



NEWSLETTER

2/20



Tässä numerossa:

<i>Puheenjohtajan palsta</i>	1
<i>Toimintasuunnitelma vuodelle 2021</i>	2
<i>Talousarvio vuodelle 2021</i>	5
<i>A study exploring the prevalence of Extremity Pain of Spinal Source (EXPOSS)</i>	6
<i>Referaatti webinaarista: Lantion kipuoireyhtymä – Normien haastamista MDT-menetelmän keinoin</i>	14
<i>Terveisiä maailmalta: Covid-19 Survey Results</i>	19

Puheenjohtajan palsta

Miten tällaista vuotta voisi summata? Historiaan jää taatusti koronaviruspandemia mutta mitä muuta? Suomen McKenzie Instituutin historiaan kirjoitetaan opettajiemme melkoinen venyminen ja käyntiin polkaistut etäkoulutukset, ”läsnäkoulutusten” puuttuessa! Oulun opintopäivät muuttuivat vallan etäkoulutukseksi ja Sinikka on pitänyt menestyksekkäästi jo muutaman Tietotaitojen päivityksenkin Zoomin välityksellä. Kiittäisinkin tässä kaikkia ponnisteluihin osallistuneita ja erityisen isot tuuletukset Sinikalle, Tuijalle, Marikalle ja Carolinalle!

Koulutusjatkumoiden suunnittelu toteutettavaksi etäkoulutuksina on jo aloitettu, maailmalta olemme saaneet jo varsin lupaavia kokemuksia koulutusten toteutuksesta. Suunnittelun edetessä tiedotamme hyvissä ajoin, koska ensimmäinen etä A-kurssi päästään käynnistämään 😊

Jos tämä vuosi onkin ollut Suomen McKenzie Instituutin toiminnan osalta hiljaisempi niin ensi vuodesta toivotaan vain parempaa. Luettavissa on etäsyyskokouksessa tarkastellut toimintasuunnitelma ja talousarvio. Maailmalta tuulahduksensa antavat käännökset tuoreesta tutkimuksesta sekä webinaarista, jonka löydät kansainvälisen instituutin sivuilta kokonaisuudessaan

<https://mckenzieinstitute.org/education/webinars/pelvic-pain-syndrome-challenging-the-norm-with-mdt>

Ei muuta kuin talven odotusta kaikille ja menestystä ensi vuodelle!

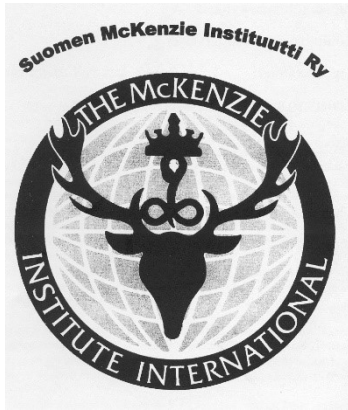
cdme

Seuraava MDT:n tietotaitojen päivityksen etäkoulutus järjestetään **perjantaina 29.1.2021 klo 8.45–16.00.**

Ilmoittautumiset Suomen McKenzie Instituutin sivuilta tai suoraan sinikka.kilpikoski@kolumbus.fi

TERVETULOA koulutukseen!

PS. Kaikki, jotka olette suorittaneet McKenzie menetelmän A- ja B-kurssit, voitte tilata uudet, tieteelliseen tietoon perustuvat, suomennetut A- ja B-koulutusmateriaalit yhteishintaan 30 € + 11,70 € postituskulut Sinikalta!



Toimintasuunnitelma vuodelle 2021

YHDISTYKSEN TARKOITUS

”Yhdistyksen tarkoitus on edistää tietoutta McKenzie-menetelmästä Suomessa, järjestää alan koulutusta fysioterapeuteille ja lääkäreille kansainvälisen McKenzie Instituutin hyväksymien opettajien johdolla, pitää yhteyttä muissa maissa toimiviin McKenzie Instituutteihin, edustaa Suomea kansainvälisissä McKenzie kokouksissa sekä tukea suomalaisten fysioterapeuttien alan koulutusta ulkomailla.”

STRATEGIA

McKenzie Institute Internationalin mukaisesti strategia päivitetään vastaamaan nykytoimintaa ja tavoitteita. Koronaviruspandemia on saattanut jokaisen McKenzie Instituutin ympäri maailman täysin uusien haasteiden eteen. Koulutusjatkumot eivät käynnisty, kursseille ei riitä osallistujia ja osa koulutuksista on muutettu kotikoneille etänä striimattaviin webinaareihin. Suomen McKenzie Instituutissa eletään siirtymävaihetta, kun uusia opettajia tulisi kouluttaa kansainvälisen kattojärjestön vaatimusten mukaisesti, koulutukseen vaadittuja kursseja vain ei tässä pandemiatilanteessa kovin helpolla toteuteta. Koska peruskoulutuksia ei voi ilman fyysistä läsnäoloa toteuttaa, voimme vain odotella turvallisempia aikoja koulutusten toteuttamiseksi. Sen sijaan etäyhteyksin toteutettavia mahdollisuuksia on tässä vaiheessa hyvä kartoittaa ja valmistautua vastaisuuden varalle. Tietotaitojen päivityksiä voitaneen toteuttaa niin etänä kuin sellaisilla osanottajamäärillä, joissa turvallisuus on vielä mahdollista ottaa huomioon. MDT menetelmässä, niin kuin fysioterapiassa yleensäkin, on kädentaidot myös yksi ylläpidettävistä taidoista, joita etänä on mahdotonta harjoitella ja siksi etäratkaisut eivät sovellu täysin ainakaan koulutusjatkumon korvaajaksi.

Isommassa mittakaavassa haasteina Suomen McKenzie Instituutin toiminnassa on edelleen Diploma-koulutukseen osallistujien lukumäärän kasvattaminen. Kotimaassa on tärkeä säilyä näkyvänä vaihtoehtona eri fysioterapiakoulutusten joukossa. Eri maiden McKenzie-Instituuttien välinen yhteistyö pysyy tiiviinä, yhteistyötä ylläpidetään Skype / Go to Meeting- kokouksina Pohjoismaisten Instituuttien ja Euroopan alueen välillä. Olemme tottuneita etäyhteyksillä kokoustajia, joten kansainväliseen yhteistyöhön koronaviruspandemia ei ole tuonut muutosta. Kansainvälinen katto-organisaatio Board of Trustees selkeyttää ja kehittää toimintaansa edelleen. Näissä poikkeuksellisissa oloissa on ollut mukava huomata, että katset pyritään kaikesta huolimatta edelleen suuntaamaan kohti tulevaa ja parempia aikoja. Kansainvälisenä

visionamme on edelleen olla ”Maailmanlaajuisesti tunnustettu johtava tuki- ja liikuntaelinvaivojen hoitomenetelmä”.

TALOUS

Vuonna 2021 toteutuneiden kurssien määrässä toivotaan tapahtuvan positiivinen käänne, toki myös koronaviruspandemian tilanne oleellisesti tähän vaikuttaa, eikä suunnitelmista voi tehdä kovinkaan tarkkoja. Tavoitteena on, että koulutustoiminnasta ja jäsenmaksuista saaduilla tuotoilla katetaan kulut. Stipendirahaston kartuttamista voitaneen suunnitella jälleen kurssitoiminnan vilkastuttua. Nähtäväksi jää, toteutuuko suunniteltu 15. maailmankongressi Ottawassa vuonna 2021, tästä aiheutuviin kuluihin on asennoiduttu mutta kulujen hillitsemiseksi varmasti myös uusia järjestelyjä on pohdittava. Jäsenmäärää pyritään edelleen kasvattamaan, tähän oleellisesti vaikuttavat toteutuneet koulutusjatkumot.

