



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας μέσω ομοιοπαθητικής αγωγής – ερευνητική πρόταση

Σπουδάστρια:

Πολίτη Ερασμία, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 20)

Επιβλέπων καθηγητής:

Κυβέλλος Σπυρίδων, Ιατρός

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2006

Περιεχόμενα

A' Ενότητα

- Εισαγωγικές έννοιες -Σκοπιμότητα.....3
- Κεφαλαλγία – Γενικές Πληροφορίες.....8
- Ταξινόμηση των Κεφαλαλγικών Διαταραχών σύμφωνα με την Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας(2003).....10
- Ημικρανία – Πληροφορίες.....12
- Ομοιοπαθητική – Πληροφορίες.....17

B' Ενότητα

- Ομοιοπαθητική θεραπεία της ημικρανίας σε ενήλικες.....25
- Σκέψεις – σχολιασμός.....34
- Παιδική Ημικρανία – Πληροφορίες.....35
- Ομοιοπαθητική θεραπεία της ημικρανίας σε παιδιά – περιγραφή “πilotικής” ερευνητικής προτάσεως.....41
- Προσδοκίες & μελλοντικά ερευνητικά σχέδια.....51
- Αντί Επιλόγου.....52
- Ελληνική Βιβλιογραφία.....54
- Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....56

Παράρτημα

A' ENOTHTA

Εισαγωγικές έννοιες - Σκοπιμότητα

Ο πόνος είναι μια λέξη με μεγάλη ιστορία στον χρόνο. Προέρχεται από το ρήμα "πένομαι"(πτωχεύω) και τον καιρό του Ομήρου είχε την έννοια της σκληρής δουλειάς . Αργότερα , στα χρόνια του "πατέρα της ιστορίας", του Ηροδότου , σήμαινε δυσφορία. Στην ιατρική ορολογία εντάχθηκε τον καιρό του Ιπποκράτη , ο οποίος την συνέδεσε άμεσα με τη νόσο ή τον τραυματισμό .Στα χρόνια που ακολούθησαν ο πόνος, ο οποίος σημειωτέον ως λέξη , παρουσιάζει στενή ετυμολογική συσχέτιση με την λέξη "ποινή" (στα λατινικά "roena"), ως έννοια , αποτέλεσε επιπλέον τον "καθρέφτη" και το μέσο προσέγγισης ηθικών ανυψωτικών αντιλήψεων διαφόρων θρησκειών και σωφρονιστικών τακτικών παιδιών και ενηλίκων (Βαδαλούκα Α, 1995). Η παραπάνω ιστορική και ετυμολογική αναδρομή στον χρόνο , καθιστά σαφή την "βαρεία" ιστορία και την σημειολογία με την οποία έχει συνδεθεί ο πόνος στην συνείδηση των ανθρώπων.

Σήμερα ονομάζουμε πόνο "το αίσθημα δυσφορίας , δυσανεξίας και ενδεχόμενης αγωνίας που παράγεται από ερεθισμό ειδικών νευρικών απολήξεων "(*Dorland's* ,1997).Ειδικότερα, σύμφωνα με την υποεπιτροπή ταξινομήσεως της IASP – (*International Association for the Study of the Pain* ,1979 & 1986) , το "φαινόμενο" του πόνου ορίζεται « ως μία δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με ήδη υπάρχουσα ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται σαν τέτοια» .

Επίσης , σύμφωνα μ'έναν άλλον ορισμό (*McCaffery* , 1979) « πόνος είναι οτιδήποτε περιγράφει αυτός (δηλ. ο πάσχων) που τον υφίσταται και υπάρχει οποιαδήποτε στιγμή αυτός το αναφέρει »

Από τους παραπάνω ορισμούς φαίνεται ότι η εμπειρία του πόνου πέρα από τον προστατευτικό και προειδοποιητικό χαρακτήρα της έναντι πιθανών ή υπαρκτών κινδύνων για την ανθρώπινο οργανισμό , είναι και μία εξατομικευμένη τραυματική κατάσταση – βίωμα που πλήττει τον άνθρωπο ως μία βιοψυχοκοινωνική ολότητα , χωρίς να κάνει διακρίσεις βασισμένες σε πληθυσμιακές , φυλετικές , ηλικιακές , κοινωνικές και πνευματικές διαφορές μεταξύ των πασχόντων.

Ο πόνος λοιπόν είναι μια τραυματική εμπειρία , η οποία παρουσιάζει τόσο υποκειμενικό όσο και αντικειμενικό χαρακτήρα . Θα μπορούσε κανείς να πει επίσης ότι "κινείται" εντός δύο διαστάσεων , την σωματική και την ψυχολογική οι οποίες ποικίλουν και εναλλάσσονται ανάλογα με την βαρύτητα του προβλήματος το οποίο "εκφράζεται" με πόνο και την ανθεκτικότητα του ατόμου , βιολογική και ιδιοσυγκρασιακή έναντι αυτού του ερεθίσματος (*Kingdom, Stanley, Kizior, 2002*) .

Για λόγους ευκολίας στα πλαίσια της μελέτης και του προσδιορισμού του πόνου , λαμβάνεται σοβαρά υπόψη και η συνιστώσα του χρόνου στην επώδυνη διαδικασία , ώστε να γνωρίζουμε εάν ο πόνος είναι :

α) "οξύς" (πρόσφατα εγκατεστημένος) , δηλαδή ένα φυσιολογικό ερέθισμα που δημιουργείται στο νευρικό σύστημα με προειδοποιητικό χαρακτήρα για μια ενδεχόμενη βλάβη .Εκτός από τον χαρακτηρισμό "οξύς" , αναφέρεται και ως προσαρμοστικός (adaptive) , νυγμώδης ή ηλεκτρικός πόνος , ο οποίος γίνεται αντιληπτός σε περιπτώσεις νυγμού , τομής , εγκαύματος ή επίδρασης ηλεκτρικού ρεύματος στο δέρμα , ενώ δεν γίνεται αισθητός από τους περισσότερους εν τω βάθει ιστούς του σώματος (*Guyton & Hall ,1997*).

β) "χρόνιος" , δηλαδή άλγος που υπερβαίνει τον αναμενόμενο χρόνο αποκατάστασης , σίγουρα πέρα των έξι (6) εβδομάδων. Εκτός από τον χαρακτηρισμό ως χρόνιο , αυτού του είδους ο πόνος αναφέρεται επίσης και ως δυσπροσαρμοστικός (maladaptive) , καυστικός , βύθιος ή σφύζων πόνος , ο οποίος σχετίζεται άμεσα με ιστική καταστροφή τόσο στο δέρμα όσο και σε οποιονδήποτε εν τω βάθει ιστό ή όργανο και καθίσταται εξαιρετικά βασανιστικός και ψυχοφθόρος για τον πάσχοντα (*Guyton & Hall ,1997*). Ειδικότερα για τον ερεθισμό των χημικών υποδοχέων πόνου , σε περιπτώσεις ιστικής βλάβης , δραστηριοποιούνται χημικές ουσίες όπως η βραδυκίνη , σεροτονίνη , ισταμίνη , ιόντα καλίου , οξέα , ακετυλοχολίνη , πρωτεολυτικά ένζυμα και η ουσία "P"(*Guyton & Hall ,1997*).

Επίσης , πέρα από την παραπάνω διάκριση του πόνου σύμφωνα με την χρονική του διάρκεια , υπάρχει και η κατηγοριοποίηση του βάσει του γενεσιουργού αιτίου του σε α) αλγαισθητικό (θερμικό , χημικό , μηχανικό ερέθισμα) , β) νευροπαθητικό (διαταραχή της φύσης και της αγωγής των

κεντρομόλων ώσεων - ερεθισμάτων από την περιφέρεια στον εγκεφαλικό φλοιό, λόγω βλάβης περιφερικού νεύρου ή τραυματισμού της σπονδυλικής στήλης), γ) φλεγμονώδη και δ) λειτουργικό (λόγω ανώμαλης "κεντρικής" επεξεργασίας του ερεθίσματος) (Woolf, 2004). Συμπληρωματικά, και στα πλαίσια του χρόνιου άλγους, αναφέρεται και η κατηγορία του μυϊκού άλγους το οποίο εκλύεται από ορισμένες κινήσεις ή θέσεις μυών και το ψυχογενές άλγος, το οποίο είναι γνωσιακής και συναισθηματικής αιτιολογίας και εκδηλώνεται με σωματοποίηση και αντίδραση μετατροπής (Κούτλας, Ρουσσάκης, Στεργίου & Γεωργιάδης, 2003).

Από νευροφυσιολογικής απόψεως ο πόνος είναι ένα σύνθετο ηλεκτροχημικό φαινόμενο το οποίο μπορεί να προκληθεί από θερμικά, χημικά, ηλεκτρικά ή μηχανικά ερεθίσματα στις αισθητικές / κεντρομόλους νευρικές απολήξεις του σώματος μας. Από την στιγμή λοιπόν που θα προκύψει κάποιο ερέθισμα, ενεργοποιείται μια σειρά από διαδικασίες (ενισχυτικές ή ανασταλτικές), μέσω των οποίων και εφόσον επιτραπεί από το ενδογενές σύστημα αναλγησίας, θα μεταφερθεί το αλγογόνο ερέθισμα από την περιοχή της βλάβης προς το Κ.Ν.Σ. μέσω της ανιούσας νευρικής οδού, η οποία σημειωτέον, διαθέτει διαφορετικό είδος νευρικών ινών και "διαδρομών" για την αγωγή τόσο του χρόνιου (C αμύελες νευρικές ίνες) όσο και του οξύ (Αδ εμμύελες νευρικές ίνες) πόνου (Guyton & Hall, 1997) & (Μανιάς II, 1998).

Το σύνολο των ηλεκτροχημικών γεγονότων τα οποία μεσολαβούν από την στιγμή του "περιφερικού" αλγογόνου ερεθισμού μέχρι την κεντρική αντίληψη και επεξεργασία του ερεθίσματος, ονομάζεται "αλγαισθησία" (nociception) και διακρίνεται σε τρία επιμέρους στάδια: 1) την μετατροπή, 2) την μεταβίβαση και 3) την αντίληψη (Kingdom, Stanley, Kizior, 2002).

Στα πλαίσια της παθολογίας, υπάρχει μια πληθώρα νοσηρών καταστάσεων στις οποίες ο πόνος αποτελεί το κύριο σύμπτωμα, του οποίου η ύπαρξη, συχνά πυροδοτεί την εμφάνιση και άλλων ενοχλητικών δευτερογενών συμπτωμάτων. Μερικές από αυτές είναι η αρθρίτις (εκφυλιστική, ρευματοειδής), η οσφυαλγία και η αυχεναλγία (μετατραυματική, μετεγχειρητική), η ινομυαλγία, ο καρκίνος (λόγω πίεσης από τον όγκο, διήθησης οργάνων, ακτινοβολίας, χημειοθεραπείας), νευρογενείς καταστάσεις όπως η νευραλγία τριδύμου, η μεθερπητική νευραλγία, η διαβητική νευροπάθεια, το μέλος φάντασμα, η νευροπάθεια μετά από

θωρακοτομή , ψυχογενείς καταστάσεις οι οποίες αναφέρονται και παραπάνω και φυσικά η κεφαλαλγία (τάσεως , ημικρανία) (Κούτλας, Ρουσσάκης, Στεργίου & Γεωργιάδης , 2003).

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας , αντικείμενο μελέτης και προβληματισμού αποτελεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας του προβλήματος της κεφαλαλγίας και ειδικότερα της ημικρανίας με την εναλλακτική εφαρμογή των αρχών της κλασσικής ομοιοπαθητικής ιατρικής . Αφορμή για αυτό τον προβληματισμό , αποτέλεσε η διαπίστωση ότι παρόλες τις πολυδάπανες προσπάθειες της κλασσικής ιατρική στον τομέα της φαρμακολογικής αντιμετώπισης της κεφαλαλγίας , τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι το πρόβλημα αντιμετωπίζεται ως επί το πλείστον συμπτωματικά και προσωρινά .Σε πολλές περιπτώσεις ερευνών μάλιστα, οι πάσχοντες που λαμβάνουν τα προς μελέτη φαρμακολογικά σχήματα , παρουσιάζουν ποσοστά υποτροπής , είτε λόγω αδυναμίας του φαρμάκου να τους καλύψει από μόνο του πλήρως και ισοβίως , είτε λόγω δυσανεξίας του πάσχοντα έναντι της εκάστοτε ουσίας , στην οποία εκδηλώνει παρενέργειες και αναγκαστικά σταματά την λήψη της (Massiou & συνεργάτες, 2006) , (Friedman & συνεργάτες , 2006), (Allais & συνεργάτες , 2006) , (Honkaniemi & συνεργάτες, 2006), (Malik & συνεργάτες , 2006), (Zsombok & συνεργάτες , 2005).

Συμπερασματικά λοιπόν , διαπιστώνονται αδυναμίες στις συμβατικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, ώστε να επιφέρουν πλήρη και αμετάκλητη αιτιολογική αντιμετώπιση του πόνου , δηλαδή ίαση της αιτίας αυτού. .Αυτός είναι ίσως και ο λόγος για τον οποίο υπάρχει τα τελευταία χρόνια μια στροφή ειδικών και κοινού προς εναλλακτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, μία εκ των οποίων είναι και η κλασσική ομοιοπαθητική ιατρική. Ενδεικτικά αναφέρεται η λειτουργία ομοιοπαθητικού ιατρείου , στα πλαίσια του ιατρείου κεφαλαλγίας του Γ.Ν.Ν.Α. "Γ. Γεννηματάς", τα τελευταία τρία χρόνια (από το 2003).

Έχοντας λοιπόν κατά νου την κατάσταση που περιγράφεται παραπάνω και με αφορμή τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα μίας προοπτικής μελέτης παρατηρήσεως (observational prospective study) που δημοσιεύτηκε στο ειδικό ξένο περιοδικό "The Journal of Headache and Pain" τον Απρίλιο του 2006 , σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής θεραπείας σε ασθενείς

του ιατρείου κεφαλαλγίας του Γ.Ν.Ν.Α. "Γ.Γεννηματάς" με ιστορικό ημικρανίας, γίνεται διατύπωση μίας ερευνητικής πρότασης – σκέψης για την θεραπευτική προσέγγιση, με ομοιοπαθητική θεραπεία, κεφαλαλγικών - ημικρανικών ασθενών παιδικής ηλικίας, τα οποία επισκέπτονται ιατρεία κεφαλαλγίας των νοσοκομείων Παίδων. Με την πρόταση αυτή λοιπόν, επιχειρείται κατά έναν τρόπο η "επαλήθευση" των θετικών αποτελεσμάτων που παρουσιάζει η παραπάνω έρευνα στο σύνδρομο της ημικρανίας και των αναφορών των ομοιοπαθητικών ιατρών ότι τα παιδιά έχουν θετικότερη και συντομότερη ανταπόκριση σε αυτό το είδος θεραπείας (*Jacobs J, Jonas WB, Jimenez-Perez M, Crothers D, 2003*).

Κεφαλαλγία – Γενικές Πληροφορίες

Η κεφαλαλγία είναι μια πολύ παλιά "ιστορία πόνου", η οποία σύμφωνα με την ελληνική μυθολογία δεν έκανε διακρίσεις μεταξύ θεών και ανθρώπων. Χαρακτηριστική είναι η περιγραφή ενός πολύ έντονου πονοκεφάλου του Δία, ο οποίος ζήτησε από τον θεό Ήφαιστο να τον ανακουφίσει ανοίγοντας του το κεφάλι, μέσα από το οποίο τελικά "γεννήθηκε" η θεά Αθηνά. Επίσης έχουν βρεθεί επίσημες αναφορές στον Σουμεριανό κώδικα το 3000π.Χ., όπου περιγράφεται ένα περιστατικό κεφαλαλγίας με συνοδές οπτικές διαταραχές (Κότσαλης Χ, 2006).

Ετυμολογικά, ο όρος κεφαλαλγία φανερώνει πόνο σε οποιαδήποτε περιοχή του κεφαλιού, συμπεριλαμβανομένου και του αυχένα, του τραχήλου, του προσώπου, του λάρυγγα ή του φάρυγγα. Πρακτικά βέβαια, αποτελεί μια συχνότατα εμφανιζόμενη κατάσταση - σύμπτωμα, ποικίλης σοβαρότητας και μορφής το οποίο αφορά δυσάρεστο αίσθημα μόνο στην περιοχή του κρανιακού θόλου. Η κεφαλαλγία αποτελεί συνήθως την μόνη και κύρια αιτία για την οποία κάποιος θα επισκεφθεί τον γιατρό, αλλά υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις κατά τις οποίες αποτελεί συνοδό σύμπτωμα μίας άλλης ενδεχομένως σοβαρής κατάστασης. (Κότσαλης Χ, 2003), (Μπαζίγου Ε, 2003).

Σε γενικές γραμμές και σαφώς για πρακτικούς λόγους, η κεφαλαλγία διακρίνεται α) σε πρωτοπαθή, με κυριότερο εκπρόσωπο την ημικρανία και την κεφαλαλγία τάσεως και β) σε δευτεροπαθή ή οργανική, η οποία αποτελεί το 10% των συνολικών συμβαμάτων κεφαλαλγίας (Μπαζίγου Ε, 2003)

Επιπλέον, λόγω της ποικιλότητας των μορφών και των αιτίων της κεφαλαλγίας και σαφώς για λόγους ευκολίας ως προς την διαγνωστική προσέγγιση της, έχει δημιουργηθεί από την Επιτροπή Ταξινόμησης της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας, ένας πίνακας κατάταξης των κεφαλαλγικών διαταραχών.

