

کمر درد و سیاتیک

دکتر شیمما حتم‌خانی^۱، دکتر افشین شیوا^۱، دکتر سارا نفیسی^۲

۱. گروه داروسازی بالینی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه
۲. داروساز، دانشگاه گلاسگو انگلستان

■ مقدمه

مطالعه‌ها نشان می‌دهند که نزدیک به ۸۴ درصد از افراد بالغ در طول زندگی خود دچار کمر درد می‌شوند که اغلب خود به‌خود بهبود 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 به‌صورت حاد (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 علائم (سیاتیک) به‌کار گرفته می‌شود. اسپوندیلوز آرتريت فرسایشی مفاصل بین تنه ستون مهره‌ها است که در یافته‌های رادیولوژیکی باریک شدن فضای دیسک و آرتزیتی شدن مفصل مهره دیده می‌شود.

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

به‌علتی تحت فشار قرار گرفته و این فشار موجب بروز علایمی مانند درد، بی‌حسی، گزگز یا ضعف عضلانی در اندام مربوط به آن ریشه عصبی خاص می‌گردد. شایع‌ترین علت رادیکولوپاتی لومبوساکرال مشکل‌های ساختاری مانند فتق^۲ دیسک کمری یا تنگی دژنراتیو نخاعی است که به انتهای اعصاب فشار وارد می‌شود.

درد رادیکولی که با عنوان سیاتیک یا سیاتیکا نیز شناخته می‌شود به‌صورت 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 ریفرال این است که در درد رادیکولی، درد به‌صورت مشخص در مسیر یک ریشه عصبی است. در حالی که در درد ریفرال 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 ریفرال دارند، هرچه درد کمر بیشتر باشد درد ریفرال

□ **درمان غیردارویی کمردرد حاد**
 از آن جایی 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 کاردرمانی^۴ (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 خفیفی 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^۲ 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 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 - به دلیل کمردرد فقط فاصله کوتاهی راه می‌رفتم.
- ۴ - در ۲ هفته گذشته، به علت کمردرد آرام‌تر از حد معمول لباس می‌پوشیدم.
- ۵ - برای فردی که دارای شرایط مشابه من است، انجام فعالیت‌های فیزیکی ایمن نیست.
- ۶ - در اغلب اوقات افکار نگران‌کننده‌ای ذهن مرا 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 خوشایند نیست.
- ۹ - در کل، کمردرد شما در ۲ هفته گذشته چقدر ناراحت‌کننده بوده است؟
 اصلاً (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.

❖ **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 مقابلش 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

❖ کمربندهای طبی

❖ تغییر نوع تشک (اثر آن مطالعه نشده است)

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

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

□ **درمان دارویی کمردرد حاد**

■ **خط اول درمان**

ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی 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 میلی‌گرم ۴ بار در روز) یا

ناپروکسن (۲۵۰ تا ۵۰۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز). در صورتی که بیمار منعی 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 غیربنزودیازپینی 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 غیربنزودیازپینی 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 به‌عنوان خط اول درمان توصیه نمی‌شوند. این خطر با افزایش سن بیشتر می‌شود. بنابراین، در سالمندان با احتیاط باید تجویز گردند. 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 بنزودیازپین‌ها 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

آنتی‌کولینرژیکی شل‌کننده‌های عضلانی است که در سالمندان می‌تواند مشکل ساز باشد.

✧ شواهد اثربخشی اوپیوئیدها و ترامادول در کمردرد حاد اندک است بنابراین، برای موارد مقاوم یا وجود منع مصرف برای سایر داروها تجویز می‌شود. مدت مصرف اوپیوئیدها به ۳ تا ۷ روز و ترامادول به کمتر از ۲ هفته باید محدود شود. اوپیوئیدهای ضعیف (با بدون استامینوفن) معمولاً در کمردرد حاد در شرایطی که ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی کنترل‌اندیکه 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، عبارتند از: ضدافسردگی‌ها، گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک، داروهای ضدتشنج، داروهای موضعی و درمان‌های گیاهی.

✧ آموزش به بیمار مهم‌ترین قسمت درمان است که باید شامل اطلاعاتی در مورد کمردرد، پروگنوز، ارزش کم‌آزمون‌های تشخیصی، توصیه‌های فعالیت بدنی و زمان مراجعه 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

درگیری مسیر عصب سیاتیک گزینه‌های دیگری را نیز به درمان‌های غیرتهاجمی فوق‌اضافه می‌کند. زمان و اولویت استفاده از این موارد به شرایط بالینی

بیمار بستگی دارد:

✧ درمان دارویی سیاتیک باید براساس گایدلاین NICE در مورد دردهای نوروپاتیکی بزرگسالان مانند گاباپنتین و استروئید اپیدورال صورت پذیرد.

