

Βασικές αρχές της αξιολόγησης

Η αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος προϋποθέτει την κατάλληλη και λεπτομερή εξέταση του ασθενή. Η ορθότητα της διάγνωσης εξαρτάται από τη γνώση της λειτουργικής ανατομικής, την λήψη του ιστορικού με ακρίβεια, την επιμελή επισκόπηση και την πλήρη κλινική εξέταση. Η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την αξιολόγηση των κλινικών σημείων και συμπτωμάτων, την φυσική εξέταση, την γνώση της παθολογίας και των μηχανισμών πρόκλησης της κάκωσης, τις προκλητές δοκιμασίες (κίνηση), την ψηλάφηση και τέλος την συνεκτίμηση των προηγούμενων με τις εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις. Η ακριβής διάγνωση τίθεται μόνον μέσα από μία ολοκληρωμένη και συστηματική αξιολόγηση του ασθενή. Ο σκοπός της αξιολόγησης είναι η πλήρης και σαφής κατανόηση των προβλημάτων, τόσο από την άποψη του ίδιου του ασθενή, όσο και από την πλευρά του κλινικού, ώστε να αποσαφηνισθεί η φυσική πορεία των συμπτωμάτων που έχουν προκαλέσει το πρόβλημα (ή δυσλειτουργία). Όπως είχε αναφέρει και ο James Cyriax, «Η διάγνωση δεν είναι τίποτε άλλο παρά η εφαρμογή της ανατομίας ενός ανθρώπου»¹

Η πλέον συνήθης τεχνική καταγραφής των δεδομένων της αξιολόγησης είναι η μέθοδος που χρησιμοποιεί τις σημειώσεις «SOAP».² Το SOAP εξυπηρετεί και τα τέσσερα στάδια της αξιολόγησης: τα Υποκειμενικά συμπτώματα, τα Αντικειμενικά ευρήματα, την Αξιολόγηση και την Οργάνωση του θεραπευτικού προγράμματος. Η μέθοδος αυτή είναι εξαιρετικά χρήσιμη στον κλινικό για να επιλύσει ένα πρόβλημα. Στο σύγγραμμα αυτό το σκέλος της αξιολόγησης των υποκειμενικών συμπτωμάτων καλύπτεται υπό τον τίτλο Ιστορικό του Ασθενή, των αντικειμενικών ευρημάτων υπό τον τίτλο Παρατήρηση και της αξιολόγησης υπό τον τίτλο Εξέταση.

Αν και το κείμενο αυτό ασχολείται κυρίως με την αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος εξωτερικών ασθενών, μπορεί εύκολα να προσαρμοστεί για να καλύπτει τις ανάγκες ασθενών ενδονοσοκομειακά. Η βασική του διαφορά είναι η προσαρμογή της αξιολόγησης στις ανάγκες των εσωτερικών ασθενών. Άλλωστε, πολύ συχνά, η διάγνωση ενός εσωτερικού ασθενή έχει ήδη τεθεί πριν την εισαγωγή του στη κλινική και κάθε επόμενη αξιολόγηση προσαρμόζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο ο ασθενής ανταποκρίνεται στη θεραπεία. Παρομοίως, ο εξωτερικός ασθενής αξιολογείται διαρκώς κατά τη διάρκεια της θεραπείας και τα αποτελέ-

σματα της αξιολόγησης αυτής αντανακλούν την απόκριση του ασθενή στη θεραπεία.

Ανεξάρτητα από το πιο σύστημα θα ακολουθηθεί για την αξιολόγηση, ο εξεταστής οφείλει να καθιερώσει μία **σταθερή μέθοδο** ώστε να είναι βέβαιος πως με την ολοκλήρωση της αξιολόγησης δεν θα έχει τίποτε παραβλεφθεί. Η μέθοδος της αξιολόγησης θα πρέπει να είναι οργανωμένη, περιεκτική και κυρίως αναπαραγωγίμη. Κατά τη διαδικασία εξέλιξης της γίνεται σύγκριση του ενός ημιμόριου του σώματος που θεωρείται ως φυσιολογικό με το άλλο ημιμόριο στο οποίο παρατηρείται η παρέκκλιση ή η κάκωση. Απαραίτητη προϋπόθεση φυσικά, είναι ο εξεταστής να είναι γνώστης του εύρους των παραλλαγών στο ανθρώπινο σώμα, ώστε να αποφασίσει τι είναι φυσιολογικό και τι όχι. Σημαντικό είναι επίσης, ο εξεταστής να εστιάζει την προσοχή του μόνο σε ένα σκέλος της αξιολόγησης και να μην προχωρά στο επόμενο στάδιο, αν προηγούμενως δεν είναι βέβαιος πως το έχει ολοκληρώσει. Κατά την αξιολόγηση μίας άρθρωσης, ο εξεταστής πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσει το πώς το πρόβλημα στη συγκεκριμένη άρθρωση είναι σε θέση να επηρεάσει άλλες αρθρώσεις που ανήκουν στην ίδια κινητική αλυσίδα, καθώς αυτές προσπαθούν να αντισταθμίσουν το έλλειμμα.

Αξιολόγηση Μυοσκελετικού Συστήματος

- Ιστορικό ασθενή
- Παρατήρηση
- Εξέταση των κινήσεων
- Ειδικές δοκιμασίες
- Αντανακλαστικά και •
- Τζόγος των αρθρώσεων
- Ψηλάφηση
- Απεικονιστικές δοκιμασίες

Κάθε ένα από τα κεφάλαια του βιβλίου αυτού, ολοκληρώνεται με μία περίληψη που αναφέρεται στη διαδικασία αξιολόγησης του ίδιου κεφαλαίου. Η περίληψη αυτή επιτρέπει στον αναγνώστη να ελέγξει σύντομα τα σχετικά βήματα της αξιολόγησης της άρθρωσης ή της περιοχής που ενδιαφέρεται.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο εξεταστής λαμβάνει και καταγράφει το πλήρες ιατρικό ιστορικό και το ιστορικό της κάκωσης προκειμένου να οδηγηθεί σε μία αξιόπιστη απόφαση. Η επιτυχία της διαδικασίας αυτή προϋποθέτει αποτελεσματική και αποδοτική επικοινωνία του εξεταστή με τον ασθενή, αλλά και σε ορισμένες περιπτώσεις με άλλα μέλη της οικογένειάς τους καθώς και με συναφείς ειδικότητες της ομάδας υγείας. Στην προσπάθειά του αυτή ο θεραπευτής μιλά με σταθερό τόνο στη φωνή του και χρησιμοποιεί όρους που ο ασθενής είναι σε θέση να κατανοήσει, αφήνοντας πάντα ικανό χρόνο για να ακούσει. Σε όλη τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού οφείλει δείχνει κατανόηση, ενδιαφέρον, φροντίδα και επαγγελματισμό.³ Από όσα του αναφέρει ο ασθενής, δίνει έμφαση στα σημεία εκείνα που έχουν μεγαλύτερη κλινική σημασία και όχι σπάνια, είναι σε θέση να προχωρήσει στη διάγνωση απλά και μόνο *ακούγοντας τον ασθενή*. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται ώστε να μην παραληφθεί κανένα στάδιο της λήψης του ιστορικού και πολλές φορές, η επανάληψη ορισμένων ερωτήσεων επιτρέπουν στον θεραπευτή να εξοικειωθεί με τα χαρακτηριστικά προβλήματα που αναφέρει ο ασθενής, ώστε να διαπιστώσει τις παρεκκλίσεις από το φυσιολογικό που συχνά είναι ενδεικτικές προβλημάτων. Ακόμα και όταν η διάγνωση είναι προφανής, το ιστορικό παρέχει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με τη διαταραχή, την παρούσα κατάσταση, την πρόγνωση και το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα. Το ιστορικό, επίσης, επιτρέπει στον θεραπευτή να ανακαλύψει την προσωπικότητα του ασθενή, την γλώσσα του και τις νοητικές του ικανότητες, την ικανότητά του να διατυπώνει λόγο, κάθε προηγούμενη θεραπεία που έχει εφαρμόσει. Πρόσθετα στο ιστορικό της παρούσας πάθησης ή κάκωσης, ο εξεταστής σημειώνει το προηγούμενο ιστορικό, την θεραπευτική αγωγή που είχε ακολουθήσει και τα αποτελέσματά της. Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει κάθε σημαντική νόσο, χειρουργική επέμβαση, ατυχήματα ή αλλεργίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αναγκαίο να εμβαθύνει στο οικογενειακό και κοινωνικό ιστορικό εάν προκύπτει πως αυτό μπορεί να δώσει σημαντικά στοιχεία. Σημειώνονται, επίσης, ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές συνήθειες συμπεριλαμβανομένου και του τρόπου με τον οποίο κοιμάται, η πίεση της καθημερινότητας, ο φόρτος της εργασίας και οι ψυχαγωγικές του δραστηριότητες.

Είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού, ο θεραπευτής να φροντίζει ώστε ο ασθενής να εστιάζει τις απαντήσεις του στα συγκεκριμένα ερωτήματα και να τον αποθαρρύνει να δώσει πληροφορίες που δεν έχουν ενδιαφέρον. Οι ερωτήσεις και οι απαντήσεις τους θα παράσχουν απαραίτητες πληροφορίες για την κατάσταση. Ταυτόχρονα, προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα κατά την αξιολόγηση, είναι σημαντικό για τον εξεταστή να έχει καταγράψει μία πλήρη αναφορά για την κατάσταση του ασθενή, ενώ, παράλληλα να είναι έτοιμος να καταγράψει κάθε **red flag** και σύμπτωμα (Πίνακας 1-1) που θα καταδεικνύει πως το

ΠΙΝΑΚΑΣ 1-1

Ευρήματα Κόκκινες Σημείες που παραπέμπει σε Άμεσο Ιατρικό Έλεγχο

Καρκίνος	Επιμονος νυκτερινός πόνος Σταθερός πόνος οπουδήποτε στο σώμα Μη αιτιολογημένη απότομη απώλεια σωματικού βάρους Απώλεια όρεξης για τροφή Ασυνήθης ανάπτυξη όζων ή όγκων Αδικοιολογήτη κόπωση
Καρδιαγγειακό	Δυσκολία στην αναπνοή Ζάλη Πόνος ή αίσθηση βάρους στο στήθος Παλλόμενος πόνος οπουδήποτε στο σώμα Σταθερός και έντονος πόνος στα κάτω άκρα ή τους βραχίονες Αποχρωματισμός ή πόνος στα πόδια Οίδημα (χωρίς ιστορικό κάκωσης)
Γαστρεντερικό/ Ουρογεννητικό	Συχνός ή έντονος κοιλιακός πόνος Συχνές καούρες ή δυσπεψίες Συχνή ναυτία ή έμμετος Μεταβολές ή προβλήματα στη λειτουργία του εντέρου ή/και της ουροδόχου κύστης Ασυνήθιστες μεταβολές στον έμμηνο κύκλο
Διάφορα	Πυρετός ή νυκτερινή εφίδρωση Πρόσφατη έντονη συναισθηματική διαταραχή Οίδημα ή ερυθρότητα σε όποια άρθρωση χωρίς ιστορικό κάκωσης Εγκυμοσύνη
Νευρολογικά	Τροποποίηση της ακοής Συχνοί ή έντονοι πονοκέφαλοι χωρίς προηγούμενο ιστορικό κάκωσης Προβλήματα κατάποσης ή μεταβολές στην ομιλία Μεταβολές στην όραση (e.g., απώλεια όρασης ή θόλωση) Προβλήματα συντονισμού της ισορροπίας ή πτώσεις Αδυναμία άρθρωσης λόγου Ξαφνική αδυναμία

Τα στοιχεία προέρχονται από Stith JS, Sahrman SA, Dixon KK, et al: Curriculum to prepare diagnosticians in physical therapy. J Phys Ther Educ 9:50, 1995.

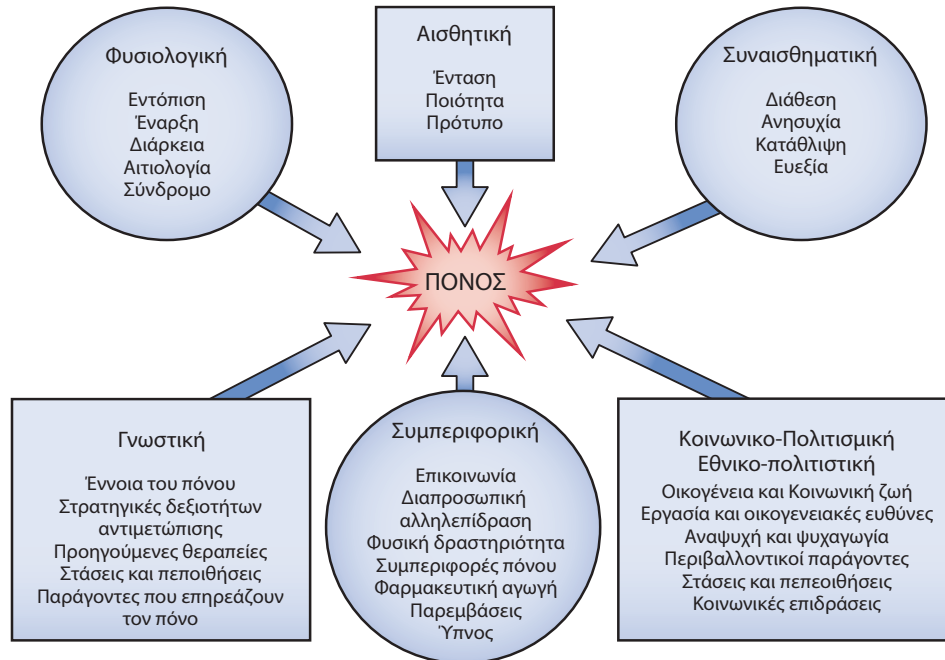
πρόβλημα δεν είναι μόνον μυοσκελετικό, αλλά, πολύ πιο σοβαρό για το οποίο ο ασθενής θα πρέπει να επισκεφθεί ειδικό ιατρό.^{4,5} Η καταγραφή επίσης των **yellow flag** να καταγράφονται από τον εξεταστή, καθώς δηλώνουν προβλήματα που μπορεί να είναι πιο σοβαρά ή να εμπλέκουν περισσότερες από μία περιοχές του σώματος που απαιτούν εκτεταμένο έλεγχο ή έχουν σχέση με αντενδείξεις σε θεραπείες που ο θεραπευτής πρέπει να έχει υπόψη του ή τέλος να σχετίζονται με ψυχοκοινωνικά θέματα που επηρεάζουν την θεραπεία.⁶

Ευρήματα Κίτρινες Σημαίες σε Πάσχοντες με Ιστορικό που Παραπέμπει σε Λεπτομερέστερη Εξέταση

- Μη φυσιολογικά σημεία και συμπτώματα
- Αμφίπλευρα συμπτώματα
- Περιφερειοποίηση συμπτωμάτων
- Συμπτωματολογία από το νευρικό σύστημα (νευρική ρίζα ή περιφερικό νεύρο)
- Συμμετοχή πολλών νεύρων
- Διαταραγμένα αισθητικά πρότυπα (δεν ακολουθούν τη κατανομή των δερμοτομιών ή των περιφερικών νεύρων)
- Αναισθησία δίκην σέλας
- Συμπτωματολογία από τον άνω κινητικό νευρώνα (νωτιαίος μυελος)
- Λιποθυμικές τάσεις
- Πτώσεις
- Ίλιγγος
- Συμπτωματολογία από το αυτόνομο νευρικό σύστημα
- Προοδευτική αδυναμία
- Προοδευτική εγκατάσταση διαταραχών βάδισης
- Φλεγμονή σε πολλές αρθρώσεις
- Ψυχολογική φόρτιση
- Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα ή το δέρμα

Το ιστορικό του ασθενή συνήθως λαμβάνεται με μία ομαλή ακολουθία. Παρέχει στον ασθενή μία ευκαιρία να περιγράψει το πρόβλημά του καθώς και τους περιορισμούς που προκύπτουν από αυτό, όπως ο ίδιος το βιώνει. Προκειμένου να επιτευχθεί ένα καλό λειτουργικό αποτέλεσμα είναι σημαντικό ο θεραπευτής να δώσει ιδιαίτερη σημασία στις προσδοκίες αλλά και τις ανησυχίες του ασθενή για την πορεία της θεραπείας. Τελικά, το ιστορικό αποτελεί την ομολογία του ασθενή για την ίδια του την κατάσταση. Οι ερωτήσεις του εξεταστή διατυπώνονται με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατανοητές και κυρίως να μην καθοδηγούν τον ασθενή στην απάντηση. Για παράδειγμα, ο εξεταστής δεν πρέπει να ρωτά «Η συγκεκριμένη αυτή ενέργεια αυξάνει τον πόνο που αισθάνεσαι;», αλλά κάποιο τρόπο τον πόνο που αισθάνεσαι;». Στον ασθενή κάθε φορά τίθεται μία ερώτηση και ο, είναι καλύτερα η ερώτηση να είναι του τύπου «Η συγκεκριμένη ενέργεια μεταβάλλει με θεραπευτής προχωρά στην επόμενη αφού έχει πάρει την απάντηση για την προηγούμενη. Θέτει ανοικτές ερωτήσεις όταν ζητά από τον ασθενή να του διηγηθεί μία κατάσταση, ενώ η ερώτηση γίνεται πιο συγκεκριμένος όταν θέλει να εκμαιεύσει από τον ασθενή μία ειδική πληροφορία. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις χρησιμοποιούνται συχνά για να συλλέξουν λεπτομέρειες από τις πληροφορίες που προέρχονται από τις ανοικτές ερωτήσεις, που συνήθως απαιτούν μονολεκτική απάντηση, δηλαδή ένα ναι ή ένα όχι. Σε κάθε περίπτωση αξιολόγησης του μυοσκελετικού συστήματος, ο εξεταστής θα πρέπει να ψάχνει απαντήσεις στα ακόλουθα κρίσιμα ερωτήματα.

1. *Ποια είναι η ηλικία και του φύλο του ασθενή;* Πολλά προβλήματα παρατηρούνται σε ένα συγκεκριμένο ηλικιακό φάσμα. Παράδειγμα αποτελούν διάφορες διαταραχές που παρατηρούνται σε συγκεκριμένες ηλικίες όπως η νόσος του Legg-Perthes ή η νόσος του Scheuermann, συνήθως στην προεφηβική και εφηβική. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η οστεοπόρωση παρατηρούνται συνήθως σε μεγαλύτερες ηλικίες. Το σύνδρομο παγίδευσης του ώμου, που παρατηρείται συνήθως στους νέους ηλικίας 15 έως 35 ετών, είναι συνήθως απόρροια μυϊκής αδυναμίας που προκαλεί μυϊκή ανισορροπία στον έλεγχο της ωμοπλάτης, ενώ σε μεγαλύτερες ηλικίες (40 και άνω) φαίνεται να οφείλεται περισσότερο εκφυλιστικών αλλοιώσεων στο σύμπλεγμα των αρθρώσεων του ώμου. Άλλες καταστάσεις φαίνεται να σχετίζονται με το φύλο και τη φυλή, όπως για παράδειγμα, ορισμένες νεοπλασματικές επεξεργασίες (στον προστάτη και την ουροδόχο κύστη), ενώ, άλλες παρατηρούνται συχνότερα στις γυναίκες (στον αυχένα και στο στήθος) και τέλος, πιο συχνά στη λευκή φυλή.
2. *Ποια είναι η εργασία του ασθενή;* Τι κάνει στην εργασία του ο ασθενής; Πως είναι το εργασιακό του περιβάλλον; Ποιες είναι οι απαιτήσεις της εργασίας του και ποια στάση παίρνει το σώμα του;⁷ Για παράδειγμα, ένας εργάτης έχει δυνατότερους μυς από κάποιον που κάνει καθιστική εργασία και ο οποίος φαίνεται να έχει λιγότερες πιθανότητες μυϊκής καταπόνησης. Οι εργάτες, όμως, είναι πιο εκτεθειμένοι σε κακώσεις λόγω της εργασίας τους. Από την άλλη πλευρά, όσοι εκτελούν καθιστική εργασία και δεν έχουν ανάγκη αυξημένης μυϊκής δύναμης, υπερφορτίζουν τις αρθρώσεις τους ή τους μυς τους τα σαββατοκύριακα λόγω υπερδραστηριότητας ή συμμετοχής σε αθλήματα, ασχολίες δηλαδή που δεν είναι συνηθισμένοι. Η στάση από συνήθεια και οι επαναλαμβανόμενες καταπονήσεις που προκαλούνται σε ορισμένα επαγγέλματα δείχνουν την πηγή του προβλήματος.
3. *Ποιος είναι ο λόγος που ο ασθενής έχει έρθει για βοήθεια;* Το ερώτημα αυτό συχνά αναφέρεται σε μας ως το **ιστορικό της παρούσας πάθησης** ή το **κυρίαρχο σύμπτωμα**. Το σκέλος αυτό του ιστορικού, παρέχει την ευκαιρία στους ασθενείς να περιγράψουν με δικά τους λόγια τι είναι αυτό που τους ενοχλεί και σε πιο βαθμό. Για τον κλινικό είναι σημαντικό να προσδιορίσει τι είναι αυτό που ο ασθενής ζητά να κάνει με λειτουργικό τρόπο και τι είναι αυτό που τώρα δε μπορεί. Σημαντικό, επίσης, για τον θεραπευτή είναι να γνωρίζει πιο αποτέλεσμα θα είναι σημαντικό για τον ασθενή, αν οι προσδοκίες του ασθενή είναι ρεαλιστικές και προς πιο λειτουργικό αποτέλεσμα πρέπει να κατευθυνθεί η θεραπεία σύμφωνα με τις προσδοκίες του, αν μπορεί να επιστρέψει στις προηγούμενες δραστηριότητές του και αν είναι σε θέση να κατανοήσει το αναμενόμενο αποτέλεσμα.⁸