Η πρώτη επίσημη κατάταξη της κεφαλαλγίας με επιστημονικά δεδομένα, ολοκληρώθηκε και δημοσιεύθηκε από την Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας (I.H.S.) το 1988 στο συμπλήρωμα του περιοδικού Cephalalgia. Έναυσμα αυτής της προσπάθειας, υπήρξε η απόφαση που πάρθηκε στα πλαίσια του 2^{ου} Συνεδρίου

της (I.H.S.) στην Κοπεγχάγη , για σύσταση μίας επιτροπής ειδικών , με σκοπό την κατάρτιση με επιστημονικά δεδομένα, μίας νέας ταξινόμησης με μια σειρά λειτουργικών, κλινικών , διαγνωστικών κριτηρίων για κάθε υποομάδα κεφαλαλγίας (*Καραγεωργίου Κ, 1998*)

Από τότε έως και σήμερα αυτός ο πίνακας έχει υποστεί αρκετή επεξεργασία και τροποποιήσεις . Στα πλαίσια αυτής της εργασίας και για λόγους πληρέστερης και καλύτερης κατανόησης του εύρους του προβλήματος της κεφαλαλγίας , παρατίθεται στη συνέχεια η κατάταξη του 2003 , την οποία παρουσιάζει και η Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας στην επίσημη ιστοσελίδα της , ακολουθώντας τις κατευθυντήριες οδηγίες της I.H.S. (*Ελλ. Εταιρεία Κεφαλαλγίας –Ε.Ε.Κ. 2005*).

Η ημικρανία , όπως φαίνεται και από την παρακάτω παρατιθέμενη κατάταξη , αποτελεί μια σημαντική και συχνά εμφανιζόμενη στον γενικό πληθυσμό υποομάδα της κεφαλαλγίας . Μάλιστα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ). το 2002 κατέταξε την ημικρανία μεταξύ των 20 σημαντικότερων αιτιών αναπηρίας στον κόσμο . Σύμφωνα με την Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας (Ε.Ε.Κ.) , "υπολογίζεται ότι η ημικρανία προκαλεί την απώλεια του 2% της ζωής λόγω αναπηρίας , σε γυναίκες όλων των ηλικιών , ενώ και στα δύο φύλα κάθε ηλικίας , είναι υπεύθυνη για την απώλεια του 1,4% των συνολικών ετών "υγιούς" ζωής" (*Ε.Ε.Κ. , 2005*) .

Στη συνέχεια και μετά την παρουσίαση της κατάταξης της κεφαλαλγίας κατά το Η.Ι.Σ. (2003), παρατίθεται μια λεπτομερέστερη και όσο το δυνατόν κατατοπιστικότερη παρουσίαση του προβλήματος της ημικρανίας

Ταξινόμηση των Κεφαλαλγικών Διαταραχών σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας (2003)

Η ταξινόμηση αυτή διαιρεί τις κεφαλαλγίες σε δύο κύριες κατηγορίες:

- Πρωτογενείς κεφαλαλγικές διαταραχές που περιλαμβάνουν την ημικρανία, την κεφαλαλγία τάσεως και την αθροιστική κεφαλαλγία (κατηγορίες 1-4)
- Δευτερογενείς κεφαλαλγίες που οφείλονται σε κάποια άλλη διαταραχή του οργανισμού (κατηγορίες 5-14)

Μέρος 1:

Πρωτοπαθείς κεφαλαλγίες

1. Ημικρανία
2. Κεφαλαλγία τάσεως
3. Αθροιστική κεφαλαλγία και άλλες αυτόνομες τριδυμικές κεφαλαλγίες
4. Άλλες πρωτογενείς κεφαλαλγίες

Μέρος 2:

Δευτεροπαθείς κεφαλαλγίες

5. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε τραυματισμό της κεφαλής και / ή του αυχένα
6. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε διαταραχές των ενδοκρανιακών ή τραχηλικών αγγείων
7. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε μη αγγειακή ενδοκρανιακή διαταραχή
8. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε κάποια ουσία ή στην αποχή από τη λήψη της ουσίας αυτής
9. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε λοίμωξη
10. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε διαταραχή της ομοιόστασης
11. Κεφαλαλγία ή προσωπαλγία που αποδίδεται σε διαταραχή του κρανίου, του αυχένα, των οφθαλμών, των αυτιών, της μύτης, των δοντιών, του στόματος ή άλλης δομής του προσώπου ή του κρανίου
12. Κεφαλαλγία αποδιδόμενη σε ψυχιατρική διαταραχή

Μέρος 3:**Κρανιακές νευραλγίες, κεντρικές και πρωτογενείς προσωπαλγίες και άλλες κεφαλαλγίες**

13. Κρανιακές νευραλγίες και κεντρικές αιτίες πόνου στο πρόσωπο
14. Άλλες κεφαλαλγίες, κρανιακές νευραλγίες, κεντρικός ή πρωτογενής πόνος στο πρόσωπο

Πηγή: Ιστότοπος Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας (www.kefalalgia.gr)

Ημικρανία - Πληροφορίες

Η ημικρανία αποτελεί έναν ιδιαίτερο τύπο πρωτοπαθούς κεφαλαλγίας, σύμφωνα με το σύστημα ταξινόμησης της Διεθνούς Εταιρείας Κεφαλαλγίας (*International Headache Society – HIS, 2003*). Είναι ενδοκρανιακής προελεύσεως καθώς πιστεύεται ότι οφείλεται σε παθολογικές διαταραχές των αιμοφόρων αγγείων, χωρίς όμως να είναι γνωστός ο ακριβής μηχανισμός της πέρα από κάποιες θεωρίες που αναφέρονται στην συνέχεια (*Guyton & Hall, 1997*).

Το πρόβλημα της ημικρανίας είναι γνωστό από πολύ παλιά. Οι πρώτες ιστορικές αναφορές γίνονται 9000 χρόνια πριν όταν σαν βασική μέθοδος θεραπείας εφαρμοζόταν ο "τρυπανισμός" του κρανίου. Αναφορές υπάρχουν επίσης στους αρχαίους Αιγυπτίους το 1200 π.χ. και το 400 π.χ. ο Ιπποκράτης περιέγραψε την οπτική αύρα της ημικρανίας και την ανακούφιση που επιφέρει η έμεση από τα ενοχλητικά συμπτώματα. Την πρώτη περιγραφή της κλασσικής ημικρανικής συμπτωματολογίας έκανε ο Αρεταίος από την Καππαδοκία τον 2^ο αιώνα μ.Χ. Ο Αβικέννας επίσης περιέγραψε στο εγχειρίδιο του τα συμπτώματα και τους παράγοντες που επιβαρύνουν την ένταση της. Το όνομα της ημικρανία το χρωστά στον Γαληνό από την Πέργαμο ο οποίος πίστευε ότι πρέπει να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του στομάχου και του εγκεφάλου γιατί είχε παρατηρήσει ότι ναυτία και έμετος συνόδευαν συχνά τις ημικρανικές κρίσεις. Τον Μεσαίωνα η ημικρανία θεωρείτο ως μια σοβαρή διαταραχή της οποίας η θεραπεία περιελάμβανε μέχρι και την χρήση μαγείας... (*Wikipedia, 2006*)

Αναφέρονται επτά είδη ημικρανίας τα οποία είναι : 1) ημικρανία χωρίς αύρα, 2) ημικρανία με αύρα, 3) οφθαλμοπληγική ημικρανία, 4) αμφιβληστροειδική ημικρανία, 5) περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας που μπορούν να είναι πρόδρομα της ημικρανίας, 6) επιπλοκές της ημικρανίας και 7) πιθανή ημικρανία (*HIS, 2003*). Οι συχνότερα παρουσιαζόμενες ημικρανίες είναι οι δύο πρώτες

Τα συχνότερα συμπτώματα μιας ημικρανίας τα οποία αποτελούν και βασικά διαγνωστικά κριτήρια είναι : 1) πόνος μέτριας έως σοβαρής εντάσεως είτε ετερόπλευρα (δηλ. στο μισό κεφάλι γι' αυτό και ονομάζεται ημι-κρανία), είτε

κάποιες φορές αμφοτερόπλευρα , είτε πιο σπάνια εναλλάξ στο κεφάλι , 2) ναυτία, 3) έμετος, 4) φωτοευαισθησία 5) ηχοευαισθησία, 6) ευερεθιστότητα , 7) αδυναμία συγκέντρωσης και 8) γαστρεντερικές διαταραχές (*Dorland's, 1997*).

Για λόγους πρακτικούς και επειδή το κάθε άτομο μπορεί να βιώνει τα επεισόδια της ημικρανίας με ποικίλο και καθαρά εξατομικευμένο τρόπο έχουν ορισθεί οι ακόλουθες 4 φάσεις - στάδια στην πορεία της ημικρανίας ώστε να είναι πιό εύκολη η μελέτη :

1) Η πρόδρομη φάση η οποία εμφανίζεται στο 40 – 60% των ημικρανικών ασθενών με διαταραχές της συμπεριφοράς (π.χ νευρικότητα , κατάθλιψη ή ευφορία), κόπωση , χασμουρητό , υπνηλία , έντονη επιθυμία για τροφές όπως η σοκολάτα , μυϊκή δυσκαμψία (ιδίως στον αυχένα) , δυσκοιλιότητα ή διάρροιες , αυξημένη ούρηση κ.α. Τα παραπάνω συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ώρες έως και ημέρες πριν το κύριο επεισόδιο και αποτελούν για τον ασθενή προειδοποιητικά σημάδια .

2) Η φάση της ημικρανικής "αύρας" περιλαμβάνει κυρίως οπτικές διαταραχές όπως την απώλεια της όρασης από ένα τμήμα του οπτικού πεδίου, λάμπσεις , ζικ-ζακ , μικρές κηλίδες , θολή όραση και αίσθηση όρασης σαν το άτομο να βρίσκεται μέσα σ'ένα τούνελ . Επίσης λιγότερο συχνά παρουσιάζονται σωματοαισθητικές διαταραχές αίσθημα κουδουνίσματος στα αυτιά , μούδιασμα , τσιμπήματα που ξεκινούν από τα άνω άκρα και επεκτείνονται στο πρόσωπο (χείλη , γλώσσα) , αφασία , vertigo και υπερευαισθησία στο άγγιγμα. Αυτά συμβαίνουν συνήθως μισή με μία ώρα πριν από την έναρξη του επεισοδίου (*Guyton & Hall ,1997*) χωρίς όμως να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και περιπτώσεις ημικρανιών δίχως "αύρα". Η οπτική αύρα της ημικρανίας που έχει την μορφή φωταψιών εμφανίζεται συνήθως σε ποσοστό 15-20% των περιστατικών (*Μαλλιάρης, 1998*)

3) Η φάση του κύριου επεισοδίου της ημικρανίας μπορεί να διαρκέσει στους ενηλίκους από 4 έως και 72 ώρες και στα παιδιά από 1 έως 48 ώρες . Εμφανίζεται οποιαδήποτε στιγμή του 24ώρου αν και πιο συχνά παρατηρείται τις πρωινές ώρες . Σε κάποιες περιπτώσεις ξυπνά τον ασθενή από τον ύπνο του την αυγή . Η ένταση του πόνου μπορεί να κυμαίνεται από ενοχλητικός (μέτριος) έως εξουθενωτικός και είναι ρυθμικός ή συσφιχτικός , σαν

μία ταινία γύρω από το κεφάλι. Η φυσική δραστηριότητα ή η απλές κινήσεις του κεφαλιού επιβαρύνουν συνήθως τον πόνο και οι ασθενείς θέλουν να ξαπλώσουν σε ένα σκοτεινό και ήσυχο δωμάτιο. Τα άκρα του ημικρανικού σε αυτή την φάση είναι συνήθως κρύα και υγρά και μπορεί να υπάρχουν και λιποθυμικές τάσεις. Η συχνότητα των κρίσεων ποικίλει από λίγες ημέρες καθόλη την διάρκεια της ζωής έως αρκετές φορές την εβδομάδα.

4) Η φάση της αποδρομής του επεισοδίου της ημικρανίας κατά την οποία ο ασθενής νιώθει συνήθως κουρασμένος αδιάθετος, με καταθλιπτική διάθεση και συνεχίζει να έχει αδυναμία συγκέντρωσης και ανορεξία. Υπάρχουν βέβαια και οι εξαιρετικές περιπτώσεις κάποιων ημικρανικών που μετά την κρίση νιώθουν μια παράξενη ευφορία ή ανανέωση.

Τα αίτια της ημικρανίας σύμφωνα με μία από τις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί, αλλά ελέγχεται σήμερα, αποδίδονται συνοπτικά σε διαταραχές του αγγειακού τόνου των αρτηριών που αιματώνουν τον εγκέφαλο. Λόγω μακροχρόνιας συγκινησιακής φόρτισης ή παρατεταμένου άγχους, κάνουν αντανακλαστικό αγγειοσπασμό προκαλώντας ισχαιμία τμημάτων του εγκεφάλου. Έπειτα εξαιτίας της ισχαιμίας, προκαλείται αντανακλαστική χάλαση των συσπασμένων αγγείων, τα οποία αδυνατούν να διατηρήσουν τον αγγειακό τους τόνο για χρονικά διαστήματα από 24 έως και 48 ώρες. Αυτή η παρατεταμένη διάταση των αγγειακών τοιχωμάτων με την ενδοαγγειακή πίεση και τις έντονες σφύξεις, υποτίθεται ότι προκαλούν τον πόνο της ημικρανίας (Guyton & Hall, 1997).

Επίσης υπάρχουν και άλλες αιτιολογικές θεωρίες, όπως αυτή που αποδίδει την ημικρανία σε επέκταση της καταστολής του εγκεφαλικού φλοιού. Στην περίπτωση αυτή έχουμε καταστολή της νευρολογικής δραστηριότητας σε μια περιοχή του φλοιού, η οποία προκαλεί την απελευθέρωση φλεγμονωδών "μεσολαβητών" και οδηγεί σε ερεθισμό κρανιακών νευρικών ριζών και πιο ειδικά του τριδύμου νεύρου, το οποίο νευρώνει το πρόσωπο και μεγάλο μέρος του κεφαλιού.

Τέλος, υπάρχει μία θεωρία που αποδίδει την ημικρανία σε ψυχολογικές ανωμαλίες και αγγειοσπασμό, ο οποίος προκαλείται από τοπική περίσσεια καλίου στο εξωκυττάριο υγρό του εγκεφάλου (Guyton & Hall, 1997).

Οι εκλυτικοί ή προδιαθεσικοί παράγοντες της ημικρανίας μπορούν να είναι περιβαλλοντικής , συμπεριφορικής , φλεγμονώδους , διαιτητικής , χημικής ή ορμονικής προελεύσεως και συνοπτικά είναι οι ακόλουθοι : άγχος , συγκίνηση , κατάθλιψη , σοκ, διέγερση , σωματική και ψυχική κόπωση , παρατεταμένη θέα τηλεόρασης ή κινηματογράφου , θόρυβος , αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος , απότομη εναλλαγή καιρικών συνθηκών , ορισμένες τροφές όπως σοκολάτα , τυρί , εσπεριδοειδή , αλκοόλ , αφυδάτωση , έλλειψη καφεΐνης , παρατεταμένη έλλειψη τροφής , ανώμαλα γεύματα, έμμηνος ρύση & προεμμηνορυσιακό σύνδρομο (Μαλλιάρης,1998)

Σε γενικές γραμμές , η ημικρανία προσβάλλει περισσότερο τον γυναικείο πληθυσμό , αρχίζει συνήθως στην εφηβεία , εξαφανίζεται στη εγκυμοσύνη και σταματά στην μέση ηλικία και ειδικότερα στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση (Μαλλιάρης,1998)

Η θεραπεία της ημικρανίας περιλαμβάνει δύο ειδών προσεγγίσεως , την προληπτική και την συμπτωματική .

Στην πρώτη περίπτωση ο ασθενής πριν να παρουσιάσει κρίση ημικρανίας και βασιζόμενος στην "εμπειρία" του , αποφεύγει τους εκλυτικούς παράγοντες και λαμβάνει προληπτικά μια φαρμακευτική αγωγή , σε συστηματική βάση , σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και όχι πάνω από 2-3 φορές την εβδομάδα , ώστε να προλάβει και να περιορίσει την συχνότητα και την βαρύτητα αναμενόμενων κρίσεων . Τέτοια φάρμακα και ουσίες (μη συνταγογραφούμενες) είναι η ασπιρίνη , η ακεταμινοφένη ή παρακεταμόλη, η ιβοπροφένη και η καφεΐνη . Προτείνονται επίσης συνταγογραφούμενες ουσίες όπως οι β'-αναστολείς (προπανολόλη , ατεναλόλη), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπυλίνη , ιμιπραμίνη), αναστολείς ασβεστίου (βεραπαμίλη), αντισυσπαστικά (τοπιραμάτη , γαβαπεντίνη) , συναγωνιστές σεροτονίνης , αλλαντοτοξίνη (botox) και κορτικοστεροειδή (Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας , 2005).

