

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/109/085

Bolesti v kříži

Autor: MUDr. Tomáš Paleček
Spoluautoři: MUDr. Ladislav Tóth
MUDr. Richard Chaloupka, CSc.

Gesce: Česká spondylochirurgická společnost ČLS JEP

Oponenti: MUDr. Vladimír Medek
MUDr. Karel Linhart

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA
MZ ČR 5390-3 Copyright © 2001, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků www stránek ČLS JEP
(<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

I.

Definice a vymezení stavu

Jako bolesti v kříži označujeme únavu, dyskomfort nebo bolest v dolní části zad s nebo bez vyzařování do jedné nebo obou dolních končetin. Definice nezahrnuje délku trvání ani tíži bolesti. Jako akutní označujeme bolesti, které trvají 24 hodin až 3 měsíce, jako chronické bolesti trvající déle než 3 měsíce.

Anatomicky jde o oblast od nejnižších žeber k dolní části gluteálních – hýždřových svalů, obsahující následující skelet – bederní páteř, křížovou kost, kostrč, pánevní kosti.

Různé diagnózy popisují různé klinické obrazy (lumbago, facetový syndrom, ischias, lumboischialgie, hernie disku, skolióza, degenerativní změny, osteoporóza a další).

Epidemiologická charakteristika

Bolesti v kříži patří mezi nejčastější bolestivé stavy. Asi 35% populace mělo v posledních letech bolesti v kříži. Počet dnů pracovní neschopnosti se zvýšil třikrát během posledních 15let. (tyto údaje platí pro Dánsko). V České republice mělo v roce 1996 potíže související s pohybovým ústrojím o 24% více mužů, a o 17,5% více žen než v roce 1993. Z dotazovaných mužů 12,9% uvedlo výskyt chronických nemocí páteře a výhřez ploténky (stejně procento uvedlo hypertenzi), onemocnění páteře uvedlo 16,9% žen. V roce 1981 bylo na 100000 obyvatel hospitalizováno 844 osob s nemocemi kosterní a svalové soustavy, v roce 1997 pak 1260 (nárůst téměř 50%). Bolesti zad udává na 100 respondentů mužů 42,85% ve věku 15 – 64 let, nad 65 let pak 48,11%, u žen pak 47,49% v mladší, a dokonce 61,02% ve starší skupině.

Podstata strukturálních a funkčních změn

Bolesti v kříži jsou vzácně způsobeny závažným onemocněním, u většiny případů (asi v 90%) bolesti odezní během několika dnů. U 70 – 80% případů nelze i přes pečlivé vyšetření postavit přesnou diagnózu, jako možnou příčinu můžeme označit funkční poruchy páteře – blokády, poruchy funkce posturálního a fázického svalstva s možnou odezvou i v jiných částech pohybového systému (zkřížené syndromy), u zbývajících 20 – 30% určíme diagnózu na základě objektivního nálezu (u části pacientů s degenerativním postižením mohou být příčinou funkční poruchy).

Patologicko-anatomickou příčinou bolestí v kříži mohou být

- zánětlivá onemocnění (nespecifická či specifická),
- degenerativní postižení (spondylartróza, osteochondróza, doprovázené spondylózou),
- nádory (primární – benigní nebo maligní, velmi často sekundární – metastázy, vzácně nádorům podobné afekce),
- úrazy,
- vrozené vady.

Podle tkáně, která je postižena můžeme dělit bolesti v kříži na

- vertebrogenní (postižení obratlů nádorem primárním, metastázou, často s patologickou zlomeninou, úrazem, zánětem, osteoporózou)
- diskogenní (hernie disků – u 25 – 75% zdravých osob můžeme nalézt asymptomatickou protruzi nebo hernii, degenerativní postižení – u 50% osob nad 50 let nalézáme degenerativní změny – bolesti však mají i osoby bez degenerativních změn, záněty)
- neurogenní (nervové postižení – nádory míchy, nervových kořenů, či jiná nervová onemocnění). Nervové postižení může být sekundární z útlaku nervových struktur)
- vasogenní (při postižení cévního systému)
- myogenní (svalového původu – např. přetížení krátkodobé nebo dlouhodobé)

- viscerogenní (přenesená bolest z vnitřních orgánů – ledvin, střev, gynekologických orgánů)
- psychogenní (velkou roli hrají socioekonomické faktory, stress, zvyšuje se podíl účelových reakcí, útěku do nemoci)

II.

