

DR N. MED. MAŁGORZATA CHOCHOWSKA^{1,2,3}, MGR RAFAŁ OGRODOWCZYK⁴, MGR JOANNA KLONOWSKA⁴,
DR N. MED. MARCIN WYTRĄŻEK²

¹Centrum Fizjoterapii i Terapii Manualnej KORE w Swarzędzu

²Pracownia Terapii Manualnej i Masażu, Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

³Zakład Fizjoterapii, Wydział Zamiejscowy w Gorzowie Wielkopolskim Akademii Wychowania Fizycznego w Poznaniu

⁴Zakład Fizjoterapii, Pleszewskie Centrum Medyczne w Pleszewie

Terapia punktów spustowych w napięciowych bólach głowy

Praca recenzowana

■ Terapia punktów spustowych jest techniką, która głównie wykorzystuje różne formy ucisku na wrażliwe miejsca w tkance mięśniowej. Celem terapii jest uwolnienie się od bólu i poprawa zaburzonych wzorców ruchowych.

TITLE: Trigger point therapy in tension-type headache

STRESZCZENIE: Napięciowe bóle głowy (NBG) należą do najczęściej spotykanych przyczyn bólu głowy (30-80% przypadków). Terapia punktów spustowych bólu (TrP, ang. *trigger points*) może być alternatywą dla farmakologicznego leczenia NBG. W napięciowych bólach głowy zwykle należy podjąć pracę z TrP zlokalizowanymi w obrębie: mięśni karku i szyi, żucia, gnykowych i podpotylicznych. W terapii TrP, których obecność może być związana z NBG, stosuje się m.in. techniki uciskowe (kompresyjne) – płaską i szczypcową, technikę *spray and stretch* oraz rozluźnianie pozycyjne.

SŁOWA KLUCZOWE: napięciowy ból głowy, zespół bólu mięśniowo-powięziowego, punkty spustowe bólu, terapia

SUMMARY: Tension-type headache belongs to the most common types of headache (30-80% of cases). Trigger point therapy can be an alternative to the pharmacotherapy of tension-type headache. In tension-type headache a physiotherapist should usually work with trigger points localized within the neck muscles, muscles of mastication, infra- and suprahoid muscles and suboccipital muscles. In the therapy of trigger points that may be linked with tension-type headache various techniques are used, among others: pressure techniques (flat or pincer grip), spray and stretch technique, as well as positional release.

KEYWORDS: tension-type headache, myofascial pain syndrome, trigger points, therapy

Do najczęstszych przyczyn bólu głowy należą napięciowe bóle głowy (NBG, ang. *tension-type headache*) (1, 2). Są to również najczęstsze bóle głowy o charakterze pierwotnym, tzn. niewynikające z żadnej innej przyczyny organicznej. W literaturze NBG określano niegdyś jako: ból głowy psychogeny, stresowy ból głowy, zwykły ból głowy lub ból głowy spowodowany wzmożonym napięciem mięśni.

Szacuje się, że częstość występowania NBG w Europie i USA może obejmować 30-80% populacji (3). W specjalistycznych ośrodkach leczenia bólów głowy liczba pacjentów poddających się leczeniu NBG jest rejestrowana na 30-75% wszystkich przypadków bólów głowy. NBG częściej występują u kobiet niż u mężczyzn (5:4), w każdej grupie wiekowej, NBG ujawniają się w wieku 25-30 lat, a szczyt zachorowań przypada na czwartą dekadę życia (4, 5). Niepokojące jest zaobserwowanie występowania NBG u 5-7% dzieci już w wieku 5-15 lat (6).

Dolegliwości związane z NBG są opisywane jako bóle tępe, uciskowe, mające charakter obręczy i gniecenia, promieniujące do potylicy lub czoła, w wielu przypadkach ból obejmuje także tylną część szyi (7, 8). Często NBG łączą się z intensywnymi skurczami mięśni czepca, karku i barków. Patoogeneza NBG jest nieznana, ale depresja, stres, silne emocje, przemęczenie, niedospanie czy stany lękowe mogą sprzyjać ich wystąpieniu.

