

Zaawansowane techniki SCS oraz koncepcje funkcjonalne

4

TREŚĆ ROZDZIAŁU

Skutki uboczne	117
Pacjenci z wysokim progiem odczuwania bólu	118
Pacjent hospitalizowany	118
Charakterystyka punktów o nadmiernej wrażliwości uciskowej według Schwartza	120
Stosowanie terapii manualnej w środowisku szpitalnym	120
Zastosowanie rozluźnienia pozycyjnego w stanach pooperacyjnych	120
Badanie i leczenie wzorców powięziowych	121
Techniki SCS i zaburzenia wentylacji	122
Technika pośrednia w terapii żeber	123
Poprawa przepływu limfy	124
Rozluźnienie pozycyjne w ciąży	124
Techniki SCS u chorych unieruchomionych w szpitalu	125
Innowacyjne techniki rozluźnienia pozycyjnego Goodhearta	125
W jaki sposób zbadać siłę mięśnia?	125
Pozostałe uwagi	125
Wskazówki dla pacjentów	126
Skrócenie czasu utrzymywania pozycji rozluźnienia	126
Czy zalecenia dotyczące techniki „wspomagania oddechem” nie są zbyt uproszczone?	127
Jakie są korzyści z techniki rozsuwania tkanek palcami?	128
Leczenie mięśnia lędźwiowego większego z zastosowaniem protokołu Goodhearta	129
Techniki Goodhearta i Morrisona	129
Technika uniesienia kości guzicznej („nici końcowej w kierunku kranialnym”)	130
Technika „uniesienia pachwinowego” Morrisona	132
Rozluźnienie pozycyjne i techniki kranialne	133
Leczenie struktur czaszkowych	134
Ruchy występujące w połączeniu klinowo-podstawnym	135
Dwa ćwiczenia w terapii kranialnej	135
Koncepcja leczenia dysfunkcji kranialnych według Jonesa	138
Leczenie dysfunkcji kranialnych z użyciem punktów o nadmiernej wrażliwości uciskowej Jonesa	140
Metody rozluźnienia pozycyjnego dla dysfunkcji TMJ	145

W rozdziale tym przedstawiono szczegółowe informacje i rozważania dotyczące możliwości potencjalnego wykorzystania technik SCS (*strain/counterstrain* – napięcie/rozluźnienie) oraz innych metod rozluźnienia pozycyjnego w różnych sytuacjach klinicznych:

- Techniki SCS oraz techniki funkcjonalne (zob. rozdz. 6) okazały się bardzo przydatne w leczeniu pacjentów hospitalizowanych (szczególnie w stanach pooperacyjnych; zob. też podane w rozdz. 3 informacje na temat wykorzystania technik SCS u chorych unieruchomionych).

- W rozdziale tym znajdują się specjalne protokoły dotyczące technik rozluźnienia pozycyjnego PRT przydatnych w leczeniu wybranych stanów pooperacyjnych, dysfunkcji oddechowych, problemów stanów skroniowo-zuchwowych, ciąży i innych stanów, w których pojawia się potrzeba zastosowania drenażu limfatycznego.

- Przedstawiono także kilka nowatorskich koncepcji w opracowaniu samego Jonesa, a także Georga Goodhearta i Johna Upledgera, dotyczących leczenia okolicy czaszki.

- Rozdział ten zawiera również opis kilku koncepcji Goodhearta, dzięki którym można zidentyfikować mięśnie najlepiej reagujące na techniki rozluźniania pozycyjnego (np. technikę uniesienia kości guzicznej).

- Marsh Morrison opracował specjalną technikę leczenia miednicy (tzw. uniesienie pachwinowe), której opis znajduje się również w tym rozdziale (zob. też opis techniki ucisku w czasie badania oporu skórnoego w opracowaniu Morrisona, przedstawiony w rozdz. 1).

Skutki uboczne

(McPartland 1996)

Przed przedstawieniem zaawansowanych technik SCS należy zwrócić uwagę na ewentualne skutki uboczne

stosowania różnorodnych metod terapii manualnej, szczególnie zaś technik rozluźnienia pozycyjnego, oraz wspomnieć o pacjentach, w przypadku których z racji ich stoickiego podejścia do leczenia stosowanie PRT opartych na feedbacku może się okazać nieefektywne.

