

**Ο ΩΤΟΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ
ΠΟΝΟΥ ΤΗΣ ΟΣΦΥΟΪΣΧΙΑΛΓΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΜΙΚΡΟΔΙΣΚΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ
ΗΜΙΠΕΤΑΛΕΚΤΟΜΗ – A CASE REPORT**

Αθανάσιος Κ. Δραγάνης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΜΕΡΟΣ Α.....	3
1.Εισαγωγή	3
2.Ιστορική Αναδρομή - Βιβλιογραφική Επισκόπηση	4
ΜΕΡΟΣ Β	6
1.Σκοπός	6
2.Υλικό και Μεθοδολογία	6
Ιστορικό Ασθενούς	6
Κλινική Εξέταση	8
Επιλογή θεραπείας & Κλινικός Συλλογισμός	9
3.Αποτελέσματα	14
4.Συζήτηση	14
5.Συμπεράσματα	16
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	17

ΜΕΡΟΣ Α

1. Εισαγωγή

Η πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου αποτελεί σύνηθες αίτιο που δικαιολογεί πόνο στη μέση και το ισχιακό νεύρο. Το μηχανικό αίτιο της κήλης είναι συνήθως η εκφύλιση των αρθρώσεων των σπονδύλων. Οι κήλες σε νεαρή ηλικία συνήθως οφείλονται σε τραυματικό επεισόδιο και όχι σε έδαφος αρθρικών αλλοιώσεων. Η καθίζηση του μεσοσπονδύλιου δίσκου είναι συνήθως μικρή. Ο ινώδης δακτύλιος σκίζεται οπίσθια και ένα κομμάτι του πυρήνα βγαίνει στο σπονδυλικό κανάλι. Σε άλλες περιπτώσεις μια απευθείας πρόπτωση του πηκτοειδή πυρήνα μπορεί να βγει από το ρήγμα. Αν συμβεί ταυτόχρονη ρήξη του οπίσθιου επιμήκη συνδέσμου, τότε η κήλη υπάρχει περίπτωση να είναι οπίσθια κεντρική από οπισθιο-πλάγια που είναι συνήθως. Ο πηκτοειδής πυρήνας θα πιέσει τότε τη ρίζα του νεύρου πάνω στο πέταλο του σπονδύλου ή πάνω στον ωχρό σύνδεσμο. Επειδή συνήθως η ρήξη είναι στα πλάγια μόνο μία ρίζα επηρεάζεται. Αν η ρήξη είναι στη μέση γραμμή τότε υπάρχουν αμφοτερόπλευρα συμπτώματα. Οι βλάβες στο δίσκο είναι πιο συχνές στα επίπεδα Ο4-Ο5 και Ο5-Ι1. Μόνο αυτά τα επίπεδα όταν έχουν βλάβη προκαλούν πόνο στη μέση με αληθή συμπτώματα στο ισχιακό νεύρο. Όμως λόγω της ύπαρξης αλγοϋποδοχέων στις νευρικές απολήξεις του ινώδη δακτυλίου, μία ρήξη στον ινώδη δακτύλιο μπορεί να προκαλέσει αντανακλώμενο πόνο στο γλουτό, στην ιερολαγόνια ή και στο πόδι. Σε άλλη περίπτωση, η πρόπτωση του πηκτοειδή πυρήνα χωρίς να προκαλεί άμεση πίεση στη νευρική ρίζα, δημιουργεί χημικό ερεθισμό και φλεγμονή στην περιοχή γύρω από τη ρίζα, όπου πιέζεται έμμεσα και δημιουργεί ριζίτικά συμπτώματα (Evans, 2009).

Αν και η συγκεκριμένη πάθηση είναι ιδιαίτερα συχνή, η πρόοδος που έχει γίνει για να βρεθεί η καλύτερη αντιμετώπιση της είναι μικρή. Αυτό φαίνεται από στοιχεία κλινικών που πραγματοποιούν μικροδισκεκτομές και φαίνεται ότι τα αποτελέσματα χειρουργικής και συντηρητικής αντιμετώπισης είναι συνήθως κοινά. Κάποιες περιπτώσεις ασθενών με ιππουριδική συνδρομή, ακράτεια ή και σοβαρές κινητικές αλλαγές είναι βέβαιο πως χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις με λιγότερο σημαντικά συμπτώματα, δε φαίνεται να είναι πάντα απαραίτητη κάποια χειρουργική παρέμβαση. Λίγες έρευνες έχουν γίνει και έχουν δώσει σημαντικά στοιχεία, που θα καθορίσουν τα όρια μεταξύ χειρουργικής και συντηρητικής θεραπείας στην κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου. Σε μία από αυτές τις έρευνες των Thomas et al (2007), συμμετείχαν δυο γκρουπ ανθρώπων με κήλη δίσκου και ριζίτικά συμπτώματα, με το πρώτο γκρουπ να κάνει δισκεκτομή και το δεύτερο γκρουπ να κάνει συντηρητική θεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν μικρές διαφοροποιήσεις μετά από διάστημα ενός χρόνου στη συνολική αποκατάσταση.

Η θεραπεία της οσφυοίσχιαλγίας, πριν από οποιαδήποτε απόφαση για χειρουργική παρέμβαση, θα μπορούσε να περιλαμβάνει μεθόδους όπως η κλασική φυσικοθεραπεία, χειροπρακτική (Manual Therapy), οστεοπαθητική, βελονισμό και ωτοβελονισμό. Αυτή η θεραπευτική προσπάθεια θα πρέπει να έχει διάρκεια έξι μηνών τουλάχιστον εφόσον υπάρχει σταδιακή βελτίωση των συμπτωμάτων.

Ο Ωτοβελονισμός ή Ωτοθεραπεία έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως για την αντιμετώπιση πολλών ιατρικών προβλημάτων και πλέον στοιχεία αποδεικνύουν ότι κατέχει μια θέση στη διαχείριση του πόνου σε μυοσκελετικές διαταραχές όπως η

οσφυοϊσχιαλγία. Αποτελεί μια μέθοδο που ανήκει στις συμπληρωματικές ιατρικές μεθόδους, η οποία χρησιμοποιεί το πτερύγιο του αυτιού για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς. Η βασική αρχή είναι ότι στο επίπεδο του πτερυγίου του αυτιού παρουσιάζεται μια αντιπροσώπευση των κατασκευών και των λειτουργιών του οργανισμού, σε μια σχέση αμφίδρομη, διαγνωστική και θεραπευτική. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον των κλινικών ιατρών και των ερευνητών για την Ωτοθεραπεία αυξάνεται συνεχώς. Έχουν γίνει διάφορες επιστημονικές εργασίες που επέτρεψαν να μελετηθούν οι νευροβιολογικές βάσεις και να επικυρωθούν νέες κλινικές εφαρμογές. Πόνος, διαταραχές άγχους και συναφείς παθολογίες, αυπνία και εθισμός σε ουσίες, παχυσαρκία και διατροφικές διαταραχές, φαίνεται να αποτελούν τα πεδία παρέμβασης της Ωτοθεραπείας, για τις οποίες υπάρχουν περισσότερες κλινικές ενδείξεις και διαφαίνονται πολυάριθμες και ενδιαφέρουσες κατευθύνσεις για την έρευνα (Bazzoni, 2014).

