

Krooninen kipu





Lukijalle

Lääkärin työssä potilaan toimintakyvyn parantaminen ja ylläpito on keskeinen tavoite. Tämä tavoite korostuu kroonisissa ja uusiutuissa sairauksissa, joissa täydellinen paraneminen ei ole mahdollista.

Toimintakyvyn arviointi on osa normaalia potilasvastuuta. Sitä tarvitaan sairaudenkulun ja hoitovasteen seurannassa. Toimintakykyarvion perusteella arvioidaan myös mahdollinen kuntoutustarve, ja ammatillisessa kuntoutuksessa pyritään työn vaatimukset mukauttamaan kuntoutujan toimintakyvyn mukaan.

Käytännön lääkäri joutuu usein työssään laatimaan erilaisia lausuntoja. Nämä laaditaan useimmiten sosiaalivakuutuksen etuuksia varten. Lausunnoissa kuvattua toimintakykyä käytetään ratkaisuperusteena muun muassa sairausloma-, kuntoutus- ja työkyvyttömyyseläkepäätöksiä tehtäessä.

Toimintakyvyn arviointi on koettu haastavaksi tehtäväksi osittain siksi, että ammattikunnaltamme on puuttunut yhtenäinen käytäntö arvioinnin toteuttamiseksi. *Toimintakyky, arviointi ja kliininen käyttö* (2004, Kustannus Oy Duodecim) on oppi- ja käsikirja, joka tarjoaa tietoa toimintakyvystä lääketieteen eri osa-alueilla.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin tavoitteena on luoda lääkäreiden käyttöön yhtenäisiä käytäntöjä potilaiden toimintakyvyn arvioinnissa. Toimintakyvyn arviointia koskevat suositukset on valmisteltu neljästä sairausryhmästä, joiden kohdalla arvioinnissa on koettu eniten ongelmia: mielialahäiriöt, alaselän ja niskan sairaudet, suurten nivelten sairaudet ja krooninen kipu.

Suosituksissa käsitellään kyseisen ryhmän sairaudet lyhyesti diagnostiikan ja hoidon osalta sekä esitellään tieteelliseen näyttöön ja kokemukseen perustuvia toimintakyvyn arvioinnin menetelmiä, joista on hyötyä käytännön lääkärille.

Facultas toimintakyvyn arviointisuositukset on suunnattu käytännön työkaluksi kaikille potilastyötä tekeville lääkäreille. Tekijät toivovat, että suositukset edistävät toimintakyvyn arvioinnissa kaivattua yhtenäistä käytäntöä, avoimuutta ja potilaiden välistä tasa-arvoa.

Facultas toimintakyvyn arviointi -projektin toteuttavat yhteistyössä Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Työeläkevakuuttajat TELTA. Haluan omasta puolestani lämpimästi kiittää suositukset laatineita asiantuntijalääkäreitä arvokkaasta työpanoksesta ja lopputuloksesta.

Helsingissä maaliskuussa 2008
Ilkka Pakkala

Krooninen kipu

- 1 Yleistä
 - Ydinasiat
 - Kivun analyysi hoidon perustana
 - Kivun hoidon periaatteet
 - Kivun lääkehoito
 - Kipupotilaan toimintakyvyn arviointi osana hoitoa
 - Kroonisen kivun vaikutus toimintakyvyn
 - Lievät kiputilat
 - Keskivaikeat kiputilat
 - Vaikeat kiputilat
 - Toimintakyvyn mittarit ja muiden terveydenhuollon toimijoiden arvio toimintakyvystä
- 7 Krooninen päänsärky
 - Ydinasiat
 - Yleisyys
 - Diagnostiikka
 - Jännitystyyppinen päänsärky
 - Migreeni
 - Sarjoittainen päänsärky
 - Krooninen särkyeläkepäänsärky
 - Kolmoishermostosärky
 - Toimintakyvyn arviointi
 - Elämänlaadun mittarit päänsäryssä
- 13 Neuropaattinen kipu
 - Ydinasiat
 - Yleisyys
 - Oireet
 - Diagnostiikka
 - Hoito
 - Vaikutus toimintakyvyn
 - Toimintakyvyn arviointi
- 16 Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (complex regional pain syndrome, CRPS)
 - Ydinasiat
 - Yleisyys
 - Diagnoosi
 - Hoito
 - Ennuste
 - Toimintakyvyn arviointi
- 19 Fibromyalgia
 - Ydinasiat
 - Yleisyys
 - Oireet
 - Löydökset
 - Diagnostiikka
 - American College of Rheumatology kriteerit
 - Hoito
 - Ennuste
 - Vaikutus toimintakyvyn ja toimintakyvyn arviointi
- 22 Kipuoirein ilmenevät elimellisoireiset mielenterveyden häiriöt
 - Ydinasiat
 - Määritelmä ja yleisyys
 - Kipuoire somatoformisissa häiriöissä
 - Diagnostiikka
 - Kipupotilaan psykiatrinen tutkimus
 - Hoito ja ennuste
 - Vaikutus toimintakyvyn
 - Toimintakyvyn arviointi

Liitteet

Kirjallisuutta

Krooninen kipu

Yleistä

Ydinasiat

- Kipu on subjektiivinen kokemus, jonka vaikutukset voivat näkyä käytännössä toimintakyvyn muutoksina.
- Hoidon lähtökohtana on asianmukainen erotusdiagnoosiikka.
- Hoito koostuu kivun aiheuttaneen sairauden hoidosta ja kivun oireenmukaisesta hoidosta, joka valitaan kiputyypin mukaan.
- Tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja hyvä elämänlaatu. Koska toimintakyvyn palauttaminen on keskeinen osa hoitoa ja kuntoutusta, toimintakykyä tulee arvioida hoitoprosessin ajan.
- Kroonisen kivun hoito on pitkäkestoinen tavoitteellinen prosessi. Potilaan ja hoitoon osallistuvien ammattilaisten tavoitteiden tulisi olla yhtenevät ja selkeästi määritetyt.
- Tulkinta kivun merkityksestä vaikuttaa kipukokemukseen ja toimintakykyyn. Virhetulkinnat tulee pyrkiä korjaamaan. Ammattilaisten eläytyvä, tietoa antava ja rohkaiseva hoito-ote auttaa oikaisemaan virheellisiä päätelmiä ja hälventää pelkoa.
- Kommunikaatioissa keskitytään siihen, mitä on jäljellä, mistä potilas suoriutuu ja mihin hän voi kuntoutua.
- Kipuun usein liittyviä oheisongelmia, kuten mielialan laskua ja unihäiriöitä, hoidetaan aktiivisesti, ellei kivun hoito helpota niitä.

Kipu on epämiellyttävä kokemus, joka liittyy kudovaurioon tai sen uhkaan tai jota kuvataan kudovaurion käsittein. Kipuaisti on uhkaavasta vaarasta varoittava muuntuva hälytysjärjestelmä, jossa tapahtuu säätelyä kaikilla tasoilla kipuhermopäätteestä aivojen tulkinta-alueille. Myös psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, odotukset, pelot, aiemmat kokemukset ja opitut käyttäytymismallit, vaikuttavat kivun kokemiseen. Kipu on yleisin hoitoon hakeutumisen syy.

Kipu on krooninen, jos sen kesto ylittää kudovaurion paranemiseen tarvittavan ajan. Yleensä paranemiseen tarvittava aika on muutamia kuukausia. Kipu saattaa jatkua kudovaurion parannuttua, jos kipujärjestelmä on herkistynyt kivun akuuttivaiheessa. Kroonisen kivun aiheuttajana voi olla myös korjaantumaton nosiseptoreita jatkuvasti ärsyttävä prosessi (esim. nivelrikko). Kipuradan vaurion jälkeen saattaa kehittyä neuropaattinen kiputila. Idiopaattiset eli mekanismeiltaan tuntemattomat kiputilat ovat usein pitkäkestoisia, minkä syyksi arvellaan kipujärjestelmän sentraalisen säätelyn muuntumista.

Taulukko 1 Kiputilojen luokittelu

Kudovauriokipu (varoitustehtävä)

- somaattinen
- viskeraalinen

Hermovauriokipu (vaurio kipuradassa)

Muut kiputilat (ei kudovaurio- eikä hermovauriota)

- idiopaattiset (mekanismi tuntematon)

Eurooppalaisen tutkimuksen mukaan viidesosa aikuisista kärsii yli puoli vuotta kestäneestä kiputilasta, joka oireilee useita kertoja viikossa, on voimakkuudeltaan vähintään kohtalainen ja heikentää toimintakykyä. Yleisimpiä kivun aiheuttajia ovat nivelrikko, selkärangan sairaudet ja vammojen jälkitilat (Breivik ym. 2006). Suomalaisen väestötutkimuksen mukaan krooninen kipu vaikuttaa erittäin merkittävästi siihen että, terveys koetaan huonoksi. Aikuisväestöstä 27 % koki terveytensä kohtalaiseksi ja 8 % huonoksi, ja päivittäisestä kroonisesta kivusta kärsivien koettu terveydentila oli huono 12 kertaa todennäköisemmin kuin kipua kokemattomilla ihmisillä (Mäntyselkä ym. 2003). Kipu aiheuttaa sekä suoria terveydenhoitokuluja että välillisiä sairauspäiväraha- ja eläkekustannuksia. Suomessa sairauspäiväraha- ja eläkekustannuksia noin kolmasosassa syynä on tuki- ja liikuntaelinsairaus, yleisimmin selkäsairaus.

Kivun analyysi hoidon perustana

Kivun hoidon edellytyksenä on diagnoosiikka. Kipupotilaan tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa kiputyypin (taulukko 1), kivun aiheuttava sairaus ja hoidossa huomioitavat yksilölliset tekijät. Potilaan huolellinen tutkiminen ja hänen tilanteeseensa paneutuminen herättävät luottamusta ja parantavat hoitomyöntyvyyttä. Yhteistyön perustana on hyvä kommunikaatio. Tiivistelmä viestintästrategiasta kipupotilaan kanssa on esitetty taulukossa 2.

Kivun sijainnin dokumentointiin käytetään kipupiirrosta (kuva 1). Kivun laadun, voimakkuuden ja kivun aiheuttamien toimintarajoitteiden kirjaaminen on vertailukohtana hoitovasteen arvioissa. Kivun voimakkuus arvioidaan kipujan (VAS) avulla, numeroasteikon (0–10) avulla tai sanallisella luokituksella lievä – kohtalainen – kova – sietämätön kipu (kuva 2). Potilaan omaa näkemystä kivun syystä sekä kivun ja muiden oireiden merkityksestä kannattaa kysyä. Potilaan kokemus uhka saattaa olla hyvinkin voimakas, vaikka lääkäri olisi vakuuttunut kiputilan viattomasta luonteesta. Kipupotilaan hoidon suunnittelu perustuu kokonaisvaltaiseen arvioon, joka sisältää somaattisen diagnostiikan lisäksi psyyken, kognition ja käyttäytymisen arviot.

osallistuvat tarpeen mukaan potilaan hoitoon. Vaikean kroonisen kivun hoidossa moniammatillisen kipupoliklinikkahoidon vaikuttavuudesta on hyvä näyttö (Flor ym. 1992, Becker ym. 2000, SBU 2006). Kuntoutuksessa paras vaikuttavuus on hoitokokonaisuuksilla, joissa on mukana kognitiivis-behavioraalinen psykologinen ote (Pohjolainen 2005, SBU 2006).

Kroonista kipua potevilla depressio on yleistä, ja sen tunnistamiseen ja aktiiviseen hoitoon tulisi kiinnittää huomiota (Granström 2005). Myös kognitiivisesta psykoterapiasta on näyttöä kroonisen kivun hoidossa (Kisely ym. 2005, Hoffman ym. 2007). Psykoterapiasta saatavan avun katsotaan tulevan sitä kautta, että se vähentää kipuun liittyvää pelkoa, ahdistusta ja masennusta ja täten vaikuttaa kivun kokemiseen.

Hoitotakuu ohjeistaa hoidon porrastuksen muussa kuin kiireellistä hoitoa vaativassa kivussa (www.stm.fi, www.terveysportti.fi). Onnistunut hoito edellyttää riittävää tietoa ja taitoa, vaikuttaviksi todettujen menetelmien käyttöä ja toimivia hoitoketjuja. Kivun hyvä hoito säästää sekä inhimillistä kärsimystä että yhteiskunnan kustannuksia.

Kivun lääkehoito

Lääkitys on tärkein oireenmukainen hoitomuoto. Sen perustana on kiputilojen patofysiologinen luokittelu (taulukko 1). Sekä kudosauriokivun että hermovauriokivun hoidossa käytettävien lääkkeiden tehosta on hyvä tutkimusnäyttö (Moore ym. 2003, Attal ym. 2006, SBU 2006). Ellei yhdellä lääkkeellä saada riittävää kivunlievitystä, voidaan käyttää eri mekanismein vaikuttavien lääkkeiden yhdistelmää.

Nosiseptiivisessä kivussa kipuhermosolut ärtyvät kudosaaurion tai sen uhkan vaikutuksesta. Nosiseptiivista kipua lievitetään analgeeteilla WHO:n kipulääkeportaiden mukaan. Vahvojen opioidien käyttö edellyttää lääkäriltä perehtyneisyyttä tähän hoitomuotoon ja hyvää potilaan tuntemusta, ja kyseistä lääkitystä harkittaessa suositellaan konsultoimaan monialaista kipuklinikkaa. Vahvoja opioideja käytetään muussa kuin syöpäkivussa kansallisen hoitosuosituksen ohjeiden mukaan (taulukko 3) (Kalso ym. 2004). Neuropaattista kipua hoidetaan lääkkein, jotka muovaavat kipua aistivan järjestelmän poikkeavaa toimintaa. Kaksoisvaikutteiset (serotoniini- ja nordadrenaliinijärjestelmien kautta vaikuttavat) masennuslääkkeet ja tietyt epilepsialääkkeet ovat tärkeimpiä neuropaattisen kivun lääkevaihtoehtoja. Vaikka idiopaattisen kivun mekanismit tunnetaan puutteellisesti, niissäkin kivunaistintajärjestelmää muovaavat lääkkeet – etenkin kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet – voivat lievittää potilaan oireita. Puhdas

Taulukko 3

Vahvan opioidi-lääkityksen aloittamisen edellytykset muussa kuin syöpäkivussa

- Kiputilan syy on tunnettu (kudosaurio- tai hermovauriokipu)
- Muut kivunhoitomenetelmät on kokeiltu, mutta kipu on silti vaikea
- Potilaalla ei ole ollut päihdeongelmaa
- Potilaalla ei ole hoitamaton psykiatrista ongelmaa
- Potilas yhteistyökykyinen, motivoitunut hoitokeiluun ja sitoutuu hoitosopimukseen
- Jatkohoito on turvattu

psykogeeninen kipu on harvinaista, ja sen hoitokokonaisuuden suunnittelee psykiatri.

Kipupotilaan toimintakyvyn arviointi osana hoitoa

Hoidon tavoitteena on kivun lievittyminen, toimintakyvyn kohentuminen ja elämänlaadun parantuminen. Hoitovasteen arviointi edellyttää näiden arviointia hoidon alussa ja sen edetessä. Koska kipu on henkilökohtainen kokemus, on loogista, että ulkopuoliset arvioivat kivun vaikeutta sen mukaan, miten paljon kiputila vaikuttaa toimintakykyyn.

Koska toimintakyky on riippuvainen myös niistä tulkinnoista ja merkityksistä, joita kokija oireilleen antaa, on tärkeää kuunnella potilaan omia käsityksiä ja tulkintoja ja oikaista toiminnan aiheetonta rajoittumista ruokkivia käsityksiä. Kroonisen kivun hoito on pitkäkestoinen vuorovaikutussuhde, jossa lääkäri on asiantuntijan roolissa. Hänen tulee tietoisesti varoa ilmaisuja, jotka lisäävät potilaan pelkoa, avuttomuutta ja pessimismää. Kaikkien kipupotilaan hoitoon osallistuvien ammattilaisten (lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, psykologi jne.) viestinnän tulisi olla yhdenmukaista. Ristikkäistä informaatiota pitää välttää.

Toimintakyvyn arviointi perustuu potilaan kertomaan siitä, mistä hän suoriutuu (esitiedot joko avoimina kysymyksinä tai strukturoiduin lomakkein, taulukko 4), kliinisen tutkimuksen löydöksiin, tutkijan vastaanottotilanteessa tekemiin objektiivisiin havaintoihin sekä näiden vertaamiseen. Koska vastaanottotilanteessa on mahdollisuus vain lyhytkestoisiin testeihin, toimintakyvyn arvioita voidaan tarvittaessa täydentää fysioterapeutin tai psykologin tekemillä pitempikestoilla testeillä tai esimerkiksi työpaikkakäynnillä.

Toimintakykyarvio on myös pohjana vakuutusoidellisuudelle eli arviolle eli arviolle siitä, millaisille etuuksille on

Taulukko 4

Kysely oireiden haitasta jokapäiväisessä elämässä (Suomen Kivuntutkimusyhdistys).				
Missä määrin vaivanne rajoittaa/rajoittavat				
	Ei lainkaan	Jonkin verran	Kohtalaisesti	Erittäin paljon
Nukkumista	0	1	2	3
Kävelemistä	0	1	2	3
Seisomista	0	1	2	3
Istumista	0	1	2	3
Pukeutumista	0	1	2	3
Nostamista	0	1	2	3
Ihmissuhteiden ylläpitämistä	0	1	2	3
Sukupuoeliämää	0	1	2	3
Vapaa-ajan harrastuksia	0	1	2	3
Arjen askareita	0	1	2	3
Liikkumista kodin ulkopuolella	0	1	2	3
Keskittymiskykyä	0	1	2	3
Autolla ajamista	0	1	2	3
Työkykyä	0	1	2	3

perusteet potilaan sairauden, vian tai vamman aiheuttamien toimintarajoitteiden vuoksi. Hoitosuunnitelman laatimiseksi tehty alkukartoitus ja vasteen seuranta ovat tietolähteenä myös lausunnoille, joissa kuvataan selkeästi, millaisista fyysisistä ja henkisistä suorituksista tutkittava selviää ja mistä ei.

Pitkäaikaisen kivun hoito on prosessi, joka perustuu potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten yhteiseen tavoitteenasetteluun. Edistymisen seuranta ja toimintakyvyn arviointi määrävällein korostavat potilaan omaa vastuuta hoito- ja kuntoutusprosessissa. Eteneminen konkreettisten välitavoitteiden avulla on selkeää ja auttaa potilasta jäsentämään tilannettaan. Hoidossa ja kuntoutuksessa kannattaa keskittyä siihen, mitä on jäljellä, eikä siihen, mitä on menetetty. Kuntoutumisen keskeinen sisältö on luottamuksen rakentuminen omaan suoriutumiseen, selviytymisen koheneminen harjoittelun avulla (esimerkiksi omaksumalla uusia toimintatapoja) ja tilanteeseen mukautuminen. Jos vaivaa ei voida parantaa, pyrkimyksenä on löytää paras mahdollinen toiminnallinen tilanne eli mahdollisimman hyvä elämänlaatu vaivasta huolimatta.

Kroonisen kivun vaikutus toimintakykyyn

Kroonisen kivun vaikutus potilaan toimintakykyyn riippuu kivun vaikeusasteesta. Kroonisen kivun vaikeusaste voidaan määrittää sen aiheuttamien toimintakyvyn muutosten perusteella. Arviossa otetaan huomioon sekä jokapäiväisistä toiminnoista suoriutuminen että sosiaalinen toiminta. Krooninen kipu voidaan toimintakyvyn heikkenemisen mukaan jakaa kolmeen eri vaikeusasteeseen: lievään, keski-vaikkeen ja vaikeaan (www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/julkiset_tiedostot/haittaluokitus.doc).

Lievät kiputilat

Lievän kiputilan numeroarvo asteikolla 0–10 on enintään 3. Potilas kokee kipua vain tietyissä tilanteissa, esimerkiksi normaalin liikelaajuuden ääri rajoilla, eikä hän tarvitse jatkuvaa kipulääkitystä tai tarvitsee vain yhtä, vähän haittavaikutuksia aiheuttavaa lääkettä. Kiputilaan ei liity lääkinnällisen kuntoutuksen tarvetta, eikä kipu haittaa oleellisesti normaaleja päivittäisiä toimia (peseytyminen, pukeutuminen, normaali liikkuminen, tavanomaiset kodinhoitotoimet, syöminen, puhuminen) eikä sosiaalista toimintaa. Potilas selviytyy fyysisesti kevyestä tai keskiraskaasta toiminnasta

tai vaativasta henkisestä toiminnasta kiputilasta huolimatta. Pääasiallinen hoitovastuu näistä potilaista on diagnoosin varmistumisen jälkeen perusterveydenhuollolla.

