



PHYSIOTHERAPY GROUP

گاه‌نامه علمی تخصصی توان

شماره چهار، ویژه نامه بهار ۱۴۰۴



فیزیوتراپیست دکتر افشین آقازاده

رویکرد هیبریدی در درمان کمردرد

قسمت دوم: تقسیم‌بندی بیماران و راهکارهای درمانی متناسب

این موارد باید در درمان مورد توجه قرار گیرند. یک ارزیابی جامع از ویژگی‌های روانی - اجتماعی، درمان را هدایت می‌کند. درمان‌های روانشناختی می‌توانند شامل درمان‌های رفتاری (برای اصلاح رفتارها)، درمان‌های شناختی - رفتاری (برای پرداختن به شناخت‌های مرتبط با درد) و درمان‌های مبتنی بر پذیرش که بیماران را تشویق می‌کنند تا علیرغم درد، به عملکرد طبیعی بازگردند.

تحرینات حرکتی نیز برای این گروه به‌عنوان بخشی از فعال‌سازی جسمی برای تقویت رفتارهای سالم مرتبط است، اما باید در انتخاب واژگان دقت شود تا توضیحات ارائه شده با اهداف درمان روانشناختی در تضاد نباشند (مثلاً استفاده از عباراتی مانند "تثبیت" و "محافظت" ممکن است توضیح زیست‌پزشکی سنتی درباره کمردرد را تقویت کند). در نظر گرفتن مکانیسم درد (به بخش بعدی مراجعه کنید) مشخص می‌کند که آیا مکانیسم‌های نوسیسپتیو (درد ناشی از آسیب بافتی) هنوز مرتبط هستند یا خیر. در آن صورت، ممکن است نیاز به اصلاح حرکت، پوسچر و یا فعال‌سازی عضلات باشد.

گروه متوسط‌خطر: ارزیابی دقیق مکانیسم درد برای راهنمایی درمان

تخصیص بیماران به گروه با خطر متوسط نشان دهنده این است که برای هدایت درمان، نیاز به ارزیابی دقیق‌تری وجود دارد. برای این گروه، مزایای بالقوه رویکرد هیبریدی بیشتر آشکار می‌شود. به عنوان اولین قدم، تفسیر بالینی مکانیسم اولیه درد (نوسیسپتیو، نوروپاتی یا حساسیت مرکزی) که عامل تداوم درد است، ضروری است. این مرحله راهنمایی می‌کند که کدام حوزه‌ها باید در ارزیابی و درمان در اولویت قرار گیرند.

پیش‌تر اشاره شد که پیچیدگی و چندعاملی بودن کمردرد، مدیریت آن را به یک چالش تبدیل کرده است. در این راستا، رویکردهای نوین در تلاشند تا با تقسیم‌بندی بیماران به زیرگروه‌های همگن‌تر، اثربخشی درمان‌ها را بهینه سازند. همچنین اشاره شد که در رویکرد هیبریدی بیماران کمردردی در قدم اول با توجه به پیش‌آگهی بیماری و به کمک ابزار استارت بک (START BACK) با ارزیابی عوامل خطر روانی - اجتماعی و همچنین شدت درد و محدودیت‌های فیزیکی، در سه سطح خطر (پایین، متوسط و بالا) طبقه‌بندی می‌شوند. با اینکه به این موضوعات در جلد قبلی گاه نام‌ها اشاره شده بود، در این قسمت قصد داریم تا کمی مفصل‌تر در رابطه با درمان زیرگروه‌های مختلف از نگاه ریسک خطر بپردازیم.

گروه کم‌خطر: مسیر درمانی - اطمینان بخشی، آموزش و فعال ماندن

بیمارانی که در گروه با ریسک پایین قرار می‌گیرند، معمولاً علائم خفیف تا متوسط و عوامل خطر اندکی دارند. همان‌طور که توسط ابزار استارت بک توصیه شده است، گروه کم‌خطر با یک مداخله کوتاه مدت مدیریت می‌شود؛ که شامل ارائه اطمینان، آموزش خودمدیریتی و تشویق به فعالیت‌های روزمره است، همراه با تقویت رفتارهای سالم. هدف درمان این گروه، پیشگیری از مزمن شدن درد و توانمندسازی بیمار در مدیریت وضعیت خود می‌باشد.

گروه پرخطر: مسیر درمانی - مراقبت روانشناختی

بیماران گروه با ریسک بالا با درد شدید، ناتوانی قابل توجه و سطح بالایی از عوامل خطر روانی - اجتماعی مواجه هستند. بیماران براساس ویژگی‌های روانی - اجتماعی که نشان‌دهنده باورها، نگرش‌ها، شناخت‌ها و رفتارهای ناسالم درباره درد هستند، در گروه پرخطر قرار می‌گیرند.



فیزیوتراپیست دکتر افشین آقازاده

• تشخیص مکانیسم اولیه درد

در نبود یک استاندارد طلایی، مکانیسم اصلی درد بر اساس ویژگی‌های بالینی درد شناسایی می‌شود. هرچند تلاش‌هایی برای توسعه ابزارهای مناسب جهت این مرحله در حال انجام است. اکثر متخصصان ترکیب مصاحبه و پرسشنامه‌ها را توصیه می‌کنند، در حالی که برخی دیگر معاینه بالینی عملکرد سیستم درد را پیشنهاد داده‌اند. یکی از مشکلات در تفکیک مکانیسم‌های درد، همپوشانی آن‌هاست. به عنوان مثال اکثر افراد با درد نوسیسپتیو یا نوروپاتیک طولانی مدت، تا حدی حساسیت مرکزی نیز دارند. با این حال این همپوشانی کارایی این روش را محدود نمی‌کند، بلکه بر برخی عناصر انتخاب درمان تأثیر می‌گذارد.

