

Nr. 10/maj/2004
86. årgang



Øvelser
De vigtigste manøvrer
i undersøgelse og
behandling af godartet
positionssvimmelhed.
Side 24

Fysioterapeuten

www.fysio.dk

■ Svimmelhed

Årsagerne til svimmelhed kan være mange, og en grundig anamnese er nødvendig. Men svimmelhed kan altid behandles. Side 4

Artikler

Svimmelhed et problem for både patient og behandler



En grundig anamnese er nødvendig, hvis man skal finde årsagen til svimmelheden. Behandlingen skal tage højde for, at svimmelheden ofte påvirkes af flere mekanismer.

4

Svimmelhed kan altid behandles



Fysioterapeuten har besøgt professor, dr. med. Måns Magnusson fra Universitetssjukhuset i Lund. Han har mange års erfaring med udredning og be-

handling af svimmelhed.

16

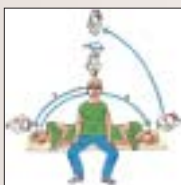
Fysioterapeuten udfordrer balancen



MT-behandling, øvelser, kropsbevidsthed og information indgår som en vigtig del af fysioterapeutens behandling parallelt med vestibulær rehabilitering.

19

Ørestenssvimmelhed



Godartet positionssvimmelhed kan behandles. I artiklen beskrives de vigtigste manøvrer i undersøgelsen og behandlingen af svimmelhed.

23

Fysioterapeuter vil have royale nyheder



En fraktion i redaktionen har længe ment, at der er for lidt royalt stof i Fysioterapeuten og på www.fysio.dk. Længe er vi ble-

Foto: Post Danmark

vet spist af med argumentet om, at "fysioterapeuter interesserer sig kun for fagligt stof", og længe har vi bøjet nakken. Men det er slut nu!

Dansk Selskab for Forskning i Fysioterapi måtte i år for første gang i selskabets historie aflyse årsmødet. Det skulle have fundet sted den 14. maj, samme dag som det kongelige bryllup.

Og aflysningen i sig selv er jo bevis nok: Fysioterapeuter foretrækker Frederik frem for fagligheden. Men det stopper ikke her! Da fysio.dk under overskriften "Royalt bryllup får konsekvenser for fysioterapeutisk forskning" bragte historien, strømmede læserne til! Ikke engang nyheden fra den 1. april om, at et slagteri havde ansat tre fysioterapeuter til at massere grise før slagting, tiltrak lige så mange læsere.

Det er derfor med stor glæde, at Fraktionen af Royalister i Redaktionen på hele fysioterapiens vegne ønsker brudeparret et forsinket tillykke.

FRR

Det faste

DFnyt 22

Litteratur 27

Fysnyt 28



FORSIDE:
ROINE MAGNUSSON/
GETTY IMAGES

Udgiver:
Danske Fysioterapeuter
Nørre Voldgade 90
1358 København K

Telefon 33 41 46 20
Redaktionens fax:
33 41 46 14

E-mail:
Redaktionen@fysio.dk
www.fysio.dk

Redaktion:
Informationschef
Mikael Mølgaard, ansv.red.
mm@fysio.dk
Faglig redaktør Vibeke Pilmark
vp@fysio.dk
Journalist Anne Guldager
ag@fysio.dk
Sekretær Jonna Søgaard Harup
jsh@fysio.dk

Webredaktør:
Martin Goldbach Olsen
e-mail: mgo@fysio.dk

Forretnings-, uddannelses-
og stillingsannoncer:
Panorama Media a/s
70 10 35 33
www.panoramamedia.dk
info@panoramamedia.dk

Kontrolleret oplag 9.118
Kontrolleret af:



I perioden 1. juli 2002 - 30. juni
2003
86. årgang.
Abonnement: 800 kr.
Løssalg: 50 kr. pr. nummer

Layout, repro og tryk:
Elbo Grafisk A/S

Redaktionspanel:
Birte Carstensen
Sine Secher Marcussen
Jørgen Jalving
Susanne Sternberg
Iben Baadsgaard
Hanne Albert
Hanne Morthorst
John Verner
Janne Mørch
Christian Couppe
Ulla Mulbjerg
Poul Henriksen
Jeanette Præstegaard
Karen Thøgersen
Nina Beyer
Jette Christensen
Bente Holm

ISSN 1601-1465

Gode kort på hånden

Så spillede regeringen ud med sit bud på en ny fordeling af opgaverne i den offentlige sektor: Amterne bliver til fem regioner, og kommunerne får betydeligt mere at se til, særligt på sundhedsområdet.

Regionerne skal have ansvaret for sygehusene og sygesikringen, og dermed forbliver de praktiserende fysioterapeuter i samme regi. Samtidig er der lagt op til, at kommunerne skal have ansvaret for genoptræningsopgaven efter udskrivelsen. Bortset fra de højt specialiserede opgaver – som f.eks. genoptræning af hjerneskadede – skal genoptræningen foregå i borgernes lokale miljø. Forslaget fra regeringen er fuldstændigt i overensstemmelse med det hørings svar, som Danske Fysioterapeuter afgav til Strukturkommissionen.

Lige så positivt er det, at der lægges op til et langt større kommunalt engagement i det forebyggende arbejde. Sagt enkelt bør regeringens forslag om kommunal medfinansiering af sundhedsopgaverne blive den løftestang, som sundhedscenter-tanken har behov for. Hvis forslaget overlever de politiske forhandlinger, vil Danske Fysioterapeuter og de øvrige samarbejdspartner i Sundhedskartellet have virkelig gode kort på hånden over for landets kommuner: Kommunerne vil simpelthen ikke have nogen undskyldning for ikke at komme i gang med et lokalt sundhedscenter.

Over for de mange medarbejdere, der berøres af ændringer, har Finansminister Thor Pedersen understreget, at ingen går ned i løn. Det skal han ikke få lov at løbe fra – men der er mange andre facetter for medarbejderne i denne fase, f.eks. det nødvendige behov for at inddrage medarbejderne i den konkrete tilrettelæggelse af opgaverne. Folketingets partier bør være klare over, at der er en øvre grænse for, hvor lang tid der skal gå med at få truffet beslutninger. Vores arbejde fylder rigtig meget i dagliglivet, og længerevarende usikkerhed fremmer ikke et godt arbejdsklima til gavn for patienterne.

Udspillet fra regeringen skal nu igennem politiske forhandlinger. Der skal hugges en hæl og klippes en tå, før den endelige struktur og opgavefordeling ligger klar. Men opfordringen til de politiske partier fra Danske Fysioterapeuter er klar: Hold fast i en klar ansvarsfordeling mellem de involverede myndigheder – og få kommunerne på den sundhedspolitiske bane.



Af Johnny Kuhr
*formand for
Danske
Fysioterapeuter*

Svimmelhed – et problem for både patient og behandler

En grundig anamnese er nødvendig, hvis man skal finde årsagen til svimmelheden. Behandlingen skal tage højde for, at svimmelheden ofte påvirkes af flere mekanismer

AF BIRTE CARSTENSEN, FYSIOTERAPEUT
FOTO GEIR HAUURSSON

Mange mennesker lider af svimmelhed, og det er langt mere almindeligt end man tror (1). Følelsen af svimmelhed er så stærk, at den i kombination med hovedpine ofte vil overskygge selve hovedpinen, og den vil påvirke såvel almenbefindendet som rumorienteringen.

Svimmelhed er ikke bare et symptom, det er et handicap, der ofte kommer til at indskrænke mulighederne for at aktivt socialt liv og forringer livskvaliteten.

Svimmelhed giver problemer for både patient og behandleren. Et af dem er, at det er svært at diagnosticere svimmelhed og at finde de udløsende faktorer, hvilket er nødvendigt for at kunne sætte ind med den rette behandling.

SVIMMELHEDENS HISTORIE

For cervical svimmelheds vedkommende blev den tidligere diagnosticeret som en influenzalignende sygdom eller som et tegn på søvnløshed. Decher (2) foreslog i 1969 at inddele symptomet cervical svimmelhed efter mulige årsager, for at den ikke skulle blive en diagnose for mere eller mindre uspecifikke symptomer. Han foreslog følgende opdeling:

- Det encephalocervicale syndrom.
- Det cervicobrachiale syndrom.
- Det pharynooesophageale cervicalsyndrom.

Det blev således en ren topografisk inddeling, der kunne bruges til at præcisere diagnostikken, men årsagsforhold, der kunne begrundes ud fra den interne sammenhæng mellem de forskellige kroppsdele gik tabt i denne inddeling.

Andre har (2) derimod inddelt svimmelhed efter teorier eller årsagssammenhænge, der tog udgangspunkt i den patogenetiske mekanisme.

- Den vaskulære.
- Den neurale, den neurovaskulære eller den direkte påvirkning af det sympatiske nervesystem i øret eller på ligevægtsorganets kerneområder.
- Teorien om a. og n. vertebralis som en funktionshelhed.
- Teorien om proprioceptiv dysfunktion.

Ulempen ved at opstille en liste over mulige årsagsforhold er, at det let kommer til at betyde, at man i udredningen af patientens svimmelhed kun undersøger et element ad gangen.

I de fleste tilfælde vil der være mere end en årsag til svimmelheden. Desuden vil en subjektiv fornemmelse at være svimmel være vanskelig at objektivisere. For eksempel vil nystagmus medføre svimmelhed, men det modsatte behøver ikke at være tilfældet.

Inden for manuel terapi blev der tidligere lagt vægt på at udelukke den vaskulære årsag til svimmelhed, før der blev startet en manuel behandling af cervicalcolumna. Man troede, at vaskulære årsager var hyppigere, end man mener i dag. Professor Måns Magnusson, som interviewes på side 16, ser få patienter med vaskulært betinget svimmelhed, men det kan skyldes, at han primært får de patienter, andre læger har svært ved at udrede, og da den vaskulært betingede svimmelhed er let at diagnosticere, er der få patienter med denne type svimmelhed på specialafdelingerne på sygehusene.

De Kleyns test, Hautants kar test og Unterbergers gangtest var på et tidspunkt et "must" i en fysioterapeutisk undersøgelse (se faktaboks side 6). Det er stadig en god ide at bruge en eller to af disse test i forbindelse med undersøgelsen af patienter med svimmelhed.

SVIMMELHED ER EN OPLEVELSE

Svimmelhed er en beskrivelse af en oplevelse (4,5), og i dag mener man, at årsagen ligger enten i én eller oftere flere dele af balancesystemets mange komponenter; patologisk svimmelhed. Men det kan også bare være det normale balancesystem, der bliver forvirret af indtryk fra omgivelserne, sådan som vi oplever det, når vi for eksempel prøver forskellige "Tivoli-forlystelser". Denne form for ►

Der er ofte mere end én årsag til svimmelhed og det kræver derfor en grundig undersøgelse og anamnese at få afdækket ætiologien. I artiklen gennemgås årsagsfaktorer, der forskellige typer af svimmelhed og behandlingen. Også de følgende artikler beskæftiger sig med emnet svimmelhed.

indgang



Årsagerne til svimmelhed kan være patologiske, men det kan også være det normale balancesystem, der bliver forvirret af indtryk fra omgivelserne.
Foto: Tivoli.

LITTERATUR

På fysio.dk kan man læse mere om svimmelhed. Fysioterapeut Tom Jørgensen fra Bispebjerg Hospital har i en artikel beskrevet, hvilket udgangspunkt han har, når han udreder og behandler patienter med svimmelhed. Tom Jørgensen har endvidere oversat den modificerede udgave af Cawthorne Cookseys svimmelhedsøvelser. Læs mere på www.fysio.dk/Fysioterapeuten/bilag_til_artikler

DE KLEYNES TEST

Patienten rygliggende med hovedet ud over plinten. Hovedet føres i ekstension, rotation og sidebøjning til samme side. Hovedet bør være understøttet for hurtigt at kunne føres tilbage til neutralstilling. Patienten har lukkede øje under testen. Undersøgelsen er positiv, hvis patienten umiddelbart føler ubehag. Testen udføres til begge sider, kan eventuelt udføres med patienten siddende. Testen kan eventuelt deles op, så de forskellige positioner testes hver for sig, før den samlede bevægelse testes.

HAUTANTS TEST

Patienten siddende med begge arme flekterede 90 grader og udadroterede, så håndfladerne vender opad. Terapeuten står bag patienten og holder dennes hoved i hænderne. Hovedet føres i ekstension, rotation og sidebøjning til samme side. Patienten har lukkede øjne under testen.

Testen er positiv, hvis patientens hånd proberes og sænkes på den side, hvortil hovedet roteres. Der testes til begge sider.

UNTERBERGERS GANGTEST

Patienten udfører høj knæløftningsgang på stedet med lukkede øjne og armene strakt lige frem, samtidig hermed skal patienten dreje hovedet fra side til side (3). Terapeuten skal stå bagved i tilfælde af, at patienten mister balancen. Testen er positiv, hvis patienten falder. Faldet vil ske til den side, hvor a. vertebrales er klemt.

Men testen vil også være positiv, hvis der er dysfunktion i ligevægtsorganerne, ændret afferens fra øvre cervical led og muskler eller anden nedsat afferens fra for eksempel fødsålerne. Testen er med andre ord ret uspecifik.

