

Nykytila – Status presens

- Primaariongelma

Primaariongelma vastaa kysymykseen siitä miksi asiakas hakeutuu vastaanotolle. Useimmiten kyse on oireesta, joka häiritsee, rajoittaa tai estää asiakasta osallistumasta arkeen asiakkaan toivomalla tavalla. Primaariongelman määrittäminen on yksilöllisen ja asiakaslähtöisen työ-otteen yksi kulmakivi. Huomioitavaa on, että primaariongelman määrittelmä on fysioterapeutin muodostama käsitys siitä miksi asiakas saapuu vastaanotolle. Tästä johtuen käsitys on reflektoitava asiakkaalle takaisin, jotta tutkiminen voi jatkua luottavaisin mielin. Näin tehdessään fysioterapeutti osoittaa kuuntelevansa aktiivisesti asiakasta ja rakentaa vuorovaikutussellista luottamussuhdetta ja osallistaa asiakkaan implisiittisesti työhön.

- Oirealue

Oirealue määritetään viisiulotteisesti. Ensiksikin määritetään anatominen sijainti, joka auttaa terapeuttia ottamaan mahdollisesti huomioon mitkä kaikki kehon segmentit on otettava huomioon poissulkumielessä. Toiseksi, käsitystä oireilevasta segmentistä taikka kudusrakenteesta vahvistetaan tiedustelemalla oirealueen laajuutta ja tarkkarajaisuutta. Kolmanneksi asiakkaalta tiedustellaan kokeeko hän oireilunsa paikantuvan syvälle vai enemmänkin pinnalle. Neljänneksi ja lopuksi tiedustellaan oireen luonnetta. Tällä tarkoitetaan sitä mitä sanoja asiakas käyttää oireilua kuvatessaan (kts. kaavio x – minkälaista kipua eri kudusrakenteet aiheuttavat).

- Oireen käytösprofiili

Onko kipu jatkuvaa vai ei-jatkuvaa? Mikäli oireilu on jatkuvaa päiväsaikaan, mutta voimistuu / helpottuu tietyissä asennoissa, liikkeissä taikka toimissa on syytä huomioida noudattaako lainalaisuus jonkin tietyn kudusrakenteen mekaanisen kuormittumisen mallia (kts. kohta ”yleisimpien häiriötilojen kliiniset käytösprofiilit”). Mikäli oireilu ei ole jatkuvaa kannattaa huomioida ilmeneekö oireprovokatorisissa liikkeissä, toimissa tai asennoissa toistuvasti jokin liike taikka kuor-

mitussuunta, joka mahdollisesti provosoi oireilua. Luoko oireilu jonkinlaisen yhteyden vuorokauden aikaan? Oireilu, joka on pahimmillaan aamuisin ja / tai öisin ja muutenkin päiväsaikaa liikkeelle lähtiessä viittaa inflammatoriseen problematiikkaan. Tämän lisäksi yökivun tulee luonnollisesti herättää epäily malignista problematiikasta. Päivän edetessä voimistuva oireilu yleensä viittaa toiminnalliseen problematiikkaan enemmän (kts. kappale kinesiopatologinen ja patokinesiologinen). Reagoiko oireilu jonkinlaiseen lääkkeeseen? Fysioterapeutin on hyvä olla tietoinen yleisimpien lääkkeiden vaikutusmekanismeista, koska tämä tieto yhdessä edellä mainitun kanssa vahvistaa käsitystä vallitsevista kipumekanismeista (kts kappale koskien lääkkeitä ja kipumekanismeja).

- Oireen historia (lyhyt)

Milloin oire on alkanut? Miten se on alkanut – traumaattisesti vai a-traumaattisesti? Onko se muuttunut jotenkin tutkimishetkeen tultaessa? Mistä lähtien oireilu on alkanut toistumaan? Edeltäkö oireilun alkamista jonkin uuden liikuntaharrastuksen alkaminen tai muutos työ-olosuhteissa tms.? Onko oireilua edeltänyt jonkinlainen normaalisti kuormituksesta poikkeava tapahtuma (esim. kaupunkiloma). Onko oireilu vaivannut joskus aiemmin? Mitä tilanteen edistämiseksi on aiemmin tehty? Mikä tuolloin toimi, mikä ei toiminut?

