

ANKSIOZNOST IN PANIKA

Davorina Petek

Anksioznost je patološko stanje doživljanja tesnobe, povezano s telesnimi znaki vznurjenja avtonomnega živčnega sistema. Razlikuje se od normalnega doživljanja strahu, ki je odgovor na znan vzrok oziroma grožnjo (1).

Kaže se lahko z različnimi simptomi (po Mednarodni klasifikaciji bolezni, MKB 10), kot so:

- psihopatološki (notranji nemir, napetost, občutek strahu ali ogroženosti, nespečnost),
- telesni (napetost v mišicah, težave z dihanjem, hitra utrudljivost, glavobol, bolečina v križu, motorični nemir, parestezije),
- vegetativni (zardevanje, palpitacije, znojenje, suha usta, driska, tresenje).

V področje anksioznih motenj spadajo: generalizirana anksiozna motnja, fobija, obsesivno kompulzivne motnje, panična motnja in panični napadi.

Generalizirana anksiozna motnja

Pretirana zaskrbljenost brez pravega vzroka, ki traja 6 mesecev ali dlje z zgoraj opisanimi simptomi. Potek motnje je navadno kroničen, vendar se simptomi lahko v bolnikovih poznejših letih zmanjšajo. Pogosto se ji pridruži depresija, tako da se razvije mešana depresivno-anksiozna motnja.

Fobije

Fobije se kažejo s patološkim strahom pred predmetom ali situacijo, ki v splošnem ni nevarna. V to skupino sodi *socialna fobija*, pri kateri bolniki razvijejo pretirano bojazen pred okoliščinami, kjer so izpostavljeni ocenjevanju drugih. Začetek največkrat sega v sredino najstniških let. Lahko se razvije generaliziran strah pred vsemi socialnimi stiki ali le pred določenimi, značilnimi okoliščinami: nastopanjem, uživanjem hrane v javnosti, srečanjem z osebami drugega spola. Ob takih prilikah bolniki čutijo znake anksioznosti. Razvije se vedenje z izogibanjem javnih mest in okoliščin, kjer se čutijo izpostavljene in ocenjevane, zato pride do resnih motenj v socialnih stikih ter neuspehov v šolanju in poklicu. Značilno je majhno samospoštovanje. Pogosta je komorbidnost z drugimi vrstami anksioznosti, odvisnostjo od alkohola ali drog in depresijo (2).

Na motnjo je treba posumiti pri mladih, plašnih, socialno in šolsko slabše uspešnih bolnikih. Za zdravljenje je odločilna stopnja psihosocialne motenosti. Zdravljenje je največkrat v domeni specialistov psihiatrov. Uspešno uporabljamo selektivne zaviralce monoamino oksidaze, selektivne zaviralce privzema serotonina, tudi benzodiazepine in blokatorje betareceptorjev, hkrati z njimi ali samostojno pa še različne psihološke tehnike, zlasti vedenjsko kognitivno terapijo.

Obsesivno kompulzivna motnja

Obsesije sestavljajo ponavljajoče se ali trajne vsiljene misli ali predstave, ki se jih ljudje poskušajo znebiti z drugimi dejanji ali mislimi. Kompulzije so ponavljajoča se dejanja in obnašanja kot odziv na obsesivne misli.

Panična motnja in panični napadi

Je najpogostejša v skupini anksioznih motenj.

Epidemiologija

Epidemiološke študije kažejo, da bo v življenju zbolelo 1,5 do 3,0 % ljudi. Družinska obremenjenost pomeni povečano tveganje za pojav panične motnje. Poznana je po vsem svetu. Značilen nastop težav je v tretjem življenjskem desetletju. Več napadov panike je pri ženskah.

Klinična slika

Napad poteka zelo dramatično. Bolnik, ki se večkrat zateče po pomoč tudi v urgentno ambulanto, občuti nepričakovan napad intenzivnih simptomov, ki dosežejo vrh v 10 minutah in trajajo do 60 minut. Prevladujejo simptomi, ki izhajajo iz simpatičnega živčnega sistema: palpitacije, znojenje, tresenje, vrtoglavica, občutek pomanjkanja zraka in strah pred smrtjo ali izgubo nadzora.

Napadi se lahko ponavljajo večkrat na teden, zato bolnik razvije intenziven strah v pričakovanju ponovitve težav. Sprožilec napada je lahko pretiran vnos alkohola ali nikotina. Napadi se lahko razlikujejo po vrsti simptomov, ki se večkrat ponavljajo v enaki obliki. Najpogosteje opisujejo težave s srcem, predvsem bolečine v prsnem košu (3).

Diagnoza

Pot do diagnoze je včasih zelo dolga, napotitve k številnim specialistom pa pogoste. Ob prvih srečanjih z bolnikom je največkrat treba izločiti možne telesne vzroke. Zato je nujen natančen klinični pregled, laboratorijske preiskave (elektroliti, ščitnični hormoni, hemogram, jetrni, ledvični testi, včasih tudi toksikološka analiza seča), EKG. Ob prisotni hipertenziji je treba določiti tudi kateholamine v seču za izključitev feokromocitoma. Ker so pri 50 % ljudi s paničnimi napadi ugotovili prolaps mitralne zaklopke, je pri nekaterih bolnikih umestna tudi napotitev na ultrazvočno preiskavo srca.

Bolnika je treba povprašati o jemanju zdravil, ki lahko sprožijo napad (stimulatorji osrednjega živčnega sistema), o pitju pijač s kofeinom in uživanju drog. Pomembni so tudi podatki iz družinske anamneze. Ključ do diagnoze paničnega napada so:

- starost med 30. in 40. leti,
- značilni duševni in telesni simptomi,
- čas trajanja napada,
- okoliščine, ki same po sebi niso nevarne,
- odsotnost drugih telesnih bolezni.

Potek bolezni

Zgodnja diagnoza je pomembna, saj dobi motnja največkrat kronični potek, ko se zaradi stalne zaskrbljenosti pred napadi pridružijo tudi druge anksiozne motnje. Najpogosteje se razvije agorafobija (strah pred javnimi mesti, kjer se družijo ljudje). Gre za posledico strahu pred ponovnim napadom, zato se bolnik začne izogibati aktivnosti, okoliščinam ali krajem, v katerih bi se ob napadu lahko znašel brez pomoči (ko je »pobeg težaven«). Bolniki so kljub ponavljajočim se dobrim izvidom raznih preiskav neprestano zaskrbljeni zaradi morebitne telesne bolezni. Pridružijo se lahko depresija, alkoholizem in zloraba drog, pa tudi obsesivno-kompulzivne motnje ter motnje hranjenja ali spanja.

Zdravljenje

Taki bolniki so zaradi ugotovitve odsotnosti telesne bolezni vse prevečkrat neustrezno zdravljeni. Ob samem napadu so učinkoviti anksiolitiki. Družinski zdravniki, ki so poleg urgentnih največkrat poklicani k reševanju akutnih težav, so dolžni bolnika poučiti, da so njegove težave značilne za to motnjo, in da zdravljenje obstaja. Pomirijo naj ga glede bojzani, da so resno telesno bolni.

V obravnavo družinskega zdravnika lahko sodijo enostavne panične motnje z manjšim številom simptomov. Zgodnje prepoznavanje in zdravljenje zmanjšata verjetnost razvoja kroničnega poteka in navezovanje drugih duševnih motenj. Zaradi razvoja odvisnosti se je treba izogibati podaljšanemu jemanju anksiolitikov brez drugega zdravljenja.

Razvite oblike panične motnje zaradi svoje kompleksnosti sodijo v specialistično obravnavo. Od zdravil uporabljamo antidepresive, največkrat iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina. Benzodiazepine najpogosteje uporabljamo za umiritev hujših simptomov na začetku zdravljenja, dokler ne učinkujejo antidepresivi ali kognitivno vedenjska terapija (4). Dolgotrajno in neustrezno predpisovanje anksiolitikov privede do razvoja tolerance s posledičnim povečevanjem odmerka in do razvoja odvisnosti. Bolnik opušta druge, zanj zelo pomembne spremembe načina življenja, sprostitve, rekreacije in vključevanja v družabne dejavnosti.

Z različnimi oblikami anksioznosti se pogosto srečuje tudi družinski zdravnik. Treba se je zavedati pogoste prepletenosti in povezanosti več vrst anksioznih motenj med seboj (5, 6, 7) ter pogosto prisotnih bolezni odvisnosti in depresivnih motenj. Vse to in pogosto opisovanje predvsem telesnih težav zaplete obravnavo, ki pa jo olajša poznavanje bolnika in njegovega domačega okolja. Zgodnje prepoznavanje in zdravljenje duševnih motenj lahko preprečita kronični potek in razširitev anksiozne motnje, vsaj deloma pa izključi veliko število preiskav, ki so jih deležni bolniki z nepojasnjenimi telesnimi znaki v sklopu paničnega napada.

Blage oblike anksioznih motenj so posebej pomembno področje preventivnega delovanja družinskega zdravnika. Z usmerjanjem bolnika v zdrav način življenja, ki preprečuje poglobljanje anksioznosti, zmanjša verjetnost bolnikovega zatekanja v bolezen, pasivizacijo in socialni umik.

Literatura:

1. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of primary care psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 239–56.
2. Montgomery SA. Pocket reference to social fobija. London: Science Press, 1995.
3. Zun LS. Panic disorder: Diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 92–6.
4. Saeed SA, Bruce TJ. Panic disorder: Effective treatment options. *Am Fam Physician* 1998; 57: 2405–12.
5. Horwath E. Is the comorbidity between social fobia and panic disorder due to familial co-transmission of other factors? *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 574–82.
6. Ball SG, Buchwald AM, Waddel MT in sod. Depression and generalised anxiety symptoms in panic disorder: Implications for comorbidity. *J nervous Men Dis* 1995; 183: 304–8.
7. Basoglu M, Marks IM, Sengun S. Prospective study of panic and anxiety in agoraphobia with panic disorder. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 57–64.

Priporočena literatura:

1. Brinšek B, Stamos V, eds. Nevrotske, stresne in somatoformne motnje v splošni medicini in psihiatriji. Zbornik predavanj. Begunje: Psihiatrična bolnišnica, 1997.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Pocket handbook of primary care psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996: 239–56.
3. Zun LS. Panic disorder: Diagnosis and treatment in emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1997; 30: 92–6.

NESPEČNOST

Davorina Petek

Spanje je aktiven proces, med katerim so posamezni predeli možganov v določenih fazah aktivnejši kot med budnostjo. Po sestavi in dolžini se spreminja s starostjo, razlike pa so tudi individualne. Težava se pojavi, ko človek ne more več zadostiti svojim potrebam po spanju, ki je prekratko ali prekinjeno s številnimi prebujanji.

Nespečnost je subjektivni občutek motenega spanja, ki se kaže kot težavno uspanje, prezgodnje jutranje zburanje ali pogosta nočna prebujanja. Značilne posledice so občutek jutranje in celodnevne utrujenosti, pomanjkanje energije, slabša koncentracija in razdražljivost.

O kratkotrajni oziroma prehodni nespečnosti govorimo, če težave trajajo manj kot tri tedne, o kronični nespečnosti pa, kadar motnje spanja trajajo dlje časa, vsaj tri noči na teden (1, 2).

Epidemiološki podatki

Približno tretjina odrasle populacije se pritožuje zaradi nespečnosti, med njimi okrog 10 % zaradi kroničnih težav (3, 4).

Glede na ocene prevalence med obiskovalci splošnih ambulant je ta odstotek po nekaterih študijah še višji. V Shochatovi študiji je 50 % bolnikov v splošni ambulanti navajalo občasno in 19 % kronično nespečnost (5).

Največja prevalenca kronične nespečnosti je med starejšimi od 65 let in je ocenjena na 20 do 40 %. V obsežni epidemiološki študiji je Foley ugotovil 5-% letno incidenco kronične nespečnosti pri starejši populaciji (6).

Dejavniki tveganja

Kratkotrajna nespečnost je pogosto povezana z različnimi stresnimi dogodki, bodisi na delovnem mestu ali v osebnem življenju, z akutnimi telesnimi boleznimi, pa tudi z motečimi vplivi za spanje neprimerne temperature, svetlobe, hrupa, vlažnosti. Vzrok je lahko tudi sprememba okolja ali potovanje z menjavo časovnega pasu.

Pri kronično nespečnih ljudeh so ugotovili pogosto prisotnost določenih značilnosti ali stanj, ki so bila ocenjena kot dejavniki tveganja. Njihovo poznavanje omogoča aktivno iskanje motenj spanja pri bolj ogroženih osebah.

Najpomembnejše bolezni in stanja, ki vplivajo na pojav nespečnosti, so:

- duševne motnje, predvsem depresija (tudi blage oblike) in anksioznost,
- kronične telesne bolezni: ishemična bolezen srca, kongestivna srčna bolezen, kronična obstruktivna pljučna bolezen, bolezni prostate, ščitnice, gibal, predvsem bolečine v križu in obraba kolkov (7);
- starost: ocenjujejo, da je višja starost prav zaradi prisotnosti kroničnih zdravstvenih težav povezana z večjo prevalenco nespečnosti. Pomembno vpliva tudi zmanjšanje telesne dejavnosti (8). V primerjavi z mlajšimi je spanje starejših v celoti ponoči krajše, večkrat prekinjeno, pogosto je zgodnje jutranje zburanje. Stanje poslabšuje preveč dnevnih počitkov. Spremenjen je ustroj spanja z zmanjševanjem ali izginjanjem najglobljih faz spanja non-REM. Vendar je napačno mišljenje, da starejši ljudje potrebujejo manj spanja (9).
- ženski spol in nižja izobrazbena stopnja,
- vpliv nekaterih zdravil, na primer blokatorjev beta, simpatomimetikov, teofilina, nekaterih novejših antidepressivov,

- kajenje in alkohol (7),
- droge,
- ponočevanje, delo v nočni izmeni, potovanje prek časovnega pasu.

Primarne motnje spanja

S staranjem so povezane nekatere primarne motnje spanja:

- Sindrom nemirnih nog, ki lahko pomembno podaljša fazo uspanja. Gre za neprijetne občutke mravljinčenja in zbadanja v nogah, ki jih bolniki skušajo zmanjšati z neprestanim premikanjem nog, vstajanjem in hojo.
- Periodični gibi udov v spanju. To so stereotipni ritmični gibi, ponavadi nog, ki jih bolnikov partner opisuje kot trzaje in se pojavljajo na 20 do 80 sekund. Povzročijo kratkotrajne prekinitve spanja, ki se jih bolniki zjutraj večinoma ne spominjajo, povzročajo pa utrujenost čez dan. Sum na to motnjo postavimo na podlagi podatkov, dobljenih od bolnikovega posteljnega partnerja. Diagnozo lahko potrdimo s polisomnografskim snemanjem spanja.
- Sindrom apneje v spanju povzroča številna kratka zbujanja, ki so lahko nezavedna, največkrat pa povzročajo dnevno zaspanost in utrujenost. Na to motnjo nas opozarja glasno smrčanje, občasno prekinjeno z odmori in hlastnimi vdihom. Prenehanje dihanja traja navadno več kot 10 sekund, v fazi paradoksnega spanja pa tudi do minute. Bolniki so največkrat moškega spola, značilna je prevelika telesna teža in kratek vrat ter oblika nebnege loka. Tudi ta motnja spanja zahteva specialistično obravnavo z možnostjo polisomnografskega snemanja faz spanja ob hkratni meritvi pretoka zraka skozi nos in usta, zasičenosti arterijske krvi s kisikom in EKG (1).

