Α.Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Οσφυαλγία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπισή της»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΓΛΕΖΑΚΗ ΚΑΛΛΙΟΠΗ
ΚΟΥΝΕΛΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ:

ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2003

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η εργασία αυτή αφορά τις γυναίκες και ειδικότερα εκείνες που ζουν την ωραιότερη εμπειρία της ζωής τους, τη μητρότητα.

Ο λόγος ο οποίος μας οδήγησε στην πραγματοποίηση αυτής της έρευνας ήταν για να διερευνήσουμε την επιδημιολογία της οσφυαλγίας σε έγκυες γυναίκες στην Κρήτη – κάτι που γίνεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν δημοσιευμένα σχετικά στοιχεία. Έγινε προσπάθεια να διαπιστωθεί αν και κατά πόσο οι γυναίκες σήμερα είναι ενημερωμένες για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η εγκυμοσύνη στην οσφύ τους και για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά στην πρόληψη ή την αντιμετώπισή τους. Και επειδή και για την περίπτωση της οσφυαλγίας κατά την εγκυμοσύνη ισχύει το κλασσικό ρητό της ιατρικής: «η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη», επιδιώκουμε – και λόγο ειδικού ενδιαφέροντος – να αναδείξουμε το ρόλο του νοσηλευτή προς την κατεύθυνση αυτή, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η εργασία μας χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο – το γενικό – γίνεται μέσω εκτεταμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης – ανάλυση της ταυτότητας και των χαρακτηριστικών της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη, δίνοντας έμφαση στην αιτιοπαθογένεια, την συμπτωματολογία τους παράγοντες κινδύνου και την θεραπευτική αντιμετώπιση. Στο δεύτερο μέρος – το ειδικό – παρουσιάζομε την επιδημιολογική έρευνα που πραγματοποιήσαμε σε μαιευτικές κλινικές της ανατολικής Κρήτης και σχολιάζονται τα αποτελέσματά της με γνώμονα τα ενδιαφέροντα και τη συμβολή του νοσηλευτή.

Τελειώνοντας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε για την πολύτιμη συνεισφορά τους, τον κύριο Κακαβελάκη Κυριάκο που ήταν ο υπεύθυνος καθηγητής της εργασίας και μας καθοδήγησε καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας για την καλύτερη δυνατή διετέλεση της εργασίας μας, καθώς και τους κύριους Κατάσσο Θεόδωρο, Μανγκού Μπέν και ιατρούς και μαιευτήρες / γυναικολόγους που μας βοήθησαν κατά τη συλλογή των δεδομένων και μας μετέδωσαν τις γνώσεις τους για την επίδραση της εγκυμοσύνης στην υγεία της οσφύος των γυναικών.

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2003

ΜΕΡΟΣ Α΄

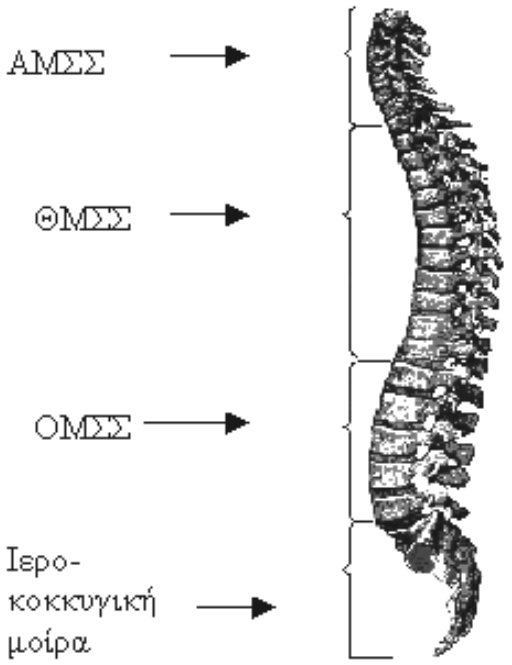
ΓΕΝΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ – ΕΜΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ ΟΣΦΥΪΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

1.1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ

1.1.1. Γενικά στοιχεία

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από ομάδες σπονδύλων (μοίρες όπως ονομάζονται), που έχουν διαφορετικό λειτουργικό προορισμό. Διακρίνονται 4 μοίρες: η αυχενική, η θωρακική, η οσφυϊκή και η ιεροκοκκυγική (σχ.1).



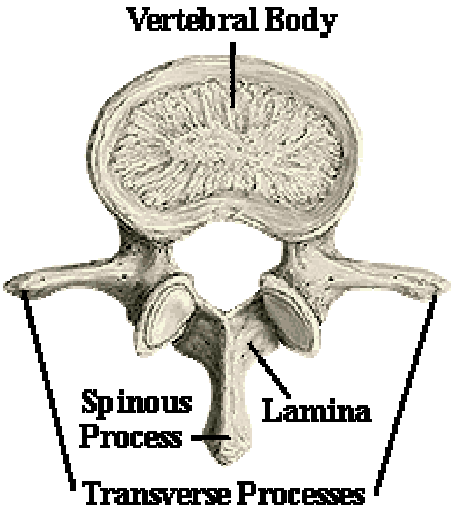
Σχήμα 1. *Μοίρες ΣΣ*

Τις κινήσεις του κεφαλιού και του κορμού εκτελούν κυρίως η αυχενική και η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Αντίθετα η θωρακική μοίρα συμβάλλει στη διαμόρφωση του θωρακικού κλωβού. Σημαντικός ρόλος της σπονδυλικής στήλης είναι και η προστασία του νωτιαίου μυελού. Ο νωτιαίος μυελός είναι η επέκταση του κεντρικού νευρικού συστήματος. τελειώνει στο ύψος του $12^{ου}$ θωρακικού σπονδύλου αλλά από το ύψος του $1^{ου}$ αυχενικού δίνει κλάδους (ρίζες) που σχηματίζουν τελικά τα νεύρα των άκρων.

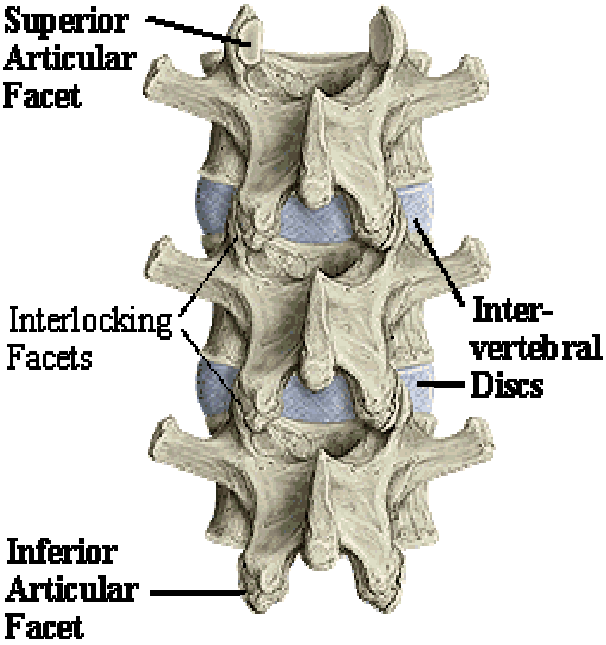
Όπως φαίνεται στο σχήμα 1 η φυσιολογική σπονδυλική στήλη δεν είναι ευθεία αλλά σχηματίζει μια διπλή καμπύλη. Η αυχενική και η οσφυϊκή μοίρα έχουν φυσιολογική λόρδωση, πράγμα που βοηθά περισσότερο στην κινητική τους λειτουργία, ενώ η θωρακική μοίρα έχει φυσιολογική κύφωση, δίνοντας έτσι χώρο στο δημιουργούμενο θωρακικό κλωβό (το σχήμα του οποίου μοιάζει έτσι με βαρέλι). Η ευθεία που ενώνει τον $1^{ο}$ αυχενικό σπόνδυλο με τον $5^{ο}$ οσφυϊκό, περνά από τον $12^{ο}$ θωρακικό σπόνδυλο. Οι περισσότερο καταπονούμενοι σπόνδυλοι είναι εκείνοι που γειτονεύουν με ακίνητες μοίρες του σκελετού, π.χ. ο $12^{ος}$ θωρακικός και ο $1^{ος}$ οσφυϊκός, καθώς επίσης ο $4^{ος}$ και $5^{ος}$ οσφυϊκοί σπόνδυλοι.

1.1.2. Περιγραφή σπονδύλου

Η σπονδυλική στήλη αποτελείται από 33 σπονδύλους. Το πρόσθιο μέρος του σπονδύλου είναι περίπου σαν κύλινδρος και ονομάζεται σώμα (σχ.2). Ενώνεται με τις εγκάρσιες και την ακανθώδη απόφαση, σχηματίζοντας έτσι δακτύλιο. Το κενό του δακτυλίου αντιστοιχεί στον σπονδυλικό σωλήνα. Τα σώματα των σπονδύλων χωρίζονται μεταξύ τους με τους μεσοσπονδύλιους δίσκους (σχ.3). Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λειτουργούν σαν αποσβεστήρες των κραδασμών της σπονδυλικής στήλης, παρόμοια δηλαδή με τα γνωστά μας αμορτισέρ των αυτοκινήτων. Η ικανότητά τους αυτή, να απορροφούν τους κραδασμούς, οφείλεται στον πηκτοειδή τους πυρήνα, που είναι μια ημίρρευστη μάζα και που με την επίδραση των διαφόρων δυνάμεων μπορεί να αλλάξει σχήμα και θέση. Εκτός από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους, η σπονδυλική στήλη σταθεροποιείται από τις σπονδυλικές αρθρώσεις. Στα σημεία αυτά γίνονται επίσης οι κινήσεις της σπονδυλικής στήλης.



Σχήμα 2 . *Άνω όψη σπονδύλου*



Σχήμα 3. *Σπόνδυλοι και μεσοσπονδύλιοι δίσκοι*

1.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ

1.2.1. Σταθερότητα Σ.Σ.

Διακρίνεται σε έμφυτη, εσωτερική και εξωτερική.

- ***Έμφυτη***

Εξασφαλίζεται από τον αριθμό των κυρτωμάτων της. Η ύπαρξη κυρτωμάτων στη Σ.Σ. της δίνει, σαν κατασκευή, τη δυνατότητα να μπορεί να υποβαστάζει μεγάλα συμπιεστικά φορτία. Τα υπάρχοντα κυρτώματα της Σ. Σ. της δίνουν τη δυνατότητα να υποβαστάζει 10πλάσιο φορτίο από εκείνο που θα υποβάσταζε αν ήταν χωρίς κανένα κύρτωμα, έχει δηλαδή έμφυτη σταθερότητα σε συμπιεστικά φορτία.

- ***Εσωτερική***

Εξασφαλίζεται από τους *συνδέσμους* και τους *μεσοσπονδύλιους δίσκους*.

Οι *σύνδεσμοι* δίνουν σταθερότητα στην Σ. Σ. με δύο τρόπους:

α. Με την εγκάρσια διατομή τους. Είναι αυτονόητο ότι όσο μεγαλύτερη εγκάρσια διατομή έχει ένας σύνδεσμος, δηλαδή, όσο παχύτερος είναι, τόσο μεγαλύτερη αντίσταση προβάλλει και έτσι, παρέχει μεγαλύτερη σταθερότητα στη Σ. Σ.

β. Με την απόσταση του συνδέσμου από το στιγμιαίο κέντρο περιστροφής.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι παρεμβάλλονται μεταξύ των σπονδύλων και σχηματίζουν αρθρώσεις, οι οποίες είναι συμφύσεις. Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος συνίσταται από:

α. τον πηκτοειδή πυρήνα, ο οποίος είναι τοποθετημένος κεντρικά και είναι μια ζελατινώδης υδρόφιλη μάζα.

β. τον ινώδη δακτύλιο, ο οποίος είναι τοποθετημένος περιφερικά και αποτελεί προέκταση του πυρήνα προς την περιφέρεια.

γ. τις τελικές πλάκες, οι οποίες είναι χόνδρινες και διαχωρίζουν τον πηκτοειδή πυρήνα και τον ινώδη δακτύλιο, από τα σπονδυλικά σώματα.

Η συμπεριφορά του μεσοσπονδύλιου δίσκου κατά την εκτέλεση απλών κινήσεων είναι η εξής:

1. Κατά την κάμψη της Σ. Σ. προς τα εμπρός, ο πυρήνας κινείται προς τα πίσω και πιέζει τα οπίσθια τοιχώματα του ινώδους δακτυλίου.
2. Κατά την έκταση της Σ. Σ., ο πυρήνα κινείται προς τα εμπρός και πιέζει τα πρόσθια τοιχώματα του δακτυλίου.

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος φορτίζεται κυρίως με συμπιεστικά φορτία, δρα σαν αποσβεστήρας κραδασμών (αμορτισέρ) και στα χαμηλού μεγέθους φορτία προβάλλει μικρή αντίσταση και παραμορφώνεται πολύ, επιτρέποντας έτσι τις φυσιολογικές κινήσεις, ενώ στα υψηλού μεγέθους φορτία προβάλλει μεγάλη αντίσταση και παραμορφώνεται ελάχιστα, περιορίζοντας έτσι τις απότομες κινήσεις.

- ***Εξωτερική***

Η εξωτερική σταθερότητα της Σ. Σ εξασφαλίζεται απ' τη δράση των *κοιλιακών* και των *ραχιαίων μυών*. Ο σταθεροποιητικός ρόλος των κοιλιακών και των ραχιαίων μυών είναι σημαντικότατος και έχει αποδειχθεί πειραματικά ότι, μία Σ. Σ, αν αφαιρεθούν οι κοιλιακοί και οι ραχιαίοι μύες, θα καταρρεύσει, μόλις τοποθετηθεί επάνω της ένα φορτίο λίγο μεγαλύτερο από 2 περίπου Kgr. (Cochran, 1982).

1.2.2. Κινητικότητα της Σ.Σ.

Η κινητικότητα της Σ. Σ εξαρτάται:

1. *Από τον προσανατολισμό των αρθρικών επιφανειών (facet's)*

2. *Από την σχέση:*

$$\frac{\text{Πάχος δίσκου}}{\text{Ύψος σπονδύλου}}$$

Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή της σχέσης, τόσο μεγαλύτερη είναι η κινητικότητα.

3. *Από την ηλικία*

Το εύρος της τροχιάς της κίνησης της Σ. Σ. μειώνεται με την πάροδο του χρόνου.

4. *Από το μέγεθος και την κατεύθυνση των ακανθωδών αποφύσεων*

Οι ακανθώδεις αποφύσεις στις διάφορες μοίρες της Σ. Σ. έχουν διαφορετικό μέγεθος και κατεύθυνση. Στην οσφυϊκή μοίρα είναι πλατιές και σχεδόν οριζόντιες, επιτρέποντας έτσι μεγάλη κάμψη και έκταση, στη θωρακική μοίρα είναι μακριές και έχουν κατεύθυνση λοξή προς τα κάτω, παρεμποδίζοντας έτσι την κάμψη και την έκταση και στην αυχενική μοίρα έχουν πάλι κατεύθυνση οριζόντια, όπου το εύρος της κάμψης και της έκτασης είναι και πάλι μεγάλο.

5. *Από τον ευθειασμό των κυρτωμάτων της Σ. Σ. και την συμμετοχή στην κίνησή της, των ισχίων και της λεκάνης*

6. *Από την λειτουργική ακεραιότητα και την ελαστικότητα των συστατικών στοιχείων της σπονδυλικής στήλης*

Η Σ.Σ. είναι μια σύνθετη κατασκευή και αποτελείται από σπονδύλους, συνδέσμους, μεσοσπονδύλιους δίσκους, αρθρικούς θυλάκους, αρθρώσεις και μύες. Αν κάποιο από τα συστατικά της στοιχεία π.χ. μεσοσπονδύλιος δίσκος χάσει τη λειτουργική του ακεραιότητα λόγω τραυματισμού, ή ένας αρθρικός θύλακας ή σύνδεσμος χάσει την ελαστικότητα του λόγω έλλειψης άσκησης, γήρατος ή

τραυματισμού, τότε η κινητικότητά της διαταράσσεται, γεγονός που έχει επιπτώσεις και στα γειτονικά προς τη Σ. Σ. τμήματα του σώματος.

1.3. Η ΦΟΡΤΙΣΗ ΤΗΣ Σ.Σ.

Τα φορτία στη Σ.Σ. προέρχονται, κυρίως, από το υπερκείμενο βάρος του σώματος, από τη μυϊκή συστολή και από εξωτερικά εφαρμοζόμενα φορτία. Η μοίρα της Σ. Σ. που δέχεται τα μεγαλύτερα φορτία είναι η οσφυϊκή και γι' αυτό το λόγο σ' αυτή την περιοχή οι βλάβες είναι πολύ συχνές.

Σχεδόν όλες οι κινήσεις του σώματος αυξάνουν τα φορτία στην οσφυϊκή μοίρα της Σ. Σ, από το απλό αργό βάδισμα, μέχρι την άρση βάρους και γι' αυτό το λόγο παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον για την πρόληψη και τη θεραπεία των παθήσεων της περιοχής. Τα φορτία στη Σ. Σ. κατά την εκτέλεση διαφόρων κινητικών δραστηριοτήτων μπορούν να υπολογισθούν με την τεχνική ανάλυσης του ελεύθερου σώματος, αλλά όχι όμως με μεγάλη ακρίβεια.

