Skadespatologi

Belastningsbetingede skader: Side 2-33

Traumatiske skader: Side 34-72

Senebetændelse (Tendinitis)

Definition og årsag

Senerne forbinder musklerne med knoglerne. Senerne er stærke og ret ueftergivelige. På arme og ben kan senerne være lange, og de bruges af musklerne, som et tovespil, til at bevæge led. Der kan opstå en irritationstilstand i en sene, og dette kaldes tendinitis eller senebetændelse uden bakterier.

Tilstanden ses ved en eller anden form for overbelastning af sene. Det kan være mange gentagne bevægelser, f.eks. i forbindelse med arbejde. Det kan også forekomme ved sportsudøvelse, hvor den kraftige brug af musklerne overbelaster sener. Ved forkert brug af udstyr (sko, ketsjer, golfkølle) kan der ligeledes opstå senebetændelser.

Irritationstilstanden kan opstå i hvilken som helst sene, men oftest ses det i skulder-, albue-, håndleds-, knæ og fodledssener. Betændelse i senehæftet på ydersiden af albuen kaldes en?tennisalbue?, da disse sener ofte overbelastes ved tennisspil. På indersiden af albuen hæfter sener, der kan blive overbelastet ved golfspil og give en såkaldt golfalbue. Man kan dog sagtens pådrage sig disse lidelser uden at dyrke de to sportsgrene.

Irritationen kan også sidde i de omkringliggende seneskeder og -hinder. (Se seneskedebetændelse).

Med alderen bliver ens sener stivere, og dette er formentligt forklaringen på at hyppigheden af senebetændelse øges med alderen.

Nogle sygdomme kan øge risikoen for senebetændelser. Det drejer sig eks. om ledegigt og Bechterews sygdom. Visse personer kan være arveligt disponeret til lidelser i senerne.

Symptomer på senebetændelse

Der vil være smerter ved brug. Området omkring sene vil hæve op, og bevægelsen kan være nedsat. Der vil være rødme over området. Ved svære tilfælde kan der være smerte i hvile. Fortsat brug af senen vil holde irritationen ved lige, og der kan udvikles arvæv, forkalkninger og brusk i senen, som nedsætter dens funktion.

Forebyggelse og diagnose

Det er vigtig at være opmærksom på advarselssignaler fra kroppen. Oplever man begyndende smerter fra en sene, er man nødt til at give senen den fornødne ro til at læges, før man fortsætter evt. belastning. Har man et arbejde, der kræver mange gentagne bevægelser, f.eks. visse former for kontorarbejde og computerarbejde eller malerarbejde, skal man være særligt opmærksom på ikke at fortsætte arbejde efter symptomerne viser sig.

Ved sportsopstart skal man begynde stille og roligt og langsomt øge sin belastning. Dette forebygger også udviklingen af andre skader som fibersprængning og forstuvning (se idrætsskader). Skyldes betændelsen fejltræning eller forkert udstyr skal dette naturligvis korrigeres.

Diagnose stilles af lægen på sygehistorien og på de typiske symptomer. Det vil ofte ikke være nødvendigt med billedundersøgelse, men ultralyd kan vise en hævet, irriteret sene.

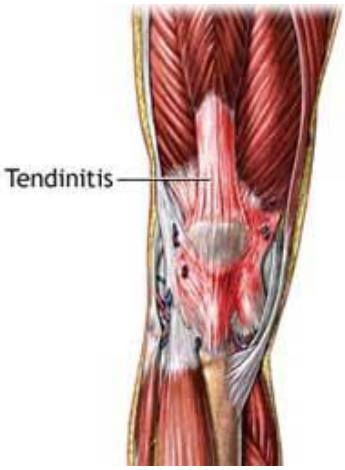
Behandling af senebetændelse
Den vigtigste behandling er at give senen komplet ro og dermed tid til at læges. Det kan hjælpe med et støttebind eller en slynge. Aftager symptomerne ikke ved fuldstændig hvile, er det vigtigt at søge læge.

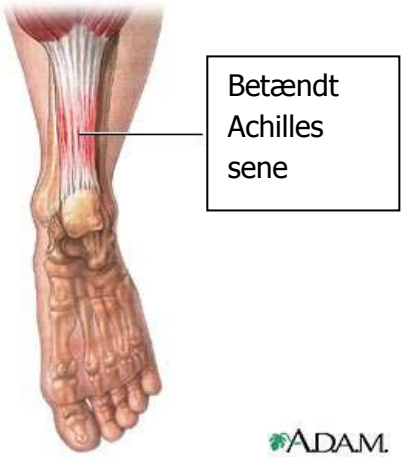
Lægen kan udskrive en recept på et såkaldt ikke-steroidt antiinflammatorisk middel, der hjælper på hævelsen og samtidig tager smerterne. I alvorlige tilfælde kan det være nødvendigt at sprøjte binyrebarkhormon ind i vævet omkring senen. Dette har ofte en hurtigt og effektiv virkning på hævelsen.

I sjældne tilfælde kan der med operation fjernes irriterende forkalkninger i senen eller skabes bedre plads for den fortykkede sene.

Det er vigtigt, at begynde optræning af leddets bevægelighed så snart symptomerne forsvinder. Dette er vigtigt for at undgå stivhed i leddene. Fysioterapeutisk behandling, med styrke- og udstrækningsøvelser, kan være til god hjælp. Ultralydsbehandling kan mindske smerterne og betændelsestilstanden.

Forløb
Langt de fleste tilfælde af senebetændelse vil gå i sig selv ved tilstrækkelig ro og hvile. Ved fortsat brug af en irriteret sene kan man udvikle en kronisk betændelsestilstand, der kan tage meget lang tid at komme af med. Det er vigtig efterfølgende at udgå situationer, der kan overbelaste senen og genoplivetilstanden.





Seneskedebetændelse (Tendovaginitis)

Visse af de lange sener som styrer fingrenes og tæernes bevægelser omsluttes af seneskeder for at deres funktion skal blive mere effektiv. Seneskederne kan blive betændte og hæve op som følge af, at fingrene overanstrenges ved ensformige bevægelser, såsom maskinskrivning og samlebåndsarbejde. Betændelsen læges med tiden, men seneskeden kan i visse tilfælde krympe som følge af sygdommen. En krympet seneskede medfører forringet funktion hos den sene den omslutter, og denne tilstand ytrer sig gennem visse karakteristiske symptomer. Det kan således være svært at rette fingrene ud efter de har været bøjet sammen. Den sene som strækker fingeren ud sidder fast et øjeblik, så fingeren pludselig rettes ud, når muskelkraften bliver tilstrækkelig stor til at overvinde hindringen. I sådanne tilfælde er vævet omkring senen ømt og hævet, og ved bevægelser i senen opstår også en karakteristisk lyd, når senen passerer gennem seneskeden. Man bruger udtrykket ”springfinger”.

Ud over mekaniske årsager kan seneskedebetændelse også forårsages af en infektion. Infektionen spreder sig i så tilfælde som regel fra et nærliggende sår. Infektionen giver tydelige symptomer med så svære smerter, at man knapt kan bevæge en syg finger. Det er en alvorlig tilstand, der kræver øjeblikkelig behandling.

Forholdsregler
Hvis symptomerne tyder på en infektion i seneskeden, bør man straks søge læge. Infektionen behandles med antibiotika, og i visse tilfælde kan det være nødvendigt at foretage et indgreb for at tømme en eventuel pudsansamling.

Besværlige tilfælde af seneskedebetændelse som er opstået som følge af mekanisk påvirkning, behandles undertiden med kortisonpræparater som indsprøjtes lokalt i nærheden af det betændte væv. En krympet seneskede kan hjælpes ved at man foretager et langsgående snit i skeden på det forsnævrede sted, så senen frit kan løbe gennem den.

Massagebehandling: Massage af det lokale område, gerne også den skadet muskel/sene samt synergister og antagonister.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling + styrke Leveren

Zoneterapibehandling: Lokalområdet + de meridianer der løber gennem området, samt styrke/behandle Leveren.

Slimsæksbetændelse (Bursitis)

I forbindelse med visse led er der slimsække, bursa, som er fyldt med ledvæske. Slimsækkenes opgave er at mindske friktionen mellem vævene, der hele tiden bevæger sig i forhold til hinanden. Slimsækkene ligger derfor mellem knoglen og huden eller mellem sene og knogle. Slimsækkene ligger altid i forbindelse med et led.

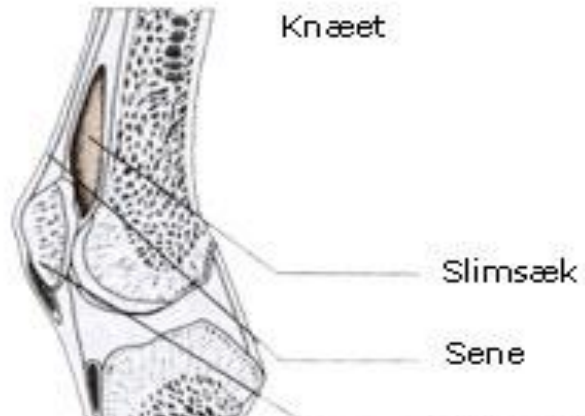
Slimsæksbetændelse er især kendt som? skurekoneknæ?, når den opstår i knæledet, der har særligt mange slimsække. Andre led, der har slimsække og kan rammes af denne betændelse, findes f.eks. i albuen, hofterne, hælen, storetåen og skuldrene.

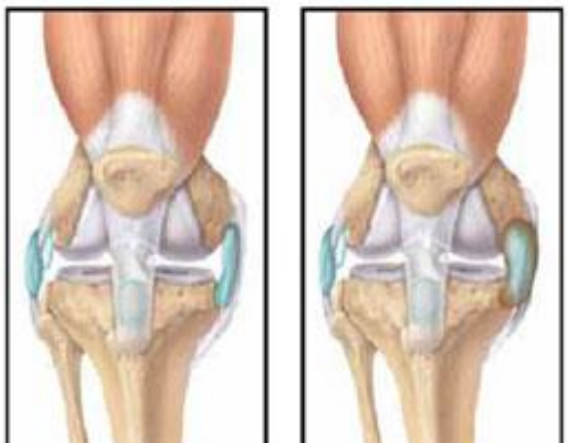
Forholdsregler
Slimsæksbetændelse er ingen alvorlig lidelse. Betændelsen aftager som regel inden for en eller to uger - især hvis ledet får ro, og hvis det hævede område ikke udsættes for tryk. Hvis generne ikke aftager, bør man søge læge og få en undersøgelse.

Slimsæksbetændelse plejer at blive behandlet ved, at det ramte led får ro med en støtteforbinding. For at mindske smerten og betændelsen kan man tage almindelige smertestillende piller, som indeholder f.eks. acetylsalicylsyre. I visse tilfælde kan man også give kortisonpræparater for at dæmpe betændelsen eller suge ledvæske ud med en injektionssprøjte for at mindske hævelsen.

Slimsæksbetændelse har en tilbøjelighed til at komme igen i samme led. Man kan af sin læge få råd om, hvordan man med specielle øvelser kan undgå ardannlse. Det er vigtigt, at det betændte område ikke belastes.

Undertiden kræves operation, hvor slimsækken fjernes. Operationen udføres under lokalbedøvelse eller narkose.





©

Normal Bursa	Bursitis

Massagebehandling: Massage af musklerne omkring slimsækken, lav gerne også venepumpemassage og isbehandling.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling + styrke Nyre og Lever.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet + de meridianer der løber igennem skadesområdet + styrke Nyre og Lever.

Åreknuder (Varicer).

Definition og årsag
Åreknuder er udposede, snoede og utilstrækkelige overfladiske blodårer (vener). De sidder overvejende på indersiden af låret, eller på underbenet. De er ofte ufarlige, men kan være til stor kosmetisk gene.
Venerne er det system af blodårer, der fører blodet tilbage til hjertet, efter at det er af iltet i kroppens væv.

På benet findes der to sæt vener. De dybe vener, som løber mellem musklerne, og som ikke er synlige, og de overfladiske vener, som løber i underhuden, og som ofte er synlige. Ved overvægt kan det dog være svært at se de overfladiske vener. Mellem de to venesystemer er der kommunikation i form af såkaldte gennemløbsvener (perforanter).

Trykket i venerne er meget lavt i liggende stilling, og ved stående stilling øges presset på blodet i benene af alt det ovenstående veneblod. Dette pres modvirker tilbageløbet til hjertet. Venerne er derfor bygget med såkaldte klapper, der kun tillader blodet at løber én vej- nemlig mod hjertet. Der er ligeledes klapper i de perforanter vener, så blodet kun kan løbe fra de overfladiske til de dybe vener. De dybe vener ligger i tæt relation til den store ben muskulatur, og når denne benyttes, afklemmes venerne (fænomenet kaldes venepumpen), og grundet klapperne, løber blodet mod hjertet. Når musklerne afslappes, suges de dybe vener fulde af blod fra de overfladiske.

Åreknuder opstår som følge af at venerne udvides, så veneklapperne ikke slutter tæt, og blodet derfor flyder baglæns gennem venerne og bliver i benene.

Opstår der fejl i venesystemet, kan blodet ophobes, og danne de synlige udposninger på de overfladiske vener. Man deler åreknuder i primære og sekundære åreknuder. De primære ses som resultat af utætte veneklapper, og det er meget almindeligt at have primære åreknuder i større eller mindre omfang.

Sekundære åreknuder er et resultat af sygdom et andet sted end i de overfladiske vener, og ses f.eks. ved blodprop i en dyb vene på benet.

Åreknuder er en meget hyppig sygdom, og op mod 50 % af den voksne befolkning har disse. Åreknudehyppigheden stiger med alderen.
Ved graviditet er der mange kvinder der udvikler udvidelser på benets vener, disse vil ofte forsvinde efter fødslen.

Der er en dobbelt så stor hyppighed af åreknuder hos kvinder end hos mænd, formentlig grundet tidligere graviditet. Der er en vis arvelig sammenhæng forbundet med åreknuder.

Åreknuder kan også ses i venerne omkring endetarmen (hæmorroider), og i skeden (ofte under graviditet). Ved svær leversygdom, kan der opstå åreknuder i spiserøret.

Symptomer på åreknuder
Åreknuderne ses i opretstående stilling som blå, snoede udposninger på de overfladiske vener på skinneben og inderlår. Ved enkelte små åreknuder kan eneste symptom være af kosmetisk karakter. Egentlige symptomer viser sig ved:

- Smerte
- Træthed og tyngdefornemmelse i benene
- Kramper og uro i benene kan forekomme om natten

Ved sekundære åreknuder, f.eks. ved en dyb blodprop i benet, kan der tillige ses hævelse af underben og ankler. Der kan opstå brunfarvning og hudfortykkelse i området, og i sidste ende skinnebenssår. Der kan udvikles en speciel form for eksem (staseeksem), der giver rødme, kløe og skællet hud.

Komplikationer
Når venerne udvides i en varice, medfører det en ændring af blodstrømningen, og en ændring af venens indre overflade. Dette gør at blodpladerne har større tendens til at klumpe sammen, og der kan danne sig en blodprop i åreknuden. Dette kan irritere karvæggen, og der udvikles en overfladisk årebetændelse. Dette er som oftest ufarligt, og går over indenfor et par uger.

En udvidet blodåre kan briste, enten spontant, eller ved et slag på benet. Det giver en kraftig blødning, som dog ofte vil virke voldsommere end den er (se behandling).

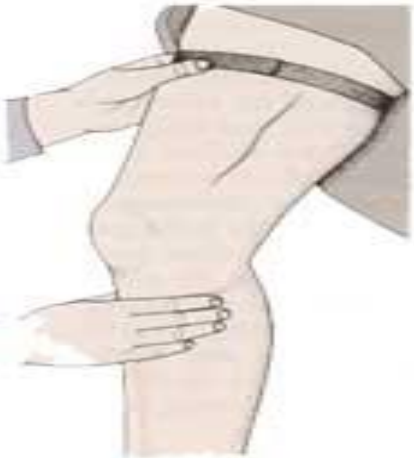
Som nævnt under symptomer er udvikling af skinnebenssår en alvorlig komplikation til især sekundære varicer.

Forholdsregler og diagnose
Har man fået konstateret åreknuder, er det en god idé, at undgå lange stående perioder, eller at sidde med løsthængende ben. Har man et erhverv, der byder, at man står meget op, er det vigtigt ofte at bruge sin venepumpe. Det kan gøres ved at gå lidt rundt, hvis det er muligt, eller stå og vippe lidt på tæerne for at tømme venerne for blod.

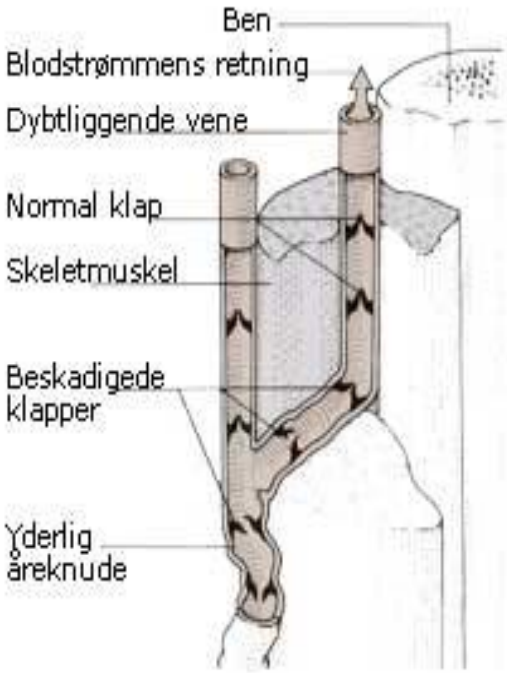
Hvis det er muligt, bør man holde pauser, hvor benene hæves i vejret, og om aftenen kan det hjælpe at have benene liggende på et par puder.
Har man tendenser til hævede ben, anbefales det at bruge elastiske støttestrømper, der understøtter venepumpen.

Diagnosen stilles af lægen på det typiske udseende, og ved at klemme blodet baglæns ud af venen er det nemt at se, hvilken klap der er utæt. Det kan være nødvendigt at undersøge venerne med ultralyd, for at finde den eller de defekte klapper.

Skyldes åreknuderne dyb veneblodprop eller anden sygdom i de dybe vener, kan det være nødvendigt at udføre en flebografi. Her sprøjtes en røntgentæt kontrastvæske ind i venerne, så venerne, deres klapper, og evt. propper, kan ses på et røntgenbillede.



Afsnøring
For at undersøge hvilke veneklapper, der fungerer dårligt afsnører man de yderlige vener ved at anbringe et bånd omkring låret, mens patienten ligger ned. Når patienten derefter rejser sig op, forbliver venen normalt tom. Er venens klapper derimod utætte, fyldes venen op med blod fra de dybereliggende vener og fremtræder tydeligt som en åreknude. Denne undersøgelsesmetode kan derpå gentages i forskellige højder ned langs benet.



Behandling af åreknuder
I lettere tilfælde er målet med åreknudebehandlig at undgå symptomer og videreudvikling af åreknuder. Man vil blive opfordret til at følge retnings-linjerne nævnt under forholdsreglerne. Støttestrømper er et vigtigt redskab i behandlingen, og det kan være nødvendigt at sove med disse, samt med benene let eleveret.

Bliver de primære åreknuder meget invaliderende, kan operation komme på tale. Målet med operationen er både at fjerne åreknuderne, men samtidigt at fjerne de ødelagte klapper, der giver åreknuderne. Fjerner man kun selve åreknuden, er der stor risiko for at åreknuderne kommer tilbage.

Den opererende læge vil ofte vælge en metode, hvor der anlægges to snit. Et i lysken, der hvor den største af benets overfladiske vener munder ind i sin dybe vene, og et snit under åreknuderne. Herefter føres en metaltråd ind i venen, og fæstnes i den ene ende af venestykket. Hermed er det muligt at trække hele venestykket, med åreknuderne, ud. Metoden kaldes stripning.

Vene stykket kan sagtens undværes, da andre vener vil vokse sig større, og overtage funktionen af den manglende vene. Samtidigt kan det vælges at udskære andre synlige åreknuder, og det kan være fornuftigt at underbinde de perforante vener der har utætte klapper, og dermed er årsag til åreknuderne.

Man bruger i nogle tilfælde indsprøjtning af et kemikalie, der kan få venerne til at klistre sammen og lukke. Dette stof er dog meget giftig, og kan gøre skade, hvis det kommer i de dybe vener eller i andet væv. Efter operation er det vigtigt, at patienten bærer støttestrømper i minimum 6 uger, men meget gerne længere.

Hvis åreknuderne opstår pga. en dyb veneblodprop er stripning ikke anbefalelsesværdig, da det yderligere kan forhindre blodtilbageløbet fra benet. Efter behandling af grundlæggende sygdom, vil støttestrømper være den overvejende behandling af åreknuderne.

Hvis en åreknude brister og begynder at bløde, er det vigtigt hurtigt at få benet i vejret. Det lave tryk i venerne gør, at en blødning standser ved elevation over hjertehøjde. Åreknuden skal komprimeres med forbinding, og man skal søge læge, der kan lægge en ordentlig forbinding, og overveje eventuel anden behandling.

Massagebehandling: Venepumpemassage.

Akupunkturbehandling: Styrk Milt og Hjerte, samt lave L-D-S behandling.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet + styrk Milt og Hjerte

Hælspore (fascitis plantaris)

Hvad er en hælspore?

Hælspore er en skade på det store sene spejl der udspringer fra hælen og breder sig vifteformet ud under fodbuen og frem mod tæernes grundled. På latin hedder den aponerosis plantaris, og på dansk kaldes den svang-senen. Selve hælsporen er en kalkaflejring i senen der udvikles over længere tid. I et forsøg på at reparere gentagne småskader i senen begynder kroppen at aflejre kalk i området hvor senen hæfter sig til hælbenet og med tiden kommer det til at ligne et lille næb eller et horn på hælen.

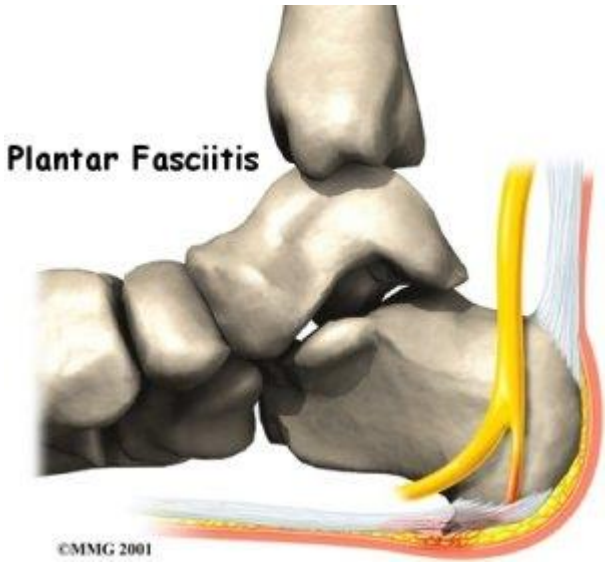
Hvordan får man en hælspore?