KOULUTUS

Suomen McKenzie Instituutti ry:n kursseista tehdään suurin osa yhteistyössä Kuortaneen urheiluopiston kanssa ja tämä toiminta jatkuu. Alkuvuodesta on suunniteltu koulutusjatkumon aloitusta Kuopioon ja Norrvallaan Vöyrille. Kurssitoiminnan säilyttämiseksi tavoitteena on käynnistää edelleen kurssikokonaisuuksia, myös online- ja hybridikurssien toteutusta koronaviruspandemian aikana suunnitellaan ja pyritään käynnistämään mahdollisimman pian. Tarvittaessa etsitään uusia yhteistyökumppaneita esim. urheiluopistojen, julkisen sektorin ja mahdollisesti myös suurten fysioterapialan yritysten joukosta. Tarvittaessa kursseja järjestetään myös tilausmuotoisina. Instituutti pyrkii käynnistämään yhteistyötä myös Oulun Ammattikorkeakoulun täydennyskoulutuskeskuksen kanssa.

Tietotaitojen päivytyspäiviä järjestetään tarpeen mukaan eri puolilla Suomea. Vuosittainen opintopäivä järjestetään mahdollisuuksien mukaan koronaviruspandemian salliessa fyysisesti esimerkiksi Oulun Ammattikorkeakoulun tiloissa tai vaihtoehtoisesti etäkoulutuksena, webinaarina. Suunnitelmana on lisäksi järjestää lääkäreille suunnattuja MDT-kursseja, jonne houkutellaan lääkäreitä esim. paikallisilta lääkäripäiviltä eripuolelta Suomea.

Instituutti pyrkii lisäksi aktiivisesti tukemaan MDT:n Diploma - koulutukseen hakeutumista.

TIEDOTUS JA MARKKINOINTI

Tiedotus tapahtuu pääasiassa internetsivujen ja jäsenistölle sekä tutkinnon suorittaneille suunnatun joukkosähköpostitusten kautta. Internetsivut ovat osin MII:n alaiset ja toimivuuteen ja selkeyteen kiinnitetäänkin huomiota. Sivuja päivitetään havaitun tarpeen mukaan. Facebookin ryhmää pyritään kasvattamaan mahdollisimman kattavan tiedottamisen tueksi. Suomenkielistä McKenzie -Newsletteriä toimitetaan 2 numeroa. Lisäksi välitetään jäsenille kansainvälistä MDT World Pressiä sähköisessä muodossa sen ilmestyessä. Julkaistua uusinta tieteellistä tutkimusmateriaalia pyritään hyödyntämään markkinoinnissa erityisesti lääkärikuntaa ajatellen. Suunnitelmissa on myös jollain aika-akselilla järjestää lääketieteen

kandidaateille menetelmän markkinointitilaisuus MDT-menetelmän tietoisuuden lisäämiseksi. Menetelmän markkinointia ammattikorkeakouluilla valmistuville opiskelijoille tehdään edelleen jalkautumalla kouluille. Kouluja ja suurimpia yksityisiä lääkäriasemia ja fysioterapiayrityksiä lähestytään markkinointikirjeellä

Myös uusien tiedotuskanavien käyttöönotto on mahdollista, esim. Twitter ja Facebook -videot sekä YouTube ja Instagram, mikäli innokkaita päivittäjiä jäsenistöstä löytyy. Facebook sivuja tullaan hyödyntämään myös kurssien markkinoinnissa ja sen sisältöä pyritään kehittämään. Kurssien markkinoinnissa hyödynnetään edelleen fysioterapeuttien paikallisyhdistyksiä.

KOKOUKSET

Hallituksen kokouksia pyritään järjestämään 5-8 kertaa vuoden aikana Skype -kokouksina puheenjohtajan kokoon kutsumina, sekä perinteisenä kesäkokouksena. Kevätkokous pidetään maaliskuussa ja syyskokous marraskuun aikana. Perinteinen kesäkokous pidetään heinä-elokuussa. Pohjois-Euroopan instituutit pitävät yhteyttä Skype kokouksilla 2-3 kertaa/v. 15. Maailmankongressi järjestetään Ottawassa 6-8.8.2021.

Kokoukseen osallistunevat Suomen McKenzie Instituutista hallituksen puheenjohtaja ja taloudenhoitaja, molemmat kouluttajat ja molemmat opettajakoulutuksessa olevat.

Suomen McKenzie Instituutin hallitus

Huom!

Kuntouta itse lonkkasi -kirja julkaistaneen
suomeksi ensi vuoden aikana!

Tiedotamme asiasta lähempänä 🗣️

Talousarvio vuodelle 2021

TUOTOT

Kurssituotot	20 000 €
Jäsenmaksutuotot	12 000 €
	<hr/>
	32 000 €

KULUT

Kurssikulut

Opetuspalkkiot	10 000 €
majoitus ja ruokailu	1 500 €
Koulutusmateriaali	1 000 €
"Levy"-maksut	1 500 €
	<hr/>
	14 000 €

Kokouskulut

matkat ja asuminen	8 000 €
<u>muut kokouskulut</u>	1 000 €
	<hr/>
	9 000 €

Markkinointikulut

jäsentiedotteet	500 €
<u>muut kulut</u>	2 000 €
	<hr/>
	2 500 €

Hallinto puhelin –

ja postikulut	200 €
toimistokulut	1 500 €
kirjanpito	1 500 €
sekalaiset kulut	1 000 €
vuokratulut	600 €
vakuutusmaksut	500 €
pankin kulut	700 €
stipendirahasto	500 €
	<hr/>
	6 500 €

ylijäämä - €

Kulut yhteensä 32 000 €

Referaatti: Matti Salkunen

Rosedale R., Rastogi R., Kidd J., Lynch G., Supp, G. & Robbins S. M. (2019) tutkivat potilasotosta, jossa oli mukana ylä- ja alaraajojen kipuoireista kärsiviä potilaita (n=322).

Alkuasetelmassa potilaiden raajaoireet olivat niin potilaiden omasta mielestä kuin lääkäreiden toteamina raajaperäisiä. Tutkijat luokittelivat potilaiden kivun lähteet raajojen ongelmista johtuviin ja rankaperäisiin syihin MDT-menetelmän avulla, ja vertailivat tämän jaottelun perusteella kohdistettujen hoitointerventioiden vaikuttavuutta kipu- (NPRS), toiminnallisen haitan (UEFI/LEFS/OMPSQ) ja kokonaismuutoksen (GRC) mittareilla. Luokittelujen perusteella vaivat hoidettiin joko rankaan tai raajiin kohdistetuilla MDT-interventioilla.

Tutkimusotoksessa yli 40 %:lle potilaista raajakivulle löytyi rangasta johtuva syy. Rankaperäisiksi luokitelluista oireista kärsineiden potilaiden hoitointerventioiden tulokset olivat parempia verrattuna raajakivuksi luokiteltujen oireiden hoidon tuloksiin.

Tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että raajojen kipua tutkittaessa on ensi arvoisen tärkeää arvioida ja hoitaa mahdolliset rangasta johtuvat oireet, jotka olivat kyseisessä tutkimusotoksessa yleisiä.

Tehdyn tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan voida sulkea pois sitä, etteivätkö rangan hoitointerventioilla hoidettujen potilaiden hoidon tulokset olisi olleet samansuuntaisia, mikäli hoito olisi kohdistettu pelkästään raajiin. Kyseessä ei myöskään ollut satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, joten MDT-menetelmän vaikuttavuutta ei voida yleistää. Näistä puutteita huolimatta Rosedalen et al. tutkimuksessa todetaan että monet satunnaistetut tutkimukset ei huomioi mahdollisia rankaperäisiä syitä raajojen kivulle.

