

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



221
Νοσηλευτική φροντίδα
ασθενούς με οσφυαλγία

Πτυχιακή εργασία

Σπουδαστριών :

- 1) Πουλίδα Γεωργία
- 2) Ρουμελιώτη Μαρία

Υπεύθυνος καθηγητής

Κος Αλεβιζάτος

Επιτροπή εγκρίσεως Πτυχιακής
Εργασίας

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για την λήψη του
πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα:.....

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

1782

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ I

ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ II

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ..... 3
2. ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ & ΝΕΥΡΑ Σ.Σ.....11
3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ.....12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ III

1. ΟΡΙΣΜΟΣ.....15
2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.....16
3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....28
2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....31
3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....39
4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....53
2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.....67
3. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ.....71
4. ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....75
5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....76

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα της πτυχιακής εργασίας μας είναι η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με οσφυαλγία. Σκοπός μας είναι να αναλύσουμε σε βάθος αυτό το θέμα διότι από ό,τι γνωρίζουμε είναι από τις συνηθέστερες νόσους η οποία προκαλεί πολλά προβλήματα ψυχολογικά, κοινωνικά ακόμα και νομικά.

Η μελέτη αυτή αποσκοπεί στο να στρέψουμε την προσοχή μας στην σωστή διάγνωση και κυρίως στην πρόληψη της νόσου.

Για την μελέτη αυτή ευχαριστούμε τον Ιατρό κ^ο Αλεβιζάτο που μας βοήθησε να φτιάξουμε αυτή την μελέτη. Ακόμα ευχαριστούμε τις νοσηλεύτριες της Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. των Τ.Ε.Ι. τμήμα Νοσηλευτικής που μας βοήθησαν να φτάσουμε στο τελικό στάδιο αυτής της σχολής και να είμαστε έτοιμες να προσφέρουμε τις γνώσεις μας και την βοήθειά μας σε όποιον τις έχει ανάγκη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται κάθε άλγος στην οσφή, ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί.

Η οσφυαλγία είναι σύμπτωμα συνηθέστατο στην καθ'ημέρα πράξη, τα δε αίτια αυτής είναι τόσο πολλά και ποικίλα, ώστε η συστηματική περιγραφή γίνεται δύσκολη.

Ελάχιστα διαφέρουν τα συμπτώματα από ασθενή σε ασθενή, τα φυσικά σημεία είναι πολύ λίγα, τα ακτινολογικά ευρήματα δεν είναι χαρακτηριστικά και η παθολογοανατομική εξέταση δεν λύνει πάντα το πρόβλημα.

Σε πολλούς ασθενής περιπλέκεται η κατάσταση περισσότερο διότι συνυπάρχουν και οι ψυχολογικοί παράγοντες, είτε σε όσον αφορά την παθολογοανατομία της οσφυαλγίας, δέχθηκαν την άποψη της "δισκοπάθειας" ως "δώρο εξ ουρανού" και πολλοί απ' αυτούς έκαναν κατάχρηση του όρου ώστε τόσο αυτοί, όσο και το κοινό έφθασαν να θεωρούν την "δισκοπάθεια" ως συνώνυμο της οσφυαλγίας. Αυτό βέβαια αποτελεί ανοησία και μολονότι έχει επιτευχθεί κάποια πρόοδος, η κατανόηση των σχετικών με την οσφυαλγία προβλημάτων είναι τόσο ατελής, ώστε δεν δύναται να αναντήσει σε όλα τα προκυπτόντα ερωτήματα.

Επίσης όταν το 1933 οι MIXTER και BARR στη Βοστώνη περιέγραψαν το σύνδρομο της προπτώσης του πηκτοειδούς πυρήνα οι ορθοπεδικοί ολόκληρου του κόσμου αισθάνθηκαν πραγματικά ανακούφιση, γιατί υπάρχει κλύση σε πολλές περιπτώσεις οσφυαλγίας, περί της αιτιολογίας των οποίων δεν μπορούσαν να καθορίσουν. Ο ενθουσιασμός υπήρξε τόσο μεγάλος ώστε σήμερα να φαίνεται η δικαιολογημένη ανησυχία, μήπως η διάγνωση και η θεραπεία επιφέρει επιβλαβής καταστά-

σεις. Είναι βεβαίως γνωστό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των οσφυαλγίων οφείλεται στην πρόπτωση του πηκτοειδούς πυρήνα, πλην όμως κάθε τέτοια περίπτωση δεν πρέπει πάντα να αποδίδεται στον μεσοσπονδύλιο δίσκο.

Οι ανατομικές ποικιλίες της κατώτερης μοίρας της Σ.Σ, οι τόσο συχνές φλεγμονώδεις και νεοπλασματικές επεξεργασίες πρέπει να ερευνώνται μετά μεγάλης προσοχής πριν τεθεί η διάγνωση της πρόπτωσης του πηκτοειδούς πυρήνα.

Μερικοί αποδίδουν μεγαλύτερη σημασία στους ψυχολογικούς παράγοντες, άλλοι ασχολούνται με τις αλλοιώσεις των μεσοσπονδύλιων δίσκων και άλλοι πιστεύουν ότι τον κύριο ρόλο παίζουν οι κακώσεις των συνδέσμων και τα διαστρέματα των αρθρώσεων. Οι ασθενής όμως πρέπει να μελετάτε ως σύνολο έτσι ώστε να γίνει σωστή διάγνωση.

Η επιτυχής θεραπεία βασίζεται στην ορθή μελέτη των προβλημάτων, τα οποία παρουσιάζει κάθε ασθενής, αυτή περιλαμβάνει όχι μόνο την προσωρινή ανακούφιση από το άλγος αλλά επίσης την απομάκρυνση του υποκρυπτόμενου αίτιου ώστε να προληφθεί τυχόν υποτροπή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

1. ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Η σπονδυλική στήλη σχηματίζει τον αξονικό σκελετό του ανθρώπου και είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα όλων των σπονδυλωτών, αντικαθιστά την νωτιαία χορδή που έχει σχηματισθεί κατά τον προηγούμενο εμβρυϊκό χρόνο ως αξονικό όργανο. Στο δομικό σχέδιο των σπονδυλωτών η Σ.Σ. βρίσκεται ραχιαίως της αορτής και με την κυρίως μάζα της μπροστά από τον νωτιαίο μυελό που είναι κλεισμένος, μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα.

Η σπονδυλική στήλη είναι ο κεντρικός μωχλός του σώματος. Χρησιμεύει για την προστασία του νωτιαίου μυελού και την στήριξη του βάρους της κεφαλής και του κορμού, το οποίο μεταβιβάζει στα οστά των άνω και κάτω άκρων. Είναι μια εύκαμπτη κατασκευή που αποτελείται από μικρά οστά τα οποία λέγονται σπόνδυλοι.

Οι σπόνδυλοι είναι τα δομικά στοιχεία της οστεϊνης σπονδυλικής στήλης. Έχουν ενιαία βασική μορφή, που έχει τροποποιηθεί σε κάθε μοίρα της Σ.Σ., ανάλογα με τις διάφορες στατικές και δυναμικές απαιτήσεις.

Βασική μορφή των σπονδύλων

Κάθε σπόνδυλος (εικ. 1.1 και 1.2) αποτελείται από δύο κύρια τμήματα :

- Το βραχύ, κυλινδρικό σώμα του σπονδύλου
- Το λεπτό σαν βραχιόλι σπονδυλικό τόξο.

Τα σώματα των σπονδύλων συνδέονται μεταξύ τους με ινοχόνδρινους μεσοσπονδύλιους δίσκους και τα σπονδυλικά τόξα με αθρικές αποφύσεις και κάθε φορά και συνδέσμους.

Στις κάθετες επιφάνειες των σωμάτων των σπονδύλων διακρίνε-

ται μια σειρά από τρήματα, διαμέσου των οποίων περνούν τα αγγεία. Εκτός από τις ακραίες ζώνες-χείλη (επιφύσεις των σωμάτων σπονδύλων) ο οστεϊνός φλοιός είναι εξαιρετικά λεπτός στις τελικές επιφάνειες και ηθμοειδώς διάτρητος. Τα αναρίθμητα λεπτά ανοίγματα της σπογγώδους ουσίας (ερυθρός μυελός των οστών) καλύπτονται στις δύο τελικές επιφάνειες κάθε φορά από πλάκα από υαλοειδή χόνδρο, που συνδέει σώματα των σπονδύλων με τον μεσοσπονδύλιο δίσκο που βρίσκεται προς τα άνω ή προς τα κάτω.

Δύο ή περισσότερα σώματα σπονδύλων μπορούν να συνενωθούν (συνοστεωθούν) συμμετρικά ή ασύμμετρα (συσσωματώματα σπονδύλων).

Στο σχηματισμό των συσσωμάτων συμμετέχουν συχνά και τα σπονδυλικά τόξα.

- Σπονδυλικά τόξα

Ο αυχέννας (ρίζα) του σπονδυλικού τόξου και το πέταλο που συνδέεται προς τα πίσω μ' αυτόν σχηματίζουν τα κατά ζεύγη τρήματα των τόξων, που συνδέονται μεταξύ τους προς το άζυγο σπονδυλικό τόξο.

Ο αυχέννας που συνδέεται μόνο στο άνω μισό (την οπίσθια-έξω γωνία) του σώματος του σπονδύλου, είναι λεπτότερος και χαμηλότερος από το υπόλοιπο τμήμα του τόξου, έτσι ώστε στο άνω και το κάτω χείλος του να δημιουργείται ανά μία άνω ή κάτω σπονδυλική εντομή.

Τα μεσοσπονδύλια τρήματα είναι στενά στην περιοχή της αυχενικής μοίρας, ενώ αντίθετα στην θωρακική μοίρα και την

οσφυϊκή μοίρα είναι σχετικώς ευρέα, οπότε στην οσφυϊκή μοίρα οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αποτελούν μεγαλύτερο μέρος του ορίου του τμήματος από ότι στα ανώτερα της σπονδυλικής στήλης (προπτωση δίσκου άνω του 90%) στην οσφυϊκή περιοχή της σπονδυλικής στήλης (ισχιαλγία).

Το νωτιαίο νεύρο που πορεύεται διαμέσου του μέσου σπονδυλίου τμήματος είναι ενσωματωμένο σε λιπώδη ιστό και συνοδεύεται από αιμοφόρα αγγεία (κυρίως φλεβικό πλέγμα).

Σπονδυλικός σωλήνας

Το σπονδυλικό τόξο αφορίζει μαζί με οπίσθια επιφάνεια του σώματος του σπονδύλου το σπονδυλικό τμήμα. Το σύνολο όλων των σπονδυλικών τμημάτων σχηματίζει τον σπονδυλικό σωλήνα, που περικλείη τον νωτιαίο μυελό. Το τοίχωμα τους συμπληρώνεται στον μεσοσπονδύλιο χώρο από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους και συνδέσμους.

Ο αυλός του σπονδυλικού σωλήνα έχει άνισο εύρος στις διάφορες περιοχές της Σ.Σ. και οι διαμέτροι του είναι ανάλογα με την θέση των ογκωμάτων του νωτιαίου μυελού-μεγαλύτερη στην κάτω αυχενική και άνω οσφυϊκή μοίρα. Τα κυρτώματα του σπονδυλικού σωλήνα αντιστοιχούν στα κυρτώματα της Σ.Σ.

Ο σπονδυλικός σωλήνας συνδέεται προς τα πάνω διαμέσου του ινιακού τμήματος με την κρανιακή κοιλότητα και φθάνει προς τα κάτω μέχρι το ιερό σχίσμα. Περιέχει το νωτιαίο μυελό, τις ρίζες των νωτιαίων νεύρων, τις μήνιγγες του νωτιαίου μυελού και ακόμη λιπώδη και συνδετικό ιστό και πολυάριθμα αγγεία.

Η κατὰ μοίρες διαίρεση της Σ.Σ.

- Αυχενική μοίρα (7 αυχενικοί σπόνδυλοι)
- Θωρακική μοίρα (12 θωρακικοί σπόνδυλοι)
- Οσφυϊκή μοίρα (5 οσφυϊκοί σπόνδυλοι)
- Ιερούν οστούν (5 ιεροί σπόνδυλοι)
- Οστούν του κόκκυγα (4 (3-4) κοκυγικοί σπόνδυλοι)

Σπόνδυλικοί μύες

Οι κινήσεις της Σ.Σ. ελέγχονται από 3 κυρίως ομάδες μυών. Το επιπολής, με μύες όπως ο τραπεζοειδής, ο πλατύς ραχιαίος και το οσφυϊκό τμήμα του μείζονος γλουτιαίου, συμμετέχει κυρίως σε κινήσεις των άκρων. Το μέσο, που είναι γνωστό ως "κοινός εκτείνων τη ράχη" είναι πολυτμηματικό στην λειτουργία. Το βαθύτερο τμήμα είναι πιο σημαντικό για την σπονδυλική κινητική μονάδα και αποτελείται κυρίως από τον πολύπλοκο πολυσχιδή και τους κάπως μικρότερους και πιο ασήμαντους μεσοκάνθιο και μεσεγκάρσιο. (28) (ενκ 6-7).

Όμως σημαντική λειτουργία είναι και η πρόσφυση του πολυσχιδή στην κάψα της οπίσθιας άρθρωσης. Επειδή σήμερα είναι γνωστό ότι οι οπίσθιες αρθρώσεις μπορεί να είναι εστία πόνου, θα αναφέρουμε τους μηχανισμούς που φυσιολογικά υπάρχουν για να παρεμποδίζουν την επώδυνη παγίδευση της ευαίσθητης κάψας ανάμεσα στα δύο τμήματα της άρθρωσης. Αυτοί είναι (28) :

α) Ο πολυσχιδής : Σε κάθε κάψα προσφύονται δύο καταφύσεις του και αφού αυτός ο μύς συμμετέχει στις περισσότερες κινήσεις της περιοχής - έκταση, πλάγια κάμψη και κυρίως περιστροφή - μπορούμε να δεχτούμε ότι κατά την διάρκεια αυτών των κινήσεων ο μύς, έλκοντας την κάψα, την εμποδίζει να πιαστεί ανάμεσα στις δύο αρθρικές αποφύσεις. Η λειτουργία αυτού

του μυός θα βλαβεί φυσικά, από δυσχρησία ή απονεύρωσή του μετά από χειρουργική επίμβαση, με αποτέλεσμα βλάβη στην αρθρ. κάψα από τραυματισμό της.

β) Ο ωχρός σύνδεσμος (δες παραπάνω).

ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΩΝ ΤΗΣ Ο.Μ.Σ.Σ.

Οι οσφυϊκοί σπόνδυλοι (εικ. 1.2.) έχουν εσχυρά νεφροειδή σώματα και τα σπονδυλικά τους τμήματα είναι τριγωνικά.

Στον 5^ο οσφυϊκό σπόνδυλο- και στον 1^ο ιερό σπόνδυλο η πρόσθια επιφάνεια του σώματος του σπονδύλου είναι ψηλότερη από την οπίσθια επιφάνεια. Τα δύο σώματα των σπονδύλων και ο μεσοσπονδύλιος δίσκος που τα συνδέει είναι σφηνοειδή και για τον 5^ο οσφυϊκό σπόνδυλο δημιουργείται έτσι ο κίνδυνος να γλιστρήσει προς τα μπρός στην σχετικά κινητή οσφυοϊερά σύνδεση επί της επιφάνειάς του 1^{ου} ιερού σπονδύλου, που είναι κατά περίπου 35^ο κεκλιμένη προς τα εμπρός έναντι της οριζόντιας επιφάνειας.

Η πλευροειδής απόφυση των οσφυϊκών σπονδύλων δεν είναι ομόλογη προς την εγκάρσια απόφυση των θωρακικών σπονδύλων, αλλά παριστάνει ισχυρό υπόλλειμα πλευράς, που έχει συγχωνευθεί με την κυρίως εγκάρσια απόφυση.

Ως ορατό κατάλοιπο της κυρίως εγκάρσιας αποφύσεως προέχει πίσω από την βάση της πλευροειδούς αποφύσεως μια μικρή οστέϊνη κορυφή που είναι συχνά ασήμαντη στους κατώτερους οσφυϊκούς σπονδύλους, το επικουρικό φύμα.

Οι ισχυρές πλατυσμένες από τα πλάγια ακανθώδεις αποφύσεις έχουν κατεύθυνση προς τα πίσω. Η απόσταση μεταξύ σε δύο ακανθώδεις αποφύσεις είναι σχετικά μεγάλη, ώστε μια βελόνα

παρακεντήσεως - σε περίπτωση κάμψεως του κορμού προς τα εμπρός να μπορεί εύκολα να μπει στον σπονδυλικό σωλήνα στην οσφυϊκή μοίρα.

Οι αθρικές επιφάνειες των αθρικών αποφύσεων αποτελούν τμήματα κυλινδρικής επιφάνειας και είναι κάθετες σχεδόν προς εγκάρσια κατεύθυνση. Η επιφάνεια των κάτω αθρικών αποφύσεων βλέπει προς τα έξω και περιβάλλεται από την κυρτή επιφάνεια των κάτω αθρικών αποφύσεων του επόμενου σπονδύλου.

Στην οπίσθια επιφάνεια του σώματος μέσα στο σπονδυλικό τμήμα, υπάρχει ένα μεγάλο τμήμα για την έξοδο της βασοσπονδυλικής φλέβας. Στην κάτω και άνω επιφάνεια διακρίνεται σαφώς ο δακτύλιος από συμπαγή οστίτη ιστό και στο κέντρο του σώματος η σπογγώδης ουσία. Ο δακτύλιος του συμπαγούς οστού αντιστοιχεί στην επίφυση του σπονδυλικού σώματος.

Από τους 5 οσφυϊκούς σπόνδουλους μόνο ο 5^{ος} διαφέρει, γιατί το σώμα του είναι πιο παχύ μπροστά από ότι πίσω.

Το σώμα του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου συνδέεται με την άνω επιφάνεια της βάσεως του ιερού οστού με σφηνοειδή μεσοσπονδύλιο δίσκο.

ΣΥΝΔΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΩΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟΞΩΝ

Τα σώματα των σπονδύλων συνδέονται μεταξύ τους με μεσοσπονδύλιους δίσκους και τα τόξα με τις αρθρώσεις των σπονδυλικών τόξων.