Keskivaikeat kiputilat

Keskivaikeassa kiputilassa potilas arvioi kipunsa voimakkuuden kohtalaiseksi ilman säännöllistä lääkehoitoa (numeroarvo asteikolla 0–10 enintään 6). Hänellä esiintyy kipua koko ajan tai lähes koko ajan. Hän tarvitsee säännöllistä lääkitystä, mutta riittävä teho saadaan yhdellä lääkkeellä tai jaksoittain käytetyllä kahden lääkkeen yhdistelmällä (esimerkiksi tulehduskipulääke jatkuvana ja sen tukena mieto opioidi tarvittaessa tai hermovauriokivun lääke jatkuvana ja sen tukena tulehduskipulääke jaksoittain). Kipulääkityksen haitat ovat enintään lievät. Keskivaikea kipu häiritsee hoidettunakin osaa normaaleista päivittäisistä toimista, ja liikkuminen on normaalia hitaampaa tai tapahtuu muuntunein liikemallein (esimerkiksi ontuminen) tai potilas tarvitsee kivun takia keppiä tai kyynärsauvaa jo lyhyillä matkoilla. Potilas voi suoriutua kevyistä tai kivuliasta kehonosaa vähän rasittavista askareista. Kipu tai kipulääkityksen haittavaikutukset vaikeuttavat suoriutumista henkisesti vaativissa tehtävissä keskittymisen, tarkkaavuuden tai muistin heikentymisen takia. Potilas luopuu fyysisesti vaativista liikuntaharrastuksista kivun tähden, ja hänen sosiaalinen osallistumisensa voi rajoittua kivun takia. Näissä tiloissa hoitovastuu on pääasiassa perusterveydenhuollolla ja ajoittain erikoissairaanhoidolla.

Vaikeat kiputilat

Potilas arvioi kipunsa kovaksi ilman säännöllistä lääkehoitoa (numeroarvo asteikolla 0–10 vähintään 7). Kipu haittaa toimintakykyä merkittävästi. Kipu on jatkuvaa tai lähes jatkuvaa, ja sen hoitamiseksi tarvitaan säännöllisesti vähintään kahden lääkkeen yhdistelmää, vahvoja opioideja pitkäkestoisesti (niin että hoidossa noudatetaan kansallisia opioidihoitosuosituksia; taulukko 3), selkäydinstimulaattoria tai näiden yhdistelmiä. Kivuliaan kehonosan normaalista käytöstä aiheutuu herkästi kipua, joka rajoittaa kyseisen kehonosan käyttöä, minkä vuoksi normaaleista päivittäisistä toimista selviäminen rajoittuu olennaisesti. Vaikea kipu häiritsee säännöllisesti nukkumista, sitoo huomiota ja rajoittaa toimintaa. Potilas tarvitsee kipunsa vuoksi liikkumisen apuvälineitä lyhyilläkin matkoilla. Kipu tai sen hoitamiseksi tarvittava lääkitys heikentää oleellisesti keskittymistä, huomion suuntaamista ja muistia. Potilas joutuu vaikean kiputilan vuoksi rajoittamaan oleellisesti aiempia, tavanomaisia pidettäviä harrastuksiaan ja sosiaalista osallistumistaan ja usein luopumaan niistä. Näiden potilaiden hoito on usein keskittynyt erikoissairaanhoitoon etenkin sopivimman hoidon räätälöintivaiheessa.

Toimintakyvyn mittarit ja muiden terveydenhuollon toimijoiden arvio toimintakyvystä

Tärkeintä toimintakyvyn arvioimisessa on kuvata selkeäsanaisesti, mitä potilas pystyy tekemään ja mitä ei. Suoriutumista koskevia esitietoja verrataan kliinisen tutkimuksen löydöksiin. Strukturoituja kyselyjä, kuten Oswestryn indeksia selkäpotilaille (Fairbank ja Pynsent 2002, liite 2) tai FIQ-kyselyä fibromyalgiapotilaille (Burckhardt ym. 1991, liite 4) voidaan harkinnan mukaan käyttää tietojen vertailukelpoisuuden takaamiseksi eri hoitoportaiden välillä ja eri aikoina. Lisäksi kroonisen kivun oheisongelmana usein esiintyvän masennuksen tunnistamisessa ja sen hoidon seurannassa oirekyselyistä, kuten DEPS-seulasta (liite 4), on hyötyä perusterveydenhuollossakin (Salokangas ym. 1994). Tulosten tulkinnessa on syytä ottaa huomioon kiputilan vaikutus: esimerkiksi kivun takia rikkonainen yöuni antaa pisteitä myös potilaalle, jolla ei ole depressiota.

Jos tarvitaan tietoa kipupotilaan fyysisestä peruskäytävyydestä, fysioterapeuttia voidaan pyytää testaamaan suorituskestävyyttä tai lihaskuntoa tai molempia. Lääkäri voi pyytää fysioterapeutin tutkimusta tai apuvälinetarpeen arviota SV 3FM -lomakkeella. Aerobisen suorituskyvyn mittaamiseen soveltuu UKK-instituutin kahden kilometrin kävelytesti (Laukkanen 1993) tai 6 minuutin kävelytesti (Butland ym. 1982). Lihaskunnan mittaamiseen voidaan käyttää Invalidisäätiön lihassuoritus testejä tai UKK-instituutin terveystestitestejä (Smolander ym. 2004). Nämä testit sopivat myös perusterveydenhuollon käyttöön resursien sallimissa rajoissa (Paltamaa ym. 2006).

Työkyvyn arvio voi olla osa toimintakyvyn arviota. Tutkittavan oman kertomuksen lisäksi lisätietoja saadaan työterveyshuollon terveystarkastuksista, työpaikkaselvityksestä ja sairauspoissaoloista. Tutkittavan työntekoa voidaan havainnoida esimerkiksi ergonomisen työpaikkakäynnin tai työkokeilun yhteydessä. Tutkittavan ja esimiehen kanssa yhdessä pidettävässä palaverissa saadaan tietoa siitä, miten tutkittava suoriutuu tehtävistään, mitä erityistyöjärjestelyjä on jouduttu sairauden vuoksi tekemään, tarvitaanko apuvälineitä jne. Kipulääkityskin saattaa aiheuttaa rajoituksia työnteolle: esimerkiksi PKV-lääkkeet tarkkuutta vaativissa tehtävissä ja ajoneuvonkuljettajilla. Työkykyindeksi-kysely (www.ttl.fi) voidaan käyttää apuvälineenä työkyvyn arvioissa. Kyselylomake kartoittaa työn fyysisiä ja psyykkisiä vaatimuksia, työntekijän terveydentilaa ja voimavaroja. Työkykyindeksi antaa vertailukelpoisen arvion tutkittavan tilanteesta, mutta osa vastauksista perustuu työntekijän subjektiiviseen kokemukseen (Tuomi ym. 1997).

Jos toimintakyky on rajoittunut yläraja- tai vartalo-työskentelyä vaikeuttavan oireiston vuoksi, voidaan erikoissairaanhoidossa käyttää täydentävänä tutkimuksena

Taulukko 5

Toimintakyvyn arviointikeinojen käyttö hoidon porrastuksen eri tasoilla				
X = normaalia toimintaa (x) = poikkeustapauksissa				
Arviointi- menetelmä/toimenpide	Perusterveyden- huolto	Työterveys- huolto	Erikoissairaan- hoito	Kuntoutus- tutkimus- yksikkö
Kipuanalyysi, anamneesi (myös toimintakyvystä ja sosiaalisesta osallistumisesta) ja kliininen tutkimus	X	X	X	X
Psykiatrinen arvio, täydentäjänä esimerkiksi DEPS	X	X	X erityisesti psykiatrian poliklinikat	X
Erityistyöntekijöiden arviot (psykologi, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti)	(x) tilannekohtaisesti harkiten resurssien mukaan	X tilannekohtaisesti harkiten	X	X
Erytistestit (esim. FIQ, SOFAS) *		(x) tilannekohtaisesti harkiten	X	X
Kuntoutustarpeen toteaminen, kuntoutussuunnitelman teko ja toteutumisen seuranta	X	X	X	X
Työnantajakontaktit	(x)	X	(x)	X
Työkokeilujen järjestäminen		X		X

* FIQ Fibromyalgia Impact Questionnaire (J Rheumatol 1991;18:728-33), SOFAS Social and Occupational Functioning Scale (DSM-IV)

toimintaterapeutin tekemiä validoituja suoritustestejä. Lähetävä lääkäri arvioi tulokset ja suhteuttaa ne kliinisiin taustatietoihin ja toimintakyvylle asetettuihin odotuksiin.

Erityisesti silloin, kun kipupotilaan kokeman ja lääkärin arvioiman toimintakyvyn välillä on epäsuhtaa, kannattaa harkita psykologin asiantuntemuksen hyödyntämistä toimintakyvyn arvioinnissa. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon psykologi voi arvioida kipupotilaan kuormittuneisuutta tai masentuneisuutta sekä näiden tekijöiden vaikutusta toimintakykyyn. Kivun psykologiaan perehtynyt (erikoissairaanhoidon) psykologi pystyy lisäksi arvioimaan kipupotilaan ajatusten, tunteiden, uskomusten ja tulkintojen merkitystä potilaan kokemien toimintakyvyn rajoitusten kannalta. Erityisesti kipuun liittyvien katastrofijätusten ja -uskomusten sekä pelko-välttämiskäyttäytymisen tiedetään liittyvän potilaan kokemuksiin toimintakyvyn rajoituksiin. Kiputilan tai sen lääkeshoidon epäedulliset vaikutukset kognitiivisiin suorituksiin, kuten muistiin, huomion suuntaamiseen ja kielellisiin toimintoihin, voidaan arvioida erikoissairaanhoidossa neuropsykologisella

tutkimuksella. Kipupotilaan mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka, vaikeusasteen arvio ja hoidon suunnittelu toteutetaan psykiatrisessa palvelujärjestelmässä samoin kuin muidenkin potilaiden. Yleissairaalapsykiatrian poliklinikat ovat perehtyneet somaattisten sairauksien yhteydessä esiintyviin mielenterveyden häiriöihin ja diagnostiseen rajankäyntiin epäselvissä tapauksissa. Monisairaiden ja moniongelmaisten potilaiden vaativat toiminta- ja työkyvyn arviot tehdään kuntoutustutkimusyksiköissä erikoissairaanhoidossa. Tiivistelmä kipupotilaan toimintakyvyn arvioinnista hoidon porrastuksen eri tasoilla on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 6

Primaariset päänsäryt (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004)

- Migreenit
- Jännitystyyppinen päänsärky
- Sarjoittainen päänsärky ja muut trigeminaaliset autonomiset päänsäryt

Taulukko 7

Sekundaariset päänsäryt (International Classification of Headache Disorders (ICHD 2004).

- Päänsäryt, jotka liittyvät pään tai niskan vammaan.
- Päänsäryt, jotka liittyvät pään tai kaulan verenkierron häiriöön.
- Päänsäryt, jotka liittyvät pään alueen muuhun kuin verenkierron häiriöön.
- Eri aineisiin tai niistä vieroitukseen liittyvät päänsäryt.
- Infektioon liittyvät päänsäryt.
- Homeostaasin häiriöihin liittyvät päänsäryt.
- Päänsäryt tai kasvokivut, jotka liittyvät kallon luiden, niskan, silmien, korvien, poskionteloiden, hampaiden, suun tai muiden kallon tai kasvojen rakenteiden häiriöön.
- Psykiatriisiin häiriöihin liittyvät päänsäryt.
- Kasvojen neuralgiat ja keskushermostoperäiset syyt kasvokipuun.
- Muut päänsäryt, kasvojen neuralgia ja keskushermostoperäinen tai primaarinen kasvokipu.

Krooninen päänsärky

Ydinasiat

- Migreeni tai jännityspäänsärky on krooninen, kun sitä esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa. Kroonisissa päänsäryissä on usein mukana eri päänsärkytyyppejä, joista kukin arvioidaan erikseen.
- Päänsäryn diagnostiikka perustuu esitietojen ja kliinisten löydösten huolelliseen läpikäyntiin.
- Päänsäryn hoidon kulmakiviä ovat pahentavien tekijöiden kartoitus ja niihin puuttuminen sekä lääkehoito päänsärkytyypin mukaan. Kroonistuvassa päänsäryssä on vaarana särkylääkepäänsäryn kehittyminen. Sen hoitona on lääkevieroitus.
- Usein päänsärkyä potevan hoidossa on hyödyksi pitää päiväkirjaa säryn esiintymisen ja lääkkeiden käytön kartoittamiseksi.
- Päänsärkypotilaan toimintakyvyn arviointiin soveltuvat samat periaatteet kuin muissakin kroonisissa kivuissa. Migreenipotilailla voidaan käyttää myös MIDAS-kyselyä kuvaamaan toimintakykyä.

Taulukko 8

Kroonisen migreenin kriteerit (International Classification of Headaches and Facial Pain 2004).

Päänsärky täyttää kriteerit A ja B

A. Jompikumpi alla mainituista kriteereistä C ja D täyttyy niin, että aurattomia migreenikohtauksia esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa yli kolmen kuukauden ajan.

C. vähintään kaksi seuraavista päänsäryn piirteistä:

- toispuolinen
- sykkivä
- voimakkuudeltaan kohtalainen – erittäin kova
- normaali fyysinen aktiivisuus pahentaa

D. vähintään yksi seuraavista:

- pahoinvointi tai oksentelu
- valo- ja ääniherkkyys

B. Muu sairaus tai syy (esim. lääkkeiden liikakäyttö) ei ole päänsäryn syytä

Noin viidenneksessä kipuun liittyvistä perusterveydenhuollon lääkärisäkäynneistä on kysymys kasvojen, pään tai suun ja kurkun alueen kivuista (Mäntyselkä ym. 2001). Päänsärky jaetaan kansainvälisessä luokituksessa vuodelta 2004 (Headache classification subcommittee of the International Headache Society) primaarisiin ja sekundaarisiin muotoihin (taulukot 6 ja 7). Aurallinen ja auraton migreeni sekä jännityspäänsärky ovat primaaristen päänsärkyjen päätyypit. Seuraavassa tarkastellaan kroonisia primaarisia päänsärkyoireyhtymiä, kroonista lääkepäänsärkyä, trigeminusneuralgiaa ja näiden vaikutusta toimintakykyyn.

Krooninen migreeni on kyseessä, kun päänsärkyä esiintyy vähintään 15 päivänä kuukaudessa ja oireisto on kestänyt yli kolme kuukautta. Kroonisen migreenin kriteerit on esitetty taulukossa 8. Jännitystyyppinen päänsärky on muuttunut krooniseksi, kun vähintään 15 päivänä kuukaudessa esiintyvää päänsärkyä on esiintynyt yli kuusi kuukautta (taulukko 9). Sarjoittainen päänsärky on kroonista, kun kohtauksia on ollut yli vuoden siten, ettei oireettomia jaksoja ole lainkaan tai ne kestävät alle kuukauden (taulukko 10). Myös kolmoishermostosärky (taulukko 11) on hoitamattomana krooninen, mutta hoidoilla useimmiten hallintaan saatavissa ja monilla potilailla välillä itsestäänkin rauhoittuva.

Taulukko 9

<p>Jännityspäänsärlyn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>A. Vähintään kymmenen oirejaksoa, jotka täyttävät kriteerit B–D.</p>
<p>B. Särlyn kesto 30 minuuttista seitsemään vuorokauteen.</p>
<p>C. Säryssä vähintään kaksi seuraavista piirteistä</p> <ul style="list-style-type: none"> • molemminpuolinen • painava tai kiristävä (ei saa olla sykkeen tahdissa vaihteleva) • lievä tai kohtalainen • ei pahene jokapäiväisessä ponnistelussa (esim. portaita noustessa tai kävellessä)
<p>D. Molemmat seuraavista</p> <ul style="list-style-type: none"> • vain valo- tai ääniarkuus tai ei kumpaakaan • ei särkyyn liittyvää pahoinvointia (ruokahaluttomuutta voi esiintyä)
<p>E. Särky ei johdu muista syistä.</p>
<p>Kroonisen jännityspäänsärlyn kriteerit Kuten yllä, paitsi:</p>
<p>A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin vähintään 15 päivänä kuukaudessa vähintään 180 päivää vuodessa</p>
<p>B. Päänsärky kestää tunteja tai voi olla jatkuvaa.</p>
<p>C. Säryssä on vähintään kaksi seuraavista piirteistä:</p> <ul style="list-style-type: none"> • molemminpuolinen • painava tai kiristävä (ei saa olla sykkeen mukana vaihteleva) • lievä tai kohtalainen • ei pahene jokapäiväisessä ponnistelussa (esim. portaita noustessa tai kävellessä)
<p>D. Molemmat seuraavista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vain yksi seuraavista: valonarkuus, ääniherkkyys, lievä pahoinvointi • kohtalaista tai voimakasta pahoinvointia tai oksentelua ei esiinny

Taulukko 10

<p>Kroonisen sarjoittaisen päänsärlyn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>1. Seuraavat kriteerit A–E täyttyvät</p>
<p>A. Ainakin viisi kohtausta, joissa kriteerit B–D täyttyvät.</p>
<p>B. Kova tai erittäin kova toispuolinen, silmäkuopan tai silmän yläpuolisen alueen tai ohimon kipu, jonka kesto on 15–180 minuuttia hoitamattomana.</p>
<p>C. Päänsärkyyn liittyy ainakin yksi seuraavista</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. samanpuoleinen sidekalvon punoitus tai kyynelvuoto 2. samanpuoleinen nenän tukkoisuus tai nenäritteen vuoto 3. samanpuoleisen silmän luomiturvotus 4. samanpuoleinen otsan ja kasvojen hikoilu 5. samanpuoleinen mustuaisen pieneneminen tai yläluomen riippuminen 6. levottomuus tai ahdistuneisuus
<p>D. Kohtauksia yhdestä joka toinen päivä kahdeksaan päivässä.</p>
<p>E. Oireisto ei liity muuhun sairauteen.</p>
<p>2. Kohtaukset toistuvat useammin kuin kerran vuodessa ilman oireettomia jaksoja tai oireettomat jaksot ovat alle kuukauden pituisia.</p>

Taulukko 11

<p>Klassisen kolmoishermostönsärlyn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).</p>
<p>A. Kohtauksittainen kipu, jonka kesto on sekunnin murto-osasta kahteen minuuttiin, paikantuu kolmoishermon yhden tai useamman haaran alueelle ja täyttää kriteerit B ja C.</p>
<p>B. Kivulla on ainakin toinen alla mainituista piirteistä</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kova, terävä, pinnallinen tai viiltävä 2. laukaistavissa triggerialueilta tai alkaa laukaistavien tekijöiden vaikutuksesta
<p>C. Kohtaukset toistuvat aina samanlaisina.</p>
<p>D. Kliinisessä tutkimuksessa ei ole todettavissa neurologisia poikkeavuuksia.</p>
<p>E. Ei liity mihinkään muuhun sairauteen.</p>

Taulukko 12 Päänsäryn diagnostiikka

Päänsäryn luokitus anamneesin ja kliinisen tutkimuksen avulla sekä seurantatiedot ovat diagnostiikan perusta.
Anamneesi
<ul style="list-style-type: none">• Aikaisemmat sairaudet• Lääkitys muihin sairauksiin• Päänsärky<ul style="list-style-type: none">• kivun laatu potilaan sanoin kuvattuna• kivun paikantuminen• kivun kesto• kivun toistumistiheys• kivun alkamisikä• pahentaako fyysinen rasitus?<ul style="list-style-type: none">• kävely, juoksu• kumartuminen, raskaiden esineiden nosto• yskeminen• altistavat tekijät• esioireet<ul style="list-style-type: none">• edeltävät oireet• mahdolliset auroireet ja niiden laatu ja kesto• särynaikaiset oireet<ul style="list-style-type: none">• pahoinvointi, oksentelu• valoherkkyys• ääniherkkyys
Tilan kuvaus
<ul style="list-style-type: none">• Kliininen yleistutkimus (verenpaine, syke, sydämen ja keuhkojen kuuntelulöydös, psyykinen tila)• Pään rakenteiden tunnustelu (mm. lihasten kiinnityskohdat, ohimovaltimon aristus, syke)• Niskalihasten ja niskan liikkeiden tutkimus• Silmien, korvien, nenän, suuontelon, purenan ja nielun tarkastus• Neurologinen tutkimus, tarvittaessa toistettuna
Lisäselvitykset
Tarvittaessa hammaslääkärin, korva- tai silmälääkärin tai neurologin konsultaatio.

