

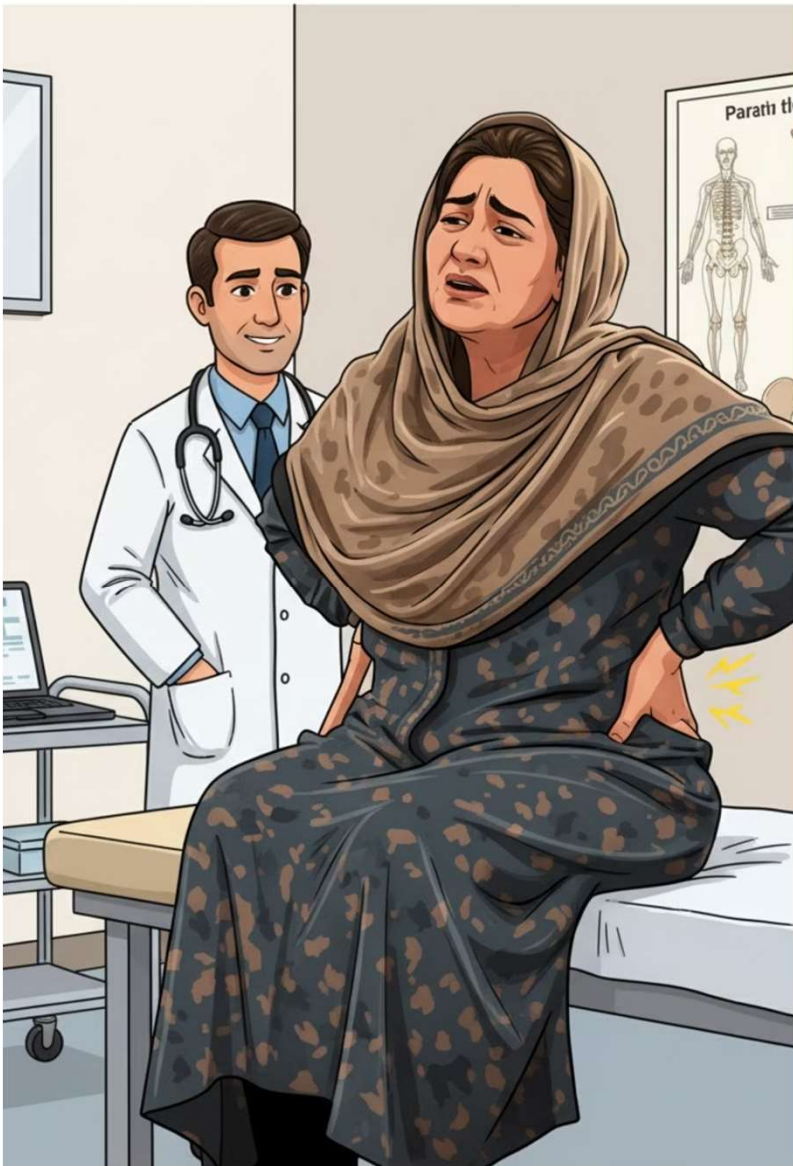
مورنینگ پزشکی خانواده

اپروچ به کمردرد مزمن در خانم ۵۶ ساله

ارائه دهنده: آرمین بابایی سمیرمی

استاد راهنما دکتر شفیعی

۱۰ آبان ۱۴۰۴



معرفی بیمار

محل سکونت و وضعیت اقتصادی

ساکن شهرستان‌های نزدیک تهران، وضعیت اقتصادی متوسط

سابقه شغلی و وضعیت خانوادگی

معلم بازنشسته، متأهل و دارای دو فرزند بزرگسال

مشخصات اصلی

خانم س. الف.

56 ساله

جنسیت: زن

شکایت اصلی و شرح حال بیماری فعلی

شکایت اصلی (Chief Complaint)

بیمار از درد مداوم در ناحیه پایین کمر شکایت دارد که حدود ۹ ماه پیش آغاز شده و به تدریج، به خصوص طی دو ماه اخیر، تشدید یافته است.

