

FIZJOTERAPIA ZGODNA Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED PRACTICE OMÓWIENIA MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH PRAKTYKI

OMÓWIENIE WYTYCZNYCH PRAKTYKI KLINICZNEJ AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII (sekcji ortopedycznej) POSTĘPOWANIA FIZJOTERAPEUTYCZNEGO W BÓLACH SZYI

Dokument źródłowy:

Blanpied, P.R., Gross, A.R., Elliott, J.M., Devaney, L.L., Clewley, D., Walton, D.M., Sparks, C., Robertson, E.K. Neck Pain: Revision 2017. J Orthop Sports Phys Ther. 2017 Jul;47(7):A1-A83. doi: 10.2519/jospt.2017.0302. PMID: 28666405.

Rok publikacji: 2017 (uaktualnienie)

Autor omówienia:

dr Zbigniew Wroński

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Medyczny, Zakład Rehabilitacji

PROBLEMATYKA I ADRESACI WYTYCZNYCH

Ból i zaburzenia w obrębie szyi są powszechne. Szacuje się, że od 22% do 70% populacji będzie odczuwać ból szyi w pewnym momencie swojego życia. Wydaje się również, że częstość występowania bólu szyi wzrasta. W dowolnym momencie od 10% do 20% populacji zgłasza problemy z szyją, przy czym 54% osób doświadczyło bólu szyi w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Częstość występowania bólu szyi wzrasta wraz z wiekiem. Występowanie tego problemu jest najczęstsze kobiet około piątej dekady życia.

Cel i uzasadnienie (powstania) wytycznych

Sekcja Ortopedyczna Amerykańskiego Stowarzyszenia Fizjoterapii (APTA) podejmuje wysiłek mający na celu stworzenia opartych na dowodach wytycznych dla praktyki klinicznej (Clinical Practice Guidelines – CPG). Mają one dawać wskazówki leczenia pacjentów z zaburzeniami mięśniowo-szkieletowymi opisanymi w Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF).

Przedstawione omówienie wytycznych nie mają być interpretowane ani służyć jako standard postępowania w fizjoterapii ortopedycznej. Standardy postępowania są tworzone na podstawie wszystkich danych klinicznych dostępnych dla danego pacjenta i mogą ulegać zmianom w miarę rozwoju wiedzy naukowej i technologii oraz ewolucji wzorców opieki. Omawiany dokument należy traktować wyłącznie jako wytyczne. Przestrzeganie ich nie zapewni pomyślnego wyniku leczenia u każdego pacjenta. Nie należy ich też traktować jako obejmujących całość działań fizjoterapeutycznych, czy wykluczenie innych nie opisanych tu działań. Ostateczny osąd dotyczący konkretnej procedury klinicznej lub planu leczenia musi być dokonany w oparciu o doświadczenie i wiedzę kliniczną

Seria wydawnicza i źródło finansowania:

Opracowanie wytycznych w serii opracowań wytycznych praktyki publikowanych w ramach projektu *PRO-EBP Platforma promowania i upowszechniania praktyki zawodowej opartej na wiedzy naukowej PRO-EBP / A platform for the promotion and dissemination of professional practice based on scientific evidence*, dofinansowanego z Programu Społeczna Odpowiedzialność Nauki Ministra Edukacji i Nauki, umowa nr SONP/SP/461408/2020

Opracowanie w wolnym dostępie, opublikowane na <https://pro-ebp.awf-bp.edu.pl/>

w świetle obrazu klinicznego pacjenta, dostępnych dowodów, dostępnych opcji diagnostycznych i terapeutycznych oraz wartości, oczekiwań i preferencji pacjenta. Autorzy opracowania sugerują jednak, aby istotne odstępstwa od przyjętych wytycznych zostały zapisane w dokumentacji medycznej pacjenta w momencie podejmowania odpowiedniej decyzji klinicznej.

TYP DOKUMENTU, METODY JEGO OPRACOWANIA

Poniższy dokument jest omówieniem uaktualnionych wytycznych dotyczących fizjoterapii w bólach szyi z 2008 roku.