Στην δεύτερη περίπτωση όταν έχει ήδη εκδηλωθεί η ημικρανία και δεν έχουν βοηθήσει τα Μ.Σ.Α.Φ. συνταγογραφούνται φάρμακα όπως οι τριπτάνες και οι εργοταμίνη. Οι τριπτάνες ανήκουν στους λεγόμενους ανταγωνιστές της σεροτονίνης και συνδέονται κατευθείαν με τους αντίστοιχους υποδοχείς στο τρίδυμο νεύρο εμποδίζοντας έτσι την δημιουργία φλεγμονής και συνεπώς την

μετάδοση του πόνου . Η εργοταμίνη είναι ένα φάρμακο που ανακαλύφθηκε το 1920 και μαζί με την δεϋδροεργοταμίνη είναι αλκαλοειδή παράγωγα του μύκητα *Claviceps purpurea* τα οποία βοηθούν στην ημικρανική κρίση μέσω της συστολής των διασταλμένων αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου και ρυθμίζοντας την σεροτονίνη .

Η λήψη των παραπάνω φαρμακευτικών ουσιών πρέπει να γίνεται πάντα με ιατρική συνταγή και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη ότι αντενδείκνυται η χορήγηση τους σε περιπτώσεις με ιστορικό καρδιοπάθειας , κυνάγχης , υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου . Ειδικότερα η εργοταμίνη δεν θα πρέπει να χορηγείται σε άτομα με διαταραχές στην λειτουργία του ήπατος , των νεφρών , σε εγκυμονούσες , στον θηλασμό και σε παιδιά (*E.O.Φ. , 1997*).

Εκτός από τα φαρμακευτικά μέσα αντιμετώπισης της ημικρανίας , υπάρχει και μια σειρά προτεινομένων μη φαρμακευτικών , εναλλακτικών τρόπων ανακούφισης του προβλήματος , είτε σε προληπτικό , είτε σε συμπτωματικό επίπεδο . Συνοπτικά οι προτεινόμενες λύσεις είναι οι παρακάτω : θερμά ή ψυχρά επιθέματα ή ντους στην περιοχή του κεφαλιού , κατάκλιση σε ήσυχο και σκοτεινό χώρο , καθημερινή φυσική άσκηση (15 – 20´) , μασάζ , φυσιοθεραπεία (μείωση συχνότητας & έντασης ημικρανικών κρίσεων) , εφαρμογή χειροπρακτικών τεχνικών από ειδικούς [*Tuchin PJ. , (2000) , Bronfort G. , (2001) , Bronfort G. , (2004)] , λήψη διατροφικών συμπληρωμάτων και βοτάνων (κιτρικό μαγνήσιο , ριβοφλαβίνη , συνένζυμο Q 10, κάνναβη-όχι χωρίς έλεγχο) , βελονισμός, διαλογισμός , αυτό-ύπνωση , υπνοθεραπεία , βιοανάδραση (biofeedback) , οσμοθεραπεία (κατά προτίμηση μυρωδιά μήλου ή λεβάντας) και ομοιοπαθητική (*Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας , 2005*).*

Η ομοιοπαθητική αν και κάνει χρήση του λεγομένου ομοιοπαθητικού φαρμάκου στις θεραπευτικές της προσεγγίσεις , συμπεριλαμβάνεται στην παραπάνω λίστα , λόγω του εναλλακτικού της χαρακτήρα και της διαφορετικής, από την "συμβατική" ιατρική , θεώρησης προβλημάτων υγείας όπως η ημικρανία .

Ομοιοπαθητική – Πληροφορίες

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το ιατρικό λεξικό *Dorland's (1997)* η ομοιοπαθητική είναι ένα σύστημα θεραπευτικής το οποίο βασίζεται στην χορήγηση ελαχίστων δόσεων φαρμάκου, ικανών να προκαλέσουν συμπτώματα, σε υγιείς οργανισμούς, παρόμοια με εκείνα που προκαλεί η υπό θεραπεία νόσος.

Πιο ειδικά η ομοιοπαθητική είναι μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και αρχές που αναλύονται στη συνέχεια.

Θεμελιωτής της ομοιοπαθητικής, ήταν ο Γερμανός γιατρός Samuel Hahnemann (1755 – 1843). Ο όρος "ομοιοπαθητική" προέρχεται από την ελληνική γλώσσα, είναι σύνθετος από τις λέξεις "όμοιος" και "πάθος" και περιγράφει συνοπτικά την βασική αρχή της ομοιοπαθητικής, τον λεγόμενο "νόμο των ομοίων", για τον οποίο κάνει λόγο ο Hahnemann στο σύγγραμμα του "*Όργανον της Θεραπευτικής Τέχνης*" (1810) με την λατινική φράση "similia similibus curentur", δηλαδή ότι τα όμοια θεραπεύονται με τα όμοια. Πολύ πριν τον Hahnemann, πρώτος ο Ιπποκράτης και μετά όλοι οι υπόλοιποι (π.χ. ο Παράκελσος), διατύπωσε το "νόμο των ομοίων" ως εξής: "δια τα όμοια νόσος γίνεται και δια τα όμοια προσφερόμενα εκ νοσεύοντων υγιαίνονται δια του εμέειν έμετος παύεται" (Ιπποκράτης "Περί τόπων των κατά άνθρωπων"). Αυτό σημαίνει ότι μία νόσος με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, είναι δυνατόν να θεραπευθεί με την χορήγηση μίας φαρμακευτικής ουσίας, η οποία χορηγούμενη σε υγιή άτομα έχει παρατηρηθεί ότι προκαλεί συμπτώματα όμοια, δηλαδή ένα "όμοιο πάθος", με της νόσου.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα ομοιοπαθητικού φαρμάκου, είναι η περίπτωση της δακτυλίτιδας (*Digitalis purpurea*) που ενώ στην "συμβατική" ιατρική χρησιμοποιείται στο να καταστέλλει επεισόδια παροξυσμικής υπερκοιλιακής ταχυκαρδίας (κολπικής μαρμαρυγής), στην ομοιοπαθητική, ακριβώς λόγω αυτών των ιδιοτήτων της, θα χρησιμοποιηθεί για την θεραπεία περιπτώσεων βραδυκαρδίας, με πολύ αδύναμο σφυγμό, λιποθυμικές τάσεις, ανώμαλη αναπνοή, εξάντληση, ανορεξία, τάση προς έμετο που όταν συμβεί δεν

ανακουφίζει τη ναυτία , ευαισθησία στο επιγάστριο , κρύο δέρμα κτλ.(Harrison,1982). Με άλλα λόγια, "εάν η ομοιοπαθητική χρησιμοποιούσε τα χημικά φάρμακα της συμβατικής ιατρικής θα τα χορηγούσε με βάση τις παρενέργειές τους!" (Βυθούλκας Γ, 2005).

Η ομοιοπαθητική λοιπόν , παρατηρεί τα συμπτώματα (π.χ. τον πυρετό) που αναπτύσσει ο ασθενής οργανισμός , καθώς θεωρεί ότι αποτελούν έκφραση του πολύπλοκου αμυντικού μηχανισμού τον οποίο διαθέτει , έναντι του παθογόνου παράγοντα και προσπάθεια αποκατάστασης της χαμένης ισορροπία του . Μάλιστα ο Hahnemann αποκαλούσε τον αμυντικό μηχανισμό "ζωτική δύναμη" (vital force), θέλοντας να δείξει ότι οι ενέργειες και οι αντιδράσεις κάθε ανθρώπινου όντος συνολικά (δηλ. από το πνευματικό , ψυχικό & φυσικό επίπεδο), επιβλέπονται και συντονίζονται από αυτή την "ευφυή δύναμη" (intelligent force) . Έτσι χορηγώντας μια ουσία με ομοιότητες στην παθογένεια της , έναντι των συμπτωμάτων της ασθένειας , ουσιαστικά ενεργοποιούμε και ενισχύουμε την αμυντική προσπάθεια του οργανισμού (Βυθούλκας Γ, 2005).

Λαμβάνοντας από τον κάθε ασθενή ένα πολύπλευρο και λεπτομερές ιστορικό , ο ομοιοπαθητικός βρίσκει το "ομοιότερο" από πλευράς συμπτωμάτων φάρμακο για την περίπτωση . Η επιλογή του φαρμάκου αρχικά γινόταν με την χρήση του βασικού συγγράμματος ομοιοπαθητικής φαρμακολογίας που ονομάζεται "Materia Medica Pura" και περιέχει καταγεγραμμένα με λεπτομερή ακρίβεια τα λεγόμενα "provings" ή "αποδείξεις" (συμπτωματολογία) διαφόρων ουσιών . Αυτά προέρχονται, είτε από δοκιμαστικές χορηγήσεις σε υγιή άτομα και των δύο φύλων , σε αυξανόμενες δόσεις , αλλά όχι πέρα από τα υποτοξικά επίπεδα , είτε από τα καταγεγραμμένα συμπτώματα των ουσιών από την τοξικολογία . Ο σύγχρονος επιστημονικός ορισμός των "provings" είναι : "Homeopathic Pathogenetic Trials" και πρόκειται για κλασσικές διπλές τυφλές μελέτες των συμπτωμάτων που παράγονται σε υγιείς οργανισμούς από την χορήγηση υποτοξικών δόσεων, έναντι του placebo. (G.Dominici και συνεργάτες 2006). Οι σύγχρονοι ομοιοπαθητικοί , έχουν στην διάθεση τους μια πολύ πιο εύχρηστη και εξελιγμένη , ηλεκτρονική μορφή αυτού του αρχικού συγγράμματος , για την επιλογή "του ενός και μοναδικού" φαρμάκου που είναι το καταλληλότερο στην ξεχωριστή περίπτωση του κάθε ασθενούς και όχι σε μια ασθένεια γενικά . Η

μοναδικότητα του φαρμάκου , η ολιστική προσέγγιση και η απόλυτη εξατομίκευση της θεραπείας , αφού σύμφωνα με την ομοιοπαθητική “δεν υπάρχουν ασθένειες αλλά ασθενείς”, αποτελούν επίσης βασικές αρχές της ομοιοπαθητικής (Βυθούλκας Γ, 2005).

Άλλο ένα βασικότατο κεφάλαιο στην ομοιοπαθητική , είναι το ίδιο το φάρμακο με το οποίο γίνεται η θεραπεία . Εδώ τα πράγματα είναι πολύ διαφορετικά συγκριτικά με τα όσα γνωρίζουμε από την “συμβατική” ιατρική και φαρμακολογία . Το ομοιοπαθητικό φάρμακο περιέχει απειροελάχιστη δοσολογία της δραστικής ουσίας , υπεραραιωμένη μέσα σε μη πολικό διαλύτη (νερό, οινόπνευμα) και δυναμοποιημένη (μέσω κρούσης – φαρμακοτεχνική μέθοδος) . Όσο μεγαλύτερη είναι η αραιώση και η δυναμοποίηση τόσο πιο “ισχυρό” γίνεται το φάρμακο . Σε αρκετές περιπτώσεις όταν η αραιώση της δραστικής ουσίας είναι τόσο μεγάλη ώστε να ξεπερνά και τον αριθμό Avogadro ($6,022 \times 10^{23}$), η ουσία δεν ανιχνεύεται πια μοριακά μέσα στο φάρμακο , έτσι δεν μιλάμε πια για υλική αλλά για ενεργειακή υπόσταση του φαρμάκου .

Από νομικής πλευράς ωστόσο, «ως ομοιοπαθητικό φαρμακευτικό προϊόν νοείται κάθε προϊόν που παρασκευάζεται με την μέθοδο της ομοιοπαθητικής παρασκευής που περιγράφεται στην Ευρωπαϊκή Φαρμακοποιία» ανήκει δε στα «γαληνικά σκευάσματα». (ΦΕΚ Β'918-14/12/94, Αριθμ. Υ6α/7881)

Αυτό ακριβώς το στοιχείο , δηλαδή του μη μοριακού φαρμάκου , είναι που δεν γίνεται ευρέως αποδεκτό από την “συμβατική” ιατρική , η οποία ενίοτε το χαρακτηρίζει ως “placebo effect” και αποδίδει την δράση του σε αυθυποβολή του ασθενούς από τον θεραπευτή . Έναντι αυτών των ισχυρισμών, η ομοιοπαθητική θέτει δύο βασικά θέματα προς απάντηση : 1^ο) αφού το ομοιοπαθητικό φάρμακο δεν είναι τίποτα άλλο πέρα από ένα “placebo effect” , πως δικαιολογείται , μετά την λήψη του , η εμφάνιση επιδείνωσης στην κλινική κατάσταση του ασθενούς , της λεγόμενης “θεραπευτικής κρίσης” (aggravation) , η οποία αποτελεί αναμενόμενο και θετικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της ομοιοπαθητικής αγωγής και 2^ο) αφού η δράση του ομοιοπαθητικού φαρμάκου βασίζεται σε αυθυποβολή , γιατί τα καλύτερα αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής παρουσιάζονται σε μωρά , μικρά παιδιά και ζώα (Βυθούλκας Γ, 2005)

Ένα ακόμα επιχείρημα το οποίο διατυπώνεται έναντι της ομοιοπαθητικής από την “συμβατική” ιατρική, είναι ότι η αποτελεσματικότητα και η διαφοροποίηση της από την placebo δράση, δεν διαπιστώνεται ξεκάθαρα με πειραματικές ερευνητικές μελέτες όπως συνηθίζεται στα πλαίσια της “βασισμένης σε αποδείξεις ιατρικής” (evidence based medicine).

Οι ομοιοπαθητικοί από την πλευρά τους, απαντούν λέγοντας ότι για να μπορέσει η ομοιοπαθητική θεραπεία να τεκμηριωθεί ερευνητικά, θα πρέπει να γίνει απόλυτα κατανοητό από τους ερευνητές ότι οι κανόνες της ερευνητικής μεθοδολογίας που ακολουθούνται στα πλαίσια της “συμβατικής” ιατρικής για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, δεν μπορούν να ισχύσουν και στην περίπτωση της ομοιοπαθητικής, κυρίως λόγω της αυστηρής εξατομίκευσης που είναι απαραίτητη για την επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου για τον κάθε ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι αν θέλουμε για παράδειγμα να μελετήσουμε την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής στην θεραπεία της κεφαλαλγίας και σχεδιάσουμε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη έρευνα όπου οι μισοί ασθενείς θα λάβουν placebo αγωγή και οι άλλοι μισοί ομοιοπαθητική, τότε θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι το φάρμακο που θα χορηγηθεί από τον ομοιοπαθητικό, θα γίνει με βάση τα συνολικά συμπτώματα και ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του ασθενούς και όχι με κριτήριο το κοινό πρόβλημα της κεφαλαλγίας. Άρα μεταξύ π.χ. 10 ασθενών της ίδιας έρευνας, μπορεί να χορηγηθούν και 10 διαφορετικά σκευάσματα.

Αναζητώντας τώρα στοιχεία προς επιστημονική τεκμηρίωση της ομοιοπαθητικής θεραπείας, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν αρκετές ερευνητικές εργασίες εκ των οποίων άλλες καταλήγουν σε θετικά και άλλες σε αρνητικά συμπεράσματα. Βέβαια η ερευνητική ενασχόληση με την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να συγκριθεί με αυτή της “συμβατικής” ιατρικής, τόσο από πλευρά ποσότητας όσο και από την πλευρά της ερευνητικής ποιότητας. Αυτό συμβαίνει πιθανότατα λόγω μειωμένων διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την πραγματοποίηση τέτοιων ερευνών ή ακόμα και λόγω λανθασμένων εντυπώσεων και προκαταλήψεων έναντι της ομοιοπαθητικής.

Μερικά ενδεικτικά παραδείγματα , θετικών ερευνών για την ομοιοπαθητική θεραπεία , είναι 1^{ov}) του *T.E. Whitmarsh (1997)* σχετικά με την θεραπεία της ημικρανίας από το *“Journal of alternative and complementary medicine”* , 2^{ov}) του *J. Lamont (1997)* από το *“British Homeopathic Journal”* σχετικά με την θεραπεία των προβλημάτων επικέντρωσης της προσοχής στα παιδιά , 3^{ov}) των *K. H. Friese , S. Kruse, H. Moeller (1997)* σχετικά με την θεραπεία της οξείας μέσης ωτίτιδας σε παιδιά από το περιοδικό *“Biomedical Therapy”*, 4^{ov}) των *K. Linde, N. Clausius, G. Ramirez, et al (1997)* μια μετανάλυση από το περιοδικό *Lancet* , σχετικά με το ερώτημα “είναι τα κλινικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής “placebo effects” ή όχι ;” και 5^{ov}) μία ακόμη μετανάλυση κλινικών μελετών σχετικά με την ομοιοπαθητική θεραπεία , των *J. Kleijnen, P. Knipschild & G. ter Riet (1991)* από το περιοδικό *British Medical Journal* , η οποία καταλήγει επίσης σε θετικές διαπιστώσεις.

