

بررسی شیوع مشکلات مفصل ساکروایلیاک در مبتلایان به کمردرد مراجعه کننده به مراکز پزشکی شهر اصفهان (یک مطالعه مقدماتی)

زهرا سادات رضائیان^{*}، فاطمه علیفر^۱، زینب گودرزی^۲، دکتر عبدالکریم کریمی^۳، محمد اصغری جعفرآبادی^۴

چکیده

مقدمه: کمردرد یکی از دلایل شایع از کارافتادگی است که از یک سو سبب اختلال در آسایش فرد و از سوی دیگر سبب تحمیل هزینه‌ای گزاف بر فرد و جامعه می‌شود. یکی از علل کمردرد مشکلات مفصل ساکروایلیاک است که به دلیل همراه بودن با درد و علائم ناحیه کمری، تشخیص آنها بسیار دشوار است و در اغلب موارد در طی روند ارزیابی و درمان، نادیده گرفته می‌شود. در تحقیق حاضر سعی شد شیوع این مشکلات در بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به مراکز پزشکی شهر اصفهان بررسی شود تا به عنوان یک مطالعه پایه از اطلاعات حاصل برای طراحی و اجرای یک مطالعه شیوع سنجی در سطح شهر اصفهان استفاده گردد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، وجود مشکلات مفصل ساکروایلیاک در بیماران مبتلا به کمردرد که در ماه‌های تیر و مرداد ۱۳۸۶ به مراکز پزشکی الزهرا (س)، آیت‌الله کاشانی و امین مراجعه کردند، بررسی گردید. نمونه‌گیری به روش احتمالی ساده انجام و حجم نمونه با توجه به مطالعات اپیدمیولوژیک مشابه، ۱۱۴ نفر در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بیش از ۳۰ درصد مبتلایان به کمردرد همزمان از مشکلات مفصل ساکروایلیاک (SIJ) نیز رنج می‌بردند.

نتیجه‌گیری: در SI با توجه به شیوع بالای مشکلات مفصل نه تنها در مبتلایان به کمردرد توجه و بررسی علائم این اختلال در بیماران مبتلا به کمردرد بسیار حائز اهمیت است، بلکه کوتاهی در این مسیر می‌تواند از دلایل عمده عدم رضایت این گونه بیماران از درمان‌های فیزیوتراپی باشد.

کلید واژه‌ها: مفصل ساکروایلیک، کمردرد، شیوع

تاریخ دریافت: ۱۳۸۶/۱۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۷/۰۵/۱۲

مقدمه

(Mediolateral) و تسهیل زایمان است. این مفصل در اصل برای تأمین ثبات همراه با اندکی حرکت طراحی شده است (۱). مشکلات مفصل ساکروایلیاک منجر به ایجاد درد در نواحی کمر، باسن، کشاله ران و اندام تحتانی می‌گردد (۲-۵). بر اساس مطالعات صورت گرفته در سایر کشورها، در ۱۵ درصد

مفصل ساکروایلیاک بزرگترین مفصل محوری در بدن با میانگین سطح ۱۷/۵ سانتی‌متر می‌باشد (۱). وظیفه‌ی این مفصل انتقال و توزیع بارهای (Load) وارد شده به اندام‌های تحتانی، محدود کردن چرخش در محور افقی جانبی

Email: zrezaeian@modares.ac.ir

^{*} زهرا سادات رضائیان دانشجوی دکتری فیزیوتراپی، گروه فیزیوتراپی، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، گروه فیزیوتراپی

۱- فاطمه علیفر، کارشناس فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲- زینب گودرزی، کارشناس فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۳- دکتر عبدالکریم کریمی، دکتری فیزیوتراپی، استادیار دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۴- محمد اصغری جعفرآبادی، دانشجوی دکتری آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس

فشار، درد شدید، بزرگ بودن جثه‌ی بیمار و رفتار بیماری (Illness Behavior)، همگی از عوامل بروز خطا در معاینه بیمار هستند (۵، ۱۲).

درگیری مفصل ساکروایلیاک در افراد مبتلا به کمردرد بسیار شایع است (۱۰، ۱۳). از آن جا که تا کنون شیوع این مشکلات در بیماران مبتلا به کمردرد در کشور ایران مورد بررسی قرار نگرفته است، تحقیق حاضر شیوع آن را در بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به مراکز پزشکی شهر اصفهان مورد بررسی، و ارتباط آن را با مشخصات دموگرافیک (شامل سن، جنس، سطح سواد و شغل) مورد سنجش قرار داد. از آن جا که این مطالعه تنها یک بررسی مقدماتی بود، نتایج حاصل می‌تواند برای طراحی یک مطالعه جامع شیوع‌سنجی مشکلات مفصل ساکروایلیاک در مبتلایان به کمردرد در سطح شهر اصفهان مورد استفاده قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

در این تحقیق، وجود مشکلات مفصل ساکروایلیاک در ۱۱۴ بیمار مراجعه کننده به مراکز پزشکی الزهرا (س)، آیت ا... کاشانی و امین (در ماه‌های تیر و مرداد سال ۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفت. نمونه گیری به صورت احتمالی ساده و حجم نمونه با توجه به مطالعات مشابه، ۱۱۴ نفر در نظر گرفته شد (۵، ۱۰، ۱۳).