Svangsenen er en del af det elastiske system der absorberer stød når vi træder ned på foden, og jo hurtigere vi bevæger os, desto større stød skal dette system kunne modtage. Under løb og spring kan belastningen stige op imod 20 gange kropsvægten og således enten forårsage direkte skader på vævet, eller udtrætte det så meget at der opstår små bristninger i senen.

Overbelastningen resulterer i en inflammatorisk proces (betændelse uden bakterier), hvor blandt andet væske bindes til lokalområdet og forårsager ømhed. Dette har gunstig effekt i den akutte fase hvor vævet skal holdes i ro, men på længere sigt kan det komme til at virke som en barriere for den normale blodcirkulation og dermed hæmme helingsprocessen.
Nye belastninger kan resultere i flere små overrivninger af senens små spiralformede

protein tråde og dermed fastholde den inflammatoriske proces.

Senevæv er en af de vævstyper i kroppen der bruger længst tid på at hele op, så derfor giver det altid langvarige problemer med skader der opstår på sener og ledbånd. Når skaden så oven i købet sidder under foden, hvor man ikke kan undgå at påføre belastnings kræfter på svangsenen når vi går, så får helingsprocessen både vanskelige vilkår og lange forløb.

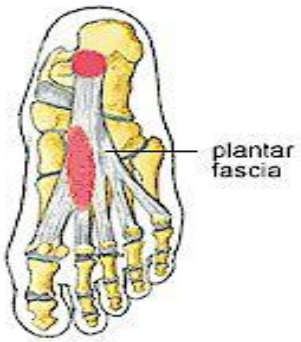


Hvad er symptomerne på hælspore?

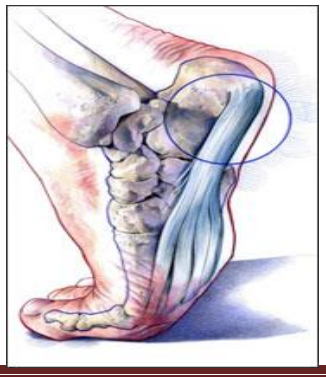
- En stikkende ofte ret skarp smerte lokaliseret til undersiden af hælen.
- Den provokeres ved belastning og er specielt følsom om morgenen, ved gang på hårdt underlag, og efter lang tids gang
- Smerterne kan være så voldsomme at de forhindrer almindelig gang

Hvad kan man gøre?

Nedkøl området med is hver aften for at dæmpe inflammationen og stimulere blodcirkulationen lokalt. Da skaden både sidder i et område hvor blodcirkulationen ikke er særlig kraftig og i senevæv der er relativt blodfattigt, er det vigtigt at stimulere meget.



For at undgå forfrysningsskader, så nedkøl ikke mere end 20 min ad gangen og aldrig direkte på huden. I den akutte fase kan hælen aflastes med et blødt hæleindlæg, eller et indlæg hvor der er lavet et hul lige under hælsporen, således at man undgår at træde direkte ned på den.
Lægen eller Fysioterapeuten kan hjælpe med en tape der aflaster svangsenen. Det kan være nødvendigt at få lavet et svangstøtte for at aflaste svangsenen, specielt hvis du løber meget.



Du kan få hjælp hos en bandagist, eller hos de fysioterapeuter der arbejder med super sole konceptet. Få undersøgt om din fods afvikling under løb er neutral, eller om du har brug for en sko der stabiliserer foden. Typisk vil der være behov for en antipronations sko, det vil de fleste specialiserede løbeforretninger kunne hjælpe med. I den forbindelse er det

vigtigt at teste foden efter at du har været ude og træne, og ikke på en udhvilet fod, den vil ikke altid afsløre fejlstillingerne.

Behandlings muligheder
Traditionelt har behandlingstilbudene været ret begrænsede, aflastning og antiinflammatorisk medicin er den mest almindelige behandling, men det kan tage år før symptomerne forsvinder. Blokader har i visse tilfælde haft god effekt, men er ikke altid en mirakel kur.

ESWT ekstrakorporale chokbølger er et relativt nyt, men meget lovende behandlingstilbud. Tyske læger angiver at 80 % af de hælspore de behandler, bliver symptomfrie efter tre til seks behandlinger.

Massagebehandling: Massage af hele underbenet og særligt i fodsvangen. Udstrækninger.

Akupunkturbehandling: Opløs evt. stagnationer. Styrk Qi Blod flow

Zoneterapibehandling: Massage af lokalpunktet. Styrk gerne Nyremeridianen.

MENISKLÆSION

Anatomi: Knoglerne i knæleddet omfatter lårknoglen (femur), skinnebensknoglen (tibia) og knæskallen (patella). Ledfladerne på lårben, skinneben og knæskal er beklædt med en få mm tyk bruskbelægning, der tjener til at nedsætte belastningen på ledfladerne. Både indvendigt og udvendigt i leddet er der en ringformet bruskskive (menisk). Knæleddet er forstærket af en ledkapsel, der på siderne er forstærket med et udvendigt og indvendigt sideledbånd (ligamentum collaterale laterale/fibulare og mediale/tibiale). Den indvendige menisk sidder fast på det indvendige sideledbånd, men den udvendige menisk sidder ikke fast på det udvendige sideledbånd

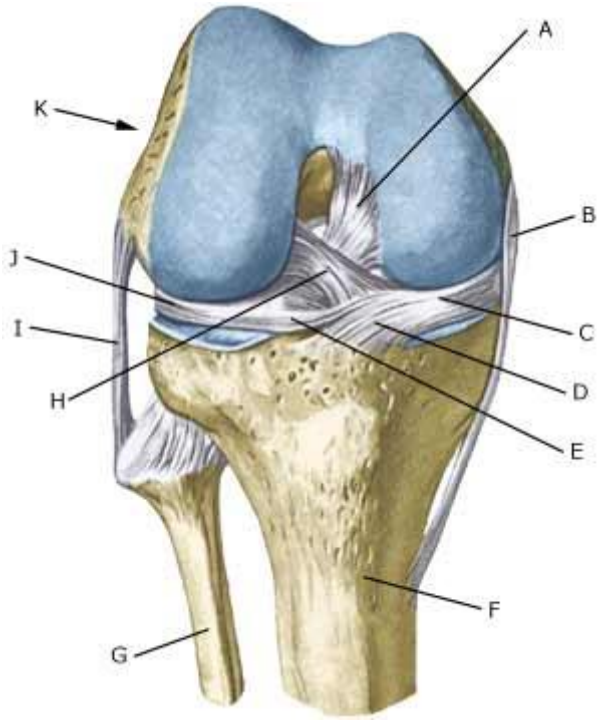
A. Ligamentum cruciatum posterius (Bagerste korsbånd)

B. Ligamentum collaterale mediale/tibiale (Indvendige sideledbånd)

C. Meniscus medialis (Indvendige menisk)

D. Insertio anterior menisci medialis

E. Ligamentum transversum genus



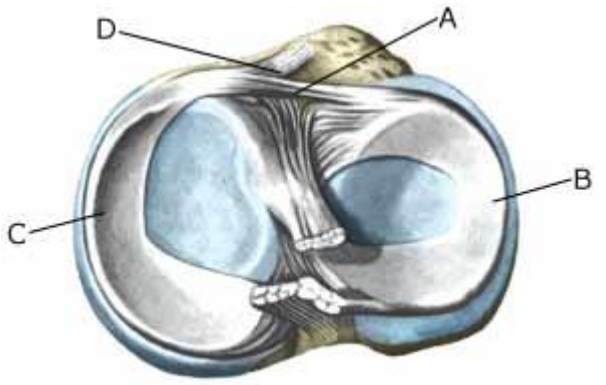
F. Tibiae

G. Fibulae

H. Ligamentum cruciatum anterius (Forreste korsbånd)

I. Ligamentum collaterale laterale/fibulare (Udvendige d.. sideledbånd)

J. Meniscus lateralis (Udvendige menisk)



A. Ligamentum transversum genus

B. Meniscus lateralis (Udvendige menisk)

C. Meniscus medialis (Indvendige menisk)

D. Insertio anterior menisci

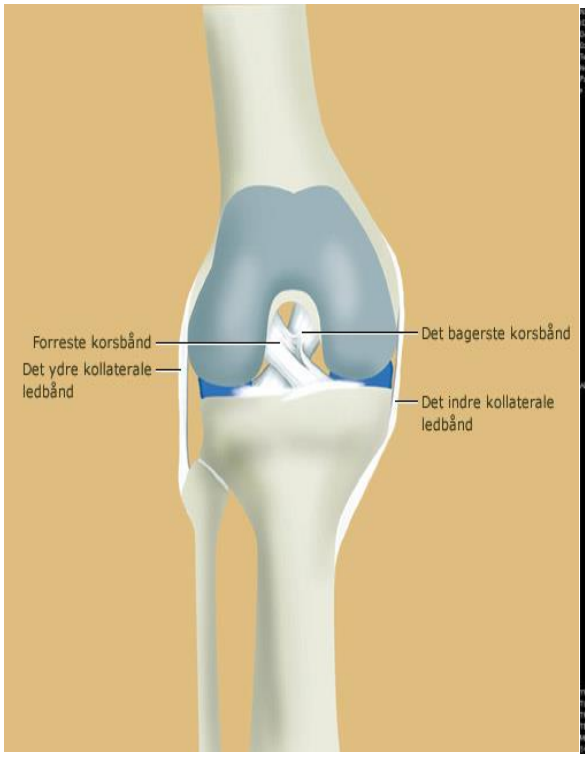
Årsag: Meniskbristninger opstår sædvanligvis, når knæet strækkes samtidig med, det roteres. Herved klemmes menisken mellem lårben og skinneben. Indvendige menisk skades langt hyppigere end udvendige. Meniskskader hos børn er meget sjældne.

Symptomer: Smerter på ledlinien ved tryk og ved rotation af knæet. Smerterne opstår ofte pludselig ved bestemte bevægelser og kan ledsages af hævelse i knæet. I nogle tilfælde kan knæet låse (fordi en flig af menisken kommer i klemme). I andre tilfælde kan man fornemme en lille, øm væskeudposning ved ledlinien (meniskcyste). Ved langvarige gener vil lårmusklen ofte svinde ind.

Undersøgelse: Ved mistanke om skader inde i knæleddet er lægeundersøgelse altid nødvendigt. Ofte er almindelig klinisk undersøgelse ikke tilstrækkelig. Lægen kan udføre forskellige knætest **(rotationstest)**, men der er typisk ømhed på ledlinien med forværring ved rotation i knæleddet. For at stille diagnosen er det ofte nødvendigt med artroskopi (kikkerundersøgelse af leddet), MR-scanning eller ultralydsscanning.

Behandling: Behandlingen omfatter i tvivlstilfælde aflastning og genoptræning af knæet. Hvis generne ikke langsomt svinder, hvis der er aflåsningstilfælde eller hvis det er oplagt, at menisklæsionen er stor (f.eks. vurderet ved ultralydsscanning), må man overveje operation. Ved operation kan man forsøge at sy det afrevne meniskstykke fast (hvilket vil kræve en betydelig længere genoptræningsperiode, men formentlig på lang sigt nedsætte risikoen for slidgigtforandringer i knæet). Sædvanligvis fjernes den afrevne del af menisken. I sjældne tilfælde fjerne hele menisken.
Efter operation kan belastningen af knæet starte så snart smerterne og hævelsen i knæet er svundet. I bedste fald er fuld aktivitet mulig efter et par uger. Det burde i ukomplicerede tilfælde være muligt genoptage idrætsaktiviteten på fuldt niveau i løbet af én måned. Træningen må ikke medføre tiltagende hævelse (eller smerter) i knæet.

Komplikationer: Ved manglende fremgang inden operation må man overveje om diagnosen er korrekt. Det vil ofte kræve supplerende undersøgelser (røntgen, ultralydsscanning eller MR-scanning).



Massagebehandling: Massage omkring skaden på venepumpemassage.

Akupunkturbehandling: L-D-S- behandling og styrk Nyrerne.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet og styrk Nyrerne.

KRONISK MUSKELLOGESYNDROM (KRONISK KOMPARTMENTSYNDROM).

Anatomi: Lårmusklerne opdeles i 3 muskelgrupper (muskelloger) af kraftige, delvis ueftergivelige muskelhinder (fascier): en forreste, en indvendig og en bagerste muskelloge.

Årsag: Ved det kroniske muskellogesyndrom er der langsomt indsættende smerter i baglårsmusklerne efter nogle minutters aktivitet. Det fornemmes at musklerne "spændes" og bliver hårde, hvilket ledsages af ubehag. Hvis aktiviteten afbrydes svinder ubehaget, men kommer igen en kort periode efter genoptagelse af idrætsaktiviten.

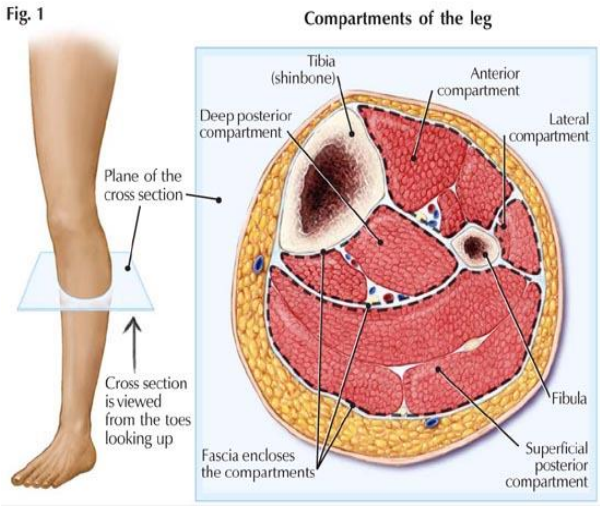
Symptomer: Ved det akutte muskellogesyndrom er der tiltagende smerter, der ofte er kraftigere end forventet i forhold til den primære vurdering af skadens omfang. Samtidig kan der komme føleforstyrrelser.

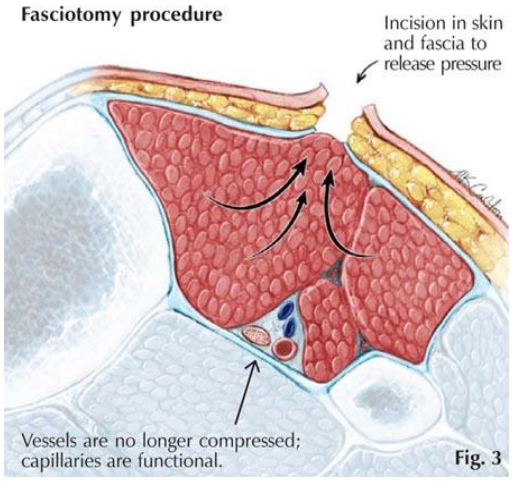
Undersøgelse: Diagnosen stilles på den karakteristiske historie samt eventuelt ved trykmåling i muskellogen.

Behandling: Ved det kroniske muskellogesyndrom omfatter behandlingen primært aflastning og langsommere stigende træningsintensitet, gigtpiller, massage. Hvis der er arvævsdannelser i musklen, kan ultralyd vejledt injektion af binyrebarkhormon rundt om arvævsdannelsen forsøges. Ved manglende effekt af ovenstående kan der foretages operativ spaltning af muskelhinderne, hvilket sædvanligvis er et mindre indgreb med gode resultater.

Genoptræning: Generelt set må aktiviteten langsomt genoptages, når smerterne er svundet efter principperne som nævnt under genoptræning, generelt.

Komplikationer: Ved manglende fremgang på aflastning og langsomt genoptræning bør der udføres en ultralydsscanning af musklen inden eventuel operation for at udelukke følger efter tidligere muskelbristninger: komplikationer til muskelbristninger. Hvis der er arvævsdannelser i musklerne, som kan fremkalde generne, kan ultralydvejledt injektion af binyrebarkhormon rundt om arvævsdannelsen forsøges.





MUSKELINFILTRATION I EN AF BALDEMUSKLERNE (PIRIFORMIS SYNDROM)

Anatomi: Piriformis musklen er en lille muskel, der udspringer fra korsbenet og fæster på ydre lårbensfremspring (trochanter major). Musklen hjælper til med at roterer låret udad

A. Trochanter major

B. Trochanter minor

C. Femur (lårben)

D. M. obturatorius externus

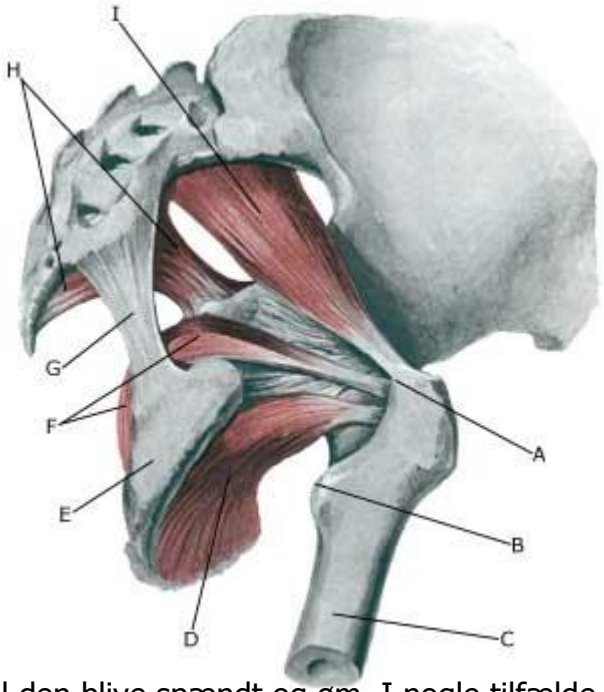
E. Tuber ischiadicum („siddeknoglen")

F. M. obturatorius internus

G. Lig. sacrotuberale

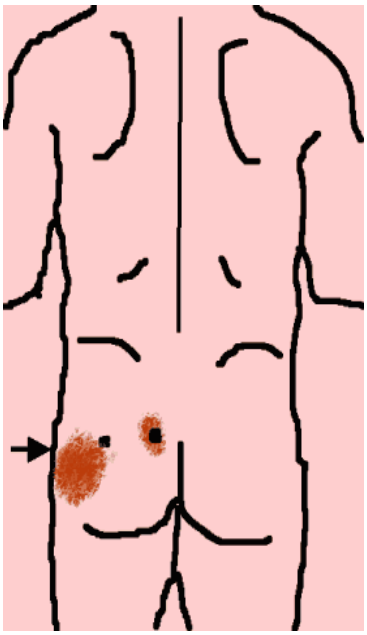
H. Lig. Sacrospinale et. m coccygeus.

I. M. piriformis.



Årsag: Hvis musklen bliver overbelastet, vil den blive spændt og øm. I nogle tilfælde kan musklen blive så spændt og stram, at den klemmer på ischiasnerven (nervus ischiadicus).

Symptomer: Smerter dybt i balden eventuelt med periodevis udstråling til benet.



Undersøgelse: Lægen vil ved forskellige kliniske undersøgelse kunne sandsynliggøre diagnose ved at påvise ømhed ved tryk i musklen (dybt i balden) samt fremkalde smerter ved udspænding og aktivering af musklen. Der findes ingen egnede metoder til billedmæssigt at fremstille musklen (MR kan forsøges, hvis der er mistanke om nerveafklemning).

Behandling: Behandlingen består sædvanligvis af udspænding og efterfølgende styrketræning af muskulaturen omkring lænd og balder. Kun i meget sjældne tilfælde ved nerveafklemning er operation indiceret. Ved generende smerter kan medicinsk behandling overvejes i form af paracetamol og eventuelt gigtpiller Hvis ikke dette hjælper kan man forsøge injektion af binyrebarkhormon i det maksimalt ømme punkt i musklen.

Specielt: Stødabsorberende sko eller indlæg vil nedsætte risikoen for visse former for overbelastningsbetinget muskelspændinger. Ved manglende fremgang eller tilbagefald efter vellykket genoptræning kan man overveje at få gennemført en løbestilsanalyse, for at vurdere, om korrektion af løbestilen er indiceret.

Komplikationer: Hvis ikke forløbet går jævnt fremad, bør man overveje, om diagnosen er rigtig eller om der er tilstødt komplikationer.

Massagebehandling: Massage af hele musklen, samt synergister og antagonister.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling, samt styrk Leveren.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet, samt behandling af Leveren

NERVEAFKLEMNING BAG PÅ SKULDERBLADET (ENTRAPMENT NERVUS SUPRASCAPULARIS)

Anatomi: Bag på overkanten af skulderbladet i en lille kanal (incisura scapulae), der er lukket med et ledbånd (ligamentum transversum) løber en nerve (N suprascapularis), der sender nervetråde til dele af skulderledskapslen og øvre og nedre skulderbladsmuskel (M supraspinatus og M infraspinatus).

A. Acromion

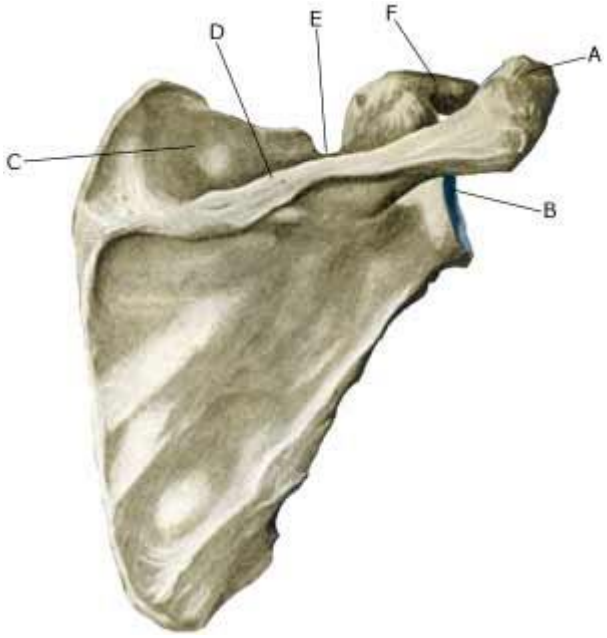
B. Cavitas glenoidalis

C. Fossa supraspinata

D. Spina scapulae

E. Incisura scapulae

F. Processus coracoideus



Årsag: Ved gentagne belastninger med bevægelse i skulderleddet kan der ske en afklemning af nerven. Afklemningen af nerven kan også ske efter slag.
Symptomer: Sædvanligvis fornemmes en brændende eller skærende smerte i skulderen. Der kan være svaghedsfornemmelse af skulderen. Ved langvarige symptomer kommer der muskelsvind af skulderbladsmusklerne (M supraspinatus og M infraspinatus).
Undersøgelse: Ukarakteristiske skuldersymptomer, der ikke bedre på aflastning bør undersøges af læge. Hvis fundene fra lægeundersøgelsen giver mistanke om nerveafklemning, stilles diagnosen ved undersøgelse af nerveledningshastigheden (EMG).
Behandling: Behandlingen omfatter aflastning fra den smerteudløsende aktivitet, udspænding og genoptræning af musklerne omkring skulderen. Ved manglende fremgang på aflastningen og genoptræningen kan man forsøge operativ behandling.

