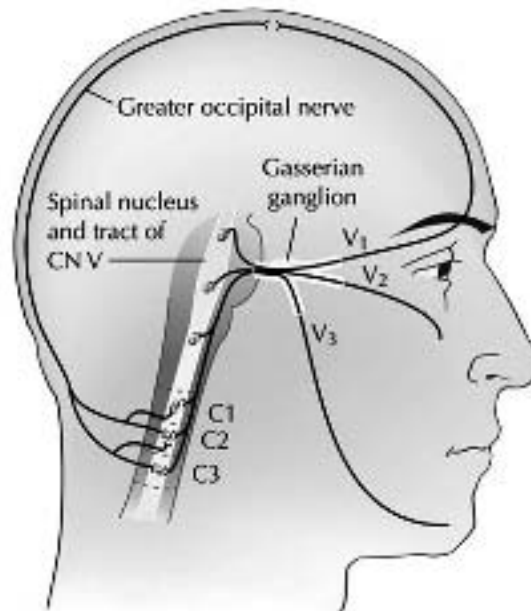




PÄÄNSÄRKY

KAULARANKAPERÄINEN

Päänsärky on oire, jota jossain elämänsä vaiheessa potee lähes jokainen meistä. Vain reilu viisi prosenttia ihmisistä välttyy siltä elämänsä aikana. Tyypillinen päänsärky potilas on 20-45 vuotias. Iän myötä päänsärky esiintyminen vähenee ja myöhemmällä iällä alkava akuutti tai vähittäin alkava päänsärky vaatii tarkempaa selvittelyä neurologin toimesta.





Kansainvälinen päänsärkyluokittelu jakaa päänsäryt 14 eri luokkaan. Pääluokkia ovat primääriset päänsäryt, sekundaariset päänsäryt sekä aivohermojen neuralgiat, kasvokivut ja muut päänsäryt. Kaularankaperäistä päänsärkyä ei kansainvälinen luokittelu tunne epäselvään patofysiologian ja puutteellisten diagnostisten kriteerien vuoksi. Tunnustuksen puutteesta huolimatta kliinisessä työssä tähän ”työdiagnosiin” kuitenkin usein päädytään.

Jännityspäänsärky muodostaa migreenin, sarjoittaisen päänsäryn ja muiden kolmoishermon autonomisten päänsärkyjen sekä muiden primääristen päänsärkyjen kanssa primääristen päänsärkyjen luokan. Toistuvasti jännityspäänsärkyä käytetään erheellisesti kaularankaperäisen päänsäryn synonyminä tai termit muuten aiheuttavat sekaannusta kommunikoinnissa eri terveydenhoitoalan ammattihenkilöiden välillä.

Palpaatiolöydöksillä heikko korrelaatio

Päänsärkypotilaan tutkimisessa painottuu anamneesin tärkeys oirekuvaa kartoitettaessa. Lähtökohtana on selvittää säryn alkamistapa. Onko kyseessä akuutti särky vai subakuutti tai kroo-

ninen särky? Akuutti päänsärky, johon päänsärkyoireen lisäksi liittyy pahoinvointia ja oksentelua tai neurologisia oireita, vaatii välitöntä laajempaa neurologista selvittelyä päivystyspoliklinikalla. Koska esimerkiksi migreenikohtaus voi oirekuvaltaan viitata vakavalaatuiseen päänsärkyyn, tulee anamneesissa tarkkaan kartoittaa potilaan oirehistoriaa ja pyrkiä huolelliseen neurologiseen tutkimiseen potilaan tilaa tutkittaessa. Jännityspäänsäryssä neurologinen status on normaali. Palpoiden voidaan havaita aristusta hartioissa, niskassa ja ohimoilla, mutta palpaatiolöydökset eivät välttämättä korreloi jännityspäänsäryn esiintymisen kanssa. Kansainvälisen luokittelun mukaan jännityspäänsäryn