McPartland (1996) zauważył, że u ok. 1/4–1/3 pacjentów leczonych technikami SCS występują niepożądane reakcje, mimo że są one bardzo nieinwazyjną formą terapii.

Sytuacje tego typu (takie jak np. wyjątkowo rozległe „rozluźnienie mięśniowe”) są zazwyczaj krótkotrwałe, utrzymują się bowiem kilka godzin. Niemniej w celu zmniejszenia niepokoju chorych należy poinformować ich o możliwości pojawienia się skutków ubocznych po zabiegu. W takich przypadkach nie należy podejmować żadnych kroków zmierzających do usunięcia nieoczekiwanych objawów, gdyż są one związane z procesami adaptacyjnymi zachodzącymi w tkankach poddanych terapii; poza tym objawy te zazwyczaj szybko ustępują.

Niepożądane efekty terapii mogą się pojawić zwłaszcza po zastosowaniu niektórych technik rozluźnienia pozycyjnego w leczeniu okolic czaszki (opisanych w dalszej części niniejszego rozdziału), zazwyczaj mają one charakter jatrogenny. McPartland (1996) w swoim artykule opisał dziewięć przypadków leczenia okolic czaszki, w których doszło do powstania skutków ubocznych, przy czym w dwóch z nich ucisk dotyczył bezpośrednio jamy ustnej. We wszystkich tych sytuacjach siła wywierana podczas stosowania PRT była zbyt duża, co wskazuje na konieczność ostrożnego i delikatnego zastosowania technik rozluźnienia pozycyjnego, przede wszystkim tych dotyczących jamy ustnej.

Pacjenci z wysokim progiem odczuwania bólu

W związku z tym, że wyszukiwanie pozycji rozluźnienia wymaga dobrego kontaktu z chorym i szybkiego przekazywania informacji dotyczących nasilenia odczuwanych przez chorego dolegliwości bólowych („jaki jest poziom odczuwania bólu w punkcie, który teraz uciskam?”), techniki rozluźnienia pozycyjnego mają ograniczoną wartość terapeutyczną w przypadku pacjentów, którzy z natury nie zgłaszają żadnych dolegliwości lub bardzo niewielkie bóle, chociaż istnieją obiektywne przesłanki świadczące o ich występowaniu. Chorzy tacy będą bowiem mieć trudności w okre-

ślaniu zmian nasilenia swoich objawów podczas dokonywanych przez terapeutę zmian pozycji oraz wyszukiwania optymalnej pozycji rozluźnienia.

W przypadku takich pacjentów zaleca się stosowanie technik funkcjonalnych (opisanych w rozdz. 6), podczas wykonywania których terapeuta polega raczej na swoich odczuciach w trakcie palpacji tkanek, a nie na subiektywnej informacji podawanej przez pacjenta.

Zasadę tę stosuje się również w leczeniu chorych przyjmujących środki przeciwbólowe, u których odczucia bólowe są zaburzone w następstwie dżiania leków.

Pacjent hospitalizowany

Techniki SCS są szeroko stosowane u chorych hospitalizowanych jako leczenie uzupełniające w określonych schorzeniach, takich jak: zastoinowa niewydolność serca, niewydolność oddechowa, zapalenie płuc, przewlekłe zapalenie oskrzeli czy astma (Dicky 1989, Schwartz 1986, Stiles 1976). W ramce 4.1 przedstawiono kilka technik osteopatycznych (z uwzględnieniem techniki SCS i koncepcji funkcjonalnej) przydatnych w leczeniu chorych hospitalizowanych.

Do przypadków leczonych w szpitalu, w których zaleca się wykorzystanie technik SCS, należą dolegliwości bólowe związane z unieruchomieniem, zwłaszcza po wykonaniu znieczulenia dokanałowego, lub pojawiające się po uruchomieniu po zabiegu litotomii lub operacjach okolic kroczka.

