

رویکرد صحیح به بیمار مبتلا به کمردرد

Correct Approach to the Patient with Low Back Pain

Farzad Omid Kashani; MD
E-mail: omidif@mums.ac.ir

نویسنده مسئول:
دکتر فرزاد امید کاشانی

متخصص ارتوپدی، فوق تخصص جراحی ستون فقرات، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیمارستان امام رضا (ع)، مشهد، ایران



مقدمه

عبارتند از مصرف سیگار، افزایش سن (تا ۵۵ سال)، افراد لاغر، قد بلند، نشستن طولانی (رانندگی، خیاطی، قالیبافی، و...)، کار بدنی سنگین، کارگران استفاده کننده از دستگاههای ارتعاشی، بلند کردن مکرر وزنه‌های سنگین (بیش از ۲۰ کیلوگرم) و استفاده از تکنیک های ناصحیح در بلند کردن اجسام (استفاده از کمر به جای زانو در هنگام بلند کردن اجسام سنگین) (شکل ۱). اما در مقابل نیز اقداماتی وجود دارد که می‌توانیم به کمک آنها کمتر دچار کمردرد شویم. دو اقدام پیشگیرانه مهم برای جلوگیری از ابتلا به کمردرد عبارت است از: ۱. تناسب اندام داشته باشید. سعی کنید شاخص توده بدنی خود را در حد ۲۰ تا ۲۵ نگهدارید. ۲. به طور منظم ورزش کنید. برای این کار لازم است حداقل ۲ تا ۳ بار در هفته و هر بار به مدت حداقل یک ساعت ورزش کنید.

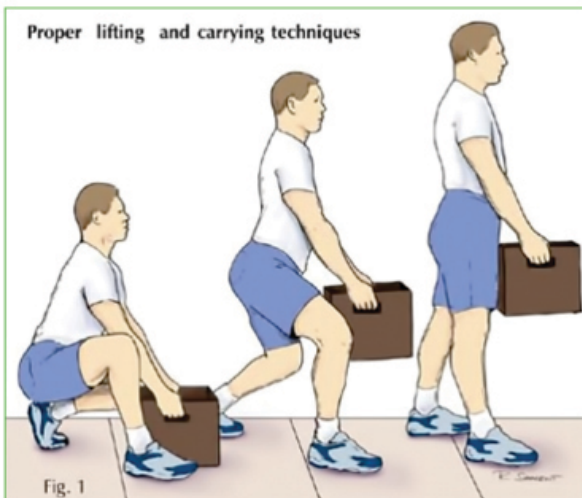
درمان: درد بسیار شدید است ولی خطرناک نیست. معمولاً برای ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول، سرد کردن محل ضایعه (به عنوان مثال با کمی یخ که درون پلاستیک فریزری قرار داده ایم) و ماساژ نسبت به درمان با

درد برخی آمار، کمردرد دومین علت شایع مراجعه بیماران به پزشک بعد از بیماری های تنفسی (مانند سرماخوردگی) است و در واقع شایعترین علت ناتوانی و درخواست مرخصی از محل کار در افراد کمتر از ۴۵ سال می‌باشد. خوشبختانه کمردرد در ۹۰٪ موارد در عرض ۶ هفته و بدون نیاز به استفاده از هر روش درمانی خودبخود بهبود می‌یابد.^۱ آگاهی از اصول برخورد مناسب با بیمار مبتلا به کمردرد برای پرهیز از ترسندگی و یا اطمینان دادن بی مورد به بیمار، از وظایف اصلی هر پزشک می‌باشد. برای سهولت کار می‌توان کمردرد را به سه دسته کلی (کمردرد ساده یا گرفتگی، کمردرد در زمینه هرنی دیسکال کمری، و سایر موارد) تقسیم نمود.

