

ارزیابی و اصول درمان

کمردرد مزمن

ترجمه: دکتر رضا غلامی خوجین

کمردرد مزمن، مشکلی شایع در مراقبت‌های اولیه است. شرح حال و معاینه فیزیکی باید بیمار را در یکی از گروه‌های زیر قرار دهد:

- ۱- کمردرد غیراختصاصی، ۲- کمردرد ناشی از رادیکولوپاتی یا تنگی کانال نخاع، ۳- کمردرد ارجاعی ناشی از منشا غیرنخاعی یا ۴- کمردرد ناشی از سایر علل مشخص نخاعی. در بیمارانی که کمردرد ناشی از رادیکولوپاتی، تنگی کانال نخاعی یا سایر علل مشخص نخاعی دارند، تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) یا سی تی اسکن می‌تواند

تشخیص را تایید و درمان را هدایت کند. رادیوگرافی مهره‌های کمری را باید در بیماران مبتلا به درد غیراختصاصی حداقل به مدت ۲-۱ ماه به تعویق انداخت چرا که شواهدی از بهبود پیامدها وجود ندارد. استامینوفن و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی داروهای خط اول برای کمردرد مزمن هستند. ترامادول، اپیوئیدها و سایر داروهای کمکی ممکن است برای بیمارانی که به داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی پاسخ نمی‌دهند، سودمند باشند. طب سوزنی، ورزش، برنامه‌های باز توانی

چند تخصصی، ماساژ، رفتاردرمانی و دستکاری (manipulation) ستون فقرات در برخی شرایط بالینی موثر هستند. بیماران دچار علائم ریشه عصب (radicular) ممکن است از تزریق اپی‌دورال استروئید سود ببرند اما مطالعات نتایج متفاوتی به همراه داشته‌اند. اغلب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن از جراحی سود نمی‌برند. ارزیابی جراحی را می‌توان برای برخی بیماران مبتلا به ناتوانی‌های کارکردی یا درد مقاوم علیرغم درمان‌های غیرجراحی متعدد در نظر گرفت.

اغلب پزشکان مراقبت‌های اولیه می‌توانند انتظار داشته باشند که حداقل هر هفته یک بیمار مبتلا به کمردرد ببینند. حملات حاد کمردرد معمولاً خودمحدود شونده هستند. بیماران مبتلا به درد پایدار یا نوسان‌کننده که بیش از ۳ ماه طول بکشد، دچار کمردرد مزمن تعریف می‌شوند. بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بیشتر احتمال دارد که برای دردشان به یک پزشک خانواده مراجعه کنند (۶۵/۰٪) تا به ارتوپد (۵۵/۹٪)، متخصص طب فیزیکی (۵۰/۵٪) و کایروپراکتور (۴۶/۷٪). اثر اقتصادی کمردرد مزمن ناشی از طولانی شدن افت کارکرد است که به کاهش بهره‌وری کاری، هزینه‌های درمان و هزینه‌های مربوط به ناتوانی می‌انجامد. تخمین این هزینه‌ها سالانه ۹۰/۶-۱۲/۲ میلیارد دلار است.

ارزیابی

ارزیابی اولیه (شامل شرح حال و معاینه فیزیکی) بیماران مبتلا به کمردرد مزمن باید در راستای قرار دادن بیماران در یکی از گروه‌های زیر باشد:

- ۱- کمردرد غیراختصاصی، ۲- کمردرد ناشی از رادیکولوپاتی یا تنگی کانال نخاعی، ۳- کمردرد ارجاعی از منشا غیرنخاعی یا ۴- کمردرد ناشی از سایر علل مشخص نخاعی (جدول ۱). در بیمارانی که کمردرد ناشی از رادیکولوپاتی، تنگی کانال نخاعی یا سایر علل مشخص نخاعی دارند، تصویربرداری با تشدید مغناطیسی (MRI) یا سی تی اسکن می‌تواند تشخیص را تایید و درمان را هدایت کند.

شرح حال پزشکی باید شامل پرسش درباره استئوپروز، استئوآرتریت و سرطان و مرور تمامی بررسی‌های تصویربرداری قبلی است. بررسی دستگاه‌های بدن باید بر تب توجه نشده، کاهش وزن، خشکی صبحگاهی، علائم ژئیکولوژیک و مشکلات ادراری و گوارشی متمرکز

تصویربرداری کاربرد محدودی دارد چراکه اغلب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، یافته‌های غیراختصاصی در تصویربرداری دارند و بیماران بدون علامت هم اغلب یافته‌های غیرطبیعی دارند.

