

بررسی مقایسه‌ای تأثیر تابش پرتوهای لیزر کم‌توان در میزان درد و ناتوانی عملکردی ناشی از کم‌دردهای غیر اختصاصی

منور هادی‌زاده^۱

سیامک بشردوست تجلی^{۲و۳}

محمد جواهریان^۱

خلاصه

مقدمه: کم‌درد یک عارضه شایع در زندگی انسان امروزی است که میزان شیوع آن در جوامع بشری از دهه سوم زندگی تا ۶۰ سالگی افزایش یافته و در زنان بیشتر گزارش شده است. هدف این مطالعه بررسی میزان تأثیر لیزرهای کم‌توان بر کم‌دردهای غیر اختصاصی است.

روش بررسی: پنج پایگاه اطلاعاتی PubMed, Ovid Medline, Cochrane Database Library, Web of Science, Ovid ACP (American College of Physicians) and RCT (Randomized Controlled Trial) and EBM (Evidence Base Medicine) جهت بررسی مطالعات در این زمینه مورد بررسی قرار گرفتند، پایگاه Web of Science از سال ۱۹۸۳ تا دسامبر ۲۰۱۵ و سایر پایگاه‌ها از سال ۱۹۶۸ تا دسامبر ۲۰۱۵ جستجو شد. معیارهای ورود شامل بررسی هر نوع لیزر کم‌توان بر روی کم‌درد، مطالعات انسانی، استفاده از گروه‌بندی تصادفی، وجود گروه کنترل، انتشار به زبان انگلیسی و در دسترس بودن مقاله به صورت کامل بود. معیارهای خروج عبارت بودند از: مطالعاتی که به صورت پایلوت و موردی انجام شده بودند و تحقیقاتی که متن کامل آن از طریق کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی تهران قابل دسترسی نبود. از ۷۱۴ خلاصه مقاله احتمالی، ۵ مطالعه معیارهای ورود به مطالعه را کسب کردند. این ۵ مطالعه توسط دو نفر از نویسندگان به طور مستقل مورد استخراج اطلاعات قرار گرفت و پس از بررسی نقادانه به کمک معیار PEDro درجه‌بندی شدند.

یافته‌ها: سه مطالعه نتایج مثبتی از کاهش درد تحت تأثیر لیزر کم‌توان همراه با درمان‌های پایه و یا به تنهایی در کم‌دردهای مزمن و حاد گزارش کردند. یک مطالعه کاهش درد و بهبود عملکرد بیماران مبتلا به کم‌درد را تحت تأثیر لیزرهای کم‌توان متوسط، محدود و زودگذر اعلام کرد. در مطالعه دیگر تفاوت قابل ملاحظه‌ای را در استفاده از لیزر کم‌توان و یا نوع پلاسما در درمان کم‌دردها گزارش نکردید. به نظر می‌رسد لیزرهای کم‌توان می‌توانند موجب کاهش دردهای مکانیکی غیر اختصاصی ناشی از کم‌درد شوند. در رابطه با میزان بهبود و مدت ماندگاری تأثیرات حاصل از کاربرد پرتوهای لیزر کم‌توان مطالعات موجود کافی نیست و نیاز به پژوهش‌های بیشتری وجود دارد.

واژه‌های کلیدی: کم‌درد، ناتوانی، لیزر کم‌توان، نوردرمانی

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دکتری تخصصی فیزیوتراپی، استادیار گروه فیزیوتراپی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. مرکز تحقیقات لیزر در پزشکی، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نویسنده مسئول: سیامک بشردوست تجلی. تلفن: ۰۲۱۷۷۵۳۳۹۳۹
پست الکترونیک: s_bashardoust@sina.tums.ac.ir

مقدمه

اختلالات ستون فقرات یکی از رایج‌ترین مشکلات در بین جوامع فعال می‌باشد که از این بین مشکلات اسکلتی - عضلانی در ناحیه ستون فقرات کمری نسبت به دیگر صدمات شایع‌تر می‌باشد [۱]. به نظر می‌رسد که شیوع کمردرد از دهه سوم زندگی تا سنین ۶۵-۶۰ سالگی رو به افزایش می‌باشد و در بین زنان نسبت به مردان بیشتر است [۱ و ۲]. کمردرد نسبت به سایر شرایط باعث ناتوانی عمومی بیشتری در افراد مبتلا می‌گردد و به عنوان یک مشکل حیاتی در سلامت عمومی در نظر گرفته می‌شود [۳ و ۴]. از نظر شرایط اقتصادی کمردرد به عنوان یکی از مشکلات هزینه‌بر در جوامع گوناگون شناخته شده است. در بررسی که در سال ۱۹۹۸ در انگلستان صورت گرفت، هزینه‌هایی که مستقیماً صرف درمان کمردرد می‌شود تنها برای یک سال ۱۶۳۲ میلیون پوند برآورد گردید [۵].

