

ارزیابی تأثیر دو روش درمانی مانیپولاسیون ستون فقرات و اولتراسوند در بیماران مبتلا به کمر درد با استفاده از الکترومیوگرافی سطحی

باربارا ریچاردسون (Ph.D.)**

محمد علی محسنی (Ph.D.)*

چکیده

سابقه و هدف : علی‌رغم تحقیقات گسترده، کاربرد «الکترومیوگرافی سطحی» (SEMG) در ارزیابی توان بخشی بیماران مبتلا به «کمر درد مزمن»، هنوز به‌طور قطعی، مشخص نشده است. در این مطالعه تصادفی بالینی، آثار تکنیک درمانی مانیپولاسیون ستون فقرات (SMT) و امواج ماوراء صوت در درمان بیماران مبتلا به کمر درد مزمن، با استفاده از SEMG مقایسه شد. هدف این مطالعه، بررسی آثار کوتاه مدت و دراز مدت دو تکنیک فوق بر درمان بیماران مبتلا به کمر درد مزمن و میزان تحمل عضلات ناحیه پشت بوده است.

مواد و روش ها : پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق پزشکی، ۱۲۰ بیمار مبتلا به کمر درد مزمن، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و شاهد تقسیم شدند. میزان درد، ناتوانی در انجام فعالیت‌های روزانه و میزان تحمل عضلات ناحیه پشت با استفاده از الکترومیوگرافی قبل از درمان، بلافاصله بعد از درمان و شش ماه بعد، ارزیابی شد.

یافته ها : پس از درمان، میزان تحمل عضلانی در هر دو گروه، به‌طور قابل توجهی افزایش یافت ($P < 0/01$). تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که میزان پیشرفت در گروه آزمون ($P < 0/01$) بیش‌تر از گروه کنترل بود و این اختلاف، در عضله مالتی فیدوس (Multifidus) از نظر آماری معنی دار بود. در ارزیابی شش ماهه، هر دو گروه از نتایج درمان، بهره‌مند بودند و در گروه آزمون، پیشرفت بیش‌تری را نشان دادند.

استنتاج : مطالعه حاضر نشان می‌دهد که کاربرد الکترومیوگرافی سطحی می‌تواند به عنوان ابزار غیر تهاجمی، در ارزیابی تکنیک‌های درمانی مورد استفاده قرار گیرد؛ همچنین ثابت شد که هر دو تکنیک درمانی در بیماران مبتلا به کمر درد مزمن مفید است و بیمارانی که برایشان تکنیک SMT انجام می‌شود، پیشرفت بهتری را نشان می‌دهند.

واژه های کلیدی : الکترومیوگرافی، کمردرد، فیزیوتراپی

مقدمه

و ۶۰ تا ۸۰ درصد مردم، حداقل یک بار در طول عمر خود به آن دچار می‌شوند (۱۳ تا ۱۹). اکثر بیماران مبتلا به کمردرد حاد (۹۰ درصد) بدون توجه به نوع درمان، بهبود می‌یابند؛ اما تعداد محدودی از آن‌ها (۱۰ درصد)

برهیچ کس پوشیده نیست که کمردرد، مشکل شایع و پرهزینه بهداشتی- درمانی است (۱ تا ۵). و نارسایی‌ها و ناتوانی‌های ناشی از آن توجه بیشتری را می‌طلبد (۶ تا ۸). میزان ابتلا به کمردرد، ۳۰ تا ۴۰ درصد در سال می‌باشد

✉ ساری- بلوار خزر- روبروی انبار برق- دانشکده پزشکی

* دکترای فیزیوتراپی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** استاد دانشکده توانبخشی، نورویچ، انگلستان

تاریخ تصویب: ۸۲/۴/۲۹

تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۲/۱/۳۱

تاریخ دریافت: ۸۱/۱۱/۱۵

اولتراسوند که یکی از متدهای رایج درمان این بیماران است با استفاده از SEMG مورد بررسی قرار گرفته است (۴۱ تا ۴۲). هدف از این مطالعه، ضمن بررسی آثار دو تکنیک فوق در درمان بیماران مبتلا به کمردرد، بررسی آثار کوتاه و بلندمدت آن‌ها بر میزان تحمل عضلات پشت بوده است.

مواد و روش‌ها

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق پزشکی، مطالعه یک سو کور تصادفی آینده‌نگر، جهت بررسی آثار مانیپولاسیون ستون فقرات بر درمان کمردرد مزمن و میزان تحمل عضلات ناحیه کمر انجام گرفت. بیماران یا با تکنیک مانیپولاسیون ستون فقرات کمری همراه با یک‌سری ورزش‌های مخصوص کمردرد و یا با اولتراسوند درمانی و ورزش‌های درمانی مشابه، مورد درمان قرار می‌گرفتند. ۱۲۰ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن که دارای شرایط لازم برای ورود به مطالعه بودند انتخاب شدند.

معیارهای ورود:

۱. سن بین ۱۸ تا ۵۵ سال.
۲. درد کمر از مهره اول تا پنجم کمری و همچنین مفاصل ساکروایلیاک.
۳. سابقه بیماری کمردرد بیشتر از سه ماه.
۴. علایم و نشانه‌های درد راجعه از مهره‌های کمری نه از سایر ارگان‌ها.
۵. وضعیت عمومی سالم.
۶. توانایی خواندن، صحبت کردن و فهمیدن.

معیارهای عدم ورود:

۱. وجود هر گونه بیماری نظیر سرطان، فتق آشکار دیسک بین مهره‌ها، پوکی استخوان و ...

