

ZASTOSOWANIE MASAŻU LECZNICZEGO W PRZYPADKU DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH ODCINKA SZYJNEGO I LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA – OPIS PRZYPADKU

The effectiveness of therapeutic massage in lumbar
and cervical spine pain syndrome – case study

IWONA WILK^{A,B,D,E,F}

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej,
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą przeważającej części społeczeństwa i występują u coraz młodszych osób. Czynniki predysponującymi do pojawienia się zaburzeń w obrębie kręgosłupa są: charakter wykonywanej pracy, siedzący tryb życia, brak aktywności ruchowej. W procesie leczenia należy stosować kompleksową fizjoterapię, jednak przede wszystkim należy wprowadzać profilaktykę dotyczącą stylu życia.

Cel pracy: Celem pracy była prezentacja możliwości zastosowania masażu leczniczego w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody: U 49-letniej kobiety zastosowano masaż klasyczny grzbietu. Zabieg wykonano czterokrotnie, każdorazowo trwał 30 minut. W tym samym czasie wykonywano dre-

Słowa kluczowe: masaż leczniczy, drenaż limfatyczny, ból kręgosłupa, obrzęk

naż limfatyczny kończyny dolnej, trwający 55 minut. Następnie dwukrotnie wykonano masaż tensegracyjny (45 min).

Wyniki: Po zastosowaniu różnych rodzajów masażu, dobranych indywidualnie do aktualnie dominujących objawów i potrzeb pacjentki, uzyskano zniesienie dolegliwości bólowej zlokalizowanej w obrębie kręgosłupa, obniżenie wrażliwości uciskowej wybranych mięśni grzbietu (najszerzego, czworobocznego i prostownika) oraz zmniejszenie obrzęku kończyny dolnej.

Wnioski: Masaż może być skuteczną terapią przeciwbólową w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa. Połączony z edukacją pacjenta, dotyczącą prawidłowej postawy i właściwych nawyków ruchowych, może przyczynić się do zapobiegania w przyszłości incydentom bólowym.

SUMMARY

Background: The spine pain syndrome is a common problem in a substantial part of the population which currently affects younger and younger people. The underlying risk factors include the character of work, sedentary lifestyle and lack of physical activity. Except for complex physiotherapy which should be applied during treatment, a lifestyle prophylaxis also seems to be a key factor.

Aim of the study: The aim of this study was to present the possibility to use the classical and therapeutic massage of the back, and a lymphatic drainage of lower limbs in case of the lumbar and cervical spine pain syndrome accompanied by the lower limb swelling.

Material and methods: A young woman with the lumbar and cervical spine pain syndrome received a 55-minute lymphatic

Keywords: therapeutic massage, lymphatic drainage, lumbar and cervical spine pain syndrome, swelling

drainage (four sessions), a 30-minute classical massage (four sessions) and a 45-minute therapeutic massage (two sessions). All the procedures were performed every two days.

Results: After the application of all kinds of the massage, selected individually to current symptoms and needs of the patient, the pain in the area of the spine was relieved. After the therapy the pressure pain in the back muscles such as: *latissimus dorsi* (lats), *trapezius* (traps) and spinal erectors was also decreased. The swelling in the area of the lower limb was reduced and the patient reported general decrease of pain.

Conclusions: A massage may constitute an effective anti-pain therapy in case of the lumbar and cervical spine pain syndrome. Combined with educating patients about proper motor habits might prevent similar pain symptoms in the future.

(PU-HSP 2015; 9, 2: 24–27)

Wstęp

Dolegliwości bólowe kręgosłupa stały się epidemią naszych czasów. Według różnych źródeł występują u 50–90% osób dorosłych w różnym okresie życia, prowadząc do ograniczenia sprawności fizycznej, częstych zwolnień chorobowych, hospitalizacji, trwałej niezdolności do pracy lub zmiany zawodu oraz zachowań depresyjnych [1,2]. W ostatnim czasie obserwuje się występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa u coraz młodszych osób. Jedną z głównych przyczyn jest siedzący tryb życia, brak aktywności ruchowej, nieprawidłowe odżywianie. Coraz częściej u młodych ludzi ze względu na stopień zaawansowania występujących zmian stosuje się rehabilitację zamiast profilaktyki.

W terapii zespołów bólowych kręgosłupa obok zabiegów fizykalnych i kinezyterapii wielokrotnie wykazywano przeciwbólowe działanie masażu klasycznego i leczniczego [1,3,4]. Masaż powoduje normalizację napięcia spoczynkowego mięśni i zwiększenie ruchomości stawów [2,3,5,6]. Poprawia ukrwienie opracowywanych struktur, usprawniając tym samym procesy regeneracyjne tkanek. Wpływa na receptory czucia powierzchniowego i głębokiego zlokalizowane w skórze oraz w mięśniach szkieletowych, co powoduje pobudzenie kory mózgowej, wzmożoną impulsację i dzięki temu normalizację funkcji narządów wykonawczych. Istotnym aspektem zabiegów masażu jest jego pozytywny wpływ na psychikę pacjenta, m.in. poprzez tonizujące działanie na układ nerwowy [6].

