

مطالعه اثر ایندومتاسین تزریقی در درمان لومبالژی و سیاتیک‌های دیسکی

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۴، صفحه ۲۹۶، ۲۵۳۶

*دکتر فریدون دو اچی - دکتر مسعود جایلی - دکتر امیر شفیع زاده

پدیده آماسی به تنهایی باعث ادامه درد می‌شود. لذا در لومبالژی‌ها و سیاتیک‌ها باید بجز عامل مکانیکی عامل آماسی را نیز درمان کرد. بران درمان عامل آماسی دو طریقه موجود است:

- ۱- ارتashاج (انفیلتر اسیون) کورتیکواستروئیدها.
- ۲- استفاده از داروهای ضد آماس از راه عمومی.

در این مقاله سعی شده است ارزش درمانی ایندومتاسین تزریقی در برطرف کردن عامل التهابی سیاتیک‌ها مخصوصاً در نوع حاد و فوق حاد (هیپرآلرژیک) بررسی شود.

روش و بررسی

جمعاً ۱۷ بیمار با ایندومتاسینات مگلومین * (Meglumine Indomethacinate) که یک نمک محلول در آب می‌باشد، مورد بررسی قرار گرفتند. از این عدد ۲ تن جهت معاينه بعدی مراجعت نکردند و یک تن بعلت عوارض جانبی شدید مجبور بقطع دارو شد. از این عدد ۹ تن زن و بقیه مرد بودند.

نوع بیماری- ۳ بیمار به لومبالژی مبتلا بودند، ۱۱ بیمار سیاتیک حاد، ۱ بیمار سیاتیک فوق حاد (هیپرآلرژیک) داشت و ۲ بیمار سیاتیک فلح دهنده داشتند. در هیچیک از دو بیمار اخیر فلح کامل وجود نداشت و ضایعات حرکتی عصب بصورت پارزی (Paresie) بود که در یک‌مورد S1 شدید و در مورد دیگر پارزی L5 خفیف بود.

* Liometacen

ضایعات مکانیک دیسک یا دیسکوپاتی‌های مکانیک کمر که بصورت لومبالژی یا رادیکولالژی‌ها مخصوصاً سیاتیک ظاهر می‌کنند، از بیماری‌های شایع جامعه شده است و کمتر کسی است که در طول زندگی خود آن مبتلا نشود.

این بیماری بظاهر صعب العلاج و طولانی و مزمن که بعقیده عده‌ای در اکثر موارد احتیاج بعمل جراحی دارد، در حقیقت بیماری است بسیار ساده که بر احتیاج قابل درمان است. بیماری کوتاه مدتی است و خیلی بندرت احتیاج بعمل جراحی پیدا می‌کند. درمان غیر جراحی لومبالژی و یا سیاتیک با توجه به فیزیوپاتولوژی پارگی دیسک و واکنش‌های آن کاملاً واضح، ساده و مشخص می‌باشد.

(۸-۷-۶-۴-۳-۲)

دیسک بین مهره‌ای کیسه‌ایست با جدار بسیار کلفت که هسته‌ای ژلاتین شکل را در می‌کز خود محبوس کرده است. چنانچه فشار روی هسته من کزی زیاد شود، فیبرهای دیواره دیسک در طرف عقب پاره می‌شود و قسمتی از هسته مزبور وارد منطقه پاره شده می‌گردد و بعلت فشار روی شبکه اعصاب حسی جدار، درد کمر یا لومبالژی بوجود می‌آید. چنانچه تمام جدار دیسک پاره شود هسته من کزی از لایای پارگی دیواره بیرون میزند و روی یکی از ریشه‌های عصب سیاتیک فشار می‌آورد و سیاتیک بوجود می‌آید. واکنش این فشار بوجود آمدن یک پدیده آماسی در منطقه فشار می‌باشد که توجیه نحوه کار و اثر آن از حوصله این مقاله خارج است. چنانچه در این مرحله عامل مکانیکی را بر طرف سازیم

* بخش روماتولوژی دانشکده پزشکی داریوش کبیر - دانشگاه تهران.

