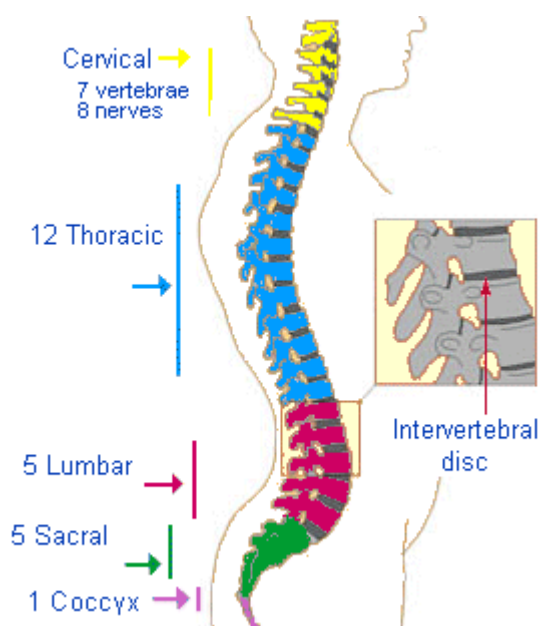


تشریح و عملکرد ستون فقرات کمری:

ستون فقرات انسان از ۲۴ استخوان ساخته می شود که به هر یک از آنها «مهره» گویند. مهره ها به یکدیگر می چسبند و ستون فقرات را تشکیل می دهند ستون فقرات فرم بدن را شکل می دهد و علت اصلی راست بودن قامت انسان است. (شکل ۱)



سه انحناء طبیعی در ستون فقرات دیده می شود. ستون فقرات گردنی تحدب مختصری به سمت جلو دارد. ستون فقرات پشتی اندکی به سمت پشت تحدب دارد. انحناي ستون فقرات پشتی را کوژ^۱ می نامند. ستون فقرات کمری نیز کمی به طرف جلو تحدب دارد تحدب ستون فقرات به سمت جلو را لردوز^۲ گویند.

¹Kyphosis

²Lordosis

۵ مهره پایینی ستون فقرات «کمر» را تشکیل می دهند. این مهره ها از L_1 تا L_5 نام گذاری شده اند. آخرین مهره ستون فقرات کمری (L_5) به بالای استخوان خارجی متصل می شود. استخوان خاجی یک استخوان سه گوش است که در انتهای ستون فقرات واقع شده و دو استخوان لگنی را در ناحیه پشتی به یکدیگر متصل می سازد. بعضی افراد یک مهره کمری اضافی (L_6) دارند که معمولاً مشکل خاصی ایجاد نمی کند.

هر مهره از یک بخش استخوانی استوانه ای به نام «جسم مهره» و یک بخش قوسی مانند استخوانی بنام «قوس مهره» تشکیل شده است. جسم مهره های کمری نسبت به سایر جسم مهره های ستون فقرات بلندتر و حجیم تر هستند و فی الواقع وزن بدن و فشار ناشی از انجام وظایفی مانند بلند کردن اجسام، حمل آنها و پیچش بدن به این ناحیه از ستون فقرات تحمیل می شود.

و نیروی بسیاری نیز از طرف عضلات بزرگ و قوی که در نزدیکی ستون فقرات کمر قرار دارند و یا بدان متصل شده اند، به جسم مهره های این ناحیه وارد می شود.

از روی هم قرار گرفتن قوس مهره ها، در سراسر ستون فقرات کانالی تشکیل می شود که محل عبور طناب نخاعی می باشد. همانطور که استخوانهای مجسمه از مغز محافظت می نمایند، ستون فقرات نیز محافظ طناب نخاعی بشمار می رود. طناب نخاعی تا مهره دوم کمری امتداد می یابد و از آن پس

کانال نخاعی حاوی دسته ای از اعصاب می باشد که به لگن و اندام تحتانی عصب دهی می کنند. این دسته عصبی را «دم اسب»^۱ گویند.

در حالی که طناب نخاعی از کانال نخاعی عبور می کند، یک جفت عصب از دو طرف هر جسم مهره از آن منشعب می شود که به آنها «ریشه عصبی»^۲ گویند. ریشه های عصبی مورد اشاره به یکدیگر متصل شده و اعصابی را تشکیل می دهند که به سراسر بدن عصب دهی می کند و سیستم الکتریکی بدن به این صورت تشکیل می شود. ریشه های عصبی که از ستون فقرات کمری خارج می شوند، اعصابی را تشکیل می دهند که لگن و اندام تحتانی را عصب دهی می کنند اعصاب نخاع سینه ای، شکم و قفسه سینه و اعصاب نخاع گردن، شانه ها، بازوها و دست ها را عصب دهی می کنند.

با شرح واحد ساختاری ستون فقرات^۳ فهم عملکرد ستون فقرات ساده تر خواهد بود. یک واحد ساختاری ستون فقرات از ۲ جسم مهره ای متوالی، دیسک بین مهره ای بین آن دو، یک جفت عصب نخاعی که از بین دو مهره موردنظر عبور می کنند و یک جفت مفصل فاست^۴ تشکیل می شود.

¹Couda Equina

²nerve noot

³spinal segment

⁴Faocet joint

دیسک بین مهره ای عملکرد «ضد ضربه»^۱ دارد. دیسکها بطور دائم ستون فقرات را از نیروی جاذبه زمینی محافظت می کنند. حرکاتی مانند پریدن، دویدن و بلند کردن اشیاء نیز فشار سنگینی به ستون فقرات وارد می کنند که دیسکها با این نیروهای شدید مقابله می نمایند.

دیسک بین مهره ای از دو بخش مجزا تشکیل می شود: در مرکز دیسک یک هسته «هسته اسفنجی»^۲ قرار دارد که بیشترین توانائی ضدضربه دیسک مرهون وجود آن است. این هسته توسط یک بافت فیبری سخت بنام «حلقه فیبری»^۳ احاطه و در جای خود نگهداشته می شود. این حلقه از رباطهای حلقوی سخت و محکمی تشکیل شده است. رباطها^۴ نسوج همبند محکمی هستند که یک استخوان را به استخوان دیگری متصل می سازند.

بین دو مهره واقع در هر واحد ساختاری ستون فقرات در مفصل فاست واقع شده است. مفاصل فاست مفاصل کوچکی هستند که در پشت ستون فقرات واقع شده اند بین هر جفت مهره و در هر طرف آنها یک فصل کوچک قرار دارد. هر یک از این مفاصل از دو برجستگی استخوانی (هر برجستگی استخوانی از یک مهره) متصل به یکدیگر تشکیل شده است.

¹Shock absorbing

²nucleus Pulposus

³Annulus Fibrosus

⁴Ligaments

محور مفاصل فاست در دو طرف ستون فقرات این امکان را فراهم می کند که بتوانیم بدون انحراف به طرفین، به جلو و عقب خم شویم.

سطح مفاصل فاست از غضروف مفصلی پوشیده می شود. غضروف مفصلی ماده الاستیک و لزجی است که سطح اغلب مفاصل را می پوشاند. وجود غضروف مفصلی سبب می شود در محل مفصلی استخوانها به نرمی و بدون ایجاد درد به روی یکدیگر بلغزند.

