

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ρευματολογία στην κοινότητα: μεταφέροντας τη φροντίδα διά μέσου των ορίων

Elaine M Hay¹, Jackie Hill² and Ade Adebajo³

¹Staffordshire Centre, Rheumatology Stoke-on-Trent, UK

²University of Leeds, UK

³University of Sheffield, Sheffield, UK

Επισκόπηση

- Έχει τώρα καθή αναγνωριστεί από όλους η σπουδαιότητα μιας ποιότητας φροντίδας στην αντιμετώπιση των ασθενών με μυοσκελετικές παθήσεις.
- Ολοένα και περισσότερο αναγνωρίζεται καθοπικά η ανάγκη προσφοράς μιας οικοκληρωμένης αντιμετώπισης των ασθενών με μυοσκελετικές παθήσεις στην κοινότητα.
- Η φροντίδα παρακολούθησης των ρευματοπαθών σχετικά με τα τροποποιητικά της νόσου φάρμακα, όπως αυτή γίνεται μέσα από τη συνεργασία μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί ένα παράδειγμα ενός ικανοποιητικού προτύπου οικοκληρωμένης προσέγγισης.
- Μια προσέγγιση στην κοινότητα που ενσωματώνει την εκτίμηση της προσβασιής της κατάστασης υγείας και την εκπαίδευση του ασθενούς και του ιατρού της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την αντιμετώπιση της μπορεί να οδηγήσει σε πρωτότερη διάγνωση, ταχύτερη και καταλληλότερη παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ταχύτερη έναρξη της θεραπείας και τελικά βελτίωση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην κλινική κατάσταση των ασθενών.
- Μια οικοκληρωμένη στην κοινότητα προσέγγιση οδηγεί στο να μην παρατηφθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες και οι εκδηλώσεις κλειδιά (red flags-Κόκκινες Σημαίες), προκειμένου για τα σύνδρομα περιοχικού πόνου.
- Η προσέγγιση αυτή οδηγεί στην ανάπτυξη και εφαρμογή θεραπειών προβλημάτων του μυοσκελετικού συστήματος στην πρωτοβάθμια που να στηρίζονται σε ενδείξεις (evidence-based).

Επιμερισμός προσφοράς φροντίδας- πώς θα υλοποιηθεί;

Με τα νοσοκομεία να εργάζονται στα όρια των δυνατοτήτων τους και πάνω απ' αυτά, ένας τρόπος να προχωρήσουν τα πράγματα είναι να αναπτυχθεί ένα μοντέλο επιμερισμού προσφοράς φροντίδας υπηρεσιών υγείας κατάλληλο στην αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών, που να απαντά στις απαιτήσεις της κοινότητας και στη διασφάλιση κατά τον καλύτερο τρόπο των συμφερόντων των ασθενών. Με την μεταφορά απλώς του φόρτου εργασίας από τους ρευματολόγους στους ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (GP: General Practitioners) αυτό δεν αποδίδει –η κατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι επίσης εκρηκτική. Ένας τρόπος μεταφοράς εμπειρίας της ρευματολογίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, χωρίς αυτό να αυξάνει τα όρια της ομάδας στον χώρο αυτό (της πρωτοβάθμιας φροντίδας), αποτελεί η ανάπτυξη ρόλων των επαγγελματιών υγείας, όπως των νοσηλευτών, των φυσικοθεραπευτών και των εργοθεραπευτών. Οι επαγγελματίες αυτοί, έχοντας στην εργασία τους μια επέκταση του ρόλου τους, μπορούν να αποδώσουν σε ένα υψηλό επίπεδο κλινικής πρακτικής που ξεπερνά τα παραδοσιακά επαγγελματικά τους όρια. Στην απόκτηση της ικανότητας αυτής συμπεριλαμβάνεται η απόκτηση εμπειρίας σχετικά με την αξιολόγηση (της νόσου και των ψυχολογικών παραγόντων), την παρακολούθηση και τη θεραπεία ασθενών με καταστάσεις από το μυοσκελετικό και τη φλεγμονώδη αρθρίτιδα. Οι ρόλοι τους και οι αρμοδιότητες τους οριθετήθηκαν πρόσφατα (Carr, 2001).

