

استراتژی تشخیصی در روماتولوژی

تشخیص افتراقی در روماتولوژی را می توان به مسافرت به شهری ناآشنا که دارای مکان های دیدنی زیادی است تشبیه کرد. هدف اصلی ما از مسافرت، رسیدن به مکان خاصی مثلا تشخیص است. آنچه ما در اینجا سعی می کنیم انجام دهیم تهیه نوعی نقشه است که مسافران را قادر می سازد جهت را پیدا کنند و ایجاد علائمی است که آنها را بطرف مقاصدشان راهنمایی کرده و زمانی که به مقصد رسیدند آن را تشخیص داده و بتوانند از محل های دیگر افتراق دهند.

این مسافران ابتدا باید یاد بگیرند که چگونه سوالات خود را بپرسند و چگونه در حالیکه مسیر را می پیمایند آن را مورد مشاهده قرار دهند و بدینگونه جستجوی آنها تصادفی نبوده و در نتیجه غیر موثر نخواهد بود. ما باید بدانیم که دنبال چه چیزی هستیم تا آن را بیابیم.

استراتژی ما در مسیر تشخیصی دارای دو مرحله اساسی است ما این فرایند را تشخیص دو مرحله ای می نامیم.

مرحله اول

اولین هدف ما (یا اولین مرحله) این است که نوع اصلی پاتولوژی را بصورت سوال تعیین کنیم. بنابراین ما پیشنهاد می کنیم که مجموعه ای از نشانگانهای (سندروم های) اصلی را به عنوان نمونه های شکایات مورد توجه قرار دهید. اولین مصاحبه و مشاهده ما برای تعیین نوع مشکلی است که ما با آن مواجه هستیم یعنی سندرم اصلی که شکایت مربوط به آن است. ما باید سعی کنیم وجود خصوصیات تیپیک یک سندروم خاص را تعیین کرده و آن را از بقیه افتراق دهیم. لزومی ندارد که زیاد وارد جزئیاتی شویم که ارتباطی با این

اهداف ندارند. از طرف دیگر، کاملاً ضروری است که تا جایی که ممکن است در جزئیاتی که در تعیین یا رد یک نشانگان خاص سرنوشت ساز هستند دقیق باشیم.

در روماتولوژی، این مجموعه های اصلی شکایات بطور وسیعی به کمپارتمان های آناتومیک، که منشا شکایات هستند، ارتباط دارند: مثل کمپارتمان های مفصلی، جنب مفصلی، عضلانی، سیتیمیک و غیره.

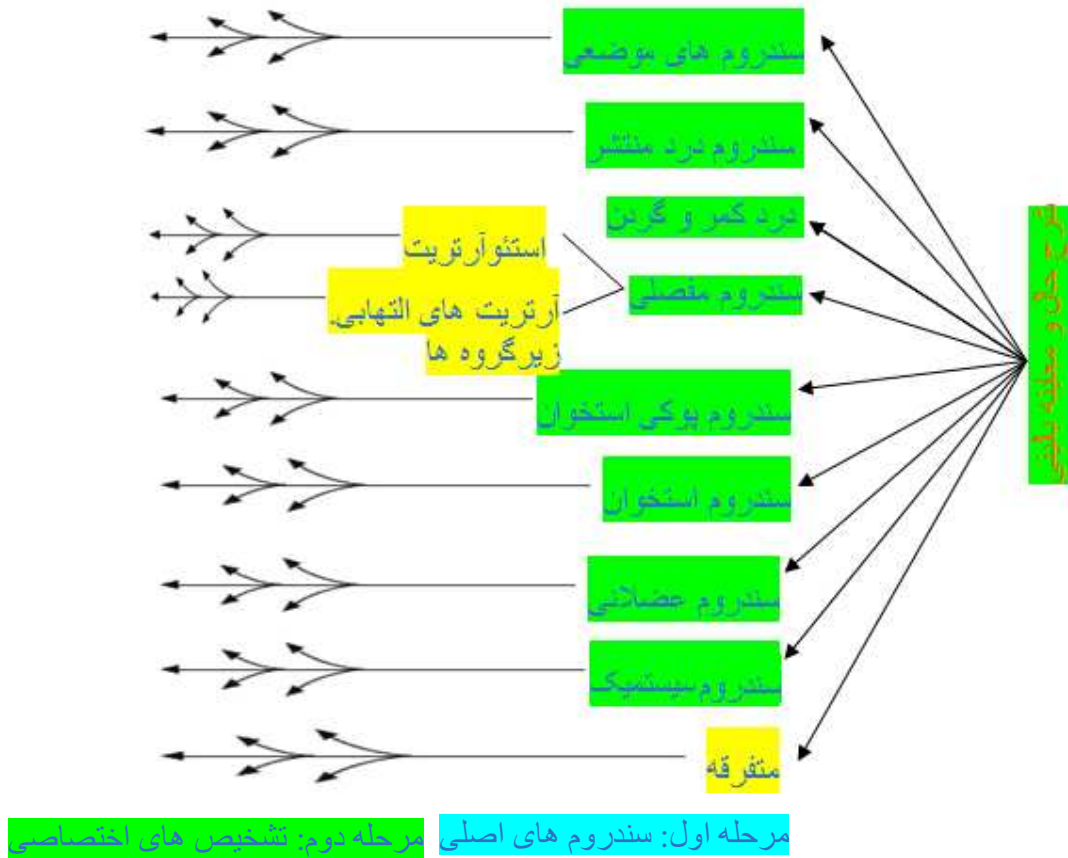
دوباره به مثال مسافرت برمی گردیم، اگر جاذبه های شهر را در محله های مختلف بدانیم مثل منطقه موزه، منطقه ورزشی، منطقه علمی و غیره. اولین هدف ما پیدا کردن محله صحیح، جایی که از مقصد نهایی زیاد دور نیستیم، و رفتن به ساختمانی در این منطقه (مثلاً تشخیص نهایی) است.

برای اینکه بدانیم در مرحله اول تشخیص افتراقی شما در جستجوی چه چیزی هستید، باید با سندروم های اصلی آشنا باشید (شکل ۱-۴).

