

کمر درد و سیاتیک

یک مدل پاتوژنتیک جدید
و اصول درمانی

مترجمان:

مهدیه مختاری

کارشناس ارشد حرکات اصلاحی و آسیب شناسی ورزشی

علیرضا ابراهیمی

کارشناس ارشد حرکات اصلاحی و آسیب شناسی ورزشی

ویراستار علمی:

سید صدرالدین شجاع‌الدین

استاد تمام دانشگاه خوارزمی تهران



کمر درد و سیاتیک یک مدل پاتوژنتیک جدید و اصول درمانی

تألیف: لوئیجی تسیو

ترجمه: علیرضا ابراهیمی، مهدیه مختاری
ویراستار علمی: سید صدرالدین شجاع الدین

| مدیر گرافیک/راضیه امیری

| مدیر هنری و طراح جلد/ محمودرضا لطیفی

| نوبت چاپ/ اول ۱۴۰۴

| شمارگان/ ۵۰ نسخه

| شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۲۷-۲۹۶-۶

قیمت: ۲۵۹۰۰۰۰ ریال

سرشناسه: تزیو، لوئیجی Tesio, Luigi

عنوان و نام پدیدآور: کمر درد و سیاتیک: یک مدل پاتوژنتیک جدید و اصول درمانی/ نویسنده لوئیجی تسیو؛
مترجم علیرضا ابراهیمی، مهدیه مختاری؛ ویراستار علمی سیدصدرالدین شجاع الدین.

مشخصات نشر: تهران: انتشارات حتمی، ۱۴۰۴.

مشخصات ظاهری: ۱۷۲ ص.: مصور، جدول، نمودار؛ ۱۴/۵ × ۲۱/۵ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۴۲۷-۲۹۶-۶ / وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: عنوان اصلی: Low back pain and sciatica: A new pathogenetic model and treatment principles, ۲۰۲۵.

یادداشت: کتابنامه./ موضوع: سیاتیک /Sciatica/ کمر درد Backache

سیاتیک -- درمان / Backache -- Treatment / کمر درد -- درمان / Sciatica -- Treatment

شناسه افزوده: ابراهیمی، علیرضا، ۱۳۷۹ آبان-، مترجم/ شناسه افزوده: مختاری، مهدیه، ۱۳۷۸-، مترجم

شناسه افزوده: شجاع الدین، سیدصدرالدین، ۱۳۴۱-، ویراستار

رده بندی کنگره: RC۴۲۰

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۷

شماره کتابشناسی ملی: ۱۰۲۶۸۸۴۴

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

تاریخ درخواست: ۱۴۰۴/۰۷/۲۶ کد پیگیری: ۱۰۲۶۶۸۷۶



مرکز بخش: تهران، خیابان انقلاب، بین خیابان ۱۲ فروردین و اردیبهشت، ساختمان ۱۳۶۰، طبقه پنجم، واحد ۲۳

۶۶۴۰۳۱۷۰ | ۶۶۴۰۳۱۶۲

www.hatmipg.com hatmipg

توجه:

به موجب ماده ۵ قانون حمایت، از حقوق مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸/۱۰/۱۱ کلیه حقوق این کتاب برای انتشارات حتمی محفوظ می‌باشد و هیچ شخص حقیقی یا حقوقی حق استفاده از آن را ندارد و متخلفین به موجب این قانون تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرند.



فهرست

۱۴	درد کمر: یک پرونده سرد
۱۵	محدود کردن حوزه بحث
۱۶	سبک متن و دستورالعمل‌های استفاده
۱۸	بخش اول: مشاهده بیمار
۱۹	فصل ۱: کمردرد و تناقضات آن
۲۱	۱-۱. دو نوع اصلی بالینی: بیمار با تسکین فلکسوری و بیمار با تسکین اکستنسوری
۲۴	فصل ۲: بیمار نوع فلکسور: کمردرد، سیاتیک، رادیکولوپاتی کمری
۲۵	۱-۲. تاریخچه پزشکی
۲۶	۲-۲. درد: کدام و کجا
۲۷	۳-۲. توزیع زمانی و مکانی درد
۲۷	۱-۳-۲. توزیع: درد ارجاعی و درد رادیاتی
۳۰	۴-۲. توصیف ذهنی درد
۳۰	۵-۲. درمان‌ها: کدام‌ها (موثر نبوده اند)
۳۲	۶-۲. تاریخچه تشخیصی
۳۲	۷-۲. درد و حرکات روزانه
۳۴	۸-۲. نه تنها درد پایین کمر: لنگش بدون درد (کلودیکیشن)
۳۴	۱-۸-۲. سندرم کانال کمری باریک (تنگی کانال نخاعی)
۳۴	۲-۸-۲. کی کانال «باریک» است؟
۳۵	۳-۸-۲. تاریخچه و ویژگی‌های سندرم

