

Ylempi nilkkanivel



Ylemmän nilkkanivelen hoito aloitetaan jalkaterästä: ulompi käsi ottaa kiinni kantaluusta, toinen käsi ylemmän nilkkanivelen päältä. Ote otetaan rennoilla käsillä, se ei saa olla puristava. Molemmiin käsiin vedetään ylempää nilkkaniveltä ja tunnustellaan nilkan liikettä passiivisesti joka suuntaan nilkkaa ”nitkuttaen”. Kipua ei saa tuottaa.

Nilkan aktiivinen koukkuun veto liikettä vastustaen: vedetään ylempää nilkkaniveltä molemmilla käsillä. Nilkkaa ei vedetä ”valmiiksi” koukkuun (dorsiflexio), vaan pidetään jalkaterä suorana. Asiakas vetää aktiivisesti itse nilkan hitaasti koukkuun. Samanaikaisesti vedetään toisella kädellä kantaluusta ja myötäillään nilkan yläpuolella olevalla kädellä asiakkaan aktiivista liikettä, hieman vetäen ja vastustaen. Näin saadaan ylempään nilkkanivelen liikettä ja ”vetoa”, joka vapauttaa sitä. Jalkaterän päällä olevalla kädellä ei saa vastustaa liikettä liikaa, sillä silloin asiakas ei saa nilkkaa koukkuun. Tämän jälkeen asiakasta pyydetään rentouttamaan jalkaterä. Kun jalkaterä rentoutuu, vedetään kantaluusta edelleen ja samalla painetaan päällimmäisellä kädellä nilkkaa suoraksi (plantaariflexio). Sen jälkeen jalka rentoutetaan ja ote irrotetaan. Toistetaan ote 3–4 kertaa. Tämä ote kertoo paljon ylemmän nilkkanivelen liikkuvuudesta, mahdollisista liikerajoituksista ja tiukkuuksista lihaskalvoissa ja nivelsiteissä ylemmän nilkkanivelen alueella. Usein nilkan sisäosa, jossa sormet tämän otteen aikana kiinnittyvät kantaluuhun, voi olla kireä. Silloin sitä avataan hieman eri otteella enemmän.



Jalkapohjan lihasten, kalvojen ja nivelsiteiden avaaminen sekä luiden liikkuvuuden testaaminen

Vahvojen lihasten, kalvojen ja jänteiden avaus aloitetaan jalkapohjasta. Pinnallinen posteriorinen kalvolinja (PPL) kulkee pitkin jalkapohjaa. Kantakalvo eli plantaarifaskia kuuluu oleellisena osana tähän linjaan. Jalkapohjasta lähtevät varpaiden lyhyet koukistajalihakset ja niiden jänteet nivoutuvat yhdeksi kalvojänteeksi eli aponeuroosiksi. Jalkapohjasta löytyy usein linjaa pitkin välittyvien häiriöiden syy. Alueella olevat häiriöt vaikuttavat takareisien kireyteen, lanneselän notkoon sekä pitkittyneeseen notkoon ylänilkan alueella. (T.Myers, 2012, 75–76). Tämän vuoksi jalkapohja tulee käsitellä huolellisesti. Tarkoitus on myös saada kaikki jalkaterän pienet luut ja nivelsiteet liikkuviksi.