Η ικανότητα των αντανακλαστικών σημείων στο εξωτερικό αυτί όταν ερεθιστούν να αλλάζουν νευρομυϊκές και νευροπαθητικές διαταραχές, έχει αποδοθεί στις κατιούσες οδούς αναστολής πόνου του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα σημεία βελονισμού στο αυτί και στο σώμα έχουν χαμηλότερη επιδερμική ηλεκτρική αντίσταση από τους γύρω ιστούς. Αυτές οι ηλεκτρικές διαφορές στο δέρμα προφανώς σχετίζονται με τον αυτόνομο έλεγχο των αγγείων και όχι τόσο με τη λειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων. Η υψηλή ευαισθησία των αντανακλαστικών σημείων μπορεί να εξηγηθεί από τη συσσώρευση υποδερμικά επιβλαβών ουσιών. Η ηλεκτρική ενεργοποίηση ορισμένων σημείων στο εξωτερικό αυτί προκαλεί νευρολογικές απαντήσεις σε συγκεκριμένες περιοχές στον εγκέφαλο. Η αναλγησία που προκαλείται από τον ωτοβελονισμό μπορεί να μπλοκαριστεί από τη ναλοξόνη (οπιούχος ανταγωνιστής), ενισχύοντας έτσι το ρόλο που παίζουν τα ενδορφινικά συστήματα και εξηγώντας τους μηχανισμούς για το πώς ενεργεί ο ωτοβελονισμός (Oleson, 2002).

2. Ιστορική Αναδρομή - Βιβλιογραφική Επισκόπηση

Οι ρίζες της παραδοσιακής Κινέζικης ιατρικής πηγαίνουν μέχρι 4000 χιλιάδες χρόνια πριν. Υπάρχουν καταγραφές για θεραπεία με βελονισμό στο σώμα και βότανα, αλλά αναφέρουν και τη σημασία του αυτιού για διάγνωση και θεραπεία. Τα σημεία που χρησιμοποιούσαν στο αυτί δεν είχαν κάποια συγκεκριμένη σειρά, ούτε βασίζονταν σε κάποιο χάρτη ή λογική μικροσυστήματος οργάνων του σώματος. Στο βιβλίο ιατρικής του Κίτρινου Αυτοκράτορα περιγράφεται πως συνέδεαν το αυτί με τη διάγνωση για βλάβη στα νεφρά και πως συνδέονται οι yin και yang μεσημβρινοί του σώματος με το αυτί. Το 600 μ.Χ. περιγράφονται τεχνικές καύσης μόξας στο εξωτερικό αυτί για τη θεραπεία επιδημιών και παιδικών παθήσεων. Το 1572 μ.Χ. περιγράφεται σε βιβλίο τεχνική τρυπήματος της κορυφής του αυτιού με αιμορραγία για τη θεραπεία της ηπατίτιδας.

Στην Ινδία, όπως και στην Κίνα, η ιατρική τους υπάρχει χιλιάδες χρόνια πριν και λέγεται Ayur Veda. Στα βιβλία τους περιγράφουν περισσότερα σημεία στο αυτί απ' ό,τι οι Κινέζοι και ανέπτυξαν ένα ολόκληρο σύστημα πάνω στο οποίο ερέθιζαν σημεία του αυτιού για να θεραπεύσουν διάφορες παθήσεις. Χρησιμοποιούσαν το λοβό του αυτιού για τη θεραπεία του άσθματος και την κορυφή του αυτιού για τη

θεραπεία αλλεργιών, κάτι που περιέγραψε περίπου 2000 χρόνια μετά ο Γάλλος Nogier.

Στην αρχαία Ελλάδα ο Ιπποκράτης, πατέρας της Ιατρικής, χρησιμοποιούσε σημεία στο αυτί για να θεραπεύσει τη σεξουαλική ανικανότητα και προβλήματα περιόδου στις γυναίκες. Στην αρχαία Αίγυπτο επίσης θεράπευαν τη σεξουαλική ανικανότητα μέσω του αυτιού.

Ιατρικά Αραβικά έγγραφα που χρονολογούνται το 200 π.Χ. περιγράφουν καυτηριασμό σημείου στο αυτί για τη θεραπεία της ισχιαλγίας.

Ο Nogier ανακάλυψε το αντανεκλαστικό σύστημα στο αυτί και ότι το σώμα ενός εμβρύου αντανεκλάται στο αυτί. Παράτησε τις σπουδές του ως μηχανικός για να ακολουθήσει την ιατρική και θεράπευε με μεγάλη επιτυχία τους ασθενείς του, χρησιμοποιώντας ολιστική ιατρική, με μεθόδους όπως ο βελονισμός και η ομοιοπαθητική. Το 1951 το ενδιαφέρον του Nogier για την Auriculotherapie, όπως την ονόμαζε, μεγάλωσε παρατηρώντας κάποιους ασθενείς να έχουν ένα σημάδι εγκαύματος στην ανθέλικα του αυτιού. Ανακάλυψε ότι όλοι είχαν επισκεφτεί μια «σοφή», τη Madame Barrin, που τους θεράπευε για την ισχιαλγία. Ο Nogier ξεκίνησε να χρησιμοποιεί την ίδια μέθοδο με αρκετή επιτυχία, ώσπου σκέφτηκε να χρησιμοποιήσει μια λιγότερο βάρβαρη μέθοδο, την εισαγωγή βελόνας στο ίδιο σημείο και είδε ότι είχε παρόμοια αποτελέσματα. Σκέφτηκε ότι το σημείο αυτό αντιστοιχεί στον Ο5 σπόνδυλο της μέσης και την ιερολαγόνια άρθρωση. Έφτασε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι αφού υπάρχει αντανεκλαστικό σημείο για την ιερολαγόνια, θα υπάρχει και για τα υπόλοιπα όργανα και λειτουργίες του σώματος. Τον επόμενο καιρό λοιπόν εξέταζε σχολαστικά τα αυτιά των ασθενών με επισκόπηση, ψηλάφηση και πίεση για να βρει συσχετισμούς με τον πόνο και το πρόβλημα κάθε ασθενούς. Έτσι γεννήθηκε ο πρώτος ωτικός χάρτης και κατά συνέπεια η Ωτοθεραπεία. Είδε επίσης ότι ο σχηματισμός όλων των σημείων δημιουργούν έναν αντίστροφο άνθρωπο στο αυτί. Μετά τις εργασίες του Nogier, μεγάλωσε και το ενδιαφέρον των Κινέζων βελονιστών για τον Ωτοβελονισμό. Η φιλοσοφία όμως ήταν διαφορετική. Ενώ ο Nogier σκεφτόταν αντανεκλαστικά σημεία (ανάποδος άνθρωπος), οι Κινέζοι σκεφτόντουσαν μεσημβρινούς, με αποτέλεσμα οι δύο χάρτες να διαφέρουν αρκετά ως προς την τοπογραφική των σημείων και τις ζώνες οργάνων και λειτουργιών (Landgren, 2008).

Αυτή η έλλειψη συμφωνίας της αντιπροσώπευσης των δύο σχολών, οδήγησε τον Giancarlo Bazzoni σε ένα πρώτο ερμηνευτικό μοντέλο νευροφυσιολογικού τύπου, που εξηγούσε το φαινόμενο με την έλλειψη αλληλοεπικάλυψης μεταξύ της νεύρωσης του σκελετικού συστήματος και του δερματικού συστήματος. Σε αυτό το μοντέλο ακολούθησε μια ερμηνεία που βλέπει στον ωτικό χάρτη ένα λειτουργικό μοντέλο των διαφόρων μορφών του πόνου. Αυτό το νέο ερμηνευτικό μοντέλο μπορεί να προσφέρει μία εξήγηση για τις διάφορες ωτικές τοποθεσίες του πόνου, αλλά επίσης να οδηγήσει το θεραπευτή στην επεξεργασία ενός αποτελεσματικότερου θεραπευτικού πρωτοκόλλου. Η αιτιοπαθογενετική ταξινόμηση του πόνου σε αλγαισθητικό που με τη σειρά του διαχωρίζεται σε επιφανειακό (δερματικό, βλεννογόνων) και βαθύ (σπλαγχνικό, και σωματικού συμπεριλαμβανομένου του μυοσκελετικού) και μη αλγαισθητικού (ψυχογενή και νευροπαθητικού), βρίσκει μια απάντησή της στο γεγονός ότι οι διαφορετικοί τύποι πόνου, παρότι ενδιαφέρουν το ίδιο σωματικό τμήμα, βρίσκουν στο επίπεδο του ωτικού μικροσυστήματος διαφορετικές εκφράσεις, όπως και στο επίπεδο της ωτικής διάγνωσης και της τοπογραφικής αντιπροσώπευσης πάνω στο πτερύγιο.