- ۳۸ ۴-۸-۲. دو سندروم یا یکی؟ تنگی کانال نخاعی و «پاهای بی‌قرار»
- ۳۹ ۲-۲. ارزیابی آزمایش‌های تشخیصی
- ۴۰ ۱-۹-۲. آزمایش الکترومایوگرافی: به ندرت ضروری
- ۴۲ ۱۰-۲-۲. معاینه بالینی عینی
- ۴۲ ۱-۱۰-۲. معاینه سگمنتال در کنار تخت
- ۴۴ ۲-۱۰-۲. معاینه رفتار حرکتی
- ۴۵ ۳-۱-۲. ارزیابی بالینی تصویربرداری از ستون فقرات لومبوساکرال
- ۴۸ ۴-۱-۲. (عدم) تطابق میان شرح حال، معاینه نوروموتور و تصویربرداری
- ۵-۱-۲. چرا ممکن است میان تصویربرداری و تصویر بالینی تناقض وجود داشته باشد

۴۸

فصل ۳: بیمار تیپ اکستنسور: تصویر بالینی معمول

۵۲

بخش دوم: میانی درد لومبوسیاتیک

فصل ۴: نورولوژی درد لومبوسیاتیک

۵۶

- ۵۷ ۱-۴. گیرنده‌های درد کجا هستند؟
- ۵۷ یادآوری آناتومیک
- ۵۸ ۱-۴-۱. عصب نخاعی
- ۵۹ ۲-۴-۱. مکانیسم‌های درد: پاتوژنز فشاری
- ۶۰ ۳-۴-۱. برآمدگی یا فتق دیسک
- ۶۱ ۴-۴-۱. چرا فتق‌های دیسک چهارم یا پنجم کم‌ری غالب‌اند؟
- ۶۲ ۵-۴-۱. سیاتیک فلج‌کننده
- ۶۲ ۶-۴-۱. استنوزیتوزیس مفاصل فاست (آرتريت بين‌زائده‌ای یا زیگاپوفیزیال)
- ۶۴ ۲-۴. درد عضلانی
- ۶۵ ۳-۴. درد منتشر

فصل ۵: حلقه گمشده: رکود وریدی اپیدورال

۶۸

- ۶۹ ۱-۵. شبکه وریدی اپیدورال باتسون: تاریخچه مختصر و آناتومی
- ۷۶ ۲-۵. درد کم‌ری و اتساع شبکه وریدی اپیدورال: برخی شرایط بالینی
- ۷۶ ۱-۲-۵. بارداری

- ۷۷ ۵-۲-۵. انسداد ورید اجوف تحتانی
- ۷۷ ۵-۲-۵. نارسایی قلبی و فشار خون ریوی
- ۸۰ ۵-۳-۵. نظریه وریدی در مورد درد کمر ساده یا سیاتیک : داستانی ناتمام
- ۸۲ ۵-۳-۵. کانال کمری باریک و رکود وریدی اپیدورال
- ۸۳ ۵-۳-۵. نتیجه‌گیری جالب: درد گردن و سردرد
- ۸۳ ۵-۳-۵. ارتباط مشکوک: درد پایین کمر و درمان اختلال نعوظ
- ۸۴ ۵-۳-۵. شواهدی از گردش خون بحرانی در گانگلیون‌ها و ریشه‌های کائودا
- ۸۶ ۵-۳-۵. از ایست قلبی تا فلیپت و فیبروز: گسترش میدان مشاهده

بخش سوم: توضیح تناقضات

فصل ۶: توضیح تصاویر بالینی متفاوت ۹۳

- ۹۴ ۶-۱-۶. مکانیک دیسک
- ۹۴ ۶-۱-۶. فشار دیسک: هسته پالپوزوس تمام داستان را بازگو نمی‌کند
- ۹۵ ۶-۱-۶. مکانیک دیسک در ارتباط با حرکات ستون فقرات
- ۱۰۰ ۶-۲-۶. درک جابه‌جایی هسته در حین خم شدن جانبی ستون فقرات