درد بیمار پس از قطع استراحت و شروع فعالیت - ۴ بیمار کاملاً بی دردهستند، ۶ تن درد مکانیکی خفیف، ۲ تن درد مکانیکی متوسط و ۲ تن درد بشدت روز اول دارند. لازم بتفکر است که بازگشت درد در فعالیت مربوط به عامل مکانیکی است که کاملاً درمان نشده و در این موارد یا مجدداً استراحت کامل به بیمار داده میشود و یا تصمیم به کشش متناویب ستون مهره کمری گرفته میشود، یا ندرتاً چنانچه بیمار مجبور به کار کردن باشد کرست طبی بلند ستون مهره کمری توصیه میگردد. عمولاً باروشاهای فوق اکثر بیماران بهبود کامل میباشند و استثنائاً احتیاج بعمل جراحی مطرح می‌شود.

حرکات ستون مهره کمری - قبل از درمان ۲ بیمار محدودیت شدید ستون مهره کمری و ۴ بیمار محدودیت خفیف داشتند و ۴ بیمار محدودیت ستون مهره کمری نداشتند ولی در حرکات انتهائی ستون مهره کمری درد بوجود می‌آمد.

بعد از درمان فقط یک بیمار محدودیت شدید و ۱ بیمار محدودیت متوسط داشت. ۴ بیمار مبتلا به محدودیت خفیف بودند و ۸ تن از قید محدودیت رها شده بودند.

نشانه زنگ اخبار - در ۱۰ بیمار نشانه زنگ اخبار قبل از درمان وجود داشت که بعداز درمان در ۶ تن بکلی از بین رفت، در ۲ بیمار خفیف شد و در ۲ تن تغییری نکرد.

نشانه لاسک - ۱۲ بیمار نشانه لاسک داشتند. (از ۱۴ بیماری که دوره درمان را بطور کامل انجام دادند، ۲ تن لومبارژی و ۱۲ تن سیاتیک داشتند) که بترتیب زیر تقسیم میشود: ۱ تن ۲۰ درجه، ۱ تن ۳۰ درجه، ۳ تن ۴۰ درجه، ۲ تن ۶۰ درجه، ۳ تن ۷۰ درجه و ۲ تن ۸۰ درجه.

بعد از درمان در ۵ تن لاسک از بین رفته بود، در ۱ تن ۴۰ درجه، در ۱ تن ۷۰ درجه، در ۴ تن ۸۰ درجه و در ۱ تن ۹۰ درجه شده بود.

کم حسی (Hypoesthesia) - ۳ بیمار قبل از درمان کم حسی داشتند که در ۱ تن بعداز درمان از بین رفت، در یک بیمار کم شد و در آخری تغییری نکرد.

پارزی (Paresie) - در ۲ بیمار پارزی وجود داشت، در یکی خفیف و از نوع L₅ که بعداز درمان از بین رفت، در دیگری از نوع S_۱ بود که بعد از درمان تخفیف یافت ولی از بین نرفت.

بازتاب آشیل - در ۲ بیمار قبل از درمان بازتاب آشیل از بین رفته بود. بعد از درمان در یکی بصورت ضعیف برگشت و در دیگری به مقدار زیاد، بطوریکه در این بیمار فقط اختلاف خفیفی

نشانه‌های مورد بررسی - در تمام بیماران محدودیت حرکات ستون مهره کمری و انحراف ضد درد، نشانه زنگ اخبار، علامت لاسک، رفلکس آشیل، قدرت حسی عصب و قدرت حرکتی عصب و نیز در در استراحت و حرکت بروزی شد. بروزی نشانه‌ها قبل و بعداز درمان انجام شد.