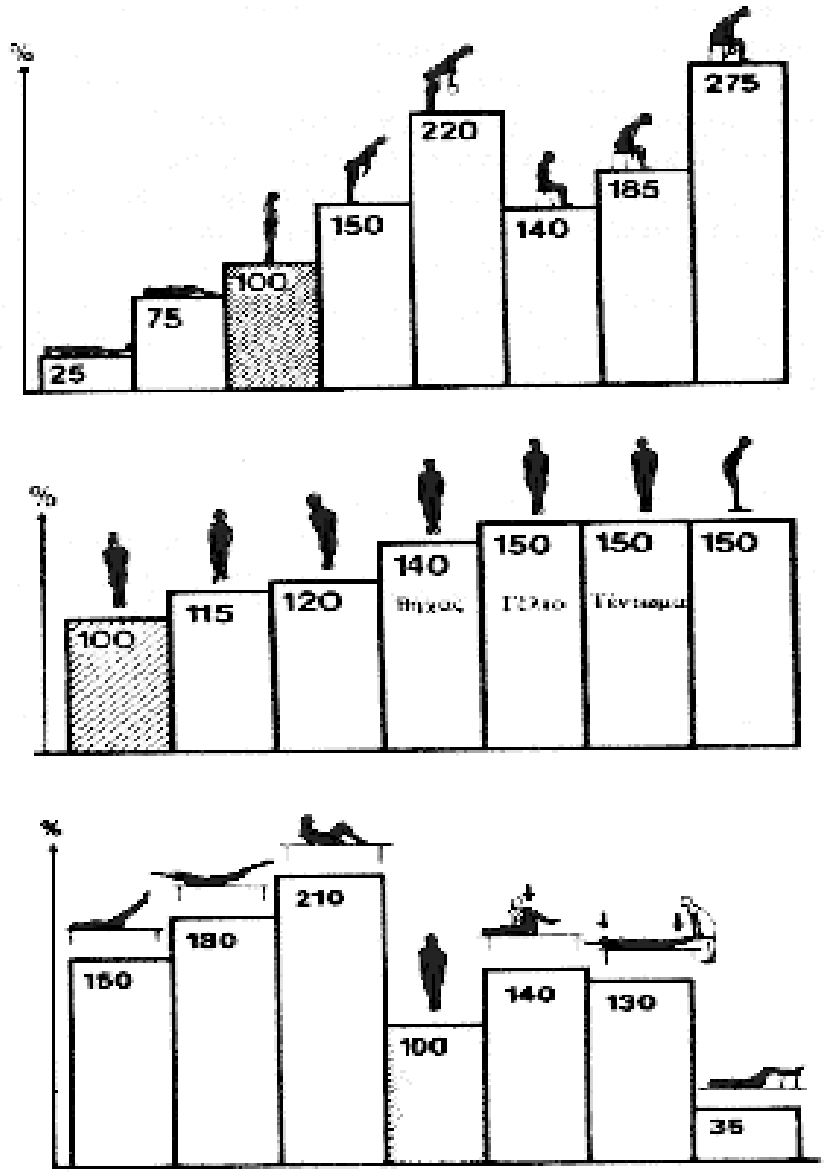
Ο Nachemson και οι συνεργάτες του (1976), έκαναν μετρήσεις «in vivo» στους τρίτους οσφυϊκούς μεσοσπονδύλιους δίσκους και βρήκαν το ακριβές φορτίο, με το οποίο φορτίζεται ο συγκεκριμένος δίσκος κατά την εκτέλεση διαφόρων κινητικών δραστηριοτήτων. Έτσι παίρνοντας σαν βάση σύγκρισης, δηλαδή σαν το 100%, την πίεση στο δίσκο κατά την όρθια στάση, η πίεση μειώνεται στο 75% στην πλάγια κατάκλιση και στο 25% στην ύπτια, ενώ αντίθετα αυξάνεται κατά το 40% στην καθιστή θέση, 50% κατά την κάμψη προς τα εμπρός από την όρθια στάση κ.ο.κ., όπως φαίνεται στο σχήμα.

Η πίεση στο εσωτερικό του Ο3 μετρήθηκε από τον Nachemson (1976), με μικροσκοπικά ηλεκτρόδια, κατά την εκτέλεση διαφόρων ασκήσεων. Οι τιμές της πίεσης στο εσωτερικό του δίσκου που αναφέρονται στο διπλανό σχήμα 4 μπορούν να αποτελέσουν έναν καλό οδηγό φόρτισης της οσφυϊκής μοίρας της Σ. Σ, έτσι που οι ασκήσεις να εκτελούνται με ασφάλεια, μέσα στα όρια της αντοχής των μεσοσπονδύλιων δίσκων, αλλά και των άλλων βιολογικών υλικών που περιβάλλουν την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Συμπερασματικά αναφέρεται ότι:

1. Η πίεση στο μεσοσπονδύλιο δίσκο είναι ψηλότερη στην καθιστική θέση απ' ότι στην όρθια, ενώ είναι μικρότερη στη φυσιολογική λορδωτική θέση.
2. Η φόρτιση αυξάνεται στις ασκήσεις κάμψης του κορμού.

3. Η μεγαλύτερη φόρτιση σημειώνεται σε ανύψωση αντικειμένων, ειδικά στον ελιγμό Valsava.



Σχήμα 4 . *Φόρτιση του 03 σπονδύλου σε διάφορες θέσεις του σώματος*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ – ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η οσφυαλγία είναι μια σύνθετη λέξη με πρώτο συνθετικό τη λέξη «οσφύς» που υπονοεί τη μέση και με δεύτερο συνθετικό το «άλγος» που σημαίνει πόνος. Άρα οσφυαλγία είναι ο πόνος στη μέση. Οξεία οσφυαλγία είναι η αιφνίδια εγκατάσταση άλγους στην περιοχή της οσφύος, ενώ ο όρος χρόνια οσφυαλγία δηλώνει την παραμονή του πόνου στην οσφύ περισσότερο από τρεις μήνες.

Η οσφυαλγία δεν είναι μια νόσος, αλλά ένα σύμπτωμα που εμφανίζεται όταν παρουσιαστεί κάποια βλάβη ή τραυματισμός στα ανατομικά στοιχεία της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, η οποία θα πρέπει να ερευνηθεί και να θεραπευτεί. Η εμφάνισή της είναι πολύ συχνή και υπολογίζεται ότι το 60-80% των ανθρώπων έχουν τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους την εμπειρία του πόνου στη μέση.

Γενικά, τα προβλήματα της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης θεωρούνται τρίτα σε συχνότητα μετά τις νόσους της καρδιάς και τις αρθροπάθειες. Η οσφυαλγία αποτελεί το πιο συχνό αίτιο περιορισμού των δραστηριοτήτων (εργασία, αθλητισμός κ.α.) στις ηλικίες κάτω των 45 ετών και είναι το δεύτερο αίτιο επισκέψεως στο γενικό γιατρό. Έχει αποδειχτεί ότι οι γυναίκες εμφανίζουν συχνότερα πόνο στη μέση, σε σχέση με τους άνδρες.



Με τις εξελίξεις γύρω από την φροντίδα υγείας, οι ασθενείς με προβλήματα στην οσφύ επισκέπτονται ολοένα και συχνότερα το γιατρό. Έχει αποδειχτεί ότι όσο πιο αναπτυγμένο είναι ένα κράτος, τόσο πιο πολλοί ασθενείς επισκέπτονται τα τακτικά ιατρεία με αιτιολογικό την οσφυαλγία, με σκοπό όχι μόνο να αντιμετωπίσουν αλλά και να διερευνήσουν το πρόβλημά τους. Αυτό είναι λογικό, επειδή στις χώρες του τρίτου κόσμου οι ανάγκες διαβίωσης και αντιμετώπισης σοβαρών καταστάσεων, ακόμα και για την ίδια τη ζωή, είναι πολύ μεγαλύτερες συγκριτικά με τις αναπτυγμένες χώρες. Έτσι δίνουν στα προβλήματα της μέσης πολύ μικρότερη σημασία σε σχέση με τα αναπτυγμένα κράτη.

Η συνεχώς αυξανόμενη προσέλευση των ασθενών με οσφυαλγία έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την αντιμετώπισή της. Στις Η.Π.Α., π.χ., υπολογίστηκε πως το 1990 ξοδεύτηκαν για τους ασθενείς με οσφυαλγία πάνω από 23 δις. δολάρια, δηλαδή κάτι παραπάνω από 7 τρις. δραχμές, σε φάρμακα, νοσηλεία, φυσιοθεραπείες, χειρουργικές επεμβάσεις, αναρρωτικές άδειες κ.α. Επομένως το πρόβλημα δεν είναι μόνο ιατρικό αλλά και κοινωνικό-οικονομικό.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι βλάβες στα στοιχεία της σπονδυλικής στήλης, εκτός από τις διαταραχές που επιφέρουν στη μέση, επηρεάζουν επιπλέον την ψυχική και ψυχολογική κατάσταση των ασθενών.

2.2. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Η οσφυαλγία, γενικά, προέρχεται από τραυματισμό, ανεπάρκεια ή βλάβη σε μια από τις παρακάτω δομές: μεσοσπονδύλιο δίσκο, αρθρικές αποφύσεις, συνδέσμους, μύες, οστά και νεύρα. Επομένως πολλές καταστάσεις μπορεί να προκαλέσουν πόνο στη μέση, οι οποίες μπορεί να εμφανιστούν ως μεμονωμένες ή να συνυπάρχουν περισσότερες από μια στη σπονδυλική στήλη. Γενικά θα μπορούσαμε να ταξινομήσουμε τις καταστάσεις αυτές σε 7 μεγάλες ομάδες:

1) Εκφύλιση

2) Κακώσεις (μια μεγάλη κάκωση ή μικρές επαναλαμβανόμενες).

3) Μεταβολικά νοσήματα.

4) Φλεγμονώδεις καταστάσεις (μη μικροβιακές).

5) Μικροβιακές φλεγμονές.

6) Όγκοι.

7) Ειδικές καταστάσεις που προκαλούν οσφυαλγία.

1) Εκφύλιση.

Ο όρος εκφύλιση, γενικά, σημαίνει τη σταδιακή αλλοίωση των ανατομικών στοιχείων του σώματος που επέρχεται με την αύξηση της ηλικίας. Η σπονδυλική στήλη εμφανίζει μια φυσιολογική πορεία αλλοίωσης (γήρανση) των ανατομικών της στοιχείων με το πέρασμα του χρόνου.

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος είναι το πρώτο ανατομικό στοιχείο της σπονδυλικής στήλης που εκφυλίζεται με την πάροδο του χρόνου. Χάνει την υδάτινη γέμισή του και εμφανίζει αλλαγές στη σύστασή του με αποτέλεσμα να καθίσταται αδύναμος, έχοντας ως συνέπεια τον εύκολο τραυματισμό του.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες για την εκφύλιση του μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι:

- στροφική κάκωση,
- συμπιεστικές δυνάμεις,
- συνεχείς συμπιεστικές φορτίσεις σε έκταση,
- οξεία κάκωση σε υπερκάμψη,
- κάκωση του δίσκου από συνεχείς δονήσεις,
- ορμονικοί παράγοντες,
- κάπνισμα,
- γενετικοί προδιαθεσικοί παράγοντες,
- ανοσολογικοί παράγοντες,
- μεγάλη ηλικία.

Το αποτέλεσμα της εκφύλισης μπορεί να είναι:

1) η ρήξη του ινώδους δακτυλίου που θα οδηγήσει στην προπέτεια του πηκτοειδή πυρήνα και στην εμφάνιση κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου, ή

2) να οδηγηθεί ο δίσκος σε σταδιακή αποπλάτυνση και να δημιουργηθεί αστάθεια στην συγκεκριμένη περιοχή.

Η εκφύλιση της σπονδυλικής στήλης μπορεί να οδηγήσει σε:

1)σπονδυλική στένωση,

2) εκφυλιστική σπονδυλολίσθηση, ή

3) σκολίωση.

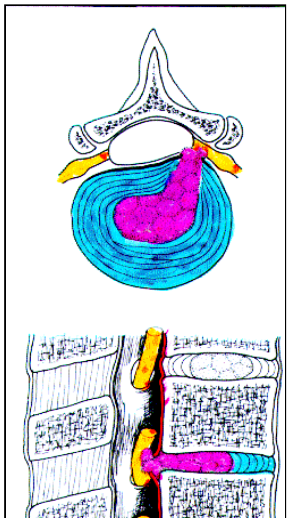
Όλα τα παραπάνω μπορεί να είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση χρόνιας οσφυαλγίας.

Η *οσφυϊκή σπονδυλική στένωση* είναι ένας γενικός όρος που υποδηλώνει τη μείωση του εύρους του μεσοσπονδύλιου τμήματος, με αποτέλεσμα την πίεση της νευρικής ρίζας ή τη μείωση του εύρους του χώρου του νωτιαίου καναλιού, με αποτέλεσμα την πίεση του μυελικού σάκου. Τα παραπάνω οφείλονται στην προοδευτική εκφυλιστική νόσο, τόσο του μεσοσπονδύλιου δίσκου, όσο και των αρθρικών αποφύσεων. Το κύριο χαρακτηριστικό της είναι ο πόνος στη μέση ή στην περιοχή των γλουτών, κατά τη βάδιση ή την όρθια θέση. Εκτός από τον πόνο μπορεί να υπάρχουν και νευρολογικές διαταραχές των κάτω άκρων, όπως διαταραχές αισθητικότητας και κινητικότητας και μπορεί να εντοπιστούν στην περιοχή των γλουτών, του μηρού, της κνήμης ή των δακτύλων. Επιπλέον μπορεί να υπάρχει και μυϊκή αδυναμία η οποία εμφανίζεται με μερική ή πλήρη αδυναμία έκτασης ή κάμψεως των δακτύλων, της ποδοκνημικής ή ακόμα του γόνατος και του ισχίου, ανάλογα με το ποια νευρική ρίζα έχει υποστεί βλάβη. Η θεραπεία στα αρχικά στάδια μπορεί να είναι συντηρητική, δηλαδή με φάρμακα, φυσιοθεραπεία, ζώνη οσφύος, επισκληρίδια έγχυση κορτιζόνης. Όταν όμως τα συμπτώματα είναι έντονα και ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στη συντηρητική αγωγή, τότε ο μόνος θεραπευτικός τρόπος είναι η χειρουργική επέμβαση.

2) Κακώσεις.

α) Κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου.

Συμβαίνει όταν ο δίσκος χάνει τη φυσιολογική του μορφή και εμφανίζεται στην εξωτερική επιφάνεια μια προεξοχή (σχ. 6). Κύριο σύμπτωμα και εδώ είναι ο πόνος, ο οποίος αυξάνεται πιο πολύ κατά την έκταση ή τις πλάγιες κάμψεις του κορμού, ενώ μειώνεται κατά την κατάκλιση, με τα γόνατα και τα ισχία σε ήπια κάμψη. Ο πόνος περιορίζεται με αντιφλεγμονώδη, ανάπαυση, με χρήση κηδεμόνων, με τοποθέτηση πάγου στη μέση και με φυσιοθεραπεία.



Σχήμα 6 . *Φυσιολογικός μεσοσπονδύλιος δίσκος (αριστερά) και δίσκος που έχει υποστεί κήλη (δεξιά)*

β) Δισκογενής πόνος.

Προέρχεται από τη δομή του ίδιου του δίσκου και, πιο συγκεκριμένα, από τις περιφερικές ίνες του έξω τριτημορίου του ινώδους δακτυλίου. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, το άλγος είναι σταθερό, συνεχές βαθύ και επιδεινώνεται τόσο κατά την κάμψη της σπονδυλικής στήλης, όσο και στην καθιστική θέση. Ο πόνος μπορεί να ανακουφιστεί με ζώνη οσφύος, αποφυγή επίμονης θέσης κάμψης, βάδισμα, ανάπαυση σε άνετη θέση και με αναλγητικά αντιφλεγμονώδη.

γ) Άλγος αρθρικών αποφύσεων.

Είναι ο ερεθισμός ή εκφύλιση σε μια ή περισσότερες αρθρικές αποφύσεις της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Εδώ ο πόνος διατηρείται σταθερά σε μια συγκεκριμένη περιοχή της οσφύος και μπορεί να αντανακλά στους γλουτούς και στην οπίσθια επιφάνεια των μηρών, ενώ ποτέ δεν διαπερνά το γόνατο. Ο πόνος επιδεινώνεται κατά την έκταση του σώματος και τη βάδιση. Η θεραπεία είναι συνήθως συντηρητική με φάρμακα και φυσιοθεραπεία και χειρουργική επέμβαση όταν τα συμπτώματα επιμένουν.

δ) Σπονδυλόλυση.

Υπάρχει διακοπή της συνέχειας του σπονδύλου στο ύψος του ισθμού. Ο πόνος εντοπίζεται στη μέση, στο ύψος της περιοχής της βλάβης και επιδεινώνεται με τις κινήσεις. Μερικές φορές αντανακλά στους γλουτούς ή και τους μηρούς. Το άλγος υποχωρεί κατά την ανάπαυση.

ε) Σπονδυλολίσθηση.

Είναι η ολίσθηση της σπονδυλικής στήλης πάνω σε ένα σπόνδυλο. Το άλγος παρατηρείται σπάνια στα παιδιά, ενώ στους εφήβους και τους νέους ενήλικους παρουσιάζεται μετά από άσκηση ή παρατεταμένη ορθοστασία και είναι καλά εντοπισμένος στη μέση. Ο πόνος υποχωρεί κατά την κατάκλιση και με τη χρήση ειδικού κηδεμόνα.

στ) Κάταγμα.

Σημαίνει διακοπή της φυσιολογικής συνέχειας του οστού που επέρχεται όταν το οστό δεν μπορεί να αντέξει τις επιπλέον δυνάμεις που του ασκούνται. Η θεραπευτική του αντιμετώπιση μπορεί να είναι συντηρητική, όταν η παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης είναι μικρή, και γίνεται με χρήση κηδεμόνων και χειρουργική, η οποία επιβάλλεται όταν οι παραμορφώσεις είναι μεγάλες ή υπάρχουν νευρολογικές διαταραχές με σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης.

ζ) Συνδεσμική και μυϊκή κάκωση.

Οι σύνδεσμοι και οι μύες της σπονδυλικής στήλης μπορεί να υποστούν κάκωση, λόγω αιφνίδιας ή υπερβολικής κίνησης. Αυτός ο τραυματισμός μπορεί να εγκαταστήσει πόνο στη μέση. Θεραπεία γίνεται με χρήση κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και φυσιοθεραπεία.

η) Αθλητικές κακώσεις οσφύος.

Ο πόνος στη μέση είναι αποτέλεσμα τόσο της πρωιμότερης έναρξης της άθλησης όσο της υπεργύμνασης, με αποτέλεσμα την έντονη καταπόνηση της σπονδυλικής στήλης.

θ) Τραυματισμοί στο χώρο εργασίας.

Η κάκωση της οσφυοϊερής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι ο πιο συχνός τραυματισμός κατά την εργασία. Οι πιο συχνές αιτίες τραυματισμού στη μέση είναι η άρση βαρών, η μεγάλη έκταση ή κάμψη, η έντονη στροφή, η πτώση στο έδαφος, η έλξη ή ώθηση βαρέος αντικειμένου, οι συνεχείς δονήσεις και οι κραδασμοί.

3. Μεταβολικά νοσήματα.

α) Οστεοπόρωση.

Είναι μια νόσος που εμφανίζεται κυρίως μετά την εμμηνόπαυση και στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής μάζας, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης κατάγματος. Έχει αποδειχτεί ότι η κατανάλωση γαλακτοκομικών κατά την παιδική και νεανική ηλικία, ευνοεί την καθυστέρηση αυτής της διαδικασίας. Το κάπνισμα, το αλκοόλ, ο περιορισμός των κινήσεων, η κατάχρηση τσαγιού και καφέ, επιδεινώνουν την οστεοπόρωση.

β) Νόσος Paget.

Χαρακτηρίζεται συνήθως από διόγκωση και πάχυνση του οστού, το οποίο είναι πολύ εύθραυστο, λόγω της παθολογικής εσωτερικής του αρχιτεκτονικής. Η νόσος προσβάλει τόσο τους άνδρες όσο και τις γυναίκες στις ηλικίες 40-50 ετών και η συχνότητά της αυξάνεται με την ηλικία. Τα κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι ένας βύθιος πόνος και η παραμόρφωση των οστών, που προδιαθέτουν τη δημιουργία αρθρίτιδας και παθολογικών καταγμάτων. Η θεραπεία μπορεί να περιέχει συντηρητική αγωγή με αντιφλεγμονώδη, καλσιτονίνη και διφωσφονικά. Πρέπει να αποφεύγεται η μακρά παραμονή στο κρεβάτι, λόγω της εμφάνισης επιπλοκών.

