

Δαμάζοντας την Ημικρανία



Επίλυση του προβλήματος της ημικρανίας με μία μέθοδο ήπιων χειρισμών – **την Κρανιοϊερή Θεραπεία.**

Της Lisa Upledger, DC

Η κατανόηση μας για τις ημικρανίες έχει προχωρήσει ιδιαίτερα από την εποχή που αυτές θεωρούνταν ως κάποια ψυχολογική διαταραχή η οποία αντανakλούσε περιορισμένες ικανότητες αντιμετώπισης των καταστάσεων, χαμηλό ουδό ανοχής σε stress, κλινική κατάθλιψη ή οριακή διαταραχή προσωπικότητας. Τώρα πλέον αναγνωρισμένη ως νευρολογική κατάσταση, η νόσος της ημικρανίας προσβάλλει κατά προσέγγιση 30 εκατομμύρια Αμερικανών, ενώ φθάνουν τα 38 εκατομμύρια όσοι έχουν γενετική προδιάθεση για ημικρανία.¹

Σε πολλές καταστάσεις, η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που οι χειροπράκτες μπορούν να παρέχουν στην θεραπευτική αγωγή των ημικρανιών. Αυτή η μέθοδος ήπιων χειρισμών βοηθάει την επαναφορά του κρανιοϊερού συστήματος στη φυσιολογική λειτουργία καθώς και την απελευθέρωση των περιορισμών των μηνίγγων και του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, επιτρέποντας στις δομές του κεντρικού νευρικού συστήματος να επιστρέψουν στα βέλτιστα επίπεδα λειτουργικότητά τους.

Βασική ανατομία του κρανιοϊερού συστήματος.

Το κρανιοϊερό σύστημα, στο οποίο εδράζει το κεντρικό νευρικό

σύστημα (ΚΝΣ), εκτείνεται από το κρανίο, το πρόσωπο και το στόμα έως κάτω στο ιερό οστούν και στον κόκκυγα. Το σύστημα αυτό συνίσταται από ένα διαμέρισμα που αφορίζεται από την μεμβράνη της σκληράς μήνιγγας, από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό που ρέει μέσα στις μεμβράνες, από συστήματα που ρυθμίζουν την ροή του υγρού, από οστά που προσφύονται στις μεμβράνες καθώς και από αρθρώσεις και ραφές που συνδέουν μεταξύ τους αυτά τα οστά.

Ουσιαστικά το κρανιοϊερό σύστημα λειτουργεί όπως ένα ημίκλειστο υδραυλικό σύστημα. Μέσα στα όρια της σκληράς μήνιγγας συντελείται ρυθμική αύξηση και μείωση του όγκου του εγκεφαλονωτιαίου υγρού και της πίεσής του. Σύμφωνα με έρευνες στο Michigan State University²⁻⁹, τα κρανιακά οστά μαζί με την σκληρά μήνιγγα που τα επενδύει βρίσκονται σε συνεχή, μικροσκοπική κίνηση ώστε να προσαρμόζουν τις σταθερές αλλαγές της πίεσης του υγρού μέσα στον χώρο των μεμβρανών. Με ήπια ψηλάφηση, οι ασκούντες την Κρανιοϊερή Θεραπεία χρησιμοποιούν αυτόν τον ρυθμό τόσο ως εργαλείο αξιολόγησης όσο και ως θεραπευτικό εργαλείο.

Το εγκεφαλονωτιαίο υγρό μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα δρα ως αποσβεστήρας κραδασμών για τον εγκέφαλο. Το υγρό αυτό εκτός του ότι τροφοδοτεί με θρεπτικές ουσίες τους ιστούς των νεύρων, του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, απομακρύνει και τα κατάλοιπα που προέρχονται από διαδικασίες μεταβολισμού. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό έχουν επίσης βρεθεί χημικές ενώσεις που απομακρύνουν τις τοξικές ουσίες. Οπότε είναι καθοριστικής σημασίας η ύπαρξη ενός ισχυρού, υγιούς κρανιοϊερού συστήματος.