روش درمان - همانطور که قبلاً ذکر شد برای درمان سیاتیک باید توجه به عامل مکانیکی و انتهایی بشود و برای هر یک از این دو عامل درمان لازم بعمل آید. در این مطالعه برای درمان عامل مکانیکی، استراحت مطلق در بستر توصیه شد، البته باید متذکر شد که بیمار ایرانی اصولاً استراحت مطلق را بسختی قبول نمیکند و با تمام تذکرهای پزشک روزی چند بار از بستر بلند میشود و بقول خود کمی حرکت میکند که این خود از عوامل مهم مؤثر نشدن درمان میباشد. مدت استراحت مطلق برای بیماران این گروه دو هفته بود. برای درمان عامل آماسی ایندو متاسینات مکلومین تجویز گشت. در ۴ بیمار تزریق بصورت داخل وریدی و در ۱۳ بیمار بصورت تزریق عضلانی انجام شد. بیمارانیکه تزریق عضلانی داشتند در منزل خود بستری شدند. یک آمپول صبح و یک آمپول شب در ماهیچه تزریق می‌کردند. دوره درمان ۲ هفته بود و مقدار ایندو متاسین تزریقی هر آمپول ۵۰ میلی گرم بود. بیمارانیکه دارورا بصورت داخل وریدی دریافت میکردند در یمارستان بستری شدند. برای تزریق وریدی از طریق پرفروز زیون استفاده شد. (یک آمپول در ۲۵۰ ۲۵۰ سرم نمکی ۹ در هزار حل و بمقدار ۳۰ قطره در دقیقه به بیمار تزریق شد). در این بیماران نیز ۲ تزریق روزانه بمدت ۱۰ روز انجام گردید. عموماً به بیماران سیاتیکی حداقل ۲ هفته درمان ضد آماسی داده میشود. بقیه درمان بصورت شیاف ایندو متاسین (Metacen) روزانه ۲ عدد (هر شیاف ۱۰۰ میلی گرم ایندو متاسین دارد) ادامه یافت. با اینکه ایندو متاسین بجز خصیصه ضد انتهایی قوی خود، یک مسکن قوی نیز میباشد، معهداً از قظر اینکه بتوان باروشاهای دیگر درمان ضد آماسی مقایسه شود، باین بیماران نیز مثل بقیه روزانه ۴ قرص گلافین (Glafenine) * و ۲۰ میلی گرم دی آزپام (Diazepam) ** داده شد.

نتایج

درد بیمار در استراحت کامل - در ۸ بیمار درد کاملاً از بین رفت، در ۴ بیمار دیگر درد، تخفیف قابل توجه پیدا کرد، در ۱ بیمار درد اندکی کاهش یافت و در یک بیمار هیچ تأثیری نکرد.

* Glifanan (Roussel)

** Valium (Roche)

نمود که نتایج خوب اکثراً در این گروه به دست آمده است. شاید یکی از علل نتایج بهتر با تزریق وریدی مراقبت و نظارت درباره استراحت مطلق بوده است.

مقایسه نتایج ایندومتاپین تزریقی با Acth نیمه سنتیک # تقریباً متابه است. شاید قدرت ضد التهابی تراکوزاکتید (Acth) نیمه سنتیک در سیاتیک کمی بیشتر باشد. رجحان دیگر تراکوزاکتید تعداد کمتر تزریق عضلانی نسبت به ایندومتاپین تزریقی میباشد (یکروز در میان یک آپول عضلانی بمدت ۲ هفته). از طرف دیگر رجحان ایندومتاپین تزریقی در قابلیت استفاده آن در بیماران دیابتی و مبتلایان به فشار خون بالا است که امکان مصرف نیمه سنتیک وجود ندارد. همین مسأله با فنیل بوتاژون نیز وجود دارد که همان نتایج درمانی را میدهد ولی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا یا نارسائی‌های کلیه، قابل استفاده نیست. مقایسه ایندومتاپین تزریقی با آگستیکی کورتیکو استروئیدها (آگستیک = انفلتراسیون) بصورت اپی دورال (Epidural) یا داخل مایع نخاع با شیوه لوکرینی (Lucherini) رجحان آگستیکی را نشان میدهد (۹). ولی باید گفت که شیوه‌های فوق نسبتاً مشکل است و قابل استفاده تمام پزشکان نمیباشد و احتیاج به تجزیه‌باد دارد. البته بجز شیوه‌های فوق داروهای زیادی برای درمان سیاتیک‌ها بکار میبرود از جمله ویتامین‌های B و D و مخلوط پروتئین و گوگرد و همانطور که همه میدانند، کوچکترین تأثیری در این بیماری ندارد و مصرف آن باید منسوخ شود. البته مصرف ویتامین B12 بشرطی که روزانه بین ۱۰۰۰-۵۰۰۰ گاما باشد تأثیر خوبی بعنوان مسكن خالص روی این دردها دارد ولی التهاب رشته عصب را بر طرف نمی‌کند و با وجود مسكن‌های قوی موجود که بصورت خوراکی مصرف میشوند تجویز آن موردنی ندارد.