فصل ۷: معماهای توضیح داده شده ۱۰۴

- ۱۰۵ ۷-۱-۷. چرا تصویر فلکسور: فشار غیرمنتظره
- ۱۰۵ ۷-۲-۷. چرا تصویر اکستنسور: تحریک منتز
- ۱۰۵ ۷-۳-۷. درد در حالت استراحت
- ۱۰۶ ۷-۴-۷. درد در دوران بارداری
- ۱۰۶ ۷-۵-۷. عوامل خطر
- ۱۰۷ ۷-۶-۷. علائم رادیکولاری که ناپدید می‌شوند: مهار دردزا بیشتر از آسیب رادیکولاری
- ۱۰۸ ۷-۷-۷. پایداری نتایج با درمان‌های مکانیکی
- ۱۰۸ ۷-۸-۷. چرا درد کمری به‌جای درد ارجاعی یا منتشر شونده
- ۱۰۹ ۷-۹-۷. بهبود خودبه‌خودی، حملات مکرر، مزمن شدن

بخش چهارم: مدل پاتوژنتیک یکپارچه و برخی موارد خاص

فصل ۸: مدل فشاری_وریدی_التهابی

- ۱۱۴ ۸-۱. ترکیب مدل
- ۱۱۴ ۸-۲. مدل چگونه و چه چیزی را توضیح می‌دهد
- ۱۱۵ ۸-۳. یک پیشنهاد عمل‌گرایانه: از «لومبوسیاتیک» تا «لومبوسیاتیک کوبین»
- ۱۱۹ فصل ۹: مواردی که با مدل کوبین سازگار هستند

- ۱۲۰ ۹-۱. موارد پس از جراحی
- ۱۲۰ ۹-۱-۱. مقدمه
- ۱۲۰ ۹-۱-۲. جراحی، همیشه راه‌حل درست نیست: همیشه مؤثر نیست
- ۱۲۱ ۹-۱-۳. بی‌ثباتی و "پایداری جراحی": مبنای بحث برانگیز
- ۱۲۳ ۹-۱-۴. مداخلات جراحی مکرر

فصل ۱۰: موارد در مرز یا خارج از مدل کوبین

- ۱۲۹ ۱۰-۱. درد کم‌ری یا سیاتیکی در ناهنجاری‌های استخوانی ستون فقرات
- ۱۲۹ ۱۰-۱-۱. درد در اسکولیوز ایدیوپاتیک یا اکتسابی
- ۱۳۰ ۱۰-۱-۲. درد در ناهنجاری‌های بخش‌های منفرد مهره‌های
- ۱۳۱ ۱۰-۲. پاتوژنز در دردهای «بی‌علت»
- ۱۳۱ ۱۰-۲-۱. مقدمه‌ی نظری
- ۱۳۳ ۱۰-۲-۲. درد عمدتاً منشأ مکانیکی دارد؛ اما هرگز صرفاً مکانیکی نیست

بخش پنجم: منطق کلان درمان غیرجراحی

فصل ۱۱: درمان‌های درد: چرا اولین انتخاب نیستند

- فصل ۱۲: درمان‌های ورزشی و درمان‌های فیزیکی دستی، فیزیکی یا دارویی
- ۱۴۰

- ۱۴۱-۱. استدلال درمانی الگوی فلکشن (خم شدن)
- ۱۴۱-۲. چگونه بدون جراحی دکمپرشن انجام دهیم (فشار را کم کنیم)
- ۱۴۱-۱-۲. تمرینات فلکشن
- ۱۴۲-۲-۲. مکانیسم اثر تمرینات فلکشن: فراتر از گشاد کردن کانال
- ۱۴۳-۳. چگونه بدون جراحی احتقان را کاهش دهیم
- ۱۴۳-۱-۳. همچنان تمرینات فلکشن
- ۱۴۳-۲-۳. تمرینات اکستنشن؟ خیر
- ۱۴۵-۳-۳. تمرین در آب
- ۱۴۸-۳-۳. ترکیب سایر درمان‌های دستی یا ابزاری
- ۱۴۸-۲-۴. مدل کامل در یک روش: کشش فعال کمری (یا اتوترکشن)
- ۱۴۹-۴-۱. میز کشش فعال کمری
- ۱۴۹-۴-۲. نحوه انجام درمان
- ۱۵۲-۴-۳. اندیکاسیون‌ها و موانع
- ۱۵۲-۴-۴. نتایج
- ۱۵۳-۴-۵. چگونه تکنیک ALT/اتوترکشن ایجاد شد (و چرا گسترش نیافت)
- ۱۵۴-۴-۶. تناقضات بیش از حد؟
- ۱۵۶-۴-۷. مکانیسم عمل: دیگر تناقض آمیز نیست
- ۱۵۷-۴-۸. پاتوژنز و ریدی: زمان تصویربرداری فرا رسیده
- ۱۵۷-۴-۹. داروها را فراموش نکنیم
- ۱۵۸-۴-۱۰. داروهای عروقی: از درد تا علت آن. چرا که نه؟
- ۱۵۹-۲-۵. استدلال درمانی در تصویر اکستنسور
- ۱۵۹-۵-۱. استراحت و دگزامتازون

