

W wyniku przeprowadzonej kompleksowej oceny stanu pacjenta dla potrzeb masażu medycznego stwierdzono poprzez ocenę wzrokową: występowanie rozstępów skórnych na obu pośladkach rozszerzone drobne naczynia żyłne w okolicy dołu podkolanowego. Poprzez ocenę palpacyjną stwierdzono silną bolesność obu więzadeł krzyżowo-guzowych oraz dolnej części kości potylicznej w miejscu przyczepu prostownika grzbietu a także, symetrycznie wzmożone napięcie mięśnia prostownika grzbietu, mięśnia pośladkowego większego, mięśnia dwugłowego uda, mięśnia półścięgnistego i półbłoniastego oraz mięśnia przywodziciela wielkiego. W wyniku tego założono że przebyta operacja na kręgosłupie spowodowała uwrażliwienie okolicy blizny pooperacyjnej i wzmożenie napięcia prostownika grzbietu. To z kolei doprowadziło do zwiększonego więzadła krzyżowo-guzowego i tym samym reakcję ze strony mięśni przyczepiających się do guza kulszowego. Wzmożone napięcie mięśnia przywodziciela wielkiego spowodowało z kolei utrudniony odpływ krwi żyłnej z podudzia i okolicy stawu kolanowego powodując rozszerzenia powierzchownej sieci naczyń żylnych w tej okolicy. Ze względu na to, że większa część mięśnia pośladkowego większego ma swój przyczep początkowy na więzadle krzyżowo-guzowym wymusiło na tym mięśniu wzrost jego napięcia i utrudnienie w dopływie krwi tętniczej do skóry pokrywającej pośladki. Skutkiem czego wystąpiły rozstępy w skórze tej okolicy. Na podstawie powyższej analizy uzyskanych informacji w trakcie oceny stanu pacjenta dla potrzeb masażu medycznego zaplanowano następującą kolejność opracowywania mięśni w celu przywrócenia prawidłowego napięcia więzadła krzyżowo-guzowego: pośladkowy wielki, półścięgnisty, półbłoniasty, dwugłowy uda, prostownik grzbietu. Wykonano to poprzez sprężyste odkształcani skóry i powięzi pokrywającej wyżej wymienione mięśnie oraz ich przyczepy ścięgna i brzusce. Następnie w celu poprawienia trofiki opracowano więzadło krzyżowo-guzowe.

Ilość wykonanych zabiegów 3. W wyniku tego uzyskano trwałe zniesienie objawów bólowych w obrębie głowy, karku i okolicy lędźwiowo-krzyżowej.

LITERATURA

1. Wytyczne Holenderskiego Kolegium Lekarzy Rodzinnych. *Ból w dolnej części kręgosłupa. Lekarz Rodzinny. 1998. nr 14-15 :59-72.*
2. Bochenek A., Reicher M. *Anatomia tom I, III*
3. Dziak A., *Zamknięte uszkodzenia tkanek miękkich narządu ruchu PZWL Warszawa 1985*

THE PRACTICAL APPLICATION OF MEDICAL MASSAGE IN LOW BACK PAIN

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI,
WALDEMAR ANDRZEJEWSKI

*Department of Physiotherapy, Academy of Physical Education
in Wrocław, Poland*

This work refer to patient, who had extirpation of the nucleus pulposus, ten years ago. Since this time he had persistent low back pain. The different form of therapy did not improve patient's condition. Medical massage with accurate evaluation of a patient's condition persistent removed low back pain.