درمان‌های پیشنهادی برای کمردرد عبارت‌اند از: جراحی، درمان‌های دارویی و درمان‌های غیرتهاجمی مانند فیزیوتراپی و استفاده از ارتزهای کمکی. از بین این درمان‌ها میزان جراحی‌های ناحیه ستون فقرات کمری در چند سال اخیر به سرعت رو به افزایش بوده است [۱]. به نظر می‌رسد که درمان‌های غیرمداخله‌ای مانند فیزیوتراپی این توانایی را داشته باشند که کیفیت زندگی افرادی را که به مدت طولانی دچار کمردرد بوده‌اند، بهبود ببخشند [۶].

امروزه، لیزر کم‌توان در برخی از مراکز فیزیوتراپی برای کاهش درد ناشی از مشکلات اسکلتی - عضلانی از جمله دردهای ناحیه ستون فقرات کمری مورد استفاده قرار می‌گیرند. لیزرهای مورد استفاده در کلینیک‌های فیزیوتراپی که برای تسریع روند التیام استفاده می‌شوند شامل لیزرهای کم‌توانی می‌باشند که در انواع مختلف لیزر از کلاس ۱ تا B۳ تقسیم‌بندی می‌گردند. سطح خروجی این لیزرها با لیزرهای کلاس ۴ و ۵ که برای جراحی و یا برش استفاده می‌شوند، متفاوت است [۷]. در بعضی مواقع از نام‌هایی نظیر Photobiomodulation و یا Photobiostimulation برای درمان به وسیله لیزرهای مورد استفاده در کلینیک‌ها استفاده می‌شود که در واقع، مشخص‌کننده روش عمل این لیزرها است [۷]. نتایج ضد و نقیضی در مورد تأثیر لیزرهای کم‌توان بر کاهش درد و بهبود عملکرد ناشی از اختلالات اسکلتی - عضلانی گزارش شده است [۷]. برخی گزارشات حاکی از کاهش قابل توجه درد در مشکلات مزمن مفصلی توسط لیزر کم‌توان می‌باشد [۸] و برخی موافق این تأثیر نیستند اگرچه آن را در بهبود عملکرد مؤثر می‌دانند [۹]. از طرف دیگر مدارک و مستندات کمی برای تأثیر لیزر کم‌توان بر روی برخی دیگر از عوارض اسکلتی - عضلانی مانند آرتروز مفصل زانو وجود دارد [۱۰].

با توجه به نتایج ضدونقیضی که در مورد تأثیر لیزرهای کم‌توان بر روی اختلالات اسکلتی - عضلانی وجود دارد و همچنین اهمیت کمردرد در جوامع امروزی، نیاز به بررسی دقیق‌تری در این زمینه احساس می‌شود.

اطلاعات حاصل از این مطالعه به پژوهشگران و درمانگران امکان می‌دهد با بررسی میزان تأثیر این مداخلات بالینی و به کمک ویژگی‌های یافت‌شده درمان مناسب‌تری را برای بیماران مبتلا به کمردردهای مکانیکی با منشأ عضلانی - اسکلتی تجویز کنند.

