

بررسی فراوانی علل کمردرد اختصاصی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان شهید صدوقی یزد

محمدرضا سبحان^۱، سید محمد جلیل ابریشم^۲، سید محمد قریشیان^{۳*}، مسعود حیدرنژاد^۴، مینا خورشیدی^۵

چکیده

مقدمه: کمردرد از شایع‌ترین علل مراجعه بیماران به پزشک است. هدف از انجام این مطالعه تحلیل فراوانی علل کمردرد در درمانگاه‌های بیمارستان شهید صدوقی یزد و بررسی ارتباط آن‌ها با یافته‌های بالینی و دموگرافیک بود.

روش بررسی: این مطالعه تحلیلی مقطعی (cross sectional) بر روی بیماران مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۲ انجام شد. بیمارانی که علت کمردرد آن‌ها توسط یافته‌های پاراکلینیک مشخص شده بود وارد مطالعه شده و اطلاعات دموگرافیک و پاراکلینیک آن‌ها ثبت گردید.

نتایج: ۲۰۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفتند. فراوانی علل کمردرد اختصاصی به ترتیب در ۵۴٪ موارد دیسکوپاتی، در ۱۳٪ اسپوندیلولیسیتزیس، در ۱۱٪ استئوآرتریت، در ۱۰٪ تنگی کانال، در ۷٪ شکستگی و در ۱٪ تومور بود. علل کمردرد با سن ($P = 0/005$) و طول مدت علائم ($P = 0/000$) مرتبط بود اما ارتباطی بین علل کمردرد با جنس، BMI (Body Mass Index) و تحرک شغلی مشاهده نگردید.

نتیجه‌گیری: شایع‌ترین علت کمردرد اختصاصی دیسکوپاتی و اسپوندیلولیسیتزیس است که باید در برنامه ریزیهای بهداشتی درمانی برای کنترل کمردرد مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کمردرد، BMI، دیسکوپاتی، اسپوندیلولیسیتزیس

۱،۲- دانشیار، گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳- استادیار، گروه ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۴- استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

۵- پزشک، دانشگاه آزاد اسلامی یزد

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۳۵۳۱۸۳۸۰۹، پست الکترونیکی: m.ghoraishian@outlook.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۴/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۱

مقدمه

کمردرد یک از شایع‌ترین علل مراجعه به پزشک محسوب می‌شود. حدود ۵۰ تا ۷۰٪ افراد در زندگی خود کمردرد را تجربه می‌کنند (۱). ۲ تا ۵ درصد مراجعات برای دریافت خدمات درمانی در سال به علت کمردرد می‌باشد که بخش عمده بیماران را در درمانگاه‌های ارتوپدی و روماتولوژی تشکیل می‌دهند. همچنین کمردرد شایع‌ترین علت محدودیت فعالیت در جوانان و غیبت از کار است (۲). درد اکثر بیمارانی که با کمردرد حاد مراجعه می‌کنند غیراختصاصی بوده و اغلب دلیل قابل شناسایی برای درد آن‌ها وجود ندارد (۳). در کمردرد اختصاصی وجود پاتولوژی در ساختارهای مختلف کمر یعنی مفاصل، دیسک‌ها، بافت همبند و عضلات باعث ایجاد علامت می‌گردد. دلایل اختصاصی کمردرد شامل بدخیمی، عفونت، شکستگی، اختلالات التهابی، دیسکوپاتی، اسپوندیلولیسیتزیس و ... می‌باشد (۴).

روش‌های تشخیصی گوناگونی برای تأیید شک بالینی و یافتن علت پاتولوژی وجود دارد که شامل رادیوگرافی ساده، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، اسکن استخوان، دیسکوگرافی و اولتراسونوگرافی می‌باشد (۵-۷).

بررسی شیوع علل کمردرد در جامعه و مطالعه ارتباط آن با عواملی مانند سن، جنس و ... می‌تواند با افزایش اطلاعات در مورد اپیدمیولوژی کمردرد و شناخت ریسک فاکتورهای آن به برنامه ریزی برای پیشگیری، درمان و کنترل کمردرد کمک نماید (۸). تاکنون در ایران مطالعه‌ای جهت بررسی شیوع علل اختصاصی کمردرد صورت نگرفته است و با توجه به شیوع بالای کمردرد نیاز به انجام چنین مطالعه‌ای وجود دارد. هدف از انجام این مطالعه تعیین فراوانی نسبی علل کمردرد اختصاصی و بررسی ارتباط آن‌ها با یافته‌های بالینی و دموگرافیک در این بیماران می‌باشد.

