

# MASAŻ GŁĘBOKI W TERAPII PUNKTÓW SPUSTOWYCH

## DEEP MASSAGE IN TRIGGER POINT THERAPY

Marcin Wytrążek<sup>1,2</sup>, Maciej Piec<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu

<sup>2</sup> Zakład Patofizjologii Narządu Ruchu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>3</sup> Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii, Wydział Zamiejscowy w Szczecinie

### Streszczenie

Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe to nadwrażliwe miejsca w obrębie napiętego pasma wyczuwalnych palpacyjnie włókien mięśniowych. Są one przyczyną odczuwania bólu mięśniowo - powięziowego, który według niektórych autorów towarzyszy większości schorzeń narządu ruchu o różnej etiologii. Bolesne przy ucisku punkty spustowe wyczuwalne jako zgrubienia mogą być przyczyną dysfunkcji ruchowych, czuciowych oraz ze strony autonomicznego układu nerwowego. Ich cechą charakterystyczną jest generowanie bólu rzutowanego, który po wywołaniu uciskiem jest często rozpoznawany przez pacjenta jako ten, z którym ma na co dzień do czynienia. Za przyczynę zaburzenia w okolicy punktu spustowego uznaje się miejscowe niedokrwienie oraz nagromadzenie w tym miejscu produktów przemiany materii.

Masaż głęboki nazywany także masażem tkanek głębokich czy głębokim masażem łącznotkankowym jest jedną ze skuteczniejszych form fizjoterapii w leczeniu bólu mięśniowo-powięziowego. Działanie masażu głębokiego w terapii punktów spustowych można podzielić na pośrednie i bezpośrednie. Techniki bezpośrednie polegają na działaniu na okolicę punktu spustowego i tym samym na likwidację punktu spustowego, natomiast działanie pośrednie polega na usuwaniu zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-powięziowego, przez co zmniejsza się aktywność punktów spustowych. Techniki bezpośrednie takie jak masaż w poprzek włókien mogą być stosowane przez pacjenta w formie autoterapii. Główną zaletą masażu głębokiego w terapii punktów spustowych jest ocena funkcji narządu ruchu pacjenta oraz podejście całościowe do problemu.

Słowa kluczowe: masaż głęboki, punkty spustowe

### Summary

Myofascial trigger points are hypersensitive spots within a tight band of muscle fibers diagnosed with palpation. They are the cause of musculoskeletal pain, which according to some authors, is accompanied to many musculoskeletal disorders of different etiologies. Painful trigger points that during compression are felt as a thickening can cause motor and sensory symptoms and these of the autonomic nervous system origin. Their characteristic is to generate referred pain, which occurs after compression and is often recognized by the patient as one with whom he has to deal with every day. The cause of disturbances in the area of trigger point is local ischemia and the accumulation of the waste products of metabolism.

Deep massage also known as a deep tissue massage or deep connective tissue massage is one of the most effective forms of physiotherapy in the treatment of myofascial pain. Application of deep massage in the treatment of trigger points can be divided into direct and indirect. Direct techniques rely on action in the area of trigger point and thereby the

elimination of them, while indirect techniques are used to treat dysfunctions in myofascial system which reduces the activity of trigger points. Techniques such as cross fiber massage can be used by the patient in the form of self-therapy treatment. The main advantage of deep massage in the trigger point therapy is a functional evaluation of patient's locomotor organ and a holistic approach to treatment.

Key words: deep massage, trigger points

## Wstęp

Masaż głęboki zwany także masażem tkanek głębokich bądź głębokim masażem łącznotkankowym to współczesna forma masażu dotycząca rozluźniania napięć w obrębie mięśni i powięzi. W literaturze z zakresu terapii bólu mięśniowo-powięziowego zazwyczaj określenia masaż głęboki używa się w stosunku do uciskowego masażu punktów spustowych. Masaż głęboki forma masażu, której celem jest leczenie zaburzeń w układzie mięśniowo-powięziowym, polegająca na umiejętnym rozluźnianiu tkanek, poprawie ich ruchomości oraz uwalnianiu z napięć w jak najskuteczniejszy i najbardziej ergonomiczny sposób. Składa się z oceny funkcjonalnej pacjenta, oceny układu mięśniowo-powięziowego i zastosowaniu odpowiedniej terapii. Bogactwo technik opartych na ergonomicznej pracy pozwala na skuteczną pracę przy jak najmniejszym użyciu siły ze strony masującego.