Εικόνα 1-1 Οι διαστάσεις του πόνου. (Ανατύπωση από Redrawn from Petty NJ, Moore AP: Neuromusculoskeletal examination and assessment: a handbook for therapists, London, 1998, Churchill-Livingstone, p. 8.

4. Υπήρξε κάποιος τραυματισμός (μακροτραύμα) ή επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα (μικροτραύμα); Με άλλα λόγια ποιος ήταν ο **μηχανισμός της κάκωσης** και ποιοι ήταν οι προδιαθεσικοί παράγοντες; Αν ο ασθενής συμμετείχε σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, για παράδειγμα, ο ασθενής ήταν ο οδηγός ή επιβάτης; Ήταν εκείνος ο υπεύθυνος του ατυχήματος; Με ποια πλευρά χτύπησε το αυτοκίνητο; Πόσο γρήγορα έτρεχαν τα αυτοκίνητα όταν χτύπησε; Φορούσε ζώνη ασφαλείας; Όταν γίνονται ερωτήσεις προκειμένου να αναδειχθεί ο μηχανισμός της κάκωσης, ο θεραπευτής προσπαθεί να προσδιορίσει την κατεύθυνση και την ένταση της δύναμης και με ποια διεύθυνση αυτή εφαρμόστηκε. Ακούγοντας προσεκτικά τον ασθενή, ο θεραπευτής συχνά είναι σε θέση να προσδιορίσει την κατασκευή εκείνη που έχει υποστεί την κάκωση και πόσο έντονη ήταν αυτή, γνωρίζοντας τη δύναμη και τον μηχανισμό της κάκωσης. Για παράδειγμα, το πρόσθιο εξάρθρωμα του ώμου συχνά συμβαίνει όταν ο βραχίονας βρίσκεται σε απαγωγή και έξω στροφή πέρα από τα όρια της φυσιολογικής κίνησης (ROM) και η «τριπλή κάκωση» στο γόνατο (δηλαδή, η συνδυασμένη κάκωση του έσω πλαγίου και πρόσθιου χιαστού συνδέσμου μαζί με την κάκωση του έσω μηνίσκου), συνήθως προκαλείται από μία πλήξη στα πλάγια του γόνατος, όταν η άρθρωση σε κάμψη, πλήρως φορτισμένη και το πόδι σταθερό στο έδαφος. Επίσης, ο εξεταστής θα πρέπει να ελέγξει αν υπήρξε κάποια προδιάθεση, ασυνήθιστη αιτία ή νέοι παράγοντες (όπως, διατήρηση μιας στάσης για πολύ ώρα ή επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα, γενικό πρόβλημα υγείας ή γνωστά ή γενετικά προβλήματα) που οδήγησαν το πόδι στο να συμβεί η κάκωση.⁹
5. Το πρόβλημα εγκαταστάθηκε αργά ή ξαφνικά; Το πρόβλημα εγκαταστάθηκε με έναν ύπουλο, μέσης έντασης πόνο που στη συνέχεια μετεξελίχθηκε σε συνεχή ή υπήρξε ένα συγκεκριμένο επεισόδιο που προέκυψε ο τραυματισμός; Εάν έχει προκληθεί τραύμα από (inciting) εξωτερική αιτία, είναι σχετικά εύκολο να προσδιορισθεί η εντόπιση του προβλήματος. Ο πόνος επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της ημέρας; Η αφνίδια έναρξη του προβλήματος προκλήθηκε από κάκωση ή ήταν ένα απότομο κλειδώμα που προκλήθηκε από μυϊκό σπασμό ή πόνο; Υπάρχει κάτι που να ανακουφίζει τον πόνο; Η γνώση των γεγονότων οδηγεί τον θεραπευτή στη διαφορική διάγνωση.
6. Ποιά είναι τα συμπτώματα που ενοχλούν τον ασθενή; Αν είναι δυνατόν, αφήστε τον ίδιο τον ασθενή να σας δείξει που πονά. Ο ασθενής στην περίπτωση αυτή δείχνει ένα συγκεκριμένο σημείο ή μια ευρύτερη περιοχή; Η δεύτερη περίπτωση είναι ενδεικτική σοβαρότερης κατάστασης ή αναφερόμενη συμπτωματολογία (**yellow flag**). Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής περιγράφει τα συμπτώματα συχνά βοηθά στην χαρτογράφηση των προβλημάτων. Έχει τραυματισθεί το επικρατούν ή μη επικρατούν σκέλος; Η κάκωση στο επικρατούν σκέλος ενδεχομένως να έχει ως συνέπεια μεγαλύτερο λειτουργικό περιορισμό.

7. *Που εντοπιζόταν ο πόνος ή τα άλλα συμπτώματα όταν για πρώτη φορά ενοχλήθηκε ο ασθενής; Ο πόνος είναι υποκειμενική αίσθηση και οι εκδηλώσεις του είναι μοναδικές για κάθε άνθρωπο. Είναι μία σύνθετη εμπειρία με πολλές διαστάσεις (Εικόνα 1-1).¹⁰ Εάν η ένταση του πόνου ή των συμπτωμάτων είναι τέτοια, ώστε ο ασθενής δεν είναι σε θέση να κινηθεί προς μία συγκεκριμένη κατεύθυνση ή να διατηρήσει μία συγκεκριμένη στάση λόγω των συμπτωμάτων, ο πόνος χαρακτηρίζεται έντονος. Αν τα συμπτώματα ή ο πόνος εκγαθίστανται προοδευτικά με την κίνηση ή όταν διατηρείται μία στάση για αρκετό χρόνο, τα συμπτώματα χαρακτηρίζονται ως ερεθιστικά.^{11,12} Ο οξύς πόνος είναι ένας καινούργιος πόνος που συχνά είναι έντονος, συνεχής και πιθανόν αφοπλιστικός, και είναι επαρκούς ποιότητας που ο ασθενής αναγκάζεται να ζητήσει βοήθεια. Οι οξείες κακώσεις προκαλούν πόνο νωρίτερα κατά την κίνηση των αρθρώσεων ή ακόμα και η ελάχιστη δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει συμπτωματολογία, ενώ, συχνά ο πόνος παραμένει ακόμα και αφού η κίνηση σταματήσει.³ Ο χρόνιος πόνος είναι πιο ερεθιστικός αλλά όχι τόσο έντονος, ο ασθενής τον γνωρίζει και από προηγούμενη εμπειρία και σε πολλές περιπτώσεις γνωρίζει πώς να τον διαχειρισθεί. Ο οξύς πόνος συνοδεύεται συχνότερα ανησυχία, ενώ ο χρόνιος πόνος συνοδεύεται από κατάθλιψη.¹³ Η βλάβη των ιστών απελευθερώνει ουσίες που ευοδώνουν την ανάπτυξη φλεγμονής και **περιφερικής ευαισθητοποίησης** των ιδιοδεκτικών υποδοχέων (**πρωτογενής υπεραλγησία**) με αποτέλεσμα τοπικό πόνο. Αν η κάκωση δεν ακολουθήσει τη διαδικασία της φυσιολογικής επούλωσης και μεταπέσει σε χρόνια, θα παρατηρηθεί το φαινόμενο της **κεντρικής ευαισθητοποίησης** (καλείται και **δευτερογενής υπεραλγησία**). Η περιφερική ευαισθητοποίηση είναι ένα τοπικό φαινόμενο ενώ η κεντρική, είναι μία πιο κεντρική διαδικασία που εμπλέκει τη σπονδυλική στήλη και τον εγκέφαλο. Η κεντρική ευαισθητοποίηση εκδηλώνεται ως διάχυτη υπερευαισθησία στη σωματικούς, ψυχικούς και συναισθηματικούς στρεσογόνους παράγοντες, όπως το άγγιγμα, η μηχανική πίεση, ο θόρυβος, το έντονο φως, η θερμοκρασία και τα φάρμακα.^{14,15} Ο πόνος έχει μετατοπιστεί ή είναι διάχυτος; Η εντόπιση και η διάχυση του πόνου καταγράφεται σε έναν χάρτη του ανθρώπινου σώματος, που αποτελεί τμήμα του φυλλαδίου αξιολόγησης (βλ. Παράρτημα 1-1). Ο εξεταστής ζητά από τον ασθενή να σημειώσει με ακρίβεια σε πιο επίπεδο ήταν ο πόνος όταν εμφανίστηκε και στη συνέχεια που είναι τώρα. Υπάρχουν σημεία πυροδότησης του πόνου; Τα **σημεία πυροδότησης του πόνου** είναι εντοπισμένες περιοχές υπερευαισθησίας μέσα στους ιστούς, ευαίσθητα στην πίεση και συχνά συνοδεύονται από σφικτές δέσμες ιστών, ενώ, όταν είναι σαφώς υπερευαίσθητα εκλύουν αναφερόμενο πόνο που είναι σταθερός σε ένα σημείο, έντονος και εν τω βάθει. Τα σημεία πυροδότησης του πόνου μπορούν να οδηγήσουν στη διά-*

