

ПРИМЕНА КЛИНИЧКОГ ПУТА ЗА АКУТНИ ЛУМБАЛНИ БОЛ У ДОМУ ЗДРАВЉА УЖИЦЕ

Јелена Тодоровић¹, Сања Радојевић²

THE APPLICATION OF THE CLINICAL PATHWAY FOR THE ACUTE LUMBAR PAIN IN THE HEALTH CENTRE UŽICE

Jelena Todorović, Sanja Radojević

Сажетак

Циљ истраживања је да испита да ли постоји значајна разлика у квалитету и сигурности клиничког рада пре и после примене клиничког пута за акутни лумбални бол. Клинички пут је примењиван у Дому здравља Ужице од 1. 3. 2013. до 31. 3. 2014. године. Обухватио је 68 пацијена та оба пола, старости од 20 до 60 година. Клинички пут је заснован на Националном водичу за лумбални бол за лекаре у примарној здравственој заштити, који је издат од стране Министарства здравља Републике Србије 2004. године. Резултати су показали да је квалитет рада побољшан након увођења клиничког пута, односно да је:

- смањен број пацијената који су упућивани на додатне дијагностичке процедуре и специјалистичке прегледе,
- скраћена дужина боловања пацијената,
- смањена учесталост рецидива болести,
- повећан број пацијената који су добили писана упутства о будућем понашању и превентивним мерама.

Кључне речи: лумбални бол, клинички пут.

Summary

The goal of this research is to investigate if there is a significant difference in safety of clinical work before and after the application of Clinical pathway for acute lumbar pain. The Clinical pathway was applied in Health center Užice from 01.03.2013. to 31.03.2014. It encompassed 68 patients from 20 to 60 years of age, of both sexes. The Clinical pathway is based on the National guide for lumbar pain for doctors in primary health care, which is published by the Department of Health of Republic of Serbia in 2004. The results showed that the quality of work was improved after the introduction of the Clinical pathway, that is:

- Decreased number of patients who were sent to additional diagnostic procedures and specialist examinations,
- Decreased length of absence from work,
- Decreased frequency of relapses,
- Increased number of patients that got written instructions about future behavior and preventive measures.

Keywords: lumbar pain, clinical pathway.

¹ Др Јелена Тодоровић, Дом здравља Ужице.

² Др Сања Радојевић, Дом здравља Ариље.

УВОД

Акутни лумбални бол је најчешће (око 95% случајева) неспецифични бол, тј. бол у крстима, од доњих ребара до глутеалне линије, који траје мање од 6 недеља.⁽¹⁾ Синдром ишијаса (испод 5% случајева) обухвата ширење бола дуж једне ноге, што указује на иритацију или компресију нервних коренова. Озбиљна спинална патологија је у мање од 2% случајева узрок лумбалног бола (малигне болести, метастазе, остеопоротичне фрактуре, спондилитис, АИДС).

Дијагноза лумбалног синдрома се поставља детаљном анамнезом и пажљивим прегледом болесника. Лабораторијска и радиографска испитивања се рутински не саветују, уколико нема сумње на неко озбиљно обољење.

Клинички пут је болесников лични документ у виду протокола који приказује редослед стандардних клиничких процедура у обради његовог здравственог проблема од почетка до краја епизоде. То није листа обавезних упутстава, него листа препорука од којих је могуће одступити ако постоји утемељен разлог или објективна околност. Садржај клиничког пута ослања се на адекватан клинички водич и локалну праксу здравствене установе.

Клинички пут за акутни лумбални бол је заснован на Националном водичу за лекаре у примарној здравственој заштити из 2004. године.⁽²⁾ Препоруке у оквиру клиничког пута су следеће:

1. Узимање детаљне анамнезе, која обухвата:

- претходни лумбални бол (почетак симптома, посета лекару, испитивања, лечење и дужина трајања болести, учесталост рецидива),
- садашњи лумбални бол и његове карактеристике,
- друге болести,

- социјалну анамнезу (породична, образовање, активности на послу и у слободно време),
- стил живота (физичка активност, пушење, алкохол, дијета).

Главни циљ детаљне анамнезе је да лекар искључи друге потенцијално опасне болести и стања која се могу манифестовати као лумбални бол (треба питати за повреде, претходне болести, употребу кортикостероида, присуство општих симптома: температура, губитак у телесној тежини, прогресивно погоршање бола упркос лечењу).

У анамнези је веома важно добити податке о функцији сфинктера, мишићној слабости, анестезији перинеума, јер присуство тих симптома представља апсолутну индикацију за оперативно лечење.

2. Физикални преглед болесника, у који спада:

- инспекција кичме у стојећем ставу (процена држања тела, лумбална лордоза, присуство анталгичне сколиозе),
- палпација кичме и ишијадичног нерва (тонус леђних паравертебралних мишића, осетљивост појединих делова кичме, једнострана осетљивост задњице и бутина),
- перкусија кичмених пршљенова (перкуторна осетљивост постоји код инфекција, фрактура, метастаза),
- покретљивост кичме у сагиталном и латералном правцу,
- процена компресије нервних коренова (Лазаревићев знак, пасивна дорзифлексија чланка – изазива ирадијацију бола у нози код компресије нервног завршетка, укрштени бол – при подизању здраве ноге појачава се бол у оболелој нози),
- мишићна снага доњих екстремитета (снага екстензије стопала и ножног палца – L5 корен, ход на петама – L5 корен, ход на прстима – С1 корен),

- тетивни рефлекси (пателарни – Л4 корен, Ахилов рефлекс – С1 корен),
- испитивање сензибилитета (медијална страна колена – Л4 корен, медијална (Л5), дорзална (Л5) и латерална (С1) страна стопала).