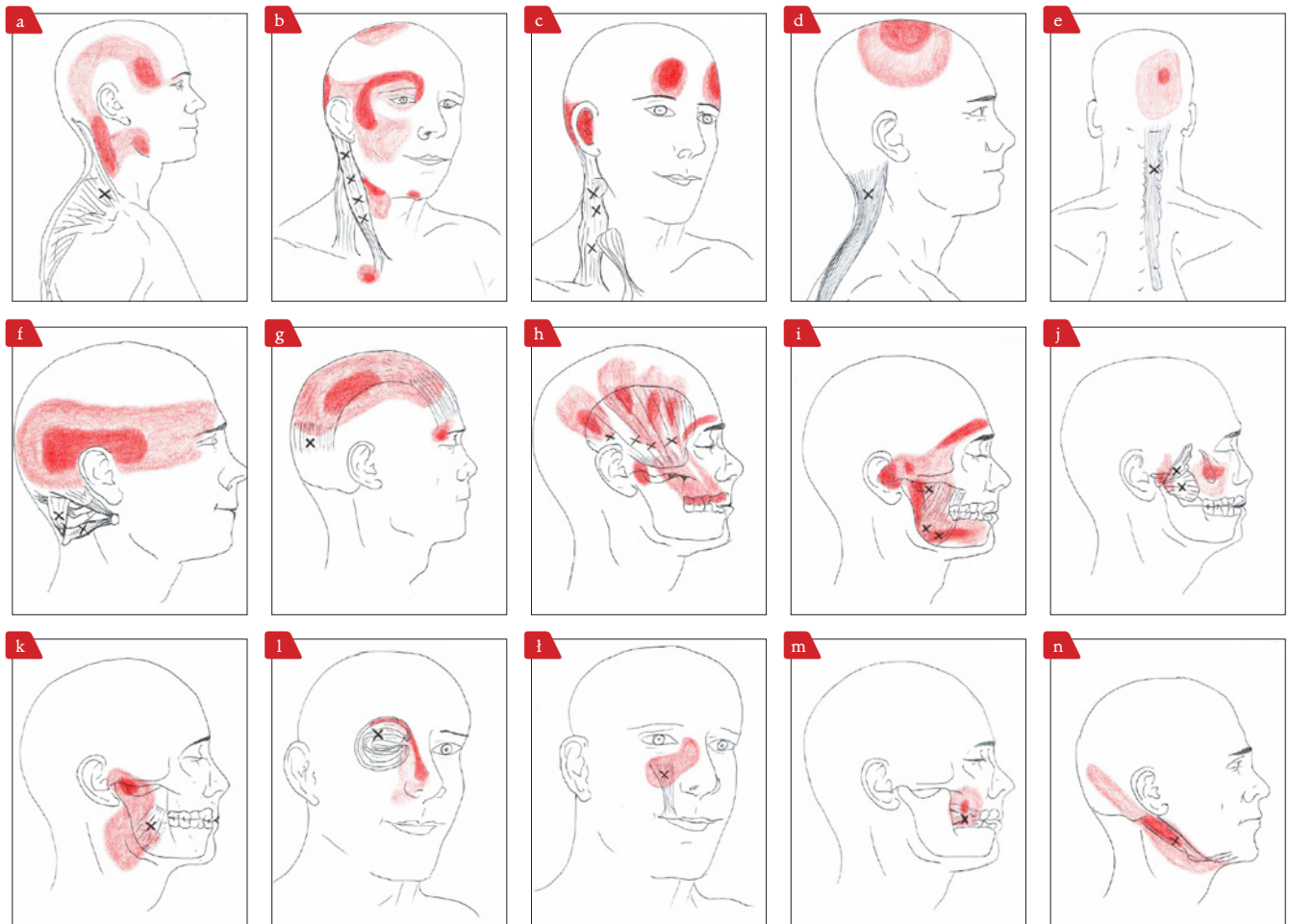
Punkty spustowe bólu i zespół bólu mięśniowo-powięziowego

Istotą niniejszej pracy jest fakt, że zespół bólu mięśniowo-powięziowego (MFPS, ang. *myofascial pain syndrome*) związany z obecnością punktów spustowych bólu (TrP, ang. *trigger points*) charakteryzuje się występowaniem niespecyficznego bólu mięśni w obrębie głowy i szyi, który często nie jest łączony z bólem głowy *sensu stricto* (9, 10).

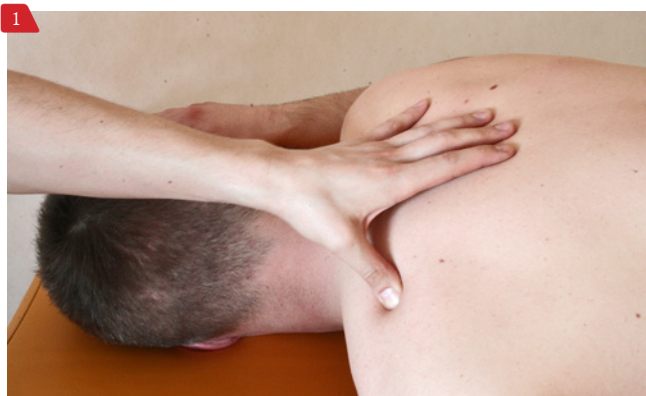
TrP to hiperwrażliwe miejsce w obrębie mięśni szkieletowych, które jest związane z nadwrażliwym, dającym się wyczuć palpacyjnie guzkiem w napiętym paśmie mięśni (8, 9). TrP są bolesne podczas palpacji i mogą wywoływać specyficzne, rzutowane dolegliwości bólowe (wg charakterystycznego wzorca), napięcia mięśniowe (także w innych mięśniach) lub reakcje wegetatywne (11).

Obecność TrP jest związana z MFPS, któremu towarzyszą też: ograniczenie zakresu ruchu w stawach, uczucie sztywności mięśni, osłabienie siły mięśniowej (10), które stają się szczególnie wyraźne po dłuższych okresach braku aktywności ruchowej, np. po nocnym odpoczynku, dłuższym siedzeniu (12).

