ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ:ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

ΚΑΚΑΒΕΛΑΚΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΠΑΠΑΔΑΚΗ ΝΙΚΗ

ΣΤΡΑΤΙΔΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....σελ.3

Α' ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....σελ.7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ.....σελ.9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2-ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΝΟΥ....σελ.12

- ΑΛΓΟΫΠΟΔΟΧΕΙΣ.....σελ.12
- ΚΥΡΙΕΣ ΚΕΝΤΡΟΜΟΛΕΣ ΙΝΕΣ σελ.13
- ΑΝΙΟΝΤΑ ΑΛΓΟΔΕΚΤΙΚΑ ΔΕΜΑΤΙΑ σελ.15
- ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ ΚΕΝΤΡΑ σελ.16
- ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ.....σελ.18
- ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΥΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ (GATE CONTROL THEORY).....σελ.19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΟΝΟΥ.....σελ.21

- ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....σελ.22
- ΑΛΛΕΣ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ.....σελ.26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4-ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....σελ.31

- ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....σελ.32
- ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....σελ.33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5-ΑΛΓΟΣ Κ' ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ..σελ.34

- ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ σελ.35
- ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ σελ.39
- ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ.....σελ.42
- ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ – ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ.....σελ.44
- ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ.....σελ.46
- ΠΕΡΙΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΩΜΟΥ.....σελ.48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ.....σελ.49

- ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....σελ.49
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....σελ.68
- ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....σελ.78

Β' ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ

- ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....σελ.81
- ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....σελ.82
- ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ.....σελ.85
- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....σελ.86
- ΣΥΖΗΤΗΣΗ σελ.100
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....σελ.102

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.104

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο χρόνιος πόνος, ο οποίος προέρχεται από μυοσκελετικές διαταραχές, είναι ιδιαίτερα συχνός και ευθύνεται σημαντικά για ανικανότητα σε διάφορες δραστηριότητες των ασθενών. Επίσης, προκαλεί άγχος στους ασθενείς, οι οποίοι αρκετά συχνά καταφεύγουν στα πλησιέστερα νοσοκομεία ανησυχώντας για την κατάσταση της υγείας τους. Ακόμα, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωή τους, πολλές φορές προκαλεί κατάθλιψη και στη συνέχεια τους οδηγεί στην απομόνωση από το οικογενειακό τους περιβάλλον και γενικότερα από την κοινωνία.

Είναι αρκετά διαδεδομένο και στη χώρα μας ότι, οι διάφορες κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο. Αυτή η υποψία όμως, αν σκεφτούμε ότι ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού, που πάσχει από αυτόν, εκτίθεται καθημερινά στις μεταβολές του καιρού, έχει πολύ μεγάλη σημασία τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειες τους και όλους εκείνους που ασχολούνται με την ιατρική και νοσηλευτική τους φροντίδα,

Οι **κύριοι σκοποί** της εργασίας μας συνοψίζονται στα εξής:

1. Να εξακριβωθεί, μέσω μελέτης και έρευνας που πραγματοποιήθηκε, εάν πράγματι η αλλαγή του καιρού επηρεάζει το σύμπτωμα του πόνου σε χρόνιους ασθενείς.
2. Η μελέτη της νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση της ταλαιπωρίας που πιθανώς προκαλεί η αλλαγή του καιρού.

Η πτυχιακή μας εργασία αποτελείται από δύο μέρη:

- Το *ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΓΕΝΙΚΟ*, στο οποίο γίνεται συνοπτική αναφορά στην παθοφυσιολογία του πόνου, στους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες του μυοσκελετικού πόνου και στη Θεραπεία και νοσηλευτική αντιμετώπισή του.
- Το **ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΙΔΙΚΟ,** στο οποίο παρουσιάζεται η έρευνα που πραγματοποιήσαμε σε 102 ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πρόβλημα προερχόμενους από την Ρευματολογική και ΟρΘοπεδική κλινική ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, εξωτερικά φυσικοΘεραπευτήρια ΡεΘύμνου και τέλος, ΟρΘοπεδική κλινική και Μ.Τ.Ν. Χανίων.

Τελειώνοντας, αισθανόμαστε βαθιά ευγνωμοσύνη στον κ. Κακαβελάκη, που μας πρότεινε το παρόν Θέμα προς διαπραγμάτευση και επιθυμούμε και από τη Θέση αυτή να του εκφράσουμε τις Θερμές μας ευχαριστίες για την πολύτιμη ηθική συμπαράστασή του και το αμείωτο ενδιαφέρον του κατά την πορεία της εργασίας μας.

Ηράκλειο, 2005

Στρατιδάκης Γ. Ιωάννης

Παπαδάκη Κων. Νίκη

Α' ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ




Art Study of The Laocoon Group,
c. 175 BC Vatican, Rome

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

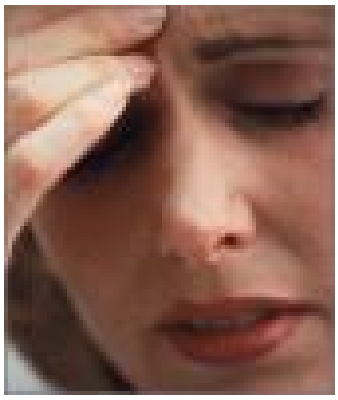
Ο πόνος (το άλγος), προέρχεται από τη λατινική λέξη «poena» που σημαίνει τιμωρία. Είναι μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συγκινησιακή εξατομικευμένη εμπειρία, η οποία είναι δύσκολο να οριστεί ή να κατανοηθεί. Προκαλείται από πραγματική ή πιθανή βλάβη στον οργανισμό και σηματοδοτεί μια διαταραχή που είναι ανάγκη να αντιμετωπιστεί. Συγκεκριμένα, η Διεθνής Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου καθορίζει τον πόνο ως «μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη».

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση του ατόμου στον πόνο περιλαμβάνουν την έννοια του πόνου, τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιδρούν και αντιλαμβάνονται τον πόνο, την παρελθούσα εμπειρία και το συνήθη τρόπο αντίδρασης σε στρεσσογόνους παράγοντες, τις κοινωνικές εμπειρίες, την ηλικία και, τέλος, το πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει ο πόνος. Έτσι, λοιπόν, το μέγεθος του ερεθίσματος, η αντίληψή του σαν πόνος και η απάντησή που προκαλείται, αποτελούν μέρη μιας εξίσωσης στην οποία ουσιαστικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του ατόμου και η φιλοσοφική του τοποθέτηση απέναντι στο φαινόμενο της ζωής.

Η αντιμετώπιση του πόνου, και όχι μόνο η θεραπεία του νοσήματος, καθώς και η ανακούφιση της ταλαιπωρίας που επιφέρει, πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό μέλημα και υποχρέωση των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, γιατί

ο πόνος που δεν καταστέλλεται έχει μεγαλύτερες επιπτώσεις από την προσωρινή ταλαιπωρία, οι οποίες δεν είναι επιζήμιες μόνο για τα άτομα, αλλά και για τις οικογένειές τους και το κοινωνικό σύνολο. Οι επιπτώσεις αυτές περιλαμβάνουν επιβράδυνση της Θεραπείας, αλλαγή του ανοσιακού συστήματος, τροποποιημένη απάντηση στο stress, συμπτώματα από το φυτικό νευρικό σύστημα, όπως κατάθλιψη, που μπορεί να διαταράξει τη ζωή των ασθενών και κάτω από ορισμένες συνθήκες να οδηγήσει στην αυτοκτονία, καθώς και την πιθανότητα δημιουργίας μόνιμων αλλοιώσεων στο περιφερικό και κεντρικό νευρικό σύστημα που καταλήγουν σε σύνδρομα χρόνιου πόνου.

Η επιλογή της κατάλληλης Θεραπείας μιας ασθένειας που Θα έχει παράλληλα ως πρωταρχικό σκοπό την αντιμετώπιση του πόνου, Θέτει επιτακτική ανάγκη την κατανόηση της ακριβής παθοφυσιολογίας του πόνου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, στον **οξύ** και στο **χρόνιο**.

Ο **οξύς** πόνος προκαλείται αιφνίδια και ο εντοπισμός του είναι ευκολότερος. Αποτελεί ένα σήμα κινδύνου που εκπέμπεται από το μέρος του οργανισμού που υποφέρει. Μπορεί να έχει διάρκεια από μερικές ημέρες μέχρι, το ανώτερο, τρεις μήνες και μπορεί να προκαλέσει σημεία συμπαθητικής υπερδραστηριότητας. Αυτά τα σημεία περιλαμβάνουν ταχυκαρδία, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του αναπνευστικού ρυθμού, διαστολή της κόρης, εφίδρωση και διέγερση της έκκρισης του μυελού των επινεφριδίων (κατεχολαμίνες.). Βέβαια, σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν υπάρχει έντονος σπλαγχνικός αιφνίδιος πόνος, μπορεί να συμβεί αγγειοδιαστολή και, ως επακόλουθο, πτώση της αρτηριακής πίεσης και shock. Παράλληλα, συνοδεύεται συνήθως από αυξημένη μυϊκή τάση και άγχος που και τα δύο μπορούν να συνεισφέρουν στην αυξημένη αντίληψη του πόνου.

Ο πόνος που διαρκεί πάνω από τρεις μήνες χαρακτηρίζεται ως **χρόνιος**. Η αιτία του ή είναι άγνωστη ή δεν μπορεί να εξαλειφθεί, με αποτέλεσμα να εξελίσσεται από οξύ σε χρόνιο. Η αίσθηση του πόνου συχνά γίνεται πιο διάχυτη και η εντόπισή του πιο δυσχερής, σε κάποιο σημείο του σώματος, με αποτέλεσμα το άτομο να δυσκολεύεται να αναγνωρίσει την προέλευσή του. Μπορεί διαχρονικά να αυξομειώνεται ή ακόμα να παραμένει σταθερός. Επίσης, ενδέχεται να επηρεάσει αρνητικά τον ύπνο, να μειώσει την όρεξη και να

προκαλέσει κατάθλιψη. Ο χρόνιος πόνος χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, που οδηγεί σε μείωση ενδιαφερόντων και απομόνωση από φίλους και οικογένεια. Η ζωή του ατόμου επικεντρώνεται στο βίωμα του πόνου και αυξάνονται τα αισθήματα ανικανότητας και απελπισίας, καθώς επιμένει ο πόνος. Τελικώς, το άτομο αποσύρεται από κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

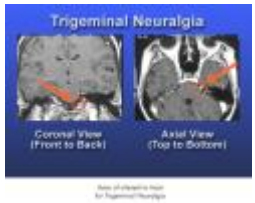
Ο πόνος διακρίνεται στα παρακάτω είδη:

α) **Σε σωματικό**, ο οποίος προέρχεται από το δέρμα και τον υποδόριο ιστό και αφορά τους μυς, τα οστά, τα δόντια, το κρανίο και τις αρθρώσεις(ιστοί πλούσιοι σε αλγοϋποδοχείς). Είναι πόνος οξύς, σαφής, και συνήθως εύκολα εντοπίζεται και περιορίζεται στο μέρος του σώματος που νευρώνεται από το νεύρο

β) **Σε σπλαχνικό**, ο οποίος σχετίζεται με τα μη σκελετικά μέρη του σώματος, όπως το στομάχι, το έντερο και την κύστη που περιέχουν σχετικά λιγότερους αλγοϋποδοχείς. Ο πόνος είναι διάχυτος και δύσκολα συγκεκριμενοποιείται.

-Ο **νευροπαθητικός** πόνος προέρχεται από κάκωση περιφερικής ή κεντρικής οδού του πόνου και μπορεί να επιμένει, χωρίς να υπάρχει κάποιο νόσημα σε εξέλιξη. Πόνος που αναπτύσσεται μετά από βλάβη-διακοπή της περιφερικής αισθητικής οδού, μπορεί να σχετίζεται είτε με αλλοδυνία (πόνος σε μη βλαπτικά ερεθίσματα) είτε με υπεραλγησία (υπερβολική απάντηση των υποδοχέων στα βλαπτικά ερεθίσματα).

-Η **νευραλγία** χαρακτηρίζεται από διαξιφιστικό πόνο, ο οποίος προέρχεται από κάκωση νεύρου ή ερεθισμού στην κατανομή ενός νεύρου (νευραλγία τριδύμου).



-Η **ριζοπάθεια,** που είναι ο πόνος που προέρχεται από συμπίεση ή διάσπαση ρίζας νεύρου (δισκοπάθεια).

-Ο πόνος **κεντρικής προέλευσης** σχετίζεται με τραυματικές ή αγγειακές βλάβες ή πλησίον των οδών μεταβίβασης του πόνου. Συνήθως, είναι σταθερός,

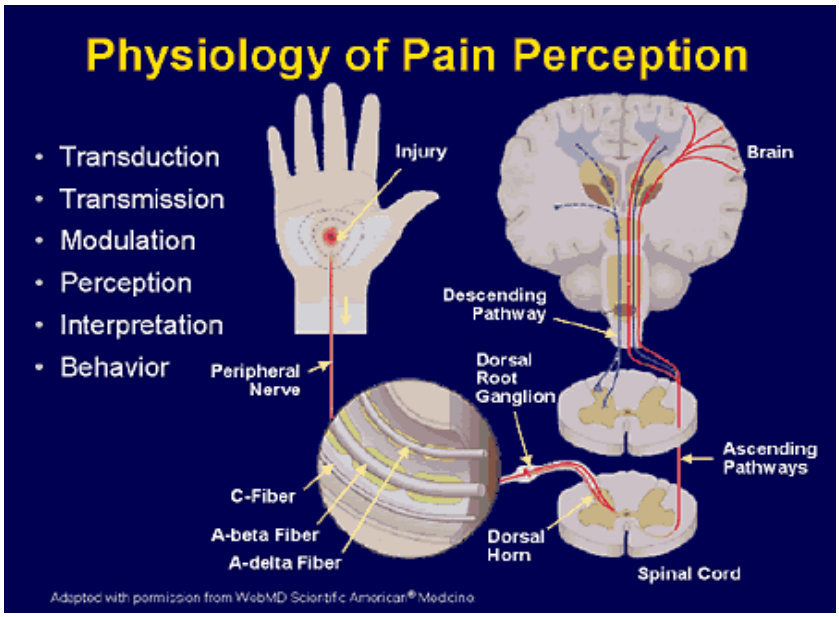
έχει χαρακτήρα καυστικό και επιδεινώνεται με τη δραστηριότητα ή τις καιρικές μεταβολές. Συνοδεύεται με αλοδυνία και υπεραισθησία.

-Ο **ψυχογενής πόνος**, ο οποίος είναι ασύμφωνος με την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος, η αξιολόγηση του είναι συχνά υπερβολική και δεν υπάρχει οργανική πάθηση που να τον δικαιολογεί.

Τέλος, ο πόνος μπορεί να είναι είτε εντοπισμένος, όταν περιορίζεται στον τόπο της προέλευσής του, είτε προβαλλόμενος (ή αναφερόμενος), όταν προέρχεται συνήθως από τα σπλάγχνα και αντανακλά ή μεταναστεύει σε άλλες περιοχές του σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΝΕΥΡΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ – ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΠΟΝΟΥ



Η διαδρομή που ακολουθεί ένα επώδυνο ερέθισμα μέχρι να γίνει αντιληπτό από τον εγκέφαλο.

Το σύστημα του πόνου περιλαμβάνει:

1) Υποδοχείς του πόνου – αλγοϋποδοχείς.

2) Κύριες κεντρομόλες ίνες.

3) Ανιόντα αλγοδεκτικά δεμάτια.

4) Ανώτερα κέντρα.

5) Κατιόντα συστήματα ρύθμισης πόνου.

ΑΛΓΟΫΠΟΔΟΧΕΙΣ

Βρίσκονται, κυρίως, στο δέρμα και στους βλεννογόνους και λιγότερο στις αρθρώσεις, στα τοιχώματα των αρτηριών, στους χοληφόρους πόρους και στα σπλάχνα (αναπνευστικό σύστημα, καρδιαγγειακό σύστημα, πεπτικό σύστημα, ουροποιογεννητικό σύστημα κ.λ.π.). Είναι ελεύθερες νευρικές απολήξεις αμυέλινων ή ελαφρά μυελωμένων κεντρομόλων ινών. Ρόλος τους είναι να ανιχνεύουν και να διηθούν τα επώδυνα ερεθίσματα στο περιφερικό νευρικό σύστημα. Ανάλογα με τον τύπο του ερεθίσματος που μεταφέρουν, χωρίζονται σε μηχανο-θερμιδικούς υποδοχείς και σε υποδοχείς που δεν επηρεάζονται από μηχανικά ερεθίσματα. Οι μηχανο-θερμιδικοί υποδοχείς διακρίνονται στις ομάδες των Α ινών, οι οποίες άγουν ταχύτερα την ώση και στις ομάδες των C ινών, οι οποίοι έχουν βραδύτερη ταχύτητα αγωγής.

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης βλάβης ιστών ή σε κάποιες παθολογικές καταστάσεις ακολουθεί ελάττωση του ουδού στα επώδυνα ερεθίσματα, λόγω της μη προσαρμογής των αλγοϋποδοχέων στον επαναλαμβανόμενο ερεθισμό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ευαισθησίας του πόνου σε ένα επώδυνο ερέθισμα (υπεραλγησία) ή να γίνει επώδυνο ένα κανονικά μη επώδυνο ερέθισμα, όπως το άγγιγμα (αλλοδυνία).

ΚΥΡΙΕΣ ΚΕΝΤΡΟΜΟΛΕΣ ΙΝΕΣ

Οι νευρικές ώσεις, που προέρχονται από τους αλγοϋποδοχείς, μεταβιβάζονται μέσω των κεντρομόλων ινών στο οπίσθιο κέρας του νωτιαίου μυελού ή, εφόσον προέρχονται από το κεφάλι, μέσω των εγκεφαλικών νεύρων στα γάγγλια των εγκεφαλικών νεύρων. Οι κύριες κεντρομόλες ίνες κάτω από το κεφάλι, έχουν εντοπισμένα τα κυτταρικά σώματα στα γάγγλια της οπίσθιας ρίζας των νωτιαίων νεύρων. Τα κυτταρικά σώματα των κυρίων κεντρομόλων ινών της κεφαλής βρίσκονται στα αισθητικά γάγγλια των εγκεφαλικών νεύρων V, VII, IX, X.

Οι κύριοι κεντρομόλοι νευράξονες, που ενεργοποιούνται από τους αλγοϋποδοχείς, είναι οι ελεύθερες απολήξεις των εμμύελων Αδ και αμύελων C ινών.

Η σύναψη μεταξύ των κύριων προσαγωγών ινών και νευρώνων μέσα στο οπίσθιο κέρας, αποτελεί σημαντική Θέση για την περαιτέρω επεξεργασία και απαρτίωση των πληροφοριών πόνου που φΘάνουν. Το οπίσθιο κέρας μπορεί να είναι ένα σημείο στο οποίο οι πληροφορίες αναστέλλονται από κατιόντα συστήματα.

Ενδοκυττάριες in vivo μελέτες των νευρώνων των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού απεκάλυψαν τον τρόπο αντίληψης του ερεθίσματος, καταδεικνύοντας την ύπαρξη δύο περιοχών διαφορετικού οδού διέγερσης. Στην πρώτη, γίνονται αντιληπτά ερεθίσματα υψηλού ουδού και στη δεύτερη μικρότερου ουδού. Κάτω από φυσιολογικές καταστάσεις τα μετασυναπτικά δυναμικά, που προκαλούνται από διέγερση των αρχικών προσαγωγών απολήξεων για ελάχιστο διάστημα milliseconds, προκαλούν κάποια διεγερσιμότητα στους νευρώνες η, οποία ελαχιστοποιείται με την ανασταλτική δράση μηχανισμών που προέρχονται από τον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό. Όταν, όμως, ένα περιφερικό ερέθισμα διεγείρει προσαγωγές οδούς υψηλού ουδού, αυτές ενεργοποιούν και τις δύο ζώνες αντίληψης στο νωτιαίο μυελό, με αποτέλεσμα το ερέθισμα να τροποποιείται τόσο στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού όσο και σε υψηλότερα κέντρα.

Στο οπίσθιο κέρας υπάρχουν πολυάριθμοι νευρομεταβιβαστές και νευρορυθμιστές. Οι νευρομεταβιβαστές, ανάλογα με τη δράση τους, προάγουν ή καταστέλλουν τη μετάδοση του ερεθίσματος και έτσι διακρίνονται σε:

Διεγερτικοί Νευροχημικοί Μεσολαβητές

Ουσία P

Ουσία K (νευροκινίνη A)

Πεπτίδιο γονιδιακού καλσιτονίνης (CGRP)

Αγγειοδραστικό εντερικό πεπτίδιο (VIP)

Χολεκυστοκινίνη(CCK)

Τα διεγερτικά αμινοξέα γλουταμικό και ασπαρτικό οξύ

Ανασταλτικοί Νευρομεσολαβητές

Ενδογενοί οπιοειδή, όπως εγκεφαλίνη, δυνορφίνη και ενδορφίνη

Σωματοστατίνη

Σεροτονίνη (5-ΗΤ)

Νοραδρεναλίνη

γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA)

Γαλανίνη

ΑΝΙΟΝΤΑ ΑΛΓΟΔΕΚΤΙΚΑ ΔΕΜΑΤΙΑ

Τα ανιόντα δεμάτια μεταβιβάζουν τα επώδυνο ερεθίσματα σε ανώτερα κέντρα του Κ.Ν.Σ. Περιλαμβάνουν το νωτιαίοΘαλαμικό δεμάτιο, το νωτιαιοϋποΘαλαμικό δεμάτιο, το νωτιαίο δικτυωτό και το νωτιαίογέφυροαμυγδαλικό δεμάτιο.

Το νωτιαίοΘαλαμικό δεμάτιο εντοπίζεται στο προσθιοπλάγιο τεταρτημόριο του νωτιαίου μυελού. Μέσα σε αυτό το δεμάτιο οι νευρώνες από τις περιφερικές περιοχές του σώματος (δηλαδή ιερά περιοχή), βρίσκονται περισσότερο προς τα έξω, ενώ οι νευρώνες από εγγύτερες περιοχές (δηλαδή αυχενική περιοχή), περισσότερο προς τα έσω. Οι νευρώνες του νωτιαίου Θαλαμικού δεματίου υποδιαιρούνται στο Θάλαμο σε έξω και έσω προβολές. Οι νευρώνες που προβάλλονται στον έξω Θάλαμο συνάπτονται με ίνες που εμπλέκονται στην αίσθηση και στη διαφοροποίηση του πόνου. Οι νευρώνες που προβάλλονται στον έσω Θάλαμο συνάπτονται με ίνες που εμπλέκονται στις αντανακλαστικές αντιδράσεις του αυτόνομου νευρικού συστήματος, την κατάσταση εγρήγορσης και τη συναισθηματική πλευρά του πόνου.

Το νωτιαίοϋποΘαλαμικό δεμάτιο

Το νωτιαιοϋποΘαλαμικό δεμάτιο εντοπίζεται σε περιοχή του εγκεφάλου (υποθάλαμος), που συμμετέχει στις αυτόνομες λειτουργίες, όπως ο ύπνος, η όρεξη, η ρύθμιση της θερμοκρασίας, η απάντηση στο stress, κ.α.

Το δεμάτιο αυτό μπορεί να ευθύνεται για ορισμένη συμπεριφορά, όπως η δυσκολία ύπνου σε επώδυνες καταστάσεις, κυρίως στο χρόνιο πόνο. Η πλειονότητα των νευρώνων αυτών αντιδρά κυρίως σε μηχανικά αλγοδεκτικά ερεθίσματα και ένας μικρότερος αριθμός σε επώδυνα Θερμικά ερεθίσματα.

Το νωτιαιοδικτυωτό και το νωτιαιογεφυροαμυγδαλικό δεμάτιο

Αυτά τα δεμάτια έχουν σχέση με την κατάσταση διέγερσης και τη συναισΘηματική πλευρά του πόνου.

Τα εγκεφαλικά νεύρα

Η μεταβίβαση του πόνου στο κεφάλι έχει πολλά από τα χαρακτηριστικά του αλγοδεκτικού συστήματος, όπως και το υπόλοιπο σώμα. Το πρόσωπο και η στοματική κοιλότητα είναι πλούσια σε αλγοϋποδοχείς. Οι κύριες αλγοδεκτικές κεντρομόλες ίνες για το κεφάλι προέρχονται, κυρίως, από το V εγκεφαλικό νεύρο, καθώς και από τα νεύρα VII, IX και X. Μπορεί, επίσης να συμμετέχουν και άνω αυχενικά νεύρα. Οι κύριες κεντρομόλες ίνες αυτών των εγκεφαλικών νευρών προβάλλονται στο σύστημα πυρήνων του τριδύμου, ενώ τα άνω αυχενικά νεύρα στο οπίσθιο κέρας του νωτιαίου μυελού. Από εκεί τα ερεθίσματα προβάλλονται στο υπερνωτιαίο σύστημα.

ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΑ ΚΕΝΤΡΑ

Αυτά εμπλέκονται α) στη διαφοροποίηση του πόνου, η οποία επιτρέπει στον εγκέφαλο να προσδιορίσει την εντόπιση του επώδυνου ερεθίσματος και έτσι διαφοροποιείται ο σωματικός πόνος από τον σπλαγχνικό, β) στα συναισΘηματικά συστατικά του πόνου, γ) στο συστατικά μνήμης του πόνου και δ) στον κινητικό έλεγχο που σχετίζεται με πόνο, δηλαδή την απάντηση απόσυρσης.

Στα ανώτερα κέντρα συγκαταλέγονται ο Θάλαμος, ο υποΘάλαμος, το μεταιχμιακό σύστημα, ο εγκεφαλικός φλοιός και ο φλοιός της έλικας του προσαγωγίου.

Θάλαμος

Ο Θάλαμος λειτουργεί σαν σταθμός αναμετάδοσης των εισερχόμενων επώδυνων ερεθισμάτων και περιλαμβάνει δυο σημαντικές μοίρες που δέχονται επώδυνες ώσεις, την έσω και την έξω.

ΥποΘάλαμος

Ο υποθάλαμος δέχεται ανώδυνα και επώδυνα ερεθίσματα από ολόκληρο το σώμα, συμπεριλαμβανομένων των εν τω βάθει ιστών, όπως τα σπλάγχνα. Οι νευρώνες αυτοί δεν συμβάλλουν στη διαφοροποίηση και εντόπιση του πόνου, λόγω του ότι δεν έχουν σωματοπογραφική διάταξη. Ορισμένοι υποθαλαμικοί πυρήνες στέλνουν προβολές στην υπόφυση, μέσω του μίσχου της, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό. Ο αδένας ρυθμίζει το αυτόνομο νευρικό σύστημα και τη νευροενδοκρινική απάντηση στο stress, συμπεριλαμβανομένου του πόνου.

Το μεταιχμιακό σύστημα

Το μεταιχμιακό σύστημα αποτελείται από υποφλοιώδη τμήματα του τελικού εγκεφάλου, μέσου εγκεφάλου και διάμεσου εγκεφάλου. Ο ρόλος του έχει σχέση με τη συναισθηματική πλευρά του πόνου, τα κίνητρα συμπεριφοράς, ψυχικής διάθεσης και πείρας.

Εγκεφαλικός φλοιός

Περιλαμβάνει τον σωματοαισθητικό φλοιό και την υπερμεσολόβια έλικα. Ο σωματοαισθητικός φλοιός είναι η πιο σημαντική περιοχή του εγκεφαλικού φλοιού που παίζει σημαντικό ρόλο στη διαφοροποίηση και την εντόπιση του πόνου. Δέχεται ερεθίσματα από διάφορους πυρήνες του εγκεφάλου.

Ο φλοιός της έλικας του προσαγωγίου

Περιλαμβάνει την υπομεσολόβιο, υπερμεσολόβια και παραιπποκάμπειο έλικα, τον υποκάμπειο σχηματισμό και κάποιους υποφλοιώδεις πυρήνες. Δέχεται αλγογόνα ερεθίσματα και ενεργοποιεί τις σωματικές και σπλαγχνικές απολήξεις των νεύρων που συμμετέχουν στη φυσιολογική έκφραση της συμπεριφοράς και του συναισθήματος. Η δημιουργία βλάβης του έχει χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση του πόνου.

ΚΑΤΙΟΝΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΠΟΝΟΥ

Αυτά επεξεργάζονται και τροποποιούν εισερχόμενες ώσεις και πληροφορίες και έτσι ρυθμίζουν τον πόνο. Ορισμένα ερεθίσματα ξεφεύγουν από την πορεία τους προς το φλοιό και ενεργοποιούν τα κατερχόμενα τροποποιητικά συστήματα, των οποίων ο ρόλος είναι να παρεμποδίσουν τα βλαπτικά ερεθίσματα να φτάσουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΠΥΛΗΣ ΕΙΣΟΔΟΥ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

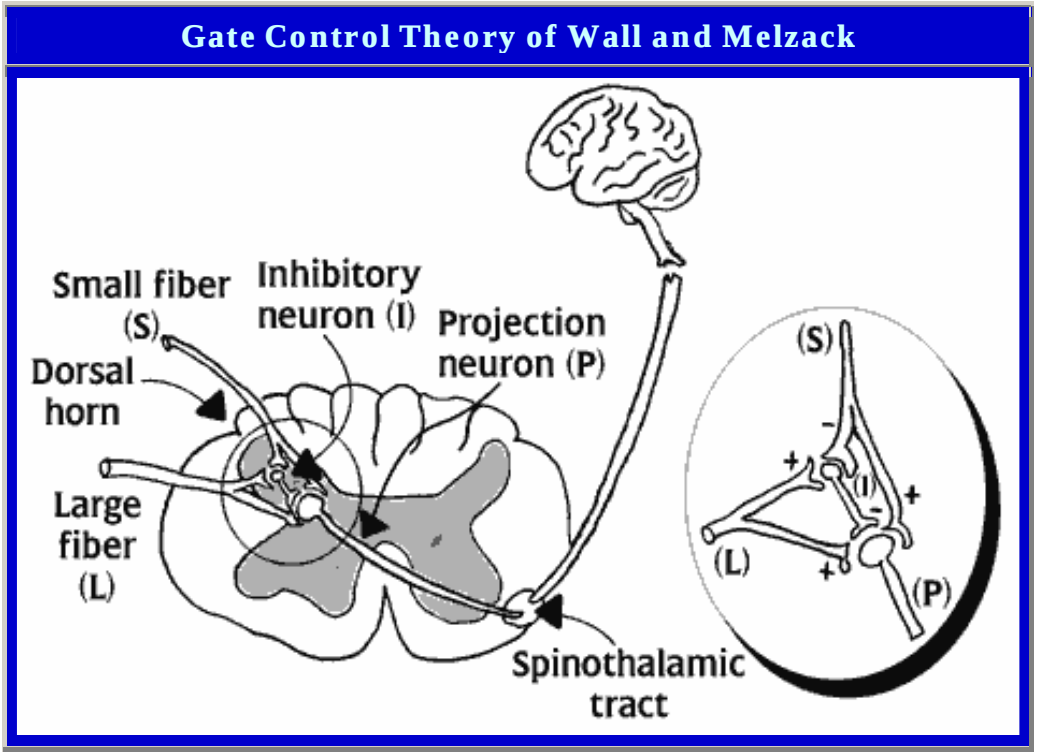
(GATE CONTROL THEORY)

Υποστηρίχτηκε από τους Metzack και Wall το 1965. Σύμφωνα με τη Θεωρία αυτή η ζελατινώδης ουσία που βρίσκεται στο νωτιαίο μυελό λειτουργεί ως μηχανισμός πύλης και επιτρέπει ή εμποδίζει τη δίοδο ώσεων πόνου. Η λειτουργία αυτή εξαρτάται από το είδος των ινών που διαβιβάζουν τις ώσεις. Αν, για παράδειγμα, οι ώσεις διαβιβάζονται από μεγάλες, γρήγορες μυελινώμενες Α-βήτα και Α-άλφα ίνες η «πύλη» μπορεί να κλείσει. ΑντίΘετα, όταν υπάρχουν ώσεις διαβιβαζόμενες από μικρές, αργές ίνες Α-δέλτα και C, η «πύλη» ανοίγει. Επίσης, παρελθούσες εμπειρίες καταγεγραμμένες στο φλοιό μπορούν να κλείσουν ή να ανοίξουν την «πύλη» καθώς και αισθήματα ελέγχου του πόνου, όπως για παράδειγμα το άγχος που την ανοίγει και έτσι επιτείνει τον πόνο.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, όταν έχουμε ένα ερέθισμα που μεταδίδεται ταχύτερα στις ίνες-Α, η «πύλη» κλείνει και έτσι δεν μεταδίδεται το ερέθισμα. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί η ανακούφιση από τον πόνο του εγκαύματος, με την τοποΘέτηση του προσβλημένου μέλους σε κρύο νερό. Στη συνέχεια, όμως, επειδή οι ίνες Α ερεθίζονται σύντομα, η δράση τους ελαττώνεται και υπερισχύει η δράση των μικρών ινών C, με αποτέλεσμα να ανοίξει η «πύλη» και να μεταδίδεται το επώδυνο ερέθισμα.