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТУ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОГО МАСАЖУ

OCENA STANU PACJENTA WAŻNYM ELEMENTEM MASAŻU MEDYCZNEGO

КШИШТОВ КАССОЛІК, ЗБІГНІВ САВІЦКІ,
ВАЛЬДЕМАР АНЖЕЄВСЬКІ
KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI,
WALDEMAR ANDRZEJEWSKI

*Вроцлавська Академія фізичного виховання, Польща
Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław, Polska*

W celu zapewnienia większej skuteczności masażu jako środka leczniczego w działaniach medycznych, jak też dla spełnienia wymogów stawianych przez współczesną medycynę ważne jest aby po wystawieniu diagnozy przez lekarza prowadzącego, dokonana została kompleksowa ocena układu ruchu z uwzględnieniem stanu czynnościowego innych układów mających istotny wpływ na jego funkcjonowanie. (układ naczyniowy, obwodowy układ nerwowy). Na powyższą ocenę będzie się składać wywiad, ocena wzrokowa i ocena palpacyjna. Wszystkie zebrane informacje od pacjenta stanowią treść karty oceny, której wzór zamieszczono na rysunkach 1 i 2.

Wywiad

Oprócz standardowych informacji takich jak nazwisko i imię oraz rozpoznanie (rubryki 1 -4), karta powinna zawierać opis istniejących dolegliwości pacjenta (rubryka 5), oraz ich początek i rozwój (rubryka 6.). Wśród tych informacji powinny się również znaleźć takie, które mówią o towarzyszących dolegliwościach np. częste wzdęcia czy zaparcia. Dla oceniającego będzie to ważna informacja, gdyż objawy takie łączą się często z utrudnionym odpływem krwi żyłnej z kończyn dolnych czyli powstawaniu efektu "biernego przekrwienia żylnego". W dalszym etapie należy się zapoznać przebytych przez pacjenta chorobami i urazami kości lub tkanek miękkich (rubryki 7 - 7b). Jeśli chodzi o choroby to wywiad oceniającego powinien być tak skonstruowany aby uzyskać informacje czy dana choroba mogła mieć wpływ na aparat ruchu. I tak nie należy brać pod uwagę sporadycznych przeziębień, natomiast przewlekły długo utrzymujący się kaszel może wpływać na funkcję mięśni oddechowych i wspomagających oddychanie. Tak samo wrzody żołądka - jest to schorzenie narządu wewnętrznego ale długo utrzymujący się ból i przyjmowanie wymuszonej postawy [Prusiński] ma swoje odbicie w układzie ruchu. W następnej rubryce ósmej, umieszczone powinny być m.in. informacje o aktualnie stosowanych lekach przeciwbólowych. Z oczywistych powodów lepiej jest gdy u pacjenta przeprowadza się ocenę po lub w przerwie działania tych leków, inaczej zaburza to obraz zmian, szczególnie przy badaniu palpacyjnym [Mattingly].

Bardzo ważnym elementem oceny stanu pacjenta jest określenie czy występuje a jeśli tak to jaki rodzaj tzw. monotypii ruchowej. Związana jest z ona z charakterem wykonywanej pracy lub uprawianą wyczynowo dyscypliną sportową, lub z inną formą aktywności o dużej intensywności. Monotypia ruchowa to angażowanie przez długi okres czasu tych samych partii mięśniowych i przyjmowanie nieprawidłowej, wymuszonej pozycji do pracy. Oceniający powinien w razie potrzeby pytać o niezbędne szczegóły pacjenta lub opierać się na publikacjach dotyczących chorób zawodowych. Podobne postępowanie dotyczy osób uprawiających sport lub różne formy aktywności ruchowej np. aerobik, ćwiczenie w siłowni, bieganie czy jazda na nartach.

Ocena wzrokowa i pomiary długości kończyn dolnych

Dla utrzymania przejrzystości i łatwego sposobu odczytywania zapisanych w karcie informacji należy dążyć do tego aby większość z nich, jeżeli to jest tylko możliwe, była sporządzona w formie schematycznych rysunków. Dlatego oprócz miejsca na opisanie postawy ciała w rubryce 11 do pomocy dla osoby wypełniającej kartę umieszczone są sylwetki człowieka. Część rysunku jest wykonana linią przerywaną gdyż są to miejsca zaznaczenia zauważonych odchyżeń od postawy prawidłowej. Można więc uwidocznic różnice w kątach ramienno - głowowym, ramienno - tułowiowym oraz w ułożeniu łopatek, fałdów pośladkowych i podkolanowych. Może tu być też umieszczony wynik oceny krzywizn kręgosłupa, zarówno w płaszczyźnie czołowej jak i strzałkowej. Ocena wzrokowa często podlega błędom dlatego powinna być uzupełniona w tym miejscu lekarskim opisem zdjęć rtg. Ważnym elementem tego etapu oceny jest także wykonanie pomiarów długości bezwzględnej i względnej kończyn dolnych, których wyniki umieszcza się w odpowiednich miejscach na rysunku.

