

Tämä on rinnakkaistallenne. Sen viitetiedot saattavat erota alkuperäisestä /

This is a self-archived version of the original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Version: publisher's version

Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä: /

To cite this article please use the original version:

Kääriäinen, Raimo 2021. Päänsärkyasiakas vastaanotolla - manuaalisen terapian mahdollisuudet sekä muut hoitomuodot erilaisissa päänsärkyoireissa. Hieroja-lehti 4 (2), 6–14.

Päänsärkyasiakas vastaanotolla

- Manuaalisen terapian mahdollisuudet sekä muut hoitomuodot erilaisissa päänsärkyoireissa.

*Teksti: fysioterapeutti OMT, fysioterapian lehtori (TtM) **Raimo Kääriäinen**
Savonia ammattikorkeakoulu / Coronaria Kunto Kuopio
Raimo.Kaariainen@savonia.fi*



(KUVA: BIRGITTA LAAKSO)

**Pääasialliset hoitomuodot ovat
päänsärkyasiakkaille ei-lääkkeellisiä.**
(KUVA: BIRGITTA LAAKSO)



**Venyttely ei juurikaan
lisää verenkiertoa joten
hartiat kaipaavat enemmän
liikettä.**

(KUVA: BIRGITTA LAAKSO)

JOHDANTO

Päänsärky on yksi yleisimmistä neurologisista oireista, sillä n. 96 % väestöstä on kokenut päänsärkyä jossain vaiheessa elämäänsä (Rubio-Ochoa ym. 2016). Suurin osa päänsäryistä on hyvälaatuisia ja ohimeneviä, mutta osa voi uhata jopa henkeä (Huijbregts 2009). Nämä oireet tyypillisesti aiheuttavat paljon kustannuksia yhteiskunnalle mm. sairaspöissaolojen vuoksi. Kana-
dassa 2000-luvun alussa todettiin tutkimusten valossa, että mm. pelkästään migreenin kustannukset yksilöä kohden olivat yli 3000 Kanadan dollaria.

Epidemiologisia tutkimuksia on tehty eniten läntisessä Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Esiintyvyyden osalta tutkimukset osoittavat, että yleisesti päänsärystä kärsii n. 50 % väestöstä Aasiassa, Australiassa, Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Merkittävästi vähemmän päänsärystä kärsii afrikkalainen väestö (n. 20 %). Migreeni on yleisintä Euroopassa (15 %) ja vähiten Afrikassa (1%). Tensiotyyppistä päänsärkyä esiintyy väestös-
sä eniten Euroopassa (80%), kun verrataan Aasiaan tai

Amerikkaan (20-30 %). Tutkijoiden mukaan päänsäryyn esiintyvyyteen voivat vaikuttaa geneettiset tekijät, ilmasto, sosioekonominen tausta, elämäntapa, muut sairaudet ja yleinen terveydentila.

Kansainvälisen päänsärky yhdistyksen (International Headache Society, IHS) uusin päänsäryyn luokittelu on muodostettu vuonna 2018. Päänsäryyn neljätoista pääluokkaa on jaettu primaarisiin ja sekundaarisiin päänsärkyihin. Primaarisella päänsäryllä tarkoitetaan sairautta sinänsä, kuten migreeni tai tensio- eli jännityspäänsärky. Vastaavasti sekundaarinen päänsärky tarkoittaa päänsärkyä, joka voi olla seurausta jollekin perussyylle, kuten aivoverenkierron häiriölle tai infektiolle (IHS 2018). Tässä artikkelissa käymme läpi päänsäryyn luokittelua, fysiologisia selitysmalleja ja ennen kaikkea miten manuaalisen terapian keinoin voimme tutkia ja hoitaa päänsärkyjä, joihin voimme ei-lääkkeellisesti vaikuttaa.

>>

PÄÄNSÄRKY

Tärkeimmät rakenteet kallossa, jotka aistivat kipua, ovat proksimaaliset aivojen verisuonet, duuran laskimot ja ontelot sekä suurimmat valtimot. Stimulaatiot, kuten venytys, voivat verisuonirakenteiden kautta provosoida kipua pään eri rakenteisiin.

Voimme yleistää siten, että rakenteet, jotka sijaitsevat kallon etu- ja keskiosissa, voivat aiheuttaa kipuheijasteen pään etuosan rakenteisiin. Toisaalta kallon takaosa ja niskan rakenteet voivat aiheuttaa heijasteita pään takaosan kolmannekseen. Aivokuori, pia mater, lukin kalvo ja kallon luut ovat hyvin herkkiä myös kivun stimuloitumiselle (Kelman 2011).

Kipua aistivat rakenteet sisältävät eriaisteisia sensorisia, sympaattisia ja parasympaattisia hermotuksia. Ne tyypillisesti aktivoituvat mekaanisesta, lämpö- ja kemiallisesta stimuksesta. Kemiallisia tekijöitä voivat olla mm. tulehdusolot aivokalvontulehduksessa ja yleisinfektiot. Myös useat lääkkeet ja metaboliset tekijät kuten hypoglykemia eli alhainen verensokeri, voivat provosoida oireilua. Pääasiallisena kipua välittävänä hermona toimii n. trigeminus eli kolmoisherma, joka välittää viestin aivokuorelle. Aivokuorella muodostuu tällöin kokemus kivusta eli päänsärky. Myös on hyvä muistaa kaularangan hermojen sekä nervus vaguksen eli kiertäjähieron kivun välityskyky pään alueen kivuissa (Kelman 2011).

Päänsärkyoireiden luokittelu

Kansainvälinen päänsärkyseura (IHS 2018) on julkaissut uuden päänsärkyluokituksen, jossa päänsäryt luokitellaan 14 kategoriaan. Uusimmassa luokituksessa päänsärkyluokat jaetaan primaarisiin ja sekundaarisiin päänsärkyihin eli muihin sairauksiin tai esim. vammoihin liittyviin päänsärkyihin. Seuraavassa taulukossa 1. on kuvattu päänsäryn luokittelu IHS:n (2018) mukaan.

