

Sjukgymnastiska behandlingsriktlinjer för kvinnor med graviditetsrelaterad ländryggs-/bäckenledssmärta

Dessa behandlingsriktlinjer är framtagna juni 2009 av leg. sjukgymnaster,
Malin Friberg, Gottsunda vårdcentral
Elisabet Sivertsson, Knivsta vårdcentral, Primärvården, Landsting Uppsala län
Åsa Rikner, Kvinnokliniken, Akademiska Sjukhuset

För vidare information och bakgrundsfakta se under "Litteraturstudie".

Rekommendationer

Tidig information från sjukgymnast angående anatomi, fysiologiska förändringar under graviditet, ergonomi, träning, smärtlindringsalternativ.

På ett flertal vårdcentraler inom primärvården i Uppsala läns landsting förekommer idag sjukgymnastisk gruppinformation för gravida enligt ovan. I dagsläget sker detta vanligtvis kring vecka 20. Det kan innebära att gravida med tidig bäckenleds-/ländryggssmärta får informationen för sent och riskerar då att få mer befästa symtom. Av den anledningen bör informationen tidigareläggas.

Alltid vid individuellt besök hos sjukgymnast:

- Utförlig anamnes och undersökning. Om framförallt ländryggsrelaterad smärta, behandling enligt detta. Liksom vid andra åkommor, viktigt att utesluta differentialdiagnoser.
- Muntlig och skriftlig information angående anatomi, fysiologiska förändringar under graviditet, ergonomi, bäckenbottenträning, allmän träning och smärtlindringsalternativ (se under "patientinformation" samt Bilaga 2).
- Rekommendation om bäckenbälte (införskaffas exempelvis via Gula rehab, Vobis, Svanen, Olmed)
- Uppföljning

Vid behov:

- Individuellt anpassad träning såsom stabiliseringsträning (se övningsbank Bilaga 3) och vattengymnastik (med fokus på stabilisering).
- Akupunktur efter första trimestern (se rekommendationer gällande punktval Bilaga 4).
- TENS, efter första trimestern- enligt klinisk erfarenhet. Se elektrodplacering enligt Cefar.
- Kryckkäppar, avspänning/avslappning, värme (enligt klinisk erfarenhet).

Bilagor:

1. Beskrivning av diagnostester.
2. Bildserie med hållning, stretching och vilopositioner.
3. Förslag på stabiliseringsövningar i tre olika svårighetsgrader.
4. Förslag på akupunkturpunkter utifrån refererade studier.

Utvärdering/resultatuppföljning

- Kliniska tester (se Bilaga 1).
- Utvärderingsformulär; SF-36 Hälsoenkät (24), EQ-5D Hälsoenkät (25), DRI-Disability Rating Index (26), PSFS-Patientspecifik Funktionell Skala (27), Upplevelse av smärtrelaterade besvär/ PBSI The Pain Belief screening instrument (28).
Dessa utvärderingsinstrument finns tillgängliga på Uppsala läns landstings intranät http://navet.lul.se/templates/page____25863.aspx.
- VAS - Visuell Analog Skala (29).
- Smärtskiss.

