مطالعه اثر ایندومتاسین تزریقی در درمان لومبالژی و سیاتیک‌های دیسکی

مجله نظام پزشکی
سال ششم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۹۶ ، ۲۵۳۶

دکتر فریدون دواچی ـ دکتر مسعود جلیلی ـ دکتر امیر شفیع زاده *

ضایعات مکانیك دیسك یا دیسکوپاتی‌های مکانیك کمر که بصورت لومبالژی یا رادیکولالژی‌ها مخصوصاً سیاتیك تظاهر میکنند ، از بیماریهای شایع جامعه شده است و کمتر کسی است که درطول زندگی خود بآن مبتلا نشود.

این بیماری بظاهر صعب‌العلاج وطولانی و مزمن که بعقیده‌عده‌ای در اکثر موارد احتیاج بعمل جراحی دارد ، در حقیقت بیماری است بسیارساده که براحتی قابل‌درمان است. بیماری کوتاه مدتی است و خیلی بندرت احتیاج بعمل جـراحی پیدا میکند. درمان غیر جراحی لومبالژی و یا سیاتیك با تـوجه به فیزیوپاتولژی پارگی‌دیسك و واکنش‌های آن کاملا واضح، ساده ومشخص‌میباشد. (۸-۷-۶-۴-۳-۲)

دیسك بین مهره‌ای کیسه‌ایست با جدار بسیار کلفت کـه هسته‌ای ژلاتین شکل را در مرکز خود محبوس کرده است. چنانچه‌فشار روی هسته مرکزی زیاد شود ، فیبرهای دیوارهٔ دیسك در طرف عقب پاره میشود و قسمتی از هسته مـزبور وارد منطقه پاره شده میگردد وبعلت فشار روی شبکه اعصاب حسی جدار، دردکمر یا لومبالژی بوجود میآید. چنانچه تمام‌جدار دیسك پاره شودهسته مرکزی از لابلای پارگی دیواره بیرون میزند و روی یکی از ریشه‌های عصب سیاتیك فشار میآورد و سیاتیك بوجود میآید.

واکنش این فشار بوجود آمدن یك پدیده آماسی درمنطقه فشار میباشدکه توجیه نحوهٔکار و اثر آن از حوصله این مقاله خارج است. چنانچه در این مرحله عـامل مکانیکی را بر طرف سازیم پدیده آماسی به‌تنهائی‌باعث ادامه‌درد میشود. لذا در لومبالژی‌ها و سیاتیك‌ها باید بجز عامل مکانیکی عامل آماسی را نیز درمان کرد. بران درمان عامل آماسی دو طریقه موجود است:

۱ـ ارتشاح (انفیلتراسیون) کورتیکواستروئیدها.

۲ـ استفاده از داروهای ضد آماس از راه عمومی.

دراین مقاله سعی شده‌است ارزش درمانی ایندومتاسین تـزریقی دربرطرف کردن عامل‌التهابی سیاتیك‌ها مخصوصاً درنوع حاد و فوق حاد (هیپرآلرژیك) بررسی شود.

روش و بررسی

جمعاً ۱۷ بیمار با ایندومتاسینات مگلومین * (Meglumine Indomethacinate) که یك نمك محلول درآب میباشد، مورد بررسی‌قرارگرفتند. ازاین عده ۲تن جهت معاینه بعدی مراجعه نکردند و یك تن بعلت عوارض جنبی شدید مجبور بقطع دارو شد. از این عده ۹ تن زن و بقیه مرد بودند.

نوع بیماریـ ۳بیمار به لومبالژی‌مبتلابودند، ۱۱ بیمارسیاتیك حاد، ۱ بیمار سیاتیك فوق حاد (هیپرآلرژیك) داشت و ۲ بیمار سیاتیك فلج دهنده داشتند. در هیچیك از دو بیمار اخیرفلج‌کامل وجود نداشت وضایعات حرکتی عصب بصورت پارزی (Paresie) بودکه در یك‌مورد S1 شدید و درمورد دیگر پارزی L5 خفیف بود.

* Liometacen

* بخش روماتولوژی دانشکده پزشکی داریوش کبیر ـ دانشگاه تهران.