این بیماران توسط پزشک متخصص ارتوپدی یا به وسیله فراخوان به بخش فیزیوتراپی مراکز فوق ارجاع داده شدند. ارزیابی از هر داوطلب در یک جلسه صورت گرفت. در ابتدای جلسه پس از مطالعه یک فرم اطلاعاتی جامع در مورد روش و علت انجام تحقیق و گرفتن رضایت نامه کتبی از داوطلب، پرسش‌نامه‌ای شامل مشخصات کلی فرد، محل درد، علائم، کیفیت و کمیت حرکات، ارتباط درد با وضعیت حرکتی توسط فیزیوتراپیست تکمیل شد. افرادی که بر اساس اطلاعات ثبت شده در پرسش‌نامه شرایط ورود به تحقیق را داشتند، از نظر وضعیت و طول عضلات مهم مرتبط مانند همسترینگ (Hamstring) و پریفورمیس (Priformis) بررسی و با

بیمارانی که از درد کمر و باسن شکایت دارند، منبع درد مفصل ساکروایلیاک می‌باشد (۱، ۶)؛ ضمن این که کمردرد متعاقب سرماخوردگی شایع‌ترین دلیل مراجعه به پزشکان و در عین حال یکی از دلایل شایع از کار افتادگی است که از یک سو سبب اختلال در آسایش فرد و از سوی دیگر سبب تحمیل هزینه‌های گزاف بر فرد و جامعه می‌شود. بر اساس مطالعات موجود، منشأ کمردرد مزمن و شدید اغلب مشکلاتی در دیسک‌های بین مهره‌ای ناحیه کمر، مفاصل فاست (facet) و مفاصل ساکروایلیاک است (۷).

تشخیص ضایعات این مفصل به دلیل پیچیدگی آن بسیار مشکل است (۸-۱۰). در گذشته عقیده بر این بود که هیچ ترکیب خاصی از علایم، درمانگر را در شناسایی درد ناشی از مشکلات مفصل ساکروایلیاک (SIJ) کمک نمی‌کند و تنها راه تشخیصی در این زمینه را استفاده از فلوروسکوپی با ماده حاجب (fluoroscopically-guided contrast enhanced anesthetic injection) می‌دانستند (۵). مطالعه‌ی Dreyfuss در سال ۱۹۹۶ نشان داد که Sacral sulcus tenderness حساسیت (Sensitivity) بالایی در پیش‌گویی نتایج تزریق‌های تشخیصی در SIJ دارد؛ در حالی که درد در Posterior superior iliac spin و باسن، که شایع‌ترین گزارش درد در این موارد است، حساسیت کمتری در این پیش‌گویی داراست (۲). به هر حال این علائم اختصاصی نیست (۵) و به همین دلیل و بر اساس تجربیات بالینی موجود تنها زمانی که حداقل ۳ تست (Pain Provocation یا PP) همزمان مثبت شوند و فرد علائم بالینی دیسک را نداشته باشد، می‌توان ادعا کرد که فرد به مشکلات مفصل SI مبتلاست (۵، ۱۱). به نظر می‌رسد درد یک‌طرفه در سطح پایین‌تر از مهره پنجم کمری، عدم وجود درد در ناحیه کمر، تحریک درد با برخاستن از حالت نشسته از مهمترین نشانه‌های وجود مشکلات مفصل ساکروایلیاک می‌باشد (۱۱).

از آن جا که این مفصل (SIJ) اساساً حرکت اندکی دارد، برای اعمال فشار بر ساختار آن و تحریک درد نیروی زیادی لازم است. عدم اعمال فشار کافی، نادرست بودن محل اعمال

به طور مرتب و پیشرونده حداقل از ۶ ماه قبل از شرکت در مطالعه و حداقل ۲ بار در هفته شرکت کرده باشند نیز ورزشکار حرفه‌ای به حساب می‌آیند.

• سابقه بیماری‌های سیستمیک نظیر استئوپروز، عفونت، سرطان (۱۰).

• کوتاهی عضلات مرتبط با ناحیه

• علایم فشار روی ریشه‌های عصبی (۵) شامل مثبت شدن Lasegue's sign، ضعف عضلانی، کاهش حساسیت و غیرطبیعی بودن رفلکس‌ها (۱۳)

• بروز مستقل درد کمر و باسن: اگر در طی ارزیابی بیمار، کمردرد و درد باسن به طور واضحی مستقل از یکدیگر بروز نمایند، این احتمال که درگیری و مشکل در بیش از یک عامل دردزا مطرح است به میان آمده، فرد از مطالعه حذف می‌شد (۵)

• علایم بالینی جدی: تب، بدخیمی، کاهش رفلکس‌های نورولوژیک، تغییر ناگهانی در درد (۱۰).

