

Η θεραπευτική δράση του βελονισμού

Μιλτιάδης Γ. Καράβης, φυσίατρος, ΓΓ Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Βελονισμού

Το παρόν άρθρο ανασκόπησης αποτελείται από δύο μέρη: Το πρώτο μέρος είναι μια εισαγωγή στον βιο-ιατρικό βελονισμό και αναπτύσσει τις βασικές θεωρίες δράσης του βελονισμού, τους μηχανισμούς δράσης του και τις κυριότερες ενδείξεις του. Στο δεύτερο μέρος περιγράφεται η εφαρμογή του βελονισμού σε μυοσκελετικά σύνδρομα πόνου όπως αυχεναλγία, οσφουαλγία, ινομυαλγία, πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες και trigger point βελονισμός.

2ο μέρος

Αυχεναλγία, αυχενογενής κεφαλαλγία και βελονισμός.

Η μη φαρμακολογική αντιμετώπιση των πρωτοπαθών μορφών κεφαλαλγίας απασχολεί από πολλών ετών την ιατρική κοινότητα. Οι τεχνικές χαλάρωσης, η βιοανάδραση και ο βελονισμός θεωρούνται οι δημοφιλέστερες μη φαρμακευτικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των κεφαλαλγικών ασθενών. Με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία είναι δύσκολο να αναφερθούμε με βεβαιότητα σε ποσοστά αποτελεσματικότητας για κάθε μορφή κεφαλαλγίας. Οι περισσότερες εργασίες και μεταanalύσεις αφορούν τη κεφαλαλγία τάσεως, την ημικρανία, τις μικτές κεφαλαλγίες και το σύνδρομο κροταφογοναθικής διάρθρωσης. Τα στοιχεία είναι θετικά για τον βελονισμό, ο οποίος φαίνεται ότι έχει σαφή μεσο-μακροπρόθεσμη θεραπευτική δράση, αντιμετωπίζει όμως δυσκολότερα τις κρίσεις πόνου.

Πιστεύεται ότι ανάλογα με τον σωματότυπο, την εργασία, τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσης υπάρχουν διαφορετικοί λόγοι άγλιους που πηγάζει από τον αυχένα. Σύμφωνα με την αρχή του Kerr, ερεθισμός του άνω οπισθίου ριζιδίου της Α1 ρίζας προκαλεί πόνο στη περιοχή του οφθαλμικού κόγχου, ερεθισμός του μέσου ριζιδίου προκαλεί πόνο στη μετωπιαία περιοχή και του κάτω ριζιδίου προκαλεί πόνο στη κορυφή του κρανίου. Ερεθισμός της οπίσθιας Α2 ρίζας προκαλεί πόνο στην οφθαλμική κόγχη. Πίεση στις ανώτερες αυχενικές ρίζες προκαλεί πόνο ινιακά και υπινιακά. Ήπια παγιδευτικά σύνδρομα της περιοχής του αυχένα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις, υιοθέτηση παθολογικών προτύπων θέσης, κίνησης, βάδισης, εργασίας, ψυχικές εντάσεις και καταπονήσεις είναι πιθανόν να οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις που αφορούν την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης και προκαλούν κεφαλαλγίες με περιοχή προέλευσης τον αυχένα.

Είναι επομένως φυσικό, τα θεραπευτικά μέσα να αφορούν φυσικοθεραπεία, θεραπευτικούς χειρισμούς και βελονισμό / ηλεκτροβελονισμό στη περιοχή του αυχένα και των μυϊκών ομάδων της ανώτερης θωρακικής περιοχής. Ο βελονισμός εμφανίζεται αποτελεσματικός σε όλα τα επώδυνα σύνδρομα μυογενούς και νευρογενούς αιτιολογίας και η περιοχή του αυχένα δεν αποτελεί εξαίρεση. Οι βελόνες τοποθετούνται σε σημεία βελονισμού ή επώδυνα δερματικά και ενδομυϊκά σημεία που βρίσκονται 1) παρασπονδυλικά από Α1 έως Θ1 (ανάλογα με την συμπτωματολογία), 2) στις περιοχές του αντανακλαστικού πόνου (συνήθως στα άκρα), 3) υπινιακά στις καταφύσεις των μυών του αυχένα (καταφύσεις του άνω λοξού κεφαλικού, ελάσσονος και μείζονος ορθού κεφαλικού), 4) στα δερμοτόμια του τριδύμου νεύρου και 5) ενδομυϊκά στους οπίσθιους επιπολής και πλάγιους μύες του αυχένα (άνω μοίρα του τραπεζοειδούς μύος, σπληνιοειδής κεφαλικός, ανεληκτής ωμοπλάτης, σπληνιοειδής αυχενικός). Ο αυχένος θεωρείται από τις πιο επικίνδυνες περιοχές του σώματος για επεμβατικούς χειρισμούς με βελόνα. Η εκπαίδευση γίνεται υποχρεωτικά με χάρτες εγκάρσιων τομών ώστε οι ιατροί που θα εφαρμόσουν βελονισμό στον αυχένα και στο πρόσωπο να γνωρίζουν τα ανατομικά στοιχεία της περιοχής και να αποφεύγουν τους επικίνδυνους χειρισμούς.

