

A derékfájás ellátása a háziorvos szemszögéből

DR. SOMOS ÉVA

A derékfájás a leggyakoribb mozgásszervi panasz, így nem meglepő, hogy az alapellátásban igen gyakran ad feladatot a háziorvosoknak. Ez a feladat nemcsak a diagnosztikára és a terápiára, gondozásra terjed ki, hanem beletartozik a primer, majd a szekunder prevenció is.

BEVEZETÉS

Derékfájásról akkor beszélünk, ha az alsó bordaív és az alsó glutealis redő közötti régióban jelentkezik fájdalom vagy diszkomfortérzés, mely az alsó végtagokba sugárzó fájdalommal járhat. A derékfájás a leggyakoribb mozgásszervi panasz, az irodalmi adatok alapján a felnőtt lakosság 65%-át érinti. Az esetek 85%-a az egyszerű derékfájások csoportjába tartozik, ellátásuk háziorvosi feladat lenne a szakellátás túlterhelésének csökkentése érdekében. A cikk a háziorvos kompetenciáit és teendőit hivatott bemutatni.

A HÁZIORVOS FELADATAI A DERÉKFÁJÁS ELLÁTÁSÁVAL KAPCSOLATBAN

Az alapellátást végző háziorvosok feladata sokrétű, kezdve a derékfájdalommal jelentkező beteg vizsgálatával. Elsődleges fontosságú a mozgásszervi eredetű és a nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom elkülönítése, a specifikus derékfájás felismerése, szakellátásba irányítása, valamint a nem specifikus derékfájás ellátása.

1. A háziorvos tevékenységi körébe tartozik a derékfájós betegek gondozása, melynek specifikus derékfájással szakellátásban kezelt betegek esetében a szakellátással együttműködésben kell történnie.

2. De ezek mellett kimelten fontos a primer prevenció, valamint a derékfájós betegek szekunder prevenciók kezelése.

PRIMER PREVENCIÓ A DERÉKFÁJÁS MEGELŐZÉSE ÉRDEKÉBEN

Az alapellátásban dolgozó orvosok számára a nagy kihívás mellett komoly felelősséggel jár a krónikus mozgásszervi betegségek közé tartozó, igen gyakori derékfájás megelőzése. Egészséges, illetve még panaszmentes pácienssel találkozni gyakorlatilag az alapellátásban (háziorvosi és foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban) dolgozó orvosnak van lehetősége. A primer prevenció lényege a hajlamosító tényezők felismerése és kezelése, a betegség kialakulásának megelőzése, késleltetése érdekében.

A derékfájás rizikótényezői a családi hajlam, a különböző veleszületett és szerzett gerinc-, csípő-, térd- és lábdeformitások, az álló- és ülőmunka, fokozott gerincterheléssel járó sporttevékenységek és a fizikai munka végzése. A derékfájás kialakulásának elsődleges megelőzése a terhelés csökkentésétől, illetve célirányos gyógytornával, izomerősítéssel a túlterhelés ellensúlyozásától várható. A javasolt preventív kezeléseket az orvos indikálja, ilyen az életmódváltás, az optimális testsúly elérése, a tartási rendellenességek és egyéb



DR. SOMOS ÉVA

Háziorvos, reumatológus, Budapest

ízületi deformitások konzervatív vagy műtéti kezelése, korrekciós eszközök viselése (ortézisek, lúdtalpbetét), preventív gyógytorna és gyógyszeres terápia bevezetése. A csonttritkulás kialakulásának megelőzése, illetve késleltetése a hajlamosító tényezők felismerése érdekében végzett célzott szűrővizsgálatokkal lehetséges, a prevenciót háziorvosi szinten a rendszeres testmozgás (gyógytorna) és az időben elkezdett D-vitamin- és kalciumpótlás jelenti.

A törzsizomzat megerősítése a saját testet mozgató gyakorlatokkal már egé-

szen fiatal korban javasolt, a derékfájás prevenciója érdekében kiemelten fontos, sportolónál a jobb teljesítményhez is hozzájárul.

A DERÉKFÁJDALOM DIFFERENCIÁLDIAGNÓZISA

A részletes anamnéziszfelvétel és a fizikális vizsgálat alapján történik. A nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom általában nem provokálható mozgással, rendszerint nem jár a gerincmozgások beszűkülésével.