Τέλος, αξίζει να αναφέρουμε ότι στη Θεωρία της πύλης εισόδου του πόνου στηρίζεται η αναλγητική δράση του διαδερμικού νευροερεθισμού και του

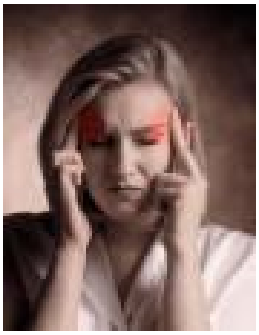
βελονισμού για την αντιμετώπιση του οξέος προεγχειριτικού και του χρόνιου πόνου.



1. Ο νευρώνας προβολής (P) μεταφέρει το επώδυνο ερέθισμα από τις μικρές ίνες (S) και το ανώδυνο ερέθισμα από τις μεγάλες ίνες (L) στο δρόμο προς τον εγκέφαλο.
2. Χωρίς κανένα ερέθισμα, ο ανασταλτικός νευρώνας (I) κρατά την πύλη "κλειστή," και δεν υπάρχει καμία επίπονη αίσθηση.
3. Με ένα επώδυνο ερέθισμα, η μικρή ίνα (S) εμποδίζει τον ανασταλτικό νευρώνα (I), "ανοίγοντας" την πύλη για το νευρώνα προβολής (P) και έτσι στέλνει στον εγκέφαλο το επώδυνο ερέθισμα.
4. Με την προσθήκη ενός ανώδυνου ερεθίσματος, η μεγάλη ίνα (L) ενεργοποιεί τον ανασταλτικό νευρώνα (I), ο οποίος ανάλογα με την ισχύ του ερεθίσματος, κλείνει εντελώς ή μερικώς την ουλή και ανταγωνίζεται με το επώδυνο ερέθισμα για την πρόσβαση στο νευρώνα προβολής (P).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ



Αν και η έννοια του πόνου είναι γνωστή στον καθένα, εν τούτοις το τι ακριβώς είναι πόνος είναι δύσκολο να καθοριστεί και να αξιολογηθεί ανάλογα με το μέγεθος του ερεθίσματος που τον προκάλεσε. Αποτελεί, ουσιαστικά, μια προσωπική εμπειρία, αυστηρά εξατομικευμένη, που μόνο το άτομο που την βιώνει μπορεί να περιγράψει και να αξιολογήσει. Είναι ένα σύμπτωμα σύνθετο, πολυδιάστατο, που καθορίζεται, όχι μόνο από την κάκωση του ιστού, αλλά και από τα προσωπικά πιστεύω, την προηγούμενη εμπειρία πόνου και γενικά από τον τρόπο διαμόρφωσης του ψυχικού κόσμου κατά τη διάρκεια της ζωής. Αυτό, λοιπόν, αποτελεί ένα πρόβλημα στην αξιολόγηση του πόνου, αφού δεν υπάρχει αντικειμενική μέτρηση που να καθορίζει την ακριβή ένταση και πραγματική ποιότητα του πόνου. Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο ένας ασθενής να μην μπορεί να διαχωρίσει την δυστυχία και την ταλαιπωρία από τον ίδιο τον πόνο.

Ένα πλήρες και λεπτομερές ιστορικό, καθώς και η εκτεταμένη φυσική εξέταση, χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο και την διάγνωση του πόνου. Ο συνεχής έλεγχος είναι απαραίτητος για την αξιολόγηση της προόδου του ασθενούς και την χορήγηση της ανάλογης Θεραπείας. Το ιστορικό του πόνου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικές με την ένταση (π.χ. ποια είναι η ένταση του πόνου;), την εντόπιση (π.χ. πού είναι ο πόνος;), την ποιότητα και την παθοφυσιολογία του πόνου (π.χ. ποίοι είναι οι πιθανοί μηχανισμοί του πόνου;), καθώς και καταστάσεις που τον βελτιώνουν ή τον επιδεινώνουν (π.χ. ποιοι παράγοντες ανακουφίζουν ή επιδεινώνουν τον πόνο;).

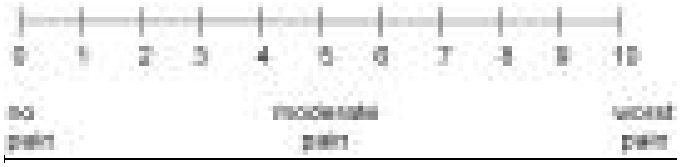
ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου δεν είναι εφικτή, γιατί στηρίζεται στην υποκειμενική αξιολόγηση του πόνου από τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά, έχουν αναπτυχθεί διάφορες δοκιμασίες και κλίμακες ή βαθμολογίες για να βοηθήσουν στη μέτρηση του πόνου. Μερικές από τις πιο συνηθισμένες μεθόδους που χρησιμοποιούνται είναι οι παρακάτω:

Λεκτικές περιγραφικές κλίμακες (Verbal Descriptor Scale):

Αποτελείται από πέντε, συνήθως, λέξεις που περιγράφουν τον πόνο (ήπιος, ενοχλητικός, ανησυχητικός, τρομερός και βασανιστικός). Ο άρρωστος επιλέγει το πιο σχετικό επίθετο, ανάλογα με την ένταση του πόνου. Τα μειονεκτήματα της κλίμακας αυτής είναι η περιορισμένη επιλογή και το γεγονός ότι οι άρρωστοι επιλέγουν, συνήθως, τις μεσαίες λέξεις παρά αυτές των άκρων.

Κλίμακα Αριθμητικής Βαθμονόμησης (Numeric Rating Scale):



Είναι η πιο απλή κλίμακα αξιολόγησης του πόνου που χρησιμοποιείται συχνότερα. Αποτελείται από αριθμούς από το 0 μέχρι το 10, όπου το 0 αντιστοιχεί σε «απουσία πόνου» και το 10 στο «χειρότερο πόνο». Ο ασθενής επιλέγει έναν αριθμό που σχετίζεται καλύτερα με τη διαβάθμιση της έντασης του πόνου. Το πλεονέκτημα της κλίμακας αυτής είναι ότι είναι απλή, αποδοτική και εύχρηστη, ενώ το κύριο μειονέκτημα της είναι ότι δεν αντανακλά στην ψυχολογία του ασθενούς.

Υπάρχει και η *Οπτική Αναλογική Κλίμακα (Visual Analog scale),* η οποία μοιάζει με την παραπάνω, με την διαφορά ότι ο ασθενής σημειώνει το σημείο που αντιστοιχεί στον πόνο σε μια γραμμή 10cm, της οποίας η μια άκρη χαρακτηρίζεται ως «απουσία πόνου» και η άλλη ως «ο χειρότερος πόνος».

Hospice Initial Pain Assessment

No pain reported _____ Person reporting pain: Patient _____ Patient's caregiver _____ Other _____

Intensity of the patient's pain. Using the assessment tool below, document the patient's pain for each site in the chart below. For reference, mark each pain site by letter (A, B, C, D) on the drawings in the lower right portion of the form.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No pain — Moderate pain — Severe pain

Description	Site A	Site B	Site C	Site D
Intensity at present				
Worst pain				
Best pain				
Tolerable level				
Duration: 0, 1, 2, 3*				
When did pain start?				
Any patterns to the pain?				
Patient's description of the pain	1 Sharp 1 Dull 1 Stabbing 1 Throbbing 1 Aching 1 Burning 1 Other	1 Sharp 1 Dull 1 Stabbing 1 Throbbing 1 Aching 1 Burning 1 Other	1 Sharp 1 Dull 1 Stabbing 1 Throbbing 1 Aching 1 Burning 1 Other	1 Sharp 1 Dull 1 Stabbing 1 Throbbing 1 Aching 1 Burning 1 Other
Acute pain, chronic pain, or both				
Somatic, visceral or neuropathic				
Other type of pain				
Effects of pain	Appetite, physical activity	Appetite, physical activity	Appetite, physical activity	Appetite, physical activity
	Emotions, relationships	Emotions, relationships	Emotions, relationships	Emotions, relationships
	Sleep disturbance	Sleep disturbance	Sleep disturbance	Sleep disturbance
Decreased quality of life				

*—Duration scale: 0 = no pain; 1 = pain less often than daily; 2 = pain daily, not constantly, controlled with interventions; 3 = pain all the time.

Manner in which the patient expresses pain: _____

Patient's goal for pain control: _____

Physical examination of pain site: _____

Current pain medications: _____

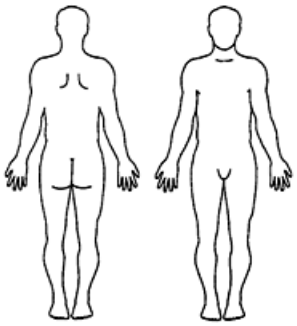
Venous access line present? _____

Problem: _____

Teaching/intervention(s): _____

Goal/outcome: _____

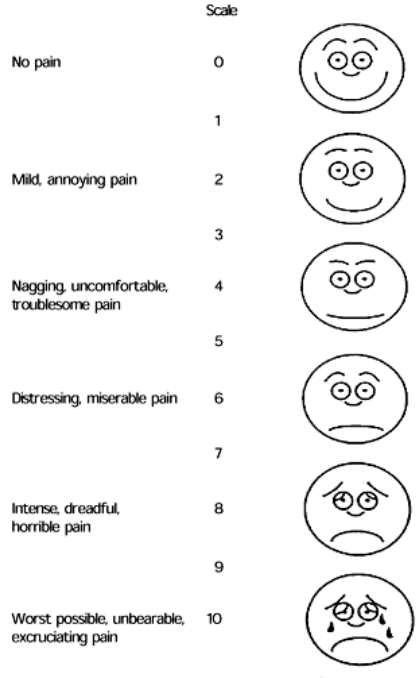
Pain site identification



Patient's name: _____ Patient's ID number: _____

Κλίμακα Βαθμονόμησης του πόνου με προσωπεία (continuum of smiling to crying faces):

Απεικονίζει πέντε ή έξι σκίτσα με χαρακτηριστικά προσώπου (χαμογελαστό πρόσωπο μέχρι δακρυσμένο), που το κάθε ένα από αυτά έχει και μια αριθμητική αξία. Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται,

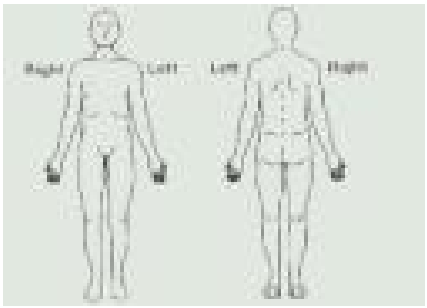


κυρίως, στα παιδιά και σε διανοητικά καθυστερημένους ασθενείς που δεν είναι σε θέση να περιγράψουν τον πόνο ή να καταλάβουν τα έντυπα εκτίμησης του πόνου.

Ερωτηματολόγιο πόνου του McGill (The McGill Pain Questionnaire)

Είναι ένα έντυπο ερωτηματολόγιο που περιγράφει με λέξεις τις τρεις διαστάσεις του πόνου (αισθητική, συναισθηματική και αξιολόγησης). Αυτές υποδιαιρούνται σε 20 υποκατηγορίες που η καθεμιά τους περιέχει λέξεις διαφορετικών βαθμών και από τις οποίες λαμβάνονται τρεις βαθμολογίες, μια για κάθε διάσταση, καθώς και η συνολική βαθμολογία. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται συχνά και διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για την κλινική έρευνα.

Βραχεία Καταγραφή του Πόνου (Brief Pain Inventory)



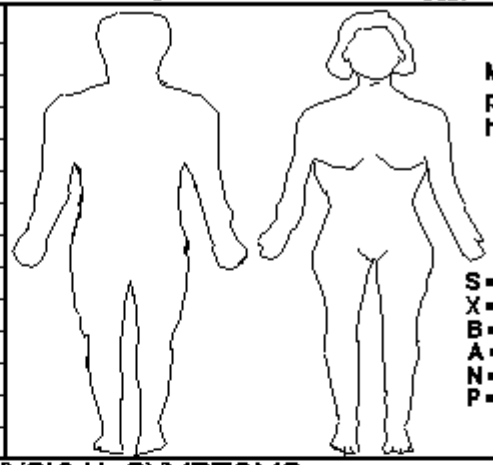
Στη καταγραφή αυτή ο ασθενής χαρακτηρίζει την ένταση του πόνου ως χειρότερος, ελάχιστος ή μέτριος, κατά το χρόνο που γίνεται η βαθμονόμηση, και δείχνει, επίσης, την εντόπιση του πόνου του σε ένα σχηματικό διάγραμμα του σώματος. Είναι μια χρήσιμη μέθοδος, η οποία συσχετίζεται με τη βαθμολογία της δραστηριότητας, του ύπνου και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Ημερολόγιο του Πόνου (Pain Diary)

Daily Pain Diary Worksheet

Date:

How do I feel today?



Mark all the pieces that hurt today.

S = shooting pain
X = stabbing pain
B = burning pain
A = aching pain
N = Numbness
P = Pins & Needle

http://www.FibroTalk.org/

PHYSICAL SYMPTOMS

© 2003 Carrie Craig de Arriza

Overall Morning Pain Level 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low<——>High	Overall Afternoon Pain Level 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low<——>High	Overall Evening Pain Level 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low<——>High
How well did I sleep? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rested<——>No Rest	What is my fatigue level? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not Tired<——>Exhausted	How weak do I feel? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not Weak<——>Very Weak
How dizzy do I feel? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not Dizzy<——>Very Dizzy	How is my eyesight? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Can Read<——>Can't Focus	How are my bowels? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Constipated<——>Loose
How is my urination? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Good<——>Worst	How is my hearing? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Clear<——>Worst	How is my walking? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Good<——>Barely Walk

MENTAL, COGNITIVE, & EMOTIONAL SYMPTOMS

How is my thinking ability? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Clear<—Fuzzy—>Who am I?	How anxious do I feel? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 No Fear<—Shaky—>Extreme	How depressed am I? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None<——>No Hope
How angry do I feel? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Not Angry<——>Livid	How irritable am I? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Fine<——>Leave me alone	How happy am I? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Joyful<——>Unhappy

EXACERBATING CONDITIONS

Current Temp	Current Weather Sunny Overcast Foggy Rainy Snowy	Current Pollen/Mold Count 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Low<——>High	Current weather is affecting me 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 None<—Little—>Greatly

Το ημερολόγιο του πόνου του ασθενούς είναι χρήσιμο για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του πόνου και της καθημερινής δραστηριότητας. Ο πόνος περιγράφεται χρησιμοποιώντας την κλίμακα αριθμητικής βαθμονόμησης από το 0 μέχρι το 10 κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, όπως το περπάτημα, η ορθοστασία, το κάθισμα, διάφορες μικρές εργασίες, κλπ. Επίσης, στο ημερολόγιο πόνου καταγράφονται χρήσιμες πληροφορίες, όπως τη χρήση φαρμάκων και οινοπνεύματος, συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς, την

ανταπόκριση της οικογένειας κλπ. Η μέθοδος αυτή περιγράφει τον πόνο με μεγαλύτερη ακρίβεια σε σύγκριση με την αναδρομική περιγραφή που υπάρχει πιθανότητα να έχει υπό ή υπερεκτιμήσει τον πόνο.

ΆΛΛΕΣ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Προκειμένου να δοθεί ένα, όσο το δυνατόν καλύτερο, πρόγραμμα Θεραπείας με σκοπό την άριστη–καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή και την οικογένεια, κρίνεται σωστό να προηγηθεί ένας λεπτομερής έλεγχος της παρούσας κατάστασης του πόνου του ασθενούς και του επιπέδου της λειτουργικότητας των ψυχολογικών, βιολογικών, πνευματικών και κοινωνικών προβλημάτων του, τα οποία συμβάλλουν στην εμπειρία του πόνου του .

Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη των παραπάνω αποτελεί, καταρχάς, η εξασφάλιση της εμπιστοσύνης και συνεργασίας με τον ασθενή και τους οικείους του. Στη συνέχεια, Θα πρέπει να γίνεται αξιολόγηση του ασθενούς σε δύο φάσεις: μέσω μιας ειδικής διαμορφωμένης κλινικής συνέντευξης και με μετρήσεις από γραπτά ερωτηματολόγια. Οι πληροφορίες από την κάθε φάση ελέγχου ολοκληρώνονται για να δημιουργήσουν την εικόνα του ατόμου, έχοντας υπόψη παράγοντες όχι μόνο σωματικούς, ψυχοκοινωνικούς, οικονομικούς, αλλά και συμπεριφοράς, οι οποίοι τείνουν να επηρεάζουν τον πόνο του ασθενούς, καθώς και τη λειτουργική του κατάσταση. Εφόσον εντοπιστούν οι παραπάνω παράγοντες, ξεκινά η εφαρμογή μιας πολυσύστατης Θεραπείας.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Η συνέντευξη γίνεται με τη βοήθεια ενός ειδικά διαμορφωμένου σχεδίου. Συγκεντρώνονται λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλλουν στο πρόβλημα του πόνου και τα στοιχεία που συλλέγονται συνδυάζονται με συμπληρωματικά δεδομένα από την εξέταση του ιατρικού διαγράμματος και από τυποποιημένα εργαλεία εκτίμησης, προκειμένου να εκπονηθεί ένα πρόγραμμα εξατομικευμένης Θεραπείας και συμβουλών.

Αρχικά, αναφέρονται οι πραγματικές αιτιάσεις για τον πόνο. Στη συνέχεια, ελέγχεται η ένταση, η εντόπιση, η διάρκεια και οι διακυμάνσεις του πόνου. Οι υποκειμενικές περιγραφές του πόνου, όπως και η χρήση συναισθηματικών χαρακτηρισμών, πρέπει να σημειώνονται για την πληρέστερη κατανόηση της συναισθηματικής ανταπόκρισης του ασθενούς στον πόνο του.

Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, αποκαλύπτεται εύκολα η προσπάθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει με επιτυχία ή αποτυχία τον πόνο του. Η προσέγγιση αυτή δίνει χρήσιμες πληροφορίες για την κύρια στρατηγική συνεργασίας του ασθενούς, το επίπεδο ικανότητας και επιδεξιότητας και μια γενική ιδέα της εμπιστοσύνης που έχει στα εξωτερικά αντί τα εσωτερικά μέσα βοήθειας (π.χ. πρωταρχική εμπιστοσύνη στα φάρμακα ή στις χειρουργικές παρεμβάσεις, κτλ). Πληροφορίες δίνει, επίσης η παρακολούθηση της λεκτικής ή μη λεκτικής συμπεριφοράς του ασθενούς. Εκτός από την περιγραφή του πόνου, οι ασθενείς προσπαθούν να παρουσιάσουν το μέγεθος της ταλαιπωρίας τους με αναστεναγμούς, με μορφασμούς και συχνές αλλαγές στάσης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Αυτή η συμπεριφορά Θεωρείται ότι αντανακλά την εμπειρία του πόνου του ασθενούς, επομένως εκλαμβάνεται ως συμπεριφορά πόνου.

Βασική και απαραίτητη είναι, επίσης, η πληροφορία για όλα τα φάρμακα που πρόσφατα παίρνει ο ασθενής κι όχι μόνο γι’ αυτά του πόνου και πρέπει να περιλαμβάνει τη δόση, καθώς και τον τρόπο χορήγησης. Καταγράφονται τόσο τα φάρμακα που χρειάζονται συνταγή, όσο και αυτά που δεν χρειάζονται.

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, εκτιμάται η λειτουργική ανικανότητα του ασθενούς, βάση των δραστηριοτήτων που περιορίζονται ή αποκλείονται εξαιτίας του πόνου του. Σε ασθενείς που πονούν, με αποτέλεσμα να χάνουν την αίσθηση της δομής της ημέρας και να νιώθουν ότι υπάρχουν

πολλές ώρες χωρίς νόημα, η Θεραπεία επικεντρώνεται στην αύξηση του πεδίου και του στόχου της καθημερινής δραστηριότητας, έτσι ώστε να βελτιωθεί η σωματική αντοχή και να καταπολεμηθούν τα καταθλιπτικά σύνδρομα, τα οποία είναι αποτέλεσμα της αδράνειας και της απώλειας των ενισχυτικών δραστηριοτήτων ή των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Με την πάροδο του χρόνου μπορεί να υπάρξει μια ανεπιθύμητη επίδραση στη διάθεση του αρρώστου που πονάει. Η επίδραση ίσως είναι ήπια ή σοβαρή, εξαρτώμενη από το συνδυασμό παραγόντων που περιλαμβάνουν το επίπεδο του πόνου και της έντασής του, καθώς και της ψυχολογικής κατάστασης του ασθενούς, τόσο πριν αρρωστήσει όσο και την πρόσφατη. Επομένως, κατά την εκτίμηση, πρέπει να συμπεριληφθεί η προσπάθεια πλήρους κατανόησης της ψυχολογικής προσαρμογής ή της συμπτωματολογίας, ώστε να γίνει καλύτερα αντιληπτό το πρόβλημα του πόνου και έτσι να προσδιοριστούν οι περιοχές της Θεραπείας. Επίσης, τα άτομα που βρίσκονται σε κατάθλιψη και εκδηλώνουν έλλειψη ικανότητας να απασχοληθούν με ευχάριστες δραστηριότητες, επίμονη έκθεση σε δυσάρεστα ερεθίσματα (πόνος), ανικανότητα να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις κλπ., η Θεραπευτική προσέγγιση Θα πρέπει να εξαρτηθεί από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάστασή τους αυτή – κατάθλιψη. Ορισμένα άτομα, που έμαθαν να είναι ανίκανα, ίσως να μην μπορέσουν να απασχοληθούν παραγωγικά με οποιοδήποτε είδος Θεραπείας, επειδή πιστεύουν ή φοβούνται ότι και η προσπάθεια αυτή Θα αποτύχει.

Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, που μπορεί να συμβάλλουν στο συνολικό πρόβλημα του πόνου, είναι η έλλειψη αντιμετώπισης, νευροψυχολογικά ελλείμματα γνωσιακών λειτουργιών, προβλήματα κοινωνικής ικανότητας και η κύρια ψυχολογική πάθηση. Όλα αυτά πρέπει να εκτιμηθούν στη συνέντευξη, επειδή αφορούν τη Θεραπεία. Επίσης, χρειάζεται να ελεγχθούν παράγοντες της προσωπικότητας που παρουσιάζουν εμπόδια στη αποκατάσταση.

Η κλινική συνέντευξη τελειώνει με την ανατροφοδότηση του ασθενούς, καθώς και τη διατύπωση του αρχικού προγράμματος Θεραπείας. Σε ορισμένους ασθενείς, οι οποίοι εκφράζουν απροθυμία για περαιτέρω παρέμβαση, Θα πρέπει να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στην επανάληψη της σημασίας της αποκατάστασης και όχι σε ένα Θεραπευτικό μοντέλο αντιμετώπισης του πόνου,

επισημαίνοντας ότι υπάρχει πιθανότητα να αυξηθεί ή να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ασθενούς ακόμη και παρουσία συνεχούς πόνου. Για τους ασθενείς αυτούς, που δεν είναι έτοιμοι να αρχίσουν Θεραπεία αποκατάστασης, η συνέντευξη τελειώνει με μια ανασκόπηση των σημαντικών κλινικών χαρακτηριστικών και απόψεων που αφορούν τον άρρωστο, μαζί με μια σύντομη περιγραφή της προτεινόμενης Θεραπευτικής αγωγής και των ειδικών παρεμβάσεων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

ΓΡΑΠΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στην αξιολόγηση του χρόνιου πόνου η χρήση γραπτών εργαλείων παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες αυτό-αξιολόγησης για την ειδική κατάσταση του ασθενούς όπως, επίσης και μια σύντομη ανασκόπηση των προβλημάτων και του ελέγχου αξιοπιστίας των λεκτικών δεδομένων της συνέντευξης. Σε πολλές περιπτώσεις οι απαντήσεις του αρρώστου μπορούν να συγκριθούν με τα υπάρχοντα πρότυπα, έτσι ώστε να εξακριβωθεί εάν και κατά πόσον ψεύδεται σε σχέση με άλλα άτομα που έχουν τα ίδια ή παρόμοια προβλήματα.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΣΧΕΣΗΣ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Είναι πολύ βασικό να αξιολογούνται τα πιστεύω των ασθενών για τον πόνο τους. Μετά από παρατεταμένη και ανεπιτυχή Θεραπεία, οι ασθενείς αναπτύσσουν πεποιθήσεις και προσδοκίες που ενδέχεται να επιπλέξουν τις προσπάθειες περαιτέρω Θεραπείας. Μια τέτοια πεποίθηση είναι ότι είναι ανίκανοι να έχουν μια φυσιολογική και παραγωγική ζωή, όσο αισθάνονται τον πόνο. Ψάχνουν οι άρρωστοι αυτοί μια μαγική Θεραπεία του πόνου και όταν δεν την βρίσκουν, παραμένουν ανίκανοι διατρέχοντας τον κίνδυνο να αποδιοργανώσουν πιο πολύ τη ζωή τους.

Η κλίμακα σχέσης πόνου και δυσλειτουργίας αναπτύχθηκε για να εκτιμήσει ως πιο σημείο οι ασθενείς με χρόνιο πόνο πιστεύουν ότι δεν είναι ικανοί να λειτουργήσουν φυσιολογικά εξαιτίας του πόνου. Η κλίμακα είναι ένα μέτρο από 15 μέρη που εκτιμά το βαθμό που οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη λειτουργική

τους κατάσταση σχετικά με το επίπεδο του πόνου τους. Οι ασθενείς επιβεβαιώνουν κάθε στοιχείο σε μια επταβάθμιο κλίμακα του Likert (έντονα διαφωνούν μέχρι απόλυτα συμφωνούν). Στη συνέχεια, οι απαντήσεις προστίθενται για να βρεθεί η συνολική βαθμολογία. Οι ψηλές βαθμολογίες επισημαίνουν ότι τα άτομα έχουν μεγαλύτερη τάση να εξισώνουν τον πόνο με την δυσλειτουργία και να περιορίζουν την λειτουργικότητα, όταν υπάρχει πόνος.

Sickness Impact Profile (SIP)

Αποτελείται από 136 μέρη σε σχήμα καταλόγου, που αξιολογεί την επίδραση των προβλημάτων της υγείας σε 12 περιοχές της λειτουργικότητας: κινητικότητα, βάδιση, επικοινωνία, φροντίδα σώματος και κίνησης, ετοιμότητα, διατροφή, συναισθηματική συμπεριφορά, εργασία, ψυχαγωγία, οικιακή διαχείριση, ύπνος, και κοινωνική αλληλεπίδραση. Βαθμολογείται και σχηματίζει τρεις σύνθετες κλίμακες: φυσική, ψυχοκοινωνική και ολική που περιλαμβάνουν πληροφορίες φυσικές, ψυχοκοινωνικές, εργασίας και ψυχαγωγίας. Το SIP είναι ένα από τα πλέον χρησιμοποιούμενα μέτρα της κατάστασης υγείας στις κλινικές πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ



Έπειτα από τη λήψη του ιστορικού και την μέτρηση του πόνου με διάφορες μεθόδους, όπως αναφέραμε πιο πάνω, ακολουθεί η γενική φυσική εξέταση του ασθενούς, δηλαδή η τυπική φυσική εξέταση, που γίνεται από το κεφάλι μέχρι τα δάκτυλα των ποδιών και περιλαμβάνει: 1), την γενική εμφάνιση (παχύς-αδύνατος, καταπονημένος, επίπεδο συναίσθημα), 2) τη στάση του σώματος (σκολίωση-κύφωση, αν έχει νάρθηκα), 3) το βάδισμα (χωλότητα, χρήση βοηθητικών μέσων), 4) την έκφραση (πόνος-αγωνία, εφίδρωση) και 5) ζωτικά σημεία (ταχυκαρδία, υπέρταση).

Μετά από την γενική εξέταση αξιολογούνται, αν υπάρχουν, επώδυνες περιοχές του σώματος και έχει σημασία η αναζήτηση ευρημάτων που συσχετίζουν την κλινική εξέταση με το ιστορικό. Η αξιολόγηση μπορεί να γίνει με την επισκόπηση της επιφάνειας του δέρματος που μπορεί να αποκαλύψει κάποιο οίδημα, μεταβολές του χρώματος, ερυθρίαση, απώλεια τριχών, παρουσία ή απουσία ιδρώτα, ατροφία ή μυϊκό σπασμό.

Η ψηλάφηση επιτρέπει τη χαρτογράφηση της επώδυνης περιοχής και την αναζήτηση κάποιας αλλαγής της έντασης του πόνου μέσα στην περιοχή, κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Επίσης, έχει σημασία ο τρόπος της λεκτικής και μη λεκτικής απάντησης του αρρώστου, αν αντιστοιχεί η απάντηση στο επίπεδο του πόνου και της συσχέτισης του με τη συναισθηματική του κατάσταση. Παράλληλα, ερευνούνται παράγοντες που επιδεινώνουν ή βελτιώνουν τον πόνο του ασθενή.

ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πιο ειδικά ευρήματα, συνήθως, αποκαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νευρολογικής εξέτασης, που είναι σύντομη αλλά απολύτως αναγκαία. Ο έλεγχος της διανοητικής λειτουργίας γίνεται με την αξιολόγηση του προσανατολισμού του αρρώστου στα πρόσωπα, στο χώρο και στον χρόνο, στην πρόσφατη και παλαιά μνήμη, στην επιλογή λέξεων που χρησιμοποιεί για την περιγραφή των συμπτωμάτων και γενικά στον τρόπο που απαντάει τις ερωτήσεις συγκριτικά με το μορφωτικό του επίπεδο.

Η αξιολόγηση των εγκεφαλικών νεύρων είναι και αυτή απαραίτητη, ιδίως στους αρρώστους που διαμαρτύρονται για πόνο στο κεφάλι, στο λαιμό και στον ώμο.

Η εξέταση της αισθητικότητας των νωτιαίων νεύρων καθορίζεται χρησιμοποιώντας βαμβάκι ή λεπτό χαρτί για την ελαφρά αφή και τρύπημα με καρφίτσα για την ιδιοδεκτική και την εν τω βάθει αισθητικότητα. Για παράδειγμα, στο νευροπαθητικό πόνο υπάρχει πάντα αισθητική ανωμαλία. Επίσης, η λειτουργία των κινητικών νωτιαίων νεύρων καθορίζεται από τα εν τω βάθει τενόντια αντανακλαστικά, την παρουσία ή απουσία του αντανακλαστικού Babinski και από δοκιμασίες της μυϊκής ισχύος. Ο συντονισμός αξιολογείται με τον έλεγχο της ισορροπίας, τη γρήγορη κίνηση του χεριού, την κίνηση του δακτύλου του ποδιού προς τη πτέρνα, το βάδισμα και τη δοκιμασία Romberg. Με αυτές τις δοκιμασίες μπορεί, επίσης, να ανιχνευθεί κάποια δυσλειτουργία της παρεγκεφαλίδας.

ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Με την εξέταση της στάσης του αρρώστου και της συμμετρίας των μυών μπορούν να εντοπιστούν ανωμαλίες του μυοσκελετικού συστήματος. Για παράδειγμα, η μυϊκή ατροφία σημαίνει μειωμένη χρήση, ενώ η πλαδαρότητα μεγάλη αδυναμία, συνήθως από παράλυση, όπως και οι ανώμαλες κινήσεις φανερώνουν νευρολογική βλάβη ή κάποια δυσλειτουργία της ιδιοδεκτικής αισθητικότητας. Επιπλέον, περιορισμένα κινητικά όρια μιας κύριας άρθρωσης, μπορεί να υποδηλώνουν πόνο, δισκοπάθεια ή αρθρίτιδα. Η ψηλάφηση των μυών Θα βοηθήσει στην αξιολόγηση των κινητικών ορίων και, αν υπάρχουν ή όχι, σημεία πυροδότησης. Ελέγχεται, παράλληλα, ο συντονισμός και η ισχύς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

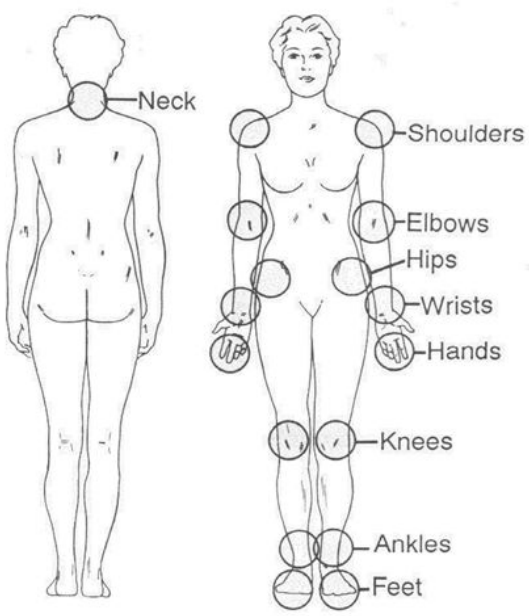
ΑΛΓΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ



Οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν την δεύτερη αιτία προσέλευσης ασθενών στο ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ευθύνονται για σημαντική νοσηρότητα και ανικανότητα, ενώ επηρεάζουν και την ποιότητα ζωής τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων Θα βιώσει, σε κάποια φάση της ζωής του, πόνο, ο οποίος προέρχεται από το μυοσκελετικό – είναι χαρακτηριστικό ότι οχτώ στους δέκα ανθρώπους, κατά τη διάρκεια της ζωής τους Θα αισθανθούν πόνο στη μέση.

Στο κεφάλαιο αυτό έγινε μια προσεκτική επιλογή, με βάση επιδημιολογικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, των πιο συχνών επώδυνων μυοσκελετικών διαταραχών. Στη συνέχεια, Θα γίνει μια συνοπτική αναφορά της παθογένεσης, της κλινικής εικόνας και της Θεραπευτικής αντιμετώπισης.

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ



Αρθρώσεις που προσβάλλει συμμετρικά η ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα αποτελεί το συχνότερο, αλλά και σπουδαιότερο, νόσημα του συνδετικού ιστού. Θεωρείται πολυπαραγοντική νόσος και είναι πιθανόν ότι δεν υπάρχει ένα μόνο αίτιο. Συνήθως εμφανίζεται ύπουλα, ως πολυαρθρίτιδα που προσβάλλει πιο συχνά συμμετρικά μόνο τις μικρές ή τις μικρές, μεσαίες και μεγάλες αρθρώσεις. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, είναι μια σημαντική αιτία λειτουργικής ανικανότητας, αναπηρίας, νοσηρότητας και Θνησιμότητας. Επιφέρει δραματικές επιπτώσεις στην οικογένεια και επαγγελματική ζωή του ασθενούς, καθώς και στην ποιότητα της καθημερινής του ζωής.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει, κυρίως, τις γυναίκες μεταξύ 45-55 ετών, με μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύτητα μετά την εμμηνόπαυση. Η χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών από το στόμα διαπιστώθηκε ότι μειώνουν τον κίνδυνο εμφανίσεως της νόσου. Επίσης, στο 70% των περιπτώσεων η νόσος παρουσιάζει ύφεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ εμφανίζεται έξαρση το πρώτο δίμηνο μετά τον τοκετό, κυρίως στις γυναίκες που Θηλάζουν. Έτσι, λοιπόν, η ατοκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ αντίθετα οι πολύτοκες προστατεύονται από τη νόσο. Τέλος, η εμφάνιση της νόσου είναι κάπως συχνότερη κατά τους χειμερινούς μήνες.

Προκειμένου να διαγνωσθεί η νόσος, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 4 από τα παρακάτω 7 κριτήρια:

1. Αρθρίτιδα σε τρεις ή περισσότερες ομάδες αρθρώσεων
2. Αρθρίτιδα των άκρων χεριών
3. Πρωινή δυσκαμψία
4. Ρευματοειδής παράγοντας ορού
5. Υποδόρια ρευματοειδή οζίδια
6. Ακτινολογικές αλλοιώσεις
7. Συμμετρική αρθρίτιδα με συμπτώματα

Όσον αφορά τους παράγοντες που καθορίζουν την μετέπειτα πορεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, διακρίνονται σε:

- *Κοινωνικοί – Δημογραφικοί*

  Μεγάλη ηλικία κατά την εμφάνιση

  Γένος Θηλυκό

  Χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο

  Επάγγελμα με βαρύ φόρτο εργασίας

- *Κλινικοί*

  Ύπουλη έναρξη

  Βαριά γενική κατάσταση υγείας ή μεγάλος βαθμός αναπηρίας

  Συστηματικά χαρακτηριστικά, ιδίως υποδόρια οζίδια

  Μεγαλύτερος αριθμός προσβεβλημένων αρθρώσεων

  Μεγαλύτερη διάρκεια νόσου κατά την αρχική εξέταση

- *Εργαστηριακοί*

  Υψηλή ΤΚΕ

  Θετικός ρευματοειδής παράγοντας

  Παρουσία διαβρώσεων

Σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα που έγινε από τον Panayi με δείγματα Ελλήνων και Βρετανών ασθενών, βρέθηκε ότι η ηλιοφάνεια, λόγω των

ανοσοκατασταλτικών ιδιοτήτων του ηλιακού φωτός και η αυξημένη κατανάλωση ελαιόλαδου με τις αντιφλεγμονώδεις και αντιοξειδωτικές ιδιότητές του, αποτελούν παράγοντες που υποβοηθούν στην ηπιότερη κλινική έκβαση της νόσου.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξεία ή χρόνια, που εξελίσσεται κι έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις (όπως



παραμόρφωση σαν Z του αντίχειρα, ωλένιος απόκλιση των δαχτύλων) και αναπηρίες των αρθρώσεων. Οι εκδηλώσεις



από τις αρθρώσεις μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: α) Στα αναστρέψιμα φυσικά σημεία και συμπτώματα, που έχουν σχέση με τη φλεγμονώδη υμενίτιδα, β) στις μη αναστρέψιμες βλάβες των αρθρώσεων, που προκαλούνται από την υμενίτιδα, όπως η φλεγμονή των ελύτρων των τενόντων, η φθορά του αρθρικού χόνδρου, η χαλάρωση των συνδέσμων, κλπ. Η υμενίτιδα έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

1) Πρωινή δυσκαμψία, όπου σε έξαρση της νόσου μπορεί να διαρκεί και μέχρι το απόγευμα, ανάλογα με το βαθμό της φλεγμονής και εξαφανίζεται με την ύφεση της νόσου.

2) Αντικειμενικά σημεία ενεργού υμενίτιδας, όπου οι αρθρώσεις είναι επώδυνες, διογκωμένες, θερμές με την αφή, οι τένοντες διογκωμένοι, θερμοί, επώδυνοι στην ψηλάφηση. Οι αρθρώσεις είναι επώδυνες κατά την κίνηση.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα προσβάλλει τα οστά, το δέρμα, τους οφθαλμούς, τη καρδιά, το σπλήνα, το νευρικό σύστημα, τους λεμφαδένες, τους μυς και τους πνεύμονες.

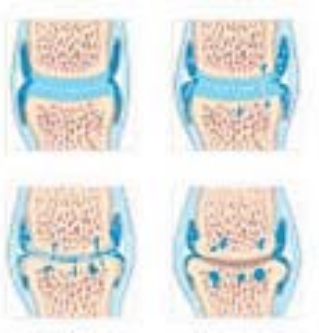
Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο στην ρευματοειδή αρθρίτιδα, βρίσκουμε αυξημένη ΤΚΕ, αυξημένη CRP, αυξημένα επίπεδα φερριτίνης ορού, θρομβοκυττάρωση, αναιμία, παρουσία ρευματοειδών παραγόντων (κυρίως IgM αλλά και IgG, IgA), αυξημένες συγκεντρώσεις σφαιρίνων ορού, αυξημένη ALP και χαμηλά επίπεδα σιδήρου ορού.

Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι οι ακτινογραφίες άκρων χεριών και ποδιών, το σπινθηρογράφημα οστών, το υπερηχογράφημα και τέλος, η αξονική και μαγνητική τομογραφία.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στόχοι της Θεραπείας της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας, είναι η ανακούφιση από τα συμπτώματα (πόνος, δυσκαμψία), η αντιμετώπιση των βλαβών των αρθρώσεων, των παραμορφώσεων και της αναπηρίας και η διατήρηση του φυσιολογικού τρόπου ζωής του ασθενούς. Φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι τα απλά αναλγητικά, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη NSAIDs, τα σαλικυλικά, η αζαθειοπρίνη, ενέσεις χρυσού, δισκία χρυσού, τα στεροειδή, η κυκλοφωσφαμίδη, η χλωραμβουκίλη, τα οιστρογόνα, η καλσιτονίνη, ο σίδηρος, η ερυθροποιητίνη, κλπ.

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ



Η οστεοαρθρίτιδα είναι ο πιο συχνός τύπος χρόνιας αρθρίτιδας, καθώς και το συχνότερο αίτιο αναπηρίας κινητικού τύπου. Προσβάλλει, κυρίως, τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων και είναι εξελικτική μη φλεγμονώδης αρθρίτιδα. Χαρακτηρίζεται από εστιακή απώλεια αρθρικού χόνδρου και συνοδό επαναρθωτική διαδικασία του υποχονδρίου οστού. Θεωρείται, είτε ως μια ανισορροπία μεταξύ του σχηματισμού φυσιολογικού χόνδρου και της αποδόμησής του ή ως ανικανότητα επανόρθωσης της βλάβης. Διάφοροι παράγοντες, όπως μηχανικοί, βιολογικοί, κληρονομικοί, χημικοί κλπ, φαίνεται να συμβάλλουν στην αιτιολογία της οστεοαρθρίτιδας.

Η οστεοαρθρίτιδα διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρώτη παρουσιάζεται σε άτομα άνω των 50 ετών, χωρίς ιστορικό τοπικού τραυματισμού. Πρωτοεμφανίζεται στις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων, που συνεχώς βρίσκονται κάτω από την επίδραση του βάρους του σώματος. Προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η ηλικία, το επαγγελματικό άγχος, η παχυσαρκία κλπ. Η δευτεροπαθής εμφανίζεται και σε νεότερα άτομα και οφείλεται σε τραυματισμό των αρθρώσεων, σε συγγενικές ανωμαλίες της διάπλασης και φλεγμονωδών ή άλλων παθήσεων των αρθρώσεων.

Η οστεοαρθρίτιδα παρουσιάζεται, συνήθως, σε μεσήλικους ή ηλικιωμένους, κυρίως στις παχύσαρκες γυναίκες ή σε εκείνες που καταπονούν υπέρμετρα τις αρθρώσεις τους. Η οστεοαρθρίτιδα του ισχίου είναι λιγότερο συχνή από του γόνατος και δεν έχει αυτή τη προτίμηση για τις γυναίκες, υποδεικνύοντας έτσι διαφορετική αιτιολογία της νόσου. Έχουν διαπιστωθεί φυλετικές διαφορές για τον επιπολασμό της οστεοαρθρίτιδας, καθώς και την εντόπισή της. Δεν είναι γνωστό αν αυτές οι διαφορές είναι γενετικές ή οφείλονται σε διαφορές στον τρόπο χρήσεως των αρθρώσεων. Η παχυσαρκία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την οστεοαρθρίτιδα του γόνατος. Μόνο το 50–60% των ατόμων με

ακτινολογικά διεγνωσμένη οστεοαρθρίτιδα έχουν κλινικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις αυτόματης ίασης.

Ο πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα της οστεοαρθρίτιδας και είναι κύριος παράγοντας για την εμφάνιση λειτουργικής ανικανότητας και αναπηρίας. Αν και ο πόνος είναι το κύριο σύμπτωμα της οστεοαρθρίτιδας, η προέλευσή του δεν είναι καθόλου διευκρινισμένη. Ο υαλοειδής χόνδρος στερείται νεύρων γι' αυτό δεν είναι πιθανό οι μεταβολικές ή δομικές μεταβολές του να είναι απευθείας αντιληπτές ως πόνος.



Για τη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας πραγματοποιούνται ακτινολογικός έλεγχος, ο οποίος δείχνει την στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος, τη σκλήρυνση του υποχόνδριου οστού και σχηματισμό κύστεων σε αυτό, το σχηματισμό οστεοφύτων γύρω από τα όρια της άρθρωσης και την ανωμαλία της αρθρικής επιφάνειας σε προχωρημένα στάδια. Σπάνια παρατηρείται αγκύλωση. Επίσης, πραγματοποιείται μαγνητική τομογραφία, η οποία υπόσχεται πολλά και τείνει να αναδειχθεί ως η κυριότερη παράμετρος εκτίμησης και μέτρησης της έκβασης της οστεοαρθρίτιδας στο μέλλον. Το σπινθηρογράφημα οστών, ως μέθοδος πρόγνωσης, φαίνεται να υπόσχεται πολλά και τέλος, οι μοριακοί ή βιοχημικοί δείκτες που προέρχονται από τον αρθρικό χόνδρο, τον αρθρικό υμένα και το υποχόνδριο οστό, έχουν αναπτυχθεί πολύ.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ

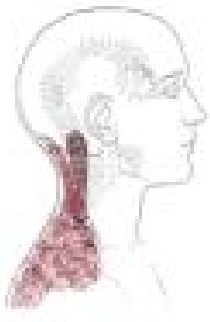
Τα φάρμακα για την οστεοαρθρίτιδα ταξινομούνται σε δύο κατηγορίες: α) στη συμπτωματική Θεραπεία άμεσης δράσης, στην οποία υπάγονται τα αναλγητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSAIDs) και τοπικές ενέσεις στεροειδών, β) στα τροποποιητικά φάρμακα της οστεοαρθρίτιδας (SADOA), τα οποία επιτυγχάνουν συμπτωματική Θεραπεία παρατεταμένης δράσης με καθυστερημένη έναρξη και συνέχιση του κλινικού αποτελέσματος μετά τη διακοπή της Θεραπείας.

Είναι φανερό ότι γίνεται υπερβολική χρήση των NSAIDs, χωρίς να είναι εμφανές ότι υπερέχουν από τα απλά αναλγητικά, όπως την παρακεταμόλη. Τα απλά αναλγητικά παραμένουν η πρώτη επιλογή για συμπτωματική ανακούφιση και η χρήση των NSAIDs Θα πρέπει πάντοτε να γίνεται με μεγάλη προσοχή και για πολύ σύντομα χρονικά διαστήματα, κυρίως σε ασθενείς με ιστορικό πεπτικού έλκους ή μειωμένης νεφρικής λειτουργίας. Η χρήση των NSAIDs Θα πρέπει να είναι βραχυχρόνια και κυρίως, στα επεισόδια υμενίτιδας και φλεγμονής. Η μακροχρόνια χρήση των NSAIDs Θεωρείται παράγοντας κινδύνου για την δημιουργία και για την εξέλιξη της οστεοαρθρίτιδας του ισχίου και του γόνατος. Τα νεότερα NSAIDs, ιδιαίτερα οι αναστολείς της κυκλοοξυγενάσης τύπου 2, Θεωρείται ότι προκαλούν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες, ιδίως από το πεπτικό και τους νεφρούς.

Επιπλέον, η φυσικοΘεραπεία είναι απαραίτητη, ιδιαίτερα σε ασκήσεις ενδυνάμωσης των τετρακεφάλων μηριαίων. Θα πρέπει όμως να γίνεται όταν Θα έχουν υποχωρήσει τελείως τα επεισόδια φλεγμονής και υδράρθρου.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι πειραματικές μεταμοσχεύσεις καλλιεργηΘέντων χονδροκυττάρων αυξάνονται συνεχώς στην προσπάθεια επανόρθωσης των αλλοιώσεων του χόνδρου στην οστεοαρθρίτιδα.

ΑΥΧΕΝΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ



Το αυχενικό σύνδρομο αποτελεί μια αρκετά συχνή πάθηση του αυχένα με εμφάνιση διαφόρων εκφυλιστικών βλαβών απλής μορφής ή σύνθετης, οι οποίες ξεκινούν από την απλή αυχεναλγία και καταλήγουν στο αυχενικό σύνδρομο.

Τα κύρια συμπτώματα της πάθησης είναι, καταρχήν, ο πόνος, που συνήθως είναι ήπιος αλλά αυξάνεται με τις κινήσεις της κεφαλής, το βήχα και το φτέρνισμα. Παρουσιάζεται στην οπίσθια ή και στις πλάγιες επιφάνειες του αυχένα. Άλλα συμπτώματα είναι ο πονοκέφαλος, ζάλη, ίλιγγος, εμβοές ώτων, διαταραχές της ισορροπίας και της όρασης, κόπωση, κλπ. Επιπλέον, παρουσιάζεται δυσκαμψία της αυχενικής και της ανώτερης Θωρακικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, παραισθησίες και μουδιάσματα κατά μήκος των χεριών ή ακόμα και μυϊκές ατροφίες λόγω ριζίτιδας



Όλα αυτά τα συμπτώματα αποδίδονται σε δυσλειτουργία νεύρων και αρτηριών που διατρέχουν το αυχενικό τμήμα της σπονδυλικής στήλης και πηγαίνουν προς τον εγκέφαλο. Η δυσλειτουργία αυτή των νεύρων, οφείλεται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις που δημιουργήθηκαν από ισχυρές πλήξεις, εξωθήσεις, έλξεις και κάμψεις τους.



ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Η Θεραπεία στο αυχενικό σύνδρομο είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση. Οι βλάβες είναι σχεδόν μόνιμες αλλά, σε περίπτωση που είναι περιορισμένου βαθμού, είναι καλά ανεκτές. Στην οξεία φάση του συνδρόμου συνίσταται η χρήση κολάρου, με σκοπό να αποφευχθούν οι βίαιες κινήσεις στον αυχένα. Επίσης, λαμβάνονται αναλγητικά και αντιφλεγμονώδη και συχνά μυοχαλαρωτικά φάρμακα. Στη συνέχεια, γίνεται εφαρμογή φυσικών μέσων, όπως Laser, αναλγητικά ρεύματα, Θερμά επιθέματα, υπέρηχοι, κλπ σε συνδυασμό με την εφαρμογή εξειδικευμένων τεχνικών Θεραπείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την επιπλέον ανακούφιση του ασθενούς από τον πόνο, καθώς και τη χαλάρωση της περιοχής από το μυϊκό σπασμό, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος.

Τέλος, η υποχώρηση των συμπτωμάτων συνοδεύεται από πρόγραμμα Θεραπευτικών ασκήσεων που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της κινητικότητας του αυχένα και των άνω άκρων. Στην περίπτωση της κήλης, αν δεν υποχωρήσουν οι ενοχλήσεις συνιστάται χειρουργική επέμβαση.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ – ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ



Ο όρος οσφυαλγία χαρακτηρίζει τον έντονο πόνο στην οσφύ (μέση), ανεξάρτητα από την αιτία που τον προκαλεί. Αποτελεί ένα από τα συχνότερα συμπτώματα που προσβάλλει άτομα της νεότερης και μέσης ηλικίας. Ισχιαλγία είναι ο πόνος κατά τη διαδρομή του ισχιακού νεύρου που βγαίνει ανάμεσα από τους δυο τελευταίους σπονδύλους και διανέμεται στην περιοχή των γλουτών, των μηρών και της κνήμης και πολλές φορές φτάνει μέχρι τα δάχτυλα των ποδιών.



Οι περισσότερες οσφυαλγίες – ισχιαλγίες οφείλονται στην κακή στάση του σώματος και στους αδύνατους – αγύμναστους– μύες της σπονδυλικής στήλης που οδηγούν σε καταπόνηση των συνδέσμων που στηρίζουν τους σπονδύλους.

Άλλο πολύ συχνό αίτιο από τις παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, που προσβάλλει κυρίως νεαρούς και μέσης ηλικίας ενήλικες, αποτελεί η δισκοπάθεια (κήλη του μεσοσπονδύλιου δίσκου), ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες εμφανίζεται η οστεοαρθρίτιδα και η εκφυλιστική αυχενική ή οσφυϊκή σπονδυλαρθροπάθεια



Ένα μικρό ποσοστό των οσφυαλγιών – ισχιαλγιών, οφείλονται σε ρευματοειδή αρθρίτιδα, κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, νεοπλασίες, φλεγμονές ή σε παθήσεις γειτονικών οργάνων, όπως του στομάχου, εντέρου, νεφρών, ωοθηκών, ουρητήρων, αορτής που αντανακλούν στη ράχη και μπορεί να προκαλέσουν οσφυαλγία. Επίσης, το ψυχικό στρες μπορεί να αυξήσει ένα πρόβλημα της μέσης που προϋπάρχει. Τέλος, η οστεοπόρωση αποτελεί την πιο συχνή αιτία πόνου στα ηλικιωμένα άτομα.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η Θεραπεία χωρίζεται σε συντηρητική αλλά και χειρουργική.

Στο οξύ στάδιο, η Θεραπεία στοχεύει στην ανακούφιση του ασθενούς από τους πόνους, η οποία πραγματοποιείται με την κατάκλιση σε σκληρό σώμα και σε Θέση που να βολεύει τον άρρωστο, Θερμοφόρα στη μέση, λήψη αντιφλεγμονώδων, μυοχαλαρωτικών φαρμάκων και παυσίπονα. Σε αυτό το στάδιο δεν ενδείκνυνται ασκήσεις.

Στο υποξύ, καθώς και στο χρόνιο στάδιο, η Θεραπεία έχει στόχο, εκτός της



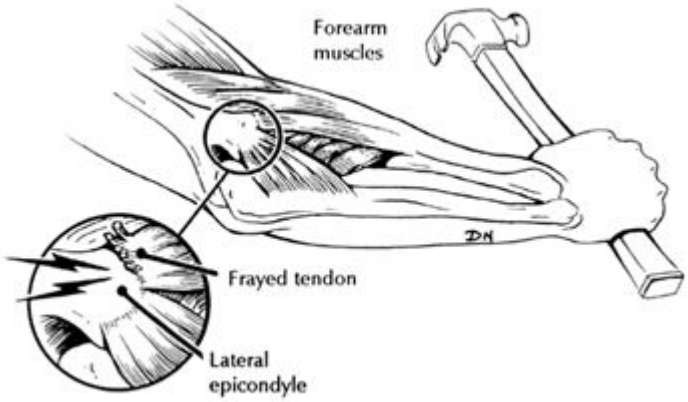


ανακούφιση του ασθενούς από τους πόνους και τη διόρθωση της κακής στάσης του σώματος που μπορεί να έχει υιοθετήσει εξαιτίας του έντονου πόνου. Επίσης, η φυσικοΘεραπεία, η χρήση ήπιων μαλάξεων στην οσφυϊκή χώρα, καθώς και η εφαρμογή ορθοπεδικής ζώνης οσφύος κατά την έγερση, έχει επιτυχή αποτελέσματα, έστω και παροδικά. Τέλος, συνίσταται ειδική εκπαίδευση του ασθενούς στην εκτέλεση διαφόρων καθημερινών ασχολιών με τη μικρότερη δυνατή καταπόνηση της μέσης.



Όσον αφορά τη χειρουργική Θεραπεία, ενδείκνυται σε περιπτώσεις οσφυαλγίας που οφείλεται σε δισκοκήλη ή όπου η συντηρητική Θεραπεία δεν έδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

ΕΠΙΚΟΝΔΥΛΙΤΙΔΑ



Η νόσος επικονδυλίτιδα ή αγκώνας των τενιστών, περιλαμβάνει τον πόνο που παράγεται στην εξωτερική περιοχή του αγκώνα. Ο πόνος αυτός μπορεί να επεκτείνεται προς τα κάτω μέχρι τα δάχτυλα ή προς τα πάνω κατά μήκος του βραχίονα. Το πρόβλημα εντοπίζεται στον επικόνδυλο, μια μικρή προεξοχή στην εξωτερική πλάγια πλευρά του αγκώνα από όπου εκφύονται οι εκτείνοντες μύες του καρπού και των δαχτύλων. Στην περιοχή του επικονδύλου επαναλαμβάνονται πολλές κινήσεις και αναπτύσσονται δυνάμεις, οι οποίες κάνουν την περιοχή επιρρεπή σε τραυματισμούς. Τέτοια είδη τραυματισμών μπορεί να είναι η χρόνια χρήση και επιπόνηση των ίδιων μυών, το άμεσο χτύπημα στον επικόνδυλο, η ξαφνική – έντονη σύσπαση των εκφυόμενων μυών.

Η νόσος προκαλεί πόνο και τοπική ευαισθησία κατά την ψηλάφηση του επικονδύλου, ο οποίος μπορεί να επιδεινώνεται τη νύχτα, οίδημα, μυϊκή αδυναμία στις κινήσεις καρπού και δαχτύλων. Η έντονη δραστηριότητα επιδεινώνει την παραπάνω συμπτωματολογία, ενώ με την ξεκούραση τα συμπτώματα υποχωρούν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Καταρχήν, είναι συντηρητική με περιορισμό δραστηριοτήτων, διαστήματα ξεκούρασης, ακόμα και με ακινητοποίηση του αγκώνα, εφαρμογή πάγου στην επώδυνη περιοχή. Τα φάρμακα που βοηθούν είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, τα οποία μειώνουν την φλεγμονή. Εάν τα ενοχλήματα επιμένουν, ίσως κριθεί απαραίτητη η τοπική ενίσχυση κορτιζόνης. Στις πιο δύσκολες περιπτώσεις, οι οποίες δεν υποχωρούν με την εφαρμογή των παραπάνω μέσων, σαν τελευταία λύση μπορεί να χρειαστεί η χειρουργική επέμβαση, ειδικά αν παρουσιάζεται σύνδρομο πίεσης του κερκιδικού νεύρου.



ΠΕΡΙΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΩΜΟΥ

Είναι μια συχνή πάθηση, κυρίως ατόμων μέσης και μεγαλύτερης ηλικίας. Περιλαμβάνει δυνατό αιφνίδιο άλγος, κυρίως τη νύχτα και μείωση των κινήσεων της άρθρωσης του ώμου, καθώς, επίσης, και μυϊκή αδυναμία και παραμόρφωση της άρθρωσης.

Η άρθρωση του ώμου πάσχει συχνά, λόγω της μεγάλης κινητικότητας της, η οποία είναι δυσανάλογη με τη σταθερότητά της.

Η πάθηση περνάει από τρία στάδια, το οξύ, το υποξύ και το χρόνιο. Στη διάγνωσή της βοηθάει συνήθως η ακτινογραφία, αν και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες έχουμε συμπτώματα χωρίς παθολογικά ακτινολογικά ευρήματα.

Η αντιμετώπισή της, η οποία είναι ευκολότερη στη οξεία φάση, είναι καταρχήν συντηρητική με τη βοήθεια φυσιοθεραπευτικών μέσων, ξεκούραση της άρθρωσης καθώς και ακινητοποίηση, κυρίως, κατά την οξεία φάση. Στην υποξεία φάση, κατά την οποία υποχωρούν τα έντονα συμπτώματα, ξεκινούν ασκήσεις σταδιακής κινητοποίησης και ενδυνάμωσης της άρθρωσης.

Εφόσον η συντηρητική Θεραπεία δεν αποβεί αποτελεσματική, τότε συνίσταται ανδαρθρική έγχυση κορτικοειδών ή ακόμη και χειρουργική επέμβαση.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ



Ο χρόνιος πόνος, όπως αναφέρθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια, χαρακτηρίζεται ως πόνος που επιμένει πάνω από 3 μήνες και η αιτία του είτε είναι άγνωστη, είτε δεν μπορεί να εξαλειφθεί. Αποτελεί, σίγουρα, μια υπόθεση πολύ δυσάρεστη, ένα πολυδιάστατο πρόβλημα. Πολλοί ασθενείς, ενώ πηγαίνουν από γιατρό σε γιατρό ψάχνοντας ανακούφιση από τον πόνο, πολύ συχνά χάνουν την πίστη τους στην ικανότητα οποιουδήποτε να τους βοηθήσει και νιώθουν απογοητευμένοι.