فصل ۱۳: تأملاتی درباره درمان محافظه کارانه ۱۶۲

- ۱۶۳-۱. تشخیص: از توصیفی تا پاتوفیزیولوژیک
- ۱۶۳-۲. استنتاج‌های درمانی: سه تکنیک سازگار با مدل
- ۱۶۴-۳. از مدل کوبین تا تصمیم‌گیری بالینی: فاصله کوتاه است

ضمیمه: برخی علل خطرناک کمردرد ۱۶۷

- ۱۶۸- درد کمری در نوجوانان و کودکان

۱۶۸	اسپوندیلولیز و اسپوندیلولیستز
۱۶۸	درگیری عضلات پیریفور میس و ایتوریتور داخلی
۱۶۸	درد گلوتهال اولیه
۱۶۹	درد در تاج ایلیاک
۱۶۹	درد فوق‌حاد با وضعیتهای ضد درد متفاوت



← پیشگفتار

با کمال تعجب و با ترکیبی از غرور و ترس، دعوت‌نامه‌ای را از پروفیسور لوئیجی تسیو دریافت کردم تا مقدمه‌ای برای کتاب او بنویسم. توضیح این مجموعه احساسات، عمدتاً به دلیل درک من از پروفیسور تسیو است که بی‌شک توسط تمام جامعه علمی به عنوان یک پزشک برجسته بالینی، پژوهشگر و در نهایت یک دانشمند واقعی شناخته می‌شود. کسی که من تجربه‌های مشترک میدانی (بیماران و مشکلات مشترک) با او دارم و همچنین ارتباطی طولانی مدت داریم که رساله‌های دکتری‌مان در یک حوزه مشترک به نام نوروفیزیولوژی نوشته شده‌اند.

یکی از جنبه‌های جالب این دعوت، درک موضوع کتاب بود: لومبوسیاتیک. موضوعی بسیار پیچیده و با فراوانی بالا در عمل روزمره برای فیزیوتراپیست‌ها، جراحان اعصاب، نورولوژیست‌ها، ارتوپدها و همکاران در پزشکی عمومی. در این راستا، آمار مراجعات سرپایی برای این «اپیدمی خاموش» که به خوبی تعریف شده است را در نظر بگیرید. اعتراف می‌کنم که ترس داشتم که ممکن است در موقعیت‌های کاملاً مخالف قرار بگیریم (جنگ جراحان اعصاب و فیزیوتراپیست). اما در عوض، خوشحال شدم که دیدم دیدگاه‌ها در مورد تشخیص، ملاحظات بالینی و درمانی در اکثر نقاط همخوانی داشت.

تشخیص و درک مکانیسم‌های درد، که تجربه‌ای است کاملاً شخصی، می‌تواند معمایی واقعی در زمینه بالینی و رادیولوژیکی ایجاد کند، به‌ویژه در جمعیت‌های مسن‌تر. کتاب لوئیجی تسیو به دنبال پاسخ‌های علمی و عینی به همه این مسائل است و تئوری‌ای که توسط خود نویسنده توسعه داده شده، نوآورانه و بسیار جالب است.

مطمئن هستم که این کتاب یک ابزار ضروری و با اهمیت بسیار نادر برای تمام پزشکان است، از جوان‌ترین تا با تجربه‌ترین‌ها. بنابراین امیدوارم که این کتاب به عنوان یک نقطه عطف در تمام مراکز پزشکی حضور داشته باشد.