Aflastningen er det primære, og det er specielt vigtigt, at genoptræningen ikke medfører det mindste ubehag. Styrketræningen bør først genoptages, når der er opnået smertefrihed.

Komplikationer: Hvis ikke forløbet går jævnt fremad, bør man overveje, om diagnosen er rigtig eller om der er tilstødt komplikationer.

Massagebehandling: Massage af lokalområdet og synergister. Udstrækning.

Akupunkturbehandling: Trigger-akupunktur, L-D-S behandling, styrk evt. Leveren.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Behandl nervesystemet og styrk evt. Leveren.

Slidgigt (Artrose)

Artrose opstår som følge af slid på ledene. Sygdommens opståen er afhængig af forskellige faktorer, f.eks. alder og om et eller flere led har været udsat for en usædvanlig stor belastning i forbindelse med idræt eller anden fritidsaktivitet. Artrose optræder først og fremmest i de store led, som bærer kropsvægten, især hofteled, knæled og rygraden. Det er almindeligt at ældre mennesker rammes. Sygdommen optræder også temmelig ofte i fingerledene.

Sygdommen medfører at den glatte ledbrusk som beklæder ledfladerne, får en ujævn, sprukken og flaget overflade som følge af slitage. Ledbruskens funktion forringes gradvist, så det underliggende knoglevæv

påvirkes og kan fortykkes og få en ujævn overflade. Det bliver svært og smertefuldt at bevæge de syge led, og de muskler som er tilknyttet det pågældende led svinder ind på grund af manglende anvendelse. Artrose må ikke forveksles med ledegigt.

Artrose er en meget almindelig tilstand, til dels fordi den er en følge af naturlige aldersforandringer. Tilstanden optræder med stor sandsynlighed før eller senere i et eller andet led, selv om den ikke behøver at give nogen symptomer. Undersøgelser tyder på at 9 ud af 10 personer har udviklet en eller anden form for artrose i et eller flere led efter 40-års alderen. Hvis man ikke har alvorlige symptomer, behøver man ikke behandle tilstanden. Svære former for artrose er mindre almindelige, men kan være kraftigt invaliderende.

Visse erhverv og idrætter medfører en øget risiko for artrose. Således udvikler mange balletdansere sygdommen i fødderne, og tilstanden er også almindelig hos fodboldspillere.

Symptomer
Smerte, hævelser og stivhed i de syge led optræder i perioder af måneder eller år. Artrose kan optræde i flere led, men symptomerne forekommer sjældent i mere end et eller to led samtidigt. I enkelte tilfælde kan lettere smerter fra et led gradvis blive så svære, at de forstyrrer nattesøvnen og den syges daglige rutiner. Efterhånden bliver stivheden i ledet mere åbenbar samtidig med at smerterne ofte aftager.

Graden af hævelser i de ramte led varierer. I visse tilfælde er den knap nok synlig, medens den i andre tilfælde kan vise sig som en tydelig forandring af ledets form. Smerten ved artrose kan være svær at lokalisere. Den kan mærkes i de angrebne led, men somme tider kan det opleves, som om den kom fra en anden legemsdel. Ved artrose i f.eks. hofteledet kan det undertiden føles som om smerterne kom fra knæledet.

Forholdsregler
Lette, tilfældige symptomer i form af milde smerter og stivhed i et led behøver ikke at give anledning til uro. Ved belastende symptomer kan man prøve de forholdsregler som angives i **Hjemme**, herunder. Hvis det viser sig nødvendigt, kan man derefter søge læge for at blive undersøgt. Undersøgelsen omfatter røntgenundersøgelse af de ramte led og analyse af blodet. Hvis resultaterne af blodprøven er normale, er det sandsynligt at det drejer sig om artrose i ledene.

Behandling
Hjemme: Det er helt klart at belastningen af kroppens led er størst hos overvægtige personer. Hvis man kan komme af med noget af sin overvægt, mindsker man belastningen. Hvis man har symptomer på artrose kan man aflaste ledene ved at anvende spadserestok, hvile sig ofte og sove på et fast underlag. Det er også godt at holde sig varm, da varme i almindelighed lindrer ledsmerter.

Musklerne omkring ledene svækkes, hvis de ikke anvendes. Derfor er det vigtigt at holde dem i bevægelse gennem regelmæssig styrketræning, som på længere sigt kan lindre symptomerne. Engang imellem kan man selv tage smertestillende midler, men helst skal

man tage de smertestillende midler som ordineres af en læge. Almindelige smertestillende piller kan nemlig have betydelige bivirkninger, hvis de anvendes gennem lang tid, og derfor bør langvarig brug undgås. Man bør også være forsigtig med forskellige typer af håndkøbsmedicin og måske tale med sin læge om brugen af dem, inden man bestemmer sig for at tage dem.

Hos lægen: Lægen kan ordinere et passende smertestillende middel. Også andre symptomer end smerter, kan i mange tilfælde lindres med inflammationshæmmende midler. Hvis der opstår svære smerter kan de ofte lindres ved at indsprøjte kortisonpræparater direkte i ledet. Denne behandling kan dog ikke gentages alt for ofte, da vævet i ledet herved skades yderligere. Fysioterapi og varmebehandling har også god virkning.

I mange tilfælde kan man operere artrose. Det almindeligste i så tilfælde er, at man erstatter det syge led, oftest hofte- eller knæled, med et kunstigt led (se Erstatning af skadede led). En protese i hofte- eller knæled giver i de fleste tilfælde et godt resultat. Andre led kan også opereres, men resultaterne er ikke lige så gode, og derfor udføres disse operationer endnu ikke så tit.

Det er usandsynligt at tilstanden skulle påvirkes væsentligt af en særlig diæt, hvor man undlader at spise visse fødevarer. Den eneste diæt som i så fald kunne gøre nytte var én, som fører til at man går ned i vægt, hvis man er overvægtig. Andre mulige behandlingsmetoder omfatter akupunktur og regelmæssig motion i et opvarmet svømmebassin. Der eksisterer ikke nogen understøttende behandling mod slidte led, men smerterne kan lindres med en eller flere af de ovennævnte metoder.

For at lette tilværelsen for patienter, som i en eller anden udstrækning er invaliderede af deres sygdom, findes der en række tekniske hjælpemidler som man kan have nytte af. Man kan for eksempel montere gelændere i sove- og badeværelset, bruge specialkonstruerede køkkenredskaber og gryder og have særligt udformede stole. Oplysninger om sådanne hjælpemidler fås hos lægen eller ved henvendelse til hjælpemiddelcentralerne.

Massagebehandling: Massage af omkringliggende muskler. Ledfrigørelse og evt. oscillation.

Akupunkturbehandling:L-D-S behandling, styrk Nyrerne.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling og styrk Nyrerne.

Leddegigt (Reumatoid arthritis).

Definition og årsager

Ledegigt eller på latin Reumatoid arthritis er en kronisk ledsygdom, der er ofte er ledsaget af symptomer fra resten af kroppen. De angrebne led bliver stive og svulmer op, som resultat af en betændelsestilstand i synovialmembranen, som er den hinde, der beklæder indersiden af alle vores led. Hvis betændelsestilstanden vedvarer, kan knoglen og den ledbrusk der beklæder knoglens ledflade også tage skade. Sener og ligamenter (ledbånd), der støtter og holder leddet i sin korrekte stilling, kan også blive beskadiget, og der kan opstå deformitet og fejlstilling af de pågældende led.

I de fleste tilfælde involverer leddegigt flere led. Sygdommen opstår som regel i leddene i fingre, håndled, albuer og skuldre samt tæer, ankler og knæ. Der er tendens til at sygdommen rammer de samme led på begge sider af kroppen. Hofteleddene og leddene i rygraden rammes hyppigere af slidgigt.

Ledegigt er en kronisk sygdom, der typisk bryder ud i en periode varende fra flere uger til måneder, med relativ sygdomsfrie episoder ind i mellem. Den har af ukendte årsager tendens til forværring om vinteren. Sygdommen er relativt hyppig, idet den findes hos 1 ud af 100 voksne personer. Den er mest hyppig hos folk over 40 år og er tre gange så hyppig hos kvinder som hos mænd.

Ledegigt er en autoimmun sygdom, dvs. den er resultat af kroppens eget immunforsvar der af ukendte årsager angriber leddenes synovialmembran, og i nogle tilfælde også andre af kroppens væv. Sygdommen har en vis tendens til at ophobe sig i bestemte familier, dvs. der er en hvis arvelig komponent. Det vides ikke i hvor høj grad miljømæssige faktorer som livsstil, kost og andre ydre påvirkninger har indflydelse på sygdommens opstået.

Symptomer på ledegigt

Symptomerne på ledegigt udvikler sig hos 2/3 gradvist over et par måneder, og hos 1/3 bryder symptomerne ud pludseligt på dage eller uger. Symptomerne kan inkludere:

- Ledsymptomer: Stivhed, smerter og bevægelsesindskrænkning. Stivheden er til stede om morgenen pga. væskeansamling i leddene, og der ses bedring op ad dagen, fordi væsken fortager sig ved bevægelse af leddene. Typisk rammes fingrenes to inderste led samt håndleddene først, og senere ses involvering albueled, skulderled, knæled og ankler.

- Den almene tilstand påvirkes ofte. Der kan ses dårlig appetit og vægttab, let temperaturforhøjelse og træthed.

Symptomer udenfor leddene kan som nævnt også forekomme. De hyppigste er:

- Dannelse af karakteristiske uømme gigtknuder i underhuden. Knuderne forekommer især i nærheden af led, over knoglefremspring eller på oversiden af hænder og fødder.
- Muskelsvaghed som følge af ledproblemerne.
- Hos nogle ses forekomst af øjensymptomer, f.eks. i form af manglende tåreflåd også kaldet Sjögrens syndrom.
- Da ledegigt kan være både smertefuld og invaliderende er depression almindeligt hos personer med ledegigt.

Forholdsregler og diagnose
Hvis man har længerevarende smerter, stivhed eller hævelse af et eller flere led, skal man kontakte sin læge for at få afgjort, om der er tale om leddegigt eller en anden ledsygdom.

Diagnosen stilles typisk på tidligere sygdomshistorie samt en grundig undersøgelse af kroppen. Der kan desuden tages en blodprøve, der tester for tilstedeværelsen af et bestemt antistof, kaldet reumafaktor, der ofte er til stede i blodet når man lider af ledegigt. En anden blodprøve kan måle sværhedsgraden af betændelsestilstanden. Der kan også tages røntgenbilleder for at bedømme eventuel skade på leddene.

Internationalt er der fastlagt nogle bestemte kriterier, der kan anvendes til at stille diagnosen ledegigt. Kriterierne bruges dog mest i forbindelse med videnskabelige studier og er knap så anvendelige til at stille diagnosen tidligt i sygdomsforløbet.

1. Morgenstivhed af led i over en time.
2. Mindst tre ledområder skal være involveret.
3. Involvering af håndleddene eller de to inderste led i fingrene.
4. Involvering af de samme led på begge sider af kroppen.
5. Gigtknuder
6. Positiv blodprøve for reumafaktor
7. Typiske forandringer af leddene, der kan ses på et røntgenbillede

Reumatoid Arthritis rammer primært de store led og må ikke forveksles med slidgigt.

De første fire kriterier skal være til stede i mindst 6 uger. For at stille diagnosen ledegigt skal minimum 4 af de 7 kriterier være opfyldt.

Behandling af leddegigt
Der findes ingen helbredende behandling af ledegigt. Behandlingens formål er at kontrollere symptomerne, samt forebygge yderligere skade på leddene, ved at bremse udviklingen af sygdommen.

Der er flere forskellige lægemidler til rådighed til behandling af ledegigt. Hvilket stof der er det bedste afhænger af sygdommens sværhedsgrad, alder samt det generelle helbred. Dette skøn foretages af lægen.

- Hvis symptomerne generelt er lette kan lægen udskrive milde smertestillende og betændelsesdæmpende præparater, de såkaldte nonsteriode antiinflamatoriske stoffer.

- Hvis symptomerne af mere alvorlige, kan der anvendes et eller flere lægemidler fra gruppen af såkaldte antireumatiske lægemidler, der giver mere langvarig betændelsesdæmpning. Disse lægemidler kan bremse udviklingen af sygdommen, men skal som regel tages over længere tid før man får fuld effekt af dem.

- Hvis sygdommen ikke kan kontrolleres med ovenstående behandling, er det også muligt at anvende de nyere biologiske antireumatika, der er fremstillet til specifikt at hæmme immunforsvarets reaktion mod kroppen selv. Disse præparater er ofte meget effektive og kan gives sammen med stoffer fra ovenstående gruppe af traditionelle antireumatika. I nogle tilfælde kan denne behandling helt bremse sygdommens udvikling og forhindre yderligere skade på leddene.

- Ud over den medicinske behandling er det også vigtig, at personer med ledegigt instrueres og uddannes i træning og forebyggelse af yderligere ledskader. Dette fortages af ergoterapeuter og fysioterapeuter, der kan instruere i mere skånsom anvendelse af de angrebne led, anvendelse af særlige hjælpemidler, etc. Træning i varmtvandsbassin kan give højere funktionsniveau, formentlig også på længere sigt.

- Kirurgisk behandling kan også anvendes i tilfælde hvor de ovennævnte lægemidler ikke virker tilstrækkeligt. Typisk ved svære tilbagevendende tilfælde af ledegigt i knæene, der indskrænker gangfunktionen. Håndkirurgi kan anvendes i tilfælde hvor håndens funktion er kraftigt nedsat.

Forløb
Sygdomsudviklingen på lang sigt er meget svær at spå om, da den er meget forskellig fra person til person. I nogle tilfælde ses der blot en enkeltstående episode af ledegigt, men i de fleste tilfælde har sygdommen et mere kronisk forløb, med langstrakt, ofte livslang sygdom. Sygdommens forløb er også meget forskelligt, med enten langsom udvikling eller et mere aggressivt forløb, med hurtig akut forværring.

Personer med ledegigt lever i gennemsnittet 8-10 år kortere end den gennemsnitlige befolkning. Det afgørende for en god prognose er dels tidlig diagnosticering af

sygdommen, dels iværksættelse af potent medicinsk behandling, der har vist sig forbedre prognosen betydeligt.

Komplikationer
Der er øget risiko for infektioner pga. generelt nedsat immunforsvar, samt betændelsesforandringer i leddene, der gør disse mere modtagelige for infektion. Hvis leddene bliver tiltagende røde, hævede og smertefulde er det vigtigt hurtigt at søge læge Med tiden kan der ses knogleskørhed, som resulterer i en højere tendens til knoglefrakturer (knoglerne brækker), delvist som resultat af sygdommen selv, men ofte også pga. nedsat bevægelighed.

Der kan også udvikles slimsæksbetændelse (bursitis), en betændelsestilstand i en eller flere af de små væskefyldte sække der findes i kroppens led.

Hævelse omkring håndleddet kan resultere i karpaltunnelsyndrom, hvor en af håndens nerver kommer i klemme og giver snurrende og prikkende fornemmelser i hånden.

8. Ledforandringerne kan også resultere i skader på andre strukturer i nærheden af leddet. F.eks. kan ledkapslen bule ud og danne en udposning bag på knæet, hvilket benævnes en Baker-cyste. Leddets sener kan også tage skade og eventuelt briste, hvilket medfører manglende bevægelighed i f.eks. en finger.

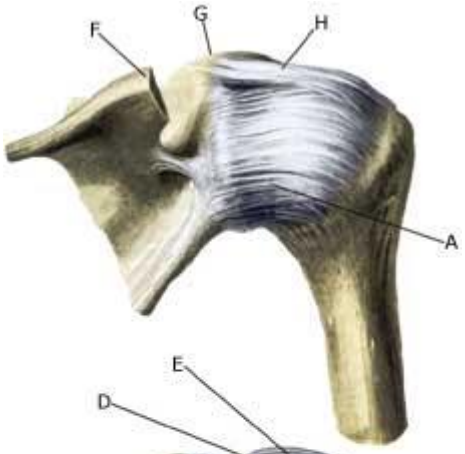
Massagebehandling: Blid behandling

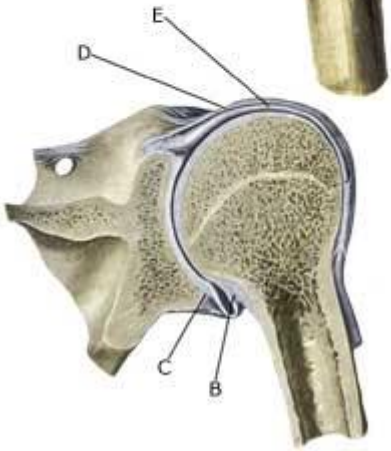
Akupunkturbehandling: Styrk Nyre og Milt samt L-D-S behandling.

Zoneterapibehandling: Styrk Milt og Nyre, samt behandl lokalesmerter.

FROSSEN SKULDER
(PERIARTROSIS HUMEROSCAPULARIS).

Anatomi: Skulderleddet består af ledhovedet på overarmen (caput humeri) og ledfladen på skulderbladet (cavitas glenoidalis). Hele vejen rundt om kanten af ledfladen på skulderbladet findes en menisk (labrum glenoidale). Leddet er omgivet af en ledkapsel, der er forstærket af adskillige ledbånd. Rundt om ledkapslen ligger skuldermusklerne som yderligere forstærkning af leddet.





A. Capsula articularis
B. Capsula articularis
C. Labrum glenoidale
D. Capsula articularis
E. M. biceps brachii (caput longum)
F. Acromion (delvis fjernet)
G. Processus coracoideus
H. Ligamentum coracohumerale

Årsag: I nogle tilfælde kan en kraftig belastning (fald) af ukendte årsager udløse en skrumpning af ledkapslen, således at bevægelse i skulderen i alle retninger nedsættes. I andre tilfælde opstår tilstanden uden forudgående skader.

Symptomer: Sædvanligvis opstår der smerter i skulderen (som i mange tilfælde stammer fra betændelse af slimsækken (bursitis subacromialis). Efter nogle få måneder kommer der bevægelsesindskrænkning i skulderleddet, så alle bevægelser er reduceret. Efter nogle år
(i gennemsnit 2½ år) svinder smerterne og efter yderligere nogle måneder normaliseres bevægeligheden i skulderleddet.

Undersøgelse: Alle med mistanke om frossen skulder bør lægeundersøges. Almindelig lægeundersøgelse er ofte tilstrækkelig til at stille diagnosen. Der er typisk bevægelsesindskrænkning i alle retninger, inklusiv når armen passivt roteres udad. Hvis skulderbladet holdes fast, vil der kun være meget beskeden bevægelighed.

Behandling: Da tilstanden er godartet og sædvanligvis spontant heler op, skal man være

tilbageholden med behandlinger, der medfører risici for bivirkninger. Sædvanligvis tilrådes lette smertestillende (paracetamol) eller eventuelt gigtpiller ved behov. Ved manglende effekt kan man injicere binyrebarkhormon i skulderleddet og i slimsækken, hvis denne er betændt. Nogle har anvendt binyrebarkhormon i tabletform. Forskellige operationer har været forsøgt, hvor man gennemskærer (eller sprænger) ledkapslen, men disse operationer er engang imellem forbundet med betydelige komplikationer, hvorfor en vis tilbageholdenhed tilrådes.

Komplikationer: Alle med frossen skulder bør lægeundersøges for at sikre, at diagnosen er korrekt.

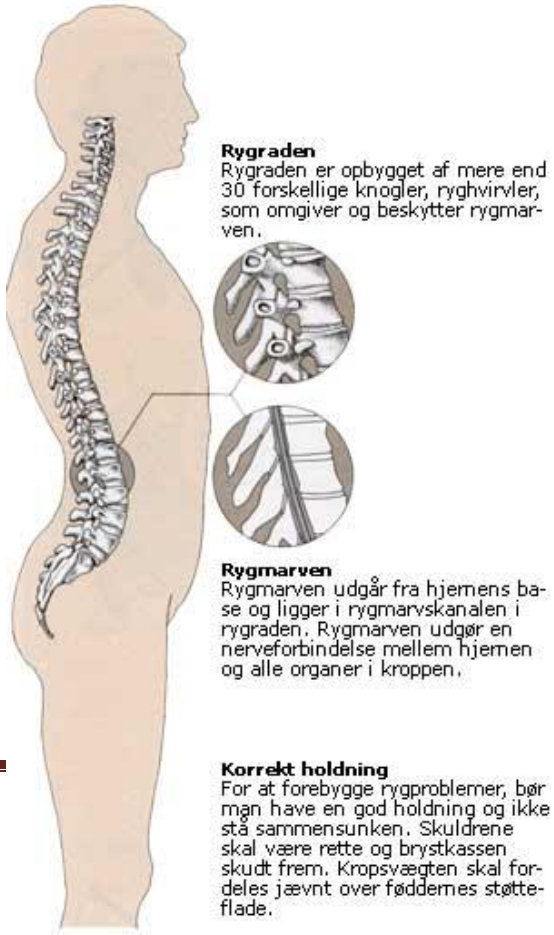
Massagebehandling: Massage af lokalområdet og synergisterne. Evt. også udstrækning og massage af antagonister.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling, Moxa-behandling, samt opløs evt. stagnationer.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet + behandling af involverede meridianer.