Dokonywana ocena postawy, w porównaniu do kinezyterapii, będzie miała trochę inne znaczenie dla masazu medycznego. Przykładowo powiększona lordoza lędźwiowa może wpływać na upośledzenie odpływu krwi żyłnej z tętnicy biodrowej wspólnej lewej co powoduje niekorzystny efekt biernego wypełnienia naczyń żylnych w kończynie dolnej lewej. Drugim ważniejszym skutkiem poprzedzonym pewnymi pośrednimi mechanizmami jest wzmoczenie napięcia mięśnia gruszkowatego, co może doprowadzać do powstawania rwy kulszowej [Mumenthaler, Bochenek].

Ocena palpacyjna

Ostatni etap ma na celu ustalenie zmian zachodzących w układzie ruchu objawiającymi się wzmocnionym napięciem mięśniowym i bólami mięśniowo - powięziowymi. Pod nazwą ból kryje się wiele pojęć dlatego należy rozróżniać ból związany objawami podmiotowymi i ból mięśniowo powięziowy. Ten pierwszy odczuwany jest przez pacjenta w trakcie czynności dnia codziennego. Drugi ujawniany jest dopiero przy dotyku lub ucisku [Prusiński, Domżała] w określonych punktach ciała i pacjent do tego momentu nie zdaje sobie o nim sprawy. Wymienione punkty tworzą w układzie mięśniowo powięziowym pewien ustalony układ połączeń. Dlatego większy tonus jednej grupy mięśni wywołany wzmoczoną pracą przy jednoczesnej utrudnionej dystrybucji krwi, może wywoływać wzmoczenie tonusu w innej grupie mięśni. Odbywa się to drogą połączeń powięzi lub bliskiego położenia przyczepów mięśniowych. Dla lepszego zobrazowania zmian wszystkie zlokalizowane miejsca występowania tego typu bólu należy umieszczać na przedstawionych sylwetkach ludzkich (rubryka 13) System oznaczeń na tych sylwetkach jest dowolny ale musi być czytelny należy więc przyporządkować wybrane oznaczenia odpowiednim objawom umieszczonym w tabeli znajdującej się poniżej (rubryki 14-23).

Pod pojęciem "zmniejszonej przesuwalności skóry" kryje się oznaczenie tych miejsc gdzie poprzez odkształcanie powięzi jest stwierdzona zmniejszona przesuwalność. Zarówno z powodu wzmoczonego napięcia leżącego poniżej mięśnia jak i z powodu występowania blizn i wewnętrznych zrostów. "Zaburzenia czucia" to miejsca występowania "mrowienia", drętwienia, o których pacjent sygnalizuje pod czas wywiadu, ale również nadwrażliwość lub niedoczulica i brak czucia stwierdzony przy ocenie palpacyjnej.

Uzupełnieniem tego etapu oceny jest zaznaczenie zmian występujących na skórze, które mogą mieć związek z długo utrzymującym się napięciem w sąsiadujących tkankach. Takimi zmianami są rozstępy ale pamiętać musimy o uwarunkowanej genetycznie - indywidualnej wytrzymałości kolagenu [literat]. "Blizna" może być powodem nie tylko zmniejszonej przesuwalności skóry ale zmniejszonej ruchomości mięśni. Na zmienioną pracę mięśni ma tu również wpływ zaburzenie czucia w obrębie zwłóknień skóry np. w postaci wzmoczonej nadwrażliwości. Taka sama wzmoczona wrażliwość może wystąpić w przypadku wewnętrznej blizny powstającej na okostnej w miejscu zrośnięcia załamania .

