

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。

再確認の意味で読んでいただければと思います。

頸椎部・胸椎部・腰椎部・仙腸関節部・股関節部・肩関節部・肘関節部・手関節部・指関節部・膝関節部・足関節部・その他・の12項目を順番に列記します。

頸椎部テスト法

学術教養特集 9 県北支部田頭一志

○頸椎部血管血流異常きんべこ B. J. I 平成18年12月号～平成19年12月号掲載

1、ジョージ テスト

検査法：腰掛座位で患者の左右の血圧を測り記録する。左右の橈骨動脈脈拍を触知する。

理論的根拠：左右の収縮期血圧に10mm Hgの差がある時や、脈拍が弱いがあるいはない時には、

鎖骨下動脈の狭窄、閉塞の可能性を示唆する。(注)テスト結果が陰性の場合、聴診器を鎖骨上窩にあて、鎖骨下動脈の異常雑音の有無を調べる。雑音があれば、狭窄や閉塞の疑いがある。

2、バレ・リーウー徴候

検査法：腰掛座位で、右又は左に顔を向けるように患者に指示する。

理論的根拠：頭部の回旋は椎骨動脈の圧迫をもたらす。目がまわったり、ふらふらするめまい、目が

かすむ、吐き気、失神、眼振等の徴候はテストの陽性を意味する。これが意味するものは、椎骨動脈症候群である。

3、椎骨脳低動脈機能検査

検査法：腰掛け座位にて、患者の総頸動脈及び鎖骨下動脈を触診、聴診して脈拍及び異常

雑音の有無を調べる。両方とも確かめられない場合には、頸部を左右各回旋・過伸転位にさせ、再検査する。但し、通常位で聴き取れるばあいには、回旋・過伸転位での検査は施行しない。

理論的根拠：脈拍や雑音の存在は、テストが陽性であることを示す。回旋・過伸転位での誘発テストは、椎骨動脈の圧迫を引き起こす。目がまわったり、ふらふらするめまい、目がかすむ、吐き気、失神、眼振等の徴候はテストの陽性を意味する。この症状は椎骨、脳低、総頸動脈の狭窄、圧迫を示唆するものである。

○鑑別診断法：頸椎部挫傷と捻挫

1、オドノヒュー検査

検査法：腰掛け座位で、患者に全運動範囲の側屈を左又は右へ、抵抗に打ち勝つように指示

する。次に、患者に力をぬかせて、検者が全運動範囲の側屈を行う。

理論的根拠：抵抗に打ち勝とうとする時の痛みは挫傷を、受け身の時の痛みは、捻挫を意味する。

(注)この操作は筋肉組織か、又は靭帯かの鑑別診断に単独あるいは連携している関節に対して利用できる。抵抗を加えた時は筋肉が、受け身の時は靭帯が関係している

ことをよく理解し、この操作を修得すれば、挫傷か捻挫あるいはその合併症があることを検者に教えてくれる。

○頸椎骨折

1、棘突起叩打テスト

検査法：腰掛け座位で頸椎を少し前屈させる。各頸椎の棘突起と関連筋組織を打腱器を使い、叩打する。

理論的根拠：局所痛は椎体の破壊、放散痛は椎間板損傷の可能性を表す。(注)他の症状の時にも類似した痛みを引き起こすので注意を要する。棘突起叩打は捻挫の痛みを、また関連頸部筋は挫傷の痛みを引き出すことがある。

2、ソート・ホールテスト

検査法：仰臥位をとらせ、頸椎を前屈させる。この時胸椎を浮かせないように胸骨上より圧力を加え押える。

理論的根拠：局所痛があれば、頸椎の骨や靭帯の損傷及び病気を表す。(注)もしテスト中に患者の膝が立てば、髄膜刺激症状が疑われる。

○占拠性病変

1、バルサルバ検査

検査法：腰掛け座位で患者に排便時のように力ませる。

理論的根拠：局所痛は占拠性病変(椎間板ヘルニア、腫瘍、骨棘等)を表す。

2、嚥下テスト

検査法：患者に嚥下(のみこみ)動作を行わせる。

理論的根拠：のみこみが困難であったり、痛みを伴うときは、頸椎前方部の占拠性病変(椎間板ヘルニア、腫瘍、骨棘等)を示唆している。

○胸郭出口症候群

1、アドソンテスト

検査法：腰掛け座位で、橈骨動脈の脈をとりながら、頸椎回旋及び顎の挙上を指示する。陰性結果がでる時は反対の回旋及び顎の挙上を指示する。

理論的根拠：橈骨動脈の脈拍の減弱か消失は、神経血管束の血管構成部(主に鎖骨下動脈部)が、斜角筋群や鎖骨下筋あるいは頸肋の存在により圧迫されていると思われる。また、上肢の感覚異常や神経根症は神経血管束の神経構成部の圧迫の疑いがある。(皮膚節C8とT1の範囲)

2、肋鎖テスト

検査法：腰掛け座位で橈骨動脈の脈をとり、患者に胸を張らせ、頸椎を前屈させる。

理論的根拠：橈骨動脈の脈拍の減弱か停止は、神経血管束の血管構成部の圧迫が、鎖骨と第1

肋骨間が狭くなっているために起こるのである。又、上肢の感覚異常や神経根症は、神経血管束の神経構成部に圧迫があることを示唆する。

3、ライトテスト（過外転テスト）

検査法：腰掛け座位で、橈骨動脈を触診する。さらに上肢を過外転させた時の脈拍の変化と再現性をみる。

理論的根拠：橈骨動脈の脈拍の減弱か消失は、小胸筋か鳥口突起による腋窩動脈の圧迫を示唆する。

4、牽引テスト

検査法：腰掛け座位にて橈骨動脈の脈拍を調べる。脈をとる手をはなさずに、もう一方の手で患者の上腕を牽引する。

理論的根拠：脈拍の減弱および消失は、そのまますぐ診断に結びつかない。もう一方の上肢に同じテストをくりかえす。変化の認められた上肢に頸肋骨の存在を示唆する。

○神経根圧迫と刺激症状

1、椎間孔圧迫テスト

検査法：腰掛け座位にて、患者の頭頂部を上から押しながら回旋する。左右両側に行い、また正面を向かせても行う。

理論的根拠：頭頂部を圧迫して回旋すると、椎間孔の閉鎖が起こる。放散痛は、椎間孔の圧迫があることを意味する。

2、ジャクソンテスト

検査法：腰掛け座位にて、患者の頸部を側屈させ、頭部を垂直に圧迫する。両側に行う。
理論的根拠：頸部を側屈させ、頭部を圧迫すると、その側の椎間孔が閉鎖され、椎間孔が圧迫され

