

	A derékfájdalom prehospitalis ellátása Szabványos Eljárásrend
Szerzők:	OMSZ Orvosszakmai Osztály Szakmai Munkacsoportja
Szakmai lektor:	Dr. Ézsi Robin, Dr. Hoffer Zoltán
Jóváhagyta:	Dr. Csató Gábor, Dr. Pápai György
Kiadás dátuma:	v1.0 / 2023.06.28.
Érvényesség ideje:	Visszavonásig
Vonatkozik:	Az Országos Mentőszolgálat valamennyi kivonuló és sürgősségi ügyeleti szolgálatot ellátó dolgozójára, ill. mentésirányítójára, kompetenciaszintnek megfelelően

I. Célok

Az eljárásrend célja bemutatni az akut, nem traumás derékfájdalom:

- típusait, okait,
- prehospitalis vizsgálatának fontosabb elemeit és ellátását,
- intézeti ellátás szükségességének/indokoltságának kritériumait.

További cél a magyar és nemzetközi irányelvek adaptációja, így az Országos Mentőszolgálat kivonulói, sürgősségi ügyeleti szolgálatot ellátói, ill. mentésirányítói munkájának egységesítése, továbbá a szokásokon alapuló, bizonyíték nélküli vagy bizonyítottan haszontalan, esetleg káros beavatkozások mellőzése.

II. Bevezetés

A derékfájdalom gyakori panasz, a felnőtt populáció jelentős százalékát érintheti az élete során. Az esetek nagy részében jóindulatú, kezelés nélkül elmúlik, azonban igen ritkán a háttérben súlyos kórképek is állhatnak. A derékfájdalom lehet akut (4 héten belüli), szubakut (4-12 hét közötti) és krónikus (12 héten túl fennálló).

A derékfájdalomnak számos oka lehet, azonban az alapellátásban a legtöbb esetben nonspecifikus tünetként jelenik meg (>85%), ami azt jelenti, hogy a fájdalom háttérben nem azonosítható semmilyen alapbetegség, és a panaszok a legtöbb esetben néhány héten belül javulnak. Fontos azonban megemlítenünk olyan kórképeket is, amelyek súlyos állapotot okozhatnak, ezeket a „Differenciáldiagnózis” részben tárgyaljuk.

A prehospitalis ellátó feladata, hogy felismerje, melyek azok a *riasztó tünetek*, amelyek azonnali (intézményi) kivizsgálást, ellátást követelnek, és mely esetekben elegendő tüneti terápia és tanácsadás.

III. Anamnézis, diagnózis, tünettan

A prehospitalis ellátó legfontosabb feladata, hogy a derékfájdalommal rendelkező beteget részletes vizsgálat alá vesse, és felderítsen minden olyan jelet, amely azonnali intézeti kivizsgálást és ellátást indokol, nem feladat a definitív diagnózis felállítása.

Az ABCDE-szemlélet ebben az esetben sem kerülhető meg. Kifejezetten fontos az anamnézis felvétele és a rizikófaktorok felmérése. A vizsgálat során ki kell térni a fájdalom helyére, időtartamára, súlyosságára (OPQRST), illetve a korábbi fájdalmakkal történő összevetésre. További felmérés szükséges az alábbiakról: nem szándékos fogyás, láz, éjszakai verejtékezés, tumoros anamnézis, kiváltó okok keresése (pl. trauma), neurológiai tünetek (gyengeség, elesések, érzéskiesés, vizelet/székkletartási panaszok), tünetek lefolyása, progressziója, infekcióra utaló jelek, intravénás droghasználat, kortikoszteroid használata, megelőző epiduralis beavatkozások.