کمردرد ساده یا گرفتگی عضلانی (Back strain)

شایعترین علت کمردرد می‌باشد و در بسیاری از موارد ممکن است حتی بدون علت نیز رخ دهد. گاهی یک چرخش نابجا و یا بلند کردن جسمی سنگین باعث ایجاد آن می‌شود. در ناحیه ستون فقرات کمری، عضلات و رباط‌های فراوانی وجود دارند که کشیدگی هر کدام از آنها می‌تواند باعث این درد گردد. درد معمولاً بسیار شدید است و با بعضی از حرکات ستون فقرات بدتر و با استراحت بهتر می‌شود. ممکن است درد به خلف رانها نیز انتشار یابد ولی معمولاً به پایین تر از زانو ها نمی‌رسد. از مشخصات دیگر این نوع کمر درد، عدم وجود علائم عصبی (مانند ضعف عضلانی، پارستزی و یا اختلال در رفلکس های تاندونی عمقی) است و اختلال اسفنکتری در این نوع کمر درد رخ نمی‌دهد. بعضی از بیماران این درد را به درد ناشی از برق گرفتگی شباهت می‌دهند.

وضعیت مراجعه بیمار ممکن است متفاوت باشد و این وضعیت به محل کشیدگی عضلانی یا لیگامانی مرتبط است. به عنوان مثال اگر عضلات پاراورتبرال چپ دچار اسپاسم عضلانی شده باشند معمولاً بیمار خود را راست نگه می‌دارد و به سمت عضلات درگیر (سمت چپ) خم می‌شود تا از فشار بیشتر بر روی این عضلات جلوگیری نماید. این نوع کمردرد ممکن است در افراد سالم و ورزشکار نیز به تعداد ۲ تا ۳ بار در سال رخ دهد و بروز آن الزاماً دلیل معیوب بودن کمر یا نقص زمینه ای آن نمی‌باشد. اما در بعضی از افراد این نوع کمردرد شایع تر است. فاکتورهای خطر همراه با بروز بیشتر این نوع کمردرد



تصویر ۱. نحوه صحیح بلند کردن اجسام سنگین. باید برای برداشتن اشیای سنگین آنها را تا حد ممکن به مرکز ثقل خود نزدیک کنیم و برای بلند کردن آنها به جای آنکه از ناحیه کمری خم شویم باید بیشتر از زانوی خود کمک بگیریم.

دادن آن، درد به یکباره به اندام تحتانی یک طرف انتشار می یابد و بعد از این، درد پا مشکل اصلی بیمار می شود و از شدت درد کمربند میزان قابل توجهی کاسته می شود. درد معمولاً تا زیر زانو انتشار می یابد (سیاتیکا) و ممکن است با علائم حسی (گزگز و مورمور در ناحیه انگشتان پا)، حرکتی (ضعف در قدرت عضلات)، و یا اختلالات رفلکسی تاندونی نیز همراه باشد. در موارد هرنی های وسیع دیسک کمربند احتمال بروز سندرم دم اسب نیز وجود دارد.

تشخیص هرنی دیسکال کمری بالینی است. بیماری که درد کمربند داشته است و مدتی است که درد تا نواحی دیستال اندام تحتانی یک طرف انتشار می یابد و همراه با علائم رادیکولار باشد (پارستزی، ضعف عضلانی یا اختلال رفلکس تاندونی) مبتلا به سیاتیکا شده است. شایعترین علت سیاتیکا (درد و شکایت در مسیر عصب سیاتیک) هرنی دیسکال کمری است البته به یاد داشته باشیم که در موارد نادری (۵ تا ۱۰٪ موارد) ممکن است علت سیاتیکا، موارد غیر دیسکی (Non-discogenic sciatica) باشد که از این موارد می توان به تومورهای مهره، کیست سینویال مفصل فاست، تروما و ... اشاره نمود. در معاینه بالینی، غیر از تست SLR (بالا بردن اندام تحتانی و بروز درد در مسیر عصب سیاتیک) انجام دو تست مهم دیگر نیز برای این بیماران ضروری است که به تعیین محل هرنی دیسک نیز کمک می کند: ۱. بررسی رفلکس مچ پا (Achilles tendon reflex): فقدان این رفلکس نشانه درگیری ریشه عصبی S1 است که معمولاً در هرنی دیسکال کمری L5-S1 مشاهده می شود (شکل ۲). ۲. ضعف در اکستنسیون شست پا (Big Toe Extension; BTE) که نشانه درگیری ریشه عصبی L5 است و معمولاً در هرنی دیسکال کمری L5-L4 مشاهده می شود (شکل ۳). بنابراین با معاینه ساده بیمار به راحتی می توان محل هرنی دیسکال