Ημικρανία

Στην ημικρανία ο βελονισμός δεν δρα ως παυσίπονο την ώρα της κρίσης. Οι περισσότεροι συγγραφείς συμφωνούν ότι δρα κυρίως προφυλακτικά και η θεραπεία με βελονισμό έχει ως στόχο να μειώσει τη συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των κρίσεων, και κατ' επέκταση τη χρήση των φαρμάκων (μείωση της τάξεως του 48 έως και 52 % των ημικρανικών κρίσεων). Τις κρίσεις ο ασθενής τις διαχειρίζεται ακολουθώντας τις ιατρικές συμβουλές του κεφαλαλγιολόγου του.

Την ώρα της κρίσεως της ημικρανίας ο βελονισμός δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματικός. Αντίθετα, είναι μεγάλη ταλαιπωρία για τον ασθενή με κρίση ημικρανίας να μετακινείται και να υφίσταται επεμβατική θεραπεία με βελόνες σε χώρο με φασαρία, φως, ηχητική ρύπανση κλπ, δηλαδή στο χώρο ενός ιατρείου ή νοσοκομείου. Βλέπουμε λοιπόν τον ασθενή στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων και διακόπτουμε τη θεραπεία κατά την κρίση, στη διάρκεια της οποίας μπορεί να λαμβάνει τα φάρμακα που έχουν συνταγογραφηθεί από τον ειδικό ιατρό.

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου ο βελονισμός δρα προφυλακτικά και επηρεάζει τη συχνότητα των κρίσεων δεν είναι ξεκάθαρος. Μια άποψη είναι ότι η ένταση βελόνας σε ευαίσθητα ή επώδυνα μυϊκά σημεία της περιοχής της κεφαλής και του λαιμού (μετωπιαίος, κριταφίτης, μαστήρας,