Fizikális vizsgálat (kompetenciának megfelelően):

A fizikális vizsgálat célja, hogy felderítsük az esetleges olyan tüneteket, amelyek további vizsgálatokat igényelnek. Az alábbiak elvégzése javasolt:

- a gerincoszlop vizsgálata (scoliosis, ill. hyperkhyphosis felismerése)
- a csigolyák, ill. a paravertebralis izomzat tapintása/ütögetése: a csigolyák fájdalma infekcióra, kompressziós törésre, metastasisra utalhat
- részletes neurológiai vizsgálat, beleértve a motoros és szenzoros funkciókat. Fontos vizsgálni a guggolási/emelkedési funkciókat, a sarokjárást, ill. a lábujjhegyen járást.
- specifikus manőverek vizsgálata (pl. Lasegue-, ill. keresztezett Lasegue-tünet, femoralis teszt)
- érrendszer fizikális vizsgálata.

IV. Differenciáldiagnózis

Az esetek kevesebb, mint 1%-ában a derékfájdalom háttérében súlyos (akár életveszélyes) kórképek is állhatnak, különösen, ha a panaszok nemcsak a derékra, hanem a háti/mellkasi szakaszra lokalizálódnak.

- **gerincvelői vagy cauda equina kompresszió:** az egyik legfontosabb súlyos oka a derékfájdalomnak, mely tünetei esetén („red flag”) azonnali kórházi beutalás szükséges. Leggyakoribb oka a discus hernia, de okozhatja tumor, trauma és infekció is. Figyelemfelhívó jelek („red flag”) lehetnek: alsó végtagi motoros funkciók romlása vagy kiesése, érzészavar, valamint bél/húgyúti diszfunkció.
- **daganat (áttét):** a csontok a metastasisok egyik leggyakoribb helyei, így tumoros anamnézis (főleg emlő, prostata, tüdő, pajzsmirigy és vese eredet, vagy myeloma multiplex) esetén gondolni kell rá derékfájdalom esetén. Jellemzően krónikus, progresszív, éjszaka, nyugalomban is fennálló fájdalom. A fájdalom hirtelen, erős fokozódása patológiás csigolyatörésre utalhat. Neurológiai deficit esetén gerincvelői kompresszió, ill. gerinc instabilitás állhat fenn.
- **gerincvelői epiduralis tályog:** gyengeség, láz, infekciós panaszok és derékfájdalom együttese utalhat rá. Kialakulhat kisugárzó fájdalom, ill. neurológiai deficit is. Különösen megelőző (epiduralis/gerincközeli) procedúrák, intravénás droghasználat vagy egyéb infekciók, valamint immundeprimált állapotok lehetnek rizikófaktorok.
- **osteomyelitis (csigolya):** a derékfájdalom hetektől hónapokig fennállhat, lázzal vagy anélkül. Rizikófaktoraik hasonlóak az epiduralis tályognál leírtakhoz.
- **abdominalis aorta aneurysma, aorta dissectio:** minden esetben keressük a kisugárzó fájdalmakat (hátba, mellkasba, hasba). Hirtelen kezdődő, éles, elviselhetetlen fájdalom, mely keringési instabilitással járhat (de nem törvényszerűen). Végtagok közötti pulzuskülönbség, alsó végtagi keringészavar esetén gondoljunk rá.

Az esetek kb. 10%-ban az alábbi etiológia állhat a derékfájdalom háttérében, melynek jelentős része discus herniához, ill. spinalis stenosishez kapcsolódhat.

- **kompressziós csigolyatörés:** előfordulhat panaszmentesen, vagy erős derékfájdalommal, traumás anamnézis nélkül is. Ismert osteoporosis, korábbi patológiás törések és krónikus glükokortikoid szedése jelentős rizikófaktor.
- **radiculopathia:** a gerincvelői gyökökkel kapcsolatos tünetek összefoglaló neve, melynek számos oka lehet (pl. discus hernia, infekció, malignitás). A prehospitalis ellátásban a derékfájdalom mellett keresnünk kell a riasztó jeleket („red flags”).
- **canalis spinalis stenosis:** derékfájdalom, általában vádli vagy distalis alsó végtagi fájdalommal, mely üléssel, ill. előrehajlaskor szűnik. Járótávolság beszűkülés jellemző.