Większość autorów wyróżnia utajone i aktywne TrP. Z istnienia utajonych TrP chorzy nie zdają sobie w ogóle sprawy, ponieważ nie są one powodem bólu spontanicznego, choć mogą wpłynąć na ograniczenie ruchomości, osłabienie siły mięśniowej oraz zmianę postawy ciała (9, 10, 13). Aktywne TrP są przyczyną bólu rzutowanego w ob-



Ryc. 1. Wzorce bólu głowy pochodzący z aktywności TrP w obrębie mięśni głowy, karku i szyi; x – miejsce występowania TrP, kolorem czerwonym zaznaczono wzorec promieniowania bólu; na podst. (2), prawa autorskie: R. Ogrodowczyk; a) m. czworoboczny, b) m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy (głowa mostkowa), c) m. mostkowo-obojczykowo-sutkowy (głowa obojczykowa), d) m. płatowaty głowy, e) m. półkolcowy głowy, f) m. podpotyliczne (jako grupa), g) m. potyliczno-czołowy, h) m. skroniowy, i) m. żwacz, j) m. skrzydłowy boczny, k) m. skrzydłowy przyśrodkowy, l) m. okrężny oka, ł) m. dźwignacz wargi górnej, m) m. policzkowy, n) m. dwubrzuścowy (grupa m. gnykowych)



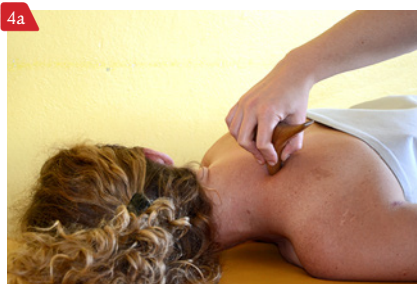
Fot. 1. Technika ciążego ucisku mięśnia czworobocznego grzbietu – wykorzystanie kciuka



Fot. 2. Technika ciążego ucisku mięśnia dźwignacza łopatki – wykorzystanie palców



Fot. 3. TherapyPresser – jedno z narzędzi do ciążego ucisku TrP



Fot. 4. Technika ciążego ucisku mięśnia dźwignacza łopatki – w leżeniu (a) oraz w siadzie (b) – wykorzystanie TherapyPressera

► szarach ciała nieraz bardzo odległych od rzeczywistego miejsca ich lokalizacji (np. w przypadku NBG uciśnięcie lub podrażnienie igłą aktywnego TrP w obrębie m. skroniowego natychmiast wyzwała ból głowy w okolicy skroniowej, który jest dobrze znany pacjentowi i przez niego rozpoznawany). Aktywne TrP mogą być też wywoływać dolegliwości takie jak: mrowienie, drętwienie, pieczenie bądź inne parestezje (9, 10, 13).

Kryteria diagnostyczne obecności punktów spustowych bólu

Podczas wyszukiwania TrP najczęściej wykorzystuje się technikę płaskiej palpacji oraz technikę ucisku szczypcowego, rozpoczynając badanie palpacyjne prostopadłe do kierunku przebiegu włókien mięśniowych (poszukując napiętego włókna mięśniowego i miejscowej tklivości), a następnie kontynuuje się badanie wzdłuż przebiegu włókna mięśniowego (w obszarze nasilonego bólu) (14, 15).

Za kryteria diagnostyczne rzeczywistej obecności TrP uważa się trzy spośród wymienionych poniżej (pkt 1-3), a kolejne 6 stanowią kryteria potwierdzające (pkt 4-9) (16):

- 1) obecność napiętego pasma włókien w obrębie mięśni szkieletowych,
- 2) obecność nadwrażliwego punktu/miejsca w obrębie napiętego pasma,

- 3) odczuwanie bólu rzutowanego przy stymulacji nadwrażliwego punktu,
- 4) obecność lokalnie występujących drżeń przy obstukiwaniu napiętego pasma,
- 5) gwałtowna reakcja na ból podczas palpacji (*jumpsign*),
- 6) identyfikacja przez pacjenta wzbu-
dzanego bólu,
- 7) przewidywalne wzorce bólu rzuto-
wanego,
- 8) osłabienie lub wzmożone napięcie
mięśni,
- 9) ból podczas rozciągania lub skurczu
mięśnia.