تصویر ۲. نحوه صحیح ارزیابی رفلکس تاندونی مچ پا برای بررسی سلامت ریشه عصبی S1

گرما مؤثرتر است.^۲ می توان از داروهای شل کننده عضلانی مانند متوکاربامول (روباکسین)، داروهای ضد درد سیستمیک یا موضعی نیز استفاده نمود. درد به تدریج و نه ناگهانی بهبود خواهد یافت هرچند در مواردی ممکن است چند هفته نیز به طول انجامد. استراحت در چند روز اول به بهبود سریعتر این نوع کمردرد کمک می کند ولی استراحت طولانی تر باعث بهبود دیرتر بیماران خواهد شد و برای همین نیز توصیه نمی شود. بنابراین بهتر است به بیماران گوشزد کرد که با کمتر شدن شدت درد، به تدریج فعالیت های روزمره از سر گرفته شود ولی فعالیت های شدید ورزشی ممکن است لازم شود تا چند هفته به تأخیر افتد. لازم به توجه است که به بیمار اطمینان ۱۰۰٪ راجع به بهبود دردش ندهید. در مواردی هرنی دیسکال کمری و ندرتاً اختلالات مهم دیگر ستون فقرات کمری نیز در ابتدا چنین تظاهراتی دیده می شود. بنابراین به بیمار در مورد احتمال بروز علائم جدید هشدار دهید و ذکر نمایید که در صورت عدم بهبود درد در طی چند هفته آینده یا انتشار درد به نواحی دیستال تر اندام تحتانی، بروز گزگز و مورمور در انگشتان پا، احساس ضعف عضلانی، شدیدتر شدن درد پا نسبت به کمر و یا بروز اختلالات در دفع ادرار یا مدفوع حتماً دوباره مراجعه نماید.

در اینجا ذکر این نکته لازم است که کمردردهای عضلانی حاد نیاز به هیچ گونه اقدامات پاراکلینیک مانند آزمایش خون، رادیولوژی، و یا MRI ندارد. مواردی که در زمینه کمردرد، بیمار نیاز به بررسی تصویربرداری (Imaging) دارد محدود به موارد زیر است:

۱. کمردردی که بیشتر از یک ماه به طول بینجامد، ۲. سابقه تروما (لازم به ذکر است شدت ترومای قابل توجه برای هر فرد با فرد دیگر متفاوت است. یک خانم مسن سرنشین خودرو ممکن است در اثر عبور خودرو از روی سرعت گیر خیابان نیز دچار شکستگی مهره شود در حالی که برای بروز شکستگی در یک مرد جوان، سقوط از ارتفاع ۵ متری ممکن است لازم باشد)، ۳. بیماران با سابقه استئوپروز، استفاده از داروهای ایمنونوساپرسیو (کموترابی، کورتیکوتراپی و ...)، عفونت، معتادین تزریق وریدی، تب و عفونت ادراری، ۴. وجود بیماری زمینه ای قابل توجه (دیابت، بیماری های تیروئیدی، بدخیمی)، ۵. کاهش وزن توجیه نشده، ۶. درد شبانه مستمر، ۷. وجود کمردرد در دو انتهای طیف سنی (سن زیر ۲۰ سال و بالای ۷۰ سال). وجود کمردرد در اطفال را جدی تر بگیرد. احتمال آنکه علت زمینه ای برای کمردرد در یک طفل وجود داشته باشد بیشتر است. ۸. وجود علائم عصبی مانند سندرم دم اسب (این بیماری معمولاً در بیماران مبتلا به هرنی دیسکال کمری رخ می دهد و با تریاد آرفلکسی دوطرفه آشیل، آنستزی ناحیه کشاله ران دوطرفه، و اختلالات اسفنکتری شناخته می شود. ولی به یاد داشته باشیم که اولاً این تریاد تنها در ۵۰٪ موارد مشاهده می شود و ثانیاً اختلال ادراری آن معمولاً به صورت احتباس ادراری نه بی اختیاری ادراری است). در صورت بروز این سندرم بهتر است بیمار هرچه زودتر بررسی شده و تحت عمل جراحی قرار بگیرد، ۹. بیماری که به علت همان کمردرد، مجدداً به شما مراجعه کرده بهتر است بیشتر بررسی شود.

