

Zastosowanie neuromobilizacji w leczeniu pourazowych bólów okolicy lędźwiowo-krzyżowej

Zastosowanie neuromobilizacji w leczeniu pourazowych bólów okolicy lędźwiowo- krzyżowej – opis przypadku

STRESZCZENIE :

Wstęp. Celem pracy jest przedstawienie skuteczności metody neuromobilizacji oraz potrzeby włączenia jej w proces fizjoterapii.

Materiały i metody. Przedstawiono opis przypadku pacjenta leczonego w Oddziale Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie. W terapii, oprócz typowych zabiegów fizjoterapeutycznych stosowano metodę neuromobilizacji.

Wyniki. Po przeprowadzonej terapii uzyskano zmniejszenie bólu, poprawę zakresu ruchomości i siły mięśniowej, a tym samym stan funkcjonalnego pacjenta.

Wnioski. Metoda neuromobilizacji jest skuteczna w sytuacji zaburzenia neuromechaniki i powinna znaleźć stałe zastosowanie w fizjoterapii.

WSTĘP

Neurobiomechanika i neuromobilizacje opracowane zostały w sposób kompleksowy przez Davida Buttlera i opublikowane jako Mobilisation of the nervous system w roku 1991. Zastosowanie neuromobilizacji w fizjoterapii staje się w niektórych przypadkach rzeczywiście przydatne, szczególnie w łagodzeniu dolegliwości bólowych, które nie ustępują mimo stosowania licznych zabiegów fizykalnych. Przykładem korzystnego zastosowania neuromobilizacji w fizjoterapii będzie opis przypadku pacjenta A.M leczonego na Oddziale Rehabilitacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie w dniach 26.11-09.12.2002.

MATERIAŁ I METODA

Pacjent A.M lat 24 uległ wypadkowi samochodowemu – grudzień 1998r. Doznał złamania kompresyjnego trzonów kręgów Th11 i Th12, złamanie kości krzyżowej i żeber, wstrząśnienia mózgu oraz obrażeń ogólnych. Bezpośrednio po urazie leczony był zachowawczo w oddziale ortopedycznym (1 miesiąc) oraz pulmonologicznym z powodu powikłań ze strony układu oddechowego. Po ustabilizowaniu stanu ogólnego rozpoczął rehabilitację.

Łącznie w latach 1999-2002 przebywał dwukrotnie na oddziałach rehabilitacyjnych oraz dwukrotnie pobierał serię zabiegów w warunkach ambulatoryjnych.

Stosowano:

- zabiegi fizykalne (magnetoterapię ok.L-S , elektrostymulacja mięśni kkd, prąd DD na mięśnie przykręgosłupowe)
- masaż ręczny mięśni przykręgosłupowych oraz kkd
- kinezyterapię (ćw.czynne w odciążeniu kkd , ćw.oporowe kkd, ćw.wzmacniające siłę mięśni tułowia – głównie m.brzucha)

Następnie (26.11-9.12.2002) pacjent przebywał w Oddziale Rehabilitacyjnym szpitala w Krośnie. Przy przyjęciu pacjent skarżył się na następujące objawy :

- cierpienie oraz zaburzenie czucia w dystalnej części kcd prawej (od okolicy kolana do stopy)
- ból kości krzyżowej i guzicznej
- kurcze mięśni kcd prawej
- bierne uniesienie prostej kończyny dolnej prawej (próba Lasequa, SLR) powodowało silny ból, uniemożliwiający dalszy ruch już przy kącie 20 stopni
- objaw Bragarda był dodatni
- mięśnie prawej kcd nie wykazywał czynnościowego napięcia w porównaniu do strony przeciwnej
- stawy krzyżowo-biodrowe również nie wykazywały zwiększonego zablokowania
- siła mięśniowa prostowników st.biodrowego, zginaczy i prostowników st.kolanowego oraz prostowników st.skokowo-goleniowego po stronie prawej była wyraźnie mniejsza od strony przeciwnej i wynosiła średnio 4 w skali Lovetta
- zdaniem pacjenta , objawy bólowe okolicy kości krzyżowej oraz zaburzenia czucia i cierpienie prawej kcd utrzymują się od momentu urazu z takim samym nasileniem

Terapia w oddziale rehabilitacyjnym i w przychodni przynosiły tylko nieznaczną poprawę i na krótki czas. Wszystkie objawy stwierdzone badaniem oraz opisywane przez pacjenta, wskazywały na zaburzenia czynnościowe w obrębie traktu nerwu kulszowego po stronie prawej. Naciąganie traktu tego nerwu dawało wynik dodatni, zwłaszcza z modyfikacją dla nerwu strzałkowego. Zastosowane leczenie, poza typowymi zabiegami fizjoterapeutycznymi jak magnetoterapia, elektroterapia, zabiegi ciepłne, masaż ręczny, kinezyterapia, obejmowało również neuromobilizację traktu nerwu kulszowego. Zabieg prowadzono zgodnie z metodyką wg Buttlera, raz dziennie , pięć razy w tygodniu przez okres 2 tygodni. W dni wolne od terapii pacjent stosował automobilizację.

WYNIKI

Każdorazowo w trakcie neuromobilizacji traktu nerwu kulszowego pacjent zgłaszał uczucie ciepła rozchodzące się aż do palców stopy oraz powrót czucia powierzchniowego. Objawy takie nie występowały od czasu urazu. W trakcie trwania terapii w Oddziale pacjent sukcesywnie zgłaszał wzrost siły mięśniowej prawej kcd, co było szczególnie odczuwalne w czasie chodu. Różnica w sile między kcd, wyraźna na początku leczenia, przestała być dostrzegalna. Zakres biernego uniesienia prostej kcd prawej, wykonywanego bez bólu, zwiększył się z 20 do 65 stopni. Dolegliwości bólowe znacznie się zmniejszały, a nawet całowicie zniknęły na okres kilku godzin po neuromobilizacji.

DYSKUSJA

Zaburzenie ruchu rozciągania nerwów obwodowych oraz ich przesuwania w stosunku do otaczających tkanek, może mieć różne podłoże. W opisywanym przypadku źródłem wydaje się być złamanie kości krzyżowej. Deformacje powstałe w wyniku złamania kości są jednym z powodów zaburzeń neuromechaniki. W przypadkach gdy nie stwierdza się zaburzeń czynnościowych w obrębie stawów (zablokowanie), mięśni (wzmoczone napięcie, bolesny przykurcz), czy innych tk. miękkich, to powodem bolesnego ograniczenia ruchu może być upośledzenie neuromechaniki. Wykonanie testów naciagowych pozwoli wykryć i potwierdzić taką hipotezę.

Bibliografia :

Janusz Boczar, Łukasz Wojtyczek

Oddział Rehabilitacji Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II, Krosno

- artykuł z Fizjoterapia Polska Vol.2, Nr4, 2003, 384-386