شرح حال بیماری فعلی (History of Present Illness)

- آغاز درد: حدود ۹ ماه قبل، پس از جابجایی اشیاء در منزل، دچار درد خفیف کمری شده که در ابتدا با استراحت بهبود می‌یافت.
- ماهیت درد: در حال حاضر درد مزمن و پایدار است و با فعالیت، نشستن طولانی یا خم شدن تشدید می‌شود.
- انتشار درد: درد گاهی به باسن راست منتشر می‌شود اما به زانو نمی‌رسد.
- خشکی صبحگاهی: بیمار احساس خشکی صبحگاهی در کمر دارد که حدود ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد.
- نفی علائم هشدار (Red Flags): تب، کاهش وزن بی‌دلیل، یا علائم عصبی مانند بی‌حسی، ضعف اندام‌ها، یا بی‌اختیاری ادرار/مدفوع را گزارش نمی‌کند.

سابقه پزشکی، خانوادگی و اجتماعی

سابقه پزشکی و اجتماعی

- یائسگی در ۵۱ سالگی
- osteopenia بر اساس DEXA دو سال پیش
- فشار خون بالا (کنترل شده با آملودیپین)
- سابقه افسردگی خفیف پس از بازنشستگی
- عدم استعمال دخانیات و الکل

داروهای فعلی

- آملودیپین ۵ میلی گرم روزانه
- مکمل کلسیم و ویتامین D
- پاراستامول (در صورت نیاز برای درد)

سابقه خانوادگی

- مادر: سابقه پوکی استخوان و شکستگی هیپ در ۷۰ سالگی
- خواهر: کمردرد مزمن مرتبط با دژنراسیون دیسک

وضعیت اجتماعی و روانی

- احساس بی تحرکی و بی هدفی پس از بازنشستگی
- محدودیت در انجام کارهای منزل به علت درد
- گاهی اضطراب از "دیسک یا شکستگی مهره"
- حمایت خانوادگی نسبتاً خوب، اما تعامل اجتماعی محدود شده

معاینه فیزیکی

1

علائم حیاتی

نرمال و پایدار

2

مشاهده

قامت خمیده خفیف، افزایش لوردوز کمری

3

لمس

حساسیت عضلانی در پاراسپینال L3-L5

4

حرکت ستون فقرات

محدودیت مختصر در فلکشن

5

تست SLR (Straight Leg Raise)

منفی دوطرفه

6

قدرت عضلانی، رفلکس و حس

طبیعی در تمام اندامها

7

تست شوبر

اندکی کاهش یافته (۴ سانتی متر)

8

معاینه مفاصل ران و زانو

بدون یافته غیرطبیعی

بررسی‌های پاراکلینیک

CBC, ESR, CRP

TSH

DEXA

MRI کمری

ویتامین D سرم

نرمال

طبیعی

T score : 2.1 - (استثوپنی)

دژنراسیون خفیف دیسک در L4-L5، بدون فشار ریشه‌ای

22 ng/ml (اندکی پایین)

نتایج بررسی‌های پاراکلینیک یافته‌های کلیدی را در خصوص وضعیت استخوانی و دیسک کمری بیمار نشان می‌دهد، در حالی که سایر شاخص‌های التهابی و تیروئید در محدوده طبیعی قرار دارند.

تشخیص افتراقی

کمردرد مکانیکی مزمن



دردی که با حرکت و فعالیت تشدید شده و با استراحت بهبود می‌یابد، بدون علائم التهابی سیستمیک.

استئوآرتریت مفاصل فاست



درد موضعی در ناحیه کمر که با خم شدن به عقب و چرخش تشدید می‌شود.

دژنراسیون دیسک بین مهره‌ای



تغییرات مرتبط با سن در دیسک‌های ستون فقرات که می‌تواند منجر به درد مزمن شود، گاهی با انتشار به باسن.

اسپاسم مزمن عضلات کمری



سفتی و درد مداوم در عضلات پاراسپینال، که می‌تواند ثانویه به سایر علل کمری باشد.