ارزیابی و بررسی آزمایشگاهی شامل سرعت رسوب گویچه سرخ، شمارش کامل سلول‌های خونی و پروتئین واکنشی C را باید هنگامی مدنظر داشت که علائم هشدار دال بر احتمال وجود یک بیماری زمینه‌ای وخیم وجود داشته باشد (جدول ۲). آزمایش ادرار

بین گزینه‌های درمان دارویی، استامینوفن به دلیل ایمنی خوب، درمان خط اول است.

مسایل روانی - اجتماعی نقش مهمی در تعیین نوع درمان بیماران مبتلا به کمردرد مزمن بازی می‌کنند. یک مطالعه مشخص کرد که بیماران مبتلا به کمردرد مزمن که دچار کاهش احساس کنترل بر زندگی، اختلال خلق، خودکم‌بینی، سطح بالای اضطراب و اختلالات سلامت

روان هستند و مشکلات خود را بغرنج‌تر می‌کنند، کمتر احتمال دارد که به خوبی به درمان‌هایی نظیر تزریق اپی‌دورال استروئید پاسخ دهند. «علایم هشدار زرد»، عوامل خطر روانی - اجتماعی برای ناتوانی درازمدت هستند (جدول ۳). ارزیابی مشکلات روانی - اجتماعی و «علایم هشدار زرد» در شناسایی بیماران دارای پیش‌آگهی بد سودمند هستند.

درمان اصول کلی

اهداف درمان کمردرد مزمن اغلب در طی زمان تغییر می‌کند و از قصد اولیه برای علاج، تبدیل به بهبود درد و کارکرد می‌شود. بیماران اغلب توقعات غیرواقع‌گرایانه مبنی بر بهبود کامل درد و بازگشت کامل به سطح قبلی فعالیت دارند. اغلب شکاف بزرگی میان میزان التیام درد مورد توقع بیمار و حداقل درصد بهبودی که ارزش درمان را داشته باشد، وجود دارد. ثبت اهداف و توقعات و بررسی مجدد آنها در ویزیت‌های پیگیری می‌تواند سودمند باشد. بیماران باید اطلاعاتی در مورد گزینه‌های موثر مراقبت از خود دریافت کنند و باید به آنها توصیه شود که فعال بمانند (چرا که عضلاتی که تحرک ندارند، می‌توانند نهایتاً بیش از حد حساس به درد شوند). ارزیابی پاسخ به درمان باید بر بهبود درد، خلق و کارکرد متمرکز باشد. درمان باید با حداکثر دوز توصیه شده داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) و استامینوفن و در پی آن داروهای کمکی شروع شود. درمان‌های غیردارویی در برخی شرایط بالینی موثر هستند و می‌توان آنها را در هر زمانی به برنامه درمانی اضافه کرد. برای آنهایی که ناتوانی‌های شدید کارکردی، علایم ریشه عصب یا درد مقاوم دارند، ارجاع برای تزریق اپی‌دورال استروئید یا ارزیابی جراحی می‌تواند معقول باشد (شکل ۱).

گزینه‌های درمان دارویی

استامینوفن به دلیل ایمنی خوب، درمان خط اول است. NSAIDها تسکین درد مشابهی ایجاد می‌کنند اما عوارض جانبی گوارشی و عروق کلیوی قابل توجهی دارند. گروه‌های مختلفی از NSAIDها وجود دارند و اگر با یک گروه نتیجه حاصل نشود، داروهای گروه‌های دیگر را می‌توان پیش از قطع همه آنها با هم امتحان کرد (جدول ۴). ترامادول، اپیوئیدها و سایر داروهای کمکی می‌توانند برای برخی بیماران که به NSAIDها پاسخ نمی‌دهند، مفید باشند.