Referenser

1. Wu WH, Meijer OG, Uegaki K, Mens JMA, van Dieen JH, Wuisman PIJM, Östgaard HC. Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation and prevalence. *Eur Spine J*. 2004; 13: 575-589.
2. Vleeming A, Albert HB, Östgaard HC, Stuge B, Sturesson B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J*. 2008 Jun; 17(6): 794-819.
3. Nilsson-Wikmar L, Olsson C. Ländryggs- och bäckensmärta vid graviditet: Anpassad träning kan lindra smärta och förkorta sjukskrivningsdagar. *Fysio* 2006; 12: 38-45.
4. Gutke A, Östgaard HC, Öberg B. Predicting persistent pregnancy-related low back pain. *Spine*. 2008; vol 13 nr 12: 386-393.
5. Gutke A, Östgaard HC, Öberg B. Association between muscle function and low back pain in relation to pregnancy. *J rehabil med*. 2008; 40: 304-311.
6. Lee D and associates. Stability, continence and breathing: The role of fascia following pregnancy and delivery. *Journal of body works and movement therapies*. 2008; 12: 333-348.
7. Josefsson A, Bö K. Graviditet. *Fyss – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling*. 2008: 170-178.
8. Haugland K, Rasmussen S, Deltveit AK. Group intervention for women with pelvic girdle pain in pregnancy. A randomized controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica*. 2006; 85: 1320-1326.
9. Norén L, Ostgaard S, Nielsen T, Ostgaard H-C. Reduction of sick leave for lumbar back and posterior pelvic pain in pregnancy. *Spine*. 1997; 22: 2157-2160.
10. Nilsson-Wikmar L, Holm Kerstin, Öijerstedt R, Harms-Ringdahl. Effekt of three different physical therapy treatments on pain and activity in pregnant women with pelvic girdle pain: A randomized clinical trial with 3, 6 and 12 months follow up postpartum. *Spine*. 2005; vol 30 nr 8: 850-856.
11. Garshasbi A, Faghih Zadeh S. The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and obstetrics*. 2004; 88: 271-275.
12. Stuge B, Veieröd MB, LAerum E, Völlestad N. The effect of a treatment program focusing on specific stabilizing exercises for pelvic girdle pain after pregnancy. *Spine* 2004. vol 29 nr 10: 197-203.
13. Elden H, Ladfors L, Fagevik-Olsen M, Ostgaard H-C, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilising exercises as adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: randomised single blind controlled trial. *BMJ*. 2005 Apr 2; 330(7494):761.

14. Mörkved S, Åsmund Slavesen K, Schrei B, Lydersen S, Bø K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2007; 86: 276-282.
15. Kihlstrand M, Stenman B, Nilsson S, Axelsson O. Water-gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78:180-185.
16. Granath A, Hellgren M, Gunnarsson R. Water aerobics reduces sick leave due to low back pain during pregnancy. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006 Jul-Aug; 35(4):465-71.
17. Wedenberg K, Moen B, Norling Å. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 331-335.
18. Kvorning N, Holmberg C, Grennert L, Åberg A, Åkeson J. Acupuncture relieves pelvic and low-back pain in late pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83: 246-250.
19. Elden H, Fagevik-Olsen M, Ostgaard H-C, Stener-Victorin E, Hagberg H. Acupuncture as an adjunct to standard treatment for pelvic girdle pain in pregnant women: randomised double-blind controlled trial comparing acupuncture with non-penetration sham acupuncture. *BJOG*. 2008 Dec; 115 (13):1655-68.
20. Lund I, Lundeberg T, Lönnberg L, Svensson E. Decrease of pregnant women's pelvic pain after acupuncture: a randomized controlled single-blind study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85(1):12-9.
21. Mens J, Damen L, Snijders C, Stam H. The mechanical effect of a pelvic belt in patients with pregnancy-related pelvic pain. *Clinical Biomechanics* 21. 2006; 122-127.
22. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A. Chapter 3. European Guidelines for the management of nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 2006 Mar; 15:169-91.
23. Cardew B. Behandlingsriktlinjer för gravida kvinnor med utprovning av TENS. Uppsala läns landsting. Primärvården. 2005.
24. Sullivan M, Karlsson J, Ware Jr. JE. SF-36 Hälsoenkät. Svensk manual och tolkningsguide. Göteborg, 1994.
25. The EuroQol G. EuroQol – A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990; 16: 199-208.
26. Salén BA, Spangfort EV, Nygren ÅL, Nordemar R. The disability rating index: an instrument for the assessment of disability in clinical settings. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 1423-34.
27. Stratford P, Gill C, Westaway M, Binkley J. Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. *Physiotherapy Canada*. 1995; 47: 258-263.
28. Sandborgh M, Lindberg P, Denison E. The Pain Belief Screening Instrument (PBSI): predictive validity for disability status in persistent musculoskeletal pain. *Disabil Rehabil*. 2008; 30(15): 1123-30.
29. Bijur PE, Silver W, Gallagher EJ. Reliability of the visual analogue scale for measurement of acute pain. *Acad Emerg Med*. 2001; 8: 1153-7.