Треба имати у виду да парапареза (ослабљена мишићна снага обе ноге), појачани тетивни рефлекси и позитиван знак Бабинског захтевају хитно упућивање пацијента неурологу и неурохирургу.⁽³⁾

3. Лечење акутног лумбалног синдрома:

Пре свега треба саветовати болесника да остане физички активан. Наставак дневних активности (шетња, пливање) је ефикаснији у лечењу акутног лумбалног бола од мировања.⁽⁴⁾ Осим тога, препоручује се апликација леда на болно место чиме се смањује бол, јер хладноћа делује аналгетски и антиинфламаторно. Коначно, мора се применити медикаментозна терапија, која обухвата један или више следећих лекова:

- НСАИЛ: препоручује се један лек, а не њихова комбинација. Најбољи начин примене је орални, а најсигурнији НСАИЛ је Ибупрофен (3x400mg дневно).
- СОХ-2 инхибитори се користе код болесника који имају улкусну болест (нпр. Мовалис тбл. 1x15mg).
- Парацетамол има само аналгетски ефекат, али се и поред тога показао као ефикасан лек у лечењу акутног лумбалног бола у дози од 1000mg на 6 сати.

- Код јаких болова могу се користити аналгетици типа трамадола у дози од 4x50mg или 2x100mg.

Кортикостероиди се не препоручују у лечењу акутног лумбалног бола. Мишићни релаксанти се препоручују само код неефикасности или неподношљивости НСАИЛ.

ЦИЉ

Циљ истраживања је да се испита да ли постоји разлика у квалитету и сигурности клиничког рада пре и после примене клиничког пута за акутни лумбални бол.

МЕТОДЕ

Клинички пут за акутни лумбални бол је примењиван у Дому здравља Ужице од 1. 3. 2013. до 31. 3. 2014. године (пилот фаза и фаза имплементације). Обухваћено је 68 пацијената старосне доби од 20 до 60 година, оба пола. Контролну групу чинило је 68 пацијената са акутним лумбалним болом који су лечени у периоду пре 1. 3. 2013. године. За статистичку обраду података коришћен је X^2 тест.

РЕЗУЛТАТИ

Резултати истраживања су приказани табеларно.

Табела 1. Квалитет и сигурност клиничког рада пре и после увођења клиничког пута.

Упућивање пацијената на додатне дијагностичке процедуре	Пре увођења клиничког пута	После увођења клиничког пута	Статистички значајна разлика
Лабораторија	71%	50%	p<0,001
РТГ лумбосакралне кичме	59%	44%	p<0,02
Ултразвук абдомена	31%	28%	p>0,05
Физијатру	52%	47%	p>0,05
Неурологу	47%	33%	p<0,02

Табела 2. Дужина трајања болести и учесталост рецидива код пацијената са акутним лумбалним болом.

	Пре клиничког пута	После клиничког пута	Статистички значајна разлика
Дужина одсуствовања са посла (у данима)	21	18	-
Учесталост рецидива	46%	31%	p<0,02
Број пацијената који су добили писано упутство о начину понашања	32%	100%	p<0,001
Број пацијената код којих су се испољила нежељена дејства лекова	19%	10%	p<0,05

Као што се може видети из Табеле 1, упућивање пацијената на лабораторијске анализе, рендген лумбосакралне кичме, као и на специјалистички преглед код неуролога, значајно је смањено након увођења клиничког пута. Разлог за то је узимање детаљније анамнезе и комплетнији физикални преглед пацијената, чиме се у појединим случајевима отклања потреба за даљим анализама.

Из Табеле 2 се види да је број пацијената који су добили писана упутства о начину понашања и заштитним положајима за леђа значајно повећан, што је довело до смањења

дужине боловања и учесталости рецидива. Такође, смањена је учесталост појаве нежељених дејстава лекова, пре свега због препоруке да се не користе кортикостероиди при лечењу акутног лумбалног бола.

ЗАКЉУЧАК

После пилот фазе и фазе имплементације клиничког пута за акутни лумбални бол у Дому здравља Ужице, уочено је побољшање у раду, и стога је клинички пут uveden у свакодневни рад лекара примарне здравствене заштите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Манојловић Д. Интерна медицина. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 2003, 1694–1700.
2. Министарство здравља Републике Србије. Национални водич за лекаре у примарној здравственој заштити – Лумбални синдром. Београд, 2004.

3. Левић З. Основи савремене неурологије. Завод за уџбенике и наставна средства, седмо издање, Београд, 2000, 294–298.
4. Жигић Д, Иванковић Д, Поповић Ј, Лапчевић М, Шукриев Љ, Ковачева К, Станковић С. Општа медицина – Породична медицина. Српско лекарско друштво, 2006, 1173–1184.

Контакт: Др Јелена Тодоровић, Дом здравља Ужице, Потпеће 23, 31205 Севојно, тел. 064/1661160, e-mail: jelena.1982@yahoo.com