

ANNA-SOFIA SIMULA
LL, yleislääketieteen erikoislääkäri
ESSOTE
Oulun yliopisto

RIIKKA HOLOPAINEN
fysioterapeutti, TtM
Jyväskylän yliopisto
Fysios Selkäcenter

MIKKO LAUSMAA
fysioterapeutti, OMT
Oulun Mediterapia Oy
Oulun yliopisto

JANI TAKATALO
LT, TtM, fysioterapeutti, OMT
INTO Terveys Oy
Medical Research Center Oulu,
Oulun yliopisto ja OYS, fysiatrian
klinikka

JARI AROKOSKI
LT, osastonylilääkäri, fysiatrian
professori
Helsingin yliopisto ja
HYKS, fysiatrian klinikka

JARO KARPPINEN
LT, fysiatrian professori
Medical Research Center Oulu,
Oulun yliopisto ja OYS, fysiatrian
klinikka
Työterveyslaitos, Oulu
jaro.karppinen@ttl.fi

Alaselkävivun tutkiminen ja hoito perusterveydenhuollossa

- Alaselkäkipu on erittäin tavallinen vaiva, mutta hyvin harvoin taustalla on vakava syy.
- Uusiutumistaipumus on vahva ja monet psykososiaaliset tekijät lisäävät alaselkävivun pitkittymisen riskiä. Lääkärin rohkaiseva ja pelkoa vähentävä kommunikaatio on tärkeää.
- Yksilölliset biopsykososiaaliset tekijät huomioiva lääkkeetön hoito on ensisijainen. Sairauslomien tulee olla lyhyitä.
- Potilas on syytä ohjata herkästi fysioterapeutin arvioon.

Alaselkäkipu on eniten toimintakyvyn haittaa aiheuttava vaiva maailmassa, ja sen kustannukset yhteiskunnalle ovat merkittävät (1,2). Alaselkäkipuun voi olla vakava ja spesifinen syy, mutta yli 90 % on epäspesifistä alaselkäkipua, jolle ei yleensä ole löydettävissä yksittäistä syytä (1,2). Poikkeavia kuvantamislöydöksiä havaitaan paljon myös oireettomilla. Oireettomista 20-vuotiaista joka kolmannella ja 50-vuotiaista 60 %:lla todetaan magneettikuvassa välilevyn rappeumaa tai välilevyn pullistuma.

Epäspesifinen alaselkäkipu on tunnistettu biopsykososiaaliseksi ilmiöksi, ja siksi psykososiaalisten ja elämäntapatekijöiden varhainen tunnistaminen ja hoitaminen on tärkeää (2). Lääkärin vastaanotolle alaselkävivun takia tulevat potilaat toivovat usein vastauksia seuraaviin

kysymyksiin: Onko minulla vakava sairaus? Mistä vaivani johtuu? Mitä vaivalle voi tehdä? Mikä on vaivan ennuste? (3,4).

Onko sairaus vakava?

Vakavat alaselkävivun syyt ovat harvinaisia (2); niitä on käsitelty hiljattain katsauksessa (5). Ne voidaan yleensä tunnistaa anamneesin ja statuksen sekä yksinkertaisten verikokeiden avulla (6). Vakavaan sairauteen viittaavat oireet ja muut tekijät (taulukko 1) tarkennetaan täydentävillä kysymyksillä. Potilaalle tulee kertoa löydösten merkitys (4).

Vähennä potilaan pelkoa.

Vaikka sinulla on kipuja, ei onneksi ole tullut esille mitään sellaista, mikä viittaisi vakavaan syyhyn.

TAULUKKO 1.

Vakavaan sairauteen viittaavat oireet ja muut löydökset.

VAKAAN SAIRAUTEEN VIITTAAVAT OIREET
Äkillinen sietämätön kipu ja hemodynamiikan häiriö
Heikentynyt yleiskunto, laihtuminen, kuumeilu ja poikkeava väsymys
Parapareesi
Virtsauampi ja ulosteenpidätyskyvyn vaikeus, ratsupaikka-anestesia ja alaraajan halvausoireet
Nopeasti paheneva kipu

VAKAAN SAIRAUTEEN MAHDOLLISESTI VIITTAAVIA MUITA TEKIJÖITÄ
Leikkauksen tuore jälktila, injektiohoito ja huumeiden käyttö
Aiemmin todettu syöpä ja epäily sen uusiutumisesta

KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Fysiatriryhdyksen asettama työryhmä. Alaselkäkipu. Käypä hoito -suositus 5.5.2017. www.kaypahoito.fi
- 2 Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet* 2017;389:736–47.
- 3 Linton S. Understanding pain for better clinical practice. A psychological perspective. Edinburgh: Elsevier 2005.
- 4 Hopayian K, Notley C. A systematic review of low back pain and sciatica patients' expectations and experiences of health care. *Spine J* 2014;14:1769–80.
- 5 Karppinen J, Arokoski J, Paananen M, Lausmaa M, Takala E-P, Pohjolainen T. Yksilöityjä menetelmiä epäspesifisen alaselkäkipuvu diagnostiikkaan ja hoitoon. *Duodecim* 2016;132:1427–31.
- 6 Bernstein IA, Malik Q, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. *BMJ* 2017;356:i6748.
- 7 Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Kipu. Käypä hoito -suositus 4.12.2015. www.kaypahoito.fi
- 8 Laerum E, Indahl A, Skouen JS. What is "the good back-consultation"? A combined qualitative and quantitative study of chronic low back patients' interaction with and perceptions of consultations with specialists. *J Rehabil Med* 2006;38:255–62.
- 9 Clauw DJ. Diagnosing and treating chronic musculoskeletal pain based on the underlying mechanism(s). *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015;29:6–19.
- 10 Darlow B, Dowell A, Baxter GD, Mathieson F, Perry M, Dean S. The enduring impact of what clinicians say to people with low back pain. *Ann Fam Med* 2013;11:527–34.
- 11 Lautamäki L, Salo P, Mustalampi S, Häkkinen A, Ylinen J. Fysioterapeutin suoravastaanotto. *Suom Lääkäril* 2016;71:1773–7.
- 12 Kongsted A, Kent P, Axen I, Downie AS, Dunn KM. What have we learned from ten years of trajectory research in low back pain? *BMC Musculoskelet Disord* 2016;17:220.

kyvyn arviointiin on kehitetty mittareita (5). Usein potilas ei osaa spontaanisti tuoda esiin kipuun liittyviä liittännäisoireita, kuten unettomuutta tai masennusta (7). Hoitamattomina liittännäisoreet saattavat hidastaa alaselkäkipuvu paranemista (1,6).

Englannissa on kehitetty yhdeksän kysymystä sisältävä Start-selkäkysely (taulukko 2), jonka avulla potilaat voidaan jakaa suuren, kohtalaisen ja pienen riskin ryhmiin selkäkipuvu luonteen suhteen (5,6). Luokitteluun perustuvan hoidon on tutkimuksissa todettu olevan vaikuttavampaa kuin tavanomainen hoito (5,6).

Alaselkäkipupotilaan statuksessa arvioidaan ryhtiä, selän liikkuvuutta sekä liikkemalleja, alaraajojen voimaa, tuntoja ja heijasteita (1). Potilas on tärkeää riisuttaa ja tutkia huolellisesti, ja hänelle kerrotaan tehdyt havainnot (1,7).

Kerro ääneen ja myönteisesti löydösten merkitys.

Selkä taipuu hyvin. Selkäsi on vahva eikä mene rikki, vaikka taivutat rohkeasti.

Jalkojen hyvät voimat, normaalit tunnot ja toimivat heijasteet ovat merkki terveistä hermoradoista ja toimivista lihaksista.

Verikokeita tarvitaan vain epäiltäessä vakavaa tai spesifistä sairautta. Silloin veren kuvan, CRP:n ja laskon tutkiminen voivat olla tarpeen (1). Akuutti tai muu tilapäinen selkäkipu ei edellytä kuvantamista, ellei epäillä vakavaa sairautta tai tarvita leikkausarviota. Tällöin magneettikuvaus on ensisijainen kuvantamismuoto. Jos kuvantamistutkimuksia tehdään, löydösten merkitys on selitettävä potilaalle (1). Alaselkäkipupotilaan tutkimisesta ja erikoissairaanhoidon lähettämisen kriteereistä löytyy yksityiskohtaiset ohjeet interaktiivisesta selkälähettestä, joka löytyy sähköisestä Lääkärin tietokannasta hakusanalla "selkälähe" (www.terveysportti.fi) (5).

Mitä kerron potilaalle?

Kipu voidaan jakaa syyn perusteella kolmeen alaryhmään: nosiseptiivinen eli kudosaaurio-kipu, neuropaattinen eli hermovaurio-kipu sekä idiopaattinen kipu (7). Epäspesifisessä alaselkäkipuvu voi olla piirteitä kaikista näistä (1). Kokemuksena kipu on laaja-alainen ja siihen vaikuttavat monet psykososiaaliset tekijät, kuten mieliala, psyykinen kuormittuneisuus ja aiemmat kipukokemukset (2,7).