بنابراین می‌توان گفت منظور از کمردرد در این مطالعه کمردرد غیر اختصاصی (Non specific Low Back Pain) می‌باشد.

– تست‌های اختصاصی مفصل ساکروایلیاک

برای تعیین درگیری مفصل ساکروایلیاک از تست‌های اختصاصی استفاده شد که بر اساس مقالات موجود Validity و Specificity بالایی در شناسایی مشکلات این مفصل داشتند (۲۰-۱۴). همچنین این تست‌ها بر اساس مطالعات قبلی Inter-rater reliability بالا (خوب تا عالی) دارند (۱۷،۲۱). این تست‌ها عبارت بودند از: Gillet Test (۲۲،۲۳)، Sitting Flexion Test (۲۳)، Supine to Sit Test (۲۲)، FABER Patrice Test (۲۲)، Distraction Test (۵)، Compression Test (۵)، Yeoman's Test (۲۲).

بر اساس مطالعات موجود، انجام یک تست کلینیکی برای تشخیص مشکلات ساکروایلیاک کفایت نمیکند و مجموعه‌های از تست‌های کلینیکی برای تشخیص مشکلات ساکروایلیاک لازم می‌باشد (۵،۱۱،۱۴). به همین جهت در مطالعه حاضر در صورتی که نتیجه بیش از سه تست از تست‌های فوق در یک بیمار مثبت بود، آن بیمار در گروه افراد مبتلا به مشکلات مفصل

استفاده از تست‌های اختصاصی مفصل ساکروایلیاک مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی هر بیمار بین ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید.

– معیارهای ورود به مطالعه، سن ۵۰-۲۱ سال (۵،۱۳) و ابتلا به کمر درد مزمن (C.L.B.P.) به مدت حداقل سه ماه (۵،۱۰) بود.

– معیارهای خروج از این مطالعه:

فتق دیسک (Disc Herniation): بر اساس مطالعات موجود در افراد سالم تحریک مفاصل Zygapophyseal کمر و مفصل ساکروایلیاک باعث بروز درد در کمر، باسن و اندام تحتانی می‌گردد (۵)، در حالی که تغییرات مکانیکی دیسک کمر چنین عارضه‌ای به دنبال ندارد، هر چند در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن (C.L.B.P.) علائم فوق با تحریک دیسک ظاهر می‌شوند (۵). در بیماران با علایم بالینی دیسک کمر، تست‌های PP مفصل ساکروایلیاک مثبت می‌شود، در حالی که اگر ابتدا درد ناشی از دیسک کمر در آنها تسکین داده شود، این تست‌ها دیگر مثبت نخواهند بود؛ به عبارت دیگر در مبتلایان به دیسک کمر فعال نتایج تست‌های PP مثبت کاذب (False Positive) است (۵). هر چند با تزریق ماده بی‌حسی در مفصل SI (۳) و مفاصل فاست (Facet) کمر و یا با بلوک انشعابات میانی (Medial) شاخه‌های دورسال (Dorsal) تغذیه کننده این مفاصل، می‌توان این دردها را از بین برد (۵). بر این اساس می‌توان گفت مثبت شدن نتایج تست‌های PP مفصل SI در مواردی که شواهد بالینی دال بر بروز دیسک کمر وجود دارد، ارزشی در تشخیص مشکلات مفصل SI ندارد (و به همین دلیل زمانی که ابتلا به مشکلات مفصل SI اهمیت دارد، مبتلایان به دیسک کمر را باید از نمونه مورد بررسی حذف کرد). در روند ارزیابی به روش McKenzie بروز پدیده مرکزی (Centralization) نشانه وجود درد ناشی از دیسک (Discogenic) است (۵).

• ناهنجاری‌های ساختاری (Structural Anomaly)

- کمردردهای ناشی از جراحی (Traumatic L.B.P.) (۱۳)
- سابقه جراحی کمر یا تومور در ناحیه کمر (۱۳).
- ورزشکاران حرفه‌ای (افرادی که در فعالیت ورزشی خاصی

SPSS13 استفاده شد.

نتایج

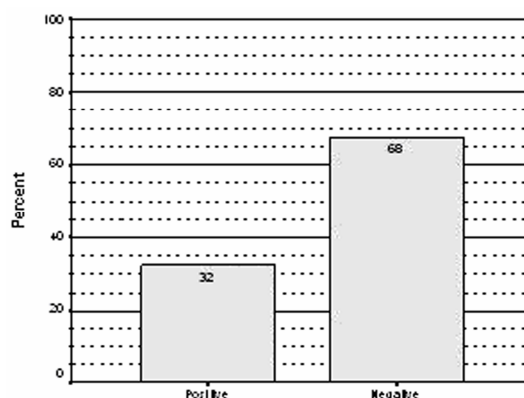
۱۱۴ بیمار مبتلا به کمردرد در یک فاصله زمانی ۲ ماهه به وسیله فیزیوتراپیست مورد ارزیابی قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک افراد مورد بررسی در این مطالعه در جدول ۱ جمع آوری شده است.

