

ANNO XXIV

GIUGNO 2003

n° 107

EDITORIALE

DIDATTICA

Ming Men ed i tre grandi

LAVORI ORIGINALI

Uso degli esagrammi
nella costruzione
della anamnesi

Biologismo e metafisica
nella Cina classica

CASISTICA CLINICA

Stipizzazione di Yang-Ming
relativo al stomatognatico

Trattamento agopunturistico
del dolore riferito ai denti

CONTRIBUTI
DALL'ESTERO

L'I-King, gli 8 meridiani
curiosi ed il comportamento
(parte 2^a)

L-King e Agopuntura,
una stessa condizione
di spirito?

Considerazioni su alcune
turbe endocrine in MTC

FITOTERAPIA

Zuo Jin Oian nel reflusso
gastro-esofageo

SINOLOGIA

Sulle origini dell'Agopuntura
e della Moxibustione

Diagramma Taijitu di
Zhou Dunyi esempio
di sinologia medica

LETTI PER VOI

www.sia-mtc.it

www.agopuntura.org



sia

SOCIETÀ ITALIANA DI AGOPUNTURA

Rivista Italiana di Agopuntura

TRATTAMENTO AGOPUNTURISTICO DEL DOLORE RIFERITO AI DENTI

C. Di Stanislao*, P. Evangelista**, F. Deodato***

"Così Belial, con parole ammantate dell'abito della ragione / Suggerì una agio ignobile, e una pacifica pigrizia, / Non la pace"

J. Milton

"Si hanno ricadute nelle malattie dell'anima come in quelle del corpo. Quella che scambiamo per la nostra guarigione il più delle volte è soltanto una tregua o un cambiamento di mal".

F. de la Rochefoucauld

"C'è qualcosa di affascinante nella scienza. Da un minimo di fatti si ricavano un mondo di congetture"

M. Twain

Riassunto: Dopo aver definito la sindrome dolorosa da punti grilletto gli AA si soffermano sulle cause muscolari di dolore ai denti e all'articolazione temporo-mandibolare e definiscono tale condizione legate ad interessamento, oltre che di punti locali, dei Meridiani Tendino-Muscolari. Si presentano poi i risultati di un trattamento con agopuntura su sette pazienti.

Parole chiave: punti grilletto, agopuntura, punti locali, Meridiani Tendino-Muscolari.

Abstract: After to have defined the painful syndrome from points trigger the AA are stopped on the muscular causes of pain to the teeth and the mandibular joint and they define such condition tied to interest, beyond that of local points, of the Muscular Meridians. They are introduced then turns out you of a treatment with acupuncture on seven patients.

Key words: trigger points, acupuncture, local points, Muscular Meridians

I punti grilletto o trigger (TPs) sono siti muscolari a localizzazione relativamente costante, che alla palpazione si manifestano come noduli o bande di contrattura marcata-mente più dolorose rispetto alle aree contigue. Sono frequentemente riscontrati nei muscoli del capo e del collo, e rappresentano una fonte di dolore cranio-faciale¹⁻². Gli specialisti che lavorano nel campo dell'odontoiatria e trattano i soggetti disfunzionali, spesso dimenticano che il muscolo volontario scheletrico (a fibre rosse) è l'organo più grande del corpo umano e conta il 40% o anche più del peso corporeo. Nel 1966 il Comitato Internazionale della Nomenclatura Anatomica della Convenzione di Berna³ ha stabilito la presenza nel corpo umano di 200 paia di muscoli pari, per un totale di 400 muscoli scheletrici. Da queste semplici note risulta chiaramente che non è possibile trascurare i problemi muscolari (dolore, disfunzione, affaticamento precoce,

* Segretario della Società Italiana di Agopuntura. Docente della Scuola Italo-Cinese di Agopuntura di Roma e del Corso di Agopuntura Tradizionale Sowa, L'Aquila. Professore a Contratto Corso di Perfezionamento in Medicina Biointegrata della Università di Chieti.

