
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 111

SECTIO D

2005

Akademia Świętokrzyska w Kielcach - Instytut Kształcenia Medycznego¹
Academy Świętokrzyska of Kielce – Medical Study Department
kier. Prof. dr hab. Waldemar Dutkiewicz
Agencja Usług Medycznych i rehabilitacyjnych „Maxmed” w Kielcach²
Agency of Medical Services „Maxmed” of Kielce
kier. Dr n. med. Grzegorz Gałuszka

GRZEGORZ GAŁUSZKA¹, RENATA GAŁUSZKA¹,
JOANNA GAŁUSZKA - GARNUSZEK²

Range of patients' knowledge on prevention of recurrent pains in patients suffering from chronic recurrent pain syndromes of lumbar spine

Zakres informacji chorych na temat zapobiegania nawrotom bólu u pacjentów cierpiących na przewlekłe nawracające zespoły bólowe kręgosłupa lędźwiowego

Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa często wynikają z zespołów przeciążeniowych. Leczenie zaczyna się od szczegółowej diagnostyki. Uzależnione jest od wyników badań i testów diagnostycznych. Decydują one o usprawnianiu rehabilitacyjnym lub zabiegu operacyjnym. Po każdej z tych form terapii może nastąpić nawrót dolegliwości. Duże znaczenie w tym przypadku, odgrywa działanie zapobiegawcze, bazujące na odpowiednich ćwiczeniach po ustąpieniu objawów bólowych.

Rodzaj postępowania leczniczego uzależnia się od klinicznego stanu pacjenta; często rozróżnienie zmian związanych z normalnym procesem starzenia i patologią [1,8] .

Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo- krzyżowego klasyfikuje się do czterech grup: zespół przeciążeniowy, zespół przeciążeniowy połączony z zespołem korzeniowym nieaktywnym, zespół mieszany, zespół korzeniowy aktywny.

Zespół przeciążeniowy w obrazie klinicznym charakteryzuje się podrażnieniem więzadeł, torebek stawowych, ścięgien i mięśni okolicy okołokręgosłupowej. Jest bardzo podobny do dolegliwości spowodowanych uciskiem na korzeń nerwowy, dlatego najczęściej diagnozuje się go jako dyskopatia [10].

Leczenie zespołów bólowych rozpoczyna się od szczegółowej diagnostyki. Podstawowym badaniem diagnostycznym jest zdjęcie RTG, powinno być wykonywane na stojąco i dodatkowo w pozycjach tzw. czynnościowych tj. w przodopochyleniu i tyłozgięciu [9]. Dodatkowo zleca się takie badania jak: radikulografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa [10].

Po ustąpieniu ostrej fazy bólowej zwykle rozpoczynają się zajęcia rehabilitacyjne i fizykalne, które mają doprowadzić do złagodzenia objawów bólowych. Jeśli przyczyną powstania dolegliwości bólowych jest przeciążenie- zwykle po ok. 10-14 dniach odpoczynku i leżeniu w łóżku w pozycji krzesłkowej – objawy mijają. Istnieje jednak grupa chorych (ok. 20 %), u których stosowanie farmakoterapii, leczenia rehabilitacyjnego i fizykalnego nie przynosi zadowalającej poprawy. Taka grupa chorych powinna zostać skierowana na badanie neurologiczne, w którym zostanie oceniony ewentualny stopień uszkodzenia układu nerwowego i obecność tzw. objawów ubytkowych pod postacią m.in.: zaburzeń czucia powierzchniowego, asymetrii odruchów ścięgniowych, zaników mięśniowych, niedowładów kończyn, zaburzeń zwieraczy moczowych i odbytu, objawów patologicznych : Babińskiego, Oppenchaïma, czucia głębokiego, Lasegue'a, Fajersztajna-Krzemickiego, Fabera-Patrica, itp. [1].

W stanach , gdzie występuje duża liczba patologicznych objawów oraz silny ból, cierpięcia czy niedowład w obrębie kończyn dolnych pacjenta należy skierować do neurochirurga, który podejmie decyzję o dalszym sposobie leczenia. Zwykle albo stosuje się rehabilitację ruchową(głównie McKenzie'go, techniki terapii manualnej), albo kieruje się na operację [4, 5, 7].

Jeśli pacjent zostanie zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego, wcześniej prawie zawsze poddany jest rehabilitacji u fizjoterapeuty. Termin leczenia operacyjnego uzależniony jest od wielu czynników [4,6].

U pacjentów, zakwalifikowanych do postępowania rehabilitacyjnego, po upływie 2-4 tygodni obserwuje się poprawę i zmniejszenie objawów bólowych. Nie oznacza to jednak koniec problemów bólowych odcinka lędźwiowo- krzyżowego dla pacjenta. Brak odpowiednio dawkowanego ruchu, wymuszone pozycje ciała, nieprawidłowe podnoszenie ciężarów, powodują nawrót dolegliwości przeciążeniowych [5,7]. Istotny wpływ na długodystansową poprawę stanu pacjenta posiada więc prewencja wtórna zespołu przeciążeniowego lędźwiowo- krzyżowego odcinka kręgosłupa [2,3]. Aby jednak prewencja wtórna miała wymierne znaczenie pacjent powinien posiadać informacje dotyczące mechaniki powstawania bólów kręgosłupa lędźwiowego, pozycji predysponujących do wystąpienia dolegliwości, zasad odciążania kręgosłupa, istoty ćwiczeń fizycznych zapobiegających nawrotom choroby. Powinien również zakres swoich wiadomości zastosować w codziennym funkcjonowaniu.