Sekcja Ortopedyczna APTA wyznaczyła ekspertów do przeprowadzenia przeglądu literatury i opracowania zaktualizowanego CPG w zakresie leczenia pacjentów z bólem szyi, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy w tym zakresie. Autorzy przeprowadzili systematyczne wyszukiwanie pojęć związanych z bólem szyi w artykułach opublikowanych od 2007 do sierpnia 2016. Przeszukano następujące bazy danych: PubMed, Cochrane Library, Web of Science, CINAHL, ProQuest Dissertations i Streszczenia, PEDro, ProQuest Nursing and Allied Health Sources oraz Embase. Strategia wyszukiwania kierowana przez PICOT-SD (Populacja, problem lub pacjenci [P], Interwencja [I], Porównanie (komparator) lub kontrola [C], Efekt/ Skutek [O], Czas [T], Rodzaj badania [SD]) została zaprojektowana tak, aby odszukać przeglądy systematyczne, metaanalizy lub przeglądy narracyjne, które dotyczyły 6 obszarów klinicznych (klasyfikacja, badanie, interwencja, szkody, rokowanie i miary wyników).

Do oceny jakości przeglądów systematycznych wykorzystano narzędzia takie jak np. Cochrane Risk of Bias, PEDro. Do oceny materiału dowodowego wykorzystano między innymi Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation [GRADE], Cochrane Collaboration Back and Neck Review Group. Zespół ekspertów skalibrował te oceny pod kątem jakości na wysokie, umiarkowane, niskie i bardzo niskie. W wytycznych nie uwzględniono badań o bardzo niskiej jakości.

Oceny przeglądów systematycznych wykonano z wykorzystaniem 2 narzędzi (AMSTAR i pokrewny SIGN). Te oceny zostały również skalibrowane w kategoriach: wysoka, akceptowalna, niska i bardzo niska. Przeglądy o bardzo niskiej jakości i wnioski ze źródeł pierwotnych o bardzo niskiej jakości nie zostały uwzględnione w tych wytycznych.

Artykuły związane z opracowaniem tych zaleceń, takie jak terapia falą uderzeniową lub ostrzyknięcia, nie podlegały systematycznemu przeglądowi i nie zostały uwzględnione w wytycznych.

Niniejsze wytyczne zostały wydane w 2017 r. na podstawie artykułów opublikowanych do 26 sierpnia 2016 r.

Przegląd treści wytycznych wykonali eksperci zajmujący się leczeniem bólu szyi, przedstawiciele IFOMPT, członkowie Sekcji Ortopedycznej APTA (w ramach ich publicznego udostępnienia). Brali w tym procesie również przedstawiciele pacjentów oraz interesariusze zewnętrzni, tacy jak eksperci kodowania medycznego, nauczyciele akademicy, edukatorzy kliniczni, lekarze specjaliści i badacze. Wszystkie komentarze, opinie i sugestie zostały rozważone do korekty. Ponadto panel ekspertów odpowiedzialny za metodologię tworzenia wytycznych praktyki fizjoterapeutycznej corocznie dokonuje przeglądu Sekcji Ortopedycznej Wytycznych Praktyki Klinicznej APTA opartych na ICF i przekazuje komentarze Koordynatorowi Wytycznych Praktyki Klinicznej i redaktorom w celu poprawy procesów opracowywania i wdrażania wytycznych APTA.

SPOSÓB KORZYSTANIA Z OMÓWIENIA *(jak czytać)*

Wytyczne nie są sztywnym protokołem postępowania. Niektórzy pacjenci mogą wymagać mniej lub bardziej intensywnej terapii i różnych interwencji diagnostycznych.

Pacjenci włączeni do badań naukowych, na których oparto wytyczne, mogą różnić się od pacjentów, u których prowadzi się terapię. Zgodnie z zasadami Evidence-based practice, należy łączyć wiedzę z badań naukowych i wytycznych z oceną kliniczną i wnioskowaniem w konkretnym kontekście i okolicznościach i uwzględniać preferencje i oczekiwania konkretnych pacjentów.

Omówienie nie odbiega przekazem od dokumentu źródłowego, natomiast zostało opracowane z uwzględnieniem polskiego kontekstu, w tym kwestii terminologii i językowych, a także z wykorzystaniem odwołań do innych opracowań w ramach projektu. Autor omówienia zwrócił uwagę na aspekty szczególnie istotne w implementacji i popularyzacji korzystania z nowoczesnych wytycznych praktyki, w tym zwłaszcza dotyczących formułowania

rekomendacji – ich siły, kierunku i pewności, a także zasadniczego znaczenia opierania rekomendacji na dowodach z najbardziej adekwatnych i wiarygodnych badań oraz uwzględniania kontekstu, preferencji pacjentów i podejmowania wspólnych decyzji oraz pracy w zespole terapeutycznym, wraz z pacjentem, tak jak to uczynili Autorzy omawianych wytycznych.