کمردرد در زمینه فتق دیسک بین مهره ای (Disc herniation)

اغلب بیماران مبتلا به کمردرد از این نوع کمردرد می ترسند، درحالی که این بیماری در اغلب موارد خوش خیم است و به جراحی منجر نمی شود. در این نوع بیماری، معمولاً بیمار مدتها از کمردرد شاکی بوده است و سپس در اثر بلند کردن جسمی سنگین یا هول

نشان می‌دهد و اکثر مقالات انجام آن را در بیمار مبتلا به کمردرد حاد مضر یا حتی ممنوع (کنتراندیکه) می‌دانند.^۲ زیرا این یافته‌ها تنها باعث نگرانی بیمار شده و در مواردی باعث اقدامات مداخله‌گرانه غیر ضروری می‌شود. نقش MRI در هرنی دیسکال کمری، تأیید تشخیص بالینی است؛ و در مواردی که بیمار به ۶ هفته درمان طبی اولیه پاسخ مناسب ندهد، اختلال عصبی وی تشدید شده باشد، درد مقاوم به درمان طبی اولیه داشته باشد و یا به سایر علل کمردرد (مانند تروما یا تومور یا ...) شک داشته باشیم، لازم است انجام شود.^۳ بسیار مهم است که یافته‌های بالینی با MRI تطابق داشته باشد. صرف پارستزی انگشتان با قدمت چند روزه درد، اندیکاسیون‌های مناسبی برای درخواست MRI نمی‌باشد. نکته مهم دیگر آنکه یافته‌های MRI نشان‌دهنده اندیکاسیون‌های جراحی دیسک کمر نیست. همانطور که ملاحظه شد اندیکاسیون‌های جراحی دیسک کمر بالینی است و در هیچ مقاله‌ای اندازه دیسک هر نیه شده، محل هرنی دیسک، نوع هرنی دیسک (دیسک sequestered در مقابل دیسک extruded) و یا وجود جابجایی مهره‌ای به تنهایی در فرد بالغ به عنوان اندیکاسیون جراحی معرفی نشده است و ترساندن بیمار از احتمال فلج شدن آینده وی صرفاً به علت مشاهده یک هرنی دیسکال بدون علامت در تصاویر MRI صحیح نیست.

به یاد داشته باشیم که درمان جراحی هرنی دیسکال، در مواردی که اندیکاسیون داشته باشد با نتایج بالینی خوبی همراه است و امروزه با برش‌های کوچک و در مواردی با استفاده از لیزر و با حداقل مدت بستری براحتی قابل انجام است. شایعترین عارضه این عمل جراحی، عود آن است که در مواردی حتی تا ۱۸٪ نیز گزارش شده است.

سایر علل کمردرد

غیر از دو مورد فوق، سایر علل کمردرد نادرترند و در اینجا فقط به صورت فهرست‌وار به آنها اشاره می‌شود. این دسته از کمردردها را میتوان به دو گروه کلی تقسیم کرد:

۱- بیماری‌های با منشأ ستون فقرات: مانند عفونتها (سل، اسپوندیلودیسکیت و ...)، بیماری‌های التهابی، تومور، تروما، تنگی‌های کانال نخاعی، اسپوندیلولیز، اسپوندیلولیستریس