Οι έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι μηνιγγικές μεμβράνες και η περιαγγειακή περιτονία είναι οι μοναδικοί ευαίσθητοι στο άλγος εγκεφαλικοί ιστοί. Ως εκ τούτου, οποιαδήποτε μη φυσιολογική μηνιγγική τάση μπορεί να προκαλέσει άλγος, όπως μπορεί και οποιαδήποτε πίεση επάνω σε αιμοφόρα αγγεία. Μη φυσιολογική μηνιγγική τάση ή παρεκκλίνουσες πιέσεις επάνω στο εγκεφαλικό στέλεχος από την περιβάλλουσα περιτονία ενδέχεται επίσης να οδηγήσει τους μετασυναπτικούς αισθητικούς νευρώνες να μεταδίδουν τα μηνύματά τους σε υψηλότερα κέντρα του εγκεφάλου.

Αυτό συνδέεται με μία άλλη θεωρία γύρω από τις ημικρανίες σύμφωνα με την οποία οι υποδοχείς άλγους του εγκεφαλικού στελέχους πράγματι προκαλούν το άλγος της ημικρανίας.

Προοδευτική καταστολή του φλοιού.

Ιστορικά, η ημικρανία είχε κατά ένα μεγάλο βαθμό οριστεί ως μία αγγειακή διαταραχή στην οποία ένα σύμβαμα πυροδοτεί την αγγειοσύσπαση που ακολουθείται από διαστολή των αγγείων, φλεγμονή και κεφαλαλγία. Σήμερα θεωρείται ότι η αγγειοσύσπαση / διαστολή είναι αποτέλεσμα ενός φαινομένου που ονομάζεται προοδευτική καταστολή του φλοιού.

Η προοδευτική καταστολή του φλοιού είναι ένα αργό, διαδιδόμενο κύμα κάποιας ισχυρής, παρατεινόμενης νευρωνικής πυροδότησης (εκπόλωση) που παράγει μία παροδική, έντονη δραστηριότητα με οξύαιχμα συμπλέγματα καθώς εξαπλώνεται μέσα στον ιστό. Ακολουθεί καταστολή των νευρώνων που μπορεί να διαρκέσει αρκετά λεπτά. Όταν εμφανίζεται η αιχμή (εκπόλωση), υπάρχει αυξημένη εννεύρωση των αιμοφόρων αγγείων που συνδέεται με μία αύξηση της τοπικής αιματικής ροής, έπειτα μειωμένη νευρωνική δραστηριότητα που συνδέεται με αγγειοσύσπαση προκαλώντας παροδική ισχαιμία με μείωση της ροής του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Επιπλέον εκδηλώνεται νευροχημική ανισορροπία.

Οι αύρες και τα πρόδρομα συμπτώματα (τύπος προειδοποιητικών συμπτωμάτων) που σχετίζονται συχνά με ημικρανίες είναι πιθανόν να προκαλούνται από την αγγειοσύσπαση, μετά από την οποία συμβαίνει απότομη ανάκαμψη και αγγειοδιαστολή. Το πραγματικό άλγος της ημικρανίας εκδηλώνεται όταν υφίσταται κάποια απότομη ανάκαμψη της μη φυσιολογικής αγγειοδιαστολής των ενδοκρανιακών αρτηριών κι ενεργοποίηση των αισθητήριων ινών του άλγους γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία και τις μήνιγγες.

Φάσεις της ημικρανίας.