ساکروایلیاک قرار می‌گرفت. هر تست ۳ بار و تنها به وسیله یک آزمونگر انجام شد و در صورتی مثبت بودن نتیجه در دو بار انجام یا بیشتر، نتیجه کلی نیز مثبت در نظر گرفته می‌شد. روش‌های آماری: مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی بود که طی آن متغیرهای دموگرافیک با روش‌های توصیفی مورد بررسی قرار گرفت و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در تحقیق

تعداد افراد	تعداد مبتلایان از کل		
۸۰	۳۰	مؤنث	جنس
۳۴	۷	مذکر	
۳۶	۱۱	۳۰-۳۱	گروه سنی
۳۵	۱۲	۴۰-۳۱	
۴۳	۱۴	۵۰-۴۱	
۳۷	۱۳	کارمند	گروه شغلی
۷	۱	شغل آزاد	
۱۰	۳	محصل	
۱۹	۴	کارگر	
۴۱	۱۶	خانه‌دار	
۳۹	۱۷	سیکل	
۳۶	۱۱	دیپلم	گروه تحصیلی
۸	۱	کاردانی	
۲۳	۶	کارشناسی	
۸	۲	کارشناسی ارشد و بالاتر	

۳۷ نفر از افراد مورد بررسی (۳۲/۵ درصد) دارای درگیری مفصل ساکروایلیاک و ۷۷ نفر (۶۷/۵ درصد) بدون درگیری مفصل ساکروایلیاک بودند (نمودار ۱). به عبارتی وجود تست‌های تشخیصی در بیش از ۳۰ درصد شرکت کنندگان مثبت شد.



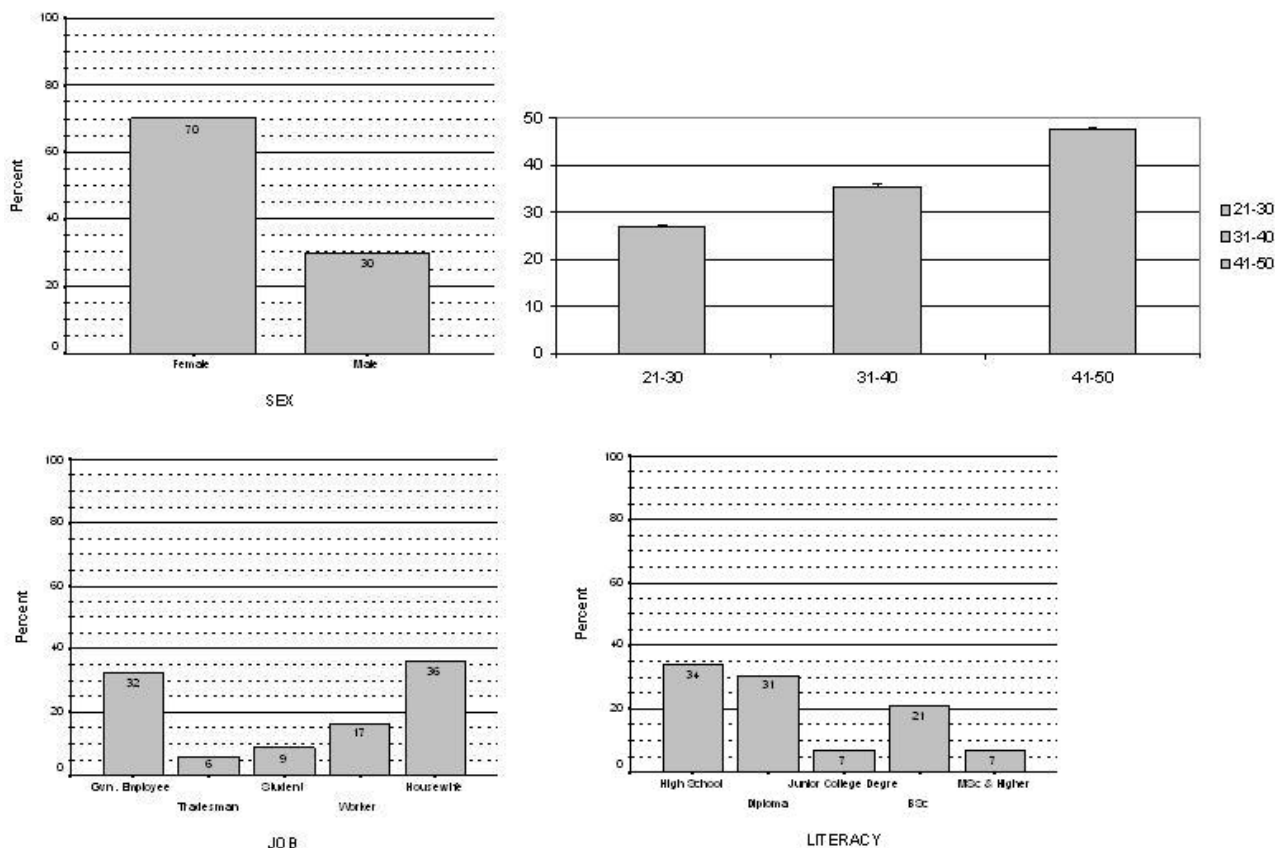
نمودار ۱. فراوانی نسبی درگیری مفصل ساکروایلیاک