روش بررسی

در این مطالعه تحلیلی Cross sectional افرادی که به دلیل کمردرد در سال ۱۳۹۲ به کلینیک ارتوپدی بیمارستان شهید صدوقی یزد مراجعه نموده بودند و علت کمردرد آن‌ها بر اساس یافته‌های رادیوگرافی یا MRI مشخص شده است، پس از اخذ رضایت و آگاهی وارد مطالعه شده‌اند. بیماران توسط

یک فلوشیپ ستون فقرات در درمانگاه تخصصی و یک متخصص ارتوپدی در درمانگاه جنرال ارتوپدی ویزیت شدند. رادیوگرافی‌های مورد بررسی به صورت رخ، نیم‌رخ، مایل داخلی و خارجی با آمادگی گوارشی بوده است. پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک، سن، جنس، وضعیت تحرک شغلی، قد، وزن و یافته‌های پاراکلینیک (رادیوگرافی، MRI) و تشخیص علت کمردرد توسط پزشک معالج تکمیل گردیده است. وضعیت تحرک شغلی بر اساس نظر مراجعه کننده به صورت کم تحرک و پرتحرک ثبت شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات به دست آمده، اطلاعات توسط نرم‌افزار آماری SPSS ۱۸ و به کمک تست‌های آماری T Test، Anova و X2 test مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. (مطالعه منتج از پایان نامه است)

نتایج

در این مطالعه ۲۰۰ نفر با کمردرد اختصاصی مورد بررسی قرار گرفتند که شامل ۸۸ مرد (۴۴٪) و ۱۱۲ زن (۵۶٪) با میانگین سنی $15/1 \pm 45/1$ سال با محدود ۸۶-۱۷ سال بودند. دیسکوپاتی با شیوع ۵۴٪ در رتبه اول علل کمردرد قرار داشته و اسپوندیلولیسیتزیس در ۱۳٪، تنگی کانال ۱۰٪ و استئوآرتریت در ۱۱٪ بیماران مشاهده گردید (جدول ۱). همچنین علت کمردرد در ۱۴ بیمار (۷٪) شکستگی و در ۲ بیمار (۱٪) تومور بوده است.

با اینکه فراوانی اسپوندیلولیسیتزیس و استئوآرتریت در زنان بیشتر از مردان بود و دیسکوپاتی در مردان دارای فراوانی بیشتری نسبت به زنان بود اما علل کمردرد با جنس بیماران ارتباط معنی‌دار نداشت ($P = 0/08$ ، جدول ۱) در بررسی گروه‌های سنی ۱۷-۳۴، ۳۵-۵۴ و ۵۵-۸۴ سال ارتباط معنی‌داری بین علل کمردرد با سن بیماران وجود داشت ($P = 0/005$ ، جدول ۲) به نحوی که با افزایش سن شیوع اسپوندیلولیسیتزیس، تنگی کانال و استئوآرتریت افزایش و شیوع دیسکوپاتی کاهش را نشان می‌دهد. توزیع علل کمردرد در بیمارانی که با کمردرد حاد و تحت حاد (علائم کمتر از ۳ ماه) و مزمن (علائم بیشتر از ۳ ماه) مراجعه نموده بودند از نظر آماری معنی‌دار بود ($P = 0/000$ ، جدول ۳)

فرآوانی اسپوندیلولیستریزس، تنگی کانال و استئوآرتروز در کمردرد مزمن بیشتر بود و دیسکوپاتی و سایر علل (شامل شکستگی، عفونت و تومور) در کمردرد حاد و تحت حاد بیشتر از کمردرد مزمن مشاهده شد.

فرآوانی تنگی کانال و دیسکوپاتی در BMI بالا بیشتر و فرآوانی استئوآرتروز و اسپوندیلولیستریزس در BMI پایین بیشتر بود اما علل کمردرد با BMI و تحرک شغلی ارتباط معنی‌دار نداشت (به ترتیب $P = ۰/۱۹۸$ و $P = ۰/۵$ - جدول ۴ و ۵).

