

مطالعه اثر ایندومتاسین تزریقی در درمان لومبالژی و سیاتیک‌های دیسکی

مجله نظام پزشکی

سال ششم، شماره ۴، صفحه ۲۹۶، ۲۵۳۶

دکتر فریدون دواجی - دکتر سعود جابلی - دکتر امیر شفیع زاده *

پدیده آماسی به‌تنهایی باعث ادامه‌درد 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- ارتشاح (انفیلتراسیون) کورتیکواستروئیدها.
- ۲- استفاده از داروهای ضد آماس از راه عمومی.

در این مقاله سعی شده‌است ارزش درمانی ایندومتاسین تزریقی در برطرف کردن عامل التهابی سیاتیک‌ها مخصوصاً در نوع حاد و فوق حاد (هیپر آلرژیک) بررسی شود.

روش و بررسی

جمعاً ۱۷ بیمار با ایندومتاسینات مگلو مین * (Meglumine Indomethacinate) که يك نمك محلول در آب میباشد، مورد بررسی قرار گرفتند. از این عده ۲ تن جهت معاینه بعدی مراجعه نکردند و يك تن بعلت عوارض جنبی شدید مجبور بقطع دارو شد. از این عده ۹ تن زن و بقیه مرد بودند.

نوع بیماری - ۳ بیمار به لومبالژی مبتلا بودند، ۱۱ بیمار سیاتیک حاد، ۱ بیمار سیاتیک فوق حاد (هیپر آلرژیک) داشت و ۲ بیمار سیاتیک فلج دهنده داشتند. در هیچیک از دو بیمار اخیر فلج کامل وجود نداشت و ضایعات حرکتی عصب بصورت پارزی (Paresie) بود که در يك مورد 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 تظاهر میکنند، از بیماریهای شایع جامعه شده است و کمتر کسی است که در طول زندگی خود بآن مبتلا نشود.

این بیماری بظاهر صعب‌العلاج و طولانی و مزمن که بعقیده‌دهی در اکثر موارد احتیاج بعمل جراحی دارد، در حقیقت بیماری است بسیار ساده که براحتی قابل‌درمان 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. (۲-۳-۴-۶-۷-۸)

دیسک بین مهره‌ای کیسه‌ایست با جدار بسیار کلفت که هسته‌ای ژلاتین شکل را در مرکز خود محبوس کرده است. چنانچه فشار روی هسته مرکزی 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 مرکزی از لابلاهی پارگی دیواره بیرون می‌زند و روی یکی از ریشه‌های عصب سیاتیک فشار می‌آورد و سیاتیک بوجود می‌آید. واکنش این فشار بوجود آمدن يك پدیده آماسی در منطقه فشار میباشد که توجه 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 بی‌درد هستند، ۶ تن دردمکانیکی خفیف، ۲ تن درد مکانیکی متوسط و ۲ تن درد شدت روز اول دارند. لازم بذکر 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 متناوب ستون مهره کمری گرفته میشود، یا ندرتاً چنانچه بیمار مجبور به کار کردن باشد کمرست طبی بلند ستون مهره کمری توصیه میگردد. معمولاً باروشهای فوق اکثر بیماران بهبود کامل مییابند 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 بعد از 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 لومبالژی و ۱۲ تن سیاتیک داشتند) که بترتیب زیر تقسیم میشد: 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 بعد از 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 L_۵ که بعد از 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 و قدرت حرکتی عصب و نیز درد در استراحت و حرکت بررسی شد.

بررسی نشانه‌ها قبل و بعد از درمان انجام شد.

روش درمان - همانطور که قبلاً ذکر شد برای درمان سیاتیک باید توجه به عامل مکانیکی و التهابی 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 میکند و با تمام تذکرات پزشکی 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 ایندومتاسینات مگلو مین 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 ایندومتاسین تزریقی هر آمپول ۵۰ میلی‌گرم بود. بیمارانیکه دارو را بصورت داخل وریدی دریافت می‌کردند در بیمارستان بستری شدند. برای تزریق وریدی از طریق پرفورم - زیون استفاده شد. (یک آمپول در ۲۵۰ cc 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. معمولاً به بیماران سیاتیکی حداقل ۲ هفته درمان ضد آماسی داده میشود. بقیه درمان بصورت شیاف ایندومتاسین (Metacen) روزانه ۲ عدد (هر شیاف ۱۰۰ میلی‌گرم ایندومتاسین دارد) ادامه یافت. با اینکه ایندومتاسین بجز خصیصه ضد التهابی قوی خود، یک مسکن قوی نیز میباشد، معهداً از نظر اینکه بتوان باروشهای دیگر درمان ضد آماسی مقایسه شود، باین بیماران نیز مثل بقیه، روزانه ۴ قرص گلافنین (Glafenine) * و ۲۰ میلی‌گرم دی‌آزپام (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.