Årsagen til patologisk svimmelhed kan være traumer eller en kombination af flere dysfunktioner. Så snart der ikke er overensstemmende informationer fra de mange afferente nerver, opfatter vi det som svimmelhed. For at kunne diagnosticere og behandle svimmelhed er det nødvendigt at opfatte balancefunktionen som en helhed. Det vil sige, at samtlige komponenter skal undersøges.

INFORMATIONSVEJE

For overhovedet at kunne stå og gå er vi afhængige af informationer fra synet, det indre øre (labyrintsansen) og fra hudens, ledenes og musklernes proprioceptorer. Alle disse informationer kommer via mange forskellige nervebaner til CNS. I hjernen opfattes og sammensættes informationerne til en arbejdsordre, der går ud til kroppens muskulatur, som skal justere muskeltonus, så vi ikke mister balancen. Disse justeringer medfører på ny ændret afferent information, der igen skal behandles i CNS; derefter gives nye ordrer. Hele dette feedback og feedforward system skal kunne foregå uden, at der opstår problemer eller svimmelhed.

Men hvilken betydning har de enkelte komponenter i det sensoriske system?

SYNET

Synet giver information om, hvordan omgivelserne bevæger sig i forhold til os. Det kan således være, at det er omgivelserne, der bevæger sig, eller at det er os, der bevæger os. Med synet orienterer vi os i forhold til horisonten og får information om, hvad der er op eller ned. Synet giver os mulighed for at se, om der er forhindringer f.eks. en kantsten, noget glat eller andet. Synet giver os på den måde også muligheder for feedforward i balancekontrollen.

VESTIBULÆR INFORMATION

Det indre øres balanceorgan, labyrintsansen, informerer om hovedets bevægelse i rummet. Det kan være, vi drejer hovedet, eller måske laver vi en pirouette, hvilket registreres i buegangene i det indre øre. Det kan være lineære bevægelser, acceleration eller deceleration. Pludseligt stop i en bil registreres for eksempel i buegangene i det indre øre, og hovedets stilling i forhold til tyngdekraften registreres i otolitorganerne, utriculus og sacculus.

Hoveddrejning til den ene side medfører øget aktivitet i nerveimpulserne fra denne side af det indre øre, mens aktiviteten nedsættes automatisk i den anden side. Hoveddrejningen og nerveimpulserne samstemmes og registreres i balancekærnerne i

- ▶ svimmelhed kaldes fysiologisk svimmelhed, og den forsvinder hurtigt.

Man kan groft sige, at balancesystemet består af tre komponenter:

- Synet
- Det indre øre
- Proprioception fra hele kroppen

hjernestammen, der så vil lade øjnene bevæge sig lige så hurtigt i modsat retning. Det er denne vestibulo-okulære refleks, som gør det muligt at fokusere på et bestemt punkt, selv om hovedet bevæges op eller ned eller til siderne. Uden denne refleks ville det være umuligt at se tydeligt, når vi bevæger os.

Ved bevægelse er det ændringerne i de afferente informationer fra buegangene i de to siders indre øre, der bestemmer blikkets retning, og dermed kompenserer for hovedets bevægelser. Hvis der opstår en skade i buegangene i den ene sides indre øre, som derfor ikke sender impulser til balancecentret i hjernestammen, vil det indebære, at hjernen mistolker den indkomne information. Det vil opfattes, som om vi roterer hele tiden, og der opstår nystagmus, og vi vil blive svimle og utilpasse.

Acceleration og deceleration registreres i sacculus og utriculus. Det er den fornemmelse, der opleves, når et jetfly starter, hvor det føles, som om flyet næsten stiger lige lodret op. Væsken presses bagud på grund af accelerationen.

Det er også informationen fra buegangene og især fra otolitorganerne, der er med til at regulere tonus i holdningsmusklerne, når vi bevæger os. Dersom der for eksempel trykkes hurtigt og hårdt ned på et siddende menneskes skuldre, vil benene automatisk strækkes.

Hvis der er forskel i informationerne fra kroppens to sider, risikerer man at svaje fra den ene side til den anden eller eventuelt falde. Hvis man skal beskrive dette for en patient, kan man forklare det ved at sammenligne det indre øres funktion med en vægt. Hvis der ikke er lige mange lodder på begge vægtskåle, tipper vægten. Det er det samme, der sker ved en skade i det indre øre. Men efterhånden vil informationerne fra det indre øre og informationerne fra øjnene samordnes i hjernen, og der vil opstå en form for ligevægt, selv om der mangler informationer fra den ene side.

PROPRIOCEPTION

Proprioception (5,6,7) er den information, der kommer fra huden, leddene og musklerne, og som registrerer ledstillingen og muskeltonus. Med proprioceptionen registreres også med hvilken hastighed, en muskel udspændes eller kontraheres.

Vi får således hele tiden informationer om de forskellige kropsdeles indbyrdes stilling, og hvordan de belastes af tyngdekraften og af andre såvel ydre som indre kræfter. Der er især mange proprioceptorer i de små nakkemusklere og i øvre cervical columnas led. Her får vi information om hovedets

3V\gV^
 _©`ce`dV
 9j aVcVi eēV_dZ_d`_e` JL
 WZSVg©XV|ZYU`X|Rg ac`W

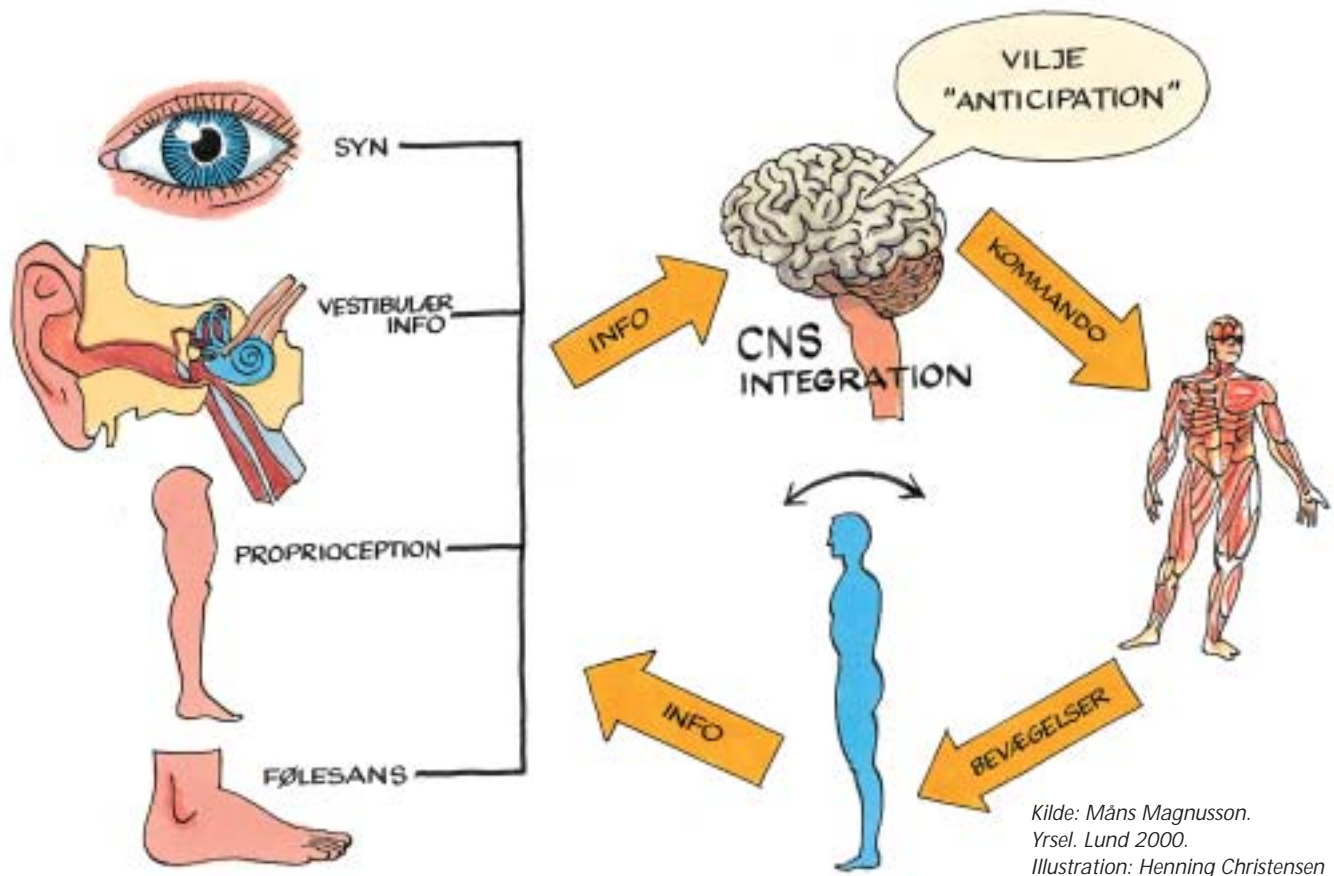


4@> 7@CE23=6 † 9JA6C †
 6I E6? D@? † 4@? EC@= † <? 66

CAMP[®]
SCANDINAVIA

hhhZIR^ adIR_UZ_RgZzv

3VbZfUAcZSc`TYf cV+
 EJVW_ %\$ *' ' ' **
 7R %\$ %\$ ## ' '
 ^ FZLV ^ R\1 TR^ aZV



- ▶ stilling i forhold til den øvrige krop. Denne information er en forudsætning for, at hjernen kan vide, hvordan de informationer, der kommer fra det indre øres balanceorganer og fra øjnene, skal anvendes for at kontrollere balancen i forskellige stillinger.

Der er desuden mange proprioceptorer i costovertebralleddene og costotransversalleddene. Forudsætningen for en optimal afferent information er derfor en god respiration.

Der er også mange proprioceptorer i fodsålerne (7). Her registreres hvor og hvor meget tryk, der er på de forskellige områder under foden, ligeledes registreres det, hvor hurtigt, der sker trykændringer, når vi bevæger os. Det er vigtigt at huske, at proprioceptorerne under fodsålerne ikke kan regenereres hos personer, der er over 75 år. Informationerne fra fodsålernes receptorer kan især hos ældre patienter være dårlig på grund af neuropati eller foddeformitet. Der er en mulighed for regeneration og træning af de øvrige proprioceptorer andre steder i kroppen.

INTEGRATION I CNS

Al information fra de forskellige sensoriske systemer integreres i CNS, og det hele samordnes i det limbiske system med, hvad vi bevidst eller ubevidst

agter at foretage os (motivation). Denne samordning resulterer i arbejdsordrer til kroppens muskulatur og eventuelt til korrektion af kroppens stilling. Den afferente information ændres sideløbende med korrektionerne, hvilket medfører nye arbejdsordrer og ny korrektion af muskeltonus. Der er således en løbende informationsstrøm og feedback.

Som beskrevet benytter vi os også af en feedforward-mekanisme, hvis vi genkender en eventuel fare eller risiko.

Ændringer i balancen kan opstå som følge af ændringer i den sensoriske information fra et eller flere af de omtalte systemer, men det kan også være resultatet af dårlig integration i CNS eller dårlig korrektion, fordi muskelkontrollen er utilstrækkelig.

Depressioner og angst har stor indflydelse på svimmelhedsopfattelsen.

Har en patient dårlig balance, er der stor risiko for, at han snubler, falder eller måske bare føler sig usikker. Det er ofte let at registrere denne usikkerhed, men ellers kan det objektiviseres i forbindelse med undersøgelsen (se side 9 og 17).

ÅRSAGER TIL SVIMMELHED

Svimmelhed kan være den subjektive oplevelse, der opstår, når der ikke er overensstemmelse mellem de forskellige afferente informationer kombineret med

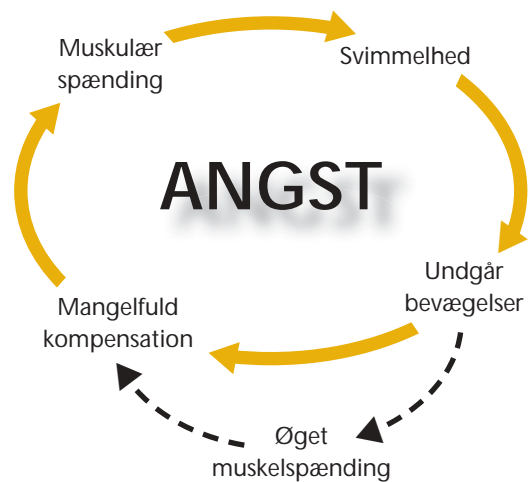
at informationerne heller ikke stemmer med vore forventninger. Dette kaldes "sensory mismatch".

Dersom patienten har en vestibularisneurit, og det andet øre fortsat fungerer, vil balancecentret i hjernestammen tolke det, som om patienten drejer rundt mod den raske side. Øjnene vil på grund af den vestibulo-okulære refleks bevæge sig i modsat retning. Der opstår således nystagmus, og patienten oplever en rotationsfornemmelse.

Hvis den sensoriske fejl opstår på grund af, at den proprioceptoriske information ikke stemmer overens med informationerne fra det indre øre på de to sider, opstår der søsygefornemmelse.

