

616.857—085.81[.616.833]

REFLEXNÍ TERAPIE CERVIKÁLNÍ MIGRÉNY

Podplukovník MUDr. Jiří MAREK
Vojenský lázeňský ústav v Karlových Varech
(náčelník pplk. MUDr. Pavel Buzek)

Bolesti hlavy jsou jedním z nejčastějších patologických stavů, se kterými se setkáváme téměř při každém styku s nemocnými v ordinacích lékařů nejrůznějších odborností.

V poslední době, kdy této problematice je věnována větší pozornost než dříve, dochází k diagnostické diferenciaci bolestí hlavy podle její patogeneze. Dříve bylo běžným zvykem rozlišovat bolesti hlavy na dva základní typy:

1. cefaleu migrenózní a
2. cefaleu nemigrenózního původu.

Za migrenózní cefaleu byla považována ta bolest hlavy, která se blížila učebnicovému popisu hemikranií záchvatovitěho typu, provázena nauzeou či zvracením, poruchami vidění a světloplachostí, někdy se závratí, provázející záchvat. Záchvaty této klasické migrény byly typické a nečinily diagnostické obtíže.

Patogeneticky byly jednoznačně pokládány za klinický projev poruchy vazomotoriky mozkových tepének.

Ostatní bolesti hlavy byly pak označovány souhrnně pojmem cefalea nemigrenózního typu, z nejrůznějších patogenetických příčin.

Bobek rozeznává podle patogenezy kromě vazomotorické migrény bolesti hlavy [17]:

1. z funkčních a organických onemocnění nitrolebních — psychogenní cefalea, záněty mozku a mozkových blan, nádory, krvácení, okluze, onemocnění hlavových nervů, poruchy produkce likvoru;

2. bolesti hlavy z extrakraniálních procesů v oblasti hlavy — záněty a nádory kostí, měkkých pokrývek, cév a nervů, vrozené malformace, onemocnění uší, očí, nosu a paranasálních dutin, dutiny ústní a šíje;

3. bolesti, provázející infekční nemoci;

4. bolesti při intoxikacích;

5. bolesti z různých důvodů jiných: hypertenzní choroba, arterioskleróza, ledvinná onemocnění, anémie, polycytémie, dna a diabetes, rakovina mezihrudí a tak dále.

Zatímco terapie migrén se soustřeďuje převážně na medikamentózní léčbu cévní motoriky, terapie ostatních bolestí hlavy se řídí zjištěnou patogenezí. Často však zůstává terapie symptomatická, analgetická, když přes veškerou snahu lékaře nebyla podstata bolesti spolehlivě zjištěna.

Větší diferenciaci v pojmu bolesti hlavy umožňuje přesnější diagnostiku a efektivnější terapeutický zásah. Z uvedeného širokého pojmu cefalgií migrenózního i nemigrenózního typu je třeba na základě rozvíjející se reflexní diagnostiky vyčlenit bolesti hlavy vertebrogenního původu, takzvanou cervikální, krční migrénu. Její nejčastější příčinou jsou rozličné poruchy statiky a dynamiky krční páteře. Tyto poruchy jsou vyvolávány anomálními zafixovanými stereotypy, opakovanými mikrotraumaty páteře či reflexními změnami při orgánové poruše v inervačním segmentu [11].

Vznikají tak blokády cervikálních intervertebrálních kloubů a kraniocervikálního skloubení, při čemž rozhodující úlohu v začátcích onemocnění mají inkoordinace paravertebrálních svalů a jejich kontraktury.

Životní stereotypy moderního člověka, stále více se vzdalující fyziologicky potřebné pohybové kultury, vedou k oslabení svalového paravertebrálního korzetu. Výjimečná náhlá a netrénovaná zátěž na jedné straně a náhlé

přerušení trénovanosti bývalých sportovců na straně druhé mohou vést k maximálnímu přetížení meziobratlových plotének. S přispěním pak dalších vedlejších faktorů reflexní povahy, které ovlivňují činnost myelotomu, vznikají inkoordinace v pohybovém segmentu a dávají podmínky ke vzniku vertebrogenní nemoci [8].

