

OCENA WYNIKÓW LECZENIA DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH KRĘGOSŁUPA W ODCINKU LĘDŹWIOWO-KRZYŻOWYM MASAŻEM LECZNICZYM I JONOFOREZĄ

Ewa Gajewska, Marta Ładniak, Ewa Barańska

Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

STRESZCZENIE

Wstęp. Dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa występują częściej niż odcinka szyjnego czy piersiowego. We współczesnym świecie związanym z ułatwieniami cywilizacyjnymi, codzienną pracą, brakiem aktywności ruchowej, stresem i pośpiechem, wpływają one niekorzystnie na narząd ruchu. Prowadzi to do przyspieszenia degeneracji elementów kręgosłupa, a w konsekwencji może prowadzić do choroby przeciążeniowej i powstających na jej gruncie zmian zwyrodnieniowych. Leczenie zależy od okresu choroby, wieku, chorób współistniejących i zwykle jest procesem złożonym. Najczęściej stosuje się nieinwazyjne zabiegi z zakresu fizykoterapii, kinezyterapii, masażu a także terapii manualnej.

Cel. Celem pracy jest ocena skuteczności działania jonoforezy oraz masażu leczniczego, jako zabiegów przeciwbólowych u pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.

Materiał i metoda. Badaniem objęto 30 pacjentów w wieku 21 do 74 lat, leczonych z powodu dolegliwości bólowych kręgosłupa odcinka lędźwiowo-krzyżowego w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „SPONDYLUS” w Szczecinie. Liczba kobiet wynosiła 19, a mężczyzn 11. Na podstawie badania i opinii lekarskiej, pacjentów podzielono na dwie grupy. Grupę A, liczącą 21 osób, stanowili chorzy z bólem przewlekłym, zaś w liczącej 9 osób grupie B znaleźli się chorzy z bólem ostrym.

Wyniki. Biorąc pod uwagę wyniki przeprowadzonych badań należy stwierdzić, że jonoforeza oraz masaż leczniczy wykazywały działanie przeciwbólowe u chorych

z dolegliwościami bólowymi w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa.

Wnioski. Do subiektywnej oceny wyników wykorzystano skalę natężenia bólu VAS, w której otrzymane dane wykazały zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych. Wyniki sugerują, iż pacjenci z bólem przewlekłym (grupa A) częściej stosują profilaktykę, niż pacjenci z bólem ostrym (grupa B).

Słowa kluczowe: ból odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa, masaż, jonoforeza

Wprowadzenie

Większość literatury podaje, iż 80% populacji cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa. Z reguły najczęściej zlokalizowane są w odcinku lędźwiowym, lędźwiowo-krzyżowym lub stawie krzyżowo – biodrowym (Stodolny 1999; Marciniak i Szulc 2003; Kiwerski 2006).

Leczenie zachowawcze u pacjentów z przewlekłymi bólami w odcinku lędźwiowym umożliwia wykonywanie codziennych czynności życiowych. Jednakże osoby te muszą być świadome jak można uniknąć nawrotu choroby oraz muszą zrozumieć mechanizmu powstania bólu, gdyż sumujące się przeciążenia w odcinku lędźwiowym powodują stopniowe powstawanie zmian zwyrodnieniowych (Stodolny 1999; Marciniak i Szulc 2003; Kiwerski 2006).

Według definicji Międzynarodowego Stowarzyszenia Badania Bólu, objaw bólu określa się, jako nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne

przeżycie towarzyszące istniejącemu lub zagrażającemu uszkodzeniu tkanki. Ból odczuwany jest indywidualnie inaczej przez każdego chorego, jest odczuciem subiektywnym, dlatego też dla jego pomiaru stosuje się różne skale i wskaźniki bólu (Dobrogowski i Wordliczka 1999; Dobrogowski i Wordliczka 2002).

Etiologia bólu odcinka lędźwiowego kręgosłupa z reguły jest różna, natomiast powstała patologia niejednokrotnie umożliwia zadziałanie kolejnych czynników mogących wywołać zjawisko degeneracji. Oprócz choroby przeciążeniowej występują inne, również ważne przyczyny bólu kręgosłupa, takie jak: choroby nowotworowe, stany zapalne tkanek miękkich kręgosłupa, choroby rdzenia, stłuczenia lub złamania kręgosłupa, spowodowane przez wypadki komunikacyjne, upadki z wysokości lub przygniecenia. Innym źródłem może być choroba Bechterewa, osteoporoza, schorzenia reumatologiczne, bóle trzewne z zaburzeniami funkcji układu moczowo-płciowego lub pokarmowego, zespoły bólowe na tle wad rozwojowych kręgosłupa (Stodolny 2000; Kiwerski 2006; Rakowska-Muskat 2011).

Leczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa stanowi złożony proces uzależniony od czasu trwania choroby, przyczyny bólu, chorób towarzyszących i wieku pacjenta. Terapię w okresie ostrym zaczyna się od odpowiedniego ułożenia chorego. Głównym założeniem jest rozluźnienie patologicznie napiętych mięśni w celu przyniesienia ulgi. Po ustąpieniu bólu ostrego, jeśli jest to możliwe, powinno dążyć się do przywrócenia sprawności narządu ruchu oraz powrotu do codziennego, normalnego funkcjonowania, a także do zapobiegania nawrotom choroby. Jeśli natomiast, pomimo leczenia, w ciągu następnych kilku tygodni nie nastąpi poprawa objawów chorobowych, mamy do czynienia z bólem przewlekłym. W takim przypadku podstawowe leczenie polega na stosowaniu zabiegów z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii, masażu leczniczego, a także terapii manualnej. Gdy pomimo stosowanej terapii nie odnotowuje się oczekiwanych rezultatów, a stan pacjenta ulega pogorszeniu, wówczas chory po odpowiednich badaniach diagnostycznych może zostać skierowany na zabieg chirurgiczny (Stodolny 2000; Rakowski i Słobodzian 2001; Zembaty 2002; Kiwerski 2006).

Masaż leczniczy – metoda stosowana w leczeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa – wykorzystuje bodźce mechaniczne polegające na naprzemiennym zwalnianiu i ucisku na tkanki ustroju. Głównym celem jest uzyskanie zmniejsze-

nia napięcia mięśniowego (mięśni przykręgosłupowych), działanie przeciwbólowe, rozluźniające, poprawę ukrwienia, zwiększenie ruchomości stawów, a także oddziaływanie na układ ruchu (torebki stawowe, ścięgna, okostną, mięśnie), skórę, zakończenia nerwowe w skórze, oraz na układ chłonny i krwionośny. Wpływ oraz działanie masażu leczniczego zależy, w jaki sposób i jak energicznie jest wykonywany. Głaskanie, rozcieranie, delikatna vibracja wpływają uspokajająco na układ nerwowy, zaś ugniatanie, oklepywanie oraz silna vibracja działa pobudzająco (Kasperczyk i wsp. 2006; Magiera 2006; Marszałek 2006).

Jednym z zabiegów stosowanych w bólach odcinka lędźwiowego kręgosłupa z zakresu elektroterapii jest jonoforeza. Jest to zabieg, który polega na wprowadzeniu do tkanek jonów wpływających leczniczo. Zabieg ten wykazuje działanie przeciwzapalne, poprawiające ukrwienie, przeciwbólowe oraz rozluźniające (Mika i Kasprzak 2001; Kasperczyk i wsp. 2006).

Cel pracy

Głównym celem pracy jest ocena skuteczności działania jonoforezy i masażu leczniczego, jako zabiegów przeciwbólowych u pacjentów z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w grupie 30 osób w wieku 21 do 74 lat (średnia wieku 50 lat), w tym kobiet 19, w wieku od 21 do 74 lat (średnia wieku 51 lat), a mężczyzn 11, w wieku od 33 do 63 (średnia wieku 48 lat).

Pacjenci byli leczeni z powodu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „SPONDYLUS” w Szczecinie.

Do udziału w badaniu zostali włączeni pacjenci zdiagnozowani przez lekarza –specjalistę neurologii i rehabilitacji narządu ruchu z ostrym lub przewlekłym bólem w odcinku lędźwiowo-krzyżowym o etiologii zwyrodnieniowej lub/i przeciążeniowej. Pacjenci zostali poddani terapii przeciwbólowej zgodnie z zaleceniami lekarza. Została przeprowadzona u tych chorych ankieta, wyrazili oni zgodę na jej wypełnienie oraz zezwolili na wykorzystanie uzyskanych wyników.