Rygproblemer

Rygraden strækker sig fra basen af kraniet til ryggens afslutning og er normalt sammensat af mere end 25 ryghvirvler. Hvirvlerne er forbundet med hinanden af kraftige sener og adskilt af bruskskiver, diskoser. En diskos består af fast, trådet brusk (anulus fibrosus) og med en kerne af en geleagtig masse (nucleus polposus). Denne opbygning giver hver diskos en vis elasticitet og gør det muligt at hele rygraden kan bevæge sig. Bevægeligheden i rygraden er dog meget begrænset, og det er dette forhold, som er årsag til de fleste rygproblemer. En overdrevet bevægelse eller en overbelastning af et led i kæden kan fremkalde smerter i selve rygraden og i de talrige



© Tengbjerg sundhedsuddannelser

muskler og sener, som forbinder ryghvirvlerne.

Risikoen for at der skal opstå smerter øges også på grund af det faktum, at rygmarven, som er en vigtig del af centralnervesystemet, ligger i en kanal som løber inde i rygraden. Rygmarven er omgivet af ryghvirvlerne, og i smalle kanaler mellem hvirvlerne løber de perifere nerver til og fra de forskellige organer i kroppen. Skader på en ryghvirvel eller en diskos kan let medføre at en nervetråd kommer i klemme. Rygproblemer kan derfor ytre sig gennem smerter og svaghed i så godt som alle legemsdele.

Rygsmerter
Det er meget almindeligt med forskellige former for rygproblemer som følge af belastninger af rygraden. Årsagerne er uklare, og derfor findes der heller ikke nogen enkel behandling. De fleste rygproblemer forårsages formodentlig af en forstrækning i et ledbånd, som forbinder hvirvlerne. Dette giver en smertefuld krampe i de omgivende muskler. I andre tilfælde kan smerterne forårsages af fibromyalgi i ryggens muskulatur. Rygsmerter plejer desuden at ramme mennesker med stress og psykisk belastning på samme måde som hovedpine kan ramme mennesker i disse situationer.

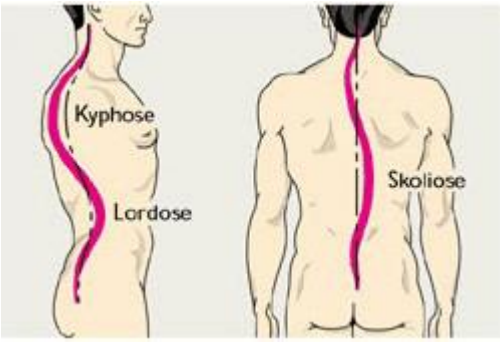
Symptomer
Symptomerne er almindeligvis smerter og stivhed, som kan opstå pludseligt eller udvikles langsomt. Rygproblemer kan opstå i forbindelse med at man løfter tunge genstande, falder, står i en ubekvem stilling, udøver en uvant motionsform eller uden nogen åbenbar årsag. Smerterne forværres ved hosten og nysen samt når man bøjer eller vrider ryggen. I visse tilfælde er smerterne begrænset til et område af ryggen. De tre almindeligste typer af sådanne lokale rygproblemer er hekseskud, smerter fra halebenet og iskias.

Forholdsregler
Følg altid rådene om hvordan man beskytter ryggen. Hvis man kommer ud for rygproblemer, som ikke forårsages af en bagvedliggende sygdom, kan man prøve de forholdsregler som angives ved behandling af rygproblemer. Hvis smerten ikke går over i løbet af 3-4 dage, eller hvis det virker som om tarmens eller urinblærens funktion er påvirket, bør man dog søge læge.

På grund af sin natur er uspecifikke rygproblemer svære at diagnosticere. Efter en ydre undersøgelse af ryggen, kan det undertiden være nødvendigt med en røntgenundersøgelse for at se, om det skulle dreje sig om en diskusprolaps eller en discusdegeneration. I de fleste tilfælde må patienten fortsætte sin egen pleje i yderligere et par dage. Lægen kan også ordinere muskelafslappende og smertestillende midler. I de tilfælde, hvor smerten er lokaliseret til et lille område, kan man også undertiden give en indsprøjtning med et kortisonpræparat i området. Der kan også opnås gode resultater gennem fysioterapi.

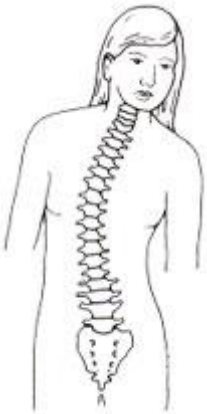
Skoliose (Skæv ryg).

Skoliose betyder en rygradskrumning med sidebøjning af rygraden, som gør at brystkassen taber sin symmetri. Undertiden er rygradskrumningen medfødt, og ind imellem skyldes den hindringer i normal udvikling som f.eks. lammelser eller svagheder i støttemuskulaturen. Netop i puberteten kan ryggen uden nogen kendt årsag blive skæv hos en tidligere helt rask person. Skoliose er ti gange mere almindelig blandt piger end blandt drenge.



Forholdsregler
Selv om rygradskrumningen er ubetydelig, bør man konsultere en læge. Det er vigtigt, efter som krumningen hurtigt kan forværres. Rygradskrumningen kan i ekstreme tilfælde blive så udtalt, at pladsen til lungerne påvirkes. Langt inden dette stadium nås, kan udviklingen dog rettes op med behandling. Skoliose ses tydeligt, hvis ryggen betragtes bagfra, mens barnet bøjer sig fremad og derefter retter sig op. Skoliose opdages som regel ved helbredskontrol hos skolelægen, og man kan da i tide henvise barnet til specialistbehandling.

Behandling
Mild rygradskrumning behandles med rygtræning og gymnastik. Behandlingen skal stå på i flere år. I svære tilfælde kan et støttekorset i puberteten rette ryggen ud. Når denne behandling ikke ser ud til at virke, kan udviklingen rettes op ved ortopædisk kirurgi, et operativt indgreb for at rette ryggen ud.



Massagebehandling: Massage af hele ryggen, gerne også synergister.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling, samt styrke Lever og Nyre og Blære og Du-meridianen.

Zoneterapibehandling: Lokalområdet både muskler og rygsøjle

Karpaltunnelsyndrom.

Definition og årsager
Karpaltunnelsyndrom er en almindelig tilstand, hvor der opstår smerte og nedsat følesans i huden på visse fingre, i håndfladen og på håndledet på grund af tryk på en nerve.

I håndleddet sidder to rækker af mindre knogler kaldet håndrodsknogler. Disse danner grundstrukturen for hånden og er bindeled mellem de to underarmsknogler og selve hånden. Håndrodsknoglerne er placeret, så de sammen med et ledbånd, danner en snæver kanal, hvor bl.a. en af nerverne (nervus medianus) passerer ud til hånd og fingre. Denne kanal kaldes for karpaltunnelen.

Mediannerven går ud til tommelfinger, pegefinger, langefinger og en del af ringefingeren. Her vil man opleve symptomerne.

Hvis pladsen i karpaltunnelen bliver for trang, f.eks. pga. hævelse, opstår der tryk på nerven, hvilket medfører smerte og føleforstyrrelser i fingre (især 1.-3. finger), i håndfladen og ved håndleddet. Undertiden rammer karpaltunnelsyndrom begge hænder.

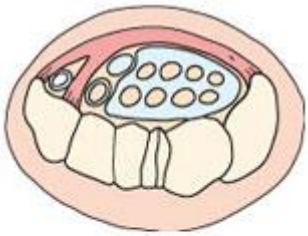
Sygdommen kan ramme flere grupper. De almindeligste er

- Midaldrende kvinder.
- Gravide, pga. af hævelse i karpaltunnelen.
- Personer som har en gigtlidelse, eller har haft et brud i håndleddet, som har gjort pladsen mere trang.
- Karpaltunnelsyndrom af ukendt årsag.
- Personer som har arbejde med mange gentagne bevægelser, som involverer håndleddet.

Symptomer på karpaltunnelsyndrom
De almindeligste symptomer er:

- Prikkende/stikkende fornemmelse i tommelfinger, pegefinger og langfinger samt på indersiden af ringfingeren (alle disse har forbindelse til denne specifikke nerve) samt i håndledsregionen.
- Forværring af tilstanden om natten
- Til tider nedsat funktion af visse muskler i hånden og smerte hele dagen.

Forholdsregler og diagnose
Hvis man gennem længere tid oplever smerter og symptomer, som beskrevet ovenfor, bør man gå til lægen. Ved klinisk undersøgelse kan lægen enten stille diagnosen eller henvise til en speciallæge, som kan foretage yderligere nerveundersøgelser.

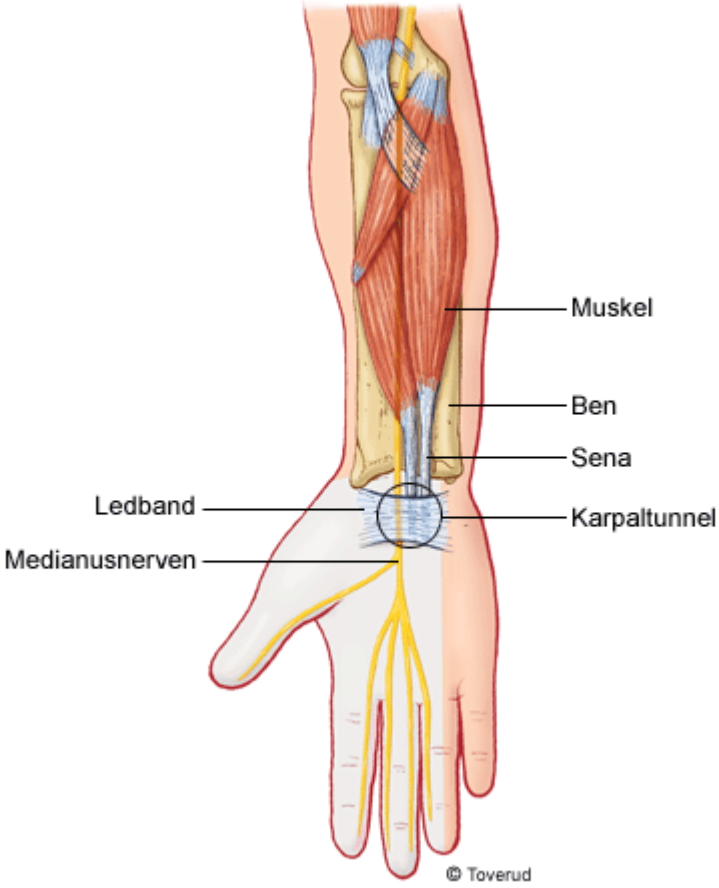


Tværsnit gennem håndleddet. Når vævet i karpaltunnelen hæver, bliver mediannerven klemt mellem det stramme ledbånd og hånd-rodsknoglerne. Dette giver en prikkende fornemmelse og følel-sesløshed.

Behandling af karpaltunnelsyndrom
Hvis karpaltunnelsyndrom er opstået under graviditet eller anden sygdom, vil tilstanden mange gange gå i sig selv, når graviditeten afsluttes, eller når den tilgrundliggende sygdom behandles.

Der kan være behov for at behandle en eventuel betændelsestilstand(inflammation) og hævelse i håndleddet med en skinne, eller medicinsk ved hjælp af antiinflammatorisk medicin (ibuprofen, ibumetin, ipren mv.).

I værste fald kan man, hvis ikke anden behandling virker, blive opereret og få skabt mere plads i karpaltunnelen. Dette gøres ved at lave et snit i det ledbånd, som løber over karpaltunnelen. Afhængig af hvor lang tid der har været tryk på nerven, vil symptomerne gradvist forsvinde og resultatet bliver som regel godt.



Forløb og komplikationer
Sygdommen har en god prognose hvis den behandles, og komplikationerne er relativ små.

Uden behandling kan der i værste tilfælde opstå fuldstændig følelsesløshed i hånden og nedsat kraft, når man forsøger at gribe om ting. Ligeledes kan tommelfingerens muskulatur

langsomt blive svag, hvis den ikke aktiveres af nerven.

Massagebehandling: Behandl ledbåndet i håndleddet, samt massage af hele armen og gerne og

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling, og især på Lunge-, Tyktarm- og Pericardiummeridianerne.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling, samt behandling af især Lunge-, Tyktarm- og Pericardiummeridianerne.

Fibromyalgi

Fibromyalgi er en sygdomstilstand, der medfører langvarige smerter og træthedfølelse i muskulaturen. Den faktiske årsag til fibromyalgi er ikke kendt, men man har fundet, at blodcirkulationen i musklerne kan være påvirket. Der synes dog også at medvirke funktioner i hjernen som har at gøre med smerteoplevelsen. Man har ved studier fundet tegn på, at visse af kroppens egne smertehæmmende stoffer (såkaldte endorfiner) findes i mindre mængder i rygmarvsvæsken hos patienter med fibromyalgi.

Symptomer

Symptomerne er smerte som bliver siddende i mere end tre måneder og er spredt over hele kroppen. Man kan mærke en lettere hævelse i kroppens bløde væv, først og fremmest i brystkassen og ryggen. Smerten kan ofte give rygproblemer. Visse begrænsede steder på kroppen er meget ømme og smertende, og der opstår stærk smerte selv om man kun trykker let mod dem. Ved fibromyalgi findes ingen synlige fejl ved muskulaturen, hvad der tidligere har ført til, at man ofte affærdigede problemet som psykisk.

Forholdsregler

Diagnosen stilles efter lægen ved hjælp af forskellige blodprøver har sikret sig, at der ikke kan være tale om en anden sygdom. Ved fibromyalgi er alle blodprøver normale.

Ofte kan man selv forbedre symptomerne drastisk ved hjælp af varme bade, receptfrie smertestillende piller og regelmæssig, men mådeholden motion. Tilstanden kan også forbedres ved at patienten bliver klar over, hvad det drejer sig om og lærer at håndtere tilstanden. Hvis der er vedvarende symptomer, bør man opsøge en læge som kan behandle med stærkere smertestillende midler eller eventuelt antidepressive lægemidler. Det skal tilføjes at sygdommen er meget omdiskuteret og at mange læger stadig ikke mener at den eksisterer. I visse tilfælde kan man få indsprøjtninger med lokalbedøvende midler med eller uden kortisonpræparater.

Prognosen ved fibromyalgi kan variere. Visse studier tyder på, at man spontant kan opleve en klar forbedring. Øget fysisk aktivitet - som dog ikke må være alt for anstrengende - lader til at være en god behandlingsmetode på længere sigt.

Massagebehandling: Ikke for hård massage. Gerne udstrækning af stramme led. Også gerne bevæge led.

Akupunkturbehandling: Styrk Nyre og Lever, qi'en og flowet.

Zoneterapibehandling: Harmoniser særligt elementerne vand, Træ og Jord.

Traumatiske skader

Knoglebrud (Frakturer)

Definition og årsager
Et knoglebrud (en fraktur) er en tilstand, hvor knoglen udsættes for større kraft end den kan klare og derfor skades. Hvert eneste år rammes mange mennesker af brud på forskellige knogler. De mest almindelige er knoglerne i håndledet, fingre, fødder og tæer. Andre knogler, der rammes ved fald og ulykker (arbejdsulykker og trafikuheld mv.) er typisk større knogler som dem i arme, ben, hofter og rygsøjle.

Man kan groft opdele brudskader i forhold til den kraft, hvormed skaden er sket. Man taler derfor om brud, der er sket ved involvering af høj energi (stor kraft som trafikuheld mv.), lav energi (mindre kraft som sportsskader mv.) og spontane brud (opstået af sig selv, ved minimal kraftpåvirkning, oftest pga. sygdom i knoglen).

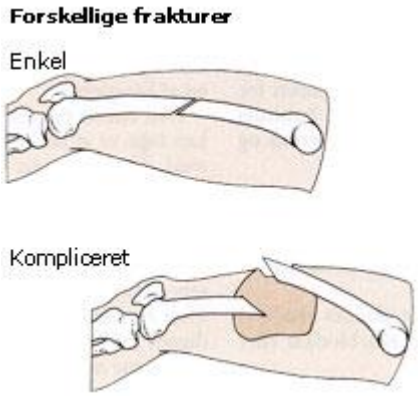
Knoglebrud behandles oftest med gips eller anden behandling, hvor man giver knoglen stabilitet og ro til at vokse sammen igen. Ved mere komplicerede brud, er det ofte nødvendigt at operere for at få knoglen i korrekt stilling igen og stabilisere knoglen med metaltråde, skruer eller andet (se nedenfor).

Imidlertid er der mange forskellige grunde til, at man kan få et brud. De hyppigste brudtyper og hvordan de opstår, er som følger:

Stressbrud
De mindste brud kaldes stressbrud. Disse brud er som regel en følge af flere småskader samme sted, (f.eks. mange små vrid) eller ved gentagen stor belastning, som kroppen ikke er vant til (f.eks.en maratonløber, som har øget træningsintensiteten meget). Stressbruddet ses som små revner i knoglen, og knoglen er derfor ikke brækket over. Brudene kan være svære at se på et almindeligt røntgenbillede, og det kan være nødvendigt at lave en knoglescintigrafi, hvor et radioaktivt stof sprøjtes ind i en blodåre. Dette stof binder sig midlertidigt til knoglerne og vil vise en eventuel stressfraktur ved hjælp af et kamera, der opfanger radioaktivitet (gammakamera).*Forskudte og uforskudte brud*
Voksne har ikke så eftergivelige knogler som børn, og derfor kan der ved større eller mindre uheld opstå knoglebrud i forskellig grad. Hvis knoglen efter at have fået et gennemgående brud stadig passer sammen med de to ender, kalder man det for et uforskudt (udisloceret) brud. Med stigende alder får man nedsat elasticitet af knoglen, og man vil have større risiko for brud, hvor knogleenderne forskydes og ikke længere passer sammen. Dette kaldes et forskudt brud (disloceret).

Selve bruddet i knoglen kan se ud på forskellig vis. Enten løber brudlinien på tværs af

knoglen, skråt i knoglen eller som en spiral rundt om knoglen. Der ses desuden brud, hvor linien går ind i ledfladen, hvilket kan være alvorligt, og senere føre til udvikling af gigt.



Åbne brud
Ved nogle brud brækker knoglen så meget over, at de to knogleflader slet ikke passer sammen (disloceret brud). Når de to knogleender forskydes meget, er der risiko for at knoglen laver skade på muskler, blodkar og nerver. I nogle tilfælde gennembrydes huden af knoglen, dette kaldes et åbent brud. Ved åbent brud er der større risiko for infektion med bakterier, og derfor skal man behandles med antibiotika med det samme.

Spontane brud
Spontane brud forekommer hyppigst hos ældre og skyldes en ændret struktur i knoglen, så den ikke kan klare de samme belastninger som tidligere. Dette skyldes typisk knogleskørhed hvor sammenfald i ryggen (en sammentrykning af ryghvirvlerne, hvorved de mister noget højde) er hyppigt. Spontane brud kan også skyldes anden sygdom som f.eks. knoglekræft, hvor bl.a. brud i lårbensknoglerne er hyppige.

Brud hos børn
Hos børn ser man en anden type brud, som kaldes et greenstick brud. Navnet greenstick skyldes, at børns knogler kan brække som en frisk gren, dvs. så det yderste lag holder, men den brækker inden i. Dette skyldes, at børns knogler ikke er færdigudviklede, og har en større mængde brusk indeni, som er mere eftergivelig end en voksenknogle. Et sådant brud kan ses som en lille bule på knoglen, eller som en større bøjning.

En anden type brud hos børn er et brud i knoglens vækstzone (epifysiolyse). Vækstskiven kan ved et sådant brud forskydes, og det kan være nødvendigt at sætte den på plads for at sikre normal videre vækst af knoglen. Dette kræver ofte operation. Ved større uheld kan børn, ligesom voksne, også pådrage sig større dislocerede eller udisloceret brud (se ovenfor).

Symptomer på knoglebrud (frakturer)
De mest almindelige symptomer på et knoglebrud er

- Smerter
- Nedsat bevægelighed
- Hævelse og misfarvning
- Eventuelt deformt udseende

Med mindre der er et tydeligt deformt udseende, kan man have de samme symptomer ved en kraftig forstuvning.

Forholdsregler og diagnose
Langt de fleste brud sker i forbindelse med et uheld, og hvis man mistænker at en knogle er brækket, bør man gå på skadestuen eller til egen læge. Ved en grundig undersøgelse kan lægen vurdere, om der er behov for at tage et røntgenbillede for at be- eller afkræfte diagnosen.

Er der tale om et tydeligt brud, vil man under alle omstændigheder tage et røntgenbillede, for at kunne tage stilling til behandlingen.

Behandling af knoglebrud (frakturer)
Ved knoglebrud er behandlingen afhængig af flere ting som bl.a.

- Hvor sidder bruddet? (hænder, ankler, arme, ben, ryg osv.)
- Hvilken type er bruddet? (tværbrud, spiralbrud, forskudt, uforskudt)
- Hvor alvorligt er bruddet? (åbent brud, skade på kar, muskler og nerver)

Afhængig af ovenstående, vil man vælge mellem to forskellige overordnede behandlingsprincipper, kaldet konservativ behandling (uden operation) eller operativ behandling.

Konservativ behandling
Ved konservativ behandling af et brud, vil man oftest vælge mellem forskellige typer af bandager, som kan immobilisere bruddet i forskellig grad.

- Tapening anvendes ved små brud på fingre og tæer. Tapen må ikke ligge for stramt, da den kan aflukke blodgennemstrømningen til området.
- Støttebandage er et elastikbind, som sættes på det pågældende område. Det benyttes kun ved meget små brud. Støttebindet er delvis immobiliserende, men øger også opmærksomheden omring stedet med brud. På denne måde bliver folk bedre til at holde sig i ro.
- Slynge eller mitella benyttes ofte ved brud på overarmsknoglen og kravebenet. Armen hænger i slyngen, og holdes i ro. Det er vigtigt at holde sin skulder i gang, hvis man benytter armslynge, da denne ellers bliver stiv i ledkapslen.
- Gipsbandage benyttes hvis et brud skal immobiliseres meget. Gipsen lægges på efter anlæggelse af en lille vatforbinding. Den kan gå hele vejen rundt om eks. underarmen, eller kan ligge som en gipsskinne, hvor kun den ene side gipses. En sådan skinne holdes fast med anlæggelse af en efterfølgende støttebandage. Afhængig af brudtype og placering er behandlingstiden med gips ca. 2-6 uger.
- Nogle brudtyper behandles udelukkende med smertestilende medicin. Et eksempel på et sådan er et brækket ribben, med mindre der er tale om flere ribbensbrud på samme tid. I sidstnævnte tilfælde, vil man ofte indlægge personen til observation.