ما باید بخصوص در مرحله اول داخل مسیر صحیح باشیم. اگر ما بخاطر تفسیر اشتباه اطلاعات سندرم اشتباه (محله) را اشتباه بگیریم یا فرضیاتی در ارتباط با یک علامت نامطمئن بسازیم بقیه جستجوی ما مطمئناً ناقص خواهد بود. ما هیچ وقت به تشخیص صحیح آرتریت روماتوئید نخواهیم رسید در صورتی که خیال کنیم که مشکل بیمار منشا عضلانی دارد. در روماتولوژی شکایات و نشانه ها همیشه ذهنی و مبهم هستند. ما تمایل داریم بیشتر آنها را با اصطلاح "احتمال" مورد ارزیابی قرار دهیم تا با اصطلاح "حتمی". برای جلوگیری از اشتباه، ما باید همیشه نگاهی دقیق به شواهدی که ما را به یک جهت یا جهت دیگر راهنمایی می کنند بیاندازیم. مثلاً ورم پا همراه با درد موضعی ممکن است به معنی آرتریت باشد ولی ممکن است همراهی تصادفی اختلال عملکردی وریدی با تعدادی از پاتولوژی های دیگر نیز باشد. لذا همچنانکه به جلو

حرکت می کنیم باید بوضوح بدانیم که کدام علامت حتمی و کدام علامت هنوز مشکوک است. ما باید بیاد

داشته باشیم که مقدار زیادی از استدلالهای ما روی کلمات کلیدی قرار دارند.



تصویر ۱-۴ تشخیص افتراقی در روماتولوژی. مرحله اول: سندروم های اصلی

اگر ما در نقطه ای از مسیر اثبات کنیم که بیمار "آرتریت" دارد باید از مفاهیم این کلمه آگاه باشیم. از آن پس، ما فرض می کنیم که فرآیند مفصلی و التهابی است و دیگر احتمال درد عضلانی یا آرترالژی صرف را، که حالاتی با پیامدهای کاملاً متفاوت از آرتریت هستند، مد نظر قرار نمی دهیم.

در هر مرحله از ارزیابی بالینی، اصطلاحات و مفاهیمی که بکار می بریم باید تا حد امکان باید دقیق باشند. اگر هنوز مطمئن نیستید که منشأ درد آرتریت است باید استدلال خود را روی مفهوم "درد مفصلی" قرار داده و تمام حالاتی را که درد مفصلی ایجاد می کنند مدنظر قرار دهیم.

حتی زمانی که در ارتباط با علائم نامطمئن هستیم باید هنوز به سمت جلو حرکت کرده و راهی را به پیش کشف کنیم ولی نباید فراموش کنیم که ممکن است در مسیر اشتباه باشیم. در صورت تردید، باید به عقب برگشته، و دنبال احتمالات و تفاسیر دیگر برای باز یک شکایت مبهم بگردیم.

سعی نمائید در انجام این تمرین عادت کنید: بیمار خود را در حد امکان با چند واژه کلیدی صحیح توصیف کنید. به عنوان قانون نباید بیش از ده کلمه بکار ببرید. مثال ها: ۱- مرد جوان با درد التهای کمر بدون علائم عمومی. ۲- خانمی با پلی آرتريت محیطی، قرینه، اضافه شونده، مزمن بدون درگیری مفاصل محوری ۳- درد منتشر بدون یافته های بالینی.

مرحله دوم

وقتی به مجموعه ای از شکایات رسیدیم ("بیماری مفصل"، "درد منتشر"، "درد استخوانی"، "درد کمر" و غیره)، سپس به بررسی مسائل جزئی تر پرداخته تا حالات مختلفی که این علائم را ایجاد می کنند افتراق دهیم. اجازه بدهید این مرحله دوم را تشخیص افتراقی بنامیم.

در اینجا ما همچنین روی دو جنبه تمرکز می کنیم. (۱) خصوصیات انحصاری هر کدام چیست و (۲) چه چیز هایی باعث افتراق این دو از یکدیگر می شود. کاوش های ما در ارتباط با این شکایات باید روی این زمینه ها متمرکز شود. مثلا، آرتريت روماتوئید و آرتريت پسوریاتیک هر دو ممکن است آرنج را درگیر کنند. برعکس، درگیری التهای کمر یا مفاصل بین انگشتی دیستال در آرتريت پسوریاتیک بر خلاف آرتريت روماتوئید شایع است. لذا وقتی که ما روی افتراق این دو تمرکز می کنیم باید مطمئن باشیم که اسپوندیلیت یا درگیری مفاصل بین انگشتی دیستال وجود دارد یا خیر؟ ولی درگیری یا عدم درگیری آرنج در این ارتباط اهمیتی

ندارد. ما در درجه بعد در ارتباط با درگیری آرنج نگران خواهیم بود چون ممکن است درگیری آن (بدون توجه به بیماری زمینه ای) نیاز به درمانهای خاصی داشته باشد.

در مرحله دوم یا تشخیص افتراقی است که تست ها نقش مهمتری بازی می کنند.

برای اینکه در جاده تشخیص افتراقی به سلامت سفر کنیم ما باید (شکل ۲-۴):

- با خصوصیات هر سندروم اصلی آشنا باشیم (بعدا توضیح داده خواهد شد) تا بدانیم که دنبال چه چیزی هستیم.

- بدانیم که چه پرسش هایی از بیمار بپرسیم (فصل ۵).

- بدانیم که چگونه یک معاینه کلی روماتولوژیک را انجام دهیم (فصل ۶).

- بدانیم که چگونه یک معاینه دقیقتر موضعی انجام دهیم (فصول ۱۴-۷).

یک معاینه فیزیکی عمومی و یک معاینه موضعی کامل از تمام مناطق مبتلا برای تشخیص نهایی لازم است. بهمین دلیل، ما در ابتدا سندروم های موضعی را توضیح می دهیم. مجموعه داده های ناشی از مصاحبه و یافته های معاینه موضعی به ما دید کلی مورد نیاز برای تشخیص کل نگر صحیح را می دهد.