Επιπλέον , υπάρχει αρκετή “βασική έρευνα”, η οποία προέρχεται και από άλλες επιστήμες , εκτός ιατρικής και αναφέρεται κυρίως στις ιδιότητες και την δράση των υπεραραιωμένων και δυναμοποιημένων ομοιοπαθητικών διαλυμάτων .Έτσι σύμφωνα με την έρευνα του *Louis Rey* (Ελβετός χημικός) , η οποία δημοσιεύθηκε στο περιοδικό *“Physica A” (2003)*, υδατικά διαλύματα υπεραραιωμένων ουσιών στα οποία δεν υπάρχει πια μοριακά ανιχνεύσιμη η αρχική ουσία , παρουσιάζουν διαφορές στην διάταξη των υδρογονικών δεσμών τους συγκριτικά με το νερό στο οποίο δεν υπεραραιώθηκε κάποια ουσία . Κατά τον *Rey* λοιπόν το νερό έχει την ιδιότητα να κρατά ένα είδος “μνήμης” το οποίο είναι διαφορετικό για την κάθε ουσία . Άλλη μία πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα , οποία είχε προκαλέσει εντονότερες αντιδράσεις με την δημοσιοποίηση της , είναι του γάλλου ανοσολόγου *J. Benveniste* στο περιοδικό *“Nature” (1988)*, ο οποίος ισχυρίστηκε ότι ένα διάλυμα που περιείχε αντισώματα , μπορεί και επηρεάζει τα λευκά αιμοσφαίρια ακόμα και όταν τα διαλυμένα αντισώματα δεν υφίστανται πια μοριακά , καθώς τα αντισώματα έχουν αφήσει το “ίχνος” τους στην μοριακή δομή του διαλύματος . Τέλος στα ίδια πλαίσια κινείται και η πρόσφατη έρευνα των *R. Roy , W.A. Tiller , I. Bell & M. R. Hoover* από το περιοδικό *“Materials Research Innovations” (2005)* όπου γίνεται λόγος για πιθανή συσχέτιση με την ομοιοπαθητική θεραπεία και τον τρόπο δράσης των

ομοιοπαθητικών φαρμάκων , των παρατηρουμένων δομικών αλλαγών του νερού από ουσίες που το χρησιμοποίησαν ως διαλυτικό μέσο . (βλέπε παράρτημα για την στερεοχημική εικόνα των μορίων νερού από την εργασία του R. Roy)

Επιπλέον η ομοιοπαθητική πρακτική φαίνεται από τα αποτελέσματα αρκετών οικονομετρικών μελετών να είναι "συμπερότερη" και από οικονομικής απόψεως . Αν και ο χρόνος που απαιτείται για την λήψη ενός ομοιοπαθητικού ιστορικού είναι περισσότερος συγκριτικά με την "κλασσική" ιατρική πράξη , εντούτοις οι ασκούντες την ομοιοπαθητική ιατρική , διαπιστώθηκε ότι παρακολουθούν λιγότερους αριθμητικά ασθενείς και συνταγογραφούν λιγότερα και φτηνότερα (ομοιοπαθητικά) φαρμακευτικά σκευάσματα και εργαστηριακές εξετάσεις . Αυτό για ένα εθνικό σύστημα υγείας σημαίνει μια σαφή μείωση δαπανών – γεγονός απολύτως επιθυμητό. Επίσης διαπιστώνεται ότι υπάρχει κέρδος και ως προς την απώλεια εργατοωρών στους ακολουθούντες ομοιοπαθητική αγωγή – περίπου 3,5 φορές μικρότερο ποσοστό απωλειών σε σχέση με την κλασσική ιατρική . Αυτό το μειωμένο ποσοστό απουσιών από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας , θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι ένας θετικός δείκτης του ποιοτικού επιπέδου ζωής και αποδοτικότητας του ατόμου , στους καθημερινούς κοινωνικούς "ρόλους" του (γονέας , σύντροφος , εργαζόμενος κτλ.) και παρουσιάζει θετική επίδραση στην ψυχολογική του ισορροπία . Ενδεικτικές έρευνες των ανωτέρω αποτελεσμάτων είναι οι ακόλουθες : 1) *Jacobs J & συνεργάτες , (1998)* , 2) *Jacobs J, Smith N, (1996)* , 3) *Gerhard I & συνεργάτες , (1991)* , 4) *French Government Report : Social Security Statistics , (1991)* , 5) *Swayne J, Feldhaus W, (1992)* και 6) *Caisse National de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaris , (1996)*.

Επίσης υπάρχουν και έρευνες με αρνητικό αποτέλεσμα για την ομοιοπαθητική θεραπεία όπως οι εξής : 1^{ov}) αυτή που δημοσιεύθηκε στο "*Clinical Journal of Pain*" (1998) από τους *A.J. Vickers , P. Fisher , C. Smith , et al.* σχετικά με την αποκατάσταση μυϊκών κακώσεων μετά από τρέξιμο μεγάλων αποστάσεων , 2^{ov}) *H. Walach , W. Haeusler , T. Lowes , et al. (1997)* στο περιοδικό "*Cephalalgia*" σχετικά με την θεραπεία της χρόνιας κεφαλαλγίας , 3^{ov}) *M. Shipley , H. Berry , G. Broster et al. (1983)* στο περιοδικό *Lancet* σχετικά με την θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας και 4^{ov}) η πιο πρόσφατη έρευνα στο

περιοδικό *"The Lancet"* (2005) από μια ομάδα ερευνητών σχετικά με την δράση της ομοιοπαθητικής θεραπείας ως placebo ή μη .

Συνοψίζοντας , μπορούμε να πούμε ότι η διαφορά μεταξύ της "συμβατικής" ιατρικής αντιμετώπισης και της ομοιοπαθητικής έγκειται στον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας . Η πρώτη θέτει ως στόχο, την καταπολέμηση του νοσογόνου παράγοντα (π.χ. του μικροβίου), τον οποίο θεωρεί και την βασική αιτία της ασθένειας , καταστέλλοντας τα συμπτώματα , ενώ η ομοιοπαθητική προσπαθεί να κινητοποιήσει και να ενδυναμώσει την "ασθενή" άμυνα του οργανισμού ώστε να μην είναι ευάλωτος , αλλά ισορροπημένος και ικανός να καταπολεμήσει οποιαδήποτε διαταραχή προκληθεί από κάποιο νοσογόνο παράγοντα .

Τέλος , θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η ομοιοπαθητική δεν αποτελεί μια ανταγωνιστική και ακυρωτική ως προς την "συμβατική" θεραπεία επιλογή , αλλά μια εναλλακτική λύση στα πλαίσια της λογικής και βάσει συγκεκριμένων κανόνων . Παρεμβαίνει σε περιπτώσεις αρχικών σταδίων μίας νόσου, όπου η "βλάβη" του οργανισμού έχει ακόμα λειτουργικό χαρακτήρα και η "συμβατική" ιατρική δεν μπορεί να προσφέρει κάτι . Με την επιλογή του σωστού ομοιοπαθητικού φαρμάκου μπορεί να σταματήσει την ανάπτυξη και εξέλιξη της νόσου . Σε προχωρημένες καταστάσεις – τελικά στάδια όμως , όταν η νόσος έχει μια εκφυλιστική πορεία , είναι καταλληλότερη η "συμβατική" ιατρική με τα χημικά φάρμακα που διαθέτει , καθώς μπορεί να καταστείλει τον πόνο και γενικά το "υποφέρειν" του ασθενούς . (Βυθούλκας Γ, 2005) .

B' ENOTHTA

Στην Α' ενότητα έγινε μία όσο το δυνατόν κατατοπιστικότερη παρουσίαση των ζητημάτων της κεφαλαλγίας, ημικρανίας και της ομοιοπαθητικής θεραπείας, τα οποία αποτελούν τους δύο βασικούς άξονες του θέματος αυτής της εργασίας. Στην ενότητα Β' παρουσιάζεται το ερευνητικό υλικό το οποίο αποτέλεσε την βάση και την αφορμή για την διατύπωση της ερευνητικής πρότασης, η οποία παρουσιάζεται επίσης στο τέλος αυτής της ενότητας.

Ομοιοπαθητική θεραπεία της ημικρανίας σε ενήλικες

Στα πλαίσια του ιατρείου κεφαλαλγίας του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Γ. Γεννηματάς", το οποίο ανήκει στην νευρολογική κλινική του παραπάνω νοσοκομείου και διευθύνεται από την κα. Καραγεωργίου Κλημεντίνη – νευρολόγο, πραγματοποιήθηκε το 2005 μια προοπτική έρευνα παρατηρήσεως (observational prospective study), σχετικά με την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ομοιοπαθητικής θεραπείας, σε ασθενείς με ιστορικό ημικρανίας, οι οποίοι παρακολουθούνται από το συγκεκριμένο ιατρείο. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, ανακοινώθηκαν το Απρίλιο του 2006 στο 8^ο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ομοσπονδίας Κεφαλαλγίας στην Βαλένθια της Ισπανίας και όπως έχει αναφερθεί και στην αρχή της εργασίας, δημοσιεύτηκε και στο ειδικό ξένο περιοδικό "The Journal of Headache and Pain" τον Απρίλιο του 2006 (Κυβέλλος Σ, 2006).

Πιο αναλυτικά τα στοιχεία και τα αποτελέσματα του παραπάνω ερευνητικού πρωτοκόλλου έχουν ως εξής:

- **Σκοπός έρευνας :** Διερεύνηση και τεκμηρίωση της προληπτικής και θεραπευτικής δράσης της ομοιοπαθητικής θεραπείας στην ημικρανία με την εφαρμογή των αρχών της "κλασσικής" ομοιοπαθητικής (επιλογή του κατάλληλου "ενός και μοναδικού" φαρμάκου στην περίπτωση του κάθε ασθενούς)

- Υλικό και μέθοδος :** Παρακολούθηση 42 ασθενών του ιατρείου κεφαλαλγίας, οι οποίοι προσέρχονταν στο ιατρείο κεφαλαλγίας την ημέρα που λειτουργούσε το ομοιοπαθητικό τμήμα, οπότε είχαν την δυνατότητα να λάβουν ομοιοπαθητική αγωγή για το πρόβλημα της ημικρανίας τους, από τον ομοιοπαθητικό ιατρό του ιατρείου κεφαλαλγίας, σύμφωνα με τις αρχές που ορίζονται από την Διεθνή Ακαδημία Κλασσικής Ομοιοπαθητικής Θεραπείας και τον πρόεδρο της Γ. Βυθούλκα. Παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας των ασθενών για ένα έτος και αξιολόγηση της κλινικής τους εικόνας τόσο από τον ομοιοπαθητικό ιατρό, όσο και από τον νευρολόγο του ιατρείου κεφαλαλγίας, κατά την έναρξη (baseline), μετά από 6 μήνες και μετά από 12 μήνες θεραπείας. Συγκεκριμένα, μετρήθηκε και αναλύθηκε τόσο η βαρύτητα και η ένταση της ημικρανίας, όσο και η επίπτωση των κρίσεων στην ποιότητα ζωής του ασθενούς.
- Αποτελέσματα :** Από τους 42 ασθενείς, οι 36 (13 άντρες και 23 γυναίκες) κρίθηκε ότι έπρεπε να ακολουθήσουν μόνο ομοιοπαθητική θεραπεία μέχρι και την ολοκλήρωση της μελέτης, ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς δεν εντάχθηκαν στη μελέτη, διότι έλαβαν παράλληλα ομοιοπαθητική και συμβατική θεραπεία, λόγω της μακρόχρονης λήψης της δεύτερης. Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν στο εύρος 34 ± 12 χρόνων. Στην έναρξη της έρευνας (baseline), το "σκορ" που σημείωσαν στο ειδικό τεστ αξιολόγησης της επίπτωσης της ημικρανίας (HIT-6 -Headache Impact Test), το οποίο παρατίθεται στη συνέχεια της εργασίας, ήταν 65 ± 4 . Σαν τελικό αποτέλεσμα θεραπείας, το HIT-6, μετρήθηκε με την στατιστική μέθοδο Wilcoxon signed ranks test στους έξι και στους δώδεκα μήνες θεραπείας. Τα αποτελέσματα του τεστ στους έξι μήνες θεραπείας ήταν 48 ± 8 ($P < 0.001$) σε σχέση με την έναρξη της θεραπείας (baseline) και στους δώδεκα μήνες ήταν 41.2 ± 7 ($P < 0.001$) σε σχέση με την αξιολόγηση που έγινε στους έξι μήνες της θεραπείας.

Σε 18 ασθενείς της έρευνας, είχε πριν την έναρξη τους στην έρευνα, χορηγηθεί άλλη αγωγή για την ημικρανία (π.χ. αντιεπιληπτικά ή αντικαταθλιπτικά) χωρίς να φανούν όμως σημεία βελτίωσης στο πρόβλημα τους. Η διαφορά του HIT-6 στους έξι και δώδεκα μήνες μεταξύ αυτών που είχαν πάρει ανεπιτυχώς την παραπάνω φαρμακευτική αγωγή και αυτών που

δεν είχαν πάρει κάτι , μετρήθηκε με την στατιστική μέθοδο Mann-Whitney test και τα αντίστοιχα αποτελέσματα της μέτρησης , ήταν : στην αρχή (baseline) 66 ± 3.8 έναντι 64 ± 4 , στους έξι μήνες 51.5 ± 7 έναντι 44.5 ± 7 ($P<0.01$) και στους δώδεκα μήνες 41.6 ± 8 έναντι 40.6 ± 5.3 . (βλέπε παράρτημα-γραφική απεικόνιση).

Στην αξιολόγηση της εντάσεως της ημικρανίας (με την χρήση της λεκτικής αναλογικής κλίμακας – VAS) και της συχνότητας των κρίσεων, παρατηρήθηκε πτώση 72% και 81% αντίστοιχα , μετά από 12 μήνες θεραπείας ($P<0.0001$) και για τις δύο παραμέτρους , σε σχέση με την έναρξη (baseline) της θεραπείας. Επίσης η διάθεση των ασθενών ήταν σταθερά υψηλότερη μετά από 12 μήνες θεραπείας , κατόπιν αξιολόγησης με την λεκτική αναλογική κλίμακα (Verbal Analogue Scale, $P<0.001$) και του τεστ «The W.H.O. five well being index» (βλέπε στη συνέχεια).

Τέλος αναφέρεται ότι παρατηρήθηκε σε ποσοστό 69% του συνολικού δείγματος ασθενών , το φαινόμενο της "θεραπευτικής κρίσης" (aggravation) κατά την έναρξη της ομοιοπαθητικής αγωγής , 33% επανεμφάνιση παλιών προβλημάτων υγείας (π.χ. φλεγμονή , έκζεμα) και 59% προσωρινή συναισθηματική αστάθεια .

- **Συμπεράσματα :** Τα παραπάνω αποτελέσματα , δείχνουν ότι η ομοιοπαθητική είναι μια θεραπευτική προσέγγιση της ημικρανίας , της οποίας τα αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν άνετα με εκείνα που παρουσιάζουν άλλες θεραπείες της ημικρανίας . Διαπιστώνεται ότι είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση περισσότερης επιστημονικής έρευνας επί του θέματος , μέσω σωστά σχεδιασμένων τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (R.C.T.) , οι οποίες θα λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους , τις ιδιαιτερότητες της ομοιοπαθητικής θεραπείας .

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ HIT-6™ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥ



Αυτό το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε για να σας βοηθήσει να περιγράψετε και να κάνετε γνωστό στους άλλους το πώς νιώθετε και τι δεν μπορείτε να κάνετε λόγω των πονοκεφάλων.

Για να το συμπληρώσετε, παρακαλούμε σημειώστε ένα X για κάθε ερώτηση.

1	Όταν έχετε πονοκέφαλο, πόσο συχνά ο πόνος είναι δυνατός;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
2	Πόσο συχνά οι πονοκέφαλοι περιορίζουν την ικανότητά σας να κάνετε συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες όπως το νοικοκυριό, τη δουλειά σας, τις σπουδές ή τις κοινωνικές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
3	Όταν έχετε πονοκέφαλο, πόσο συχνά ευχόσαστε να μπορούσατε να ξαπλώσετε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
4	Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, πόσο συχνά νιώσατε πολύ κουρασμένος/η λόγω των πονοκεφάλων σας με αποτέλεσμα να μη μπορείτε να κάνετε τη δουλειά σας ή καθημερινές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
5	Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, πόσο συχνά νιώσατε αγανακτισμένος/η ή εκνευρισμένος/η λόγω των πονοκεφάλων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα
6	Κατά τις 4 τελευταίες εβδομάδες, πόσο συχνά οι πονοκέφαλοι περιόρισαν την ικανότητά σας να συγκεντρωθείτε στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητες;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Πάντα



Για να βγάλετε τη βαθμολογία, προσθέστε τους βαθμούς των απαντήσεων σε κάθε στήλη. Παρακαλούμε δείξτε στο γιατρό σας τη βαθμολογία σας σε αυτό το ερωτηματολόγιο (HIT-6).

Συνολική Βαθμολογία:

Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν μεγαλύτερη επίδραση στη ζωή σας. Το εύρος της βαθμολογίας είναι 36-78.



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΥ

Τι σημαίνει το σκορ σας;

Επιτύχετε 60 ή παραπάνω

Οι πονοκέφαλοι από τους οποίους υποφέρετε επηρεάζουν πολύ σοβαρά τη ζωή σας. Ο πόνος που αισθάνεστε μπορεί να σας καθιστά ανίκανους να κινηθείτε και ενδεχομένως υποφέρετε από άλλα συμπτώματα τα οποία είναι πιο σοβαρά από εκείνα άλλων ανθρώπων που υποφέρουν από πονοκεφάλους. Μην αφήνετε τους πονοκεφάλους σας να σας εμποδίζουν να ευχαριστιέστε τα όμορφα πράγματα της ζωής σας, όπως την οικογένεια, τη δουλειά, τις σπουδές ή τις κοινωνικές σας δραστηριότητες.