Na podstawie badania i opinii lekarskiej, pacjenci zostali podzieleni na dwie grupy:

A – pacjenci z bólem przewlekłym

B – pacjenci z bólem ostrym.

Grupa A liczyła 21 osób (16 kobiet, 5 mężczyzn), grupa B 9 osób (3 kobiety oraz 6 mężczyzn). Średni wiek badanych z grupy A wynosił 51 lat, natomiast w grupie B to było 47 lat. Każdy z badanych osób został objęty leczeniem z zakresu fizykoterapii (jonoforeza) oraz masażem leczniczym. Zalecone zabiegi przez lekarza, były wykonywane co drugi dzień w pięciu seriach.

Ból określano w skali VAS (10 stopniowa, Analogowo Wzrokowa Skala Oceny Bólu) oraz określano obszar promieniowania bólu do określonych części ciała.

Wyniki

Sprawdzono czas pojawienia się bólu u wszystkich badanych pacjentów. Ocena dolegliwości bólowych kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym w grupie A badanych wskazała na występowanie bólu raz na kilka miesięcy u 8 osób, kolejnych 5 chorych skarżyło się na codzienne bóle w w/w odcinku kręgosłupa. Ośmiu pacjentów wskazało na występowanie bólu raz na kilka tygodni. W grupie B wykazano, iż dolegliwości bólowe kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym pojawiły się u dwóch osób raz na kilka miesięcy, u czterech ból pojawiał się raz na kilka lat, u jednego chorego dolegliwości wracały dwa razy do roku, natomiast dwóch pacjentów skarżyło się na bóle występujące raz na kilka tygodni.

U badanych sprawdzono miejsce promieniowania bólu i wykazano, iż w grupie A (ból przewlekły) występował najczęściej w odcinku lędźwiowo-krzyżowym u 11 badanych, u 5 pacjentów przebiegał wzdłuż całej kończyny dolnej, kolejno u 4 chorych ból promieniował w obszarze kończyny dolnej i biodra, natomiast u jednego ankietowanego na odcinku pośladek – udo. Siedmiu chorych z grupy B z bólem ostrym wskazywało na bóle promieniujące na całą kończynę dolną, u jednego badanego ból promieniował w okolicy kończyny dolnej i biodra, natomiast jeden pacjent skarżył się na promieniowanie bólu w obszarze pośladka i uda.

Natężenie występowania bólu sprawdzono przy pomocy skali VAS w obu grupach przed i po wykonanych zabiegach i wykazano, iż przed zabiegami jego średnia wartość u pacjentów z obu grup badawczych (A i B) wynosiła 7, po zabiegach wartość

ta spadła do 5. Przeanalizowano przy pomocy w/w skali natężenie występowania bólu osobno w grupie A i B przed i po zabiegach terapeutycznych. Wykazano, iż przed zabiegami jego średnia wartość u pacjentów z grupy A wynosiła 5, po zabiegach wartość ta spadła do 4. Średnia wartość natężenia bólu u pacjentów z grupy B według skali VAS wynosiła 9, po zabiegach wartość ta spadła do 6.

Dodatkowo sprawdzono, w jaki sposób pacjenci z obu grup badawczych stosują profilaktykę przeciwbólową. Porównanie w obu grupach badawczych wykazało, iż 5 osób zarówno z grupy A i B nie stosowało żadnej profilaktyki, 2 osoby z grupy A oraz 1 z grupy B pływało, 4 osoby z grupy A i 2 osoby z grupy B ćwiczyły, 2 osoby z grupy A oraz 1 osoba z grupy B korzystały z sanatorium, natomiast 8 osób z grupy A korzystało z odnowy biologicznej.

Dyskusja

Dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa stanowią duży problem medyczny oraz ekonomiczny, gdyż wzrasta liczba osób cierpiących na to schorzenie. Według wielu autorów główną przyczyną są zmiany w krążkach międzykręgowych, jednostronne obciążenie kręgosłupa, siedzący tryb pracy, bierny odpoczynek, a w szczególności słaby gorset mięśniowy, będący skutkiem niewielkiej aktywności ruchowej społeczeństwa. Wyżej wymienione sumujące się obciążenia prowadzą do stopniowych deficytów najpierw czynności, a następnie uszkodzenia struktur kręgosłupa (Dziak 1990; Stodolny 1999; Kempf-Hans 2002; Nowakowski 2003,2004; Kiwerski 2006).