A. Συνδέσεις των σωμάτων των σπονδύλων

- Μεσοσπονδύλιοι δίσκοι

Αποτελούν μαζί με τις οπίσθιες σπονδυλικές αρθρώσεις τα βασικά

ανατομικά στοιχεία της λειτουργίας και της κινήσεως της σπονδυλικής στήλης.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αποτελούν το ένα τέταρτο του μήκους της σπονδυλικής στήλης.

Συνδέουν από τον 2^ο αυχενικό σπόνδυλο μέχρι το ιερό οστού τα σώματα δύο συνεχόμενων σπονδύλων.

Είναι παχύτεροι στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα όπου οι κινήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι μεγαλύτερες.

Ανάλογα με τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι είναι ψηλότεροι προς τα εμπρός, στην αυχενική και οσφυϊκή μοίρα, ενώ στην περιοχή των θωρακικών σπονδύλων προς τα πίσω. Το μήκος και η επιφάνεια τους αυξάνεται γενικά από πάνω προς τα κάτω.

Οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι αποτελούνται από:

- Τον ινώδη δακτύλιο, που αποτελείται από ομοκεντρως φερόμενου πέταλα από συνδετικό ιστό και ινώδη χόνδρο.
- Τον πηκτοειδή πυρήνα που βρίσκεται στο κέντρο.

Ινώδης δακτύλιος

Στην εξωτερική ζώνη υπάρχουν ανάμεσα στις δεσμίδες των κολλαγόνων ινών ινοκύτταρα και στην συνεχή ζώνη χονδρικά κύτταρα με μικρή ποσότητα μεσοκυττάριας ουσίας.

Τα δεμάτια των κολλαγόνων ινών πορεύονται σε ένα πέταλο μεταξύ τους, σε αντίθεση προς τις ίνες της επόμενης στοιβάδας που φέρονται σε κοχλιοειδείς περιελίξεις από το σώμα του ενός σπονδύλου στο άλλο και προσφύονται στις πλάκες από υαλοειδή χόνδρο.

Πηκτοειδής πυρήνας

Ο πηκτοειδής πυρήνας δημιουργείται με μεταμόρφωση του κεντ-

ρικού τμήματος της εμβρυικής καταβολής του δίσκου από υαλοειδή χόνδρο σε βλενοπηγματώδη μάζα, που η περιεκτικότητα της σε νερό υπερβαίνει το 80%. Ο πηκτοειδής πυρήνας βρίσκεται υπό εσωτερική πίεση και πιέζει τα πέταλα που τον περιβάλλουν από μέσα και εξογκώνονται όταν αποκόψουμε το δίσκο.

Με την πάροδο της ηλικίας ιδιαίτερα από την 3^η δεκαετία της ζωής ελαττώνεται η κολλοειδοσωματική πίεση του πηκτοειδούς πυρήνος και η περιεκτικότητα σε νερό μειώνεται και έτσι ελαττώνεται η δυνατότητα παραμορφώσεως και η ελαστικότητά του.

Ο πηκτοειδής και οινώδης δακτύλιος συνεργάζονται. Ο ασυμπίεστος αλλά παραμορφώσιμος πηκτοειδής πυρήνας είναι ελαφρά κινητός και υποβαστάζει. Το σώμα του σπονδύλου σαν μαξιλάρι από νερό και φροντίζει για την ομοιόμορφη κατανομή της πιέσεως και διατηρεί τον ινώδη δακτύλιο τεντωμένο.

Ο ινώδης δακτύλιος εξάλλου σχηματίζει σταθερό περίβλημα, που εξασφαλίζει την σύνδεση των σωμάτων του σπονδύλου και παρέχει αντίσταση εναντίον της έλξεως και της περιστροφής.

Σύνδεσμοι της σπονδυλικής στήλης

Εκτός από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους τα σώματα των σπονδύλων συνδέονται και με πρόσθιο και οπίσθιο επιμήκη σύνδεσμο.

- Ο πρόσθιος επιμήκης σύνδεσμος πορεύεται από το ινιακό οστόύν και το πρόσθιο φύμα του άτλαντα προς το ιερό οστόύν και καταλήγει προς τα κάτω ως πρόσθιος κροκοκυγικός σύνδεσμος και συνδέεται στερεά με την πρόσθια επιφάνεια του ιερού οστού ή είναι συγχωνευόμενος με το περιόστεο.

- Ο οπίσθιος επιμήκης σύνδεσμος, εκδύεται από το απόκλισμα, πορεύεται κατά μήκος της ραχιαίας επιφάνειας των σωμάτων των σπονδύλων και μεταπίπτει προς τα κάτω στο έντο βάθει οπίσθιο ιερο-

κοκκυγικό σύνδεσμο. Αυτός είναι συνδεδεμένος στο άνω και κάτω χείλος του σώματος των σπονδύλων και στους μεσοσπονδύλιους δίσκους.

ΣΥΝΔΕΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΩΝ ΤΟΞΩΝ

- Μεσοσπονδύλιες αρθρώσεις

Οι μεσοσπονδύλιες διαρθρώσεις είναι διαρθρώσεις που έχουν δημιουργηθεί ως αρθρώσεις στηρίξεως.

Ο αρθρικός θύλακας αντιστοιχεί στα χείλη των αρθρικών επιφανειών, στις αρθρικές αποφύσεις και είναι πλατύς και χαλαρός στις αρθρώσεις των αυχενικών σπονδύλων, ενώ στην περιοχή του θώρακα και της μέσης στενός και ισχυρός και ενισχύεται από επιμήκεις συνδέσμους.

Οι αρθρικές επιφάνειες των οσφυικών σπονδύλων επιτρέπουν περιστροφή γύρω από τον επιμήκη άξονα μόνο λίγων μοιρών, ενώ αντίθετα ευνοούν τις εκτεταμένες περιστροφικές κινήσεις γύρω από εγκάρσιο άξονα και επιτρέπουν περιορισμένη κάμψη προς τα πλάγια.

2. ΑΙΜΟΦΟΡΑ ΑΓΓΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΑ

ΤΗΣ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ

Η αγγείωση της σπονδυλικής στήλης γίνεται από κλάδους τομακών αρτηριών της αντίστοιχης περιοχής.

- Η αυχενική σπονδυλική στήλη εφοδιάζονται με κλωνία των οπίσθιων κλάδων των μεσοπλευρικών, των οσφυικών και των λαγονοοσφυικών αρτηριών.

- Το ιερό οστόν αιματώνεται από κλάδους της πλάγιας ιερής και της μέσης ιερής αρτηρίας.

Νεύρωση

Η οπίσθια επιφάνεια των σωμάτων των σπονδύλων και όλα τα υπόλοιπα τοιχωματικά τμήματα του σπονδυλικού σωλήνα νευρώνονται από κλωνία του μηνιγγικού κλάδου του νωτιαίου νεύρου, που παλιδρομεί στο σπονδυλικό σωλήνα διαμέσου του μεσοσπονδυλίου τμήματος.

Πόνος κατά την πρόπτωση μεσοσπονδυλίων δίσκων γίνονται αισθητοί στην περιοχή του οπίσθιου επιμήκους συνδέσμου που έχει πλούσια νεύρωση.

3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΝΩΤΙΑΙΟΥ ΜΥΕΛΟΥ

Ο νωτιαίος μυελός είναι μια κυλινδρική νευρική κολώνα που συνεχίζεται προς τα άνω με τον προμήκη μυελό του στελέχους και προς τα κάτω μέσα στη σπονδυλική στήλη μέχρι το επίπεδο του δεύτερου οσφυϊκού σπονδύλου.

Ο μυελός εξέρχεται από την κρανιακή κοιλότητα από το μείζον τμήμα (ινιακό) και όπως φαίνεται (εικ.2.1) είναι πολύ βραχύτερος από την οστεώδη σπονδυλική στήλη όπου βρίσκεται.

Η κατώτερη οσφυϊκή και ιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης περιέχουν μια ομάδα νεύρων που προέρχονται από τον κατώτερο νωτιαίο μυελό και περνάνε στα κάτω άκρα και τα πυελικά σπλάχνα, επειδή μοιάζουν αυτά με την ουρά του ενός αλόγου ονομάζονται ιππουρίδα.

Μια τομή νωτιαίου μυελού δείχνει ότι αυτός ο σχηματισμός αποτελείται από μια κεντρική περιοχή σχήματος Η, από γριζόχρωμο ιστό που περιβάλλεται από ένα υπόλευκο υλιό. Η κεντρική περιοχή που μοιάζει με Η, ονομάζεται φαιά ουσία και περιέχει τα κυτ-

ταρικά σώματα των νευρώνων του νωτιαίου μυελού, το υπόλοιπο ονομάζεται λευκή ουσία και περιλαμβάνει τους άξονες και τους δενδρίτες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού ως και τους μακρούς άξονες των νευρώνων με κυτταρικά στήματα εντοπιζόμενα στον εγκέφαλο. Έτσι η λευκή ουσία περιέχει τους άξονες των νευρώνων του νωτιαίου μυελού που στέλνουν ερεθίσματα προς τα πάνω, στον εγκέφαλο, όπως και τους άξονες των εγκεφαλικών νευρώνων, που στέλνουν ερεθίσματα κάτω στους νευρώνες του νωτιαίου μυελού. Αυτές οι αξονικές οδοί μηνυμάτων, που είναι ανάλογες των υπεραστικών γραμμών τηλεφώνου, είναι τοποθετημένες σε ξεχωριστές δέσμες στη λευκή ουσία και ονομάζονται ανιούσες ή κεντρομόλες ή κατιούσες φυγόκεντρες, νωτιαίοι οδοί.

ΝΩΤΙΑΙΑ ΝΕΥΡΑ

Στον άνθρωπο υπάρχουν 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων, που διαιρούνται σε 8 αυχενικά νωτιαία νεύρα, 12 θωρακικά, 5 οσφυικά, 5 ιερά και 1 κοκκυγικό νωτιαίο νεύρο.

Κάθε νωτιαίο νεύρο εκφύεται από τον νωτιαίο μυελό με δύο ρίζες, την οπίσθια νωτιαία ρίζα και την πρόσθια νωτιαία ρίζα. Η οπίσθια ρίζα εκφύεται από την πλάγια επιφάνεια, του μυελού κοντά στην κορυφή του άνω κέρατος της φαιάς ουσίας. Οι δύο ρίζες τότε συνδέονται για να σχηματίσουν ένα νωτιαίο νεύρο που περνά μέσα από ένα μικρό άνοιγμα, του οστεώδους σπονδυλικού σωλήνα για να μπει στο σώμα. Μετά ταξιδεύει μαζί με τις φλέβες και αρτηρίες, για να φθάσει τα εκτελεστικά όργανα, όπως τους σκελετικούς μύες, το δέρμα και τους ιδρωτοποιούς αδένες.

Η οπίσθια ρίζα έχει μία σαφή διόγκωση που εντοπίζεται σε μικρή απόσταση από το σημείο εκφύσεως της από το νωτιαίο μυελό. Αυ-

τό ονομάζεται γάγγλιο της οπίσθιας ρίζας και περιέχει τα κυτταρικά σώματα των νευρώνων που ασχολούνται με την διαβίβαση αισθητικών ερεθισμάτων στο νωτιαίο μυελό (π.χ. όπως φαίνεται στην εικ. 2.2) αρχίζει σε ένα δερματικό υποδοχέα του πόνου ένας μικρός δενδρίτης και διατρέχει κατά μήκος ενός περιφεριακού νεύρου για να φθάσει το κυτταρικό σώμα που εντοπίζεται σε ένα γάγγλιο οπίσθιας ρίζας. Έπειτα το αισθητικό νευρικό ερέθισμα περνάει κατά μήκος του κυτταρικού σώματος και μέσα στον άξονα, που αφήνει το γάγγλιο μέσω της οπίσθιας ρίζας και μπαίνει στο νωτιαίο μυελό, όπου οι κατάλληλες νευρικές διασυνδέσεις μπορούν να μεταβιβάσουν το αισθητικό ερέθισμα στον εγκέφαλο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Ως οσφυαλγία χαρακτηρίζεται κάθε άλγος στην οσφύ ανεξάρτητα από την αιτία που το προκαλεί. Αρκετά συχνά το άλγος αυτό επεκτείνεται στους γλουτούς και στα κάτω άκρα σε διάφορη έκταση και με ποικίλη κατανομή από τυπική ισχιαλγία του ενός κατά κανόνα σκέλους, που είναι το άλγος κατά μήκος του ισχιακού νεύρου.

Η οσφυαλγία επομένως είναι απλώς ένα σύμπτωμα και δεν σημαίνει μια συγκεκριμένη πάθηση, όπως κακώς πολλές φορές υπονοείται με τον όρο αυτό. Γι' αυτό πρέπει να εκλείψει η χρησιμοποίηση του όρου οσφυαλγία ως διάγνωση και αντί αυτού να αποκαλύπτεται και να αναφέρεται η συγκεκριμένη πάθηση που σε κάθε περίπτωση την προκαλεί.

2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Η οσφυαλγία είναι από τις συνηθέστερες νόσους, ιδίως μετά την ηλικία των 35-45 ετών. Η επίπτωση της δε κυμαίνεται από 6-90%. Από αυτό φαίνεται η σημασία της, αλλά και από το ότι το κόστος της φθάνει τα 16 τρισεκατ. δολάρια το χρόνο και αφήνει ανίκανους προς εργασία 5-4 εκατ. ανθρώπους το χρόνο (στοιχεία ΗΠΑ). Άνδρες και γυναίκες, προσβάλλονται εξίσου. Αν και οι γυναίκες προσβάλλονται μέχρι το 60 χρόνια, κυρίως λόγω οστεοπόρωσης. Η ισχιαλγία συνήθως συμβαίνει κατά την 4^η - 5^η δεκαετία της ζωής.;

Οι παράγοντες κινδύνου είναι: η εξάσκηση επαγγελματιών που απαιτούν επανειλημμένες άρσεις με πρόσθια κάμψη και στροφικές κινήσεις, η έκθεση σε δονήσεις από οχήματα, ή μηχανήματα και το κάπνισμα.

Ένα πολύ σημαντικό ποσοστό αρρώστων από οσφυαλγία είναι οι εργάτες μεγάλων βιομηχανιών.

3. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Για την αιτιολογία της οσφυαλγίας δεν υπάρχει ομοφωνία και συχνά αυτή είναι υποθετική. Πιστεύεται όμως ότι υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παθήσεων της σπονδυλικής στήλης ως και των γειτονικών, που έχουν σαν κύριο ενόχλημα την οσφυαλγία.

Από τις παθήσεις αυτές η πιο συχνή είναι η δισκοκήλη, που καλύπτει το 70% των περιπτώσεων, ενώ σ' ένα σημαντικό ποσοστό αρρώστων ψυχολογικά αίτια μπορεί να κρύβονται πίσω από μια οσφυαλγία ή να επιδεινώνουν μία που ήδη υπάρχει.

Από τις άλλες παθήσεις που προκαλούν οσφυαλγία οι πιο συχνές είναι:

φυματιώδης σπονδυλίτιδα: Αυτή εντοπίζεται στους κατώτερους και οσφυικούς σπονδύλους της σπονδυλικής στήλης και είναι η πιο συχνή πάθηση τουλάχιστον στην Ελλάδα. Η διάγνωση της δεν πρέπει να συγχέεται με την δισκοκήλη ή με άλλη αιτία οσφυαλγίας.

Ο πάσχων από φυματιώδη σπονδυλίτιδα βαδίζει με άκαμπτη την σπονδυλική στήλη, ενώ ο παρουσιάζων κρίση οσφυαλγίας από δισκοκήλη έχει κεκαμένο τον κορμό προς το ένα πλάγιο, βαδίζει δε με μεγάλη δυσκολία διότι και η παραμικρή σύσπαση των ραχιαίων μυών προκαλεί οξύτατο άλγος.

Οστεομυελίτιδα

Η οστεομυελίτιδα είναι φλεγμονώδης πάθηση που προβάλλει τους οσφυικούς σπονδύλους και μπορεί να προκαλέσει οσφυαλγία. Πρόκειται περί σπάνιας παθήσεως που παρουσιάζει χαρακτηριστικά γνωρίσματα που επιτρέπουν την διαφορική διάγνωση.

Ο ασθενής κατ' αρχήν παρουσιάζει γενικά σημεία τοξικότητας, γενική κακουχία και αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων.

Αναφέρονται επίσης και οι πολύ σπάνιες περιπτώσεις της μεταφυτικής, μελιτοκοκκιικής και μυκητιασικής σπονδυλίτιδας, ως και της εχινοκόκου κύστεως της σπονδυλικής στήλης, οι οποίες όταν εντοπίζονται στην οσφυοιερά μοίρα είναι δυνατόν να προκαλέσουν οσφυαλγία.

Ο κλινικός ιατρός οφείλει να θυμάται ότι κοντά στους κατώτερους οσφυϊκούς σπονδύλους βρίσκονται κακοί ιερολαγόνιες αρθρώσεις οι οποίες προσβαλόμενες από φυματίωση ή άλλης φλεγμονής να δώσουν ψευδή εικόνα οσφυαλγίας η οποία για κανένα λόγο πρέπει να αποδεχθεί ως δισκοκήλη ή άλλη πάθηση της οσφυϊκής μοίρας. Πλήν των γενικών σημείων, η προσεκτική εξέταση θα εντοπίσει τα συμπτώματα σε μία από τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Οι ακτινογραφίες δεν είναι διαφωτιστικές κατά τα πρώτα στάδια, αργότερα όμως θα εγκατασταθούν οι οστικές αλλοιώσεις και θα διευκολυνθεί η διάγνωση.

