

# تعیین میزان مطابقت ارجاع بیماران مبتلا به علایم درد سیاتیکی به جراحی با شاخص‌های استاندارد درمانی

طیبه روغنی<sup>\*</sup>، مهدیه قدوسی<sup>۱</sup>، فاطمه بکایی<sup>۲</sup>، دکتر عبدالکریم کریمی<sup>۳</sup>

## چکیده

**مقدمه:** کمردرد، اولین علت ناتوانی در افراد زیر ۴۵ سال و دومین علت مراجعه به پزشکان است. بیماران، با تشخیص قطعی فتق دیسک باید طی ۸ هفته تحت درمان‌های غیر جراحی قرار گیرند؛ مگر در مواردی که فرد ضعف پیش رونده حرکتی، سندرم دم اسبی و یا درد غیر قابل مهار داشته باشد. تنها ۱۰-۵ درصد بیماران با علایم درگیری دیسک بین مهره‌ای نیاز به جراحی دارند. هدف این مطالعه، تعیین میزان تطابق ارجاع بیماران مبتلا به فتق دیسک کمری به جراحی با توجه به شاخص‌های استاندارد بود.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی مقطعی (Cross-Sectional)، روی ۴۶ نفر بیمار با میانگین سنی ۴۰ سال انجام شد و هر بیمار به سؤالات مربوط به مشخصات درد و شاخص‌های جراحی پاسخ داد و شدت درد به وسیله VAS و شدت سیاتیکا توسط SLR اندازه‌گیری شد. این نتایج به همراه اطلاعات به دست آمده از برگه گزارش MRI ثبت گردید و اطلاعات جمع‌آوری شده با روش‌های آمار توصیفی، در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

**یافته‌ها:** به میزان ۱۳ درصد بیماران، فاقد درد رادیکولار بودند و در ۸۵ درصد آن‌ها، از شروع درد رادیکولار کمتر از ۶ ماه می‌گذشت. درمان‌هایی که این ۴۶ نفر بیمار دریافت کرده بودند، به ترتیب دارو درمانی (۸۵ درصد)، استراحت (۶۵ درصد)، کمربند طبی (۳۰ درصد) و فیزیوتراپی (۲۲ درصد) بود. مؤثرترین درمان غیر جراحی (Conservative)، کمربند طبی با تأثیر ۲۹ درصد بود.

**بحث:** بسیاری از بیماران این مطالعه، به صورت غیر ضروری جراحی شده‌اند؛ چرا که شاخص‌های جراحی را نداشتند و درمان غیر جراحی مناسبی دریافت نکرده بودند. نتایج درمان غیر جراحی این بیماران به خصوص در مورد فیزیوتراپی ضعیف است، اگر چه در مقالات به نقش زیاد این درمان تأکید شده است.

**کلید واژه‌ها:** کمردرد، فتق دیسک لومبار، سیاتیکا، جراحی، درمان غیر تهاجمی.

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۰/۷

تاریخ پذیرش: ۸۸/۱۱/۱۳

## مقدمه

۱ درصد کمردردها، ناشی از آسیب جدی ستون فقرات است که افراد این دسته نیاز به درمان جراحی دارند (۳). کمتر از ۵ درصد کمردردها، ناشی از گرفتاری واقعی ریشه عصبی است که درصدی از افراد این گروه نیز به جراحی نیاز پیدا می‌کنند

کمردرد، اولین علت ناتوانی در افراد زیر ۴۵ سال (۱) و دومین علت مراجعه به پزشکان بعد از سرماخوردگی می‌باشد (۲). بیشتر کمردردها در گروه کمردرد ساده قرار می‌گیرند. کمتر از

Email: Tayebbeh.roghani@gmail.com

\* دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه فیزیوتراپی، دانشکده پزشکی ۳، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۱- کارشناس، گروه فیزیوتراپی، بروجن، ایران.

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

(۳)، این در حالی است که ۹۰ درصد بیماران مبتلا به کمردرد و ۵۰ درصد بیماران مبتلا به فتق دیسک ظرف ۴-۶ هفته بهبودی خود به خودی دارند (۲). بیشترین شیوع فتق دیسک در دهه‌های ۴-۵ زندگی است و شیوع آن در مردان ۳ برابر زنان است (۴). در اغلب بیماران با اکستروژن یا سکوستروژن، فتق دیسک و علایم آن در چند هفته یا چند ماه از بین می‌رود، به همین علت اغلب محققین پیشنهاد می‌کنند که این بیماران توسط روش‌های مختلف غیر جراحی (Conservative) تحت درمان قرار گیرند. از آن جا که درصد قابل ملاحظه‌ای از جراحی‌های کمر، غیر ضروری است، به نظر می‌رسد که این دیدگاه در مورد درمان غیر جراحی باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد (۵).

