

کمردرد و سیاتیک

دکتر شیما حتم‌خانی^۱، دکتر افشنین شیوا^۲، دکتر سارا نفیسی^۲

۱. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

۲. داروساز، دانشگاه گلاسگو انگلستان

به علتی تحت فشار قرار گرفته و این فشار موجب بروز عالیمی مانند درد، بی‌حسی، گزگز یا ضعف عضلانی در اندام مربوط به آن ریشه عصبی خاص می‌گردد. شایع‌ترین علت رادیکولوپاتی لومبوسакرال مشکل‌های ساختاری مانند فقط^۳ دیسک کمری یا تنگی دُزنازیتو نخاعی است که به انتهای اعصاب فشار وارد می‌شود.

درد رادیکولی که با عنوان سیاتیک یا سیاتیکا نیز شناخته می‌شود به صورت یک درد تیرکشنده، بی‌حسی، گزگز در محدوده عصب سیاتیک است که تا زیر زانو و قسمت‌های پشتی و کناری پا یا قوزک پا می‌رسد. تفاوت درد رادیکولی با درد ریفارال این است که در درد رادیکولی، درد به صورت مشخص در مسیر یک ریشه عصبی است. در حالی که در درد ریفارال ریشه عصبی تحت فشار نیست و درد کمر ممکن است در ناحیه باسن یا ران (بالای زانو) احساس شود. به علاوه در افرادی که درد ریفارال دارند، هرچه درد کمر بیشتر باشد درد ریفارال

■ مقدمه

مطالعه‌ها نشان می‌دهند که نزدیک به ۸۴ درصد از افراد بالغ در طول زندگی خود دچار کمر درد می‌شوند که اغلب خود به خود بهمود پیدا می‌کند. ولی در موارد اندکی نشانه‌ای از یک بیماری جدی زمینه‌ای است که نیاز به بررسی بیشتر دارد. طول مدت ابتلا به کمردرد می‌تواند به صورت حد (۴ هفته)، نیمه مزمن (۱۲ - ۴ هفته) و یا مزمن (بیشتر از ۱۲ هفته) باشد. واژه‌های متعددی برای توصیف دردهای کمری بر اساس یافته‌های رادیولوژیک (مانند اسپوندیلوز^۱، یافته‌های بدنی (رادیکولوپاتی)، و عالیم (سیاتیک) به کار گرفته می‌شود. اسپوندیلوز آرتربیت فرسایشی مفاصل بین تنہ ستون مهره‌ها است که در یافته‌های رادیولوژیکی باریک شدن فضای دیسک و آرتربیتی شدن مفصل مهره دیده می‌شود.

رادیکولوپاتی به شرایطی گفته می‌شود که در آن ریشه عصبی که در حال خارج شدن از نخاع است

■ درمان غیردارویی کمردرد حاد از آنجایی که اغلب افراد با کمردرد حاد به صورت خودبهخودی و بدون درمان خوب می‌شوند استفاده از درمان‌های غیردارویی و کمپرس گرم (با هدف کاهش اسپاسم عضلانی) توصیه می‌شود. از ماساژ، طب سوزنی یا کاردمانی^۳ (بر اساس ترجیح بیمار و هزینه می‌توان استفاده کرد. هریک از این روش‌ها ارجحیت بر دیگری ندارد ولی استراحت مطلق توصیه نمی‌شود.

فیزیوتراپی به صورت کلی توصیه نمی‌شود به جز بیمارانی که عامل خطر دارند مانند افرادی که کاهش عملکرد پیدا کرده‌اند یا مشکل‌های روانپزشکی دارند، اگرچه این مورد خیلی ثابت شده نیست.

سایر درمان‌هایی که اثربخشی آن‌ها ثابت نشده است:

نیز بیشتر است اما درد رادیکولی با درد کمر ارتباطی ندارد، به طوری که گاهی بیمار کمردرد خیلی خفیف دارد اما درد رادیکولی وی خیلی شدید است.

