

فهرست

فصل ۱	برخورد با درد مزمن عمومی بدن	۸
فصل ۲	آرتریت یا پری آرتریت	۹
فصل ۳	درد مزمن تک مفصلی	۱۰
فصل ۴	مونو آرتریت و الیگو آرتریت حاد	۱۱
فصل ۵	درد چند مفصلی مزمن	۱۲
فصل ۶	کمردرد	۱۴
فصل ۷	گردن درد	۱۹
فصل ۸	خشکی دهان و چشم	۲۱
فصل ۹	پدیده‌ی رینود	۲۳
فصل ۱۰	برخورد با ضعف عضلانی جنرالیزه	۲۵
فصل ۱۱	آفت دهانی	۲۷
فصل ۱۲	اریتم ندوزا	۲۹
فصل ۱۳	آرتریت روماتوئید	۳۱
فصل ۱۴	لوپوس سیستمیک	۳۴
فصل ۱۵	سندروم آنتی فسفولیپید ترومبوز و روماتولوژی	۳۷
فصل ۱۶	اسکلروderمی یا اسکلروز سیستمیک	۳۹
فصل ۱۷	میوزیت‌های التهابی	۴۱
فصل ۱۸	واسکولیت‌ها	۴۴
فصل ۱۹	اسپلوندیلو آرتروپاتی‌های سرونگاتیو	۴۹
فصل ۲۰	استئو آرتریت	۵۲
فصل ۲۱	کمبود ویتامین D و استئومالاسی	۵۶
فصل ۲۲	استئوپروز	۵۹
فصل ۲۳	آرتریت نقرسی	۶۳
فصل ۲۴	بیماری رسوب کریستال‌های پیروفسفات کلسیم	۶۶
فصل ۲۵	پری آرتریت	۶۷
فصل ۲۶	فیبرومیالژی	۷۶
فصل ۲۷	سندروم درد میوفاشیال	۷۸

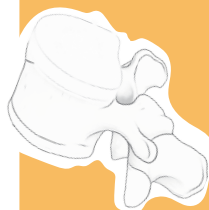
با سپاس از همه‌ی آموزگارانم در طب، به ویژه معلم بزرگ روماتولوژی
استاد فریدون دواچی که درک بسیاری از مفاهیم اساسی در روماتولوژی
را وام‌دار ایشان هستم.

تعریف و اهمیت

در روماتولوژی به دو دسته بیماری‌ها پرداخته می‌شود:

بیماری‌های خودایمنی با درگیری سیستم موسکولواسکلتال و یا درگیری چندسیستمی و بیماری‌های غیرخودایمنی دژنراتیو، متابولیک و ناشی از میکروتروما.

با در نظر گرفتن این گستره از بیماری‌ها، ناراحتی‌های روماتیسمی یکی از شایع‌ترین شکایت‌های مراجعه‌کننده به پزشکان عمومی را تشکیل می‌دهد. یک جنرال‌یست حتماً در طبابت روزمره خود به مشکلات روماتیسمی برخورد خواهد کرد. برخورد مناسب با دردهای موسکولواسکلتال غیرخودایمن می‌تواند باعث صرفه‌جویی عظیمی در مخارج نظام سلامت شود و به‌طور قابل توجهی نیز به بیماران کمک کند. در مورد بیماری‌های خود ایمن دانش کافی جنرال‌یست‌ها می‌تواند باعث تشخیص و ارجاع به‌موقع بیماران شود و تاثیر بزرگی در درمان به‌موقع آنان داشته باشد. امیدواریم گفتار / نوشتار حاضر گامی هرچند کوچک در راه رسیدن به این هدف باشد.



۱ برخورد با درد مزمن عمومی بدن

درد مزمن عمومی بدن از شکایات نسبتاً شایع در مراجعات پزشکی است. از جمله علل درد عمومی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

درد سایکوژنیک و فیبرومیالژی (رجوع شود به مبحث فیبرومیالژی)، بیماری تیروئید (به‌ویژه هیپوتیروئیدی)، کمبود شدید ویتامین D و استئومالاسی، فقر آهن، هیپرپاراتیروئیدی، تب مالت، بیماری مغز استخوان (به‌ویژه میلوم مولتیپل)، بیماری‌های التهابی سیستمیک خودایمنی (پلی‌میالژیا روماتیکا، آرتریت روماتوئید، لوپوس و میوزیت التهابی) و استئوآرتریت جنرالیزه.

