

بررسی شیوع کمردرد و تاثیر آن بر فعالیتهای روزمره بیماران قطع عضو اندام تحتانی مراجعه کننده به مرکز جامع توان بخشی هلال احمر ۱۳۸۷

*سید مجید حسینی^۱، مهدی رضایی^۲، دکتر خسرو خادمی^۳، دکتر کامران آزما^۴

تاریخ اعلام قبولی مقاله: ۸۹/۳/۲۶

تاریخ اعلام وصول: ۸۹/۱/۲۱

چکیده

سابقه و هدف: یکی از مشکلاتی که افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی با آن مواجه هستند و علی رغم تأثیر منفی که این مشکل روی کیفیت زندگی و عملکرد آنها دارد اغلب نادیده انگاشته می شود و در نتیجه کمتر مورد رسیدگی قرار می گیرد، «کمردرد» است. با توجه به اهمیت موضوع پژوهش حاضر به منظور مشخص کردن میزان شیوع کمردرد در مراجعه کنندگان دچار قطع عضو اندام تحتانی به درمانگاه هلال احمر می پردازد. همچنین مواردی چون شیوع و شدت درد خیالی و درد عضو باقی مانده نیز مورد بررسی قرار می گیرد. در این پژوهش همچنین سطح فعالیت فیزیکی افراد و سایر پارامترهایی که در رابطه با پروتز هستند مورد توجه قرار گرفته است.

مواد و روش ها: این پژوهش یک مطالعه توصیفی - تحلیلی مقطعی است که بر روی ۶۸ نفر دچار قطع عضو اندام تحتانی انجام شد. جمع آوری داده ها با کمک پرسش نامه انجام شد. سپس افراد آمپوته از نظر اسکولیوز مورد معاینه قرار گرفتند. پس از جمع آوری اطلاعات و وارد کردن داده ها در نرم افزار آماری spss و ویرایش ۱۱/۵ آزمون های آماری انجام شد و نتایج جهت تجزیه تحلیل مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته ها: ۷۳/۵٪ شرکت کنندگان کمردرد را تجربه کرده بودند و شدت درد خود را با مقیاس چشمی بین ۶-۵ گزارش کردند. کمردرد روی فعالیت روزمره آنها تاثیر مستقیم داشت و حتی گاهی موجب خانه نشین شدن آنها می شد. پروتز سنگین نبود و بطور متوسط ۱۰ ساعت در روز از پروتز استفاده می کردند. درد استامپ و درد سمت سالم در آنها شایع نبود. اغلب به دنبال راه رفتن به خصوص در سطوح شیب دار دچار کمردرد شده بودند. همچنین بیش از ۶۲ درصد از افرادی که کمردرد داشتند دچار اسکولیوز بودند.

بحث و نتیجه گیری: کمردرد در افراد آمپوته صرف نظر از زمانی که از قطع عضو گذشته شیوع بالایی دارد. از میان عوامل مختلفی مانند سطح آمپوتاسیون، مدت زمان قطع عضو و غیره که احتمال می رفت با کمردرد ارتباط داشته باشند تنها اسکولیوز با کمردرد ارتباط معنی داری داشت.

کلمات کلیدی: کمردرد، قطع عضو، پروتز اندام

مقدمه

اندام تحتانی شده اند تنها به دو نوع از دردها یعنی درد استامپ و درد خیالی پرداخته اند و بر آنها تأکید کرده اند. منظور از درد خیالی

بیشتر بررسی های انجام شده بر روی افرادی که دچار قطع عضو

۱- مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه فیزیوتراپی (*نویسنده مسول)
تلفن: ۷۷۵۴۲۰۵۷ آدرس الکترونیک: majidhossini44@yahoo.com

۲- مربی، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه فیزیوتراپی

۳- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه فیزیوتراپی

۴- استادیار، ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی آجا، دانشکده پزشکی، گروه طب فیزیکی و توان بخشی

علل شیوع کمردرد در بین افراد دچار قطع عضو دانسته‌اند (۱۱). تحقیق دیگری افسردگی افراد را به عنوان عاملی که می‌تواند روی شدت درد مؤثر باشد مطرح کرده است و آن را یک عامل پیش بینی کننده می‌داند (۴).