• شغل و درگیری مفصل ساکروایلیاک: از ۱۱۴ نفر بیمار مورد بررسی، ۱۳ نفر از کارمندا (۳۵/۱ درصد)، ۱ نفر از شاغلان به شغل آزاد (۱۴/۳ درصد)، ۳ نفر از محصلان (۳۰/۰ درصد)، ۴ نفر از کارگران (۲۱/۱ درصد) و ۱۶ نفر از افراد خانه‌دار (۳۹/۰ درصد) دارای اختلال مفصل ساکروایلیاک بودند (نمودار ۲).

• سطح تحصیلات و درگیری مفصل: از ۱۱۴ نفر بیمار مورد بررسی، ۱۷ نفر (۴۳/۶ درصد) از افراد با مدرک سیکل، ۱۱ نفر (۳۰/۶ درصد) از افراد با مدرک دیپلم، ۱ نفر (۱۲/۵ درصد) از افراد با مدرک کاردانی، ۶ نفر (۲۶/۱ درصد) از افراد با مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۲۵/۰ درصد) از افراد با بالاتر از کارشناسی، مبتلا به اختلال مفصل ساکروایلیاک بودند (نمودار ۲).

• جنس و درگیری مفصل ساکروایلیاک: بیش از ۷۰ درصد شرکت کنندگان را زنان تشکیل می‌دادند و نسبت بیماران زن به مرد نزدیک به ۲ به ۱ بود. بیش از ۳۰ درصد زنان شرکت کننده در مطالعه همزمان دچار اختلالات مفصل ساکروایلیاک بودند. این میزان در مردان بیش از ۲۰ درصد بود (نمودار ۲).

• سن و درگیری مفصل ساکروایلیاک: از ۱۱۴ نفر بیمار مورد بررسی، از ۳۶ نفر در گروه سنی ۲۱-۳۰ سال (۳۱/۶ درصد)، ۱۱ نفر (۳۰/۶ درصد)، از ۳۵ نفر در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال (۳۰/۷)، ۱۲ نفر (۳۴/۳ درصد) و از ۴۳ نفر در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال (۳۷/۷ درصد)، ۱۴ نفر (۳۲/۶ درصد) دارای اختلال در این مفصل بودند (نمودار ۲).



نمودار ۲. میزان درگیری مفصل ساکروایلیاک بر اساس سن، جنس، سطح تحصیلات و شغل

بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه کننده به مراکز پزشکی شهر اصفهان بود.

بحث
هدف از مطالعه حاضر بررسی شیوع مشکلات ساکروایلیاک در

ساکروایلیاک داشتند (۲۶).

نکته جالب توجه این است که شیوع مشکلات مفصل ساکروایلیاک در این مطالعه در مقایسه با مطالعات مشابه به طور متوسط ۵ تا ۱۰ درصد بیشتر بود. مطالعات موجود همگی مربوط به کشورهای توسعه یافته می‌باشد. متأسفانه آمار قابل استنادی از کشورهای در حال توسعه در دسترس نیست. از آن جا که الگوی زندگی، سطح آگاهی، نوع بیمه‌های خدمات درمانی و نظارت بر شرایط محیط کار در این کشورها به طور کلی متفاوت است؛ شاید بتوان دلیل پایین‌تر بودن شیوع این مشکلات در این گروه از مطالعات را شرایط اجتماعی و فرهنگی و جمعیت هدف آنان ذکر کرد. از سوی دیگر حجم نمونه در این مطالعات کمتر از مطالعه حاضر بوده است؛ برای مثال، Hodge مطالعه خود را بر روی ۶۴ بیمار (۲۹ زن و ۳۵ مرد با متوسط سن ۵۲) انجام داد (۲۴)؛ ممکن است این مسأله نیز یک عامل مؤثر در پایین‌تر گزارش شدن شیوع این مشکلات باشد.

در این مطالعه نسبت بیماران زن به مرد نزدیک به ۲ به ۱ بود که با برخی مطالعات صورت گرفته مطابقت داشت (۲۷). بیش از ۳۰ درصد زنان شرکت کننده در مطالعه همزمان دچار اختلالات مفصل ساکروایلیاک بودند. این میزان در مردان بیش از ۲۰ درصد بود. دلیل این موضوع را می‌توان تغییر الگوی زندگی از جمله زنان و مردان دانست؛ همچنین تعداد بارداری کمتر زنان با توجه به برنامه‌های تنظیم خانواده می‌تواند یکی از عوامل تأثیرگذار مهم در کمردرد زنان باشد.