Yleisyys

Suurin osa ihmisistä kokee päänsärkyä jossain elämänsä vaiheessa. Naisilla päänsärky on tavallisempaa kuin miehillä. Suomalaisessa aineistossa päänsärky oli yleisintä 20–40 vuoden iässä ja vähentyi sen jälkeen (Nikiforow 1981). Jännityspäänsärky on yleisin päänsärkytyyppi. Sen esiintyvyys jossain elämän vaiheessa oli tanskalaisessa tutkimuksessa 78 %. Aurattoman migreenin elinaikaiseksi esiintyvyydeksi saatiin Rasmussenin ja Olesenin (1992) tutkimuksessa 8 % (miehet/naiset 1:7) ja aurallisen migreenin 5 % (miehet/naiset 1:2). Perusterveydenhuollossa migreeni on usein alidiagnosoitu. Sarjoittainen päänsärky ja kolmoishermostosärky ovat harvinaisia. Sarjoittainen päänsärky on viisi kertaa yleisempi miehillä kuin naisilla. Päivittäistä tai lähes päivittäistä päänsärkyä esiintyi espanjalaisen tutkimuksen mukaan 1,4 %:lla väestöstä, naisista 2,7 %:lla ja miehistä 0,2 %:lla. Kolmasosalla särky liittyi tavanomaisten särky lääkkeiden käyttöön (Colas ym. 2004).

Diagnostiikka

Päänsäryn diagnosointiin on käytettävä riittävästi aikaa. Diagnoosi perustuu säryn luonteen, paikantumisen, keston, esioireiden sekä altistavien ja laukaisevien tekijöiden kartoitukseen ja huolelliseen tutkimukseen, johon sisältyy neurologinen tutkimus. Diagnostiikan peruselementit on esitetty taulukossa 12. Eri päänsärkytyyppejä voi esiintyä rinnakkain, erityisesti primaarisia päänsärkyjä. Eri säröt arvioidaan diagnostisten kriteerien nojalla erikseen. Eri päänsärkytyypeille ominaiset piirteet vähentyvät usein päänsäryn kroonistuessa. Erotusdiagnostiikassa joudutaan sulkemaan pois toissijaisia syitä (taulukko 7). Pään kuvantamistutkimukset eivät ole rutiinimaisesti tarpeen. Niiden aiheita päänsärkyssä on lueteltu taulukossa 13.

Sosiaaliset ja psyykkiset taustatekijät ja oheissairastavuus ovat merkityksellisiä sekä kroonisen päänsäryn hoidon onnistumisen että potilaan toimintakyvyn kannalta. Tarvittaessa konsultoidaan psykologia tai psykiatria (Andrasik ym. 2005, Jelinski ym 2007). Psykologiset menetelmät, kuten rentoutustaitojen kohentaminen, saattavat auttaa päänsärkyjen hallinnassa. Kuten muillakin kipupotilailla, myös päänsärkypotilailla psykiatriset oheisongelmat tulee hoitaa aktiivisesti.

Jännitystyyppinen päänsärky

Jännityspäänsäryn patofysiologiaa ei tunneta. Kallon ja niska-hartiaseudun lihasjännitystä ja pään alueen lihasten aristusta esiintyy vain osalla potilaista. On esitetty, että krooniseksi muuttuneen päänsäryn taustalla on kipujärjestelmän herkistyminen. Jännityspäänsäryn ja kroonisen jännityspäänsäryn kriteerit on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 13

Aivojen kuvantamistutkimuksen aiheet päänsäryn diagnostiikassa.

- Epäily subaraknoidaalivuodosta
- Asteittain paheneva päänsärky (jos kyseessä ei ole migreeni tai jännityspäänsärky)
- Poikkeavuus kliinisessä neurologisessa tutkimuksessa päänsäryn yhteydessä
- Päänsärkyyn liittyy tajuttomuuskohtaus
- Päänsärkyyn liittyy endokriininen häiriö
- Päänsärky liittyy vain yskimiseen tai ruumiilliseen ponnistukseen
- Päänsärkyyn liittyy jatkuva oksentelu
- Potilaalla on tiedetään olevan pahanlaatuinen kasvain
- Kolmoishermostönsäryn ja Hortonin päänsäryn erotusdiagnoosiikassa (MRI)

Taulukko 14

Migreenin estolääkehoidon aiheet (Migreenin hoito. Käypä hoito -suositus 2002)

Hoidon tehon seuraamiseksi on suotavaa pitää jonkinlaista päänsärkypäiväkirjaa, mieluiten jo kuukauden verran ennen hoidon aloitusta.

- Migreenikohtauksia esiintyy vähintään kaksi tai kolme kuukaudessa.
- Migreenikohtaukset hankaloittavat jokapäiväistä elämää.
- Migreenikohtaukset ovat vaikeita ja potilaan on vaikea tottua niihin.
- Migreenikohtausten akuuttihoito on hankalaa joko tehon vähäisyyden tai haittavaikutuksien takia.

Taulukko 15

Särkylääkepäänsäryn kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).

A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin yli 15 päivänä kuukaudessa ja siihen sisältyy ainakin yksi seuraavista piirteistä

- molemminpuolinen särky
- puristava / kiristävä (ei sykkivä) särky
- lievä tai kohtalainen särky

ja se täyttää seuraavat kriteerit

- B.** Tavanomaisten särkylääkkeiden käyttöä yli 15 päivänä kuussa yli kolmen kuukauden ajan.
- C.** Särky on kehittynyt tai huomattavasti pahentunut lääkkeiden käytön aikana.
- D.** Särky häviää tai palaa ennalleen kahden kuukauden kuluessa särkylääkkeiden käytön lopettamisesta.

Taulukko 16

Triptaanien liikkäytön kriteerit (International Classification of Headache Disorders, ICHD 2004).

A. Päänsärkyä esiintyy keskimäärin yli 15 päivänä kuukaudessa ja siihen sisältyy ainakin yksi seuraavista piirteistä

- toispuolinen särky
- pääasiassa sykkivä särky
- kohtalainen tai vaikea särky
- tavanomainen toiminta (kävely, portaiden nousu) vaikeuttaa särkyä tai potilas välttää tällaista toimintaa säryn vuoksi

mukana ainakin toinen seuraavista

1. pahoinvointi tai oksentelu
2. valo- ja ääniherkkyys

ja se täyttää seuraavat kriteerit

- B.** Triptaanien käyttöä vähintään kymmenenä päivänä kuussa säännöllisesti vähintään kolmen kuukauden ajan.
- C.** Päänsäryn esiintymistajuus on huomattavasti kasvanut triptaanien käytön aikana.
- D.** Särky häviää tai palaa ennalleen kahden kuukauden kuluessa triptaanien käytön lopettamisesta.

Kroonisen jännityspäänsäryn lääkkeettömässä hoidossa fysioterapian teho on rajallinen. Torellin ym. (2004) aineistossa särkylääkepäivien määrä väheni fysioterapian vaikutuksesta, mutta vain alle kolmanneksella potilaista 50 % tai enemmän. Jännityspäänsäryn lääkehoidosta on eniten näyttöä amitriptyliiniin (Bendtsen ja Jensen 2000, Holroyd ym. 2001) ja mirtatsapiiniin osalta (Bendtsen ja Jensen 2004). Botuliinin tehosta ei ole näyttöä.

Migreeni

Migreeni on nykykäsityksen mukaan portaittain etenevä, aivorungon kautta välittyvä oireyhtymä, jossa auroareiden taustalla on aivokuoressa leviävä neuraalisen toiminnan vaihtelu ja päänsäryn taustalla trigeminovaskulaarisen järjestelmän aktivaatio. Näiden tuloksena tulehdusta tuottavat neuropeptidivälittäjäaineet pääsevät verisuonien seinämästä aivokalvoille aktivoimaan kipujärjestelmän. Samalla parasympaattinen järjestelmä aktivoituu trigeminustumakkeen välityksellä.

Migreenikohtaukselle altistavat tekijät, kuten uni-valvetrytmin häiriö, stressi, hormonaaliset muutokset ja sensoriset ärsykkeet (valo, melu, haju, lämpötilan muutos) välittyvät aivokuoren, talamuksen ja hypotalamuksen kautta. Noin puolet migreenistä selittyy perimällä. Migreenille altistavia geenejä on useita (Kallela 2005).

Migreeni jaetaan auralliseen ja aurattomaan ja jälkimäinen vielä useisiin alatyyppeihin. Niistä hyvin harvinaisia ovat hemipleginen, oftalmopleginen, retinaalinen ja basilaarimigreeni. Migreeniaura on visuaalinen yli 90 %:lla (Rasmussen ja Olesen 1992). Ei-visuaalinen oire voi olla toispuolinen puutuminen tai pistely tai puhevaikeus. Kansainvälisen päänsärkyluokituksen mukaan auroireiden keston tulee olla yli viisi minuuttia, mutta alle 60 minuuttia ja oireiden täytyy olla täysin ohimeneviä. ”Aura ilman päänsärkyä” tarkoittaa pelkkää auroiretta. Tämän häiriön erotusdiagnostiikka on syytä jättää neurologille.

Migreenin hoidosta on julkaistu suomalainen hoitosuositus (Migreenin hoito. Käypä hoito -suositus 2002). Migreenikohtauksen hoito perustuu riittävän suuriannokseen ja ajoissa annettuun lääkitykseen. Ensisijaislääkkeinä ovat tulehduskipulääke, parasetamoli tai triptaani yksinään tai pahoinvointilääkkeen kanssa. Triptaania otetaan vasta auran mentyä ohi. Estolääkehoidon aiheet on lueteltu taulukossa 14. Migreenin lääkkeettömään hoitoon kuuluvat altistavien tekijöiden (esimerkiksi veren glukoosipitoisuuden pieneneminen, valoärsytys, kuumuus, tauoton tai poikkeavan pitkä työskentelyjakso) tunnistaminen ja vähentäminen sekä säännöllinen vuorokausirytm. Lasten migreenin ja migreenityypisen päänsäryn kohtausoireiden hoitoon soveltuvat parasetamoli ja ibuprofeeni (Lasten päänsärky. Käypä hoito -suositus 2003).

Sarjoittainen päänsärky

Sarjoittainen päänsärky on esimerkki trigeminuksen autonomisen järjestelmän aktivaation aiheuttamista oireista. Kaikki päänsäryn oireet ovat samanpuoleisia ja särky on erittäin voimakasta. Kohtaukset esiintyvät usean viikon jaksoina ja häviävät sitten pitkäksi ajaksi. Joskus särky kroonistuu. Kroonisen sarjoittaisen päänsäryn kriteerit on esitetty taulukossa 10. Lääkityksenä kohtaukseen on sumatriptaaniruiske ihon alle tai happihengitys (7–10 l/min 100 prosentista happea maskilla). Verapamiili saattaa tehotta estohoitona, ja kortisonia käytetään kuuriluonteisesti kohtausarjan katkaisuun (Färkkilä 2006).

Krooninen särkylääkepäänsärky

Särkylääkkeiden jatkuva käyttö voi herkistää sentraalisen kipujärjestelmän ja altistaa päänsärjelle (Färkkilä 2005, Ayzenberg ym. 2006). Krooninen särkylääkepäänsärky jaetaan särkyä pahentaneen lääkeaineen mukaan eri alaryhmiin, joissa taustalla on joko jännitystyyppinen päänsärky tai migreeni. Taulukoissa 15 ja 16 on kuvattu särkylääke- ja triptaanilääkityksen aiheuttamat päänsärjät. Särkylääkkei-

den runsas käyttö (yli 15 kertaa kuukaudessa) saattaa johtaa särkylääkepäänsärkyyn. Dienerin ja Katsaravan (2001) seurantatutkimuksessa särky muuttui päivittäiseksi triptaaneja käytettäessä 1–2 vuoden, ergotamiinien käyttäjillä kolmen vuoden ja tavallisia särkylääkkeitä käyttäessä viiden vuoden kuluttua säännöllisen käytön alkamisesta.

Lääkkeiden käytön lopettaminen poistaa päänsäryn ja sentraalisen kipujärjestelmän herkistymisen (Ayzenberg ym. 2006). Kroonisen särkylääkepäänsäryn nelivuotisen prospektiivisen seurantatutkimuksen mukaan uusimisriski on suurin vuoden kuluessa. Relapsi ilmaantui 90 %:lle kroonista jännityspäänsärkyä poteneista, mutta vain 31 %:lle migreenipotilaista (Katsarava ym. 2005).

Kolmoishermostärsäky

Klassisen (idiopaattisen) kolmoishermostärsän diagnostiset kriteerit on esitetty taulukossa 11. Klassisen muodon oireisto selittyy yli 80 % tapauksista kolmoishermon verisuonikompressiolla aivorungossa. Symptomaattiseksi kutsutaan muun kuin verisuonikompression aiheuttamaa oireyhtymää, joka muistuttaa klassista kolmoishermostärsäkyä.

Neuralgian erotusdiagnostiikassa huolellinen neurologinen tutkimus – erityisesti aivohermotoimintojen testaus – on avainasemassa. Kasvojen tuntoreaktio eri ärsykkeisiin (kosketus, terävä, kylmä, lämmin) testataan ja löydöstä verrataan oireettoman alueen löydöksiin. Idiopaattisessa trigeminusneuralgiassa neurologiset löydökset ovat normaalit lukuun ottamatta sitä, että kosketusärsytys voi laukaista neuralgiakohtauksen. Muussa neuropaattisessa kivussa tunto saattaa olla voimistunut, herkistynyt tai muuntunut eri aistilaaduille. Mahdolliset muut neurologiset poikkeavuudet kertovat vaurion laajuudesta ja sijainnista. Aivojen magneettikuvaus on tarpeen kolmoishermostärsässä ainakin silloin, kun kliinisessä neurologisessa tutkimuksessa todetaan taustaltaan epäselviä poikkeavia löydöksiä (Haanpää ym. 2005).

Kolmoishermostärsän ensilinjan hoito on karbamatsepiini tai okskarbatsepiini (Attal ym. 2006). Jos lääkehoito ei pidä idiopaattista neuralgiaa kurissa, potilas lähetetään neurokirurgin konsultaatioon. Käytetyimpiä neurokirurgisia hoitoja ovat mikrovaskulaarinen dekompressio ja kolmoishermon lämpökoagulaatio.

Toimintakyvyn arviointi

Päänsäryn muuttuessa krooniseksi säryn luonne saattaa muuttua ja sen erityispiirteet vähentyä. Samalla särkyyn kohdistuu enemmän huomiota ja hoitotoimia ja säryn vai-

kutus päivittäisiin toimintoihin, työkykyyn ja sosiaaliseen kanssakäymiseen lisääntyä. Toimintakyky voi rajoittua merkittävästi päänsärkykohtauksen aikana (migreeni), mutta myös päänsäryn ennakointi ja pelko sekä oireiden hoidon edellyttämät toimet vaikuttavat osaltaan.

Toimintakykyä saatetaan joutua arvioimaan erilaisista lähtökohdista, esimerkiksi hoidon tarpeen määrittämiseksi ja hoitopaikan valitsemiseksi tai lyhyt- tai pitkäaikaisen työkyvyttömyyden toteamiseksi sosiaalietuutta varten. Potilaan pitkäaikaista toimintakykyä tulee arvioida hyvän käytännön mukaisen hoidon jälkeen. Siis esimerkiksi lääkepäänsärkypotilaan pitkäaikainen toimintakyky arvioidaan lääkevieroituksen toteuduttua. Kroonisessa päänsäryssäkin voidaan käyttää soveltuvin osin suuntaviivoina luvussa *Yleistä* mainittua kiputilojen jakoa kolmeen vaikeusasteeseen. Jäljempänä kuvattavia terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita voidaan käyttää potilaan kokeman elämänlaadun määrittämiseen.

Kroonisen kivun kiireettömän hoidon kansallisten kriteerien mukaan ensisijainen vastuu kroonisen kivun hoidosta on perusterveydenhuollolla. Hoidossa yhdistetään biolääketieteellinen ja psykososiaalinen näkökulma. Samalla kun selvitetään hoidon tarvetta ja vaikutuksia, syntyy kuva hoidettavan toimintakyvystä. Diagnoosi varmistetaan oireiden muuttuessa tai tihtyessä toistetuilla kliinisillä tutkimuksilla, ja hoidonporrastusohjeiden mukaan voidaan tarvittaessa konsultoida erikoissairaanhoidoa. Potilasta pitkäaikaisesti hoitavan, hänen tilannettaan toistuvasti seuranneen ja olosuhteensa tuntevan lääkärin tulisi arvioida pitkäaikaista toimintakykyä. Tällöin kyseen tulee useimmiten perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon lääkäri.

Päänsärkypäiväkirja on kohtauksittaisessa sairaudessa, kuten migreenissä ja sarjoittaisessa päänsäryssä, diagnostiikkaa tukeva väline. Näissä päänsäryn tiedetään pahenevan fyysisen rasituksen seurauksena, joten päänsärkypäiväkirja kuvaa toimintakykyä epäsuorasti. Hoitosuhteessa se toimii myös hoidon tulosten mittarina. Edellytyksenä tämän mittarin käytettävyydelle ovat päiväkirjan riittävä käsilläolo eri tilanteissa, helpokäyttöisyys ja käyttäjän riittävä opastus. Lääkityksen tarve ja lääkkeen käytön rekisteröiminen ovat edellytyksenä lääkepäänsäryn diagnosoimiselle. Lääkityksen annokset ja niiden muutokset kertovat myös hoidon onnistumisesta ja ovat osoituksena päänsäryn vaikeahoitaisuudesta esimerkiksi sarjoittaisessa päänsäryssä.

Arvioitaessa toimintakykyä työkykyisyyden, ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien tai sosiaalietuuksien tarpeen määrittämistä varten kannattaa muistaa arvioinnin olevan myös interventio. Realistinen, mutta positiivinen suhtautuminen ennusteeseen ja informaatio, jolla pyritään

vähentämään paineita ja kannustamaan aktiivisuuteen, edistävät kivun hallintaa. Ammatillisina kuntoutustoi-
menpiteinä toteutettavat joustot työajoissa, järjestelyt työolosuhteissa ja työn rytmityksen omaehtoinen salliminen edistävät sekä työkykyä että kivun hallintaa. Käytännössä lääkäri voi tukea tämäntyyppisiä ratkaisuja parhaiten osallistumalla palaveriin yhdessä potilaan (työtekijän) ja hänen esimiehensä kanssa. Tällaiset järjestelyt ovat työterveyshuollon ja kuntoutustutkimuspoliiklinikoiden arkea. Lausunnoissa on syytä selostaa, mitä järjestelyjä esimerkiksi työpaikalla on päänsäryn vuoksi tehty särylle altistavien tekijöiden välttämiseksi tai saneeraamiseksi ja minkälainen vaikutus näillä on ollut päänsärkyyn esimerkiksi päänsärkypäiväkirjan tai lääkkeenkäytön seurannan perusteella.