Terapia punktów spustowych w napięciowych bólach głowy

W NBG zwykle należy zlokalizować (na podstawie charakterystycznego wzorca bólu – por. tab. 1 i ryc. 1), a następnie podjąć pracę z TrP w obrębie następujących mięśni (17, 18):

- mięśnie obręczy barkowej:
 - mięsień (m.) czworoboczny grzbietu, część (cz.) zstępująca (łac. *trapezius*); przyczep początkowy (pp): guzowatość potyliczna zewnętrzna i przyśrodkowa 1/3 dł. kresy karkowej górnej, więzadło karkowe, wyrostki kolczyste kręgu C7; przyczep końcowy (pk): boczna powierzchnia obojczyka, wyrostek barkowy łopatki;
- mięśnie szyi:
 - m. mostkowo-obończykowo-sutkowy (łac. *sternocleidomastoideus*);

pp: rękoleść mostka i boczna 1/3 dł. obojczyka, wyrostek sutkowy kości (k.) skroniowej,

- m. płatowy głowy (łac. *splenius capitis*); pp: więzadło karkowe na poziomie C3-C6, wyrostki kolczyste C7-Th4; pk: wyrostek sutkowy k. skroniowej i boczna 1/3 dł. kresy karkowej górnej,
- m. półkolcowy głowy (łac. *semi-spinalis capitis*); pp: wyrostki poprzeczne C7-Th6, wyrostki stawowe C4-C6, pk: przyśrodkowa 1/2 dł. k. potylicznej pomiędzy kresą karkową górną i dolną;
- mięśnie gnykowe:
 - m. dwubrzuścowy (łac. *digastricus*),
 - m. rylcowo-gnykowy (łac. *stylohyoideus*),
 - m. żuchwowo-gnykowy (łac. *mylohyoideus*),
 - m. bródkowo-gnykowy (łac. *geniohyoideus*),
 - m. mostkowo-gnykowy (łac. *sternohyoideus*),
 - m. łopatkowo-gnykowy (łac. *omohyoideus*),
 - m. mostkowo-tarczowy (łac. *sternothyroideus*),
 - m. tarczowo-gnykowy (łac. *thyrohyoideus*);
- mięśnie głowy:
 - m. potyliczno-czołowy (łac. *occipitofrontalis*); pp: kresa karkowa górna, wyrostek sutkowy k. skronio-

►

reklama

Najnowszy model Honda Electronics

HONDA 2200

Ultrasonograf szybko staje się standardowym wyposażeniem nowoczesnych gabinetów fizjoterapeutyczno-rehabilitacyjnych. Badanie USG ułatwia postawienie trafnej diagnozy, wykrycie przeciwwskazań do terapii, ocenę tkanek w ruchu i spoczynku. Umożliwia również efektywne programowanie i śledzenie postępów terapeutycznych. W USG można świetnie zobaczyć: mięśnie, ścięgna, kości, stawy, nerwy.

W cenie ultrasonografu 3-dniowy profesjonalny kurs USG dla fizjoterapeutów
- www.sonofeedback.pl.

Atrakcyjne warunki leasingu

Najlepszy, przenośny ultrasonograf b/w na świecie. Najczęściej kupowany przez fizjoterapeutów. Krystalicznie czysty obraz. 3 lata gwarancji. Sondy 128-elementowe.



Made in Japan

27 900

PLN BRUTTO





03-287 Warszawa, ul. Skarbka z Gór 67/16
tel. 22 / 855 52 60, fax 22 / 855 52 61, kom. 695 980 190
NIP: 5210335459

www.polrentgen.pl



Fot. 5. Technika ciągłego ucisku mięśnia czworobocznego grzbietu w leżeniu (a) oraz w siedzeniu (b) – wykorzystanie TherapyPresser



Fot. 6. Technika ciągłego ucisku mięśni podpotylicznych – wykorzystanie palców (a) oraz TherapyPresser (b)



- ▶ wej, pk: czepiec ścięgniasty, powięź kości czołowej;
- mięśnie mimiczne:
 - m. jarzmowy większy (łac. *zygomaticus major*); pp: k. jarzmowa, pk: powięź kącika ust górnej wargi,
 - m. policzkowy (łac. *buccinator*); pp: k. szczękowa i żuchwa, pk: powięź kącika ust,
 - m. okrężny oka (łac. *orbicularis oculi*); pp i pk: m. otacza oko,
 - m. dźwigacz wargi górnej (łac. *levator labii superioris*); pp: k. szczękowa, pk: powięzi i mm. górnej wargi;
- mięśnie żucia:
 - m. żwacz (łac. *masseter*); pp: k. jarzmowa, wyrostek jarzmowy, pk: powierzchn. kąta żuchwy, trzon i wyrostek dziobiasty żuchwy,
 - m. skroniowy (łac. *temporalis*); pp: dół skroniowy, pk: przednio-górna cz. trzonu żuchwy,
 - m. skrzydłowy boczny (łac. *pterygoideus lateralis*); pp: kość klinowa, pk: szyjka żuchwy, torebka stawowa i krążek stawu skroniowo-żuchwowego,
 - m. skrzydłowy przyśrodkowy (łac. *pterygoideus medialis*); pp: k. klinowa i k. szczękowa, pk: wew. powierzchnia kąta żuchwy, górna cz. trzonu żuchwy;
- mięśnie podpotyliczne:
 - m. skośny górny głowy (łac. *obliquus capitis superior*); pp: wyrostek

poprzeczny kręgu szczytowego, pk: poniżej odcinka bocznego kresy karkowej dolnej,