Νεόπλασμα της οσφυϊκής περιοχής

Καλοήγη ή κακοήγη νεοπλάσματα της οσφυϊκής χώρας και κυρίως της οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης αποτελούν αιτία οσφυαλγίας. Τα πρωτοπαθή ενδομυελικά ή εξωμυελικά νεοπλάσματα είναι ασυνήθη όπως και εκείνα των οσφυϊκών σπονδύλων με εξαίρεση το πολλαπλούν μυέλωμα, η διάγνωση του οποίου είναι κατά κανόνα εύκολη από τις πολλαπλές του εντοπίσεις σε διάφορα οστά με τη χαρακτηριστική τους ακτινογραφική εικόνα και από τις παθολογικές αιματολογικές και λοιπές εξετάσεις, όπως, η αυξημένη ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων, οι διαταραχές των λευκωμάτων του ορού και κυρίως η ανεύρεση της παθολογικής σφαιρίνης κατά την ιστολογική εικόνα του μυελού των οστών.

Συχνότερα είναι τα μεταστατικά νεοπλάσματα από πρωτοπαθή καρκίνο διαφόρων οργάνων και ιδιαίτερα εκείνων που συνηθέστερα μετίστανται στα οστά όπως του προστάτου, του μαστού, του θυροειδούς αδένος και των νεφρών, του πνεύμονος και των άλλων.

Η αποκάλυψη των νεοπλασμάτων της οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης που εκδηλώνονται αρχικά με τα σύμπτωμα της οσφυαλγίας δεν είναι συνήθως δύσκολη. Η οσφυαλγία είναι επίμονη και συνεχής δεν υποχωρεί με την κατάκλιση και τη συνήθη συμπτωματική αγωγή, αλλά αντίθετα επιτείνεται ιδίως στην περίπτωση των κακοήθων νεοπλασμάτων. Η ακτινογραφική μελέτη της περιοχής συμβάλει πολύ στην αποκάλυψη τους λόγω των σαφών αλλοιώσεων των οσφυϊκών σπονδύλων, ιδιαίτερα στην περίπτωση των μεταστατικών νεοπλασμάτων, όπου οι αλλοιώσεις αφορούν πολλούς συνήθως σπονδύλους αλλά και άλλα οστά, υπάρχει δε το ιστορικό του πρωτοπαθούς καρκίνου. Άλλοτε όμως η διάγνωση των μεταστατικών νεοπλασμάτων δυσχεραίνεται, όπως στην περίπτωση που η μετάσταση είναι μονήρης ή και όταν αποκαλύπτονται ακτινογραφικά πριν από την εκδήλωση των συμπτωμάτων του πρωτοπαθούς καρκίνου, όπως πολλές φορές συμβαίνει.

Μεταστατικός καρκίνος

Ο μεταστατικός καρκίνος είναι η πιο συχνή νεοπλασματική επεξεργασία των κατώτερων θωρακικών και οσφυϊκών σπονδύλων, ο οποίος δεν πρέπει να συγχέεται με την δισκοκήλη και τις λοιπές οσφυαλγίες. Συνήθως αυτός αφορά άτομα άνω των 50 ετών, η διάρκεια των ενοχλημάτων είναι σχετικός βροχεία, η επιδείνωση σταθερή και γρήγορη, τα δε νυχτερινά άλγη χαρακτηριστικά.

Πλην του μεταστατικού καρκίνου η σπονδυλική στήλη και ιδιαίτερα η οσφυϊκή μοίρα αυτής, είναι δυνατόν να παρουσιάσει και άλ-

λες νεοπλασματικές επεξεργασίες καλοήθεις ή κακοήθεις. Οι νεοπλασματικές αυτές επεξεργασίες είναι δυνατόν να είναι ενδομυελικές (ίνωμα, γλοίωμα, αγγείωμα κ.τ.λ.) ή εξωμυελικές από την σκληρά μήνιγγα (μηνίγγιωμα, νευρίνωμα κ.τ.λ.) ή τέλος να αφορούν αυτούς καθ' αυτούς τους σπονδύλους (μυέλωμα, σάρκωμα, αιμαγγείωμα).

Πολλές φορές ενδομυελικός όγκος, ανευ κεντρικών νευρολογικών σημείων πίεσεως και άνευ ακτινολογικών ευρημάτων είναι δυνατόν να διαφύγει κατά τα αρχικά στάδια την διάγνωση, Εν τούτης όμως η προσεκτική παρακολούθηση του ασθενή και η εργαστηριακή έρευνα θα θέσουν σωστά την διάγνωση.

Σπονδυλολίσηση

Η σπονδυλολίσηση πρόκειται περί ανωμαλίας της σπονδυλικής στήλης η οποία εντοπίζεται στους κατώτερους οσφυϊκούς σπονδύλους είναι δυνατόν να προκαλέσει οσφυαλγία.

Εάν η ύπαρξη σπονδυλολίσησης απέκλειε την ταυτόχρονη ύπαρξη δισκοκήλης δεν θα υπήρχε καμία δυσκολία αιτιολογήσεως αυτής της οσφυαλγίας και αυτό διότι η σπονδυλολίσηση αναγνωρίζεται εύκολα ακτινογραφικώς. Δυστυχώς όμως δεν είναι καθόλου σπάνια η συνύπαρξη των δύο αυτών καταστάσεων, γι' αυτό τα υπερισχύοντα συμπτώματα της δισκοκήλης προς της σπονδυλολίσησης οφείλουν να αποδίδονται ορθώς στην δισκοκήλη και όχι στην ευκόλως διαγνωστικυμένη σπονδυλολίσηση.

Επί σπονδυλολισησεως το ιστορικό του ασθενή αναφέρεται στο μακροχρόνιο άλγος στην οσφύ, άνευ κρίσεων, αλλά και άνευ περιόδων ηρεμίας, ενώ επί ιστορικού δισκοκήλης συνοδεύεται με κρίσεις και περιόδους ηρεμίας. Οι κινήσεις της οσφυοιεράς μοίρας είναι μεν επώδυνες αλλά δεν παρουσιάζουν σημαντικό περιορισμό του εύρους των, ενώ επί συνυπάρξεως δισκοκήλης

λόγω της ισχυρής μυϊκής σύσπασης η κάμψη και η έκταση είναι περιορισμένες.

Η ύπαρξη επίσης αναληπτικής σκολίωσης προϋποθέτει δισκοκήλη διότι η απλή σπονδυλολίσηση δεν προκαλεί σκολίωση.

Η ισχυαλγία εξ' άλλου που οφείλεται στην σπονδυλολίσηση, εμφανίζει τα χαρακτηριστικά της πιέσεως της σύστοιχου προς το επίπεδο αυτής της ρίζας, ενώ επί συνυπάρξεως δισκοκήλης η πιεζόμενη ρίζα συμπίπτει προς το ύψος της πρόπτωσης.

Συγγενείς ανωμαλίες της σπονδυλικής στήλης.

Η ιεροποίηση του O_5 η οποία εύκολα αναγνωρίζεται ακτινογραφικώς όπως και η σπονδυλολίσηση. Η δυσκολία έγκειται στην σωστή απόδοση των ενοχλημάτων, στην ανατομική αυτή ανωμαλία ή στην συνύπαρξη δισκοκήλης.

Κατά πρώτο για να ενοχοποιηθεί η ιεροποίηση ως αίτιο οσφυαλγίας πρέπει να είναι ατελής δηλαδή στο σημείο επαφής της εγκάρσιας αποφύσεως του O_5 και του ιερού ή λαγόνιο οστού να μην υπάρχει πλήρης συνοστέωση αλλά ένα είδος ψευδαθρώσεως, η οποία καλείται νεόθρωση. Σ' αυτή ακριβώς την νεόθρωση είναι δυνατόν να οφείλεται η οσφυαλγία.

Η δισχιδής ράχη αν και αποτελεί συχνό ακτινογραφικό εύρημα, δεν φαίνεται ικανή να προκαλέσει άλγη στην οσφύ. Έχει υποστηριχθεί όμως ότι επί δισχιδούς ράχεως επέρχεται ανωμαλία του επακανθίου και των μεσσακανθίων συνδέσμων και ότι αυτή η ανωμαλία μπορεί να προκαλέσει οσφυαλγία. Η εξήγηση εν τούτοις πιστεύεται ότι είναι αναμφίβολη και είναι λογικότερο επί ανευρέσεως δισχιδούς ράχεως σε ασθενή αιτιώμενο με οσφυαλγία, το αίτιο αυτής να αναζητηθεί αλλού και όχι στην ύπαρξη της ανατομικής ανωμαλίας.

Λίγη αντίθετα σημασία έχει αποδοθεί στην φυσιολογική σχέση των αθρικών αποφύσεων ως και στην ευντάθεια των διαρθρώσεων των κατώτερων οσφυικών σπονδύλων.

Εν τούτοις η αστάθεια των διαρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης είναι δυνατόν να προκαλέσει σοβαρά ενοχλήματα. Τα ακτινογραφικά ευρήματα είναι φτωχά και η διάγνωση πολύ δύσκολη η οποία πρέπει να τεθεί κυρίως από τον χαρακτήρα και την διάρκεια των ενοχλημάτων.

Τα άλγη είναι δυνατόν να αρχίσουν σαν κρίση οξείας οσφυαλγίας, συνήθως η πρώτη προσβολή προκαλείται κατόπιν υπέρμετρου επιβαρύνσεως της οσφυοτεράς μοίρας. Συχνά αναφέρεται κατάδυση από ύψος στην θάλασσα η οποία από κακό υπολογισμό προκάλεσε υπερέκταση. Άλλοτε ο ασθενής αναφέρει υπέρμετρη προσπάθεια κατά την εκτέλεση αστήσεως όπως ανύψωσης σημαντικού βάρους.

Η πρώτη αυτή κάκωση είναι δυνατόν να προκαλέσει ένα είδος υπερξαθρήματος, κατά τις διαρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης με αποτέλεσμα την εμφάνιση οξείας οσφυαλγίας.

Την πρώτη προσβολή μπορεί να την ακολουθήσουν και άλλες οφειλόμενες στην χάλαση των αθρικών αποφύσεων. Οι προσβολές αυτές επέρχονται γρήγορα και με ελαφρότερη ένταση για να εγκατασταθεί στο τέλος μόνιμη οσφυαλγία, που μεταπίπτει άλλοτε σε οξεία κρίση ακόμη και με απλή παρατεταμένη ορθοστασία.

Για τον λόγο αυτό όταν υποπτευόμαστε τέτοιου είδους κακώσεις οφείλουμε αμέσως μετά την πρώτη προσβολή να εφαρμόζουμε για λίγους μήνες ζώνη οσφύος και να διδάξουμε τον ασθενή να αποφύγει την υπέρμετρη επιβάρυνση της οσφύος του.

Εκφυλιστική αθροπάθεια της σπονδυλικής στήλης ή σπονδυλοαθρίτιδα, είναι δυνατόν να προκαλέσει ενοχλήματα στην οσφύ. Η εκφυλιστική σπονδυλοαθρίτιδα είναι πάθηση η οποία αφορά τόσο τις μεσοσπονδύλιες συγχονδρώσεις, όσο και τις μεσοσπονδυλικές διαρθρώσεις, χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη των οστεοφύτων, από ανωμαλίες και πυκνώσεις των αθρικών επιφανειών ως και από στενώσεις των μεσαρθρίων διαστημάτων. Η ύπαρξη απλώς οστεοφύτων στα πρόσθια χείλη των σπονδυλικών σωμάτων σε νεαρά άτομα καλείται σπονδύλωση και αντιδιαστέλλεται της εκφυλιστικής σπονδυλοαθρίτιδας.

Η σπονδύλωση οφείλεται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις των μεσοσπονδυλίων δίσκων και είναι συνήθως ασυμπτωματική. Όταν τύχει να προκαλεί ενοχλήματα αυτά παρατηρούνται κατά την εποχή του σχηματισμού των οστεοφύτων και είναι ακαθόριστα. Η διάγνωση θα τεθεί μάλλον με τον αποκλεισμό άλλων παθήσεων που προκαλούν παρόμοια ενοχλήματα παρά με την πραγματική αξιολόγηση των ακτινογραφικών ευρημάτων.

Ο μηχανισμός προκλήσεως της οσφυαλγίας επί σπονδυλοαθρίτιδας είναι τελείως διαφορετικός από των άλλων οσφυαλγιών και, όταν γίνει αντιληπτός θα σταματήσει η τόσο συχνή ενοχοποίηση των αθρών οστεόφυτων των πρόσθιων χειλέων των σπονδύλων.

Τα ενοχλήματα της σπονδυλοαθρίτιδας είναι τα άγλη περιορισμένες κινήσεις και σύσπαση των ραχιαίων μυών. Τα ενοχλήματα είναι διάχυτα παρά εντετοπισμένα, όπως συμβαίνει επί δισκοκήλης, σπονδυλολίσησης και ιεροποίησης του O_5 .

Η σπονδυλοαθρίτιδα είναι πάθηση της γεροντικής ηλικίας οπότε δεν πρέπει να αποδίδουμε τα ενοχλήματα ασθενών 30 - 35 ετών ή και νεότερων ακόμη, σε σπονδυλοαθρίτιδα.

Η ρευματοειδής ή αγκυλωτική σπονδυλίτιδα είναι δυνατόν κατά τα αρχικά στάδια να παρουσιάσει σημεία οσφυαλγίας. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου τόσο η κλινική όσο και η ακτινογραφική εικόνα είναι χαρακτηριστική. Πρίν όμως φθάσουμε στο στάδιο αυτό μπορεί αυτή να συγχυσθεί με άλλες παθήσεις που προκαλούν οσφυαλγία. Η προσεκτική εξέταση της ακτινογραφικής εικόνας των ιερολαγόνιων αρθρώσεων οι οποίες προσβάλλονται κατά τα αρχικά ακόμη στάδια της νόσου ως και οι εργαστηριακές εξετάσεις θα θέσουν την διάγνωση.

Η γεροντική οστεοπόρωση σπάνια μπορεί να προκαλέσει εντετοπισμένα ενοχλήματα στην οσφύ. Τα άλγη είναι διάχυτα και προσβάλλουν κυρίως τις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση, η χαρακτηριστική ακτινογραφική εικόνα της διάχυτης αραιώσης θα θέση εύκολα την διάγνωση.

Οι οστικές αλλοιώσεις των σπονδύλων οι οποίες είναι δυνατόν να παρατηρηθούν κατά το τριτογενές συφιλιδικό στάδιο αποτελούν μερικές φορές αιτία της οσφυαλγίας. Στα αρχικά τους στάδια μοιζούν με της εκφυλιστικής αρθροπάθειας, πλην όμως αυτές εξελίσσονται γρήγορα και χαρακτηρίζονται από έντονη οστική υπερπαραγωγή. Η διάγνωση τους πρέπει να τεθεί από την χαρακτηριστική ακτινογραφική εικόνα και από την κλινικών σημείων της συφιλίδος.

Αναζητώντας τα αίτια της οσφυαλγίας πρέπει να έχουμε υπ' όψιν και την σπάνια νόσο του B η οποία δεν πρόκειται περί πραγματικής νόσου αλλά περί απλής αντομικής ανωμαλίας και συνιστάται σε ευμεγέθεις ακανδώδεις αποφύσεις μετά προσκρούσεων αυτών και δημιουργούν επώδυνες νεαθρώσεις που συνοδεύεται από εκφυλιστική αρθροπάθεια.

Ακόμη οσφυαλγία μπορεί να προκαλέσουν και οι τραυματικές παθήσεις, όπως ρήξη μυϊκών ινών ή συνδέσμων, υπερεξαρθρήματα, των οπίσθιων αθρώσεων, τραυματική σπονδυλόλυση : ακόμη και τα κατάγματα της κατώτερης θωρακικής και οσφυικής μοίρας μπορούν να προκαλέσουν οσφυαλγία μετά η άνευ νευρολογικών φαινομένων.

Φλεγμονώδεις παθήσεις

Η φυματιώδης σπονδυλίτις, ή δισκίτις της παιδικής ηλικίας και η οστεοφυελίτις της οσφυικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι σχετικά σπάνιες αιτίες οσφυαλγίας.

Όταν συνοδεύονται από τα γενικά συμπτώματα κάθε φλεγμονής, όπως και τα γνωστά εργαστηριακά και ακτινογραφικά ευρήματα, η διάγνωση τους δεν είναι συνήθως δύσκολη. Μερικές φορές όμως εκδηλώνονται ή και εξελίσσονται κατά τα αρχικά τους στάδια με κύριο σύμπτωμα την οσφυαλγία.

Αυτό είναι περισσότερο συχνό για την φυματιώδη σπονδυλίτιδα ή οποία πολλές φορές εξελίσσεται για πολλούς μήνες χωρίς ιδιαίτερα και αξιόλογα συμπτώματα εκτός της οσφυαλγίας, όπως και στην περίπτωση της δισκίτιδας και της χρόνιας οστεοφυελίτιδας των οσφυϊκών σπονδύλων, η οποία επίσης εξελίσσεται χωρίς έκδηλα και σαφή συμπτώματα πέραν της οσφυαλγίας.

Η οστεοφυελίτις εγκαθίσταται κατά την διάρκεια συνήθως φλεγμονών άλλων οργάνων, κυρίως των ουροποιητικών και των γεννητικών, απο τα συμπτώματα των οποίων καλύπτεται πολλές φορές κατά τα αρχικά τους στάδια. Άλλοτε πάλι η οσφυϊκή σπονδυλίτις είναι μελιτοκοκκικής ή τυφικής αιτιολογίας και

εκδηλώνεται με αβληχρά συμπτώματα μετά την πάροδο του νόσου.

Για τους λόγους αυτούς η πιθανότητα φλεγμονής της οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης πρέπει να ελέγχεται σε κάθε περίπτωση οσφυαλγίας.

Ο έλεγχος αυτός συνήθως επιτυγχάνεται εύκολα με την ακτινογραφική μελέτη και τις σχετικές εργαστηριακές εξετάσεις.

Η κλινική εξέταση και η ακτινογραφική μελέτη πρέπει να περιλαμβάνει και τις ιερολογόντες μερικές φορές από τις συνήθεις ή ειδικές φλεγμονές που αναφέρθηκαν.