Koko tutkimustekstin käänös

Johdanto

Kun potilas saapuu vastaanotolle tuki- ja liikuntaelinongelman vuoksi, klinikko suuntaa tutkimuksensa siihen kehon osaan jonka luulee olevan vaivan syynä. Edellytys paikallisena ilmenevän raajaoireen menestykselliselle hoitamiselle on, että oireet ovat lähtöisin pelkästään raajasta. Klinikot tulkitsevat potilaan taustatietoja ja tutkimustuloksia erotellakseen oireiden rankaperäiset ja raajaperäiset syyt. Tämä erotteluprosessi on ensiarvoisen tärkeä, mutta samalla erittäin haasteellinen. Jos rankaperäinen kipu tulkitaan väärin raajaperäiseksi ongelmaksi, tämä voi johtaa heikkoon päätöksentekoon ja ongelman epäasianmukaiseen hoitoon.

Haasteet erotusdiagnostiikassa ranka- ja raajaperäisten oireiden välillä yhdistetään sattumalöydöksiin suureen määrään oireettoman väestön raajoja kuvannettaessa. Muita sekoittavia tekijöitä ovat myös useiden

ortopedisten testien heikot psykometriset ominaisuudet ja että ne voivat olla herkästi virheellisesti positiivisia myös rankaperäisten syiden yhteydessä. Toistaiseksi puuttuu tarkoituksenmukaisesti testattu ja riittävän hyvin toteutettu dokumentoitu prosessi, jossa eroteltaisiin vaivojen ranka- ja raajaperäiset syyt. Useissa raajojen oireita käsittelevissä tutkimuksissa ei joko ole mainintaa rangan tutkimisesta tai prosessi on ollut ylimalkainen ja se on perustunut enemmän olettamuksiin kuin näyttöön. Joissakin tutkimuksissa arviointina on pidetty korkeintaan rangan liikkuvuuden havainnointia. Tutkimusten lähtötilanteissa hyväksytään, että mikäli raajan liike aiheuttaa kipua tai jos raajan liikkuvuus on rajoittunut, tällöin ongelman on oltava ainoastaan raajassa tai yhdessä erillisen rankaongelman kanssa.

Rankaperäinen raajakipu on tunnustettu ja kuvattu kirjallisuudessa [6,7,29,30], joskin useammin proksimaalisemmin, kuten olkapään osalta, esiintyvyyden ollessa 10-27 % sekä lonkan osalta erillisissä tapaustutkimuksissa. Rankaperäisten syiden esiintyvyydestä muiden nivelten, kuten nilkan ja ranteen osalta ei ole tutkimustietoa. Tutkimustiedon kattavuus rankaperäisten syiden esiintyvyydestä eri raajanivelten osalta on liian ohutta, jotta voitaisiin suositella klinikoita ja tutkijoita huomioimaan myös mahdolliset rankaperäiset syyt potilaan raajaoireiden taustalla.

Mekaaninen Diagnostisointi ja Terapia (MDT) on tuki- ja liikuntaelimestön arviointiin ja luokitteluun luotu menetelmä, jota harjoitetaan maailmanlaajuisesti. Menetelmällä on hyväksytty luotettavuus harjoitteluiden kliinikkojen toteuttamassa alaselkäkipujen luokittelussa ja ristiriitainen luotettavuus niska- ja raajakivusta kärsivien potilaiden luokittelussa. MDT on menetelmä, jota klinikot käyttävät luokitellakseen ja erotellakseen ranka- ja raajaoireita, jotka ilmenevät joko paikallisena tai säteilykipuna. Tavallisin MDT-luokitus, johon voi liittyä säteilykipu rangasta raajaan on Derangement-luokitus. Derangement-potilaat voivat kokea nopeita muutoksia oireissaan vasteena erilaisiin liikkeisiin tai kuormitusstrategioihin. Erityisen merkityksenkäs liikesuunta on niin sanottu 'directional preference', johon suuntaan potilaat voivat toistuvasti liikkua ja joka tuottaa pysyvän helpotuksen oireeseen ja toimintakyvyn paranemisen. Rangan ja raajan oireiden erotteluprosessissa MDT perustuu etupäässä enemmänkin oireiden ja mekaanisen vasteen havainnointiin toistetuissa loppuliikeradalle viedyissä liikkeissä kuin kuvantamiseen tai yksistään kivun paikan määrittämiseen. Erotteluprosessi keskittyy 'testaus-uudelleen testaus' -kaavaan, johon sisältyy aluksi raajan testaaminen, kivun, liikeradan sekä toiminnallisten tehtävien arviointineen, esimerkkinä aktiivinen olkanivelen loitonnuoliike. Tätä seuraa rangan testaaminen toistoliikkeillä, kuten toistetuilla kaularangan retraktioilla, jonka jälkeen testataan uudelleen merkityksikkäät muuttujat oirekuvassa. Toiko toistettu kaularangan retraktioharjoite muutosta olkanivelen abduktioon liikelaajuuden tai kivun intensiteetin suhteen? Prosessi voidaan toistaa rangan eri liikesuunnissa tai erilaisilla kuormitusstrategioilla kunnes saavutetaan merkittävä muutos raajan testaustuloksissa tai varmistetaan ettei muutosta tapahdu. Voidaan olettaa, että välttämällä joitakin sudenkuoppia vallitsevassa erotusdiagnostiikassa eikä tehdä päätöksiä yksistään kuvantamisen pohjalta tai käyttämällä testejä, joilla on heikot psykometriset ominaisuudet, klinikot voivat saavuttaa tarkemman kuvan siitä, mitkä oireet johtuvat rangasta ja mitkä eivät.

Tutkimuksen ensisijainen kohde oli MDT-menetelmän avulla erotella raajakivusta kärsivä potilasjoukko, joka hyötyy rankaan kohdistuvasta interventtiosta ja täten oletettavasti kärsii rankaperäisestä kivusta. Toinen tutkimuskohde oli vertailla reagoivatko nämä MDT-menetelmällä hoidetut 'rankaperäiset' raajaoireet hoitoon enemmän vai vähemmän suosiollisesti verrattuna raajojen ongelmiin, joissa ranka ei vaikuttaisi olevan oireen lähteenä.

Metodit

Tutkimussuunnitelma

Tutkimus oli pitkittäinen kohorttitutkimus, johon kuului kaksi klinikkaa Kanadassa (molemmat työterveyshuollon fysioterapiapalveluja sairaalatyöntekijöille), yksi klinikka Uudessa Seelannissa (ortopedinen ja urheilupoliklinikka) ja yksi klinikka Yhdysvalloissa (ortopedinen ja urheilupoliklinikka). Tutkimus kesti tammikuusta 2017 maaliskuuhun 2018. Tutkimukselle antoi eettisen hyväksyntänsä Western University Health Science Research Ethics Board, London, Canada, Uudesta Seelannista Ethics Committee ja Pacific University Oregon Institutional Review Board.

Tutkimukseen osallistujat

Tutkimukseen valikoituneille potilaille, jotka tulivat raajakivun vuoksi klinikoille välillä 8.1.2017 - 23.1.2018 selostettiin suullisesti tutkimuksen luonne. Potilaat, jotka olivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen, arvioitiin hyväksyttävyyden- ja poissulkukriteerein. Hyväksyttävyydskriteerit täytti ylä- tai alaraajakivusta kärsivä potilas, jolla kipu ei potilaan tai lähettävän lääkärin (jos lähetetty) olettamana ollut rangasta johtuva. Potilaiden oli oltava vanhempia kuin 15-vuotiaita ja heidän oli pystyttävä käymään fysioterapiassa 2-3 kertaa viikossa. Lisäksi heidän oli pystyttävä osallistumaan harjoitukseen perustuvaan terapiaan ja oli ymmärrettävä englantia. Potilaat poissuljettiin tutkimuksesta, mikäli kipu liittyi tulehdukselliseen prosessiin (kuten reumatoidiin artriittiin) tai jos heillä oli merkkejä lähiaikoina tapahtuneesta traumasta (kuten turvotus ja mustelmat). Potilaat suljettiin pois myös, mikäli heidän neurologinen tilansa vaikutti raajojen motoriseen toimintaan tai jos he tulivat leikkauksen jälkeiseen fysioterapiaan. Tutkimukseen hyväksytyt potilaat saivat informaatiokirjeen. Kaikilta potilailta edellytettiin tietoista suostumusta tutkimukseen.