Kod	Charakterystyka	Kod	Charakterystyka
Podstawowe kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób-10 (ICD-10) i stany związane z bólem szyi obejmują:			
M54.2	bóle karku	M54.1	choroby korzeni nerwów rdzeniowych
M54.6	ból kręgosłupa piersiowego	M47.2	zmiany zwyrodnieniowe okolicy szyi
R51	ból głowy	M47.1	zmiany zwyrodnieniowe okolica szczytowo potyliczna
M53.0	zespół szyjno-czaszkowy	M50	choroba krążka międzykręgowego szyjnego
M53.1	zespół szyjno-barkowy	M62.5	ubytek i zanik masy mięśniowej niesklasyfikowane gdzie indziej
M53.2	niestabilność kręgosłupa	M79.1	ból mięśni
S13.4	skręcenia i naderwanie odcinka szyjnego kręgosłupa	M99.1	zespół podwichnięcia kręgow
S13.8	zwichnięcie stawów i więzadeł innych części szyi		

Kategorie funkcjonalne ICF w bólach szyi. Na podstawie badań oceniono kategorie ICF pod kątem funkcjonalnym.

Kody w zakresie struktur ciała obejmowały:

s7103	stawy głowy i szyi	s76000	kręgosłup szyjny
s7104	mięśnie regionu głowy i szyi	s1201	nerwy rdzeniowe
s7105	więzadła i powięź regionu głowy i szyi		

Kody w zakresie funkcji ciała obejmowały:

b134	funkcje snu	b2804	ból promieniujący w segmencie lub okolicy
b710	ruchliwość funkcji stawów	b7101	ruchliwość kilku stawów
b28010	ból szyi i głowy	b7601	kontrola złożonych ruchów dowolnych
b2803	ból promieniujący w dermatomie		

Podobne kody ICF w zakresie aktywności i uczestnictwa powiązane z samoobsługą

d850	praca zarobkowa	d4108	zmiana pozycji ciała
d640	wykonywanie prac domowych	d4158	utrzymanie pozycji ciała
d920	rekreacja i zajęcia rekreacyjne	d4452	sięganie
d430	podnoszenie i przenoszenie przedmiotów		

KRYTERIA FORMUŁOWANIA WYTYCZNYCH *(jak czytać)*

Poziomy dowodów:

Poziom	Definicja
I poziom	Wysokiej jakości przegląd systematyczny.
II poziom	Niższej jakości przeglądy systematyczne.
III poziom	Badania retrospektywne kohortowe.
IV poziom	Seria przypadków.
V poziom	Opis przypadku, konsensus ekspertów.

Siła rekomendacji została oceniana w odniesieniu do poziomu ufności dowodów i efektu:

Siła rekomendacji	Symbol	Definicja
Mocna	●●●●	jeden lub więcej przeglądów systematycznych poziomu i potwierdza to zalecenie, dostarczając dowodów na silny wpływ efektu
Umiarkowana	●●●○	jeden lub więcej przeglądów systematycznych poziomu ii lub przewaga przeglądów systematycznych lub badań poziomu iii potwierdzają zalecenie, dostarczając dowodów na łagodny do umiarkowanego wpływ efektu
Słaba	●●○○	jeden lub więcej przeglądów systematycznych poziomu iii lub przewaga danych naukowych poziomu iv potwierdza to zalecenie, dostarczając minimalnych dowodów skuteczności
Sprzeczne dowody	●○○○	badania wysokiej jakości przeprowadzone w tym temacie nie są zgodne pod względem wniosków i efektów. rekomendacja opiera się na sprzecznych badaniach
Teoretyczne / z badań podstawowych	●○○○	zalecenia potwierdzone w oparciu o dowody z badań na zwierzętach lub zwłok, z modeli koncepcyjnych, zasad lub z podstawowych badań naukowych lub badań laboratoryjnych, dostarczając teoretycznych/podstawowych dowodów na wpływ efektu
Opinia ekspertów	(brak)	najlepsza praktyka w celu uzyskania korzystnego efektu i/lub zminimalizowania szkodliwego efektu, oparta na doświadczeniu klinicznym zespołu opracowującego wytyczne