- m. prosty tylny mniejszy głowy (łac. *rectus capitis minor*); pp: guzek tylny kręgu szczytowego; pk: poniżej odcinka przyśr. kresy karkowej dolnej k. potylicznej,
- m. prosty tylny większy głowy (łac. *rectus capitis posterior major*); pp: wyrostek kolczysty kręgu obrotowego, pk: poniżej środkowej cz. kresy karkowej dolnej,
- m. skośny dolny głowy (łac. *obliquus capitis inferior*); pp: wyrostek kolczysty kręgu obrotowego, pk: wyrostek poprzeczny kręgu szczytowego,
- m. prosty boczny głowy (łac. *rectus capitis lateralis*); pp: wyrostek poprzeczny kręgu szczytowego, pk: powierzchnia dolna wyrostka szyjnego k. potylicznej.

Wzorzec dolegliwości bólowych pochodzący z TrP zlokalizowanych w ww. mięśniach przedstawiono na ryc. 1 oraz w tab. 1 – warto zwrócić uwagę, że TrP w obrębie ww. mięśni dają bóle rzutowane w obrębie głowy.

Techniki terapii punktów spustowych w napięciowych bólach głowy

W terapii TrP, których obecność może być związana z NBG, stosuje się wiele

technik oraz metod terapeutycznych, a do najczęściej wykorzystywanych należą techniki uciskowe (kompresyjne) mięśni, w których odnaleziono TrP. Zdaniem wielu autorów zastosowanie technik kompresyjnych wpływa na zmniejszenie napięcia w obszarze tkanki mięśniowej (czyniąc efektywniejszym metabolizm komórkowy, co z kolei wpływa na poprawę energetycznych procesów komórkowych), umożliwiając swobodny przepływ krwi i limfy (20).

Jedną z technik kompresyjnych jest technika ciągłego ucisku (18). Polega ona wyszukaniu oporu tkankowego, a następnie na aplikowaniu głębokiego ucisku (przy użyciu kciuka, czterech palców lub łokcia) bezpośrednio na TrP (fot. 1, 2). Ucisk należy utrzymać przez określony czas (około 10 sekund lub dłużej), następnie należy poczekać na rozluźnienie tkanek (0,5-2 min) i wyszukać miejsce nowego oporu tkankowego. Kompresję wykonuje się kilkukrotnie – aż do ustąpienia bólu (19-21). Jak widać, kompresja powinna być stabilnie utrzymywana przez dłuższy czas, co może stanowić kłopot nawet dla doświadczonego terapeuty. Z tego powodu warto wspomnieć się jednym ze specjalistycznych narzędzi uciskowych (np. TherapyPresser) (fot. 3). Użycie presera w terapii punktów spustowych wydatnie zwiększa efektywność terapii uciskowej, co zostało dowiedzione w badaniach klinicznych (22). Trzeba jednak zaznaczyć, że u chorych z NBG użycie TherapyPressera będzie ograniczone raczej do mięśni w obrębie karku oraz mięśni podpotylicznych (fot. 4-6).

Muscolino (18) wskazuje, że w niektórych przypadkach korzystniejsze jest zastosowanie chwytu szczypcowego niż chwytu płaskiego (por. fot. 1-4). Chwyt szczypcowy polega na ujęciu pomiędzy kciuk i inny palec (najczęściej wskazujący lub środkowy) fałdu mięśniowo-skrórnego zawierającego TrP, a następnie szczypaniu i uciskaniu TrP. Technika ucisku szczypcowego jest wykorzystywana wówczas, gdy przeciwwskazane jest zastosowanie głębokiego ucisku płaskiego (np. w rejonie bliskości struktur naczyniowo-nerwowych) (fot. 7-8).