البته باید به خاطر داشت که درمان‌های غیر جراحی در همه بیماران مبتلا به فتق دیسک، قابل اجرا نمی‌باشد (۵). به نظر نمی‌رسد که درمان جراحی فتق دیسک نسبت به درمان‌های غیر جراحی، فرد را زودتر به کار برگرداند و یا این که به طور مؤثری از ناتوانی در دراز مدت جلوگیری کند، بلکه جراحی، زمان بهبودی علایم را تسریع می‌کند (۲). به همین جهت پیشنهاد می‌شود که بیماران با تشخیص قطعی فتق دیسک کمر، سیاتیکا و سایر دردهای رادیکولار با علایم عصبی بایستی به طور متوسط ۴-۸ هفته تحت درمان‌های غیر جراحی قرار گیرند؛ مگر در مواردی که فرد ضعف پیش رونده حرکتی، سندرم دم اسبی و یا دردی داشته باشد که با درمان‌های غیر جراحی تسکین پیدا نکند.

در این زمینه مطالعات مختلفی انجام شده و نتایج قابل تأملی به دست آمده است؛ مطالعه Rust و همکاران که ۱۷ نفر بیمار مبتلا به فتق دیسک را برای بررسی نتایج درمان غیر جراحی انتخاب نمودند، ۱۶ نفر بیمار درد رادیکولار درماتومال را با درد یا بدون کمردرد داشتند. ۱۱ نفر بیمار به درمان غیر جراحی پاسخ داده، طی پی‌گیری ۳ سال، بهبودی کاملی را از درد رادیکولار گزارش کردند. تمامی بیماران، بهبود ضعف و اختلالات حسی را گزارش نمودند و ۵ نفر بیمار به خاطر درد مهار نشدنی، نیاز به جراحی پیدا کردند. با وجود این که جمعیت

مطالعه کم بود، اما محققین نتیجه گرفتند درصد موفقیت درمان غیر جراحی می‌تواند ۷۱ درصد باشد (۶). در مطالعه Postacchini در سال ۱۹۹۹، ۵۸ نفر بیمار مبتلا به فتق دیسک کمر، توسط داروهای ضد درد، تزریقات اپی‌دورال استروئید و تمرین درمانی، درمان شدند و این درمان‌ها تا ۳۱ ماه ادامه داشت. در این مطالعه تنها ۱۰ درصد بیماران به دلیل عدم بهبودی به جراحی نیاز پیدا کردند. از ۵۲ نفر بیمار باقی مانده، ۵۰ نفر نتایج عالی گزارش کردند و ۴۸ نفر بیمار بعد از ۴ ماه به کار خود برگشتند. در بیماران دچار اکستروژن، ۸۷ درصد نتایج رضایت‌مندی داشتند و همه توانستند به فعالیت قبلی خود برگردند (۷). در مطالعه Terry و همکار در سال ۲۰۰۳، با بررسی ۶۴ نفر بیمار مبتلا به رادیکولوپاتی ناشی از فتق دیسک که تحت درمان‌های غیر جراحی قرار گرفته بودند، در ۹۰ درصد نتایج خوبی گزارش شد (۸). Richard Winn (۹) و Wiesel (۱۰)، مطالعاتی در زمینه مقایسه درمان جراحی و غیر جراحی انجام دادند. آن‌ها نتایج ۱۲۶ نفر بیمار مبتلا به سیاتیکا را ارزیابی نمودند. پس از یک سال مطالعه، نتایج به نفع جراحی بود، اما بعد از پی‌گیری ۱۰ ساله تفاوتی بین دو گروه جراحی و غیر جراحی به دست نیامد. این مطالعات و مطالعات مشابه دیگر، تأیید کننده آن است که بیشتر افراد مبتلا به فتق دیسک به درمان‌های غیر جراحی پاسخ می‌دهند. بنابراین، باید مشخص گردد افرادی که به جراحی برای فتق دیسک فرستاده می‌شوند آیا جز درصد کمی از بیماران هستند که درمان جراحی برای آن‌ها ضرورت دارد؟ این مطالعه در پی بررسی این مطلب است که آیا ارجاع بیماران مبتلا به کمردرد به جراحی مطابق با شاخص‌های کلاسیک و علمی صورت می‌پذیرد؟ و آیا تمام افرادی که تحت جراحی قرار می‌گیرند، دوره‌هایی از درمان‌های غیر جراحی را قبل از جراحی تجربه کرده‌اند؟

### مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی و مقطعی، در جهت آینده‌نگری بود. روش نمونه‌گیری در این مطالعه به صورت Executive و تعداد افراد مطالعه، ۴۶ نفر بود. بنابراین، تمامی بیماران ارجاع شده به

جراحی می‌توانستند وارد مطالعه شوند.

