

مقاله بازآموزی

بر اساس تصویب دفتر بازآموزی جامعه پزشکی وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی به پاسخ دهندگان پرسشهای مطرح شده در این مقاله امتیاز بازآموزی تعلق می گیرد.

کمر درد

نویسنده: دکتر احمد رضا جمشیدی

فوق تخصص روماتولوژی و استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

در هر مهره به همراه مهره های فوقانی و تحتانی آن (در هر ۳ قسمت) ۳ مفصل وجود دارد که شامل اجزاء زیر است: (شکل ۲)

الف: دیسکهای بین مهره ای

ب: مفاصل زیگواپوفیزیال فوقانی

ج: مفاصل زیگواپوفیزیال تحتانی

این اجزاء در ارتباط نزدیک با یکدیگر بوده کمپلکسی را تشکیل می دهند که شدت به آسیبهای همدیگر حساس هستند. این مجموعه بوسیله عناصر تشریحی زیر محافظت شده با یکدیگر ارتباط دارند:

۱- لیگامان طولی قدامی - Anterior Longitudinal Ligament: یک باند فیبری محکم به عرض ۲ سانتی متر و ضخامت ۱/۹ میلی متر است که کاملاً به دیسک بین مهره ای و بخشی از قسمت قدامی مهره می چسبند و سوراخهایی برای ورود و خروج شریانها و وریدها بر روی آن وجود دارد.

۲- لیگامان طولی خلفی - Posterior Longitudinal Ligament: که از لیگامان طولی قدامی باریکتر بوده و عرض حدود ۰/۷ سانتی متر و ضخامت ۱/۳ میلی متر دارد. به همین دلیل سطح خلفی دیسک از نظر پشتیبانی ضعیف تر از سطح قدامی می باشد.

از دیگر عناصر محافظتی می توان از لیگامان زرد در قسمت خلفی، لیگامانهای بین خاری و فوق خاری، لیگامانهای بین زوائد عرضی، لیگامان آنتروآپوفیزرو کپسولهای مفصلی و عضلات مجاور نام برد.

شاید کمتر کسی در دنیا وجود داشته باشد که حداقل برای یکبار کمر درد را تجربه نکرده باشد. طبق آمارهای جوامع غربی حدود ۸۰٪ افراد یک جامعه، در طول زندگی خود، حداقل یکبار به این عارضه مبتلا شده اند. کمر درد در سنین ۴۵ الی ۶۵ سالگی بعد از بیماریهای قلبی شایعترین عامل موربیدیتی تلقی می گردد. اگر بخواهیم در مورد علل کمر درد صحبت کنیم، لیست بسیار بزرگی از بیماریهای التهابی و غیرالتهابی را شامل می گردد، از بیماریهای عفونی مثل TB، بروسلوز و موارد حادثه مثل عفونت های استافیلوکوکی گرفته تا بیماریهای روماتیسمی مثل اسپوندیلوآرتروپاتی های سرونگاتیو و ... ، انواع تومورهای اولیه یا متاستاتیک ستون فقرات، بیماریهای عصبی و گرفتاریهای طناب نخاعی و بالاخره گرفتاریهای مکانیکی ستون فقرات که بخش عمده ای از علل کمر درد را تشکیل می دهند.

در اینجا بنا داریم درباره آنچه که بیش از همه، مبتلا به افراد جامعه است و به نوعی بیشترین علت مراجعه را به پزشکان تشکیل می دهد بحث کنیم. به نظر برخی از مؤلفین تا حدود ۹۵٪ علل کمر درد را علل مکانیکی و یا کمر دردهای دیسکی تشکیل می دهند.

قبل از پرداختن به پاتوژنز بیماری نگاهی به آناتومی ستون فقرات کمری درک مطلب را آسانتر خواهد کرد. (شکل ۱) ستون فقرات بطور کلی از ۲۴ مهره تشکیل شده است که شامل: ۷ مهره گردنی، ۱۲ مهره پستی، و ۵ مهره کمری بوده و در آخر به مهره های خاجی متصل می گردد.

بیشتر بوده و شفافیت بالایی دارد. بتدریج همزمان با بالا رفتن سن از میزان آب و تعداد سلولهای آن کاسته شده و شفافیت آن از دست می رود.

ب: قسمت محیطی یا Anulus Fibrosus: که نسبت به بخش مرکزی بافت همبندی بیشتری داشته که به نظر می رسد فقط از رشته های کلاژن تشکیل شده باشد. این رشته ها بطور مایل و در جهات مختلف یکدیگر را قطع کرده و با تشکیل شبکه ای محکم نوکلئوس را در بر می گیرند. در داخل دیسک عصب و عروق خونی وجود ندارد، البته به جز قسمتهای سطحی دیسک که حاوی گیرنده های درد می باشند. تغذیه دیسک از طریق دیفوزیون صورت می گیرد و عوامل مختلف موجب اختلال در این امر شده، تغذیه دیسک را مختل می کنند.