Bilaga 1

Beskrivning av, enligt European guidelines, rekommenderade tester för bäckenledssmärta

P4/ilium dorsalt

Testet utförs med patienten ryggliggande med den testade sidans höft flekterad 90 grader: Lätt tryck anläggs mot det böjda knät i femurs längsriktning samtidigt som bäckenet stabiliseras med undersökaren andra hand vilande mot SIAS kontralateralt. Testet bedöms som positivt om patienten känner den vällokaliserade smärtan djupt glutealt på den provocerade sidan.

Patrick's faber test

Patienten ligger på rygg: Ett ben flekteras, abduceras och utåtroteras så att hälen vilar mot motsatt knä. Undersökaren pressar lätt på den övre delen av den testade sidans knä. Testet bedöms som positivt om patienten upplever smärta i SI-leden eller symfyssen.

Gaenselen's test

Patienten, som ligger på rygg, flekterar höft och knä och drar knät mot bröstet med båda händerna. Patienten ändrar därefter till läge så att motsatt ben extenderas över britskanten. Testet bedöms som positivt om patienten upplever smärta (refererad eller lokal) på den provocerade sidan.

Palpation av långa dorsala SI-leds ligamentet

På gravida kvinnor:

Patienten ligger på sida med lätt flexion i både höfter och knän. Om palpation under den kaudala delen av SIPS ger kvarhållande smärta minst 5 sekunder efter undersökaren tagit bort sin hand, räknas det som positivt test för smärta. Om smärtan försvinner inom 5 sekunder räknas det som ömhet.

På kvinnor post partum:

Patienten ligger på mage och undersökaren palperar eventuell ömhet över de båda ligamenten direkt under den kaudala delen av SIPS. En erfaren undersökare skattar smärtan som positiv eller negativ på en 4-gradig skala; 0= ingen smärta, 1= mild smärta, 2= måttlig smärta, 3= outhärdlig smärta. Poängen från båda sidorna adderas så att summan blir 0-6.

Palpation av symfyssen

Patienten ligger på rygg. Hela främre delen av symfysis pubis palperas varsamt. Om palpationen orsakar smärta som varar mer än 5 sekunder efter borttagande av undersökarens hand, bedöms det som smärta. Om smärtan försvinner inom 5 sekunder, bedöms det som ömhet.

Active straight leg raise test (ASLR)

Patienten ligger på rygg med raka ben och fötterna 20 cm isär. Patienten instrueras att försöka lyfta ett ben i taget 20 cm utan att böja knät. Patienten skall därefter skatta funktionsnedsättning på vardera ben, enligt en 6-gradig skala; 0=inga svårigheter, 1= aningen svårt, 2= något svårt, 3= ganska svårt, 4= mycket svårt, 5= klarar ej. Poängen från båda benen läggs ihop och kan variera 0-10.

Hållning, stretching och vilopositioner

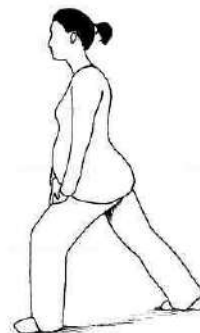
Jun-2009



Tänk på hållning. Släpp ned axlarna, rätta ut svanken lite, släpp knäna, tyngden mitt under foten.



Bäckenlippning framåt och bakåt.



Töjning av vadmuskler. Stå med tyngden på främre benet. Bakre fotens tår pekar framåt och hälen ska vara i golvet.



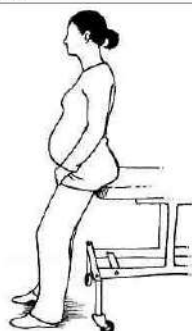
Töjning av höftböjarmuskeln. Stå med tyngden på båda benen. Bakre fotens tår pekar framåt. Pressa fram det bakre benets höft.



Töjning av muskler i skinkan. Sitt på kanten av ett bord. Drag knät upp mot motsatt axel.