ΜΕΡΟΣ Β

1. Σκοπός

Ο σκοπός αυτής της εργασίας περιστατικού, είναι να αναδείξει τη χρήση του ωτοβελονισμού, σε συνδυασμό με σύγχρονες θεραπευτικές μεθόδους όπως η νευροδυναμική θεραπεία, οι σταθεροποιητικές ασκήσεις και η εκπαίδευση στη διαχείριση του πόνου, για την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυοϊσχιαλγίας σε χειρουργημένη ασθενή με δισκεκτομή και ημιπεταλεκτομή.

2. Υλικό και Μεθοδολογία

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η περίπτωση μιας γυναίκας ασθενούς 35 ετών, η οποία πέφτει από σκάλες, ενάμιση χρόνο πριν την πρώτη επίσκεψη στο συγγραφέα, με άμεση πλήξη της ΟΜ.ΣΣ (οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης). Την επόμενη μέρα της πτώσης ξεκίνησαν συμπτώματα πόνου στην οσφύ σα ζώνη, από τη μία άκρη της αριστερής οπίσθιας λαγόνιας ακρολοφίας ως την άλλη άκρη της δεξιάς λαγόνιας ακρολοφίας.

Μετά από πάροδο δύο μηνών αναφέρει κατά τη διάρκεια επίκουσης επεισόδιο ισχιαλγίας αριστερά, αρχικώς εντοπιζόμενο στην περιοχή του αριστερού γλουτού και κατά τους επόμενους μήνες επεκτεινόμενο σε όλο το μήκος του αριστερού σκέλους (αισθητικής κατανομής Ο5-Ι1), με μούδιασμα και των δύο πρώτων δαχτύλων του αριστερού άκρου ποδός. Η μαγνητική τομογραφία στην οποία υποβλήθηκε έδειξε στο μεσοσπονδύλιο διάστημα Ο5-Ι1 οπίσθια αριστερή παράκεντρη οξύαιχμη εστιακή προβολή – πρόπτωση του μεσοσπονδύλιου δίσκου, η οποία προκαλούσε στένωση του αριστερού πλάγιου κολπώματος και πιεστικά φαινόμενα στο ενδοκαναλικό τμήμα της σύστοιχης Ι1 νευρικής ρίζας με βαθμό στένωσης του σύστοιχου μεσοσπονδύλιου τμήματος, χωρίς ωστόσο πιεστικά φαινόμενα στο ενδοτρηματικό τμήμα της εξερχόμενης Ο5 νευρικής ρίζας. Από το μεσοσπονδύλιο διάστημα Ο4-Ο5 φάνηκε κυκλοτερής προβολή του μεσοσπονδύλιου δίσκου, ελαφρώς εντονότερη αριστερά οπισθοπλάγια με μικρού βαθμού στένωση του σύστοιχου μεσοσπονδύλιου τμήματος χωρίς να ελέγχονται πιεστικά φαινόμενα στο μηνιγγικό σάκο ή στο ενδοτρηματικό τμήμα των εξερχόμενων Ο4 νευρικών ριζών. Παρακάτω φαίνεται μια εικόνα της μαγνητικής της ασθενούς με εμφανή τα παραπάνω ευρήματα.

Φωτογραφία 1: MRI Οσφυϊκής Μοίρας Σπονδυλικής Στήλης Ασθενούς



Ακολούθως της μαγνητικής τομογραφίας η ασθενής ξεκίνησε συντηρητική αντιμετώπιση με φυσικοθεραπεία και αντιφλεγμονώδη σε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο. Η θεραπεία εκεί περιλάμβανε μάλαξη, σωματικό βελονισμό, ασκήσεις παθητικών εκτάσεων σπονδυλικής στήλης, θεραπεία με χειρισμούς (Manual Therapy). Το πρόγραμμα αποκατάστασης διήρκεσε περίπου έξι μήνες με συνολικά πτωχή ανταπόκριση και αποτελέσματα σύμφωνα με τα υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα.

Εξάλλου, η ασθενής υπεβλήθη σε επαναληπτική μαγνητική τομογραφία μετά το πέρας της θεραπείας, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν αξιοσημείωτες αλλαγές σε σχέση με την πρώτη εξέταση.

Ένα χρόνο μετά την πτώση, εισάγεται στο νοσοκομείο σε προγραμματισμένο ραντεβού για προ-εγχειρητική εξέταση. Στην κλινική εξέταση πριν το χειρουργείο ο θεράπων ιατρός βρίσκει φυσιολογική τη βάδιση της ασθενούς, ικανοποιητική βάδιση στις πτέρνες και τα δάκτυλα και χωρίς μυϊκή έκπτωση στις μυϊκές ομάδες των κάτω άκρων. Τενόντια αντανακλαστικά φυσιολογικά. Ύπαρξη υπαισθησίας στο αριστερό σκέλος. Σημείο Lasegue θετικό στις 30 μοίρες αριστερά. Χωρίς ορθοκυστικές διαταραχές.

Η ασθενής οδηγήθηκε στο χειρουργείο όπου υποβλήθηκε σε αναγνώριση ρήξης του ινώδους δακτυλίου, αφαίρεση ελεύθερου τεμαχίου μεσοσπονδύλιου δίσκου, μικροδισκεκτομή Ο5-Ι1 αριστερά με τελική αποσυμπίεση της αριστερής Ι1 ρίζας και ημιπεταλεκτομή.

Ένα μήνα μετά υπήρχε ακόμα πόνος στο πόδι και στο γλουτό. Ξεκίνησε και πάλι φυσικοθεραπείες στον προηγούμενο συνάδελφο με παρόμοιες θεραπευτικές πράξεις και ένωσε μέσα σε δύο βδομάδες να χειροτερεύει στα επίπεδα της οπτικής αναλογικής κλίμακας πόνου. Περίπου τέσσερις μήνες μετά το χειρουργείο έρχεται στο φυσικοθεραπευτήριο μετά από συστάσεις άλλων ασθενών. Αρχίζοντας να περιγράφει το πρόβλημά της ξεσπάει σε κλάματα και ζητάει βοήθεια ισχυριζόμενη πως έχει δοκιμάσει τα πάντα, αλλά ακόμα πονάει. Ρωτάει αν οι μέθοδοι που θα χρησιμοποιήσω πάνω της είναι επώδυνες όπως του προηγούμενου συναδέλφου, γιατί δεν αντέχει άλλο πόνο και σε αυτή την περίπτωση, θα προτιμούσε να μην κάνει τίποτα άλλο θεραπευτικά και να ασχοληθεί μόνο με το κολύμπι όπως την προέτρεψε ο γιατρός της. Είναι εμφανής η ψυχολογική πίεση στην οποία βρίσκεται η ασθενής. Έχει ξεκινήσει να εργάζεται πάλι ως λογίστρια μετά το χειρουργείο στο λογιστικό γραφείο της μητέρας της και εργάζεται 10 με 12 ώρες την ημέρα, τις περισσότερες από τις οποίες καθιστή με κακή στάση σώματος. Η ασθενής καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα την ημέρα, δεν πίνει αλκοόλ και δεν κάνει κανένα είδος άσκησης εδώ και πολλά χρόνια.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ:

Στην οπτική παρατήρηση σε όρθια θέση η ασθενής έχει απώλεια της φυσιολογικής λόρδωσης στην ΟΜ.ΣΣ και αυξημένη κύφωση στη ΘΜ.ΣΣ. Το εύρος των ενεργητικών κινήσεων είναι ικανοποιητικό εκτός από την κάμψη από όρθια θέση με εύρος κίνησης 50 μοίρες (80 μοίρες το φυσιολογικό), όπου παράγεται πόνος στην οσφύ και στους οπίσθιους μηριαίους του αριστερού κάτω άκρου και την έκταση που έχει εμφανώς μειωμένο εύρος, με το εύρος κίνησης να είναι 15 μοίρες (35 μοίρες φυσιολογικό) και αυξάνει τον πόνο της στη μέση και το γλουτό.