• شناسایی مکانیسم درد چگونه می‌تواند انتخاب روش درمانی را هدایت کند؟

در یک چارچوب چندرشته‌ای، این اطلاعات می‌تواند تخصیص درمان‌های متنوعی از جمله موارد زیر را راهنمایی کند: مدیریت دارویی (بسیاری از داروها اثرات خاصی بر مکانیسم‌های درد دارند)، مداخلات روانشناختی (مانند شرطی‌سازی ترس، مهارت‌های مقابله با درد)، آموزش‌های سفارشی‌شده درد و مداخلات فیزیکی (در طیفی از فعالیت فیزیکی عمومی تا تمرینات کنترل حرکتی فردی). به عنوان یک راهنمای کلی، درمان‌ها و ارزیابی‌ها برای هر گروه از مکانیسم‌های درد، سوگیری‌های متفاوتی خواهند داشت. برای مثال درد نوسیسپتیو سوگیری بیشتری به سمت ارزیابی ویژگی‌های فیزیکی و درد مرکزی سوگیری بیشتری به سمت ارزیابی در حیطه روانشناختی دارد.

الف. حساسیت مرکزی (CENTRAL SENSITIZATION)

وقتی درد عمدتاً توسط حساس‌سازی مرکزی حفظ می‌شود، تئوری موجود (و برخی شواهد) از رویکردی با سوگیری به سمت درمان‌های روانشناختی حمایت می‌کند، مشابه آنچه برای گروه پرخطر توصیه می‌شود، به منظور کاهش حساسیت و فعال‌سازی بیمار. ویژگی‌های روانشناختی ممکن است فرآیندهای بیولوژیکی زیربنای حساس‌سازی مرکزی را تنظیم یا تعدیل کنند، اما مکانیسم‌هایی که از طریق آنها مدیریت

روانشناختی باعث کاهش حساس‌سازی می‌شوند، متنوع هستند. درمان‌های مبتنی بر روانشناسی ممکن است نیازمند مشارکت روانشناس یا فیزیوتراپیست با آموزش تخصصی در این حوزه باشد. تمرینات حرکتی به عنوان بخشی از مداخله رفتاری می‌تواند برای تغییر رفتار و شناخت درباره درد مهم باشد (فعالیت درجه‌بندی شده).

هدف چنین مداخله‌ای ممکن است ایجاد تجربه حرکتی سالم و کمک به بازگشت عملکرد باشد. توجه به سایر مداخلات سبک زندگی مانند بهداشت خواب ممکن است لازم باشد. برای مدیریت پزشکی، برخی دسته‌های دارویی توصیه می‌شوند، اما ممکن است تنها یا بهترین راه حل نباشند.

ب. درد نوسیسپتیو (NOCICEPTIVE PAIN)

بحث قابل توجهی در مورد ارتباط بین ورودی مداوم نوسیسپتیو (تحریک دردناک) و درد وجود دارد. رابطه یک به یک بین ورودی نوسیسپتیو و درد وجود ندارد. این نحوه تجربه درد نیست. درد محصول سیستم عصبی است که بر اساس تمام اطلاعات دریافتی، همراه با فرآیندهای شناختی، عاطفی و بیولوژیکی دیگر تولید می‌شود. به خوبی ثابت شده که نوسیسپشن نه لازم است و نه کافی تا درد را بتوان توضیح داد. با این حال، منطقی است که انتظار داشته باشیم برای حداقل برخی از افراد مبتلا به درد مداوم، تجربه درد ممکن است توسط ورودی نوسیسپتیو مداوم حفظ شود. این بدان معنا نیست که درد صرفاً با حذف ورودی نوسیسپتیو قابل تسکین است، بلکه احتمالاً این عامل می‌تواند بخش مهمی از روند بهبودی در این افراد باشد.

مطالعاتی که با استفاده از بی‌حسی موضعی توانسته‌اند درد را کاهش دهند، تا حدی از این دیدگاه حمایت می‌کنند. اما باید تأثیرات مفید احتمالی ناشی از صرفاً «اقدام کردن» برای تسکین درد را نیز در نظر گرفت، که ممکن است کاهش درد ناشی از تسکین محیطی را توضیح دهد. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد افراد کاهش درد را گزارش می‌دهند، حتی زمانی که ورودی نوسیسپتیو کاهش نیافته است، صرفاً به این دلیل که برای محافظت از ناحیه دردناک «اقدامی» انجام داده‌اند.



فیزیوتراپیست دکتر افشین آقازاده

که ترکیب روشهای مختلف احتمالاً مفیدتر است، زیرا برخی بیماران را نمیتوان به وضوح در یک روش دسته‌بندی کرد یا ممکن است به درمان پیشنهادی پاسخ مورد انتظار را ندهند.

در نهایت، انتخاب مدل زیرگروه‌بندی یا استدلال بالینی به مهارت‌ها، آموزش و ترجیح درمانگر و همچنین ترجیح بیمار بستگی دارد. در حالت ایده‌آل، درمانگران باید تجربه‌ای در کار با چندین سیستم مختلف داشته باشند تا انعطاف‌پذیری لازم برای تطبیق ارزیابی و درمان با ویژگی‌های فردی هر بیمار را داشته باشند. همانطور که پیش‌تر اشاره شد، بسیاری از افراد دسته‌بندی شده در گروه درد نوسیسپتو اولیه ممکن است علائمی از حساسیت مرکزی یا مکانیسم‌های نوروپاتیک نیز نشان دهند. در چنین مواردی، توجه به فاکتورهایی مانند عناصر روانشناختی ضروری خواهد بود. به عبارت دیگر، رویکرد درمانی باید ترکیبی از ارزیابی دقیق کنترل حرکتی و در نظر گرفتن عوامل حساس‌کننده سیستم عصبی باشد تا بهترین نتیجه حاصل شود.