از دو طرف (طرف راست و چپ) هر واحد ساختاری ستون فقرات یک عصب نخاعی خارج می شود. اعصاب نخاعی هنگام خروج از درون یک تونل استخوانی کوچک بنام سوراخ عصبی^۱ عبور می کنند.

رباطها و عضلات از ستون فقرات حمایت می کنند. رباطهای ستون فقرات در لایه ها و جهات متفاوتی قرار دارند. رباطهای ضخیم^۲ استخوانهای ستون فقرات کمری را به استخوان خاجی متصل می کنند.

عضلات کمر نیز در لایه های متفاوتی واقع شده اند. عضلات سطحی تر بوسیله بافت محکمی به نام فاشیا^۳ پوشیده شده اند.

لایه میانی عضلات بنام «عضله راست کننده ستون فقرات^۱» عضلاتی نواری شکل هستند که بین قفسه سینه، دنده های تحتانی و کمر امتداد یافته اند.

¹neural Foramen

²Thick Ligaments

³Fascia

این نوارهای عضلانی از ستون فقرات کمری بهم می آمیزند و تاندون ضخیمی را تشکیل می دهند که استخوانهای کمر، لگن و خاجی را به یکدیگر متصل می سازد.

عمیق ترین لایه عضلات کمر، استخوانهای ستون فقرات را از سطح پشتی و بطور طولی به یکدیگر متصل می کنند. این عضلات نیز استخوانهای کمر، لگن و خاجی را به یکدیگر وصل می کنند و با هماهنگی عضلات شکم سبب می شوند ستون فقرات هنگام انجام فعالیت از استقامت و ثبات لازم برخوردار باشد.

¹Erector spinae

آسیبهای شغلی کمر

آسیبهای کمری حاد:

کمر درد شایعترین علت مراجعه به مطب پزشکان خانواده و سایر پزشکان مراقبتهای اولیه می باشد پاورقی پشت ص (۱) اغلب بزرگسالان در طول عمر خود حداقل یکبار به این عارضه دچار می شوند و ۱۵ تا ۲۰ درصد مردم حداقل یکبار در سال دچار کمردرد می شوند. (۲)



کمردرد شایعترین شکایت شغلی نیز می باشد. ۵۰ درصد نیروی کار سالیانه از این عارضه رنج می برند. علت بیشترین ساعات کاری از دست رفته را آسیبهای کمری تشکیل می دهد. (۱) شیوع بسیار این عارضه و نیز هزینه فراوانی که بابت درمان و بازتوانی بیماران به کارفرما تحمیل می شود کمردرد را به یک مسئله بهداشت جهانی تبدیل کرده است. در هر مقطع زمانی، ۲٪

جمعیت زیر ۴۵ سال در اثر پشت درد بطور موقت یا مزمن دچار ناتوانی می باشند. (۴۲)

میانگین بهای غرامت در موارد کمردرد عود کننده برای مردان ۵۵۶۳ دلار و برای زنان ۵۲۱۷ دلار می باشد. (۱) بعلاوه هزینه اجتماعی سالیانه کمردرد در ایالات متحده آمریکا بین ۲۰ تا ۵۰ بیلیون دلار متغیر است (شاغل کمردرد شغلی و غیرشغلی) برآورد هزینه اقتصادی این عارضه که در اثر کاهش کارایی فرد به او و خانواده اش تحمیل می شود، غیرممکن می باشد.

تشریح و عملکرد سون فقرات کمری:

برای لحاظ کردن تشخیصهای افتراقی کمردرد، مروری بر تشریح ستون فقرات بسیار مهم است.

عوامل خطر ساز شغلی - مشاغل پرخطر

علاوه بر تغییراتی که با بالارفتن سن در سیستم اسکلتی - عضلانی کارگران ایجاد می شود، عوامل خطر شناخته شده ای نیز آنان را نسبت به آسیبهای کمری حساس می نماید.

جدول ۱-۴: عوامل خطر کمردرد

- استعداد ژنی و سابقه خانوادگی اختلالات کمبری
- شرایط روماتولوژی، بیماریهای کلرژن و اسکولر، به شکلهایی وضعیتی، و اختلالات اسکلتی ژنی
- تغییرات اجزاء ستون فقرات ناشی از بالا رفتن سن
- بلند کردن بارهای خیلی سنگین و یا بلند کردن مکرر بارها که از حد توان خارج می باشد.
- طراحی نامناسب عملکرد شغلی به نحوی که نیازمند وضعیتهای بدنی استاتیک و یا نامطلوب باشد.
- ارتعاش تمام بدن
- اپراتورهای وسایل نقلیه ای که در وضعیت نشسته انجام وظیفه می کنند (در معرض ارتعاش تمام بدن و فشار بالای دیسک ناشی از وضعیت نشسته)
- برقرار نمودن رابطه میان عوامل شغلی و کمردرد به دلایل زیر کار دشواری می باشد:
- ۱- تعریف و طبقه بندی کمردرد شغلی کار آسانی نیست.
- ۲- شاخصهایی مانند غیبت از کار تنها تحت تاثیر درد نیستند بلکه از عوامل فیزیکی و عوامل روحی - روانی محیط کار، عوامل اجتماعی و سیستمهای بیمه ای نیز تاثیر می پذیرند.
- ۳- ارتباط ضعیفی بین آسیب بافتی و ناتوانی وجود دارد.

۴- داده ها دقت تاثیر «پدیده کارگر سالم» قرار می گیرند.

۵- تعیین تماس و مواجهه کار مشکلی است. اکثر مطالعات بطریق گذشته نگر انجام شده اند و این نوع مطالعه برای بررسی رابطه علی مناسب می باشد.

شایعترین عوامل مورد بحث از این قرارند:

کار فیزیکی سنگینی - وضعیتهای کاری ایستا - خم شدن و پیچش مکرر - بلند کردن، کشیدن و هل دادن - کار تکراری - ارتعاش - استرس روحی و اجتماعی ارتباط شش عامل فیزیکی اول با آسیبهای نسوج ستون فقرات بطور تجربی نشان داده شده است. اما عامل هفتم (عامل روحی - روانی - اجتماعی) احتمالاً بیشتر در ارتباط با ناتوانی ناشی از کمردرد می باشد (تا ناشی از آسیب بافتی واقعی در ناحیه کمر).

مهمترین عوامل خطر کمردرد در جدول ۱-۴ آمده است.