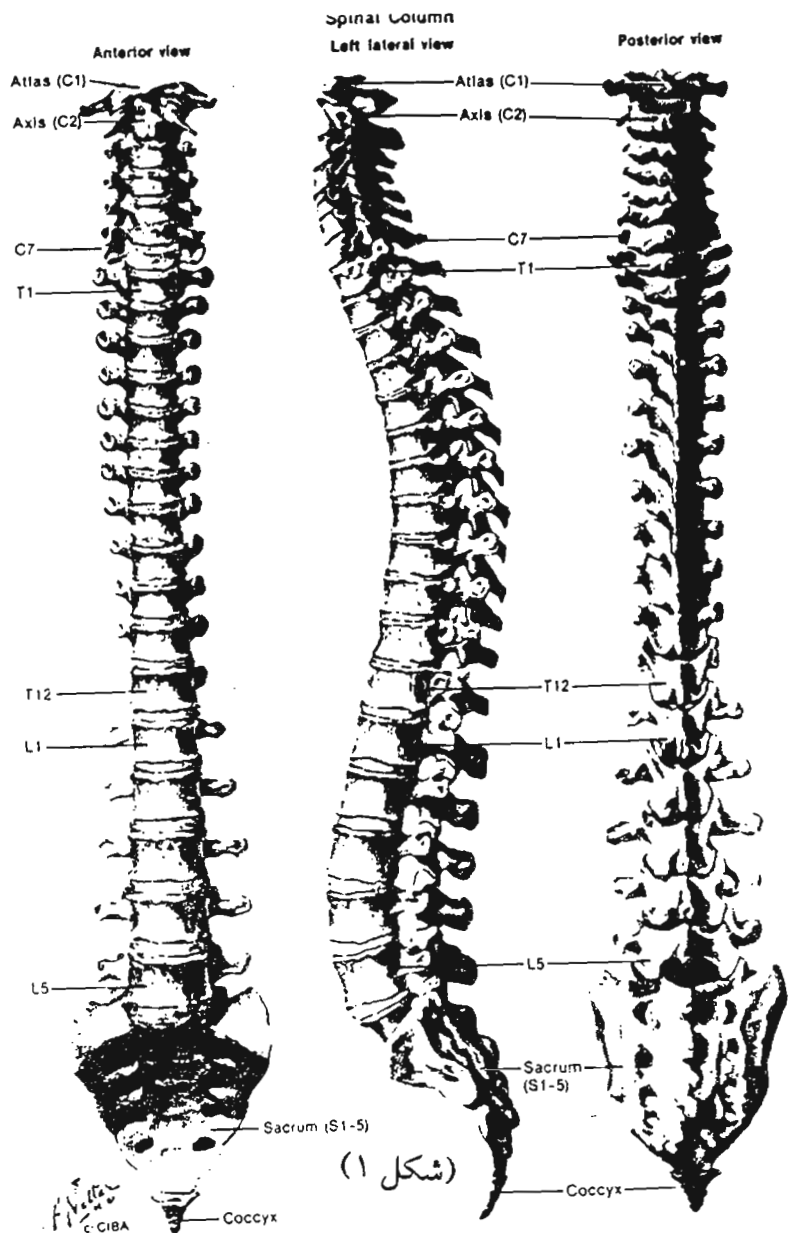
□ بیومکانیک ستون فقرات

وظیفه دیسک، بالا بردن تحمل ستون فقرات در برابر فشارهایی است که در حالات مختلف بر آن وارد می گردد، که این مهم را با انعطاف پذیری خاص خود امکان پذیر می سازد. بطور طبیعی ۷۵٪ فشار به نوکلئوس و ۲۵٪ به آنولوس تحمیل می گردد و هر چه در ستون فقرات به ساکروم نزدیکتر می شویم فشار وارده بر دیسک بیشتر می شود. (شکل ۴)

در حالت ایستاده در ناحیه دیسک L5-S1، ۱۶ کیلوگرم بر سانتی متر مربع فشار وارد می شود، ولی به محض اینکه فرد حالت خمیده به جلو بگیرد، این فشار به ۵۸ کیلوگرم بر سانتی متر مربع و در هنگام زورزدن به ۱۰۷ کیلوگرم بر سانتی متر مربع می رسد. و اگر در حالت خمیده به جلو بخواهد باری را با زورزدن بلند کند فشار ۱۲۰ کیلوگرم بر سانتی متر مربع خواهد بود. بیشترین فشار زمانی بر دیسک وارد می شود که شخص در حالت نشسته بر روی صندلی، خم شده و بخواهد جسمی را از زمین بلند کند.

□ دژنرسانس دیسک

بطور کلی با افزایش سن در اثر میکروتروماهای متعدد و



(شکل ۱)

□ ساختمان دیسک بین مهره ای

دیسک بین مهره ای از دو قسمت مرکزی و محیطی تشکیل شده است: (شکل ۳)