به درمان پاسخ نمی‌دهند و وارد مرحله مزمن بیماری می‌شوند (۱۴ تا ۱۶). شواهد دلالت می‌کند که بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، مسؤول اصلی مشکلات درمانی-اقتصادی ناشی از کمردرد هستند؛ به‌طوری که ۸۵ تا ۹۰ درصد از هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم، مربوط به این گروه می‌باشد (۷).

تحقیقات متعددی نشان داده است که رابطه زیادی بین وقوع کمردرد و کاهش تحمل عضلات ناحیه کمر وجود دارد (۱۷ تا ۲۰)؛ به‌طوری که تفاوت قابل توجهی در عملکرد عضلات پشت، بین افراد سالم و بیماران مبتلا به کمردرد، در مطالعات مختلف ثبت شده است (۲۱). در مطالعه Biering-Sorenson (۱۹۸۴) گزارش شده است که کمردرد در افرادی که تحمل عضلانی‌شان کم است، شایع‌تر است و بالا بودن قدرت تحمل عضلات پشت، می‌تواند افراد را بر علیه حملات کمردرد، محافظت نماید (۲۲).

علی‌رغم تمام تکنیک‌های تهاجمی و غیر تهاجمی موجود در ارزیابی عملکرد عضلات پشت، هنوز توافق کلی بر روی معتبرترین و قابل اعتمادترین روش، وجود ندارد (۲۳). به هر حال اخیراً الکترومیوگرافی سطحی (SEMG) به عنوان یک متد معتبر و قابل اعتماد مورد توجه واقع شده است (۲۴). ازجمله کاربردهای الکترومیوگرافی سطحی می‌توان به توانایی آن در تمایز بین عضلات مبتلا و سالم و پیش‌بینی افراد مستعد به کمردرد (High risk individuals) و ارزیابی تاثیر درمان‌های توان‌بخشی بر عضلات پشت نام برد (۱۹، ۲۰، ۲۵ تا ۲۷). در این مطالعه، تکنیک درمانی مانیپولاسیون ستون فقرات (SMT)^۲ که بر اساس مطالعه مروری سیستماتیک به عنوان یک متد موثر در درمان بیماران مبتلا به کمردرد مطرح است، در مقایسه با

1. Surface Electromyography
2. Spinal Manipulation Therapy

مد اخله های درمانی
بیمارانی که واجد شرایط بودند، به طور تصادفی به
دو گروه آزمون و کنترل (شاهد) تقسیم شدند. گروه
آزمون (۵۶ نفر) با تکنیک مانیپولاسیون به همراه یک
برنامه ورزشی و گروه شاهد (۵۶ نفر) با اولتراسوند درمانی
و برنامه ورزشی مشابه، درمان شدند (۴۱ تا ۴۳). در تمام
طول درمان، یک مسئول درمان بیماران در گروه آزمون
و یک نفر دیگر مسئول درمان بیماران در گروه شاهد
بوده است. آثار درمانی نیز توسط یک شخص دیگر که
از تعلق بیماران به گروه های مختلف درمانی بی خبر بوده
است، اندازه گیری می شد.

آثار درمانی ۱. شدت درد:

برای اندازه گیری میزان درد بیماران از یک خط
به طول ۱۰۰ میلی متر که در یک انتهای آن واژه "بدون
درد" و در سوی دیگر آن "حداکثر درد" قرار داشت،
استفاده گردید. از بیماران درخواست می شد که روی
این خط که به (Visual Analogue Scale) VAS
معروف است، میزان درد خود را علامت بزنند (۴۴).

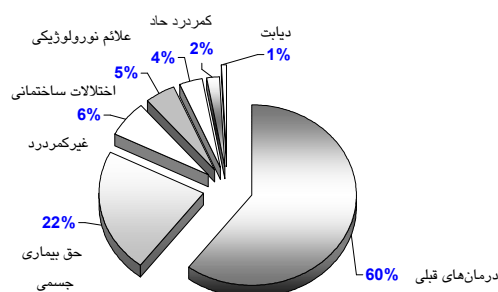
۲. ناتوانی در انجام فعالیت های روزانه:

برای اندازه گیری میزان ناتوانی در انجام
فعالیت های روزانه بیماران از پرسشنامه
(Oswestry Low Back Pain and Disability Questionnaire)
استفاده شد (۴۵). این پرسشنامه، شامل ده قسمت نظیر
مشکلات در بلند کردن اشیاء، راه رفتن، نشستن، خوابیدن
و ... در فعالیت روزانه زندگی است. هر بخش دارای ۶
گزینه است که از صفر تا ۵ امتیاز برای هر قسمت،
منظور می شود. نمره صفر، نشانگر عدم محدودیت در
هر بخش و نمره ۵، نشانگر حداکثر محدودیت در آن
بخش است. اگر در هر یک از بخش ها حداکثر ناتوانی
منظور گردد، مجموع ۱۰ قسمت، عددی برابر با ۵۰ را

۲. دریافت درمان مانیپولاسیون ستون فقرات یا اولتراسوند
در گذشته برای کمردرد.
۳. وجود علائم عصبی ناشی از تحت فشار بودن عصب.
۴. دردهای رادیکولار.
۵. شواهد شکستگی ستون فقرات در گذشته و یا
وجود اشکالات ساختمانی غیر طبیعی ستون فقرات
و یا تومورها.
۶. آنهایی که دارای دستگاه کمک کننده قلبی و یا ...
بوده اند، که با به کارگیری اولتراسوند، ممکن بود
اختلال در کار آنها ایجاد شود.
۷. افرادی که به عنوان معلول ثبت نام شده بودند و از
کمک های مالی سازمان تامین اجتماعی بهره مند
بودند.