Töjning av långa ryggsträckarna. Ligg på rygg och dra upp knäna mot magen så att svanken rätas ut. Huvudet vilar mot kudde/golv.



Stående viloställning för ryggen.



Viloposition. Sidliggande med kudde mellan knän och underben.



Viloposition i knäfyrfota med stöd för underarmarna.

Stabiliseringsträning 1



Stabilisering:
Knip med bäckenbotten och spänn samtidigt nedre delen av magen. Testa även i sidoliggande, sittande, fyrfotstående och i stående position.



Stabilisering:
Knip med bäckenbotten och spänn samtidigt nedre delen av magen.



Ligg på sidan med böjda ben, stabilisera. Lyft det övre knät några centimeter, men håll kvar foten mot underlaget.



Sitt på boll med rak rygg, stabilisera.



Stå med fötterna i höftbredd och med lätt böjda knän. Stabilisera och dra magen uppåt-inåt.



Stå med fötterna i höftbredd utan att svanka och med sänkta axlar, stabilisera. För armarna framåt-uppåt och sedan sakta ner igen.



Stå rak och bredbent. Stabilisera och för över tyngden i sidled till ett ben. Håll hela tiden ryggen rak.



Stå med fötterna i höftbredd, stabilisera. Gör lätta knäböjningar och sträck upp till raka knän. Håll hela tiden ryggen rak.



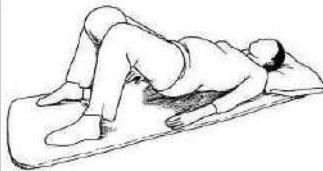
Stå med fötterna i höftbredd, stabilisera. Håll armbågarna böjda och händer på en yta i midjehöjd. Pressa en hand alternativt båda händer ned mot ytan utan att röra kroppen.

Undvik ALLA övningar som provocerar smärta.

Stabiliseringsträning 2



Stabilisering:
Knip med botten och spänn samtidigt nedre delen av magen. Testa även i sidoliggande, sittande, fyrfotstående och i stående position.



Ryggliggande med boll mellan knäna. Kläm ihop bollen och pressa ner svanken.



Ryggliggande med böjda knän. Pressa ned svanken och lyft stjerten en liten bit upp från golvet.

UNNDVIK DENNA ÖVNING VID BÄCKENLEDSSMÄRTA!



Ligg på sidan med böjda ben, stabilisera. Lyft det övre benet några centimeter.



Knäfyrfota. Lyft eller lätta på knäna från underlaget. Känn hur musklerna spänns i nedre delen av magen.



Knäfyrfota. Behåll ryggen i neutral position. Sträck ut en arm.



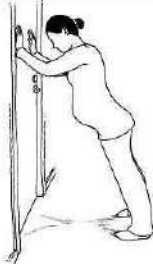
Sitt på boll med rak rygg, stabilisera. Lyft växelvis en fot från golvet. Håll överkroppen stilla.



Sitt på en pall, stabilisera. Sträck armarna framåt och luta dig bakåt. Känn hur musklerna spänns i nedre delen av magen.



Tåhävningar utan stöd för händerna, stabilisera. Gå upp på tå och stå stilla några sekunder.



Stå en bit från väggen, stabilisera. Gör armhävningar mot väggen med hela kroppen rak.

Undvik ALLA övningar som provocerar smärta.

Stabiliseringsträning 3



Stabilisering:
Knip med bäckenbotten och spänn samtidigt nedre delen av magen. Testa även i sidoliggande, sittande, fyrfotastående och i stående position.



Ryggliggande med böjda ben med eller utan boll mellan knäna, stabilisera. Pressa ned svanken och sträck ut ett ben.



Ligg på rygg med böjda ben, stabilisera. Släpncykla. Sträck ut och böj växelvis ett ben i taget. Håll bäckenet stilla.



Ryggliggande med boll mellan knäna. Stabilisera. Kläm ihop bollen med knäna och lyft rumpan något från underlaget.

UNNDVIK DENNA ÖVNING VID BÄCKENLEDSSMÄRTA!