MIĘSIEŃ	OBJAWY POCHODZĄCE Z OBECNOŚCI TRP (RUCHOWE, CZUCIOWE, AUTONOMICZNE)	WZORZEC BÓLU	DOLEGLIWOŚCI BŁĘDNE ROZPOZNAWANE JAKO:
czworoboczny grzbietu (cz. zstępująca)	obj. „szyjnej szyi”: ograniczenie zakresu zgięcia w stronę przeciwną i rotacji w stronę ipsilateralną; bóle głowy wynikające z nadmiernego napięcia mięśni; wadliwa postawa – unoszenie obręczy barkowej	ryc. 1a	– dyskopatia, odc. szyjnego kręgosłupa – zespół stawu skroniowo-żuchwowego – neuralgia nerwu twarzewego
mostkowo-obojczykowo-sutkowy	ból głowy; ograniczenie zakresu ruchu szyi; ból gardła; obj. wegetatywne (opadanie górnej powieki, utrata ostrości widzenia, nadmierne łzawienie, potliwość); objawy proprioceptywne (zawroty głowy, nudności, ataksja, utrata słuchu); uwięźnięcie n. IX	ryc. 1b i 1c	– zatokowe bóle głowy – migrenowe bóle głowy – neurogeny kręcz szyi – neuralgia n. V – obrzęk węzłów chłonnych
płatowaty głowy	bóle głowy; ograniczenie ruchu zgięcia i rotacji w stronę przeciwną; ograniczenie zakresu ruchu w stronę ipsilateralną; dysfunkcje stawów kręgosłupa w odc. szyjnym	ryc. 1d	– migrenowe bóle głowy – spastyczny kręcz szyi – dysfunkcje stawów odc. szyjnego kręgosłupa
półkolcowy głowy	bóle głowy, ograniczenie ruchu zgięcia i rotacji w stronę przeciwną, uwięźnięcie n. potylicznego większego (co wywołuje parestezje – mrowienie lub ból w tylnej okolicy skóry głowy); dysfunkcje stawów lub zmiany zwyrodnieniowe szyjnego odc. kręgosłupa	ryc. 1e	– zatokowe bóle głowy – migrenowe bóle głowy – zwyrodnienie szyjnego odc. kręgosłupa
podpotyliczne (jako grupa)	rozłany trudny do lokalizacji ból głowy; kontralateralne ograniczenie zgięcia, zgięcia bocznego oraz rotacji w stawie szczytowo-obrotowym i szczytowo potylicznym; dysfunkcja stawu szczytowo-potylicznego lub szczytowo-obrotowego	ryc. 1f	– migrenowe bóle głowy – neuralgia n. potylicznego większego
potyliczno-czołowy	ból głowy odczuwany za oczami i rzutujący do tylnej okolicy czaszki; uczucie dyskomfortu przy opieraniu czaszki (np. w nocy o poduszkę czy o wysokie oparcie krzesła); ból ucha; bóle okolicy czołowej; objawy uwięźnięcia n. (ból okolicy czołowej z objawami mrowienia i drętwienia)	ryc. 1g	– migrenowe bóle głowy – neuralgia n. potylicznego większego
skroniowy	ból głowy; nadwrażliwość górnych zębów i dziąseł, asymetryczny zgryz; ból stawu skroniowo-żuchwowego	ryc. 1h	– bóle głowy – dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego – bóle zębów i dziąseł
żwacz	ból i ograniczenie ruchomości stawu skroniowo-żuchwowego (otwieranie ust); nadwrażliwość górnych i dolnych zębów trzonowych i przylegających dziąseł, asymetryczny zgryz; podpuchnięcie oka po stronie ipsilateralnej (z powodu uwięźnięcia żyły szczękowej); szumy uszne; głęboko odczuwalny ból ucha po stronie ipsilateralnej	ryc. 1i	– bóle głowy – zapalenie zatok – dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego – choroby zębów i dziąseł
skrzydłowy boczny	głęboko odczuwalny ból i trzeszczenia stawu skroniowo-żuchwowego; asymetria zgryzu; parestezje w okolicy policzka (mrowienie); osłabienie mięśnia policzkowego (w wyniku uwięźnięcia n. przez mięsień skrzydłowy boczny); szumy uszne	ryc. 1j	– zapalenie zatok – tiki nerwowe – dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego – infekcje ucha
skrzydłowy przysrodkowy	rozmyty przenikliwy ból jamy ustnej, języka i gardła; ból stawu skroniowo-żuchwowego; asymetria zgryzu; uczucie ucisku, drętwienia lub bólu odczuwane głęboko w uchu; ból i trudności przy przełykaniu, ograniczenia otwierania ust	ryc. 1k	– zapalenie zatok – tiki nerwowe – dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego – przeziębienie – ból gardła
okrężny oka	ból nosa	ryc. 1l	– ból głowy – zapalenie zatok
dźwigacz wargi górnej	pozorny ból zatok, objawy alergii (kichanie, swędzenie oczu)	ryc. 1ł	– ból głowy – zapalenie zatok – przeziębienie
policzkowy	ból szczęki; trudności w żuciu i połykaniu	ryc. 1m	– ból głowy – dysfunkcje stawu skroniowo-żuchwowego
dwubrzuścowy (grupa m. gnykowych)	ból 4 dolnych siekaczy; ból języka; trudności w połykaniu; dyskomfort gardła; pozorne objawy uwięźnięcia tętnicy szyjnej zewnętrznej	ryc. 1n	– schorzenia stomatologiczne

Tab. 1. Wzorzec bólu pochodzący z TrP mięśni głowy, szyi i karku. Oprac. M. Chochowska na podst. (18)

Kolejną techniką uwalniania TrP u chorych z NBG jest *spray and stretch*, która polega na aplikowaniu sprayu chłodzącego na skórę ponad mięśniem (w kilku pasmach), w którym zlokalizowany został TrP, oraz rozciągnięciu tego mięśnia. Zdaniem Simonsa i wsp. (8) rozciąganie mięśnia i uzyskanie przez niego prawidłowej długości spoczynkowej w sposób bezbolesny jest kluczowe z punktu widzenia skuteczności terapii TrP

(bez względu na to, jakiego rodzaju technika zostanie użyta) – w przeciwnym wypadku próby dezaktywacji TrP przyniosą tylko chwilowe rezultaty, ponieważ wkrótce po zakończeniu leczenia dojdzie do ponownej aktywacji TrP na skutek czynnościowego skrócenia mięśnia, natomiast ochłodzenie skóry powoduje zablokowanie dopływu impulsów bólowych i rozluźnienia mięśnia poddawany terapii. Travell i Simons (23) przestrzegają przed zbyt

silnym rozciągnięciem mięśnia, które mogłoby z kolei aktywować TrP.