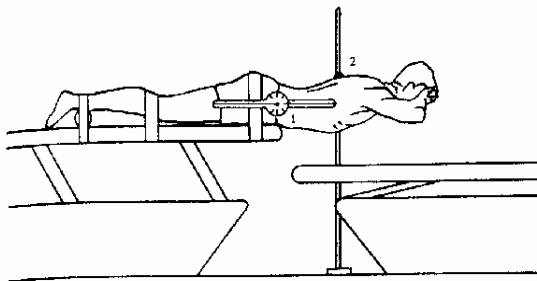
پس از اعمال معیارهای فوق از ۲۳۳ بیمار مراجعه
کننده، ۱۲۰ بیمار واجد شرایط بوده و موافقت کتبی
خود را جهت شرکت در این مطالعه اعلام کردند. علل
عدم احراز شرایط ورود به مطالعه در این مرحله در
تصویر شماره ۱ نشان داده شده است. یکصد و دوازده
نفر از ۱۲۰ نفر، دوره های درمانی خود را کامل کردند
و ۸ نفر از ادامه شرکت در مطالعه به علل مختلف از
جمله تغییر محل زندگی، خارج شدند.

دلائل اصلی عدم احراز شرایط بیماران



نمودار شماره ۱: دلائل اصلی عدم احراز شرایط بیماران جهت ورود
به مطالعه در مرحله غربالگری

وضعیت افقی به مدت ۲۰ ثانیه نگه‌دارد و همزمان تخت حمایت‌کننده تنه به طور خودکار به پایین کشیده می‌شود و دیگر، تنه را حمایت نمی‌کند و از لحظه‌ای که تنه، حمایت خود را از دست می‌دهد؛ فعالیت عضله ثبت می‌گردد. در طی مطالعه، دمای اطاق در حدود ۲۴ درجه سانتیگراد، حفظ می‌شد. این آزمایش، قبل از درمان و بلافاصله بعد از درمان، انجام می‌گرفت.



تصویر شماره ۱: روش بررسی عضلات پشت توسط متد نگهداری تنه بدون حمایت (Unsupported Trunk Holding Test)

برای بررسی هر گونه تغییر در هر گروه درمانی از روش Paired t-test و برای تعیین تغییرات بین دو گروه از t-test استفاده شد. روش Post Hoc ANOVA جهت ارزیابی تغییرات در زیر گروه‌های مختلف نیز، مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

الف: مقایسه دو گروه قبل از درمان :
مقایسه میانگین کلیه متغیرها بین دو گروه قبل از درمان، هیچ گونه اختلافی را نشان نمی‌دهد؛ به جزء در مدت درد که در گروه کنترل اندکی طولانی‌تر است. با وجود این که تقسیم تصادفی بیماران تا اندازه زیادی تاثیر فاکتورهای دیگر را حذف می‌کند، تجزیه و تحلیل

نشان خواهد داد که وقتی در عدد ۲ ضرب‌گردد، نشانگر درصد ناتوانی کلی بیمار در انجام فعالیت‌های روزانه می‌باشد و هر چه این عدد بزرگ‌تر باشد، میزان ناتوانی فرد بیش‌تر است.

۳. تحمل عضلات ناحیه پشت

برای اندازه‌گیری میزان تحمل عضلات پشت، فرکانس میانه (MF)^۱ و شیب فرکانس میانه (MFS)^۲ فعالیت عضله، توسط الکترومیوگرافی اندازه‌گیری می‌شده است. برای اهداف این مطالعه دو عضله (Iliocostalis Lumborum, Multifidus) در هر دو طرف راست و چپ، اندازه‌گیری و بررسی می‌شد. متد الکتروگذاری توسط روش پیشنهاد شده DeFoa و همکارانش انجام گردید (۴۶). طیف فرکانس عضله به طور ممتد توسط یک کامپیوتر ثبت می‌شد که MF را برای هر ثانیه، ثبت می‌نمود. میزان MFS به عنوان یک معیار برای خستگی عضله، محسوب می‌شد. هر گونه کاهش در MFS پس از درمان، نشانگر بهبودی و پیشرفت در وضعیت عضلات بوده است.

برای اندازه‌گیری میزان تحمل عضلات، از روش نگهداری تنه بدون حمایت (Unsupported Trunk Holding Test) که در ابتدا توسط Hansen ارایه شد و سپس توسط Biering Sorensen اصلاح گردید، استفاده شد (۲۲، ۱۰). (تصویر شماره ۱). بیمار به صورت دمر روی تخت می‌خوابید - به طوری که اندام تحتانی تا لبه فوقانی لگن، روی لبه یک تخت و تنه، روی تخت دیگر قرار می‌گرفت. اندام تحتانی بیمار در سه ناحیه لگن، زانو و مچ پا توسط تسمه‌های مختلف بسته می‌شد. قبل از آزمایش، تنه توسط یک تخت، حمایت می‌شد و درحین آزمایش از بیمار خواسته می‌شد که تنه خود را در