Masaż głęboki jest formą masażu, która może być stosowana jako zabieg podstawowy, jako uzupełnienie innych form terapii. Sposób pracy i techniki oparte są na rozluźnianiu mięśniowo-powięziowym i terapii punktów spustowych. Polega na umiejętnym wykorzystaniu szeregu technik w celu usunięcia napięć i dysfunkcji układu mięśniowo-powięziowego w sposób bardzo łagodny i bezpieczny dla pacjenta. Pacjent poddawany zabiegom masażu głębokiego nie jest tylko biernym odbiorcą, ale aktywnie uczestniczy w terapii poprzez wykonywanie odpowiednich ruchów i czynności zwiększając tym samym rozluźnienie tkanek [1, 2, 3, 4].

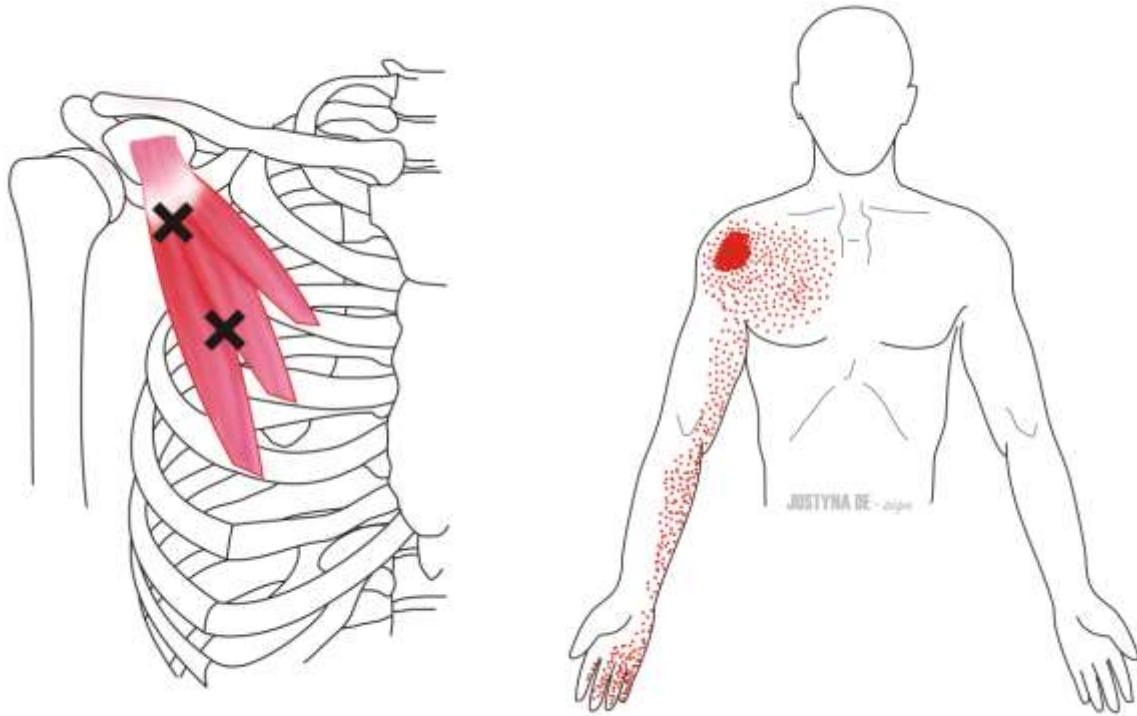
Masaż głęboki nie jest jednorodną metodą terapii. Może być wykonywany na wiele sposobów. Opiera się na doświadczeniach i technikach wielu autorów, które są pewnym naprowadzeniem do właściwego wykonania zabiegu. Z czasem każdy terapeuta stosujący terapię mięśniowo-powięziową czy masaż głęboki zaczyna rozwijać swój sposób pracy z pacjentem pozwalający na zrozumienie przyczyn powstawania jego dolegliwości oraz przeprowadzenie indywidualnej terapii dostosowanej do możliwości zarówno pacjenta jak i terapeuty w sposób łagodny i bezpieczny.