Tämä liike on aktiivinen eli asiakas tekee sen. Laitetaan sormet akillesjänteen alle suoraksi. Tuetaan oma kyynärpää polveen. Aloitettaessa asiakas koukistaa nilkan. Tämän jälkeen nilkka ojennetaan hitaasti suoraksi. Aktiivinen liike suoritetaan koko nilkan liikelaajuuden alueella. Kun asiakas suoristaa nilkkaa, venytetään peukalolla kantakalvoa liikkeen aikana viistosti ylöspäin kohti varpaita ja rentoutetaan näin lihaksia. Avaaminen tehdään päkiän alaosaan saakka. Avaamisen voi aloittaa kantaluun yläosasta sivulta toiselle. Sen jälkeen jalkapohja avataan alhaalta ylös, jokaisen jänteen päältä päkiän alaosaan saakka. Tunnustellaan mahdolliset liikkumattomuudet ja tiukkuudet lihasten ja nivelsiteiden alueella. Koko jalkapohjan alue pehmitetään, ja pyritään saamaan nilkan pienten luiden liikkuvuus normaaliksi. Pitkän pohjeluulihaksen (peroneus longus) kiinnityskohta on tärkeä. Sen kiinnityskohta on sisin vaajaluu ja 1. jalkapöydänluu, joista se kiertyy jalkaterän ulkosivulle. Jalkaterän ulkosivulta tarkistetaan myös 5. jalkapöydänluun ja kuutioluun välinen liikkuvuus. Usein tämä väli on jumiutunut ja liikkumaton etenkin pitemmän alaraajan puolella. Tarkistetaan myös jalan koko ulkoreuna alhaalta ylös samalla otteella.

"Pinnallinen posteriorinen kalvolinja kulkee kehon takaosassa. Se liittää kehon takaosat toisiinsa, kulkien jalkapohjasta aina kulmakarvoihin saakka. Tämän linjan tehtävänä on ojentaa kehoa. Kun nilkkaan tulee vammautumisen, esimerkiksi revähtäminen, aiheuttaa se kireyksiä ja jännityksiä, jotka välittyvät näitä sidekudosrakenteita pitkin ylös kehossa."

Kantaluupiikin syntyminen

Kantapiikki muodostuu osteoblasteista, jotka täyttävät luukalvon alle kohdistuneesta vedosta syntyvän tilan.

Vaikka lihakset kiinnittyvät luihin, lihaskalvot eivät tee niin. Esimerkiksi plantaarifaskia ei lopu ja kiinnity kantaluuhun, vaan yhdistyy luukalvon pintaan ”muovikääreenomaisesti” (Myers, 2012, 77). Jatkuvasa rasituksessa tähän luukalvoon kohdistuu nykäisyjä, jotka venyttävät luukalvoa. Ne aiheuttavat tulehdusta ja muodostavat ikään kuin teltan, johon alkaa kertyä uudisluuta muodostavia osteoblasteja. Kun sidekudoskalvo antaa kantaluusta periksi ja etääntyy luusta, osteoblastit täyttävät luukalvon alaisen ”teltan”, ja syntyy luupiikki.

"Kun lihasten väliset kalvot liimautuvat toisiinsa, niistä tulee jähmeät. Lihasten normaali toiminta ja liikkuvuus kärsii. Tämä vaikuttaa aina myös niveliin, joiden liikkuvuus heikkenee, ja niihin tulee kiputiloja."

"Poikittaisvenytyksellä testataan myös aina ennen jalkojen hoidon aloittamista yksittäisiä lihaksia. Oikea ote on äärimmäisen tärkeä: otetta ei koskaan oteta, vaan se haetaan. Herkin sormin tunnustellaan lihaksen reuna, jota aletaan varovasti nostamalla venyttää irti viereisestä lihaskalvosta."

Lihasten ja kalvojen avaaminen poikittaisvenytyksellä säären alueelta

Säären etupuolelta avataan niin pinnallisen etulinjan kuin kiertolinjan lihaksia ja lihaskalvoja. Pinnallisen etulinjan kalvot kulkevat säären etupuolen lihasaitiota ylöspäin ja ohittavat kalvopaksuuntuman eli retinaculan, joka pitää jänneet alhaalla, kun lihakset supistuvat. Säären ulkosivulla se sisältää etupuolen lihasaition lihakset; etummainen säärilihaks (tibialis anterior), varpaiden pitkä ojentaaja (extensor digitorum) ja isovarpaan pitkän ojentajalihaksen (hallusis longus). Myös kiertolinjan kalvojatkuo kulkee säären alueella etummaisen säärilihaksen päällä. Näiden kalvojen avaaminen on tärkeää polven normaalin liikkuvuuden kannalta (T. Myers, 2012).