1. Median Frequency
2. Median Frequency Slope

آماري انجام شده، هيچ گونه اختلافي را بين دو گروه نه در صفات دموگرافيك (سن - جنس - قد - وزن و ...) و نه در متغيرهاي مورد مطالعه از جمله ميزان تحمل عضلات، نشان نمي دهد. (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: اطلاعات زمينه‌اي و مشخصات بيماران در هر گروه (ميانگين و انحراف معيار) و مقايسه آنها بين دو گروه قبل از درمان

تجزيه و تحليل آماري بين دو گروه	گروه كنترل (۶۶ نفر)	گروه آزمون (۶۶ نفر)
سن (سال)	۳۴/۸ (۱۰/۶)	۳۷/۲ (۱۰/۲)
خانم (%)	۳۴ (۶۱٪)	۳۲ (۵۷٪)
مدت درد (به ماه)	۳۵/۹ (۴۸/۳)	۵۰/۸ (۶۲/۹)
كم تر از ۶ ماه	۱۲ (۳۹٪)	۱۹ (۶۱٪)
بيش تر از ۶ ماه	۳۴ (۴۲٪)	۴۷ (۵۸٪)
قد (سانتي متر)	۱۷۱ (۱۲)	۱۷۲ (۱۳)
وزن (كيلوگرم)	۷۰ (۱۳)	۷۲ (۱۳)
سيگار	۱۹ (۴۸٪)	۲۱ (۵۲٪)
دارو	۲۷ (۵۶٪)	۲۱ (۴۴٪)
شاخص وزن به قد (Body Mass Index)	۲۳/۸ (۳/۸)	۲۴/۴ (۴/۷)
وضعيت تاهل		
مجرد	۲۵ (۶۰٪)	۱۷ (۴۰٪)
متاهل	۲۸ (۴۸٪)	۳۱ (۵۲٪)
مطلقه	۲ (۲۰٪)	۷ (۸۰٪)
بيوه	۱ (۱۰٪)	
شدت درد	۶/۵ (۱/۹)	۶/۳ (۱/۹)
ناتواني عملکردي	۳۰/۸ (۱۲/۷)	۳۲/۲ (۱۴/۹)
كم تر از ۴۰ درصد	۴۵ (۵۲٪)	۴۱ (۴۸٪)
بيش تر از ۴۰ درصد	۱۱ (۴۲٪)	۱۵ (۵۸٪)
فركانس ميانه (مالي فيدوس)	۱۰۵ (۱۶)	۹۹ (۱۶)
فركانس ميانه (ايليو كاستاليس)	۶۷ (۷)	۷۲ (۷)
شيب فركانس ميانه (مالي فيدوس)	-۰/۶۵ (۰/۱۸)	-۰/۵۴ (۰/۲۵)
شيب فركانس ميانه (ايليو كاستاليس)	-۰/۳۵ (۰/۲۷)	-۰/۳۴ (۰/۳۷)

معني داري را نشان داده است. با وجود اين كه بيماران در گروه كنترل، بهبودي نسبي را از نظر MFS نشان داده‌اند؛ اين تغييرات از نظر آماري معني دار نبوده است (جدول شماره ۲). همان طوري كه در جدول شماره ۲ مشخص است، هر دو گروه در ميزان درد و ناتواني در انجام فعاليت‌هاي روزانه، بهبودي و پيشرفت معني داري را نشان داده‌اند ($P < ۰/۰۱$).

ج - تغييرات بين دو گروه پس از درمان :
مقايسه آماري بين دو گروه نشان داده است كه بيماران در گروه آزمون، بهبودي بيش تري را در مقايسه با گروه كنترل از خود نشان داده‌اند. اين امر در عضله Multifidus و آن هم در MFS از نظر آماري معني دار بوده است (جدول شماره ۳). مقايسه ميانگين بهبودي در ميزان درد و ناتواني در انجام فعاليت‌هاي روزانه بين دو گروه نشان مي دهد كه بيماران در گروه آزمون، پيشرفت معني داري را از خود نشان داده‌اند. اين اختلاف تا شش ماه پيگيري نيز بين دو گروه، معني دار بوده است ($P < ۰/۰۱$).

جدول شماره ۳: اختلاف ميانگين (۹۵ درصد حدود اطمينان) تغييرات بين دو گروه بلافاصله بعد از درمان و شش ماه پيگيري تجزيه و تحليل آماري بين دو گروه

متغير	اختلاف بين دو گروه	مقدار p
شدت درد	۱/۶۴ (۰/۶۱-۲/۶۸)	$P < 0.01$
ناتواني عملکردي	۷/۷۸ (۲/۳۶-۱۳/۲۰)	$P < 0.01$
فركانس ميانه (مالي فيدوس)	۶/۸ (-۱/۲۴-۱۴/۹۱)	$P < 0.05$
فركانس ميانه (ايليو كاستاليس)	۲/۳۶ (۲/۴۶-۷/۱۳)	$P < 0.05$
شيب فركانس ميانه (مالي فيدوس)	۰/۲۶ (۰/۰۵-۰/۴۶)	$P < 0.01$
شيب فركانس ميانه (ايليو كاستاليس)	۰/۰۵ (-۰/۱۳-۰/۲۳)	$P < 0.05$

ب - تغييرات درون هر گروه پس از درمان :
در هر دو گروه و در هر دو عضله Multifidus, Iliocostalis Lumborum تغييرات معني داري ($P < ۰/۰۱$) در MF ايجاد شده است؛ اما MFS تنها در عضله Multifidus و آن هم در گروه آزمون، پيشرفت