Elämänlaadun mittarit päänsäryssä

Migreenin ja muiden päänsärkyjen hoidossa on käytetty terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, kuten SF-36:ta (Ware ja Shrebourne 1992). Sittemmin on kehitetty useita nimenomaan päänsäryn hoitoon tarkoitettuja elämänlaatukyselyitä. Lähtökohtana on ollut kohtauksittainen päänsärky, esimerkiksi migreeni, jonka arviontiin on validoitu muun muassa Migraine disability assessment scale eli MIDAS (Stewart ym. 2000), (www.astrazeneca.fi). Siinä on kaksi kysymystä päänsäryn esiintymisestä ja voimakkuudesta sekä viisi kysymystä osallistumisesta (työ/koulu, sosiaalinen toiminta) ja toimintakyvystä kolmen kuukauden ajalta. Yksi päivä, jolloin tutkittava ei kyennyt osallistumaan töihin tai harrastuksiin tai osallistui kotitöihin vain puolella normaalista panoksesta, antaa yhden pisteen. MIDAS-mittarin tulos jaetaan neljään vaikeusluokkaan (lievä 0–5 pistettä, erittäin vaikea 21 pistettä tai enemmän). Päänsäryn tiheys ja vaikeusaste eivät anna pisteitä. Menetelmä on validoitu eri maissa ja vastaa suhteellisen hyvin päänsärkypäiväkirjan antamaa tietoa. Kysymykset kuvaavat vastaajan omaa käsitystä toimintakyvystään. Mittarin on todettu soveltuvan vastaanotolla tehtävien hoitopäätösten tueksi ja hoidon tulosten arviointiin. Lomake on helppokäyttöinen ja nopea täyttää kotona. Ongelmallisena on pidetty sitä, että puolen päivän pituisesta toimintakyvyn heikkenemästä saa yhtä paljon pisteitä kuin kokopäiväisestä, ja sitä, että työkyvyn ja jokapäiväisten toimien (koti-
töiden) tekemisestä kysytään erikseen, vaikka ne kuvaavat samaa asiaa (Andrasik ym. 2005).

Mittarit tarjoavat potilaille mahdollisuuden välittää tietoa lääkärille jäsenyneesti. Ne on suunniteltu käytettäväksi potilasvastaanotolla, ja ne ovat helpompia käyttää kuin päänsärkypäiväkirja. Mittari auttaa hoitavaa lääkärää hoitojen vaikutuksen arvioinnissa ja potilaan kokeman toimintakyvyn muutosten seurannassa. Mittareihin ei sisälly

lääkärin tai muun hoitavan henkilön arviota toimintakyvystä.

Neuropaattinen kipu

Ydinasiat

- Neuropaattinen kipu tarkoittaa kipua, jonka aiheuttaa somatosensorisen järjestelmän vaurio tai sairaus. Sillä ei ole varoitustehtävää, vaan se on potilaalle pelkkä vaiva.
- Neuropaattisen kivun vaikutus toimintakykyyn riippuu oireiston laadusta, kestosta, voimakkuudesta ja sijainnista, oireita pahentavista tekijöistä, potilaan sopeutumiskyvystä ja hoitojen tehosta.
- Vaikea neuropaattinen kipu häiritsee nukkumista, rajoittaa tavallisia arkiaskareita, kuormittaa psyykkisesti, vähentää sosiaalista toimintaa ja heikentää elämänlaatua.
- Tilan kuvauksessa kerrotaan kliiniset neurologiset löydökset, erityisesti tuntoaistin ja motoriikan poikkeavuudet sekä psyykinen tila, ja potilaan kertomia toimintarajoitteita arvioidaan näiden pohjalta.
- Tarvittaessa voidaan pyytää toimintaterapeutin, fysioterapeutin tai neuropsykologin arviota.

Neuropaattinen eli hermovauriokipu on tila, jonka syynä on somatosensorisen järjestelmän vaurio tai sairaus (Treede ym. 2007). Kyseessä on siis oire eikä itsenäinen sairaus, ja neuropaattisen kivun tunnistamisen jälkeen tulee pyrkiä selvittämään, mikä vamma tai sairaus on aiheuttanut neuropaattisen kivun. Vauriopaikan mukaan neuropaattiset kiputilat jaetaan perifeerisiin eli ääreishermostoperäisiin (esimerkiksi diabeettinen neuropatia, hermovamman jälkeiset kivut) ja sentraalisiin eli keskushermostoperäisiin (esimerkiksi aivoverenkierron häiriön jälkeinen kiputila). Neuropaattinen kipu voi esiintyä yhtä aikaa kudosaivuriokivun kanssa.

Yleisyys

Luotettavaa väestöpohjaista epidemiologista tietoa neuropaattisesta kivusta ei ole. Pitkittyntä lanneselkäkipua potevista kolmasosalla on kivussaan neuropaattinen komponentti (Freyenhagen ym. 2006). Diabeetikoista 16 %:lla ja tyyppi 2 diabeetikoista 29 %:lla on kivulias neuropatia (Daousi ym. 2004, Davies ym. 2006). Jo heikentyneeseen glukoosinsietoon saattaa liittyä polttavana kipuna ilmenevä ohutsäieni neuropatia, joka voi lievittyä liikunta- ja ruokavalioidolla (Smith ym. 2006). Vyöruusuhoituman parantanutta 8 %:lla potilaista esiintyy tähän tautiin liittyvä kipu (Galil ym. 1997). Leikkauksessa tulleen hermovamman jälkeen 5 %:lle kehittyi neuropaattinen kiputila (Jääs-

keläinen ym. 2004). Se on tärkein leikkauksen jälkeisen pitkittyneen vaikean kivun syy (Kehlet ja Jensen 2006). Aivoverenkierron häiriötä potevista 8 %:lla, MS-potilaista noin neljäsosalla ja selkäydinvammapotilaista noin kahdella kolmasosalla esiintyy neuropaattista kipua (Andersen ym. 1995, Finnerup ym. 2001, Österberg ym. 2005).

Oireet

Neuropaattisessa kivussa tuntoaisti toimii poikkeavasti, mikä johtuu tuntoratojen vaurioitumisesta ja sen aiheuttamista toissijaisista muutoksista hermostossa (Woolf ja Mannion 1999). Oireina voivat olla jatkuva kipu, sähköiskumaiset tuikkauskivut, allodynia eli normaalisti kivuttoman ärsykkeen muuntuminen kivuksi sekä erilaiset poikkeavat tuntemukset, kuten parestesiat ja dysestesiat. Tuntoaisti voi olla herkistynyt tai heikentynyt ärsykkeen laadun mukaan. Kivun pahenemisvaiheet saattavat kestää tunteja tai jopa päiviä, mikä johtaa helposti erilaisten toimintojen välttämiseen. Neuropaattiseen kipuun voi liittyä taipumus lihaskouristuksiin (”suonenvedot”) sekä autonomisia oireita, kuten hikoilun ja ihon lämpötilan muutoksia ja turvotusta. Kun paikalliset autonomiset häiriöt liittyvät perifeeriseen hermovaurioon, käytetään termiä monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä tyyppi II (complex regional pain syndrome type II, CRPS II). Vauriopaikan mukaan potilaalla saattaa esiintyä myös muita neurologisia oireita ja löydöksiä. Vaikea neuropaattinen kipu vaikeuttaa suoriutumista tavanomaisista askareista, kuormittaa psyykkisesti, vähentää sosiaalista toimintaa ja heikentää elämänlaatua (Meyer-Rosberg ym. 2001, Smith ym. 2007).

Diagnostiikka

Neuropaattisen kiputilan diagnoosin kriteerit on esitetty taulukossa 17. Diagnoosi perustuu kivun ja tuntoaistin poikkeavaan toimintaan viittaavien kliinisten löydösten neuroanatomisesti loogiseen sijaintiin ja vaurion syyn määrittämiseen (Cruccu ym. 2004). Neuropaattisen kivun tunnistamista helpottamaan on kehitetty kyselylomakkeita, jotka voivat kiinnittää lääkärin huomion neuropaattisen kivun mahdollisuuteen. Ne eivät korvaa potilaan haastattelua, kliinistä tutkimusta ja erotusdiagnostista selvittelyä (Bennett ym. 2007, Hansson ja Haanpää 2007). Potilaalta kysytään kivun alkamista ja kehitysvaiheita, mahdollista liittymistä vammaan, leikkaukseen tai muuhun sairauteen, kivun laatua ja eri komponentteja sekä pahentavia ja helpottavia tekijöitä. Kivun voimakkuus ja sijainti kirjataan luvussa *Yleistä* esitetyn mukaisesti. Lisäksi tiedustellaan poikkeavia tuntemuksia, tuntuuutoksia ja muita oireita.

Potilaalta tutkitaan yleistila (rakenne ja liikuntakyky), kipualueen tila, selkärangan ja raajojen osalta myös liike- laajuudet ja mahdolliset liikearkuudet ja tehdään kliininen neurologinen tutkimus, jossa painotetaan tuntoaistia. Tunto testataan kunkin aistilaadun osalta verraten eri kehonpuoliskojen löydöksiä ja toisaalta löydöksiä kipu- alueella ja muilla alueilla (taulukko 18). Tutkimus tehdään paljaalle iholle.

Jos diagnoosi on ilmeinen, ei hyvän kliinisen tutkimuk- sen lisäksi tarvita lisätutkimuksia. Tapauksen mukaan saa- tetaan tarvita kuvantamis-, laboratorio- ja neurofysiologisia tutkimuksia oireiden synn ja samalla synn mukaisen hoidon mahdollisuuksien selvittämiseksi. Potilaat, joille diagnoosia ei saada perusterveydenhuollossa, lähetetään hoidonpor- rastusohjeiden mukaisesti erikoissairaanhoidon, yleensä neurologian poliklinikkaan.

Yksi käytetyimmistä neurologisista lisätutkimuksista on ENMG. Sen käyttökelpoisuus on kuitenkin rajallinen neuropaattisen kiputilan diagnostiikassa, koska ENMG ei tutki kivun signaalointiin osallistuvien ohuiden säikeiden toimintaa lainkaan. Normaali ENMG-löydös ei siis sulje pois perifeerisen neuropaattisen kiputilan mahdollisuutta (Jääskeläinen ym. 2006).

Tuntoaistin toiminnan tarkemmaksi arvioimiseksi voi- daan erikoissairaanhoidossa käyttää kvantitatiivisia tun- tokynnysmittauksia (Jääskeläinen ym. 2006). Tarjolla on menetelmiä kylmä-, lämpö-, kylmäkipu-, kuumakipu-, terävätunto-, värinä- ja kosketustuntokynnysten määri- tyksiin. Tuntokynnysmittaukset edellyttävät potilaalta hyvää vireystilaa ja yhteistyötä, lääkäriltä kokemusta tulosten arvioinnissa ja laboratorioilta viitearvoja. Poikkeava löydös ei kerro, missä tuntoradan osassa vaurio sijaitsee, joten löydös pitää suhteuttaa kliiniseen kuvaan ja muiden tutkimusmenetelmien informaatioon. Kvantitatiivisia tuntokynnysmittauksia tehdään pääasiassa yliopistosairaaloissa. Ohuiden säikeiden kato ohutsäineuropatiassa voi- daan osoittaa stanssin avulla otetusta ihobiopsianäytteestä (Koskinen ym. 2005).

Hoito

Hoidon yleisperiaatteet on selitetty edellä kohdassa Kivun hoidon periaatteet. Vaikka synn mukainen hoito on vain harvoin mahdollista neuropaattisessa kivussa, on tämänkin vaihtoehto pidettävä mielessä diagnostisissa selvittelyissä.

Kroonisella neuropaattisella kivulla ei ole varoitustehtävää, mikä on tärkeää selittää potilaalle. Oireita pahentavien tekijöiden tunnistaminen mahdollistaa niiden välttämiseen. Potilasta rohkaistetaan aktiivisuuteen kivusta huolimatta. Haasteelliset tapaukset ohjataan monialaiseen kipu- klinikkaan.

Jos kipu häiritsee potilaan arkea, on syytä kokeilla lää- kitystä, joka on neuropaattisen kivun tärkein hoitomuoto. Ensi linjan lääkkeitä neuropaattiseen kipuun ovat trisykliset masennuslääkkeet, pregabaliini, gabapentiini, serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät duloksetiini ja ven- lafaksiini sekä tramadoli. Myös lamotrigiinista, vahvoista opioideista ja iholle paikallisesti voiteena tai laastarina käy- tettävästä lidokaiinista on hyvä tutkimusnäyttö neuropaat- tisessa kivussa (Attal ym. 2006, Haanpää 2007). Lääkitys on yleensä pitkäkestoista. Ellei yksittäisellä lääkkeellä saada riittävää tehoa, voidaan eri mekanismein vaikuttavia lää- keitä yhdistää. Nykyään noin puolet potilaista saa tarjolla olevista lääkkeistä kohtalaisen avun. Fysioterapeuttisella neuvonnalla pyritään löytämään sopivat liike- ja toimin- tamallit, jotta potilas voisi suoriutua erilaisista askareista neuropaattisesta kivusta huolimatta ja jotta vältettäisiin sekundaaristen lihas- ja nivelperäisten ongelmien ilmaan- tuminen. Vaikkeimmista neuropaattisista kiputiloissa voidaan käyttää selkäytimen takajuosteen stimulaatiota. Radiofrekvenssin tehosta neuropaattisen kivun hoidossa ei ole näyttöä.

Vaikutus toimintakykyyn

Neuropaattisen kivun vaikutus toimintakykyyn riippuu kivun sijainnista, kestosta, voimakkuudesta, pahentavista tekijöistä ja hoitovasteesta. Lievä, vain ajoittain esiintyvä ja hyvin hoitoon reagoiva kiputila ei välttämättä heikennä toimintakykyä juuri lainkaan. Esimerkkinä tästä on her- movaurion jälkitila, johon liittyy lieviä parestesioita ja ajoittaista lievää kipua ilman oleellista toimintahaittaa. Kes- kivaikeassa kiputilassa haittaa esiintyy useammin ja toimin- takyky heikkenee. Esimerkiksi dominantin yläraajan vaikea kosketusherkkyyks voi rajoittaa oleellisesti käden käyttöä, vaikka motorista halvausta ei olisi. Vaikea kiputila häiritsee huomattavasti tavallisia arkitoimia. Esimerkiksi cauda equina -oireistoon liittyvä vaikea ratsupaikka-alueen neuropaattinen kiputila saattaa estää istumisen, tai kivuli- aaseen polyneuropatiaan liittyvä staattinen allodynia voi estää seisomisen ja kävelyn. Kiputilan synnä oleva neu- rologinen sairaus saattaa heikentää toimintakykyä ilman kipuakin, ja yleensä tällöin neuropaattinen kipu merkitsee lisähaittaa ja vaikeampia toimintarajoitteita. Lisäksi vai- keaan neuropaattiseen kipuun liittyy usein inihäiriöitä, psyykkistä kuormittuneisuutta ja oheisdepressiota, jotka heikentävät toimintakykyä. Kivun lääkehoidot voivat vai-

Taulukko 17

Neuropaattisen kivun diagnostiset kriteerit.
<ul style="list-style-type: none">• Kivun sijainti on neuroanatomisesti looginen.• Kliinisessä tutkimuksessa todetaan tuntoaistin poikkeavaan toimintaan sopivia löydöksiä.• On todettavissa somatosensorisen radan vaurio tai sairaus, joka selittää kiputilan.

Taulukko 18

Tuntoaistin tutkiminen neuropaattista kipua epäiltäessä.		
Aistilaatu	Tutkimusväline	Aistimuksen välittävät tuntosäikeet
Kosketus, tunto	pumpuli	A beeta
Terävä tunto	puutikku	A delta
Kylmäntunto	kylmä metalliesine	A delta
Lämmöntunto	lämmin metalliesine	C

Allodynoiden testaus
(aistitaanko normaalisti kivuton ärsyke kipuna):
Mekaaninen dynaaminen allodynia: kevyt liikkuva ärsyke (esim. ihon sively sormella tai siveltimellä).
Mekaaninen staattinen allodynia: tasainen mekaaninen paine (esim. painaminen sormella).
Kylmäallodynia: iholle annettu kylmä-ärsyke (esim. kylmä metalliesine).
Kuuma-allodynia: iholle annettu kuuma, mutta ei polttava ärsyke (esim. kuuma metalliesine).

Löydöksen arviointi
Onko tunto kipualueella herkistynyt, heikentynyt tai muuntunut muuten erilaiseksi?
Jatkuuko tuntemus, vaikka ärsytys loppuu?
Rajoittuuko aistimus testatulle alueelle vai säteileekö tuntemus laajemmalle?
Sijainniltaan neuroanatomisesti loogiset, tutkimuskerrasta toiseen todettavissa olevat tuntopoikkeavuudet viittaavat neuropaattiseen kiputilaan.

kuuttaa vireyteen ja toimintakykyyn epäedullisesti, vaikka ne vähentäisivät kipua. Hoidon porrastus etenee luvussa *Yleistä* esitetyn mukaan siten, että kivun vaikeutuessa erikoissairaanhoidon vastuu hoidosta lisääntyy.

Toimintakyvyn arviointi

Tilan kuvauksessa keskeistä on kliinisten neurologisten löydösten kuvaaminen (taulukko 19). Tuntoaistin osalta

Taulukko 19

Neuropaattisen kivun erityispiirteet toimintakyvyn arvioinnin kannalta.
Anamneesi Kipupiirros (kipu ja muut poikkeavat tuntemukset) Kivun komponentit (jatkuva, tuikkaava, ärsykkeiden aiheuttama) Kipua helpottavat ja pahentavat tekijät (ulkoiset ärsykkeet, liike) Kivun voimakkuus keskimäärin ja pahenemisvaiheissa Hoidot ja vaste niihin (hyödyt ja haitat) Yöuni, mieliala
Kliininen tutkimus Yleistila (rakenne, liikuntakyky) Kipualueen paikallinen tila (inspektio, palpaatio) Kliininen neurologinen tutkimus (muiden neurologisten löydösten toteamiseksi) Tuntoaistin huolellinen tutkiminen Liikelaajuudet, liikemallit, ketteryys, tasapaino
Konetutkimukset Tapauskohtaisesti arvioiden (kuvantaminen, kliininen neurofysiologia jne.)
Toimintakyky Missä normaaliin elämään liittyvissä toimissa on vaikeuksia, millaisia? Missä työtehtävissä on vaikeuksia, millaisia? Millaisiin tehtäviin pystyy? Millainen on suorituskestävyys? Tarvittaessa standardoidut suoritustestit (yläraajaongelma: toimintaterapeutin testaus). Tarvittaessa työkokeilu toimintahaittojen mukaan räätälöidyssä työssä.

kuvataan heikentymät, herkistymät ja normaalisti kivuttomien ärsykkeiden muuntumiset kivuliaiksi eli allodyniat. Motoriikan osalta kuvataan lihasvoima ja -tonus, liikkeiden tarkkuus ja ketteryys, kivuliaan kehonosan liikelaajuudet, liikemallit ja käyttö sekä tasapainon hallinta. Myös kognitiiviseen ja psyykkiseen tilaan kiinnitetään huomiota. Nämä asiat voidaan arvioida jo perusterveydenhuollossa, ja toimintakykyarviota tehtäessä voidaan soveltaa kivun vaikeusasteen jakoa lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan (ks. luku *Yleistä*). Jos tarvitaan fysioterapeutin, toimintaterapeutin, (neuro)psykologin tai psykiatrin arviota tai kvantitatiivisia tuntokynnysmittauksia, tämä edellyttää yleensä potilaan lähettämistä erikoissairaanhoidon.

Pitkän aikavälin kannanottojen tulisi perustua tilanteeseen, jossa hoito on toteutettu optimaalisesti. Lievä ja hyvin hoitoihin reagoiva neuropaattinen kiputila ei välttämättä heikennä toimintakykyä. Työolosuhteiden järjestäminen ja ergonomisten seikkojen huomioiminen voivat kompen-

soida työnteekoon liittyviä ongelmia. Jos esimerkiksi potilas ei kykene istumaan, sovitetaan työtasot niin, että hän voi työskennellä seisten. Yleensä keskivaikeat ja vaikeat oirekuvat heikentävät toimintakykyä; etenkin kosketusherkyys (dynaaminen allodynia) ja painoarkuus (staattinen allodynia) sekä liikkeiden provosoima kipu ovat ongelmallisia. Oirekuvan aiheuttamat ongelmat työssä tulee kuvata suhteessa kliinisiin löydöksiin. Tarvittaessa voidaan käyttää työkokeilua täydentävänä arviointimenetelmänä. Kuntouttava ja kannustava hoito-ote on äärimmäisen tärkeä. Työtehtävien vaihto, muu ammatillinen kuntoutus tai uudelleen koulutus saattaa auttaa hyödyntämään jäljellä olevaa työkykyä.