ج. درد نوروپاتیک (NEUROPATHIC PAIN)

در بیمارانی که درد آنها ناشی از مکانیسم‌های نوروپاتیک فعال است، رویکرد درمانی باید چندبعدی باشد و به صورت متعادل، هم ویژگی‌های فیزیکی و هم روانشناختی را در نظر بگیرد. مانند بیماران مبتلا به حساسیت مرکزی، روش‌های روانشناختی و آموزشی با هدف کاهش حساسیت سیستم عصبی می‌توانند بسیار کمک‌کننده باشند. این روش‌ها را می‌توان به صورت ترکیبی با درمان دارویی به کار برد. در مواردی که درد نوروپاتیک محیطی وجود دارد و درد با تحریک عصبی تشدید می‌شود، آموزش‌های اصلاحی مربوط به پوسچر، الگوهای حرکتی و فعال‌سازی عضلات می‌تواند مؤثر باشد. ارزیابی تخصصی نورودینامیک می‌تواند عوامل خاص تشدیدکننده درد را شناسایی کند و به این ترتیب، انتخاب روش درمانی را هدفمندتر نماید.

در مجموع، مدیریت درد نوروپاتیک نیازمند رویکردی یکپارچه است که شامل مداخلات روانی، تحرینات فیزیکی تخصصی، دارودرمانی و در صورت نیاز تکنیک‌های دستی و عصبی - عضلانی می‌شود.

اگر فرض بر وجود عنصر نوسیسپتو باشد، آنگاه ارزیابی دقیق نحوه استفاده فرد از بدن خود و تأثیر آن بر تجربه درد ضروری است تا الگوهای حرکتی، وضعیتی، فعالیت عضلانی مرتبط شناسایی شوند. ویژگی‌های روانشناختی نیز نیاز به توجه دارند، اما معمولاً با تأکید کمتری مدنظر قرار می‌گیرند. شناسایی راهبردهای غیربهبه‌بارگذاری بافتی احتمالاً بیشتر برای افراد گروه با ریسک متوسط که درد نوسیسپتو دارند، مرتبط است. یک فرض اساسی در روش‌های کنترل حرکتی این است که درد توسط ورودی نوسیسپتو مداوم ناشی از بارگذاری بافت‌ها (غیر از بافت عصبی) حفظ می‌شود. این مسئله به شدت فردی است. بنابراین بیماران نیاز به ارزیابی دقیق نحوه استفاده از بدن خود دارند تا ویژگی‌های کنترل حرکتی مرتبط با بارگذاری غیربهبه‌بارگذاری شناسایی شود.

همانطور که پیش‌تر بحث شد، چندین روش برای کمک به این ارزیابی وجود دارد. در این مرحله، منطقی است که به زیرگروه‌بندی مبتنی بر حرکت و روش‌های استدلال بالینی توجه شود تا ویژگی‌های کنترل حرکتی مرتبط برای هدفگیری درمان شناسایی شوند. هر روش زیرگروه‌بندی مبتنی بر حرکت شامل مصاحبه با بیمار و مجموعه‌ای از ارزیابی‌های وضعیتی و آزمون‌های حرکتی است تا ویژگی‌هایی که علائم را تشدید یا تسکین می‌دهند، شناسایی شوند. همانطور که گفته شد، هر روش پایه‌های متفاوتی دارد و از شیوه‌های مختلفی برای شناسایی ویژگی‌های مرتبط با تظاهرات بالینی استفاده می‌کند که ممکن است به عنوان اهداف درمان در نظر گرفته شوند.

بین این روش‌ها همپوشانی و تفاوت‌هایی وجود دارد. به طور خلاصه، بیشتر آنها شامل مؤلفه‌ای از تغییر شناختی در حرکت، وضعیت، فعالیت عضلانی هستند، با تأکیدهای متفاوت، تا راهبرد بارگذاری بافتی را اصلاح کنند. برخی روش‌ها درمان‌های غیرفعال یا حرکات تکراری را پیشنهاد می‌دهند، در حالی که برخی دیگر بر بهینه‌سازی وضعیت، حرکت، فعالیت عضلانی تأکید بیشتری دارند. هنوز مبنای مشخصی برای ترجیح یک روش بر دیگری وجود ندارد. یک مرور اخیر نشان می‌دهد



فیزیوتراپیست غزاله مکرّم

اهمیت تسلط به روانشناسی ورزشی برای فیزیوتراپیست های ورزشی:

مجموعه ای از شرایط وجود دارد که ورزشکار در حین پروسه ی درمان آسیب و ریکاوری از آسیب با آن ها مواجه هست، از جمله:

- آسیب ورزشی، درد و ناراحتی ایجاد میکند که باعث اختلال در استقلال فرد می شود.
- با توجه به شدت آسیب، میزان فعالیت ورزشی کم شده و ورزشکار از تیم دور می شود.
- محیط ورزشی، شخصی، کاری و اجتماعی ورزشکار به دنبال آسیب تحت تاثیر و تغییر قرار می گیرد.
- افسردگی، خشم، تحریک پذیری، یأس و ناامیدی به دنبال آسیب ایجاد می شوند.
- درمان یک آسیب ورزشی نیاز به زمان، فداکاری و تلاش دارد.