یکی از اهداف اصلی در توان بخشی بیماران بازگشت مددجو به جامعه و کسب استقلال فرد در انجام دادن کارهای عادی و روزمره است. بیماران قطع عضو پس از طی دوران حاد ناشی از قطع عضو لازم است تحت برنامه توان بخشی قرار داشته باشند. یکی از این مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده است، شیوع کمردرد در میان افرادی است که دچار قطع عضو اندام تحتانی شده‌اند. با توجه به این که سلامت ستون فقرات به خصوص در ناحیه کمر برای انجام فعالیت‌های عادی و راه رفتن اهمیت زیادی دارد، این پژوهش به منظور بررسی شیوع کمردرد در بین افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی هلال احمر در شهر تهران صورت گرفت. تا بتوان با کمک نتایج به دست آمده برنامه درمانی مناسبی را برای این افراد طراحی کرد.

مواد و روش‌ها

این تحقیق به روش توصیفی-تحلیلی مقطعی بر روی مراجعه کنندگان به مرکز هلال احمر که دچار قطع عضو تحتانی بودند انجام شد. به این ترتیب که یک نفر از مجریان طرح در طی یک ماه در روزهای خاصی از هفته که بطور تصادفی ساده انتخاب می‌شد به مرکز هلال احمر مراجعه می‌کرد و پرسش نامه را در اختیار مراجعه کنندگانی که شرایط ورود به تحقیق را داشتند قرار می‌داد. جامعه مورد پژوهش افراد قطع عضو اندام تحتانی شامل قطع زیر و بالای زانو بود که در طی مدت یک ماه به مرکز جامع توان بخشی هلال احمر تهران مراجعه کردند. کلیه افرادی که در طی این مدت به این مرکز مراجعه می‌کردند و با معیارهای مطالعه همخوانی داشتند و حاضر به شرکت در این طرح بودند، به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. در مجموع در طی مدت یک ماه ۹۲ نفر که دچار قطع عضو اندام تحتانی بودند مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۸ نفر از این افراد دارای کمر درد بودند و مطالعات بعدی بر روی آنها انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل این موارد بود: حداقل شش ماه از مدت آمپوتاسیون اندام تحتانی گذشته باشد،

دردی است که در قسمتی از اندام که وجود ندارد احساس می‌شود در حالی که درد استامپ از قسمت باقی مانده عضو منشا گرفته است. احساس عضو خیالی یک حس بدون درد است که منشا آن قسمتی از اندام می‌باشد که وجود ندارد (۱)، باید به این مطلب نیز توجه داشت که علاوه بر این دو نوع درد که در ارتباط مستقیم با عضو قطع شده می‌باشند. کمردرد نیز در افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی یافته نسبتاً شایع است. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که کمردرد بطور تعجب برانگیزی در آمپوته‌های اندام تحتانی شایع است و می‌تواند بطور قابل ملاحظه‌ای با عملکرد افرادی که آن را تجربه کرده‌اند تداخل کند (۲). تحقیقات دیگری نشان داده‌اند که کمردرد برای فرد دچار قطع عضو اندام تحتانی بسیار ناراحت کننده است و حتی می‌تواند از درد عضو خیالی نیز آزاردهنده‌تر باشد ولی با این وجود امکان دارد که در بررسی‌های بالینی مورد توجه قرار نگیرد و اهمیت زیادی به آن ندهند (۳). درد مزمن در افرادی که عضو خود را از دست داده‌اند صرف نظر از زمانی که از قطع عضو گذشته است شیوع زیادی دارد (۴). کمر درد در افرادی که آسیب‌های روحی و جسمی را تجربه کرده‌اند یافته شایعی است و روی فعالیت‌های اجتماعی تأثیر مستقیمی دارد (۵). از جمله مواردی که برای کمردرد در افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی مطرح شده می‌توان به مواردی چون سطح آمپوتاسیون (۶)، استفاده طولانی مدت از پروتز (۵)، بالابودن شاخص توده بدنی (۷)، تغییر در گودی کمر و زاویه انحراف لگن (۸)، تغییر در الگوی راه رفتن (۹) و ضعف عضلات باز کننده ستون فقرات (۱۰) اشاره کرد. برخی محققین یک همبستگی بین کمردرد شدید و درد شدید در اندام خیالی و درد عضو باقی مانده را مطرح کرده‌اند به این ترتیب که هر چقدر درد خیالی بیشتر باشد شدت کمردرد هم بیشتر خواهد بود (۷). برخی مقالات بیان می‌دارند که آمپوته‌هایی که شاخص توده بدنی (BMI) بیشتری دارند بیشتر در معرض کمردرد هستند. ذکر این نکته ضروری است که بررسی‌های رادیوگرافی و MRI احتمال بیماری دیسک و دژنراتیو برای شیوع کمردرد را رد کرد است و احتمال وجود یک عامل بیومکانیک در کمردرد را بیشتر از یک عامل دژنراتیو مطرح ساخته است (۷). افراد آمپوته اغلب الگوی راه رفتنی را بر می‌گزینند که می‌تواند آنها را مستعد سایر دردها مانند کمر درد کند (۱). برخی مقالات ساخت نامناسب پروتز را از