υπινιακοί μύες, τραπεζοειδής, υπερακάνθιος, υπακάνθιος] μειώνει τον ρυθμό εκφόρτισης αλγινών ερεθισμάτων από τους μυικούς αλγυποδοχείς με αποτέλεσμα να αποφορτίζεται η περιοχή και η πυροδότηση της κεφαλαλγίας να καθυστερεί λόγω ομαλής μυικής λειτουργίας (τα σημεία trigger των μυών είναι απενεργοποιημένα). Με δεδομένο το γεγονός ότι ο βελονισμός έγινε δημοφιλής στη δύση για την αποτελεσματικότητα του στη θεραπεία του χρόνιου, εκφυλιστικής αιτιολογίας μυοσκελετικού άλγους, είναι λογικό να θεωρήσουμε ότι προσφέρει στη απομάκρυνση του μυογενούς στοιχείου της ημικρανίας. Η ένθεση της βελόνας σε ένα σημείο trigger προκαλεί τόσο άμεση όσο και μακροπρόθεσμη αναλγησία. Ο λόγος που συμβαίνει το παράδοξο αυτό φαινόμενο είναι η άσηπτη φλεγμονώδης διαδικασία που ακολουθεί το μικροσκοπικό τραύμα που προκαλείται από την βελόνα. Η αντίδραση του οργανισμού στη φλεγμονή είναι η παραγωγή δυναμικών βλάβης (injury potentials). Αυτό συμβαίνει και στο δέρμα. Όταν όμως η βελόνα εισέλθει σε μυικό ιστό παράγει ριπές ηλεκτρικών δυναμικών της τάξεως των 2mV. Τα δυναμικά αυτά προκαλούν στον υπό τάση μυικό ιστό (ο μύς με σημεία trigger είναι ρυκνωμένος) εμφανείς συσπάσεις υπό μορφή δεσμιδώσεων και αμέσως μετά άμεση χαλάρωση. Το μυοχαλαρωτικό αυτό αποτέλεσμα διαρκεί για ημέρες μετά την θεραπεία. Η αναλγησία και η μυοχάλαση είναι δυνατόν να επεκταθεί σε ολόκληρο το νευροτόμιο (δερμοτόμιο, μυοτόμιο, οστεοτόμιο, σπλαγχνοτόμιο) που πάσχει γεγονός που δείχνει τον αντανακλαστικό χαρακτήρα του χειρισμού με βελόνα. Πάντα τμηματικά, παρατηρείται συμπαθητική υπεραντιδραστικότητα που προκαλεί χάλαση των λειών μυικών ινών, λύση του αγγειόσπασμου και του σπασμού των λεμφαγγείων. Παράλληλα, η καταστροφή αριθμού κυττάρων και ινών κολλαγόνου του δέρματος και του υποδορίου προκαλεί τοπική μικροαιμορραγία. Συγκεντρώνονται έτσι στη περιοχή διάφοροι τροφικοί και αυξητικοί παράγοντες όπως PDGF (platelet-derived growth factor), ένας κύριος διεγερτικός των κυττάρων προς μίτωση παράγων που προσελκύει και πολλαπλασιάζει τα κύτταρα, προάγει τη σύνθεση του DNA και διεγείρει τον σχηματισμό πρωτεϊνών και κολλαγόνου. Τα κύτταρα του σώματος συνήθως επιπλέουν και αντιδρούν μόνο με το εξωκυττάριο πλάσμα (μεσοκυττάρια χώρος) και δεν έρχονται σε επαφή με αιμοπεταλιακούς παράγοντες παρά μόνο σε περίπτωση ιστικής βλάβης (τραυματισμού), αιμορραγίας και πήξης του αίματος. Αυτή η δράση θεωρείται μοναδική για τον βελονισμό, σε σύγκριση με άλλες μορφές τοπικών θεραπειών.

Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι ο βελονισμός μειώνει τη συχνότητα των κεφαλαλγικών κρίσεων διότι ομαλοποιεί τον τόνο των εξωκρανιακών αγγείων, η λειτουργία των οποίων ρυθμίζεται κυρίως από το τρίδυμο νεύρο. Αυτό προκύπτει από ελέγχους με PET, διακρανιακή υπερηχοτομογραφία και θερμογραφικές αναπαραστάσεις. Στις εργασίες που έχουν εκπονηθεί (μερικές παρατίθενται στο τέλος της παρούσας αναφοράς) φαίνεται ότι η τοποθέτηση βελονών σε σημεία βελονισμού του τριδύμου νεύρο αυξάνει τη εγκεφαλική μικροκυκλοφορία, αυξάνει την αιματική παροχή σε περιοχές του προσωπικού κρανίου και ειδικότερα στη οφθαλμική αρτηρία και στη μέση εγκεφαλική αρτηρία. Ένα περίεργο στοιχείο προκύπτει στις έρευνες για την ρυθμιστική δράση του βελονισμού επί των αγγείων. Τα σημεία βελονισμού για την υπέρταση και τη υπόταση, τη σύσπασση ή τη διαστολή των αγγείων είναι τα ίδια, ενώ όταν ο αγγειακός τόνος είναι ρυθμισμένος ο βελονισμός δεν έχει κανένα αποτέλεσμα. Αυτό καταγράφηκε με επανειλημμένες μετρήσεις σε υπερτασικούς, υποτασικούς και νορμοτασικούς αρουραίους.