Diagnoza

Kljub pogostnosti motenj spanja so številne študije pokazale, da je le tretjina bolnikov poiskala zdravniško pomoč in le 5 % nespečih se je oglasilo v ambulanti zaradi nespečnosti kot glavnega vzroka obiska. Zdravniško pomoč so pogosteje iskali starejši, osebe z daljšo nespečnostjo, materialno bolj preskrbljeni in vsi, ki so čutili večje težave zaradi nespečnosti (3, 5).

Zelo pomembno je zgodnje odkrivanje, saj kratkotrajna nespečnost s spodbujanjem strahu pred ponavljanjem težav že sama sproži anksioznost ali daljše jemanje zdravil in s tem podlago za kronične težave spanja.

Vprašanja o spanju morajo biti sestavni del pogovora z bolnikom, tako kot rutinsko sprašujemo o težavah zaradi drugih telesnih bolezni. Posebej natančno jemiemo anamnezo pri bolnikih s prisotnimi zgoraj omenjenimi dejavniki tveganja. Poleg opisa spanja s časom uspanja, številom nočnih zbujanj, jutranjega vstajanja so pomembni tudi podatki o dnevni spočitosti in številu dnevnih počitkov.

Zelo koristno je, če bolnik en do dva tedna vodi dnevnik spanja, kamor vpisuje vse zgoraj naštetih podatke.

Tudi pogovor z bolnikovim partnerjem daje dodatne informacije o poteku spanca ter zlasti o opažanju motenj, kot so periodični gibi nog ali nočna apneja. Subjektivna ocena nespečnosti ni vedno v skladu z dejanskim stanjem.

Anamneza mora zajeti tudi podatke o uživanju zdravil in drugih učinkovin, obenem pa skupaj s kliničnim pregledom ne smemo pozabiti na prisotnost raznih telesnih bolezni.

Za iskanje znakov depresije in anksioznosti je na voljo več vprašalnikov (npr. prilagojen vprašalnik Duke-AD, Hamiltonova lestvica za oceno depresije, Hamiltonova lestvica za oceno anksioznosti), ki pomagajo določiti morebitno prisotnost motnje tudi v blažji obliki.

Po natančni anamnezi sledi telesni pregled, pri katerem je pomemben tudi okvirni nevrološki in otorinolaringološki pregled.

Obravnavna in vodenje nespečnosti sodita večinoma v domeno družinskega zdravnika. Samo manjše število najhujših motenj z največjo dnevno utrujenostjo in bolnike, ki potrebujejo obravnavo v somnološkem laboratoriju, je treba napotiti k specialistu, običajno nevrologu.

Zdravljenje

Glede na razmeroma redko iskanje zdravniške pomoči zaradi težav z nespečnostjo je razumljivo, da je samozdravljenje precej razširjeno (10). V prosti prodaji so številni pripravki, večinoma na zeliščni osnovi, v tujini pa tudi z vsebnostjo pomirjevalnih antihistaminikov. Učinek teh pomagala ostaja nedokazan in dvomljiv. Bolniki si skušajo pomagati z različnimi metodami sproščanja, na primer z branjem. Tudi alkohol velja za pomagalo pri motnjah spanja, čeprav je njegov učinek na spanje pri podaljšanem pitju škodljiv. Nekaterim bolnikom pomaga prigrizek pred spanjem. Večjih obrokov tik pred spanjem se je treba izogibati. Vpliv hrane na spanje je verjetno posledica presnove triptofana (esencialna aminokislina) v serotonin, ki pa ima šibak hipnotični učinek.

Prvi ukrep pri nespečnosti je poučitev o zdravem načinu življenja. Bolniku moramo razložiti škodljivi vpliv kajenja, pretiranega pitja alkohola ali poživilnih pijač ter nepravilnega režima prehrane na spanje. Treba ga je spodbujati k primerni telesni in duševni sprostivni. Svetovanje naj bo individualno prilagojeno bolnikovemu načinu življenja in osebnostnim značilnostim. Z izboljšanim načinom življenja se lahko nespečnost popravi brez drugih ukrepov.

Zdravljenje nespečnosti je mogoče izvajati z zdravili in različnimi nefarmakološkimi ukrepi.

Hipnotiki

Zdravljenje s hipnotiki je v zadnjem desetletju doseglo precejšnje spremembe. Kljub večjemu zanimanju za zdravljenje nespečnosti se je uporaba zdravil pomembno zmanjšala. Padec lahko pripisujemo povečani zaskrbljenosti zaradi stranskih učinkov ali nastanka odvisnosti, pa tudi razvoju drugih ukrepov, ki so opisani drugje.

Ločimo benzodiazepinske in nebenzodiazepinske hipnotike. Večina hipnotikov je iz prve skupine in se razlikujejo po času delovanja. Kratkodelujoči so posebej primerni za motnje uspavanja. Ne kopičijo se v telesu, zato jih uporabljamo pri starejših osebah, ki počasi presnavljajo zdravila. V primerjavi z odmerkom pri mlajših je odmerek za starejše ponavadi polovičen. Pri uporabi dolgodelujočih benzodiazepinov se je treba zavedati nevarnosti kopičenja aktivnih presnovkov, kar privede do podaljšanja delovanja zdravila. Najpogosteje predpisujemo kratkodelujoče, dolgodelujoče pa le, kadar želimo zmanjšati anksioznost kot vzrok nespečnosti.

Stranski učinki benzodiazepinskih hipnotikov so dnevna zaspanost, kognitivne motnje, kot npr. anterogradna amnezija, zmanjšana stopnja budnosti ob nočnih prebujanjih in težave z motorično koordinacijo, ki jih spremlja povečana nevarnost poškodb. Po daljši uporabi benzodiazepinski hipnotiki porušijo ustroj spanja in povzročajo nespečnost ter telesno odvisnost z odtegnitvenimi simptomi. Ob njihovi hitri ukinitvi se podaljša čas uspavanja ter zveča število in trajanje nočnih zbujanj. Odvajanje je dolgotrajno, priporočljivo je zelo počasno zmanjševanje odmerka, npr. za četrtno vsakih 10 dni.

Novejši so nebenzodiazepinski hipnotiki, ki delujejo kot agonisti benzodiazepinskih receptorjev. Ustroj spanja le malo spremenijo, razvoj tolerance za zdaj še ni znan, stranskih učinkov je manj. Doslej imamo o njih tudi manj podatkov iz študij o

njihovem učinkovanju pri dolgotrajnejši uporabi, zato je zanje priporočeno le kratkotrajnejše jemanje.

Zdravljenje z benzodiazepinskimi hipnotiki je dokazano učinkovito za kratkotrajno nespečnost (12, 13). Uporabljeni za kronično nespečnost po dosedanjih študijah zmerno izboljšajo kakovost in dolžino spanja, spremlja pa jih tveganje za stranske učinke, telesno odvisnost in odtegnitvene simptome. Za uporabo pri kronični nespečnosti bodo potrebne daljše klinične študije, ki bodo trdneje potrdile, da so njihove koristi večje od škode. Njihova uporaba naj ne bi trajala več kot štiri tedne (14, 15). Ob daljši uporabi se pojavlja toleranca, ki vodi do povečevanja odmerka in začaranega kroga s povzročitvijo popolnega porušenja spanja (1).

Antidepresivi

Opazen je premik k pogostnejši uporabi sedirajočih vrst antidepresivov namesto benzodiazepinov. Najbrž je to posledica povečanega prepoznavanja depresije pri bolnikih, ki se pritožujejo zaradi nespečnosti (11). Vendar se je treba zavedati, da so antidepresivi učinkoviti le za zdravljenje nespečnosti, kadar je ta simptom del depresije, medtem ko pri preostalih stanjih njihov učinek ni dokazan. Mogoč je razvoj stranskih učinkov.

Vedenjske tehnike

Za zdravljenje kronične nespečnosti so v zadnjih letih razvili številne ukrepe, ki izboljšujejo kakovost spanja. Nove vedenjske tehnike so v študijah dokazale dolgoročno uspešnost (15) in pripeljale do spoznanja, da je tudi kronična nespečnost ozdravljiva. Metode so sicer časovno zahtevnejše, a zlasti primerne za uporabo v družinski medicini.

Mednje sodijo:

- Izboljšana higiena spanja, ki vsebuje skupek razmeroma dobro znanih nasvetov, kot so: spanje in vstajanje ob približno istem času, primerna svetloba in tišina v spalnici, izogibanje težjim obrokom, telesni dejavnosti, alkoholu in poživilom pred spanjem, primerna telesna dejavnost čez dan.
- Terapija omejevanja spanja temelji na stališču, naj bi večino časa, prebitega v postelji, zares spali. Sprva bolniku svetujemo spati npr. 6 ur, nato pa čas ustrezno podaljšujemo, ko prespi več kot 80 % odmerjenega časa.
- Relaksacijske metode naj bi zmanjšale večkrat prisotno visoko stopnjo psihološkega ali čustvenega vzdraženja. Mednje sodijo avtogeni trening, mišična sprostitvev in podobno, kar pa vsaj na začetku zahteva izvajanje pod vodstvom ustreznega strokovnjaka.
- Tehnika nadzora dražljajev temelji na ponovni vzpostavitvi povezave postelje s spanjem, zato bolniku odsvetujemo, da v njej bere, gleda televizijo ali je. Posteljo naj uporablja samo za spanje (in spolnost). Navodila vsebujejo tudi napotke o vstajanju ob istem času, izogibanje dnevnim dremežem ipd. V primeru nespečnosti je treba posteljo zapustiti in oditi v drug prostor. Bolnikom lahko svetujemo, naj po neuspešnem 20- do 30-minutnem ležanju brez spanca vstanejo in zapustijo spalnico ter se vrnejo v posteljo, ko so zaspani. Prezgodnje uspanje je mogoče preprečiti z močno svetlobo.
- V nekaterih primerih je uspešna uporaba psihoterapije.

V pogovoru z bolniki je treba spreminjati tudi napačne predstave o spanju in ne-realnih pričakovanjih. Prvo je npr. mnenje, da mora vsak spati najmanj osem ur dnevno. Potrebe po spanju so različne in za zadostno spanje ocenjujemo tisto, ki omogoči spočitost za naslednji dan. Nekatero bolnike je treba opozoriti, da niso vse dnevne težave posledica slabega spanja.

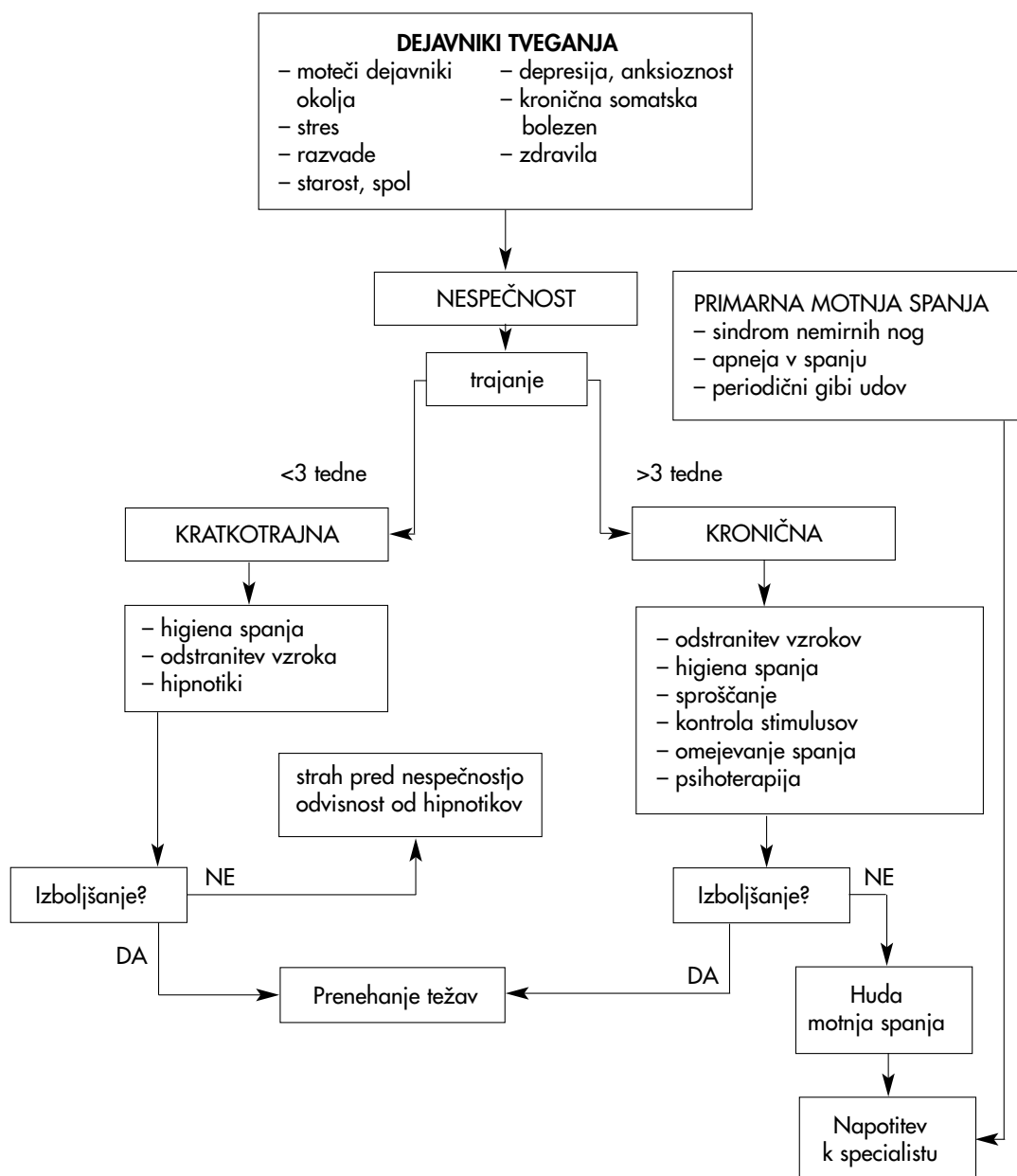
Obstajajo še specifične metode zdravljenja nespečnosti. Za periodične gibe udov

med spanjem dajemo majhne odmerke klonazepama, apnejo med spanjem zdravimo z aparati s pozitivnim zračnim pritiskom.

Preizkušali so tudi *epifizni* hormon melatonin, katerega uporabnost pa še ni dovolj raziskana.

Zaradi nagnjenosti k dolgotrajnosti spalnih težav in izredne pogostnosti jim mora družinski zdravnik nameniti več pozornosti. Potrebna je natančna anamneza, tudi aktivno iskanje znotraj ogroženih skupin in upoštevanje celotnega bolnikovega duševnega in telesnega stanja. Izogibati se moramo preširoki uporabi zdravil in upoštevati ter uporabljati druge tehnike in postopke za olajšanje bolnikovih težav. Treba se je zavedati, da nespečnost pomembno vpliva na bolnikovo dnevno počutje, s tem pa na njegovo delazmožnost in kakovost življenja.