A derék(táji)fájdalom egyéb okai közé sorolható még: osteoarthritis, gerincferdülés (scoliosis), pszichés eredet, ill. gerincen kívüli kórképek: pl. gyomorfekély, pancreatitis, cholecystitis, nephrolithiasis, pyelonephritis, herpes zoster, endometriosis. Alsó végtagi fájdalom esetén fontos megkülönböztetnünk az alsó végtagi érszűkületől (a fájdalom pihenésre azonnal szűnik), ill. AV-i akut érelzáródástól, thrombosistól.

Megj.:

- a tompa, mozgásra fokozódó, nyugalomban enyhülő fájdalom általában jóindulatú, míg az éjszaka jelentkező, nyugalomra, analgetikumra nem reagáló fájdalom tumor vagy infekció gyanúját vetheti fel
- gyakorlati tapasztalat alapján a mechanikus okok okozta fájdalmak aszimmetrikusak, míg a gyulladás-, vagy neoplasia talaján induló gerinctáji fájdalom és mozgásbeszűkülés szimmetrikus/kétoldali.

V. A mentésirányítás feladatai

- Minden esetben ABCD szerinti kikérdezés szükséges, a beteg veszélyeztető (instabil) állapotának kizárására.
- Derékfájdalom típusos tünetei esetén célzott kérdéseket kell feltenni az esetleges veszélyeztető tünetek tisztázására (*ld. lentebb azonnali intézeti beutalás kritériumai*).
- Ha a bejelentés alapján a derékfájdalom háttérében súlyos/életveszélyes állapot valószínűsíthető, magasabb szintű mentőegység azonnali riasztása indokolt (ennek hiányában többfokozatú riasztás; gyorsabb elérhetőség esetén orvosi ügyelet/háziorvos azonnali riasztása is). Súlyos esetben a mentésirányító lehetőség szerint maradjon vonalban, állapotváltozás esetére pedig azonnali jelzést kérjen.
- Típusos, riasztó tünetek nélküli akut derékfájdalom esetén (vagy van már korábbi diagnózis, de nincs új tünet), ha a beteg stabil állapotú, de nem tudja felkeresni orvosát vagy az ügyeletet, a feladat az orvosi ügyeletnek átadható.

VI. Betegvizsgálat, azonnali teendők MINDEN mentőegység részére

1. (a helyszín biztonságának ellenőrzése)
2. ABCDE szerinti betegvizsgálat, (sz.e. betegmonitorozás): kiemelten fontos az *életveszélyes kórképek felismerése* (*ld. „Differenciáldiagnózis” rész*). Célzottan keressük az esetleges *veszélyeztető jeleket* (*ld. lentebb azonnali intézeti beutalás kritériumai*).
3. *ABC instabilitás* észlelésekor kellő kompetencia hiányában azonnali **segélykocsikérés** indokolt (részletesen lásd a *„Beteg/sérült előrejelzése, átadása, segélykocsi hívása a prehospitalis gyakorlatban”* című szabványos eljárásrendben).
4. Derékfájdalom mögött álló súlyos kórképek esetén ABCDE-elveknek, ill. adott kórképnek megfelelő ellátás javasolt.
5. A legtöbb derékfájdalom fájdalomcsillapításon kívül helyszíni akut ellátást általában nem igényel. A fájdalomcsillapítás lehetőségeit kompetencia szerint az *„Analgészia és szedáció a prehospitalis gyakorlatban”* című szabványos eljárásrend tárgyalja.
6. Intézetbe szállítás szükségessége esetén a fájdalomcsillapítás és a megfelelő rögzítés (a beteg gyakran elmondja a fájdalmat okozó pozíciókat) elengedhetetlen. Amennyiben az adott kompetenciaszinten ez nem elégséges, segélykocsikérés indokolt lehet.