** Vicepresidente della Società Italiana di Agopuntura. Direttore del Corso di Agopuntura Tradizionale Sowa, L'Aquila.

*** Professore a Contratto di Gnatologia Clinica Dip. Scienze Odontostomatologiche Università di Siena. Centro ATM.

Trattamento agopunturistico del dolore riferito ai denti

cefalea tensiva cronica,) nei pazienti con algie cranio-facciali⁴. In realtà è necessario premettere che la suddivisione anatomica dei muscoli è in gran parte fittizia ed è utile solo al fine di classificare e rendere facilmente comprensibile la localizzazione topografica delle patologie ai fini clinici e terapeutici⁵. Molto spesso, infatti, diversi gruppi di muscoli si organizzano insieme, sia dal punto di vista funzionale che d'innervazione, restando inglobati in fasce anaelastiche e costituendo così un'unità funzionale non divisibile, con sistemi di agonismo, antagonismo ed innervazione reciproca che lavorano in completo sinergismo. All'interno delle fasce muscolari dei muscoli scheletrici sono state dimostrate ormai da molti anni (il primo lavoro risale a Froriep nel 1843) delle bandelette di tessuto palpabile che provocano disfunzione e dolore locale e/o riferito. Un grande ostacolo allo studio sistematico di questa forma di patologia muscolare è stato la confusione terminologica che negli anni si è creata ad opera dei diversi autori, non in collegamento tra loro anche perché appartenenti a diversi rami della Medicina clinica e di laboratorio. Tuttora c'è molta incertezza e confusione su due concetti fondamentali per la piena comprensione del problema: la fisiopatologia dei TPs e l'eziologia delle bandelette palpabili corrispondenti²⁻⁶. Presentiamo di seguito un elenco dei termini usati dai diversi autori per descrivere lo stesso fenomeno muscolare che si presenta come zone nodulari palpabili di dimensioni diverse la cui stimolazione provoca dolore locale e riferito²:

- reumatismo muscolare
- reumatismo non-articolare
- zone mialgiche
- mialgia idiomatica
- sciatica muscolare
- mialgia
- mialgia reumatica
- fibrosite
- miopatia reumatica
- aree trigger
- trigger point miofasciale
- miofibrosite interstiziale
- miite cronica

- punti di pressione
- punti nervosi
- miogelosi
- calli muscolari
- indurimenti muscolari
- miofascite
- miosite
- miofibrosite
- sindromi fibropatiche
- aree ipersensibili
- mioidisneuria
- sindromi della parete toracica
- gomito del tennista
- sindrome di trigger points

Nel 1954 Janet Travell, alla quale si deve una mole enorme e preziosa di studi sull'argomento, definisce e canonizza l'elemento caratteristico di questa sindrome dolorosa miofasciale, cioè il cosiddetto "trigger point" (punto grilletto) in base a tre peculiarità⁷:

- dolorabilità profonda circoscritta
- contrazione muscolare localizzata (twitch) evocata dalla compressione della porzione di muscolo contenuta nella zona trigger,
- comparsa di dolore riferito in risposta alla digitopressione del trigger point.

L'elemento peculiare di questa sindrome è rappresentato appunto da un'area di ipersensibilità chiamata "trigger point" (TPs), ossia zona grilletto o punto scatenante, localizzato nel contesto di uno o più muscoli, spesso esteso al tessuto connettivo. Il TP consiste in una porzione circoscritta, di muscolo o fascia (banderella palpabile), indurita e dolente alla palpazione. La digitopressione del TP evoca dolore a distanza nella cosiddetta "target area" (area bersaglio o zona di riferimento), che rappresenta anch'essa un elemento caratteristico. Nessuna alterazione o particolarità istologica significativa è stata evidenziata sulle biopsie effettuate nelle sedi muscolari dei TPs. L'area di irradiazione del dolore non segue, tipicamente, la regola dermatomica o il decorso di un nervo⁸. Molti casi di dolore miofasciale sarebbero l'estrinsecazione del meccanismo del dolore riferito in risposta a stimoli nocicettivi originati da strutture