A nem mozgásszervi eredetű derékfájdalom hátterében leggyakrabban a következő folyamatok állnak:

- vesekő, urogenitális infekció,
- hasnyálmirigy-betegség (gyulladás, daganat),
- epehólyag-gyulladás, epekő,
- tüdőbetegség (tüdőgyulladás, mellhártyagyulladás, tumor),
- kismencedei gyulladás, térszűkítő folyamat (petefészek, méh),
- bélbetegségek (diverticulosis, gyulladás, tumor),
- retroperitonealis térszűkítő folyamat,
- hasi érbetegség (aortadissectio, aneurysma, a vesearteria szűkülete, mezen-teriális trombózis),
- herpes zoster,
- pszichoszociális háttér.

A DERÉKFÁJÁS DIAGNOSZTIKÁJA

A hazai gyakorlat szerint a betegek egy banális derékpanasszal is azonnal orvoshoz, elsősorban a háziorvoshoz fordulnak, szakellátást és korszerű képzővizsgálatokat igényelve, az esetek jelentős részében indokolatlanul. Ezen gyakorlat csökkentése érdekében szükséges a háziorvosok képzettségének és készségeinek fejlesztése, valamint a betegek edukációja. A diagnosztikában alapvető fontosságú a gondos anamnéziszfelvétel, valamint a részletes és pontos, egész testre kiterjedő fizikális vizsgálat. A kórelőzményre vonatkozó legfontosabb kérdéseket az 1. táblázatban soroltuk fel.

01. TÁBLÁZAT ▼

A derékfájás anamnéziszfelvételére irányuló kérdések

- ▶ Mikor jelentkezett először a derékfájása?
- ▶ Van-e az alsó végtagokba sugárzó fájdalma?
- ▶ Kiváltotta-e valami? Például: hajlás, emelés, „rossz mozdulat”, megfázás, kényszer tartás hosszabb ideig? Elesett-e? Szenvedett-e sérülést?
- ▶ Milyen a fájdalom jellege, éles, csíkszerű, hasogató-e? Jár-e zibbadással?
- ▶ Meg tudja mutatni a fájdalom lefutását?
- ▶ Érez-e izomgyengeséget a lábában?
- ▶ Milyen testhelyzet, gyógyszeres beavatkozás csökkenti a fájdalmát?
- ▶ Mi a foglalkozása?
- ▶ Milyen testhelyzetben dolgozik?
- ▶ Elégedett-e munkájával?
- ▶ Volt-e mostanában hőemelkedése, láza, valamilyen fertőzése?
- ▶ Milyen betegségei voltak korábban, illetve milyen betegséggel kezelik jelenleg, vagy kezelték a közelmúltban?
- ▶ Átesett-e a közelmúltban műtéten?
- ▶ Korábban volt-e derék-, illetve alsó végtagi lesugárzó fájdalma?
- ▶ Mikor, milyen körülmények között jelentkezik a fájdalom?
- ▶ Mit kapott (gyógyszeres és nem gyógyszeres kezelés)? Mennyi idő alatt gyógyult?
- ▶ Teljesen panaszmentessé vált? Gyógyult? Visszatért a fájdalom többször is? Milyen vizsgálat, kezelés történt? Okoz-e a derékfájása lehangoltságot, szorongást?
- ▶ Derékfájása állandó, vagy csak hajlásra, terhelésre, mozdulatra jelentkezik? Milyen testhelyzetben csökken?
- ▶ Van-e éjszakai vagy hajnali derékfájása?
- ▶ Aggódik-e amiatt, hogy derékfájása tartós egészségkárosodáshoz, rokkantsághoz vezet?