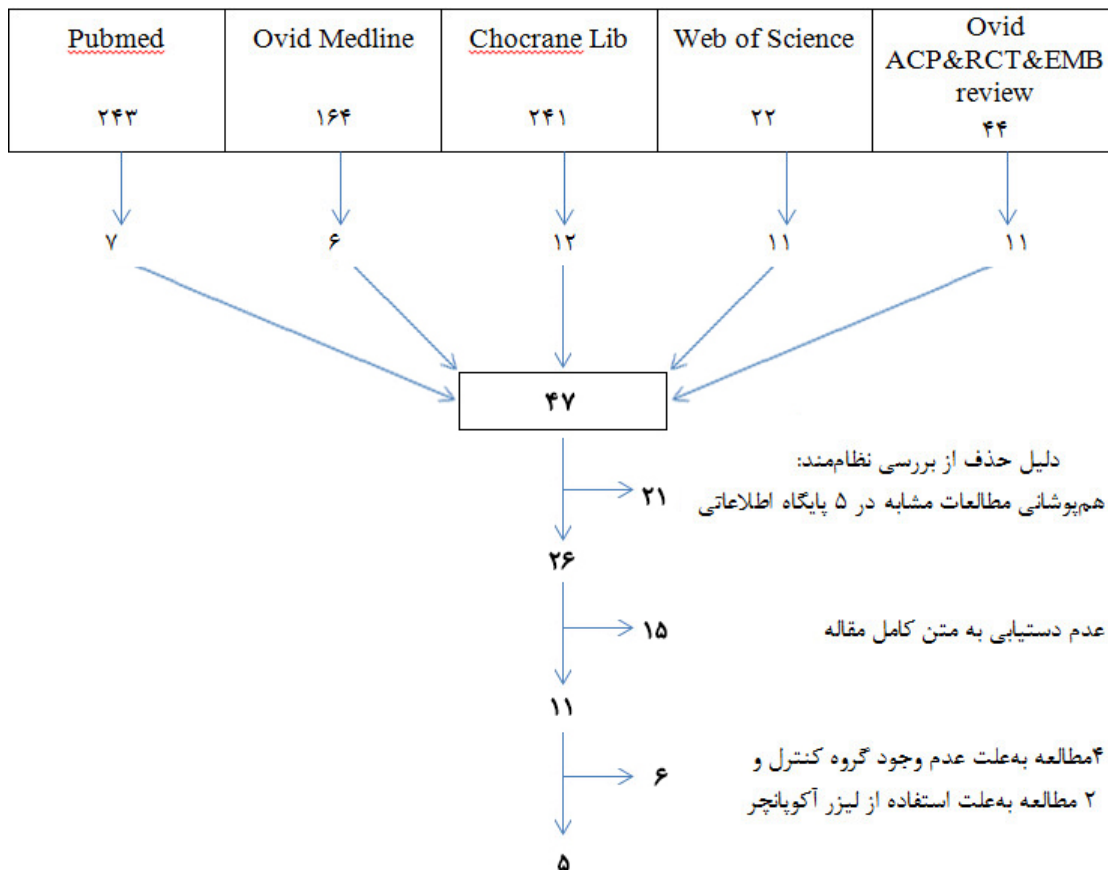
هدف مطالعه

هدف اصلی این مطالعه بررسی تأثیر لیزر کم‌توان بر روی دردهای عضلانی - اسکلتی و همچنین تغییر عملکرد (Function) در ناحیه ستون فقرات کمری می‌باشد. (مطالعه مروری)

روش بررسی و نحوه جستجو:

در این مطالعه مروری ۵ پایگاه اطلاعاتی الکترونیکی شامل Ovid ACP & RCT & EMB, Web of Science, Cochrane Database Library, Ovid Medline, PubMed جهت بررسی مطالعات انجام‌شده در زمینه تأثیر لیزر کم‌توان در کمردرد از ۱۹۶۸ تا ابتدای دسامبر ۲۰۱۵ مورد جستجو قرار گرفتند. کلیدواژه‌های مورد جستجو در این مطالعه با کمک Scopus Mesh انتخاب گردید. این کلیدواژه‌ها عبارت بودند از: Low Level Laser Therap*, LLLT, Low Power Laser, Low Level Laser Irradiation, Low Back Pain, Lumbago, Lumbar و Phototherap* Radiculopath*, Lumbar Disc Herniation, Facet Syndrome, Lumbar Arthr*, Low Back Ache

از مجموع ۷۱۴ مقاله احتمالی به دست آمده از پنج پایگاه یادشده و به کمک بررسی اولیه خلاصه مقالات، تعداد ۶۸۸ مقاله به دلیل عدم ارتباط با موضوع مورد نظر مؤلفان، استفاده از لیزر پرتوان، استفاده از لیزر کم‌توان در اختلالات دیگر بجز کمردرد، متفاوت بودن نوع مطالعه با مطالعات مورد نظر مؤلفان و... حذف گردیدند. با حذف مقالات تکراری در پایگاه‌های اطلاعاتی متفاوت، تعداد ۲۶ مقاله شرایط ورود به مطالعه را داشتند. از این تعداد ۱۵ مقاله به علت عدم دسترسی به متن کامل از طریق کتابخانه الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی تهران قابل ایتاع نبودند و از مطالعه خارج گردیدند. از تعداد ۱۱ مطالعه باقی‌مانده ۴ مطالعه به دلیل نداشتن گروه کنترل و ۲ مطالعه به علت بررسی لیزر آکوپانچر از مطالعه کنار گذاشته شدند و در نهایت ۵ مطالعه قابلیت ورود به این جستجوی نظام‌مند را پیدا کردند (تصویر ۱). پنج مطالعه نهایی توسط دو نفر از نویسندگان به طور مستقل از نظر کیفیت و روش تحقیق و براساس ۱۱ معیار درج‌شده در روش ارزیابی PEDro مورد بررسی قرار گرفتند. به هر معیار براساس بررسی مطالعه مورد نظر رتبه بله، خیر و یا ناواضح داده شد. نتایج حاصل از ارزیابی نقادانه و نمرات ذکرشده در مطالعه اخیر در موارد وجود اختلاف حاصل توافق بین دو نویسنده ارزیابی‌کننده می‌باشد.



شکل ۱: نمودار جستجوی نظام‌مند مطالعات

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی

افراد شرکت‌کننده در این مطالعات همگی با تشخیص کمردرد تحت درمان قرار گرفته بودند ولی از نظر نوع کمردرد و علت ایجاد آن، افراد در مطالعات مختلف تفاوت داشتند. در یک مطالعه [۱۱] بیماران افرادی با کمردرد حاد همراه با درد رادیکولار و در مطالعه‌ای دیگر [۱۲] افراد مورد بررسی شامل گروه‌های کمردرد حاد و مزمن بودند که به علت فتق دیسک دچار دردهای ناحیه کمر شده بودند. در دو مطالعه دیگر [۱۳ و ۱۴] افراد مورد بررسی افرادی با کمردرد مزمن بودند. در آخرین مطالعه [۱۵] افراد تحت بررسی بیمارانی با درد در ناحیه کمر و بدون درد رادیکولار بودند که میزان حاد و یا مزمن بودن عارضه در آن‌ها گزارش نشده بود (جدول ۱).