W technice *spray and stretch* strumień zimna należy zaaplikować z odległości 25-50 cm, pod kątem 30 stopni, od jednego przyczepu mięśnia do drugiego, proksymalnie wraz z obszarem promieniowania. Po spryskaniu skóry 3-5 równoległymi strumieniami należy rozciągnąć delikatnie mięsień do bezbolesnej granicy, następnie utrzymać rozciąganie przez około 30 sekund. Po wykonaniu ▶



Fot. 7. Technika ciągłego ucisku mięśnia czworobocznego grzbietu – chwyt szczypcowy



Fot. 8. Technika ciągłego ucisku mięśnia MOS – chwyt szczypcowy



Fot. 9. Technika rozluźniania pozycyjnego mięśnia czworobocznego grzbietu

► powyższej sekwencji należy zastosować ciepły okład przez ok. 10 minut (23). U chorych z NBG technika ta ma ograniczone zastosowanie i dotyczy mięśni karku i tylnej powierzchni szyi (np. m. czworobocznego grzbietu).

Kolejną techniką uwalniania TrP jest rozluźnianie pozycyjne. Polega ono na poszukiwaniu pozycji, w której uło-

żenie tkanek danego komponentu ciała (u pacjentów z NBG będziemy poszukiwać odpowiedniej pozycji głowy lub szyi) będzie najbardziej komfortowe dla pacjenta. Uważa się, że w tej najbardziej komfortowej pozycji rozluźnienie tkanek będzie największe i przyczyni się w największym stopniu do obniżenia poziomu odczuwanego bólu w ob-

rzebie TrP (9). Technicznie – po znalezieniu i uciśnięciu TrP w danym mięśniu (u pacjentów z NBG, np. w m. mostkowo-obończykowo-sutkowym) poprzez delikatne ruchy głowy i szyi (zgięcia boczne, rotację, wyprost i zgięcie) poszukuje się bezbolesnej pozycji dla tego mięśnia, tzn. takiej, w której ból pochodzący z uciskanego TrP jest stosunkowo najmniej odczuwalny. Następnie należy utrzymać tę pozycję przez około 90 sekund. Przyjmuje się, że ułożenie bolesnych tkanek w pozycji, w której ból znika lub ulega złagodzeniu (do 2 w 11-stopniowej skali bólu VAS), zmniejsza aktywność stymulacji nocycetywnej, co w konsekwencji powoduje odruchowe rozluźnienie nadmiernie napiętych mięśni (fot. 9).

Podsumowanie

Warto pamiętać, że poza leczeniem farmakologicznym NBG istnieje szerokie spektrum metod z dziedziny fizjoterapii, których wykorzystanie może prowadzić do polepszenia stanu zdrowia pacjentów z tym schorzeniem: przyczynić się do skrócenia czasu trwania kolejnych epizodów bólów głowy, sprawić, że będą się one pojawiały rzadziej, a natężenie bólu będzie mniejsze. Jedną z takich nefarmakologicznych metod leczenia NBG jest terapia punktów spustowych bólu (uwalnianie punktów spustowych bólu/rozluźnianie punktów spustowych bólu). □

PODSUMOWANIE

Grupa pacjentów, u których można stosować metody opisane w artykule

Rekomendujemy wykorzystanie tej metody u osób dorosłych.

Zastosowany program rehabilitacji

Uwalnianie punktów spustowych w napięciowych bólach głowy:

- lista punktów spustowych (TrP) zaangażowanych w napięciowy ból głowy (NBG) – por. tab. 1,
- wzorec bólu pochodzący z ww. TrP obecny w NBG – por. ryc. 1,
- objawy dodatkowe pochodzące z ww. TrP obecne w NBG (poza bólem głowy) – por. tab. 1.

Współpraca z innymi specjalistami:

- psychoterapeuta,
- neurolog,
- kardiolog,
- endokrynolog i in.

Lista specjalistów, z którymi należy się skontaktować, może być bardzo długa. Bóle głowy obejmują wiele przyczyn – należy o tym pamiętać i przed opowiedzeniem się po stronie napięciowego bólu głowy należy wykluczyć przyczynę organiczną!

Wskazania i porady:

- Znakomita większość przypadków bólów głowy ma charakter napięciowy, ale...
- Diagnostyka różnicowa: należy zwrócić uwagę na schorzenia organiczne/układowe imitujące NBG pochodzący z TrP – por. tab. 1.
- Diagnostyka TrP – wbrew obiegowej opinii nie jest łatwo nauczyć się wyszukiwania TrP i niełatwo jest nabyć taką wprawę, aby stało się możliwe bezbłędne wypowiedzenie się w kwestii, czy rzeczywiście mamy do czynienia z TrP w danym mięśniu, czy tylko z napiętym i bolesnym mięśniem. To są dwie różne sprawy

i należy je odróżniać, a nie jest to łatwe. Zwykle nabycie tej umiejętności zajmuje kilka lat.

