



Evaluation of the effectiveness of intramuscular injection of ozone-oxygen gas in paravertebral muscles in comparison with high-power laser in patients with spinal stenosis

Samira Shahabi Rabori^{1*} , Ahmad Zeinali Ghotrom², Mohammadreza Vafae nasab³, Amidoddin Khatibi Aghda⁴, Banafshe Bayat⁵ 

1. Resident Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

2. Associate Professor Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

3. Associate Professor Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

4. Associate Professor Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

5. Specialist Men's Health and Reproductive Health Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Aims and background: One of the most common causes of chronic back pain is spinal stenosis. This disorder is common in the elderly. Treatments for spinal stenosis include surgery, laser therapy, ozone therapy, physical therapy, and medication. Due to the fact that no study has been performed to compare laser therapy and ozone therapy, this study was performed to evaluate the effectiveness of intramuscular injection of ozone gas in paravertebral muscles compared to high-power laser in patients with lumbar spinal stenosis.

Material and method: In this clinical trial, patients referred to the physical medicine and rehabilitation clinic with spinal canal stenosis were examined in three groups: laser therapy, ozone therapy, and drug and physical therapy. After treatment, a valid SSSQ questionnaire was used to collect and the outcome of treatment and after data collection, they were analyzed by spss25 software.

Result: The results showed that the mean score of pain and neuro-ischemic symptoms, physical activity and patients' satisfaction were statistically significant with the intervention performed immediately after treatment ($p=0.04$), 4 weeks after the intervention ($p=0.001$) and 8 weeks after the intervention ($p=0.001$).

Conclusion: The results of the present study showed that laser therapy and ozone therapy versus drug and physical therapy alone were effective in reducing pain and neuro-ischemic symptoms in patients as well as improving patients' physical activity but there was no significant difference between laser therapy and ozone therapy during the time the patients were examined.

Keywords: Spinal canal stenosis, ozone-oxygen gas, high power laser

► Please cite this paper as:

Shahabi Rabori S, Zeinali Ghotrom A, Vafae nasab MR, Khatibi Aghda A, Byat B [Evaluation of the effectiveness of intramuscular injection of ozone-oxygen gas in paravertebral muscles in comparison with high-power laser in patients with spinal stenosis (Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):25-34.

Corresponding Author: Samira Shahabi Rabori, Resident Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd

Email: Shahabi.867@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

بررسی میزان اثر بخشی تزریق داخل عضلانی گاز اوزون-اکسیژن در عضلات پاراورتبرال در مقایسه با لیزر پرتوان در بیماران مبتلا به تنگی کانال نخاعی

سمیرا شهابی رابری^۱، احمد زینلی قطرم^۲، محمد رضا وفایی نسب^۳، عمیدالدین خطیبی عقدا^۴، بنفشه بیات^{۵*}

۱. دستیار تخصصی گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۲. دانشیار گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۳. دانشیار گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۴. دانشیار گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
۵. متخصص مرکز تحقیقات سلامت و بهداشت باروری مردان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۳/۱۰

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۲/۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۱

چکیده

زمینه و هدف: یکی از شایع‌ترین علل کمر درد مزمن تنگی کانال نخاعی می‌باشد. این اختلال در افراد مسن شایع است. از روش‌های درمانی برای تنگی کانال نخاعی می‌توان به جراحی، لیزر تراپی، اوزون تراپی، فیزیکیال تراپی و نیز دارو درمانی نام برد. با توجه به اینکه تاکنون مطالعه‌ای جهت مقایسه لیزر تراپی و اوزون تراپی انجام نگرفته است این مطالعه با هدف بررسی میزان اثربخشی تزریق داخل عضلانی گاز اوزون در عضلات پاراورتبرال در مقایسه با لیزر پرتوان در بیماران مبتلا به تنگی کانال نخاعی کم‌ری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بیماران مراجعه کننده به کلینیک طب فیزیکی و توانبخشی که مبتلا به تنگی کانال نخاعی بودند در سه گروه لیزر تراپی، اوزون تراپی و دارو و فیزیکیال تراپی مورد بررسی قرار گرفتند. پس از درمان از پرسشنامه معتبر SSSQ جهت جمع‌آوری و نتیجه درمان استفاده شد. پس از جمع‌آوری داده‌ها توسط نرم‌افزار spss25 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میانگین نمره درد و علائم نوروایسکمیک، فعالیت فیزیکی و رضایت بیماران از مداخله انجام شده بلافاصله بعد از درمان ($p=0.04$)، ۴ هفته بعد از مداخله ($p=0.01$) و ۸ هفته بعد از مداخله ($p=0.01$) از نظر آماری تفاوت معناداری داشت. **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاضر نشان داد که لیزر تراپی و اوزون تراپی در برابر دارو و فیزیکیال تراپی به تنهایی در کاهش درد و علائم نوروایسکمیک بیماران و نیز بهبود فعالیت فیزیکی بیماران موثر بود اما بین دو روش لیزر تراپی و اوزون تراپی در مدت زمانی که بیماران مورد بررسی قرار گرفتند تفاوت معناداری مشاهده نگردید.

