

Soubor minimálních diagnostických a terapeutických standardů u pacientů s diagnózou:

Chronická bolest u degenerativních onemocnění páteře

Identifikační údaje

Zpracoval:	MUDr. Henryk Brzeżański		
Oblast působnosti standardu:	neurologické oddělení		
Platnost standardu od:	1. 7. 2005		
Schválil:	MUDr. Tomáš Canibal		
Kontrolou standardu pověřen:	primář neurologického oddělení		
Identifikace výtisku:	Výtisk jediný – originál (výtisk z elektronické podoby má pouze informativní charakter)		
Poslední revize: č. 4 12/2016	Důvod revize: plánovaná	Přezkoumal: MUDr. Kamila Zarzycká	Účinnost: 1. 1. 2017
Poslední revize: č. 5 2/2019	Důvod revize: plánovaná, beze změn	Přezkoumal: MUDr. Kamila Zarzycká	-
Poslední revize: č. 6 12/2022	Důvod revize: úprava textu v odstavci bolest nociceptivní	Přezkoumal: MUDr. Roman Sukop	1. 1. 2023
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	
Poslední revize:	Důvod revize:	Přezkoumal:	

Definice

Samostatný syndrom s atributy chronické nemoci s bolestí, s časovým faktorem: u kraniocervikálního teritoria po 3 týdnech trvání, u osového skeletu a končetin po 3 měsících trvání. V rámci diferenciální diagnózy nutno vymezit bolest symptomatickou jiné etiopatogenezy než degenerativní postižení skeletu (úrazová, onkologické, zánětlivé, endokrinologické či jiné provenience), kde je kromě léčby chronické bolesti nutná účelná terapie kauzální (základní biochemické vyšetření, příp. interní vyšetření + pomocná interní vyšetření).

Jak diagnostikovat bolest

(od diagnózy symptomatické, přes topickou k etiopatogenetické diagnóze)

Charakteristiky:

- lokalizace, příp. pain figure (topografie)
- propagace
- nástup
- intenzita (vizuálně analogová škála)
- charakter
- typ
- trvání
- zhodnocení kvality života
- podrobná osobní a rodinná anamnéza
- znalost předchozího léčení

Typy bolesti dle patofyziologie:

- **bolest nociceptivní :** neurologické vyšetření (vymezení area nervinum, area radicularum, paretické postižení svalu nebo svalových skupin, šlachosvalové reflexy, rozsah pohybu páteře, napínací manévry), orientační algeziologické vyšetření bolestivých zón a bodů, hledání hyperalgických zón, odhalení alodynies, dysestezie a hyperpathie, doplnění zobrazovací diagnostikou dle topiky: u krční páteře RTG C pá (dle potřeby šikmé projekce + Sandberg), dle potřeby dynamické projekce, u hrudní páteře RTG Th pá, příp. dynamické projekce, u bederní páteře RTG LS pá, případně dynamické projekce, příp. CT minimálně ve třech pohybových segmentech, příp. elektrofyziologické vyšetření, příp. scintigrafie skeletu, příp. MR páteře.

Pro klinické vymezení kořenové léze je důležitý jak dermatom (senzitivní segment), tak motorické postižení v oblasti myotomu!

RTG nativ páteře nesmí být starší než 3 měsíce!

Typické příklady: vertebrogenní bolest zad, diskogenní nemoci, osteoartrózy, osteoartritidy, fibromyalgie

Terapie: aplikace třístupňového analgetického žebříku (uvedené ve vlastní farmakoterapii), dle klinického obrazu adjuvantní a pomocná léčiva, lokální obstríky anestetikem, aplikace NSA a anestetik. preparátu infuzně, facetové obstríky (aplikace kortikoidů + anestetika)

▪ **bolest neuropatická**

(centrální+periferní): jak výše + při chybění kompilace klinického obrazu se zobrazovací diagnostikou vždy elektrofyziologické vyšetření