Otoskoko

Alustavissa, tieteellisiin tutkimuksiin perustuvissa arvioissa esiintyvyydeltään 10-40 %:lla potilaista raajakipu olisi rangasta johtuvaa. Tutkimuksen pohjaksi valittiin 40 %:n esiintyvyys, koska se oli saatu laajimman tutkimusotoksen pohjalta. Esiintyvyyden ollessa 40 %:a, 95 %:n luotettavuusvälillä ja 5 %:n tarkkuudella, tutkimuksen luotettavuuden kannalta sopivaksi otoskooksi arvioitiin 369 osallistujan joukko.

Arviointi/interventio

Kaikkien neljän klinikan fysioterapeutit olivat MDT-koulutettuja (keski-ikä 45 vuotta; keskimääräinen työkokemus kliinisestä työstä: 21 vuotta). Kahdella oli Diploma-tason tutkinto MDT:sta ja he olivat McKenzie Instituutin kouluttajia, yksi sai Diploman ja yksi suoritti perustason MDT-koulutuksen. Tutkimukseen osallistujat arvioitiin MDT-menetelmällä ja hoidettiin kuten kliinikot normaalistikin potilaitaan hoitaisivat. Henkilötiedot hankittiin osana potilaan historiatietoja käyttämällä rakenteeltaan yhtenäistä MDT-tutkimuslomaketta. Osallistujien paino ja pituus mitattiin ja muut muuttujat kuten kivun sijainti, luonne, kesto ja rankakivun olemassaolo huomioitiin osana potilaan historiatietoja. Fyysisen tutkimisen avainkohtia ovat pysyvien vertailukohtien ja lähtötasojen määrittäminen. Nämä voivat sisältää kivun lähtötason sekä kivuliaat tai rajoittuneet raajojen liikkeet tai toiminnot, jotka tuottavat oireita. Esimerkiksi kyykistyminen tai portaalle nousu voivat olla sopivia vertailukohtia/lähtötasoja ajatellen polvikivusta kärsivää potilasta. Kun tutkimukseen osallistujien lähtötasot oli määritetty, kliinikot tarkastivat rangan toiminnan käyttäen liikeratojen loppuun vietyjä toistoliikkeitä ja kuormitusstrategioita. Potilas esimerkiksi suoritti toistuvia lannerangan ojennusliikkeitä seisten tai toistuvia lannerangan koukistusliikkeitä selinmakuulla. Oireiden vasteita seurattiin ja lähtötasojen uudelleenarviointia tehtiin koko fyysisen tutkimisprosessin ajan. Mikäli rangan liikkeillä havaittiin vaikutusta oireisiin tai lähtötasoon, rankaan kiinnitettiin tarkempaa huomiota. Kun liikkeiden vaikutus oli osoitettu puhtaasti ja toistetusti, tehtiin väliaikainen MDT-luokitus. Väliaikainen luokitus sisälsi oireiden syyn jaottelun ranka- tai raajaperäisiin ja osallistujat jaettiin vastaavasti ranka- tai raajaperäisten oireiden ryhmiin. Rankaperäisten oireiden ryhmää ohjattiin itsehoitoon, jota oli toistettujen tai pitkäkestoisten 'directional preference'-suunnan liikkeiden suorittaminen loppuliikeradalle asti. Esimerkiksi jos kaularangan osalta huomattiin, että kaularangan sivutaivutus oikealle muutti kivun tai toiminnan lähtötasoa parempaan suuntaan, tällöin se saattoi olla 'directional preference'-harjoite, jota potilas teki säännöllisesti omatoimiharjoitteena arjessaan. Potilaita koulutettiin tarkkailemaan oirevastettaan harjoitteiden suotuisan vaikutuksen takaamiseksi.

Mikäli kivun arveltiin olevan raajaperäistä, suoritettiin tarkempi testaus raajan oireen MDT-luokituksen tekemiseksi. Hoitointerventio perustui tähän luokitukseen. Esimerkiksi jos luokitus oli kyynärpään Contractile Dysfunction ranteen ojennusliikkeessä, tällöin toistettu, vastustettu ranteen ojennusliike annettiin kuormitusstrategiaksi potilaan omatoimiharjoitteisiin. Seurantakäynnit joko vahvistivat tai kumosivat väliaikaisen MDT-luokituksen, ja hoitoa jatkettiin tai muutettiin uudelleen tutkimisen löydösten perusteella. Kivun lähteen todettiin olevan rankaperäinen, mikäli potilaan ensisijainen hoitoon hakeutumiseen johtanut raajaoire helpottui pelkästään rankaan kohdistetulla hoitointerventiolla. Hoitokertojen määrä tilastoitiin. Kivun sijainti kehossa jaettiin kahdeksaan alueeseen: lonkka, reisi/sääri, nilkka/jalkaterä, olkapää, olka- ja kyynärvarsi, kyynärniveli ja ranne/käsi.

Tulosten arviointi/mittarit

Potilaan itsearviointiin käytetyt mittarit olivat 11-numeroinen Numeric Pain Rating Scale (NPRS), Upper Extremity Functional Index (UEFI) yläraajaoireisille ja Lower Extremity Function Scale (LEFS) alaraajaoireisille. NPRS on 11-numeroinen nollasta alkava asteikko, jossa 0 tarkoittaa ei kipua ulottuen 10:een joka tarkoittaa pahinta kuviteltavissa olevaa kipua. NPRS-asteikon testi-uusintatesti -reliabiliteetti on todettu hyväksyttäväksi. UEFI ja LEFS mittaavat fyysistä toimintakykyä ja ovat molemmat todettu erinomaisiksi testi-uusintatesti -reliabiliteetiltaan ja sisäiseltä yhteneväisyydeltään. Orebro Musculoskeletal Pain Screening Questionnaire (lyhyttä kaavaketta) (OMPSQ) käytettiin psykososiaalisista tekijöistä johtuvan viivästyneen paranemisen vuoksi ja sillä on osoitettu olevan kohtalainen ennustettavuus. Lyhyellä kaavakkeella on vastaava tarkkuus kuin pidemmällä versiolla. Global Rating of Change scale (GRC) on mittari joka mittaa potilaan itse kokemaa muutosta ja sillä on korkea koettu validiteetti ja hyvä testi-uusintatesti -reliabiliteetti. Tutkimukseen osallistujat täyttivät mittauslomakkeet ensitapaamisella sekä viimeisellä vastaanotolla. Global Rating of Change täytettiin vain viimeisen vastaanottokäynnin yhteydessä.