Der kan også opstå svimmelhed ved væskemangel desuden ved depressioner og panikangst. Det ser således ud, som om balancefunktionen og psyken er intimt forbundet. Det er set, at ca. halvdelen af de patienter, der ikke var blevet adækvat behandlet efter en vestibularisneurit, fik depression eller angsttilfælde.

Ligegyldigt hvad svimmelheden skyldes, vil den altid forværres ved træthed, i stressede situationer eller under emotionelt stress.



UNDERSØGELSE

Ved akut svimmelhed skal patienten undersøges for:

Bevidsthedgrad

Akut CNS-skade, meningitis

Cirkulationskollaps

Blodtryk, puls, hjerte/lungerarytmi, cirkulations-svigt eller tegn på BT-stigning/sænkning, intrakranielt trykstigning.

ToeOFF®

X-c UVe JVeeVcV Re Xc

2e \f _ V \ R c v d z Y g v d R X ` X f Y Z U c v e
 \ f _ V X c U v c y v _ ^ R g z S - c g c c v v _
 d M g W \ X \ Z Y W U W c ` d R j \ V z @ X c W c
 a V c d _ V c ^ W _ v f c ` j X d V d R U V z

E ` @ 7 7 ^ V c V _ R g R T v c v e ` X ^ V X e
 J v e r g v _ U M \ X c v M S z z v c z X d c e d v d ^
 Y [@] a v c a R z v _ e v _ e z R e J g v V e R e g e J z z

@ c e d v _ d R S z z v c R _ \ V j ` X W U ` X
 ` a e R X c d e - U v e g v U Y c [z] e _ Z X z
 C v d f J e R e S i z v c V _ ^ V c v _ R e f c j z ` X
 U j _ R ^ z a X R X z

@ c e d v _ v U M d S c U e z S - c _ ` X g ` d v z

CAMP®
SCANDINAVIA

G Z Y [@] a v c X c _ V ^ V U R e S v d g r v
 U Z V d a - c X t g h
 E V j W _ % S * ' ' * *
 T R % S % S # # ' ' * *
 ^ R z z v _ ^ R e \ 1 T R ^ a z a

h h h z i R ^ a d i R _ U z R g z z v

REHAB SCANDINAVIA



CURE & CARE

Equal Opportunities

Se og prøv alt i hjælpemidler.
Deltag også i konferencer, seminarer
og udstillingsaktiviteter.

Parallelt med messen afvikles
Hjælpemiddelkonferencen 2004 og Ældredagene 2004.

Bus linie 30 og 100S lige til Bella Center
- eller benyt den nye Metro.

Gratis adgangskort kan fås på info@forsorg-hospital.dk
Yderligere information på
www.rehab-scandinavia.com
og telefon 7581 4088.

C O P E N H A G E N



Ældredagene
2004
Konference



Rehab
Scandinavia
Udstilling



Hjælpemiddel-
konferencen 2004
- udvikling og bevægelse

Bella Center
25-26-27. maj 2004
Dagligt kl. 9-17

► Nakkestivhed

Subaraknoidalblødning. Meningitis.

Bevægelser/sensibilitet

I ansigt og ekstremiteter samt koordination.

CNS- hjernestamme-lillehjerneskode

Nystagmus/øjenbevægelser. Spontan nystagmus er enten vestibulær eller CNS skade.

Trommehindestatus

Otolit (kolesteatom), labyrintit.

ANAMNESE

Ved den akutte anamneseoptagelse, skal der oplyses:

- Hvornår opstod problemet?
- Smerter (hoved, bryst, øre)?
- Hørelsen? Pludselig ændret/tidligere nedsat, siddeforskel?
- Andre problemer? Synet? Utilpashed?
- Bevidsthed (spørg eventuelt familie)?

Ved den ikke akutte svimmelhed vil det være relevant at få følgende med i anamneseudredningen:

- Arvelighed: Migræne, øresygdomme, hørenedsættelse vaskulære sygdomme).
- Socialt: Alkohol eller anden misbrug, arbejde, familie, stress.
- Tidligere sygdomme: Kardiopulmonelle, vaskulære, blodtryks sygdomme, gastrointestinale og urogenitale sygdomme, CNS-traumer, andre CNS sygdomme, øresygdomme, psykiatriske sygdomme, behandling med ototoksiske anti-biotika.
- Tidligere indlæggelser (kontrolspørgsmål)?
- Medicin: Mange medikamenter har svimmelhed som bivirkning.
- Hypersensivitet: Dette bør altid afklares.

Supplerende spørgsmål

Er du svimmel hele tiden? Eller er det kun af og til?
Er du kun svimmel, når du står eller går?

Obs. Mb. Menière, godartet stillingsbetinget svimmelhed (BPPV) eller migræne.

Er du kontinuerlig svimmel? Obs. cervikal årsag eller aldersbetinget systemsvigt.

Er du snublet eller faldet? Har du forstuvet eller brækket noget i den forbindelse? Hvis ja, så har patienten ofte en organisk balancedysfunktion.

SVIMMELHEDENS KARAKTER

Forsøg her at få patienten til at beskrive sin svimmelhed uden at bruge ordet svimmel.

Rotatorisk svimmelhed: Patienten oplever at rummet drejer sig, uden at han selv bevæger sig.

Usikkerhed: Patienten har en oplevelse af at svaje og/eller at gulvet gynger under fødderne.

Ukarakteristisk svimmelhed: Uklassificeret svimmelhed.

Rotatorisk svimmelhed

Rotatorisk svimmelhed er en oplevelse af, at enten drejer rummet sig omkring én eller også roterer man selv. Svimmelheden skyldes ofte en skade i det indre øres balanceorgan eller i de nervebaner, der er med i den vestibulo-okulære refleks. Hvis patienten samtidig har nystagmus, kan man næsten gå ud fra, at svimmelhedens årsag enten ligger i det vestibulære system eller i CNS.

Ved enkelte angreb eller ved tilbagevendende angreb ligner denne form for svimmelhed den, som hænger sammen med Morbus Menière eller migræne. Langvarig rotatorisk svimmelhed ses ofte ved ensidige vestibulære skade. Den mest almindelige årsag er en vestibularis neurit.

Stillingsbetinget svimmelhed ses ved godartet stillingsbetinget svimmelhed (BPPV), men det kan dog også være et tegn på en CNS-sygdom.

Usikkerhed

Svimmelhed, der viser sig som en svajende gyngende fornemmelse, kan enten skyldes en sygdom i det vestibulære system eller i CNS. Hos ældre patienter kan det også skyldes multiple dysfunktioner, mangler, "små-svigt" eller vaskulære dysfunktioner, som det også ses hos patienter med cervikal svimmelhed.

Ukarakteristisk svimmelhed

Det kan være svært at finde årsagen til ukarakteristisk svimmelhed. Den kan være af psykogen karakter, en temporallaps-epilepsi eller CNS-dysfunktion.

Nogle patienter har en forudfornemmelse af, at de bliver svimle, og af og til sortner det for øjnene. Dette kan tyde på kardielle forhold eller cirkulatoriske gener som f.eks. arytmier, ortostatisme, nedsat CNS-cirkulation eller overdreven antihypertensiv behandling.

UDDYBENDE SPØRGSMÅL

Der er nogle spørgsmål, der kan være vigtige at udbyde i forbindelse med udredning af svimmelheden:

Hvordan havde du det, første gang du var svimmel?

Hvis patienten fokuserer på et enkelt af svimmelhedsanfaldene, kan det måske være nemmere at beskrive. Det er også af betydning for diagnosticeringen at høre, hvordan og hvornår svimmelheden startede, eventuelt om der var en udløsende skademekanisme.

Hvad udløser/forværrer svimmelheden?

Det er almindeligt, at hoved- eller kropsbevægelser forværrer svimmelhed ved vestibulære sygdomme.

Svimmelhed ved stillingsændringer, som når man kigger opad eller vender sig i sengen, er typisk ved den godartede stillingssvimmelhed, BPPV. Svimmelhed, når man bøjer hovedet bagover, er oftest stillingspåvirket (BPPV), og skyldes sjældent tryk på karrene. Svimmelhed i bestemte situationer eller på visse steder, for eksempel i elevatorer kan være af psykogen årsag.

Ifølge Måns Magnusson skyldes svimmelheden oftest BPPV, hvis svimmelheden opstår, når patienten rejser sig fra liggende til siddende, men hvis svimmelheden opstår fra siddende til stående, er ►

LLLT - Low Level Laser Therapy

Laserlys til smerter og opheling



– effektiv til sår, led og muskler,
samt akupunktur

Easy-leasing af vores laserudstyr
med 6 måneders prøvetid!

Laser seminar afholdes løbende
i Jylland og på Sjælland.

Dato for seminar kan ses på:

www.easy-laser.dk



For yderligere information ring tlf.: 7571 1090



Easy-Laser

Udvikling og produktion af laserudstyr - Ildvedvej 36, Ildved - 7300 Jelling

- det mere sandsynligt, at den er ortostatisk udløst. Hvis patienten bliver svimmel, når han børster tænder, kan det være tegn på et Subclaviar Steal Syndrom.

Hvor længe har du været svimmel?

Sekundkorte angreb af svimmelhed kan følge med mange forskellige sygdomme, det kunne være fobisk postural svimmelhed eller vaskulære CNS-sygdomme. Svimmelhed under ca. et halvt til et minut samtidig med stillingsændring eller hoveddrejning kan være BPPV.

Minutlange angreb kan forekomme ved visse migræne tilstande, men også ved frontal- eller temporallaps-epilepsi, hvis svimmelheden beskrives som en uvirkelighedsfølelse eller bare ukaraktæristisk.

10-30 minutter lange svimmelhedsangreb som optakt til en hovedpine kan være et aurafænomen i sammenhæng med migræne.

1-5 timers lange angreb sammen med ændret hørelse taler for morbus Menière.

Angreb, som varer fra timer til dage, hænger også tit sammen med migræne.

Svimmelhed, som klinger af efter flere dage, kan være vestibularis neurit eller anden akut vestibulær skade.

ANDRE OBSERVATIONER

Svimmelhedsepisodernes frekvens

Det beskriver blandt andet, hvor meget patienten er generet af anfaldene. Det er for eksempel sjældent at have mere end et morbus Menière-angreb pr. dag. Ligeledes er det usædvanligt med flere vestibularis neuritter.

Ændret hørelse/tinnitus

Svimmelhed sammen med hørenedsættelse eller tinnitus kan være opstået efter en skade i det indre øre. Ensidige gener er mere specifikke end dobbeltsidige. Hvis patienten beskriver en vedvarende pulserende ensidig tinnitus, bør undersøgeren auskultere processus mastoideus og kraniet for at udelukke objektiv tinnitus som ved abnormt karforløb.

Successivt tiltagende hørenedsættelse eller ensidig tinnitus sammen med en lettere usikkerhedsfølelse bør lede tankerne hen mod et akustikusneurinom.

Svimmelhed og neurologiske symptomer

Dette peger mest på en CNS-sygdom som årsag til generne. Symptomer som dobbeltsyn, taleforstyrrelser, hæshed og synkesværvær antyder en hjerne-stammeskade. Ved dissemineret sclerose kan symptomerne aftage noget, men vil nok progrediere igen senere. Her bør patienten nøjere undersøges neurologisk samt scannes.

Patientens stemningsleje

Svimmelhed er et kardinalt symptom ved depressioner. Hvordan er patientens stemningsleje, eventuelt spørges familien.

Observation af vågenhed, mimik, stivhed

Lægen bør have udelukket eller verificeret cirkulatorisk årsag og have auskulteret over halskar og processus mastoideus, især hos ældre. Ligeledes bør trommehindens status være undersøgt hos patienter med svimmelhed. Otit, labyrintit eller kronisk otit med infektion skal være udelukket. Ved patologiske fund, eller i tvivlstilfælde, bør patienten henvises til yderligere undersøgelser. Der bør være udført en omhyggelig hjernenevestatus.

Undersøgelse af øjenbevægelser

En undersøgelse af nystagmus uden Frenzels briller kan give oplysning om blikretnings nystagmus, men den er ikke altid tilstrækkelig til at give den nøjagtige diagnose. Med Frenzels briller eller Video-Frenzel (se side 17) ses først, om der kommer spontan- og blikretnings nystagmus. En accentueret nystagmus i Frenzels briller forstærker mistanken om en vestibulær skade. Ved mistanke om godartet stillingssvimmelhed (BPPV) bør Dix Hallpikes undersøgelse udføres på øret i den side, man tror er påvirket. Det vil i praksis være den side, patientens hoved er drejet til, når svimmelheden opleves.

FÆLLESCAMPING

Pris 10 dage
fra kr. 1.700,-
- børn halv pris

Tag med på Danmarks bedste og billigste ferier for børnefamilier i skolerens sommerferie. Vælg mellem Ungarn-Kroatien-Estland-Italien-Frankrig. Lux sovebus - fuldt udstyrede villatelte. Også som Kørselv. TV2 Text s. 536.



Bestil brochure via
www.hobbit.dk
 Rejsegruppen Hobbiten
 tlf. 75 16 16 70

Forekomsten af stillingssvimmelhed undersøges med patienten rygliggende og hovedet drejet, og retningen af nystagmus noteres. Dersom nystagmus ikke udtrættes, kan det være tegn på en CNS-skade, men det ses dog også efter alkoholindtagelse.