Temat oceny obrzęku wymaga osobnego opracowania gdyż masaż stosowany w obrzękach a dokładniej należałoby powiedzieć - kompleksowa terapia przeciwobrzękowa jest obszernym działem wiedzy [Földi]. Zainteresowanym do dokładniejszego poznania tego tematu powinni zapoznać się z publikacjami Profesora Földiego, twórcy wymienionej terapii stosowanej w praktyce w Niemczech.

Ocena obrzęku składa się z trzech podstawowych etapów - wywiadu, który między innymi ma na celu uzyskanie informacji na temat przyczyn powstawania, określenia momentu pojawienia się tego objawu, istnienia objawów towarzyszących takich jak ból. Następnym etapem jest ocena wzrokowa w której uzyskuje się informacje na temat umiejscowienia, największego zaakcentowania obrzęku, oceny stadium obrzęku, ale również kolor skóry (zaczernienie, zasinienie) zarysowanie naczyń. Ostatnim etapem jest ocena palpacyjna, w której zakres wchodzi między innymi sprawdzanie temperatury powierzchni skóry, ocena twardości tkanek, przesuwalności skóry, ale również testy skórne (Stemmera). Bardzo ważnym elementem oceny jest wyodrębnienie symptomów świadczących o procesach złośliwych takich jak np. proksymalne zaakcentowanie obrzęku, wypełnienie dołu podobojczykowego, występowanie cyst, przetok, widocznych i wyczuwalnych węzłów chłonnych.

Jedną z ostatnich rubryk przeznaczoną jest do zapisania zadań do zrealizowania podczas zabiegu i ustalanych na podstawie całościowego przeanalizowania informacji zawartych w karcie pacjenta. Może się zdarzyć że dla dwóch pacjentów o tym samym rozpoznaniu lekarskim i podobnych objawach podmiotowych - zadania zabiegowe dla obu przypadków będą się różniły

Podsumowanie

Do określenia przyczyn powstania objawów z którymi dany pacjent zgłasza się na zabieg masażu medycznego potrzebne jest szerokie spojrzenie na większą ilość elementów, które mogą mieć tu swój udział. Niezbędna jest w tym działaniu ścisła współpraca z lekarzem, który może uczestniczyć w wypełnianiu pierwszej części, opisanej wyżej karty. Fizjoterapeuta może również tą część związaną z wywiadem wypełniać samodzielnie ale na podstawie diagnozy na skierowaniu lekarskim. Błędy w ocenie stanu pacjenta najczęściej tkwią w wyrywkowym podejściu do zmian występujących u pacjentów. Nie znaczy to, że zawsze wszystkie zebrane przez nas informacje będą miały powiązania typu przyczynowo - skutkowego ale możemy to dopiero wykluczyć przy ocenie całościowej. Codziennej praktyki wypisywania skierowań na masaż powinny stopniowo zanikać określenia "masaż lędźwiowego odcinka kręgosłupa", czy "masaż przedramienia" związanych tylko z bólowymi objawami podmiotowymi wskazanymi przez pacjenta.