■ ارزیابی

در قدم اول باید تشخیص به درستی صورت گیرد. اقدامات تصویربرداری فقط در صورتی باید انجام شود که نتیجه آن بر روند درمان تأثیرگذار باشد. همیشه باید سایر علل زمینه‌ای پاتولوژیکی (مانند سرطان، عفونت، تروما، و یا بیماری‌های التهابی مثل اسپوندیلوآرتریت) که می‌توانند باعث درد کمر شوند) را نیز مد نظر قرار داد. بر اساس دستورالعمل نایس مؤسسه ملی سلامت و بهبود مراقبت آمریکا^۴ بهتر است وضعیت بیمار با استفاده از ابزاری مانند STarT Back ارزیابی شود (جدول ۱).

■ درمان کمردرد حاد

جدول ۱ - ابزار غربالگری STarT (طراحی شده توسط دانشگاه Keele)

برای سؤالات ۱ تا ۸ در صورت پاسخ مثبت نمره ۱ و در صورت پاسخ منفی نمره ۰ مفهوم صفر در نظر گرفته شود.

- ۱ - کمردرد من طی دو هفته گذشته پاها را نیز درگیر کرده است.
 - ۲ - طی ۲ هفته گذشته، درد در قسمت شانه یا گردن نیز وجود داشته است.
 - ۳ - بدليل کمردرد فقط فاصله کوتاهی راه می‌رفتم.
 - ۴ - در ۲ هفته گذشته، بهعلت کمردرد آرامتر از حد معمول لباس می‌پوشیدم.
 - ۵ - برای فردی که دارای شرایط مشابه من است، انجام فعالیت‌های فیزیکی اینم نیست.
 - ۶ - در اغلب اوقات افکار نگران کننده‌ای ذهن ما مشغول می‌کند.
 - ۷ - احساس می‌کنم که کمردرد من وحشت‌ناک است و هرگز بهتر نخواهد شد.
 - ۸ - به طور کلی تمام چیزهایی که قبلاً از آن‌ها لذت می‌بردم، برایم خوشابند نیست.
 - ۹ - در کل، کمردرد شما در ۲ هفته گذشته چقدر ناراحت‌کننده بوده است؟
- اصلًا (۰)، کمی (۰+)، متوسط (۰+)، زیاد (۱)، خیلی زیاد (۱+)
- امتیازبندی: خطر کم = نمره کل ۰ تا ۳، خطر بالا = نمره ۴ تا ۵ فقط از سؤالات ۵ تا ۹ بقیه امتیازات در محدوده خطر متوسط هستند.

نایپروکسین (۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی گرم ۲ بار در روز). در صورتی که بیمار منع برای مصرف NSAIDs داشت می‌توان از استامینوفن استفاده کرد اگرچه اثربخشی آن در این مورد کم است و به صورت کلی توصیه نمی‌شود. در صورت تجویز به دلیل خطر سمیت کبدی آن دقت شود که از مقدار مصرف کلی روزانه کمتر از ۲ گرم باشد.

■ خط دوم درمان

در صورتی که بیمار به درمان‌های خط اول مقاوم بود می‌توان داروی شل‌کننده عضلانی غیربنزوپرینی را به درمان قبلی (NSAIDs) یا استامینوفن) اضافه کرد. اگر بیمار منع مصرفی برای این داروها داشت ناچاراً می‌توان از ترکیب NSAIDs و استامینوفن با وجود شواهد اندک استفاده کرد. شل‌کننده‌های عضلانی غیربنزوپرینی عبارتند از: cyclobenzaprine, methocarbamol, carisoprodol, baclofen, chlorzoxazone, metaxalone, orphenadrine, and tizanidine. در حالت کلی مصرف شل‌کننده‌های عضلانی به دلیل اثرهای سداتیو و کاهش توانایی بیمار در کار کردن یا رانندگی به عنوان خط اول درمان توصیه نمی‌شوند. این خطر با افزایش سن بیشتر می‌شود. بنابراین، در سالمندان با احتیاط باید تجویز گردد. همچنین برای کاهش اثرهای سداتیو می‌توان از NSAID یا استامینوفن طی روز و از شل‌کننده عضلانی قبل از خواب استفاده کرد. دقت شود که از بنزوپرین‌ها به دلیل عدم اثربخشی در بهبود درد یا عملکرد و بتانسیل سوء مصرف نباید استفاده کرد خواب آوری و سرگیجه به دلیل تأثیر بر سیستم اعصاب مرکزی و اثرهای