Υπάρχουν βέβαια παραμελημένες συνήθως περιπτώσεις ασθενών κατά τις οποίες η διαφορική διάγνωση της φυματιώδους από την σηπτική σπονδυλίτιδα δεν είναι εύκολη ή ακόμη και από άλλες παθολογικές καταστάσεις της οσφυϊκής σπονδυλικής στήλης, όπως είναι το πολλαπλούν μυέλωμα και μεταστατικά νεοπλάσματα, ή και καθίζηση και παραμόρφωση των οσφυϊκών σπονδύλων από οστεοπόρωση ή και χρόνιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Ο λεπτοτέρος όμως εργαστηριακός και ακτινογραφικός έλεγχος, η λήψη τομογραφιών και σε ειδικές περιπτώσεις και ηλεκτρονικών υπολογιστικών τομογραφιών συμβάλλει στην διαφορική διάγνωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις θα χρειασθεί βιοψία που είναι προτιμότερο να γίνεται με την ειδική βελόνη.

Οσφυαλγία τέλος είναι δυνατόν να προκαλέσουν και οι παθήσεις μακριά από την περιοχή της οσφύος, όπως φλεγμονές

όγκοι των ιερολαγόνιων αδρώσεων, λιθιάσεις, όγκοι και φλεγμονές των νεφρών και των ουροτήρων, ως και οι γυναικολογικές καταστάσεις.

Οι παθήσεις αυτές πρόκειται περί αντανακλαστικών οσφυαλγιών. Τα αντανακλαστικά αυτά άλγη σπάνια μοιάζουν με αυτά της πραγματικής οσφυαλγίας και είναι μάλλον απίθανο γυναικολογικές παθήσεις να διαφύγουν από την προσοχή μας και να αντιμετωπισθούν σαν παθήσεις της οσφυϊκής μοίρας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

1. ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Το άλγος στην οσφύ οφείλεται στην πίεση των νεύρων, η οποία προκαλείται :

- α) Από προσβολή του δίσκου (δισκοπάθεια)
- β) στένωση του κεντρικού σωλήνα ή των πλαγίων τρημάτων, είτε από εκφυλιστική νόσο (οστεόφυτα) είτε από συγγενή στένωση.
- γ) Παγίδευση στην σπονδυλολίσηση.
- δ) Άλλες αιτίες
 - Πίεση από όγκους στα σπονδυλικά σώματα (μυέλωμα, μηνιγγίωμα)
 - Ίωση μετά φλεγμονής (οστεομυελίτιδα, φυματιώδης σπονδυλίτιδα)
 - Τοπικές αιτίες ερεθισμού των νευρικών ριζών κυρίως του ισχιακού νεύρου (ΐωση νευρικών πλεγμάτων, ενδομητρίωση)

Σε κάθε επίπεδο της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης υπάρχουν τρεις αρθρώσεις : ο δίσκος και οι δύο οπίσθιες αρθρώσεις. Οι αρθρώσεις αυτές είναι δυναμικά και λειτουργικά συνδεδεμένες έτσι ώστε βλάβη της μιας να επηρεάζει τις άλλες και αντίστροφα.

Η παθολογική αλλοίωση αρχίζει σε μια κυρίως άρθρωση και μπορεί από μόνη της να προκαλέσει συμπτώματα, αργότερα θα αναδειχθεί μια σειρά αλλοιώσεων που ονομάζεται "συνδυασμένη εκφύλιση του συστήματος των τριών αρθρώσεων". Οι βλάβες αυτές προκαλούν μηχανικές αλλαγές (δηλ. αλλαγή του τρόπου μεταβίβασης των δυνάμεων πάνω και κάτω από την βλάβη. Οι οποίες με την σειρά τους προκαλούν παρόμοιες βλάβες και στα γειτονικά (άνωθεν και κάτωθεν) συστήματα των τριών αρ-

θρώσεων.

Τα δύο τελευταία συστήματα, των τριών αρθρώσεων (O_{21} - O_5 και O_5-I_1) είναι κυρίως αυτά που προσβάλλονται περισσότερο από την εκφυλιστική νόσο (αρθροπάθεια). Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της θέσης τους στην μετάπτωση από το σταθερό ιερό οστό σε μια κινητή μοίρα. Επίσης οι οπίσθιες αρθρώσεις έχουν οβελιαίο προσανατολισμό και επιτρέπουν έτσι περισσότερο στροφικότητα κάνοντάς τις έτσι πιο ευαίσθητες στις στροφικές δυνάμεις. Σ' αυτό ενοχοποιείται η ελάττωση του πλάτους του οπίσθιου επιμήκη συνδέσμου, ο οποίος το O_5 έχει το μισό πλάτος από το αρχικό του προσφέροντας έτσι λιγότερη προστασία.

Πιστεύεται επίσης ότι ένα μεγάλο ποσοστό οσφυαλγιών προέρχεται από τους συνδέσμους οι οποίοι είναι δυνατόν να είναι φυσιολογικοί ως προς την υφή ή να έχουν διηθηθή αμέσως από παθολογική εξεργασία.

Η δράση των ιερονωτιαίων μυών παίζουν σημαντικό ρόλο στην φόρτιση των συνδέσμων. Αποδείχθει εξ' άλλου από ηλεκτρομυογραφικών μελετών ότι κατά την διάρκεια κάμψης της Σ.Σ. οι μύς αυτοί δρουν ενεργητικώς καταβιβάζοντας τον κορμό, αλλά μόλις η Σ.Σ. φθάνει σε πλήρη κάμψη, η μυϊκή δράση παύει καθ' ολοκλήρου και ολόκληρο το βάρος του κορμού υποβαστάζεται από τους συνδέσμους και μόνο. Αυτό συμβαίνει οποτεδήποτε η Σ.Σ. είναι πλήρως κεκωμένη ανεξάρτητα της θέσεως των κατ' ισχίων αρθρώσεων. Οι σύνδεσμοι βρίσκονται σε σημαντική τάση όταν σκύπτωμε στο έδαφος, ή όταν καθόμαστε σκυφτοί. Σε ένα φυσιολογικό άτομο οι θέσεις

αυτές μπορούν να προκαλέσουν μια παροδική μόνο οσφυαλγία αλλά σε άλλες περιπτώσεις το προκαλούμενο άλγος είναι έντονο και επίμονο.

2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Την οσφυαλγία θα την χωρίσουμε σε τέσσερις κατηγορίες :

- α) οξεία (ο ασθενής έρχεται με συμπτώματα διάρκειας από 0-6 εβδομάδων)
- β) υποξεία (ο ασθενής έρχεται με συμπτώματα διάρκειας από 6-12 εβδομάδων)
- γ) χρόνια (όταν ο ασθενής έρχεται με συμπτώματα διάρκειας πάνω των 12 εβδομάδων)
- δ) διαλείουσα (κατ' αυτήν τα συμπτώματα μία επανέρχονται και μια υποχωρούν)

Περίπου το 85% των περιπτώσεων οσφυαλγίας έρχονται με οξεία, το 10% με υποξεία και το 5% με χρόνια.

Η οξεία οσφυαλγία μόνο σε 10 - 20% των περιπτώσεων δέχεται ακριβή παθολογοανατομική διάγνωση. Αυτό που είναι σημαντικό σ' αυτή την κατηγορία, είναι η διαφοροδιάγνωση σοβαρών καταστάσεων που απειλούν την ζωή και που μπορεί να γίνει κυρίως με την κλινική εικόνα και το ιστορικό.

- Αν ο ασθενής σφαδάζει από τον πόνο, να αποκλεισθούν ενδοκοιλιακή και αγγειακή νόσος.
- Σε συνεχή πόνο και στην ανάπαυση, να αποκλεισθούν νεοπλασίες και φλεγμονές (δισκίτις, επισκλαπόστημα και κυρίως σε ναρκομανείς, διαβητικούς, ανοσοκατασταλμένους).
- Σε εξελισσόμενη νευρολογική συμπτωματολογία, ιππουριδικά σημεία (ανεπάρκεια κύστης, εντέρου) πρέπει να αποκλειστούν επίσης απόστημα, αιμορραγία, όγκοι, μαζική κεντρική δισκοκήλη.
- = Οξύς πόνος σε ασθενή με αυξημένο κίνδυνο για οστεοπόρωση ή με γνωστή νεοπλασία είναι ισχυρή ένδειξη για παθολογικό κάταγμα.

Η οξεία οσφυαλγία μπορεί να συνοδεύεται (στο 1%) και με ισχυαλγία. Για διάγνωση και θεραπεία της ισχύουν τα ίδια.

Υποξεία οσφυαλγία το 1% των ασθενών έρχονται με συμπτώματα διάρκειας περισσότερο από 6 εβδομάδες χωρίς να έχει τεθεί διάγνωση. Εδώ, ακτινογραφίες της Σ.Σ. μπορεί να αποκαλύψουν πιθανές αιτίες, όπως σπονδυλολίση με ή χωρίς σπονδυλόλυση.

Υποξεία οσφυαλγία με ισχυαλγία

Η κήλη του πηκτοειδή πυρήνα είναι η κύρια αιτία οσφυαλγίας. Άλλες αιτίες είναι : η στένωση του πλαγίου εκκοιλώματος, εκφυλιστικές αρθρικές κύστες, συγγενείς ανωμαλίες των οσφυικών ριζών.

Πρωτοπαθείς και μεταστατικοί όγκοι, επισκληρίδια αποστήματα, βλάβη του οσφυικού πλέγματος από οπισθοπεριτοναϊκούς όγκους ενδομητρίωσηλώσεις.

Τοπικές αιτίες οσφυαλγίας είναι : το " σύνδρομο (ερεθισμός του ισχιακού από τη συνεχή τοποθέτηση του πορτοφολιού στην πίσω τσέπη του παντελονιού) ή "

νευρίτης (κατ' αναλογία), το σύνδρομο του απι-οειδούς μυός και όγκοι του ισχιακού νεύρου.

Όπως είπαμε όμως, η κήλη του Η.Π. είναι η πιο πιθανή διάγνωση και μάλιστα στο 98% αφορά τα 04-05 ή 05-11 διαστήματα, ενώ οι περισσότεροι ασθενείς είναι ηλικίας 20-50 χρόνων. Πιο ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν αυξημένη τάση για κήλη στα 03-04 και 02-03 διαστήματα.

Χρόνια οσφυαλγία: Το 5% μόνο των ασθενών έχουν επιμένοντα συμπτώματα για περισσότερο από 12 εβδομάδες, αλλά αυτό το

ποσοστό είναι υπεύθυνο για το 85% του κόστους (συντάξεις απώλεια ημερών εργασίας...). Παθολογοανατομική διάγνωση μπορεί να μπει μόνο στο 50% των περιπτώσεων, ενώ στο 25% των υπολοίπων τα συμπτώματα ενισχύονται σημαντικά από ψυχολογικούς λόγους όπως αυξημένο άγχος, υστερία και υποχονδρίαση. Η κύρια αιτία της κατηγορίας αυτής είναι οι εκφυλιστικές παθήσεις.

Διαλείπουσα οσφυαλγία

Μετά από ένα οξύ επεισόδιο οσφυαλγίας σχετικό με το επάγγελμα του ασθενή 60% των ασθενών έχουν υποτροπιάζοντα συμπτώματα μέσα σε ένα χρόνο, αλλά ο κίνδυνος υποτροπής μειώνεται μετά από δύο χρόνια.

Διαλείουσα ισχυαλγία συμβαίνει στο 10% των ανδρών και το 14% των γυναικών. Πολλοί από τους ασθενείς με διαλείπουσα οσφυαλγία έχουν το ίδιο βεβαρυμένο ψυχολογικό προφίλ με αυτούς με χρόνια οσφυαλγία.

Ο ισχυρός πόνος στην μέση είναι το πιο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οσφυαλγίας, ο οποίος αρχίζει συνήθως από το σήκωμα ενός βαριού αντικειμένου ή από μια απότομη κίνηση. Ο πόνος μπορεί να είναι τοπικός συχνά όμως αντανακλά στο ένα ή στο άλλο σκέλος (δισκοκήλη). Σε ορισμένες περιπτώσεις οι οποίες είναι αρκετά συχνές ο πόνος αρχίζει προοδευτικά χωρίς ιστορικό τραυματισμού και είναι δυνατόν να περιορισθεί μόνο στην μέση. Άλλοτε πάλι ο πόνος μπορεί να αρχίσει από την κνήμη ή το μηρό και να μετακινηθεί αργότερα προς την μέση. Ανεξάρτητα από τον τρόπο έναρξης ο πόνος επιτείνεται

με τον βήχα και το πτόρνισμα.

Παρατηρώντας τον ασθενή εκ των όπισθεν διαπιστώνεται εξάλειψη της οσφυικής λόρδωσης κλίση του κορμού προς το ένα πλάγιο και σύσπαση των ιερονωτιαίων μυών, που οφείλεται στην προσπάθεια του αρρώστου να απομακρύνει την ρίζα από τον δίσκο που την πιέζει. (εικ. 5.1.)

Οι κινήσεις της Σ.Σ. είναι περιορισμένες, ιδιαίτερα η πρόσ-
θια κάμψη και λιγότερο οι πλάγιες κλίσεις. Οι στροφικές
κινήσεις είναι συνήθως ελεύθερες. Ένα πολύ χαρακτηριστικό
σημείο είναι ο τρόπος της κατακλίσεως του ασθενή.

Στο κατώτερο τμήμα της οσφυικής μοίρας αμέσως έξω από
τις ακανθώδεις αποφύσεις υπάρχει μεγάλη ευαισθησία. Επίσης
ευαισθησία υπάρχει και κατά την πίεση στο γλουτό αντίστοιχα
προς το σημείο εξόδου του ισχιακού νεύρου από την λεκάνη.

Αν σηκώσουμε το πόδι του αρρώστου που πονάει τεντωμένο
από το κρεβάτι προς τα πάνω, (L
Ο πόνος θα αυξηθεί σε βαθμό που δεν θα μας επιτρέψει να ξεπε-
ράσουμε τις 20 -30 μοίρες από το επίπεδο του κρεβατιού.

Στα κάτω άκρα ελέγχεται η μυική ισχύ τα αντανεκλαστικά
και η αισθητικότητα που επηράζονται ανάλογα με την ρίζα που
πιέζεται.

Πίεση της I_1 ρίζας ($O_5 - I_1$, δίσκος) προκαλεί μείωση ή
κατάργηση του αχίλλειου αντανεκλαστικού, ελάττωση της
μυϊκής ισχύος των καπτήρων του ποδιού και των δακτύλων και
υπαισθησία στο έξω χείλος του και στα δύο τελευταία
δάκτυλα (εικ. 5.2).

Κατά την πίεση της O_5 ρίζας ($O_4 - O_5$ δίσκος) το αχίλλειο αντανakλαστικό συνήθως δeneπηρεάζεται, ελαττώνεται όμως η μυική ισχύ στους εκτεινόντες τους δακτύλους και ιδίως στον εκτεινόντα το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού.

Κατά την πίεση της O_4 ρίζας ($O_3 - O_4$ δίσκος) ο πόνος αντανakλά στην πρόσθια επιφάνεια του μηρού ακι επιτείνεται κατά την υπερέκταση του σκέλους με τον ασθενή σε προημένη θέση. Το αντανakλαστικό του γόνατος καταργείται ή ελαττώνεται σε ένταση. Ελαττώνεται επίσης η μυική ισχύ του τετρακέφαλου, ο οποίος στην συνέχεια εμφανίζει ατροφία.

Οι αισθητικές διαταραχές στην οσφυαλγία οφειλομένη στην δισκοκήλη είναι ελάχιστες. Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι δυνατόν η πίεση να είναι κεντρική και να προκαλέσει ιππουριδική συνδρομή με διαταραχές ούρησης και πάρεση στα κάτω άκρα.

Όταν ο άρρωστος παραπονείται για μικρού ή μέτριου βαθμού πόνο στην μέση και τους γλουτούς και περιορισμό κινήσεως της Σ.Σ. πρόκειται για οσφυαλγία οφειλόμενη σε εκφυλιστικές παθήσεις (σπονδυλαθρίτιδα).

Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις της σπονδυλαθρίτιδας μπορεί να προκαλέσουν σε ορισμένες περιπτώσεις στένωση του σπονδυλικού σωλήνα που εκδηλώνεται με σύνδρομο νευρογενούς διαλείπουσας χωλότητας.

Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται μέτριου βαθμού περιορισμός των κινήσεων της Σ.Σ. Σπασμός στους ιερονωτιαίους μύς, συνήθως δεν υπάρχει παρά μόνο σε στάδια παροξύνσεων.

Κατά την πίεση στις ακανθώδεις αποφύσεις διαπιστώνεται διάχυτη μετρίου βαθμού ευαισθησία.

Η στένωση του σπονδυλικού σωλήνα στις περισσότερες φορές είναι ασυμπτωματική. Μερικές φορές μπορεί να προκαλέσει ελαφρό πόνο στην οσφυοϊερά χώρα.

Η σπονδυλολίση πολλές φορές είναι χωρίς συμπτώματα και ιδίως στα παιδιά, αυτή αποκαλύπτεται τυχαία μετά από ακτινογραφικό έλεγχο που γίνεται για άλλη αιτία.

Στην περίπτωση που υπάρχουν συμπτώματα, το κύριο ενόχλημα είναι ο πόνος στην μέση που αργότερα μετακινείται στους γλουτούς. Αρχίζει προοδευτικά και είναι συνήθως μετρίου εντάσεως. Επιτείνεται με την πολύωρη ορθοστασία και κόπωση και ελαττώνεται με την κατάκλιση.

Κατά κλινική εξέταση τα ευρήματα είναι χαρακτηριστικά, ιδιαίτερα αν η ολίση είναι αρκετά μεγάλη. Υπάρχει αύξηση της φυσιολογικής λόρδωσης και η προβολή της κοιλιάς (εικ. 5.3.). Η σπονδυλική στήλη σε παχύσαρκα άτομα δίνει την εντύπωση ότι εμβυθίζεται μέσα στην λεκάνη, ενώ στο κάτω μέρος της οσφυοϊεράς χώρας σχηματίζονται εγκάρσιες δερματικές πτυχές.

Κατά την ψηλάφηση διαπιστώνεται ότι προσβάλλει η ακανθώδεις απόφυση του σπονδύλου που μετατοπίστηκε, επειδή δεν ακολουθεί την ολίση, ενώ πάνω απ' αυτήν υπάρχει αύλακα που σχηματίζεται από τις ακανθώδεις αποφύσεις των υποκειμένων σπονδύλων που ακολουθούν την ολίση.

