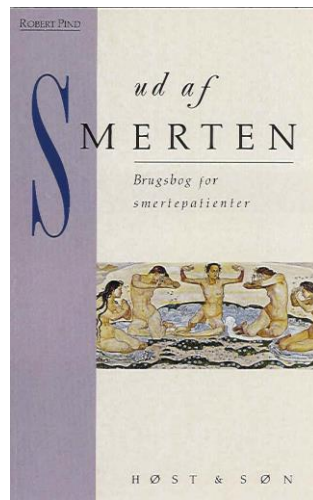


Index "Ud ad smerten"

Forord	2
Læge og patient	4
Om smerter og smerteoplevelse	12
1. DEL: ALMINDELIG FOREKOMMENDE SMERTETILSTAND I KROPPEN	
Muskelsmerter	18
Hovedpine	24
Ryglidelser	32
Hypermobilitet	50
Gigtlidelser	57
Cancer	67
Hjertesmerter	74
Underlivssmerter	78
Psykogenesmerter	81
Arbejdsbetingede smerter	83
Sportsskader	91
Ulykker	99
2. DEL: NYE VEJE TIL EFFEKTIV SMERTEBEHANDLING	
Trigger-punkter	103
Nålebehandling	107
Transkutan nervestimulation (TNS)	117
Akupressur / massage	120
Fodzoneterapi	122
Myofasciel release	126
Manipulation	131
Medicinsk behandling	134
Fysioterapi	142
Styrketræning	145
Biofeedback	149
Psykologisk smertebehandling	152
Placebo	157
Mental træning	159
Gruppebehandlinger	162
Efterskrift	166

Index



FORORD

UD AF SMERTEN

Hvordan kommer man det?

Mange vil mene, at det mål lægen klare, andre søger alternative behandlere. Nogle færre tænker på, at de selv kan gå aktivt ind i smertebehandlingen. Bogen UD AF SMERTEN henvender sig til de mennesker, der har oplevet smerten på egen krop, eller som måske netop i øjeblikket er inde i et længerevarende smerteproblem. Bogen kan også med fordel læses af de mennesker, der har med smertepatienter at gøre i dagligdagen, enten som pårørende eller som en del af et behandlerteam.

For den læser, der endnu ikke personligt kender til smerten eller til nogle af de mere specielle smerter, der beskrives i bogen, kan læsningen måske forhindre smerten i at opstå.

Det er mit håb, at kendskabet til de forskellige smertetilstande kan inspirere til en profylaktisk indsats både på arbejdspladsen, på sportspladsen, derhjemme og fritiden. Forhåbentlig kan der derigennem spares både ulykker og sygdomsopståen.

Nogle sommerfuglevingeslag i ørkenen siges at kunne starte en orkan. Jeg ville

være tilfreds med mindre.

For mig selv har bogens tilblivelse været en nødvendighed, idet der herved er skabt mulighed for en systematisering af de erfaringer, der er indhøstet gennem min daglige behandling af smertepatienter siden 1974. Mange patienter er gennemårene blevet hjulpet ved hele tiden at søge nye veje. Nogle af behandlingerne er videnskabeligt dokumenterede, andre er et resultat af egne erfaringer.

Kaos er for mig blevet til en vis form for orden, men samtidig en anspore til nye udfordringer, der er udsprunget af bogens tilblivelse og senere efterbearbejdning.

Forhåbentlig kan bogens indhold inspirere til yderligere nytænkning hos andre smertebehandlere. Og nogle af metoderne kræver flere videnskabelige studier. Der er allerede skrevet andre bøger om smertebehandling, men disse bøger er forfattet af specialister. Og de ser smerteproblemet ud fra deres egen helt specielle synsvinkel. Kirurgens smertebehandling foregår ved operation, narkoselægen skriver om lokalbedøvelsen, akupunkturlægen om behandling med nåle og fysiurgen om de fysiurgiske behandlinger. Et forhold, der efter min overbevisning gør, at smertebehandlingen endnu ikke er tilstrækkelig effektiv. Der skal nemlig en kombination til.

Rundt omkring i landet er der oprettet smerteklinikker, som skal råde bod på dette. Der bliver patientens smerteproblem vurderet og konfereret af flere forskellige specialister. Hertil hører som regel også en psykologisk vurdering. Erfaringer fra disse smerteklinikker er gode, men der findes fortsat en restgruppe af kroniske smertepatienter, hos hvem smerten fortsætter.

Patienterne ville imidlertid blive hjulpet bedre, hvis en bred vifte af forskellige behandlingstilbud kunne overføres til de læger, der ser patienterne på et tidligt stadie. Det ville samtidig begrænse behovet for smerteklinikker.

Som patient er din egen indsats meget værd. Både profylaktisk for at hindre smertetilstande i at opstå, men også din egen holdning, hvis smerten alligevel opstår. Din egen indstilling er nemlig af stor betydning for, om du ender som den kronisk smertepatient. Din egen positive og aktive holdning med håbet om et godt forløb af en eventuel smertetilstand kan nemlig blive guld værd for dig.

Bogen er opbygget, så den kan fungere som en opslagsbog. Kapitlerne kan også hurtigt skimmes igennem. Størst udbytte opnås dog ved en gradvis grundig gennemlæsning.

I bogen gennemgås modeller for smerters opståen. Modeller som alle kan have glæde af. Sygdomme i muskler og led, hovedpine, rygsmerter, gigt, cancer, hjertesmerter, underlivssmerter, skader fra arbejde, fritid og sport, ulykker og psykogene smertelidelser beskrives nøje.

Bedre information om sygdommene er nemlig en vigtig betingelse på din vej frem mod et større ansvar for din egen krop.

I behandlingsafsnittet beskrives de mange forskellige såvel fysiske som psykologiske behandlingsmetoder og kombinationen af disse ud fra mine 15 års smerteerfaringer.

Mit mål har hele tiden været, at det måtte kunne lade sig gøre at finde en endnu bedre behandlingsform til de mange typer af smertetilstande.

Flere af behandlingsmetoderne ville man tidligere kalde alternative. I dag tager lægerne patent på dem!

Andre af behandlingerne kaldes fortsat - endnu? - alternative.

Du vil opdage, at bogen adskillige gange også tager sigte på din egen aktive medvirken. Mine erfaringer er opstået i nært samarbejde med de mennesker, der har allermest brug for det, nemlig smertepatienterne. Derfor en varm tak til alle dem, der har vist en positiv interesse og forståelse for denne søgen efter nye farbare smerteveje - og for deres dejlige medleven. Uden deres støtte ville det nødvendige overskud formentlig ikkehave været til stede.

Mange kolleger har ved deres egen interesse og skriverier om smerter og sundhed ligeledes været med til at inspirere til denne bog. Også en stor tak til dem.

WHO har formuleret formålet: "Sundhed for alle år 2000". Dette betyder også frihed for smerte.

Forhåbentlig kan denne bog være en hjælp på vejen mod dette mål.

Robert Pind / Januar 1992

[INDEX](#)

Hvis du ikke går til yderligheden, er der ingen grund til at gå! (Asger Jorn)

LÆGE OG PATIENT

Smerter indgår som en ubehagelig bestanddel i mange forskellige sygdomme, ja, smerten kan undertiden være særdeles invaliderende. Det er imidlertid først indenfor de seneste år, at der er fokuseret på en mere effektiv smertebehandling.

Mange læger er nødt til selv at stykke en viden om moderne smertebehandling sammen. Det kan være gennem selvstudier eller specielle smertekurser. Behovet for yderligere viden om smerteproblemerne afhænger af den enkelte læges interesse. Og jo større denne interesse er, jo bedre kan smertepatienterne blive hjulpet.

Gennem en bedre smertebehandling kommer der nyt liv til smertepatienterne.

Men det er også meget væsentlig for et smerteforløb, at man som smertepatient selv ved noget om smerter og smertemekanismer. Den tid bør være forbi, hvor man blindt finder sig i at være en del af en behandling.

Du må selv aktivt gå ind i håndteringen af dit eget liv - også når der er en smertetilstand i gang, uanset årsagen til smerten.

Hospitalslægerne ser kun toppen af isbjerget af sygdomme. Eller på en anden måde: hvis 1000 mennesker i løbet af en måned føler smerte, så vil de 800 acceptere smerten umiddelbart eller selv gøre noget ved den uden at henvende sig til deres læge. Og af disse patienter vil 6 blive henvist til en hospitalsafdeling. Med andre ord er der kun 6 ud de 1000, som har behov for at blive viderehenvist til sygehuset.

Almindeligvis er bøger beregnet for læger om smerter skrevet af specialisterne fra hospitalet. Men da de kun ser et fåtal af alle de mange smertepatienter, afviger de flestes smerteproblem fra "lærebogspatientens". Derfor kan uddannelsen i smertebehandling ikke foretages alene på sygehuset.

Forstadierne behandles nemlig hos den praktiserende læge, hvor traditionen er meget forskellig.

Lege artis

Den lægevidenskabelige skole kræver, at der skal behandles "lege artis", dvs. efter lægekunstens regler. Behandlingen skal med andre ord følge det indstuderede og afprøvede. Der foregår til stadighed en rivende udvikling og forskning, der gør, at mange behandlingsprincipper forlades. De forældes og bliver uhensigtsmæssige. Nogle viser sig endog at være skadelige på længere sigt. Men samtidig kommer nye behandlinger til, der enten kan erstatte eller forbedre de allerede eksisterende. I denne dynamiske udviklingsproces kan der derfor godt opstå uenighed blandt de lærde om, hvilken behandling, der til et givent tidspunkt, er den bedste. Og med den moderne teknologi skrider behandlingsudviklingen meget hurtig frem.

Som praktiserende læge må man konstatere, at det imidlertid ikke altid kan lade sig gøre at behandle efter disse lægeregler. Der findes nemlig mange tilstande, hvortil der slet ikke findes nogen beskrevet behandling. Patienten risikerer derfor at ende som "Sorteper" med den besked, at "det må du lære at leve med...".

Trods de mange gode behandlingstilbud, der findes både på sygehusene og hos specialisterne, er der desværre stadigvæk patienter, der atter henvender sig til den praktiserende læge med deres uforløste smerteproblemer. Fokuseres der kun på denne kategori, ville det hurtigt kunne virke deprimerende for behandleren. Men disse patienter udgør netop den store udfordring. Der må nemlig søges nye veje.

Lægekunst

På et tidspunkt dukker den idé op, at betydningen af at behandle lege artis måske også kunne have en anden mening. For det at behandle lege artis kan også være en *behandlarkunst*, der kræver intuition og kreativitet.

Og jo mere viden og erfaring, jo større mulighed har disse 2 kvaliteter for at komme til udtryk. Intuition regnes normalt for en kvindelig dyd, modsat det at bruge lommeregneren eller computeren. Men med en større erfaring og et deraf følgende større overblik bliver det muligt at se en sammenhæng bag detaljerne. Det er ikke logiske regler, der giver dette overblik, snarere en intuitiv fornemmelse for en sammenhæng. Kreativitet kræver divergent eller lateral tænkning. Den konvergente tænkning kan sammenlignes med at sejle ind i de norske fjorde med skyklapper for øjnene. Jo længere man når ind i bunden af fjorden, jo mere detaljeret kan man se en ting, men overblikket mangler. Ved at sejle udad i stedet for åbner der sig mulighed for nye frugtbare oplevelser og et videre syn.

Det kræver mod, men vejen bliver banet for den divergente tænkning og dermed større kreativitet.

Alternativ behandling

Som praktiserende læge har jeg ca. 7.000 patientkontakter af forskellig art i løbet af 1 år. Det er konsultationer, telefonkonsultationer og vagtlægeydelse. Gennem mine 12 år i almenpraksis er det derfor blevet til en hel del erfaringer, der kan kombinere så vel gammel som ny viden. Den nye viden er både hentet indenfor den autoriserede lægeverden og på det område, som mange kalder det alternative.

Det har været nysgerrighed, der har drevet værket. Ergonomistudier i slutningen af 70'erne, hvor ikke særlig mange kendte ret meget til de arbejdsmæssige problemer, der opstår af uhensigtsmæssige arbejdsstillinger, medførte for mig nogle "sidegevinst", idet andre mere specielle emner viste sig at være endog særdeles spændende. På den måde har jeg gennem de sidste 10-12 år studeret mange forskellige smerteemner. Smerteinteressen har spredt sig som ringe i vandet, der er kommet i mere og mere oprør.

Nyere undersøgelser viser, at ca. 50 % af den danske befolkning af og til kontakter alternative helbredere. Dette må skyldes et behov for mere end det, den etablerede lægestand kan tilbyde.

Hos de alternative helbredere kan der hentes 2 ting. Forklaring og behandling - dog ikke nødvendigvis hos dem alle.

Befolkningen er ude efter en årsagssammenhæng, som de kan forstå. Og det uanset om der er tale om strømme, vandstråler eller magnetisme. Og nogle af disse meget forskelligartede alternative terapier indeholder så elementer, der også kan anvendes i den lægelige behandling.

Uvidenskabelige metoder

Ved introduktion af nye behandlingsmetoder er det, indtil metoderne er beviste, nødvendigt at efterprøve metoderne uvidenskabeligt. Men med den lægevidenskabelige skoling som baggrund kan dette gøres på en kritisk og udforskende facon.

Da Søren Kirkegaard formulerede sine filosofiske tanker, der kunne vedrøre mangt og meget - eller i hvert fald *enten/eller* - var han heller ikke altid lige videnskabelig.

I behandlingen er det imidlertid ikke kun et spørgsmål om et enten / eller snarere et: *både - og*.

Behandlingen repræsenterer med andre ord en proces med flere synsvinkler. For at komme videre er det nødvendigt at være åben, men altså også kritisk. Man taler meget om et *paradigmeskifte*, hvor man skal give afkald på gamle hævdvundne erfaringer. Men dette er dog ikke nødvendigt. For en del af det, som vi har, er ganske udmærket. Det, vi har brug for, er en udvidelse af vores begrebsverden, så det kvalitative kan supplere det kvantitative.

De forskellige behandlingsformer bliver derved *komplementære* størrelser, der supplerer hinanden.

Den udbrændte læge/patient

Der tales i lægekredse meget om den udbrændte læge. Der afholdes kurser i, hvordan denne tilstand kan undgås. Når der er et sådant behov, må det være

fordi hverdagens stress, også giver stressede læger, som ikke trives godt i deres job. Og læger, der ikke er i god trivsel, savner et overskud at se ud af.

Smertepatienterne lades derved i stikken. Der kan selvfølgelig være mange årsager til denne manglende trivsel, men en måde at komme videre på kunne være at tage nye udfordringer op. Det kunne patienterne også få det bedre af.

En bedre behandling ville på denne måde bliver et ikke uvæsentlig produkt af den lægelige trivsel.

Selvfølgelig kan patienten også føle sig "udbrændt" som smertepatient, og her gælder selvfølgelig det samme. Smerteproblemet skal tages op som en fælles udfordring, der på længere sigt giver mulighed for vækst - for både patient og læge.

Nye udfordringer

Man trives nemlig godt ved nye udfordringer. Sommetider kan det endda være nødvendigt at gå til nogle grænser, måske ovenikøbet bryde nogle barrierer. Det viser sig først, når der er taget nogle skridt. Er det nu den rigtige vej?

Som bekendt er det vanskeligste skridt altid det første, men altså også det nødvendige. Der skal argumenter til - både overfor omgivelserne og måske især en selv. Der kan opstå nogle dilemmaer, når der skal vælges, men det giver mulighed for ny udvikling.

Læge/patientforholdet bedres til beggees fordel, og der kan i stedet for en autoritativ behandling opstå en rådgivning og vejledning, som patienten bedre kan udnytte.

Lægen som ekspeditionssekretær

Ofte fremstår lægen som den, der ordinerer en behandling. Der skrives en recept på noget medicin, eller der laves en henvisning til fysioterapi eller specialist. Lægen fungerer i disse situationer som "*lægelig ekspeditionssekretær*".

Lægen har imidlertid mulighed for også at være den, der udøver selve terapien. Herved tilføres der ny energi og velvære til lægen. Og indgår patienten på en aktiv ansvarsbevidst måde i denne proces, giver det håb om færre smerter.

Apparatfejlsmodellen

Ofte vil såvel patient som læge være indstillet på, at det er en lille fejl i den menneskelige krop, der er årsag til smerten. Overses denne "*apparatfejl*", vil den selvfølgelig kunne være årsag til fortsat lidelse.

Fjernelse af fejlen medfører dog ikke altid frihed for lidelse. Individets totale situation spiller nemlig afgørende ind for velbefindendet. Overses dette, kan det give anledning til nye lidelser.

Vi er afhængige af som mennesker at blive opfattet som enkeltindivider, der er enestående. Vi vil tages alvorligt med vores sygdom, blive respekteret uden at blive generaliseret ind i et behandlingssystem. Men samtidig har vi modsætningsvis også behov for at tilhøre et fællesskab, der giver os vores sociale identitet.

Vi har også behov for at kunne bestemme selv, at være medansvarlige for vort liv. Ved at have større viden om apparatfejlene forstås de forskellige smerteproblemer bedre. Men der indgår mange andre faktorer, førend vi som mennesker bliver frie for lidelsen ved smerten. Øget kendskab til disse forhold, samt teknikker, der kan bruges i dagligdagen, kan gøre, at du føler et større *selvværd*, og derved også fornemmer en bedring af din totalsituation.

Sker det modsatte - at du lader dig *passivt behandle* og regere med - opstår magtes- hjælpe- og håbløsheden. Og de er netop meget væsentlige faktorer, der helst skulle undgås. For deres tilstedeværelse har en negativ og nedbrydende virkning på kroppens forsvarsmekanismer.

En aktiv patientrolle

Det er derfor nødvendigt med en aktiv personlig indsats. Smerteforløbet gøres mere positivt, og dette har selvfølgelig den allerstørste betydning ved de mere

kroniske lidelser som gigt, hjertesygdomme og cancer. Men også når det drejer sig om det akutte forløb af en smertegivende tilstand, som derved kan få et kortere og mere gunstigt forløb.

OM SMERTER OG SMERTEOPLEVELSE

Ja, hvem kender ikke til smerter?

Indenfor de sidste 14 dage har 45% af os (mere end 2mill.) haft smerter eller ubehag i muskler, knogler eller led. Heraf var 20 % meget generet. De 13% (650.000) har langvarige sygdomme med ryglidelser og gigt.

I USA udgør alle udgifterne til smertebehandling 10 % af nationalproduktet. Det er billionbeløb!

I starten er smerten et faresignal. Et eller andet er galt i kroppen. En overbelastning, en skade eller tegn til en infektion. Afhængig af smertepåvirkningen kan smerten være årsag til, at personen henvender sig til lægen.

Smerten kan beskrives på mange måder. Noget centralt for smerten er, at den opleves individuelt. Det er en følt fornemmelse, der er vanskelig at måle.

Forskellige smertetilstande

Vi kan få ondt mange steder rundt omkring i kroppen. Det kan være hovedpine, enten som migræne eller efter infiltrationer nakken og skuldrene. Det kan være arbejdet, der belaster, eller smerterne er optrådt efter sport. Måske sidder der et hold i lænden, eller der er mavesmerter. Vejtrækningen kan være pinefuld, eller der kan være en blodprop i hjertet. Eller talrige andre muligheder. Og hele tiden

er det rart at kunne blive behandlet, eller selv kunne yde en indsats, så flest mulig er med færrest mulige smerter.

Smertevejen

Der er udformet mange forskellige teorier om smertens natur. Kroppens smerteoplevelse opstår pga. forskellige elektriske fænomener, der er knyttet til de smertevoldende impulser.

Ved at trykke på en stikkontakt kan der sendes strøm gennem de elektriske installationer i dit hus. Ledningerne sørger for at strømmen transporteres rundt i huset. Strømforbruget registreres i el-måleren.

Rundt omkring i kroppen er der i stedet for stikkontakter lokaliseret talrige føleorganer til registrering af forskellige påvirkninger. Herfra føres smerteimpulserne videre til rygmarven gennem nogle nervefibre (ledninger), som har forskellig tykkelse. Jo tykkere nerven er, jo hurtigere føres smerteoplevelsen til rygmarven.

I rygmarven dannes der forbindelser, der leder smerteimpulsen videre op til hjernen, og her bevidstgøres (registreres) smerten -på godt og ondt. De forskellige føleorganer kan sanse forskellige påvirkninger. En mekanisk beskadigelse registreres i nogle såkaldte mekano-modtagere, medens atter andre modtagere er ansvarlig for opfattelsen af varmeskader og kemiske irritationer.

Føleorganerne ligger i et varierende antal rundt omkring i kroppen. I fingerspidserne er der flere hundrede pr. kvadratcentimeter. På ryggen ligger de derimod med stor afstand, og her kan det være svært at skelne 2 punkter, der ligger tæt på hinanden.

Berøring og anden ikke-smertefuld fornemmelse løber hurtigt i nogle tykke nervefibre (A-beta-fibre). Smerter sendes derimod gennem nogle langsommere fibre (A-delta-fibre og C-nervefibre, hvoraf C-fibrene er de langsomste). Stikker man sig for eksempel i fingeren, kommer der først en karakteristisk umiddelbar første smerte, der ledes gennem de tykke fibre. Denne skarpe smerte

efterfølges af en mere dump og langvarig smerte (2. smerte), der ledes gennem de tyndere og langsomme fibre.

Kroppens egen morfin

I vores krop har vi nogle smertestillende stoffer, der hedder endorfiner, enkefalinere og dynorfiner. Disse smertestillende stoffer er genstand for meget intense studier, og man er derved kommet tættere på en forståelse af de forskellige smertemekanismer. Disse kroppens egne morfiner cirkulerer hele tiden rundt i kroppen, og de kan aktiveres og frigøres ved forskellige behandlinger. Men noget centralt er, at man også selv ved aktiv medvirken kan påvirke denne produktion.

Endorfinernes sandsynlige virkning er, at de via en speciel bremsemekanisme, der foregår inde i rygmarven, kan blokere smerteimpulsens videre forløb mod hjernen. Derved når smerteimpulsen ikke frem til en registrering, og smerten forbliver ubevidst. Det kaldes gate-control-teorien, og man forestiller sig, at der inde i rygmarven er en "port-funktion", som endorfinerne regulerer. Enten lukkes smerten ind gennem "porten", eller også holder endorfinerne den ude.

Men der findes også cirkulerende endorfiner, som virker gennem blodbanen. Deres virkning er på et højere niveau i hjernen.

Prøv at tænke på en forbrænding. Hvad sker der? Umiddelbart efter forbrændingen bliver stedet rødt, men allerede forinden er der sendt smerteimpulser til hjernen. Disse impulser får os til hurtigt at fjerne hånden fra den varme ovn. Sidenhen har smerten imidlertid ikke nogen funktion, bortset fra at vi sent skal glemme, hvordan sådan en ovn ved visse lejligheder kan være varm. Koldt vand virker i denne situation bedøvende. Vand besidder mange gode egenskaber - og altså også en smertestillende virkning. Som udløses via vores indre endorfinsystem. Sådan fungerer smerteimpulser på godt og ondt.

Smerteskema

Smertens styrke varierer i løbet af døgnet. Den kan angives på en skala fra 0 - 10. 10 er da den uudholdelige smerte. Almindeligvis er smerten mest udtalt hen ad mod klokken 18. Hos andre kan den være værst om natten. Smertestillende medicin skal derfor gives, så der tages hensyn til denne døgnvariation. Mange gange gives den smertestillende medicin imidlertid 3 gange i døgnet - gerne til måltiderne. Der kan da være langt fra aftensmåltidet til næste morgenmåltid.

Smerteregistreringen døgnet igennem kan give en individuel og dermed mere effektiv smertebehandling. Udover døgnsvingningerne kan der ses rytmiske forandringer, der følger vores biorytmer. Smerterne forværres i de fysiske lavtryksområder, og i disse områder kan der være større behov for smertedæmpende behandling.

	Mandag 7 12 18 23	Tirsdag 7 12 18 23	Onsdag 7 12 18 23	Torsdag 7 12 18 23	Fredag 7 12 18 23	Lørdag 7 12 18 23	Søndag 7 12 18 23
10							
9							
8							
7							
6							
5							
4							
3							
2							
1							

Smerteskema til registrering af smerte inden for et enkelt døgn og inden for en uge. Smerten vurderes på en skala gående fra 10 til 1, hvor 10 er den uudholdelige smerte, 5 den middelstærke smerte og 1 den ubetydelige smerte. Eventuel medicin indtaget mod smerten registreres sideløbende.

Smertebehandling

En hyppig smertebehandling vil være den medicinske.

Der er piller, der virker perifert i din krop, lige der hvor det gør ondt. De er ikke så stærke, og for at vurdere deres fulde virkning, skal de gives i en tilstrækkelig dosering.

Der findes stærkere medicin, hvis angrebepunkt er centralt i kroppens nervesystem. Dosis skal reguleres individuelt, for at smertepatienten kan holdes smertefri.

Allerhelst skulle man kureres for sin smertegivende sygdom. Men trods den medicinske behandling og henvisninger til specialister og sygehuse vil der fortsat være patienter, der er i smerte.

Ved at studere litteratur om alternative emner til smertebehandling kan man som læge få nogle associationer, der kan kobles til den ekspertviden, der i forvejen bruges i dagligdagen. Man kommer tættere ind på livet af patienterne, idet der læres nogle håndgreb, som er rent manuelle. Og under selve behandlingsforløbet opnås en god fortrolighed med patienten. Der kan derved blive løst op for væsentlige konflikter, der måske ellers ikke ville blive afdækket. Patienten får derved muligheden for hurtigere at slippe af med sit aktuelle smerte, der måske ellers ville være blevet til et kronisk smerteproblem med mulighed for talrige henvisninger og megen medicin foruden menneskelig lidelse og sygedage.

Og kommer patienten også selv væk fra den passive modtagende rolle, kan denne egenomsorg ligeledes være med til at fremme smertebehandlingen.

1. DEL

ALMINDELIGT

FOREKOMMENDE

SMERTETILSTANDE I

KROPPEN

MUSKELSMERTER

Den menneskelige krop er bygget op af et skelet, hvorpå der er hæftet ca. 200 forskellige muskler. Så der er god mulighed for at en af dine mange muskler kan komme til at gøre ondt. Muskelsmerter er en form for bløddelsgigt. Det giver en lokaliseret smerte, som sidder i muskler eller sener.

Muskelsmerter er et hyppigt fænomen. Alle kender til at have haft ondt i en muskel efter en overbelastning. Det kan være den første løbetræningsdag, hvor der ophober sig affaldsstoffer i musklen. Det giver nogle drøje smerter de følgende dage, men smerterne aftager derefter af sig selv. Sygdomme kan give muskelsmerter, men ofte er der ikke nogen speciel forklaring på deres tilstedeværelse.

Muskelinfiltrationer

Muskelinfiltrationer kaldes også *myoser*.

Et lokaliseret begrænset område i en muskel er spændt og ømt, og ved belastning tager ømheden til. Sådanne myoser findes hos mennesker med muskelsmerter. Der hersker en del uenighed om, hvordan selve myosen er opbygget. Det har ikke været muligt at give skudsikre forklaringer på, hvordan musklen er forandret inde i selve myosen. Og det er heller ikke alle læger, der accepterer begrebet myose - ligesom det heller ikke er alle, der kan føle dem med deres fingre. Men de, der har ondt, kan mærke myosernes tilstedeværelse.

Hvorfor infiltrationer optræder, ved man heller ikke, men formentlig drejer det sig om en øget spændingstilstand i musklen. Det medfører så en sekundær iltmangel i musklen.

Det er praktisk at inddele beskrivelsen af muskelinfiltrationerne i 2 kategorier, der henfører til, hvor udbredte og langvarige de er.

Sekundære muskelinfiltrationer: Disse er uhyre hyppige lidelser, der er årsag til mange af de lokaliserede smerter. En akut overbelastning af en muskel giver en smerte i et begrænset område. Det kan være fra et uheld, eller myosen kan optræde i tilslutning til et uvant arbejde. Eller en arbejdssituation, hvor der blot er ekstra pres på - eller måske overarbejde. En forkert arbejdsstilling vil også hurtigt kunne give ømme myoser. Nogle myoser optræder først efter længerevarende overbelastning, men de vil stadigvæk være lokaliseret i den region, der bliver misbrugt. Det kan være et statisk arbejde ved et samleband, hvor arbejdsemnerne hurtigt passerer forbi arbejderen. Musklen er da i en konstant spændingstilstand. Arbejdet kan også være énsidigt eller uhensigtsmæssigt på anden vis.

Forskellige sygdomme kan give anledning til myoser. Omkring halvdelen af gigtpatienter har foruden deres ledsmerter også ømme infiltrationer. Ryglidelser ledsages også ofte af myoser i de lange rygstrækkere eller i sædemuskulaturen. Knoglebrud og andre mindre skader kan i deres efterforløb ligeledes give infiltrationer pga. spændingstilstande. Nervesygdomme med øget muskelspænding giver også perioder med infiltrationer. Sygdomme i de indre organer kan give meddelte smerter i ydre muskelregioner. Skulder- og rygsmerter ses hos hjertepatienten, og astmapatienten kan være øm i ryggen. Efterhånden overskygger disse nye spændinger den oprindelige sygdom. Nyresygdomme eller lidelser i underlivet kan give myoser lavt i lænden eller i det ydre bækken. Nogle gange er det imidlertid myoserne, der giver mistanke om sygdomme i de indre organer, uden at disse dog fejler noget!

Psykiske problemer giver spændte muskler. Den psykiske spændingstilstand afspejles i kroppens måde at reagere på. Skuldrene trækkes op mod ørene, og hyppigt vil hovedet lude forover. Man taler ligefrem om et helt muskelværn eller muskelpanser, som den nervøse dækker sig inde bag. Det giver ømme spændte myoser i såvel nakke som skuldre.

Vejret spiller også ind. Kulde og fugt giver hos vissemennesker en spændingstilstand, der udløser de smertefulde myoser. Spændte muskler i brystkassen giver en mere stivnet vejtrækning, som forstærker spændingstilstanden. Træk er også en vis form for temperatur-påvirkning. Både varm og kold luft kan give problemer. Den konstante susen fra enten en ventilator, aircondition eller et åbentstående vindue kan give nogle slemme

infiltrationer. Og årsagen er måske ikke lige umiddelbart indlysende. Imidlertid er det ofte ikke muligt at finde en sammenhæng.

Myoserne føles som dejagtige eventuelt ganske hårde partier i musklen. Tryk udløser den kendte smerte. Tilstanden med den ømme myose forbedres almindeligvis igen. Enten når den primære årsag fjernes, eller efter en hviletilstand.

Behandling

Som behandling kan bruges varme og massage af de ømme infiltrationer. Udspændingsøvelser og arbejdskorrektioner virker også befordrende mod tilbagefald. Styrketræning gør musklen mere modstandsdygtig mod overbelastning. Undertiden er kolde pakninger i det akutte forløb bedre end varmen. Der må man prøve sig lidt frem. Blokadebehandling med nåle eller lokalbedøvelse har oftest en glimrende effekt. Selvfølgelig var det allerbedste, hvis man kunne undgå de spændingstilstande, der giver infiltrationerne.

Seneskedehindebetændelse

Betegnelsen betændelse kunne lade formode, at der var en infektion i senen eller dens skede. Det er der imidlertid ikke. Men der er en irritation i vævet (tendinitis), som opstår ved overbelastning. Man kan mærke de gryede, knudeagtige fortykkelser i bindevævet især langs senefæster eller ledbånd. Sommetider kan man mærke en knitren - som nyfalden sne eller kartoffelmel, der knuges - ved tryk hen over underarmens seneskedehindebetændelse.

De er ligesom myoserne meget ømfindtlige for tryk, og måske udløses der en udstrålende smerte. Ofte sidder seneskedebetændelse på underarmen, ved nakkefæsterne mod det ydre kranium, den store sædemuskel eller på ydersiden af låret. Knæets inderside og akillessenen er andre hyppige lokalisationer.

Irritationen opstår som regel efter en overbelastning.

Behandlingen er som for myosen. Men for at undgå tilbagefald skal der også tænkes på ændring af hverdagens gøremål, enten derhjemme eller på arbejdet.

Eller måske er det fra en uheldig måde at håndtere tennisketcheren. Lokalbehandlingen kan suppleres med ultralyd eller gigtpiller, der får vævet til at slappe af og begrænser hævelsen.

Primære muskelinfiltrationer

Lidelsen *primær fibromyalgi* (fibrositis) er der inden for de seneste år blevet fokuseret mere og mere på. Der er her universel udbredelse af infiltrationer, som efterhånden giver anledning til svære kroniske smerter. Træthed er et andet symptom.

Hyppige og efterhånden langvarige sygeperioder er almindeligt, og der følger gerne et tidligt erhvervsophør med.

Herhjemme er der visse problemer med at få lidelsen anerkendt som berettigelse for førtidspension, men erfaringer fra udlandet må slå igennem på et tidspunkt.

Kvinder i alderen 35-50 år er hyppigst ramte. Smerter og træthed gør dem til patienter, der jævnligt går til læge. Og de mange lægebesøg resulterer i adskillige undersøgelser inklusive røntgen. Prøverne er som regel normale. Det eneste, der findes, er en række ømme punkter rundt omkring i kroppen. Smerterne sidder dybt og diffust, ofte i nakke, lænd og sæde. Smerterne kan udstråle til især arme, og de kan ledsages af sovende fornemmelser. Smerterne forværres ved belastning, medens hvile giver lindring. Lette bevægelser give også lunde, derfor er det ofte nødvendigt med hyppige stillingsskift.

Trætheden hænger sammen med søvnbesvær. Både som indsovningsbesvær, men også fordi søvnen er overfladisk.

Ligesom ved gigtt er der en udtalt morgenstivhed.

Andre organer i kroppen giver også irritationsmomenter. Ja nærmest alt er irritabelt.

Behandling

Der skal først og fremmest nogle gode hvil til. Arbejdsdagen skal have indskudte hvil, og det er væsentlig at overholde fridage og ferier.

Nattesøvnen kan bedres med en tilpas hård madras, og hovedpuden kan med fordel erstattes med en pølle. Kaffe, alkohol og tobak er dårlige ledsagere inden sengetid.

Arbejds-mæssigt skal der sørges for en god ergonomi med gode arbejdsstillinger og gode arbejdsforhold i det hele taget.

Det er af stor betydning ved denne tilstand at gå aktivt ind i at bevare sundheden bedst muligt. Det kræver styrketræning af den svækkede muskulatur. Og bio-feed-back, hvor der opnås en bevidst kontrol med de spændte muskler, giver en god afslapning og dermed færre smerter.

Ved overvægt skal de overflødige kilo - i egen interesse - reduceres. Kulde forværrer som regel smerterne, mens varme virker lindrende. Da støj og stress ligeledes kan forværre symptomerne, bør disse elementer også begrænses.

Blokader og akupunktur kan give midlertidige lindringer. Medicinsk kan der i de dårlige perioder bedst hjælpes med antidepressiva i mindre doser. Der medfører en vis smertelindring og en bedring af nattesøvn. Gigtabletter virker afslappende på samme måde som hovedpinetabletter.

Sygehistorie

38-årig kvinde med 3 børn i alderen 19, 17 og 12 år. De sidste 10 år monteringsarbejde på mindre virksomhed. Opvokset på landet, tidligt lært at skulle klare sig selv. Gift som 19-årig, fik hurtigt det første barn. På de første kortere jobs, var hun sygemeldt fra i 1 til 2 uger ad gangen. Ved perioder med arbejdsløshed var hun tvunget til hurtigt at komme i arbejde for at få økonomien til at hænge sammen. Efterhånden en evig kamp for begge ægtefæller at skaffe penge til familie og hus. Muskelsmerter forskellige steder i kroppen og træthed gjorde hende syg.

Ved undersøgelse fandtes altid nogle ømme infiltrationer. Hyppigst i lænden og i nakken. Røntgenundersøgelse af ryggen 2 gange med 10 års mellemrum var normal. Efterhånden som årene er gået, har det været nødvendigt med længere og længere varende sygemeldinger.

Der er et dagligt behov for smertestillende medicin. Reumatologisk specialhenvi sning har desværre ikke bragt nyt liv til patienten. I perioder mavebesvær med træg afføring og generende luftdannelse. Børnene har indimellem været godt trætte af hende, for der skal ikke meget til at gøre hende ked af det. Efterhånden er tilstanden blevet kronisk og så smertegivende, at hun, selv om sidste sygemelding har været knap 1 år, ikke har kunnet klare bare det huslige arbejde. Der søges nu førtidspension til hende under diagnosen primær fibromyalgi.

HOVEDPINE

Hovedpine er en overordentlig hyppig lidelse, der i sit kølvand medfører megen menneskelig lidelse.

Der er ikke blot tale om et smerteproblem, men hovedpinepatientens hverdag bliver også ændret med forringet livskvalitet til følge.

I hovedpinefrie perioder er patienten fuldstændig rask, men pludselig kommer der et anfald, der kan ødelægge både arbejdspræstationen og f.eks. udbyttet af tante Annas runde fødselsdag.

Sygefravær under de værste anfald kan blive en belastning i arbejdsforholdet. Her kan en paragraf 12-ordning træde hjælpende til. Arbejdsgiveren fritages så for at skulle betale af egen lomme fra første sygedag. Det gør det også lettere ved nyansættelser, da arbejdsgiverens betænkeligheder ved udsigt til øget sygefravær fjernes.