Kirurgisk behandling
Er bruddene større og kræver operation kan dette ske med intern (indre) eller ekstern (ydre) fiksering af bruddet. Ved intern fiksering benyttes skruer og skinner, et marvsøm (tykt søm i knoglens marv) eller metaltråde. Ved ekstern fiksation sættes nogle metalpinde ind i knoglen udefra, og fikseringen sker med et apparat, som fastgøres på pindene udenfor huden.

Forløb og komplikationer
Forløbet af et brud er afhængig af behandlingen. Ved konservativt behandlede brud må man normalt regne med en periode med begrænset aktivitet svarende til behandlingstiden (typisk 2-8 uger).

Forløbet efter en operation kan variere meget i tid, afhængig af brudtypen, men også af patientens alder, og om der tilstøder komplikationer som f.eks. infektion. Et opereret brud behøver ikke at tage længere tid end ét, der kan behandles konservativt.

For både konservativt og operativt behandlede brud, må man regne med en periode med nedsat funktion og stivhed i området samt en periode med smerter. Varigheden af denne periode er meget individuel.

En komplikation til brud er, at knoglen ikke vokser præcist sammen og derfor giver fejlstilling. Dette kan i visse tilfælde medføre, et vedvarende nedsat funktionsniveau. Vokser knoglen derimod ikke sammen, kan der også opstå et fibrøst led (psudoartrose), hvor knoglen kan bøjes, som i andre led.

- Ved komplicerede brud, især åbne, er der altid en infektionsrisiko, som i alvorlige tilfælde, kan sprede sig til knoglen. Dette kaldes osteomyelitis.

Mange indlagte, især med brud i benene, er i risiko for at få en blodprop i de dybe vener i benet. Dette forsøger man at forebygge med blodfortyndende medicin.

En alvorlig komplikation til ribbensbrud er at ribbenet prikker hul på lungen, dette hedder pneumothorax Ved venstresidige ribbensbrud kan desuden ske skader på milten, som kan bløde.

- For alle som får et brud, gælder det at man mister muskelmasse, smidighed og bevægekontrol efter en periode med immobiliserende behandling. Genoptræning af varierende karakter, er derfor en vigtig efterbehandling af et knoglebrud. Børn vil som regel have et højt aktivitetsniveau ligeså snart smerten er væk, og vil hurtigt være så adrætte som før.

Massagebehandling: Ingen massage før gipsen er væk.

Akupunkturbehandling: Styrk særligt Nyre og Milt.

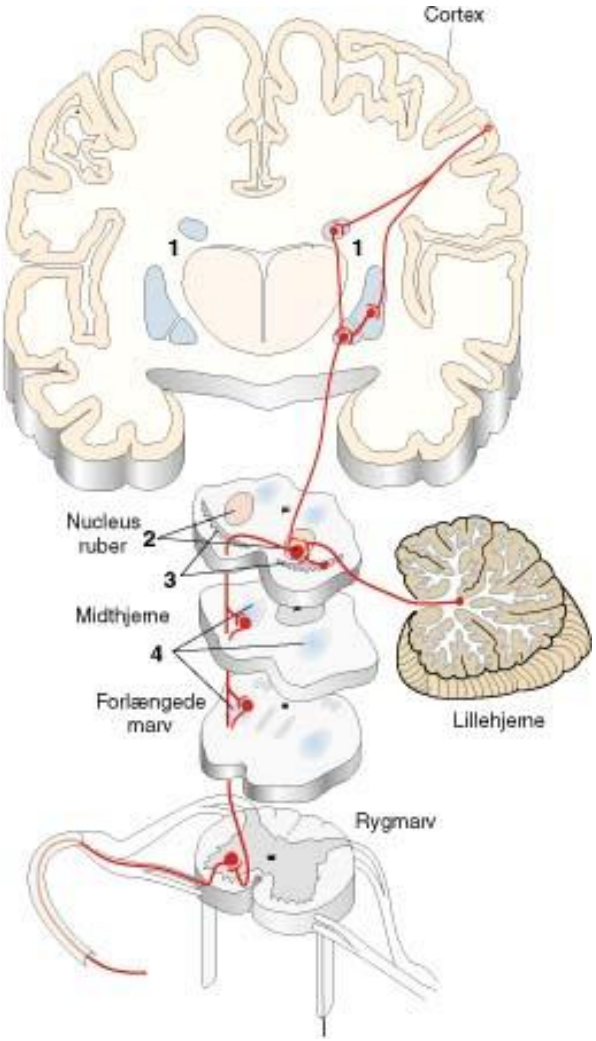
Zoneterapibehandling: Styrk Nyre og Milt, samt evt. lokalbehandling.

HJERNERYSTELSE
(COMMOTIO CEREBRI).

Anatomi: Hjernen er omgivet af hjernehinderne (meninges) og beskyttet af kranieknoglen.

Årsag: Ved voldsomme rystelser kan hjernen stødes imod kranieknoglen med en sådan kraft, at der opstår væskeudtrækning og blødning i hjernen eller på hjerneoverfladen.

Symptomer: Hovedpine, almen utilpashed, kvalme, synsforstyrrelser, døsighed, tiltagende fjernhed, bevidstløshed, kramper og i værste fald død. I de sjældne tilfælde hvor der er sket dødsfald i sport efter slag mod hovedet, sker dette ofte, hvis man i samme kamp får 2 hovedskader.
Undersøgelse: Alle idrætsudøvere, der får et slag i hovedet og som efterfølgende klager over utilpashed, synsforstyrrelser eller uklarhed, bør straks ophøre med idræt og bringes til lægeundersøgelse.
Alle hovedskader skal tages alvorligt! (CT-scanning). I nogle tilfælde kan der opstå livsfarlige blødninger.



Behandling: Aflastning og hvile indtil symptomerne er svundet. Det er naturligvis uhensigtsmæssigt og kan være risikabelt at tage hovedpinetabletter for at fortsætte idrætsaktiviteten

Genoptræning: Aflastning og hvile indtil symptomerne er svundet. Herefter kan træningen forsigtig genoptages, men bør afbrydes, hvis der på ny kommer symptomer, f.eks. i form af hovedpine.
Se i øvrigt genoptræning, generelt.

Specielt: Mere udbredt anvendelse af hjelme i forskellige sportsgrene vil utvivlsomt kunne nedsætte antallet af hjernerystelser og følgevirkningerne heraf. Det er afgørende, at idrætsfolk med hovedskader, der har medført påvirkning af bevidstheden ("groggy") øjeblikkelig tages ud af idrætsaktiviteten og ikke tillades at fortsætte denne før symptomerne er helt svundet i løbet af de næste dage.

Massagebehandling: Ingen massage de første 48 timer.

Akupunkturbehandling: Sedativ behandling.

Zoneterapibehandling: Sedativ behandling

MUSKELBLØDNING I FORLÅR (HÆMATOM).

Anatomi: Lårmusklerne opdeles i 3 muskelgrupper (muskelloger) af kraftige, delvis ueftergivelige muskelhinder (fascier): en forreste, en indvendig og en bagerste muskelloge. Forreste lårmuskel består af fire muskler (M. vastus lateralis, M. vastus medialis, M. rectus femoris og den dybt beliggende M. vastus intermedius.

A. Spina iliaca anterior superior

B. M. iliopsoas (dybe hoftebøjer)

C. Lig. inguinale

D. Tuberculum pubicum

E. M. pectineus

F. M. adductor longus

G. M. gracilis

H. M. adductor magnus

I. M. rectus femoris

J. M. sartorius

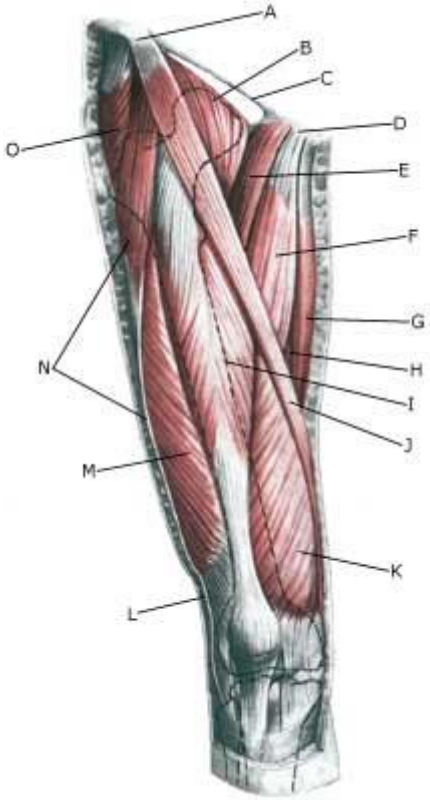
K. M. vastus medialis

L. Tractus iliotibialis

M. M. vastus lateralis

N. M. tensor fasciae latae et tractus iliotibialis

O. M. gluteus medius



Årsag: Hvis en muskel udsættes for spark eller lignende, trykkes den kødede og blodkarrige del af musklen mod knoglerne, hvorved der opstår en kvæstelse og bristning af muskelfibre og blodkar. Bristningen opstår sædvanligvis dybt i musklen. I andre tilfælde kan blødningen opstå efter en større eller mindre muskelbristning i forlåret. Blødningen kan enten bryde gennem muskelhinderne og fordele sig over et stort område eller samle sig inde i musklen. Muskelblødninger i låret kaldes ofte "trælår".

Symptomer: Smerter og hævelse i musklen. I nogle tilfælde kan der føles en hård, øm ansamling (samlet blødning i musklen). I andre tilfælde opstår der efter nogle dage blålig misfarvning af underhuden (blødningen er brudt gennem muskelhinden og spredt sig ud i underhuden). Smerterne forværres ved aktivering og udspænding af musklen.

Akut behandling:

Undersøgelse: I lette tilfælde med kun minimal ømhed og ingen gener ved almindelig gang kræves ikke nødvendigvis lægeundersøgelse. Sværhedsgraden af ømheden er dog ikke altid et mål for skadens omfang. Ved mere udtalt ømhed eller smerter kræves lægeundersøgelse med henblik på at sikre diagnose og behandling. Diagnosen stilles sædvanligvis ved almindelig lægeundersøgelse. Hvis der er tvivl om diagnosen, kan der udføres ultralydsscanning, der er den mest velegnede undersøgelse til at sikre diagnosen, (Ultralydbillede). Jo større blødningen er vurderet ved ultralydsscanning, jo længere tid varer ophelingen.

Behandling: Behandlingen omfatter sædvanligvis aflastning og genoptræning som ved muskelbristning i forlåret. Ved store samlede blødninger kan man ultralydvejledt udtømme blodansamlingen. Hvis blødningen sidder i musklerne indvendigt (m vastus mediale) eller udvendigt på låret (m vastus lateralis), forløber genoptræningen sædvanligvis hurtigere. Hvis blødningen sidder midt på forreste lårmuskel (m vastus intermedius, m rectus femoris), må man forvente et noget langsommere genoptræningsforløb, da pludselige spring eller spark vil medføre risiko for en muskelbristning i den skadede forlårsmuskel. Nogle anbefaler behandling med gigtpiller og tilråder forsigtighed med massage for at nedsætte risikoen for myositis ossificans.
Bandage: Visse bandager på låret har vist sig effektive til at reducere risikoen for muskelblødninger i kontaktsort.

Komplikationer: Hvis ikke forløbet går jævnt fremad, bør man lade sig lægeundersøge (på ny) og overveje, om diagnosen er rigtig eller om der er tilstødt komplikationer til muskelbristningen.

Massagebehandling: Is efterfulgt at blid behandling i lokalområdet, samt evt. behandling af synergister og antagonister.

Akupunkturbehandling: Behandling af Milt og Hjerte, samt L-D-S behandling.

Zoneterapibehandling: Behandling af lokalområdet, samt styrk Milt og Hjerte.

BRISTNING AF FORRESTE KORSBÅND (RUPTURA LIGAMENTUM CRUCIATUM ANTERIUS).

Anatomi: Knoglerne i knæleddet omfatter lårknoglen (femur), skinnebensknoglen (tibia) og knæskallen (patella). Endvidere er der et lille led mellem skinnebenet og lægbenet (fibula). Knæleddet er forstærket af en ledkapsel, der på siderne er forstærket med et udvendigt og indvendigt sideledbånd (ligamentum collaterale laterale/fibulare og mediale/tibiale). Inde i knæet findes to ledbånd, forreste og bagerste korsbånd (ligamentum cruciatum anterius og ligamentum cruciatum posterius).

A. Ligamentum cruciatum posterius (Bagerste korsbånd)

B. Ligamentum collaterale mediale/tibiale (Indvendige sideledbånd)

C. Meniscus medialis (Indvendige menisk)

D. Insertio anterior menisci medialis

E. Ligamentum transversum genus

F. Tibiae

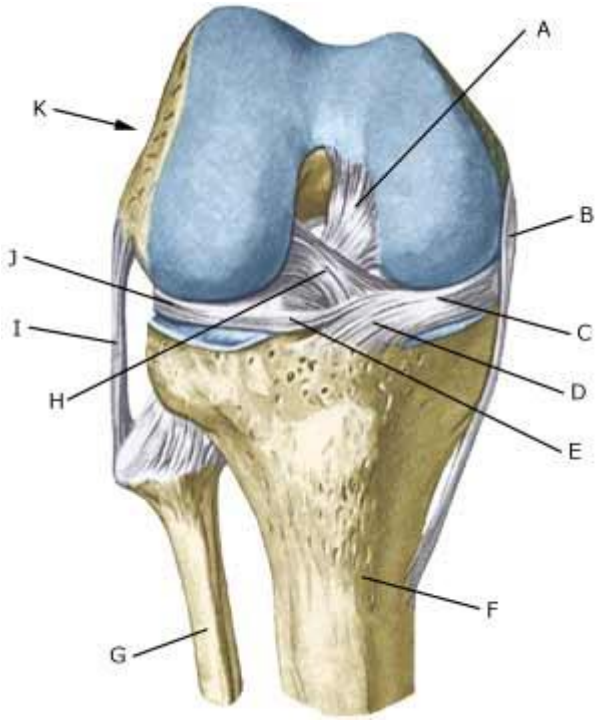
G. Fibulae

H. Ligamentum cruciatum anterius (Forreste korsbånd)

I. Ligamentum collaterale laterale/fibulare (Udvendige sideledbånd)

J. Meniscus lateralis (Udvendige menisk)

K. Femur



Årsag: Bristning af forreste korsbånd opstår sædvanligvis under løb med hurtige retningsskift eller efter fald på ski. De fleste skader sker uden kontakt med modspiller.

Symptomer: Sædvanligvis høres eller mærkes et smæld, og fortsat idrætsaktivitet må afbrydes. Knæet hæver inden for de første timer, hvorefter knæet ikke kan bøjes helt. Man kan efterfølgende ofte fornemme, at benet giver efter (knæsvigt).

Akut behandling:

Undersøgelse: Ved mistanke om total eller delvis bristning af korsbåndene bør man straks søge læge (skadestue) for at få stillet diagnosen. Lægen kan udføre forskellige knætest

(forreste skuffeløshed, Lachmann, Pivot shift) for at undersøge stabiliteten af knæet. Man skal være opmærksom på, at løsheden i knæet ofte først kan påvises efter 2 uger. Eventuelt kan væsken i knæet udtømmes. Blod i knæet giver meget stærk mistanke om bristning af forreste korsbånd. Blødningen, der opstår efter bristning af forreste korsbånd, kan sædvanligvis ses ved ultralydsscanning, (Ultralydbillede) eller MR-scanning. Artroskopi (kikkertundersøgelse af knæet) er mest velegnet, hvis der er tvivl om diagnosen.

Behandling: Unge idrætsaktive eller andre med fysisk belastende arbejde vil man sædvanligvis anbefale operation med indsættelse af nyt korsbånd.

Man må forvente et intensivt genoptræningsforløb over mindst ½ år. Det er vigtigt, at knæet strækkes helt ud mindst 2 gange dagligt. Hvis der kommer problemer med at strække knæet helt ud, bør operatøren tilse knæet.

Bandage: Hængsel bandage (Don-Joy) kan anvendes de første par uger. Tape-behandling ved korsbåndsbristninger i knæet har ingen sikker effekt.

Komplikationer: Ved manglende fremgang må man overveje forskellige komplikationer til operationen:

- væskeansamling i leddet (traumatisk arthritis/synovitis)
- udvendig sideledbåndsbristning
- indvendig sideledbåndsbristning
- bristning af bagerste korsbånd
- menisklæsion
- betændt slimhindefold (plica synovialis)
- bruskbeskadigelse (osteokondrale læsioner)

I de tilfælde, hvor knæskalssenen(ligamentum patella) er brugt som nyt korsbånd, ses hyppigt "betændelse" (inflammation), hvor knæskalssenen er fjernet. Ved langvarige gener, der ikke svinder ved aflastning, kan man forsøge injektion af binyrebarkhormon langs den betændte del af knæskalssenen.

Mindre end halvdelen af idrætsfolk med bristning af forreste korsbånd kommer til at dyrke idræt på samme niveau som inden skaden.

Specielt: Da der er risiko for, skaden giver varige mén, bør skaden anmeldes til dit forsikringsselskab.

Massagebehandling: Ingen behandling de første 48 timer.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Milt og Nyre.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Milt og Nyre.

Ledskred (Luksation).

Definition og årsag
Et ægte led defineres ved at have en ledkapsel, der omkranser en ledhule mellem knogleenderne. Bevægelse er mulig mellem knoglerne i et ægte led. Knogleenderne (ledfladerne) i et led har en naturlig position i neutral stilling og kan derudfra bevæge sig indenfor visse grænser.

Hvis disse grænser overskrides kan der opstå subluksationer (små ledskred) eller decideret ledskred (luksation). Visse led, der ikke indeholder ledhule og ledkapsel (uægte led), kan også skride, f.eks. ledene mellem ryghvirvlerne.

Luksation ses overvejende i forbindelse med en ulykke, hvor ledfladerne tvinges unaturligt fra hinanden. Dette medfører forstrækninger og brist af ledbånd, hvormed den udsatte knogle går af led. En luksation vil medføre en fejlstilling og ophævet funktion i ledet. Herudover kan der ses skader på omkringliggende ledkapsel, ledbrusk, muskler, blodkar og/eller nerver. Der kan ligeledes opstå knoglebrud, fraktur.

Ved medfødt hofteluksation er der en øget risiko for senere luksationer i hofteledet. Genetisk disponering for slappe ledkapsler (hypermobilitet) og dårligt bindevæv kan give øget forekomst af luksationer. Ledegigt kan også give risiko for ledskred.

Ved en luksation ødelægges ledkapslen. Den kan hele op med arvæv, som ikke er så stærkt, som det oprindelige væv. Der er ligeledes risiko for at kapslen bliver slappere end før. Dette giver en øget risiko for endnu en luksation i samme led.

I svære tilfælde kan der opstå en såkaldt habituel luksation, hvor der skal meget lidt til før ledet lukserer. Det ses oftest i skulder og kæbeled.

Ledskred i skulderledet
Skulderledet er et kugleled. Overarmsknoglen øverst er vredet af led. Det normale leje angives af den brune skyggekontur. Skulderledet har stor bevægelighed og overarmsknoglen fører hen til flere knogler. Ved denne opbygning kan skulderledet ganske let vrides af led.

Symptomer på ledskred
En luksation ledsages af følgende typiske symptomer:

- Stærk smerte, der opstår ved brud på ledkapslen, og/eller som udtryk for anden vævs ødelæggelse og fejlstilling i ledet.
- Synlig fejlstilling
- Nedsat funktion af ledet
- Hævelse og rødme

Ved samtidig læsion af en nerve kan der være nedsat følesans og/eller muskelkraft i området.

Ledbruskskader kan give såkaldte mus i ledet, og ledet kan i så fald låse sig fast (aflåsning).

Ved læsion af et blodkar ses indre blødning.

Knoglebrud (frakturer) og muskelskader kan give symptomer som smerter og funktionsnedsættelse.

Forholdsregler og diagnose
Har man tendens til ledskred i et eller flere led, er det uhyre vigtigt med grundig muskeltræning af de omkringliggende muskler. Man bør ligeledes undgå situationer der kan bringe ledet i en yderposition og fremkalde et ledskred. Man kan være nødt til at undgå visse sportsgrene, hvorimod andre sportsgrene som eks. svømning og cykling kan være gunstig for muskeltræning.

Ved led, hvor det er muligt (f.eks. fingerled), kan det være hensigtsmæssigt at bruge støttende bind eller tape, i tilfælde af idrætsudøvelse.

Kommer man ud for et ledskred, skal ledet sættes på plads (reponeres). Det er vigtigt, at man ikke selv forsøger reponering, da der kan opstå yderligere skade på knogle eller andet væv, især ved samtidig fraktur. Man bør derfor straks søge læge eller skadestue. Det er vigtigt ikke at spise eller drikke noget, da reponering evt. skal foretages i fuld bedøvelse, hvor det er vigtigt at maven er tom.

Diagnosen stilles som oftest simpelt af læge pga. de stærke smerter, den nedsatte ledfunktion og synlig fejlstilling. Som oftest vil læge tage et røntgenbillede af ledet for at danne sig et overblik over ledskredet og for at udelukke evt. knoglefrakturer.

Behandling af ledskred
Behandlingen skal foretages af en læge. Patienter med hyppige luksationer er ofte selv i stand til at sætte leddet på plads. Men selv i disse tilfælde bør man opsøge skadestue mhp. at få taget et røntgenbillede, der kan vise, om der er opstået andre skader i forbindelse med luksationen.

Afhængigt at hvilke led der er lukseret, vil lægen vælge en passende bedøvelse. For store led som hofte- og skulderled kan det være nødvendigt at lægge patienten i fuld narkose for at få de store muskler omkring ledet til at slappe af. Fingerledsluksationer kan behandles i en lille lokalbedøvelse, hvor den enkelte finger bedøves.

Efter reponering fikseres ledet med skinne, gips eller slynge. Fikseringen skal ikke være langvarig (max. tre uger), da dette kan give indskrænkninger i ledets bevægelighed.

Herefter opstartes genoptræning evt. i samråd med en fysioterapeut. Korrekt genoptræning er meget vigtig som forebyggelse for gentagne ledskred.

Visse luksationer kan være så alvorlige, at det kræver operation for at bringe ledfladerne på plads igen. Har man tendens til gentagne ledskred, kan en operation, hvor ledbånd og ledkapsel opstrammes, være en mulighed.

Læsioner på nerve, kar og/eller knogle kræver ofte hurtig operation.