Klinický obraz onemocnění

Anamnéza – bolesti mohou být startovací (artróza), námahové, ponámahové, či statické (rovněž degenerativní postižení, nebo bolesti svalového původu), klidové (většinou při zánětech, nádorech), pseudoradikulární (vyzařují do končetin, ale ne v distribuci nervů), radikulární (kořenové, při postižení, útlaku nervových kořenů).

Klinický nálezn – bolestivá palpáce páteře, svalů, hypertonus svalů, omezení pohybu – flexe (Thomayer), extenze, úklonů, rotací, napínací manévry (Lasegue), příznaky na postižení sakroiliakálních skloubení, deformita – schodek mezi trnovými výběžky u spondylolistézy, skolióza, kyfóza, antalgické držení (v úklonu, flexi, nebo jejich kombinaci). Nervové funkce – vyšetření citivosti (především dotyk, bolest), pohybu a síly dolních končetin, stoje, chůze.

Postup při péči o pacienty s bolestmi v kříži

Neodkladné stavy – velké bolesti, které mohou být i kořenové (radikulární), současná porucha sfinkterových funkcí (především močení), snížení citivosti v tříslech, snížení svalové síly dolních končetin. Nutné vyšetření a hospitalizace v nemocnici.

Běžné bolesti – léčení v primárních sektoru (obvodní – rodinný lékař), rehabilitační pracovník, psycholog. U závažných stavů případná konzultace specialistou (neurolog, ortopéd, neurochirurg, rehabilitační lékař) za 2 – 3 týdny, čekání na operaci u jasných případů 2 – 3 týdny.

RTG vyšetření (předozadní a boční projekce) – u bolestí trvajících nad 2 – 4 týdny, nebo při podezření na závažnou patologii (zánět, zlomenina, nádor) a současně vyšetření specialistou. CT (výpočetní tomografie) a MRI (nukleární magnetická rezonance) vyšetření – po rentgenové vyšetření, při rozhodování o změně postupu, o typu operačního léčení.

Scintigrafie skeletu Tc (techneciem) – při podezření na nádorové onemocnění nebo zánět Krevní vyšetření – FW (záněty, nádory – myelom), CRP (C – reaktivní protein) – záněty, KO – hemoglobin, leukocyty, urea, kreatinin – postižení ledvin, Ca)

Léčebný postup

Zahájení hodnocením stavu pacienta, jeho situace osobní, pracovní. Především pacienti s chronickými bolestmi v kříži potřebují komplexní léčení.

Dostatečně podrobné informování pacienta o mechanismech vzniku bolesti, diagnostických a léčebných možnostech je základním předpokladem k aktivnímu zapojení pacienta do léčení.

Během léčení je pak nutná spolupráce pacienta. Obvykle, pokud nejsou potíže velké, je lepší pokračovat v práci, neboť jen vzácně dojde ke zhoršení stavu.

Klidový režim (pobyt na lůžku) – 1 – 2 dny, pokud není podezření na herniaci disku (při ní pak klidový režim 7 dnů)

Medikace – 1. paracetamol se zvyšováním do plné dávky, při neúspěchu 2. nesteroidní antirevmatika, pokud není léčba účinná 3. kombinace paracetamolu a nesteroidních antirevmatika, při neúčinnosti léčby 4. tramadol. Přechodně myorelaxancia.

Rehabilitace – se zaměřením na zvýšení svalové síly, posílení břišního a zádového svalstva, protažení zkrácených svalových skupin, koordinaci, držení těla, snížení bolestí. Rehabilitace je zvláště efektivní ke zvyšování tolerance zátěže u chronických bolestí v kříži. Rehabilitace ambulantní, především domácí, je doporučena u bolestí trvajících více než 2 – 4 týdny, má preventivní význam u kratších epizod bolestí.

Manuální terapie – při ní rehabilitační pracovník ovlivňuje klouby a okolní tkáň pomocí svých rukou s cílem zmírnění bolesti a zlepšení funkce. Manipulace může být nebezpečná, může vést k natržení svalů, vazů, lepší je mobilizace, šetrná manuální trakce, myofasciální uvolňování.