Γενικά οι ημικρανίες εξελίσσονται σε διάφορες φάσεις, με πρώτη απ' όλες την πρόδρομη. Πρόκειται για την προειδοποίηση που υποδεικνύει κάποια μεταβολή στο ΚΝΣ. Ως μία ιδιαίτερα εξατομικευμένη εμπειρία, η πρόδρομη φάση πιθανώς να

συνοδεύεται από αλλαγές της διάθεσης ή των ενεργειακών επιπέδων, ένα αιφνίδιο αίσθημα κατάθλιψης, ευφορίας ή κόπωσης, έντονη επιθυμία για σοκολάτα ή άλλες συγκεκριμένες τροφές. Ενδέχεται να υπάρχει κάποια μεταβολή στην επεξεργασία των αισθητήριων ερεθισμάτων, στον μυϊκό τόνο, ρινική συμφόρηση, κατακράτηση υγρών, έκπτωση της γνωστικής ικανότητας ή πίεση της περιτονίας.

Εάν όσοι πάσχουν από ημικρανίες μπορούν να αναγνωρίζουν τα πρόδρομα συμπτώματά τους, είναι δυνατόν να κατανοούν πολύ καλύτερα τους ερεθιστικούς παράγοντες που τους επηρεάζουν κι έτσι να έχουν περισσότερες ευκαιρίες να απομακρυνθούν από αυτούς. Η ενέργεια αυτή από μόνη της θα μπορούσε να διακόψει κάποια ημικρανία πριν αυτή φτάσει στο αποκορύφωμά της.

Στο 15% των περιπτώσεων ημικρανίας, υπάρχει μια φάση αύρας που γενικά δεν διαρκεί περισσότερο από μία ώρα. Μολονότι τα συμπτώματα ποικίλουν, τα πιο κοινά καταγεγραμμένα είναι οι επιδράσεις στην όραση, όπως για παράδειγμα φωταψίες, σκοτώματα και μερική ή θολή όραση. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν οσφρητικές και ακουστικές παραισθήσεις, μυρμηκίαση ή αιμωδία στο πρόσωπο και στα άκρα, σύγχυση, μερική παράλυση και άλλα.

Πιστεύεται ευρέως ότι η αύρα προκαλείται από την προοδευτική καταστολή του φλοιού, η οποία γενικά παρατηρείται να έρχεται από το πίσω μέρος του κεφαλιού προς τα εμπρός μέσω του ινιακού (οπτικού) λοβού. Με την αγγειοσύσπαση να επιφέρει μείωση της αιματικής ροής κι ελάττωση του οξυγόνου, ο εγκέφαλος αναμφίβολα θα αντιδράει περίεργα.

Έπειτα ακολουθεί η ήπια φάση της ημικρανίας – όταν αρχίζει το άλγος. Εάν η ημικρανία ανακοπεί στο συγκεκριμένο στάδιο, το άλγος θα γίνεται αισθητό μόνο σαν κεφαλαλγία τάσεως. Εάν η ημικρανία εξελιχθεί, γενικά οδηγεί σε ήπιο άλγος που συνοδεύεται μεριές φορές από ναυτία και την έναρξη σφύζοντος άλγους.

Στην περίπτωση που η ημικρανία δεν ανακοπεί στην ήπια φάση, θα

εξελιχθεί σε μέτριο έως και δριμύ άλγος με ναυτία κι ευαισθησία στις αισθήσεις. Το σφύζον άλγος του κεφαλιού είναι το κύριο χαρακτηριστικό. Σε αυτό το σημείο τα αιμοφόρα αγγεία είναι διεσταλμένα. Οποιαδήποτε κίνηση ή δραστηριότητα αυξάνει την αιματική ροή, η οποία προκαλεί μεγαλύτερη διαστολή, περισσότερο άλγος κι εντονότερο παλμό. Τότε είναι που πολλοί προτιμούν να ξαπλώνουν εντελώς ακίνητοι σε σκοτεινό, ήσυχο χώρο.