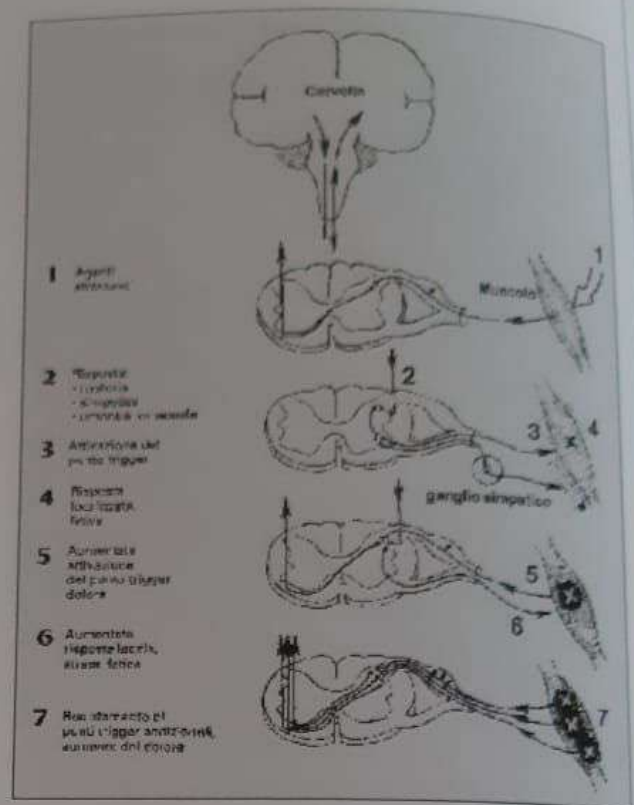
profonde con scarsa o senza rappresentazione nella corteccia somato-sensoriale. L'origine di questo dolore anche potendo essere in rapporto con organi quali colecisti, polmone, cuore, stomaco, ecc., sarebbe più frequentemente in rapporto con strutture scheletriche, legamentose e muscolari della colonna vertebrale, del torace e dei cingoli scapolo-omerale e pelvico. A questo proposito Melzack ha individuato una corrispondenza tra trigger points ed i punti delle mappe di agopuntura in una percentuale del 71%: elemento che potrebbe essere di aiuto diagnostico⁹. E' estremamente probabile che i punti di agopuntura non siano altro che la manifestazione cutanea di un dolore viscerale e quindi variabili da paziente a paziente: anche se la localizzazione di tali dolori riferiti è con una certa approssimazione sovrapponibile alle mappe tradizionali standardizzate¹¹⁻¹¹⁻¹². La sindrome interessa in prevalenza l'arto superiore e la spalla ed i muscoli più coinvolti sono¹³:

- grande rotondo, sottoscapolare e piccolo rotondo
- scapoli e sottospinato
- deltoide, pettorale e coracobrachiale
- bicipite e le varie porzioni del tricipite
- i muscoli del carpo: estensore ulnare, estensore radiale breve e lungo.

Frequente è anche l'interessamento cranio-facciale con TPs nei muscoli temporale, buccinatore, massetere e pterigoidei interno ed esterno¹⁴. Nella sottostante figura (Fig. 1) è riassunta l'etiopatogenesi della sindrome dolorosa con TPs¹⁵:

Figura 1: Etiopatogenesi §

La diagnosi è prevalentemente clinica e si fonda sulla presenza dei TPs (punti grilletto). Ognuno di questi punti in pratica può manifestarsi in ogni muscolo ed ha una dimensione piccola, intorno ad un centimetro di diametro. I tipi di dolore riferito sono talmente rilevanti, da paziente a paziente, che il medico può diagnosticare la struttura malata in base alla topografia ed al tipo di dolore. Entro ciascuna area di dolore riferito c'è spesso uno o più TPs con localizzazione spesso sovrapponibile nella maggior parte dei casi. La digitopressione su



- § 1- L'individuo, soggetto a stress fisici ed emotivi, può reagire con meccanismi fisiologici di difesa: aumento di tono e contrattura di difesa dei muscoli, modificazioni vasomotorie, iperattività simpatica, alterazioni ormonali, altre modificazioni umorali plasmatiche e dei liquidi extracellulari.
- 2-3- Uno specifico punto (più sensibile del tessuto limitrofo) di un muscolo o di una fascia ipertonici e stressati si affatica e segnala la sua condizione sfavorevole al sistema nervoso centrale.
- 4- La risposta più facilmente prevedibile coinvolge i riflessi motori: diversi muscoli associati al punto trigger diventano contratti e cominciano ad stancarsi. Le risposte simpatiche inducono modificazioni vasomotorie nel contesto dell'area grilletto e attorno ad essa.
- 5- Si produce allora ischemia locale, che provoca alterazioni nell'ambiente extracellulare delle cellule affette, con liberazione di mediatori algogeni (istamina, chinine, prostaglandine), modificazioni osmotiche e del pH, che insieme incrementano la sensibilità dei nocicettori di quella zona. L'attività simpatica può anche provocare la contrazione della muscolatura liscia prossima ai nocicettori stessi, eccitandone in tal modo l'attività.
- 6- L'aumento del flusso di impulsi in partenza dai nocicettori concorre al perpetuarsi del circolo vizioso, poiché accresce l'attività motoria e simpatica, che a sua volta incrementa il dolore.
- 7- Quando la contrazione incomincia ad affaticare i muscoli, in una situazione di stimolazione simpatica e di alterazioni biochimiche locali, anche i punti trigger di tali muscoli cominciano ad attivarsi, sommandosi al circuito di feedback positivo ed allargando il dolore ai muscoli contigui. Alla fine lo stress dovuto al dolore e alla fatica, sommato all'aumento della tensione muscolare e del tono simpatico in tutto l'organismo, si traduce nell'attivazione di zone grilletto in muscoli situati a distanza dall'iniziale area del dolore.