زمانی که مصاحبه و معاینه فیزیکی را تمام کردیم، ما تشخیص نهایی و اختصاصی را در صورتی که مشکلات

محدود به یک منطقه آناتومیک باشد (سندروم موضعی) خواهیم داشت. تشخیص نهایی پاتولوژی های

موجود در سندروم های دیگر مربوط به مرحله دوم تشخیص افتراقی است. هر کدام از اینها (سندروم ها)

استراتژی مربوط به خود را دارد که در فصول ۲۷-۱۵ بحث خواهد شد.

هر بخش و ساختار فرایند استدلال بالینی لزوما ساده بوده و لذا از نظر نقادی باز است. ما از این محدودیت ها آگاهیم. یک پزشک با تجربه، مراحل را در هم آمیخته، الگوها را تشخیص داده و از میانبرها استفاده می کند. بهر حال این شکل دهی توانایی مشکل بوده و فقط زمانی موفق و صحیح است که براساس یک الگوی خیلی دقیق بنا نهاده شده باشد که بوضوح چگونگی و چرایی روشمان را توضیح دهد. این هدف کتاب و راهبرد تشخیصی برنامه ریزی شده آن است.



همچنین باید بیاد داشته باشید که بیماریهای روماتیسمی از هر گونه طبقه بندی سندرومیک غیر قابل انعطاف سرپیچی می کنند. علاوه بر این تظاهر خیلی از حالات روماتیسمی می تواند به اشکال مختلف بوده و شکایات بسته به بیمار و ویزیت، به یک سندروم یا سندروم دیگر بصورت قوی تری اشاره داشته باشد. این مسئله مهم است که پذیرش طیف بالینی (لوپوس سیستمیک اریتماتوزوس یک نمونه خوب است) را در ذهن خود داشته باشیم. یک بیماری واحد می تواند با تابلو غالب مفصلی (به عنوان قسمتی از سندروم

مفصلی) بوده و یا علائم غالب می تواند مجموعه ای از علائم خارج مفصلی (که تداعی کننده سندروم های سیستمیک است) باشد. یک بیمار مبتلا به پلی میوزیت بطور تیپیک به علت ضعف عضلانی (سندروم عضلانی) مراجعه می کند ولی ممکن است علائم اولیه بصورت درد مفاصل (سندروم مفصلی) یا حساسیت به نور (سندروم عمومی) باشد. راه حلی که در سر داریم نیز باید شامل این طیف باشد. نقشه محله آرتريت باید دارای علامتی برای لوپوس باشد همچنانکه محله سندروم های سیستمیک باید علامتی برای آرتريت روماتوئید در مرز میان این دو باشد.

به یاد داشته باشید که همه ما یک نقشه تشخیص افتراقی در سر ما داریم که چیز خوبی است. اگر ما در کشور عجیب و غریب بدون نقشه سفر کنیم، به احتمال زیاد گم می شویم. برای ما آگاهی از نقشه و ارزیابی سیستماتیک آن بطور صحیح و در صورت لزوم تصحیح آن بسیار مهم است. نقشه راه، نه تنها بستگی به دانش ما دارد، بلکه به ساختار و روشی که ما اطلاعات را ذخیره میکنیم نیز وابسته است. اگر ما خط استدلال خویش را (به عنوان مثال نقشه خود) دنبال کردیم ولی به یک تشخیص اشتباه رسیدم باید نقشه کشی خود را مورد بازبینی قرار دهیم. در اینجا ما نیز همین کار را خواهیم کرد و این همان استراتژی مورد پیشنهاد ماست. ما مصرانه از شما می خواهیم که به طور دائم نقادانه به مسائل بنگرید حتی به این کتاب.

سندروم های اصلی در روماتولوژی

در شکل ۱-۴ سندرومهای اصلی در روماتولوژی که اولین مرحله در تشخیص افتراقی است ذکر شده است. سندروم هایی که با رنگ آبی نشان داده شده است شایعترین بوده و لذا سزاوار توجه بیشتر از طرف ما می باشند.

ویژگی های اساسی هر یک از سندرمها را که باید راهنمای ما در مصاحبه و معاینه بالینی باشند در زیر شرح می دهیم.

سندرم های موضعی

سندروم های موضعی مشخص می شوند با محدود بودن شکایات بیمار به یک منطقه عضلانی اسکلتی :
یعنی یک مفصل و ساختمانهای مجاور آن.

بیمار بطور تپیک وجود علائم اسکلتی- عضلانی را در هر نقطه دیگری را انکار می کند بهر حال ، ابتلا دو یا سه منطقه غیر معمول نیست. در این صورت ممکن است با پلی آرتروپاتی اشتباه شود. در مقابل، بیماران مبتلا به بیماری های پلی آرتیکولار، و یا حتی سیستمیکی وجود دارند که مستعد ابتلا به اختلالات موضعی می باشند، که باید به صورت جداگانه مورد تجزیه و تحلیل و درمان قرار گیرند.
همانطور که تاریخ و معاینه بالینی، هر دو باید کامل و سیستماتیک باشد، ما باید هیچ مشکلی در شناسایی و مشخص کردن جنبه های خاصی از بیمار مورد نظر نداشته باشیم.

منطقه مبتلا، به خودی خود، یک سرخ تشخیصی است، زیرا فراوانی نسبی اختلالات مفصلی و جنب مفصلی در مناطق مختلف متفاوت است.

در بیماران سرپایی روماتولوژی، درد در شانه یا آرنج تقریبا همیشه به یک ضایعه جنب مفصلی مربوط است، در حالیکه در زنان یا مفصل ران، با توجه به شیوع بالای آرتروز، احتمال ضایعات مفصلی بیشتر است. پس از معاینه کلینیکی، ما می توانیم سندرم های موضعی را به چهار زیرگروه اصلی تقسیم کنیم:

- درد جنب مفصلی

- درد با منشا بافت عصبی
- درد ارجاعی
- منوآرتروپاتی

سندروم های موضعی

درد جنب مفصلی

از نظر اهداف آموزشی، منظور ما از "جنب مفصلی" یا "سج نرم"، تمام ساختمانهایی است که در مکانیک مفصل شرکت دارند ولی در خارج کپسول مفصلی واقع شده اند و شامل بورس ها، غلاف های تاندونی، تاندونها، رباطها و محل چسبیدن آنهاست.