BIBLIOGRAFIA

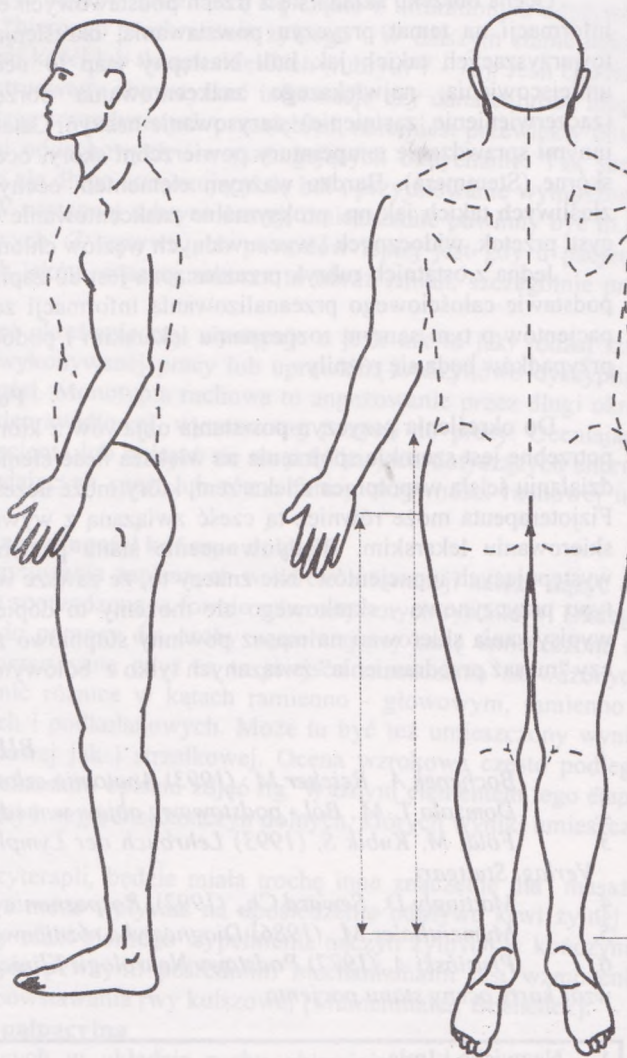
1. Bochenek A., Reicher M., (1993) *Anatomia człowieka, tom I, III, V, PZWL Warszawa*
 2. Domżała T. M., *Ból - podstawowy objaw w medycynie, (1996), PZWL Warszawa*
 3. Földi M, Kubik S, (1993) *Lehrbuch der Lymphologie für Mediziner und Physiotherapeuten, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.*
 4. Mattingly D., Seward Ch., (1992), *Rozpoznanie przy łóżku chorego,*
 5. Mumenthaler M., (1986) *Diagnostyka różnicowa w Neurologii, PZWL Warszawa*
 6. Prusiński A., (1977) *Podstawy Neurologii Klinicznej. PZWL Warszawa*
- wzór karty oceny stanu pacjenta

1. Nazwisko i Imię	2. Wiek	3. Tel. kontaktowy
4. Rozpoznanie lekarskie		
5. Objawy podmiotowe	6. Historia choroby	
7. Przebyte inne choroby, złamania i urazy tkanek miękkich	7a. Okres leczenia:	7b. rodzaj leczenia (w tym operacje)
8. Uwagi lekarza		
9. Charakter wykonywanej pracy	10. Uprawiany sport	