Το Slump test είναι θετικό με μειωμένη την έκταση του γόνατος στο αριστερό άκρο και εμφάνιση πόνου στη μέση και το γλουτό. Η παθητική δοκιμασία του Straight Leg Raise (SLR) ήταν θετική με το πόδι να φτάνει στις 60 μοίρες με πόνο στη μέση. Ο έλεγχος των αντανακλαστικών και της αισθητικότητας στο αριστερό κάτω άκρο, εκτός από την περιοχή του έξω σφυρού όπου υπήρχε επιπολής υπαισθησία (δερμοτόμιο I1).

Στον έλεγχο του Joint Play («τζόγος της άρθρωσης») των οσφυϊκών σπονδύλων, το σπονδυλικό διάστημα Ο5-Ι1 και το Ο4-Ο5 εμφανίζονται υποκινητικά και ελαφρώς επώδυνα στην ψηλάφηση. Οι παρασπονδυλικοί μύες κυρίως αριστερά βρίσκονται σε σπασμό και ο τετράγωνος οσφυϊκός σε σπασμό και επώδυνος στην πίεση. Η οπισθοπρόσθια πίεση στα facet και τις εγκάρσιες αποφύσεις αριστερά ήταν επώδυνη και στο επίπεδο του Ι1 αναπαρήγαγε τον πόνο στο γλουτό και ελαφρύ μούδιασμα στα δάχτυλα.

Η ένταση του πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) είναι 8/10.

Στην ωτική επισκόπηση του αριστερού αυτιού παρατηρείται εξόγκωμα στο κάτω σκέλος της ανθελίκας και λευκή δυσχρωμία. Επίσης φαίνεται ήπια τελεγκεκτασία στην περιοχή της ανθελίκας που αντιστοιχεί στη θωρακική και οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Στο δεξί αυτί φαίνεται μόνο ήπια τελεγκεκτασία στις ίδιες περιοχές της ανθελίκας.

ΕΠΙΛΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ:

Σύμφωνα με τους Lai Po-Liang et al (2004), η επέμβαση στις οπίσθιες δομές της σπονδυλικής στήλης μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη σταθερότητα των γειτονικών επιπέδων, οδηγώντας έτσι σε βλάβες και αστάθεια της περιοχής της οσφύος.

Σε μια άλλη έρευνα των O'Sullivan et al (1997), η ομάδα ελέγχου συμμετείχε σε ένα πρόγραμμα γενικών ασκήσεων ενδυνάμωσης των μεγάλων μυών με κολύμβηση, κοιλιακούς και ασκήσεις στο γυμναστήριο, ενώ η πειραματική ομάδα έκανε ασκήσεις σταθεροποίησης των εν τω βάθει και τοπικών μυών της οσφύος και της λεκάνης. Η ομάδα ελέγχου δεν είχε αλλαγή προς το καλύτερο των συμπτωμάτων πόνου στην οσφύ, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις υπήρχε και επιδείνωση. Αντίθετα οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα έδειξαν μείωση στα επίπεδα πόνου και αύξηση της λειτουργικής τους ικανότητας.

Ο οσφυϊκός πόνος συχνά συνυπάρχει με πόνο ή αλλαγές στην κινηματική των ιερολαγονίων αρθρώσεων. Ο νευρομυϊκός έλεγχος αλλάζει για παράδειγμα στην ενεργητική ανύψωση τεντωμένου σκέλους (ASLR), καθώς και η λειτουργία της διαφραγματικής αναπνοής, με συνέπεια την δυσκολία στον κινητικό έλεγχο της οσφυοπυελικής περιοχής (O'Sullivan, 2002).

Είναι λοιπόν προφανής η ανάγκη να ενταχθεί η χειρουργημένη ασθενής σε ένα ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα σταθεροποιητικών ασκήσεων της ΟΜ.ΣΣ με στόχο τη σταθεροποίηση όλων των επιπέδων της οσφύος και των ιερολαγονίων, έτσι ώστε να μειωθεί ο πόνος και να αυξηθεί η λειτουργικότητα στην καθημερινότητά της. Είναι αναγκαία επίσης η πρόληψη και η επιβράδυνση, μέσω ενός τέτοιου προγράμματος, οποιονδήποτε αλλαγών στη σταθερότητα της σπονδυλικής στήλης και την εμφάνιση αρθρικών αλλαγών.

Υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ μηχανικής και φυσιολογίας των νευρικών δομών και παράδειγμα αυτής της σχέσης είναι η τάση και η πίεση του νευρικού ιστού, που παράγουν ισχαιμία και μειώνουν την ικανότητα μεταφοράς στον άξονα (Lundborg & Dahlin, 1996). Η βελτίωση της φυσιολογίας του νευρικού ιστού μέσω της βελτίωσης της μηχανικής λειτουργίας είναι πολύ σημαντική σε νευρολογικά περιστατικά. Μέσω λοιπόν των νευροδυναμικών τεστ και της νευρικής κινητοποίησης, θα υπάρξει λεπτομερής διάγνωση (Coveney et al, 1997; Selvaratnam et al, 1997) και καλύτερη θεραπεία (Shaddock, 1995b; Sweeney & Harms, 1996; Rozmaryn et al, 1998). Η απελευθέρωση της τάσης ή της πίεσης του νευρικού ιστού θα βελτιώσει τη φυσιολογία του και όλα τα συνοδά κλινικά συμπτώματα. Επιπλέον προσφέρεται στον ασθενή ένας ακόμα τρόπος να μειώσει τα επίπεδα πόνου και λειτουργικής ανικανότητας. (Shacklock, 2005).

Σύμφωνα με τη διήγηση της ασθενούς στην πρώτη συνεδρία, η χρησιμοποίηση μεθόδων επώδυνων μπορεί να οδηγήσει στην παύση της θεραπευτικής της προσπάθειας. Συνεπώς το θεραπευτικό πλάνο πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένο ώστε να δημιουργήσει πρώτα απ' όλα μια σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στο θεραπευτή και τη θεραπευμένη. Οι κύριες και άμεσες ανάγκες της ασθενούς είναι μείωση του πόνου και η καλύτερη ανταπόκριση στις επαγγελματικές της δραστηριότητες. Κατά την προσωπική άποψη και εμπειρία του συγγραφέα μόνο αν επιτευχθούν άμεσα αυτοί οι δύο στόχοι θα δεσμευτεί η ασθενής σε ένα περαιτέρω θεραπευτικό πρόγραμμα.

Η πλήρης κατανόηση του προβλήματος της ασθενούς από την ίδια και η ενεργητική συμμετοχή της στο θεραπευτικό πλάνο, απαιτούν την ελάχιστη κατανόηση των μηχανισμών χρόνιου πόνου και πως επιδρούν στην καθημερινότητά της.

Όταν ο πόνος επιμένει και νιώθει κάποιος ότι καταστρέφεται η ζωή του, είναι δύσκολο να καταλάβει πως ο πόνος έχει κάποιο σκοπό ύπαρξης. Ακόμα όμως και αν ο πόνος είναι χρόνιος και βασανιστικός, υπάρχει γιατί το κεντρικό νευρικό σύστημα έχει με κάποιο τρόπο συμπεράνει, συχνά υποσυνείδητα, ότι το σώμα μας βρίσκεται σε απειλή. Το μυστικό είναι να βρούμε για ποιο λόγο το μυαλό έχει βγάλει αυτό το συμπέρασμα. Σίγουρα η ποσότητα του πόνου που έχει κάποιος δεν είναι αναλογική με την ποσότητα βλάβης που υπόκεινται οι ιστοί του σώματος. Η αντίληψη του χρόνιου πόνου είναι μια υποκειμενική διαδικασία και επηρεάζεται από πάρα πολλούς παράγοντες, όπως τα βιώματα και οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πολιτιστικές, κοινωνικές, οικογενειακές και οικονομικές συνθήκες. Η «μνήμη» του πόνου είναι μια νευρολογική διαδικασία που όσο εύκολα μπορεί να δημιουργηθεί, άλλο τόσο δύσκολα μπορεί να σπάσει ο κύκλος της στο χρόνιο πόνο. Πρέπει μέσα από εκπαίδευση και μηχανισμούς να οδηγήσουμε το μυαλό και το σώμα σε καινούρια μονοπάτια αντίληψης του πόνου σε σχέση με τον πραγματικό κίνδυνο βλάβης που υπάρχει για τους ιστούς του σώματός μας (Butler & Moseley, 2003).