Slika 1. **Obravnavanje nespečnosti v splošni ambulanti**



Literatura:

1. Dolenc L. Nespečnost. Ljubljana 1997.
2. Kaplan HI, Sadock BS. Pocket handbook of primary care psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996: 305–10.
3. Ancoli-Israel S, Roth T. Characteristics of Insomnia in the United States: Results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep* 1999; 22:347–53.
4. NCSDR Working group. Insomnia: assesment and management in primary care. *Sleep* 1999; 22: 402–8.
5. Shochat T, Umphress J, Israel AG, Ancoli-Israel S. Insomnia in primary care patients. *Sleep* 1999; 22: 359–65.
6. Foley DJ, Monjan A, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Incidence and remission of insomnia among elderly adults: An epidemiologic study of 6.800 persons over three years. *Sleep* 1999; 22: 366–72.
7. Katz DA, McHorney CA. Clinical correlates of insomnia in patients with chronic illness. *Arch Intern Med* 1998; 158: 1099–107.
8. Morgan K, Clarke D. Risc factors for late life insomnia in a representative general practise sample. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 166–9.
9. Neubauer D. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician* 1999; 59: 2551–8.
10. Mendelson WB. Long term follow up of chronic insomnia. *Sleep* 1995; 18: 698–701.
11. Walsh JK, Schweitzer PK. Ten year trends in the pharmaological treatment of insomnia. *Sleep* 1999; 22: 371–5.
12. Dolenc L, Vujič D, Henigsberg N, Demarin V, Kocemba J, Multicenter double blind study of zolpidem and triazolam in treatment of chronic insomnia in elderly. *Sleep* 1998; 17:135.
13. Reynolds CF, Buysse DJ, Kupfer DJ: Treating insomnia in older adults. Taking a long term view. *JAMA* 1999; 281: 1034–5.
14. Nowell PD, Mazumdar S, BuysseDJ, Dew MA, Reynolds CF, Kupfer DJ. Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia. *JAMA* 1997; 278: 2170–7.
15. Morin CM, Colecchi C, Stone J, Sood R, Brink D. Behavioral and pharmacological therapies for late life insomnia. *JAMA* 1999; 281: 991–9.

GLAVOBOL

Marko Kolšek

Glavobol je subjektivni občutek bolečine različnih kakovosti: tiščanja, stiskanja, kljuvanja in podobnih dogajanj v glavi.

Pojavlja se pri najrazličnejših težavah bolnikov (npr. ob vročinski bolezni, poškodbi glave, psihični preobremenjenosti ...) in se lahko kaže v najrazličnejših oblikah (npr. tiščanje, kljuvanje, zbadanje ...). Lahko je znak za stanje ali bolezen, kjer je potrebno takojšnje ukrepanje (npr. krvavitev v možgane), ali pa le »nepomembna« težava (npr. po neprespani noči). Pogosto je spremljajoči znak – le eden ob številnih drugih simptomov (npr. influence), lahko pa je glavni ali celo edini znak določene motnje (npr. glavobol tenzijskega tipa). Lahko se pokaže iznenada (npr. ruptura anevrizme), ali pa se le počasi prikrade v bolnikovo zavest (npr. ob slabovidnosti). Lahko je izjemno hud (npr. migrena), ne da bi v ozadju bila življenjsko nevarna bolezen. Lahko je blag, a kaže na resno ogrožajočo bolezen (npr. začetni tumor v glavi). Glavobol je lahko stalen ves dan in vso noč ali se pojavlja samo ob določenem času (npr. le proti večeru ob slabem vidu). Bolnik lahko pomembno vpliva nanj (npr. poslabšanje glavobola zaradi spremembe položaja glave pri vnetju obnosnih votlin), ali pa nanj ne more vplivati (npr. glavobol ob akutnem glavkomu).

Vrste glavobola

Glavobole razdelimo v dve skupini in več vrst (1, 2):

- **PRIMARNI** ponavadi niso niti nevarni niti povezani s kako drugo boleznijo:
 - migrenski glavoboli,
 - glavobol tenzijskega tipa,
 - glavobol v rafalih,
 - nekatere druge redkejše oblike glavobolov, ki se pojavljajo samo med telesnim naporom, kašljem, spolnim aktom ali uživanjem zelo hladnih tekočin ali jedi.
- **SEKUNDARNI** so eden od simptomov določene bolezni ali fiziološke motnje:
 - glavobol zaradi poškodbe glave (akutni in kronični, ki lahko traja več let po poškodbi),
 - glavobol, povezan z žilnimi motnjami (npr. z ishemijo, krvavitvijo, anevrizmo, arterijsko hipertenzijo),
 - glavobol zaradi okužbe (npr. sistemske, organov v glavi, drugih organov),
 - glavobol pri presnovnih motnjah (npr. hipoglikemiji, hipoksiji),
 - zvišan ali znižan intrakranialni tlak (npr. ob tumorju, postpunkcijski glavobol),
 - glavobol zaradi učinka različnih snovi (npr. alkohola, ogljikovega monoksida, kofeina, estrogenov),
 - glavobol zaradi sprememb organov v glavi ali drugje (glavkom, refraktarne motnje, zobovje, vratna hrbtenica),
 - nevralgije in nevritisi,
 - nerazvrstljivi glavoboli.

Najpogostnejši sekundarni glavoboli se pojavljajo ob vročinskih obolenjih, zaradi težav nekaterih organov v glavi (oči, temporomandibularni sklep, zobje ...); lahko so telesni znak duševnih dogajanj ali motenj (npr. anksioznosti, depresije, motenih medosebnih odnosov); spremljajo cervikalni sindrom; so posledica neustreznega načina življenja ali jemanja nekaterih zdravil; nastanejo še po poškodbi glave, ob anemiji, hipotenziji ali hipertenziji ter kot simptom povratnega učinka analgetikov.

Razširjenost

Glavobol je eden izmed najpogostnejših simptomov, ki ga opisujejo bolniki v ambulanti družinske medicine (1, 3, 4). Po rezultatih raziskav, opravljenih po vsem svetu je imelo glavobol v enem letu od 75 do 90 % vseh vprašanih ljudi, v dveh tednih pred raziskavo pa 24 % ljudi (1, 5). Pri nas podobnih raziskav še nismo opravili. Ena tretjina žensk in ena petina moških ima ponavljajoči se glavobol.

Mnogi zaradi glavobola ne iščejo pomoči pri družinskem zdravniku in si pomagajo sami. Razlogi za to so lahko zelo različni, npr.:

- sami si kupijo analgetike,
- če je blag, se jim ne zdi dovolj pomemben za obisk pri zdravniku,
- sami najdejo razlago zanj in si sami pomagajo (npr. glavobol zaradi pivskega mačka),
- tudi starši so imeli glavobole, pa niso šli k zdravniku,
- že večkrat so imeli enak glavobol in so se sprijaznili z njim,
- nasvet poiščejo drugje (pri prijatelju, sodelavcu, zdravilcu),
- včasih ne pridejo iz strahu pred diagnozo (npr. zaradi strahu pred tumorjem v glavi).

Od tistih, ki pridejo k zdravniku, jih ta 20 % napoti na preiskave ali k specialistu; pri treh četrtinah napoteni bolnikov k nevrologu se izkaže, da gre za migrenski, tenzijski ali drug nespecifičen glavobol (5). Med bolniki v ambulanti družinske medicine z novonastalim glavobolom je približno 1 % možnosti, da gre za življenjsko nevarno bolezen, npr. možganski tumor, subarahnoidno ali subduralno krvavitev (1).

Približno 12 % odraslih ljudi ima migrenske glavobole (2); polovica bolnikov opisuje migreno v družinski anamnezi. Migrena se pri ženskah javlja 3- do 4-krat pogosteje kot pri moških (6).

Najpogostnejši je glavobol tenzijskega tipa; njegov delež je 70 % vseh novih glavobolov v ambulanti družinske medicine (3); večina bolnikov ne išče zdravnikove pomoči. Pogosteje ga imajo ženske. Neredko se pojavlja že v osnovnošolski dobi. Pogosto zasledimo družinsko nagnenje h glavobolu (6).

Večina bolnikov z glavobolom kot glavnim simptomom ga nima zaradi kake nevarne bolezni, zato jih lahko uspešno zdravijo družinski zdravniki.

Reševanje problema (7)

Diagnostika

Pri obravnavi bolnika z glavobolom mora zdravnik najprej razrešiti nekaj vprašanj (slika 1):

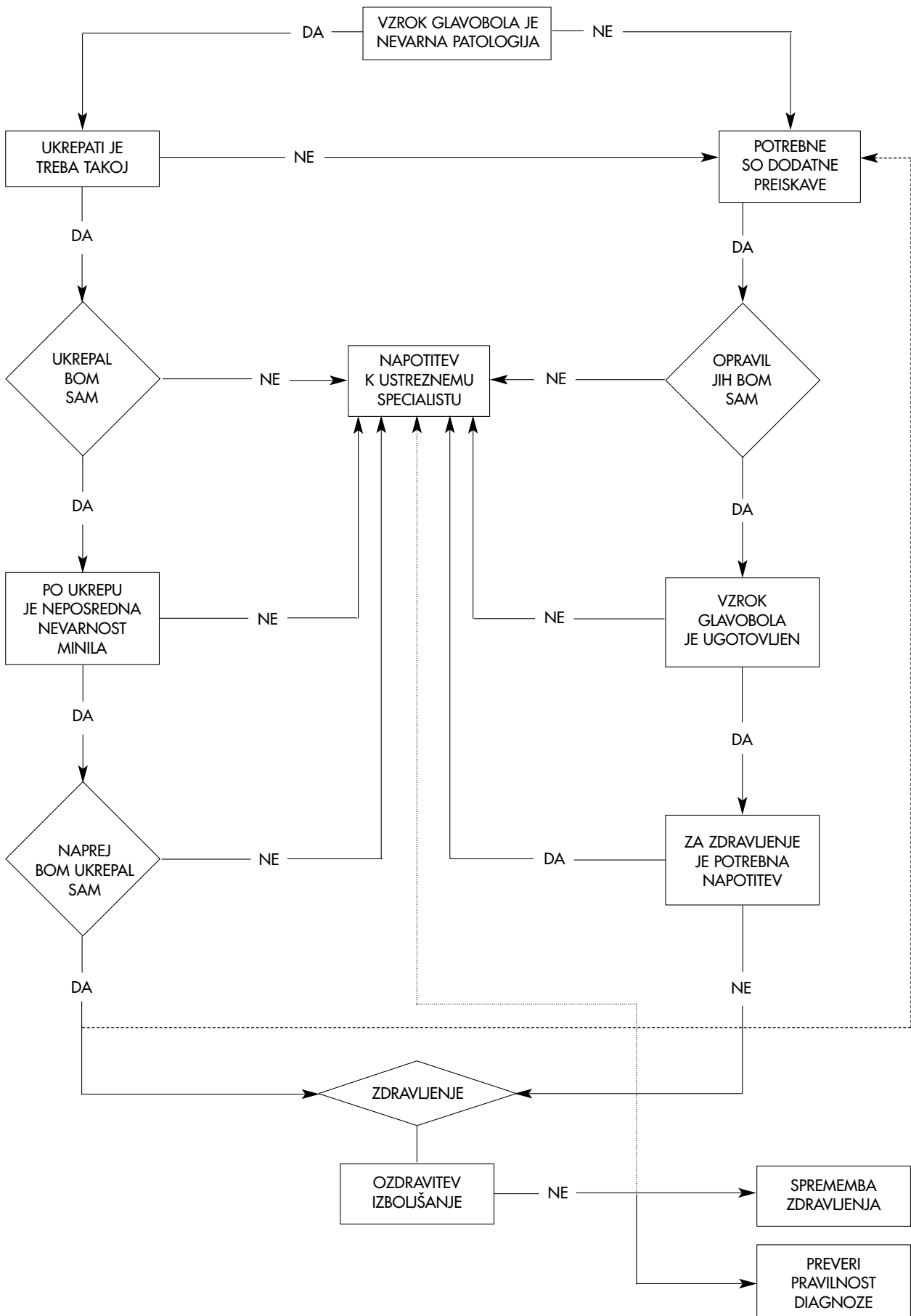
- Ali je vzrok glavobola nevarna patologija (taki so nekateri od sekundarnih glavobolov)?
- Ali je potrebno takojšnje ukrepanje?
- Ali bo ukrepal sam v ambulanti družinske medicine ali je potrebna napotitev k specialistu?

Če ni potrebno takojšnje ukrepanje, si mora ob pregledu bolnika in pogovoru z njim odgovoriti še na nekaj vprašanj:

- Ali gre za primarni ali sekundarni glavobol?
- Ali so za razjasnitev potrebne dodatne preiskave?
- Ali na ta glavobol vplivajo psihološki, odnosni ali socialni dejavniki ali vsi hkrati?

Za opredelitev vrste in vzroka glavobola je najpomembnejša ustrezna anamneza, za tem pa ciljan fizikalni pregled (1, 3, 7, 8, 9). Najprej moramo izključiti nevarne vzroke glavobola (tabela 1), pri katerih praviloma vedno najdemo vsaj še opozoril-

Slika 1



ni simptom ali pa nas podatek iz anamneze opozori na možne nevarnosti (1, 3, 5), kot so:

- spremembe nevrološkega ali psihičnega stanja ali obeh,
- povišana telesna temperatura,
- spremenjena kakovost glavobola,
- trd vrat,
- edem vidnega živca,
- motnje vida,
- nenaden začetek glavobola,
- bolnik z antikoagulantnim zdravljenjem,
- poškodba glave,
- nov glavobol po 35. letu starosti.

V teh primerih je glavobol ponavadi nov simptom.

Tabela 1. **Opozorilni znaki za nevarne vzroke glavobola (1, 3, 5, 11)**

Subjektivni opis	Klinični znaki	Možen problem
nenaden, konstanten, zelo hud glavobol (»moj najhujši doslej«)	nevrološki žariščni izpadi, odvisni od lokalizacije krvavitve, trši vrat, zaspanost ali celo nezavest	možganska krvavitev
srednje hud do hud intermitenten glavobol po poškodbi glave, lahko lokaliziran, spremembe vedenja, bruhanje, lahko zaspanost, slabost	možne različne nevrološke motnje, vidni zunanji znaki poškodbe glave, lahko edem papile, lahko motnje vedenja, iritabilnost	epiduralni hematoma
nov, progredienten, intermitenten glavobol – prej ali slej s postopno razvijajočimi se drugimi znaki, sprememba vedenja	podobno kot zgoraj	ekspanzivni proces v glavi (nov glavobol po 35. letu starosti)
nov, stalen, generaliziran glavobol, ki se širi v vrat, bruhanje	trd vrat in pozitivni meningealni znaki, povišana telesna temperatura	draženje mening – meningitis
hud glavobol temporalno ali okcipitalno pri starejšem bolniku, motnje vida, klavdikacije pri jedi	palpacijska bolečnost in lahko oteklina z zatrdlino v poteku temporalne arterije, pospešena sedimentacija	temporalni arteriitis
enostranski ali obojestranski glavobol frontalno, nad ali za očesom, motnje vida, slabost	manjši odziv zenic na svetlobo, zoženo vidno polje, rdeče oko, povišan tlak v očesu	akutni glavkom
blag ali srednje izražen glavobol, okcipitalen ali difuzen, ponavadi zjutraj, lahko z vrtočlavo	povišan krvni tlak, pri maligni hipertenziji so pridruženi še znaki encefalopatije	arterijska hipertenzija

Če ne gre za nevaren glavobol, sledi opredelitev, ali je primaren ali sekundaren. Primarni glavoboli se ponavadi bolj ali manj pogosto ponavljajo, sekundarni pa se lahko ali pa ne; nekateri so stalno prisotni, dokler ni odpravljen njihov vzrok (1, 10). Pri nekaterih bolnikih z glavobolom so potrebne še dodatne preiskave ali napotitev k specialistu ustrezne stroke (7, 10).