Treatmento agopunturistico del dolore riferito ai denti

tali zone determina dolore nell'area di riferimento (target area) ed a volte anche nella struttura viscerale malata. Interessante è sottolineare come l'iniezione di anestetico locale in quelle zone particolarmente sensibili è capace di eliminare il dolore riferito e spesso anche quello della struttura viscerale alterata e porre termine al circolo vizioso. Il problema diagnostico del dolore miofasciale può essere chiarito quando la compressione di un determinato punto algogeno evoca dolore riferito: cosa non sempre facile, in quanto esso non è necessariamente situato dove il paziente indica di avere dolore. L'anamnesi dettagliata deve essere eseguita per conoscere eventuali eventi patologici, traumatici, movimenti bruschi, sforzi improvvisi, posture anomale, lavori ripetitivi che possano aver scatenato o avviato un dolore miofasciale. Molte volte però l'anamnesi risulta negativa. Il dolore viene riferito come sordo, acuto, persistente, profondo quasi mai di tipo bruciante o pungente. A volte il dolore viene definito come lancinante, folgorante ed a tipo pugnalata. Non sempre il dolore è presentato dal paziente come il sintomo principale ma è la limitazione funzionale e la contrattura muscolare che focalizzano l'attenzione. Nell'esame obiettivo si deve porre attenzione alle anomalie del passo, alle deviazioni della postura, alle asimmetrie del corpo, a movimenti ed atteggiamenti protettivi o antalgici mentre il paziente si muove, parla e si sveste. Invitato il paziente a rilassarsi e sistemato in una posizione comoda si procede all'esame obiettivo. La palpazione delle aree sospette o indicate dal paziente deve essere sistematica. L'ammalato deve essere istruito affinché indichi quando, trovato il punto localmente doloroso (TP), la sua palpazione evoca dolorabilità a distanza, in qualche area di riferimento. Appena trovato il TP deve essere segnato con una matita dermatografica e riportato in cartella. La palpazione va fatta con l'indice con movimenti avanti ed indietro sull'area sospetta come se vi volesse "scavare" la banderella tesa nella quale giace il TP. Questo viene percepito dal polpastrello come una nodosità. Si può procedere altrimenti con

- il pollice e l'indice, con una palpazione "a pinza", della banderella muscolare contratta. Questa operazione può essere compiuta su quei muscoli che possono essere facilmente afferrati come lo sternocleidomastoideo, il grande pettorale ed il grande dorsale. Per eseguire una diagnosi più precisa ed agevole si può seguire il seguente schema diagnostico:
- Stirare il muscolo interessato per verificare l'aumento del dolore.
 - Ricercare la limitazione funzionale.
 - Verificare l'aumento del dolore quando il muscolo si contrae contro una resistenza.
 - Accertare l'eventuale debolezza muscolare (non deve essere associata ad atrofia).
 - Rilevare disfunzioni non dolorose quali disturbi vegetativi come lacrimazione, rinite, ecc.
 - Il TP si presenta come una zona di dolorabilità circoscritta e che si attenua nelle aree adiacenti.
 - Un segno di sussulto ("jump sign") può essere evocato dalla digitopressione diretta del TP, con conseguente allontanamento del paziente e comportamenti innescati dal dolore vivo (smorfie, lamenti, inarcamento della schiena, ecc.).
 - Una palpazione brusca, a scatto, del TP provoca il più delle volte un immediato spasmo muscolare locale.
 - Una moderata e prolungata pressione su di un TP, sufficientemente irritabile, produce o aumenta il dolore nella zona di proiezione caratteristica (target area).

Secondo le attuali vedute esistono criteri clinici distinti in maggiori e minori.

Criteri maggiori

- Dolore spontaneo regionale
- Dolore spontaneo o sensazioni alterate nella zona prevista di dolore riferito per un determinato TP (area bersaglio)
- Banda tesa palpabile in un muscolo accessibile
- Elettiva area di dolorabilità in un punto della lunghezza della banda tesa
- Un certo grado di ridotta ampiezza di movimento, quando misurabile

Criteri minori

- Riproduzione della sintomatologia doloro-

Trattamento agopunturistico del dolore riferito ai denti

- sa, o delle sensazioni alterate, mediante pressione sull'area dolorante
- Elicitazione di una risposta locale di contrazione attraverso la palpazione a scatto dell'area dolorabile o mediante inserzione di un ago nel punto dolorabile della banda tesa
 - Riduzione del dolore attraverso l'allungamento del muscolo o l'iniezione del punto dolente.

