

**Kiedy ruch
powoduje
ból**



**Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie**

**OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI
W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM**
Październik 2009 – Październik 2010

Ostry ból mięśniowo-szkieletowy

Wprowadzenie

Ostry ból mięśniowo-szkieletowy jest to ból odczuwany w danym regionie ciała, mający źródło w mięśniach, ścięgnach, kościach i stawach w danym obszarze. Wyłączony z tej definicji jest ból spowodowany poważnymi miejscowymi przyczynami, takimi jak nowotwory, złamania, zakażenia oraz schorzenia systemowe i neurologiczne. Rodzaje bólu są nazywane zgodnie z danym obszarem ciała, np. ból pleców, ból szyi, ból barku, bóle łokci, pośladków, ból biodra, ból kolana i ból kostki.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Bóle mięśniowo-szkieletowe są tak powszechne, iż przez niektórych uznawane są za normalną część życia. Poważne przyczyny są rzadkie, a naturalny przebieg dolegliwości jest na ogół łagodny. Większość epizodów bólowych ma tendencję do samoistnego ustąpienia. Znaczne koszty dla systemu opieki zdrowotnej generowane są wówczas, gdy ostre bóle mięśniowo-szkieletowe są diagnozowane i leczone nieadekwatnie i niepotrzebnie.

Patofizjologia

- Ostre bóle mięśniowo-szkieletowe powstają w wyniku aktywacji nocycceptorów mięśni, ścięgien lub torebek stawowych. Bóle po wysiłku lub urazie są spowodowane naciągnięciem mięśni lub więzadeł. W przypadku braku inicjującego urazu, patologia bólu nie jest znana.
- Bóle mięśni mogą być rzutowane do stawu, na który mięśnie te działają. Ból stawu zatem nie musi oznaczać, iż źródłem dolegliwości są jedynie struktury tego stawu. Źródło bólu może być więc zlokalizowane w jednym z pobliskich mięśni

Objawy kliniczne

- Podstawowe objawy kliniczne to ból, tkliwość i ograniczenie zakresu ruchu stawu. Żadna z tych cech nie jest specyficzna dla konkretnej przyczyny lub źródła bólu. Trudno odróżnić tkliwość od hyperalgezji w strukturach otaczających rzeczywiste źródło bólu.
- Badanie fizykalne nie jest wystarczająco wiarygodne i niezawodne w identyfikowaniu konkretnego źródła bólu. Wyniki uzyskane metodami obrazowymi nie są zwykle diagnostycznie rozstrzygające, gdyż odchylenia od normy powszechnie uważane za źródło bólu mogą być zwykłymi związanymi z wiekiem zmianami

Kryteria diagnostyczne

- Podstawowymi kryteriami diagnostycznymi są ból i tkliwość w danym regionie, w przypadku braku jakichkolwiek poważnych miejscowych patologii. U pacjentów z ostatnio przebyłym urazem w wywiadzie, obrzęk jest kluczowym objawem świadczącym o etiologii urazowej.
- Podstawowym zadaniem diagnostyki jest wykluczenie lub wykrycie poważnych przyczyn bólu. Wystąpienie poważnych przyczyn jest sugerowane przez zaawansowany wiek pacjenta (choroba Pageta, szpiczak mnogi), uraz w wywiadzie (złamania), obecność nowotworu (przerzuty), naruszenie powłok ciała (zakażenia), lub stosowanie steroidów (osteoporoza, martwica kości). Badanie fizykalne powinno wykluczać obecność deformacji lub wyczuwalnych guzów, badalną tkliwość oraz objawy choroby ogólnoustrojowej.

- Przeprowadzenie diagnostyki obrazowej generalnie nie jest wskazane lub niezbędne. Zazwyczaj badania takie nie wykazują diagnostycznie istotnych zmian. Badania obrazowe powinny być zarezerwowane dla pacjentów, u których w wywiadzie lub badaniu klinicznym stwierdza się niepokojące odchylenia od normy.
- W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić ból rzutowany z trzewi lub naczyń krwionośnych, choroby naczyń obwodowych i chorobę zakrzepowo-zatorową

Postępowanie

- W przypadku ostrego naciągnięcia mięśni lub więzadeł leczenie powinno obejmować odpoczynek, początkowe unieruchomienie, miejscowe zastosowanie zimna, a następnie ćwiczeń.
- W przypadku braku uszkodzenia tradycyjne metody lecznicze po przeprowadzeniu naukowej analizy wykazały skuteczność. Niesteroidowe leki przeciwzapalne nie zawsze są bardziej skuteczne niż paracetamol (acetaminofen) lub placebo. Iniekcje steroidów mogą być skuteczne na kilka tygodni, ale nie zawsze są bardziej efektywne niż miejscowe podanie leków przeciwzapalnych czy inne metody leczenia.
- Podstawowym atutem w leczeniu jest korzystny naturalny przebieg ostrego bólu mięśniowo-szkieletowego. Pacjent powinien otrzymać przekonujące wyjaśnienia co do naturalnego przebiegu choroby i samoistnego ustąpienia dolegliwości. Pacjent powinien być także zachęcany do wznowienia i utrzymania normalnej dotychczasowej aktywności, w tym pracy zawodowej.
- W przypadku ostrego bólu karku, największą skuteczność wykazano dla metod mających na celu uspokojenie pacjenta i zachęcenie go do wznowienia normalnej aktywności i wykonywania ćwiczeń w celu utrzymania ruchomości kręgosłupa szyjnego.
- Dowody oparte na badaniach naukowych w ostrym bólu krzyża zalecają edukację, uspokojenie pacjenta oraz zachowanie możliwie największej aktywności jako najbardziej skutecznego schematu leczenia. Należy unikać biernych metod terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Australian Acute Musculoskeletal Pain Guidelines Group. Evidence-based management of acute musculoskeletal pain. Brisbane: Australian Academic Press; 2003. Available at: <http://www.nhmrc.gov.au>.
2. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic low back pain. an evidence-based approach. Amsterdam: Elsevier; 2002.
3. Bogduk N, McGuirk B. Medical management of acute and chronic neck pain. an evidence-based approach. Amsterdam: Elsevier; 2006.