اسپوندیلیت غیرالتهابی



در صورت تداوم خشکی صبحگاهی (بیش از ۳۰ دقیقه) یا درد شبانه، باید به عنوان یک تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود.

علائم هشدار (Red Flags)

در مواجهه با کمردرد، برخی علائم نیازمند بررسی فوری و جدی هستند تا از بروز عوارض جدی‌تر پیشگیری شود:

بی‌اختیاری ادرار/مدفوع یا ضعف پیش‌رونده اندام تحتانی

اینها علائم اورژانس پزشکی هستند و شک به سندرم کودا اکوینا (Cauda Equina) را مطرح می‌کنند که نیازمند مداخله فوری است.



تب، کاهش وزن بی‌دلیل یا درد شبانه

این علائم می‌توانند نشان‌دهنده عفونت یا بیماری‌های بدخیم باشند و نیاز به پیگیری دقیق دارند.



شروع ناگهانی درد شدید

در بیمار با پوکی استخوان، احتمال شکستگی فشاری مهره مطرح است و باید سریعاً بررسی شود.



تفاوت مدیریت درد مکانیکی با درد التهابی ستون فقرات

ویژگی	درد التهابی	درد مکانیکی
سن شروع	جوانی (زیر ۴۰ سال)	میانسالی به بالا
شروع	تدریجی، در صبح بدتر	تدریجی، با فعالیت تشدید
پاسخ به استراحت	با استراحت بدتر می شود	بتر می شود
خشکی صبحگاهی	طولانی (> ۱ ساعت)	کوتاه (< ۳۰ دقیقه)
علائم همراه	ممکن است. یووئیت، آرتریت، پسوریازیس	ندارد
پاسخ به NSAID	معمولاً خوب	متغیر
تصویربرداری	التهاب SI joint یا syndesmophyte	دژنراسیون دیسک یا فاست

در این بیمار الگوی درد مکانیکی است؛ چون با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود دارد و خشکی صبحگاهی کوتاه مدت است. بنابراین احتمال اسپوندیلیت یا درد التهابی پایین است.

بررسی پوکی استخوان و اصلاح کمبود ویتامین D

در خانم‌های بالای ۵۰ سال با درد اسکلتی، ارزیابی دقیق پوکی استخوان و کمبود ویتامین D اهمیت ویژه‌ای دارد:

اهمیت بررسی BMD (تراکم استخوان)

درد کمر ممکن است نشانه شکستگی فشاری مهره یا ضعف استخوانی باشد. بررسی وضعیت تراکم استخوان (DEXA) برای تشخیص استئوپنی یا پوکی استخوان ضروری است.

در بیمار ما T-score = -2.1: (استئوپنی)

اصلاح کمبود ویتامین D و کلسیم

سطوح کافی ویتامین D و کلسیم برای سلامت استخوان حیاتی است. این موارد باید در بیماران یائسه بررسی و در صورت کمبود، اصلاح شوند.

در بیمار ما: (ویتامین D سرم 22 ng/ml = ناکافی)

توصیه به فعالیت بدنی سبک

فعالیت‌های ورزشی سبک و تحمل وزن (مانند پیاده‌روی) به حفظ و تقویت تراکم استخوان کمک کرده و نقش پیشگیرانه در برابر پوکی استخوان دارد.

در بیماران یائسه با کمردرد، ارزیابی پوکی استخوان اهمیت دارد؛ چون درد ممکن است علامت شکستگی فشاری یا ضعف استخوانی باشد. در بیمار ما استئوپنی و کمبود ویتامین D تشخیص داده شد که اصلاح آن بخشی از درمان است.