براساس تشخیص‌های افتراقی ذکرشده در بالا اولین اقدام در مواجهه با درد عمومی بدن جست‌وجوی سرخ‌های بالینی مهم در شرح حال و معاینه آن است:

- در سن بالا به میلوم و پلی‌میالژیا روماتیکا باید توجهی ویژه داشت و چک ESR می‌تواند کمک‌کننده باشد. درمان بر اساس علت انجام شود.

- سن بالا و درد عمدتاً کمر بند شانه‌ای-لگنی و خشکی صبحگاهی مطرح‌کننده‌ی پلی‌میالژیا روماتیکا است.

- در خانم‌ها هیپوتیروئیدی، فقر آهن و لوپوس باید مد نظر باشد.

در صورت یافتن سرخ بالینی خاص بررسی پاراکلینیک در راستای آن انجام می‌شود. در صورت نبود سرخ بالینی به‌نفع علتی خاص بررسی‌های اولیه زیر می‌تواند قبل از برچسب فیبرومیالژی / سایکوژنیک بودن درد مناسب باشد:

TSH, 25OHD, Ca, P, ESR, CBC، پروفایل آهن در خانم‌ها در دوره‌ی باروری.

در هر سن و جنسی درد سایکوژنیک و فیبرومیالژی از علل شایع درد بدن است؛ اما باید برحسب سن و جنس و سایر سرخ‌های بالینی قبل از آن به علل ارگانیک توجه کرد.



۲ آرتريت يا پري آرتريت

در مواجهه با درد یک ناحیهی مفصلی ابتدا باید درگیری خود مفصل را از درگیری بافت‌های اطراف مفصل (تاندون و لیگامان، بورس، استخوان) افتراق داد. ابزار اصلی این افتراق شرح حال و معاینه است.

شرح حال

محل درد: درد در پری آرتريت‌ها معمولاً لوکالیزه است؛ اما در آرتريت در کل مفصل حس می‌شود. مثلاً در بیماری که در ناحیهی لترال مچ دست یا آرنج دارد، بیشتر پری آرتريت مطرح است تا آرتريت. **خشکی صبح:** خشکی صبحگاهی بیشتر به نفع آرتريت است، البته در مواردی که در پری آرتريت التهاب قابل توجه وجود داشته باشد ممکن است درد صبحگاهی در ناحیهی مبتلا وجود داشته باشد.

معاینه

کریپتاسیون، افیوژن مفصلی، تورم و تندرns کل مفصل به نفع درگیری مفصلی و تندرns با یا بدون تورم لوکال به نفع درگیری اطراف مفصلی است.

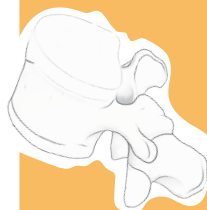
نکته مهم

هم در شرح حال و هم در معاینه یک کلید تشخیصی اصلی برای تشخیص پری آرتريت وجود دارد: درد پری آرتريت بیشتر در حرکات فعال - در مقایسه با حرکت دادن پاسیو اندام توسط معاینه‌گر - حس می‌شود. به ویژه درد در حرکت خاصی از اندام یا وقتی اندام در زاویه‌ی خاصی حرکت می‌کند قویاً مطرح‌کننده‌ی پری آرتريت است. شما ممکن است اسم آن پری آرتريت را ندانید اما بر اساس این ویژگی حدس می‌زنید پری آرتريت وجود دارد و درمان‌های عمومی پری آرتريت‌ها را برای بیمار تجویز می‌کنید (رجوع شود به فصل پری آرتريت‌ها).

ناحیهی گرفتار

شناخت الگوهای شایع پری آرتريت به تشخیص کمک فراوانی می‌کند. درد شانه به طور شایع ناشی از درگیری پری آرتیکولر است. درد لترال یا مدیال آرنج، درد لترال مچ دست، درد مدیال و پایین یا لترال و بالای زانو، درد پشت قوزک‌های پا، درد پروگزیمال کف پا از جمله الگوهای پری آرتريت است (برای جزئیات بیشتر رجوع شود به فصل «پری آرتريت‌ها»). در صورتی که شرح حال و معاینه مطرح‌کننده پری آرتريت باشد، براساس محل درگیری تشخیص و درمان متناسب صورت می‌گیرد. در صورت مطرح بودن آرتريت، برحسب درگیری تک‌مفصلی یا چندمفصلی و حاد یا مزمن، علل مختلفی مطرح می‌شود که در فصول مربوطه ذکر شده است.