Η ημικρανία μπορεί να υποχωρήσει οποιαδήποτε στιγμή μετά από τέσσερις ώρες έως και τρεις ημέρες αργότερα. Της ημικρανίας έπεται μία φάση ύστερης κεφαλαλγίας που ενδεχομένως να διαρκέσει ακόμη μερικές ημέρες. Όλο αυτό το διάστημα το άτομο πιθανώς να βιώνει κόπωση, ευερεθιστότητα, αδυναμία συγκέντρωσης, μυαλγία ή / και δυσανεξία σε τροφές.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία συμπληρώνει την χειροπρακτική.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία βοηθάει στην πρόληψη και στη διακοπή των ημικρανιών κυρίως με την απελευθέρωση των τάσεων παντού στις μήνιγγες. Απομακρύνοντας τους περιορισμούς από τις μηνιγγικές δομές και τις δομές των κρανιακών οστών, αποσυμπιέζεται το νευρικό σύστημα και ολόκληρο το κρανιοϊερό σύστημα μπορεί να ενεργοποιηθεί. Επίσης η ενέργεια αυτή επιτρέπει στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό να παροχετεύεται ούτως ώστε να μην δημιουργείται αντίθλιψη.

Επιπλέον λάβετε υπ' όψιν το εξής: Εάν κάποιος ασθενής συντηρεί μία στάση που προκαλεί σύσπαση των μηνίγγων και συμπιέζει τον ιστό, αυτή η στάση μπορεί να ασκεί πίεση στον εγκέφαλο και στο ΚΝΣ, γεγονός που προσωπικά πιστεύω ότι ίσως να αποτελεί κάποιο αίτιο για την προοδευτική καταστολή του φλοιού. Όταν προστίθεται επιπλέον stress και πίεση στο σύστημα του φλοιού, ενδέχεται να πυροδοτηθεί μία αλυσιδωτή αντίδραση που οδηγεί σε ημικρανίες. Εξάλλου οι μήνιγγες είναι ευαίσθητες στο άλγος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία απελευθερώνει τις τάσεις των μηνίγγων κι έτσι αποσυμπιέζει το ΚΝΣ.

Η σκληρά μήνιγγα επενδύει την εσωτερική επιφάνεια των οστών

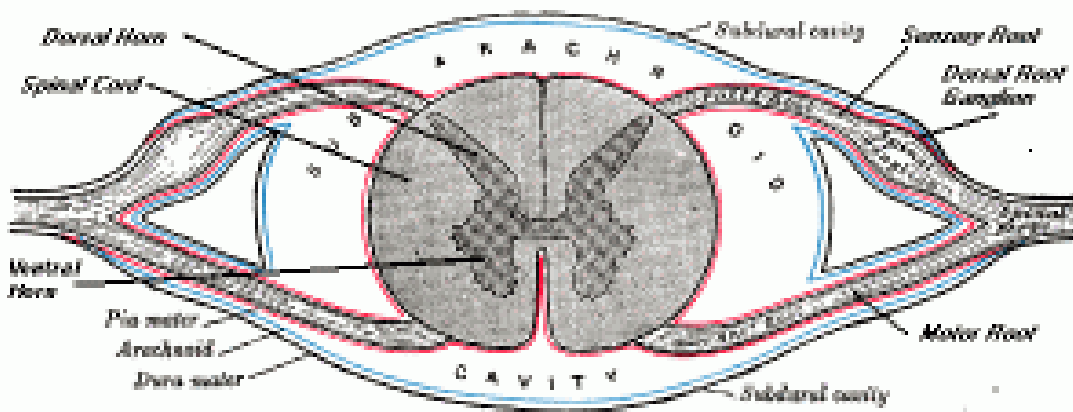
του κρανίου και περιβάλλει το μείζον τμήμα. Εξέρχεται από το κρανίο και προσφύεται στους A2 και A3 σπονδύλους, ενώ συνεχίζει προς τα κάτω όπου προσφύεται στον I2 και στον κόκκυγα. Έτσι σχηματίζεται ο σωλήνας της σκληράς μήνιγγας που περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό.