در برخی مطالعات دامنه سنی مورد بررسی تا حدودی متفاوت با جمعیت هدف این مطالعه بود. به عنوان مثال Robinson و همکاران به بررسی افراد ۱۸ تا ۵۰ ساله پرداختند (۲۰)؛ در مطالعه Weiner و همکاران دامنه سنی هدف ۲۰ تا ۶۰ سال تعریف شد (۱۰) و Maigne و همکاران افراد ۱۸ تا ۷۵ ساله را مورد مطالعه قرار دادند (۲۸). از آن جا که دامنه سنی مورد بررسی در مطالعه حاضر هم‌پوشانی وسیعی با این مطالعات دارد، وجود تفاوت‌های جزئی، مقایسه نتایج را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد.

بر اساس نتایج به دست آمده حدود یک سوم (۳۲/۵ درصد) مبتلایان به کمردرد همزمان از مشکلات مفصل ساکروایلیاک نیز رنج می‌بردند. در مطالعه‌ی Hodge در سال ۱۹۹۹ بر روی ۲۹ زن و ۳۵ مرد با متوسط سنی ۵۲ سال، ۱۶ نفر (۵ درصد) دارای مفصل ساکروایلیاک طبیعی و ۴۸ نفر (۷۵ درصد) مبتلا به اوستئوآرتریتیس در این مفصل بودند (۲۴). Dreyfuss در سال ۲۰۰۴ شیوع درگیری مفصل ساکروایلیاک را در افراد مبتلا به کمردرد ۱۵ درصد بیان کرد (۱۷). Cohen نیز در سال ۲۰۰۵ بیان کرد که ۱۵-۵ درصد افراد مبتلا به کمردرد محوری، درگیری مفصل ساکروایلیاک دارند (۱).

مطالعه McKenzie در همان سال نشان داد که ۱۹-۱۰ درصد افراد مورد بررسی مبتلا به اختلال مفصل ساکروایلیاک می‌باشند (۲۵). همچنین مطالعه‌ی Forst و همکاران در سال ۲۰۰۶ بیانگر ابتلای ۳۰-۱۹ درصد افراد به درد مفصل ساکروایلیاک بود (۱۶).

در مطالعه Weiner و همکاران در سال ۲۰۰۶ مشاهده شد که ۸۳/۶ درصد افراد مبتلا به کمردرد مزمن همزمان از مشکلات مفصل ساکروایلیاک نیز رنج می‌بردند، در حالی که این نسبت در افراد غیر مبتلا تنها ۵ درصد ذکر شد. علت اختلاف نتایج مطالعه وی با مطالعات مشابه تا حد زیادی مربوط به سن افراد مورد بررسی در این مطالعه است. او به بررسی افراد با سن بالای ۶۰ سال (متوسط سن ۷۴ سال) پرداخت که به طور میانگین ۱۳ سال از کمردرد رنج می‌بردند. در تمام این افراد مشکلات مفصل ساکروایلیاک توأم با مشکلات دیگر مانند فیبروماالژیا، درد مفصل هیپ (Hip)، درد عضله فاشیال (Myofascial Pain) و یا هر سه مورد با هم بود. این که مشکل مفصل ساکروایلیاک مقدم بر این مشکلات و کمردرد بوده است یا برعکس، قابل تعیین نبود، با این وجود بر اساس یافته‌های وی می‌توان گفت طولانی و مزمن شدن یک مشکل در ساختارهای عضلانی - اسکلتی در ناحیه کمر و مفصل هیپ (Hip) بی‌ارتباط با بروز مشکلات این مفصل نخواهد بود (۱۰). Hansen و همکاران نیز در سال ۲۰۰۷ بیان کردند که ۱۰-۷ درصد افراد مورد بررسی آنان درگیری مفصل

ساکروایلیاک در افراد با سطح تحصیلات پایین، بیشتر است؛ به ویژه آن که درگیری مفصل در مقاطع دیگر تحصیلی مانند دیپلم نیز قابل توجه است. همچنین در این مطالعه ۶۵ درصد افراد شرکت کننده سطح تحصیلات پایینی داشتند و بالا بودن درگیری مفصل ساکروایلیاک در این افراد می‌تواند به دلیل بالاتر بودن تعداد افراد در این گروه باشد، نه به دلیل پایین‌تر بودن سطح دانش افراد گروه.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج این مطالعه، بیش از یک سوم مبتلایان به کمردرد از درگیری مفصل ساکروایلیاک نیز رنج می‌بردند. شیوع این مشکلات در بانوان، افراد میان‌سال و شاغلان به مشاغل کم تحرک مثل کارمندان و افراد خانه‌دار بیش از سایرین بود. با توجه به این میزان شیوع (۳۲/۵ درصد)، لازم است در طی ارزیابی بیمارانی که از کمردرد شکایت دارند، به علائم و نشانه‌های درگیری این مفصل نیز توجه شود. همچنین در زمان ارزیابی هر بیمار مبتلا به کمردرد، به طور حتم تست‌های اختصاصی لگن و به ویژه مفصل ساکروایلیاک نیز انجام شوند و در طی درمان، به تغییرات علائم ساکروایلیاک بیمارانی توجه شود تا از درمان صحیح و کامل بیمار اطمینان حاصل گردد و همچنین با یک ارزیابی دقیق به یک برنامه درمانی جامع با هدف ارتقای عملکرد فرد با درمان همزمان مشکلات کمر و لگن دست یابیم.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از همکاری مسؤولین و پرسنل محترم بخش فیزیوتراپی بیمارستان‌های الزهرا (س)، امین و کاشانی اصفهان کمال تشکر را دارند.