۳ درد تک‌مفصلی مزمن



درد مزمن تک‌مفصلی عمدتاً دو دسته علت دارد: التهاب مزمن (عمدتاً ناشی از التهاب خودایمن مزمن به‌ویژه RA یا عفونت مزمن به‌ویژه TB)، درگیری دژنراتیو (آرتروز). سایر مواردی که باید از درگیری مفصلی افتراق داد عبارت‌اند از: پری‌آرتریت مزمن (رجوع کنید به فصل «آرتریت یا پری‌آرتریت»)، تومور (تصویربرداری در موارد درد لوکال یا غیر تیپیک) و AVN (نکروز آواسکولار استخوان مثلاً در درد یک‌طرفه‌ی هیپ یا زانو به‌ویژه با وزن‌گذاری در کسی که به‌طور مزمن کورتون مصرف می‌کند مخصوصاً در افراد مبتلا به لوپوس). در عمل عمده‌ی موارد درد مزمن تک‌مفصلی که به جنرالیزست (و نیز روماتولوژیست) مراجعه می‌کند ناشی از استئوآرتریت است و هنر پزشک در افتراق آن از درگیری التهابی مزمن (ناشی از التهاب خودایمن یا عفونی) و ارجاع موارد التهابی به روماتولوژیست است و عمده‌ی ابزار این افتراق شرح حال و به‌خصوص معاینه است. در درگیری چندمفصلی نیز بین آرتروز و التهاب مزمن باید افتراق داد.

شرح حال

در سن جوان تا اوایل میان‌سالی آرتروز کمتر رخ می‌دهد و بنابراین کفهی تشخیص علت التهابی سنگین می‌شود. خشکی صبحگاهی مفصلی طولانی (بیش از نیم ساعت و به‌ویژه بیش از یک ساعت) به‌نفع علل التهابی به‌ویژه آرتрит روماتوئید است. نکته‌ی دیگر در شرح حال، جست‌وجوی علائم در سایر مفاصل است، گاه درد یک مفصل (مثلاً زانو) غالب است و بیمار در سایر مفاصل را ذکر نمی‌کند؛ ولی در پرسش بیشتر مشخص می‌شود بیمار خشکی صبحگاهی عمومی و درد - به‌ویژه صبحگاهی - در سایر مفاصل دارد که در این موارد تشخیص آرتрит روماتوئید (در کنار استئوآرتریت ژنرالیزه) مطرح می‌شود.

معاینه

وجود تورم سینوویال و افیوژن مفصلی مطرح‌کننده‌ی علت التهابی است. البته افیوژن خفیف بدون تورم سینوویال ممکن است در استئوآرتریت نیز دیده شود. در مواردی که سن با آرتروز متناسب است و معاینه‌ی مفصل نیز با آرتروز مطابقت دارد (کریپیتاسیون، تورم استخوانی - رجوع شود به فصل آرتروز) و افیوژن خفیف بدون تورم سینوویال وجود دارد، برخورد منطقی می‌تواند استراحت دادن به مفصل و معاینه‌ی مجدد باشد که در صورت تداوم افیوژن برخورد، مانند موارد التهابی خواهد بود.

رویکرد تشخیصی

- در صورت مطابقت کامل شرح حال و معاینه با آرتروز اقدام تشخیصی بیشتری لازم نیست و درمان آرتروز آغاز می‌شود.
 - در صورت شک به درگیری التهابی مهم‌ترین اقدام ارجاع به روماتولوژیست خواهد بود.
- در این موارد می‌توان بررسی‌های پاراکلینیک زیر را درخواست کرد و بیمار را ارجاع نمود:
- CBC ESR CRP RF anti CCP PPD و Xray از مفاصل گرفتار.
- روماتولوژیست در برخورد تشخیصی علاوه بر بررسی آسیب‌های مفصلی گاه برای ردّ علل عفونی (TB) بیوپسی سینوویوم انجام می‌دهد. درمان بر اساس تشخیص نهایی صورت می‌گیرد.



۴ مونوآرتريت و اليگوارتريت حاد

مونوآرتريت حاد

مونوآرتريت حاد يعنى التهاب، تورم، افيوژن، گرمى و گاه قرمزى مفصل ظرف چند ساعت.