Často je využívána v kombinaci s medikací, cvičením. Kontraindikací jsou vážná onemocnění, nebo podezření na ně (nádory, záněty, kořenové dráždění).

Školy zad – informace o anatomii, funkci páteře, rady o prevenci a cvičení (trvání 4 – 6 hodin), program vede rehabilitační pracovník, ergoterapeut, psychoterapeut (psycholog).

Pro určitá onemocnění (stavy)

Injekce do svalů, kloubů, vazů, k nervům – většinou anestetika, případně v kombinaci s kortikoidy mají především diagnostický význam (částečně i léčebný efekt).

Injekce do spouštěvých bodů – mají podobný význam.

Masáže, aplikace tepla, chladu – jen u lokalizované svalové bolesti, na počátku léčení, před použitím jiných metod (cvičení, manipulace, atd.)

Transkutánní nervová stimulace – pouze v některých případech chronických bolestí.

Operační léčení – přesně definované a precizně vyšetřené stavy

- hernie disků – primární operace po konzervativním léčení 4 – 6 týdnů, subakutní operace (během několika dnů) u pacientů s progredující slabostí dolních končetin, nebo při velkých bolestech nereagujících na konzervativní léčení, akutní operace (během hodin nebo dnů) při syndromu caudae equinae.
- spinální stenóza – musí být jasný klinický, neurologický, radiologický (MRI, KPMG – kontrastní perimyelografie, CT) nález (včetně anamnézy). Operace v neurochirurgických, ortopedických centrech.
- instabilita musí rovněž mít jasný klinický, radiologický (RTG, MRI, KPMG, CT) nález, včetně anamnézy. Operace v několika centrech.
- nádory – progredující nervový nález, do 24 hodin po nástupu plegie končetin. Cílem je zlepšení kvality života nemocných (zlepšení nervového nálezu, prevence jeho vzniku, obnovení stability páteře, úleva od bolesti, návrat nemocných do rodin). Operace v několika centrech.

III.

Prognóza je ve většině případů dobrá.

Prevence

Prevenci je nutné zaměřit podle rizikových faktorů:

Individuálních, kterými jsou

- vyšší věk (přiměřená pohybová aktivita a cvičení po celý život)
- špatný zdravotní stav
- špatný psychický stav (osobní problémy – matřimoniální, ekonomické)
- psychický stress – zaměstnání, práce v noci
- genetická dispozice
- obezita
- malá svalová aktivita
- nadměrné užívání alkoholu
- kouření

Zevních (vynucená poloha páteře)

- sedavé zaměstnání
- řízení automobilu nad 2 hodiny
- fyzická práce, která se opakuje

- zvedání těžkých předmětů

Primární prevence – veřejné informační kampaně, které však nemají větší efekt. Především školy zad na pracovištích mají efekt.

Sekundární prevence – zábrana vzniku chronických bolestí z akutních. (v asi 10 – 15% případů vznikají chronické bolesti z akutních)

Důležitá je spolupráce léčebného, sociálního sektoru a pracoviště – s možností dlouhodobé či krátkodobé „chráněné práce“. (chráněných dílen, apod.)

Posudková hlediska

Posudková péče je nutná u pacientů s chronickými bolestmi (při těžších degenerativních změnách), u části pacientů po operacích (především hernií disků, spinálních stenóz, nádorů), s trvalým těžkým postižením funkce.

