

Agnieszka Ćwirlej, Elżbieta Domka-Jopek, Katarzyna Walicka-Cupryś, Anna Wilmowska-Pietruszyńska

Problem rehabilitacji pacjentów z przewlekłym bólem dolnego odcinka kręgosłupa

Z Instytut Fizjoterapii Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego

Diagnostyka, leczenie i rehabilitacja pacjentów z dolegliwościami bólowymi lędźwiowego odcinka kręgosłupa stanowią poważny problem medyczny i społeczny. Do rozwoju patologii w obrębie dolnego odcinka kręgosłupa prowadzi z reguły splot różnych przyczyn i niekorzystnych czynników, w tym również natury psychicznej. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej zmniejsza szansę wyleczenia oraz pogarsza rokowanie.

Celem pracy była ocena zależności efektów rehabilitacji pacjentów z bólami kręgosłupa lędźwiowego od ich stanu psychicznego.

Badaniem objęto 72 pacjentów ZUS zakwalifikowanych do trwającej 21 dni rehabilitacji ambulatoryjnej z rozpoznaniem przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa w odcinku L-S.

U każdego pacjenta dwukrotnie (przed i po zakończeniu rehabilitacji) wykonano następujące badania: kwestionariusz Rolada-Morrisa oceniający sprawność funkcjonalną osób z bólami krzyża, testy funkcjonalne: palce-podłoga, Schöbera, stopień nasilenia bólu za pomocą skali analogowej. Do oceny stanu psychicznego użyto skali Becka. U 52,8% badanych stwierdzono objawy depresji. Poprawę stanu funkcjonalnego zaobserwowano u 40,3% pacjentów. Stwierdzono, że pacjenci z rozpoznanymi objawami depresji częściej osiągnęli gorsze wyniki w zakresie rehabilitacji oraz redukcji bólu.

Słowa kluczowe: zespół bólowy kręgosłupa L-S, depresja, rehabilitacja

The problem of rehabilitation in patients with chronic low back pain

Diagnosis and treatment of low back pain are very serious medical problems. Coexistence of depression and low back pain lessens the possibility of complete cure and worsens patient's prognosis.

The aim of this study is to assess the influence of depression symptoms on multidisciplinary rehabilitation treatment of chronic low back pain.

We examined 72 ZUS patients with chronic low back pain and after 24 day of intensive rehabilitation cycle.

We used Roland and Morris questionnaire for functional status, fingers-floor test and Schöber test for flexibility of low back, and visual analogue pain scale. We used Beck depression scale to assess patients' psychological state. We observed depression symptoms in 52,8% of examined patients. We observed improvement of functional state in 40,3% patients. The results of rehabilitation treatment of depressed patients are worse than compared to non-depressed group. In this group we found less number of patients with functional improvement, low back flexibility improvement and decrease of pain.

Key words: chronic low back pain, depression, rehabilitation

WSTĘP

Dolegliwości bólowe kręgosłupa L-S stanowią bardzo poważny problem społeczny. Dane wskazują, że ok. 80–90% społeczeństwa cierpi z powodu bólów odkręgosłupowych. Schorzenie to prowadzi do zaburzeń funkcjonowania w życiu codziennym pacjenta. Diagnostyka i leczenie bólów krzyża stanowią również problem medyczny. Splot różnych przyczyn i niekorzystnych czynników, w tym natury psychicznej, stwarzają trudności w doborze leczenia i usprawniania [1]. Badania nad bólem przewlekłym wykazują, że jest on często przyczyną depresji u pacjentów, ale również zły stan psychiczny może być podłożem bólów kręgosłupa (tzw. „maska depresji”) [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Stan psychiczny pacjenta odgrywa niezwykle istotną rolę w procesie rehabilitacji i powrocie do zdrowia.

Celem pracy była ocena zależności efektów rehabilitacji w oddziale dziennym pacjentów z bólami kręgosłupa L-S od ich stanu psychicznego.