Säären aluetta avataan aluksi poikittaisvenytyksellä. Poikittaisvenytys suoritetaan kämmenen ja paperin avulla. Lihaksia painetaan ja venytetään varovasti kämmenen avulla viistosti alaspäin. Mikäli lihakset ovat kovin kipeät ja kireät, aloitetaan kevyemmällä, lyhyillä ja nopeatempoisemmilla oteilla. Aloitetaan ihon pinnasta kevyemmin, ja pikkuhiljaa ote menee syvemmälle. Ei tehdä vielä pitkäkestoista venytystä.

Varottavia asioita hoidettaessa:

- Suonikohjut
- Tupakoitsijat (verisuonissa voi olla tukoksia)
- Tuoreet vammat, lihasrevähtymät
- Akuutti tulehdus
- Halvaukset (tuntopuutokset)
- Infektiot ihossa



Säären sisä- ja ulkopuolen lihaksia venytetään aina polven yli. Tukea ei oteta toisella kädellä asiakkaasta, vaan pöydästä. Käsi tuetaan pöytään nyrkkiotteella niin, että peukalo on ”ankkurina” ja ranne suorana. Näin ote on tekijälle ergonominen. Samalla tuetaan toisella kädellä asiakkaan jalkaa niin, ettei hänen tarvitse jännittää jalan asentoa.



Säären ulkoreunaa venytettäessä käännetään jalkaterästä nilkka sisäänpäin. Ylävartalon painoa ei laiteta asiakkaan nilkan päälle. Tämä alue on usein hyvinkin tiukka, etenkin, jos lihakset ja kalvot kiristävät polven yläpuolelta jalan ulkosivulta. On parempi avata ensin reiden ulkosivu, ja sitten palataan takaisin säären ulkosivulle. Kun reiden lihaksisto saadaan rentoutettua, on säären aluekin yleensä rentoutunut. Säären alueella etummainen säärilihaks (tibialis anterior) voi olla tiukka. Samoin pitkä pohjeluulihaks (peroneus longus) voi kiristää.

Jalkaterän ja säären hoito

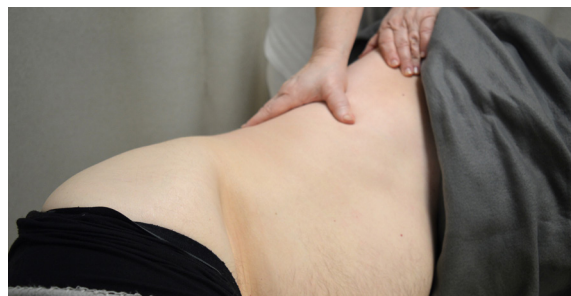
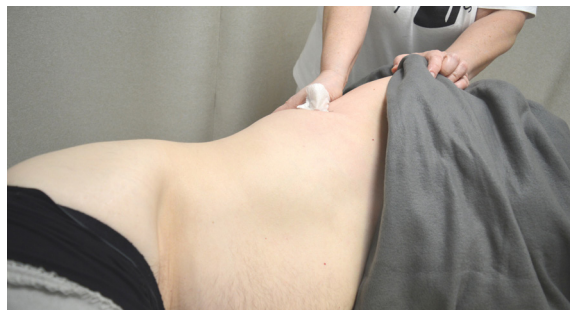




Kahden käden puserteluote on tehokas lihaskalvojen avaamiseen. Sen voi tehdä ensin laajemmilla kämmen-sormiotteilla, koska lihakset ja kalvot voivat olla todella tiukat ja kivuliaat.



Kun lihakset ja kalvot ovat avautuneet ja niiden jähmeys on saatu helpottamaan, voidaan ottaa käyttöön tarkempi ja tiukempi peukalo-sormipusertelu. Tällä otteella saadaan kalvot liikkumaan paljon paremmin, jos ote tehdään tarkasti joka puolelle kylkeä.