نتیجه‌گیری

ایندومتاپینات‌هگلومین (Liometacen) نمک محلول ایندومتاپین است که چه از راه تزریق عضلانی و چه از راه وریدی دارای قدرت ضد التهابی و تسکین قابل توجه است که برای درمان سیاتیک‌ها و لومبارژی‌های دیسکی نتایج جالبی داده است. موارد منع مصرف دارو فقط ذخیره‌های معده و دوازدهه میباشد که آنهم صد درصد نیست. عوارض جانبی بسیار کم است و ما فقط آنرا در دو مورد دیده‌ایم که یک تن احتیاج به قطع دارو پیدا نکرد.

خلاصه

۱۴ بیمار مبتلا به سیاتیک دیسکی (۱۱ سیاتیک حاد) و ۳ بیمار مبتلا به لومبارژی ۲ سیاتیک فلح دهنده، سیاتیک حاد) # Synacthen (Ciba - Geigy)

با طرف سالم داشت. در یک بیمار دیگر قبل از درمان بازتاب آشیل خیلی ضعیف شده بود که بعد از درمان بهبود قابل توجهی پیدا کرد و فقط اختلاف ناجیزی با طرف سالم داشت.

عوارض جانبی دارو- ۱ بیمار بعلت ضعف، تعریق زیاد، سرگیجه و پائین آمدن فشارخون مجبور بقطع دارو پس از سومین تزریق عضلانی شد.

۱- بیمار دیگر به تهوع و سرگیجه دچار شد که با ادامه درمان بی کم کردن مقدار دارو یا استفاده از داروهای کمکی، بخودی خود بر طرف گشت.

بحث

ایندومتاپینات مگلومین یک نمک کاملاً محلول در آب ایندومتاپین میباشد که بر احتی قابل جذب است و هیچگونه ناراحتی موضعی در محل تزریق بوجود نمی‌آورد (۵). جذب آن سریع و اثر درمانی آن نسبتاً طولانی است بطوریکه ۲ تزریق روزانه کافی می‌باشد. از آنجاکه دارو مستقیماً با مخاط دستگاه گوارش در تماس نیست تحمل دستگاه گوارش نسبت بنوع خوراکی آن بهتر میباشد. خونریزی در مدفوع دیده نشده است (۱-۵).

نتایج درمانی که در رضایعات مکانیکی دیسک‌های کمر بدست آورده‌ایم نشان میدهد که ایندومتاپین تزریقی یک داروی ضد التهابی را می‌باشد و بجز ۲ بیمار در بقیه توانسته است عامل التهابی را مهار نماید. (۵۷ درصد نتیجه عالی، ۲۸ درصد خوب که جمعاً ۸۵ درصد میشود).

بازگشت درد در عده‌ای از بیماران همانطور که در بالا اشاره شد مربوط به ازین نرقن کامل عامل مکانیکی بوده است. ولی در اینصورت نیز نتایج عالی ۲۸ درصد، خوب ۴۲ درصد بوده است که مجموعاً ۷۰ درصد میشود. البته با استفاده از تدا بیر دیگر جهت ازین بردن عامل مکانیکی که با استراحت از این نرقه است ارقام فوق تغییر خواهد کرد. نتیجه درمان غیر جراحی سیاتیک‌های دیسکی منجر به ۹۰-۹۵ درصد بهبود کامل بیماران خواهد شد (۹). بدیهی است که بحث کامل و مفصل در این باره از حوصله این مقاله خارج است.