جدول ۱: توزیع فرآوانی علل کمردرد اختصاصی

تشخیص	جنس	مرد N=۸۸	زن N=۱۱۲	جمع
اسپوندیلولیستریزس		۹ ۱۰٪/۲	۱۷ ۱۵٪/۲	۲۶ ٪۱۳
تنگی کانال		۸ ۹٪/۱	۱۲ ۱۰٪/۷	۲۰ ٪۱۰
دیسکوپاتی		۵۶ ۶۳٪/۶	۵۳ ۴۷٪/۳	۱۰۹ ۵۴٪/۵
استئوآرتروز		۵ ۵٪/۷	۱۸ ۱۶٪/۱	۲۳ ۱۱٪/۵
علل دیگر (شامل: شکستگی، تومور، التهاب، عفونت و ...)		۱۰ ۱۱٪/۴	۱۲ ۱۰٪/۷	۲۲ ٪۱۱

جدول ۲: توزیع فرآوانی علل کمردرد اختصاصی برحسب سن

تشخیص	سن	۱۷-۳۴ N=۶۰	۳۵-۵۴ N=۸۱	۵۵-۸۶ N=۵۹	جمع
اسپوندیلولیستریزس		۷ ۱۱٪/۷	۱۰ ۱۲٪/۳	۹ ۱۵٪/۳	۲۶ ٪۱۳
تنگی کانال		۲ ۳٪/۳	۹ ۱۱٪/۱	۹ ۱۵٪/۳	۲۰ ٪۱۰
دیسکوپاتی		۴۱ ۶۸٪/۳	۴۹ ۶۰٪/۵	۱۹ ۳۲٪/۲	۱۰۹ ۵۴٪/۵
استئوآرتروز		۵ ۸٪/۳	۸ ۹٪/۹	۱۰ ۱۶٪/۹	۲۳ ۱۱٪/۵
علل دیگر (شامل: شکستگی، تومور، التهاب، عفونت و ...)		۵ ۸٪/۳	۵ ۶٪/۲	۱۲ ۲۰٪/۳	۲۲ ٪۱۱

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی علل کمردرد برحسب طول مدت درد

مجموع	طول مدت درد تشخیص		
	< ۹۰ روز N=۱۵۱	≥ ۹۰ روز N=۴۹	
۲۶ ٪۱۳	۲۳ ۱۵٪۲	۳ ۶٪۱	اسپوندیلولیستریزس
۲۰ ٪۱۰	۲۰ ۱۳٪۲	۰ ٪۰	تنگی کانال
۱۰۹ ۵۴٪۵	۸۰ ٪۵۳	۲۹ ۵۹٪۲	دیسکوپاتی
۲۳ ۱۱٪۵	۱۹ ۱۲٪۶	۴ ۸٪۲	استئوآرتریت
۲۲ ٪۱۱	۹ ۶٪۰	۱۳ ۲۶٪۵	علل دیگر (شامل: شکستگی، تومور، التهاب، عفونت و ...)

جدول ۴: توزیع فراوانی نسبی علل کمردرد برحسب BMI

مجموع	BMI تشخیص			
	< ۳۰ N=۳۷	۲۵-۳۰ N=۹۰	> ۲۵ N=۷۳	
۲۶ ٪۱۳	۲ ۵٪۴	۱۲ ۱۳٪۳	۱۲ ۱۶٪۴	اسپوندیلولیستریزس
۲۰ ٪۱۰	۵ ۱۳٪۵	۱۲ ۱۳٪۳	۳ ۴٪۱	تنگی کانال
۱۰۹ ۵۴٪۵	۲۱ ۵۶٪۸	۵۲ ۵۷٪۸	۳۶ ۴۹٪۳	دیسکوپاتی
۲۳ ۱۱٪۵	۴ ۱۰٪۸	۷ ۷٪۸	۱۲ ۱۶٪۴	استئوآرتریت
۲۲ ٪۱۱	۵ ۱۳٪۵	۷ ۷٪۸	۱۰ ۱۳٪۷	علل دیگر (شامل: شکستگی، تومور، التهاب، عفونت و ...)