ている場合は、放散痛を引き起こす。

3、スパーリングテスト（最大椎間孔圧迫テスト）

検査法：腰掛け座位にて、顎が肩につくよう頸部を回旋させ、そのまま後屈させる。左右に行う。
理論的根拠：屈側の痛みは、神経根や小関節面に異常があり、伸側の痛みは、挫傷を表している。

4、肩引き下げテスト

検査法：腰掛け座位にて、片方の手で患者の肩を押し下げ、もう一方で側頭部を押さえ反対側に側屈する。

理論的根拠：検査側に痛みがあれば、神経血管束に圧迫があることを示唆する。また硬膜癒着や筋肉の拘縮も考えられる。

5、伸延テスト

検査法：腰掛け座位にて、患者の頭部を持ち上げ、頸部にかかる重量を除く。
理論的根拠：全般的な痛みは、頸部の筋の痙攣を、そして、反対に痛みが軽減する場合は、椎間孔

圧迫か小関節包炎を示唆する。

次回は胸椎部です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

胸椎部テスト法

○胸椎骨折

1、棘突起叩打テスト

検査法：腰掛け座位で頸部を少し前屈させる。各胸椎の棘突起と、傍脊柱筋を打腱器にて叩打する。

理論的根拠：局所痛は、椎体の破壊、放散痛は椎間板損傷の可能性を表す。（注）他の症状の時にも類似した痛みを引き起こすので要注意。棘突起叩打は捻挫の痛みを、また傍脊柱筋叩打は、挫傷の痛みを誘発することがある。

2、ソート・ホールテスト

検査法：仰臥位にて、頸椎より下部脊椎を逐次前屈させる。

理論的根拠：局所痛があれば、胸椎の骨や靭帯の損傷および病変を表す。（注）もしテスト中に患者の膝が立てば、髄膜刺激症状が疑われる。

3、胸骨圧迫テスト

検査法：仰臥位にて、胸骨上に両手をのせ、下方へ押す。

理論的根拠：局所痛が肋骨側面縁にあれば、肋骨骨折を示す。

○神経根障害

1、ビーバー徴候

検査法：仰臥位にて、両手を頭のうしろで組ませ、上体を途中まで挙上させる。腹筋運動の動きと同様にやらせる。

理論的根拠：臍が胸の方へ動けば、胸椎髄節10～12の神経根障害で、臍が下肢の方へ動けば胸椎髄節7～10の神経根障害を示唆する。

2、シュペルマン徴候

検査法：腰掛け座位にて、患者に上体を腰から左へ側屈するよう指示する。そして右側も同様に行う。

理論的根拠：曲げた方に痛みがあれば、肋間神経炎で、伸ばした方に痛みがあれば、胸膜の繊維性炎症を示唆している。

○肋骨脊椎関節強直症

1、胸郭拡張テスト

検査法：腰掛け座位にて、乳首の高さにメジャーテープをまき、息をはかせて測定する。今度は、最大に吸わせてこれを測定する。

理論的根拠：成人男子の正常拡張は5 cm以上である。そして、成人女子の場合は3, 7 cm以上である。これ以下の時は、肋骨横突起や肋骨脊椎の関節連結部に、強直性脊椎炎のような関節強直があることを表し、胸部拡張異常を示唆する。

次回は腰椎部です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

腰椎部テスト法

○腰椎骨折

1、棘突起叩打テスト

検査法：腰掛け座位で体幹を前屈させる。各腰椎の棘突起と傍脊柱筋を打鍵器にて叩打する。
理論的根拠：局所痛は、椎体の破壊、放散痛は椎間板損傷の可能性を表す。(注)他の症状の時にも

類似した痛みを引き起こすので要注意。棘突起叩打は捻挫の痛みを、また傍脊柱筋叩打は、挫傷の痛みを誘発することがある。

○鑑別診断法：坐骨神経根炎と椎間板損傷

1、SLRテスト

検査法：仰臥位にて、膝を伸ばした状態で、下肢をゆっくり90度か、あるいは痛みがあらわれる位置まで挙上する。

理論的根拠：局所痛は椎間板損傷を、放散痛は坐骨神経根症を示唆する。なお大腿後面のにぶい痛みは、膝屈曲筋の緊張を表す。(注)坐骨神経根症の陽性結果に対しては、ラセーグテストとブラガードテストも行うこと。

2、ラセーグテスト

検査法：仰臥位にて、膝関節と股関節を屈曲させておき、そのまま、膝のみを伸展させる。
理論的根拠：股関節と膝の両方屈曲時ん痛みがなく、その位置から膝だけを伸ばして痛い時は、陽性結果とみなす。

3、ブラガードテスト

検査法：仰臥位にて、下肢を痛みがあらわれる位置まで挙上する。それより5度下げてから、さらに足関節をそらせる。

理論的根拠：足関節背屈は坐骨神経を牽引することになり、大腿後面と下肢のどちらか、または両方に痛みがある時は、坐骨神経根症を示唆する。(注)大腿後面の全体的なにぶい痛みは、膝屈曲筋(ハムストリング)によるものである。

4、膝曲がり徴候

検査法：仰臥位にて、SLRテストを行う
理論的根拠：このテストは、坐骨神経を牽引することになる。坐骨神経根症の患者は、増強された坐骨神経痛をやわらげるために、膝をまげてしまうのである。