Γεγονός είναι ότι ο βελονισμός προκαλεί μια ποικιλία από βιολογικές αντιδράσεις και αυτό έχει αποδειχθεί με πολλά πειράματα σε ζώα και ανθρώπους. Οι αντιδράσεις αυτές επισυμβαίνουν τόσο τοπικά (στην περιοχή ένθεσης της βελόνας) όσο και σε απόσταση από την βελόνα, μέσω ενεργοποίησης οδών του περιφερικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα σημεία βελονισμού συνδέονται στενά με νεύρα (επιφανειακά ή εν τω βάθει στελέχη), αγγεία, τένοντες, μύες, περίσσειο, περιαγγειακά νευρικά πλέγματα, περιαρθρικούς ιστούς. Σε αυτό οφείλονται οι πολλές και διαφορετικές αισθήσεις που βιώνει ο ασθενής στη διάρκεια του βελονισμού. Η αναλγησία που παράγει ο βελονισμός φαίνεται ότι εξαρτάται κυρίως από κεντρικούς μηχανισμούς. Αυτές οι οδοί περιλαμβάνουν τις προσθιοπλάγιες δέσμες του νωτιαίου μυελού, την οπίσθια περιυδραγγίω φαιά ουσία με τους πυρήνες της, τον πλάγιο υποθάλαμο, το διάφραγμα, τη τοξοειδή δεσμίδα, τον οπίσθιο ιππόκαμπο, την ινία και τον πρόσθιο υποθάλαμο. Τα στοιχεία αυτά είναι ιδιαίτερα πρόσφατα και αποτελούν το αποτέλεσμα ερευνών με PET (αναφέρονται στο σύγγραμμα «neuro-acupuncture», Scientific evidence of acupuncture revealed, ZH Cho, EK Wong, J Fallon, LA, 2001, Q-puncture Inc).

Αν τα ανωτέρω ισχύουν (τα αποτελέσματα μελλοντικών εργασιών θα μας πούν σίγουρα περισσότερα) τότε τόσο το μυογενές, όσο και το αγγειογενές, αλλά και το νευρογενές / ψυχογενές στοιχείο (πρέπει να θεωρείται πλέον δεδομένη η δράση του βελονισμού σε ενδορφινεργικά, σεροτονινεργικά και νοραδρενεργικά συστήματα ενδογενούς αναλγησίας, όπως επίσης και σε πυρήνες του λιμπικού συστήματος που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενούς στον πόνο) της ημικρανίας αλλά και άλλων πρωτοπαθών κεφαλαλγιών) είναι δυνατόν να επηρεαστούν με το βελονισμό.

Σημεία Trigger και βελονισμός

Η παρουσία, έστω και ενός σημείου trigger στη γαστέρα οποιουδήποτε σκελετικού μυός χαρακτηρίζει το μυοπεριτονιακό σύνδρομο πόνου. Τα σημεία trigger ταξινομούνται ανάλογα με την ανατομική τους θέση σε κύρια (πρωτεύοντα) ή προσαρτημένα (δορυφορικά), ενώ ανάλογα με τη συμπτωματολογία που αυτά προκαλούν σε ενεργά ή λανθάνοντα.

Πρώτη προτεραιότητα και βασικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η αντιμετώπιση του πόνου και η αποκατάσταση του χαμένου

εύρους κίνησης μυών και αρθρώσεων. Ο συνδυασμός PerOs φαρμακευτικής αγωγής (αντιφλεγμονώδη, παυσίπονα, μυοχαλαρωτικά), επεμβατικών τεχνικών (διηθήσεις, dry needling) και φυσικών μέσων (υπέρηχοι και αναλγητική ηλεκτροθεραπεία) έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικός. Τελικός στόχος είναι η κατάρτιση ενός προγράμματος αποκατάστασης που θα αποτρέψει τις συχνές υποτροπές, φαινόμενο ιδιαίτερα συχνό στον μυοσκελετικό πόνο.

Είναι γεγονός, ότι οι επεμβατικές τεχνικές απενεργοποίησης των σημείων trigger είναι οι πιο δημοφιλείς στις τάξεις των ειδικών ιατρών και έχουν αποδειχθεί ανεκτίμητες στην άμεση αντιμετώπιση του μυοπεριτονιακού πόνου. Αυτές προκαλούν μηχανικές (τραύμα από την ένθεση της βελόνας) και χημικές (δράση φαρμακευτικής ουσίας) μεταβολές στα σημεία trigger που συντελούν στην απενεργοποίηση τους μετατρέποντας τα από ενεργά σε λανθάνοντα. Μειώνουν τον πόνο, χαλαρώνουν τον μύ, αυξάνουν το εύρος κίνησης, αυξάνουν τη δυνατότητα εκτέλεσης ασκήσεων και βελτιώνουν την αιματική ροή ενδομυϊκά