Οι κινήσεις της Σ.Σ. είναι περιορισμένες. Αν υπάρχει και

ισχιαλγία είναι δυνατόν να βρεθεί περιορισμός στην γωνία που μπορεί να σηκώσει ο άρρωστος τεντωμένο το σκέλος από το κρεβάτι.

Κλασικό παράδειγμα κάθε οσφυαλγίας αποτελεί η περίπτωση ενός ανθρώπου, όταν κατά την διάρκεια μιάς ασχολίας ως (π.χ. του γκόλφ) καταλαμβάνεται από αιφνίδιο άλγος στην οσφύ και του είναι αδύνατο να μετακινηθεί. Μεταφέρεται στο σπίτι του και παραμένει κλινήρεις, ενώ το ισχυρό άλγος υποχωρεί μόνο μετά από λίγες μέρες.

Η έναρξη του άλγους μπορεί να γίνει αντιληπτή για πρώτη φορά κατά την πρωινή αφύπνιση, ή να εμφανιστεί κατά την διάρκεια της ημέρας, άνευ εμφανούς αιτίου με ταχέως αυξανόμενη ένταση. Η δριμύτητά του δεν ποικίλει σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Μερικοί δεν μπορούν να βαδίσουν, ενώ άλλοι αδυνατούν ακόμη να σταθούν όρθιοι.

Σε ήπιες προσβολές οι ασθενείς αισθάνονται δυσφορία όταν κάθονται ή είναι όρθιοι για μεγάλο χρονικό διάστημα, όταν στρέφουν το κορμό ή όταν αλλάζουν θέση. Η έγερσή από την καθιστική δε θέση είναι πολύ οδυνηρή. Το άλγος συχνά είναι διάχυτο, μπορεί δε να επεκταθεί στις βουβωνικές χώρες, στα ισχία ή στην οπίσθια επιφάνεια του μηρού.

Ένα πολύ σημαντικό σημείο είναι να επισημάνουμε όταν ο άρρωστος πονά κατά την ανάπαυση. Τότε πρέπει να αποκλείσουμε φλεγμονή (π.χ. οστεομυελίτιδα) ή κακοήθεια (π.χ. μετάσταση στα σπονδυλικά σώματα.).

Κατά την φυσική εξέταση διαπιστώνεται σπασμός των οσφυικών

μυών, που είναι εντονότερος προς την μία πλευρά.

Οι ενεργητικές και οι παθητικές κινήσεις της οσφυικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης είναι περιορισμένες και επώδυνες.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά είναι η εντόπιση του πόνου στην νευρική ρίζα που έχει υποστεί βλάβη και η αναπαραγωγή του πόνου με μία θετική δοκιμασία τάσης περιφεριακού νεύρου όπως το L₅ αφού η νευρική ρίζα είναι παγιδευμένη (ισχιαλγία) στην πλειονοψηφία των περιπτώσεων. Η δοκιμασία αυτή έχει σημαντική αξία στην διάγνωση της οσφυαλγίας αν αξιολογηθεί με συσχετισμό του ιστορικού και με τα άλλα κλινικά σημεία.

Η πιθανότητα ότι μια κήλη δίσκου είναι η αιτία των συμπτωμάτων του αρρώστου αυξάνεται όσο μειώνεται η γωνία που είναι απαραίτητη για την πρόκληση συμπτωμάτων καθώς ανυψώνουμε το ευθιασμένο κάτω άκρο. Όταν η ανύψωση του αντίπλευρου ποδιού αναπαράγει την ισχιαλγία, η πιθανότητα δισκοκήλης, σαν αιτία των συμπτωμάτων είναι το 98% (εικ. 6.1).

Οσφυαλγία που επιδεινώνεται με την ορθοστασία, όσο προχωρά η μέρα και τυπικά ανακουφίζεται με την ανάπαυση είναι ενδεικτική εκφυλιστικής σπονδυλικής στένωσης. Ο πόνος δεν είναι σαφώς εντοπισμένος στην κεντρική στένωση ενώ μπορεί να πάρει κατανομή ρίζας αν είναι το πλάγιο κυρίως κανάλι στενωμένο.

Οσφυαλγία που επιδεινώνεται με υπερέκταση και στροφή και συνοδεύεται συχνά από ριζιτικό πόνο, είναι ενδεικτική του συνδρόμου των οπίσθιων αρθρώσεων.

Ιστορικό προΐουσής οσφυαλγίας συχνά από άρσεις βαρών

και από στροφικές κινήσεις που συνοδεύεται από διαταραχές βάσης, όπως σκολίωση, είναι χαρακτηριστικό τμηματικής αστάθειας.

Επίσης το ιστορικό μπορεί να βοηθήσει σημαντικά και στην περίπτωση σε όρθια στάση, ανύψωση βάρους που ακολουθείται από σοβαρή οσφυαλγία (ενώ οι ακτινογραφίες της Σ.Σ. είναι φυσιολογικές).

Οι φλεγμονώδεις σπονδυλοαρθροπάθειες είναι πολύ συχνές στο γενικό πληθυσμό τα τυπικά συμπτώματα αρχίζουν σεάνδρες κάτω των 40 ετών και χαρακτηρίζονται από ξαφνική οσφυαλγία, πρωινή δισκαμψία που συχνά ανακουφίζεται με ασκήσεις που διαρκεί τουλάχιστον τρεις μήνες.

Γενικά την φυσική εξέταση στην οσφυαλγία πρέπει να την διακρίνει σταθερότητα και διαδοχικότητα, χωρίς να παραλείπεται καμιά "λεπτομέρεια", που μπορεί να οδηγήσει στην διάγνωση, όπως επισκόπηση του ασθενή συνολικά (π.χ. παχυσαρκία, εγκυμοσύνη, αυξημένη οσφυοιερή γωνία) και της Σ.Σ. (λόρδωση, σκολίωση), εκτήμηση της κινητικότητας της Σ.Σ. (έμφαση όχι τόσο στο εύρος των κινήσεων, κάμψη-πλάγια κάμψη-στροφή, όσο στο τρόπο και την διαδοχή των επόμενους κινήσεων), αναζήτηση τοπικής ευαισθησίας και μυικών αντιδραστικών σπασμών κ.λ.π.

Οι χρόνιες οσφυαλγίες δίνουν πτωχά μάλλον ασαφή σημεία στην κλινική εξέταση και η διάγνωση τους βοηθιέται πολύ από τον εργαστηριακό έλεγχο. Αντίθετα τυπική κλινική εικόνα, και ιστορικό δίνουν οι υποξείες οσφυαλγίες και ιδίως η τυπική ισχιαλγία.

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ

Ακτινογραφίες

Οι απλές ακτινογραφίες δεν προσφέρουν σχεδόν τίποτα στην οξεία φάση. Εάν μάλιστα τις παρουσιάσουμε στις πιο κάτω ενδείξεις (ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών, ιστορικό σοβαρού τραυματισμού, γνωστός καρκίνος, ανεξήγητη απώλεια βάρους, θεραπεία με κορτικοειδή) έχουμε σημαντική μείωση του κόστους ενώ οι κίνδυνοι να παραβλέψουμε σοβαρή κατάσταση, είναι ελάχιστοι. Επίσης οι λοξές ακτινογραφίες, στην οξεία φάση μόνο στο 4-8% προσθέτουν νέα, (και πάλι μηδαμινή) πληροφορία.

Τίποτε δεν προσφέρουν στην διάγνωση μιας δισκοκήλης, ακόμη και αν το μεσοσπονδύλιο διάστημα φαίνεται στενωμένο.

Είναι όμως ευνόητη η προσφορά τους στην μελέτη της θέσης της Σ.Σ. (λόρδωση, σκολίωση) της τμηματικής αστάθειας (μελετάτε η μετατόπιση ανάμεσα στις δύο θέσεις: μεγίστης έκτασης και μεγίστης κάμψης). Η σπονδυλολίση με την σπονδυλόλυση αποκαλύπτονται στο 5-20% με τις ακτινογραφίες ασθενών με υποξεία οσφυαλγία, ιδίως στις λοξές προβολές.

Πρέπει να έχουμε υπ' όψη μας ότι πολλά ακτινογραφικά ευρήματα όπως η στένωση σ' ένα μόνο επίπεδο, οι όζοι του

η οσφυοποίηση η ιεροποίηση σπονδύλου και οστεόφυτα, είναι μη ειδικά και παρατηρούνται σε ανθρώπους με άλλα και χωρίς συμπτώματα οσφυαλγίας.

Είναι σημαντικό ότι σε υποτροπιάζοντα συμπτώματα μετά από χειρουργική επέμβαση, της Σ.Σ. οι κατά μέτωπον ακτινογραφίες έχουν μικρή διάγνωτική αξία. Αντίθετα σ' αυτή

την περίπτωση η μυελογραφία ακολουθούμενη από αξονική τομογραφία έχει αναμφισβήτητη χρησιμότητα.

Σε ασθενή που έρχεται με χρόνια συμπτώματα, χωλότητας ή πίεσης ρίζας η μυελογραφία είναι η πιο ευαίσθητη μέθοδος για να αναγνωρίζουμε το επίπεδο της βλάβης, ακολουθούμενη από αξονική τομογραφία στο επίπεδο αυτό για να έχουμε πλήρη ανατομική εικόνα.

Σε κάποιον όμως με υποξεία συμπτώματα η μυελογραφία και η αξονική τομογραφία ενδείκνυται μόνο όταν σχεδιάζεται εγχείρηση ή όταν υπάρχουν υποψίες όγκου ή φλεγμονής.

Συμπερασματικά, ενώ θεωρητικά η διάγνωστική μέθοδος εκλογής για βλάβες που η διάγνωση τους παρουσιάζει δυσκολίες, είναι η μυελογραφία και αμέσως μετά η αξονική τομογραφία.

Όσο για την μαγνητική τομογραφία αν και αξιόπεραστη στην απεικόνιση των μαλακών μορίων δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί προς το παρόν να αντικαταστήσει τις δύο πιο πάνω μεθόδους το Η.Μ.Γ. μπορεί να προσθέσει πληροφορίες για το επίπεδο της βλάβης.

Η έγχυση τοπικών ανισθητικών στις προσβεβλημένες αρθρώσεις αν ανακουφίσει τον πόνο δίνει την οριστική διάγνωση του συνδρόμου των οπίσθιων αρθρώσεων.

Η δισκογραφία με έγχυση σκιερογόνου ουσίας μέσα στο μεσοσπονδύλιο διάστημα είναι λιγότερο αξιόπιστη μέθοδος, παρουσιάζει δε πολλές τεχνικές δυσχέρειες και χρησιμοποι-

είται από ελάχιστο αριθμό ορθοπεδικών σε αμφίβολες καταστάσεις.

Το σπινθηρογράφημα οστών της Σ.Σ. μας απεικονίζει την μεταβολική δραστηριότητα των σπονδύλων ενδείξεις είναι οστεομυελίτις, μεταστατικοί, και πρωτοπαθείς όγκοι, τραύμα, δισκίτιδα. Επίσης είναι ενδιαφέρουσα η χρησιμότητά του στην περίπτωση ατόμων με υποψία σπονδυλόλυσης. Αυξημένη πρόληψη ραδιονουκλεοτιδίου απ' τον ισθμό φανερώνει ενεργό βλάβη με πιθανότητες θεραπείας η οποία και επιχειρήται, (π.χ. κηδεμόνας Αντίθετα αν η βλάβη έχει μονιμοποιηθεί η θεραπεία έχει πολύ λίγες ενδείξεις.

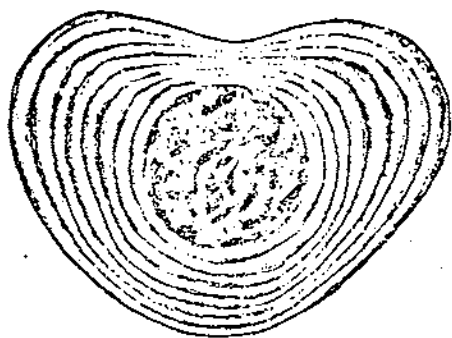
Φυσικά απαραίτητη είναι και μια σειρά γενικών εξετάσεων όπως γενική αίματος και ούρων, Τ.Κ.Ε., καλλιέργειες, αλκαλική φωσφατάση (για φλεγμονές και όγκους), (α, Ρ, ορμόνες για μεταβολικές παθήσεις των οστών που πολύ συχνά είναι αλγογόνες (οστεοπόρωση, οστεοπέτρωση, οστεομαλάκυνση).

Ήδη αναφέρουμε ότι σε ένα εξαιρετικά υψηλό ποσοστό αρρώστων με χρόνια συμπτώματα υπάρχει ο ψυχολογικός παραγοντας, επομένως πρέπει να ερευνάται ο ασθενής σε σύνολο. Λαμβάνοντας το ιστορικό πρέπει να ερωτηθούν και για πιο προσωπικά τους θεματα, όπως ο ρόλος της οικογένειας του, το ιστορικό εργασίας. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που ο ασθενής όταν επιθυμεί άδεια, αποζημίωση, συνταξιοδότηση, επιπλέκει την κατάσταση και καθιστά δύσκολη την διάγνωση.

Τελευταία χρησιμοποιούνται ψυχολογικές δοκιμασίες για να βοηθήσει τον ιατρό για να γνωρίσει την προσωπικότητα του ασθενή.

Τελειώνοντας παραθέτουμε τον πιο κάτω πίνακα που δείχνει την ευαισθησία και την ειδικότητα των κυριώτερων διαγνωστικών μεθόδων 30 - 40% των αξονικών τομογραφιών, μυελογραφιών και δισκογραφιών δείχνουν ανωμαλίες σε φυσιολογικούς ασθενείς. Γι' αυτό η αξία των μεθόδων αυτών περιορίζονται στην επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης.

	Ευαισθησία	Ειδικότητα
Αξονική τομογραφία	0,92	0,88
Μυελογραφία	0,90	0,87
Δισκογραφία	0,83	0,78
H.M.F.	0,92	0,38



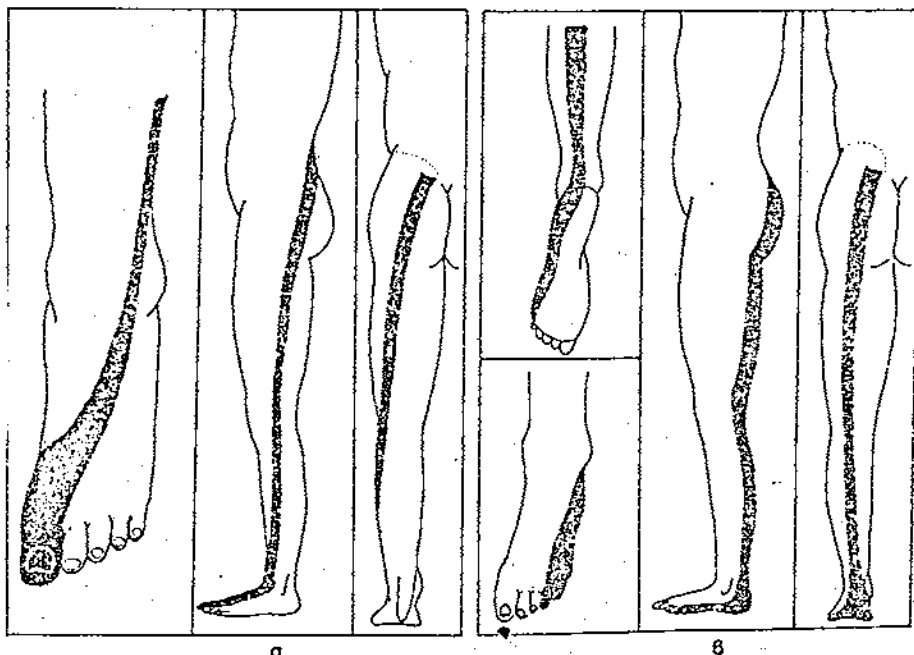
Εικ. 30-7 Σχηματική παράσταση μεσοσπονδύλιου δίσκου. Διακρίνονται στο κέντρο ο πηκτοειδής πυρήνας και στην περιφέρεια ο ινώδης δακτύλιος.



Εικ. 30-12 Κλινικός έλεγχος για σημείο Lasègue.



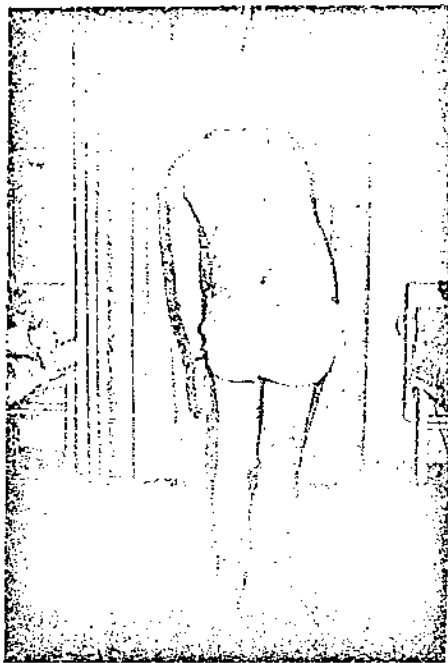
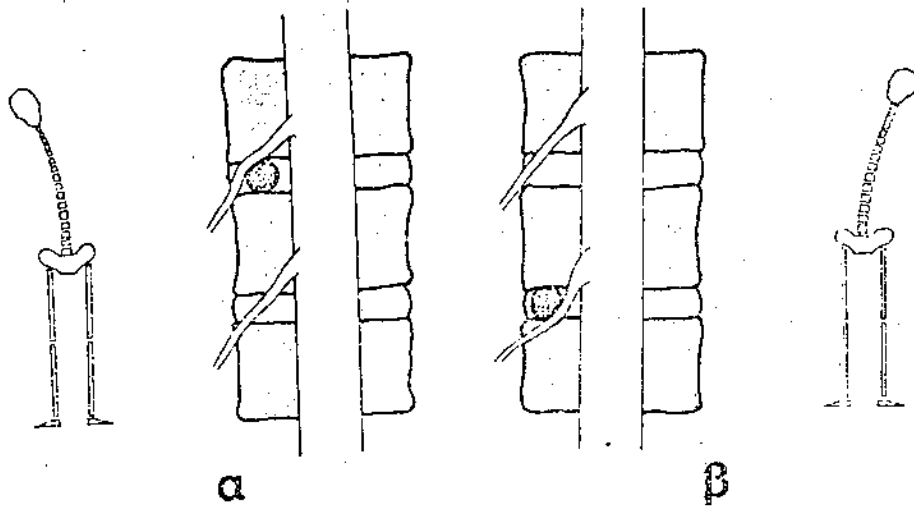
Εικ. 30-16 Ανακουφιστική θέση στο κρεβάτι σε άρρωστο με δισκοκήλη.