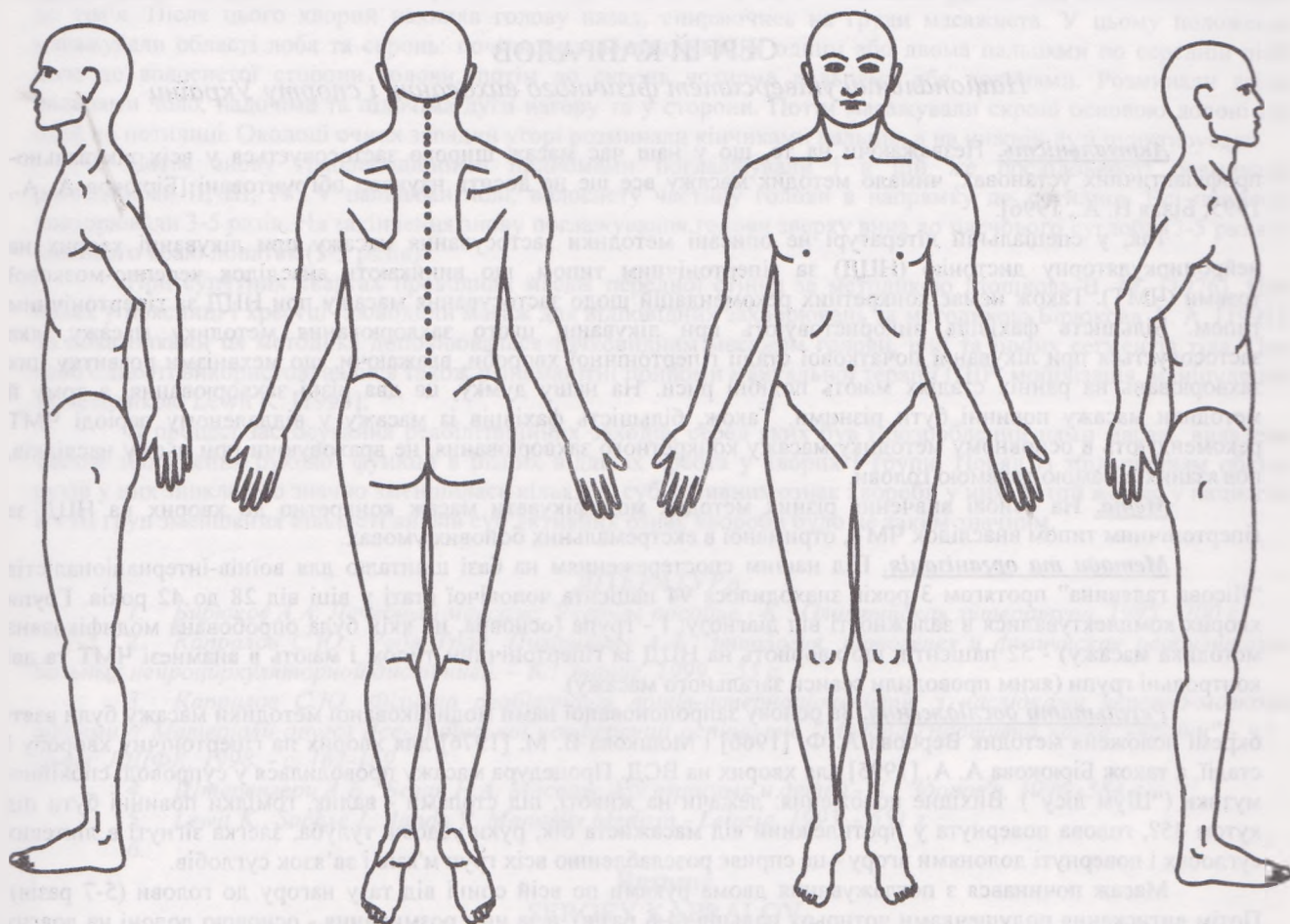
Rys 1. Karta oceny pacjenta - strona pierwsza (komentarz w tekście)

11. Ocena postawy ciała

12.



13. Rys. 2. Karta oceny pacjenta - strona druga



14. Zmniejszona przesuwalność skóry	19. Rozstępy
15. Zaburzenia czucia	20. Blizna
16. Ból - objaw podmiotowy	21. Rozszerzone naczynia żyłne
17. Ból mięśniowo - powięziowy	22. Miejsce przebytego złamania
18. Zwiększone napięcie mięśniowe	23. Obrzek

24. Zadania do realizacji:

25. Data:

26. Imię i Nazwisko dokonującego oceny

27. Podpis lekarza prowadzącego

Podpis

THE EVALUATION OF A PATIENT'S CONDITION AS AN IMPORTANT ELEMENT OF MEDICAL MASSAGE

KRZYSZTOF KASSOLIK, ZBIGNIEW SAWICKI, WALDEMAR ANDRZEJEWSKI
Department of Physiotherapy, Academy of Physical Education in Wrocław, Poland

The complex evaluation of patient's condition is necessary to elaborate the methodology of medical massage for individual patient. The evaluation should include the reflex changes (pain location, disturbances of muscle tone, disturbances of perception, disturbances of skin tension, sensitivity of vessels) and the morphological changes (asymmetry of body, disturbances of skeletal system, scars, striate of the skin, swelling, vessel's changes in skin). These information, diagnosis and medical history of a patient, kind of occupation, past diseases, operations and trauma enable to get to reason of a patient's condition and determine a strategy of procedure to eliminate or reduction the harmful factors, which unsettle balance of processes in a organism.