ترامادول داروی مسکنی است که به طور ضعیف خاصیت اپیوئیدی و مهارکنندگی برداشت سروتونین - نوراپی‌نفرین^(۱) (SNRI) دارد. مطالعات

جدول ۱. تشخیص‌های افتراقی کمردرد مزمن

غیراختصاصی یا ایدیوپاتیک (>۷۰٪)	درد ارجاعی (۲٪)	غیرمکانیکی (۱٪)
پیچ‌خوردگی (sprain) یا کشیدگی (strain) مهره‌های کمری	آنورسم آنورت	نئوپلازی
مکانیکی (۲۷٪)	بیماری‌های اعضای لگن	میلوم مولتیپل
فرایندهای دژنراتیو دیسک‌ها و رویه‌های مفصلی	پروستاتیت	کارسینوم متاستاتیک
فتق دیسک	آندومتریوز	لنفوم و لوسمی
شکستگی استئوپروتیک*	بیماری‌های التهابی مزمن لگن	تومورهای طناب نخاعی
تنگی کانال نخاعی	بیماری‌های گوارشی	تومورهای خلف صفاق
شکستگی تروماتیک*	پانکراتیت	تومورهای اولیه مهره
بیماری مادرزادی	کله سیسیت	آرتریت‌های التهابی، اغلب مرتبط با آنتی‌ژن لکوستی انسانی-B۲۷
کیفوز شدید	زخم نافذ	اسپوندیلیت آنکیلوزان
اسکولوز شدید	بیماری‌های کلیه	اسپوندیلیت پسوریاتیک
مهره‌های انتقالی	سنگ کلیه	نشانگان رایتر
اسپوندیلوز	پیلونفریت*	بیماری‌های التهابی روده
پارگی داخلی دیسک یا درد با منشا دیسک	آبسه پری‌نفریک*	عفونت‌ها*
ناپایداری احتمالی		استئومیلیت
		دیسکیت عفونی
		آبسه مجاور نخاع
		آبسه اپی‌دورال
		زونا
		بیماری شوثرمن (استئوکندروز)
		بیماری پاژه استخوان

*وضعیت‌هایی را نشان می‌دهد که بیشتر به صورت کمردرد حاد بروز می‌کنند.

می‌تواند هنگامی سودمند باشد که به عفونت مجاری ادرار مشکوک باشیم و سطح آلکالن فسفاتاز و کلسیم می‌تواند به تشخیص بیماری‌هایی همچون بیماری پاژه استخوان که متابولیسم استخوان را تحت تاثیر قرار می‌دهند، کمک کند؛ البته این آزمون‌ها در همه بیماران مبتلا به کمردرد مزمن لازم نیستند.

تصویربرداری کاربرد محدودی دارد چراکه اغلب بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، یافته‌های غیراختصاصی در تصویربرداری دارند و بیماران بدون علامت هم اغلب یافته‌های غیرطبیعی دارند. تصویربرداری اولیه با MRI که روش ارجح بررسی است یا سی‌تی اسکن تنها در بیمارانی توصیه می‌شود که علایم هشدار بیماری‌های وخیم یا سریعاً پیش‌رونده را دارند (جدول ۲) یا دچار علایم ریشه عصب هستند که پس از شش هفته خودبخود بهبود پیدا نکرده است. تصویربرداری از جمله رادیوگرافی مهره‌های کمری را باید در بیماران دچار درد غیراختصاصی و فاقد علایم هشدار بیماری‌های وخیم حداقل ۲-۱ ماه به تعویق انداخت چرا که شواهدی از بهبود پیامدها وجود ندارد.

1. serotonin- norepinephrine reuptake inhibitor

جدول ۲. علایم هشدار نشانگر علل وخیم کمردرد مزمن و راهبردهای ارزیابی آنها

راهبرد ارزیابی			تشخیص احتمالی				یافته
MRI	رادیوگرافی ساده	/CBC/ESR سطح CRP	عفونت	سرطان	شکستگی	نشانگان دم اسب	
۲	۱	*۱		×	×		سن بالاتر از ۵۰ سال
۱	۱	۱	×				تب، لرز، عفونت اخیر مجاری ادرار یا پوست، زخم نافذ نزدیک مهره‌ها
۲	۱				×		ترومای قابل ملاحظه
۲	۱	*۱	×	×			درد شبانه بی‌امان یا درد در هنگام استراحت
۱E				×		×	نقص حرکتی یا حسی پیشرونده
۱E						×	بی‌حسی زینی، سیاتیک یا ضعف اندام تحتانی دوطرفه، اشکال در ادرار کردن، بی‌اختیاری مدفوع
۲	۱	*۱		×			کاهش وزن غیرقابل توجیه
۲	۱	*۱		×			سابقه سرطان یا ظن بالا به سرطان فعلی
۲	۱				×		سابقه استئوپروز
۲	۱	۱	×				سرکوب ایمنی
۲	۱	۱	×		×		مصرف مزمن استروئید خوراکی
۲	۱	۱	×		×		مصرف داروهای وریدی
۲	۱	۱	×		×		سوء مصرف مواد
۲(یا غیرضروری)	۱	*۱	×	×	×		عدم بهبود ۶ هفته پس از درمان محافظه کارانه