Er sygdommen invaliderende med meget hyppige sygefravær kan afskedigelser komme på tale. I meget sjældne tilfælde ender det med pension.

På verdensplan forskes der meget i årsager og behandlingsmuligheder, uden at der dog endnu er nået epokegørende fremskridt. Interessen er især centreret omkring hjernens blodgennemstrømning før og under et hovedpineanfald.

For at fremme den internationale forskning er der i 1988 opstillet en ny klassifikation efter 5 års forudgående arbejde. Der er derved defineret nogle helt klare hovedpinetyper, ligesom gamle forvirrende betegnelser er forladt.

At hovedpine er en hyppig lidelse, fremgår af, at ca. 1/10 af den danske befolkning lider af hovedpine 1 til 2 gange pr. uge. Det svarer til 500.000 mennesker. Og 3% (150.000) har endog daglig hovedpine.

Mange frygter cancer, men hyppigheden af hjernesvulster er lav. Kendskab til hovedpinetyperne og deres forskellige behandlingsmuligheder kan give flere og længerevarende hovedpinefrie perioder med øget livskvalitet.

Migræne

Migrænen udgør 1/3 af de forskellige hovedpineformer. Der findes 2 forskellige slags migræne, nemlig en type med aura og en type uden aura. Aura er de symptomer, der går forud for selve smerten ved migræneanfaldet.

Migræne med aura er den *klassiske migræne*. Det kan være snurrende fornemmelser i en finger eller hånd, der fortæller at et anfald er på vej. Disse fornemmelser breder sig op mod skulderen og følges efter 15 - 30 min af en kraftig hovedpine, som ofte er ensidig. Lysende zigzag striber eller sorte pletter for øjnene kan også være første tegn på, at et nyt anfald er på vej.

Hos andre starter det med talebesvær.

Ost, chokolade og rødvin kan udløse anfaldet, men ellers kender man ikke meget til start-mekanismen. Hjernens blodkar undergår under selve anfaldet visse forandringer. Først slapper blodkarrene af, og lidt senere trækker blodkarrene sig krampagtigt sammen. Denne viden forklarer dog ikke hovedpinens opståen. En aktivitetsændring i nogle af hjernecellerne løber forud for karforandringerne. Nedsat aktivitet i hjernecellerne spreder sig som en bølge startende bagerst i hjernen fremad gennem hjernebarken. Dette fænomen kaldes "*cortical spreadingdepression*". Efter 5 - 10 min er der atter normale tilstande i hjernecellerne. Kendskabet til disse forandringer er resultatet af nyere dansk forskning. Men man ved stadigvæk ikke, hvorfor dette fænomen optræder. Tidsmæssigt hænger det sammen med auraen.

Ved migræne *uden aura* er hovedpine den dominerende faktor.

Hovedpinen kan være dunkende og pulserende, pressende og trykkende, måske jagende og med udstråling. Ofte er den halvsidig.

Migrænen ses hyppigst hos kvinder, og den ses i alle aldre, endog hos børn. Som regel vil den klinge noget af med årene. Kvalme er et hyppigt ledsagesymptom. Den kan gøre det umuligt at indtage tabletter. Selv når der

ikke er kvalme, kan nedsat mavetømmningshastighed forlænge den tid, der går, før tabletterne kommer til at virke.

Nogle foretrækker at isolere sig fra omverdenen pga. udtalt lys- og lydoverfølsomhed. Indre uro og irritabilitet eller hyppige toiletbesøg kan være andre ledsageproblemer. Ved udtalte tilstande kan angst eller ligefrem panik være en væsentlig forværrende faktor. Kan hovedet holde til anfaldet? Det gør det nu altid.

Ved migræne uden aura ses der andre karforandringer. Her er det de udvendige blodkar, der udvider sig. Anfaldet kan vare nogle timer eller op til flere dage. Migrænepatienter holder sig ofte i ro, og ved fysiske anstrengelser forværres hovedpinen.

Spændingshovedpine

Denne kategori af hovedpine udgør også 1/3 af tilfældene. Det kan være spændinger i muskulaturen eller i sindet eller en kombination af disse 2, der giver hovedpinen.

Nogle gange varer hovedpinen 1 dag eller 2, andre gange går den over i et kronisk forløb med dagligt ubehag. Spændinger i muskulaturen opstår af det daglige arbejde, hvis der er hyppige ensformige bevægelser. Nogle kan imidlertid godt klare det monotone arbejde, medens andre meget hurtigt får de skulder- og nakkespændinger, der giver hovedpine. Den slags mennesker er nemlig i forvejen ikke særligt gode til at slappe af. Mindre ekstrabelastning udløser derfor hovedpinen.

De hypermobile med deres elastiske ledbånd er en særlig udsat gruppe. Uvante arbejdsbelastninger kan også give akut spændingshovedpine, der heldigvis hurtigt går over igen. Endog skolebørn kan have denne form for hovedpine. Det skyldes mange gange uhensigtsmæssige "arbejdsstillinger", hvor det er bord/stolehøjden, der ikke er indrettet efter elevens behov.

Den perfektionistiske elev, der sidder med næsen nærmest boret ned i skrivehæftet for at gøre arbejdet godt nok, risikerer også hovedpine, når der er meget hjemmearbejde. Det er en kombination af fysisk overbelastning og

ambitioner om at lave et perfekt arbejde, der giver spændingstilstanden. Andres krav om toppræstationer kan være så store, at det medfører spændingstilstande og hovedpine. Eller måske er de personlige krav den største belastning. Her er der i stedet for brug for kompromis'er med "overjeg'et".

Migrænepatienter med hyppig migræne kan være generet af daglig spændingshovedpine indimellem de mange migræneanfald. Det kan sommetider være svært at skelne den kroniske spændingshovedpine fra migræne, men migrænen er der aldrig hver dag. Der er ingen blodkarforandringer i hjernen ved spændingshovedpine. Men når musklerne er spændte, går det udover blodtilførslen, som nedsættes.

Patienten med spændingshovedpine har trigger-punkter, der er tryk-ømme. Nakkens muskeltilhæftninger på det ydre kranium og de mindre muskelbuge ned langs nakkehvirvlerne er de almindelige lokaliseringer. Herudover findes trigger-punkter i skulderblads-løfterne. Morgenhovedpine er ofte udtryk for kæbespændinger fra natlig tænderskæren. Spændingshovedpine som følge af enten fysisk eller psykisk stress er en slags overløbsventil for kroppen. Samtidig er det en appel om mere hensyn i dagligdagen - til indehaveren af hovedpinen selv!

Hortons hovedpine

Dette er en speciel og samtidig meget sjælden anfaldsvis hovedpinetype. Anfaldene er ganske kortvarige, men der kan være flere pr. dag. De kommer oftest i en serie, hvorfor de også kaldes klynge-anfald (cluster headache). Lange anfaldsfrie perioder kommer som regel efter en hovedpine-byge.

Mænd rammes oftest.

Smerten sidder altid bag det samme øje. Øjet bliver rødt og løber i vand. Pupillen trækker sig sammen, og næsen lukker sig på samme side. Smerteanfaldet er oftest meget voldsomt, og det er svært at finde hvile. Banker man hovedet mod en mur, føles det endog som en lettelse af anfaldet!

Andre typer

Den sidste 1/3 er en blandet gruppe. Hovedpine ses som led i akutte infektionssygdomme, ved blodtryksforhøjelse, brug af p-piller eller efter hjernerystelse.

Tømmermænd er en type hovedpine, som mange genkender. Optil 2 % af den danske befolkning lider af dette fænomen efter indtagelse af varierende mængde alkohol. Pigernes debut er lidt tidligere end drenge, men i 40-årsalderen er det især mændene, der er plaget af denne selvforskyldte lidelse. Alkohols nedbrydningsprodukter udløser morgendagens ubehag.

Hjernesvulster er sjældne. Andre ledsagesymptomer leder tankerne i denne retning. Svækket hukommelse, talebesvær, ændring af følesans, kraftnedsættelse og lammelser bør føre til mere indgående undersøgelser.

Depression kan vise sig som vedvarende nylig opstået hovedpine. Er der andre tegn til depression? Som forsænket stemningsleje med livslede og sløvhed, indre uro og forstyrrelser i døgnrytmen med søvnforstyrrelser og døgnsvingninger.

Diagnose

De forskellige hovedpinetyper kræver forskellig behandling. Forudsætning for en rigtig behandling er derfor en korrekt diagnose. Som patient kan man selv bidrage med egne observationer. Hvor og hvornår optræder hovedpinen? Er den én - eller dobbeltsidig? Generer den på arbejdet, i fritiden, om morgenen eller i forbindelse med psykiske belastninger? Før en fest, større møder eller andre præstationer med en vis forventningsangst?

Hovedpinekalenderen viser hyppighed, styrke og varighed af de enkelte anfald. Er der ledsagefaktorer som syns- og føleforstyrrelser? Kvalme eller opkastninger? Generer lys og lyd? Hvad udløser anfaldet, og er der noget, der lindrer?

Behandling

Din første kontakt med din praktiserende læge er af meget stor betydning for hovedpinens forløb. Er din læge interesseret, er han nemlig i stand til at påvirke forløbet af din hovedpine - uanset årsagen. Får du mulighed for at diskutere dit problem grundigt igennem, løser det op for spekulationer, der ellers kunne forværre hovedpinen. Finder I samtidig en forklaring, der udelukker alvorlig lidelse, er det selvfølgelig af stor betydning. Behandlingen må rette sig ind efter årsagen.

Migræne

Er det migræne, findes der helt specielle præparater, der kan virke overfor selve anfaldet. Er der mere end 2 – 3 anfald pr måned, kan der gives en anfaldsforebyggende kur.

Spændingshovedpine

Spændingshovedpine kræver behandling af myoserne. Enten som lokalbehandling med blokader, akupunktur eller massage. Gennem mental træning kan der opnås en god afslapning af musklerne og en reduktion af hovedpinen.

Holdningen til det at have ondt kan også bearbejdes.

Bio-feed-back, der viser musklernes spændingstilstand, kan ligeledes opøve en god afslapningstilstand.

Arbejdsbetingede spændinger sætter krav til ergonomiske forbedringer.

Psykkiske spændinger kan behandles med psykologisk rådgivning.

Ellers kan selve hovedpineanfaldet behandles med hovedpine- eller gigttabletter i tilstrækkelig dosering. Følger man ikke den anbefalede dosering, kan man heller ikke forvente nogen effekt. Måske tager hovedpinen til i stedet. Er der kvalme, kan der tidligt i forløbet gives kvalme-piller, eller man kan bruge stikpiller. Er kvalmen udtalt kan der være problemer med den smertestillende medicin. Den kan da gives som tabletter, der opløses under tungen, eller som stikpiller.

Nogle får dog efterhånden så meget medicin, at det er den, der giver hovedpinen. Eller de er blevet afhængige af indsprøjtninger, som velmenende læger, har givet dem. Indlæggelse til afvænnning kan da være eneste redning.

Sygehistorie

28-årig kvinde med monotont fabriksarbejde. Hyppig tilbagevendende spændingshovedpine med regulære migræneanfald indimellem. Flere i familien har migræne. Blodtrykket er normalt. Perioder med en del spændinger i nakke- / - skulderåg. Af og til låser nakkens små bueled sig fast. Det giver en vis stivhed, men herudover har hun generelt overbevægelige elastiske led (hypermobil).

1) Den lægelige behandling består af: Udspænding af nakkemusklerne ved en let strækbehandling, ligesom den nedsatte lokaliserede bevægelighed øges med en ledfrigøring. De ømmeste smertepunkter behandles med akupindtri, hvor der sættes nåle ind over de ømme muskler. Disse enkle behandlinger kan udføres et par gange med nogle dages mellemrum. Tiltager hovedpine-tilbøjeligheden på et senere tidspunkt kan proceduren gentages.

2) Egen indsats: Når hun kommer hjem fra arbejde, lytter hun nogle gange om ugen til mental træning. Hun opnår derved en god afslapning, samtidig med at hendes tolerance over for en eventuel smerte øges. Gennem bio-feed-back lærer hun helt nøjagtigt, hvad hun skal gøre for at afslappe sine muskler. Samtidig laver hun almindelig gymnastik eller styrketræning, der øger både muskelstyrken og kropsbevidstheden.

3) Forhold på arbejdspladsen: Sammen med sikkerhedsrepræsentanten får hun diskuteret sine problemer med de monotone arbejdsstillinger. Der indføres jobrotation, og ergoterapeuten forbedrer arbejdsvilkårene ved ergonomiske tiltag. Hun deltager i pausegymnastik, der især tager sigte på strækøvelser med muskeludspænding.

4) Trods dette: Kan hun da godt få sin hovedpine alligevel. Og inden der bliver behov for ny behandling af nakken, forsøger hun at klare sig selv. Ved optræk til selve migræne-angrebene, der er ledsaget af kvalme og undertiden opkastning, tager hun først en stikpille mod kvalmen. Efter 20 min et par almindelige

hovedpinetabletter, der kan kombineres med 1 kodeintablet eller en gigttablet. Lige så snart der er mulighed for det, lytter hun til sit kassettebånd med mental træning for at slappe af og derved begrænse sit medicinbehov. Forsvinder anfaldet ikke helt, gentager hun proceduren.

5) Tager hovedpinen alligevel til: Søger hun atter behandling som under pkt. 1). Det kan være efter 1 - 3 - 6 mdr., eller måske først efter 1 år. Jo stærkere og mere kropsbevidst hun bliver, jo mindre bliver behandlingsbehovet.

6) I visse perioder: Kan hun have glæde af at gå til fysioterapi for at få en lidt mere langvarig terapi med massage og øvelser.

7) Ved de enkelte behandlingsseancer: Får hun lejlighed til at formulere nogle af de ting, der er med til at stresser hende.

RYGLIDELSER

Ryglidelser er den store glemte folkeplage, som i disse år er ved at komme frem i søgelyset. Det er også på tide, for ryglidelsernes antal er i hastig fremvækst. I perioden fra 1960 - 1980 regnede man således med en 4-dobling. Den årlige udgift til ryglidelser ligger formentlig omkring 10 milliarder. Ser man på sygefraværet, står ryglidelser for 7% af dem, der er sygemeldt i mere end 3 mdr. og det koster 1/3 af alle udgifter til sygedagpenge. I USA tabes ca. 90 millioner arbejdsdage pr år pga. ryglidelser. Eller 5 milliarder US-dollars!

I løbet af 1 år vil 40 - 50% af den voksne befolkning få ondt i ryggen. Eller ca. 2 millioner af os. Hele 80% af befolkningen vil på et eller andet tidspunkt få ondt i ryggen, og heraf vil 10% have kroniske problemer. Det er 500.000 mennesker, der har ondt i ryggen hver dag. Så der er god grund til at interessere sig for ryggen.

Hvorfor stiger hyppigheden?

Vores bedsteforældre havde tungt fysisk arbejde, og deres smerteintensitet fra arbejdet var stor. Meget af deres arbejde er nu om dage erstattet af siddende arbejde. Ligeledes er meget af det afvekslende arbejde erstattet af siddende arbejde. Det er netop det siddende arbejdes fremmarch, der er en væsentlig grund til det øgede rygbesvær. I den siddende stilling er bruskskiverne i ryggen dårligt ernæret. Det giver nedslidning og smerter.

En anden væsentlig faktor skal søges i vores forhold til det at have ondt. Vi kan vanskeligt klare at leve med et smerteproblem, og der findes en jungle af behandlingstilbud, der er med til at skrue forventninger op. Ej heller ualmindeligt at den samme person bliver registreret flere gange i systemet, idet hans odysse efter lindring og forståelse giver flere kontakter. Herudover ses problemets omfang allerede i skolealderen. I 9. - 10. klasse er hyppigheden af rygsymptomer 5 - 10%. Sidenhen bliver hyppigheden for mænd størst i 40-

årsalderen, og for kvinders vedkommende efter 50-årsalderen. Den store hyppighed giver både alvorlige personlige og samfundsmæssige problemer.

Sådan fungerer ryggen

Ryggen er inddelt i 3 regioner.

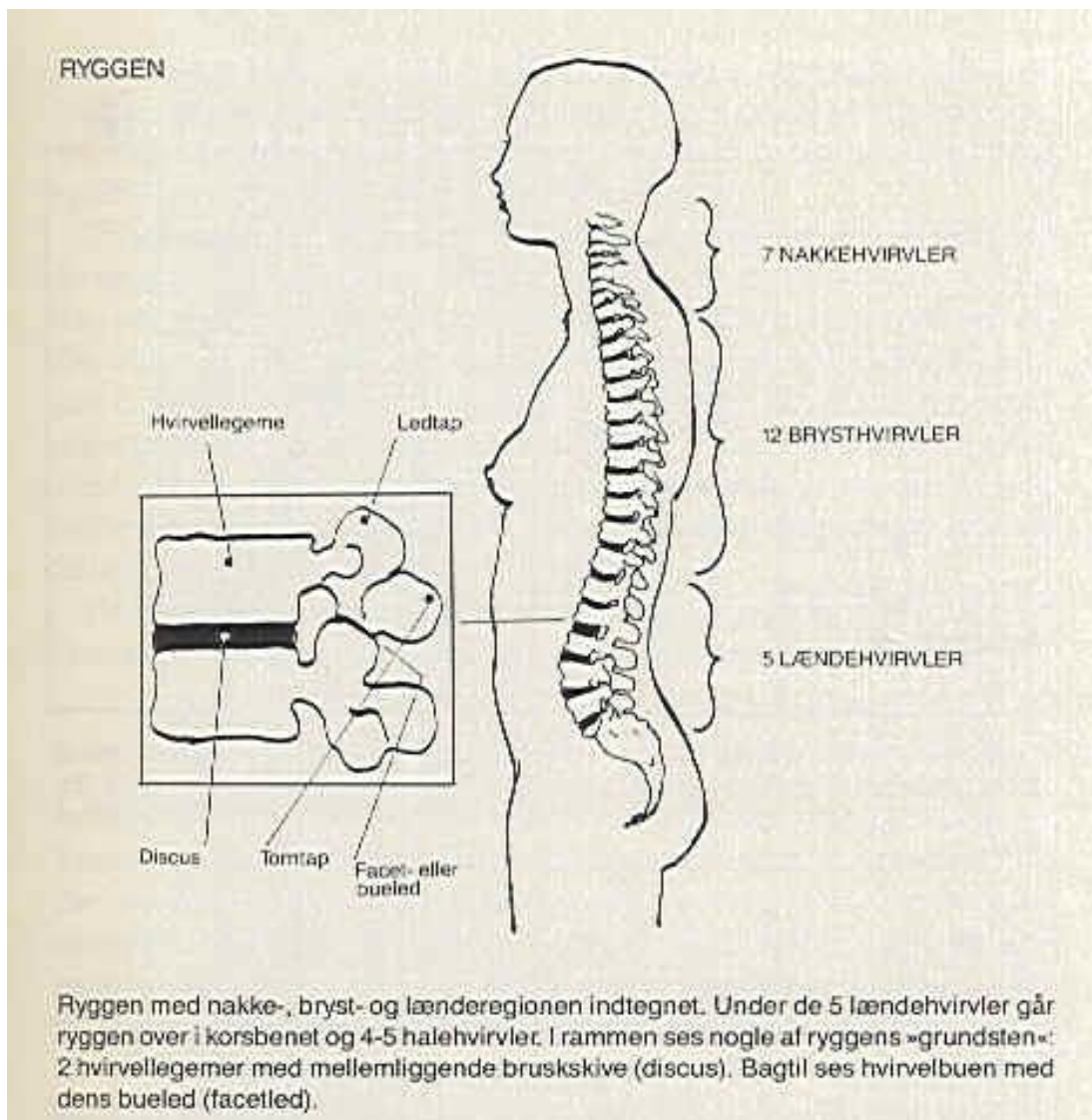
Øverst oppe har vi nakken med dens 7 halshvirvler. Herfra udgår hovedets mange bevægelsesmuligheder. Dernæst følger brystdelen med 12 hvirvler. Ribbenene stråler herfra frem mod brystbenet. Nederst har vi lænden med 5 lændehvirvler. Lændehvirvlerne hviler på bækkenet, der er ryggens fundament. Allernederst er overgangen fra bækkenet til vores "hale", et område, der ofte glemmes.

Ses ryggen fra siden, danner den med sine 3 regioner 3 forskellige buer. Nakken og lænden buer almindeligvis fremad, medens brystdelen buer bagud.

Ser man på ryggen bagfra, skulle den gerne være som en lodline. Men ofte er den drejet en lille smule til den ene side i brystdelen, og længere nede til den modsatte side. Derved opstår den rygskævhed, der kaldes skoliose.

Ryghvirvlerne

De i alt 24 ryghvirvler er stablet ovenpå hinanden med indskudte bruskskiver. Bruskskiven eller disken består yderst af en hård fiberbræmme, der skal holde den bløde elastiske masse inde i midten på plads. Disken får sin ernæring gennem bevægelser. Den virker nærmest som en svamp, der suger til sig, når den bruges. Men generelt er den dårligt ernæret. Allerede fra 15-årsalderen dannes der sprækker i disken, og dette slid tager til resten af livet.



Den enkelte ryghvirvel består af et hvirvellegeme fortil og hvirvelbuerne bagtil. Rygmarven med alle dens nerver ligger godt beskyttet inde mellem disse hvirvellegemer og hvirvelbuer.

Bevægelser i ryggen foregår mellem bueleddene, der forbinder de enkelte hvirvler. Denne bevægelighed er størst i nakken, og den aftager nedefter i ryggen. Store længdegående ledbånd skal holde sammen på ryggen som en helhed. Derudover er der ledbånd knyttet til de enkelte "etager". Derved muliggøres bevægelserne, alt afhængig af hvor stabile eller løse ledbåndene er.

For at ryggen kan fungere, er den udstyret med en mængde muskler, der ligger i flere lag. De yderste store muskler har med stabilitet og de større bevægelser at gøre, medens de muskler, der kun rækker over mindre afstande, har med de finere bevægelser at gøre. Musklernes aktivitet styres af et fint netværk af nerver. Nerverne kommer ud fra rygmarven gennem de huller, som dannes mellem hvirvelbuerne.

Belastninger i ryggen

Nogle ryglidelser har deres udspring i medfødte sygdomme, men langt de fleste stammer fra belastninger gennem livet.

Det siddende arbejde er det største problem. For disken bliver i denne stilling dårligt ernæret, og 4 timers siddende arbejde svarer til en hel dag med hårdt fysisk arbejde. Sidder man også ned under transporten til og fra arbejde, forøger det selvsagt rygbelastningen.

Helt galt bliver det virkelig, hvis en stor del af fritiden tillige tilbringes foran fjernsynet. Grobunden til en dårlig ryg med invaliderende symptomer til følge er lagt.

I forbindelse med fysisk arbejde er det de tunge løft, der er slemme. Akavede løft, især i foroverbøjede eller roterede stillinger, giver store belastninger. Statisk monotont arbejde, der giver anledning til en kronisk spændingstilstand med brug af de samme muskler, bør undgås.

Ved bestående rygskavanker skal der tænkes meget over, hvilket arbejde, der vælges, men fritidsbeskæftigelserne bør også vælges med omhu.

Trykforholdene i ryggen ændres i forskellige stillinger. Der er lavest diskustryk i liggende stilling på ryggen. I sideliggende stilling stiger trykket lidt. Det bliver atter højere i stående stilling, hvor en foroverbøjning af kroppen er med til yderligere at øge trykket. Trykket i denne stilling svarer nogenlunde til trykket i den siddende stilling. Ved foroverbøjning i siddende stilling stiger trykket endnu lidt. Et niveau højere kommer man ved at løfte i stående foroverbøjet stilling. Allerstørst tryk er der, når løftet foregår i foroverbøjet siddende stilling.

Ryggen kan overbelastes i hjemmet, ved fritids- og sportsaktiviteter og ved skadelige påvirkninger fra arbejdet.

Low back pain

Lændeproblemer mærker man ved træthed, murren og smerter, der eventuelt stråler ned i sæderegionen.

Lændesmerter kan være enten akutte eller kroniske. Ofte går de første akutte tilfælde hurtigt i ro, men efterhånden kan det gå over i en vedvarende smertetilstand. Den akutte smerte er hos 70% forsvundet efter 3 uger, og efter 3 mdr. er 90% symptomfrie. Og det uanset hvilken behandling de har modtaget. Men 50% har allerede tilbagefald indenfor det første år og yderligere 40% indenfor det næste år.

Lændens muskler kan være sæde for mekaniske påvirkninger, der giver fibersprængninger, muskelafrivninger eller bristninger i muskelhinden. Ved overbelastning af utrænede rygge opstår der krampeagtige spændinger i ryggen som en refleks mod spændingen.

En slags "tennisalbue" kan optræde ved senetilhæftninger til knoglerne i lænden. Ved "hold i ryggen", "lumbago", "hekseskud" opstår der smerter efter en ukontrolleret bevægelse. Nogle gange er det blot en lille forkert bevægelse, der gav smækket. Man har måske spændt for meget i ryggen for at løfte en kuffert, der viste sig at være lettere end beregnet. Eller det kan være fra havearbejde eller snekastning.

De 3 nævnte begreber dækker ikke over noget helt veldefineret. Lændens lidelser er i det hele taget en stor rodekasse. Kun i 25% af tilfældene drejer det sig om sygdomme, der kan hæftes en diagnose på. De sidste 75% har en uklar årsag.

Disken begynder allerede tidligt at få sprækker. Og ved 30-årsalderen har 90% af os disse sprækker. Men det giver ikke nødvendigvis symptomer. Ved nedslidningen af bruskskiven kommer der efterhånden en øget knoglefortætning af selve hvirvlen. Og når tilstanden har stået på i længere tid, dannes der nye knoglefremspring, som man også ser det ved slidgigt andre steder i kroppen.

Facet- eller bueleddene kan i starten være sæde for smerter, der opstår ved at led kapslen kommer i klemme, eller ved at der kommer et mindre skred i leddet. En tilstand der ofte er forbundet med overbevægelighed i ryggen. Det gør da ondt at bøje til samme side og rotere til modsatte side: Bøjer man sig fremad, gør det ondt at få sig rettet op igen. Med årene kan der også udvikles slidgigt ved facet-leddene.

Symptomer og undersøgelser

Ved smertetilstandene bliver musklerne ømme og stramme. Derved holdes ryggen mere eller mindre fikseret. Og bueleddene kan være hævede.

Ved en røntgen-undersøgelse kan der påvises forandringer hos 40% af alle, men de har ikke alle nødvendigvis symptomer. Blandt de resterende 60% normale undersøgelser kan der imidlertid godt være sværere smertetilfælde! Røntgenundersøgelsen skal derfor ikke blive en sovepude, der udelukker andre aktiviteter. 25% af os alle får i øvrigt på et eller andet tidspunkt foretaget en røntgenundersøgelse af ryggen.

Discus-prolaps

Ved gentagne overbelastninger af disken kan der ske et skred af den bløde masse ind mod enten rygmarven eller nerverødderne. Der opstår en discus-prolaps med smerter, som eventuelt stråler ned i benet. Musklerne fikserer området, så ryggen bliver skæv. Smerterne forværres ved nysen, hoste eller brug af bugpressen.

Rodtrykket på nerven kan også medføre prikkende og snurrende fornemmelser ned i benet. Følesansen nedsættes, og der kan optræde kraftløshed. Viser der sig vandladningsbesvær, kan der være behov for akut operation.

Hyppigst ses prolapsene i lænden, idet 95 % sidder ved de 2 nedre lændebruskskiver.

5% af befolkningen har en speciel defekt af en lændehvirvelbue. Derved kan selve hvirvellegemet skride lidt fremad. Det sker hos halvdelen, og glider knoglen forlangt fremad, kommer der et smertefuldt træk på nerverne.

Andre former for lændesmerter

Ved nedsat kalkindhold i knoglerne kan der opstå brud og dermed sammenfald af hvirvler selv uden særlige skader. Men det kan forårsage mange smerter, fordi ryggens forskellige strukturer kommer i klemme. Sådanne sammenfald er hyppigst hos kvinder efter 50-årsalderen.

5% af alle cancerformer giver anledning til dattercelledannelse (metastaser) i ryggen. Hyppigst kommer disse knoglemetastaser fra blærehalskirtlen (prostata), lunger, bryst og nyre. Det normale knoglevæv ødelægges, og måske falder det sammen og giver svære smerter.

Udover røntgenundersøgelsen bruges mere moderne og sofistikerede undersøgelser. Kernemagnet-scanner (MR-scanner) kan mere end entydigt fortælle noget om diskens forhold. CT-scannere er især gode til at fortælle om facet-leddene.

Psykosociale forhold

At en skæv eller svag ryg kan give rygsmerter, er til at forstå. Men at psyken også spiller ind kan være lidt sværere at acceptere. Men ligesom for andre lidelser spiller den psykologiske faktor en rolle med en faktor 30 - 70 %, ja måske mere.

Specielle psykologiske tests har vist et bestemt mønster, idet man ligefrem taler om en neurotiske triade. Den er en særlig dårlig rettesnor for, hvordan det kommer til at gå med ryg patienten. Den neurotiske triade fortæller noget om graden af hysteri, tilbøjeligheden til hypokondri og depression. Disse 3 forhold er af særlig betydning, når man skal vurdere muligheden for et godt resultat af en operation, men også for hvordan et kommende revalideringsforsøg vil lykkes.

Psykisk stress på arbejdet disponerer for lændesmerter. Er man utilfreds med sit arbejde, eller føler man et stort ansvar eller stor koncentration omkring arbejdet, er der også en overvægt af lændeproblemer.

Lav social status og lav intelligenskvotient giver også større hyppighed af lændebesvær. Hos rygpatienter er der en større hyppighed af familiære og økonomiske problemer. Der er flere opløste forhold. Og der er større hyppighed af stort alkoholforbrug. Men for disse forhold gælder det samme som med ægget og hønen: Hvad kom først? Der er nemlig ingen undersøgelser, der fortæller noget om forholdene inden rygeskavanken opstod.

Behandling

Inden behandlingen sættes i gang, er det væsentligt at udrede problemets omfang. For hvis det kun er et lille problem, er der ingen grund til at iværksætte hverken et større undersøgelsesprogram eller behandlingsforløb.

Selvfølgelig ville det være rart med en diagnose, men da ca. 75% af tilfældene ikke lader sig diagnosticere, er det væsentligt at "glemme" alt om årsagen, så det ikke bliver til et kompleks i stedet.

Er der moderate problemer, og ingen specielle hensyn pga. diagnosen, skal der iværksættes en intensiv rygtræning.

For at afkorte det akutte forløb kan der gives lokale behandlinger nogle få gange. Det kan være blokader, varme eller kulde, ultralyd eller massage. Manipulation af lænden kan have nogen virkning, men de tider burde være forbi, hvor der gives et hav af disse behandlinger. Af mere specielle lokale behandlinger kan nævnes nådlebehandling som akupindtri eller akupunktur. De ømme steder bedøves herved. Nervestimulation har samme formål, og muskelhindemassage giver en udspænding af de spændte muskler. Behandling af fodzonerne kan ligeledes give en umiddelbar lindring.

Særlig hos børn, som jeg har behandlet helt ned til 4-årsalderen, er det rart med lokalbehandling med tryk gennemakupressur, muskelhindemassage, nervestimulation og fodzoneterapi. Det er metoder, som børnene kan acceptere uden problemer.

Medicinsk smertebehandling har til formål at forhindre spændinger, der kan starte en ond cirkel med flere smerter. Det kan være almindelige hovedpinetabletter eller gigttabletter, der tager noget af hævelsen allerede indenfor de første døgn.

Er det nødvendigt med sengeleje i det akutte forløb, har det vist sig, at 2 dage hjælper mere end 7! Er problemet stort, skal der behandles ud fra diagnosen.

Alvorligere ryglidelser

Er der for eksempel en diskusprolaps, kommer sengeleje eller en operation på tale. Ved operation bliver 58% symptomfrie, men 28% bliver alligevel nødt til at ændre erhverv. 23% får offentlig støtte, og 18% må tildeles pension. Er alderen over 50 år, bliver det meget svært at klare et erhvervsskifte. Skulle der blive behov for fornyet operation, har det vist sig, at der stadigvæk kan være noget at hente indtil den 3.operation. Generende knogledannelser med knoglefremspring kan afmejsles.

Er der metastaser, kan der kombineres med strålebehandling og en aflastende operation omkring rygmarven. Det sidste når der foruden smerterne lokalt også kommer styringsbesvær og slaphed af benene, føleforstyrrelser og måske problemer med at komme af med urinen. En akut operation kan være nødvendig også selv om symptomerne har været nogen tid, inden den rette diagnose stilles.

Intensiv rygtræning

Den intensive rygoptræning har til formål at forbedre musklernes styrke, så de kan stabilisere svage led. Samtidig optræder der større selvtillid, og man kan bearbejde den psykologiske smerteadfærd.

I USA betyder intensiv rygtræning på visse centre, at man gennem 3 uger gennemkører et strengt program på 50 timer pr. uge. Eller 9 timer pr dag! De patienter, der har været gennem et sådant forløb, har alle været sygemeldte

mindst 4 mdr. Målet med rygcentrene er genetablere den fysiske kapacitet, og gøre personerne psykisk veltilpasse. Ligeledes at få dem tilbage i arbejdet.

Patienterne gøres mere ansvarlige for deres adfærd, og de skal selv foretage nogle valg. Ved efterundersøgelser har det kunnet vises, at efter 2 år er der stadigvæk 87% i arbejde, medens kun 41% er i arbejde i kontrolgruppen. Og i kontrolgruppen er operationshyppigheden dobbelt så stor.

Det er ikke kun fysisk styrketræning, der er på programmet. Udholdenheds- og smidighedsøvelser gennem aerobic dyrkes lige så meget. Koordineringen opøves. Forskellige psykologiske aspekter berøres. Afspænding og bio-feedback, der fortæller noget om en muskels spændingsgrad, giver øget kropsbevidsthed.

Sindet bearbejdes ligeledes gennem visualiseringsøvelser.

Ergoterapeuter lærer om rigtige arbejdsstillinger og udadvendte kontakter.

På rygsolen læres øvelser og holdninger, der skal forhindre tilbagefald. Den nærmeste familie har en vigtigplads i forløbet.

Det torakale facetsyndrom

Går vi lidt længere opad i ryggen støder vi på de 12 brystvirvler (torakale hvirvler).

Den hyppigste lidelse er her det torakale facetsyndrom, hvor bueleddet er årsagen. Facet-syndromet ses med stigende hyppighed efterhånden som kendskabet til dets eksistens udbredes. Almindeligvis regnes lændens lidelser for hyppigere end brystkassens. Men en registrering, som jeg foretog i 1984, viste ikke uventet, at ser vi på hele ryggen, så kommer nakkens problemer ind på en 1. plads med 158 lidelser. Men på 2. pladsen kom meget overraskende brystregionen, idet 105 patienter havde symptomer fra denne region mod kun 72 fra lænderegionen. Men der er jo også hele 12 brystvirvler mod kun 5 lændehvirvler.

Hyppigheden af facet-syndromet hos patienter indlagt på en medicinsk afdeling til observation for blodprop i hjertet er 13%. Man fandt blodprop hos 39%.

Hos patienter med brystsmærter i almen praksis er hyppigheden af facet-syndromet oppe på 23%, men hyppigheden af blodprop er helt nede på 2%.

I perioden 1982-85 undersøgte jeg 282 tilfælde af det torakale facet syndrom hos 232 patienter i almen praksis. Der er en vis tilbøjelighed til at tilstanden dukker op igen, og der var således 3, der havde både 5, 6 og 7 tilbagefald.

Symptomer

Patienterne klager over smerter i ryggen med udstråling enten til bryst, arm, nakke, hals, mave eventuelt smerte kun i ryg, bryst, arm, nakke eller mave. Smerterne er til stede i visse stillinger, forværres ved bestemte bevægelser, vejrtrækningen, hoste eller nysen. Modsat kan smerterne også formindskes eller måske forsvinde helt i bestemte stillinger. Smerten kan være meget udtalt, tandpineagtig eventuel uudholdelige, som smerter ved en blodprop i hjertet.

Der kan udover smerterne være fornemmelse af kortåndethed, hoste og hurtig overfladisk vejrtrækning. Det kan starte pludseligt som et hold i ryggen ved en forkert bevægelse, føles som et klik, efter et uheld, efter en periode med hoste, men ofte er det blot til stede ved opvågningen om morgenen.

Det kan ses hos gravide (som har fået forklaret at "fosteret trykker under ribbenene").

Det hyppigste er dog, at patienten intet kender til opståelsesmåden. Det var bare til stede fra morgenstunden.

I min undersøgelse havde 65% havde haft symptomer i mindre end 14 dage, 8% havde haft symptomer i mere end 6 mdr. I øvrigt varierede sygdomsvarigheden fra få min til 10 år. Lidelsen er hyppig blandt de 20 - 40-årige med en overvægt af kvinder, altså i en noget anden gruppe end den, der indlægges til observation for blodprop, hvor alderen oftest er over de 50. 3 af de 252 patienter havde symptomer svarende til et facet, men der var i stedet metastaser i deres ryg. Disse metastaser stammede fra cancer, hvor rygsmerterne var de første symptomer på canceren.