Ο χρόνιος πόνος οδηγεί τόσο σε πρωτοπαθείς όσο και δευτεροπαθείς δυσλειτουργίες. Οι πρωτοπαθείς, οφείλονται σε κάκωση και υπάρχει δυνατότητα να Θεραπευτούν με τη βοήθεια της φυσικοΘεραπείας. Όσον αφορά τις δευτεροπαθείς δυσλειτουργίες, οφείλονται σε υποκειμενική αντίδραση του ασθενή στην αρχική κάκωση η οποία οδηγεί σε ακινητοποίηση, κακή στάση του σώματος, υπερπροστασία του πάσχοντος μέρους του σώματος με τελικό αποτέλεσμα τη μείωση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων του ασθενή, την αύξηση του πόνου και την παραπέρα ταλαιπωρία του. Η ανικανότητα αυτή των ασθενών τους επιβαρύνει επιπλέον με κατάθλιψη και ψυχολογικά προβλήματα.

Η Θεραπεία, λοιπόν και η αντιμετώπιση των ασθενών με μη κακοήθεις χρόνιες παθήσεις, είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση. Οι ασθενείς παραπονιούνται για πόνο, ο οποίος είναι δυσανάλογος με τα αντικειμενικά ευρήματα, παρόλα αυτά διαβεβαιώνουν το γιατρό ότι, εξαιτίας του πόνου, είναι τελείως ανίκανοι να εργαστούν, να έχουν κοινωνική ζωή ή να ψυχαγωγηθούν.

Πολλοί είναι και οι ασθενείς που αναφέρουν ότι πονούν, ενώ δεν υπάρχει και δεν έχει επιβεβαιωθεί κάποια βλάβη σε συγκεκριμένο όργανό τους και δεν υφίσταται κάποιο παθοφυσιολογικό πρόβλημα. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο πόνος οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια

Γενικότερα, το μέγεθος του ερεθίσματος, η αντίληψή του σαν πόνος και η απάντηση που προκαλείται, αποτελούν μέρη μιας εξίσωσης στην οποία ουσιαστικό και βασικό ρόλο παίζει η προσωπικότητα του ατόμου και η φιλοσοφική του τοποθέτηση απέναντι στο φαινόμενο της ζωής.

Γνωρίζοντας, λοιπόν, ότι κάθε άρρωστος που πονά αποτελεί μια μοναδική βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα, με ξεχωριστή ψυχοσωματική υποδομή, καθώς και ότι κάθε πόνος αντιμετωπίζεται διαφορετικά γιατί και η αιτία του είναι διαφορετική, Θα πρέπει να βοηθηθεί ο ασθενής να αντιληφθεί το πρόβλημα που έχει, να προσαρμοσθεί στις δυνατότητες της Θεραπείας και να μη βιασθεί να απομονωθεί από τους φίλους και την οικογένειά του και γενικά να αποσυρθεί και να απομακρυνθεί από τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής.

Οι στόχοι της αποκατάστασης του ασθενούς με χρόνιο πόνο είναι η μείωση του πόνου και η κατάλληλη αντιμετώπιση των συνεπειών του, η διατήρηση ή μεγιστοποίηση της λειτουργικότητας του αρρώστου καθώς και η καλύτερη προσαρμογή του με το χρόνιο πόνο, βελτιώνοντας έτσι την ολική λειτουργικότητα του τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Στόχοι της αποκατάστασης είναι, επίσης, η πρόληψη των επικείμενων επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένης της ανικανότητας και η εκπαίδευση του ασθενούς και των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, όσον αφορά εναλλακτικές μεθόδους και τρόπους για την μείωση του πόνου.

Προτού, λοιπόν, δοθεί η ανάλογη Θεραπεία, Θα πρέπει να προσδιοριστεί η αιτία που προκαλεί τον πόνο και ανάλογα να ξεκινήσει η ειδική Θεραπεία, η οποία περιλαμβάνει δύο συνιστώσες: την αντιμετώπιση της αιτίας που προκαλεί τον πόνο και συγχρόνως, τη χορήγηση των ανάλογων φαρμάκων που καταστέλλουν το αίσθημα του πόνου.

Τα φάρμακα που είναι υπεύθυνα για την καταπολέμηση του πόνου, είναι τα αναλγητικά. Υπάρχουν φάρμακα τα οποία είναι πρώτης γραμμής και μπορούν να

χορηγηθούν άμεσα, ενώ σε περιπτώσεις έντονου πόνου, μπορούν να χορηγηθούν πιο ισχυρά φάρμακα, όπως τα οπιούχα σκευάσματα.

Πιο συγκεκριμένα, οι δυο βασικές κατηγορίες φαρμάκων που χρησιμοποιούμε συχνότερα σε επώδυνες καταστάσεις, είναι: 1) μη οπιοειδή αναλγητικά και 2) τα επικουρικά αναλγητικά.

Τα μη οπιοειδή αναλγητικά αποτελούνται βασικά από τα σαλικυλικά, τις παρα – αμινοφαινόλες και τα NSAIDs.

ΣΑΛΙΚΥΛΙΚΑ

Τα σαλικυλικά αποτελούν μια οικογένεια αναλγητικών, της οποίας το πρωτότυπο είναι το σαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη). Επίσης, έχουν αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση.

Μηχανισμός δράσης

Η ασπιρίνη και όλα τα NSAIDs, προκαλούν μη αναστρέψιμη αναστολή της κυκλο-οξυγονάσης στους περιφερικούς ιστούς και επομένως, παρεμβαίνουν στη φλεγμονή που προκαλούν οι προσταγλανδίνες και στην ευαισθητοποίηση των απολήξεων των κύριων κεντρομόλων ινών.

Ενδείξεις

1) Ρευματοειδής αρθρίτιδα και οστεοαρθρίτιδα
2) Κεφαλαλγία, πόνος μετεγχειρητικός και μετά τον τοκετό
3) Πόνος των οστών δευτεροπαθής του καρκίνου
4) Μυαλγία
5) Νευραλγία
6) Δυσμηνόρροια

Αντενδείξεις

1) Νεφροπάθεια

2) Αιμορροφιλία
3) Αιμορραγούντα έλκη
4) Υπερευαισθησία στα σαλικυλικά
5) Βλάβη ή νόσημα ήπατος
6) Ανεπάρκεια βιταμίνης Κ
7) ΥποπροΘρομβιναιμία

Φαρμακολογία

Οι ενώσεις των σαλικυλικών απορροφώνται γρήγορα από το στομάχι, καθώς και από την άνω μοίρα του λεπτού εντέρου. Η μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα πραγματοποιείται μετά από 1 ως 2 ώρες. Ο μεταβολισμός της πρώτης διόδου στο λεπτό έντερο και στο ήπαρ είναι εκτεταμένος. Απεκκρίνονται από τους νεφρούς και τα κόπρανα σε συζευγμένες μορφές.

ΑνεπιΘύμητες ενέργειες

Αυτές αφορούν κυρίως το πεπτικό και περιλαμβάνουν επιγαστρική δυσφορία, ναυτία εμετό, γαστρίτιδα, πεπτικό έλκος και αιμορραγία. Επίσης, ασκούν ανασταλτική επίδραση στη συσσώρευση των αιμοπεταλίων, με αποτέλεσμα να αναστέλλεται η αιμόσταση και να παρατείνεται ο χρόνος ροής. Έχουν αναφερθεί και αντιδράσεις υπερευαισθησίας που περιλαμβάνουν ρινίτιδα, άσθμα, αγγειονευρώδες οίδημα, υπόταση, καταπληξία, συγκοπική κρίση. Προσοχή χρειάζεται σε ηπατοπαθείς και σε ασθενείς με διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας. ΑνεπιΘύμητες ενέργειες από το ΚΝΣ εκδηλώνονται με κεφαλαλγία και ωτοξικότητα (αναστρέψιμη κώφωση, εμβοές, ζάλη). Εάν τα επίπεδα των σαλικυλικών στο πλάσμα υπερβαίνουν τα 30 mg/dl, πιθανόν να έχουμε ήπια μορφή χρόνιας δηλητηρίασης (σαλικυλισμό) με συμπτώματα όπως κεφαλαλγία, εμβοές, κακουχία, δίψα, ανησυχία, κόπωση, γνωσιακή διαταραχή, συμπτώματα από το γαστρεντερικό. Πιο σοβαρή μορφή σαλικυλισμού μπορεί να καταλήξει σε παραισθήσεις, παραλήρημα και σπασμούς.

Φάρμακα αυτής της οικογένειας αποτελούν τα :

- Ακετυλοσαλικυλικό οξύ (ασπιρίνη)
- Διφλουνιζάλη (Dolobid)
- Μίγμα σαλικυλικής χολίνης κα σαλικυλικού μαγνησίου (Trilisate)
- Σαλσαλάτη (Disalcid)

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ (NSAIDs)



Τα φάρμακα αυτά έχουν αντιπυρετικές, αναλγητικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες. Διακρίνονται σε όξινα και μη όξινα. Τα όξινα NSAIDs αποτελούνται από δύο βασικές ομάδες: ενολικά οξέα και καρβοξυλικά οξέα. Παραδείγματα όξινων NSAIDs αποτελούν τα:

- Πιροξικάμη (Feldene)
- Δικλοφαινάκη (Voltaren)
- Μεφαιναμικό οξύ (Ponstel)
- Μεκλοφαιναμικό οξύ (Meclomen)
- Τολμετίνη (Tolectin)
- ΙνδομεΘακίνη (Indocin)
- Ιβουπροφαίνη (Motrin, Nuprin)
- Φαινοπροφαίνη (Nalfon)
- Ναπροξένη (Naprosyn)
- Κετοπροφαίνη (Orudis)

Τα μη όξινα NSAIDs αποτελούν μια νέα ομάδα, που περιλαμβάνει τις naphthylalkanones και τη ναβουμετόνη, η οποία έχει μικρότερη τοξική επίδραση στο πεπτικό σύστημα.

Τα NSAIDs έχουν αντιπυρετικές (μέσω του υποθαλάμου) και αναλγητικές επιδράσεις. Λέγεται ότι τα NSAIDs δρουν περιφερικά –όπως η ασπιρίνη–, αναστέλλοντας τη σύνθεση της προσταγλανδίνης κι έτσι, λοιπόν, μειώνουν τον πόνο και την φλεγμονή. Η σύνθεση της προσταγλαγδίνης αποτρέπεται με την αναστολή της κυκλο–οξυγανάσης.

Ενδείξεις

1) Κεφαλαλγίες
2) Μυαλγία
3) Αρθρίτιδες
4) Πόνος των καρκινοπαθών, κυρίως όταν έχει σχέση με οστικό άλγος, λόγω διάτασης του περιοστέου (οστικές μεταστάσεις), με πόνο μαλακών μορίων, που οφείλεται σε συμπίεση ή διάταση των ιστών και με σπλαγχνικό πόνο, λόγω ερεθισμού του υπεζωκότα ‘η του περινέου.
5) Πόνος οφειλόμενος σε οξεία φλεγμονή
6) Ήπιος ως μέτριος πόνος, μη φλεγμονώδους αιτιολογίας

Αντενδείξεις

1) Διαταραχές πηκτικότητας
2) Πεπτικό έλκος εν ενεργεία
3) Τελειόμηνος κύηση
4) Οισοφαγίτιδα

Φαρμακολογία

Τα NSAIDs, συνήθως, απορροφώνται γρήγορα από το λεπτό έντερο και το στομάχι, όταν χορηγούνται από το στόμα. Περισσότερο από το 90% του φαρμάκου δεσμεύεται με τις λευκωματίνες του ορού. Τα μέγιστα επίπεδα στο πλάσμα εμφανίζονται σε 1–2 ώρες (με εξαίρεση την πιροξικάμη). Ακολουθεί εκτεταμένος μεταβολισμός στο ήπαρ και απέκκριση από τους νεφρούς, εκτός από ένα μικρό ποσοστό που αποβάλλεται με τα κόπρανα. Υπάρχει η πιθανότητα

αλληλεπιδράσεων με άλλα φάρμακα, κυρίως εξαιτίας της δέσμευσης με τα λευκώματα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Στα ευαίσθητα άτομα μπορεί να προκαλέσουν άσθμα και αναφυλακτοειδείς αντιδράσεις (όπως και η ασπιρίνη). Προκαλούν, επίσης, αναστρέψιμη αναστολή της συσσώρευσης των αιμοπεταλίων και, σπανιότερα, αναστρέψιμη ακοκκιοκυτταραιμία. Στο γαστρεντερικό σωλήνα προκαλούν πεπτικό έλκος, αιμορραγία στομάχου και διάτρηση. Προσοχή χρειάζεται, κατά τη χορήγησή τους, σε ασθενείς με ηπατικές και νεφρικές δυσλειτουργίες. Η ουρικοζουρία, είναι μια γνωστή επίδραση που χρησιμοποιείται για τη Θεραπεία της ουρικής αρθρίτιδας. Από το ΚΝΣ μπορεί να έχουμε γνωσιακή δυσλειτουργία, κεφαλαλγία, ζάλη, αλλαγή της διάθεσης.

Όσον αφορά τώρα τα επικουρικά αναλγητικά, περιλαμβάνουν τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιπιληπτικά και τα νευροληπτικά.

Τα ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση ποικίλων συνδρόμων χρόνιου πόνου. Εκτός της αντικαταθλιπτικής, έχουν και αναλγητική δράση. Αυτή η ομάδα περιλαμβάνει τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Τα φάρμακα αυτά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης και σεροτονίνης, ουσίες που εμπλέκονται στη ρυθμιστική δράση των ενδορφινών στις οδούς πόνου στο κέντρο και στο νωτιαίο μυελό. Επίσης, περιλαμβάνουν τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI), οι οποίοι αναστέλλουν την μονοαμινοξειδάση, ένα ένζυμο που υπάρχει στο Κ.Ν.Σ, στις αδρενεργικές απολήξεις των νεύρων, στο ήπαρ και στο γαστρεντερικό σωλήνα. Αναστέλλοντας την οξειδωτική απαμίνωση των συναπτικών νευρομεταβιβαστών της μονοαμίνης, δημιουργούνται αυξημένα επίπεδα ΝΑ και 5-ΗΤ στο κυτταρόπλασμα των νευρικών απολήξεων. Όπως και με τα TCAs, δεν είναι σαφής ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα αυξημένα επίπεδα της μονοαμίνης προκαλούν αναλγησία, καθώς και τα τετρακυκλικά και μη πολυκικλικά αντικαταθλιπτικά.

Μηχανισμός δράσης

Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά

Η ανακούφιση του πόνου που προκαλούν τα αντικαταθλιπτικά, δε φαίνεται να οφείλεται μνο στη βελτίωση της καταστολής. Τα TCAs αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της νοραδρεναλίνης (NA) και της σεροτονίνης (5-HT). Η NA και η 5-HT είναι γνωστό ότι εμπλέκονται στη ρυθμιστική δράση των ενδορφινών στις οδούς πόνου στο κέντρο (κατιούσες) και στο νωτιαίο μυελό.

Αναστολείς της Μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ)

Οι ΜΑΟΙ αναστέλλουν τη μονοαμινοξειδάση, ένα ένζυμο που υπάρχει στο ΚΝΣ, στις αδρενεργικές απολήξεις των νεύρων, στο ήπαρ και στο γαστρεντερικό σωλήνα. Αναστέλλοντας την οξειδωτική απαμίνωση των συνοπτικών νευρομεταβιβαστών της μονοαμίνης δημιουργούνται αυξημένα επίπεδα NA και 5-HT στο κυτταρόπλασμα των νευρικών απολήξεων. Όπως και με τα TCAs, δεν είναι σαφής ο τρόπος με τον οποίο αυτά τα αυξημένα επίπεδα της μονοαμίνης προκαλούν αναλγησία.

Ενδείξεις

1) Αρθρίτιδα
2) Χαμηλή οσφυαλγία
3) Κεφαλαλγίες – ημικρανία, τάση
4) Μυοπεριτονιακός πόνος
5) Νευροπαθητικός πόνος
6) Ινομυωσίτιδα

Αντενδείξεις

1) Σοβαρές καρδιακές αρρυθμίες

2) Γλαύκωμα κλειστής γωνίας

3) Συμπτωματική υπερτροφία προστάτη

Φαρμακολογία

Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά απορροφώνται καλά όταν χορηγούνται από το στόμα. Υποβάλλονται σε ταχύ μεταβολισμό πρώτης-διόδου στο ήπαρ και φθάνουν τη μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα 2-8 ώρες μετά τη λήψη από το στόμα. Η απέκκριση γίνεται από τους νεφρούς και τα κόπρανα. Ο μεγάλος χρόνος υποδιπλασιασμού αποβολής και το ευρύ φάσμα των θεραπευτικών συγκεντρώσεων στο πλάσμα επιτρέπει μια δόση την ημέρα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs)

Σπάνια προκαλούν αντιδράσεις υπερευαισθησίας (π.χ. χολοστατικό ίκτερο, δερματικές αντιδράσεις κλπ). Από το ΚΝΣ παρατηρείται τρόμος, επιληπτικές κρίσεις, παραλήρημα και αϋπνία. Από το καρδιαγγειακό σύστημα, έχουμε αρρυθμίες και ορθοστατική υπόταση. Επίσης, μπορεί να εκδηλωθούν ξηροστομία, διαταραχές όρασης, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, παραληρητικός ειλεός, απώλεια συνείδησης κλπ. Όσον αφορά τις ανεπιθύμητες ενέργειες των αναστολών μονοαμινοξειδάσης (MAOI), είναι ναυτία, ζάλη, αύξηση βάρους καθώς και ορθοστατική υπόταση. Σπανιότερα έχουμε ηπατοτοξικές αντιδράσεις και περιφερική νευροπάθεια.

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα εξής:

- Κλομιπραμίνη (Anafranil)
- Δοξεπίνη (Sinequan)
- Βουπροπιόνη (Wellbutrin)
- Φλουοξετίνη (Prozac)
- Ισοκαρβοξαζίδη (Marplan)
- Ιμιπραμίνη (Tofranil)
- Νορτριπτυλίνη (Vivactil)
- Τριμιπραμίνη (Surmontil)



- Τρανυλκυπρομίνη (Parnate)

Τα ΑΝΤΙΕΠΙΛΗΠΤΙΚΑ χρησιμοποιούνται στη Θεραπεία των επιληπτικών κρίσεων και μερικά από αυτά έχουν αναλγητική δράση, για την αντιμετώπιση και ανακούφιση του νευραλγικού πόνου, μετά από κάκωση ή δυσλειτουργία νεύρων στην περιφέρεια ή στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα πιο γνωστά αντιεπιληπτικά για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου, είναι η καρβαμαζεπίνη (Tegretol), κλοναζεπάμη (Klonopin), βαλπροϊκό οξύ(Depakote) και η φαινυτοϊνη (Dilantin).

Μηχανισμός δράση

1) Η καρβαμαζεπίνη έχει χημική και φαρμακολογική σχέση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστέλλει την πρόσληψη της νοραδρεναλίνης. Αποτρέπει ακόμα και τις επανειλημμένες εκφορτίσεις των νευρώνων. Η παρατήρηση αυτή είναι σύμφωνη με την ικανότητά της να ανακουφίζει το διαξιφιστικό πόνο των νευραλγιών.
2) Η κλοναζεπάμη, μια βενζοδιαζεπίνη με αντιεπηλιπτική ενέργεια, φαίνεται να επιτείνει την ανασταλτική δραστηριότητα του GABA, με αποτέλεσμα την ελάττωση της πυροδότησης των νευρώνων.
3) Το βαλπροϊκό οξύ αυξάνει την ανασταλτική δραστηριότητα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) με τη μεσολάβηση της τρανσαμινάσης του GABA.
4) Η φαινυτοϊνη, πιστεύεται ότι ασκεί σταθεροποιητική επίδραση στις μεμβράνες των νευρώνων και ότι, ενδεχομένως, μεταβάλλει τη ροή του νατρίου, του καλίου και του ασβεστίου.
5) Δεν είναι ακόμη γνωστές οι αναλγητικές επιδράσεις των νεότερων παραγόντων, όπως η Gabapentin και η Lamotrigine.

Ενδείξεις

1. Επώδυνη διαβητική νευροπάθεια.

2. Καταστάσεις κεντρικού πόνου (δηλαδή σύνδρομο Θαλαμικού πόνου και πόνου μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο).
3. Νευραλγία τριδύμου, γλωσσοφαρυγγικού και μεθερπητική.
4. Ημικρανίες.
5. Μετατραυματική νευραλγία.
6. ΔευτεροπαθΗς νευραλγία μετά από καρκινωματώδεις διηθήσεις των περιφερικών νεύρων ή του κεντρικού νευρικού συστήματος.
7. Περιφερική νευροπάθεια δευτεροπαθής μετά από ποικίλες νοσηρές καταστάσεις (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, αλκοολισμός, HIV-AIDS, κλπ).
8. Παροξυσμικός πόνος στη σκλήρυνση κατά πλάκες.
9. Πορφυρία, νόσος Fabry και άλλες.
10. Πόνος μετά από συμπαθεκτομή.
11. Πόνος στο μέλος-φάντασμα και πόνος κολοβώματος μετά από ακρωτηριασμό.

Φαρμακολογία

Καρβαμαζεπίνη

Η απορρόφηση της καρβαμαζεπίνης από το στόμα είναι βραδεία και απρόβλεπτη. Μέγιστες συγκεντρώσεις παρατηρούνται μετά από 2 ως 8 ώρες. Δεσμεύεται μετρίως με τα λευκώματα. Ο μεταβολισμός της γίνεται στο ήπαρ και η απέκκριση από τους νεφρούς. Ο χρόνος υποδιπλασιασμού είναι 10 ως 20 ώρες, κατά μέσο όρο 14 ώρες.

Κλοναζεπάμη

Η απορρόφηση της κλοναζεπάμης γίνεται καλά από το στόμα, με μέγιστη συγκέντρωση στον ορό μετά από 1 ως 4 ώρες. Δεσμεύεται μετρίως με τα λευκώματα και μεταβολίζεται στο ήπαρ σε αδρανείς μεταβολίτες. Απεκκρίνεται από τους νεφρούς.

Βαλπροϊκό οξύ

Το βαλπροϊκό οξύ απορροφάται ταχύτατα από το στόμα, με μέγιστες συγκεντρώσεις μετά από 1-4 ώρες. Συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τα λευκώματα, μεταβολίζεται στο ήπαρ και αποβάλλεται από τους νεφρούς.

Φαινυτοΐνη

Η απορρόφηση της φαινυτοΐνης ποικίλλει όταν χορηγείται από το στόμα. Το μέγιστο επίπεδο παρατηρείται στον ορό μετά από 3-12 ώρες, γενικά όμως σε 4-8 ώρες. Δεσμεύεται σε μεγάλο βαθμό με τα λευκώματα και ένα ποσοστό 10% παραμένει ελεύθερο, το οποίο, όμως, διαφέρει ανάλογα με τα επίπεδα των λευκωμάτων του ορού. Ο μεταβολισμός γίνεται στο ήπαρ, με χρόνο υποδιπλασιασμού περίπου 24 ώρες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Καρβαμαζεπίνη

Αρκετά συχνά παρουσιάζεται καταστολή, διπλωπία, ναυτία και ίλιγγος. Επίσης, μπορεί να υπάρχουν αιματολογικές διαταραχές, όπως ακοκκιοκυτταραιμία, απλαστική αναιμία, παγοκυτταροπενία, Θρομβοπενία, καθώς και υπέρταση, ολιγουρία, οξεία ανεπάρκεια της αριστερής κοιλίας, χολοστατικός και ηπατοκυτταρικός ίκτερος.

Κλοναζεπάμη

Παρατηρούνται, συχνά, καταστολή και λήθαργος που με τη χρόνια Θεραπεία υποχωρούν. Επίσης, παραλήρημα και διαταραχές της διάθεσης. Με την απότομη διακοπή της Θεραπείας ενδέχεται να παρατηρηθεί σύνδρομο απόσυρσης και επιληπτικές κρίσεις.

Βαλπροϊκό οξύ

Παρατηρούνται συμπτώματα από το γαστρεντερικό, όπως ανορεξία, ναυτία, εμετός και διάρροια, τα οποία με τον καιρό βελτιώνονται. Πιο σπάνια, παρατηρούνται τρόμος, καταστολή, αταξία και συσσώρευση αιμοπεταλίων. Τέλος, μπορεί να εμφανιστεί και ηπατοτοξικότητα.

Φαινυτοϊνη

Με το φάρμακο αυτό παρουσιάζεται παρεγκεφαλιδο-αιθουσαία δυσλειτουργία, αλλεργικές αντιδράσεις (δερματικά εξανθήματα), ηπατοτοξικότητα, και γαστρεντερικός ερεθισμός. Επίσης, μπορεί να συμβεί ανεπάρκεια του φυλλικού οξέος που θα προκαλέσει περιφερική νευροπάθεια; Και μεγαλοβλαστική αναιμία. Άλλες παρενέργειες είναι ο ερεθισμός των ινοκυττάρων που καταλήγει σε υπερπλασία των ούλων, η υπεργλυκαιμία και σακχαρουρία, γιατί η φαινυτοϊνη αναστέλλει την έκκριση της ινσουλίνης.



Τα ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ή αλλιώς ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ φάρμακα, θεωρούνται δεύτερης επιλογής επικουρικά φάρμακα, που χρησιμοποιούνται μερικές φορές στη θεραπεία των παρενεργειών των οπιοειδών, όπως η ναυτία. Η αντιψυχωσική τους ενέργεια, προφανώς, επιτυγχάνεται μέσω του αποκλεισμού των μετασυναπτικών υποδοχέων της δοπαμίνης. Τα νευροληπτικά, αποκλείουν ακόμα τις αδρενεργικές και μουσκαρινικές επιδράσεις, καθώς και τη μεταφορά της ισταμίνης και σεροτονίνης. Η δράση, όμως, των νευροληπτικών στο σύστημα αναλγησίας μέσω των ενδορφινών, καθώς και η αναλγητική τους ενέργεια παραμένει απροσδιόριστη.

Ενδείξεις

1. Βασανιστικός πόνος με άγχος
2. καταστολή του πόνου του τελικού σταδίου των καρκινοπαθών, με διατήρηση της συνείδησης.

Φαρμακολογία

Τα φάρμακα αυτά απορροφώνται καλά από το στόμα. Συνδέονται, σε μεγάλο βαθμό, με τα λευκώματα, είναι λιπόφιλα και διέρχονται εύκολα τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό. Τα νευροληπτικά αθροίζονται στον εγκεφαλικό ιστό σε δυσανάλογα μεγάλες ποσότητες. Τον εκτεταμένο μεταβολισμό στο ήπαρ, ακολουθεί απέκκριση από τα ούρα, τη χολή και τα κόπρανα.

Ανεπιθύμητες ενέργειες

Λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης, μπορεί να εκδηλωθεί μύση, μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού, ανιδρωσία, ελαττωμένη έκκριση ιόντων υδρογόνου και ξηροστομία. Επίσης, εξαιτίας του αποκλεισμού των α_1- αδρενεργικών υποδοχέων, μπορεί να προκληθεί ορθοστατική υπόταση. Ο αποκλεισμός της δοπαμίνης στον υποθάλαμο και την υπόφυση, πιθανώς να καταλήξει σε αυξημένη έκκριση προλακτίνης με φαινόμενα γυναικομαστίας στους άνδρες και γαλακτουρίας στις γυναίκες. Άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες, είναι η ακαθισία (υπέρμετρη και χωρίς λόγο κινητική δραστηριότητα) μορφασμοί προσώπου, ραιβόκρανο, παρκινσονισμός, αποφρακτικός ίκτερος, καταστολή, υποθερμία, δερματικές αντιδράσεις, ακοκκιοκυτταραιμία, φωτοευαισθησία και χάλαση σκελετικών μυών. Ένα από το πιο σημαντικό νευροληπτικό σύμπτωμα, το οποίο θα πρέπει να μας οδηγήσει σε διακοπή της χορήγησης του φαρμάκου, είναι η όψιμη δυσκινησία που αναπτύσσεται αργότερα και εμφανίζεται ως στοματοπροσωπική δυσκινησία και χορειαθέτωση.

Νευροληπτικά φάρμακα είναι τα εξής:

- Χλωροπρομαζίνη (Thorazine)
- ΧλωροπροθιξένιΟ (Taractan)
- ΜεθοτριμεπραζίνΗ (Levoprame)
- Αλοπεριδόλη (Haldol)
- Περφαιναζίνη (Trilaflon)
- Φλουφαιναζίνη (Prolixin)

ΆΛΛΑ ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΑ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ (ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΝΤΑ)



ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ

Στην κατηγορία των τοπικών αναισθητικών, η λιδοκαϊνη αποτελεί βασικό φάρμακο. Δρα μέσω της σταθεροποίησης της μεμβράνης των νεύρων, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η είσοδος του Να κι έτσι να μειώνεται η μετάδοση της αποπόλωσης στις νευρικές ίνες, η οποία είναι υπεύθυνη για την αντίληψη του πόνου.

Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία καταστάσεων νευροπαθητικού πόνου (έρπητα ζωστήρα, διαβητική νευροπάθεια κ.α.), καθώς και στις συνεχείς και έντονες δυσαισθησίες.

Ανεπιθύμητες ενέργειες των τοπικών αναισθητικών, αποτελούν η υπόταση, αταξία, μυοκλονίες, αρρυθμίες, συγκοπική κρίση, νευρικότητα, γαστρεντερικές διαταραχές, δερματικά εξανθήματα, ηπατοτοξικότητα, διαταραχές της όρασης και πυρετός.

ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η πρεδνιζόνη, η μεθυλπρεδνιζολόνη, η δεξαμεθαζόνη και η πρεδνιζολόνη. Πιθανολογείται ότι δρουν περιφερικά ελαττώνοντας τη φλεγμονή ή κεντρικά μέσω των νευρομεταβιβαστών. Επίσης, μειώνουν την ερεθιστότητα των νευρώνων. Χρησιμοποιούνται στον πόνο των ρευματοπαθειών, του καρκίνου, των οστικών μεταστάσεων, του λεμφοιδήματος,, της ηπατομεγαλίας και της συμπίεσης του νωτιαίου μυελού.

Κατά τη χορήγησή τους, είναι βασικό οι δόσεις να μειώνονται και να σταματούν σταδιακά. Έχουν πολλές παρενέργειες, όπως οστεοπόρωση, γαστρικά έλκη, λοιμώξεις, νόσο Cushing και γι' αυτό δεν αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής και δεν πρέπει να συνδυάζονται με φάρμακα NSAIDs.

ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΑ ΤΟΥ ΚΝΣ

Στη ομάδα αυτή των επικουρικών φαρμάκων κυριαρχούν οι αμφεταμίνες, οι οποίες χρησιμοποιούνται συνήθως στην αντιμετώπιση της καταστολής που προκαλούν τα οπιοειδή. Έχουν αναληπτικές και αντικαταθλιπτικές ιδιότητες και προκαλούν ευφορία.