این ساختمانها اغلب محل ایجاد بیماری ، که معمولا التهابی است، به علت ترومای موضعی مداوم (مثلا استفاده زیاد از دست و شانه) یا به عنوان تظاهر موضعی از یک بیماری سیستمیک مثل آرتريت روماتوئید می باشند. التهاب محل چسبیدن وتر و رباط می تواند به تنهایی ایجاد شود، مثلا بدنبال ضربه، و گاهی نیز ممکن است علت مشخصی نداشته باشد. از طرف دیگر، التهاب عود کننده محل چسبیدن چند تاندون از خصوصیت گروهی از بیماریهای التهابی مفصلی به نام اسپوندیلوآرتروپاتی های سرونگاتیو است (فصل ۲۴). تاندون ها و رباط ها همچنین ممکن است دچار پارگی ناقص یا کامل شده و در نتیجه ایجاد درد، از دست دادن حرکات فعال و یا بی ثباتی مفصل نمایند.

درد جنب مفصلی ارتباط نزدیکی با حرکاتی دارد که در آنها ساختمان ملتهب، استفاده شده یا تحت فشار قرار می گیرد. در حالیکه حرکات دیگر به سهولت انجام شده و بدون درد است. این مسئله (دردناک بودن

حرکات معینی) در افتراق این بیماریها از بیماریهای مفصلی (که تمام حرکات دردناک می شوند) بسیار کمک کننده است. .

حرکات فعال (توسط بیمار انجام می شود) فقط زمانی دردناک می شود که نیاز به استفاده از عضو مبتلا باشد. در حالیکه بقیه حرکات بدون درد می باشند. حرکات غیر فعال (توسط معاینه کننده روی اندام شل بیمار انجام می شود) دامنه طبیعی داشته و نسبت به حرکات فعال باعث درد کمتری می شود. به همین طریق ما می توانیم با حرکات فعال مقاومتی، که ساختمانهای مشکوک به ابتلاء را درگیر می کنند، باعث ایجاد درد شویم. اگر ما از بیمار به بخواهیم که حرکتی را انجام دهد که برای ساختمان درگیر اختصاصی باشد، در حالی که ما در برابر آن مقاومت ایجاد کنیم، تاندون، بورس و یا محل چسبیدن تحت تنش قرار گرفته و باعث بروز درد می شود.

در این اختلالات به طور معمول هیچ نشانه ای موضعی از التهاب وجود ندارد، مگر این که ساختمان مبتلا بسیار سطحی باشد مثل بورسیت اوله کرانون یا پریپاتلار.

لمس ساختمان ملتهب دردناک است (اما نه حاشیه مفصل، که در بیماریهای مفصلی درناک است).

توجه

با این خصوصیات به آسانی می توان تصور کرد که مفاصل چگونه کار می کنند. تصور کنید که شما یک بافت سینوویال ملتهب در شانه دارید: بافت ملتهب به صورت منتشر مبتلا بوده و لذا با حرکت در تمام جهت آسیب وارد می شود چون تمام قسمت های بافت سینوویال ملتهب می باشد. درد در هر دو حالتی که خود

شما مفصل را حرکت دهید (حرکت فعال) و یا شخص دیگری آن را حرکت دهد (حرکت غیر فعال) یکسان است. دامنه حرکتی مفصل بدلیل درد یا تغییر در ساختمانهای آن ممکن است کاهش یابد و حرکت دادن غیر فعال مفصل نمی تواند این محدودیت حرکتی را کاهش دهد.

از طرف دیگر در صورتی که فقط تاندون ملتهب باشد، مثلا تاندون سوپرااسپیناتوس ، شما فقط در ابداکسیون (که تاندون استفاده می شود) درد خواهید داشت و در زمان فلکسیون شانه، که تاندون در حال استراحت است، احساس درد نخواهید کرد (انتخابی بودن حرکات). اگر حرکت غیر فعال بوده و بیمار قادر به شل نگهداشتن مفصل باشد تاندون ملتهب در حال استراحت باقی مانده حرکت نسبت به حرکات فعال درد کمتری ایجاد خواهد کرد و دلیلی وجود ندارد که دامنه حرکتی غیر فعال کامل نباشد. در مورد ذکر شده در بالا، در صورتی که پزشک در مقابل ابداکسیون شانه بیمار مقاومت ایجاد کند با افزایش تنش روی تاندون ملتهب درد تشدید می یابد. در صورتی که در بیمار اول این اتفاق نخواهد افتاد چون مفصل بیحرکت باقی می ماند.

توجه داشته باشید که در خیلی از بیماران مبتلا به تنوسینوویت، روی تاندون کرپیتوس را می توان احساس کرد و این مسئله می تواند نظر شما را به اشتباه سمت استئوآرتریت (که باعث کرپیتوس در مفصل می شود) معطوف کند.

چه نکاتی پیشنهاد کننده اختلالات جنب مفصلی است؟

انتشار محلی و موضعی

شایعترین محلها: شانه و آرنج

انتخابی بودن حرکات دردناک

حرکات فعال از غیر فعال دردناک تر است

در حرکات غیر فعال محدودیتی ایجاد نمی شود.

لمس ساختمانهای مبتلا دردناک است

حرکات خاصی در مقابل مقاومت دردناک است

سندروم های موضعی

درد نوروزنیک

درد نوروزنیک ناشی از تحت فشار قرار گرفتن و یا تحریک ریشه های عصبی در ستون فقرات و یا ناشی از

به دام افتادن اعصاب محیطی است. نوع دوم معمولا در محل هایی رخ می دهند که به راحتی قابل شناسایی

می باشند، در این محل ها اعصاب از درون ساختمانهایی عبور می کنند که تنگ یا محل فشردن های

تکراری و یا اصطکاک زیاد است.

این درد معمولا dysesthetic است و باعث حس هایی عجیب مثل مانند سوزن سوزن شدن، بی حسی،

شوک الکتریکی، احساس پوست سوخته و hyperesthesia (افزایش حساسیت موضعی) می شود. توزیع

درد کاراکتریستیک (ویژه) و پیشنهاد کننده است و با یک درماتوم ریشه ای (فشرده سازی ریشه ای در ستون فقرات) یا یک منطقه حسی مربوط به یک عصب محیطی همراه است.