تشخیص نهایی



کمردرد مکانیکی مزمن در بستر پوکی استخوان و
کاهش فعالیت بدنی پس از بازنشستگی

مدل بایوسایکوسوشیال در مدیریت درد مزمن

درد مزمن فقط نتیجه آسیب جسمی نیست، بلکه تعامل پیچیده‌ای از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی است که در مدیریت مؤثر آن باید به هر سه بُعد پرداخته شود:

بعد روانی (Psycho)

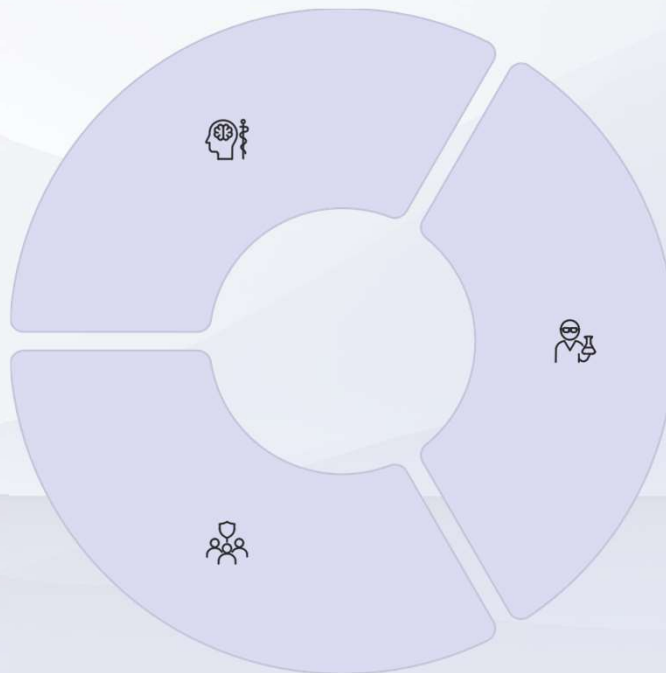
افکار، احساسات و رفتارهایی که بر تجربه درد تأثیر می‌گذارند:

- سابقه افسردگی خفیف
- اضطراب از دیسک/شکستگی
- احساس بی‌هدفی پس از بازنشستگی

بعد اجتماعی (Social)

عوامل محیطی و تعاملات اجتماعی مؤثر بر درد:

- محدودیت تعامل اجتماعی
- نیاز به حمایت خانوادگی
- محدودیت در کارهای منزل



بعد زیستی (Bio)

عوامل جسمی و فیزیولوژیک مرتبط با درد:

- پوکی استخوان
- دژنراسیون دیسک L4-L5
- اسپاسم عضلانی

طرح درمان جامع

بعد روانی (Psychological Aspect)

- گفت‌وگو درباره نقش اضطراب و نگرانی در تشدید ادراک درد
- توصیه به فعالیت‌های اجتماعی سبک و هدفمند (مثلاً تدریس داوطلبانه)
- در صورت تداوم علائم افسردگی: ارجاع به روان‌پزشک برای ارزیابی و احتمالاً CBT

بعد اجتماعی (Social Aspect)

- تشویق خانواده برای مشارکت در فعالیت‌های فیزیکی و تفریحی بیمار
- بررسی شرایط محیط منزل (ارتفاع صندلی، تشک مناسب، نور کافی برای فعالیت)
- برنامه پیگیری در مطب جهت بازبینی درد و عملکرد هر ۶ هفته



بعد جسمی (Physical Aspect)

- تمرینات فیزیوتراپی جهت تقویت عضلات مرکزی (Core) و کشش
- اجتناب از استراحت مطلق
- آموزش وضعیت صحیح بدن در فعالیت‌های روزمره
- ادامه مکمل کلسیم و ویتامین D
- استفاده از استامینوفن یا NSAID دوره‌ای (با پایش فشار خون)

اهداف درمانی

کاهش درد و بهبود عملکرد

مدیریت مؤثر درد و بازگرداندن توانایی بیمار برای انجام فعالیت‌های روزمره، شامل تحرک و فعالیت‌های اجتماعی.

افزایش تحرک و اعتماد به نفس بیمار

کمک به بیمار برای بازیابی استقلال حرکتی، تقویت روحیه و تشویق به مشارکت فعال در فعالیت‌های فیزیکی و اجتماعی.