**معیار ورود به مطالعه:** تمامی مردان و زنان مبتلا به فتق دیسک کمر که قرار بود تحت جراحی قرار گیرند.

**معیارهای خروج از مطالعه:** در صورت مشاهده هر یک از شرایط زیر، بیمار از مطالعه خارج می‌گردید:

۱. بیماری که قرار بود تحت جراحی دیسک در سایر نواحی ستون فقرات به علت فتق دیسک قرار گیرند.

۲. بیماری که قرار بود تحت جراحی ناحیه کمر به علت مشکلاتی غیر از فتق دیسک (بدخیمی، شکستگی، اسپوندیلولیتیز و ...) قرار گیرند.

۳. بیماری که قادر به درک و پاسخ به سؤالات نبودند.

**روش انجام کار:** در محدوده زمانی فروردین تا تیر ماه سال ۱۳۸۶، بیماران با مراجعه به بخش‌های جراحی بیمارستان‌های الزهرا (س)، امین و کاشانی در مورد روش کار و اهداف آن توجیه شدند و سپس در مورد انجام کار از هر بیمار رضایت نامه کتبی گرفته شد. بیماران به سؤالات مربوط به مشخصات درد و

شاخص‌های جراحی پاسخ دادند؛ آن‌گاه آزمونگر، شدت درد را به وسیله VAS و شدت سیاتیکا را توسط SLR اندازه گرفت. این نتایج به همراه اطلاعات به دست آمده از برگه گزارش MRI ثبت گردید.

اطلاعات جمع‌آوری شده وارد برنامه SPSS شد و با روش‌های آمار توصیفی، تحلیل شد.

ابزار مورد استفاده در این کار، گونیامتر مدل ۱۲ CEO120LOTO ساخت کشور ایتالیا بود.

### یافته‌ها

**مشخصه‌های بیماران:** اطلاعات مربوط به مشخصات بیماران در جدول ۱ آورده شده است.

**شاخص‌های جراحی:** از شاخص‌های جراحی، یافته‌های مربوط به سندرم دم اسبی، محدوده درد، مدت شروع و تشدید درد رادیکولار در جدول ۲ آورده شده و اطلاعات نوع درمان به صورت نمودار نشان داده شده است (نمودار ۱).

جدول ۱. مشخصات بیماران.

مشخصه مورد مطالعه	گروه	درصد نتایج	مشخصه مورد مطالعه	گروه	درصد نتایج	
جنس	زن	۳۹	نحوه بروز	تدریجی	۶۳	
	مرد	۶۱		ناگهانی	۳۷	
شغل	کارمند	۱۷	مشخصه درد	عمقی	۴	
	دانشجو	۴		تیر کشنده	۶۷	
	خانه‌دار	۳۵		سوزاننده	۲۲	
	کارگر	۲۲		میهم	۴	
تحصیلات	آزاد	۲۲	سمت درگیر	بدون درد	۲	
	بی‌سواد	۲۲		راست	۳۷	
	زیر دیپلم	۱۷	سابقه کمردرد	چپ	۴۱	
	دانشگاهی	۸		دو طرفه	۲۲	
	سن	۲۰-۳۰	۳۳	زیر ۱ سال	زیر ۱ سال	۳۳
		۳۰-۴۰	۲۰		۱-۳ سال	۳۵
		۴۰-۵۰	۲۴		۳-۵ سال	۱۷
		۵۰-۶۰	۲۰		۵-۷ سال	۲
		۶۰-۷۰	۲		۷-۹ سال	۲
		۷۰-۸۰	۲		۹-۱۱ سال	-
انجام کارهای روزمره	توانا	۷۲	بالای ۱۱ سال	بالای ۱۱ سال	۹	
	ناتوان	۲۸				

