつ、どこを、矯正し、あるいは矯正しないか」の基本手法が定められた経緯が伺えます。

アイソレーションテストが、脊椎や四肢関節の構造学的異常ではなく、神経学的異常を特定するという鑑別診断の観点からも臨床的に価値のある検査法です。整形外科医の視点では関節の構造異常が最大の関心事ですが、カイロプラクターや他の機能障害の改善を主とした治療家にとつては、関節の「働き」が正常であるかどうか最大の関心事です。例えば、椎間板ヘルニアや変形性関節症の診断を受けた患者であっても、特定の脊椎関節部のアイソレーションテストで陽性反応が示されなければ調整の対象にはなりません。(次号につづく)