در رادیکولوپاتی ها، ما می توانیم انتظار یافتن شکایات مرتبط به یک سگمان نخاعی را داشته باشیم و معمولاً با حرکت این سگمان درد بدتر می شود. مثلاً در سیاتالژی، درد معمولاً کمر را گرفته و در مسیر درماتومهای منتشر شده L5/S1 و با خم شدن ستون فقرات کمری بدتر می شود. مانورهای والسالوا مثل، سرفه یا عطسه کردن چون باعث افزایش فشار مایع مغزی- نخاعی، که اطراف ریشه ها را احاطه کرده است، می شود منجر به تشدید درد می گردد.

شایعترین نوروپاتی ناشی از به دام افتادن، مربوط به عصب مدیان در تونل کارپ است. درد و پارستزی در سطح کف دستی ۳-۴ انگشت خارجی ایجاد شده که در شب و اوائل صبح شدیدتر می شود. معاینه فیزیکی موضعی معمولاً طبیعی است. علامت تینل در نوروپاتی های تحت فشار بسیار کمک کننده است (دق در منطقه مبتلا باعث پارستزی می گردد).

یک معاینه نورولوژیک مناسب منطقه مبتلا ممکن است اختلال در حس، قدرت و رفلکس های وتری را نشان دهد ولی این یافته ها دیر ظاهر شده و نباید برای تشخیص الزامی در نظر گرفته شوند.

دوباره یادآوری می کنیم که تمام موارد فوق را حفظ کنید زیرا این خصوصیات از نظر پاتوفیزیولوژی قابل درک هستند.

چه مواردی پیشنهاد کننده درد نوروپاتیک است؟

توزیع درد در یک درماتوم یا قلمرو یک عصب محیطی

کیفیت درد بصورت دیستزی

شایعترین محلها: سیاتیک، سندروم کانال کارپ، سندروم اولنار

معاینه استخوانی طبیعی

تغییرات موضعی در معاینه عصبی (دیررس)

تشدید با مانور والسالوا (در رادیکولوپاتی ها)

تشدید با حرکت ستون فقرات (در رادیکولوپاتی ها)

علامت تینل (نوروپاتی ناشی از به دام افتادن)

سندروم های موضعی و ناحیه ای

درد ارجاعی

اختلالات بعضی احشاء می توانند باعث درد منتشر عضلانی- اسکلتی شوند. برای مثال می توان از درد شانه

و بازو ناشی از بیماری کرونر و درد کمر به علت کولیک کلیوی نام برد.

فرآیندهای التهابی و مکانیکی که یک مفصل را درگیر می کنند ممکن است باعث درد در یک منطقه وسیع

و یا حتی منطقه ای دور از مفصل مبتلا شود. مثلا ضایعات مفاصل فاست کمری می توانند باعث درد و

حساسیت در لمس در عضلات ران و زانو شوند. آرتريت شانه می تواند باعث درد ارجاعی در قسمت خارجی

بازو گردد.

در این حالات، معاینه فیزیکی موضعی طبیعی است و دلیل موضعی واضحی برای درد وجود ندارد. از این دیدگاه درد نورولوژیک نیز یک درد ارجاعی است. الگوی درد ارجاعی از ساختمانهای عضلانی - اسکلتی دیگر وابسته به استفاده از آن ساختمان است. مثلا یک بچه مبتلا به بیماری پرتس (نکروز ایسکمیک سر فمور) ممکن است از درد زانو موقع راه رفتن شاکی باشد. معاینه زانو طبیعی است ولی حرکات هیپ باعث ایجاد درد می شود. تناوبی بودن درد ارجاعی ناشی از یک عضو احشایی ممکن است گیج کننده باشد، چون وابسته به فیزیولوژی آن اندام است. درد کمر و باسن که با سیکل ماهانه یک خانم ارتباط دارد ممکن است نشانه یک مشکل ژنیکولوژیک زمینه ای باشد.

بنابراین، وقتی درد اسکلتی - عضلانی با یک معاینه موضعی طبیعی همراه باشد، درد ارجاعی ناشی از مفاصل مجاور، احشاء و وضعیت عصب دهی را از یاد نبرید.

چه مواردی پیشنهاد کننده درد ارجاعی است؟

توزیع موضعی و منطقه ای

ریتم نامشخص

کیفیت دیستریک

شکایات همراه (تغییرات موجود در مفاصل مجاور، احشاء، نورولوژیک)

معاینه موضعی طبیعی

سندروم های موضعی

منونروپاتی

یک ضایعه که فقط یک مفصل را مبتلا می کند، بدون توجه به ماهیت آن، باعث ایجاد یک سندروم موضعی می شود. چه چیزهایی باعث افتراق منوآرتروپاتی از ابتلا دیگر ساختمانهای موجود در یک منطقه آناتومیک می شود؟ درد معمولا با حرکت تشدید می شود اگرچه ریتم درد به ماهیت مکانیکی یا التهابی ضایعه وابسته است. حرکات انتخابی دردناک وجود نداشته و هر نوع استفاده از مفصل تمایل دارد که دردناک باشد. معاینه فیزیکی اثبات می کند که ضایعه در مفصل است:

- درد در حرکات فعال در چند جهت
 - دردناک بودن یا محدودیت مکانیکال حرکات فعال و غیر فعال
 - وجود کرپیتوس، تورم، افیوژن یا گرما در مفصل
 - درد در لمس در طول لبه های مفصل
 - مانورهای حرکت در مقابل مقاومت تقریبا یا بطور کامل بدون درد است.
- همانطور که قبلا گفته شد، وجود همزمان اختلالات مفصلی و جنب مفصلی شایع است، و یک چالش برای مهارتهای تشخیصی شما می باشد. استفاده از تکنیک های تصویر برداری نیز در این موارد کمک کننده است.

تشخیص و درمان طیف وسیعی از علل سندروم های موضعی در فصل هایی که با مناطق آناتومیک سروکار دارند توضیح داده می شوند (فصل های ۱۴-۷). منوآرتريت نیز در مبحث آرتريت توضیح داده می شود.