جدول ۲. شاخص‌های جراحی بیماران مورد مطالعه

مشخصه مورد مطالعه	گروه	درصد نتایج
سندرم دم اسبی	-	۰
محل و محدوده درد	کمر و باسن	۴/۳
	کمر تا بالای زانو	۸/۷
	کمر تا زیر زانو	۴/۳
	کمر تا انگشتان	۳۹
	درد اندام بدون درد کمر	۴۱
مدت تشدید درد	۰-۱	۲۲
رادیکولار	۱-۳	۳۵
	۳-۵	۱۳
	۵-۷	۱۵
	۷-۹	۹
	۹-۱۲	۹
تأثیر درمان	بیش از یک‌سال	۲
	بهتر شدم	۲۰
	بدتر شدم	۶
	تغییر نکردم	۷۴

## تست‌ها:

**MRI** نتیجه MRI بر اساس گزارش رادیولوژیست انجام دهنده بود. در ۹ درصد، درجه فتق دیسک از نوع پروتروژن، در ۲۶ درصد اکستروژن و ۹ درصد، سکواستریشن بود. در گزارش

MRI، ۲۴ نفر بیمار، نوع فتق دیسک بر اساس این تقسیم‌بندی ذکر نشده بود.

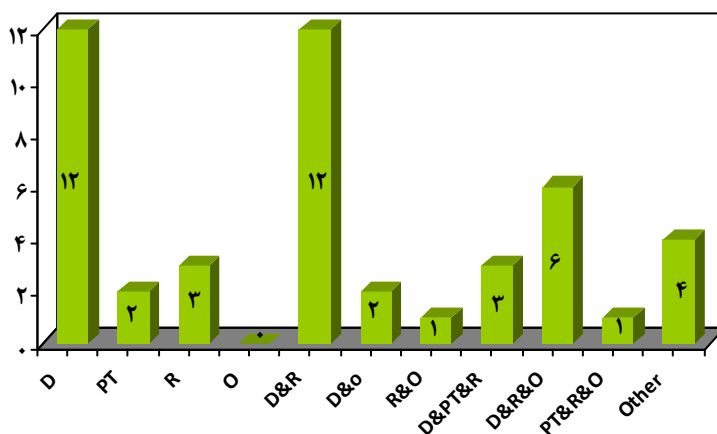
**SLR** نتایج این تست در نمودار ۲ آورده شده است. شروع درد رادیکولار در زاویه ۷۰-۳۰ درجه به عنوان تست مثبت در نظر گرفته شده است.

**VAS** یافته‌های این تست به صورت نمودار ۳ ترسیم شده است.

## بحث

بسیاری از بیماران مبتلا به فتق دیسک در کشور ما تحت جراحی قرار می‌گیرند، در حالی که یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد جراحی بسیاری از بیماران تحت مطالعه مبنی بر تصمیم‌گیری عجولانه و غیر ضروری است.

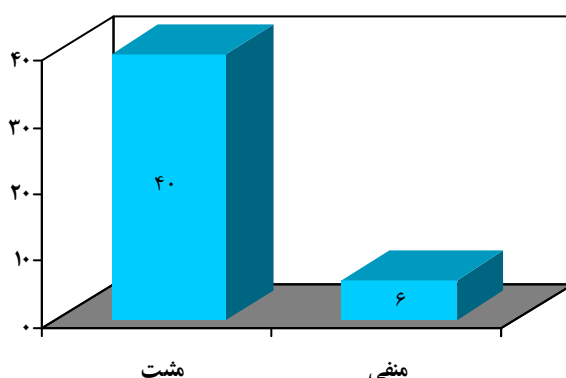
جراح و بیمار قبل از اقدام به جراحی باید بدانند که بیش از ۹۰ درصد از بیماران مبتلا به فتق دیسک به درمان‌های غیر جراحی مناسب پاسخ می‌دهند (۴) و درمان جراحی تنها در موارد وجود سندرم دم اسبی، ضعف حرکتی شدید و درد تیر کشنده به زیر زانو که حداقل ۶ ماه از آن گذشته و با اعمال انواع درمان‌های غیر جراحی در این مدت بهبود نیافته باشد، ضرورت می‌یابد (۸).