Tilastollinen analyysi

Tilastolliset tunnusluvut laskettiin ryhmäkuvaajien muuttujista koko otoskoosta sekä raaja- ja rankaperäisten oireiden tutkimusjoukoista erikseen. Erillisillä t-testeillä vertailtiin ranka- ja raajaperäisten oireiden joukkojen satunnaismuuttujia (ikä, pituus, paino, painoindeksi, olemassa oleva rankakipu). Pääasiallisen tutkimuskohteen havinnollistamiseksi, vertailtiin luokitusten osuuksia lisätaulukon avulla (raajaperäiset vs. rankaperäiset oireet) kahdeksalla kehon osa-alueella. Lisätaulukon merkitsevyytensä tutkittiin Khiin neliö-testillä, ja vertailu kaikkien kehon osa-alueiden osalta tehtiin tarkentaen analyysiä useammilla vertailukerroilla. Toisen tutkimuskohteen havinnollistamiseksi vaikutuksen suuruus ranka- ja raajaperäisten oireiden ryhmien välillä laskettiin loppumittaustulosten osalta; tarkennukset alkuvastaanoton pisteiden ja hoitokertojen lukumaana osalta tehtiin käyttämällä kovarianssianalyysiä. Vaikutusten suuruutta kokonaisuutosta arvioivan GRC-mittarin osalta tarkennettiin ainoastaan hoitokertojen lukumäärän osalta, koska alkuvastaanoton tietoja ei ollut. Vaikutusten suuruutta pidettiin pienenä ($d = 0.20$) kohtalaisena ($d = 0.50$) ja suurena ($d = 0.80$) ja positiiviset arvot viittasivat rankaperäisten oireiden parempiin hoitutuloksiin. Analyysit koottiin SPSS-versiolla 24 (IBM Corp.). Vaikutuksen suuruus laskettiin Microsoft Excel-ohjelmalla.

Tulokset

Aluksi tutkimukseen etsittiin 369 potentiaalista osallistujaa. Neljäkymmentäseitsemän osallistujaa jätti tutkimuksen kesken, joten heitä ei sisällytetty lopulliseen tutkimusotokseen, johon jäi 322 siis osallistujaa. Kaikki osallistujat täyttivät NPRS-, OMPSQ- ja GRC-kyselyt. Osallistujat, joilla oli yläraajakipua täyttivät UEFI-kyselyn ($n = 147$). Vastaavasti alaraajakipuiset osallistujat täyttivät LEFS-kyselyn ($n = 175$). Satunnaismuuttujissa ei havaittu merkityksellisiä eroja ryhmien välillä (Taulukko 1). Luokittelun pohjalta rankaperäinenkipu todettiin 140:lla (43,5 %) 322 osallistujasta. Tilastollisesti merkityksellinen ($\chi^2 = 38.295$,

$p < 0.001$) yhteys oli luokituksen ja kipualueen välillä. Tarkemmat vertailut kivun esiintymisalueiden osalta osoittivat, että rankaperäisiä oireita oli eniten olka-/käsivarren ($p = 0,027$) ja lonkan ($p = 0.007$) alueilla ja vähiten polven alueella ($p = 0.002$) (Taulukko 2). Muita tilastollisesti merkityksellisiä eroja luokituksissa esiintymisalueiden välillä ei havaittu (Taulukko 2).

Tutkimuksen lopputuloksia kuvaavat tilastot, hoitokertojen määrät ja vaikutuksen suuruus nähdään taulukosta 3. Vaikutuksen suuruus viittaa siihen, että rankaperäisten oireiden ryhmällä oli paremmat hoitotulokset kaikilla mittareilla verrattuna raajaperäisten oireiden ryhmään kun otetaan huomioon ensimmäisen tutkimuskäynnin tulokset ja hoitokertojen määrä. Vaikutuksen suuruus nähdään OMPSQ-mittarin osalta vähäisenä, kohtalaisena NPRS-, UEFI- ja LEFS-mittareilla, suurena vaikutuksena GRC-mittarin osalta.

Pohdinta

Tämä tutkimus on ensimmäinen joka perusteellisesti dokumentoi potilasosuuden, jossa potilaiden raajaoireet, jotka eivät potilaiden omasta mielestä olleet lähtöisin rangan tasolta, reagoivat rangan tason hoitointerventioihin ja tällä perusteella olivat oletetusti syiltään rankaperäisiä. Tutkimusotoksen 322 potilaalla raajakivun syy oli rangasta johtuva 43,5 %:lla.

Nivelten osalta on vertailun vuoksi olemassa aiemmin dokumentoitua tutkimusaineistoa; olkapään osalta rankaperäistä kipua on todettu 10 %:lla, 17 %:lla ja 29 %:lla potilaista. Tämän tutkimuksen tulos, olkapään osalta 47,6 %:ia, on suurin tähän asti raportoiduista osuuksista. Verrattaessa saatua tulosta tutkimuksiin, joissa MDT-menetelmää ei olla käytetty, osuuksissa on suurimmat erot. Tässä voi heijastua erotusdiagnostiikassa käytettyjen menetelmien vaikutus. Heidar Abadyn tutkimukseen verrattuna, jossa myös käytettiin toistoliikkeitä lähtötason testaus-uudelleentestaus -metodilla saatiin samansuuntaiset osuudet. Kyynärnivelen ja ranteen/käden osalta saatiin vastaaviksi osuuksiksi 44 % ja 38,5 %. Näihin tuloksiin ei vielä ole vertailudataa olemassa. Oletamme, että nämä prosenttiosuudet todetaan verraten suuriksi sen loogisen päätelmän perusteella, että mitä distaalisempia oireet raajoissa ovat, sitä pienempi olisi myös rankaperäisten syiden osuus. Todellisuudessa tämä tutkimus osoittaa sen suuntaisesti, mutta vain asteittain rankaperäisen osuuden ollessa kyynärpäähän osalta vain hieman vähäisempi verrattuna olkapäähän ja ranteen/käden osalta 10 %:ia vähäisempi. Kuitenkin, verrattaessa osuuksia nivelten välillä olka-/kyynärvarren osalta rankaperäiden syiden osuus oli huomattavan suuri, 83,3 %:ia. Tämä voi liittyä somaattisen kivun luonteeseen - kipua kuvataan usein laaja-alaisempana kuin tarkasti nivelessä tuntuvana. Kokonaisuutena yläraajan osalta 48,3%:lla osallistujista arvioitiin oireet rankaperäisiksi, mikä vahvistanee tarvetta tämäntyyppiselle systemaattiselle lähestymistavalle alkututkimuksia ja uudelleen arviointeja tehtäessä.

Alaraajakivun osalta rankaperäinen syy havaittiin tässä tutkimuksessa 39,4 %:lla potilaista. Esiintyvyyden ollessa lonkassa 71 %, polvessa 25,6 % ja nilkan/jalan alueella 29,2 %. Vertailudataa on ainoastaan polven osalta, jossa yhdessä retrospektiivisessä tutkimuksessa todettiin polven nivelrikkoisilla 45 %:lla kivun syy

olevan peräisin rangasta. Tässä tutkimuksessa löydetty osuus oli siis polvikivun suhteen verraten alhainen. Yksi mahdollinen selitys voi olla, että Hashimoton tutkimuksessa, yli 50%:lla osallistujista oli polvikivun lisäksi samanaikaista selkäkipua. Tässä tutkimuksessa vastaava prosenttiosuus oli 14 %:ia. Lisäksi Hashimoton tutkimuksessa potilailta ei kysytty, eikä heitä poistettu tutkimusotoksesta, jos he kokivat, että selkäkipu oli polvikivun taustalla. Kirjoittajat uskovat, että verrattuna siihen mitä yleisesti odotettaisiin, osuutta pidettäisiin silti korkeana. Lonkan osalta rankaperäisten syiden osuus on suurin kaikista raajojen nivelistä. Tämä ei ole ehkä yllättävää nivelen proksimaalisen sijainnin sekä hyvin dokumentoitujen lannerangan kanssa päällekkäisten säteilykipualueiden vuoksi. Kuten yläraajassa myös alaraajassa rankaperäisten syiden suurin osuus, 72,2 %:ia, on nivelten välissä (reisi/sääri).