TAULUKKO 1. Päänsäryn luokittelu IHS 2018 (International Headache Society, ICHD-3 2018) mukaan.

Primaariset päänsäryt

1. Migreeni
2. Tensio- eli jännityspäänsärky
3. Sarjoittainen päänsärky (CH) ja Krooninen paroksysmaalinen hemikrania (CPH)
4. Muut primaariset päänsäryt

Sekundaariset päänsäryt

5. Päänsärky liittyen pään ja/tai niskan vammoihin
6. Päänsärky liittyen kallon tai kaularangan verenkierto häiriöihin
7. Päänsärky liittyen ei-verenkierrolliseen kallonsisäiseen oireeseen/häiriöön
8. Päänsärky liittyen lääkkeiden käyttöön tai niiden vieroitukseen
9. Päänsärky liittyen infektiin
10. Päänsärky liittyen pään aineenvaihduntahäiriöön
11. Päänsärky tai kasvojen alueen kipu liittyen kalloon, niskaan, silmiin, korviin, nenän sivuonteloihin, hampaisiin tai muihin kasvojen tai kallon rakenteisiin

12. Päänsärky liittyen psykiatriseen häiriöön
Kraniaaliset neuralgiat, sentraalinen ja primaarinen kasvokipu ja muut päänsäryt
13. Kraniaaliset neuralgiat ja sentraalisiin syihin liittyvät kasvokivut
14. Muut päänsäryt, kraniaaliset neuralgiat, sentraaliset tai primaariset kasvokivut

Päänsärkypotilaan tutkimisen osalta on tärkeää esitietojen huolellinen läpikäynti. Esitietojen osalta on huomioitava kivun alkaminen, kesto, muut oireet, pahentavat ja helpottavat tekijät sekä elämäntavat. Lisäksi nautintoaineiden kokeilut ja käyttö, aiemmat hoitokokeilut ja niiden vaikutus on huomioitava haastattelussa. Lisäksi muut sairaudet ja niiden hoito sekä sukuanamneesi tulisi käydä läpi. Tutkimisessa tulisi neurologisen statuksen lisäksi olisi hyvä mitata verenpaine, tunnustella ohimovaltimot ja kalloa ympäröivät rakenteet, tarkistaa leukanivelet ja purentalihakset. Niskan kliininen tutkimus myös sisältyy päänsärky potilaan tutkimiseen ja tarpeen mukaan korvien, nenän, kurkun ja silmien tarkistaminen kuuluu tutkimisprotokollaan lääkärien osalta. Manuaalista terapiaa toteuttavien henkilöiden kannattaa huomioida etenkin kaularangan osalta ylempien liikesegmenttien toiminta.

Päänsärkypotilaan tutkimisessa on erittäin tärkeää selvittää mahdolliset ns. punaiset liput, jotka ovat hyvä huomioida päänsärkypotilaan osalta (Huijbregts 2009):

- Yli 50-vuotiailla äkillinen päänsärky/muutos jo olevaan oireeseen, paheneva/selittämätön
- Hellittämätön toispuoleinen päänsärky
- Progressiivisesti paheneva päänsärky
- Äkillinen, salamanisku-tyyppinen päänsärky
- Uuden tyyppinen kipu, "pahin mahdollinen ikinä"
- Pahentavia tekijöitä; fyysinen rasitus, yskiminen/niistäminen ym.
- Ei vastetta asianmukaisiin hoitoihin
- Neurologisia oireita; tajunnan tason häiriöt, kömpelyys, muuttunut käyttäytyminen, niskan jäykkyys, heikkoudet
- Systeemijärjestelmän muutokset; kuume, painon putoaminen, arteria temporaliksen eli ohimovaltimon arkuus, korostunut oksentelu pahoinvoinnin tunteeseen liittyen, näkö- ja kuulohäiriöt, yöllä herättävä päänsärky etenkin lapsella
- Lääketieteellinen historia; syöpä/autoimmuunitaudit – virusinfektiot, pää/niskavammat, kontrolloimaton verenpaine
- Lääkehoito; antikoagulanttihoito yhdistettynä jopa lievään vammaan
- Silmän alueen oireet; silmä kipu yhdistettynä näön muutoksiin
- Ei perhetaustaa lapsella migreenityyppisessä kivussa

Seuraavaksi käymme läpi sellaisia päänsärkyjä läpi, joihin voidaan vaikuttaa myös ei-lääkkeellisin toimenpitein. Eli kohteena ovat primääriset päänsäryt; kaularankaperäinen



**On tärkeää että löydetään asiakkaalle keinoja
oireiston kanssa elämiseen.**
(KUVA: BIRGITTA LAAKSO)

...jatkuu >>

päänsärky, tensiotyyppinen päänsärky, migreeni sekä purennan toimintahäiriöihin liittyvä päänsärkyä.

Kaularankaperäinen päänsärky

Kaularankaperäinen päänsärky on sekundäärisiin päänsärkyihin luokiteltu päänsärlyn muoto, johon liittyy tyypillisesti toispuoleista päänalueen kipua sekä oireita ja löydöksiä niskaan liittyen. Kyseinen päänsärlyn muoto pahenee usein niskan liikkeistä, hankalista pään asennoista tai ulkoisesta paineesta, joka kohdistuu yläniskaan tai kallonpohjaan. Norjalainen lääkäri Ottar Sjaastad toi vuonna 1983 ensimmäisenä esille käsitteen kaularankaperäinen päänsärky (Cervicogenic headache) tutkimuksiinsa perustuen.