Kysy taustatekijöitä ja potilaan käsityksiä.

Mitä muuta sinun elämässäsi tapahtui, kun selkäkipu alkoi? Onko sinulla itselläsi ajatusta kivun syystä?

Miten nukut? Koetko olevasi stressaantunut? Miten selkäkipu on vaikuttanut elämääsi?

Kipukokemuksen syntyy keskushermostossa vaikuttavat monet alueet, esimerkiksi tunteita säätelevä limbinen järjestelmä sekä muisti. Psykososiaaliset tekijät vaikuttavat siis fysiologisesti kipukokemukseen, ja kipua aiheuttava sairaus vastaavasti vaikuttaa laajalti keskushermoston muihin toimintoihin. Näitä kipukokemuksen vaikuttavia asioita voidaan hyödyntää lääketehtävissä hoidossa riippumatta siitä, kumpi on syy tai seuraus (7). Sentraalinen sensitisatio on keskushermoston yliherkistynyt tila, joka pitkittyneessä kivussa voi ylläpitää kipua. Siihen viittaa laaja-alainen kipu (9).

Vaikka tarkkaa diagnoosia alaselkäkipuvu ei useimmiten voida antaa, olisi kuitenkin tärkeää antaa potilaalle ymmärrettävä selitys oireista, koska epätietoisuuden on osoitettu olevan yhteydessä suurempaan kipuherkkyyteen, kärsimykseen ja epäedullisiin selviytymiskäytännöihin (4). On tärkeää kysyä myös potilaan käsityksiä selkäkipuvuista ja sen taustalla olevista

SIDONNAISUUDET

Anna-Sofia Simula, Riikka Holopainen: Ei sidonnaisuuksia.
Mikko Lausmaa: Hallituksen jäsen (SOMTY ry), luentopalkkiot (MSD).
Jani Takatalo: Hallituksen jäsen (Suomen fysioteri yhdistys, SOMTY ry, Suomen McKenzie yhdistys), luentopalkkiot (Meda Oy, MSD, Mundipharma, Pfizer, Orion), asiantuntijapalkkio (Abbvie), kongressimatka (AOSpine), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim).
Jari Arokoski: Luentopalkkiot (Mundipharma, Orion, Pfizer), tekijäpalkkiot (Duodecim, Kandidaattikustannus), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim).
Jaro Karppinen: Konsultointipalkkio (Axsome Therapeutics), luentopalkkiot (MSD, Orion, Pfizer), tekijäpalkkiot (Duodecim), korvaus koulutusaineiston tuottamisesta (Duodecim).

seikoista (7). Virheelliset käsitykset tulee oikaista (10). Tukena voi hyödyntää luotettavia sähköisiä tietolähteitä (taulukko 3).

Anna ymmärrettävä selitys kivulle.

Epäspesifinen alaselkäkipu on hyvin yleinen ja vaaraton oire, johon vaikuttaa ihmisen koko elämäntilanne. Valtaosalle alaselkäkipuisista ei voida nimetä tarkkaa kivun syytä.

Mitä voidaan tehdä?

Potilaan odotuksilla on suuri merkitys hoitotuloksen kannalta. Potilaat toivovat lääkehoitoa empaattista, aktiivisesti kuuntelevaa ja potilaan kivun todesta ottavaa suhtautumista (4).

Vakuuta, että otat potilaan kokemukset todesta. Se parantaa sitoutumista hoitoon.

On ymmärrettävää, että noin voimakkaiden kipujen kanssa on raskasta. Minulle olisi tärkeää tietää, mistä itse uskoisit olevan apua. Onko selkäkipussa jotain sellaista, mistä olet huolissasi?

Lääkkeetön hoito on ensisijainen epäspesifisessä alaselkäkipussa (1,6). Aktiivisuuteen ja kevyen liikuntaan kannustaminen on tärkeää (1). Terapeuttisesta harjoittelusta on hyötyä (1,6), ja sen vaikuttavuus paranee, mikäli se toteutetaan yksilöllisenä kognitiivis-behavioraalisisessa hengessä (2,6).