5、シカールテスト

検査法：仰臥位にて、下肢を痛みがあらわれる位置まで挙上する。それより5度下げてから、さらに足の親指を背屈する。

理論的根拠：このテストも、坐骨神経を牽引することになり、大腿後面と下肢のどちらか、または両方に痛みがある時は、坐骨神経根症を示唆する。

6、チュリンテスト

検査法：仰臥位にて、足の親指を背屈する。

理論的根拠：臀部の痛みと放散痛のどちらか、または両方がある時は、坐骨神経根症を示唆する。

7、フェジェルツタインテスト

検査法：仰臥位にて、健側を75度か、あるいは痛みがあらわれる位置まで挙上する。そして、足関節を背屈する。

理論的根拠：患者に放散痛が起これば、椎間板損傷の疑いがある。

8、ベヒテルテスト

検査法：診察台の端に足をたらせた座位にて、片方ずつ膝関節を伸展させる。陽性結果がでない場合は、両方同時に伸展させる。

理論的根拠：痛みのため、このテストができない時や、後方に体幹をそらして挙げる時は、椎間板脱出によくみられるような、椎間板損傷を示唆する。

9、マイナー徴候

検査法：腰掛け座位から、立ち上がるよう指示する。

理論的根拠：坐骨神経根症の患者は、患側肢を屈曲したままで、健側肢で体を起こそうとする。右下

肢に坐骨神経根症の痛みがある場合、左手を左大腿部に置き、左下肢、左手で体を起こそうとする。

10、ボウストリング徴候

検査法：仰臥位にて、足を検者の肩にのせ、膝屈曲筋を両母指でギュッと圧迫する。痛みがなければ、膝窩に移ってこれも押す。

理論的根拠：腰部の痛みや、神経根症は、神経根が圧迫されている徴候である。

11、ケンブテスト

検査法：腰掛け座位もしくは立位で、斜め後に腰椎を回旋したおして曲げさせる。

理論的根拠：これは腰椎椎間板ヘルニアの検査である。下肢への放散痛など、神経根症をともなった

曲げた側の痛みは、椎間板外側部の損傷を、また伸ばした側の痛みは、椎間板内側部の損傷を示唆する。

12、リンドナー徴候

検査法：仰臥位にて、患者の後頭部を持ち上げるようにして、頸部を屈曲する。

理論的根拠：坐骨神経痛の再現は、陽性所見となり坐骨神経根症を示唆する。また鋭い痛みは、髄

膜刺激症状を意味する。

○占拠性病変

1、バルサルバ検査

検査法：腰掛け座位で患者に排便時のように力ませる。

理論的根拠：局所痛は占拠性病変（椎間板ヘルニア、腫瘍、骨棘等）を表す。

2、デジェリン三徴候

検査法：仰臥位にて、3つの動作を指示する。バルサルバテストのような排便時の力み、くしゃみ、そして咳である。

理論的根拠：腰部の局所痛は、占拠性病変によって（椎間板突出、腫瘍、骨棘等）、髄内圧が上昇していることを示唆する。（注）患者がくしゃみをできない場合は、少量の胡椒をかがせる（ルーウィンスナッフテスト）

3、ミリグラムテスト

検査法：仰臥位にて、膝を伸ばして下肢を診察台より5～7cm挙げさせる。

理論的根拠：正常であれば30秒間は、腰椎を引き起こさず持続可能である。痛みがあれば、脊柱管

内もしくは外の占拠性病変の疑いがある。通常、椎間板ヘルニアの症例には、陽性となる。

4、ナフツィガーテスト

検査法：腰掛け座位にて、頸静脈を圧迫する。静脈の位置は、気管軟骨から約2，5cm横である。

1分間圧迫を続ける。

理論的根拠：頸静脈の圧迫により、髄内圧上昇が起こる。腰部の局所痛は、通常、椎間板ヘルニア、占拠性病変があることを示唆する。

○鑑別診断法：腰椎損傷と腰仙骨部損傷

1、ゴルドスウェートテスト

検査法：仰臥位にて、一方の手を腰椎の下へあてがう。各々の指を棘突起間に差しあてる。もう

一方の手でSLRテストを行う。差しあてた指で、痛みが起こるのは棘突起が開き始める前か、後かをよく感じ取ること。

理論的根拠：棘突起が開く前に痛みが起これば、仙腸関節損傷を意味する。開いていくにつれての痛みは、腰椎損傷である。放散痛は坐骨神経根症があり、股関節屈曲と損傷位置の関係は次のようになる。0～30度は仙腸骨部、30～60度は腰仙骨部、そして60～90度はL₁～L₄の椎間板損傷を示唆する。

2、支持前屈テスト

検査法：立位にて、前屈を支持する。つぎに、腰で患者の坐骨を固定し、腸骨を手で補佐しながら、再度前屈を指示する。

理論的根拠：腰椎の損傷は、どちらの場合も痛みを引き起こすが、仙腸骨部損傷は、骨盤を固定しない時のみに起こる。

3、ナクラステスト

検査法：腹臥位にて、患者の踵を、同じ側の臀部に近づける。

理論的根拠：臀部の痛みは、仙腸関節の損傷を、腰椎部位の痛みは、腰椎椎間板損傷を示唆する。

(注) 大腿前部の痛みは、大腿四頭筋が張っているために起こる。

次回は仙腸関節部です。

(写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より)

県北支部 田頭一志

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

仙腸関節部テスト法

○仙腸関節捻挫

1、支持前屈テスト

検査法：立位。前屈を指示、次に立位に戻り、後方から患者の坐骨を腰で固定し、両手で腸骨を支えながら再度前屈を指示する。(骨盤固定ベルトを用いてもよい)

理論的根拠：腰椎の障害はどちらでも痛みがでるが、骨盤を固定した場合、腰椎のみの痛みとなる。
(骨盤を固定した場合、仙腸関節の痛みが起こらない)

2、ナクラステスト

検査法：腹臥位。(うつ伏せ)。患者の下腿を持ち、膝を曲げ、踵を臀部に近づける。

理論的根拠：臀部の痛みは仙腸関節の障害、腰部の痛みは椎間板の障害を意味する。

(大腿部や膝の痛みは大腿四頭筋が張っているために起こる)