U ponad połowy chorych można zastosować leczenie zachowawcze, pozwalając im na wykonywanie codziennych czynności życiowych, pod warunkiem, że sami chorzy będą pamiętać o mechanizmie powstawania bólu i sposobie radzenia sobie przed ewentualnym nawrotem choroby. Według Nowakowskiego około 1-10% pacjentów wymaga leczenia operacyjnego (Nowakowski 2003,2004).

Stodolny i Nowakowski podają, iż ból krzyża często występuje u osób aktywnych i młodych, a także w wieku średnim (przedział wiekowy 20-45 lat) (Stodolny 2000; Nowakowski 2003,2004).

W obecnych badaniach wzięło udział 37% kobiet i 63% mężczyzn w wieku od 21 do 74 lat, co wskazuje na to, że dolegliwości bólowe dotyczą zarówno osób młodszych jak i starszych.

Rodzaje terapii, które można zastosować w celu zmniejszenia lub likwidacji bólu w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa mogą być różne. Według Dyszkiewicza jonoforeza jest zabiegiem fizykalnym znanym od dziesięcioleci w medycynie. Jest to metoda przezskórnego podawania leku w różnych jednostkach chorobowych. Stosując prąd stały w czasie około 20 minut na określony odcinek kręgosłupa, można uzyskać poprawę, działając na ognisko bólu komponentą przeciwbólową, przeciwzapalną, a także przeciwobrzękową (Dyszkiewicz 2006). Natomiast masaż leczniczy według Stodolnego, Woszek oraz Mizgiera jest najczęściej stosowaną formą terapii w placówkach służby zdrowia. Pozwala na uzyskanie efektów leczniczych takich jak: zmniejszenie napięcia mięśniowego, poprawę ukrwienia, poprawę ruchomości stawów, mobilizację tkanek miękkich i inne. Ponadto jest dobrze akceptowany przez większą część chorych (Stodolny 2000; Woszek i wsp. 2011; Mizgier i wsp. 2009). W przeprowadzonych badaniach, przed pierwszym zabiegiem masażu i jonoforezy, stopień natężenia bólu według skali VAS kształtował się na poziomie 7 w obu grupach chorych (A-ból przewlekły, B – ból ostry), natomiast po skończonej serii terapii, poziom bólu spadł do 5 w obu grupach badawczych, przez co wydaje się, że zastosowanie takiej „kombinacji” dało oczekiwany rezultat.

Abbott i wsp. podają na podstawie przeprowadzonej elektronicznej bazy danych, iż u 21% chorych po 3 miesiącach od wizyty u lekarza pozostały niewielkie dolegliwości bólowe, natomiast 60% pacjentów nadal odczuwała ból i utrudnienia w normalnym funkcjonowaniu po 12 miesiącach od pojawienia się pierwszych objawów choroby (Abbott i wsp. 2002).

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań własnych stwierdzono, że u większości respondentów w grupie z bólem przewlekłym, 38% potwierdziło występowanie dolegliwości bólowych raz na kilka miesięcy. Problem występowania codziennych bólów kręgosłupa zasygnalizowało 24% badanych, a raz na kilka tygodni – 38% chorych. Natomiast u pacjentów z bólem ostrym, występowanie dolegliwości bólowych raz na kilka miesięcy odnotowano u 22% badanych, u 45% respondentów problem ten pojawia się raz na kilka lat. Jedenaście procent osób zasygnalizowało dolegliwości bólowe dwa razy do roku, a 22% raz na kilka tygodni.

Według Stodolnego, Kempfa-Hansa jak i Nowakowskiego, podstawowym celem profilaktyki dolegliwości bólowych jest zapobieganie występo-

wania ich nawrotom oraz jak najmniejszy udział interwencji chirurgicznej. W postępowaniu terapeutycznym w przewlekłych bólach krzyża obok farmakoterapii i leczenia fizykalnego, powinna znaleźć się profilaktyka zdrowotna (Stodolny 2000; Kempf-Hans 2002; Nowakowski 2003).