واژه‌های کلیدی: تنگی کانال نخاع، گاز اوزون-اکسیژن، لیزر پرتوان

نویسنده مسئول: سمیرا شهابی رابری، دستیار تخصصی گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، گروه طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
پست الکترونیک: Shahabi.867@gmail.com

مقدمه

یکی از شایع ترین علل کمر درد مزمن تنگی کانال نخاعی می باشد. این اختلال در افراد مسن شایع است. شیوع دقیق تنگی کانال نخاعی کمتری دقیقاً مشخص نیست^(۱). تخمین افراد مبتلا در ایالت متحده بیش از ۲۰۰ هزار نفر زده است^(۲،۳). موارد بروز تنگی کانال نخاعی با افزایش سن زیاد می شود^(۴).

این بیماری شایعترین دلیل جراحی کانال نخاعی در افراد بالای ۶۵ سال می باشد^(۵). میزان این جراحی در طی سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ به صورت ۱۳۵-۱۳۷ شخص در هر ۱۰۰ هزار نفر بوده که هزینه بیمارستان برای جراحی دکمپرسیون به تنهایی حدود ۲۳ هزار دلار و در مواردی که دکمپرسیون همراه با فیوژن باشد حدود ۸۰ هزار دلار و در سال ۲۰۰۹ این هزینه به ۱،۶۵ میلیارد دلار بوده که در نتیجه بار اقتصادی اجتماعی قابل توجهی را به جامعه وارد می کند.

تنگی کانال نخاعی شرایطی است که باعث باریک شدگی کانال نخاعی و در نتیجه آن فشار برروی ریشه های عصبی نخاعی می شود. فشار برروی این ریشه های عصبی می تواند باعث درد پا و لنگش نورولوژیک شود^(۶). لنگش نورولوژیک به صورت بی حسی اندام تحتانی، ضعف عضلانی، درد ساق پا به صورت منتشر یا رادیکولار که معمولاً همراه با پارستزی پس از طی یک مسافت مشخص تعریف می شود^(۷). این شرایط منجر به ناتوانی عملکردی و کاهش تحمل پیاده روی می شود^(۸،۹).

درمان تنگی کانال نخاعی به دو صورت جراحی و غیرجراحی می باشد. درمان غیرجراحی شامل فعالیت های اصلاح شده شیوه زندگی مثل کاهش وزن و ترک سیگار، فیزیوتراپی و حرکات مختلف ورزشی، داروهای ضد درد و داروهای نوروپاتی و تزریق اپیدورال است. در برخی مواردی که علائم دائمی و مقاوم به درمان های محافظه کارانه دارند مداخلات جراحی لازم است^(۱۰،۱۱). اما تنگی کانال نخاعی علامت دار بیشتر در افراد مسن که وضعیت فیزیکی آنها برای جراحی مناسب نیست اتفاق می افتد

و عمل جراحی این افراد عوارض متعددی در پی دارد^(۱۲). یکی دیگر از روش های غیر جراحی مورد استفاده در درمان تنگی کانال نخاعی که امروزه از آن به صورت گسترده در کشورهای ایتالیا، آلمان، کانادا، کوبا و... استفاده می شود استفاده از گاز اوزون است^(۱۳).

منطق استفاده از گاز اوزون براساس بهره برداری از خواص شیمیایی و شکل ناپایدار اکسیژن است. اوزون به سرعت در آب میان بافتی حل می شود و هم با مواد آنتی اکسیدان و هم اسیدهای چرب غیراشباع واکنش می دهد و باعث فعال شدن سیستم آنتی اکسیدان و نیز با ایجاد پیام برهای ثانویه در سلول باعث شروع روندهای بیولوژیک درمانی می شود^(۱۴). از طرف دیگر با شکستن اسید اراشیدونیک باعث کاهش مواد التهاب زا و در نتیجه کاهش درد می شود^(۱۵). از سوی دیگر به صورت موضعی باعث ریلکس شدن عضلات و گشاد شدن رگ و در نتیجه افزایش متابولیسم، اصلاح اسیدوز، کاهش ادم و خاصیت ضد دردی می شود^(۱۶،۱۷). در واقع اوزون به صورت یک پیش دارو عمل کرده و در دوزهای غیرسمی می تواند از طریق فعال کردن پیام برهای ثانویه در سلول مسیره های بیولوژیک را تنظیم کند^(۱۸).