- Asiakkaan käytöshistoria

Yleensä asiakas kertoo kysymättäkin mitä on tehnyt lievittääkseen oireiluaan tai ratkaistakseen ongelmansa. Hän on saattanut käydä hakemasta näkemystä terveydenhuollon eri alojen ammattilaisilta. Kuuntele miten asiakas on ymmärtänyt kliiniset tulokset ja korreloiko tämä sen kanssa mitä hänelle on tehty ja minkälaisia ohjeita hänelle on annettu. Asiakas on saattanut myös hakea neuvoa internetistä ja / tai saattaa kertoa mieliteensä tilanteestaan, jonka pohjalta kertoo toimineensa.

Minne sattuu, miten sattuu?

Asiakkaan kuvaama ja osoittama oirealue vaikuttaa oleellisesti siihen mitä erotusdiagnostisessa prosessissa otetaan huomioon oireen lähdeä selvitettyä. Suppealle alueelle paikantuva tarkkarajainen oire kannustaa kliinikkoa etsimään syytä oireelle ensisijaisesti oirealueelta. Esimerkistä voisi käydä lihas-jänne liitoksen repeämä, jänne-luu liitoksen repeämä, jänne- tai lihasrungon repeämä tai vaikkapa lähelle ihon pintaa sijoittuvan luun rasitusmurtuma (kts. kohta xx). Laaja-alainen, epämääräisemmin rajautuva sekä syvälle mielletty oirealue kannustaa pitämään mielessä heijastuskivun muilta kehonalueilta. Esimerkistä täs-

sä kohtaa voisi käydä kaula- ja lannerangan välilevyjen heijastuskipualueet, lihasten aktiiviset triggeripisteet, topografisesti syvälle paikantuvien leviden luiden patologia ja niin ikään syväle sijoittuvien nivelten artroosi (kts. kohta xx). Myös sisäelineräinen kipu heijastuu tyypillisesti laaja-alaisesti ja epämääräisesti (kts. tyypilliset heijastuskipualueet sisäelimistä sivu xx). Eri kudoksarakenteet ärsyntyessään aiheuttavat erilaisia tunteuksia, joita kuvataan erilaisin termein. Perifeeristä hermorunkokipua kuvataan tunnetusti kovin eri tavoin kuin lihasperäistä kipua tai oireilevaa artroosia (kts. kaavio x alla).

Kaavio 4.1 – Yhteenvetokaavio erilaisiin kudoksarakenteisiin liitetyt subjektiiviset kuvaukset kivun luonteesta

Oireen anatominen lähde	Mitä asiakas sanoo?
Hermojuurikipu	Hammassärkymäinen, lamauttava, iskevä, terävä, repivä, kauhistuttava ja kamalan voimakas, puukottava (2)
Hermorunkokipu	Syvälle paikantuvaa särkyä, hammassärkymäistä (3)
Perifeerinen hermo; dysesteettinen kipu	Sähkötystä, salamointia, polttavaa kipua (tyypillisesti sekahermon ihohermon alueella) (3)
Sympaattinen hermo	Polttava, painemainen, salamamainen, salamoiva (7)
Lihäs; triggeripiste	Kuvataan usein syvälle paikantuvaksi tylpäksi särkyä. Oireen voimakkuus voi vaihdella lievistä epämukavuudesta lamauttavaan kipuun. (5)
Lihäs; DOMS (Delayed onset muscle soreness)	Viiltävä, vihlova liikutettaessa affektoitunutta lihasta. Levossa särkymäinen tunne. Myös turvotuksen tunne on yleistä. (6)
Lihäs; lihasaitiosyndroomat	Pakottava kipu lihaksessa, nopea väsyminen (10)
Limapussi	Paikallinen kipu, polttava ja / tai jomottava (11)
Luun murtuma	Terävä, sietämätön (7)
Luu; rasitusmurtuma putkiluussa	Terävä vihlonta, leposärky, kuormitukseen liittyvä kipu (9)
Artroosi	Särky, tykyttävä, paikallinen, jäykkyys. (1)
Nivelkapseli, nivelside	Tylppää särkyä (7)
Välilevy	Syvälle paikantuvaa tylppää särkyä. Pahoinvoivaksi tekevää (4)
Verisuoni	Sykkivää, tykytys, jyskytys (7)
Sisäelineräinen kipu	Tylppää, särkevää, kramppaavaa, polttavaa, jäytävää, aaltomaista, aaltoilevaa (8)