Epidemiologisten tutkimusten pohjalta kaularankaperäistä päänsärkyä kärsii n. 1-2,5 % väestöstä (De Pauw ym. 2021). Jos diagnoosi perustuisi pelkästään kliiniseen päätelyyn eikä spesifeihin lääkepuudutteisiin, eliniän esiintyvyys on n. 4,1 % Beckerin (2010) mukaan. Kaularankaperäinen päänsärky on vaikea diagnosoida kliinisesti, koska siihen liittyy monien muiden päänsärkymuotojen ominaisuuksia kuten kivun sijainti, kivun laatu, jaksottaisuus jne. Rubio-Ochoan ym. (2015) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todettiin, että manuaalista terapiaa toteuttavilla on keinoja tutkia luotettavasti kliinisillä testeillä kyseistä päänsärlyn luokkaa, kun testaus kohdennetaan yläniskaan. Luotettavin testi katsauksessa oli kaularangan rotaatio leuka rinnassa, joka testaa mm. C1 liikesegmenttiä. Monessa tutkimuksessa kuitenkin tarkimmaksi keinoksi todetaan kivun blokkaminen lääkepuudutteilla yläniskan osalta eli lääkäreiden tekemillä toimenpiteillä. Kaularankaperäinen päänsärky täten säilyy kiistanalaisena aiheena jo näidenkin tiimoilta. Se on kuitenkin harvinaisempi päänsärlyn muoto verraten migreeniin ja tensiotyyppiseen päänsärkyyn sekä siihen liittyvä vastaavia oireita kuin yllä mainituissa päänsärlyn muodoissa.

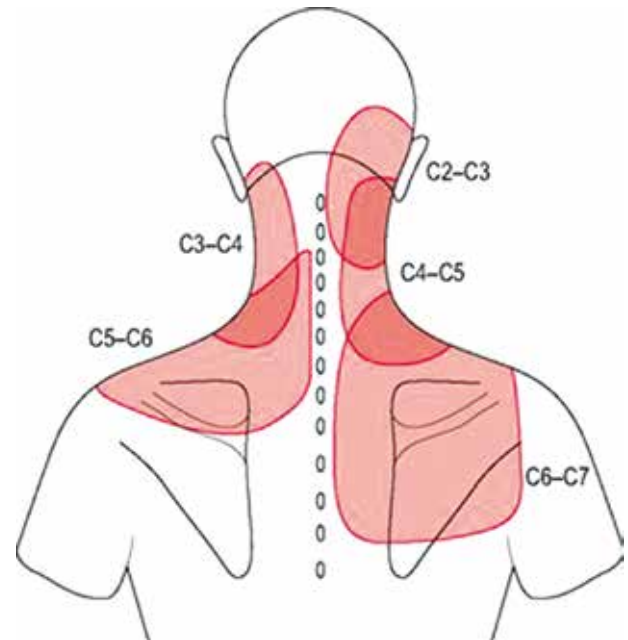
Kaularankaperäisen päänsärlyn luokittelussa on kuitenkin tärkeää kiinnittää huomiota seuraaviin tekijöihin (IHS 2018):

- Kipu säteilee niskasta ja säteilyalueena yksi tai useampi alue pään ja/tai kasvojen alueella, täyttään kriteeristöt C ja D
- Kliinisesti tutkimustuloksen ja/tai kuvantamiskeinoin on todettavissa oleva oire tai vamma kaularangassa tai niskan pehmeissä kudoksissa, tai yleisesti hyväksytty mahdollinen päänsärlyn syy
- Kipu aiheutuu niskan oireen tai vamman pohjalta ainakin yhden seuraavan syyn takia:
 - Kliiniset oireet provosoitavissa niskan kautta
 - Päänsärky poistettavissa diagnostisilla lääkepuudutteilla kaularangan rakenteista tai sen hermorakenteiden kautta käyttäen placeboa tai muilla asianmukaisilla hoidoilla
- Kipu lievenee 3 kuukaudessa kausaalisen oireen tai vamman onnistuneen hoidon jälkeen

Erotusdiagnostisesti kaularankaperäinen päänsärky kohtaus kestää pidempään kuin migreeni. Oireisto ei vaihda puolta ja se alkaa posteriorisesti takaraivosta tyypillisesti edeten ohimoalueille / kasvoille. Myös niskaan liittyvät oireet ja löydökset ovat tärkeitä indikaattoreita kyseisessä

päänsärkyssä. Kaularankaperäisessä päänsärkyssä on hyvä muistaa esim. ns. ruoskaniskuvamma eli whiplash, joka voi olla taustalla. Tällaisella asiakkaalla voi olla päänsärlyn lisäksi hyvin moninaisia oireita, kuten huimausta, muistihäiriöitä, oppimisvaikeuksia, keskittymisvaikeuksia, väsymystä, univaikeuksia, puheentuottamisvaikeuksia, pahoinvointia, näköhäiriöitä, tinnitusta, yläraajaoireita sekä leukanivelkipuja. Whiplash - vammat luokitellaan ns. WAD luokkiin I-IV., jossa IV. luokka tarkoittaisi niskan vammaa, johon liittyy vakavimmillaan kaularangan murtumia ja hankalia neurologisia oireita.

Tutkimusten perusteella C2-3 facettinivelten osuus korostuu yli 70% kaularankaperäisen päänsärlyn lähteenä, etenkin jos on kyseessä niskaan kohdistunut aikaisempi vamma (Bogduk & Govind 2009). C3-4 facettinivel on harvinaisempi kivun lähde. Eri tutkimusten mukaan facettinivelten osuus päänsärkyssä vaihtelee 25 – 63 % välillä. Alla olevasta kuvasta (**kuva 1.**) voidaan todeta tyypilliset



muskuloskeletalkey.com

Kuva 1. Facettinivel heijasteet

heijastealueet facettiperäisessä heijastekivussa. Heijastekivun mekanismi on kolmen ylimmän kaularangan hermon yhdistyminen nervus trigeminukseen trigeminocervikalissa nukleuksessa. Tässä nukleuksessa C1, C2 ja C3 spinaalihermot yhdistyvät neuroneihin, jotka ottavat viestiä vastaan myös trigeminaalisesta spinaalisesta hermoradasta. Tällöin niskakipu voi heijastaa kallonpohjaan, takaraivolle, ohimoille ja kasvojen eri osiin. Eli täten voitaisiin puhua ns. läpilyöntikivusta.