۲- بیماری‌های با منشأ خارج از ستون فقرات: مانند اختلالات رتروپیتوتال (بیماری‌های پانکراس، کلیه یا دئودنوم)، بیماری‌های زنانگی، اختلالات پروستات، زونا

امید است با دانستن این نکات ساده و کاربردی در مورد کمردرد، بتوانیم برخورد علمی‌تری با بیماران مبتلا داشته باشیم و از درخواست رادیولوژی و MRIهای غیر ضروری، و در مواردی اعمال جراحی بی‌مورد، اجتناب نماییم و همان اقدامی را برای بیمار خود درخواست نماییم و انجام دهیم که اگر عزیزان و بستگان خودمان هم مبتلا شده بودند، همان اقدام را برایشان انجام می‌دادیم.



تصویر ۳. نحوه صحیح ارزیابی قدرت اکستنسور شست پا برای بررسی سلامت ریشه عصبی L5

کمری را نیز مشخص نمود و در ابتدای سیر بیماری نیازی به MRI نداریم و تنها در صورت اندیکاسیون باید MRI تهیه شود. در زمان شرح حال و معاینه حتماً سعی شود به پاتولوژی در مفصل هیپ (به عنوان یک علت لنگش و درد پا)، پارستزی دیابتیک (با طرح دستکش و جوراب) و اختلالات عروقی اندام به عنوان تشخیص‌های افتراقی مهم دقت شود.

جای خوشبختی است که ۹۰-۸۰٪ موارد هرنی دیسکال کمری خودبخود بهبود می‌یابند و برای همین نیز تمامی مؤلفین در برخورد اولیه با بیمار مبتلا به هرنی دیسکال کمری، ابتدا ۶ هفته درمان نگهدارنده را توصیه می‌کنند و معتقدند که پزشک نباید بیمار مبتلا به هرنی حاد دیسکال کمری را به طور اورژانس تحت عمل جراحی قرار دهد.^۱ حتی مقالات اخیر در مورد بروز سندرم دم اسب نیز نشان داده‌اند که جراحی اورژانس یا تأخیری تفاوت قابل توجهی در میزان بهبودی ندارند. بنابراین در بیمارانی که با علامت هرنی حاد دیسک کمری مراجعه می‌کنند و در معاینه از درد سیاتیک (Sciatalgia) شاکی هستند (SLR مثبت دارند)، ولی هنوز اختلال عصبی قابل توجهی ندارند، نیاز به مداخله جراحی ندارند، و درمان اولیه غیرجراحی است. پارستزی معیار مهمی برای جراحی نیست ولی اگر در معاینه برای بیمار، ضعف حرکتی قابل توجه رخ داده باشد بهتر است این بیمار تحت عمل جراحی دیسککتومی (به عنوان یک جراحی غیراورژانس) قرار بگیرد.

آنچه که امروزه در جامعه خود ملاحظه می‌کنیم درست بر خلاف این واقعیت است. بیماران با اولین علائم کمردرد و در همان ساعات اولیه به سراغ MRI می‌روند و در مواردی بر اساس همان یافته‌های آن تحت عمل جراحی نیز قرار می‌گیرند. MRI ستون فقرات کمری در افراد طبیعی و فاقد علائم بالینی در ۳۰٪ موارد یافته‌های پاتولوژیک

لطفاً به این مقاله از ۱ تا ۲۰ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۷۰۸

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۷۸۳۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۷۰۸-۲۰

References:

- Casey E. Natural history of radiculopathy. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2011; 22:1-5.
- Garra G, Singer AJ, Lenzo R, et al. Heat or cold packs for neck and back strain: a randomized controlled trial of efficacy. Acad Emerg Med. 2010;17:484-9.
- Lurie JD, Doman DM, Spratt KF, et al. Magnetic resonance

imaging interpretation in patients with symptomatic lumbar spine disc herniations: comparison of clinician and radiologist readings. Spine. 2009;34:701-5.

4. Pearson A, Lurie J, Tosteson T, et al. Who should have surgery for an intervertebral disc herniation? Comparative effectiveness evidence from the spine patient outcomes research trial. Spine. 2012;37:140-9.