Jos pitkittyneestä tai toistuvasta alaselkäkipusta kärsivän potilaan toimintakyky on heikentynyt, potilaalla on pelko- tai välttämiskäyttäytymistä tai lääkäri tunnistaa epätarkoituksenmukaisia käyttäytymistä liikemalleissa, potilas tulee ohjata herkästi fysioterapeutin arvioon (1). Perinteinen fysioterapeutin ohjaus ja neuvonta ovat hyvin biomedikaalista, kun taas kognitiivis-

behavioraalisisessa hengessä tapahtuvassa fysioterapiassa fysioterapeutti paneutuu esimerkiksi potilaan pelkoihin ja välttämiskäyttäytymiseen ja näiden taustalla oleviin uskomuksiin ja ajatusmalleihin (6). Suoravastausneuvonta varmistaa pääsyn fysioterapeutin arvioon ja voi tuottaa merkittäviä kustannussäästöjä (11).

Tutkimuksissa on saatu lupaavia tuloksia biopsykososiaalisesta hoitomallista, jossa hoidon suunnittelu perustuu psykososiaalisen riskiprofilin arvioon Start-selkäkyselyä käyttäen (2,5,6). Pienen riskin potilaille riittää yleensä neuvonta, kun taas suuren riskin potilaille aktivoiva yksilöllinen fysioterapia kognitiivis-behavioraalisisessa hengessä vaikuttaa olevan tehokkainta (2,5,6).

Työpaikalla tehtävät interventiot saattavat vähentää sairauspoissaoloja ja helpottaa työhön paluuta (1). Akuutin alaselkäkipun yhteydessä sairausloman tulee olla lyhyt ja joissakin tapauksissa osasairauspäivärahan avulla voidaan nopeuttaa työhön paluuta (1). Moniammatillinen biopsykososiaalinen kuntoutus lisää työssäoloa ja parantaa toimintakykyä kroonisessa alaselkäkipussa (1). Työterveyshuollolla on tärkeä osuus työikäisten alaselkäkipuisten kuntoutuksessa.

Rohkaise liikuntaan ja omahoitoon.

Mukavat asiat ja liikunta saavat aivoissa aikaan kipua hillitsevien välittäjäaineiden vapautumisen.

Kevyt liikunta kivusta huolimatta sekä nopea töihin paluu edistävät paranemista.

Kipulääkkeitä voidaan käyttää alaselkäkipun hoidossa lyhytaikaisesti lääkkeettömän hoidon rinnalla, mutta ei ainoana hoitona (1). Ensimmäisessä käytetään tulehduskipulääkettä, gastrointestinaaliset ja kardiorespiratoriset riskit huomioiden (6). Heikkoa opioideja, parasetamolien kanssa tai ilman, voidaan käyttää akuuttiin alaselkäkipuun vain, jos tulehduskipulääke ei riitä tai sille on vasta-aiheita. Vahvoja opioideja ei pidä antaa kroonisen alaselkäkipun hoitoon perusterveydenhuollossa (1,7).

TAULUKKO 2.

Start-selkäkysely.

Kokonaispisteet:	≤ 3 – pieni riski
	≥ 4 ja osapisteet (kysymyksistä 5–9) ≤ 3 – kohtalainen riski
	≥ 4 ja osapisteet (kysymyksistä 5–9) ≥ 4 – suuri riski

Ajattele viimeksi kuluneita 2 viikkoa vastatessasi seuraaviin kysymyksiin:

Kysymykset 1–8: eri mieltä 0 pistettä, samaa mieltä 1 piste

1. Selkäkipuni on säteilyltä alaraajaani (-raajoihini) jossakin vaiheessa viimeksi kuluneiden 2 viikon aikana.
2. Minulla on ollut niska- tai hartiakipua jossakin vaiheessa viimeksi kuluneiden 2 viikon aikana.
3. Olen kävellyt ainoastaan lyhyitä matkoja selkäkipuni vuoksi.
4. Viimeksi kuluneiden 2 viikon aikana pukeutumiseni on ollut tavallista hitaampaa selkäkipun vuoksi.
5. Tällaisessa kunnossa olevan henkilön ei ole oikeastaan turvallista olla fyysisesti aktiivinen.
6. Olen ollut usein huolestunut tilanteestani.
7. Minusta tuntuu, että selkäkipuni on erittäin vaikea eikä se tule koskaan paremmaksi.
8. Yleisesti ottaen en ole nauttinut kaikista niistä asioista, joista ennen nautin.

9. Kuinka haittaavaa selkäkipusi on ollut viimeksi kuluneiden 2 viikon aikana?
Ei lainkaan (0), Hieman (0), Kohtalaisesti (0), Paljon (1), Erittäin paljon (1)

TAULUKKO 3.

Alaselkäpotilaalle hyödyllisiä tietolähteitä.