مونوآرتريت حاد غيرتروماتيك دو علت عمده دارد:

عفونت و رسوب كريستال. علت كمتر شايع همارتروز ناشى از كواگولوپاتى است. البته همه علل پلى آرتريت مى توانند با مونوآرتريت مراجعه كنند؛ ولى اين تظاهر شايع نيست.

در شرح حال ممكن است سرنخهايى براى افتراق عفونت حاد مفصلى از رسوب كريستال وجود داشته باشد (رجوع شود به فصل «كريستالوپاتى»؛ اما در عمل -در اكثر موارد- تنها راه افتراق اسپيراسيون مفصل و بررسى از نظر سلول، كريستال، اسمير و كشت است.

بنابراين، جنراليست در مواجهه با مونوآرتريت حاد در صورتى كه تبخ و امكان اسپيراسيون مفصل را داشته باشد، مفصل را اسپيره كرده، براى بررسى هاى فوق ارسال مى نمايد و اولين دوز آنتى بيوتيكى (يك گرم سفترياكسون) را تزريق كرده، بيمار را ارجاع مى نمايد و درغيران صورت بيمار را به صورت اورژانسى ارجاع مى نمايد. درصورتى كه اسپيره مفصلى خونى باشد، بررسى شمار پلاكت، PTT، PT و BT ضرورى است.

اليگوارتريت حاد

علل اليگوارتريت حاد مشابه مونوآرتريت حاد است با اين تفاوت كه علل اتوايميون نسبت به مونوآرتريت شايع تر است. در رأس اين علل، آرتريت راکتيو است. ساركوئيدوز نيز مى تواند با اليگوارتريت حاد مراجعه كند. كريستالوپاتى و عفونت نيز گاه ۲-۳ مفصل را درگير مى كنند.

۵ درد چندمفصلی مزمن



دو دسته علت درد پلی آرتیکولر مزمن عبارتند از: آرتروز و التهاب‌های خودایمن (عمدتاً RA ولی همچنین SLE و اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها). [ارجوع کنید به فصل «آرتروز» و «آرتريت روماتوئید»] البته به‌طور ناشایع کریستالوپاتی‌ها هم می‌توانند پلی آرتريت مزمن بدهند.

در اینجا رسالت اصلی جنرالیت افتراق آرتروز از آرتريت و ارجاع آرتريت به روماتولوژیست است. در عمده موارد براساس شرح حال و معاینه می‌توان این دو را از هم تشخیص داد.

شرح حال

خشکی صبحگاهی

علامت کلیدی التهاب مفصل، خشکی صبحگاهی است؛ یافتن این علامت در شرح حال یک هنر است و راه اصلی آن پرسش کلی از وضعیت بیمار در زمان بیدار شدن از خواب است (صبح که بیدار می‌شوی چطوری؟... صبح با ظهر فرق می‌کند؟).

اجازه دهید بیمار داستان بیدار شدن از خواب را تعریف کند و مهم آن است که در مجموعه‌ی صحبت‌های بیمار بتوانیم دریابیم ماهیت درد التهابی است یا مکانیکال.

خشکی صبحگاهی در RA علاوه بر مفاصل درگیر ممکن به‌صورت خشکی عمومی کل بدن وجود داشته باشد. لازم به ذکر است در آرتروز نیز ممکن است در ابتدای صبح خشکی مختصری در مفاصل مبتلا حس شود که معمولاً ظرف چند دقیقه (و حداکثر ۰.۵ ساعت) رفع می‌شود.

درد نیم‌شب که بیمار را از خواب بیدار کند نیز به‌نفع درگیری التهابی است. اگرچه گاه در آرتروز شدید نیز دیده می‌شود.

معاینه

مفاصل به‌دقت باید از نظر تورم سینوویال تندرns، افیوژن و گرمی معاینه شوند. تورم بافت نرم ناحیه‌ی مفصلی قطعی‌ترین یافته به نفع التهاب است، البته در موارد خفیف ممکن است تنها یافته، تندرns مفصل باشد.

تورم استخوانی و کریپتاسیون مطرح‌کننده‌ی آرتروز است.

محل درگیری (شرح حال و معاینه)

درگیری مزمن برخی مناطق بیشتر مطرح‌کننده‌ی آرتروز است:

DIPs, CMC_I, MTP_I

درگیری برخی مناطق بیشتر به‌نفع بیماری التهابی (RA) است:

مچ دست‌ها، آرنج‌ها، MTP_۵, MCP_I, مچ پا

درگیری PIPs، زانو و هیپ در هر دو دسته بیماری دیده می‌شود. البته در RA مناطق ذکرشده در آرتروز هم ممکن است درگیر شود؛ ولی درگیری آن‌ها به‌صورت غالب بعید است.