Behandling

Det torakale facet syndrom kan behandles ret effektivt med lokale blokader. Selv har jeg kunnet påvise en effekt af akupunktur i 85% af tilfældene på bare 1,5 behandlinger. Ellers kan man bruge lokalbedøvelse, hvis der ikke er allergi for stoffet. Blokadebehandlingen kan suppleres med muskelhindemassage. Nervestimulation og fodzoneterapi er særligt gode til børn. Nogle bruger manipulationsbehandling, men her er udelukkelse af metastaser meget væsentlig inden behandlingen, da det kraftig tryk ellers kan få hvirvlen til at falde sammen.

Mavesmerter

Det kan lyde ejendommeligt, at mavesmerter har noget med ryggens lidelser at gøre. Men i min undersøgelse af de 282 tilfælde havde 15% af patienterne ikke ondt i ryggen. Det, der havde ført dem til læge, var maveproblemer. Det kunne være kvalme med eller uden opkastning. Smerter under ribbenene, som kunne minde om galdesten. Eller smerter, der strålede om i flanken som nyresten. Enkelte havde haft symptomer, som i 10 år var tolket som galdesten, der ovenikøbet var blevet opereret 2 gange. En enkelt følte nærmest, at der lå en sten inde i maven, og at den hoppede, når hun gik.

Det er derfor en god ide, at få ryggen undersøgt ved mavesymptomer for at udelukke eller finde en ryglidelse, der kræver en helt anden behandling. Nemlig en behandling som for de øvrige torakale facet syndromer.

Nakken

Nakken indtager en central plads i ryggens bevægemønster, særlig når det drejer sig om hovedets stilling. Men også dens nære relation til skuldrene. Ledbånd og muskler arbejder tæt sammen om den finere koordination.

Myoser er en meget hyppig årsag til besvær i denne region. Blot det at holde hovedet oprejst kan hos den hypermobile give periodiske muskelspændinger og smerter. Arbejde med foroverbøjet hoved giver en ekstra belastning. Og arbejdet behøver blot at bestå i at læse i længere tid ad gangen, mens man hænger ind over skrivebordet. Den perfektionistiske pige i 5. klasse, der sidder med næsen nærmest nede i stilehæftet for at skrive så pænt som muligt, risikerer meget let en omgang myoser, der gør ondt.

Sidder myoserne der i længere tid, opstår spændingshovedpinen. I starten som anfald med hovedpine, men vedvarer den anspændte tilstand, kan hovedpinen efterhånden blive kronisk.

Det neurotiske muskelværn er en spændingstilstand, hvor skuldrene trækkes op mod ørerne, og hovedet holdes let foroverbøjet. Man murer sig ligesom inde bag et værn af spændte muskler, som skal holde livets genvordigheder ude. Hold i nakken er en hyppig lidelse. Det opstår ved små forkerte bevægelser, som regel hvor man ikke var forberedt på bevægelsen. Måske var man ved at glide i en bananskrald, eller man skulle lige se til siden, og pludselig giver det et gevaldigt jag i nakken. Hovedet holdes da let bøjet til den syge side, ligesom man drejer lidt til den modsatte side. Derved skånes bueleddene. Pga. de krampagtige ømme muskler bliver nakken mere og mere fastlåst. Man kunne forvente en vis aflastning om natten, men oftest er der betydelig flere smerter fra morgenstunden. Det bliver så bedre op ad dagen i takt med at nakken bliver varmet op ved de almindelige bevægelser.

Discus-prolaps er relativ sjælden i nakken. 4-8% af alle prolapsene sidder her. Ofte kommer de efter et forudgående voldsommere uheld. Det kan være efter piskesmælds læsionen, hvor hovedet ved en bagfra-påkørsel først kastes fremad og dernæst bagud med stor kraft. Kraften bliver ekstra stor, da man jo sjældent når at forberede nakken til den ublide medfart. Udover smerter i nakken kan der ved diskusprolaps komme nerverodtryk, der giver smerteudstråling eller andre fornemmelser ud i armen undertiden dem begge. Bagoverbøjning af nakken forstærker symptomerne. Ligesom i lænden er det de nederste af bruskskiverne, der oftest overbelastes.

Hovedpine

Myoser og hold i nakken kan give spændingshovedpine, men hos migrænepatienten eller patienten med forhøjet blodtryk om hovedpine findes også hyppigt ømme infiltrationer og hævede bueled, der gør ondt, når man trykker på dem.

Hjernerystelse giver umiddelbart hovedpine, men selv efter flere år kan der være hovedpine, der skyldes et tidligere slag. Ud over hjernepåvirkningen kommer der nemlig et slag mod nakken, og opdages dette misforhold ikke, kan det give vedvarende problemer.

Svimmelhed

Nakkemyoser kan hos unge piger hyppigt ses som forklaring på svimmelhed. De får svimmelhed, når de overbelaster deres muskler. Måske er deres spændingstilstand noget forøget i det daglige, og ved belastninger overskrides grænsen for symptomer. De spændte muskler fikserer nakken i små områder, og blodkar og nerver kommer i klemme.

Hos ældre bliver skavanken med blodkar, der kommer i klemme, mere hyppigt en følge af slidgigtforandringer. Her er det de små nye knoglegevækster, der klemmer på karrene. Særlig når hovedet drejes til siden, eller når man kigger opad. Svimmelheden kommer derfor, når de skal gå over gaden eller se efter flyvemaskiner - eller spindelvæv. Ved en sådan svimmelhed kan gigttabletter have en gunstig virkning.

Menière er en speciel lidelse med anfald af svimmelhed, øresusen og kvalme eventuelt ledsaget af opkastninger. Symptomerne sidder i den ene side. Årsagen hertil kendes almindeligvis ikke. Men behandling af nakken med akupunktur kan give færre anfald. Dette taler for, at der kommer noget i klemme i nakken ved disse anfald. Måske som et almindeligt hold i nakken, blot lokaliseret øverst oppe.

Behandling

For at undgå symptomer eller begrænse deres optræden er det vigtigt at have gode stærke muskler og være bevidst om sine bevægelser. Akutte forværringer kræver behandling for ikke at gå over i mere kroniske forløb, hvor smerterne starter en ond cirkel med smerter - spænding - mere smerte.

Aktive øvelser mod smerterne virker som i lænden smertedæmpende.

Herudover kan der suppleres med lokale blokader. Enten som lokalbedøvelser eller akupunktur. De ømme punkter findes, og i løbet af 1 - 2 behandlinger kan man føle sig fri for smerterne og det ubehag, der følger hermed.

Er det et hold i nakken, er det som regel let at manipulere det på plads. Men er der tale om hyppige tilbagevendende hold, er denne behandling risikabel. Nakken bliver nemlig mere og mere løs for hver behandling, og tilbøjeligheden til nye hold øges.

Andre former for lokalbehandlinger kunne være kulde/varme, massage eller ultralyd. Almindelige hovedpinetabletter eller gigttabletter kan være med til at bryde smertecirklen. Specielt skal man tænke på disse muligheder til natten for derved at give en ordentlig nattesøvn uden for mange spændinger.

Bækkenleddene

Overser man leddene i bækkenet, overser man årsagen til mange symptomer, der strækker sig fra bælttestedet og nedefter. På overgangen mellem lænden og bækkenet sidder der nogle ledbånd, der som barduner skal fiksere ryggens hvirvler til bækkenet, som masten på et skib. Fra halespidsen løber der ligeledes ledbånd til bækkenet. Bliver de stramme, som de kan blive det efter et fald eller en fødsel, drejes bækkenet en smule, og lænden kommer derfor til at arbejde skævt. Og det giver mulighed for sekundære lændeproblemer. Der kan opstå mange forskelligartede symptomer herved.

Udover lændesmerter kan det være smerter, der minder om smerter stammende fra underlivet, som imidlertid findes normalt. Nogle får måske flere gange penicillin for "underlivsbetændelse", uden at der er feber eller udflåd. Eller det kan være en fornemmelse af vandladningsproblemer eller besvær ved afføringen.

Gangbesvær, særlig trappen volder problemer. Det er også svært at komme op af en stol.

Betragtes bækkenpartiet bagfra, vil det stå lidt skævt, og spalten mellem endeballerne vil være skrå, og pege ned mod det stramme ledbånd ved halen. Set forfra vil bækkenet være drejet mere eller mindre til den ene side. Man kan også se, at navlen er "drejet lidt mod siden". De 2 hoftekamme står ikke lige højt, og det kan give en falsk opfattelse af, at benene ikke er lige lange. Målt i liggende stilling viser benene sig imidlertid at være ens, et forhold der også kan konstateres efter behandlingen.

Hyppigt er det ene ben overstrakt i forhold til det andet. Den slags patienter vil i det hele taget have en tilbøjelighed til at stå akavet. De står nemlig og støtter på det ene ben og det andet aflastes. Og det forstærker drejningen i bækkenet.

I perioden 1982 - 86 registrerede jeg 423 af den slags skæve hofter. 70% havde lændesmerter, 19% havde underlivsklager, 7% mavesmerter, 2% vandladningsbesvær og 1% siddesmerter.

Behandlingen

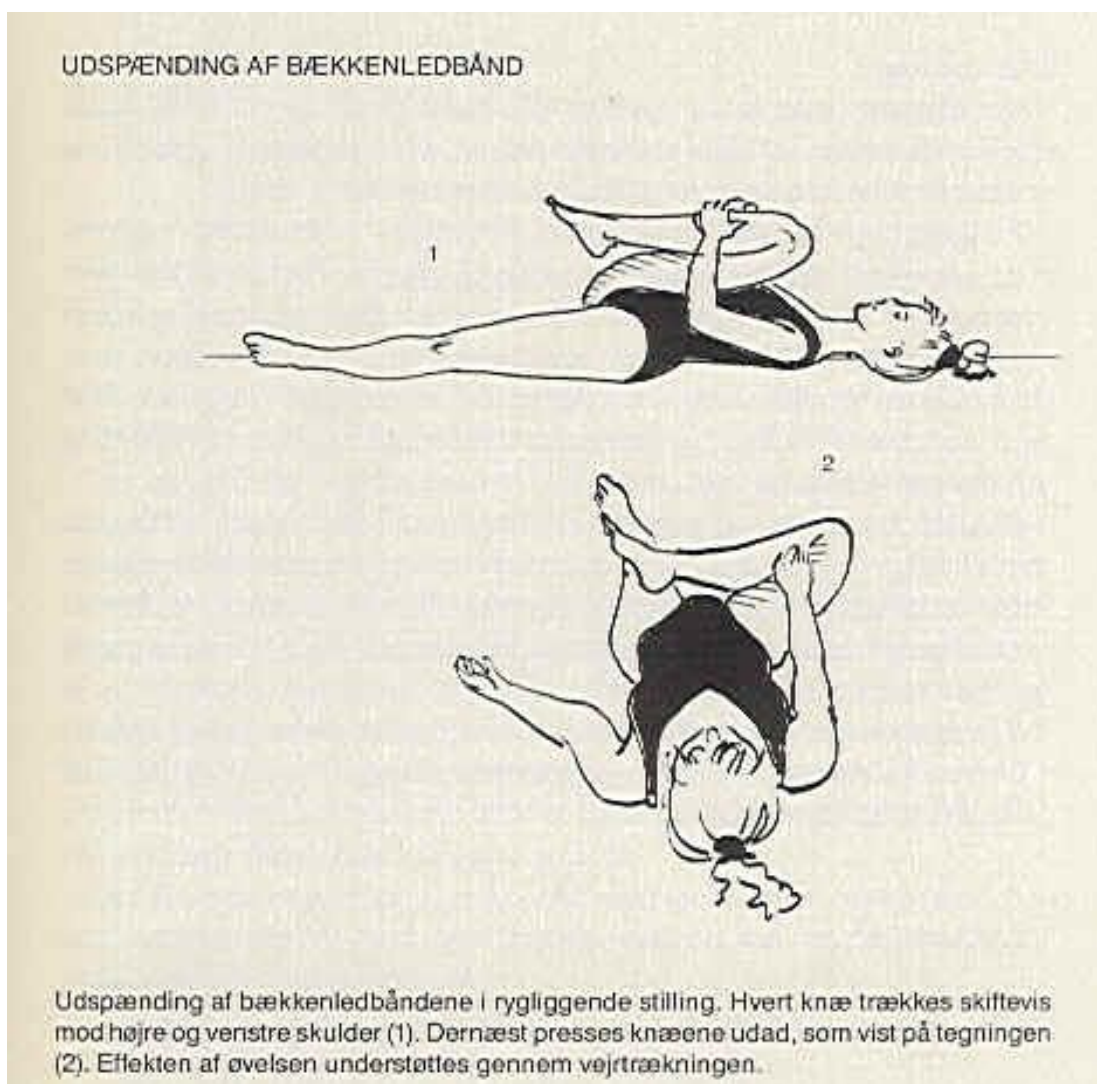
Behandlingen er ret let at foretage.

Tidligere gjorde jeg det ved at udspænde de ømme ledbånd ved halespidsen. Udspændingen foregår via endetarmen og kan være ret pinefuld, men heldigvis hurtig.

En langt mere behagelig måde, som patienten også selv kan benytte - om end med noget besvær - er at placere sig i rygliggende stilling. Begge knæ trækkes nu op mod brystet, og knæene føres ud mod siden. Træk så vejret dybt ind, og under udåndingen forstærkes presset ud ad i 5-7 sekunder. Det gentages 3 gange eller indtil det ikke giver sig mere. Det kan udløse smerter i lysken, men de går væk med det samme.

Dernæst trækkes knæet op mod modsidige skulder, og proceduren med vejrtrækning og træk gentages for begge knæ. Ligeledes i liggende stilling trækkes benene op bagtil, og fødderne trækkes udad. Proceduren kan gentages i maveliggende stilling, hvor de bøjede ben falder ud til siden, og trykket forøges med hænderne. Til sidst trækkes benene bagover for at strække den store lårmuskel.

De ømme ledbånd ved lænden kan bedøves med lokaleblokader.



Sygehistorie

35-årig arkitekt, der havde sit første lændehold som 15-årig, hvor han hjalp med at flytte et klaver. I skoletiden flere tilfælde med nakkehold, der sommetider kunne give skævhed i flere måneder. Som 18-årig undersøgt af fysiurg, der fandt normale forhold.

Et par gange var der kraftige mavesmerter. Den ene gang indlagt til observation for blindtarmsbetændelse uden at blive opereret. Den anden gang undersøgt for såvel mavesår som nyresten. Som der heller ikke var. Begge gange forsvandt smerterne af sig selv efter 2 og 7 dage.

En gang mærkede han i tilslutning til en nysen lige som en kniv, der blev stukket ind i ryggen. Smerterne forsvandt gradvist efter 3 mdr. Der fandtes ikke nogen tegn til lungelidelse.

Efterhånden blev hele ryggen mere og mere stiv med kroniske smerter. Da han var 28 år, konstateredes en hypermobilitet, og årsagen til de forskellige smerteanfald blev lettere at forstå. Arbejdet som arkitekt var ideelt, idet der var gode muligheder for afveksling i stående, gående og siddende arbejde.

Han begyndte at gå til gymnastik for at modvirke de stive muskler, der samtidig blev stærkere.

Han kan stadigvæk få et hold fra en af de 3 regioner efter blot en overbelastning fra et uvant arbejde. Han intensiverer så træningen, får akupunktur i de smertegivende ømme punkter 1 -2 gange. Og mental træning får ham til at slappe godt af, samtidig med at han begrænser sin smerte.

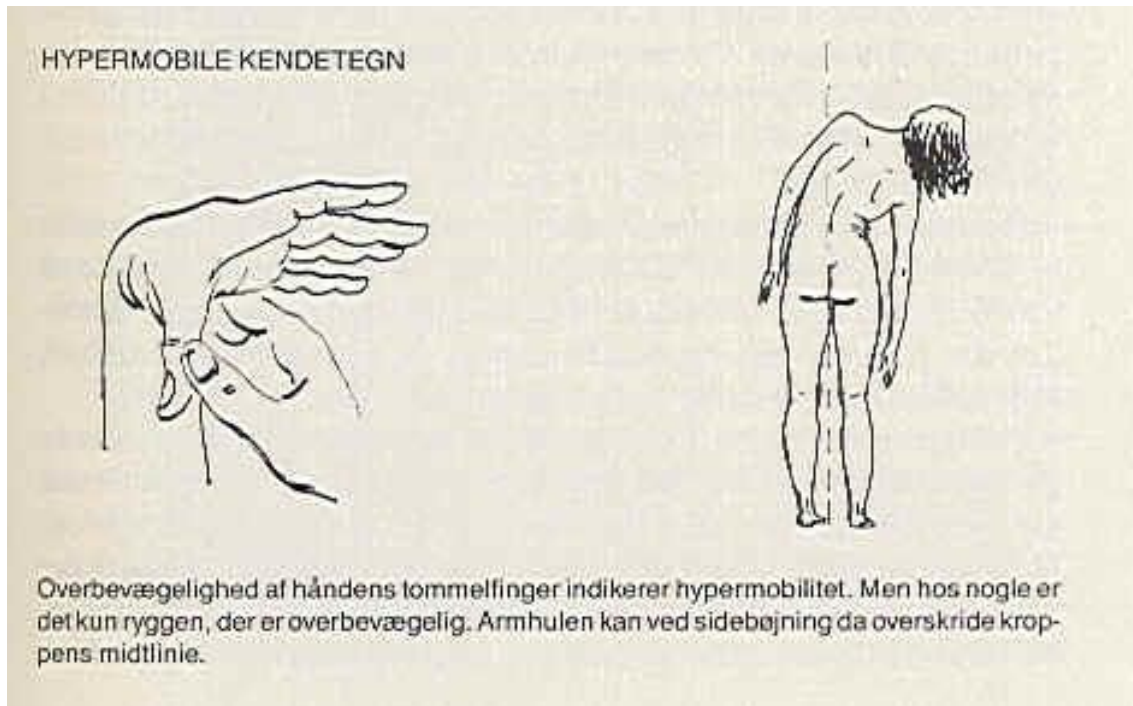
HYPERMOBILITET

At være mobil, vil sige at være bevægelig.

At være hypermobil vil sige at være overbevægelig. Det, der er overbevægeligt, er leddene. Det er først fra begyndelsen af 1980'erne, at man er blevet opmærksom på dette specielle fænomen. Man regner nu med, at det drejer sig om ca. 5% af den danske befolkning.

Pr. definition er det en overbevægelighed af fingrene, så lillefingeren kan bøjes 90 grader bagud. Tommelen kan vrides om til underarmen - og det vel at mærke uden besvær. Albuen kan overtrækkes, og det samme kan knæleddene.

Ryggens overbevægelighed viser sig ved, at når personen bøjer ned til den ene side, så når armhulen længere over end til midtlinjen. Ved foroverbøjning med strakte ben kan hele håndfladen lægges i gulvet.



Det at være hypermobil giver ikke altid problemer. Tværtimod kan man udnytte det til for eksempel gymnastik. Særligt kendes det fra de akrobatiske østeuropæiske gymnastikpiger. Andre er så ekstremt smidige, at de kan optræde som slangemennesker. De kan bringe sig selv i de mest akavede stillinger, uden at det volder dem problemer eller besværligheder. De kan vride skulderen om flere gange, og bogstaveligt talt kan de lade sig pakke ned i en kuffert. Men det kræver som regel intens træning at bevare denne smidighed.

Optræder der symptomer med smerter fra hypermobiliteten, taler man om det hypermobile syndrom.

Det hypermobile syndrom

At der kan være symptomer, som knytter sig til hypermobiliteten, finder mere og mere udbredelse. Førhen gik den kategori af patienter rundt og blev ofte opfattet som neurotikere, for der var jo ikke rigtig noget at finde på dem, når de blev undersøgt hos lægen.

Overbevægeligheden skyldes, at ledbåndene er meget elastiske. Der er sket en forandring med fibrene, så deres kollagene og elastiske komponenter afviger fra det normale. Det kan være som en medfødt lidelse, eller den kan optræde ved stor smidighedstræning.

Symptomerne kan starte allerede i barneårene. Det, som man ellers kalder "vokseværk", hører formentlig ind i denne gruppe. Det er børn, der efter forskellige belastninger får smerter. Og smerterne holder ved, uden at man bliver ved med at huske belastningen. Det kan sidde i hælen, og er der årsag til mange gener efter f.eks. fodboldspil allerede hos lilleputterne.

Forstuvninger optræder også tidligt. Mindre vrid ved håndbold eller fodbold får fingerleddene eller anklen til at skride ud over sin grænse, og den smertefulde forstuvning optræder. Får skaden ikke lov til at hele op, opstår muligheden for de hyppige forstuvninger, hvor leddene bliver mere og mere hypermobile.

De hypermobile kan høres på afstand. I puberteten hos piger bliver det en gene, at de kan høres, f.eks. når de går op ad trappen. De knirker mere i deres led, end trappen gør. Det kan være nogle enkelte led, og måske er de selv

opmærksom på, at de lige skal have strakt et led igennem for at få det til at sige "knæk". Knækket kommer fra en lille eksplosion, der sker inde i leddet, idet der opstår vakuum, når leddet overstrækkes. De mest almindelige knæklyde er dem der opstår, når der "knækkes fingre". Der går gerne 1 - 2 timer før kunststykket kan gentages.

Der er registreret en hyppighed på 5%, men der findes betydeligt flere, som ligger på grænsen til at være rigtige hypermobile. De får de samme problemer, og det er derfor naturligt at forklare deres symptomer ud fra samme teorier.

Fænomenet ses hyppigst hos kvinder. For nogle år siden registrerede jeg på 1 1/2 år 274 hypermobile patienter med smertegivende led symptomer. Så der er mange af dem. Der findes etniske forskelle. F.eks. er fingerleddene mere hypermobile hos indianere i forhold til sorte, som generelt er mere bevægelige end hvide.

ØVRIGE SYMPTOMER

I voksenalderen optræder symptomerne afhængigt af den enkeltes udfoldelse. Men det er gerne efter en overanstrengelse, der kommer gener. Det kan da være som smerter i muskler, sener eller led.

På armene sætter belastningerne i senerne sig som tennis- eller golf-albuer. Tennisalbuen sidder på ydersiden af albuen, medens golf-albuen er lokaliseret til indersiden. Der kan være smerter, som kræver sygemeldinger, eller smerter der gør almindeligt arbejde til en plage. Sidder lidelsen i skulderen, kan det være som en koldskulder. Pga. smerterne holdes skulderen i ro, og i løbet af ca. 1 uge bliver skulderen nu så stiv, at det kan være endog meget svært at få den i gang igen. At et led kan blive stift ved ikke at blive brugt kendes typisk fra et knoglebrud, hvor leddet skal trænes op efter gipsfjernelsen. Mht. stivhed er skulderen et meget ømtåleligt område. Der skal derfor hurtigt i gang med en ledfrigøring. Nerverne kan komme i klemme ved overbelastning af håndleddet, så der kommer sovende fornemmelser ud i fingrene. Det kan være så udtalt, at det kirurgisk bliver nødvendigt at spalte de stramme partier.

På benene sætter belastningerne sig hos især unge kvinder som smerter på bagsiden af knæskallen. Det kan give hyppige gener og udelukke

sportsaktiviteter. Menisk-læsioner og ledbåndslæsioner er også hyppige. Hos overvægtige kan der komme slidgigtforandringer på midtersiden af knæet. De elastiske ledbånd bevirker nemlig en fremadskridende kalveknæ. Nervetryk kendes også i foden, hvor det kan give smerter ud under foden, og natlige smerter op i læggen.

Ryggen er en endog hyppig lokalisation for det hypermobile syndrom. Det kan være som spændte muskelinfiltrationer i nakken af at holde hovedet opad - normalt er det jo ledbåndene, der giver en vis oprejst stilling. Disse spændinger kan så atter forårsage hovedpine og endog migræne. Eller som kroniske rygsmerter, diskusprolaps og den specielle lidelse, hvor forreste del af 5. lændehvirvelglider fremad. Ryghvirvlen bliver simpelthen delt i 2, og nerverne kan komme invaliderende i klemme. Ses hos mange af de dygtige og smidige østeuropæiske gymnaster, når de bliver ældre.

Hos et tiltagende antal gravide ses et specielt fænomen med smerter i bækkenet, når graviditeten skrider fremad. Det er den såkaldte bækkenløsning, der kan give en meget ubehagelig tilstand med mange smerter, en pinefuld gang, og i det hele taget besvær ved alle bevægelser. Aflastning og specielle korsetter kan give støtte, men de har brug for god opbakning fra omgivelsernes side.

Hos nogle kan leddene være så løse, at de meget let smutter ud af led. Hos de helt små kan det være som det medfødte hofteskred, der skal behandles med en speciel frøskinne i 3 mdr. Eller det kan være albueleddet, der skrider ud af led, når man vil rejse den 2-årige op fra gulvet efter et fald. Denne lidelse er tilbøjelig til at gentage sig hen ad vejen. Eller det kan være et skulderled, der pga. gentagne skred, får behov for en stabiliserende operation. Enkelte kan blive så slatte i deres ledbånd, at de blot ved at bruge musklerne kan få skulderen eller andre led ud af led, men også på plads igen.

Med årene kan der optræde gigt i de mere belastede led, og det giver selvfølgelig en vis stivhed. Noget der ellers også almindeligvis indtræder med årene. Det er særligt leddene, der har været hyppigt forstuede eller ude af led, der kan blive sæde for gigtforandringerne.

BETYDNING

Mange af de hypermobile opfatter sig efterhånden, som de har haft flere og flere smertetilstande, som personer, der paradoksal nok er meget stive. Men det er altså ikke leddene, men musklerne der bliver stive af deres kroniske spændingstilstand.

Det er af stor betydning at den rette sammenhæng konstateres. Dels fordi patienten på den måde kan blive diagnosticeret som havende en kendt lidelse, der kan give smerter - i stedet for at blive kaldt neurotisk. Frustrationer over ikke at kunne forstå/give forklaring på de mange fænomener, der ledsager hypermobiliteten, forsvinder derved. Dels også fordi det kan være med til at højne moralen hos den hypermobile, der måske går og frygter, at en kronisk leddegigt er ved at udvikle sig.

Da der er tilbøjelighed til en familiær ophobning pga. det arvelige moment, er der andre lidelsesfæller i familien. Det gør det noget nemmere at have med at gøre. Man er nemlig ikke ene om at være sådan "skruet sammen".

Ved erhvervsvalg er det af betydning, at der vælges et arbejde, der kan blive afvekslende. For hyppige tunge løft vil helt sikkert ødelægge ryggen. Allerede i skolen skal der tages hensyn til de hypermobile og let trætbare led. Der skal skaffes ordentlige sidde muligheder både i skolen og i hjemmet. Læsning i længere tid ad gangen skal foregå med skråstilling af bog eller hæfte. Skrivearbejdet bør foregå i flere tempi - og gerne uden at næsen er helt nede i papiret.

Forskellige sportsgrene der kræver stor smidighed, er gunstige for de hypermobile f.eks. højdespring. De bliver sjældent gode kuglestødere, og ved bodybuilding når de også hurtigere deres begrænsning. De er gode til ballet med mindre deres hypermobilitet er så udtalt, at de står og svajer bagud i knæene. Her kan en god muskelstyrke rette bod på skavanken. Guitarister og pianister kan få problemer, hvis de som professionelle er nødt til at træne mange timer dagligt. Her er det igen vigtigt med pauser.

SMÅBLØDNINGER

Et hyppigt fænomen hos de hypermobile er blå mærker rundt omkring på kroppen. Ofte kender de ikke til deres opståelsesmåde. De blå mærker kommer efter mindre stød, der ikke bemærkes som noget særligt. Afklædt afsløres de så. Småblødningerne kan formentlig også forklare, hvorfor der let opstår smerter fra ledbånd. Mindre småslag mod leddet vil nemlig belaste med en lille blødning, der efter 1 dag eller 2 begynder at gøre rigtig ondt. Og i ledbåndene tager sådanne blødninger længere tid om at blive rensset væk af kroppen. De kan derfor give anledning til smerter.

BEHANDLING

Manipulationsbehandling eller behandling hos en kiropraktorer er en lækkerbissen at udføre, idet det er meget let at få disse hypermobile led til at give de små klik, der kan virke så godt på f.eks. en fastlåst nakke. Desværre viser det sig med tiden, at den hypermobile får mere og mere brug for disse behandlinger. Hver gang leddet bliver sat på plads på denne bratte måde, opstår der nemlig en tiltagende løshed i leddet. Det er derfor kun tilrådeligt at bruge manipulation under ganske specielle omstændigheder ved vedvarende aflåsninger, der ikke lader sig løsne med mere skånsomme behandlinger. Og der skal helst være lange perioder imellem. Den foretrukne behandling er en muskeloptræning, så musklerne bedre kan modstå den daglige brug.

Da bevægeligheden er god nok, skal der satses mere på en dynamisk træning, hvor musklen spændes, uden at der foregår en for stor smidighedstræning. Og selv om det daglige arbejde måske nok styrker muskulaturen er der god brug for en ekstra indsats. Udspænding af de spændte muskler hører her med som en naturlig og gavnlige ting.

For at modvirke belastningerne er det vigtigt med korrekte arbejdsstillinger og en god løfteteknik. Øvelserne skal ledsages af en øget opmærksomhed på muskulaturen, så en øget kropsbevidsthed kan forhindre unødvendige belastninger. Og så kan den

SYGEHISTORIE

30-årig kvinde, der er født med dobbeltsidig hofteskred. Det blev konstateret ved fødslen, og hun blev dengang lagt i gips.

Gennem årene en del småforstuvninger ved håndboldspil. Til sidst lagde hun håndbolden på hylden og valgte at gå til jazzballet. Blev så dygtig til dette, at hun kunne fungere som instruktør flere gange om ugen. Af og til får hun hovedpine af spændinger på jobbet som sekretær. Der laver hun så nogle gode udspændingsøvelser, ligesom hun bruger den mentale træning til afslapning og smertebehandling.

Når spændingerne bliver for kraftige, får hun en eller to blokadebehandlinger som akupindtri. Det har gjort, at hun ikke længere så tit har hovedpine. En gang imellem smutter ryggen "ud af led". Førhen gik hun så i lange perioder med ukarakteristiske mavesmerter, hvor mavemedicinen ikke hjalp. I dag får hun ryggen til at slappe af med akupindtri og muskelhindeudspænding (MFR).

Hendes mor kommer også af og til med et hold i ryggen. Hun kan næsten ikke engang kravle, når det er på sit værste. Begge sønner er udtalt hypermobile, den ene med hyppige albueskred.

GIGTLIDELSER

Gigt giver ofte anledning til smerter både fra led og muskler. Der kan være lette tilfælde, som hurtigt går i sig selv, men ofte kommer der lange perioder med smerter og funktionsnedsættelse.

Gigt er imidlertid ikke kun en enkelt ting. Alt afhængig af lokalisation og ledforandringer taler man om forskellige former for gigt.

Slidgigt

Artrose eller slidgigt er en ledlidelse, hvor brusken, der beklæder ledfladen, efterhånden går til grunde. Bruskenes stødpude-funktion ophæves, og selve ledspalten indsnævres. Under normale forhold er brusken lige så glat som silke, og bevægelser kan let foregå. Ved slidgigt dannes der gradvist flosser i bruskeoverfladen. Når brusken nedslides, sker der også noget med knogleenden i leddet. Der sker en knoglenydannelse for at modvirke den øgede belastning, et forhold der kan vises ved røntgenundersøgelse. Både som en fortykkelse af knogleenden og som en nydannelse af små knoglefremspring på de ubelastede knogleender.

Slidgigt optræder med stigende hyppighed i de højere aldersklasser. Det er efter 40-årsalderen, at gigten rigtig sætter ind. Fra 60-årsalderen kan der konstateres slidgigt hos op mod 80%. Men det er heldigvis ikke mere end 30%, der har symptomer. Dog lidt afhængigt af lokaliseringen. Er der gigtforandringer i hoftelæddet, er der langt hyppigere også smerter. Mænd har hyppigst gigt i hofter og ankler. Hos kvinder plager gigten hyppigere i fingre, knæ og bækkenled.

Slidgigt kan inddeles efter, om gigten indtræder uden noget kendt årsag eller efter en forudgående lidelse. Det kan være efter medfødt hofteskred, hvor gigten kan sætte ind mange år efter. Tidligere forstuvninger, knoglebrud og

meniskoperationer disponerer også for en senere udvikling af gigt. Store belastninger fra tungt arbejde kan give gigt, ligesom det ses hos sportsudøvere, der har været meget ihærdige. Desværre kan man ikke på forhånd sige, hvem der skulle holde lidt igen for at undgå gigten.

Overvægtige risikerer med større hyppighed at få gigt i deres led, og i hvert tilfælde vil gigt i for eksempel knæene give større problemer hos netop de overvægtige, fordi belastningen bliver større. Og gigtplagede led reagerer mod for store belastninger. Det vil som regel være på indersiden af knæet, at generne er størst.

Der er 2 væsentlige problemer forbundet med slidgigt. Smerter og funktionstab.

Smerter

Smerterne opstår, fordi knoglenydannelserne trykker på den omkringliggende knogleoverflade. Der opstår også et øget venetryk inde i knoglen, og det giver smerter. Ødelæggelse af sener og ledkapsler gør også ondt.

Smerterne følger et bestemt mønster.

I starten af forløbet er der smerter ved belastning og hvilelindring. Når gigten har været der i en periode, begynder igangsætningssmerterne, som svinder, når leddet bliver varmet godt op. Det kan være om morgenen, hvor stivheden varer i kortere tid - under et kvarter. Eller det kan være efter at have siddet i en stol gennem længere tid. Det er svært at få sig rejst og komme i gang.

Efterhånden kan der optræde en meget generende natlig smerte, der ødelægger søvnen. Vejrliget spiller også ind efter et mønster, idet mange kan mærke forandringer i koldt og fugtigt vejr. Forandringerne sætter ofte ind inden ved optræk til vejrforandringerne, og disse patienter er på en måde udstyret med nogle indbyggede "barometre", der kan fortælle om vejret de kommende dage. Nogle få undtagelser mærker mere til gener i varmt vejr. Der har dog aldrig videnskabeligt kunne påvises nogen sammenhæng mellem smerterne og barometerstanden.

Funktionstab

Der kommer funktionsindskrænkninger i de vægtbærende led efter nogen tid. I begyndelsen er det smerten, der begrænser bevægelsen. For når et led gør ondt, holder man igen. Og et led, der ikke bevæges normalt, bliver mere stift, så derfor starter mange gange en ond cirkel.

Efterhånden er de forandringer, som gigten bevirker, med til yderligere at låse leddet fast. Det skyldes indskumpninger i kapslen, knoglenyddannelserne og de muskelkontraktioner, som gigten udløser.

Forskellige lokalisationer

Hofterne kan blive sæde for endog meget invaliderende slidgigt, der gør livet til en plage, indtil en aflastende operation med indsætning af en ny hofte bringer nyt liv til patienten. Heldigvis går det ikke altid så galt. Desværre er det ikke muligt at opstille profylaktiske forholdsregler, der ville kunne gavne dem, der har en mildere form for hoftegigt, så de kunne undgå en sværere gigt. Den kommende tids forskning bør løse noget af gåden om, hvorfor slidgigt opstår. Det ville være med til at begrænsede ofte hyppige pensionssager, der kan være et resultat af en mangeårig hoftegigt. Smerterne sidder som en dyb borende smerte både i sædet og i hoften. Herfra kan den stråle ned til indersiden af låret. Ja helt ned til midten af knæet. Så derfor skal man også tænke på hoftegigt ved smerter i knæet.

I starten følger smerten mønstret med smerter ved belastning og igangsætning, men efterhånden bliver smerten konstant. Og den kan så ved sin styrke blive invaliderende. I dette forløb kan der opstå krampagtige ledaflåsninger. Udover ledforandringerne kommer der bløddelsforandringer med myoser i sædereionen og lænden. Samtidig sker der en øget fremadkrumning af lændebuen. Gangen bliver besværet, enten som en halten eller en vralten, hvis det går ud over begge hofteled.

En stok placeret på den raske side kan aflaste. Eventuelt skal der 2 albuestokke til.

I starten skal der bruges almindelige hovedpinetabletter, og disse kan suppleres med gigttabletter. Lokalbehandling med forskellige former for blokader kan også hurtigt komme på tale. Det kan være akupunktur med tørre nåle, injektion af lokal bedøvelse eller binyrebarkhormon. For at modvirke den smertebetingede stivhed er øvelsesterapi væsentlig. Ofte er det en fordel at lave bevægelser i liggende stilling, da der jo her kan laves bevægelser uden kroppens belastende vægt.

Den overvægtige har glæde af at tabe sig. Noget der kun kan ske ved kalorieindskrænkning, da hofterne jo er med til at begrænse den fysiske aktivitet.

Siden slutningen af 70'erne er de mest invaliderede hofter blevet erstattet med kunstige hofter af syntetisk materiale. Men ofte er der ulidelige lange ventetider på disse operationer efter at først behovet er blevet erkendt hos den enkelte. Et år med den venten opleves ofte som et helvede. Det er væsentligt, at ventetiden bruges fornuftigt til at holde resten af kroppen i gang.