نکته: علایم هشدار نمایانگر احتمال وجود یک وضعیت زمینه‌ای وخیم هستند.

۱: ارزیابی رده اول در اغلب شرایط؛ ۲: ارزیابی پیگیرانه؛ CBC: شمارش کامل سلول‌های خونی؛ CRP: پروتئین واکنشی C: E: ارزیابی اورژانسی لازم است؛ ESR: سرعت رسوب گویچه‌های سرخ؛ MRI: تصویربرداری با تشدید مغناطیسی.

*آنتی‌ژن اختصاصی پروستات ممکن است در مردان مشکوک به سرطان لازم باشد.

نشان‌دهنده بهبود کوتاه‌مدت درد و کارکرد است اما داده‌های درازمدتی وجود ندارد. به دلیل خاصیت اپیویدی، ترامادول را در کل نباید در بیماران به کار برد که در حال بهبود از اعتیاد به موادمخدر هستند. عوارض جانبی شامل خواب‌آلودگی، بی‌هوشی و تهوع است.

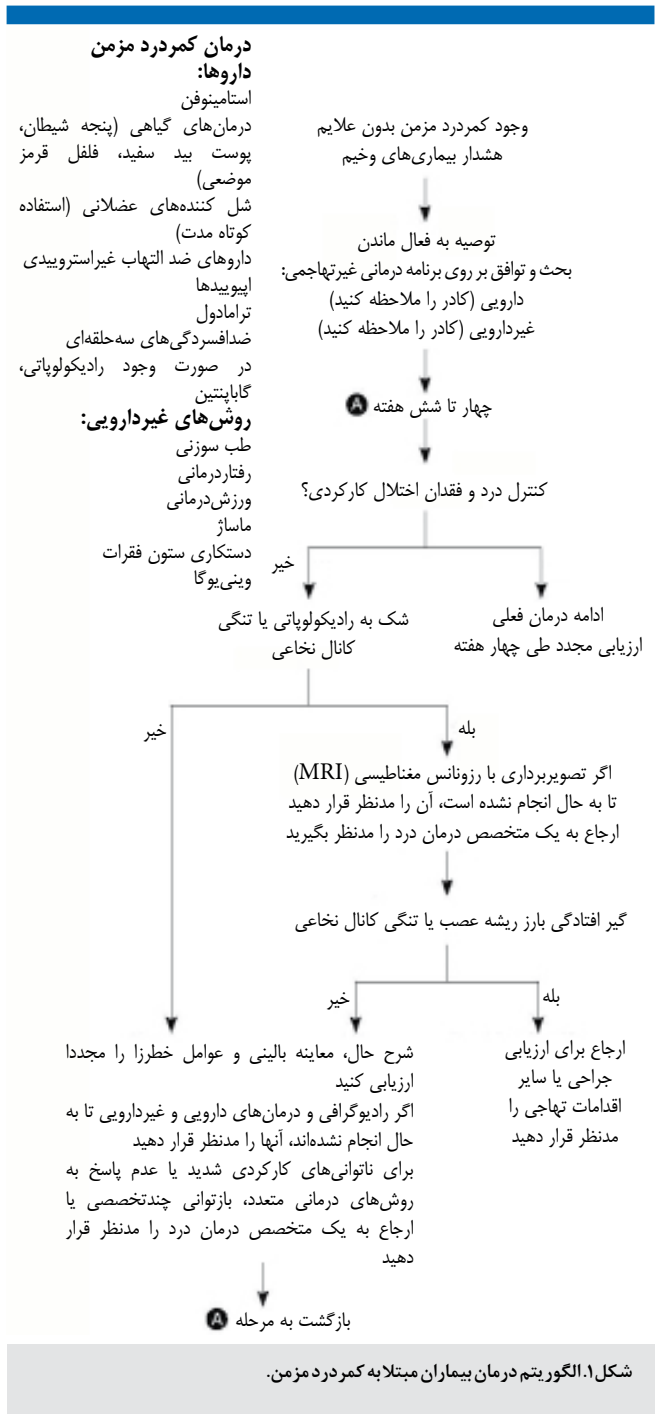
همه داروهای شل‌کننده عضلانی بهبود کوتاه مدت مشابهی از نظر درد و کارکرد ایجاد می‌کنند اما شواهدی برای حمایت از استفاده طولانی مدت از آنها در کمردرد مزمن وجود ندارد. آرام‌بخشی (sedation)، عارضه جانبی شایعی است و مصرف مزمن بنزودیازپین‌ها و کاریسوپرودول خطر وابستگی را به همراه دارد.