γνωση, καθώς η πίεσή τους αναπαράγει τη συμπτωματολογία. Τα σημεία πυροδότησης του πόνου δεν παρατηρούνται στους φυσιολογικούς μυς.¹⁶

Γενικά, η περιοχή που εμφανίζεται ο πόνος, μεγεθύνεται ή επεκτείνεται περιφερικότερα καθώς η κάκωση επιδεινώνεται, ενώ, αντίθετα η έκτασή της ελαττώνεται με τη βελτίωση της κατάστασης. Πολλοί ερευνητές αναφέρουν την επέκταση του πόνου ως **περιφερειοποίηση** και αντίθετα την ελάττωση της **επικέντρωση των συμπτωμάτων**.¹⁷⁻¹⁹ Όσο πιο περιφερικά και επιπολής βρίσκεται το πρόβλημα, τόσο πιο εύκολα και με ακρίβεια ο ασθενής είναι σε θέση να προσδιορίσει το σημείο που εντοπίζεται ο πόνος. Στην περίπτωση του αναφερόμενου πόνου, ο ασθενής με το δάκτυλό του δείχνει μία ευρύτερη περιοχή, αντίθετα με την εντοπισμένη κάκωση που δείχνει ένα συγκεκριμένο σημείο. Ο **αναφερόμενος πόνος** γίνεται αισθητός βαθύτερα στους ιστούς, το περίγραμμα της περιοχής που εντοπίζεται είναι ασαφές και ακτινοβολεί περιφερικά, χωρίς όμως να περνά τη μέση γραμμή του σώματος. Ως αναφερόμενος πόνος ορίζεται εκείνος που γίνεται αισθητός σε περιοχή διαφορετική από τους ιστούς που έχουν υποστεί την κάκωση, επειδή οι δύο περιοχές έχουν την ίδια ή παρακείμενη νεύρωση. Ο πόνος επίσης μετακινείται καθώς και η ίδια η κάκωση μετακινείται, για παράδειγμα, στην περίπτωση εσωτερικής αποδιοργάνωσης της άρθρωσης του γόνατος που υπάρχει ελεύθερο σώμα, ο πόνος άλλοτε εμφανίζεται κατά την κάμψη και άλλοτε κατά την έκταση. Ο εξεταστής θα πρέπει να κατανοήσει πλήρως που πονά ο ασθενής και να διαπιστώσει αν πονά στο τέλος της τροχιάς της κίνησης, σε τμήμα της τροχιάς ή σε όλη την τροχιά.⁹

8. *Ποια είναι η ακριβής κίνηση ή δραστηριότητα που προκαλεί πόνο; Στην φάση αυτή ο εξεταστής δεν ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει την κίνηση ή τη δραστηριότητα που του προκαλεί πόνο. Αυτό θα συμβεί κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Θα πρέπει*

Ο Πόνος και η Σχέση του με την Ένταση των Δραστηριοτήτων

- Επίπεδο 1: Πόνος μετά από συγκεκριμένη δραστηριότητα
- Επίπεδο 2: Πόνος στην έναρξη της δραστηριότητας που υφίσταται με την προθέρμανση
- Επίπεδο 3: Πόνος κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από συγκεκριμένη δραστηριότητα που δεν επηρεάζει την απόδοση
- Επίπεδο 4: Πόνος κατά τη διάρκεια και αμέσως μετά από συγκεκριμένη δραστηριότητα που επηρεάζει την απόδοση
- Επίπεδο 5: Πόνος κατά τις καθημερινές δραστηριότητες (ADLs)
- Επίπεδο 6: Σταθερός αμβλύς πόνος κατά την ανάπαυση που δεν διαταράσσει τον ύπνο
- Επίπεδο 7: Αμβλύς πόνος που δεν διαταράσσει τον ύπνο

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το επίπεδο 7 αποτελεί ένδειξη υψηλού επιπέδου οξύτητας

όμως να θυμάται πια κίνηση είναι επώδυνη ώστε κατά την εξέταση η κίνηση αυτή να γίνει τελευταία και ο πόνος να μην εμποδίσει την εξέταση των υπόλοιπων κινήσεων. Με την συνέχιση της δραστηριότητας ο πόνος παραμένει ο ίδιος ή αν γίνεται πιο έντονος, πόση ώρα χρειάζεται για να επανέλθει στα προηγούμενα επίπεδα; Υπάρχουν άλλοι παράγοντες που επιδεινώνουν ή ελαττώνουν τον πόνο; Υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που μεταβάλλουν τον πόνο; Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά επιτρέπουν στον εξεταστή να σχηματίσει μία εικόνα για τον ερεθισμό που έχει προκληθεί στην άρθρωση. Βοηθούν επίσης τον εξεταστή να διακρίνει αν ο πόνος είναι μυοσκελετικός, μηχανικός ή οφείλεται σε συστηματική πάθηση, που στην τελευταία περίπτωση ο πόνος δεν οφείλεται στο μυοσκελετικό σύστημα (Πίνακας 1-2).¹⁸ Λειτουργικά ο πόνος διακρίνεται σε δύο διαφορετικά επίπεδα ειδικά για τις περιπτώσεις επαναλαμβανόμενης καταπόνησης.

9. *Πόσο καιρό υπάρχει το πρόβλημα; Ποια είναι η διάρκεια και η συχνότητα των συμπτωμάτων; Οι απαντήσεις στα ερωτήματα αυτά βοηθούν τον εξεταστή να προσδιορίσει αν το πρόβλημα βρίσκεται στην οξεία, υποξεία ή χρόνια φάση ή πρόκειται για ένα οξύ πρόβλημα που επικάθεται σε ένα χρόνιο και παράλληλα προσπαθεί να καταλάβει την ανοχή του ασθενή στον πόνο. Σε γενικές γραμμές, ως **οξεία κατάσταση** θεωρείται αυτή που έχει εγκατασταθεί για 7 έως 10 ημέρες, **υποξεία** εκείνη που διαρκεί από 10 ημέρες έως και 7 εβδομάδες και ως **χρόνια κατάσταση** (ή χρόνια συμπτωματολογία) εκείνη που διαρκεί περισσότερο από 7 εβδομάδες. Στην οξεία κατάσταση που επικάθεται σε χρόνιο συνήθως υπάρχει ένας νέος τραυματισμός σε ιστούς που είχαν υποστεί κάκωση παλαιότερα. Η γνώση αυτή βοηθά τον εξεταστή κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, γιατί γνωρίζει εκ των προτέρων τη δύναμη που θα εφαρμόσει στους χειρισμούς του. Αν για παράδειγμα γνωρίζει ότι πρόκειται για οξεία κατάσταση οι χειρισμοί του θα είναι ήπιοι ώστε να μην προκαλέσουν πόνο και άρνηση από τον εξεταζόμενο. Όταν πρόκειται φυσικά για μία οξεία κατάσταση είναι πολύ πιθανό η κλινική εξέταση να μην ολοκληρωθεί και στην περίπτωση αυτή ο εξεταστής θα επιλέξει τη διαδικασία αξιολόγησης που θα του δώσει τον μεγαλύτερο όγκο πληροφοριών με τη μικρότερη δυνατή ενόχληση του ασθενή. Ο ασθενής προσπατεί ή χρησιμοποιεί βοηθήματα για να στηρίξει την περιοχή που έχει υποστεί κάκωση; Αν ναι, αισθάνεται σημαντική ενόχληση και φόβο για να μην πονέσει με την κίνηση του μέλους αν αυτό κινείται, αλλά στην περίπτωση που αυτό δεν κινείται συνήθως είναι ένδειξη μίας πιο οξείας κατάστασης.*
10. *Έχει συμβεί ανάλογη κατάσταση στο παρελθόν; Αν ναι, πώς ξεκίνησαν τα συμπτώματα την πρώτη φορά; Που εστιαζόταν το κυρίως πρόβλημα και υπήρξε διάχυση των συμπτωμάτων; Αν ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα, πόσος καιρός πέρασε μέχρι να αναλάβει; Υπήρξε κάποια θεραπευτική αγωγή που ανακούφι-*

ΠΙΝΑΚΑΣ 1-2

Διαφορές Συστημικού και Μυοσκελετικού Πόνου

Συστηματικός	Μυοσκελετικός
<ul style="list-style-type: none"> • Διαταραχές ύπνου • Βαθύς πόνος • Ελαττώνεται με την πίεση • Πόνος σταθερός ή κατά ώσεις και σπασμός • Δεν επιδεινώνεται με την μηχανική καταπόνηση • Συνοδεύεται από τα παρακάτω: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ίκτερο ○ Μεταναστευτική αρθραλγία ○ Εξανθήματα ○ Κόπωση ○ Απώλεια βάρους ○ Χαμηλό πυρετό ○ Γενικευμένη αδυναμία ○ Κυκλικά και περιοδικά συμπτώματα ○ Όγκοις ○ Ιστορικό λοιμώξεων 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνήθως μειώνεται κατά τη νύκτα • Οξύς ή επιπολής πόνος • Συνήθως ελαττώνεται με τη λήξη της δραστηριότητας • Συνήθως συνεχής ή διακεκομμένος • Επιδεινώνεται με τη μηχανική καταπόνηση

Από Meadows JT: Orthopedic differential diagnosis in physical therapy—a case study approach, New York, 1999, McGraw Hill, p. 100. Reproduced with permission of the McGraw-Hill Companies.

σε από τα συμπτώματα; Το σημερινό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ασθενής είναι το ίδιο με αυτό που είχε πριν ή διαφορετικό; Αν είναι διαφορετικό σε τι βαθμό; Οι απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα βοηθούν τον εξεταστή να προσδιορίσει την εντόπιση και την έκταση της κάκωσης.