Κλείστε ένα ραντεβού **σήμερα** για να συζητήσετε τα αποτελέσματά σας από το τεστ HIT-6 και τους πονοκεφάλους σας με το γιατρό σας.

Επιτύχετε 56 – 59

Οι πονοκέφαλοί σας επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή σας. Ως αποτέλεσμα, ίσως νιώθετε ισχυρό πόνο και άλλα συμπτώματα, που σας κάνουν να χάνετε χρόνο από την οικογένεια, τη δουλειά, τις σπουδές ή τις κοινωνικές σας δραστηριότητες.

Κλείστε ένα ραντεβού **σήμερα** για να συζητήσετε τα αποτελέσματά σας από το τεστ HIT-6 και τους πονοκεφάλους σας με το γιατρό σας.

Επιτύχετε 50 – 55

Οι πονοκέφαλοί σας φαίνεται ότι επηρεάζουν τη ζωή σας σε κάποιο βαθμό. Οι πονοκέφαλοί σας δεν θα πρέπει να σας κάνουν να χάνετε χρόνο από την οικογένεια, τη δουλειά, τις σπουδές ή τις κοινωνικές σας δραστηριότητες.

Μην ξεχάσετε να συζητήσετε τα αποτελέσματα του τεστ HIT-6 και τους πονοκεφάλους σας την επόμενη φορά που θα επισκεφθείτε το γιατρό σας.

Επιτύχετε 49 ή λιγότερο

Οι πονοκέφαλοί σας φαίνεται να επηρεάζουν λίγο έως καθόλου τη ζωή σας την παρούσα στιγμή. Σας προτρέπουμε να κάνετε το τεστ HIT-6 μία φορά το μήνα ώστε να παρακολουθείτε συνεχώς την επιρροή των πονοκεφάλων στη ζωή σας.

Επιτύχετε 50 ή περισσότερο στο HIT-6

Θα πρέπει να ενημερώσετε το γιατρό σας για τα αποτελέσματα. Οι πονοκέφαλοι που δυσκολεύουν τη ζωή σας ίσως είναι ημικρανίες.

Πάρτε το τεστ HIT-6 μαζί σας κατά την επίσκεψη στο γιατρό σας, επειδή οι έρευνες έχουν δείξει ότι όταν οι γιατροί γνωρίζουν ακριβώς σε ποιο βαθμό οι πονοκέφαλοι επηρεάζουν τις ζωές των ασθενών τους, είναι σε θέση να προσφέρουν ένα πιο επιτυχές πρόγραμμα θεραπείας το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει και φαρμακευτική αγωγή.

Το HIT υπάρχει και στο Internet στη διεύθυνση www.headachetest.com.

Η έκδοση του Internet σας δίνει τη δυνατότητα να τυπώσετε μια προσωπική έκθεση των αποτελεσμάτων σας, καθώς και μια ειδική αναλυτική έκδοση για το γιατρό σας.

Μην ξεχάσετε να κάνετε ξανά το τεστ HIT-6 ή να δοκιμάσετε την έκδοση που υπάρχει στο Internet ώστε να παρακολουθείτε συνεχώς την πρόοδό σας.

Σχετικά με το HIT

Το τεστ επιρροής πονοκεφάλων (Headache Impact Test, HIT) είναι ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επιρροής των πονοκεφάλων στην ικανότητά σας να λειτουργήσετε στη δουλειά σας, στις σπουδές σας, στο σπίτι και σε κοινωνικές περιστάσεις. Το σκορ σας δείχνει την επιρροή των πονοκεφάλων στην καθημερινή σας ζωή και στις ικανότητες λειτουργίας σας. Το HIT καταρτίστηκε από μια διεθνή ομάδα νευρολόγων και παθολόγων ειδικών στους πονοκεφάλους σε συνεργασία με τους ψυχομετρικούς που κατάρτισαν το εργαλείο αξιολόγησης υγείας SF-36®.

Το HIT δεν προορίζεται για παροχή ιατρικών συμβουλών σχετικά με ιατρικές διαγνώσεις ή θεραπεία. Θα χρειαστεί να μιλήσετε με τον γιατρό σας για συμβουλές σχετικά με την κατάστασή σας.

SF-36® είναι σήμα κατατεθέν της Medical Outcomes Trust και John E. Ware, Jr.

The World Health Organisation (WHO) Five Well-being Index

Overview :

The World Health Organisation (WHO) Five Well-being Index is a brief self-rating screening instrument for depression (the "five" refers to the number of items) . It is designed to be used in primary care settings, to perform routine screening or to evaluate patients when the clinical presentation triggers the suspicion of depression.

NOTE: This content was prepared by J. de Waard (jdewaard@bart.nl).

Components: 5 questions

Over the last two weeks:

- (1) I have felt cheerful and in good spirits.
- (2) I have felt calm and relaxed.
- (3) I have felt active and vigorous.
- (4) I woke up feeling fresh and rested.
- (5) My daily life has been filled with things that interest me.

Responses for all 5 Statements

	Points
all of the time	5
most of the time	4
more than half of the time	3
less than half of the time	2
some of the time	1

at no time (never)

0

total raw score =

= SUM(points for all 5 items)

adjusted total score to range from 0 to 100 =

= (total raw score) * 4

Interpretation:

minimum score: 0

maximum score: 25

0 represents the worst possible and 25 represents the best possible quality of life.

The adjusted total score indicates the percentage of the best possible quality of life that the patient is experiencing.

A score below 13 suggests poor well-being. The patient should be tested for depression under ICD-10.

It is recommended to administer the Major Depression (ICD-10) Inventory if:

(1) the raw score is below 13, OR

(2) if the patient has answered 0 to 1 to any of the five items.

Modification:

In the implementation an optional box has been added in which the pretest probability for depression in the tested person or tested population can be added. A post test probability is represented using the Likelihood ratios for this test (Evidence-Based Medicine, 2003).

Limitation:

I don't know many people who would score a 4 or 5 on the questions. In my experience many adults would have a total score in the 10 to 15 range.

I personally would modify the wording of the fourth item from "some of the time" to "rarely" or "infrequently".

References:

Henkel V, Mergl R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.

The WHO-5 Well-being index performed the best in screening for depression in primary care[abstract]. *Evidence-Based Medicine* 2003 September/October; 8:155.

World Health Organisation info package: Mastering depression in primary care. Frederiksberg: WHO, Regional Office for Europe, Psychiatric Research Unit, 1998. (Available at www.wellclosesquare.co.uk/protocol/psych/who/whodep.htm).

World Health Organization. Wellbeing measures in primary health care/The DEPCARE Project. Report on a WHO Meeting. Stockholm, Sweden. 12-13 February 1998. EUR/ICP/QCPH 05 01 03.

Purpose: To screen a patient for depression in a primary care setting using the WHO-Five Well Being Index.

Citations with documentation. 18.04.21

Medal Project 2004. See disclaimer.

data	enter							
Are you screening a patient for depression in a primary care setting? (Y or N)	Y		:-):-:-)					
How likely do you think that this patient is depressed? (enter a percent from 0 to 100; default: The estimated prevalence of depression in your population)	10		percent chance					
enter an "x" in the appropriate column for each statement (give only 1 answer per row)								
I have felt cheerful and in good spirits.	all of the time	most of the time	more than half the time	less than half the time	some of the time	at no time	Yes	1
					x			
I have felt calm and relaxed.	all of the time	most of the time	more than half the time	less than half the time	some of the time	at no time	Yes	1
					x			
I have felt active and vigorous.	all of the time	most of the time	more than half the time	less than half the time	some of the time	at no time	Yes	2
				x				
	all of the time	most of the time	more than half the time	less than half the time	some of the time	at no time		

				time				
I woke up feeling fresh and rested.					x			Yes 1
My daily life has been filled with things that interest me.	all of the time	most of the time	more than half the time	less than half the time	some of the time	at no time		Yes 0
						x		

calculate	result	
data complete?	Yes	
evaluation appropriate?	Yes	:)-):-)
total score	5	in range from 0 to 25
converted percentage score	20	percent (in range from 0 to 100)
number of responses suggesting poor well-being	4	out of 5
Do the findings suggest the possibility of poor well-being?	Yes	
Should the patient be tested with the Major Depression (ICD-10) Inventory?	Yes	
The post-test probability of depression for this patient	22%	

LR+ 2,58
LR- 0,11

pre-test as decimal 0,1
not depressed (score >=13) 0,0121
depressed (score < 13) 0,2228

Σκέψεις – σχολιασμός

Διαβάζοντας τα ευρήματα και τα συμπεράσματα της παραπάνω έρευνας, δίνονται σαφείς ενδείξεις ότι η ομοιοπαθητική μπορεί να βοηθήσει σε σημαντικό βαθμό την αντιμετώπιση της ημικρανίας. Μάλιστα όσο πιο βραχύ χρονικά είναι το ιστορικό του ασθενούς και πιο “καθαρή” η εικόνα του (δηλ. να μην έχει λάβει για μακρό χρονικό διάστημα φαρμακευτική αγωγή άλλου είδους η οποία αλλοιώνει τις γνήσιες εκδηλώσεις του ασθενούς), τόσο καλύτερα αναμένεται να είναι τα αποτελέσματα της θεραπείας του και σε συντομότερο χρονικό διάστημα η βελτίωση της κλινικής του κατάστασης. Αυτό σημαίνει ότι ένας νεαρός σε ηλικία ασθενής του οποίου η ημικρανικές κρίσεις έχουν εμφανιστεί πρόσφατα, έχει πολύ καλύτερη πρόγνωση από ένα άτομο μεγαλύτερης ηλικίας με ημικρανίες που τον προβληματίζουν για χρόνια (συνήθως πάνω από δεκαετία), χωρίς να έχει βρει ανταπόκριση από τις προηγούμενες θεραπείες που ακολούθησε.

Δεδομένης λοιπόν της αναμφισβήτητης επιβάρυνσης που επιφέρει το πρόβλημα της ημικρανίας στην ομαλή πορεία της ζωής του ατόμου, οποιασδήποτε ηλικίας και φύλλου και των αναφορών της ομοιοπαθητικής ιατρικής ότι “τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα παρουσιάζονται σε μωρά και μικρά παιδιά” (Βυθούλκας Γ. 2005), δημιουργήθηκε η σκέψη της πραγματοποίησης μίας, νέας επιστημονικά τεκμηριωμένης ερευνητικής εργασίας, σχετικά με την αποτελεσματικότητα της ομοιοπαθητικής αγωγής, σε παιδικό πληθυσμό αυτή την φορά, με διαγνωσμένο από ειδικούς παιδονευρολόγους πρόβλημα ημικρανίας, η οποία αποτελεί ένα από τα συχνότερα εμφανιζόμενα σύνδρομα της παιδικής ηλικίας (Κότσαλης Χ, 2006).

Στη συνέχεια, εκτός από την περιγραφική παρουσίαση του τρόπου εφαρμογής αυτής της ερευνητικής πρότασης, δίνονται και ορισμένες βασικές πληροφορίες, σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ημικρανίας στην παιδική ηλικία.

Παιδική Ημικρανία – Πληροφορίες

Πριν προχωρήσουμε στην περιγραφή της "πilotικής" ερευνητικής πρότασης για την ομοιοπαθητική θεραπευτική προσέγγιση της ημικρανίας σε παιδικό πληθυσμό, κρίνεται σκόπιμο να δοθούν ορισμένες πληροφορίες, σχετικά με το θέμα της παιδικής ημικρανίας και των διαφορών της από αυτή των ενηλίκων.

Καταρχήν θα πρέπει να τονιστεί ότι οι διαφορές που παρατηρούνται, αφορούν την επιδημιολογία, την διαγνωστική προσέγγιση, την κλινική εικόνα του παιδιού, την πρόγνωση και την θεραπεία του. Επίσης, παρατηρούνται δυσκολίες ως προς την αξιολόγηση και την περιγραφή της έντασης και της ποιότητας του πόνου από το ίδιο το παιδί, γεγονός που απαιτεί μεγαλύτερη πείρα και ικανότητα από τον παιδονευρολόγο και κάνει την διάγνωση της κεφαλαλγίας πιο δύσκολη από αυτή των ενηλίκων.

Οι τύποι της ημικρανίας που εμφανίζονται πιο συχνά στα παιδιά είναι:

1. Η ημικρανία χωρίς αύρα,
2. Η ημικρανία με αύρα, σπανιότερα,
3. Η επιπεπλεγμένη ημικρανία και
4. Τα περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας (Κότσαλης Χ, 2006).

Στην επιπεπλεγμένη ημικρανία συμπεριλαμβάνονται, η ημιπληγική ημικρανία, η ημικρανία της βασικής αρτηρίας, η οφθαλμοπληγική ημικρανία, η συγχυτική ημικρανία και το σύνδρομο «Η Αλίκη στην χώρα των θαυμάτων». Αυτό το σύνδρομο, απαντάται αποκλειστικά σε παιδιά και τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι οι οπτικές ψευδαισθήσεις και οι παραμορφώσεις της αντίληψης του χώρου και των μεγεθών, χωρίς όμως την απαραίτητη συνοδεία κεφαλαλγίας (Κότσαλης Χ, 2006)

Τα περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας, τα οποία θεωρούνται πρόδρομα της ημικρανίας, είναι κλινικές καταστάσεις, των οποίων το βασικό σύμπτωμα δεν είναι η κεφαλαλγία, αλλά συμπτώματα προερχόμενα από άλλα συστήματα (Κότσαλης Χ, 2006). Στην ιατρική βιβλιογραφία, τα συναντάμε συχνά και με τους όρους ημικρανικά παιδικά σύνδρομα ή ημικρανικά ισοδύναμα της παιδικής ηλικίας. Ένας δεύτερος ορισμός τους, παρόμοιος με τον παραπάνω, τα χαρακτηρίζει ως "περιοδικά παροξυσμικά σύνδρομα, χωρίς έντονη συνοδό

κεφαλαλγία , τα οποία εμφανίζουν αιτιολογική σχέση με την ημικρανία”(Μαστρογιάννη Σ , 2003) .Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη κατάταξη του 2004 , τα περιοδικά σύνδρομα της παιδικής ηλικίας , είναι τα ακόλουθα :

- 1.Υποτροπιάζων έμετος_: Είναι ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από την περιοδική εμφάνιση εμέτων και παραμένει αγνώστου αιτιολογίας
- 2.Κοιλιακή ημικρανία : Χαρακτηρίζεται από κοιλιακό άλγος και σε μικρότερο βαθμό ή καθόλου από κεφαλαλγία
- 3.Καλοήθης παροξυσμικός ίλιγγος της παιδικής ηλικίας_: Είναι επεισόδια ίλιγγου με αιφνίδια έναρξη και μικρή διάρκεια , τα οποία πλήττουν παιδιά ηλικίας δύο έως έξι ετών .

Μερικά ακόμη “ημικρανικά ισοδύναμα” της παιδικής ηλικίας είναι : α) το παροξυσμικό ραιβόκρανο που εμφανίζεται στην βρεφική ηλικία και έχει ως χαρακτηριστικά του , τα επεισόδια πλάγιας κλίσης της κεφαλής , ανησυχία , εμέτους και διάρκεια που κυμαίνεται από λίγες ώρες έως μέρες , β) οι παροξυσμικές μυϊκές κράμπες και τα άλγη των κάτω άκρων .

Η εντόπιση της παιδικής κεφαλαλγίας , από το 1979 , έχει διαπιστωθεί , ότι είναι συνήθως μετωπιαία ή αμφικροταφική και σπάνια ετερόπλευρη (Κότσαλης Χ , 2006) .Κατά την φάση της ημικρανικής κρίσης , σύμφωνα με ένα άρθρο του Ελληνικού περιοδικού “Κεφαλαλγία”(Παρασκευουλάκος Ε , 2003) “εκκρίνονται αγγειοδραστικές ουσίες , όπως νευροπεπτίδιο καλσιτονίνης (CGRP), ιόντα και προσταγλαδίνες με αποτέλεσμα την επώδυνη διαστολή των αγγείων της χοριοειδούς και της σκληράς μήνιγγας .Επίσης συνυπάρχει περιαγγειακή εξαγγείωση πλάσματος και εμπλέκονται τα ενδογενή οπιοειδή και το σεροτονινεργικό σύστημα του εγκεφάλου”

Η διάρκεια των επεισοδίων ημικρανίας στα παιδιά , είναι μικρότερη συγκριτικά με αυτή των ενηλίκων .Μπορεί να κυμαίνεται από λίγα λεπτά (π.χ. 30΄) έως κάποιες ώρες (Κότσαλης Χ , 2006).

Άλλη μια διαφορά από τους ενήλικες , αφορά τα συνοδά συμπτώματα , καθώς στα μικρότερα παιδιά , πέρα από τα κλασσικά ημικρανικά κλινικά σημεία , της ναυτίας και του εμέτου , παρουσιάζεται συνήθως , είτε φωτοφοβία , είτε φωνοφοβία (όχι ταυτόχρονα και τα δύο όπως στους ενήλικες).