* Glifanin (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 ایندومتاسین تزریقی با Acth نیمه سنتتیک* تقریباً مشابه است. شاید قدرت ضد التهابی تتراکوزاکنید (Acth نیمه سنتتیک) در سیاتیک کمی بیشتر باشد. رجحان دیگر تتراکوزاکنید تعداد کمتر تزریق عضلانی نسبت به ایندومتاسین تزریقی می‌باشد (یکروز درمیان یک آپول عضلانی بمدت ۲ هفته). از طرف دیگر رجحان ایندومتاسین تزریقی در قابلیت استفاده آن در بیماران دیابتی و مبتلایان به فشار خون بالا است که امکان مصرف نیمه سنتتیک وجود ندارد. همین مسأله با فنیل بوتازون نیز وجود دارد که همان نتایج درمانی را میدهد ولی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا یا نارسائی‌های کلیه، قابل استفاده نیست. مقایسه ایندومتاسین تزریقی با آگستکی کورتیکو استروئیدها (آگستکی = انفیلتراسیون) بصورت اپی دورال (Epidural) یا داخل مایع نخاع با شیوه لوکربینی (Lucherini) رجحان آگستکی را نشان میدهد (۹). ولی باید گفت که شیوه‌های فوق نسبتاً مشکل است و قابل استفاده تمام پزشکان نمی‌باشد و احتیاج به تجربه زیاد دارد. البته بجز شیوه‌های فوق داروهای زیادی برای درمان سیاتیک‌ها بکار میرود از جمله ویتامین‌های B و D و مخلوط پروتئین و گوگرد و هماغانطور که همه میدانند، کوچکترین تأثیری در این بیماری ندارد و مصرف آن باید منسوخ شود. البته مصرف ویتامین B12 بشرطی که روزانه بین ۱۰۰۰۰-۵۰۰۰ گاما باشد تأثیر خوبی بعنوان مسکن خالص روی این دردها دارد ولی التهاب رشته عصب را برطرف نمی‌کند و باوجود مسکن‌های قوی موجود که بصورت خوراکی مصرف میشوند تجویز آن موردی ندارد.

نتیجه‌گیری

ایندومتاسینات هگلو مین (Liometacen) نمک محلول ایندومتاسین 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 لومبالژی‌های دیسکی نتایج جالبی داده است. موارد منع مصرف دارو فقط زخم‌های معده و دوازدهه می‌باشد که آنها 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 (۱ سیاتیک هیپرالژزیک، ۲ سیاتیک فلج دهنده، ۱۱ سیاتیک حاد) و ۳ بیمار مبتلا به لومبالژی

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 ناچیزی 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 بی‌کم کردن مقدار دارو یا استفاده از داروهای کمکی، بخودی خود برطرف گشت.

بحث

ایندومتاسینات مگلو مین یک نمک کاملاً محلول در آب ایندومتاسین می‌باشد که براحتی 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 آنجا که دارو مستقیماً با مخاط دستگاه گوارش در تماس نیست تحمل دستگاه گوارش نسبت بنوع خوراکی آن بهتر می‌باشد. خونریزی در مدفوع دیده نشده است (۵-۱).

نتایج درمانی که در ضایعات مکانیکی دیسک‌های کمر بدست آورده‌ایم نشان میدهد که ایندومتاسین تزریقی یک داروی ضد التهابی قوی 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 دردهای این بیماران همانطور که در بالا اشاره شد مربوط به از بین نرفتن 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 تدابیر دیگر جهت از بین بردن عامل مکانیکی که با استراحت از بین نرفته 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 ایندومتاسین تزریقی بهتر از نتایج Azzolini و همکارانش می‌باشد (۱) که ۵۰ درصد نتیجه خوب و خیلی خوب بدست آوردند. باید خاطر نشان ساخت که تجربه آنها در ۶ مورد سیاتیک بوده است و همه تزریق عضلانی داشته و در منزل درمان میشده‌اند، در صورتیکه تجربه ما در مورد ۱۴ بیمار بوده است که ۴ مورد آن دارو را بصورت تزریق وریدی گرفته‌اند و باید اذعان

دارو نیز کم است و تنها به زخم‌های معده و دوازدهه خلاصه می‌شود که در آنها هم با شرایطی (دادن آنتی‌اسید و آنتی‌کولی‌نرژیک) می‌توان دارو را مصرف کرد. البته نباید فراموش کرد که ایندو-متاسین تزریقی فقط روی عامل التهابی سیاتیک دیسکی اثر می‌کند و برای برطرف کردن عامل مکانیکی استراحت مطلق و حداقل بمدت ۲ هفته لازم است.

در صورت از بین 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 از بین بردن عامل مکانیکی باید متوسل شد.

دیسکی تحت درمان با ایندومتاسین تزریقی قرار گرفتند. ۱ بیمار سیاتیک و یک بیمار لومبالژی جهت معاینه پایان درمان مراجعه نمودند. 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 (بصورت پرفوزیون با سرم نمکی) ۲ تزریق در روز بمدت ۱۰ روز درمان شدند. از نظر درد مجموع نتایج خوب و پس از ۲ هفته درمان ۸۵ درصد بوده است که پس از شروع فعالیت بعلت عود (معمولاً خفیف) به ۷۰ درصد تنزل یافت. 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 *Progrès en Rhumatologie*, 577 - 593, Edition Flammarion, 1968, Paris.
- 3- Davatchi (F) et al. *Etude Du Canal Osseux Lominaire 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- Sèze (S. de) et Caroit (M). *Traitement Médical at Chirurgical de la sciatique banale*. in *Breviaire de Rhumatologie*, 503 - 514, Edition. Expansion, 3ème édition, 1967, Paris.
- 7- Sèze (S. de), et. Ryckewaert (A) *Sciatique vertebrale 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 دواجی - درمانهای غیرجراحی سیاتیکهای دیسکی و موارد استعمال آنها، مجله طب عمومی، سال نهم. صفحه ۱-۴.