Vertailtaessa hoidon lopputuloksia ranka- ja raajaperäisten oireiden ryhmien välillä, on mielenkiintoista huomata, että kaikki loppumittaukset; kivun, toiminnan ja psykososiaalisten tekijöiden osalta olivat rankaperäisten oireiden ryhmällä parempia. Mahdollinen selitys löytyy myös oireiden luokituksista: kaikkien paitsi yhden rankaperäiseksi luokitellun oireiston MDT-luokitus oli 'Derangement'. Tämän MDT-luokituksen vaivoilla on dokumentoitu nopea hoitovaste ja hyvä paranemisennuste. Raajaoireiden luokitukset sisälsivät 'Derangement'-luokituksia mutta olivat enemmänkin sekoitus eri MDT-luokituksia. Tällaisen potilasryhmän paranemisennusteet ovat vaihtelevia ja hoitovasteetkin ilmenevät usein pidemmällä aikajänteellä. Tulosten pitäisi rohkaista klinikkoja tutkimaan täydellisemmin rankaperäiset syyt raajakivulle tietäen, että se voisi johtaa erinomaisiin hoitotuloksiin.

Vaikka tutkimuksen raajaoireistot eivät täyttäneet radikulopatian kriteereitä, radikulaarinen kipu voi silti olla mahdollista ja kipumekanismia voidaan pitää selityksenä osalle proksimaalisemmille oireille, kuten lonkan, olkanivelen ja polven kivuille. Dokumentaatiossa vähemmän esiintynyt radikulaarinen kipu ja potilaiden osuudet tässä tutkimuksessa viittaavat siihen, ettei se suurimmalle osalle sopisi oikeaksi kipumekanismiksi. Loogisin selitys kipujen luonteelle viittaisi rankaperäiseen somaattiseen heijastekipuun. Selitystä sille, miten monet rankaperäiset oireet näyttäytyvät raajaperäisinä ei löydetä tässä tutkimuksessa, mutta on ymmärrettävää miten ne voivat sekoittaa potilasta itseään, häntä tutkivaa lääkäriä ja mahdollisesti oireita hoitavaa klinikkoo. Kuitenkin olisi varmistettava, että olemassa olevaa käytäntöä diagnoosin muodostamisesta yksistään tai enimmäkseen kivun sijainnin perusteella valvottaisiin tarkemmin.

Tehdyn tutkimuksen perusteella ei voida poissulkea sitä, etteivätkö ainoastaan rangan interventioilla hoidetun potilasotoksen tulokset olisi olleet samansuuntaisia, mikäli hoito olisi kohdistettu pelkästään raajoihin. Luotettavuutta väitteelle, että ranka voisi olla oireiden syynä antaa vastaanottokäyntien välillä tapahtuneet muutokset raajojen lähtötasoissa ja erinomaiset hoidon lopputulokset raajaperäisinä ongelmina hoidettuihin potilaisiin verrattuna. Kyseessä ei myöskään ollut randomisoitu kontrolloitu tutkimus, joten ei voida olettaa että hoidon lopputulokset eivät voisi johtua muistakin tekijöistä, kuten oireiden luonnollisesta etenemisestä, regressiosta keskiarvoon nähden tai terapian yleisistä vaikutuksista kuten terapeuttisesta kohtaamisesta, kuin pelkästään MDT-menettelyn tehokkuudesta. Aiemmin mainitun tosiasian, rankaperäisten oireiden ryhmän paremmat lopputulokset, ei luulisi viittaavan tähän. Tutkimuksen toinen

rajoitus on, etteivät tulokset ole suoraan sovellettavissa tai yleistettävissä muiden potilaiden hoitoon erilaisten kliinisten yhteyksien ja klinikkojen erilaisten koulutustaustojen vuoksi. Muuna rajoituksena voidaan mainita 47 tutkimukseen osallistuneen rajaaminen pois analyysistä, koska he keskeyttivät tutkimukseen osallistumisen ennen varsinaisen oireluokituksen varmistumista. Tästä syystä heitä ei voitu laskea mukaan kumpaankaan tutkimusryhmään.

Monissa RCT-tutkimuksissa, jotka käsittelevät raajaoireita ei dokumentoida poisulkukriteereitä ajatellen rankaa potentiaalisena oireiden syynä tai tutkimuksissa luotetaan ainoastaan kivun sijaintiin.

Tutkimusoletuksina on siis täytynyt olla että oireiden sijainti määrittää syyn kivulle. Tämän tutkimuksen tulokset nostaa esiin puutteita useiden raajojen osalta tehtyjen randomisoitujen kontrolloitujen tutkimusten luotettavuudesta, koska niissä on mahdollisesti otettu mukaan potilaita, joilla on mahdollisia rankaperäisiä syitä raajojen kivulle. Tämä "saastuttaisi" potilasotoksia, kyseenalaistaisi tutkimustulokset ja johtaisi epäoptimaalisiin hoitokäytäntöihin. Nämä lopputulokset voidaan välttää riittävällä rangan tutkimisella, jossa raajojen lähtötilanteet otetaan selville ja testataan uudelleen toistettujen rangan liikeradan loppuun vietyjen liikkeiden jälkeen.

On tärkeää huomioida, että mikäli rankaongelmat, jotka aiheuttavat raajaoireita tunnistettaisiin, monet näistä vaivoista voitaisiin hoitaa itsehoidollisesti omatoimiharjoitteilla, jotka mahdollistaisivat potilaan nykyisen vaivan helpottumisen ja antaisivat keinoja mahdollisista seuraavista kipujaksoista selviämiseen.

Tutkimuksessa tehdyn suuren tutkimusjoukon perusteellinen tutkiminen ja uudelleenarviointi kuluttaa eniten aikaa ja resursseja hoidon alkuvaiheessa. Erinomaisten hoidon lopputulosten valossa ja rankaperäisen syyn huomiotta jättämisen aiheuttamien turhien kustannusten poisjääminen voisi oikeuttaa hoidon alussa aiheutuvat kustannukset. Tulokset tulisi nyt toisintaa ja lopputulokset osoittaa samankaltaisiksi randomisoidulla tutkimuksella.

Johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella suuressa osassa raajojen oireista on taustalla rankaperäinen syy, joihin saatiin hoitovaste rangan tasolle tehdyllä harjoitusinterventiolla. Tämä voisi osoittaa sen, että raajavaivojen osalta rangan tutkimista ei nykyisellään tehdä optimaalisella tarkkuudella ja että oirevasteita seuraamalla tehty 'lähtötason testaus - uudelleentestaus' -prosessilla on merkittävä potentiaali raajaoireiden tiedostamattomien syiden paljastamiseksi.

Referaatti webinaarista: Lantion kipuoireyhtymä – Normien haastamista MDT-menetelmän keinoin

Referaatti Aino Mäkinen

McKenzie instituutin kansainvälisiltä sivuilta löytyvä webinaari esittelee MDT-menetelmän hyödyntämistä lantion kipuoireyhtymän hoidossa (Chronic pelvic pain syndrome, CPPS), sekä laajemmin lantion alueen kipujen hoidossa. Webinaarin pääpuhujana toimii valtuutettu MDT terapeutti Di Wu, joka on erikoistunut lantion alueen fysioterapiaan. Webinaarin moderaattorina toimiva Michael Dyck, diploma tutkinnon suorittanut MDT-terapeutti tuo myöskin esille omia kokemuksiaan MDT:n hyödyntämisestä lantion alueen ongelmissa. Esityksessään Wu huomauttaa, kuinka lantion tutkiminen ja hoitaminen on itseasiassa hyvin samanlaista kuin raajanivelten tutkiminen ja hoitaminen MDT-menetelmän keinoin. Wu on kokenut omien ja kollegoidensa asiakastapausten perusteella MDT-menetelmän hyödyntämisen lantion alueen ongelmissa toimivaksi. Hän on huomannut merkittävän osan lantioperäisistä ongelmista vastaavan rangan liikkeisiin ja kuormitukseen, ollenkin näin rankaperäisiä ongelmia.