4) Φλεγμονώδεις καταστάσεις.

α) Ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Είναι μια χρόνια πολύ-συστηματική νόσος, άγνωστης αιτιολογίας. Το χαρακτηριστικό της είναι η φλεγμονώδης αντίδραση του θυλακικού υμένα, η πρωινή δυσκαμψία, η οποία υποχωρεί κατά την πάροδο της ημέρας.

β) Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

Είναι μια φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας, που προσβάλλει συνήθως τη σπονδυλική στήλη. Παρουσιάζεται τη $2^{η}$ με $3^{η}$ δεκαετία της ζωής με χαρακτηριστικό τη συνένωση των σπονδύλων μεταξύ τους και η αλλαγή του σχήματός τους.

5) Μικροβιακές φλεγμονές.

α) Μικροβιακή σπονδυλοδισκίτιδα.

Είναι μια μικροβιακή φλεγμονή των σπονδύλων και των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Ο ασθενής παρουσιάζει πόνο στη μέση με ή χωρίς ισχιαλγία, δυσχέρεια στη βάδιση και πυρετό. Η θεραπεία μπορεί να είναι μόνο συντηρητική, αλλά πολλές φορές χρειάζεται χειρουργική αποκατάσταση.

β) Φυματιώδης σπονδυλίτιδα.

Ο ασθενής παρουσιάζει πόνο στη μέση με ταυτόχρονη κακουχία. Η θεραπεία γίνεται με χορήγηση αντιφυματικής αγωγής.

6) Όγκοι.

α) Καλοήθεις όγκοι της σπονδυλικής στήλης.

Τέτοιοι όγκοι προκαλούν πιεστικά φαινόμενα στις νευρικές ίνες. Η θεραπεία μπορεί να είναι αυτόματη, συντηρητική ή χειρουργική.

β) Κακοήθεις όγκοι της σπονδυλικής στήλης.

Οι κακοήθεις όγκοι ταξινομούνται σε πρωτοπαθείς, όταν ο όγκος έχει ξεκινήσει από τους σπονδύλους και δευτεροπαθείς, όταν ο όγκος έχει σημείο εκκίνησης άλλα όργανα. Η θεραπεία είναι χειρουργική αφαίρεση του όγκου σε συνδυασμό με ακτινοβολία, με ή χωρίς χημειοθεραπεία.

7) Ειδικές καταστάσεις που προκαλούν οσφυαλγία.

α) Εγκυμοσύνη.

Η εγκυμοσύνη, μια συχνή ειδική κατάσταση που προκαλεί οσφυαλγία, λόγω του ότι αποτελεί το κύριο θέμα της παρούσας εργασίας, θα αναπτυχθεί σε ξεχωριστό κεφάλαιο στη συνέχεια (κεφ.3).

β) Ψυχικές διαταραχές.

Στη χρόνια οσφυαλγία έχουμε διαταραχή της συμπεριφοράς του ασθενούς, η οποία δεν είναι συνειδητή υποκρισία αλλά ένα είδος νοσηρής συμπεριφοράς. Η επιμονή του πόνου στη μέση περισσότερο από ένα χρόνο, υπολογίζεται πως συμβαίνει σε ποσοστό 4-5% επί του συνόλου των ασθενών που θα υποστούν μια κρίση οσφυαλγίας. Αυτοί θα έχουν μια παρατεταμένη ακινητοποίηση και μια αδράνεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες, που θα οδηγήσουν σε διαταραχή της συμπεριφοράς τους. Στην κρίση της οξείας οσφυαλγίας έχει παρατηρηθεί άγχος το οποίο επιδεινώνεται με την αύξηση του πόνου ενώ υποχωρεί με τη μείωσή του. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί πως η ελάττωση του άγχους συμβάλλει στη μείωση του πόνου. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος:

πόνος→άγχος→μυϊκός σπασμός→επίταση του πόνου→αύξηση του άγχους κ.ο.κ.

Όταν η διάρκεια του πόνου παρατείνεται, ο ασθενής καταλαμβάνεται από συναισθήματα αγωνίας, απελπισίας και μοναξιάς, γιατί κανείς δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημά του. Αυτό δημιουργεί ένα επιπρόσθετο ψυχοκοινωνικό πρόβλημα, το οποίο μεγιστοποιείται με την αποτελεσματική θεραπεία του ασθενούς.

Οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία μπορεί να εμφανίσουν δευτεροπαθείς ειδικές ψυχολογικές διαταραχές που οφείλονται στη μη ανακούφιση του πόνου. Αυτές είναι ο υποχονδρισμός, η κατάθλιψη και η υστερία. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί ότι σε χρόνια και επίμονη οσφυαλγία ο ασθενής μπορεί να οδηγηθεί σε κατάχρηση αλκοόλ, αναλγητικών και ναρκωτικών ουσιών και στην παχυσαρκία.

2.3. ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

α) Κάπνισμα.

Η επιβάρυνση του καπνίσματος στη χρόνια οσφυαλγία είναι ανάλογη της ποσότητας του καπνίσματος. Όσο πιο πολλά τσιγάρα καπνίζει κανείς, τόσο πιο έντονος θα γίνεται ο πόνος στη μέση. Το αγγειακό δίκτυο του σπονδύλου επηρεάζεται από το κάπνισμα. Είναι γνωστό πως το κάπνισμα παράγει βήχα και αυξάνει έτσι την ενδοκοιλιακή πίεση η οποία με τη σειρά της επηρεάζει το μεσοσπονδύλιο δίσκο και αυξάνει τον πόνο στη μέση. Γενικά, το κάπνισμα έχει αρκετές αρνητικές επιπτώσεις σε πολλές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και γι' αυτό καλή θα ήταν η διακοπή του.

β) Παχυσαρκία.

Τα παχύσαρκα άτομα δεν είναι συνήθως γυμνασμένα, ενώ η σπονδυλική τους στήλη επιβαρύνεται περισσότερο με την αύξηση του βάρους. Επιπλέον η αύξηση του βάρους και η εναπόθεση των περιττών κιλών στην περιοχή της κοιλιάς, έχει σαν αποτέλεσμα την μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος προς τα εμπρός και την εμφάνιση πόνου στη μέση. Για τους παραπάνω λόγους, θα πρέπει αν είστε υπέρβαροι να φθάσετε ή να πλησιάσετε το σωστό βάρος για το ύψος, την ηλικία και το φύλο σας.

2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

2.4.1. Συντηρητικά μέσα θεραπείας.

1. Στάση του σώματος.

Με τον όρο στάση του σώματος εννοείται η θέση που λαμβάνει το σώμα σε κάθε δραστηριότητα. Υπάρχει η σωστή και η λάθος στάση του σώματος. Σωστή ονομάζεται η στάση στην οποία το σώμα μπορεί και ισορροπεί αρμονικά δίνοντας

ταυτόχρονα τις λιγότερες τάσεις και φορτία στη σπονδυλική στήλη. Η καθημερινή καλή στάση του σώματος μπορεί να διατηρηθεί σε κάθε δραστηριότητα, έχοντας σαν αποτέλεσμα την αποφυγή εμφάνισης, επιδείνωσης ή υποτροπής του πόνου. Η λάθος στάση του σώματος θα επιβαρύνει με επιπλέον πιέσεις και φορτία τα ανατομικά στοιχεία της σπονδυλικής στήλης, με αποτέλεσμα την έναρξη ή την επιδείνωση του πόνου.

2. Οσφυαλγία και σεξουαλική ζωή.

Η χρόνια οσφυαλγία πολλές φορές διαταράσσει τη φυσιολογική ερωτική ζωή των ασθενών. Αυτό οφείλεται στην ύπαρξη πόνου, στο άγχος ή και το φόβο για την εμφάνιση πόνου κατά την ερωτική πράξη και στις ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές που εκδηλώνονται στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία. Πολύ μεγάλο ρόλο παίζει ο ρομαντισμός και ο αισθησιασμός, ο οποίος σας προετοιμάζει κατάλληλα για την ερωτική πράξη. Θα πρέπει να μιλήσετε μεταξύ σας χωρίς αναστολές και ντροπές και να δημιουργήσετε μια καλή ατμόσφαιρα. Χαλαρώστε και μην αφήσετε να σας κυριεύσει το άγχος. Στην κρίση οξείας οσφυαλγίας να αποφεύγεται την ερωτική πράξη γιατί υπάρχει πιθανότητα επιδείνωσης του πόνου.

3. *Άμεσες ενέργειες κατά τη κρίση.*

Όταν υπάρχει δυνατός πόνος στη μέση ή έντονος μυϊκός σπασμός, υπάρχουν μερικοί τρόποι ανακούφισης:

α) Ξαπλώστε σε μια άνετη στάση: Μείνετε ξαπλωμένοι ανάσκελα στο κρεβάτι ή στο πάτωμα, με τις γάμπες πάνω σε 2 μαξιλάρια.

β) Κρυοθεραπεία: Τοποθετήστε πάγο στην περιοχή που πονάτε, για να μειώσετε τον πόνο και το οίδημα.

4. Φαρμακευτική αγωγή.

Ο πόνος είναι αυτό που θα πρέπει να εξαλειφθεί ή να μειωθεί στην οσφυαλγία.

α) Αναλγητικά: (ναρκωτικά, μη ναρκωτικά).

β) Μυοχαλαρωτικά

γ) Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

δ) Ηρεμιστικά-αγχολυτικά.

5. Ανάπαυση.

Στην κρίση της οσφυαλγίας συνιστάται ανάπαυση στο κρεβάτι για 2-3 ημέρες και στη συνέχεια η σταδιακή επανένταξη στις δραστηριότητες.

6. Κηδεμόνες (ζώνες οσφύος).

Οι ζώνες οσφύος έχουν χρησιμοποιηθεί πάρα πολύ ως βοηθητικά μέσα στη χρόνια οσφυαλγία, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αγοράζει από μόνος του μια οποιαδήποτε ζώνη πιστεύοντας ότι θα ανακουφιστεί Γενικά, οι κηδεμόνες έχουν ως στόχο τον περιορισμό της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης, την ενίσχυση της και τη διατήρηση μιας καλής στάσης του σώματος, μειώνοντας έτσι των πόνο.

7. *Βελονισμός.*

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές βελονισμού με διαφορετική πύλη εισόδου της βελόνας στην κάθε τεχνική.

8. Χειρισμοί της οσφύος.

Είναι διάφοροι χειρισμοί που γίνονται με τα χέρια στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, Υπάρχουν δύο κατηγορίες χειρισμών: οι τοπικοί και η οστεοπαθητική, όπου οι χειρισμοί καταλαμβάνουν μεγαλύτερο εύρος.

9. Μασάζ.

Το μασάζ χαλαρώνει τους μύες και πιθανόν αυξάνει την τοπική αιματική ροή στους υποκείμενους ιστούς, με αποτέλεσμα να περιορίσει το μυϊκό σπασμό και να ανακουφίσει τον πόνο στη μέση.

10. Υδροθεραπεία.

Είναι το σύνολο μεθόδων εξωτερικής χρήσης του νερού στο ανθρώπινο σώμα για θεραπευτικούς σκοπούς. Γενικά, η υδροθεραπεία έχει επίδραση στο ορμονικό, αναπνευστικό, καρδιαγγειακό σύστημα, στον μεταβολισμό του οργανισμού, στους μύες και τα νεύρα.

11. Εγχύσεις φαρμάκων.

Έχουν σα σκοπό την άμεση ανακούφιση των συμπτωμάτων και είναι χρήσιμες στη διάγνωση της βλάβης.

α)Τοπικά έγχυση φαρμάκου σε ευαίσθητα σημεία.

β) Έγχυση στις αρθρικές αποφύσεις.

γ) Επισκληρίδιος έγχυση.

δ) Έγχυση στη νευρική ρίζα.

12. Γυμναστική.

Η γυμναστική βοηθάει στην καλή γενική κατάσταση του σώματος και είναι ένας επιπλέον τρόπος προστασίας από ενοχλήσεις της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και της οστεοπόρωσης.

13. Φυσιοθεραπεία.

α) Ασκήσεις.

Είναι μια σειρά ειδικών κινήσεων του σώματος, οι οποίες έχουν σκοπό όχι μόνο να γυμνάσουν, αλλά να βοηθήσουν μερικές μυϊκές μονάδες και να προάγουν μια καλή φυσική υγεία.

β) Κινησιοθεραπεία.

Είναι η θεραπεία μέσω κινήσεων ή η λήψη για ορισμένο χρονικό διάστημα συγκεκριμένων στάσεων ή η εκτέλεση συγκεκριμένων ασκήσεων.

γ) Φυσικά μέσα.

Διάφορα φυσικά μέσα (θερμοθεραπεία, κρυοθεραπεία, ηλεκτροθεραπεία, laser κ.α.) χρησιμοποιούνται μέσω διαφόρων συσκευών, κυρίως για την ανακούφιση του πόνου.

2.4.2. Χειρουργική αντιμετώπιση.

1) Δισκεκτομή.

Γίνεται αφαίρεση της κήλης που προκαλεί πίεση στη νευρική ρίζα και απελευθερώνεται η ρίζα, χωρίς να δημιουργηθεί αστάθεια στην περιοχή. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι για την αφαίρεση του δίσκου. Αυτές είναι:

α) κλασική δισκεκτομή, β) μικροδισκεκτομή, γ) αρθροσκοπική μικροδισκεκτομή, δ) χημοπυρηνόλυση, ε) λέιζερ, στ) θερμοπληξία.

2) Σπονδυλοδεσία.

Είναι η κατάργηση της μεσοσπονδύλιας κίνησης. Δηλαδή είναι η ένωση, το δέσιμο των σπονδύλων μεταξύ τους, αφαιρώντας τους την ιδιότητα της κίνησης στο σημείο της σπονδυλοδεσίας.

3) Άλλα μέσα αναλγησίας.

α) Συνεχής ενδομηνιγγική έγχυση μορφίνης.

β) Ραχιαίος διεγέρτης.

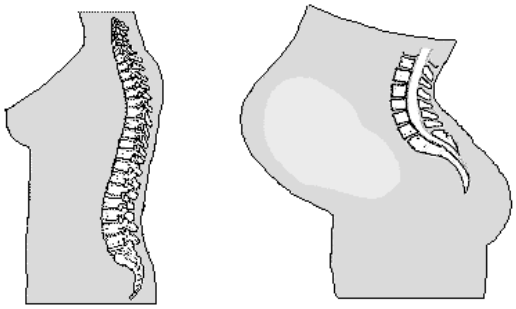
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

3.1. ΣΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η σωστή στάση του σώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντική. Απαλύνει τους πόνους της μέσης, διευκολύνει την αναπνοή και συντελεί γενικότερα στην βελτίωση της εικόνας και της διάθεσης της εγκύου.

Υπενθυμίζεται ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το σωματικό βάρος της γυναίκας αυξάνεται κατά 9-12 kgr (σχ.7), γεγονός που συνδέεται άμεσα με την αλλαγή της στάσης του σώματος στη θωρακική και κοιλιακή περιοχή και τη μετατόπιση προς τα εμπρός της νοητής γραμμής της βαρύτητας του σώματος. Για να διατηρήσει την ισορροπία της η έγκυος αυξάνει τη λόρδωση της ΟΜΣΣ (σχ.8) – ένας επιβαρυντικός παράγοντας για πρόκληση οσφυαλγίας - κυρτώνει τους ώμους της, γέρνει το κεφάλι της προς τα εμπρός ενώ τα κάτω άκρα βρίσκονται σε υπερέκταση. Σε προχωρημένο στάδιο της κύησης αυτή η στάση μπορεί να προκαλέσει, εκτός από οσφυαλγία, πόνο στην περιοχή των ώμων αλλά και δυσπνοϊκά φαινόμενα (λαχάνιασμα) εξαιτίας της αύξησης στο μέγεθος της μήτρας και της παρεμπόδισης λειτουργίας του διαφράγματος.





Σχήμα 7. *Αύξηση βάρους εγκύου*

Σχήμα 8. *Αύξηση οσφυϊκής λόρδωσης κατά την εγκυμοσύνη*

Στη βελτίωση της στάσης βοηθά η χρήση ενός ολόσωμου καθρέπτη, μπροστά στον οποίο πρέπει να γίνονται οι ασκήσεις διόρθωσης. Περιλαμβάνουν: επανατοποθέτηση της κεφαλής σε σωστή θέση με διάταση των βραχυσμένων μυών του αυχένα - ο ευθειασμός του αυχένα γίνεται με «μάζεμα» του πηγουνιού - και του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος. Οι κοιλιακοί και οι γλουτιαίοι μύες συσπώνται προκειμένου να πραγματοποιηθεί οπίσθια κλίση της λεκάνης και να μειωθεί η λόρδωση. Το σωματικό βάρος πρέπει να κατανέμεται εξίσου και στα δύο πόδια. Ιδιαίτερα χρήσιμες είναι ασκήσεις που περιλαμβάνουν κλίσεις της λεκάνης (έμφαση στην οπίσθια κλίση), στροφές της λεκάνης (δεξιά – αριστερά) και κινητοποίηση του ώμου.

3.1.α. ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

1. Χρησιμοποιώντας τους μύες των ποδιών χαμηλώστε και σηκώστε το σώμα. Για να σηκωθείτε από μια πολυθρόνα, κυλήστε το σώμα προς το χείλος της και στη συνέχεια ανασηκωθείτε χρησιμοποιώντας τους μύες των ποδιών.
2. Όταν θέλετε να σταθείτε σ' ένα σημείο για πολλή ώρα, βάλτε το ένα πόδι σας προς τα εμπρός και ρίξτε όλο το βάρος σας σ' αυτό εναλλάσσοντας κάθε τόσο.
3. Προτού σηκωθείτε από την ύπτια θέση, γυρίστε στο πλάι και λυγίστε τα πόδια.

3.1.β. ΜΥΪΚΗ ΤΟΝΩΣΗ

Όλες οι ασκήσεις πρέπει να γίνονται αργά και σταθερά. Να μην περιλαμβάνουν απότομες κινήσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν κάποιο διάστρεμμα. Το ρυθμό των ασκήσεων μπορεί να τον καθορίσει η γυναίκα και μπορεί να επαναλαμβάνονται αρκετές φορές την ημέρα, με προοδευτική αύξηση του αριθμού των συνεδριών. Η άσκηση δεν πρέπει να πραγματοποιείται μέχρι σημείου εξαντλήσεως αλλά, αντίθετα, θα πρέπει να παρεμβάλλονται διαλείμματα ξεκούρασης και χαλάρωσης. Καλό είναι να αποφεύγονται ασκήσεις που περιλαμβάνουν βάδιση στις μύτες των ποδιών, καθώς πιστεύεται ότι προδιαθέτουν για πρόκληση κράμπας. Επίσης αποφεύγονται στάσεις

του σώματος που ευνοούν τη λόρδωση, ενώ αν η έγκυος δεν νιώθει άνετα κάνοντας τις ασκήσεις από την ύπτια θέση, μπορεί να συνεχίσει από την πλάγια.