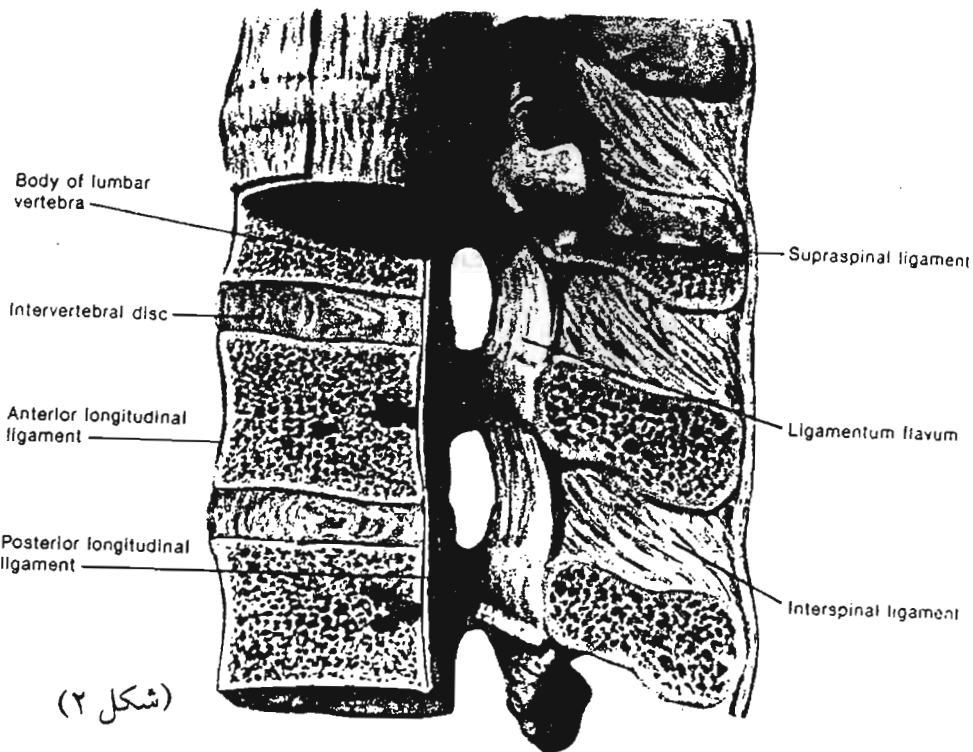
الف: قسمت مرکزی یا نوکلئوس پولپوزوس (Nucleus pulposus): نوعی بافت همبند ژلاتینی است که از سه بخش سلولی (سلولهای کندروسیت)، رشته های ظریف کلاژن و ماده زمینه ای از جنس مه کوبلی ساکارید تشکیل شده است که در آغاز تولد حاوی مقدار زیادی آب (۹۰٪) و سلول به مقدار

آمادگی های لازم انجام شود.
 (ه) سیگار: احتمالاً به علت ایجاد فاکتورهای شیمیایی مضر و یاوازواسپاسم عروقی و اختلال در تغذیه دیسک.
 (و) عوامل محیط کار: سر و صداهای ناهنجار، استرس های روانی.

تحت تأثیر یکسری تغییرات بیوشیمیایی و ایمونولوژیک، دیسک دچار دژنرسانس شده، خواص فیزیولوژیک آن تغییر می کند. و به همین دلیل قدرت تحمل فشار آن کمتر خواهد شد. این تغییرات شامل کاهش آب، افزایش بافت فیبرو، کاهش سلولهای غضروفی، تشکیل شقاقهای کوچک در بافت

همبند و رسوب اصلاح مثل نمکهای کلسیم و نهایتاً متلاشی شدن ساختمان بافتی می باشد، بطوریکه دیسک خواص شفافیت و قابلیت انعطاف خود را از دست داده و مرز بین بخش مرکزی و محیطی آن از بین می رود. شقاقهای متعدد میکروسکوپی و ماکروسکوپی در آنولوس استحکام دیسک را دچار خدشه می کند. نهایتاً در سنین بالاتر اسکالروز در سطوح فوقانی و تحتانی دیسک ایجاد شده و دچار کلسیفیکاسیون و یا اسیفیکاسیون (استخوانی شدن) می گردد.

عوامل مؤثر در ایجاد دژنرسانس دیسکی عبارتند از:



□ فتق دیسکی Discal Herniation:

مجموعه عوامل فوق، همراه با افزایش سن باعث می شود که بین سنین ۶۰-۴۰ سالگی فرد مستعد فتق دیسکی شود. فتق دیسکی در حقیقت مهاجرت بخش مرکزی دیسک یا Nucleus pulposus در داخل شقاقهای ایجاد شده در بخش محیطی یا Anulus Fibrosus می باشد که بر حسب وسعت و شدت ضایعه علائم بالینی مختلفی ایجاد خواهد کرد.
 در ستون فقرات دو ناحیه ظریف و کم مقاومت وجود دارد:

الف) سطوح مهره ها: گاهی دیسک هرئیه شده از سطح مهره ای گذشته، در جسم مهره وارد می شود که باعث ایجاد تصویری رادیولوژی بصورت یک ندول Dense در مهره

الف) عوامل فردی شامل: زمینه ژنتیکی استئوآرتروز، اختلالات مادرزادی یا اکتسابی ستون فقرات مثل ساکرالیزاسیون و یا لومبالیزاسیون، اسکولیوز و عدم قرینه بودن اندام تحتانی.

ب) جنس: برخی معتقدند که دژنرسانس دیسکی در خانمها بیشتر است.

ج) شغل: در مشاغلی که فرد مجبور است بار سنگینی بردارد یا رانندگی طولانی مدت داشته باشد و یا به هر علت از ستون فقرات استفاده نامناسب بنماید، فرد را مستعد دژنرسانس و فتق دیسک می کند.

د) ورزش: اگر بدون توجه به مکانیک صحیح بدن و

می شود که به آن ندول اشمورل می گویند. این مسئله معمولاً در سنین نوجوانی و جوانی اتفاق می افتد و علائم بالینی چندانی نداشته و بعدها در رادیوگرافی های مهره بصورت اتفاقی یافت می شود.

ب) قسمت خلفی آنولوس فیروزوس: آنچه که به عنوان فتق دیسک بطور عموم مورد توجه قرار می گیرد، هرنی دیسک از قسمت خلفی آنولوس است. ضخامت دیسک در این قسمت کمتر از قدام و طرفین بوده و همانطور که گفته شد لیگامان طولی خلفی هم از قدامی باریکتر و نازکتر است و همین مسئله موجب می شود تا هرنی دیسکی بیشتر در قسمت Posterolateral راست یا چپ بوجود آید. ندرتاً هرنی دیسکال مرکزی هم دیده می شود.