شش ماه پیگیری			متغیر	گروه آزمون	مقدار p
P0.05	۱/۹۲ (-۲/۱۶-۷/۴۱)	فرکانس میانه (ایلیو کاستالیس)	شدت درد	۱/۳۸ (۰/۰۸-۲/۶۸)	P0.01
P0.01	۰/۲۱ (۰/۰۷-۰/۴۳)	شیب فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	ناتوانی عملکردی	۷/۳۸ (۰/۰۹-۱۳/۷۹)	P0.01
P0.05	۰/۰۴ (-۰/۱۱-۰/۲۶)	شیب فرکانس میانه (ایلیو کستالیس)	فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	۶/۲۱ (-۱/۰۹-۱۳/۲۸)	P0.05

جدول شماره ۲: اختلاف میانگین (۹۵ درصد حدود اطمینان) تغییرات داخل هر گروه بلافاصله بعد از درمان و شش ماه پیگیری تجزیه و تحلیل آماری درون گروهی

بلافاصله بعد از درمان					
متغیر	گروه آزمون	تعداد p	گروه کنترل	مقدار p	
شدت درد	۴/۱۶ (۳/۴۲-۴/۹۶)	P<0.01	۲/۵۱ (۱/۷۷-۳/۲۵)	P<0.01	
ناتوانی عملکردی	۱۷/۸۵ (۱۳/۹۵-۲۱/۷۶)	P0.01	۱۰/۰۷ (۶/۲۲-۱۳/۹۲)	P<0.01	
فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	۱۵ (۹/۳۵-۲۰/۶۴)	P0.01	۱۴/۵۵ (۷/۵۳-۲۱/۱۶)	P<0.01	
فرکانس میانه (ایلیو کاستالیس)	۶/۶۷ (۳/۷۸-۹/۵۴)	P0.01	۴/۳۰ (۰/۲۵-۸/۳۵)	P<0.01	
شیب فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	-۰/۲۹ (-۰/۴۷-۰/۱۲)	P0.01	-۰/۰۳ (-۰/۱۴-۰/۰۶)	P<0.05	
شیب فرکانس میانه (ایلیو کستالیس)	-۰/۰۵ (-۰/۱۷-۰/۰۷)	P0.05	۰/۰۴ (-۰/۲۰-۰/۱۲)	P<0.05	

شش ماه پیگیری					
متغیر	گروه آزمون	تعداد p	گروه کنترل	مقدار p	
شدت درد	۳/۷۹ (۲/۷۷-۴/۸۱)	P0.01	۲/۲۸ (۱/۲۴-۳/۳۲)	P0.01	
ناتوانی عملکردی	۱۶/۶۷ (۱۱/۰۷-۲۲/۲۷)	P0.01	۱۱/۴۵ (۵/۶۲-۱۷/۲۸)	P0.01	
فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	۱۳/۱۷ (۸/۹۴-۲۰/۱۲)	P0.01	۱۲/۳۵ (۷/۱۷-۲۰/۸۶)	P0.01	
فرکانس میانه (ایلیو کاستالیس)	۶/۲۳ (۳/۴۷-۸/۹۲)	P0.01	۴/۲۱ (۰/۲۹-۸/۷۴)	P0.01	
شیب فرکانس میانه (مالتی فیدوس)	-۰/۲۶ (-۰/۴۱-۰/۱۸)	P0.01	-۰/۰۵ (-۰/۱۲-۰/۰۷)	P0.05	
شیب فرکانس میانه (ایلیو کستالیس)	-۰/۰۶ (-۰/۱۹-۰/۰۴)	P0.05	-۰/۰۲ (-۰/۱۷-۰/۰۹)	P0.05	

بحث

همکارانش بوده است که بر روی درمان‌های محافظه کارانه کم‌درد حاد و مزمن انجام شده است. آنها شواهدی مبنی بر تاثیر مثبت SMT، Back School و ورزش درمانی در CLBP را در مطالعات گذشته، به ویژه در کوتاه مدت، گزارش کرده اند.

در طی دو دهه گذشته، از بین روش‌های مختلف تشخیصی در ارزیابی فعالیت عضلات پشت و بررسی خستگی موضعی عضلات (از جمله اشعه ایکس CT-Scan، MRI و متد تهاجمی الکترومیوگرافی)، الکترومیوگرافی سطحی (SEMG) به طور فزاینده‌ای به کار گرفته شده است (۳۷). بعضی از مطالعات به دنبال کاربرد الکترومیوگرافی سطحی نشان داده‌اند که عضلات پشت در بیماران مبتلا به CLBP دارای تونیستیه

مطالعات سیستمیک مروری زیادی از درمان‌های مختلف LBP بر پایه نتایج تحقیقات بالینی تصادفی در دسترس می‌باشند (۲۸ تا ۳۸). با وجود این که اغلب آن‌ها به LBP حاد پرداختند، تاکید بسیار بر جلوگیری از کم‌دردهای مزمن و ناتوانی حاصل از آن شده است. اکثر آن‌ها به نتایج مشابه در خصوص تاثیر SMT در درمان CLBP^۱ رسیدند (۳۵ تا ۳۸) و یافته‌های این مطالعه با تاکید بر ارزیابی آثار درمانی SMT توسط SEMG نشان می‌دهد که SMT یک روش مفید در درمان CLBP بوده و آثار آن تا شش ماه پیگیری نیز تغییر نکرده است. نتایج این مطالعه، همچنین در راستای گزارش مطالعات مروری سیستمیک Van Tulder (۱۹۹۷) و

1. Chronic. Low. Back. pain

Extension لومبار در هر دو سطح مورد مطالعه (L4, L5) کاهش فعالیت عضله در بیماران مبتلا به LBP در مقایسه با افراد سالم، وجود داشته است (۵۴). در مطالعه Roy و همکارانش (۱۹۹۵) که به مقایسه افراد مبتلا به CLBP و افراد سالم پرداختند، گزارش شده است که میزان خستگی در این دو عضله در دو گروه مورد مقایسه، بسیار چشمگیر بوده است؛ به طوری که در افراد مبتلا به CLBP این دو عضله خیلی سریع تر از افراد سالم، دچار خستگی می شدند (۲۷).