اطلاعات فراوانی در دست است که نشان می دهد کار سنگین در افزایش خطر پشت درد، سیاتیک و فتق دیسک بین مهره ای موثر است. اکثر محققین از برگه های استعلامی و گزارش حادثه برای بررسی این موضوع استفاده کرده اند، بنابراین مطالعات آنها نه تنها نشان دهنده پشت درد بلکه نشان دهنده ناتوانی ناشی از این عارضه می باشد. بعضی از مطالعات نیز برمبنای پرسشنامه ها، مصاحبه و حتی اعمال جراحی انجام شده بر روی فتق دیسک بین مهره ای انجام شده است. یک مطالعه ایمنی و بهداشت شغلی در آمریکا نشان می دهد

رگ به رگ شدگی^۱ (پاورقی) پشت در کارگران صنایع سنگین و مشاغل بدنی سنگین بسیار شایع می باشد (۷) این اطلاعات در جوامع دیگر نیز تایید شد (۸و۲) در یک مطالعه دیگر در ۵۵ شغل صنعتی، نیروهای فشاری وارد بر مهره ها با میزانهای حادثه مرتبط بود بطوری که فشار وارد به دیسک ۶۸۰۰ نیوتن (۱۵۰۰ پوند) یا بیشتر سبب شیوع دو برابر پشت درد می باشد. (۹)

بنظر می رسد وضعیتهای کاری ایستا (خصوصاً نشستن طولانی) سبب افزایش خطر کمردرد شده و چنانچه به این عامل رانندگی را بیفزائیم خطر فتق دیسک بین مهره ای افزایش می یابد (۲ و ۱۲-۱۰) وقتی به علت حادثه پشت درد اشاره می شود اغلب می بینیم که خم شدن مکرر و چرخش کمر هنگام بلند کردن اجسام وجود داشته است. اما در یک مطالعه در خط مونتاژ خودرو کمردرد در رابطه با وضعیتهای نامتقارن - حتی بدون بلند کردن اجسام شناخته شده است. (۱۳)

در بروز پشت درد می بایست بلند کردن اجسام را یک عامل شناخته شده بحساب آورد (۲ و ۱۷-۱۴) یک مطالعه به مقایسه کارگرانی که حمل دستی بار سنگینی انجام می داده اند با کارگران نشسته پرداخته و دریافته است که کارگران مذکور ۸ برابر گروه دوم دچار پشت درد می شوند. (۱۸) اطلاعات برآمده از شرکتهای بیمه مزید آنست که چنانچه کارگری به اعمال دستی

¹Sprain or strain

سنگینی اشتغال ورزد، سه برابر دیگران در معرض خطر بروز کمردرد (قابل دریافت غرامت) می باشد (۱۹) رابطه بین شیوع کمردرد با حمل دستی بار توسط دیگران نیز ثابت شده است (۱۷-۱۵ و ۲۰) یک مطالعه دیگر نشان می دهد در کسانی که می بایست بار دستی حمل کنند خصوصاً آنان که این کار را در حالت خم کردن و پیچش کمری انجام می دهند فتق دیسک بین مهره ای ۶ برابر شایعتر است. (۲۱)

کمردرد در رانندگان وسایل نقلیه از گروه کنترل شایعتر است و اشاره به این نکته دارد که ارتعاش (شاید همراه با وضعیت نشسته) می تواند علت کمردرد باشد. یک مطالعه شیوع ۴ برابر فتق دیسک بین مهره ای در رانندگان کامیون و شیوع ۲ برابر این عارضه را در رانندگان خودروهای سواری نشان می دهد (۲۲) مطالعات دیگری نیز افزایش خطر کمردرد با ارتعاش را نشان داده اند (۲). یک مطالعه در فنلاند نشان می دهد که خطر بستری شدن بعلت فتق دیسک بین مهره ای بطور چشمگیری در رانندگان حرفه ای بالاتر است. (۲۳) تغییرات رادیوگرافیک که به مرور زمان در رانندگان وسایل نقلیه ایجاد می شود بوسیله بعضی محققین نشان داده شده اند (۲)

توجه به عوامل روحی، روانی و اجتماعی محیط کار رو به فزونی دارد چرا که این عوامل می توانند به ناتوانی ناشی از کمردرد تاثیر بگذارند. کار یکنواخت بعنوان عامل خطری برای بروز پشت درد شناخته شده است. (۱۵) نارضایتی

شغلی نیز عامل خطر دیگری برای این عارضه می باشد (۱۴ و ۱۵) و در بین کارگرانی که بعلت کمردرد درخواست غرامت می کنند، عوامل روحی - روانی محیط کار از عوامل فیزیکی آن چشمگیرتر است (۱۴ و ۲۴)

علایم و شکایات

درد لومبرساکرال^۱ با انتشار به پایا بدون آن اغلب یک علت مکانیکی دارد و ناشی از وارد شدن نیروی بیش از حد به کمر می باشد. مکانیک نامناسب بدنی، خم و راست کردن ناگهانی تنه و ناحیه لومبرساکرال (به مانند آنچه که در تصادفات وسایل نقلیه اتفاق می افتد) و ضربه مستقیم سبب وارد شدن نیروی بیش از حد به این ناحیه می باشد. بهر حال درد، پاتولوژی و یافته های تصویربرداری چندان به یکدیگر مرتبط نیستند بطوریکه فقط در ۱۰ الی ۲۰ درصد موارد کمردرد ضایعات تشریحی قابل نمایش وجود دارد.

تاریخچه

پزشک باید هشیار باشد که بیماریهای خطرناکی را که می توانند با کمردرد ظاهر شوند، بعنوان کمردرد مکانیکی منظور نکند. لازمست بیماران نیز به این نکته توجه داشته و همواره مشکل کمردرد خود را با پزشک درمیان بگذارند.

^۱ - Lumbosacral Pain

سوالات کلیدی که می بایست در تاریخچه لحاظ شوند در جدول ۲-۴ آمده است. وجود عوامل ذکر شده نشان دهنده آنست که بیمار می بایست فوراً برای ردکردن بیماریهای زیر مورد ارزیابی قرار گیرد:

عفونتهای سیستمیک اجتماعی، کارسینوم اولیه یا متاستاتیک ستون فقرات، و یا نیاز به جراحی اورژانسی برای برطرف کردن فشار از روی طناب نخاعی. سایر شواهد هشدار دهنده (پاورقی) که می بایست در تاریخچه مدنظر قرار گیرند از این قرار هستند:

- عدم بهبودی با گذشت ۲ تا ۴ هفته از درمان محافظه کارانه

- کانسر شناخته شده

- بیمارانی که از لحاظ شکستگی ها پرخطر بشمار می آیند (مانند زنان کارگری که مبتلا به استئوپروز هستند)

- شکایت اصلی بیمار خشکی صبحگاهی می باشد.

- ناتوانی در حرکت کردن و مراقبت از خود

- درخواست غیرقابل توجیه و مکرر داروهای مخدر و محرک از طرف بیمار

- گسیختگی بین علایم بالینی و شکایات

هر یک از یافته های فوق برای پزشک زنگ خطری را بصدا درمی آورد که ممکن است بیمار دچار یک بیماری سیستمیک بوده و یا حداقل جزئی از شکایات او مربوط به کمردرد مکانیکی نباشد.

جدول ۲-۴: سوالات کلیدی که هنگام اخذ تاریخچه از بیمار کمردرد می بایست پرسیده شود.