Per la diagnosi occorre che siano soddisfatti tutti i criteri maggiori ed almeno 1 dei minori¹⁷. Esistono anche sistemi diagnostici strumentali¹⁸, soprattutto utilizzati in campo odontoiatrico (elettromiografia di superficie-Figura 2-, kinesiografia-Figura 3-, elettrosonografia), ma senz'altro meno utili della diagnosi clinica¹⁹. La cura del dolore miofasciale attraverso il blocco o la "disattivazione" dei TPs costituisce uno dei problemi più frequenti e pressanti constatati nella pratica quotidiana nell'ambulatorio dell'Unità di Terapia del Dolore e negli studi odontoiatrici¹⁵⁻¹⁷. La terapia fisica (massaggi, esercizi di allungamento), gli analgesici non steroidei, lo "stretch and spray" (stiramento del muscolo e spray refrigerante) e lo "stretch and inject" (stiramento ed iniezione dei TPs) possono essere di ausilio. Il blocco anestetico dei TPs resta, comunque, il trattamento di scelta. La lunghezza dell'ago deve essere adeguato al muscolo da trattare. Ad esempio per i punti cervicali e facciali è opportuno utilizzare un ago da 25-27 gauge lungo 2 cm innestato su di una siringa da 5 ml piena di bupivacaina allo 0.50%. La dose di anestetico da iniettare per ogni punto è di almeno 1-2 ml di soluzione. Dosi superiori sono indispensabili per punti particolarmente attivi. Dovendo procedere all'infiltrazione di più TPs per seduta, che in genere è una circostanza abituale, occorre calcolare la dose massima di anestetico per prevenire fenomeni da sovradosaggio. Talvolta all'anestetico si combinano corticosteroidi. Naturalmente questa pratica è controindicata nel caso di reazione avversa agli anestetici locali. Un certo numero di pazienti, inoltre, nonostante i blocchi anestetici, sviluppano nel tempo una sindrome da dolore

miofasciale cronica. Si tratta per lo più di persone che per il loro lavoro (guida per molte ore, posture scorrette abituali, movimenti ripetitivi non ergonomici, ecc.) riattivano periodicamente i TPs e non riescono quindi a guarire mai completamente¹⁵.



Figura 2

Gli elettrodi esterni possono permettere di valutare, in stato di riposo o funzionale, la condizione elettrica e l'attività muscolare



Figura 3

Apparecchio kinesiografico che consente di valutare la motilità dell'ATM senza intervento da parte dell'operatore

In campo odontoiatrico la presenza di TPs può causare dolori dentali similpulpitici (Figg 4-5) o ripercussioni a livello dell'articolazione tempo-mandibolare (ATM) (Fig. 6). Lo "stretch and spray" e lo "stretch and inject", in questi casi, sono piuttosto difficili da eseguire.

Trattamento agopunturistico del dolore riferito ai denti

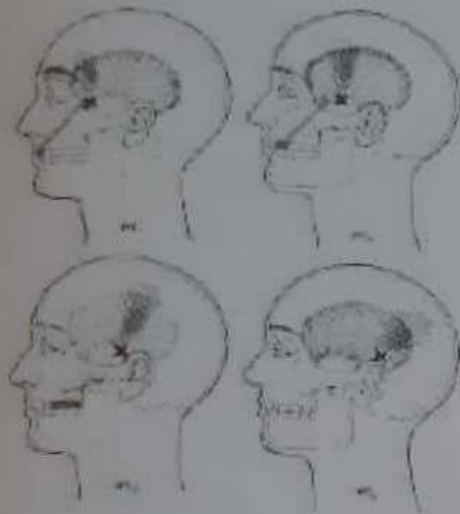


Figura 4
Aree di proiezione odontalgica da TPs a livello temporale.

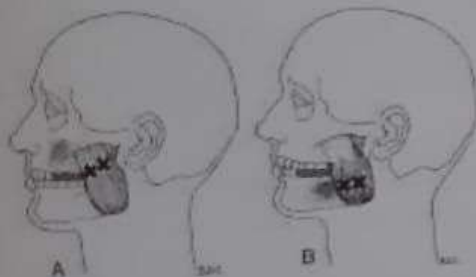


Figura 5
Aree di proiezione odontalgica da TPs a livello masseterino

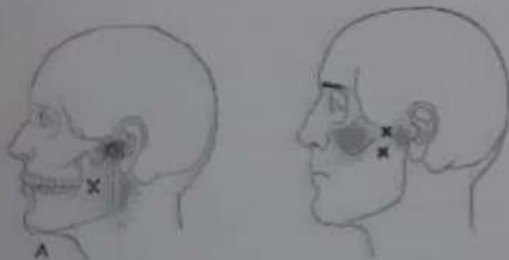


Figura 6
Aree di proiezione dolorosa ATM da TPs dello pterigoideo e del capo angolare dell'elevatore del labbro superiore