Miksi käyttää MDT:tä lantion alueen ongelmissa?

Wu aloittaa webinaarinsa saamalla kuuntelijan ajattelemaan lantion alueen toimintoja mekaanisina toimintoina, joihin liittyy aina kuormituksen lisääntyminen tai vähentyminen. Esimerkkeinä tästä hän esittää rakon ja suolen toiminnan, raskauden ja synnytyksen sekä seksuaaliset toiminnot. Kaikkiin näihin liittyy oleellisesti mekaaninen kuormitus, tietyt asennot, toistuvat liikkeet sekä lihasten supistuminen ja rentoutuminen. Kaikki nämä ovat mekaanisia toimintoja, joiden tutkimiseen, luokitteluun ja hoitamiseen MDT-menetelmä on omiaan.

Wu huomauttaa kuinka paljon ristiriitaisuuksia esiintyy, jos lantion alueen ongelmia luokitellaan vain patoanatomisesti. Esimerkkinä tästä hän käyttää kroonista lantion kipuoireyhtymää (Chronic pelvic pain syndrome/ CPPS), kroonista eturauhastulehdusta (Chronic prostatitis/CP), virtsarakon kipuoireyhtymää (Interstitial cystitis/IC tai Bladder pain syndrome/BPS) sekä ärtyvän suolen oireyhtymää (Irritable bowel syndrome). Kaikissa edellä mainituissa voi esiintyä mm. kipua lantion alueella, ongelmia virtsatessa sekä ongelmia seksuaalisissa toiminnoissa. Wu kokee siis patoanatomisen luokittelun haastavaksi oireiden ja tautien määritelmien päällekkäisyyksien vuoksi. Toinen ongelma, jonka Wu ja Dyck nostavat esiin on alkututkimuksen jääminen liian suppeaksi, koska potilas häpeilee kertoa tiettyjä oireita tai ongelmia tai puolestaan terapeutti saattaa häpeillä kysyä arkoja kysymyksiä liittyen rakon ja suolen toimintaan tai seksuaalisiin toimintoihin. Osa merkittävistä oireista voi siis jäädä huomioimatta. Näistä oireista voisi olla apua alkutilanteen kartoittamisessa ja hoidon vaikutusta kyseisiin oireisiin voitaisiin havainnoida kun niistä oltaisiin tietoisia.

Lannerangan ja lantion alueen kipujen yhteys

Tutkiessaan lantion kipujen vuoksi vastaanotolle tulleita asiakkaita Wu tutkii heidät aina MDT menetelmällä. Hän on kehittänyt yhdessä kollegoidensa kanssa MDT menetelmän mukaiset lantion tutkimuslomakkeet sekä miehille että naisille. Kyseiset lomakkeet ovat edelleen kehityksen alla, joten niitä ei löydy vielä laajemmasta jakelusta. Lomakkeista löytyy mm. kipupiiirros kuten muistakin MDT:n tutkimuslomakkeista. Kipupiiirroksista on Wu:n mukaan nähtävissä selvästi sentraalista kipua, unilateraalista kipua, bilateraalista asymmetristä kipua sekä bilateraalista symmetristä kipua kuten usein alaselkäkipuakin tutkittaessa piiirroksista havaitaan. Myös sentralisaatio ilmiön Wu näkee lantion alueen kivuissa. Tällöin sentralisoituminen tapahtuu lantion alueelta kohti selkää.

Wun innostus hyödyntää MDT:tä lantion kivuista kärsivillä potilailla sai alkunsa Dyckin potilastarinasta. Dyck kertoo tutkineensa nuorena fysioterapeuttina 50 vuotiasta miestä, joka oli kärsinyt alaselkäkipuista 10 vuotta. Kipu säteili alaselästä etureiteen, nivuseen ja penikseen. Mies oli jonossa pudendaalihieron operaatioon voimakkaan kivun vuoksi. Kipua pahensi yli viiden minuutin kävely ja miehellä oli ongelmia seksuaalisissa toiminnoissa. Dyck ajatteli voivansa auttaa miestä selkävun osalta, mutta ei seksuaalisten toimintojen osalta. Hän oli aloittanut tutkimaan toistettujen vatsamakuulla tehtyjen lannerangan ekstensioiden vaikutusta selkäkipuun saaden tulokseksi lannerangan liikkuvuuden huononemisen ja kivun provosoitumisen. Testin jälkeen kipu oli voimakkaampaa kuin ennen ekstensioiden tekemistä. Seuraavaksi Dyck kokeili kuinka lannerangan fleksio makuulla vaikuttaa kipuun. Tämä oli aluksi potilaalle kivuliasta, mutta pikkuhiljaa kipu lievitettiin ja seisomaannousteissa mies oli tuntenut olonsa paremmaksi. Dyck antoi fleksion makuulla kotiharjoitteeksi. Viikon päästä vastaanotolla mies koki tilanteensa 50-60% paremmaksi. Kipu oli vähentynyt selässä, etureidissä, nivusessa sekä peniksessä. Kotiohjeeseen lisättiin fleksio istuen ja seisten. Kahden viikon päästä vastaanotolla tilanne oli jo 90-95% parempi ja mies kertoi seksuaalisen toimintakykynsä palautuneen ja hän oli perunut pudendaalihieron operaation. Dyck pystyi siis auttamaan miestä ns. vahingossa kokonaisvaltaisemmin kuin oli alunperin ajatellut hyödyntäen MDT-menetelmää.

Tämän potilasesimerkin inspiroimana alettuaan käyttää MDT-menetelmää lantion alueen kipujen hoidossa, Wu on saanut hyviä tuloksia omien asiakkaidensa kohdalla, joista hän antaakin esityksessään seuraavia potilasesimerkkejä.

Tapaus 1

Kyseessä 55-vuotias nainen, jolla on esiintynyt yhdeksän kuukauden ajan kipua peräsuolella (VAS asteikolla 4-10) rectovaginaalisen fistulan operaation jälkeen. Takana on kymmenen käyntiä lantionpohjan fysioterapiaan erikoistuneella fysioterapeutilla. Kipua pahentaa kävely, paikallaan seisominen ja selinmakuulla olo. Istuminen helpottaa hieman kipua. Ulostaminen on kivuliasta ja tapahtuu n. 7-8 kertaa päivässä.

Wu aloittaa tutkimisen pyytämällä naista menemään selinmakuulle, mutta tähän nainen on vastahakoinen. Vatsamakuuta nainen suostuu kokeilemaan ja lopulta kokeekin kyseisen asennon helpottavan oloa. Wu pyytää naista nousemaan kyynärnojaa, jossa kipu lievittyy entisestään. Tutkimus jatkuu toistetuilla lannerangan ekstensioilla vatsamakuulla. Nyt kipu lievittyy VAS asteikolla kuudesta kahteen. Kotiohjeeksi Wu antaa toistetut ekstensiot makuulla. Seuraavalla käynnillä tilanne on 50% parempi alkutilanteeseen verrattuna. Kuuden käynnin jälkeen nainen kertoo, ettei kipua enää esiinny kävellessä eikä seistessä. Ulostaminen on edelleen hieman kivuliasta, mutta nyt nainen kokee pärjäävänsä tämän kanssa. Ulostuskerrat ovat vähentyneen kolmeen kertaan päivässä. Löydettyään oireita helpottavan hoitosuunnan (Directional preference) Wu pystyy luokittelemaan ongelman luokkaan derangement.