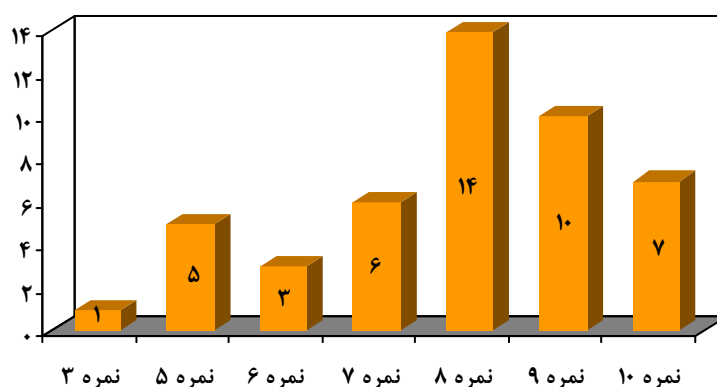
نمودار ۱. نوع درمان افراد مورد مطالعه

(در این نمودار، توزیع انواع درمان‌های تجویز شده برای افراد شرکت کننده در مطالعه حاضر بر حسب درصد نشان داده شده است:

(Other= Rest, O= Physiotherapy, R= Drug, PT= D)



نمودار ۲. نتایج تست SLR به عنوان یکی از شاخص‌های تجویز صحیح جراحی بر حسب درصد در افراد مورد مطالعه



نمودار ۳. شدت درد بیماران در مقیاس VAS به عنوان یکی از شاخص‌های تجویز صحیح جراحی بر حسب درصد

سنگین، رانندگان، افراد قد بلند، خانم‌های خانه‌دار با آبستنی‌های متعدد، بیشتر است (۸)؛ در مطالعه ما هم نتایج مشابهی به دست آمد. هر چند ۹۲ درصد از افراد این مطالعه، تحصیلات دانشگاهی نداشتند، اما نمی‌توان به طور دقیق به این نتیجه رسید که میزان فتق دیسک کمر در بیماران با تحصیلات پایین بیشتر است. در بیشتر افراد این مطالعه، درگیری سمت چپ، بعد سمت راست و سپس درگیری دو طرفه شایع بود. در مطالعه دکتر معین (۱۵) هم این ترتیب به دست آمده است.

رابطه جالبی بین توانایی انجام فعالیت‌های روزمره و سن به دست آمد؛ به گونه‌ای که جوان‌ترین افراد، بیشترین درصد توانایی انجام ADL را داشتند. نکته دیگر این که ۷۶ درصد افراد درد شدید داشتند (شدت بالای ۵)، از سوی دیگر ۷۲ درصد افراد خود را در انجام کارهای روزمره توانا دانستند که این نکته جای بحث و تأمل بیشتر دارد.

در دهه اخیر، درمان بیماران مبتلا به فتق دیسک از جراحی به سمت درمان‌های غیر جراحی تغییر کرده است و در آینده باید یک موازنه مناسب بین درمان‌های جراحی و غیر جراحی ایجاد شود (۵). درمان‌های غیر جراحی نیز باید بر اساس نیازها و انتظارات بیماران انتخاب شوند (۱۱) و به صورت صحیح توسط افراد متخصص در زمینه این درمان‌ها انجام گیرند.

در این مطالعه نسبت زن به مرد ۲ به ۳ به دست آمد ولی در سایر مطالعات نسبت‌های ۱ به ۳ و ۳ به ۴ ذکر شده بود (۴، ۱۲، ۱۳). میانگین سنی در این تحقیق، ۴۰ سال بود که به میانگین‌های ۴۱ سال (۱۴، ۱۲) و ۳۷ سال (۱۳) مطالعات دیگر نزدیک بود.

در مقالات متعدد اشاره دقیقی به ارتباط بین شغل و فتق دیسک کمری نشده است، اما شیوع آن در انجام فعالیت‌های

استراحت و برای ۳ نفر تنها استراحت تجویز شده است. امروزه در مورد این مسأله که استراحت، درمان کمردرد نیست اجماع وجود دارد؛ به طوری که در Guideline امریکا ذکر شده است اکثر بیماران کمردرد به استراحت نیاز ندارند (۳).

در این تحقیق، به صورت جداگانه در مورد طول مدت استراحت از بیماران سؤال نشد؛ اما برخی بیماران بیان کردند که به آن‌ها توصیه به استراحت مطلق با زمان‌های طولانی (۲ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه و حتی ۱ سال) شده است؛ در حالی که در Guideline امریکا بیان شده است که استراحت طولانی‌تر از ۴ روز منجر به ضعف بیمار می‌گردد و توصیه نمی‌شود (۳).

