

Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az akut nem specifikus derékfájás öngyógyításának gyógyszerészi tanácsadásáról

2018. EüK. 5. szám EMMI szakmai irányelv 3

(hatályos: 2018.03.27 -)

Típusa: Klinikai egészségügyi szakmai irányelv

Azonosító: 001237

Érvényesség: 2021. 04. 01.

I. IRÁNYELVFEJLESZTÉSBEN RÉSZTVEVŐK

Társszerző Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok) által delegált szakértő(k):

Dr. Matuz Mária PhD, klinikai szakgyógyszerész, egyetemi tanársegéd, szerző

Prof. Soós Gyöngyvér, PhD, egyetemi tanár, hatástani és klinikai szakgyógyszerész, társszerző

Gyógyszerellátási gyógyszerészet (gyógyszerészeti) tagozat

Dr. Télessy István, gyógyszerhatástani és kórházi-klinikai szakgyógyszerész, tagozatvezető, társszerző

Véleményező Egészségügyi Szakmai Kollégiumi Tagozat(ok):

Háziorvostan Tagozat

Dr. Szabó János, háziorvos, tagozatvezető, véleményező

Reumatológia tagozat

Prof. Dr. Poór Gyula, belgyógyász, reumatológiai és fizioterápiás szakorvos, tagozatvezető, véleményező

Kórházi klinikai gyógyszerészet (gyógyszerészeti) tagozat

Prof. Dr. Botz Lajos, gyógyszerhatástani és kórházi-klinikai szakgyógyszerész, tagozatvezető, véleményező

„Az egészségügyi szakmai irányelv készítése során a szerzői függetlenség nem sérült.”

„Az egészségügyi szakmai irányelvben foglaltakkal a fent felsorolt egészségügyi szakmai kollégiumi tagozatok vezetői dokumentáltan egyetértenek.”

Az irányelvfejlesztés egyéb szereplői

Betegszervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Egyéb szervezet(ek) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Szakmai társaság(ok) tanácskozási joggal:

Nem került bevonásra.

Független szakértő(k):

Nem került bevonásra.

II. ELŐSZÓ

A bizonyítékokon alapuló egészségügyi szakmai irányelvek az egészségügyi szakemberek és egyéb felhasználók döntéseit segítik meghatározott egészségügyi környezetben. A szisztematikus módszertannal kifejlesztett és alkalmazott egészségügyi szakmai irányelvek, tudományos vizsgálatok által igazoltan, javítják az ellátás minőségét. Az egészségügyi szakmai irányelvben megfogalmazott ajánlások sorozata az elérhető legmagasabb szintű tudományos eredmények, a klinikai tapasztalatok, az ellátottak szempontjai, valamint a magyar egészségügyi ellátórendszer sajátosságainak együttes figyelembevételével kerülnek kialakításra. Az irányelv szektorsemleges módon fogalmazza meg az ajánlásokat. Bár az egészségügyi szakmai irányelvek ajánlásai a legjobb gyakorlatot képviselik, amelyek az egészségügyi szakmai irányelv megjelenésekor a legfrissebb bizonyítékokon alapulnak, nem pótolhatják minden esetben az egészségügyi szakember döntését, ezért attól indokolt esetben dokumentáltan el lehet térni.

III. HATÓKÖR

Egészségügyi kérdéskör: Akut nem specifikus derékfájás

Ellátási folyamat szakasza(i): Betegségspecifikus gyógyszerészi gondozás: A panasz értékelése, betegségspecifikus gyógyszer expediálás, tanácsadás a gyógyszerkészítmények helyes megválasztására és alkalmazására, terápiakövetés, orvosi ellátásba irányítás, tanácsadás az állapotjavítás nem gyógyszeres lehetőségeiről.

Érintett ellátottak köre: A gyógyszerertári ellátás során a hát alsó részére (derék) lokalizált fájdalmakra panaszkodó felnőtt (>18 év) betegek.

Érintett ellátók köre: A lakossági gyógyszerellátás során alap és emelt szintű gyógyszerészeti gondozásban részt vevő gyógyszerészek.

Szakterület: A1 alapellátás

Az alapellátásban (közforgalmú gyógyszertár, fiókgyógyszertár, intézeti gyógyszertár közvetlen lakossági gyógyszerellátást végző részlege) dolgozó gyógyszerészek és szakgyógyszerészek

6301 Háziiorvosi ellátás

70 Klinikai farmakológia és intézeti gyógyszerellátás

1400 reumatológia

Egyéb specifikáció: Nincs

A szakmai irányelv a szakmai kollégium honlapján (<https://kollegium.aEEK.hu>) található.

IV. MEGHATÁROZÁSOK

1. Fogalmak

Derékfájás: a törzs háti oldalán a bordaívek és az ülőgumók közti területen jelentkező, vélhetően a mozgásszervek struktúrájából kiinduló fájdalom. (BNO: M40-M50) [1]

Akut derékfájás: legfeljebb 4 hete áll fenn. [2]

Szubakut derékfájás: 4-től 12 hétig fennálló derékfájás.

Krónikus derékfájás: 12 héten túl is fennálló derékfájás.

Specifikus derékfájás: tünetek háttérében komoly, súlyos, jól definiált kórfolyamat gyanítható: traumás vagy patológiás törés, bakteriális spondylitis, spondylarthritis ankylopoetica, metabolikus csontbetegség, primer vagy metasztatikus gerinctumor, paresist, caudakompressziót okozó porckorongsér, illetve más kórfolyamat.

Aspecifikus derékfájás: olyan mozgásszervi eredetű derékfájás, mely esetében nem tudható pontosan az ok, nem áll mögötte súlyos betegség.

Lumbágó (derékzsába): ágyéki, keresztcsonttáji fájdalom. [3]

Isiász (ischias, ischalgia, ülőideg zsába): a nervus ischiadicusszal összefüggő, deréktájéktól lefelé, a hátsó végtagrészbe terjedő fájdalom. [3]

Radikuláris tünet: az ideggyök kompressziója miatti, az érintett gyöktől függően, jellemzően éles csíkszerű alsó végtagi fájdalom.

Pseudoradikuláris tünet: alsó végtagba sugárzó diffúz fájdalom, szétterjedő, nem követ dermatómát.

Cauda equina: az ágyéki, keresztcsonti, farkcsont idegeknek a gerincvelőből kilépő lófarokra emlékeztető gyökerei [3]

Cauda equina szindróma: a Cauda equina idegrostjai nyomás alá kerülése esetén jelentkezik. Fő tünetei: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizeletürítési, ill. vizelettartási és székletürítési, ill. székletartási zavarok.

Dermatóma: egy-egy gerincvelői hátsó gyökér rostjai által beidegzett bőrterület. [3]

Vörös zászlók: tiltó jelek, melyek specifikus derékfájásra hívják fel a figyelmet. (1. táblázat) [1,4,5]

1. táblázat:

Vörös zászlók: olyan tünetek, jelek, amik segítenek a specifikus derékfájást elkülöníteni a nem specifikus derékfájásoktól.