Ο χειρισμός με απλή βελόνα (βελονισμός) πρέπει να είναι ιδιαίτερα ακριβείς, αφού δεν υπάρχει διάχυση φαρμάκου στην μυϊκή μάζα αλλά μόνο μηχανική διέγερση. Η βελόνα τοποθετείται στα μυοπεριτονιακά οζίδια και κατά μήκος της διατεταμένης μυϊκής δεσμίδας στη ζώνη που περιλαμβάνει τις κινητικές νευρομυϊκές πλάκες. Η συγκεκριμένη ζώνη εντοπίζεται στο κέντρο της γαστέρας του μυός προσανατολισμένη κάθετα στις μυϊκές ίνες. Μόλις η βελόνα αγγίξει την περιοχή, προκαλεί μηχανική εκπόλωση των μυϊκών ινών, εφόσον η αιχμή της διατρύπη τον μύ, απωθώντας τους μυϊκούς ιστούς των οποίων η κυτταρική μεμβράνη είναι ιδιαίτερα ασταθής λόγω της μερικής απονεύρωσης του κινητικού νεύρου. Ο ερεθισμός της προσυναπτικής περιοχής του τελικού κινητικού άξονα προκαλεί την απελευθέρωση σημαντικών ποσοτήτων ακετυλοχολίνης στη σύναψη. Η ακετυλοχολίνη, παράλληλα με την αυξημένη ποσότητα ασβεστίου που εκλύεται από τους ιστούς λόγω της βλάβης που προκαλεί η βελόνα στους μύες, οδηγούν στην εμφάνιση δυναμικών δράσης. Εμφανίζεται αυτόματη μυϊκή σύσπαση, ιδιαίτερα εμφανής, η οποία επαναλαμβάνεται με κάθε κάθετη κίνηση της βελόνας. Έτσι προκαλείται επιμήκυνση μεμονωμένων και μικρών ομάδων μυϊκών ινών (λήψη του σπασμού) και επομένως μείωση του πόνου λόγω μείωσης της τάσης του μυός και ανακούφισης των ενδομυϊκών και εξωμυϊκών αλγαισθητικών υποδοχέων. Όσο η παλίνδρομη κίνηση της βελόνας συνεχίζεται, τόσο συνεχίζεται και η παραγωγή αυτόματων ηλεκτρικών εκφορτίσεων από τον μύ. Κάθε μυϊκή σύσπαση συνοδεύεται από χάλαση, γι'αυτό, το φαινόμενο αυτό περιγράφεται ως ενδομυϊκή άσκηση (intramuscular exercise). Η επαναλαμβανόμενοι χειρισμοί της βελόνας προκαλούν επαναλαμβανόμενες μυϊκές συσπάσεις που οδηγούν στη ρήξη των δεσμών ακτίνης / μυοσίνης, επιμήκυνση των συσπασμένων μυϊκών ινών, ανακούφιση από την τάση των ενδομυϊκών νευρικών ινών των αγγείων και των συνδέσμων. Η μείωση της σύσπασης (λήψη του μυϊκού σπασμού) θα οδηγήσει σε μείωση της ενεργειακής σπατάλης που προκαλεί την ενεργειακή κρίση ενώ η αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος θα αποβάλλει τα υποπροϊόντα του μεταβολισμού (αλγογόνες ουσίες) και θα φέρει νέα ενεργειακά αποθέματα στον μύ.

Ινομυαλγία και βελονισμός

Η ινομυαλγία θεωρείται δυσίατο νόσημα. Δεν υπάρχει μέχρι σήμερα ομοφωνία ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών. Όσο περισσότερο ερευνάται, τόσο περισσότερα γνωρίζουμε για την αιτιοπαθογένειά της, με αποτέλεσμα να προσαρμόζονται τα θεραπευτικά σχήματα στα νέα δεδομένα.

Η αεροβική, ελεγχόμενη, μέτριας έντασης άσκηση βοηθά σημαντικά τους ασθενείς. Όμως η κόπωση, ο άσχημος ύπνος και η έντονη δυσκαμψία ωθούν τους ασθενείς να μην συνεργάζονται επαρκώς ενώ την εγκαταλείπουν αμέσως μόλις υποτροπιάσουν. Στα μεγάλα κέντρα αποκατάστασης του εξωτερικού υπάρχουν ειδικά προγράμματα αεροβικής γυμναστικής σε ομάδες ασθενών με ινομυαλγία. Θεωρείται το καλύτερο μη φαρμακευτικό μέσο που διαθέτουμε σήμερα.