Reflexními ději rozumíme patologickou aferenci z periférie, působící na pohybový segment prostřednictvím nervové soustavy. Budto jsou vzruchy vedené vegetativními drahami z vnitřních orgánů [zažívacích] [10] nebo vznikají přímo ve svalových snopcích [při prochlazení, nekoordinovaných pohybech] nebo v samotné CNS [při nepříznivé situaci v koře mozkové]. Obr. 1.

Klinicky se projevuje krční migréna z počátku bolestmi hlavy v šíji a týlu, bolestivými výstupy nervů okcipitálních, omezením pohyblivosti a úchylným držením hlavy. Později se dostavují další příznaky, jako je celková nervozita, napětí, záchvatovitě bolesti hlavy až typu hemikranie, vždy v závislosti na poloze a pohybu hlavy a krční páteře, dále nauzea, zvracení, mžítka před očima, závratě [syndrom zadního krčního sympatiku]. Celkový obraz může být doplněn i lokálně vzdáleným reflexním patologickým syndromem anginy pectoris, humeroskapulární periartritidy, bolestí v oblasti inervace trigeminu, loketní epikondylitidy či kořenových bolestí cervikobrachálních.

Terapeutické možnosti jsou mnohostranné. Volíme takové metody, které vycházejí jak z klinického obrazu, tak z patogeneze syndromu, a to cíleně na jednotlivé součásti myelotomu [9].

a) na pohybový segment

b) na svalstvo

c) na kůži

d) na vnitřní orgány a na CNS

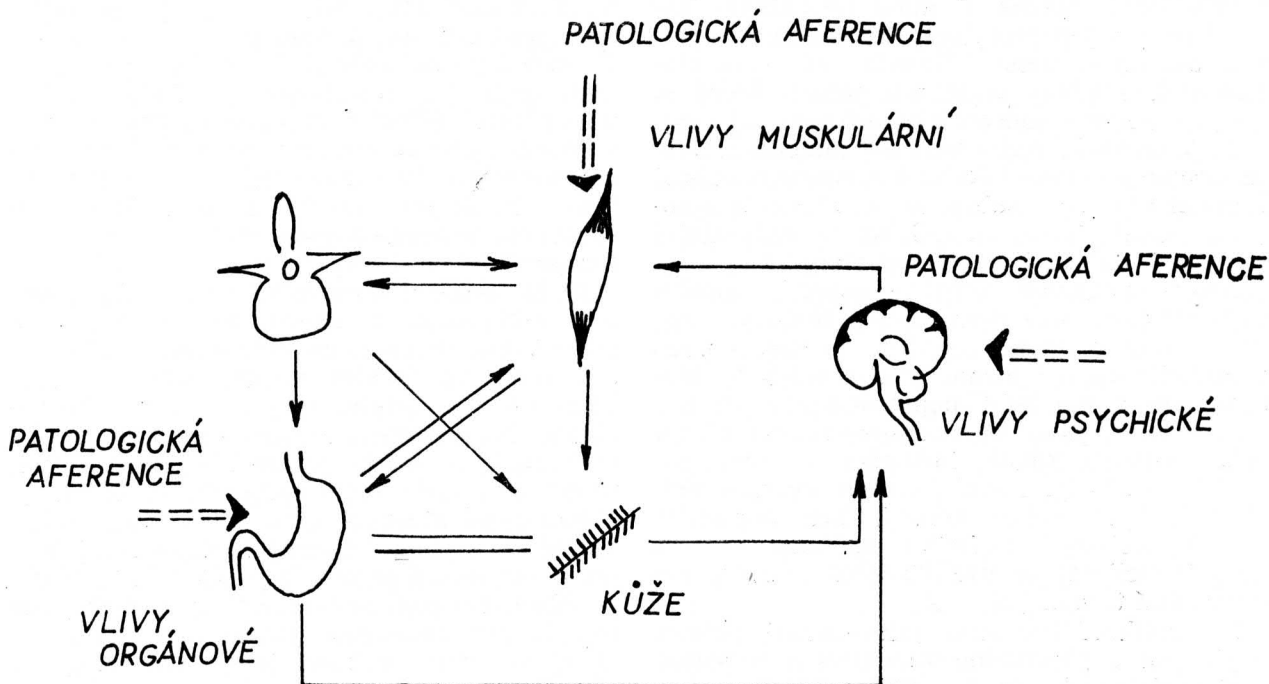
Vždy však komplexně, s maximální snahou postihnout onemocnění v celém jeho rozsahu [10, 14].