3、イーマンテスト

検査法：腹臥位にて、膝を屈曲させたままで、大腿を持ち上げる。

理論的根拠：深部の仙腸関節部痛は、前仙腸靭帯の捻挫を表す。ナクラステストを強く行う方法。

(注)腰痛は、腰部の障害を示唆する。

4、仙腸関節ストレッチテスト

検査法：仰臥位にて、検者は腕を交差して、患者の腸骨の上前腸骨棘を、下と横方向に押す。

理論的根拠：片側の深い痛みは、その側に前仙腸靭帯の捻挫があることを表す。

5、仙腸関節に対する外転抵抗テスト

検査法：側臥位にて、下側の膝を屈曲させる。上側の膝はまっすぐ伸ばし外転させ、このとき上から圧力をかけ、患者に抵抗させる。

理論的根拠：仙腸関節の痛みは、上側の仙腸関節捻挫である。

○仙腸関節障害

1、ヒップテスト

検査法：腹臥位にて、膝を屈曲させ、それを外側へ押し広げる。

理論的根拠：この手技は股関節の内旋をすることになる。仙腸関節が痛い時はその部の障害を、股関節の痛みはその部の障害を意味する。

2、骨盤不安定性テスト

検査法：側臥位にて、腸骨を下方に強く押し圧迫する。両側とも行う。

理論的根拠：仙腸関節の痛みは、その側の障害を示唆する。

3、ルイン・ゲンスレンテスト

検査法：側臥位にて、下側の膝を屈曲させる。一方の手で仙腸関節を固定して、上側の足を伸展する。

理論的根拠：仙腸関節の痛みは、その関節や周囲の障害を示唆する。

4、ゲンスレンテスト

検査法：患側が診察台の端にくるように仰臥位にて、患者に健側の膝を胸に近づけさせる。次に患側の下腿を診察台の外に、大腿を診察台へ押しつけて伸展させる。

理論的根拠：仙腸関節の痛みは、その関節と周囲の障害を示唆する。

5、ニュートンテスト

検査法：腹臥位で仙腸関節部を上から押す。

理論的根拠：仙腸関節に痛みが生じれば陽性。痛みの場所を明確にすること。仙腸関節でない場所、

特に仙骨そのものを痛がることもある。

6、フェバーパトリックテスト

検査法：仰臥位で患肢の膝を曲げ、足を反対側の膝あたりに乗せ、そのまま膝を床に向かって股関節を開く。いわゆる四の字固めの形を作る。

理論的根拠：仙腸関節の痛みを訴えたら陽性。大腿（膝蓋骨の上、近位）の上に乗せた足の痛みを訴えないように股関節を開排させないと正確に判断できない。観察する側の対側の腸骨翼を押さえつけることになるが、この側の手による腸骨翼の痛みがでないように押さえること。

7、ペーステスト

検査法：仰臥位とし膝関節を約90度に屈曲した膝立ての姿勢にし患者の両膝を外側から両手で押さえる。その手に抵抗して膝を外側に開くように指示する。

理論的根拠：その際仙腸関節に痛みがでれば陽性である。梨状筋症状でも痛みが誘発されることがあるが、痛みの場所が違うのでよく観察すること。

8、ポンプハンドルテスト

検査法：患部を上側の側臥位とし片方の手を患側腸骨翼にあて、片方の手を側腹部にあて仙腸関節に剪力を加えるようにする。

理論的根拠：仙腸関節に痛みが生じれば陽性である。骨翼と仙骨に添える手の支え方が適切でないと、その押さえる手の痛みにより正しく検査できない。少し上に引き上げるように行うとよい。

次回は股関節部です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社、その他より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

股関節部テスト法

○股関節脱臼

1、アリステスト

検査法：仰臥位にて、膝を屈曲させ両足をつける。

理論的根拠：膝の高さに違いがある時は、陽性である。患側が短い場合は、大腿骨頭の後方偏位か脛骨延長を示唆する。

2、オルトラニ・クリックテスト

検査法：仰臥位にて、小転子に母指をあて、大腿部をつかむ。そして、両側に屈曲、外転を行う。

理論的根拠：クリック音が生じたり、感じられるときは、陽性所見とする。これは大腿骨頭が寛骨臼に入りするためである。(注) 新生児の先天性股関節脱臼を確認するテストに、よく使われる。

○股関節の骨折

1、アンビルテスト

検査法：仰臥位にて、患者の踵骨をこぶしでたたく。

理論的根拠：大腿の局所痛は、大腿骨骨折か関節病変を示唆する。(注) 足の局所痛は、脛骨もしくは腓骨骨折を、踵の局所痛は踵骨骨折を表している。

○股関節拘縮テスト

1、オーベルテスト

検査法：側臥位にて、股関節を外転する。つぎに、この引き上げた脚をはなす。両側とも行う。

理論的根拠：はなしてもなめらかに落ちない場合は、大腿筋膜張筋か腸脛靭帯に拘縮がある。

2、トーマステスト

検査法：仰臥位にて、片方ずつ膝を胸に近づけるよう指示する。

理論的根拠：膝をかかえた時に、もう一方の伸ばした脚がひとりでに曲がれば、股関節屈曲拘縮を示唆する。

3、トレンデレンブルグテスト

検査法：患者立位にて、母指を左右腸骨の後上腸骨棘にあてて、患者の腰部をつかむ。つぎに

健側の膝の屈曲を指示しこれを左右に行う。

理論的根拠：片脚起立した場合、正常では立脚側の中殿筋が緊張して、骨盤をやや引き下げる。したがって反対側の骨盤はやや挙上する。中殿筋筋力の低下があれば逆に骨盤は傾斜して反対側の臀部は下降する。この際に身体のバランスをとろうとして、身体を患側へ傾けることもよく観察される。