A derékfájással jelentkező páciens fizikális vizsgálata során megtekintjük a levetkőzött beteg tartását, mozgását, járását,

leülését, felállását. Szemrevételezzük a gerinchajlatokat, nincs-e antalgias scoliosis, paravertebrális izomspazmus, lépcsőtünet, Copeman-hernia, aszimmetria, előre-hátról gerinctartás, megtartott-e a lumbális lordosis. Megvizsgáljuk a beteg mozgásait álló helyzetben: tud-e lábujjhegyre, sarokra állni? Vizsgáljuk a deréktól előre-hátra, jobbra, illetve balra hajlás mértékét, kivált-e valamelyik hajlás fájdalmat, esetleg kisugárzó fájdalmat. Elvégezzük az alapvető neurológiai vizsgálatokat, mint nyújtási tünetek (Lasseque, Mennel), Valleix-pontok érzékenysége, érzészavarok az alsó végtagokon, reflexvizsgálatok (patella, Achilles). A különböző magasságokban fennálló lumbális érintettségnek megfelelő neurológiai eltéréseket 2. táblázat mutatja.

A jó anamnézis és alapos fizikális vizsgálat alapján a derékfájás osztályozható, miszerint specifikus vagy egyszerű, nem specifikus derékfájással állunk szemben.

A SPECIFIKUS DERÉKFÁJDALOM FELISMERÉSE

A háziorvosnak el kell különítenie a banális, nem specifikus derékfájást a súlyos prognózisú, specifikus derékfájástól. Specifikusnak tartjuk azt a derékfájást, mely mögött jól körülírt kórkép gyanítható, ami gyors és pontos diagnózist és speciális ellátást igényel.

Ilyen kórképek lehetnek:

- traumás vagy patológiás törés,
- axiális spondylarthritis,
- infektív spondylitis vagy tályog,
- tumor vagy tumormetasztázis,
- caudaszindróma vagy újonnan kialakult alsó végtagi parézis,
- tüneteket okozó discus hernia (különösen, ha parézissel jár),
- tüneteket okozó osteoporoticus csigolyakompresszió,
- neurogén spinalis claudicatióval járó spinalis stenosis,
- szimptomatikus lytikus spondylolisis,

02. TÁBLÁZAT

▶ A lumbális radikulopátiák okozta neurológiai tünetek

GYÖK	FÁJDALOM	ÉRZÉSZAVAR	PARÉZIS	REFLEX
▶ L2,3	A comb elülső és mediális felszínén	A comb elülső és mediális felszínén	Csípőhajlítás és addukció	
▶ L4	A lábszár belső oldalán	A lábszár belső oldalán	Térdfeszítés, csípőaddukció	Patellareflex
▶ L5	Az alsó végtag külső felszínén és az öregujjon	A lábszár külső felszínén, a láb hát mediális oldalán	A lábfej dorszálflexiója, everziója, inverziója	
▶ S1	Az alsó végtag hátulsó felszínén, a lábfej külső oldalán	A lábfej külső élén	A lábfej plantarflexiója, csípőfeszítés, térdhajlítás	Achilles-reflex

– FBSS („failed back surgery syndrome” – sikertelen gerincműtét szindróma).

A specifikus derékfájdalom aránya az összes derékfájós esetekre vonatkoztatva mintegy 15%.

Caudatünetek esetében azonnali idegsebészeti/gerincsebészeti konzílium szükséges. Erre utal, ha mindkét alsó végtagba sugárzó radicularis fájdalmat okoz, mely esetleg mind a patella, mind az Achilles-reflex gyengülésével vagy kiesésével jár, de okozhat farokcsontba sugárzó fájdalmat is, a farokcsontnyomás, illetve mozgásra jelentkező érzékenysége nélkül. Caudaszindrómára jellemző a gáttáji érzékszavar, a végbélnyílás körül, a nyeregznában lovagló nadrág típusú érzéscsökkenés, vizelési, esetleg székelési zavar, mely lehet nehezebben indítható vizelés vagy inkontinencia egyaránt. Súlyos esetben paraparesis alakulhat ki.

A cauda equina tüneteket medialis porckorongsérv vagy más térszűkítő folyamat váltja ki, mely az L2 csigolya magasságában vagy attól disztálisabban az L2-3-4-5 és S gyökök kompresszióját okozhatja.

A gyulladásos derékfájdalom kritériumai az ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) ajánlása szerint a fiatal életkori kezdet (<40 év), az alattomos kezdet. Jellemzően mozgásra enyhül a fájdalom, de nem javul pihenésre. Gyulladásos derékfájdalom esetén az

éjszakai fájdalom dominál, amely felkelést követően, mozgásra enyhül.