Riippuen eri manuaalisen terapian koulukunnista, yläniskaa voidaan tutkia manuaalisesti monin eri tavoin. Seuraavissa kuvissa kuvataan kolmen ylimmän kaularangan liikesegmentin testausta. Tyypillisesti omankin kokemuksen mukaan näillä testeillä usein saadaan provosoitua asiakkaan oire esille, joka toisaalta rauhoittaa asiakasta, koska taustalla voi olla kyse jopa koneellisia tutkimuksia erikoissairaanhoidossa päänsärlyn syyn etsimiseksi (vakavien syiden poissulku).

C2 segmentin jäykkyyteen tyypillisesti liittyy facetinivelen aristus palpaatiotesteissä. Hyvin usein myös on esillä segmenttitasolla lihasten jännitystilasta / spasmi liittyen facetinivelen sekä rangan vieruslihasten saman segmenttäriseen hermotuksen takia (ramus dorsalis). Kyseisen segmenttitason hermojuuri on C3, joka hermottaa myös lihaksista ylätrapeziusta sekä sternocleidomastoideusta. Eli on hyvä muistaa tarkistaa näiden lihasten jännitystilanteissa yläniskan liikkuvuus. Lisäksi lihasten hallintaan liittyen on hyvä muistaa myös kaularangan syvien lihasten toiminta: mikäli kyseiset lihakset eivät jaksakaan kantaa kaularankaa (ovat asentoa ylläpitäviä lihaksia), etenkin sternocleidomastoideus ottaa herkästi sen roolin, vaikka sen todellinen rooli on olla pinnallinen mobilisoiva lihas. Tällöin kyseinen lihas on ns. yliaktiivinen. Täten sen lihaksen käsittely tai venyttely ei tuota hyviä tuloksia, jos emme huomio kaularankaa tukevia lihaksia terapeuttisessa harjoittelussa.

Alla olevassa kuvassa (**kuva 2.**) on kuvattu ortopedisen manuaalisen terapian (OMT) keinoin ylimmän segmentin

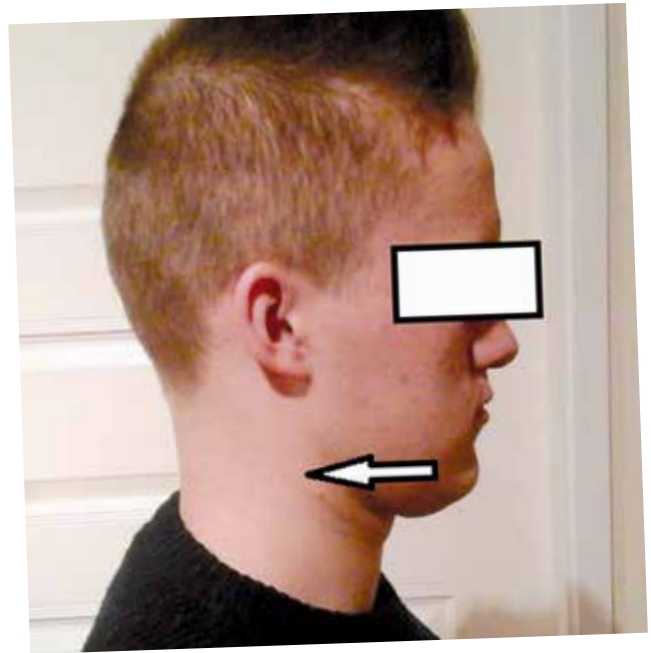


Kuva 2. C0 segmentin mobilisointi (occiput dorsaalisesti).

C0 mobilisaatio, jossa terapeutin toinen käsi muodostaa occiputin alapuolelle ns. levy otteen (2. sormen radiaalireuna atlaksen alla) ja samalla toisella kädellä kannatellaan occiputia sekä saman puolen rintakehällä otsaa painetaan alaspäin vartalosta joustuen. Tällöin occiput liukuu dorsaalisesti. Tyypillisesti mm. istuessa pään eteentyöntyneessä asennossa occiput on ventraalisesti eli liian edessä suhteessa atlakseen. Tyypillisesti asiakas tällöin valittaa kallonpohjan /korvantaikaista kipua, joka voi heijastella takaraivoon / otsalle.

Manuaalisen terapian lisäksi asiakkaalle on syytä ohjata omatoimisia harjoitteita, sillä jo tieteellisestikin on osoitettu monessa tuki- ja liikuntaelin vaivoissa terapeuttisen harjoittelun hyödyt manuaalisen terapian lisänä. Ryhtiin on hyvä kiinnittää huomiota, monesti istuma-asennon hahmottaminen esim. näyttöpöytätyössä edistää tilanteen rauhoittumista niskaoireiden osalta.

Kuvassa 3. on näytetty perinteinen ns. retraktioliike, jossa occiputia pyritään liuuttamaan aktiivisesti dorsaalisesti. Tämä harjoite myös hyvin venyttää niskarusetin lihaksia. Lisäksi hyvin toimiva harjoite on ns. yläniskan fysiologinen liike, jossa asiakas tekee hallitun pienen liikkeen; hän katsoo ns. huoneen ylänurkkaan, joka vaatii occiputin



Kuva 3. Retraktio liike yläniskan.

sivutaivutuksen ja yläniskan rotaation eri suuntiin sekä pienen ekstension kaularangan osalta (**kuva 4.**). Tämä liike toimii hyvin myös testiliikkeenä yläniskan osalta.