در نتیجه برای ریکاوری مناسب از آسیب باید جنبه های روانشناسی آن را هم در نظر داشته باشیم:

- وجود برنامه ی درمانی منسجم بین تمام متخصص های تیم (پزشک، فیزیوتراپیست، مربی و ...)
- آگاهی دادن به ورزشکار نسبت به تمام جنبه های آسیب
- آماده سازی ورزشکار برای وقوع آسیب مجدد!
- آگاه سازی سایر افراد تیم و اعضای خانواده ی ورزشکار نسبت به آسیب

یک فیزیوتراپیست ورزشی از داشتن دانش روانشناسی ورزشی بسیار سود می برد، زیرا ریکاوری فیزیکی اغلب با سلامت روانی و عاطفی در هم تنیده است. زمانی که ورزشکاران احساس می کنند درک شده اند، احتمال بیشتری وجود دارد که به طور کامل در توانبخشی شرکت کنند. دانش روانشناسی ورزشی به فیزیوتراپیست ها این امکان را می دهد که به طور موثرتر ارتباط برقرار کنند، یک محیط حمایتی ایجاد کنند و اعتماد و تعهد ورزشکار را به این فرآیند افزایش دهند.

طبق مطالعات انجام شده بین 3 تا ده میلیون آسیب ورزشی به صورت سالانه تنها در آمریکا اتفاق می افتد که بیشتر افرادی مستعد آسیب هستند که به لحاظ روانشناسی، ترس از آسیب دارند یا دچار مشکلات روانشناختی تاثیر گذار بر عملکرد هستند. آسیب ورزشی تنها جنبه ی FUNCTIONAL ندارد بلکه تاثیرات PSYCHOLOGICAL هم دارد که به دنبال آن تاثیرات SOCIAL و خیلی مواقع FINANCIAL هم ایجاد می شوند.

اساسا آسیب های ورزشی به دو دلیل اتفاق می افتند:

• عوامل داخلی (INTERNAL FACTORS)

MEDICALO

BIOMECHANICALO

PSYCHOLOGICALO

PHYSIOLOGICALO

- تمرین کم در یکسری از تکنیک ها
- نداشتن تمرینات پیشگیری کننده
- عادت های نادرست تغذیه و خواب

• عوامل خارجی (EXTERNAL FACTORS)

- لوازم و تجهیزات ورزشی
- تغییر در برنامه های تمرینی
- تغییر در رفتار هم تیمی ها و کادر تیم
- سرعت نامناسب در بازی یا فرکانس متغییر تمرینات
- متعیرهای وابسته به زندگی شخصی فرد مثل مشکلات خانوادگی، مالی، تغییر محل زندگی و ...

از طرف دیگر یک آسیب می تواند تبدیل شود به یک ریسک فاکتور برای آسیب بعدی و همین قضیه منجر به ایجاد یک پتانسیل استرس زا می شود که سیکل معیوبی را در ورزشکار ایجاد می کند. به این ترتیب که میزان اضطراب در فرد بالا می رود، توجه و تمرکز کم می شود، اعتماد به نفس کاهش می یابد و در نتیجه ریسک آسیب مجدد بیشتر می شود.



فیزیوتراپیست غزاله مکرّم

• MOBILIZATION PHASE

در این فاز شانس های بازگشت به ورزش بیشتر می شود بنابراین زمان بندی فصل جدید و تمام نیاز های ورزشکار باید در نظر گرفته شوند.

○ مدیریت استرس در رابطه با آسیب مجدد
○ از بین بردن ترس از برنگشتن به شرایط عملکردی قبل از آسیب

○ از بین بردن حس تنهایی فرد در بین افراد تیم و حس عدم تعلق به تیم

گاه ها ورزشکاران پس از آسیب دچار یک مقاومت منفی می شوند که در جنبه های مختلف خود را نشان می دهد. در این شرایط یک فیزیوتراپیست ورزشی با شناخت انواع مقاومت ها می تواند این مانع بزرگ برای پیشرفت بهتر را از بین ببرد.

انواع مقاومت های پس از آسیب:

○ نظر دادن: ورزشکار سعی در تحمیل نظر حتی به اشتباه، در روند درمان دارد.

○ ایجاد چالش کردن: نظرات و پیشنهادات متخصصان را نعیب پذیرد.

○ بی احترامی کردن

○ خصوصیت داشتن: هر نوع درخواستی را برعکس انجام می دهد.

○ دعوا کردن

○ انکار کردن: مشکلش را نمی پذیرد و تعایلی به درمان نشان نمی دهد.

○ مقصر داشتن: در پروسه ی درمان هر مشکلی ایجاد شود دیگران را مقصر می داند.

○ بهانه تراشیدن: فعالیت های خواسته شده را انجام نمی دهد.

○ تحقیر کردن و بی فایده دانستن کار متخصصین بدبینی

○ رها کردن مسیر درمان: عدم اعتماد به درمانگر تسلیم شدن

به طور خلاصه هرچه یک فیزیوتراپیست ورزشی به لحاظ روانی بهتر بتواند یک ورزشکار را آنالیز کند، ارتباط موثرتری با او می تواند برقرار کند، اعتماد بیشتری به خود جلب کرده و درمان موثرتری ارائه دهد و این مسیر تنها با داشتن دانش روانشناسی ورزشی اتفاق می افتد.