چه مواردی منوآرتروپاتی را پیشنهاد می کنند؟

انتشار موضعی درد

کیفیت درد: التهابی یا مکانیکی

درد با حرکت در تمام جهات

کرپیتوس، تورم، افیوژن یا گرمی و قرمزی موضعی

درد در لمس حاشیه مفصل

محدودیت در حرکات فعال و غیر فعال

مانورهای خاص ضایعات جنب مفصلی: منفی

سندروم های درد منتشر

این سندروم از نظر بالینی فوق العاده شایع است.

فیبرومیالژی اکثریت موارد این سندروم را شامل می شود. تشخیص های افتراقی فیبرومیالژی در فصل ۱۵

گفته خواهد شد.

فیبرومیالژی معمولا افراد با سن متوسط و بالا بخصوص زنان را مبتلا می کند. درد در قسمت های مختلف

بدن بصورت منتشر و مبهم بدون یا با تمرکز اندک روی مفاصل وجود دارد. بیماران اغلب از این بیان

استفاده کرده یا با آن موافقند: "تمام بدنم درد می کند"

بیمار معمولاً درد خود را با کشیدن دست در امتداد اندام که پیشنهاد کننده ابتلاء عضلات نیز هست توصیف می کند. درد اغلب مهاجر بوده و از ساعت به ساعت و روز به روز از منطقه ای به منطقه دیگر بدون بجا گذاشتن عوارض حرکت می کند. بهر صورت، توزیع درد عجیب بوده و با هر یک از الگوهای معمول بیماری های مفصلی متناسب نیست.

بطور تپیک، درد با ورزش و فعالیت تشدید می شود ولی بیمار بعد از ورزش و کار، و نه در طی آن، احساس بدتر شدن می کند. پارستزی نیز که مهاجر و گذرا است بطور همزمان وجود دارد. شکایات معمولاً زیاد و متغیر بوده و به صورت چشمگیر توصیف می شوند. بیماران در اکثر مواقع علائم اضطراب شدید را نشان می دهند که در نظر گرفتن این مسئله از نظر بالینی مهم است.

درد اغلب در شب و صبح احساس شده، و گاهی با خشکی صبحگاهی طولانی و احساس ادم همراه است. وجود چنین جنبه هایی ممکن است پیشنهاد کننده یک بیماری التهابی مفصلی باشد که با معاینه بالینی و تست های آزمایشگاهی اثبات نشده است.

معاینات فیزیکی، روماتولوژیک و عصبی (بجز درد در هنگام حرکت که اغلب شدید است) طبیعی است. در معاینه، یافته های التهاب، تغییر شکل یا محدودیت حرکتی وجود ندارد. مانور هایی که برای ضایعات بافت نرم استفاده می شوند می توانند مثبت بوده و شما را به اشتباه بیاندازند.

تشخیص و درمان سندروم های درد منتشر عضلانی- اسکلتی در فصل ۱۵ گفته خواهد شد.

چه چیزهایی سندرم درد منتشر عضلانی- اسکلتی را پیشنهاد می کنند؟

درد در تمام بدن

درد منتشر با تمرکز اندک در مفاصل

ماهیت مهاجر

بدتر شدن با ورزش

توزیع غیر قابل انطباق با پلی آرتروپاتی

توضیحات نمایشی

معاینه فیزیکی بدون تغییرات عینی

تست های آزمایشگاهی و تصویربرداری طبیعی

درد پشت و گردن

اگر درد بیمار بیشتر به ستون فقرات کمری و یا گردنی محدود باشد، این حالات نیاز به استدلال بالینی و یک روش تشخیصی اختصاصی دارد. ابتدا باید مطمئن شوید که منشاء درد ضایعه عضو دیگری مثل احشاء نباشد. وقتی از این نظر اطمینان حاصل کردید به الگوی درد پشت و گردن برگردید و از استراتژی هایی که به ترتیب در فصول ۷ و ۱۱ توصیف شده است پیروی کنید.

سندروم مفصلی

سندروم مفصلی توسط مصاحبه و معاینه فیزیکی پیشنهاد شده و با تست های آزمایشگاهی و تصویربرداری حمایت می گردد.

اجزاء بالینی پیشنهادکننده سندروم بالینی را در بالا توضیح دادیم (منوآرتروپاتی). وجود این خصوصیات در مفاصل مختلف اساس صحبت ما در ارتباط با اولیگوآرتروپاتی یا پلی آرتروپاتی خواهد بود. توزیع مفاصل مبتلا برای ایجاد تشخیص افتراقی انواع خاصی از بیماریهای مفصلی نقش قطعی دارد (مرحله ۲). تعداد و محل مفاصل مبتلا بصورت تصادفی نیست و از الگوهای تیپیک پیروی می کند.

شکایات و یافته های بالینی بیماریهای مفصلی در تمام مفاصل مبتلا مشابه است. ولی ما مجبورم تکنیک های تشخیصی خود را با هر منطقه آناتومیک تطابق دهیم.

بنابراین، وقتی بیش از یک مفصل مبتلا باشد فقط بعد از معاینه تمام مناطق مفصلی و با استفاده از روش های توصیف شده در فصول ۱۴-۷، امکان پذیر است که روی تشخیص دقیق تری حرکت کرد.

بیماریهای مفصلی شامل دو دسته اصلی است:

- بیماری التهابی مفصل (آرتریت)

در این دسته با توجه با شکایات و یافته های بالینی، غشاء سینوویال محل وقوع التهاب است. التهاب باعث تخریب پیشرونده غضروف و استخوان زیر غضروف می گردد. مثالهایی از این دسته شامل آرتریت روماتوئید، نقرس، آرتریت چرکی و غیره است.

- بیماریهای دژنراتیو مفصلی (استئوآرتریت و بیماریهای همراه)

این بیماریها مشخص می شوند با از بین رفتن موضعی غضروف همراه با واکنش استخوان زیر غضروف. گاهی، التهاب خفیف بافت سینوویال نیز بطور ثانویه ایجاد می شود.