Η θεωρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας υποστηρίζει επίσης ότι η μεμβράνη της σκληράς μήνιγγας μέσα στον σωλήνα της σπονδυλικής στήλης (σωλήνας της σκληράς μήνιγγας) έχει την ελευθερία να ολισθαίνει προς τα άνω ή προς τα κάτω μέσα στον σωλήνα σε ένα εύρος 0,5 έως 2 εκατοστών. Η κίνηση αυτή επιτρέπεται από τη χαλαρότητα και την διεύθυνση των προσεκβολών της σκληράς μήνιγγας καθώς αυτές εξέρχονται από τον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και προσφύονται στα μεσεγκάρσια τμήματα της σπονδυλικής στήλης.

Κατά σύμβαση η χειροπρακτική εστιάζει στην διόρθωση της λειτουργικότητας των οστών. Ωστόσο, ακόμη κι αν εφαρμόζουμε διάφορους χειρισμούς στα οστά μπορεί να μην απελευθερώνουμε από την τάση τον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας. Η τάση αυτή πιθανώς να προέρχεται από εδραιωμένους μηχανισμούς υπερεκτάσεως των μηνίγγων στο κρανίο οι οποίοι επεκτείνονται προς τα κάτω κατά μήκος του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας. Όταν αυτοί οι εδραιωμένοι μηχανισμοί υπερεκτάσεως των μηνίγγων καταλυθούν με την χρήση της Κρανιοϊερής Θεραπείας, χαλαρώνει ο σωλήνας της σκληράς μήνιγγας και οι προσεκβολές αυτής και παύει η προκληθείσα πίεση του νευρικού συστήματος. Η κατάσταση αυτή επιτρέπει στις διορθώσεις της χειροπρακτικής να έχουν καλύτερα αποτελέσματα.

Τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού.

Όταν οι νευρικές ρίζες στέλνουν μηνύματα αυξημένης ωστικής δραστηριότητας μέσα στον νωτιαίο μυελό από τους περιφερικούς τόπους τους, παρουσιάζεται μία κατάσταση αυξημένης διεγερσιμότητας των σχετικών τμημάτων του νωτιαίου μυελού.



Τα τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού που βρίσκονται σε μία κατάσταση υπερδραστηριότητας εκπέμπουν ώσεις στα αντίστοιχα τμήματα στον σωλήνα και στις προσεκβολές της σκληράς μήνιγγας. Η ενέργεια αυτή επιφέρει κάποια σκλήρυνση και απώλεια της κινητικότητας του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας στην περιοχή των τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας με αυξημένη πίεση των νεύρων από την σύσπαση κάποιας προσεκβολής του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας που καταλήγει σε συνεχή πυροδότηση των νεύρων.

Επιπλέον τα νεύρα στην περιοχή αυτή φθάνουν στον μεσοσπονδύλιο μυ, προκαλώντας την σύσπασή του καθώς και καθήλωση και υπερξάρθρομα. Στην κλινική πράξη η Κρανιοϊερή θεραπεία βοηθάει πραγματικά στην απελευθέρωση τέτοιων περιορισμών στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας ώστε να καταστεί φυσιολογική η δραστηριότητα των τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού.

Προκειμένου να εντοπιστούν οι περιοχές με περιορισμένη κινητικότητα, εκείνος που διενεργεί την αξιολόγηση ελέγχει την κινητικότητα του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και λύει τους περιορισμούς μόλις τους βρει χρησιμοποιώντας τεχνικές ήπιας έλξης. Εάν απελευθερωθούν περιφερικοί περιορισμοί αλλά δεν απελευθερωθούν οι περιορισμοί στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και στα τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας του νωτιαίου μυελού, το περιφερικό πρόβλημα συνήθως επανεμφανίζεται.