V terapii cervikální migrény je nutné vycházet z potřeby přerušení reflexního oblouku, ve kterém jsou svázány receptury bolestivých vzruchů s výsledným efektem bolestivě stažených svalových snopců posturálního svalstva šíje a hlavy, nevylučuje ani vliv anemizace mozkových center spazmy mozkových tepének.

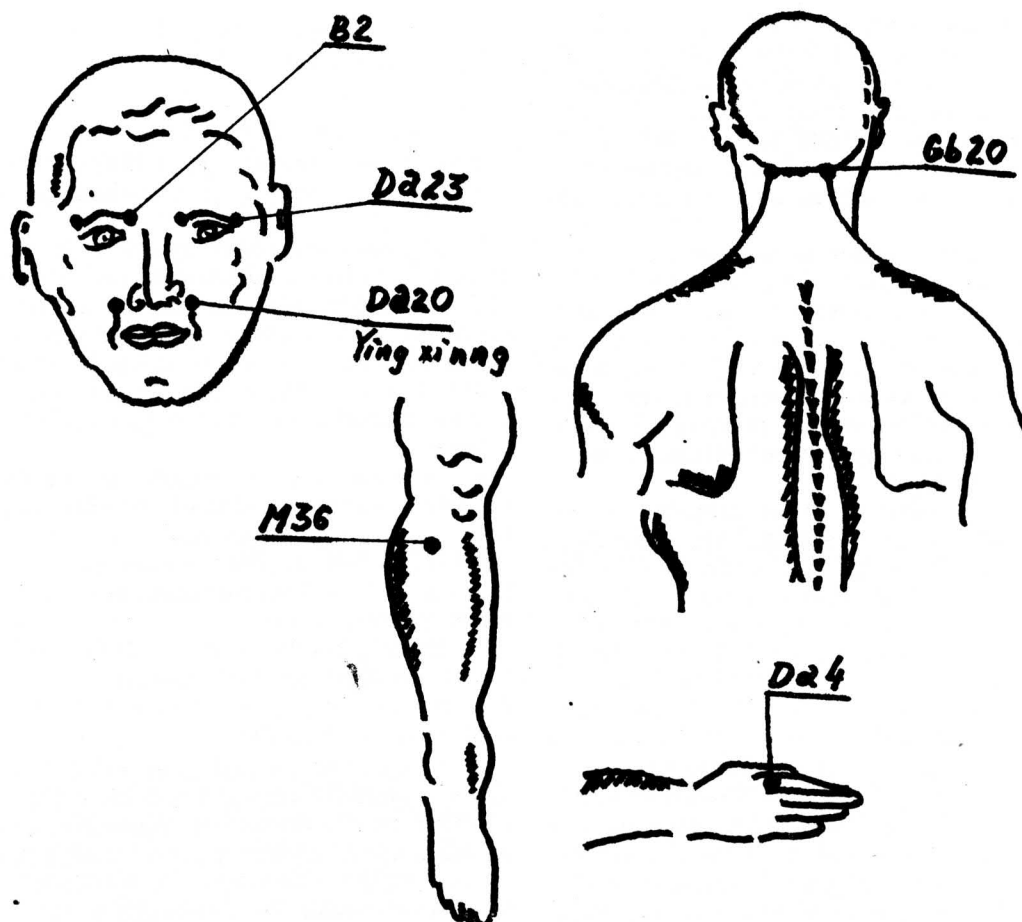
V reflexní terapii tohoto onemocnění vycházíme tedy z nutnosti přetěti vazby mezi receptorem a efektem, mezi příčinou způsobující bolest a jejím projevem. Není přitom rozhodující, ve kterém místě reflexního oblouku k přetěti dojde.