Kuva 4. Yläniskan fysiologinen liike.

Tensiopäänsärky

Tensiopäänsärky on neurologinen oire, joka aistitaan pään alueella molemmin puoleisesti sekä mahdollisesti se tuntuu myös puristavana / pantamaisena tai painavana aistimuksena. Voimakkuudeltaan se on tyypillisesti lievää tai kohta-

>>

laista, eikä se pahene tavanomaisessa fyysisessä rasituksessa. Tensiopäänsärky on maailmanlaajuisesti tyypillisin päänsärryn muoto kaikissa ikäryhmissä. Tutkimusten mukaan kyseinen päänsärky on esiintyvyyden osalta korkeampi naisilla kaikissa ikäryhmissä, rotu ja koulutustaustat myös huomioon. Esiintyvyyttä tässä päänsärkyssä on n. 38 % säännöllisesti väestötutkimusten osalta (De Pauw 2021). Tensiotyypin päänsärlyn diagnosointi muista päänsärkyistä voi olla vaikeaa.

Tensiotyypin päänsärky luokitellaan seuraavalla tavalla (IHS 2018) Taulukko 2.

Episodinen tensiopäänsärky

1. Ainakin 10 episodina < 1 päivä / kk, < 12 päivää / vuosi. Säännöllinen episodinen tensiopäänsärky ä ainakin 10 episodina, > 1 mutta < 15 päivää /kk
2. Päänsärlyn kesto 30 minuutista 7 päivään
3. Päänsärkyssä ainakin 3 seuraavaa seikkaa esillä:
 - a) bilateraalinen sijainti
 - b) puristava / kiristävä (ei-pulsoiva) laadultaan
 - c) lievä tai kohtuullinen intensiteetiltään
 - d) ei provosoidu rutiinin omaisissa päivittäisissä toiminnoissa kuten kävelyssä tai rappusissa
4. Molemmat seuraavista:
 - a) ei pahoinvointia tai oksentamista
 - b) yksi voi olla seuraavista: valoherkkyys tai ääniherkkyys
5. Ei liity toisiin oireisiin

Krooninen tensiopäänsärky

1. Päänsärky esiintyy yli 15 päivää / kuukausi, jatkunut yli 3 kuukauden ajan
2. Päänsärky kestää tunteja tai voi olla jatkuvaa
3. Yksi seuraavista oireista; valoherkkyys, ääniherkkyys tai lievä pahoinvointia tai yksi seuraavista; kohtuullista tai voimakasta pahoinvointia ilman oksentamista

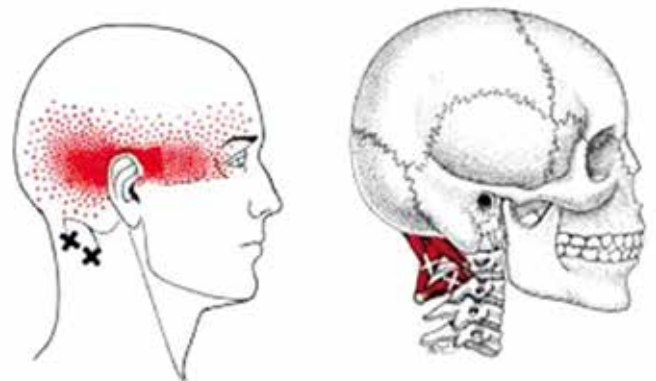
Tensiotyypistä päänsärkyä tyypillisesti pidetään ns. romukoppa-diagnoosina sen diagnosoinnin vaikeuden takia (Antonaci & Sjaastad 2011). Tätä päänsärlyn tyyppiä herkästi sotketaan migreeniin ja päänsärkyihin, jotka johtuvat niskangelmista. Tutkimusten mukaan kallonpohjan lihasten palpaatio on liian vähän käytetty tutkimisen tekniikka. Kun arvioidaan lihasten jännittyneisyyttä ja arkuutta tensiotyypin päänsärkyssä, on hyvä huomioda seuraavaa: palpoo II- ja III-sormilla napakasti tai käytä painemittaria, palpation voimakkuus suositus 3 – 4 kg (Antonaci & Sjaastad 2011). Tunnustele ohimon seutua, temporaali- ja masseterilihaksia, pterygoidaalilihaksia, sternocleidomastoideusta, spleniuksia ja trapeziuksia.

Myofaskiaalinen kipu ja tensiotyypin päänsärky

Myofaskiaalinen kipu oireyhtymä (Myofascial pain syndrome, MPS) on eräs suurimmista alidiagnosoiduista tiloista ajatellen jatkuvan kivun aiheuttajia. Kyseinen oireyhtymä on myös tyypillisimmistä niskahartiaseudun lihaskivun aiheuttajista. Ensimmäistä kertaa tätä syndroomaa kuvasi jo vuonna 1949 lääkäri Janet Travel, jonka kirjallisia tuotoksia vielä-

kin nautimme eri lähteistä.