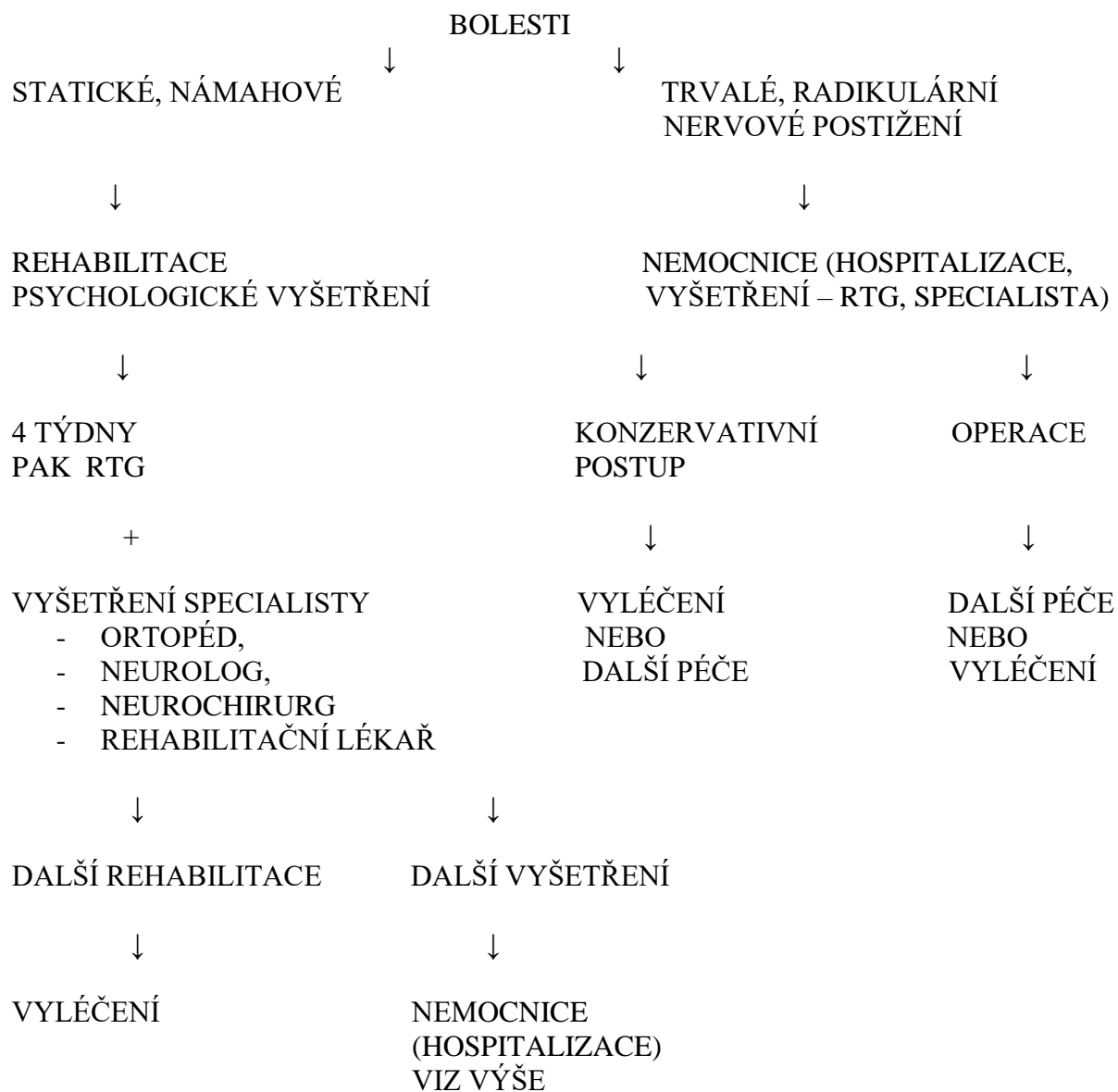
Doporučení: následná péče a dispenzarizace je nutná u pacientů s chronickými bolestmi a pacientů po operacích.

LITERATURA:

Danish Institute for Health Technology Assessment. Low-back pain. Frequency, Management and Prevention from an HTA perspective. Danish Health Technology Assessment 1999; 1(1) ISBN 87-90765-82-6

Chaloupka, R., Vlach, O.: The strategy of surgical treatment of spine tumors of unknown origin. Bulgarian Journal of Orthopaedics and Traumatology. Vol. 35, 1, 1999, 25 – 28
Zdravotní stav obyvatelstva České republiky. Zhodnocení stavu a vývoje zdravotní situace v ČR. ÚZIS ČR, 1999, ISBN 80-86100-75-8

TAB. 1 Algoritmus léčení bolestí v kříži



TAB. 2 Organizace péče o pacienty s bolestmi v kříži

NEMOCNICE
(VYŠETŘENÍ, OPERACE)



VŠEOBECNÝ LÉKAŘ



REHABILITAČNÍ PRACOVNÍK
PSYCHOLOG



SPECIALISTA

- REHABILITAČNÍ LÉKAŘ
- NEUROLOG
- ORTOPÉD
- NEUROCHIRURG



REHABILITAČNÍ PRACOVNÍK
PSYCHOLOG



NEMOCNICE
- VYŠETŘENÍ
- OPERACE