11. *Υπάρχει άλλη κάκωση σε άλλο σημείο της κινητικής αλυσίδας; Παράδειγμα, τα προβλήματα στο πόδι μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στο γόνατο, το ισχίο, την πύελο και τη σπονδυλική στήλη. Τα προβλήματα στον αγκώνα μπορούν να προκαλέσουν πρόβλημα στον ώμο, όπως και αυτά στο ισχίο να προκαλέσουν προβλήματα στο γόνατο.*
12. *Αυξάνεται η ένταση, η διάρκεια ή η συχνότητα εμφάνισης του πόνου ή των υπολοίπων συμπτωμάτων; Οι αλλαγές αυτές δηλώνουν επιδείνωση της κατάστασης. Η ελάττωση της έντασης του πόνου και των άλλων συμπτωμάτων συνήθως δηλώνει πως η κατάσταση βελτιώνεται. Ο πόνος είναι σταθερός; και αν ναι πόσο καιρό έχει διαρκέσει; Οι ερωτήσεις αυτές βοηθούν τον εξεταστή να προσδιορίσει σε τι κατάσταση είναι το πρόβλημα σήμερα. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί για τον σχεδιασμό της θεραπείας και βοηθούν στο να προσδιορισθεί η αποτελεσματικότητά της. Ο πόνος και τα άλλα συμπτώματα συνοδεύονται και από άλλες φυσιολογικές λειτουργίες; Πα-*

**McGill-Melzack
PAIN QUESTIONNAIRE**

Patient's name _____ Age _____
 File No. _____ Date _____
 Clinical category (e.g., cardiac, neurological, etc.): _____

Diagnosis: _____

Analgesic (if already administered):
 1. Type _____
 2. Dosage _____
 3. Time given in relation to this test _____

Patient's intelligence: circle number that represents best estimate
 1 (low) 2 3 4 5 (high)

This questionnaire has been designed to tell us more about your pain. Four major questions we ask are:

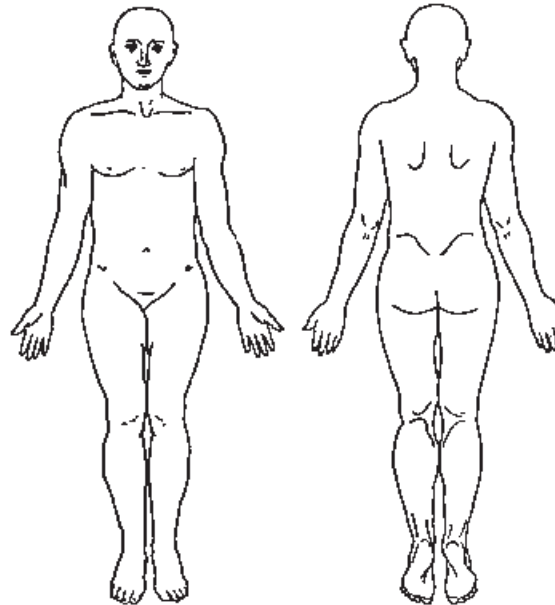
1. Where is your pain?
2. What does it feel like?
3. How does it change with time?
4. How strong is it?

It is important that you tell us how your pain feels now. Please follow the instructions at the beginning of each part.

© R. Melzack, Oct. 1970

Part 1. Where Is Your Pain?

Please mark, on the drawings below, the areas where you feel pain. Put E if external, or I if internal, near the areas which you mark. Put EI if both external and internal.



Part 2. What Does Your Pain Feel Like?

Some of the words below describe your present pain. Circle ONLY those words that best describe it. Leave out any category that is not suitable. Use only a single word in each appropriate category—the one that applies best.

1 Flickering Quivering Pulsing Throbbing Beating Pounding	2 Jumping Flashing Shooting	3 Pricking Biting Drilling Stabbing Lancinating	4 Sharp Cutting Lacerating
5 Pinching Pressing Grawing Cramping Crushing	6 Tugging Pulling Wrenching	7 Hot Burning Scalding Searing	8 Tingling Itchy Smarting Stinging
9 Dull Sore Hurling Aching Heavy	10 Tender Taut Rasping Spitting	11 Tiring Exhausting	12 Sickening Suffocating
13 Fearful Frightful Terrifying	14 Punishing Gruesome Cruel Vicious Killing	15 Wretched Blinding	16 Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable
17 Spreading Radiating Penetrating Piercing	18 Tight Numb Drawing Squeezing Tearing	19 Cool Cold Freezing	20 Nagging Nauseating Aggravating Dreadful Torturing

Part 3. How Does Your Pain Change With Time?

1. Which word or words would you use to describe the pattern of your pain?

1 Continuous	2 Rhythmic	3 Brief
Steady	Periodic	Momentary
Constant	Intermittent	Transient

2. What kind of things relieve your pain?

3. What kind of things increase your pain?

Part 4. How Strong Is Your Pain?

People agree that the following 5 words represent pain of increasing intensity. They are:

1 Mild	2 Discomforting	3 Distressing	4 Horrible	5 Excruciating
-----------	--------------------	------------------	---------------	-------------------

To answer each question below, write the number of the most appropriate word in the space beside the question.

1. Which word describes your pain right now? _____
2. Which word describes it at its worst? _____
3. Which word describes it when it is best? _____
4. Which word describes the worst toothache you ever had? _____
5. Which word describes the worst headache you ever had? _____
6. Which word describes the worst stomach-ache you ever had? _____

Εικόνα 1-2 Οι διαστάσεις του πόνου. (Ανατύπωση από Redrawn from Petty NJ, Moore AP: Neuromusculoskeletal examination and assessment: a handbook for therapists, London, 1998, Churchill-Livingstone, p. 8.

ράδειγμα, επιδεινώνεται ο πόνος με την εμφάνιση της έμμηνου ρύσης; και αν ναι, πότε η ασθενής είχε για τελευταία φορά εξέταση της πυέλου; Ανάλογες ερωτήσεις με τις προηγούμενες προσφέρουν ενδείξεις στον εξεταστή για τις αιτίες που προκαλούν το πρόβλημα και τους παράγοντες που το επηρεάζουν. Συχνά δίνει πολύτιμες πληροφορίες η χρήση του ερωτηματολογίου του πόνου που συμπεριλαμβάνει την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS – visual analog scale), την αριθμητική κλίμακα ή την προφορική κλίμακα και συμπληρώνονται από τον ασθενή πριν από

την εξέταση.^{20,21} Το ερωτηματολόγιο του πόνου που έχει καταρτισθεί από τους McGill και Melzack και η σύντομη έκδοσή του (Εικόνα 1-2 και 1-3)²²⁻²⁴ παρέχει τη δυνατότητα να περιγράψει την εμπειρία του στον πόνο με τρεις τρόπους – αισθητηριακό, συναισθηματικό και αποτιμητικό. Οι όροι αυτοί χρησιμοποιούνται προκειμένου να γίνει διάκριση των ασθενών που έχουν την εμπειρία πραγματικού αισθητικού πόνου από αυτούς που θεωρούν πως έχουν αυτή την εμπειρία (συναισθηματική κλίμακα πόνου). Άλλες κλίμακες μέτρησης του πόνου επιτρέπουν στον ασθενή να

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ MCGILL PAIN ΣΥΝΤΟΜΗ ΜΟΡΦΗ
RONALD MELZACK

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ : _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____

	<u>ΚΑΘΟΛΟΥ</u>	<u>ΗΠΙΟΣ</u>	<u>ΜΕΤΡΙΟΣ</u>	<u>ΟΞΥΣ</u>
1. ΠΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
2. ΔΙΑΞΙΦΙΣΤΙΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
3. ΣΟΥΒΛΕΡΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
4. ΚΟΦΤΕΡΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
5. ΩΣ ΚΡΑΜΠΑ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
6. ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
7. ΚΑΥΣΤΙΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
8. ΟΔΥΝΗΡΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
9. ΔΥΝΑΤΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
10. ΜΑΛΛΑΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
11. ΑΝΥΠΟΦΟΡΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
12. ΕΞΟΥΣΘΕΝΩΤΙΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
13. ΑΗΔΙΑΣΤΙΚΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
14. FEARFUL	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____
15. ΣΚΛΗΡΟΣ	0) _____	1) _____	2) _____	3) _____

0

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΠΟΝΟ

P P I

0 ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ _____

1 ΗΠΙΟΣ _____

2 ΕΝΟΧΛΗΤΙΚΟΣ _____

3 ΟΔΥΝΗΡΟΣ _____

4 ΦΡΙΚΤΟΣ _____

5 ΣΦΟΔΡΟΣ _____

10

Ο

ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΣ

ΠΟΝΟΣ

Εικόνα 1-3 Ο σύντομος τύπος του ερωτηματολογίου πόνου του McGill. Οι περιγραφές 1 έως 11 αντιπροσωπεύουν την αίσθηση του πόνου και οι περιγραφές 12 έως 15 αντιπροσωπεύουν τη συναισθηματική διάσταση. Κάθε περιγραφή εντάσσεται σε μία κλίμακα όπου 0 καθόλου πόνος, 1 ήπιος, 2 μέτριος, 3 σοβαρός. Η ένταση του πόνου τώρα (PPI) από την αναλυτική φόρμα του ερωτηματολογίου πόνου του McGill και η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) συμπεριλαμβάνονται επίσης ώστε να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα. Για να είναι η εξέταση πραγματική η γραμμή θα πρέπει να έχει μήκος 10 cm. (Τροποποιημένο από from Melzack R: The short-form McGill pain questionnaire. Pain 30:193, 1987.)