- آیا بیمار فرد مسنی است که بتازگی دچار کمردرد شده است؟
- آیا علاوه بر کمردرد بیمار دچار تب و یا کاهش وزن (خصوصاً در بیمارانی که به هر دلیل دچار نقص ایمنی و یا در معرض آن هستند) نیز می باشد؟
- آیا بیمار اخیراً مورد عمل جراحی ستون فقرات قرار گرفته است؟
- آیا کمردرد شبها شدیدتر می شود؟ آیا کمردرد با تغییر وضعیت برطرف نمی شود؟

- آیا کمردرد با بی اختیاری ادرار، بیحسی نشیمنگاه و ضعف دو طرف اندام تحتانی همراه می باشد؟
- آیا بیمار از درد به خود می پیچد و یا درد خود را تا این حد شدید توصیف می نماید؟

معاینه فیزیکی

معاینه فیزیکی بیماران در تشخیص و درمان اهمیت بسیاری دارد. تاریخچه بیمار به تشخیصهای افتراقی که می توانند علت کمردرد باشند، اشاره می نماید. وجود اسپاسم عضلانی، محدودیت دامنه حرکتی ستون فقرات، تفاوت قدرت گروههای عضلانی مختلف، درد هنگام بالا آوردن پا بطور مستقیم (پاورق)^۱،

¹Straight – leg – Laising (SLR)

رفلکسها، و الگوی انتشار درد یا بی حسی به اندام تحتانی می تواند به پزشک

در تشخیص سطح آسیب کمک کند. این الگوها در جدول ۴-۴ آمده اند.

جدول ۳-۴: سوالات و یافته هایی که می تواند بیانگر بزرگنمایی شکایات باشد:

تاریخچه	معاینه فیزیکی
<p>- مدت کار کردن با کارفرمای فعلی</p> <p>- رابطه کارگر با کارفرما</p> <p>- موقعیت خانوادگی (تجرد یا تاهل یا ...)</p> <p>- سابقه مصرف الکل و مواد مخدر</p> <p>- پدر الکی داشتن یا سابقه مورد کودک آزاری</p> <p>- واقع شدن</p> <p>- سابقه دریافت غرامت</p> <p>- مشکل داشتن در محیط کار و یا در ارتباط با همکاران</p>	<p>Waddell tests وجود سه یافته از ۵ یافته زیر می تواند موید بزرگنمایی شکایت باشد:</p> <p>- تندر نس غیراختصاصی: حساسیت بیش از حد به لمس سطحی در طول ستون فقرات</p> <p>- آزمون صحنه سازی: ایجاد درد در ستون فقرات هنگام فشار آوردن به ستون فقرات (در امتداد محور آن) یا چرخاندن ستون فقرات</p> <p>- دروغ سنجی: تفاوت بین نتایج آزمون SLR در حالت نشسته و خوابیده</p> <p>- توزیع ناحیه ای: نتوان بین الگوهای درد، بیحسی و کمر ختی و ضعف با ناحیه تشریحی خاصی ارتباط برقرار کرد (مثل درد دستکشی - جورابی)</p> <p>- واکنش بیش از حد، وراجی، شکاک در آوردن بیش از حد، حملات غشی کردن</p>

جدول ۴-۴: اعصاب نخاعی ناچی گری

تغییرات رفلکی	ضعف	کرفتی و سجی	توزیع درد	سطح
کاهش رفلکی زانویی	چهار سر رانی	ناحیه قدامی ران	نواحی بالای کمر- سطح قدامی ران	دیسک $L_2 - L_3$ ریشه سوم کری
کاهش رفلکی زانویی	چهار سر رانی	ناحیه قدامی- میانی ران، زانو	نواحی پایینی کمر، لگن، سطح طرفی ران، سطح قدامی ران (با آزمون SLR)	دیسک $L_3 - L_4$ ریشه چهارم کری
ندارد	تبیایی قدامی، هالوسی لونگوس (foot drop)	سطح طرفی ساق پا، شست پا	مفصل ساکروایلیاک، سطح طرفی ران، سطح طرفی ساق پا (با آزمون SLR)	دیسک $L_4 - L_5$ ریشه پنجم کری
کاهش رفلکی قوزک پا	عضله پروئئرس) ناتوانی در راه رفتن با (سر پنجه)	پشت ساق پا، ناحیه طرفی پا، پاشنه	لگن، سطح خلفی- طرفی ران، پشت ساق پا تا پاشنه پا، ناحیه طرفی پا (با آزمون SLR)	دیسک $L_5 - S_1$ ریشه اول خارجی

مهم است که در صورت امکان هنگام ثبت یافته های فیزیکی آنان را چنان کمی سازیم که بتوانیم در ویزیت های بعدی آنها را مجدداً مورد ارزیابی قرار دهیم. چند مثال و پیشنهاد در زیر آمده است.

- هر نوع ناهماهنگی بین شکایات و یافته ها را ثبت نمائید. (به عنوان مثال بیمار از درد شدید شکایت می نماید اما دچار هیچگونه اسپاسم، گاردینگ یا راه رفتن اردک وار نمی باشد).

- برای اندازه گیری میزان محدودیت حرکتی پشت از روشهای قابل تکرار استفاده نمایند و آن را ثبت کنید. برای حرکت به طرف جلو فاصله انگشتان تا کف اتاق را اندازه بگیرید برای حرکت ستون فقرات به طرفین و عقب از روش Two – inclinometer استفاده کنید.

- در هر ویزیت تمام پارامترها خصوصاً پارامترهای نورو لوژیک را مجدداً بیازمائید. حتی اگر یافته های ویزیت اول طبیعی باشند.

آزمایشات تشخیصی

صرفنظر از اینکه بیمار دچار کمردرد حاد یا مزمن باشد لازم است هنگام ارزیابی و درخواست آزمایشات و گرافیهها (که بیماری های خطیر را آشکار می سازد) ملاحظات اقتصادی مورد نظر قرار گیرد.

هنگام درخواست آزمایشات و گرافیهها نکات خاصی مانند فرد یا سازمان تامین کننده هزینه این نوع بررسی ها (نوع بیمه و سقف تعرفه های تشخیصی) منظور

شود. این نوع تصمیم‌گیری در موقعیتهای متفاوت می‌تواند منجر به نتایج

متفاوتی شود. در زیر روشهای تشخیصی متداول کمردرد آمده است:

تشخیص: هدف این بخش ارائه دستورالعملهایی درباره راههای تشخیصی

است. البته هر مورد بیماری منحصر به فرد بوده و پزشک می‌بایست از شم

بالینی خود برای تعیین آزمونهای مناسب استفاده نماید. کمردرد در یک فرد

شاغل همیشه شغلی نیست. در جدول ۵-۴ تشخیصهای افتراقی کمردرد آمده

است (7). توصیه‌های زیر از مطالعه گسترده‌ای بر روی متون پزشکی بدست

آمده است که توسط آژانس تحقیقات بهداشتی و کیفی (گروه متخصص

کمردرد حاد) ارائه شده است.

این گروه اعتبار اطلاعات موجود در منابع پزشکی را بدین ترتیب گروه بندی

نموده‌اند.

گروه A) شواهد قوی پژوهش مدار (چندین مطالعه علمی با کیفیت بالا و مرتبط

با موضوع). این گروه نشان می‌دهند که توصیه مشخص قویا از لحاظ

پژوهشهای بالینی مورد تایید قرار می‌گیرد.

B) شواهد بینا بینی پژوهش مدار (یک مطالعه علمی با کیفیت بسیار بالا یا

چندین مطالعه علمی معمولی) این گروه نشان می‌دهند که تحقیقات بالینی

توصیه خاصی را مورد تایید قرار می‌دهند هر چند این تایید به قدرت گروه A

نمی‌باشد.