Istnieje wiele koncepcji wykorzystujących masaż głęboki w terapii punktów spustowych. Autorami prezentującymi możliwość wykorzystania masażu w terapii punktów spustowych są między innymi Riggs, Fernandez, Dixon czy Fritz [1,3,4,5]. Ważniejsza od znajomości wielu technik masażu jest umiejętność lokalizowania punktów spustowych oraz umiejętność podjęcia decyzji, które punkty dezaktywować dla osiągnięcia jak najlepszych rezultatów [1, 2, 3, 4, 5].

## Zespół bólu mięśniowo-powięziowego

Zespół bólu mięśniowo-powięziowego związany jest występowaniem niespecyficznego bólu mięśni, który jest często mylony z bólem towarzyszącym innym schorzeniom, co zmusza pacjenta do poszukiwania przyczyny dolegliwości u specjalistów z wielu dziedzin medycyny. Za przyczynę powstawania bólu uznaje się mięśniowo-powięziowe punkty spustowe (ang. „myofascial trigger points”), które określane są jako nadwrażliwe miejsca bolesne przy nacisku, które można zlokalizować w obrębie pasma mięśnia szkieletowego o zwiększonym napięciu wyczuwanym w badaniu palpacyjnym [6, 7]. Punkty spustowe są przyczyną charakterystycznego bólu promieniującego, tkliwości uciskowej oraz objawów ze strony autonomicznego układu nerwowego. Poza silnie odczuwanym bólem,

zespół bólu mięśniowo-powięziowego nie jest zagrożeniem dla życia chorego, jednak może znacząco wpłynąć na obniżenie jego jakości. W zespole tym oprócz bólu występuje wiele objawów, takich jak osłabienie siły mięśniowej, ograniczenie zakresów ruchu w stawach, czy uczucie sztywności mięśni, które odczuwane jest szczególnie po długich okresach unieruchomienia [7, 8].



Rycina 1. Przykład lokalizacji punktów spustowych w mięśniu piersiowym mniejszym (lewa strona ryciny) wraz z zaznaczonym obszarem bólu rzutowanego (prawa strona ryciny) (materiał własny).

Wyróżnia się aktywne oraz utajone punkty spustowe, a także embrionalne punkty spustowe. Aktywne punkty spustowe są źródłem wielu objawów klinicznych, najczęściej bólu, natomiast punkty utajone mogące dawać objawy w postaci zwiększonego napięcia mięśnia i wtórnie przykurczu. Chorzy rzadko są świadomi obecności punktów utajonych, gdyż nie są one odczuwane dopóki nie zostaną aktywowane palpacyjnie. Aktywne punkty spustowe mogą być przyczyną odczuwania rzutowanego bądź promieniującego mrowienia, drętwienia, pieczenia lub innych sensacji. Mianem punktów embrionalnych określa się wrażliwe miejsca w obrębie tkanek miękkich, które nie dają wrażenia bólu rzutowanego ani promieniującego. Okolice te z czasem, pod wpływem różnych czynników, mogą przekształcić się najpierw w punkty utajone a następnie w aktywne. Dolegliwości bólowe są często trudne do dokładnego zlokalizowania. Są one odczuwane jako ból miejscowy w tkance podskórnej, mięśniach i stawach. Ból może promieniować w kierunkach dystalnym bądź proksymalnym według charakterystycznego wzorca specyficznego dla poszczególnego punktu spustowego. Chociaż rozpoznano typowe formy promieniowania dla danych mięśni, to istnieje wśród nich duża zmienność [5, 7, 8, 9]. Obok dolegliwości bólowych towarzyszących obecności punktów spustowych, mogą występować także objawy ze strony autonomicznego układu nerwowego. Może to być nadmierna potliwość, ciągłe łzawienie, przewlekły nieżyt nosa czy nadmierny ślinotok. Do innych dolegliwości można zaliczyć także zaburzenia propriocepcji