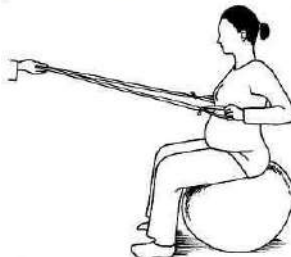
Ligg på rygg med benen på bollen, stabilisera. Lyft upp stjärten.



Ligg på sidan med det undre benet böjt och det övre benet rakt, stabilisera. Lyft det övre raka benet.



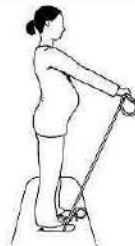
Knäfyfota. Lyft eller låtta på knäna från underlaget. Känn hur musklerna spänns i nedre delen av magen.



Sitt på boll med rak rygg, stabilisera. Drag armbågarna bakåt och för ihop skulderbladen.



Stå med fötterna i höftbredd utan att svanka med sänkta axlar, stabilisera. Drag bandet bakåt med raka armar. Håll emot på tillbakavägen.



Stå på gummibandet med sänkta axlar, fötterna i höftbredd och håll i bandet. Stabilisera. Drag bandet framåt-uppåt. Håll ryggen rak.

Undvik ALLA övningar som provocerar smärta.

Bilaga 4

Förslag på akupunkturpunkter, enligt nedan beskrivna studier

Wedenberg et al 2000 (17)

Behandling: 10 behandlingar under 1 månad, 2-3 gånger/vecka à 30 min, De Qi 2 gånger/behandling.
Punktval: Öronakupunktur- punkter i fossa triangularis. Övriga punkter- BL 26-30, BL60, CV 2 och lokala punkter, 2- 10 nålar användes.
Behandlingen startade alltid med öron akupunktur och kompletterades vid behov med kroppsakupunktur.

Kvorning et al 2004 (18)

Behandling: Ospecificerat antal behandlingar (från v 24-37 till förlossning alt till smärtfrihet). 1-2 gånger/vecka, De Qi 1 gång.
Punktval: LR 3, GV 20 tillsammans med lokala tenderpoints (gluteus minimus muskelsena 3-4 cm distalt om SIAS, sacroiliaca ligamenten samt symfysen). Perioest stimulering användes när det gick. Vid behov även BL 60, SI 3 samt BL 22-26 utifrån patientens smärtbild.

Elden et al 2005 (13)

Behandling: 12 behandlingar under 6 veckor, 2 gånger/vecka à 30 min, De Qi 3 gånger/behandling.
Punktval: Lokala punkter valdes individuellt utifrån palpation för att identifiera känsliga punkter. GV 20, LI 4, BL 26, 32, 33, 54, 60, KI 11, EX 21, GB 30, SP 12 och ST 36 bilateralt.
Totalt 10 segmentella punkter och 7 extra segmentella punkter användes.

Elden et al 2008 (19)

Behandling: 12 behandlingar, 1-2 gånger/vecka à 30 min, De Qi 3 gånger/behandling.
Punktval: EX 1, BL 26, 28, 32, 33, 54, GB 29, 30, KI 11, ST 36, BL 60 LI 4 och GV 20

Lund et al 2008 (20)

Behandling: 10 behandlingar under 5 veckor, 2 gånger/vecka à 30 min.
Punktval: BL 27, 28, 29, 31, 32, 54, KI 11, CV3, SP 6, LR 2 och LI 4.
Sammanlagt 10 punkter utifrån smärtlokalisering. Vanligtvis valdes 3-4 utav BL punkterna och applicerades bilateralt.

Sammanställning av akupunkturpunkter i ovanstående studier

LI 4, GV 20, BL 60, SP 6, ST 36, EX 1, LR 2-3, SI 3.
SP 12, GB 29-30, BL 22-33, BL54, EX 21, CV 2-3, KI 11.

Öronakupunktur punkter i fossa triangularis

Lokala trigger/tender points:

- gluteus minimus muskelsena 3-4 cm distalt om SIAS.
- sacroiliaca ligamenten (snett mot den distala delen av ligamentet).
- symfysen, med eller utan perioeststimulering.