Στη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της ινομυαλγίας έχει θέση και ο βελονισμός. Οι ασθενείς με ινομυαλγία, μπροστά στο θεραπευτικό αδιέξοδο που αντιμετωπίζουν στρέφονται συχνά σε εναλλακτικές – συμπληρωματικές θεραπείες. Οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να εξοικειωθούν με τις θεραπείες που χρησιμοποιούν οι ασθενείς τους, ασχέτως αν οι μελέτες που έχουν εκπονηθεί δεν είναι οριστικές ή κρίνονται ανεπαρκείς. Δεν υπάρχουν αποδείξεις, υπάρχουν όμως επαρκείς ενδείξεις ότι ο βελονισμός μπορεί να είναι αποτελεσματικός στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ινομυαλγίας. Φαίνεται ότι 10 έως 12 συνεδρίες ηλεκτροβελονισμού κάθε 9-12 μήνες, συμπληρωματικά με τη φαρμακευτική αγωγή και την αερόβια άσκηση βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ινομυαλγία. Η βελτίωση είναι μικρής διάρκειας, τα ευεργετικά αποτελέσματα πρόσκαιρα ενώ δεν αντιμετωπίζεται μακροπρόθεσμα σχεδόν κανένα από τα συμπτώματα της νόσου. Παρόλα αυτά, αν οι ασθενείς ενημερωθούν για τα ανωτέρω και υπομονετικά επαναλαμβάνουν κατά καιρούς τον θεραπευτικό κύκλο είναι σίγουρο ότι θα αισθανθούν καλύτερα.

Ο βελονισμός θα βοηθήσει στη μείωση του πόνου, στη βελτίωση του ύπνου, στη διατήρηση ενός αισθήματος ευεξίας, στη κόπωση και στη ψυχική ενδυνάμωση των ασθενών.

Οσφυαλγία – ισχιαλγία και βελονισμός

Ο απλός ή μηχανικός οσφυϊκός πόνος (όπως ορίστηκε από το Clinical Standards Advisory Group το 1994) είναι η συχνότερη και συνεχώς αυξανόμενη αιτία απαιτήσεων ιατρικής φροντίδας και απώλειας ημερών εργασίας. Κάθε δεδομένη στιγμή περίπου το 20% του πληθυσμού μιας χώρας πάσχει από κάποια μορφή οσφυαλγίας ενώ στη διάρκεια ενός έτους το 36 % του ενήλικου πληθυσμού θα αναφέρει άλγος οσφύος. Σε όλες

τις έρευνες, φαίνεται ότι το 1% του ενήλικου πληθυσμού της Αμερικής είναι χρονίως ανίκανο λόγω οσφυαλγίας ενώ ένα άλλο 2% παροδικά ανίκανο για εργασία.

Ο βελονισμός έχει θέση ως συντηρητική επεμβατική τεχνική τροποποίησης του πόνου τοπικά, περιοχικά και κεντρικά σε όχι μηχανικού τύπου οσφυαλγίες. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας με αντικείμενο τον βελονισμό και τη δράση του στην οσφυαλγία.

Οι περισσότερες από τις εργασίες που ανασκοπήθηκαν έδειξαν τον βελονισμό σαν μια αποτελεσματική θεραπεία για τον χρόνιο οσφυϊκό πόνο σε σύγκριση με τις διαφορετικές θεραπείες ελέγχου που χρησιμοποιήθηκαν. Τα σχόλια ήταν θετικά για τον βελονισμό. Όμως οι εργασίες παραμένουν λίγες (εννιά εργασίες ήταν σε θέση να συμπεριληφθούν στην μετανάλυση) η ποιότητα τους χαμηλή, ο αριθμός των ασθενών ανεπαρκής και η δυνατότητα εφαρμογής placebo βελονισμού ή ψευδοβελονισμού αμφισβητήσιμη.