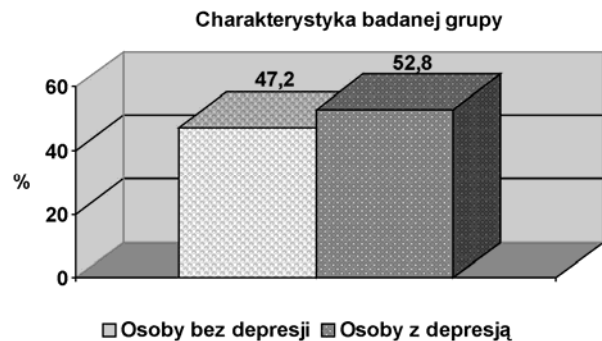
MATERIAŁ I METODA

Badaniem objęto 72 pacjentów skierowanych na rehabilitację w ramach prewencji rentowej ZUS. Kryteriami włączenia do badania były: czas trwania dolegliwości bólowych co najmniej 6 miesięcy, rozpoznanie organicznego podłoża dolegliwości bólowych (RTG, KT, MRI) oraz zgoda pacjenta na udział w badaniach. Pacjenci uczestniczyli w 21-dniowym cyklu rehabilitacji w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Program usprawniania obejmował kinezyterapię (ćwiczenia czynne, ogólnousprawniające, izometryczne mięśni grzbietu, brzucha, obręczy biodrowej i kończyn dolnych), trening rowerowy, zabiegi fizykalne (laser, ultradźwięki, magnetronik, jonoforeza lignokainowa) oraz masaż leczniczy kręgosłupa L-S. Wszyscy pacjenci uczestniczyli także w wykładach na temat zasad ergonomii pracy i wypoczynku.

W celu oceny stanu funkcjonalnego pacjenta oraz postępów rehabilitacji zastosowano: test Schöbera – służący do oceny ruchomości kręgosłupa, test odległości między szczytem palców a podłogą, wizualno-analogową skalę odczuwania bólu oraz kwestionariusz Rolanda–Morissa do oceny jakości życia chorego. Badania przeprowadzono dwukrotnie – przed rozpoczęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu. Stan psychiczny pacjenta oceniono przed rehabilitacją, stosując skalę samooceny Becka.

WYNIKI

Depresję rozpoznano u pacjentów, którzy uzyskali od 12 do 46 punktów w skali Becka, (średnio 25 punktów), co następnie zostało potwierdzone badaniem lekarskim. Grupa ta objęła 38 pacjentów, co stanowi 52,8% wszystkich badanych. Pacjenci, którzy otrzymali mniej niż 12 punktów w skali Becka, a więc nie stwierdzono u nich objawów depresji, stanowili 47,2% wszystkich badanych (Ryc. 1).



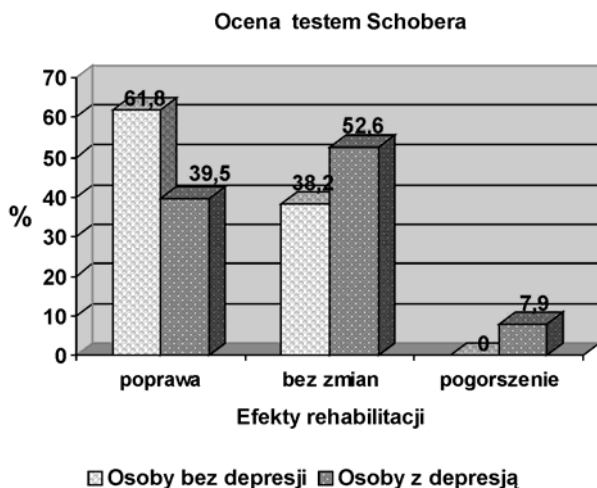
RYC. 1. Charakterystyka badanej grupy
Profile of studied group

Średnia wieku w grupie pacjentów z depresją wynosiła 48 lat (32–68 lat), zaś u pacjentów bez depresji 49 lat (24–65 lat).