Kyynärnivelen alueen kipu

Pronator teres syndrooma

Asiakas kertoo kyynärnivelen ja / tai kyynärvarren proksimaalikulmanneksen alueen pitkittyneestä / toistuvasta oireilusta, joka kuvaa teräväksi, vihlovaksi ja / tai jomotusmaiseksi. Kyynärnivelen koukistajien ja pronaattoreiden samanaikainen fleksoreiden käyttö provosoi kipua erityisesti (dynaamiset monotoniset toistoliikkeet). Myös staattinen monotoninen työskentely tai voimakas isometrinen (näyttöpäätetyö ja / tai tenniksen pelaaminen) provosoi kipua. Oireilu kehittyi yleensä a-traumaattiselta pohjalta. Ajan kuluessa oireilu intensifioituu ja frekvenssi kasvaa.

Statuslöydökset

- Musculus pronator tereksen palpaatio provosoi asiakkaalle tutunomaista kipua / heijastetta distaalisemmin kyynärvartta pitkin.
- Kyynärvarren pronaatio yhdistettynä käden puristukseen samanaikaisesti riittää yleensä tuottamaan tutunomaisen kivun.
- Nervus medianusta koskeva neurodynaaminen testi modifioidusti sekvenssoituna provosoi antaen viitettä usein myös ko. hermon neuropatodynaamisesta tilasta
- (kyynärvarren supinaatio+extensio+ranteen ja sormien extensio+olkavarren abduktio 90–110 asteeseen). (3)

M. supinatorin venähdys

Asiakas kertoo akuutista / sub-akuutista kyynärvarren ja / tai kyynärnivelen proksimaalikulmanneksen oireilusta, joka paikantuu lateraalisesti. Oireilua asiakas kuvaa teräväksi, vihlovaksi ja / tai viiltäväksi. Ruuvaaminen kyynärvarsi suorana provosoi oireita. Myös bicepsin brachiita koskeva vastusharjoittelu supinaatioon yhdistettynä provosoi oireita. Oireilu alkaa yleensä voimallisen ponnistuksen tai nopean / räjähtävän venytyksen myötä. Esimerkiksi ras-
kailla painoilla suoritettu hauis harjoittelu, jossa kyynärvarsi supinoidaan välittömästi kyynärnivelen fleksion alkaessa.

Statuslöydökset

- Palpaatiotutkimisessa janteen runko saattaa aristaa kauttaaltaan, mutta repeämän ollessa kyseessä on jänne erityisen arka tarkasta kohdasta.
- Vastustetut liiketestit provosoivat kipua ja tässä huomioidaan voiman ja kivun välinen suhde, joka antaa viitettä vaurion laajuudesta; hyvä voimantuotto minimaalisella kivulla viittaa lievään repeämään.
- Mikäli asiakas joutuu keskeyttämään jännittämisen kivun vuoksi on kyseessä todennäköisesti laajempi vaurio.
- Voimattomuus ilman kipua viittaa totaali-repeämään. (3)

Lateraalinen epicondylitiitti

Asiakas kertoo kyynärnivelen ja / tai kynnärvarren alueen lateraalisesta kivusta (kts. Piirros 5.45.), jota kuvaa särkymäiseksi jomotukseksi sekä viiltäväksi tuntemukseksi. Oireita provosoi raskaampien kantamusten kantaminen, vasarointi, kaivaminen, tarttuminen, ruuvaaminen, kirjoittaminen, piirtäminen, golf). Lepo helpottaa. Oireilua ilmenee erityisesti myös kuorituksen jälkeen. Tulehduskipulääkekuuri ja lepo auttavat väliaikaisesti. Oireilu kehittyi yleensä a-traumaattiselta pohjalta hiljalleen. Ajan myötä oireilun intensiteetti, iritabiliteetti ja frekvenssi kasvavat.