با وجود این که سعی شده است از وجود فاکتورهای مداخله گر، جهت ارزیابی دقیق تر متدهای درمانی اجتناب شود، با توجه به نظر کمیته اخلاق پزشکی مبنی بر عدم ممنوعیت بیماران از مصرف دارو، بیماران در صورت تمایل، مجاز به مصرف داروهای خود (مسکن ها، داروهای غیر استروئیدی ضد التهاب و شل کننده های عضلانی) بوده اند. به هر حال، نتایج نشان می دهد که هیچ گونه تفاوتی در آثار درمانی بین بیمارانی که دارو مصرف می کنند و آنهایی که دارو مصرف نمی کنند، وجود ندارد. تا آنجایی که به متغیرهای SEMG مربوط می شود یافته ها دلالت می کند که MFS تنها در عضله Multifidus و آن هم در گروه آزمون، بهبودی معنی داری را نشان می دهد که این امر ممکن است به خاطر درگیری عضلات پشت با درجات مختلف، در بیماران مبتلا به کمردرد بوده باشد.

نتایج این مطالعه می تواند مورد کاربرد آنهایی باشد که در درمان LBP تلاش می نمایند. در حال حاضر بر هیچ کس پوشیده نیست که اکثر هزینه های ناشی از کمردرد، ناشی از کمردردهای مکانیکی است و سایر کمردردها با علت های پاتولوژیکی تقریباً اقلیت محدودی را تشکیل می دهند. یکی از نقاط قوت این مطالعه، استفاده از معیارهای تعریف شده برای ورود و خروج بیماران (Defined inclusion / exclusion) به

بیشتری در مقایسه با افراد سالم هستند. بعضی از مطالعات تونیستیه کمتر و بعضی نیز تونیستیه مشابه را گزارش کردند (۴۷، ۴۸). در مطالعه Kravitz و همکارانش (۱۹۸۱) یافته های الکترومیوگرافی ۳۲ بیمار مبتلا به کمردرد با ۱۷ فرد سالم، مقایسه شد و هیچ گونه اختلاف معنی داری بین آنها مشاهده نشد (۴۹). در مطالعه دیگر که توسط Grabel (۱۹۷۳) انجام شد، تونیستیه عضلات در بیماران به طور معنی داری در مقایسه با افراد سالم بیشتر بوده است (۵۰). در مطالعه Collins و همکارانش (۵۱) که روی ۱۱ بیمار LBP و ۱۱ فرد سالم انجام شد، یافته های EMG در هفت وضعیت ایستاده، خمیده با زاویه 45° ، حداکثر وضعیت خمیده، افت جلویی لگن، افت عقبی لگن، نشسته و خوابیده با زانوی خم، در دو گروه مقایسه گردید و مشخص شد که تونیستیه عضله طی وضعیت هایی که با مصرف انرژی بیشتری همراه بوده است، در هر دو گروه، افزایش یافته است. اما اختلاف معنی داری بین دو گروه پیدا نشده است (۵۱). این ناهمگونی در نتایج مطالعات گذشته، فقدان یک متد معتبر و قابل اعتماد را نشان می دهد.

شواهد قوی مبنی بر این که عضلات اکستانسور پشت در بیماران مبتلا به LBP، دچار اختلال می گردند، وجود دارد (۲۰، ۳۷، ۵۲) اما به خاطر نقش Multifidus و Iliocostalis Lumborum این دو عضله، مورد توجه خاص واقع شدند. بعضی از محققین بر اساس کیفیت عملکرد عضلات پشت، قادر به تمیز دادن افراد مبتلا به LBP از افراد سالم بوده اند (۵۳)؛ برای مثال Sihvonon (۱۹۹۱) با استفاده از SEMG روی عضله Multifidus در سطح L4, L5 در ۸۷ بیمار مبتلا به کمردرد و ۲۵ فرد سالم در حین عمل Flexion و برگشت به حالت ایستاده، مطالعه نمود. وی همچنین علاوه بر تکنیک SEMG میزان دامنه حرکتی مهره های لومبار را با استفاده از X-Ray اندازه می گرفت. نتایج مطالعه او نشان داد که طی

درمانی می نمود. همچنین این مطالعه کاربرد SEMG را در سنجش آثار روش های درمانی، مورد تاکید قرار داده است؛ همچنان که SEMG یک روش قابل اعتماد و ابزار غیرتهاجمی برای ارزیابی و ضعف عملکرد عضلات و برنامه های درمانی توان بخشی می باشد (۵۵ تا ۶۱).