Κατά την διάρκεια της κλινικής (φυσική & νευρολογική) εξέτασης από τον επαγγελματία υγείας και της αξιολόγησης της κατάστασης του παιδιού (π.χ. με την λήψη του ιστορικού του και την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου) , υπάρχουν ορισμένα ερωτήματα , τα οποία αποτελούν "σημεία κλειδιά" για την ταξινόμηση και ταυτοποίηση της κεφαλαλγίας και κατά συνέπεια της ημικρανίας στα παιδιά . Αυτά , είναι τα παρακάτω :

- 1) Ο χρόνος έναρξης της κεφαλαλγίας ,
- 2) Ο τύπος της κεφαλαλγίας είναι πάντα ίδιος ή μεταβάλλεται από επεισόδιο σε επεισόδιο ;
- 3) Ο τρόπος εισβολής
- 4) Η συχνότητα και η διάρκεια του πόνου
- 5) Η ένταση του πόνου και ο χαρακτήρας του (π.χ. διαξιφιστικός , συσφικτικός , σφυγμοειδής)
- 6) Η εντόπιση του πόνου
- 7) Υπάρχουν συγκεκριμένες συνθήκες κάτω από τις οποίες παρουσιάζεται ο πόνος ή έχει παρατηρηθεί κάποια συσχέτιση με την ώρα ;
- 8) Υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες το παιδί ξυπνάει με πόνο τη νύχτα ή κατά το πρωινό ξύπνημα ;
- 9) Διακόπτονται οι δραστηριότητες του , όταν έχει κεφαλαλγία ;
- 10) Παρατηρείται ανακούφιση του παιδιού από την κεφαλαλγία π.χ. με την κατάκλιση , το ήσυχο και σκοτεινό περιβάλλον , τον έμετο ή κάποια στάση του σώματος ;
- 11) Εντοπίζεται από το παιδί ή τον γονέα κάποιος εκλυτικός παράγοντας (π.χ. σωματική ή πνευματική κόπωση , αϋπνία ή παραπάνω ώρες ύπνου , stress , ορισμένες τροφές , καιρικές συνθήκες , πείνα , θόρυβος , παρακολούθηση τηλεόρασης , μεταβολές γεννητικών ορμονών , ενδοοικογενειακές εντάσεις , τραυματισμός εγκεφάλου) ;
- 12) Κάνει το παιδί συχνές απουσίες από το σχολείο λόγω της κεφαλαλγίας ;
- 13) Τυχόν ιστορικό χρόνιας νόσου
- 14) Βοηθά στην βελτίωση της κεφαλαλγίας κάποιο φάρμακο και αν ναι, μετά από πόσο χρόνο συμβαίνει αυτό ;

- 15) Λαμβάνεται σε σταθερή βάση κάποια φαρμακευτική αγωγή ;
- 16) Έχουν παρατηρηθεί προειδοποιητικά συμπτώματα ;
- 17) Έχουν παρατηρηθεί κάποια συνοδά συμπτώματα κατά την διάρκεια των κεφαλαλγικών κρίσεων π.χ. ναυτία , έμετος , ζάλη
- 18) Έχουν παρατηρηθεί άλλα συμπτώματα πριν ή κατά την διάρκεια της κρίσης π.χ. ρινόρροια , δακρύρροια , οίδημα στο πρόσωπο ;
- 19) Υπάρχει κληρονομικό - οικογενειακό ιστορικό κεφαλαλγίας ; (*Διβόλη – Αντωνοπούλου Α , Θεοδώρου Β , 1996*)

Οι συνηθέστερες κεφαλαλγίες στην παιδική ηλικία είναι η ημικρανία χωρίς αύρα και η ημικρανία με αύρα .Για να καταλήξουμε όμως στο συμπέρασμα ότι ένα παιδί παρουσιάζει την μία ή την άλλη μορφή , έχουν στοιχειοθετηθεί από την I.H.S. ορισμένα διαφοροδιαγνωστικά κριτήρια τα οποία παρατίθενται στη συνέχεια :

Διαγνωστικά κριτήρια ημικρανίας χωρίς αύρα (I.H.S. - revised):

- A) Το λιγότερο πέντε επεισόδια τα οποία να πληρούν τα κριτήρια Β , Γ & Δ
- B) Το επεισόδιο να έχει διάρκεια από 1 ώρα ή σε ορισμένες περιπτώσεις 30΄, έως 48 ώρες , χωρίς την λήψη κάποιου φαρμάκου ή κατόπιν της λήψης ενός μη αποτελεσματικού φαρμάκου
- Γ) Η κεφαλαλγία , να έχει τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :
 - Αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη εντόπιση
 - Σφύζοντα χαρακτήρα
 - Μέτρια ή μεγάλη ένταση
 - Να επιδεινώνεται από τις συνήθεις σωματικές δραστηριότητες
- Δ) Στην διάρκεια του επεισοδίου να υπάρχει τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω χαρακτηριστικά :
 - Ναυτία και /ή έμετος
 - Φωτοφοβία ή ηχοφοβία

Διαγνωστικά κριτήρια παιδικής ημικρανίας με αύρα (ιδιοπαθής αναστρέψιμη δυσλειτουργία με κεφαλαλγία που διαρκεί από 30 λεπτά έως 48 ώρες)

A) Το λιγότερο δύο επεισόδια που να πληρούν το B

B) Το λιγότερο τρία από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά

- Ένα ή περισσότερα πλήρως αναστρέψιμα συμπτώματα αύρας που υποδηλώνουν εστιακή φλοιϊκή ή/και στελεχειαία δυσλειτουργία
- Ένα τουλάχιστον από τα συμπτώματα της αύρας , να εγκαθίσταται προοδευτικά σε διάστημα μεγαλύτερο από τέσσερα λεπτά ή δύο ή περισσότερα συμπτώματα να συμβαίνουν συνεχόμενα
- Κανένα σύμπτωμα αύρας να μην διαρκεί περισσότερο από 60 λεπτά
- Η κεφαλαλγία να ακολουθεί την αύρα , με ένα μεσοδιάστημα ελεύθερο από συμπτώματα , το οποίο να έχει διάρκεια λιγότερο από 60 λεπτά (Κότσαλης X, 2006)

Η συχνότητα τώρα της παιδικής ημικρανίας , κυμαίνεται από 1,2% έως 11,1% . Ο λόγος αυτής της μεγάλης διακύμανσης (διαφοράς) μεταξύ των αποτελεσμάτων , αποδίδεται τόσο στη διαφορετική συχνότητα της ημικρανίας ανάλογα με την ηλικία , όσο και στο γεγονός ότι σε διαφορετικές μελέτες χρησιμοποιούνται τα κριτήρια της I.H.S. , άλλοτε αυτούσια και άλλοτε τροποποιημένα (Κότσαλης X , 2006) . Επίσης , όπως και στους ενήλικες , παρατηρούνται διαφορές στην συχνότητα της παιδικής ημικρανίας μεταξύ των δύο φύλλων , ανάλογα όμως από την ηλικία του παιδιού . Έτσι , στα παιδιά που είναι μικρότερα από επτά έτη , η συχνότητα είναι ίδια . Από τα επτά έτη όμως , μέχρι και τα δώδεκα , η ημικρανία είναι συχνότερη στα αγόρια (60%) , ενώ από τα δεκατρία και μετά , η υπόθεση γίνεται "γένους θηλυκού" , κυρίως λόγω της έναρξης της περιόδου , με αναλογία μεταξύ ανδρών και γυναικών 3:1 αντίστοιχα (Κότσαλης X, 2006).

Η πρόγνωση της παιδικής ημικρανίας θεωρείται καλή . Έρευνες (π.χ. Bille, 1962) δείχνουν ότι από το σύνολο των παιδιών , τα μισά περίπου θα παρουσιάσουν αυτόματη ύφεση του προβλήματος , ενώ το υπόλοιπο μισό θα συνεχίσει να αντιμετωπίζει ημικρανίες και στην ενήλικη ζωή (Κότσαλης X , 2006).

Τέλος , υπάρχουν διαφορές και στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ημικρανίας στα παιδιά , συγκριτικά με τους ενήλικες . Αποφεύγονται τα φάρμακα με καφεΐνη και για να μπορέσει να χαλαρώσει το παιδί και να κοιμηθεί χρησιμοποιείται μία βενζοδιαζεπίνη όπως η λοραζεπάμη . Για την αντιμετώπιση των πεπτικών ενοχλημάτων (ναυτία , έμετος) χορηγούνται μετοκλοπραμίδη (Primperan) ή διφαινιδραμίδη στην κατάλληλη μορφή . Στην οξεία κρίση , χορηγούνται αρχικά απλά αναλγητικά , όπως παρακεταμόλη , μεφαιναμικό οξύ , ιβοπροφαίνη ή ασπιρίνη , η οποία όμως αποφεύγεται σε περιπτώσεις συνύπαρξης με την κεφαλαγία και πυρετού , για την αποφυγή της εγκεφαλοπάθειας του συνδρόμου Reye (*Παρασκευουλάκος Ε , 2003*) .Αν δεν δούμε κάποιο θετικό αποτέλεσμα από τις παραπάνω ουσίες προχωρούμε στις τριπτάνες , από τις οποίες γίνεται χρήση κυρίως της σουματριπτάνης με την μορφή ρινικού εκνεφώματος (spray) .

Όσον αφορά τώρα την χρόνια αγωγή προφύλαξης , σπάνια γίνεται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων , καθώς παρουσιάζεται σημαντική βελτίωση του προβλήματος , βάσει των χορηγουμένων οδηγιών διαβίωσης .Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μεγάλης ανάγκης , χρησιμοποιούνται αντιεπιληπτικές ουσίες , όπως το βαλπροϊκό οξύ (Depakine) και τώρα τελευταία και η τοπιραμάτη (Topamac) (*Κότσαλης Χ , 2006*).

Από τις εναλλακτικές θεραπείες που χρησιμοποιούνται και στους ενήλικες για την αντιμετώπιση της ημικρανίας , αυτές που έχουν δοκιμαστεί , αλλά σε περιορισμένη κλίμακα , σε παιδιά μεγαλύτερα από οκτώ ετών , είναι κυρίως η βιοανάδραση και οι τεχνικές χαλάρωσης (*Κότσαλης Χ , 2003*)

Ομοιοπαθητική θεραπεία της ημικρανίας σε παιδιά

Περιγραφή "Πιλοτικής" ερευνητικής πρότασης

Σκοπός : Η διερεύνηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της κλασσικής ομοιοπαθητικής θεραπείας (ένα και μοναδικό για την περίπτωση και τον ασθενή φάρμακο) στην αντιμετώπιση της ημικρανίας σε παιδιά .

Πηγή ερευνητικού υλικού : Τα παιδιά με πρόβλημα ημικρανίας , ηλικίας από πέντε έως δέκα τεσσάρων ετών , θα προέρχονται από ένα από τα δύο ιατρεία κεφαλαλγίας που υπάρχουν σε δύο κρατικά παιδιατρικά νοσοκομεία της Αθήνας : 1^{ov}) το νοσοκομείο παιδων "η Αγία Σοφία" , του οποίου υπεύθυνη είναι η κα. Θεοδώρου Βιργινία -νευρολόγος και 2^{ov}) το νοσοκομείο παιδων Πεντέλης , του οποίου υπεύθυνος είναι ο κος. Κότσαλης – νευρολόγος – παιδονευρολόγος . Βέβαια το ιδανικό για μία έρευνα όπως αυτή , θα ήταν να προερχόταν το ερευνητικό υλικό και από τα δύο ιατρεία κεφαλαλγίας , ώστε το δείγμα μας να είναι μεγαλύτερο και τα αποτελέσματα περισσότερο αντικειμενικά και αξιόπιστα στα πλαίσια μίας πολυκεντρικής μελέτης.

Σχεδιασμός & μέθοδος έρευνας : Για να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα , επιβάλλεται οι ερευνητές να εξασφαλίσουν καταρχήν την σύμφωνη γνώμη των υπευθύνων των ιατρείων κεφαλαλγίας , ώστε να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση και επαφή στα προσωπικά ιατρικά δεδομένα των νεαρών ημικρανικών ασθενών . Βασική προϋπόθεση είναι η σωστή, απτή και πλήρης ενημέρωση των θεραπόντων των παιδιών , για τις ιδιαιτερότητες της ομοιοπαθητικής αγωγής και τις δυνατότητες της στην αντιμετώπιση της ημικρανίας . Αυτή η ενέργεια είναι άκρως απαραίτητη , ώστε να αναπτυχθεί μεταξύ των ερευνητών και των θεραπόντων , ένα κλίμα εμπιστοσύνης , αποδοχής και επιστημονικής συνεργασίας , χωρίς προκατάληψη έναντι της θεραπευτικής προσεγγίσεως της ομοιοπαθητικής ιατρικής . Ως αποδεικτικά στοιχεία των προθέσεων των ερευνητών , μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ερευνητικά δεδομένα προηγούμενων εργασιών επί του θέματος της ημικρανίας και της αντιμετώπισης της . Μια τέτοια περίπτωση

έρευνας είναι και η προοπτική μελέτη παρατηρήσεως του ιατρείου κεφαλαλγίας του Γ. Γεννηματάς η οποία αναφέρεται παραπάνω .

Εκτός από την ενημέρωση των θεραπόντων , είναι πολύ σημαντική και η ενημέρωση των γονέων ή κηδεμόνων των παιδιών , καθώς χρειάζεται η συγκατάθεση τους για την συμμετοχή του παιδιού τους στην έρευνα . Όπως και με τους θεράποντες , έτσι και με τους γονείς θα πρέπει να προηγηθεί της έρευνας πλήρης ενημέρωση και επίλυση κάθε τυχόν απορίας επί της ομοιοπαθητικής .

Επίσης τα ίδια τα παιδιά που θα πάρουν μέρος στην έρευνα , ανάλογα με την ηλικία τους , θα πρέπει να λάβουν τις απαραίτητες πληροφορίες για τη νέα θεραπεία που θα λάβουν και τις ιδιαιτερότητες της , με τρόπο κατάλληλο και ανάλογο της ηλικίας και του αντιληπτικού τους επιπέδου , ώστε να φανούν συνεργάσιμα .

Είναι σημαντικό να τονισθεί στους συμμετέχοντες στην έρευνα , γονείς και παιδιά , ότι η συμμετοχή τους δεν είναι υποχρεωτική και ότι τα στοιχεία τους θα χρησιμοποιηθούν καθαρά για την εξαγωγή ερευνητικών συμπερασμάτων , πάντα στα πλαίσια της ανωνυμίας . Με λίγα λόγια , θα πρέπει να υπάρχει μεγάλη τυπικότητα και να τηρούνται με ακρίβεια οι κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας έτσι όπως προβλέπεται από την υπουργική απόφαση Αριθμ.Α6/10983/1 (Φ.Ε.Κ. 886/Β20.12, 84) για την "Διεξαγωγή κλινικών δοκιμών φαρμάκων και την προστασία του ανθρώπου" (παραπέμπει στην σχετική Διακήρυξη του Ελσίνκι), ώστε να μην θιγεί με τον οποιοδήποτε τρόπο , αυτή η ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα ατόμων .

Ο τύπος της έρευνας , όπως και στην περίπτωση της έρευνας του "Γ. Γεννηματά" θα είναι μία "προοπτική μελέτη παρακολούθησης" (observational prospective study), η οποία θα έχει συνολική διάρκεια ένα χρόνο . Η εξέλιξη της θεραπείας του παιδιού , θα καταγράφεται σε μηνιαία συνάντηση με τον ερευνητή στο ιατρείο κεφαλαλγίας λεπτομερώς. Με την συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου το οποίο να αξιολογεί την θεραπευτική δράση στην κεφαλαλγία-ημικρανία (π.χ. *Midas test* –βλέπε υπόδειγμα στη συνέχεια & *H.I.T.-6*), προσαρμοσμένο στην παιδική ηλικία , μπορεί να γίνει συγκριτική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας στην αρχή της έρευνας , μετά από έξι μήνες

και με την ολοκλήρωση της στους 12 μήνες . Παράλληλα δύναται να αξιολογηθεί και η γενικότερη πορεία της ποιότητας ζωής των παιδιών με ανάλογο ερωτηματολόγιο (π.χ. *Child Health Questionnaire* – βλέπε στη συνέχεια).

Τα παιδιά που θα λάβουν μέρος , θα μπορούν να είναι είτε παλιά περιστατικά του ιατρείου κεφαλαλγίας , που δεν έχουν βρει ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή που ακολουθούσαν μέχρι και την ένταξη τους στην έρευνα, είτε νέοι ασθενείς που επισκέπτονται για πρώτη φορά το ιατρείο κεφαλαλγίας για βοήθεια . Στην τελική αξιολόγηση των αποτελεσμάτων θα ληφθεί υπ'οψιν η παράμετρος αυτή.

Η συλλογή των πληροφοριών σχετικά με το βιοψυχοκοινωνικό ιστορικό του παιδιού και τα βασικά δημογραφικά στοιχεία του (ηλικία , φύλλο , τόπο διαμονής & οικογενειακή σύνθεση) θα γίνεται τόσο για τους παλιούς όσο και για τους νέους ασθενείς με την συμπλήρωση ενός πιστοποιημένου ερωτηματολογίου αναλόγου με αυτό της "Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας" που κάνει χρήση το ιατρείο κεφαλαλγίας στο "Γ. Γεννηματάς" (βλέπε στο παράρτημα της εργασίας) . Απαραίτητο είναι βεβαίως να προσαρμοστεί το περιεχόμενο και οι ερωτήσεις που θα περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο , στα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες της παιδικής ηλικίας και η συμπλήρωση του , η οποία σε αρκετές περιπτώσεις θα γίνεται από τους γονείς του παιδιού , να πραγματοποιείται με την βοήθεια των ερευνητών , ώστε να λύνονται άμεσα οι όποιες απορίες προκύψουν . Μάλιστα , αν υπάρχει ήδη κάποιο ανάλογο πιστοποιημένο ερωτηματολόγιο το οποίο κάνει χρήση το ιατρείο κεφαλαλγίας , προτείνεται να χρησιμοποιηθεί αυτό για την συλλογή πληροφοριών .