Monimuotoinen paikallinen kipuoireyhtymä (complex regional pain syndrome, CRPS)

Ydinasiat

- CRPS on oireyhtymä, jossa vamman tai sairauden laukaisemana kehittyy kipu, tuntopoiikkeavuuksia, autonomisen hermoston alueellinen toimintahäiriö, motoriikan häiriö ja vaikeissa tapauksissa troofisia muutoksia.
- Hoito perustuu riittävän kivunlievityksen turvin suoritettavaan harjoitteluun, johon kuuluvat sensorinen siedättäminen, motorinen aktivointi sekä oirehtivan kehonosan hahmotuksen ja toiminnan ohjauksen kohentaminen.
- Vaikean CRPS:n hoito edellyttää moniammatillista otetta ja usein myös ammatillisen kuntoutuksen toimia. Toipuminen on hidasta, mutta johdonmukaisella ja pitkäjänteisellä hoito-otteella toiminnallisesti hyväkin tulos on mahdollinen.

Monimuotoiselle paikalliselle kipuoireyhtymälle ominaisia piirteitä ovat oirehtivan raajan kipu, tunnon ja motoriikan muutokset, autonomisen hermoston toiminnan poiikkeavuus ja vaikeissa tapauksissa myös troofiset muutokset (Baron ja Jänig 2004). Se jaetaan kahteen alatyyppiin, CRPS I:een ja II:een. Ensimmäiseen ei kuulu hermovaurioita, ja se vastaa aiempaa käsitettä reflektorinen sympaattinen dystrofia RSD. Tyyppiin II taas kuuluu hermovaurio (vastaa aiempaa käsitettä kausalgia). CRPS:lle ominaista on oireiden suhteeton voimakkuus laukaisevaan tapahtumaan nähden. Oireet leviävät raajassa laajemmalle kuin missä alkuperäinen laukaiseva syy sijaitti ja painotuvat raajan ääriosaan. Tyyppissä II oireet ja löydökset ovat voimakkaimmat vaurioituneen hermon hermotusalueelle, mutta esiintyvät myös laajemmalla alueella. Tyyppillisiä ovat

myös raajan kömpelyys ja muut motorisen säätelyn häiriöt, kuten lihasheikkous, vapina tai dystoninen virheasento. Raajan käyttö ilman näköohjausta saattaa olla hankalaa. Vaikeassa CRPS:ssä esiintyy huomiotta jättämisoire (neglect) samaan tapaan kuin osalla toipilaista aivoverenkierron häiriön jälkeen (Frettlöh ym. 2006).

Yleisyys

Yleisimmän CRPS:n laukaisee vamma (pehmytosavamma, luunmurtuma tai hermovamma), mutta se voi ilmaantua myös muun sairauden, esimerkiksi infektion tai aivoverenkierron häiriön yhteydessä. Hollantilaisen väestöpohjaisen tutkimuksen mukaan ilmaantuvuus on 26 tapausta sataatuhatta henkilövuotta kohti ja oireyhtymä on naisilla yli kolme kertaa yleisempi miehiin verrattuna (de Mos ym. 2006). Tässä aineistossa melkein puolessa tapauksista laukaisijana oli luunmurtuma, kuudesosassa pehmytosavamma ja runsaassa kymmenesosassa elektiivinen leikkaus. Oireet olivat yleisempiä ylä- kuin alaraajassa. CRPS:ää esiintyy myös lapsilla, ja heillä sen ennuste on yleensä hyvä (Lindfors ja Kallio 2007).

Diagnoosi

CRPS:n kriteeristöjä on useita. Taulukossa 20 on esitetty IASP:n kriteerit (Merskey ja Bogduk 1994) ja taulukossa 21 uusimmat tarkennetut kriteerit (Baron ja Jänig 2004). On huomattava, että saman vastaanottokäynnin aikana autonomiset oireet saattavat vaihdella: esimerkiksi tutkimuksen alussa ihon väri ja lämpö voivat olla symmetriset, mutta tunnon ja motoriikan testaus saattaa ärsyttää oireita ja provosoida ihon lämpötilan, värin ja hikoilun muutoksia.

CRPS:ssa oireinen raaja voi olla turvoksissa, lämmin ja punoittava tai toisaalta viileä ja kalpea. Nivelten liikkeet ovat jähmeät. Ajan myötä nivelten jäykkyys lisääntyy, iho voi muuttua ohueksi ja oireisen raajan luihin voi tulla atrofiaa. Hoidon tulisi olla riittävän aktiivista akuuttivaiheessa, jotta oireisto saataisiin rauhoittumaan ennen palautumattomien muutosten kehittymistä.

CRPS:n patofysiologia tunnetaan vain osittain. Nykikäsitelmän mukaan kyseessä on ensisijaisesti systeemisairausras, jonka syntyyn vaikuttavat sekä keskushermosto että ääreishermosto (Jänig ja Baron 2003). Oireyhtymässä on somatosensorisen, somatomotorisen, autonomisen ja immunologisen järjestelmän säätelyn häiriö. Aivojen toiminnallinen kuvantaminen osoittaa, että CRPS:ssä oireisen raajan edustusalue aivokuoressa supistuu, mutta muutos häviää oireiden lievittymisen myötä (Juottonen ym. 2002, Meihofner ym. 2004). Uudet hoitosovellukset, kuten raajan asennon tunnistamisen harjoittelu ja peilite-

Taulukko 20

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) kriteerit IASP:n mukaan (Merskey ja Bogduk 1994).

- Oireyhtymän laukaisee vamma tai immobilisaatio
- Jatkuva kipu, allodynia (normaalisti kivuton ärsyke aiheuttaa kipua) tai hyperalgesia (lisääntynyt kipuherkkyys), joka on suhteettoman voimakas laukaisevaan syyhyn nähden.
- Ainakin jossain vaiheessa esiintyvää turvotusta, ihoverenkierron muutoksia tai hikoiluhäiriö oirealueella.
- Muun vastaavan oireiston aiheuttava sairaus sulkee CRPS-diagnoosin pois.

Taulukko 21

Monimuotoisen paikallisen kipuoireyhtymän (CRPS) diagnostiset kriteerit (Baron ja Jänig 2004).

Positiiviset tuntopoikkeavuudet

Spontaani kipu
Mekaaninen hyperalgesia
Termaalinen hyperalgesia
Voimakas somaattinen hyperalgesia

Verenkierron poikkeavuudet

Verisuonten laajentuminen
Verisuonten supistuminen
Iholämmön puoliero
Ihon värin muutokset

Turvotus, hikoiluhäiriöt

Turvotus
Liikahikoilu
Vähentynyt hieneritys

Motoriset (M) ja troofiset (T) muutokset

Lihaskuivuminen heikkous (M)
Vapina (M)
Dystonia (M)
Koordinaatiovaikeus (M)
Kynsi- ja karvoitusmuutokset (T)
Ihon atrofia (T)
Nivelten jäykkyys (T)
Pehmytkudosmuutokset (T)

Kliininen työ:

Vähintään yksi oire vähintään kolmesta ryhmästä ja vähintään yksi löydös vähintään kahdesta ryhmästä.

Sensitiivisyys 0,85, spesifisyys 0,60

Tutkimus:

Vähintään yksi oire jokaisesta neljästä ryhmästä ja vähintään yksi löydös vähintään kahdesta ryhmästä.

Sensitiivisyys 0,70, spesifisyys 0,96



Peiliteraapia

Peiliteraapia on yksi CRPS-potilaan harjoitusmenetelmistä.

rapia (kuva 3), jossa kipeän ja huonosti toimivan raajan harjoittamisessa käytetään avuksi terveen raajan peilikuvaa, perustuvat sentraalisen säätelyn (itse)muuntumiskykyyn (Birklein ja Rowbotham 2005, Moseley 2005).

Hoito

CRPS:n ehkäisyssä ovat tärkeitä raajavamman saaneen potilaan riittävä kipulääkitys, varhainen mobilisaatio ja toipumisen seuranta. Hoidon perusta on fysioterapeuttinen harjoittelu eli raajan altistaminen sensorisille ärsykkeille ja mobilisaatio riittävän tehokkaan kivunlievityksen turvin. Toimintakyvyn kohentaminen on aina keskeinen tavoite vammasta toipuvan potilaan kuntoutuksessa. Sama periaate pätee CRPS:ssä taustasyystä riippumatta. Harjoitteet eivät saa lisätä kipua. Hoito etenee vähitellen ärsykeitä ja harjoitusmääriä lisäten niin, että kipua ei provosoida. Liian kova ja nopeasti etenevä harjoittelu voi vaikeuttaa oireistoa ja heikentää siihen mennessä saavutettuja tuloksia. Vaikeassa CRPS:ssä toipuminen etenee hitaasti kuukausien kuluessa. Edistymisen mukaan ammatillisen kuntoutuksen näkökulma tulee sisällyttää hoito- ja kuntoutuskokonaisuuteen riittävän varhain.

Lievän CRPS:n hoito onnistuu perusterveydenhuollossa. Lääkärin diagnosoitua oireyhtymän, hän suunnittelee kipulääkityksen ja ohjaa potilaan fysioterapeutille, joka ohjaa omatoimiset harjoitukset. Tuki ja kannustus ovat tärkeitä, ja psykologisia menetelmiä (esimerkiksi rentoutus, mielikuvaharjoitukset) käytetään lääkityksen ja fysioterapeuttisen harjoittelun tukena. CRPS-potilaan kivun lääkehoidossa käytetään tavanomaisten analgeettien ja neuroopaattisen kivun lääkkeiden yhdistelmää. Toipumisen riittävän tiivis seuranta on tärkeää: jos tilanne ei kohene, erikoissairaanhoidoa konsultoidaan varhain. Subakuutissa vaiheessa kivun lievitykseen on käytetty autonomisen hermoston blokadeja, mutta niiden tehosta ei ole vakuuttavaa

kaan. Esimerkkinä tästä on lievä nilkkamurtuman jälkeinen turvotus ja kipu, jotka rajoittavat kävelymatkaa, mutta eivät estä istumatyötä. Keskivaikeassa kiputilassa haittaa esiintyy useammin ja toimintakyky heikkenee. Esimerkiksi dominantin yläraajan kosketusherkkyyks voi rajoittaa oleellisesti käden käyttöä. Vaikea kiputila häiritsee huomattavasti tavallisia arkitoimia. Esimerkiksi käden CRPS-oireistoon liittyvä jatkuva kiputila saattaa estää nukkumisen ja raajan liikuttelun täysin. Vaikeaan CRPS:ään liittyy usein unihäiriöitä, psyykkistä kuormittuneisuutta ja oheisdepressiota, jotka heikentävät toimintakykyä. Kivun lääkehoidot voivat vaikuttaa epäedullisesti vireyteen, vaikka ne vähentäisivät kipua.

Tilan kuvauksessa keskeistä on kliinisten löydösten kuvaaminen (taulukko 19). Tuntoaistin osalta kuvataan heikentymät, herkistymät ja normaalisti kivuttomien ärsykkeiden muuntumiset kivuliaiksi eli allodyniat. Lihastoivoima ja -tonus, liikkeiden tarkkuus ja ketteryys, kivuliaan kehonosan liikelaajuudet, liikemallit ja käyttö kuvataan. Samoin on syytä kirjata lihasatrofiat, turvotukset, hikoilu, lämpötilaerot ja troofiset muutokset (kynsimuutokset ja karvankasvu). Myös kognitiiviseen ja psyykkiseen tilaan kiinnitetään huomiota. Näitä asioita voidaan arvioida jo perusterveydenhuollossa. Fysioterapeutin tai toimintaterapeutin tekemät standardoidut testit, joissa arvioidaan potilaan suoriutumista iän ja sukupuolen suhteen verrokkeihin nähden, ovat tarjolla erikoissairaanhoidossa, samoin kvantitatiiviset tuntokynnysmittaukset tuntopoikkeavuuksien dokumentoimiseksi ja psykologin sekä psykiatrin arviot kognitiivisen ja psyykkisen tilan tarkemmaksi selvittämiseksi. Jos CRPS-oireisto on lievä, sekä hoito että toimintakyvyn arviointi ovat perusterveydenhuollon vastuulla. Vaikeat CRPS-tapaukset tulee ohjata ripeästi erikoissairaanhoidon monialaiseen yksikköön, jossa arvioidaan myös vaatavien toimintakykyarvioiden tarve.

Työkykyä koskevien kannanottojen tulisi perustua tilanteeseen, jossa hoito ja kuntoutus on toteutettu optimaalisesti. Lievä ja hyvin hoitoihin reagoiva CRPS ei välttämättä heikennä työkykyä. Toisaalta työolosuhteiden järjestäminen ja ergonomisten seikkojen sovittaminen potilaan toimintarajoitteisiin (esimerkiksi työnkuvan muutos, turvotusta lievittävät tuet) voi kompensoida työntekoon liittyviä ongelmia. Yleensä keskivaikeat ja vaikeat oirekuvat heikentävät työkykyä. Poikkeava herkkyys ärsykeille ja liikekipu ovat ongelmallisia. Ongelmat työssä tulee kuvata suhteessa havaittuihin kliinisiin löydöksiin, ja tarvittaessa voidaan käyttää työkokeilua täydentävänä arviointimenetelmänä. CRPS-toipilaan työhönpaluu on usein tarkoituksenmukaista järjestää osa-aikaisen työkokeilun,

osasairauspäivärahan tai määräaikaisen osakuntoutustuen turvin. Työtehtävien vaihto tai ammatillinen uudelleen-koulutus saattavat auttaa hyödyntämään jäljellä olevaa työkykyä.

Fibromyalgia

Ydinasiat

- Fibromyalgia on yleinen, monietiologinen, vaikeusasteeltaan laajakirjainen, patogeneesiltään riittämättömästi tunnettu ja kansanterveydellisesti merkittävä kipuoireyhtymä.
- Keskushermostoperäiset mekanismit altistavat potilaita tulkitsemaan terveiden henkilöiden tavanomaisiksi ärsykeiksi kokemat aistimukset kivuksi.
- Potilaiden monimuotoiset oireet ovat ristiriidassa vähäisiin objektiivisiin löydöksiin nähden. Potilaiden oireita usein vähätellään ja heidät luokitellaan somatisoijiksi, sosiaalisten etuuksien tavoittelijoiksi tai psyykkisesti sairaita.
- Fibromyalgiaan ei ole spesifistä hoitoa. Useimpien potilaiden toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan silti kohentaa.

Yleisyys

Lihaskipu ja uupumus vaivaavat lähes joka toista lääkärin hoitoon hakeutuvaa potilasta. Noin 40 % aikuisväestöstä ilmoittaa kärsivänsä kroonisesta kivusta ja 10–20 % laajalaisesta (vartalon kaikkiin neljänneksiin ja aksiaalisesi paikantuvasta) kivusta. Heistä runsaan kymmenesosan (2–4 % väestöstä) voidaan diagnosoida kärsivän fibromyalgiasta (FM). FM:ää voi esiintyä lapsillakin, mutta yleensä tähän oireyhtymään sairastutaan parhaassa työiässä. Vaikka laaja-alainen kipu on miehillä yhtä yleistä kuin naisilla, naisten riski saada FM on 6–8-kertainen: miehillä esiintyvyyys on 0,2–0,5 % ja naisilla 4–8 %, (Croft ym. 1994, Wolfe ym. 1995). Oireyhtymän esiintyvyyys lisääntyy ikään-tymisen myötä.

Oireet

FM:n keskeisiä piirteitä ovat tuki- ja liikuntaelimistön kivut, lepoa antamaton yöni ja selittämätön, heti heräämisestä alkava uupumus. Yleisimmin FM-potilas hakee apua tuki- ja liikuntaelimistön kipuun ja särkyyn. Kivun laatu, voimakkuus ja paikka muuttuvat selittämättömästi. Potilailla esiintyy sekä allodyniaa (normaalisti kivuton ärsyke muuntuu kivuliaaksi ja lisäksi ärsyke tuntuu kipuna fysiologista laajempialaisena) että hyperalgesiaa (kivulias ärsyke tuntuu tavanomaista voimakkaampana kipuna).

Kuva 5. Fibromyalgian 18 syväärkuuspistettä.

Lähde:
Suomen Lääkärilehti
1995; 50:2917-22



Useimmat potilaat oireilevat jatkuvasti. Potilaat kärsivät yleensä eniten uupumuksesta. FM-potilaan uni on virkistämätöntä, joten hän on uupunut aamusta alkaen (Rains ym. 2003). Useimmilla potilailla esiintyy suolisto-ongelmia (ilmavaivoja, suolen toiminnan häiriöitä), virtsaamisvaivoja (ärtynyt rakko) ja monilla sydämentykytystä ja hengenhädistystä. Myös gynekologiset ongelmat, kuten kivuliaat kuukautiset, vuotohäiriöt ja endometrioosi, ovat yleisiä. Neurologisista oireista raajapainotteinen puutuminen on hyvin yleistä. Monilla potilailla puutumista ilmenee myös kasvoissa ja muualla pään alueella. Samoin levottomien jalkojen oireyhtymä on yleisempää kuin verrokeilla. Kognitiiviset ongelmat (keskittymiskyvyttömyys, uuden oppimisen vaikeus, ajatusten tai kielellisen prosessoinnin hidastuneisuus, muistin huononeminen) ja yleinen vaikeus sopeutua uusiin tilanteisiin yleistyvät erityisesti yli 50-vuotiailla potilailla. Potilailla todetaan myös useammin kuin verrokeilla masennusta ja ahdistusta, mutta ne ovat vain harvoin vaikea-asteisia. Huomattavan usein potilaat valittavat myös turvotusta, jota on kuitenkin vaikea objektiivisesti havaita. Lukuisat ulkoiset tekijät (esimerkiksi matalapaine, veto, melu, saasteet) ja erityisesti psyykinen rasitus (stressi) lisäävät oireiden voimakkuutta (Qiumby ym. 1988, Macfarlane ym. 1999, Clauw ja Crofford 2003, Hannonen ja Mikkelsen 2004).

Löydökset

FM-potilaan objektiiviset löydökset ovat vähäiset. Laboratorio-, kuvantamis-, tähytys- tai histologiset tutkimukset eivät tuo selvitystä vaivoihin. FM-potilaalla todetaan verrokkeja useammin nivelten yliliikkuvuutta. Samoin kylmäraajaisuus, herkkä punastelutaipumus ja limakalvojen kuivuus ovat yleisempiä kuin terveillä. Useat potilaat ovat yleisesti käsittelyarkoja, ja heidän kipukynnyksensä on matalampi kuin terveiden. Kaikkien potilaiden lihaksista tai lihas-luuliitoksista löytyy tunnustellen erittäin kipeitä paikkoja, ja tätä hyödynnetään myös oireyhtymän diagnosoinnissa.

Diagnostiikka

FM:n diagnostiikka ei vaadi erikoistutkimuksia, vaan perustuu potilaalta saatuaan tietoon kipujen pitkäkestoisesta esiintymisestä vartalon kaikissa anatomisissa neljänneksissä ja aksiaalisesti sekä tietyistä paikoista löytyviin kipupisteisiin (kuva 5) (Wolfe ym. 1990).

American College of Rheumatology kriteerit:

Anamnestinen laaja-alainen kipu

- vartalon vasemmalla ja oikealla puolella
- vyötärön ylä- ja alapuolella.

Palpaatioarkuutta on vähintään 11:ssä seuraavista 18 pisteestä (kumpikin puoli lasketaan erikseen):

- takaraivon lihasinsertio
- kaulan etuosa: nikamien C5–7 poikkihaarakeiden välinen osa
- ylempi lapalihäs (m. supraspinatus) lapaluun yläreunassa
- epäkäslihaksen (m. trapezius): yläreunan keskikohta
- toinen kylkiluu: ylälateraalialue kylkiluu-rustoliitoksessa
- lateraaliepikondyyli: 2 cm distaalisesti epikondyylistä
- pakaralihäs: pakaran yläulkoneljännes
- iso trokantteri: trokantterin ulkoneman takapuolella
- polvien mediaalinen rasvatyyny nivellinjan proksimaalipuolella

Luokittelukriteerit eivät valitettavasti sisällä FM:n kliinisen kuvan kannalta muita tärkeitä elementtejä kuin kivun. Kuitenkin on erityisen tärkeää huomata, ettei mikään muu sairaus tai oireyhtymä sulje pois FM:aa.