obejmujące zaburzenia równowagi, zawroty głowy czy szумы uszne. Głównymi objawami wynikającymi z obecności punktów spustowych możemy zaliczyć nadmierne napięcie innych mięśni, ogólne osłabienie siły mięśni, zmniejszenie tolerancji wysiłkowej. Objawy te są częstym wskazaniem do rozpoczęcia ćwiczeń wzmacniających, co bez inaktywacji punktów spustowych może być przyczyną pogłębiania się problemu. Zaburzenia snu mogą być przyczyną zwiększonej wrażliwości na ból następnego dnia po nieprzespanej nocy. Dolegliwości bólowe są tym większe, im mięsień utrzymywany jest przez dłuższy czas w skróconej pozycji, stąd też pozycja w trakcie snu może mieć ogromne znaczenie w zmniejszaniu dolegliwości bólowych [5, 7, 8].

Do powstawania i aktywowania punktów spustowych można zaliczyć wiele czynników. Mogą to być mikrourazy w obrębie tkanki mięśniowej, które mogą rozwijać się w wyniku wykonywania powtarzających się ruchów czy przeciążeń związanych z przyjmowaniem nieprawidłowej pozycji ciała. Do głównych przyczyn powstawania mięśniowo-powięziowych punktów spustowych należy zaliczyć przeciążenia, zarówno statyczne jak i dynamiczne, bezpośredni uraz bądź radikulopatię. Ucisk na korzenie nerwowe bądź nerwy, w szczególności taki, gdzie można zaobserwować zmiany w badaniu elektrofizjologicznym może też torować powstawanie punktów spustowych. Przyczyną może też być zaburzenie symetrii ciała wynikające zarówno z wad wrodzonych jak i nawykowo przyjmowanej postawy. Pośrednio do aktywacji punktów spustowych może przyczynić się obecność innych punktów spustowych, obecność choroby organicznej, choroby zwyrodnieniowej stawów czy napięcie emocjonalne. Punkty mogą być aktywowane pod wpływem działania różnych czynników, natomiast odpowiedni odpoczynek i wyeliminowanie prawdopodobnych czynników inicjujących może spowodować ich stan utajenia [8].

Chaitow podkreśla, że za wyjątkiem bezpośredniego urazu przyczyną bólu czy dysfunkcji są kombinacją różnych czynników. Dzieli on przyczyny powstawania punktów spustowych na wrodzone (np. krótsza kończyna, nadruchość), nieprawidłowe nawyki (w tym nieprawidłowa postawa ciała w czasie pracy czy wypoczynku) lub nieprawidłowy sposób wykonywania różnych czynności w ciągu dnia. Inną grupą są czynniki wynikające z unieruchomienia, siedzącego stylu życia czy ochronnego bezruchu wynikającego na przykład z choroby zwyrodnieniowej stawu. Do czynników odruchowych zalicza bóle promieniujące z narządów wewnętrznych, na przykład ból promieniujący w chorobie wieńcowej. Innym czynnikiem może być bezpośredni uraz, operacje chirurgiczne czy powtarzające się mikrourazy. Zwraca on uwagę na ważną rolę czynników psychoemocjonalnych oraz czynników biochemicznych wynikających z niedoborów żywieniowych, zaburzeń endokrynologicznych czy infekcji [5].

Może istnieć wiele czynników wywołujących i podtrzymujących obecność punktów spustowych, których rozpoznanie i wyeliminowanie pozwala na prowadzenie skutecznej terapii. Zespół bólu mięśniowo-powięziowego może być następstwem zaburzeń metabolicznych bądź chorób organicznych, na przykład niedoczynności tarczycy, tocznia układowego, boreliozy bądź chorób pasożytniczych, takich jak motylca, ameboza czy lamblioza. Wśród czynników żywieniowych wymieniane są niedobory witamin B1, B6, B12, C i D, kwasu foliowego, żelaza, magnezu i cynku. Ważnym czynnikiem podtrzymującym jest napięcie emocjonalne, które potęguje aktywność punktów spustowych. Zaburzenia snu są także zaliczane do czynników podtrzymujących. Mogą być związane z bólem czy zaburzeniami nastroju [7, 8, 9, 10, 11].