Statuslöydökset

- Kyynärnivelen ja kynnärvarren aktiiviliikkeet täydelle subjektiiviselle liikeradalle oireetta tai minimaalisin oirein.
- Sormien ja ranteen ojentajien lihasrunko ja proksimaalinen kiinnityskohta aristaa selvästi ja affektoitunut puoli eroaa selvästi oireettomasta.
- Affektoituneissa jänteissä tonus myös koholla.
- Sormien ja ranteiden ojentajien venyttäminen provosoi kipua.
- II- ja / tai III sormen ojentamisen vastustaminen provosoi tavanomaisesti asiakkaan kivun. (2)



■ Piirros 5.45

Yleiset oireprovokaatiotestit

Kaularanka

Alaria nivelsiteen testaus istuen

A istuu. T asettaa sormensa C2 okahaarakkeen kärjen kohdalle tunnustellakseen okahaarakkeen välitöntä liikettä T:n ohjattessa c rangan sivutaivutusta. Okahaarakkeen tulisi liikkua välitöntä taivutuksesta poispäin (esim. c rangan lateraalifleksiossa oikealle okahaarake liikkuu vasemmalle). Testi on positiivinen mikäli T kokee, että C2 okahaarake pysyy paikallaan sivutaivutuksen yhteydessä. (2)

C1–2 lateral glide

A makaa selällään. T fiksoi A:aan C1 segmentin processus transversuksen ja kallon occiputin tietämiltä työntäessään toisella kädellä transversaalisesti C2 vastakkaiselta puolelta. Asiakkaan raportoimien ”myelopaattisten” oireiden provosoituminen ja / tai korostunut periksi anto, suojarreaktio taikka apprehensiivinen vastereaktio ovat positiivisia löydöksiä (2). Positiiviset vastereaktiot kontraindisoivat jatkotutkimisen mekaanisen stabiileitin osalta turvallisuussyistä (kirjoittajan näkemys).



Kuva 7.1 – C1–2 lateral glide

Cervical compression test (erotusdiagnostiikka)

A istuu, T asettuu A:n taakse kuvan osoittamalla tavalla. T asettaa kätensä A:n pään päälle komprimoidakseen c rankaa aksiaalisesti eri asennoissa.

Neutraaliasennossa c rangan aksiaalisen kompression aikana ilmenneet oireet voivat provosoitua mm. välilevystä, nikamasolmusta, UV nivelestä, fasettiniivistöstä ja / tai hermojuuresta (kuva 7.2).

Tulkinnasta saadaan suuntaa antavampaa ohjaamalla c ranka eri asentoihin ja yhdistämällä siihen aksiaalinen kompressio:

- Välilevystä ja nikamasolmusta peräisin oleva kipu provosoituu yleensä kaikissa c rangen asennoissa; fleksiossa, ekstensiossa ja neutraaliasennossa (kuva 7.2–7.4). Nikamasolmusta peräisin olevaa kipua voi herkistää koputtamalla processus spinosusta sekä huomioimalla MRI kuvat.
- UV nivelistä koskevat oireet provosoituvat todennäköisimmin pienen fleksion ja lateraalifleksion yhdistelmässä, jota kuormitetaan vielä aksiaalisella kompressiolla (ei kuvattu ohessa).
- Hermojuuri-problematiikka reagoi enemmän ekstensiossa, mutta aiheuttaa usein myös yläraajaan heijastuvia oireita. Neurologisen statuksen huomiointi tässä on aiheellista ja erottelee z-nivelen hermojuuresta (Kuva 7.3 ja 7.5).
- Fasettiniivel provosoituu myös ojennussuunnassa, mutta näissä tilanteissa oireilu on enemmän paikallista eikä sen oirekuvaan lukeudu neurologiset löydökset saatikka oireet. (11) (kuvat 7.3 ja 7.5)