مانند: روابط اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی از پرسش نامه تعدیل شده "Oswestry" استفاده شد این پرسش نامه به فارسی ترجمه و پایایی و روایی آن تایید شده است (۱۳). این پرسش نامه در ارزیابی کمردرد ابزار مهمی است که در مطالعات کمردرد مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسش نامه شامل ده بخش است که در هر بخش شش سوال مطرح شده است و فرد مبتلا به کمردرد را از جنبه های مختلف، مانند: شدت درد در حال حاضر، انجام کارهای شخصی، بلند کردن اجسام، راه رفتن، نشستن، ایستادن، خوابیدن، فعالیت جنسی، زندگی اجتماعی و مسافرت کردن مورد ارزیابی قرار می دهد. پس از جمع آوری اطلاعات، امتیاز پرسش نامه به صورت درصد بیان می شود. هرچه امتیاز پرسش نامه بالاتر باشد نشان دهنده این مطلب است که ناتوانی فرد در انجام جنبه های مختلف زندگی بیشتر می باشد. چنانچه امتیاز پرسش نامه بین ۲۰-۰٪ (ناتوانی حد اقل) باشد فرد می تواند خودش را با بیشتر فعالیت های زندگی وفق دهد. اغلب به درمان خاصی نیاز ندارند. اگر امتیاز حاصله بین ۴۰-۲۱٪ (ناتوانی متوسط) باشد درد بیشتری دارد و در هنگام نشستن، بلند کردن اجسام، و ایستادن مشکل دارد. فعالیت اجتماعی مشکل تر شده و حتی شاید نتواند سر کار برود. از نظر مراقبت های بهداشتی و فعالیت جنسی و خوابیدن مشکل چندانی ندارد. اگر امتیاز حاصله بین ۶۰-۴۱٪ (ناتوانی شدید) باشد درد مشکل اصلی است، همچنین فعالیت های روزمره زندگی مختل شده است. این افراد نیاز به بررسی دقیق دارند. امتیاز بین ۱۰۰-۶۱٪ نشان می دهد که این افراد یا بستری هستند و یا اینکه شدت علائم آنها بسیار زیاد است.

برای این که شرکت کنندگان در طرح درک بهتری از پرسش نامه ها داشته باشند، در صورت لزوم مفاهیمی چون عضو خیالی دردناک و درد در عضو باقی مانده برای آنها توضیح داده شد هر چند که معلوم شد که بسیاری از این افراد با این مفاهیم آشنا هستند. پس از این که شرکت کنندگان پرسش نامه ها را تکمیل کردند توسط مجری طرح از نظر اسکولیوز و اختلاف طول دو اندام مورد معاینه قرار گرفتند. اطلاعات ثبت شده در جدول داده ها وارد نرم افزار spss ویرایش ۱/۵ شد و مورد بررسی قرار گرفتند. آزمون کولموگروف-اسمینوف توزیع طبیعی داده ها را تایید کرد. برای بررسی شیوع و میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد بررسی از روش های آماری توصیفی و برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

سن آنها مساوی یا بیشتر از ۱۸ سال باشد، قادر به خواندن و نوشتن باشند تا بتوانند پرسش نامه ها را پر کنند.

همچنین بیمار بودن فرد دچار قطع عضو اندام تحتانی یا تغییر شکل های مادرزادی (دفورمیتی) معیار خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. توجه به این مطلب که کمردرد چه مقدار در امپوتاسیون های اندام تحتانی رایج است، چه مقدار با فعالیت های روزمره زندگی و کار تداخل دارد، این که آیا از نظر پروتز مشکلی را ذکر می کنند مورد توجه قرار گرفت.