Ασκήσεις Kegel. Στοχεύουν στην ενδυνάμωση των μυών του πυελικού εδάφους, οι οποίοι στηρίζουν τα όργανα της λεκάνης.

Κάθισμα Tailor. Αυτή η άσκηση βοηθά τους μύες της έσω πλευράς του μηρού (προσαγωγούς ισχίου) και του πυελικού εδάφους, οι οποίοι θα πρέπει να είναι εύκαμπτοι κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επίσης μειώνει την τάση στην θωρακική χώρα. Εκτελείται ως εξής:

1. Κάθισμα στο πάτωμα, το αριστερό πόδι φέρεται προς τον κορμό μέχρι να τον ακουμπήσει.
2. Το δεξί πόδι πλησιάζει με τον ίδιο τρόπο το αριστερό, χωρίς όμως να διασταυρωθούν οι ποδοκνημικές αρθρώσεις.
3. Χαμηλώνουν στη συνέχεια τα κάτω άκρα, μέχρι να ακουμπήσουν τα γόνατα στο πάτωμα. Μένει σ' αυτή τη θέση για μερικά λεπτά, με την πλάτη ίσια και τα γόνατα σχεδόν να αγγίζουν το πάτωμα. Επανάληψη της άσκησης μερικές φορές την ημέρα. Αυτή η άσκηση συνιστάται να αρχίζει νωρίς στην εγκυμοσύνη.

Κλίσεις της λεκάνης. Αυτή η άσκηση βοηθά στην ανακούφιση της κοιλιακής πίεσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στη μείωση του πόνου στην πλάτη. Μπορεί να πραγματοποιηθεί από 3 θέσεις:

Τετραποδική στήριξη:

1. Οι μύες της πλάτης είναι χαλαροί και το κεφάλι βρίσκεται σε έκταση.
2. Σύσπαση γλουτιαίων και κοιλιακών μυών, γίνεται οπίσθια κλίση της λεκάνης και ευθειασμός της πλάτης με ταυτόχρονο «μάζεμα» του πηγουνιού.
3. Χαλάρωση και επάνοδος στην αρχική θέση. Επανάληψη της άσκησης αρκετές φορές.

Όρθια θέση:

1. Τοποθέτηση των χεριών κάτω από την επιφάνεια ενός τραπεζιού ή πάγκου, με τα πέλματα να πατούν στο έδαφος.
2. Ανασήκωμα στα δάκτυλα των ποδιών, οι ώμοι χαλαροί, γίνεται οπίσθια κλίση της λεκάνης με σύσπαση των γλουτιαίων και κοιλιακών μυών και ταυτόχρονα ελαφρύ σπρώξιμο του τραπεζιού.
3. Χαλάρωση και επανάληψη της άσκησης αρκετές φορές.

Ύπτια θέση:

Ενδυναμώνει τους κοιλιακούς μύες και διατείνει τους εκτείνοντες μύες της ΟΜΣΣ.

1. Από ύπτια θέση με τα κάτω άκρα σε κάμψη και τα πέλματα σε μικρή απόσταση μεταξύ τους. Αναπνοή από τη μύτη και κατά την εκπνοή πίεση της πλάτης στο πάτωμα, ευθειασμός της ΟΜΣΣ και οπίσθια κλίση της λεκάνης με σύσπαση των κοιλιακών μυών.
2. Παραμονή σε αυτή τη θέση για μερικά δευτερόλεπτα.
3. Χαλάρωση και επανάληψη αρκετές φορές.

Σύσπαση μυών κορμού από γονυπετή θέση.

1. Τοποθέτηση στα γόνατα, με τους ώμος και το κεφάλι στο πάτωμα (σε ένα μαξιλάρι).
2. Κράτημα της πλάτης σε ευθεία με ταυτόχρονη ελαφρά σύσπαση την κοιλιακών μυών.
3. Διατήρηση αυτής της θέσης για λίγα λεπτά και στη συνέχεια ακολουθεί χαλάρωση.
4. Επανάληψη για όσο χρειαστεί.

Στροφές πυέλου

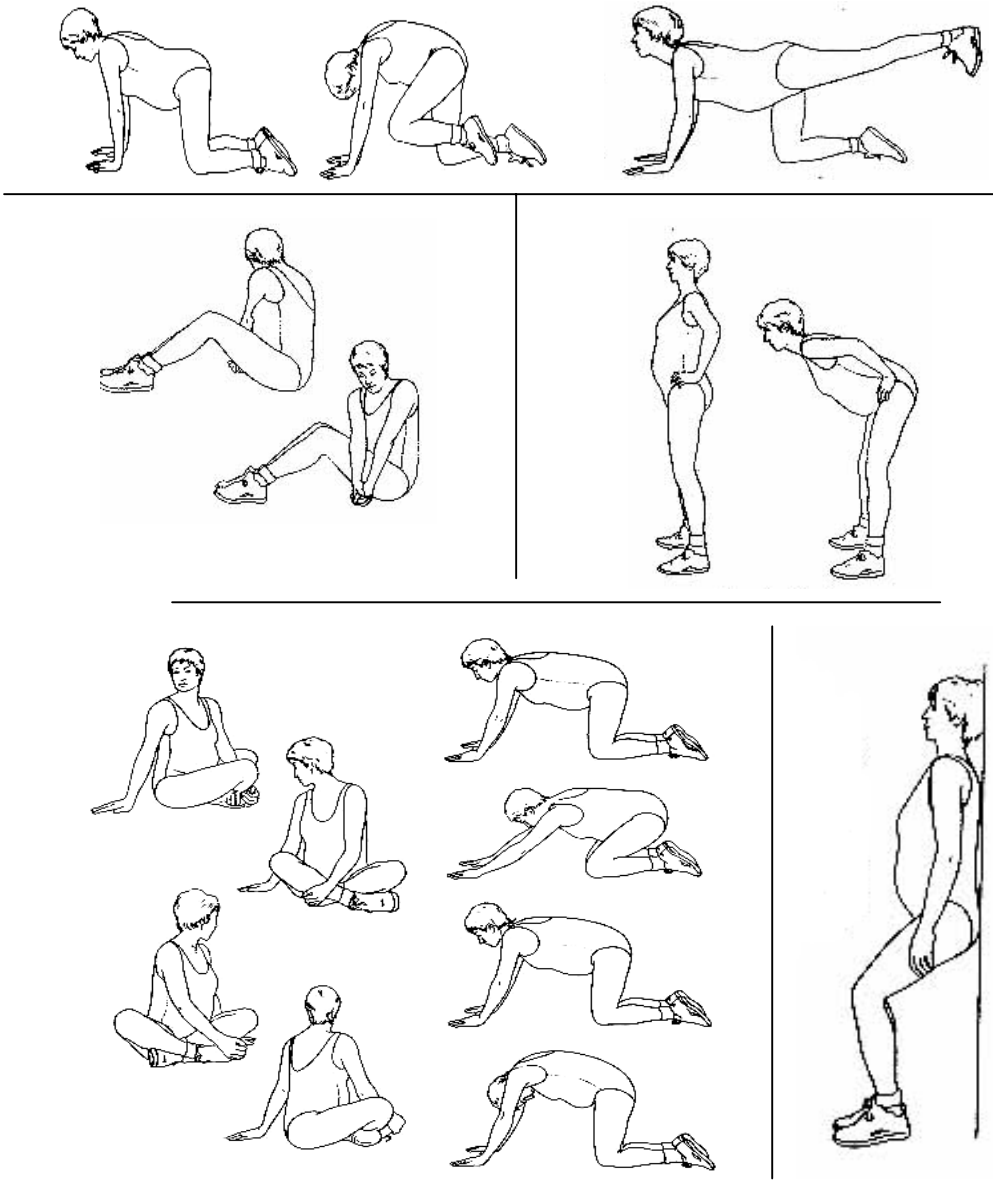
1. Αρχική θέση ύπτια στο πάτωμα, τα γόνατα λυγισμένα, τα άνω άκρα τεντωμένα, ενωμένα μεταξύ τους, σχηματίζουν ορθή γωνία με τον κορμό.
2. Στη συνέχεια, στροφή προς τα δεξιά, μέχρι να ακουμπήσει το δεξί γόνατο στο πάτωμα.
3. Με τον ίδιο τρόπο στροφή προς τα αριστερά, επανάληψη αργά για αρκετές φορές.

Χαλάρωση

Η χαλάρωση αποτελεί πολύ χρήσιμη διαδικασία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνη. Πρέπει να γίνεται συνειδητά και προσεκτικά. Το μυστικό της χαλάρωσης πηγάζει από 2 βασικές αρχές: τη σωστή στάση του σώματος και τη σωστή αναπνοή. Συνιστάται στην έγκυο να είναι άνετη, ξαπλωμένη σε σκληρό κρεβάτι ή στο πάτωμα, με χαλαρά ρούχα και να έχει αδειάσει την ουροδόχο κύστη. Μια καλή θέση που προτείνεται είναι στο πλάι, με τον σύστοιχο βραχίονα πίσω από τον κορμό και τον άλλο εμπρός, υποστηριζόμενο με μαξιλάρια. Κατά αντίστοιχο

τρόπο τοποθετούνται τα κάτω άκρα, ενώ η πλάτη είναι σε ελαφρά κάμψη. Σκοπός αυτής της άσκησης είναι να τοποθετήσει αναπαυτικά κάθε μέλος του σώματος πάνω σε μια άκαμπτη επιφάνεια, και κάθε άρθρωση σε θέση ελαφριάς κάμψης, έτσι ώστε κανένας μυς να μην βρίσκεται σε τάση. Από τη θέση αυτή μπορεί να γίνουν μικρές κινήσεις στις αρθρώσεις των μελών και επαναφορά στην αρχική θέση, ακολουθούμενη κάθε κίνηση από επαρκή χρόνο μέσα στον οποίο γίνεται προσπάθεια εκούσιας χαλάρωσης.

Η παραπάνω διαδικασία μπορεί να ακολουθηθεί και για άλλες στάσεις του σώματος. Στόχος είναι η εξοικείωση της γυναίκας με τη διαδικασία αυτή και η απόκτηση της ικανότητας να αναγνωρίζει πότε βρίσκεται σε ένταση και να πραγματοποιεί ελεγχόμενη χαλάρωση. Οι ασκήσεις χαλάρωσης προτείνονται και για περιπτώσεις κόπωσης λόγω της εργασίας ή και αϋπνίας. Μπορεί να επαναλαμβάνονται και 2 φορές την ημέρα, ενώ δεν πρέπει να παραλείπεται να συνδυάζονται με ήρεμες αναπνοές. Εάν η γυναίκα αισθάνεται την ανάγκη για περαιτέρω βοήθεια, ενδέχεται να χρειαστεί συμβολή ψυχολόγου.



Σχήμα 9. *Ενδεικτικές ασκήσεις που προτείνονται κατά την εγκυμοσύνη*

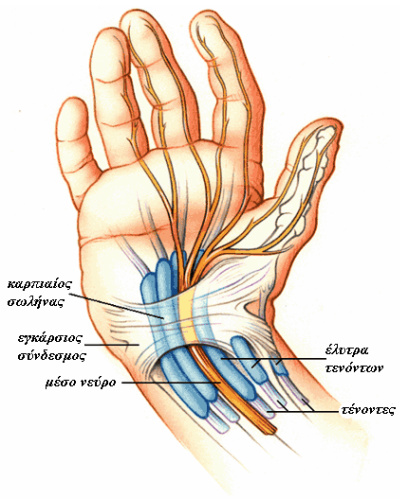
3.2. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι μυοσκελετικές διαταραχές δεν είναι ευχάριστο μέρος της εγκυμοσύνης. Στο μαιευτικό ασθενή ενδέχεται να παρουσιαστούν - πριν και μετά τον τοκετό – οι εξής δυσλειτουργίες:

- Ιερολαγώνια δυσλειτουργία.
- Υπερκινητικότητα ηβικής σύμφυσης.
- Ραχιαλγία λόγω στάσης.
- Ισχιαλγία.
- Σύνδρομο θωρακικής εξόδου.
- Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.
- Διάταση ορθού.

Το άλγος στα μέλη ή τη σπονδυλική στήλη είναι συχνό φαινόμενο. Αξιοσημείωτες λόγω των ιδιαιτεροτήτων τους και της συχνότητάς τους είναι δύο καταστάσεις: η οσφυαλγία – για την οποία θα γίνει εκτενής ανάλυση στη συνέχεια – και το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα.

Αν και υπάρχουν λίγες σχετικά περιπτώσεις συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα κατά τη διάρκεια της κύησης, παρόλα αυτά η κατάσταση αυτή μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα. Το πρόβλημα δημιουργείται όταν ο καρπιαίος σωλήνας (σχ. 10), ένας σωλήνας στον καρπό που περικλείει το μεσαίο νεύρο και τους καμπτήρες τένοντες των δακτύλων, φλεγμαίνει και αρχίσει να διογκώνεται και να ερεθίζεται.



Σχήμα 10. *Καρπιαίος σωλήνας*

Παρατηρούνται μούδιασμα, τσούξιμο και πόνος στο χέρι. Με την εγκυμοσύνη οι ορμονοεξαρτώμενες φλεγμονές ή η κατακράτηση υγρών μπορούν επίσης να πιέσουν το νεύρο και να προκαλέσουν πόνο. Πιο συχνά διαγνωσμένο στο τρίτο τρίμηνο το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα συμβαίνει και στα δύο χέρια και είναι πολύ επώδυνο κατά τη διάρκεια της μέρας. Μπορεί να είναι επίμονο και να δημιουργεί πολλά προβλήματα.

Θεραπευτικά, ενδέχεται να προταθεί τοποθέτηση νάρθηκα, ενέσεις με στεροειδή ή πιθανή χειρουργική επέμβαση για να ανακουφιστείτε από τη δυσφορία. Οι περισσότερες περιπτώσεις συνδρόμου του καρπιαίου σωλήνα μπορούν να υποχωρήσουν λίγες εβδομάδες μετά τον τοκετό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:
ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ & ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

4.1. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ο πόνος στη μέση κατά την εγκυμοσύνη είναι συχνός και η εμφάνισή του υπολογίζεται περίπου στο 50% του συνόλου των γυναικών που κυοφορούν. Πρόσφατες δημοσιεύσεις έχουν αναφέρει ότι το 70% όλων των εγκύων γυναικών έχουν κάποιο είδος πόνου στη μέση (Berg et. al 1988, Kristianson et. al. 1996, Orvieto et. al. 1994, Ostgaard HC et. al. 1991,Ostgaard HC et. al.1994) και από αυτές το 20% υποφέρει για περίπου 7 εβδομάδες κατά τη διάρκεια της κύησης (Foti T et. al. 2000, Noren L et. al. 1997, Ostgaard HC et. al. 1992, Sydsjo A et. al. 1989). Η περίπτωση γυναικών με κάποιο είδος υπολειμματικού πόνου στη μέση 6 χρόνια μετά τον τοκετό ήταν 20% σε μια έρευνα (Ostgaard HC et. al. 1997) ενώ σοβαρός υπολειμματικός πόνος έχει βρεθεί ότι επηρεάζει το 7% όλων των εγκύων γυναικών 18 μήνες μετά τον τοκετό (Ostgaard HC et. al. 1992).

Η έναρξη του πόνου στη μέση μπορεί να παρουσιαστεί σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συχνότερα εμφανίζεται μεταξύ της $18^{ης}$ και $22^{ης}$ εβδομάδας. Ο πόνος, ανάλογα με την εγκατάστασή του, διακρίνεται σε δύο τύπους: την οσφυαλγία και το οπίσθιο πυελικό άλγος. Το πιο συχνό σημείο εντόπισης του πόνου είναι η περιοχή του ιερού, ενώ ακολουθεί η οσφυοϊερή περιοχή και τέλος η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

Τα αίτια δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως, όμως με τα μέχρι τώρα δεδομένα υπεύθυνοι για τον πόνο στη μέση είναι ορμονικοί, μηχανικοί, εργασιακοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Οι ορμόνες που αυξάνονται στις γυναίκες αυτή την περίοδο, επιδρούν στους μύες και τους συνδέσμους και προκαλούν χαλάρωση. Αυτό το φαινόμενο είναι πιο έντονο στην κατάφυσή τους, στην πύελο και τους

σπόνδυλους. Επιπλέον, η βαριά εργασία κατά την περίοδο αύξησης του βάρους, τόσο της γυναίκας όσο και του εμβρύου, μπορεί να ευθύνεται για τον πόνο. Γενικά, η ένταση του πόνου είναι μεγαλύτερη στην προχωρημένη εγκυμοσύνη.

Η κλινική εικόνα διαφέρει από την κλασική οσφυαλγία. Ο πόνος έχει διαφορετική εντόπιση και κατανομή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, συγκριτικά με άλλους ασθενείς. Πολλές φορές ο πόνος είναι τόσο έντονος, που αναγκάζει τις γυναίκες να διακόψουν τις δραστηριότητές τους. Η ανάπαυση βοηθάει στη μείωση του πόνου, χωρίς όμως να έχει αποδειχτεί ότι μειώνει και την εγκατάσταση χρόνιας οσφυαλγίας μετά τον τοκετό. Οι ασκήσεις και ιδιαίτερα οι διατατικές της οσφύος βοηθούν στην ελάττωση της έντασης του πόνου. Αυτές μπορεί να ξεκινήσουν ακόμα και πριν την εγκυμοσύνη, συνήθως όμως η έναρξή τους θα πρέπει να γίνεται τη 18^{η} εβδομάδα.

Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής είναι περιορισμένη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το πρώτο τρίμηνο δεν θα πρέπει να χορηγούνται φάρμακα, ενώ μετά η γυναίκα μπορεί να λάβει ήπια αναλγητικά. Προς το τέλος της κύησης μπορεί να χορηγηθεί αντιφλεγμονώδης αγωγή, σε πολύ έντονο πόνο, με εντολή του γυναικολόγου και με ενημέρωση της γυναίκας για τις παρενέργειες που μπορεί να έχει το έμβρυο. Επίσης οι ειδικές ζώνες οσφύος φαίνεται να βοηθούν της εγκυμονούσες.

4.2. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο μηχανισμός πρόκλησης του πόνου δεν είναι ξεκάθαρος, διάφορες υποθέσεις έχουν γίνει χωρίς, παρόλα αυτά, να υπάρχει μια κοινώς αποδεκτή άποψη. Οι παράγοντες που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με υψηλή πιθανότητα για ανάπτυξη πόνου στη μέση είναι: προηγούμενος πόνος στη μέση, πολυτοκία και πνευματική ή έντονη σωματική εργασία (Fast A et. al. 1987, Melzack R et. al. 1989, Ostgaard HC et. al 1991, Ostgaard HC et. al. 1991)

Για το διαχωρισμό του πόνου της μέσης, ο Ostgaard (Ostgaard HC et. al. 1994, Ostgaard HC et. al. 1997) διαφοροποιεί τον πόνο στη μέση κατά την κύηση σε δυο είδη, ένα προερχόμενο από την οσφυϊκή περιοχή και ένα από την οπίσθια πύελο.