جدول ۵: توزیع فراوانی نسبی علل کمردرد برحسب شغل

شغل تشخیصی	پر تحرک N=۱۱۵	کم تحرک N=۸۵	مجموع
اسپوندیلولیستریزس	۱۶ ۱۳٪/۹	۱۰ ۱۱٪/۸	۲۶ ٪۱۳
تنگی کانال	۱۳ ۱۱٪/۳	۷ ۸٪/۲	۲۰ ٪۱۰
دیسکوپاتی	۶۴ ۵۵٪/۷	۴۵ ۵۲٪/۹	۱۰۹ ۵۴٪/۵
استئوآرتریت	۱۳ ۱۱٪/۳	۱۰ ۱۱٪/۸	۲۳ ۱۱٪/۵
علل دیگر (شامل: شکستگی، تومور، التهاب، عفونت و ...)	۹ ۷٪/۸	۱۳ ۱۵٪/۳	۲۲ ٪۱۱

بحث

شایع‌ترین علت کمردرد در بیماران مورد بررسی در این مطالعه دیسکوپاتی و اسپوندیلولیستریزس بود. قبلاً مطالعه‌ای جهت بررسی شیوع علل کمردرد اختصاصی و بررسی ارتباط توزیع علل مختلف کمردرد اختصاصی با ریسک فاکتورهای کمردرد مثل BMI، میزان تحرک شغلی، سن، جنس و مدت درد در ایران انجام نشده است. در مطالعاتی که ریسک فاکتورهای کمردرد را مورد بررسی قرار داده‌اند Karohan و همکاران در تحقیقی با بررسی کمردرد در کارکنان بیمارستان شایع‌ترین علت کمردرد را در این گروه هرنیاسیون دیسک ذکر کرده‌اند که با مطالعه ما که دیسکوپاتی شایع‌ترین علت کمردرد بود همخوانی دارد. در این تحقیق سن، جنس مؤنث، شغل، مصرف سیگار، استرس کاری و بلند کردن اجسام سنگین به عنوان ریسک فاکتور ذکر شده است (۹). Shemory هم در مطالعه خود چاقی مفرط، افسردگی، وابستگی به الکل و نیکوتین را به عنوان ریسک فاکتور ذکر کرده است (۱۰). Jiman و همکاران ارتباط بین کمردرد با سن و BMI را معنی‌دار ذکر کرده اما ارتباط

معنی‌داری بین کمردرد با جنس مشاهده نکرده‌اند (۱۱). وجود ارتباط BMI با علل کمردرد در مطالعه ما دیده نشد. در مطالعه‌ای که توسط شمسی و همکاران روی بیماران مبتلا به کمردرد در کرمانشاه انجام شده است رابطه‌ای بین BMI، میزان فعالیت شخصی، قد و میزان تحصیلات با کمردرد مشاهده نشده است (۱۲) درحالی‌که در مطالعه انجام شده توسط رشیدی سن و BMI به عنوان عامل خطر برای کمردرد ذکر شده است (۱۳).

از محدودیت‌های این مطالعه نداشتن معیار برای میزان تحرک شغلی و objective نبودن آن است که باعث کاهش دقت در بررسی تأثیر تحرک شغلی بر علل کمردرد در این مطالعه گردیده است. همچنین مناسب بود که هم‌زمان به میزان تحرک فرد در اوقات فراغت از کار پرداخته می‌شد زیرا می‌تواند روی نتیجه بررسی تحرک شغلی تأثیرگذار باشد. از ضعف‌های این مطالعه عدم توجه به افرادی است که به پزشک عمومی جهت کمردرد خود مراجعه می‌نمایند که عمدتاً گروه با علائم حاد و تحت حاد را شامل می‌شود در حالی که احتمال مراجعه بیمارانی که کمردرد

نتیجه‌گیری

شایع‌ترین علت کمردرد اختصاصی دیسکوپاتی و اسپوندیلولیزستریس است که با توجه به شیوع بالای کمردرد باید در برنامه ریزیهای بهداشتی درمانی برای کنترل آن مورد توجه قرار گیرد.

آن‌ها به درمان اولیه پاسخ نداده است یا علائم مزمن دارند به درمانگاه تخصصی بیشتر است. بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه روماتولوژی هم مورد بررسی قرار نگرفته‌اند که می‌تواند روی بررسی برخی از علل کمردرد تأثیرگذار باشد. محدودیت دیگر این مطالعه تعداد بیماران مورد بررسی می‌باشد.