jatkuu suraavalla aukeamalla



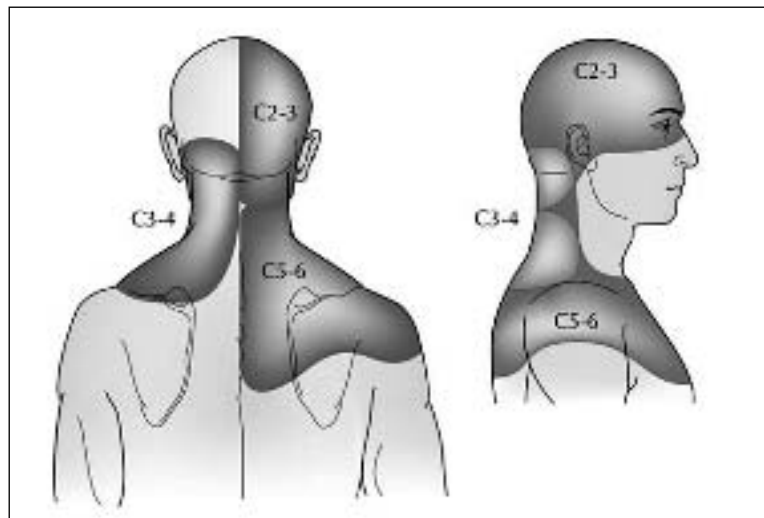
jatkoa

taustalla voi olla joko lisääntynyt lihaskäynnitys, mutta yhtälailla henkinen jännittyneisyys.

Kaularankaperäinen päänsärky on tyypillisesti krooninen oireyhtymä, jossa kaularangan ja sen pehmytosakudosten oletetaan olevan pääalueelle heijastuvien oireiden taustalla. Puhuttaessa kaularankaperäisestä päänsärystä, käsitetään oireilun alkuperäksi yleisesti ylemmän kaularangan alueen toimintahäiriö. Huomioitavia kipua aistivia rakenteita kaularangan alueella ovat erityisesti nivelet ja nivelkapselit, ligamentit, hermot ja hermojuuret, lihakset kiinnityskohtineen ja arteria vertebralis. Kolmen ylimmän spinaalihermon hermottamia rakenteita pidetään yleisimpinä kaularankaperäistä päänsärkyä generoivina rakenteina. Mutta, milloin nämä rakenteet ovat päänsäryn perimmäisenä syynä, on epäselvää. Tulee muistaa, että potilaalla voi samanaikaisesti olla useampi päänsärkyä aiheuttava sairaus, mikä hankaloittaa säryn alkuperän selvittelyä ja johtaa vääränlaiseen arvioon potilaan tilasta. Päänsäryn sijaintia ei pidetä merkittävänä diagnostisena tekijänä. Samanaikaisen niskakivun ja päänsäryn välillekään ei tule vetää liian herkästi yhteistä tekijää.

Fasettinivelistä oireita

Kaularangan röntgentutkimus on aiheellista vasta niskakivun pitkittyessä, eikä sitä tule käyttää päänsäryn rutiinitutkimuksena, koska kaularangan spondyloosi- ja nivelrikkomuutoksien ei ole havaittu korreloivan päänsäryn kanssa. Niskan retkahdusvammassa päänsärky on tyypillisimpiä oireita niskakivun ja kaularangan alentuneen liikkuvuuden kanssa. Tässä yhteydessä päänsärkyä pidetään paranemisennustetta hidastavana tekijänä. Retkahdusvammapotilaille tehdyissä puudutetutkimuksissa on voitu osoittaa fasettinivelten heijastavan oireita takaraivon ja hartian alueelle aina C3-4 segmentistä asti. Retkahdusvammapotilailla suositetaan kaularangan röntgentutkimusta akuutissa vaiheessa vakavien kaularankavammojen poissulkemiseksi.