Τα άτομα που κάθονται πολλές ώρες, αποκτούν σταδιακά κακή στάση. Όταν διατηρούμε μια συγκεκριμένη θέση συνέχεια για μερικά λεπτά, κουράζονται οι μύες που συγκρατούν τη μέση μας και χαλαρώνουν, με αποτέλεσμα το σώμα μας να γέρνει προς τα εμπρός. Η διατήρηση αυτής της χαλαρής θέσης για αρκετό διάστημα προκαλεί μεγάλη διάταση των συνδέσμων, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται πόνος. Επίσης, η κακή στάση όταν γίνεται συνήθεια και διατηρείται τον περισσότερο χρόνο, μπορεί να προκαλέσει μετατόπιση των μεσοσπονδύλιων δίσκων. Όταν συμβεί κάτι τέτοιο τόσο οι κινήσεις όσο και οι θέσεις του σώματος προκαλούν πόνο. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα άτομα που ασχολούνται με εργασία γραφείου, αναπτύσσουν εύκολα προβλήματα στη μέση, δεδομένου ότι κάθονται πολλές ώρες για πολλά χρόνια με κάμψη της οσφύς (McKenzie, 1985). Η εκπαίδευση λοιπόν της σωστής καθιστής στάσης και γενικότερα των εργονομικών συνθηκών εργασίας, είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση του πόνου και την πρόληψη περαιτέρω βλάβης της σπονδυλικής στήλης.

Πάνω στον ωτοβελονισμό υπάρχουν 144 εργασίες, εκ των οποίων πάνω από το ένα τρίτο, 51 αφορούν τις εφαρμογές στο χώρο της θεραπείας του πόνου. Ο ωτοβελονισμός είναι σε θέση να δράσει στον οξύ πόνο και τις επείγουσες καταστάσεις. Το επιβεβαιώνει μια πρόσφατη έρευνα των Goertz et al (2006), όπου σε μια ομάδα ασθενών που εισήχθησαν σε ένα στρατιωτικό τμήμα πρώτων βοηθειών εφαρμόστηκε ωτοβελονισμός. Ο ωτοβελονισμός αποδείχθηκε ικανός να ελαττώσει σημαντικά τον πόνο. Πάντα στον οξύ πόνο, η ωτική διέγερση εφαρμόστηκε σε ασθενείς με κάταγμα του μηριαίου κατά τη διάρκεια μεταφοράς στο νοσοκομείο. Η θεραπεία έγινε με σποράκια βακάριας και βοήθησε αρκετά στη μείωση του πόνου και των επιπέδων του άγχους (Barker et al, 2006).

Και στο χρόνιο πόνο όμως οι εργασίες των Sue et al (2008) και Hsieh et al (2006), αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα του ωτοβελονισμού.

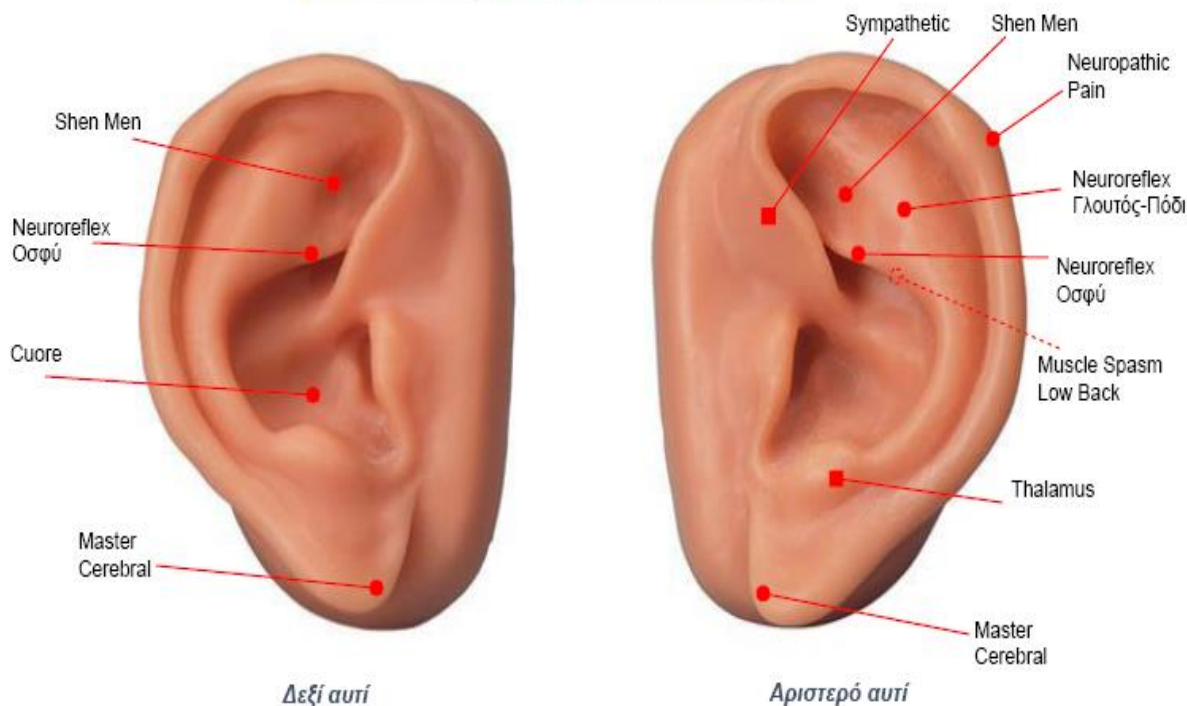
Ο κλινικός συλλογισμός οδήγησε το συγγραφέα στο πλάνο θεραπείας που φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1: Πλάνο Θεραπείας

