

Streszczenie

Kwalifikacja pacjentów z niespecyficznym bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa do samodzielnie podejmowanej aktywności fizycznej jako formy interwencji medycznej na podstawie badania podmiotowego (wywiadu).

Autor: mgr Ernest Wiśniewski

Słowa kluczowe: niespecyficzny ból kręgosłupa lędźwiowego, badanie przesiewowe, sytemy wspomagania decyzji, algorytm, aktywność fizyczna

Wstęp

Bóle kręgosłupa są zjawiskiem powszechnym i szacuje się, że dotyczą one w którymś momencie życia ponad 70% populacji ogólnej w krajach uprzemysłowionych (Hoy i in., 2012, Hoy i in., 2010). Stanowią też najliczniejszą grupę wśród schorzeń mięśniowo-szkieletowych (ang. *musculoskeletal disorders* – skrót: MSD). Wieloletnie obserwacje z lat 1990 – 2019, z wykorzystaniem wskaźnika globalnego obciążenia chorobowego (ang. *global burden of disease* - skrót: GBD), prezentują szacunki globalnego obciążenia schorzeniami mięśniowo-szkieletowymi, w tym szczególnie bólem krzyża w odniesieniu do upośledzenia i ograniczenia aktywności (Wu i in., 2020). Oszacowano, że u ponad 1,7 mld osób na świecie rocznie bóle kręgosłupa były najbardziej powszechną przyczyną tego zjawiska (Cieza i in., 2021). Przewlekłe bóle kręgosłupa wpływają na pogorszenie jakości życia i spadek produktywności opisywany jako zjawisko prezenteizmu tj. nieefektywnej obecności w pracy oraz bardzo wysoką liczbę absencji chorobowej. Szacuje się, że łączny koszt utraconej produktywności przypisywanej schorzeniom MSD wśród osób w wieku produkcyjnym w Unii Europejskiej może sięgać nawet 2% produktu krajowego brutto (PKB) rocznie (Bevan, 2015).

Publikowane wyniki badań bezsprzecznie wskazują, iż przewlekłe bóle kręgosłupa są obecnie najczęstszą przyczyną zgłaszania się na rehabilitację, jak również stanowią istotne obciążenie społeczno-gospodarcze. W literaturze znajdziemy również obszerną dyskusję na temat skuteczności podejmowanych różnych interwencji medycznych. Wyniki prezentowane są zarówno w formie publikacji, jak również rozbudowanych wytycznych (Kreiner i in., 2020, Oliveira i in., 2018). Większość badaczy wykazuje bardzo silne dowody dla stosowania aktywności fizycznej w bólach dolnego odcinka kręgosłupa.

Przedmiotem dyskusji pozostaje jednak ciągle kwestia badania i kwalifikowania do odpowiednich form interwencji medycznych. Panuje w tym obszarze duża zgodność w poglądach w zakresie stosowania modelu selekcji diagnostycznej pacjentów (ang. *diagnostic triage*). Triaż diagnostyczny oparty jest na szczegółowym wywiadzie i badaniu klinicznym (Airaksinen i in., 2006, Bardin, 2017, Budtz i in., 2021). Istotą takiego badania przesiewowego jest oddzielenie problemów bólowych specyficznych od niespecyficznych. Rozpoznanie niespecyficznych bólów kręgosłupa odbywa się więc przez wykluczenie określonych swoistych patologii kręgosłupa oraz zespołów korzeniowych i w tym zakresie nie ma znacznych rozbieżności wśród autorów. Dyskusja toczy się głównie w zakresie podejmowanych dalszych decyzji klinicznych przy planowaniu interwencji w bólach niespecyficznych.

Cel pracy

Ocena porównawcza dwóch metod w zakresie trafności podejmowania decyzji o kwalifikacji pacjentów z niespecyficznym bólem odcinka lędźwiowego kręgosłupa do różnych kategorii interwencji medycznych. Jedna metoda to ankieta oparta na autorskim kwestionariuszu do samodzielnego wypełnienia, druga to decyzje podejmowane przez fizjoterapeutę na podstawie pełnego badania przedmiotowego i podmiotowego (protokół badania fizjoterapeutycznego).