یکی از روش های درمانی اوزون استفاده از اوزون به شکل تزریق داخل عضلات پاراوتیرال است^(۱۹). در انجام مطالعات متعدد انجام این تکنیک برای بیماران قابل تحمل و بدون عارضه بوده است. برخی دلایل استفاده از اوزون برای درمان تنگی کانال نخاعی به شرح زیر است^(۲۰):

- باتوجه به ماهیت تنگی کانال نخاعی بیشتر بیماران در طول زمان بدتر نمی شوند و تمایلی به تعجیل در عمل جراحی نیست.
- اوزون همانند استروئید اپیدورال از طریق بلوک فسفولیپاز A2 باعث کاهش درد و میزان عمل جراحی می شود و عوارض استروئید را ندارد.
- اوزون باعث بهبود میکروسیرکولیشن می شود که فاکتور مهمی در ایجاد درد این بیماران است.

- تزریق داخل مفصلی اوزون باعث کاهش درد و التهاب در استئوآرتریت زانو شده و بنابراین روی استئوآرتریت مفاصل فاست نیز عمل می‌کند^(۱۸-۲۰).

- تزریق اینترفورامینال اوزون اثر طولانی مدت تری در کاهش درد رادیکولر نسبت به استروئید دارد.

از دیگر روش‌های غیرجراحی و غیرتهاجمی استفاده از لیزر می‌باشد. استفاده از لیزر باعث کاهش قابل توجه درد در بیماری‌های حاد و مزمن از قبیل آرتریت روماتوئید، استئوآرتریت، سندرم تونل کارپال، فیبرومیالژیا، آسیب زانو، درد شانه، دردهای بعد از عمل جراحی و... می‌شود. لیزر کم توان بیش از چند درجه درمای بافت را بالا نمی‌برد اما در کاهش درد و التهاب و بهبود عملکرد مفید است. مکانیسم عملکرد لیزر به طور قابل توجه با افزایش میکروسیرکولیشن، آنژیوژنیزیس، تحریک پروسه‌های ایمنولوژیک و بازسازی عصب همراه است و اثر آنالژیک آن از طریق افزایش تولید اندورفین است^(۲۱).

لیزر پر توان دارای اثرات فتوشیمیایی است که باعث اکسیداسیون میتوکندری و تولید ATP به وسیله عبور بازده انرژی بالا داخل بافت می‌شود و باعث جذب سریع تورم و برداشت اگزودا از طریق افزایش متابولیسم و گردش خون می‌شود^(۲۲).

بنابراین با توجه به اهمیت موضوع این مطالعه با هدف بررسی میزان اثربخشی تزریق داخل عضلانی گاز اوزون در عضلات پاراورتبرال در مقایسه با لیزر پرتوان در بیماران مبتلا به تنگی کانال نخاعی کمری انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی تصادفی بود که بر روی مراجعه‌کنندگان به کلینیک طب فیزیکی و توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی یزد انجام شد.

بیماران مبتلا به تنگی کانال نخاعی با علائم رادیکولوپاتی L5 و S1 در صورت وجود درد و لنگش نورولوژیک در شش ماه اخیر و عدم پاسخ به درمان‌های محافظه کارانه بیش از ۳ ماه، سن بین ۳۵-۷۵ سال و عدم وجود

هرگونه بیماری در اطراف ستون فقرات بود بعد از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. به علاوه بیماران در صورت ابتلا به دیابت، ابتلا به بیماریهای روماتیسمی و کلاژن واسکولار و نقرس و لوپوس، ابتلا به آسیب‌های عصب و نوروپاتی‌ها، بیماری‌های سایکولوژیک، ابتلا به بروسلا، شاخص توده بدنی بالای ۴۱، سابقه تروما و شکستگی ستون فقرات و ابتلا به بیماری‌های خون ریزی دهنده، واکنش حساسیتی نسبت به پروتئین شیرگاو، ابتلا به بیماری‌های ژنتیکی مانند عدم تحمل گالاکتوز، یا کمبود لاکتاز، نقایص مادرزادی قلبی، عدم توانایی در برقراری ارتباط و تکمیل پرسشنامه‌ها، تزریقات درون و یا اطراف مفصل مبتلا در شش ماه گذشته، حاملگی، ابتلا به سرطان، استفاده از داروهای ضد انعقاد بودند، ابتلا به فاویسم، لنگش عروقی، سابقه جراحی قبلی ستون فقرات، اندیکاسیون جراحی اورژانس (نقص حرکتی پیشرونده یا ثابت، سندرم دم اسب) و هرگونه ممنوعیت برای درمان با اوزون یا استامینوفن از مطالعه خارج شدند.

در این مطالعه با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با توجه به نتایج مقاله مشابه قبلی مقدار انحراف معیار نمره عملکرد فیزیکی $S=0.5$ می‌باشد و برای رسیدن به اختلاف معنی دار حداقل ۰.۴ میانگین عملکرد فیزیکی در گروه‌های مداخله (۲،۷) در برابر (۲،۳) تعداد ۲۵ نفر مورد نیاز بود که با احتساب ۱۰٪ ریزش این تعداد به ۲۸ نفر برآورد شد.