W przeprowadzonych badaniach u pacjentów z bólem przewlekłym potwierdziła się teza, iż większość chorych korzysta z odnowy biologicznej, masażu lub też innej formy profilaktyki. Jednym z elementów skutecznego postępowania profilaktycznego są dobrane odpowiednio ćwiczenia, których celem jest nie tylko działanie przeciwbólowe, ale także wyrównanie deficytów, a co za tym idzie nauczanie prawidłowego wzorca ruchowego i postawy ciała.

Wnioski:

1. Jonoforeza oraz masaż leczniczy okazują się być skutecznym zabiegiem o działaniu przeciwbólowym u chorych z dolegliwościami w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa.
2. Zmniejszenie natężenia bólu według skali VAS po zabiegach w grupie badanych z bólem przewlekłym (grupa A) odnotowano u 9 na 21 badanych, z bólem ostrym (grupa B) u 4 na 9 osób.
3. Stosowanie profilaktyki wpływa na poprawę sprawności fizycznej, a także samopoczucia psychicznego u osób cierpiących na bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym.

Piśmiennictwo

- Dobrogowski J.**, Wordliczek J., Bromboszcz J., Klasyfikacja bólu przewlekłego. Wydawnictwo Rehabilitacja Medyczna, Kraków, 1999;31-42;355-374.
- Dobrogowski J.**, Wordliczek J., Ból przewlekły, Wydawnictwo MCKP UJ, Kraków, 2002;189, 253-261.
- Dyszkiewicz A.**, Środki farmakologiczne do jonoforezy cz.I. Rehabilitacja w praktyce, 2006;1:40-42.
- Dziak A.**, Bóle krzyża, PZWL, Warszawa, 1990;41-59,67-71.
- Kasperczyk T.**, Magiera L., Mucha D., Walaszek R., Masaż z elementami rehabilitacji, Rehmed, Kraków, 2006;15:221-252.
- Kempf Hans-D.**, Szkoła pleców, Sic, 2002.
- Kiwierski J.**, Rehabilitacja medyczna, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006;118-136;551-559.
- Magiera L.**, Klasyczny masaż leczniczy, Wydawnictwo BIO- STYL, Kraków, 2006;11-16.

- Marciniak W.**, Szulc A., Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja tom 2, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa, 2003, 2004:302-306.
- Marszałek A.**, Masaż klasyczny w terapii kręgosłupa, Med Man 2006;10,4:26-41.
- Mika T.**, Kasprzak W., Fizykoterapia, PZWL, wydanie IV, Warszawa, 2001;165-178,215-216,227-236.
- Mizgier P.**, Kassolik K., Andrzejewski W., Skuteczność serii 10 zabiegów masażu klasycznego w zespole bólowym dolnego odcinka, Rehabilitacja w praktyce 2009;3:44-46.
- Nowakowski A.** Bole krzyża, W: Wiktora Degi Ortopedia i Rehabilitacja Tom 2. PZWL, Warszawa, 2003, 2004:302-306.
- Rakowski A.**, Słobodzian J., Terapia manualna w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego. Wydawnictwo Centrum Terapii Manualnej dr Andrzeja Rakowskiego, Poznań 2001;16-34.
- Rakowska-Muskat M.**, Codziennosc bez bólu –autoterapia dysfunkcji narządu ruchu, Skuteczny program radzenia sobie z bólem ostrym i przewlekłym. Centrum autoterapii Humanus, Zakopane, 2011;13-17.
- Stodolny J.**, Choroba przeciążeniowa kręgosłupa –epidemia naszych czasów, Wydawnictwo ZL NATURA, Kielce, 1999;17-60.
- Stodolny J.** Jak chronić swój kręgosłup, Wydawnictwo ZL NATURA, Kielce, 2000;9-21:149-171.
- Woszek W.**, Andrzejewski W., Kassolik W., Ocena efektywności masażu leczniczego u osób ze zmianami przeciążeniowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa, Rehabilitacja w praktyce, 2011;1:52-56.
- Zembały A.**, Kinezyterapia, Wydawnictwo „Kasper” Sp. z o.o., Kraków, 2002;152-158.

Autor odpowiedzialny za korespondencję: dr Ewa Gajewska, Katedra Reumatologii i Rehabilitacji, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, ul. 28 Czerwca 1956 r. 135/147, 61-545 Poznań, e-mail: ewagajewska1011@gmail.com