مداخلات PSYCHOLOGICAL ای که برای پیشگیری از آسیب توسط فیزیوتراپیست ها می توانند اجرا شوند:

• آموزش مربیان در جنبه های مختلف PSYCHOLOGICAL شناختن ریسک فاکتورها، شناختن پروسه های گرم و سرد کردن یا ریکاوری صحیح، آموزش سبک زندگی و داشتن روتین سالم

• تمرین روی منبع های PSYCHOLOGICAL

آموزش کنترل برانگیختگی، کنترل توجه، کنترل تصویرسازی یا VISUALIZATION، آگاه سازی به روند پیشرفت

• برنامه ریزی با فاکتورهای واقعی

اهداف و خواسته های مشخص، تمرینات و موقعیت های تمرینی متنوع، هدف گذاری شخصی و تیمی

• پیشرفت منابع تکنیکال

مرور مداوم اطلاعات و تکنیک ها با ورزشکار، آنالیز ویدیوهای در دسترس قدیمی از ورزشکار، تمرین تکنیک های مسابقه ای

پس از وقوع آسیب 3 فاز مختلف وجود دارد:

RECOVERY: ورزشکار در حال دنبال کردن برنامه ی توانبخشی می باشد.

READAPTATION: ورزشکار بیشتر در فعالیت های ورزشی شرکت کرده و به شرایط تمرینی تیم نزدیک می شود.

RETRAINING: ورزشکار به تمرین و مسابقه برمیگردد.

مداخلات PSYCHOLOGICAL ای که پس از آسیب توسط فیزیوتراپیست ها می توانند اجرا شوند:

• IMMOBILIZATION PHASE

در این فاز ورزشکار تجربه ی درد، استرس و دوری از میادین را دارد.

○ آموزش تکنیک های تنفسی به منظور ریلکسیشن ورزشکار

○ استفاده از تکنیک های VISUALIZATION

○ هدف گذاری پیشرونده در درمان و تمرین درمانی
○ کاهش فشار روانی روی ورزشکار و دادن اطلاعات دقیق در رابطه با زمان بازگشت به ورزش



فیزیوتراپیست دکتر پیام غفوری

ارزیابی و درمان بعد از شکستگی های دیستال رادیوس

شکستگی دیستال رادیوس یکی از شایع ترین انواع شکستگی اندام فوقانی محسوب می شود به گونه ای که در افراد بالای ۶۰ سال از هر ۵ شکستگی یکی از آنها مربوط به شکستگی دیستال رادیوس می باشد. معمولا افرادی که دچار شکستگی دیستال رادیوس می شوند در چند سال آتی احتمال تجربه دیگر شکستگی ها در آنها افزایش می یابد که یک علت مهم آن مکانیسم شکستگی دیستال رادیوس است. از آنجایی سقوط یکی از مهم ترین مکانیسم های این آسیب بوده، پروسه توانبخشی می بایست نگاه ویژه ای به بحث اختلال تعادل در این بیماران داشته باشد.

شکستگی دیستال رادیوس در خانم های بالای ۶۰ سال و افرادی که در سنین یایسگی هستند به دلیل پوکی استخوان نسبت به مردان شیوع بیشتری دارد. علاوه بر شکستگی اهمیت زیادی از حیث مرگ و میر نیز برای این شکستگی وجود دارد زیرا امکان وجود شکستگی های دیگر نیز در این افراد وجود دارد هدف اصلی ما در حوزه توانبخشی بازگرداندن موبیلیتی و عملکرد به این افراد در کنار کاهش درد و تورم می باشد. یکی از مهم ترین مواردی که باید در این نوع شکستگی ها مورد توجه قرار داد این است که می تواند علیرغم جاناندازی صحیح توسط جراح دست، یافته های کلینیک مثبتی و صد درصدی در این بیماران یافت نشود که بر لزوم انجام توانبخشی اصولی در این افراد اشاره دارد به عبارت دیگر، بهترین جراحی ها هم نمی توانند تضمین کننده نتایج نهایی این شکستگی ها باشند.

در انواع روش های جراحی دیستال رادیوس که می تواند به دو دسته بندی کلی با استفاده از فیکساتور داخلی و خارجی تقسیم گردد. معمولا نتایج بهتری در فیکساتور داخلی نسبت به روش استفاده از فیکساتور خارجی از نظر عملکرد و ناتوانی دیده خواهد شد و حرکاتی نظیر سوپینیشن و دیویشن ها در این نوع جراحی بازگشت بهتری دارند. پس می توان چنین نتیجه گیری کرد که اگر بیماری با فیکساتور خارجی به توانبخشی مراجعه می کند احتمالا به عملکرد صد در صدی باز نخواهد گشت.

در حین ارزیابی این بیماران در حالتی که محدودیت برابری در حرکات فلکشن و اکستنشن وجود داشته باشد احتمالا با محدودیتی کپسولار مواجه هستیم ولی در حالتی که محدودیت متفاوت باشد می بایست به درگیری اسکافولونیت و میدکارپال شک کرد که نیازمند ارزیابی مخصوص خود است تا هندتراپیست دید بهتری نسبت به نوع محدودیت و درگیری سگمان ها و مفاصل اطراف به دست آورد.

مقالات متعددی در زمینه انجام سریع توانبخشی در این نوع شکستگی منتشر شده اند که توصیه می شود تمرینات حتی زمانی که دست بیماران در گچ نیز قرار دارد شروع شود تا از بروز خشکی و سفتی جلوگیری گردد و سرعت از بین رفتن ادم این افراد کاهش یابد اما متاسفانه احتمال ارجاع در این زمان به مراکز توانبخشی پایین و کمتر از ده درصد کل بیماران را تشکیل می دهد.

در صورت فیکساتور صحیح می توان حرکت را ده روز بعد از عمل شروع نمود اما در انواع مختلف جراحی ها این عدد میتواند تا 6 هفته به تعویق بیفتد و یکی از مهم ترین اقدامات در این افراد لزوم حفظ حرکات در مفاصل بالاتر مانند شانه و آرنج و پایین تر است.