Komplikationer og forløb
Ved en luksation kan man frygte, at det udvikler sig til en habituel tilstand, hvor ledet lukserer ved selv en meget lille belastning. Dette kan være meget invaliderende, og hver episode er meget smertefuld.

Ved ledskred i ryghvirvlerne kan rygmarven skades, hvilket kan føre til lammelser (se skader på rygmarven).

Skader på nerver til arm eller ben ses ved skulder- hhv. hofteluksation.

Slutstadiet efter en luksation er ofte slidgigt (artrose), hvilket tager mange år for det udvikles.

Ved et ukompliceret ledskred og korrekt genoptræning, er det ofte muligt at få fuld funktion og bevægelighed tilbage i ledet.

Massagebehandling: Ingen behandling de første 48 timer.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Milt og Nyre.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Milt og Nyre.

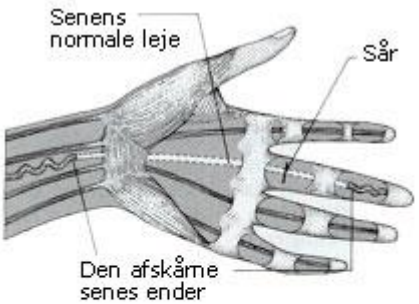
Seneskader (Inkl. Seneruptur).

Definition og årsag
Muskler, der udspringer fra underarm og lægge, styrer funktionen af hænder og fødder. Disse muskler ender i lange stærke sener, der løber forbi hånd- og fodled, og hæfter på hånd eller finger hhv. fod eller tæer. Via senerne kan musklerne som et tovspil styre bevægelserne for de pågældende lemmer.

Udsættes man for svære skader eller snitsår i disse områder, kan man være så uheldig, helt eller delvist at overskære en sene. Udover at såret kan være voldsomt, og kan have ødelagt andre strukturer, så vil en komplet overskåret eller sprunget sene (seneruptur) medføre tab af dennes funktion.

Delvis overskårne sener kan, hvis de fortsat bruges, udvikle sig til komplet seneruptur.

Symptomer på seneskade
Det er meget tydeligt for den enkelte, hvis en sene brister. Der vil være smerter, og umiddelbart tab af funktion, f.eks. kan det være umuligt at bøje eller stække en finger fuldt ud. Musklen der trækker i senen, vil krybe samme, da der ikke længere er noget modtræk, og det vil ses som en muskelbule. Hvis den store overarmsmusklen (biceps) brister, ses det som en "skipperskræk-arm".



Afskårne sener
Når en sene skæres over, trækker musklen, som sidder fast i senen, sig sammen, så de afskårne ender trækkes fra hinanden. Sådanne skader kræver et kirurgisk indgreb for at lokalisere begge enderne, inden man kan sy dem sammen.

En delvist bristet sene vil foruden smerter give en nedsat funktion af musklen. Ved nogle seneoverstrækningsskader, kan den stærke sene trække et stykke af den knogle den sidder på (en afsprængning). Senen er stadig intakt, men der er sket et knoglebrud, og senens funktion er ophævet.

Behandling af seneskader
Diagnosen stilles forholdsvist simpelt af lægen i skadestuen. Seneskaden vil ofte være ledsaget af et sår ved snituheld, og ofte vil være muligt at se en delvist overskåret sene i såret. Ved en seneruptur vil der være ophævet funktion og man må eventuelt udelukke et knoglebrud, hvis det ikke drejer sig om snituheld, men derimod en afsprængning.

Hvis en sene er fuldstændig bristet, vil man ofte vælge at sy de to seneender sammen. Det kræver en større eller mindre operation, afhængig af senens størrelse. Derefter følger gips eller skinne behandling, hvor senen fikseres så der ikke er træk på den.

En delvist overskåret sene, og få komplette rupturer, kan behandles med skinne- eller gips behandling, hvor enderne placeres så de har kontakt med hinanden, og derfor har mulighed for at gro sammen. Det kan dog være nødvendigt at sy delvist overrevne sener sammen.

Gips eller skinne behandlingen er en langvarig proces, da senevæv vokser langsomt.

Forløb og komplikationer
De fleste rumperede sener vokser ukompliceret sammen. Dog kan ophelingen tage lang tid. Hvis senefikseringen afsluttes for tidligt, er der risiko for at skaden bryder op. Det kan ske, at en beskadiget sene efterfølgende kan medføre stivhed eller tab af bevægelsen af f.eks. en finger.

Massagebehandling: Ingen behandling de første 48 timer.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Milt og Nyre. Behandl evt. den lokale meridian.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Milt og Nyre.

DISKUSPROLAPS I NAKKEN

(PROLAPSUS DISCI INTERVERTEBRALIS CERVICALIS.

Anatomi: Nakken er opbygget af kasseformede ryghvirvler, der holdes på plads, dels ved hjælp af knoglernes udformning og dels ved ledbånd og muskler. I mellem ryghvirvlerne er indskudt bruskskiver (disci), der virker stødabsorberende.
Disci ligger tæt op af rygmarvskanalen, hvorfra der afgår nerver til armene.

A. Vertebra prominens

B. Vertebra coccygea I (haleben)

C. Promontorium

D. L I (1. lændehvirvel)

E. Th I (1. brysthvirvel)

F. Axis

Årsag: Hvis nakken udsættes for en belastning, der overstiger dens styrke, vil der kunne opstå en revne i en af bruskskiverne, således det flydende indhold i midten af bruskskiven (nucleus pulposus) kan klemmes ud og trykke på nerveroden.

Symptomer: Smerter og stivhedsfornemmelse i nakke med udstråling til en af armene. Der kan være føleforstyrrelser og kraftnedsættelse i armen. Ofte forværring ved hoste.

Undersøgelse: Ved mistanke om diskusprolaps bør man kontakte sin læge, der ved specielle undersøgelser (udbredningen af føleforstyrrelse, muskelkraftnedsættelse, reflekser, foramen kompressionstest) vil kunne fastslå diagnose og hvilken behandling, der skal iværksættes. I nogle tilfælde er det nødvendigt at supplere med MR-scanning, hvis ikke behandlingen forløber planmæssigt.

Behandling: Hvis lægen finder tegn på diskusprolaps, uden alarmerende symptomer

(betydelig muskelsvækkelse/lammelse), vil behandlingen primært være rettet mod at ændre på ubalancen mellem den belastning nakken udsættes for og den styrke nakken er trænet op til at kunne klare. Det tilrådes derfor, at man (eventuelt via fysioterapeut) instrueres i, hvordan man mest hensigtsmæssigt belaster sin nakke, og hvilke maksimalt belastende bevægelser man bør undgå ("ergonomisk vejledning"). Det kan være nødvendigt med få dages aflastning for at dæmpe smerterne, men herefter bør man starte på stigende træning med nakke- og halsmusklerne. Hvis der er behov for smertestillende kan man anvende paracetamol eventuelt kombineret med gigtpiller. Langt de fleste med diskusprolaps kan klare sig med genoptræning. I tilfælde af manglende fremgang på ovennævnte behandling, vil man overveje MR-scanning og eventuelt operation. MR-scanning og operation kommer således først på tale, hvis genoptræningen ikke er lykkedes. Ved alarmerende symptomer (betydelig muskelsvækkelse/lammelse) tilrådes akut indlæggelse for vurdering af indikation for akut operation.

Specielt: Træningen bør gennemføres "livslang" for at nedsætte risikoen for tilbagefald efter en vellykket genoptræning. Tobaksrygning medfører øget risiko for rygsmerter ved at nedsætte blodforsyningen til bruskskiverne (disci), således dagligdagens småskader ikke heler så godt op. Tobaksophør er derfor en vigtig del af behandlingen

Massagebehandling: Let eller ingen behandling af skadesområdet.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Nyre, Blære og Du-meridianen..

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Nyre og Blære

Spinalstenose

Symptomer på spinalstenose

- Smerter i benene i forbindelse med gang
- Trætte og tunge ben efter kort tids gang
- Ingen gener i siddende stilling
- Styringsbesvær i benene - svært at få dem til at lystre
- Føleforstyrrelser i benene, snurrende fornemmelser i fødderne

Antallet af ældre, der har problemer med ryggen, er stærkt stigende. Desværre får kun få stillet en rigtig diagnose og

kommer i behandling. Og det er synd og skam, for en meget stor del af disse ældre kan hjælpes med et forholdsvis simpelt kirurgisk indgreb - med bedre førlighed og mere livskvalitet til følge.

Langt de fleste af de ryglidelser, vi ser hos ældre mennesker, skyldes aldersforandringer. Flere og flere ældre får problemer, fordi vi generelt i dag lever længere end tidligere. En af de hyppigste ryglidelser blandt ældre kaldes "spinal stenose" og er udtryk for en forsnævret rygmarvskanal, hvilket skyldes slidgigt i de små led mellem ryghvirvlerne. Dertil kommer fortykkelse af de ledbånd, der er i rygsøjlen.

Spinal stenose giver nogle karakteristiske symptomer i benene - såsom smerter og føleforstyrrelser samt tiltagende problemer med at gå. Patienter med spinal stenose er ganske enkelt ikke i stand til at gå mere end et par hundrede meter, før smerterne sætter ind, og benene føles som tunge betonklodser. Disse symptomer giver selvsagt store problemer i den ældres hverdag.

Med et lidt kærligt udtryk kalder man også lidelsen for "vindueskikker-syndromet". Hvem har ikke ofte set en ældre herre stavre hen ad fortovet og gøre holdt, mens han tilsyneladende interesseret studerer udstillingen i et butiksvindue - gerne på de nederste hylder? Interessen skyldes nok nærmere, at de tunge og smertende ben tvinger ham til at stoppe op, og hvis han så oven i købet læner sig lidt forover, giver det yderligere en smule lindring i ryg og ben.

Vi halter bagefter i Danmark
Det stigende antal ældre med rygproblemer er en tendens, som vi ser overalt i den vestlige verden - og i USA er antallet rygoperationer på ældre mennesker over 70 år steget eksplosivt i de seneste år. Den hyppigste operation i USA på mennesker over 60 år er for netop spinal stenose. Det skønnes, at der i USA pr. 100.000 indbyggere opereres mellem 30 og 132 pr. år.

Desværre må vi erkende, at vi herhjemme halter bagefter. Cirka 1.200 personer bliver årligt opereret for spinal stenose i Danmark, men et god bud ville være, at op mod tre gange så mange burde have samme tilbud. Alt for mange bliver ganske enkelte ikke diagnosticeret, og altså heller ikke behandlet.

Den manglende diagnosticering skyldes formentlig manglende kendskab til diagnosen - både blandt patienter og de praktiserende læger. Ikke desto mindre har diagnosen været kendt i mange år og stilles i første omgang på gangbesvær og eventuelle smerter i benene, når man går. Hvis mistanken om spinal stenose opstår, vil lægen formentlig først undersøge, om smerterne skyldes dårligt blodomløb i benene, da dette kan give lignende symptomer. Kan dette udelukkes, vil man blive henvist til yderligere undersøgelse.

Tidligere foretog man en røntgenundersøgelse, som blev udført som en kontrastundersøgelse, hvor der sprøjtes kontrastvæske ind i rygmarvssækken. Men i dag

kan undersøgelsen let og smertefrit foretages i en MR-skanner - en undersøgelse, der hos os på Center for Rygkirurgi kan udføres på under en halv time.

Hvis skanningen bekræfter, at der er en spinal stenose, er den eneste behandlingsmulighed operation. Træning og fysiurgisk behandling har ikke nogen varig effekt.

Simpelt indgreb med gode resultater
Behandlingen af spinal stenose er utrolig effektiv. Der er tale om et forholdsvist simpelt indgreb, og personligt har jeg udført mere end et tusinde operationer på ældre mennesker med denne lidelse - både på Rigshospitalet og i privat regi, nu på Center for Rygkirurgi i Hellerup.

Under operationen fjernes det knogle- og bindevæv, der er årsag til de dårlige pladsforhold i rygmarvskanalen. Undertiden kombineres dette med en stivgørende (spondylodese)operation, hvor man lægger knoglevæv ind i leddene mellem de hvirvler, der er omfattet af spinal stenosen. Dette vil stabilisere og stivgøre området og dermed reducere risikoen for, at stenosen kommer igen, samtidig med at man mindsker risikoen for lænderygsmerter.

Hos patienter, hvor sygehistorie, objektiv undersøgelse og røntgenundersøgelse er i overensstemmelse med diagnosen, ligger succesraten ved kirurgi på cirka 80-85 pct. I mere end otte ud af ti tilfælde vil symptomerne i benene således blive væsentligt formindsket eller helt forsvinde.

Der er altså ingen grund til at finde sig i de gener, som spinal stenose medfører - heller ikke selv om man har rundet de 70 år eller mere. Det er aldrig for sent at blive behandlet. Så har man smerter i benene og i lænden, når man går, og føles de som betonklodser, er der kun én ting at gøre: Kontakt din læge og bed om at få en MR-skanning af ryggen.

Massagebehandling: Rolig behandling

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Nyre og Blære.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk Nyre og Blære.

Blodprop i hjertet (Hjerteinfarkt, Akut myokardieinfarkt, AMI).

Definition og årsager
Hjertet består af speciel hjertemuskulatur. Rundt om hjertet løber kranspulsårerne (koronararterierne), som forsyner hjertet med ilt og næringsstoffer. Hvis ilttilførslen fra kranspulsårerne ikke er stor nok, vil hjertemuskulaturen ikke pumpe ordentligt, og det område, som arteriegrenen forsyner, vil dø. Dette kaldes et akut myokardieinfarkt (AMI) eller hjerteinfarkt. En dansk betegnelse er blodprop i hjertet.

Iltmanglen skyldes ofte åreforsnævring (åreforkalkning) i kranspulsårerne. Opstår der en lille skade på indersiden af åren, kan der aflejres bl.a. fedt indeni karvæggen. Dette medfører en ujævnhed, der gør, at blodpladerne klumper sammen og danner en såkaldt trombe. Når klumpen (tromben) bliver tilstrækkelig stor, tilkommer iltmangel-symptomerne. Åreforkalkning starter i det små allerede i teenage-årene, og kan forekommer i alle store pulsårer. Man mærker det ikke, før det meste af karret er aflukket.

Inden pulsåren aflukkes fuldstændigt, kan der være perioder med hjertekramper (angina pectoris). Disse viser sig under fysisk belastning (af større eller mindre karakter) og svinder af sig selv eller ved indtag af nitroglycerin (kar-udvidende) tabletter. Infarkt kan dog også forekomme uden forudgående hjertekramper.

I sjældne tilfælde kan et hjerteinfarkt f.eks. skyldes en løsrevet trombe fra en pulsåre et andet sted i kroppen, som pludseligt tilstopper en kranspulsåre. En sådan blodprop kaldes en emboli.

Nedenstående er disponerende årsager til åreforsnævring:

- Tobaksrygning
- Mandligt køn (Mænd udvikler infarkter ca. ti år tidligere end kvinder)
- Fedme
- For højt kolesteroltal, især LDL kolesterol
- Sukkersyge
- Manglende motion
- Forhøjet blodtryk
- Tendens til åreforkalkning i familien
- Stress

Hjertekrampe giver smerter bag brystbenet. Smerten kan desuden stråle ud til hals, kæbe og venstre eller (sjældnere) højre arm.

Se også åreforkalkning og forebyggelse.

Hjerteinfarkt er en meget hyppig sygdom, og i Danmark konstateres ca. 2500 tilfælde pr. million indbyggere. Ca. 30 af disse er med dødelig udgang.

Symptomer på hjerteinfarkt
Et hjerteinfarkt opstår pludseligt. Der fremkommer kraftige, trykkende smerter bag brystbenet, og disse kan stråle ud til hals og skulder, oftest den venstre. Der kan ligeledes være smerter fra kæbe, ryg og maveregion.

Hos ca. halvdelen kommer infarktet efter en fysisk eller psykisk anstrengelse. Smerterne forsvinder ikke efter ophør med belastning, ej heller ved indtag af nitroglycerin. Smerterne varer ubehandlet mange timer. Andre symptomer, der kan vise sig:

- Der kan opstå symptomer på hjertesvigt, især hos ældre.
- Ledsagende opkastninger og kvalme.
- Den syge er bleg og klamtsvedende
- Stærk angst
- Svimmelhed og besvimelse
- Hurtig vejrtrækning

I omtrent 15 af infarkterne ses ingen symptomer, og sygdommen ses kun på elektrokardiogram (EKG) over hjertet. Det forekommer især hos ældre og hos folk med sukkersyge.

Forholdsregler og diagnose
Oppe i en vis alder har alle i større eller mindre omfang åreforkalkning. Hos de fleste forløber dette uden symptomer, og man dør af andre årsager. Det er dog meget vigtigt at undgå så mange af de ovenstående udløsende årsager som muligt.

Hvis man ikke er arveligt belastet, er der meget lille risiko for at få sygdomsgivende åreforsnævring, hvis man er normalvægtig, dyrker motion, undgår stress og ikke ryger. Lider man af hjertekramper er det især vigtigt, at man ændrer sin livsstil på de punkter, der er mulige.

Ved nyopstået hjerteinfarkt er tiden en vigtig faktor for overlevelse. Jo hurtigere man kommer til et hospital, jo bedre er prognosen. Man skal ringe 112 ved nyopståede stærke smerter i brystet. Undgå al unødig aktivitet, og kør aldrig selv på hospitalet, da besvimelse kan forekomme. Sørg for, at den syge ikke er alene, og hold vedkommende varm og så vidt muligt afslappet.

Man må på intet tidspunkt blive grebet af panik, og selv hvis personen skulle gå i shock eller få hjertestop er der mulighed for at hjælpe, bl.a. med førstehjælp (hvis man er uddannet).

Hjerteinfarkt diagnosticeres dels på det typiske sygdomsbillede, dels ved hjælp af et EKG. I en blodprøve vil man finde forhøjede værdier af såkaldte hjerteenzymer, og de er tegn på dødt hjertevæv.
Ved ultralydsundersøgelse af hjertet (ekkokardiografi) kigger man direkte på hjertets strukturer, og dårligt pumpende væv kan ses.

Behandling af hjerteinfarkt
I Danmark behandles hjerteinfarkt på nuværende tidspunkt på specialafdelinger på de største sygehuse i landet. Optimal behandling er hurtig primær PCI (perkutan coronar intervention), hvor man via et stik i lysken indfører en ballon, der kan bryde forsnævringen, og udvide karret (ballonudvidelse). Ofte vil man indlægge en såkaldt stent, der er et metalgitter, der holder arterien åben.

På sygehuse, der ikke har mulighed for at udføre denne procedure, vil man påbegynde såkaldt trombolyse behandling ved en indsprøjtning i en blodåre. Behandlingen opløser blodproppen og skal påbegyndes indenfor 6 timer efter anfaldets begyndelse, jo hurtigere jo bedre. Overflytning til sygehus med mulighed for PCI vil ske hurtigst muligt.

Ved ankomst til hospitalet vil den modtagende læge starte et medicinsk behandlingsprogram op, der hjælper den syge indtil ballonudvidelse er mulig. Det drejer sig om:

- Morfin, som hjælper mod smerterne, og samtidig gør at man slapper mere af og bliver mindre angst.
- Ilt, så hjertet får et større ilt tilbud. Vejrtrækningen bliver roligere og ilten virker afslappende.
- Hjertemagnyl gør, at blodet har sværere ved at størkne, så blodproppen ikke kan vokse mere. Dette skal tages dagligt resten af livet.
- Nitroglycerin, udvider hjertets kranspulsårer, så der kommer mere blod til hjertemuskulaturen. Venerne udvides ligeledes, så kroppens blod ophobes her, og der sendes ikke for meget til hjertet, hvilket gør, at det ikke skal arbejde så hårdt.
- Beta-blokkere. Blokerer adrenalins virkning på hjertet, så det ikke slår så hurtigt og så kraftigt. Gives til alle, der ikke har for lavt blodtryk eller lav hjerterytme.
- Heparin. Blodfortyndende medicin, som også stopper blodproppens vækst. Gives ved en indsprøjtning i maveskindet.
- Hvis der ses hjertesvigt, behandles der med såkaldt ACE-hæmmer, som blokerer et hormon, der får blodkarrene til at trække sig sammen. Når årene udvider sig, skal hjertet ikke pumpe mod så stor en modstand, og dets arbejde lettes.

Efter vellykket behandling for hjerteinfarkt skal de fleste i blodtrykssænkende behandling.

Kolesteroltallet sænkes med diæt og kolestorolsænkende medicin (såkaldte statiner). Som tidligere nævnt er en livsstilsændring en vigtig forudsætning for efterfølgende sundhed.

Forløb
Prognosen afhænger overvejende af størrelsen på infarktet (hvor meget hjertemuskel, der er dødt). Jo hurtigere der foretages ballonudvidelse, jo bedre er udsigterne, og dette nedsætter risikoen for at få endnu et infarkt.

Prognosen er god, hvis der ikke opstår hjerterytmeforstyrrelser eller pumpesvigt seks timer efter smerterne er forsvundet. Overlever man den første måned er der 70-80 chance for at overleve de næste fem år.

Komplikationer til hjerteinfarkt
Der kan optræde flere komplikationer til sygdommen, og mange af dem er forbundet med lav overlevelse. Hvis vævsødelæggelsen inddrager de elektriske systemer, der styrer hjertets sammentrækning kan det give hjerterytmeforstyrrelser, hvilket er en frygtet komplikation.

Der kan dannes blodpropper i væggen i hjertet, der hvor vævet er dødt. Disse kan rive sig løs og give blodpropper i arterier i andre organer, f. eks hjerne, nyrer og ben. Det døde væv bliver lavet om til ueftergiveligt arvæv, og dette kan bule ud og give anledning til hjerterytmeforstyrrelse. I værste tilfælde kan væggen briste, så man bløder ud i hjertehulen eller ind i det modsatte hjertekammer.

Betændelse i hjertesækken (Perikarditis) forekommer ofte, og kan behandles med acetylsalicylsyre eller paracetamol.
Et nyt hjerteinfarkt ses hos ca. 10, og viser sig som det første.

Massagebehandling: Ingen

Akupunkturbehandling: Ingen

Zoneterapibehandling: Ingen

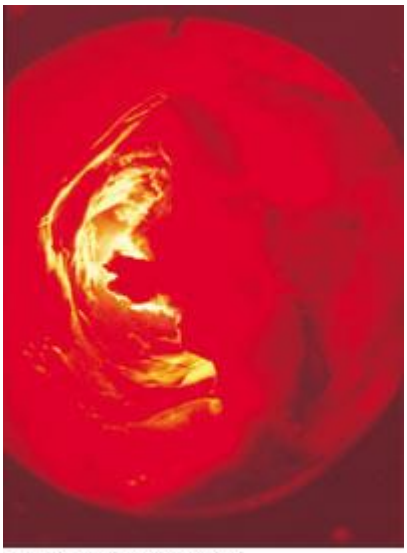
Apopleksi - blodprop eller blødning i hjernen.