Ο οσφυϊκός πόνος (ΟΠ) κατά την κύηση συνήθως προέρχεται από πολλαπλές αρθρώσεις, μεσοσπονδύλιους δίσκους, μύες, συνδέσμους και τένοντες της σπονδυλικής στήλης και της οσφύος. Καθώς το έμβρυο μεγαλώνει η στάση της γυναίκας αλλάζει. Αυτές οι αλλαγές είναι αναγκαίες για τη διατήρηση της ισορροπίας. Επίσης αυτές οι αλλαγές προκαλούν αυξημένες δυνάμεις και ένταση σε αυτές τις δομές της οσφύος με τρόπους που μπορεί να τις ωθήσει στα όρια τους και με τρόπους που δεν είναι φυσιολογικοί. Οι μύες της μέσης γύρω από τη Σπονδυλική Στήλη μπορούν γρήγορα να υπερφορτωθούν. Την ίδια στιγμή οι κοιλιακοί μύες που τυπικά βοηθούν τους μύες της μέσης στη διατήρηση σωστής ισορροπίας, γίνονται λιγότερο αποτελεσματικοί, γιατί διατείνονται καθώς το έμβρυο μεγαλώνει. Αυτό τελικά μειώνει τον μυϊκό τόνο τους και την ικανότητά τους να βοηθούν τη Σπονδυλική Στήλη να εγείρεται.

Επιπρόσθετα συμβαίνουν ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα την ίδια στιγμή. Αυτές οι ορμόνες απαραίτητα χαλαρώνουν τους μύες, τους τένοντες και συνδέσμους και αυξάνουν τη χαλαρότητα των αρθρώσεων της πυέλου ώστε να της επιτρέψουν να γίνει πιο ελαστική και να διασταλεί για να διευκολύνει τον τοκετό του εμβρύου από το γεννητικό σωλήνα. Αυτές οι ορμόνες δεν είναι εκλεκτικές, αλλά επιδρούν σε όλους τους μύες και σε όλες τις αρθρώσεις του γυναικείου σώματος. Έτσι λοιπόν η φυσιολογικά άκαμπτη οσφυϊκή μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης χάνει μερική από την ικανότητα της να αντέχει τις αυξημένες δυνάμεις και πιέσεις που ασκούνται πάνω της από την αυξημένη αλλοίωση της ισορροπίας της γυναίκας και του βάρους του παιδιού.

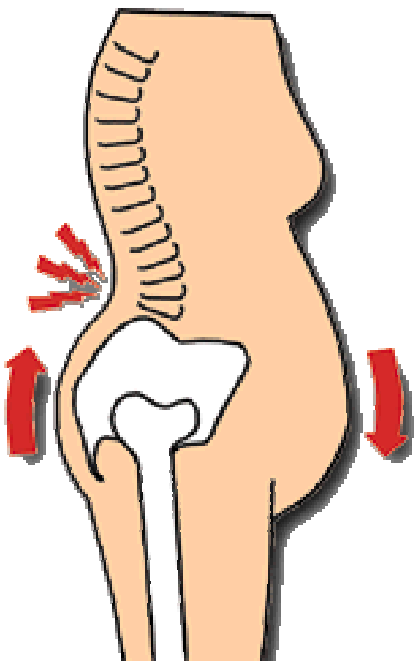
Όλες αυτές οι αλλαγές μεταφράζονται σε αυξημένο κίνδυνο πόνου. Το χειρότερο είναι ότι τα προβλήματα δε σταματούν εκεί, πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η εγκυμοσύνη είναι μια κοινή αιτία της κήλης μεσοσπονδυλίου δίσκου και ότι η πιθανότητα για την ανάπτυξη κήλης, πίεσης νεύρου και ισχιαλγίας αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας της μητέρας. Στις ΗΠΑ σήμερα περίπου οι μισές από τις έγκυες γυναίκες είναι άνω των 30 ετών και έχουν αυξημένο κίνδυνο.

Ο ιερολαγώνιος πόνος ή οπίσθιος πυελικός (ΟΠΠ), προέρχεται από τις ιερολαγώνιες (ή ΙΛ) αρθρώσεις. Σε μη εγκυμονούσες αυτές οι αρθρώσεις είναι σφιχτά συνδεμένες και κρατούνται σταθερά από τους υπερκείμενους συνδέσμους. Μικρή κίνηση είναι πιθανή, όμως λόγω των κυκλοφορούντων ορμονών που προαναφέρθηκαν, αυτές οι αρθρώσεις γίνονται περισσότερο ευλύγιστες και ασταθείς. Έτσι λοιπόν ο πόνος από αυτές τις αρθρώσεις είναι συχνός και επιδεινώνεται από

παρατεταμένη ορθοστασία ή βάδισμα. Η μακρόχρονη οδήγηση με τους συνεχόμενους χαμηλής συχνότητας κραδασμούς μπορούν επίσης να προκαλέσουν συμπτώματα. Ο πόνος από τις ιερολαγώνιες αρθρώσεις μπορεί επίσης να προκαλέσει συχνά δυσκολία στη μετακίνηση πάνω στο κρεβάτι και στην προσπάθεια της πρωινής έγερσης από το κρεβάτι. Πολλές γυναίκες θα παραπονεθούν για έντονη δυσκαμψία και δυσφορία στη μέση καθώς άλλοι μύες του σώματος προσπαθούν να αντισταθμίσουν την αυξημένη χαλαρότητα των ιερολαγώνιων αρθρώσεων. Αυτό προκαλεί ακόμα μεγαλύτερη διάταση και επώδυνες δυνάμεις πάνω στους ήδη ευαίσθητους συνδέσμους.

Υπάρχει και μια τρίτη κατηγορία οσφυϊκού πόνου κατά την οσφυαλγία, ο ***νυχτερινός πόνος,*** ο οποίος συμβαίνει τη νύχτα ενώ η γυναίκα κοιμάται. Αυτός είναι ένας πολύ ξεχωριστός τύπος πόνου που συχνά ξυπνάει τη γυναίκα από τον ύπνο της. Η προέλευση αυτού του πόνου δεν είναι απαραίτητα μηχανικής φύσεως (όπως ο οσφυϊκός και ο ιερολαγώνιος πόνος) αλλά περισσότερο καρδιαγγειακός. Μαζί με τις αλλαγές στο ρυθμό της καρδιάς, στην πίεση του αίματος και στον όγκο, υπάρχει αυξημένη λίμναση του αίματος στα αγγεία της πυέλου κατά την κύηση. Αυτό προκαλεί περισσότερες αλλαγές στην πίεση του αίματος τοπικά σε αυτή την περιοχή η οποία έχει άμεση επίδραση στην πίεση του υγρού της Σπονδυλικής Στήλης στη μέση. Αυτές οι αλλαγές συνδυάζονται με τη μείωση της παροχής οξυγόνου στην περιοχή λόγω της λίμνασης του αίματος, γνωστή ως υποξία, αποτέλεσμα του αυξημένου ισχιακού τύπου πόνου λόγω της βιοχημικής πίεσης και του ερεθισμού πάνω στις ρίζες των νεύρων της Σπονδυλικής Στήλης. Οι γυναίκες που βιώνουν νυχτερινό πόνο συχνά τον παρομοιάζουν με πόνο στη μέση από κράμπα/ πιάσιμο που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. (σχ. 11)

Σχήμα 11



Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά οσφυαλγίας κατά την εγκυμοσύνη

Χαρακτηριστικά	**Οσφυϊκός πόνος**	**Οπίσθιος πυελικός πόνος**
Θέση του πόνου	Πόνος πάνω και γύρω από την οσφυϊκή μοίρα της Σ. Σ. με ή χωρίς αντανάκλαση στο πόδι.	Μονόπλευρος ή αμφίπλευρος πόνος στους γλουτούς και τη μέση, μακριά και πλευρικά στην οσφυϊκή μοίρα της Σ.Σ. Ίσως να αντανακλά οπισθοπλευρικά στο μηρό, σποραδικά στο γόνατο και σπάνια στη γάμπα. Δεν αντανακλά στο πόδι.
Περιορισμοί λειτουργικότητας	Ο πόνος συνδέεται με παρατεταμένη ανοχή βάρους κατά την ορθοστασία ή το κάθισμα και το επαναλαμβανόμενο σήκωμα.	Δυσκολία/ πόνος με δραστηριότητες όπως: γύρισμα στο κρεβάτι, ανέβασμα σκάλας, τρέξιμο, περπάτημα, έξοδος από αυτοκίνητα και χαμηλές καρέκλες, σήκωμα με περιστροφή, είσοδος ή έξοδος από μπανιέρα.

Κλινικά χαρακτηριστικά	Ο πόνος μπορεί να μοιάζει με επεισόδια πόνου στη μέση πριν την κύηση. Οι εγερτήριοι μύες της Σ. Σ. μπορεί να είναι ευαίσθητοι στο άγγιγμα. Έχουμε τεστ πρόκλησης οπίσθιου πυελικού πόνου αρνητικό.	Έχουμε επιδείνωση με τραντάγματα ή ένταση στις ακραίες κινήσεις των γλουτών και της μέσης. Παρατεταμένες στάσεις του σώματος κοντά στα όρια της κίνησης των γλουτών και της μέσης, που επιδεινώνουν τον πόνο, π. χ. (κάθισμα και κλίση του σώματος προς τα εμπρός κατά τη χρήση Η/ Υ, κάθισμα σε πολυθρόνα). Μπορεί να έχουμε οξέα επεισόδια πόνου που επιδεινώνονται από τις παραπάνω δραστηριότητες με πόνο που κορυφώνεται μερική ώρα μετά την επιδείνωση. Το τεστ πρόκλησης οπίσθιου πυελικού πόνου, αναπαράγει πόνο. Μπορεί να συσχετιστεί με πόνο ηβικής σύμφυσης.

4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Παρόλο που υπάρχουν κάποιοι αποδεκτοί παράγοντες κινδύνου για τον πόνο στη μέση κατά την κύηση, δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί ακριβώς ποιος θα έχει το μεγαλύτερο κίνδυνο. Συνεπώς, οι παράγοντες κινδύνου που έχουν βρεθεί για τον πόνο στη μέση γενικά, περιλαμβάνουν πόνο στη μέση σε προηγούμενη κύηση και κάθε ιστορικό πόνου στη μέση. Ένα γενικό ιστορικό πόνου στη μέση, προμηνύει πόνο μεγαλύτερης διάρκειας και σοβαρότητας. Ενώ οι μελέτες πάνω στον τοκετό και τον πόνο έχουν έρθει σε σύγκρουση, οι πολύτοκες γυναίκες που βιώνουν πόνο φαίνεται να έχουν μεγαλύτερης διάρκειας πόνο από τις πρωτότοκες γυναίκες .

Πρόσφατες μελέτες τείνουν να αναφέρουν περισσότερο σοβαρό πόνο στη μέση σε μεγαλύτερες γυναίκες και σε πολύτοκες γυναίκες. Όμως αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν βρει υψηλότερα ποσοστά έντονου πόνου σε νεότερες γυναίκες. Μια μελέτη που παρακολούθησε γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ανέφερε

ότι η διαφορά στη σοβαρότητα του πόνου ανάμεσα σε μεγαλύτερες και νεότερες γυναίκες, εξαφανίστηκε κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου. Οι διαφορές στις μελέτες μπορούν να μεταφραστούν σε δυσκολίες στον έλεγχο του συνδυασμού της ηλικίας και του τοκετού ή στο πώς και πότε μετριέται ο πόνος στην εγκυμοσύνη.

Ο δεσμός ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και στον πόνο, είναι λιγότερο ξεκάθαρος. Ενώ η εργασία φαίνεται να είναι ένας παράγοντας κινδύνου σε μερικές μελέτες, άλλες έχουν δείξει ότι ο δεσμός είναι μικρότερος με τη σκληρή εργασία ή τις απαιτήσεις της εργασίας όπως θέση στήριξης του σώματος, όταν συνδυάζεται με περιστροφή ή συχνό σκύψιμο, ή ακόμα η έγερση με περιστροφή και η αδυναμία κίνησης ή διαλειμμάτων από την εργασία . Ο κίνδυνος Ο. Π. Π. αυξάνεται με στάσεις του σώματος στην εργασία που περιλαμβάνουν κάμψη του ανώτερου τμήματος του κορμού, ίσως γιατί έτσι μπορεί να ασκείται πίεση στα κατώτερα τμήματα της Σ. Σ. και της πυέλου, φθάνοντας τα κοντά στα όρια της έκτασης τους. Ο Ο.Π.Π. έχει επίσης ιδιαίτερα σχετιστεί με εργασία που περιλαμβάνει έγερση με περιστροφή, ίσως επειδή έτσι η Σ. Σ. φορτίζεται ασύμμετρα. Μερικοί συγγραφείς έχουν σκεφτεί ότι η πρόσφατη ιδέα πώς οι υγιείς γυναίκες θα έπρεπε να είναι ικανές να διατηρήσουν τη μέγιστη εργασιακή ικανότητα τους σε όλη τη διάρκεια της κύησης, κάνει τις γυναίκες, τους συντρόφους τους και τους εργοδότες τους να έχουν ψευδείς προσδοκίες που ίσως να αυξάνουν τον κίνδυνο.

Πρόσφατες μελέτες έχουν εξετάσει τους δεσμούς ανάμεσα στις υπο- ομάδες του πόνου της μέσης που αναφέρονται παραπάνω, ποικίλων παραγόντων κινδύνου και επιπέδων ανικανότητας. Ο Ο.Π.Π. που είναι περισσότερο έντονος κατά την κύηση, είναι πιο συχνός από τον Ο.Π και επίσης υποχωρεί πιο εύκολα μετά τον τοκετό από τον Ο.Π. Όμως πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ο Ο.Π.Π. δυσκολεύει περισσότερο κατά την εγκυμοσύνη από τον Ο.Π. και ότι μαζί με τους δυο τύπους πόνου, ένας υψηλής έντασης πόνος κατά την κύηση είναι προμήνυμα επίμονου πόνου πάνω από ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Η αδιαθεσία που οφείλεται στον πόνο της μέσης σχετίζεται με την ένταση πόνου και με τον Ο.Π.Π. Έχει προταθεί ότι αν ο Ο.Π.Π. δεν υποχωρήσει μέσα σε τρεις μήνες από τον τοκετό, μια πολύ αργή ανάρρωση θα ακολουθήσει.

Ο Ο.Π. εμφανίζει ένα δυνατότερο δεσμό με τον πόνο στη μέση πριν από την εγκυμοσύνη. Συγγενείς κίνδυνος Ο.Π. και σχετιζόμενη αδιαθεσία έχουν χαμηλότερη συχνότητα σε γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα φυσικής κατάστασης πριν την εγκυμοσύνη, που το κάνει ανάλογο με τον πόνο στη μέση που αφορά το γενικό

πληθυσμό. Από την άλλη πλευρά η καλή φυσική κατάσταση, δε φαίνεται να προστατεύει τις γυναίκες από τον Ο.Π.Π.

4.4. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Αρχές θεραπείας:

Οι περισσότερες περιπτώσεις πόνου στη μέση κατά τη διάρκεια της κύησης μπορούν να αντιμετωπιστούν σχετικά εύκολα και συντηρητικά. Παρ' όλα αυτά οι επισκέψεις και οι εκτιμήσεις από γιατρό είναι πολύ σημαντικές γιατί μπορούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά την ακριβή αιτία κάθε ξεχωριστής περίπτωσης πόνου στη μέση και παρέχει κατάλληλο πλάνο αντιμετώπισης ενώ προστατεύει από σοβαρότερες καταστάσεις που μπορεί να χρειαστούν πιο επιθετική και άμεση ιατρική παρακολούθηση. Έτσι λοιπόν οι πληροφορίες που παρέχονται παρακάτω βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση των επιλογών για πρόληψη και αντιμετώπιση, να ανοιχτεί ένας καλύτερος διάλογος με το γιατρό και να επιτρέψει μια περισσότερο πληροφορημένη απόφαση για την κατεύθυνση της φροντίδας. Δεν είναι ένα υποκατάστατο για κατάλληλη, συχνή μητρική φροντίδα.

Άσκηση:

Ένα απλό πρόγραμμα ασκήσεων που ξεκινά νωρίς στην εγκυμοσύνη μπορεί να κάνει σημαντική διαφορά. Οι ασκήσεις που ενδυναμώνουν τη μέση και τους κοιλιακούς μύες, όπως τροποποιημένες κάμψεις κορμού και διατάσεις, που αυξάνουν την ελαστικότητα των οπίσθιων μηριαίων μυών και δίνουν έμφαση στην κλίση της πυέλου, είναι μόνο μερικοί τρόποι προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα πόνου στη μέση αργότερα στην εγκυμοσύνη. Τέτοιες ασκήσεις βοηθούν στη βελτίωση της στάσης της Σπονδυλικής Στήλης ενώ ελαχιστοποιούν τις αυξανόμενες μη φυσιολογικές δυνάμεις που εφαρμόζονται στις δομές της μέσης.

Κανένα πρόγραμμα ασκήσεων δεν πρέπει να ξεκινά χωρίς τη συμβουλή του γιατρού και αν αυτός το αποφασίσει δε θα πρέπει να γίνεται χωρίς την καθοδήγηση από ένα φυσιοθεραπευτή εξοικειωμένο με τον σχετικό με εγκυμοσύνη πόνο στη μέση. Οι ασκήσεις έκτασης του κορμού μετά το τρίτο τρίμηνο πρέπει να είναι περισσότερο τροποποιημένες ή να μη γίνονται καθόλου. Οι ασκήσεις και οι διατάσεις

σπάνια ωφελούν αυτούς που υποφέρουν από νυχτερινό πόνο. Είναι πιο ωφέλιμες γι' αυτούς που υποφέρουν από μηχανικό οσφυϊκό ή και ιερολαγόνια σύνδρομα πόνου. (σχ.12).

Σχήμα 12



Εργονομία:

Είναι μια επιστήμη του τρόπου που οι άνθρωποι κάνουν πράγματα και αλληλεπιδρούν με το φυσικό περιβάλλον. Είναι επίσης η επιστήμη της κατανόησης του τρόπου ελαχιστοποίησης των βλαβερών συνεπειών του περιβάλλοντος στον οργανισμό. Αυτό το θέμα έχει γίνει πολύ δημοφιλές πρόσφατα με την ανάπτυξη πολλών υποθέσεων για τη σχέση ανάμεσα στη χρήση computer και στην ανάπτυξη του Συνδρόμου Καρπιαίου Σωλήνα.