وقتی هرنی دیسک ایجاد شد موجب التهاب در بافت های آسیب دیده و ریشه عصب می گردد که این مسئله موجب آزاد شدن بیشتر مدیاتورهای التهابی، ادم، پرخونی و درد می شود. درد حاصله به علت تحریک اعصاب قسمت سطحی آنولوس و لیگامان خلفی مشترک است که ممکن است حالت لوکالیزه یا انتشاری (Radicular) داشته باشد. در این مورد که آیا درد انتشاری به علت فشار مکانیکی دیسک هرنیه شده بر عصب سیاتیک است یا خیر، اختلاف نظر وجود دارد، ولی به نظر می رسد در اغلب اوقات به علت التهاب ایجاد شده در ریشه عصب باشد.

□ علائم بالینی

کمر دردهای دیسکی در مردها بیشتر دیده می شوند و شایعترین محل درگیر، دیسک های بین مهره ای L5-S1 و L4-L5 می باشد. از نظر کلینیکی سه حالت ممکن است وجود داشته باشد:

۱- کمر درد حاد موضعی (لومباگوی حاد)

۲- کمر درد حاد انتشاری (سیاتیک حاد)

۳- کمر درد مزمن

کمر درد حاد موضعی (لومباگوی حاد): شیوع زیادی دارد و معمولاً در سنین بالاتر از ۳۰ سال دیده می شود. این نوع کمر درد شروعی حاد داشته و در جریان بلند کردن جسم سنگین و یا فعالیت بدنی زیاد همراه با چرخش مهره های کمری ایجاد می شود. درد بسیار حاد و شدید بوده بطوریکه مانع انجام

فعالیت های بعدی می گردد و شخص مبتلا زمین گیر می شود. درد در منطقه لومبوساکره است و با حرکت مختصر، سرفه و عطسه تشدید می گردد. در معاینه، بیمار وضعیت ضددرد بخود می گیرد (خم شدن به یکطرف). لوردوز طبیعی کمر از بین رفته و گاه کیفوز ایجاد می شود. اسپاسم عضلات پاراورتبرال و محدودیت دامنه حرکات بخصوص در طرف جلو وجود دارد. در هنگام بالا آوردن پا در وضعیت خوابیده، درد در ناحیه مبتلا بدون انتشار به اندامها ایجاد می شود که به آن تست لایک کاذب می گویند. این درد معمولاً در مدت ۵ تا ۱۰ روز از بین می رود ولی گاه تا چند هفته و یا بیشتر طول کشیده و حالت تحت حاد یا مزمن پیدا می کند.

کمر درد حاد انتشاری (سیاتیک حاد دیسکی): در سنین بعد از ۳۰ سالگی با شیوع کمتر از لومباگوی حاد دیده می شود. این نوع هم در جریان بلند کردن بار سنگین یا فعالیت شدید بدنی ایجاد می شود. درد از کمر شروع شده و در مسیر یکی از ریشه های عصبی L5 یا S1، در یکی از دو اندام تحتانی انتشار می یابد. در تعدادی از بیماران سابقه قبلی حملات لومباگوی حاد وجود دارد. در موارد خفیف، درد در تمام مسیر عصب انتشار نیافته و ممکن است تا حدود زانو متوقف شود، ولی در موارد شدیدتر تمام مسیر عصب دردناک خواهد بود.

در صورت درگیری ریشه ای عصب L5 (دیسک L4-L5) درد از ناحیه سرین به قسمت خلفی خارجی ران و ساق پا انتشار یافته، از جلوی قوزک خارجی بطور مورب از روی پا به طرف انگشت اول (شست) انتشار می یابد.

درد ناشی از ریشه S1 (دیسک S1-L5) از ناحیه سرین به قسمت خلفی ران، سپس قسمت خلفی ساق پا انتشار یافته و بعد به خلف پاشنه پا رسیده، از پشت قوزک خارجی در ناحیه خارجی کف پا تا انگشت پنجم انتشار می یابد.

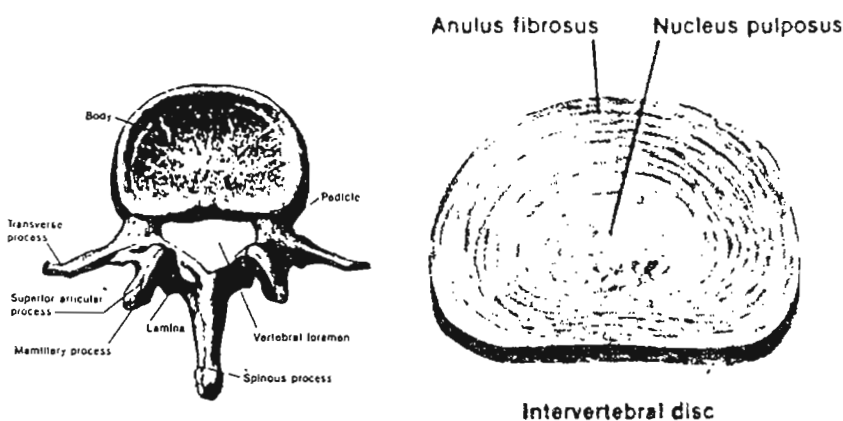
در معاینه کلینیکی باید موارد زیر مورد توجه قرار گیرد:

الف: معاینه مهره ها: بیمار وضعیت ضددرد بخود می گیرد، لوردوز طبیعی از بین رفته و محدودیت حرکات مهره ها در تمام جهات وجود دارد. اسپاسم عضلات پاراورتبرال در لمس قابل درک است. وقتی بیمار را روی شکم بخوابانیم و در حدود ۲-۳ سانتی متر از خط وسط کمر در اطراف مهره ها (در محل گرفتاری) فشار وارد کنیم، درد در مسیر عصب گرفتار انتشار می یابد (علامت زنگ اخبار).