پس از هماهنگی با مرکز جامع توان بخشی هلال احمر و اخذ مجوزهای لازم، پرسش نامه در اختیار افراد دچار قطع عضو اندام تحتانی که به این مرکز مراجعه کردند قرار می گرفت. تمام شرکت کنندگان پس از امضای فرم رضایت نامه شرکت در طرح، پرسش نامه را تکمیل می کردند. قبل از تکمیل پرسش نامه توضیح کاملی در مورد طرح تحقیقاتی و نحوه پر نمودن پرسش نامه به افراد بیان شد. دو پرسش نامه برای این طرح در نظر گرفته شد یکی به صورت عمومی بوده و در اختیار تمام افراد قرار می گرفت و پرسش نامه دوم (Oswestry) صرفاً در اختیار افرادی قرار می گرفت که در یک ماه گذشته گزارشی از کمردرد بیان داشته اند. مواردی که در پرسش نامه اول اندازه گیری شد شامل اطلاعات کلی از شرکت کنندگان، مانند: سن، وزن، قد، شاخص توده بدنی، مدت زمانی که از قطع عضو می گذشت، مدت زمانی که از دریافت پروتز گذشته بود، وزن پروتز و مدت زمانی که در طی روز از پروتز استفاده می کند (بر حسب ساعت) بود.

همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد در طی یک ماه گذشته شدت درد استامپ و درد کمر خود را با استفاده از مقیاس چشمی درد (visual analogue scale) (بین صفر تا ده) مشخص نمایند. لازم به ذکر است که استفاده از مقیاس چشمی درد برای اندازه گیری و کمی کردن درد روش رایج و شناخته شده ای است و در مقالات متعدد به آن استناد شده است (۱۲). در این روش از شرکت کنندگان خواسته می شود شدت درد خود را روی یک خط افقی به طول ده سانتی متر که از صفر تا ده علامت گذاری شده است مشخص نمایند. عدد صفر نشان دهنده حالتی است که اصلاً دردی ندارد و عدد ده حد اکثر شدت درد ممکن را نشان می دهد.

برای ارزیابی شیوع کمردرد و اثر آن بر جنبه های مختلف زندگی،

یافته‌ها

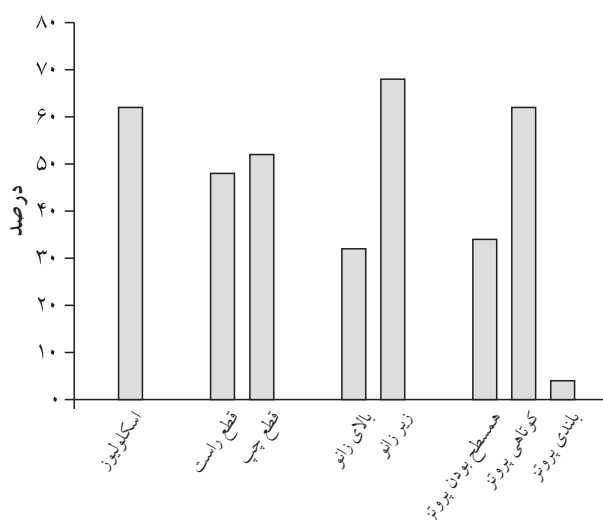
مشخصات افراد شرکت کننده در این تحقیق در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱- مشخصات افراد مورد بررسی

میانگین ± انحراف معیار	حداقل	حداکثر
قد (سانتی‌متر)	۱۶۷	۱۸۷
وزن (کیلوگرم)	۵۳	۹۱
سن (سال)	۱۸	۸۷
شاخص توده بدنی (کیلوگرم/مجدورمتر)	۲۳/۵	۲۶/۷
میانگین ± انحراف معیار	۱۷۱/۱ ± ۱۰/۵	
میانگین ± انحراف معیار	۷۱/۹ ± ۱۰/۵	
میانگین ± انحراف معیار	۴۲/۲۴ ± ۱۳/۸	
میانگین ± انحراف معیار	۲۴/۳ ± ۲/۶	

جدول ۲- اطلاعات مربوط به پروتز

میانگین ± انحراف معیار	حداقل	حداکثر
مدت قطع عضو (سال)	۱	۴۰
مدت دریافت پروتز (سال)	۲	۳۹
مدت استفاده از پروتز در طی روز (ساعت)	۳	۱۴



نمودار ۱- برخی از متغیرهای مورد بررسی در افراد قطع عضو مبتلا به کمردرد

بحث و نتیجه‌گیری

بسیاری از کسانی که دچار قطع عضو اندام تحتانی شده‌اند کمردرد را نیز تجربه کرده‌اند. کمردرد می‌تواند تاثیرات بسیار منفی بر روی توانایی فرد ایجاد نماید. مطالعاتی نیز این زمینه صورت گرفته است (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸).