VII. További ellátás mentőtiszttel/orvossal vonuló mentőegységek részére

7. Az „Analgézia és szedáció a prehospitalis gyakorlatban” című szabványos eljárásrenden kívül, ügyeleti ellátás kereteiben (rendelkezésre állás esetén):
- *diklofenák* tabletta, végbélkúp: 50 mg p.o./p.r.
 - *diklofenák* injekció: 75 mg im.
 - *metamizol-nátrium* tabletta, injekció: 500-1000 mg p.o./iv.
 - *ibuprofén* tabletta: 200-400 mg p.o.
 - *paracetamol* tabletta: 500 mg p.o.
 - *tramadol* tabletta és injekció: 50 mg p.o./iv./im. (csak NSAID-ra nem reagáló fájdalom esetén merül fel, azonban általában krónikus fájdalom esetében van szerepe).
(megj.: gyógyszerelés a készítmény leiratának megfelelően javasolt.)
8. Ópiátok NSAID ellenére fennálló esetekben alkalmazhatók, azonban ekkor a beteg intézetbe utalása mindenképpen szükséges.

VIII. Ellátás utáni teendők

A legtöbb esetben azonnali kórházi beutalás nem szükséges (megj.: mentőápoló önálló hatáskörben helyszínen hagyás mellett nem dönthet), a helyszíni terápia, fájdalomcsillapító felírása/javaslat, ill. tanácsadás elégséges. A következő esetekben szükséges azonnali intézeti vizsgálat:

- újkeletű (4 héten belüli) derékfájdalom **ÉS legalább egy az alábbiak közül:**
 - tumoros anamnézis/malignitás jelentős gyanúja
 - infekciós tünetek társulása, immunszuppresszió
 - hemodialízis
 - intravénás droghasználat
 - megelőző epiduralis beavatkozás
 - újkeletű vizelet/székklettartási/ürítési rendellenesség
 - újkeletű lovaglónadrág érzéskiesés (perianalis, ill. comb belső oldalának érzéskiesése)
 - újkeletű (motoros vagy szenzoros) neurológiai deficit
 - kompressziós csigolyatörés gyanúja (pl. osteoporosis, glükokortikoid-terápia, trauma, előrehaladott életkor)

Szubakut/krónikus fájdalom esetén jelentkező újkeletű neurológiai tünetek, infekció jelei, törés gyanúja szintén beutalási indikációt jelentenek.

A helyszínen maradó betegek számára az alábbi **általános tanácsok** javasolhatóak:

- alapvetően a legfontosabb, hogy a betegek lehetőleg ne legyenek tartós ágynyugalomban, és a panaszok csökkenése után igyekezzenek minél hamarabb visszatérni normál életvitelükhöz. Az ágyban fekvés elnyújthatja a panaszokat. Igyekezzenek a lehető legtöbb, még elviselhető normál aktivitáshoz közelítő mozgásokat végrehajtani (az első egy hétben kerülve a fájdalmas mozgásokat), és fokozatosan elérni a korábbi normál tevékenységeiket. A betegek általában tudják azonosítani a fájdalomcsillapító mozdulatokat.
- *meleg borogatás*: hatása alacsony szintű bizonyítékokon alapul, javasolható
- *masszázs, akupunktúra, gerinc manuálterápia*: kevés bizonyíték áll rendelkezésre hatásosságuk alátámasztására, alkalmazása függ a beteg preferenciáitól (beleértve ezek költségességét is), ill. ezen terápias lehetőségek hozzáférhetőségétől is függ
- *mozgás/fizikoterápia*: akut fájdalom esetén általában nem javasolt, azonban azok számára, akik szubakut/krónikus derékfájdalom kialakulására rizikófaktorral (pl. rossz egészségi állapot, pszichiátriai társbetegségek) rendelkeznek, javasolható a konzultáció.