Εικ. 30-13 Η αντανάκλαση του πόνου από δισκοκήλη φτάνει πολύ συχνά: α) Στη ράχη και το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού σε πίεση της O_2 ρίζας και β) Στο έξω χέιλος και τα δύο τελευταία δάκτυλα σε πίεση της I_1 ρίζας. Στις περιοχές αυτές υπάρχει αντίστοιχα και μικρού βαθμού ελάττωση της αισθητικότητας.

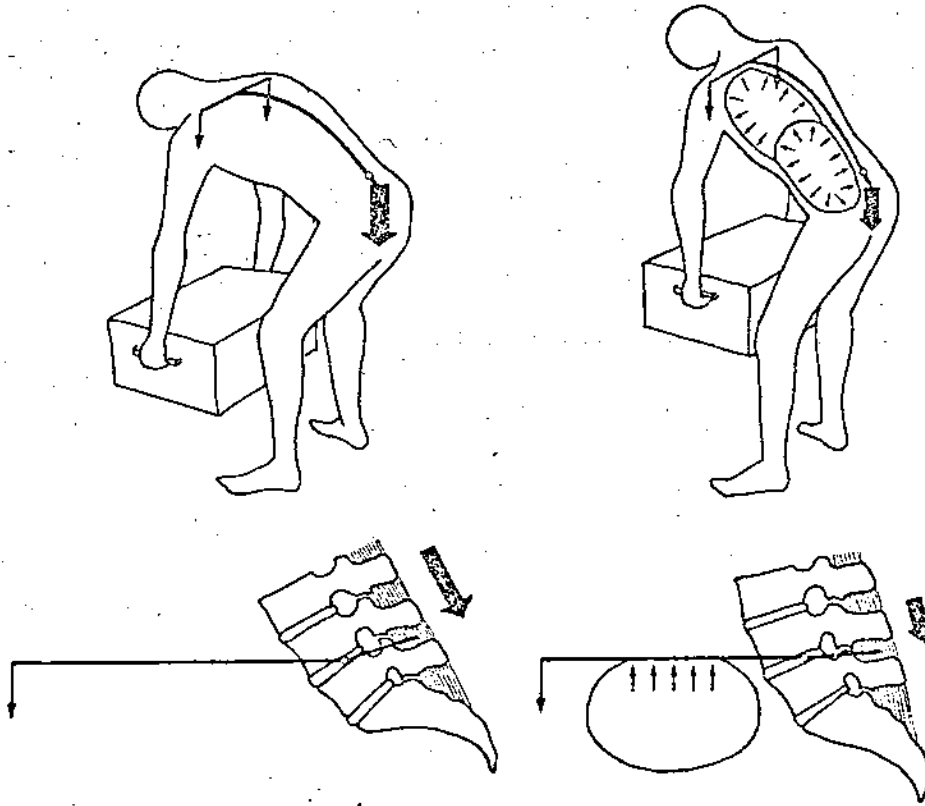
30. Παθήσεις θωρακικής οσφύϊκής και ιεροκοκκυγικής μοίρας της Σ.Σ.

271

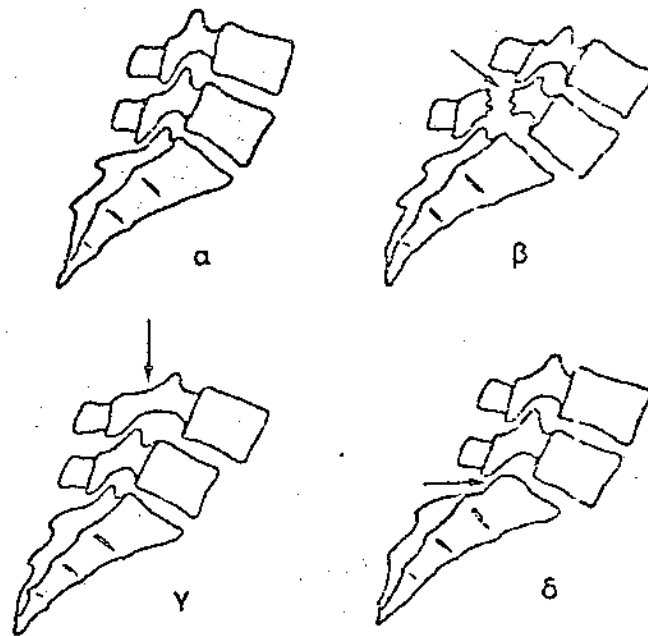


γ

Εικ. 30-31 Ανταλγική σκολίωση σε άρρωστο με δισκοκήλη. Όταν η πίεση ασκείται κάτω από τη ρίζα, δηλαδή με τη χηλαία (α), τότε η κλίση του κορμού γίνεται προς την ίδια πλευρά με το σκέλος που πονάει. Το αντίθετο συμβαίνει, όταν η πίεση ασκείται από επάνω προς τα κάτω (β). Ανταλγική σκολίωση σε άρρωστο με δισκοκήλη (γ).



Εικ. 30-10 Σχίσση μοχλοβραχιόνων, όταν σκύβουμε για να σηκώσουμε ένα αντικείμενο. Η σχέση είναι 1:13, αλλά με την παρεμβολή της ενδοκοιλιακής και ενδοθωρακικής πίεσης ελαττώνεται στο 1:5.



Εικ. 30-19 Σχηματική παράσταση των τριών μορφών σπονδυλολίθωσης: α) Φυσιολογική σπονδυλική στήλη, β) Σπονδυλολυτική σπονδυλολίθωση, γ) Εκφυλιστική και δ) Δυσπλαστική σπονδυλολίθωση.

4. Θ Ε Ρ Α Π Ε Ι Α

Η θεραπεία της οσφυαλγίας είναι συντηρητική και χειρουργική. Πολύ αδρά, πριν αναλύσουμε την κάθε μία, να πούμε ότι η οξεία οσφυαλγία έχει κυρίως συντηρητική αγωγή (ανάπαυση, και αναλγητικά), η υποξεία συντηρητική αλλά και χειρουργική, ενώ στην χρόνια έχουμε πάλι κυρίως συντηρητική αγωγή (αντιφλεγμονώδη, ασκήσεις).

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η συντηρητική αγωγή περιλαμβάνει : ανάπαυση στο κρεβάτι, φυσικοθεραπεία, αναλγητικά και ενημέρωση για την πάθηση.

Η βασική θεραπεία της οξείας οσφυαλγίας είναι **ανάπαυση**. Πρόσφατα δείχθηκε ότι δύο μέρες στο κρεβάτι είναι τόσο αποτελεσματικές όσο και επτά, ενώ έχουν 45% λιγότερο κόστος σε απώλεια ημερών εργασίας. Η ασπιρίνη, η φαινυλβουτοζόνη, ακεταμινοφαίνη με κωδεΐνη κ.λ.π. είναι αποτελεσματικά **αναλγητικά** γι' αυτούς τους ασθενείς:

Τα πράγματα δεν είναι ξεκαθαρισμένα με την χρήση της φυσικοθεραπείας στην θεραπεία της οσφυαλγίας. Ο ρόλος των ασκήσεων με σχέση με την διατροφή του δίσκου, τον έλεγχο του πόνου, την μηχανική της Σ.Σ. έχει μελετηθεί εκτεταμένα, λείπουν όμως εκτεταμένες κλινικές μελέτες. Ωστόσο, οι

συμπεραίνουν ότι οι ισομετρικές ασκήσεις είναι πιο αποτελεσματικές στην οξεία φάση.

Για την χρόνια οσφυαλγία οι αερόβιες μοιάζουν οι καλύτερες.

Η χρήση των έλφρων αμφισβητείται έντονα (60% του σωμα-

τικού βάρους πρέπει να ασκηθεί για να συμβεί μεταβολή στην θέση του δίσκου). το ίδιο συμβαίνει και για την χρήση των υπέρηχων ή της διαριθμίας, λόγω έλλειψης δεδομένων, ενώ τα κρύα και τα ζεστά επιθέματα είναι κοινώς γνωστό ότι απαλύνουν τον πόνο.

Επίσης δεν υπάρχουν πειστικές ενδείξεις για την χρησιμότητα των ζωνών και των κηδεμόνων. Βιομηχανικές μελέτες δείχνουν ότι οι κηδεμόνες προκαλούν απρόβλεπτες και αυξανόμενου εύρους κινήσεων στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Στις χρόνιες καταστάσεις ενδείξεις μοιάζουν να είναι οστεοπορωτικά συμπιεστικά κατάγματα, σπονδυλολίσηση και μερικές περιπτώσεις σπονδυλικής στένωσης.

Η χρήση επισκληριδίων στεροειδών αμφισβητείται.

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Βοηθούν σε χρόνιους πάσχοντες.

Όσο για την θεραπεία με χειρισμούς τουλάχιστον για τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της είναι η πιο αμφιλεγόμενη μέθοδος θεραπείας.

Κατ' αυτήν απαιτείται μεγάλη ικανότητα εκ μέρους του ιατρού για να πεισθεί ο ασθενής να χαλαρώσει τους μύς κατά τις διάφορες κινήσεις που αισθάνεται άλγος. Η απαιτούμενη συνήθως κίνηση είναι η πρόσθια στροφή του λαγόνιου οστού και της Ο.Μ.Σ.Σ., αυτή επιτυγχάνεται όταν ο ασθενής βρίσκεται κατακεκλιμένος επί του ενός πλαγίου. Αλλοτε αντί αυτής εφαρμόζεται η αντίστροφη κίνηση, η οπίσθια στροφή του λαγόνιου οστού.

Στους χειρισμούς αυτούς δεν απαιτείται πάντοτε η χρησιμοποίηση αναισθητικών, αλλά ανεξάρτητα αυτού οι χειρισμοί πρέπει να είναι ήπιοι.

Στις περιπτώσεις που απαιτείται η χρησιμοποίηση αναισθητικού επιτείνεται το άλγος, γι' αυτό πρέπει να αναφέρουμε εκ των προτέρων στον ασθενή την πιθανότητα αυτή. Τέλος αυτοί οι χειρισμοί πρέπει να αποφεύγονται όταν υπάρχουν σαφή σημεία πίεσης ριζών των νεύρων.

Μεγάλης υποδοχής έχει τύχει τελευταία η συστηματική ενημέρωση σε θέματα μηχανικής και εργονομίας της Σ.Σ., απλά προγράμματα ασκήσεων, διαμόρφωση κατάλληλου εργασιακού χώρου. Κυρίως η μέθοδος βρίσκει εφαρμογή σε εργάτες μεγάλων βιομηχανιών που αποτελούν πολύ σημαντικό ποσοστό των ασθενών από οσφυαλγία.

Εννοείται ότι ο σκοπός αυτή της μεθόδου είναι κυρίως η πρόληψη. :

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θξεία οσφυαλγία σπάνια απαιτεί χειρουργική θεραπεία, εκτός αν οφείλεται σε μαζική ρήξη δίσκου, επισκληρίδιο απόστημα ή όγκο, (ιστορικό αφόρητου πόνου, πυρετός, ταχέως εξελισσόμενη νευρολογική συμπτωματολογία). Επειδή περισσότερο από το 50% των ασθενών με οσφυαλγία αναρρώνουν σε έξι εβδομάδες "επιβάλλεται" η καθυστέρηση του χειρουργείου. Πάντως δύο θεωρούνται σαν απολύτες ενδείξεις αποσιμπλεκτικής επέμβασης σε **δισκοκήλη**. Το σύνδρομο εμψυρίας και ένα νευρολογικό έλλειμα (π.χ. πτώση του άκρου ποδός) που έχει

διάρκεια μικρότερη από 12 εβδομάδες.

Η εκτίμηση της όλης κατάστασης και της προσωπικότητας του αρρώστου έχει πολύ μεγάλη σημασία στην απόφαση για επέμβαση αλλά και στην πρόγνωση της. Αν η επέμβαση επιχειρηθεί νωρίς (πριν βέβαια τις παραλύσεις) και υπάρχει συμφωνία κλινικών και απεικονιστικών στοιχείων στην διάγνωση η επιτυχία φθάνει στο 90%.

Σε χρόνιους αρρώστους ενδείξεις αποσυμπιεστικών πεταλεκτομών περιορίζονται σε ασθενείς με επίμονη χωλότητα και σημαντικό μυελογραφικό αποκλεισμό ιδίως αν εμφανίζεται εξελισσόμενη νευρολογική συμπτωματολογία, καθώς και σε διαπίστωση στενωμένου εκκολπώματος, κυρίως σε νέους.

Η σπονδυλική αθροδεσία προτείνεται από μερικούς όταν η αποσυμπίεση "θυσιάζει" περισσότερο από 1/3 των οπίσθιων αθρώσεων και ειδικά σε νέους με εκφυλιστική σπονδυλολίθση. Η αθροδεσία για πολλά χρόνια εφαρμοζόταν και στην θεραπεία της κήλης του δίσκου, αλλά σήμερα ξέρουμε ότι γι' αυτήν την κατάσταση δεν προσφέρει τίποτα. Απόλυτες ενδείξεις αθροδεσίας παραμένουν η μετεγχειριτική αστάθεια και η οσφυαλγία στην οποία με λειτουργικές ακτινογραφίες αποκαλύπτεται μετατόπιση σπονδύλων τουλάχιστον 3 χιλιοστά. Παρά το μεγάλο αριθμό μεθόδων αθροδεσίας που χρησιμοποιούνται δεν υπάρχουν ξεκαθαρισμένα κριτήρια για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου για κάθε περίπτωση.

Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι εκτός από τις υπο-

ροπιάζουσες δισκοκήλες όπου η πρόγνωση σε κάθε νέα εγχείρηση είναι ίδια με την πρώτη, οι αποτυχημένες εγχειρήσεις επιβαρύνουν δραματικά κάθε φορά την πρόγνωση 5-15% των ασθενών θα χρειασθούν και άλλη επέμβαση κυρίως λόγω υποτροπιάζουσας δισκοκήλης, ή λόγω στένωσης του πλάγιου εκκολπώματος που δεν έγινε αρχικά αντιληπτή.

Τέλος ο κυριώτερος λόγος αποτυχίας μιας επέμβασης (πέρα από λανθασμένη διάγνωση) είναι η λάθος επιλογή του ασθενή.

Χημειοπυρηνόλυση : από το 1984 και μετά, έχει κατέσει ο αρχικός ενθουσιασμός για την μεθοδο (ενδοδιστιϊκή έγχυση ενζύμων, - χυμοπαπαΐνη που πέφτουν στους βλενογοπολυσακχαρίτες του πηκτοειδή πυρήνα). Λόγω των σοβαρών επιπλοκών (παλίδρομη μυελίνη, αλλεργικές διαταραχές, επίμονοι μυϊκοί σπασμοί αλλά και λόγω των συγκριτικών μελετών που δείχνουν ότι κατά τ' άλλα σημαντική ανακούφιση που προσφέρει, είναι μόνο πρόσκαιρη σε σχέση με την χειρουργική επέμβαση.

Μικροδισκεκτομή : είναι η αφαίρεση του δίσκου με μικροχειρουργικές τεχνικές. Αυτή έχει χαμηλές μετεγχειρητικές επιπλοκές αλλά αυξημένα ποσοστά υποτροπής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας-τη στην αντιμετώπιση των οσφυαλγιών είναι πολύ σπουδαίος, διότι οι παθήσεις αυτές δεν παρουσιάζουν μόνο προβλήματα φυσικής αποκατάστασης αλλά και προβλήματα ψυχολογικά ως και κοινωνικά.

Λόγω του ότι ο πόνος είναι έντονος ο ασθενής φοβάται, ότι δεν είναι σε θέση να κάνει την παραμικρή κίνηση και ότι πρόκειται για κάτι σοβαρό. Επομένως αυτοί οι ασθενείς έχουν ανάγκη μεγάλης νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ συγχρόως απαιτούν μεγάλη προσοχή ώστε να προληφθεί η υπερεξάρτηση και η υπερπροστασία, που εμποδίζουν την αποκατάσταση του.

Η νοσηλεύτρια οφείλει να είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες του ασθενή και να τον βοηθήσει για την επίλυση των προβλημάτων, τα οποία αντιμετωπίζει δεδομένου ότι αυτός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τον εαυτό του με ευχέρεια λόγω της προκληθείσας βλάβης.

Τα σπουδαιότερα προβλήματα του ασθενή είναι :

- α. Μείωση άνεσης (έντονος πόνος)
- β. Μείωση δραστηριοτήτων (δυσχέρεια, ανικανότητα)
- γ. Πόνος, αγωνία
- δ. προβλήματα οικονομικά από απώλεια εργάσιμου χρόνου

Επομένως σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας είναι :

1. Λύση του μυϊκού σπασμού

2. Απαλλαγή από τον πόνο και δυσχέρεια
3. επανάκτηση φυσιολογικής μυϊκής ελαστικότητας
4. Αποκατάσταση φυσιολογικής κίνησης των αρθρώσεων
5. Πρόληψη των υποτροπών

Κατά την συντηρητική αγωγή της οξείας φάσεως η νοσηλεύτρια πρέπει να γνωρίζει ότι η σωστή εφαρμογή των θεραπευτικών μέσων είναι μεγάλης σπουδαιότητας, τόσο για την θεραπεία όσο και για την πρόληψη υποτροπής.

Η παραμονή στο κρεβάτι πάνω σε σταθερό στρώμα για μια περίοδο δύο ημερών κατά την οξεία φάση, είναι η πιο βασική θεραπεία γι' αυτούς τους ασθενείς. Σε πάσχοντες από χρόνια οσφυαλγία η ανάπαυση είναι για περισσότερο χρονικό διάστημα.