Stillingssvimmelhed hos børn bør altid give mistanke om intrakraniell trykøgning.

HEADSHAKE OG BALANCETEST

Den næste undersøgelse, der bør udføres, er "headshake-test". Patienten har enten Frenzels briller på eller VideoFrenzel. Undersøgeren holder om patientens hoved og ryster det fra side til side med små bløde bevægelser med en frekvens 1-2Hz (frem og tilbage 1-2 gange pr. sekund) i mindst 10, men helst 15 sekunder. Efter et pludseligt stop registreres, om der kommer nystagmus. Mange patienter bliver svimle af denne procedure. Testen kan udføres med patienten enten siddende eller liggende.

Som samlet balancetest kan man bruge Rombergs test. Ved faldtendens til den ene side ved gentagne test tyder det på en postural dysfunktion. Årsagerne hertil kan være utallige. Hvis faldtendensen er bagover, tyder det nok mest på en organisk skade.

Ved gang på stedet vil patienten spontant dreje mod den skadede side, hvis der er en skade i det indre øre. Hvis der observeres en spontan nystagmus, og patienten falder mod denne side, skal man overveje, om der er en cerebellar lidelse.

ØVELSESPROGRAM ^(8, 9, 10, 11)

Cawthorne og Cooksey beskrev for 60 år siden et øvelsesprogram til patienter, der havde været udsat for forskellige former for hovedtraumer. Dette program har været anvendt siden. Øvelserne skal gentages, til der opstår svimmelhed efter hver enkelt øvelse. Derefter slapper patienten af eventuelt med lidt varme eller et koldt omslag til nakken til svimmelheden er væk.

Man starter med at udføre øvelserne liggende, når det kan lade sig gøre uden at fremkalde svimmelhed efter mindst 15 gentagelser af hver øvelse, gentages øvelserne siddende i en god stol med armlæn, ryg- og eventuel nakkestøtte. Det er nødvendigt, at man føler sig tryk, idet ængstelse øger muskelspændinger, der kan forværre tendensen til svimmelhed.



a) Øjenøvelser

Øjenbevægelserne udføres først langsomt derefter hurtigere og hurtigere.

- se op, se ned
- se fra side til side.
- Hold pegefingeren en meter fra næsen. Fokuser på fingeren og bevæg den mod næsen stop ca. 30 cm før den rammer næsen.



b) Hovedøvelser

Bevægelserne udføres først langsomt, derefter hurtigt, senere med lukkede øjne

- lav en nikke bevægelse og bøj derefter hovedet bagud.
- drej hovedet fra side til side.

c) Øvelserne udføres også med øjnene fikserede på et fast punkt, medens hovedet bevæges. ►

- Inden programmet udføres siddende, bør det startes med skulderrulninger og skulderløft. Under skulderløft holdes skuldrene løftede i nogle sekunder, hvorefter der slappes af i musklerne, så skuldrene "dumper" ned. Dette udføres for at nedsætte muskelspændingerne.



Øvelsernes sværhedsgrad øges nu siddende, siden kan de også udføres stående:

- spil en bold fra den ene hånd til den anden over øjenhøjde.
- bøj ned og tag noget op fra gulvet ved modsat fod, gentag til den anden side.

Næste skridt i sværhedsgrad er:

- rejse sig og sætte sig hurtigt,
- derefter skal man rejse sig og dreje sig rundt, inden man sætter sig.
- gang med vekslende hastighed og forskellig skridtlængde, først med åbne øjne senere med lukkede øjne.
- gang med drejning af hovedet fra side til side igen først med åbne øjne og derefter med lukkede øjne.

ALLE ELEMENTER SKAL MED

Med den nuværende viden, der lægger vægt på samtlige komponenter i balancesystemet, vil det være naturligt at inkorporere hele spektret af fysioterapi i behandlingen af patienter, der lider af svimmelhed.

Før den fysioterapeutiske del af behandlingen startes, skal der stilles en funktionsdiagnose.

Holdningsundersøgelsen skal afsløre, om der er nogen form for dysfunktion i bevægeapparatets afferente baner, der kan være medvirkende årsag til svimmelheden. Der er tre områder i kroppen, hvor der er særlig mange afferente nervetråde: De øvre

nakkemusklere og nakkeled, costotransversal- og costovertebral leddene samt fodsålerne.

Ad 1. Nakkens bevægelighed undersøges eventuelt med et måleinstrument. Der findes et nyt computerstyret tredimensionalt måleinstrument (se side 19) men det er ikke mere præcist end "Myrinometeret", som er et kompas med en faldnål.

Nakkemusklernes tonus testes, og fasciernes stramhed både på for og bagsiden af halsen undersøges. Cervicothoracal overgangen skal også undersøges.

Behandlingen vil bestå af forskellige former for bløddelsteknikker for eksempel MFR (myofascial release teknik) og MET (muscle energi teknik), der begge er patientvenlige og patientstyrede teknikker. Desuden anvendes passive udspændinger efter muskelaktivitet for at nedsætte innervationstærsklen eller nedsættelse af tonus, der kan anvendes reciprok inhibering eller postisometrisk relaksation (PIR).

Ad 2. Det er vigtigt at se, hvordan patientens vejtrækning er. Er den overfladisk? Er den paradoksalt? Udnyttes ribbenenes bevægelser nok i den dybe inspirations fase? Er de ens i de to sider? Er den dorsale respiration mulig? Hvis ikke kan det påvirke den sympatiske grænsestreng, der ligger lige foran costotransversal leddene, og medføre en ændring i sympaticus aktiviteten. Denne ændring kan give karkonstriktion og stramme fascier og dermed påvirke svimmelheden negativt. Respirationen påvirker kropsholdningen og vice versa.

SILFVERSKIÖLD

Allerede i 1973 udarbejdede den svenske neurolog B. P. Silfverskiöld sammen med fysioterapeuterne Forslind, Heed, Lychou og Jungwirth et øvelses- og aktiveringsprogram for patienter med commotio og contusio cerebri. Disse patienters symptomer er hovedpine, svimmelhed, træthed, nedsat koncentration og dårlig hukommelse. Dertil kommer ængstelse for hjerneskade og eventuelle følger for økonomi- og familievanskeligheder, og med deraf følgende muskelspændinger. Disse symptomer i forbindelse med lang tids sengeleje forårsager ofte nedsat kondition og aktivitet, hvilket kan blive en ond cirkel, mente forfatterne. Oplysning, optræning og afspænding var formålet med øvelsesprogrammet, der skulle virke dæmpende på uro og spændinger (12).

Respirationsøvelser vil således være en del af behandlingen.

Ad 3. Fodsålerens afferens undersøges ved hjælp af forskellige balancetest. Patienten skal instrueres i at belaste fodsålen på de områder, der fra fødslen er beregnet til belastning: hælen, den fibulære fodrand og metatarsophallageal leddene (fem, fire, to og en). Dette giver en tibial svangbue og en forføds-tværbue. Det er dette, der af Janda beskrives som "kort fod", men man kan også instruere patienten i at "suge" sig fast på gulvet eller lave en medial hulning af foden. Der må dog ikke opstå spænding i triceps surae, for så har patienten også flekteret tæerne. Det er kun den bevægelse, hvor forfoden trækkes bagud, der vil aktivere hele synergien, der giver en god "grounding".

ØVELSERNE SKAL GIVE SVIMMELHED

Svimmelhed skal altid behandles med øvelser, der medfører svimmelhed. Af og til vil det være nødvendigt at få patienten til at lave mindre bevægeudslag i nakkeleddene for, at bevægelserne kan gå hurtigt nok til, at der kommer svimmelhed uden en smerteoplevelse.

Det vil ofte være tilstrækkeligt at træne den eller de situationer, hvor der opstår svimmelhed. Formålet med behandlingen er at rekalkibrere hele balance-systemet.

Dersom patienten ikke bliver behandlet, vil han røre sig mindre af misforstået frygt for at blive svimmel, dermed vil han blive mindre mobil. Dette medfører nedsat proprioception, som igen vil have negativ indvirkning på oplevelsen af svimmelhed.

Cawthornes og Silfverskiölds (12) øvelsesprogrammer indeholder alle ingredienserne, der skal til for at forbedre balancesystemet. I dag er læger og fysioterapeuter meget mere bevidst om de forskellige deles betydning for helheden, og man er blevet bedre til specifikt at diagnosticere de enkelte komponenter og så træne det, der ikke fungerer. Det stiller til gengæld krav til, at behandlerne bruger den ny viden om svimmelhed i deres undersøgelse og behandling af patienterne.

REFERENCER

1. Måns Magnusson. Yrsel, Yrselpraktika och AstraZeneca Sverige. Lund 2000.
2. Die zervikalen Gleichgewichtsstörungen, M. Hülse, Springers-Verlag Berlin Heidelberg New York Tokyo 1983.
3. Unterberger S. Neue objektive registrierbare Vestibularis-Körper-Drehungen erhalten durch treten auf der

stelle, Der "Tretversuch". Arch Ohr Nas Kehlk Heilk 1938; 145:4.

4. Svimmelhet og vestibulære sygdomme, Kjersti Wilhelmsen, Frederik Gøpken, Otto Inge Molvær.
5. The neck and Human Balance, Mikael Karlberg, University Hospital of Lund Sweden 1995.
6. Wyke B. Neurology of the cervical spine joints. Physiotherapy 1979; 65 : 72-76.
7. Wyke B. Cervical articular contributions to posture and gait: Their relation to senile disequilibrium . Age and Ageing 1979, 8: 251-8.
8. Fysioterapi for pasienter med svimmelhet, Kjersti Wilhelmsen, Otto Inge Molvær, Frederik Gøpken.
9. Treatment of Vertigo, M R Dix, Physiotherapy, December 1974 vol. 60, no. 12, page 380-384
10. Ruth Grant: Dizziness Testing and Manipulation of the Cervical Spine , in Ruth Grant: Physical Therapy of the Cervical and Thoracic Spine, Churchill Livingstone 1988.
11. W.B.Coman: Dizziness related to ENT Conditions. In Gregory P. Grieve: Modern Manual Therapy of the Vertebral Column, Churchill Livingstone 1986.
12. Kompendium i Øvelsesterapi. FADL's Forlag. Aug. 1967. ISBN 87 4737 370 6

For alle aldersgrupper:

**STAVGANG
POWER WALKING
NORDIC WALKING**

TOP
KVALITET

BEMÆRK
PRISEN!

Populært • Øger fedtforbrændingen • Bedre kropsholdning
Lindrer spænding i nakke og skuldre • Frisk luft • Bedre kondition



Vandrestav
Justerbar/teleskop
Topkvalitet fra
din idrætsleverandør:





654 592 Vandrestave
Justerbar/teleskop i trinitas
længde fra 61 - 135 cm.
Leveres komplet med gum-
mibebyttere og 55 mm plastik-
krave. 18 mm aluminiumsetoy
med stålapide. Håndgreb
af kunststof/kork med rem.
Farve sort med rødt tryk.

1 par	kr. 280,-	+ moms
20 par	kr. 4.580,-	+ moms
30 par	kr. 6.690,-	+ moms
40 par	kr. 8.600,-	+ moms