Typické příklady periferní: postherpetická neuralgie, polyneuropathické poškození (typické neuropatie spojené s bolestí: diabetická, zejména proximální amyotrofie, vaskulitidy, toxické, včetně iatrogenních jako: statiny, amiodaron, disulfiram, nitrofurantoin, soli zlata, isoniazid, cis platina, postradiační, dále alkoholová, hereditární senzitivní, amyloidová, idiopatická distální senzitivní, HIV – distální forma), traumatické poškození periferních nervů

Typické příklady centrální: thalamická bolest, bolest při postižení centrálního nervového systému (syringomyelie, st.p. CMP různé etiologie, zánětlivá a nádorová onemocnění, fantomová bolest)

Terapie: antidepressiva nebo antikonvulziva, analgetika ze třístupňového žebříku

▪ **bolest smíšená:**

Typické příklady: failed back surgery syndrome FBSS a failed neck surgery syndrom FNSS

Terapie: jak výše + dolní tlaková blokáda u FBSS

▪ **bolest psychogenní:**

jak výše, včetně zobrazovací diagnostiky a navíc psychologické vyšetření

Typické příklady: somatoformní poruchy, hypochondrie a simulace, faktitivní porucha, disociační a psychotická porucha, poruchy osobnosti

Terapie: psychofarmaka

▪ **bolest dysautonomní:**

Typické příklady: komplexní regionální bolestivý syndrom, kausalgie

Terapie: strategie léčby nociceptivní, neuropatické, psychofarmaka

Orientační rozdělení na nociceptivní bolest a neuropatickou bolest je rozhodující pro správné nasazení analgetické medikace: nociceptivní reaguje dobře na analgetika, neuropatická reaguje lépe na adjuvantní analgetika než na vlastní analgetika.

Terapeutické postupy

- Farmakoterapie,
- rehabilitační postupy,
- psychoterapeutické metody a sociální podpora,
- invazivní analgetické metody (injekční léčba, facetový obstřík, dolní tlaková blokáda, odkaz na anesteziologa - intratekální aplikace opioidů),
- ve vymezených případech spondylochirurgická konzultace (viz standard vertebrogenních onemocnění).

Cíl léčby:

- dosažení úlevy od bolesti,
- zvýšení funkční kapacity a zlepšení kvality života.

Vlastní farmakoterapie bolesti

Podle třístupňového žebříku:

- u mírných bolestí (VAS 0-4) analgetika I. stupně (analgetika – antipyretika, spasmolytika, neselektivní inhibitory COX, přednostní COX-2 inhibitory),
- u středně silné bolesti (VAS 4-7) slabá opioidní analgetika (tramadol, dihydrokodein),
- silná bolest (VAS 7-10) silné opioidy (fentanyl, oxykodon, piritramid, petidin-meperidin).

Nerozhoduje původ bolesti, ale její intenzita. Nepodávat u psychogenní bolesti!

Nasazení opioidů se řídí kritériem pro zahájení léčby opioidy:

- selhání standardních léčebných postupů,
- bolest musí být opioid senzitivní,
- dobré seznámení s psychosociální situací nemocného,
- musí být navozena úleva od bolesti se zlepšením funkce, nestačí jen navození psychického komfortu!

Operační řešení - jako alternativní nebo ve vyhraněných případech kauzální léčba, nebo léčba, kde selhává konservativní terapie. Provádí spondylochirurg:

- hernie disku - primární operace po konservativním léčení 4-12 týdnů kořenových kompresivních syndromů (i u subakutních stavů), lze uspišit u stavů s progredující slabostí dolních končetin nebo při velkých bolestech nereagujících na konservativní léčení. Akutní operace (během hodin nebo dnů) při syndromu cauda equinae,
- spinální stenóza - jasně vymezená symptomatická i topická diagnóza v korelaci s diagnózou zobrazovací,

- instabilita - jak výše,
- nádory - progredující nervový nález, do 24 hodin po nástupu plegie končetin (dekomprese, stabilizace).

Použitá literatura

Klinická neurologie, část obecná, Zdeněk Ambler, Triton 2004

Metodické pokyny pro farmakoterapii bolesti, Bolest časopis pro studium. roč. 7, suplementum 1, 2004

Programy kvality a standardy léčebných postupů - NEURO/1, NEURO/5, MZ ČR, 2001