یک مرور کارکرین در سال ۲۰۰۶ مشخص کرد که برخی داروهای گیاهی در کارآزمایی‌های تصادفی شده کوتاه‌مدت موثر بوده‌اند اما داده‌های درازمدت در مورد بی‌خطری آنها وجود ندارد. به نظر می‌رسد هارپاگفتوم پروکومبسن (پنجه شیطان) با دوز ۵۰ میلی گرم روزانه، سالیکس آلبا (پوست بید سفید، منبع اسید سالیسیلیک) با دوز ۲۴۰ میلی گرم روزانه و چسب کاپسیکوم فروتسنس (فلفل قرمز) با مصرف موضعی روزانه، در کاهش کمردرد مزمن بهتر از دارونما باشند. مطالعات محدودی نشان داده‌اند که پنجه شیطان و پوست بید سفید به اندازه NSAIDها موثر به نظر می‌رسند.

جدول ۳. «علایم هشدار زرد» روانی - اجتماعی که پیش‌بینی کننده ناتوانی درازمدت در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن هستند

خلق
اضطراب، افسردگی، احساس بی‌هوشی، تحریک‌پذیری
رفتار
روش‌های انطباقی مضر، اختلال خواب به علت درد، نگرش منفعلانه نسبت به درمان، دست کشیدن از فعالیت‌ها
باورها
فکر کردن «به بدترین‌ها» یا اینکه درد، مضر یا غیرقابل کنترل است یا اینکه باید از بین برود (پیش از بازگشت به فعالیت یا کار)
اجتماعی
سابقه سوء استفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی یا سوءمصرف مواد، فقدان حمایت، سن بالاتر، خانواده‌های بیش از حد حمایتی
شغلی
انتظار اینکه درد با کار یا فعالیت افزایش خواهد یافت، در انتظار دادرسی بودن، مشکل داشتن در ارتباط با جایگزین کاری یا اقامه دعوی، ناراضی شغلی، محیط شغلی غیرحمایتی

مصرف اپیوئیدها می‌تواند منجر به تحمل، هیپرالژزی (افزایش واکنش درد به محرک‌های مضر) و آلودینی (افزایش واکنش درد به محرک‌های بی‌ضرر) شود. ترکیب تحمل و هیپرالژزی می‌تواند اثربخشی اپیوئیدها را در طول زمان کاهش دهد. یکی از چالش‌های درمان کمردرد مزمن، افتراق میان ایجاد تحمل (تولرانس)، هیپرالژزی ناشی از اپیوئیدها و پیشرفت خود بیماری است. هیپرالژزی شامل افزایش درد علی‌رغم افزایش درمان با اپیوئیدها، انتشار وسیع‌تر درد و بیش از منطقه قبلی توزیع درد و تغییر بارز آستانه یا میزان تحمل درد است. در این شرایط، باید دوز اپیوئیدها کاهش داده شود یا اینکه همه داروهای بیمار کلاً قطع شود.



