

Novosti iz stručne literature

Međuskupna pouzdanost anamneze i fizikalnog pregleda u pacijenata s mehaničkom boli vrata

Priredio: Oliver KOSOVIĆ, dr. med.

Jednostavna vratobolja mehaničkog uzroka relativno je česta tegoba. O jednostavnoj vratbolji govorimo kad je izvor boli u vratu u muskulo-skeletnim strukturama i kada ne postoje znaci većih oštećenja poput traume, patologije cervikalnog diska, kompresije živčanih struktura ili leđne moždine. Glavni simptomi kod ovog stanja su bol u vratu, ramenima i između lopatica, bez znakova podražaja živčanih struktura (miotomski ili dermatomski ispadi) ili znakova oštećenja od CNS-a.

Planiranje rehabilitacijskog tretmana kod obične vratbolje katkad može biti pravi izazov. Opće je stajalište da je za dobar rehabilitacijski tretman i povoljan rezultat rehabilitacije jedna od najvažnijih stavki prepoznavanje mehanizma koji je doveo do vratobolje. Opširna anamneza i dobar fizikalni pregled uz radiološke pretrage bitni su za postavljanje dijagnoze i objašnjenje patologije i biomehaničke neravnoteže koja je dovela do oštećenja.

Ipak, i uz svu moguću paletu dijagnostičkih postupaka i uz dobro uzetu anamnezu i dobro obavljen fizikalni pregled, objašnjen patološki mehanizam, izbor najpovoljnijeg rehabilitacijskog algoritma za pojedinog pacijenta može i dalje biti velik problem.

Ovako planiran pregled je prijeko potreban, ali podatci dobiveni iz njega ne moraju biti dovoljno dobri prediktivni čimbenici odgovora pojedinog pacijenta na rehabilitacijski tretman.

Stoga se postavlja pitanje kolika je uistinu pouzdanost podataka koje dobivamo iz anamneze i fizikalnog pregleda i kolika je njihova vrijednost kao čimbenika u planiranju i odabiru rehabilitacijskih algoritama koji bi trebali dovesti do poboljšanja simptoma vratobolje.

Ovdje prezentirana studija ujedinjuje parametre iz anamneze i fizikalnog pregleda te nastoji ispitati pouzdanost pojedinih parametara dobivenih iz anamneze i fizikalnog pregleda u planiranju i procjeni rehabilitacijskog tretmana.

Studija je napravljena na uzorku od 22 pacijenta sa simptomima vratobolje mehaničkog uzroka.

Kao kriteriji ulaska u studiju uzeti su životna dob između 18 i 60 godina, NDI (Neck Disability Indeks) 10% te bol u vratu.

Iz studije su isključene osobe koje su uz bol u vratu imale i znakove radikularne kompresije (dermatomski i miotomski ispadi, oslabljen refleksni odgovor), osobe s traumaom cervikalnog i/ili torakalnog segmenta, osobe s operacijskim zahvatom na vratnom i/ ili prsnom dijelu kralježnice, osobe s whiplash ozljedom vrata unatrag šest mjeseci ili osobe s perifernim ili centralnim neurološkim ispadima.

Fizikalni pregled obuhvaćao je: opservaciju posture, opseg kretnji u vratnoj kralježnici, aktivnu rotaciju torakalnog segmenta tijela, manualni mišićni test, procjenu dužine mišića, test izdržljivosti vratne fleksorne muskulature te test spinalne pokretljivosti.

Anamnestički podatci su se odnosili na: početak i narav simptoma, prijašnje epizode bolova u vratu, kretnje i radnje koje dovode do pogoršanja simptoma, utjecaj spavanja na simptome.