Særligt hos yngre kvinder ses chondromalacien, som er en forandring af brusken på bagsiden af knæskallen. På bagsiden af knæskallen sidder der følelegemer, som giver smerter, når der er en nedsat bruskmængden. For hvert skridt, der tages, overføres 3 gange kropsvægten til området bag knæskallen. Det betyder derfor meget at anvende en sko, der er stødabsorberende. Belastninger med bøjede knæ bør undgås. Lidelsen kaldes iøvrigt også "biografknæ". Knæskallen er mest stabil ved strakt stilling, og det er derfor en god ting at sidde med benene strakte. Og styrkelse af den store lårmuskel på forsiden giver også øget stabilitet. Svømning bekommer dem godt, ligesom en knæbandage. Heldigvis er der tale om en forbigående lidelse, der gerne plejer at klinge af efter et par år.

Optræder der gigt i knæet, kan det i starten vise sig ved, at gangen bliver usikker eller klodset. Efterhånden kommer smerten. Det er især ned ad trapper og gang på hårdt underlag, som volder besvær. Der kommer ansamling i knæet, og der er skurren i leddet. Behandlingen kan være som med hoften. Og efterhånden er kunstige knæ en god og hyppig anvendt løsning på et knæproblem.

Skulderen kan blive sæde for en meget ubehagelig smertegivende tilstand, der kaldes en frossen skulder. Det har nu intet med frost at gøre, men hvad der i øvrigt er årsag til lidelsen vides ikke. Den kommer uden nogen forudgående hændelse, og den ses hyppigst i aldersgruppen 40 - 60 år. Der er en overvægt af kvinder. Skulderen bliver meget øm, og der er indskrænket bevægelighed. Det er især udadrejning af skulderen, der er begrænset. Skulderledskapslen skrumper ind, og derved begrænses bevægelsen.

Dette i modsætning til den form for skuldersmerter, der opstår i efterforløbet af en skulderlæsion, hvor efterforløbet også er betydeligt kortere. For det tager lang tid med en frossen skulder. I gennemsnit 30 mdr. De første 3 - 9 mdr er der mange smerter, og disse forstyrrer ofte nattesøvnen. Derefter kommer en periode, hvor det er stivheden, der er den dominerende. Og til sidst genopbygningsperioden. Der opnås desværre kun lidt med behandling. Tidligt i forløbet er det rart at gå med armen i en slynge for at aflaste. Når smerterne har fortaget sig, skal der foretages en aktiv udspænding af leddet, der skal modvirke kapselskrumpningen. At der er tale om en aktiv udspænding vil sige, at det er personen selv, der skal gøre det. Styrketræning som isometriske øvelser, hvor musklerne spændes uden bevægelse, kan bevare muskelstyrken, til der kommer bedre tider. Det ser nu ud til, at 90'ernes operation bliver kunstige skulderled. Nu beherskes leddene i knæ og hofte, og opmærksomheden kan rettes mod skulderen.

Leddegigt

Den rheumatoide artrit eller den ægte leddegigt er lokaliseret til mange led. Det er en immunsygdom, hvor kroppen reagerer mod nogle af sine egne antigener. Den er sjælden før 20-årsalderen, og den ses hyppigst mellem 35 og 45 år. Men findes i øvrigt i alle aldre. 3 gange så hyppigt hos kvinder som hos mænd. Der findes ca. 50.000 tilfælde i DK.

Der er uspecifikke ledsmerter, dvs. ledsmerter, der kan forveksles med andre typer af gigt. Men der er et karakteristisk forløb med ledhævelser i flere regioner. Hyppigst ses håndled og fingerled angrebne. På fingrene er det grundled og mellemleddene, der rammes, yderleddene rammes ikke. Disse forandringer bruges i diagnosen leddegigt, idet man kan se det på et røntgenbillede. Ofte er

der en vis symmetri i lokaliseringen, som kan være i alle led. En speciel lokalisering er de øvre nakkehvirvler, der kan give anledning til endog meget svære smerter.

Til forskel fra slidgigten er morgenstivheden et meget større problem, idet det varer mere end 1 time at komme rigtigt i gang. Leddegigten giver desuden anledning til almene symptomer fra hele kroppen med periodisk træthed og blodmangel. Lavtryk og øget luftfugtighed giver forværring af symptomerne.

Reaktionen i leddet begynder med en ændring af kapselbeklædningens inderside, efterhånden kan der ske en ødelæggelse af selve knogleenden i leddet. Hos nogle ses svære leddeformiteter. Fingrene bliver skæve, kan ligne svanehalse, og der kan optræde stivhed eller fejlstillinger i andre led.

Slimsækkene ved senerne kan blive betændte, og der kan ske en kraftig irritation i seneskederne. Muskelsvind kan også høre med til billedet. Der dannes knuder i underhuden. Disse gigtknuder sidder ofte ved fremspringende skeletdele omkring leddene. Når diagnosen skal stilles, undersøges blodet for specielle gigtmærker. Blodsænkningen kan fortælle noget om gigtens aktivitet.

Behandling

Først og fremmest skal smerterne holdes i ave med smertestillende medicin. Den basale smertepille er magnyl. Den skal selvfølgelig tages i tilstrækkelig dosering for at der kan være en effekt. Dvs. 6 - 8 tabletter á 500 mg i døgnet. Da overbelastning forværrer tilstanden, skal der indskydes gode hvilepauser.

En grundig information om sygdommens mulige forløb gør det lettere at forholde sig til lidelsen. Selvfølgelig er der ikke 2 forløb, der er ens. Men det almindelige er, at sygdommen veksler, så der kan være lange perioder, hvor det går godt. Men altså også det modsatte. I de dårlige perioder må man så mobilisere det positive lyssyn, der gør, at man kan se frem til de kommende gode perioder, hvorfra der atter kan hentes et overskud.

Da et psykisk moment i lidelsens opståen ikke helt kan udelukkes, er det selvsagt en god ting at undgå unødige spekulationer, der ellers kunne give angst og depressioner. Det er heldigvis kun et fåtal af leddegigt-patienterne, der

kommer i kørestol, så der er ingen grund til at frygte et sådant forløb, førend det er der.

Symptomsvingningerne kan foregå inden for den samme dag, men også fra uge til uge, eller mdr. til mdr. Almindelige gigttabletter kan supplere Magny, når der er behov for det. Det er ikke ualmindeligt, at tabletterne skal tages i op til 3 uger, førend man kan se en effekt. Forskellige former for fysioterapi kan også gavne. Varme fra parafinbade kan gavne fingerleddene, kortbølgeterapi og øvelsesterapi kan lindre smerter og bevare muskelstyrke og begrænse ledstivhed. Man skal selvfølgelig gå meget lempeligt frem med træningen, da overtræning kan give forværringer. Det er en balancekunst, hvor det er forløbet, der må give et fingerpeg om, hvor aktiv man kan tillade sig at være. Både den fysiske træning og den psykiske tilstand er med til at bedre livskvaliteten, så gigtpatienten på trods af de dårlige perioder bevarer troen på sig selv og egen formåen.

Den medicinske behandling kan ved sværere tilfælde gå ud på at begrænse aktiviteten i leddegigten, for derved at undgå ødelæggelserne i leddet. Til den ende findes der mere potente stoffer, som desværre også er behæftet med flere bivirkninger, som kan være alvorlige. Ydermere er de langsomtvirkende, idet de først virker efter måske 6 uger op til 6 mdr. Så der er altså god brug for tålmodighed. Disse mere potente stoffer kan bremse sygdommen, og der kan ses en vis normalisering af de forskellige blodprøver. Der må af og til prøves forskellige medikamenter for at finde den rette terapi. Det vil ofte være stærkt forhøjede blodprøver eller røntgenforandringer, der gør det rimeligt at påbegynde en længerevarende kur. Guldsalte, malariamidler, penicilamin, methotrexat er sådanne stoffer. Nogle virker som guld og malariamidler tidligt i forløbet. Guld gives som indsprøjtninger over længere tid, de andre som tabletter. Mulige bivirkninger fra indre organer gør hyppige blodprøvekontroller og urinundersøgelser nødvendige. Ved malariamidlerne er det nødvendigt med jævne mellemrum at få en øjenlæge til at undersøge øjnene. Der kan være problemer med sollys og hudsygdommen psoriasis. Ved penicilamin kan tidligere penicillinallergi være et problem. Methotrexat gør specielt leverundersøgelser nødvendige. Glucocorticoider eller binyrebarkhormoner har en god umiddelbar effekt på gigten, men de giver desværre ikke nogen permanente forbedringer. Som regel skal der bruges så store doser til at opnå

forbedringer i den almene tilstand, at der opstår stor risiko for nogle af de alvorlige bivirkninger af binyrebarkhormonet. Det er især knogleafkalkningen, som kan give pludselige brud i ryggen eller i låret uden forudgående læsion, der er mest frygtede. Ved infektioner skal dosis øges. Cellegifte, der også anvendes til cancer, bruges i visse sværere tilfælde af leddegigt. Det er kun som en sidste udvej, at man tyr til disse stoffer.

Som smertestillende medicin og samtidig angstdæmpende kan anvendes antidepressive og andre former for nervemedicin. For at give en rolig nattesøvn, kan der suppleres med sovemedicin. Ingefær har vist sig at have en meget gavnlig virkning på gigten. Ingefær virker over det samme system som gigttabletterne, idet prostaglandin-dannelsen nedsættes, men der er muligvis også andre virkningsmekanismer, der endnu ikke er kortlagte. Bruger man ingefærpulver skal man starte med et halvt gram om dagen, indtil man har vænnet sig til det, derefter går man gradvist over til 1/2 gram 3 gange daglig. Det kan bruges i supper, vegetarretter samt i sovs. På det allerseneste har der vist sig positive erfaringer med fiskeolier.

Da mange af dagliglivets gøremål er beregnet for folk med fuld førlighed, har det været nødvendigt at opfinde et hav af hjælpemidler, som gigtpatienten kan få glæde af. Det kan være lige fra åbning af medicinglas til håndgreb på vandhaner, elektriske save til franskbrød og kød. Ergoterapeutisk vejledning kan gavne mange patienter og gøre hverdagen overkommelig.

Det kan også være arbejdspladsen, der kan ændres således at patienten længst muligt kan forblive i erhvervslivet afhængigt af lidelsens forløb. Ved svære smertetilstande kan operative indgreb komme på tale. Det kan være operationer, der gør led stive. Eller muskelforkortelser, der ophæves.

Andre gigtformer

Polymyalgia rheumatica eller muskelgigt er en gigtform, der lokaliserer sig til overarme og skuldre evt. lår. Der kommer et akut indsættende smerter og bevægeindskrænkning, og patienterne kan have svært ved at klare påklædning. Der findes kraftig forhøjet blodsænkning, medens de andre gigtprøver er normale. Forandringer i blodkarrene kan vise sig i en prøve fra en arterie i

tindingeregionen. Binyrebarkhormon har som regel en dramatisk effekt, idet man allerede indenfor det første døgn kan se en betydelig smertelindring, ligesom blodprøverne normaliseres. Under denne kur skal der undersøges for eventuelle bivirkninger med blodprøver og urinundersøgelse for sukker. Almindeligvis brænder sygdommen ud efter måneder eller nogle få år. Der skal derfor laves aftrapningsforsøg med binyrebarkhormonet, når tilstanden har været i ro i nogen tid.

Urinsur gigt eller "Kaptajn Voms syge" skyldes en ophobning af urinsyre i kroppen. Den viser sig ved anfaldsvis optræden af stærke smerter hyppigst fra storetåen (podagra). Men det kan også være andre led. Det starter hyppigt meget akut ud på natten. Leddet bliver ømt, rødt, hævet og varmt. Kulderystelser og feber. Det akutte anfald behandles med smertestillende og gigttabletter. Når de værste smerter er klinget af, startes med en behandling, der har til formål at sænke indholdet af urinsyre i blodet. Urinsyren kommer ind i kroppen fra bl.a. kraftige kødretter som engelsk bøf med rødvin til. Men også andre spiser kan udløse anfaldet. Man skal stile efter sin ideelvægt. Særligt hvis der er tilbøjelighed til tilbagefald. Men der er dog også nogle, der kun har et enkelt anfald, eller måske med 10 år imellem.

Infektioner kan ledsages af ledsmerter. Enten som en del af selve infektionen. Det er så kun et led, der er angrebet. Dette kan bl.a. ses ved kønssygdommen gonore. Gigten kan også komme som en reaktion på infektionen, som er overstået på det tidspunkt, hvor symptomerne kommer. Der er da ofte flere led med i sygdommen.

Yersenia-maveinfektion kan sætte ind med ledsmerter efter 1 mdr. Hvis de sidder i hoften, kan smerterne være meget udtalte og begrænse almindelig gang. Men tilfældet klinger hurtigt af igen.

Som led i en cancersygdom kan der optræde gigtgener, der kræver en almindelig effektiv smertestillende behandling.

Sygehistorie

67-årig kvinde havde gennem 10 år periodiske smerter i begge hofter. I starten kun i den højre, men efter et par år var det begge hofter, der var smertegivende.

Allerede som spæd havde hun haft medfødt hofteskred. I flere år kunne hun klare sig med almindelige smertestillende medicin og gigttabletter.

Men efterhånden gik det hurtigt ned ad bakke, og bare det at komme ud af sengen var en lidelse. Hendes 2 krykkestokke var ikke mere til megen hjælp.

Hun påbegyndte da en behandling med akupindtri, hvor der blev sat nåle i de værste smertegivende steder omkring begge hofter. Efter et par behandlinger var der god smertelindring, og hun kunne begynde en øvelsesterapi. Hun begyndte at gå mere frit omkring med sine krykkestokke.

Og efter 10 behandlinger kunne hun klare sig med en stok. En dag var hun så uheldig i skyndingen at falde over katten. Det blev nødvendigt med genoptræning efter et lårbensbrud, men hendes nye optimisme og troen på et godt resultat efter den første kur fik hende til at gøre hurtige fremskridt igen.

CANCER

Ordet kræft i sig selv lyder grimt. Lidt lige som "hold kæft". På tysk kaldes det Krebs, et ord, der heller ikke er så følelsesladet som kræft. Ved at bruge betegnelsen cancer kan man begrænse det lydæssige ubehag af selve ordet. Derfor vil jeg anvende ordet cancer i dette kapitel.

De fleste forbinder cancer med stort ubehag. Cancer opfattes som en uhelbredelig sygdom, der får patienterne til at lide af svære smerter. Behandlingerne kan være ubehagelige, og måske ender man som morfinmisbruger. Cancer opleves som udfærdigelsen af en dødsdom.

Sådan er der så mange myter om cancer. Ikke sådan at forstå at der ikke er nogle, der skal igennem et svært forløb. Men så langt fra for alle.

Og der er ikke nogen, der på forhånd kan sige, hvordan et cancerforløb bliver. Der kan selvfølgelig siges noget om, at ifølge statistikken er der den og den risiko for at dø inden for 5 år. Men den samme statistik siger også noget om, hvad chancen er for at leve efter 5 år! Der er faktisk mange, der bliver helt 100% kureret for deres cancer. Og lægevidenskaben gør til stadighed nye landvindinger, der kan komme cancerpatienten til glæde.

Og hvorfor skulle man ikke lige så godt tilhøre den gruppe, det går godt - indtil det modsatte eventuelt skulle blive bevist?

Information

Der er imidlertid ikke noget unaturligt i, at man begynder at tænke over livet og døden. Det kræver selvfølgelig, at man er informeret om sin sygdom. Hvis din bil er gennemrustet, vil du sikkert sætte pris på, at du får det at vide. Det kunne få betydning for, hvordan du ville disponere. Både på kort og længere sigt. En betænksom mekaniker kunne synes, at du var bedst tjent med ikke at vide, hvor galt det stod til med kareten, men hvad mener du selv?

Nu skal cancer ikke sammenlignes med rustne biler. Det er mere princippet om information. Så skal du på nogen måde være med til at indgå som en aktiv del i behandlingen af dig selv, må det være en ret at blive korrekt informeret. Ellers får du ikke muligheden for at forholde dig til livet og døden i din aktuelle situation.

Alle burde forholde sig til døden. Som en naturlig afslutning på livet. Sådan har det altid været, og sådan vil det altid blive ved med at være - på trods af lægevidenskabens fremskridt. Men de fleste skyder tanker om døden fra sig, medmindre der sker specielle hændelser. Og diagnosen cancer kan altså være en sådan hændelse.

Man får helt naturligt muligheden for at tage sit liv op til overvejelse. Er der noget, der skal laves om? Det kunne være med én selv i forholdet til et stressende arbejde, eller i forholdet til familien eller pengesager. Er forsikringerne i orden eller er der specielle forhold, som andre kan have glæde af at kende til, hvis....

Det har ikke noget formål at give op eller miste modet. Selvfølgelig er det synd, at man er angrebet af cancer. Men medlidenhed og selvmedlidenhed kan desværre ikke rigtig bruges til noget konstruktivt i cancer-forløbet. Tværtimod!

Familie og venner

For at mobilisere mest mulig styrke hos cancerpatienten er det nødvendigt, at omgivelserne støtter så godt som muligt. Går man og lusker med diagnosen, er der ingen, der rigtig ved, hvordan man skal forholde sig, og det hele bliver let fremmedgjort og kunstigt. Lad os antage, at cancerpatientens pårørende kender den rette diagnosen. Vedkommende skal være utrolig dygtig som skuespiller for at skjule sin ændrede holdning i forbindelse med sygdommen. Så derfor vil patienten alligevel fatte mistanke. Men det bliver en gåen rundt om den varme grød - uden at der bliver mulighed for at komme hinanden til undsætning.

Er der hjemmeboende børn, kan de sagtens klare at være med i forløbet. Mange gange tager børn væsentlig mere fornuftigt på problemer, som voksne har svært ved at håndtere. De har nemlig endnu ikke lært at forstille sig.

Humoren er en god kilde til at overleve på trods af livets tilskikkelser. Så det er med at dyrke de lyse sider i tilværelsen. Vittigheder kan bringe alvorlige problemer ned på et plan, hvor de bliver afdramatiseret. Tænk blot på hvordan AIDS-problematikken i starten lagde en tunge kåbe af usikkerhed hen over landet. Først da der begyndte at opstå små jokes omkring sygdommen, begyndte folk at ånde lettet op igen. De kunne derved tage afstand til sygdommen. Jo mere galgenhumoristisk jo mere afslappende. Det drejer sig så om at finde en balance, hvor tilstanden ikke forfladiges, fordi den køres ud på overdrevet.

Vennerne har ved åbenhed mulighed for at støtte begge ægtefæller. De kan komme og være med til at bringe opmuntring, for selv om cancerpatienten har accepteret sygdommen, kan der være perioder, hvor der er mere brug for opbakning end andre. Cancerpatienten får derved mulighed for at bearbejde sin angst og hjælpeløshed, og den sociale diskriminering, der sommetider kan opfattes som en social død, undgås, når vennerne fortsat bakker op.

Patienterne har nogle sociale rettigheder i forbindelse med deres arbejde. Rettigheder som selvfølgelig afhænger af sygdommens intensitet. Socialrådgivning til afhjælpning af forskellige indskrænkninger må være en naturlig ting. Det kan være erhvervelse af invaliditetsydelse eller en førtidspension. Længere henne i forløbet kunne det eventuelt være behovet for tilskud til medicin og hjemmehjælp eller -pleje.

Smerterne

Næst efter døden anses smerten for det mest frygtindgydende ved cancersygdomme. Men smerten er ikke til stede hos alle. Kun 1/3 af alle tilfælde kræver morfin, noget hyppigere hvis sygdommen fører cancerpatienten ind i terminalforløbet. Hyppigst er der smerter, når der er knoglesvulster, hvor det ses hos 85%. Hos patienter med leukæmi og svulster i æggestokkene er hyppigheden helt nede på nogle få procent.

Behandling

I det tidlige forløb er det kirurgi og eventuelt strålebehandling, der er mest relevant. Måske skal der suppleres med kemo(terapi). Kemoterapien har til formål at slå de syge celler ihjel, men pga. dosismængden kan det også gå udover de raske celler i kroppen. Det kan for en overgang give Yul Brunner frisur, hvor nogle vælger at bruge paryk. Seksuallysten kan aftage, og der kan være ubehagelig kvalme og opkastning. Træthed og nedsat modstandskraft over for almindelige forkølelser og lignende banale infektioner er andre bivirkninger.

En anden side af cancerbehandlingen er smertebehandlingen. En hjørnesteen i smertebehandlingen er at vurdere den totale smerte. Det drejer sig både om den fysiske og den psykologiske smerte, men også om den sociale og åndelige smerte.

For at opnå en tilstrækkelig smertebehandling skal der med andre ord foretages en helhedsvurdering. Er der brug for en præst eller en psykolog eller begge dele. Hvornår skal de sociale myndigheder ind i billedet. Eller hvor meget kan egen læge klare udover at formidle den medicinske behandling? I princippet er smertebehandlingen ikke anderledes end smertebehandling af andre smertegivende tilstande.

Udover selve den fysiske smerte er der ofte søvnforstyrrelser, madlede og personlighedsforandringer. Patienten bliver måske indadvendt og depressiv.

Medicinsk smertebehandling

Når man kender diagnosen og dermed årsagen til smerten, er det vigtigt at få registreret smertens sværhedsgrad. Smerten kan vurderes ud fra et smerteskema, hvor man inden for døgnet registrerer smerten på en skala fra 0 - 10. Ofte vil smerten følge en døgnsvingning, hvor der ses størst smerteintensitet om aftenen. Smertebehandlingen skal så sigte mod at ramme disse individuelle udsving. Og gerne således at næste dosis gives inden der kommer smerter. Dette opnås ved at give medicinen, uden at der er for store intervaller.

Det er altid patienten, der kan mærke, om det gør ondt, og for at få et rimeligt forløb må dette respekteres af behandleren. Når der er behov for det, må dosis øges, eller der må skiftes over til andre mere kraftigt virkende stoffer, eventuelt i forskellige kombinationer.

Samarbejde mellem patient og terapeut er altafgørende for et gunstigt forløb, dvs. at åbenhed endnu engang er en væsentlig faktor. Patienten må forvente af få en forklaring om den aktuelle medicinske plan, for at denne skal blive en succes.

Smertestigen

Den findes et hav af forskellige smertestillende medikamenter. Noget er i håndkøb, men det meste er på recept, og noget af dette er på narko-recept. Inden for den smertestillende stige betragter man de forskellige smertestillende præparater efter deres måde at virke på. Nederst på stigen har man de såkaldte perifert virkende stoffer. Det er dem med acetylsalicylsyre og paracetamol, og deres virkning er moderat. Et af præparaterne i denne gruppe kan bruges, evt. kan der ved muskel- eller knoglesmerter suppleres med gigttabletter.

En væsentlig ting for at kunne vurdere virkningen er, at man når op på den fulde døgndosis. Men er virkningen ikke tilstrækkelig, må man bevæge sig videre på stigen.

Næste trin er de mildere centralt virkende som kodein eller dextropropoxifen. De kan kombineres med ovenfor nævnte. Dextropropoxifen er i miskredit, fordi det har givet anledning til dødsfald hos narkomaner ved mindre overdosering, men anvendt korrekt er det stadigvæk - som tidligere - et udmærket stof.

Herefter følger morfin. På samme trin kan anvendes temgesic eller metadon. Vi er her ovre i den tunge gade, hvor der de første dage kan være tale om en del sløvhed efter behandlingen, men det plejer at klinge af. Det samme er tilfældet med kvalme og opkastning, men der kan dog gå 1-2 uger førend medicinen tåles. Ofte følger der en kraftig forstoppelse med denne medicin, så der skal gives et eller andet tilskud i form af afføringsmidler. Ovennævnte kan gives som tabletter eller mikstur. Temgesic som tabletter, der blot skal opløses under tungen.

Er kvalmen et problem, kan medicinen gives som stikpiller. I terminalforløbet kan det blive nødvendigt med injektioner.

Epiduralkateter er et kateter, der er ført ind i rygmarven. Gennem dette sprøjtes der uden problemer morfin ind i ryggen. Det har ikke så mange bivirkninger som andre former for morfin, og det er lettere at give. Kateteret bliver anlagt under indlæggelse på sygehuset, og da det er ret nemt at have med at gøre, er det enten patienten selv eller familien, der efter oplæring selv klarer injektionerne. Det kan også være hjemmesygeplejersken, der kommer og klare dette problem med regelmæssige intervaller.

Øvrige medicin

Både selve canceren og den smertestillende medicin kan give kvalme, og der kan derfor være behov for kvalmedæmpende medicin. Enten som tabletter eller stikpiller.

Visse former for nervemedicin, der ellers bruges til psykoser, kan have både en smertestillende virkning, og en virkning der retter sig mod den følelsesmæssige reaktion på sygdommen. Det kan derved blive lettere at bearbejde de kroniske smerter. Samtidig kommer der en vis afstandtagen til smerten. Ligesom for de antidepressive medikamenters vedkommende, der også virker smertestillende, er det som regel kun mindre doser, der skal til.

Strålebehandling og alkoholblokader kan ligeledes have en smertestillende virkning, når det drejer sig om enten knoglemetastaser eller indvækst omkring nervebaner.

Mentaltræning kan ligesom den øvrige medicin være med til at begrænse smerten midlertidigt. Og det er vist, at visualiseringøvelser kan være med til at stimulere immunforsvaret, der jo ellers er svækket ved cancer.

Terminal pleje

At være i terminalforløbet af en cancer vil sige, at sygdommen nu er inde i et forløb, hvor håbet for overlevelse er mere begrænset. Patienten bliver

efterhånden afkræftet, og modstanden mod infektioner nedsættes. Men i denne tilstand har man stadigvæk brug for at leve trods lidelse og sorg.

Hjemmeplejen kommer her ind i billedet. Det er nu muligt at få den sidste pleje i hjemmet, hvor familien har bedre mulighed for at være til stede og støtte, samtidig med at det foregår i de vante hjemlige rammer. Formålet er nu at lindre og støtte. Det er både den døende og familien, der har brug for omsorgen. Hjemmeplejen består af et tværfagligt team med sygehjælpere, sygeplejersker, socialrådgivere og læger. Uddannelse af disse skal tage sigte på bedst mulig symptomkontrol og kommunikation.

Der kan være brug for en del medicin i denne sidste fase, og der kan søges om tilskud til denne terminale pleje, ligesom der kan bevilliges plejeorlov

Sygehistorie

49-årig mand havde gennem nogen tid haft ondt i maven. Almindelig behandling mod for meget mavesyre og mavekolik havde ikke rigtig nogen virkning. Blev derfor indlagt på sygehuset. De almindelige undersøgelser suppleret med ultralydsundersøgelser viste normale forhold. Han blev atter udskrevet, men fortsatte med at tabe i vægt. Efter nogle mdr. førte det atter til indlæggelse, men fornyede undersøgelser viste fortsat ingen forklaring på smerterne og vægttabet. Da der var gået 1 år, og symptomerne fortsatte, blev han opereret.

Ved denne operation fandtes en cancer i bugspytkirtlen.

Familien var vrede på lægerne over det langvarige forløb, men efterhånden som canceren fik mere og mere overhånd, accepterede de sygdommen, og patienten fik nogle oplevelser i eget hjem, hvor familiesammenholdet gav ny livsglæde - på trods af den dødelige cancer.

HJERTESMERTER

Hjertet er kroppens store pumpeorgan, der skal bringe blodet rundt til alle vore celler. Derved tilføres vævene ilt, som er vigtig for alle livsprocesser. Der dannes også affaldsstoffer, som føres væk igen med blodet. Det er et gigantisk arbejde, som hjertet således kan præstere gennem et langt liv. Og det der arbejde foregår automatisk.

Der kan optræde forskellige sygdomme i hjertet. Ca. halvdelen af os vil ifølge statistikken dø af en hjertesygdom. Nogle falder pludseligt om ramt af en blodprop. Andre har måske mange år haft forhøjet blodtryk, og på et tidspunkt stødte der så hjertet symptomer til.

Forkalkning i hjertets blodkar kan for eksempel vise sig som besvær ved at gå op ad trappen, hvilket forårsager åndenød eller smerter i brystet (angina pectoris). Smerterne kan stråle op mod halsen og/eller ude i venstre arm. Det hjælper at holde pause på afsatserne, og efter nogle minutter kan man så gå videre. Kulde kan også fremkalde smerterne - eller et særligt stort måltid: For andre er det den seksuelle aktivitet, der giver problemer.

Hjerteforkalkning kan undersøges med et såkaldt kardiogram, hvor hjertets elektriske impulser registreres. Via hud elektroder, som påklistres bryst, arme og ben, kan man dels påvise, hvordan hjertet slår, dels om der skulle være tegn på forkalkning.

Behandling

Graden og hyppigheden af smerterne styrer den medicinske smertebehandling, som skal foregå i et tæt samarbejde med den praktiserende læge, der kender de forskellige medikamenter. Den korrekte medicinmængde afhænger af diagnosen.

Nitroglycerin har almindeligvis et meget hurtigt virkning overfor hjertesmerter, der opstår, hvis blodtilførslen til hjertets egen muskulatur ikke er tilstrækkeligt.

Nitroglycerin indtages som en tablet, der placeres under tungen. Her opløses den hurtigt, og den virker indenfor få minutter. Behandling med nitroglycerin tabletten kan eventuelt gentages, hvis effekten ikke er tilstrækkelig. Ses ingen virkning efter 5 minutter, bør man forsøge med en anden kur – eller læge. Ved man, at angina pectoris typisk vil optræde i bestemte situationer, for eksempel når man går op ad trappen, udsætter sig for kulde eller skal have samleje, kan nitroglycerintabletten tages forebyggende, inden situationen opstår. Er behovet for nitroglycerin stort, kan forskellige former for forebyggende medicin indtages i stedet. Disse præparater for eksempel Cardopax eller Indur, der tages i fast dosering med bestemte intervaller. Der findes også et specielt fremstillet plaster, som kan afgive den forebyggende medicin gennem huden. Betablokkere som en Inderal og Visken og calciumantagonister som for eksempel Adalat, Isoptin og Veralok, som kan begrænse hjertets belastning og nedsætte energiforbruget i hjertet og derved medføre en lindring af smerten.

Kirurgiske indgreb

Specielle kirurgiske undersøgelser kan give værdifuld underretning om hjertets funktioner. Karundersøgelser, hvor et kontraststof sprøjtes ind i hjertets kranspulsårer, kan fortælle, om der skulle være knæk eller forsnævninger i hjertes fine blodkar. Er det tilfældet, kan blodkarrene hos nogle udvides med kateter eller balloner, så blodtilførslen bliver nær det normale igen. En svær hjertesmerter kan derved reduceres eller måske helt forsvinde.

Er der forkalkninger i hjertets klapsystem, kan indoperation af kunstige ventiler komme på tale.

Nogle af hjerteoperationerne er mindre indgreb, mens andre kræver anvendelse af hjerte- lungemaskine.

Som noget helt banebrydende kan man nu også i Danmark få indsat et helt nyt hjerte til erstatning for svære forkalkede hjerter, eller hjerter der er misdannet fra fødslen eller har været udsat for infektionsangreb som for eksempel gigtfeber.

Sekundære smerter

Nogle hjertepatienter får sekundære smerter, der minder om hjertesmerterne. Disse har en tilbøjelighed til at sprede sig ud over og væk fra hjertet, hvilket kan give stivhed og smerter for eksempel i skulderregionen. Den almindelige hjertemedicinen har ingen effekt på disse smerter. Problemet kan måske løses med en lokal blokade eller gennem fysioterapi.

De sekundære smerter kan også hidrøre fra muskelinfiltrationer i den venstre brystmuskulaturen. Noget der kan mærkes, når man trykker på området med en finger. Det gør ondt. I modsætning til hjertesmerter, som ikke er sådan at fremkalde blot ved at trykke!

Mange hjertepatienter oplever også brystsmerter, som kan stamme fra ryggen. Herfra stråler de om i brystet, og det er derfor meget naturligt, at de opfattes som hjertesmerter. Smerterne stammer imidlertid fra et samtidig torakalt facetsyndrom, og skal selvfølgelig derfor behandles som et sådant.

Blodprop i hjertet

En blodprop i hjertet gør én midlertidig ukampdygtig. Den fysiske optræning skal imidlertid hurtigt i gang. Optræningen skal basere sig på dynamiske aktiviteter, som er meget hjertevenlige. I starten af genoptræningsperioden er gåture gode, senere kan man gå over til aktiviteter som cykling, løb eller svømning. Ligger sport ikke til én, kan for eksempel folkedans eller afspændingsgymnastik være udmærkede alternativer. Statisk arbejde såsom snekastning, hækkeklipping eller vægtløftning må vente til bedre tider. Smerten i sig selv vil være tilstrækkelig til at bremse uhensigtsmæssige aktiviteter.

Også mennesker med dårligt hjerte i øvrigt, og som ikke har haft en blodprop, har glæde af at holde sig i aktivitet inden for smertegrænsen.

Nyt liv til patienten

Den, der rammes af en blodprop, bør ubetinget have det at vide. Per tradition har der ikke været det samme hemmelighedskræmmeri omkring denne diagnose som overfor canceren, og det skal de medicinske hjertelæger have tak for. Derved har hjertepatienter haft mulighed for at træffe de nødvendige valg med hensyn til deres liv, efter at det første akutte forløb var vel overstået.

Stress er en ikke uvæsentlige udløsende faktor for mange, der rammes af hjerteforkalkning og eventuel blodprop i hjertet. Når de svære værste følger af blodproppen er klinget af, bliver det muligt at anvende denne stressfaktor konstruktivt i skabelsen af et nyt og bedre liv for patienten. Man bliver nødt til at foretage nogle valg, der gør tilværelsen mindre belastende og mere rimeligt for én - og det er dog bedre, at det sker sent end aldrig.

Allerbedst var det selvfølgelig, om hjertesygdomme slet ikke opstod. At forebyggelse virker, er nedgangen i hjertesygdomme fra 1978 til 87 på 22% i øvrigt et tydeligt tegn på. 2/3 af dem antages at skyldes mindre røg, mindre fedt og mere motion.

Sygehistorie

53-årig kvinde havde gennem flere år har forhøjet blodtryk. Pludselig kommer der akut indsættende meget kraftig hjertesmerter, og hun indlægges til observation for blodprop. De almindelige blodprøver tyder på at mindre blodprop, og efterforløbet er uden komplikationer. Da der er gået et halvt år efter blodproppen, føler hun sig stadigvæk lænket til hjemmet. Selv mindre anstrengelser giver smerter i brystet, også når hun ligger ned, kan smerterne opstå.

I forbindelse med en rutinekontrol bliver hun undersøgt nærmere, idet der også fokuseres på hendes ryg. Det viser sig, at hendes invaliderende smerter netop skyldes torakalt facet syndrom. Efter 3 lokalbehandlinger med akupindtri er tilstanden så god, at det bliver realistisk at satse på en tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

UNDERLIVSSMERTER

Der er mange årsager til underlivssmerter. Nogle skyldes normale tilstande, medens andre skyldes sygdom.

Menstruationssmerter

Menstruationssmerter giver anledning til mange smerter. De kan være så voldsomme, at de også giver sygefravær. Operation i livmodermunden med efterfølgende ar dannelse i livmoderhalsen kan give endog meget svære menstruationssmerter. En udskrabning kan kurere tilstanden.

Måske er det også en stram livmoderhals, der giver de almindelige menstruationssmerter? Ofte forsvinder almindelige menstruationssmerter efter en fødsel.

P-piller har en gavnlig virkning på mensesmerter. Blødningerne bliver mindre kraftige, og smerterne reduceres. Er man ikke interesseret i p-piller, kan almindelige hovedpinetabletter give en god lindring. Man skal bare sørge for at tage den fulde dosis. Mange nøjes med at tage 1 eller 2 tabletter i løbet af et døgn, men så kan man heller ikke forvente nogen særlig effekt. Gigttabletter har også her vist sig at have en god smertestillende virkning.

Underlivsbetændelse

Akut indsættende smerter med høj feber skyldes underlivsbetændelse. De forskellige årsager kan afsløres ved mikroskopi og dyrkning af udflåddet. Det skal gives antibiotika indtil infektionen er helt i ro. Der konstateres ret ofte klamydia-infektion i underlivet, uden at det har givet nogen symptomer. Det kan være en rutinepodning før en spiral-oplægning eller en abort, der viser den stumme infektion.

Da der kan være store problemer med at blive gravid efter en sådan infektion, er det vigtigt, at den konstateres og behandles. Også selv om der ikke er underlivssmerter, for her er smerten af en anden karakter, hvis det ender med sterilitetsproblemer.

Laparaskopi

Ved en laparaskopi foretages en undersøgelse af de indre organer i fuld narkose gennem nogle små kighuller. Der kan herved konstateres forskellige lidelser, der kan give smerter.

En ikke ualmindelig årsag til underlivssmerter er endometriose. Ømme hårde små knuder ses rundt omkring i underlivet. Her kan en hormonbehandling som regel give smertelindring.

Men ved 2/3 af laparaskopierne findes ikke nogen forklaring på smerteproblemet.

Har smerterne varet mere end 6 mdr. inden laparaskopien, giver det dårlige langtidsudsigter. For efter 1 år eller mere derefter føler 61% sig stadigvæk hæmmet i hverdagen af deres smerter. Selv om de har samme samlejehyppighed, som dem der havde fået det bedre efter 1 år, så får de ikke noget ud af deres sexliv. Parforholdet fejler i øvrigt ikke noget, så der er tilsyneladende ingen væsentlige psyko-mekanismer. Deres livskvalitet er nedsat - også selv om de ved, at der ikke er fundet noget unormalt ved laparaskopien. For hvad hjælper dette, når de fortsat har ondt?