توصیه‌های کلیدی برای طبابت	
درجه‌بندی شواهد	توصیه بالینی
A	استامینوفن و NSAIDها داروهای خط اول برای کمردرد مزمن هستند.
C	روش‌های تصویربرداری همچون رادیوگرافی مهره‌های کمر باید در بیماران دچار کمردرد غیراختصاصی بدون علائم هشدار بیماری‌های وخیم حداقل ۲-۱ ماه به تعویق بیفتند.
B	ارزیابی مشکلات روانی - اجتماعی و «علائم هشدار زرد» در تشخیص بیماران مبتلا به کمردرد مزمن که پیش‌آگهی بدی دارند، سودمند است.
گزینه‌های درمان	
سودمند	
A	داروهای مسکن (استامینوفن، ترامادول)
A	NSAIDها
A	طب سوزنی
A	بازتوانی چندتخصصی
احتمالاً سودمند	
B	داروهای گیاهی (پنجه شیطان، پوست بید سفید، فلفل قرمز موضعی)
B	ضداسفردگی‌های سه‌حلقه‌ای
B	ورزش‌درمانی
B	رفتاردرمانی
B	ماساژ
B	دستکاری فقرات کمری
لزوم سبک و سنگین کردن سود و زیان	
B	شل‌کننده‌های عضلانی (استفاده کوتاه‌مدت)
B	اپیوئیدها
داده‌های ناکافی یا متناقض	
C	داروهای ضدسرع (گاباپنتین) برای علائم ریشه عصب
C	وینی‌یوگا
C	درمان با لیزر سطح پایین
C	محافظ کمر
C	پرولولترابی
C	دیاترمی با موج کوتاه
C	کشش
C	تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست
C	امواج ماورای صوت
C	تزریق ای‌دورال استروئید

NSAID: داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی
A: شواهد بیمارمحور قطعی با کیفیت مطلوب؛ B: شواهد بیمارمحور غیرقطعی یا با کیفیت محدود؛
C: اجماع، شواهد بیماری‌محور، طبابت رایج، عقیده صاحب‌نظران یا مجموعه موارد بالینی.

مسکن‌های اپیوئیدی کوتاه‌اثر (با رهش فوری) و طولانی‌اثر (آهسته‌رهش) گاهی برای کمردرد مزمن به کار گرفته می‌شوند. تعداد اندکی کارآزمایی باکیفیت برای ارزیابی اثربخشی و خطرات بالقوه این داروها در کمردرد مزمن انجام شده است.

جدول ۴. گروه‌های داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی برای کمردرد مزمن.

گروه دارویی	نام ژنریک	دوز استاندارد	دوز حداکثر (میلی گرم در روز)
اسید سالیسیلیک‌ها	آسپرین دیفلونیزال سالسالات کولین منیزیم تری سالیسیلات	۳۲۵ تا ۶۵۰ میلی گرم هر ۴ ساعت ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز ۱۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز ۱۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز	۴۰۰۰ ۱۵۰۰ ۳۰۰۰ ۳۰۰۰
اسید استیک‌ها	دیکلوفناک پتاسیم دیکلوفناک سدیم، با رهش تأخیری اتودولاک ایندومتاسین ایندومتاسین، طولانی رهش سولینداک تولمتین	۵۰ میلی گرم سه بار در روز ۵۰ میلی گرم دو یا سه بار در روز ۲۰۰-۴۰۰ میلی گرم دو یا سه بار در روز ۲۵-۵۰ میلی گرم سه بار در روز ۲۵-۵۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز ۲۰۰ میلی گرم دو بار در روز ۲۰۰-۶۰۰ میلی گرم سه بار در روز	۲۰۰ ۲۰۰ ۱۲۰۰ ۲۰۰ ۱۵۰ ۴۰۰ ۱۸۰۰
اکسی کام	ملوکسیکام پیروکسیکام	۱۵-۷/۵ میلی گرم یک بار در روز ۲۰ میلی گرم یک بار در روز	۱۵ ۲۰
اسید پروپینیک‌ها	ایبوپروفن کتیپروفن ناپروکسن ناپروکسن سدیم اکساپروزین	۶۰۰ میلی گرم چهار بار در روز یا ۸۰۰ میلی گرم سه بار در روز ۵۰-۱۰۰ میلی گرم سه بار در روز ۲۵۰-۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز ۲۷۵-۵۵۰ میلی گرم دو بار در روز ۱۲۰۰ میلی گرم یک بار در روز	۲۴۰۰ ۳۰۰ ۱۵۰۰ ۱۶۵۰ ۱۸۰۰
اسید آترانلیک	مکلوفنات	۵۰-۱۰۰ میلی گرم چهار بار در روز	۴۰۰
مهارکننده سیکلواکسیژناز - ۲	سلکوکسیب	۲۰۰ میلی گرم دو بار در روز	۴۰۰
داروهای غیراسیدی	ناپوتون	۱۰۰۰-۲۰۰۰ میلی گرم یک یا دو بار در روز	۲۰۰۰