Cel pracy

Celem pracy była prezentacja możliwości zastosowania masażu klasycznego grzbietu i masażu tensegracyjnego w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz drenażu limfatycznego w przypadku obrzęku chłonnego kończyny dolnej.

Materiał i metody

Kobieta w wieku 49 lat zgłosiła się do przychodni rehabilitacyjnej ze skierowaniem na zabiegi masażu. Głównymi objawami były przewlekłe dolegliwości bólowe w obrębie odcinka lędźwiowego kręgosłupa połączone z napadowym, ostrym bólem odcinka szyjnego, występującym w określonych odstępach czasu. Pacjentka uskarżała się przede wszystkim na odcinek szyjny kręgosłupa, ponieważ w ostatnim czasie napady bólu szyi i karku były coraz częstsze i bardzo silne. Towarzyszyły im uporczywe bóle głowy, a nawet zawroty, co uniemożliwiało wykonywanie czynności dnia codziennego. Dodatkowo podczas unoszenia kończyn górnych pojawiało się uczucie drętwienia w obrębie kończyn.

W badaniu rezonansu magnetycznego wykazano: w odcinku szyjnym wyprostowanie fizjologicznej lordozy, wypuklinę krążka międzykręgowego C5/C6, osteofity na tylnych krawędziach trzonów uciskające worek oponowy, zmiany degeneracyjne wyżej wymienionego krążka, zmiany zwyrodnieniowe w trzonach kręgów szyjnych. W odcinku lędźwiowym stwierdzono małe wypukliny na poziomach: L4/L5 –

prawostronną, L5/S1 – pośrodkową, a krążki międzykręgowy na tych poziomach wykazywały cechy zwyrodnienia. Krążek międzykręgowy L3/L4 uwypuklał się do lewego otworu międzykręgowego. Kobieta z zawodu jest fryzjerką, a dotychczasowa dodatkowa aktywność ruchowa ograniczała się u niej do treningów nordic walking dwa razy w tygodniu. W ocenie oglądowej zaobserwowano asymetryczne ustawienie głowy, która była pochylona w prawo i lekko skręcona w lewo. W obrębie lewej kończyny dolnej odnotowano obrzęk obejmujący stopę, staw skokowy i podudzie. Wykonanie oceny palpacyjnej potwierdziło wzmożone napięcie wybranych mięśni grzbietu i obręczy barkowej [7].

Metoda

U pacjentki wykonano masaż klasyczny grzbietu, masaż tensegracyjny całego ciała oraz drenaż limfatyczny kończyny dolnej. We wszystkich rodzajach masażu stosowano prawidłową pozycję ułożeniową: leżenie przodem, tyłem i na boku. Wszystkie zabiegi wykonywano co drugi dzień: masaż klasyczny trwał 30 minut każdy, drenaż limfatyczny – 55 minut. Przed przystąpieniem do terapii dolegliwość bólowa w obrębie szyi określona była na 6 w skali VAS, natomiast w odcinku lędźwiowym kręgosłupa – na 4 w skali VAS. Charakter bólu w odcinku szyjnym pacjentka opisywała jako: napadowy, narwany, opasający, ściskający, promieniujący do głowy, natomiast w odcinku lędźwiowym: przewlekły, stały, utrwalony, cięży, tępy. Oprócz oceny werbalnej bólu odczuwanego przez pacjentkę, przed rozpoczęciem terapii i po jej zakończeniu wykonano pomiar wrażliwości uciskowej, wykorzystując algometr. Za pomocą algometru określa się próg wrażliwości uciskowej tkanek (ang. *pressure pain threshold*), czyli najmniejszą przyłożoną siłę, która wywołuje ból – nacisk mierzony jest w kilogramach na cm² [7]. Pomiar dotyczył wybranych mięśni grzbietu: najszerszego, czworobocznego i prostownika grzbietu, wykonany był przed i bezpośrednio po zastosowaniu terapii. Pomiar wykonano na przyczepach mięśniowych: wardze zewnętrznej grzebienia talerza kości biodrowej, wyrostku barkowym łopatki, końcu barkowym obojczyka i kolcu biodrowym tylnym górnym, po prawej i lewej stronie [8,9].