CEL PRACY

Celem pracy jest ocena wiadomości pacjentów na temat prewencji wtórnej w zapobieganiu nawrotom objawów bólowych kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego wynikających z zespołu przeciążeniowego.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 70 pacjentów leczących się na przewlekłe bóle kręgosłupa lędźwiowego kręgosłupa. Do uzyskania materiału badawczego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą wykorzystano kwestionariusz ankiety.

Tabela 1. Charakterystyka badanych

Wiek w latach	płeć			
	kobiety		mężczyźni	
	liczba	%	liczba	%
30-35	8	22,5	5	14,3
36-40	9	25,7	8	22,5
41-45	4	11,4	5	14,3
46-50	8	22,5	8	22,5
51-55	6	17,1	9	25,7
ogółem	35	50,0	35	50,0
	70 (100%)			

WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

Stan wiadomości na temat zapobiegania nawrotom zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego oceniony był na podstawie prawidłowych odpowiedzi na podstawowe zagadnienia dotyczące zespołów bólowych kręgosłupa.

Tabela 2. Poziom wiadomości respondentów na temat prewencji wtórnej zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego

Stan wiedzy	kobiety		mężczyźni		ogólnie	
	Liczba	%	Liczba	%	liczba	%
Bardzo dobry	3	8,6	0	0,0	3	4,3
Dobry	9	25,7	3	8,6	12	17,1
Średni	8	22,5	5	14,3	13	18,6
Wystarczający	8	22,5	6	17,1	14	20
Niewielki	2	5,7	4	11,4	6	8,6
Niedostateczny	5	14,3	7	20,0	12	17,1
Ogólnie	35	100,0	35	100,0	70	100,0

Bardzo dobry poziom wiadomości związanych z działaniami zapobiegającymi nawrotom zespołów bólowych kręgosłupa wykazało 8,6% kobiet i żaden mężczyzna. Dobry poziom prezentowało 25,7% kobiet i 8,6% mężczyzn, średni- 22,5% kobiet i 14,3% mężczyzn, wystarczający 22,5% kobiet i 17,1% mężczyzn, niewielki 5,7% kobiet i 11,4% mężczyzn, zaś niedostateczny 14,3% kobiet i 20% mężczyzn.

Respondenci wiadomości na temat zapobiegania nawrotom zespołów bólowych kręgosłupa lędźwiowego czerpali z różnych źródeł. Kobiety w najwyższym odsetku z czasopism beletrystycznych (28,6%), zaś mężczyźni ze środków masowego przekazu (45,7%). Kobiety najrzadziej korzystały z broszur informacyjnych (5,7%), a mężczyźni z broszur informacyjnych oraz literatury medycznej.

Od Fizjoterapeuty wiadomości czerpało 22,5% kobiet i 11,4% mężczyzn. Doświadczenia z innymi chorymi wymieniło 17,1% kobiet i 11,4% mężczyzn.

Tabela 3 Źródło informacji na temat zapobiegania bólowi lędźwiowego odcinka kręgosłupa

Źródło informacji	kobiety		mężczyźni		ogółem	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
fizjoterapeuta	8	22,5	4	11,4	12	17,1
Broszury	2	5,7	3	8,6	5	7,1
Literatura medyczna	4	11,4	3	8,6	7	10,0
Czasopisma beletrystyczne	10	28,6	5	14,3	15	21,4
Środki masowego przekazu	5	14,3	16	45,7	21	30,0
Inni chorzy	6	17,1	4	11,4	10	14,3

DYSKUSJA

Leczenie zespołów bólowych rozpoczyna się od szczegółowej diagnostyki. Podstawowym badaniem diagnostycznym jest zdjęcie RTG [9]. Dodatkowo zleca się takie badania jak: radikulografia, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa [10].

W stanach, gdzie występuje duża liczba patologicznych objawów oraz silny ból, cierpienia czy niedowład w obrębie kończyn dolnych pacjenta należy skierować do neurochirurga, który podejmie decyzję o dalszym sposobie leczenia. Zwykle albo stosuje się rehabilitację ruchową (głównie McKenzie'go, techniki terapii manualnej), albo kieruje się na operację [4, 5, 7] U pacjentów, zakwalifikowanych do postępowania rehabilitacyjnego, po upływie 2-4 tygodni obserwuje się poprawę i zmniejszenie objawów bólowych. Nie oznacza to jednak, że ból nie pojawi się nigdy więcej. Brak ruchu, wymuszone pozycje ciała, nieprawidłowe podnoszenie ciężarów, powodują nawrót dolegliwości wynikających z przeciążenia kręgosłupa [6,7]. Długodystansową poprawę stanu pacjenta zwiększa w znacznym stopniu prewencja wtórna zespołu przeciążeniowego lędźwiowo- krzyżowego odcinka kręgosłupa [2,3]. Aby jednak prewencja wtórna miała wymierne znaczenie pacjent musi posiadać informacje dotyczące zapobiegania bólowi kręgosłupa lędźwiowego, a wiadomości zastosować w codziennym funkcjonowaniu. Wiadomości dotyczące zapobiegania bólowi krzyża mężczyźni czerpią głównie ze środków masowego przekazu, zaś kobiety z czasopism medycznych.