Η θέση που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής είναι συνήθως η υπτία ή η προημνής θέση. Η νοσηλεύτρια προσέχει αν το στρώμα του ασθενή είναι κατάλληλο και προσθέτει σανίδες κάτω από το στρώμα αν χρειαστεί. Ενισχύει τον ασθενή να παραμένει στην σωστή θέση εξηγώντας του το σκοπό της. Επίσης προσέχει για τυχόν κατακλίσεις οι οποίες μπορούν να εμφανισθούν και λαμβάνει τα ανάλογα μέτρα.

Συνήθως κάτω από την κεφαλή του αρρώστου τοποθετούμε μαξιλάρια, καθώς και στην ράχη και τα γόνατα. (εικ. 6.1) Ο ασθενής να ενισχύεται να κάνει ισομετρικές ασκήσεις κάθε μία ώρα αν είναι δυνατόν.

Το άλγος στις περιπτώσεις οσφυαλγίας είναι το χαρακτηριστικό γνώρισμα, το οποίο είναι πολύ έντονο. Η ανακού-

φιση του ασθενή από το άλγος δεν είναι μόνο ανθρωπιστική ανάγκη αλλά και απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία της ανατάξεως. Η συνέπεια του άλγους ο μυϊκός σπασμός παρεμποδίζει την ανάταξη γι' αυτό ως πρώτο μέτρο συνιστάται η χορήγηση αναλγητικών σύμφωνα πάντα με την εντολή του ιατρού. Η νοσηλεύτρια-ης πρέπει να γνωρίζει ότι ο ασθενής επί συνεχούς άλγους καθίσταται εγωκεντρικός και εξαρτημένος από το περιβάλλον του. Τόσο η κατανόηση των προβλημάτων του όσο και η παραδοχή του ως ξεχωριστή προσωπικότητα συμβάλουν στην αποκατάσταση από του άλγους τουλάχιστον ψυχολογικώς.

Για την χαλάρωση του μυϊκού σπασμού και της μυϊκής ευαισθησίας γίνεται εφαρμογή θερμών επιθεμάτων. Κατ' αυτήν η νοσηλεύτρια-ης προσέχει για τυχόν δημιουργία εγκαυμάτων και φλυκταινών.

Η εφαρμογή θερμών επιθεμάτων γίνεται κατόπιν ιατρικής εντολής, άλλοτε κάθε δύο ώρες και άλλοτε κάθε πρωί και βράδυ. Επίσης το μασάζ συμβάλλει στην αποκατάσταση της κυκλοφορίας.

Η εφαρμογή ζώνης σοφύος μετά την παραμονή στο κρεβάτι μπορεί να χρησιμοποιηθεί. Σε αυτήν την περίπτωση η νοσηλεύτρια εξηγεί στον ασθενή ότι πρέπει να προσέχει τις κινήσεις του και όχι επειδή φέρει την ζώνη μπορεί να κάνει διάφορες κινήσεις χωρίς να του προκαλούν βλάβες. Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι, οι υποτροπές έχουν αυξηθεί για τον λόγο αυτό.

Η εφαρμογή τους πρέπει να συνδυάζεται με ασκήσεις ενδυνάμωσης των κοιλιακών και ραχιαίων μυών.

Κατά την εφαρμογή χειρισμών από του χειρουργού κάτω από αναισθησία μπορεί να επιτείνει το άλγος, η νοσηλεύτρια μαζί με τον ιατρό πρέπει να αναφέρουν την πιθανότητα αυτή στον ασθενή.

Οι έλξεις δεν προσφέρουν τίποτε το αξιολογικό στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας. Μπορεί όμως να εφαρμοστούν.

Η νοσηλεύτρια φροντίδα στηρίζεται στα εξής :

- α. Η νοσηλεύτρια-ης βοηθάει τον ασθενή να αντιληφθεί την σκοπιμότητα της έλξεως πριν εφαρμοστεί.
- β. Η περιποίηση της ράχews πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και ολόκληρο το σώμα επιβλέπεται προς πρόληψη των κατακλίσεων.
- γ. Επιβλέπεται η λαγόνια ακρολοφία και η περιοχή του ιερού οστού.
- δ. Ελέγχεται η συσκευή της έλξεως ελέγχεται σε συχνά χρονικά διαστήματα
- ε. Κάθε αλλαγή της κατάστασews του ασθενή πρέπει να αναφέρεται στον ιατρό.

Η πλήρης ακινησία σε πάσχοντες από χρόνια οσφυαλγία ασθενείς, δημιουργεί πολλές δυσμενείς καταστάσεις επί του μυοσκελετικού συστήματος όπως (ελάττωση του μυϊκού τόνου, απώλεια μυϊκής ισχύος, Δυσαρθρίες κ.τ.λ.). Η νοσηλεύτρια-ης μεριμνά για την μείωση αυτών των δυσμενών επιπτώσεων με τα εξής νοσηλευτικά μέσα και μέτρα :

Α' Νοσηλευτικά μέσα και μέτρα για την υπτία θέση :

α. το στρώμα της κλίνης πρέπει να είναι σκληρό και σταθερό

β. Οι ώμοι και η ράχη πρέπει να υποβαστάζονται καλά και σταθερά ως και η κεφαλή με την βοήθεια μαξιλαριών.

Αν χρησιμοποιηθούν περισσότερα από ένα μαξιλάρια κάτω από το κεφάλι πρέπει να χρησιμοποιηθεί και ένα άλλο για την οσφυϊκή μοίρα του ασθενή.

γ. Τα γόνατα πρέπει να αναπαύονται με μακρύ μαξιλάρι ή τύπου μαξιλαριού

δ. Τα πέλματα των ποδιών πρέπει να εφάπτονται με σκληρό εξάρτημα ή μαξιλάρι προς αποφυγή υποποδίας.

ε. Τα δάκτυλα των κάτω άκρων προστατεύονται από το βάρος των κλινοσκεπασμάτων με την βοήθεια στεφάνης ή άλλου μέσου

στ. Επιβάλλεται συχνή αλλαγή της θέσεως της ωμοπλάτης και των χεριών. Τα χέρια τοποθετούνται μακριά από τον κορμό και με τους αγκώνες προς τα έξω

ζ. Χρησιμοποιείται μαξιλάρι κάτω από την οσφυϊκή μοίρα για ξεκούραση των μυών της σπονδυλική στήλης

Β' Νοσηλευτικά μέσα και μέτρα για την προημνή θέση

α. Τοποθετείται ο κορμός σε σωστή και ανακουφιστική θέση.

β. Στο κατώτερο τμήμα του θώρακα τοποθετείται ένα μαξιλάρι προς ανακούφιση των μυών της Σ.Σ.

γ. Η τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τους ώμους συμβάλλει

ώστε να αποφευχθεί η πίεση αυτών από το στρώμα.

Μεγάλης σπουδαιότητας έργο της νοσηλεύτριας-η είναι και η ενημέρωση σε θέματα μηχανική και εργονομίας της σπονδυλικής στήλης. Αλλά προγράμματα ασκήσεων και διαμόρφωση κατάλληλου εργασιακού χώρου συμβάλλουν στην πρόληψη τόσο της προσβολής της οσφυαλγίας όσο και στην πρόληψη υποτροπής σε μιά που ήδη υπάρχει.

Η νοσηλεύτρια-ης θα προσπαθήσει να βοηθήσει τον ασθενή να αντιληφθεί ότι ο μόνος τρόπος πρόληψης της οσφυαλγίας είναι η διατήρηση της μάζας των οσφυϊκών μυών, σε κατάσταση που να επιτρέπει την εκτέλεση του έργου για το οποίο προορίζεται, Διαφορετικά η δραστηριότητα των μυών αυτών περιορίζονται στα όρια των δυνατοτήτων που διαθέτουν.

Εφ' όσον δεν υπάρχουν αντεδείξεις ιδίως του κυκλοφορικού συστήματος η περιοχή της σπονδυλικής στήλης, που είναι καθημερινά εκτεθειμένη σε κάθε είδος ταλαιπωρίες πρέπει να έχει την καθημερινή της φροντίδα. Λίγα λεπτά κάθε μέρα; αφιερωμένα στην άσκηση των παρασπονδύλιων μυών αποδίδουν θαυμάσια όσον αφορά την διατήρηση σε καλή λειτουργική κατάσταση των μυϊκών μαζών της οσφυϊκής περιοχής.

Επίσης ένα χλιαρό ντουςκάθε πρωί μετά την έγερση θεωρείται άριστη συνήθεια, που αν απαιτείται από την παιδική ηλικία θα μπορούσε να προλάβει το 90% των οσφυαλγιών.

Οι ασκήσεις ράχης για ενδυνάμωση των κοιλιακών μυών και για την έκταση των συσπασμένων μυών της ράχης βοηθούν στην διατήρηση ισχυρών και εύκαμπτων των μυών θέσης του σώματος, καθώς και στην μείωση της νευρικής έντασης που

επιδεινώνει την οσφυαλγία (εικ. 6.2).

Η νοσηλεύτρια-ης, επίσης οφείλει να διδάξει τον ασθενή τον τρόπο που πρέπει να κάθεται, να κοιμάται και να εργάζεται.

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζονται με τα αναφερθέντα συντηρητικά μέσα θεραπεύονται σε αναλογία 95%.

Συνήθως όμως οι ασθενείς δεν τα εφαρμόζουν πιστά και αποφεύγουν την πλήρη ακινησία με αποτέλεσμα τα συμπτώματα να μην υποχωρούν. Η νοσηλεύτρια-ης θα επιμείνει για την ορθή εφαρμογή αυτών των μέτρων. Ο ασθενής οφείλει να αντιληφθεί ότι έχει "αδύνατη μέση" και ότι η κρίση της οσφυαλγίας μπορεί να επανέλθει ανά πάσα στιγμή εάν δεν ακολουθήσει κατά γράμμα τις οδηγίες του ιατρού.

Εάν παρά την ορθή συντηρητική αγωγή τα συμπτώματα συνεχίζονται πέρα των έξι μηνών ή παρουσιάζονται αισθητικοκινητικές διαταραχές τότε δικαιολογείται η χειρουργική επέμβαση. Απόλυτη επίσης ένδειξη χειρουργικής επέμβασης είναι και οι επανειλημμένες υποτροπές πάνω (2-3) οσφυοισχιαλγίας μέσα στον τελευταίο χρόνο.

Σε περίπτωση χειρουργείου η νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει :

1. Προεγχειρητική ετοιμασία

α) Ψυχολογική ετοιμασία

Η εξασφάλιση συγκληνισιακής υποστήριξης στον χειρουργικό ασθενή είναι μεγάλης σπουδαιότητας έργο νοσηλεύτριας-ης. Η στάση του απέναντι στην χειρουργική επέμβαση επηρεάζει αφάνταστα την μετεγχειρητική πορεία.

Εκτός από την χειρουργική επέμβαση υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή και να του προκαλέσουν φόβο και αγωνία αυτές είναι : η ανισθησία, το άγνωστο, τα οικονομικά προβλήματα και η ανασφάλεια για το επαγγελματικό μέλλον.

Ο ρόλος της νοσηλεύτριας είναι να παρατηρεί την συμπεριφορά του ασθενή και να βρίσκει σημεία μη βαριάς κατάθλιψης.

Η πιο θετική βοήθεια δίνεται στον ασθενή από εκείνους που έχουν πραγματικό ενδιαφέρον γι' αυτόν και που σέβονται και δίνουν σημασία στα αισθήματά του. Πριν από την θεραπεία πρέπει να δίνονται διάφορες εξηγήσεις για να ελαττώνουν το φόβο του. Το αίσθημα ασφάλειας ενισχύεται όταν η εκτέλεση των νοσηλευτικών τεχνικών γίνεται με διξιοτεχνία και αυτοπεποίθηση.

Η προθυμία της νοσηλεύτριας για να ακούσει τον ασθενή όταν νοιώθει την ανάγκη να μιλήσει με κάποιον, τον βοηθά πολύ, στην διατήρηση της συγκληνησιακής του σταθερότητας.

Τέλος η νοσηλεύτρια ενισχύει τον ασθενή να έρθει σ' επαφή τόσο με τον ιατρό όσο και με όλα τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και του εξηγεί τον ρόλο του καθενός και τον πληροφορεί ότι κάθε ένας θα προσφέρει εκ μέρους του όσο το δυνατόν περισσότερες προσπάθειες για την αποκατάσταση της υγείας του, στην οποία πρέπει να συμβάλλει και αυτός ενεργητικά.

β) Φυσική και άμεση προετοιμασία

Γίνεται επιμελημένη τοπική προετοιμασία προς αποφυγή μόλυνσεως.

Η προετοιμασία κλίνης ανήκει στην προεργχειριτική φροντίδα. Οι ασθενείς που υπόκεινται σε εγχειρήσεις σπονδυλικής στήλης τοποθετούνται σε σκληρό και σταθερό στρώμα. Η νοσηλεύτρια ελέγχει αν είναι κατάλληλο για την τοποθέτηση αυτού του ασθενή. Επίσης προσέχει τα λευχήματα να 'ναι καθαρά και άνευ πτυχώσεων.

Η εξάσκηση του ασθενή να χρησιμοποιεί δοχείο για ούρηση στην ύπτια θέση, βοηθά στην μείωση ανάγκης μετεγχειρητικού καθετηριασμού.

γ) Ειδικές εξετάσεις

Η εξέταση αίματος είναι απαραίτος κανόνας πριν από την γενική προετοιμασία. Ελέγχεται η πηκτικότητα του αίματος αν υπάρχει ιστορικό ανιμίας ή πηκτικότητας. Επίσης ο προσδιορισμός ομάδος αίματος είναι απαραίτητος διότι μπορεί ο άρρωστο να χρειασθεί αίμα.

Η ακτινογραφία θώρακος και το Η.Κ.Γ. αποτελούν εξετάσεις ρουτίνας σε πολλά νοσοκομεία , φυσικά πρέπει να έχουν γίνει και οι εξετάσεις για την διάγνωση, Η νοσηλεύτρια-ης ελέγχει τον φάκελο του ασθενή.

δ) Άμεση προεγχειριτική ετοιμασία

Το βράδυ της προηγούμενης της επέμβασης επιδιώκεται η εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, Η νοσηλεύτρια προστατεύει προσεκτικά τον ασθενή από κάθε παράγοντα που θα μπορούσε

να του διαταράξει τον ύπνο.

Η δίαιτα του ασθενή το βράδυ προ της εγχειρήσεως είναι ελαφρά.

Η κένωση του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως είναι απαραίτητη για κάθε εγχείρηση.

2. Μετεγχειρητική φροντίδα

α) Άμεση μετεγχειρητική

Ο ασθενής παρακολουθείται προσεκτικά για τυχόν εμφάνιση συμπτωμάτων μετεγχειρητικού SHOCK. Τα ζωτικά σημεία (σφυγμοί, αναπνοές) λαμβάνονται συχνά έστω και αν αυτός έχει απαιτήσεις πλήρως της αισθήσεις του.

Η διατήρηση νεφρικής απέκκρισης επιτυγχάνεται με :

1. Χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών
2. Παρακολούθηση για κατακράτηση ούρων, στην κύστη
Οι υπερήλικες αρρώστοι μπορεί να έχουν ένα βαθμό υπερτροφίας προστάτη.

Εαν ο ασθενής έχει ακίνητοποιηθεί με την ειδική ζώνη οσφύος, ή σε προημνή θέση συχνή τοποθέτηση του ενισχύεται για περιποίηση ράχως αφού η ζώνη χαλαρωθεί κατάλληλα.

β) Μετέπειτα μετεγχειρητική φροντίδα

- Παρακολούθηση δημιουργίας κατακλίσεων :

1. Τακτικό γύρισμα του αρρώστου
2. Συχνά πλύσιμο, στέγνωμα και μασάζ του δέρματος
3. Έκθεση του δέρματος στον αέρα.
4. Διατήρηση θρέψης. Χορήγηση πλάσματος και βιταμινών

σύμφωνα με τις ενδείξεις για προαγωγή της επούλωσης των κατακλίσεων.

- Παρακολούθηση για σημεία άλλων επιπλοκών εξαιτίας της μακροχρόνιας παραμονής στο κρεβάτι όπως φλεβική θρόμβωση :

1. Πόνος και φλεβική διάταση

2. Ενθάρτυση του αρρώστου να ασκείται σύμφωνα με το πρόγραμμα ασκήσεων.

- Χορήγηση κανονικής και πλήρους δίαιτας

Συμπληρώματα λευκωμάτων και βιταμινών (B και C)

Κατά την διάρκεια της πρώτης εβδομάδας ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει ανωμαλίες λειτουργίας και η ενώσεως του πεπτικού συστήματος.

Η χρησιμοποίηση σωλήνος αερίου, μικρών δόσεων υποκλυσμών ως και η κατάλληλη προς αυτού δίαιτα συμβάλουν στην πρόληψη μετεωρισμού της κοιλιάς.

Ε' όλο το διάστημα της ακινησίας η νοσηλεύτρια ενισχύει τον ασθενή να κάνει ισομετρικές κινήσεις.

Άμεσα νοσηλευτικά προβλήματα

1. Πρόληψη κατακλίσεων

Πολύ εύκολη, στους πάσχοντες από χρόνια οσφυαλγία ασθενείς είναι η εμφάνιση κατακλίσεων από την ακινησία.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να έχει υπ' όψη τα εξής.:

- a. Πλήρης κατανόηση της ραγδαίας ταχύτητας που αναπτύσσονται, μπορεί να εμφανισθούν ακόμη και εντός ενός

24ώρου

- β. Ταχεία ανακάλυψη των και έναρξη θεραπείας
- γ. Τα λευχήματα πρέπει να είναι πάντα καθαρά και χωρίς πτυχές
- δ. Συχνή περιποίηση ολόκληρου του σώματος και ιδίως η περιοχή της έδρας και των γλουτών.

2. Πρόληψη μόλυνσεως του ουροποιητικού συστήματος

Η κένωση της ουροδόχου κύστεως ρυθμίζεται από των παρασυμπαθητικών ινών, οι οποίες προέρχονται από $I_1 - I_5$ νεύρα. Φυσιολογικά η πλήρωση της κύστεως και η διάταση αυτής οδηγεί στην χαλάρωση του σφικτήρος και σύσπαση του εξωστήρος με αποτέλεσμα να αδεεάζει η κύστη.