TREŚĆ WYTYCZNYCH

Podsumowanie rekomendacji

Interwencja	Siła rekomendacji	Charakterystyka
Cechy pato-anatomiczne / diagnoza różnicowa	●●●●	W praktyce klinicznej, u pacjentów z bólem szyi, powinno być przeprowadzane badanie pod kątem występowania objawów klinicznych wskazujących na ryzyko wystąpienia poważnej patologii (np. choroby zakaźnej, nowotworu, zaburzeń krążeniowych, niewydolności tętnic, niewydolności więzadeł w górnym kręgosłupie szyjnym, zaburzeń nerwów czaszkowych, złamań) i w razie ich wystąpienia odesłać do konsultacji, zgodnie z zaleceniami.
Badania obrazowe	●●●●	W praktyce klinicznej powinno się korzystać z istniejących wytycznych i kryteriów podczas podejmowania decyzji klinicznych dotyczących skierowania na badania obrazowe w przypadku urazowego i nieurazowego bólu szyi w stanach ostrych i przewlekłych.
Badanie – ocena wyników	●●●●	W praktyce klinicznej pacjenci z bólem szyi powinni wypełniać zweryfikowane kwestionariusze, w celu określenia stanu wyjściowego pacjenta i monitorowania zmian w odniesieniu do bólu, funkcji, niepełnosprawności i funkcjonowania psychospołecznego.

Badanie – ocena ograniczeń aktywności i uczestnictwa	(brak)	W praktyce klinicznej stosujemy proste i powtarzalne środki do oceny ograniczania aktywności i uczestnictwa związanych z bólem szyi pacjenta. Celem jest ocena zmian w poziomie funkcjonowania pacjenta w trakcie leczenia.
Badanie – ocena zaburzeń strukturalnych (physical impairment)	●●●○	W praktyce klinicznej, podczas badania pacjenta z bólem szyi powinno się uwzględniać ocenę zaburzeń funkcji, która może ustalić wyjściowy poziom zaburzeń (ruchomości), monitorować zmiany w czasie i być pomocna w podejmowaniu decyzji klinicznych odnośnie potwierdzeniu lub wykluczeniu (1) bólu szyi z ograniczeniem zakresu ruchu , w tym czynnego zakresu ruchu szyi (ROM – <i>Range of Motion</i>), test zgięcia-rotacji szyi oraz testy ruchomości segmentalnej odcinka szyjnego i piersiowego; (2) ból szyi z bólem głowy , w tym czynny ROM szyi, test zgięcia-rotacji szyi i test ruchomości segmentalnej górnego odcinka szyjnego; (3) ból szyi z bólem promieniującym , testy neurodynamiczne, test Spurlinga, test dystrakcji i test Valsalvy; oraz (4) ból szyi z zaburzeniami koordynacji ruchowej , test zgięcia czaszkowo szyjnego i testy wytrzymałości mięśni zginaczy szyi. W praktyce klinicznej, w celu sklasyfikowania bólu, powinno się uwzględnić algometryczną ocenę progu bólu.
Diagnoza / klasyfikacja	●●○○	W praktyce klinicznej powinno się uwzględniać ograniczenia ruchu w odcinku szyjnym i górnym piersiowym, obecność szyjnopochodnego bólu głowy, uraz w historii oraz objawów bólu przeniesionego lub promieniującego do kończyny górnej jako przydatnych wskazówek klinicznych umożliwiających klasyfikowanie pacjenta z bólem szyi do jednej z kategorii: » ból szyi z ograniczeniem zakresu ruchu, » ból szyi z bólami głowy (ból głowy pochodzenia szyjnego), » ból szyi z bólem promieniującym (korzeniowym), » ból szyi z zaburzeniami koordynacji ruchowej (w tym zaburzenia związane z urazem kręgosłupa szyjnego – WAD <i>Whiplash Associated Disorders</i>).
Leczenie – Ból szyi z ograniczeniami zakresu ruchu		
Stan ostry	●●●○	W praktyce klinicznej zaleca się wykonywać manipulacje kręgosłupa piersiowego, program ćwiczeń zakresów ruchów szyi oraz w celu zwiększenia szans na przestrzeganie zaleceń, ćwiczenia wzmacniające mięśnie okolicy łopatki i kończyn górnych.
Stan ostry	●●○○	W praktyce klinicznej można wykonać mobilizacje lub manipulacje kręgosłupa szyjnego.
Stan podostry	●●●○	W praktyce klinicznej pacjent powinien wykonywać ćwiczenia wytrzymałościowe szyi i obręczy kończyn górnych.
Stan podostry	●●○○	W praktyce klinicznej można wykonać manipulacje kręgosłupa piersiowego i szyjnego i/lub mobilizacje.
Stan przewlekły	●●●○	W praktyce klinicznej powinno się zapewnić leczenie wielokierunkowe: » manipulacje i/ lub mobilizacje kręgosłupa piersiowego i szyjnego, » Ćwiczenia obejmujące obszary szyi/łopatkowo-piersiowy: ćwiczenia nerwowo-mięśniowe (np. koordynacji, propriocepcji i trening postawy), rozciąganie, wzmacnianie, trening wytrzymałościowy, aerobowy i elementy terapii poznawczej, » suche igłowanie, laser (LLLT) lub przerywana trakcja mechaniczna/ręczna.