تشخیص بیماری نمی باشد. اقدامات آزمایشگاهی و رادیوگرافی ها وقتی ارزش پیدا می کنند که به علل ثانویه مثل نئوپلاسم، عفونت ها، آنومالی های ستون فقرات و مسائلی از این قبیل مشکوک باشیم. در اینگونه موارد آزمایشاتی مثل CBC، سدیماتاسیون، کامل ادرار، رایت و کومبس رایت،

ب: معاینه اندام تحتانی: مهمترین علامت تست لازک حقیقی مثبت است: بیمار در حالت طاقباز خوابیده، با بلند کردن اندام تحتانی در طرف گرفتار (در حالتی که زانو خم نباشد) درد در مسیر عصب ایجاد خواهد شد.

در مواردی که هرنی دیسک وسیع و شدید باشد، اختلالات حسی بصورت هیپوستزی و یا دیس استزی در مسیر عصب ایجاد می شود و گاه گرفتاری حرکتی عصب وجود دارد که در هنگام معاینه در صورتیکه ریشه (L4-L5) درگیر باشد بیمار قادر نخواهد بود روی پاشنه پا راه برود و در صورت درگیری ریشه S1 (دیسک L5-S1) راه رفتن روی پنجه پا دچار اشکال خواهد شد.



(شکل ۳)

کاهش قدرت انگشت اول (شست) به طرف بالا (Dorsiflexion) نیز نشانه درگیری عصب L5 و کاهش رفلکس آشیل نشانه درگیری S1 می باشد. همانطور که ملاحظه می کنیم با یک معاینه دقیق می توان حتی محل دیسک هر نیه و ریشه عصبی گرفتار را مشخص نمود. البته سیاتیکهای دیسکی همواره به یک فرم ظاهر نمی کند بلکه بسته به شدت و ضعف ضایعه، فرم های هیپراکزیک با درد بسیار شدید، دو طرفه (ندرتاً)، پارالیزانت (همراه با اختلالات حرکتی و اسفتکتری شدید) نیز ممکن است دیده شود که هر یک برخورد خاصی را می طلبد.

در هنگام برخورد با سیاتیکهای دیسکی همیشه باید به فکر علل ثانویه (اگرچه نادرند) بود، بخصوص در مواقیکه انتشار درد دو طرفه است، دردها شبانه بوده، با استراحت تشدید شوند و شروع درد ارتباطی با فعالیت سنگین بدنی نداشته باشد. بخصوص در سیاتیک افراد مسن باید به فکر علل ثانویه مثل اسپوندیلولیسستزیس، اسپوندیلودیسیت های عفونی، آرتروزهای آپوفیزر خلفی، متاستازها و ... باشیم.

تشخیص:

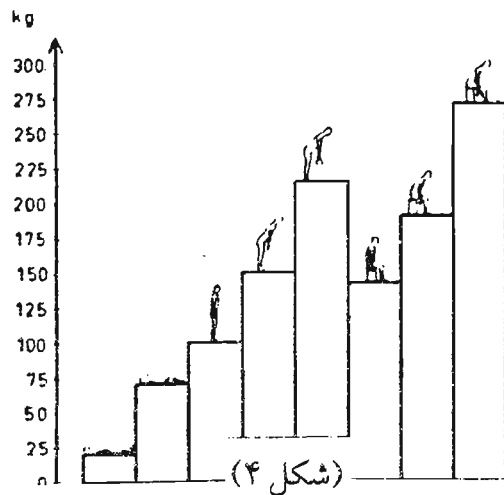
همانطور که در بالا اشاره شد، با یک معاینه دقیق می توان نوع، محل عصب درگیر، وسعت و شدت ضایعه را مشخص نمود و به این ترتیب نیاز به هیچگونه اقدام پاراکلینیکی در

ویدال، تست مانتو و ... بر حسب ظن بالینی کمک کننده خواهند بود.

- در رادیوگرافی ساده کمر که به روش Posteroanterior (PA) در حالت ایستاده و نیمرخ، با آمادگی کامل باید انجام شود، یافته های زیر مورد توجه قرار می گیرد:

- ۱- گشادی یکطرفه دیسکی: Bailement
- ۲- کاهش فاصله بین مهره ای: Pincement
- ۳- مشخص شدن ضایعات عفونی که بصورت درگیری دیسک و دو مهره مجاور آن است: Spondylodisitis
- ۴- توجه به آنومالی های ستون فقرات
- ۵- وجود ضایعات متاستاتیک که معمولاً بدون آسیب دیسک، موجب تخریب حجم مهره می شوند. در مواردی که علیرغم اقدامات فوق هنوز تشخیص قطعی داده نشده می توان از رادیوگرافی دینامیک (در حال حرکت به طرفین کمر) استفاده

کرد. در صورتیکه به علل ثانویه مشکوک هستیم، مهمترین وسیله تشخیص بعدی MRI می باشد. البته این وسیله در تشخیص هر نی دیسکال با موارد مثبت کاذب زیادی همراه است. لیکن در تشخیص ضایعات ثانویه، بخصوص در نسوج نرم بسیار کمک کننده خواهد بود. با وجود یک معاینه بالینی دقیق، رادیوگرافی های استاندارد و MRI، امروزه نیاز به استفاده از روشهای تهاجمی مثل میلوگرافی، دیسکوگرافی و ... که با عوارض جانبی زیادی نیز همراه هستند، وجود ندارد و موارد استفاده از این روشها روز بروز محدودتر می شود.