نتایج این تحقیق نشان داد که کمردرد در بین آمپوتته‌های اندام تحتانی از شیوع به نسبت بالایی برخوردار بود (حدود ۷۵ درصد) که مشابه نتایج تحقیقات انجام شده توسط Dawn M. Ehde و Ephraim PL است. نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهند که کمردرد به طور تعجب برانگیزی در بین آمپوتته‌های اندام تحتانی شیوع زیادی دارد (۲، ۴). از نتایج به دست آمده در تحقیق حاضر می‌توان به رابطه بین کمردرد و اسکولیوز در افراد قطع عضو اندام تحتانی اشاره نمود. اگرچه برخی از افراد سالم با توجه به سمت غالب (چپ و یا راست دست بودن)، نحوه نشستن، راه رفتن، شغل و... دچار درجات خفیفی از اسکولیوز می‌باشند (۱۶، ۱۷)، این اسکولیوزهای خفیف در

بررسی‌ها نشان داد که ۷۳/۵ درصد افراد قطع عضو اندام تحتانی مراجعه کننده به مرکز توان بخشی هلال احمر تهران در طی یک ماه گذشته کمردرد داشته‌اند. همچنین ۶۲ درصد از این افراد دچار اسکولیوز بودند. از میان متغیرهای مختلفی که در این افراد مورد بررسی قرار گرفت بین اسکولیوز و شدت کمردرد رابطه معنی‌داری مشاهده شد ($P=0/03, r=0/78$) به علاوه بین شدت کمردرد و امتیاز پرسش‌نامه نیز رابطه معنی‌داری به دست آمد ($p=0/03, r=0/65$). به عبارت دیگر آزمون آماری همبستگی بین شدت کمردرد و عواملی مانند: «مدت زمان قطع عضو، مدت استفاده از پروتز، سمت قطع عضو، سطح قطع عضو، هم سطح بودن ارتفاع پروتز با اندام سمت سالم، وزن پروتز، درد استامپ و شاخص توده بدنی» رابطه معنی‌داری را نشان نداد ($p>0/05$).

این افراد در مقیاس چشمی درد، درد خود را $5/3 \pm 1/4$ گزارش کردند. امتیاز پرسش‌نامه Oswestry که نشان دهنده میزان ناتوانی است برای شرکت کنندگان $32/7 \pm 12/3$ به دست آمد. اطلاعات مربوط به مدت زمان قطع عضو، مدت زمانی که از دریافت پروتز گذشته است، و مدت زمان استفاده از پروتز در طی روز در جدول ۲ بیان شده است.

دیگر متغیرهای بررسی شده در افراد قطع عضو که دچار کمردرد بودند در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

یافته‌ها همچنین نشان دادند که بیشترین مشکل افراد قطع عضو در هنگامی که کمردرد داشتند مربوط به بلند کردن اجسام (۲۷٪) و کمترین مشکل نیز به مشکلات جنسی (۰/۶٪) مربوط بود.