Anamneza

Pogovor z bolnikom naj vsebuje številna vprašanja (1, 3, 7, 8, 11): kako in kdaj se je glavobol začel, ali je bolnik imel podobnega že kdaj prej, kako pogosto se pojavlja, njegovo trajanje, kakšna je bolečina in kje se nahaja, jakost bolečine, kaj glavobol sproži, kaj ga poslabša ali ublaži, ali glavobol spremljajo še drugi simptomi. Povprašati moramo, kako je z glavoboli v bolnikovi družini. Seveda je obseg pogovora odvisen od nujnosti ukrepanja (npr. bolnice z nenadnim zelo hudim glavobolom in nastalimi nevrološkimi izpadi ne bomo spraševali o močnih menstruacijah).

Najbolje je, če bolnika izprašamo soodvisno po težavah, ki bi lahko povzročale glavobol. Vzroki so lahko povezani:

- z glavo (npr. zaradi nedavne poškodbe glave, znaki vnetja organov v glavi, cervikalni sindrom, neustrezno korigirana ali novonastala slabovidnost, glavkom, neurejeno zobovje ...),
- s sistemskimi boleznimi ali motnjami (npr. številne infektivne bolezni, anemija, hipotenzija, zastrupitev s CO, dispepsija, utrujenost ...),
- s psihosocialnimi vzroki (npr. depresivno-anksiozne motnje, moteno spanje, preobremenjenost, neustrezno odzivanje na stres, moteni odnosi doma ali v službi ali povsod, nerešene življenjske težave ...),
- z razvadami in načinom življenja (npr. pitje kave, alkohola in kajenje, neustrezen režim prehrane, premalo spanja ...),
- z zdravili (npr. povratni glavobol zaradi jemanja analgetikov, stranski učinek nekaterih zdravil).

Pri sumu na primarni pa tudi na sekundarni glavobol je dobro, če bolnika vprašamo o njegovih predstavah o vzroku težav, o morebitnih strahovih v zvezi z glavobolom in pričakovanih rezultatih ukrepanj.

Pregled bolnika

Klinični pregled usmerjajo dobljeni podatki v pogovoru z bolnikom in dotedanje zdravnikove izkušnje z njim (1, 3, 7). Tako bo pri različnih delovnih diagnozah klinični pregled enkrat bolj, drugič manj obsežen in različno usmerjen.

Če je delovna diagnoza manj zanesljiva, je potreben bolj sistematičen klinični pregled:

- presoditi je treba morebitno splošno prizadetost,
- duševno stanje in govor,
- izmeriti telesno temperaturo (zlasti otrokom!),
- krvni tlak,
- otipati morebitne boleče točke na glavi ali vratu,
- pregledati posamezne organske sisteme,
- opraviti moramo »orientacijski nevrološki pregled«, kjer smo pozorni na: meningealne znake, velikost in reagiranje zenic, simetričnost obraza in izplazenege jezika, grobo mišično moč dvoglavih nadlaktnih mišic, prstov rok, dorzalnih fleksorjev stopal, miotatične reflekse in plantarne odzive, senzibiliteto rok in stopal, koordinacijo gibov rok, poskus na latentno parezo zgornjih udov in Rombergov preskus.

Tak natančnejši pregled je smiselno opraviti tudi, če po pogovoru sklepamo na enega od primarnih glavobolov. Pri tem nam bodo bolniki npr. z migrenskim glavobolom (ki se neredko bojijo, da imajo tumor v možganih) lažje verjeli, da njihovega glavobola ne povzroča kaka nevarna bolezen, saj pri njih s pregledom praviloma ne bomo našli nobenih pomembnih patoloških sprememb.

Dodatne preiskave

Za dodatne preiskave, ki jih opravi ali naroči sam družinski zdravnik, se odločimo, če:

- diagnoza ni jasna kljub temeljiti anamnezi in kliničnemu pregledu,
- sumimo na organski vzrok (1, 3, 5, 9).

V poštev pridejo nekatere *krvne preiskave*: hemogram (anemije, policitemija), bela krvna slika in sedimentacija (vnetne bolezni, temporalni arteriitis, multipli mielom). Merjenje krvnega tlaka je vpeljano rutinsko opravilo.

Včasih lahko uporabimo *vprašalnike*: npr. o načinu življenja, za odkrivanje depresije, za odkrivanje tveganega ali škodljivega pitja alkohola.

Rentgensko slikanje vratne hrbtenice naročimo pri poškodbi vratu kot možnemu vzroku glavobola ali za izključitev neoplastičnih in redkih vnetnih sprememb; ugotovimo lahko tudi degenerativne spremembe vratne hrbtenice. Ugotovitev takšnih degenerativnih sprememb še ne pomeni zanesljivo, da je vratna hrbtenica vzrok za glavobol; in obratno: normalen izvid še ne pomeni, da ni vzrok za glavobol v vratu.

Rentgensko slikanje obnosnih votlin naročimo ob sumu na vnetje obnosnih votlin, kadar se že iz anamneze in kliničnega pregleda ne moremo odločiti za diagnozo in zdravljenje.

Rentgensko slikanje glave lahko pokaže poškodbo skeleta, večje procese v naglavnih kosteh glave ali v glavi. Zanesljivost izvidov ni velika, zato rentgensko slikanje glave izgublja svoj pomen.

Računalniška tomografija (CT) ali magnetnoresonančno slikanje (MRI) glave s kontrastom ali brez njega sta že skoraj nadomestila navadno rentgensko slikanje glave. Ponavadi se za obe preiskavi odločijo specialisti drugih strok, če k njim napotimo bolnika za opredelitev in zdravljenje sekundarnih oblik glavobola. Izberejo ju takrat, kadar sumijo na ekspanzivni proces v glavi, krvavitev v možgane ali sub- in epiduralni hematom, žilne deformacije, morda tudi kronično vnetje obnosnih votlin. Preiskavi moramo izbirati zelo skrbno (1), saj možnost zapletov zaradi kontrasta, prejetega odmerka rentgenskega sevanja pri CT, bolnikova zaskrbljenost zaradi po naključju ugotovljenih »nenormalnih«, klinično nepomembnih sprememb, pa tudi celoten strošek za družbo pogosto zmanjšajo vrednost morebitne koristi (ugotovljena pomembna patološka sprememba ali zmanjšan bolnikov strah ob normalnem izvidu). To zlasti drži, če upoštevamo, da so le pri 1,6 % slikanih bolnikov z glavobolom kot edinim simptomom našli resnejšo patologijo, ki je zahtevala ukrepanje (1). Če upoštevamo, da le majhen odstotek bolnikov z glavobolom opravi CT ali MRI, je verjetnost, da bomo s slikanjem vsakega bolnika z glavobolom odkrili patološke spremembe, še toliko manjša.

Zdravljenje

Pri primarnih glavobolih se zdravljenje razlikuje po vrsti glavobola, pogosto pa tudi glede na bolnikovo osebnost. Zelo pomembno je (1, 2, 3):

- aktivno bolnikovo sodelovanje (in njegove družine posredno, včasih neposredno),
- spodbujanje bolnika k načrtnemu sistematičnemu sproščanju (razne sprostitvene tehnike),
- ustrezen počitek in zdrav način življenja (ustrezno redno telesno gibanje, redni dnevni obroki ustrezne hrane, opustitev kajenja, omejitev ali opustitev pitja alkoholnih pijač, omejitev črne kave),
- izogibanje sprožilnim dejavnikom (npr. nekaterim vrstam hrane, nekaterim življenjskim situacijam).

Bolniku tudi svetujemo pogovor o glavobolu z njegovo družino. Če ocenimo, da so neurejeni odnosi doma glavni vzrok za glavobole (npr. zaradi alkoholizma), skušamo v reševanje problema vključiti vso družino ali vsaj partnerja.

Terapevtsko vplivajo že natančen prvi pogovor in klinični pregled ter zdravnikovo zagotovilo, da ne gre za nevarno bolezen – npr. tumor ali krvavitev (1, 4). Na začetku mu lahko svetujemo, naj si zapisuje »dnevnik o glavobolu« (1, 2, 3, 6).

Bolnika je treba naročiti na skorajšnji kontrolni pregled, da bi ugotovili uspeh njegovih in zdravnikovih ukrepov ter preverili anamnestične podatke in rezultate kliničnega pregleda. Vzgoja bolnika je pomembnejša v času kontrol, saj med akutnim napadom glavobola ni posebno učinkovita.

Pri sekundarnem glavobolu moramo zdraviti osnovno bolezen ali motnjo, ki ga povzroča. Če ne gre za nevaren glavobol, ko je potrebna takojšnja napotitev k ustrezne-

mu specialistu, lahko na začetku predpišemo simptomatsko zdravljenje. Dokler ne odpravimo vzroka, lahko predlagamo analgetike (npr. za odraslega bolnika 500 mg paracetamola ali acetilsalicilne kisline 3- do 4-krat dnevno), včasih tudi nesteroidne analgoantirevmatike, če seveda glavobol ni posledica povratnega učinka analgetikov. Neredko svetujemo tudi nefarmakološke ukrepe, ki lahko ublažijo glavobol ali ga celo odpravijo (npr. počitek pri boleznih z vročino, sprostitvene tehnike pri preobremenjenosti, telesno gibanje pri hipotenziji, ustrezne vaje pri cervikalnem sindromu, zmanjšanje ali opustitev pitja alkohola, kave, cigaret, ipd.).

Napotitev

Kdaj je treba napotiti bolnika z glavobolom k ustreznemu specialistu?

- če pogovor ali pregled ali rezultati preiskav ali vse skupaj kažejo na nevarno bolezen ali takšno, ki jo praviloma zdravijo specialisti drugih strok (npr. zvišan intrakranialni tlak, sepsa, temporalni arteriitis, predpis korekcijskih stekel, dentalni absces ...),
- ko mora sum vzroka glavobola potrditi še specialist druge stroke (npr. popoškodbeni glavobol),
- kadar se glavobol ne zmanjša kljub ustreznem ukrepanju.

Delazmožnost

Sposobnost za delo ocenjujemo pri sekundarnem glavobolu predvsem glede na osnovno bolezen, katere posledica je glavobol (7). Pri primarnih glavobolih je potreben kratkotrajen bolniški stalež za čas napadov ali hujših poslabšanj kroničnega glavobola. Tudi pri ocenjevanju delazmožnosti je bistvenega pomena (tako kot pri celotnem vodenju bolnika z glavobolom) dober odnos med bolnikom in zdravnikom in poznavanje bolnikovih odnosov ter delovnih in življenjskih pogojev doma in na delu.

Specialni del

Migrenski glavoboli

Vzrok za migrenske glavobole še vedno ni znan, čeprav so o njem opravili že nešteto raziskav v 5000 letih, odkar obstajajo prvi zapisi o migreni. Postavljenih je bilo že veliko teorij, vendar nobena ne daje polnega odgovora. Kaže, da se tako kot pri mnogih drugih boleznih prepleta več različnih dejavnikov: genska dispozicija, nevrogene motnje s posledičnimi spremembami tonusa možganskih žil, nevroendokrine spremembe in še kaj (2).

Migrenski glavobol se ponavadi pojavi prvič pri mlajših odraslih. Po 50. letu je prvi pojav migrenskega glavobola zelo redek. Javlja se bolj ali manj pogosto – nekajkrat mesečno do nekajkrat letno v napadih (redko ponoči), ki trajajo od nekaj ur do 2 ali 3 dni, ponavadi po eni strani glave. Tipično je, da je bolnik v vmesnem obdobju povsem brez težav. Glavoboli, ki se javljajo vsak dan, ali takšni brez prekinitve niso migrena (2, 3, 8).

Okoli 50 % bolnikov ima več ur pred napadom glavobola blago izražene opozorilne znake (npr. jasnejše ali zamegljeno zaznavanje okolice, razdražljivost). Nekateri bolniki imajo 5 do 60 minut pred začetkom glavobola t. i. »avro« (reverzibilne motnje vida, enostranske parestezije ali motnje govora). Sam glavobol, ki je ponavadi pulzirajoč in hud, spremlja fotofobija, fonofobija, koža udov je bleda ali cianotična in hladna, nekateri ob napadu bruhamo. Telesna dejavnost glavobol poslabša (2, 6, 8).

Zdravljenje

V *prodromalni fazi* migrenskega napada lahko preprečimo napad z *acetilsalicilno kislino*

(po 500 mg) ali analgoantirevmatikom (npr. z *ibuprofenom* po 400 mg ali *naproksenom* po 375 do 550 mg).

Med napadom, ko se je glavobol že začel, ga zdravimo z analgetiki ali nesteroidnimi antirevmatikami ali obojimi zdravili (2, 6):

- *acetilsalicilna kislina* 500 do 1000 mg ali
- *paracetamol* 1000 mg, lahko v obliki svečk, ali
- *naproksen* 500 do 1100 mg ali
- *diklofenak* 50 do 100 mg, lahko tudi parenteralno, ali
- *ibuprofen* 1200 do 1800 mg.

Mnogi avtorji priporočajo, da protibolečinskemu zdravljenju ob napadu dodamo še antiemetik (10 do 20 mg *metoklopramida* ali 20 do 30 mg *domperidona*), po možnosti 15 minut pred analgorevmatikom.

Če je napad hud ali zdravila prve izbire ne pomagajo (2, 5), lahko pomaga *dihidroergotamin* v obliki nosnega pršila (po 1 brizg v vsako nosnico) ali parenteralno (1 do 2 mg im.), tudi v kombinaciji z analgoantirevmatikom.

Zadnja leta so se uspešno uveljavili agonisti serotoninskih receptorjev: triptani, npr. *sumatriptan* (oralno 50 ali 100 mg v obliki nosnega pršila ali parenteralno 6 mg v obliki avtoinjektorja za bolnika), *zolmitriptan* (oralno 2,5 mg), *naratriptan* (oralno 2,5 mg).

Migrenske napade pri otrocih uspešno zdravimo z ustrezno manjšimi odmerki analgetikov ali nesteroidnih antirevmatikov. Triptani niso primerni za otroke, prav tako ne za nosečnice in bolnike z ishemično boleznijo srca (2, 6).