(C) شواهد پژوهشی تا محدوده این گروه نشان می دهد که حداقل یک مطالعه مبتنی بر شواهد کنترل شده با کفایت از توصیه مذکور حمایت می کند.

(D) منابع در دسترس حداقل ملاک موردنیاز برای شواهد پژوهشی مدار را تامین نمی نماید.

بدیهی است هرگاه اندیکاسیون قطعی برای تجویز آزمون خاصی از دیدگاه پزشک معالج وجود داشته باشد، دستورالعمل فوق نمی بایست مانع توصیه به آن گردد. در مقابل هر توصیه یافته های گروه متخصصین کمردرد درباره قدرت شواهد موجود در پیرانتز آمده است.

گرافی ساده:

برای بیماری که کمتر از یکماه از کمردرد حاد وی می گذرد، گرافی ساده نباید به عنوان یک روش ارزیابی متداول تلقی گردد مگر اینکه آزمایشات قبلی نشان دهنده یکی از علائم هشدار دهنده زیر باشد (B)

(۱) سن ۵۰ سال یا بیشتر (۵) شک به اسپوندیلیت آنکیلوزان

(۲) ترومای مهم (درهرسنی) (۶) اعتیاد به الکل یا مواد مخدر

(۳) نقایص اعصاب حرکتی (۷) سابقه سرطان

(۴) کاهش وزن غیرقابل توجیه (۸) استفاده مداوم از کورتیکواستروئیدها

(۹) تب بالاتراز ۳۷/۸ درجه سانتی گراد (۱۰۰ درجه فارنهایت)

(۱۰) مراجعه مجدد با همان مشکل در کمتر از یکماه و عدم بهبودی

۱۱) درخواست غرامت برای کمردرد با تاریخچه مشکوک یا مبهم از آسیب در کمردرد حاد از گرافی های ساده ستون فقرات کمری فقط باید برای رد کردن شکستگی در شرایط زیر استفاده شود:

وجود هر یک از علائم هشدار دهنده فوق همراه با استئوپروز احتمالی و سن ۷۰ سال یا بیشتر (c) برای رد کردن احتمال سرطان، عفونت فعلی یا اخیر، مصرف مواد مخدر تزریقی، کمردردی که با استراحت بدتر می شود و کاهش وزن غیرقابل توجیه می توان از گرافی ساده به علاوه شمارش کامل سلولهای خونی (CBC) و سرعت رسوب گلبولی (ESR) استفاده کرد. (c).

با وجود هر یک از علائم هشدار دهنده فوق خصوصاً تومور یا عفونت حتی اگر گرافی ساده یافته ای را نشان ندهد ممکن است تصمیم به روشهای تصویر برداری دیگری مانند اسکن استخوان، توموگرافی کامپیوتری [CTscan] یا MRI گرفته شود. (c)

نماهای مایل در گرافی ساده کمر بیمار را بیشتر در معرض تابش اشعه قرار می دهید و نمی بایست این نوع گرافیها بطور متداول برای ارزیابی کمردرد در بالغین مورد استفاده قرار گیرند (B)

توموگرافی کامپیوتری، MRI، میلوگرافی و توموگرافی کامپیوتری توام با میلوگرافی:

هرگاه بیمار شکایاتی را ذکر کند که مطرح کننده سندرم دم اسبی¹ ضعف حرکتی عمده پیشرونده، تومور، عفونت یا شکستگی باشد می بایست فوراً برای و CT، MRI، میلوگرافی یا CT- میلوگرافی توصیه شود. از آنجائیکه این بیماریهای خطرناک احتمالاً نیاز به درمان فوری جراحی خواهند داشت، بهترین کار استفاده از این نوع تصویربرداریه‌ها برای مشاوره با جراح می باشد. (c).

عموماً در یک ماه اول ابتلا به کمردرد نمی بایست از تصویر برداریهای متداول ستون فقرات استفاده کرد مگر اینکه یکی از علایم هشدار دهنده فوق وجود داشته باشد پس از یکماه از بروز کمردرد چنانچه قرار باشد بیمار تحت عمل جراحی قرار گیرد و یا احتمال ابتلا به یک بیماری خطرناک وجود داشته باشد این نوع تصویر برداریها توصیه می شود (B).

دیسکوگرافی

دیسکوگرافی یک روش تهاجمی است و نمی بایست برای ارزیابی بیماران مبتلا به کمردرد حاد مورد استفاده قرار گیرد. تفسیر این نوع آزمایش بحث برانگیز بوده و می توان با روشهای غیرتهاجمی دیگر از عوارض دیسکوگرافی اجتناب نمود (c).

¹ -quadra Equina syndrome

برای ارزیابی بیماران مشکوک به فشردگی ریشه عصب ناشی از فتق دیسک بین مهره ای، CT - دیسکوگرافی نسبت به سایر روشهای تصویر برداری مانند MRI یا CT ترجیح داده نمی شود چرا که دیسکوگرافی خطرناک تر است. (c)

آزمایشهای الکترونیزیولوژیک:

در ارزیابی بیماران مشکوک به اختلال عملکرد ریشه عصبی که شکایات از ناحیه پا بیش از ۴ هفته طول کشیده باشد. صرفنظر از اینکه کمردرد داشته یا نداشته باشند می توان از الکترومیوگرافی (EMG) آزمایش رفلکسی H سود جست. (c)

برای بررسی بیماران کمردرد حاد نباید از آزمایشهای موج F و EMG سطحی استفاده کرد. (c)

در بررسی موارد مشکوک به میلوپاتی طناب نخاعی و تنگی کانال نخاعی می توان از spinal evoke potentials (SEP) استفاده کرد. (c)

اسکن استخوانی

هرگاه در تاریخچه، معاینه فیزیکی، آزمایشات و گرافیهای بعمل آمده بیمار مبتلا به کمردرد حاد علایم هشدار دهنده ای که مطرح کننده احتمال ابتلا به تومور نخاعی، عفونت یا شکستگی نهفته وجود داشته باشد، اسکن استخوانی پیشنهاد می شود. این آزمایش در حاملگی ممنوع است. (c)

درمان و پیشگیری از کمردرد حاد

گروه متخصصین کمردرد حاد پس از تجزیه و تحلیل متون طبی به قرار زیر توصیه های درمانی خود را ارائه نمودند که از همان سیستم قضاوتی که قبلاً ارائه شد (A-B-C-D) تبعیت می کند.

درمان دارویی

می توان در درمان کمردرد حاد از داروهای غیراستروئیدی خوراکی (NSAIDs) مانند آسپرین استفاده نمود اما می بایست مراقب عوارض جانبی این داروها بود (B).

از شل کننده های عضلانی نیز می توان بدین منظور استفاده کرد. این داروها از دارونما اثر بخش ترند اما نسبت به NSAIDs ترجیح داده نمی شوند. (c). تا ۳۰٪ بیماران مصرف کننده این داروها خواب آلودگی ناشی از مصرف آن را ذکر می کنند ممکن است در درمان کمردرد حاد تصمیم به تجویز مسکنهای مشتق از تریاک (البته فقط برای مدت محدود) گرفته شود. (c).