پروفسور مارکو لوکاتلی پروفسور جراحی اعصاب

دانشگاه میلان

میلان، ایتالیا

واحد جراحی اعصاب

مؤسسه IRCCS Ca' Granda

بنیاد بیمارستان عمومی پلی‌کلینیک

میلان، ایتالیا



← مقدمه

بسیار کم هستند بزرگسالانی که در طول زندگی خود از درد ناحیه کمری یا همان درد کمر کلاسیک یا درد در امتداد اندام تحتانی رنج نبرده باشند. تقریباً همیشه، این افراد تشخیص «درد پایین کمر» یا در مورد دردهای انتشاری، «سیاتیک» یا حتی «لومبوسیاتیک» دریافت کرده‌اند. برای اختصار از این پس، گاهی از واژه لومبگو (درد کمر آشنا یا درد پایین کمر که گاهی اوقات به آن "درد پشت" گفته می‌شود) استفاده خواهیم کرد که شامل سیاتیک، لومبوسیاتیک و دردهای پراکنده به کشاله ران یا سطح جلویی ران، که به طور صحیح‌تری «کروالژیا» (از واژه لاتین «کُرس»، پا؛ که به ریشه اندام، یعنی ران اشاره دارد) نامیده می‌شود، نیز می‌شود. از این پس، به متن واگذار می‌کنم که معنی دقیق هر کلمه مشخص شود.

مطمئناً از واژه «بیمار» برای اشاره به شخصی که از این درد رنج می‌برد استفاده خواهیم کرد. در تجربه من، تفاوت معناداری بین جنسیت در زمان شروع، شیوع، نوع و شدت این پاتولوژی وجود ندارد. استفاده از ضمیرهای جنسیتی (he/she) به نظر نمی‌رسد در این بحث ضروری باشد.

تقریباً همیشه، منشأ این دردها به عنوان «خوش‌خیم» تعریف می‌شود، زیرا معمولاً آن را به یک تضاد مورفولوژیک-مکانیکی از منشأ دژنراتیو در داخل کانال نخاعی نسبت می‌دهند که بین ساختارهای استخوانی یا دیسکی و ریشه‌های عصبی قرار دارد. همچنین انتساب‌های خاص‌تری به مفاصل پشتی («مفاصل فاست» یا «مفاصل بین آپوفیزیال» یا «زیگاپوفیزیال») و همچنین به «پارگی‌ها» یا «اسپاسم‌های عضلانی» که دقیقاً موقعیت آنها مشخص نیست، و به تغییرات «وضعیتی» که به طور مشخص، مشخص نشده است، نیز وجود دارد.

این کتاب به بررسی لومبگو از یک علت «خوش خیم» در ستون فقرات لومبوساکرال می پردازد و علل دیگر کمتر یا بسیار کمتر «خوش خیم» مانند شکستگی های مهره ها، عفونت ها، تومورها و روماتیسم ها را از بحث خارج می کند. تنها به طور مختصر به ناهنجاری های ساختاری اشاره خواهد شد. همچنین تمام بیماری های غیرنخاعی، بیماری های شکمی یا صدی که می توانند درد در ناحیه کمری ایجاد کنند، از این بحث خارج شده اند.

با دقت بیشتر، باید روشن شود که صفت «خوش خیم» تا حدودی خوش بینانه است. برای بیماران فردی، لومبگو می تواند نه تنها منبع درد شدید، طولانی مدت و مقاوم باشد بلکه می تواند عامل ناتوانی قابل توجهی نیز باشد.

برای جامعه، لومبگو یک فاجعه واقعی است. این درد یکی از اصلی ترین علل غیبت از کار در دنیای صنعتی شده است، زیرا معمولاً افرادی را که بین ۳۰ تا ۶۵ سال قرار دارند و در دوران کاری خود هستند، تحت تاثیر قرار می دهد و اغلب برای مدت طولانی ادامه دارد. امروزه شواهدی وجود دارد که نشان می دهد لومبگو یکی از اصلی ترین علل ناتوانی در سطح جهانی است (بر اساس اطلاعات سازمان بهداشت جهانی). این وضعیت ممکن است در موارد فردی خفیف یا متوسط باشد، اما به دلیل شیوع بسیار بالا، عواقب اقتصادی آن قابل توجه است. شرایط کاری یا ورزشی افراد را در معرض بارها و حرکاتی قرار می دهد که خطر ابتلا به لومبگو را افزایش می دهند. این موضوع به طور وسیع در پزشکی شغلی، پیشگیرانه، قانونی و ورزشی مطرح است و در اینجا به آن پرداخته نخواهد شد. بنابراین، در اینجا از بیمارانی صحبت خواهیم کرد که تاریخچه آنها نشان دهنده علت شدید تروما یا شغل خاص نیست.