بیماران پس انتخاب و اخذ رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بعد از توضیح مراحل انجام پژوهش، داروهای مصرفی و عوارض آن به روش simple random allocation با استفاده از جدول اعداد تصادفی توسط رایانه و به صورت آنلاین (با استفاده از سایت www.random.org/ integres) به صورت تصادفی به سه گروه الف و ب و ج تقسیم شدند.

لازم به ذکر است که مطالعه به صورت سه سویه کور بوده است. بیماران به سه گروه که هر کدام دارای یک کد مخصوص به خود بودند تقسیم شدند. این کدها

مداوم قرار داده شده، پروب دستگاه لیزر به گونه‌ای قرار گرفت که در تماس با پوست بیمار باشد سپس با حرکت مداوم دست لیزر بر روی نواحی مشخص شده تابانده شد. بیماران گروه ب به مدت ۲ هفته هر هفته ۵ جلسه لیزر دریافت نمودند.

گروه ج تحت درمان با دارو و ورزش قرار گرفتند. روش انجام ورزش به نحوی طراحی شد که به راحتی در خانه قابل انجام باشد. ورزش‌ها شامل Lower trunk rotation, Pelvic tilt, Knee to chest بود که باعث تقویت و تثبیت عضلات شکم، کمر و لگن می‌شد.

به تمام گروه‌های تحت درمان دستورالعمل برای انجام تمرینات سه بار در روز به مدت ۲ هفته داده شد. همچنین درمان دارویی شامل قرص استامینوفن ۵۰۰ میلی گرم سه بار در روز بود.

قبل از شروع درمان، بلافاصله بعد از درمان، ۴ هفته و ۸ هفته بعد از اتمام دوره درمان بیماران با استفاده از پرسشنامه SSSQ ارزیابی شدند.

این پرسشنامه شامل ۱۸ سوال در سه مجموعه است. مجموعه اول شامل ۷ سوال بوده و مربوط به علائم بیماران است که سه سوال اول آن مربوط به درد و ۴ سوال بعدی مربوط به علائم نوروایسکمیک است. هر سوال از ۱ تا ۵ نمره گرفته و حداکثر آن ۳۵ است. مجموعه دوم شامل ۵ سوال است و مربوط به علائم فیزیکی بیمار است که هر سوال ۱ تا ۴ نمره می‌گیرد (حداکثر ۲۰ نمره). نمره بالاتر در این دو مجموعه نشان دهنده شدت بیشتر علائم است و مجموعه سوم شامل رضایت بیماران بعد از درمان است که شامل ۶ سوال بوده و از ۱ تا ۴ نمره می‌گیرد و نمره بالاتر نشان دهنده رضایت کمتر است.

یافته‌ها

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که میانگین سن در گروه کنترل ۴۸،۲۸، در گروه اوزون تراپی ۴۷،۸۱ و در گروه لیزر پرتوان ۴۹،۷۷ سال بوده است ($p=0,06$). به علاوه در مورد جنسیت در گروه لیزر تراپی ۶۰،۷٪ مرد و در گروه

برروی پاکت‌هایی که درون آنها گروه بیمار مشخص گردیده نوشته شد. همکاران پژوهش بدون اطلاع از این کدها با انتخاب هر پاکت بیماران را در یکی از سه گروه قرار دادند.

در تکنیک مخلوط گاز اوزون-اکسیژن که توسط دستگاه Medozon Compact-Hab Herrmann apparatebau GmbH, Germany تولید شده به صورت داخل عضلانی در عضلات پاراورتبرال تحت شرایط استریل تزریق می‌گردد. در این روش نیاز به مصرف دارویی قبل از تزریق یا بی‌هوشی نمی‌باشد. علی‌رغم این که در انجام مطالعات متعدد انجام این تکنیک برای بیماران قابل تحمل و بدون عارضه بوده است. در صورتی که غلظت گاز اوزون بیشتر از ۳۰ میکروگرم در سی سی باشد، می‌تواند باعث دردناک شدن تکنیک و وقوع رفلکس وازوواگال و افت فشار خون شود.

در گروه الف تزریق سریع ۵ تا ۱۰ سی سی طی ۱۵ ثانیه در هر نقطه بسته به جثه بیمار بدون داروی بی‌حسی با غلظت ۱۰ میکروگرم در سی سی مخلوط گاز اوزون-اکسیژن که توسط دستگاه (Medozon Compact-Hab Herrmann apparatebau GmbH, Germany) تولید شده است به روش داخل عضلانی در عضلات پاراورتبرال دو طرفه در سطح L5-S1 توسط نیدل ۲۲ گیج (۰،۷ میلی متر - مشکی رنگ) با زاویه ۳۵-۴۵ درجه نسبت به صفحه سائیتال بدن ۱۵ جلسه ۳ بار در هفته برای ۵ هفته متوالی در کلینیک سرپایی انجام شد.