Øvrige årsager

At der ikke er fundet noget unormalt ved laparaskopien, er imidlertid ikke det samme som at sige, at kvinden er hypokonder.

Meddelte smerter fra andre strukturer i bækkenet kan ligne gynækologiske underlivssmerter. Så både bækken og lænd skal undersøges for myoser og stramme ledbånd. De skæve bækkener, der skyldes stramme ledbånd omkring

halepartiet og lænde-bækken overgangen, kan rettes op med stor smertelindring til følge.

Ar-smerter efter gynækologiske operationer og fødselsar i skeden er ikke ualmindelige årsager til underlivssmerter eller problemer med seksuallivet. Disse ar-smerter kan behandles med akupindtri, hvor der sættes en nål i de smertegivende punkter.

Sygehistorie

27-årig kvinde havde gennem 4 år haft store problemer med underlivssmerter. Hun var efterhånden set efter både hos flere specialister, og hun havde også gennemgået 2 laparoskopier, uden at man dog havde fundet noget unormalt. Smerterne var opstået efter en fødsel, der havde været lidt langvarig, men ellers uden komplikationer. Hun var modslutningen blevet klippet for at lette hovedets passage gennem skeden.

Hun var skæv i sine hofter, og meget øm omkring ledbåndene på overgangen mellem nederste lændehvirvel og hoftekam. Halespidsen trak lidt skævt over mod højre. Arret i skeden var ømt ved undersøgelsen. Behandlingen strakte sig over 3 gange. Først fik hun rettet sin skæve hale op. Det foregik ved at trække i de ømme ledbånd, der skal stabilisere halespidsen over mod bækkenet. Det kan foretages samtidig med den gynækologiske undersøgelse. Der skal udspændes i 1/2 min, og det gør ondt. Men ikke bagefter. Arret i skeden blev bedøvet med akupindtri. En enkeltbehandling var nok. De ømme punkter i lænden fik 2 behandlinger med akupindtri. Herefter var hun smertefri, og 4 års mareridt var slut.

PSYKOGENE SMERTER

Indre psykiske spændinger, der ikke kommer til udtryk, kan give smerter, der ligner legemlige smerter.

4 forskellige typer

Ved den såkaldte "hysteriske" smerte er det en psykisk konflikt, der giver anledning til en smertefornemmelse. Det kan være som hovedpine, brystsmerter omkring hjertet, mavesmerter eller underlivssmerter.

Der er imidlertid ikke noget i vejen fysisk.

Omgivelserne inddrages i smerterne på en appellerende måde. Derved bliver personen genstand for stor omsorg og interesse. Fritages måske ovenikøbet for generende forpligtigelse.

Ved de psyko-somatiske smerter har personen en anden baggrundpsyke. Personen lider i det stille, og der sker ikke nogen kontakt til omgivelserne førend problemet bliver alvorligt. Spændingstilstanden udløses under stressfyldte forhold, hvor der ophober sig kronisk ængstelse eller vrede, der ikke reageres udad. Der opstår en ængstelse for at fejle noget, og efterhånden kommer der sygelige symptomer i form af måske hovedpine, svimmelhed, nervøst hjerte, mavekatar, underlivs- og rygsmerter. Efterhånden kan angsttilstanden føre til regulære sygdomme, som kan konstateres ved undersøgelser. Det kan være astma, mavesår, forhøjet blodtryk, og måske har både hjerte- og cancersygdomme et moment af personlighedsforandringer i sig.

Depression kan vise sig som et smerteproblem. Her træder smerten i stedet for depressionen. En sådan smertetilstand vil også være præget af andre depressive symptomer. Personen er stilfærdig, og symptomerne er vedholdende. Der er almindelig ringeagtsfølelse, skyldfølelse, og personen føler, at han er strafværdig. Det hele er håbløst, og måske går tilstanden over i desperation.

Ganske få personer har en helt sygelig form for hypokondri. De kan f.eks. mene, at deres mavesmerter forårsages af en frø, der sidder inde i mavesækken. Og at den eneste kur er operation med fjernelse af frøen! Andre gange er det måske knap så markante fikse ideer, og så ender det måske med en operation.

De forskellige psykogene smerter skal selvfølgelig behandles med en eller anden form for psykoterapi, der fører til en selvindsigt. Selvindsigtens formål er at kanalisere nogle af de psykiske spændinger ud i handlinger.

Måske kan der være behov for understøttende nervemedicin i en kortere periode.

Sygehistorie

57-årig mand havde stort set aldrig fejlet noget. Begyndte en vinter at beklage sig over svimmelhed. Der var ikke andre ledsagesymptomer, udover at det kneb med at klare arbejdet. Ved undersøgelsen fandtes ikke nogen umiddelbar forklaring på svimmelheden, og han blev henvist til øre-næse-hals-specialist. De mere specielle undersøgelser viste heller ikke noget unormalt.

Tilstanden blev efterhånden uholdbar, og han blev indlagt på neurologisk afdeling. Hjerneundersøgelserne var også helt normale, men svimmelheden fortsatte. Efterhånden viste der sig andre depressive symptomer, og en tablet-behandling med antidepressiva gjorde ham helt rask efter 2 uger. Kuren fortsatte han i 1/2 år.

ARBEJDSBETINGEDE SMERTER

Der er gennem de seneste år registreret flere og flere arbejdsbetingede lidelser. Der kan være 2 årsager hertil. At der reelt opstår flere og flere lidelser, eller at den øgede opmærksomhed på problemet medfører flere anmeldelser. Det er måske kun toppen af isbjerget, der registreres, når det kommer til stykket.

Herhjemme er der ikke uddannet ret mange læger i arbejdsbetingede lidelser, og på internationale kongresser er der kun få danskere til stede.

Smerter fra arbejdsbetingede lidelser opstår hyppigst fra bevægeapparatets muskler, sener og led. De syv hyppigste lidelser er seneskedehindebetændelse i underarmen (33%), muskelinfiltrationer (21%), diskusprolaps i lænden (11%), lændesmerter (8%), lumbago (7%), slidgigt (5%) og gigt omkring skulderen (3%).

Ser vi på erhvervene, ligger øvrige fremstillingserhverv og håndværkere øverst, dernæst følger servicefagene, kontor og håndværk, sundhedspersoner, bygge/anlægsvirksomhed og jern/metal. Så følger forskellig teknik og nederst ligger landbrug.

Lovgivningen

Forhold vedrørende arbejdet er nedfældet i arbejdsmiljøloven og arbejdsskade-forsikringsloven. Der findes en fortegnelse over erhvervsbetingede sygdomme.

Læger og tandlæger har anmeldelsespligt over for mistænkte og konstaterede arbejdsbetingede lidelser.

Arbejdsgiver er pligtig at anmelde arbejdsulykker.

Arbejdsskadeforsikringen anerkender afrivning af torntappe i ryggen, menisklæsioner fra hugsiddende arbejde, rotator-cuff læsioner i skulderen, nervelammelser efter tryk, vedvarende vibrationer, vedvarende tryk, særligt belastende uvant arbejde. Hurtigt gentagne og stærkt belastende arbejdsbevægelser.

Ryggen

4 af de 7 hyppigste smertegivende symptomer stammer fra ryggen. Hvert erhverv har sine specielle lidelser.

Skademønsteret hænger sammen med de belastninger, personen kommer ud for. Er der tale om et statisk arbejde, opstår skaderne pga. blodmangel i vævet. Ved gentagne simple fysiske overbelastninger sker der skader i bindevævsstrukturene, særlig når det drejer sig om høj-repetitive arbejdsprocesser, hvor den samme procedurer foretages igen og igen. De tunge løft giver anledning til lændesmerter. Det monotone arbejde giver anledning til skulder-nakkesmerter.

Forskellige faktorer spiller ind for udviklingen af rygsmerter. Løft med foroverbøjning af ryggen, hvor belastningen forstærkes yderligere, hvis det er tunge løft. Tunge løft i sig selv er også potentielle skadevoldere. Skæve énsidige løft, der er akavede. Fastlåste eller skæve arbejdsstillinger. Uvant tungere løftearbejde. Vibrationer.

Medvirkende årsager kan være klimatiske forhold, hvor arbejde i kulde, fugt eller træk forstærker de arbejdsmæssige belastninger.

Visse personlighedstyper med tilbøjelighed til hysteri, hypokondri og depression er overrepræsenteret.

Ligesom sociale problemer, tobak og alkoholindtagelser giveren øget hyppighed af gener.

Forskellige erhverv

Der er lavet flere forskellige rapporter over, hvorledes de enkelte erhverv belaster.

Jord- og betonarbejdere belastes af foroverbøjede arbejdsstillinger, tunge løft, der gentages hyppigt. Der skal skubbes og trækkes, og der kan opstå pludselige og uventede belastninger. Jo mere specialiseret arbejde, jo mere ensidige belastninger. Vibrationer fra vibrerende værktøj og lufthamre er andre skadevoldere.

Murer-rapporten viser, at murere er mere belastede end malere. De foretager vridende asymmetriske bevægelser, og der er hyppige løft (mellem 350-2000 pr dag). De arbejder ofte i foroverbøjet stilling, og der er tunge løft. Flytter ca. 3000 kg sten pr dag ved opmuring, og 1000 kg mørtel ved pudsearbejde. Gulv-flise arbejde er statisk arbejde, med ens opmuring er blandet dynamisk og statisk arbejde. Lænde-ryggene optræder dobbelt så hyppigt hos murerne som malerne, og symptomerne debuterer 3 - 5 år tidligere som lumbago/iskias. De er lige hyppigt syge, men murerne må ty til længere sygeperioder. Murerne er indlagte dobbelt så hyppigt, og det samme gælder for rygoperationer. Er arbejdet med nybyggeri blevet for belastende for den dårlige ryg, er arbejdet med småreparationer mere afvekslende og mindre belastende. Der er flere, der forlader faget, enten for at gå på førtidspension, efterløn eller for at blive revalideret.

Blikkenslagere er påvirket nogenlunde ligeligt i både deres nakke-skulder-region og deres lænd fra tunge løft, der ofte foregår i akavede stillinger.

Tobaksarbejdere er mest forpinte i deres skulder-nakke-region fra deres manuelle arbejde.

Syerske er påvirkede på samme måde i deres nakke og skuldre. Efterhånden er al fabriksproduceret syarbejde flyttet til udlandet til billigere arbejdskraft, så de skader vil vi ikke se fremover herhjemme.

Det har vist sig, at især de ømme punkter i disse regioner kan fortælle noget om langtidsudsigterne for disse arbejdsskader. Der er mange, der har et repetitivt arbejde, med måske flere tusinde af de samme bevægelser hver dag. Det bliver derfor et statisk arbejde, og deres udholdenhed begrænser sig til 10% af den

maksimal muskelstyrke. Det drejer sig om syersker, slagteriarbejdet og posthusarbejdere.

Husmoderen bliver også stillet over for store fysiske krav. Jo flere fødsler, der har været, jo mere har ryggen været generet af en øget krumning i lænden. Og den lille nyfødte tager jo hurtigt på i vægt, men skal alligevel slæbes rundt. Sker det i en lift eller indsats, er det ofte kun den ene side, der bruges, og ryggen kan så blive mere og mere skævt belastet. Lidt større børn plejer at blive placeret på den ene hofte, medens der laves forskelligt husarbejde. Myoser i skuldre i forbindelse med amningen er også meget hyppigt. Er køkkenbordet for lavt eller for højt, må man forsøge at korrigere dette misforhold, for der tilbringes mange timer i et køkken. Det kan være med et tykt skærebræt eller en gulvhævelse foran køkkenbordet. Der sker også stor belastning af ryggen ved støvsugning og vinduespudsning.

Ved havearbejdet knokler den stillesiddende kontormand pludselig løs i weekenden, hvor hele køkkenhaven skal toptrimmes. Ikke mærkeligt at hans mandag bliver en blå mandag på arbejdet.

Ergonomi

Ergonomi er den videnskab, der interesserer sig for de forskellige arbejdsforhold. Både hos arbejderen, hans arbejdsplads og de maskiner, der skal betjenes.

Allerede i skolen burde vi lære noget mere om korrekte arbejdsstillinger. I gymnastiktimerne kunne vi lære noget om rygbeskyttelse og muskeludvikling. Holdningsøvelser for at modvirke rundryggethed og sammensynkning. Noget der senere kunne bruges både i arbejdssammenhænge og derhjemme.

På arbejdsstedet skal der informeres om de korrekte relevante løfteteknikker og de andre arbejdsprocessers udførelse. Er det siddende arbejde, skal stolen være med lændestøtte, der kan indstilles individuelt og gerne med armlæn, der aflaster skuldrene. Siddehøjden skal kunne indstilles individuelt, ligesom bordhøjden ved stående arbejde skal give et arbejde uden for megen foroverbøjning. Måske skal der være en let tilgængelig plade, der kan variere gulvhøjden, for det er jo sjældent, at alle er lige høje. Maskiner skal ved deres

konstruktion være udtænkt, så deres betjening ikke kræver asymmetriske akavede stillinger. Ofte er det blot små midler, der skal til.

Gevinsten er sparet sygefravær med smerter og andet ubehag, men også i form af sparede udgifter til sygefraværet og den måske deraf følgende produktionsnedgang.

På hjemmefronten og i fritiden kan man også have glæde af at tænke ergonomisk. Det gør livet mere behageligt, men også lettere.

Rygskole

Som en anden profylaktisk foranstaltning kan arbejderne på en rygskole gøres mere rygbevidste. Der læres om ryggens anatomi. Ligeledes om korrekt bevægeteknik til det relevante arbejde. Løftene skal foretages symmetriske, og emnerne skal holdes tæt ind til kroppen. Hvor meget kan man løfte og hvor tit?

Efterhånden anbefales det at lære en korrekt løfteteknik med strakte ben, når noget løftes op fra jorden. For de fleste bøjer alligevel ikke ned i deres knæ. Og så kan de lige så godt være mere bevidste om ryggen i stedet. Ved drejninger skal benene flyttes med, og når man rejser sig fra en stol, skal det ene ben placeres foran det andet. Og man skal faktisk tænke på, at det er ens ende, der skal rejses!

Rigtige hvilestillinger er lige så betydningsfulde som de korrekte arbejdsstillinger. Der skal motiveres for passende motion i fritiden. Rygtræning skal gøre ryggen stærk til at modstå de krav, der trods korrekte arbejdspladser og maskiner alligevel vil være.

Smerter andre steder fra

Ved de hyppige monotone arbejder kommer der efterhånden belastninger i underarmens seneskeder, ved større bevægelser i skulderleddet. Og meget hyppigt ledsages samlebandsarbejde af muskelinfiltrationer i skuldrene.

Rotator-cuffen er en samling af muskelfibre, der er tæt vævet ind i skulderkapslen. Disse 4 muskler er med til at bevæge skulderen sammen med nogle muskler, der arbejder over længere afstande. Ved overbelastning sker der langs ad vejen en svækkelse af muskulaturen, og efterhånden optræder smerter. Særlig som intense smerter, der generer nattesøvnen. Smerten sidder i skulderen, men kan også stråle ud til overarmen. Der kan ligeledes være smerter, der stråler ned langs ydersiden af underarmen og de ydre fingre. I starten kan lidelsen vise sig som snurren og brænden. Der skal behandles med aflastning, som kan foregå ved at armen placeres i en slynge. Smertestillende og gigttabletter giver lindring og får hævelsen til at forsvinde hurtigere. Men man skal huske på, at sener og ledbånd er længe om at genvinde fuld styrke, der kan godt gå flere måneder, ja måske op til 1 helt år førend skulderen kan bruges normalt igen. I mellemtiden trænes skulderen op med isometriske øvelser for at øge muskelstyrken.

Seneskedehinde-betændelse (eller kald det tendinit, det er lettere at huske!) er en irritation af de seneskeder, der beskytter senerne til underarm og hånd. Ved overbelastning opstår der smerter og hævelse. Nogle gange med sovende fornemmelser ud i hånden. Undertiden kan man ved at mærke på området fornemme en knitren, som nyfalden sne. Armen skal have ro. Smertestillende og gigttabletter kan sammen med blokader give god lindring. Op træning af muskulaturen er også her alfa og omega.

Sociale konsekvenser

Tages der ikke de nødvendige profylaktiske forholdsregler, fører det til et stigende antal sygemeldinger. Og de behandlinger, der i begyndelsen kunne hjælpe, giver efterhånden ikke længere den samme effekt. Det bliver nødvendigt med langtidssygemeldinger, der måske kunne forhindres med omplacering på arbejdspladsen eller revalideringsforsøg.

Ryggen er årsag til størst sygefravær. 14% er sygemeldte over 5 uger. Og når vi når ud over 3 mdr. udbetales 1/3 af dagpengebeløbene til de 7%, der fortsat har ryggene. Så der er virkeligt noget at hente med en god profylakse gennem rygscole-arbejde inden skaden er sket.

Og for hver pension, der kan spares, vil man sammenlagt spare 1.5 mill kroner, hvis det drejer sig om en 40-årig. (Der findes i øvrigt 245.000 førtidspensionister i forvejen).

Der er mange parter involveret i samarbejdet om den godtfungerende arbejder. Men også når han bliver syg af sit arbejde. Arbejderen selv må prøve at styrke de funktioner, som han fortsat kan varetage, så en sygemelding måske helt kan undgås.

For er sygemeldingen der først, giver det i løbet af 1 - 2 mdr. selv hos de arbejdsstabile og velfungerende arbejdere psyko-/sociale konsekvenser, der går ud over identitetsfølelsen og troen på fremtiden. Arbejdskammerater og arbejdsleder kan virke meget motiverende over for den syge ved at fremsætte håbet om snart at se den sygemeldte tilbage i jobbet.

Enhver opstart efter en sygemelding ud over nogle uger burde være i deltidstidsregi. Hvem starter med at løbe 10 km den første dag efter en længere pause fra løbetræningen?

Egen læge og sociale myndigheder kan med deres lokalindsigt foretage hurtige indgreb, der måske i første omgang er mere tidsforbrugende, men på længere sigt viser sig betydeligt mindre ressourceforbrugende. Det kræver nytænkning at samarbejde omkring de truede på et meget tidligt tidspunkt i forløbet af en sygemelding. Det kræver, at der opstilles nogle mål for et sygeforløb. Alle bliver derved gjort mere aktive og engagerede.

Sygehistorie

59-årig kvinde, der gennem 15 år havde lavet det samme arbejde ved et samlebånd. Efterhånden snurren ned i begge arme og hænder. Smerter ved bevægelse i hø. skulder, og dårlig nattesøvn pga. smerter fra skulderen. Besvær med at læse avis fordi hænderne ryster ganske fint. Er nødt til at have hjælp til kartoffelskrælning og meget andet køkkenarbejde.

Efter sygemelding i 1/2 år var symptomerne trådt så meget i baggrunden, at hun kunne genoptage arbejdet. Ikke det tidligere arbejde, men et arbejde i samme virksomhed, hvor der var mere afveksling, fordi der i mellemtiden var indført

jobrotation. Medens hun var sygemeldt, var tilfældet meldt som en mulig arbejdsbetinget lidelse.

,

SPORTSSKADER

Vi får - i takt med at arbejdstiden bliver sat ned - mere og mere fritid. I samme takt stiger antallet af idrætsudøvere. Sporten er en væsentlig del af den danske kultur.

Der findes 2.5 millioner organiserede sportsudøvere, og herudover findes en del uorganiseret sport. I takt med de forskellige idrætsgrenes udbredelse optræder der flere og flere sportsskader.

Det årlige antal skader ligger på 1.6 millioner. Og det er selvfølgelig alt for mange. Desuden rykker alderen nedad. Hos de ganske unge er det ofte forældrenes ambitioner, der pacer børnene ind i det konkurrence-race, der giver skader.

De skader, der sker, afviger ikke fra skader, der sker på andre felter, f.eks. arbejdsskader. Men hver sportsgren har alligevel sine forskellige specielle skader. Flere faktorer spiller ind for udviklingen af sportsskader. 25% opstår, fordi der bruges dårlige baner, andre 25% pga. dårlig kondition. 10-15% indtræder, fordi opvarmningen er for dårlig. Ukorrekt anvendelse af sikkerhedsudstyr som hjælme, ben- og knæbeskyttere tager også sin del af skaderne.

Nogle forværrer deres skade, fordi de fortsætter med deres sport på trods af skaden. Nogle af de tilskadekomne klarer selv skaden, andre søger læge. 10% går på skadestuen, og af disse skader er 45% opstået i forbindelse med konkurrence, resten til træning. 69% af dem, der kommer på skadestuen, bliver røntgenfotograferet. Heldigvis findes der kun noget unormalt hos 1/5 af disse. Men der bruges altså en del unødvendig røntgenstråler.

Indenfor kontakt-idrætsgrene som fodbold og håndbold sker der flest skader i starten af sæsonen. De skader, der opstår i starten af kampen, opstår pga. for dårlig opvarmning, medens de sene skader skyldes ringe grundtræning.

Forskellige skader

De akutte skader er bløddelsskader i muskelfibre og forstuvninger af ledbånd. Overbelastningsskader opstår efter forkerte belastninger i længere tid. Ved skaden sker der først en blødning ud i vævet. Denne hævelse trykker på det omgivende væv, og der kommer smerte og ømhed. Samtidig nedsættes muligheden for genopbygningen, da blodtilførslen begrænses.

Fiberskaden opstår pludseligt med smerter og nedsat funktion. Ved aktivitet tager smerten til, og blodansamling vokser. Ofte sidder skaden på låret, enten på for- eller bagsiden. Læg- og lyskenskader er også hyppige, ligesom skader på overarmens bøjeside.

Forstuvninger giver småblødninger i ledbåndene eller ledkapslerne. Området hæver, og ved belastning tager hævelsen til, og det er med til at forøge smerten og forlængeforløbet. Overbelastningsskader kan optræde i akillesenen eller på forsiden af skinnebenet, hvis f.eks. løbeunderlaget er for hårdt.

Tålmodighed er en dyd!

For der skal holdes pause indtil det beskadigede område er helt smertefrit og har den samme styrke. Muskler er 3 - 4 uger om at blive trænet op, knogler 3 – 4 mdr. Ledbånd helt op til 4 - 6 mdr. Noget lignende gør sig gældende, når den almindelige optræning starter, uanset om det er efter en skade eller en længere frivillig pause. Så det er for sent at gå i gang med optræning til et Marselis-løb 1 mdr. forinden. Der vil nemlig være for stor risiko for en skade.

De forskellige sportsgrene

Fodbold: knæ, haser, lyske, lårmusklen, ryg og skuldre.

Håndbold: håndled, fingre og knæ. Det hyppigste for håndbolddamer er forreste korsbåndslæsion. Opstår som regel når de løber frem i angreb i fuld fart, skal undvige udenom forsvarer, falder og skaden er sket.

Boksning: håndled og fingre.

Løb: akillessene og knæ. 37% af alle løbere får skader indenfor et år. Heraf går 50% til læge. Jo hyppigere og længere, de løber, jo hyppigere skader. Løbes der 80 km pr uge får 70% skader pr år. Hvis man vil ligge på et rimeligt skadeniveau, skal man holde sig under 30 km pr uge, idet skadeniveauet da er under 40%.

Cykling: styrt og nervetryk på hånden.

Roning: hæmorider.

Svømning: ryggen, nakken ved udspring på for lavt vand, lænden ved overbelastning fra butterfly.

Bodybuildere: skulder og ryg.

Den psykologiske faktor

På jo højere plan sporten udføres, jo større psykiske følger får en skade, der midlertidigt holder den idrætsudøvende udenfor. Der opstår et stort tomrum. Særlig når det drejer sig om holdidræt. Det at være udenfor tærer på psyken. Alle forberedelser og kampe følges fortsat, hvis det er muligt, men fra sidelinjen. Ikke helt uforståeligt at almindelige råd om pauselængde forsøges overskredet.

Tager man blot en enkelt uge, kan man imidlertid komme til at betale med 3 ugers ekstra pause oveni.

Idrætsledere har her et stort ansvar, så de ikke presseren spiller i gang for tidligt. Det længere fravær bagefter "straffer" både holdet, men særligt selvfølgelig den skadede.

Læsionerne i de enkelte regioner

Ryggen: piskesmældslæsioner ved udspring på for lavt vand. Det tager flere måneder førend ledbåndene er genopbygget. Lændesmerter fra gymnastik, butterfly og højdespring. Der kan ligefrem ske en fremadskridning af en af de nederste lændehvirler, hvorved nerven kommer i klemme.

Skulder: et meget kompliceret led med stor bevægelighed, der kræver et godt samspil mellem flere muskler. Læsion af rotator-cuffen med besvær med udadrotation og hævelse af armen. Udstrålende smerter til hånden fra spændte muskler, der klemmer på forsiden af skulderbladet. Natlige smerter kan begrænses ved at sove på den raske side og have en pude under den syge arm.

Albue: tennisalbue, når smerterne sidder på ydersiden af albuen. Golfalbue, når det er indersiden, der gør ondt. Talrige andre sportsgrene og arbejdsskader kan give "tennisalbue" symptomer.

Lyske: fodboldskade i lårets udadfører. Smerterne sidder i starten svarende til musklens tilhæftning i lysken og ned ad lårets inderside, men symptomer fra maven og pungen kan forvirre billedet, hvis man ikke erindrer skademekanismen. Det gør ondt at løbe igennem. Er smerterne ikke helt væk under træning eller dagen efter træning, kan man godt væbne sig med yderligere tålmodighed. De seneste undersøgelser viser, at det er en skade, man kun kan blive kvit, hvis man går aktivt ind i en styrkelse af musklerne omkring lysken.

Lår: "trælår" med blodansamling i musklen, måske så udtalt at muskelhinden må spaltes for at give plads til musklen, uden at det går ud over dens blodtilførsel. Trykundersøgelser kan afsløre behovet for aflastende operation.

Knæ: ledbåndslæsioner på inder- og ydersiden af knæet. Korsbåndslæsioner inde i knæet ødelægger knæets stabilitet. Menisklæsioner optræder ved kraftige belastninger oftest på et roteret knæ. Hvis menisken ikke har siddet i klemme, er den første behandling ro og aflastning i 3 uger. Herved heler 90% op. Sidder menisken i klemme eller ved gentagne læsioner kan der foretages kikkertundersøgelse. Men 75% af disse viser normale forhold. I fremtiden bliver det MR-skanneren, som ublodigt kan vise de læsioner, der skal opereres evt. ved en kikkertoperation. 10% af de meniskopererede udvikler senere gigt i knæet. Chondromalacien eller "biografknæ" med smerter bag knæskallen er en slags gigt, der især optræder hos unge kvinder. De svinder almindeligvis efter 1-2 år. Medens smerterne er der, skal de undgå knæbøjninger.

Underben: fiberskade i læggen, overbelsatningsskade på forsiden af skinnebenet. "Trælår" i læggen. Også her kan operation komme på tale.

Foden: ankelforstuvninger med kraftige hævelser i leddet, senebelastninger både akillessenen, men også i fodsålen. Hold 3 ugers pause. Neglelæsioner særlig ved fodboldspil. Det tager 6 mdr. før en mistet negl er vokset ud igen.

Brud: kan optræde alle steder.

Behandling

I det akutte forløb er kodeordet ICE.

"I" står for is eller kulde. Det kan være vand, is eller engangskulde fra forskellige isposer, der udløses ved kramning. Nogle kan bruges flere gange, men kræver opbevaring i fryser. Heri kan man også lægge en pakke brun sæbe. Det lader sig hurtigt forme efter det sted, hvor der er brug for det. Isen bruges i perioder af 15 - 20 min ad gangen. Efter 2- 3 timer kan man gentage proceduren. Spray skal bruges medforsigtighed, da det kan give forfrysninger.

"C" for kompression. Et elastikbind kan modvirke yderligere hævelse pga. blødning. Evt. kan isposen være under kompressionen.

"E" for hævelse (elevation). Det beskadigede områdeholdes hævet for at modvirke yderligere hævelse grundet tyngdeloven.

Efterbehandlingen

Der startes efter et par døgn.

Varme fra varmepakninger eller bade i 15 - 20 min ad gangen.

Ultralyd løsner og varmer i dybden, medens kortbølge giver en overfladevarme.

Massage er ligesom varmen med til at udvide blodkarrene, derfor skal der først sættes ind efter 2 døgn, ellers giver det mere hævelse i stedet for.

Lokale blokader kan begrænse smerten. Det kan enten være som injektion af lokalbedøvelse eller akupunktur. Akupunktur virker både smertestillende og modvirker hævelsen, og derved kan forløbet afkortes.

Almindelige smertestillende hovedpinetabletter og gigttabletter er også nyttige i det akutte forløb. De virker smertestillende, og de kan derved være med til at forhindre smertegivende spændinger. Gigttabletterne kan samtidig være med til at begrænse og fjerne hævelsen, når de gives som en kur fra begyndelsen og i 5-6 dage.

Når aflastningen er foregået i 1 - 3 døgn, indledes den aktive hvilepause. I denne fase trænes alt andet end det syge sted. Afhængig af hvor skaden er, kan der blive tale om jogging, svømning, cykling eller roning. Det giver en god dynamisk træning. Strækøvelser modvirker skrumpning af muskulaturen, og de må gerne foretages flere gange dagligt. Samtidig foregår der ved strækningen en opvarmning af musklerne, der er med til at øge fordampningen - og dermed begrænse hævelsen.

De proprioceptive impulser, der registrerer organismens position, kan trænes, når der er gået 1 uge. Man stiller sig op på et balancebrædt for at indøve koordination og balance. I løbet af 2 - 3 uger kan gradvis øgning af styrken i det syge område påbegyndes.

Taping kan stabilisere et svagt ledbånd i begyndefasen af denne genoptræning.

Smerten bliver nu markør for, om genoptræningen skrider for hurtigt frem. Formålet med en sådan hensigtsmæssig genoptræning er undgå dannelsen af sportsinvaliditet. Og som tidligere anført, så bliver kun 1 uge ofte til ekstra 3 ugers "straf".

Grundtesen bag efterbehandlingen er altså ro i starten, men hurtigt skal der bevægelse og belastning til for at stimulere ophelingen. Smerten fortæller, om processen skrider for hurtigt frem.

Profylakse

Tidligere anså man sport for at være gavnligt, i dag kan man lidt provokerende sige, at man forsøger at undgå, at det bliver skadeligt. Profylakse er selvfølgelig bedre end helbredelse.

Skolen har en pædagogisk indflydelse via gymnastiktimerne, hvis antal desværre lader meget tilbage at ønske. Gennem en fornuftig indlæring kunne

børnene erfare, hvad en god fysisk form betyder, og hvordan mange skader ville kunne undgås ved en god opvarmning.

Ildrætsforeninger har samme forpligtigelse over for deres helt unge medlemmer. Det er hos de yngste de gode vaner skabes. Siden hen kan de så tillempes de forskellige sportsgrene, der har forskellige behov for fysik.

Desværre tyr mange trænere til halve løsninger for at redde æren. Skadede spiller sættes på holdet, inden skaden er helet 100% op. Og mangler en mand til puslingeholdet, ringer man gerne efter en, der ikke har spillet det sidste 1/2 år. Så det, der på kort sigt kan ligne en god ide, giver måske nogle ubehagelige bagslag.

En god opvarmning og en god grundtræning kan modvirke mange akutte skader og belastningsskader.

Udspændingsøvelser før og efter modvirker stivhed og forkortning af muskler. Det øger smidigheden og bevægeligheden. Musklerne bliver mindre ømme, og der opstår færre skader. Udover udspændingsøvelserne har opvarmningen det formål at øge energiomssætningen i muskulaturen, øge strækbarheden og bedre elasticiteten.

Kredsløbet stimuleres. Der skal ca. 15 min til. Herved stimuleres vejrtrækningen også, og det er med til at øge iltoptagelsen. Stofskiftet øges, og kroppen kommer derved til at arbejde bedre.

På det psykologiske plan øges koncentrationen, motivationen forbedres og nervøsiteten begrænses. Mental træning kan være med til at toptune den idrætsmand, der ønsker at yde en ekstra indsats. I stedet for at ty til den tåbelige løsning, der hedder doping. En mulighed der må være skabt af Fanden selv.

I dagligdagen er den rigtige kost kombineret med god søvn, ringe alkoholindtagelse og ingen tobak selvfølgeligheder, som nogle topidrætsfolk desværre ser stort på. På motionsplanet kan man derimod gøre, som man har lyst til.

Sygehistorie

23-årig håndboldspiller havde en del besvær med knæet. Efter ca. hver 3. kamp måtte han holde en pause på 1 - 2 kampe, hvorefter han kunne være med i kamp igen, hvis han kun deltog i angrebene. Efter et par år blev han opereret i knæet. Forreste korsbånd var røget, og efter operationen blev knæet aldrig rigtig stabilt. Han var i det langvarige forløb tit på randen af en regulær depression.

Men da konsekvensen efter operationen rigtig gik op for ham, begyndte han at dyrke golf, og han fik derved sin gamle selvtillid tilbage. I løbet af kort tid gik han kraftigt til angreb på sit golf-handicap, der blev mindre og mindre.

Du lever kun én gang (R Pind)

ULYKKER

Ulykker er når de indtræffer årsag til utrolig megen akut og kronisk smerte med deraf afledte psykosociale følger.

Ulykken kan skyldes et øjeblikks ubetænksomhed. Enten hos én selv eller hos den person, man for eksempel lever eller arbejder sammen med: At ulykken indtræffer, kan skyldes marginaler. Og de kan som bekendt ikke altid være på éns side

Hjemmet er den trygge arne, men rummer en righoldig mulighed for ulykker. Hele 37% af samtlige ulykker sker ifølge statistikken her. Det er både voksne og børn, der kommer til skade, men børnene har specielt dårlige forudsætninger for at kunne tage bestik af og undgå en eventuel ulykkessituationer.

Ulykken rammer barnet, når den varme kaffe eller te ved det lave kaffebord væltes ned over maveskindet og giver forbrændinger. Når de stærke rensmidler, som står under køkkenvasken, nedsvælges i et ubemærket øjeblik med ætsninger i spiserøret til følge. Når man vender ryggen til puslebordet, og lillepigen pludselig selv kan dreje sig om på siden, hvorved hun falder ned på gulvet med hjernerystelse til følge. Eller når køkkenkniven, der tilfældigvis ligger fremme på køkkenbordet, skal udforskes, og der måske ryger en finger med i erfaring. Ja, Der er masser af andre muligheder - desværre.

Prøv at gennemgå dit hjem for eventuelle fælder af denne art og undgå så de situationer, hvor ulykkerne typisk kan ske.

Ulykker i forbindelse med fritidsaktiviteter er også hyppige. Elektriske eller motordrevne apparater, der kan lette træfældning eller fabrikation af børnemøbler i hobbyrummet, er tidsbesparende, men den utålmodige eller nervøse udsætter sig for en betydelig risiko ved brugen.

Det samme gælder for sportsudøvere, som går for hurtigt eller for ihærdigt frem med træning.

Arbejdsulykker medfører mange spildte arbejdsdage, foruden menneskelige lidelser og tabte økonomiske ressourcer. 17% af samtlige ulykker sker ifølge statistikken på arbejdet.

Andre 17% af ulykkerne sker i trafikken. Der sker hvert år 700 trafikdrab, her er mange børn. 700 familier rammes tilsvarende meget hårdt. I hele Europa er der 50.000 trafik dødsfald per år. Antallet af kvæstede med langvarige skadesforløb er gigantisk. Det svarer til konsekvenserne af en Golfkrig. Per år!

Her sker skaderne

Trafikulykken giver ofte kvæstelser, typisk hjernerystelse med hovedpine, der eventuelt bliver langvarig, benbrud, slag, sår og andre kvæstelser giver umiddelbart smerter, og ofte er der langvarige, eventuelt kroniske smerter i efterforløbet.

Ulykken tærer på den ulykkesramte og dennes støttepersoner. Måske går det ud over arbejdet og familiens økonomi. Nogle gange ender det med en skilsmisse.

Forebyggelse

Ulykkerne skyldes først og fremmest en uvidenhed om, hvordan de kan forebygges. Mange af de ulykker, som rammer børn, kan undgås gennem en mere målrettet oplysning til forældrene om, hvordan de højner sikkerheden i hjemmet. Ligesom ulykkesforebyggelse burde være en fast del af pensum i folkeskolen.

Sikkerhedsrepræsentanterne har en væsentlig rolle at spille i bestræbelserne på at mindske ulykkesrisikoen på arbejdspladserne.

Trafikuheldene antal kan reduceres, hvis der lægger større vægt større vægt på sikkerhedsspørgsmålet under teoriundervisning. Og besøg på køretekniske anlæg som en del af den praktiske undervisning vil give et større fortrolighed med eventuelle faresituationer.

En bilpakke, der er up-to-date vil give såvel primær forebyggelse som sekundær sikkerhed, hvis ulykken skulle indtræffe. En udbygning og restaurering af eksisterende veje vil ligeledes øge den primære sikkerhed.

Overtrædelse af hastighedsgrænserne og kørsel i alkoholpåvirket tilstand er dog de hyppigste årsager til uheld på vore veje. Konsekvenserne af øget hastighed kan sættes i anden potens. Både med hensyn til bremselængde og i forhold til, hvor drastiske skader der sker ved uheldet.