در بیماران شکستگی دیستال رادیوس این نکته بسیار اهمیت دارد که تمرینات به صورت عملکردی داده شوند و تمرینات شامل تمرین با مداد برای نوشتن. فشار دادن توپ و ... باشد تا همراهی و همکاری بیمار در تمرینات افزایش یابد. در غیر اینصورت عدم انجام تمرینات توسط بیمار موجب دیرتر بهبود یافتن آنها می گردد.

نکته مهم دیگر در این نوع توانبخشی عدم عادی سازی درد می باشد و از طرفی می بایست به بیمار آموزش داد تا از دست خود استفاده نکند. در غیر اینصورت با فعال شدن مکانیسم های حفاظتی و عدم بکارگیری در فعالیت های نیازمند عملکرد همزمان دو دست موجب سوق داده شدن بیمار به سمت مرمز شدن و CRPS خواهد شد. طراحی تمرین صحیح در این افراد می تواند باز و بستن دکه و یا شستن ظرف باشد.

در نهایت می بایست اشاره نمود که این نوع شکستگی ها از مواردی بوده و هستند که نیازمند اقدامات تیمی است به گونه ای که انجام صحیح فیکساتور توسط جراح دست تنها در کنار انجام به موقع و صحیح تکنیک های هندتراپی می تواند در بازگرداندن عملکرد دست به این بیماران موثر باشند که در نهایت هدف اصلی هندتراپیست ها است.



فیزیوتراپیست دکتر میلاد طاهری

مقدمه و اپیدمیولوژی

مفصل تمپورومندیولار (TMJ) یک مفصل ساینوویال دوطرفه است که در دو طرف مجموعه فکی جمجه‌ای قرار دارد و در جویدن، بلع، گفتار و ... نقش دارد و روزانه بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ حرکت در این مفصل رخ می‌دهد.

طبق گزارش آکادمی درد دهان و صورت آمریکا، حدود ۵٪ تا ۱۲٪ از جمعیت جهان از بیماری‌های مفصل تمپورومندیولار رنج می‌برند. این اختلالات می‌تواند مجموعه‌ای از ساختارهای عضلانی اسکلتی و عصبی عضلانی را در بر گیرد که شامل عضلات جونده، مفصل یا عناصر مرتبط با آن می‌باشد که به عنوان شایع‌ترین علت درد مزمن با منشأ غیردندانی در ناحیه دهان و صورت در نظر گرفته می‌شود. در جدول زیر شیوع برخی از شایع‌ترین بیماری‌های مفصل تمپورومندیولار را مشاهده می‌کنید.

TMJ ankylosis	TMJ tuberculosis	Osteoarthritis	TMJ arthralgia	Disc displacement	Internal derangement	Myofascial pain dysfunction syndrome	Rheumatoid arthritis
87%	10%	14-15%	3-4%	8%	38%	1-10%	10%

علت شناسی

می‌تواند دردناک یا بدون درد باشد. علاوه بر موارد ذکر شده سر درد و دردهای عضلانی، ثانویه به اختلالات مفصل تمپورومندیولار شایع است. علاوه بر این، طبق سیستم طبقه بندی تشخیصی بیماری‌های مفصل تمپورومندیولار بررسی‌های اجتماعی روانی این بیماران حائز اهمیت است.

عوامل متعددی می‌توانند باعث ایجاد اختلالات مفصل تمپورومندیولار شده یا این اختلالات را تقلید کنند که در بررسی و ارزیابی باید به این موارد توجه کرد از جمله:

- مشکلات عضلانی از قبیل MYALGIA
- دردهای ارجاعی مانند TENDONITIS، MYOSITIS، TRIGGER POINT
- کانتراکچر
- تروما مستقیم یا غیرمستقیم
- بدخیمی‌ها
- اختلالات حرکتی از قبیل OROFACIAL DYSKINESIA و OROFACIAL DYSTONIA
- فیبرومیالژی
- اختلالات دستگاه عصبی مرکزی مانند HYPERALGESIA

تصویربرداری:

بررسی‌های رادیوگرافیک در تمامی بیماران با درد مفصل تمپورومندیولار باید صورت گیرد. نه‌ای هر دو مفصل حتی در افرادی که درد یک طرفه دارند در حالتی که دهان باز و بسته است باید بررسی شود. در موارد مشکوک به آسیب دیسک بین مفصلی و آسیب‌های بافت نرم نیاز به یافته‌ها و بررسی‌های MRI است.

یافته‌های بالینی

سابقه درد در فک، شقیقه، جلوی گوش یا در گوش و یا در ساختارهای جونده در 30 روز گذشته که باعث تغییر در حرکات فک و محدودیت عملکردی شده باشد. درد به هنگام باز کردن دهان، جویدن غذا، دندان قروچه کردن (BRUXISM) در هنگام صحبت کردن که معمولاً یک طرفه است اما ممکن است دوطرفه هم باشد. در برخی از بیماران هنگام باز و بسته کردن دهان صدای کلیک شنیده می‌شود که