μετρήσει οπτικά την ένταση του πόνου μέσω μίας γραμμής μήκους 10 cm (οπτική αναλογική κλίμακα) (Εικόνα 1-4) ή μέσω μίας κλίμακας τύπου θερμομέτρου (Εικόνα 1-5).²⁵ Έχει δείχθει πως ο εξεταστής θα πρέπει να χρησιμοποιεί την ίδια κλίμακα πόνου όταν αξιολογεί ή επαναξιολογεί ασθενείς προκειμένου να διασφαλίσει την σταθερότητα των αποτελεσμάτων.²⁶⁻²⁹ Ο εξεταστής μπορεί στη συνέχεια να χρησιμοποιεί τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ή της κλίμακας ως ένδειξη για τον πόνο, όπως αυτός περιγράφεται ή βιώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Εναλλακτικά, για τον ίδιο σκοπό χρησιμοποιείται το σκαρίφημα αυτό-αξιολόγησης (βλ. Παράρτημα 1-1) που έχει δείχθει πως είναι αξιόπιστο.³⁰

13. Ο πόνος είναι σταθερός, περιοδικός, εμφανίζεται με συγκεκριμένες δραστηριότητες ή περιστασιακά; Η κατάσταση ενοχλεί τον ασθενή τη συγκεκριμένη στιγμή που έχει την ενόχληση; Αν δεν τον ενοχλεί τη

Πάνω στη γραμμή παρακαλώ σημειώσατε που αντιστοιχεί ο πόνος σας σής σήμερα

Καθόλου πόνος

0

Ο πιο δυνατός πόνος

10

Πάνω στη γραμμή σημειώσατε που αντιστοιχούσε ο πόνος σας όταν ήταν ο πιο έντονος που αισθανθήκατε ποτέ

Καθόλου πόνος

0

Ο πιο δυνατός πόνος

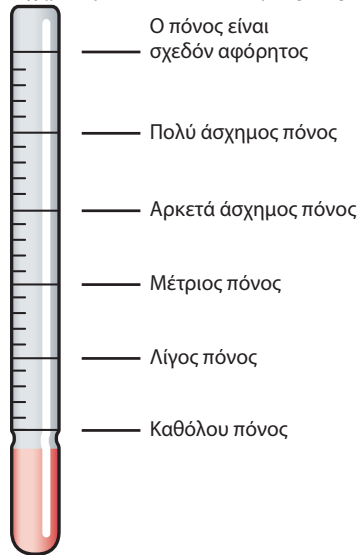
10

Εικόνα 1-4 Η Οπτική Αναλογική Κλίμακα του Πόνου (VASs). Παράδειγμα μόνο. Σημείωση: Για την εξέταση οι γραμμές θα πρέπει να έχουν μήκος 10cm.

Κλίμακα Βαθμονόμησης πόνου

Οδηγίες:

Ένα θερμόμετρο με διάφορες βαθμίδες του πόνου που ξεκινούν από το "Καθόλου πόνος" έως το "Ο πόνος είναι σχεδόν αφόρητος". Σημειώσατε ένα Χ στις λέξεις που περιγράφουν καλύτερα τον πόνο σας. Σημειώσατε πόσο άσχημος ήταν ο πόνος σας τη **συγκεκριμένη στιγμή**.



Εικόνα 1-5 Κλίμακα βαθμονόμησης πόνου «Θερμόμετρο». (Ανατυπωμένο από Brodie DJ, Burnett JV, Walker JM, et al: Evaluation of low back pain by patient questionnaires and therapist assessment. J Orthop Sports Phys Ther 11[11]:528, 1990.)

συγκεκριμένη στιγμή, ο πόνος δεν είναι σταθερός.

Ο σταθερός πόνος δηλώνει την ύπαρξη χημικού ερεθισμού, όγκου ή πιθανής σπλαγχνικής κάκωσης.¹⁸ Η παρουσία του είναι συνεχής αν και η ένταση δυνατόν να ποικίλει. Εάν είναι **περιοδικός** ή εμφανίζεται **περιστασιακά**, ο εξεταστής προσπαθεί να μάθει τη δραστηριότητα, τη θέση ή τη στάση που διεγείρει και αναζωπυρώνει τα συμπτώματα γιατί μέσα από τη διαδικασία αυτή θα προσδιορίσει ποιιο ιστοί αντιμετωπίζουν πρόβλημα. Ο τύπος αυτός του πόνου μοιάζει περισσότερο να είναι μηχανικός και να σχετίζεται με την κίνηση ή με το άγχος.¹⁸ **Ο περιστασιακός πόνος** σχετίζεται με ειδικές δραστηριότητες. Ταυτόχρονα ο εξεταστής πρέπει να παρατηρεί τον ασθενή. Ο πόνος είναι σταθερός; Ο ασθενής μένει άπνους λόγω του πόνου; Μήπως ο ασθενής προσπαθεί να βρει μία θέση που τον ανακουφίζει;

14. *Ο πόνος έχει σχέση με την ανάπαυση, τη δραστηριότητα, συγκεκριμένη θέση, σπλαγχνική λειτουργία ή περίοδο της ημέρας;* Ο πόνος κατά τη διάρκεια της δραστηριότητας που ελαττώνεται με την ανάπαυση, συνήθως δηλώνει ύπαρξη μηχανικού προβλήματος που έχει σχέση με την κίνηση, όπως την ύπαρξη συμφύσεων. Ο πρωινός πόνος που συνοδεύεται από δυσκαμψία, συνήθως είναι ενδεικτικός ύπαρξης χρόνιας φλεγμονής και οιδήματος που οδηγούν στην ελάττωση της κινητικότητας. Ο πόνος ή δυσανεξία

με το πέρασμα της ημέρας συνήθως αποτελεί ένδειξη αυξημένης ανεπάρκειας της άρθρωσης. Ο πόνος που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και εκείνος που επιδεινώνεται με την έναρξη της δραστηριότητας παρά με το πέρασμα της, δηλώνει την ύπαρξη οξείας φλεγμονής. Ο πόνος που δεν επηρεάζεται από την ανάπαυση ή τη δραστηριότητα συνήθως αποτελεί ένδειξη οστικού πόνου ή δυνατόν να σχετίζεται με οργανικές ή συστηματικές παθήσεις, όπως τα νεοπλάσματα ή παθήσεις των σπλάγγων. Ο χρόνιος πόνος συχνά συνοδεύεται και από άλλες εκδηλώσεις, κόπωση, διατήρηση συγκεκριμένων στάσεων και δραστηριοτήτων. Όταν ο πόνος εμφανισθεί τη νύκτα, πως ο ασθενής ξαπλώνει στο κρεβάτι του; Ύπτια, μπρούμυτα ή στα πλάγια; Ο ύπνος επηρεάζει τον πόνο ή ο ασθενής πονά όταν αλλάζει θέση στο κρεβάτι; Ο πόνος με σταθερή ένταση κατά τη διάρκεια της νύκτας αποτελεί ένδειξη σοβαρής παθολογικής κατάστασης (όπως, νεοπλασία). Οι κινήσεις σπάνια επηρεάζουν τον σπλαγχνικό πόνο, εκτός και αν κατά την κίνηση πιέζονται και αποσυμπιέζονται τα σπλάγγνα.¹¹ Τα σύνδρομα παγίδευσης περιφερικών νεύρων (όπως, το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα) και το σύνδρομο θωρακικής εξόδου, τείνουν να επιδεινώνονται κατά τη διάρκεια της νύκτας. Ο πόνος και οι κράμπες που εμφανίζονται μετά από παρατεταμένο βάδισμα, πιθανόν να δηλώνουν στένωση οσφυϊκών σπονδύλων (νευρογενής διαλείπουσα χωλότητα) ή αγγειακά προβλήματα (διαλείπουσα χωλότητα). Ο πόνος που προέρχεται από τους μεσοσπονδύλιους δίσκους επιδεινώνεται με το κάθισμα και την κλίση του κορμού προς τα εμπρός. Ο πόνος που προέρχεται από τις ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις συχνά ανακουφίζεται με το κάθισμα και επιδεινώνεται με την έκταση και τη στροφή του κορμού. Τι στρώμα και μαξιλάρι χρησιμοποιεί ο ασθενής; Τα μαξιλάρια από αφρώδες υλικό συχνά προκαλούν περισσότερα προβλήματα σε όσους παθήσεις της αυχενικής μοίρας γιατί τα μαξιλάρια αυτά είναι πιο μαλακά από ότι τα αυτά που είναι γεμισμένα με φτερά. Η χρήση επίσης πολλών μαξιλαριών ταυτόχρονα ή πολύ μαλακών προκαλούν επίσης προβλήματα.

15. *Ποια είναι η ποιότητα του πόνου;* **Ο νευρικός πόνος** είναι οξύς (διαπεραστικός), καυστικός και ζωνρός και τείνει να ακτινοβολείται στη διαδρομή της κατανομής των νευρικών ριζών. Ο εξεταστής οφείλει να είναι γνώστης της αισθητικής κατανομής των νευρικών ριζών (δερμοτόμια) και των περιφερικών νεύρων καθώς η διαφορετική κατανομή δηλώνει σε πιο νεύρο βρίσκεται η παθολογία ή το πρόβλημα. **Ο οστικός πόνος** είναι συνήθως βαθύς, κουραστικός και εντοπισμένος. **Ο αγγειακός πόνος** τείνει να είναι διάχυτος, αρκετά έντονος, εντοπίζεται δύσκολα και συχνά είναι αναφερόμενος σε άλλες περιοχές του σώματος. **Ο μυϊκός πόνος** συνήθως εντοπίζεται δύσκολα είναι αμβλύς και έντονος συχνά επιδεινώνεται με την κάκωση και μπορεί να αναφέρεται σε άλλες περιοχές του σώματος (Πίνακας 1-3). Όταν ένας μυς

έχει υποστεί κάκωση ο πόνος αυξάνεται κατά τη σύσπαση ή την διάτασή του. Ομοίως, ο πόνος προκαλείται και από αδρανείς ιστούς όπως οι σύνδεσμοι και οι αρθρικοί θύλακοι που εκλύουν πόνο πανομοιότυπο με αυτόν των μυών σε κατάσταση ηρεμίας (όπως