Schwartz (1986) sugeruje również wykorzystanie technik SCS do diagnostyki różnicowej w ostrych zespołach bólowych. Podał on przykład ostrego bólu brzucha zlokalizowanego poniżej i nieznacznie w prawo w stosunku do pępka. Jest to miejsce, w którym badaniem palpacyjnym można zidentyfikować okolicę bólową typową albo dla urazu zgięciowego dolnego odcinka piersiowego czy górnego lędźwiowego (ryc. 3.10A), albo też dla ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Jeśli dolegliwości bólowe powrócą gwałtownie po zastosowaniu techniki SCS w odniesieniu do tego punktu, to wskazuje to wyraźnie na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

Innym przykładem zastosowania techniki SCS w diagnostyce różnicowej będzie ustalenie diagnozy zawału mięśnia sercowego lub ostrego zapalenia chrząstek żeber. W tym drugim przypadku będzie można zaobserwować znacz-

Ramka 4.1 Przykłady skutecznego zastosowania koncepcji osteopatycznej (z uwzględnieniem technik SCS) w przypadku leczenia szpitalnego

1. Skrócenie czasu hospitalizacji po zabiegach operacyjnych

Terapia manualna według koncepcji osteopatycznej (również z użyciem technik SCS i funkcjonalnych) można stosunkowo prosto włączyć w program leczenia szpitalnego, co przyczyni się do skrócenia czasu hospitalizacji, a tym samym do obniżenia jej kosztów. Pacjenci, którzy przed zabiegiem otrzymują morfinę, a po operacji są poddawani leczeniu osteopatycznemu, zazwyczaj zgłaszają mniej dolegliwości bólowych po zabiegu i nie wymagają takich dawek morfiny jak pacjenci leczeni bez stosowania technik manualnych. Poza tym pacjenci leczeni przez osteopatów są wcześniej uruchamiani, a w okresie pooperacyjnym mają większą satysfakcję, odnotowuje się też mniejszą zachorowalność oraz obniżony wskaźnik śmiertelności oraz (Noll i wsp. 2000).

2. Krótszy okres hospitalizacji pacjentów z zapaleniem trzustki

Radijeski i wsp. (1998) przeanalizowali wyniki badań ośmiu losowo wybranych chorych z zapaleniem trzustki, którym podczas leczenia szpitalnego zaaplikowano, oprócz standardowego leczenia, terapię manualną według koncepcji osteopatycznej (składającej się z rozluźnienia mięśniowo-powięziowego, terapii tkanek miękkich oraz technik SCS). Pozostałych ośmiu uczestniczących w badaniu chorych, leczonych tylko zgodnie ze standardowym protokołem, stanowiło grupę kontrolną.

Zabieg wykonany przez osteopatę trwający 10–20 minut był zgodny ze standardowym protokołem odnoszącym się do tej techniki, przy czym lekarze prowadzący poszczególnych chorych na oddziale nie wiedzieli, do której grupy zostali przyporządkowani ich pacjenci. Wyniki badania wykazały, że czas hospitalizacji chorych, którzy zostali poddani zabiegom terapii manualnej według koncepcji osteopatycznej, uległ skróceniu średnio o 3,5 dnia w porównaniu z grupą kontrolną, a zaobserwowana różnica była istotna statystycznie. Nie zaobserwowano natomiast różnicy w czasie, jaki upłynął od zabiegu operacyjnego do momentu spożycia pierwszego posiłku lub przyjęcia środków przeciwbólowych w dwóch badanych grupach.