نوع لیزر مورد استفاده در این مطالعات متفاوت بود. در دو مطالعه [۱۱ و ۱۴] از طول موج ۹۰۴ نانومتر لیزر کم‌توان به ترتیب با توان‌های ۴۰ mw و ۱۰۰ mw استفاده شدند و در دو مطالعه دیگر [۱۲ و ۱۳] از لیزر GaAlAs با دو طول موج و توان شامل به ترتیب ۸۱۰ نانومتر،

معیارهای ورود

مطالعات (RCT (Randomized Control Trial که تأثیر هرگونه لیزر کم‌توان را بر روی کمردرد در نمونه‌های انسانی بررسی کرده باشند و به زبان انگلیسی از سال ۱۹۶۸ تا ابتدای دسامبر ۲۰۱۵ به چاپ رسیده باشند. این مطالعات بایستی از گروه‌بندی تصادفی استفاده کرده باشند و حتمی دارای گروه کنترل باشند و به وسیله کتابخانه الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی تهران به صورت کامل قابل دستیابی باشند.

معیارهای خروج

۱. مطالعاتی که متن کامل آن‌ها از طریق کتابخانه الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دسترس نبودند.
۲. مطالعاتی که گروه کنترل (گروه پلاسبو یا گروه عدم درمان) را نداشتند.
۳. مطالعاتی که از لیزر آکوپانچر استفاده کرده بودند.
۴. کلیه مطالعات پایلوت و موردی

جدول ۱: خصوصیات بیماران و لیزر مورد استفاده و نوع مطالعه

نویسندگان	تعداد بیماران			سن (میانگین $\pm$ انحراف معیار) بر حسب سال			نوع کمردرد	ویژگی های لیزر	انتخاب Random	وجود گروه کنترل	کور بودن
	گروه درمان	گروه پلاسبو	گروه عدم درمان	گروه درمان	گروه پلاسبو	گروه عدم درمان					
Konstantinovic et al.(2010)	۱۸۲	۱۸۲	۱۸۲	۴۳,۵ $\pm$ ۷,۷	۴۱,۸۷ $\pm$ ۸,۳۷	۴۴,۸۴ $\pm$ ۹,۲۲	کمردرد حاد همراه با رادیکولوپاتی	۹۰۴nm ۱۰۰mw ۳j/point	بله	بله	دوسو کور
Djavid et al.(2007)	T1:۲۰ T2:۲۱	۲۰	-	T1:۴۰ T2:۳۸	۳۶	-	کمردرد مزمن	(GaAlAs)۸۱۰nm ۵۰mw ۲۷j/cm ²	بله	بله	دوسو کور
Saime Ay et al.(2010)	T3:۲۰ T4:۲۰	P1:۲۰ P2:۲۰	-	T1:۴۸,۳۵ $\pm$ ۱۵,۲۲ T2:۵۲,۲۵ $\pm$ ۱۰,۷۷	P1:۴۵,۵۵ $\pm$ ۱۵,۶۶ P2:۵۴,۷۵ $\pm$ ۱۵,۰۲	-	کمردرد حاد و مزمن ناشی از فتق دیسک (LDH)	(GaAlAs)۸۵۰nm ۱۰۰mw ۴۰j/cm ²	بله	بله	دوسو کور
Basford et al.(1999)	۲۷	۲۹	-	۴۷,۸	۴۸,۲	-	کمردرد بدون درد رادیکولار	۵۴۲mw ۱,۰۶ μ m	بله	بله	دوسو کور
Soriano et al.(1998)	۳۸	۳۳	-	۶۳,۲۰	۶۴,۳۳	-	کمردرد مزمن	(GaAs) ۹۰۴nm ۴۰mw ۴j/cm ²	بله	بله	دوسو کور

T1(Treatment group 1): LLLT (low level laser therapy)

T2(Treatment group 2): LLLT + EXS

T3(Treatment group 1): Acute LDH (HP+LLLT)

T4(Treatment group 2): Chronic LDH (HP+LLLT)

P1(Placebo group 1): Acute LDH (HP+placebo LLLT)

P2(Placebo group 2): Chronic LDH (HP+placebo LLLT)

جدول ۲: تعداد جلسات درمان و زمان‌های ارزیابی و متغیرهای مورد اندازه‌گیری در هر مطالعه

نویسندگان	زمان استفاده از لیزر کم‌توان	زمان های ارزیابی	متغیرهای مورد اندازه‌گیری
Konstantinovic et al.(2010)	جلسه ۵ در هفته و در مجموع ۱۵ جلسه	قبل و بعد از اتمام جلسات درمان	VAS Modified Schober Test Ostwestry Disability Questionnaire
Djavid et al.(2007)	۲ جلسه در هفته و در مجموع ۱۲ جلسه	بعد از ۶ هفته اعمال مداخله و سپس بعد از ۶ هفته عدم اعمال مداخله	VAS Schober Test Ostwestry Disability Questionnaire
Saime Ay et al.(2010)	جلسه ۵ در هفته و در مجموع ۱۵ جلسه	قبل و بعد از اتمام جلسات درمان	VAS Modified Schober Test Modified Ostwestry Disability Questionnaire Roland Disability Questionnaire
Basford et al.(1999)	۳ جلسه در هفته و در مجموع ۱۲ جلسه	قبل از جلسه اول و بعد از جلسات ۶ و ۱۲	VAS Ostwestry Disability Questionnaire Modified Schober Test
Soriano et al.(1998)	جلسه ۵ در هفته و در مجموع ۱۰ جلسه	قبل و بعد از اتمام جلسات درمان	VAS