Diagnostyka zespołu mięśniowo-powięziowego opiera się na wywołaniu poprzez uciśnięcie mięśnia rozpoznawalnego przez pacjenta bólu, zlokalizowaniu wyczuwalnego w badaniu palpacyjnym napiętego pasma włókien mięśniowych, zaobserwowaniu miejscowej tkliwości, miejscowej odpowiedzi skurczowej (ang. local twitch response [5, 7, 8]), objawu odruchowej ucieczki (ang. „jump sign” [5, 7, 8]), czy bólu pojawiającego się podczas

rozciągania mięśnia. Za istotne kryteria diagnostyczne uznaje się odnalezienie pasma napiętych włókien mięśniowych, zlokalizowanie tkliwego miejsca w ich obrębie, poprzez uciśnięcie, którego można wywołać ból, który przez pacjenta kojarzony jest z jego dolegliwościami. Są autorzy [8], którzy jako główne kryteria diagnostyczne proponują wycucie pasma napiętych włókien mięśniowych, zbadanie miejscowej tkliwości, wywołanie poprzez ucisk rozpoznawalnego bólu przez badanego, czy zaobserwowanie bólu podczas wykonywania ostatniej fazy rozciągania mięśnia. Do kryteriów uzupełniających można zaliczyć obecność miejscowej odpowiedzi skurczowej wywołanej uciskiem w poprzek pasma napiętych włókien mięśniowych lub w wyniku drażnienia igłą, obecność charakterystycznych wzorców promieniowania i rzutowania bólu oraz zarejestrowanie w badaniu elektromiografii igłowej charakterystycznej czynności spontanicznej [7, 8, 12].

### Badanie palpacyjne mięśni

Podstawą prawidłowo prowadzonej terapii bólu mięśniowo-powięziowego jest umiejętność zlokalizowania i wycucia punktu spustowego. Wyróżnia się kilka sposobów badania: polegające na płytkiej (powierzchniowej) bądź głębokiej palpacji mięśnia oraz przy pomocy tzw. chwytu szczypcowego. Badanie to należy wykonywać przy pełnej współpracy chorego, który rozumie istotę badania, jest w stanie poinformować badającego o nasileniu bólu oraz o innych odczuciach związanych z badaniem. Badanie należy rozpocząć od ułożenia pacjenta w wygodnej pozycji. Badany mięsień powinien znajdować się w stanie całkowitej relaksacji, a zgodnie z opisami niektórych autorów w niewielkim rozciągnięciu [7]. Stan ten ma ułatwić wyczuwalną lokalizację napiętych włókien mięśniowych. Rozciągnięcie nie może być bolesne. W obrębie zlokalizowanego pasma włókien mięśniowych należy poszukać lokalnych zgrubień, które po przyłożeniu odpowiedniego nacisku wywołują dolegliwości bólowe. Badanie to powinno być wykorzystywane w odniesieniu do mięśni zlokalizowanych powierzchownie. Palpacja szczypcowa aplikowana jest w stosunku do mięśni, które można uchwycić między palcami (np. mięsień mostkowo-obończykowo sutkowy, mięsień najszerszy grzbietu, część zstępująca mięśnia czworobocznego grzbietu). Przykład zastosowania palpacji szczypcowej w przypadku badania mięśnia najszerszego grzbietu przedstawia rycina 1. Palpacja głęboka polega na ucisku opuszkami palców w odniesieniu do mięśni leżących podskórnym w warstwie głębokiej tkanek. Pasma napiętych włókien jest wyczuwalne jako „struna” o średnicy przeważnie od 1 do 4 mm. Podrażnienie włókien prostopadle do ich przebiegu może imitować dotykanie napiętej struny. Palpację szczypcową wykonuje się chwytając brzusiec mięśnia między kciuk i pozostałe palce. Poszukiwanie miejsca o największej tkliwości powinno być wykonywane spokojnie, bez pośpiechu w obrębie napiętego włókna. Osoba badana powinna być w stałym kontakcie słownym i informować wykonującego badanie o odczuwanych dolegliwościach [6, 7].