Ποιος ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή;

Οι νοσηλευτές αυτοί έχουν υψηλού επιπέδου εκπαίδευση και μπορούν να προσφέρουν ολόπλευρη φροντίδα σε ασθενείς και τα σημαντικά γ' αυτούς (τους ασθενείς) πρόσωπα, αντιμετωπίζοντας τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές τους ανάγκες. Μπορούν να διαδραματίζουν, επίσης, ρόλο στην αντιμετώπιση ατόμων με καταστάσεις από το μυοσκελετικό δρώντας ως αποτελεσματικοί διαμεσολαβητές μεταξύ των ασθενών, των GP τους και του συμβούλου στο νοσοκομείο. Όπως οι GP, πρέπει για αρκετά χρόνια να συμμετέχουν σταθερά σε όλη τη διαδικασία αντιμετώπισης των καταστάσεων αυτών, έτσι ώστε να διασφαλίζουν τη συνέχιση παροχής της φροντίδας αυτής σε υψηλό επίπεδο προς τους χρόνια πάσχοντες. Ο ρόλος τους είναι ουσιαστικός στην προσφορά φροντίδας σχετικά με την αντιμετώπιση, την εκπαίδευση και τη στήριξη των ασθενών

Η από πάντα αυξανόμενη απαίτηση προς τα νοσοκομεία να εφαρμόζουν επείγουσα Ιατρική μαζί με τις τεχνολογικές πρόδους (που απαιτούν χρόνο και χρήμα) σημαίνει την ανάγκη μεταφοράς της αντιμετώπισης πολλών χρόνιων καταστάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Δυστυχώς, αυτό δεν συνοδεύεται από την κατάλληλη μεταφορά οικονομικών πόρων και επαγγελματικών δεξιοτήτων. Το κεφάλαιο αυτό συζητά νέους τρόπους εργασίας, προκειμένου με σιγουριά οι ασθενείς με καταστάσεις από το μυοσκελετικό να τύχουν έγκαιρα των κατάλληλων θεραπειών στα πλαίσια του περιορισμού των παροχών από τα νοσοκομεία και τη μεταφορά τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υπηρεσιών υγείας.

και των οικογενειών τους, καθώς και στην εκπαίδευση και βοήθεια προς άλλους επαγγελματίες υγείας. Ο ρόλος τους περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως στο Πλαίσιο 1.1. Μερικοί από αυτούς αναλαμβάνουν και προχωρημένες πρακτικές, όπως ενδαρθρικές εγχύσεις (Meadow & Sheehan, 2005). Αυτό μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε GP, που δεν έχουν ίσως εμπειρία σε τέτοιες πρακτικές. Μετά από ειδική εκπαίδευση μπορούν επίσης να συνταγογραφούν (Carr, 2001). Από αυτές τις δραστηριότητες η εκπαίδευση τους ασθενούς αποτελεί μία από τις προτεραιότητες του εξειδικευμένου νοσηλευτή (Department of Health, 2006).

Γιατί εκπαίδευση των ασθενών:

Αυτή τους καθιστά ικανούς να φροντίζουν τον εαυτό τους σε σύνθετες χρόνιες παθήσεις. Μαθαίνοντας στους ασθενείς να φροντίζουν τον εαυτό τους ελαττώνουμε τις επισκέψεις στους GP κατά 40-69% (Schilling et al., 2003).

Η εκπαίδευση του ασθενούς δεν αποτελεί από μόνη της θεραπεία, αλλά μεγιστοποιεί τις επιδράσεις θεραπειών πεθοντάς τον να προσαρμόζεται σε αυτές ή να γινούν ενέργειες που πιστεύεται ότι ωφελούν. Για να γίνουν αυτά πρέπει οι ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στο να αναλαμβάνουν ειδικά καθήκοντα και στο να πετυχαίνουν συγκεκριμένους στόχους. Αυτό είναι γνωστό ως «αυτοίκανότητα». Για να την πετύχουν απαιτείται γνώση και πρακτική, γ' αυτό και η εκπαίδευση των ασθενών στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας απαιτεί τη συμμετοχή ομάδων ειδικών καθώς και του ασθενούς με τα πρόσωπα που τον φροντίζουν. Κάθε συμβουλευτική παρέμβαση αποτελεί μια ευκαιρία εκπαίδευσης και προσφοράς πληροφορίας. Για να μπορούν οι ασθενείς να φροντίσουν τον εαυτό τους, είναι ανάγκη να γνωρίζουν όσα παρατίθενται στο Πλαίσιο 1.2.

Οι ασθενείς πρέπει να εφοδιάζονται με προφορικές και γραπτές οδηγίες. Το Arthritis Research Campaign (arc), το Arthritis Care και το National Rheumatoid Arthritis Society αποτελούν καλές και αξιόπιστες πηγές.

Η βελτίωση της ικανότητας φροντίδας μπορεί να επιτευχθεί με την παρακολούθηση προγραμμάτων από ειδικούς για τους ασθενείς και με την προμήθεια των ασθενών της διεύθυνσης τοπικών και εθνικών δικτύων οργανώσεων στήριξης που προσφέρει σημαντικά οφέλη.

Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι το να προσφέρεται απλώς η πληροφορία δεν σημαίνει και ότι γίνεται κατανοητή και

Πλαίσιο 1.1 Ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή

- Επίβλεψη της ασφάλειας της θεραπείας, π.χ. παρακολούθηση της χορήγησης τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων
- Ανασκόπηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- Συντονισμός της ομάδας πολύπλευρης αντιμετώπισης του ασθενούς
- Προσφέρει έναν δίσυνο επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ομάδας
- Ενεργεί ως σύμβουλος του ασθενούς
- Προάγει τη συνέξιση της θεραπείας
- Εντοπίζει και ασχολείται με ψυχολογικά ζητήματα του ασθενούς
- Εξυπηρετεί την παροχή υπηρεσιών με τη χρήση τηλεφωνικών γραμμών
- Διευκολύνει την εκπαίδευση των ασθενών, των προσώπων που τους φροντίζουν και των επαγγελματιών υγείας

εφαρμόζεται. Μια γρήγορη και εύκολη μέθοδος, προκειμένου να είμαστε σίγουροι γι' αυτό, αποτελεί το να ζητήσουμε από τον ασθενή να μας διδάξει ό,τι του δείξαμε, προσποιούμενοι ότι δεν κατανοούμε το πρόβλημα. Αυτό επιτρέπει να αντιληφθούμε και να διορθώσουμε ό,τι δεν έγινε σωστά αντιληπτό.

Ποιος ασθενής πρέπει να παραπέμπεται στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας;

Ο χρόνος αναμονής για νέο ραντεβού στον Ρευματολόγο ποικίλλει σημαντικά και εξαρτάται από τη δυνατότητα των τοπικών υπηρεσιών αλλά και τον χρόνο που παραπέμπουν οι GP. Για να λειτουργήσει το σύστημα αποτελεσματικά, είναι ανάγκη να συμμετέχει ενεργά ο ασθενής καθώς και να λαμβάνονται υπ' όψιν ψυχοκοινωνικοί και εμβιομηχανικοί παράγοντες. Το αποτέλεσμα σχετικά με το αν ο ασθενής μπήκε σε προτεραιότητα εξαρτάται σημαντικά από τις πληροφορίες της επιστολής που εξηγεί τους λόγους της παραπομπής. Τυποποιημένα έντυπα παραπομπής ενδεχομένως να βοηθούν, αλλά απαιτούν χρόνο για τη συμπλήρωση. Χρήσιμη πληροφορία περιλαμβάνεται στο Πλαίσιο 1.3.

Εκτιμήθηκε ότι το 15-30% των περιστατικών συμβουλευτικής παρέμβασης των GP αφορά σε μυοσκελετικές καταστάσεις. Πολλές αφορούν στην οστεοαρθρίτιδα σε άτομα >50 ετών και στην οσφυαλγία σε άτομα <50 ετών. Ένα από τα καθήκοντα του GP αποτελεί το να εντοπίσει τον μικρό αριθμό των ασθενών με πρώιμη φλεγμονώδη αρθρίτιδα που θα ωφεληθούν από την πρώιμη παραπομπή στο νοσοκομείο, για να αρχίσει αμέσως θεραπεία με τροποποιητικά της νόσου φάρμακα. Δεν υπάρχουν ειδικοί κλινικοί, ακτινογραφικοί ή ανοσολογικοί δείκτες για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (PA). Φυσιολογικές εξετάσεις αίματος και ακτινογραφίες δεν την αποκλείουν ούτε εξασφαλίζει τη διάγνωσή της η ανίχνευση ρευματοειδούς παράγοντα. Τα περισσότερα ρευματολογικά τμήματα ενθαρρύνουν την παραπομπή ή τη διατήρηση από την πλευρά του GP ενός υψηλού δείκτη υποψίας για να αποφευχθεί η καθυστέρηση παραπομπής ασθενών με πιθανή φλεγμονώδη αρθρίτιδα. Ιδανικά σε ασθενείς με υποψία

Πλαίσιο 1.2 Γνώση αναγκαία για αυτοφροντίδα

- Αιτιολογία και φυσική πορεία της νόσου
- Τρόπος χορήγησης, παρενέργειες των φαρμάκων
- Τρόποι άσκησης
- Τρόποι προφύλαξης των αρθρώσεων (χρήση ορθοτικών μέσων) και βοηθητικών κατασκευών για τις καθημερινές δραστηριότητες
- Έπιεγχος του πόνου
- Στρατηγικές αντιμετώπισης των καταστάσεων