ارزیابی بالینی عناصر لازم برای افتراق دو دسته فوق از یکدیگر را به ما می دهد. بر اساس شاخص هایی که برای منوآرتروپاتی گفته شد، ما با تشخیص بیماری مفصلی شروع می کنیم. اینک ما مجبوریم که دو جزء دیگر را در نظر بگیریم: ۱- زمان درد و خشکی. ۲- معاینه بالینی مفاصل

زمان درد و خشکی

در بیماریهای دژنراتیو مفصلی درد به اصطلاح دارای الگوی مکانیکی است. این نوع درد با استفاده مداوم از مفصل تشدید می یابد. بیمار در انتهای روز یا پس از چند ساعت قدم زدن یا کار بدتر می شود. استراحت باعث بهبودی قابل توجهی شده و بندرت در طی شب دردی وجود دارد. بیاد داشته باشید که در رختخواب نیز به اطراف حرکت می کنیم لذا در صورتی که بیمار درد شبانه داشت باید مشخص کنیم که این درد فقط زمانی که حرکت می کند احساس می شود یا در زمان بیحرکتی نیز احساس می شود و همچنین آیا وضعیت خاصی وجود دارد که در آن شخص درد نداشته باشد (مشخصه دردهای مکانیکال).

برعکس، در بیماریهای التهابی مفصلی، درد تمایل دارد که الگوی التهابی داشته باشد. بیمار صبح احساس بدتری داشته و درد با استفاده مداوم از مفصل بهبود می یابد. درد شبانه شایع بوده و وابستگی به حرکت ندارد و لذا وضعیت بدون درد وجود ندارد.

در تمام بیماریهای مفصلی بدنبال بیحرکتی طولانی ممکن است خشکی وجود داشته باشد. این خشکی بدنبال مدتی استفاده از مفصل کاهش می یابد. آنچه باعث افتراق بیماریهای مکانیکی از التهابی است طول مدت خشکی است. معمولاً در بیماریهای التهابی درمان نشده، خشکی صبحگاهی بیش از نیم ساعت طول می کشد در صورتیکه در بیماریهای دژنراتیو مفصلی خشکی پس از ۱۰-۵ دقیقه کاهش می یابد. خشکی بعد از

استراحت (مثلا پس از صرف غذا)، در بیماری های التهابی ممکن است بیش از ۵ دقیقه طول بکشد در

حالی که در استئوآرتریت چند ثانیه ادامه می یابد (جدول ۴-۱).

الگوی التهابی	الگوی مکانیکی
صبح بدتر می شود	عصر بدتر می شود
با حرکت بهتر می شود	با حرکت بدتر می شود
در استراحت درد وجود دارد و وضعیت بدون درد	با استراحت خوب می شود وضعیت بدون درد وجود
وجود ندارد	دارد
خشکی صبحگاهی طولانی (< ۳۰ دقیقه)	خشکی صبحگاهی کوتاه مدت (> ۱۰ دقیقه)
خشکی پس از استراحت < ۵ دقیقه	خشکی پس از استراحت > ۲-۳ دقیقه

جدول ۴-۱ ریتم التهابی و مکانیکی درد

وقتی که با صبر و پرسش های مکرر این جنبه ها را مشخص کردیم بعد می توانیم بگوئیم که با یک بیماری

التهابی مفصلی سر و کار داریم یا یک بیماری مکانیکی مفصلی، ولی هنوز نمی توانیم بگوئیم که با آرتریت یا

استئوآرتریت مواجه هستیم. گذاشتن این تشخیص ما را ملزم به جستجوی علائم التهاب مفصلی در معاینه

بالینی می کند.

معاینه بالینی مفاصل

در معاینه بالینی، التهاب مشخص می شود با تورم مفصلی با قوام لاستیکی، که نشانه یک سینوویوم ملتهب و محتقن می باشد. با توجه به اینکه سینوویوم توسط کپسول مفصلی محصور می شود، این تورم یکنواخت و در مفاصل سطحی دوکی شکل، و کروی می باشد. از طرف دیگر، در استئوآرتریت تورم موضعی و دارای قوام استخوانی است، چون بیانگر وجود استئوفیت (زوائد استخوانی در حاشیه مفصل) است. لمس حاشیه مفصل در زمان حرکت ممکن است باعث کشف نشانه های اصطکاک (کرپیتوس نامیده می شود) گردد که برای استئوآرتریت تیپیکال است.

هر دو گروه می توانند باعث افیوزن محسوس از نظر بالینی گردند. لمس حاشیه های مفصل ممکن است، در بیماری التهابی مفصلی حساس باشد و در استئوآرتریت نامنظمی بیشتری داشته باشد. آرتریت حاد در مقایسه با مفصل مقابل و یا نواحی مجاور با افزایش دمای موضعی همراه است. قرمزی نادر است. توجه داشته باشید که در استئوآرتریت می تواند حملات التهابی کوتاه مدتی وجود داشته باشد که ممکن است در آن، بعضی از علائم التهاب ایجاد شود.

در مراحل پیشرفته، یا در زمان حملات حاد، ممکن است محدودیت دردناک حرکات فعال و غیر فعال وجود داشته باشد. اگر هیچگونه ضایعات جنب مفصلی وجود نداشته باشد محدودیت در هر دو نوع حرکت یکسان است (جدول ۲-۴). آزمایشات، بخصوص پروتئین های مرحله حاد و رادیوگرافی ها به تشخیص و رفع هر گونه شکی کمک می کنند.

استئوآرتریت	آرتریت
-------------	--------

تورم سنگی	تورم سفت، لاستیکی
تورم نامنظم و ندولار	تورم دوکی شکل
درد موضعی در حاشیه مفصل	درد در طول حاشیه مفصلی
کرپیتوس خشن	عدم وجود کرپیتوس (یا کرپیتوس ظریف)
عدم وجود نشانه های التهاب*	وجود نشانه های التهاب
عدم وجود علائم سیستمیک	علائم خارج مفصلی شایع است
بیشتر در مفاصل متحمل وزن و دست	امکان ابتلاء هر مفصلی

جدول ۲-۴ خصوصیات اصلی آرتریت التهابی و استئوآرتریت در معاینه

*استئوآرتریت ممکن است با علائم التهابی در طی شعله ور شدن همراه باشد. آرتریت التهابی طول کشیده ممکن است باعث

استئوآرتریت ثانویه شود: در این صورت خصوصیات هر دو وجود دارد.