Hoito

Fibromyalgiapotilaan hoito vaatii ehdottoman luottamuksellista potilas-lääkäri-suhdetta. Jos asenteet ovat väärät, hoito ei voi olla tuloksekasta. Yksilöllisen hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan perusedellytys on potilaan

ja lääkärin tiivis yhteistyö. Parhaiten FM-potilasta pystyy hoitamaan omalääkäri.

Koska tutkimukseen perustuvaa tietoa FM:n vaaratekijöistä ei ole, oireyhtymää ei voida ehkäistä. Varsinainen hoito voidaan aloittaa vasta sen jälkeen, kun diagnoosi on tehty. Siihen tulee pyrkiä nopeasti ilman tarpeettomia poissulkututkimuksia. Kuitenkin on huomioitava spesifisemmin hoidettavat uupumuksen syyt (erityisesti anemia, hypotyreosi, hyperparatyreosi ja estrogeenin puute) ja kroonisten kipujen aiheuttajat (artriitit, polymyalgia). Pidättyvyys diagnostiikassa ja hoidossa vähentää potilaan pelkoa rampauttavasta ja toimintakykyä vaikeasti rajoittavasta sairaudesta.

Potilaan oireita ei pidä vähätellä. Potilaan omien teorioiden kuuntelu ja asiallinen tarkastelu tutkimustiedon valossa sen sijaan on tarpeen. Toisaalta on tärkeää, että lääkäri potilasta kuunneltuaan ja aistinvaraisesti tutkittuaan, kertoo oman näkemyksensä korostaen oireiden toiminnallista luonnetta (ei rakennevikaa) ja hyvänlaatuisuutta. Useimpien potilaiden oireilu helpottuu oleellisesti, kun omat väärät ennakkokäsitykset ja luulot hälvenevät. Useimmiten nämä keskustelut joudutaan käymään lukuisia kertoja. Vakavasti masentunut potilas ohjataan psykiatriseen hoitoon. Ellei masennusta saada hallintaan, kaikki muu hoito on tuloksetonta.

Hoidon tavoitteena on oireiden vähentäminen sekä toimintakyvyn ja elämänlaadun parantaminen. Parantamiseen tähtäävän hoidon sijasta keskitytään oireiden kanssa selviämiseen. Kaikkia käytettävissä olevia hoitokeinoja on hyödynnettävä heti. Pyrkimyksenä tulee olla potilaan sitouttaminen oman hoitonsa tärkeimmäksi toteuttajaksi. Hoidossa lääkärin tulee tukeutua tutkimustietoon. Tämä ei sulje pois sitä, ettei potilas voisi – niin hyväksi kokiessaan – turvautua myös uskomuslääkintään. Lääkäri ei saa väheksyä potilaan hyödyllisiksi kokemia hoitomuotoja.

Sosiaalinen anamneesi on tärkeä, koska sen avulla selviävät mahdolliset perhepiirin ja työympäristön ristiriidat, potilaan elintavat, unihygieniat ja harrastukset. Tarvittaessa

myös muita perheenjäseniä voidaan ottaa hoidon toteuttajiksi. Elleivät ristiriidat kotona ja työpaikalla ratkea, oireilulla on taipumus pitkittyä. Työergonomian ja työolosuhteiden järjestelyssä voidaan turvautua työterveyshuollon apuun.

Vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito on suunniteltava moniammatillisesti. Lääkärin keskeinen tehtävä on diagnosoida oireyhtymä ja saada potilas vakuuttuneeksi siitä, ettei hänellä ole muita pelkäämiään sairauksia. Lisäksi lääkäri ohjaa lääkahoitoa, joka ei kuitenkaan nykyisin ole FM:n keskeinen hoitomuoto. Moniammatillisena työryhmänä voi toimia esimerkiksi terveyskeskuksen kuntohoitola tai työterveyshuolto. Kaikkein vaikeimmin oireilevien potilaiden hoito tulisi keskittää osaamiskeskuksiin.

Lääkkeettömillä hoidoilla tavoitellaan toimintakyvyn ja elämänlaadun paranemista. Yksilöllisesti mitoitettu moniammatillinen ja monialainen hoito (informointi, kognitiivinen terapia, fyysiset harjoitukset, kipukoulu, rentoutusharjoitukset) helpottaa vaikeastikin toimintarajoitteisten FM-potilaiden elämää.

Eräät potilaat hyötyvät terveydenhuollon ammattilaisen säännöllisistä tapaamisista. Seurantakäyntien tavoitteena on tukea potilasta toteuttamaan laadittua hoito- ja kuntoutumissuunnitelmaa. Parhaiten se onnistunee myönteisen palautteen avulla (Burchard ym. 1993, Karjalainen ym. 2000, Burchard 2002, Busch ym. 2003, Mannerkorpi ja Iversen 2003, Goldenberg ym. 2004, Hannonen 2005, Hsu ja Clauw 2006).

Lääkehoitojen tavoitteena on helpottaa oireita: kipua, uniongelmia, uupumusta sekä mahdollisesti masennusta ja ahdistusta. Parhaat hoitotulokset on saavutettu keskushermostoon vaikuttavilla lääkkeillä. Pieniannoksista trisyklisistä masennuslääkkeistä on eniten kokemusta. Eräistä epilepsialääkkeistä, noradrenaliinin ja serotoniniin takaisinoton estäjistä sekä dopamiiniagonisteista on alustavasti raportoitu myönteisiä tuloksia (Rao ja Bennett 2003, Arnold ym. 2004, Crofford 2004, Goldenberg ym. 2004).

Ennuste

Fibromyalgia on krooninen, aaltoillen etenevä oireyhtymä, jossa oireiden voimakkuus vaihtelee. Remissiojaksojen pituus vaihtelee päivistä vuosiin. Nykykäsityksen mukaan oireyhtymästä ei parannuta (Ledingham ym. 1993, Kennedy ja Felson 1996). FM:n luokittelukriteeristön täyttävien potilaiden oirekirjo on laaja. Suuri osa heistä ei tarvitse terveydenhuollon palveluita. Poikkileikkaustutkimuksissa ainoastaan FM-diagnoosin saaneiden ennuste on ollut parempi kuin tutkimuksiin ja hoitoon hakeutuneiden. Biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja kulttuuritekijät vaikutta-

vat kivun kokemiseen ja voivat altistaa oireyhtymälle sekä laukaista tai ylläpitää oireilua. Vaikka psyykinen sairastavuus ei suoranaisesti korreloidukaan FM-oireyhtymään, myös stressi (ristiriitatilanteet) ja taipumus psyykkiseen sairastavuuteen myötävaikuttavat potilaiden hakeutumiseen terveydenhuollon piiriin (Macfarlane ym. 1996 ja 1999).

Esiintyvyytensä perusteella FM on kansansairaus, siis kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Vaikeimmin oireilevat potilaat käyttävät runsaasti terveydenhuollon palveluja, mutta tästä aiheutuvaa taloudellista rasitetta ei ole selvitetty. Yleensä fibromyalgian hoito on rajattu perusterveydenhuoltoon, mutta potilaat kiertävät erikoissairaanhoidon yksiköissä diagnostisissa tutkimuksissa. Sosiaalisten etuuksien myöntäminen fibromyalgian perusteella vaihtelee vallitsevan sosiaalipoliittisen filosofian ja taloudellisista realiteettien mukaan. Suomessa FM tulkitaan oireyhtymäksi, joka ei voi olla peruste työkyvyttömyyseläkkeelle. Tuoreen suomalaisen tutkimuksen perusteella FM-potilaan riski joutua sairauslomalle on kuitenkin ikään, sukupuoleen ja ammatin suhteen kaltaistettuihin verrokkeihin nähden kaksinkertainen (Kivimäki ym. 2007). Etenkin nuorten FM-potilaiden ongelmiin on hyvä puuttua jo varhain myös ammatillisen kuntoutuksen keinoin.

Vaikutus toimintakykyyn ja toimintakyvyn arviointi

Vaikeaoireisen FM-potilaan elämä on varsin rajoittunut. FM aiheuttaa oireita, jotka huonontavat elämänlaatua ja johtavat toimintakyvyn heikkenemiseen ja työkyvyttömyyteen. Potilas muun muassa kokee toimintakykynsä huonommaksi kuin nivelreumapotilas ja elämänlaatunsa huonommaksi kuin insuliinihoitoinen diabeetikko, astmaatikko tai avannepotilas. Toimintarajoitteisuuden syyksi potilaat mainitsevat kivun, uupumuksen sekä mentaaliset ja psyykkiset vaikeudet (Cathey ym. 1988, Hawley ja Wolfe 1991, Burchardt ym. 1993, Hidding ym. 1994). Yleisimmin potilas ilmoittaa olevansa vajaakuntoinen tehtäviin, joissa vaaditaan voimaa, kestävyyttä tai näppäryyttä, joissa edellytetään toistosuoritusta tai uusien asioiden opiskelua ja joustavaa sopeutumiskykyä tai jotka altistavat kestojäntäytymiselle. Vuorotyö (erityisesti yötyö) ja ”vetoisa” ympäristö – myös koneellinen ilmastointi – heikentävät potilaan

toimintakykyä. Vaikuttaa siltä, että fyysistä suorituskkyä heikentää eniten uupumus ja mentaalista suorituskkyä kipu. Kroonisen kivun vaikeusasteluokittelua (ks. luku *Yleistä*) voidaan tässäkin sairaudessa käyttää toimintakyvyn arvioinnin tukena.

Kipuoirein ilmenevät elimellisoireiset mielenterveyden häiriöt

Ydinasiat

- Elimellisoireiset (somatoformiset) mielenterveyden häiriöt ovat oireilun ja sairauden kulun osalta epäyhtenäinen ryhmä sairauksia, joiden etiologiaa ei tunneta, mutta joiden synnyssä psykososiaalisilla tekijöillä on ajateltu olevan osuutta. Monissa ryhmän sairauksissa erilaisilla kivuilla on keskeinen merkitys.
- Hoito on oireenmukaista ja siinä luottamuksellinen hoitosuhde on tärkeä.
- Lievä somatoforminen häiriö aiheuttaa subjektiivista kärsimystä, mutta ei yleensä yksinään vaikuta mainittavasti toimintakykyyn. Vaikea somatoforminen häiriö voi johtaa varsin merkittävään toimintakyvyn heikkenemiseen.

Määritelmä ja yleisyys

Tautiluokitus ICD-10:n mukaan elimellisoireisissa eli somatoformisissa mielenterveyden häiriöissä (F 45) pääpiirteinä ovat toistuva fyysinen oireilu ja jatkuva pyrkiminen lääketieteellisiin tutkimuksiin, vaikka löydökset ovat toistuvasti normaaleja ja lääkärit vakuuttavat, etteivät oireet viittaa somaattiseen sairauteen. Oireet ovat somaattisia, ja diagnoosi perustuu anamneesiin, muun muassa potilaan sairauskäyttätymiseen. Somatoformisten häiriöiden psykiatrissa luonnetta on myös kiistetty ja on katsottu, että ei ole olemassa kipualtista persoonallisuutta tai sellaisia lapsuuden olosuhteita, jotka altistaisivat somatoformisille häiriöille (Birket-Smith 2001).

Väestötutkimusten antamat tiedot somatoformisten häiriöiden kokonaismäärästä ovat hyvin puutteelliset. Somatisaatiohäiriötä, joka kuuluu somatoformisiin häiriöihin, arvellaan esiintyvän Yhdysvalloissa 0,5 %:lla väestöstä. Terveydenhuollon palveluja elimellisoireisista häiriöistä kärsivät potilaat käyttävät jo määritelmän mukaisesti runsaasti. De Waalin ym. (2001) tutkimuksessa saatiin esiintyvyydeksi yleislääkärin vastaanotoilla 16 %, ja Finkin ym. (2005) tutkimuksessa todettiin yli kolmanneksella (35 %) neurologiseen konsultaatioon lähetetyistä potilaista elimellisoireinen mielenterveyden häiriö.

Kipuoire somatoformisissa häiriöissä

Muutamissa tutkimuksissa on osoitettu poikkeavuutta somatoformisista häiriöistä kärsivien potilaiden aivojen glukoosiaineenvaihdunnassa, mutta ei ole osoitettu, millä tavalla heillä esiintyvä kipuaistimus poikkeaa esimerkiksi neuropaattisessa kivussa esiintyvistä tai toisaalta kuvittelemalla tai hypnoosilla aikaan saadusta kivusta. Kivun vaikutus mielialaan on elimellisoireisissa häiriöissä samanlaista kuin muun tyyppisessäkin kroonisessa kivussa. Kivun tuottama stressi ja kivun elämää rajoittavat vaikutukset lienevät syynä usein yhtä aikaa esiintyvään masennukseen. Toisaalta masennus puolestaan lisää kipuherkkyyttä ja näin kipu ja masennus usein muodostavat hankalan noidankehän.

Somatisaatiohäiriössä (F45.0) tautiluokituksen mukaan pääoireena ovat monenlaiset, toistuvat ja usein muuttuvat fyysiset oireet, muun muassa kivut, jotka ovat alkaneet jo nuoruusiällä tai ainakin jatkuneet useita vuosia. Oireet voivat olla peräisin mistä tahansa ruumiinosasta tai elinjärjestelmästä. Usein todetaan myös hoitoa vaativaa masennusta tai ahdistuneisuutta, ja monilla potilailla on myös somaattisia sairauksia. Monet potilaat etsivät aktiivisesti syytä ja hoitokeinoja oireilleen.

Erilaistumaton elimellisoireinen häiriö (F45.1) on eräänlainen lievempi versio somatisaatiohäiriöstä: oireilu on saattanut alkaa myöhemmällä iällä, eri oireita on lukumääräisesti vähemmän, ja potilas suhtautuu niihin maltillisemmin kuin somatisaatiohäiriössä.

Pitkäaikaisessa kipuoireyhtymässä (F45.4) on tautiluokituksen mukaan hallitsevana oireena sitkeä, vaikea ja kärsimystä tuottava kipu, jota ei selitä fysiologinen prosessi tai fyysinen häiriö. Kipu on luonteeltaan usein hyvin samantyyppistä kuin neuropaattinen kipu ja toisinaan voidaan katsoa, että potilaalla on molemmat sairaudet tai hän kärsii neuropaattisesta kivusta, jossa on pitkäaikaisen kipuoireyhtymän piirteitä. Pitkäaikaisesta kipuoireyhtymästä kärsivä suhtautuu kipuunsa jokseenkin samalla tavalla kuin muutkin kipupotilaat: hän on huolestunut ja kärsii kipusairauden tuottamista menetyksistä, muun muassa toimintakyvyn heikkenemisestä.

Diagnostiikka

Somatoformiset häiriöt diagnosoidaan kliinisen haastattelun ja somaattisten sairauksien poissulkututkimusten pohjalta. Tosin on hyvin tavallista, että somatoformisten häiriöiden yhteydessä potilaalla todetaan myös erilaisia somaattisia löydöksiä, mutta ne eivät selitä tilanteen inva-

lidisoivuutta. Somatoformisista häiriöistä kärsivillä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden riskin on todettu olevan yli kolminkertainen verrattuna muihin perusterveydenhuollon potilaisiin. Bassin ja Murphyn (1995) katsausartikkelin mukaan kaksi kolmasosa somatoformista häiriötä potyvista täyttää persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit.

Koska somatoformiset häiriöt asettuvat fyysisen ja psyykkisen rajamaastoon, niitä on vaikeampi hahmottaa ja nimetä kuin selkeämmin fyysisiä tai psyykkisiä sairauksia. Tämä näkyy myös monenkirjavissa nimityksissä, joita näiden häiriöiden yhteydessä käytetään. Potilas, joka Suomessa voisi saada kroonisen kipuoireyhtymän tai fibromyalgian diagnoosin, saattaisi Englannissa saada diagnoosikseen kroonisen väsymysoireyhtymän. Vaikeus hahmottaa ja kuvata näitä häiriöitä on myös mahdollisesti vaikuttanut siihen, että selkeä somaattinen sairaus tai kliininen depressio on perinteisesti katsottu ”vakuuttavamaksi” diagnoosiksi muun muassa haettaessa sairausvakuutuksen etuuksia. Koska somatoformisen häiriön diagnoosi ei välttämättä avaudu lausuntoa lukevalle kollegalle, näiden häiriöiden yhteydessä on erityisen tärkeää kuvata lausunnoissa potilaan toimintakykyä.

Kipupotilaan psykiatrinen tutkimus

Usein potilaat vierastavat psykiatrille tai psykologille menoa ja pelkäävät, että heitä pidetään luulosairaina. Usein on hyvä keskustella potilaan kanssa siitä, mitä mieltä hän itse oli psykiatrin konsultaation pyytämisestä. Kivun kroonistumiseen liittyviä tekijöitä kannattaa käydä läpi yleisellä tasolla. Näin potilaalle voi tulla kokemus, että hän ei ole mikään kummajainen ja että muillekin ihmisille tapahtuu samanlaisia asioita. Kipupotilaan kieli on paljolti ruumiin kieli, ja jotta ymmärrys syntyisi, psykiatrin on puhuttava samaa kieltä. Ensimmäisen tapaamisen yhteydessä olisi-kin hyvä keskittyä nimenomaan kipuun liittyviin asioihin. Seuraavalla kerralla voidaan sitten edetä potilaan elämäntilanteeseen ja elämänvaiheisiin ja niiden mahdollisiin yhteyksiin kivun kanssa. Joidenkin kipupotilaiden tutkiminen ja hoito epäonnistuvat sekä somaattisella että psykiatrisella puolella; nämä potilaat eivät asetu maailmakuvaan, jossa psyyke ja sooma erotetaan toisistaan.

Hoito ja ennuste

Somatoformisten häiriöiden hoito on oireenmukaista, koska häiriöillä ei ole tiettyä syytekijää ja koska oirekuva vaihtelee. Masennuslääkkeillä on vaikutusta mahdolliseen samanaikaiseen masennukseen, ja niillä voi olla vaikutusta myös somatoformiseen kipuoireiluun, kuten muutenkin kipuun (Granström 2005). Jotkut elimellisoireisista

häiriöistä kärsivät potilaat hyötyvät kognitiivisesta psykoterapiasta (Kisely ym. 2005, Hoffman ym. 2007). Somatoformisiin häiriöihin liittyvän kivun hoidossa noudatetaan tutkimusvaiheen jälkeen samoja periaatteita kuin muunkin kroonisen kivun hoidossa (ks. luku Krooninen kipu).

Somatoformiset häiriöt ovat kroonisia, mutta monet potilaat kykenevät järjestämään elämänsä oireilun mukaan ja oireiden hallinta paranee ajan myötä.

Vaikutus toimintakykyyn

Somatoformisten häiriöiden vaikutuksesta toimintakykyyn on tehty vain vähän tutkimuksia. Osaltaan tähän ovat varmasti vaikuttaneet vaikeudet somatoformisten häiriöiden luokittelussa. Toisaalta joissakin tutkimuksissa on käytetty nimityksiä ”lääketieteellisesti selittämättömät oireet” ja ”toiminnalliset oireet”. Tällaisten tutkimusten vertaaminen on hankalaa, koska aineistojen henkilöt voivat edustaa kovin erilaisia väestöryhmiä.

Kun Hiller ym. (1997) vertasivat 221 psykiatriseen osastohoitoon somatoformisen häiriön takia lähetettyä potilasta muita mielenterveyden häiriöitä sairastaviin, he totesivat toimintakyvyn heikentyneen merkittävästi kummassakin ryhmässä. Toimintakyky oli heikentynyt eniten niillä potilailla, joilla oli sekä somatoforminen häiriö että mielialahäiriö. De Waalin (2004) tutkimuksessa aineistona oli 1 046 perättäin yleislääkärin vastaanotolla käynyttä potilasta ja heistä 16 %:lla oli somatoforminen häiriö. Sekä somatoformisesta häiriöstä kärsineiden että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriötä poteneiden toimintakyky oli selkeästi heikentynyt. Eniten toimintakyky oli huonontunut niillä potilailla, joilla oli sekä somatoforminen häiriö että mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö.

Lievä somatoforminen häiriö aiheuttaa kärsimystä, mutta ei yleensä yksinään vaikuta mainittavasti toimintakykyyn. Somaattisten oireiden määrän lisääntyessä myös toimintakyky huononee (Katon ja Walker 1998). Yksittäisistä häiriöistä somatisaatiohäiriö voi johtaa varsin merkittävään toimintakyvyn heikkenemiseen. Samanaikainen muu psykiatrinen sairaus (masennus, ahdistuneisuushäiriö) heikentää toimintakykyä selkeästi.