در این موارد بررسی پاراکلینیک زیر توصیه می‌شود:

CBS, ESR, CRP, RF, anti CCP, ANA, Creatinin, ALT

در بعضی موارد Xray در نواحی درگیر می‌تواند به افتراق آرتروز از RA کمک کند.





کمردرد حاد

کمردرد حاد (مدت کمتر از یک ماه) بسیار شایع است و در عمده‌ی موارد ناشی از علل غیراختصاصی موسکولواسکلتال (اسپاسم عضله، آسیب لیگامان و ...) است و خودبه‌خود خوب می‌شود. عده‌ای از بیماران دچار آسیب دیسک هستند که عمده‌ی این بیماران نیز خودبه‌خود خوب می‌شوند؛ اما در تعداد کمی از آن‌ها هرنی شدید دیسک باعث فشار به نخاع یا سندروم دم‌اسبی (بی‌اختیاری ادرار/ مدفوع، بی‌حسی ناحیه‌ی آنال) یا پارزی ناشی از فشار به چند ریشه‌ی عصبی می‌شود و مداخلات فوری و جدی لازم دارد. علت دیگر که در سن بالا به‌ویژه در زنان مسن دیده می‌شود، فشردگی مهره‌ی ناشی از پوکی استخوان (compression fracture) است.

کمتر از یک درصد کمردردها ناشی از علل جدی خطرناک (عمدتاً متاستاز و عفونت) است.

اقدام جنرال‌یست

وظیفه‌ی اصلی پزشک در مواجهه با کمردرد حاد، بررسی بالینی احتمال وجود علل جدی است و در عمده‌ی موارد هیچ بررسی پاراکلینیک و مداخله‌ی درمانی تهاجمی لازم نیست و بهترین کار آموزش بیمار و عدم مداخله‌ی زیاد است! پزشک باید به سؤالات زیر پاسخ دهد:

۱. آیا علامت نورولوژیک جدی وجود دارد؟

منظور از علائم جدی، اختلال موتور (پارزی) در اندام تحتانی که محدود به یک ریشه‌ی عصبی نباشد، بی‌اختیاری یا احتباس ادراری، بی‌اختیاری مدفوع و بی‌حسی ناحیه‌ی آنال است. بنابراین، راه رفتن بیمار را ببینید. از بیمار بخواهید روی پنجه و پاشنه‌ی پا راه برود. بی‌حسی ناحیه‌ی آنال و وجود بی‌اختیاری یا احتباس ادراری یا بی‌اختیاری مدفوع را بررسی کنید. در عمده‌ی بیماران، همه‌ی موارد فوق طبیعی است. البته، صرف ضعف دورسی‌فلکشن مچ پا در راه رفتن روی پاشنه به‌تنهایی یا ضعف پلاتتارفلکشن (راه رفتن روی پنجه) به‌تنهایی اقدام فوری لازم ندارد. در صورت وجود علائم نورولوژیک جدی، فوراً بیمار را به ارتوپد یا جراح اعصاب ارجاع کنید.

۲. آیا شواهدی به‌نفع عفونت مهره یا آبسه‌ی اپی‌دورال وجود دارد؟

وجود تب، سوءمصرف مواد وریدی (هروئین)، عفونت جدی اخیر (مثلاً پنومونی یا پیلونفریت) و ضعف سیستم ایمنی (مثلاً آیدز پیشرفته یا شیمی‌درمانی) مطرح‌کننده‌ی احتمال عفونت است. در معاینه، تندرns شدید زائده‌ی خاری در دق با چکش رفلکس مطرح‌کننده‌ی عفونت است.

عمده‌ی بیماران فاقد شواهد عفونت هستند. در صورت وجود این شواهد، CBC و ESR یا CRP درخواست کنید و بیمار را به متخصص عفونی، روماتولوژیست یا ارتوپد جهت تصمیم برای انجام MRI ارجاع نمایید.

۳. آیا شواهدی به‌نفع متاستاز وجود دارد؟

در بیماری که دچار کانسر فعال یا اخیر است یا علائم مشکوک به کانسر (مثلاً بی‌اشتهایی و کاهش وزن قابل توجه) دارد، Xray و ESR درخواست کنید و بیمار را به ارتوپد جهت بررسی بیشتر ارجاع نمایید.