ارتفاع بلندتر از سمت سالم را مورد استفاده قرار می‌دادند. این تحقیق همچنین نشان داد که بین شدت کمر درد و امتیاز پرسش نامه رابطه معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که هرچه میزان درد بیشتر باشد امتیاز پرسش نامه هم بیشتر می‌باشد. با توجه به اینکه کسب امتیاز بالاتر پرسش نامه مذکور به معنی کاهش توانایی و فعالیت‌های عملکردی فرد می‌باشد و در این تحقیق نیز افرادی که کم‌درد داشتند امتیاز پرسش نامه آنان نیز بالاتر بود و ناتوانی بیشتری داشتند، لذا لازم است به مشکل کم‌درد در افراد قطع عضو اندام تحتانی توجه ویژه‌ای شود. کم‌درد یکی از عوامل مهم در کاهش استقلال فردی می‌باشد (۱۴) و در اغلب موارد هنگامی که فرد کم‌درد را تجربه می‌نماید ممکن است نیازمند کمک دیگران برای انجام کارهای روزمره شود. این مسئله در افراد قطع عضو اندام تحتانی، به خصوص قطع عضو بالای زانو، اهمیت بیشتری دارد. آمپوتیه‌های اندام تحتانی در مقایسه با گروه‌های نرمال توانایی و عملکرد کمتری دارند، این ناتوانی در هنگام بروز کم‌درد بیشتر مشهود می‌باشد. قطع عضو به عنوان یکی از عوامل مهم در کاهش توانایی و استقلال فرد می‌باشد (۱۸، ۱۹). اکثر شرکت‌کنندگان اظهار داشتند که در هنگام بروز کم‌درد مجبور به استراحت در منزل بودند و این مشکل نه تنها فعالیت‌های فردی و اجتماعی آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بلکه در طولانی مدت نیز احتمال بروز محدودیت‌های بیشتری را مطرح می‌سازد. چنانچه فرد آمپوتیه در طولانی مدت فعالیت‌های حرکتی کمتری داشته باشد و از پروتز خود استفاده نکند نیاز به توان بخشی و آموزش مجدد دارند، همچنین ممکن است در شکل و حجم استامپ بیمار تغییراتی مانند آتروفی و هایپرتروفی ایجاد شود و پوشیدن پروتز برای فرد مشکل گردد. بنابراین لازم است در توان بخشی و درمان این بیماران به وجود و درمان کم‌درد اهمیت ویژه‌ای داده شود.

میانگین مدت زمان دریافت پروتز در نمونه‌های این تحقیق بیش از ۱۳ سال بود و در واقع اغلب شرکت‌کنندگان حداقل به مدت یک سال از پروتز خود استفاده می‌کردند. گرچه نتایج تحقیق Stam HJ نشان داد که بین شدت کم‌درد آمپوتیه‌ها با مدت زمان دریافت پروتز رابطه مستقیمی وجود دارد (۵)، اما نتایج تحقیق حاضر این نظریه را تایید نمی‌نماید و بین مدت زمان دریافت پروتز و شدت کم‌درد آنان رابطه معنی‌داری حاصل نشد.

تحقیق حاضر نشان داد که ۶۸ درصد شرکت‌کنندگان دچار قطع

افراد نرمال مشکل ساز نیست. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین اسکولیوز و کمر درد در افراد قطع عضو اندام تحتانی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. ۶۲ درصد افرادی که دچار کمر درد بودند اسکولیوز نیز داشتند. در برخی از تحقیقات قبل نیز به این نکته اشاره شده است که منشا بیشتر کم‌دردهای قطع عضوهای اندام تحتانی عوامل بیومکانیک و فشارهای وارده به کمر می‌باشد و عوامل دژنراتیو تاثیر کمتری در ایجاد کم‌درد دارند (۷، ۱۸). بنابراین لازم است عواملی که می‌توانند باعث ایجاد اسکولیوز شوند در برنامه توان بخشی این افراد مورد توجه قرار گیرند.