Grupa badana i narzędzia badawcze

W badaniu wzięło udział 206 pracowników z 16 zakładów pracy chronionej na terenie Polski, w tym kobiety stanowiły 71,8% (n=148), a mężczyźni 28,2% (n=58). Średnia wieku wyniosła 50,2 lata. Najliczniejszą grupę 57,8% (n=119) stanowili pracownicy wykonujący pracę biurową, 22,3% (n=46) pracujący fizycznie oraz 19,9% (n=41) pracujący fizycznie w pozycji siedzącej. W badanej grupie pracowników 93,7% (n=193) zadeklarowało ból przewlekły utrzymujący się powyżej 3 miesięcy, w tym 84,4% (n=176) ból powyżej 12 miesięcy. Na ból odczuwany codziennie wskazało 35% (n=74) badanych oraz często, kilka razy w tygodniu 27,2% (n=56). Tylko 10,1% (n=21) badanych osób wskazało na niski poziom bólu [VAS: 0-2], 47,6% (n=98) na poziom średni [VAS: 3-5] oraz 42,2% (n=87) na poziom wysoki VAS: [6-10]. W badaniu użyto dwa typy narzędzi badawczych: autorski kwestionariusz do samodzielnego wypełnienia w formie badania ankietowego z opracowanymi pytaniami, zamieszczony na platformie e-learningowej oraz protokół badania fizjoterapeutycznego. Oba badania wykonywane były w dwóch różnych pomieszczeniach, bezpośrednio jedno po drugim. Pracownik udzielał odpowiedzi osobiście w badaniu

ankietowym w asyście fizjoterapeuty. Badanie fizjoterapeutyczne wykonywane było w warunkach gabinetowych w przykładowej przychodni przez badacza.

Wyniki

W badaniu porównawczym 206 pracowników metodą opartą na protokole badania fizjoterapeutycznego oraz autorskim kwestionariuszu, pełną zgodność wyników (1:1) uzyskano u 74,27% (n=153). W 22,82% przypadków (n=47) zaobserwowano nadwrażliwość ankiety, nie pozwalając na samodzielnie podejmowaną aktywność fizyczną przy jednoczesnej kwalifikacji do tej formy interwencji w bezpośrednim badaniu fizjoterapeuty. Tylko 2,92% (n=6) przypadków algorytm ankiety zakwalifikował do ćwiczeń jako formy leczenia, gdy fizjoterapeuta zalecił po badaniu terapię wykonywaną przez lub pod nadzorem fizjoterapeuty lub konsultację z lekarzem celem dalszej diagnostyki.

Wnioski

Uzyskane w badaniu wyniki pełnej zgodności podejmowanych decyzji należy uznać za bardzo optymistyczne, mimo że w teście Kappa uzyskano wynik umiarkowanej zgodności, a w teście McNemres wskazano na brak symetrii w proporcji rozkładu decyzji „zgodnych” i „niezgodnych”. 22,87% badanych algorytm w ankiecie zakwalifikował do interwencji o wyższej referencyjności, tj. do rehabilitacji indywidualnej lub konsultacji lekarskiej, po głębszym zweryfikowaniu informacji podczas badania zostali oni zakwalifikowani jednak do programu samodzielnie wykonywanych ćwiczeń. Nadwrażliwość ankiety w tym przypadku należy interpretować jako zjawisko pozytywne – wskazujące na wysoki próg bezpieczeństwa. Wynikało to z budowy samego algorytmu. W przeprowadzonym eksperymencie próg „wrażliwości” algorytmu był tak zaprojektowany, aby przy najmniejszych wątpliwościach (jedna „prawdziwa” decyzja) kierować badanego do weryfikacji przez klinicystę (fizjoterapeutę lub lekarza). Jest to zatem przestrzeń do dalszych badań nad doskonaleniem algorytmu, którego potencjał pozwala na uzyskanie 97% zgodności w podejmowanych decyzjach. Ponadto warto podkreślić, iż testowana metoda badania ankietowego, w tym szczególnie przy wykorzystaniu aplikacji informatycznych, może znaleźć szerokie zastosowanie w badaniach przesiewowych i przyczynić się realnie do obniżenia kosztów leczenia i poprawy jakości życia osób z przewlekłym bólem kręgosłupa lędźwiowego przy jednoczesnym zwiększeniu dostępności do rehabilitacji dla osób z bólem specyficznym lub o wysokiej intensywności.

Ernest Wierzbicki