Stwierdzenie to nasuwa dygresję iż pacjenci dużo czasu spędzają w pozycji siedzącej sprzyjającej nawrotom bólowym, a zdobyte w ten sposób informacje nie zawsze są rzetelne i wystarczające. Mało osób korzysta z fachowych porad fizjoterapeutów oraz z literatury specjalistycznej. Mężczyźni posia-

dają niższy poziom informacji na temat prewencji niż kobiety, pomimo, iż częściej cierpią na dolegliwości bólowe.

WNIOSKI

1. Mężczyźni posiadają dużo niższy zakres wiadomości na temat zapobiegania bólowi kręgosłupa lędźwiowego.
2. Żaden mężczyzna nie posiadał informacji o zapobieganiu bólowi kręgosłupa lędźwiowego na poziomie bardzo dobrym.
3. U kobiet w najwyższym odsetku występował poziom wiadomości na poziomie dobrym (25,7%).
4. U mężczyzn w najwyższym odsetku występował poziom wiadomości na poziomie niedostatecznym (20%).
5. Bardzo mało respondentów korzysta z informacji w literaturze specjalistycznej, medycznej (11,4% kobiet i 8,6% mężczyzn).
6. Głównym źródłem informacji dla kobiet są czasopisma beletrystyczne (28,6%), a dla mężczyzn środki masowego przekazu (45,7%).
7. W przypadku kobiet rola fizjoterapeuty jako źródła informacji plasowała się na 2- miejscu, a w przypadku mężczyzn na 3- miejscu, z czego wynika, iż kobiety bardziej dociekliwie analizują istotę działań rehabilitacyjnych.

LITERATURA

1. Deyo R. A.: Bóle krzyża, Świat Nauki, 1998, 10, 41.
2. Deyo R. A.: Ostry ból krzyża: nowy schemat postępowania. BMJ
3. Domżał T. N.: Ból podstawowy objaw w medycynie, PZWL, Warszawa 1996
4. Dziak A., Tayara S.: Bóle krzyża, Kraków 1997
5. Kempf H.D.: Szkoła pleców, Warszawa 2002
6. Kiwerski J., Fiutko R.: Bóle kręgosłupa - Poradnik dla Ciebie, Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL
7. Legwant Z.: Kinezyterapia w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego, Balneologia Polska, 1995, 37, 2, 35
8. Malawski S., Milecki M.: Uszkodzenia krążka międzykręgowego; W: Spondyloortopedia t. I i 13 pod redakcją S. Malawski. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Warszawa 1987.
9. Sfachemson A. L.: Newest Knowledge of Low Back Pain. Clin. Orthop. 1992, June, 279, 8.
10. Słobodzian J., Rakowski A.: Terapia manualna w zespołach bólowych kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego, Poznań, Centrum Terapii Manualnej dr Andrzeja Rakowskiego 2001, 191.

STRESZCZENIE

Zespoły bólowe odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa często wynikają z zespołów przeciążeniowych. Istotny wpływ na długodystansową poprawę stanu pacjenta posiada prewencja wtórna zespołu przeciążeniowego lędźwiowo- krzyżowego odcinka kręgosłupa. Aby jednak prewencja wtórna miała wymierne znaczenie pacjent powinien posiadać informacje dotyczące mechaniki powstawania bólów kręgosłupa lędźwiowego, a zakres swoich wiadomości zastosować w codziennym funkcjonowaniu. Celem pracy jest ocena wiadomości pacjentów na temat prewencji wtórnej w zapobieganiu nawrotom objawów bólowych kręgosłupa lędźwiowo- krzyżowego wynikających z zespołu przeciążeniowego.

Badaniem objęto 70 pacjentów leczących się na przewlekłe bóle kręgosłupa lędźwiowego kręgosłupa. Do uzyskania materiału badawczego posłużono się metodą sondażu diagnostycznego, jako technikę badawczą wykorzystano kwestionariusz ankiety.

SUMMARY

Pain syndromes of the lumbosacral part of the spine often result from overburdening. Secondary prevention of the overburdening of the lumbosacral section of the spine has a large influence on long-term improvement of the patient's well-being. However, if the secondary prevention is to play a substantial role, the patient should be informed on the mechanism of the origin of pain in lumbosacral spine, and the scope of information should be used in everyday functioning. The object of the study is assessment of the patients' knowledge on secondary prevention of recurrent pain symptoms of the lumbosacral spine resulting from overburdening..

The research included 70 patients treated for chronic pains of lumbosacral spine. To obtain research material, the method of diagnostic survey was applied, whereas a the research technique was a questionnaire.