وضعیت بیمار در هنگام نشستن و راه رفتن، تحمل وزن نامناسب و نامتقارن بر روی اندام‌های تحتانی، ارتفاع نامناسب پروتز (کوت‌های و بلندی) و... به عنوان عوامل اصلی ایجاد کننده اسکولیوز در آمپوتیه‌های اندام تحتانی بیان شده‌اند (۱۷، ۱۸، ۱۹)، از میان عوامل مختلفی که ممکن است موجب بروز اسکولیوز در این افراد شود ارتفاع پروتز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. افراد با قطع عضو بالای زانو تمایل دارند ارتفاع پروتزشان کوتاه باشد تا در حین راه رفتن مفصل زانوی پروتز را به سادگی خم نموده و پنجه پروتزی (کفش) با زمین برخورد ننماید. با تغییر حجم استامپ بیمار نیز ارتفاع پروتز دستخوش تغییرات می‌شود به طور مثال با لاغر شدن استامپ بیمار، به نظر می‌رسد که سوکت پروتز برای بیمار گشاد شده و استامپ در داخل آن بیشتر از حد لازم فرو رفته و ارتفاع پروتز نیز کوتاهتر خواهد شد. در هنگامی که استامپ دچار تورم شده است سوکت پروتز برای وی تنگ خواهد بود و در هنگام راه رفتن به نظر می‌رسد که ارتفاع پروتز بلندتر از حالت طبیعی می‌باشد. گاهی اوقات سیستم تعلیق پروتز دچار مشکل شده و نمی‌تواند به خوبی پروتز را در سر جای خود نگه دارد و فرد در هنگام راه رفتن دچار مشکل می‌شود. با تغییر ارتفاع پاشنه کفش مورد استفاده آمپوتیه‌های اندام تحتانی نیز ارتفاع پروتز دستخوش تغییرات خواهد شد. عوامل یاد شده فوق (آتروفی و تورم در استامپ، ارتفاع پاشنه و...) می‌توانند در طولانی مدت باعث ایجاد اسکولیوز در ستون فقرات شوند و پس از مدتی نیز کم‌درد آمپوتیه را بیشتر نماید (۱۷، ۱۸، ۱۹)، در تحقیق حاضر در ۳۴ درصد از افراد قطع عضو اندام تحتانی ارتفاع پروتز دقیقاً به اندازه اندام سمت سالم بود، در حالی که ۶۲ درصد از افراد پروتز با ارتفاع کوتاهتر و ۴ درصد پروتز با

این افراد این مطلب اغلب نادیده انگاشته می‌شود. همچنین در برنامه‌های توان بخشی این افراد تنها به عضو قطع شده و پروتز توجه می‌شود در حالی که نتایج این تحقیق نشان می‌دهد توجه به کمر درد نیز در این افراد ضروری است. از بین عوامل مختلفی که برای کمر درد مطرح شده اند، تنها بین اسکولیوز و کمر درد ارتباط معنی‌داری به دست آمد. بنابراین به نظر می‌رسد که لازم است اسکولیوز در برنامه‌های توان بخشی این افراد بیشتر مورد توجه قرار بگیرد و ورزش‌های اصلاحی ستون فقرات در برنامه توان بخشی آنها در نظر گرفته و به آنها آموزش داده شود. از آنجا که به خاطر برخی محدودیت‌ها این تحقیق فقط بر روی مردان انجام گرفت پیشنهاد می‌شود زنان دچار قطع عضو اندام تحتانی نیز مورد بررسی قرار بگیرند.

References

- 1- Dawn EM., Czerniecki 1M., Campbell KM., Edwards.WT, Jensen MP. Chronic Phantom Sensation Phantom Pain, Residual Limb Pain, and Other Regional Pain after lower limb Amputation. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81: 1039-44
- 2- Dawn EM, Douglas SG., Czerniecki 1M, Campbell KM., Malchow DM. Back Pain as a secondary Disability in Persons With Lower Limb Amputations. Arch Phys Med Rehabil, 2001;(82): 731-4
- 3- Douglas SG, Dawn EM, Legro Marcia W,. Phantom limb, Residual limb, and back pain after Lower Extremity Amputations, Clinical Orthopaedics & Research, 1999, 361: 29-38
- 4- Ephraim PL, Wegener ST, Mackenzie E1, Pezzin LE. Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees. Arch Phys Med Rehabil, 2005; 86(10): 1910-9
- 5- Stam H1, Dommise A.M, Bussman H1. Prevalence of low back pain after transfemoral amputation related to physical activity and other prosthesis-related parameters. Disabil Rehabil, 2004, 26(8): 794-7
- 6- Shaw ET., Bosker G. low Back Pain and disability in Persons with lower-Extremity Amputation. Arch Phys Med Rehabil, 2005, (86)9: 40
- 7- Kulkarni j, Gaine W.J, Buckley 1.G, Rankine j.j, Adams 1. Chronic Low Back Pain in traumatic lower limb amputees. Clinical Rehabilitation, 2005, 19(1):81-6
- 8- shakir A, Orendurff M, Ananthakrishnan D. Lumbar Lordosis and low Back Pain in Transfemoral Amputees. Arch Phys Med Rehabil, 2006, 87(11): 49
- 9- Forret AL. Management of a low back pain patient with a prosthesis and a foot drop orthotic. 1 Can Chiropr Assoc, 2005;49(4): 297
- 10- Lavoie J. Weak back muscles related to low back pain in people with amputations..I Rehabilitation Research, 2005
- 11- Kusljugic A, Kapidzic-Durakovic S, Kudumovic Z, Cickusic A. Chronic low back pain in individuals with lower-limb amputation. Bons J Basic Med Sci, 2006, (6)2: 67-70
- 12- De Hertogh WJ, Vaes PH, Vijverman V, De Cordt, Duquet W. The clinical examination of neck pain patient: The validity of a group of tests. Manual Therapy, 2007;12:50-55
- 13- Mousavi SJ, Parnianpour M, Mehdian H, Montazeri A, Mobini B. The Oswestry Disability Index, the Roland-Morris Disability Questionnaire, and the Quebec Back Pain Disability Scale: translation and validation studies of the Iranian versions. Spine. 2006 Jun 15;31 (14):E454-9.
- 14- Dawn EM., Jensen P. Mark, Engel M.joyce and Cardenance D. Diana. Chronic Pain Secondary to Disability. Clinical Journal of Pain, 2003, 19(1):3-17
- 15- Douglas SG., Bowker H. Atlas of Amputation and Limb Deficiencies. Third Ed, American Academy of Orthopaedic Surgeon.pp: 696-7
- 16- Fisk MJ. AAOS Atlas of Orthoses and Assistive Devices. Fourth Ed, Philadelphia, Mosby 2008, P: 125
- 17- Lusardi M. and Nielson C. Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation. Second Edition, Saunders, 2007, P: 400
- 18- Engstrom B. and Van de Van c. Therapy for Amputees. Third Ed, Churchill Livingstone. Edinburgh, Toronto. 1999, PP: 145-6
- 19- Carroll K. and Edelstein J. Prosthetics and Patient Management. A Comprehensive Clinical Approach. Slack, United States, 2006, P: 37