بر اساس مطالعات موجود شیوع کمردردهای مکانیکی در جوانان و افراد میان‌سال شایع‌تر است. بروز کمردرد و سایر سندروم‌های درد و ناتوانی، به دلیل تأثیر آن بر توان فعالیت نیروی کار فعال جامعه، به ویژه از نظر اقتصادی اهمیت زیادی دارد. به این دلیل در مطالعه حاضر، دامنه سنی جمعیت هدف ۲۱ تا ۵۰ سال تعریف شد.

نیروهای فیزیکی که به دنبال فعالیت‌های شغلی بر ناحیه کمر و لگن افراد وارد می‌شوند، یکی از ریسک فاکتورهای مهم شروع کمردرد می‌باشند (۲۹). سالانه دو درصد از کارگران آمریکایی کمردرد را تجربه می‌کنند (۳۰). یکی از راه‌های جلوگیری از بروز ناتوانی‌های ثانویه کمردرد، تعدیل نیروهای فیزیکی مشاغل، استفاده از مانورهای صحیح در بلند کردن اجسام سنگین و افزایش آمادگی جسمانی است (۲۳).

در مطالعه حاضر بیشترین درصد درگیری مفصل ساکروایلیاک در زنان خانه‌دار و در مرحله بعدی در افراد کارمند گزارش شد. این یافته با نتایج سایر محققان تا حدودی همخوانی دارد (۶). هرچند انتظار می‌رود که بیشترین آمار درگیری در کارگران ثبت شود ولی شاید بتوان این تناقض را با پایین‌تر بودن سطح آمادگی جسمانی زنان خانه‌دار و کارمندان در جامعه ایرانی مرتبط دانست. به علاوه بر اساس مشاهدات بالینی، اغلب این افراد برای انجام فعالیت‌های روزمره خود، به ویژه در حالت نشسته، از وضعیت‌های نامناسبی استفاده می‌کنند که باعث اعمال فشار بیش از حد روی ساکروم و مفاصل ساکروایلیاک می‌شود. به هر حال هر گونه اظهار نظر در این رابطه مستلزم بررسی‌های بیشتر و اختصاصی‌تر است.

هرچند بیشترین میزان درگیری مفصل ساکروایلیاک در افراد با تحصیلات پایین (سیکل و کمتر) مشاهده شد (۴۳/۶ درصد)، اما نمی‌توان ادعا کرد میزان درگیری مفصل

منابع:

1. Cohen SP. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of anatomy, diagnosis, and treatment. *Anesth Analg* 2005 November;101(5):1440-53.
2. Dreyfuss P, Michaelsen M, Pauza K, McLarty J, Bogduk N. The value of medical history and physical examination in diagnosing sacroiliac joint pain. *Spine* 1996 November 15;21(22):2594-602.
3. Fortin JD, Aprill CN, Ponthieux B, Pier J. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new