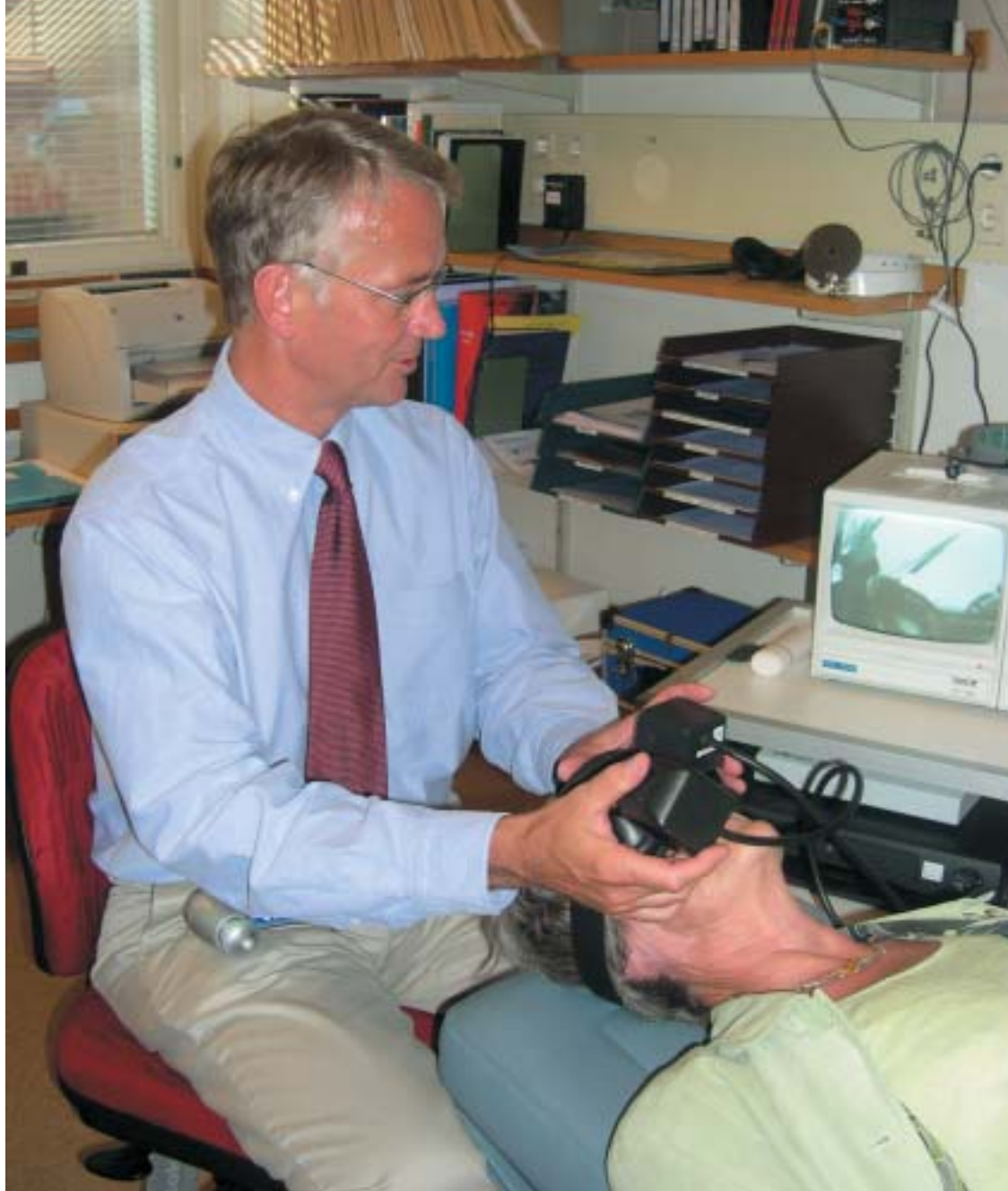

KOMPLET
FORENINGSPAKKE

TRESS

Ring 86 52 22 00
www.tress.dk

Danmarksvej 34 • 8660 Skanderborg

Måns Magnusson anvender Frenzels video til at teste den okulove-stibulære refleks.



indgang ■ Undersøgelsesmetoder med blandt andet Frenzels briller har gjort det lettere at diagnosticere svimmelhed. Fysioterapeuten har besøgt professor, dr. med. Måns Magnusson fra Universitetssjukhuset i Lund. Han har mange års erfaring med udredning og behandling af svimmelhed.

Svimmelhed kan altid behandles

Der findes mange årsager til svimmelhed. En grundig diagnosticering er forudsætningen for succes med behandlingen, og ofte kommer patienterne sig helt eller delvis over svimmelheden

TEKST OG FOTO FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Mange mennesker lider af svimmelhed, der ofte har en sammensat og kompliceret patologi. Svimmelhed kan behandles, og patienterne kan komme af

med nogle af symptomerne, hvis de bliver diagnosticeret korrekt og får tilbudt den rette behandling. Der er i dag udviklet nye undersøgelsesmetoder, så det er blevet lettere at stille den rette diagnose.

På Lunds Universitetssjukhus leder professor Måns Magnusson balancelaboratoriet under øre-, næse- halsafdelingen. Han disputerede i 1986 med afhandlingen "On the optokinetic mechanism in man and rabbit" og har siden forsket i svimmelhed og balanceforstyrrelser.

Måns Magnusson har på sygehuset sammensat en tværfaglig gruppe til at behandle og diagno-

sticere patienter med svimmelhed. For at forstå og behandle svimmelhed skal man se på balanceforstyrrelsen som en helhed, og det kræver en tværfaglig indgang til problemet, mener Måns Magnusson. Ud over fysioterapeut Eva-Maj Malmström består den tværfaglige gruppe af læger med forskellige specialer, psykolog og sygeplejerske.

ET ALMINDELIGT PROBLEM

Svimmelhed er et symptom og skyldes patologiske tilstande eller specielle situationer, hvor et normalt fungerende balancesystem er blevet udsat for påvirkninger. Svimmelhed er hyppigt forekommende hos patienter med neurologiske sygdomme og hos ældre. Måns Magnusson kan således fortælle om en undersøgelse fra USA, hvor man spurgte en stor gruppe ældre mennesker, om de led af svimmelhed. 70 procent af dem svarede bekræftende.

”95 procent af alle ældre i den amerikanske undersøgelse havde en godartet otolit (øresten), der er let at behandle”. Måns Magnusson mener, der går mange mennesker med ubehandlet svimmelhed, der med den rette behandling kunne få det meget bedre.

FRENZELS BRILLER ET MUST

På balancelaboratoriet i Lund bruger man forskellig apparatur til at diagnosticere svimmelheden hos patienterne.

Med Frenzels videobriller undersøger man øjnenes bevægelser, når hovedet bevæges på forskellige måder og med forskellige hastigheder. Øjenreflekserne filmes og vises på en skærm koblet til brillerne. Først undersøges det, om patienten har en spontan nystagmus, herefter bevæges patientens hoved, og Måns Magnusson registrerer, om patienten fastholder øjnenes stilling, eller om øjnene bare følger med.

”Selv ved ganske små balanceforstyrrelser og også hos patienter, der falder, ser vi, at der er problemer med de vestibulo-okulære reflekser, som vi måler i Frenzels briller”, siger Måns Magnusson. ”Denne refleks er overordentlig vigtig, når man står og går”.

Da der kan være mange årsager til svimmelhed, skal der benyttes forskellige test og undersøgelsesmetoder, men en undersøgelse af de vestibulo-okulære reflekser med Frenzels briller bør ifølge Måns Magnusson tilbydes alle.

BEHANDLING

Lægerne i balancelaboratoriet arbejder tæt sammen med det øvrige team i udredning og behandlingen af patienterne. Behandlingen tager ud-

gangspunkt i den primære årsag til svimmelheden og kan inddrage læger fra andre afdelinger. Mange af patienterne med svimmelhed får anvist et øvelsesprogram, som Måns Magnusson har udfærdiget (se side 26).

Ved ukomplicerede tilfælde af otolitter i de indre øregange tilbydes patienten behandling på stedet. ”Jeg benytter enten Semonts eller Epleys manøvre (se Epleys manøvre side 25) til at fjerne otolitterne fra buegangene. Manøvrerne er ikke svære at lære, men det er vigtigt at udvikle en vis rutine, så derfor vælger behandlere ofte kun at benytte én af manøvrerne. Efter behandlingen anbefales patienterne at sidde op så meget som muligt og helst i to dage. Tre dage efter behandlingen skal de i gang med et træningsprogram. Derudover anviser vi til vestibulær rehabilitering”, fortæller Måns Magnusson (se side 25). Han oplever sjældent recidiv på denne behandling, og de fleste patienter kommer helt eller delvist af med deres symptomer.

Måns Magnusson mener ikke, der er noget i vejen for, at fysioterapeuter behandler med Epleys eller Semonts manøvre. Det er ikke farligt, og har man en god baggrundsviden, kan man med fordel benytte manøvren til svimmelhedspatienter, der har fået stillet diagnosen, mener han.

ÆLDRE BEHØVER IKKE AT VÆRE SVIMLE

Det er ikke en naturlov at blive svimmel, når man bliver gammel, fastslår Måns Magnusson. Han ser ikke de ældre patienter med mere klassiske svimmelhedssymptomer i balancelaboratoriet, der primært tager sig af de lidt mere komplicerede tilfælde, andre har opgivet.

Måns Magnusson har dog en fornemmelse af, at ældre mennesker ikke bliver taget alvorligt, når de opsøger lægen med deres svimmelhed. ”Vi kan ofte diagnosticere svimmelhed og næsten altid tilbyde en behandling, så svimmelheden mindskes”, siger Måns Magnusson.

Behandling af for eksempel otolitter kan ofte helbrede svimmelheden helt, derfor er det ifølge Måns Magnusson urimeligt, når patienter bliver opfordret til at leve med deres svimmelhed, hvis ikke der er foretaget en grundig undersøgelse.

Som et eksempel på, hvor galt det kan gå, fortæller Måns Magnusson om et videnskabeligt studie, de gennemførte for nogle år siden på balancelaboratoriet. I den forbindelse undersøgte Måns Magnusson en af de inkluderede patienter, der var 79 år. Han viste sig at have lidt af svimmelhed, siden han var 50 år. Måns Magnusson kunne konstatere at han formentligt havde en otolit og en ►

- ▶ enkelt behandling med Semonts manøvre var nok til at reducere den svimmelhed, han havde haft i over 20 år.

Meget ofte får de ældre at vide, at svimmelheden skyldes åreforkalkning eller forhøjet blodtryk, men det er kun sjældent, at det er årsagen til svimmelhed.

GODARTET SVIMMELHED

Svimmelhed, der opstår som følge af stillingskift, for eksempel når man vender sig sengen, kigger op efter eller bøjer hovedet bagover hører til den godartede svimmelhed, der er til at behandle. "Ved en vestibulær sygdom eller den godartede Paroksysmal Positions Vertigo (BPPV) ses svimmelhed ved lejringskift. Disse patienter kommer sig oftest af sig selv, men en lille gruppe får kronisk svimmelhed, hvis de ikke behandles. Behandlingen består i den subakutte fase i dels habitueringsovelser (se side 25) dels lille øvelsesprogram (side 26). Desuden kan der anvendes Epleys, Parnes eller Semonts manøvrer.

Hos de ældre vil svimmelheden være forårsaget eller have indflydelse på flere dele af det sensomo-

toriske system. Der kan for eksempel være forstyrrelser med synet, proprioceptionen, trykreceptorer i foden eller balanceorganerne inde i øret. Svimmelhed og balanceforstyrrelser kan også skyldes en dårlig integration i CNS eller manglende evne til at korrigere på grund af dårlig muskelkontrol. Der kan også være en misfortolkning af de sensoriske informationer (sensory mismatch).

"Ud over synet, forholdene i det indre øre og kardiovaskulære forhold skal man være opmærksom på samspillet i hele det muskuloskeletale system. I behandlingen af de ældre, vil der være behov for at optimere samspillet. Ældre, der er svimle, er bange for at falde og indskrænker derfor deres fysiske aktivitet. Men de ældre skal udsættes for aktiviteter, der gør dem svimle, så de lærer at tackle svimmelheden", siger Måns Magnusson.

SAMARBEJDE

Psykiske faktorer spiller en vigtig rolle hos patienter med svimmelhed. Svimmelhed er således et af symptomerne ved depressioner og panikangst. Måns Magnusson nævner således i sin bog "Yrsel" (svimmelhed, red.), det vejledende materiale til læger (1, side 15), at fobisk postural svimmelhed ofte optræder efter en periode med svimmelhed som følge af for eksempel vestibularisneuritis eller BPPV. Tilstanden opstår oftest, fordi patienten har holdt sig i ro og ikke har gennemgået et rehabiliteringsprogram.

"Vi samarbejder derfor med psykologer, der blandt andet lægger vægt på at give patienterne information. For netop den tryghed, informationen kan give er meget vigtig for svimmelhedspatienter og kan give, mange procents forbedring", siger Måns Magnusson.

Uanset hvilken årsag, der er til svimmelheden, vil den altid forværres, hvis patienten er træt, stresset eller emotionelt trængt. Derfor er psykologen en naturlig del af de team, der behandler svimmelhed på Lunds Universitetsjukhus.

Også fysioterapeuterne har en vigtig rolle i rehabiliteringen af patienter. Med fysioterapeut Eva-Maj Malmström fast tilknyttet kan lægerne sende patienterne til supplerende undersøgelse af blandt andet muskelfunktion og nakkebevægelighed.

"De ældre har for eksempel behov for muskeltræning, specifik balance og vestibulær træning. Vi har også patienter, der er svimle på grund af nedsat bevægelighed eller spændinger i skulder og nakke. Disse patienter bliver også undersøgt og behandlet hos fysioterapeuten", siger Måns Magnusson. ■

PRESENCO SPORT

STORT udvalg i måtter...

- blandt andet hudvenlige og PVC-fri Mediamåtter til fysioterapi

Landets billigste priser...

Ring og hør nærmere på 7550 6011 eller bestil direkte på www.presenco.dk

Fysioterapeuten udfordrer balancen

Der er behov for en grundig udredning og et målrettet behandlingstilbud til patienter med svimmelhed. Vestibulær rehabilitering, MT, øvelser og information indgår i fysioterapeutens tilbud

TEKST OG FOTO FAGLIG REDAKTØR VIBEKE PILMARK

Fysioterapeuter har mange forskellige muligheder, når de skal behandle patienter med svimmelhed og balanceforstyrrelser. Den behandling og træning, der tilbydes, skal være målrettet og specifik og tage udgangspunkt i den enkeltes problemstillinger.

Den svenske fysioterapeut Eva-Maj Malmström har gode erfaringer med at samarbejde med lægerne omkring diagnosticering og træning af svimmelhed og balance. Hun har i de sidste 14 år samarbejdet med balancelaboratoriet på Lunds Universitetssjukhus og præsenterede i foråret 2003 en poster på verdenskongressen i Barcelona om den normale nakkes bevægelsesmønstre.