نشانه‌های مورد بررسی ـ درتمام بیماران محدودیت حرکات ستون مهرهٔ کمری وانحراف ضد درد، نشانهٔ زنگ اخبار،علامت لاسك، رفلکس آشیل، قدرت حسی عصب و قدرت حرکتی عصب ونیز درد در استراحت و حرکت بررسی‌شد .
بررسی نشانه‌ها قبل و بعداز درمان انجام شد.

روش درمانـ همانطور که قبلا ذکرشد برای درمان سیاتیك باید توجه به عامل مکانیکی و التهابی بشود و برای هر یك از این دوعامل درمان لازم بعمل آید. دراین مطالعه برای درمان‌عامل مکانیکی، استراحت مطلق در بستر توصیه شد، البته باید متذکر شد که بیمارایرانی اصولا استراحت مطلق را بسختی قبول‌میکند و با تمام تذکرهای پزشك روزی چند بار از بستر بلند میشود وبقول خودکمی حرکت میکند که این خود از عوامل مهم‌مؤثر نشدن درمان میباشد. مدت استراحت مطلق برای بیماران این گروه دو هفته بود. برای درمان عامل آماسی ایندو متاسینات مگلومین‌تجویز گشت. در ۴ بیمارتزریق بصورت داخل وریدی و در ۱۳ بیمار بصورت تزریق عضلانی انجام شد. بیمارانیکه تزریق عضلانی داشتند در منزل خود بستری شدند . یك آمپول صبح و یك‌آمپول شب درماهیچه تزریق می‌کردند. دوره درمان ۲ هفته بود ومقدار ایندومتاسین‌تزریقی هرآمپول ۵۰ میلی‌گرم بود. بیمارانیکه داروراً بصورت داخل‌وریدی دریافت‌می‌کردند دربیمارستان بستری‌شدند. برای تزریق وریدی ازطریقه پرفوزیون استفاده شد . (یك آمپول در ۲۵۰ cc سرم نمکی ۹ در هزار حل و بمقدار ۳۰ قطره در دقیقه به بیمار تزریق شد). در این‌بیماران نیز ۲ تزریق روزانه بمدت ۱۰ روز انجام‌گردید. معمولا به‌بیماران سیاتیکی حداقل ۲ هفته درمان ضد آماسی‌داده میشود. بقیه درمان بصورت شیاف ایندومتاسین (Metacen) روزانه ۲ عدد (هرشیاف۱۰۰میلی‌گرم ایندومتاسین‌دارد) ادامه یافت. با اینکه ایندومتاسین بجز خصیصهٔ ضد التهابی قوی خود، یك‌مسکن قوی نیزمیباشد، معهذا ازنظر اینکه بتوان باروش‌های دیگر درمان ضدآماسی مقایسه شود، باین بیماران نیز مثل‌بقیه، روزانه ۴ قرص گلافنین (Glafenine) * و ۲۰ میلی‌گرم دی‌آزپام (Diazepam) ** داده شد.

نتایج

درد بیمار در استراحت‌کاملـ در ۸ بیمار دردکاملا ازبین رفت، در ۴ بیمار دیگر درد، تخفیف قابل توجه پیدا کرد، در ۱ بیمار درد اندکی‌کاهش یافت و در یك بیمار هیچ تأثیری نکرد.

درد بیمار پس‌از قطع استراحت و شروع فعالیتـ ۴ بیمار کاملا بی‌دردهستند، ۶ تن دردمکانیکی‌خفیف، ۲ تن درد مکانیکی متوسط و ۲ تن درد بشدت روز اول دارند . لازم بتذکر است که بازگشت درد در فعالیت مربوط بعامل مکانیکی است که‌کاملا درمان نشده و در این موارد یا مجدداً استراحت کامل به بیمار داده میشود و یا تصمیم به‌کشش متناوب ستون مهرهٔ کمری گرفته میشود، یا ندرتاً چنانچه بیمار مجبور به‌کارکردن باشد کرست طبی‌بلند ستون مهرهٔ کمری توصیه میگردد. معمولا باروشهای‌فوق اکثر بیماران بهبودکامل مییابند و استثنائاً احتیاج بعمل‌جراحی مطرح می‌شود.

حرکات ستون مهرهٔ‌کمریـ قبل‌از درمان۲ بیمار محدودیت شدید ستون مهرهٔ‌کمری و ۴ بیمار محدودیت خفیف داشتند و ۴ بیمار محدودیت ستون مهرهٔ کمری نداشتند ولی در حرکات انتهائی ستون مهرهٔ‌کمری درد بوجود می‌آمد.