✧ در بیمارانی که سیاتیک حاد و وخیم دارند، تزریق اپیدورال بی‌حس‌کننده‌های موضعی و استروئیدها انجام شود.

✧ زمانی که درمان‌های غیرجراحی در بهبود درد یا عملکرد موفق نباشند و یافته‌های رادیولوژیکی تأییدکننده علائم سیاتیک باشند، می‌توان از تکنیک کاهش فشار روی نخاع برای بیمارانی سیاتیکی بهره برد.

وضعیت توده بدنی بیمار، مصرف سیگار، یا مشکل‌های روانی مانعی برای ارجاع بیمارانی جهت مشاوره جراحی سیاتیک نمی‌باشند.

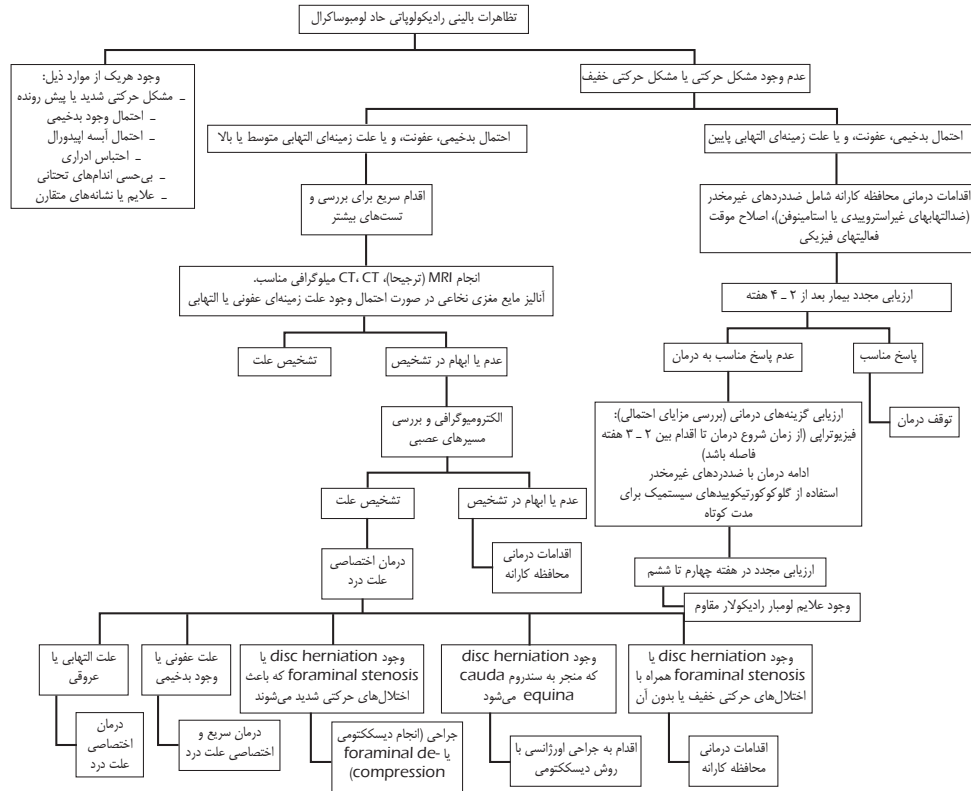
■ درمان‌های دیگر کمردرد

تکنیک Radiofrequency denervation (از بین بردن عصب توسط امواج رادیویی) در بیمارانی با کمردرد شدید لوکالیزه که منشأ 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 بدخیمی و یا عفونت شروع سریع درمان ضروری است. در

الگوریتم ۱



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

❖ استفاده از داروهای مخدر برای کمردرد

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

در بیماران مبتلا به رادیکولوپاتی لومبوساکرال حاد و درد رادیکولوز شدید ناشی از فتق یا تنگی کانال نخاعی مداخلات زیر می‌توانند مفید باشند:

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

❖ اجتناب از فعالیت‌های فیزیکی محرک درد

دردناک است هرچند احتمال بهبود خودبه‌خودی 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. MD Richard A Deyo. MD. MPH Thomas O Staiger. MD Joyce 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. MD Carmel 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 قضاوت بالینی صورت گیرد. تجویز این داروها در بیمارانی که کمردرد شدید دارند و به سایر ضددردها 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 لومبوساکرال حاد با درد شدید رادیکولار مداوم و مقاوم به درمان‌های غیرمخدر 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 میکرو دیسکتومی گزینه‌های مناسبی می‌باشند. رادیکولوپاتی لومبوساکرال حاد ناشی از فتق دیسک کمری یا تنگی کانال نخاعی غالباً بسیار