Πλαίσιο 1.3 Σημαντική πληροφορία που πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην επιστολή παραπομπής για ρευματολογική εκτίμηση

- Διάρκεια του ιστορικού
- Πρότυπο αρθρικής προσβολής
- Παρουσία διόγκωσης (οιδήματος) των αρθρώσεων
- Παρουσία πρωινής δυσκαμψίας
- Προγνηθείσες θεραπείες και ανταπόκριση σε αυτές
- Επίπεδο ενόχλησης/ανικανότητας
- Άθλιοι ιατρικοί και ψυχολογικοί παράγοντες

φλεγμονώδων προβλημάτων απαιτείται ταχεία παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Στο Πλαίσιο 1.4 παρατίθενται συγκεκριμένες εκδηλώσεις ενδεικτικές πρώιμης PA.

Αντιμετώπιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα των μυοσκελετικών προβλημάτων

Σαφώς η πλειονότητα των ασθενών που παρουσιάζονται στους GP δεν έχουν φλεγμονώδη αρθρίτιδα. Εν τούτοις δεν είναι συνήθως δυνατή η ακριβής διάγνωση στη βάση των συμπτωμάτων και σημείων καθώς και των αποτελεσμάτων του εργαστηριακού ελέγχου. Αυτό οδηγεί πιθανώς στο να μην προσφέρεται η καταλληλότερη αντιμετώπιση.

Παραβλέπονται παράγοντες που σημαντικά επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου, όπως συναισθηματικοί παράγοντες καθώς και παράγοντες που έχουν να κάνουν με τη συμπεριφορά του ασθενούς. Με το να χρησιμοποιούνται όροι, όπως «αρθρίτιδα» ή «εκφύλιση», που δίνει έμφαση στη φύση της κατάστασης, ίσως αυτό ενθαρρύνει τη χρονιότητα της κατάστασης. Οι ιατροί έχουν εκπαιδευτεί στο να διαγιγνώσκουν «νόσο», ενώ τον ασθενή τον απασχολεί το τι θα κάνει με τον μυοσκελετικό του πόνο και όχι τι τον προκαλεί.

Μια εναλλακτική προσέγγιση, χρησιμότερη ίσως στην πρωτοβάθμια φροντίδα, αποτελεί το να περιοριστεί η διαδικασία της διάγνωσης, προκειμένου για δυνητικά σοβαρή παθολογία και άλλες ειδικές παθήσεις ή διαταραχές. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε αρχικά για την οσφυαλγία και φάνηκε να αποδίδει στην αντιμετώπισή της στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Εφαρμόζεται εύκολα σε άλλες διάχυτες επώδυνες καταστάσεις (Πλαίσιο 1.5) (ανασκόπηση Carr, 2001). Ασθενείς με «Κόκκινες Σημαίες» και αυτοί με ειδικές διαγνώσεις, συμπεριλαμβανομένων των φλεγμονώδων αρθροπαθειών και των διαταραχών του συνδετικού ιστού, πρέπει να παραπέμπονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Έχοντας αποκλείσει το μικρό ποσοστό των ασθενών με δυνητικά σοβαρή παθολογία και ειδικές διαγνώσεις, επόμενο βήμα αποτελεί το να αποφασίσουμε πώς να αντιμετωπίσουμε καλύτερα τους υπόλοιπους ασθενείς. Σε δύο πεδία πρέπει να επικεντρώσουμε το ενδιαφέρον μας: στο πώς θα αντιμετωπίσουμε τον πόνο και την ενόχληση και στο πώς θα προλάβουμε την ανάπτυξη αναπηρίας στο μέλλον. Οι οδηγίες στην αντιμετώπιση της οσφυαλγίας έδειξαν τη σημασία του να προσδιορίζουμε τους παράγοντες που προβλέπουν ότι το πρόβλημα θα γίνει χρόνιο. Είναι σημαντικό να δώσουμε θετικά μηνύματα σχετικά με την αποκατάσταση της κατάστασης και την αποφυγή της μακροχρόνιας βλάβης, λαμβάνοντας ιδιαίτερα υπ' όψιν την αποκάλυψη ψυχολογικών εμποδίων που παρεμβαίνουν δυσμενώς («κίτρινες σημαίες»). Οι αρχές αυτές έχουν περιγραφεί αλλού (Department of Health, 2007) και συνοψίζονται στο Πλαίσιο 1.6.