هرچند بنظر نمی رسد این ترکیبات تسکین دهندگی بیشتری از داروهای کم خطرتری مانند استامینوفن، آسپرین و سایر NSAIDs داشته باشد (c). بعلاوه استفاده از مشتقات تریاک در درمان کمردرد حاد عوارض جانبی چشمگیری نیز دارد و باید به بیماران مصرف کننده درباره احتمال وابستگی فیزیکی و نیز خطرات اپراتوری تجهیزات و ماشین آلات سنگین و رانندگی هشدار داد. (c).

استروئیدهای خوراکی توصیه نمی شوند (c) چرا که استفاده طولانی مدت از آن و نیز استفاده کوتاه مدت مقادیر زیاد این داروها عوارض جانبی خطرناکی دربردارد (D).

درباره استفاده از کلشی سین در درمان کمردرد حاد نتایج متناقضی وجود دارد که گاهی مزید اثر بخشی این دارو و گاه نشان دهنده عوارض جانبی خطرناک آن می باشد. از این دارو نمی بایست در درمان کمردرد حاد استفاده نمود. (B)

داروهای ضدافسردگی در درمان کمردرد حاد کاربرد ندارند. (c)

جایگاه فیزیوتراپی در درمان کمردرد حاد

در ماه اول کمردرد به شرطی که بیمار رادیکولوپاتی نداشته باشد می توان از مانیپولاسیون ستون فقرات استفاده کرد. (B)

چنانچه این اقدام درمانی تایکماه سبب بهبودی بیمار نشود، می بایست دست از آن کشید و بیمار را مورد ارزیابی مجدد قرار داد. (D) اقدامات فیزیوتراپی نسبت به هزینه ای که دارند، چندان در بهبود بیمار موثر نیستند. یک راه آن است که به بیماران نحوه استفاده از کیسه سرد و گرم¹ (درمنزل) را آموزش دهیم. (c)

تحریک عصبی الکتریکی از راه پوست (TENS) توصیه نمی شود. (c)

¹ -Traction

هنوز ثابت نشده که استفاده از کمرستهای کمر و کمربندهای حمایت کننده در درمان این عارضه مفید باشد. (D) اما برای پیشگیری از کمردرد و از دست دادن اوقات کاری ناشی از آن از کمربندهای حمایت کننده استفاده شده است. (c)

کشش ستون فقرات در درمان جایی ندارد (B)

ورزشهای آئروبیک ملایم می توانند از ناتوانی ناشی از کم تحرکی ماه اول ابتلا به کمردرد حاد پیشگیری کنند و بنابراین در بازگردانیدن بالاترین قابلیت و کارایی به بیمار مفید هستند. (c)

تمرینات قدرتی پیشرونده عضلات تنه (خصوصاً عضلات اکستانسور تنه) برای بیماران کمردرد مفید است، خصوصاً اگر کمردرد باقی بماند. در طی ۲ هفته اول این تمرینات سبب تشدید کمردرد می شوند چرا که نسبت به تمرینات استقامتی فشار مکانیکی بیشتری به پشت بیمار وارد می کنند. (c)

شواهد نشان نمی دهند که کشش عضلات پشت در درمان موثر باشد. (D)

بیوفید پک^۱ در درمان کمردرد حاد توصیه نمی شود. (c)

جایگاه درمان تزریقی در کمردرد حاد

تزریق موضعی در نقاط trigger یک روش تهاجمی بوده و برای درمان کمردرد حاد توصیه نمی شود. تزریق در رباطها و نیز تزریق مواد اسکروزان بدلیل

مشابه در درمان این بیماران جایگاهی ندارد. (c)

¹ - Biofeed back

تزریق در مفاصل فاست نیز تهاجمی بوده و توجیه نمی شود.

اما تزریق های اپیدورال برای بهبود موقتی دردهای انتشاری (پس از شکست درمانهای محافظه کارانه) و بعنوان راه گریزی از جراحی ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. (c)

نباید در درمان از طب سوزنی تهاجمی و سایر روشهای سوزنی خشک استفاده شود. (D)

محدود کردن فعالیتها

بنظر می رسد چنانچه بیماران مبتلا به کمردرد حاد موقتاً فعالیتهایی را که فشار مکانیکی زیادی به ستون فقرات وارد می کند محدود سازند و یا از این نوع فعالیتها اجتناب ورزند، راحت تر خواهند بود نمونه بارز این نوع فعالیتها نشستن بدون تکیه گاه، بلند کردن اشیاء سنگین و خم کردن یا پیچاندن کمر ضمن بلند کردن بار می باشد. (D)

اما بیش از ۴ روز استراحت در بستر می تواند منجر به ناتوانی شود و نمی بایست آن را به بیماران کمردرد حاد توصیه کرد. (B)

اکثر بیماران مبتلا به کمردرد نیاز به استراحت در بستر ندارند اما می توان ۲ تا ۴ روز استراحت در بستر را برای بیمارانی که کمردرد شدید و خصوصاً پادرد دارند توصیه کرد. (B)

درمان غیر جراحی کمردرد حاد

صرفنظر از نوع درمان، ۹۰٪ بیماران کمردرد حاد ظرف ۶ هفته و ۵٪ این بیماران ظرف ۱۲ هفته بهبود می یابند. ۵٪ بیماران نیز دچار کمردرد مقاوم به درمان شده و کمردرد آنها مزمن می شود (۹) نباید قبل از ۱۲ هفته تصمیم به عمل جراحی گرفت چرا که تا این مدت احتمال بهبود خودبخودی (حتی با وجود قطعی فتق دیسک بین مهره ای با بدون گیر افتادگی ریشه عصب نخاعی) وجود دارد. تنها مورد استثنائی وجود شواهد مبنی بر تحت فشار قرارگرفتن نخاع می باشد.

درمان کمردرد حاد شغلی می بایست محافظه کارانه باشد. پزشک می تواند از اطلاعات مندرج در این فصل در ارتباط با علایم بالینی هر بیمار و برحسب سیر بالینی بیمار در طول زمان بطور انفرادی استفاده نماید. الگوریتم پیشنهاد شده توسط متخصصین کمردرد حاد برای درمان این عارضه در (ضمیمه یک) این کتاب آمده است.

بطور خلاصه دستورالعمل درمان غیرجراحی کمردرد از این قرار است:

۱- تاریخچه می بایست علل احتمالی حادثه شامل مسائل ارگونومیک ایستگاه کاری یا عملکردهای شغلی، سابقه کمردرد، مدتی که طول کشیده تا کمردرد قبلی بهبود یابد، هر نوع علامت هشدار دهنده (که می تواند نشان دهنده احتمال بیماریهای زمینه ای خطرناک و فوریتهای جراحی باشد) را نشان دهد.

۲- معاینه فیزیکی می بایست شامل این موارد باشد:

اندازه گیری محدودیت حرکتی ستون فقرات، نواحی دچار اسپاسم عضلانی، یک معاینه فیزیکی دقیق نورولوژیک با توجه خاص به انتشار درد و بیحسی به هر ناحیه، شواهد تحریک عصب سیاتیک یا احتمال درگیری نخاع (مثال: آزمون SLR) و وجود یا عدم علائم rraddell.