Po 21-dniowym okresie rehabilitacji ruchomość kręgosłupa L-S mierzona testem Schöbera u pacjentów z depresją uległa poprawie tylko u 15 osób (39,5%), zaś w grupie pacjentów bez objawów depresji u 21 osób (61,8%). Zmian w zakresie ruchomości kręgosłupa nie zaobserwowano u 0 osób (52,6%) z depresją i u 13 (38,2%) bez depresji. U 3 pacjentów z depresją (7,9%) odnotowano zmniejszenie ruchomości kręgosłupa, natomiast nie stwierdzono takiego przypadku w grupie osób bez depresji /Tab.1, Ryc. 2/. Średnia ruchomość kręgosłupa L-S w grupie pacjentów bez depresji uległa zwiększeniu o około 1 cm, zaś u pacjentów z depresją pozostała bez zmian.

TAB. 1. Ocena testem Schöbera
Assessment with Schöber test

		Liczba badanych		t-Student
			w %	
z depresją	poprawa	15	39,5	1,47
	pogorszenie	3	7,9	3,36
	bez zmian	20	52,6	0,99
bez depresji	poprawa	21	61,8	3,01
	pogorszenie	x	x	x
	bez zmian	13	38,2	3,55

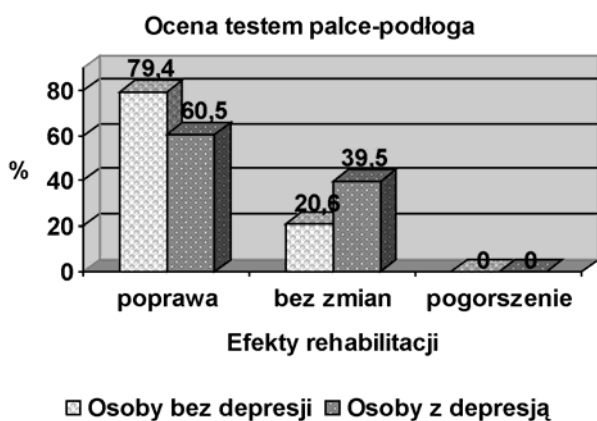


RYC. 2. Ocena testem Schöbera
Assessment with Schöber test

Test odległości między szczytem palców a podłogą wykazał poprawę u 23 pacjentów (60,5%) z depresją i u 27 pacjentów (79,4%) bez depresji. Odległość ta nie uległa natomiast zmianie odpowiednio u 15 (39,5%) i 7 (20,6%) pacjentów /Tab.2, Ryc. 3/. Poprawa w grupie pacjentów bez depresji wyniosła średnio 3,5 cm, zaś w grupie bez depresji 2,6 cm.

TAB. 2. Ocena testem palce-podłoga
Assessment with fingers-floor test

		Liczba badanych		t-Student
			w %	
z depresją	poprawa	23	60,5	9,47
	pogorszenie	x	x	x
	bez zmian	15	39,5	5,77
bez depresji	poprawa	27	79,4	4,57
	pogorszenie	x	x	x
	bez zmian	7	20,6	8,71