○股関節障害

1、フェーバー・パトリックテスト

検査法： 仰臥位にて、股関節と膝関節を屈曲させ、足底を台につける。そして、大腿部をつか

で寛骨臼に押し付ける。つぎに交差させ、足首を片方の膝部にのせる（あぐらの型）。伸展している側の上前腸骨棘を手で固定し、もう一方で屈曲側を押し。

理論的根拠： 股関節の痛みは、その周囲に炎症反応があることを示唆する。

2、ラゲステスト

検査法： 仰臥位にて、患側の脚をもう一方に交差させ、大腿部を寛骨臼に向かって押し。

理論的根拠： 股関節の痛みは、股関節障害を示唆する。

3、ヒップテスト

検査法： 腹臥位にて、膝を屈曲させ、それを外側へ押し広げる。

理論的根拠： この手技は股関節の内旋をすることになる。仙腸関節が痛い時はその部の障害を、股

関節の痛みはその部の障害を意味する。

○股関節結核

1、ゴバンテスト

検査法： 健側下の側臥位にて、足首をもち外旋しながら外転する。つぎに内旋しながら同じく外

転する。もう一方の手で患者の腹部を押しさえる。

理論的根拠： 回旋の間に、腹筋の緊張をともなった反射痙攣があれば、股関節結核を示唆する。

次回は肩関節部です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

肩関節部テスト法

○腱鞘炎

1、アプレー・スクラッチテスト

検査法：腰掛け座位にて、患側の手で、後頭部から反対側肩甲骨の上角に触れさせる。今度は、その手を背中にまわし、反対側肩甲骨の下角に触れる。

理論的根拠：痛みが増大するときは、腱板の1つ（ほとんどの場合、棘上筋腱）が変性腱炎であることを示唆する。

○滑液包炎

1、肩峰下プッシュボタン徴候

検査法：腰掛け座位にて肩峰下滑液包を圧迫する。
理論的根拠：局所痛は、肩峰下滑液包炎の可能性を意味する。

2、ドーバーンテスト

検査法：腰掛け座位にて、検査する側の肩峰突起のすぐ下を圧迫する。痛みか、圧痛があるか調べる。そして、押さえたままで外転を90度まで行う。

理論的根拠：肩峰突起下の圧痛点は、患側上腕を外転することにより三角筋がおおうようになり、それに伴い痛み（圧痛）が減弱する。この現象は、肩峰下滑液包炎を示唆する。

○肩関節脱臼

1、デューガテスト

検査法：腰掛け座位にて、手を反対側の肩に触れさせ、肘が胸壁にあたるよう指示する。
理論的根拠：痛みのため、触ることができない場合は、肩脱臼を意味する。

2、不安感テスト

検査法：腰掛け座位にて、患側の肩関節の屈曲、外転、外旋を行う。
理論的根拠：局所痛は、習慣性の肩関節脱臼を示唆する。

（注）不安感テストと名づけた理由は、患者が痛みと肩がはずれる不安感で顔の表情をかえるので、それを注意深く観察するためである。

3、カロウエー徴候

検査法：腰掛け座位にて、両側の肩つけねの周囲径をメジャーテープで測定する。
理論的根拠：患者の周囲径が長ければ、陽性所見となり、肩関節脱臼の徴候である。

○腱の不安定性

1、ドロップアームテスト

検査法：腰掛け座位にて、肩関節を90度まで外転する。手を離し、ゆっくり降ろすよう指示する。

理論的根拠： 患者が、腕をゆっくり降ろせなかったり、急に落ちるようであれば、腱板の断裂を意味する。(注) 腱板は、棘上筋、棘下筋、小円筋、そして肩甲下筋から構成されている。

2、二頭筋腱安定性テスト

検査法： 腰掛け座位にて、患者の肘を屈曲、外旋させ、検者は外旋に対して抵抗を加える。

理論的根拠： 局所痛が出現すれば、上腕二頭筋腱の不安定性が示唆される。

3、ヤーガソンテスト

検査法： 腰掛け座位にて、肘を90度に屈曲させる。検者は肘を一方の手で固定し、患者の手首を外側へ押す。患者には、検者に抗して内側方向に力を入れさせる。

理論的根拠： 局所痛は、上腕二頭筋腱の不安定性と上腕二頭筋長頭の腱鞘炎を示唆する。

4、アボット・ソングーステスト

検査法： 腰掛け座位にて、腕の外転、外旋を行う。つぎに、そのまま、横に降ろす。

理論的根拠： クリック音が生じたり、感じられる時は上腕二頭筋腱の亜脱臼、もしくは脱臼を表す。

5、スピード テスト

検査法： 肘伸展位、前腕回内位で前腕部に抵抗を加えつつ前方挙上を命じて、結節観光部に疼痛が誘発されるかみる。

6、Ludington test

検査法： 後頭部の後ろで手を組ませた状態で、結節間溝部を触知しながら、上腕二頭筋に力を入れたり抜かせたりして、疼痛や二頭筋長頭腱の移動が起きるかみる。

○肩関節不安定性における所見

1、Sulcus test

検査法： 座位で上腕を下方に牽引して肩峰下に陥凹を生じるかにより、下方不安定性を評価する。

内旋位、中間位、外旋位においてチェックする。腱板疎部が狭小化する外旋位においてもsulcus sign (陥凹)が陽性の場合、下方へ動揺性が大きいと判断する。

2、Anterior apprehension test (Fulcrum test)

検査法： 座位または仰臥位で、肩外転90°にて外旋ストレスを加えて、脱臼不安感の有無を確認する前方不安定性のテストである。

3、Posterior apprehension test (Janke test)

検査法： 肩90°屈曲内旋位で後方に軸圧を加えて、疼痛や不安感を誘発する。

4、Posterior jerk test

検査法： 後方不安定性があると、内旋位で屈曲90°～110°から水平伸展すると、後下方亜脱臼していた骨頭がクリックとともに整復されるのを触知する。

5、Load and shift test

検査法： 肩外転0°～20°、45°、90°において、回旋中間位で骨頭に対して、前方・後方ストレスを加え、その移動量で不安定性を評価する。座位よりも側臥位のほうが評価しやすい。

Gr - : まったくなし

Gr ± : わずかにあり

Gr 1+ : rim に乗り上げる程度の亜脱臼

Gr 2+ : rim を乗り越えるが、負荷をとると自然に整復される。

Gr 3+ : rim を乗り越え、負荷をとっても脱臼は整復されない。

6、 Abduction inferior stability test (Feagin ABIS test)

検査法： 肩外転90°で骨頭に対して、前下方へストレスを加え、前下方不安定性を評価する。覚醒時には評価困難である。

7、 Whipple test (SLAC test)

検査法： 肩前方挙上90°、内旋位、軽度水平内転位で上方から抵抗を加えて、疼痛や筋力低下があれば、前上方不安定症【SGHL（上関節上腕靭帯）機能不全】があると判断する。

8、 Relocation test

検査法： 仰臥位で、肩外転90°にて最大外旋したときに、後方に生じる疼痛が、骨頭を前方から圧迫して、同様の手技を行った場合に消失した場合に陽性とし、internal impingement（ 腱板の関節包面の断裂部と後上方の関節唇損傷部がぶつかり合って疼痛が生じる状態 ）を示唆する。

○腱板・第2関節の評価

1、 Impingment sing

- a) Neer sing： 肩甲骨制御下の肩内旋位での挙上でクリック・疼痛が生じる。
- b) Hawkins sing： 肩甲骨制御下の肩外転90°での内外旋でクリック・疼痛を生じる。
- c) Ellman sing： 肩甲骨制御下の内旋位での水平内転でクリック・疼痛を生じる。

2、 Painful arc

外転90°前後の painful arc はインピンジメント症候群や腱板損傷、外転150°以上の painful arc は肩鎖関節障害、SLAP 損傷（前後における上方関節唇損傷）によくみられる。

3、 Supraspinatus test (SSP test)

肩外転90°内旋位で、下方に負荷を加えて疼痛や筋力低下が生じるかをみる。

4、 Infraspinatus test (ISP test)

肩下垂位中間位、肘90°屈曲で抵抗下に外旋させ、疼痛や筋力低下をチェックする。

5、 Whipple test (SLAC test)

このテストは上記した前上方不安定症のほか、1～4のテストで疼痛を誘発できない軽度の棘上筋腱損傷も検出できる。
肩前方挙上90°、内旋位、軽度水平内転位で上方から抵抗を加えて、疼痛や筋力低下があれば、前上方不安定症【SGHL（上関節上腕靭帯）機能不全】があると判断する。