όταν ο εξεταστής παίρνει το ιστορικό). Όμως ο πόνος που εκλύεται από τους αδρανείς ιστούς αυξάνεται όταν οι ιστοί διατείνονται ή συμπιέζονται. Κάθε ένας από τους ειδικούς τύπους πόνου ταξινομείται στην κατηγορία του νευροπαθητικού πόνου και ακολουθεί συγκεκριμένες ανατομικές οδούς επηρεάζοντας συγκεκριμένες ανατομικές κατασκευές¹⁸. Η κλίμακα Αξιολόγησης Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και Ενδειξεων του Leeds (LANSS, Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs)(Εικόνα 1-6) αναπτύχθηκε με σκοπό να προσδιορισθεί αν οι νευροπαθητικές αιτίες κυριαρχούν στην εμπειρία του πόνου.³¹ Σε αντίθεση ο σωματικός πόνος είναι ένας σοβαρός χρόνιος ή έντονος πόνος που δεν συνάδει με την ύπαρξη κάκωσης ή παθολογίας σε συγκεκριμένη ανατομική κατασκευή και δεν μπορεί να εξηγηθεί με βάση συγκεκριμένη αιτία επειδή ακριβώς ο αισθητικός ερεθισμός δυνατόν να προέρχεται από διαφορετικές ανατομικές κατασκευές που νευρούνται από την ίδια νευρική ρίζα.¹² Ο επιπολής σωματικός πόνος μπορεί να είναι εντοπισμένος, αλλά ο εντω βάθει σωματικός πόνος είναι πλέον διάχυτος και μπορεί να είναι αναφερόμενος.³² Κατά την κλινική

ΠΙΝΑΚΑΣ 1-3

Περιγραφή του Πόνου και Σχετικές Κατασκευές

Τύπος Πόνου	Κατασκευή
Παλμικός-ρυθμικός, γενικός-διαρκής	Μυς
Αμβλύς, γενικός-διαρκής	Σύνδεσμοι, αρθρικοί θύλακοι
Σαν να περπατά	Νευρικές ρίζες
Οξύς, προκαλεί τρόμο	Νεύρα
Καυστικός, ως πίεση, γενικός-διαρκής	Συμπαθητικά νεύρα
Βαθύς, amblyw	Οστά
Σα να σε «σκίζεις», ανυπόφορος	Κάταγμα
Παλμικός-ρυθμικός, διάχυτος	Αγγεία

Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΝΟΥ LANSS PAIN

Αξιολόγηση κατά Leeds των Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και Σημείων

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ _____ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ _____

Η κλίμακα αυτή του πόνου βοηθά να κατανοήσουμε αν τα νεύρα που μεταφέρουν τα σήματα του πόνου εργάζονται φυσιολογικά ή όχι. Γνώση που είναι απαραίτητη στην περίπτωση που απαιτείται διαφορετική θεραπεία για τον έλεγχο του πόνου σας.

A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΝΟΥ

- Σκεφθείτε πως ήταν ο πόνος σας τις τελευταίες εβδομάδες.
- Αναφέρατε αν κάποια από τις περιγραφές ταιριάζει απόλυτα με τον πόνο που αισθάνεσθε.

1) Ο πόνος σας μοιάζει με μία περίεργη δυσάρεστη αίσθηση στο δέρμα σας; Την αίσθηση περιγράφουν φράσεις όπως τοίμπημα, μυρμήγκιασμα, βελονιάσμα.

- a) OXI - Ο πόνος μου δε μοιάζει με κάτι τέτοιο (0)
- b) NAI- Συχνά έχω ανάλογες αισθήσεις (5)

2) Ο πόνος στην περιοχή που εμφανίζεται κάνει το δέρμα σας να φαίνεται διαφορετικό από το φυσιολογικό; Λέξεις όπως πιτσιλωτό ή ροζ περιγράφουν την εμφάνισή.

- a) OXI - Ο πόνος δεν επηρεάζει το χρώμα του δέρματος (0)
- b) NAI- Έχω διαπιστώσει πως ο πόνος κάνει το δέρμα μου να μοιάζει διαφορετικά από το φυσιολογικό (5)

3) Ο πόνος κάνει το δέρμα σας να μην έχει φυσιολογική αίσθηση της αφής; Έχετε δυσάρεστες αισθήσεις ή πόνο όταν το κτυπάτε ελαφρά, ή φοράτε σφικτά ρούχα.

- a) NO - Ο πόνος δεν προκαλεί διαταραχή της αισθητικότητας (0)
- b) NAI- Το δέρμα μου είναι αφύσικα ευαίσθητο στην αφή στο..... (3)

4) Ο πόνος ξεκινά απότομα και με ώσεις χωρίς εμφανή αιτία. Λέξεις όπως ηλεκτρική εκκένωση, εκκρηκτικός, ανατηδών, περιγράφουν τις αισθήσεις αυτές.

- a) OXI - Ο πόνος δεν μοιάζει σαν (0)
- b) NAI- Συχνά έχω αυτές τις αισθήσεις (2)

5) Ο πόνος σας κάνει να αισθάνεσθε σαν να έχει αλλάξει αφύσικα η θερμοκρασία στο δέρμα στην επώδυνη περιοχή; Τις αισθήσεις περιγράφουν λέξεις όπως, ζεστό και καίει.

- a) OXI - Δεν έχω ανάλογες αισθήσεις (0)
- b) NAI- Έχω ανάλογες αισθήσεις συχνά (1)

B. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ευαισθησία ελέγχεται συγκρίνοντας την επώδυνη περιοχή με τη σύστοιχη ή με άλλη περιοχή που δεν πονά και εμφανίζει αλλοδυνία με ειδικό όργανο που φέρει αβίδες.

1) ΑΛΛΟΔΥΝΙΑ (Πόνος που προκαλείται από αιτία που φυσιολογικά δε θα προκαλούσε πόνο). Παράδειγμα η αντίδραση στο χάιδεμα με ένα βαμβάκι αρχικά στην υγιεινή και στη συνέχεια στην περιοχή που πονά. Αν στην υγιή πλευρά η αίσθηση είναι φυσιολογική αλλά στην άλλη περιοχή ο ασθενής αισθάνεται μυρμήγκιαση ή βελονιάσματα πρόκειται για αλλοδυνία

- a) OXI, φυσιολογική αίσθηση και στις δύο περιοχές (0)
- b) NAI, αλλοδυνία μόνο στην επώδυνη περιοχή (5)

2) ALTERED PIN-PRICK THRESHOLD

Determine the pin-prick threshold by comparing the response to a 23 gauge (blue) needle mounted inside a 2 ml syringe barrel placed gently on to the skin in a non-painful and then painful areas.

If a sharp pin prick is felt in the non-painful area, but a different sensation is experienced in the painful area (e.g., none/blunt only [raised PPT] or a very painful sensation [lowered PPT]), an altered PPT is present.

If a pinprick is not felt in either area, mount the syringe onto the needle to increase the weight and repeat.

- a) NO, equal sensation in both areas (0)
- b) YES, altered PPT in painful area (3)

SCORING:

Add values in parentheses for sensory description and examination findings to obtain overall score.

TOTAL SCORE (maximum 24)

If score <12, neuropathic mechanisms are unlikely to be contribution to the patient's pain.

If score ≥12, neuropathic mechanisms are likely to be contribution to the patient's pain.

Figure 1-6 Η Κλίμακα Αξιολόγησης Πόνου, Νευροπαθητικών Σημείων και Συμπτωμάτων του Leeds (LANSS). (Τροποποιημένο από Bennett M: The LANSS Pain Scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs, Pain 92:156–157, 2001.)

εξέταση ο σωματικός πόνος μπορεί να αναπαραχθεί αλλά ο σπλαγχνικός πόνος δεν αναπαράγεται με τη κίνηση.³²

16. *Τι αισθάνεται ο ασθενής; και σε πιο σύστημα ανήκουν οι αισθήσεις αυτές; Αν το πρόβλημα βρίσκεται στα οστά συνήθως η ακτινοβολία του πόνου είναι μικρή. Όταν η πίεση ασκείται σε νευρική ρίζα ο ριζικός πόνος προκαλείται λόγω πίεσης της σκληράς μήνιγγας που αποτελεί το εξωτερικό περίβλημα του νωτιαίου μυελού. Όταν η πίεση ασκείται στην πορεία του νεύρου δεν παρατηρείται πόνος αλλά παραισθησία ή διαταραχή της αισθητικότητας όπως αίσθημα «καρφιδών και βελόνων» ή τσουξίματος. Η παραισθησία είναι μία δυσάρεστη αίσθηση που προκαλείται χωρίς να υπάρχει κάποιο προφανές ερέθισμα ή αιτία. Ο αυτόνομος πόνος μοιάζει περισσότερο ως καυστικός πόνος. Αν το ίδιο το νεύρο επηρεάζεται ανεξάρτητα από το σε πιο σημείο της διαδρομής του νεύρου προκαλείται ο ερεθισμός, ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται τον πόνο ως να προέρχεται από την περιφέρεια. Αυτό αποτελεί ένα παράδειγμα **αναφερόμενου πόνου**.*

17. *Η άρθρωση είναι κλειδωμένη; Υπάρχει σπασμός; Αστάθεια και τάση υποχώρησης; Σπανίως το κλειδωμα σημαίνει πως η άρθρωση δεν είναι σε θέση να κινηθεί απόλυτα. Το **κλειδωμα** της άρθρωσης μπορεί να σημαίνει πως η άρθρωση δεν μπορεί να έρθει σε πλήρη έκταση, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της ρήξης του μηνίσκου στο γόνατο ή μπορεί να σημαίνει πως κάποια στιγμή δεν μπορεί να εκταθεί αλλά κάποια άλλη στιγμή δεν μπορεί να έρθει σε πλήρη κάμψη (**ψευδοκλειδωμα**) όπως συμβαίνει στην περίπτωση ύπαρξης ελεύθερου σωματίου που μετακινείται ελεύθερα μέσα στην άρθρωση. Το κλειδωμα ενδέχεται να σημαίνει πως η άρθρωση δεν είναι σε θέση να καλύψει την πλήρη τροχιά κίνησής της λόγω μυϊκού σπασμού ή διότι η κίνηση εκτελείται πολύ γρήγορα κατάσταση που συχνά αποκαλείται **σπασμός κλειδώματος**. Η **υποχώρηση** της άρθρωσης συχνά προκαλείται λόγω ανταντακλαστικής αναστολής ή αδυναμίας των μυών περί την άρθρωση και ο ασθενής αισθάνεται πως το άκρο του θα κλειδώσει εάν φορτισθεί ή φοβάται πως ο πόνος θα είναι έντονος. Η αστάθεια δυνατόν να προκληθεί από τον φόβο για τον αναμενόμενο πόνο ή αστάθεια.*

Σε μη παθολογικές καταστάσεις η υπέρμετρη τροχιά κίνησης της άρθρωσης καλείται **χαλαρότητα** ή **υπερκινητικότητα**. Η χαλαρότητα μίας άρθρωσης προϋποθέτει πως υπάρχει υπέρμετρη τροχιά κίνησης στην άρθρωση αλλά ο ασθενής είναι σε θέση να ελέγχει την κίνηση στην τροχιά αυτή ενώ δεν υπάρχει παθολογία. Η χαλαρότητα αυτή οφείλεται στην αντίσταση που προβάλλουν στην κίνηση οι σύνδεσμοι και ο αρθρικός θύλακος.³³ Η χαλαρότητα διαφέρει από την ευκαμψία που ορίζεται ως διαθέσιμη τροχιά κίνησης μίας ή περισσότερων αρθρώσεων και είναι κυρίως απόρροια της λειτουργίας των συστατικών ιστών σε συνδυασμό με την αντίσταση που προ-



Εικόνα 1-7 Συγγενής Χαλαρότητα του αγκώνα που φέρει τον αγκώνα σε υπερέκταση. Μη παθολογική υπερκινητικότητα.