In relazione all'anatomia classica della Medicina Tradizionale Cinese avremo le seguenti relazioni¹²:

Muscolo	TPs	Meridiano Tendino Muscolare	Punti di riunione
Temporale (zona anteriore)	7 GB (<i>Qubin</i>)	Zu Shao Yang	18 SI (<i>Quanliao</i>)
Temporale (zona mediana)	8 GB (<i>Shuigou</i>)	Zu Shao Yang	18 SI (<i>Quanliao</i>)
Temporale (zona posteriore)	10 GB (<i>Fubai</i>)	Zu Shao Yang	18 SI (<i>Quanliao</i>)
Massetere	5 ST (<i>Daying</i>)	Zu Yang Ming	18 SI (<i>Quanliao</i>)
Pterigoideo Esterno	7 ST (<i>Xiaquan</i>)	Zu Yang Ming	18 SI (<i>Quanliao</i>)
Pterigoideo interno **	21 TB (<i>Ermen</i>)	Shou Shao Yang	15 GB (<i>Benshen</i>)
Capo angolare dell'elevatore del labbro superiore	18 SI (<i>Quanliao</i>)	Shou Tai Yang	13 GB (<i>Benshen</i>)

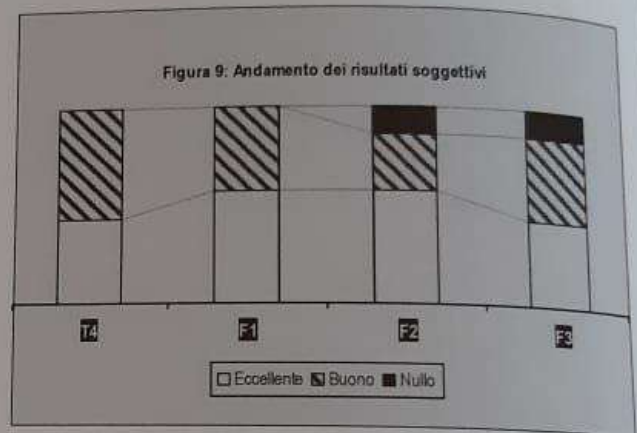
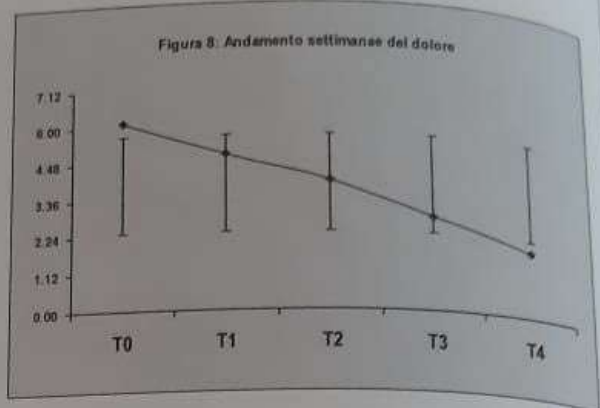
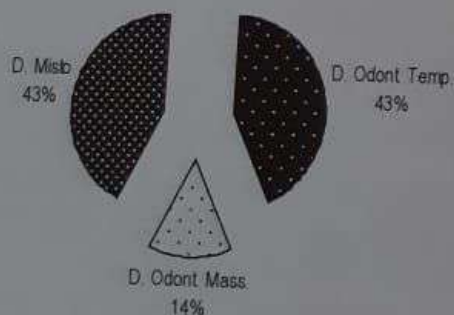
Il trattamento in dispersione⁺⁺ dei punti di agopuntura corrispondenti ai TPs determina, solitamente, rapido sollievo dal dolore, ma anche frequente e veloce recidiva²²⁻²³. Il rapido effetto su forme tenaci di cervicobrachialgia dei punti "finestra del cielo", si deve al fatto che molti di questi corrispondono a TPs muscolari del collo e dell'arto superiore²⁴. La caratteristica del dolore miofasciale (ipertono muscolare secondario ad eventi stressanti) fa presumere un interessamento della *Weiqi*⁺⁺ e, pertanto, un coinvolgimento dei Meridiani Tendino-Muscolari. Infatti è noto che il dolore da Tendino-Muscolari²⁵ è a fascia o banda, acuito dall'umidità e migliorato dal calore, causato sempre, in modo ripetitivo, da un certo movimento, associato a contrattura muscolare e senza parestesie²⁶. Il trattamento si avvale dei punti jing distali^{§§}, punti shu, punti locali dolorosi (TPs) e punti di riunione²⁷⁻²⁸. Il cap. 11 del *Sowen*²⁹⁻³⁰ non chiarisce per shu si intende il 3° punto dei *wushu*^{***} (punto di trasporto⁺⁺⁺) o piuttosto il *beishu*⁺⁺⁺. Per questo motivo si esegue un test relativo alla dolorabilità alla pressione digitale e di iperemia reattiva dopo coppettazione (*xifeng*, *baguanfa*, *bamhuoguan*) a livello dei punti *beishu* e, nel caso di dolorabilità ed iperemia persistente o ponfoide, si trattano questi punti, negli altri i punti di trasporto lungo il Meridiano³¹ §§§. Il percorso anatomico tradizionale dei Meridiani Tendino-Muscolari è il criterio fondamentale per la selezione di