Τα πιο συνήθη φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η δεξτροαμφεταμίνη (Dexedrine) και η μεθυλοφαινιδάτη (Ritalin). Υποστηρίζεται ότι έχουν έμμεση συμπαθητικομιμητική δράση, δρώντας στην νοραδρεναλίνη, στη σεροτονίνη και πιθανώς στη δοπαμίνη. Η μεθυλοφαινιδάτη, μπορεί να συγκαλύψει την αναπνευστική και τη γενική καταστολή. Αν αυτή η συγκάλυψη παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια της νύχτας, ενδέχεται να προκαλέσει ολέθριες συνέπειες στον ασθενή.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που ανήκουν στην κατηγορία αυτή, αφορούν το ΚΝΣ, το καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα. Έτσι, έχουμε αϋπνία, άγχος, επιληπτικές κρίσεις, ανησυχία, διαταραχές της όρασης και της προσωπικότητας και σύνδρομο απόσυρσης. Ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλούνται στο καρδιαγγειακό, είναι υπέρταση και υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες, στηθάγχη, κεφαλαλγία, καταπληξία και αίσθημα παλμών. Επίσης, σπανιότερα, προκαλούνται σύνδρομα υπερευαισθησίας με αρθραλγίες, δερματικές αντιδράσεις και Θρομβοπενία. Τέλος, ανεπιθύμητες ενέργειες που αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα είναι ανορεξία, ναυτία, εμετός και κοιλιακές επώδυνες συσπάσεις

Τα φάρμακα αυτής της ομάδας αντενδείκνυνται σε ασθενείς με καρδιακές αρρυθμίες, με μη ελεγχόμενη υπέρταση, με υπερθυρεοειδισμό και με επιληπτικές διαταραχές.

ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ

Στην κατηγορία αυτή των φαρμάκων, ανήκουν κυρίως οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες αυξάνουν την έκλυση καθώς και την ανασταλτική δραστηριότητα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA). Επιπλέον, μειώνουν την έκκριση της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Μέσω αυτού του μηχανισμού δράσης τους, μπορούν να ανταγωνιστούν την αναλγητική δράση των οπιοειδών και να ελαττώσουν τη συναισθηματική αντίδραση στον πόνο. Έχουν αγχολυτικές, αντιεπιληπτικές και κατασταλτικές ιδιότητες, ενώ μπορεί να προκαλέσουν αμνησία και μυϊκή χάλαση.

Φάρμακα αυτής της κατηγορίας είναι η χλωροδιαζεποξείδη (Librium), η αλπραζολάμη (Xanax), η λοραζεπάμη (Ativan), και άλλα που χρησιμοποιούνται ως αγχολυτικά. Η κλοναζεπάμη (Klonopin), χρησιμοποιείται σε νευραλγίες και ως αντιεπιληπτικό. Η διαζεπάμη (Valium), δρα στους μυϊκούς σπασμούς, ενώ η φλουραζεπάμη (Dalmane), η τραιζολάμη (Halcion), η τεμαζεπάμη (Restoril) κλπ, έχουν κυρίως υπνωτικές ιδιότητες.

Γενικά, δεν παρατηρούνται ανεπιθύμητες ενέργειες όταν οι βενζοδιαζεπίνες χορηγούνται σε θεραπευτικές δόσεις για βραχύ χρονικό διάστημα. Η πιο συχνή παρενέργεια είναι η καταστολή κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς, επίσης και η εξασθένιση των γνωσιακών-νοητικών λειτουργιών (νοημοσύνη, προσοχή, μνήμη, κρίση, κλπ). Η πιθανότητα εξάρτησης, κατάχρησης, συμπτωμάτων απόσυρσης, επιθετικής και εχθρικής συμπεριφοράς ισχύει για όλες τις βενζοδιαζεπίνες. Μετά από χρήση 4-6 εβδομάδων, ενδέχεται να αναπτυχθεί ανοχή στις αγχολυτικές επιδράσεις τους.

ΑΝΤΙΣΤΑΜΙΝΙΚΑ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η υδροξυζίνη (Atarax, Vistaril) και η κυπροεπταδίνη (Pariactin). Το πρώτο έχει αγχολυτικές, αντιεμετικές, ήπιες κατασταλτικές και αναλγητικές ιδιότητες και χρησιμοποιείται σε οξείες αλλά

και χρόνιες επώδυνες καταστάσεις, μόνο του ή σε συνδυασμό με οπιοειδή ή NSAIDs. Το μεγαλύτερο μέρος της υδροξυζίνης μεταβολίζεται στο ήπαρ.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου αυτού είναι η ξηροστομία, καταστολή, επιληπτικές κρίσεις, αταξία και οξεία υπερδιεργεσιμότητα.

Όσον αφορά το δεύτερο αντισταμινικό, την κυπροεπταδίνη, έχει επίσης περιστασιακά δοκιμαστεί για τη Θεραπεία του χρόνιου πόνου.

ΒΑΚΛΟΦΑΙΝΗ (Lioresal)

Έχει μυοχαλαρωτικές (σπασμολυτικές) ιδιότητες, καθώς και μερικές αναλγητικές ιδιότητες που μπορεί να ενισχύσουν τις αναλγητικές ιδιότητες που των οπιοειδών. Η βακλοφαίνη ενδείκνυται στη Θεραπεία στη Θεραπεία της επώδυνης σπαστικότητας, σε νευροπαθητικούς πόνους (π.χ. νευραλγία τριδύμου κ.α.)

Παρενέργειες της αποτελούν η ορθοστατική υπόταση, ο ίλιγγος, οι κεφαλαλγίες, η υποτονία, η νωθρότητα, η κόπωση, οι επιληπτικές διαταραχές, η αταξία, το εξάνθημα, η συχνουρία, οι γαστρεντερικές και ψυχικές διαταραχές. Για την μείωση των παραπάνω παρενεργειών, πρέπει να αποφεύγεται η αιφνίδια διακοπή του φαρμάκου.

ΚΛΟΝΙΔΙΝΗ

Είναι ένας α_2–αδρενεργικός αγωνιστής. Μειώνει την έκλυση της ουσίας Ρ και της νοραδρεναλίνης από τους προγαγγλιακούς αδρενεργικούς υποδοχείς στο νωτιαίο μυελό. Χρησιμοποιείται ως επικουρικό αναλγητικό, συνήθως για να ενισχύσει την αναλγησία μέσω των οπιοειδών και να ελαττώσει τις δόσεις των οπιοειδών. Επίσης, χρησιμοποιείται σε οξείες και χρόνιες επώδυνες καταστάσεις. Η κλονιδίνη πρέπει να δοκιμάζεται στους αρρώστους με επίμονο νευροπαθητικό πόνο.

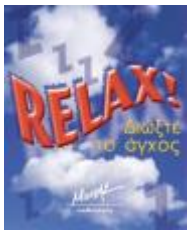
Η υπόταση, η βραδυκαρδία, η καταστολή αποτελούν τις βασικές ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί η κλονιδίνη, με αποτέλεσμα να απαιτείται η διακοπή της Θεραπείας. Άλλες παρενέργειες αποτελούν η ξηροστομία, ο κνησμός, η ναυτία, η αϋπνία, η δυσκοιλιότητα, η ανικανότητα, η υπεργλυκαιμία, κλπ.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ



Η Θεραπεία και η φροντίδα του αρρώστου με πόνο, εκτός φαρμακευτικής, μπορεί να είναι και μη φαρμακευτική, η οποία φαινομενικά είναι απλή. Στο οξύ στάδιο της αρρώστιας, ο άρρωστος μπορεί να μην είναι ικανός να συμμετέχει ενεργά στα μέτρα ανακούφισης. Ωστόσο, όταν έχει την απαραίτητη ψυχική και φυσική ενέργεια, μπορεί να μάθει τεχνικές αυτοαγωγής για την ανακούφιση του πόνου, όπως εικόνες χαλάρωσης κτλ. Θα πρέπει, όμως, ο ασθενής να εκπαιδευτεί σωστά, σε απλή και κατανοητή γλώσσα, προκειμένου να αποδεχτεί μια τέτοια Θεραπεία. Επίσης, στόχος της Θεραπείας, Θα πρέπει να είναι η μείωση εξάρτησης του από τα φάρμακα και η αύξηση χρήσης από αυτόν, μη φαρμακολογικών μέτρων για την ανακούφιση του πόνου. Τέλος, Θα πρέπει να τονιστούν τα πιθανά οφέλη της μη φαρμακευτικής Θεραπείας για τον πόνο, τα οποία περιλαμβάνουν την αύξηση της ικανότητας του ασθενή να αντιμετωπίζει με επιτυχία τον πόνο, την βελτίωση της γενικής του κατάστασης και την ενίσχυση της ικανότητας συμμετοχής του στη φυσικοΘεραπεία, την ενθάρρυνση για να παίρνει μέρος στις καθημερινές δραστηριότητες, βελτιώνοντας την αυτοεκτίμηση και αυτοφροντίδα του.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΣΑ



Μείωση άγχους: η μείωση του άγχους είναι πολύ σημαντική προκειμένου να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο, γιατί αυτό μπορεί να έχει μεγάλη επίδραση τόσο στην αίσθηση του πόνου όσο και στην αντίδραση σε αυτόν.

Άγχος εξαιτίας πρόβλεψης πόνου: για τον άρρωστο που προβλέπει οδυνηρή εμπειρία, μπορεί να είναι απαραίτητος ένας μέτριος βαθμός άγχους για τον επικείμενο πόνο, ώστε αυτό να τον κινητοποιήσει να βρει τρόπους για να τον αντιμετωπίσει. Συνήθως, αυτό το χρήσιμο επίπεδο άγχους προέρχεται από πληροφόρηση του αρρώστου για το πότε Θα επέλθει ο πόνος και για το ποια Θα είναι η εντόπιση, η ένταση και η διάρκεια του αναμενόμενου πόνου. Ο νοσηλευτής στη φάση αυτή διοχετεύει το άγχος του αρρώστου σε κανάλια που τον βοηθούν να μάθει μια ποικιλία μέτρων ανακούφισης από τον πόνο.

Κατά τη διάρκεια της φάσης πρόβλεψης πόνου, η διδασκαλία του αρρώστου για τη φύση της επικείμενης οδυνηρής εμπειρίας και για το τι μπορεί ο άρρωστος να κάνει για την ανακούφισή του, συνήθως, ελαχιστοποιεί το άγχος του.

Όταν ο άρρωστος ενημερώνεται για μια μελλοντική οδυνηρή εμπειρία, ενδέχεται να αντιδράσει είτε με έντονο άγχος, είτε με πλήρη απουσία άγχους. Αποτελεσματικές τεχνικές μείωσης άγχους περιλαμβάνουν επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου σε συγκεκριμένη δραστηριότητα ή εξάλειψη της πηγής άγχους. Στη περίπτωση που το άγχος είναι βαρύ, μπορεί να ενδείκνυται η χορήγηση ηρεμιστικών –αν υπάρχει ιατρική οδηγία– , τροποποίηση συμπεριφοράς, ύπνωση ή συμβουλές από ψυχίατρο ή ειδικό ψυχιατρικό κλινικό νοσηλευτή.

Το άγχος του αρρώστου για επικείμενο πόνο, επηρεάζεται από το τι λέει ο νοσηλευτής στον άρρωστο για τα διαθέσιμα μέτρα ανακούφισης του πόνου και για την αποτελεσματικότητά τους. Ο νοσηλευτής μπορεί να προλάβει αύξηση του άγχους εξηγώντας σύντομα στον άρρωστο το γενικό τύπο ανακούφισης του πόνου που μπορεί να περιμένει από κάθε μέτρο ανακούφισής του. Για

παράδειγμα, εάν ο ασθενής περιμένει η δοθείσα φαρμακευτική αγωγή να εξαλείψει τελείως τον πόνο του, το άγχος του θα αρχίσει να αυξάνεται αν δε το βιώσει.

Άγχος εξαιτίας αίσθησης πόνου: εάν ο άρρωστος αισθάνεται τον πόνο, καλό θα είναι το επίπεδο άγχους του να μειωθεί στο κατώτερο δυνατό σημείο, γιατί το άγχος αυξάνει την αντίληψη του πόνου ή μειώνει την ανοχή του πόνου. Αυτό με τη σειρά του, προκαλεί μεγαλύτερο βαθμό άγχους.

Είναι βασικό να διακοπεί η κυκλική αυτή διεργασία το γρηγορότερο δυνατόν, έτσι ώστε να προληφθεί η αύξηση του επιπέδου του πόνου. Τα χαμηλά επίπεδα άγχους ή πόνου τίθενται υπό έλεγχο ευκολότερα. Έτσι, λοιπόν, τα μέτρα ανακούφισης του πόνου πρέπει να χρησιμοποιούνται πριν ο πόνος γίνει πολύ έντονος. Πολλοί ασθενείς έχουν την λανθασμένη εντύπωση ότι δεν πρέπει να ζητούν μέτρα ανακούφισης του πόνου μέχρι τη στιγμή που θα φτάσει στο μέγιστο επίπεδο ανοχής. Σε αυτούς τους ασθενείς είναι σημαντικό να εξηγηθεί ότι η καταπολέμηση του πόνου είναι πολύ πιο αποτελεσματική πριν ο πόνος γίνει ανυπόφορος.

Το άγχος, κατά τη διάρκεια πρόβλεψης του πόνου ή της ίδιας της οδυνηρής εμπειρίας, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά με την εγκατάσταση θεραπευτικών διαπροσωπικών σχέσεων με τον άρρωστο, όπως επίσης και με διδασκαλία του ασθενή. Όλες, σχεδόν, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για ανακούφιση πόνου συνεισφέρουν στη μείωση του άγχους.

Άγχος μετά από επώδυνη εμπειρία: φυσιολογικά με την μείωση του βιώματος του πόνου του ασθενή, θα πρέπει να μειώνεται και το άγχος του. Παρόλα αυτά, δεν είναι λίγοι οι άρρωστοι που το άγχος τους παραμένει, είτε επειδή συνεχίζεται το βίωμα του πόνου και μετά την παύση της αίσθησης του πόνου, είτε επειδή συνεχίζεται ο φόβος του πόνου.

Οι πιο πολλοί άρρωστοι δεν ξεχνούν την επώδυνη εμπειρία αμέσως μετά την μείωση ή και εξαφάνιση του πόνου. Μπορεί να νοιώθουν άσχημα για την συμπεριφορά που είχαν κατά τη διάρκεια της επώδυνης εμπειρίας τους, είτε να φοβούνται για την αιτία και τη θεραπεία του πόνου. Επόμενο, λοιπόν, είναι η

φροντίδα του αρρώστου με πόνο και η αγωγή του άγχους του να συνεχίζονται και πέρα από το επεισόδιο του πόνου.

Η σχέση νοσηλευτή με ασθενή και η διδασκαλία για τον πόνο και την ανακούφιση από αυτόν, αποτελούν δύο νοσηλευτικά μέτρα βασικά για όλα τα άλλα μέσα που χρησιμοποιούνται στην αγωγή του πόνου. Αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο ακόμα και όταν τα άλλα μέσα απουσιάζουν. Χρησιμοποιούνται για μείωση του άγχους του αρρώστου που συνδέεται με πόνο και, συνήθως, προκαλούν ανακούφιση του πόνου, ή μειώνοντας την έντασή του ή κάνοντάς τον πιο ανεκτό από τον άρρωστο.

Η εμπιστοσύνη αποτελεί ένα σπουδαίο χαρακτηριστικό της σχέσης νοσηλευτή με ασθενή. Μεταδίδοντας ο νοσηλευτής στον ασθενή ότι πιστεύει πως πραγματικά πονά, συχνά βοηθά στη μείωση του άγχους του. Ο άρρωστος που φοβάται ότι κανείς δεν πιστεύει πως πονάει, θα αισθάνεται ευγνωμοσύνη και ανακούφιση όταν νοιώθει ότι μπορεί να εμπιστεύεται το νοσηλευτή κι ότι αυτός τον πιστεύει.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει πάντα να μεταδίδει στον ασθενή που πονάει την επιθυμία του να τον βοηθήσει να ανακουφιστεί το μέγιστο δυνατόν από τον πόνο. Επίσης, να τον ενημερώνει μέσω διδασκαλίας για το πώς μπορεί να τεθεί ο πόνος κάτω από έλεγχο.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΕΙΝΑΙ:

Δερματική διέγερση: σύμφωνα με τη Θεωρία της πύλης ελέγχου, διέγερση νευρικών ινών μεγάλης διαμέτρου στο δέρμα, μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου «κλείνοντας την πύλη». Επίσης, η διέγερση του δέρματος μπορεί να προκαλέσει απελευθέρωση ενδορφινών. Η διέγερση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους. Ο νοσηλευτής, προκειμένου να χρησιμοποιήσει δερματικό ερεθισμό, μελετάει ποιος τύπος διέγερσης πρέπει να χρησιμοποιηθεί, καθώς και τη θέση, τη διάρκεια και την ένταση του ερεθισμού.

Διάφορες μορφές δερματικής διέγερσης είναι εύκολα διαθέσιμες και με χαμηλό κόστος. Όμως, επειδή ενδέχεται ορισμένες μορφές διέγερσης να

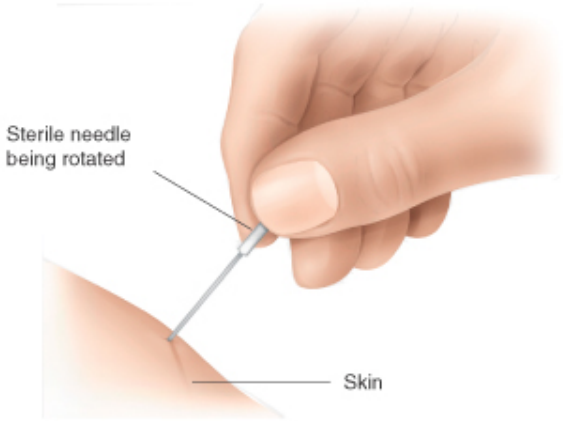
αντενδείκνυνται εξαιτίας της φυσικής κατάστασης του αρρώστου ή της ιατρικής διάγνωσης, ο νοσηλευτής, προτού τις χρησιμοποιήσει, πρέπει να συζητά με το γιατρό του ασθενή. Όταν χρησιμοποιείται πίεση, δόνηση, Θερμό, ψυχρό, μπάνιο, λοσιόν, κρέμα μενθόλης, διαδερμικός ηλεκτρικός νευροερεθισμός και βελονισμός, προκαλούνται διάφορα είδη αίσθησης.

Ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευροερεθισμός (TENS), που αποτελεί μια μορφή εξωτερικού ερεθισμού περιφερικού νεύρου. Ελαττώνει τον πόνο, τόσο τον οξύ όσο και τον χρόνιο και αποσπά την προσοχή του ασθενούς , διεγείροντας τις αισθητικές νευρικές ίνες με αποτέλεσμα να κλείνουν οι πύλες στα σώματα του πόνου. Ο TENS χρησιμοποιείται για τη Θεραπεία μετεγχειρητικού πόνου, νευροπαθητικού πόνου, κεφαλαλγίας, οσφυαλγίας, πόνου των καρκινοπαθών, αρθρίτιδας, κλπ. Γίνεται με μια ηλεκτρική συσκευή που λειτουργεί με μπαταρίες, με ηλεκτρόδια που εφαρμόζονται στο δέρμα για να προκαλέσουν αίσθηση δόνησης ή βόμβου στην περιοχή πόνου.



Ο βελονισμός, είναι μια αρχαία μέθοδος Θεραπείας, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για ανακούφιση πόνου. ΤοποΘετούνται με επιδεξιότητα λεπτές, μικρές βελόνες κατά μήκος των «μεσημβρινών» του σώματος, σε ειδικά Θεραπευτικά σημεία, ανάλογα με τον τύπο και την εντόπιση του πόνου.

Ερεθίζουν ίνες μεγάλης διαμέτρου και «κλείνουν την πύλη» σε ώσεις πόνου. Δεν είναι γνωστός ο βαθμός που ο ψυχικός παράγοντας και η δύναμη υποβολής συνεισφέρουν στην αποτελεσματικότητα της Θεραπείας.



Η τοπική εφαρμογή ψυχρού σε επώδυνο μέρος, είναι μια μέθοδος πολύ αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου. Σε σύγκριση με το Θερμό επίθεμα, το ψυχρό ανακουφίζει τον πόνο πιο γρήγορα και για περισσότερο χρόνο. Αντίθετα από ό,τι πιστεύεται το ψυχρό δεν προκαλεί απαραίτητα μυϊκό σπασμό, αλλά επιβραδύνει την αγωγή ώσεων που διατηρούν τον μυϊκό τόνο και μπορεί, επομένως, να προκαλέσει μυϊκή χαλάρωση. Έτσι, λοιπόν, το ψυχρό δεν ενδείκνυται μόνο για μείωση αιμορραγίας και οιδήματος μιας πρόσφατης κάκωσης, αλλά, επίσης, μπορεί να συνεχίζεται η εφαρμογή του για την ανακούφιση του πόνου.



Η δερματική διέγερση εφαρμόζεται σε διάφορες περιοχές του σώματος. Συνήθως, είναι αποτελεσματική η διέγερση του δέρματος πάνω ή κοντά στην περιοχή του πόνου. Σε άλλες περιπτώσεις, η άμεση διέγερση πάνω στην περιοχή του πόνου, δημιουργεί περισσότερο πόνο. Στην περίπτωση που η διέγερση του δέρματος κοντά στην περιοχή του πόνου είναι αναποτελεσματική, αδύνατη, επώδυνη ή αντενδείκνυται, διεγείρεται η αντίθετη περιοχή του σώματος (αντίπλευρη διέγερση). Η αντίπλευρη διέγερση είναι ιδιαίτερα χρήσιμη όταν η επώδυνη περιοχή δεν είναι προσβάσιμη (έγκαυμα, εφαρμογή γύψου ή κάκωση ολόκληρου άκρου).

Η ένταση της εφαρμοζόμενης διέγερσης είναι μέτρια, ενώ η διάρκειά της και το διάστημα εφαρμογής της ποικίλλουν πολύ. Κάποιοι ασθενείς βιώνουν ανακούφιση πόνου για ώρες ή και μέρες μετά τη διέγερση. Γι' αυτούς τους ασθενείς, η κρέμα μενθόλης ή η εφαρμογή συσκευής διαδερμικής ηλεκτρικής νευρικής διέγερσης για συνεχή διέγερση αποτελούν αποτελεσματικά μέσα ανακούφισης πόνου, χωρίς να εμποδίζουν τις δραστηριότητες του ασθενή.

Περισπασμός: ο περισπασμός ή η επικέντρωση της προσοχής του αρρώστου μακριά από τις επώδυνες αισθήσεις, μπορεί να είναι αποτελεσματικές μέθοδοι στην ανακούφιση του πόνου ή στην αύξηση της ανοχής του αρρώστου στον πόνο, καθιστώντας τον έτσι λιγότερο ενοχλητικό.

Υπάρχουν πολλά είδη περισπασμού, από την απλή πρόληψη μονοτονίας ως τη χρήση πολύ πολύπλοκων φυσικών και διανοητικών δραστηριοτήτων. Όταν τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα είναι ανεπαρκή σε ποσότητα, πρότυπα ή ποικιλία, οι κεντρικά ρυθμιζόμενοι ουδοί για αίσθηση μειώνονται, με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία σε εισροές, όπως του πόνου.

Η αποτελεσματικότητα του περισπασμού εξαρτάται από το βαθμό με τον οποίο ο άρρωστος μπορεί να πάρει και να δημιουργήσει αισθητικές εισροές άλλες, εκτός του πόνου. Ως κανόνας, η ανακούφιση του πόνου είναι ευθέως ανάλογη προς την άμεση συμμετοχή του αρρώστου, τον αριθμό των αισθητικών ερεθισμάτων που χρησιμοποιούνται και το ενδιαφέρον του αρρώστου στα ερεθίσματα.

Αύξηση της πολυπλοκότητας των μέσων περισπασμού με την αύξηση της έντασης πόνου, Θα είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου, μόνο

όμως μέχρι ένα ορισμένο επίπεδο έντασης του πόνου. Ο ασθενής που βιώνει πολύ έντονο πόνο, ίσως να είναι ανίκανος να επικεντρωθεί επαρκώς σε πολύ πολύπλοκες διανοητικές και φυσικές δραστηριότητες.

Πολλοί άρρωστοι επινοούν δικές τους στρατηγικές περισπασμού, τις οποίες ο νοσηλευτής πρέπει να τις υποστηρίζει και να βοηθά τον άρρωστο να τις βελτιώνει.

Μια τεχνική περισπασμού, αποτελεί ένας συνδυασμός ρυθμικής εντριβής με οπτική συγκέντρωση. Μπορεί εύκολα και γρήγορα να διδαχθεί, ακόμα και σε κουρασμένους, εξασθενημένους και με έντονο πόνο αρρώστους. Ο άρρωστος προκαλείται να ανοίξει τα μάτια του και να κοιτάξει σε ειδικό σημείο στον τοίχο ή στην οροφή και να τρίψει ένα μέρος του σώματος με κυκλικές, σταθερές κινήσεις. Αρχικά, η εντριβή μπορεί να γίνει με τη βοήθεια του νοσηλευτή. Η χρήση αυτών των μέσων προκαλεί μια σταθερή πηγή αισθητηριακής εισροής. Αν αυτό δεν αποσπά αρκετά την προσοχή του αρρώστου, μπορεί να προστεθεί άλλη μια τεχνική, όπως της αργής εισπνοής – εκπνοής, καθώς και οι βαθιές, αργές και σωστές αναπνοές, οι οποίες χρησιμεύουν για την μείωση του άγχους, την αντιμετώπιση του αιφνίδιου πόνου, κλπ.

Αναλγησία εγειρόμενης φαντασίας: αυτή η μέθοδος αναλγησίας είναι όμοια με εκείνη του περισπασμού. Ορίζεται ως φαντασία μιας ευχάριστης κατάστασης, όταν χρησιμοποιείται ένα ενοχλητικό ερέθισμα. Ο άρρωστος συγκεντρώνεται σε μια προσπάθεια να ξαναζήσει αισθήσεις που συνέβησαν σε παρελθούσα ευχάριστη εμπειρία. Μια μικρή μόνο αναλογία αρρώστων με πόνο μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτή τη μέθοδο.



Χαλάρωση: η χαλάρωση μπορεί να χρησιμοποιηθεί μαζί με άλλα μέσα ανακούφισης, όπως αναλγητικά ή θερμά επιθέματα, προκειμένου να αυξήσει την αποτελεσματικότητά τους. Η χαλάρωση σκελετικών μυών μπορεί να μειώσει την ένταση του πόνου ή να αυξήσει την ανοχή σε αυτόν. Πολλοί άνθρωποι μαθαίνουν τεχνικές χαλάρωσης, όπως ύπνωση, μουσικοθεραπεία, κτλ, για να διαπραγματευτούν τα stress της ζωής. Στην περίπτωση που ένας άρρωστος με πόνο γνωρίζει ήδη τεχνικές χαλάρωσης, ο νοσηλευτής τον ενθαρρύνει να τις χρησιμοποιήσει.

Μια απλή τεχνική χαλάρωσης συνίσταται σε κοιλιακή αναπνοή με βραδύ ρυθμό. Ο άρρωστος μπορεί να κλείσει τα μάτια του και να αναπνέει ήρεμα, όχι πολύ βαθιά, με ρυθμό 6 – 9 αναπνοές το λεπτό. Όλοι σχεδόν οι άρρωστοι με χρόνιο πόνο είναι απαραίτητο να μάθουν να χρησιμοποιούν κάποια μέθοδο χαλάρωσης μερικές φορές τη μέρα, ώστε να καταπολεμάται η κόπωση και η μυϊκή ένταση, που συμβαίνει από την ανοχή χρόνιου πόνου, ή να προλαμβάνεται αύξηση πόνου.



Μάλαξη: η μάλαξη βοηθά τον ασθενή αυξάνοντάς του το αίσθημα ανακούφισης και ευεξίας. Χρησιμοποιείται για τη Θεραπεία της κεφαλαλγίας, της οσφυαλγίας, της έντασης, κλπ. Δεν είναι, δηλαδή, απαραίτητο να υπάρχει εντοπισμένος πόνος για να ανακουφίσει και να επιφέρει Θεραπευτικά αποτελέσματα. Αντενδείξεις στη χρήση της μάλαξης είναι η Θρομβοφλεβίτιδα, η τοπική λοίμωξη, η φλεγμονώδης αρθρίτιδα, κλπ.

Βιοανατροφοδότηση: κάποια άτομα έχουν τη δυνατότητα να μεταβάλλουν τις σωματικές τους λειτουργίες μέσω διανοητικής συγκέντρωσης. Στην εκπαίδευση βιοανατροφοδότησης, χρησιμοποιείται ένα μόνιτορ που παρακολουθεί το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ενός αρρώστου. Ο άρρωστος επικεντρώνεται στην επιβράδυνση της δικής του εγκεφαλικής δραστηριότητας σε ρυθμούς που ο πόνος και η ψυχική ένταση είναι απίθανο να προκαλέσουν δυσχέρεια (δηλαδή πλήρη χαλάρωση). Μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες τακτικής άσκησης για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου ελέγχου. Ο νοσηλευτής πρέπει πάντα να ενθαρρύνει και να επαινεί τις προσπάθειες του αρρώστου.



Θεραπευτικό άγγιγμα: είναι μια Θεραπεία, κατά την οποία ο νοσηλευτής, μέσω των χεριών του, μεταβιβάζει ενέργεια στον άρρωστο, ώσπου να πάρει εμπρός το σύστημα του αρρώστου. Έρευνες έχουν δείξει ότι το Θεραπευτικό άγγιγμα είναι αποτελεσματικό στη μείωση του άγχους και στην ανακούφιση από πόνο. Για εφαρμογή του Θεραπευτικού αγγίγματος από το νοσηλευτή, είναι απαραίτητη ειδική εκπαίδευση και εξάσκηση.

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΟΝΟΥ

Ο βασικός στόχος είναι να αυξήσει τις λειτουργικές δραστηριότητες του ασθενούς, ενώ παράλληλα να μειώσει τη σχετική συμπεριφορά δυσλειτουργίας.

Η μείωση της συμπεριφοράς πόνου επιτυγχάνεται με τη χρήση τεχνικών μάθησης. Το προσωπικό ενθαρρύνει τον ασθενή σε κάθε επιτυχία του στο πρόγραμμα ασκήσεων, όπως επίσης, να μάθει να λειτουργεί με μεγαλύτερη ανεξαρτησία.

ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Ο ασθενής ενθαρρύνεται με τη βοήθεια διαφόρων τεχνικών να συμμετάσχει σε λειτουργικές δραστηριότητες – βάδισμα ή αυξημένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις– όπως επίσης και στην αύξηση των επαναληπτικών ασκήσεων. Τέτοιες τεχνικές είναι η καθημερινή καταγραφή από τον ασθενή των δραστηριοτήτων του καθώς και της συμπεριφοράς τους. Αυτά τα λεγόμενα «ημερολόγια» των ασθενών χρησιμοποιούνται στις συνεδρίες Θεραπείας, με σκοπό να ενισχύσουν τις επιτυχίες και τις πρωτοβουλίες των ασθενών. Άλλη τεχνική, είναι η κατάτμηση των δραστηριοτήτων του ασθενή, δηλαδή η ικανότητά του να ρυθμίσει όχι μόνο το είδος της δραστηριότητας που αναλαμβάνει, αλλά επίσης τον κατάλληλο χρόνο για να την εκτελέσει. Με την τεχνική αυτή ο ασθενής μαθαίνει να αναλαμβάνει ορισμένη συμπεριφορά για καθορισμένη χρονική περίοδο, ώστε να αποφεύγει την υπερβολή. Τέλος, ο καθορισμός στόχου και η προσπάθεια πραγματοποίησής του από τον ασθενή αποτελεί μια ακόμα τεχνική.

ΦΥΣΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Η φυσικοΘεραπεία παρεμβαίνει για να αποκαταστήσει ή να βελτιώσει τη γενική κατάσταση και λειτουργικότητα του ασθενή, να μειώσει τον πόνο του, καθώς, επίσης και για να επιφέρει όσο το δυνατόν περισσότερο την ανεξαρτησία του. Επιπλέον, η φυσικοΘεραπεία στοχεύει στην πρόληψη των επιπλοκών συμπεριλαμβανομένης της ανικανότητας και εκπαίδευση του ασθενούς και των επαγγελματιών φροντίδας υγείας στον πόνο και στις συνέπειες.

ΦΥΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

- Οι υπέρηχοι χρησιμοποιούνται στη φυσικοΘεραπεία και είναι μια μορφή μηχανικής Θεραπείας με Θερμικές και μη Θερμικές επιδράσεις. Αυξάνουν την αιματική ροή και την εκτασιμότητα του κολλαγόνου και ελαττώνουν τον πόνο καθώς και το μυϊκό σπασμό. Οι υπέρηχοι βελτιώνουν τα κινητικά όρια που οφείλονται στη σύσπαση των συνδέσμων ή των ινωδών Θυλάκων ή και τα δύο.
- Ο ηλεκτρικός ερεθισμός χρησιμοποιείται για τη μείωση του πόνου, του μυϊκού σπασμού, του οιδήματος και τη πρόκληση μυϊκών συσπάσεων.
- Η άσκηση στοχεύει στην ενίσχυση των μυών και στην αντοχή στις γενικές ασκήσεις. Η αυξημένη μυϊκή ισχύς ή η μυϊκή υπερτροφία επιτυγχάνεται μέσω των ασκήσεων μικρής διάρκειας αλλά μεγάλης έντασης. Αντίθετα, οι ασκήσεις αντοχής, επιτυγχάνονται με δραστηριότητες μεγάλης διάρκειας αλλά μικρής έντασης. Έτσι, τα αποτελέσματα που έχουμε είναι να προλαμβάνονται κακώσεις κατά τη διάρκεια συνεχιζόμενης δραστηριότητας σε μη συσταλτούς ιστούς και



επίσης, βελτιώνεται ο νευρομυϊκός έλεγχος. Οι ασκήσεις αντοχής ενισχύουν τα οστά και τους συνδέσμους και βελτιώνουν την αιματική ροή στις αρθρώσεις και στους μυς.

- Οι τεχνικές κινητοποίησης των αρθρώσεων, βελτιώνουν την κινητικότητα των αρθρώσεων όταν τα παθητικά κινητικά όρια περιορίζονται από συνδέσμους και θυλάκους. Πιστεύεται, επίσης, ότι ελαττώνουν τον πόνο διεγείροντας τους I και II μηχανοϋποδοχείς. Η κινητοποίηση των αρθρώσεων συνδυάζεται είτε με υπέρηχους είτε με θερμότητα για να αυξηθεί η εκτασιμότητα των ιστών και να έχουμε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα.



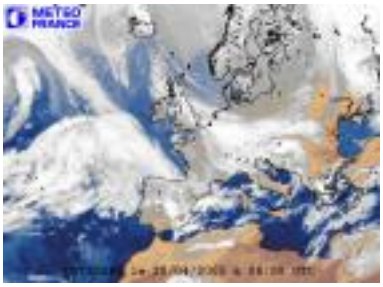
Β΄ΜΕΡΟΣ - ΕΙΔΙΚΟ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένας μεγάλος αριθμός ασθενών με χρόνιο πόνο που πάσχουν από μυοσκελετικά προβλήματα, υποστηρίζουν ότι οι καιρικές μεταβολές ασκούν σημαντική επίδραση στην επιδείνωση του πόνου τους. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, είναι ελλιπείς–χωρίς επαρκή στοιχεία πάνω σε αυτό το θέμα– και χωρίς αντικειμενικά ευρήματα. Σκοπός της παρούσας μελέτης, λοιπόν, είναι να προσεγγίσει, όσο είναι εφικτό, την παραπάνω υπόθεση, εάν και κατά πόσον δηλαδή μπορούν οι κλιματολογικές συνθήκες να επηρεάσουν και να επιδεινώσουν το χρόνιο άλγος των ασθενών αυτών. Επίσης, να βοηθήσει στην κατανόηση της φυσιολογίας του πόνου, στην αξιολόγηση και αντιμετώπισή του, καθώς και στην παθογένεια και κλινική εικόνα των κυριότερων μυοσκελετικών προβλημάτων. Το δείγμα των ασθενών επιλέχθηκε τυχαία από την Ρευματολογική και Ορθοπεδική κλινική ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, τα εξωτερικά φυσικοθεραπευτήρια Ρεθύμνου και την Ορθοπεδική κλινική και Μ.Τ.Ν. Χανίων. Η συλλογή των στοιχείων, έγινε με τη βοήθεια ειδικών ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν υπό την επίβλεψη και καθοδήγησή μας.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων ασθενών, υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές του καιρού επηρεάζουν τον πόνο τους, καθώς, επίσης, ότι βάση των συμπτωμάτων τους έχουν την ικανότητα να προβλέψουν τον καιρό. Τέλος, συνθήκες υγρασίας και κρύου, θεωρούνται υπεύθυνες για την επιδείνωση του πόνου.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το χρόνιο μυοσκελετικό άλγος αποτελεί δυσάρεστο υποκειμενικό συναίσθημα που προκαλεί ανησυχία, άγχος και δυσφορία, σε χρόνιους δε ασθενείς επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα της ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιλαμβάνει τη σωματική, νοητική κοινωνική και ψυχολογική διάσταση του ατόμου. Είναι γνωστό ότι συγκεκριμένες διαστάσεις επηρεάζονται από τα πιστεύω, τις αντιλήψεις, πεποιθήσεις, καθώς και τις εμπειρίες του ατόμου. αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαφέρει από άτομο σε άτομο η επικέντρωση σε μια διάσταση είτε περισσότερο σωματική, είτε πνευματική.

Αρκετός λόγος έχει γίνει για τις επιδράσεις στα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου, των μεταβολών της Θερμοκρασίας, της βαρομετρικής πίεσης ή της υγρασίας. Παρόλα αυτά, η επιστημονική τεκμηρίωση της υπόθεσης αυτής είναι δυσανάλογη της συζήτησης που γίνεται για το Θέμα. Έτσι, αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διερεύνηση αυτού του ζητήματος για τους ίδιους τους ασθενείς, τις οικογένειές τους και όλους που ασχολούνται με την ιατρική και νοσηλευτική τους φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψη της απουσίας μελετών από τον Ελλαδικό χώρο. Είναι ιστορικά διαδεδομένο από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα το γεγονός ότι οι κλιματολογικές συνθήκες ασκούν επίδραση στο χρόνιο μυοσκελετικό πόνο. Μάλιστα, ανεπίσημες μαρτυρίες, υποστηρίζουν το γεγονός αυτό, καθώς επίσης και ότι από την αξιολόγηση των συμπτωμάτων του ασθενή, καθίσταται πιθανή η πρόβλεψη των καιρικών φαινομένων στο άμεσο μέλλον.

Διάφορες γνώμες υποστηρίζουν ότι οι κλιματολογικές συνθήκες που ενδέχεται να επηρεάζουν περισσότερο τον πόνο, είναι η υγρασία, η ζέστη, το κρύο, η αυξανόμενη ακτινοβολία που υπάρχει στην ατμόσφαιρα, καθώς και οι αλλαγές της Θερμοκρασίας (Sulman et al.1970; Rosen 1979; Jamison and Parris 1990; Harlfinger 1991).

Μεγαλύτερη ευαισθησία στις καιρικές μεταβολές, έχει αναφερθεί ότι παρουσιάζουν ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα (Hill 1972;

Patberg et al. 1985; Sibley 1985; Affleck et al. 1987; Guedj and Weinberger 1990), οστεοαρθρίτιδα (Laborde et al. 1986), πονοκεφάλους (Anderson et al. 1965), τραυματισμούς (Weinbrecth and Simon 1989), νευραλγίες τριδύμου (Kranzl 1977), οσφυαλγίες (Menges 1983) και διαταραχές στην ψυχική διάθεση (Persinger 1980).

Οι περισσότερες έρευνες εξετάζουν τη συσχέτιση μεταξύ καιρού και πόνου σε ασθενείς με αρθριτικά προβλήματα. Ορισμένες από αυτές υποστηρίζουν μέσα από τα συμπεράσματά τους ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αρθρίτιδας και των καιρικών μεταβολών, κυρίως όταν οι καιρικές μεταβολές χαρακτηρίζονται από χαμηλές θερμοκρασίες και χαμηλή βαρομετρική πίεση. Rentschler et al (1929), Kellgren et al (1953), Hollander and Veostros (1963), Lowrence and Molgneux (1968), Harris (1984), Patberg et al (1985), Dequeker and Wuestenrand (1985), Guedj and Weinberger (1990) and Arbet at al (1994). Εν τούτοις, τρεις έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι καιρικές μεταβολές δεν επηρεάζουν τους πάσχοντες από αρθριτικά προβλήματα. (Sibley 1985; Latman 1981; Van de Laar et al 1991).

Σύμφωνα με την πειραματική μελέτη του Hollander (1961), η οποία διεξήχθη σε ένα δωμάτιο με ελεγχόμενες κλιματολογικές συνθήκες, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με αρθριτικά προβλήματα αναφέρουν αύξηση του πόνου, όταν υπάρχει υγρασία, ενώ μείωση αυτού όταν πέφτει η βαρομετρική πίεση. Παράλληλα δεν αναφέρεται αλλαγή στον πόνο όταν οι παραπάνω κλιματολογικές συνθήκες δεν συνυπάρχουν.

Επίσης σε μια μελέτη που έγινε βάση ερωτηματολογίων τα οποία συμπληρώθηκαν από 70 ασθενείς με χρόνιο πόνο (Shutty et al (1992), βρέθηκε ότι στο 87% των ασθενών επιδρούσε αρνητικά στον πόνο τους η αυξομείωση της θερμοκρασίας, ενώ στο 77% η υγρασία.

Όσο αφορά τους ασθενείς που παρουσιάζουν μεγαλύτερη «καιρική ευαισθησία» από τους υπόλοιπους, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μεγαλύτερες διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου τους καθώς, επίσης, και μεγαλύτερη διάρκεια στον πόνο.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τέσσερις πολιτείες των Η.Π.Α στην οποία ερωτήθηκαν 558 ασθενείς με χρόνιο πόνο(Robert N.Jamison, Karen

O.Anderson and Mark A. Slater 1994), έδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών (67,9%) πιστεύουν ότι οι αλλαγές του καιρού επηρεάζουν τον πόνο τους, εκ των οποίων το 52,6% αναφέρει περισσότερο πόνο πριν την αλλαγή του καιρού, το 62,3% κατά τη διάρκεια της αλλαγής του καιρού, ενώ το 10,5% αναφέρει ότι ο πόνος τους επηρεαζόταν μετά την αλλαγή του καιρού. Επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής ξεχωριστή Θέση από τις κλιματολογικές συνθήκες που επιδρούν περισσότερο στην αύξηση του πόνου κατέχουν η υγρασία (72,8%) και το κρύο (60,7%).

Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα της μελέτης που διεξήχθη στην πολιτεία Bendigo της Αυστραλίας (Helen Aikman 1996). Το 92% των ασθενών αντιλήφθηκε ότι τα συμπτώματα τους ενισχύονταν από τις κλιματολογικές συνθήκες, ενώ το 48% ισχυρίστηκε ότι είναι ικανοί να προβλέψουν τον καιρό αξιολογώντας τα συμπτώματα τους. Επίσης, η μειωμένη Θερμοκρασία και η αυξημένη υγρασία συσχετίζεται με αύξηση του πόνου και δυσκαμψία των αρθρώσεων σε πάσχοντες ασθενείς με αρθριτικά προβλήματα.

Είναι, σχεδόν, κοινά αποδεκτό ότι οι ασθενείς που βιώνουν χρόνιο πόνο το πρόβλημα τους επιδεινώνεται βιώνοντας σε ένα μέρος με πολύ κρύες κλιματολογικές συνθήκες καθώς και με πολύ υγρασία.

Σκοποί της παρούσας, λοιπόν, μελέτης είναι:

1. Η ενδελεχής ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ούτως ώστε να δοθεί, στο μέτρο του δυνατού, έγκυρη απάντηση στο ερώτημα σχετικά με το αν οι κλιματολογικές συνθήκες επηρεάζουν το χρόνιο πόνο.
2. Η εξακρίβωση, μέσω μελέτης, εάν πράγματι η αλλαγή του καιρού επηρεάζει τα χαρακτηριστικά του αναφερόμενου μυοσκελετικού πόνου σε χρόνιους ασθενείς.
3. Η παρουσίαση της νοσηλευτικής παρέμβασης στην αντιμετώπιση του πόνου και ανακούφιση της ταλαιπωρίας που πιθανώς προκαλεί η αλλαγή του καιρού.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

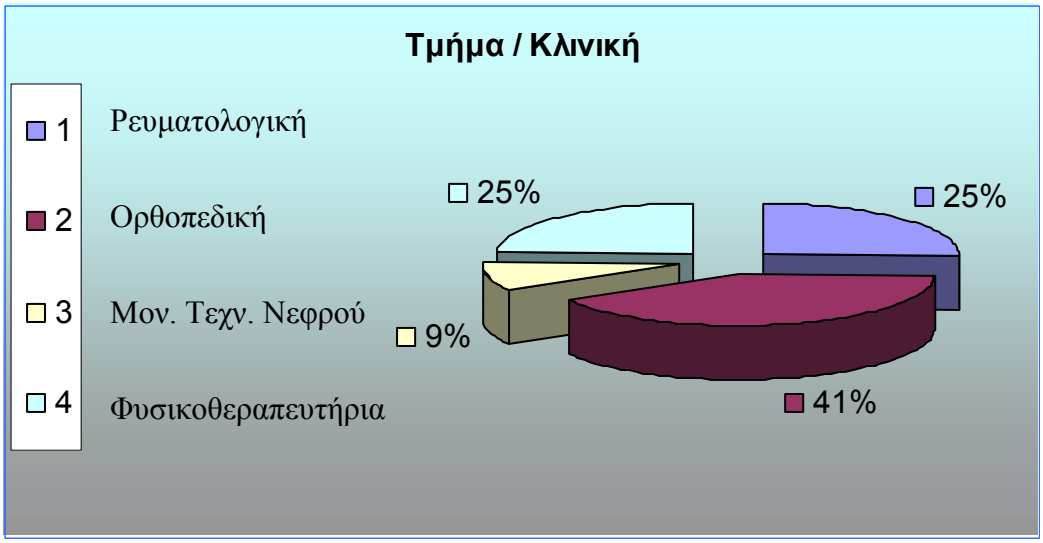
Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη, στο διάστημα από τον Δεκέμβριο 2004 έως και τον Μάρτιο 2005. Το δείγμα της έρευνάς μας αφορούσε όλους τους ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πρόβλημα, προερχόμενους από την Ρευματολογική και Ορθοπεδική κλινική ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, εξωτερικά φυσικοθεραπευτήρια Ρεθύμνου και τέλος, Ορθοπεδική κλινική και Μ.Τ.Ν. Χανίων.

Στον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο, για τη μελέτη της εργασίας μας, έχουμε συμπεριλάβει την οστεοαρθροπάθεια, εννοώντας εκφυλιστικού τύπου αρθροπάθεια σε περιφερικές αρθρώσεις, ανάλογα την προέλευση του πόνου σε αυχεναλγία, καθώς και οσφυαλγία όπως επίσης, περιλαμβάνουμε την ρευματοειδή αρθρίτιδα, την εγκατεστημένη οστεοπόρωση και τέλος, σε μικρότερο ποσοστό άλλες ρευματικές ασθένειες, όπως ερυθηματώδη λύκο, κλπ.

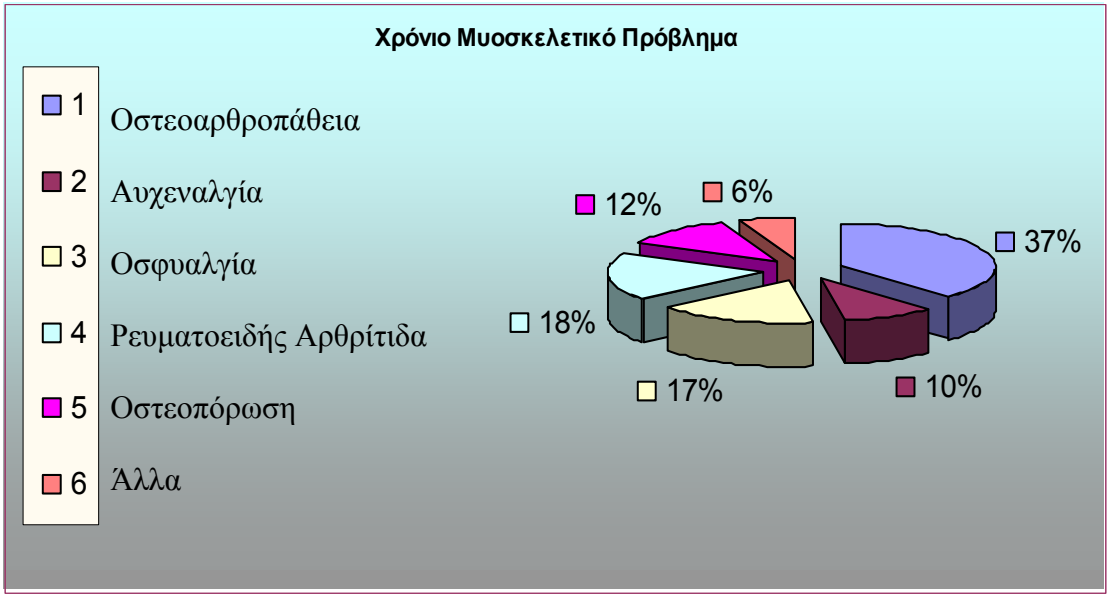
Συνολικά μελετήσαμε 102 ασθενείς (35 ασθενείς από το ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου, 42 από το Νομαρχιακό Νοσοκομείο Χανίων και 25 από τα εξωτερικά ιατρεία Ρεθύμνου). Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ειδικά ερωτηματολόγια, τα οποία απαντήθηκαν από τους ασθενείς, έχοντας δοθεί οι απαραίτητες οδηγίες–πληροφορίες και συμπληρώθηκαν υπό την επίβλεψή μας. Το ερωτηματολόγιο δομήθηκε με βάση ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες του εξωτερικού και, παράλληλα, δοκιμάστηκε αρχικά σε δέκα άτομα, προκειμένου να μετρηθεί η αξιοπιστία του.

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν 26 ερωτήσεις οι οποίες, ως προς τη δομή τους είναι κλειστές, πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις διαβάθμισης. Στην πρώτη κατηγορία, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν με προκαθορισμένο τρόπο, στην δεύτερη υπήρχαν έτοιμες απαντήσεις στις οποίες οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε μία ή μερικές από αυτές και τέλος, στην τρίτη κατηγορία χρησιμοποιήθηκε μια αριθμητική κλίμακα από το 0 – 10.

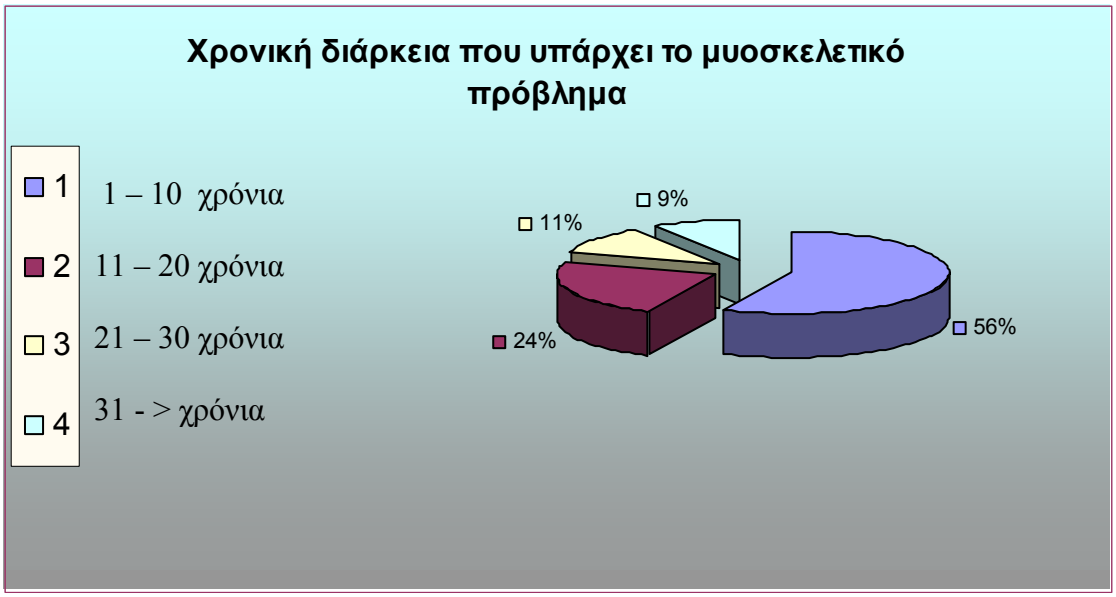
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ



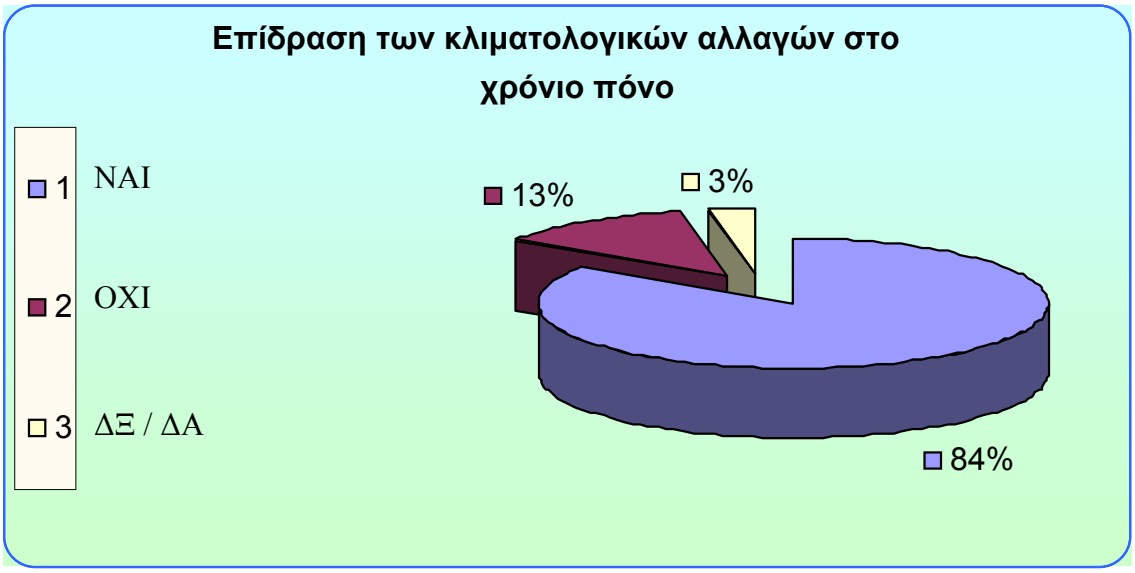
ΣΧΗΜΑ 1: *Τα περισσότερα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στην Ορθοπεδική Κλινική Ηρακλείου και Χανίων*



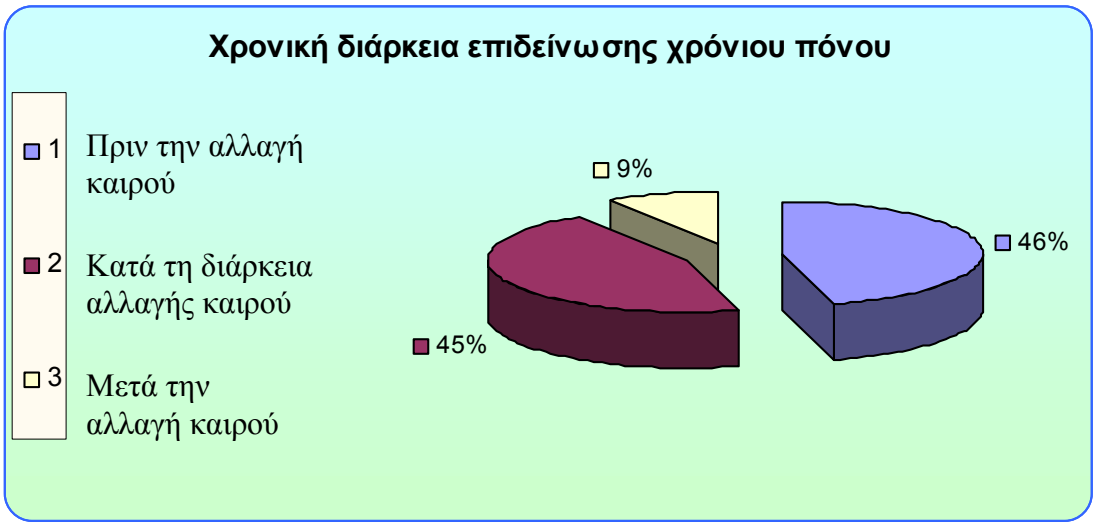
ΣΧΗΜΑ 2: *Από το παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι το συχνότερο μυοσκελετικό πρόβλημα αποτελεί η οστεοαρθροπάθεια*



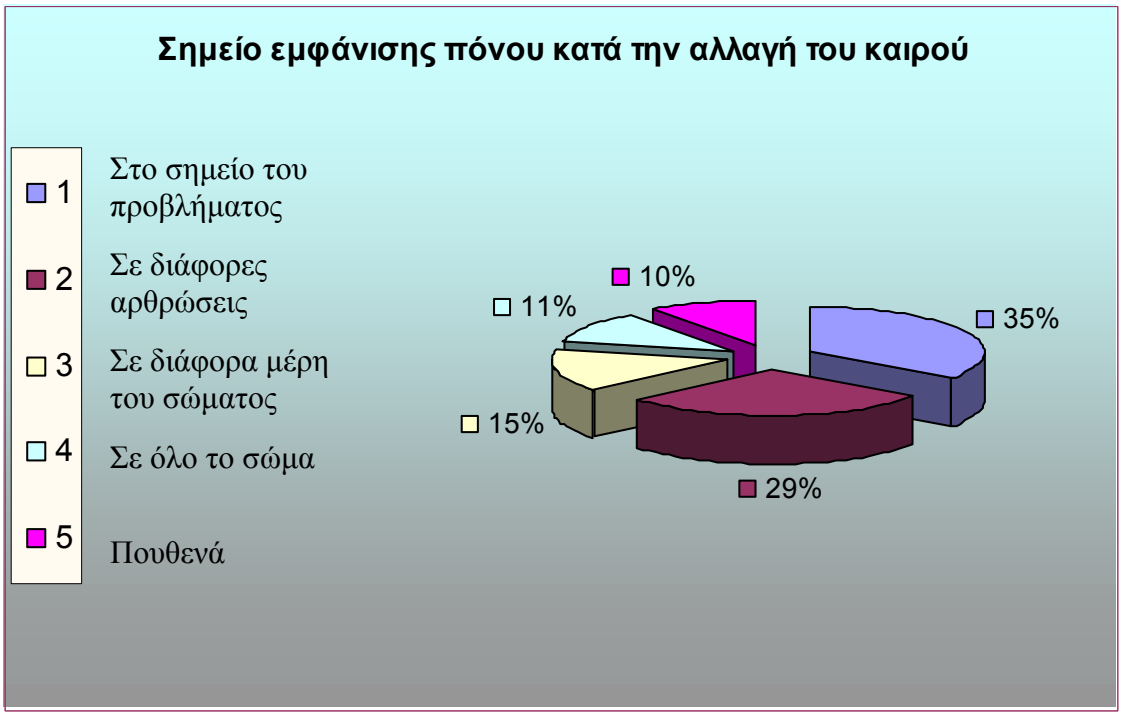
ΣΧΗΜΑ 3: *Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υποφέρει από το πρόβλημα του από ένα έως και δέκα χρόνια*



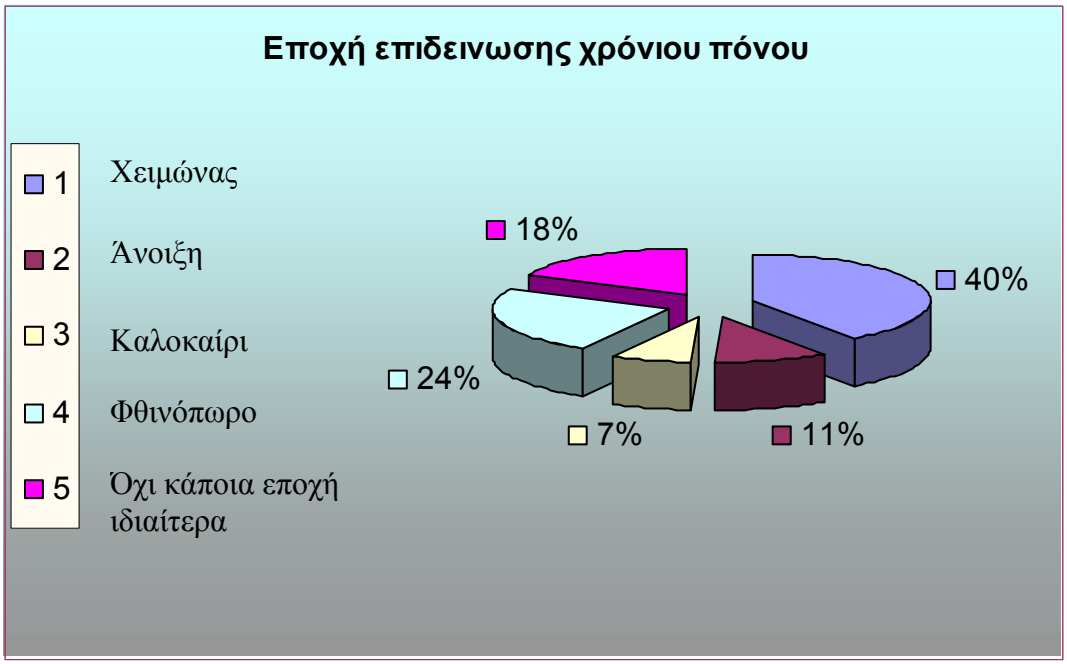
ΣΧΗΜΑ 4: *Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα, με την αλλαγή του καιρού επιδεινώνεται ο πόνος των ασθενών*