Za **preprečevanje migrenskih napadov** je pomembno prepričati bolnika, da vzrok njegovih glavobolov ni kakšna skrita nevarna bolezen. Bolnik mora izbrati *zdrav način življenja*. Pomagajo mu lahko *sprostivne tehnike*, *biološka povratna zveza*, *akupunktura* (1, 2). Izogibati se mora *sprožilnih dejavnikov*, ki jih lahko ugotovi z dobrim opazovanjem samega sebe (npr. vodenje dnevnika o glavobolih): stresne situacije doma ali drugje, neredni obroki, nekatere vrste hrane (npr. čokolada, citronski sadeži), alkohol, tobačni dim, nereden spanec. Če so napadi pogostejši od 2-krat mesečno, se lahko odločimo za farmakološko profilakso, ki zmanjša pogostnost napadov (1, 2, 6):

- *propranolol* (20 do 40 mg, 2 do 4 krat dnevno) ali
- *atenolol* (25 do 50 mg, 2 do 3 krat dnevno) ali
- *metoprolol* (100 mg, 1 do 2-krat dnevno) ali
- *verapamil* (80 mg, 3 do 4-krat dnevno), včasih tudi
- antidepresiv *amitriptilin* (10 do 25 mg, 3-krat dnevno).

Otrokom lahko dajemo metoprolol (1,5 mg/kg).

Takšna profilaksa naj traja vsaj 3 do 6 mesecev; ukinjamo jo (še posebej blokatorje beta) počasi, s postopnim zniževanjem dnevnega odmerka.

Nekaterim bolnikom pomaga akupunktura (4 do 10 seans v tedenskih razmikih), ki jo je dobro obnavljati vsakih nekaj let (4).

Glavobol tenzijskega tipa

Vzrok za glavobol tenzijskega tipa ni znan. Podobno kot pri migrenskem glavobolu obstaja več teorij, vendar nobena ni zadovoljiva. Tudi pri njem lahko sodeluje več dejavnikov: psihični, žilni, mišični, humoralni, centralni in infektivni (2).

Razlikujemo epizodični (manj kot 15 dni v mesecu, pogosto se javlja v zvezi s stresom) in kronični glavobol tenzijskega tipa (več kot 15 dni v mesecu ali celo vsak dan, neredko se razvije iz epizodičnega zaradi prepogostega nekritičnega jemanja analgetikov). Ponavadi je obojestranski, blag ali srednje močan. Pri večini bolnikov se bistveno ne poslabša ob zmerni telesni dejavnosti. Traja od pol ure do več dni skupaj. Bolečina je bolj topa, v obliki stiskanja obro-

ča okrog glave ali občutka teže ali pritiska v glavi. Ponavadi je izražena napetost v vratnih mišicah. Neredko ga spremlja anksioznost ali depresivnost ali oboje (1, 2, 3, 6).

Zdravljenje

Za **zdravljenje** glavobola tenzijskega tipa (1, 2) je pomemben skrben zdravniški pregled z zagotovilom, da ne gre za nevarno bolezen, saj se mnogi taki bolniki bojijo, da imajo tumor v glavi. Popolna odprava kroničnega glavobola pogosto ni stvaren cilj. Nasvete in zdravljenje moramo prilagajati bolnikovi osebnosti, ker se različno odzivajo na različne ukrepe. Nekateri bolnike spodbujamo k pravilnemu sedenju in načrtnemu *sproščanju vratnih mišic* med delom, *redni telesni dejavnosti*, druge k *sprostivnim tehnikam*, *biološki povratni zvezi*, tretje k *masažam*; pozitivno mišljenje in ustrezen čustveni odziv na bolečino lahko pomaga vsem. Koristna je lahko tudi *psihoterapija* – zdravljenje morebitne depresije ali anksioznosti. Neredko pomaga tudi ustrezna *fizioterapija* (npr. transkutana električna nevrostimulacija, masaža, vaje) ali *akupunktura*.

Analgetike svetujemo le občasno (ne več kot 5- do 10-krat na mesec), saj njihova prepogosta uporaba lahko sama po sebi povzroči glavobol (zaradi povratnega učinka) in epizodični glavobol spremeni v kroničnega (2, 6). Ponavadi pomagajo enostavni analgetiki, npr. *acetilsalicilna kislina* (0,5 do 1,0 g) ali *paracetamol* (0,5 do 1,0 g), pa tudi *ibuprofen* (200 do 400 mg) ali *ketoprofen* (50 do 100 mg).

Nekateri avtorji opisujejo, da **pogostnost** glavobola tenzijskega tipa lahko **zmanjšajo** enaka zdravila, ki jih uporabljamo za profilakso migrene (blokatorji beta, amitriptilin).

Glavobol v rafalih

Tudi zanj vzrok ni znan.

Je najredkejši med primarnimi glavoboli, vendar je bolečina pri njem najhujša. Pogostejši je pri mladih moških. Javlja se v obliki ponavljajočih se napadov – lahko večkrat podnevi ali ponoči po 15 do 120 minut, kar se ponavlja nekaj tednov ali mesecev. Med napadom bolnik ne more mirovati, pogosto se zaradi bolečine s pestmi udarja po glavi. Bolečina je lokalizirana okrog očesa ali za enim očesom, seva lahko na več strani obraza. Združena je z istostranskim solzenjem, povešeno veko, konjunktivalno injekcijo, miozo (delni Hornerjev sindrom), rinorejo, znojenjem in rdečico obraza (1, 2, 3, 6).

Zdravljenje

Še najbolj pomaga inhalacija 100-odstotnega kisika 7 do 10 l/min (15 do 20 minut) ali *sumatriptan* (6 mg z avtoinjektorjem), saj napad ponavadi mine prej, preden analgetik začne delovati (1, 2).

Zato je pomembno **preprečevanje**: *izogibanje sprožilnim dejavnikom* (v 50 % je to alkohol, pa tudi tobačni dim ali stres); od zdravil pa *verapamil* (3- do 4-krat 120 mg dnevno) ali *kortikosteroidi* (40 do 80 mg zjutraj s postopnim zmanjševanjem odmerka nekaj tednov), pri posameznikih *litij* (600 do 900 mg dnevno).

Glavobol, ki se pojavlja po telesnih naporih, kašlju, spolnem aktu, lizanju sladoleda (5, 11)

Lahko se pojavi med samo telesno ali spolno aktivnostjo ali neposredni po njej in lahko traja od 15 minut do več ur. Sočasno ga ne spremljajo nikakršni nevrološki znaki ali motnje; če že najdemo kakšne patološke spremembe, gre za subarahnoidno ali intrakranialno krvavitev.

Najboljše uspehe dosega **profilaktično zdravljenje** vsaj eno uro pred telesno ali spolno aktivnostjo oziroma vsak dan v obdobju kašlja. Uporabljamo *propranolol*, *metoprolol* ali *verapamil* kot za profilakso migrene, pa tudi *indometacin* (50 do 100 mg), *naproksen* (550 do 750 mg) ali *dihidroergotamin* (2,5 do 5,0 mg).

Glavobol pri starostnikih

Pri starejših je pogostejši sekundarni glavobol zaradi pogostnejše zbolewnosti za številnimi boleznimi, ki lahko povzročajo glavobol, npr. možganska kap, degenerativne spremembe vratne hrbtenice, metabolične motnje, ledvične bolezni, policitemija, arterijska hipertenzija, bolezni oči, nevralgija trigemina. Migrena je nekoliko manj pogosta, glavobol tenzijskega tipa pa je pogosteje povezan z depresijo. Velja priporočilo, da je glavobol, ki se pojavi prvič po 50. letu starosti, simptom resne bolezni, dokler ne dokažemo drugače. Neredko pozabimo na glavobol kot stranski učinek nekaterih zdravil (npr. bronhodilatatorjev, nitratov, antiparkinsonikov). Tudi med zdravljenjem se večkrat pojavijo problemi, ker so priporočena zdravila kontraindicirana pri različnih motnjah ali boleznih.

Glavobol pri otrocih

Pri otrocih se pojavljajo primarni glavoboli manj pogosto kot pri odraslih – čim mlajši je otrok, bolj verjetno gre za sekundarni glavobol. Kljub temu tenzijski in migrenski glavoboli niso redkost. Pri zdravljenju migrenskih napadov ponavadi pomagajo navadni analgetiki (acetilsalicilna kislina ali paracetamol), pa tudi nesteroidni anti-revmatiki. Triptanov otrokom ne dajemo. Pri manjših otrocih tudi ne izvajamo profilaktičnega zdravljenja, priporočamo pa podobne nefarmakološke ukrepe kot pri odraslih.

Literatura:

1. Fogarty J. Headache. V: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH. (eds). Essentials of Family Medicine Baltimore: Williams & Wilkins, 1998; 447–60.
2. Pogačnik T, Žvan B. (eds). Primarni glavobol. Ljubljana: Med Razgl, 1999.
3. McWhinney IA. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989; 246–59.
4. Nightingale S. Management of headache. V: Mortimer MJ (ed). Migraine monitor 1993; 9: 2–5.
5. Lane RJM. Management of headache in the community. Mortimer MJ (ed). Migraine monitor 1994; 12: 2–4.
6. Tetičkovič E. Glavobol in obrazna bolečina. V: Tetičkovič E in sod. Klinična nevrologija. Maribor: Založba Obzorja, 1997: 248–55.
7. Kolšek M. Sekundarni glavobol in družinski zdravnik. V: Žvan B, Pogačnik T, Zaletel M (eds). Sekundarni glavobol. Med Razgl 2000; 39: Suppl 9: 91–5.
8. Dubose CD, Cutlip AC, Cutlip WD. Migraines and other headaches: approach to diagnosis and classification. Am Fam Physician 1995; 51: 1498–504.
9. Hopkins A, Ziegler D. Headache – the size of the problem. V: Hopkins A (ed). Headache: Problems in diagnosis and management. London: WB Saunders, 1988, 1–7.
10. Žemva A, Grad A. Glavobol. V: Keber D. (ed) Razpoznavanje notranjih bolezni. Ljubljana: Med Razgl, 1994; 23–8.
11. Coutin IB, Glass SF. Recognizing uncommon headache syndromes. Am Fam Physician 1996; 54: 2247–52

Priporočena literatura:

1. McWhinney IA. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989; 246–59.
2. Pogačnik T, Žvan B. (eds). Primarni glavobol. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1999.
3. Tetičkovič E. Glavobol in obrazna bolečina. V: Tetičkovič E in sod. Klinična nevrologija. Maribor: Založba Obzorja, 1997.
4. Žvan B, Pogačnik T, Zaletel M (eds). Sekundarni glavobol. Med Razgl, 2000; 39: Suppl 9.
5. Žemva A, Grad A. Glavobol. V: Keber D. (ed) Razpoznavanje notranjih bolezni. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1994; 1/23–8.

BOLNIK Z AKUTNO BOLEČINO V KRIŽU

Gojimir Žorž

Uvod

Akutna bolečina v križu (BvK) je pogostnejša zdravstvena motnja izmed vseh obravnavanih motenj v ambulantah splošne medicine. Najmanj enkrat v življenju prizadene 60 do 80 % ljudi. Ocene letne prizadetosti populacije so zelo različne in se gibljejo od 2,42 % do prek 6,25 %. Od vseh bolnikov z bolečino v križu jih ima išialgijo do 12 %.

Bolečina v križu zajema predel med spodnjim robom 12. rebra in glutealno gubo, obsega pa tudi preneseno bolečino v nogo ali išialgijo.

Kelsey in sodelavci v svoji raziskavi trdijo, da je bolečina v križu vodilni vzrok začasno telesno onesposobljenost ljudi do 40. leta življenja. Kljub veliki incidenci pa je naravni potek bolezni sorazmerno blag, le pri manj kot 5 % bolnikov se bolečina podaljša in postane kronična.

Za uspešno obvladovanje bolečine v križu je treba dobro poznavati in upoštevati tri pogoje:

- diagnostično odločitev,
- izbiro ustreznega zdravljenja,
- informacije o bolezni, ki jih mora vedeti bolnik.

Diagnostična odločitev

Anamneza, pregled in nadaljnja diagnostika morajo biti zastavljeni tako, da lahko odgovorimo na najvažnejše vprašanje: od kod izvira bolečina.

Psihosocialni dejavniki imajo lahko pomembno vlogo pri jakosti bolečine, stopnji onesposobljenosti bolnikov in vplivajo na način zdravljenja bolečine v križu.

Klinični pregled

Bolečina v križu ni dokončna diagnoza. V karton jo lahko zabeležimo le kot vzrok za bolnikov obisk ambulante ali pa kot delovno diagnozo. Za pravilno vodenje bolnika moramo ugotoviti mesto vira bolečine, klinični pregled pa opraviti tako obsežno in natančno, da jo lahko uvrstimo v eno od petih velikih skupin:

- enostavna bolečina v križu,
- radikularna bolečina v križu,
- hujša patologija lumbosakralnega sindroma,
- prenesena bolečina iz okolišnih struktur,
- psihosocialni dejavniki.

Seveda je pri posameznem bolniku možna kombinacija teh skupin, med boleznijo pa lahko prevladujejo različni vzroki bolečin v križu.

Anamneza

Bolnika povprašamo o začetku bolečine v križu, kdaj in kako se je začela, koliko časa traja, ali je posledica nezgode, o mestu in značaju bolečine, kam se širi, o zunanjih vplivih na bolečino (položaj telesa, vplivi dela na njeno jakost, slabega vremena ali nizke temperature, vpliv povečanja pritiska znotraj trebuha, o njegovem poklicu).

Status

Bolnika opazujemo pri hoji, ugotavljamo morebitno antalgično držo ali deviacijo. Med pregledom naj bo slečen do spodnjega perila. Ocenjujemo predklon, zaklon, odklon v obe smeri, ugotavljamo lumbalno fleksijo (po Schoberju) in pretipamo paravetrebralno mišičje (spazem). Ocenjujemo še plantarno dorzifleksijo in dorzi-ekstenzijo (hojo po prstih in petah). Tipamo tudi spinalne nastavke, pri spondilolistezi je mogoče zatipati stopničko med vretenci.

Bolnik naj leže; tipamo abdominalno aorto, iščemo morebitno razliko med dolžinama nog, ponovimo Lazarevičev znak (napačno imenovan Lasegve), preizkusimo Ahilov refleks in ocenjujemo moč mišice *musculus flexor hallucis longus*.

Po potrebi merimo obseg stegna, ugotavljamo gibljivost kolka (notranja in zunanja rotacija ter fleksija) ter preizkusimo mišično moč. Ko leži bolnik na trebuhu, preizkusimo moč glutealnih mišic ter izvedemo nateg femoralnega živca.

Bolnika natančno opazujemo, ko seda. Bolnik z išiasom se usede zelo tipično: z rokami se nasloni na stol, na sedalo sede najprej z zdravo stranjo ali pa se sploh noče usesti. Ko sedi, preizkusimo tudi patelarni refleks.

Med pregledom, zlasti ko leži, preiskujemo izpade senzorijskega.

Pozorno spremljamo tudi znake pretiranega bolnikovega odziva na preiskavo, kot so močno znojenje, neprimerno izražanje, izraz obraza, mišična napetost (tremor), kolaps.

