

Klinisk blikk på ryggforskning



Det finnes utallige artikler som beskriver forskjellig forskning på ryggmerter. Resultatene i disse studiene spriker så mye at vi som klinikere i mange tilfeller sliter med å finne en behandlingsmetode som alle kan være enige om.

AV FYSIOTERAPEUT KJETIL NORD-VARHAUG
VED APEKKLINIKKEN TERAPISENTER, OSLO

Hvorfor er det slik at de lærde strides så kraftig på dette feltet? Hva er det som gjør at forskning på rygg er så veldig vanskelig? Det fleste kan være enige om at ryggen er en komplisert kroppsdel. Det finnes utallige leddbånd, muskler, skiver, ledd og knokler. For ikke å glemme den viktige ryggmargen som mange av disse strukturene er bygget for å beskytte.

Finnes det noen logiske forklaringer på ryggmerter? Lorimer Moseley fra Australia har forsket mye på smerte og vil kunne bekrefte at smerte er en tokning i hjernen av et sensorisk stimuli som da oppfattes som en fare for skade på vev. Siden ryggmargen er bygget opp av en type vev som ikke repareres etter skade så er det ekstra viktig for kroppen å beskytte denne kroppsdelene på best mulig måte. Nervesystemet ønsker å beskytte denne kroppsdelene, koste hva det koste vil. Det praktiseres et «better safe than sorry» prinsipp. Bedre å låse ryggen for å sjekke at alt er i orden. Mange vil nok være enige om at dette kan forklare hvorfor så mange av oss opplever ryggmerter i en eller annen form i løpet av et kalenderår. Hva er så årsaken til at det er så vanskelig å forske på rygg? Og hvorfor er det slik at vi som klinikere sliter med å følge slavisk det forskningen forteller oss? Svaret ligger nok i det at det finnes så mange årsaker til at ryggen gir smerter. Det kan være alt fra alvorlig patologi til ufarlig varsel fra nervesystemet.

På siste PFF-kongress fikk vi beskrevet at 90 % av ryggpasientene har uspesifikke ryggplager. Dvs. at smertene ikke kommer fra en kjent skade eller patologi.

Når vi står med en pasient på klinikken så er de aller fleste enige om at bevegelse er bedre enn inaktivitet. Så kommer spørsmålet om hvilken form for bevegelse. Forskning som sammenligner spesifikke øvelser med generell trening kan ikke vise til noen forskjell i effekt mellom gruppene. Men det er forskning gjort på en større gruppe. Sjansen for at forskerne i det aktuelle studiet har klart å samle en gruppe pasienter med like ryggdiagnoser er ikke tilstede. Noen av de som mottok generelle øvelser ville kanskje ha best nytte av spesifikke øvelser og noen av de som mottok spesifikke øvelser ville ha mer nytte av generell ryggtrening.

I klinikken har vi den luksusen at vi faktisk kan teste og reteste hva pasienten har best nytte av.

Det samme gjelder effekten av andre metoder som manipulasjon, mobilisering, traksjon, massasje, triggerpunktbehandling, slyngetrening, teiping, trykkbølgebehandling, laser, nåler, ultralyd, varme, kulde, strøm osv. osv. Det er vanskelig å si om noen av disse metodene ikke bør benyttes. De fleste teknikkene vil kunne gi kort- eller langvarig effekt på en eller annen måte. Men man sliter med å dokumentere om disse passive metodene vil kunne hjelpe bedre enn f. eks. trening. Eller om de i det hele tatt virker bedre enn placebo på lengre sikt.

Igjen så har vi i klinikken en mulighet til å spille på flere strenger i samarbeid med pasientene. Vi kan trikse og mikse med metoder for å få frem den ønskede effekten for pasienten.

Vår frustrasjon er at det fortsatt er svært vanskelig å diagnostisere ryggplager. En kiropraktor vil skylde på låsninger i IS-leddet, en naprapat vil mene at det er muskelspenninger som gir plagene og en fysioterapeut vil hevde at pasienten har nedsatt kjernestabilitet. Alle yrkes-

gruppene er dyktige på sine felt, men sjansen for å treffe med sin diagnose er ikke høy. Vi kan imidlertid utelukke en del via vår undersøkelse. Blant annet nerverot-afleksjon og noen andre patologiske tilstander. Resten blir dessverre hypoteser som noen ganger munner ut i et vellykket behandlingsopplegg. Andre ganger gir vår behandling ingen effekt.

Vi vil ikke kunne se noen bedre forskning på ryggplager før forskerne blir bedre på å sette pasientene i like grupper basert på diagnoser. Og det er langt frem til en slik forståelse av ryggmerter og hva som er årsaken til dette. Så lenge forskerne ikke klarer å lage en homogen gruppe, som vi klinikere klarer å kjenne igjen i vår praksis, så vil forskning ikke kunne hjelpe oss nevneverdig med å behandle denne gruppen. Men forskningen kan gi oss indikasjoner på hva som kan hjelpe og hva som definitivt ikke hjelper. Heldigvis er fokus i forskningsmiljøet nå rettet på akkurat dette problemet. Hvordan kan vi bli flinkere til å diagnostisere pasientene før de inkluderes i forskningen?

Selv om forskningen tyder på at en aktiv fremgangsmåte er bedre enn en passiv, så er det igjen ikke like svart og hvitt i klinisk praksis. Vi kan behandle med passive metoder i klinikken som gir pasienten subjektiv smertelette samtidig som vi gir råd om trening, variasjon, ergonomi og aktivitet.

Om fysioterapeuter, manuellterapeuter, kiropraktorer, naprapater og osteopater etter hvert også kan bli enige om virkningsmekanismer og forklaringsmodeller, så vil troverdigheten til de metodene de benytter også få mer troverdighet. I dag er det like tilfeldig hva slags behandling du får for ryggplagene dine, som det er tilfeldig hvor du blir født og hva slags religion du derfor ender opp med å praktisere.