W pierwszej kolejności zaplanowano opracowanie kończyny dolnej drenażem limfatycznym. Wykonanie zabiegu w obrębie kończyny obejmowało na początku opracowanie okolicy nadobojczykowej, następnie okolicy powłok brzusznych, okolicy lędźwiowej i kończyny dolnej lewej, rozpoczynając od części proksymalnej, kierując się do części dystalnej. W postępowaniu wykonano podstawowe chwytły: pompujący, obrotowy, czerpiący oraz stałe ruchy okrężne. Opracowano węzły chłonne pachwinowe, udo, staw kolanowy, podudzie, staw skokowy, stopę oraz palce [10,11]. Edukacja pacjentki dotyczyła konieczności stosowania w trakcie wykonywania pracy pozycji siedzącej i stojącej naprzemiennie oraz używania zmiennego, wygodnego obuwia. Po pracy zalecono wykorzystywanie pozycji odciążeniowej w leżeniu tyłem z wysoko uniesionymi kończynami dolnymi w celu ułatwienia odpływu krwi żyłnej i chłonnej oraz odciążenia odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Z powodu bardzo silnych dolegliwości bólowych w obrębie odcinka szyjnego kręgosłupa i głowy równocześnie z drenażem limfatycznym kończyn dolnych wykonywano masaż klasyczny grzbietu (każdy z zabiegów co drugi dzień). Wykonanie masażu klasycznego polegało na opracowaniu skóry i powięzi pokrywającej grzbiet i obejmowało następujące techniki: głaskanie powierzchowne z włosiem i pod włos, głaskanie głębokie, przemieszczanie skóry w granicach jej przesuwalności, rolowanie, rozcieranie spiralne. Następnie w odpowiedniej kolejności opracowywano mięśnie powierzchowne grzbietu (najszerszy grzbietu, czworoboczny grzbietu), wykonując technikę ugniatańia poprzecznego, mięśnie zlokalizowane w obrębie łopatki (równoległoboczne, nad- i podgrzebieniowe, obłe) oraz mięsień czworoboczny lędźwi i prostownik grzbietu, a także więzadło nadkolcowe. Dodatkowo opracowywano mięśnie pochyłe i mostkowo-obojczykowo-sutkowe. Masaż tensegracyjny obejmował opracowanie w odpowiedniej kolejności struktur zaliczanych do poszczególnych układów (I–IV) [7]. Opracowywano tkanki wykazujące nieprawidłowe napięcie spoczynkowe, stosując techniki głaskania, rozcierania i ugniatańia. W obrębie kończyn dolnych tkanki opracowywano na przyczepach, uzyskując rozluźnienie brzośca mięśniowego poprzez część ścięgnistą, aby nie obciążać układu żylnego i chłonnego.

Wyniki

Po pierwszej serii zabiegów masażu klasycznego odnotowano zmniejszenie dolegliwości bólowej w odcinku lędźwiowym (VAS = 2) i w odcinku szyjnym (VAS = 4). Po zastosowaniu masażu tensegracyjnego odczucie bólu dodatkowo zmniejszyło się w odcinku lędźwiowym (VAS = 0) i w odcinku szyjnym (VAS = 2). Po terapii pacjentka nie odczuwała drętwienia w obrębie kończyn górnych. Po serii zabiegów drenażu limfatycznego odnotowano zmniejszenie obrzęku chłonnego w obrębie stopy i podudzia. Po zastosowaniu masażu klasycznego i tensegracyjnego zmniejszyła się wrażliwość uciskowa opracowywanych tkanek (tabela 1).

Dyskusja

W terapii zespołów bólowych kręgosłupa wielokrotnie stosowano różne rodzaje masażu leczniczego: klasycznego, tensegracyjnego, punkowego, relaksacyjnego [1,2,5,8,12]. W wielu przypadkach, w zależności

od stopnia zaawansowania zmian, rodzaju oraz wielkości odczuwalnych dolegliwości bólowych, terapia powinna składać się z zabiegów masażu połączonych z elementami kinezyterapii, fizykoterapii i niejednokrotnie z metodami specjalnymi [6]. W opisywanym przypadku oprócz dolegliwości bólowych kręgosłupa występował obrzęk kończyny dolnej lewej, dlatego też wykonano drenaż limfatyczny. W sytuacji braku obrzęku w dolegliwościach bólowych odcinka szyjnego i lędźwiowego kręgosłupa wskazanym byłoby wykonanie u pacjentki masażu tensegracyjnego. Ten rodzaj masażu polega na opracowaniu wybranych tkanek pozostających w zależnościach strukturalnych, ułożonych dystalnie i proksymalnie względem mięśni wykazujących wzmożone napięcie spoczynkowe. Opracowanie w pierwszej kolejności tkanek położonych dystalnie pozwala uniknąć bezpośredniej pracy z najbardziej bólowym mięśniem, a proces sumowania się rozluźnień poszczególnych tkanek ułatwia opracowanie na końcu zabiegu mięśnia wykazującego największą wrażliwość bólową. Dlatego też masaż tensegracyjny może być skuteczniejszy w porównaniu z innymi rodzajami masażu stosowanymi w zespołach bólowych kręgosłupa [7]. Przedstawiony przypadek jest przykładem potwierdzającym konieczność uwzględniania objawów dominujących i aplikacji najskuteczniejszej terapii dobranej indywidualnie do potrzeb pacjenta. Pokazuje ścisły związek efektywności terapii z doświadczeniem terapeuty, umiejętnościami praktycznymi z zakresu różnych rodzajów masażu oraz wiedzą anatomiczną [4,7]. W większości przypadków kompleksowa terapia zwiększa efektywność postępowania leczniczego, a gdy dodatkowo połączona jest z edukacją pacjenta i stosowaniem się do zaleceń fizjoterapeuty, utrwała uzyskany efekt terapeutyczny.