جدول ۳: نمرات معیار PEDro

نویسندگان	نمرات مقیاس PEDro
Konstantinovic et al.(2010)	۱۱
Djavid et al.(2007)	۹
Saime Ay et al.(2010)	۹
Basford et al.(1999)	۸
Soriano et al.(1998)	۹

یافته‌های تخصصی

درد

در سه مطالعه [۱۵و۱۴،۱۱] از مطالعات موردبررسی لیزر مورد استفاده در مقابل لیزر پلاسبو یا عدم استفاده توانست میزان درد را کاهش دهد که دو مطالعه از این سه مطالعه که تأثیر ماندگاری را داشتند از لیزر ۹۰۴ نانومتر استفاده کرده بودند. تأثیر کاهنده درد در یک مطالعه که در آن از طول موج $1/06 \mu m$ استفاده شده بود، محدود و زودگذر گزارش گردید [۱۵]. در مطالعه‌ای دیگر [۱۳] که از لیزر ۸۱۰ نانومتر استفاده شده بود، تفاوتی بین گروه لیزر و ورزش دیده نشد اما در گروه لیزر همراه با ورزش نسبت به گروه ورزش به‌تنهایی درد در طولانی مدت کاهش بیشتری یافته بود. در مطالعه دیگر [۱۲] که از لیزر ۸۵۰ نانومتر استفاده شده بود، تفاوت قابل توجهی بین گروه‌های لیزر و لیزر پلاسبو در کاهش درد گزارش نگردید. با توجه به نتایج ذکرشده از مطالعات مورد بررسی به‌نظر می‌رسد که لیزر ۹۰۴ نانومتر برای کاهش درد می‌تواند نسبت به سایر لیزرهای مورد استفاده مؤثرتر باشد و تأثیر بیشتری را به‌همراه داشته باشد و با توجه به جلسات استفاده شده در مطالعات (جدول ۲) به‌نظر می‌رسد حداقل جلسات مؤثر برای کاهش درد ۱۰ تا ۱۵ جلسه می‌باشد.

ناتوانی

در دو مطالعه [۱۵و۱۱] گروه‌های لیزر در مقابل لیزر پلاسبو تأثیر بیشتری در کاهش ناتوانی نشان دادند اگرچه در یکی از این دو مطالعه [۱۵] این تأثیر کاهنده درد محدود و زودگذر گزارش گردید. در مطالعه‌ای دیگر [۱۳] تفاوتی بین گروه‌های لیزر و ورزش دیده نشد ولی در گروه لیزر همراه با ورزش در مقابل گروه ورزش به‌تنهایی درد در مدت طولانی بهبود بیشتری را به‌همراه داشت. در مطالعه دیگر [۱۲] تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای بین گروه‌های لیزر و لیزر پلاسبو گزارش نگردید. با توجه به نتایج گزارش‌شده به‌نظر می‌رسد که لیزر ۹۰۴ نانومتر می‌تواند برای کاهش ناتوانی در افراد مبتلا به کم‌درد غیر اختصاصی با منشأ عضلانی - اسکلتی مؤثرتر واقع شود.

دامنه حرکتی

در دو مطالعه [۱۵و۱۲] تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای در دامنه حرکتی گروه لیزر و لیزر پلاسبو گزارش نگردید. در مطالعه دیگر [۱۱] بهبود دامنه حرکتی در گروه لیزر نسبت به گروه پلاسبو و همچنین گروه عدم استفاده از لیزر گزارش گردید. در مطالعه آخر [۱۳] بین گروه‌های لیزر تنها و ورزش تفاوتی دیده نشد ولی در گروه لیزر همراه با ورزش در مقابل ورزش به‌تنهایی بهبود بهتری گزارش گردید. با توجه به نتایج ذکرشده از مطالعات مورد بررسی اطلاعات کمی در رابطه با تأثیر لیزر کم‌توان بر روی دامنه حرکتی افراد مبتلا به کم‌درد غیر اختصاصی با منشأ عضلانی - اسکلتی وجود دارد اما به‌نظر می‌رسد که لیزر ۹۰۴ نانومتر نسبت به

۵۰ و ۸۵۰ mw، ۱۰۰ mw استفاده گردیده بود. در مطالعه آخر [۱۵] از لیزر Nd-Yag با طول موج $1/06 \mu m$ استفاده شده بود که توان خروجی آن ۵۴۲ mw بوده است (این مطالعه به‌علت اینکه از طرف نویسندگان به‌عنوان لیزر کم‌توان در نظر گرفته شده بود، در مطالعه قرار گرفت) (جدول ۱). تعداد جلسات درمان در دو مطالعه [۱۲و۱۱] ۱۵ جلسه در طی ۳ هفته بود و در دو مطالعه دیگر [۱۳و۱۵] ۱۲ جلسه به‌ترتیب در طی ۴ و ۶ هفته بود. تعداد جلسات در مطالعه آخر [۱۴] ۱۰ جلسه در طی ۲ هفته گزارش گردیده بود (جدول ۲).