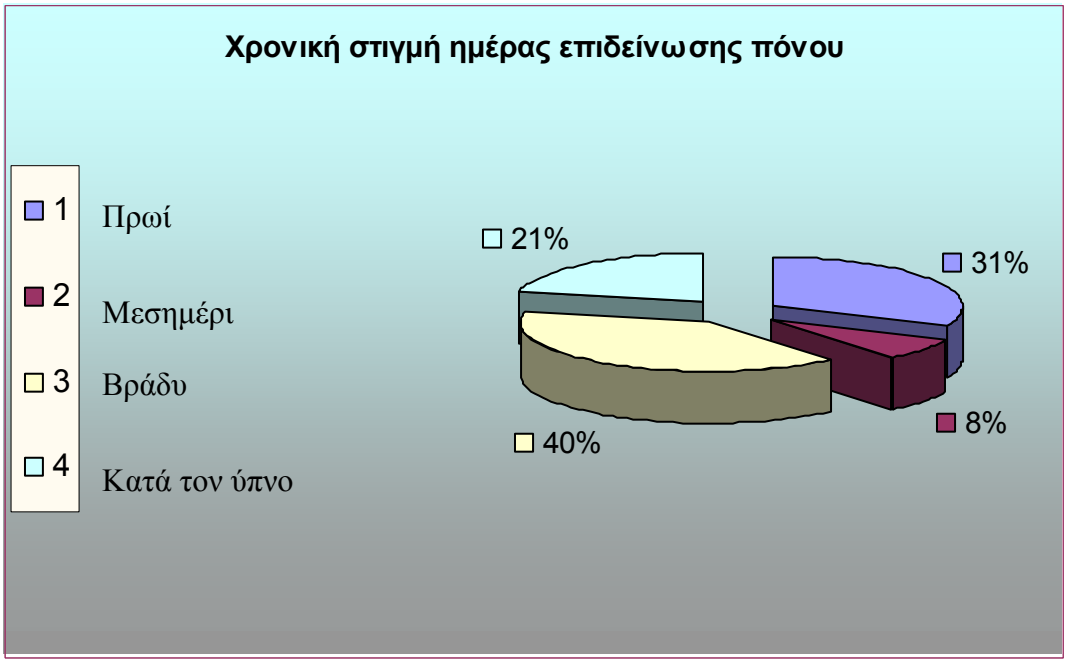
ΣΧΗΜΑ 5: *Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, βάση του παραπάνω σχήματος, επιδεινώνεται ο πόνος τους πριν, αλλά και κατά τη διάρκεια της αλλαγής του καιρού*



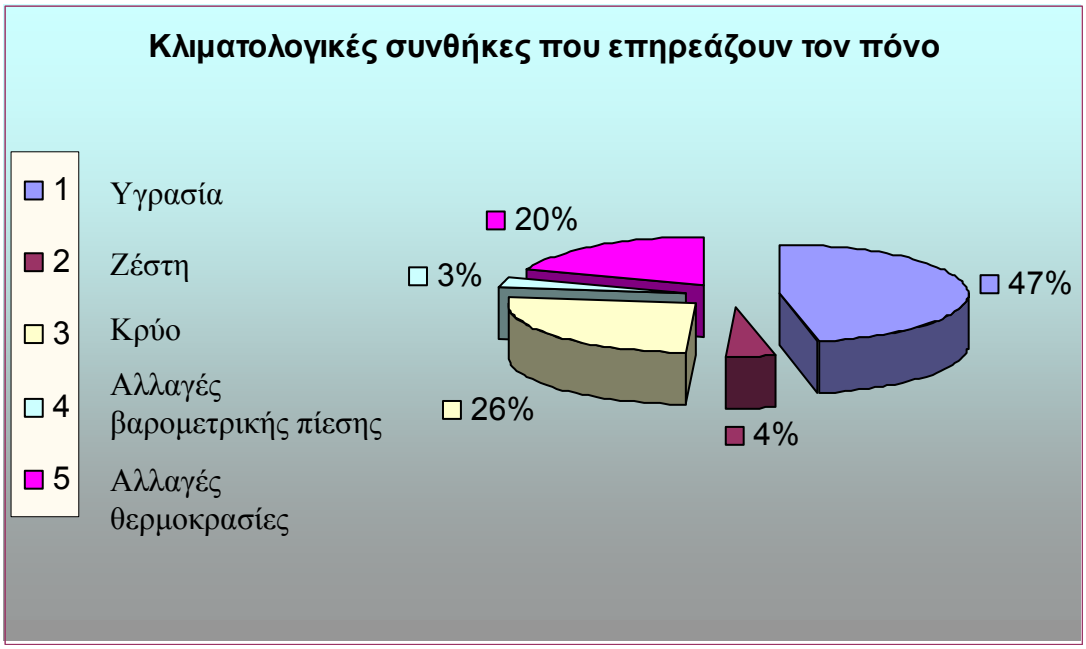
ΣΧΗΜΑ 6: *Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα, φαίνεται ότι με την αλλαγή του καιρού, για τους περισσότερους ασθενείς, ο πόνος γίνεται εντονότερος στο σημείο του προβλήματος, καθώς, επίσης, και στις διάφορες αρθρώσεις*



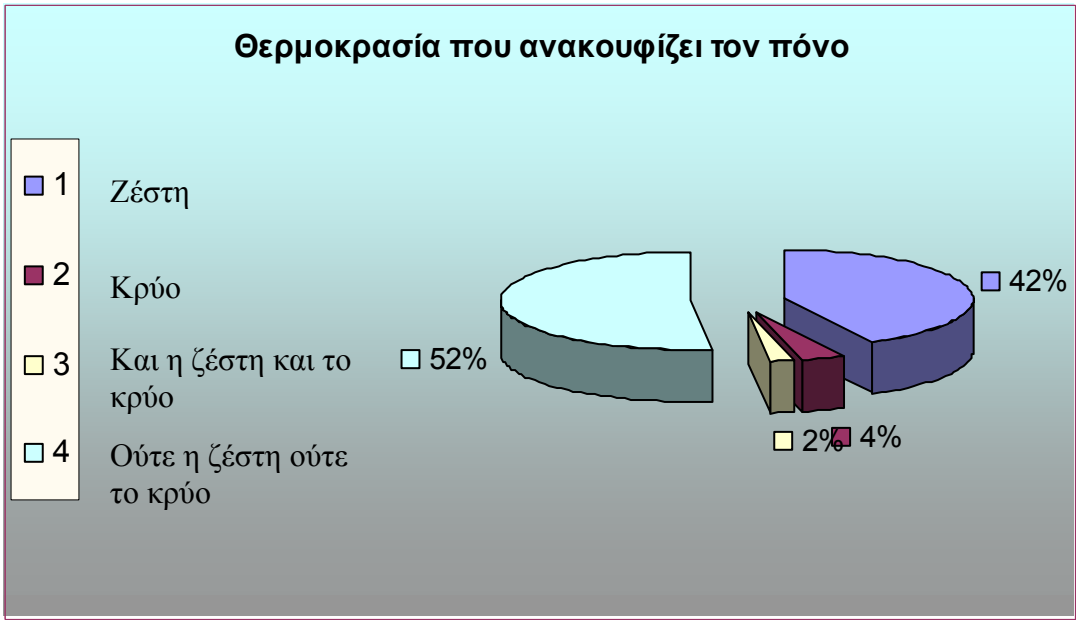
ΣΧΗΜΑ 7: *Βάση του σχήματος, η πλειοψηφία των ασθενών υποφέρει από έντονο πόνο κατά τη χειμερινή περίοδο*



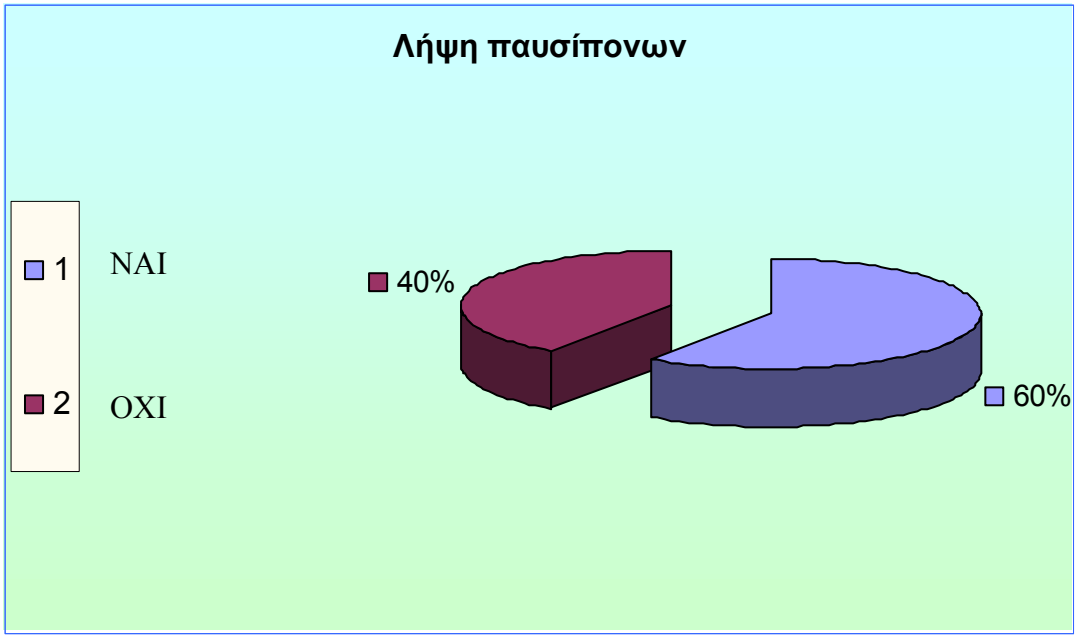
ΣΧΗΜΑ 8: *Στο παραπάνω σχήμα φαίνεται ότι τις βραδινές και τις πρωινές ώρες ο πόνος γίνεται εντονότερος*



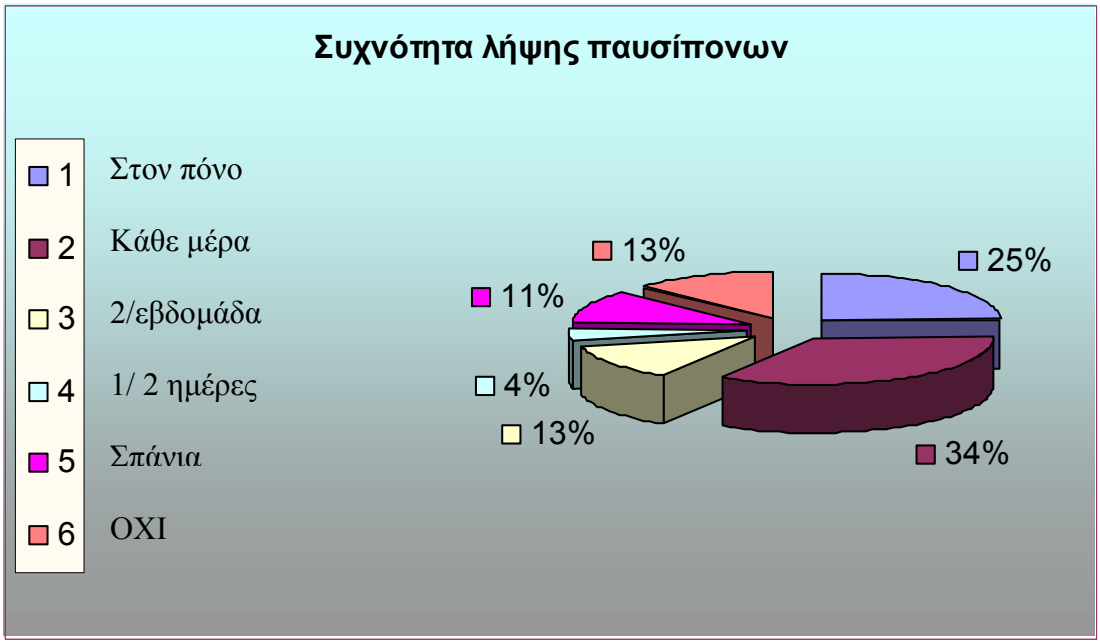
ΣΧΗΜΑ 9: *Συνθήκες υγρασίας και χαμηλών θερμοκρασιών φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο το μυοσκελετικό χρόνιο πόνο*



ΣΧΗΜΑ 10: *Σύμφωνα με το παραπάνω σχήμα, ούτε η ζέστη ούτε το κρύο δεν ανακουφίζουν τον πόνο των ασθενών*

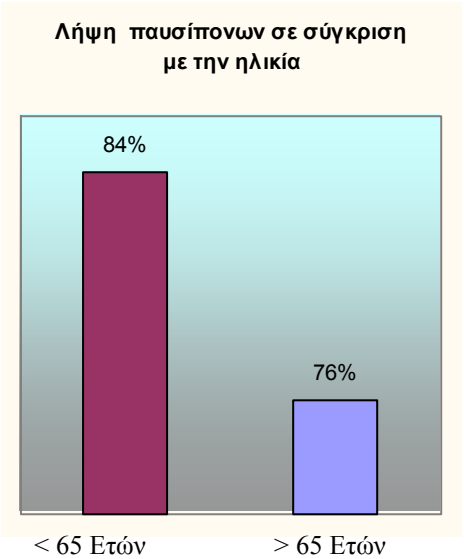


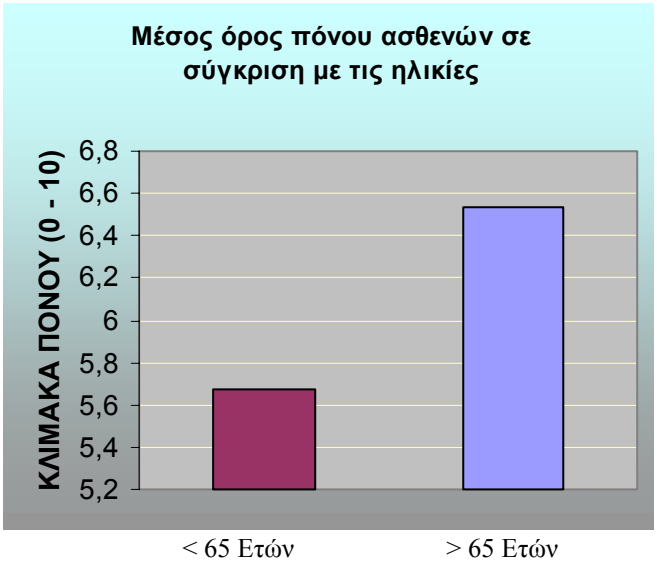
ΣΧΗΜΑ 11: *Σύμφωνα με το σχήμα, η πλειοψηφία των ασθενών λαμβάνει τακτικά παυσίπονα, προκειμένου να αντιμετωπίσει τον πόνο*



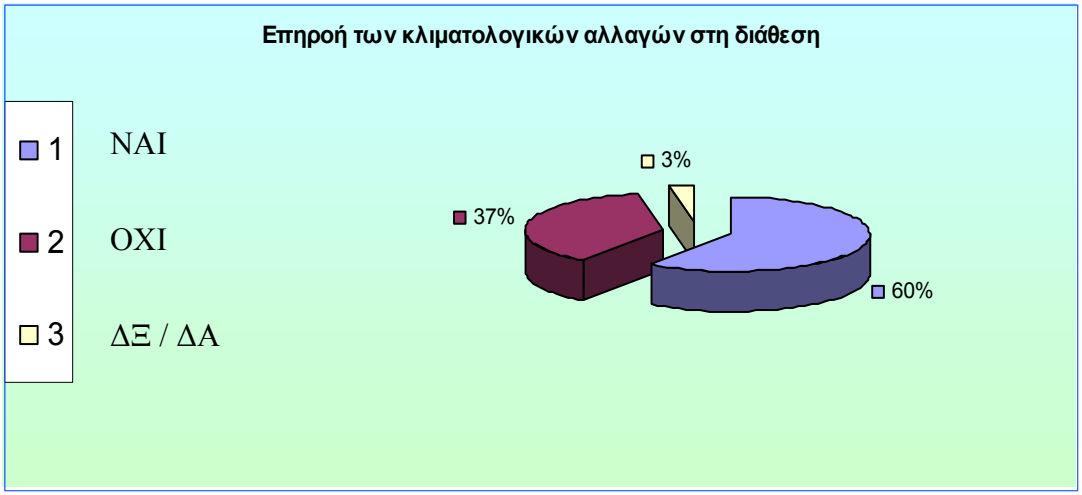
ΣΧΗΜΑ 12: *Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, λαμβάνει παυσίπονα σε καθημερινή βάση*



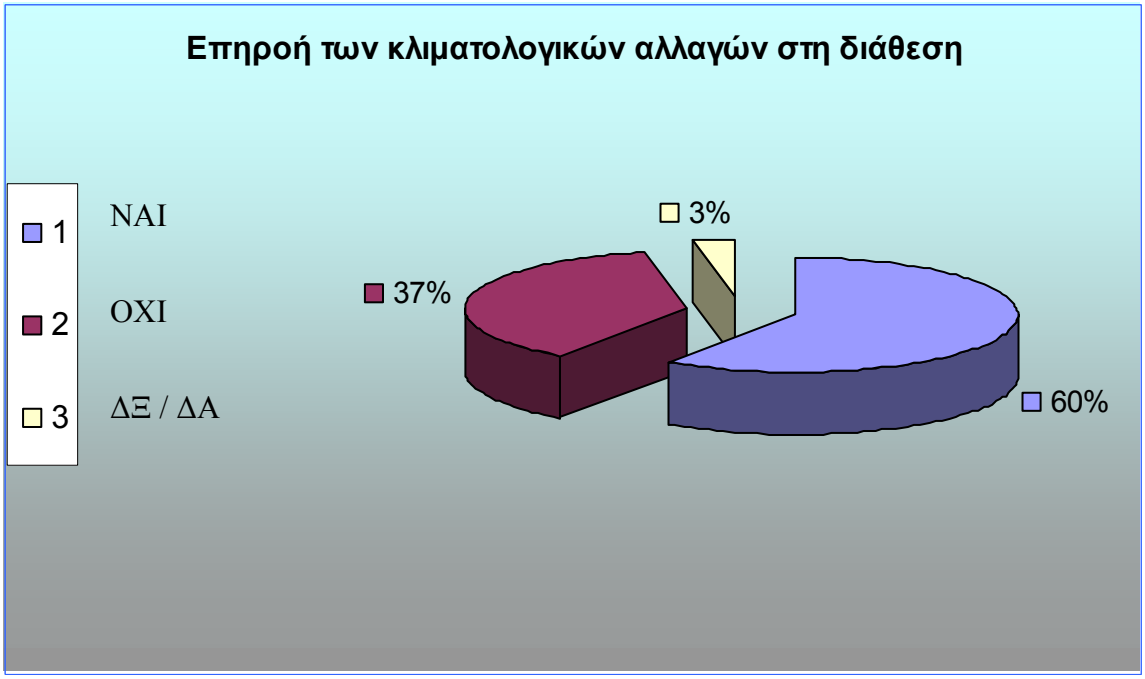




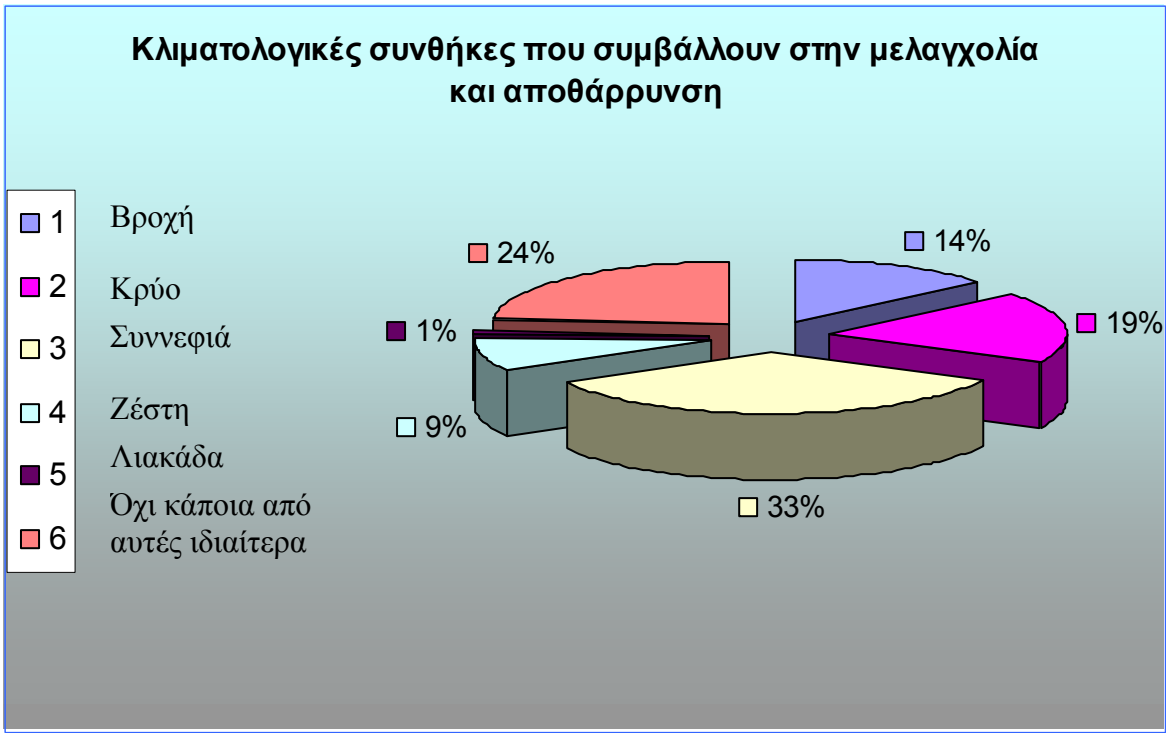
ΣΧΗΜΑ 13: *Όπως φαίνεται από τα παραπάνω σχήματα, παρόλο που ο πόνος εμφανίζεται εντονότερος στους ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία, εντούτοις οι ασθενείς μικρότερης ηλικίας κάνουν χρήση παυσίπονων συχνότερα*



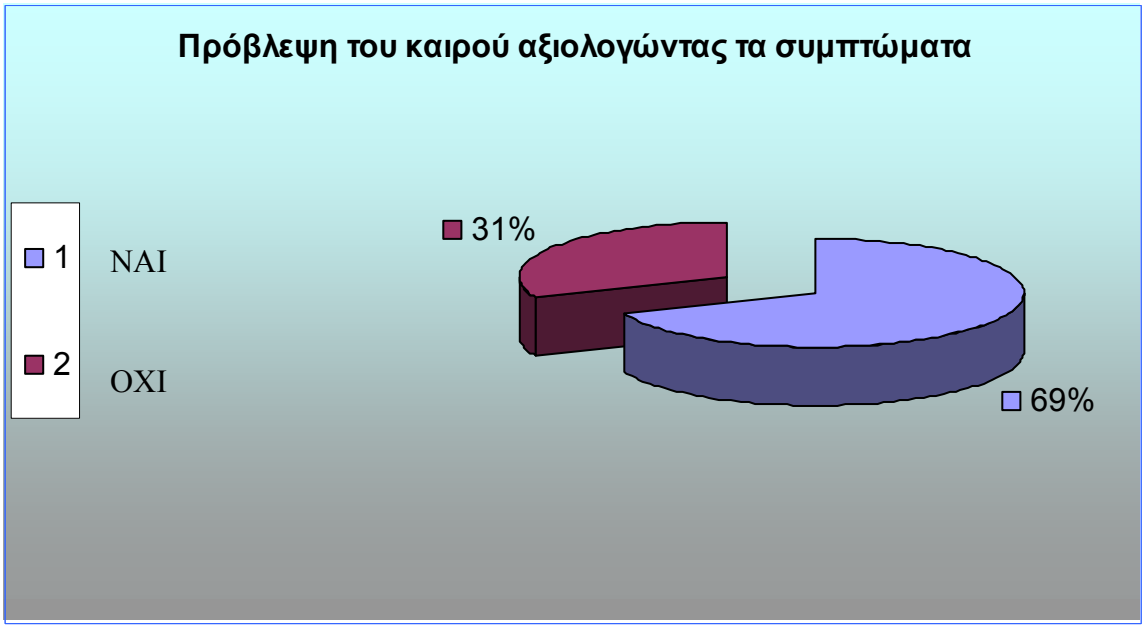
ΣΧΗΜΑ 13: *Οι αλλαγές του καιρού, βάση του παραπάνω σχήματος, δεν επηρεάζουν τον ύπνο στην πλειοψηφία των ασθενών*



ΣΧΗΜΑ 14: *Αντίθετα, από το παραπάνω σχήμα, φαίνεται ότι οι αλλαγές του καιρού επηρεάζουν τη διάθεση των ασθενών*



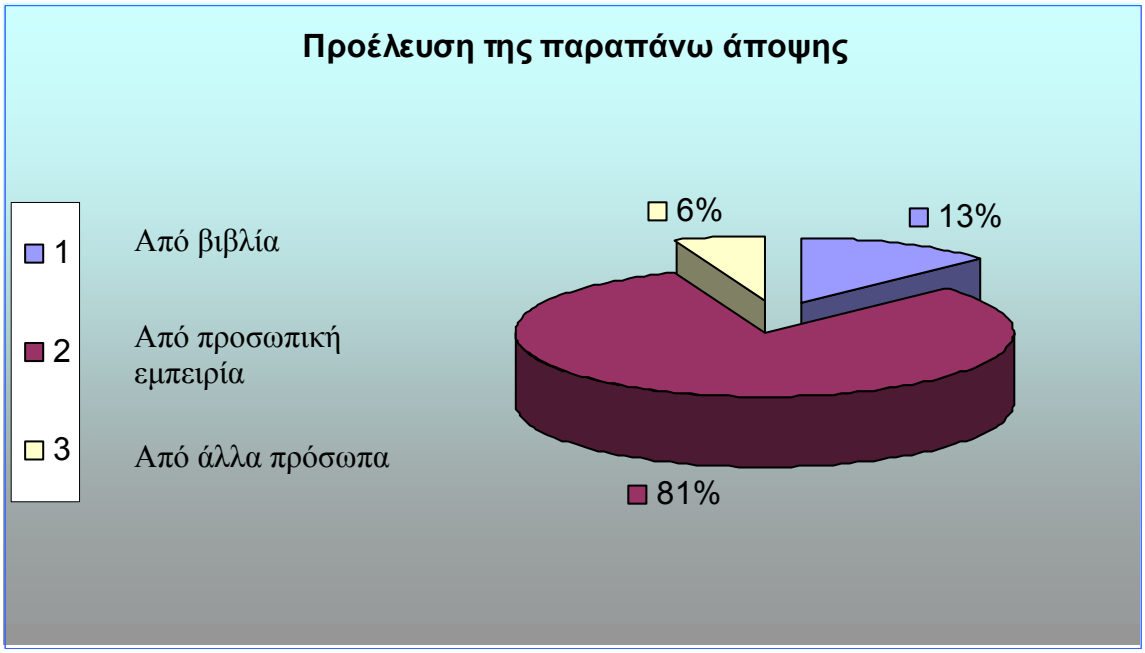
ΣΧΗΜΑ 15: *Οι περισσότεροι ασθενείς, σε συνθήκες συννεφιάς αισθάνονται μελαγχολία και αποθάρρυνση*



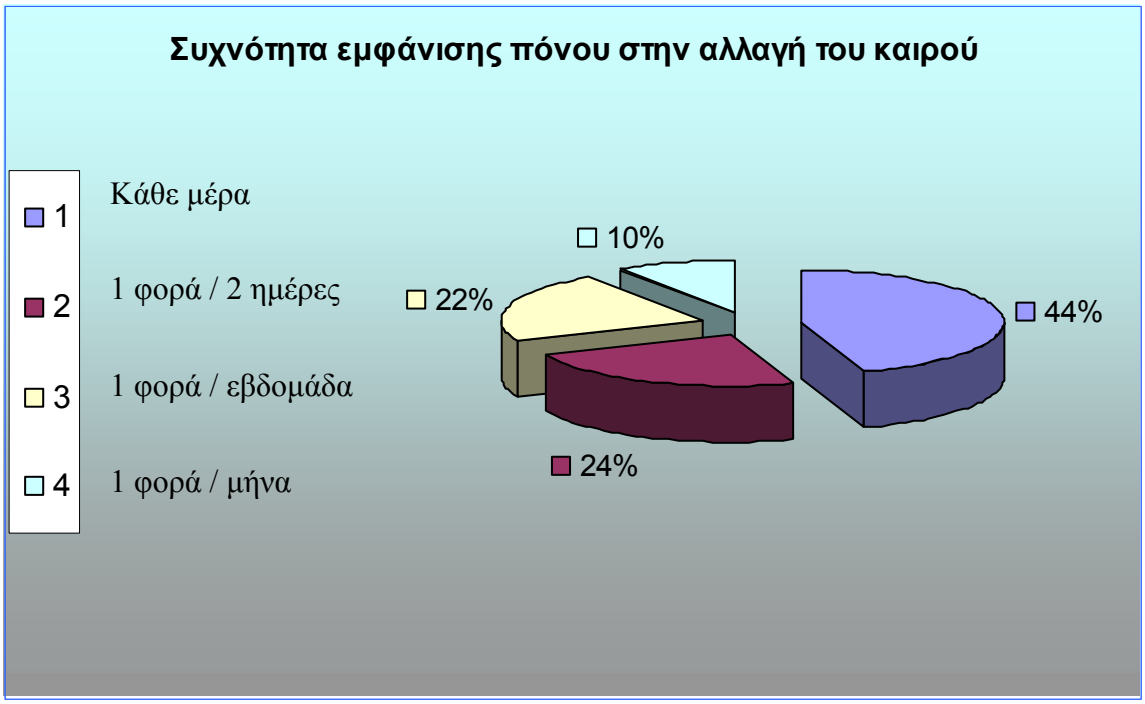
ΣΧΗΜΑ 16: *Η πλειοψηφία των ασθενών, νιώθουν ικανοί να «προβλέψουν» τον καιρό, αξιολογώντας τα συμπτώματά τους*