Η σχέση της εργονομίας με την εγκυμοσύνη και τον πόνο στη μέση βασίζεται στις ελάχιστες τροποποιήσεις στους τρόπους που γίνονται διάφορα πράγματα κατά την εγκυμοσύνη και που μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση του κινδύνου για πόνο στη μέση. Για παράδειγμα η τοποθέτηση του ενός ποδιού ψηλότερα πάνω σε σκαμνί στην όρθια θέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως το πλύσιμο των πιάτων, αλλάζει την κλίση της πυέλου με τέτοιο τρόπο ώστε να ξεκουράζει τους μύες της πλάτης και να μειώνει την ένταση παράλληλα σε αυτούς. Η ανύψωση του ενός

ποδιού στην καθιστή θέση έχει το ίδιο αποτέλεσμα, ελαττώνει τις πιεστικές δυνάμεις που ασκούνται παράλληλα στην οσφυϊκή μοίρα της Σπονδυλικής Στήλης. Για μερικούς ασθενείς με πραγματική μηχανική δυσλειτουργία, μια μη ελαστική τροχαντήρια ζώνη μπορεί να μειώσει τον πόνο ειδικά κατά το βάδισμα. Αυτό βοηθά στην σταθερότητα των πυελικών αρθρώσεων και μεταφέρει το βάρος του εμβρύου προς τη μέση, πιο κοντά στο κέντρο βάρους του σώματος της γυναίκας, ώστε να μειώνει την ένταση που ασκείται παράλληλα προς τις δομές της μέσης. Τα στηρίγματα οσφυϊκής μοίρας μπορούν να ωφελήσουν αυτούς που τα φορούν.

Οτιδήποτε μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα στη διατήρηση καλής ισορροπίας κατά την κύηση μπορεί να βοηθήσει και στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης πόνου στη μέση. Οι έγκυες γυναίκες πρέπει να αποφεύγουν να φορούν ψηλοτάκουνα παπούτσια. Ο νυχτερινός πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί ξαπλώνοντας σε πλάγια θέση στο κρεβάτι χρησιμοποιώντας μαξιλάρια για τη στήριξη της κοιλιάς καθώς και ανάμεσα στους μηρούς και τα πόδια.

Φυσικοθεραπεία:

Εκτός από τα βασικά όταν ο πόνος επιμένει παρά τις προηγούμενες συστάσεις ο γιατρός μπορεί να προτείνει ένα πρόγραμμα φυσιοθεραπείας με τη χρήση φυσικών μέσων όπως κρύο και/ ή υγρή θερμότητα. Το μασάζ επίσης μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο.

Φαρμακευτική αγωγή:

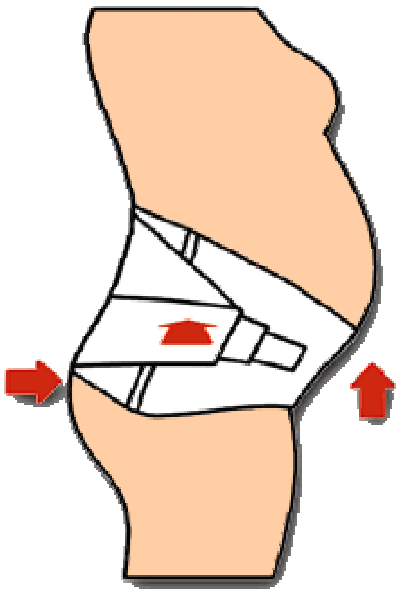
Λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες χορήγησης φαρμάκων στις εγκύους, ενδέχεται σε κάποιες περιπτώσεις ο θεράπων ιατρός να αποφασίσει συνταγογράφησή τους. Γενικά αποφεύγεται και είναι ελάχιστες οι περιπτώσεις που θα γίνει κάτι τέτοιο. Τα μη στερινοειδή αντιφλεγμονώδη και η Ασπιρίνη δεν χορηγούνται στην κύηση γιατί μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο ενδοκράνιας αιμορραγίας και πρόωρου τοκετού. Το Methocarbamol είναι μυοχαλαρωτικό φάρμακο που θεωρείται λιγότερο βλαβερό στην ανάπτυξη του εμβρύου και έτσι μπορεί να λαμβάνεται για ανακούφιση από τον πόνο. Ο γιατρός μπορεί επίσης συστήσει ενέσεις για τους μύες, τους τένοντες και τις αρθρώσεις της περιοχής της μέσης. Οι ενέσεις που περιέχουν τοπικό αναισθητικό μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση των πιο επίμονων και σοβαρών μυϊκών σπασμών, ενώ οι ενδαρθρικές με στεροειδή μπορούν να ανακουφίσουν τη δυσανεξία που συνδέεται με φλεγμένουσες και ερεθισμένες

αρθρώσεις. Αν και ο πόνος στη μέση είναι ένα πολύ συχνό ενόχλημα κατά την εγκυμοσύνη δε χρειάζεται να υποφέρουμε σιωπηλά, η βοήθεια ξεκινά με την πρόληψη.

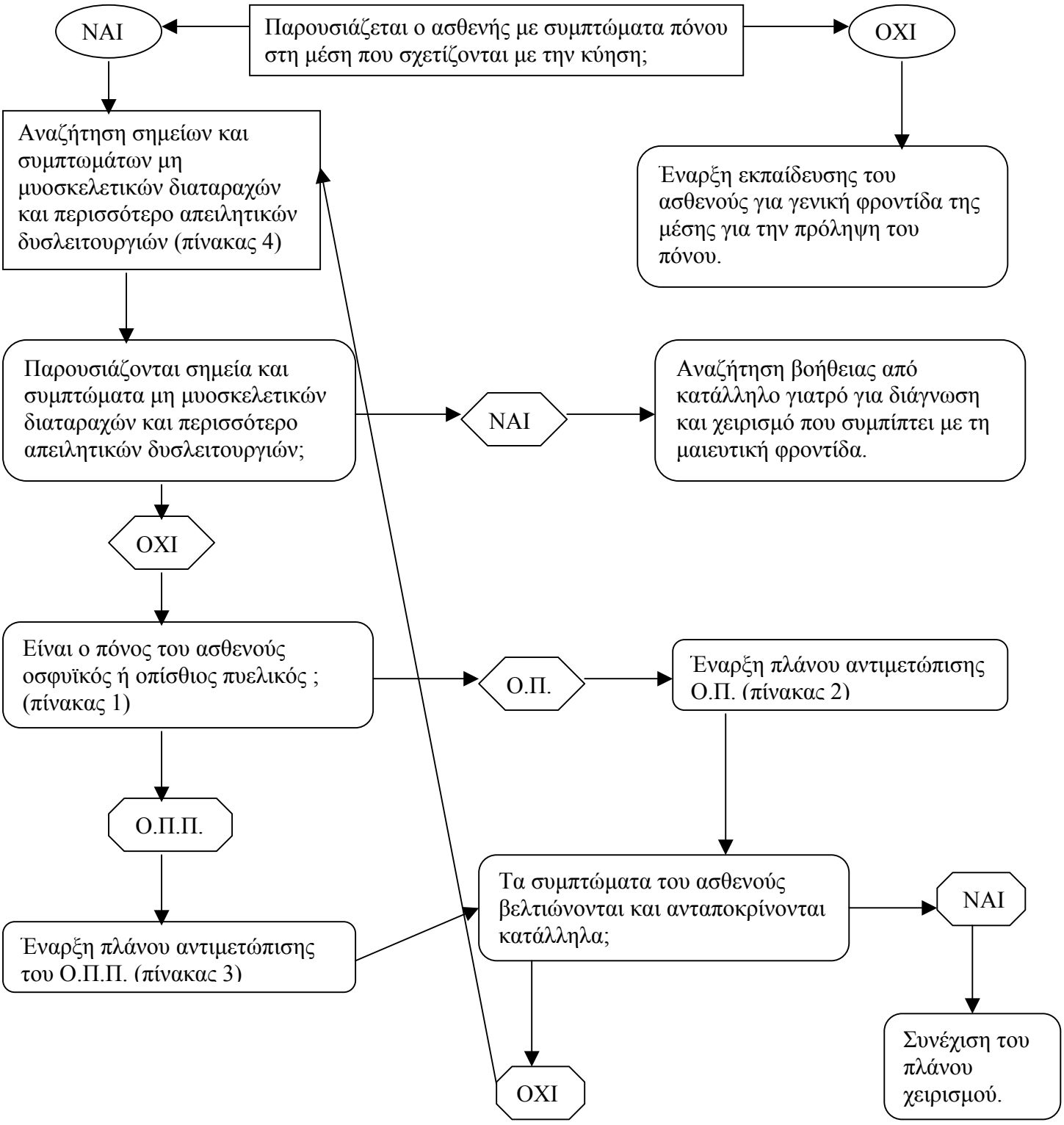
Ζώνη οσφύος:

Έχει προταθεί η εφαρμογή ζώνη οσφύος, ειδική για εγκύους, η οποία βοηθά τη σταθεροποίηση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (εικόνα 13). Απαιτείται χορήγηση της κατάλληλης ζώνης από τον ορθοπεδικό.

Εικόνα 13



Πίνακας 2: Αναγνώριση και χειρισμός του πόνου στη μέση που συνδέεται με την κύηση:



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

5.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Η συμβολή του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας κατά την εγκυμοσύνη είναι σημαντική. Μπορεί με τις σωστές προτάσεις και τις κατάλληλες παρεμβάσεις να βοηθήσει ενεργητικά στη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης πόνου στην οσφύ κατά την κύηση. Εξίσου σημαντική είναι η παρέμβαση του νοσηλευτή ακόμα και όταν έχουν ήδη εμφανιστεί τα πρώτα συμπτώματα οσφυαλγίας, όπου μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά στη μείωση και σωστή αντιμετώπιση του πόνου καθώς και στην πρόληψη των περαιτέρω επιπλοκών.



Μερικά προληπτικά μέτρα που θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στις έγκυες γυναίκες προκειμένου να αποφύγουν την πιθανότητα εμφάνισης οσφυαλγίας κατά την κύηση είναι τα ακόλουθα:

1. Διδασκαλία για σωστή στάση του σώματος κατά την ορθοστασία, όταν αυτή είναι αναπόφευκτη ώστε να μην επιβαρύνεται η οσφύς. π. χ. Στήριξη του σωματικού βάρους στο ένα πόδι κάθε φορά εναλλάξ.
2. Διδασκαλία για σωστή θέση του σώματος κατά την ανάπαυση και τον ύπνο.
3. Ενημέρωση για τις κινήσεις που πρέπει να αποφεύγονται ώστε να μην επιβαρύνεται η οσφύς.
4. Αποφυγή της πολύωρης ορθοστασίας.

5. Εκμάθηση ασκήσεων που συμβάλλουν στη βελτίωση της σωματικής κατάστασης και προλαμβάνουν την καταπόνηση της οσφύος.
6. Εκμάθηση της σωστής χρήσης των βοηθητικών μέσων, όπως ζώνη οσφύος κ.λ.π. καθώς και διδασκαλία της χρησιμότητάς τους.
7. Παρότρυνση για αποφυγή εργασιών / ασχολιών που δρουν επιβαρυντικά στην οσφύ π. χ. άρση βαριών αντικειμένων, ενασχόληση με δύσκολες δουλειές του σπιτιού κ.λ.π.
8. Ανάπαυση κατά τακτά χρονικά διαστήματα, πριν αλλά και σε περιόδους έξαρσης του πόνου.
9. Διδασκαλία για αποφυγή απότομης αύξησης του σωματικού βάρους και ενημέρωση για τις επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν στην οσφύ από αυτό.
10. Εκμάθηση σωστής θέσης σώματος σε καθιστή θέση προκειμένου να αποφεύγεται η φόρτιση της Σ. Σ.
11. Σε περίπτωση εμφάνισης αρχικών συμπτωμάτων πόνου στην οσφύ, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να απευθύνονται άμεσα στο γιατρό προκειμένου να προληφθεί η εγκατάσταση και επιδείνωση του πόνου.

5.2. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΟΣΦΥΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΛΓΟΥΣ

Η πρόληψη του σχετιζόμενου με την εγκυμοσύνη πόνου στη μέση είναι εφικτή, παρότι δύσκολη. Πρέπει να δίνονται στη γυναίκα οδηγίες, να ενθαρρύνονται και να αναμένεται η ενεργητική συμμετοχή τους στις καθημερινές δραστηριότητες φροντίδας της οσφύος.

Κατ' αρχήν, είναι σημαντικό οι γυναίκες να διατηρούν σωστή στάση του σώματος, που μπορεί να προλάβει επιπλέον μηχανική πίεση στην οσφύ. Δεύτερον ένα πρόγραμμα ασκήσεων που βελτιώνει τη δύναμη και την ελαστικότητα των στηρικτικών δομικών ιστών και περιλαμβάνει μέτριας έντασης αεροβική, θα πρέπει να συσταθεί κατά προτίμηση πριν από μια προγραμματισμένη εγκυμοσύνη. Οι εμπλεκόμενοι – γιατροί, μαίες, νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές - μπορούν για παράδειγμα να συμβουλεύσουν τις έγκυες να κάνουν φυσικές δραστηριότητες στην ουδέτερη περιοχή της Σ.Σ. και μετά να τις παρακολουθούν ενώ εκτελούν μοντέλα καθημερινών κινήσεων.

Γενικά, οι γυναίκες θα έπρεπε να προσπαθούν να περπατούν στη δουλειά και να κάνουν διαλείμματα από στατικές θέσεις του σώματος και άλλα απαιτητικά καθήκοντα. Για παράδειγμα, ένας υπάλληλος μπορεί ίσως να είναι ικανός να τροποποιεί την εργασία του για να εξισορροπεί τη μυϊκή εργασία που απαιτείται. Το σκύψιμο με περιστροφή της Σ.Σ. θα πρέπει να αποφεύγεται σε δραστηριότητες όπως το σκούπισμα και το τρίψιμο που είναι πιθανές πηγές αυτού του τύπου πίεσης. Ο απλός πόνος στην πλάτη από μυϊκή εξάντληση, πρέπει να αποφεύγεται ή να ελαχιστοποιείται, όταν η μεσημεριανή ανάπαυση είναι δυνατή για να δώσει στους κουρασμένους μύες την ευκαιρία να αναρρώσουν.

Οι γυναίκες θα έπρεπε να προσπαθούν να χρησιμοποιούν καθίσματα που υποστηρίζουν τη Σ.Σ. και να ξεκινούν νωρίς να χρησιμοποιούν μαξιλάρια για να υποστηρίζουν τους μηρούς και την κοιλιά στον ύπνο, σε πλάγια θέση, για να αποφεύγεται η περιστροφή και η πίεση της Σ.Σ. Σε ένα μαλακό κρεβάτι ένα ρολό από πετσέτα ή ένα μαξιλάρι στη μέση, μπορούν να προσφέρουν επιπρόσθετη υποστήριξη και άνεση, γιατί ο άνετος ύπνος είναι σημαντικός. Ίσης σημασίας είναι το ξάπλωμα και το σήκωμα από το κρεβάτι χωρίς να πιέζεται η Σ.Σ. και η πύελος, αυτό μπορεί να γίνει γυρίζοντας το σώμα σε πλάγια θέση με τους γοφούς και τα γόνατα λυγισμένα, χρησιμοποιώντας τα χέρια για να σπρώξεις προς τα πάνω και να σηκωθείς ενώ συγχρόνως χαμηλώνεις τις γάμπες στο άκρο του κρεβατιού.

Το περπάτημα είναι καλύτερο από την ορθοστασία, όμως όταν αυτό είναι απαραίτητο, η γυναίκα μπορεί να καταλάβει ότι η εναλλαγή του βάρους από το ένα πόδι στο άλλο ή η χρήση ενός μικρού σκαμνιού για το ένα πόδι (εναλλάσσοντας τα πόδια περιοδικά) βοηθούν. Σε κάθε εργασία, το σκύψιμο θα πρέπει να αποφεύγεται, η ανύψωση της επιφάνειας εργασίας ή η χρήση ενός σκαμνιού ίσως βοηθήσουν. Εκεί που η εργασία ή το σπίτι απαιτεί την επίλυση προβλημάτων, ο ρόλος του γιατρού μπορεί να περιλαμβάνει υποστήριξη καθώς και επιμόρφωση για τη φροντίδα της οσφύος.

Συμβουλές για το σήκωμα είναι επίσης σημαντικές από πολύ νωρίς στην εγκυμοσύνη. Αν μια γυναίκα δεν αποκτήσει νωρίς τη συνήθεια να χρησιμοποιεί και τα δυο πόδια της συγχρόνως για να σηκώνεται, ίσως αργότερα να μην είναι αρκετά δυνατά να δεχτούν ασκήσεις κατά την κύηση. Όταν το σκύψιμο και το σήκωμα γίνονται δύσκολα οι γυναίκες θα πρέπει να σκέπτονται στρατηγικές που ελαχιστοποιούν τέτοιες προσπάθειες καθώς εξελίσσεται η εγκυμοσύνη. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως: αναπροσαρμογή των επιφανειών εργασίας για

να ελαχιστοποιείται το σκύψιμο ή το σήκωμα και ακόμα ανακαίνιση της κουζίνας έτσι ώστε τα αντικείμενα που χρησιμοποιούνται συχνότερα να είναι προσπελάσιμα χωρίς σκύψιμο. Σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, καθώς το αυξημένο μέγεθος της κοιλιάς κάνει τη μηχανική έγερση να ακούγεται περισσότερο δύσκολη για πολλές γυναίκες, η άρση βαριών αντικειμένων θα πρέπει να μοιράζεται ή να διακόπτεται. Το σήκωμα ελαφρύτερων φορτίων όπως είναι τα ψώνια, προϋποθέτει κατανομή του βάρους έτσι ώστε το φορτίο να πιέζει λιγότερο τη Σ.Σ.

5.3. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ: ΣΥΝΟΨΗ

Στόχοι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:

- Μείωση του πόνου στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Εκμάθηση τρόπων για τον έλεγχο του πόνου κατά τη διάρκεια της κύησης και της εργασίας.
- Εκμάθηση τρόπων για να γίνεται η εργασία πιο άνετα.
- Μείωση του πόνου στα πόδια, τους αστράγαλους, τα γόνατα, τη μέση και τα χέρια κατά την κύηση
- Θεραπευτικές ασκήσεις για βελτίωση της δύναμης και της ευλυγισίας.

Μετά τον τοκετό:

- Μείωση των μακρόχρονων επιπτώσεων του τοκετού.
- Προαγωγή σωματικής υγείας και αίσθηση ευεξίας.
- Φροντίδα της τομής εάν ο τοκετός γίνει με καισαρική τομή.
- Φροντίδα του περινέου αν ο τοκετός έχει γίνει φυσιολογικά.
- Αύξηση της δύναμης των πυελικών μυών για αποφυγή απώλειας ούρων.
- Ενδυνάμωση των κοιλιακών μυών.
- Εξασφάλιση καλής φροντίδας της μέσης για την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων (σήκωμα, τάισμα και μεταφορά του παιδιού).