۳- عوامل روحی و روانی نقش نسبی در سیر بهبودی بیماری دارند
 ۴- التهاب ایجاد شده در محل آسیب، به عنوان یک عامل در ایجاد علائم سیاتیکهای دیسکی، قابل توجه می باشد.
 بر این اساس درمان را به دو مرحله تقسیم می کنند:
 الف: درمان در مرحله حاد

بیماری

ب: درمان پیشگیری از عود بیماری
 الف: درمان در مرحله حاد بیماری:

۱- استراحت، پایه تمام درمانهای پیشنهادی است، چراکه بدینوسیله فشار از روی نوکلئوس هرنیه شده برداشته می شود و اجازه بازگشت آن به محل اصلی و ترمیم پارگی داده می شود. دوره استراحت، بسته به شدت ضایعه و اینکه درد رادیولوژیک باشد یا خیر، بطور متوسط بین ۳ روز (در لومبالژی حاد) تا دو هفته (در رادیکولالژی حاد سیاتیک) متفاوت است. البته در برخی موارد زمانهای بیشتری نیاز خواهد بود. در مورد نحوه استراحت نیز، پزشک معالج، بسته به شدت و وسعت ضایعه تصمیم خواهد گرفت.

در موارد شدید استراحت کاملاً مطلق بوده و حتی نباید اجازه نشستن به بیمار داده شود و بیمار تمام کارهای ضروری خود را در حالت خوابیده انجام می دهد. استفاده از بستر سفت و خوابیدن در وضعیتی که خود بیمار حداکثر احساس راحتی را می نماید، مناسب ترین فرم خواهد بود. اکثر بیماران در حالت خوابیده به پهلو یا طاقباز با زانوی خم کمترین احساس درد را دارند.

۲- درمانهای دارویی: با رعایت استراحت، استفاده از داروهای ضد درد کمتر مورد دارد. لیکن داروهای ضدالتهابی استروئیدی و غیراستروئیدی در بهبود التهاب ایجاد شده در محل پارگی آنولوس و اطراف ریشه اعصاب کمک کننده هستند و به همین دلیل در تسریع ترمیم پارگی و برداشتن فشار از روی ریشه عصب مفید خواهند بود. استروئیدها با مکانیسم های

درمان

وقتی به تاریخچه کمر درد رجوع می کنیم، از زمانهای بسیار قدیم تا به امروز، با انواع درمانهای مختلف مواجه می شویم که عبارتند از:
 - درمانهای دارویی موضعی و سیستمیک (خوراکی یا تزریقی)
 - انواع درمانهای فیزیکی به روش سنتی اعم از ماساژها و ورزشهای مختلف
 - انواع درمانهای فیزیکی نوین شامل ترموتراپی، استفاده از جریانهای الکتریکی و کایروتراپی
 - استراحت مطلق یا نسبی
 - روشهای از بین بردن دیسک بوسیله جراحی، تزریق مواد شیمیایی و در سالهای اخیر لیزر.
 اگرچه هنوز یک درمان مؤثر که بتوان آنرا بطور قطع به عنوان مؤثرترین روش معرفی کرد و با مطالعات کنترل شده اثبات نمود، وجود ندارد. لیکن با استناد به آنچه از مجموعه مقالات و تجربیات و بر اساس پاتوفیزیولوژی فتق دیسک بدست می آید روش درمانی زیر پیشنهاد شده است:
 اساس این درمان بر پایه های زیر استوار است:
 ۱- سیاتیکهای دیسکی بسته به شدت و ضعف خود، تمایل به بهبودی خود بخود و با زگشت دیسک هرنیه به محل اولیه در طول زمان دارند.
 ۲- سیاتیکهای دیسکی تمایل به عود دارند.

استفاده کرد و در صورت عدم پاسخ به فکر جراحی بود.
 ۴- روشهای متفرقه: سایر متدهای درمانی در مرحله حاد مانند استفاده از کرستهای کمربندی، انواع مانیپولاسیونها و کششهای مختلف، طب سوزنی، درمانهای فیزیکی مثل ترموتراپی و استفاده از جریانهای الکتریکی از راه پوست، فاقد هرگونه ارزش علمی بوده و در برخی موارد می تواند سبب تشدید ضایعه شود.

ب: درمان پیشگیری از عود بیماری

این درمانها بعد از سپری شدن مرحله حاد و از بین رفتن درد، به منظور عمانعت از عود فتق دیسک بکار می رود و عبارتند از:

۱- آموزش نحوه زندگی: بیمار باید روشهایی را بیاموزد که کمترین فشار را در هنگام فعالیتهای روزمره زندگی، بر دیسک وارد می آورد. از جمله وضعیت صحیح ستون فقرات در هنگام نشستن، برخاستن، ایستادن، بلند کردن اشیاء، مطالعه، رانندگی و ...

۲- کاهش وزن تا رسیدن به وزن مناسب

۳- حذف ریسک فاکتورهایی مانند سیگار

۴- حرکت درمانی: تقویت عضلات پاراوتربرال موجب می شود تا میزان کمتری از فشارهای وارده به ستون فقرات به دیسک منتقل شود.