References:

- 1- Binkley J, Finch E, Hall J, Black T, Gowland C. *Diagnostic classification of patients with low back pain: report on a survey of physical therapy experts*. Physical therapy 1993; 73(3): 138-50; discussion 50-5.
- 2- Rubin DI. *Epidemiology and risk factors for spine pain*. Neurologic clinics 2007; 25(2): 353-71.
- 3- Furlan AD, Pennick V, Bombardier C, van Tulder M, Editorial Board CBRG. *2009 updated method guidelines for systematic reviews in the Cochrane Back Review Group*. Spine 2009; 34(18): 1929-41.
- 4- Beattie PF, Meyers SP. *Magnetic resonance imaging in low back pain: general principles and clinical issues*. Physical therapy 1998; 78(7): 738-53.
- 5- Last AR, Hulbert K. *Chronic low back pain: evaluation and management*. American family physician 2009; 79(12): 1067-74.
- 6- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT, Jr., Shekelle P, et al. *Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society*. Annals of internal med 2007; 147(7): 478-91.
- 7- Attal N, Perrot S, Fermanian J, Bouhassira D. *The neuropathic components of chronic low back pain: a prospective multicenter study using the DN4 Questionnaire*. The j pain : official j the American Pain Society 2011; 12(10): 1080-7.
- 8- Manchikanti L. *Epidemiology of low back pain*. Pain physician 2000; 3(2): 167-92.
- 9- Karahan A, Kav S, Abbasoglu A, Dogan N. *Low back pain: prevalence and associated risk factors among hospital staff*. J advanced nursing 2009; 65(3): 516-24.
- 10- Shemory ST, Pfefferle KJ, Gradisar IM. *Modifiable Risk Factors in Patients With Low Back Pain*. Orthopedics 2016; 39(3): e413-6.
- 11- Jiman AC, Etukumana EA. *Risk Factors of Low Back Pain in Adults Attending a Tertiary Hospital in Uyo, Nigeria*. The West Indian Med J 2016.
- 12- Shamsi MB, Rezae S. *Low back pain risk factors in patients referred to Kermanshah hospitals (2001)*. J Kermanshah Univ Med Sci 2006; 10(1): 57-66.
- 13- Rashidi M. *Study of prevalence and causes of low back pain in the Islamic Azad University of Semnan*. koomesh J. 2007; 8(4): 233-8.

Study of the Frequency of Specific Low Back Pain and the Factors Affecting on the Patients Referring to Clinics of Shahid Sadoughi Hospital

Mohammad Reza Sobhan¹, Seyyed Mohammadjalil Abrisham²,
Mohammad Ghorraishian^{*3}, Masoud Heidarnejad⁴, Mina Khorshidi⁵

^{1,2,3} Department of Orthopedics, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

^{4,5} School of Medicine, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Received: 11 Mar 2017

Accepted: 6 Jul 2017

Abstract

Introduction: Low back pain is the most common reason for all physician visits and many people experience it during their life. The reason for this study was to show the frequency analysis of the causes of back pain and analyzing their association with some clinical and demographic findings.

Methods: This analytic cross sectional study was performed on the patients visited in the Clinics of Yazd Shahid Sadoughi Hospital in 2013. Patients with low back pain due to paraclinical findings were included in the study.

Results: 200 patients were studied. The frequency of the causes of the pain were discopathy (54%), spondylolisthesis (13%), osteoarthritis (11%), canal stenosis (10%), fracture (7%) and tumor (1%), respectively. There was statistically significant between the causes of back pain and age ($p=0.005$) as well as the pain duration ($p=0.000$), but there was not found any significant association among back pain and sex, body mass index (BMI) and job activities.

Conclusion: The most common cause of specific back pain is discopathy and spondylolisthesis. This has to be considered in health care plans to control backache as a common health problem.

Keywords: Back pain, BMI, Discopathy, Spondylolisthesis

This paper should be cited as:

Sobhan MR, Abrisham SMJ, Ghorraishian M, Heidarnejad M, Khorshidi M. Study of the Frequency of Specific Low Back Pain and the Factors Affecting on the Patients Referring to Clinics of Shahid Sadoughi Hospital. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2017; 25(9): 701-7.

*Corresponding author: Tel: +98353183809, email: m.ghorraishain@outlook.com