Diagnoosin muodostaminen tapahtuu kliinisen tutkimisen kautta, sillä millään laboratoriotutkimuksella, kuvantamistutkimuksella, ENMG:llä tai lihasbiopsialla ei voida todeta myofaskiaalista kipua. Kyseinen kipu voi provosoitua toistuvan ylikuormituksen kautta, lihasvamman, lihaksen hapenpuutteen tai hermojuurikiputilan myötä. Myofaskiaaliseen oireyhtymään liittyy paikallisen kivun lisäksi heijastekipu. Jokaisella lihaksella on omat aktiiviset ns. trigger pisteet eli ns. liipaisin pisteet. Paikallisessa kivussa kipualue tuntuu jomottavana, heijastekipu koetaan pistävänä ja tunnottomuutena. Potilas voi valittaa lihasten kireyttä, jäykkyyttä, heikkoutta ja lihaksen väsymistä. Lisäksi autonomisen hermoston oireilua voi esiintyä kuten punoitusta ja hikoilua. Palpoitaessa lihasta painetaan kohtisuoraan lihassäikeisiin nähden n. 3 – 4 kg voimalla, tällöin potilas voi aistia lihasarkuuden sekä hänen aistimansa heijastekivun. Eri tutkimusten mukaan on tyypillisempää tensiopäänsärkyasiakkailta myofaskiaalinen ärsytys. Suboccipitaalialue on tyypillisesti ärsyyntyvä, jolloin tyypilliset heijasteet kohdentuvat takaraivoon ja ohimoalueelle (**kuva 5.**)



Triggerpoints.net

Kuva 5. Suboccipitaalialueen trigger heijasteet

Tensiopäänsärlyn hoidosta lyhyesti

Tutkimuksia tarkastellessa löytyy laaja variaatio erilaisista menetelmistä mitä on käytetty tensiotyypin päänsärlyn hoidossa. Manuaaliterapiassa on toteutettu perinteisiä pehmytkudostekniikkoja, triggerpistekäsittelyjä, kuivaneulotusta, akupunktiota ym. Ongelmina tutkimuksissa on ollut tutkimusten laadulliset ongelmat, joten kovinkaan luotettava näyttöä ei ole löydetty aiheeseen. Terapeuttisen harjoittelun osalta on ollut vastaavia ongelmia, ei selkeää näyttöä ole mistään yksittäisen menetelmän paremmuudesta. Terapeuttisen harjoittelun alta löytyy tutkimuksia mm. työergonomiaan liittyen, ryhtiin, kestävyys- ja voimaharjoitteluihin ym.

Allekirjoittaneen osalta näkisän järkevänä hyödyntää erilaisia hoitomenetelmiä tämän asiakasryhmän osalta. Ongelmana on se, että hapekas veri ei kierrä lihaksistossa ja tämä on seurausta monesti esim. staattisista työasennoista. Harjoittelun osalta on hyvä täten muistaa, että venyttely ei juurikaan lisää verenkiertoa, joten dynaamista liikettä hartiat enemmänkin kaipaavat. Manuaalisilla käsittelyillä pyritään asiakasta rentouttamaan, saamaan oireita haltuun sekä aktivoitua asiakasta mahdollisen kivun lievittymisen

kautta. Mutta pitkäaikaisia hyötyjä pelkästä manuaalisesta terapiasta ei saada.

Tensiopäänsärky tulee monesti esiin iltapäivän mittaan, johon voi liittyä pitkäaikaista näyttöpäätteen ääressä olemista mahdollisesti epäedullisissa työasunnoissa. Täten työergonomiaan on hyvä kiinnittää huomiota, mutta ennen kaikkea työn tauottamiseen sekä itsensä liikuttamiseen. Liikuntalajeja kun lähdetään sitten suosittamaan, niin täytyy aina huomioida yksilön omat motivaatiotekijät sekä kiinnostuksen kohteet. Jos se kuntosali ei kiinnosta, niin turha sinne ketään on pakottaa.

Migreeni

Migreeni on tyypillisin primaarisista päänsäryistä ja sitä esiintyy suomen väestössä n.10 %:lla. Kroonisesta migreenistä kärsii tutkimusten mukaan 3-5 % väestöstä ja päänsärkyklinikoilla kyseisestä migreenin muodosta kärsiviä yksilöitä on 40 % päänsärkytapauksista. Kroonisen migreenin tiedetään olevan yleisempää kuin epilepsian ja muiden neurologisten oireistojen. Esiintyvyys on kolme kertaa suurempaa naisilla kuin miehillä, lisäksi migreeniä esiintyy eniten 30 - 39 ikävuoden välillä. Laajan amerikkalaisen tutkimuksen mukaan (Käypähoitosuositus 2015) naisista n. 15 % ja miehistä n. 5 kärsii migreenistä. Seuraavassa taulukossa 3. kuvataan migreenin diagnostiset kriteerit IHS 2018 mukaisesti.

Taulukko 3. Migreeni ilman auraa

Kohtauksiin on liittynyt vähintään kaksi piirrettä ryhmästä A ja vähintään yksi piirre ryhmästä B. Potilaalla on ollut vähintään 5 päänsärkykohtausta, jotka kestäneet 4 – 72 h.

- A. 1.) särky on sykkivää
- 2.) särky on toispuoleista
- 3.) särky on kohtalaista tai kovaa ja estää normaaleja toimintoja
- 4.) fyysinen aktiivisuus pahentaa särkyä; kävely / portaissa liikkuminen johtaa tavanomaisen fyysisen kuormituksen välttämiseen
- B. 1.) Pahoinvointi ja/tai oksentelu
- 2.) valonarkuus
- 3.) ääniherkkyys
- C. Oireiden syynä ei ole muu sairaus

Aurallinen migreeni; diagnostiset kriteerit

Potilaalla on vähintään kaksi kohtausta, joissa on esiintynyt seuraavista piirteistä:

- auroire
- auran kesto yli neljä minuuttia tai kaksi perättäistä auraa
- auran kesto < 60 minuuttia
- auraa seurannut päänsärky alle 60 minuutissa
- päänsärky on samanlaista kuin aurattomassa migreenissä