Drugi diagnostični postopki

Laboratorij

Če sumimo na multipli mielom, določamo Bence-Jonesovo beljakovino v seču in elektroforezo v serumu, pri sumu na metastaze pa določimo alkalno in kislo fosfatazo ter raven kalcija v serumu. Bolečina ki izvira iz okolišnih struktur, lahko nastane zaradi okužbe (hemogram). Za prostato specifični antigen (PSA) naredimo pri sumu na malignom prostate.

Ultrazvok

Ultrazvočni pregled opravimo pri sumu na anevrizmo abdominalne aorte, ginekoloških boleznih (retroverziji, cistah na jajčnikih, tumorjih), hipertrofiji prostate in ledvičnih boleznih.

Rentgen

Rentgenski pregled o navadni bolečini v križu sicer ne pove veliko (zaradi zelo slabe korelacije med klinično sliko in rentgenskimi spremembami), je pa dobra diagnostična metoda za ugotavljanje tumorjev, spondilolize, spondilolisteze, osteoporoze, ankilizirajočega spondilitisa, spondilodiscitisa in frakture vretenc.

Za dokaz vzroka bolečine v križu, ki izvira iz okolišnih struktur, je rentgensko dihanje dobra preiskava za prikaz artroze kolka in skolioze.

Računalniška tomografija in magnetno resonančno slikanje

Obe preiskavi spadata v domeno kliničnega specialista, dobro prikažeta boleznimi medvretenčne plošče in spinalno stenozo.

Izbira ustreznega zdravljenja

Zdravljenje bolečine v križu nikakor ne obsega samo uporabe zdravil. Nujna je ustrezna kombinacija z drugimi metodami zdravljenja. Bolnika je treba dobro podučiti.

ti o naravi bolezni. Kadar je glavni terapevtski problem psihična motnja ali celo socialni problem, je zdravljenje z zdravili kot edini način zelo vprašljivo.

Edini namen zdravljenja z zdravili je omilitev bolečin. Iz literature je znano, da 50 % bolnikov po 2 tednih nima več bolečin.

Zdravljenje z zdravili

Začnemo s paracetamolom, ki učinkovito blaži bolečino v križu in ima zelo redko stranske učinke.

Če je paracetamolov učinek prešibak, uporabimo nesteroidne antirevmatike. Ta skupina zdravil zelo učinkovito zmanjša akutno bolečino v križu. Ibuprofen in diklofenak povzročata najmanj prebavnih motenj.

Če je uvedeno zdravljenje prešibko ali ima bolnik močan spazem, predpišemo kratkotrajno zdravljenje z mišičnimi relaksanti (npr. diazepam), ki učinkovito lajšajo akutno bolečino.

Pri zdravljenju akutne bolečine v križu se izogibamo narkotikom. Če je terapevtski učinek nesteroidnih analgetikov prešibek, je priporočljiva uporaba tramadola.

Bolnike je treba podučiti, naj jemljejo zdravila redno in po zdravnikovem navodilu, ne pa po potrebi.

Ležanje

Za bolnike z enostavno bolečino v križu ne priporočamo ležanja. Vendar naj nekateri, zlasti bolniki s hudimi bolečinami, nekaj dni počivajo.

Ko so ležanje v postelji (2 do 7 dni) primerjali s placebom, se je izkazalo, da nič bolj učinkovito ne lajša bolečin niti ne skrajša hitrosti ozdravitve. Prav tako ne vpliva na dolžino časa, potrebnega za vrnitev na delo, ali za ponovno uspešno izvajanje običajnih dnevnih opravil.

Strogega ležanja niti ležanja na trdem ležišču glede na podatke iz literature ne priporočamo več.

Vsakdanje dejavnosti

Bolnik naj ostane čim bolj aktiven, nadaljuje naj z navadnimi dnevnimi dejavnostmi. Bolniku svetujemo, naj telesno dejavnost postopoma povečuje. Nadaljevanje vsakodnevnih dejavnosti hitreje odpravlja bolečino, zmanjšuje kronično onesposobljenost in skrajša odsotnost z dela. Nasvet, naj bolnik še naprej opravlja svoje delo in naj se čim prej vrne v službo, ugodno vpliva na zdravljenje akutne bolečine v križu.

Manipulacija

O manipulaciji (v 6 tednih) je treba razmišljati pri bolnikih, ki potrebujejo dodatno ublažitev bolečin, ali če kljub ukrepom še ne zmorejo opravljati običajnih dejavnosti.

Manipulacija v prvih 6 tednih lahko kratkotrajno zmanjša bolečine, poveča možnost za opravljanje dejavnosti in poveča bolnikovo zadovoljstvo (21).

Toda njen učinek na kronično bolečino v križu ni dokazan.

Manipulacija je varna metoda, če jo opravlja izkušen terapevt.

Telovadba za križ

Učinek telovadnih vaj za križ na odpravo bolečine je sicer dvomljiv (22), vendar moramo njihovo izvajanje pri bolniku vedno spodbujati, saj ga tako aktiviramo in motiviramo za bolj zdrav način življenja.

Študije kažejo, da telovadba lahko vpliva na lajšanje bolečine in zmanjšanje funkcionalne onesposobljenosti bolnika s kronično bolečino v križu. S telovadbo je treba začeti po 6 tednih zdravljenja.

Fizioterapija

Bolnike, ki po 6 tednih še ne zmorejo opravljati vsakdanjih dejavnosti ali začeti delati, napotimo na fizioterapijo ali rehabilitacijo.

Fizioterapijo (npr. z diadinorjem, ultrazvokom, masažo z ledom, TENS) pogosto uporabljamo, vendar je učinek dvomljiv. Podobno velja tudi za trakcijo ledvenega predela. V zadnjem času uvajajo avtotrakcijo.

Informacije za bolnika

Enostavna bolečina v križu

Bolnika z enostavno bolečino v križu moramo pomiriti, kar najbolje dosežemo le s **pozitivnimi sporočili**. Povemo mu, da:

- ni razloga za zaskrbljenost,
- gre za zelo pogosto zboleženje,
- bo popolno ozdravel v nekaj dneh do nekaj tednih,
- zboleženje ne pušča posledic,
- je možna ponovitev bolečine v križu.

Draženje ali kompresija korenine

Če menimo, da je vzrok bolečine draženje ali kompresija korenine spinalnega živca, morajo biti naša sporočila **pretehtano pozitivna**. Bolniku povemo, da:

- ni razloga za preplah,
- ponavadi zadostuje konservativno zdravljenje, ki pa lahko traja mesec ali dva,
- je ozdravitev ponavadi popolna, a je možna tudi ponovitev.

Možnost resne spinalne patologije

Bolnike, pri katerih sumimo, da bi lahko imeli resno spinalno patologijo, je treba poslati k ustreznemu kliničnemu specialistu. Ko pojasnjujejo delovno diagnozo, se moramo izogibati **negativnim sporočilom**. Bolniku povemo, da:

- so za postavitev diagnoze potrebne dodatne preiskave,
- so rezultati diagnostičnih preiskav pogosto normalni,
- naj se do pregleda pri kliničnem specialistu izogiba naporom in naj počiva,
- bo diagnosticiranje in zdravljenje odslej vodil klinični specialist,
- je do pregleda pri kliničnem specialistu potreben počitek.

Značilnosti posameznih skupin bolečine v križu

Enostavna bolečina v križu

Za enostavno bolečino v križu, ki je v ambulantni splošni medicini najpogostejša (90 %), velja naslednje:

- napotitev k specialistu ni potrebna,
- bolniki so stari 20 do 55 let,
- bolečine se pojavijo v ledvenem predelu, stegnih in mečih,
- bolnik ni prizadet.

Rutinsko rentgensko slikanje pri običajni bolečini v križu ni potrebno.

Draženje ali kompresija korenine

Kar 10 % od vseh bolnikov z bolečino v križu pride v ambulantno splošne medicine zaradi draženja ali kompresije korenine spinalnega živca. Za to skupino velja, da:

- je bolečina v nogi hujša kot v križu,
- bolečina seva v stopalo ali prste,
- se pojavijo mravljinčenje ali parestezije po dermatomu,
- ugotovimo pozitiven Lazarevičev test,
- najdemo posamezne nevrološke izpade.

Možnost resne spinalne patologije

Skupina boleznih z resno spinalno patologijo je v vsakdanji praksi zdravnika splošne medicine najredkejša. O teh boleznih tudi najmanj ve; najverjetneje ga je podzavestno strah, da ne bo prepoznal znakov in bo zaradi tega zamudil z zgodnjim ukrepanjem. Prepogoste (nepotrebne) napotitve h kliničnemu specialistu verjetno izvirajo prav iz te diagnostične stiske splošnega zdravnika. Toda bolnike, pri katerih sumimo, da je vzrok bolečine v križu resna spinalna patologija, je vsekakor treba napotiti h kliničnemu specialistu.

Za skupino boleznih z resno spinalno patologijo je značilno, da:

- se bolečina v križu pojavi pri bolnikih, mlajših od 20 in starejših od 55 let,
- bolniki v anamnezi navajajo raka, aids in zdravljenje s kortikosteroidi,
- bolniki navajajo izgubo telesne teže, slabše počutje,
- ugotavljamo nevrološke izpade po več dermatomih.

Bolezenske entitete po skupinah

Enostavna bolečina v križu

Najpogostnejše bolezni iz te skupine so:

- nateg lumbalnega dela,
- nestabilnost v lumbosakralnem predelu,
- osteoartritis lumbosakralnega predela,
- spinalna stenoza.

Nateg lumbalnega dela

Vzrok bolečine so drobne poškodbe sinovialnih sklepov in posturalnega mišičja. Posledica je spazem, ki se poveča zlasti pri delu ali stoji.

Anamneza

Bolnik navaja delo, pri katerem mora obilo dvigati ali obračati hrbtenico, ali nedavno nezgodo (pred nekaj urami ali dnevi).

Status

Pri pregledu ima bolnik paravertebralno mišičje trdo, napeto, omejen odklon – ponavadi na strani spazma – in ostro bolečino, ki ga lahko blokira pri poskusu izravnave hrbtenice. Ko leže na hrbet, se težko obrne, toda spazem in posturalna deformacija izgineta. Nevrološki status je brez posebnosti (bp), lahko je prisoten psevdo Lazarevič.

Preiskave

Če je klinična slika tipična, preiskave niso potrebne; morebitni rentgenski pregled bi pokazal zravnano lumbalno lordozo.

Vodenje

Dokler je prisotem spazem, mora bolnik mirovati. Dajemo mu analgetike, obvezno je treba začeti s paracetamolom, po potrebi nadaljujemo z nesteroidnimi antirevmatikami (NSAR). Hujše spazme paravertebralnega mišičja poskusimo zdraviti z relaksanti. Parenteralno dajanje nesteroidnih antirevmatikov ni smotno. Po nekaj dneh (ko postane bolnik gibljivejši), mu lahko predlagamo fizioterapevtsko zdravljenje.

Nestabilnost v lumbosakralnem predelu

Vzrok bolečine je nestabilnost v dinamičnem segmentu zaradi strukturne oslabelosti, izzove pa jo sprožilni dogodek. Najpogostnejši sprožilni dejavniki so: nosečnost; debelost, povezana z izgubo mišičnega tonusa posturalnega mišičja; poklic, ki ga je treba opravljati pretežno sede; lokalne poškodbe hrbtenice.

Status

Podoben je kot pri nategu, vendar so ponavadi prisotne bolečine, ki se širijo v predel ritnice, sprednji del stegna, lahko celo do kolena ali v stopalo. Bolečina je prenesena; prenaša se po ligamentih in mišicah (ne po ishiadičnem živcu) in je topa, pekoča (ne ostra kot pri ishialgiji).

Preiskave

Rentgenski pregled lahko pokaže kongenitalne anomalije (spino bifido), spondilolistezo, oster lumbosakralni kot ali stanje po operaciji na hrbtenici.

Vodenje

Zdravljenje z zdravili (že opisano), odprava ogrožajočih dejavnikov, nekaj dni mirovanja, nato pa vaje za okrepitev oz. vzdrževanje mišičnega tonusa in gibljivosti hrbtenice.

Osteoartritis lumbosakralnega predela

Osteoartritis v lumbalnem predelu je zelo pogost pri ljudeh, starejših od 50 let. Stanje je lahko povezano s spremembami aksialnega skeleta zaradi obrabe ali lokalizirano na en segment. Lokalna prizadetost nastane zaradi poškodbe ali ponavljajočih se in dolgotrajnih delovnih obremenitev. Bolnik je lahko dolgo časa brez težav oz. ima bolečine ob določenih sprožilnih dogodkih (blažje poškodbe). Najpogosteje to stanje označujemo kot lumbago.

Bolečino povzroča degeneracija ali stanjšanje artikulacijskega hrustanca, kar skupaj s tanjšanjem intervertebralne plošče vodi v oženje in nepravilnost apofizealnega sklepa.

Anamneza

Bolnik navaja občutek okorelosti in bolečino v križu, zlasti če je dlje nedejaven (zjutraj takoj po vstajanju ali daljši vožnji z avtomobilom). Občutek okorelosti lahko po gibanju izgine, vendar se med njim ponavadi pojavi bolečina. Simptomi so ponavadi hujši ob hladnem vremenu, izboljšanje pa sledi mirovanju in lokalnem gretju.

Status

Bolečina se lahko prenaša po ligamentih v stegno ali zadnjico, pa tudi na lateralno stran kolena. Pri pregledu ne najdemo paravertebralnega spazma, vendar je gibljivost pogosto omejena, bolnik pa navaja občutljivost pri palpaciji nad križnim predelom. Če izrastek pritisne na živčno korenino, navede še znake ishialgije.

Preiskave

Rentgenski pregled prikaže ozek intervertebralni prostor, gosto sklerotično senco krovnih plošč vretenc in predela apofizealnega sklepa, izrastke vretenc. Starejši ljudje imajo lahko tudi znake osteoporoze.

Vodenje

Zdravljenje z zdravili, zmanjšanje telesne teže, nekaj dni mirovanja, nato pa vaje za okrepitev in vzdrževanje mišičnega tonusa in gibljivosti hrbtenice.

Spinalna stenoza

Spinalna stenoza pomeni oženje spinalnega kanala s posledičnim pritiskom na spinalne živce ali arterije; lahko gre za kongenitalno bolezen, najpogosteje pa zožitev povzročijo spremembe zaradi obrabe.

Anamneza

Bolniki navajajo bolečino v križu in nogah, ki se pojavi med telesno dejavnostjo. Bolečina je lahko podobna ishialgiji, najpogosteje pa intermitentni klavdikaciji. V nasprotju s slednjo ne preide ob počitku, temveč šele, ko se bolnik usede in močno skloni naprej.

Preiskave

Z navadnim rentgenskim pregledom zožitve ne opazimo, natančno pa spinalno stenozo prikažeta računalniški tomogram (CT) in magnetnoresonančna slikanja (MRI).

Vodenje

Dokler znaki niso močno razviti, zadoščajo navadni terapevtski ukrepi. Ko se stanje slabša, lahko pomaga le operativno zdravljenje.