Rycina 2.  
Badanie palpacyjne mięśnia najszerzego grzbietu chwytem szczypcowym.

#### Terapia punktów spustowych z użyciem masażu głębokiego

Terapia punktów spustowych masażem głębokim może być prowadzona w sposób pośredni jak i bezpośredni. Techniki bezpośrednie, takie jak masaż miejscowy w poprzek włókien mięśnia, masaż miejscowy wzdłuż włókien mięśnia czy kompresja przerywana nakierowane są na poprawę ukrwienia i likwidowanie punktów spustowych. Technika masażu poprzecznego włókien mięśniowych (z ang. cross fiber friction) - technika ta opisywana przez Fernandezę polega na wykonywaniu ruchów rozcierania w poprzek włókien mięśni (najczęściej opuszkami palców bądź kciuka)[3]. Prezentowana jest także przez Hendricksona, który łączy jej wykonanie z falowym poruszaniem tułowiem oraz z częstotliwością dostosowaną do rytmu serca pacjenta. Autor zakłada, że jest to najlepszy rytm, przy którym tkanki najlepiej ulegają największemu rozluźnieniu[13]. Travell i Simons sugerują stosowanie masażu w poprzek włókien mięśnia na brzuchu a nie na ścięgnie, aby nie wywoływać stanu zapalnego [7]. Przykład zastosowania techniki masażu w poprzek włókien mięśnia przedstawia rycina 3. Technika masażu podłużnego włókien mięśniowych – technika ta będąca klasyczną w metodzie Integracji Strukturalnej, zwanej potocznie Rolfingiem ma na celu rozluźnienie i wydłużenie napiętej i skróconej powięzi. Technika ta może być stosowana względem tkanek położonych na różnej głębokości. Powierzchnie może być stosowana do rozciągnięcia powięzi powierzchownej i zwiększenia jej mobilności względem tkanek, głębiej może być stosowana do wydłużania powięzi danego mięśnia (epimysium), likwidowania „sklejeń” [13] pomiędzy poszczególnymi mięśniami. Wyróżnia się także głębokie techniki w stosunku do napiętych pasm włókien mięśniowych, które polegają na wykonaniu mocniejszego ucisku i nie przesuwaniu palców po skórze pacjenta. Kompresja przerywana to technika wykorzystywana przez wielu autorów do likwidowania punktów spustowych, która polega na kilkusekundowym uciskaniu okolicy punktu spustowego z kilkusekundowymi



przerwami [5,7]. Technikę wykonuje się do momentu złagodzenia dolegliwości, kiedy pacjent zgłosi, że ucisk nie jest już tak dotkliwy jak na początku wykonywania techniki [3, 4, 5, 13].



Rycina 3. Technika masażu w poprzek włókien zastosowana w terapii punktu spustowego w dolnej części mięśnia obszernego przyśrodkowego.

Techniki pośrednie nakierowane są na usuwanie dysfunkcji w układzie mięśniowo-powięziowym takich jak opisywane przez Jandę zespoły skrzyżowań górnego i dolnego (ang. upper and lower crossed syndrome), przywracanie prawidłowej długości i elastyczności mięśni [14].