۳- در هر موردی که علائم هشداردهنده وجود داشته و یا ضربه مستقیم به پشت وارد شده باشد، می بایست اخذ گرافیه‌های ساده از ستون فقرات لومبوساکرال (از چهار جهت) یک اقدام اولیه شمرده شود. در سایر موارد فقط در صورت طولانی شدن کمردرد (بیش از ۲ هفته) می بایست اقدام به عکسبرداری ساده از ستون فقرات لومبوساکرال نمود چرا که چنانچه در معاینات یافته خاصی بدست نیاید، یافته های رادیولوژیک غلط انداز خواهند بود.

۴- برای رد کردن احتمال فتق دیسک بین مهره ای، ضمن انجام درمان محافظه کارانه انجام MRI یا CT اسکن را می بایست حداقل ۲ هفته به تاخیر انداخت. اگر بیمار بهبود یابد، این بررسیها را می توان در هر زمانی (پس از ۲ هفته) انجام داد.

۵- برای تسکین درد بعنوان خط اول درمان می بایست از NSAIDS استفاده نمود. استفاده از شل کننده های عضلانی و مشتقات تریاک مورد اختلاف نظر

بوده و باید به موارد خاص (برحسب موقعیت بالینی) محدود شود. همه این داروها عوارض جانبی خطرناکی دارند که شامل تحریک دستگاه گوارش (در مورد NSAIDs) و خواب آلودگی می باشد. خواب آلودگی ناشی از مصرف این داروها ممکن است عملکرد بیمار را چنان را فسخسازد که وی نتواند بطور ایمن به شغل موقتی یا شغل جدید خود بپردازد.

۶- از آنجایی که اطلاعات محدودی درباره اثر بخشی مانیپولاسیون ستون فقرات و روشهای فیزیوتراپی در دست است، استفاده از این روشها در درمان کمردرد حاد مورد بحث می باشد. پزشکان باید بیماران را تشویق کنند که در منزل از کیسه های سرد و گرم استفاده کنند و چندان بر سایر روشها مثل ماساژ، تحریک عضلانی و TENS تاکید نوزند.

۷- اکثر متخصصین احساس می کنند که در درمان کمردرد حاد حفظ قابلیت حرکت بیمار یک ضرورت است، هرچند پژوهشهای بالینی قویاً این نکته را مورد تایید قرار نمی دهند. می بایست از توصیه به استراحت در بستر برای بیش از ۲ یا ۳ روز اجتناب نمود. پس از این مدت باید بیماردرحد توان بایستد و قدم بزند و گاهی نیز برحسب نیاز، استراحت نماید. بی تحرکی طولانی سبب آتروفی عضلانی و افزایش ناپایداری ستون فقرات خواهد شد.

۸- فیزیوتراپی می بایست با تاکید بر تقویت عضلات تنه با انجام تمرینات استقامتی آئروبیک (با افزایش تدریجی) صورت گیرد. برنامه ورزشی هر فرد

مخصوص وی بوده و بستگی به علایم بالینی و شکایات بیمار دارد. این تمرینات اساساً در منزل انجام شده و مراجعه به فیزیوتراپیست بصورت دوره ای بمنظور ارزیابی مجدد و پایش عملکرد فیزیکی انجام می شود. چنانچه نیاز به فیزیوتراپی باشد نباید در هفته از سه جلسه تجاوز کند.

۹- کارفرما می بایست به کارگر مبتلا اجازه دهد که بلافاصله پس از ارزیابی اولیه به کار بازگردد. کارفرما باید طرح شغل اصلاح شده ای برای کارگران آسیب دیده داشته باشد که این بیماران بتوانند در حد توان خود بطور موقتی در آن مشاغل انجام وظیفه نمایند.

۱۰- لازم است پزشک از سه یا چهار روز از اولین مراجعه بیمار کمردرد، مجدداً وی را معاینه نماید. معاینه کامل بیمار می بایست تکرار شود و یافته ها با یافته های معاینه بار اول مقایسه شوند. پس از آن پزشک می بایست از طریق ملاقات های هفتگی یا دو هفته یک بار شرایط بیمار را به دقت مورد پایش قرار دهد. با بهبود بیمار می توان محدودیتهای فیزیکی وی را کاهش داد.

۱۱- می بایست به بیمار درباره سیر طبیعی کمردرد آموزش داد و یادآور شد که تقریباً همه بیماران بطور کامل بهبود می یابند و بی هیچ محدودیتی به شغل قبلی خود بازمی گردند در آموزش این نکات به بیماران استفاده از کتابچه ها و نوارهای ویدیویی می تواند بسیار سودمند واقع شود.

کمردرد مزمن

درمان:

زمانی که کمردرد ۱۲ هفته یا بیشتر ادامه یابد، به آن کمردرد مزمن اتلاق می شود اعم از اینکه بیمار تحت عمل جراحی قرار گرفته باشد یا خیر، درمان کمردرد مزمن با کمردرد حاد متفاوت است و از این قرار می باشد:

۱- از استراحت در منزل اجتناب شود و استراحت به دوره های زمانی کوتاه در طول روز محدود شود.

۲- استفاده دراز مدت از NSAIDS می تواند عوارضی ایجاد نماید و از این داروها در موارد خاص استفاده می شود. استفاده از شل کننده های عضلانی و مشتقات تریاک مجاز نیست اما می توان از داروهای ضدافسردگی سرحلقه ای (TCAS) سود جست.

۳- چنانچه عوامل مزاحمی مانند چاقی، مصرف سیگار و ضعف جسمی^۱ وجود داشته باشد می بایست به بیمار آموزش داد و نیز به او کمک کرد تا با حذف این عوامل شیوه زندگی خود را اصلاح کند.

۴- کشش و کمپرسی سرد و گرم می تواند در کاهش کمردرد موثر باشد و بیمار باید در منزل از این روشها استفاده کند.

¹poor phgical conditioning

۵- چنانچه روشهای درمانی فیزیوتراپی معمولی موثر واقع نشود، درمان باید با تاکید به بازگردانیدن عملکرد بیمار انجام شود. (از مراکز بازگشت به کار یا بازگردانیدن عملکرد استفاده شود)^۱ اجرای چنین برنامه ای نیازمند یک همکاری تیمی متشکل از پزشک متخصص طب ورزشی، فیزیوتراپیست، کاردرمانگر، روانشناس، کارشناس توانسنجی و یک مشاور (برحسب مورد) می باشد.

چنین برنامه هایی اصول مراقبت از کمر و پشت، روشهای تثبیت ستون فقرات، روشهای آرگونومیک صحیح برای انجام وظایف شغلی و مراقبت از خود در جملات بعدی احتمالی کمردرد را به بیماران می آموزد. تیم مذکور می تواند از بیمار ارزیابی ظرفیت عملکردی (FCEs)^۲ بعمل آورد و بدینوسیله توانمندیهای فیزیکی بیمار را بسنجد عموماً این آزمونها در ابتدا و خاتمه درمان بعمل می آیند.

چنانچه از کارافتادگی دائمی وجود داشته باشد و بیمار تا آینده معلومی قادر به ادامه به کار نباشد انجام درمانهای بازگرداننده عملکرد در ارزیابی و تطبیق توانمندیهای بیمار با نیازمندیهای فیزیکی سایر مشاغل مهم است؛ چنانچه بیمار بتواند در حرفه خودش به کار ادامه دهد.