در تمام ۵ مطالعه مورد بررسی درد به‌عنوان یکی از متغیرهای مورد اندازه‌گیری و با مقیاس VAS (Visual Analog Scale) موردبررسی قرار گرفته بود. در ۴ مطالعه [۱۳-۱۱و۱۵] دامنه حرکتی و ناتوانی نیز به‌عنوان متغیرهای مورد بررسی اندازه‌گیری شده بودند. از این دو متغیر دامنه حرکتی در یک مطالعه [۱۳] به‌وسیله Schober Test و در سه مطالعه دیگر [۱۵و۱۲،۱۱] به‌وسیله Modified Schober Test تحت بررسی قرار گرفت. از نظر میزان ناتوانی در سه مطالعه [۱۵و۱۳،۱۱] Oswestry Disability Questionnaire مورد استفاده قرار گرفته و در مطالعه دیگر از [۱۲] Modified Oswestry Disability Questionnaire و [۱۱] Roland Disability Questionnaire استفاده شده بود (جدول ۲). اطلاعات دقیق‌تر در رابطه با مقالات مذکور در جداول ۱ و ۲ قابل‌دستیابی است. بررسی کیفی این مطالعات به کمک معیار PEDro و توسط دو نفر از نویسندگان هریک به‌تنهایی (م. و س. ب. ت) صورت گرفت که نتایج به‌غیر از دومورد با هم یکسان بود. محققان با بحث و بررسی مطالعات ذکرشده در زمینه اعلام نتایج یکسان برای دو مطالعه مذکور به توافق رسیدند (جدول ۳).

آن با نتایج مطالعه مؤلفان این مقاله نشان می‌دهند که تأثیر کاهنده درد پرتوهای لیزر کم‌توان در تمامی صدمات عضلانی اسکلتی یکسان نیست. این اختلاف ممکن است تا اندازه‌ای به دلیل نوع صدمه دیدگی و میزان تغییرات دژنراتیو در مفصل زانو در مقایسه با ستون فقرات کمری و یا تفاوت میزان گیرنده‌های حسی حساس به درد در این دو موضع باشد. دیگر تفاوت احتمالی شدت عوارض و مدت‌زمان درمان در مطالعات مذکور است.

نتایج حاصل از مطالعه مؤلفان این مقاله نشان می‌دهد که استفاده از لیزرهای کم‌توان همراه با درمان‌های دیگر تأثیر مناسب‌تری دارد و احتمالاً میزان تأثیر این درمان‌ها را افزایش می‌دهند. استفاده از لیزرهای کم‌توان تا حدودی قادر است موجب کاهش دردهای ناحیه کمر ناشی از کم‌دردهای غیر اختصاصی گردد که این نتایج می‌تواند ناشی از تأثیرات ضدالتهابی پرتوهای لیزر باشد. به نظر می‌رسد لیزرهای کم‌توان می‌توانند با تعدیل پروسه و فاکتورهای التهابی به‌طور قابل توجهی درد حاد التهابی را کاهش دهند [۱۷ و ۱۸]. مکانیسم احتمالی دیگر برای این بهبود افزایش جریان خون موضع ناشی از تابش پرتوهای لیزر کم‌توان است [۱۹]. اگرچه ترشح مواد شبه افیونی کاهنده درد تحت تأثیر تابش پرتوهای لیزر هنوز به‌عنوان یک تئوری مطرح است [۲۰]. از طرف دیگر اثر ترمیمی تابش پرتوهای لیزر کم‌توان و افزایش میزان متوسط کلاژن در بافت‌های نرم تحت تابش می‌تواند علاوه بر کاهش درد موجب بهبود عملکرد این بیماران گردد [۲۱-۲۳]. مهم‌ترین محدودیت موجود در این مطالعه عدم دسترسی به متن کامل تعداد بسیاری از مقالات چاپ‌شده مرتبط با موضوع بود به‌نحوی که مطالعه اخیر را از حالت یک مطالعه سیستماتیک به یک مطالعه مروری منظم تغییر داد. محدودیت دوم، عدم بررسی تأثیر پرتوهای لیزرهای پرتوان بر روی کم‌درد و مقایسه تأثیر آن‌ها با نتایج حاصل از لیزرهای کم‌توان بود. محدودیت سوم این مطالعه بررسی مقالات چاپ‌شده تنها به زبان انگلیسی بود که باعث از دست دادن مقالات موجود ولی چاپ‌شده به زبان‌های دیگر نظیر روسی گردید. محدودیت چهارم عدم بررسی تأثیر اختصاصی طول‌موج و انرژی‌های مختلف لیزر و مقایسه آن‌ها برای انتخاب بهترین پارامتر بود که ناشی از تعداد اندک مقالات در دسترس بود.