3. Skrócenie okresu hospitalizacji oraz czasu trwania dożylnego leczenia antybiotykowego u starszych pacjentów z zapaleniem płuc

W badaniu wzięło udział 58 chorych w podeszłym wieku z ostrym zapaleniem płuc, których podzielono losowo na dwie grupy: 28 pacjentów stanowiło grupę badawczą, a 30 kontrolną. Grupa badawcza była leczona według standardowego protokołu leczenia osteopatycznego (z uwzględnieniem technik SCS i metod funkcjonalnych), podczas gdy grupa kontrolna została poddana terapii składającej się tylko z delikatnych technik dotykowych. Nie zanotowano statystycznie istotnych różnic międzygrupowych zależnych od wieku, płci czy też od wyniku uproszczonego testu zaostrożenia stanu klinicznego. W grupie badawczej zarówno dożylnie leczenie antybiotykowe, jak i czas hospitalizacji trwały krócej niż w grupie kontrolnej; różnica ta była statystycznie istotna (Noll i wsp. 2000).

ne ustąpienie bólu pod wpływem techniki SCS zastosowanej w odniesieniu do punktu o nadmiernej wrażliwości uciskowej (*tender point*), leżącego w jednej z przestrzeni międzyżebrowych, podczas gdy w przypadku zawału mięśnia sercowego pacjent nie zgłosił żadnej ulgi po zakończeniu zabiegu.

Schwartz (1986) zauważył, że:

Tak naprawdę leczenie szpitalne mogłoby trwać znacznie krócej, gdyby w przypadku dysfunkcji międzyżebrowej w sposób rozsądny stosowano koncepcję osteopatyczną w procesie diagnozowania i leczenia pacjentów hospitalizowanych.

Można z całym przekonaniem stwierdzić, że leczenie technikami SCS jest nieinwazyjne i że

można je stosować w zasadzie bez względu na stan zdrowia czy też stopień zaawansowania schorzenia u każdego pacjenta.

Schwartz podał, że:

Techniki SCS można stosować zarówno u chorych po złamaniach, jak też u pacjentów po zabiegach operacyjnych, u których ból występuje w miejscu rany pooperacyjnej. Wykorzystuje się je także u chorych z przerzutami nowotworowymi do kości. Obowiązuje zasada, że techniki SCS można stosować wtedy, gdy pacjent potrafi samodzielnie poruszać tą częścią ciała, która ma być poddana terapii.

Rezultaty takiego leczenia są zazwyczaj długotrwałe, ponowne zaś zabiegi są konieczne tylko wtedy (w warunkach szpitalnych), gdy utrzymuje

się nerwowo-sensoryczna aktywność odruchowa lub gdy schorzenie, które pierwotnie doprowadziło do powstania dysfunkcji, ma charakter przewlekły.

Charakterystyka punktów o nadmiernej wrażliwości uciskowej według Schwartza

Definicje Schwartza dotyczące TP są bezpośrednio oparte na pracach Jonesa. Punkty te, pełniące funkcję monitorującą w trakcie stosowania technik SCS, są przedstawiane przez Schwartza jako „pęczki lub obrzmienia wielkości ziarenka grochu, występujące w powięziach, mięśniach, włóknach aktywny lub miozyny, tkance łącznej, włóknach nerwowych oraz w niektórych strukturach układu krążenia”.

Co ciekawe, w przeciwieństwie do innych autorów, zauważył on, że:

„Najczęściej, ale nie zawsze, ucisk na TP powoduje powstanie bólu w okolicy oddalonej od samego punktu”. Opis ten pasuje zarówno do punktu pustowego, jak i do TP (punkty spustowe opisano w rozdz. 5). Schwartz twierdził, że „punkty o nadmiernej wrażliwości uciskowej” przypominają zarówno punkty odruchów neurolimfatycznych według Chapmana, jak i mięśniowo-powięziowe punkty spustowe według Travella (Owens 1982; Travell 1949).

Schwartz podkreślał występowanie różnicy między techniką SCS a innymi metodami, w których wykorzystuje się koncepcję punktów, mówiąc, że: „W innych metodach sam punkt poddawany jest bardziej bezpośrednio działaniu, takim jak np. nakłucie igłą w akupunkturze, iniekcja lignokainy w jego okolicę lub użycie ultradźwięków, w celu zniszczenia tego punktu”.