βάλλουν οι σύνδεσμοι και ο αρθρικός θύλακος της άρθρωσης.³³ Οι Cleim και McHugh³³ ταξινομούν την ευκαμψία σε δύο κατηγορίες: τη στατική και τη δυναμική. Η στατική ευκαμψία σχετίζεται με τη διαθέσιμη τροχιά κίνησης μίας ή περισσότερων αρθρώσεων, ενώ, η δυναμική ευκαμψία σχετίζεται με τη σκληρότητα και την ευκολία με την οποία πραγματοποιείται μία κίνηση. Η χαλαρότητα ενδέχεται να οφείλεται σε οικογενείς παράγοντες ή σε επαγγελματικές και άλλες δραστηριότητες (όπως για παράδειγμα σε αθλητικές). Σε κάθε περίπτωση όταν διαπιστώνεται χαλαρότητα αυτή θα πρέπει να θεωρείται ως φυσιολογική (Εικόνα 1-7). Εάν παρατηρείται συμπτωματολογία η χαλαρότητα θεωρείται πως έχει παθολογικό υπόστρωμα ενδεικτικό του γεγονότος πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ελέγχει τις αρθρώσεις του κατά τη διάρκεια της κίνησης ιδιαίτερα στο τέλος της τροχιάς κίνησης σημείου ενδεικτικού της αστάθειας της άρθρωσης. Η αστάθεια καλύπτει ένα ευρύ φάσμα παθολογικής υπερκινητικότητας από τον έλεγχο των κινήσεων μίας άρθρωσης έως και την ανατομική αστάθεια που ενέχει τον κίνδυνο υπεξάρθρωματος ή εξάρθρωματος της άρθρωσης. Για τους σκοπούς της αξιολόγησης η αστάθεια ταξινομείται σε μεταθετική (απώλεια του αρθροκινηματικού ελέγχου) και ανατομική (εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα).³⁴ Η **μεταθετι-**

κή αστάθεια που αναφέρεται και ως *παθολογική ή μηχανική αστάθεια*) αναφέρεται στην απώλεια ελέγχου των μικρών, αρθροκινηματικών κινήσεων των αρθρώσεων (όπως της ολίσθησης κύλισης και μετατόπισης) που παρατηρούνται στην προσπάθεια του ασθενή να σταθεροποιήσει (στατικά ή δυναμικά) την άρθρωση κατά τη διάρκεια των κινήσεων. Η **ανατομική αστάθεια** (που καλείται επίσης και *κλινική ή παθολογική υπερκινητικότητα*) αναφέρεται στις υπέρμετρες κινήσεις μίας άρθρωσης και ο ασθενής φοβάται πως θα συμβεί εξάρθρωμα ή υπεξάρθρωμα προς το τέλος της τροχιάς κίνησης της άρθρωσης. Σημειώνεται πως επικρατεί σύγχυση ως προς την χρήση των όρων που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τους δύο τύπους αστάθειας. Για παράδειγμα ο όρος μηχανική αστάθεια χρησιμοποιείται για να περιγράψει την ανατομική αστάθεια λόγω της ανατομικής ή παθολογικής δυσλειτουργίας μίας άρθρωσης. Η **λειτουργική αστάθεια** μπορεί να αναφέρεται μόνον στον ένα ή και στους δύο τύπους αστάθειας και υπονοεί την αδυναμία ελέγχου της αρθροκινηματικής ή της οστεοκινηματικής της τροχιάς κίνησης της άρθρωσης είτε συνειδητά ή ασυνειδητά κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης λειτουργικών κινήσεων. Οι αστάθειες του τύπου αυτού είναι περισσότερο εμφανείς κατά τη διάρκεια των κινήσεων που εκτελούνται με μεγάλη ταχύτητα ή υπό φόρτιση. Και οι δύο τύποι αστάθειας είναι σε θέση να προκαλέσουν συμπτωματολογία και η αντιμετώπισή τους εστιάζεται στη διδασκαλία του πάσχοντα να ελέγξει το μυϊκό σύστημα της άρθρωσης και να βελτιώσει τον χρόνο αντίδρασης. Και οι δύο τύπου αστάθειας, επίσης, δυνατόν να είναι εκούσιοι ή ακούσιοι. Η **εκούσια αστάθεια** προκαλείται από την μυϊκή συστολή και η **ακούσια αστάθεια** είναι αποτέλεσμα της θέσης της άρθρωσης. Ένα άλλο σημείο που πρέπει να σημειώνεται κατά τη διαδικασία αξιολόγησης της αστάθειας είναι ο **χρονικός κύκλος της αστάθειας** μία έννοια που έχει προκύψει από της σχετικές έρευνες στον ώμο^{35,36} αλλά κατ' αναλογία ισχύει και για άλλες αρθρώσεις. Η αρχή αυτή υποστηρίζει πως η κάκωση των ιστών στη μία πλευρά της άρθρωσης που οδηγεί σε αστάθεια προκαλεί κακώσεις και στους ιστούς της άλλης πλευράς ή και ακόμα σε άλλες κατασκευές της άρθρωσης. Κατά συνέπεια το πρόσθιο εξάρθρωμα του ώμου δυνατόν να οδηγήσει σε κάκωση της οπίσθιας επιφάνειας του αρθρικού θυλάκου. Ομοίως, η προσθοπλάγια στροφική αστάθεια στο γόνατο προκαλεί κάκωση στις οπίσθιες κατασκευές της άρθρωσης όπως τον οπίσθιο αρθρικό θύλακο, όπως επίσης και στις πρόσθιες (πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος) και πλάγιες (έξω πλάγιος σύνδεσμος) κατασκευές. Κατά συνέπεια ο εξεταστής ο εξεταστής οφείλει να ερευνά για πιθανή κάκωση και προς την αντίθετη πλευρά της άρθρωσης ακόμα και αν τα συμπτώματα εντοπίζονται στη μία πλευρά ειδικά μάλιστα αν η κάκωση έχει προέλθει από τραυματισμό.

18. *Είχε ο ασθενής ποτέ την εμπειρία αμφίπλευρων συμπτωμάτων από τον νωτιαίο μυελό ή πτώση από λιποθυμία;* Η λειτουργία της ουροδόχου κύστης είναι φυσιολογική; Υπάρχει υπαισθησία «δίκην σέλας» (αισθητική διαταραχή στο περίνεο τους γλουτούς) ή ίλιγγος; Οι όροι «ίλιγγος» και «ζάλη» συχνά χρησιμοποιούνται ως συνώνυμοι αν και ο ίλιγγος συνήθως αποτελεί ένδειξη σοβαρότερης συμπτωματολογίας. Οι όροι περιγράφουν τη ταλάντευση και την αίσθηση περιστροφής του σώματος που συνοδεύεται από την αίσθηση αστάθειας και απώλειας της ισορροπίας. Τα συμπτώματα είναι ενδεικτικά ύπαρξης σοβαρών νευρολογικών προβλημάτων όπως η αυχενική μυελοπάθεια που πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή και η οποία στις περιπτώσεις που συνυπάρχει με διαταραχές της λειτουργίας της ουροδόχου κύστης μπορεί να αποτελεί επείγουσα κατάσταση που δυνητικά αντιμετωπίζεται χειρουργικά. Η απώλεια της ισορροπίας συμβαίνει όταν ο ασθενής ξαφνικά πέφτει κάτω χωρίς να υπάρχει εμφανής αιτία και ενώ διατηρεί τη συνείδησή του.¹⁸ Οι πτώσεις προκαλούνται από νευρολογική δυσλειτουργία κυρίως του εγκεφάλου.
19. *Υπάρχουν αλλαγές στο χρώμα του δέρματος των ποδιών;* Η ισχαιμία που προκαλείται από κυκλοφορικά προβλήματα καθιστά το δέρμα των κάτω άκρων λευκό και εύθραυστο ενώ παρατηρείται απώλεια των τριχών και υπερκεράτωση των ονύχων των χεριών και των ποδιών. Η συμπτωματολογία αυτή δυνατόν να προκληθεί από καταστάσεις όπως η αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία που αποτελεί αυτόνομη νευρική αντίδραση, ωστόσο, ήσσονος σημασίας, ενώ δυνατόν να προκαλείται από κυκλοφορικά προβλήματα όπως το σύνδρομο Raynaud.
20. *Ο ασθενής βρίσκεται σε ψυχολογική υπερένταση λόγω οικονομικών, προσωπικών ή κοινωνικών προβλημάτων;* Η ψυχολογική υπερένταση ορισμένες φορές θεωρείται ως **κίτρινη σημαία** που τροποποιεί τόσο την αξιολόγηση όσο και την θεραπεία που ακολουθεί.^{37,38} Προβλήματα στο γάμο, τις προσωπικές σχέσεις, οικονομικά προβλήματα η υπερένταση

Αντιδράσεις στην Υπερένταση

- Άγχος και πόνοι
- Ανησυχία
- Μεταβολές της όρεξης
- Χρόνια κόπωση
- Δυσκολίες συγγέντρωσης
- Διαταραχές του ύπνου
- Εκνευρισμός και αυτισμομονησία
- Απώλεια του ενδιαφέροντος και της χαράς της ζωής
- Μυϊκή υπερένταση (πονοκέφαλοι)
- Εφίδρωση των χεριών
- Ρίγη
- Παραίτηση