Stan przewlekły	●●○○	W praktyce klinicznej można wykonywać ćwiczenia wytrzymałościowe szyi, obręczy barkowej i tułowia, stosować edukację pacjenta jak i doradzać pacjentom w zakresie promocji aktywnego stylu życia czy odnosić się do czynników poznawczych (kognitywnych) i afektywnych.
Leczenie – ból szyi z bólem głowy		
Stan ostry	●●●○	W praktyce klinicznej powinny być stosowane ćwiczenia czynne szyi
Stan ostry	●●○○	W praktyce klinicznej mogą być stosowane techniki self-SNAG (<i>self-sustained natural apophyseal glide</i> / samodzielny ślizg wyrostków stawowych) na okolicę C1-C2.
Stan podostry	●●●○	W praktyce klinicznej powinny być wykonywane mobilizacje i manipulacje szyi.
Stan podostry	●●○○	W praktyce klinicznej mogą być stosowane techniki self-SNAG na okolicę C1-C2.
Stan przewlekły	●●●○	W praktyce kliniczne powinny być wykonane mobilizacje lub manipulacje kręgosłupa szyjnego, przejścia szyjno-piersiowego wraz z ćwiczeniami wzmacniającymi, wytrzymałościowymi i rozciągającymi szyi i obręczy barkowej.
Leczenie – ból szyi z bólem promieniującym		
Stan ostry	●●○○	W praktyce klinicznej można stosować ćwiczenia mobilizujące i stabilizujące, laser i na krótki okres stosować kołnierz ortopedyczny.
Stan przewlekły	●●●○	W praktyce klinicznej można wykonać mechaniczną, przerywaną trakcję szyi w połączeniu z ćwiczeniami rozciągającymi i wzmacniającymi oraz mobilizacjami i / lub manipulacjami kręgosłupa szyjnego i piersiowego.
Stan przewlekły	●●●○	W praktyce klinicznej powinno się edukować i doradzać pacjentom odnośnie pracy zawodowej i ćwiczenia / ćwiczeń.
Leczenie – ból szyi z zaburzeniami koordynacji ruchowej (razem z WAD)		
Stan ostry	●●●○	<p>W praktyce klinicznej powinno się:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edukować pacjenta w celu: <ul style="list-style-type: none"> » tak szybko jak to możliwe, zapewnić powrót do codziennych aktywności przed wypadku, nie prowokujących objawów, » minimalizować stosowanie kołnierza ortopedycznego, » stosować ćwiczenia posturalne i mobilizujące, w celu zmniejszenia bólu i zwiększenia zakresu ruchu. • Tłumaczyć pacjentom, że poprawa jest spodziewana w ciągu 2-3 miesięcy.
Stan ostry	●●●○	W praktyce klinicznej pacjentom z uporczywymi objawami, u których przewidujemy powolny powrót do zdrowia, powinno się zapewnić leczenie wielokierunkowe obejmujące mobilizacje oraz ćwiczenia (np. wzmacniające, wytrzymałościowe, zwiększające zakres ruchu, posturalne, koordynacyjne, ćwiczenia aerobowe i funkcjonalne).