Część ciała, którą wykonywane jest technika zależna jest od wielkości masowanej powierzchni, warunków fizycznych terapeuty i pacjenta. Tym, czym masaż głęboki odróżnia się od innych form masażu jest użycie łokcia, przedramienia, nasady dłoni, pięści czy kostek. Według Riggsa nie powinno się wykonywać technik kciukiem [4], Uprzednio wymienione części ciała pozwalają na wykonywanie technik w sposób ergonomiczny bez dużego wysiłku, nawet przy dużych dysproporcjach między masowanym a masującym (mały terapeuta, duży pacjent). Użycie kciuka bądź palców daje większe możliwości, jeśli chodzi o wycucie zmian w strukturze mięśnia i powięzi. Fernandez w przeciwieństwie do Riggsa przedstawia użycie kciuka jako jedną z podstawowych technik masażu głębokiego [3]. W koncepcji masażu tkanek głębokich prezentowanej przez Riggsa zlecane jest zastępowanie używania kciuków innymi częściami dłoni (palce, kostki) [4], stawia się tu na ergonomiczną pracę uzyskiwaną przez właściwą mechanikę własnego ciała (prawidłowa postawa, odpowiednia praca stóp). Wyróżnia się następujące techniki: wydłużające, ruchy w kierunku rozciągania, techniki w poprzek włókien, techniki stosowane w okolicy przedziałów mięśniowych czy techniki stymulujące skracanie mięśni [4]. W koncepcji Dixon [1] określonej nazwą masaż mięśniowo-powięziowy, wykorzystuje się masaż tkanek głębokich w ujęciu podobnym, jaki prezentuje Riggs oraz techniki mięśniowo-powięziowego rozluźniania. Fritz [5] stosująca masaż w terapii punktów spustowych prezentuje zintegrowane podejście obejmujące

kompresję przerywaną, manipulacje skóry, techniki przeciwobrzękowe, poprawiające krążenie, rozciągające oraz redukujące pobudzenie autonomicznego układu nerwowego [1, 3, 4, 5].

### Masaż głęboki w autoterapii

Aby terapia określonej dysfunkcji przynosiła rezultaty powinna być uzupełniona o techniki autoterapii. Zaangażowanie pacjenta w proces terapeutyczny jest istotne z wielu względów. Zaburzenie czy choroba w obrębie układu mięśniowo-powięziowego zazwyczaj rozwija się przez długi czas (za wyjątkiem urazów, nagłych przeciążeń), stąd też poprawa ze względu na stałe stymulowanie przez czynniki przeciążające, nie następuje z dnia na dzień. Nauczenie pacjenta wykonywania pewnych technik pozwala na szybszy powrót pacjenta do zdrowia. Z drugiej strony przekazywanie części swojej wiedzy pacjentowi powoduje, że terapeuta zaczyna wzbudzać większe zaufanie. Pacjent nauczony pewnych technik terapeutycznych zaczyna lepiej poznawać funkcjonowanie swojego organizmu, dzięki czemu skuteczniej może zapobiegać nawrotom dolegliwości. Czuje przy tym, że nie jest tylko biernym uczestnikiem leczenia, ale bierze odpowiedzialność za swój stan zdrowia.

Techniki autoterapii w masażu głębokim nie wiele różnią się od technik wykonywanych przez terapeutę, przy czym w wielu sytuacjach będą wykonywane przy pomocy jakiegoś przyrządu (kijek, piłeczka, przyrząd Thera Cane). Dobór odpowiednich technik zależy także od możliwości przyswajania informacji przez pacjenta. Są pacjenci, którzy potrafią opanować bardziej zaawansowane techniki rozluźniania powięzi [2], a są też tacy, którzy z trudem opanowują głębokie techniki uciskowe. Użycie przyrządów pomocniczych pozwala pacjentowi na wykonanie głębokiego masażu i ucisku bez przyjmowania nieergonomicznych pozycji oraz bez zbędnego wysiłku i napinania mięśni.

Davies opisuje techniki lokalnego masażu punktów spustowych do prowadzenia terapii samodzielnie. Prezentowana przez amerykańskiego terapeutę metoda uznana jest za kanon terapii punktów spustowych [15]. Jednakże z czasem każdy pacjent poszukuje swoich własnych najkorzystniejszych technik masażu. Opanowanie umiejętności rozluźniania własnych mięśni przez terapeutę jest podstawą do opanowania technik masażu głębokiego. Własne doświadczenia pozwolą na proste i skuteczne przekazanie tej wiedzy pacjentowi. Autoterapia jest jednym z najskuteczniejszych środków profilaktycznych w powstawaniu dolegliwości ze strony układu ruchu [15, 16].