Da muskelstramninger, den posturale kontrol og fysisk aktivitet spiller en stor rolle for patienter med svimmelhed, er det ifølge Eva-Maj Malmström naturligt, at fysioterapeuter er med i behandler-teamet omkring patienter med svimmelhed.

"Jeg får ofte brug for min viden inden for manuel terapi, da nedsat bevægelighed i nakken og låsninger i nakkeleddene kan være en primær årsag til svimmelheden eller forstærke svimmelhed som følge af et andet problem", siger Eva-Maj Malmström til Fysioterapeuten.

Ud over direkte behandlingstiltag til for eksempel otogen svimmelhed kan specifikke mobiliseringsteknikker, akupunktur, MET, spray-stretch teknik, træning af proprioceptionen og almen aktivering indgå i hendes behandlinger af patienterne. Alt dette for at optimere påvirkningen af balancesystemet. Også kropsbevidsthedstræning, afspænding og ergonomi indgår i fysioterapeuternes behandling og rådgivning.

NAKKENS BEVÆGELIGHED

Nakkebesvær og svimmelhed er en almindelig kombination, og flere forskere har interesseret sig for betydningen af for eksempel nedsat bevægelighed, stram muskulatur, dysfunktioner i facetleddene og for de informationer, der kommer fra ledreceptorer i nakken. De har fundet, at smerte og spændinger let fører til fejlfortolkninger af de signaler, der kommer fra proprioceptorer.

MT- behandling, øvelser, kropsbevidsthed og information indgår som en vigtig del af fysioterapeutens behandling parallelt med vestibulær rehabilitering.

► Eva-Maj Mamström fra Lunds Universitetssjukhus har adskillige års erfaring med at behandle svimmelhedspatienter på balancelaboratoriet.



- ▶ Eva-Maj Malmström har udviklet et apparatur (Zebris), der kan måle bevægeligheden i nakken tredimensionelt. Apparatet kan bruges som supplement til for eksempel røntgen og giver brug-



Birte Carstensen undersøges med apparatet Zebris udviklet af Eva-Maj Malmström.

bare informationer, som kan anvendes til behandlingen af patienterne.

Apparatet bruger hun og andre fysioterapeuter og læger på sygehuset til at diagnosticere bevægelsesindskrænkninger, bevægemønstre og måle effekt af deres behandling. Hun kan for eksempel se, om der er symmetri i bevægelseslaget, og hvor i hvor høj grad patienterne gør brug af sammensatte bevægelser.

"I vores fysioterapeutiske undersøgelser af svimmel-

hedspatienter er det vigtigt at søge informationer om øjnene, nakken, holdningen og den samlede proprioceptive påvirkning, da de enkeltvis eller ofte i kombination har betydning for patientens følelse af svimmelhed", siger Eva-Maj Malmström. Hun har for eksempel haft en patient, hvor svimmelheden primært blev udløst af, at patienten skelede.

"Når en svimmelhedspatient skal udredes, tester vi hele tiden hypoteser, siger Eva-Maj Malmström. "Og det kræver, at man er god til at analysere".

MANØVREBEHANDLING OG ØVELSER

Eva-Maj Malmström mener, det er en god ide, at fysioterapeuter lærer sig en eller flere manøvrer til at behandle otolitter med. "Fysioterapeuter i primærsektoren vil af og til møde patienter, hvis svimmelhed de kunne kurere med manøvrebehandling. Manøvrerne kan først bruges til at teste, om patientens har godartet stillingssvimmelhed, og derefter kan man gå direkte over i den behandlende manøvre. Det er en enkel og ufarlig undersøgelses- og interventionsmetode, som fysioterapeuter, der har studeret buegangenes anatomi sagtens kan lære sig", siger hun.

Eva-Maj Malmström får ofte de svimmelhedspatienter, som lægerne på Universitetssygehuset ikke synes, har fået det så godt, som de havde forventet. Nogle af dem har for eksempel ikke kunnet ud-

BLÅ BOG

Fysioterapeut Eva-Maj Malmström er ansat på fysiurgisk afdeling på Universitetssjukhuset i Lund, Sektionen för Fysikalisk Medicin, Rehabcenter, og er desuden tilknyttet balancelaboratoriet ved klinikken for øre-næse og halssygdomme på samme sygehus. Hun er i gang med et doktorandstudie på Sjukgymnastutbildningen ved Lunds Universitet og har fordybet sig i cervikale smertetilstandes indflydelse på stillingssansen og øch postural kontrol. Hun har været forfatter og medforfatter til artiklerne:

1. Michael Karlberg, Måns Magnusson, Eva-Maj Malmström, Agneta Melander, Ulrik Moritz. Postural and Symptomatic Improvement after Physiotherapy in Patients With Dizziness of suspected Cervical Origin. Arch Phys Rehabil Vol 77, September 1996, p. 874-82.
2. Malmstrom EM, Karlberg M, Melander A, Magnusson M. Zebris versus myrin: a comparative study between a three-dimensional ultrasound movement analysis and an inclinometer/compass method: intradevice reliability, concurrent validity, intertester comparison, intratester reliability, and intraindividual variability. Spine. 2003 Nov 1;28(21): E433-40.
3. Anna Hafström, Eva-Maj Malmström, Mikael Karlberg, Måns Magnusson. Smärtsam "knuta" på Halsen – behandling med sjukgymnastik, Svensk ÖNH-tidskrift 2/01, p. 15-16.
4. Eva-Maj Malmström, Agneta Melander, Mikael Karlberg, Måns Magnusson, Ulrich Moritz. Muskulo-skeletal finding and the effect of physiotherapeutic treatment in patients with suspected cervical vertigo/dizziness.

føre deres vestibulookulære træningsprogram i et tilstrækkeligt tempo enten på grund af nedsat bevægelighed i nakken eller posturale dysfunktioner.

"Andre har været bange for at lave øvelserne hurtigt. Så må vi gå ind og informere dem om, at de skal udfordre balancen, for at øvelserne skal have den fornødne effekt", siger Eva-Maj Malmström.

Nakkesmerter kan også være skyld i, at patienterne ikke kan udføre øvelserne hurtigt nok. For dem vil det hjælpe at mindske bevægeudslaget i øvelserne for en periode, indtil behandlingen har afhjulpet smerterne.

ÆLDRE SKAL AKTIVERES

Eva-Maj Malmström behandler også ældre, der lider af svimmelhed. Hun har flere gange haft succes med at give dem en diagnostisk manøvrebehandling.

Der kan være mange grunde til, at de ældre er svimle, og det er vigtigt at finde årsagen til deres symptomer og træne deres balance, mener Eva-Maj Malmström. Kun fantasien sætter grænser for, hvordan man kan tilrettelægge balancetræningen.

”Kroppen skal bevæges i alle planer og på alle måder. Man skal tilpasse øvelserne, så patienterne ▶

POSTER OG ABSTRACT

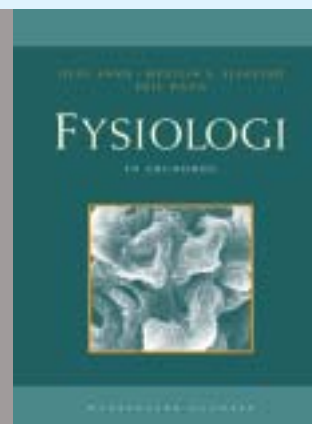
Eva-Maj Malmström præsenterede en poster på verdenskongressen i Barcelona i forsommeren 2003. Titlen på posterpræsentationen var: Three-dimensional registration of cervical range of motion with special interest on coupled movements-reference data. På www.fysio.dk/ fysioterapeuten kan man finde et abstrakt over studiet.

I november 2003 publicerede Eva-Maj Malmström sammen med kolleger en artikel i Spine med titlen: “Zebris versus myrin: a comparative study between a three-dimensional ultrasound movement analysis and an inclinometer/compass method: intradevice reliability, concurrent validity, intertester comparison, intratester reliability, and intraindividual variability”.

Nye bøger

Køb bøgerne
hos din boghandler!

Der tages forbehold for trykfejl og prisændringer



FYSIOLOGI – En grundbog
Olav Sand, Øystein V. Sjaastad
og Egil Haug
Dansk redaktion: Niels-Henrik
Holstein-Rathlou, Ole Sonne og
Niels Einer-Jensen
Kr. 688,00, 632 sider, 2004



NEUROANATOMI
Carsten Reidies Bjarkam
Kr. ca. 525,00, ca. 200 sider
Udkommer juni 2004



KLINISK ORDBOG
Red.: Søren Nørby
Bestil inden 31. maj og få
bogen til kr. 798,00
Herefter er prisen kr. 878,00,
ca. 984 sider
Udkommer juni 2004



**EPIDEMIOLOGI
OG EVIDENS**
Svend Juul
Kr. 288,00, 256 sider, 2004

munksgaard
danmark

østergade 13 – 1100 københavn k – tlf. 3375 5900 – fax 3375 5901 – www.munksgaarddanmark.dk – e-mail: forlaget@munksgaarddanmark.dk

Datoen var forkert

(REPRÆSENTANTSKAB) ■ Danske Fysioterapeuters Repræsentantskabsmøde finder sted fredag den 22. oktober og lørdag den 23. oktober 2004 i Odense. Desværre har der indsnegget sig en fejl i tidligere omtaler af frist for indsendelse af forslag til repræsentantskabet. Forslag skal være modtaget i sekretariatet senest *torsdag den 9. september 2004*.

Få hjælp i arbejdsskadesager

(SOCIALRÅDGIVER) ■ Antallet af arbejdsskadesager er steget markant for fysioterapeuter. I 2003 har Danske Fysioterapeuters socialrådgiver, Annette Kappel, behandlet i alt 17 arbejdsskadesager, hvilket er en markant stigning i forhold til året før.

"Det er vanskeligt at sige noget entydigt om årsagen, men et gennemgående træk er, at der er tale om ulykker, der typisk er sket i forbindelse med personhåndtering", siger Anette Kappel.

Der er i 2003 udbetalt erstatning i fire sager, men kun den ene sag er afsluttet, idet de tre er anket og derfor kører videre.

Udover de sager, DF fører i forhold til arbejdsskadeforsikringsloven, er der i en enkelt sag rejst krav om erstatning efter Erstatningsansvarsloven.

Ordningen med en timelønnet socialrådgiver i DF startede i 1996. På grund af det stigende antal sager har timeforbruget været stigende og kom i 2003 lidt over rammen på normalt 120 timer pr. år.

Nedsat kontingent

(FRIST) ■ Er du arbejdsløs/på barsel med sygedagpenge* eller skal du på orlov**, kan du ansøge om nedsat fagforeningskontingent. Forudsætningen for nedsættelsen er, at du er fuldt arbejdsledig/ikke arbejder i orlovsperioden. Dog skal du være opmærksom på ansøgningsfristen.

Ansøgninger du om nedsættelse fra juli kvartal, skal ansøgningen være Danske Fysioterapeuter i hænde senest 10. juni.

Ansøgninger modtaget senere kan ikke imødekommes eller bevilges med tilbagevirkende kraft.

For hvert kvartal skal der ansøges på ny. Du kan ansøge via DF's hjemmeside www.fysio.dk - gå ind under service/blanketservice

*Kopi af dagpengespecifikation bedes eftersendt, dækkende perioden med kontingentnedsættelse

** Kopi af den endelige orlovsbevilling bedes vedlagt eller eftersendt, når den foreligger.

► synes, det er sjovt at træne. De skal lære at ud-sætte sig for aktiviteter, der stiller krav til balancen og provokerer svimmelheden", siger Eva-Maj Malmström.

Hun gør meget ud af at informere patienterne om, at svimmelheden aldrig forsvinder, hvis man holder sig i fuldkommen ro. "De ældre kan tage mobiltelefonen med sig, så de føler sig trygge og så skal de ellers ud at gå på usikkert underlag. De skal gå i skoven og ved havet, hvor de har svært ved at bruge fokuseringen til at holde balancen", siger Eva-Maj Malmström.

Hun pointerer nødvendigheden af, at fysioterapeuter holder fast i deres faglighed, når de skal træne patienterne. "Det skal *ikke* ligne et program en gymnastiklærer kan finde på. Vi skal målrette øvelserne til diagnosen og patienten, og vi skal evaluere effekten af indsatsen".

Eva-Maj Malmström opfordrer fysioterapeuter til at motivere patienterne til at træne. "Det kan være aktiviteter som gymnastik, stavgang, dans eller noget andet, som de kan fortsætte med på egen hånd, og som de synes, er sjovt. Disse aktiviteter skal træne såvel balancen, cirkulationen, bevægeligheden og styrken ud over selvtilliden.