Alakaularangan z-nivelperäisestä ärsytyksestä saadaan suuntaa antavaa tietoa ohjaamalla c ranka reaktioon ja yhdistämällä asentoon aksiaalinen kompressio



■ Kuva 7.2



■ Kuva 7.3



■ Kuvat 7.4



■ Kuva 7.5

Lonkkanivel

Faber's test

Kts. Patrick Test ed. kohta (Lantio rengas ja SI nivelet). Huom! Lonkkaperäisen problematiikan yhteydessä testiä sovelletaan lonkkanivelen kapselin etuosan kireyden arvioinnissa. (3)

Flexion adduction test

A makaa selällään. T flexioi A:aan lonkkanivelen 90 asteen flexiokulmaan, jonka jälkeen hän adduktoi sitä yli kehon keskilinjan (kuva 7.109). Positiivinen vastereaktio ilmenee kyvyttömyytenä viedä lonkkanivel yli keskilinjan ja indisoi lonkkanivelperäistä problematiikkaa. (3)



■ Kuva 7.109 – Flexion adduction test

Hip scour

A makaa selällään T vierellään. T ohjaa A:aan lonkan flexioliikkeen viimeiselle kolmannekselle kohdisttaessaan lonkkaan axiaalisen kompression reiden kautta (kuva 7.110). Tästä asennosta T ohjaa lonkkanivelen adduktioon ja samanaikaiseen mediaalirotaatioon, josta siirtyy vuorostaan kohti abduktiota ja lateraalirotaatiota. Testiä käytetään tyypillisesti epäiltäessä lonkan labrumin vauriota, kapsuliittia, artriittia tai lonkan pinneproblematiikkaa. (3)



■ Kuva 7.110 – Hip scour

Tibiofemoraalinivel

Valgus stress test

A makaa selällään sääri T:n kyljen ja olkavarren välissä polvi täydessä ojennuksessa. T toisella kädellään lateraalipuolelta mediaalisesti polven ollessa täydessä ojennuksessa ja 10–20 asteen flexiossa (kuva 7.124). Asiakkaan kokeman kivun ja / tai apprehension ja / tai terveeseen puoleen nähden korostunut myötäliike tulkitaan positiiviseksi löydökseksi. Testiä sovelletaan epäiltäessä tibiofemoraalinivelen passiivisten tukirakenteiden mekaanista integriteettiä. (A)



Kuva 7.124 – Valgus stress test

Varus stress test

A makaa selällään sääri fixoituna T:n otteella, polvi täydessä extensiossa. T kampeaa polviniveltä lateraalisuuntaan polven mediaalisivulle asettamalla kädellään. Polvi tutkitaan täydessä ojennuksessa ja 20–30 asteen flexiossa (kuva 7.125). Asiakkaan kokeman kivun ja / tai apprehension ja / tai terveeseen puoleen nähden korostunut myötäliike tulkitaan positiiviseksi löydökseksi. Testiä sovelletaan epäiltäessä tibiofemoraalinivelen passiivisten tukirakenteiden mekaanista integriteettiä. (A)



Kuva 7.125 – Varus stress test

Anterior drawer test

A makaa selällään polvi ja lonkka 90 asteen flexiokulmassa. T istuu hieman sivutain A:aan jalkaterän päällä ja tarttuu polvitaipeseen vetääkseen säärtä anteriorisesti (kuva 7.126). Tibiofemoraaliseen nivelraakoon asettuvat peukalot tunnustelevat siirtymisen määrää. Positiivinen testivaste ilmenee korostuneena siirtymisenä puolia verratessaan ja indisoii ACL vauriota. (A)



Kuva 7.126 – Anterior drawer test