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

نشانهٔ زنگ اخبارـ در ۱۰ بیمارنشانهٔ زنگ‌اخبار قبل‌ازدرمان وجود داشت که بعداز درمان در ۶ تن بکلی از بین رفت ، در۲ بیمار خفیف شد ودر ۲ تن تغییری نکرد.

نشانهٔ لاسكـ ۱۲ بیمار نشانهٔ لاسك داشتند. (از ۱۴ بیماری که دوره درمان را بطورکامل انجام دادند، ۲ تن لومبالژی و ۱۲ تن سیاتیك داشتند) که بترتیب زیرتقسیم میشد: ۱تن۲۰ 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 لاسك 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 (Hypoesthesis)ـ ۳ بیمارقبل‌از درمان‌کم حسی‌داشتند که در ۱ تن بعداز درمان از بین رفت، دریك بیمار کم شد ودر آخری تغییری نکرد.

پارزی (Paresie)- در۲ بیمار پارزی وجود داشت، دریکی‌خفیف و از نوع L_5 که بعداز درمان از بین رفت، در دیگری از نوع S_1 بودکه بعد از درمان تخفیف یافت ولی از بین نرفت.

بازتاب آشیلـ در ۲ بیمار قبل از درمان بازتاب آشیل از بین رفته بود. بعد از درمان در یکی بصورت ضعیف برگشت و در دیگری بمقدار زیاد، بطوریکه دراین بیمار فقط اختلاف‌خفیفی

* Glifanan (Roussel)
** Valium (Roche)

با طرف سالم داشت . در یك 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 مگلومین یك نمك کاملا محلول در آب ایندومتاسین میباشد که براحتی قابل جذب است و هیچگونه ناراحتی موضعی در محل تزریق بوجود نمیاورد (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 درضایعات مکانیکی دیسك‌های کمر بدست آورده‌ایم نشان میدهد که ایندومتاسین تزریقی یك 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 درعده‌ای از 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 سیاتیك‌های دیسکی منجر به ۹۰-۹۵ درصد بهبود کامل بیماران خواهد شد(۹). بدیهی است که بحث کامل و مفصل در این باره از حوصلهٔ این مقاله خارج است.

نتایج درمانی ما باایندومتاسین تزریقی بهتر از نتایج Azzolini و همکارانش میباشد (۱) که ۵۰ درصد نتیجه خوب وخیلی خوب بدست آوردند. باید خاطر نشان ساخت که تجربه آنها در ۶ مورد سیاتیك بوده است و همه تزریق عضلانی داشته و در منزل درمان میشده‌اند ، درصورتیکه تجربه ما درمورد ۱۴ بیمار بوده‌است که ۴ مورد آن داروررا بصورت تزریق وریدی گرفته‌اند وباید اذعان نمودکه نتایج خوب اکثراً در این گروه به دست آمده است . شاید یکی از علل نتایج بهتر با تزریق وریدی مراقبت و نظارت دربارهٔ استراحت مطلق بوده است.

مقایسه نتایج ایندومتاسین تزریقی با Acth نیمه سنتتیك * تقریباً مشابه است . شاید قدرت ضد التهابی تتراکوزاکتید (Acth نیمه سنتتیك) در سیاتیك کمی بیشتر باشد. رجحان دیگر تتراکوزاکتید تعداد کمتر تزریق عضلانی نسبت به ایندومتاسین تزریقی‌میباشد (یکروز درمیان یك آمپول عضلانی بمدت ۲هفته). از طرف دیگر رجحان ایندومتاسین تزریقی در قابلیت استفاده آن در بیماران دیابتی و مبتلایان به فشار خون بالا است که امکان مصرف نیمه سنتتیك وجود ندارد. همین مسأله با فنیل بوتازون نیز وجود دارد که همان نتایج درمانی‌را میدهد ولی در بیماران مبتلا به فشار خون بالا یا نارسائی‌های کلیه، قابل استفاده نیست. مقایسه ایندومتاسین تزریقی باآغستگی کورتیکو استروئیدها (آغستگی = انفیلتراسیون) بصورت اپی دورال(Epidural) یاداخل مایع نخاع با شیوهٔ لوکرینی (Lucherini) رجحان آغستگی را نشان میدهد (۹) . ولی باید گفت که شیوه‌های فوق نسبتاً مشکل است وقابل استفاده تمام پزشکان نمیباشد و احتیاج به تجربه‌زیاد دارد. البته‌بجز شیوه‌های‌فوق‌داروهای‌زیادی برای‌درمان‌سیاتیك‌ها بکار میرود از جمله ویتامین‌های B و D و مخلوط پروتئین و گوگرد وهمانطور که همه میدانند ، کوچکترین تأثیری دراین بیماری ندارد ومصرف آن‌باید منسوخ شود. البته مصرف‌ویتامین B12 بشرطی که روزانه بین ۱۰۰۰۰-۵۰۰۰ گاما باشد تأثیر خوبی بعنوان مسکن خالص روی این دردها دارد ولی التهاب رشته عصب را برطرف نمی کند و باوجود مسکن‌های قوی‌موجود که بصورت خوراکی مصرف میشوند تجویز آن موردی ندارد.