در گروه ب درمان با لیزر پر توان توسط دستگاه لیزر دیود GaAlAs با طول موج 980 ± 10 نانومتر (شرکت GIGAA LAZER مدل VELASII-30B) استفاده شد. دستگاه به صورت دستی به این صورت تنظیم شد: توان ۳۰۰ W، دوز 100 J/cm^2 و 10 cm^2 spot beam diameter area. بیمار در یک سمت بدن با وضعیت جنینی قرار گرفت سپس ناحیه L4 تا S1 بر روی کمر و هم چنین ناحیه بریدگی سیاتیک (از خار خار خاخره خلفی فوقانی تا توپروزیته ایسکیال) مشخص شد. دستگاه روی وضعیت

ازون تراپی و گروه شاهد به ترتیب ۵۳٫۶٪ و ۵۷٫۱٪ زن وجود داشت که در بین گروه‌ها تفاوت معناداری در مورد این دو متغیر مشاهده نشد. ($p < ۰٫۰۵$) در این مطالعه میانگین نمره درد و علائم نوروایسکمیک و نمره فعالیت فیزیکی قبل از مداخله در بین سه گروه مورد بررسی، از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. ($p < ۰٫۰۵$) اما یافته‌های مطالعه نشان داد که میانگین درد و علائم نوروایسکمیک بلافاصله پس از مداخله در گروه لیزر تراپی $۲۰/۵۴ \pm ۴/۰۸$ ، در گروه اوزون تراپی $۴/۶۸ \pm ۱۹/۶۶$ و در گروه شاهد $۵/۷۸ \pm ۲۳/۴۵$ میانگین نمره فعالیت فیزیکی بلافاصله پس از انجام مداخله در گروه لیزر تراپی $۱۳/۲۶ \pm ۳/۶۱$ ، در گروه اوزون تراپی $۱۳/۹۹ \pm ۲/۳۸$ و در گروه شاهد $۱۵/۴۱ \pm ۳/۴۷$ بود. همچنین میانگین نمره رضایت بیماران از مداخله انجام شده در گروه لیزر تراپی $۱۳/۸۱ \pm ۳/۵۹$ و در گروه اوزون تراپی $۱۲/۶۱ \pm ۴/۴۴$ و در گروه شاهد $۱۵/۷۳ \pm ۲/۶۳$ و نتایج بررسی چهار هفته پس از مداخله در بیماران مورد بررسی نشان داد که میانگین درد و علائم نوروایسکمیک در گروه لیزر تراپی $۱۴/۱۹ \pm ۳/۶۵$ ، در گروه اوزون تراپی $۱۳/۸۴ \pm ۴/۷۸$ و در گروه شاهد $۱۷/۴۷ \pm ۴/۶۷$ بدست آمد. میانگین نمره فعالیت فیزیکی چهار هفته پس از انجام مداخله در گروه لیزر تراپی $۹/۲۶ \pm ۳/۷۷$ ، در گروه اوزون تراپی $۱۰/۳۷ \pm ۳/۸۱$ و در گروه شاهد $۱۳/۴۹ \pm ۳/۵۵$ و میانگین نمره رضایت بیماران از مداخله انجام شده در گروه لیزر تراپی $۹/۳۷ \pm ۲/۴۴$ و در گروه اوزون تراپی $۸/۶۱ \pm ۳/۷۶$ و در گروه شاهد $۱۳/۸۲ \pm ۲/۵۴$ بود. بررسی میانگین نمره درد و علائم نوروایسکمیک ۸ هفته پس از مداخله در بیماران نشان داد که میانگین درد و علائم نوروایسکمیک در گروه لیزر تراپی $۸/۴۸ \pm ۳/۶۶$ ، در گروه اوزون تراپی $۷/۱۲ \pm ۳/۹۴$ و در گروه شاهد $۱۳/۷۴ \pm ۳/۳۱$ ، میانگین نمره فعالیت فیزیکی ۸ هفته پس از انجام مداخله در گروه لیزر تراپی $۶/۵۷ \pm ۳/۸۱$ ، در گروه اوزون تراپی $۶/۹۱ \pm ۳/۶۳$ و در گروه شاهد $۹/۴۱ \pm ۳/۳۸$ و همچنین میانگین نمره رضایت بیماران از مداخله انجام شده در گروه لیزر تراپی