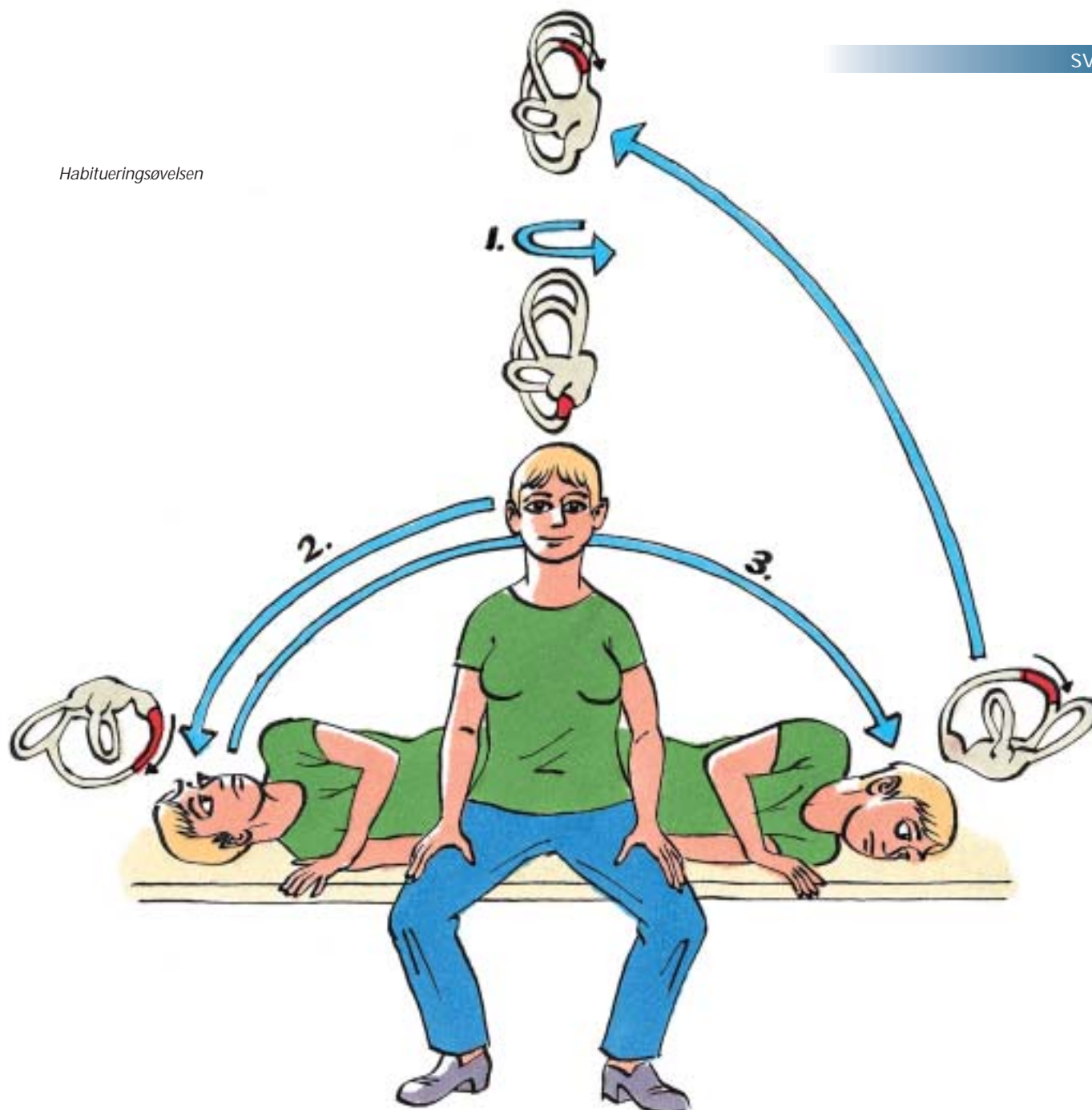
INFORMATION OG OPFØLGNING

De patienter, der kommer i balancelaboratoriet, følges over en længere periode. Det giver dem en tryghed og, opfølgningen sikrer, at patienternes træningspotentiale udnyttes.

I balancelaboratoriet gøres endvidere meget for at informere patienterne og sørge for, at de forstår mekanismerne bag svimmelheden. "Det betyder, at vi som faggruppe ikke bare kan sætte os ned og læse en opskrift på en behandling, men bliver nødt til at dygtiggøre os og læse mere om mekanismerne bag svimmelhedssymptomerne", siger Eva-Maj Malmström.

Fysioterapeuterne på Lunds Universitetssjukhus har haft stor gavn af Måns Magnussons bog om svimmelhed (reference 1 side 15) og har taget fat i at læse de gode lærebøger i neurologi igen, fortæller Eva-Maj Malmström. ■

Habitueringsøvelsen



Ørestenssvimmelhed

Godartet positionssvimmelhed kan behandles. I artiklen beskrives de vigtigste manøvrer, der kan anvendes i undersøgelsen og behandlingen af svimmelhed

AF LÆGE SUSY MIKKELSEN
TEGNING HENNING CHRISTENSEN

Godartet stillingsbetinget svimmelhed (Benign Paroxysmal Positions Vertigo, BPPV) er den mest almindelige form for svimmelhed. Patienten oplever voldsom svimmelhed, der kan behandles (1). Der

er ingen kønsforskel i forekomst og symptomer, og BPPV forekommer ikke hos børn under 15 år.

Lidelsen skyldes formentlig, at otolitter (øresten) eller nedbrydningsprodukter af disse bevæger sig fra utriculus, hvor de hører til og samler sig i endolymfen i bagerste buegang. Når patienten lægger sig eller bøjer nakken bagover, fremkommer voldsom svimmelhed af kort varighed ½ - 1 minut, fordi "ørestens"massen bevæger sig. Patienten beskriver (anamnese), at han bliver svimmel:

- Når han lægger sig i sengen

Otolitter i buegangene kan være skyld i svimmelhed. Ofte bliver patienten svimmel ved bagoverbøjning af nakken, eller når patienten lægger sig ned. Svimmelhedsanfaldet er ofte af kort varighed, men lidelsen kan vare i uger og år. I artiklen beskrives symptomer, undersøgelse og behandling. ▶

indgang

ÅRSAGER TIL SVIMMELHED

De mest almindelige årsager til svimmelhed er:

1. Benign Paroxysmal Positions Vertigo (BPPV), dvs. godartet holdningsbetinget svimmelhed (også kaldet otolit svimmelhed).
2. Morbus Menière høretab, tinnitus, svimmelhed attacks.
3. Vestibularis neurit: Voldsom svimmelhed, opkast, faldtendens.
4. Fobisk postural vertigo: svimmelhedspånikangst.
5. Cervikal/muskulær vertigo.

Behandlingsmuligheder:

- ad. 1. Habitueringsøvelsen (se side 25).
- ad. 2. Støttende behandling, eventuelt vanddrivende eller karudvidende medicin, evt. kirurgi.
- ad. 3. Akut: formentligt sengeleje de første 1-2 dage. Pas på patienten, der kan falde ud af sengen. Eventuelt søsygemiddel. Subakut: 2.-10. dag startes habitueringsøvelser med blikfiksatation. Herefter øges træningen. Bør sygemeldes i tre uger. Obs: ved langvarig træthed 6-9 måneder og uspecifik svimmelhed bruges "kort træningsprogram".
- ad. 4. Psykoterapi.
- ad. 5. Manuel terapi.

Et almindeligt kort træningsprogram bruges til alle former for svimmelhed (gælder også efter vestibularis neurit). Stimuler alle de forskellige sensoriske systemer, der kan give fejlinformation ved svimmelhed.

- ▶ • Når han drejer hovedet eller vender sig i sengen. Han kan vågne med voldsom svimmelhed.
- Når han tager noget på øverste hylde, eller når han barberer sig.
- Når han sætter sig op i sengen, eller når han bøjer sig fremad.

OBJEKTIVE FUND

Dix Hallpike manøvren fremkalder svimmelhed og nystagmus, når patienten lægges ned. Manøvren bruges både diagnostisk og som en del af behandlingsgrebene. Der er 2-5 sekunders latenstid, og

svimmelheden er af maksimalt 60 sekunders varighed. Ved gentagen Dix Hallpike manøvre forsvinder nystagmus. Der er normal hørelse og normal neurologisk undersøgelse. Der er ingen spontan eller blikretnings nystagmus (nystagmus er ufrivillige, ensartede øjenbevægelser).

BEHANDLING

Behandlingen består i, at patientens hoved (indre øres buegange) bevæges, så otolitterne flyttes væk fra buegangene og tilbage til utriculus. De mest anvendte teknikker er Epleys manøvre (particle repositioning) og habitueringsøvelsen (2).

Epleys manøvre består i, at man udfører Dix Hallpike manøvren til den syge side, og derefter fortsætter bevægelsen med patientens hoved i en langsom rotation til den modsatte side.

Patienten må ikke lægge hovedet ned i to døgn herefter (for eksempel tre hovedpuder, når patienten skal sove). 90 procent af patienterne kommer sig herved (3).

Habitueringsøvelsen (side 25) startes to døgn efter Epleys manøvre.

Svimmelheden skal være væk inden for 14 dage. I modsat fald må Epleys manøvre gentages.

DIX HALLPIKES OG EPLEYS MANØVRE

Manøvren udføres til den side, patienten er svimmel til. For eksempel lægges patienten ned på højre side, hvis han bliver svimmel, når han drejer hovedet til højre. Oftest vælger patienten spontant at sove på modsat side.

Dix Hallpikes manøvre for højresidig svimmelhed:

Patienten sidder på briksen, undersøgeren står bagved og tager fast om patientens hoved. Patientens hoved drejes 45 grader til højre og bøjes lidt bagover. Patienten lægges ned på ryggen så hurtigt som muligt. Hold patientens hoved hængende ud over briksens kant med bevaret rotation til højre og bagudbøjning. Kig nu på patientens øjne og se, om der kommer nystagmus (efter 2-5 sekunder). Patienten bliver svimmel, men det går over efter 15-30 sekunder. Fremkommer, der nystagmus, er testen positiv for BPPV.

Epleys manøvre fortsættes i forlængelse af den beskrevne Dix Hallpike manøvre. Lad nu patienten ligge i et minut med hovedet roteret og bagoverbøjet. Støt fortsat patientens hoved og rotér det langsomt over 1 – 2 minutter til modsat side, i dette tilfælde til venstre. Når hovedet ikke kan roteres længere, skal patienten selv flytte kroppen om på venstre side, mens undersøgeren støtter

hovedet. Rotationen er først færdig, når patientens næse peger ned mod gulvet, hovedet er nu let foroverbøjet. Patienten skal forblive i stillingen i 2 minutter. Patienten hjælpes nu op at sidde. Under søgeren støtter hele tiden nakken, så hovedet *ikke* bøjes bagud, og behandlingsresultatet elimineres. Patienten *skal* holde hovedet højt (må ikke lægge hovedet bagud, men det må gerne drejes) i ca. 36 timer.

Hvis patienten nu bliver svimmel eller får ny-stagmus, er otolitmassen gledet tilbage i buegangene, og man må starte forfra.

HABITUERINGSØVELSEN

Patienten er for eksempel svimmel på højre side.

Patienten sidder på sengen, så der er plads til, at han kan "kaste" sig til begge sider. Patienten drejer hovedet 45 grader til venstre og holder det på denne måde under resten af øvelsen.

Patienten lægger sig nu hurtigt (kaster sig) ned på højre side; den side, der udløser mest svimmelhed.

Efter 2-5 sekunder bliver patienten svimmel. Han skal blive liggende, indtil ½ minut efter svimmelheden er forsvundet.

Patienten skal nu lægge sig så hurtigt som muligt over på den anden side. I dette eksempel den venstre.

Hvis patienten bliver svimmel, skal han blive liggende til, svimmelheden er forsvundet.

Patienten "kaster" sig nu så hurtigt som muligt over på den første side (her højre) igen.

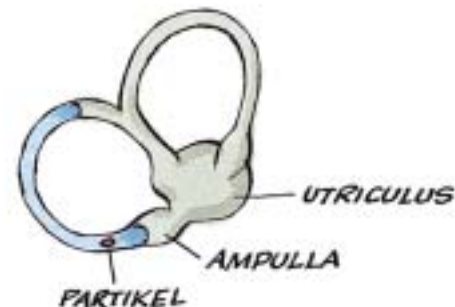
Patienten skal nu bevæge sig fra højre til venstre og retur, indtil han ikke længere kan udløse svimmelhed.

Programmet skal gentages en gang dagligt, indtil øvelsen ikke længere provokerer svimmelhed. Habitueringsøvelsen kan i øvrigt med held anvendes til patienter, som er færdig undersøgt for svimmelhed.

REFERENCER

1. Magnusson M: Yrsel. Yrselpraktika. Lund 2000
2. Vrabec JT Benign paroxysmal positional vertigo and otolith repositioning. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg. 1998; 124: 223-225
3. Herdman SJ, Tusa RJ et al. Single treatment approaches to benign paroxysmal positional vertigo. Arch Otolaryngol Head and Neck Surg, 1993; 119: 450-454. ■

Epleys manøvre



anmeldelse

Opdaterede Cyriax bøger

(ANMELDELSE) ■ Jeg har altid haft et ambivalent forhold til Cyriax konceptet, på den ene side stor respekt for diagnosticeringsdelen, som jeg har lært en masse af, og på den anden side gru, for de i mine øjne til tider unødvendigt voldsomme og dermed potentielt farlige manipulationsteknikker med store vægtstænger og under kraftig traktion.

Formålet med bøgerne er ifølge forfatteren at tilbyde læseren en praktisk guide i den daglige praksis. At nå frem til diagnosen hurtigt, sikkert og effektivt og give bud på behandling med dyb tværmassage, mobilisering, manipulation og traktionsteknikker.