آسوده‌سازی (relaxation) پیشرونده برای بهبود کوتاه مدت حمایت می‌کنند در حالی که روش‌های بازخورد زیستی نتایج متفاوتی به همراه داشته‌اند. ترکیب رفتاردرمانی با سایر روش‌ها اثر افزایش‌دهنده ندارد. برنامه‌های بازتوانی چندتخصصی که شامل یک پزشک و حداقل یک مداخله دیگر (روانی، اجتماعی یا شغلی) باشد، ناتوانی فردی و درد را کاهش داده، فرد را پنج هفته زودتر به سر کار بازمی‌گرداند و پس از بازگشت به کار مدت زمان غیبت استعلاجی در سال اول را به میزان ۷ روز کاهش می‌دهد. فواید این برنامه‌ها تا ۵ سال باقی می‌ماند.

ماساژ با طب سوزنی و ماساژ نقاط فشار تا حدی برای کاهش کمردرد مزمن سودمند است و فواید آن تا یک سال باقی می‌ماند. به نظر می‌رسد ماساژ هنگامی بیشترین فایده را داشته باشد که با ورزش، حرکات کششی و آموزش همراه باشد.

دستکاری فقرات موجب بهبود کوتاه‌مدت و بلندمدت نسبی شده، رفاه روان‌شناختی را ارتقا می‌بخشد و کارکرد را بهبود می‌دهد. فواید حاصل وابسته به نوع آموزش فرد دستکاری

کننده نیستند چراکه پیامدهای استئوپاتیک و کایروپراکتیک مشابه به نظر می‌رسند.

یک نوع درمانی یوگا (وینی‌یوگا) می‌تواند تا حدی کمردرد مزمن را

**ماساژ با طب سوزنی
و ماساژ نقاط فشار
تا حدی برای کاهش
کمردرد مزمن سودمند
است و فواید آن تا یک
سال باقی می‌ماند.**

مهارکننده‌های اختصاصی برداشت سروتونین، SNRIها و داروهای ضدصرع برای کمک به بیماران مبتلا به کمردرد مزمن سودمند از کار در نیامده‌اند. البته داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای فوایدی به همراه دارند و می‌توانند مکمل سودمندی برای درمان ضد درد باشند. گاباپنتین می‌تواند بهبود کوتاه مدتی در بیماران مبتلا به رادیکولوپاتی ایجاد کند.

گزینه‌های درمان غیردارویی

بیماران معمولاً با یا بدون مشورت پزشک از گزینه‌های درمان غیردارویی استفاده می‌کنند. چهل و پنج درصد از بیماران مبتلا به کمردرد به یک کایروپراکتور مراجعه نموده، ۲۴٪ از ماساژ استفاده می‌کنند، ۱۱٪ تحت طب سوزنی قرار می‌گیرند و ۷٪ مدیتیشن (meditation) را امتحان می‌کنند.

طب سوزنی موجب بهبود کوتاه‌مدت کمردرد مزمن و بهبود کارکرد می‌شود و به عنوان مکمل سایر روش‌های درمان عمل می‌کند. مشخص نشده است که این روش موثرتر از سایر درمان‌ها باشد. هم‌چنین ۶۴٪-۵۱٪ از بیماران در صورت توصیه پزشک تمایل به امتحان کردن طب سوزنی دارند.

به نظر می‌رسد ورزش درمانی، با تمرکز بر تقویت و توازن عضلات اصلی شکم و پشت، موجب بهبود اندکی در درد و کارکرد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن می‌شود. باوجود این، مطالعات اندکی (یعنی ۶ مطالعه از ۴۳ مطالعه لحاظ شده در مرور کارکین) توانسته‌اند تفاوت‌های مهم از نظر بالینی و معنی‌دار از نظر آماری را میان گروه مداخله و گروه شاهد نشان دهند.

رفتاردرمانی برای بهبود کوتاه مدت کمردرد مزمن به اندازه ورزش درمانی موثر بوده است. شواهد مستحکمی از کاربرد درمان رفتاری - شناختی و

ارجاع به یک متخصص
درمان درد در بیمارانی
مناسب است که دچار
اختلال کارکردی شدید
یا درد بدون بهبود
مداوم هستند یا هنگامی
که بیمار یا پزشک
احساس می کند که
پیشرفت درمان متوقف
شده است.