❖ کمپرس سرد: هدف آن کاهش التهاب است ولی عملاً امکان انتقال سرما به بافت‌های زیرین پوست جهت کاهش التهاب وجود ندارد.

❖ تکنیک انرژی عضلانی: در این روش با گرفتن انقباضات کنترل شده از عضله بیمار برای درمان آن عضله یا عضله مقابله کمک گرفته شود هدف از انجام این تکنیک کاهش اسپاسم و گرفتگی عضله و کشش آن است به این صورت که ابتدا حرکت کششی را انجام داده تا به نقطه محدودیت برسد سپس در جهت عکس کشش انقباض عضلانی حداقلی را به صورت ایزومتریک انجام داده سپس ادامه حرکت کششی انجام می‌شود. ولی شواهدی مبنی بر اثربخشی این روش وجود ندارد.

❖ تراکشن وارد کردن نیروی کششی به قسمتی از بدن در امتداد یک خط

❖ کمریندهای طبی

❖ تغییر نوع تشک (اثر آن مطالعه نشده است)

❖ یوگا: تأثیر آن در کمردرد مزمن برسی شده و شواهدی برای اثربخشی در کمردرد حاد وجود ندارد.

❖ تزریق اطراف نخاع (اپیدورال، trigger point، تزریق در مفصل facet)

□ درمان داروبی کمردرد حاد

■ خط اول درمان

ضدالتهاب‌های غیراستروییدی خوراکی با توجه به تفاوت‌های آن‌ها در زمینه سمیت‌های گوارشی، کبدی، قلبی، کلیوی و عوامل خطر فردی مثل سن برای مدت کوتاه ۲ تا ۴ هفته‌ای تجویز شوند. مثلاً ایبوپروفن (۴۰۰ تا ۶۰۰ میلی گرم ۴ بار در روز) یا

بیمار بستگی دارد:

- ❖ درمان دارویی سیاتیک باید براساس گایدلاین NICE در مورد دردهای نوروپاتیکی بزرگسالان مانند گاباپنتین و استروپید اپیدورال صورت پذیرد.
- ❖ در بیمارانی که سیاتیک حاد و وخیم دارند، تزریق اپیدورال بی حس کننده‌های موضعی و استروپیدها انجام شود.
- ❖ زمانی که درمان‌های غیرجراحی در بهبود درد یا عملکرد موفق نباشند و یافته‌های رادیولوژیکی تأییدکننده علایم سیاتیک باشند، می‌توان از تکنیک کاهش فشار روی نخاع برای بیماران سیاتیکی بهره برد.
- وضعیت توده بدنی بیمار، مصرف سیگار، یا مشکل‌های روانی مانع برای ارجاع بیماران جهت مشاوره جراحی سیاتیک نمی‌باشد.

■ درمان‌های دیگر کمردرد

تکنیک Radiofrequency denervation
 (از بین بردن عصب توسط امواج رادیویی) در بیمارانی با کمر درد شدید لوکالیزه که منشا آن از ساختارهایی است که توسط اعصاب مدیال تغذیه می‌شوند، زمانی که سایر درمان‌های غیرجراحی برای آن‌ها مفید واقع نشده، مؤثر می‌باشد.

■ درمان رادیکولوپاتی حاد لومبوساکرال
 در نوع حاد رادیکولوپاتی لومبوساکرال هدف کاهش درد و یافتن علت زمینه‌ای است (الگوریتم ۱). در دردهای رادیکولوپاتی ناشی از بد خیمی و یا عفونت شروع سریع درمان ضروری است. در

آن‌تی کولینرژیکی شل کننده‌های عضلانی است که در سالمدان می‌تواند مشکل ساز باشد.