Apopleksi, på dansk også kaldt slagtilfælde, er en betegnelse for forskellige sygdomme. I 85 % af tilfældene skyldes apopleksi en blodprop i hjernen og i 15 % en blødning. Når en patient bliver ramt af en apopleksi, er det ikke blot patienten selv, men også den nærmeste familie, der bliver ramt. Pludselig opstår der vanskelige og uventede problemer på grund af mange fysiske og psykiske symptomer på en hjerneskade.

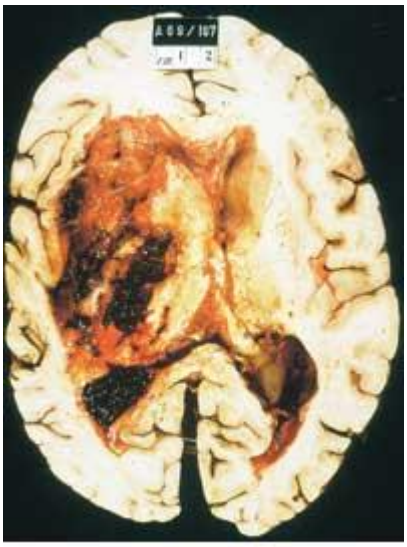
Familiens livsmønster, rollefordeling, økonomi og fremtidsmuligheder ændres radikalt.

Hvad forstås ved en apopleksi?
WHO, Verdenssundhedsorganisationen, har defineret apopleksi som en tilstand med hurtig udvikling af tegn på skade i hjernen med en varighed på mere end 24 timer.

En blodprop i hjernen betyder, at et større eller mindre blodkar stopper til, således at blodforsyningen går helt i stå. Figur 1. Det hjernevæv, der forsynes af den pågældende blodåre, bliver hurtigt ødelagt på grund af manglende ilt og energi i form af sukkerstof fra blodet. Når der er tale om en hjerneblødning, brister en blodåre, ofte på grund af forhøjet blodtryk, således at der siver blod ud i et område af hjernen. Figur 2. Ved brug af blodfortyndende medicin kan der lettere



Figur 1. Foto af blodprop.



Figur 2. Foto af hjerneblødning.

Hvor hyppig er apopleksi?
Apopleksi er den hyppigste årsag til kronisk invaliditet i Danmark og i de andre industrialiserede lande. I Danmark er antallet af apopleksier pr. år ca. 10.000 tilfælde.

Dette svarer til, at 2 per 1.000 danskere rammes årligt. I Europa er apopleksi hyppigst i østlandene

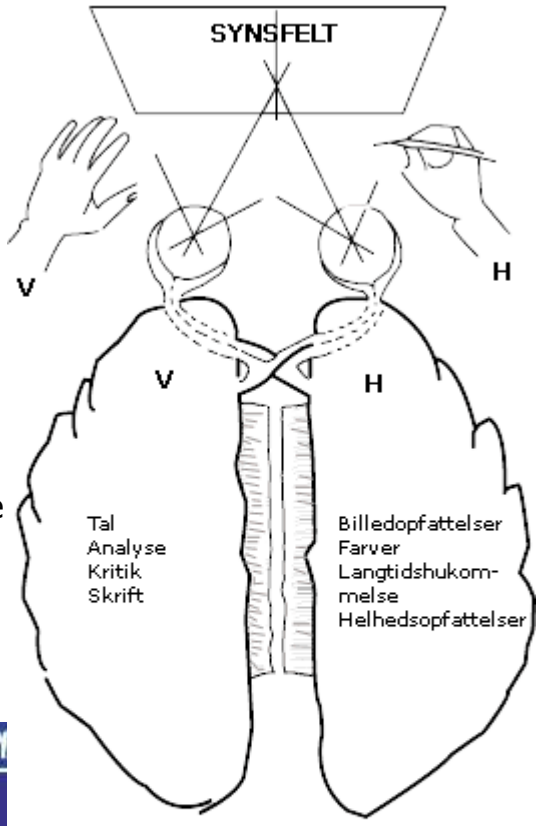
Personer på 85 år og derover har en større risiko for at få apopleksi end yngre. Apopleksiens omfang og komplikationerne samt dødeligheden er betydeligt højere hos de meget gamle. Mænd rammes hyppigere end kvinder. Ligesom ved mange andre sygdomme rammes personer fra lave, sociale klasser med kort skolegang og ringe indkomst hyppigere end de øvrige befolkningsgrupper.

Omkring 1/4 af de apopleksiramte dør i forbindelse med selve anfaldet, mens 1/4 må på plejehjem og 1/4 får svære følger, men kan passes hjemme. Kun 1/4 kan vende tilbage til deres tidligere hverdag.

Hvordan viser apopleksien sig?
I mange tilfælde kommer sygdommen pludseligt og uden forvarsler. Hos mange er der forudgående træthed, hovedpine og snurrende fornemmelser i arme eller ben.

Symptomerne på apopleksi kan variere i sværhedsgrad, alt efter, hvor skaden sidder i hjernen. Der kan være tale om lammelser, øget spænding i musklerne, ændret følesans, synssans og lydopfattelse. Dertil kommer ændrede psykologiske og intellektuelle funktioner. De følelsesmæssige reaktioner bliver ligeledes ændrede, således at den tidligere personlighed ofte ændres væsentligt. Figur 3.

Figur 3. Opbygningen af hjernens forskellige funktioner.



Lammelser:
Man taler om halvsidig lammelse, når den ene halvdel af kroppen samt arm og/eller ben er lammet. Musklerne i den ene side af ansigtet, mund og tunge kan også være lammede. Mundvigen kommer til at hænge. Det kan da være vanskeligt at holde på mundvandet, tygge og synke samt tale. Lammelse af venstre side af kroppen forekommer, når der er sket en skade i højre side af hjernen. Dette skyldes, at nervebanerne krydser på vej fra hjerne til krop. Hjernen sender og modtager impulser fra den modsatte side af kroppen. Figur 3.

Muskelspændinger:
Muskelspændinger, også kaldet spasticitet, er en

HJERNESTAMMEN
De to hjernehalvdele styrer hver sin halvdel af kroppen

Venstre hjernehalvdel	Højre hjernehalvdel
* Styrer bevægelserne i højre kropshalvdel	* Styrer bevægelserne i venstre kropshalvdel
* Er centrum for sprog	* Er centrum for følelser
* Konsonanter	* Synsindtryk
* Skrift	* Musikoplevelser
* Beregninger	* Opfatter helheds-indtryk
* Analyserer information i sekvenser	* Kreativitet

Figur 4

© Tengbjerg sundhedsuddannelser

forhøjet spændingstilstand, der kan opstå i de lammede muskler, særligt hen i forløbet. Dette bevirker, at arm og ben vanskeligt kan bøjes og strækkes. Ofte er der smerter i musklerne, når man forsøger at rette musklerne ud. Musklerne kan være vanskelige at kontrollere og bevægelser bliver besværlige. Ved angst og smerter forværres symptomerne. I senstadier kan en patient med svær apopleksi komme til vedvarende at ligge i
fosterstilling på grund af disse spændinger.

Ændret følesans (sensibilitet):
En ændret følesans kan bevirke, at den lammede side ikke kan føle smerte, varme, kulde eller berøring. Dette kan give mange forskelligartede problemer. Den lammede side kan føles tung og sovende.

Ændret synssans:
Ved apopleksien kan der opstå bortfald af synsfeltet. Man taler om hemianopsi, når halvdelen af synsfeltet falder bort. Patienten kan da ikke se de ting, der befinder sig i halvdelen af synsfeltet. Det bevirker for eksempel, at patienten kun spiser det, der er på den ene side af tallerkenen. Hvis en patient med hemianopsi skal tegne en urskive, bliver denne skæv, fordi patienten oplever verden på en anden måde end tidligere. Figur 4. Patienten kan vende sig til at dreje hele hovedet for at dække mere af synsfeltet, således at generne bliver mindre.

Ændret lydopfattelse:
Apopleksipatienten bliver mere følsom overfor lyde og specielt støj. Dette kan i høj grad påvirke patientens reaktioner på omgivelserne.

Psykologiske ændringer:
Når hjernen bliver påvirket opstår der meget ofte en generel træthed. Koncentrationsevnen nedsættes, og hukommelsen forringes, særligt overfor nye ting. Patientens følelser bliver påvirkede, vedkommende bliver mere nærtagende, lettere at røre og med tendens til grådlabilitet. Gråden kommer ved selv små belastninger. Nogle patienter rammes af såkaldt tvangsgråd, hvor gråden kan udløses ved ganske lette påvirkninger. Patienten er ikke så ulykkelig, som gråden kunne give anledning til at tro. Når patient og de pårørende får en forklaring herpå, aftager symptomerne ofte.

Sanseindtrykkene kan være påvirkede afhængig af, hvor apopleksien rammer. Figur. 4. Det betyder, at patientens evne til at regne, skrive, synge, tale og opfatte egne legemsdele korrekt, kan være ophævet eller forstyrret. Et generende fænomen er det såkaldte neglekt, det vil sige manglende erkendelse af den ene side af kroppen og den ene side af rummet. Dette optræder oftest, når den venstre side af kroppen er ramt af apopleksien. Personen reagerer og opfører sig som om, »alt er ved det gamle«. Den syge side eksisterer ikke for den ramte person. Det giver anledning til mange problemer, særligt i genoptræningssituationen. Hvis en patient er klar over at, et ben er lammet og gangen vanskeliggjort, kan vedkommende lære at reagere relevant. Derimod er det vanskeligt at træne og opnå en hensigtsmæssig gangfunktion, hvis »man« tror, at »man« kan gå som vanligt.

Kommunikationen:
Efter en apopleksi opstår der ofte problemer med at kommunikere. Der kan være tale om manglende kontrol af taleapparatet på grund af muskulære forandringer i ansigt, tunge eller svælg. Dette kan give en uklar og forvansket udtale (dysartri). Egentlige sproglige forstyrrelser i form af vanskelighed ved at udtrykke sig og/eller ved at forstå ord, kaldes afasi.

I svære tilfælde kan sproget være så forstyrret, at der opstår »sort tale«, hvor ordene ikke kan forstås af andre. Patienten kan blive dybt ulykkelig over ikke at blive forstået. I nogle tilfælde kan det ses, at en sprogligt svært ramt patient ikke kan tale, men til gengæld synge. Talecentret og »synge-centret« sidder nemlig i hver sin hjernehalvdel. Heldigvis kan mimik og kropssprog være bevaret, så der er mulighed for at kommunikere. Det kræver stor tålmodighed og forståelse at omgås en person med afasi eller dysartri.

Depression:
Omkring halvdelen af apopleksi-patienterne rammes af egentlig depression. Nu om dage er der heldigvis gode muligheder for at behandle denne tilstand med antidepressiva. Der kan også fremkomme en depressionslignende tilstand, der er udløst af de ændrede sociale forhold.
Personen bliver deprimeret over, at det tidligere liv med arbejde og fritidsaktiviteter bliver totalt ændret. Selvrespekten forsvinder let i sådan en situation.

Praktiske færdigheder:
Evnen til at klare aktiviteter i dagliglivet (ADL) og færdigheder kan være stærkt påvirket. Tabel 1.

Selv det at komme på toilettet, børste tænder og klæde sig på kan give vanskeligheder. Problemer med at organisere og udføre handlinger kaldes apraksi.

Tabel 1.
Aktiviteter i dagliglivet = ADL.
Der skelnes mellem Personlig ADL = PADL og Instrumentel ADL = IADL

PADL	IADL
Spise	Transport
Personligt toilette	Vask
Påklædning	Rengøring
Forflytning	Indkøb
Gang	Madlavning
Bad	Hus/have
Toiletbesøg	Administration af dagligdagen
Kontrol over vand-ladning og afføring	Administration af økonomi

Hvad øger risikoen for en apopleksi?
Mange studier har vist, at forskellige livsstilsfaktorer øger eller mindsker risikoen for apopleksi. Se tabel 2

Tabel 2.

Nogle risikofaktorer for apopleksi

Livsstil	Helbred
Rygning	Forhøjet blodtryk
P-piller	Tidligere blodprop i hjernen
Beroligende midler	Sukkersyge
Alkoholisme	Forhøjet kolesterol
Overvægt	Hjerterytmeforstyrrelser (atriflemren)
Misbrug af narkotika	Nedsat lungefunktion
	Operationer
	Længerevarende sengeleje
	Infektioner
	Kræft

Forhøjet blodtryk er blevet påvist som en risiko hos omkring halvdelen af de patienter, der får apopleksi. Gennem de sidste 10 år har adskillige, store undersøgelser over patienter med forhøjet blodtryk vist, at hyppigheden af apopleksi kan nedsættes, hvis blodtrykket bliver behandlet korrekt.

Patienter med forhøjet blodtryk bør udredes, så man finder frem til, om hjerte, lunger og nyrer, samt hjerne har taget skade. Nu om dage er der så mange forskellige midler mod forhøjet blodtryk, at man ofte kan behandle både det forhøjede blodtryk og andre problemfyldte tilstande.

Forhøjelse af fedtstoffer i blodet er et hyppigt fund ved apopleksi. Dette har givet anledning til overvejelser vedrørende diæt og/eller fedtnedsættende medicin. Flere studier har vist, at nedsættelse af fedt i blodet mindsker størrelsen af forkalkede områder i halskarrene.

Tobaksrygning er en stor og ubehagelig risikofaktor for at få apopleksi hos personer under 80 år. I de højere aldersgrupper lægges der ikke så megen vægt på tobaksrygning eller ej, mest på grund af for lidt viden herom.

Det glædelige er, at ophør med tobaksrygning i 1-2 år kan bringe eksrygeren ned på et niveau med ikkerygeren, hvad angår risiko for apopleksi.

Tobaksrygning øger risikoen for apopleksi væsentligt, hvis der tillige er forhøjet blodtryk og/eller forhøjet fedt i blodet.

Misbrugere af alkohol, medicin og narkotika er truede grupper med høj risiko for at få apopleksi.

Det synes efterhånden at være sikkert, at et moderat forbrug af alkohol, særligt rødvin, er forbundet med nedsat risiko for blodprop i hjernen. De mennesker, der drikker rødvin, har ofte andre positive livsstilsfaktorer, så som god økonomi, sund, varieret kost og motion. Man må derfor være varsom med at konkludere, at det er rødvin som sådan, der nedsætter risikoen.

Andre tilstande: Der findes i øvrigt en række andre sygdomme, bl.a. forskellige gigtlidelser, hvor risikoen for apopleksi er øget.

Undersøgelse og behandling af apopleksi
For at sikre den bedst mulige behandling, bør en patient med mistænkt apopleksi straks indlægges, undersøges og behandles. Dette sker bedst på et hospital, der har specialiseret sig i fagområdet apopleksi. Det vil ofte sige en apopleksienhed, hvor der rådes over et veluddannet personale,
og hvor der er mulighed for at gennemføre væsentlige og nødvendige undersøgelser.

I apopleksienheden arbejdes i et såkaldt tværfagligt team, dvs. at flere faggrupper arbejder sammen for at opnå det bedste resultat. Når patienten kommer i en apopleksienhed, har det vist sig, at chancen for overlevelse og for et godt behandlingsforløb bedres væsentligt.

Undersøgelse:
Straks efter en indlæggelse bør patienten undersøges af en læge, der vurderer situationen og planlægger et undersøgelsesprogram, der er tilpasset den enkelte patient. Der tages forskellige blodprøver, blodtryk, elektrokardiogram og ofte røntgen af hjerte og lunger. Derpå udføres en
hjerneskanning, der kan vise lokalisationen og arten af en skade. Undersøgelsen kan også vise, om der er tale om en blodprop eller en hjerneblødning, stor eller lille, frisk eller gammel. Der er flere typer af skanninger og i øvrigt mulighed for at undersøge blodets strømningshastighed i hjernens forskellige dele.

Behandling:
Behandlingen af apopleksi bør ske lige så hurtigt og effektivt, som hvis det havde været en blodprop i hjertet. Det skal straks sikres, at patienten kan trække vejret, at hjertet slår regelmæssigt og blodprøverne er i orden. Forskellige ledsagesymptomer bør behandles, såsom kramper, kvalme og opkastninger. Forhøjet temperatur og forhøjet blodsukker synes at kunne forværre patientens tilstand. Når en blødning er afkræftet, bør der straks gives acetylsalicylsyre, første dag 150 mg, derpå 75 mg og dipyridamol 200 mg x 2 dagligt for at mindske risikoen for nye blodpropper. Visse lægemidler kan hurtigt opløse en blodprop i hjertet, men forholdene i hjernen er anderledes, og kun ganske få patienter vil få gavn af en sådan behandling, der er forbundet med en øget risiko for blødninger. Andre tilstedeværende sygdomme skal også behandles, ofte i samarbejde med andre specialister.

Plejepersonalet omfatter sygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedsmedarbejdere

samt elever. Den daglige pleje og omsorg er meget væsentlig for et godt genoptræningsforløb. Information og samtale, god ernæring og forebyggelse af sår er nogle af de vigtige plejeområder.

Genoptræningen har til formål at få apopleksipatienten til at fungere i hverdagen igen. Genoptræningen bør i princippet ske hele døgnet. Det er afgørende, at patienten udnytter det, der er blevet indlært. Den lammede side skal bruges, men på den korrekte måde. Fig. 5.
Fysioterapeuterne hjælper med forflytninger, gang- og balanceproblemer. De træner musklerne, så de bliver styrkede. Hvis der er kommet øgede muskelspændinger, kan fysioterapeuten modvirke disse ved at give en specifik behandling. Patienten bliver trænet til at opfatte, bearbejde og
bruge sanseindtrykkene, så krop og bevægelser kan nærme sig de tidligere bevægemønstre.
Ergoterapeuterne stimulerer og træner den lammede side af kroppen, således at de daglige færdigheder kan genoprettes. De kan stimulere hukommelsen, koncentrationsevne og talen.

Figur 5. Træningssituation i fysioterapien.

Fysio og ergoterapeuterne vurderer sammen, om der skal foretages ændringer i boligen for, at patienten skal kunne klare sig. Ofte må der foretages et hjemmebesøg sammen med patienten. Behovet for hjælpemidler, såsom rollator, gangvogn og nødkald, bliver også vurderet.

Talepædagogisk behandling sker sideløbende med de øvrige behandlinger, og den vil ofte foregå over en lang periode.

Netværket:
De pårørende kan støtte patienten psykologisk og praktisk i hele genoptræningsforløbet. Et godt socialt netværk er guld værd. Hele tiden bør der tænkes på, at netværket også kan udtrættes. Der kan være brug for støtte i det daglige med hjemmesygeplejerske og hjemmehjælp. Et aflastningsophold på et plejehjem kan give de pårørende et tiltrængt pusterum.

Afsluttende bemærkninger
Der er behov for en målrettet udredning og behandling af apopleksipatienter, helst på en specialafdeling. Genoptræningen bør fortsætte efter udskrivelsen fra hospital.

Forebyggelse af denne svære lidelse er vigtig. Hver enkelt person bør overveje sin livsstil, så én eller flere risikofaktorer kan mindskes.

SCHEUERMANNS SYGDOM

Anatomi: Ryggen er opbygget af kasseformede ryghvirvler, der holdes på plads dels ved hjælp af knoglernes udformning, dels ved ledbånd og dels ved de store og små ryg og mavemuskler.

A. Vertebra prominens

B. Vertebra coccygea I (haleben)

C. Promontorium

D. L I (1. lændehvirvel)

E. Th I (1. brysthvirvel)

F. Axis

Årsag: Ryglidelse, der rammer ca. 4 % af befolkningen. På grund af at ryghvirvlerne får kileform, opstår der en krumning (foroverbøjning) af ryggen. Der er endvidere karakteristiske røntgenfund. Årsagen er ukendt, men lidelsen er delvis arvelig.

Symptomer: Rygkrumninger lokaliseret højt i ryggen (thoracal Scheuermann) giver ofte kun få eller ingen symptomer. Rygkrumninger lokaliseret lavt i ryggen (thoracolumbal eller lumbal Scheuermann) medfører rygsmerter hos de fleste.

Undersøgelse: Diagnosen stilles ved almindelig lægeundersøgelse suppleret med røntgen mindst 3 tilstødende ryghvirvler med mindst 5 graders kileform, Schmorlske impressioner, affladning af disci, uregelmæssige endeplader). Rygskævheden forveksles ofte i starten med "dårlig holdning". I nogle tilfælde anbefales CT- eller MR-scanning.

Behandling: Langt de fleste tilfælde kan behandles med træning, hvor man forsøger at bevare bevægeligheden i ryggen, modvirke krumningstendensen og styrke mave- og rygmuskler. I nogle tilfælde kan man anvende korset, indtil den unge er udvokset. I sjældne tilfælde kan man foretage operation. Lidelsen har en god prognose, og selv efter operation kan man dyrke mange former for idræt.

Komplikationer: I nogle tilfælde kan rygskævheden have andre årsager (f.eks. infektioner, medfødte knogleforandringer, gigtsygdomme, knoglesgdomme, stofskiftesygdomme).

Massagebehandling: Hele ryggen.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever og Blære

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk Lever og Blære.

Almen hypermobilitet.

Ca. 10 % af befolkningen har hypermobile led. Man kan være hypermobil i et eller flere led. Hyper betyder "mere" og mobilitet betyder " bevægelse". Hypermobilitet betyder altså, at man kan bevæge sig mere end normalt. Det vil sige, at leddene lettere kan komme ud i yderstillinger. Selvom man er hypermobil er det ikke ensbetydende med, at man har gener eller smerter i hverdagen.

Hypermobilitetssyndrom - HMS.

HMS betyder, at de sener og muskler der støtter vores knogler og led er "for" fleksible.

Når man har HMS betyder det, at man har smerter pga. ens hypermobilitet. Det er endnu ikke helt dokumenteret hvorfor nogle hypermobile har det godt og hvorfor andre hypermobile udvikler syndromet.

Problemerne med HMS omfatter bl.a. ledskader (forstuvninger, brud o.l.), slidgigt, migræne, mange smerter samt nedsættelse af arbejdsevnen. HMS-ramte kan opleve større udmattelse og træthed pga. den energi man bruger på at holde leddene i en naturlig stilling.