پیشگیری از وابستگی به دارو

تأکید بر روش‌های غیردارویی و استفاده محتاطانه از داروها برای جلوگیری از عادت و وابستگی به مسکن‌ها.

جلوگیری از پیشرفت پوکی استخوان و افت عملکرد

برنامه‌ریزی برای تقویت استخوان‌ها، حفظ عملکرد کلی بدن و ممانعت از شکستگی‌های آتی و ناتوانی‌های مزمن.



اهمیت ارتباط درمانی و آموزش فعال بیمار

فهم درد و قابلیت کنترل آن

بیمار باید بداند که درد مزمن وی "**قابل کنترل**" است و لزوماً به معنای آسیب جدی یا نیاز فوری به جراحی و داروهای قوی نیست. این درک، اضطراب بیمار را کاهش داده و همکاری او را افزایش می‌دهد.

ارتباط درمانی و نقش "کوچ"

در مدیریت درد مزمن، رابطه قوی پزشک-بیمار حیاتی است. پزشک خانواده نه تنها یک "تجویزکننده"، بلکه یک "مریی" است که بیمار را در مسیر خودمدیریتی درد همراهی می‌کند.

آموزش فعال و توانمندسازی

آموزش فعال شامل نکات کلیدی مانند وضعیت صحیح بدن، برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزمره، تمرینات ساده و مؤثر، و تکنیک‌های کنترل استرس است. این آموزش‌ها بیمار را برای مدیریت مستقل درد توانمند می‌سازد.

نقش پزشک خانواده در ادغام درمان‌های چندبعدی

پزشک خانواده به عنوان Case Manager مسئول هماهنگ‌سازی و یکپارچه‌سازی تمامی مداخلات درمانی برای مدیریت جامع درد مزمن است.

ارجاع به فیزیوتراپی

تضمین دسترسی به تمرینات تقویتی و کششی برای بهبود عملکرد فیزیکی.

ارجاع به روان‌شناس

درمان جنبه‌های روانی درد مانند اضطراب و افسردگی از طریق مشاوره.

مدیریت داروها

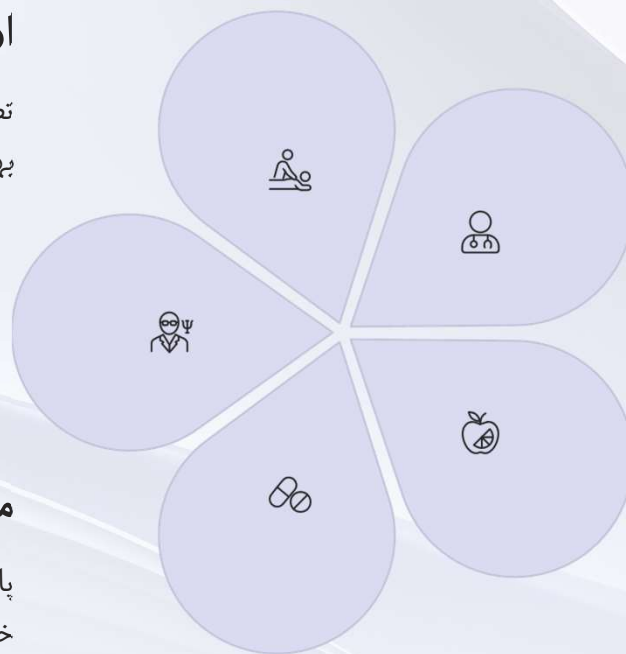
پایش دقیق مصرف داروها، مکمل‌ها، و کنترل فشار خون و ویتامین D

پایش و پیگیری منظم

ارزیابی مستمر وضعیت بیمار، عملکرد درمان‌ها، و پیشرفت اهداف.

اصلاح سبک زندگی

ترویج فعالیت‌های اجتماعی، آموزش وضعیت صحیح بدن و خودمدیریتی.



در این رویکرد یکپارچه، پزشک خانواده نقش محوری در هدایت بیمار به سمت بهبود کامل و بازیابی کیفیت زندگی ایفا می‌کند.