trattamento¹²⁻³². Sebbene l'agopuntura sembra essere meno efficace della infiltrazione con anestetici e cortisonici, nelle forme già trattate e cronicizzate e, soprattutto, nelle reazioni avverse agli anestetici locali può essere consigliata¹⁵.

Casistica clinica

Nel corso del 2002 abbiamo trattato sette pazienti (quattro uomini e due donne) di età compresa fra i 37 ed i 51 anni (media 42 ± 1.6), affetti da sindrome algica facciale da punti trigger. Di questi sei avevano eseguito senza successo fisioterapia e terapia infiltrativi con anestetici locali e cortisonici, mentre uno aveva presentato, dopo la terza seduta, reazione avversa all'anestetico locale. Tre pazienti presentavano dolore odontogeno da interessamento temporale, uno da interessamento masseterino e tre forme miste odontogene e dell'ATM per interessamento del massetere e dell'elevatore del labbro superiore (Fig. 7). Il trattamento si è avvalso dei punti dolorosi locali (uno per paziente) e del Meridiano Tendino-Muscolare interessato in rapporto al decorso anatomico. Circa il punto *shu* quello del dorso è risultato attivo solo in un caso. In tutti i casi si sono eseguite due sedute la settimana per un mese. Il follow-up è stato di tre mesi con intervista telefonica mensile. L'andamento del dolore secondo la VAS a 10 punti è riportato nella Fig. 8, mentre il giudizio finale soggettivo (eccellente \Rightarrow scomparsa del dolore; buono \Rightarrow dolore ridotto; nullo \Rightarrow dolore invariato) riportato nella Fig. 9.

Fig. 7: Tipologia clinica



Alla fine del trattamento tutti i pazienti si erano dimostrati responsivi. Una ricomparsa del dolore di intensità analoga a quella precedente il trattamento si è avuto, dopo tre mesi, in un solo paziente.

Commenti

Anche se il numero di pazienti trattati risulta esiguo, poiché la maggior parte era reduce da infruttuosa terapia infiltrativa con stato miofasciale doloroso cronico, i risultati possono considerarsi significativi. Questi, confrontati con quelli ottenuti in studi prodotti con sola stimolazione sui punti corrispondenti a TP_s, sono stati più incisivi e più duraturi. Si può pertanto concludere che l'agopuntura con punti locali dolorosi e tecnica di stimolazione dei Tendino-Muscolari, risulta efficace nel dolore da TP_s e può essere consigliata nei pazienti che o non rispondono o non possono essere sottoposti ad un trattamento di tipo convenzionale.

Trattamento agopunturistico del dolore riferito ai denti



** Il dolore in questi casi si irradia anche all'orecchio.
 ++ Inserzione contro il flusso di corrente, in fase inspiratoria, con gesto rapido ed estrazione lenta, movimenti rotatori rapidi e a piccolo raggio, in senso antiorario

++ 衛氣
 §§ 經
 *** 五腧
 ++ 俞
 ++ 背腧

§§§ Preferiamo coppette di vetro con ventosa da applicare sui *beishu* per 5 minuti. Il diametro oscilla, a seconda del tipo costituzionale, da 3,5 a 5 cm.