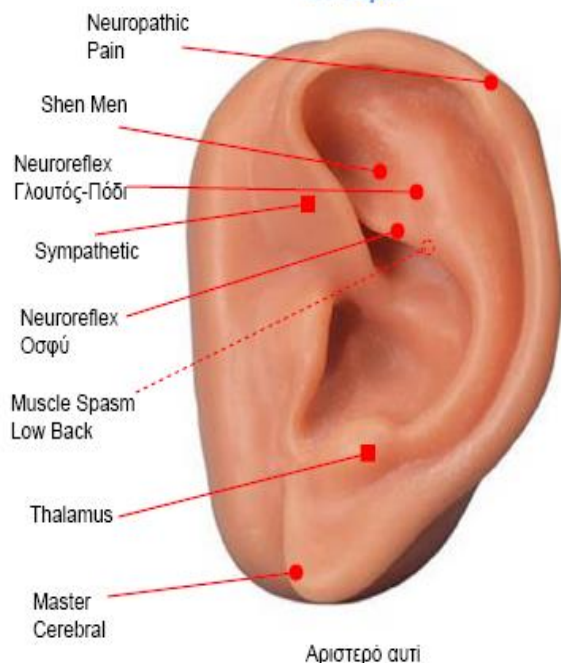
Θεραπεία	Μέθοδος	Στόχοι	Σημεία και λειτουργία αυτών
Πρώτη θεραπεία: Δύο εβδομάδες	Επεξήγηση μηχανισμών χρόνιου πόνου. Εκπαίδευση σωστής στάσης και εργονομίας. Ωτοβελονισμός.	Βελτίωση ψυχισμού. Μείωση του πόνου και του μουδιάσματος. Βελτίωση της λειτουργικότητας.	Αριστερό αυτί: <ol style="list-style-type: none"> 1. Shen Men, αντιφλεγμονώδες, υποστηρίζει τα υπόλοιπα σημεία. 2. Master cerebral, μείωση του συμπαθητικού τόνου. 3. Thalamus, αναλγησία. 4. Sympathetic, αισθητικές διαταραχές και χρόνιος πόνος. 5. Neuroreflex Οσφυϊκή μοίρα. 6. Neuroreflex γλουτός – πόδι. 7. Neuropathic pain, σημείο στο border line της έλικας, νευροπαθητικός πόνος. 8. Σημείο μυϊκού σπασμού στη μαστοειδική έσω επιφάνεια του αυτιού (περιοχή οσφύος). Δεξί αυτί: <ol style="list-style-type: none"> 1. Shen men, αντιφλεγμονώδες, υποστηρίζει τα υπόλοιπα σημεία. 2. Master cerebral, μείωση του συμπαθητικού τόνου. 3. Cuore, μείωση του άγχους, ρύθμιση του ορθοπαρasympathetic. 4. Neuroreflex οσφυϊκή μοίρα.
Δεύτερη θεραπεία: Τρεις εβδομάδες	Εκπαίδευση στη νευροδυναμική θεραπεία. Ωτοβελονισμός.	Βελτίωση ψυχισμού. Μείωση του πόνου και των αισθητικών διαταραχών. Ενδυνάμωση νευρικού ιστού. Βελτίωση της λειτουργικότητας.	Αριστερό αυτί: <ol style="list-style-type: none"> 1. Shen men, αντιφλεγμονώδες, υποστηρίζει τα υπόλοιπα σημεία. 2. Master cerebral, μείωση του συμπαθητικού τόνου. 3. Thalamus, αναλγησία. 4. Sympathetic, αισθητικές διαταραχές και χρόνιος πόνος. 5. Neuroreflex Οσφυϊκή μοίρα. 6. Neuroreflex γλουτός – πόδι. 7. Neuropathic pain, σημείο στο border line της έλικας, νευροπαθητικός πόνος. 8. Σημείο μυϊκού σπασμού στη μαστοειδική έσω επιφάνεια του αυτιού (περιοχή οσφύος).
Τρίτη θεραπεία: Τρεις εβδομάδες	Σταθεροποιητικές ασκήσεις οσφυϊκής μοίρας και ιερολαγονίων. Ωτοβελονισμός.	Βελτίωση ψυχισμού. Μείωση πόνου και αισθητικών διαταραχών. Βελτίωση της λειτουργικότητας. Ενδυνάμωση νευρικού ιστού. Ενδυνάμωση και σταθεροποίηση μυοσκελετικού.	Αριστερό αυτί: <ol style="list-style-type: none"> 1. Shen men, αντιφλεγμονώδες, υποστηρίζει τα υπόλοιπα σημεία. 2. Master cerebral, μείωση του συμπαθητικού τόνου. 3. Thalamus, αναλγησία. 4. Neuroreflex οσφυϊκή μοίρα. 5. Neuroreflex πόδι – γλουτός. 6. Antidepressant, ενδογενής κατάθλιψη, εξισορρόπηση συναισθημάτων, χρόνιος πόνος. 7. Σημείο μυϊκού σπασμού στη μαστοειδική έσω επιφάνεια του αυτιού (περιοχή οσφύος).

Παρακάτω φαίνονται σε εικόνες τα σημεία που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και φωτογραφία του αυτιού της ασθενούς με την τελευταία εφαρμογή.

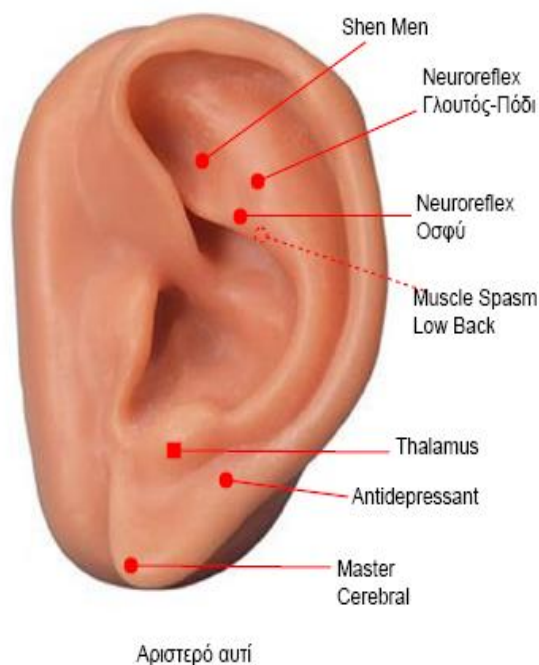
Φωτογραφία 3: Πρώτη θεραπευτική συνεδρία



Φωτογραφία 4: Δεύτερη θεραπευτική συνεδρία



Φωτογραφία 5: Τρίτη θεραπευτική συνεδρία



Φωτογραφία 6: Αυτί ασθενούς στην τελευταία εφαρμογή



Το αυτί της ασθενούς καθαρίστηκε ελαφρά με μπατονέτα πριν την ηλεκτρική ανίχνευση. Η εύρεση των λειτουργικών σημείων και των νευροαντακλαστικών σημείων έγινε πρώτα ηλεκτρικά με το pointo select digital. Η εύρεση των νευροαντακλαστικών σημείων έγινε και με την πίεση του παλπέρ, πρώτα του μαύρου (125 γρ.) και μετά του μπλε (250 γρ.). Αφού εντοπίστηκαν όλα τα σημεία, τοποθετήθηκαν ημιμόνιμες βελόνες new Pyonex σύμφωνα με τη μέθοδο του Dr. Giancarlo Bazzoni. Τα χρώματα-μεγέθη new Pyonex που χρησιμοποιήθηκαν είχαν ως εξής:

1. Senmen, κίτρινο.
2. Master cerebral, κίτρινο
3. Sympathetic, κίτρινο
4. Thalamus, πράσινο
5. Antidepressant, κίτρινο
6. Cuore, πορτοκαλί
7. Σημείο οσφύος, μπλε
8. Σημείο πόδι-γλουτός, μπλε
9. Neuropathic pain, πράσινο
10. Σημείο σπασμού, πράσινο

3. Αποτελέσματα

Η ασθενής είχε παρουσιαστεί στην πρώτη συνεδρία – αξιολόγηση με πόνο στην οπτική αναλογική κλίμακα 8/10. Η οσφυϊκή έκταση και κάμψη ήταν περιορισμένες, το SLR και το SLUMP TEST θετικά με αναπαραγωγή των πραγματικών συμπτωμάτων της ασθενούς. Υπήρχε ελαφριά υπαισθησία στο αριστερό έξω σφυρό και μυϊκός σπασμός παρασπονδυλικά αριστερά. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα στο εύρος κίνησης, τη δοκιμασία του SLR, τη βαθμολογία του πόνου στην οπτική αναλογική κλίμακα που αποτελούν τα αντικειμενικά κριτήρια, καθώς και το ποσοστό της υποκειμενικής βελτίωσης της ασθενούς γενικά (λειτουργικότητα, ένταση και συχνότητα πόνου, μούδιασμα, εύρος κίνησης) μετά από κάθε θεραπευτική συνεδρία.