Måske tænker du, at du altid reagerer så hurtigt og så godt, så hvorfor skulle uheldet ske for dig? Men er du for eksempel nogensinde punkteret? I bekræftende fald, har du forhåbentlig været så heldig, at der ikke skete noget. Men måske går det anderledes næste gang, hvis hastigheden er høj og uheldet er ude?

Alkohol sløver reaktionsevnen og dømmekraften. 3000 uheld om året med personskaade til følge skyldes spritbilisme. Vil du lade din bedste ven (eller dig selv) være den, der i beruset tilstand kører et af dine egne børn eller et nærtstående familiemedlem ned?

Vi kan alle være med til at gøre trafikken mere sikker og forhindrer spritkørsel blandt vores nærmeste. Ved at vise lidt større ansvarlighed kan vi spare det offentlige - det vil sige dig og mig - for en bunke penge foruden en masse menneskelig lidelse.

**2. DEL:
NYE VEJE TIL
EFFEKTIV
SMERTEBEHANDLING**

TRIGGER-PUNKTER

Smerter i bevægeapparatet er tæt knyttet til de specielle udløserpunkter, der omtales som trigger-punkter. Trigger-punkter sidder i et smerteområde enten i en muskel, en sene eller en knogle, eller undertiden uden for dette område. Ved direkte tryk på punktet udløses smerter dels i selve punkter, men også i hele det område, hvor smerteudbredningen almindeligvis føles. Da det ofte er et maksimalt ømt punkt, udløses foruden smerten en afværgereaktion.

Trigger-punkterne afviger både fra myoser (muskelinfiltrationer) og akupunktur-punkter, men sommetider kan der være et sammenfald.

Hvad skaber trigger-punkter?

Trigger-punkter opstå i forbindelse med fysiske overanstrengelse eller skadelige påvirkninger af kroppen. Arbejdsbetingede lidelser, sportsskader og andre ulykker giver let anledning til aktive trigger-punkter. Den fysiske træningstilstand gør kroppen mere eller mindre udsat for smerter fra trigger-punkter. Tænk på den professionelle bokser. Det er ikke småting, han kan modstå. Andre sportsgrene kan være lige så hårde, uden at de forskellige knubs nødvendigvis giver smerter. Hvis kroppen ikke er i god form, opstår der lettere ved f.eks. et monotont arbejde smertegivende trigger-punkter. Træthed giver også lettere aktive trigger-punkter. Derfor er det væsentligt at være udhvilet forud for større anstrengelser, men også ved det daglige arbejde. Tidligere skader og ar efter operationer kan give kroniske trigger-punkter med kroniske smerter. Smerter i sig selv fra et trigger-punkt kan udløse nye trigger-punkter.

Den psykiske tilstand spiller også ind på vores opfattelse af trigger-punkter. Ved tungsind forværres opfattelsen, det gør mere ondt. Højt humør begrænser. Fakiren kan lægge sig på sømmadrassen uden smerte efter mental træning.

Punkternes lokalisation

Trigger-punkter kan findes overalt i kroppen. Det er egentlig kun fantasien, der sætter grænser for, hvor de kan efterspores og lokaliseres.

Min egen eftersøgning af dem startede i 1980, og i løbet af de første 10 år blev det til omkring 10.000 af slagsen - naturligvis ikke hos en enkelt patient, men hos alle dem, som jeg gennem disse 10 år har behandlet for ét eller flere trigger-punkter. Tallet er i stadig og hastig vækst.

Latente trigger-punkter

Hos de fleste mennesker kan der påvises punkter, der er ømme ved dybt tryk. Det er imidlertid ikke nødvendigvis punkter, der giver symptomer. Det er såkaldte skjulte eller latente trigger-punkter. Sker der en overaktivitet i denne region med centrum i det latente trigger-punkt, vil der opstå et aktivt trigger-punkt. Det gør ondt enten i hvile eller ved bevægelse eller belastning. Smerten kan ledsages af fænomener som føleforstyrrelser, ændring af svedproduktionen eller varmegraden i huden. Et godt eksempel på et latent trigger-punkt, der aktiveres, kendes af alle, der påbegynder en ny sport, hvis der ikke sker en tilstrækkelig gradvis opstart. Det gør rigtig ondt 2. og 3. dagen, hvorefter smerterne gradvist forsvinder.

Undersøgelse

Trigger-punkterne lokaliseres ved at føle med fingerspidsen hen over den syge region. Det udløser en betydelig ømhed, som forværres ved at øge trykket. Trykkes der hårdt, spjætter man ud med kroppen. Måske stråler smerten ud i hele det område, som man er vant til at opleve smerten i. Ansigt folderne viser også, at det er et ømt punkt. Man kan føle små ujævnheder eller sandkornslignede krystaller sv.t. trigger-punkterne. Efter behandlingen forsvinder eller formindskes disse krystaller, så man har et godt mål for effekten af behandlingen. Et specielt apparat (trykalgometer) kan give et forudbestemt tryk. Det kan derfor bruges til nærmere studier over trigger-punkterne. Dog skal der hverken trykkes for lidt eller for meget, for så opdager man enten for få eller

for mange trigger-punkter. Er man vant til at mærke efter trigger-punkterne med fingerspidserne, giver det faktisk mere pålidelige resultater.

Forandringer

Mine første 4 år med behandling af trigger-punkter foregik ud fra min egen kombination af behandling af myoser og akupunktur. Andre har længe før da beskæftiget sig med trigger-punkter, og der er opstillet forskellige teorier om dem. Behandling i trigger-punkter har intet med akupunktur at gøre, selv om der kan være fælles punkter. Ved akupunktur ophæves opfattelsen af smerten. Ved trigger-punkts behandlingen fjernes årsagen til smerten. Formentlig medfører overanstrengelse, at et fint netværk i musklen ødelægges, og det fører til frigørelse af kalk (calcium), der imidlertid ikke kan føres væk. Der sker i stedet en ophobning af calcium lokalt i vævet, og det giver en øget sammentrækning. Herved opstår trigger-punktet. Man er imidlertid ikke i stand til at forklare deres eksistens ud fra anatomiske studier, idet de ikke kan påvises i mikroskopet. Der er sikkert andre stoffer end calcium, der er aktive i processen, men noget nærmere derom kan man ikke sige.

Et trigger-punkt er varmere end omgivelserne. Men måles temperaturen med en elektrode i trigger-punktet falder temperaturen i løbet af ca. 1 minut. Den højere temperatur skyldes et øget stofskifte i trigger-punktet, og samtidig medfører det nedsatte blodomløb en ophobning af affaldsstoffer fra den øgede aktivitet.

Meddelt smerte

Ligesom trigger-punkterne ikke kan påvises i et mikroskop, følger den meddelte smerte fra trigger-punkterne heller ingen kendte anatomiske mønstre. Men de følger dog mønstre, der ligner hinanden fra region til region. Der er blot ikke nogen kendt anatomisk forklaring på deres udbredelsesmåde. Er der et eller flere trigger-punkter i en region, vil kroppen søge at begrænse smerten i området ved at overforbruge en tilgrænsende region. Derved aktiveres de såkaldte tilknyttede eller associerede trigger-punkter, som så kan fremkalde nye smerter. Smerten breder sig med andre ord som ringe i vandet.

Indre organer

Det er nærliggende, at symptomer og smerter i bevægeapparatet kan opstå ud fra trigger-punkter i muskler, sener og over knogler. Men symptomer fra de indre organer kan også være betinget af trigger-punkter i muskelregioner. Således kan for eksempel en mavesmerte være betinget af et trigger-punkt lokaliseret langs ryggen - måske betinget af et smertekompleks fra rygsøjlen. Mavesmerten forsvinder derfor først, når dette trigger-punkt behandles. Sygdomme i de indre organer kan imidlertid også give trigger-punkter i musklerne. Her skal der både behandles med klassisk medicinsk behandling for det indre organ, for eksempel en uregelmæssig hjerterytme, og det ydre trigger-punkt.

Diagnose

En korrekt terapi kræver en korrekt diagnose. De rigtige trigger-punkter skal derfor lokaliseres. Men herudover kan der være flere faktorer af såvel psykologisk som social karakter, der spiller ind. Det bliver derfor et interessant detektivarbejde at nå frem til den rette kur ud fra disse overvejelser. Patienten har en væsentlig rolle i at udfylde dette puslespil ved deres smertebeskrivelse. Et sygt trigger-punkt er aldrig livstruende, men deres smerteintensitet kan gøre tilstanden invaliderende. Det er derfor med at diagnosticere og behandle dem, så der kan komme nyt liv til indehaveren af trigger-punkterne.

Behandling

Trigger-punkterne er med andre ord hjørnестenen i enhver smertebehandling. Og der findes heldigvis mange måder at behandle dem på. Kulde, varme, massage og akupressur kan man selv gå i gang med. Blokadebehandling i trigger-punktet kan enten være med nåle som akupindtri eller ved at indsprøjte forskellige medikamenter til lokalbedøvelse. I helt specielle tilfælde hvor disse enkle behandlinger ikke fører til et rimeligt resultat, kan man indsprøjte binyrebarkhormon

NÅLEBEHANDLING

Behandling med nåle er en oldgammel tradition, som strammer fra østens mystik. Inden for de seneste 20 år har traditionen også spredt sig til vores egen vesterlandske kultur.

Klassisk akupunktur

Allerede 3.000 år før Kristus beskrev "Den gule Kejser" i Kina, hvordan sygdomme kunne kureres ved indsætning af nåle. Siden da har akupunktur været en del af østens folkemedicin til behandling af sygdomme hos mennesker og husdyr. I den klassiske akupunktur indgår den østerlandske filosofi om energierne yin og yang.

Yin og yang er de 2 supplerende sider af den skabende urkraft: Tao, hvorfra alt liv opstod.

Der er glidende overgange mellem de 2 tilstande, som er hinandens modsætninger. Ved ubalance opstår sygdomme.

Yin repræsenterer skyggesiden af et bjerg, med mørke, kulde, fugtighed, passivitet. Kaldes også den kvindelige side.

Yang er solsiden af et bjerg med lys, varme, aktivitet - den maskuline side.

Yin og yang er komplementære størrelser, der er i en balancetilstand. Når der er for meget af den ene substans, er der underskud af den anden. Og omvendt. Energierne flyder gennem kroppen gennem 12 forskellige meridianer, der er knyttet til de indre organer. Akupunkturpunkterne ligger på meridianerne. Kineserne bruger 6 pulse på hver underarm til at stille diagnoser, de ser på tungen og mærker sig tidsmæssige forhold.

Yin er nat, vinter, kulde, regn, nordpol og aske. Yang er dag, sommer, solskin, sydpol og ild.

Omkring 1970 begyndte man i Vesten at interessere sig for akupunkturbehandling, og i 1979 anerkendte WHO akupunktur som behandling af visse sygdomme.

Ved klassisk akupunktur sættes der nåle i de punkter, der svarer til de forskellige sygdomme. Der findes recepter at gå frem efter, så drejer det sig f.eks. om migræne, ved man på forhånd, hvilke punkter der skal behandles. Ved den individuelle behandling tages der anderledes højde for mange sammenfaldende faktorer.

Akupunkturpunkterne kan stimuleres enten manuelt, termisk eller elektrisk. De tynde nåle kan drejes rundt, eller der kan sættes strøm til. Når punkterne stimuleres på den ene eller anden måde, flyttes der energier derhen, hvor der er brug for det. Nådlefølelsen (de chi) er den følelse, der optræder ved behandling i akupunkturpunktet. Det føles som om området bliver ømt, tungt, tykt, eller det snurrer, og der kan være en karakteristisk udstråling. Den almindelige akupunktur varer 20 minutter. Hyppigst bruges akupunktur til forskellige smertetilstande. Men der findes her i DK også et mindre antal læger, der bruger akupunktur til andre sygdomme.

Virkningsmåde

Både dyreforsøg og specielle nervefysiologiske undersøgelser kan vise en virkning ved akupunktur. Ved dyreforsøg har man kunnet overføre den bedøvende evne ved akupunktur fra det ene dyr til det andet ved at forbinde deres blodomløb.

Smerteundersøgelser viser, at akupunktur frigør nogle af kroppens egne endorfiner. Det er de morfinlignende stoffer, som findes i kroppen i forvejen, og som frigøres ved behandlingen. Ved forsøg kan man ophæve den smertestillende virkning ved at give en morfinmodgift. Endorfinerne er med til at hæve smertetærsklen både lokalt omkring nålen, men også generelt i hele kroppen. Der skal derfor mere til, førend det gør ondt.

Andre dyreforsøg har vist, at hvis rygmarven er skåret over, virker akupunktur ikke. Ved specielle nervelidelser virker akupunktur slet ikke.

Lovgivning

Dansk lov kræver, at det er en læge, der foretager behandlingen, eller at det er en læge, der superviserer med diagnose og løbende kontroller, hvis det er en ikke-læge, der udfører indgrebet.

Andre akupunkturformer

Udover den klassiske akupunktur findes øreakupunktur, hvor kroppens forskellige organer er lokaliseret i øret. Forestiller man sig et foster, der ligger på hovedet med ryggen bagud, svarer det til akupunktur-punkterne i øret.

Akupunkturpunkterne kan også aktiveres med elektrisk strøm, der kobles til nålene.

Laserbehandling i akupunkturpunkterne vinder mere og mere frem, uden at der egentlig er foretaget undersøgelser, der har dokumenteret en virkning.

Periostakupunktur udføres ved at tappe nåle mod knoglens overflade. Det gør ondt, men det har en god smertestillende virkning.

Dry-needling

Trigger-punkter kan behandles med nåle på samme måde som akupunkturpunkter. Der kan i stedet for akupunktur-nåle bruges kanyler. Kanyler, der ellers normalt bruges til indsprøjtning, men som her bruges blot som en tør nål (dry-needling).

Ved dry-needling sættes kanylen ind i dybden af det smertegivende sted, hvor nålens eksistens skal fremkalde smerte. Netop smerten er det væsentlige for disse behandlings virkning.

AKUPINDTRI / Dry needling

Min egen specielle form for dry-needling kalder jeg akupindtri. Den har jeg udviklet siden 1980. Det er ligeledes en behandling med kanyler (eller nåle), som stikkes ind i trigger-punktet. Akupindtri er en forkortning af "akupunktur på Pinds måde i trigger-punktet".

I perioden 1980 - 87 er det blevet til i alt 7000 af den slags behandlinger. Siden hen yderligere ca. 1000 om året. Princippet er en kombination af akupunktur og almindelige blokadebehandlinger. Det er blot et spørgsmål om at finde udløser-punkterne for de forskellige smerteproblemer.

Siden den første behandling i 1980 af en dårlig skulder er denne specielle, men meget simple metode, udviklet løbende. Efterhånden kan den bruges til 78 forskellige tilstande, hvor smerter er et væsentlig problem. Formentlig viser der sig endnu flere anvendelsesmuligheder langs ad vejen.

For nogle er akupunkturen omgærdet af for megen mystik, der ikke rigtig passer ind i vestlig tankegang. Akupindtri er en afdramatisering af akupunkturen, idet det faktisk kun er en udvidelse af det almindelige blokadebegreb, som stort set enhver læge behersker i forvejen. Medens akupunktur-punkterne er placeret efter et bestemt skema, så skal trigger-punkterne findes med fingrene. Ganske vist findes de ømme udløserpunkter som regel også efter et specielt mønster. Men der kan være store individuelle forskelle, der gør det til en udfordring at finde de rigtige punkter.

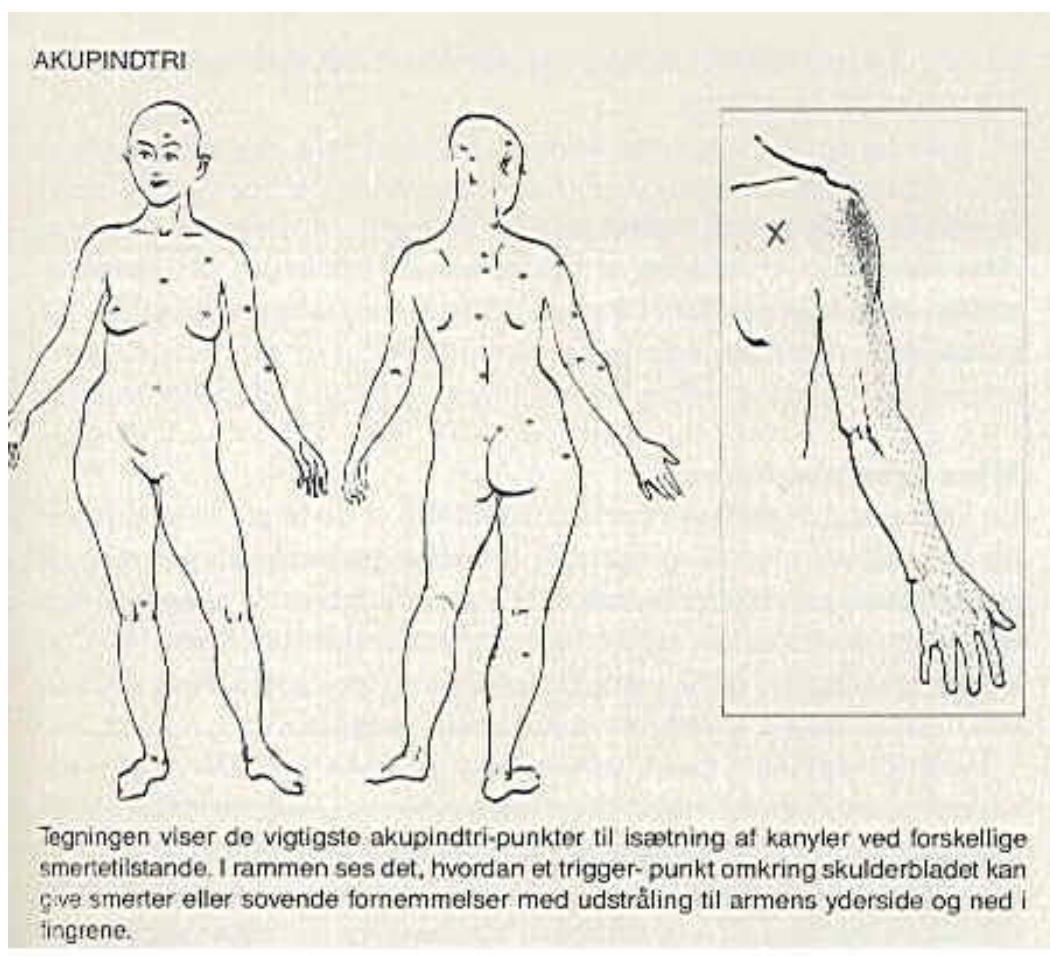
Hvordan udføres akupindtri så?

En lille tynd steril éngangskanyle føres ind i trigger-punktet for den smertetilstand, det nu drejer sig om. Trigger-punktet kan ligge i en muskel, over en sene eller dennes tilhæftning. Nogle gange direkte over det ømme sted, andre gange som et fjernpunkt for smertetilstanden.

Nålespidsen stikkes kun få mm ind under huden. Og i denne stilling roteres den. Der findes en maksimalt bevægeudslag på 300 grader, og slippes nålen her, smutter den tilbage til sin udgangsstilling. Ved rotationen opstår nåleforfølelsen, som er den samme som "de chi" for akupunktur. Det føles

som en lokalbedøvelse hos tandlægen. Det sover, fylder, presser, trykker, undertiden med den samme udstråling, som kendes fra selve smerten. Ofte registreres hverken indstik eller rotation uden at det har noget med effekten at gøre. Dette i modsætning til de andre kanyle-behandlinger, hvor det skal gøre ondt. Ved akupindtri skal det netop lige ikke gøre ondt.

Lidelsens omfang afgør, hvor mange trigger-punkter der skal behandles. Det almindelige er 1-2 pr behandling. Sommetider opstår der nye trigger-punkter under behandlingen, og de skal så også behandles for at opnå den gode effekt. Til forskel fra akupunktur er akupindtri-behandlingen kortvarig. Kanylebehandlingen varer nemlig kun 1 min. Ved registrering af varmekon forholdene i trigger-punktet sker varmereduktionen også i løbet af det første minut.



Ved min undersøgelse i 1990 af akupindtri hos 32 patienter registrerede jeg de elektriske forandringer i trigger-punkterne under selve behandlingen. Herved kunne vises en formindskelse af den elektriske spænding i trigger-punktet ligeledes indenfor det første minut.

Det gennemsnitlige antal behandlinger pr patient har gennem alle årene været 1 ½ behandling pr lidelse. Mange har blot fået 1 enkeltbehandling. Ved aftagen i symptomerne ved flere behandlinger kan der fortsættes, indtil effekten er tilstrækkelig eller stationær. Intervallerne mellem de enkelte behandlinger har været 2 -3 dage ved akutte tilstande. Ved mere langvarige tilfælde er behandlingen givet med 1 uges intervaller.

Egne resultater

En pilot-undersøgelse udført i perioden 1980-82 af de første 164 patienter med forskellige smertetilstande viste en gennemsnitlig smertereduktion efter akupindtri hos 84%. Et tal der ikke afviger fra det spontane forløb, hvis det drejer sig om akutte rygsmerter. Men med i materialet var også kroniske smertetilstande og hovedpine af forskellig varighed. Hovedpinepatienterne havde desuden en reduktion af medicinforbruget. For de 28 kroniske hovedpinepatienter var der hos 4 en bedring i 1-3 mdr., hos 8 patienter en bedring i 3-6 mdr., 8 patienter bedre i 6-12 mdr., medens 8 patienter var bedrede i mere end 1 år.

Disse lovende tal blev fulgt op af en fremadskuenode undersøgelse (prospektiv) i 1982 af effekten af akupindtri på 31 patienter med det torakale facet syndrom. De havde haft smerter i ryggens brystdel fra få min op til 10 år. De akutte forløb med smerter under 1 mdr. havde en virkning på 85%, medens de 6 kroniske havde en virkning på 50%. Her var det ligeledes interessant, at effekten satte ind i løbet af de første døgn, og der skulle kun 1,5 behandling til i gennemsnit. I 40% af behandlingerne blev der kun anvendt 1 trigger-punkt.

Undersøgelsen viste også, at effekten var holdbar, idet observationsperioden var op til 16 mdr. Og ingen ville have noget imod samme behandling ved andre smertetilstande.

Ved at sammenligne effekten af brugen med lokalbedøvelse og akupindtri kunne jeg i en undersøgelse i 1988 hos 40 patienter vise, at der ikke var nogen forskel på at sprøjte lokalbedøvelse ind i trigger-punktet eller blot bruge en kanyle. Smertelindringen sker inden for det første døgn, herefter tager smerten lidt til, men i 2. døgn reduceres den yderligere. Er der på dette tidspunkt fortsat en generende smerte, kan den akutte smerte behandles igen. De smertetilstande, som med akupindtri kan klares med en tilfredsstillende effekt på 85% i løbet af 1 -2 behandlinger inden for få dage, tager uden behandling 2 mdr.

Her virker Akupindtri

Forskellige smertetilstande.

Fordelingen af akupindtri for smerter i muskler, sener, led og knogler i de forskellige regioner i de 8 første år skal her nævnes i oversigtsform:

Nakken: hovedpine enten som akut eller kronisk i forbindelse med myoser, migræne, ved forhøjet blodtryk, bihulebetændelse, nervebetændelse eller andre ansigtssmerter. Hold i nakken enten alene, eller med udstrålende smerter til armen, infiltrationer, piskesmældslæsioner, og efter hjernerystelse, diskusprolaps og krampetilfælde i muskler.

Ryggens brystdel: det torakale facet syndrom som er en meget hyppig lidelse enten alene eller som rygsmerter eller mavesmerter, infiltrationer og ribbensbrud.

Lænden: lændesmerter som et hold enten med eller uden udstrålende smerter til benet, diskusprolaps eller mavesmerter.

75% af behandlingerne udgår fra rygsøjlen til disse ovenstående sygdomme.

Skulder: akut såvel som kronisk gigt i skulder, myoser, brud på kravebenet, forstuvninger og fibersprængninger eller blot smerter.

Arm: tennisalbuer, seneskedehindebetændelse, sovende fornemmelser, gigt og smerter af ukendt årsag.

Hofte: gigt.

Knæet: forstuvninger efter skader, gigt og forskellige smerter uden sikker oprindelse.

Underben: akillessenesmerter og smerter fra dårligt blodomløb.

Foden: forstuvninger, gigt, ledbåndslidelser og smerter.

Specielt: ar-smerter, helvedesild og mavesmerter.

Ar-smerter

En af mine favoriddysfunktioner er behandling af smerter lokaliseret i arvæv. Min tilgang til mødet med patienterne er som praktiserende læge i et eller andet efterforløb af en operation.

Gennem årene er det blevet til mange af den slags patienter, selvom der kan gå mdr. mellem hver enkelt patient. Favorit, fordi der kun er få, der kan behandle disse smerter, og fordi der bruges millioner af kroner på at løse gåden - og fordi der kun kræves nogle enkelte nålestik til at fjerne smerten. Patienterne oplever det derfor selvsagt som et lille mirakel.

Ar-smerter opstår hyppigt, for nogle operationer 5 %, f.eks. efter brokoperationer, for større hjerteoperationer i helt op til 50 % af tilfældene. Ar-smerter er komplekse, fordi de ikke kun behøver at sidde i selv arret. De kan have en udstråling langt væk fra arret, typisk efter f.eks. en hofteoperation, hvor smerten kan være lokaliseret i hele benet.

Nogle af patienterne er kommet tidligt efter en operation, måske blot 1 uge efter. Her har det flere gange været efter et kejsersnit. Det er fascinerende at se, hvordan en nybagt mor, som pga. smerter dårligt har kunnet forlade sin seng, pludselig efter få minutters behandling kan rejse sig op og gå uden smerter. Nogle gange kan det være nødvendigt at gentage proceduren efter nogle dage.

Min første ar-patient, som førte mig på sporet af muligheden for at behandle ar-smerter med nåle havde haft hovedpine i 10 år. Adspurgt om hun var kommet til skade med hovedet, svarede hun, at hun havde haft et stort sår i baghovedet. Dette ar var meget ømt i flere punkter, og efter den første behandling forsvandt

hendes hovedpine som dug for solen. Derfor taler nogle patienter om et lille mirakel.

Et ar kan være ganske lille, som efter en kikhulsoperation, eller det kan være større som efter en hofteoperation. Andre gange kan de være efter uheld, hvor de er mere uregelmæssige end efter kirurgens skalpel. Nogle ar er ganske fine, medens andre er grove, bindevævsagtige - og alle selvfølgelig af forskellig længde.

Det er let at lokalisere de punkter i arret, som udløser smerterne. De kaldes trigger-punkter, og det er punkter, der gør meget ondt, når arret knibes mellem 2 fingre. Og som tidligere anført kan der fra disse trigger-punkter udløses udstrålende smerter, som er det fænomen, der kaldes referred pain. Udover smerten kan der også være en sovende fornemmelse eller en udtalt overfølsomhed.

Det er et paradoks, at for nogle bliver følgerne til en operation nærmest værre bagefter pga. disse ar-smerter.

Derfor er det heldigt, at der findes en behandling, som kun er forbundet med meget lidt ubehag ved indsætning af en nål i de punkter, som gør ondt ved undersøgelse af arret. Nålen kan flyttes fra punkt til punkt (eller der kan anvendes flere nåle samtidigt) og skal kun være lokaliseret i 1 min i hvert punkt.

Der kan optræde en sovende fornemmelse eller varme i området, omtrent som mange kender det fra en lokalbedøvelse hos tandlægen. Arret kan være så tykt og hårdt, at de fine akupunktur nåle skal erstattes med kanyler, som man vanligvis ellers bruger til injektioner. Så kommer der som regel en lille blødning i arret.

Mit repertoire for brug af nåle til ar-smerter omhandler bl.a.:

Hovedpine, nakkesmerter, skuldersmerter, hånd- og fingersmerter, følger efter operation i bryst eller hjerteoperation samt operation af skjoldbruskkirtlen.

Herudover forskellige maveoperation og efter ryg-kirurgi. Gynækologiske operationer som kejsersnit og ar i skeden efter fødsler.

For benenes vedkommende er det efter hofte- og knæoperationer. Ar efter fjernelse af modermærker kan også komme på tale.

Desværre bliver mange undersøgt for post-operative smerter uden at arret undersøges, derfor udsættes mange mennesker unødigt for meget ubehag og måske fornyede unødvendige operationer, der ikke råder bod på problemet. Men øget fokus på denne lette behandling vil bringe øget livskvalitet til mange opererede patienter.

Bivirkninger

Ganske få mærker en forværrelse af smerten med kanylen i rigger-punktet. Kanylen skal så blot fjernes hurtigt. Rammes et mindre blodkar, kan der opstå en blodansamling, som svinder inden for nogle dage. Ildebefindende pga. angst for indsprøjtninger undgås let i liggende stilling. Mange mærker en indre varme og sveder meget under selve behandlingen. De bliver dog hurtigt tørre igen. Nogle bliver trætte efter behandlingen, andre får en utrolig energi. Da der ikke sprøjtes noget ind, er der ingen mulighed for overfølsomhedsreaktioner.

En god løsning

Den hurtigt indsættende og gode effekt gør behandlingen til en "first choice" behandling ved et stort antal smertetilstande. Selvfølgelig skal der ikke indgydes patienterne falske forhåbninger, da behandlingen jo ikke virker 100%. Men resultaterne lader antyde en vis optimisme. Efter 1 - 2 forgæves behandlingsforsøg kan diagnose og behandling tages op til fornyet overvejelse. Og dette kan ske inden for blot få dage

TRANSKUTAN NERVESTIMULATION

Gennem de sidste 35 år har nervestimulation gennem huden vundet indpas i behandlingen af bl.a. forskellige smertetilstande. Trigger-punkter indtager en central rolle, og behandlingen er i princippet en variation af nålebehandlingen. Virkningen af den elektriske stimulation udnytter med andre ord kroppens egne smertereflekser.

Behandlingen er enestående derved, at smertepatienten selv kan foretage behandlingen. Der anvendes overflade-elektroder, der ligesom plastre limes på huden. Når proceduren med apparatet er lært, kan man selv komme i gang med at udføre behandlingen derhjemme.

Der findes 2 forskellige former for TNS. Det er strømmens frekvens, der afgør hvilken form, der er tale om.

Højfrekvent TNS

Højfrekvent eller konventionel TNS er stimulation med en frekvens på 100 Hz. Denne form for behandling foretages direkte i det område, hvor der er smerter. Herved stimuleres de store myelinbeklædte ikke-smerteførende nerver (A-beta-fibre), der via "port-mekanismen" i rygmarven hæmmer impulserne fra de tynde smerteførende nervefibre (A-delta og C-fibre).

Der stimuleres blot i få min - som ved akupunktur. Man mærker en snurren, ligesom at blive bidt af en bille. Det skal ikke gøre ondt, og man kan jo selv regulere styrken. Stimuleres der for kraftigt, kommer der muskelkontraktioner, som ikke er nødvendige.

Virksomheden sætter hurtigt ind, og ved akutte tilstande kan få behandlinger være tilstrækkelige. Ved kroniske tilstande er effekten mere kortvarig, og den kan så gentages flere gange daglig afhængig af behovet.

Lavfrekvent TNS

Frekvenser på 2 – 4 Hz giver en lavfrekvent stimulation. For at opnå en virkning, skal stimuleringen være 15 -20 min. - som ved akupunktur. Placeringen af hudelektroderne er ligegyldig, da effekten beror på en mere generel virkning. Der frigøres beta-endorfin, som har en virkning i hele kroppen.

Endorfin-virkningen kan modvirkes af morfinmodstoffet nalorfin, som ved akupunktur. Ved højfrekvent TNS har nalorfin ikke denne blokerende effekt. Ligesom behandlingen er mere langvarig, holder den sig også i længere tid. Den kan så gentages efter behov.

Hvis der ikke er effekt af den ene form, kan den anden afprøves - eller omvendt.

Forskellige tilstande

Ved opvågning fra operation har TNS en god generel virkning. Forbruget af smertestillende medicin falder, der er bedre lungefunktion, tarmen kommer hurtigt i gang, og man kommer i det hele taget hurtigere på benene.

Ved low back pain, hvor der er smerter i lænden, reduceres smerterne med 65 - 85%, hvilket også er med til at øge bevægeligheden. Selv når det drejer sig om kroniske smerter, ses virkning på 50%, der holder sig i lang tid.

Gigtpatienter har stort udbytte, med smertereduktion på op til 95%. De færre smerter, giver også bedre bevægelighed.

Fantomsmarter efter f.eks. en benamputation virker godt hos 2/3.

Smerter ved nervebetændelse og helvedesild kan også begrænses.

Egne erfaringer

Siden 1982 har TNS været et supplement til min øvrige triggerpunktsbehandling. Der er ikke lavet undersøgelser, der viser, om nåle eller TNS har en forskellig virkningseffekt. På empirisk grundlag anvender jeg akupindri ved langt de fleste smertetilstande, da der kun skal behandles 1 – 2 triggerpunkter. Behandlingen bliver derved kortvarig.

Højfrekvent TNS har vist sig særdeles velegnet hos børn og patienter, der er bange for nåle-behandlingen.

Tillige bruger jeg TNS som supplement hos patienter, hvor der findes mange ømme triggerpunkter. De har så både kanyler i de værste triggerpunkter og TNS i de mere diffuse triggerpunkter.

Bivirkninger

Der kan være lidt hudirritation fra elektroderne, men der findes også meget hudvenlige elektroder. Som ved al anden smertebehandling vil den psykogene smertepatient hurtigt gøre opmærksom på en forværring under behandlingen. Så kan man lige så godt afbryde. Hjertepatienter med pace-maker bør indtil videre ikke behandles med strømførende apparater, ligesom gravide i de første 3. måneder pr tradition heller ikke får nyere behandling, førend det er godt efterprøvet. Det anbefales ligeledes ikke at bruge apparatet over kraniet.

Sygehistorie

8-årig dreng havde haft flere anfald med mavesmerter og opkastning i 3 - 4 dage. Tilfældet blev opfattet som "mavemigræne". Ved nærmere udredning viste der sig et mønster, idet anfaldene ofte kom efter større uvante fysiske aktiviteter. Undersøgelse af ryggen afslørede et torakalt facet syndrom med smerter ved 2 brystvirvler.

Ved optræk til nye anfald fik han hurtigt højfrekvent TNS, og en enkeltbehandling på et 1 - 2 min kunne forhindre nye svære episoder af flere dages varighed. Efterhånden voksede han helt fra anfaldene.

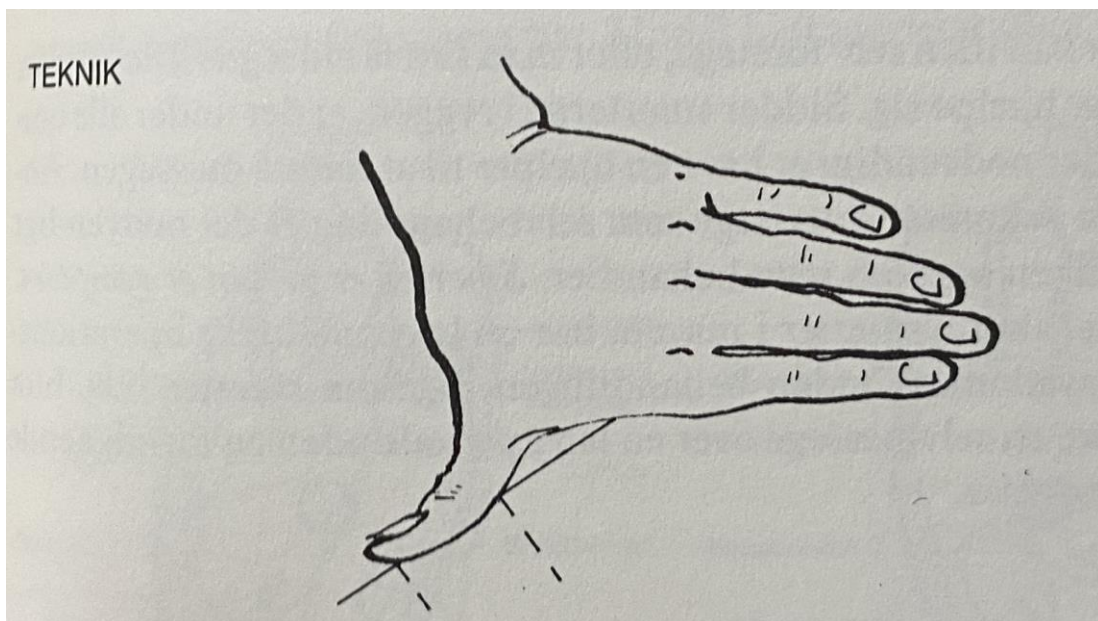
Akupressur / Massage

Når du får ondt i en muskel, er det rart at kunne gøre noget selv. Mange har fundet ud af at massere det ømme punkt eller få en anden til det. Akupressur er en speciel form for massage, der har været anvendt lige så længe som akupunktur.

I dag finder vi blot trigger-punkterne og behandler dem.

Man trykker med tommel- eller pegefingern i trigger-punktet. Trykket ændres rytmisk, og behandlingen foretages med cirkulerende bevægelser. Det skal netop lige ikke gøre ondt.

Hvert punkt behandles i ca. 1 min.