Det er muligt, at nogle har problemer med de smerte signaler der sendes til hjernen, da der oftest sendes flere smerte signaler på én gang.

Hvorfor har man smerter i nogen led og ikke i andre?

Det er den øget belastning på fx knæ, hofte og ryg der oftest kan udløse smerte. Dette skyldes, at det er der på kroppen, at der er størst vægt fra de øvrige organer.

Diagnosen HMS.

Når man har fået en diagnose, er det vigtigt at man tilegner sig en god kropsbevidsthed. Man kan kun selv sørge for ikke, at overbelaste sin krop.

Det er også meget vigtigt, at rådføre sig med professionelle folk, der kender til hypermobilitet og HMS.

Massagebehandling: Almindelig.

Akupunkturbehandling: Styrk Nyre, Milt og Lever

Zoneterapibehandling: Styrk Nyre Milt og Lever

Psoriasis

Definition og årsager
Psoriasis er en arvelig, kronisk sygdom, der angriber hudens celler. Ordet kommer fra græsk og betyder kløende udslæt.

Sygdommen er karakteriseret ved en meget hurtig dannelse af hudceller. Normalt tager dannelsen af en hudcelle ca. 1 måned, men ved psoriasis dannes en hudcelle på kun 3-7 dage. Der vil derfor være et stort overskud af hudceller, der heller ikke når at modnes ordentligt. Dette ses som rødme og skæl på de påvirkede hudområder. Man ved ikke, hvorfor sygdommen opstår, men immunsystemet er involveret og sygdommen er arvelig. Hvis en forælder har psoriasis, har man 25 risiko for selv at udvikle sygdommen. Psoriasis er ikke smitsom.

Der findes forskellige typer af psoriasis, og der kan udover hudforandringerne være påvirkning af led, psoriasis-gigt. Dette ses hos ca. 10. Desuden er hovedbund og negle ofte påvirkede.

Sygdommen opstår oftest i 15-30 års alderen og ses hos 2 af den danske befolkning. Sygdommen er kronisk, hvilket vil sige, at når man har haft et udbrud, vil man altid have risiko for at få et nyt udbrud, selvom man i lange perioder kan være sygdomsfri. Der er meget stor forskel på, hvor påvirket man er af sygdommen. Nogen er knap nok klar over, at de har psoriasis, mens andre er plaget af udslæt over hele kroppen.

Der er forskellige udløsende og forværrende faktorer:

- Stress
- Streptokok-infektion
- Alkohol

Områder hvor psoriasis normalt optræder.

- Rygning
- Visse typer medicin, f.eks. lithium (mod depression), klorokin (mod malaria) og beta-blokkere (blodtrykssænkende).

Symptomer på psoriasis

- Højrøde områder, skarpt afgrænset fra den normale hud, og dækket af tykke, hvide skæl.
- Områderne kan være fra millimeter til mange centimeter i diameter
- Kløe
- Sygdommen er mest udtalt på knæ og albuer og i håndflader og på fodsåler
- Hårbunden er ofte påvirket, evt. med udtynding af håret
- Neglesymptomer er fortykkelse af neglene, små huller i dem og løsning af neglene fra huden herunder
- Psoriasis-gigt angriber led på fingre, tæer, i rygsøjlen og bækkenet. Sygdommen minder om ledegigt
- Andre symptomer kan være fortykket hud med sprækker, væskefyldte blærer eller rødme i armhuler, under bryster og omkring kønsorganer

Symptomerne kan komme og gå, og nogen oplever aldrig mere end et enkelt anfald. Dette ses som regel ved psoriasis, der er udløst af streptokok-infektion. Psoriasis er dog en kronisk sygdom, og de fleste vil opleve en vekslen mellem symptomer og bedring livet igennem.

Forholdsregler Ved forandringer i huden, der ligner de beskrevne symptomer, kan en læge afgøre, om der er tale om psoriasis. Det er ikke sikkert, at behandling er nødvendig, men hvis man er generet af sygdommen, er der mange behandlingstilbud. Man kan selv være opmærksom på, hvilke ting der kan udløse et anfald og forsøge at undgå disse ting. Dette gælder f. eks stress og alkohol. Når først man har udviklet psoriasis, hjælper rygestop ikke.

Behandling af psoriasis
Behandlingen af psoriasis er meget afhængig af, hvor påvirket man er af sygdommen. Man taler om to typer af behandling, lokalbehandling og generel behandling.

Lokalbehandling af psoriasis
Til de milde tilfælde kan lokalbehandling være nok. Denne består af steroid-creme, vitamin D-produkter og creme, der fjerner skæl, f.eks. carbamid-creme. Desuden kan

behandling med sollys være meget effektivt. Man skal dog undgå at blive solskoldet, da dette kan forværre sygdommen og øger desuden risikoen for hudkræft. Behandling med tjære er også effektiv.

Generel behandling af psoriasis
Til de sværere former, hvor psoriasis dækker det meste af kroppen, findes der mere effektive typer behandling, som dog også har flere bivirkninger. Det drejer sig om PUVA-behandling, som er en kombination af et stof (psoralen) og UVA stråler, om A vitamin-produkter og om lægemidler, der påvirker immunsystemet.

Behandlingerne vil give perioder med sygdomsfrihed, der kan vare måneder til år. Nye anfald vil som regel dukke op, men også her vil behandling være effektiv.

Massagebehandling: Ingen eller let.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lungen.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk Lungen

Forkalkning i musklen (Myositis ossificans).

Af og til sker der af ukendte årsager forkalkninger i en muskel, hvor der har været en større eller mindre bristning. Diagnosen stilles ofte pga. at genoptræningen ikke forløber som forventet i forhold til den primære vurdering af skadens omfang. Efter få dage kan man se forkalkningerne på ultralydsscanning og efter få uger kan den ses på røntgen (Røntgenbillede), (Ultralydbillede). Behandlingen er aflastning og om muligt ultralydvejledt udtømning af blodansamlingen, ultralydvejledt injektion af binyrebarkhormon og gigtpiller. Hvis en muskelblødning kompliceres af forkalkning i musklen, må man påregne en betydelig forlænget genoptræningsperiode. Operation er næsten aldrig indiceret, da operationen kan medføre yderligere forkalkninger. Kraftig massage på blodansamlingen bør af samme grund udelades.

Arvævsdannelse i musklen. Efter muskelbristninger ses ofte arvævsdannelse, der i nogle tilfælde kan give vedvarende gener. Arvævsdannelse i musklen er ofte årsagen til, at genoptræningen forløber langsommere end forventet med tilbagefald lang tid efter skadestidspunktet. Der er sædvanligvis lokal ømhed i musklen med forværring ved aktivering og udspænding af musklen. Arvævsdannelsen kan ofte ses ved ultralydsscanning, men selv her er det vanskeligt og kræver en læge med stor erfaring i ultralydsscanning. Omkring arvævsdannelsen ses ofte et område med "betændelse" (inflammation). Behandlingen omfatter yderligere aflastning, eventuelt suppleret med gigtpiller eller ultralydvejledt injektion af binyrebarkhormon.

Massagebehandling: Almindelig og evt. udstrækning og venepumpe.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Milt og Nyre.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Milt og Nyre.

Knogleskørhed

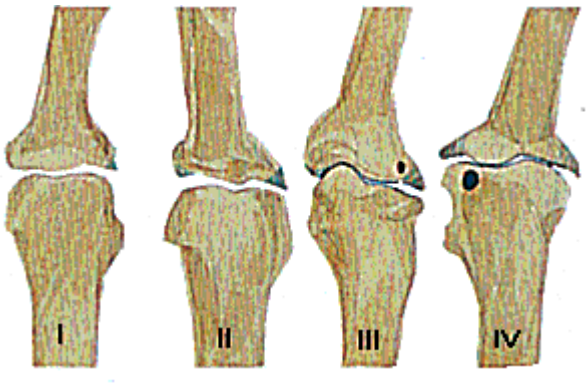
Man taler om knogleskørhed (osteoporose) når der er forsvundet så meget af det væv knoglen er bygget op af, at der er risiko for at den brækker, selvom den kun har været udsat for en mindre belastning. Hos den 60-årige er der færre af de stabiliserende afstivere inde i knoglen, end hos den 30-årige og de er også tyndere. Knogler er levende. Fra vi fødes til vi dør sker der samtidig en opbygning og en nedbrydning af knoglevævet.

Op til 20-30 års alderen stiger kalkindholdet i skelettet. Derefter falder det gradvist resten af livet, så vi gennemsnitligt mister en halv til en hel % af kalken i knoglerne om året. Hvis vi bliver gamle nok, får vi altså alle knogleskørhed på et tidspunkt. Langt flere kvinder end mænd bliver ramt af knogleskørhed. Når kalkindholdet er størst i 20-30 års alderen, er det ca. 25 % større hos mænd end hos kvinder - mændene har altså mere at tære på.

Yderligere taber kvinderne 6-10 gange så meget knoglevæv årligt som mændene i overgangsalderen. Det skyldes at kroppen, når den producerer mindre østrogen, har sværere ved at optage den kalk, vi får gennem vores mad. Kvinderne har altså både mindre knoglevæv at tære på og større tab med årene. Nyere undersøgelser viser imidlertid, at flere mænd end tidligere rammes af sygdommen.

Der er størst risiko for at udvikle knogleskørhed hvis:

- Der er anlæg hertil i familien
- Man tidligt er kommet i overgangsalderen evt. efter en underlivsoperation
- Man er mager
- Man ikke bevæger sig nok
- Man ryger
- Man tidligere har haft knoglebrud efter kun en mindre belastning



Det helt væsentlige problem, når man får knogleskørhed, er større risiko for knoglebrud. I 70-års alderen har det ført til at 4 % af danske mænd og 40 % af danske kvinder har haft mindst et brud. Oftest går det ud over en ryghvirvel. Derefter kommer håndled, lårbenshals og overarm. Får man brud på en ryghvirvel, medfører det nogle gange slemme muskelspændinger og smerter i området. Klinisk erfaring viser, at det er noget en kiropraktor ofte kan lindre på. Selve bruddet kan man ikke gøre noget ved.

Langt alvorligst er dog brud på lårbenshalsen. Det er således den enkeltsygdom, der fører til det største sengedageforbrug i hospitalsvæsnet og koster årligt samfundet ca. 1,2 milliarder kr. Knoglernes indhold af mineraler kan bestemmes blandt andet ved en BMC-scanning eller en ultralydsundersøgelse. Man kan også danne sig et vist skøn ud fra en normal røntgenundersøgelse, hvis svindet i knoglemassen er på mindst 30 %.

I praksis er dette af betydning, når man går til kiropraktor. Knogleskørhed er ikke i sig selv nogen hindring for, at man kan søge hjælp hos kiropraktor. Den måde man evt. vil blive behandlet på, er selvfølgelig helt afhængig af bl.a. knoglernes tilstand. Motion og i visse tilfælde ændret kost kan have en gunstig indflydelse. Det helt afgørende er imidlertid at forebygge. Hormonbehandling af kvinder kan overvejes - specielt hvis man er i risikogruppen og især hvis knogleskørhed allerede har medført knoglebrud. Spørgsmålet om bivirkninger ved behandlingen er imidlertid ikke fuldt afklaret, og det er tankevækkende, at de sidste 10-15 års betydelige forbrug af østrogen-hormoner til behandling af kvinder, ikke har medført noget fald i antallet af brækkede knogler i risikogruppen. Faktisk ses knogleskørhed oftere i dag end tidligere.

Hos patienter, der allerede har haft knoglebrud, kan man halvere risikoen for nye brud ved behandling med en ny type medicin, der kaldes "biofosfonater". Langt de færreste, der lider af knogleskørhed, behandles medicinsk. Betydningen af en sund og alsidig kost må aldrig undervurderes. Specielt vigtigt er det at få nok kalk og vitamin D.

Hvis man ryger eller er for mager øges risikoen også for knogleskørhed, og noget tyder på at det også er tilfældet, hvis man får for meget animalsk protein (kød og fisk), kaffe eller alkohol. I de områder hvor befolkningen får for lidt kalk, ser man brud på lårbenshalsen 2-3 gange så tit som i resten af Danmark. Her anbefaler vi unge mellem 11 og 18 år 800 mg kalk pr. døgn, gravide og kvinder der ammer 12-1300 mg, mens resten af befolkningen sandsynligvis kan klare sig med 600 mg. For kvinder efter overgangsalderen hersker der nogen usikkerhed, men noget tyder på, at de skal op på 800-1000 mg eller mere pr. døgn.

Blandt de fødevarer der indeholder mest kalk er:

- Mælk og ost
- Grønkål og broccoli
- Muslinger og sardiner

Vitamin D har betydning for hvordan kroppen optager det kalk, vi spiser.
Undersøgelser af knoglevævet hos ældre kvinder, der har brækket lårbenshalsen har vist at mindst 3o % har vitamin D mangel.

Massagebehandling: Blid massage

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Nyren

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk Nyren.

Sukkersyge (Diabetes mellitus)

Definition og årsager
Sukkersyge er en tilstand, hvor nedsat effekt eller produktion af hormonet insulin nedsætter muskler og organers evne til at optage sukkerstoffer fra blodet. Dette medfører en række symptomer og følgesygdomme på både kort og lang sigt. Diabetes er en forholdsvis hyppig sygdom, og det anslås at mindst 250.000 danskere har sygdommen.

I bugspytkirtlen dannes der hormoner, som bl.a. styrer kroppens sukkerbalance. Det drejer sig om glukagon og insulin.
Insulinet gør, at det sukker der er i blodet nemmere optages i bl.a. muskel- og leverceller.

Opstår der en fejl i dette system, vil sukkeret ophobes i blodet, da det ikke kan optages i cellerne. De vil i stedet bruge deres fedt og protein som energikilde. Leveren, der ellers bl.a. fungerer som sukkerdepot, kan ikke optage sukkeret, som tarmen frigiver til blodet. Da kroppens celler mangler sukker, vil den derimod stadig frigive sukker fra sine depoter, som udtømmes.

Den uhensigtsmæssigt høje mængde sukker i blodet bliver udskilt til urinen i nyrerne, og via såkaldt osmose vil den høje koncentration af sukker trække vand fra kroppen med ud. Resultatet bliver dehydrering pga. mange vandladninger med sukkertilblanding.

Kroppen udtæres ligeledes, og der dannes sure affaldsstoffer fra bl.a. fedtnedbrydning, såkaldte ketonstoffer. I store doser er de farlige for kroppen, og man udvikler syreophobning, ketoacidose.
Dette er en akut livstruende tilstand og ubehandlet fører diabetes mellitus ofte til døden.

Der findes to former for diabetes mellitus:

Type 1 diabetes (Før kaldet Insulin-krævende diabetes mellitus, IDDM): Denne sygdom kaldes også juvenil sukkersyge og kræver behandling med insulin. Den skyldes en fejl i insulin-produktionen i bugspytkirtlen, og debuterer i barne- eller teenagealderen.

Type 2 diabetes (Før kaldet ikke Iinsulin-krævende diabetes mellitus, NIDDM): Denne type kaldes også aldersbetinget eller "gammelmands" sukkersyge, da den sjældent ses før 40 års alderen. Modsat type 1 skyldes denne en nedsat følsomhed for insulin uden på muskelcellerne. Bugspytkirtlen kan stadig producere insulin, evt. i lettere nedsat omfang. Ved øget belastning af kirtlen, kan insulin produktionen forringes væsentligt.

Diabetes mellitus må ikke forveksles med diabetes insipidus, som er en helt anden sygdom, der opstår på et meget anderledes grundlag, og som i øvrigt er meget sjælden.

Massagebehandling: Vær forsigtig da sukkersygepatienter har skrøbelige blodkar.

Akupunkturbehandling: Styrk Milt.

Zoneterapibehandling: Behandl fordøjelsessystemet og styrk Milten.

Bechterews sygdom (Spondylitis Anchylopoietica, Morbus Bechterew)

Definition og årsager

Bechterews sygdom er en betændelsestilstand, der især rammer rygraden samt rygradens nederste led. Ofte starter sygdommen ved, at det såkaldte sacroiliaca led, der forbinder hoftebenene med korsbenet (nederste del af rygraden), bliver ramt. Selvom betændelsen er forbigående, kan den resultere i at leddene blive stive og eventuelt vokser helt sammen.

Årsagen til bechterews sygdom er ukendt, men 9 ud af 10 personer med sygdommen har et bestemt såkaldt antigen på overfladen af deres celler, kaldet HLA-B27. Et antigen er en substans, der er i stand til at fremprovokere et angreb fra kroppens immunforsvar. Sygdommen er altså autoimmun, hvilket vil sige, at det er kroppens eget immunforsvar, der overreagerer og angriber kroppen selv.

De fleste mennesker med HLA-B27 antigenet udvikler ikke bechterews sygdom, men det antages, at en bakteriel infektion kan udløse sygdommen hos personer, der i forvejen er disponerede. Da der er en vis risiko for at arve dette antigen fra sine forældre, kan det således forklares hvorfor sygdommen ophobes i visse familier.

En variant af sygdommen ses desuden i forbindelse med hudsygdommen psoriasis, eller ved kroniske betændelsestilstande i tarmen, så som Crohns sygdom eller blødende tyktarmskatar.

Bechterews sygdom er 3 gange så hyppig hos mænd som hos kvinder, og rammer typisk yngre voksne i alderen 20-40 år.

Symptomer på Bechterews sygdom

Symptomer på Bechterews sygdom udvikler sig gradvist over nogle måneder eller op til flere år. Til at begynde med fortolkes symptomerne ofte som almindelige rygproblemer. Mænd rammes ofte hårdere af symptomerne, der kan inkludere:

- Smerter og morgenstivhed i den nedre del af ryggen. Stivheden og smerterne bedres ved udstrækning og generel bevægelse.
- Typisk ses der natlig forværring af smerterne, fordi leddene ikke bevæges.
- Betændelsestilstanden kan også involvere led eller sener andre steder i kroppen:

1. Leddene mellem kravebenene og brystbenet kan involveres og give smerter i brystregionen.

2. Hælsmerter pga. involvering af akillessenen.

3. Smerter og nedsat bevægelighed i skulder-, knæ eller hofteled.

Forholdsregler og diagnose
Hvis man har ovennævnte symptomer, er det meget vigtigt at komme til lægen, da sygdomsudviklingen kan bremses ved korrekt behandling.

Hvis lægen mistænker at man lider af Bechterews sygdom, kan han eller hun foretage en grundig undersøgelse af ryggen samt andre led, der mistænkes at være involverede.

Der kan laves røntgen-undersøgelser og MR- eller CT-scanning af de angrebne led med henblik på, om der er knogleforandringer eller begyndende sammenvoksning af leddene.

Blodprøver kan måle graden af betændelse i kroppen, og der kan undersøges for det omtalte HLA-B27 antigen. Hvis prøven er positiv, kan den understøtte diagnosen, men det skal understreges at det at være positiv for HLA-B27, ikke er ensbetydende med at man har sygdommen.

Behandling af Bechterews sygdom
Behandlingen stiler mod at bremse udviklingen af stivhed i rygraden. En fysioterapeut kan instruere i sådanne rygøvelser og træning. Hvis disse udføres i varmtvandsbassin, er træningen ofte mere effektiv.

Smertestillende og betændelsesdæmpende lægemidler, i form af såkaldte NSAID-præparater (ikke-steriode antiinflammatoriske midler), kan afhjælpe smerter og morgenstivhed og bedre træningsniveauet. I nogle tilfælde med akut svær betændelse og smerter kan der anvendes binyrebarkhormon. Til længerevarende behandling anvendes særlige gigtpræparater, der hos de fleste giver god betændelsesdæmpende effekt.

Forløb og komplikationer
Selvom sygdommen ikke er helbredelig, har de fleste er mildt forløb, hvor sygdommen ikke påvirker dagligdagen i væsentlig grad. Da sygdommen ofte rammer tidligt, er det dog vigtigt at planlægge sit liv, så man undgår erhvervsarbejde med høj belastning af ryg og øvrige led. Smerter og stivhed kan i de fleste tilfælde lindres med tidlig behandling og regelmæssig træning, og kan også bremse udvikligen af rygradsforandringer.

Nogle få personer med Bechterews sygdom kan med tiden udvikle så mange komplikationer, at det bliver svært invaliderende. Stivhed i nakke og hofte, samt kraftig foroverbøjet krumning i rygsøjlen, kan f.eks. gøre det vanskeligt at se fremad. Stivhed i brystkassen kan påvirke vejtrækningsfunktionen. Der er øget risiko for udvikling af knogleskørhed. Tilbagevendende betændelse i øjets regnbuehinde kan også forekomme.

Livslængden er ikke påvirket i forhold til raske personer.

Massagebehandling: Lid behandling

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Nyre og Blære.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk Nyre og Blære.

Muskelgigt (Polymyalgia reumatika)

Denne bindevævssygdom kan forårsage betændelse i mange af kroppens muskler, især i skuldrene, ryggen og sædet. I modsætning til dermatomyositis viser denne sygdom sig oftere i form af muskelsmerter end ved svækkelse af muskulaturen. De ramte muskler smerter og føles ømme, og nærliggende led kan føles stive. Det er også almindeligt med en følelse af at være syg samt at have hovedpine. Symptomerne er tydeligst om morgenen. I visse tilfælde opstår også temporal arthritis i forbindelse med sygdommen.

Polymyalgia reumatika læges ofte af sig selv inden for kort tid, omkring et par måneder, men sygdommen kan i visse tilfælde vare i flere år. Den kan undertiden være årsag til meget voldsomme smerter. Ved samtidig at have temporal arthritis risikerer man også øjenproblemer, oven i købet blindhed.

En undersøgelse af denne lidelse omfatter blodanalyse, hvor sænkningsreaktionen altid er høj, og man undersøger også om en temporal arthritis er ved at udvikle sig ved hjælp af en vævsprøve fra arterien i tindingen. Behandlingen af sygdommen kan i milde tilfælde begrænses til medicinering med smertestillende og betændelsesdæmpende midler for at lindre symptomerne, men det er som regel nødvendigt med en kortison-kur. Hvis man samtidig har temporal arthritis er hurtig behandling med kortison absolut nødvendig for at undgå blindhed.

Massagebehandling: Almindelig.

Akupunkturbehandling: L-D-S behandling. Styrk Lever, Milt og Nyre.

Zoneterapibehandling: Lokalbehandling. Styrk også Lever, Milt og Nyre.