Migreenin ajatellaan olevan neurovaskulaarinen oireisto, jonka synty alkaisi hypotalamuksesta ja aivorungosta. Aurooireiden ajatellaan selittyvän aivokuoren ohimenevällä toimintahäiriöllä. Nervus trigeminuksen ja parasympaattisen hermoston aktivoitumisen seurauksena aiheutuu aivojen ja kovakalvon verisuonten laajeneminen ja neurogeeninen tulehdus. Migreenin täsmäläkkeet pyrkivät supistamaan

verisuonten seinämiä ja estämään myös kipuimpulssin etenemistä n. trigeminuksen hermosäikeissä. Tutkimusten mukaan migreenistä kärsivien on raportoitu kokevan kipua niskan alueella (39.7 %) ja kallonpohjan alueella (39.8 %) kohtauksien aikana. Tutkimusten mukaan niskakipu oli tyypillisempää migreenissä kuin pahoinvointi. Vincent (2011) sekä Ashina (2015) totesivat tutkimuksissaan, että lihasten / nivelten toiminnanhäiriöt toimivat ns. triggereinä migreenikohtauksissa. Täten on tärkeää huomioida niskan hyvinvointi migreeniasiakkaan hoidossa.

Migreenin päivitettyssä Käypä hoito-suosituksessa (2015) korostetaan hoidon kulmakiviä olevan oikea diagnoosi, jota edellyttää huolellinen anamneesi ja kohtausten kuvaus sekä potilaan elämäntapojen ja elämänlaadun kartoitus. Kyseisen suosituksen mukaan osa potilaista selviää ilman lääkitystäkin, hankalimmissakin tilanteissa tulehduskipulääkkeet saattavat olla jo riittäviä. Lääkkeitä monesti tarvitaan kohtalaisissa tai kovissa kipukohtauksissa, mutta mitään kansainvälistä yhtenäistä käytäntöä lääkkeistä ei ole olemassa.

Purentaelimistön toimintahäiriöt (Temporomandibular disorders) ja päänsärky

Purentaelimistön toimintahäiriö on yhteisnimitys leukanivelten, puremalihasten, hampaiston ja leukanivelistöön liittyvien kudosten sairaus- ja kiputiloille sekä toimintahäiriöille. Tyypillisimpiä oireita ovat leukaniveläät, leukanivelten tai puremalihasten kipu. Myös suun avaaminen voi olla rajoittunut ja leukaniveleen voi liittyä liikehäiriöitä. Muina oireina voi olla kasvon alueen kivut, korvakivut sekä päänsärky (Purentaelimistön toimintahäiriöt, Käypä hoito 2016).

Purentaelimistön toimintahäiriöt (TMD) on todettu liittyvän päänsärkyihin useissa tutkimuksissa. Itseasiassa päänsärky on purennan toimintahäiriöiden oire. Tutkimuksissa on todettu, että TMD:ta esiintyy n. 60 %:lla kroonisesta päivittäisestä päänsärystä kärsivällä henkilöllä. Mahdollinen syy päänsäryn linkittymiseen purentaelimistön toimintahäiriöön on kallonpohjan alueen lihaksistossa. Poikkeamat leukanivelten toiminnassa voivat aktivoida kipureseptoreita purentalihaksistossa, johtaan kallonpohjan ja sentraalisten nosiseptoreiden herkistymiseen ja tätä kautta päänsäryn esiintymiseen.

Purentaelimistön toimintahäiriöiden diagnostiikan ja tutkimisen helpottamiseksi sekä tutkimuskäyttöön on luotu kolmiportainen diagnoosimalli. Kyseillää mallilla pyritään mittaamaan potilaan fyysisiä oireita, kliinisiä löydöksiä ja luokittelemaan ne kolmeen diagnostiseen ryhmään (Purentaelimistön toimintahäiriöt, Käypähoito 2016).

Näitä luokkia ovat seuraavat:

1. lihasperäinen toimintahäiriö: myofaskiaalinen kipu tai myofaskiaalinen kipu rajoittuneella suun avauksella
2. Leukanivelten välilevyperäinen toimintahäiriö: välilevyn virheasennot, voivat rajoittaa suun avausta / sulkemista
3. Muut leukanivelperäiset toimintahäiriöt: nivelkivut ja tulehdukset, nivelrikko

>>

Tässä vuonna 2013 laaditussa diagnoosimallissa huomioidaan myös potilaan kivun kokemiseen vaikuttavia psykologisia ja psykososiaalisia tekijöitä sekä yksilön toimintakykyä. Tässä jaotellussa potilaat jaetaan neljään eri luokkaan. Luokkien I ja II potilaat kuuluvat toiminnallisesti hyvin pärjäävien joukkoon sekä luokat III ja IV muodostavat toimintarajoitteisten ryhmät. Kyseisillä III ja IV ryhmillä kipuu liittyy enemmän ongelmaa ja he tarvitsevat laaja-alaisempaa näkemystä heti hoidon alkuvaiheessa. Purentaelimistö toimintahäiriöiden kuntoutuksesta tulen käymään tarkemmin läpi eri terapiamuotoja, kuten manuaalisesta terapiaa, syksyllä ilmestyvässä lehdessä.

Yhteenvedo

Tämä artikkeli perustuu tekemääni pro gradu tutkielmaan vuodelta 2014, jossa perehdyin siihen, että miten terapeutin harjoittelu vaikuttaa erilaisiin päänsärkymuotoihin. Lyhyesti yhteenvedona tästä gradutyöstä voi todeta, että harjoittelulla pelkästään ei liene vaikutusta olevan useaan eri päänsärlyn muotoon. Jos vastaavasti yhdistetään manuaalista terapiaa mukaan, saadaan jo parempia vaikutuksia ainakin lyhyellä aikajänteellä. Tähän artikkeliin otin esille myös tuoreempia tutkimuksia täydentämään mm. eri päänsärkyluokkia.