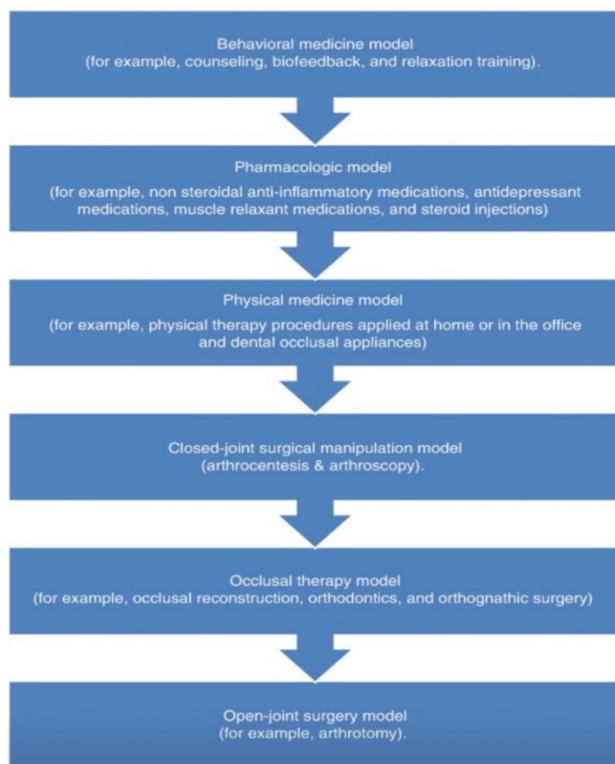


فیزیوتراپیست دکتر میلاد طاهری

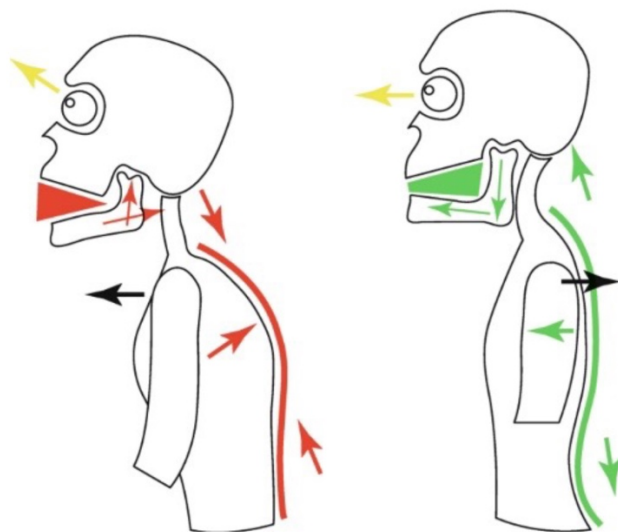
درمان

تشخیص و درمان دقیق اختلالات مفصل تمپورومندیبولار یک کار پیچیده است و نیاز به دانش و تجربه دارد. معمولاً مبتلایان به این اختلالات از مجموعه‌ای از مشکلات همراه از قبیل درد مفصل، درد عضلانی، تغییر تون عضلات، پاسچر ناهناسب (تصویر ۱) و... رنج می‌برند.

بنابراین، برای تشخیص و درمان مناسب باید به ارتباط بین سیستم‌های مختلف توجه شود. امروزه طیف وسیعی از روش‌های درمانی محافظه کارانه از قبیل، فیزیوتراپی، رژیم درمانی، دارو درمانی و درمان‌های تهاجمی مانند انواع روش‌های جراحی وجود دارد (تصویر ۲). درمان‌های محافظه کارانه در مراحل ابتدایی نتایج قابل قبولی به همراه دارند.



تصویر ۲. انواع روش‌های درمانی در بیماری‌های مفصل تمپورومندیبولار



تصویر ۱. تاثیر پاسچر ناهناسب بر راستا و عملکرد مفصل تمپورومندیبولار

درمان فیزیوتراپی

مداخلات فیزیوتراپی نقش مهمی در کاهش درد، بهبود قدرت، هماهنگی عصبی عضلانی، افزایش دامنه حرکتی و اصلاح اختلال حرکتی دارند. این مداخلات شامل:

- منوال تراپی: شامل تکنیک‌های آزادسازی بافت نرم، موبیلیزیشن مفصل با تکنیک‌های TRUST و NON-TRUST
- تمرین درمانی: با هدف افزایش دامنه حرکتی، افزایش قدرت، کسب کنترل حرکت و تعریینات پاسچرال
- الکتروتراپی: شامل لیزر درمانی، اولتراسوند، تحریکات الکتریکی
- سوزن خشک و الکتروآکوپانکچر
- تعریینات شناختی: با هدف کاهش درد با منشأ اختلالات شناختی روانی



فیزیوتراپیست سعیده سارلی

لنف ادم و دیابت:

درک استراتژی های مدیریت معرفتی لنف ادم و دیابت، دو وضعیت پزشکی متمایز، می توانند به روش هایی تلاقی کنند که به طور قابل توجهی بر سلامت و کیفیت زندگی بیمار تأثیر بگذارد. در حالی که دیابت یک بیماری مزمن شناخته شده است که بر تنظیم قند خون تأثیر می گذارد، لنف ادم یک وضعیت کمتر شناخته شده است که با تورم به دلیل انسداد در سیستم لنفاوی مشخص می شود.

آشنایی با لنف ادم و دیابت

لنف ادم زمانی رخ می دهد که سیستم لنفاوی نتواند به طور موثر مایع لنفاوی را از بدن تخلیه کند، که منجر به تورم، اغلب در بازوها یا پاها می شود. این وضعیت می تواند اولیه (ارثی) یا ثانویه باشد که در نتیجه آسیب به سیستم لنفاوی از طریق جراحی، عفونت یا ضربه ایجاد می شود. دیابت بر توانایی بدن برای تولید یا استفاده موثر انسولین تأثیر می گذارد و منجر به افزایش سطح گلوکز در خون می شود. با گذشت زمان، دیابت کنترل نشده می تواند باعث عوارض مختلفی از جمله آسیب عصبی (نوروپاتی)، آسیب کلیه و افزایش خطر عفونت شود.