Μπορεί η θεραπεία να ωφελήσει κατά τη διάρκεια της κύησης αλλά και μετά τον τοκετό;

Αν ο ασθενής απαντήσει θετικά σε οποιοδήποτε από τα ακόλουθα ερωτήματα, ίσως να ωφεληθεί σημαντικά από τη φυσική αποκατάσταση:

- Έχετε πόνο στη μέση;
- Είναι επώδυνο το βάδισμα σας;
- Τα πόδια σας και/ ή τα γόνατά σας πονάνε;
- Τα χέρια σας μουδιάζουν;
- Έχετε τομή από καισαρική τομή;
- Έχετε περινεοτομή από φυσιολογικό τοκετό;
- Έχετε απώλεια ούρων μετά από άλμα, σήκωμα, γέλιο και ροχαλητό;
- Έχετε αδυναμία ή διαχωρισμό στους κοιλιακούς σας μύες;

Διαρκή προγράμματα ασκήσεων:

- *Ασκήσεις πριν από τον τοκετό.* Απαλές τονωτικές κινήσεις που είναι χαλαρωτικές, ευχάριστες και εύκολες. Αυτές οι δραστηριότητες σχεδιάστηκαν για μέλλουσες μητέρες προκειμένου να προάγουν μια υγιεινή ζωή και να προετοιμάσουν τις μητέρες για την εργασία και τον τοκετό.
- *Ασκήσεις για μετά τον τοκετό.* Αυτό το πρόγραμμα επικεντρώνεται στη νέα μητέρα. Οι απαλές τονωτικές και κινητικές ασκήσεις είναι σχεδιασμένες για μετά τον τοκετό, χωριστά για την εργασία και για τον τοκετό.
- *Ασκήσεις για τη μητέρα και το μωρό.* Σχεδιασμένες να επιταχύνουν την ανάρρωση μετά τον τοκετό, ενώ προσφέρουν αγάπη για την κίνηση και τη μουσική στο μωρό. Οι ασκήσεις μπορεί να γίνουν μόνο από τη μητέρα, με το μωρό και με το σύντροφο.

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΙΔΙΚΟ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή – Σκοπός: Η οσφυαλγία αποτελεί μία από τις συχνότερες ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της τελευταίας περιόδου της κύησης, επιφέρει δε αρκετά προβλήματα τόσο στη λειτουργικότητα όσο και στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η ανεύρεση επιδημιολογικών στοιχείων σχετικών με την οσφυαλγία στην εγκυμοσύνη και η πρόταση μέτρων θεραπείας και πρόληψης αυτής, τονίζοντας το ρόλο του νοσηλευτή στην προσπάθεια αυτή, στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Υλικό – μέθοδος: Πραγματοποιήσαμε αναδρομική μελέτη σε 120 τελειόμηνες εγκύους, την περίοδο Μάρτιος- Αύγουστος 2003 σε 4 μαιευτικά κέντρα της ανατολικής Κρήτης (Π Α ΓΝΗ, στο Μαιευτήριο Μητέρα, στο νοσοκομείο Αγίου Νικολάου και στο νοσοκομείο Σητείας), η οποία διερεύνησε επιδημιολογικούς δείκτες και επιπτώσεις της οσφυαλγίας σ' αυτόν τον πληθυσμό.

Αποτελέσματα: Οσφυαλγία στην παρούσα εγκυμοσύνη ανάφεραν 84 γυναίκες (74%). Η ένταση του πόνου, όπως αυτός εκτιμήθηκε με την κλίμακα VAS, ήταν 3,2. Ενδιαφέροντα στοιχεία θεωρούνται οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν στις δραστηριότητες λόγω αυτής – 55 γυναίκες (45,8%) – ενώ δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο του εμβρύου και την εμφάνιση εγκυμοσύνης. Είναι εμφανές το έλλειμμα ενημέρωσης σχετικά με την υγεία της μέσης και τους τρόπους προαγωγής της - καμία γνώση για 64 γυναίκες (53%).

Συζήτηση - Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της εργασίας μας είναι σε συμφωνία με αυτά αντίστοιχων κέντρων του εξωτερικού. Αποδεικνύεται ότι η οσφυαλγία κατά την κύηση είναι πρόβλημα υπαρκτό και με σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή των εγκύων, τόσο από άποψης ανικανότητας όσο και από άποψη ψυχολογικής επιβάρυνσης. Απαιτείται συντονισμένη δράση όλων των επαγγελματιών υγείας – ιατρών, μαιών, νοσηλευτών και φυσικοθεραπευτών – προκειμένου να υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στον τομέα της πρόληψης - από την αρχή της κύησης ή καλύτερα και πριν από αυτή – μέσω επαρκούς ενημέρωσης και εκπαίδευσης που αφορά κυρίως την σωματική ικανότητα (βελτιστοποίηση της ικανότητας του μυοσκελετικού συστήματος). Σ' αυτή την προσπάθεια σημαντική θεωρείται η συμβολή του νοσηλευτή, ως γνώστη των προβλημάτων αυτών αλλά και ως του επαγγελματία υγείας με την μεγαλύτερη διείσδυση και επαφή με τον πληθυσμό.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συμβολή της εγκυμοσύνης στην αιτιοπαθογένεια της οσφυαλγίας είναι τεκμηριωμένη μέσω επιδημιολογικών και πειραματικών μελετών. Έχει βρεθεί ότι η αποτελεί μια ειδική αιτία οσφυαλγίας. Πόνο στη μέση εμφανίζουν περίπου 1 στις 2 γυναίκες που κυοφορούν. Μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη που έγινε στη Νορβηγία (Endersen EH et. al. 1995) σε 5400 γυναίκες έδειξε ότι το 21% των πρωτότοκων γυναικών και το 31% των πολύτοκων είχαν εμπειρία πόνου στη μέση κατά την κύηση. Επίσης σε μελέτη 449 γυναικών που περιελάμβανε υπερηχογραφική εξέταση πριν τον τοκετό έδειξε ότι το 54,8% των γυναικών ανέφεραν πόνο στη μέση κατά την κύηση (Orvieto R et.al. 1994).

Σίγουρα, αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στη φυσιολογική κύηση, ενώ ευθύνεται για την πλειοψηφία των ασφαλιστικών εξόδων ημερών απουσίας από την εργασία κατά την κύηση σε κάποιες χώρες (Foti T et. al. 2000, Noren L et. al. 1997, Sydsjo A et. al. 1989).

Συχνότερα εμφανίζεται μεταξύ της $18^{ης}$ και $22^{ης}$ εβδομάδας. Τα αίτια αυτής της αυξημένης επίπτωσης δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως. Πιστεύεται ότι οφείλεται κυρίως σε παράγοντες ορμονικούς, μηχανικούς και ψυχοκοινωνικούς[4]. Οι ορμόνες που αυξάνονται στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης (προγεστερόνη, ριλαξίνη κ.α.) επιδρούν στους μύες και στους συνδέσμους προκαλώντας τους χαλάρωση και μειονεκτική ανταπόκριση στα αυξημένα φορτία. Αυτά τα φορτία σε συνδυασμό με την αλλαγή στάσης του σώματος – όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει μετατόπιση του κέντρου βάρους και αύξηση της λόρδωσης – αποτελούν μηχανικούς που επίσης ενοχοποιούνται για πρόκληση οσφυαλγίας. Η πιο συχνή εντόπιση του πόνου είναι η περιοχή του ιερού, ενώ η έντασή του είναι ανάλογη της εργασίας, της αύξησης του βάρους τόσο της γυναίκας όσο και του κυήματος και του τριμήνου της κύησης.

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση επιδημιολογικών στοιχείων σχετικά με την οσφυαλγία στις εγκύους, μελετώντας πληθυσμό από την Κρήτη απ' όπου δεν υπήρχαν προηγούμενες αναφορές. Δόθηκε, επίσης, έμφαση στη διερεύνηση των κυριότερων παραγόντων κινδύνου, προκειμένου να προταθούν κατάλληλα μέτρα πρόληψης και να αναδειχθεί ο ρόλος του νοσηλευτή σαν μέλος της ομάδας υγείας η οποία μέσω προληπτικής κυρίως παρέμβασης θα συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος.

ΜΕΘΟΔΟΣ – ΥΛΙΚΟ

Η παρούσα αναδρομική μελέτη πραγματοποιήθηκε την περίοδο Μάρτιος–Αύγουστος 2003. Συμμετείχαν σε αυτή έγκυες γυναίκες οι οποίες παρακολουθούνταν σε μαιευτικά ιατρεία της ανατολικής Κρήτης – συγκεκριμένα στο Πα.Γ.Ν.Η., στο Μαιευτήριο Μητέρα Ηρακλείου, και στα Γενικά Νοσοκομεία Αγίου Νικολάου και Σητείας.

Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη ήταν:

- η συμπλήρωση του $7^{ου}$ μήνα κύησης
- η απουσία σοβαρών προβλημάτων υγείας
- η εκούσια συμμετοχή των γυναικών στην εργασία.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικές με ατομικά χαρακτηριστικά και συνήθειες των γυναικών, την πιθανή εμφάνιση οσφυαλγίας και των χαρακτηριστικών της. Ποσοτικοποίηση των ενοχλημάτων έγινε με τις κλίμακες VAS (για τον πόνο) και μία ακόμα για τις καθημερινές δραστηριότητες (που τις αξιολογούσε από το 0 – 100). Επίσης στο ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβανόταν η κλίμακα μέτρησης του βαθμού ανικανότητας Rolland Morris.

Η συλλογή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης, επώνυμα, αφού πρώτα εξηγήθηκε στις γυναίκες που συμμετείχαν ποιος είναι ο σκοπός της έρευνας και ότι τα προσωπικά τους δεδομένα δεν θα χρησιμοποιηθούν παρά μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 28,5 έτη. Όλες οι έγκυες που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν συμπληρώσει τον $7^{ο}$ μήνα της κύησης τους. Η πλειοψηφία των γυναικών ήταν στην $31^{η}$ εβδομάδα κύησης (μέση περίοδος ήταν η 30,5 εβδομάδα).

Δόθηκαν 150 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν τα 135 (ποσοστό συμμετοχής 70%), τα 120 ήταν πλήρως συμπληρωμένα και μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για ανάλυση ενώ τα 15 ήταν ελλιπή ενώ 15 γυναίκες αρνήθηκαν να συμμετάσχουν. (πίνακας 1).

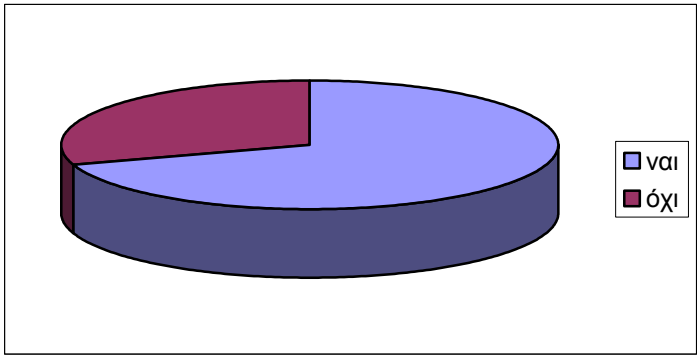
Πίνακας 1

Κατανομή δείγματος ανά νοσοκομείο	**Ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν**	**Ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν**	**Ερωτηματολόγια πού εξαιρέθηκαν**
Π. Α. Γ. Ν. Η.	37	35	2
Μαιευτήριο ΜΗΤΕΡΑ	26	15	11
Γ. Ν. Αγίου Νικολάου	22	17	5
Γ. Ν. Σητείας	65	53	12
Σύνολο	150	120	30

Οσφυαλγία κατά την παρούσα εγκυμοσύνη ανέφεραν 84 γυναίκες (70%). Η μέση τιμή στη βαθμολογία της κλίμακας εκτίμησης του πόνου VAS ήταν 3,2.

Τη στιγμή της δειγματοληψίας, οι 68 γυναίκες ήταν εργαζόμενες (56,6%). Από αυτές οι 26 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι 29 δημόσιοι υπάλληλοι, οι 7 επιχειρηματίες και τέλος οι 6 ελεύθεροι επαγγελματίες. Από τις 46 που δεν εργάζονταν οι 38 ασχολούνται με οικιακά και οι 8 ήταν μαθήτριες και φοιτήτριες. Από την έρευνα φαίνεται ότι το επάγγελμα δεν έχει καμία σχέση με τον πόνο στην οσφύ.

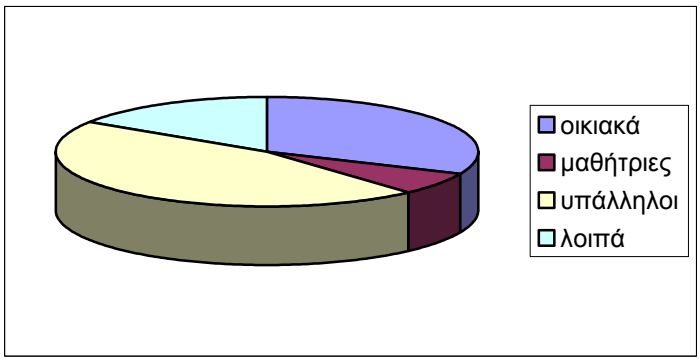
ναι	όχι
70	30



Σχήμα 1: Εμφάνιση οσφυαλγίας

Τη στιγμή της δειγματοληψίας, οι 68 γυναίκες ήταν εργαζόμενες (56,6%). Από αυτές οι 26 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι 29 δημόσιοι υπάλληλοι, οι 7 επιχειρηματίες και τέλος οι 6 ελεύθεροι επαγγελματίες. Από τις 46 που δεν εργάζονταν οι 38 ασχολούνται με οικιακά και οι 8 ήταν μαθήτριες και φοιτήτριες. Από την έρευνα φαίνεται ότι το επάγγελμα δεν έχει καμία σχέση με τον πόνο στην οσφύ.

οικιακά	μαθήτριες	υπάλληλοι	λοιπά
31,6	6,6	45,9	15,9

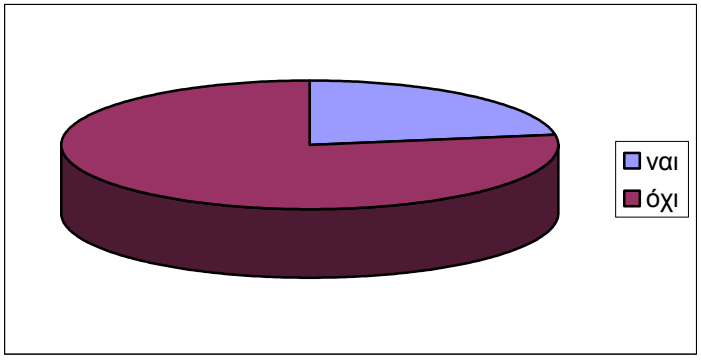


Σχήμα 2: Κατανομή επαγγελμάτων

Από όλο το δείγμα των γυναικών οι 43 πήραν πάνω από 10 κιλά στη μέχρι τώρα πορεία της εγκυμοσύνης τους. Οι υπόλοιπες πήραν λιγότερα από 10 και υπήρξαν και 2 γυναίκες που έχασαν, η μια 6 και η άλλη 1 κιλό. Δεν βρέθηκε συσχέτιση αξιοσημείωτη μεταξύ της εμφάνισης οσφυαλγίας και του πρόσθετου βάρους που πήραν οι γυναίκες κατά την κύηση.

Αναφορικά με τις ατομικές συνήθειες, αναφέρθηκε από κάποιες χρήση νικοτίνης πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της κύησης κάπνιζαν 27 γυναίκες και κατανάλωναν λιγότερο από 10 τσιγάρα ημερησίως. Υπήρχαν 24 γυναίκες που κάπνιζαν πριν την κύηση, αλλά το σταμάτησαν κατά τη διάρκειά της και 69 ερωτηθέντες δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ μόλις 18 γυναίκες απαντούν θετικά, ενώ οι υπόλοιπες δεν αναφέρουν σχετική κατανάλωση. Ούτε από την χρήση νικοτίνης και αλκοόλ βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με την εμφάνιση οσφυαλγίας.

ναι	όχι
22,5	77,5



Σχήμα 3: Ατομικές συνήθειες: Κάπνισμα.

Σχετικά με το φύλο του εμβρύου σε 56 έγκυες γυναίκες ήταν αγόρι, σε 41 γυναίκες ήταν κορίτσι, 3 από αυτές είχαν δίδυμα και 19 από αυτές δεν γνώριζαν το φύλο του εμβρύου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι οι 30 γυναίκες με αγόρι είχαν οσφυαλγία όπως και οι 12 που το φύλο του παιδιού τους ήταν κορίτσι. Άρα συμπεραίνουμε ότι παίζει ρόλο το φύλο του παιδιού.

Επίσης το δείγμα του πληθυσμού ρωτήθηκε για τυχόν προηγούμενους τοκετούς. Οι 49 γυναίκες είχαν γεννήσει στο παρελθόν, ενώ οι υπόλοιπες 71 δεν αναφέρουν προηγούμενους τοκετούς.

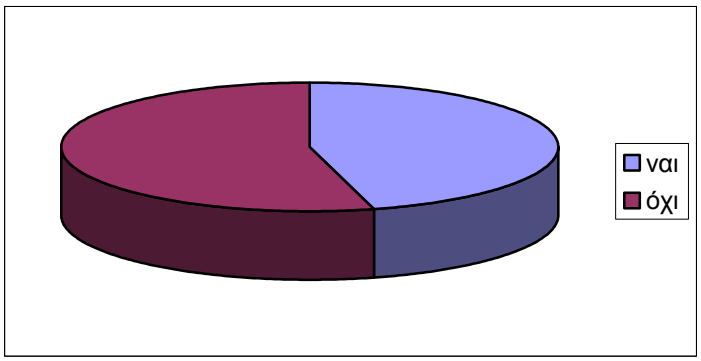
Οι έγκυες επίσης ρωτήθηκαν αν είχαν πόνο στη μέση πριν την εγκυμοσύνη. Οι απαντήσεις στη συγκεκριμένη ερώτηση ήταν ποτέ, σπάνια, μερικές φορές, συχνά, πολύ συχνά. Οι 35 γυναίκες απάντησαν ότι δεν είχαν ποτέ πόνο στη μέση, οι 48 απάντησαν σπάνια, οι 23 απάντησαν μερικές φορές, οι 9 απάντησαν συχνά και τέλος μόλις 5 έγκυες απάντησαν ότι είχαν πολύ συχνά πόνο στη μέση τους πριν την εγκυμοσύνη.

Συνεχίζοντας την έρευνά μας θεωρήσαμε σημαντική την ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη πόνου στην οσφύ τον τελευταίο χρόνο πριν την εγκυμοσύνη. Εδώ είχαμε 33 θετικές απαντήσεις και 87 αρνητικές. Όσες από τις γυναίκες απάντησαν θετικά η ερώτηση συνεχιζόταν με το αν αυτός ο πόνος κατέβαινε προς το πόδι (ισχιαλγία) και αν επισκέφτηκαν γι' αυτό το πρόβλημα το γιατρό και αν ναι ποια ήταν η διάγνωση. Εδώ είχαμε 15 θετικές απαντήσεις όσον αφορά την ισχιαλγία και από αυτές τις 15 γυναίκες οι 8 πήγαν στο γιατρό, από αυτές οι 2 είχαν κήλη, οι 2 είχαν δισκοκήλη, 2 είχαν ισχιαλγία, 1 οσφυαλγία και 1 αστάθεια στη Σ. Σ. Υπήρξαν βέβαια και 3 γυναίκες που παρόλο που δεν είχαν ισχιαλγία επισκέφτηκαν το γιατρό και είχαν οσφυαλγία.