Η καταστροφή των ιερών ριζών ή της ιππουρίδας προκαλεί διαταραχές της ούρησης που χαρακτηρίζουν την άτονη κύστη και είναι μόνιμες.

Η άτονη κύστη χαρακτηρίζεται από αδυναμία συσπάσεως για κένωση, κατακράτηση ούρων, αδράνεια του έσω σφικτήρος, μικρή ενδοσκοπική πίεση και αύξηση της χωριτικότητας αυτής. Με την πάροδο του χρόνου επανέρχεται το αντανακλαστικό μεταξύ απομονωθέντους κωτιαίου κέντρου και κύστεως και η κύστη καθιστάται αυτόματη ή αντανακλαστική.

Η αυτόματη κύστη πληρούται, διατείνεται και κενούται περιοδικά, χωρίς να μετέχει η βούληση του ασθενή. Το αίσθημα ακράτητου επιθυμίας για ούρηση λείπει. Ο κυστικός πόνος είναι αυξημένος, η κύστη έχει την ικανότητα να συστέλλεται, η περιεκτικότητα είναι μικρή και μικρό το ποσό των κατακρατούμενων ούρων.

Σε ασθενείς με αυτόματη ούρηση προκαλείται η ούρηση δι' ερεθισμού του δέρματος των γεννητικών οργάνων ή κατά την διάταση της κύστεως υπό των ούρων. Οι ασθενείς αυτοί εκπαιδεύονται να χρησιμοποιούν τα αντανακλαστικά ερεθίσματα ώστε να προκαλούν την ούρηση σε ορισμένα χρονικά διαστήματα και να αποφεύγεται η απώλεια των ούρων.

Η καλή νοσηλευτική φροντίδα αποσκοπεί στην κένωση της κύστεως σε κανονικά χρονικά διαστήματα, ώστε να αποφευχθεί η διάταση ή συρίκνωση αυτής, στην αποτροπή λοιμώξεων ή σχηματισμών λίθων. Αυτό επιτυγχάνεται δια εισαγωγής καθετήρος FOLLEY, ο οποίος μένει μόνιμα και αλλάζει κάθε εβδομάδα.

Επί αυτομάτου ουρήσεως ο ασθενής εκπαιδεύεται ώστε να προκαλεί την ούρηση με τοπικό ερεθισμό κατά το δέρμα ή άμεσου πίεσης επί της κύστεως. Η κένωση αυτή προκαλείται ανά 3ωρο κατά την διάρκεια της ημέρας.

Η φλεγμονή της κύστεως αντιμετωπίζεται με σχολαστική αντισηψία και περιποίηση της κύστεως ως και δια λήψεως αντιβιοτικών κατόπιν αντιβιογράμματος.

3. Πρόληψη προβλημάτων κενώσεων του εντέρου

Το σιγμοειδές και το ορθό νευρώνονται από I_3-I_5 νεύρα. Φυσιολογικά η πλήρωση του ορθού προκαλεί χαλάρωση του εξωτερικού σφιγκτήρος και αντανακλατική κένωση.

Η κένωση υποβοηθείται δια της συσπάσεως των κοιλιακών μυών. Η βλάβη των I_3-I_5 νεύρων συνοδεύεται από σπαστικό-

τητα του εξωτερικού σφιγκτήρος, η νωτιαία διάσπαση ακολουθείται από μετεωρισμό, παράλυση των κοιλιακών μυών και από παραλυτικό ειλεό.

Οι ανώτερες διαταραχές προκαλούν την επίσχεση των κοπράνων. Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει το πρόβλημα ως εξής:

Εκτελεί καθημερινά υποκλυσμό κατά την ίδια ώρα ώστε να βοηθήσει στην εμφάνιση αυτοματισμού, Κάθε πρωί και βράδυ χορηγούνται στον ασθενή 1 ή 2 κουταλάκια της σούπας ελαιόλαδο το οποίο καθιστά τα κόπρανα μαλακά. Η χορήγηση καθαρτικών συνιστάται όχι όμως εάν μετά από πάροδο χρόνου δεν επέλθει αυτοματισμός του ορθού τότε συνιστάται η κολοστομία. Καταβάλλεται κάθε προσπάθεια ώστε ο ασθενής να κενούται συστηματικά και με λιγότερη ταλαιπωρία.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ.**

Η νοσηλεύτρια-της αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην πρόληψη οσφυαλγίας με το πρόγραμμα το οποίο περιλαμβάνει :

- α. Καθημερινή ήπια φυσική άσκηση
- β. εφαρμογή των αρχών της μηχανικής του σώματος
- γ. Χρησιμοποίηση σταθερού στρώματος ή σανίδες κάτω:
από αυτό
- δ. Αποφυγή ύπνου σε πρημνή θέση
- ε. Αποφυγή έντονης προσπάθειας ή άρσης βαριών αντικειμένων
- στ. Αποφυγή να κάθεται, να στέκεται, να περπατά και να οδηγεί
για πολλή ώρα:
- ζ. Μείωση του βάρους αν χρειάζεται
- η. Αναφορά σε κοινοτικές υγειονομικές υπηρεσίες για
παρακολούθηση του και συνέχιση της φροντίδας του
στο σπίτι..

Του παραθέτουμε μερικές χρήσιμες οδηγίες για την προ-
φύλαξη της μέσης. Ο σκοπός είναι τόσο η πρόληψη της οσφυ-
αλγίας όσο και η μείωση υποτροπής σε μία που ήδη υπάρχει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VII

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΧΡΗΣΕΩΣ

ΣΩΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Το επάγγελμα της νοσηλεύτριας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της οσφυαλγίας. Επομένως αξίζει να αναφέρομαι ότι η φυσιολογική στάση και η επιδεξία χρήσεως αυτού, επιτυγχάνουν μείωση της κοπώσεως και πρόληψη των οσφυαλγιών.

Κριτήρια φυσιολογικής στάσεως :

1. Σε όρθια στάση

- α. Όρθιος κορμός με όλα τα μέλη αυτού σε ισορροπία
- β. Τα κάτω άκρα σε απαγωγή 7-10 CM προς σχηματισμό ευρείας βάσεως, το δε βάρος του σώματος έχει φορά προς τα έξω
- γ. Τα γόνατα είναι σε αναπαυτική θέση ούτε σε υπερέκταση ούτε σε κάμψη
- δ. Οι κοιλιακοί μύες βρίσκονται σε θέση εισπνοής (έλκονται προς τα μέσα), οι δε γλουτιαίοι μύες βρίσκονται εν συσπάσει (αυτό αποτελεί προστατευτικό εσωρικό μηχανισμό για την λεκάνη, οσφύ και κοιλιά).
- ε. ο θώρακας προβάλλει προς τα πρόσω-έξω και η κεφαλή είναι όρθια.
- στ. Οι ώμοι βρίσκονται σε αναπαυτική θέση ούτε σε κάμψη ούτε σε υπερέκταση.
- ζ. Πρέπει να αποφεύγονται : Η κατά γόνυ άρθρωση σε πλήρη ακαμψία, πέλματα και σκέλη σε πλήρη προσαγωγή, κοιλιακά τοιχώματα σε χαλάρωση, κεκαμένος θώρακας και ώμος .

Όλα αυτά συμβάλλουν στην εμφάνιση αισθήματος κοπώσεως.

2. Σε καθιστική θέση

- α. Η κεφαλή και η πλάτη βρίσκονται σε όρθια θέση
- β. Η πλάτη ακουμπά επί του καθίσματος οι γλουτοί προς τα πίσω και οι μηροί αναπαύονται επί της βάσεως του καθίσματος
- γ. Τα πέλματα στηρίζονται σταθερά επί του δαπέδου
- δ. Η σταυροειδής τοποθέτηση των χεριών και των κάτω άκρων, συμβάλλουν στην εμφάνιση κοπώσεως

3. Στάση σώματος κατά την εκτέλεση εργασίας

- α. Σε περίπτωση άρσης βαριών αντικειμένων, τα κάτω άκρα τοποθετούνται κοντά στο προς άρση αντικείμενο σε απαγωγή προς δημιουργία ευρείας βάσεως στηρίξεως του κορμού. Οι μηροί και τα γόνατα κάμπονται, ο δε κορμός βρίσκεται σε ευθεία στάση
- β. Η άρση βαριών αντικειμένων γίνεται δια κάμψεων των γονάτων και όχι δια κάμψεως της σπονδυλικής στήλης
- γ. Η νοσηλεύτρια δεν πρέπει να μετακινεί μόνη της (σήκωμα) ασθενή ο οποίος δεν κινείται καθόλου. Εάν αυτό πρέπει να γίνει τότε συνιστάται η μετακίνηση αυτού προς αυτήν και όχι σε αντίθετη φορά. Επίσης πρέπει να αποφεύγει η νοσηλεύτρια κινήσεις οι οποίες αποβλέπουν στο να εξυπηρετήσουν ανάγκες του ασθενή από την αντίθετη πλευρά επιβάλλεται να μετακινεί τον ασθενή πλησιέστερα προς αυτήν.

- δ. Να αποφεύγονται συστροφές του κορμού προκειμένου να επιτευχθούν έστω και πολύ ελαφρές νοσηλείες.
- ε. Τόσο ο κορμός όσο και η κεφαλή και τα πόδια πρέπει να είναι στραμμένα προς το αντικείμενο εργασίας.

Προβλήματα του ασθενή ή συμπτώματα

Αντικειμενικοί Σκοποί

Ο ασθενής παρουσίαζε κατά την είσοδό του στο νοσοκομείο άλγος κατά τη χθ. περιοχή της σφύρας. Προβλήθηκε μήνυο άρχισε να παραπονιέτε δια άλλη περιοχή στην περιοχή της σφύρας το οποίο αντανάκλασε στο ένα σκέλος. Ο πόνος σύμφωνα με τα λεγόμενα του ασθενή πρωτοεμφανίσθη κατά την διάρκεια άρσης κάποιου βάρους αντικειμένου.

Προγραμματισμός Νοσ. Φροντίδας
 Πρωταρχικός σκοπός είναι η ψυχολογική υποστήριξη του ασθενή μετά ακολουθεί η φροντίδα του σώματος του ασθενή πχ(λουτρό, επί κλίνης, σίτιση κτλ.).

Οι αντικειμενικοί σκοποί από την αρχή της περίπτωσης ήταν ο εργαστηριακός έλεγχος και έπειτα θεραπευτική αγωγή. ημερήσια παραμονή στο κρεβάτι για μερικές ημέρες και χορήγηση αναλγητικών.

Εφαρμογή προγράμματος

Αξιολόγηση της φροντίδας

Ανάπαυση του ασθενή στο κρεβάτι σε υπτία θέση με χαλαρές αρθρώσεις των κάτω άκρων ελαφρά κάμψη υποστηριζόμενες με μαξιλάρια. Έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου σ' αυτό το διάστημα που θα είναι κλινήρης ο ασθενής και πρόληψη αναγκών του.

Η έξοδος του ασθενή έγινε μετά από 7 μέρες σε καλή σχετικά κατάσταση. Τα συμπτώματα με τα οποία είχε έρθει ο ασθενής είχαν υποχωρήσει και με οδηγίες ιατρών και νοσηλευτικές οδηγίες που του εδώθησαν εξήλθε από το νοσοκομείο.

Προβλήματα του ασθενή ή συμπτώματα Αντικειμενικοί σκοποί

Ο ασθενής υπέφερε από οφθαλμική και ριζιτιτικούς πόνους και στα δύο άκρα. Μετά από ολιγόλεπτο βάδιν όπως λέει αναγκάζεται να σταματήσει για λίγο και να συνεχίσει κατόπιν.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αυτής της περίπτωσης του ασθενή ήταν ο εργαστηριακός, κλινικός και ακτινογραφικός έλεγχος φυσικά μετά ακολουθήσε συντηρητική αγωγή, και χειρουργική επέμβαση αν χρειαστεί.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αυτής της περίπτωσης του ασθενή, είναι η υποστήριξη του ασθενή, μετά, αγωγή που του εδώθη, και φυσικά αφού δεν υπήρχαν αποτελέσματα και υπέστη χειρουργική επέμβαση, μετά στους σκοπούς της Νοσ. φροντίδας ήταν προεγχειρητικές και με τεγχειρητικές φροντίδες του ασθενή.

Εφαρμογή προγράμματος

Αξιολόγηση της φροντίδας

Ο ασθενής αντιμετώπιστηκε κατ' αρχήν με συντηρητική αγωγή, (παισιόπονα, ...). Μετά αφού τα συμπτώματα δεν υποχωρούσαν παρά την ορθή εφαρμογή της συντηρητικής αγωγής υπέστη χειρουργική επέμβαση (πέταλεκτομής).

Ο ασθενής που κάθησε μετά την εγχείρηση την 4^η ημέρα παρέμεινε στο νοσοκομείο για 10 ημέρες. Πήρε εξιτήριο σε καλή κατάσταση και του εδόθησαν οδηγίες.

Προβλήματα του ασθενή ή συμπτώματα

Αντικειμενικοί σκοποί

Ο ασθενής έχει επανειλημμένες κρίσεις οσφυαλγίας. Υπέφερε από κρίσεις οσφυαλγίας και κοχιαλγίας δεξιά. Ο πόνος επεκτείνονταν στην οπίσθια επιφάνεια της γαστροκνημιαίας και στα μικρά δάχτυλα.

Οι αντικειμενικοί σκοποί αυτής της περιπτώσεως ήταν ο εργαστηριακός και ακτινογραφικός έλεγχος για να διαπιστωθεί τελικώς ότι ήταν "κλήρη του μεσοσπονδυλίου δίσκου". Μετά φυσικά προηγείτο η θεραπευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, παραμονή στο κρεβάτι. του ασθενή για να ανταποκριθεί αργότερα στην νοσηλεία του και φυσικά φροντίδα του σώματος επί κλίνης (λουτρό επί κλίνης, σίτηση, φυσιοθεραπεία) και ενημέρωση του ασθενή.

Εφαρμογή προγράμματος

Μετά την εισαγωγή του ασθενή στο Νοσοκομείο υπέστη κατ' αρχήν συντηρητική αγωγή με κατάκλιση του ασθενή χορήγηση αναλγητικών μη οροφαραγωγικών φαρμάκων. Στην φάση αυτή της ηρεμίας ο ασθενής υπεβλήθη σε φυσιοθεραπεία για την ενίσχυση των κοιλιακών ροών.

Αξιολόγηση της φροντίδας

Η έξοδος του ασθενή έγινε μετά 10 μέρες της εισαγωγής του. Ήδη μετά από 5 ημέρες τα συμπτώματα είχαν αρχίσει να υποχωρούν. Και μετά την φυσιοθεραπεία που του υποβλήθη τα συμπτώματα υποχώρησαν και αισθανόταν καλύτερα: Του δόθηκαν οδηγίες, ο Ιατρός του εξήγησε ότι αν εμφανιστούν πάλι τα συμπτώματα και οι κρίσεις πιθανόν να υπέστη σε εγχείρηση.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κάποιος είπε ότι η οσφυαλγία είναι το τίμημα που πληρώνουμε για την όρθια στάση μας. Η ασάφεια και η έλλειψη σταθερών κριτηρίων που χαρακτηρίζει την θεραπεία καθώς και το τεράστιο οικονομικό κόστος πρέπει να επικεντρώσουν το ενδιαφέρον μας στην πρόληψη της νόσου.,

Για τον καθένα μας η τακτική γυμναστική κυρίως των κοιλιακών και ραχιαίων μυών και η προσοχή στην στάση μας - κάθισμα - ύπνος, ,οιάζει να μας προστατεύει αρκετά. Άτομα με κακή φυσική κατάσταση είναι πιο πιθανό να προσληφθούν από την νόσο, αλλά αυτοί με καλύτερη φυσική κατάσταση παραδόξως παθαίνουν πιο σοβαρές και "ακριβείς" βλάβες.

Μεγάλη σημασία έχει η ενημέρωση στο κοινό, και ιδίως στους εργάτες οι οποίοι αποτελούν την μεγαλύτερη μερίδα αυτής της νόσου.

Στις Η.Π.Α. γι' αυτό το σκοπό έχει ιδρυθεί το "LOW BACK SCHOOL" στο οποίο διδάσκονται θέματα μηχανικής και έργονομίας της Σ.Σ. καθώς και δημιουργία κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος. Εννοείται ότι ο απώτερος σκοπός του είναι η πρόληψη.

Σήμερα ο γιατρός παραμένει αντιμέτωπος μ' ένα άλυτο σύμπλεγμα ιατρικών ψυχολογικών κοινωνικών ακόμη και νομικών προβλημάτων που μας επιτρέπουν να τα ονομάσουμε "σύνδρομο της οσφυαλγίας".

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- ΑΛΕΒΙΖΑΤΟΣ - ΜΟΣΧΟΒΑΚΗΣ Ρ. " ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ"
Τόμος 1^{ος} Εκδόσεις: Γρ. Παρισσιανού, Αθήνα 1982 .
- ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΟΥ Θ. "ΣΥΓΧΡΟΝΟΣ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ" Τόμος 2^{ος}
Εκδόσεις: ΓΡ.ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ , Αθήνα 1965.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ Δ.Β.Κ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ " ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ"
Τόμος 1^{ος} Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Αθήνα 1971.
- ΜΑΡΓΑΡΙΝΟΥ - ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ " ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗΣ" Τόμος Β'
Εκδόσεις: ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
"Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1988.
- ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ "ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ" ΜΕΓΑΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΟΔΗΓΟΣ".
Εκδόσεις: ΓΙΑΛΕΛΗ.
- ΣΑΧΙΝΗ ΚΟΡΤΑΣΗ " ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ"
Τόμος 2^{ος} Εκδόσεις: "ΒΗΤΑ" MEDICAL ARTS 1985
Αθήνα 1988.
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Π. ΣΥΜΕΩΝΙΔΗΣ "ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΤΟΥ
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ" Τόμος Α
Εκδόσεις: UNIVERSITY STUDIO PRESS
- ΧΑΡΤΟΦΥΛΑΚΙΔΗ Φ. - ΓΑΡΟΦΑΛΙΔΗ "ΘΕΜΑΤΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΤΡΑΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ" Τόμος Α' Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ.