

起こし、さらなる神経障害の悪循環を助長する。一般的に、神経障害では知覚症状として、表在感覚と深部感覚の麻痺、疼痛や異常感覚などを生じる。その中でも神経障害では痺れが多いのに対して、神経根障害では疼痛が特徴的であると言われる。また、運動神経症状として、弛緩性麻痺、筋力低下と筋萎縮、腱反射低下や線維束性攣縮などが生じる。さらに、交感神経症状として、血管運動障害、皮膚栄養障害や発汗障害などが生じる。

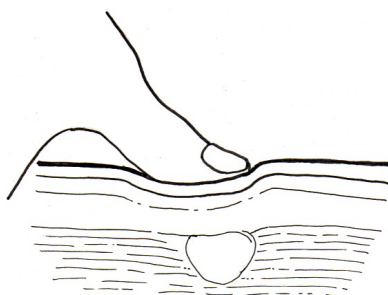


図4 筋軟化

神経障害の急性期の徴候である筋軟化（筋中の空白部）は凹みとして感じられる。その大きさはさまざまであり、大きなものは何十 cm にも達し、小さなものでは触診する指の指腹中に入ってしまうものまでである。その凹みでは経皮的圧迫による通常の筋の抵抗感（生理学的筋緊張）はなく、軽い圧迫にて激痛を生じる。

神経障害は、1 部位での重度な損傷によって症状を呈したり、除神経が起こったりするが、軽度な損傷が重複することで初めて症状を惹起したり、除神経が起こったりする。このような現象を“二重圧搾症候群 *double crush syndrome*” とよぶ^{45, 46)}（図5）。椎間孔での神経根の圧迫が軽度の場合には症状を呈することはないが、さらに、その上に末梢神経への軽度な、例えば手根管などの神経絞扼部位で、圧迫が加わることで除神経が起こり、症状が誘発される。この概念は臨床上非常に重要なことである。理学的検査において、その症状の発現に1 部位の損傷によるものか、あるいは複数部位の損傷によるものかは判断できない。また、治療効果として、症状が消失したからと言って、その症状を誘起しているすべての神経障害部が無くなったとは言えない。よって、理学的検査においても、治療においても、神経根障害部位である脊柱（後枝支配領域）と末梢神経が損傷を受けやすい絞扼部位（前枝支配領域）の両領域が検査・治療されることを要す。検査、治療とも、脊柱領域と四肢領域との2つに大別することができる。これらの2領域は独立しているものではなく、相互に深く関係しあっている。治療に対する抵抗性などから考えて、脊柱（神経根と後枝の障害）の方が重要である。脊柱およびその周辺での血流が改善し、神経根および後枝の障害が改善しない限り、四肢のみの治療にて十分な治療効果は期待できないことが多いばかりか、増悪をみる場合もある。尚、慢性化した筋硬化は線維化が強いため、独立した筋障害 *Myopathy* として捉え、それ自体の治療と考えることもできる。よって、マイオセラピーは（1）根障害・後枝障害治療、（2）前枝障害治療および（3）筋障害治療の三段階に分けることもできる。

神経障害を改善することは、その神経の血流を改善することである。神経の