Tapaus 2

Kyseessä on 40-vuotias mies, jolla on esiintynyt kolmen vuoden ajan jaksottaista kipua vasemmassa kiveksessä ja eturauhasessa. Lisäksi päivittäiset virtsaamiskerrat ovat lisääntyneet merkittävästi ollen n. 15 kertaa/päivä. Taustalla on 15 vuoden historia selkäkipua. Ensimmäisellä hoitokerralla Wu ei pysty luokittelemaan ongelmaa, mutta antaa kotiohjeeksi lannerangan ekstension makuulla. Seuraavalla käynnillä potilas kertoo ekstension pahentaneen kipua sekä virtsaamiskertojen lisääntyneen entisestään. Toisella käynnillä oikeaksi hoitosuunnaksi osoittautuu lannerangan fleksio, jonka Wu antaa toistettuna kotiharjoitteeksi. Viikon päästä vastaanotolla potilas kokee tilanteen 70% paremmaksi. Neljän käynnin jälkeen kipua ei enää esiinny kiveksessä eikä eturauhasessa ja virtsaamiskerrat ovat normalisoituneet. Selkäkipua esiintyy hieman, mutta sekin lievempänä. Wu luokittelee ongelman luokkaan derangement.

Tapaus 3.

Kyseessä on 41-vuotias mies, joka ohjataan Wu:lle fysioterapiaan seksuaalisten toimintojen ongelmien vuoksi. Miehellä on esiintynyt kipua peräaukolla ja välilihan alueella seitsemän kuukauden ajan. Kipu on alkanut kolme kuukautta selkään kohdistuneen työtaturman jälkeen. Kipua esiintyy myös alaselässä ja uutena ongelmana kipu välilihan alueelta säteilee sisäreiteen. Yhtenä yönä virtsa on karannut nukkuessa. Lisäksi potilaalla on ongelmia seksuaalisissa toiminnoissa; kipua erektion aikana ja yhdynnässä. Potilas kertoo selän taaksetaivutuksen helpottavan kipua. Tarkemman haastattelun kautta Wu saa tietää potilaan olevan HIV-positiivinen. Työtaturman jälkeen lääkäri on havainnut tutkimuksissaan miehen veressä olevan virusmäärän olevan sillä hetkellä alhainen ja kertonut sen tarkoittavan parempaa mahdollisuutta lapsen hankintaa ajatellen. Mies kertoo Wu:lle yrittäneensä tosissaan saada lasta vaimonsa kanssa saatuaan tämän tiedon. Yhdyntä on ollut tässä tapauksessa mekaaninen toiminto, jota potilas on jatkanut kivusta huolimatta. Haastattelun ja tutkimusten perusteella kipua lievittäväksi hoitosuunnaksi Wu löytää lannerangan ekstension, jonka hän ohjaa kotiharjoitteeksi. Lisäksi Wu ohjaa miehelle kuinka lisätä painetta ristiluun alueelle (potilaan lisäkuorma).

Viiden käynnin jälkeen potilas kertoo seksuaalisen elämänsä parantuneen merkittävästi. Wu on luokittellut ongelman luokkaan derangement. Potilas on jatkanut fysioterapiaa Wu:n kollegalla.

Wu kertoo omien kokemustensa perusteella n. 40% lantion alueen ongelmista olevan luokkaa derangement. Hän kuitenkin muistuttaa ettei hoitona toimi pelkästään lannerangan fleksion tai ekstension ohjaaminen, vaan myös lantion kipuja ja ongelmia hoidettaessa tulee hyödyntää lateraalisia suuntia, eri asentoja sekä tehdä muutoksia kuormitustekijöihin. Myöskään muita luokituksia ei saa unohtaa; n. 25% lantion alueen ongelmista Wu arvioi kuuluvan luokkaan dysfunction (artikulaarinen tai kontraktiilinen) ja n. 35% luokkaan muu.

Wun ja Dyckin tarkoituksena on saada terapeutit hyödyntämään MDT:tä lantion kiputilojen tutkimisessa, luokittelussa ja hoitamisessa. He ehdottavat ajattelemaan lantiota ikäänkuin raajana. Kuten ylä- ja alaraajojen kipuja MDT-menetelmällä tutkittaessa tutkitaan myös ranka, tulisi myös lantion tutkinnan osalta ranka aina huomioida. Wu ja Dyck rohkaisevat terapeutteja kokeilemaan ja sitä kautta kehittymään terapeutteina sekä kehittämään MDT-menetelmän hyödyntämistä lantion alueen ongelmassa. Wun klinikalla on meneillään aiheesta tutkimus, jonka tuloksia odotellaan saatavaksi vuoden loppuun mennessä.

MONTCLAIR
PHYSICAL
THERAPY

MONTCLAIR PHYSICALTHERAPY

Certified McKenzie Clinics

388 Pompton Avenue, Cedar Grove, NJ. 07009

35A East 35th Street Suite 206, New York, NY 10016

Tel: 973-433-0772

Tel: 212-684-9098

Fax: 973-433-0775

www.montclairphysicaltherapy.com

November 23, 2020

Dear: re: **Covid-19 Survey Results**

Eva and I would like to thank you very much for responding to the Covid-19 survey that was sent out last month. The results were broken up by region: EU and Americas/Australia/NZ/Japan.

These were the survey questions:

1. Have any of you or your family members had Covid-19? If so, how many and what was the outcome?
2. Have any of your patients had Covid-19? If so, how many and what was the outcome?
3. Have any of your friends or larger sphere had Covid-19? If so, how many and what was the outcome?

In the Americas/Australia/NZ/Japan group there were 20 respondents. Here are the results:

Question 1: 0 cases: 76%; 1-5 cases: 24%; 6-10 cases: 0%

Question 2: 0 cases: 58%; 1-5 cases: 30%; 6-10 cases: 9%

Question 3: 0 cases: 43%; 1-5 cases: 43%; 6-10 cases: 15%

12 clinics: reported 0 cases

6 clinics: reported 3 or fewer cases

1 clinic: reported 5 cases, 5 fully recovered

1 clinic: reported <10 cases (3 symptomatic and fully recovered, the remainder were asymptomatic)

Three clinics provided information on numbers of new patient visits, which allowed us to determine prevalence. Here are the results from those clinics:

Clinic A: 190 visits/month between March and October- 3 infections, minimal symptoms, all fully recovered within 3 weeks with a return to normal activity.

March-October: 320 new patient visits, 3 infections- fully recovered- Prevalence: .0093%
June-October: 197 new patient visits, 1 infection-fully recovered- Prevalence .005%,
August-Oct : 123 new patient visits, 0 infections- Prevalence 0%.

Clinic B: the director oversees multiple clinic sites: 900 new patient visits/month- <10 infections, (3 symptomatic and fully recovered, the remainder of the cases were asymptomatic).

March-October- 7200 new patient visits: 900 new visits/month <10 infections. Prevalence: .0013%

Clinic C: (10 PT's): 400 new patient visits/month- no reported infections.

March-October: 3200 new patient visits- Prevalence: 0%

Of the clinics reporting safety practices, here is a list of measures implemented:

- Cleaning of surfaces after each patient encounter
- Scheduling of patients to allow for physical distancing: 1 on 1 treatment sessions
- Wearing masks
- Washing hands after each patient encounter
- Don't touch your face
- Use of digital thermometers to monitor temperature
- Check in station

In the EU group there were 13 respondents. Here are the results:

Q1: 0 cases: 83%; 1-5 cases: 8.3%; 6-9 cases: 8.3%

Q2: 0 cases: 91%; 1-5 cases: 8.3%; 6-9 cases: 0%

Q3: 0 cases: 41.7%; 1-5 cases: 50%; >10 cases: 8.3%

Again, thank you all for participating in this survey and we hope this information is helpful. Best wishes for a happy and **healthy** holiday season.

Kindest regards,

Todd and Eva



Terveiset Peurungan etätietotaitojen päivityspäivästä!