6、 Lift off test (Gerber test)

臀部に手背をつけた状態から、伸展させて疼痛や筋力低下をチェックし、肩甲下筋の機能をみる。

これらのテストはインピンジメント症候群だけでなく、肩甲上腕関節内や結節間溝部の病変においても高率に陽性となりうる。その最終的鑑別には Impingement test（肩峰下滑液包内への局麻剤注射にてクリック・疼痛の消失）で確定できる。

SSP test、ISP test、Whipple test は左右同時にテストして比較するとわかりやすい。また、SSP test、ISP test は背後から観察して肩甲骨の動きにも注意を払い、肩甲骨周囲筋機能や腱板機能の低下を見逃さないことも重要である。

○ SLAP（上方関節唇損傷） test

1、Biceps tension test

手技は前述のスピードテストと同じであるが、疼痛発現の部位が肩関節深部であるのが違う。

2、Active compression test (O'Brien test)

肩90°屈曲、10～15°水平内転位、内旋位で、上方からの負荷を加えてその位置を保持させて誘発された疼痛が、肩外旋位で同様の負荷を加えた場合に疼痛が消失すれば陽性とする。

3、Compression rotation test

肩外転90°、肘屈曲90°で、上腕骨軸に沿って骨頭方向に軸圧を加えつつ内外旋して疼痛やクリックが生じるかみる。

4、Crank test (Liu test)

外転150～160°、肘屈曲90°で上腕骨に軸圧を加えながら内外旋して疼痛やクリックが生じるかみる。

5、Anterior slide test (Kibler test)

肘を後方に突き出すように手を腰にあてがわせ、肘を前上方に押し上げて疼痛やクリックが生じるかみる。

6、Pain provocation test（三森テスト）

肩外転90°での外旋ストレスを加えた場合に、前腕回内で疼痛が生じ、回外位で疼痛が消失または軽減するとき陽性とする。

○前方関節唇損傷

1、Clunk test

仰臥位または座位にて、肩最大挙上位でもう一方の手で肩関節の後方から前方にストレスを加えながら、内・外旋強制して、疼痛やクリックを誘発する。

○胸郭出口症候群

1、Wright test

座位、肩外転90°、肘屈曲90°で、さらに水平外転をさせて橈骨動脈の拍動の消失や上肢の放散痛やしびれをみる。

2、Morley test

座位で斜角筋三角部を圧迫して、上肢の放散痛やしびれが出現するかをみる。

3、Allen test

座位、肩外転90°、肘屈曲90°で、頭部を左右に回旋させて、橈骨動脈の拍動の消失や上肢の放散痛やしびれをみる。

4、Eden test

座位で上肢を後下方に牽引して、橈骨動脈の拍動の消失を確認する。

5、Roos test

座位、肩外転90°、肘屈曲90°で、手指の屈曲・伸展を3分間行わせ、上肢の疼痛、しびれ、易疲労性が生じるかをみる。

○肩甲胸郭関節

1、Wall push test

肩前方挙上位で両手を壁について押させて、翼状肩甲がみられるかチェックする。前鋸筋、僧帽筋などの肩甲骨周囲筋の機能不全にて生じる。

2、Snapping scapula

肩関節の挙上や下降に際して、肩甲骨内上角部や下角部で轢音とともに生じる。肩甲骨周囲筋の機能不全や肩甲胸郭関節滑液包炎でみられる。

次回は肘関節部です。

(写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より)

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

肘関節部テスト法

○外側上顆炎（テニス肘）

1、コーゼンテスト

検査法：腰掛け座位にて、前腕を固定し、こぶしをつくらせて手関節を背屈させる。つぎに、手関節を屈曲させるために手の甲から圧迫するが、これに抵抗させる。

理論的根拠：外側上顆と周囲の痛みは、外側上顆炎を意味する。

2、ミルテスト

検査法：腰掛け座位にて、腕を回内させ手関節を掌屈させる。検者は肘関節を固定し、もう一方の手で回内掌屈方向へ力を加える。その抵抗にうちかつように回外させる。

理論的根拠：外側上顆の痛みは、外側上顆炎を示唆する。

○内側上顆炎（ゴルフ肘）

1、ゴルフ肘テスト

検査法：腰掛け座位にて、肘を屈曲し、腕を回外させる。抵抗にうちかつて肘を伸展させる。

理論的根拠：内側上顆の痛みは、内側上顆炎を示唆する。

○靭帯不安定

1、内転ストレステスト

検査法：腰掛け座位にて、検者は肘関節の内側を固定し、前腕外側を押して、内転圧力を加える。

理論的根拠：肘の外側に痛みがある時は、外側側副靭帯の損傷を意味する。

2、外転ストレステスト

検査法：腰掛け座位にて、検者は肘関節の外側を固定し、前腕内側を引っ張り、外転圧力を加える。

理論的根拠：肘の内側に痛みがある時は、内側側副靭帯の損傷を意味する。

○神経炎と神経腫

1、チネル徴候

検査法：腰掛け座位にて、肘頭突起と内側上顆の間にある溝（尺骨神経溝）を、打腱器で叩打する。

理論的根拠：知覚過敏になっている場合は、尺骨神経の神経炎か神経腫を示唆する。

次回は手関節部です。
（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

手関節部テスト法

○手根管症候群

1、手関節のチネル徴候

検査法： 手掌を上に向け回外位として、打腱器で手関節の手掌表面を叩打する。

理論的根拠： 第五指以外の第一指～四指に放散するシビレ、放散痛が起これば、手根管症候群を

考える。

(注) 手根管症候群は、屈筋支帯の炎症、月状骨の前方脱臼、関節変性、あるいは腱滑膜炎による正中神経の圧迫により生じる。

2、ファレンテスト

検査法： 両手首を屈曲させ、手背同士を押しつけ、60秒間このままとする。

理論的根拠： 異常感覚が指に放散すれば、正中神経の圧迫を示唆する。

3、止血帯テスト

検査法： 患側の手首に血圧計のカフをつけ、患者の収縮期血圧の少し上になるまで空気を注入

する。そのまま1～2分間保持する。

理論的根拠： 痛みの憎悪は、手根管症候群を示唆する。

○狭窄性腱鞘炎

1、フィンケルスタインテスト

検査法： 母指を手掌の中に入れてこぶしをつくり、それを尺骨側に曲げさせる。

理論的根拠： 橈骨の茎状突起の末端の痛みは、長母指外転筋と短母指伸筋の狭窄性腱鞘炎を示

唆する(ド・ケルバン病)