لنف ادم و افراد مبتلا به دیابت

افراد مبتلا به دیابت به چند دلیل در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به لنف ادم ثانویه هستند: افزایش حساسیت به عفونت ها: دیابت می تواند سیستم ایمنی بدن را مختل کند و احتمال بروز عفونت ها را افزایش دهد. عفونت ها به نوبه خود می توانند به عروق لنفاوی آسیب برسانند و منجر به لنف ادم شوند.

ترمیم ضعیف زخم: دیابت روند بهبودی را کند می کند و حتی جراحات جزئی را به دروازه ای برای عفونت هایی تبدیل می کند که می توانند بر سیستم لنفاوی تأثیر بگذارند.

التهاب مزمن: هر دو بیماری با التهاب مزمن همراه هستند که می تواند به عروق لنفاوی آسیب برساند و عملکرد آنها را مختل کند. پیامدها برای بیماران با وجود همزمان لنف ادم و دیابت می تواند به چندین چالش منجر شود،

مشکل در مدیریت دیابت: تورم در اندام ها می تواند با محل های تزریق انسولین تداخل داشته باشد و مدیریت دیابت را دشوارتر کند.

مشکلات حرکتی: افزایش تورم می تواند تحرک را کاهش دهد و منجر به سبک زندگی بی تحرک شود که یک عامل خطر برای بدتر شدن کنترل دیابت است.

استراتژی های مدیریت

مدیریت موثر لنف ادم و دیابت برای کاهش عوارض و بهبود کیفیت زندگی بسیار مهم است. برخی از استراتژی های کلیدی عبارتند از:

مراقبت جامع: هماهنگی بین متخصصان مراقبت های بهداشتی متخصص در دیابت و فیزیوتراپیست های متخصص در زمینه لنف ادم برای ایجاد یک برنامه مراقبت جامع ضروری است.

اصلاح سبک زندگی: ورزش منظم، رژیم غذایی متعادل و مدیریت وزن می تواند به کنترل سطح قند خون و کاهش علائم لنف ادم کمک کند.

مراقبت از پوست: مراقبت دقیق از پوست برای جلوگیری از عفونت و مراقبت مناسب از زخم به دلیل افزایش خطر عفونت حیاتی است.

درمان فشرده سازی: پوشیدن لباس های فشرده می تواند با بهبود تخلیه مایع لنفاوی به مدیریت ادم لنفاوی کمک کند.

آموزش: آموزش به بیماران در مورد علائم عفونت، مراقبت مناسب از پوست و اهمیت نظارت منظم می تواند آنها را برای مدیریت موثرتر شرایط خود توانمند کند.

نتیجه

ارتباط متقابل لنف ادم و دیابت می تواند مدیریت هر دو بیماری را به طرق مختلف پیچیده کند. درک ارتباط بین آنها برای ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و بیماران به طور یکسان بسیار مهم است. از طریق راهبردهای مراقبت یکپارچه، تغییرات سبک زندگی و آموزش به بیمار، افراد تحت تأثیر هر دو شرایط می توانند به نتایج سلامت بهتر و کیفیت زندگی بهبود یافته دست یابند. پرداختن به چالش های مدیریت همزمان ادم لنفاوی به روش COMPLETE DECONGESTIVE THERAPY و دیابت نیازمند یک رویکرد مشارکتی و آگاهانه به مراقبت های بهداشتی است که بر اهمیت مراقبت و آموزش شخصی بیمار تأکید می کند.

کارگاه‌های آینده توان

لانگ ترم جامع ارزیابی و درمان سندروم‌های اختلال مکانیکی مفاصل

مدرس: فیزیوتراپیست دکتر نگهبان (اردیبهشت، تیر و شهریور ۱۴۰۴ در ۱۰ روز)



لانگ ترم جامع اختلالات کف لگن

مدرس: فیزیوتراپیست دکتر خراجی (اردیبهشت و تیر ۱۴۰۴ در ۵ روز)



لانگ ترم جامع ارزیابی و درمان اختلالات ستون فقرات با مدل TBC (دلیتو)

مدرس: فیزیوتراپیست دکتر ملهمی (خرداد و تیر ۱۴۰۴ در ۵ روز)



بازگشت به ورزش با رویکرد NASM اندام‌های فوقانی و تحتانی

مدرس: فیزیوتراپیست غزاله مکرّم (خرداد ۱۴۰۴ در ۴ روز)



لانگ ترم جامع درای نیدلینگ

مدرس: فیزیوتراپیست دکتر پوراحمدی (مرداد و شهریور ۱۴۰۴ در ۶ روز)



لانگ ترم جامع آکوپانکچر و الکتروآکوپانکچر

مدرس: فیزیوتراپیست آفرین فرهی (تیر و مرداد ۱۴۰۴ در ۶ روز)



ارزیابی عملکردی الگوهای حرکتی (SFMA)

مدرس: فیزیوتراپیست غزاله مکرّم (مرداد و شهریور ۱۴۰۴ در ۴ روز)



کارگاه کینزیوتیپینگ

مدرس: فیزیوتراپیست دکتر آقازاده (شهریور ۱۴۰۴ در ۲ روز)



بررسی الگوهای حرکتی (FMS)

مدرس: فیزیوتراپیست غزاله مکرّم (آذر و دی ۱۴۰۴ در ۴ روز)



بررسی ظرفیت عملکردی و تنفس (FCS-Y/balance and breathing)

مدرس: فیزیوتراپیست غزاله مکرّم (بهمن ۱۴۰۴ در ۲ روز)





PHYSIOTHERAPY GROUP

با ما بهتر آموختن را تجربه کنید