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که در هر سه گروه مورد بررسی درد و علائم نوروایسکمیک، فعالیت فیزیکی و میزان رضایت از مداخله انجام شده، بعد از مداخله و در هفته‌های ۴ و ۸ پس از مداخله با قبل از انجام مداخله تغییرات چشمگیری حاصل شد. میزان درد و علائم نوروایسکمیک در بیماران تحت درمان با لیزر تراپی و اوزون تراپی به طور معناداری کمتر نسبت به بیماران گروه شاهد که تنها تحت درمان با دارو و فعالیت ورزشی بودند و فعالیت فیزیکی بهتری نسبت به بیماران گروه کنترل داشتند. همچنین با بررسی میزان رضایت بیماران که تحت درمان با لیزر تراپی و اوزون تراپی قرار گرفته بودند نشان داده شد که میزان رضایت بیماران از اوزون تراپی و لیزر تراپی در مقایسه با دارو درمانی و فعالیت‌های ورزشی به تنهایی بسیار بیشتر بود و این میزان رضایت بلافاصله پس از انجام مداخله مشهود بود. به طور کلی نشان داده شد که لیزر تراپی و اوزون تراپی به همراه درمان دارویی و فعالیت‌های ورزشی در مقایسه با دارو درمانی و فعالیت‌های ورزشی به تنهایی در کاهش درد و علائم نوروایسکمیک و افزایش میزان فعالیت‌های فیزیکی بیماران در طول روز و نیز رضایت بیماران از درمان انجام شده بسیار بیشتر بود اما نتایج نشان داد که این تفاوت بین دو گروه لیزر تراپی و اوزون تراپی به طور چشمگیری وجود نداشت. با توجه به نتایج میزان درد و علائم نوروایسکمیک، میزان فعالیت فیزیکی و میزان رضایت بیماران از مداخله انجام شده بین لیزر تراپی و

بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مؤثر باشد^(۳۲). نتایج این مطالعه نیز همسو با مطالعه ما بود و نشان داد که لیزر پر توان در مقایسه با دارو درمانی و فیزیکیال تراپی به تنهایی تاثیر بسیار بیشتری جهت کاهش درد و نیز بهبود عملکرد فیزیکی بیماران دارد.

در سال J.BAEZA-NOCI و همکاران درمان با اوزون را روی تنگی کانال نخاعی بررسی کردند و بهبود قابل توجه علائم در این بیماران در مقایسه با بیمارانی که تنها دارو درمانی و فیزیکیال تراپی داشتند و نیز پیک بهبود علائم ۶ ماه پس از درمان را گزارش کردند^(۱۷). نتایج مطالعه ما نیز مشابه این مطالعه بود اما حداکثر زمان پیگیری بیماران پس از انجام داخله درمانی ۸ هفته (۲ ماه) بود لذا از آنجا که بین لیزر تراپی و اوزون تراپی در مطالعه حاضر تفاوتی معنادار مشاهده نگردید ممکن است پیک اثر روش درمانی در مدت زمانی طولانی تر از زمانی باشد که در مطالعه حاضر بررسی گردید، لذا می توان در مطالعات آینده پیگیری طولانی مدت وضعیت بیماران پس از انجام این دو روش درمانی را انجام داد و نتایج را بررسی نمود.

نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که لیزر تراپی و اوزون تراپی در برابر دارو و فیزیکیال تراپی به تنهایی در کاهش درد و علائم نوروایسکمیک بیماران و نیز بهبود فعالیت فیزیکی بیماران مؤثر بود اما بین دو روش لیزر تراپی و اوزون تراپی در مدت زمانی که بیماران مورد بررسی قرار گرفتند تفاوت معناداری مشاهده نگردید، لذا در بیماران با تنگی کانال نخاعی جهت جلوگیری از انجام عمل جراحی که عوارض زیادی در پی خواهد داشت می توان از این دو روش جهت به تعویق انداختن و حتی بهبودی کامل این بیماران استفاده نمود و نیز از عوارض جراحی جلوگیری نمود.

با توجه به اینکه بین دو روش لیزر تراپی و اوزون تراپی در این مطالعه تفاوت معناداری مشاهده نگردید، لذا

اوزون تراپی تفاوت معناداری نداشت و به نظر می رسد که نتایج درمانی این دو روش تقریباً مشابه می باشد. البته شایان ذکر است که یکی از محدودیت های اجرایی مطالعه عدم انجام صحیح حرکات ورزشی یا مصرف داروهای تجویز شده بود که می تواند در صورت عدم انجام صحیح این موارد باعث عدم نتیجه ی مطلوب درمانی در گروه شاهد گردد در صورتی که اوزون تراپی و لیزر تراپی در مراکز درمانی انجام شد.

در مطالعه ای که توسط Melchoinda و همکاران انجام پذیرفت، نشان داده شد که اوزون تراپی در مقایسه با درمان دارویی ضد التهاب در بیماران مبتلا به رادیکولوپاتی مرتبط با فتق دیسک بین مهره ای، در بیمارانی که تحت درمان با اوزون قرار گرفته بودند در مقایسه با بیمارانی که تحت درمان با دارو قرار گرفته بودند کاهش درد چشمگیری داشتند و میزان موفقیت اوزون تراپی در برابر دارودرمانی به ترتیب ۸۰٪ و ۵۰٪ بود^(۳۳). نتایج مطالعه ما نیز نشان داد که با مقایسه بیمارانی که تحت اوزون تراپی قرار گرفته بودند و دارو درمانی و فعالیت ورزشی داشتند شاهد کاهش چشمگیر درد و علائم نوروایسکمیک و افزایش فعالیت فیزیکی بودیم.