De tilstande, der kan behandles med akupressur, er de samme som for akupunktur - i princippet. Men det kræver en ganske god diagnose, så derfor vil du nok være tilbøjelig til kun at anvende akupressuren, når det er smertefulde myoser, du har. Men så kan det også være en ganske effektiv behandling, der giver dig den smertelindring, der er nødvendig for at du kan komme i gang med din øvelsesterapi igen.

Hvem foretager behandlingen

Akupressur kan man selv foretage, eller man kan få sin ægtefælle eller en god ven til at hjælpe sig. Sidder smerterne i ryggen, er det under alle omstændigheder nødvendigt at have en hjælper til at forestå massagen.

Anvender man akupressur / massage som selvbehandling, er det nødvendigt at vide, hvilken sygdom man behandler. Smerten er jo kun et symptom.

Er der for eksempel akutte smerter i maven, bør en læge udelukke operationskrævende sygdomme inden behandlingen, ligesom smerter ikke blot skal medføre en selvmassage over en længere periode uden en forudgående lægeundersøgelse.

FODZONETERAPI

Rundt omkring i kroppen findes forskellige refleks-zoner, hvor vores indre organer er repræsenteret. Der findes reflekszoner i ansigtet, på øret, i hænderne og under vores fødder. Under fødderne kaldes det fodzoneterapi.

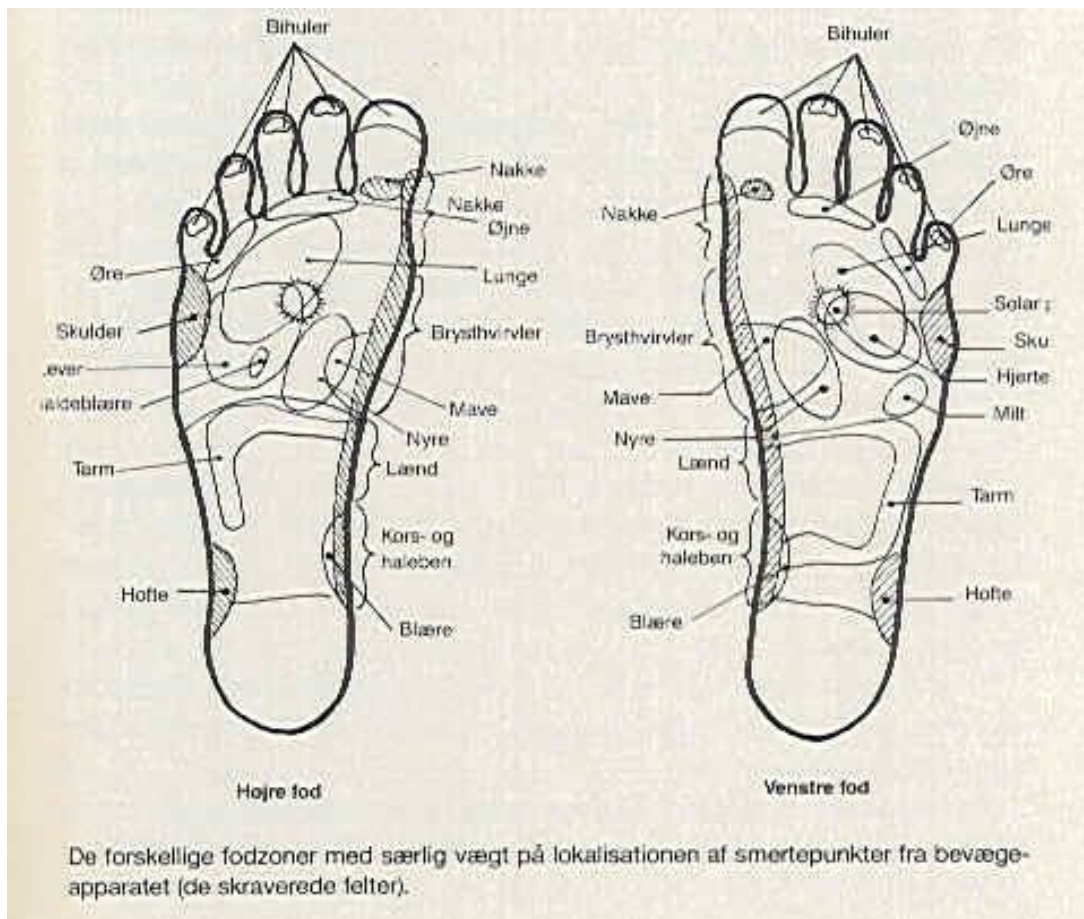
Reflekszonerne er ordnet i et simpelt system, hvor hvert organ har sin egen lokalisation. De enkelte zoners udseende svarer i deres princip til den opbygning, hjernens forskellige reflekszoner har. Under hjerneoperationer har man stimuleret forskellige dele af hjernen, og de reaktioner, der opstod, har været med til at kortlægge hjernevindingernes modtagende og udsendende områder. Reflekszonernes system er udredt ved erfaringer fra behandlinger.

Brugen af fodzoneterapi strækker sig tilbage til såvel de gamle kinesere som de antikke ægyptere og indianere. I nyere tid har den har bredt sig indenfor folkemedicinen. I Danmark har man anvendt fodzoneterapi de sidste 30 år.

Under vores fødder findes alle vores indre organer og hver eneste del af menneskelegemet arrangeret i et enkelt system.

Føddernes "anatomisk kort" kan nemlig overskues på en let måde. Betragter man et par fødder, på en person der ligger ned, svarer hælområderne til sæderegionen. Personens ryg er afbildet ind mod mellemrummet mellem fødderne i svangen. Nedadtil er lænden, og ryggens øvrige dele fortsætter opad. En tværgående linje adskiller kroppen i området over og under mellemgulvet. De indre organer er placeret på henholdsvis højre og venstre fod afhængigt af deres position i kroppen. Leveren ligger altså til højre, lige under mellemgulvlinjen, medens milten ligger modsat på venstre fod. Bihulerne er i tæerne, og de øvrige zoner svarer til et lignende mønster.

Punkterne



De enkelte punkter under fødderne findes ved at trykke sig frem. Lokalisation af et ømt punkt fortæller, at der er en eller anden dårlig funktion i det organ, der svarer til punktet. Man kan ikke heraf udlede, hvad der er i vejen. Samtidig med at punktet er ømt, kan man også mærke små ujævnheder i punktet. Det føles tættere, som et lille fremspring eller et sandkorn. Det er den samme fornemmelse, som når man lokaliserer trigger-punkter andre steder i kroppen.

Behandlingen

Fodzoneterapi består i at trykke på de punkter, der svarer til de steder i kroppen, man ønsker at behandle. Selve trykket mod stedet skal ikke være for hårdt. Det skal føles sådan, at det lige netop ikke gør ondt. Er punktet meget ømt, kan der foretages et cirkulerende tryk rundt omkring punktet. Trykker man for hårdt, kan

det være meget pinefuldt. Det føles da nærmest som om, der er stukket en syl ind gennem punktet. Som behandlingen skrider frem, bliver punktet uømt, og det skulle så gerne modsvares af en bedring i det organ eller legemsdel, der modsvares af punktet.

Som et objektiv mål for en bedring bliver selve punktet også mindre. Nogle gange forsvinder det umiddelbart ved den vellykkede behandling.

Behandling af nyrestenssmerter kan virke i 9 ud af 10 tilfælde. Virkningen sætter hurtigere ind, end hvis man giveren smertestillende indsprøjtning. Effekten er dog ikke så langvarig som ved indsprøjtningen, men så kan behandlingen jo blot gentages.

Egne erfaringer

I perioden 1980 - 1988 er det blevet til undersøgelse af mere end 2500 fødder. Jeg har valgt at bruge fodzoneterapien som et supplement til anden behandling, når det drejer sig om behandling af smerter i lænd og ryggens brystdel.

Fodzonerne fortæller, hvor i ryggen, det gør ondt, og i hvilken side. Hos nogle patienter har det ikke ved den almindelige rygundersøgelse været muligt at lokalisere, hvorfra smerterne stammede. Men ved at sammenligne med fodzonerne har det så kunnet ladet sig gøre også at finde stedet i ryggen. Nogle gange har fodzonerne afsløret flere forskellige højdelokalisationer, selvom der i øjeblikket kun var smerter i lænden. Hos en enkelt patient var der ingen ømme punkter hverken i ryg eller i ryggens fodzone. Det var så heller ikke muligt umiddelbart at stille nogen diagnose.

Hos nogle patienter har det ikke været muligt at adskille nyrestenssmerter fra lændesmerter. Ved undersøgelse af ryggen kan det af og til være svært at adskille de 2 former for smerter. Men på foden ligger de 2 zoner forskellige steder. Og en urinprøve kan bekræfte, at det er en nyresten.

Det er som regel tilstrækkeligt at behandle de rigtige punkter i 1 - 2 minutter. Den gængse fodzoneterapi varer i 1/2 - 1 time, men så behandles også hele foden. Ofte har jeg kombineret behandlingen i fodzonerne med akupindtri i trigger-punkterne i ryggen. De 2 steder bliver så uømme efter behandlingen. Der

sker også det, at hvis der kun gives akupindtri i ryggen, så bliver punktet under foden også uømt efter en vellykkede behandling. Så det hænger åbenbart tættere sammen, end man har anet.

Når det drejer sig om ryglidelser hos børn, har fodzoneterapien en stor fordel. Det føles nemlig ikke så ubehageligt at blive nulret under foden som at blive stukket i ryggen med en nål - selvom det reelt er mere smertegivende end at blive nålebehandlet. Der kan så suppleres med transkutan nervestimulation i stedet for.

Fodzoneterapi egner sig godt til selvterapi. Får man et akut lændehold, er det af med skoen. Den rigtige fodzone findes, og er man ferm til behandlingen, kan man måske rejse sig uden smerte og fortsætte sin aktivitet.

Sygehistorie

35-årig mand med stillesiddende arbejde havde fået lave lændesmerter første forårsdag med havearbejde. Efter en let omgang fodzoneterapi kunne han uden besvær begive sig af sted til festen lørdag aften.

MYOFASCIEL RELEASE

Kroppen er opbygget af en blanding af passive og aktive væv. De passive væv er knogler, ledbånd, sener og muskelhinder. Disse strukturer understøtter og adskiller de aktive væv, der består af muskler, nerver og blodkar.

Muskelhinder eller fascierne indpakker de forskellige væv, så de enkelte strukturer kan bevæge sig i forhold til hinanden, uden at der opstår kaos.

Musklerne er en del af de aktive væv, der sørger for bevægelser. Når musklerne arbejder, sørger fascierne for, at musklerne holdes fast til knoglerne. Derved udvider og trækker fascierne sig sammen.

Biodynamik

En forudsætning for at kunne forstå principperne bag denne behandling er kendskab til bevægelsesforholdene i vævene. Alle væv besidder nogle elastiske egenskaber, der giver mulighed for ændringer af vævene. Der kan optræde en elastisk deformitet, hvor bevægelsesændringen er midlertidig, idet den oprindelige tilstand genindtræder. Dette i modsætning til den plastiske ændring, hvor vævsændringen er varig, som man ser det i arvæv og løse ledbånd.

Behandling

Danske læger lærte første gang noget om denne muskelhinde-behandling eller release-teknik foråret 1989, hvor dens grundlægger, den amerikanske ortopædkirurg dr. Robert Ward, afholdt sit første kursus i DK.

De læger, der behandler efter disse principper, skal være gode til at skelne og adskille forskelle i de lag, der ligger under huden. Trigger-punkterne kan mærkes med fingerspidserne, men forandringer gennem flere lag kan kun

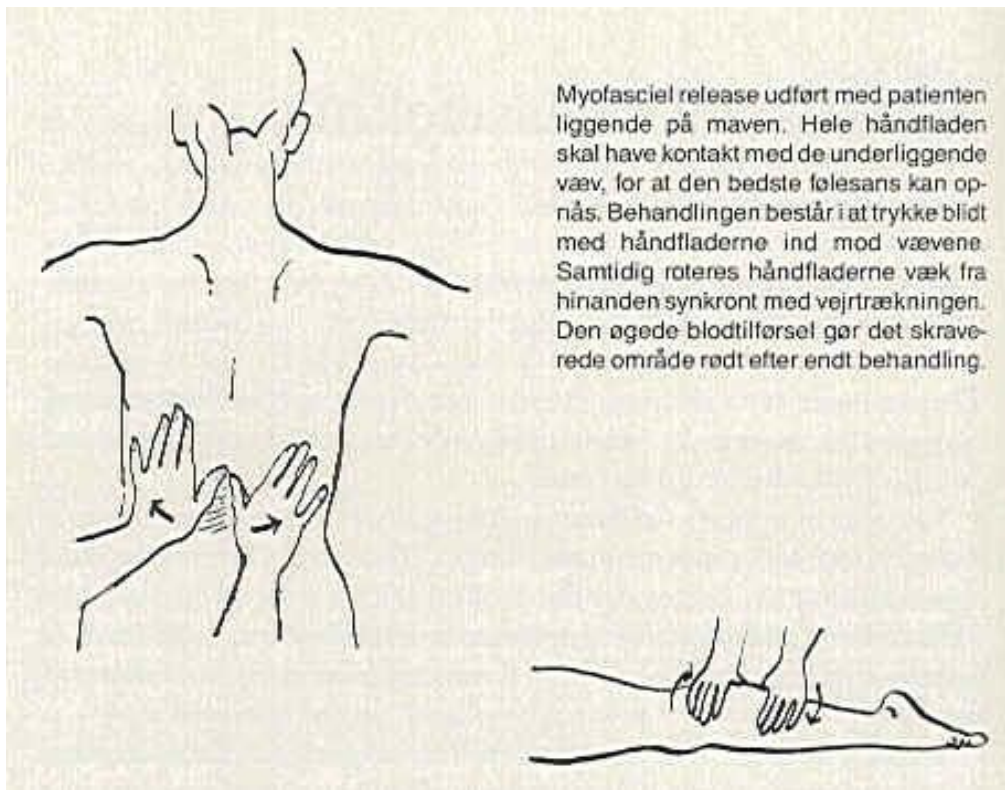
mærkes med hele håndfladen. Der kan registreres varmforskelle mellem forskellige områder, ligesom der kan mærkes løse og stramme partier.

Hænderne bliver ved denne undersøgelsesteknik et meget vigtigt instrument, der kan "se" de forskellige væv i dybden.

Beskadiges nogle af de passive strukturer, bliver de løse, og samtidig spænder musklerne som en beskyttelsesforanstaltning. Det giver undertiden ligefrem anledning til en muskelkrampe, der igen udløser yderligere muskelspænding. Musklerne bliver korte og faste, samtidig svagere og asymmetriske.

Almindeligvis arbejder musklerne på begge sider af et led for at øge stabiliteten. Når leddet bevæger sig, strammes den ene muskelgruppe for at bøje leddet, den modsatte muskelgruppe strammes også - men for at modvirke at leddet overreagerer. De modsatte muskler virker som en bremseforanstaltning.

Ved en smertegivende tilstand opstår denne bremseforanstaltning som et led i den onde cirkel, og der dannes en barriere mod bevægelsen, som derved begrænses. Barrieren mod en bevægelse kan være denne smertebetingede reflektorisk bremseforanstaltning i musklen. Eller barrieren kan være anatomisk mod en bevægelse ved gigtforandringer eller knoglelidelser.



Ved release-behandlingen, som kan anvendes overfor de fleste smertetilstande i bevægeapparatet, finder man de områder, der fungerer dårligt. Barrieren lokaliseres ved at bevæge vævene til det punkt, hvor der er modstand mod yderligere bevægeudslag. Herefter udsættes området for yderligere træk eller tryk i fiberretningen af f.eks. muskler. Når denne energi er maksimal, vriders vævene fra hinanden. Efter 10-30 sekunder bevæger vævene sig derfor udover barrieren, og release eller forløsningen er opnået. Ved release teknikken aktiveres der nogle af sansereflekserne, og der sker så en ændring af de signaler, der sendes til muskler og sener. Aktiviteten nedsættes nemlig, og dette giver en vis afslapning.

Behandlingen ledsages af øget vævsgennemblødning, der frigør energi, og der afgives varme til omgivelserne. Vævene blusser, og varmen frigør væske, så der bliver mere plads til fibre i musklen.

Vejrtrækningen

Når release-teknikken udføres, kombineres behandlingen med vejrtrækningen. En dyb indånding efterfulgt af en lang udånding forstærker den afslapning, der optræder.

Og jo mere man puster ud og kommer af med det sidste luft, jo mere kommer man i bund med release-teknikken. Det forhold, at udånding forstærker styrken, udnyttes også indenfor boksning, karate og taekwando. Man hører hele tiden deres kampråb.

Efterbehandling

Den gode effekt skal følges op af øvelser, der yderligere stimulerer. Når topidrætsfolk foretager udstrækning, udløser de nogle af de samme gunstige reflekser. Derfor er strækning så godt både før og efter sportspræstationer. Der bliver simpelthen bedre plads til, at musklerne kan blive blodfyldte under sportsudførelsen, og bagefter kan vævshævelsen hurtigere skrumpes ind.

Mens nålebehandlingen sætter ind overfor trigger-punkter eller smertefulde områder, så arbejder releaseteknikken på at finde stramme og løse områder. Og ved behandlingen stimuleres der refleksbaner, der ikke blot udløser smertefrihed, men også helbredelse.

Forskellige regioner

Der findes muskler over alle områder i kroppen, og teknikken kan da også benyttes alle steder.

Men da ryglidelser er de hyppigste, er det også ryggen, der oftest behandles. Med patienten på maven placeres begge hænder over lænden. Hele håndfladen rører huden, og begge tommelfingre er parallelle. Der udføres et svagt tryk mod underhuden. Så indånder patienten, og trykket forstærkes, uden at det på nogen måde bliver kraftigt. Samtidigt foretager de 2 håndflader en rotation mod hinanden, men stadigvæk med håndfladen i kontakt med den samme underliggende hud. Under udåndingen kommer releasen, og hændernes tryk får vævene til at nærme sig hinanden. Efter 2 - 3 dybe vejrtrækninger plejer

vævene at give så meget efter, at der ses et tydeligt farveskift i huden. Der dannes varme og øget gennemblødning. Det er i princippet et vrid, man påfører vævene.

På underarmen lægges hænderne cirkulært ovenfor og under hinanden. Der drejes så modsat, til man når en barriere, og under vejtrækningen opstår afslapningen. Netop på underarmen svarer behandlingen til en blid form for "fransk brandnælde", som de fleste kender fra deres drengetid.

Overbelastning

Desværre bliver fascierne ofte sæde for stramninger, der giver anledning til dannelse af trigger-punkter. Herfra kan der så udløses smerter. Enten lokalt eller udstrålende. Disse stramninger kan komme fra en dårlig kropsholdning, hvor det både kan være fysiske, men også psykiske forhold, der giver ejendommelige holdningsproblemer.

Sygehistorie

58-årig kvinde havde efterhånden kun en gangdistance på 15 m pga. dårligt blodomløb, inden der kom lægsmerter. Efter nogle minutter kunne hun gå lidt igen. Der fandtes nogle meget ømme og spændte lægmuskler. Hun fik release-teknik kombineret med akupindtri i de værste trigger-punkter. Efter 3 behandlinger kunne hun gå til byen, en afstand på mere end 500 m.

MANIPULATION

Det at sætte ryggen på plads ved at behandle den med nogle håndgreb har været kendt siden antikken. Hippokrates, der levede ca. 400 f. kr., får skyld for meget, og han skulle også have været med til manuelle behandlinger af dårlige rygge.

Behandlingen har gennem flere århundreder været i miskredit, og en af årsagerne hertil har uden al tvivl været den nære kontakt, som lægen skulle i med patienten, og under f.eks. Den Sorte Død med pesten har lægen holdt sig noget på afstand.

Indtil for 40 år siden betragtede man behandling med forskellige håndgreb for kvaksalveri. Efterhånden er der et stigende kendskab til behandlingsmetoderne gennem intensive lægekurser. Dette har givet en øget accept blandt læger.

Undersøgelse

Før der skrives til en manipulationsbehandling, skal der en grundig undersøgelse til.

Ligesom for al anden lægebehandling lægges der i undersøgelsesproceduren meget stor vægt på også at finde de tilstande, hvor behandlingen ikke skal anvendes. Undertiden kan der ligge mere alvorlige lidelser bag smerterne. Der kan i sjældne tilfælde (1%) være metastaser (datterceller fra cancer), og det er meget vigtigt at udelukke disse, inden der sættes ind med denne mere kraftfulde behandling.

Det er oftest ryggen, der er genstand for manipulationer. Ryggens mange led skal undersøges grundigt for at lokalisere bindinger mellem nogle af de enkelte led. Bindingen giver dårlig bevægelse i området, og der kan komme nerver i klemme. Ved manipulationsbehandlingen løsnes unormale spændinger i muskler, ledbånd og kapsler. Normal bevægelighed søges genoprettet.

Selve behandlingen

Når en ledfrigøring føres helt i bund, lyder der et klik, og patienten vil som regel på dramatisk vis føle sig rask. Forud for dette klik er der altid gået en opvarmning af vævet gennem en bløddelsbehandling, træk i vævet og en delvis ledfrigøring.

Behandlingen kan bruges til såvel akutte som kroniske smertegivende tilstande i ryggen. Lettest og meget effektivt udføres den i nakken og brystdelen, medens lænden er mere tung at danse med.

For nakkens vedkommende giver behandlingen umiddelbart øget velbefindende, færre smerter, mindre stivhed og færre udstrålende smerter til skulderregionen. Denne effekt sætter ind her og nu, men på længere sigt opnås der ikke et bedre resultat end for dem, der ikke blev manipuleret.

Forsigtighed

Der er indenfor manipulationsbehandling en tendens til at gå over mod mere blide former for behandling. Og det har vist sig, at der kan opnås en god ledfrigøring også selv om behandlingen ikke udløser klikket. Det er principperne fra den tidligere omtalte releseteknik, der nu overføres til den manuelle behandling.

De tider bør være forbi, hvor den samme nakke manipuleres på plads gang på gang. Ikke fordi behandlingen ikke virker, det gør den fortsat her og nu. Men jo flere gange et led er udsat for disse høje energiudladninger, jo mere løse bliver de passive væv i ledbåndene. De aktive væv med musklerne i spidsen bliver derfor nødt til at spænde mere og mere. Så det giver både tilbøjelighed til nye hold og masser af spændinger.

Sygehistorie

28-årig chauffør havde gennem lang tid tilbagevendende perioder med hold i nakken. Han mente efterhånden at kunne registrere en sammenhæng med træk og sus fra såvel vinduer som bilens ventilationssystem. 1 - 2

manipulationsbehandlinger kunne som regel gøre ham klar igen. Men der blev kortere og kortere mellem perioderne med stiv nakke.

Han blev i stedet for instrueret i nakke-skulderøvelser, og når han på trods af de bedre fungerende muskler alligevel fik hold i nakken, var det nu release-behandling kombineret med akupunktur, der på en mere skånsom måde gjorde ham arbejdsfør. Øvelserne blev han aldrig fri for.

MEDICINSK BEHANDLING

Forskellige former for smertestillende medicin spiller en meget stor rolle. I løbet af 1 år har 60% af den danske befolkning mindst 1 gang indtaget smertestillende medicin.

25% af alle lægekonsultationerne drejer sig om smerter, og 20% af kontakterne udløser en recept med smertestillende medicin. Herudover indtages der meget håndkøbsmedicin.

Smertetyperne

Det er smertens karakter, der bestemmer hvilken medicin, der skal til. I vurderingen af smerten indgår mange faktorer.

Er det en akut eller en kronisk smerte?

Den akutte smerte har ofte en tydelig årsag: Tandpine, lændehold, hovedpine, menstruationssmerter, forbrænding eller en forstuvet ankel. Årsagen kan kræve en specifik behandling, og smertens intensitet kan gøre en supplerende medicinsk behandling nødvendig. Det er patienten, der kan angive behovet.

Den kroniske smerte har ofte en mere sammensat baggrund. Der kan være en kendt årsag som ved leddegigt, følger efter diskusprolaps, åreforkalkning og cancer. Her er det smertepatientens udsagn, der er rettesnor for den medicinske behandling. Men ofte spiller psykiske og sociale forhold ind i forskellig grad. Der skal derfor tages vide individuelle hensyn i smertebehandlingen. Det er ikke kun et spørgsmål om tilstrækkelig med smertemedicin.

HÅNDKØBSMEDICIN

Danskerne indtager for 1/4 milliard kroner håndkøbsmedicin pr år. Hos kvinder ses menstruationssmerter som den hyppigste smerteårsag blandt de 20 - 49-årige. Men de ligger også højt med mavepine. Tømmermænd ligger også højt hos de unge piger, men mændene begynder at dominere i denne gruppe, når vi når over 40-årsalderen. Når vi kommer over 50-årsalderen er det bevægeapparatets sygdomme, der gør ondt. Det er muskler, led, ryg, skuldre og nakke. Ved tandpine, influenza og forkølelse bruger mænd mere smertestillende medicin end kvinder. Er de mere pylrede?

Smertepatienten lægger vægt på en god smertestillende virkning og få bivirkninger. Og at tabletterne er lette at sluge. Med det store forbrug af håndkøbsmedicin er det væsentligt med information om produkterne. Medicinen skal altid ledsages af oplysninger, der bør læses af brugeren.

Acetylsalicylsyre

Gennem mange år har acetylsalicylsyrepræparater været almindelige, både til børn og voksne. I dag skal de ikke bruges til børn under 12 år, idet der er en omend ringe risiko for en speciel hjernesygdom (Reyes syndrom). Men mange voksne tåler dem heller ikke, fordi de får maveproblemer. Acetylsalicylsyre forhindrer, at der sendes smerteimpulser af sted fra det sted, hvor det gør ondt. Virkningen foregår perifert, og smerten når aldrig frem til vores bevidsthed. Virkningen sætter ind efter 1/2 time, og den holder sig 4- 6 timer. Knuser eller opløser man acetylsalicylsyre i vand, virker det noget hurtigere. Overtrækkes tabletten på en speciel måde, kan virkningen forlænges, men det varer også lidt længere tid, inden den virker. Denne effekt kan være nyttig, hvis man gerne vil have en virkning straks fra morgenstunden. Tabletten kan da indtages ved sengetid. For at nå op på fuld dosis, skal man tage 6 - 8 tabletter 500 mg i løbet af døgnet fordelt på 3 - 4 doser. Udover den smertestillende virkning sænkes temperaturen ved febertilstande som f.eks. influenza. Der sker tillige en begrænsning af bindevævsreaktionen, som er formålstjenlig ved gigt. Nu om dage bruges små doser til at fortynde blodet hos patienter med blodpropper eller hjerneblødninger.

Acetylsalicylsyre kaldes ofte "hovedpinetabletter", men de kan altså også bruges til mange andre smertetilstande i kroppen. De mennesker, der får mavesmerter, skal skylle tabletterne godt ned evt. indtage dem til måltiderne. Eller bruge nogle af entero-tabletterne. Mavesmerter skal ikke dulmes med acetylsalicylsyre.

Nogle er allergiske for stoffet. De slår ud eller får måske astma.

Gravide skal ikke indtage dem den sidste mdr. før forventet fødsel.

Paracetamol

Anvendelsen af paracetamol er taget meget til indenfor de allerseneste år. Virkningsmekanismen overfor smerten er som for acetylsalicylsyre, idet smerten bremses perifert. Effekten sætter ind efter 1/2 time og den holder sig 4 - 6 timer. Paracetamol virker ligeledes feber-nedsættende, men der er ikke påvist nogen effekt over for bindevævsreaktionen og blodets fortynding. Dosis er 6-8 tabletter 500 mg i døgnet, 1-2 ad gangen. Kan man nøjes med mindre ved f.eks. en akut hovedpine, er der jo ingen grund til at blive ved med at tage tabletterne.

Gravide må gerne indtage paracetamol.

Børnemagnyl er nu afløst af paracetamol. Til de mindre børn kan det gives som enten stikpiller eller mikstur.

Der er egentlig ikke nogle generende bivirkninger, men der ses alligevel årligt dødsfald efter indtagelse af for mange tabletter. Der skal nemlig ikke mere end 20 tabletter til, førend der opstår alvorlige leverskader.

Gigtpiller

Siden 1989 er visse af gigtpillerne også kommet i håndkøb, når det drejer sig om de svageste af dem på 200 mg. Men langt de fleste af dem er fortsat på recept. Pga. de alvorlige bivirkninger med maveblødninger fra acetylsalicylsyre og leverpåvirkninger efter indtagelse af for mange paracetamol bliver gigtpillerne

i mange situationer den tablet, som man kan anbefale som vor tids "hovedpinetablet".

Virkingen foregår ligeledes perifert som for acetylsalicylsyre og paracetamol. Smerten bremses derfor allerede inden den sendes videre. Tillige indgår de i begrænsningen af bindevævsreaktionen. Derfor er de specielt gode som gigttabletter. De begrænser smerter, ledstivhed og bevægelsesindskrænkningen.

Menstruationssmerter begrænses også godt med gigttabletter.

Gigttabletters indvirkning på nyrestenssmerter er også glimrende, og er der opkastninger kan medicinen gives som injektioner. De har ligeledes en febernedsættende virkning.

Doseringen ligger på 2-400 mg ad gangen, 3 - 4 gange i døgnet. Evt. 600 mg 2 - 3 gange i døgnet.

Da der kan komme maveirritation, skal man være meget tilbageholdende ved maveproblemer. De nyeste af gigttabletterne er meget skånsomme mod maveslimhinden, så måske kan mavepatienten alligevel tåle at få af disse.

Patienter med dårlig nyre- eller hjertefunktion og væskeophobning kan risikere yderligere væskeansamling. Der kan optræde allergiske tilstande med næseflod, astma eller udslæt. Er man overfølsom for acetylsalicylsyre, kan man også være overfølsom for gigttabletter.

Gravide bør ikke indtage tabletterne i den sidste mdr. inden forventet fødsel.

Almindeligvis siger man, at der ikke opnås noget ved at give mere end én slags af disse perifert virkende smertetabletter. Men der kan dog ses gode resultater ved at kombinere gigttabletterne med 1 af de 2 andre. Man skal da tage 400 mg af en gigttablet og 1 g paracetamol / acetylsalicylsyre ad gangen. Opnår man alligevel ikke tilfredsstillende effekt, må man ty til receptpligtig medicin som supplement.

RECEPTPLIGTIG MEDICIN

Morfica

Ved at supplere de perifert virkende smertestillende stoffer med et af morfin-præparaterne øges virkningen af de perifert virkende stoffer. Det øgede forbrug gennem de seneste år tyder på en mere liberal holdning og dermed mere effektiv behandling af de alvorligere smertetilstande. Det øgede forbrug skyldes også nye behandlingsformer som epidural-katetre, hvor behandlingen gives gennem små plastikslanger. Men også andre lægemiddelformer som depottabletter eller depotplastre, der kan sidde i 3 døgn og gradvist afgive morfinen.

Morfica kan deles op i de lette og de stærke.

Kodein

Kodein er et morfin-afledt smertestillende stof. 1 - 2 tabletter har samme virkning som 500 mg (1 tablet) acetylsalicylsyre / paracetamol.

Virkingen af præparaterne i kombination (paracetamol + kodein) er større end ved at øge hver enkelt af stofferne. Kodein kan på samme måde kombineres med gigttabletterne. Udover den smertestillende virkning virker kodein også hostestillende. Tabletterne optages hurtigt fra maven, og virkningen sætter ind efter 1/2 time. Virkningen holder sig 3 - 5 timer. Doseringen er 1 - 2 tabletter 1 - 3 gange i døgnet. Kombinationen med de perifert virkende tabletter må aftales med din læge. Bør ikke gives til børn under 12 år som smertestillende medicin. Kan give forstoppelse, kvalme og opkastning. Allergiske udslæt. Svimmelhed, dødsighed, opstemthed, og der tilrådes forsigtighed ved bilkørsel og maskinbetjening.

Morfin

Udover morfin findes der mange forskellige afledninger deraf, som egner sig godt til stærke smerter. De adskiller sig i deres virkningstid, og der findes ikke lige mange forskellige medicinformer af alle afledningerne. Morfin virker i 4 - 5 timer, når det gives som tabletter, det samme som stikpiller. Gives det i musklen, virker det kun i 3 timer, medens det direkte sprøjtet ind i venen kun virker i 2 timer. Epiduralkatetre kan forlænge virkningen til 8 -10 timer. Fordelen ved at bruge tabletter og stikpiller er, at man selv kan stå for indtagelsen. I samarbejde med lægen kan man derfor nå frem til en effektiv behandling, der holder smerten væk.

Ved længerevarende behandling med morfin optræder forstoppelse som en generende bivirkning. Kan undgås ved at drikke godt, spise en fiberrig kost. Kniber det med fødeindtagelsen, må der suppleres med forskellige former for afføringsmidler. Kvalme kan holdes nede med enten piller eller stikpiller.

Tilvænningsrisikoen er ikke særlig stor ved akutte smerter. Men strækker behovet for smertestillende medicin sig ud over mere end nogle uger, bør andre kombinationsmuligheder end morfin anvendes. Ved sværere smerter, hvor det er nødvendigt med morfin, tilstræbes en behandling, der holder smerten så godt i ave, at smerten slet ikke opstår. Man må prøve sig frem, indtil man finder den rette dosering.

Der opstår en tolerans-udvikling for morfin, hvorfor der skal en øget dosering til, efterhånden som virkningen aftager. Men følges en gradvis øgning efter behovets udvikling, kan man ikke overdosere morfin. Bivirkningerne af morfin plejer samtidig også at aftage.

Morfin giver en fysisk afhængighed. Der kommer derfor abstinenser, når virkningen ophører. Det viser sig ved svedudbrud, gåsehud, blåfarvning, mavekolik, diarre, rysten, hovedpine, gaben, tåreflod, snue og nysen. Udover den fysiske afhængighed er der også mulighed for en psykisk afhængighed.

Men i de alvorlige tilfælde, som der er tale om, er der snarere en risiko for en underbehandling med svære smerter til følge. Og der er ikke 2 patienter, hvis smerter kræver den samme behandling. Og altså heller ikke konstant den

samme smertebehandling til den samme patient. Både læge og patient skal derfor være tålmodige, indtil der er justeret ind til den rette dosering.

Andre morfika-typer

Petidin har en god virkning ved akutte smertetilstande, da det har en kort virkningstid på 2 - 3 timer. Metadon er et godt stof, når det drejer sig om kroniske tilstande, da det har en lang virkningstid på 6 - 8 timer. Det samme gælder contalgin. Temgesic kan lægges under tungen. Her opløses tabletten, og virkningen sætter ind allerede efter 15 min. Det har en langvarig effekt på 8 - 12 timer.

ANDEN SMERTEBEHANDLING

Det har vist sig, at en lang række forskellige former for medicin, der egentlig var beregnet til andre tilstande, også har en smertestillende virkning, der kan bruges som supplement til den almindelige gængse smertemedicin.

Antidepressiva

Depression pga. den smertegivende tilstand er ikke ualmindeligt. Men de antidepressive tableters virkning skyldes nok alligevel en direkte smertestillende virkning, for de gives som regel i meget lavere dosering end ved de regulære depressioner. Udover at give en vis smertelindring, giver de også en bedring af søvnen. Antidepressiva virker især ved overfladiske brændende, sviende eller stikkende smerter. De finder anvendelse ved cancer, gigtlidelser, hovedpine, lændesmerter og visse nervesmerter. Virkningen sætter ind efter 1 - 3 dage, og smerterne dukker op inden for 1 uge, når man holder med dem igen, hvis tilstanden ikke er gået i ro. De fleste af bivirkningerne er afhængig af dosis, undtaget er dog mundtørheden, som altid optræder. De andre bivirkninger som forstoppelse, synsbesvær, blæreproblemer og håndrysten optræder derfor sjældent. Det kan være nødvendigt at prøve sig frem med forskellige præparater

for at finde et, der virker, uden at der kommer bivirkninger. Og det kan som regel betale sig at være tålmodig.

Antikrampemidler

Er der en læsion eller irritation af nervefibre, kan der komme en ubehagelig skarp smerte i jag. Jagene kan være enkelte eller gentagne, og der ses hyppigt muskelsammentrækninger. Der kan være en konstant baggrunds-smertefornemmelse. Smerterne kommer enten af sig selv eller de fremkaldes af let berøring, kulde eller varme. Antikrampemidler bruges til ansigtssmerter, efter helvedesild og nervesmerter ved sukkersyge. Der startes med en lav dosering, og der øges gradvist. Dels for at undgå bivirkninger, dels for kun at nå op til det niveau, hvor der lige netop ikke kommer bivirkninger. Bivirkningerne kan være allergiske reaktioner med hududslæt, svimmelhed, døsighed og øget appetit, Der findes ligeledes forskellige antikrampemidler, og det kan være nødvendigt at prøve sig frem.

Anden psykofarmaka

Smerter ledsages hyppigt af angst, ved længerevarende smertetilstande i op til 82 % af tilfældene. Det kan derfor være nødvendigt at supplere med et medikament, der er angstdæmpende. Der findes mange af disse, og der er det op til din læges erfaringer på området at finde det, der kan bruges i dit tilfælde.

