

KIVUNHOIDON ERITYISKYSYMYKSIÄ (teksti Seppo Villanen LL, 1.2.2005)

1. SELKÄKIPU on hyvin tavallinen - lähes kaikki ovat jossain elämänsä vaiheessa kokeneet selkäkipua ja suurin osa on parantunut siitä kohtalaisen nopeasti. Tämän vuoksi lähes kaikilla on oma näkemyksensä siitä mitä selkäkipu on ja miten siitä voi parantua. Vuosituhansien aikana selkäkipua on hoidettu erilaisilla "niksautustekniikoilla" esim. Hippokrates opetti lääkäreitä manipuloimaan, rohdoilla, kylvyillä, sidoksilla, tuilla, hieronnoilla, meditaatiolla jne... Nämä samat tekniikat ovat edelleen käytössä. Erilaisia harjoittelu- ja voimisteluohjelmia on myös ollut ilmeisestikin tuhansia vuosia.

Selkävivun diagnostiikka alkoi kehittyä vasta röntgen - menetelmien kehittymisen myötä. Ensimmäiset tulivat luukuvaukset ja sitten kehittyivät erilaiset varjoainekuvaukset. 1900-luvun alussa iskiasista pidettiin reumatautina. Anestesian ja leikkaustekniikoiden kehittyminen mahdollisti selkäoperaatiot viime vuosisadan keskivaiheilla. Erilaisia injektiohoitoa ja esim. varjoainekuvauksia on tehty läpivalaisussa 1950-luvulta lukien. Myelografia ja diskografia välilevyn (varjoainetutkimus) olivat laajemmin käytössä vielä 1980-luvun puolelle asti. Sitten CT-tutkimus ja viimeksi MRI-tutkimus ovat pitkälti korvanneet edelliset. Kuitenkin edelleen on ongelmana se, että CT tai MRI eivät kaikilla selkäkipupotilailla selitä kivun syytä. Kyseessä on ns. väärä negatiivinen /tai positiivinen tulos. Esim. potilaalla on vaikea alaselkäkipu - hänelle tehdään MRI-tutkimus, jossa näkyy prolapsi - joka leikataan - mutta kipu jää. Voi olla että kipu tuli tällöin aivan toisesta rakenteesta kuin oletettiin. Kivun syytä voi olla esim. päätelevymurtuma, jolloin välilevymassaa menee nikaman sisälle (välilevy menettää tilavuutensa) tällöin välilevyn ulkoreunan on pakko pullistua ulospäin.

Selkävivun diagnostiikka voidaan tarkentaa haluttaessa injektio- ja tutkimuksin. Eli tällöin CT:llä tai läpivalaisussa viedään neula mahdollisimman lähelle rakennetta, jonka ajatellaan aiheuttavan kipua. Annetaan sitten puudute ja/tai kortisoni injektio ja seurataan vointia. Haetaan vastausta siihen mikä muuttui ja mikä ei. Jos kipu tulee ko. alueelta niin se tietysti häviää ja on poissa joskus pidemmänkin aikaa. Eli injektioita ovat myös hoidollisia. Injektioilla saadaan siis vastaus kysymyksiin: mistä rakenteesta ja mitä elementtejä kivussa on. Samalla saadaan myös ennuste siihen mihin osaan kipua tms. esim. radiofrekvenssihoidolla tai operatiivisella hoidolla voidaan vaikuttaa.

Tällä hetkellä teemme CT:llä tai läpivalaisuohjattuna (varjoainekontrolli)

- hermojuuri- ja puudutuksia (rintaranka, lanneranka), esim. iskias
- fasetti-injektioita
- fasettihermon (dorsaalinen ramus) injektioita (lanne-, rinta- ja kaularanka)
- si-nivelinjektioita, esim. sacroiliitti - potilaat hyötyvät näistä
- muita nivelinjektioita
- muita injektioita (lihas, bursa, trigger)
- ilman läpivalaisua myös muille alueille - pinnallisissa vammoissa

Radiofrekvenssihoito on käytössä samoille alueille. Pääosin käytämme pulsoivaa radiofrekvenssihoitoa, jolla kudoksia lämmitetään ad 41-42 astetta.