از دیدگاه علمی، لومبگو چیزی جز یک مشکل ساده نیست. مکانیزم منشأ درد (پاتولوژی یا به عبارتی "فیزیوتوپاتولوژی") هنوز به طور کامل درک نشده است. نه به طور تصادفی، واژه "لومبگو" هنوز به عنوان یک اصطلاح رسمی شناخته می‌شود، به طوری که سازمان بهداشت جهانی (WHO) کد ۷۲۴٫۲ را در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD) به آن اختصاص داده است. این "بیماری" - حرف "D" در "Disease" - صرفاً از طریق توصیف حضور درد یا به عنوان "آلژیا" (درد)، چه در ناحیه کمری و چه در ناحیه سیاتیک (مثل نورالژی سیاتیک) تعریف می‌شود. از یک اصطلاح پاتوفیزیولوژیکی استفاده نمی‌شود. امروزه، تعداد کمی از تشخیص‌ها با این نوع تعریف باقی مانده‌اند (شاید سردرد، دیسمنوره، بی‌خوابی و چند مورد دیگر). به عنوان مثال، دیگر کسی از اصطلاح "تب مالاریک بدخیم" برای تعریف یک نوع بیماری ناشی از انگل مالاریا استفاده نمی‌کند. هیچ‌کس یک تشخیص توصیفی ساده مانند "درد چشم" از یک چشم‌پزشک یا "درد شکم" از یک جراح را نمی‌پذیرد.

در دوران ما که درمان‌های ژنی، سلول‌های بنیادی و تحرکات عمیق مغزی را شاهد هستیم، "درد کمر" در ردیف‌های عقب‌تری قرار دارد و پشت ظاهر ساده یک "پاتولوژی کم‌اهمیت" مخفی شده است. برعکس، هنوز یک پرونده سرد در علم پزشکی است و یک چالش متدولوژیک باز به شمار می‌آید. حل حداقل بخشی از این پرونده سرد می‌تواند نه تنها زندگی بسیاری از افراد را بهبود بخشد و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را کاهش دهد بلکه ایده‌های جدیدی برای بسیاری از دیگر زمینه‌های پزشکی ارائه کند. این موضوع باعث برانگیختن کنجکاوی علمی من در مورد درد پایین کمر شده است؛ کنجکاوی که حتی با وجود اینکه تقریباً پنج دهه از

فعالیت پزشکی ام می‌گذرد و عمدتاً با ناتوانی‌های ناشی از علل دیگر کم‌تر "خوش‌خیم" سروکار داشته‌ام، همچنان پابرجا است.

محدود کردن حوزه بحث

در این کتاب، عمدتاً شرایط مزمن که به‌طور کلی با وقوع اپیزودهای درد روزانه، حتی اگر در طول روز به صورت برگشت‌پذیر/مکرر باشند و حداقل به مدت ۶ هفته ادامه یابند، معرفی می‌شوند، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. با این حال، در حالت‌های معمولی، درد برای مدت‌های طولانی (ماه‌ها و حتی سال‌ها) به‌وجود می‌آید. شرایط حاد نیز فضای خود را برای بحث خواهند داشت. واژه "حاد" اغلب هم به شدت درد و هم به شروع ناگهانی آن اشاره دارد. بنابراین، این احتمال وجود دارد که برخی از اشکال "درد کمر حاد" مدت زمان طولانی‌تری داشته باشند. این ابهام در ادامه با یک طبقه‌بندی دیگر از درد کمر روشن خواهد شد. حتی موارد کمتر معمول نیز فضایی برای توصیف خواهند داشت.

در مورد درمان، معیارهای کلی که پیشنهادات درمانی محافظه‌کارانه را توجیه می‌کنند، مورد بحث قرار خواهد گرفت، با توجه ویژه به اشکال مختلف تمرینات ورزشی. جایگزین‌های دارویی و درمان‌های تهاجمی‌تر نیز همچنان به‌طور مختصر ذکر خواهند شد.