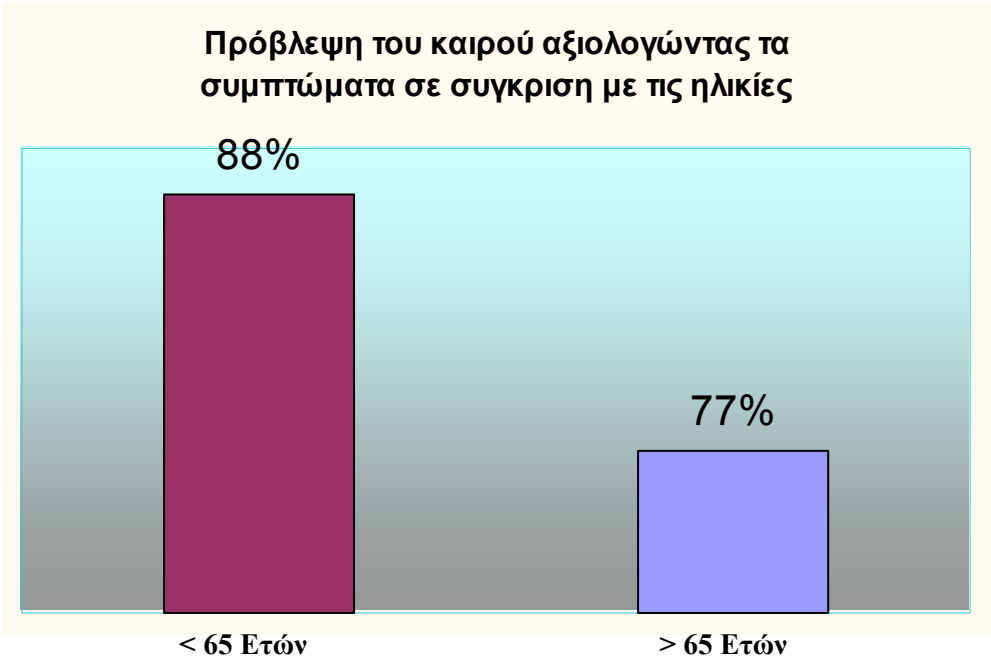
ΣΧΗΜΑ 17: *Βάση του παραπάνω σχήματος, οι ερωτώμενοι ασθενείς,, πιστεύουν ότι οι κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν το μυοσκελετικό πόνο*



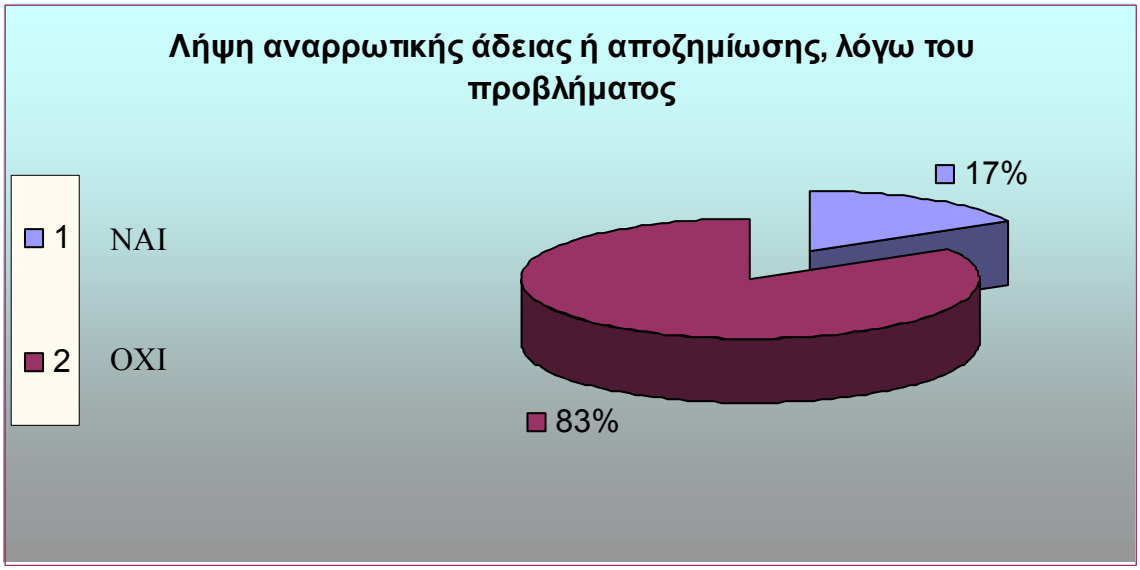
ΣΧΗΜΑ 18: *Σύμφωνα με το σχήμα, οι περισσότεροι ασθενείς πιστεύουν ότι οι κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν το μυοσκελετικό πόνο, από προσωπική τους εμπειρία*



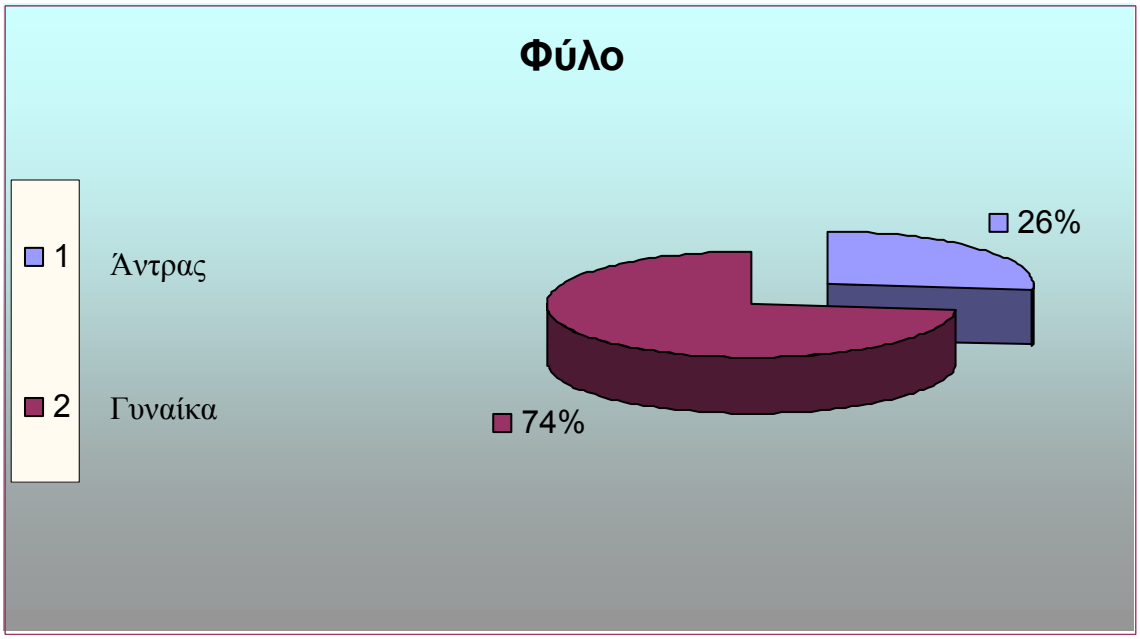
ΣΧΗΜΑ 19: *Από το παραπάνω σχήμα προκύπτει, για τους περισσότερους ασθενείς, με την αλλαγή του καιρού η καθημερινή εμφάνιση του πόνου*



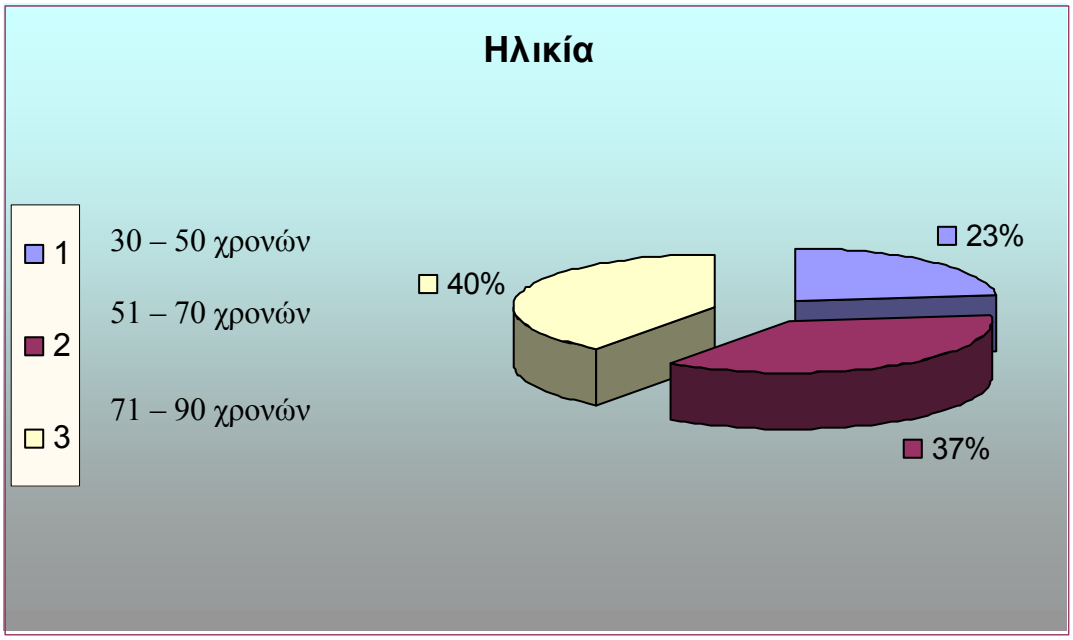
ΣΧΗΜΑ 20: *Όπως φαίνεται από το παραπάνω σχήμα, οι ασθενείς κάτω των 65 ετών αισθάνονται περισσότερο ικανοί να «προβλέψουν» τον καιρό, παρά τους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας*

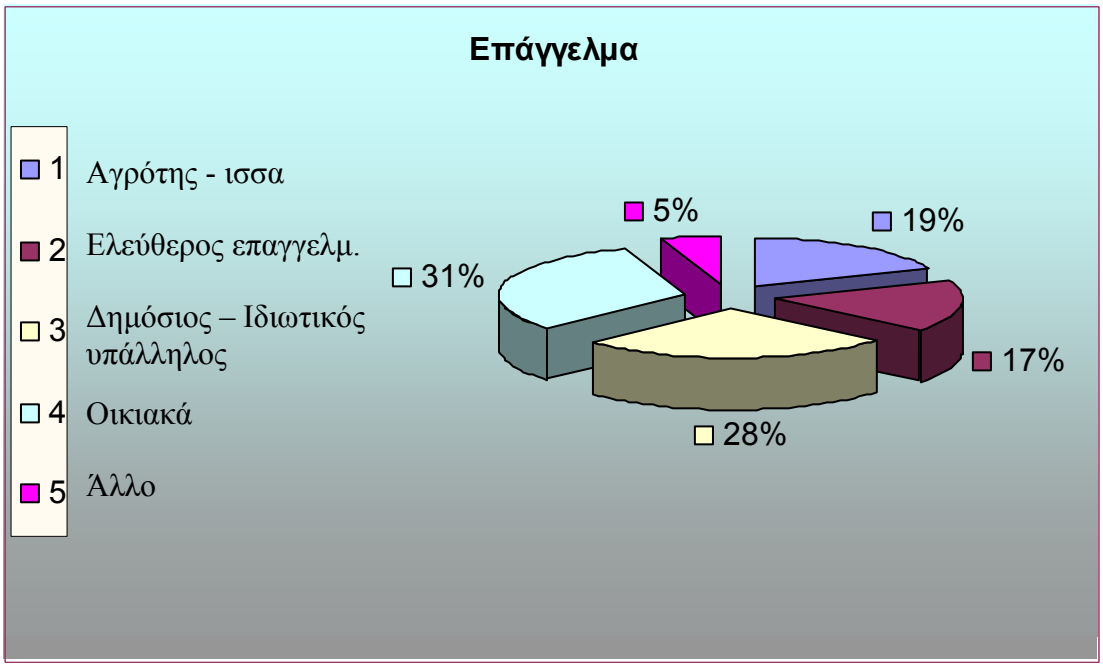


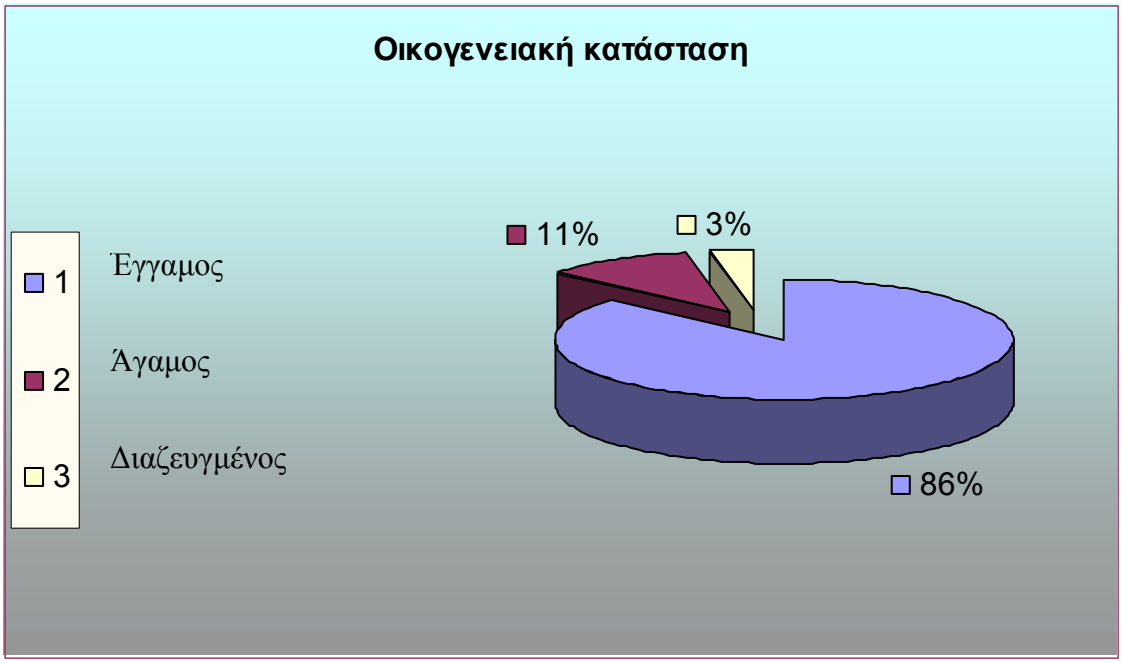
ΣΧΗΜΑ 20: *Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, δεν έχει λάβει αναρρωτική άδεια ή αποζημίωση, λόγω του προβλήματός τους*

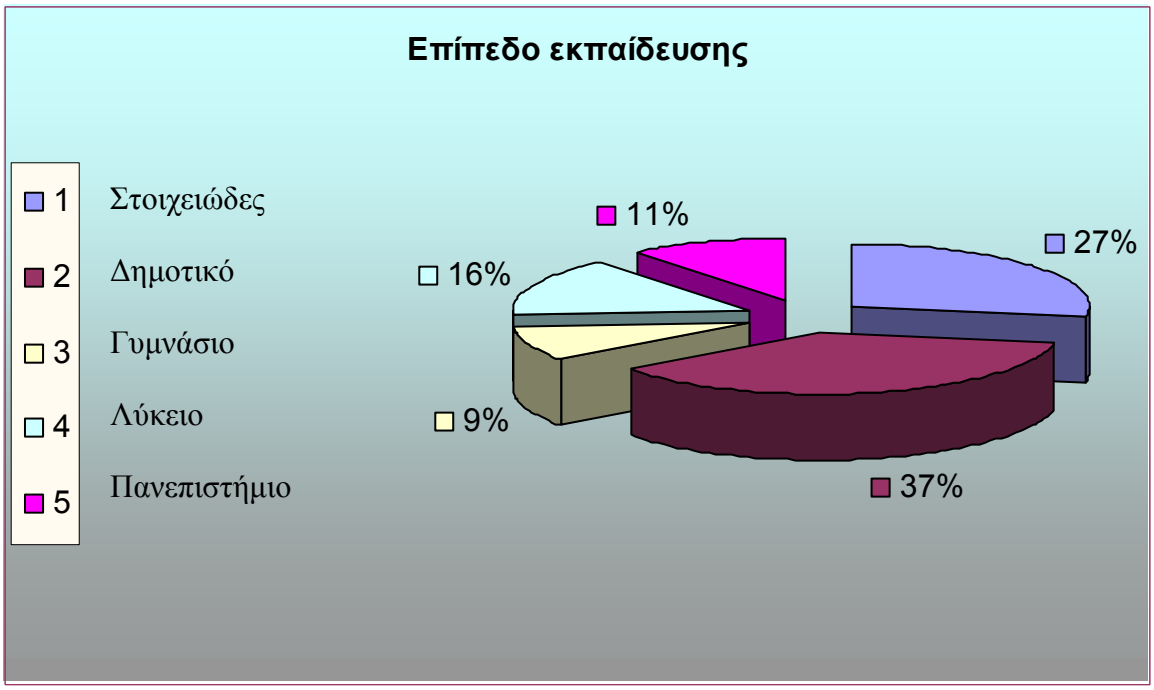


ΣΧΗΜΑ 21: *Η πλειοψηφία του ερωτώμενου πληθυσμού αποτελείται από γυναίκες*


Ηλικία
1
2
3
30 – 50 χρονών
51 – 70 χρονών
71 – 90 χρονών
40%
23%
37%


Επάγγελμα
1
2
3
4
5
Αγρότης - ισσα
Ελεύθερος επαγγελμ.
Δημόσιος – Ιδιωτικός υπάλληλος
Οικιακά
Άλλο
5%
19%
31%
17%
28%


Οικογενειακή κατάσταση
1
2
3
Έγγαμος
Άγαμος
Διαζευγμένος
11%
3%
86%


Επίπεδο εκπαίδευσης
1
2
3
4
5
Στοιχειώδες
Δημοτικό
Γυμνάσιο
Λύκειο
Πανεπιστήμιο
11%
27%
16%
9%
37%

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας, έδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης του μυοσκελετικού πόνου, φαίνεται να αυξάνεται σημαντικά με την αλλαγή του καιρού, στο 84% του ερωτώμενου πληθυσμού που υποφέρουν από χρόνιο πόνο. Το ποσοστό αυτό, συγκριτικά με αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού, φαίνεται να είναι ανάλογο (67,9%Robert N. Jamison et al 1994 – 92% Helen Aicman1996). Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ασθενών αναφέρει ότι η επιδείνωση του πόνου τους επέρχεται πριν και κατά τη διάρκεια της αλλαγής του καιρού, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό αναφέρει επιδείνωση του προβλήματος μετά την αλλαγή του καιρού.

Το δείγμα που επιλέξαμε, τυχαία στην παρούσα μελέτη, αφορούσε ασθενείς με χρόνιο πόνο που έπασχαν, κυρίως, από οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα και οσφυαλγία. Ο μυοσκελετικός πόνος, φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, να ενισχύεται το χειμώνα, καθώς, επίσης και το φθινόπωρο, ενώ υποχωρεί την άνοιξη και το καλοκαίρι. Οι χαμηλές ατμοσφαιρικές πιέσεις που κυριαρχούν το χειμώνα, ενδέχεται να προκαλούν ερεθισμό στους αλγοϋποδοχείς, που βρίσκονται κυρίως στο δέρμα και λιγότερο στις αρθρώσεις, με αποτέλεσμα να υπάρχει ερεθισμός του νευρικού συστήματος. Επίσης, το κρύο και οι αλλαγές της θερμοκρασίας, αποτελούν παράγοντες επιδείνωσης του πόνου στο σημείο που εμφανίζεται το μυοσκελετικό πρόβλημα και στις αντίστοιχες αρθρώσεις. Είναι γνωστό ότι το κρύο προκαλεί μυϊκό σπασμό, ο οποίος επιδεινώνει την ένταση του πόνου. Σχετικές έρευνες στο παρελθόν συμφωνούν στη θετική συσχέτιση χαμηλών θερμοκρασιών και πόνου (Patberg et al 1985, Dequeker and Wuestenraed 1986, Guedj and Weinberger 1990). Παράλληλα, οι αλλαγές της βαρομετρικής πίεσης και της θερμοκρασίας ενδέχεται να επηρεάζουν και να ενισχύουν τη δυσκαμψία στις διάφορες αρθρώσεις. Βέβαια, υπάρχει και η υποψία ότι σε συνθήκες υγρασίας και χαμηλών θερμοκρασιών επηρεάζεται είτε η διαστολή είτε και η συστολή στους τένοντες, στους μύες και στις αρθρώσεις με αποτέλεσμα τα ενοχλήματα να γίνονται εντονότερα. Τα ευρήματα αυτά της παρούσας μελέτης, ότι δηλαδή οι χαμηλές θερμοκρασίες και η αυξημένη σχετικά υγρασία επιδεινώνουν τα

συμπτώματα και ενισχύουν τη δυσκαμψία, επιβεβαιώνονται και από παλαιότερες έρευνες του εξωτερικού (Rasker et al 1986, Hollander and Yeostros 1963, Harris 1984).

Επιπλέον, ο πόνος τείνει να αυξάνεται, κυρίως τις βραδινές αλλά και τις πρωινές ώρες, ενώ μειώνεται, κατά πολύ, τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας. Η εξήγηση γι' αυτή την αυξομείωση του πόνου στη διάρκεια της ημέρας, μπορεί να δοθεί στην υγρασία που τείνει να είναι αυξημένη, συνήθως, τις πρωινές και τις βραδινές ώρες, καθώς επίσης και στην παθογένεια των ρευματικών παθήσεων, όπου ο πόνος γίνεται εντονότερος τις πρωινές ώρες. Εντούτοις, για την αύξηση του πόνου τις βραδινές ώρες ευθύνη φαίνεται να φέρει και η κόπωση από τις δραστηριότητες του ατόμου κατά τη διάρκεια όλης της μέρας.

Ωστόσο, τα εποχιακά αυτά καιρικά φαινόμενα φαίνεται να επηρεάζουν και τη ψυχική διάθεση του ερωτώμενου πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, όταν υπάρχει συννεφιά, βροχή ή κρύο αποθαρρύνονται και καταβάλλονται από μελαγχολία, με συνέπεια η αντίληψη τους για τον πόνο να ενισχύεται την συγκεκριμένη στιγμή. Εξετάστηκε και η υπόθεση για το εάν οι αλλαγές του καιρού επηρεάζουν τον ύπνο των ασθενών αυτών, αλλά η πλειοψηφία απάντησε αρνητικά, παρόλο που παλαιότερα είχε βρεθεί, από μια άλλη αντίστοιχη έρευνα του εξωτερικού, ότι παρουσιάζονται διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου (Shutty et al. 1992).

Στο σημείο αυτό, να σημειωθεί ότι ο πόνος, για την πλειοψηφία των ασθενών, δεν ανακουφίζεται σε συνθήκες ζέστης ή κρύου, παρά με την τακτική λήψη παυσίπονων. Αυτό σημαίνει ότι με την αλλαγή του καιρού, όπου ο πόνος εμφανίζεται περισσότερο συχνά και πιο έντονα, σύμφωνα από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, για μερικούς ασθενείς καθίσταται αναγκαίο μέχρι και η καθημερινή χρήση παυσίπονων, με όλες τις πιθανές, βλαβερές παρενέργειες που επιφυλάσσει η μακροχρόνια χρήση τους. Επίσης, παρατηρούμε ότι 37 στους 51 ασθενείς κάτω των 65 ετών κάνει συχνή χρήση παυσίπονων, ενώ πάνω των 65 ετών μόνο οι 25 κάνουν χρήση. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι οι μικρότεροι σε ηλικία ασθενείς είναι αυτοί που παίρνουν πιο εύκολα παυσίπονα, παρόλο το γεγονός ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς αναφέρουν εντονότερο πόνο. Όσον αφορά το σύνολο των ασθενών με χρόνιο πόνο που ρωτήθηκαν, πιστεύουν,

γενικά, ότι οι κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν τον μυοσκελετικό τους πόνο και η απάντησή τους προέρχεται βάση προσωπικής τους εμπειρίας. Επίσης, αρκετοί από αυτούς ισχυρίζονται ότι έχουν την ικανότητα να «προβλέψουν» τον καιρό, αξιολογώντας τα συμπτώματά τους. Η πλειοψηφία των ασθενών αυτών που έχουν την πεποίθηση αυτή είναι μικρότεροι σε ηλικία από τους υπόλοιπους ασθενείς (κάτω από 65 ετών) και αναφέρουν επιπλέον περισσότερο ευαισθησία στα διάφορα καιρικά φαινόμενα.

Ωστόσο, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να τεκμηριώνουν με σαφήνεια, με αντικειμενικά κριτήρια, και με αξιώσεις την υπόθεση ότι οι μεταβολές του καιρού επηρεάζουν σημαντικά ασθενείς με χρόνιο πόνο ή ότι οι ασθενείς με «καιρική ευαισθησία» μπορούν αξιολογώντας τα συμπτώματα τους να προβλέψουν τον καιρό. Έτσι, η περαιτέρω μελέτη της υπόθεσης αυτής, με διάρκεια ενός ολόκληρου χρόνου, Θα παρήγαγε περισσότερα στοιχεία και σίγουρα η χρονική ανάλυση των αποτελεσμάτων Θα ήταν ιδιαίτερα ευεργετική ώστε να ανιχνευθούν τάσεις, όπως για παράδειγμα τα συμπτώματα των ασθενών να εμφανίζονται πριν ή μετά την αλλαγή του καιρού. Παρόλο αυτά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι ασθενείς με χρόνιο μυοσκελετικό πρόβλημα φαίνεται οι μεταβολές του καιρού να ασκούν σημαντική επίδραση στην αύξηση του χρόνιου πόνου τους. Περισσότερες μελέτες χρειάζεται για να διαπιστωθεί η εγκυρότητα της υπόθεσης αυτής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μελετώντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καταλήξαμε στα εξής χρήσιμα συμπεράσματα :

- Πολλά από τα ευρήματα της μελέτης αυτής συμφωνούν με παρόμοιες έρευνες του εξωτερικού.
- Σε γενική ομολογία ασθενών υπάρχει αξιοσημείωτη αναφορά ότι οι κλιματολογικές συνθήκες μπορούν να επηρεάσουν το μυοσκελετικό πόνο,

και επίσης υπάρχει αξιοπερίεργη πεποίθηση ότι αξιολογώντας τα συμπτώματα τους μπορούν να προβλέψουν τον καιρό. Τίποτα όμως απ' όλα αυτά δεν μπορεί να ερμηνευθεί πλήρως και να τεκμηριωθεί επιστημονικά.

- Ιδιαίτερα τον χειμώνα, ο πόνος επιδεινώνεται περισσότερο στο σημείο του χρόνιου μυοσκελετικού προβλήματος για τον κάθε ασθενή, ασκώντας σημαντική επίδραση η υγρασία και το κρύο.
- Ο χρόνιος πόνος δύσκολα αντιμετωπίζεται με φυσικά μέσα και πολύ εύκολα οι ασθενείς καταφεύγουν στη χρήση των παυσίπονων. Η κατανάλωση τους είναι συχνότερη από ασθενείς μικρότερης ηλικίας χωρίς μάλιστα η ένταση του πόνου τους να τη δικαιολογεί.

Αξιολογώντας τα παραπάνω συμπεράσματα και αποτελέσματα, αλλά και από άλλες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί στο εξωτερικό, πρέπει να Θεωρήσουμε ότι οι διάφορες κλιματολογικές συνθήκες επηρεάζουν τον χρόνιο μυοσκελετικό πόνο. Συνεπώς, η ύπαρξη υγρασίας ή χαμηλών Θερμοκρασιών, που είναι οι πιο σημαντικοί σχετικά μεταβλητές που επηρεάζουν το μυοσκελετικό πόνο, πρέπει να ΘεωρηΘούν ως παράγοντες για την επιλογή ενός κατάλληλου μέρους διαβίωσης για αυτούς τους ασθενείς. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση των ασθενών αυτών στο έντονο κρύο. Οι ιδανικότερες συνθήκες για την αποφυγή ακραίων Θερμοκρασιών, που ενδεχομένως να επηρεάζουν τον μυοσκελετικό πόνο, Θα είναι η εγκατάσταση ενός σύγχρονου κλιματιστικού στο χώρο διαμονής τέτοιων ασθενών. Τέλος, τίθεται επιτακτική ανάγκη για ενημέρωση των ασθενών αυτών για τις παρενέργειες των παυσίπονων από την υπερκατανάλωση τους, καθώς, επίσης και εκπαίδευση από κατάλληλα άτομα σε τεχνικές με φυσικά μέσα για τη μείωση του χρόνιου πόνου στους ασθενείς και αυτών που τους φροντίζουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Γαλανόπουλος Ν. Ντάντης Π, Φυσικοθεραπεία και βοηθητικά μέσα στις ρευματικές παθήσεις, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα, 1995
2. Γιώργος Λυρίτης, *Παθήσεις και νοσηλευτική του μυοσκελετικού συστήματος*, εκδόσεις Πελεκάνος, Αθήνα.1995
3. Μ. Παπαδημητρίου, Εσωτερική Παθολογία, τ. 1,2,3, University Studio Press, εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη, 1998
4. Άννα Σαχίνη- Καρδάση, Μαρία Πάνου, Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, τ.1, ιατρικές εκδόσεις βήτα, β' έκδοση, Αθήνα 1997

ΞΕΝΗ

5. Borsook D, LeBel A, McPeek B. The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management (1998)
6. Dequeker J, Wuestenraed L. The effect of biometeorological factors on Ritchie Articular Index and pain in rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol (1986) 15:280-284
7. Arber N, Vaturi M, Schapiro J etal. Effect of weather conditions on acute gouty arthritis. Scand J Rheumatol (1994) 23:22-24
8. Guedj D, Weinberger A. Effect of weather conditions on rheumatic patients. Ann Rhrum Dis (1990) 49:158-159
9. Harris C. Seasonal variations in depression and osteoarthritis.J R Coll Gen Pract (1984) 34:436-439
10. Dawson-Saunders, Trapp R. Basic and clinical biostatistics, 2nd edn. Appleton and Lange, Norwalk (1994) p 217
11. Brooks P, karch L. Arthritis: the hidden disability. Med J Aust (1993) 158:369-371
12. Patberg W, Nienhuis R, Veringa F. Relaion between meteorological factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. J Rheumatol (1985) 12:711-715
13. Sibley J. Weather and arthritis symptoms. J Rheumatol (1985) 12:707-710

14. Kellgren J, Lawrence j, Aitken-Swan J. Rheumatic complaints in an urban population. Ann Rhem Dis (1953) 12:5-15
15. Van de Laar M, Bernelot Moens H, Van Der Stadt R etal. Assessment of inflammatory joint activity in rheumatoid arthritis and changes in atmospheric conditions. Clin Rheumatol (1991)10:426-433
16. Shutty, M.S., Cunduff, G., and DeGood, D.E. Pain complaint and the weather: weather sensitivity and symptom complaints in cgronic pain patients. Pain (1992) 49:199-204
17. Louis Harris & Associates. National pain survey. New York, (January 1999)
18. Katz WA. The needs of the patient in pain. Am J Med 1998;105:2S-7S
19. Gureje O, Von Korpff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in primary Care. (JAMA 1998) 280:147-51
20. Merskey H, Bogduk N (eds) Classification of chronic pain, 2nd edn. International Association for the Study of Pain (IASP) Task Force on Taxonomy. Seattle: IASP Press, (1994) 209-14
21. Robert N. Jamison, Karen O. Anderson, Mark A. Slater, Weather changes and pain: perceived influence of local climate on pain complaint in chronic pain patients. Pain, 61 (1995) 309-315
22. Helen Aikman, The association between arthritis and the weather, Int J Biometeorol (1997) 40:192-199
23. W.A. Katz, Musculoskeletal Pain and its Socioeconomic Implications. Clin Rheymatol (2002) (Suppl 1):S2-S4