- botox hoidot ovat myös mahdollisia joko ENMG-ohjauksessa tai ilman

Myöskin akuuttia iskiasista voidaan hoitaa injektioin. Tällöin pahin kipu saadaan yleensä pois ja alueella oleva tulehdusreaktio rauhoittuu. Injektioilla hoidetuista potilaista alle 10 % ei saa riittävästi hoitovastetta ja heidät joudutaan leikkaamaan. On selvä, että ennen prolapsia välilevy on jo rikki ja leikkauksella saadaan yleensä säteilykipu helpottamaan, mutta selkäkipua (rikkinäisestä välilevystä johtuvaa kipua usein jää).

Useinkin selkäkipussa on mukana useita eri elementtejä. Kipu voi tulla eri rakenteista - on toiminnallista lihas/fascia-peräistä kipua, välilevykipua, luukipua, fasettikipua, hermovauriokipua ja joskus kipua on myös laajentunut vaurioalueen ulkopuolelle. Tällöin hoidot ja lääkitykset ovat usein yhdistelmiä.

2. Osteoporoosikipu. Voi alkaa jo paljon aikaisemmin kuin esim. murtumat tulevat esille. Allek. nuorin osteoporoosipotilas on ollut 20 v mies. Osteoporoosi on pidettävä aina mielessä, jos kipu alkaa ilman vammaa esim. yöllä tai jos kyseessä on hyvin vähäinen vamma esim. liukastuminen ilman kaatumista. Osteoporoosin diagnoosi perustuu kliiniseen statukseen, DEXA tutkimukseen ja erityisen tärkeää on ottaa asianmukaiset laboratoriotutkimukset pahanlaatuisten ja hoidettavien sairauksien poissulkemiseksi. Erityisen hyödyllinen on ollut D-vitamiinin määrittäminen verestä. DEXA mittaukseen voi liittyä virheitä esim. tuore nikamamurtuma voi lisätä tiheyttä niin, että tulos näyttää normaalilta. Tällöin on tarpeen ottaa täydentäviä röntgen tutkimuksia. Osteoporoosikipua hoidetaan osteoporoosilääkkeillä ja mikäli on D vitamiinin puutos niin D vitamiineilla. Vaikeissa tilanteissa käytetään keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Erityisen tehokas ja nopea hoito on vertebroplastia, jossa murtunut nikama vahvistetaan luusementillä. Kivut helpottavat heti. Potilas pääsee liikkeelle heti toimenpiteen jälkeen. Vertebroplastian tekee ortopedi.

3. notkeat potilaat. Notkeutta pidetään terveyden merkinä. Kuitenkin meillä on joukko notkeita potilaita, jotka ovat hyvin kipeitä, heidän tukikudoksensa on joustavaa ja periksiantavaa. Tuki- ja liikuntaelimestö ei pysy kasassa. Heillä on kävelyvaikeuksia, olat menevät sijoiltaan, maitopurkkia ei voi nostaa jne, polvet kipuileet. Osalla näistä potilaista tavanomaiset puudutukset eivät vaikuta. Lapsuudessa on ollut kävelyn oppimisen hitautta. Käsiä on huonoo jne..Osa näistä potilaista sairastaa perinnöllistä hypermobiliiteettioireyhtymää osa Ehlers-Danlosin syndroomaa.

4. verenvuototautia sairastavat potilaat - heillä esiintyy nivelvuotoja ja vuotoja myös muihin kudoksiin. Toistuvat nivelvuodot voivat aiheuttaa nivelkalvon tulehduksen, jolloin nivel vaurioituu tulehduksesta johtuen.

5. diabetespotilailla esiintyy cheiroatropatiaa - jossa erityisesti käsien pikkunivelet paksuuntuvat ja turpoilevat, olkiin ja lonkkiin voi syntyä frozen (jäätynyt olka/lonkka) muutoksia. Pohjelihas voi kiristää, jolloin voi syntyä haavaumia jalkoihin jalan tökätessä maahan.

6. psoriasispotilaiden tulehduksellinen selkä- ja/tai niveloireisto jää usein tunnistamatta ja siten ilman asianmukaista hoitoa. Reumatologi vastaa psoriasis potilaiden niveltaudin hoidosta.

Orton/Kuntoutus kipupolilla toimivat myös fysioterit, kivunhoidon ja kuntoutuksen erityispätevydet Jukka-Pekka Kouri, yl el LL ja Simo Järvinen LL