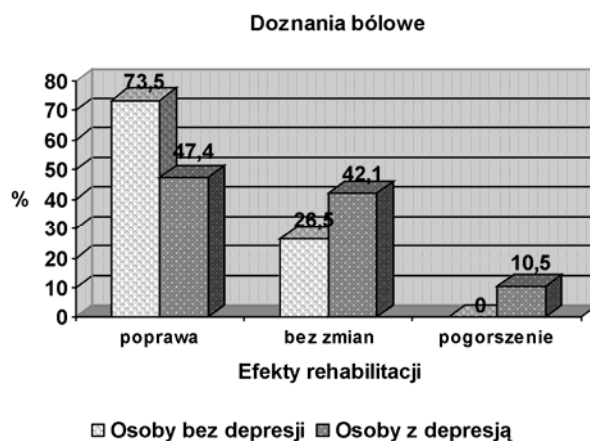


RYC. 3. Ocena testem palce-podłoga
Assessment with fingers-floor test

Tylko 18 pacjentów (47,4%) z objawami depresji stwierdziło zmniejszenie dolegliwości bólowych po zakończonym procesie rehabilitacji, 16 osób (42,1%) nie opisało żadnych zmian w zakresie odczuwania bólu, zaś 4 osoby (10,5%) zgłosiły zwiększenie bólu. W grupie bez depresji znacznie większa liczba osób, bo aż 25 (73,5%), wykazała zmniejszenie dolegliwości bólowych, zaś 9 osób (26,5%) uważało, że wielkość odczuwanego przez nich bólu nie zmieniła się /Tab.3, Ryc. 4/. Średnie zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjentów bez depresji wynosiło 1,6 punktu, zaś w grupie z depresją – 0,5 punktu.

TAB. 3. Doznania bólowe. Pain sensations

		Liczba badanych		t-Student
			w %	
z depresją	poprawa	18	47,4	1,84
	pogorszenie	4	10,5	4,04
	bez zmian	16	42,1	1,98
bez depresji	poprawa	25	73,5	2,05
	pogorszenie	x	x	x
	bez zmian	9	26,5	11,26



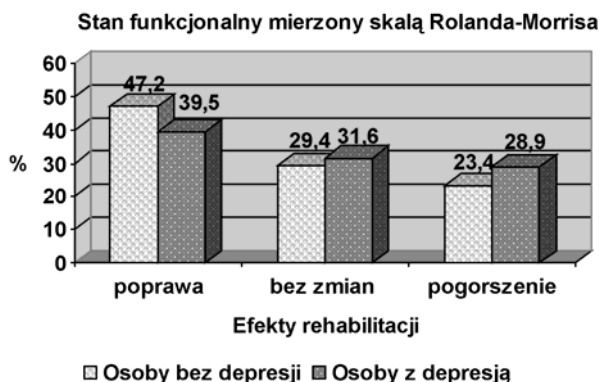
RYC. 4. Doznania bólowe. Pain sensations

W grupie osób z depresją 15 pacjentów (39,5%) stwierdziło poprawę funkcjonalną w życiu codziennym, określaną kwestionariuszem Rolanda–Morrisa, natomiast 12 (31,6%) nie wykazało żadnych zmian. Pogorszenie opisało 11 osób (28,9%). Wśród pacjentów bez objawów depresji poprawa stanu funkcjonalnego nastąpiła u 16 osób (47,2%), u 10 (29,4%) – brak poprawy, zaś u 8 pacjentów (23,5%) pogorszenie (Tab. 4, Ryc. 5). Średnia poprawa funkcjonalna w życiu codziennym u pacjentów bez depresji wynosiła 1

punkt, zaś w grupie z rozpoznaną depresją pozostała bez zmian.

TAB. 4. Stan funkcjonalny mierzony skalą Rolanda-Morrisa. Roland and Morris questionnaire results for functional status

		Liczba badanych		t-Student
			w %	
z depresją	poprawa	15	39,5	2,76
	pogorszenie	11	31,6	3,61
	bez zmian	12	28,9	3,64
bez depresji	poprawa	16	47,2	6,46
	pogorszenie	8	23,5	2,2
	bez zmian	10	29,4	8,26



RYC. 5. Stan funkcjonalny mierzony skalą Rolanda-Morrisa. Roland and Morris questionnaire results for functional status

OMÓWIENIE

Depresja jest obecnie zjawiskiem częstym i dotyczy blisko 30–40% pacjentów ze schorzeniami somatycznymi. Badając chorych z przewlekłym bólem krzyża, Polatin i wsp. stwierdzili u 98% badanych zmiany psychiczne, w tym: depresję, uzależnienie od leków oraz zaburzenia lękowe [7]. Według innych autorów u pacjentów z przewlekłymi bólami kręgosłupa L-S częstość występowania depresji waha się od 10 do 50% [2, 8]. Współwystępowanie depresji i choroby somatycznej znacznie zmniejsza szansę wyleczenia oraz pogarsza rokowanie w obu grupach schorzeń [1].