Stan ostry	○○○○	W praktyce klinicznej u pacjentów z niskim ryzykiem przejścia w stan chroniczny można wykonać: » pojedynczą terapię składającą się z porad, instruktażu ćwiczeń i edukacji, » kompleksowy program ćwiczeń (w tym siłowych i/lub wytrzymałościowych z / bez ćwiczeniami koordynacyjnymi), » przeskórną elektryczną stymulację nerwów (TENS).
Stan ostry	(brak)	W praktyce klinicznej powinno się monitorować tempo powrotu do zdrowia poprzez identyfikację pacjentów z opóźnionym powrotem do zdrowia, którzy mogą potrzebować intensywniejszej rehabilitacji i wczesnego wprowadzania programów edukacji przeciwbólowej.
Stan przewlekły	○○○○	W praktyce klinicznej można zapewnić: • Edukację pacjenta i porady wspierające w obszarach prognozy i leczenia bólu. • Mobilizacje połączone ze zindywidualizowanym, narastającym programem ćwiczeń submaksymalnych obejmującym wzmacnianie odcinka szyjnego i piersiowego, wytrzymałość, elastyczność i koordynację, jak również wykorzystaniem zasad terapii poznawczo-behawioralnej. • TENS.

SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE

Przebieg kliniczny i prognoza

Kliniczny przebieg bólu szyi jest zmienny i nie zawsze do końca korzystny. Dowody na średnim i wysokim poziomie wskazują, że płeć żeńska i / lub wcześniejsza historia bólu szyi są stałymi czynnikami ryzyka wystąpienia nowego bólu szyi. Dane naukowe od niskiego do średniego poziomu wiarygodności sugerują, że podeszły wiek, wysokie wymagania w pracy, bycie byłym palaczem i wcześniejsze bóle krzyża mogą być również czynnikami ryzyka.

Dane naukowe na poziomie umiarkowanym do wysokiego wskazują, że w trakcie ustalania rokowania w praktyce klinicznej powinno się brać pod uwagę intensywność bólu, stopień niepełnosprawności (ocenianej przez pacjenta), katastrofizację bólu, objawy stresu pourazowego (tylko w przypadku urazu) i hiperalgezę na zimno.

Narzędzia ułatwiające ustalenie rokowania pacjenta

Rekomendowane narzędzia umożliwiające określenie prognozy / rokowania

Objaw	Definicja
Wysoka intensywność bólu	Skala numeryczna (NRS) 0-10: wynik 6 lub więcej należy uznać za użyteczny punkt odniesienia dla rokowania.
Zgłaszany wysoki poziom niepełnosprawności	Kwestionariusz NDI lub krótsza adaptacja, wynik ponad 30% należy uznać za użyteczny punkt odniesienia dla rokowania.
Nasilona katastrofizacja	Skala katastrofizacji bólu wynik 20 lub wyższy należy uznać za użyteczny punkt odniesienia dla rokowania.
Nasilone ostre objawy stresu pourazowego	Zrewidowana skala wpływu zdarzeń: wynik 33 lub wyższy należy uznać za użyteczny punkt odniesienia dla rokowania. Wysoki poziom stresu pourazowego nie jest rzadkością w przypadku ostrych urazów; tutaj skala ma służyć przewidywaniu przewlekłości objawów, a nie do oceny zespołu stresu pourazowego.
Hiperalgezia na zimno	Autorzy wytycznych wskazują na konkretne urządzenie (TSA-II.) stanowiące w ich zaleceniach złoty standard. Można jednak stosować alternatywy: testy wytrzymałości na zimno, użyć kostek lodu czy ewentualnie metalowych pręcików (patyczków).

Badanie

Proponowany model badania, diagnozowania i planowania leczenia pacjentów z bólem szyi wykorzystuje następujące elementy:

- (1) element oceny / interwencji element 1, przesiewowe badania medyczne / screening medyczny;
W tym przypadku mamy trzy możliwe sytuacje z danym pacjentem:
 - » Z pacjentem można przeprowadzić badanie i fizjoterapię
 - » Z pacjentem można przeprowadzić badanie i fizjoterapię, ale należy odesłać go również na konsultacją z innym specjalistą medycznym
 - » Z pacjentem nie można przeprowadzić badania i fizjoterapii
- (2) ocena/interwencja element 2, klasyfikowanie stanu poprzez ocenę objawów klinicznych sugerujących upośledzenie funkcji mięśniowo-szkieletowych (ICF) i towarzyszącą patologię/choroba tkanek (ICD);
Omówione szczegółowo w tabeli na stronie A22 dokumentu źródłowego omawianych wytycznych.
- (3) komponent oceny/interwencji element 3, określenie stadium stanu (ostry/podostry/przewlekły);
Stan / etap ostry, podostry i przewlekły to etapy oparte na czasie trwania problemu pacjenta. Są pomocne w klasyfikowaniu aktualnego nasilenia problemu. Etapy oparte na czasie są pomocne w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. W fazie ostrej stan jest zwykle bardzo drażliwy (ból odczuwany w spoczynku lub przy początkowych, niewielkich ruchach kręgosłupa, przed oporem tkanek). W fazie podostrej stan często wykazuje umiarkowaną drażliwość (ból odczuwany przy ruchach w średnim zakresie, który nasila się przy ruchach kręgosłupa w końcowym zakresie tu zwykle już z pewnym oporem tkanek). Stany przewlekłe często mają niski stopień drażliwości (ból, który nasila się przy długotrwałych ruchach lub pozycjach kręgosłupa w końcowym zakresie, intensywny opór tkanek). Zdarzają się przypadki pacjentów, u których poziom drażliwości i czasu trwania objawów nie pasują do siebie. Takie przypadki wymagają podejmowania decyzji, opartej na dokładnym badaniu z uwzględnieniem wielu współistniejących komponentów.
- (4) komponent oceny / interwencji element 4, strategię interwencji dla pacjentów z bólem szyi;
Omówione w Tabeli w podsumowaniu wytycznych na początku niniejszego omówienia i na stronie A23 dokumentu źródłowego omawianych wytycznych.