Πλαίσιο 1.4 Συμπτώματα και σημεία που συνηγορούν στην πρώιμη φλεγμονώδη αρθρίτιδα

- Συμμετρική διόγκωση αρθρώσεων του καρπού ή/και μετα-καρποφαλαγγικών ή/και μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων
- Δυσκαμψία αρθρώσεων, ειδικά το πρωτί που διαρκεί >30 λίπετά
- Διόγκωση (οίδημα) μαθιακών ιστών σε οποιαδήποτε άρθρωσης
- Καθή ανταπόκριση στη χορήγηση μη στεροειδών αντικρηγμονώδων φαρμάκων

Θεραπείες βασιζόμενες σε ενδείξεις για τα μυοσκελετικά προβλήματα

Η μετατόπιση ενδιαφέροντος προς την αυτοαντιμετώπιση των μυοσκελετικών προβλημάτων σημαίνει ότι η ομάδα φροντίδας υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα έχει κυριαρχη σημασία. Υπάρχει αυξανόμενη σε ενδείξεις βασιζόμενη πληροφορία που υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα αριθμού απλών παρεμβάσεων στην πρωτοβάθμια φροντίδα, προκειμένου για τα μυοσκελετικά προβλήματα (ανασκόπηση των Schillinger et al., 2003). Η άμεση φυσικοθεραπευτική παρέμβαση ελαττώνει τον χρόνο αναμονής και το κόστος και αποτελεί τρόπο διευκόλυνσης στη χρήση της άσκησης και μέτρων αυτοαντιμετώπισης χρήσιμων σε ασθενείς με ποικιλία καταστάσεων διάχυτου ή περιοχικού μυοσκελετικού πόνου, όπως η οστεοαρθρίτιδα, η οσφυαλγία, η ινομαλαγία και τα προβλήματα από τον ώμο. Η αναγραφή άσκησης δεν χρειάζεται να γίνεται μόνον από κάποιον φυσιοθεραπευτή. Συνήθως ο χρόνος αναμονής για τον φυσιοθεραπευτή είναι μακρύς και πολλές από τις αυτό-περιοριζόμενες μυοσκελετικές καταστάσεις μπορεί να αντιμετωπιστούν με άσκηση εκτός νοσοκομειακής φροντίδας. Αυτό πλεονεκτεί στο ότι ευνοεί την αυτοβοήθεια και την «αποιατρικοποίηση» των συνήθων μυοσκελετικών προβλημάτων. Το arc δημοσίευσε αρκετά φυλλάδια με πληροφορίες για τον ασθενή, χρήσιμα στην εκπαίδευση και τη συμβούλευτική παρέμβαση που προσφέρεται από επαγγελματίες υγείας (Πλαίσιο 1.7).

Πλαίσιο 1.5 «Κόκκινες Σημαίες» για σύνδρομα περιοχικού πόνου

Ιστορικό σημαντικού τραύματος

- Κάταγμα
- Μεζων τραυματισμός (βλάβη μαθιακών ιστών)

Εντοπισμένη αρθρική διόγκωση (οίδημα) ή/και ερυθρότητα

- Σηπτική αρθρίτιδα
- Φλεγμονώδης αρθρίτιδα
- Αίμαρθρο

Μη υφιέμενο νυχτερικό άλγος

- Κακοΐθεια
- Φλεγμονώδης νόσος/θοιμωξη

Εντοπισμένη οστική ευαισθησία

- Κάταγμα
- Κακοΐθεια
- Λοιμωξη

Διαταραχή από τη πειτουργία άλπηων συστημάτων

Συννοσπρότητα

Πλαίσιο 1.6 Ψυχολογικοί παράγοντες που προβλέπουν τη χρονιότητα

- Η πεποίθηση ότι ο πόνος οφείλεται σε προοδευτικά εξεριστόμενη παθοιτογύα
- Η πεποίθηση ότι ο πόνος οφείλεται σε βλάβη ή κάποια κακοΐθεια
- Η πεποίθηση ότι η αποφυγή της δραστηριότητας επιταχύνει την αποκατάσταση
- Η τάση για κοινωνική απομόνωση
- Η τάση για άγχος/κατάθλιψη
- Η πεποίθηση ότι οι παθητικές θεραπείες μάλισταν παρά τα προγράμματα αυτοβοήθειας θα βοηθήσουν

Τοπικές εγχύσεις στεροειδών είναι αποτελεσματικές βραχυχρόνια στην ελάττωση του πόνου από τους μαλακούς ιστούς του μυοσκελετικού, όπως την επικονδυλίτιδα των τενιστών και των προβλημάτων του ώμου, χωρίς όμως να βελτιώνουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Πρέπει να εφαρμόζονται σε ασθενείς που ο πόνος περιορίζει την εφαρμογή των μεθόδων αποκατάστασης που αναφέρθηκαν παραπάνω. Αν και οι κίνδυνοι από την τοπική έγχυση στεροειδών είναι μικροί, είναι ανάγκη να λαμβάνονται συγκεκριμένες προφυλάξεις (Πλαίσιο 1.8.).

