

Przykurcz mięśnia biodrowo-lędźwiowego a ból w kręgosłupie szyjnym ?

W zeszłym tygodniu przyszedł do mnie pacjent z ostrym epizodem bólu szyi.

Pacjentka zgłaszała, że ten problem pojawiał się wcześniej i coraz częściej i z większym natężeniem.

Ból lokalizował się zawsze na prawej stronie szyi.

Czynnikami, które mogły powodować ból był siedząc tryb życia, praca przy komputerze oraz długie dystanse pokonywane na nogach.

Pacjentka w wywiadzie zgłosiła występowanie w przeszłości epizodów przewlekłego bólu pachwiny po prawej stronie przez okres 5 lat.

Inny mój pacjent to pracownik konserwacji, który spędzał wiele godzin w pozycji siedzącej.

Skarżył się on na przewlekły ból szyi.

Poinformował on, że znaczącą ulgę przynosiła mu terapia manualna, która wykonywana była w okolicy bioder a nie w obrębie szyi.

W odniesieniu do różnych terapii, które w swych działaniach koncentrują się na interwencji szyi, istnieje wiele sposobów i technik, które są szeroko stosowane.

Mobilizacja stawów (Maitland / Mulligan / Paris), terapia punktów wyzwiania (Travell / Simons), korekcja postawy (McKenzie) etc, są szeroko stosowane.

Choć techniki te często zapewniają ulgę w zakresie poprawy funkcjonalnej i bólu to niektórzy pacjenci nadal zgłaszają nawracające problemy.

Kiedy ból występuje jednostronnie i zakres ruchomości pogorsza się, oczywiście należy wziąć pod uwagę czynniki biomechaniczne.

Pomysł oceny mięśnia lędźwiowego jako potencjalnego czynnika bazowego w rozwoju przewlekłego bólu szyi nie jest nowy.

Różni autorzy opisali zaburzenia postawy, na przykładzie zespołu skrzyżowania górnego i dolnego (Lower/ Upper Cross Syndrom) nazywanego różnie Syndromem Janda lub Levitt , które opisują mięśnie podatne na rozciągnięcie i na skracanie.

Jako terapeuci możemy być czasami zbyt "zapatrzeni" na obszar bólowy i w pełni nie docenić wkładu innych części ciała na daną dysfunkcję.

Ucisk mięśnia lędźwiowego i powięzi pokrywającej może wyciągnąć tułów i klatkę piersiową do przodu, powodując ustawienie głowy w protrakcji czego rezultatem jest zwiększenie napięcia w tylnych mięśniach szyi.

Zauważyłem, że psoas, odgrywa dużą rolę w budowie dysfunkcji i wpływa również na niższe bóle kręgosłupa, ból kolana i inne zaburzenia.

Zacząłem zbierać dane o pacjentach, którzy byli pracownikami biurowymi, szukałem osób z objawami bólowymi szyi jednostronnymi i pacjentów z występowaniem różnicy w teście Thomasa.

28 z 30 pacjentów (93,3%) miało pozytywny test Thomasa po stronie występowania bólu szyi.

U dwóch pozostałych osób nie występowała różnica.

Choć wydaje się, że klinicznie istotna jest korelacja między bólem szyi i dodatnim wynikiem testu Thomasa, to potrzebne są dalsze badania

kliniczne do wykazania korelacji.

Mam nadzieję, że ten post pomoże terapeutom patrzeć szerzej na dany problem i będzie zachęcał do bardziej globalnego podejścia szczególnie u chorych z przewlekłym bólem.

Klinicznie, jeśli pacjent jest nadwrażliwy na dotyk w odcinku szyjnym kręgosłupa, to uwolnienie punktu trigger point z psoasa może zmniejszyć nadwrażliwość.

Zachęcam terapeutów do wykonywania testów Thomasa u swoich pacjentów, a w szczególności u których występuje jednostronny ból szyi, zwłaszcza jeśli w historii medycznej były kontuzje biodra.