Οι πληροφορίες που μπορούμε να λάβουμε από ένα πλήρες και πολύπλευρο ιστορικό είναι εξαιρετικά σημαντικές γιατί έτσι μπορούμε να ξέρουμε 1^{ov}) αν υπάρχει άλλο πρόβλημα υγείας για το οποίο να λαμβάνει κάποια θεραπεία το παιδί και μπορεί να αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την εφαρμογή ομοιοπαθητικής αγωγής , 2^{ov}) αν υπάρχει κληρονομικό ιστορικό ημικρανίας στην οικογένεια καθώς έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι η ημικρανία είναι κληρονομική και παρουσιάζει κυρίως φυλοσύνδετο τρόπο κληρονομικότητας , δηλαδή από τη μητέρα στην κόρη (*Bille B, 1981*), 3^{ov}) αν υπάρχουν οικογενειακά προβλήματα π.χ. ανεργία , διαταραγμένες σχέσεις γονέων ή άλλοι παράγοντες και

καταστάσεις μέσα στην οικογένεια , καθώς και δυσκολίες προσαρμογής με τις σχολικές απαιτήσεις και τις διαπροσωπικές σχέσεις , που επιβαρύνουν την ψυχολογία του παιδιού . Ερευνητικά , η ημικρανία στην παιδική και αργότερα εφηβική ηλικία , έχει αποδοθεί σε αρνητικό ενδοοικογενειακό περιβάλλον

(*Autilla P & συνεργάτες , 2000*) και σε αυξημένο ψυχολογικό stress από το σχολείο και το περιβάλλον του (*Metsahonkala L & Συνεργάτες , 1998*) , (*Sillanpaa M & συνεργάτες , 1996*) , (*Roth-Isiqkeit A. & συνεργάτες , 2005*)

Επιπλέον για τον προσδιορισμό της έντασης του πόνου από παιδιά προσχολικής ηλικίας που δεν ξέρουν ακόμα ανάγνωση και δεν μπορούν να περιγράψουν επαρκώς με λόγια το πόσο πονάνε , μπορεί να χρησιμοποιηθεί η οπτική αναλογική κλίμακα ή κλίμακα προσώπων (βλέπε παράρτημα εργασίας) , όπου το παιδί απαντά μέσω της επιλογής του προσώπου , του οποίου η έκφραση ταιριάζει πιο πολύ με αυτό που νιώθει . Εναλλακτικά για μεγαλύτερης ηλικίας παιδιά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και μια λεκτική-περιγραφική κλίμακα τύπου Likert (βλέπε παράρτημα) για την αξιολόγηση του πόνου με 5 δυνατές απαντήσεις (καθόλου, λίγο , αρκετά , πολύ , πάρα πολύ ,)

Όπως συμβαίνει με τους ενήλικες , έτσι και με τα παιδιά , η επιλογή του κατάλληλου ομοιοπαθητικού φαρμάκου , θα γίνει βάσει των ίδιων αρχών και κανόνων που διέπουν την κλασσική ομοιοπαθητική και προβλέπουν ένα και μοναδικό φάρμακο , το οποίο ταιριάζει στον ασθενή, δηλαδή στην συνολική νευρο-ενδοκρino-ανοσολογική κατάσταση και όχι γενικά στην ασθένεια . Πριν την έναρξη της θεραπείας , παιδί και γονέας θα πρέπει να ενημερωθούν για την πιθανότητα εμφάνισης του φαινομένου της "θεραπευτικής κρίσις" (aggravation) , ώστε να μην θορυβηθούν από την πρόσκαιρη επιδείνωση της κλινικής κατάστασης του παιδιού και διακόψουν την θεραπεία . Τηλέφωνα έκτακτης ανάγκης και δυνατότητα επίλυσης αποριών και προβλημάτων θα πρέπει να είναι από την αρχή διαθέσιμα στην οικογένεια .

Τόπος συνάντησης ασθενών και ερευνητών για την ενημέρωση και αξιολόγηση της πορείας της θεραπείας θα είναι ο χώρος του ιατρείου κεφαλαλγίας , κατόπιν ραντεβού, σε μηνιαία βάση και σε ώρες που μπορεί να εξασφαλιστεί ένα ήρεμο και χωρίς παρεμβάσεις περιβάλλον . Για τα διαστήματα που θα μεσολαβούν των συναντήσεων θα δοθεί από την αρχή μια κάρτα-

ημερολόγιο παρακολούθησης των κρίσεων κεφαλαλγίας (βλέπε παράρτημα) , όπου θα σημειώνονται πληροφορίες σχετικές με νέα επεισόδια ημικρανίας , ώστε να έχει μια πλήρη εικόνα ο θεράπων ομοιοπαθητικός της πορείας του ασθενούς και αν υπάρχει ανάγκη τροποποίησης της θεραπείας του .

Midas Test – υπόδειγμα

The MIDAS (migraine disability assessment) questionnaire was put together to help you measure the impact your headaches have on your life over the last 3 months and to communicate this more effectively. The best way to this is by counting the numbers of days of your life which are affected by Headaches. You can do this for yourself as follows:

Please complete Questions about ALL your headaches you have had over the last month. Leave the box set to zero if you did not do the activity in the last three months.

For questions 1 and 2, **work or school** means paid work or education if you are a student at school or college. For Questions 3 and 4, **household work** means activities such as housework, home repairs and maintenance, shopping as well as caring for children and relatives.

INSTRUCTIONS • Please answers the following questions about ALL your headaches you have had over the last 3 months. Select your answer in the box next to each question. If a single headache affects more than one area of your life (e.g., work and family life) it is counted more than once. Select zero if you did not have the activity in the last 3 months.

1. On how many days in the last 3 months did you miss work or school because your headaches?
2. How many days in the last 3 months was your productivity at work or school reduced by half or more because of your headaches? (Do not include days you counted in question 1 where you missed work or school.)
3. On how many days in the last 3 months did you not do household work because of your headaches?
4. How many days in the last three months was your productivity in household work reduced by half of more because of your headaches? (Do not include days you counted in question 3 where you did not do household work.)
5. On how many days in the last 3 months did you miss family, social or leisure activities because of your headaches?

What your Physician will need to know about your headache:

- A. On how many days in the last 3 months did you have a headache? (If a headache lasted more than 1 day, count each day.)
- B. On a scale of 0 - 10, on average how painful were these headaches?

(where 0 = no pain at all, and 10 = pain as bad as it can be.)

Please enter your e-mail address if you would also like an email copy of the results. (Leave this box blank if you do not need a copy.)

Calculate my Score

This survey was developed by Richard B. Lipton, MD, Professor of Neurology, Albert Einstein College of Medicine, New York, NY, and Walter F. Stewart, MPH, PhD, Associate Professor of Epidemiology, Johns Hopkins University, Baltimore, MD.

CHQ: CHILD HEALTH QUESTIONNAIRE

The Child Health Questionnaire™ (CHQ) is a family of generic quality of life instruments that have been designed and normed for children 5-to-18 years of age. The CHQ measures 14 unique physical and psychosocial concepts. The parent form is available in 2 lengths - 50 or 28 items. Scores can be analyzed separately, the CHQ Profile Scores, or combined to derive an overall physical and psychosocial score, the CHQ Summary Scores. The CHQ Manual includes copies of the forms and SAS scoring. SPSS code is provided upon written request.

In the US, normative values and benchmarks for the parent-reported versions of the CHQ are available for some conditions. The CHQ has been extensively translated using rigorous international guidelines. The youth version is 87 items. Authorized translations are available from HealthActCHQ. Norms, benchmarks, and summary scoring for the youth version will be forthcoming upon the development and testing of a short-form by the Principal Developer.

Child Health Questionnaire Parent Form 28 Questions

- In general, how would you rate your child's health?
- Has your child been limited in any of the following activities due to health problems - doing things that take a lot of energy, such as playing soccer or running; doing things that take some energy such as riding a bike or skating; bending, lifting, or stooping
- Has your child's been limited in the amount of time he/she could spend on schoolwork or activities with friends due to emotional difficulties or problems with his/her behavior?
- Has your child been limited in the kind of schoolwork or activities he/she could do with friends due to problems with his/her physical health?
- How often has your child had bodily pain or discomfort?
- How often did each of the following statements describe your child - argued a lot; had difficulty concentrating or paying attention; lied/cheated?
- Compared to other children your child's age, in general how would you rate his/her behavior?
- How much of the time do you think your child: felt lonely; acted nervous; bothered or upset?
- How satisfied do you think your child has felt about: his/her school ability; friendships; life overall?
- My child seems to be less healthy than other children I know; My child has never been seriously ill; I worry more about my child's health than other people.
- Compared to one year ago, how would you rate your child's health now?

- How much emotional worry or concern did each of the following cause you - your child's physical health; emotional well-being or behavior?
- Were you limited in the amount of time you had for your own needs because of your child's - physical health; emotional well-being or behavior?
- How often has your child's health or behavior - limited the types of activities you could do as a family; interrupted various everyday family activities (eating meals, watching tv)?
- In general, how would you rate your family's ability to get along with one another?

Child Health Questionnaire Parent Form 50 Questions

- In general, how would you rate your child's health?
- Has your child been limited in any of the following activities due to health problems - doing things that take a lot of energy, such as playing soccer or running; doing things that take some energy such as riding a bike or skating; ability (physically) to get around the neighborhood, playground, or school; walking one block or climbing one flight of stairs; bending, lifting,/stooping; taking care of him/herself?
- Has your child's school work or activities with friends been limited in any of the following ways due to emotional difficulties or problems with his/her behavior - limited in the kind of schoolwork or activities with friends he/she could do; limited in the amount of time he/she could spend on schoolwork or activities with friends; limited in performing schoolwork or activities with friends?
- Has your child's school work or activities with friends been limited in any of the following ways due to problems with his/her physical health -limited in the kind of schoolwork or activities with friends he/she could do; limited in the amount of time he/she could spend on schoolwork or activities with friends?
- How much bodily pain or discomfort has your child had?
- How often has your child had bodily pain or discomfort?
- How often did each of the following statements describe your child - argued a lot; had difficulty concentrating or paying attention; lied/cheated; stole things; had tantrums?
- Compared to other children your child's age, in general how would you rate his/her behavior?
- How much of the time do you think your child: felt like crying; felt lonely; acted nervous; bothered or upset; cheerful?

- How satisfied do you think your child has felt about: his/her school ability; athletic ability; friendships; looks/appearance; family relationships; life overall?
- My child seems to be less healthy than other children I know; My child has never been seriously ill; When there is something going around my child usually catches it; I expect my child will have a very healthy life; I worry more about my child's health than other people.
- Compared to one year ago, how would you rate your child's health now?
- How much emotional worry or concern did each of the following cause you - your child's physical health; emotional well-being or behavior; attention or learning abilities?
- Were you limited in the amount of time you had for your own needs because of your child's - physical health; emotional well-being or behavior; attention or learning abilities?
- How often has your child's health or behavior - limited the types of activities you could do as a family; interrupted various everyday family activities; limited your ability as a family to "pick up and go"; caused tension or conflict; been a source of disagreements or arguments in your family; caused you to cancel or change plans (personal or work) at the last minute?
- In general, how would you rate your family's ability to get along with one another?

Child Health Questionnaire Child Form 87 Questions

- In general, how would you say your health is?
- Has it been difficult for you to do the following activities due to health problems - doing things that take a lot of energy, such as playing soccer or running; doing things that take some energy such as riding a bike or skating; walk several blocks or climb several flights of stairs; ability (physically) to get around the neighborhood, playground, or school; walk one block or climbing one flight of stairs; do your tasks around the house; bend, lift or stoop; eat, dress, bathe or go to the toilet by yourself; get in/out of bed?
- Has it been difficult to do certain kinds of schoolwork or activities with friends because of problems like feeling sad or worried; spend the usual amount of time on schoolwork or activities with friends; get schoolwork done at all or do any activities with friends?
- Has it been difficult to do certain kinds of schoolwork or activities with friends because of problems with your behavior; spend the usual amount of time on schoolwork or activities with friends; get schoolwork done at all or do any activities with friends?

- Has it been difficult to do certain kinds of schoolwork or activities with friends because of problems with your physical health; spend the usual amount of time on schoolwork or activities with friends; get schoolwork done at all or do any activities with friends?
- How much bodily pain or discomfort have you had?
- How often have you had bodily pain or discomfort?
- How often did each of the following statements describe you ñ acted to young for your age; argued; had a hard time paying attention; did not do what your teacher or parent asked you to do; wanted to be alone; lied/cheated; had a hard time getting others to like you; felt clumsy; ran away from home; had speech problems; stole things at home or outside the home; acted mean or moody if you did not get what you wanted; got really mad when you did not get what you wanted; found it hard to be with others; had a hard time getting along with others.
- Compared to other children your age, in general how would you rate your behavior?
- How much of the time do you: feel sad; feel like crying; feel afraid or scared; worry about things; feel lonely; feel unhappy; feel nervous; feel bothered or upset; feel happy; feel cheerful; enjoy the things you do; have fun; feel jittery or restless; have trouble sleeping; have headaches; like yourself?
- How good or bad have you felt about: yourself; your school work; your ability to play sports; your friendships; the things you can do; the way you get along with others; your body and your looks; the way you seem to feel most of the time; the way you get along with your family; the way life seems to be for you; your ability to be a friend to others; the way others seem to feel about you; your ability to talk with others; your health in general?
- My health is excellent; I was so sick once I thought I might die; I do not seem to get very sick; I seem to be less healthy than other kids I know; I have never been very, very sick; I always seem to get sick; I think I will be less healthy when I get older; I think I will be very healthy when I get older; I never worry about my health; I think I am healthy now; I think I worry more about my health than other kids my age.
- Compared to one year ago, how would you rate your health now?
- How often has your health or behavior - limited the types of activities you could do as a family; interrupted various everyday family activities; limited your ability as a family to "pick up and go"; caused tension or conflict; been a source of disagreements or arguments in your family; caused your family to cancel or change plans at the last minute?
- In general, how would you rate your family's ability to get along with one another?

Προσδοκίες & μελλοντικά ερευνητικά σχέδια

Με την πραγματοποίηση της παραπάνω ερευνητικής προτάσεως και εφόσον πιστοποιηθούν στατιστικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα της ομοιοπαθητικής θεραπευτικής προσέγγισης της κεφαλαλγίας, τότε η έρευνα θα μπορούσε να αξιολογηθεί περαιτέρω, για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή μίας διασταυρούμενης διπλής ή τριπλής τυφλής τυχαιοποιημένης κλινικής έρευνας (R.C.T.) στα πλαίσια πάλι ενός ιατρείου κεφαλαλγίας (παιδών ή ενηλίκων), συγκρίνοντας αυτή την φορά την αποτελεσματικότητα της κλασσικής ομοιοπαθητικής αγωγής για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας, με την φαρμακευτική αγωγή που προτείνει η κλασσική ιατρική ή ακόμα και με την δράση μίας placebo αγωγής. Πάντως μία προοπτική μελέτη όπως προτείνεται παραπάνω, θα επιχειρηθεί να δημοσιευθεί σε έγκυρο ιατρικό περιοδικό ανάλογης ειδικότητας, ανεξάρτητα από τα στατιστικά αποτελέσματα.

Αντί Επιλόγου

Στα πλαίσια της παρούσας διπλωματικής εργασίας, έγινε κατανοητό ότι το "ζήτημα" της κεφαλαλγίας και των υποομάδων της, όπως η ημικρανία, αποτελεί ένα σοβαρό καθημερινό πρόβλημα υγείας, με πολύ παλιές ρίζες στο παρελθόν και εντονότατο παρόν στις σύγχρονες κοινωνίες. Η κεφαλαλγία "κοστίζει" στο σύγχρονο άνθρωπο, τόσο σε ποιότητα ζωής (οικογενειακής, κοινωνικής, επαγγελματικής) όσο και σε ύλη (απώλεια εργατοωρών, αυξημένες δαπάνες ασφαλιστικών φορέων) και αυτοί οι παράγοντες καθιστούν απαραίτητη την αναζήτηση μίας αρτιότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης.

Η κεφαλαλγία είναι ένα πρόβλημα το οποίο σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (π.χ. *Bille B, 1981, Autilla P & συνεργάτες, 2000, Metsahonkala L & Συνεργάτες, 1998, Sillanpaa M & συνεργάτες, 1996, Roth-Isiqkeit A. & συνεργάτες, 2005*) εμφανίζεται από την παιδική ηλικία και τις περισσότερες των περιπτώσεων συνεχίζει την εξελικτική της πορεία και στην ενήλικη ζωή του πάσχοντος. Καθώς λοιπόν ο παιδικός πληθυσμός αποτελεί ένα ιδιαίτερο, αγαπημένο και εξαιρετικά ευαίσθητο "κομμάτι" της κοινωνίας μας, οφείλουμε να του δώσουμε μεγάλη προσοχή, ως προς τα προβλήματα υγείας που το πλήττουν, όπως είναι η κεφαλαλγία. Ας μην ξεχνάμε ότι το παιδί του παρόντος, είναι ο ενήλικας του μέλλοντος. Αν σήμερα παρουσιάζονται αυξημένα κρούσματα κεφαλαλγικών διαταραχών στα παιδιά, τότε μπορούμε να είμαστε βέβαιοι, ότι η αυριανή γενιά των ενηλίκων θα παρουσιάζει χαμηλό επίπεδο υγείας και αποδοτικότητας.