Terapeutických metod ovlivňujících bolest hlavy vertebrogenního původu je celá řada. Z nich zde chci uvést pouze některé reflexní terapeutické metody:

A. Především terapii manipulační, která zasahuje zmíněný reflexní oblouk v jeho základní části, tj. v pohybovém segmentu. Uvolněním dynamického bloku v postiženém segmentu krční páteře obnovíme fyziologické poměry staticko-dynamické. U cervikální migrény především jde o blokady atlantookcipitální a atlantoaxiální. Zde kromě dnes již klasické manipulační techniky chci upozornit ještě na možnosti použití Gymansovy tzv. měkké techniky v případech hyperalgie kontraktur a spasmů. Vlastní manipulační manévry lze dá-



Obr. 1 Modifikace schématu podle Lewita
(Manipulační terapie v rámci reflexní léčby str. 13)



Obr. 2. Možné schéma výběru bodů pro léčbu bolesti hlavy migrenózního typu

le doplnit tzv. automanipulační technikou, kterou inteligentnější pacient doplňuje vlastní manipulační zákrok v době odeznívání nemoci nebo v její profylaxi. Nezapomínáme přitom ani na možnost reflexního působení bloků vzdálenějších segmentů páteře, které je nutno vyšetřit a současně odblokovat (6) (18).

B. Jako další, velmi účinnou metodu reflexní terapie uvádíme lokální a svodnou anestézii látkami typu Novocainu, to zn. Procainem nebo Mesocainem. Před aplikací je vždy třeba provést i. d. test k vyloučení alergií.

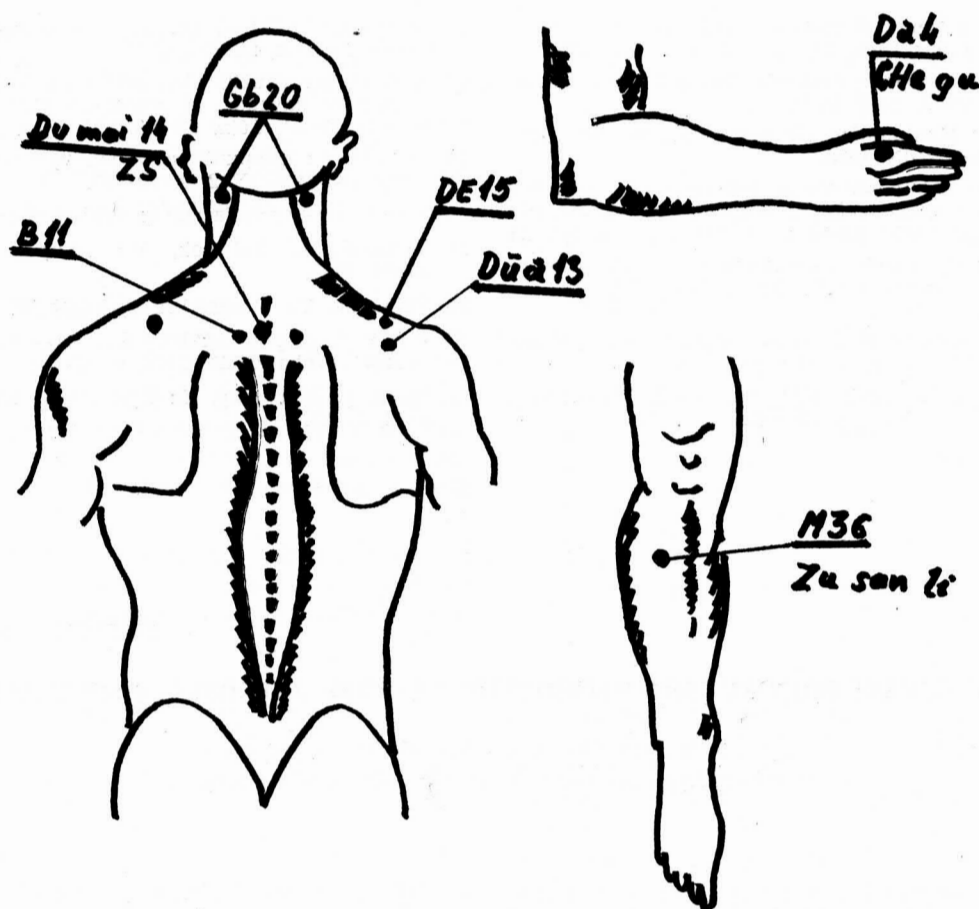
Kromě známých kožních pupenů, působících reflexně přes dermatom v Hedových zónách, doporučujeme zejména infiltraci paravertebrálního a šíjového svalstva 0,5 % Mesocainem v množství nepřesahujícím 20 ml, nebo obštrik proc. transversus atlantis 2,5 ml téhož roztoku. Rovněž infiltrace a obštrik interspinálních ligament horních cervikálních obratlů bývá velmi účinný. Lze doporučit i přes složitější techniku aplikace obštrik ganglia stellata, jak uvádí Kajdoš ve své práci o neurální terapii (3).