۵- حمایت های روحی - روانی با استفاده از دارو درمانی و غیره: بدلیل افسردگی ناشی از عود مکرر بیماری و دردهایی که زندگی بیمار را مختل می سازد، این حمایت ها در بهبود وضعیت عمومی بیماران و ایجاد میل به زندگی موفق، بسیار مؤثر بوده، موارد عود را کاهش خواهند داد. امروزه در کشورهای پیشرفته و در سالهای اخیر در کشور عزیز ما ایران برنامه های آموزشی تحت عنوان Back school مورد اجرا قرار گرفته است. در این برنامه ها بیماران با شرکت در کلاسهای آموزشی، ضمن اینکه بطور خلاصه با آناتومی ستون فقرات و پاتوفیزیولوژی فتق دیسکی به زبان ساده آشنا می شوند، آموزشهای لازم جهت نحوه زندگی کردن و ورزشهای مفید ستون فقرات را بصورت تئوری و عملی فرا می گیرند. نتایج بدست آمده از این برنامه ها در پیشگیری از عود کمر دردهای دیسکی رضایت بخش بوده و آنرا به عنوان یکی از پایه های اساسی درمان و پیشگیری مطرح ساخته است.

و به همین دلیل در تسریع ترمیم پارگی و برداشتن فشار از روی ریشه عصب مفید خواهند بود. استروئیدها با مکانیسم های مختلف اثرات بهتری نسبت به NSAIDs داشته اند و با توجه به اینکه بصورت کوتاه مدت استفاده می شوند، عوارض جانبی چندانی نخواهند داشت. لذا پردنیزولون خوراکی به میزان ۱۵ میلی گرم روزانه در دوزهای منقسم بکار می رود. با برداشتن فشار از روی دیسک و استراحت، درد و متعاقب آن اسپاسم عضلانی، معمولاً از بین می رود و نیازی به استفاده از داروهای شل کننده عضلات نمی باشد. با این حال دیازپام در حدود ۳۰ میلی گرم روزانه در دوزهای منقسم به منظور اثرات خواب آور و آرام بخش آن و در درجات بعدی به عنوان یک شل کننده عضلانی توصیه می شود. تأکید بر استفاده از ترکیبات دیگری که صرفاً اثر شل کننده عضلانی دارد مثل روباکسین و ... پایه علمی ندارد.

نکته قابل اهمیت اینکه استفاده از داروهای ضدالتهابی و دیازپام فقط در طول دوره استراحت در بستر توصیه می شود، زیرا در غیر این صورت با از بین بردن درد و اسپاسم عضلانی، که در حقیقت مکانیسم های دفاعی بدن در مقابل حرکات زیاد است، باعث وارد آمدن فشارهای بیش از حد به دیسک آسیب دیده می شود و ضایعه تشدید می گردد.

۳- از بین بردن نوکلئوس هر نیه شده: یکی از باورهای غلط که متأسفانه هنوز رواج دارد، استفاده بی مورد از جراحی در رادیکولالژی های سیاتیک است. همانطور که گفته شد با استفاده از روشهای طبی و استراحت، در بیش از ۹۵٪ موارد دیسک هر نیه به محل اصلی خود بازمی گردد و نیازی به عمل جراحی نخواهد بود. مطالعات انجام شده نیز نتیجه درمانهای طبی و جراحی را یکسان نشان داده است. لذا امروزه استفاده از جراحی، حتی علیرغم پیدایش علائم نورولوژیک مثل از بین رفتن رفکلس آشیل و یا اختلالات حرکتی مختصر و سیاتیک های پارالیزانت، در مرحله اول توصیه نمی شود و تنها اندیکاسیون جراحی، که کمتر از ۵٪ موارد را شامل می شود، در مواردی است که علیرغم رعایت دستورات طبی و استراحت مطلق علائم بیماری پیشرفت واضح داشته باشد و یا مواردی که با سندرم دم اسب یا تنگی های شدید کانال نخاعی همراه باشد. حتی در اینگونه موارد نیز برخی معتقدند که در درجه اول باید از روشهای نوکلئولیز شیمیائی یا بوسیله اشعه لیزر

منابع:

- ۱- دکتر اکبریان م. ، فیزیوپاتولوژی کمردردهای دیسکی و رادیکولالژی سیاتیک: خلاصه مقالات چهارمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران. تهران اردیبهشت ۱۳۷۲ .
- ۲- Kelsey, J, L and white A. A. Epidemiology and impact of low back pain. spine 5:133 1980.
- ۳- Wood, P.H.N: Epidemiology of back pain. In Jayson, M. (ed): The lumbar spine and Back pain, London, Sector publishing Ltd., 1976.
- ۴- David G. Borenstein, Sam. Wiesel, Scottd. Boden: Low Back pain medical diagnosis and comprehensive managment, Us; W.B saunders, co 1995.
- ۵- دکتر ناجی ع. ، علائم بالینی کمردردهای دیسکی و رادیکولالژی سیاتیک: خلاصه مقالات چهارمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران. تهران. اردیبهشت ۱۳۷۲ .
- ۶- F. Davatchi; Neck back pain, Clinical evaluation of Treatment modalities, proceeding of 2nd APLAR symposium on the therapy of Rheumatic Diseases, kualalumpur, malaysia, 1994.
- ۷- دکتر غریب دوست ف. ، وسایل تشخیصی دستگاههای آزمایشگاهی در کمردردهای دیسکی و رادیکولالژی سیاتیک، خلاصه مقالات چهارمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران. تهران اردیبهشت ۷۲
- ۸- دکتر شهرام ف. ، درمان کمردردهای دیسکی و رادیکولالژی سیاتیک، خلاصه مقالات چهارمین کنگره جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، تهران، اردیبهشت ۷۲.