Akut fájdalmak esetén **NEM** javasolt eljárások, mivel nem áll rendelkezésre kellő bizonyíték ezek alkalmazására: hideg vizes borogatás, „muscle energy technique” (MET), fűzők/merevítők alkalmazása, „húzás”, az akut szakaszban jóga, ill. paraspinalis injekciók alkalmazása.

Gyógyszeres terápiás javaslat:

- a betegek számára első körben nem-szteroid gyulladáscsökkentők (NSAID) javasoltak 2-4 hétig, figyelembe véve a beteg társbetegségeit is. Számos NSAID-készítmény áll rendelkezésre (pl. *diklofenák*: 1-3x50 mg, napi max. 150 mg, *ibuprofén*: 2-400 mg, 4-6 óránként, napi max. 1200 mg, *naproxen*: 2x275-550 mg, max. 1100 mg – egyesek nem vényköteles gél, kenőcs vagy tapasz formájában is kaphatók.). A megfelelő készítményt egyénileg kell megválasztani, és a lehető legalacsonyabb hatásos dózist kell javasolni, a különböző készítmények leíratainak figyelembevételével. A felsorolt készítmények és dózisok csak irányadók. Orális NSAID készítmények mellé mindenképpen javasolt megfelelő gyomorvédelem (H₂-receptor-blokkoló/PPI: pl. 1x20 mg *famotidin* vagy 1x20 mg *omeprazol/pantoprazol*) is. (megj.: a paracetamol nem javasolt első választandó kezelésként alkalmazni, kivéve, ha más NSAID nem alkalmazható).
- korábban megfelelő dózisu NSAID-ra nem reagáló, de akut derékfájdalmak esetén centrális hatású izomrelaxánsok javasolhatók: pl: metokarbamol, baklofen, klorzoxazon, orfenadrin, tizanidin.
- tramadol, ill. opiátok felírása ügyeleti ellátás során nem javasolt. Ezen készítményeknek szubakut/krónikus fájdalmak egyéb terápiára nem reagáló eseteire korlátozhatóak.
- nem javasolt kezelések akut derékfájás esetén: szisztémás glükokortikoidok, antidepresszánsok, antiepileptikumok, lidokain tapasz, növényi terápiák.

Felhasznált irodalom:

1. Wheeler SG, Wipf JE, Staiger TO, Deyo RA, Jarvik JG, Atlas SJ, Givens J: Evaluation of low back pain in adults. UpToDate. Last updated: May 26, 2022.
2. Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE, Atlas SJ, Givens J: Treatment of acute low back pain. UpToDate. Last updated: Nov 21, 2022.
3. Hsu PS, Armon C, Levin K, Shefner JM, Goddeau RP, Jr: Acute lumbosacral radiculopathy: Pathophysiology, clinical features, and diagnosis. UpToDate. Last updated: Aug 27, 2021.
4. Levin K, Hsu PS, Armon C, Shefner JM, Goddeau RP, Jr: Acute lumbosacral radiculopathy: Treatment and prognosis. UpToDate. Last updated: Nov 29, 2022.

Az eljárásrend elkészítésében részt vettek:

- *OMSZ Orvosszakmai Osztály Szakmai Munkacsoportja*: Csathó Mónika, Dr. Haness János, Dr. Gebei Róbert, Dr. Göbl Gábor, Dr. Kocsis Tibor, Kovács Bertalan, Dr. Krivácsy Péter, Dr. Mészáros Hajnalka, Molnár Ferenc József, Dr. Petróczy András, Pusztai László, Dr. Radnai Márton, Toldi Ferenc
- Dr. Ézsi Robin (Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet), Dr. Hoffer Zoltán (Budai Egészségközpont, Országos Gerincgyógyászati Központ)

Az eljárásrend előzményei

Verzió 1	Jelen eljárásrend (2023.06.28.)
Cím	A derékfájdalom prehospitális ellátása
Szerzők	OMSZ Orvosszakmai Osztály Szakmai Munkacsoportja
Hatályba léptette	29/2023. (06.28.) számú Főigazgatói Utasítás
Állapot	Hatályban