نتیجه‌گیری

ایندومتاسینات‌مگلومین (Liometacen) نمك‌محلول‌ایندومتاسین است که چه از راه تزریق عضلانی و چه از راه وریدی دارای قدرت ضد التهابی و تسکین قابل توجه است که برای درمان سیاتیك‌ها و لومبالژی‌های دیسکی نتایج جالبی داده است. موارد منع مصرف دارو فقط زخم‌های معده و دوازدهه میباشد که آنهم صد درصد نیست. عوارض جانبی بسیار کم است وما فقط آنرا در دو مورد دیده‌ایم که یك تن احتیاج به قطع دارو پیدا نکرد .

خلاصه

۱۴ بیمار مبتلا به سیاتیك دیسکی (۱ سیاتیك هیپرآلرژیك ، ۲سیاتیك‌فلج دهنده ، ۱۱سیاتیك‌حاد) و ۳ بیمارمبتلا به‌لومبالژی

* Synacthen (Ciba - Geigy)

دیسکی تحت درمـان با ایندومتاسین تـزریقی قـرار گرفتند. ۱ بیمار سیاتیکی و یك بیمار لومبالژی جهت معاینه پایان درمان مراجعه ننمودند. ۱ بیمار نیز بعلت عوارض‌جانبی ازمطالعه‌خارج شد. تمام‌بیماران ۲هفته استراحت‌کامل کردند، ۱۰ تن با ایندو-متاسین تزریقی از قرار ۲ تزریق عضلانی در روز بمدت ۲ هفته و ۴ تن با ایندومتاسین وریدی (بصورت‌پرفوزیون باسرم‌نمکی) ۲تزریق درروزبمدت ۱۰روز درمان شدند. ازنظر درد مجموع نتایج‌خوب‌وپس‌از۲هفته درمان۸۵درصدبوده‌است‌که پس‌ازشروع فعالیت بعلت عود(معمولاخفیف) به ۷۰درصدتنزل‌یافت. تأثیردرمان روی نشانه‌های دیگر بالینی نیز قابل توجه بوده است . عوارض جانبی داروکم است وتنها در ۲ بیماردیده شد. موارد منع‌مصرف دارو نیز کم است وتنها به زخم‌های معده و دوازدهه خلاصه‌میشود که درآنها هم باشرایطی (دادن آنتی اسید وآنتی کولی‌نرژیك) میتوان دارو را مصرف‌کرد. البته نباید فراموش کرد که ایندو-متاسین تزریقی فقط روی‌عامل التهابی سیاتیك دیسکی اثرمیکند و برای برطرف کردن عامل مکانیکی استراحت مطلق و حداقل بمدت ۲ هفته لازم است.

درصورت ازبین نرفتن‌عامل مکانیکی میتوان از کشش‌های‌متناوب مهره‌های کمری استفاده کرد (بااستفاده از داروی ضد التهابی). بطورکلی تنها درموارد استثنائی بعمل جراحی برای ازبین‌بردن عامل مکانیکی باید متوسل شد.

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 at Chirugical 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.

۸ـ پایان نامه ـ آمار و بررسی درمانهای طبی‌سیاتیك دیسکی نگارش: زیاد لوراد ـ پایان نامه شماره ۹۳۴۳ سال تحصیلی ۱۳۵۲ـ ۱۳۵۳ دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران.

۹ـ دکتر فریدون دواچی ـ درمانهای غیرجراحی سیاتیکهای دیسکی وموارد استعمال‌آنها، مجله طب عمومی ، سال نهم. صفحه ۱ـ۴.