Παρόλα αυτά, τόσο ο βελονισμός όσο και η χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων παραμένουν συχνές και δημοφιλείς θεραπευτικές προτάσεις για την οσφυαλγία ενώ υπάρχουν κλινικές ενδείξεις για την εφαρμογή τους. Ο Gunn (1980) σε μελέτη σχετικά με την οσφυαλγία βρήκε ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε βελονισμό είχαν στατιστικά σημαντική διαφορά βελτίωσης συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου αναφορικά με την επιστροφή στην εργασία ($p > 0,005$). Ο Garvey (1989) συνέκρινε την αποτελεσματικότητα του βελονισμού συγκριτικά με διηθήσεις τοπικών αναισθητικών σε ασθενείς με οσφυαλγία. Το 63% της ομάδας βελονισμού παρουσίασε σημαντική βελτίωση πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Πρακτικά στη οσφυαλγία τοποθετούνται λεπτές (0,25 mm), μακριές (3-5 cm) εύκαμπτες, μιας χρήσεως βελόνες, χωρίς αυλό σε περιοχές της οσφύος και σε διάφορα βάθη. Η πιο συχνή περιοχή είναι παρασπονδυλικά, 1,5 – 2 – 2,5 cm από τη μέση γραμμή στη μάζα των παρασπονδυλικών μυϊκών ομάδων (πολυσχιδής, μήκιστος θωρακικός, λαγωνοπλευρικός, οσφυονωτιαίος). Επιφανειακότερα τοποθετούνται βελόνες στη θωρακο-οσφυϊκή περιτονία του πλατέως ραχιαίου μυός και στα σημεία βελονισμού που βρίσκονται στη περιοχή δερματικής προβολής του άλγους (αντανακλαστικός πόνος). Όπως και σε άλλα σύνδρομα χρόνιου πόνου ο ηλεκτροβελονισμός είναι αποτελεσματικότερος από τον απλό (παραδοσιακό) βελονισμό. Το ηλεκτρικό ρεύμα έχει αφ'εαυτού σημαντικά αναλγητικά αποτελέσματα και συνδυαζόμενο με τον βελονισμό θεωρείται ως μια πλήρης αναλγητική θεραπεία. Οι θεραπευτικές συνεδρίες εφαρμόζονται αρχικά μέρα παρά ημέρα και αργότερα 2 συνεδρίες βελονισμού την εβδομάδα. Αν σε δύο – τρεις εβδομάδες ο ασθενής δεν βελτιωθεί η θεραπεία θεωρείται ανενεργός και ο ασθενής πρέπει να αξιολογηθεί εκ νέου. Η απόκριση στον βελονισμό πρέπει να είναι ταχεία (δρα αντανακλαστικά και άρα άμεσα). Μεγάλο πλεονέκτημα θεωρείται η δυνατότητα εφαρμογής του βελονισμού παράλληλα με οποιαδήποτε άλλη θεραπευτική αγωγή.

Βασική βιβλιογραφία

1. Champion E, Why Unconventional Medicine? N Engl J Med 1993, 28:282-83.
2. Smith T, Alternative Medicine, BMJ 1983, 287:307-308
3. Δρίτσας Σ, Χούπας Π, Εναλλακτική Ιατρική: Μια πραγματικότητα με αποτέλεσμα μύθου, Ιατρικό Βήμα 1996, σελ.30-32
4. Eisenberg M, Kessler C, Foster C, Norlock E, Calkins R, Delbanco L, Unconventional Medicine in the USA-Prevalence, costs and patients of use. N Engl J Med, 1993, 328:246-52
5. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel, Wilkey S, Van Rompay M, Kessler RC. Trends in alternative medicine use in the United States.1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA 1998, 280:1569-1575
6. Druss BG, Rosenheck RA. Association between use of unconventional therapies and conventional medical services. JAMA 1999, 282:651-656
7. Ernst E. The desktop guide to complementary and alternative medicine: an evidence-based approach, Mosby ed.London 2001.
8. Kaptchuck T et al, Courses Involving Complementary and Alternative Medicine at US Medical Schools
9. Thomas K, Fall M, Parry G, Nicholl J. National Survey of Access to Complementary Health Care via General Practice. DoH Report. Sheffield: Medical Care Research Unit, 1995
10. Clinical Standards Advisory Group Report. National Review of Pain Services and Standards. London: The Stationery Office, 1999
11. BMJ, 2001,322: 119-122
12. Καράβης Μ. Φυσιολογία του βελονισμού, εκδόσεις Ζεβηλεκάκη, Αθήνα 1999.
13. Ernst E, White A. Acupuncture: a scientific appraisal. Butterworth-Heinemann, Oxford 1999, pp 3-5
14. White AR, Resch KL, Ernst E. Complementary Medicine: use and attitudes among GPs.Fam. Pract. 1997,14:302-306
15. Aasland OG, Borchgrevink CF, Fugelli P. Complementary medicine. Knowledge, attitudes and experiences among Norwegian physicians. Tidsskr. Nor. Laegeforen 1997,117:2464-2468
16. Verhoef MJ, Sutherland LR. General Practitioners assessment of the interest in alternative medicine in Canada.Soc.Sci. Med. 1995, 41:511-515