Gyulladásos gerincfájdalom akkor áll fenn, ha a fenti 5 feltételből 4 teljesül (szensitivitás: 79,6%, specificitás 72,4%).

A háziorvosi praxisban gyakran javasolt nem szteroid gyulladáscsökkentőkre (NSAID) a spondylitises fájdalom egy-két nap alatt a betegek többségénél látványosan csökken, míg a degeneratív eredetű gerincpanaszok esetén ezeknek a gyógyszereknek a hatása jóval kisebb.

A háziorvos feladata a specifikus derékfájás felismerése, ellátása azonban nem tartozik a háziorvosi kompetenciába, szakorvosi konzultációt igényel. A fájdalomcsillapítást minden esetben azonnal meg kell kezdeni az ajánlásoknak megfelelően.

A NEM SPECIFIKUS DERÉKFÁJDALOM ELLÁTÁSA A HÁZIORVOSI GYAKORLATBAN

Háziorvosi szinten kell ellátni a nem specifikus derékfájást. A derékfájások 85%-a ebbe a csoportba tartozik, a háttérben anatómiai eltérést nem okozó akut lumbágó, valamint röntgeneltérést okozó spondylosis, spondylarthrosis, discopathia állhat, utóbbi ischiálgáival vagy anélkül. Klasszikusan a derékfájdalom klinikai lefolyása lehet akut, kiújuló vagy krónikus. Néhány napos pihenés, fájdalomcsillapítás után az esetek jelentős részében gyógyulás várható. Álla-

potrosszabbodás, gyakori recidívák vagy elhúzódó panaszok esetében indokolt kétirányú lumbo-sacralis és anterio-posterior (a-p) medencefelvétel készítése, de osteoporosis, trauma esetében kétirányú dorso-lumbalis felvétel is javasolt. A radiológiai lelet, a klinikai kép és a fizikális vizsgálat alapján újra kell értékelni az esetet, a specifikus háttér gyanúja, illetve a terápiás sikertelenség miatt szakorvosi konzultáció szükséges. A konzultáció eredményességét segíti, ha a beteg már előkészített leletekkel érkezik a nehezen elérhető szakvizsgálatra.

Fájdalomcsillapítás

Már a panasz megjelenésekor szükséges a hatékony fájdalomcsillapítás, a fájdalom típusának (nociceptív vagy neuropátiás) és erősségének megfelelően. Gyakran a nem farmakológiai módszerek is hatékonyak (betegtájékoztató, edukáció, kímélet, pszichoterápia, fizioterápia). Kis területet érintő és enyhébb fájdalom esetén érdemes lokális terápiát alkalmazni (kenőcs, tapasz, jártasság esetén paravertebrális injekció). Lokálisan jó hatású a ketoproféntapasz, mely az egyedülálló TDDS-technológiának köszönhetően kiváló penetrációt biztosít a kezelt területen, minimális szisztémás felszívódás, érdemi mellékhatás és gyógyszer-interakció nélkül. Ezen előnyös hatásokat tudjuk kihasználni idős, sok gyógyszert szedő betegeink esetében.

Gyógyszeres terápia szükségessége esetén egyénre szabott terápiát kell választani, a beteg társbetegségeinek és meglévő gyógyszeres terápiájának ismeretében (mellékhatások, gyógyszer-interakciók).

Enyhe fájdalom esetén a minor analgetikumok csoportjába tartozó paracetamol javasolt, gasztrointesztinális és kardiovaszkuláris szempontból egyaránt biztonságos, de nincs gyulladáscsökkentő hatása, hepatotoxicitás miatt maximális dózisa napi 4 gramm.

Közepes fájdalom esetén adható a tramadol, illetve tramadol/paracetamol kombinációs készítmény. Az enyhe opioid származékok biztonságosak, azonban elsősorban idősebbek esetében székrekedés és a kognitív zavarok jelentkezhetnek.