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα προσφέρουν ίσως βραχυχρόνια στην οστεοαρθρίτιδα, έχουν όμως παρενέργεις ιδιαίτερα σε ομάδες ασθενών που συνταγογραφούνται συνηθέστερα (ηλικιωμένες γυναίκες). Όπου είναι δυνατόν, προτιμώνται τα απλά αναλγητικά.

Συνολική θεώρηση όσων συζητήθηκαν

Αυτά που συζητήθηκαν έχουν καθολική εφαρμογή λόγω της υψηλής συχνότητας των μυοσκελετικών καταστάσεων στον ανεπτυγμένο και αναπτυσσόμενο κόσμο, ιδιαίτερα λόγω της γήρανσης του πληθυσμού παγκόσμια. Στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι βασική η συμμετοχή των αρχών και των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας. Ανάγκη επαγρύπυνησης από τους επαγγελματίες υγείας, τα δημόσια πρόσωπα και τις κυβερνήσεις σχετικά με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των μυοσκελετικών καταστάσεων. Με την αυξητική τάση των ταξιδιών και της μετανάστευσης, σημαντική είναι επίσης η γνώση όλου του φάσματος των μυοσκελετικών καταστάσεων. Αναγκαίο είναι επίσης να δοθεί έμφαση στην πρόληψη μέσα από την ενθάρρυνση των υγιεινών τρόπων ζωής και προφύλαξης των αρθρώσεων και την αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου όπως αυτών που έχουν να κάνουν με την πτώση. Στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας στις ανεπτυγμένες ή αναπτυσσόμενες χώρες, κλειδί αποτελεί όχι η φροντίδα γενικά αλλά η κατάλληλα χορηγούμενη φροντίδα για τα προβλήματα του μυοσκελετικού.

Συμπέρασμα

Για περισσότερα από 10 χρόνια παρατηρήθηκε μια μετατόπιση του τρόπου σκέψης σχετικά με το πώς πρέπει να προσφέρεται η καλύτερη φροντίδα στους ασθενείς με ρευματικές διαταραχές (Πλαίσιο 1.9). Σε αυτούς με φλεγμονώδη αρθρίτιδα πρέπει να δίνεται έμφαση στην άμεση παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα για πρώιμη χορήγηση τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων, πριν αναπτυχθεί μη αντιστρεπτή αρθρική βλάβη. Σε ασθενείς με μη φλεγμονώδεις καταστάσεις, όπως η οστεο-αρθρίτιδα και ο διάχυτος ή περιοχικός μυοσκελετικός πόνος,

Πλαίσιο 1.7 Από δημοσιεύσεις

Arthritis Research Campaign (arc) φυλλάδια, βιβλιαράκια και άλλες δημοσιεύσεις διατίθενται από:

Dept RD
Arc Trading LTD
Brunel Drive
Northern Road Industrial Estate Nework
Notts NG 24 2DE
www.arc.org.UK

Πλαίσιο 1.8 Αντενδείξεις τοπικών εγχύσεων στεροειδών

Απόσπυτες

- Υποψία σπηπτικής αρθρίτιδας
- Διαταραχές ή σήψη τοπικά του δέρματος
- Συστηματική οξεία ποιμώνη
- Προσθετική άρθρωση

Σχετικές

- Ανεπαρκώς ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης
- Οστεοπόρωση

Πλαίσιο 1.9 Σύνοψη βασιζόμενη σε ενδείξεις

- Η πρώιμη επιθετική θεραπεία στη ρευματοειδή αρθρίτιδα με τροποποιητικά της νόσου φάρμακα βελτιώνει το κλινικό αποτέλεσμα και επιβραδύνει την ακτινογραφική της εξέλιξη (O'Dell, 2001)
- Οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν τους κύριους παράγοντες πρόβλεψης της ανικανότητας από χρόνιο πόνο (Linton, 2000)
- Οι τοπικές εγχύσεις στεροειδών προσφέρουν βραχυχρόνια ανακούφιση σε προβλήματα από τους μαλακούς ιστούς, χωρίς όμως να βελτιώνουν το μακροχρόνιο αποτέλεσμα (Smidt et al., 2002)

η άριστη αντιμετώπιση εξαρτάται από την αναγνώριση των ασθενών με «Κόκκινες Σημαίες» που θα ωφεληθούν από την παραπομπή για παραπέρα διερεύνηση και αντιμετώπιση στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η πρώτης γραμμής αντιμετώπιση για τους υπόλοιπους πρέπει να παρέχεται από τους επαγγελματίες υγείας της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τη χρήση των στρατηγικών που αναφέρθηκαν.