❖ شواهد اثربخشی اوپیوپیدها و ترامadol در کمردرد حاد اندک است بنابراین، برای موارد مقاوم یا وجود منع مصرف برای سایر داروها تجویز می‌شود. مدت مصرف اوپیوپیدها به ۳ تا ۷ روز و ترامadol به کمتر از ۲ هفته باید محدود شود. اوپیوپیدهای ضعیف (با یا بدون استامینوفن) معمولاً در کمردرد حاد در شرایطی که ضدالتهاب‌های غیراستروپیدی کنترالدیکه هستند، تحمل نمی‌شوند و یا بی‌تأثیر هستند. بنابراین، این داروها در کمردرد مزمن نباید تجویز شوند.

❖ سایر داروهایی که بدون اثر یا با اثربخشی محدود در کمردرد هستند، عبارتنداز: ضدافسردگی‌ها، گلوکورتیکوپیدهای سیستمیک، داروهای ضدتشنج، داروهای موضعی و درمان‌های گیاهی.

❖ آموزش به بیمار مهم‌ترین قسمت درمان است که باید شامل اطلاعاتی در مورد کمردرد، پرونگوز، ارزش کم آزمون‌های تشخیصی، توصیه‌های فعالیت بدنی و زمان مراجعته به پزشک باشد.

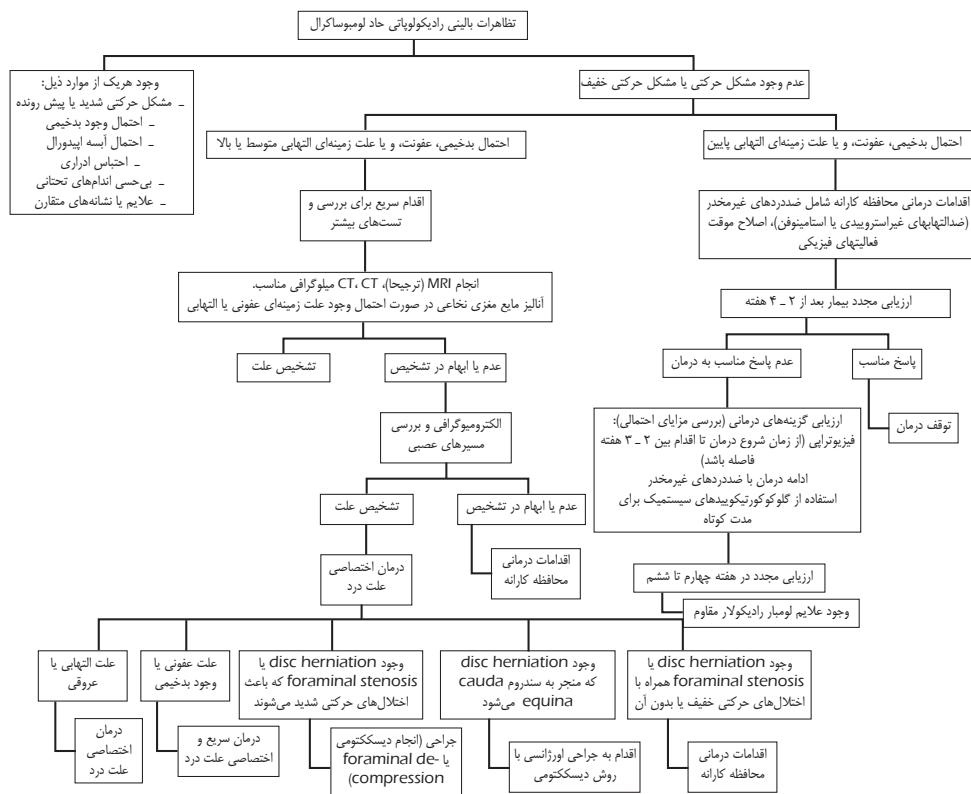
❖ در صورتی که وضعیت بیمار بعد از ۴ هفته بهبود پیدا نکرد حتماً باید بررسی‌های بیشتر صورت گیرد.

❖ ورزش می‌تواند در پیشگیری از بروز مجدد کمردرد تا حدی مؤثر باشد.

■ درمان‌های دیگر درد سیاتیک

در گیری مسیر عصب سیاتیک گزینه‌های دیگری را نیز به درمان‌های غیرتهاجمی فوق اضافه می‌کند. زمان و اولویت استفاده از این موارد به شرایط بالینی

الگوریتم ۱



❖ فیزیوتراپی اغلب برای بیمارانی که با عالیم مداوم ولی خفیف و متوسط دارند انجام می‌شود، اگرچه شواهد قانع کننده‌ای برای اثربخشی در این مورد وجود ندارد. فیزیوتراپی طی یک تا دو هفته اول توصیه نمی‌شود، زیرا بیمارانی که عالیم خفیف دارند به طور خودبه خودی بهبود می‌یابند و بیمارانی که عالیم بسیار شدید دارند هم نمی‌توانند در فعالیت‌های بدنی شرکت کنند.

❖ استفاده از داروهای مخدر برای کمردرد

رادیکولوپاتی ناشی از فتق دیسک کمری یا تنگی کanal نخاعی کمر^۵، درمان به صورت علامتی برای طی کردن دوره حاد انجام می‌شود.

در بیماران مبتلا به رادیکولوپاتی لومبوسکرال حاد و درد رادیکولار شدید ناشی از فتق یا تنگی کanal نخاعی مداخلات زیر می‌توانند مفید باشند:

❖ درمان کوتاه‌مدت با داروهای ضدالتهابی غیراسترویدی (NSAIDs) یا استامینوفن

❖ اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی محرک درد

دردنگ است هرچند احتمال بوجود خود به خودی
بیمار نیز بالا می‌باشد.

زیرنویس

1. Spondylosis
2. Disc Herniation
3. National Institute for Health and Care Excellence - NICE
4. Manual therapy
5. Foraminal Stenosis
6. Discectomy

منابع

1. Christopher L Knight. MDRichard A Deyo. MD. MPHThomas O Staiger. MDJoyce E Wipf. MD. Treatment of acute low back pain, Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA, <http://www.uptodate.com> (Accessed on March 14, 2018.)
2. Kerry Levin. MD Philip S Hsu. MDCarmel Armon. MD. MHS. Acute lumbosacral radiculopathy: Treatment and prognosis, Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA, <http://www.uptodate.com> (Accessed on March 14, 2018.)
3. Bernstein IA, Malik O, Carville S, Ward S. Low back pain and sciatica: summary of NICE guidance. Br Med J 2017; 356:i6748.

حاد با توجه به کمبود شواهد باید براساس قضاویت بالینی صورت گیرد. تجویز این داروها در بیمارانی که کمردرد شدید دارند و به سایر خنده‌ها پاسخ نداده‌اند پیشنهاد می‌شود که در این صورت باید طبق یک برنامه ثابت و تنها برای مدت زمان محدود استفاده شوند.

❖ در بیمارانی که رادیکولوپاتی لومبوسакرال حاد بادرد شدید رادیکولار مداوم و مقاوم به درمان‌های غیرمخدّر و فعالیت‌های فیزیکی دارند می‌توان از گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک یا اپیدورال استفاده کرد. با این حال، اثربخشی این داروها در هر دو روش تجویز گذرا و نسبتاً کم می‌باشد.

❖ بیمارانی که درد مداوم رادیکولار لومبار آن‌ها به حدی است که عملکرد آن‌ها را مختل نموده و نیازمند جراحی می‌باشند روش دیسکتومی باز یا میکرودیسکتومی گزینه‌های مناسبی می‌باشند. رادیکولوپاتی لومبوساقرال حاد ناشی از فتق دیسک کمری یا تنگی کانال نخاعی غالباً بسیار