نتیجه کلی

به دلیل ناکافی و محدود بودن اطلاعات موجود، نتایج به‌دست‌آمده قابل تعمیم نیستند ولی به نظر می‌رسد که تابش لیزر کم‌توان می‌تواند موجب کاهش درد ناشی از کم‌دردهای عضلانی - اسکلتی در بیماران مبتلا به کم‌دردهای غیر اختصاصی گردند. در رابطه با گستردگی میزان این تأثیر، میزان ماندگاری بهبود و بررسی اثرات پلاسبو لیزر، تعیین دوز و یا طول موج مؤثر و تعداد جلسات مناسب و کافی برای استفاده از لیزرهای کم‌توان در کاهش دردهای ناحیه کمر مطالعات بیشتری مورد نیاز است.

دیگر لیزرهای مورد استفاده در این زمینه مؤثرتر باشند. در هیچ‌یک از مطالعات فوق عوارض جانبی برای استفاده از لیزرهای کم‌توان در درمان کم‌دردهای غیر اختصاصی ذکر نگردید به استثناء یک مطالعه [۱۵] که عوارض جانبی ناچیزی در استفاده از لیزر کم‌توان با طول موج $1/06 \mu\text{m}$ گزارش گردید.

بحث

کم‌درد یکی از اختلالات شایع ستون فقرات در جوامع جوان و میانسال می‌باشد [۱]. این عارضه باعث ایجاد ناتوانی در افراد می‌شود و زندگی روزمره را با مشکلاتی مواجه می‌کند، کم‌درد به‌عنوان یکی از مشکلات حیاتی برای سلامت انسان‌ها شناخته شده است [۳ و ۴]. از لحاظ اقتصادی و هزینه‌های مستقیم درمانی کم‌درد هزینه بسیار زیادی را به افراد و جامعه تحمیل خواهد کرد [۵]. امروزه، درمان‌های گوناگونی برای کم‌درد مورد استفاده قرار می‌گیرد که از آن جمله می‌توان به جراحی، درمان‌های دارویی و فیزیوتراپی اشاره کرد. در این مطالعه مروری سعی در بررسی اثرات تابش پرتوهای لیزر کم‌توان بر روی کم‌دردهای غیر اختصاصی با استفاده از مقالات در دسترس گردیده است. نتایج به‌دست‌آمده از این مطالعه نشان می‌دهد که لیزرهای کم‌توان می‌توانند به‌عنوان یک درمان تکمیلی علاوه بر درمان‌های پایه مورد استفاده قرار بگیرند و موجب کاهش درد بیمار شوند. در تأثیر تابش پرتوهای لیزر کم‌توان در کاهش میزان ناتوانی افراد، برخی مطالعات نتایج بهتری را در گروه‌های تحت تابش پرتوهای لیزر گزارش کردند اگرچه این نتایج در پاره‌ای از موارد موقت گزارش گردید. مطالعات اندکی نشان دادند که تابش پرتوهای لیزر کم‌توان می‌تواند تا حدی موجب بهبود دامنه حرکتی گردد.

در یک مطالعه سیستماتیک که در سال ۲۰۰۸ انتشار یافته است [۱۶] تأثیر لیزرهای کم‌توان بر روی کم‌دردهای غیر اختصاصی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج به‌دست‌آمده تقریباً با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر همسو بود. در مطالعه یادشده نشان داده شد که تابش پرتوهای لیزر کم‌توان ممکن است برخی تأثیرات کلینیکی را به‌همراه داشته باشد ولی برای انتخاب بهترین ویژگی‌های بالینی هنوز نیاز به مطالعات بیشتری است. در مطالعه سیستماتیک یاد شده [۱۶] طول موج‌های مطرح در کاهش درد ۹۰۴ نانومتر، ۸۳۰ نانومتر، $1/06 \mu\text{m}$ گزارش گردید که با طول موج‌های یافته‌شده در مطالعه اخیر مشابه بود.

در یک مطالعه سیستماتیک و متاآنالیز دیگر [۱۰] تأثیر لیزرهای کم‌توان بر کاهش درد آرتروز در مفصل زانو مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این مطالعه سیستماتیک نشان داد که لیزرهای کم‌توان هیچ‌گونه اثر اولیه و یا ثانویه بر کاهش درد آرتروز مفصل زانو ندارند. در این مطالعه نیز از لیزرهای با طول موج‌های متفاوت ۹۰۴ نانومتر، ۸۵۰ نانومتر و ۸۳۰ نانومتر استفاده شده بود. نتایج حاصل از مطالعه یاد شده [۱۰] و مقایسه

References:

1. Andersson G. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999; 354: 581-5.
2. Meucci RD, Fassa AG, Faria N. Prevalence of chronic lowback pain: systematic review. *Rev Saúde Pública* 2015; 49: 73-82.
3. STRINE TW, HOOTMAN JM. US National Prevalence and Correlates of LowBack and Neck Pain Among Adults. *Arthritis & Rheumatism* 2007; 57: 656-65.
4. Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 968-74.
5. Maniadakis N, Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000; 84: 95-103.
6. Hemmilä HM. Quality of life and cost of care of back pain patients in Finnish general practice. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002; 27: 647-53.
7. Robertson V, Ward A, Low J, Reed A. *Electrotherapy Explained*. 4. ELSEVIER: London, 2006.
8. Bjordal J, Couppe C, Chow R, Tuner J, Ljunggren E. A systematic review of low level laser therapy with location-specific doses for pain from chronic joint disorders. *Australian Journal of Physiotherapy* 2003; 49: 107-16.
9. Chen J, Huang Z, GE M, Gao M. Efficacy of low-level laser therapy in the treatment of TMDs: a meta-analysis of 14 randomised controlled trials. *Journal of Oral Rehabilitation* 2015; 42: 291-9.
10. Huang Z, Chen J, Ma J, Shen B, Pei F, Kraus VB. Effectiveness of low-level laser therapy in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage* 2015; 23: 1437-44.

همچنین برای تعیین این نکته که پرتوهای لیزرهای کم‌توان در کدامیک از انواع کمردرد تأثیر بیشتری در کاهش درد و یا بهبود عملکرد دارند، نیاز به مطالعات تکمیلی و بیشتری وجود دارد. با توجه به نتایج ذکر شده از مطالعات مورد بررسی به نظر می‌رسد لیزر کم‌توان با طول موج ۹۰۴ نانومتر نسبت به سایر لیزرهای کم‌توان تأثیر بیشتری در کاهش میزان درد و ناتوانی عملکردی ناشی از کمردردهای غیراختصاصی دارد. به نظر می‌رسد برای کسب نتایج مطلوب حداقل نیاز به ۱۰ تا ۱۵ جلسه تابش پرتوهای لیزر می‌باشد.

11. Konstantinovic LM, Kanjuh ZM, Milovanovic AN, Cutovic MR, Djurovic AG, Savic V, Dragin A, Milovanovic N. Acute Low Back Pain with Radiculopathy: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Photomedicine and Laser Surgery* 2010; 28: 553-60.
12. Saime Ay, Dogan SK, Evcik D. Is low-level laser therapy effective in acute or chronic low back pain?. *Clin Rheumatol* 2010; 29: 905-10.
13. Djavid G, Mehrdad R, Ghasemi M, Hasan-Zadeh H, Sotoodeh-Manesh A, Pouryaghoub G. In chronic low back pain, low level laser therapy combined with exercise is more beneficial than exercise alone in the long term: a randomised trial. *Australian Journal of Physiotherapy* 2007; 53: 155-60.
14. Soriano F, Rios R. Gallium Arsenide Laser treatment of chronic low back pain: a prospective, Randomized and Double Blind study. *laser therapy* 1998; 10: 175-80.
15. Basford R, Sheffield C, Harmsen W. Laser Therapy: A Randomized, Controlled Trial of the Effect of Low-Intensity Nd:YAG Laser Irradiation on Musculoskeletal Back Pain. *Arch Phys Med Rehabil* 1999; 80: 647-52.
16. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K, Rashidian A, Akbari-Kamrani M, Irani S, Shakiba B, Mortaz Hejri S, Mortaz Hejri S, Jonaidi A. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2.
17. Bjordal J, Johnson M, Iversen V, Aimbire F, Lopes-Martins R. Low-Level Laser Therapy in Acute Pain: A Systematic Review of Possible Mechanisms of Action and Clinical Effects in Randomized Placebo-Controlled Trials. *Photomedicine and Laser Surgery* 2006; 24: 158-68.
18. Sakurai Y, Yamaguchi M, Abiko Y. Inhibitory effect of low-level laser irradiation on LPS-stimulated prostaglandin E2 production and cyclooxygenase-2 in human gingival fibroblasts. *Eur J Oral Sci* 2000; 108: 29-34.
19. SCHINDL A, SCHINDL M, SCHÖN H, KNOBLER R, HAVELEC L, SCHINDL L. Low-Intensity Laser Irradiation Improves Skin Circulation in Patients With Diabetic Microangiopathy. *DIABETES CARE* 1998; 21: 580-4.
20. Hagiwara S, Iwasaka H, Hasegawa A, Noguchi T. Pre-Irradiation of lood by Gallium Aluminum Arsenide (830 nm) Low-Level Laser Enhances Peripheral Endogenous Opioid Analgesia in Rats. *International Anesthesia Research Society* 2008; 107: 1058-63.
21. Feitosa M, Carvalho A, Feitosa V, Coelho I, Oliveira V R, Arisawa V E. Effects of the Low-Level Laser Therapy (LLLT) in the process of healing diabetic foot Ulcers. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2015; 30: 852-7.
22. Carvalho P, Mazzer N, Reis F, Belchior A, Silva I. Analysis of the influence of low-power He-Ne laser on the healing of skin wounds in diabetic and non-diabetic rats. *Acta Cirúrgica Brasileira* 2006; 21: 177-83.
23. Skinner SM, Gage JP, Wilcet PA, Shaw RM. A preliminary study of the effects of laser radiation on collagen metabolism in cell culture. *Australian Dental Journal* 1996; 41: 188-92.