Anamnézis:

a beteg fiatalabb, mint 20 éves, ill. idősebb, mint 55 év

gerinctrauma

infekció

közelmúltban malignus tumor

metabolikus csontbetegség

hajnali kereszttáji fájdalom, mely mozgásra javul (spondylitis ankylopoeticára utaló tünet)

pihentetésre sem múló fájdalom (véltetően nem mozgásszervi fájdalom)

vizelettartási vagy -indítási nehézség (Cauda equina sy.-ra utaló jel)

Cauda equina szindrómára utaló jelek: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizeleti és székleti problémák

hosszú távú szisztémás corticosteroid használat

testtömeg fogyás

általános elesettség

láz, hőemelkedés

Fizikális vizsgálat:

egy-egy csigolya kopogtatási vagy nyomásérzékenysége

a sarokra zökkenési próba pozitivitása

szakroiliakális ízületek ütögetési érzékenysége
érezészavar a nyeregzónában
alsó végtagi parézis
az alsó végtagokban ún. hosszúpálya-tünetek

Laboratóriumi jelek:

emelkedett CRP és/vagy vérsüllyedés
leukocitózis
monoklonális gammopátia
emelkedett csont eredetű alkalikus foszfatáz
emelkedett prosztataspeci? kus antigén vagy más tumormarker

2. táblázat:

Sárga zászlók: pszichoszociális tényezők, amelyek a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik. [1,4,5]

A derékfájással kapcsolatos tévhitek:

A derékfájás potenciálisan rokkantságot okoz, a passzív kezelések (fürdő, elektroterápia) hasznosabbak,
mint a torna.

Nem megfelelő viszonyulás a fájdalomhoz.

Félelem a legcsekélyebb fájdalomtól.

A mindennapi aktivitás csökkentése.

Munkával kapcsolatos problémák:

Elégedetlenség a munkával, a támogató munkahelyi légkör hiánya. Járadék, táppénz, rokkantnyugdíj lehetősége motiválja a beteget.

Szorongás, depresszió, stressz, testi tünetek, fájdalom túlzott megélése, visszahúzódás a társadalmi élettől.

1. Rövidítések

CCT: controlled clinical trial kontrollált klinikai vizsgálat

BNF: British National Formulary; UK gyógyszerkönyve

BNO: Betegségek Nemzetközi Osztályozása

NICE: National Institute of Clinical Excellence – szabadon fordítva: a Minőségi Gyógyítás Országos Intézete

NSAID: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (Nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek)

RCT: randomized controlled trials (randomizált kontrollált vizsgálat)

2. Bizonyítékok szintje

A szint: Több jó minőségű RCT vagy ezek irodalmi összefoglalója (systematic review) igazolja az állítást.

B szint: Több nem meggyőző minőségű RCT, ill. CCT vagy ezek irodalmi összefoglalója (systematic review) igazolja az állítást.

C szint: Egyetlen (jó minőségű vagy nem meggyőző) RCT vagy nem egybehangzó eredményeket tartalmazó irodalmi összefoglaló (systematic review) áll rendelkezésre.

D szint: Nem áll rendelkezésre RCT vagy CCT.

3. Ajánlások rangsorolása

Ajánlások	szint
Az ajánlást erősen megbízható bizonyítékok támasztják alá (Számos olyan hiteles vizsgálaton alapul, amelyek klinikailag relevánsak, nem ellentmondóak és hasonló hatást mutatnak, saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatók. Várhatóan újabb kutatás nem módosítja.)	A
Az ajánlást elfogadhatóan megbízható bizonyítékok támasztják alá (Hiteles vizsgálatokon alapul, azonban a vizsgálatok nagyságát, relevanciáját, az eredmények egybehangzóságát és/vagy saját populációra, hazai környezetre alkalmazhatóságát illetően bizonytalanság merül fel, de várhatóan újabb kutatás nem módosítja.)	B
Az ajánlást egységesen elfogadott nemzetközi szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték hiányában kiemelkedő nemzetközi szakértők konszenzusán alapul, amely a saját populációra, hazai környezetre alkalmazható, de kutatási eredmény módosíthatja.)	C
Az ajánlást hazai szakértői vélemények támasztják alá (Megbízható tudományos bizonyíték vagy nemzetközi konszenzus hiányában, vagy ha ezek saját populációra, hazai környezetre nem alkalmazhatók, a hazai „legjobb gyakorlat” D meghatározása az irányelvfelkészítő csoport tagjainak tapasztalatán vagy konzultációval szerzett szakmai visszajelzéseken alapul. Kutatási eredmény módosíthatja.)	D

V. BEVEZETÉS

1. A témakör hazai helyzete, a témaválasztás indoklása

Az Egészségügyi Világszervezet a csont és ízület évtizedének nevezte el a XXI. század első évtizedét, utalva a jelentős társadalmi és gazdasági hatására a mozgásszervi betegségekben szenvedőknek. Az évtized végével ezt a programot meghosszabbították 2020-ig.

A mozgásszervi betegségek közül kiemelt jelentőségű a derékfájás. Ez az egyik leggyakoribb panasz, mellyel a beteg orvoshoz fordul, Olaszországban a harmadik [7], az USA-ban az ötödik [8] leggyakoribb ok. Hazánkban a legtöbb táppénzes

napot igénybe vevő betegség. [9] A 18 éven felüliek 60–85%-ának okoz a derékfájás legalább egyszer, legalább 1 hétig tartó, a mindennapi tevékenységet befolyásoló fájdalmat. [4]

Az Európai Lakossági Egészség Felmérés keretében 2009-ben zajlott hazai vizsgálat eredményeiben – a szakértők szerint leggyakoribbnak tartott 25 betegség közül – a „Derékfájás és gerincprobléma” a magyar lakosság körében a második leggyakoribb betegségnek bizonyult. A felmérés alapján a lakosság 31%-a tapasztalta már ezt meg élete során, a lakosság 28%-a pedig az elmúlt egy évben szenvedett ettől a betegségtől. A felmérésben részt vevők 25%-ának a derékfájás és gerinc probléma orvos által megállapított/megvizsgált tünete volt. [10]

A nem specifikus derékfájással a lakosság a szakrendelőket terheli, igen sokszor vélhetően indokolatlanul képalkotó módszereket is igénybe véve. Ezek az egészségügyi szolgáltatások költségesek, a nemzetközi irányelvek szerint legtöbbször nem indokoltak. [11,12] Az Egyesült Államokban a derékfájós betegek 20–25%-a tartja csak szükségesnek, hogy emiatt orvoshoz forduljon és mindössze 5% tartja indokoltnak a szakorvos megkeresését. A magyar betegek nagy többsége azonnal orvoshoz fordul, leginkább reumatológus szakorvoshoz, ami az egészségnevelés hiányát mutatja. [13].

Az egészségfejlesztés minden egészségügyben dolgozó, az egészségügyi törvényben előírt kötelessége és lehetősége, beleértve a gyógyszerészeket is. Jelenleg nincs magyar nyelvű elérhető irányelv a derékfájás témában gyógyszerészek részére, így nehézkes a specifikus egészségnevelő tanácsok adása, ill. a banális derékfájás szakszerű elkülönítése a panasszal érkező beteg esetében.

Az akut derékfájás gyógyszeres ellátása általában nem-szteroid gyulladáscsökkentők expediálását jelenti, ill. sok esetben azonnali szóbeli orvoshoz (szakorvoshoz) irányítás történik. Vélhetően többször feltáratlanul marad a derékfájás panasszal érkező beteg életmódja és téves elvárásai a derékfájás panasszal kapcsolatosan (pl. fájdalomcsillapító gyógyszer előtérbe helyezése, halmozása vagy éppen elutasítása, a mozgástól való félelem, mozgásszegény életvitel, passzív gyógyformák előnyben részesítése). Egy Nagy-Britanniában végzett felmérés szerint [14] a gyógyszerészek képesek a bizonyítékokon alapuló orvoslás elvei szerint irányítani a beteget, ill. az öngyógyításban közreműködni akut derékfájás esetében. Ebből a kutatásból az is kiderült, hogy a gyakorlatorientált képzések jól segítenék a gyógyszerészeti tanácsadást.

Összességében elmondható, hogy a derékfájáspanasszal érkező betegnek hazai gyógyszeres ellátása fejlesztést igényel, melyhez jó eszköz a jelen irányelv.

A magyar orvosi szakirodalomban módszertani ajánlás már 1997-ben megjelent a derékfájás kezelésére [13,15], az utóbbi években ez újra publikációra került [4, 5] amely a legfontosabb diagnosztikai és terápiás kérdésekben összhangban van [11] a NICE által kibocsájtott [12] és más nemzetközi irányelvekkel [1, 2, 6, 8, 16–20] egyaránt.

2. Felhasználói célcsoport

A szakmai irányelv célja a közvetlen, lakossági gyógyszerellátásban részt vevő gyógyszerterek ellátó tevékenységének minőségi javítása és egységesítése az akut, nem specifikus derékfájás vonatkozásában.

Az irányelv ajánlásainak megfogalmazásával az akut, nem specifikus derékfájáshoz kapcsolódó öngyógyítást, öngyógyszerelést kívánja támogatni a beteg- és gyógyszerbiztonság javítása érdekében. A gyógyszer- és betegbiztonság feltételeit garantálja, elősegítve a beteg öngyógyszereléséből fakadó hibák kijavítását, valamint biztosítja az eredményes, biztonságos, és költséghatékony gyógyszerelést. Hosszabb távú célkitűzés a lakosság egészségfejlesztésében való aktív részvétele a gyógyszerészeknek mozgásszervi betegségek esetében.

3. Kapcsolat a hivatalos hazai és külföldi szakmai irányelvekkel

Egészségügyi szakmai irányelv előzménye:

Hazai egészségügyi szakmai irányelv ebben a témakörben még nem jelent meg.

Kapcsolat külföldi szakmai irányelv(ek)kel:

Jelen irányelv az alábbi külföldi irányelv(ek) ajánlásainak adaptációjával készült.

Szerző(k): Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., del Real, M.T., Hutchinson, A., Koes, B., Lécum, E., Malmivara
Tudományos szervezet: Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care
Cím: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care
2006.

Megjelenés adatai: Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S169–S191
DOI 10.1007/s00586-006-1071-2

Elérhetőség:

Szerző(k): Burton, AK, Balagué, F, Cardon, G, Eriksen, HR, Henrotin, Y, Lahad, A, Leclerc, A, Müller, G, van der Beck, AJ
Tudományos szervezet: Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care
European guidelines for prevention in low back pain
2006.

Megjelenés adatai: Eur Spine J (2006) 15 (Suppl. 2): S136–S168

Elérhetőség: DOI 10.1007/s00586-006-1070-3

VI. AJÁNLÁSOK SZAKMAI RÉSZLETEZÉSE

Az ajánlások két részben kerülnek tárgyalásra.

Az első rész arra mutat rá, hogyan lehet a gyógyszerésznek elkülönítenie az ún. vörös zászlók segítségével a vélhetően öngyógyszerezés kategóriájába eső akut

nem specifikus derékfájással rendelkező betegeket az orvoshoz irányítandóktól.
A második rész az öngyógyszerezés irányításával kapcsolatos.

I. rész: Akut nem specifikus derékfájás elkülönítése a specifikus, illetve a vélhetően nem mozgásszervi betegség miatt jelentkező derékfájástól.

Ajánlás 1

A gyógyszerész a 3. táblázat szerinti kritériumok alapján orvoshoz irányítja azon betegeket, akik vélhetően orvosi ellátást igényelnek.

(Ajánlás besorolása: konszenzus)

3. táblázat: a gyógyszerész számára kideríthető tünetek, melyek valószínűsítik, hogy orvosi ellátás szükséges

Vörös zászlók, „Anamnézis” része

a beteg fiatalabb, mint 20 éves, ill. idősebb, mint 55 év

gerintrauma

infekció

közelmúltban malignus tumor

metabolikus csontbetegség

hajnali kereszttáji fájdalom, mely mozgásra javul (spondylitis ankylopoeticára utaló tünet)

pihentetésre sem múló fájdalom (véltetően nem mozgásszervi fájdalom)

vizelettartási vagy -indítási nehézség (Cauda equina sy.-ra utaló jel)

Cauda equina szindrómára utaló jelek: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizeleti és székeli problémák

hosszú távú szisztémás kortikoszteroid használat

testtömeg fogyás

általános elesettség

láz, hőemelkedés

Sárga zászlók észlelése beszélgetés során

A derékfájással kapcsolatos tévhitek:

a derékfájás potenciálisan rokkantságot okoz, a passzív kezelések (fürdő, elektroterápia) hasznosabbak,

mint a torna,

nem megfelelő viszonyulás a fájdalomhoz,

félelem a legcsekélyebb fájdalomtól,

a mindennapi aktivitás csökkentése.

Munkával kapcsolatos problémák:

elégedetlenség a munkával, a támogató munkahelyi légkör hiánya. Járadék, táppénz,

rokkantnyugdíj lehetősége, motiválja a beteget,

szorongás, depresszió, stressz, testi tünetek, fájdalom túlzott megélése, nyomott kedély,

visszahúzóadás,

a társadalmi élettől.

Herpes Zoster (övsömör) neuralgia gyanú

Radicularis fájdalom első alkalommal/ismételt alkalommal

Pseudoradiularis fájdalom első alkalommal/ismételt alkalommal

2–4 hét során: megfelelő öngyógyítás és aktivitás mellett is fennálló/nem javuló derékfájás

Ajánlás 2

A gyógyszerész a 4. táblázat szerinti elvek alapján győződik meg arról, hogy a beteg nem sorolható az öngyógyítás kategóriába.

(Ajánlás besorolása: konszenzus)

4. táblázat: a gyógyszerész számára kideríthető olyan tünetek, jelek, melyek valószínűsítik, hogy banális, nem specifikus derékfájása van a betegnek [21]

jó általános állapot

nincs: láz, elesettség, laboratóriumi eltérések

a panaszt a mozgásszervek terhelése váltja ki

fiatalokon, középkorúakon megelőző panaszok nélkül lép fel (20–55 év között)

fekvéskor, pihentetéskor (pl. éjjel) szűnik a fájdalom

a derék mozgása korlátozott, kényszersértés áll fenn, az izomzat merev

Ajánlás 3

A gyógyszerész az 5. táblázatban lévő kérdések alapján választja el az öngyógyítás területébe tartozó betegeket az orvosi ellátást igénylőktől.

(Ajánlás besorolása: konszenzus)

5. táblázat: a gyógyszerész számára ajánlott kérdések az akut derékfájás panasszal érkező beteg öngyógyításának irányítása során

Akut derékfájás esetén felteendő kérdések:

**orvoshoz
irányítás**

Volt-e előző, hasonló vagy nem hasonló derékfájása?

Ha igen: milyen előzményekkel, milyen lefolyással, milyen kezelésre javult vagy gyógyult, milyen kezelés vagy gyógyszer nem tett jót?

Meleg fürdő jót tett-e? (kiszületi érintettség)

Kísérte-e a derékfájdalmat alsó végtagba sugárzó fájdalom? (radicularis tünet vs. pseudoradiculáris tünetek) igen

Ha nem volt előző derékfájdalma

Jelen panasza hirtelen kezdődött-e? igen

Jelen panasza fokozatosan kezdődött-e? igen

Szerepel-e a kórelőzményben trauma, megerőltetés, „rossz” mozdulat? igen

Jelentkezik-e a fájdalom nyugalomban vagy éjjel? igen

Mozgás, terhelés fokozza-e?

Kíséri-e a fájdalmat alsó végtagba lesugárzó fájdalom? igen

Mutassa meg ujjával, hová, merre, meddig sugárzik a fájdalom. Éles, csíkszerű-e (radikuláris jellegű-e) ez a fájdalom?

Kíséri-e zsidbadás, érzészavar? (gyöki tünetre, Cauda equina sy.-ra utaló jel)	igen
Köhögés, tüszentés, hasprés fokozza-e fájdalmát? (gyöki érintettség)	igen
Izomgyengeséget, vizelési zavart észlel-e? (Cauda equina sy.-ra utaló jel)	igen
Mi a foglalkozása, mit kell csinálnia?	

2. rész: Az akut nem specifikus derékfájás öngyógyszerezésének irányítása

A 6. táblázatban található az öngyógyszerezésre vonatkozó európai irányelvben [6] megfogalmazott ajánlások összefoglalása. Ezt a négy ajánlást jól kiegészíti a közelmúltban megjelent Cochrane meta analízisek [22–25] alapján megfogalmazott további 3 ajánlás mely a lokális (meleg, NSAID) és gyógynövényes kezelésekre vonatkozik.

6. táblázat: terápiás ajánlások összefoglalása, az akut nem specifikus derékfájás öngyógyszerezésére vonatkozóan [1,26]

Terápiás ajánlás az akut nem specifikus derékfájásra	Európai irányelv [1]
Ajánlás4 Megfelelő információ adása és bátorítása a betegnek	C szint
Ajánlás5 Ágynyugalom ajánlásának kerülése	A szint
Ajánlás6 A betegnek az aktív életforma tanácsolása, lehetőség szerint a munkahelyen maradva	A szint
Ajánlás7 Ajánlott a fájdalomcsillapítók orális alkalmazása, elsőként választható: paracetamol, másodikként: NSAID-ok	A szint

Ajánlás 4

A gyógyszerész a derékfájással kapcsolatosan informálja és bátorítja a beteget aktív életvitelre.

Bizonyíték: C szint [1]

Egyetlen összefoglaló (non-systematic) tanulmány [27] ismertette a hatékonyságát a betegoktatásnak az alapellátásban. Az alapellátásban egy 15 perces konzultáció az ápolóval és egy betegtájékoztató füzet adása, valamint ezt követően telefonos kapcsolattartásban részesített betegek, rövidtávon elégedettebbek voltak, mint akik hagyományos ellátást kaptak. Azonban a két csoport között tünetekben, klinikai állapotukban, mozgás funkcióikban nem volt különbség (C szint). Egy másik vizsgálatban összehasonlították az általános, ill. egy speciális (derékfájás betegségben szenvedők részére készített gyakorlati tanácsokat tartalmazó) betegtájékoztató adásának hatását is. A speciális kiadványt kapó betegeknek javult a funkcionális státusza, ill. a betegségismeret is, de a fájdalomra nem volt hatással (C szint). [28]

A legtöbb külföldi nemzeti irányelv (Egyesült Királyság, Svájc, Finnország, Hollandia) javasolja a betegtájékoztatót, a betegek biztatását az aktív életvitelre. [1]

Ajánlás 5

A hosszabb ágynyugalom mint a derékfájás kezelésének eszközét a gyógyszerész nem javasolja a betegeknek.

Bizonyíték: A szint [1]

Az ágynyugalom mint az akut derékfájás terápiája kerülendő (A szint). [1] Öt RCT az ágynyugalom mint terápiát a fizioterápiához, gerinc manipulációs kezeléshez vagy NSAID gyógyszerek alkalmazásához hasonlította. Eredményeik alapján, rosszabb vagy azonos kimeneti paramétereket (fájdalom szint, gyógyulási arány, napi rutin aktivitás visszatérése) hozott az ágynyugalom (A szint).

Néhány irányelv leszögezi, hogy azokban az esetekben, amikor az ágynyugalom kell elrendelni (a súlyos fájdalom miatt) az ne tartson tovább mint 2 nap. [29, 30] Az Egyesült Államok korábbi irányelve [31] alapján az akut derékfájásban szenvedők többségének, nem szükséges az ágynyugalom, és a 4 napnál hosszabb fekvés kifejezetten kerülendő, akár elgyengüléshez is vezethet.

Ajánlás 6

A gyógyszerész a betegek az aktív életforma megtartását tanácsolja, lehetőség szerint a derékfájás mellett is a munkahelyen maradva.

Bizonyíték: A szint [1]

Az aktív életforma megtartása ajánlott (A szint). Két metaanalízis alapján az aktív életforma megtartása (önmagában, vagy más egyéb terápiákkal együtt) csökkentette a mozgáskorlátozottságot, fájdalmat és a munkából való kiesés idejét az ágynyugalomban (önmagában, vagy más egyéb terápiákkal együtt) lévő csoporthoz képest. [32,33] Az egyik metaanalízis (mely 8 RCT-t foglal össze) meggyőző bizonyítékot talált arra nézve, hogy az aktív életformájú betegcsoport felépülése gyorsabb volt, így a munkából való távollét is rövidebb (A szint) [33].

Ajánlás 7

A gyógyszerész ajánlhat orális fájdalomcsillapítókat, elsőként választható: paracetamol, másodikként: vény nélkül kiadható NSAID-ok.

Bizonyíték: A szint [1]

Két összefoglaló közlemény [31,34] meggyőző evidenciát talált arra, hogy a paracetamol ugyanolyan hatékony, mint a nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerek akut nem specifikus derékfájás kezelésében.

Az utóbbi években megjelentek olyan metaanalízisek, melyek a paracetamol hatékonyságát vizsgálták derékfájás esetén. Egy 2016-ban megjelent Cochrane meta analízis [35] megállapította, hogy a paracetamol hatása akut derékfájásban nem különbözik a placebótól. Az elemzés a fájdalomcsillapítás mellett kitért mozgáskorlátozottságra, életminőségre is. A metaanalízis csupán 2 RCT –t tudott bevenni az analízisbe és úgy találták, hogy kevés a jó minőségű vizsgálat.

Hasonló eredményre jutott két másik metaanalízis is [35, 36] a közelmúltban.

A vény nélkül kiadható orális adagolású NSAID hatóanyagokat foglalja össze a 7. táblázat.

7. táblázat: orális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok, és dózisaik

hatóanyag	forma	adagolás
Dexketoprofen 12.5 mg; 25 mg	filmtabletta granulátum belsőleges oldathoz	Javasolt dózis általában 4–6 óránként 12,5 mg, vagy 8 óránként 25 mg. Az összdózis ne haladja meg a napi 75 mg-ot.
Diclofenac 25 mg	filmtabletta, lágy kapszula, bevont tablett	Szükség esetén 4–6 óránként 25 mg. 24 óra alatt legfeljebb 3 75 mg alkalmazása javasolt.
Ibuprofen 200 mg; 400 mg; 600 mg; 800 mg	filmtabletta, lágy kapszula, retard kemény kapszula, retard tablett, bevont tablett, belsőleges szuszpenzió, granulátum belsőleges oldathoz, belsőleges szuszpenzió, pezsgőgranulátum, szájjban diszpergálódó tablett, por belsőleges oldathoz	Az egyszeri dózis általában 400–600 mg (maximum 800 mg). A napi dózist 3–4 részre osztva kell bevenni. Az összdózis ne haladja meg a napi 2400 mg-ot. (BNF)
Naproxen 200 mg	filmtabletta	Kezdő adag 2x 250 mg, utána 6–8 óránként 250 mg, napi maximum 1250 mg az első napon (BNF). SPC: 8–12 óránként a tünetek fennállásáig 1 filmtablett vagy a kezdő adag 2 filmtablett és ezt szükség esetén 12 óra elteltével még 1 filmtablett bevétele követi.

Ajánlás 8

A gyógyszerész ajánlhat lokálisan ható vény nélkül kiadható NSAID hatóanyagot tartalmazó készítményeket. (8. táblázat)

Bizonyíték szint: konszenzus

A közelmúltban (2010 és 2015-ben) két Cochrane összefoglaló [24, 25] megerősítette, hogy a lokálisan alkalmazott ibuprofen, diclofenac vagy ketoprofén hatóanyagot tartalmazó készítmények eredményesen csillapították az akut mozgásszervi fájdalmat, viszont a mellékhatások minimálisak voltak.

8. táblázat: lokális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok, és dózisaik

hatóanyag	gyógyszer forma	adagolás
Aceclofenac	krém	naponta 3 alkalommal
Diclofenac	gél, gyógyszeres tapasz, külsőleges oldatos spray	naponta 3 alkalommal
Etofenamate	gél, krém, külsőleges emulzió, külsőleges oldatos spray	naponta 3–4 alkalommal
Ibuprofen	gél, krém	naponta 2–3 alkalommal
Naproxen	gél	naponta 4–5 alkalommal
Phenylbutazone	kenőcs	naponta 2–3 alkalommal
Piroxicam	krém	naponta 3–4 alkalommal
Öszetett készítmények (pl. szalicilát származékok, escin, levometol)	gél, krém, kenőcs, tapasz	naponta 2–3 alkalommal

Ajánlás 9

A gyógyszerész ajánlhat helyi melegítést az akut derékfájásban szenvedő beteg részére.

Bizonyíték szint: konszenzus

A helyi melegítés (melegen tartás, derékmelegítők) a nemzetközi irodalom alapján ajánlható, más nemzeti irányelvek is tartalmazzák, [17,37] bár kevés a jó minőségű klinikai vizsgálat. Korábbi Cochrane metaanalízis is hasonló

megállapításra jutott, rövidtávon mérsékelten csökkentette a fájdalmat, ill. javult a mozgásfunkció is, bár csak kis betegszámú vizsgálatok alapján tudták ezt a kérdést vizsgálni.

Ajánlás 10

A gyógyszerész ajánlhat gyógynövénytartalmú készítményeket az akut derékfájás kezelésére.

Bizonyíték szint: konszenzus

2014-ben megjelent Cochrane metaanalízis alapján [23] számos gyógynövény használható a derékfájás kezelésében.

A *Salix alba* (fehér fűz) hatásosságát 120, illetve 240 mg-os szalicil tartalomra standardizálva vizsgálták meg, melyet napi rendszerességgel adagoltak orálisan a betegeknek. A kapott klinikai eredmények szerint a növény fájdalomcsökkentő hatása jobb, mint a placebóé. Hasonló eredményre jutottak a *Harapagophytum procumbens* (ördögcsáklya) orális (50 mg ill. 100 mg) napi adagolása során.

A vizsgálatok szerint a napi 240 mg-os szalicil, illetve a 60 mg-os harapagozid relatív egyenértékűségét napi 12.5 mg rofecoxibbal.

Capsicum frutescens (cserjés paprika), és *Symphytum officinale* a (fekete nadálytő) külsőlegesen (tapasz, gél, kenőcs) a placebonál erősebb fájdalomcsillapító hatást mutatott.

Ellátási folyamat algoritmusa (ábrák)

1. ábra: Összefoglaló ábra a derékfájás öngyógyításának irányítása lakossági gyógyszerellátásban végzett gyógyszerészi gondozás keretében (nem folyamatábra)

Derékfájás öngyógyításának irányítása lakossági gyógyszerellátásban végzett gyógyszerészi gondozás keretében



VII. JAVASLATOK AZ AJÁNLÁSOK ALKALMAZÁSÁHOZ

1. Az alkalmazás feltételei a hazai gyakorlatban

1.1. Ellátók kompetenciája (pl. licence, akkreditáció stb.), kapacitása

A kompetenciaszintek meghatározásának alapja az adott szakterület szakképzési rendszere által biztosított kompetenciakör, valamint az adott ellátási szint teljesített feltételrendszere által meghatározott lehetőségek köre.

A közvetlen lakossági gyógyszerellátás folyamatában az ajánlás alkalmazásának személyi és tárgyi követelményeit a vonatkozó jogszabályok definiálják.

Jogszabályi háttér [41/2007. (IX. 19.) EüM rendelet a közforgalmú, fiók- és kézi gyógyszerárak, továbbá intézeti gyógyszerárak működési, szolgálati és nyilvántartási rendjéről és a 44/2004. (IV. 28.) ESzCsM rendelet az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerek rendeléséről és kiadásáról]

1.2. Speciális tárgyi feltételek, szervezési kérdések (gátló és elősegítő tényezők, és azok megoldása)

Nincs.

1.3. Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai

Az ellátottak egészségügyi tájékozottsága, szociális és kulturális körülményei, egyéni elvárásai heterogének. Annak érdekében, hogy a betegek/ellátottak felismerjék a gyógyszerésznek az akut derékfájással kapcsolatos öngyógyításában betöltött segítő és irányító szerepét betegtájékoztató anyagok által tájékoztatás és figyelemfelhívás szükséges.

1.4. Egyéb feltételek

Nincs.

2. Alkalmazást segítő dokumentumok listája

2.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

Ajánlott tájékoztató kiadvány (lásd a XI. fejezet)

2.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincs.

2.3. Táblázatok (lásd a XI. fejezet)

1. táblázat: Vörös zászlók olyan tünetek, jelek, amik segítenek a specifikus és nem specifikus derékfájás elkülönítésében

2. táblázat: Sárga zászlók a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik, pszichoszociális tényezők

- 3. táblázat:** A gyógyszerész számára kideríthető tünetek, melyek valószínűsítik, hogy orvosi ellátás szükséges
- 4. táblázat:** A gyógyszerész számára kideríthető olyan tünetek, jelek, melyek valószínűsítik, hogy banális nem specifikus derékfájása van a betegnek
- 5. táblázat:** A gyógyszerész számára ajánlott kérdések az akut derékfájás panasszal érkező beteg öngyógyításának irányítása során
- 6. táblázat:** Terápiás ajánlások összefoglalása, az akut nem specifikus derékfájás öngyógyozására vonatkozóan
- 7. táblázat:** Orális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok és dózisaik
- 8. táblázat:** Lokális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok és dózisaik

2.4. Algoritmusok

- 1. ábra** (lásd: XI. fejezet): Derékfájás öngyógyításának irányítása lakossági gyógyszerellátásban végzett gyógyszerészi gondozás keretében

2.5. Egyéb dokumentum

Nincs

3. A gyakorlati alkalmazás mutatói, audit kritériumok

A gyakorlati alkalmazás mérésének és az audit lehetséges eszközei:

Háziorvosi vélemények kérdőíves felmérése a szolgáltatás gyakorlati hasznáról, felhasználóbarát szintjéről, esetleg a gyógyszerelési szokásokban ennek eredményeként bekövetkezett változásokról.

Betegvélemények kérdőíves és fókuszcsoportos felmérése a szolgáltatás elfogadásáról, hasznosságáról, tájékozottsági szintjének javulásáról.

Gyógyszerészi vélemények kérdőíves felmérése a gyakorlati alkalmazás nehézségeiről, „jó gyakorlatok” összegyűjtése, további módosításokra javaslatok.

Kiegészítésként javasolt a gyógyszerészi gondozási tevékenységet támogató BEGONIA (Beteg Gondozás Informatikai Alaprogram) programban rögzített beteggondozási események mennyiségi és minőségi elemzése mint audit kritérium megfogalmazása.

VIII. IRÁNYELV FELÜLVIZSGÁLATÁNAK TERVE

Az irányelv tervezett felülvizsgálata három évenként történik. A felülvizsgálat folyamata az érvényesség lejárta előtt fél évvel kezdődik el. A Gyógyszerellátási Gyógyszerészeti Tagozat vezetője kijelöli a tartalomfejlesztő felelőst, aki meghatározza a fejlesztő munkacsoport tagjait, illetve befogadja a társtagozatok által delegált szakértőket.

Az aktuális irányelv kidolgozásában résztvevő, fejlesztő csoporttagok folyamatosan követik a szakirodalomban megjelenő, illetve a hazai ellátó környezetben bekövetkező változásokat. A tudományos bizonyítékokban, valamint az ellátó környezetben bekövetkező jelentős változás esetén a fejlesztő munkacsoport konszenzus alapján dönt a hivatalos változtatás kezdeményezéséről és annak mértékéről.

IX. IRODALOM

1. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MTG, Hutchinson A, et al. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur. Spine J. Off. Publ. Eur. Spine Soc. Eur. Spinal Deform. Soc. Eur. Sect. Cerv. Spine Res. Soc.* 2006;15 Suppl 2:S169-191.
2. Knight CL, Deyo RA, Staiger TO, Wipf JE. Treatment of acute low back pain – UpToDate [Internet]. [cited 2017 Jan 3]. Available from: <https://www.uptodate.com/>
3. Benjámín K. Brencsán orvosi szótár. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt; 2007.
4. Bálint G. Az akut derékfájás okai, diagnosztikája és kezelése. *Orvtoábbk. Szle.* 2012;XIX:51–60.
5. Bálint G. A derékfájás diagnosztikájának és kezelésének modern elvei. *Lege Artis Med.* 21:329–35.
6. Burton AK, Balagué F, Cardon G, Eriksen HR, Henrotin Y, Lahad A, et al. Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain?: November 2004. *Eur. Spine J. Off. Publ. Eur. Spine Soc. Eur. Spinal Deform. Soc. Eur. Sect. Cerv. Spine Res. Soc.* 2006;15 Suppl 2:S136-168.
7. Negrini S, Giovannoni S, Minozzi S, Barneschi G, Bonaiuti D, Bussotti A, et al. Diagnostic therapeutic flow-charts for low back pain patients: the Italian clinical guidelines. *Eur. Medicophysica.* 2006;42:151–70.
8. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. *Ann. Intern. Med.* 2007;147:478–91.
9. Bálint G, Héjj G, Hunka A. A mozgásszervi betegségek gazdasági és társadalmi terhe. *Magy. Lakoss. Egészségi Állapota Az Ezredfordulón.* Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt; 2003. p. 161–72.

10. Tokaji K, editor. Európai lakossági egészségfelmérés – Magyarország, 2009 Összefoglaló eredmények. Budapest: KSH Népesedési és szociális védelmi statisztikai főosztály; 2011.
11. Vereckei E. A derékfájás kezelésének brit irányelvei az új NICE-ajánlás alapján?: összehasonlítás a magyar terápiás szokásokkal. *Lege Artis Med.* 2012;22:195–9.
12. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Low Back Pain: Early Management of Persistent Non-specific Low Back Pain [Internet]. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2009 [cited 2017 Jan 4]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11702/>
13. Bálint G, Szebenyi B. A derékfájás diagnosztikája és terápiája: módszertani ajánlás. *Lege Artis Med.* 1997;7:242–54.
14. Silcock J, Moffett JK, Edmondson H, Waddell G, Burton AK. Do community pharmacists have the attitudes and knowledge to support evidence based self-management of low back pain? *BMC Musculoskelet. Disord.* 2007;8:10.
15. Bálint G. A derékfájás diagnosztikája és terápiája?: módszertani ajánlás. *Magy. Reumatol.* 1997;38:69–79.
16. Council NH and MR. Evidence-based Management of Acute Musculoskeletal Pain [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 4]. Available from: <https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/cp94-cp95>
17. Chou R, Huffman LH, American Pain Society, American College of Physicians. Nonpharmacologic therapies for acute and chronic low back pain: a review of the evidence for an American Pain Society/American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann. Intern. Med.* 2007;147:492–504.
18. Goertz M, Thorson D, Bonsell J, Bonte B, Campbell R, Haake B, et al. Low Back Pain, Adult Acute and Subacute [Internet]. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2012 [cited 2017 Jan 4]. Available from: https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/
19. Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. National Guideline Clearinghouse, Alberta, Canada [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 4]. Available from: <https://www.guideline.gov/summaries/summary/37954>
20. Roelofs PDDM, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJPM, van Tulder MW. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine.* 2008;33:1766–74.
21. Poór G. A reumatológia tankönyve. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt; 2008.

22. French SD, Cameron M, Walker BF, Reggars JW, Esterman AJ. Superficial heat or cold for low back pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006;CD004750.
23. Oltean H, Robbins C, van Tulder MW, Berman BM, Bombardier C, Gagnier JJ. Herbal medicine for low-back pain. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2014;CD004504.
24. Derry S, Moore RA, Gaskell H, McIntyre M, Wiffen PJ. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015;CD007402.
25. Massey T, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Topical NSAIDs for acute pain in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2010;CD007402.
26. Penney JN. A comparison of Australian and European evidence-based guidelines for intervention in acute, non-specific low back pain. *Int. J. Osteopath. Med.* 2009;12:63–8.
27. Turner JA. Educational and behavioral interventions for back pain in primary care. *Spine.* 1996;21:2851-2857-2859.
28. Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect. A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine.* 1999;24:2484–91.
29. Borkan J, Reis S, Werner S, Ribak J, Porath A. Guidelines for treating low back pain in primary care. The Israeli Low Back Pain Guideline Group. *Harefuah.* 1996;130:145–151; 224.
30. ACC and the National Health Committee. *New Zealand Acute Low Back Pain Guide.* Wellington. 1997.
31. Stanley J. Bigos, editor. *Acute Lower Back Problems in Adults Clinical practice guideline no 14.* [Internet]. AHCPR publication no. 95-0642.; 1994 [cited 2017 Jan 18]. Available from: http://www.chiro.org/LINKS/GUIDELINES/Acute_Lower_Back_Problems_in_Adults.html
32. Hilde G, Hagen KB, Jamtvedt G, Winnem M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2002;CD003632.
33. Waddell G, Feder G, Lewis M. Systematic reviews of bed rest and advice to stay active for acute low back pain. *Br. J. Gen. Pract. J. R. Coll. Gen. Pract.* 1997;47:647–52.
34. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. *Spine.* 1997;22:2128–56.

35. Saragiotto BT, Machado GC, Ferreira ML, Pinheiro MB, Abdel Shaheed C, Maher CG. Paracetamol for low back pain. Cochrane Database Syst. Rev. 2016;CD012230.

36. Williams CM, Maher CG, Latimer J, McLachlan AJ, Hancock MJ, Day RO, et al. Efficacy of paracetamol for acute low-back pain: a double-blind, randomised controlled trial. Lancet Lond. Engl. 2014;384:1586–96.

37. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann. Intern. Med. 2007;147:478–91.

Kapcsolódó internetes oldalak

European Commission Research Directorate General Cost Action B13 Low Back Pain: Guidelines for its management <http://www.backpaineurope.org/>

Magyar Reumatológusok Egyesülete www.mre.hu

Bone and Joint Decade, Global Alliance for Musculoskeletal Health: <http://bjdonline.org/>

X. FEJLESZTÉS MÓDSZERE

1. Fejlesztőcsoport megalakulása, a fejlesztési folyamat és a feladatok dokumentálásának módja

A szakmai irányelv kidolgozását kezdeményezte az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyógyszerellátási Gyógyszerészet Tagozata a témaválasztási javaslat dokumentum kitöltésével és továbbításával. Ezt követően a résztvevő Tagozatok és Tanácsok, valamint társszerzők, szakértők és véleményezők kijelölése, majd az irányelvfejlesztői csoportok kialakítása történt meg, valamint az összeférhetlenségi és egyetértési nyilatkozatok kitöltése. Az irányelv fejlesztés a vizsgálati és terápiás eljárási rendek kidolgozásának, szerkesztésének, valamint az ezeket érintő szakmai egyeztetések lefolytatásának egységes szabályairól szóló 18/2013. (III. 5.) EMMI rendeletben foglaltak alapján történt.

A munkafolyamatok során alkalmazott kötelező dokumentáció: Témaválasztási Javaslat, Tagozatok Nyilatkozata részvételi színtről és a delegáltokról, Irányelvfejlesztő csoport összeállítása, Kapcsolattartó és helyettesének delegálása, Egyéni összeférhetlenségi nyilatkozatok és azok összefoglalója, Csoportos összeférhetlenségi nyilatkozat, Módszertani értékelések, konzultációk: szűrő- és részletes értékelés, konzultációs feljegyzés(ek), Tagozatvezetői nyilatkozatok a szakmai irányelvben foglaltakkal való egyetértésről.

2. Irodalomkeresés, szelekció

Az irányelvfejlesztés meghatározó eleme volt a szisztematikus szakirodalomkeresés, szelekció és elemzés, különös tekintettel, a 2010 óta megjelent tudományos bizonyítékokra.

Az irodalomkeresés a Magyar Orvosi Bibliográfia (2014-ig), a PubMed adatbázisban fellelhető, az utóbbi 5 év – esetenként 10 év – nyilvántartott publikációi, közleményei alapján, valamint a Cochran kollaboráció weblapján, és a GIN –nem (Guidelines International Network) történt. A keresés az alábbi kereső szavak (és ezek magyar megfelelője), valamint ezek kombinációjának segítségével valósult meg. Keresőszavak és ezek magyar megfelelői: „acute low back pain”, „acute nonspecific low back pain”.

Szűkítés: „human”, „meta analysis” or „review”.

3. Felhasznált bizonyítékok erősségének, hiányosságainak leírása (kritikus értékelés, „bizonyíték vagy ajánlás mátrix”), bizonyítékok szintjének meghatározási módja

A **szint:**
Több jó minőségű RCT vagy ezek irodalmi összefoglalója (systematic review) igazolja az állítást

B **szint:**
Több nem meggyőző minőségű RCT ill. CCT vagy ezek irodalmi összefoglalója (systematic review) igazolja az állítást

C **szint:**
Egyetlen (jó minőségű vagy nem meggyőző) RCT vagy nem egybehangzó eredményeket tartalmazó irodalmi összefoglaló (systematic review) áll rendelkezésre

D szint: Nem áll rendelkezésre RCT vagy CCT

4. Ajánlások kialakításának módszere

Az irányelvben szereplő ajánlások minősítése a bizonyítékháttér alapján történt.

Jelen irányelv hatókörének megfelelő ajánlásai, azok hazai ellátó környezetre (ellátott populáció jellemzői, preferenciái, egészségkultúrája és költségterhelhetősége, jogszabályi környezet) történő adaptálásával kerültek átvételre.

Az ajánlások a megjelölt (V fejezet 3. pont) európai irányelv [1] alapján készültek, figyelembe véve a közforgalomban dolgozó gyógyszerész által vény nélkül kiadható gyógyszereket/termékeket. Az irányelv ajánlásai esetenként az újabb metaanalízisek eredményeivel is kiegészültek.

5. Véleményezés módszere

Az irányelv szakmai tartalmának összeállítását követően a kapcsolattartó megküldte a dokumentumot a korábban véleményezési jogot kérő és a fejlesztőcsoport véleményezői felkérését elfogadó Szakmai Tagozatoknak. A visszaérkező javaslatok beillesztésre kerültek az irányelv szövegébe, vagy azok alapján módosításra került a dokumentum szerkezete, amennyiben az irányelvfejlesztők egyetértettek azok tartalmával.

6. Független szakértői véleményezés módszere

Nem került bevonásra.

XI. MELLÉKLET

1. Alkalmazást segítő dokumentumok

1.1. Betegtájékoztató, oktatási anyagok

1. Derékfájás, isiász – Tanácsok fiataloknak és idősebbeknek. Szerző: Apáthy Ágnes, Dr. SpringMed Kiadó, 2005. 2. kiad. 2010. ISBN 978 963 9695 61 0

1.2. Tevékenységsorozat elvégzésekor használt ellenőrző kérdőívek, adatlapok

Nincs.

1.3. Táblázatok

1. táblázat: Vörös zászlók olyan tünetek, jelek, amik segítenek a specifikus és nem specifikus derékfájás elkülönítésében

Anamnézis:

a beteg fiatalabb, mint 20 éves, ill. idősebb, mint 55 év

gerinctrauma

infekció

közelmúltban malignus tumor

metabolikus csontbetegség

hajnali kereszttáji fájdalom, mely mozgásra javul (spondylitis ankylopoeticára utaló tünet)

pihentetésre sem múló fájdalom (véltetően nem mozgásszervi fajdaom)

vizelettartási vagy -indítási nehézség (Cauda equina sy.-ra utaló jel)

Cauda equina syndromára utaló jelek: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizelési és székelési problémák

hosszú távú szisztémás kortikoszteroid használat

testtömeg fogyás

általános elesettség

láz, hőemelkedés

Fizikális vizsgálat:

egy-egy csigolya kopogtatási vagy nyomásérzékenysége

a sarokra zökkenési próba pozitivitása

szakroiliakális ízületek ütögetési érzékenysége

érezszavar a nyeregzőnában

alsó végtagi parézis

az alsó végtagokban hosszúpálya-tünetek

Laboratóriumi jelek:

emelkedett CRP és/vagy vérsüllyedés

leukocitózis

monoklonális gammopátia

emelkedett csont eredetű alkalikus foszfatáz

emelkedett prosztataspeci?kus antigén vagy más tumormarker

Sárga zászlók: pszichoszociális tényezők, amelyek a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik (2. táblázat) [1, 4, 5]

2. táblázat: Sárga zászlók: a derékfájás krónikussá válásának kockázatát jelzik, pszichoszociális tényezők

A derékfájással kapcsolatos tévhitek:

A derékfájás potenciálisan rokkantságot okoz, a passzív kezelések (fürdő, elektroterápia) hasznosabbak, mint a torna.

Nem megfelelő viszonyulás a fájdalomhoz.

Félelem a legcsekélyebb fájdalomtól.

A mindennapi aktivitás csökkentése.

Munkával kapcsolatos problémák:

Elégedetlenség a munkával, a támogató munkahelyi légkör hiánya. Járadék, táppénz, rokkantnyugdíj lehetősége motiválja a beteget.

Szorongás, depresszió, stressz, testi tünetek, fájdalom túlzott megélése, nyomott kedély, visszahúzódás a társadalmi élettől.