Kylkeä käsitellään monenlaisilla otteilla. Hoito tehdään kuitenkin aina laajoilla, koko kädellä tapahtuvilla kivuttomilla otteilla. Kuvassa kylkeä avataan tuppeloilla, tai peukalolla ylhäältä alas tapahtuvalla otteella. Otteen voi tehdä myöskin toisin päin, alhaalta ylös.

"Kylkien alueet ovat tärkeitä avata, jotta saadaan yläraajat ja rintarangan nikamat liikkuviksi ja hengitys normaalksi. Joskus ne ovat niin kivuliaat avata, että tarvitaan useampi hoitokerta ennen kuin päästään hyvään lopputulokseen. Tällöin istuen tapahtuva avaaminen on liian kivuliasta. Käytetään asiakkaalle kivuttomampaa tekniikka, joka on kyljellään tehtävä avaus."



Venytys tehdään myös kyynärvarrella venyttämällä yhden käden otteella alhaalta ylös, tai ylhäältä alas kohti lonkkaa. Kahden käden otteella aloitetaan keskeltä kylkeä ja vedetään yhtä aikaa käsivarsilla, toisella ylöspäin kohti kainaloa ja toisella alaspäin kohti lonkkaa. Kyljen alue käsitellään ja avataan vatsan keskilinjasta selän puolelle, alhaalta suoliin yläosaan aina kainaloon saakka. Selän alue saadaan auki muilla tekniikoilla paljon paremmin.



Kyljen alueella voi käyttää ihokudoksen ja pinnallisten kalvojen kireyden testaamiseen myös rullausotetta. Mikäli nikamissa on kiertymää, ja ne ovat jäykistyneet tai lukkiutuneet, heijastuu se lukkiutuneen nikaman ihojaoketta pitkin vatsan puolelle. Rullausotteella saadaan selvyys näistä nikamaongelmista, sillä ihojaokkeet ovat jähmettyneet ja iho niiden alueilla ”kiinni” alustassaan.

Lapojen välisten lihasten avaaminen käden liikkeellä



Lapaluiden välisiä lihaksia avataan kädenliikettä apuna käyttäen. Asiakas koukistaa kyynärpäähän 90 astetta ja liikuttaa kättä hitaasti eteen ja taakse, ikään kuin ”hiihtäisi”. Lapojen väliä avataan peukalolla liikkeen avulla etenemällä hitaasti ylöspäin. Aistitaan liikkeen aikana lapojen välisten lihasten liike ja mahdollinen kiristys. Jos etenee liian nopeasti, ei ehdi tuntea mitään. Liike aloitetaan lavan alareunasta, sen sisäpuolelta ja edetään lavan yläosaan saakka. Linjoja voi olla useita, läheltä selkärankaa pitkin ylös tai lavan sisäreunasta ylöspäin. Asiakas nojaa rennosti hoitajan kättä vasten hiukan keskiasennosta taaksepäin liikkeen aikana.

27

Kaularangan ja pään käsittely selinmakuulla

Perinteinen jäsenkorjaushoito loppuu aina rintakehän, kaularangan ja pään käsittelyyn asiakkaan ollessa selinmakuulla. Mikäli hän ei osaa rentoutua, kun kaularankaa käsitellään istuen, suoritetaan kaularangan käsittely tässä asennossa. Lihaskireyksiä saadaan myös rentoutettua paremmin. Käsittely tehdään pehmeästi ja täysin kivutta. Pyritään saamaan asiakkaan aivot alfa-aaltojen tilaan, jossa asiakas on rentoutunut mutta hereillä. Joskus asiakas rentoutuu vielä syvemmin, jolloin hän vaipuu ”harmaalle alueelle”, joka on jo syvempi unen tila. Silloin hän on nukahtamaisillaan, jäsenet saattavat nykiä ja joku saattaa jopa kevyesti kuorsata. Tämä on vain hyvä asia ja kertoo sen, että asiakas on todella rentoutunut, mihin pyritäänkin.