به ۳۰ درصد بیماران این تحقیق، کمربند طبی توصیه شده بود؛ البته در هیچ یک از این افراد استفاده از کمربند، تنها وسیله درمانی نبود، بلکه همراه با سایر درمان‌ها بوده است. اما کمترین درمان به کار رفته در افراد مورد مطالعه، فیزیوتراپی بود که تنها ۲۲ درصد افراد از آن استفاده کرده بودند و در ۲ نفر بیمار تنها درمان به کار رفته بود. شاید علت این است که در کشور ما، فیزیوتراپیست‌ها هنوز به روش‌های سنتی فیزیوتراپی مثل استفاده از TENS، امواج فراصوت (Ultrasound)، گرما و سرما اکتفا نموده، کمتر به سمت استفاده از تمرین درمانی و آموزش به بیمار می‌روند. در حالی که در مقالات و مطالعات انجام گرفته در این زمینه، بیان می‌شود که امواج تداخلی (Interferential)، TENS، فراصوت، لیزر، دیاترمی و تراکشن بر کمردرد مزمن چندان مؤثر نمی‌باشد و در مقابل، نقش فیزیوتراپیست‌ها در مداخلات آموزشی، رفتار درمانی و تمرین درمانی مورد تأکید قرار گرفته است. امروزه به استفاده از جلسات تمرین درمانی گروهی برای کمردرد مزمن تأکید می‌شود. البته توجه به این نکته ضروری است که استفاده از تمرین درمانی، تنها نمی‌تواند مؤثرتر از روش‌های فیزیوتراپی سنتی باشد (۱۹).

نکته قابل تأمل دیگر در این مطالعه، تأثیر درمان‌های به کار رفته بود که تأثیر استفاده از کمربند طبی نسبت به سایر موارد بهتر به دست آمد؛ چرا که ۴ نفر از ۱۴ نفری که این درمان را دریافت کرده بودند، بهتر شدند؛ در حالی که ۷ نفر از

از ۴۶ نفر بیمار این مطالعه، هیچ کدام علائم یا یافته‌های MRI مبنی بر وجود سندرم دم اسبی را نداشتند. این سندرم از موارد نادر فتق دیسک است (۱۷، ۱۶)؛ به طوری که در یک مطالعه، شیوع این سندرم را حدود ۱ درصد از کل فتق دیسک‌ها گزارش نموده است (۱۷). در صورت وجود سندرم دم اسبی نیاز به جراحی، فوری است (۹). در ۱۳ درصد افراد، درد رادیکولار در زیر زانو وجود نداشته است، در حالی که در منابع ذکر شده، انجام جراحی تأثیری در کاهش درد ناحیه کمر نداشته و تنها باعث کم شدن درد رادیکولار آزار دهنده ناحیه ساق شده است (۸).

۸۵ درصد افراد مطالعه، کمتر از ۶ ماه از شروع درد رادیکولار را گزارش کرده و حتی ۲۲ درصد بیان نموده‌اند که کمتر از یک ماه از شروع درد رادیکولارشان می‌گذرد، یعنی درد حاد داشتند، از سوی دیگر درمان مناسبی هم دریافت نکرده بودند؛ به گونه‌ای که از ۳۹ نفر بیمار مذکور، ۱۰ نفر فقط دارو، ۳ نفر فقط استراحت و ۱۱ نفر هم دارو و استراحت داشتند. در تحقیقی که به تازگی صورت گرفته، عنوان شده است که از ۲۸۳ نفر بیماری که بین ۶-۱۲ هفته درد سیاتیک شدید داشتند، به طور تصادفی ۱۴۱ نفر به جراحی فرستاده و بعد از میانگین ۲/۲ هفته جراحی شدند. به ۱۴۲ بیمار دیگر هم درمان غیر جراحی توصیه شد؛ به گونه‌ای که ۸۷ نفر از گروه دوم، نیاز به جراحی پیدا نکردند و ۵۵ نفر بعد از میانگین ۱۸/۷ هفته جراحی شدند. بعد از پی‌گیری یک‌ساله، نتایج برای گروهی که جراحی فوری داشتند و آن‌هایی که بعد از درمان غیر جراحی نیاز به جراحی پیدا کرده بودند، مشابه بود (۱۸). این تحقیق نشان داد که جراحی فوری، شانس بهبودی از طریق درمان‌های غیر جراحی را کاهش می‌دهد، در حالی که ادامه این درمان‌ها و تعویق جراحی تأثیری بر کاهش نتایج جراحی ندارد.