Cały model badania jest przedstawiony w obszernej tabeli w załącznikach do wytycznych

Leczenie

Literatura dotycząca leczenia zachowawczego rzadko odnosi się do zaproponowanych w omawianych wytycznych kategorii bólu szyi. Czyste wyniki badań nie mogą być zazwyczaj zastosowane wyłącznie do jednej określonej kategorii. Ponadto, dowody naukowe są niezbyt wiarygodne w odniesieniu do zróżnicowanej skuteczności wielu interwencji dotyczących bólu szyi w odniesieniu do subpopulacji (np. wiek, płeć, pochodzenie etniczne). Kolejnym problemem jest fakt, że raportowanie dawki interwencyjnej pod względem intensywności, czasu trwania i częstotliwości jest zmienne i może nie pozwalać na pewne przełożenie na praktykę. Jedną z metod ustalenia możliwej dawki interwencyjnej jest połączenie oryginalnych opisów dawkowania z badań klinicznych z oceną kliniczną, w tym z zasadami ćwiczeń, ruchu i nauki o bólu oraz preferencjami pacjenta.

W tych wytycznych autorzy próbują zróżnicować efekty interwencji, ponieważ mogą one być stosowane w różny sposób zależnie od kategorii problemu. To co istotne przedstawione interwencje mają niskie ryzyko powodowania zdarzeń niepożądanych. Chociaż poważne zdarzenia niepożądane mogą i występują u poszczególnych pacjentów, o czym świadczą opisy przypadków i dokumenty prawno-lekarskie, doniesienia o poważnych zdarzeniach w randomizowanych kontrolowanych badaniach są nieobecne. Pamiętajmy, że praktycy kliniczni odpowiadają za swoich pacjentów i zawsze samodzielnie podejmują decyzje odnośnie podjęcia lub nie danej interwencji.

Ból szyi z ograniczeniem ruchu

Autorzy wytycznych zidentyfikowali 43 przeglądy systematyczne badające interwencje fizjoterapeutyczne u pacjentów, których można zaklasyfikować jako cierpiących na ból szyi z ograniczonym zakresem ruchu. Źródła pierwotne charakteryzowały się na ogół wysoką lub umiarkowaną jakością metodologiczną z niskim ryzykiem błędu systematycznego, ale miały niewielką liczbę uczestników. Doprowadziło to do obniżenia oceny siły dowodów o 1 lub 2 poziomy z powodu ograniczeń dokładności i trafności zewnętrznej włączonych badań. Zgłaszane zdarzenia

niepożądane były niewielkie, przemijające i krótkotrwałe. W przypadku terapii manualnej lub ćwiczeń jedynym często zgłaszanym problemem było łagodne przemijające nasilenie objawów.

Ból szyi z zaburzeniami koordynacji

Zidentyfikowano 27 przeglądów systematycznych badających interwencje fizjoterapeutyczne u pacjentów, których można zaklasyfikować jako cierpiących na ból szyi z zaburzeniami koordynacji ruchowej. Wszystkie badania w tej sekcji dotyczyły WAD. Źródła pierwotne charakteryzowały się ogólnie wysoką lub umiarkowaną jakością metodologiczną z niskim ryzykiem błędu systematycznego, ale miały niewielką liczbę uczestników. Doprowadziło to do obniżenia oceny siły dowodów o 1 lub 2 poziomy z powodu ograniczeń dokładności i trafności zewnętrznej włączonych badań. Zgłaszane zdarzenia niepożądane były niewielkie, przemijające i krótkotrwałe.