Az NSAID gyulladásgátlók a leggyakrabban alkalmazott készítmények mozgásszervi kórképekben. COX1/COX2 gátlásuk alapján osztályozzuk őket, sajnos az erősebb COX1-gátlók potenciális gasztrointesztinális vérzés miatt kockázatosak, a szelektív COX2-gátlók kardiovaszkuláris szempontból nem biztonságosak. A klinikai gyakorlatban a COX1/COX2 gátlás árnyában középén szereplő készítmények mellékhatásprofilja a legkedvezőbb, mint a dexibuprofén, ibuprofén, aceklofenák. Alkalmazásuk esetén a nefrotoxikus, hepatotoxikus, allergiás, központi idegrendszeri (szédülés), hematológiai (agranulocytosis, leucopenia) mellékhatásokra, bronchospasmus és porckárosodás kialakulására, továbbá az ismert interakciókra kell figyelni. A gasztrointesztinális vérzés kivédésére protonpumpagátló (PPI) védelem szükséges.

Akut derékfájdalom esetén izomrelaxánsok is segítenek, mint a tiokolhikozid- és tizanidintartalmú készítmények, 2×4–8 mg naponta. A tolperidon már csak központi idegrendszert érintő, izommerevséggel járó kórképekben javasolt, mint például a stroke.

Erős fájdalom esetén, a fenti terápia eredménytelenségekor erős opiátok adása is indokolt lehet, a krónikus fájdalom szindróma és a maradandó károsodások elkerülése érdekében.

A DERÉKFÁJÓS BETEG GONDOZÁSA

A derékfájás a betegek 10%-ánál válik krónikussá, ezért igen jelentős szociális és egészségügyi terhet jelent az egyénnek és a társadalomnak egyaránt. Hazánkban a derékfájás ellátása során a legmagasabb a táppénzes napok száma, leghosszabb a munkából kiesett idő. A derékfájás megelőzése, krónikussá válásának lehetőség szerinti megakadályozása az egész társadalom ügye, az egészségnevelés és az egészségügyi ellátásban részt vevők közös feladata.

SZEKUNDER PREVENCIÓ

A derékfájást hosszabb-rövidebb ideig tartó relapszusok és remissziók jellemzik, háttérben álló egyértelmű okkal vagy ok nélkül. A rekurrens jellegű derékfájás gyakori, mivel az érintettek kétharmada tapasztal visszaesést a felépülést követően. A derékfájás-gondozás globális szemléletének magában kell foglalnia a szekunder prevencióra fordítandó nagyobb figyelmet az alap- és szakellátásban egyaránt,

melynek legköltséghatékonyabb eszköze a betegoktatás lenne. Sajnos háziorvosi szinten jelenleg nem rendelkezünk – még a praxisközösségeken belül sem – megfelelő infrastruktúrával a hatékony prevencióhoz, nincs elérhető gyógytorna-szolgáltatás, képzett edukátor, valamint számos esetben szükséges pszichológus.

Nyilatkozat. A közlemény más folyóiratban korábban nem jelent meg, és nincs elbírálás alatt. A szerző a cikk megírása, illetve a kutatómunka során anyagi támogatásban nem részesült. A szerzőnek a cikk témájával kapcsolatos érdekeltsége nincs. A dolgozat nem sérti a Helsinki deklaráció előírásait.



Levelezési cím:

somosseva@t-online.hu



Irodalom:

1. Burton KA. How to prevent low back pain, Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2005;19:541–555
2. Hosie, GAC. „Teaching rheumatology in primary care.” Ann Rheum Dis 2000;59:500
3. Hay EM, Campbell A, Linney S, et al. Development of a competency framework for general practitioners with a special interest in musculoskeletal/rheumatology practice. Rheumatol 2007;46:360–362
4. Bálint G. A derékfájás diagnosztikájának és kezelésének modern nemzetközi elvei. LAM 2011;21(5):329–335
5. Szekanecz Z, Szamosi S, Kerekes G, et al. Sürgősségi reumatológia: az időablaktól a triázisig. Magy Reumatol 2019;60:216–223
6. Somos É. A háziorvos szerepe a reumatológiai betegek ellátásában. Házio Továbbk Szle 2023;7:335–339
7. Dumele A. Háziorvosi fájdalomcsillapítási eszköztár II. Házio Továbbk Szle 2024;29:572–576
8. Freburger JK, Holmes GM, Agans RP, et al. The rising prevalence of chronic low back pain. Arch Intern Med 2009;169:251–258