بیشترین درمانی که این ۴۶ نفر بیمار دریافت کرده بودند در درجه اول دارو درمانی، بعد استراحت و در درجه سوم کمربند طبی بوده است. در مطالعات نیز بیشترین درمان تجویز شده برای کمردرد، دارو می‌باشد. در ۳۰ نفر از افراد مورد مطالعه، استراحت جزیی از درمان بوده است، برای ۱۲ نفر دارو و

مناسب راهنمایی شود و درمان به صورت صحیح برای او اجرا شود، شاید هرگز کار به جراحی کشیده نشود. درمان غیر جراحی نسبت به جراحی ریسک خطر پایین‌تر، هزینه کمتر و روزهای کاری تلف شده مختصرتری دارد و در حال حاضر در کشورهای پیشرفته، درمان کم‌درد از جراحی به سمت درمان‌های غیر جراحی معطوف شده است.

### محدودیت‌ها

۱- در این مطالعه، چون نزدیک به نیمی از بیماران برگه گزارش MRI نداشتند، تصمیم‌گیری در این زمینه امکان‌پذیر نبود.  
۲- چون این تحقیق در بیمارستان‌های دولتی صورت گرفته است که اقلاری با درآمد کمتر و به احتمال سطح سواد پایین‌تر به آن مراجعه می‌کنند، نتیجه‌گیری دقیق در مورد ارتباط بین میزان تحصیلات و میزان فتق دیسک ممکن نبود. برای بررسی این مطلب باید سایر مراکز اعم از دولتی و غیر دولتی در نظر گرفته شوند.

### پیشنهادها

۱- برگزاری دوره‌های آموزش روش‌های نوین فیزیوتراپی در کم‌درد برای فیزیوتراپیست‌ها.  
۲- برگزاری جلساتی در زمینه معرفی انواع درمان‌های غیر جراحی کم‌درد و قابلیت‌های این درمان‌ها برای متخصصین جراحی اعصاب و ارتوپدی و توجیه آن‌ها در زمینه ارجاع بیماران مبتلا به کم‌درد به این درمان‌ها.  
۳- پی‌گیری نتایج حاصل از جراحی بیماران این مطالعه از طریق تحقیقی دیگر.

۳۹ نفر تحت دارو درمانی، ۵ نفر از ۳۰ نفر تحت درمان با استراحت و ۱ نفر تحت فیزیوتراپی، بهبود یافتند. شاید این نتیجه، نشان دهنده اهمیت تأثیر ارتز در کاهش نیرو از روی دیسک بین مهره‌ای و تحریکی که این وسیله برای جلوگیری از وضعیت‌های غلط ایجاد می‌کند، باشد.

شاید در مورد فیزیوتراپی هم بتوان به این نتیجه رسید که انتخاب روش صحیح و ارابه تمرینات مناسب نیاز به تبصر و تخصص در این زمینه دارد و همچنین اگر تمرین مناسب در زمان مناسب و به شیوه صحیح به بیمار داده نشود، می‌تواند به بدتر شدن بیمار نیز منجر گردد.

### نتیجه‌گیری

بررسی نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران با وجود سابقه طولانی مدت کم‌درد، تحت درمان‌های غیر جراحی مناسب قرار نگرفته‌اند و برای کم‌درد ساده آن‌ها به طور متوسط تنها دارو تجویز شده است؛ در حالی که تأثیر داروهای مسکن یا مدالیته‌های فیزیوتراپی مثل TENS موقت است و علاوه بر آن، تنها درمان علامتی است، یعنی با استفاده از این درمان‌ها درد بیمار کاهش می‌یابد، در حالی که علت‌های ایجاد کننده این درد هنوز وجود دارند. البته در این زمینه تنها پزشکان مقصر نیستند؛ چرا که حتی با ارجاع بیمار به فیزیوتراپی در بیشتر مواقع برای او کار مؤثری انجام نمی‌شود و هنوز به همان روش‌های سنتی بسنده می‌گردد. با این شرایط، مشکل بیمار روز به روز وخیم‌تر می‌شود تا بیمار دیر یا زود به جایی می‌رسد که جز جراحی، راه حلی برای درمان او باقی نمی‌ماند؛ در حالی که اگر بیمار در ابتدای امر به یک درمان غیر جراحی

### References

1. Cox J. Low Back Pain: Mechanism, Diagnosis, and Treatment. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. p. 527-83.
2. Alishiri GH. How to treat and primary care low back pain. Journal Shiraz University of Medical Sciences 2004; 3(10): 20-5.
3. Waddell G. The back pain revolution. Philadelphia: Churchill, Livingstone; 1998. p. 11.
4. Awad JN, Moskovich R. Lumbar disc herniations :surgical versus nonsurgical treatment. Clin Orthop Relat Res 2006; 443: 183-97.
5. Postacchini F. Management of herniation of the lumbar disc. J Bone Joint Surg Br 1999; 81(4): 567-76.
6. Rust MS, Olivero WC. Far-lateral disc herniations: the results of conservative management. J Spinal Disord 1999; 12(2): 138-40.