¹Functional Restoration Facility or work karding center or return to work center

²Functional Copaeity Evaluation

درمان جراحی

شرح درمان جراحی کارگران مبتلا به کمردرد در این مقاله نمی‌گنجد اما اندیکاسیونهای عمل جراحی فتق دیسک بین مهره‌ای را که از طرف AHRQ¹ مطرح شده است در ذیل می‌خوانید:

- چنانچه بیماری باگذشت یکماه از درمان محافظه کارانه بهبود نیابد لازم است پزشک درمانهای پیشرفته تری را برای وی منظور کند. هرگاه همه موارد ذیل با هم دیده شود، بیمار باید به یک پزشک متخصص ارجاع شود. (B)

✓ کمر درد شدید و ناتوان کننده باشد.

✓ شکایات بیمار پا بر جا بوده و تغییری نکرده یا بدتر شده باشد.

✓ شواهد بالینی مبنی بر وجود فشار به ریشه اعصاب موجود باشد.

- کارآیی دیسککتومی استاندارد و میکرو دیسککتومی یکسان بوده و این روشها برای درمان فتق دیسک بین مهره‌ای و فشار به ریشه اعصاب مناسب هستند (B)

AHRQ اشاره ای به روشهای بیحرکت کردن مهره‌ها² نکرده و نیز روشهای جراحی دیگر را برای مقایسه ذکر نکرده است.

¹AHRQ

²Spinal Fusion procedures

- بیمارانی که دچار کمردرد حاد هستند و در بررسی‌ها و معاینات بعمل آمده از آنها یافته‌های مشکوکی دال بر وجود فشردگی ریشه عصب یا علایم هشداردهنده دیگر بدست نیامده است، نیاز به مشاوره جراحی فوری ندارند. (B)

پیش‌آگهی کمردرد

در بیش از ۹۰٪ موارد کمردرد غیراختصاصی بسرعت و خودبخود برطرف می‌شود (شکل ۱-۲۶) صرفنظر از درمان بعمل آمده حدود ۴۰٪ بیماران ظرف یک هفته، ۸۰٪ تا سه هفته و ۹۰ درصد تا ۶ هفته بهبود می‌یابند. اما میزان عود این عارضه قابل ملاحظه است بطوری که تا یکسال پس از حمله اول کمردرد، ۵۰٪ احتمال عود وجود دارد. یک مطالعه که در انگلستان انجام شده نشان می‌دهد کسانی که سابقه کمردرد دارند ۴ برابر دیگران در معرض خطر کمردرد هستند. (۲۹) مطالعه دیگری در سوئد نشان داد کارگران صنعتی که برای اولین بار دچار کمردرد شده‌اند در سال آینده ۲۸٪ احتمال دارد مجدداً به این عارضه مبتلا شوند (۳۰)

تعیین بیمارانی که برای بهبودی به زمانی بیش از ۶ هفته نیاز دارند در آغاز کمردرد کار مشکلی است. می‌توان از عواملی که با طولانی شدن دوره بیماری همراه هستند نام برد: وجود پادرد، دریافت غرامت، عوامل روحی-روانی، عوامل شغلی فیزیکی، سن بالا، تشخیص طبی خاص و عوامل اقتصادی اجتماعی. البته از آنجایی که رابطه میان عوامل مذکور پیچیده است، نمی‌توان

هیچیک از آنها را بطور مشخص در تعیین احتمال مزمن شدن کمردرد مسئول شناخت. اگر بیماری بعلت کمردرد بیش از ۶ ماه از کار غایب شود، فقط ۵۰٪ احتمال دارد که بطور موثری به کار بازگردد. این شانس در صورتی که مدت غیبت از کار به یکسال و بیشتر برسد به ۲۵٪ و برای غیبت ۲ سال به صفر تقلیل می یابد. (۳۱) علیرغم برنامه های درمانی تفهیمی و شیوه های مختلف درمان درد و برنامه های فعال سازی که در دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته اند و داده های فوق را بهبود داده اند، اما هنوز پیش آگهی کمردرد پس از غیبتهای طولانی از کار بسیار بد می باشد. (۳۲)

امروزه بخش مهمی از درمان کمردرد را بازگشت سریع به کار تشکیل می دهد. اما موانع متعددی برای بازگشت بیماران به کار وجود دارد که به آن اشاره می شود:

- ۱- عدم انگیزه کافی برای بازگشت به کار
- ۲- رفتار بیمارگونه
- ۳- مشکل تشخیص و تامین کار مناسب
- ۴- عدم تمایل کارفرما به بازگشت کارگر تا زمان حصول بهبودی کامل (علیرغم وجود شواهدی که نشان می دهند هزینه پذیرش کارگری با توان محدود کمتر بوده و در روند بهبودی موثرتر می باشد)
- ۵- مشکلات ناشی از قوانین کار دست و پاگیر

۶- درمان نامناسب توسط پزشکان یا بکار بستن روشهای درمانی غیر موثر

برای مدت مدید

۷- عدم استفاده از برنامه های بازتوانی موثر در بازگشت به کار

پزشک می بایست از این موارد آگاه بوده و در هر مورد کمردرد اهمیت نسبی

هر یک را تشخیص دهد.

پیشگیری و کنترل

روشهای پیشگیری از کمردرد شغلی بسیار بحث انگیز می باشند. اما بنظر می

رسد در بین روشهای متداول، به کارگیری علم ارگونومی سودمندتر بوده و از

آنجایی که این شاخه مجزای علمی کتب مرجع مربوط به خود را دارد که بحمد

اله برگردان فارسی بسیاری از آنان نیز در بازار ایران موجود است، در این

مقال به ذکر فهرست وار سرفصلهای مطروحه در کنترل کمردرد شغلی اکتفا

می کنیم.

طراحی شغل (ارگونومی)

وسایل کمکی مکانیکی

سطح کاری متناسب (کار سبک، ... سنگین)

چیدمان مناسب پست کاری

ایستگاههای کاری نشسته/ایستاده

بسته بندی مناسب

جایگذاری شغلی (انتخاب شاغلین)

تاریخچه دقیق

معاینه فیزیکی کامل

پرهیز از رادیوگرافی های روتین

آزمایشات قدرتی

آموزش

آموزش کارگران

بیومکانیک حرکات بدنی (ایمنی بلند کردن بار)

قدرت و تناسب بدنی

مدرسه کمردرد

آموزش مدیران

واکنش مدیران نسبت به کمردرد

بازگشت سریع به کار

اصول ارگونومیک طراحی شغل

آموزش اتحادیه های کارگری

بازگشت سریع به کار

قوانین کاری انعطاف پذیر

آموزش پزشکان

تجویز داروهای مناسب

استفاده محدود از رادیوگرافی

پرهیز از صدور گواهی استعلاجی دراز مدت

بازگشت سریع به کار (در صورت لزوم با محدودیت)

منابع:

- <http://medical3000.blogfa.com/8508.aspx>
- <http://bionuclear.mihanblog.com/Cat/7.aspx>
- دانشنامه رشد