Ból szyi z bólami głowy

Zidentyfikowano 17 przeglądów systematycznych badających interwencje fizjoterapeutyczne w przypadku bólu szyi z szyjnopochodnym bólem głowy. Źródła pierwotne miały ogólnie wysoką lub umiarkowaną jakość metodologiczną, to jest z niskim ryzykiem błędu systematycznego, ale miały niewielką liczbę uczestników. Doprowadziło to do obniżenia oceny siły dowodów o 1 lub 2 poziomy ze względu na ograniczenia dokładności i trafności zewnętrznej włączonych badań. Zgłaszane zdarzenia niepożądane były niewielkie, przemijające i krótkotrwałe. W przypadku terapii manualnej lub ćwiczeń jedynym zwykle zgłaszanym problemem były miejscowe dyskomforty lub zawroty głowy po terapii. W przypadku manipulacji w żadnym z badań nie zgłoszono rzadkich, ale poważnych zdarzeń niepożądanych, takich jak udar lub poważne zaburzenia neurologiczne.

Ból szyi z bólem promieniującym

Zidentyfikowano 15 systematycznych przeglądów badających interwencje fizjoterapeutyczne w przypadku bólu szyi z promieniującym bólem. Źródła pierwotne charakteryzowały się ogólnie wysoką lub umiarkowaną jakością metodologiczną, tj. niskim ryzykiem błędu systematycznego, ale miały liczbę uczestników, których uznano za małą. Doprowadziło to do obniżenia oceny siły dowodów o 1 lub 2 poziomy ze względu na ograniczenia dokładności i trafności zewnętrznej włączonych badań. Zgłaszane zdarzenia niepożądane były niewielkie, przemijające i krótkotrwałe.

KOMENTARZ EKSPERCKI

Przedstawione wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Fizjoterapii, APTA są publikacją z 2016, (wydana w 2017) i mają być wkrótce aktualizowane (2021). Mimo to jest to nadal nowoczesnie opracowany aktualny dokument. Przygotowano je zgodnie ze standardem formułowania wytycznych w wielodyscyplinarnym zespole ekspertów, w oparciu o najlepsze dowody z aktualnych i rzetelnych badań naukowych (evidence-based clinical practice guidelines), z zaangażowaniem pacjentów w ich tworzenie i z uwzględnieniem ich opinii i oczekiwań. Ich wykorzystanie przez fizjoterapeutów w Polsce może wymagać uwzględnienia kontekstu – instytucjonalnego (np. praca w publicznym systemie ochrony zdrowia albo indywidualna praktyka), organizacyjnego (praca w zespołach lub indywidualnie; skład i role poszczególnych członków zespołu), infrastrukturalnego i sprzętowego (np. dostępność urządzeń) oraz formalnego (nieco inne kompetencje, uprawnienia i zadania fizjoterapeutów w Polsce i USA). Zasadnicza zaleta i istotność wytycznych polega na podaniu siły rekomendacji i hierarchii dowodów jak i ich skuteczności i zwróceniu uwagi na bezpieczeństwo interwencji. Zachęcam, aby stosując rekomendowane interwencje brać pod uwagę siłę i kierunek rekomendacji.

Przedstawione wytyczny są wskazówką w zakresie badania i leczenia pacjentów z problemami bólowymi w kręgosłupie szyjnym. Jako że mamy już 2021 rok dokument ten wielu nowości dla śledzącego postęp na świecie fizjoterapeuty nie wprowadza. Mimo to będzie na pewno wsparciem w dyskusjach z np. lekarzami czy koleżankami i kolegami fizjoterapeutami, co do doboru środków leczenia, rodzaj fizykoterapii czy kinezyterapii, ale i zasad stosowania np. kołnierzy ortopedycznych, które, o ile nie doszło do urazu strukturalnego, nie są zalecane na dłużej niż kilka dni. Ten ostatni punkt jest naprawdę ważny. Często obserwujemy pacjentów po urazach komunikacyjnych, bez urazów strukturalnych w MRI, w kołnierzach ortopedycznych zalecanych na „książkowe” 6 tygodni. Zachęcam by ten dokument wykorzystywać również w rozmowach z pacjentami. Może ułatwi przekonać faszynatów magicznych zabiegów do nowoczesnych, zbadanych form leczenia.