Toimintakyvyn arviointi

Toimintakykyä arvioitaessa kartoitetaan potilaan toimintaa työssä, kotiaskareissa, itsestä huolehtimisessa ja virallisten asioiden hoitamisessa sekä sosiaalista elämää perhepiirissä, ystävien kanssa ja harrastusten parissa. Oleellista on saada kuva potilaan ihmissuhteiden laadusta ja tavasta olla vuorovaikutuksessa. Toiminnan tasoa kuvattaessa voidaan käyttää esimerkiksi SOFAS-asteikkoa (Social and Occupational Functioning Scale), (kts. Mielialahäiriöt, Toimintakyvyn arviointi, taulukot 9–10). Samanaikaisten psykiatristen häiriöiden selvittelyssä erilaisista depressio- ja ahdistuneisuuskyselylomakkeista voi olla apua. Sen sijaan psykologin tutkimus, jossa kiinnitetään huomiota niin potilaan persoonallisuuden rakenteeseen kuin kognitiivisiin kykyihin, on usein suureksi avuksi psykiatristen häiriöiden ja toimintakyvyn arvioissa.

Liitteet

1. Lintonin kipukysely

2. Oswestry

3. DEPS-seula

4. Fibromyalgiakysely FIQ

Kitämme Kia Pelto-Vaseniusta ja Pirjo Peuralaa kuvista 3 ja 4

Liite 1

Lintonin kipukysely

nimi: _____ osoite: _____ puh.: _____		© Steven J Linton Yrkes- och miljömediciniska kliniken, Örebro (suomeksi sovittanut Ulla-Majja Kauko /KKK, Paula Simonen SatSHP)																							
<p>Tässä lomakkeessa on kysymyksiä ja väittämiä, jotka voivat olla ajankohtaisia Sinulle, joka kärsit kivuista ja säryistä. Lue jokainen kysymys huolella ja vastaa niihin välittömästi. On tärkeätä, että vastaat jokaiseen kysymykseen. Lomakkeelta löytyy aina joku vaihtoehto, joka vastaa parhaiten tilannettasi.</p>																									
<p>Esimerkki: Vastaa ympyröimällä yksi numero asteikkojanan vaihtoehdoista.</p>																									
<p>Pidän liikunnasta</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin paljon</td> </tr> </table> <p>tai rastita ruutu</p> <p>Kuinka monta kertaa viikossa kuntoilet?</p> <input type="checkbox"/> 0–1 kertaa <input type="checkbox"/> 2–3 kertaa <input type="checkbox"/> 4–5 kertaa <input type="checkbox"/> 6–7 kertaa				0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan									erittäin paljon	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
en lainkaan									erittäin paljon																
<p>1. Syntymävuosi _____ 2. Sukupuoli <input type="checkbox"/> mies <input type="checkbox"/> nainen 3. Syntymäpaikkakunta _____</p>																									
<p>4. Mikä on työtilanteesi? Rastita sopivin vaihtoehto, joka kuvaa nykyistä tilannettasi. Oletko: <input type="checkbox"/> työssäkäyvä <input type="checkbox"/> opiskelija <input type="checkbox"/> työtön <input type="checkbox"/> teet työtä kotona <input type="checkbox"/> eläkkeellä <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>																									
<p>5. Missä kipusi sijaitsee? Rastita kaikki kehon alueet, joissa Sinulla on kipuja <input type="checkbox"/> niska <input type="checkbox"/> olka-hartiaseutu <input type="checkbox"/> selän yläosa <input type="checkbox"/> selän alaosa <input type="checkbox"/> jalat <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____</p>																									
<p>6. Kuinka monta päivää olet ollut sairauslomalla kipuoireittesi takia viimeisen 12 kk:n aikana? Ympyröi oikea vaihtoehto. <input type="checkbox"/> 0 päivää <input type="checkbox"/> 1–2 päivää <input type="checkbox"/> 3–7 päivää <input type="checkbox"/> 8–14 päivää <input type="checkbox"/> 15–30 päivää <input type="checkbox"/> 31–60 päivää <input type="checkbox"/> 61–90 päivää <input type="checkbox"/> 91–180 päivää <input type="checkbox"/> 181–365 päivää <input type="checkbox"/> yli 365 päivää </p>																									
<p>7. Kauanko olet kärsinyt nykyisistä oireistasi? Ympyröi oikea vaihtoehto. <input type="checkbox"/> 0–1 viikkoa <input type="checkbox"/> 2–3 viikkoa <input type="checkbox"/> 4–5 viikkoa <input type="checkbox"/> 6–7 viikkoa <input type="checkbox"/> 8–9 viikkoa <input type="checkbox"/> 10–11 viikkoa <input type="checkbox"/> 12–23 viikkoa <input type="checkbox"/> 24–35 viikkoa <input type="checkbox"/> 36–52 viikkoa <input type="checkbox"/> yli 52 viikkoa </p>																									
<p>8. Onko työsi raskasta tai yksitoikkoista? Ympyröi sopivin vaihtoehto. <input type="checkbox"/> en ole työssä</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin paljon</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan									erittäin paljon	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
ei lainkaan									erittäin paljon																
<p>9. Kuinka paljon Sinulla on ollut kipua viimeisen viikon aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan kipua</td> <td colspan="2">erittäin paljon kipua</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua									erittäin paljon kipua	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
ei lainkaan kipua									erittäin paljon kipua																
<p>10. Kuinka kipeä olet ollut keskimäärin viimeisen kolmen kuukauden aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en lainkaan</td> <td colspan="2">erittäin kipeä</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan									erittäin kipeä	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
en lainkaan									erittäin kipeä																
<p>11. Kuinka usein Sinulla on ollut kipua keskimäärin arvioituna viimeisen kolmen kuukauden aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">ei lainkaan kipua</td> <td colspan="2">erittäin usein kipua</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ei lainkaan kipua									erittäin usein kipua	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
ei lainkaan kipua									erittäin usein kipua																
<p>12. Ajattele tavallista päivääsi ja miten selviät siitä kipusi kanssa. Kuinka suuret mahdollisuudet Sinulla on itse vähentää kipuasi? Ympyröi asteikolta numero, joka vastaa parhaiten juuri Sinua.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="5">en pysty itse lainkaan vähentämään kipua</td> <td colspan="6">pystyn itse täysin vähentämään kipuni</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en pysty itse lainkaan vähentämään kipua					pystyn itse täysin vähentämään kipuni					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
en pysty itse lainkaan vähentämään kipua					pystyn itse täysin vähentämään kipuni																				
<p>13. Kuinka jännittyneeksi tai stressaantuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana? Ympyröi sopivin vaihtoehto.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="9">en tuntenut stressiä</td> <td colspan="2">olin erittäin stressaantunut</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en tuntenut stressiä									olin erittäin stressaantunut	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
en tuntenut stressiä									olin erittäin stressaantunut																
<p>14. Missä määrin masentuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana? Ympyröi vaihtoehto.</p>		<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td colspan="6">en lainkaan</td> <td colspan="5">hyvin masentuneeksi</td> </tr> </table>		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	en lainkaan						hyvin masentuneeksi				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
en lainkaan						hyvin masentuneeksi																			

Liite 1 Lintonin kipukysely

<p>15. Kuinka todennäköistä oman käsityksesi mukaan on, että nykyinen vaivasi jää pitkäaikaiseksi? Ympyröi vaihtoehto.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei todennäköistä erittäin todennäköistä</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>16. Kuinka suureksi arvioit mahdollisuutesi jatkaa työssäsi tai palata siihen seuraavien kuuden kuukauden kuluessa? Ympyröi vaihtoehto.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei mitään erittäin suuri mahdollisuuksia mahdollisuus</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>17. Kuinka tyytyväinen olet työhösi, kun otat huomioon työtehtäväsi, työnjohtamistavan, palkan, kehittymismahdollisuutesi työssä ja työkaverisi? Ympyröi vaihtoehto.</p> <p>Alla on muiden asiakkaiden kokemuksia ja kuvauksia kivustaan. Arvioi jokaisen väittämän kohdalla, missä määrin se vastaa omia kokemuksiasi.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 erittäin tyytymätön erittäin tyytyväinen</p>	<input type="text"/>
<p>18. Kipu lisääntyy fyysisen toiminnan myötä.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/>
<p>19. Kivun lisääntyminen on merkki siitä, että minun on lopetettava senhetkinen toimintani, kunnes vaiva helpottuu.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/>
<p>20. Minun on vältettävä normaaleja askareitani tai työtäni silloin, kun tunnen kipua.</p> <p>Tässä on kuvattu muutamia arkitoimintoja. Ympyröi numero, joka kuvaa parhaiten Sinun tämänhetkistä kykyäsi osallistua näihin toimintoihin.</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ei pidä lainkaan pitää täysin paikkaansa paikkaansa</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>21. Kevyen työn tekeminen tunnin ajan</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi tehdä voin tehdä ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>22. Käveleminen tunnin ajan</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi kävellä voin kävellä kivun takia ilman kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>23. Tavallisten kodinhoitoon liittyvien töiden tekeminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi tehdä voin tehdä ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>24. Viikoittaisten kauppaa-ostosten hoitaminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi hoitaa voin hoitaa ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>25. Nukkuminen</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 en voi nukkua lainkaan voin nukkua ilman kivun takia kipuongelmia</p>	<input type="text"/> 10-x
<p>Onko Sinulla jotain muuta kommentoitavaa tilanteestasi:</p> <hr/> <hr/>		
<p>Kiitos sinulle yhteistyöstä!</p>	<p>Pistemäärä</p> <input type="text"/>	

Lintonin kipukyselyn pisteytysohjeet

Laske summapistemäärä kohdista 5–25 seuraavasti:

- Kohdat 6–7: rasti ylärivin vasemman laidan ruudussa (0 päivää, 0–1 viikkoa) = 0 pistettä. Rasti ylärivissä toiseksi vasemmassa ruudussa (1–2 päivää, 2–3 viikkoa) = 1 pistettä jne, jolloin rasti alarivin oikeassa ääri-laidassa (yli 365 päivää, yli 52 viikkoa) = 9 pistettä.
- Kohdissa, jotka on merkitty 10–x, pistemäärä saadaan vähentämällä potilaan ympyröimän vaihtoehdon numero kymmenestä. Muissa kohdissa pistemäärä on sama kuin potilaan ympyröimän vaihtoehdon numero.

Kipukyselyn viitearvot

- < 90 = vähäinen kroonistumisen riski
- 90–105 = kohtalainen kroonistumisen riski
- > 105 = korkea kroonistumisen riski

Liite 2

Oire- ja haittakysely (Oswestryn indeksi)

Lomake on esimerkki selkäpotilailla käytetystä strukturoidusta kysymyssarjasta, jonka valmiista vastauksista potilas valitsee sen, joka parhaiten sopii hänen oireisiinsa. Lomake (versio 1.0) on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1980 (Fairbank J C, Couper J, Davies J B, F'Brien J P: The Oswestry low back pain disability questionnaire. *Physiotherapy* 66:271–273) ja tätä versiota on Suomessa käytetty laajasti.

Kukin kysymys pisteytetään 0:sta 5:een siten, että ensimmäinen vaihtoehto saa 0 ja viimeinen 5. Indeksiksi lasketaan prosentteina maksimipistemäärästä: lasketaan yhteen pisteet kustakin vastatusta kysymyksestä, jaetaan summa maksimipistemäärästä (vastattujen kysymysten mukaan) ja kerrotaan sadalla. Esimerkiksi, jos kaikkiin kysymyksiin on vastattu ja pisteiden summa on 16, on indeksi $16 / 50 \times 100 = 32 \%$.

Ohjeita lomakkeen täyttämiseksi

Voisitko ystävällisesti vastata tähän kyselyyn. Kyselylomakkeen tarkoituksena on antaa lääkärillesi tietoa siitä, kuinka kipusi on vaikuttanut kykyysi suoriutua jokapäiväisistä toimistasi. Ole hyvä ja vastaa jokaiseen kohtaan rastiittamalla vain se ruutu, joka parhaiten kuvaa tilannettasi tänään.

Kohta 1 – kivun voimakkuus

- Minulla ei ole kipua tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin lievää tällä hetkellä.
- Kipuni on kohtalaista tällä hetkellä.
- Kipuni on melko voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on hyvin voimakasta tällä hetkellä.
- Kipuni on pahin mahdollinen tällä hetkellä.

Kohta 2 – Omatoimisuus (pukeutuminen, peseytyminen jne.)

- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti ilman, että siitä aiheutuu lisää kipua.
- Selviydyn näistä toiminnoista normaalisti, mutta siitä aiheutuu ylimääräistä kipua.
- Näistä toiminnoista selviytyminen aiheuttaa melkoisesti kipua ja vaatii aikaa ja varovaisuutta.
- Tarvitsen apua, mutta selviydyn useimmista toiminnoista itsenäisesti.
- Tarvitsen apua joka päivä useimmissa omatoimisuuteen liittyvissä toiminnoissa.
- En yleensä pukeudu tai peseydy lainkaan, pysyttelen sängyssä.

Kohta 3 – Nostaminen

- Voin nostaa raskaita taakkoja joihinkin kivuttomasti.
- Voin nostaa raskaita taakkoja, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Kipu estää minua nostamasta raskaita taakkoja lattialta, mutta voin nostaa niitä jos ne on sijoitettu sopivasti, esim. pöydälle.
- Kipu nostaa ainoastaan raskaita taakkoja, mutta voin nostaa kevyitä tai keskiraskaita taakkoja, jos ne on sijoitettu sopivasti.
- Voin nostaa ainoastaan hyvin kevyitä taakkoja.
- En voi nostaa tai kantaa mitään.

Kohta 4 – Kävely

- Kipu ei estä kävelyäni lainkaan.
- Kipu estää minua kävelemästä kahta kilometriä enempää.
- Kipu estää minua kävelemästä puolta kilometriä enempää.
- Kipu estää minua kävelemästä sataa metriä enempää.
- Voin kävellä vain käyttäen keppiä tai kyynärsauvoja.
- Olen enimmäkseen vuoteessa ja minun on ryömittävä WC:hen.

Kohta 5 – Istuminen

- Voin istua millaisessa tuolissa tahansa niin pitkään kuin haluan.
- Vain määrätynlaisissa tuolissa voin istua miten pitkään tahansa.
- Kipu estää minua istumasta tuntia pidempään.
- Kipu estää minua istumasta puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi istua kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi istua ollenkaan.

Kohta 6 – Seisominen

- Voin seisoa miten pitkään tahansa ilman, että se aiheuttaa kipua.
- Voin seisoa niin pitkään kuin haluan, mutta se on kivuliasta.
- Kivun takia en voi seisoa tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa puolta tuntia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa kymmentä minuuttia pidempään.
- Kivun takia en voi seisoa ollenkaan.

Kohta 7 – Nukkuminen

- Kipu ei vaikuta yöuneeni koskaan.
- Kipu häiritsee satunnaisesti untani.
- Kivun vuoksi nukun alle kuusi tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle neljä tuntia.
- Kivun vuoksi nukun alle kaksi tuntia.
- Kivun takia en saa ollenkaan nukkuttua.

Kohta 8 – Sukupuolielämä (vastaaminen vapaaehtoista)

- Sukupuolielämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu kipua.
- Sukupuolielämäni on normaalia, mutta se aiheuttaa jonkin verran kipua.
- Sukupuolielämäni on lähes normaalia, mutta hyvin kivulloista.
- Kipu rajoittaa huomattavasti sukupuolielämäni.
- Kivun takia sukupuolielämäni on lähes olematonta.
- Kipu estää minulta kaiken sukupuolielämän.

Kohta 9 – Sosiaalinen elämä

- Sosiaalinen elämäni on normaalia, eikä siitä aiheudu minulle merkittävää kipua.
- Sosiaalinen elämäni on normaalia, mutta se lisää kipua.
- Kivulla ei ole merkittävää vaikutusta sosiaaliseen elämäni lukuunottamatta liikunnallisia harrastuksia, kuten hölkkäminen, tanssiminen jne.
- Kipu on rajoittanut sosiaalista elämäni, harrastukseni ovat vähentyneet aiemmasta.
- Kivun takia sosiaalinen elämäni on rajoittunut kotipiiriin.
- Kivun takia minulla ei ole mitään sosiaalista elämää.

Kohta 10 – Matkustaminen

- Voin matkustaa minne tahansa ilman merkittävää kipua.
- Voin matkustaa minne tahansa, mutta siitä aiheutuu kipua.
- Selviydyn yli kahden tunnin matkoista, mutta niistä aiheutuva kipu on ikävä.
- Kivun takia minun on rajoitettava matkani alle tunnin kestäviksi.
- Kivun takia voin tehdä vain alle puoli tuntia kestäviä välttämättömiä matkoja.
- Kivun takia en voi matkustaa minnekään muualle kuin lääkärin vastaanotolle tai sairaalaan.

Toimintakyky Oswestryn oire- ja haittakyselyn perusteella

0–20 %	<p>Vähäinen toimintakyvyn aleneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Henkilö selviytyy kaikista toimistaan, mutta voi tarvita neuvoja istumisen, nostamisen ja itsehoidon osalta. Sairausloma ei ole yleensä tarpeellinen.
21–40 %	<p>Kohtalainen toimintakyvyn aleneminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Selkäkivun takia on vaikeuksia istuessa, nostaessa, seisoessa ja matkustaessa. Henkilö selviytyy päivittäisistä toimistaan, mutta voi tarvita sairausloma. Hoito on konservatiivinen.
41–60 %	<p>Vaikea toimintakyvyn heikentyminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kivun takia on vaikeuksia päivittäisistä toimissa, sosiaalisessa elämässä, matkustamisessa, nukkumisessa ja sukupuolielämässä. Tutkimukset ovat aiheellisia.
61–80 %	<p>Vaikea-asteinen toimintakyvyn rajoittuminen</p> <ul style="list-style-type: none"> Kaikki toimet kotona ja työssä ovat rajoittuneet selkäkivun takia. Tutkimukset ovat tarpeelliset.
81–100 %	<p>Vuodepotilas tai oireiden liioittelu</p> <ul style="list-style-type: none"> Henkilö tarvitsee huolelliset lääketieteelliset tutkimukset ja tarkkailun.

Liite 3

DEPS				
Alla olevassa luettelossa esitään Sinua itseäsi koskevia väitteitä. Ympyröi jokaisen väitteen jäljessä olevista numeroista se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa mielentilaasi viimeksi kuluneen kuukauden aikana.				
Viimeksi kuluneen kuukauden aikana	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
Kärsin unettomuudesta.	0	1	2	3
Tunsin itseni surumieliseksi.	0	1	2	3
Minusta tuntui, että kaikki vaati ponnistusta.	0	1	2	3
Tunsin itseni tarmottomaksi.	0	1	2	3
Tunsin itseni yksinäiseksi.	0	1	2	3
Tulevaisuus näytti toivottomalta.	0	1	2	3
En nauttinut elämästäni.	0	1	2	3
Tunsin itseni arvottomaksi.	0	1	2	3
Tunsin, että kaikki ilo on hävinnyt elämästäni.	0	1	2	3
Minusta tuntui, ettei alakuloisuuteni hellittänyt edes perheeni tai ystäväni avulla.	0	1	2	3

12 pistettä tai enemmän saaneista 47,3 % sai depressiodiagnoosin. (Salokangas, Stengård, Poutanen)

Liite 4

Fibromyalgiakysely

Nimi: _____

Pvm: _____

VASTAA VIIMEISEN 7 vrk ajalta! Sivua kysymys, jos et normaalisti tee kysyttyä asiaa.

Kykenitkö viimeisen viikon aikana ?