Hoidon alkaessa suljetaan silmät, rentoudutaan, ja puhumista tulisi välttää. Rentoutumiseen auttaa rauhallinen musiikki hoidon aikana. Käsittelyotteet ovat hitaita ja rauhallisia. Naisilta hoidetaan tässä asennossa rintakehän yläosa ja peitetään rintojen alue. Astmaa tai hengenahdistusta sairastavilta hoidetaan myös rintakehän alaosa, mikäli asiakas niin haluaa. Peitto kierretään käsien alle, jolloin hoitoasento on rento. Asiakkaalla voi olla rintaliivit päällä, jolloin olkaimet pudotetaan alas. Miehiltä hoidetaan koko rintakehä.

"Pään käsittelyssä pyritään saamaan asiakkaan aivot alfa-aaltojen tilaan, jossa asiakas on rentoutunut mutta hereillä. Joskus asiakas rentoutuu vielä syvemmin, jolloin hän vaipuu ”harmaalle alueelle”, joka on jo syvempi unen tila. Silloin hän on nukahtamaisillaan, jäsenet saattavat nykiä ja joku saattaa jopa kevyesti kuorsata. Tämä on vain hyvä asia ja kertoo sen, että asiakas on todella rentoutunut, mihin pyritäänkin."



Selinmakuulla ollessa pään yläosa on samalla linjalla kasvoaukon yläosan kanssa. Tällöin hoitajan sormille on tilaa, koska kaularanka on kasvoaukon reiän kohdalla. Tyynyä ei käytetä pään alla ja päätuki nostetaan ylös, jotta kaularanka saadaan hyvään asentoon. Hoito aloitetaan mahdollisimman alhaalta rintarangan yläosasta. Näin saadaan vielä rintarangan yläosan nikamia ja kaularangan kalvoja venytettyä.



Liu'utetaan sormia ylöspäin kohti kallonpohjaa viuhkamaisesti edeten. Käsii ei irroteta hoidettavalta alueelta missään vaiheessa. Tunnustellaan samalla, ovatko lihakset samanlaiset molemmin puolin kaularankaa, vai löytyykö toispuoleista kireyttä, onko kallonpohjan lihaksissa kiertymää. Kireämpää puolta avataan aina enemmän ja kiertymiä pyritään näin suoristamaan.



"Kireitä scalenus-lihaksia voi avata kaularangan käsittelyn yhteydessä, kun asiakas on selinmakuulla. Kireyttä näissä lihaksissa löytyy yleensä kineettisen ketjun häiriössä lyhyemmän jalan puolelta kaulan alueelta."

Käännetään pää sivulle ja avataan kallonpohjaa ja niskarusetin alueen lihaksia sormenpäillä hangaten. Vasenta puolta hoidettaessa hoito tapahtuu vasemmalla kädellä. Oikea käsi tukee päätä otsasta. Hangataan myös ylempää kallon takaosan lihaksia (occipitalis), korvan yläpuolelta auricularis-lihaksia, ohimolihaksen (temporalis) takaosaa sekä päänahkaa auki. Tässä asennossa saadaan tehokkaasti avattua myös saumaa kallon sivulta. Käytetään hankausotetta, jolloin ote ei saisi liukua. Liukuva ote on epämiellyttävä ja tukistava. Ote on tuhdin voimakas, mutta kipua ei saa tuottaa. Korvan takana olevan kartiolisäkkeen takaosaa avataan tarkasti hankausotteella. Hoito-ote päättyy siihen, lisäkkeen etupuolelle ei mennä.



Tämän jälkeen käsitellään samassa asennossa kaulan lihakset peukalolla ylhäältä alaspäin kallon pohjasta epäkäslihakseen saakka. Ei käsitellä päännyökkääjälihaksen (sternocleidomastoideus) yläpuolelta, vaan pysytään alempana. Jos ote menee päännyökkääjälihaksen etupuolelle, hoidetaan valtimon päältä. Varotaan ihon pinnalla näkyviä laskimosuuonia, eikä käsitellä niiden päältä. Peukalon ote on laaja ja koko kämmen on kiinni asiakkaan kaularangassa. Ote ei saa olla terävä, ja käsittelyn tulee olla kivutonta.