Πίνακας 2: Αποτελέσματα				
	Εύρος κίνησης	SLR	VAS (Οπτική Αναλογική Κλίμακα)	Ποσοστό (%) υποκειμενικής βελτίωσης
<u>Πρώτη Θεραπεία:</u> Δύο εβδομάδες	Κάμψη 60 μοίρες με πόνο. Έκταση 20 μοίρες, με πόνο.	70 μοίρες με συμπτώματα σχετικού πόνου μόνο στο γλουτό, χωρίς μούδιασμα.	4/10	40 – 50/100
<u>Δεύτερη θεραπεία:</u> Τρεις εβδομάδες	Κάμψη 70 μοίρες χωρίς πόνο. Έκταση 30 μοίρες χωρίς πόνο.	90 μοίρες χωρίς πόνο, χωρίς μούδιασμα.	2/10	70/100
<u>Τρίτη θεραπεία</u> Τρεις εβδομάδες	Κάμψη 70 μοίρες χωρίς πόνο. Έκταση 30 μοίρες χωρίς πόνο.	90 μοίρες χωρίς πόνο, χωρίς μούδιασμα.	1/10	90/100

4. Συζήτηση

Όπως καταλαβαίνουμε από τον πίνακα αποτελεσμάτων, η ασθενής είχε μια σταδιακή βελτίωση των περισσότερων συμπτωμάτων της, εκτός από το μούδιασμα και την υπαισθησία που σχεδόν εξαφανίστηκαν από την πρώτη θεραπευτική συνεδρία. Στην Τρίτη θεραπευτική συνεδρία η ασθενής δήλωσε ότι έχει αλλάξει η ζωή της και ότι δεν πίστευε πως σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα θα είχε τέτοια αλλαγή. Ο φόβος της για ενδεχόμενη υποτροπή παρέμενε. Οι Swinkels – Meewisse et al (2005), απέδειξαν ότι ο φόβος για κίνηση οδηγεί στο μέλλον σε δυσλειτουργία και μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες και λειτουργικότητα.

Κατά την άποψη και εμπειρία του συγγραφέα, είναι πολύ σημαντική η συμφωνία των υποκειμενικών και αντικειμενικών ευρημάτων, τόσο πριν τη θεραπεία, όσο και κατά τη διάρκεια αυτής. Η ψυχολογική συνιστώσα στο χρόνιο πόνο έχει αποδειχθεί από διάφορες ερευνητικές προσπάθειες, ότι παίζει ένα πολύ σημαντικό

ρόλο στη διατήρηση του φόβου και της δυσλειτουργίας στην καθημερινότητα των ασθενών (Dennis Turk et al, 2002).

Σε αυτό το περιστατικό η μεγάλη δυσκολία, κατά τη γνώμη του συγγραφέα, ήταν η δημιουργία σχέσης αμφίδρομης εμπιστοσύνης με την ασθενή, καθώς και η άμεση βελτίωση της ψυχολογικής της κατάστασης, παράμετρος απαραίτητη για την ενεργή συμμετοχή της στο θεραπευτικό πλάνο. Το 2001 οι Wang et al είχαν δείξει ότι η διέγερση με ημιμόνιμες βελόνες (Pyonex new) ήταν ικανή να μειώσει με αποτελεσματικό τρόπο τα επίπεδα άγχους σε μια ομάδα εθελοντών σε τριάντα λεπτά, εικοσιτέσσερις ώρες και σαράντα οκτώ ώρες. Το άγχος των συμμετεχόντων στη μελέτη, είχε αξιολογηθεί με τη STAIS anxiety scale, που μετρά το λεγόμενο άγχος κατάστασης.

Ο ίδιος συγγραφέας σε μια εργασία του 2001, βρήκε ότι η ωτοθεραπεία ήταν αποτελεσματική στη μείωση του προ εγχειρητικού άγχους, σε μια ομάδα ασθενών που υποβλήθηκαν σε μικρή χειρουργική επέμβαση στο ιατρείο.

Η διαχείριση ασθενών με χρόνιο πόνο είναι η πιο μεγάλη πρόκληση για ένα θεραπευτή, γιατί έχει να αντιμετωπίσει πολλές διαφορετικές παραμέτρους σωματικές και ψυχικές. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η ασθενής είχε δοκιμάσει πολλές μορφές θεραπείας (φυσικοθεραπεία, σωματοβελονισμός, Manual therapy) και έπρεπε να γίνει η καλύτερη δυνατή αξιολόγηση και η καλύτερη δυνατή επιλογή θεραπείας, που να μη θυμίζει την προηγούμενη θεραπευτική προσπάθεια για ευνόητους λόγους.

Η σταθεροποίηση της οσφυοπυελικής περιοχής θεωρείται στο σύγχρονο θεραπευτικό κόσμο, ως μια πολύ σημαντική παράμετρος στην αποκατάσταση. Η γενική άσκηση, η άσκηση στο γυμναστήριο χωρίς παρακολούθηση και τα ομαδικά προγράμματα ενεργητικών ασκήσεων, όχι μόνο μπορεί να μην οδηγήσουν σε ιδιαίτερη βελτίωση του πόνου, αλλά μπορεί να χειροτερέψουν και τα συμπτώματα (O'Sullivan et al, 1997) και (Johnson et al, 2007).

Αντίθετα, ένα πολυδιάστατο πρόγραμμα αποκατάστασης (εργονομία, εκπαίδευση στον επαγγελματικό χώρο, διαχείριση άγχους, ειδικές θεραπευτικές ασκήσεις), είτε πραγματοποιείται ομαδικά, είτε γίνεται σε ιδιαίτερες φυσιοθεραπευτικές συνεδρίες, αποφέρει παρόμοια θετικά αποτελέσματα (Kaara et al, 2007).

Η διέγερση μέσω πίεσης του περυγίου του αυτιού με μαγνητικά μικροσφαιρίδια, αποδείχθηκε ικανή να βελτιώσει την αναπηρία των ασθενών άνω των εξήντα, που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία (Suen et al, 2008). Στην ενεργή ομάδα (τριάντα ασθενείς), ήδη μετά από τρεις βδομάδες από την αρχή της θεραπείας, η αξιολόγηση των συμπτωμάτων με την Aberdeen low back pain disability scale (κινέζικη εκδοχή), παρουσίαζε μια σημαντική βελτίωση της συμπτωματολογίας. Τα ευνοϊκά αποτελέσματα ήταν ακόμα παρόντα μετά από τέσσερις βδομάδες από το πέρας της θεραπείας.

Αυτή η εργασία επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητα του ωτοβελονισμού στη χρόνια οσφυαλγία που είχε ήδη επισημανθεί σε προηγούμενες εργασίες. Μια άλλη τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή TRC, που δημοσιεύτηκε στο BMJ το 2006 (Hsieh et al, 2006), είχε αποδείξει πως τα αποτελέσματα που προήλθαν με την ωτική πίεση σε ασθενείς με οσφυαλγία ήταν σημαντικά καλύτερα από εκείνα που ελήφθησαν με τη χρήση μόνο της φυσικοθεραπείας.

Η ηλεκτρική συνεχής διέγερση στο χρόνο, αποδείχθηκε πιο αποτελεσματική από εκείνη που γίνεται δια χειρός στη θεραπεία της χρόνιας οσφυαλγίας. Η διέγερση ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική στην ανακούφιση της νευροπαθητικής συνιστώσας της χρόνιας οσφυαλγίας (Sator -Katzenschager et al, 2004).

Έξι μήνες μετά την πρώτη θεραπεία η ασθενής έχει διατηρήσει τη συνολική βελτίωση, έχοντας μικρές μεταπτώσεις, κυρίως όταν κουράζεται πολύ και συνεχίζει τις θεραπευτικές της ασκήσεις. Έχει ξεκινήσει ένα ατομικό πρόγραμμα Pilates όπου ελέγχεται από καθηγητή Pilates – φυσικοθεραπευτή και νιώθει ότι τη βοηθάει στο να συντηρήσει το αποτέλεσμα. Η ασθενής έχει ενημερωθεί ότι οι αλλαγές στους ιστούς του σώματος που έχουν υποστεί βλάβη συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και ότι χρειάζεται πολύς χρόνος για να βιώσει το μέγιστο των αποτελεσμάτων.