Jeszcze raz podkreślamy – nie każdy napięty mięsień czy jego fragment wiąże się z obecnością TrP. Takie myślenie może doprowadzić do tego, że przeoczymy chorobę układową!

Zastosowanie metody

Metoda rozluźniania/uwalniania TrP może być zastosowana w każdym przypadku bólu o charakterze mięśniowo-powięziowym. Jednakże zawsze w odniesieniu do konkretnych mięśni i związanych z nimi konkretnych TrP, wywołujących bardzo specyficzne objawy.

Nigdy nie należy stosować tej metody „na ślepo”, licząc na szczęśliwy traf terapeutyczny, ale mieć przed oczyma wzorce promieniowania bólu z konkretnych TrP i w odniesieniu do tych konkretnych TrP zaprojektować terapię.

Piśmiennictwo

1. Lipton R.B. i wsp.: *Klasyfikacja samoistnych bólów głowy*. „Neurology”, 2004, 64: 427-435.
2. Raskin N.H.: *Bóle głowy*. [W:] Hauser S.L. (red.): *Harrison – neurologia w medycynie klinicznej*. T. 1, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
3. Rasmussen B.K., Lipton B.: *Epidemiology of Tension-Type Headache*. [W:] Olesen J., Tfelt-Hansen P., Welch M.K. (red.): *The Headache*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2000: 545-550.
4. Schwartz B.S. i wsp.: *Epidemiology of tension-type headache*. „JAMA”, 1998, 279 (5), 381-383.
5. Srikiatkachorn A., Phanthumchinda K.: *Prevalence and clinical features of chronic daily headache in headache clinic*. „Headache”, 1997, 37, 5: 277-280.
6. Abu-Arafeh I.: *Chronic tension-type headache in children and adolescents*. „Cephalgia”, 2001, 21, 8: 830-836.
7. Kuncewicz E., Sobieska M., Samborski W.: *Bóle mięśniowo-powięziowe a napięciowy ból głowy*. „Ann Acad Med Stet.”, 2008, 54, 3: 5-9.
8. *The International Classification of Headache Disorders*. „Cephalgia”, 2004, 24 (supl. 1): 1-160 (przekł. pol.: „Neur. Neurochir. Pol.”, 2006; 40 [supl. 1]: 1-153).
9. Simons D. i wsp.: *Myofascial pain and dysfunction – the trigger point manual*. Vol. 1. 2nd ed., Williams & Wilkins, Baltimore 1999.
10. Wytrażek M.: *Terapia punktów spustowych. Skrypt do kursu terapii punktów spustowych*. WSEiT, Poznań 2013.
11. Richter P., Hebgen E.: *Punkty spustowe i łańcuchy mięśniowo-powięziowe w osteopatii i terapii manualnej*. Galaktyka, Łódź 2010.
12. Kostopoulos D., Rizopoulos K.: *Punkty spustowe i terapia mięśniowo-powięziowa*. DB Publishing, Warszawa 2010.
13. Chochowska M. i wsp.: *Zespół bólu mięśniowo-powięziowego*. „Fizjoterapia”, 2012, 20, 2.
14. Chaitow L., Fritz S.: *Masaż leczniczy. Badanie i leczenie mięśniowo-powięziowych punktów spustowych*. Elsevier, Warszawa 2009.
15. Wytrażek M., Chochowska M., Huber J.: *Obiektywizacja stanu chorego z zespołem bólu mięśniowo-powięziowego w codziennej praktyce fizjoterapeutycznej*. „Zesz Prom Rehabil Ortoped Neurofiz Sport – IRONS”, 2012, 1: 57-65.
16. *International Association for the Study of the Pain*. 2010.
17. Putz R., Pabst R. Sobotta.: *Atlas anatomii człowieka. Tom I. Głowa, szyja, kończyna górna*. Urban & Partner, Wrocław 1997.
18. Muscolino J.E.: *Badanie palpacyjne układów mięśniowego i kostnego z uwzględnieniem punktów spustowych, stref odruchowych i stretchingu*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011.
19. Chaitow L.: *Neuro-muscular technique*. Thorsons, Wellingborough 1982.
20. Chaitow L.: *Soft tissue manipulation*. Thorsons, Wellingborough 1989.
21. Nimmo R.: *Receptor tonus technique*. Lecture notes, London 1966.
22. Yoon Y.S. i wsp.: *Development and application of a newly designed massage instrument for deep cross-friction massage in chronic non-specific low back pain*. „Ann. Rehabil. Med.”, 2012, 36: 55-65.
23. Travell J., Simons D.: *Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual*. Vol. 2, Williams & Wilkins, Baltimore 1992.