Σχετικά με την εβδομάδα εμφάνισης της οσφυαλγίας, βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο αυτή εμφανίστηκε την $13^{η}$ εβδομάδα. Από τις 84 γυναίκες που εμφάνισαν οσφυαλγία, οι 58 την αντιμετώπισαν με διάφορους τρόπους. Οι 15 αντιμετώπισαν την οσφυαλγία με ασκήσεις, οι 36 με ξεκούραση, 3 με φάρμακα, 1 βάζοντας μαξιλάρια στη μέση της, 1 με ύπνο σε πλάγια θέση, 1 με ακινησία, 1 με ντους και περπάτημα, 1 φορώντας χαμηλά παπούτσια και έχοντας σωστή θέση στην οσφύ της, 1 με υπομονή, 1 με φυσικοθεραπεία, 2 με ζώνη οσφύος και 1 με μασάζ.

Στην ερώτηση που κάναμε για το αν οι έγκυες αντιμετώπιζαν δυσκολίες στις καθημερινές τους δραστηριότητες, οι 55 απάντησαν ναι και οι 65 όχι. Στη συνέχεια τους ζητούσαμε να τοποθετήσουν σε μια κλίμακα το βαθμό ανικανότητάς τους με 0 να σημαίνει καμία δυσκολία και 100 πάρα πολύ σοβαρές δυσκολίες. Η πλειοψηφία των γυναικών ανήκει στο νούμερο 24 της κλίμακας.

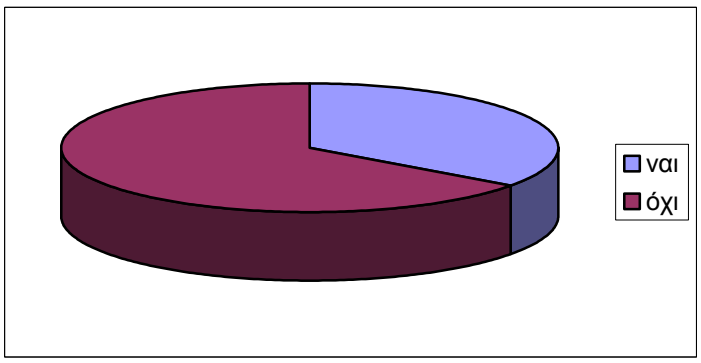
ναι	όχι
45,8	54,2



Σχήμα 3: Δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επίσης ερώτηση για τη λήψη προληπτικών μέτρων και αν ναι ποια ήταν αυτά. Ναι μας απάντησαν 42 γυναίκες και όχι 78. Οι 32 έκαναν προληπτικά ασκήσεις σε συνδυασμό με κάποιο άλλο μέτρο,5 χρησιμοποιούσαν ζώνη οσφύος, 1 με ύπνο σε πλάγια θέση, 1 με προσοχή στις κινήσεις, 8 με ανάπαυση, 1 με μασάζ και 1 με φυσικοθεραπεία.

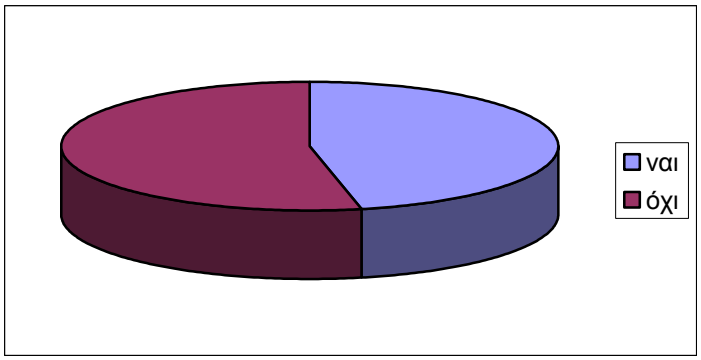
ναι	όχι
35	65



Σχήμα 4: Λήψη προληπτικών μέτρων.

Συνεχίζοντας την έρευνα, ακολουθούσε η ερώτηση για το αν οι έγκυες είχαν ενημέρωση σχετικά με την υγεία της μέσης στην εγκυμοσύνη και ποια ήταν η πηγή ενημέρωσής τους. Μας απάντησαν ναι οι 56 και όχι οι 64. Η πηγή ενημέρωσης για όσες απάντησαν θετικά ήταν για τις 46 ο γιατρός, για τις 5 ο νοσηλευτής, για τις 5 ο φυσιοθεραπευτής, για 1 η κοινωνική λειτουργός, για 9 από περιοδικά και για 1 η μαία.

ναι	όχι
46,6	53,3



Σχήμα 4: Ενημέρωση για την υγεία της οσφύος.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία η μεθοδολογία συλλογής πληροφοριών που χρησιμοποιήσαμε περιελάμβανε ένα ερωτηματολόγιο όπου ο ίδιος ο ασθενής εκτιμούμε την κατάστασή του. Από το 1984, μελέτες για την χαμηλή οσφυαλγία πραγματοποιήθηκαν με τη χρήση εργαλείων προσανατολισμού των ασθενών για την εκτίμηση (Roland M et. al. 1983). Η συχνή χρήση αυτό- συμπληρούμενων ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της άποψης των ασθενών στην εκτίμηση της κλινικής εικόνας και της χρησιμότητας αυτών των εργαλείων είναι ευρέως αποδεκτή (Padua R et. al. 1999, Padua R et. al. 2001). Η χαμηλή οσφυαλγία κατά τη διάρκεια μιας κύησης έχει εκτιμηθεί σε πρόσφατες έρευνες με ποσοτικές μεθόδους, όμως μόνο λίγες έχουν αναλύσει τα συμπτώματα από ποιοτικής άποψης, με τη χρήση έγκυρου εργαλείου προσανατολισμένου σε ασθενείς (Ostgaard HC et. al. 1996,Sturesson B et. al. 1997).

Παρότι έχουν γίνει προσπάθειες διαχωρισμού της προέλευσης του πόνου στην οσφύ, θεωρήθηκε σκόπιμο στην παρούσα μελέτη να εξεταστεί αυτός σαν ένα αδιαφοροποίητο σύμπτωμα γιατί τα εργαλεία προσανατολισμού των ασθενών δεν είναι ικανά να ξεχωρίσουν ανάμεσα στους διάφορους τύπους (Ostgaard HC et. al. 1994, Ostgaard HC et. al. 1997).

Τα αποτελέσματα της εργασίας μας δεν διαφέρουν σημαντικά από αυτά αντίστοιχων κέντρων του εξωτερικού, σε ότι αφορά τη συχνότητα εμφάνισης της οσφυαλγίας κατά την κύηση ήταν 84 γυναίκες (70%).

Η ένταση του πόνου, όπως αυτή εκτιμήθηκε με την κλίμακα VAS, είχε χαμηλότερη μέση τιμή στην εργασία μας, 3,2, σε σύγκριση με αντίστοιχες που έγιναν στο εξωτερικό, 5,4 (Ostgaard et al, 1997). Ωστόσο η συγκεκριμένη κλίμακα μπορεί να επηρεαστεί από εξωγενείς παράγοντες, άρα δεν μπορούμε να βγάλουμε συγκεκριμένα συμπεράσματα γι' αυτή την απόκλιση.

Η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών δεν είχε ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα της οσφυαλγίας κατά την εγκυμοσύνη, ενώ το έλλειμμα γνώσης σχετικά με τους τρόπους πρόληψης αυτής. Όπως και για άλλες μυοσκελετικές διαταραχές, έτσι και για την οσφυαλγία κατά την κύηση, είναι διαθέσιμοι τρόποι πρόληψης, με πολύ ικανοποιητική αποτελεσματικότητα και ευνοϊκή σχέση της τελευταίας με το απαιτούμενο κόστος (cost – effectiveness).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της μελέτης, η οσφυαλγία είναι ένα αρκετά συχνό σύμπτωμα που συναντάται κατά την κύηση. Για την πλειοψηφία των περιπτώσεων αποτελεί μια απλή ενόχληση, όμως δεν είναι αμελητέο το ποσοστό των γυναικών εκείνων που αντιμετωπίζουν εξαιρετικές δυσκολίες λόγω του πόνου στην οσφύ τους.

Επειδή ο καλύτερος «γιατρός» της ασθένειας είναι η σωστή πρόληψη είναι αναγκαίο να τονιστεί η συνεχής παρέμβαση των νοσηλευτών όσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου με τη συστηματική ενημέρωση των γυναικών για την υγεία της οσφύος τους μπορούν να προληφθούν σοβαρές επιπλοκές στις ζωές τους από την οσφυαλγία. Η συμβολή των νοσηλευτών έχει ιδιαίτερη σημασία στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που προσφέρεται στα Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που προσφέρεται στα Κέντρα Υγείας, μέσω των προγραμμάτων Οικογενειακού Προγραμματισμού, που μπορεί να γίνει με την οργάνωση ειδικών ενημερωτικών προγραμμάτων που θα έχουν σαν κύριο στόχο τη διαφώτιση όλων των γυναικών.

Η ενημέρωση για τα βοηθητικά μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν (ζώνη οσφύος, ειδικά καθίσματα κ.λ.π). η εκμάθηση ειδικών ασκήσεων, η πρώιμη αναγνώριση των αρχικών συμπτωμάτων της οσφυαλγίας, η αποφυγή δραστηριοτήτων που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση οσφυαλγίας κ.λ.π. αποτελούν προληπτικά μέτρα που μπορούν να διδάξουν οι νοσηλευτές στις έγκυες γυναίκες.

Εκτός από τον τομέα της πρόληψης, η συμβολή των νοσηλευτών είναι απαραίτητη και στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. συμμετέχει στην εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής και την παροχή οδηγιών / συμβουλών στις έγκυες γυναίκες προκειμένου να αποφευχθούν σοβαρότερες επιπλοκές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α΄: ΓΕΝΙΚΟ

Κεφάλαιο 1: Λειτουργική ανατομία – εμβιομηχανική οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης……1-9

1.1 Ανατομία……3-5
1.1.1 Γενικά στοιχεία……3-4
1.1.2 Περιγραφή σπονδύλου……4-5
1.2 Στοιχεία βιολογικής μηχανικής……5-7
1.2.1 Σταθερότητα σπονδυλικής στήλης……..5-6
1.2.2 Κινητικότητα σπονδυλικής στήλης……7
1.3 Φόρτιση της σπονδυλικής στήλης……8-9

Κεφάλαιο 2: Οσφυαλγία: Βασικές γνώσεις……..10-24

2.1 Ορισμός οσφυαλγίας – Επιδημιολογικά στοιχεία……10-11
2.2 Αιτιολογία οσφυαλγίας……11-17
2.3 Επιβαρυντικοί παράγοντες οσφυαλγίας……18
2.4 Θεραπεία οσφυαλγίας……18
2.4.1 Συντηρητικά μέσα θεραπείας……18-21
2.4.2 Χειρουργική αντιμετώπιση……21

Κεφάλαιο 3: Επιπτώσεις εγκυμοσύνης στο μυοσκελετικό……22-28

3.1 Στάση σώματος……22-26
3.2 Χρήσιμες οδηγίες για την καθημερινή πρακτική……27-28
3.3 Μυϊκή τόνωση……..

Κεφάλαιο 4: Οσφυαλγία & εγκυμοσύνη……29-40

Κεφάλαιο 5: Ρόλος του νοσηλευτή στην πρόληψη της οσφυαλγίας κατά την κύηση.
……41-45

ΜΕΡΟΣ Β΄ ΕΙΔΙΚΟ:
Περίληψη: ..……..47
Εισαγωγή:……48
Μέθοδος – υλικό:……49
Αποτελέσματα:……50-53
Συζήτηση:……...53-54
Συμπεράσματα:…….54

Βιβλιογραφία

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Aust J Physiother 1987; 33: 10-17. The relationship of low back pain to postural changes during pregnancy
2. Anderson GBJ. Low back pain in pregnancy. In: Weinstein JN, Wiesel SW, editors. The lumbar spine: The international society for the study of the spine. Philadelphia: WB, Saunders, 1990:840-45.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Exercise during pregnancy and the postpartum period. (Technical Bulletin # 189). Washington, DC: ACOG, 1994.
4. Berg G, Hammer M, Moller-Nielsen J, Thormblad J. Low back pain during pregnancy. Obset Gynecol 1998;71:71-75
5. Bookhout MM, Boissonnault WG. Physical therapy, management of musculoskeletal disorders during pregnancy. In: Wilder E, editor. Obstetric and Gynecologic Physical Therapy. New York: Churchill Livingstone, 1988:17-61.
6. Barry – Greb TL, Harrison AL. Posture, gait and functional abilities of the adolescent, pregnant and elderly female. Orthop Phys Ther Clin N Am. 1996; 5:1-21.
7. Breen TW, Ransil BJ, Graves PA, Orion NE. Factors associated with back pain after childbirth. Anesthesiology 1994; 81:29-34.
8. Colliton J. Back pain and pregnancy. Active management strategies. Physician Sports Med 1996; 24:89-93.
9. Dumas GA, Reid JG, Wolfe LA, Griffin MP, McGrath MJ. Exercise, posture and back pain during pregnancy. Part 1, exercise and posture. Clin Biomechanics 1995;10:98-103.
10. Daly JM, Fiame PS, Rapoza PA. Sacroiliac subluxation: A common, treatable cause of low back pain in pregnancy. Fam Pract Res J 1991; 11: 149-59.
11. DonTigny RL. Function and pathomechanics of the sacroiliac joint. A review. Phys Ther 1985; 65:35-44.

12. Frandlin ME, Conner-Kerr J. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. J Orthop Sports Phys Ther 1998;28(3):133-138
13. Fast A, Shapiro D, Ducommun EJ, Friedmann LW, Bouklas T, Flowman Y. Low back pain in pregnancy. Spine 1987; 12:368-371.
14. Garmel SH, Guzelian GA, d' Alton ME. Lumbar disc disease in pregnancy. Obset Gynecol 1997;89:821-822
15. Garmel SH, Guzelian GA, D ' Alton JG, D ' Alton ME. Lumbar disk disease in pregnancy. Obstet Gynecol 1997; 89:821-22
16. Heckman JD, Sassard R. Musculoskeletal considerations in pregnancy. J Bone Joint Surg Am 1994;76:1720-1730
17. Hainline B. Low back pain in pregnancy. Adv Neurol 1994; 64:65-76.
18. Jan Perkins, MSc, Roger l. Hammer, PhD, Peter V. Loubert, PhD, PT, ATC.. Dentification and management of pregnancy – related low back pain Bullock JE, Jull GA, Bullock ML.
19. Kristiansson P, Svardsudd K, Schoultz von B. Back pain during pregnancy. Spine 1996;21:702-709
20. Kristiansson P, Svardsudd K. Discriminatory power of tests applied in back pain during pregnancy. Spine 1996; 21: 2337-44.
21. Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Back pain during pregnancy: A prospective study. Spine 1996; 21: 702-709.
22. Kristiansson P, Svardsudd K, von Schoultz B. Serum relaxin, symphyseal pain and back pain during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175:1342-47.
23. LaBan MM, Rapp NS. Low back pain of pregnancy. Phys Med Rehabil Clin N Am 1996; 7:473-86.
24. Mantle J. Back pain in the childbearing year. In: Boyling JD, Palastauga N, editors. Grieve ' s modern manual therapy, 2nd ed. London: Churchill Livingstone, 1994: 779-808.
25. Mantle MJ, Greenwood RM, Currey HLF. Backache in pregnancy. Rheumatol Rehab 1977; 16:95-101.
26. Mens JMA, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Snijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain. Implications of a patient survey. Spine 1996; 21:1363-70.

27. MacEvilly M, Buggy D. Back pain and pregnancy. A review. Pain 1996; 64:405-14.
28. Moore K, Dumas GA, Reid JG. Postural changes associated with pregnancy and their relationship with low back pain. Clin Biomechanics 1990; 5:169-74.
29. Mantle MJ, Holmes J, Currey HLF, Backache in pregnancy. II: Prophylactic influence of back care classes. Rheumatol Rehabil 1981; 20:227-32.
30. McIntyre IN, Broadhurst NA. Efective treatment of low back pain in pregnancy. Aust Fam Physician: REASON 1996;25 (9 Suppl 2): S65- S67.
31. Noble E. Essential exercises for the childbearing year: A guide to health and comfort before and after your baby is born. 4th ed. Harwich, MA: New Life IMAGES, 1995.
32. Ostgaard HC, Andersson GBJ, Karlson K. Prevalence of back pain in pregnancy. Spine 1991; 16:549-52.
33. Ostgaard HC, Andersson GBJ, Schultz AB, Miller JAA. Influence of some biomechanical factors on low back pain in pregnancy. Spine 1993; 18:61-5.
34. Ostgaard HC. Assessment and treatment of low back pain in working pregnant women. Semin Perinatol 1996; 21:61-9.
35. Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos - Hansson E. Reduction of back and posterior pelvic pain in pregnancy. Spine 1994; 19:894-900.
36. Ostgaard
37. Ostgaard HC, Roos – Hansson E, Zetherstrom G.Regression of back and posterior pelvic pain after pregnancy. Spine 1996; 21:2777-80.
38. Ostgaard HC, Andersson GBJ. Previous back pain and risk of developing back pain in a future pregnancy. Spine 1991; 16:432-36.
39. Ostgaard HC, Zetherstrom G, Roos – Hansson E. The posterior pelvic pain provocation test in pregnant women. Eur J Spine 1994; 3:258-60.
40. Polden M, Mantle J. Relieving pregnancy discomfort. In: Physiotherapy in Obstetrics and Gynecology. Oxford: Butterworth – Heineman, 1990: 133-162.
41. Riczo DB. Spinal dysfunction in the female. Orthop Phys Ther Clin N AM 1996; 5:47-67.
42. Sandler SE. The management of low back pain in pregnancy. Manual Ther 1996; 1:178-85.

43. Svensson H – O, Andersson GBJ, Hagstad A, Jansson P –O. The relationship of low back pain to pregnancy and gynaecologic factors. Spine 1990; 15:371-5.
44. Tappan FM, Benjamin PJ. Mother and child. IN: Tappan FM, Benjamin PJ. Tappan ' s handbook of healing massage techniques: classic, holistic, and emerging methods, 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange: 317-24.
45. Wolfe LA. Pregnancy. In: Skinner JS, editor. Exercise testing and exercise prescription for special cases.Theoretical basis and clinical prescription. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger, 1993:363-85.

.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Ε. Η. Μπάκας, Γ. Τζάνος, Σ. Δημητρακόπουλος, Δ. Λιάκος, Δυναμική των πολυπαραγοντικών θεραπευτικών σχημάτων στην αποκατάσταση της οσφυαλγίας: αποτελεσματικότητα και παράγοντες που την επηρεάζουν
2. Παναγιώτης Π. Συμεωνίδης, Ορθοπεδική: Παθήσεις και κακώσεις μυοσκελετικού συστήματος
3. Χατζηπαύλου ΑΓ και συν. Οσφυαλγία: από τη γνώση στην αντιμετώπιση. Σελ 49-51, εκδ. Αρχιπέλαγος, Αθήνα 2000
4. Χατζηπαύλου ΑΓ, Οσφυαλγία, εκδ. Αρχιπέλαγος, Αθήνα 2000