Draženje zaradi kompresije korenine

Bolnikov, pri katerih je vzrok bolečine v križu draženje korenine, je 10 %. Prizadetost je lahko dokaj huda. V praksi srečujemo dve bolezenski entiteti:

- ishialgijo in
- sindrom kavde ekvine (cauda equina).

Ishialgija

Patofiziologija

Najpogostnejši vzrok kompresije živčne korenine je hernia intervertebralnega diska, možna vzroka pa sta še izrastek ali tumor.

Degeneracija medvretenčne plošče se začne že v drugem desetletju življenja. Takoj po končani rasti se ploščica prehranjuje le prek difuzije. Postopno začne propadati beljakovinsko-mukopolisaharidni skupek s posledičnim slabšanjem mehanskih lastnosti. Najprej se pojavijo vzdolžne pike v fibroznem obroču, ki se zaradi ponavljajočih se majhnih travm povečajo v prečne pike.

Degeneracija medvretenčne plošče je najverjetnejši vzrok za kronično bolečino v križu. Zaradi prevelikih obremenitev degenerativno spremenjene plošče lahko pride do prolapsa ali herniacije sredice v spinalni kanal, ponavadi v smer navzad in v stran, izbočenje pa posteriorni longitudinalni ligament porine pred sabo ali ga celo predre.

Večina hernij (90 %) nastane na ravni L4-L5 ali L5-S2, saj je na teh odsekih amplituda gibanja lumbalne hrbtenice največja.

Anamneza

Ishialgična bolečina je tipično ostra; bolnik pove, da ima občutek, kot da mu trga mišice od kosti ali da mu teče vrela tekočina ob kosti. Bolečino navaja v ritnici, zadnji strani stegna, poplitealni kotanji in goleni, potem pa bodisi po medialni ali lateralni strani stopala. Bolečino okrepijo gibi, kot so dviganje, kašljanje, napenjanje. Bolnik jo lahko zmanjša tako, da zavzame določen položaj.

Najpogosteje zbolijo moški med 20. in 45. letom starosti.

Status

Pri stoječem bolniku pogosto opazimo »ishialgično skoliozo« (dvig medenice), pritisk na izstopišče ishialgičnega živca je boleč, občasno najdemo občutljivost nad prizadetim segmentom. Vedno najdemo pozitiven Lazarevičev test, refleksi (Ahi-lov, patelarni) so lahko odsotni ali slabše izvedljivi. Najpogosteje ugotovimo zmanjšano moč dolge mišice iztegovalke na palcu ali prednjih tibialnih mišic. Bolniki pogosto navajajo parestezije po dermatomih.

Preiskave

Stanja medvretenčne plošče ne moremo ovrednotiti z rentgenskim pregledom, ker lahko prikaže le zoženje medvretenčnega prostora. Referenčne preiskave so mielografija ali računalniška tomografija ali magnetnoresonančno slikanje.

Vodenje

Začetno obdobje ishialgije (brez motoričnih izpadov) spada v domeno splošnega zdravnika. Priporočljivo je mirovanje in dajanje močnejših analgetikov (nesteroidnih antirevmatikov, tramadola). Ko minejo znaki kompresije korenine, lahko bolnik začne z vajami za krepitev mišičja.

Bolnika napotimo h kliničnemu specialistu, če se bolečina ne umiri ali če traja dlje od enega meseca, vedno pa pri motoričnih izpadih.

Sindrom kavde ekvine

Povzroča ga hernija v območju kavde ekvine. Klinični znaki so ishialgična bolečina v obeh nogah, parestezija v obliki jahalnih hlač ter motnje delovanja sfinktrov in seksualne funkcije.

Stanje zahteva resno takojšnje ukrepanje, saj je potrebna nujna napotitev k ortopedu in operacija še isti dan.

Možnost resne spinalne patologije

Resna spinalna patologija zajema skupino bolezni, ki je v vsakdanji praksi zdravnika splošne medicine najredkejša.

Pri pregledu je treba pomisliti na:

- vnetne bolezni (revmatoidni artritis, ankilizirajoči spondilitis),
- infekcije (akutne: piogene infekcije; kronične: tuberkuloza, kronični osteomielitis),
- tumorje (primarne: benigne in maligne, metastaze),
- poškodbe,
- metabolične bolezni (osteoporoza in njene posledice).

Prenesena bolečina iz okolnih struktur

Ta skupina bolečin ni tako zelo redka. Velja pravilo, da se bolečina, ki je posledica

bolezni organov v trebušni votlini in okolnega kostnomišičnega sistema, lahko prenese v križ. Bolečina v križu, katere izvor je v hrbtenici, se ponavadi ne prenaša v trebuh. Zato moramo pri bolečini v trebuhu, ki se širi v križ, vedno pomisliti na preneseno bolečino.

Najpogostnejši vzroki za tako vrsto bolečine v križu so:

- ginekološki – retroverzija,
– endometrioza,
– tumorji,
– ciste na jajčniku,
– pelvične infekcije;
- prostata – benigna hipertrofija,
– malignom,
– kronični prostatitis,
- ledvice – kamni,
– infekcija,
– neoplazme,
- gibala – artroza kolka,
– skolioza in sekundarne spremembe,
– nateg sakroiliakalnih ligamentov.

Psihosocialni dejavniki

Psihosocialni dejavniki lahko pomembno vplivajo na jakost bolečine v križu in uspešnost njenega zdravljenja. To velja zlasti za kronično bolečino v križu. Poznamo dva tipa bolnikov, in sicer konverzivno nevrotične (histerične) ter take, ki povečujejo svojo bolezen.

Anamneza je zelo pomembna, saj pogosto razkrije tudi finančne ali družinske probleme, nezadovoljstvo s službo ali nerazumevanje s sodelavci, pa tudi nezgodo na delu ali prometno nesrečo.

Bolnik, ki pride v ambulanto, je ponavadi nagnjen naprej, roke opira na križ, na obrazu ima izraz hude bolečine. Navede veliko pritožb, bolečino, toži o hudi, lokalizirani bolečini, ki pa se pogosto seli. Pove, da zelo rad dela in da si ne želi staleža, temveč le, da bi mu odpravili bolečino.

Med pregledom lahko bolnik občuti bolečino pri dvigovanju rok nad glavo, vračanju iz predklona v nevtralni položaj, na Lazarevičev test je lahko pozitiven. Če Lazarevičev test izvedemo nekoliko drugače, ko bolnik sedi na robu postelje, in mu upognemo iztegnjeno nogo v kolku, lahko fleksija doseže do 90° brez bolečin.

Kadar sumimo, da so v ospredju psihosocialni vzroki, moramo bolnika natančno pregledati in še natančneje spraševati. Če kljub natančnemu pregledu ne najdemo vzroka za bolečino, je najbolje, da povprašamo za mnenje kliničnega specialista. Svoje sume moramo jasno izraziti že na napotnici.

Priporočena literatura:

1. Anderson JAD. Problems of classification of low-back pain. *Rheumatol Rehabil* 1977; 16: 34–36.
2. Biederman HJ, Monga TN, Shanks GL, McGhie A. The classification of back pain patients: functional versus organic. *J Psychosom Res* 1986; 30: 273–276.
3. Deyo RA, Tsui-Wu YJ. Functional disability due to back pain. *Arthritis Rheum* 1987; 30: 1247–1253.
4. Deyo RA, Rainville J, Kent DL. What can the history and psysical examination tell us about low back pain. *JAMA* 1992; 268: 760–765.
5. Deyo RA, Tsui-WU YJ. Descriptive epidemiology of low-back pain and its related medical care in the United States. *Spine* 1987; 12: 264–268.

6. de Craen AJM in sod. Analgesic efficacy and safety of paracetamol-codeine combinations versus paracetamol alone: a systematic review. *Brit Med J* 1996; 313: 321–325.
7. Dillane JB, Fry J, Kalton G. Acute back syndrome – a study from general practice. *Br Med J* 1966; 2: 82–84.
8. Fass A in sod. Exercises; which ones are worth trying, for which patients and when. *Spine*, 1996; 21: 2874–77.
9. Henry D in sod. Variability in risk of gastrointestinal complications with individual non steroidal anti inflammatory drugs: result of a collaborative meta analysis. *Brit Med J* 1996; 321: 1563–1566.
10. Kelsey JL, White AA, Pastides H, Bisbee GE. The impact of musculoskeletal disorders on the population of the United States. *J Bone Joint Surg* 1979; 61A: 959–964.
11. Koes BW, van den Hoogen HMM. Efficacy of bed rest and orthoses of low back pain. *Eur J Phys Med Rehabil* 1994; 4: 86–93.
12. Lewis M. MEDLINE reviews from Januar 1992 – September 1995 of RCT's of exercise and manipulation for acute low back pain.
13. Mooney V. Where is the pain coming from. *Spine* 1987; 12: 754–759.
14. Nachemson A. Work for all. *Clin Orthop* 1983; 179: 77–85.
15. Royal College of Radiologist. Making the best Use of a department of Clinical Radiology. Guidelines for Doctors. Second Edition, RCR: London, 1993.
16. Sorensen FB, Thomsen C. Medical, social and occupational history as indicators for low-back trouble in a general population. *Spine* 1986; 11: 720–725.
17. Stok R. Pogostnost lumboishialgij v splošnih obratnih in ortopedskih ambulantah. 4. ortopedski dnevi. Ljubljana: Univerzitetna ortopedska klinika Ljubljana, 1986: 11–18.
18. Žorž G. Epidemiologija, socialno-medicinski pomen ter preventiva bolečine v križu v osnovnem zdravstvenem varstvu. *Zdrav Var* 1989; 28: 249–52.
19. Žorž G. Pristop splošnega zdravnika k bolniku z bolečino v križu. *Zdrav Vestn* 1988; 57:Supl I:16–17.
20. Waddell G, Main CJ, Morris EW, Venner RM, Rae PS, Sharmy SH, Galloway H. Normality and reliability in the clinical assessment of bachache. *Br Med J* 1982; 284: 1519–1523.
21. Waddell G, Bircher M, Finlayson D, Main CJ. Symptoms and signs: physical disease or illness behavior? *Br Med J* 1984; 289: 739–41.
22. Waddell G, Fedr G, Lewis M. Systematic reviews of bedrest and advice to stay active for acute low back pain. *Brit Gen Prac* (v tisku).

BOLNIK Z RADIKULOPATIJO

Marjeta Zupančič

Uvod

Bolečina v hrbtenici je težava, s katero se zdravniki družinske medicine srečujejo vsak dan. V ZDA je akutna bolečina v križu peti najpogostnejši razlog za obisk pri zdravniku. Stroški diagnostike in zdravljenja bolečine v križu so v ZDA ogromni in letno po različnih avtorjih znašajo 20 do 25 milijard ameriških dolarjev; če tej vsoti prištejemo še posredne stroške vključno z nadomestili za bolniški stalež, se povzpnejo do 50 milijard USD (1, 2). Tudi v Sloveniji so lumbalgije in lumboishialgije med najbolj pogostimi vzroki za bolniški stalež (3).

Bolečina v križu se pojavlja pri odraslih bolnikih; vsaj enkrat v življenju jo ima približno 70 do 80 % ljudi. Največ bolnikov spada v starostno obdobje med 45. in 60. letom, čeprav tudi mlajši niso izjema (1–4).

Bolečina v križu (lumbalgija) je lokalizirana v lumbosakralnem delu hrbtenice in sakroiliakalnih sklepov (SIS). Najpogostnejši vzroki so mehanični, čeprav moramo v diferencialni diagnostiki izključiti tudi številne druge bolezni. Pogosto ne najdemo ustrezne povezave med hudimi subjektivnimi težavami in pičlimi objektivnimi kliničnimi ali rentgenskimi spremembami (psihogena bolečina, rentne tendence) (4).

Pri radikulopatiji se bolečini v križu pridruži tudi okvara ene ali več živčnih korenin, kar daje pestro klinično sliko z bolečino, mravljinčenjem, omejeno gibljivostjo in nevrološkimi izpadi. Za potek uspešnega zdravljenja je treba izključiti številne vzroke, ki lahko botrujejo tem težavam (3, 5).

Diferencialna diagnoza

V diferencialni diagnostiki moramo pri bolniku z radikulopatijo misliti na številne bolezni, kot so:

- Degenerativne spremembe medvretenčne ploščice (protruzija, hernija medvretenčne ploščice), ki jih ob klinični sliki radikulopatije navadno potrdi rentgenska slika lumbosakralnega predela (LSR) z računalniško tomografijo (CT).
- Nespecifična bolečina v križu, ki je navadno posledica degenerativnih sprememb na vretencih, mišičnih krčev ali mehaničnih dražljajev. Spremljajoča bolečina je navadno omejena na ledveno-križnični del hrbtenice; draženje korenine je redko.
- Spondiloza v vratnem delu hrbtenice je najpogostnejši razlog za radikulopatije na zgornjih udih. Vzrok je lahko tudi vratno rebro, vendar je hernija medvretenčne ploščice v vratu redkejša kot v ledvenem delu.
- Kompresijski zlomi vretenc (zaradi poškodbe, osteoporozе), pri katerih je bolečina navadno omejena le nad predelom zloma.
- Spondilolisteza se začne s prirojeno asimptomatično nepravilnostjo spondilolizo, ko v istmičnem delu ledvenega vretenčnega loka ni koščene zveze, ampak je le vezivna. Težave se največkrat pojavijo med hujšimi telesnimi napori (pri mladih športnikih), bolečina pa navadno okrepi ob ekstenzijskih gibih hrbtenice. Ko se medvretenčna ploščica z leti obrabi, telo vretenca zdrsi navzpred, kar spremljajo bolečine, ob povečani ledveni lordozi pa se lahko pojavijo tudi nevrološki izpadi v smislu radikulopatije.
- Zožitev hrbteničnega kanala (spinalna stenoza), katere klinična slika pokaže predvsem klavdikacije in pozitiven Laseguov preskus; če je utesnjena posamezna korenina, so prisotni tudi znaki radikulopatije. V nasprotju z ishemičnimi klavdikacijami so stopalni pulzi dobro tipljivi, stopala pa brez trofičnih sprememb.

- Tumorji – multipli mielom, kostni zasevki različnih tumorjev (rak na dojki, pljučih, prostati, ščitnici ali želodcu), za katere so značilni radiološki izvid, patološki prelomi, močne bolečine v prizadetem delu, možen je sindrom kavde ekvine.
- Vnetja medvretenčne ploščice (discitis), tuberkuloza vretenc. Vnetje spremljajo bolečina, zvišana telesna temperatura, pospešena SR, levkocitoza, pri tuberkulozi pozitiven Manteauxov test, omejena gibljivost, zaščitni krč obvretenčnih mišic. Radikulopatija je na začetku redko prisotna.
- Sindrom kavde ekvine spremljajo huda in progresivna oslabelelost spodnjih udov, zastoj seča, inkontinenca vode in blata. Je nujno stanje, ki zahteva takojšen operativni poseg.
- Revmatološke bolezni, bolečina je navadno omejena na predel prizadete hrbtenice; nevroloških izpadov ponavadi ni, bolezni so navadno sistemske, diagnostika je specifična.
- Prenesena bolečina pri retroperitonealnih in abdominalnih boleznih (tumorji, anevrizma abdominalne aorte, retroperitonealna fibroza).
- Herpes zoster spremljata značilen izpuščaj in nevralgična bolečina.
- Fibromialgija, ki se kaže z bolečimi točkami nad hrbtenico ali ob njej, lahko tudi s spazmom obhrbteničnih mišic.
- Ledvični kamni.
- Ginekološke bolezni.
- Psihogena bolečina (1–6).