نتایج مطالعات Macro paoloni و همکاران و Biazzo Alessio و همکاران نیز نشان داد که در بیماران با درد کمری حاد و نیز بیماران مبتلا به فتق بین مهره ای که تحت درمان با اوزن قرار گرفته بودند در مقایسه با بیمارانی که تحت درمان با داروهای ضد التهاب قرار گرفته بودند به طور معناداری کاهش درد و علائم نورولوژیک داشتند که با نتایج مطالعه ما همسو بود^(۱۱، ۱۶). در مطالعه ای که توسط Hyeun-Woo Choi و همکاران در سال ۲۰۱۷ در کشور کره با عنوان تاثیر لیزر پر توان در درد و عملکرد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد در این مطالعه لیزر پرتوان به طور قابل توجهی در کاهش درد و بهبود عملکرد بیماران مؤثر بود. پژوهشگران پیشنهاد دادند که لیزر پر توان به عنوان یک مداخله مؤثر غیر جراحی می تواند در کاهش درد و بهبود عملکرد

پیشنهاد می‌گردد که مطالعاتی مشابه با حجم نمونه بیشتر جهت بررسی این دو روش و نیز پیگیری بیماران در مدت زمانی بیشتر از ۲ ماه که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، مورد بررسی قرار گیرند زیرا در مطالعاتی مشابه مدت زمان اثر درمانی روش‌های ذکر شده می‌تواند متفاوت باشد لذا بررسی طولانی مدت بیماران می‌تواند به تفاوت بین این دو روش بیانجامد.

همچنین پیشنهاد می‌گردد که در مطالعاتی که در آینده انجام می‌پذیرد نظارت بر انجام فیزیکی تراپی در بیماران انجام پذیرد زیرا ممکن است که عدم انجام صحیح فیزیکی تراپی توسط بیماران در منزل منجر به مخدوش شدن نتایج مطالعه گردد. این مطالعه با کد اخلاق IR.SSU.MEDICINE.REC.1398.107 و کد کارآزمایی بالینی IRCT20190419043319N1 ثبت شد.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره درد و علائم ایسکمیک، فعالیت فیزیکی و رضایتمندی در بیماران در زمان‌های مختلف

زمان	متغیر	لیزر تراپی	اوزون تراپی	کنترل	p-value
قبل از مداخله	درد و علائم ایسکمیک	۲۶/۶±۶۷/۸۹	۲۷/۷±۷۷/۵۸	۲۷/۶±۴۹/۹۱	۰,۱۲۴
	فعالیت فیزیکی	۱۶/۴±۲۶/۷۱	۱۷/۵±۳۶/۵۵	۱۷/۵±۱۴/۹۸	۵۹۰,۰
بلافاصله بعد از مداخله	درد و علائم ایسکمیک	۲۰/۴±۵۴/۰۸	۱۹/۴±۶۶/۶۸	۲۳/۵±۴۵/۷۸	۰,۰۴
	فعالیت فیزیکی	۱۳/۳±۲۶/۶۱	۱۳/۲±۹۹/۳۸	۱۵/۳±۴۲/۴۷	۰,۰۰۱
	رضایتمندی	۱۳/۳±۸۱/۵۹	۱۲/۴±۶۱/۴۴	۱۵/۲±۷۳/۶۳	۰,۰۰۱
۴ هفته بعد از مداخله	درد و علائم ایسکمیک	۱۴/۳±۱۹/۶۵	۱۳/۴±۸۴/۷۸	۱۷/۴±۴۷/۶۷	۰,۰۰۱
	فعالیت فیزیکی	۹/۳±۲۶/۷۷	۱۰/۳±۳۷/۸۱	۱۳/۳±۴۹/۵۵	۰,۰۰۱
	رضایتمندی	۹/۲±۳۷/۴۴	۸/۳±۶۱/۷۶	۱۳/۲±۸۲/۵۴	۰,۰۰۱
۸ هفته بعد از مداخله	درد و علائم ایسکمیک	۸/۳±۴۸/۶۶	۷/۳±۱۲/۹۴	۱۳/۳±۷۴/۳۱	۰,۰۰۱
	فعالیت فیزیکی	۶/۳±۵۷/۸۱	۶/۳±۹۱/۶۳	۹/۳±۴۱/۳۸	۰,۰۰۱
	رضایتمندی	۶/۲±۷۷/۵۴	۷/۳±۱۸/۹۳	۱۰/۲±۸۵/۴۴	۰,۰۰۱