- injection/arthrography technique. Part II: Clinical evaluation. *Spine* 1994 July 1;19(13):1483-9.
4. Fortin JD, Dwyer AP, West S, Pier J. Sacroiliac joint: pain referral maps upon applying a new injection/arthrography technique. Part I: Asymptomatic volunteers. *Spine* 1994 July 1;19(13):1475-82.
 5. Laslett M, Young SB, Aprill CN, McDonald B. Diagnosing painful sacroiliac joints: A validity study of a McKenzie evaluation and sacroiliac provocation tests. *Aust J Physiother* 2003;49(2):89-97.
 6. Dreyfuss P, Dreyer SJ, Cole A, Mayo K. Sacroiliac joint pain. *J Am Acad Orthop Surg* 2004 July;12(4):255-65.
 7. Adams MA, Dolan P. Spine biomechanics. *J Biomech* 2005 October;38(10):1972-83.
 8. Cohen SP. Epidemics, evolution, and sacroiliac joint pain. *Reg Anesth Pain Med* 2007 January;32(1):3-6.
 9. Heuft-Dorenbosch L, Weijers R, Landewe R, van der LS, van der HD. Magnetic resonance imaging changes of sacroiliac joints in patients with recent-onset inflammatory back pain: inter-reader reliability and prevalence of abnormalities. *Arthritis Res Ther* 2006;8(1):R11.
 10. Weiner DK, Sakamoto S, Perera S, Breuer P. Chronic low back pain in older adults: prevalence, reliability, and validity of physical examination findings. *J Am Geriatr Soc* 2006 January;54(1):11-20.
 11. Young S, Aprill C, Laslett M. Correlation of clinical examination characteristics with three sources of chronic low back pain. *Spine J* 2003 November;3(6):460-5.
 12. Laslett M. The value of the physical examination in diagnosis of painful sacroiliac joint pathologies. *Spine* 1998 April 15;23(8):962-4.
 13. Levin U, Stenstrom CH. Force and time recording for validating the sacroiliac distraction test. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2003 November;18(9):821-6.
 14. Broadhurst NA, Bond MJ. Pain provocation tests for the assessment of sacroiliac joint dysfunction. *J Spinal Disord* 1998 August;11(4):341-5.
 15. Cibulka MT, Koldehoff R. Clinical usefulness of a cluster of sacroiliac joint tests in patients with and without low back pain. *J Orthop Sports Phys Ther* 1999 February;29(2):83-9.
 16. Forst SL, Wheeler MT, Fortin JD, Vilensky JA. The sacroiliac joint: anatomy, physiology and clinical significance. *Pain Physician* 2006 January;9(1):61-7.
 17. Laslett M, Williams M. The reliability of selected pain provocation tests for sacroiliac joint pathology. *Spine* 1994 June 1;19(11):1243-9.
 18. Laslett M, Aprill CN, McDonald B, Young SB. Diagnosis of sacroiliac joint pain: validity of individual provocation tests and composites of tests. *Man Ther* 2005 August;10(3):207-18.
 19. Levangie PK. Four clinical tests of sacroiliac joint dysfunction: the association of test results with innominate torsion among patients with and without low back pain. *Phys Ther* 1999 November;79(11):1043-57.
 20. Robinson HS, Brox JI, Robinson R, Bjelland E, Solem S, Telje T. The reliability of selected motion and pain provocation tests for the sacroiliac joint. *Man Ther* 2007 February;12(1):72-9.
 21. Kokmeyer DJ, van der WP, Aufdemkampe G, Fickenscher TC. The reliability of multitest regimens with sacroiliac pain provocation tests. *J Manipulative Physiol Ther* 2002 January;25(1):42-8.
 22. Magee DJ. *Orthopedic physical assessment*. 4th ed: Saunders; 2005.
 23. Lee D. *The Pelvic Girdle: An Approach to the Examination and Treatment of the Lumbopelvic – Hip Region*. 3rd ed: Churchill Livingstone; 2004.
 24. Hodge JC, Bessette B. The incidence of sacroiliac joint disease in patients with low-back pain. *Can Assoc Radiol J* 1999 October;50(5):321-3.
 25. Kenzie-Brown AM, Shah RV, Sehgal N, Everett CR. A systematic review of sacroiliac joint interventions. *Pain Physician* 2005 January;8(1):115-25.
 26. Hansen HC, Kenzie-Brown AM, Cohen SP, Swicegood JR, Colson JD, Manchikanti L. Sacroiliac joint interventions: a systematic review. *Pain Physician* 2007 January;10(1):165-84.
 27. Alchin J. Low back pain and occupation: a response to the article by McBride et al. *N Z Med J* 2005

- May;118(1215):U1482.
28. Maigne JY, Aivaliklis A, Pfefer F. Results of sacroiliac joint double block and value of sacroiliac pain provocation tests in 54 patients with low back pain. *Spine* 1996 August 15;21(16):1889-92.
 29. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2007 February 28;8:21.:21.
 30. Foley BS, Buschbacher RM. Sacroiliac joint pain: anatomy, biomechanics, diagnosis, and treatment. *Am J Phys Med Rehabil* 2006 December;85(12):997-1006.

Prevalence of sacroiliac dysfunction among patients with Low back pain referring to hospitals in Isfahan (a pilot study)

Rezaeian ZS^{*}, Alifard F¹, Goodarzi Z², Karimi A³, Asgharoi M⁴

Receive data: 06/02/2008

Accept data: 02/08/2008

Abstract

Introduction: Low back pain (LBP) is one of the most common causes of disability that leads to discomfort and imposes heavy expenses on individuals and the society. Sacroiliac joint (SIJ) dysfunction is one of the courses of low back pain and difficult to diagnose. Therefore, it is usually neglected in evaluation and treatment of patients with low back pain.

Materials and Methods: This epidemiological study carried out to determine the prevalence of SIJ dysfunction among LBP clients referred to the based hospitals in Isfahan (June to August 2007). According to the previous studies, 114 patients with LBP were selected by simple randomized sampling.

Results: The results showed that more than 30 percent of LBP patients suffer from SIJ dysfunction simultaneously.

Conclusion: According to this study, it is very important to pay attention to the signs and symptoms of SIJ dysfunction in LBP patients; because any pain relieving factors will satisfy patients from their physiotherapy treatment.

Keywords: Sacroiliac joint, Low back pain, Prevalence

* Rezaeian ZS PhD, Physiotherapist Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran

1- Alifard F BSc, Physiotherapist, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Goodarzi Z BSc, Physiotherapist, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Karimi A MD, Physiotherapist, Assistant Professor, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- Asgharoi M PHD, Biologic Statistics, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran