też prowadzić u pacjenta już wcześniej zdiagnozowanego i odpowiednio leczonego, który nadal pozostaje pod kontrolą lekarza prowadzącego.

BADANIE PRZEGLĄDOWE

Polega ono na ocenie wyników badań chorego celem ustalenia zasadności kierowania go do lekarza[1]. W ramce 2-1 i w tab. 2-1 podano listę najczęściej występujących czerwonych flag, które należy wykluczyć przed rozpoczęciem leczenia fizjoterapeutycznego. W razie stwierdzenia jakichkolwiek objawów wskazujących na obecność czerwonych flag należy skierować pacjenta do odpowiedniego lekarza-specjalisty celem przeprowadzenia dokładnego badania. Niektóre źródła podają wskazówki dotyczące badania pacjenta pod kątem występowania schorzeń, które wymagają konsultacji lekarskiej[1,2]. Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku stwierdzenia schorzeń układu pokarmowego, zaburzeń psychospołecznych lub chorób układu sercowo-naczyniowego. Jeśli tego typu schorzenia nie zostały wcześniej zdiagnozowane, należy skierować takiego chorego do lekarza. Jeśli u danego pacjenta już wcześniej zdiagnozowano schorzenia tego typu i podjęto ich leczenie, to fizjoterapeuta może przystąpić do oceny chorego i rozpocząć terapię, pod warunkiem ciągłego monitorowania postępów leczenia. Przy podejrzeniu obecności chorób będących bezpośrednim zagrożeniem życia, np. nowotwory złośliwe, należy również bezzwłocznie skierować chorego do odpowiedniego lekarza-specjalisty.

Wyniki prezentowane w pracach przeglądowych dotyczących oceny dokładności badań i testów diagnostycznych wykorzystywanych w badaniach przesiewowych w celu wykluczenia obecności złośliwych nowotworów u chorych z zespołem bólowym dolnego odcinka kręgosłupa wskazują na częstość ich występowania wśród badanych na poziomie 0,1–3,5%[3]. Przebyta wcześniej choroba nowotworowa (dodatni wskaźnik prawdopodobieństwa [+LR] = 23,7), podniesiony odczyn opadania krwinek czerwonych (OB; +LR = 18,0), zmniejszona wartość hematokrytu (+LR = 18,2) oraz ogólna ocena stanu zdrowia chorego (+LR = 12,1) zwiększają prawdopodobieństwo występowania złośliwego nowotworu[3]. Jednoczesne występowania takich czynników jak wiek > 50 r.ż., przebyta wcześniej choroba nowotworowa, niewyjaśniona utrata masy ciała oraz brak poprawy leczenia po 1-miesięcznym okresie leczenia zachowawczego wykazało 100% czułość w identyfikacji choroby nowotworowej[3]. Choroba nowotworowa bardzo rzadko powoduje dolegliwości bólowe dolnego odcinka grzbietu; natomiast czynnikami i wynikami badań, które należy wziąć pod uwagę przy weryfikacji hipotezy o istnieniu nowotworu, są przebyta wcześniej choroba nowotworowa, podniesione OB, zmniejszony poziom hematokrytu oraz ocena oparta na indywidualnym doświadczeniu terapeuty[3].

RAMKA 2-1 Czerwone flagi dla szyjnego odcinka kręgosłupa

Mielopatia szyjna
Zaburzenia czucia w rękach
Zanik mięśni wewnętrznych dłoni
Niepewny chód
Objaw Hoffmanna
Wygórowane odruchy
Zaburzenia jelitowe i pęcherza moczowego
Osłabienie wielosegmentowe i zmiany czucia

Schorzenia nowotworowe
Wiek > 50 r.ż.
Przebyta wcześniej choroba nowotworowa
Niewyjaśniona utrata masy ciała
Utrzymujący się bez przerwy ból, nieustępujący przy odpoczynku
Ból w nocy

Więzadła górnej części odcinka szyjnego kręgosłupa
Niestabilność
Bóle głowy i drętwienia okolicy potylicznej
Znaczne ograniczenia czynnego zakresu ruchu odcinka szyjnego kręgosłupa we wszystkich kierunkach
Objawy mielopatii szyjnej

Choroby zapalne lub układowe
Temperatura ciała > 37°C
Ciśnienie tętnicze krwi > 160/95 mmHg
Tętno spoczynkowe > 100 uderzeń/min
Spoczynkowa częstotliwość oddechów > 25/min
Zmęczenie

Niewydolność tętnic kręgowych
Napady atoniczne
Zawroty głowy
Uczucie zawrotów głowy pojawiające się podczas ruchów głowy
Dysfazja
Dyzartria
Podwójne widzenie
Objawy pochodzące z nerwów czaszkowych

Według Childs JD, Fritz JM, Piva SR i wsp.: *JOSPT* 34(11):686–700, 2004.

TABELA 2-1 Czerwone flagi dla lędźwiowego odcinka kręgosłupa

SCHORZENIE	CZERWONE FLAGI
Guz w okolicy kręgosłupa	wiek > 50 r.ż. przebyta choroba nowotworowa utrata masy ciała (z niewyjaśnionych przyczyn) brak efektów leczenia zachowawczego
Infekcje dotyczące kręgosłupa (zapalenie szpiku)	niedawno przebyta infekcja (np. układu moczowego lub skórna) dożylne podawanie/nadużywanie leków współwystępujące zaburzenie immunosupresyjne
Zespół ogona końskiego	zastój moczu lub nietrzymanie moczu nietrzymanie kału zniesienie czucia w okolicach krocza w postaci tzw. siodła ogólne lub postępujące osłabienie kończyn dolnych zaburzenia czucia w stopach (w obrębie dermatomów L4, L5, S1) osłabienie odczuwane podczas zgięcia grzbietowego stawu skokowego, wyprostu palców stopy oraz zgięcia podeszwowego stawu skokowego
Złamanie kręgosłupa	przebyty uraz (także niegroźnie wyglądające upadki lub podnoszenie ciężkich przedmiotów przez osoby z osteoporozą i w podeszłym wieku) długotrwałe przyjmowanie steroidów wiek > 70 r.ż.

Według Boissonnault WG: *Primary care for the physical therapist: examination and triage*, Philadelphia, 2005, Saunders.