Bind I er delt op i 10 kapitler. Kapitel 1 omhandler principper for diagnosticering. Herunder nogle karakteristika og regler for referred pain samt faktorer, der kan påvirke dette. Kapitlet giver nogle eksempler på, hvordan vi kan differentiere mellem forskellige strukturer med vores test, samt hvilke symptomer der opstår i forbindelse med tryk på nervevæv. De næste tre kapitler omhandler overekstremiteten (skulder, albue og håndled/hånd), dernæst følger tre kapitler for underekstremiteten (balder/hofte, knæ og ben/fod). Kapitlerne er skåret over samme læst og er dermed meget systematiske. Omhandlende anamnese, klinisk undersøgelse, differential diagnostiske overvejelser og tolkninger set i forhold til kapsulært/non kapsulært mønster, samt kort beskrivelse af nogle syndromer for hvert område. De sidste tre kapitler tilgodeser lænd, thorax og cervical columna. Også her er der fin systematik med kort gennemgang af forskellige syndromer.

Bogen er rigt forsynet med billeder og eksempler på standardiserede undersøgelseskemaer i hvert afsnit.

Bortset fra at jeg savnede noget dybde og henvisninger til litteraturen undervejs samt noget mere baggrundslitteratur, opfylder den sit formål som opslagsbog.

Bind II er delt op i 12 kapitler. De første to giver en ultra kort oversigt over henholdsvis principper for behandling af bløddelslæsioner og dyb tværmassage. De næste kapitler viser eksempler på dyb tværmassage, mobiliserings- og manipulationsteknikker for de enkelte ekstremitetsled og for columnas afsnit.

Dette bind er også rigt forsynet med billeder. Ved beskrivelsen af teknikkerne savnede jeg en tydeligere sammenhæng mellem tekst og billede. Det havde været let at skrive billedets nummer ud for overskriften til teknikken.

Nogle af teknikkerne til flytning af "loose bodies" er udmærkede, men når det kommer til manipulationsteknikkerne til columna og til cervical columna i særdeleshed, er alt ved det gamle. Store vægtstænger og kraftig traktionskomponent.

Anmeldt af fysioterapeut Inger Skjærbæk

Ortopaedic Medicine Cyriax I og II. Steven L.H. De Coninck. Part I: Clinical Examination and Diagnosis, 283 sider, ISBN 0-9662858-4-0. Part II: Treatment by Deep Transverse Massage, Mobilization, Manipulation and Traction, 77 sider, ISBN 0-9662858-5-9. Bøgerne kan bestilles på info@etgom.be. www.etgom.be

ny litteratur



(RAPPORT) ■ Handler om mødet mellem sundhedsvæsenet og tre yngre 1. generationsindvandrerkvinder. Hvilket liv har de i Danmark, hvilke sygdomme og symptomer lider de af, hvilken indsats tilbydes der kvinderne af den praktiserende læge, fysioterapeuten og sygehuset, og hvordan kan man forbedre indsatsen?

Eva Thune Jacobsen, Sussi Karise & Lise Dyhr "Mødet mellem 1. generationsindvandrerkvinder & det danske sundhedsvæsen – rapport fra et pilotprojekt. DSI-Rapport 2004.04. 128 sider. 100 kr. ekskl. moms, eksp.gebyr og forsendelse. Rapporten kan købes hos DSI, dsi@dsi.dk, tlf.: 3529 8400, fax 3529 8499.



(PROFESSIONER) ■ Hvad er en profession, og hvad vil det sige at være professionel? Har professionerne overhovedet en fremtid i et videnssamfund, hvor vidensmonopoler konstant udfordres, og viden forældes med stigende hast? Bogens artikler belyser den betydning, samfundets modernisering og velfærdsstatens forandring har for de professionelle arbejde og den betydning, arbejdet har for de professionelle. *Katrin Hjort (red.) "De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser". Roskilde Universitets Forlag. 233 sider. Pris: 225,- kr. inkl. moms (eks. forsendelse) Bogen kan bestilles på www.samfundslitteratur.dk, tlf.: 3815 3895, fax: 3815 3858.*



(KONFLIKTHÅNDTERING) ■ Bogen giver indsigt i, hvad der kan få en velfungerende gruppe til at blive en primitivt fungerende gruppe. Gennem konkrete historier fra forfatternes virke som erhvervspsykologer belyses, hvordan en konflikt ofte er det nødvendige vendepunkt, der får en primitivt fungerende gruppe til igen at blive velfungerende. *Hanne Museth og Ketty Dencker. "Kunsten at være gruppe og individ". Forlaget Nord-Press. ISBN 87-89109-63-5. Kr.248,- incl. moms. Bestilles på basistryk@email.dk eller fax: 9884 2488.*



(FORSKNING) ■ A Practical Guide to Medical Research. Bogen beskriver emner og aspekter som sjældent findes formuleret på tryk. Den er fuld af mange gode "staldtips", og kan være en god støtte for både den helt nye forsker og såmænd også for de mere erfarne. Bogen må derfor siges at særdeles anbefalelsesværdig for den som for første gang kaster sig ud i at gennemføre forskningsprojekter (se anmeldelse på www.ffy.dk).

"A Practical Guide to Medical Research" T. A. Schmidt, J. Bech, K. Kjeldsen. FADL's Forlag, ISBN 87-7749-402-4. Pris 270 kr. inkl. moms, 148 sider

Glukosamin reducerer smerter

(GIGT) ■ En gruppe forskere har undersøgt effekten af glukosamin på kroniske symptomer og knogleforandringer hos postmenopausale kvinder med slidgigt i knæene. Over 400 deltog i to studier, der forløb over tre år. Undersøgelsen viste, at glukosaminindtagelse havde en positiv effekt på sygdommen. Effekten kunne påvises radiologisk.

Bruyere O et al. "Glucosamine sulfate reduces osteoarthritis progression in postmenopausal women with knee osteoarthritis: evidence from 3-year studies". Menopause 2004;11:2: 138-143.

Ny uddannelse i sundhedsledelse

(MASTER) ■ Fra februar 2005 bliver det på Handelshøjskolen i København muligt at læse Master of Health Management. Den nye master sigter mod at give ledere på sundhedsområdet kompetencer til at være forandringsparate i et sundhedsvæsen, der er præget af mange forskellige former for styring og beslutningsprocesser. Den udvikler lederens evner til at samarbejde og til at løse problemer, der går på tværs af sektorer og faggrænser.

MHM er den første og eneste danske uddannelse på masterniveau, der alene fokuserer på sundhedsrådets særlige problemstillinger inden for ledelse og organisation. Der er informationsmøde tirsdag den 21. september 2004 kl. 16 - 18:00, lokale SV089, Dalgas Have 15 på Frederiksberg. Ansøgningsfrist for studiestart i februar 2005: 1. juni og 8. oktober 2004. Yderligere oplysninger www.mhm.cbs.dk

Studerende får deres eget afsnit på sygehus

(UDDANNELSE) ■ Et særligt uddannelsesafsnit ved Ortopædkirurgisk Klinik på Holstebro Sygehus tages i brug 1. september i år. Afsnittet, der er det første af sin art her i landet, oprettes i et tæt samarbejde mellem CVU-Vita i Holstebro, Århus Universitet og Ringkjøbing Amt. I afsnittet skal studerende inden for fysioterapi, sygepleje og ergoterapi samt lægestuderende under kyndig vejledning deltage i den daglige behandling og pleje af patienter.

Akupunktur hjælper mod migræne

(HOVEDPINE) ■ En undersøgelse offentliggjort i British Medical Journal viser, at akupunktur hjælper mod migræne. 401 patienter med kronisk hovedpine deltog i undersøgelsen. Halvdelen af de inkluderede fik suppleret den normale medicinske behandling af hovedpinen med gennemsnitligt 12 akupunkturbehandlinger inden for de første tre mæ-

der af undersøgelsens forløb. Efter et år viste det sig, at de patienter, der havde fået akupunktur, brugte 15 procent mindre medicin, havde 25 procent færre besøg hos lægen og 15 procent færre sygedage end patienterne i kontrolgruppen.

Flere mænd får osteoporose

(OSTEOPOROSE) ■ Op mod hver fjerde mand over 60 år vil opleve et knoglebrud som følge af osteoporose. Hvert år får mere end 3.000 danske mænd et hoftebrud, og et lignende antal får sammenfald i ryggen eller brud på underarmen på grund af osteoporose. Tidligere antog man, at risikoen var to-tre gange større for kvinder over 80 år, men jævnaldrende mænd har kun en 30-40 pct. lavere risiko for hoftebrud end kvinderne. Alligevel er forskningsindsatsen i mandlig knogleskørhed endnu langt fra nået niveauet som hos kvinderne. Ph.d., 1. reservelæge og speciallæge i intern medicin og medicinske hormonsygdomme ved Odense Universitetshospital, Bo Abrahamsen, anbefaler at mænd indtager 700-1000 mg kalk om dagen og ca. 600 enheder D-vitamin – samt ikke mindst holder indtaget af alkohol under de 21 genstande om ugen og undgår at ryge. Har mænd nedsat kønshormonproduktion, været i længerevarende behandling med prednisolon, lider af tarmsygdomme, epilepsi eller alkoholmisbrug anbefales at søge læge. En ny behandlingstype er daglig indsprøjtning med syntetisk biskjoldbruskkirtelhormon (Foreto) i halvandet år, men behandlingen er dyr. Skyldes sygdommen mangel på mandligt kønshormon kan man give testotoron som injektion eller gel, lige som en ny tabletbehandling er på vej. Denne behandling skal dog ske under lægekontrol, da den kan forværre eller måske udløse blærehalskræft.

Medicin til raske – en syg ide

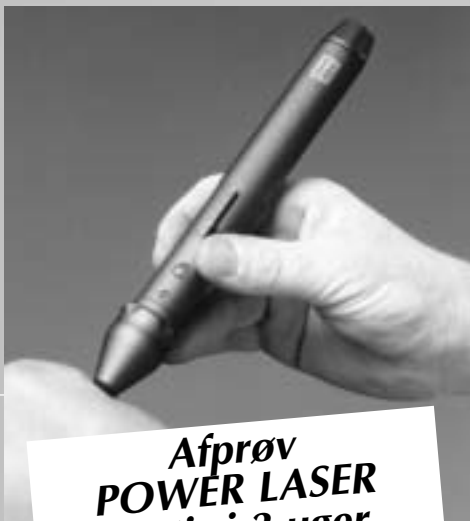
(MÅNEDSSKRIFT) Lægerne har ofte patienter i venteværelset, der i princippet er raske, men ønsker at forebygge fremtidige sygdomme. Læge Lotte Hvas holdt et oplæg på Teknologirådets høring på Christiansborg. Her kom Lotte Hvas ind på de udfordringer, de praktiserende læger står overfor, når venteværelset er fyldt med raske patienter. Lotte Hvas' oplæg er publiceret i Månedsskrift for praktisk Lægegerning i april måned.

POWER LASER

-et effektivt værktøj i klinikken

POWER LASER

- 5 terapi-PROGRAMMER
- 500 mW
- ergonomisk
- gedigent DESIGN
- TRÅDLØS, batteridrevet
- uafhængig
- gennemprøvet
- med 2 års GARANTI
- informativ PATIENTFOLDER
inkluderet ved køb - 2 års forbrug
- RÅDGIVNING
- SUPPORT
- 21 års erfaring
- Terapimanual
- Instruktionsvideo
- GRATIS hotline til fysioterapeut



Afprøv
POWER LASER
gratis i 3 uger

LASERTERAPI = evidensbaseret fysioterapi

FORDELE ved at anvende laserterapi:

- hurtig og effektiv smertelindring
- effektivt supplement til øvrig behandling
- kortere behandlingsforløb
- større patienttilfredshed
- fysisk aflastning som behandler

GRATIS KURSER

GRATIS SPECIALKURSER - laserterapi for fysioterapeuter

- i samarbejde med fysioterapeut Jesper Kousted

Tønder:	8. juni	2004	Næstved:	14. september	2004
København:	24. august	2004	Århus:	5. oktober	2004
Holstebro:	6. september	2004	Odense:	6. oktober	2004
Aalborg:	7. september	2004	Helsingør:	19. oktober	2004
Esbjerg:	8. september	2004	Alle dage kl. 17.30 - 21.00		

EVIDENS

Den Norske Sundhedsstyrelse godkendte i juli 2001 laserterapi som tilskudsberettiget. Godkendelsen er baseret på en meta-analyse af hundredvis af valide og signifikante videnskabelige undersøgelser om laserterapi. Den amerikanske godkendelsesmyndighed FDA godkendte i januar 2002 det første laserterapi-apparat til behandling af Carpal Tunnel Syndrome. Godkendelsen er baseret på en dobbeltblind undersøgelse af adskillige hundrede arbejdere på General Motors fabrikkerne. Siden har FDA godkendt 8-10 andre laserterapi-apparater, bl. a. en model fra ANDI ELECTROMEDICAL.

Se mere på www.andi.dk

ANDI ELECTROMEDICAL har udviklet og produceret laserterapiudstyr siden 1982.

ANDI ELECTROMEDICAL

Kanalstræde 2 · DK-4300 Holbæk · Tel. +45 59 44 08 32

www.andi.dk