Puudutetutkimuksia pidetään luotettavimpana menetelmänä arvioitaessa fasettinivelperäisen kivun alkuperää. Kliinisessä työssä tällaiseen diagnostiikkaan on harvoin mahdollisuutta, mistä syystä kansainvälinen kaularankaperäistä päänsärkyä tutkiva asiantuntijaryhmä pitää menetelmää tarpeellisena vain tieteellisessä työssä. Asiantuntijaryhmän luokittelun mukaan kaularankaperäinen päänsärky on lähes poikkeuksetta toispuoleista pään tai kasvojen alueen kipua liittyen kaularangan liikkeisiin, pitkäaikaisiin pään samoihin asentoihin ja kaularangan yläosan tai takaraivon alueen altistumiselle ulkoiselle paineelle. Särky voi levitä niskasta takaraivolle, otsalle, ohimolle ja silmän seutuun. Myös Valsalvan manööveri, yskiminen tai niistäminen voi provosoida oiretta. Lisäksi oirekuvaan tulee liittyä kaularangan liikkuvuuden rajoittuminen tai saman puoleinen niskan, hartian tai yläraajan pseudoradikulaarioire. Kaularankaperäinen päänsärkyoire ei ole sykkivää kuten vasculaarinen päänsärky eikä pantamaista kuten jännityspäänsärkyssä. Episodiin kesto vaihtelee jaksottaisesta tunteja tai päiviä kestävästä oireesta jatkuvaksi syväksi kivuksi. Intensiteetti on kohtalaisesta kovaan särkyyn. Kaularankape-

räinen päänsärky on tyypillisempää naisilla kuin miehillä ja anamneesista voi löytyä pään tai kaularangan trauma. Oirekuvaan saattaa liittyä myös epämääräisiä oireita ja tuntemuksia, kuten pahoinvointia, huimausta, näköoireita ja nielemisvaikeuksia, joita esiintyy myös niin migreenissä kuin myofaskiaalisessa kipuoireyhtymässä.

Päällekkäistä päänsärkyä

Kaularangan yläosan hermoilla ja kasvojen aluetta hermottavalla trigeminushermostolla on interneuronien kautta yhteys trigeminokervikaalisessa nukleuksessa toisiinsa, mitä pidetään selitysmallina kaularankaperäisen oireen heijastumiselle kasvojen alueelle. Yhtenä anatomisena selitysmallina kaularankaperäiselle päänsärkyä on käytetty fasettinivelten liikehäiriön ohella myös m. rectus capitis posterior minorista lähteviä säikeitä, jotka membrana atlanto-occipitale posteriorin läpäistyään kiinnittyvät duuraan. Näin ollen hypertoninen lihas saisi aikaan duuraan tensiota, joka johtaisi päänsärkyyn.

Erotusdiagnostisesti tulee huomioida patologisista tiloista mm. okkipitaalihermon pinnetilat, posteriorisen fossan



kasvaimet, vaskuliitti ja kaularangan välilevytyrä sekä muista päänsärkytyypeistä migreenin ja jännityspäänsäryn lisäksi kluster-päänsärky ja hemicrania, jotka saattavat muistuttaa toisia oireitaan tai esiintyä samanaikaisesti ja peittää toistensa oireita.

Koska kaularankaperäiselle päänsärkyllä ei ole selkeitä diagnostisia kriteereitä, päädytään ”työdiagnoosiin” pääsääntöisesti anamneesin ja laajan kaularangan kliinisen tutkimuksen avulla. Samaisesta kriteerien puutteesta ei oireyhtymälle ole voitu asettaa myöskään selkeitä hoitosuosituksia. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää oirekuvan selittäminen potilaalle, jolla saattaa olla jo runsaasti kokemuksia eri hoitomuodoista vaihtelevalla menestyksellä.