1. Käymään ostoksilla

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

2. Pesemään pyykit koneella

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

3. Valmistamaan ruokaa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

4. Tiskaamaan astioita ja kattiloita käsin

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

5. Imuroimaan paksua mattoa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

6. Sijaamaan vuodetta

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

7. Kävelemään yli kilometrin matkan

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

8. Vieraillemaan ystävien/sukulaisten luona

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

9. Tekemään pihatöitä

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

10. Ajamaan autoa

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

11. Kiipeämään portaita

Aina Useimmiten Joskus Ei koskaan

12. Kuinka useana päivänä viimeisen viikon aikana voit hyvin? (0–7) _____

13. Kuinka monta päivää olit sairauslomalla fibromyalgian vuoksi viimeisen viikon aikana? (sisältää kotityöt)

Rengasta oikea vaihtoehto

0 1 2 3 4 5 6 7

14. Jos kävit työssä, miten paljon kipusi tai fibromyalgian muut oireet haittasivat työkykyäsi?

ei lainkaan haitannut | _____ | suuria vaikeuksia

15. Kuinka paha kipusi on ollut?

ei lainkaan kipua | _____ | pahin mahdollinen kipu

16. Kuinka väsynyt olet ollut päivisin?

en lainkaan | _____ | erittäin väsynyt

17. Miltä olosi on tuntunut aamulla herättyäsi?

heräsin virkeänä ja levänneenä | _____ | heräsin erittäin väsyneenä

18. Kuinka kankea olet ollut?

en lainkaan | _____ | erittäin kankea

19. Kuinka jännittyneeksi, hermostuneeksi tai ahdistuneeksi olet tuntenut itsesi viimeisen viikon aikana?

en lainkaan | _____ | erittäin jännittyneeksi

20. Miten masentunut tai surullinen olet ollut viimeisen viikon aikana?

en lainkaan | _____ | erittäin masentunut

FIQ-pisteytys

1. Kysymykset 1–11 kuvaavat fyysisistä haittaa. Potilas voi jättää vastaamatta, mikäli ei ole jotakin asiaa tehnyt. Mitä enemmän pisteitä, sen suurempi haitta. Pisteet 0–3, siten että 3 on suurin haitta. Pisteet lasketaan raakapisteistä (max 33), jotka jaetaan vastattujen kysymysten lukumäärällä. Esim. potilas vastaa kaikkiin maksimit eli saa pisteiksi 33, joka jaetaan 11:sta eli pisteiksi tulee 3.

Tämä summa korjataan lopullisessa laskennassa kertomalla summa korjauskertoimella 3.33 eli maksimipisteiksi tulee siten 1.

2. Kysymyksessä 12 haittaluku on 0–7, jossa 7 on suurin haitta. Korjauskerroin lopullisessa laskussa on 1.43

3. Työstä poissaolo 0–7 kysymyksessä 13 voidaan myös korjata kertoimella 1.43.

4. **Lopullinen FIQ kokonaisluku voi vaihdella 0–80** ja siihen otetaan mukaan kysymykset 1–12 sekä 15–20.

VAS-kysymyksistä otetaan pisteet suoraan 0–10 kokonaislukuina.

Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The Fibromyalgia Impact Questionnaire: development and validation. J Rheumatol 1991;18:728-33.

Kirjallisuutta

- Andersen G, Vestergaard K, Ingeman-Nielsen M, Jensen TS. Incidence of central post-stroke pain. *Pain* 1995;61:18–93.
- Andrasik F, Lipchik GL, Mc Crory DC, Wittrock DA. Outcome measurement in behavioural headache research; headache parameters and psychosocial outcomes. *Headache* 2005;45:429–37.
- Arnold LM, Keck PE Jr, Welge JA. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review. *Psychosomatics* 2000;41:104–13.
- Attal N, Cruccu G, Haanpää M ym. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1–17.
- Attal N, Cruccu G, Haanpää M ym. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Eur J Neurol* 2006;13:1153–69.
- Ayzenberg I, Obermann M, Nyhus P ym. Central sensitization of the trigeminal and somatic nociceptive systems in medication overuse headache mainly involves cerebral supraspinal structures. *Cephalgia* 2006;26:1106–14.
- Bass C, Murphy M. Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *J Psychosom Res* 1995;39:403–427.
- Becker N, Sjogren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: a randomised controlled trial. *Pain* 2000;84:203–11.
- Bendtsen L, Jensen R. Amitriptyline reduces myofascial tenderness in patients with chronic tension-type headache. *Cephalgia* 2000;20:603–10.
- Bendtsen L, Jensen R. Mirtazapine is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. *Neurology* 2004;62:1706–11.
- Bennett MI, Attal N, Backonja MM ym. Using screening tools to identify neuropathic pain. *Pain* 2007;127:199–203.
- Birklein F, Rowbotham M. Does pain change the brain? *Neurology* 2005;65:666–7.
- Birket-Smith, M. Somatization and chronic pain. *Acta Anaesthesiol. Scand.* 2001;45:1114–20.
- Boersma K, Linton S, J. Early assessment of psychological factors: The Örebro Screening Questionnaire for Pain. Kirjassa: Linton S. J. toim. New avenues for the prevention of pain. Vol 1. Amsterdam Elsevier 2002: s. 205–13.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287–333.
- Burckhardt CS, Clark SR, Bennett RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728–33.
- Burckhardt CS. Non-pharmacologic management strategies in fibromyalgia. *Rheum Dis Clin North Am* 2002;28:291–304.
- Burckhardt CS, Clark CR, Bennett RM. Fibromyalgia and quality of life: a comparative analysis. *J Rheumatol* 1993;20:475–9.
- Busch A, Schachter CL, Peloso PM ym. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3:CD003786.
- Butland RJ, Pang J, Gorss ER, Woodcock AA, Geddas DM. Two-, six-, and 12 minute walking tests in respiratory disease. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284:1607–8.
- Cathey MA, Wolfe F, Kleinheksel Functional ability and work status in patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 1988;1:85–98.
- Cepeda MS, Carr DB, Lau J. Local anesthetic sympathetic blockade for complex regional pain syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 4:CD004598.
- Clauw DJ, Crofford LJ. Chronic widespread pain and fibromyalgia: what we know, and what we need to know. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:685–701.
- Colas R, Munoz P, Temprano R, Gomez C, Pascual J. Chronic daily headache with analgesic overuse: epidemiology and impact on quality of life. *Neurology* 2004;62:1338–42.
- Cruccu G, Anand P, Attal N ym. EFNS guidelines on neuropathic pain assessment. *Eur J Neurol* 2004; 11:153–162.
- Crofford LJ. Pharmaceutical treatment options for fibromyalgia. *Curr Rheumatol Rep* 2004;6:274–80.
- Croft P, Schollum J, Sillman A. Population study of tender point counts and pain as evidence of fibromyalgia. *Br Med J* 1994;309:696–9.
- Daoussi C, MacFarlane IA, Woodward A, Nurmikko TJ, Bundred PE, Benbow SJ. Chronic painful peripheral neuropathy in an urban community: a controlled comparison of people with and without diabetes. *Diabet Med* 2004;21:976–82.
- Davies M, Brophy S, Williams R, Taylor A. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:1518–22.
- De Mos M, de Bruijn AG, Huygen FJ, Dieleman JP, Stricker BH, Sturkenboom MC. The incidence of complex regional pain syndrome: a population based study. *Pain* 2006
- Baron R, Jänig W. Complex regional pain syndromes – how do we escape the diagnostic trap? *Lancet* 2004;364:1739–41.
- De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470–476.
- Diener H-C, Katsarava Z. Analgesic/abortive overuse and misuse in chronic daily headache. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5:545–50.
- Fairbank JC, Pynsent PB. The Oswestry Disability Index. *Spine* 2000;25:2940–52.
- Finnerup NB, Johannesen IL, Sindrup SH, Bach FW, Jensen TS. Pain and dysesthesia in patients with spinal cord injury: a postal survey. *Spinal Cord* 2001;39:256–62.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a population based review. *Pain* 1992;49:221–30.
- Frettlöh J, Hüppe M, Maier C. Severity and specificity of neglect-like symptoms in patients with complex regional pain syndrome (CRPS) compared to chronic limb pain of other origins. *Pain* 2006;124:184–9.
- Freyhagen R, Baron R, Gockel U, Tolle TR. painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1911–20.
- Fink et al, *Psychosomatics* 2005;46:540–548
- Färkkilä M. Krooninen päivittäinen päänsärky. *Duodecim* 2005;121:657–63.
- Färkkilä M. Päänsärky. Kirjassa: Soinila S, Kaste M, Somer H ym. *Neurologia*, 2. painos. *Duodecim* 2006 s. 175–6.
- Galil K, Choo PW, Donahue DVM, Platt R. The sequelae of herpes zoster. *Arch Intern Med* 1997;157:1209–1213.
- Goldenberg DL, Burchardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia. *JAMA* 2004;292:2388–95.
- Granström V. Psykiatria kipupotilaan tutkimisessa ja hoidossa. *Suom Lääkäril* 2005;60:3373–7.
- Haanpää M, Kivipelto L, Pohjola J ym. Pään alueen neuralgisten kipujen hoito. *Duodecim* 2005;121:687–95.
- Haanpää M. Neuroopaattisen kivun hoito-opas. Suomen Kivuntutkimusyhdistys ry 2007 ja Terveystoim.

- Hannonen P. Mikä hoidoksi fibromyalgiaan? *Suomen Lääkärilehti* 2005;37:3625–9.
- Hannonen P, Mikkelsen M. M79.0 - mistä fibromyalgiassa on kyse, mitä hoidoksi? *Duodecim* 2004;120:237–46.
- Hansson P, Haanpää M. Diagnostic work-up of neuropathic pain: Computing, using questionnaires or examining the patient? *Eur J Pain* 2007.
- Harke H, Gretenkort P, Ladleif HU, Rahman S. Spinal cord stimulation in sympathetically maintained complex regional pain syndrome type I with severe disability. A prospective clinical trial. *Eur J Pain* 2005;9:363–373.
- Hawley D, Wolfe F. Pain disability and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1522 patients. *J Rheumatol* 1991;18:1552–7.
- Headache Classification Subcommittee of the International Classification of Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. *Cephalalgia* 2004; 24 (Suppl 1): 1–160.
- Hidding A, van Santen M, de Klerk E ym. Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol* 1994;21:818–23.
- Hiller W, Rief W, Fichter MM. How disabled are patients with somatoform disorders? *Gen Hosp Psychiatry* 1997;19:432–438.
- Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic back pain. *Health Psychol* 2007;26:10–12.
- Holroyd K, O'Donnell F, Stensland M ym. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy and their combination: a randomized, controlled trial. *JAMA* 2001;285:2208–15.
- Hsu MC, Clauw DJ. A different type of procedure for a different type of pain. *Arthritis Rheum* 2006;54:3725–7.
- Jelinski SE, Magnusson JE, Becker WJ. Factors associated with depression in patients referred to headache specialists. *Neurology* 2007;68:489–95.
- Juottonen K, Gockel M, Silen T, Hurri H, Hari R, Forss N. Altered central sensorimotor processing in patients with complex regional pain syndrome. *Pain* 2002;98:315–23.
- Jänig W, Baron R. Complex regional pain syndrome: mystery explained? *Lancet Neurol* 2003;2:687–97.
- Jääskeläinen S, Haanpää M, Häkkinen V. Kvantitatiiviset tuntokynnysmittaukset. Kirjassa: Partanen J ym. Toim. Kliininen neurofysiologia, *Duodecim* 2006; s. 600–616.
- Jääskeläinen S, Teerijoki-Oksa T, Virtanen A, Tenovuo O, Forsell H. Sensory regeneration following intraoperatively verified trigeminal nerve injury. *Neurology* 2004;62:1951–7.
- Kallela M. Mitä uutta migreenin patofysiologiasta ja genetiikasta? *Duodecim*. 2005;121:665–73.
- Kalso E, Paakkari P, Stenberg I toim. Opioidit pitkäaikaisessa kivussa. *Lääkelaitos* 2004.
- Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M ym. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD001984.
- Katon WJ, Walker EA. Medically unexplained symptoms in primary care. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:15–21.
- Katsarava Z, Muessig M, Dzagnidze A ym. Medication overuse headache: rates and predictors for relapse in a 4-year prospective study. *Cephalalgia* 2005;25:12–15.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006;367:1618–25.
- Kemler MA, de Vet HC, Barendse GA, van den Wildenberg FA, van Kleef M. The effect of spinal cord stimulation in patients with chronic reflex sympathetic dystrophy: two years' follow-up of the randomised controlled trial. *Ann Neurol* 2004;55:13–8.
- Kennedy M, Felson DT. A prospective long-term study of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 1996;39:682–5.
- Kisely S, Campbell LA, Skeritt P. Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1: CD 004101.
- Kivimäki M, Leino-Arjas P, Kaila-Kangas I ym. Increased absence due to sickness among employees with fibromyalgia. *Ann Rheum Dis*. 2007;66:65–9.
- Koskinen M, Hieraharju A, Kyläniemi M ym. A quantitative method for the assessment of intraepidermal nerve fibers in small-fiber neuropathy. *J Neurol* 2005;252:789–94.
- Lasten päänsäryn Käypä hoito 2003.
- Laukkanen RT. Development and evaluation of a 2-km walking test for assessing maximal aerobic power of adults in field conditions. *Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede* 23, 1993.
- Ledingham J, Doherty S, Doherty M. Primary fibromyalgia syndrome - an outcome study. *Br J Rheumatol* 1993;32:139–42.
- Lindfors N, Kallio P. Lapsen raajakipu – tunnistatko kipoireyhtymän? *Duodecim* 2007;123:290–5.
- Linton S, Boersma K. Early identification of patients at risk of developing a persistent back problem: the predictive validity of the Orebro Musculoskeletal Pain Questionnaire. *Clin J Pain* 2003;19:80–6.
- Macfarlane GJ, Morris S, Hunt IM ym. Chronic widespread pain in the community: the influence of psychological symptoms and mental disorder on health care seeking behavior. *J Rheumatol* 1999;26:413–9.
- Macfarlane GJ, Thomas E, Papageorgiou AC, Schollum J, Croft PR, Silman AJ. The natural history of chronic pain in the community: a better prognosis than in the clinic. *J Rheumatol* 1996;23:1617–20.
- Maihöfner C, Handwerker HO, Neundorfer Birklein F. Cortical reorganization during recovery from complex regional pain syndrome. *Neurology* 2004;63:693–701.
- Mannerkorpi K, Iversen M. Physical exercise in fibromyalgia and related syndromes. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:629–47.
- Merskey H, Bogduk N toim. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press 1994.
- Merskey H, Bogduk N. Task force on taxonomy of the International Association for the Study of Pain: Classification of chronic pain. Description of pain syndromes and definitions of pain terms. Seattle: IASP Press 1994, s. 40–43.
- Meyer-Rosberg K, Kvarnstrom A, Kinnman E, Gordth T, Nordfors LO, Kristofferson A. Peripheral neuropathic pain – a multidimensional burden for patients. *Eur J Pain*. 2001;5(4):379–89.
- Migreenin Käypä hoito 2002.
- Moore A, Edwards J, Barden J, McQuay H. Bandolier's little book of pain. An evidence-based guide to treatments. Oxford University Press 2003.
- Moseley GL. Is successful rehabilitation of complex regional pain syndrome due to sustained attention to the affected limb? A randomised clinical trial. *Pain* 2005;114:54–61.
- Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R ym. Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175–80.
- Mäntyselkä P, Turunen J, Ahonen R, Kumpusalo E. Chronic pain and poor self-rated health. *JAMA* 2003;290:2435–42.

Julkaisun tilaus:

Pirjo Kadenius
pirjo.kadenius@tela.fi
p. 0500 558 569

- Nikiforow Rita Epidemiological studies on headache in northern Finland. Väitöskirja. Oulun yliopisto 1981.
- Rasmussen B, Jensen R, Schroll M, Olesen J. Epidemiology of headache in a general population – a prevalence study. *J Clin Epidemiol* 1991;44:1147–57.
- Paltamaa J, Karppi S-L, Smolander J, Koho P, Vaara M, Hurri H. Suomessa käytössä olevia toimintakyvyn arviointimenetelmiä ja WHO:n uusi toimintakykyluokitus ICF. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:459–64
- Pohjolainen T. Kuntoutuksen vaikuttavuus – mitä se tarkoittaa ja onko näyttöä? *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:3399–3405.
- Quimby LG, Block SR, Gratwick GM. Fibromyalgia: generalized pain intolerance and manifold symptom re-reporting. *J Rheumatol* 1988;15:1264–70.
- Rains JC, Penzien DB. Sleep and chronic pain: challenges to the alpha-EEG sleep pattern as a pain specific sleep anomaly. *J Psychosom Res* 2003;54:77–83.
- Rao SG, Bennett RM. Pharmacological therapies in fibromyalgia. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2003;17:611–7.
- Rasmussen B, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia* 1992;12:221–8.
- Rowbotham MC. Pharmacological management of complex regional pain syndrome. *Clin J Pain* 2006;22:425–9.
- Salokangas RK, Stengård E, Poutanen O. DEPS – uusi väline depression seulintaan. *Duodecim* 1994; 110, 1141–48.
- SBU. Rapportör - Metoder för behandling av långvarig smärta [verkkodokumentti] 2006. www.sbu.se
- Smith AG, Russell J, Feldman EL ym. Lifestyle intervention for pre-diabetic neuropathy. *Diabetes Care* 2006;29:1294–9.
- Smith BH, Torrance N, Bennett MI, Lee AJ. Health and quality of life associated with chronic pain of pre-dominantly neuropathic origin in the community. *Clin J Pain* 2007;23:143–9.
- Smolander J, Hurri H ym. Toiminta- ja työkyvyn fyysisten arviointi- ja mittausmenetelmien kartoittaminen ICF-luokituksen aihealueella ”liikkuminen”. Toiminta- ja työkyvyn edellytyksiä arvioiva testistö – viitekehyksenä WHO:n kansainvälisen toimintakykyluokituksen (ICF) ”suorituskeskeinen osa-alue (ACTIVITIES). Stakes ja Kansaneläkelaitos, Aiheita 25/2004. Helsinki 2004. Saatavissa: www.stakes.fi/verkkojulk/#2004
- Taylor RS, van Buyten J, Buchser E. Spinal cord stimulation for complex regional pain syndrome: a systematic review of the clinical and cost-effectiveness literature and assessment of prognostic factors. *Eur J Pain* 2006;10:91–101.
- Stewart WF, Lipton RB, Kolodner KB, Sawyer J, Lee C, Liberman JN. Validity of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) score in comparison to a diary-based measure in a population sample of migraine sufferers. *Pain* 2000;88:41–52.
- Torelli P, Jensen R, Olesen J. Physiotherapy for chronic tension-type headache: a controlled study. *Cephalalgia* 2004;24:29–36.
- Treede RD, Jensen TS ym. Neuropathic pain. Redefinition and a grading system for clinical and research purp. *Neurology* 2007 Nov 14 (Epub ahead of print)
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A. Työkykyindeksi. Työterveyslaitos 1997.
- Ware JE jr, Shrebourne. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473–83.
- Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19–28.
- Wolfe F, Smythe H, Yunus MB ym. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160–72.
- Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms and management. *Lancet* 1999;353:1959–64.
- Österberg A, Boivie J, Thuomas KA. Central pain in multiple sclerosis – prevalence and clinical characteristics. *Eur J Pain* 2005;9:531–42.

Puheenjohtaja

Maija Haanpää, LT, erikoislääkäri, ylilääkäri, KuntoutusORTON ja kipukonsultti HYKS, Neurokirurgian klinikka

Jäsenet

Timo Kauppila, dosentti, LT, erikoislääkäri
Korson terveysasema, Vantaa
Michael Eklund, LKT, erikoislääkäri, ylilääkäri
Malmin terveydenhuoltoalue
Veikko Granström, erikoislääkäri
HUS, HYKS, psykiatrian poliklinikka
Nora Hagelberg, LT, ma apulaisyliääkäri
TYKS, Kipupoliklinikka
Pekka Hannonen, professori, ylilääkäri
Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Kuopion yliopisto
Eero Kyllönen, ylilääkäri
Oulun yliopistollinen sairaala
Marja Kyrö, erikoislääkäri
Jyväskylän Seudun työterveys
Teija Loukusa-Nieminen, kuntoutuslääkäri
Kajaanin Kuntokeskus
Sinikka Luutonen, LT, erikoislääkäri
Turun yliopistollinen keskussairaala
Tiina Telakivi, neurologian dosentti, asiantuntijalääkäri
Kela, Eläke- ja toimeentuloturvaosasto
Aarne Ylinen, neurologian dosentti, kuntoutusylilääkäri
Tampereen yliopistollinen sairaala
Ilkka Pakkala, LT, projektipäällikkö
FACULTAS (toimittaja)

Julkaistu 19.3.2008 (2011)