این متن بر اساس بیش از ۴۰ سال تفکر شخصی، تجربه عملی و پژوهش در مورد این پاتولوژی دشوار گردآوری شده است. هدف این نیست که یک راهنمای آناتومیکی و تشخیصی ارائه دهیم، زیرا در حال حاضر تعداد زیادی متن عالی از این نوع وجود دارد، بلکه قصد داریم یک مدل پاتوفیزیولوژیکی را پیشنهاد کنیم که تا حد امکان موارد زیر را توضیح دهد:

تصاویری که از مشاهدات بالینی به‌دست می‌آید ("فنوتیپ‌ها") که ممکن

- است با وجود تشخیص توصیفی مشترک، متناقض به نظر برسند.
- دلایل مختلف پیشنهادات درمانی. تنوع عظیم پیشنهادات درمانی ممکن است متناقض به نظر برسد نسبت به یگانگی تشخیص توصیفی (اگر بخواهید "درد معده" را درمان کنید، هر پیشنهادی خوب است، همین موضوع برای "درد کمر" نیز صدق می‌کند).
 - با استفاده از یک استعاره شناخته شده، این متن نمی‌خواهد به پزشک ماهی بدهد بلکه می‌خواهد به او یاد بدهد که چگونه ماهی بگیرد.

سبک متن و دستورالعمل‌های استفاده

ساختار و سبک متن به گونه‌ای است که در میانه راه بین یک مونوگرافی دقیق و یک کتاب درسی واقعی قرار دارد. این جلد از یک نیت آموزشی به وجود آمده است: می‌خواهد دهه‌ها تدریس من در این زمینه را که در بی‌شمار سمینارها و همایش‌ها و به‌ویژه در بی‌شمار کلاس‌ها ارائه کرده‌ام، تثبیت کند. این کلاس‌ها عمدتاً در دانشگاه میلان برگزار شده است، جایی که من به مدت ۱۸ سال استاد تمام وقت فیزیوتراپی و توانبخشی بودم و اکنون استاد افتخاری هستم. این موضوع را عمدتاً به ساکنان برنامه دکترای فیزیوتراپی و توانبخشی تدریس کرده‌ام. البته باید به برنامه‌های نورپزشکی، کلاس‌های پزشکی و جراحی و دوره‌های کارشناسی ارشد علوم حرکتی و فیزیوتراپی نیز اشاره کنم.

برخی عواقب این رویکرد:

- این جلد نمایانگر افکار شخصی من است. بسیاری از مراجع علمی از آن‌ها پشتیبانی می‌کنند، اما من نگران نبوده‌ام که هر جمله را با یک ارجاع کتاب‌شناسی پشتیبانی کنم، همانطور که در مقالات علمی کلاسیک معمول است.

- بحث‌ها فرض می‌کنند که خواننده دارای دانش پایه‌ای از آناتومی ستون فقرات (شامل محتوای عصبی آن) و مفاهیم پایه‌ای در ارتوپدی و نورولوژی است. بنابراین، استفاده از نشانه‌های تصویری به حداقل رسیده است اما برای تسهیل درک مکانیزم پاتولوژیکی که من پیشنهاد می‌کنم، کافی است.
- این متن قصد دارد تفکر انتقادی را ترویج دهد، نه اینکه این یا آن روش درمانی را به‌طور دقیق توضیح دهد. در بازار سلامت، پیشنهادات درمانی، حتی برای انواع مختلف تمرینات، بی‌شمارند، با یکدیگر متناقض به نظر می‌رسند و در بسیاری از موارد با یک ادبیات وسیع و اختصاصی پشتیبانی می‌شوند که کاهش دادن آن‌ها به سادگی نادرست خواهد بود.
- این متن برای افرادی که به رشته‌های توانبخشی، نورولوژی، جراحی اعصاب، ارتوپدی، روماتولوژی یا حتی علوم حرکتی علاقه دارند، طراحی شده است. با این حال، با توجه به گستردگی و فراتر بودن این پاتولوژی، من رشته‌های پزشکی عمومی، سالمندی و درمان درد را نیز مستثنی نمی‌کنم.
- توضیحات بالینی بیماران معمولی و حرکات نیمه‌درمانی که من ارائه می‌کنم، هدفشان جایگزینی برای سمیوتیک‌های کلاسیک ارتوپدی و نورولوژی نیستند و به هیچ عنوان اهمیت تاریخیچه پزشکی و معاینه کلی را کاهش نمی‌دهند. بلکه، همانطور که روشن خواهد شد، روایت بالینی که من با آن انواع مختلف بیماران را توصیف می‌کنم، به دنبال برجسته کردن علائم و حرکاتی است که درون یک مدل پاتوفیزیولوژیکی واحد قرار خواهند گرفت که از طریق این «انواع»، بیشتر موارد بالینی را توضیح می‌دهد. واضح است که جستجو برای درک کامل این پدیده هنوز یک ماجراجویی باز است.