”Työdiagnoosista” hoitokokeiluun

Tyypillisistä migreenilääkkeistä ei ole todettu olevan merkittävää apua kaularankaperäisen päänsäryn hoidossa. Sen sijaan migreenin estolääkityksestä on havaittu olevan hyötyä trisyklisten antidepressanttien, antiepileptisten- ja tulehduskipulääkkeiden ohella. Hankalimmillaan kroonisen kaularankaperäisen päänsäryn hoito voi vaatia lääkitysten purkamista ja muuttamista kipupoliklinikalla, koska potilaan krooninen oire ja sen lääkitys on johtanut särkylääkepäänsärkyyn.

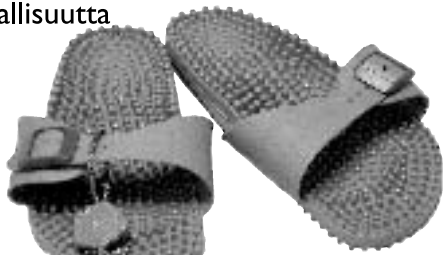
Manuaalisia- ja fysikaalisia hoitoja tulee suorittaa ja annostella harkiten. Hoitomuodoilla on herkkä taipumus

provosoida kaularankaperäistä päänsärkyä. Parhaimmillaan manuaaliset hoidot ovat osana potilasta aktivoivaa moniammatillista kipukuntoutusta. Triggerpisteiden puudutuksilla on havaittu olevan vain lyhyt aikainen vaikutus. Lupaavia hoitotuloksia on saavutettu hankalissa oireissa kaularangan fasettiniivel- tai epiduraalipuudutuksilla ja radiofrekvenssihoidolla. Menetelmien pitkäaikaisvaikutavuudesta ei ole näyttöä ja saata- vuuskin on vielä rajallista.

”Hole-in-one” –menestystä saavutetaan harvoin päänsärkypotilaan hoidossa. Erityisesti manuaalisia hoitomenetelmiä käytettäessä voi olla hyödyllistä edetä maltillisesti käytettävän menetelmän hyötyjä ja haittoja punnitien sivuvaikutusten minimoimiseksi. Potilaan aktivoimiseksi mukaan terapiaprosessiin voidaan hänelle ohjelmoida lihaksia rentouttavia kotiharjoituksia ja tätä kautta asteittain edetä vaativampaan fyysiseen harjoitteluun pyrkimyksenä vähentää terapiariippuvuutta.

TIETOA JA TARVIKKEITA ALAN AMMATTILAISILLE

- Anatomiset lihas-, luusto- ja hermostokartat
- Ammattikirjallisuutta
- Työjalkineet
- Hierovat suihku-sandaalit
- Manteliöljyjä hierontaan
- Kuppausvälineet



KUPPAUS-
VÄLINEIDEN
HUOLTOA JA
KORJAUSTA



T:mi Maija Koivisto

Kansankatu 7 as 1-2, 15870 Hollola
Puh. 0400-493 070, 03-7802 554

SINULLE! KOULUTETTU HIEROJA

Hanki **Jetform ACU/shiatsupatja** helpottamaan ja monipuolistamaan työtäsi. Erinomainen esihoito ennen hierontaa, antaa myös lämpöhoidon.

Perustuu kolmiulotteiseen painallus- ja venytystekniikkaan sekä myös nikama- ja nivelmanipulaatioon. Nikamalukkojen aukaisuun. Hoitoaika 15 min. ja ACU-laitteen 56 ”peukaloo” hoitaa kehoa aina kallonpohjasta nilkkoihin asti. Japanilaisen lääkäriryhmän kehittämä.



KYSY TARJOUSTA!

Esittely ja myynti:
VIHREÄ SALONKI
Pirjo Ruokokoski
koulutettu hieroja
Valtakatu 21,
53100 Lappeenranta
040-565 3922

Maahantuoja:
SELKÄHOITO
Reijo Vuorio, Orimattila
www.reijovuorio.com