عضو زیر زانو و ۳۲ درصد دارای قطع عضو بالای زانو بودند. نسبت قطع عضو سمت راست و چپ تقریباً یکسان بود. (۵۲ درصد قطع عضو سمت چپ و ۴۸ درصد قطع عضو سمت راست) نتایج تحقیق ارتباط معنی‌داری را بین سطح قطع عضو و سمت قطع عضو با شدت کمر درد تایید نکرد.

شاخص توده بدنی اغلب شرکت کنندگان در این بررسی بین ۲۴ تا ۲۶ به دست آمد. بین شاخص توده بدن با امتیاز پرسش نامه و شدت کمر درد نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری و پیشنهاد

کمر درد در آمپوتیه‌های اندام تحتانی شیوع بالایی دارد و می‌تواند بر روی جنبه‌های مختلف زندگی آنها اثر بگذارد ولی در ارزیابی

Evaluation of prevalence of LBP and its effects on lower limb amputees life referred to Helal Ahmar Rehabilitation Center

*Hosseini SM; MSc¹, Rezaee M; MSc², Khademi KH; PhD³, Azma K; MD⁴

Received: 10 Apr 2010

Accepted: 16 Jun 2010

Abstract

Background: LBP is a problem for lower limb amputees that is often ignored despite its adverse effects on their life. This research is trying to identify the prevalence of LBP among lower limb amputees visited at Helal Ahmar Rehabilitation Center.

Materials and methods: This is a cross sectional study that was conducted on 68 lower limb amputees. Two questionnaires were used for data collection. Also, amputees were examined by the researcher for scoliosis. Then data were analyzed using spss version 11.5.

Results: 73% was suffering from LBP. Pain severity was 5-6 on VAS. LBP directly affected their life, prosthesis weight was not heavy and amputees used their prosthesis 10 hours a day. More than 62.5% of LBP amputees showed scoliosis.

Conclusion: LBP is prevalent among lower limb amputees. Among many factors may cause LBP-such as level of amputation, time from amputation, only scoliosis showed significant relation with LBP.

Keywords: lower limb amputees, LBP, limb prosthetic

1- (*Corresponding Author) Instructor, Shahid Beheshti University (M.C), Faculty of Rehabilitation, Dept. of Physical Therapy, Tehran, Iran. Tel.: 77561722; E-mail: Majid_hoseini@sbmu.ac.ir

2- Instructor, Shahid Beheshti University (M.C), Dept. of Physical Therapy, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor,, Shaheed Beheshti University (M.C), Dept. of Physical Therapy, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Army University of Medical Sciences, Medical Faculty, Biomechanic Research Center, Tehran, Iran.