3. táblázat: A gyógyszerész számára kideríthető tünetek, melyek valószínűsítik, hogy orvosi ellátás szükséges

Vörös zászlók, „Anamnézis” része

a beteg fiatalabb, mint 20 éves, ill. idősebb, mint 55 év

gerinctr trauma

infekció

közelmúltban malignus tumor

metabolikus csontbetegség

hajnali keresztáji fájdalom, mely mozgásra javul (spondylitis ankylopoeticára utaló tünet)

pihentetésre sem múló fájdalom (véltetően nem mozgásszervi fájdalom)

vizelet tartási vagy -indítási nehézség (Cauda equina sy.-ra utaló jel)

Cauda equina szindrómára utaló jelek: mindkét végtagba kisugárzó fájdalom, izomgyengeség, a gáttájékon zsibbadás, érzéscsökkenés, vizeleti és székelési problémák

hosszú távú szisztémás corticosteroid használat

testtömeg fogyás

általános elesettség

láz, hőemelkedés

Sárga zászlók észlelése beszélgetés során

A derékfájással kapcsolatos tévhitek:

a derékfájás potenciálisan rokkantságot okoz, a passzív kezelések (fürdő, elektroterápia) hasznosabbak, mint a torna

nem megfelelő viszonyulás a fájdalomhoz

félelem a legcsekélyebb fájdalomtól

a mindennapi aktivitás csökkentése

Munkával kapcsolatos problémák:

elégedetlenség a munkával, a támogató munkahelyi légkör hiánya. Járadék, táppénz, rokkantnyugdíj lehetősége motiválja a beteget

szorongás, depresszió, stressz, testi tünetek, fájdalom túlzott megélése, nyomott kedély, visszahúzóódás

a társadalmi élettől

Herpes Zoster (övsömör) neuralgia gyanú

Radicularis fájdalom első alkalommal/ismételt alkalommal

Pseudoradicularis fájdalom első alkalommal/ismételt alkalommal

2–4 hét során: megfelelő öngyógyítás és aktivitás mellett is fennálló/nem javuló derékfájás

4. táblázat: A gyógyszerész számára kideríthető olyan tünetek, jelek, melyek valószínűsítik, hogy banális, nem specifikus derékfájása van a betegnek [21]

jó általános állapot

nincs: láz, elesettség, laboratóriumi eltérések

a panaszt a mozgásszervek terhelése váltja ki

fiatalokon, középkorúakon megelőző panaszok nélkül lép fel (20–55 év között)

fekvéskor, pihentetéskor (pl. éjjel) szűnik a fájdalom

a derék mozgása korlátozott, kényszertartás áll fenn, az izomzat merev

5. táblázat: A gyógyszerész számára ajánlott kérdések az akut derékfájás panasszal érkező beteg öngyógyításának irányítása során

Akut derékfájás esetén felteendő kérdések:	orvoshoz irányítás
Volt-e előző, hasonló vagy nem hasonló derékfájása?	
Ha igen: milyen előzményekkel, milyen lefolyással, milyen kezelésre javult vagy gyógyult, milyen kezelés vagy gyógyszer nem tett jót?	
Meleg fürdő jót tett-e? (kisízületi érintettség)	
Kísérte-e a derékfájdalmat alsó végtagba sugárzó fájdalom? (radicularis tünet vs. pseudoradiculáris tünetek)	igen
Ha nem volt előző derékfájdalma	
Jelen panasza hirtelen kezdődött-e?	
Jelen panasza fokozatosan kezdődött-e?	igen
Szerepel-e a kórelőzményben trauma, megerőltetés, „rossz” mozdulat?	
Jelentkezik-e a fájdalom nyugalomban vagy éjjel?	igen
Mozgás, terhelés fokozza-e?	
Kíséri-e a fájdalmat alsó végtagba lesugárzó fájdalom?	igen
Mutassa meg ujjával, hová, merre, meddig sugárzik a fájdalma!	igen
Éles, csíkszerű-e (radikuláris jellegű-e) ez a fájdalom?	
Kíséri-e zsibbadás, érzészavar? (gyöki tünetre, Cauda equina sy.-ra utaló jel)	igen
Köhögés, tüsszentés, hasprés fokozza-e fájdalmát? (gyöki érintettség)	igen
Izomgyengeséget, vizeleési zavart észlel-e? (Cauda equina sy.-ra utaló jel)	igen
Mi a foglalkozása, mit kell csinálnia?	

6. táblázat: Terápiás ajánlások összefoglalása, az akut nem specifikus derékfájás öngyógyszerezésére vonatkozóan. [1, 26]

Terápiás ajánlás az akut nem specifikus derékfájásra	Európai irányelv [1]
Ajánlás 4 Megfelelő információ adása és bátorítása a betegnek	C szint
Ajánlás 5 Ágnyugalom ajánlásának kerülése	A szint
Ajánlás 6 A betegnek az aktív életforma tanácsolása, lehetőség szerint a munkahelyen maradv	A szint
Ajánlás 7 Ajánlott a fájdalomcsillapítók orális alkalmazása, elsőként választható: paracetamol, másodikként: NSAID-ok	A szint

7. táblázat: Orális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok, és dózisaik

hatóanyag	forma	adagolás
Dexketoprofen 12.5 mg; 25 mg	filmtabletta granulátum belsőleges oldathoz	Javasolt dózis általában 4–6 óránként 12,5 mg, vagy 8 óránként 25 mg. Az összdózis ne haladja meg a napi 75 mg-ot.
Diclofenac 25 mg	filmtabletta, lágy kapszula, bevont tablettá	Szükség esetén 4–6 óránként 25 mg. 24 óra alatt legfeljebb 3 75 mg alkalmazása javasolt.
Ibuprofen 200 mg; 400 mg; 600 mg; 800 mg	filmtabletta, lágy kapszula, retard kemény kapszula, retard tablettá, bevont tablettá, belsőleges szuszpenzió, granulátum belsőleges oldathoz, belsőleges szuszpenzió, pezsgőgranulátum, szájban diszpergálódó tablettá, por belsőleges oldathoz	Az egyszeri dózis általában 400–600 mg (maximum 800 mg). A napi dózist 3–4 részre osztva kell bevenni. Az összdózis ne haladja meg a napi 2400 mg-ot. (BNF)
Naproxen 200 mg	filmtabletta	Kezdő adag 2x 250 mg, utána 6–8 óránként 250 mg, napi maximum 1250 mg az első napon (BNF) SPC: 8–12 óránként a tünetek fennállásáig 1 filmtabletta vagy a kezdő adag 2 filmtabletta és ezt szükség esetén 12 óra elteltével még 1 filmtabletta bevétele követi

8. táblázat: Lokális alkalmazású vény nélkül kiadható nem szteroid gyulladáscsökkentő hatóanyagok, és dózisaik

hatóanyag	gyógyszer forma	adagolás
Aceclofenac	krém	naponta 3 alkalommal

Diclofenac	gél, gyógyszeres tapasz, külsőleges oldatos spray	naponta 3 alkalommal
Etofenamate	gél, krém, külsőleges emulzió, külsőleges oldatos spray	naponta 3–4 alkalommal
Ibuprofen	gél, krém	naponta 2–3 alkalommal
Naproxen	gél	naponta 4–5 alkalommal
Phenylbutazone	kenőcs	naponta 2–3 alkalommal
Piroxicam	krém	naponta 3–4 alkalommal
Öszetett készítmények (pl. szalicilát származékok, escin, levometol)	gél, krém, kenőcs, tapasz	naponta 2–3 alkalommal

1.3. Algoritmusok

1. ábra: Összefoglaló ábra a derékfájás öngyógyításának irányítása lakossági gyógyszerellátásban végzett gyógyszerészi gondozás keretében (nem folyamatábra)

Derékfájás öngyógyításának irányítása lakossági gyógyszerellátásban végzett gyógyszerészi gondozás keretében