Wnioski

Masaż leczniczy może stanowić skuteczną formę terapii stosowaną w zespołach bólowych kręgosłupa. W prezentowanym przypadku po zastosowaniu masażu zmniejszyła się dolegliwość bólowa i wrażliwość uciskowa opracowywanych mięśni grzbietu. Zastosowanie drenażu limfatycznego było najwłaściwszą formą terapii obrzęku dystalnych części kończyny dolnej i przyczyniło się do jego zniwelowania. Uzyskanie pozytywnych efektów terapeutycznych było możliwe dzięki zastosowaniu odpowiednich rodzajów masażu, dobranych do aktualnie dominujących objawów.

Tabela 1. Wartości wrażliwości uciskowej mierzone algometrem na przyczepach mięśniowych

Nazwa mięśnia	Przed terapią		Po terapii	
	Prawa strona	Lewa strona	Prawa strona	Lewa strona
Najszerszy grzbietu	2,707	3,005	3,443	3,974
Czworoboczny grzbietu część poprzeczna	2,265	2,480	4,020	3,863
Czworoboczny grzbietu część zstępująca	2,533	1,895	3,379	3,086
Prostownik grzbietu	3,880	4,130	4,269	4,760

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Ćwirlej A, Ćwirlej A, Maciejczak A. Efekty masażu leczniczego w terapii bólów kręgosłupa. *Prz Med Uniw Rzesz* 2007; 3: 253–257.
2. Grzegorzczak J, Kwolek A. Współczesne poglądy na temat rehabilitacji w bólach krzyża. *Prz Med Uniw Rzesz* 2005; 2: 194.
3. Ćwirlej A, Ćwirlej A, Grygorowicz-Cieślak H. Masaż klasyczny w terapii bólów krzyża. *Med Man* 2005; 9(3/4): 7.
4. Andrzejewski W, Kassolik K, Wilk I. Możliwości zastosowania masażu w bólach kręgosłupa. *Rehabil Prakt* 2012; 5: 50–55.
5. Kassolik K, Andrzejewski W, Karczmarski T, Trzęsicka E. Masaż leczniczy w zmianach zwyrodnieniowych szyjnego odcinka kręgosłupa. *Fizjoterapia* 2005; 13(4): 53.
6. Dziak A. Leczenie bólów krzyża. *Rehabil Med* 2002; 6(1): 26.
7. Kassolik K, Andrzejewski W. *Masaż tensegracyjny*. Wrocław: Wydawnictwo Medpharm; 2014.
8. Fritz S, Chaitow L. *Masaż leczniczy. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i miednicy*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2009.
9. Andrzejewski W, Kassolik K, Cymer K. Poziom korelacji między wrażliwością uciskową mierzoną na przyczepie kostnym i na przebiegu mięśni szkieletowych. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11(2): 127–133.
10. Foldi M, Stroßenreuther R. *Podstawy manualnego drenażu limfatycznego*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2005.
11. Biały S. Manualny drenaż limfatyczny. *Rehabil Prakt* 2008; 1: 45.
12. Andrzejewski W, Kassolik K, Kamiński P, Kiljański M. Wpływ masażu medycznego na dolegliwości bólowe i jakość życia kobiet ze zmianami zwyrodnieniowymi odcinka szyjnego kręgosłupa. *Med Sport* 2007; 23(1): 28–34.

Adres do korespondencji:

dr Iwona Wilk
aleja I.J Paderewskiego 35
51-612 Wrocław
Tel. (+48) 510 410 296
E-mail: iwona.wilk@awf.wroc.pl; iwonawolf@poczta.onet.pl

Praca wptynęta do redakcji: 12.05.2015

Po recenzji: 26.05.2015

Zaakceptowana do druku: 27.05.2015