○尺側手根管症候群

1、尺側手根管三要素

検査法： 尺側手根管上の圧痛、第四指のかぎづめ変形、小指球の萎縮、この三症状があるか触

診して調べる。

理論的根拠： この症状があれば、ギヨン管の尺骨神経の圧迫を示唆する。

次回は指関節部です。

(写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より)

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

指関節部テスト法

○靭帯不安定

1、深指屈筋腱テスト

検査法： 検者は患指のPIP関節を固定し、DIP関節を屈曲させる。
理論的根拠： これができない場合は、深指屈筋腱の断裂を意味する。

2、浅指屈筋腱テスト

検査法： 手を広げさせ、患指以外の指を全部固定する。つぎに患指を、PIP関節にて屈曲させる。
理論的根拠： これができない場合は、浅指屈筋腱の損傷を意味する。

3、長母指屈筋と長母指伸筋テスト

検査法： 母指のPIP関節を固定し、末節骨の屈曲と伸展を指示する。
理論的根拠： 屈曲できない場合は長母指屈筋腱に、伸展できない場合は長母指伸筋腱に損傷があ

る。

4、総指伸筋テスト

検査法： 手を閉じた状態から、一気に開かせる。
理論的根拠： 広がらない指は、総指伸筋腱のその特定部位に損傷がある。

次回は膝関節部です。
(写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より)

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

膝関節部テスト法

○半月板不安定性

1、アプレー圧迫テスト

検査法： 腹臥位にて膝関節を90度まで屈曲し、大腿部に検者の膝をのせ固定する。そして踵を
下方に圧迫したまま、内旋と外旋を行う。

理論的根拠： 痛みは、それぞれ内側半月板、外側半月板の損傷を表す。

2、マクマレーテスト

検査法： 仰臥位にて、膝を最大屈曲させ、ゆっくり伸展しながら外旋と、内旋を行う。
理論的根拠： クリック音が生じたり、感じられる時は、半月板断裂を示唆する。

○靭帯不安定性

1、引き出し徴候

検査法： 仰臥位にて、膝を90度屈曲して診察台に足底をつけ、足底部を検者の尻で固定する。
そして屈曲した膝の後ろをつかみ、検者の方へ引っばる。つぎに押す。

理論的根拠： 後方に押して動いた場合は、膝後十字靭帯に、また前方に引いて動いた場合は、前十字靭帯に断裂がある。

2、アプレー牽引テスト

検査法： 腹臥位にて膝関節を90度まで屈曲し、大腿部に検者の膝をのせ固定する。そして足を
持ち上げたまま内旋と外旋を行う。

理論的根拠： 牽引回旋の痛みは、靭帯不安定を示唆する。

3、内転（内反）ストレステスト

検査法： 仰臥位にて、大腿部内側を固定し、下肢をつかみ内側に押す。

理論的根拠： このテストは、外側側副靭帯にストレスを加えている。膝の外側の痛み、ゆるみは外側側
副靭帯の不安定を示唆する。

4、外転（外反）ストレステスト

検査法： 仰臥位にて、大腿部外側を固定し、下肢をつかみ外側に引っばる。

理論的根拠： このテストは、内側側副靭帯にストレスを加えている。膝の内側の痛み、ゆるみは内側側
副靭帯の不安定を示唆する。
(注) 陰性結果の場合は、膝の30度屈曲・内旋位で、再度テストする。

5、ラックマンテスト

検査法： 仰臥位にて、膝は10～20度屈曲位、片手で大腿骨を押さえ、もう一方の手で脛骨近
位後方を掴み、脛骨を前方に引き出す。

理論的根拠： 前方に引いて動いた場合は、前十字靭帯に断裂がある。

6、バウンスホームテスト

検査法：診察台の上に仰臥位にさせる。患者の踵を手掌で掴み、膝関節を完全屈曲位まで曲

げる。その後、他動的に膝関節を伸展させ、完全に伸展するか伸展の最終点で跳ね返るのを確認する。

理論的根拠：陽性の場合、弾力のある抵抗を示すときには半月板断裂の可能性があります、跳ね返り（Bounce Home）の動きは生じない。

7、Nテスト（Pivot Shift Test）

検査法：足部を保持し下腿を内旋かつ軸方向に力を加え、もう一方の手で大腿骨外顆上方を

保持し外反を加えながら母指で腓骨小頭を前方に押し出し屈曲90°位から膝を伸展させる。

理論的根拠：陽性の場合、屈曲30°～10°付近で脛骨顆部が前方かつ内旋方向に亜脱臼するのが視診および触診でわかる。この手技はjerk testとも呼ばれる。

○膝蓋骨テスト

1、膝蓋骨圧迫テスト

検査法：仰臥位にて、膝蓋骨を上から強くおさえ、内側と外側に膝蓋骨を動かす。

理論的根拠：膝関節の痛みは、膝蓋軟骨軟化症か、あるいは膝蓋骨関節炎を示唆する。

2、膝蓋骨不安感テスト

検査法：仰臥位にて、母指で膝蓋骨を外側に押す。

理論的根拠：患者が不安な顔の表情を示せば、膝蓋骨亜脱臼症候群、習慣性膝蓋骨脱臼、反復性

膝蓋骨脱臼などが示唆される。

3、ドレイヤーテスト

検査法：仰臥位にて、自力で脚を上げるよう指示する。上げられない場合は、検者が大腿四頭

筋を固定して、再度指示する。

理論的根拠：固定後に上げられるならば、膝蓋骨骨折の疑いがある。股関節を屈曲させる主要筋肉である大腿直筋は、大腿四頭筋腱として膝蓋骨に付着している。膝蓋骨骨折時には、大腿四頭筋は安定性がなくなる。そのため、大腿四頭筋腱を固定することにより、膝伸展位で股関節を屈曲することが可能となる。

4、クラークテスト

検査法：膝蓋骨の頭側から尾側に向けて圧迫を加え、大腿四頭筋を収縮させ、痛み、摩擦音を

観察する。膝の角度を変えて行う。大腿膝蓋関節炎、膝蓋骨軟膏軟化症の検査。

○膝関節水腫（腫脹）

1、膝蓋骨跳動テスト

検査法：膝蓋骨上部を片方の手でとりまくように押さえ、もう一方の手の指先で膝蓋骨を大腿骨

の方へ押す。

理論的根拠：関節内に浸出液があれば、膝蓋骨上部（上嚢部）を押すことにより浸出液は膝蓋骨下（膝窩部）に貯まり、膝蓋骨を大腿骨に押し付けた時にコツンと当たる感覚が出現する。