7. Postacchini F. Lumbar disc herniation: A new equilibrium is needed between nonoperative and operative treatment. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2001; 26(6): 601.
8. Canale T, Cohoon W. *Campbell's operative orthopaedics*. Philadelphia: Mosby; 2003.
9. Winn HR. *Youman's Neurological surgery*. 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: WB. Saunders Co; 2004. p. 4507-79.
10. Wiesel SW. *The lumbar spine*. Philadelphia: WB. Saunders Co; 1996. p. 509-613.
11. Carragee E. Surgical treatment of lumbar disk disorders. *JAMA* 2006; 296(20): 2485-7.
12. Justin C, Lurie Jon D, Tosteson Tor D, Hanscom B, Abdu William A, Birkmeyer Nancy JO, et al. Descriptive Epidemiology and Prior Healthcare Utilization of Patients in the Spine Patient Outcomes Research Trial's (SPORT) Three Observational Cohorts: Disc Herniation, Spinal Stenosis, and Degenerative Spondylolisthesis. *Health Services Research* 2006; 31(7): 806-14.
13. Bradley WG, Wilkins RH. *The Year Book of Neurology and Neurosurgery*. Philadelphia: Mosby; 1995. p. 463-6.
14. James N, Weinstein DO, Tor D, Tosteson ScD, Jon D, Anna N, et al. Surgical VS non-operative treatment for lumbar disk herniation. *JAMA* 2006; 296(20): 2441-50.
15. Moein H. A retrospective study of 1250 cases of lumbar disc herniation operated upon at two hospitals of Isfahan for 1983-1993. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 1996; 3(1): 1-6.
16. Bilir A, Gulec S. Cauda equina syndrome after epidural steroid injection: A case report. *J Manipulative Physiol Ther* 2006; 29(6): 492-3.
17. Shapiro S. Medical Realities of Cauda Equina Syndrome Secondary to Lumbar Disc Herniation. *Spine* 2000; 25(3): 348-51.
18. Peul WC, van Houwelingen HC, van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, et al. Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica. *N Engl J Med* 2007; 356(22): 2245-56.
19. Bourton AK, Eriksen HR, Balagne F, Henrotin Y, lahad A. European Guidelines for Prevention in low Back pain [Online]. 2004. Available from: URL: <http://www.backpaineurope.org/>



## The study of surgery referral accordance of patients affected by sciatica pain with standard therapeutic criteria

Roghani T<sup>\*</sup>, Ghodosi M<sup>1</sup>, Bokae F<sup>2</sup>, Karimi Ak<sup>3</sup> PhD

Receive data: 28/12/2009

Accept data: 02/02/2010

### Abstract

**Introduction:** Low back pain is the second reason for seeking medical advice and is the first one as a cause of disability in people whose ages are under 45 years. According to the follow-up researches on disk herniation surgery, inappropriate selection of surgery candidates may cause failure in the operation.

**Materials and Methods:** It was a descriptive cross-sectional study conducted in surgery wards of Alzahra, Amin and Kashani hospitals (Isfahan, Iran) on 46 patients (mean age: 40 years) and completing the questioner about personal information and pain characteristics, the examiner determined the pain and sciatica intensity by means of VAS and SLR. These data, in addition to those obtained through the MRI reports, were analyzed by SPSS software (ver.13).

**Results:** According to surgery criteria, 13 % of cases had not any radicular pain. In 85% of patients, lesser than 6 months had been passed from the beginning of radicular pain. Corsets were the most effective conservative treatment in 29 % of patients. Medication (18%), rest (17%) and physiotherapy (10%) were of the next standings.

**Conclusion:** Most of patients in the study underwent unnecessary surgery did not received sufficient conservative treatments despite the prolonged low back pain. For these patients, the efficacy of conservative treatments, especially physiotherapy, has been poor; although the importance of PT has been emphasized in the literature.

**Keywords:** Low back pain, Lumbar disk herniation, Sciatica, Surgery, Conservative treatment.

\* MSc Student in Physiotherapy, School of Medicine, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

Email: Tayebbeh.rogghani@gmail.com

1- Physiotherapist, Borojen, Iran.

2- MSc Student in Physiotherapy, School of Rehabilitation, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3- Assasstant Professor, Department of Physical Therapy, School of Rehabilitation, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.