به صورت گسترده‌ای برای درمان اختلالات دژنراتیو مهره‌ها مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (اغلب با پیامدهای کوتاه مدت) که با نتایج متناقض و فواید سوال‌برانگیزی برای بیماران همراه بوده‌اند. به نظر می‌رسد آرتروپلاستی دیسک (جایگزین کردن دیسک اصلی بین مهره‌ای با نوع مصنوعی آن) برای بهبود کوتاه مدت کم‌درد مزمن به اندازه اتصال مهره‌های کمر موثر باشد اما شواهدی از بهبود درازمدت وجود ندارد و نگرانی‌هایی در مورد دوام دیسک‌های مصنوعی وجود دارد. درمان الکترودرمی داخل دیسکی، روشی است که گرما را از طریق یک کاتتر به دیسک آسیب دیده می‌رساند و موجب انقباض کلاژن‌ها برای حمایت ساختاری و سوزاندن اعصاب مجاور حس کننده درد برای کاهش درد می‌شود. معلوم شده است که این روش موجب بهبود نسبی درد می‌شود اما بهبود اندکی در کارکرد به همراه دارد.

ارجاع

ارجاع به یک متخصص درمان درد در بیمارانی مناسب است که دچار اختلال کارکردی شدید یا درد بدون بهبود مداوم هستند یا هنگامی که بیمار یا پزشک احساس می‌کند که پیشرفت درمان متوقف شده است یا نیاز به نظر فرد دیگری وجود دارد. در غیاب شواهدی برای تعیین اندیکاسیون‌ها و زمان‌بندی ارجاع، تصمیم‌گیری برای ارجاع باید به نظر پزشک و بیمار موقوف شود. ■

منبع:

Last AR, Hulbert K. **Chronic low back pain: evaluation and management.** *American Family Physician* June 15, 2009; 79: 1067-74.

بهبود بخشید. در یک مطالعه، ۶ هفته یوگا، مصرف دارو را کاهش داد و بیشتر از ورزش و مراقبت از خود درد را تسکین داد. سایر اشکال یوگا در مطالعات کوچک نتایج متفاوتی به همراه داشته‌اند و در حال حاضر شواهد کافی برای توصیه آنها وجود ندارد.

شواهد مربوط به اثربخشی درمان با لیزر سطح پایین، محافظ‌های کمر، پرولوترابی، دیاترمی با موج کوتاه، گذاشتن کشش (traction)، تحریک الکتریکی عصب از طریق پوست و امواج ماورای صوت، منفی یا متناقض است.

تزریق اپی‌دورال استروئید

تزریق اپی‌دورال استروئید می‌تواند در بیماران دچار علائم رادیکولوپاتی کمک کننده باشد. مطالعات نتایج متناقضی به همراه داشته‌اند اما گرایش آنها به سمت بهبود اندک تا ۳ ماه پس از تزریق بوده است. شواهدی به نفع کاربرد تزریق اپی‌دورال استروئید در بیماران بدون علائم ریشه عصب وجود ندارد و تزریق در بیماران دچار تنگی شدید کانال نخاعی و بیماران دچار تنگی‌هایی که به بیش از ۳ سطح کمری فشار وارد می‌آورند، تاثیر کمتری دارد.

جراحی

اغلب بیماران مبتلا به کم‌درد، سودی از جراحی نمی‌برند. با وجود این، در صورتی که اختلالات آناتومیک همخوان با محدوده توزیع درد شناسایی شوند، جراحی را در افراد دچار ناتوانی‌های کارکردی قابل توجه و نیز در افرادی که دردشان بهبود نمی‌یابد (به ویژه دردی که علی‌رغم درمان‌های غیرجراحی متعدد بیش از ۱۲ ماه طول کشیده باشد) می‌توان مدنظر قرار داد. شواهد خوبی از کاربرد اتصال مهره‌ها برای درمان کم‌درد ناشی از شکستگی، عفونت‌ها، دفرمیتی پیشرونده یا عدم پایداری ناشی از اسپوندیلولیس‌تزیس حمایت می‌کنند. برداشتن فشار از روی نخاع، برداشتن فشار از ریشه‌های عصبی و اتصال مهره‌ها