Carr A. Defining the Extended Clinical Role for Allied Health Professionals in Rheumatology. *arc Conference Proceedings No. 12. Arthritis Research Campaign*, Chesterfield, 2001.

Department of Health. Self care for people with long term conditions.

Department of Health Long Term Conditions Team, 2006; available online at http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Longtermconditions/DH_087281

Linton SJ. A review of psychological factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148–1156.

Meadows A, Sheehan NJ. Prescribing and injecting: the expanding role of the rheumatology nurse. *Musculoskeletal Care* 2005; 3: 176–178.

O'Dell JR. Combinations of conventional disease-modifying antirheumatic drugs. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 2001; 27: 415–426.

Schillinger D, Piette J, Grumbach K et al. Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine* 2003; 163: 83–90.

Smidt N, Assendelft WJJ, Windt van der DAWM et al. Corticosteroid injections for lateral epicondylitis: a systematic review. *Pain* 2002; 96: 23–40.

Dziedzic K, Jordan J, Sim J et al. Treatment options for regional musculoskeletal pain: what is the evidence? In: Breivik H & Shipley M, eds. *Pain: Best Practice and Research Compendium*. Elsevier, Toronto, 2007: 183–197.

Doherty M, Dougados M, eds. Osteoarthritis: current treatment strategies. *Best Practice and Research. Clinical Rheumatology* 2001; 15: 517–656.

Main CJ, Williams A. ABC of psychological medicine: musculoskeletal pain. *BMJ* 2002; 325: 534–537.

White C, Cooper RG. In Practice: Prescribing and Monitoring of Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs (DMARDs) for Inflammatory Arthritis. *Arthritis Research Campaign*, Chesterfield, 2005.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Άλγος σε καρπό και άκρα χείρα

Michael Shipley¹ and Elspeth Wise²

¹University College London Hospitals, London, UK

²Belmont Surgery, Durham, UK

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

- Η οξώδης οστεοαρθρίτιδα (OA) προσβάλλει τις άπω μεσοφαλαγγικές (ΑΜΦ) αρθρώσεις, είναι πολύ ουνήθης, είναι όμως επώδυνη μόνο για ηλίγους μήνες.
- Αν ένας ασθενής εμφανίζεται με οιδηματώδεις και επώδυνες αρθρώσεις του χεριού, θεωρήστε ως διάγνωση αυτήν της φιλεγμονώδους αρθρίτιδας.
- Ο καρπός και το άκρο χέρι αποτελούν ουνήθεις θέσεις βιάζονται από υπερβολική χρήση και τραυματισμό. Θυμηθείτε να ρωτήσετε σχετικά με την παρουσία προδιαθεσικών παραγόντων, ειδικά εργασίας/επαγγέλματος και χόμπι.
- Το σύνδρομο καρπιάσου οωλήνα αποτελεί ένα ούνηθες σύνδρομο παγίδευσης περιφερικού νεύρου με κλασική κλινική εμφάνιση.
- Το σύνδρομο Raynaud απαιτεί γενικά ουμπτωματική θεραπεία μόνο, αλλά πρέπει να έχουμε κατά νου την πιθανότητα δευτεροπαθών αιτιών κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα.

Ο πόνος και η μείωση στη λειτουργικότητα που αυτός προκαλεί σε καρπό και άκρο χέρι αποτελούν συνήθεις αιτίες μεγάλου άγχους στους ασθενείς. Τα άκρα χέρια μας δίνουν σημαντική πληροφορία σχετικά με τον κόσμο που ζόμε. Μπορούν να εκτελούν λεπτές και σύνθετες κινήσεις και είναι ουσιαστικά για την εργασία, τα αθλήματα, τα χόμπι και την κοινωνική επαφή.

Λειτουργική ανατομική

Ο καρπός αποτελεί μια σύνθετη κατασκευή στην οποία συμπεριλαμβάνονται τρεις ομάδες αρθρώσεων: οι κερκιδοκαρπικές αρθρώσεις που επιτρέπουν την κάμψη, την έκταση, την προσαγωγή, την απαγωγή και την περιαγωγή, η άπω κερκιδο-ωλένια αρθρωση που επιτρέπει τον πρηνισμό και τον υπτισμό και οι μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις (Εικόνα 2.1)