Ustaleniu pozycji rozluźnienia i wyeliminowaniu nadwrażliwości z danej okolicy może towarzyszyć pojawienie się jednego z wielu objawów, odczuwanych przez terapeutę jako: „nagle uwolnienie”, „chybotanie się”, „ustąpienie” lub „rozpuszczanie się czegoś”. Wszystkie te odczucia, odnotowywane przez terapeutę, wskazują na pojawienie się zmiany tkankowej, która wystąpiła w odpowiedzi na modyfikację pozycji.

Na rozluźnienie pozycyjne składają się dwie fazy. Podczas pierwszej dochodzi do ruchu w dużym zakresie, w wyniku czego leczona okolica lub całe ciało pacjenta ulega wstępnemu rozluźnieniu, natomiast podczas drugiej fazy (*fine-tuning*),

wykonywane są ruchy pozycjonowania w niewielkim zakresie, umożliwiające uzyskanie optymalnej pozycji rozluźnienia.

Stosowanie terapii manualnej w środowisku szpitalnym

Wykorzystanie technik terapii manualnej w leczeniu hospitalizowanych chorych w stanach ostrych nie jest sprawą prostą. Pojawiające się trudności wynikają z unieruchomienia pacjentów, podłączenia ich do różnego rodzaju urządzeń monitorujących, obecności wkłuc dożylnych, elektrod czy też cewników oraz z tego, że chorzy ci są czasami w ciężkim stanie, co wynika z samego procesu chorobowego lub stanu przed- lub pooperacyjnego (Schwartz 1986).

Edward Stiles, dyrektor medycznego ośrodka osteopatycznego w Waterville Osteopathic Hospital w stanie Maine, badał przydatność technik osteopatycznych w terapii hospitalizowanych pacjentów (Stiles 1976). Doszedł on do wniosku, że ten rodzaj technik manualnych jest wartościową metodą leczenia chorych przed zabiegiem i po zabiegu operacyjnym, szczególnie ze względu na szanse poprawy amplitudy ruchów klatki piersiowej, a tym samym zwiększenia możliwości wentylacyjnych.

Techniki te odgrywają szczególnie ważną rolę w leczeniu chorych poddawanych zabiegom operacyjnym górnego odcinka żołądkowo-jelitowego przewodu pokarmowego i operacjom torakochirurgicznym, gdyż pojawiający się po zabiegach spadek ruchomości klatki piersiowej ma bezpośredni wpływ na upośledzenie zdolności wentylacyjnych chorych.

Cytowany autor odkrył, że niewiele jest takich metod leczenia, z pomocą których można by uzyskać u chorych hospitalizowanych tak dobre efekty terapeutyczne jak w przypadku stosowania różnych odmian PRT, które przyczyniają się do zmniejszenia dolegliwości bólowych i poprawy możliwości poruszania się chorych, (zob. uwagi dotyczące chorych unieruchomionych w rozdz. 3).

Zastosowanie rozluźnienia pozycyjnego w stanach pooperacyjnych

Jerry Dickey (1989) postanowił przyjrzeć się chorym poddawanych sternotomii pośrodkowej w celu wykonania zabiegu na bijącym sercu lub uzyska-

nia dostępu do innych narządów leżących w klatce piersiowej. W Stanach Zjednoczonych liczba chorych poddawanych zabiegowi pomostowania aortalno-wieńcowego dochodzi do 250 000 rocznie. To właśnie wykonanie tego zabiegu wymaga najczęściej rozcięcia mostka przez środek.

- Cięcie to rozciąga się od wcięcia nadmostkowe aż do okolicy leżącej poniżej wyrostka mieczykowatego mostka.
- Tkanki miękkie znajdujące się pod skórą są poddawane elektrokoagulacji w celu zahamowania krwawienia, a sam mostek jest rozcinany elektryczną piłą posuwisto-zwrotną, przy czym krawędzie kostne pokrywa się jałowym woskiem kostnym, mostek zaś zostaje znacznie rozsunięty na boki.
- Po zakończeniu zabiegu operacyjnego rozcięte krawędzie mostka łączy się i zszywa stalowymi drutami, a poniżej wyrostka mieczykowatego często umieszcza się dreny.