پرسشهای مربوط به مقاله بازآموزی کمردرد

- ۱- علل التهابی چند درصد علل کمردرد را تشکیل می دهند:
 - الف - حدود ۴۰ درصد ب - حدود ۲۵ درصد ج - حدود ۵ درصد د- حدود ۹۵ درصد
- ۲- در رفتگی (فتق) دیسک مهره های کمری بیشتر از کدام قسمت است و چرا؟:
 - الف: در ناحیه قدامی بدلیل ضعف لیگامان طولی قدامی ب: در ناحیه خلفی بدلیل ضعف لیگامان زرد
 - ج: در ناحیه خلفی بدلیل ضعف لیگامان طولی خلفی د: در ناحیه قدامی بدلیل ضعف لیگامان آنتروآپوفیزر
- ۳- کدامیک از جملات زیر صحیح است
 - الف: بیشترین فشار وارده بر دیسک L5-S1 ، وقتی است که فرد در حالت نشسته روی صندلی بخواهد جسمی را هر چند سبک از روی زمین بردارد.
 - ب: بیشترین فشار وارده بر دیسک L5-S1 ، وقتی است که فرد از حالت خوابیده به ایستاده می رود.
 - ج: کمترین فشار وارده بر دیسک در حالت خم شده به جلو است.
 - د: هر سه.
- ۴- کدامیک از عوامل زیر در دژنرسانس دیسک اثر کمتری دارد:
 - الف: شغل ب: سیگار ج: جنس د: اختلالات مادرزادی یا اکتسابی ستون فقرات
- ۵- کدام جمله صحیح است:
 - الف: فتق دیسکی، مهاجرت آنولوس فیبروزوس در داخل نوکلئوس پولپوزوس است.
 - ب: فتق دیسکی، مهاجرت آنولوس فیبروزوس در فضای خارج ستون فقرات است.
 - ج: فتق دیسکی، جابجا شدن مهره فوقانی بر روی مهره تحتانی است.
 - د: هیچکدام

۶- شایعترین محل فتق دیسکی کدام است:

الف) L4-L5 (ب) L2-L3 (ج) L1-L2 (د) S1-S2

۷- فرد ۴۵ ساله ای با درد کمر با انتشار به پای چپ مراجعه کرده است. در هنگام معاینه وضعیت ضددرد به طرف راست دارد، محدودیت حرکات کمر در تمام جهات وجود دارد، علامت زنگ اخبار مثبت و تست لاسک چپ در ۷۰ درجه، درد انتشاری در قسمت خلفی خارجی ران تا روی پا ایجاد کرده است و قدرت انگشت اول پای چپ نسبت به راست کمتر می باشد و رفلکس آشیل دو طرف یکسان است. تشخیص شما چیست:

الف: هرنی دیسک L5-S1 ب: هرنی دیسک L4-L5 ج: هرنی دیسک L2-L3 د: هرنی دیسک L3-L4

۸- در فردی که با درد کمر با انتشار به پای راست مراجعه کرده است، کدامیک از روشهای زیر را به عنوان اولین اقدام تشخیصی توصیه می کنید:

الف - رادیوگرافی رخ و نیمرخ ستون فقرات کمری به روش ایستاده PA ب: رادیوگرافی دینامیک ستون فقرات کمری
ج: MRI د: هیچکدام

۹- مهمترین اقدام درمانی در سیاتیکهای حاد است:

الف: استراحت ب: داروهای ضدالتهابی استروئیدی و غیراستروئیدی ج: جراحی د: نوکلئولیز

۱۰- امروزه مؤثرترین روش در پیشگیری از عود سیاتیکهای دیسکی کدام است:

الف: جراحی ب: حمایت های روحی - روانی ج: ورزش د: Back school

۱۱- در کدامیک از موارد زیر عمل جراحی دیسک را پیشنهاد می کنید

الف: سیاتیکهای هیپراکریک (با درد شدید) ب: سیاتیکهای پارالیزانت ج: سندرم دم اسب د: هیچکدام

۱۲- فرد جوانی با دردهای مزمن در ناحیه لومبر (کمری) مراجعه کرده است. در معاینه، حرکات ستون فقرات کمری طبیعی است و اختلال حسی و حرکتی ندارد. در رادیوگرافی ستون فقرات روی جسم مهره L4 یک دانسیته گرد دیده می شود. چه اقدامی را توصیه می کنید:

الف: استراحت بمدت ۳ روز همراه با داروهای ضدالتهاب به مقدار لازم

ب: استراحت بمدت یک هفته همراه با دیازپام و داروهای ضدالتهاب

ج: توصیه به انجام MRI

د: هیچکدام

۱۳- کدام در مورد اسپوندیلودیسیت صحیح است

الف: عفونت دیسک و دو مهره مجاور آن ب: جابجایی مهره فوقانی روی مهره تحتانی

ج: گرفتاری جسم مهره و دیسک بین مهره ای در جریان متاستاز د: فتق دیسک با علامت انتشاری دو طرفه

۱۴- کدام جمله در مورد دیسک بین مهره ای صحیح نیست.

الف: وظیفه دیسک بالا بردن تحمل ستون فقرات در برابر فشار است.

ب: هر چه در ستون فقرات به طرف پایین برویم، فشار وارده بر دیسک بیشتر می شود.

ج: ۷۵٪ فشار وارده بر دیسک بر قسمت محیطی آنولوس و ۲۵٪ بر نوکلئوس مرکزی وارد می شود.

د: نوکلئوس نسبت به آنولوس آب، سلول و شفافیت بیشتری دارد.

۱۵- سن شایع فتق دیسکی کدام است:

الف: ۱۵-۲۵ سالگی ب: ۴۰-۶۰ سالگی ج: ۶۵-۸۵ سالگی د: هیچکدام