همراه غربالگری کامل و دقیق جهت یافتن بیماران یکسان (Homogenous) بوده است. سعی زیادی جهت جداسازی کمردردهای مکانیکی از سایر کمردردهای پاتولوژیکی و سایر اختلالات ریشه های عصبی شده است. این امر کمک زیادی به یکسان سازی مجموعه بیماران و نیز کمک به ارزیابی مطمئن تر تکنیک های

فهرست منابع

1. Callaghan M. Evaluation of a back rehabilitation group for chronic low back pain in an outpatient setting. *Physiotherapy*. 1994; 80: 677-681.
2. Manga P, Angus DE, Ewan WR. Effective management of low back pain: it's time to accept the evidence. *J Can Chir Ass* 1993; 37: 221-229.
3. Ross M. Manipulation and back school on the treatment of low back pain. *Physiotherapy* 1997; 83: 181-183.
4. Roy SH, De Luca CJ, Casavant DA. Lumbar muscle fatigue and chronic low back pain. *Spine* 1989; 14: 992-1001.
5. Van Tulder M, Koes B, Bouter L. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: A systematic review of randomised controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-2156.
6. Meade TW, Dyer S, Brown W, Townsend J, Frank AO. Low back pain of mechanical origin: randomised comparison of hospital and outpatient treatment. *BMJ* 1990; 300: 1431-1437.
7. Walsh K, Cruddas M, Coggon D. Low back pain in eight areas of Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1992; 46: 227-230.
8. William R, Blinkley J, Bloch R, Goldsmith CH, Minuk T. Reliability of the Modified-Modified Schober and Double Inclinator methods for measuring lumbar flexion and extension. *Phys Ther* 1993; 73: 33-44.
9. Frymoyer JW, Nelson RM, Spengfort E, Waddell G. Clinical tests applicable to the study of chronic low back disability. *Spine* 1991; 16: 681-682.
10. Hansen JW. Post-operative management in lumbar disc protrusions. *Acta Orthopaedica Scandinavian* 1964; (Suppl 71): 1-47.
11. Koes BW, Assendelft WJJ, van der Heijden GJ, Bouter LM, Knipschild PG. Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain: a blind review. *BMJ* 1991; 303: 1298-1303.
12. Clinical Standards Advisory Group. *Epidemiology Review: the Epidemiology*

- and Cost of Back Pain*. London: HMSO, 1994a.
13. Leboeuf-Yde C, Kyvik KO. At what age does low back pain become a common problem? A study of 29,424 individuals aged 12-41 years. *Spine* 1998; 23: 228-234.
 14. Laslett M, Crothers C. The frequency and incidence of low back pain/sciatica in an urban population. *New Zealand Med J* 1991; 104: 424-426.
 15. Mierau D, Kirkaldy-Willis WH, and Thiel HW. Spinal Manipulation, In: Kirkaldy-Willis WH and Bernard TN. *Managing Low Back Pain*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999: 322-340.
 16. Assendelft WJJ, Koes BW, van der Heijden GJ, Bouter LM. The efficacy of chiropractic manipulation for back pain: Blinded review of relevant randomised clinical trials. *J Manip Physio Ther* 1992; 15: 487-493.
 17. Nouwen A, Bush C. The relationship between paraspinal EMG and chronic low back pain. *Pain*, 1984; 20: 109-123.
 18. Nicolaisen, T. and Jorgensen, K. Trunk strength, back muscle endurance and low back trouble. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1985; 17: 12-17.
 19. Mayer T, Kondrask G, Mooney V, Carmichael T, Butsch R. Lumbar myoelectric spectral analysis for endurance assessment, a comparison of normals with deconditioned patients. *Spine*, 1989; 9: 986-991.
 20. Roy SH, De Luca CJ, Casavant DA. Lumbar muscle fatigue and chronic low back pain. *Spine* 1989; 14: 992-1001.
 21. Mannion A.F, Dolan P. Electromyographic median frequency changes during isometric contraction of the back extension to fatigue. *Spine*, 1994; 19: 1223-1229.
 22. Biering-Sorensen F. Physical measurements as risk indicators for low back trouble over a one year period. *Spine*, 1984; 9: 106-119.
 23. Mohseni-Bandpei MA, Watson MJ, Richardson B. "Application of surface electromyography in the assessment of low back pain: a review article". *Physical Therapy Reviews Journal*, 2000; 5: 89-101
 24. Schneiders A, Zusman M, Singer K. Exercise therapy compliance in acute low back pain patients. *Manual Therapy* 1998; 3: 147-152.
 25. De Luca C.J. Myoelectric manifestation of localized muscle fatigue in human performance. *Critical Reviews in Biomedical Engineering*, 1985; 11: 251-279.
 26. Sihvonen T, Huttunen M, Makkonen M, Airaksinen O. Functional changes in back muscle activity correlate with pain intensity and prediction of low back pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1998; 79: 1210-1212.
 27. Roy SH, De Luca CJ, Emely M, Buijs RJC. Spectral electromyographic assessment of back muscles in patients