نتایج درمانی ما با ایندومتاپین تزریقی بهتر از نتایج Azzolini و همکارانش میباشد (۱) که ۵۰ درصد نتیجه خوب و خیلی خوب بدست آورده‌ند. باید خاطر نشان ساخت که تجزیه آنها در ۶ مورد سیاتیک بوده است و همه تزریق عضلانی داشته و در منزل درمان میشده‌اند، در صورتیکه تجزیه ما در مورد ۱۴ بیمار بوده است که ۴ مورد آن دارورا بصورت تزریق وریدی گرفته‌اند و باید اذعان

دارو نیز کم است و تنها به ذخیره‌های مده و دوازدهه خلاصه می‌شود که در آنها هم باشایطی (دادن آنتی اسید و آنتی کولی نرژیک) میتوان دارو را مصرف کرد. البته نباید فراموش کرد که ایندو-متاسین تزریقی فقط روی عامل التهابی سیاتیک دیسکی اثر می‌کند و برای بطرف کردن عامل مکانیکی استراحت مطلق و حداقل بمدت ۲ هفته لازم است.

در صورت ازین نرفتن عامل مکانیکی میتوان از کشش‌های متناوب مهره‌های کمری استفاده کرد (با استفاده از داروی ضد التهابی). بطور کلی تنها در موارد استثنائی بعمل جراحی برای ازین بردن عامل مکانیکی باید متوسل شد.

دیسکی تحت درمان با ایندومتاسین تزریقی قرار گرفتند. ۱ بیمار سیاتیکی و یک بیمار لومبارژی جهت معاینه پایان درمان مراجعت ننمودند. ۱ بیمار نیز بعلت عوارض جانبی از مطالعه خارج شد. تمام بیماران ۲ هفته استراحت کامل کردند، ۱۰ تن با ایندو-متاسین تزریقی از قرار ۲ تزریق عضلانی در روز بمدت ۲ هفته و ۴ تن با ایندومتاسین وریدی (تصویرت پروفوژیون با سرم نمکی) ۲ تزریق در روز بمدت ۰۱ روز درمان شدند. از نظر درد مجموع نتایج خوب پس از ۲ هفته درمان ۸۵ درصد بوده است که پس از شروع فعالیت بعلت عود (عمولاخیف) به ۷۰ درصد تنزل یافته. تأثیر درمان روی نشانه‌های دیگر بالینی نیز قابل توجه بوده است. عوارض جانبی دارو کم است و تنها در ۲ بیمار دیده شد. موارد منع مصرف

REFERENCES :

- 1- Azzolini (A) et al. Appraisal of an injectable Antalgic in out - patients. Gazzaetta Medica Italiano, 133, 1-5, 1974.
- 2- Coste (F) et Illouz (6). Nevralgie Sciatique, Indications Thérapautiques, in Progrés en Rhumatologie, 577 - 593, Edition Flammarion, 1968, Paris.
- 3- Davatchi (F) et al. Etude Du Canal Osseux Lombaire dans La Sciatique Vertébrale Commune, Semaine Des Hôpitaux De Paris, 29, 2017 - 2013, 1969.
- 4- Marmo (E) Pharmacological study on Liometacen unpublished Data.
- 5- Paolaggi (J. B.) Que Faire Devant une Sciatique, 98 pages, Edition Masson, 1973, Paris.
- 6- Séze (S. de) et Caroit (M). Traitement Médical et Chirurgical de la sciatique banale. in Breviaire de Rhumatologie, 503 - 514, Edition Expansion, 3ème édition, 1967, Paris.
- 7- Séze (S. de), et. Ryckewaert (A) Sciatique vertébrale Commune, in Maladies des Os et des Articulations, 1104 - 1155, Edition Flammarion, Paris.
- ۸- پایان نامه - آمار و بررسی درمانهای طبی سیاتیک دیسکی نگارش: زیاد لوراد - پایان نامه شماره ۹۳۴۳ سال تحصیلی ۱۳۵۲ - ۱۳۵۳ دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.
- ۹- دکتر فریدون دواچی - درمانهای غیرجراحی سیاتیک‌های دیسکی و موارد استعمال آنها، مجله طب عمومی، سال نهم، صفحه ۴۱.