S kliničnim pregledom bolnika z radikulopatijo želimo potrditi diagnozo in stopnjo bolezni, na podlagi česar načrtujemo zdravljenje in napoved bolezni. Pri tem si poleg anamneze in telesnega pregleda lahko pomagamo še z rentgensko, elektrofiziološko in laboratorijsko diagnostiko.

Klinični pregled bolnika z radikulopatijo

Za kakovostno obravnavo bolnika z radikulopatijo sta ključna anamneza in klinični pregled.

Anamneza

Z anamnezo poskušamo pridobiti podatke o času in okoliščinah nastanka in trajanju težav (bolečine), morebitnem poslabševanju stanja ali vmesnih izboljšanjih, njihovem ponavljanju, predhodnih boleznih ali poškodbah ter bolnikov opis znakov bolezni.

Bolnika moramo natančno povprašati, kako so se začele njegove zdajšnje težave in kakšni so znaki bolezni. Izvedeti moramo, ali ima težave prvič, ali se ponavljajo. Izključiti moramo predhodno poškodbo, ugotoviti mesta bolečine in njeno morebitno izžarevanje; pomembno je, ali se le-ta poveča med kašljanjem in napenjanjem (3, 4, 5, 7).

Pri bolnikih se postopno ali nenadoma (nepreviden gib, sklanjanje, dvigovanje bremena) pojavi bolečina v hrbtu (lumbalgija), ki je lahko različne jakosti. Če je močna, je navadno prisoten tudi mišični krč. Bolečina navadno po nekaj dneh začne izžarevati še v enega spodnjih udov vzdolž ishiadičnega živca (3, 5).

Radikulopatije (cervikobrahialni sindrom) na zgornjih udih so največkrat posledica degenerativnih sprememb vratne hrbtenice. Bolečina navadno iz vratu izžareva proti trapezasti mišici, lahko pa tudi v enega ali oba zgornja uda do prstov; če so prizadete visoko ležeče korenine, pa tudi v zatilje. Bolečino v zgornjih udih pogosto spremlja mravljinčenje, groba mišična moč precej oslabi, tako da bolnikom padajo iz rok predmeti. Objektivno najdemo ob slabši grobi mišični moči tudi ugasle posamezne kitne reflekse.

Klinični pregled pri ledveni radiokulopatiji

S kliničnim pregledom poskušamo ugotoviti anatomske spremembe, funkcionalna odstopanja in prizadetost senzibilnosti, motorike ter motnje avtonomnega živčevja.

Bolnik naj bo med preiskavo samo v kratkih spodnjicah. Najprej ga pregledujemo, ko stoji.

Pri nepravilnih držah skušamo ugotoviti, ali gre za stare deformacije, kot so prikrajšava uda, skolioza, kifoza ipd., ali za nepravilnosti v zvezi z zdajšnjimi težavami, kot sta antalglična drža in zaščitni mišični krč z deviacijo hrbtenice. Pri preiskavi najdemo tudi zmanjšan predklon, ki ga opišemo z razdaljo prstov od tal, ter pogosto tudi zaklon in lateralna odklona.

Reflekse, mišično moč, občutek in patološke znake pregledujemo sedečemu in na hrbtu ležečemu bolniku. Pregledamo patelarni in Ahilov refleks. Ugotavljamo lahko oslavljen ali ugasel patelarni ali Ahilov refleks, zmanjšano grobo mišično moč, popuščanje dorzifleksorjev stopala in pozitiven Lasèguov znak (dvig iztegnjenega uda je omejen). Če se pri dvigovanju iztegnjenega uda pojavi bolečina samo v križu, imenujemo to psevdo Lasèguov znak. Včasih se pri dvigu noge na zdravi strani pojavi bolečina tudi vzdolž druge noge. Takrat govorimo o Lasèguovem znaku s kontralateralno bolečino. Pri parezi dorzifleksorjev stopala bolnik ne more hoditi po prstih, pri parezi plantarne fleksije pa ni možna hoja po petah.

Bolnika z bolečino v križu pregledamo tudi ležečega na trebuhu. Pri ležanju mišični krč znatno popusti. Tipamo prostore med vretenčnimi trni in ugotavljamo njihovo občutljivost. Pogosto so boleča narastišča mišic na zadajšnjih iliakalnih spinah. Pri bolečini nad sakroiliakalnimi sklepi poskusimo še s pritiskom na medenico s strani. Povečana bolečina v predelu sklepa kaže na bolezenski proces v tem predelu.

V trebušnem položaju preizkusimo tudi test natega femoralnega živca. Pri draženju korenin L III in L IV bo upogib kolena prek 90° povzročil bolečino vzdolž stegenskega živca.

Bolnik čuti mravljinice (parestezije) po udu. Parestezije so bolnikovi spontani občutki in jih pri preiskavi ne moremo objektivizirati. Po njihovi lokalizaciji lahko sklepamo o njihovem izvoru. Če jih bolnik čuti v predelu dermatoma, je prizadeta ustrezna zadajšnja korenina ali spinalni živec. Radikularne bolečine se pojavljajo v predelu, ki ga oživčuje zadajšnja korenina. Močnejše so ob zvečanju pritiska v hrbteničnem kanalu (kašelj, napenjanje ...). Bolečina je dokaj dobro omejena in bolnik jo čuti v globini. Pri takem bolniku preverimo tudi motnje senzibilnosti (3, 5, 7).

Klinični pregled pri vratni radikulopatiji

Pri radikulopatiji na zgornjih udih pregledujemo gibljivost vratne hrbtenice, pri čemer preverimo fleksijo, ekstenzijo, odklone v levo in desno ter rotacije v levo in desno.

Motnje mišičnega delovanja se kažejo z njihovo oslabljeno močjo, atrofijo in fascikulacijami. Pregledujemo tudi moč posameznih mišičnih skupin in jo medsebojno primerjamo.

Najpogostnejše in najzgodnejše so motnje senzibilnosti. Preizkušamo občutek za dotik in bolečino. Pri tem upoštevamo razporeditev dermatomov, ki pripada posameznim koreninam. Ugotavljamo tudi prisotnost kitnih refleksov – bicepsovega (C VI), tricepsovega (C VII) in brahioradialnega (C VI) (3, 5, 7).

Radiološka diagnostika pri bolniku z radikulopatijo

Za rutinsko preiskavo hrbtenice je potrebna rentgenska slika v anteroposteriorni in stranski projekciji. Za nativno rentgensko slikanje hrbtenice se med drugim odločimo zato, da bi izključili druge procese na skeletu, ki bi lahko povzročali težave, sorodne radikulopatijam, zaradi degenerativnih sprememb (kot so kompresijski zlomi pri osteoporozi, patološki zlomi pri kostnih zasevkih, bolečina zaradi zasevka, tumorja, multiplega mieloma, vnetja kosti idr.). Z navadno rentgensko sliko lahko prikažemo zoženje medvretenčnega prostora, degenerativne spremembe na vretencih

in malih hrbteničnih sklepkih, zožitev hrbteničnega kanala ter zdrs vretenc, kar vse lahko usmerja v nadaljnjo diagnostiko ali simptomatično zdravljenje (1, 2, 3, 5, 6).

Za diagnostiko hernije medvretenčne ploščice opravimo lumbalno radikulografijo, ki jo pogosto dopolnjuje še računalniška tomografija (CT). Pri zahtevnejši diagnostiki je včasih potrebno tudi magnetnoresonančno slikanje (MRI), ki ima prednost pri prikazu mehkih tkiv (medvretenčnih ploščic, tumorjev), včasih pa tudi scintigrafija skeleta (ob sumu na kostne tumorje, vnetja, skrite zlome) (3, 6).

Naši bolniki praktično ob vsakem obisku zaradi bolečega križa želijo tudi rentgensko diagnostiko. Kdaj je le-ta tudi medicinsko upravičena? Dve veliki retrospektivni študiji v ZDA sta potrdili, da je pri več kot 75 % bolnikov z akutno bolečino v križu radiogram normalen (1, 2).

Indikacije za radiološko diagnostiko pri bolnikih z bolečino v križu so:

- anamneza predhodne poškodbe,
- nevro-motorični izpadi,
- sum na ankilozirajoči spondilitis,
- nepojasnjena izguba telesne teže,
- predhodno dolgotrajno zdravljenje s kortikosteroidi,
- rakava bolezen v anamnezi,
- alkoholizem ali narkomanija,
- zvišana telesna temperatura neznanega izvora,
- ponovni bolnikovi obiski zaradi enakih težav brez izboljšanja v krajšem časovnem obdobju (1, 2).

Laboratorijski testi pri bolniku z radikulopatijo

Laboratorijski testi pri bolniku z radikulopatijo so navadno v referenčnih mejah in jih rutinsko ne vključujemo v diagnostiko. V diferencialni diagnostiki moramo opraviti pregled kompletne krvne slike in sedimentacijske reakcije (SR), če posumimo na vnetje ali tumorski proces, dodatno še elektroforezo serumskih proteinov, pri sumu na multipli mielom, za potrditev ankilozirajočega spondilitisa pa določitev antigena HLA-B27. Preiskave seča so koristne, da lahko izključimo morebitno vnetje sečil (1, 2, 4, 6).

Elektrofiziološki testi

Elektromiografija (EMG) je metoda, s katero lahko opredelimo in ločimo periferne nevropatije od radikulopatij in miopatij. Uporabna je, če želimo lokalizirati okvaro živca ter napovedati in spremljati potek zdravljenja.

Zdravnik, ki naroča preiskavo, se mora zavedati tudi omejitev za posamezno preiskavo. Opravi jo lahko šele po določenem trajanju kliničnih znakov okvare korenine (dalj od 1 meseca) in je smiselna le, če je v pomoč pri nadaljnjem načrtovanju diagnostike in zdravljenja (pri odločanju za operativno zdravljenje) (1, 2, 4).

Zdravljenje bolnika z radikulopatijo

Bolnika z akutno in kratkotrajno bolečino v hrbtenici moramo čim prej usposobiti za vsakodnevne in poklicne dejavnosti. Zdravljenje je navadno simptomatično. Bolnika poučimo, kako naj se izogiba sprožilnim dejavnikom (nefiziološkim gibom, dviganju bremen ...); damo mu navodila, najprej za sprostilne in nato raztezne vaje ter za grobo mišično moč. Proti hudim bolečinam na začetku predpišemo paracetamol ali nesteroidni antirevmatik (NSAR). Upoštevati moramo tudi možne stranske učinke in kontraindikacije; občasno so potrebni še mišični relaksanti ali pomirjevala ali oboja zdravila. Pri kratkotrajnih bolečinah brez nevroloških izpadov dodatna diagnostika ni potrebna (1, 2, 3, 4).

Pri dlje časa trajajoči bolečini se poleg vaj in krioterapije odločimo še za druge po-

stopke fizikalne medicine: ekstenzijo, obsevanje, hidrogimnastiko in transkutano električno nevrostimulacijo (TENS).

Pri bolniku z akutno bolečino v vratu je včasih uspešna nekajdnevna imobilizacija s Schanzovo ovratnico, ki jo mora večkrat dnevno sneti in delati vaje za krepitev ovratnih mišic; njeno dolgotrajno uporabo pa nekateri avtorji odsvetujejo (3, 4).

Pri bolniku z radikulopatijo je prav, da potekata zdravljenje in dodatni diagnostični program vzporedno. Nekateri avtorji priporočajo parenteralno dajanje vitaminov iz skupine B.

Bolnike s sindromom kavde ekvine je treba čim prej operirati. Pri drugih bolnikih z radikulopatijo se nevrokirurgi in ortopedi odločajo na podlagi opravljenih preiskav (LSR s CT, MRI, EMG).

Pomembno za vsakega bolnika z radikulopatijo je, da motnjo čim prej prepoznamo in jo ustrezno diagnosticiramo ter zdravimo. Bolnik mora že pri svojem izbranem zdravniku splošne/družinske medicine dobiti ustrezna navodila o vajah in pravilnih obremenitvah. Zavedati se moramo, da so krepke mišice najboljši naravni steznik in ovratnica.

Ocenjevanje delazmožnosti pri bolnikih z radikulopatijo

Pri bolniku z radikulopatijo se moramo zavedati, da težave v veliki meri pogojujejo obremenitve na delovnem mestu, ki ga bolnik opravlja. Že v anamnezi moramo biti pozorni na podatke o ponavljajočih se gibih hrbtenice in uda, stalnih prisilnih držah, nefiziološkem sedenju, dviganju in prenašanju bremen, nenadnih sunkovitih gibih in izpostavljenosti vibracijam, neugodnim mikroklimatskim razmeram in prepihu.

Sam predel bolečin v vratu in križu je z vidika ocenjevanja delazmožnosti zelo zapleten. Težave botrujejo (pre)številnim in (pre)dolgim bolniškim staležem, diagnostika je navadno preobsežna in ni v skladu z medicinskimi indikacijami. Vodilo zdravniku pri diagnostiki in ocenjevanju delazmožnosti naj bo objektiviziranje simptomov, ki jih moramo vrednotiti s funkcionalnimi testi. Zavedati se moramo, da je bolečina zelo subjektivna in da se med bolečimi vratovi in križi uspešno skriva tudi veliko število bolnikov z bolj ali manj prikritimi duševnimi motnjami.

Bolnik z radikulopatijo se pogosto kljub uspešnemu konservativnemu ali operativnemu zdravljenju ne more več vrniti na svoje delovno mesto, ker mu to preprečujejo obremenitve. Skrbno moramo pretehtati morebitne kontraindikacije za delo na določenem delovnem mestu in po potrebi bolnika tudi predstaviti invalidski komisiji za oceno preostale delazmožnosti.

Sklep

Bolniki z radikulopatijo so pogosti obiskovalci splošnih/družinskih ambulant. Ustrezna diagnostika, ki prvenstveno temelji na dobri anamnezi in kliničnem pregledu ob prvem in vseh ponovnih obiskih, ter pravočasne in ustrezne napotitve lahko precej skrajšajo zdravljenje in zmanjšajo trajne posledice.

Literatura:

1. Bratton RL. Assesment and managment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2299–308.
2. Atul PT, Abna OA. Diagnosis and managment of acute low back pain. *Am Fam Physician* 2000; 61: 1779–86.
3. Srakar F. Hrbtenica in medenica. V: Srakar F. *Ortopedija*. Ljubljana: Sledi, 1994: 161–95.
4. Kos-Golja M (ur). *Revmatološki priručnik za družinskega zdravnika*. Ljubljana: Lek, 1999: 54–76.
5. Adams JC, Hamleton DL. *Outline of orthopedics*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1990.
6. Kos-Golja M. Razpoznavanje notranjih bolezni – Diagnostični algoritmi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1994.
7. Lavrič A. Klinična nevrološka preiskava. *Medicinski razgledi* 1983; 22 Suppl 6.