- with low back pain undergoing rehabilitation. *Spine* 1995; 20: 38-48.
28. Koes BW, Assendelft WJJ, van der Heijden GJ, Bouter LM, Knipschild PG. Spinal manipulation and mobilisation for back and neck pain: a blind review. *BMJ* 1991; 303: 1298-1303.
 29. Anderson R, Meeker WC, Wirrick BE, Mootz RD, Kirk DH, Adams A. A meta-analysis of clinical trials of spinal manipulation. *J Manip Physio Ther* 1992; 15: 181-194.
 30. Assendelft WJJ, Koes BW, van der Heijden GJ, Bouter LM. The efficacy of chiropractic manipulation for back pain: Blinded review of relevant randomised clinical trials. *J Manip Physio Ther* 1992; 15: 487-493.
 31. Shekelle PG, Adams AH, Chassin MR, Hurwitz EL, Brook RH. Spinal manipulation for low back pain. *Ann Inter Med* 1992; 117: 590-598.
 32. American Agency for Health Care Policy and Research. *Acute Low Back Problem in Adults: Assessment and Treatment, Clinical Practice Guidelines*, Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
 33. Shekelle PG. Spine update: spine manipulation. *Spine* 1994; 19: 858-861.
 34. Clinical Standards Advisory Group. *Back Pain: Report of a CSAG Committee on Back Pain*, London: HMSO, 1994b.
 35. Koes BW, Assendelft WJJ, van der Heijden GJ, Bouter LM. Spinal manipulation for low back pain: an updated systematic review of randomised clinical trials. *Spine* 1996; 21: 2860-2873.
 36. Van Tulder M, Koes B, Bouter L. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain: A systematic review of randomised controlled trials of the most common interventions. *Spine* 1997; 22: 2128-2156.
 37. Mohseni-Bandpei MA, Stephenson R, Richardson B. Spinal manipulation in the treatment of low back pain: a review of the literature with particular emphasis on randomised controlled clinical trials. *Phys Ther Rev* 1998; 3: 185-194.
 38. Waddell G. *The Back Pain Revolution*. London: Churchill Livingstone, 1998.
 39. Foster N, Thompson K, Baxter G, Allen J. Management of nonspecific low back pain by physiotherapists in Britain and Ireland: A descriptive questionnaire of current clinical practice. *Spine*, 1999; 24: 1332-1342.
 40. Forster A, Palastanga N. *Clayton's Electrotherapy, Theory and Practice*. London: Bailliere Tindall, 1985.

41. Kitchen S, Bazin S. *Clayton's Electrotherapy*. London: WB Saunders Company Ltd, 1998.
42. Maitland GD. *Vertebral Manipulation*, London: Butterworth Heinemann, 1986.
43. Waterfield J, Sim J. Clinical assessment of pain by visual analogue scale. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 1996; 3: 94-97.
44. Fairbank J, Couper J, Davies J, O'Brien J. The Oswestry low back questionnaire. *Physiotherapy*, 1980; 66: 271-273.
45. De Foa JL, Forrest W, Biedermann HJ. Muscle fibre direction of longissimus, iliocostalis and multifidus; Landmark-derived reference line. *Journal of Anatomy* 1989; 28: 243-247.
46. Mohseni-Bandpei MA, Watson M, Electromyographic power spectral analysis of the paraspinal muscle: A reliability study. *Physiotherapy*, 2001, 87: 470-478.
47. Ng K-F.J, Richardson C.A. Reliability of electromyographic power spectral analysis of back muscle endurance in healthy subjects. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1996; 77: 259-264.
48. De Luca C.J. Use of the surface EMG signal for performance evaluation for back muscles. *Muscle and Nerve*, 1993; 16: 210-216.
49. Moffroid M, Reid S, Henry S.M, Haugh L.D. Ricamato A. Some endurance measures in persons with chronic low back pain. *Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy*, 1994; 19: 81-87.
50. De Luca C.J. The use of surface electromyography in biomechanics. *Journal of Applied Biomechanics*, 1997; 13: 135-163.
51. Mannion A, Connelly B, Wood K, Dolan P. The use of surface EMG power spectral analysis in the evaluation of back muscle function. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 1997; 34: 427-439.
52. Roy S, Oddsson L. Classification of paraspinal muscle impairments by surface electromyography. *Physical Therapy*, 1998; 78: 838-851.
53. Biedermann H.J, Shanks G.L, Forrest W.J, Inglis J. Power spectral analysis of electromyographic activity. Discriminators in the differential assessment of patients with chronic low-back pain. *Spine*, 1991; 16: 1179-1184.
54. Sihvonen T, Partanen J, Hanninen O, Soimakallio S. Electrical behaviour of low back muscles during lumbar pelvic rythm in low back pain patients and healthy controls. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 1991; 72: 1080-1087.
55. Kravitz E, Moore M, Glaros A. Paralumbar muscle activity in chronic low back pain. *Archives of Physical*

- Medicine and Rehabilitation*, 1981; 62: 172-176.
56. Grabel J.A. Electromyographic study of low back muscle tension in subjects with and without chronic low back pain. *Dissertation Abstracts International*, 1973; 34: 2929-2930.
57. Mierau D, Kirkaldy-Willis WH, Thiel HW. Spinal Manipulation, In: Kirkaldy-Willis WH and Bernard TN. *Managing Low Back Pain*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1999:322-340.
58. Van der Heijden GJMG, Beurskens AJMH, Koes BW, Assendelft WJJ, de Ve HCW, Bouter LM. The efficacy of traction for back and neck pain: A systematic blinded review of randomised clinical trial methods. *Phys Ther* 1995; 75: 93-104.
59. Mooney V, Gulick J, Perlman M, Levy D, Pozoa R, Leggett S, Rensick D. Relationship between myoelectric activity, strength, and MRI of lumbar extensor muscles in back pain patients and normal subjects. *Journal of Spinal Disorders*, 1997; 10: 348-356.
60. Greenough C, Oliver C, Jones A. Assessment of spinal musculature using surface electromyography spectral colour mapping. *Spine*, 1998; 23: 1768-1774.
61. Collins G.A, Cohen M.J, Nalibof B.D, Schandler S.L. Comparative analysis of paraspinal and frontalis EMG, heart rate and skin conductance in chronic low back pain patients and normals to various posture and stress. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 1982; 10: 39-46.