5. Συμπεράσματα

Στόχος αυτής της εργασίας ήταν να συνδυαστούν σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι όπως ο ωτοβελονισμός, η νευροδυναμική θεραπεία, οι σταθεροποιητικές ασκήσεις και η εκπαίδευση στη διαχείριση του χρόνιου πόνου, για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου της οσφυοϊσχιαλγίας σε χειρουργημένη ασθενή. Η βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς, η απαιτητική εργασία της και η προηγούμενη μάλλον αναποτελεσματική προσπάθεια του συναδέλφου (παρότι χρησιμοποίησε σύγχρονες και αποδεδειγμένα αποτελεσματικές μεθόδους), ανέβασαν αρκετά το δείκτη θεραπευτικής δυσκολίας του περιστατικού. Ήταν δεδομένο στο μυαλό του συγγραφέα από την πρώτη στιγμή, ότι η συνεργασία της ασθενούς θα ήταν ελλιπής και για αυτό το λόγο σχεδόν ό,τι είχε κάνει μέχρι εκείνη τη στιγμή θεραπευτικά ήταν κόκκινη γραμμή ως επιλογή θεραπείας. Λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό της ασθενούς τα αποτελέσματα της θεραπείας ήταν άμεσα και εντυπωσιακά σε γενικές γραμμές. Η άμεση μείωση του πόνου και των αισθητικών διαταραχών ήταν ισχυροί παράγοντες για τη συνέχεια της θεραπείας και την περάτωσή της. Με ελάχιστο κόστος και χρόνο άλλαξε η καθοδική πορεία στην υγεία της ασθενούς και είναι ταπεινή γνώμη του συγγραφέα ότι ο ωτοβελονισμός έπαιξε καίριο ρόλο στην αντιστροφή αυτής της πορείας.

Η δράση του Ωτοβελονισμού στη ρύθμιση του οξύ και χρόνιου πόνου είναι αποδεδειγμένη και δεδομένη. Οι μηχανισμοί είναι πολύπλοκοι και ερευνώνται συνεχώς. Κλινικά όσοι χρησιμοποιούν την ωτοθεραπεία γνωρίζουν τα εντυπωσιακά αποτελέσματά της στη θεραπεία του πόνου. Κάποιες φορές τα οφέλη είναι μικρότερα και οι εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν το αποτέλεσμα πολλοί. Είναι απαραίτητη η περεταίρω συστηματική, οργανωμένη έρευνα σε βάθος χρόνου πάνω στον πόνο, για να επιβεβαιώσει αυτό που βιώνουμε κλινικά συνεχώς, την αποτελεσματικότητα του ωτοβελονισμού στη θεραπεία του μυοσκελετικού και νευρολογικού πόνου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barker R, Kober A, Hoerauf K, Latzke D, Adel S, Kain ZN, Wang SM, 2005. Out of hospital auricular acupressure in elder patients with hip fracture. A randomized double-blinded trial, Acad. Emerg Med. 2006 Jan. Acad Emerg Med. 2006 Jan; 13(1):19-23. Epub 2005 Dec 19.

Bazzoni G, 2014. Εισαγωγή στον ωτοβελονισμό, Εκδόσεις ITME.

Butler D S & Moseley G L, 2003. Explain Pain, Noigroup Publications, Adelaide, Australia.

Coveney B, Trott P, Grimmer K, Bell A, Hall R, Shacklock M, 1997. The upper limb tension test in a group of subjects with a clinical presentation of carpal tunnel syndrome. In: Proceedings of the 10th Biennial Conference of the Manipulative Physiotherapists' Association of Australia, Melbourne: 31-33.

Evans R, 2009. Orthopedic physical assessment, 3rd ed ISBN: 978-0-323-04532-2 Copyright ©, Mosby.

Goertz C M, Niemtow R, Burns SM, Fritts MJ, Crawford CC, Jonas WB, 2006. Auricular acupuncture in the treatment of acute pain syndromes. A pilot study, Mil Med. 2006 Oct. Mil Med. 2006 Oct; 171(10):1010-4.

Hsieh LL et al, 2006. Treatment of low back pain by acupressure and physical therapy. Randomised controlled trial, BMJ. 2006 Mar 25; 332(7543):696-700. Epub 2006 Feb 17.

Johnson E R et al, 2007. Active Exercise, Education, and Cognitive Behavioral Therapy for Persistent Disabling Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial, 1580 Spine, Volume 32, Number 15.

Kaapa E H et al, 2007. Multidisciplinary Group Rehabilitation versus Individual Physiotherapy for Chronic Nonspecific Low Back Pain, A Randomized Trial, 372 Spine, Volume 31, Number 4.

Lai, Po-Liang MD; Chen, Lih-Huei MD; Niu, Chi-Chien MD; Fu, Tsai-Sheng MD; Chen, Wen-Jer MD, 2004. Relation between Laminectomy and Development of Adjacent Segment Instability after Lumbar Fusion with Pedicle Fixation Spine: 15 November 2004: Volume 29, Issue 22, pp 2527-2532 doi: 10.1097/01.brs.0000144408.02918.20, Clinical Case Series.

Landgren K, 2008. Ear acupuncture-a practical guide, Elsevier.

Lundborg G, Dahlin L, 1996. Anatomy, function and pathophysiology of peripheral nerves and nerve compression. Hand Clinics 12: 185-193.

McKenzie R, 1985. Treat your own back, Spinal Publications; New Ed edition.

Oleson T, 2002. Auriculotherapy stimulation for neuro-rehabilitation, NeuroRehabilitation 17.

O'Sullivan P B, Twomey L T, Allison C T, 1997. Evaluation of specific stabilizing exercise in the treatment of chronic low back pain with radiologic diagnosis of spondylolysis or spondylolisthesis. Spine 22:2959-2967.

O'Sullivan B P, Beales D J, Beetham J A, Cripps J, Graf F, Lin I B, Tucker B, Avery A, 2002. Altered Motor Control Strategies in Subjects With Sacroiliac Joint Pain During the Active Straight-Leg-Raise Test. *Spine*, Volume 27, Number 1.

Sator – Katzenschlager SM et al, 2003. Electrical stimulation of auricular acupuncture points is more effective than conventional manual auricular acupuncture in chronic cervical pain: a pilot study, *Anesth Analg.* 2003 Nov; 97(5):1469-73.

Selvaratnam P, 1997. Mechanical stimulation to the median nerve at the wrist during the upper limb tension test In: *Proceedings of the 10th Biennial Conference of the Manipulative Physiotherapists' Association of Australia*, Melbourne: 182-188.

Selvaratnam P, Cook S, Matyas T, 1997. Transmission of mechanical stimulation to the median nerve at the wrist during the upper limb test In: *Proceedings of the 10th Biennial Conference of the Manipulative Physiotherapists' Association of Australia* 182-188.

Shacklock Michael, 2005. *Neurodynamic Solutions*, Elsevier.

Suen LK et al, 2008. Longitudinal changes in the disability level of the elders with low back pain after auriculotherapy. *Complementary Med.* 2008 Feb; 16(1):28-35. Epub 2008 Feb 20.

Sweeney, Harms A, 1996. Persistent mechanical allodynia following injury of the hand. Treatment through mobilization of the nervous system. *Journal of Hand Therapy* 9(4): 328-338.

Swinkels-Meewisse E J I, Roelofs J, Schouten J W E, Verbeek L M A, Oostendorp A B R, Vlaeyen W S J, 2006. Fear of Movement/ (Re) Injury Predicting Chronic Disabling Low Back Pain: A Prospective Inception Cohort Study University of Maastricht, The Netherlands. *Spine (Impact Factor: 2.45)*. 04/2006; 31(6):658-64. DOI: 10.1097/01.brs.0000203709.65384.9d.

Thomas C K, Fisher C G, Boyd M, Bishop P, Wing P, Dvorak M F, 2005. Outcome Evaluation of Surgical and Nonsurgical Management of Lumbar Disc Protrusion Causing Radiculopathy, *Spine*, Volume 32, Number 13.

Turk D C.; Okifuji A, 2002. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 70(3), Jun 2002, 678-690.

Wang et al, 2001. The use of auricular acupuncture to reduce preoperative anxiety. *Anesth Analg.* 2001 Nov; 93(5):1178-80.

Wang et al, 2001. Auricular acupuncture: a potential treatment for anxiety, *Anesth Analg.* 2001 Feb; 92(2); 548-53.