FYSIOTERAPI

Forskellige former for fysioterapi er udbredt. De fleste behandlinger er aldrig blevet bevist. Men der bruges en del ressourcer til fysioterapi. Unge under 20 år udgør den gruppe, der får den længstvarende fysioterapi. Særlig mandlige og studerende har et stort behov for denne terapiform.

De hyppigste diagnoser er psykosomatiske diagnoser. Hovedpine er her et hyppigt symptom, men også andre lidelser fra ryg og nakke samt sæde. Jo mere generelle problemer, jo længere behandlingsforløb. Sportsskader har et hurtigt forløb, det samme gælder for ældre over 70 år.

Med fysioterapi kan man helbrede, lindre og forebygge. Kendskab til baggrund, virkning og kvalitet og mulige bivirkninger kan være med til at hjælpe til en bedre forståelse for et behandlingsforsøg.

Varmeterapi

Varme kan gives dels som en hudvarme og dels som en dybdevarme.

Hudvarmen gives som en overfladevarme direkte gennem huden. Infrarøde stråler gives i en afstand af 1/2 - 1 meter. Det kan enten være med en "griselampe" eller en sol. Varmen giver en god forbehandling. Er med til at afslappe musklerne. Varme pakninger får lov at ligge 15 - 20 minutter. Det kan være forskellige substanser, der opvarmes, for derefter gradvist at afgive deres varme.

En speciel varme er hydrocollator, hvor det er vand, der opvarmes. Den resulterende fugtige varme føles meget behagelig.

Parafinvarme stammer fra parafinbade på 50 - 52 grader. Hænder eller fødder opvarmes som en god forbehandling til øvelsesbehandling.

Ved dybdevarmen opstår varmen i selve vævet. Huden i sig selv bliver ikke varm.

Diathermi eller ultrakortbølge kan ophæve muskelspændinger, nedsætte smerter og øge den hastighed hvormed blodansamlinger fjernes af kroppen. Hvis der er fremmedlegemer som metalskinner, kunstige proteser, pacemakere i kroppen eller gips og andet på huden, vil denne behandling kunne give forbrændinger i det omgivende væv.

Ultralyd er også en form for dybdevarme. Varmen opstår ved en mekanisk vibration. Der er 1 mill. svingninger pr. sekund. Svingningerne trænger dybt ind. Denne behandling er god til stive led ved gigt. Men også sportsskader og andre overbelastningsskader. Fjerner også hurtigt blodansamlinger. Der er ikke de samme problemer med forbrændinger ved fremmedlegemer som ved diathermi.

Kulde

Kuldebehandling er som regel den bedste behandling i det helt akutte forløb. Eller når varmen ikke gør nogen glæde. I løbet af få min. bliver området, der kuldebehandles, følelsesløst, og der kan påbegyndes en træning af et stift led. I sig selv virker kulden også smertestillende. Der findes forskellige måder at lave kulde på. Det kan være pakninger fra køleskabet. Der findes også engangspakninger, der aktiveres ved at slå på posens indhold.

Myotensor-behandling

Stimulationsbehandling til lammede muskler, når der ikke er tale om hjerneblødning. Stimulationen kan nogle gange være med til at forhindre, at musklerne bliver alt for slappe. Bruges ved ansigtslammelser og nerverlammelser på arme eller ben.

Massage

En af hovedhjørnestenene ved fysioterapi er massage. Efter en forudgående varmebehandling gennemmasseres de ømme muskler. Det er vigtigt for et godt resultat at føle, hvor de spændte muskler er ømme. Formålet er at opnå en afslapning og reduktion af smerten.

Strækbehandling

Hvis der er nerverødder, der sidder i klemme i enten nakke eller lænd, kan det give udstrålende smerter. Stræk eller trækbehandling kan da bringe orden i systemet. Denne lidt hårde behandling skal forudgås af en varmebehandling og evt. massage. Det er ikke ualmindeligt, at smerterne i starten tager til, men efter et par behandlinger skulle der gerne komme en smertelindring. Ellers er det ikke den rigtige behandling.

Øvelsesterapi

Efterhånden som smerten reduceres startes et gymnastikprogram, som skal udføres derhjemme. Formålet er at opnå øget muskelkraft, at bedre ledbevægeligheden og gøre muskelkoordinationen bedre. Et program varer 15 - 20 min. Hvis der ikke er sket nogen forbedring efter 2 ugers fysioterapi, skal der træffes beslutning om at ændre behandling. Ellers spildes der yderligere tid og penge.

STYRKETRÆNING

Inden for de allerseneste år er der skudt mange forskellige centre op som led i den nye sundhedsdille. Der skal aktivitet og øvelser til. Og aktiviteten gør dig selv aktiv.

Der findes mange forskellige former for træningsprincipper, hvoraf nogle er gode, medens andre giver flere smerter. Det kan være svært for brugeren at finde rundt i junglen.

Desværre kan der ikke siges noget generelt, der kan forhindre, at man starter på det forkerte program.

Det er selvfølgelig væsentligt, at du er motiveret for den metoden, du nu engang vælger.

Træning specielt for rygpatienten

Erfaringer fra body-building har ført frem til styrketræning med stigende sværhedsgrad som en god træning især af rygpatienten. Når der skal opnås gode resultater, skal du virkelig gå til den. Det nytter ikke meget at pjatte med 5 eller 10 gange med hver øvelse.

Du skal nå op på 100!

Ikke den allerførste gang, hvor du starter med 10, men læg så hele tiden 10 øvelser oveni, når der er gået 1 - 2 gange på det nye niveau. Så er du hurtigt oppe på de 100. I den første mdr. skal det være 3 gange pr. uge, derefter i de næste 2 mdr. 2 gange pr. mdr. Øvelserne udføres rytmisk og dynamisk. Det er det mest hensigtsmæssige, og det er samtidig med til at øge koordinationen.

Den første uges tid får du god brug for at beklage dig, for det kommer højst sandsynligt til at gøre lidt ondt. Måske skal du ovenikøbet have en person til at

hjælpe dig med øvelserne, fordi det gør ondt. Men efterhånden kommer smertelindringen, den øgede bevægelighed, og ryggen bliver mere udholdende.

Smertelindringen skyldes frigørelse af endorfiner i forbindelse med de aktive øvelser. På længere sigt skal man fortsætte med øvelserne stort set i det uendelige. Derved kan de være med til at forhindre tilbagefald af nye smerteanfald.

At det kan betale sig, viser erfaringer med svære kroniske rygpatienter. De opnår for 74% vedkommende gode resultater efter 3 mdr. Kommer det derimod til at gøre mere og mere ondt, skal der noget andet end træning til.

Træningen skal kombineres med opvarmning og udspænding. Opvarmningen kan være med tilført varme eller fra jogging og aerobic. Udspændingen har til formål at begrænse ømheden, nedsætte spændingen og øge smidigheden.

Mange vil føle, at det er mere motiverende at være sammen med andre om øvelserne. Men på længere sigt er det nok en god ide at kode sig ind på et praktisk hjemmeprogram.

Hjemmeprogram

Jeg skal nu beskrive mit eget hjemmeprogram.

Når jeg vågner, lægger jeg mig om på maven med en pude under brystet. Hænderne er nede langs siden af kroppen. Så begynder jeg at ånde ind. Og medens jeg mærker, at maven under indåndingen trykker sig ned mod madrassen, så hæver jeg overkroppen. Når jeg stille og roligt puster ud igen, så sænkes overkroppen. Det gentager jeg 10 gange. Hver gang indgår min krop som en del af en blæsebælg, der får luften ind og ud af lungerne. Når vejtrækningen på den måde kombineres med øvelserne, bliver de mere harmoniske.

Derefter kommer turen til underkroppen. Der åndes ind og benene hæves. Og under udåndingen sænkes benene igen.

Allerede 2. dagen når jeg op på 20 løft med overkrop og ben. 3. dagen bliver det 30. Når jeg er kommet op på 50 af hver slags, begynder det at blive lidt trivielt

og langtrukket. Så kombinerer jeg de 2 løft. Når jeg derfor ånder ind, hæver jeg både overkrop og ben samtidigt fra begyndelsen. På den måde når jeg efter 10 - 14 dage op på 100 af disse ekstensionsøvelser (bagudbøjninger).

Derefter om på ryggen igen. Torntappene åbnes fra hinanden, ved at jeg nu trækker knæene op under brystet. Sådant ligger jeg, medens jeg foretager 3 - 5 dybe indåndinger, og under udåndingen trækker jeg for hver gang lidt mere i benene. Rolige og seje træk.

Så skal jeg til mavemusklerne. Knæene bøjes med begge fødder mod madrassen. Armene korses hen over brystet, og jeg foretager en dyb indånding. Når jeg ånder ud, løfter jeg hoved og overkrop lidt over madrassen. Når jeg lægger mig ned igen, ånder jeg indad. Gentages 10 gange. Når jeg kobler flere øvelser på op mod de 100, trækker jeg også lidt i de skråforløbende mavemuskler. Det sker ved at jeg først fører overkroppen ligefrem, så mod venstre knæ, og så mod højre knæ.

Til sidst ligger jeg og ruller lidt med bækkenet mod underlaget. Jeg forestiller mig, at halepartiet er en viser på et ur. Og så ruller jeg bækkenet rundt svarende til den store viser. Og jeg kombinerer det med vejrtrækningen.

Efter 5 min øvelser er jeg klar til at stå op. Nu laver jeg aerobic øvelser i 5 min. De er med til at sætte pulsen i vejret. Jeg sætter musik på med et vist tempo, og så går jeg først hurtigt på stedet. Knæene løftes højere og højere, og jeg puster på dem, for hver gang de løftes. Samtidig svinger jeg kraftigt med armene. Så bliver min gang bred, og armene strækkes skråt op mod loftet. Og hele tiden går det hurtigere og hurtigere. Jeg begynder at lave nogle skråøvelser, hvor modsatte knæ føres mod albuen, først til den ene side og så til den anden. Medens jeg går med høje hurtige skridt, fører jeg først den ene skulder og så den anden skulder 10 gange bagud. Og så får jeg lyst til at lave nogle andre kraftfulde bevægelser i hurtig gang.

Efter 5 min. er pulsen 130 - 140.

Udspænding af musklerne kan jeg nå nu. Benet lægges i en stol, og det presses ned, så det strammer godt i haserne. Det gentages nogle gange, og der skiftes til det andet ben. Der skal stadigvæk kombineres med nogle dybe vejrtrækninger. Med hænderne mod døren og hælene i gulvet falder jeg fremad,

så det strammer godt i læggen. Så står jeg frit og trækker med bagudbøjet knæ i foden, så det strammer godt på forsiden af låret. Ryggen holdes samtidig ret.

Nu stiller jeg mig med bar overkrop foran spejlet. Presser panden mod den ene hånd, og holder spændingen i 5 sekunder. Derefter flytter jeg hånden rundt om hovedet, så den holder ved hvert "5. min" på en urskive som ved bækkenet i sengen. Samtidig ser jeg på de muskler, der bruges til øvelserne. Jeg kører nogle gange rundt med uret på denne måde. Til sidst bruger jeg hånden som modvægt mod den anden albue. Jeg trykker albuen mod hånden uden at flytte armene, og holder denne spændingstilstand i 5 sek. Den gentages nogle gange. Så holder hånden igen, når albuen trækkes udad, fremad og bagud. Musklernes arbejde betragtes i spejlet, og jeg ser på, hvad der sker, når jeg bruger nogle flere kræfter.

Det her program kan jeg overkomme nogle gange om ugen.

Uanset hvilken større fysisk aktivitet, du skal i gang med, bør du varme op forinden. Enten det er havearbejde, styrketræning eller sportsudøvelse. Men også på dit arbejde, når du skal løfte tunge ting.

Det kaldes profylakse.

BIOFEEDBACK

Siden 1963 er bio-feed-back blevet tiltagende udbredt globalt, idet det dog primært har været i USA, at denne form for behandling har været anvendt. Indenfor de sidste 15 år er kendskabet til behandlingen også øget herhjemme.

Biofeedback fungerer ud fra et tilbagemeldingsprincip. Skal vi lære at spille dart, nytter det ikke noget at have bind for øjnene og propper i ørene. Vi ville intet lære af vores fejl- eller pletskud. Vi er nødt til at få informationer om vores handlinger for at forbedre dem.

Ved bio-feed-back benytter vi os af apparater, der kan lære os at afslappe vores muskler. Eller det kan være andre af kroppens funktioner. Vi indøver nogle nye reflekser, med hvilke vi selv kan styre vores krops funktioner. Vores kropsbevidsthed forøges gradvist.

Biofeedback bruges mest til muskelkontrol, men der er andre af kroppens funktioner, der også kan tæmmes. Pulsen, syreproduktionen i maven, hudtemperaturen i pegefingern eller hjerneaktiviteten.

En speciel selvfungerende funktion, som vi som små lærte at kontrollere uden biofeedback, var blinkerefleksen. Når vi blinker, er det for at holde hornhinden våd. Det sker helt automatisk, ligesom når hjertet slår. Men allerede som små lærer vi også at være bevidste om vores blinken. Enten foran et spejl eller ved at få fortalt, om vi gør det rigtige. I starten ser vi morsomme ud, for det er ikke så let at opnå kontrollen. Men efterhånden bliver vi mere eller mindre gode til det, når vi selv ønsker det. Vi har indlært en betinget refleks ved at udføre handlingen mange gange.

Muskelfysiologi

En muskel udsender under en sammentrækning en svag strøm, der på samme måde som de elektriske impulser fra hjerte eller hjerne kan registreres på en strømmåler (amperemeter). For at registreringen kan foregå, er det nødvendigt med en kraftig forstærkning af strømmen. Det foregår med et såkaldt myometer. Ved viljens kraft bliver man i stand til at korrigere muskelspændingen, når man kan se på amperemetret, om det man gør med musklen, er det ønskede. Spændes muskulaturen, slår viseren mere ud, og slapper man af, slår viseren mindre ud. Derved kan man rette sin muskelspænding ind efter den effekt, man ønsker at opnå. Har man først lært at kontrollere en enkelt muskelgruppe, går det hurtigt med også at kontrollere andre regioner.

Fremgangsmåde

Ved hjælp af små hudplastre med elektroder registreres spændingen i muskulaturen i panden. Er musklerne meget spændte, giver viseren på amperemetret et stort udslag. Apparatet kan også indstilles til at give en høj lyd fra sig. Gennem 6 lektioner af 15 min. varighed med 2 -3 lektioner pr uge indøves en ny viden om musklernes spændingstilstand. Først spænder man alt, hvad man kan, og udslaget registreres, derefter gøres det modsatte. Er man godt motiveret, opstår der hurtigt gode resultater.

Biofeedback har især vist sig anvendelig overfor hovedpine. Egne resultater i perioden 1977-78 blev 21 patienter instrueret i afspænding gennem biofeedback. 60% af patienterne angav, at de umiddelbart havde haft en bedring af deres hovedpine, og de følte selv, at de var blevet bedre til afslapning. 1 år efter behandlingen havde 40% stadigvæk mindre hovedpine end forud for instruktionen i biofeedback. De mente stadigvæk, at de havde glæde af det de havde lært.

Sygehistorie

En 52-årig patient anvendte biofeedbackapparatet omvendt. Han havde en halvsidig lammelse af både arm og ben efter en hjerneblødning.

Genoptræningen var ophørt efter 1 års forløb, idet man ikke mente, at han kunne blive bedre. Det største smerteproblem var den psykiske smerte. Han fik nu chancen med biofeedback. Ved hjælp af myometer-registreringen lærte han i løbet af de første 5 min. at bruge storetåen, og senere kom der en bedring af funktionen i hele benet. Tilbøjelighed til væskeansamling i benene blev også mindre. Med behandlingerne kom der nyt mod på livet.

PSYKOLOGISK SMERTEBEHANDLING

Det er svært at måle, hvor meget den psykiske faktor spiller ind ved forskellige smertetilstande. Nogle gange er det måske blot nogle få procent, andre gange ligger procenten måske i nærheden af de 100.

Ligger procenten højt, er det ensbetydende med, at der ikke er særlige legemlige forklaringer på sygdommen. Det er psyken, der i stedet producerer smerter.

Ofte er der en sammenblanding af en fysisk årsag til smerten og så den psykisk betingede måde, vi reagerer på, når vi har ondt. Og den psykiske måde er under indflydelse af sociale forhold.

Slår vi benet, kan vi reagere forskelligt på det. Nogle lader som ingenting, og fortsætter med det de var i gang med. Andre skriger højt og søger trøst hos andre. De har lært denne reaktion gennem deres opvækst. Var der ingen, der trøstede tidligere, var der heller ingen grund til at søge trøsten. Atter andre får et langvarigt smerteproblem ud af situationen, fordi slaget tilfældigvis kom til at passe ind i en utilfredshed med noget helt andet.

Sjælen

Ved kroniske smertetilstande spiller personens psykiske udrustning en stor rolle for smertens omfang. Den neurotiske triade med tilbøjelighed til hysteri, hypokondri og depression er en dårlig ballast. Der er udsigt til en langvarig

smertetilstand, og forskellige behandlingsforsøg er næsten på forhånd dømt til at mislykkes.

Angst, depression eller vrede forstærker også oplevelsen af smerter. Ved kroniske smertetilstande oplever 82 % angst medens 71 % oplever depression. Tidligere dårlige erfaringer med smerter virker også i ugunstig retning, når fremtidsudsigterne skal vurderes.

Smerteindlæring

Vi er præget af, hvordan vi har set, at andre reagerer i forskellige smertetilstande. Vi har også gennem årene fået lavet nogle måder at reagere overfor smerten på ud fra den tilbagemelding, vi har fået på vores smerteopførsel.

Vores måde at reagere på er blevet forstærket, og ubevidst har vi med smerten måske forsøgt at undgå eller søgt at opnå en bestemt situation, når lejlighed bød sig. I andre situationer er vores smerteopførsel måske søgt bremset.

Hvem får ondt?

Der er forskellige faktorer, der er med til at forhøje den smerte, man mærker. Den neurotiske triade forværrer smerten. Jo ældre og jo mere man ryger, jo højere smerteregistrering. Jo flere kirurgiske indgreb og jo længere tid smertetilstanden i det hele taget har varet, jo højere smertescore.

Din egen læges vurdering af smertesituationen spiller også ind. Hans holdning vil være med til at præge din smerte. Men først og fremmest er det din egen holdning til smerten og faktisk til hele livet, der afgør, hvordan dit smerteforløb bliver.

Kulturelle og sociale forhold

Hele samfundets struktur spiller på en mangfoldig måde ind i det enkelte individs måde at reagere overfor smerter. Men også for om der opstår smerte.

Er man vant til at klare problemer selv? Skal man have hjælp af familien, venner eller lægen? Er der råd til at gøre noget ved smerten? Opfattes smerte som et onde, eller som en udviklingsmulighed? Mange andre forskellige spørgsmål kan trænge sig på.

Smerteadfærd

Når først skaden er sket, påvirkes vi af smerten. Er den langvarig, afløses den i stedet af lidelse. Vores sjæls opbygning, smerteindlæringen, kulturelle og sociale forhold afgør, hvordan smerteadfærden bliver. Smerteadfærden er den, andre ser og hører. Men den er også den adfærd, du selv opfatter, når du er alene.

Billedet af en sten, der kastes ud i vandet, svarer til reaktionen på en smerte. Skal stenen/smerten være årsag til høj søgang? Du er selv med til at vælge.

Angst

Du bliver syg. Hvad sker der, når du bliver syg? Der opstår en angst for, hvor alvorligt er tilfældet, hvor lang tid vil det tage, hvilke konsekvenser får det? Efterhånden bliver du ked af det, og du føler dig mindreværd. Dine omgivelser reager hen ad vejen negativt. Og jo længere tid det har varet, jo mere fastlåst bliver du i dit nye billede af dig selv som smertepatient.

Efter 1 mdr. bliver din sygerolle måske allerede kronisk og uforanderlig. Du er blevet afhængig af din samlever, og antallet af rigtige venner er måske skrumpet ind. Lægen er også blevet en vigtig person i dit liv. Arbejdskammeraterne begynder at glide ud. Deres liv skal jo leves videre. Og en anden bliver sat til dit arbejde. Den tiltagende sociale isolation gør dig mere sårbar og depressiv. Du bliver mere opmærksom på din krop og de forskellige signaler, der sendes ud fra den. Der kommer flere skiftende symptomer, der gør dig mere usikker og angst. Nattesøvn bliver dårlig. Og din tiltagende psykiske udmatning sænker din smertetærskel, og du får mere ondt.

Den onde cirkel kører videre. Dit korthus er væltet. Du befinder dig i en krise.

Psykologisk smertebehandling

Der skal både en almindelige psykologisk og en mere specifik smerteterapi til. Det er vigtigt at få mulighed for at fortælle om sine problemer. Få snakket og grædt, når der er brug for det. Det giver luft.

Kognitiv terapi, hvor oplysning og information om den smertegivende lidelse og mulighederne på længere sigt, har til formål at påvirke dine tanker om smerten. Angst og depression kan derved begrænses.

Adfærdsterapi bruges til at stimulere de sider, der fungerer hos smertepatienten. I stedet for at belønne smerteadfærden med måske medlidenhed, belønnes den adfærd, der fører i en positiv retning.

Gestaltterapi har til formål at nå til en accept af situationen. For at nå dertil er patienten selv nødt til at tænke over situationen og danne sig sine egne konklusioner ud fra de givne oplysninger. En gestalt er en afsluttet hændelse, og det er derfor nødvendigt at få afsluttet et ulykkeligt smertegivende forløb. Man kan skrive et brev til den afdøde, eller man kan nedfælde sine overvejelser om angsten for smerterne.

Man kan prøve at sammenligne smerterne med en løve. Hvad skal man være bange for? Og hvad behøver man ikke være bange for? Det smerten begrænser, er det "hvad du ikke kan" - eller "det du ikke vil"? Det hjælper at tage stilling, selv om det måske gør ondt.

Afspænding og mental træning stimulerer egoet, selvtilliden bygges op, og smerten kan bedre overhøres.

Mental sundhed

Når du har opnået mental sundhed, er du klar til at skabe noget og udvikle dine evner. Der er nogle basale grundmotiver, der skal være i orden for at nå dertil. Kroppen skal være uden smerte, og det nytter ikke at sulte eller tørste. Hvis der ikke er brød, er der heller ingen grund til skuespil.

Det følelsesmæssige skal være på plads. Ingen frygt for smerte eller for tilbagefald af nye smerter. Når disse 2 grundmotiver er i orden, er der mulighed for nye sociale kontakter med omgivelserne. Og tilbage i gruppen opstår efterhånden en trang til selvhævdelse, præstation og magt.

Som det øverste trin på den mentale stige opstår aktivitetsmotivet med behov for at sanse, at bevæge sig, at være nysgerrig, at søge spænding og være kreativ. Opstår der konflikter mellem 2 trin, vil det laveste trin på stigen vinde. Og man må blive der, indtil man har fået opfyldt behovene på dette trin. Indtil da vil der ikke være ressourcer til mere overordnede mål.

PLACEBO

Ordet placebo kan oversættes med "jeg vil behage". Placebo-begrebet anvendes inden for den medicinske forskning, hvor det aktive stof, som man ønsker at undersøge, sammenlignes med et stof uden aktivitet: placebo.

Placebo har i alle undersøgelser en vis virkning. Og for at en behandling skal være god, skal effekten derfor være bedre end placeboeffekten.

Helbred dig selv

Hvorfor virker placebo?

Det gør det, fordi patienten tror på behandlingen. Og troen kan som bekendt flytte bjerge.

Placeboeffekten er nok den væsentligste effekt ved mange naturbehandlinger i folkemedicinen. Af den grund betragter mange læger begrebet noget nedladende. En medvirkende årsag hertil kan også være, at placebobehandling ved videnskabelige forsøg kaldes en "narre-/snyde-behandling".

Men i virkeligheden er det et fantastisk begreb. For det fortæller, at mennesket i sig har uudnyttede ressourcer. Det er blot et spørgsmål om at få disse ressourcer aktiveret.

Kroppen besidder med andre ord selvhelbredende kræfter, som bare venter på at blive stimuleret på den rette måde.

Smerter er meget påvirkelig for placeboeffekten. Sammenligner man morfin og placebo, kan placebo virke i helt op til 40% af tilfældene. Denne undersøgelse er af ældre dato, og i dag ville man anse en sådan undersøgelse for uetisk.

Nocebo

Placebos modsætning kaldes nocebo, og det betyder "jeg vil skade".

Nocebo-effekten fremkaldes af patientens negative forventninger. Enten til en behandling eller til en tilstand.

Afprøves et lægemiddel overfor placebo, vil der være bivirkninger af lægemidlet. Men der vil også komme bivirkninger i den gruppe, der kun får placebo. Her er det de negative forventninger til behandlingen, der giver symptomerne.

At hårtab kan opstå i en placebo-gruppe ved undersøgelse af kemoterapi viser, hvor stærkt den negative virkning også kan være.

Forskellige faktorer

Vores forventninger har noget med tidligere erfaringer at gøre. Har vi gode erfaringer med en bestemt brusetablet, kan den godt virke efter den sædvanlige 1/2 time, selvom vi 2 timer senere finder ud af, at glasset med opløsningen stadigvæk står urørt på køkkenbordet!

Positive faktorer er ikke blot forventning, men også troen og viljen til at få noget godt ud af en situation. Negative faktorer kan være frygt og angst pga. smerten, eller mistillid til tabletter eller behandleren.

Er man passiv og afhængig af andre, skal der skrappe midler til at overvinde de negative kræfter. Er forventningerne til en behandling store, og det ønskede mål ikke opnås, vil det resultere i skuffelse, der hører til blandt de negative faktorer.

METAL TRÆNING

Hvis du tror på, at din hjerne besidder nogle evner, du endnu ikke har udnyttet, så kan du få glæde af mental træning. Med mental træning kan der brydes grænser. Hvis der ikke var nogen, der havde troet på, at man måtte kunne springe mere end 2 m i højdespring, så var 2 m stadigvæk verdensrekord.

Autogen træning

I begyndelse af 1930-erne skabtes den autogene træning i Tyskland. Behandlingen byggede på principper fra hypnosen, som stammer fra slutningen af det forrige århundrede. Ved den autogene træning opnår personen kontrol over reaktioner i kroppen, reaktioner som ellers styres automatisk.

En forudsætning for kontrollen er, at man bringer sig i en tilstand med dyb koncentration og stor afslapning. Når kroppen føles varm, afslappet og tung, begynder man at bearbejde kroppens forskellige funktioner.

Der arbejdes med vejrtrækningen, som gøres dyb og fri. Hjertet kommer til at slå roligt og regelmæssigt. Solarplexus gennemstrømmes af en varme, som giver mere blod til de indre organer. Til sidst føles panden behagelig kølig. Der er tale om en autosuggestion, hvor kroppen på en rolig og ydmyg måde opfordres til at følge ens anvisninger.

For at det skal virke, må man afstå fra at bruge negative ord som "ikke". Der trænes 15 min dagligt, og når den grundlæggende tilstand er opnået efter 2 -3 mdr., kan man begynde at bearbejde sit specielle smerteproblem. Autogen træning har været opfattet som en vesterlandsk form for meditation, men uden østens mystik.

I 1977-78 kombinerede jeg den autogene træning med biofeedback, og patienterne var dermed hurtigere til at opnå afslapningen. Disse 2 forskellige behandlinger kan derfor supplere hinanden.

Mental træning

Ved at kombinere autogen træning med nyere amerikansk psykologiforskning kan der yderligere skæres af indlæringsprocessen. Med mental træning kan nogle opnå resultater allerede efter den første øvelse, men de mere langsigtede ændringer opnås efter 2 - 3 ugers træning.

Ved mental træning lytter du til kassettebånd i 10 -15 min. Musik og instruktioner er indspillet på båndene.

Formålet med den mentale træning er som ved den autogene træning ligeledes at bringe sig ned i en dejlig dyb dvaletilstand, hvor smerteproblemet kan bearbejdes, så smerten bliver mindre. Du lærer at tænke positivt, og der skabes en masse nye energier. Du skal sidde eller ligge rart og uforstyrret og blot lade tingene ske. Det hele foregår med lukkede øjne, og du har god brug for din fantasi. Der skal nemlig laves billeder på den indre videoskærm. Du ser og oplever dig selv i behagelige omgivelser måske på en drømmestrand. Du føler en behagelig varm fornemmelse i kroppen, som forstærkes af den sol, som du også tager med ind i dit billede. Tålmodigheden bygges op, og smerteproblemet behandles på en kreativ facon.

Da der indgår billeddannelser i hele forløbet, kaldes den mentale træning også for visualisering. De første gange virker det for mange lidt ejendommeligt, da det jo er en helt ny måde at arbejde med sig selv på. Og der bruges ord på en underlig måde. Men du opnår hurtig en god fortrolighed med teknikken.

Udover smertebehandling kan mental træning bruges i mange andre forskellige situationer. Sport, forretningsliv og eksamenssituationer er typiske områder. Måske påvirkes cancer og AIDS også positivt. Der er i hvert fald påvist blodforbedringer ved den mentale træning.

Egne undersøgelser

I 1990 har 12 patienter testet effekten af mental træning på forskellige smertetilstande. Det blev til i alt 42 afspilninger. Smerten blev registreret på en skala fra 0 - 10. Af disse 42 afspilninger medførte de 90% en reduktion af smerten. Den angivne effekt er en umiddelbar effekt, idet der ikke var nogen,

der ved registreringen hørte båndet mere end 4 gange. Hos nogle med akutte smerter svandt smerterne helt, hos andre med mere langvarige smerter, kunne effekten holde sig til næste dag, og man kunne så lytte til båndet igen.

Sygehistorie

37-årig kvinde med migræne og efterhånden daglig spændingshovedpine fik 2 behandlinger med akupunktur og myofasciel release. Det gav en god afslapning af muskulaturen i nakken og hovedpinen forsvandt. Hun fik kassettebåndet med hjem 1 mdr. Det blev "desværre" kun til 1 registrering, hvor der havde været en god effekt på hovedpinen. 3 andre gange havde hun brugt båndet, hvor hun følte optræk til migræne. Brugen af den mentale træning forhindrede imidlertid migrænen i at komme til udbrud!

GRUPPEBEHANDLING

Uanset sygdomsårsager føler mange patienter, at de står alene med deres problem. Behandlingsmæssigt er det typiske forløb også individuelt. Intet under, at man som patient føler sig isoleret - og måske dårligt forstået af omverdenen. Gruppeterapien kan bløde op for denne følelse af isolation, idet den tager udgangspunkt i en gruppe af patienter med fælles problemer. Som patient får man dermed sat sin egen smerte i perspektiv. Man erfarer, hvordan smerteproblemer tackles af andre, men også hvordan andre reagerer på ens egen følelse af smerte. Gruppen kommer på den måde til at afspejles smertepatientens samvær med andre i bredere forstand. Den bliver et mikrokosmos, en afspejling af det virkelige liv.

Selvfølgelig har man de samme muligheder for selvindsigt ved individuel behandling, men det sociale samvær og samspil fremmer forståelsen. Nogle smertepatienter føler en instinktiv modvilje mod gruppeterapi. Det kan dels bero på en generel angst ved at skulle betro sig til andre. Dels er det ikke alle, der tillægger den psykologiske faktor en væsentlig sundhedsfremmende betydning.

Gruppebehandlingen er nemlig udelukkende psykisk funderet. Den baserer sig på patientens accept af at være medansvarlig for sin egen sundhedstilstand og dermed også for helbredelsen for / accepten af den konkrete smerte. Er man i besiddelse af denne ansvarlighed, giver det imidlertid også en god portion entusiasme i behandlingsforløbet, som smitter af på resultaterne af gruppeterapien.

Gruppens størrelse er forskellig. Blot 2 personer giver mulighed for positiv udveksling af erfaringer. Men 4 til 6 personer giver mulighed for det bredeste sammenspil. I modsætning til den individuelle konsultation hos lægen, der varer cirka 10 minutter, er der afsat cirka en time til gruppeterapien. Mange patienter

føler, at det det giver dem bedre tid til at få drøftet de mange forskellige problemer igennem, der følger med deres smertetilstand.

Egne erfaringer

Jeg har ikke forsøgt at "videnskabeliggøre" erfaringer fra de gruppeterapeutiske seancer. Derimod vil jeg i det følgende opsummere, hvad man som smertepatient typisk vil opleve ved at være i en smertegruppe.

Først og fremmest opleves det behageligt - ud fra ovenstående - at der er god tid til samværet. Man føler sig forstået af ligesindede og oplever det som noget positivt selv at få formuleret og sat ord på sine oplevelser som smertepatient.

De generelle erfaringer kan i øvrigt deles op i negative og positive oplevelser i forbindelse med smerten.

Først de negative: Det opleves frustrerende og brandirriterende at have ondt. Nogle gange bliver man arrig og tuder af raseri. Til andre tider får man ondt af sig selv, men også af sin familie, som man ikke har den nødvendige overskud til. Også ondt af lægen, der ikke kan stille noget op. Man får indimellem dårlig samvittighed., hvilket skyldes ens opdragelse og ønske om at være 100% perfekt. Den ambition går fløjten, når man pludselig ser sine handlingsmuligheder indskrænket. Og selvom man er mobil på trods af smerten, kan det alligevel være svært at tage sig sammen til at gå i byen for at foretage nødvendige indkøb. For hvad tænker de andre, når man nu er sygemeldt og ikke ligger i sengen? Man oplever, at man delvis mister kontrollen over sig selv, idet det bliver vanskeligt præcist at forudse, hvor og hvornår smerten opstår. Den er der pludselig bare i al sin irriterende fylde. Man bliver sårbar, og selv høflige forespørgsler til ens helbred fejltolkes på en uheldig måde. Forslag til behandling og alskens husråd opleves langt fra altid positivt. Vil de dog ikke blot lade mig være?

Specielt i starten af smerteforløbet kan det være svært at indse, at der kan være en psykisk faktor med i billedet.

Men nu til de positive oplevelser med smerten: Man lærer at sætte grænser overfor sig selv og andre – det sidste er det sværeste! Hvor meget vil de mon

acceptere, tænker man. Men der er ikke andet at gøre end at prøve! Man lærer at sige fra, for ellers ødelægger man simpelthen sig selv, og grænsesætninger er nødvendige for at komme videre.

Optræder smerten anfaldsvis, som ved migræne, er det under anfaldet væsentligt at fastholde bevidstheden om de smertefrie perioder og det velvære, man føler der. Det giver den nødvendige styrke til at klare sig anfaldet igennem - trods ubehaget ved smerten.

Smerten får en til at anskue vante ting på en ny måde. Man lærer at skønne på det smukke og behagelige og i det hele taget at tænke noget mere på tilværelsens lysere sider.

Tolerancen øges overfor børnene. Smerten kan med andre ord bruges som udgangspunkt for en øget livsindsigt.

Sådan kommer man videre

Hvis der er sammenhænge, man ikke forstår, skal man blive ved med at rette henvendelse til lægen om det. Man bør være tålmodig, for livet skal jo leves videre.

Smerteproblemet er et af de mange problemer, der dukker op mellem vugge og grav. Sådan er det bare. Begrænsningerne er der, men skal ikke undskyldes: Isolation skal brydes ved at tage kontakt til arbejdskolleger, familie og venner. De skal have at vide, at man har behov for kontakt og ikke for medlidenhed, som man alligevel ikke kan bruge konstruktivt.

Man bør være aktiv og opsøgende udadtil og gennem motion og styrketræning udvikle sine muligheder indenfor de rammer, smerten sætter. Rammer, som jo i øvrigt ikke er givet, men som man konstant bør forsøge at udvide.

Gruppeterapien er en del af denne proces. Gennem gruppebehandlingen og fællesskabet styrkes selvtilliden, og man får en god indsigt i de psykiske mekanismer, der kan virke enten hæmmende eller fremmende for hele helbredelsen. Gruppen er med andre ord den katalysator, der sætter den enkelte i stand til at genvinde større kontrol over eget liv.

Min funktion som læge har været at deltage i gruppeterapien som rådgiver, ekspert og katalysator i denne proces. Humor er i øvrigt en væsentlig faktor, når der skal opnås en god stemning og fortrolighed i trygge omgivelser, ligesom den kan være med til at afdramatisere spændte tilstande med store følelsesladede udladninger.

Hvem foretager behandlingen

Kun få praktiserende læger har endnu smertegrupper. Du må spørge din læge herom.

EFTERSKRIFT

Efter at du har læst denne bog, kunne jeg tænke mig, at du har fået en helt klar fornemmelse af, at du selv er den primært ansvarlig for dit liv.

Det drejer sig ikke om, hvad du skulle eller burde gøre, men det du selv kan gøre - hvis du altså vil. Valget er nemlig dit.

Igennem de sidste årtier er der poster enorme summer i sundhedsvæsenet, men den almindelige opfattelse er, at der alligevel ikke er opnået en bedre sundhedstilstand.

Ansvar for den enkeltes helbredstilstand har nemlig været lagt på samfundet.

Bedre sundhed opstår gennem forebyggelse. Og det kan ikke kun ske ved en politisk beslutning i Folketinget, Amtsrådet eller Kommunalrådet. Eller i dit parti / din fagforening / din arbejdsplads. Eller på hospitalet / hos din praktiserende læge. I din bydel / på din vej / din familie / dit hus.

Nej du skal selv være med i forebyggelsesprocessen.

Hav tålmodighed og bliv ved med at baske med dine sommerfuglevinge. Måske starter du en sundhedsorkan!