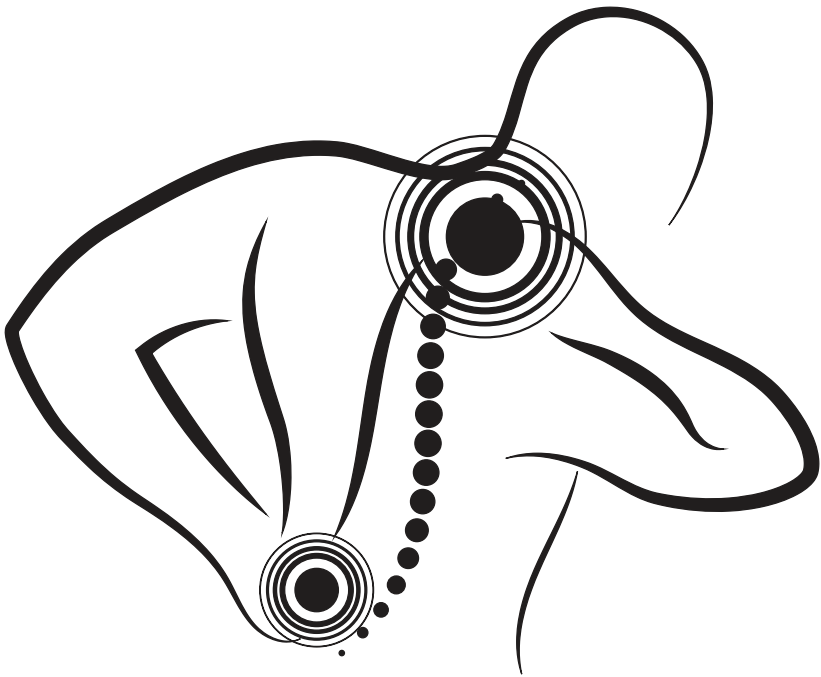
بخش ۱

مشاهده بیمار

فصل ۱

کمردرد و تناقضات آن

.....



سعی می‌کنم «کمر درد» را دقیق‌تر «مشخص» کنم. جدول ۱.۱ هشت تناقض ذاتی در شرح حال معمول «کمر درد» را نشان می‌دهد که در طول بحث تلاش خواهم کرد آنها را حل کنم.

جدول ۱.۱ نشان می‌دهد که در مواجهه با یک تشخیص توصیفی واحد، می‌توان تصاویر «فنوتیپی» و رفتاری کاملاً متناقضی دید که هر کدام نسبت به تشخیص تصویربرداری مرتبط با آن متفاوت هستند. بنابراین، تلاش خواهم کرد این نکات را با دقت بیشتری توصیف کنم. باید اجازه دهم این مشاهدات در قالب یک مدل پاتورنتیک (یا اگر بخواهید پاتوفیزیولوژیک) واحد قرار گیرند که در فصل ۸ به آن خواهم رسید.

امروزه، رویکرد غالب بالینی این است که طیف گسترده‌ای از بیماران را تحت عنوان کلی «کمر درد» یا «لومبوسیاتیک» دسته‌بندی کرده و بلافاصله به تصویربرداری از ستون فقرات لومبوساکرال می‌پردازند. تصویربرداری اغلب تصویر بالینی را توضیح نمی‌دهد و حتی اگر درد بیمار بهتر یا بدتر شود، تغییری نمی‌کند. بنابراین، به دلیل اعتماد بیش از حد به فناوری، مرحله حیاتی بررسی بالینی نادیده گرفته می‌شود که شامل بازسازی دقیق شرح حال و مشاهده بیمار کنار تخت (سمیولوژی کلاسیک نورولوژیک و ارتوپدی) و همچنین در رفتارهای حرکتی بیمار است.

جدول ۱-۱. تناقضات در «فنوتیپ»‌های مختلفی که در شرح حال «کمر درد» یافت می‌شوند:

۱. وضعیت ضد درد ثابت یا در حالت فلکشن یا اکستنشن
۲. درد در هنگام استراحت یا با بار افزایش می‌یابد
۳. عدم تطابق تصویربرداری و علائم
۴. درد در بارداری با تصویربرداری منفی
۵. عوامل خطر: همان عوامل قلبی عروقی