Τα οκτώ οστά του καρπού σε δύο στοίχους των τεσσάρων δημιουργούν ένα ρείθρο αποτελώντας το έδαφος του καρπιάσου σωλήνα. Ο παλαμιαίος εγκάρσιος σύνδεσμος, μια ισχυρή περιτονιακή ταινία, δημιουργεί την οροφή (στην παλαμιαία επιφάνεια) του καρπιάσου σωλήνα. Από τον σωλήνα αυτόν διέρχονται οι εν τω βάθει και οι επιπολείς τένοντες των καμπτήρων, οι τένοντες του μακρού καμπτήρα του αντίχειρα και του κερκιδικού καμπτήρα του καρπού καθώς και το μέσο νεύρο. Το ωλένιο νεύρο διέρχεται επιπολής του παλαμιαίου εγκάρσιου συνδέσμου και εν τω βάθει του εγκάρσιου συνδέσμου του καρπού στον σωλήνα Guyon. Οι τένοντες των εκτεινόντων μυών συγκρατούνται στη θέση τους στην

καμπτική επιφάνεια του καρπού με τη βοήθεια του εγκάρσιου συνδέσμου του καρπού. Ινώδη διαφράγματα διαιρούν το διαμέρισμα των εκτεινόντων σε 6 επιμέρους χώρους. Όλοι οι τένοντες των καμπτήρων περιβάλλονται από ένα κοινό έλυτρο που εκτείνονται από μια θέση εγγύς του καρπού μέχρι τη μεσότητα της παλάμης. Ο τένοντας του μακρού καμπτήρα του αντίχειρα και του ωλενίου καμπτήρα του καρπού έχουν το δικό τους ο καθένας έλυτρο, εντοπιζόμενοι σε ένα από τα έξι διαμερίσματα των ραχιαίων καμπτήρων.

Τα οστά του άκρου χεριού αποτελούν τα μετακάρπια, οι εγγύς, οι μέσες και οι άπω φάλαγγες καθώς και τα σημασιεύδη οστά. Ένα σημασιεύδες οστό βρίσκεται στη βάση του αντίχειρα στους τένοντες του βραχέος καμπτήρα του αντίχειρα. Το πρώτο μετακάρπιο οστό του αντίχειρα αποτελεί το βραχύτερο και περισσότερο κινητό από τα μετακάρπια οστά και βρίσκεται σε διαφορετικό επίπεδο από τα άλλα μετακάρπια. Αυτό είναι σημαντικό, γιατί επιτρέπει την αντιθετική κίνηση, π.χ. προκειμένου να συγκρατήσουμε ένα αντικείμενο. Οι καρπομετακάρπιες αρθρώσεις και οι αρθρώσεις μεταξύ μείζονος πολυγώνου και σκαφοειδούς οστού είναι ευαίσθητες στην ανάπτυξη OA.

Τα έλυτρα των τενόντων των επιπολείς και των εν τω βάθει μυών αρχίζουν από το επίπεδο της άπω εγκάρσιας πτυχής της παλάμης και τελειώνουν στη βάση των άπω φαλάγγων. Το έλυτρο του μακρού καμπτήρα του αντίχειρα συνεχίζει από τον καρπιαίο σωλήνα στην άπω φάλαγγα (του αντίχειρα). Στην κάμψη, πέντε ινώδεις ταινίες ή τροχαλίες (rulleys) συγκρατούν τα έλυτρα των καμπτήρων στη θέση τους.

Η δεύτερη και πέμπτη μετακαρποφαλαγγική (ΜΚΦ) αρθρωση εμφανίζουν κάμψη 90° περίπου, ενεργητική έκταση σπάνια >30° και παθητική έκταση που ποικίλλει από το σύνθετος των 60° ως τις 100° στα άτομα με χαλαρότητα των αρθρώσεων. Οι εγγύς και άπω μεσοφαλαγγικές (ΕΜΦ και ΑΜΦ) αρθρώσεις αποτελούν αρθρώσεις τύπου μεντεσέ. Οι μεσόστεοι και ελμινθοειδείς μυς παράγουν σύνθετες κινήσεις με έκταση των μεσοφαλαγγικών και κάμψη των ΜΚΦ αρθρώσεων και είναι ουσιώδεις στις λεπτές λειτουργίες του χεριού, δύπως το γράψιμο.

Υπάρχουν πολλές δυνατές αιτίες πόνου στον καρπό και το άκρο χέρι (Πίνακας 2.1).

Προβλήματα τενόντων

Τενοντοελυτρίτιδα των καμπτήρων

Τενοντοελυτρίτιδα των καμπτήρων (φλεγμονή των ελύτρων των τενόντων των δακτύλων) που οδηγεί σε διόγκωση (οιδημα) της παλαμιαίας επιφάνειας και ευαισθησία εγγύς και άπω του