U ispitivanju posture u stojećem položaju korištene su kendallove preporuke. U sagitalnoj ravnini ispitivali su se položaj glave u stojećem položaju, položaj ramena i eventualno postojanje protrakcije ramena, fiziološke krivine kralježnice, tj. eventualno postojanje kifoze u cervikotorakalnom prijelazu i u razinama T3-T5 te T6-T10. Kifoza se ocjenjivala kao: smanjena, pojačana ili normalan nalaz.

Mjerenje opsega kretnji vratne kralježnice obuhvaćalo je mjerenje fleksije, ekstenzije i lateralne fleksije, koje su se mjerile gravitacijskim inklinometrom i rotacije koja se mjerila goniometrom s dva kraka. Uz kretnje vratnog segmenta bilježila se provokacija ili smanjivanje bolnih simptoma u vratu, zatim aktivne kretnje u torakalnom dijelu trupa te njihov utjecaj na pojačavanje ili smanjivanje bolnih simptoma u vratu. Test je izvođen tako da pacijent u stojećem položaju svaki dlan postavi na suprotno rame i izvodi pokret maksimalne rotacije u lijevom ili desnom smjeru. Promjene u bolnim simptomima su stupnjevane kao:

pojačanje simptoma, smanjenje simptoma ili bez utjecaja na bolni simptom. Ako pri rotaciji nije bilo bolnih simptoma, dodatno se primjenjivao pritisak na spinalne nastavke do provokacije simptoma. Manualno mišićno testiranje provodilo se prema Kendallovim preporukama, a ispitali su se trapezijus u srednjim i donjim partijama „romboideus te serratus anterior, a rezultati su normirani kao normalan ili samo umanjen nalaz. Dužina mišića procjenjivala se Childsovim postupkom, a obuhvaćala je ispitivanje m. latissimus dorsi, m. pectoralis major i minor, m. levator scapulae, gornji djelovi m. trapezijusa, donji i srednji skalenski mišić te m. suboccipitalis. Nalaz se bilježio kao skraćanje ili normalan nalaz.

U ispitivanju izdržljivosti vratnih fleksora koristio se tzv. Chin Tuck Neck Flexion test. Test se izvodi tako da pacijent iz ležećeg položaja odigne potiljak 2,5 cm od podloge te istodobno svojom rukom pritišće bradu. Mjeri se vremenski period zadržavanja tog položaja, a test se prekida kod prvih znakova oscilacije glave prema podlozi. Test ispitivanja spinalne mobilnosti odnosi se na mobilnost atlanto-occipitalnog zgloba, te test izazivanja fenomena opruge pritiskom na spinalne nastavke cervikalnih i torakalnih kralježaka. Korištene su Flynnove i Greenmanove metode ispitivanja za atlantooccipitalni zglob, te Maitlandova za cervikalni i torakalni vertebralni segment.

Kao ispitivači odabrana su četiri fizioterapeuta, s radnim iskustvom od 3 do 23 godine (SD 12.3 +/-10.0 godina), koji su prethodno prošli jednosatnu izobrazbu, posebno dizajniranu za ovu studiju koja je obuhvaćala točno i uniformno izvođenje mjernih vještina i procjena, te videoprezentaciju postupaka mjerenja. Jedan od četvorice odabranih fizioterapeuta imao je i licencu za izvođenje manualnih medicinskih tehnika. Između svakog pregleda koji je trajao oko pola sata, a obuhvaćao je uzimanje anamnestičkih podataka i fizikalni pregled, bio je razmak od pet minuta, a pacijentima je rečeno da ispitivaču ne odaju nalaz prethodnog ispitivanja. Svaki ispitivač je obavljao i fizikalni pregled i uzimao anamnestičke podatke, te nije bio upućen u rezultate svojih kolega.

U obradi podataka korištena je Cohenova κ vrijednost u izračunavanju interfrekvencijske podudarnosti podataka koji su sadržavali dvije varijable iz anamneze ili fizikalnog pregleda. Mjereni κ koristi se za podatke s tri moguće varijable. ICC (međuklasni koeficijent korelacije) te 95% CI (koeficijent pouzdanosti) korišten je za izračunavanje kontinuiranih varijabli. Također su se koristile mjere standardne devijacije i standardne pogreške.