Při aplikaci Procainu (Mesocainu) přitom nejde jen o přechodné znecitlivění bolestivě stažených svalů, ale i o přímé účinky tohoto léku na bolestivé zakončení, jak dokazuje Lewit.

C. Velmi účinnou metodou, ovlivňující patologický algický reflex, je segmentální (reflexní) masáž (16). Její výhodou je, že postihuje současně kožní, svalové i periostální receptory a působí tedy na širokou oblast reflexních dějů. Její nevýhodou je, že ne každý masér tuto techniku správně ovládá. Při nesprávné technice může dojít k tzv. přesunu reflexu podle Žaloudka a může dojít i ke zhoršení původního stavu pacienta. Při jejím správném provedení však máme velmi dobré terapeutické výsledky.

D. Za zvláštní terapeutickou metodu, působící komplexně a cíleně na reflexní děje myelotomu, považujeme akupunkturu (12). Podle našich několikaletých zkušeností se osvědčuje právě u cefalgií (2) a tzv. cervikobrachialních syndromů. Používáme čínské metody hlubokých vpichů jehlami čs. výroby (Chirana), a to sedativním způsobem aplikace. Za účinnou považujeme sérii 15–20minutových sezení (1) obden, v úporných případech i denně. Počet sezení se pohybuje od 6 do 10 podle průběhu. Při odeznění bolesti neprodlužujeme terapii pro nebezpečí vzniku paradoxní reakce, na jejíž možnost tímto upozorňujeme (12, 15).

Výběr aktivních bodů řídíme podle klinických známek bolesti a průběhu onemocnění



Obr. 3. Možné schéma účinných bodů pro léčbu bolesti hlavy cervikobrachiálního typu

(7, 4). Obr. 2 a 3. Používáme body: močový měchýř 2, tlusté střevo 2, 4, 20, žlučník 20, žaludek 36 a tři ohříváče 23 a 15.

Při bolestech ve spáncích a čele: žlučník 14, močový měchýř 2, tři ohříváče 23.

Při bolestech v parietální a okcipitální krajině: žlučník 20 a 14.

Při bolestech v šíji a ramenou: žlučník 20, moč. měchýř 11, tenké střevo 13.

Vždy doplňujeme bodem všeobecné účinnosti Che Gu (tlusté střevo 4) [1, 15]. V případech úporných cefalgii používáme i jehel pro dlouhodobé zavedení, jak popisuje Umlauf, a neváháme ponechat jehly 24–48 hodin v bodech žlučníku 14 a tři ohříváči 23 [13].