Käypä hoito -suositus Alaselkäkipu: www.kaypahoito.fi

Terveyskirjasto: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/khp/khp00002.pdf>

Ota kipu haltuun: <http://www.otakipuhaltuun.fi/>

Verkkokurssi kivusta: www.retrainpain.org
(valitse kieleksi suomi)

matala koulutustaso ja matala sosiaaliluokka (1,2). Joissakin tapauksissa epätarkoituksenmukaiset liikemallit saattavat ylläpitää alaselkäkipua (1). Iskiasoireyhtymässä toipuminen on hitaampaa (1).

Vastaanoton lopussa tehdään yhteenveto tunnistetuista biologisista, psykologisista ja sosiaalisista kipuun vaikuttavista tekijöistä ja laaditaan jatkosuunnitelma siitä, miten näihin tekijöihin voitaisiin vaikuttaa. Tämän on osoitettu johtavan suurempaan tyytyväisyyteen sekä hoitoon sitoutumiseen (8). ●

Parasetamolia ei ole tutkimuksissa todettu vaikuttavaksi alaselkäkipun hoidossa (5), mutta sitä on turvallista käyttää, mikäli potilas kokee sen hyödylliseksi (1).

Millainen on ennuste?

Alaselkäkipun luonnollisen kulun mukaan voidaan tunnistaa kolme alaryhmää: paranevat, uusiutuvat ja yhtäjaksoisesti oireilevat potilaat (12). Alaselkäkipun pitkittymiselle ja pitkittyneelle poissaololle työstä tunnetaan kuitenkin useita riskitekijöitä (1,6). Vahvoja riskitekijöitä ovat voimakas kipu, uskomus kivun pitkittymisestä, passiiviset selviytymiskeinot, katastrofointi, pelko-välttämiskäyttäytyminen, masennus, uniongelmat, stressi, työttömyys,

Tee lopuksi yhteenveto ja anna positiivinen viesti potilaalle.

Hyvä että tulit, onneksi ei ole vakavaa syytä ja alaselkäkipu paranee yleensä hyvin. Muista liikkua ja tehdä asioita, jotka ovat sinulle tärkeitä. Tästä voit lukea lisävinkkiä liikkumiseen ja omahoitoon. Monilla on samantapaisia ongelmia, mutta he ovat oppineet toimimaan ja helpottamaan itse vaivaansa. Sinäkin varmasti opit.

English summary

www.laakarilehti.fi

› in english

Examining and treatment of low back pain in primary health care

ANNA-SOFIA SIMULA, RIIKKA
HOLOPAINEN, MIKKO LAUSMAA,
JANI TAKALO, JARI AROKOSKI,
JARO KARPPINEN

JARO KARPPINEN
Professor of Physical and
Rehabilitation Medicine
University of Oulu and Finnish
Institute of Occupational Health,
Oulu, Finland
Email: jaro.karppinen@ttl.fi

Examining and treatment of low back pain in primary health care

Low back pain (LBP) and the resulting functional limitations have become a major health and socioeconomic problem causing individual suffering and costs to society. A specific cause can be found only for a small percentage of LBP patients, whilst over 90% are classified as having non-specific LBP. Lumbar degenerative changes are frequently found in asymptomatic populations, which should be explained to the patients in order to reduce worry related to reporting of imaging findings. Unnecessary imaging studies should be avoided. Serious causes of LBP are rare. Many psychosocial factors such as subjective beliefs about long-lasting pain, low pain self-efficacy (confidence in one's own ability to get on with life despite pain), passive coping strategies, high catastrophizing and fear avoidance beliefs, depression, sleep problems, psychological distress, low education and social class and unemployment are predictors of a slower recovery.

Patients with LBP who visit a general practitioner wish to have answers to the following questions: Do I have a serious condition? What is the reason for my pain? What can be done and what can I do myself? What is the prognosis of the condition? It is important to answer these questions using dethreatening and validating language to decrease anxiety and worry, and to increase feelings of safety in patients.

In non-specific LBP the most important goals for an appointment are to rule out serious causes of LBP, decrease fear, increase patients' activity and screen for psychosocial factors. Screening tools have been developed to assess functional ability and to screen for patients who have a higher risk of chronicity.

Non-pharmacological treatments are the first treatment line for LBP, therapeutic exercise being one of the most important. Consultation of a physiotherapist should be arranged readily and is needed if the patient has functional limitations, fear avoidance behaviour or mal-adaptive movement strategies. Absence from work should be short, only a few days if needed. The treatment of LBP should be individualised in view of the biopsychosocial nature of LBP. Occupational health care plays an important role in rehabilitation of employees.