Cohenov κ koeficijent za anamnestičke podatke bio je u rasponu od $-0,4$ do 1 . Od ukupno devet varijabli koje su se odnosile na anamnestičke podatke, sedam je pokazivalo umjerenu do značajnu međuskupnu pouzdanost. Tako varijable koje se odnose na anamnestičke podatke koji se odnose na: početak simptoma vratobolje, učestalost vratobolje, podatke o prijašnjim bolnim epizodama vratobolje, «rotacija vrata u lijevu stranu pojačava simptome», «gledanje u pod pojačava simptom-inklinacija vrata», «gledanje u strop pojačava simptome – reklinacija vrata», «vratobolja se pojačava nakon spavanja» pokazale su značajne vrijednosti međuskupne pouzdanosti. Varijable koje su se odnosile na podatke: «rotacija vrata udesno pojačava simptome» te «vratobolja se pojačava nakon vožnje motornog vozila ili tijekom vožnje» nisu pokazale međuskupnu pouzdanost. Ipak su te dvije varijable imale visoku prevalenciju (95 %) pa bi njihova međuskupna nepouzdanost mogla biti posljedica umjetne deflacije κ (95 % CI) vrijednosti.

Varijable koje su se odnosile na mjerenje opsega pokreta vratne kralježnice: fleksija vrata, ekstenzija vrata, lateralna fleksija vrata u desnu stranu, lateralna fleksija vrata u lijevu stranu, rotacija vrata u desnu stranu, rotacija vrata u lijevu stranu, pokazale su umjerenu do značajnu međuskupnu pouzdanost.

Prosječna izdržljivost vratnih fleksora (Chin Tuck Neck Flexion Test), mjerena u sekundama, iznosila je 2,3 sekunde.

Interesantni podatci dobiveni su za varijable koje su se odnosile na opseg pokreta vratne kralježnice te izazivanje promjena simptoma vratobolje. Autori su rabili varijable: pojačavanje simptoma, centralizacija simptoma i periferizacija simptoma, a u analizi i mjereni κ koeficijent. Tako umjerena do značajna međuskupna pouzdanost za varijable koje su se odnosile na pojačavanje simptoma vratobolje, periferizaciju i centralizaciju simptoma, kod određenih aktivnih pokreta vrata, nađena je za kretnje fleksije i ekstenzije. Za kretnje lateralne fleksije u desnu i lijevu stranu, rotacije u lijevu i desnu stranu i varijable pojačavanja simptoma vratobolje, centralizaciju i periferizaciju simptoma nije nađena značajna međuskupna pouzdanost.

Varijable za manualni mišićni test također su pokazale neujednačene vrijednosti međuskupne pouzdanosti. Tako je značajna međuskupna pouzdanost pronađena za varijable koje su se odnosile na mjerenje manualnog mišićnog testa za m. rhomboideus, za lijevi m. serratus. Niska međuskupna pouzdanost je nađena za desni m. serratus te za donje partije m. trapezijusa. Odlukom autora, varijable

gornjeg dijela trapezijusa nisu uvrštene u κ mjerenu analizu jer su mjerenja svih ispitivača pokazala visoku prevalenciju kod svih mjerenja.

Mjerenje dužine (skraćenost) mišića pokazalo je značajnu međuskupnu pouzdanost, praktično za svu muskulaturu. Varijable su se odnosile na mjerenje dužine m. latissimus dorsi, pectoralis major i minor, levator scapulae, gornji dio trapezijusa, za prednje i srednje scalenuse te suboccipitalis.