Zabieg sternotomii pośrodkowej jest niezwykle traumatyzujący dla wszystkich tkanek znajdujących się w okolicach rozciętego mostka, zwłaszcza wtedy, gdy czas zabiegu przedłuża się do kilku godzin. W wyniku cięcia dochodzi do powstania wielu powikłań, do których według Dickeya (1989) należą:

Rozejście się brzegów rany, zakażenie rany mostka i osierdzia, niestabilność mostka, zaciskające zapalenie osierdzia, uszkodzenia nerwu przeponowego, złamania żeber oraz urazy splotu barkowego.

Badania dowodzą, że aż u 23,5% pacjentów poddawanych zabiegom, w których wykonuje się sternotomię pośrodkową, dochodzi do uszkodzenia splotu barkowego.

Dickey analizował eksperyment polegający na wykonaniu zabiegów z otwarciem klatki piersiowej na dziesięciu zwłokach, podczas których w siedmiu przypadkach doszło do złamania żeber i przebicia dolnych gałęzi splotu barkowego. Tego typu następstwa zabiegu są zauważane bezpośrednio po operacji, jednakże inne powikłania pojawiają się o wiele później. Należą do nich zmiany strukturalne i funkcjonalne upośledzające mechanikę klatki piersiowej, do których zalicza się m.in. ograniczenia ruchomości stawów międzykręgowych kręgów piersiowych, samej klatki piersiowej, powięzi i przepony.

Dickey (1989) podał wiele metod leczenia manualnego (także technik rozluźnienia pozycyjnego) cho-

rych po tego rodzaju zabiegach operacyjnych w celu przyspieszenia powrotu do pełnej sprawności. Szczególną uwagę zwrócił on na badanie i leczenie zaburzeń strukturalnych, i to zarówno przed zabiegiem, jak i po jego wykonaniu, z wykorzystaniem różnego rodzaju metod terapii manualnej. W podręczniku tym ograniczono się tylko do opisu zaproponowanych przez niego metod rozluźnienia pozycyjnego.

Ponieważ w czasie zabiegu dochodzi do znacznego rozsunięcia brzegów mostka, największe uszkodzenia powstają w górnych żebrach, gdyż ich połączenia z mostkiem są najtrwalsze. Badaniem palpacyjnym można zidentyfikować restrykcje w przestrzeniach międzyżebrowych, urazy powięzi oraz dysfunkcje przepony, które do pewnego stopnia są uleczalne.

Należy pamiętać, że większość pacjentów kwalifikowanych do tego typu zabiegów jest zazwyczaj w wieku podeszłym, dlatego też często występują u nich dysfunkcje układu mięśniowo-szkieletowego, zatem nie można oczekiwać u nich pełnego powrotu utraconej funkcji (Nicholas & Oleski 2002).



Badanie i leczenie wzorców powięziowych

Leczenie za pomocą technik rozluźnienia mięśniowo-powięziowego rozpoczyna się po upływie czterech tygodni od zabiegu operacyjnego.

Techniki te stanowią składową koncepcji funkcjonalnej (zob. rozdz. 6), w której większą wagę przywiązuje się do ruchomości tkanek we wszystkich kierunkach i utrzymywania ich w pozycji komfortu (luzu) w celu uzyskania samoistnego rozluźnienia. Mniej uwagi poświęca się natomiast monitorowaniu odczuć w punkcie o nadmiernej wrażliwości uciskowej, jak to się dzieje w klasycznych technikach rozluźniania pozycyjnego.

- Pacjent leży tyłem.
- Terapeuta jedną rękę umieszcza pomiędzy łopatkami chorego, drugą zaś kładzie na przedniej części klatki piersiowej, w linii środkowej mostka (ryc. 4.1).
- Każda ręka terapeuty niezależnie wprawia tkanki miękkie w ruch w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara przeciwnym, sprawdzając wzorce preferencji ruchowej tkanek, a następnie powierchowych w stosunku do powięzi.
- Innymi słowy, ręce będące w kontakcie z tkankami (na tylnej i przedniej części klatki piersiowej) próbują uzyskać odpowiedź na pytanie: „w którym kierunku tkanki przemieszczają się z największą swobodą?”