W badanej grupie objawy depresji opisano u 52,8% osób. Stwierdzono też zależność efektów rehabilitacji od stanu psychicznego pacjentów. U pacjentów bez objawów depresji częściej stwierdzano poprawę ruchomości kręgosłupa, stanu funkcjonalnego, a także większą redukcję bólu, w porównaniu z pacjentami z współwystępującą

depresją, co jest zgodne z wynikami innych autorów [3, 8, 9, 10].

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie dotyczące rehabilitacji pacjentów kierowanych przez ZUS. Zauważono, że po zakończonej rehabilitacji częściej określali oni swój stan funkcjonalny jako gorszy niż przed jej rozpoczęciem, w porównaniu z pacjentami szpitalnymi [8]. Może być to wynikiem ich mniejszego zaangażowania w proces rehabilitacji. Również możliwość uzyskania lub utrzymania świadczeń socjalnych może wywierać ujemny wpływ na samoocenę pacjenta odnośnie do jego stanu funkcjonalnego, niepełnosprawności, odczuwanego bólu, depresji, zanim w ogóle rozpocznie on rehabilitację, jak i po jej zakończeniu [7].

U większości chorych ustąpienie depresji jest nieodzownym warunkiem odzyskania pełnej sprawności fizycznej, zawodowej i społecznej. Oznacza to, że w każdym przypadku diagnostyka i leczenie bólów krzyża muszą być kompleksowe, z należnym uwzględnieniem farmako-, fizjo- i psychoterapii [3].

WNIOSKI

Współistnienie depresji i bólów krzyża pogarsza warunki rehabilitacji.

Efekty rehabilitacji osób z przewlekłym bólem kręgosłupa L-S bez współistniejącej depresji są lepsze niż u pacjentów z depresją.

Niezbędne jest diagnozowanie pacjentów z przewlekłym bólem krzyża w kierunku depresji przed rozpoczęciem procesu usprawniania.

PIŚMIENNICTWO

1. Dziak A., *Postępowanie diagnostyczne w bólach krzyża*, Reh. Med. 2001, 5, 4, 9–21.
2. Puzyński S. (red.), *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2000, wyd. I.
3. Dziak A., *Leczenie bólów krzyża*, Reh. Med. 2002, 6, 1, 26–42.
4. Rush A.J., Polatin P., Gatchel R.J., *Depression and chronic low back pain*. Establishing priorities in treatment. Spine 2000, 25, 20, 2566.
5. Pennix B., Leveille S., Ferrucci L., at al., *Exploring the effects of depression on physical disability longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly*. Am.J.Public Health 1999, 89, 1346.
6. Fishbain D.A., Cutler R., Rosomoff H.L., at al., *Chronic pain – associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A Review*. Clin.J.Pain 1997, 13, 116.
7. Katz R.T., *Ocena stopnia uszkodzenia i niepełnosprawności w przypadku bólów krzyża*, Reh. Med. 2001, 5, 4, 23–46.

8. Domka E., Ćwirlej A., Kwolek A., *Zależność efektów rehabilitacji od stanu psychicznego pacjentów z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym*, Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego 2004, 1, 4, 367–372.
9. Benedix A.F. i in., *Multidisciplinary intensive treatment for chronic low back pain: a randomized prospective study*. *Cleve Clin., J.Med.* 1996, 1–2, 63, 62.
10. Ulreich A., Kullich W., *Results of a multiisciplinary rehabilitation concept in patients with chronic lumbar syndromes*. *Wien. Med. Wochenschr.* 1999, 149, 564.

Agnieszka Ćwirlej
Instytut Fizjoterapii
Wydział Medyczny
Uniwersytetu Rzeszowskiego
aga.cwirlej@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 3.12.2007

Zaakceptowano do druku: 24.12.2007