Varijable koje su se odnosile za mjerenje mobilnosti spinalnih segmenata nisu pokazale značajnu međuskupnu pouzdanost. Varijable koje su se odnosile na analizu posture pokazale su visoku međuskupnu pouzdanost gotovo za sve varijable (ramena u protrakciji, pojačana ili smanjena kifoza cerviko-torakalnog (C7T1) prijelaza, pojačana ili smanjena kifoza u razinama T3–T5 te T6–T10 razinama, aktivna rotacija toraksa u lijevu ili desnu stranu. Jedino varijabla za pomak glave prema naprijed (pognuti položaj držanja glave) u analizi posture nije pokazala značajnu međuskupnu pouzdanost.

Za potrebe studije, sva mjerenja na 22 pacijenta provedena su u kratkom vremenskom periodu uz stanke od 5 minuta između mjerenja. Kratke stanke i učestalost mjerenja ipak su mogli dovesti do stanovitih netočnosti, poglavito u dijelovima ispitivanja koja su se odnosila na aktivne kretnje kralježnice te pojačavanje vratobolje, centralizaciju i periferizaciju simptoma, s obzirom na to da je postojala mogućnost iritacije vratnih struktura pri svakom sljedećem mjerenju. Nadalje, dosta je nejasnoća i u vezi s određivanjem spinalne mobilnosti te koliko je ispitivanje spinalne mobilnosti povezano s manualnom sposobnošću i iskustvom ispitivača, a slična dvojba ostaje i za vrijednost manualnog mišićnog testa za donji dio muskulature leđa.

Ipak najveća zamjerka ovoj studiji je malen broj ispitanika (ukupno 22).

Zaključak je ove studije, da se nalazi značajna međuskupna pouzdanost, a time i sama pouzdanost podataka iz fizikalnog pregleda i anamneze za pojedine segmente anamneze koji se odnose na aktivne pokrete vrata, odnosno na rotaciju vrata u lijevu stranu, reklinaciju i inklinaciju vrata, nastanak i početak, te učestalost boli u vratu, postojanje prijašnjih te promjene simptoma nakon spavanja. Podatci koji se odnose na fizikalni pregled pokazuju međuskupnu pouzdanost za stavke pregleda koje se odnose na mjerenje opsega kretnji vrata te provokaciju, centralizaciju i periferizaciju simptoma u kretnjama oko transvezalne osi, dok mjerenja s obzirom na druge osi nisu pouzdana za ove parametre. Manualni mišićni test je po ovim rezultatima opravdan jedino za

lijevi i desni m. rhomboideus. Analiza posture i određivanje duljine (skraćivosti) mišića također je opravdano.

Na kraju, s obzirom na rezultate, nameće se zaključak da se navedeni parametri mogu uzeti kao pouzdani faktori koji bi mogli utjecati na planiranje rehabilitacijskog postupka i da se mogu smatrati pozitivno prediktivnim faktorima za rezultat rehabilitacije osoba s jednostavnom vratoboljom mehaničkog uzroka bez radikularne ili centralne neurološke simptomatike.

Parametre iz fizikalnog pregleda i anamneze iz ove studije koji nisu pokazali značajnu međuskupnu pouzdanost, a time i nepouzdanost u planiranju rehabilitacijskog programa, treba ipak uzeti s rezervom s obzirom na mali broj ispitanika i ispitivača, te način pregleda pacijenata. Iskustvo ispitivača također je moglo biti važan faktor u prezentaciji rezultata ispitivanja.

Ova je studija potvrdila već dobro poznatu vrijednost dobro uzete anamneze i dobro obavljenog i temeljitog fizikalnog pregleda. Iako su neki segmenti iz anamneze i fizikalnog pregleda izbili u prvi plan, ipak nema dovoljno faktora u procjeni rehabilitacijskog tretmana vratobolje, na koje se možemo potpuno osloniti.

(Cleland JA, Childs JD, Fritz JM i sur. Interrater reliability of the history and physical examination in patients with mechanical neck pain. Arch Phys Med Rehabil 2006;87:1388-95)