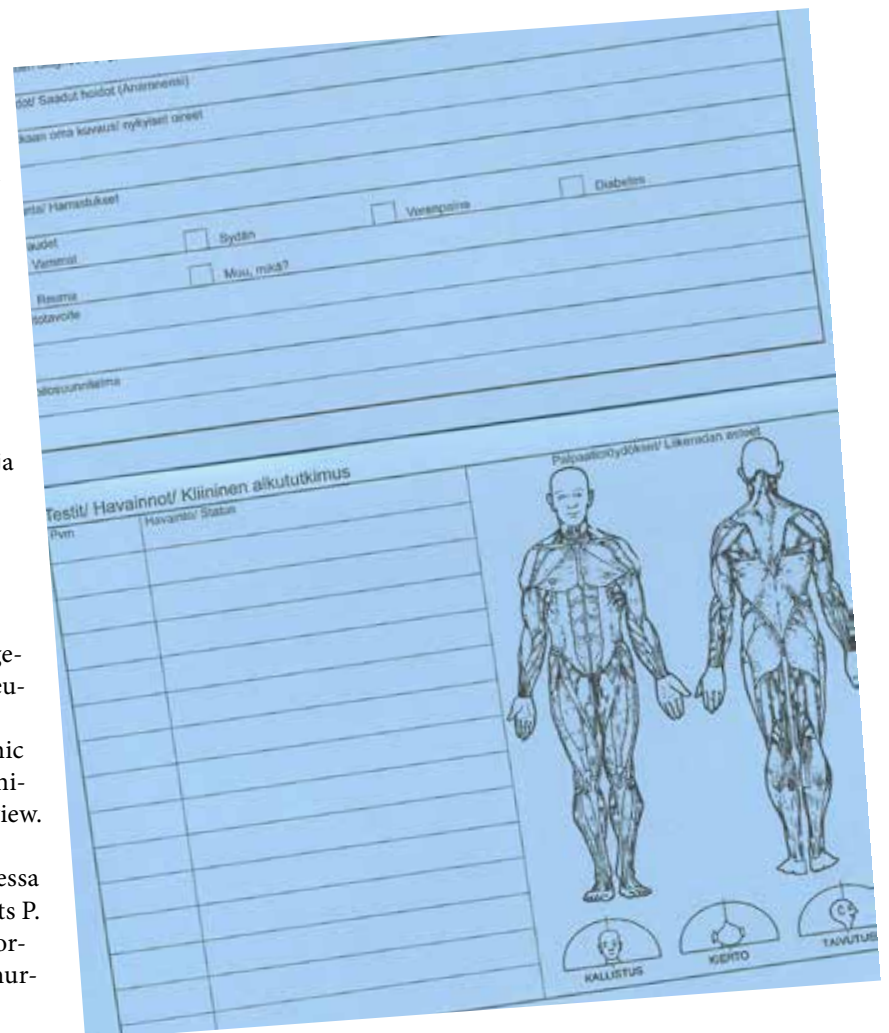
Päänsärkyasiakkaita kun sitten hoidetaan, on ehdottomasti muistettava realismi. Monesti hoitoon tulevat ovat jo ns. kroonikkoja eli pitkään oireista kärsiviä. Täten kun hoidon tavoitteita mietitään, niin useasti täytyy tyytyä siihen, että oireita pyritään saamaan paremmin haltuun ja hallintaan asiakkaan osalta, kuin niiden ”poistamiseen tai parantamiseen”. Tätä ”parantumista” on ihan turha luvata varsinkin pitkittyneessä päänsärkyssä. Ja monesti asiakkaat ovat jo tyytyväisiä siihen, että päänsärkyjen intensiteettiä voidaan vaikuttaa jollain keinoin tai niiden esiintymistiheyteen. Se on tärkeää, että löydetään asiakkaalle keinoja oireiston kanssa elämiseen. Pääasialliset hoitomuodot ovat kuitenkin päänsärkyasiakkailla ei-lääkkeellisiä.

Lähteet

- Antonaci, F. & Sjaastad, O. 2011. Cervicogenic headache: A real headache. *Curr Neurol Neurosci Rep* 11, 149-155.
- Bogduk, N. & Govind, J. 2009. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests and treatment. *Review. Lancet Neurol* 8, 959-968.
- Huijbregts, P. 2011. History taking. Teoksessa Fernandes de las Penas C., Cleland J., Huijbregts P. Neck and arm pain syndromes. Evidence – informed screening, diagnosis and management. Churchill Livingstone. Elsevier, 13-29.
- IHS, The International Headache Society. 2018. The international classification of headache disorders. <https://ihs-headache.org/en/>
- Kelman, L. 2011. The biological basis of headache. *Expert Rev Neurother* 11(3), 363-378.

per Rev Neurother 11(3), 363-378.

- Kääriäinen R. 2014. Terapeuttisen harjoittelun vaikutavuus päänsärlyn hoidossa. Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi satunnaistetuista, kontrolloiduista tutkimuksista. *Fysioterapian Pro gradu –tutkielma Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteiden tiedekunta, Terveystieteiden laitos.*
- Migreeni. 2015. Käypä Hoito-Suositus. Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi36050>
- Moore C, ym. 2017. A critical review of manual therapy use for headache disorders: prevalence, profiles, motivations, communication and self-reported effectiveness. *BMC Neurology* (2017) 17:61.
- De Pauw R. ym. 2021. Consensus among musculoskeletal experts for the management of patients with headache by physiotherapists? A delphi study. *Musculoskeletal Science and Practice* 52/2021.
- Rubio-Ochoa J. ym. 2016. Physical examination tests for screening and diagnosis of cervicogenic headache: A systematic review. *Manual therapy* 21 (2016).
- C. Cumplido-Trasmonte ym. 2017. Manual therapy in adults with tension-type headache: a systematic review. *Neurologia*. 1/2017.



Tärkeää on esitietojen huolellinen läpikäynti.
(KUVA: BIRGITTA LAAKSO)