### Wnioski

Masaż głęboki może być jednym ze sposobów podejścia do terapii punktów spustowych, do których likwidowania stosuje się wiele technik. Technikami stosowanymi w terapii punktów spustowych są także: pozycyjne rozluźnianie, techniki energizacji mięśni, w tym poizometryczna relaksacja mięśni, igłoterapia, czy szereg zabiegów z zakresu fizykoterapii (ultradźwięki, laseroterapia). Aby terapia była skuteczna powinna być nakierowana na rozpoznanie zaburzeń w obrębie układu mięśniowo-powięziowego i przyczyn ich powstawania oraz uwzględniać aspekty profilaktyki wtórnej. Powinna być indywidualnie dobierana do każdego przypadku klinicznego. Terapeuta nie wykonuje masażu według ogólnie przyjętego schematu. Jego zadaniem jest lokalizowanie napiętych tkanek, które na danej sesji terapeutycznej najlepiej poddają się rozluźnieniu. Każdy zabieg musi być dostosowany do danego zaburzenia i wielokrotnie u tej samej osoby na każdej sesji będzie wyglądał inaczej.

Istotą terapii jest w jak największym stopniu poprawa funkcji narządu ruchu a nie tylko likwidowanie objawów, rozgrzanie tkanek czy poprawa ich ukrwienia. Masaż musi być wykonywany bardzo powoli, aby wpływać na odkształcanie tkanek i poprawę ich ruchomości. Wykonując techniki należy unikać ślizgania się po skórze. Stąd też im mniej



środką poślizgowego w masażu głębokim tym lepiej. Zaletą masażu tkanek głębokich jest także stosowanie technik w sposób ergonomiczny przy jak najmniejszym użyciu siły, co pozwala fizjoterapeucie na uniknięcie urazów i przeciążeń.

#### Piśmiennictwo

- [1] Dixon M.W.: Myofascial Massage. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
- [2] Manheim C.: The Myofascial Release Manual, Slack Incorporated, New Jersey, 2001.
- [3] Fernandez F.E.: Deep Tissue Massage Treatment. A Handbook of Neuromuscular Therapy, Mosby, 2006.
- [4] Riggs A.: Masaż tkanek głębokich. Wizualny przewodnik po technikach, Opolgraf, 2007.
- [5] Chaitow L., Fritz S.: A massage therapist's guide to understanding, locating and treating myofascial trigger points. Churchill Livingstone, Edinburgh, 2006.
- [6] O'Sullivan S.B., Schmitz T.J.: Physical Rehabilitation: assessment and treatment. F.A. Davis Company, Philadelphia, 1994.
- [7] Travell J.G., Simons D.G.: Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual, vol. 1, 2, Williams & Wilkins, Baltimore, 1999.
- [8] Kostopoulos D., Rizopoulos K.: The Manual of Trigger Point and Myofascial Therapy. Slack Incorporated, New Jersey, 2001.
- [9] Dommerholt J., Bron C., Franssen J.: Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe - przegląd uwzględniający dowody naukowe. Rehabilitacja Medyczna, 2006; 10, 4, 39-56.
- [10] McNulty W.H., Gewirtz R.N., Hubbard D.R., Berkoff G.M.: Needle electromyographic evaluation of trigger point response to a psychological stressor. Psychophysiology, 1994; 32, 3, 313-316.
- [11] Menefee L.A., Cohen M.J., Anderson W.R., Doghramji K., Frank E.D., Lee H.: Sleep disturbance and nonmalignant chronic pain: a comprehensive review of the literature. Pain Medicine, 2000; 1, 2, 156-172.
- [12] Hong C.Z.: New Trends in Myofascial Pain Syndrome, Chinese Medical Journal. Taipei, 2002; 65, 501-512.
- [13] Hendrickson T.: Massage and manual therapy for orthopedic conditions. Lippincott Williams&Wilkins, Baltimore, Philadelphia, 2009.
- [14] Janda V., Schmid H.J.: Muscle as a pathogenic factor in back pain. W: Janda Compendium, New Zeland, 1980; 43-51.
- [15] Davies C.: The Trigger Point Therapy Workbook. Your Self-Treatment Guide for Pain Relief, New Harbinger Publications, Oakland, 2004.

[16] Rachlin E.S., Rachlin I.S.: Myofascial Pain and Fibromyalgia. Trigger Point Management. Mosby, St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto, 2002.