次回は足関節部です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

足関節部テスト法

○靭帯不安定

1、引き出し兆候

検査法：仰臥位にて、足をつかみ脛骨を下から引き上げる。次に脛骨を上から押し下げる。

理論的根拠：押し下げた時に健側と比較してゆるみがあれば、前距腓靭帯断裂を、引き上げたときに

ゆるみがあれば、後距腓靭帯断裂を示唆する。

2、外側安定性テスト

検査法：仰臥位にて、足をつかみ内返しを検者の力のみで行う。

理論的根拠：ゆるみがある場合は、前距腓靭帯と踵腓靭帯の両方、もしくはどちらか一方の断裂が疑

われる。

3、内側安定性テスト

検査法：仰臥位にて、足をつかみ外返しを検者の力のみで行う。

理論的根拠：ゆるみがある場合は、三角靭帯の断裂が疑われる。

○足根管症候群

1、止血帯テスト

検査法：患側の足首に血圧計のカフをつけ、患者の収縮期血圧の少し上になるまで、空気を注

入する。

理論的根拠：痛みの増悪は、足根管症候群を示唆する。

2、足関節のチネル徴候

検査法：後脛骨神経の上（内果後方）あたりを、打腱器で叩打する。

○アキレス腱の断裂

1、シモンズテスト

検査法：脛骨と腓骨に向かって、ふくらはぎを圧縮する。

理論的根拠：足の底屈が見られない時は、アキレス腱が断裂している。

2、アキレス腱叩打テスト

検査法：アキレス腱を、打腱器で叩打する。

理論的根拠：痛みの増悪や、底屈が起こらない場合は、アキレス腱の断裂を示唆する。

（注）神経学的に病変がある患者には、適用できない。

次回はその他です。

（写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より）

私たち柔整師が患者さんを診る上で、必要なテスト法をまとめてみました。
再確認の意味で読んでいただければと思います。

その他のテスト法

○動脈不全

1、バージャーテスト

検査法：仰臥位にて、片足を上げたままで、底屈と背屈を最低2分間交互にくりかえさせる。つぎ

に、診察台の端から脚を垂らす状態に座らせる。

理論的根拠：チアノーゼを起こした足が正常に回復するのに、1分間以上必要であれば、陽性所見とし動脈不全を考える。

2、アレンテスト

検査法：腰掛け座位にて、腕を拳上し、こぶしの把握動作をすばやく1分間続けさせる。つぎに、

腕を下げ、手首の橈骨動脈か、尺骨動脈を押さえて閉塞させる。

理論的根拠：チアノーゼを起こした手が正常に回復するのに、10秒以上必要であれば、その押さえた側の反対側動脈が不全と考えられる。

○血栓性静脈炎

1、ホーマン徴候

検査法：仰臥位にて、足関節を背屈し、ふくらはぎを圧縮する。

理論的根拠：ふくらはぎや下肢の後側深部に痛みがあるときは、血栓性静脈炎を示唆する。

○詐病テスト

1、フーバー徴候

検査法：仰臥位にて、患側の下肢拳上を指示するが、その時に検者の片方の手を健側の踵にあ

てがう。

理論的根拠：詐病で、患者が本気で下肢拳上を行わない場合、健側の踵に圧力がかからない。一般的に拳上の動作は、必然的に反対側を下げる方向に力が加わる。

2、バーン・ベンチテスト

検査法：診察台に膝をつけさせ、足を固定してから、床に手をつくように（腰椎屈曲動作）指示する。

理論的根拠：腰痛を訴える患者でも、このテストは脊椎の下部後方に圧力がかからないため、容易に屈曲できる。腰痛でこのテストができないのは詐病も考えられる。本来このテストでは、下肢後方にストレスが加わるものである。

3、座位のラセーグテスト

検査法：腰掛け座位にて、片側ずつ前方下肢拳上を指示する。

理論的根拠：坐骨神経炎がある患者は、患側の下肢拳上時に、体幹を後に倒す。体幹をまっすぐに

して、拳上できる場合は詐病も考えられる。

4、マグヌソンテスト

検査法：腰掛け座位にて、患者に痛む局部を指すよう指示する。つぎに、全く関連性のない他の

テストを行い、患者の気をそらし、再度最初の痛む局部を指さすようにさせる。

理論的根拠： 本当に痛む患者は、二度とも同じ局部を指すことができる。詐病の場合は、位置に相違が生じる。

5、マンコッフ操作

検査法： 腰掛け座位にて、脈拍数を調べる。次に、患者が痛むと訴える局部を、軽く指先で押し

て、意図的な苦痛を与える。そのすぐあとに、再度脈拍数を調べる。

理論的根拠： 本当に痛む場合は、脈拍数に10パーセント以上の増加がある。

○髄膜刺激症状

1、ケルニツヒテスト

検査法： 仰臥位にて、90度に膝を屈曲し、下腿が診察台と平行になるような下肢挙上を指示する。つぎに、それを伸展させる。

理論的根拠： 伸展が不可能か、痛みをともなう場合は、髄膜刺激症状を示唆する。

(注) 坐骨神経炎の患者も、このテストで痛みが引き起こされる。

2、ブルジンスキーテスト

検査法： 仰臥位にて、患者の頭部をもちあげるように、胸骨の方へ押し、頸椎屈曲を行う。

理論的根拠： テスト中に患者が膝を屈曲する時は、陽性所見とし、髄膜刺激症状を考える。

○過敏症

1、リフマンテスト

検査法： 腰掛け座位にて、胸鎖乳突起を両側から圧迫する。

理論的根拠： 痛みを訴える時は、痛みに対する閾値の低下を示唆する。

○脚長測定

1、真の脚長

検査法： 立位にて、上前腸骨棘から床までをメジャーテープで、各々計測する。

理論的根拠： この真の脚長を左右計測比較することにより、解剖学的な下肢の短縮を発見できる。

2、見かけの脚長

検査法： 仰臥位にて、臍から足関節内果までを各々計測する。

理論的根拠： 左右の脚長差は、筋組織か靭帯の拘縮による変形が原因の機能的下肢不全を示唆する。

今回でテスト法を終わります。ありがとうございました。

(写真で学ぶ整形外科テスト法・医道の日本社より)