Bibliografia

- Butler J.H., Folke L.E.A., Handt C.L.: A descriptive survey of signs and symptoms associated with the myofascial pain-dysfunction syndrome, *Am Dent Assoc*, 1975, 90:635-639.
- Zavarella P., Biancone M., Marciano W., Popescu M.: Rassegna bibliografica e studi epidemiologici sul trigger points. http://www.eurom.it/medicina/ao/ao13_1_33.html, 2000.
- International Anatomical Nomenclature Committee: *Nomina Anatomica*, Ed. Excerpta Medica Foundation, Amsterdam, 1966.
- Simons D.G.: *Muscle Pain Syndromes-Parts I and II*. *Am J Phys Med*, 1975, 54:289-311.
- Chiarugi G., Bucciante L.: *Apparecchio Muscolare*, in *Istituzioni di Anatomia dell'Uomo*, Ed. Francesco Vallardi, Milano, 1971.
- Travel J.G. & Simons D.G.: *Myofascial pain and Dysfunction: the trigger points manual*, Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1983.
- Travell J.: *Introductory remarks*. In Ragan C (editor) *Connective Tissues*, Transaction of 5th Conference, Ed. Josiah Macy Jr Foundation, New York, 1954.
- De Nicola A., Varrassi G.: *Algopatie cervicali*. In "Trattato Enciclopedico di Anestesiologia, Rianimazione e Terapia Intensiva", Ed. Piccin, Vol V, Padova, 1993.
- Melzack R.: *Myofascial trigger point: relation to acupuncture and mechanism of pain*, *Arch Phys Med Rehab*, 1981, 3, 1201-1210.
- De Nicola A., Galizia B., Varrassi G.: *Effects of TENS at acupuncture points on experimental pain threshold in healthy volunteers*, 7th World Congress of Pain, aug 22-27, Paris, 1993.
- Chinese Medical College of Shanghai: *Anatomical charts of the acupuncture points*, Ed. Shanghai People's Publishing House, Shanghai, 1976.
- Doglia F.: *Atlante pratico di Agopuntura*, Ed. CEA, Milano, 2002.
- Varrassi G., Panella L., De Nicola A.: *Le cervicobrachialgie: diagnosi e trattamento*, *Algos*, 1993, 10 (5): 300-307.
- Escobar L.P., Ballestros J.: *Myofascial pain syndrome*, *Orthopaedic Review*, 1987, 16(10), 708-713.
- De Nicola A.: *Il dolore miofasciale*. <http://www.salus.it/dol/miofasc.html>, 2002.
- Sola A.E.: *Treatment of myofascial pain syndromes*. In *Recent Advances in Pain Research and Therapy*, Benedetti C et al. (editors), Vol. 7, Ed. Raven Press, New York, 1984.
- Serafini U.: *Criteri per la diagnosi di dolore muscolare primitivo. fibromialgia, sindrome dolorosa miofasciale da punti trigger e mialgia tensiva*, <http://www.progettosalute.com/pub/muscolare.html>, 2000.
- Gizdulich A.: *Disordini Cranio-Cervico-Mandibolari*, <http://www.dccm.it/Dolore%20miogeno.htm>, 2003.
- Deodato F., Di Stanislao C.: *Ausili funzionali nei disordini cranio-cervicali*, La Mandorla (www.agopuntura.org), in press.
- Errigo E.: *Allergologia*, vol 2, Ed. Lombardo, Roma, 2000.
- Teegarden I.M.: *L'agopressione Jin Shin Do*, Ed. Body-Mind, Milano, 1999.
- Hammershalg B.: *Acupuncture efficacy*, National Academy of Acupuncture and Oriental Medicine, Torrytown, 1996.
- Birsch S.: *Trigger Point-Acupuncture Point Correlations Revisited*, *J Altern Complement Med*, 2003, 9(1):91-103.
- Montanari R.: *Finestre del Cielo e Cervicobrachialgie*, *Riv. It. D'Agopunt.*, 1999, 94: 23-24, 25. Corradin M., Di Stanislao C., Parini M. (a cura di): *Medicina Cinese per lo shiatsu ed il tuina*, Ed. CEA, Milano, 2001.
- Di Stanislao C.: *Trattamento sintomatico del dolore in agopuntura*, <http://www.sowen.mainpage.net/>, L'Aquila/Materiale Didattico, 2002.
- Lewith G.T. & Lewith N.R.: *Modern chinese Acupuncture*, Ed. Wellingborough, Southempton, 1980.
- Low R.: *Secondary vessels*, Ed. Wellingborough, Southempton, 1987.
- Veith I.: *The Yellow Empeor's classic on Internal Medicine*, Ed. University of California Press, Oxford, 1949.
- Maoshing N.I.: *The Yellow Empeor's classic of Medicine*, Ed. Shamballa, Boston, 1995.
- Caspani F.: *Coppettazione*, <http://www.agopunturaoggi.com/>, 2003.
- Peilin S. (Ed.): *Treatment of Pain with Chinese Herbs and Acupuncture*, Ed. Churchill Livingstone, London, 2002.