Έτσι κάποιο περιφερικό πρόβλημα μπορεί να μεταδίδεται μέσω των

τμημάτων αυξημένης διεγερσιμότητας μέσα στο κρανίο και να προκαλεί την σύσπαση των μηνίγγων με τον ίδιο τρόπο που κάποιο ενδοκρανιακό πρόβλημα των μηνίγγων μπορεί να μεταδίδεται προς τα κάτω στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας και να προκαλεί αυξημένη διεγερσιμότητα. Κάθε μία περίπτωση ενδεχομένως να καταλήξει σε ημικρανία ή σε κεφαλαλγία τάσεως.

Από την εμπειρία του άλγους στην πρόληψή του.

Ο ειδικός στην Κρανιοϊερή Θεραπεία βοηθάει να διορθωθούν τόσο οι κύριες όσο και οι δευτερεύουσες δυσλειτουργίες στην περιφέρεια του σώματος, στον σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, στο κρανίο και στο ιερό οστόύν. Ο σκοπός είναι να διορθωθούν, να τροποποιηθούν και να εξισορροπηθούν όλες οι δυσλειτουργίες του κρανιοϊερού συστήματος και οι περιοχές στις οποίες αυτές μπορεί να οδηγούν. Διορθώνοντας τις βλάβες των κρανιακών οστών και τους περιορισμούς των μηνίγγων καθώς και του σωλήνα της σκληράς μήνιγγας, βοηθούμε στην κατάλυση των εδραιωμένων μηχανισμών άλγους των ημικρανιών.

Στο στάδιο αυτό ο ασθενής συχνά περνάει από την φάση κατά την οποία ο θεραπευτής απομακρύνει για εκείνον τα εμπόδια στην φάση όπου ο ίδιος πλέον αυτο-θεραπεύεται ενώ ο θεραπευτής απλά διευκολύνει την διαδικασία. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί μία εξαιρετική εναλλακτική μέθοδο προληπτικής ιατρικής σε περιπτώσεις ημικρανιών – κινητοποιεί τους φυσικούς μηχανισμούς άμυνας του σώματος αντί να εστιάζει στους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου.

Η Lisa Upledger, DC, απεφοίτησε με έπαινο από το Palmer College of Chiropractic το 1981. Λειτουργούσε ιδιωτικό φυσικοθεραπευτήριο στο Κολοράντο και στην Φλόριντα πριν γίνει μέλος του “The Upledger Institute” το 1991. Η Upledger συνεχίζει την κλινική πρακτική της ενώ παράλληλα διδάσκει σε εντατικά προγράμματα του Ινστιτούτου με θέμα την Κρανιοϊερή Θεραπεία και την Ψυχοσωματική Απελευθέρωση. Συμμετέχει επίσης ως εξεταστής στο πρόγραμμα παροχής πιστοποιητικών του Ινστιτούτου Κρανιοϊερής Θεραπείας. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε αυτήν αντίστοιχα: νούμερο τηλεφώνου ή e-mail;

Βιβλιογραφία

1. MAGNUM Migraine Awareness Group. www.migraine.org
2. Retzlaff EW. Nerve fibers and endings in cranial sutures research report. JAOA. 1978; 77: 474-475.
3. Retzlaff EW. Possible functional significance of cranial bone sutures report. 88th Session American Association of Anatomists. 1975
4. Retzlaff EW. Structure of cranial bone sutures research report. JAOA. 1976; 75: 607-608.
5. Retzlaff EW. Sutural collagenous and their innervation in saimiri sciurus. Anatomical Record. 1977; 187: 692
6. Retzlaff EW, Mitchell FL Jr. The Cranium and its Sutures. Berlin, Germany: Springer-Verlag; 1987.
7. Upledger JE. The reproducibility of craniosacral examination findings: a statistical analysis. J Am Osteopath Assoc. 1977; 76(12): 890-899.
8. Upledger JE. The relationship of craniosacral examination findings in grade school children with developmental problems. J Am Osteopath Assoc. 1978; 77(10):760-776.
9. Upledger JE, Kami Z. Mechano-electric patterns during craniosacral osteopathic diagnosis and treatment. J Am Osteopath Assoc. 1979; 78(11): 782-791.