References

1. Wu A-M, Zou F, Cao Y, Xia D-D, He W, Zhu B, et al. Lumbar spinal stenosis: an update on the epidemiology, diagnosis and treatment. *AME Medical Journal*. 2017.
2. Ciol MA, Deyo RA, Howell E, Kreif S. An assessment of surgery for spinal stenosis: time trends, geographic variations, complications, and reoperations. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(3):285-90.
3. Lurie J, Tomkins-Lane C. Management of lumbar spinal stenosis. *Bmj*. 2016;352.
4. Yabuki S, Fukumori N, Takegami M, Onishi Y, Otani K, Sekiguchi M, et al. Prevalence of lumbar spinal stenosis, using the diagnostic support tool, and correlated factors in Japan: a population-based study. *Journal of Orthopaedic Science*. 2013;18(6):893-900.
5. Deyo RA, Gray DT, Kreuter W, Mirza S, Martin BI. United States trends in lumbar fusion surgery for degenerative conditions. *Spine*. 2005;30(12):1441-5.
6. Park C-H, Lee S-H. Correlation between severity of lumbar spinal stenosis and lumbar epidural steroid injection. *Pain Medicine*. 2014;15(4):556-61.
7. Fritz JM, Delitto A, Welch WC, Erhard RE. Lumbar spinal stenosis: a review of current concepts in evaluation, management, and outcome measurements. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1998;79(6):700-8.
8. Iversen MD, Katz JN. Examination findings and self-reported walking capacity in patients with lumbar spinal stenosis. *Physical therapy*. 2001;81(7):1296-306.
9. Lin S-I, Lin R-M. Disability and walking capacity in patients with lumbar spinal stenosis: association with sensorimotor function, balance, and functional performance. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*. 2005;35(4):220-6.
10. Kim SB, Lee KW, Lee JH, Kim MA, An BW. The effect of hyaluronidase in interlaminar lumbar epidural injection for failed back surgery syndrome. *Annals of rehabilitation medicine*. 2012;36(4):466.
11. Biazzo A, Corriero AS, Confalonieri N. Intramuscular oxygen-ozone therapy in the treatment of low back pain. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2018;89(1):41.
12. Bocci V, Borrelli E, Zanardi I, Travagli V. The usefulness of ozone treatment in spinal pain. *Drug design, development and therapy*. 2015;9:2677.
13. Alexandre A, Masini M, Menchetti PPM. *Advances in minimally invasive surgery and therapy for spine and nerves: Springer Science & Business Media*; 2010.
14. Borrelli E. Mechanism of action of oxygen ozone therapy in the treatment of disc herniation and low back pain. *Advances in Minimally Invasive Surgery and Therapy for Spine and Nerves: Springer*; 2011. p. 123-5.
15. Re L, Mawsouf MN, Menéndez S, León OS, Sánchez GM, Hernández F. Ozone therapy: clinical and basic evidence of its therapeutic potential. *Archives of medical research*. 2008;39(1):17-26.
16. Paoloni M, Di Sante L, Cacchio A, Apuzzo D, Marotta S, Razzano M, et al. Intramuscular oxygen-ozone therapy in the treatment of acute back pain with lumbar disc herniation: a multicenter, randomized, double-blind, clinical trial of active and simulated lumbar paravertebral injection. *Spine*. 2009;34(13):1337-44.
17. Baeza-Noci J. Spinal ozone therapy in lumbar spinal stenosis. *Int J Ozone Ther*. 2007;6(1):17-24.
18. Riva Sanseverino E. Intensive medical physical treatment of osteoporosis with the AID of oxygen-ozone therapy. *Europa Medicophysica*. 1989;25(3):163-70.
19. Moretti B, Lanzisera R, Morese A, Moretti L, Patella S, Patella V, et al. O2-O3 vs chondroprotectors in the treatment of osteoarthritis of the knee. *Rivista*

- Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia. 2004;3:65-72.
20. Gheza G, Bissolotti L. Intra-articular oxygen-ozone injection for knee disease. Proposed guidelines. Rivista Italiana di Ossigeno-Ozonoterapia. 2003; 2:63-6.
21. Ordahan B, Karahan AY, Kaydok E. The effect of high-intensity versus low-level laser therapy in the management of plantar fasciitis: a randomized clinical trial. Lasers in medical science. 2018;33(6):1363-9.
22. Choi H-W, Lee J, Lee S, Choi J, Lee K, Kim B-K, et al. Effects of high intensity laser therapy on pain and function of patients with chronic back pain. Journal of physical therapy science. 2017;29(6):1079-81.
23. Melchionda D, Milillo P, Manente G, Stoppino L, Macarini L. Treatment of radiculopathies: a study of efficacy and tollerability of paravertebral oxygen-ozone injections compared with pharmacological anti-inflammatory treatment. Journal of Biological Regulators and Homeostatic Agents. 2012;26(3):467-74.