Η επιλογή λοιπόν της διατύπωσης στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας, μίας ερευνητικής πρότασης, η οποία αφορά την εναλλακτική θεραπευτική προσέγγιση της κεφαλαλγίας στον παιδικό πληθυσμό, δεν είναι τυχαία και δεν βασίζεται μόνο σε συναισθηματικά κριτήρια, αλλά κυρίως σε προοπτικό συλλογισμό.

Επίσης, θα πρέπει να ξεκαθαριστεί ότι η επιλογή της θεραπευτικής προσέγγισης της κεφαλαλγίας μέσω της ομοιοπαθητικής ιατρικής πρακτικής, δεν αποτελεί προσπάθεια ακύρωσης της έργου της "κλασικής" ιατρικής, αλλά έκφραση της πεποιθήσεως, ότι στον χώρο της υγείας, τα προβλήματα μπορούν

να επιλυθούν με συλλογικές – ομαδικές πρακτικές, “ανοιχτό πνεύμα” και με την αξιοποίηση όλων των τεκμηριωμένων επιστημονικά, διαθέσιμων θεραπευτικών μέσων, είτε προέρχονται από τον χώρο της “κλασσικής” ιατρικής, είτε από τις λεγόμενες εναλλακτικές θεραπείες.

Η παραπάνω ερευνητική πρόταση σχετικά με την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας – ημικρανίας στα παιδιά, με την χρήση ομοιοπαθητικής αγωγής, αποτελεί μία ενδιαφέρουσα ερευνητική πρόκληση, μέσω της οποίας θα δοθεί η ευκαιρία να αποκτηθεί μεγαλύτερη γνώση και επιστημονική τεκμηρίωση, σχετικά με τις εναλλακτικές θεραπείες, στις οποίες ανήκει και η ομοιοπαθητική ιατρική, προσφέροντας παράλληλα ένα μεγαλύτερο εύρος θεραπευτικών επιλογών στον ασθενή.

Καθώς ο αποδέκτης των θεραπευτικών προσπαθειών μας δεν είναι άλλος από τον συνάνθρωπο μας, σε οποιαδήποτε ηλικία και αν βρίσκεται, είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί τόσο η επιστημονική εγκυρότητα, όσο και η ασφάλεια των πασχόντων, από την εφαρμογή τους. Τόσο οι “κλασσικές”, όσο και οι “εναλλακτικές” θεραπευτικές προσεγγίσεις, αποτελούν λοιπόν ένα σύνολο δυνατοτήτων στην “φαρέτρα” της σύγχρονης ιατρικής, η συνεργασία δε αυτών θα πρέπει να αποβαίνει εις όφελος της πάσχουσας ανθρωπότητας.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Βαδαλούκα Αθηνά , (Επίκουρη καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών , Διευθ. Αναισθησιολογικού Τμήματος Αρεταιείου Νοσοκομείου Αθηνών), Σημειώσεις μαθήματος επιλογής με θέμα : "Αντιμετώπιση καλοήθους και κακοήθους πόνου – Ανακουφιστική και παρηγορητική αντιμετώπιση ασθενών τελικού σταδίου ",(ακαδ. Έτος 1994-1995) , σελ : 101
2. Βυθούλκας Γ. , "Η Επιστήμη της Ομοιοπαθητικής" , Εκδόσεις Διεθνούς Ακαδημίας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής , Αθήνα (2005)
3. Διβόλη – Αντωνοπούλου Α., Θεοδώρου Β., "Κεφαλαλγία σε παιδιά και εφήβους", (12-1996), 9^ο μετεκπαιδευτικό παιδιατρικό διήμερο νοσοκομείου παιδων "Η Αγία Σοφία", Β' παθολογικός τομέας.
- 4.
5. Ε.Ο.Φ. , "Εθνικό Συνταγολόγιο & Συμπλήρωμα" , Εκδόσεις Ε.Ο.Φ.(1997), σελ:215 – 217
6. Ελληνική Εταιρεία Κεφαλαλγίας , "Οδηγός Κεφαλαλγικών Διαταραχών" Ενημερωτικό Ηλεκτρονικό , (2005), (www.kefalalgia.gr)
7. Ιπποκράτης , "Περί τόπων των κατ' άνθρωπον"
8. Καραγεωργίου Κ , "Ταξινόμηση των κεφαλαλγιών", (1998) , Εγχειρίδιο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας , σελ: 18 – 33
9. Κότσαλης Χ , "Κεφαλαλγίες στα παιδιά : Διαγνωστικά κριτήρια , ταξινόμηση και κλινικά χαρακτηριστικά", (2006) , "Ίατωρ" , ηλεκτρονική έκδοση για την σύγχρονη ιατρική εποχή ,

10. Κότσαλης Χ , "Παιδική ημικρανία : Διαγνωστικά κριτήρια και διαφορές από τους ενήλικες " , (04 – 06/2006) , Περιοδικό "Κεφαλαλγία" , τόμος 13 , τεύχος 2 , σελ: 51 – 52
11. Κότσαλης Χ , "Στρατηγικές Πρόληψης στην Παιδική Κεφαλαλγία" , (2003) , Περιοδικό "Κεφαλαλγία" , τόμος 11 , τεύχος 1 , σελ: 27 – 28
12. Κούτλας Ε , Ρουσσάκης Ι , Στεργίου Β, Γεωργιάδης Γ, (Νευρολογική Κλινική, ΓΠΝ Παπαγεωργίου), (2003), Περιοδικό "Κεφαλαλγία" , τόμος :11 , τεύχος: 1 , σελ: 29 – 34
13. Κυβέλλος Σ , Παπαντριανταφύλλου Ι , Παπίλας Κ , Βυθούλκας Γ , Καραγεωργίου Κ , "Προοπτική έρευνα παρατήρησης ομοιοπαθητικής θεραπείας σε ασθενείς με ημικρανία , οι οποίοι παρακολουθούνται από το ιατρείο κεφαλαλγίας της Νευρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών "Γ . Γεννηματάς" , (04/2006) , The Journal of Headache and Pain , vol.7, suppl.1 , p.537
14. Μαλλιάρης , "Λεξικό Ιατρικών Όρων Ελληνοαγγλικό" , Εκδόσεις Μαλλιάρη - Παιδεία (1998), μετάφραση Κελεσιδής Π. , σελ:325-326 & 584
15. Μανιάς Πλάτων – Νευρολόγος , "Η σωματική διάσταση της κεφαλαλγίας – Περιφερικοί και κεντρικοί μηχανισμοί αγωγής και ολοκλήρωσης του πόνου", (1998) , Εγχειρίδιο Ελληνικής Εταιρείας Κεφαλαλγίας , σελ: 50 – 62
16. Μαστρογιάννη Σ., "Ημικρανικά ισοδύναμα στα παιδιά", (2003) , Περιοδικό "Κεφαλαλγία" , τόμος : 11 , τεύχος : 1 , σελ : 20 - 21

17. Μπαζίγου Ε, "Κλινική και διαγνωστική προσέγγιση της παιδικής κεφαλαλγίας", (2003), Περιοδικό "Κεφαλαλγία", τόμος:11, τεύχος: 1,σελ : 19
18. Παρασκευουλάκος Ε., "Αντιμετώπιση της οξείας παιδικής κεφαλαλγίας", (2003), Περιοδικό "Κεφαλαλγία", τόμος: 11, τεύχος : 1, σελ : 25

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

1. Allais G , Acuto G , Cabarrocas X , Esbri R , Benedetto C , Bussone G , (Woman's Headache Center , Department of Gynecology and Obstetrics , University of Turin , Italy) , "Efficacy and tolerability of almotriptan versus zolmotriptan for the acute treatment of menstrual migraine ", (05/2006) , Neurological Sciences ; 27 suppl. 2 :s193 – 197
2. Autilla P , Metsahonkala L , Sillanpaa M, Helenius H , (Department of Child Neurology , Turku University , Finland) , "Predisposing and provoking factors in childhood headache", (05/2000) , Headache ; 40(5): p. 351– 356
3. Benveniste J , "A solution that had once contained antibodies still activate human white blood cells", (1988) , Nature magazine
4. Bille B , "Migraine in childhood and its prognosis" , (06/1981) , Cephalalgia ; I (2) : 71 – 75
5. Bille B , "Migraine in school children", (1962), Acta. Pediatr. , Scandinavian 2; 51 (suppl. 136):p.1-151
6. Bronfort G , Assendelft WJ , Evans R , Haas M , Bouter L , "Efficacy of spinal manipulation for chronic headache : a systematic review" , (2001) , Journal of Manipulative Physiotherapy 24(7): p.457- 466

7. Bronfort G , Nilsson N , Assendelft WJ , Evans R , Haas M , Bouter L , Goldsmith CH , "Non – invasive physical treatments for chronic / recurrent headache" , (2004) , Cochrane Database Syst. Rev. (3) : CD001878
8. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaris , (1996)
9. Dominici G , Bellavite P , C di Stanislao , Gulia P , Pitari G , "Double blind , placebo – controlled homeopathic pathogenetic trials : symptom collection and analysis" , (07/2006) , Homeopathy , The Journal of the faculty of Homeopathy , volume : 95 , Number : 3 , p.123 – 130
10. Dorland's , "Λεξικό Ιατρικών Όρων Ελληνοαγγλικό – Αγγλοελληνικό" , Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη Π. Χ. Αθήνα (1997), σελ:398 & 516
11. French Government Report : Social Security Statistics , CNAM (National Inter-Regulations System) 61 , (01/1991)
12. Friedman BW , Hochberg M , Esses D , Bijur PE , Corbo J , Paternoster J , Solorzano C , Toosi B , Lipton RB , Gallagher EJ , (Department of Emergency Medicine , Albert Einstein College of Medicine , Bronx , NY , USA) , "A clinical trial of trimethobenzamide / diphenhydramine versus sumatriptan for acute migraines" , (06/2006) , Headache ; 46(6):934 – 941
13. Friese K.H. , Kruse S , Moeller H , "Acute otitis media in children : a comparison of conventional and homeopathic treatment" , (1997) , Biomedical therapy 60, 4 : p.113 – 116
14. Gerhard I , Reimers G , Keller C , and Schmuck M , "Weibliche fertilitasstorungen . Vergleich homoopathischer einzelmittel – mit konventioneller hormontherapie" , (1991) , Therapeutikon ;7:p.309 – 315

15. Guyton & Hall , “Φυσιολογία του Ανθρώπου και Μηχανισμοί των Νόσων”,
Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. & Μ. Παρισιάνου , Αθήνα (2000), Ελληνική
μετάφραση
16. Hahnemann S. , “Όργανον της Θεραπευτικής Τέχνης” , Εκδόσεις
Αρχιπέλαγος , Αθήνα (2000)
17. Harrison , “Εσωτερική Παθολογία”, Εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου , Αθήνα (1982),
2^η Έκδοση, Τόμος Β΄, σελ:1460 “Δηλητηρίαση με δακτυλίτιδα”
18. Honkaniemi J , Liimatainen S , Rainesalo S , Sulavuori S , (Department of
Neurology , University of Tampere , Finland) , “Haloperidol in the acute
treatment of migraine : a randomized , double – blind , placebo – control
study”, (05/2006) , Headache ; 46(5):781 – 787
19. I.A.S.P. – International Association for the Study of Pain , Subcommittee on
Taxonomy (1979), Part II. Pain terms : A current list with definitions and
notes on usage . Pain 6 , p. 249 – 252 & αναθεωρημένη έκδοση (1986)
20. International Headache Society – HIS, “Ταξινόμηση Κεφαλαλγικών
Διαταραχών σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία Κεφαλαλγίας”, (2003)
21. Jacobs J , MD, MPH, Edward H. Chapman , MD, DHT , and Dean Crothen
MD, “Patient Characteristics and Practice Patterns of Physicians Using
Homeopathy”, (11/1998), Archives of Family Medicine , vol. 7 , p.537 – 540
22. Jacobs J, Smith N , “Charges , utilization , and practice patterns from a pilot
insurance program covering alternative medical services” (18 - 21/11/1996) ,
American Public Health Association Conference , New York City

23. Jacobs J , Jonas WB , Jimenez – Perez M , Crothers D , (Department of Epidemiology , University of Washington School of Public Health and Community Medicine , Seattle U.S.A.) , "Homeopathy for childhood diarrhea : combined results and metaanalysis from three randomized controlled clinical trials" (03/2003) , Pediatric Infectious Diseases Journal , volume:22 , number: 3, p.229-234
24. Kingdom R.T., Stanley K. J. , Kizior R.J., "Εγχειρίδιο Αντιμετώπισης Πόνου", Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη Π. Χ. , Αθήνα (2002), μετάφραση Καστελλάνος Λ. , σελ:5-21
25. Kleijnen J , Knipschild P , G. ter Riet , "Clinical trials of Homeopathy" , (02/1991) , British Medical Journal 302: 316 - 323
26. Lamont J , "Homeopathic treatment of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study", (October 1997) , British Homeopathic Journal 86: p.196 – 200
27. Linde K , Clausius N , Ramirez G , et al. "Are the clinical effects of Homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo – controlled trials", (09/1997) , Lancet 350: 834 – 843
28. Malik SN , Hopkins M , Young WB , Silberstein SD , (Thomas Jefferson University , Jefferson Headache Center , Philadelphia , USA) , "Acute migraine treatment : patterns of use and satisfaction in a clinical population", (05/2006) , Headache ;46(5):773 – 780
29. Massiou H , Pradalier A , Donnet A , Lanteri – Minet M , Allaf B, (Service de Neurologie , Hopital Lariboisiere , Paris , France) , "Evaluation of efficacy , tolerability , and treatment satisfaction with almotriptan in 3 consecutive migraine attacks . The migraine – satisfaction with treatment : reality with Almotriptan study", (2006) , European Neurology ;55(4) : 198 – 203

30. McCaffery M. , "Nursing management of the patient with pain" , J.B. Lippincott , New York (1979)
31. Metsahonkala L, Sillanpaa M, Tuominen J (Department of Child Neurology, Turku University, Finland) , "Social environment and headache in 8 to 9 years – old children : a follow – up study" , (03/1998) , Headache ; 38(3) : p. 222 – 228
32. Rey L , "Icy claim that water has memory" (06/2003) , New Scientist (from Physica "A" Journal)
33. Roth-Isiqkeit A , Thyen U , Storen H , Schwarzenberger J , Schmucker P , (Department of Anesthesiology, University of Schleswig – Holstein , Campus Luebeck , Germany) , "Pain among children and adolescents : restrictions in daily living and triggering factors" , (02/2005), Pediatrics ;115 (2): p.152- 162
34. Roy R , Tiller W. A. , Bell I , Hoover M.R. , "The structure of liquid water ; novel insights from materials research ; Potential relevance to homeopathy" , (2005) , Materials Research Innovations , 9 – 4 : p. 93 – 124
35. Shang A , Huwiler – Murtener , Nartey L , Juni P, Dorig S, Sterne AC , Pewsner D , Egger M , "Are the clinical effects of homeopathy , placebo effects ? Comparative study of placebo controlled trials of homeopathy and allopathy" , (2005) , "The Lancet" ; 366 : p. 726 – 732
36. Shipley M, Berry H, Broster G, et al., "Controlled Trial of Homoeopathic Treatment of Osteoarthritis" , (01/1983) , "The Lancet" 15, p. 97-98.
37. Sillanpaa M , Autilla P , (Department of Child Neurology , Turku University, Finland) , "Increasing prevalence of headache in 7 years old schoolchildren" , (09/1996) , Headache ; 36(8) : p. 466 – 470

38. Swayne J , Feldhaus W , "The cost and effectiveness of homeopathy", (07/1992) , British Homoeopathic Journal ;81 , 3: p.148 – 150
39. Tuchin PJ , Pollard H , Bonello R , "A randomized control trial of chiropractic spinal manipulative therapy" , (2000) , Journal of Manipulative Physiotherapy 23(2): p.91-95
40. Vickers A.J. , Fisher P , Smith C et al. , "Homeopathic Arnica 30x is ineffective for muscle soreness after long-distance running" , (September 1998)Clinical Journal of Pain, 14: p.227-231.
41. Walach H, Haeusler W, Lowes T et al. "Classical Homeopathic Treatment of Chronic Headaches", (1997) , Cephalalgia , 17:p.119-26
42. Whitmarsh T.E. , "When conventional treatment is not enough : a case of migraine without aura responding to homeopathy" , (1997) , The Journal of alternative and complementary medicine , 1:2 , p.159-162
43. Wikipedia , "Ηλεκτρονική Εγκυκλοπαίδεια Ποικίλης Ύλης" (2006) , (www.wikipedia.org)
44. Woolf C.J. , "The four basic types of pain" , (2004) Annals of Internal Medicine ;140;441-451
45. Zsombok T , Juhasz G , Gonda X , Vitrai J , Bagdy G , "Effect of autogenic training with cognitive and symbol therapy on the treatment of patients with primary headache" , (2005) , Hungarian Psychiatry ;20(1) : 25 – 34