Před aplikací jehel doporučujeme vždy upravit staticko-dynamické poměry páteře manipulací [4].

Při vyvinutých bolestivých spasmech paravertebrálního a šíjového svalstva doplňujeme medikamentózní léčbou myorelaxační. Rovněž se osvědčilo předebrátí červeným soluxem šíjové krajiny na 15–20 minut, zejména před manipulačním výkonem [5].

Akupunkturu doplňujeme s úspěchem zvláště u senzitivních a sugestibilních pacientů několika hypnotickými seancemi, při čemž se snažíme o celkovou relaxaci pacienta. Upo-

zorňujeme i na možnost využívání autogenního tréninku u inteligentnějších pacientů.

Souhrn

Autor uvádí cervikální migrénu jako samostatnou patogenetickou jednotku vertebrogenního původu. S rozvíjející se technikou reflexní diagnostiky je cervikální migréna více rozpoznávána a s rostoucí civilizací a jejími nepříznivými vlivy na organismus moderního člověka je její výskyt stále častější.

Autor popisuje terapeutické metody, používané na vlastním pracovišti, a z řad reflexních metod terapie doporučuje terapii manipulační v kombinaci s prokainovými obstríky a akupunkturou. Doporučuje akupunkturu jako cílenou reflexní terapii a uvádí z vlastní zkušenosti osvědčená schémata výběru aktivních bodů.

Literatura

1. Bachmann, G.: Die Akupunktur, eine Ordnungstherapie, Haug 1959.
2. Grunwald, L.: Le traitement de la migraine par l'acupuncture. Nouvelle Revue internationale d'acupuncture, 4, 12, č. 69, 73–81.
3. Kajdoš, V.: Léčení lumboschialgií akupunkturou. Prakt. Léč., 48, 1968, č. 10, s. 373–6.

4. Kajdoš, V.: Neurální terapie a její možnosti v dnešní praxi. *Prakt. Lék.*, 51, 1971, č. 3, s. 104—107.
5. Lenocho, F. a spol.: Fysiatrie, balneologie a klimatologie. Praha, SNP 1970.
6. Lewit, K.: Manipulační léčba v rámci reflexní terapie. Praha, SZdN 1966.
7. Marek, J.: Akupunktura v balneoterapii gastrointestinálních onemocnění a jejich doprovodných příznaků. *Fysiatrický věstník*, 49, 1971, č. 1, s. 26—33.
8. Pinta, Z.: O původu vertebrálních poruch a jejich reflexních souvislostech. *Prakt. Lék.*, 51, 1971, s. 102—104.
9. Pinta, Z.: Přehled léčby vertebrálních poruch. *Prakt. Lék.*, 51, 1971, č. 3, s. 99—101.
10. Ruseckij, I. I.: Kůže, tělo, vnitřnost. *Kliničeskaja medicina*, 37, 1959, s. 25—31.
11. Starý, O.: Některé otázky patogeneze diskogenní nemoci. Praha, SZdN 1959.
12. Umlauf, R.: Použití akupunktury s jehlami k dlouhodobému zavedení u některých těžko ztižitelných bolestí. *Prakt. Lék.*, 50, 1970, č. 9, s. 331—332.
13. Umlauf, R.: Akupunktura a její význam. *Voj. zdrav. Listy*, 34, 1965, č. 2, s. 70—79.
14. Vinař, O.: *Psychofarmaka*: Praha, Spofa 1969.
15. Vymazal, J., Tuháček, M.: *Akupunktura*, Praha, SZdN 1965.
16. Žaloudek, V.: *Masáž*, Praha, SZdN 1965.
17. Bobek, K. a spol.: *Základy dif. diagnostiky vnitřních chorob*. Praha, SZdN 1963, s. 33—42.
18. Ipser, J., Přerovský, K.: *Fysiatrie*. Praha, Avicenum 1972, s. 88.