اگر درد الگوی التهابی داشته باشد و در معاینه علائم التهاب مفصلی را ببینیم در این صورت با آرتریت

سروکار داریم و می توانیم تشخیص های افتراقی خود را به این بیماریها محدود کنیم. تا زمانی که ما التهاب

مفصلی را مشخص کنیم می توانیم فقط از درد التهابی مفصل سخن بگوییم و این امکان را بدهیم که ممکن

است این درد علت دیگری غیر از آرتریت داشته باشد.

مرحله دوم در تشخیص افتراقی انواع مختلف استئوآرتریت و آرتریت التهابی در فصول ۱۶ و ۱۷ گفته می

شود.

سندروم پوکی استخوان

سندروم استئوپروز از نظر ما اهمیت خاصی دارد^۱. اگر چه استئوپروز یک بیماری استخوانی است ولی ما آن

را به دو دلیل از سندروم استخوانی جدا کردیم:

۱. استئوپروز فوق العاده شایع است.

۲. زمان ایده آل برای دخالت قبل وقوع هر نوع علامت بالینی است زمانی که ما فقط می توانیم بیماری

را فقط با بررسی عوامل خطر ارزیابی کنیم.

بطور ایده آل ما به بیماری قبل از وقوع علائم باید فکر کنیم. این به این معنی است که به عوامل خطر و

اقدامات پیشگیرانه توجه کنیم. تظاهرات استئوپروزیس شکستگی هایی است که بدنبال ترومای خفیف بوقوع

می پیوندد. وقوع شکستگی نشانه این است که ما زمان مناسب برای پیشگیری را از دست داده ایم.

جدول ۳-۴ عوامل خطر پوکی استخوان و تظاهراتی را که باید توجه ما را به این بیماری جلب کند نشان می

دهد

عوامل خطر	تظاهرات
خانم های یائسه	• هر وقت بیماری با هر سنی سابقه شکستگی بدنبال ترومای اندک داشته باشد
یائسگی زودرس	• مثلا کسی دچار شکستگی بدنبال سقوط از ارتفاعی کمتر از قدش شود، تفاوتی نمی کند که این شکستگی تظاهر بالینی داشته باشد یا مثلا در رادیوگرافی ستون فقرات دیده شود.
منارک دیررس	• هر وقت در رادیوگرافی دانسیته استخوان پایین باشد

^۱ همانطور که خواهید دید استفاده از کلمه سندروم در اینجا نامناسب است چون معمولا علامتی وجود ندارد. بهر حال ما در اینجا بخاطر وضوح از آن استفاده می کنیم.

	قد و وزن پایین
	سابقه خانوادگی استئوپروز
	درمان طولانی با کورتیکواستروئید
	زندگی بدون تحرک
	مصرف ناکافی لبنیات
	بیماریهایی که استئوپروز ایجاد می کنند:
	سوء جذب، پرکاری تیروئید، هیپرپاراتیروئیدیسم، الکلیسم مزمن، بیماری کبدی...

جدول ۳-۴ چه زمانی به استئوپروز باید فکر کنیم؟

رویکرد مناسب به مشکل در فصل ۲۶ بحث شده است.

سندروم استخوان

درد با منشا فقط استخوانی در کار بالینی نادر است. این درد ممکن است ناشی از تومورهای استخوانی (اولیه یا ثانویه)، بیماریهای متابولیک استخوانی (مثل بیماری پاژه استخوان)، یا التهاب پریوست باشد. این درد معمولاً بصورت عمیق، غیر موضعی، مداوم، درد شبانه و روزانه و غیر مرتبط با حرکت توصیف می شود. بیشترین شیوع درد استخوانی در ستون فقرات، لگن و قسمت های پروگزیمال اندام هاست. معاینه موضعی معمولاً طبیعی است. اگر علائمی به نفع دردهای ارجاعی وجود نداشته باشد، ما باید آزمایشات لازم برای این

نوع بیماریها را درخواست کنیم (فصل ۲۷ را ببینید)

سندروم عضلانی

درگیری پاتولوژیک (التهابی یا متابولیک) عضله بیشتر بصورت ضعف عضلانی (با شدت بیشتر در پروگزیمال اندام ها) و آتروفی عضلانی انعکاس می یابد. ابتلاء غالب پروگزیمال به افتراق آن از ضعف ناشی از نوروپاتی، که بیشتر دیستال را مبتلا می کند، کمک می کند. بیماران میوپاتیک ممکن است در بالا و پایین رفتن از پله، بلند شدن از صندلی کوتاه، یا شانه کردن مو مشکل داشته باشند ولی دست دادن آنان کاملا محکم است و میتوانند روی انگشتان پا راه بروند. وضعیت مبتلایان به نوروپاتی کاملا برعکس است. در تعدادی از میوپاتی ها، ضعف فقط بعد از حرکات مکرر بروز می کند و در ابتدا قدرت عضلانی کاملا طبیعی است. آتروفی عضلانی بسته به نوع بیماری عضلانی متغیر است.

شکایت از ضعف توسط مبتلایان روماتیسمی ناشی نیست. این شکایت اغلب با افسردگی همراه است. ضعف موضعی (مثل افتادگی پا) ممکن نسبت به ضعف منتشر قابل توجه تر باشد. بهر حال در هر دو مورد، برای تعیین اهمیت ضعف، نیاز به معاینه عصبی است.

درد عضلانی، خود بخود یا در لمس، معمولا در جریان حالات التهابی منتشر مثل آنفولانزا دیده می شود ولی ممکن است در بیماریهای التهابی عضله (میوزیت) به عنوان جزئی از بیماری سیستمیک روماتیسمی (فصل ۲۵) دیده شود. بهر حال، بیماریهای سیستمیک روماتیسمی در درمانگاههای غیر تخصصی کاملا نادر هستند. البته، ما باید بیاد داشته باشیم که عضلات ممکن است به علت بیماریهای عصبی و مفصلی دچار آتروفی شوند. درد با منشاء مفصلی اغلب منتشر بوده و عضلات مجاور را درگیر می کند. درد ارجاعی اغلب در عضلات حس می شوند. بیماران مبتلا به فیبرومیالژیا (فصل ۱۵) ضعف عضلانی و درد منتشر (که عضلات نیز ممکن است درگیر کند) را توصیف می کنند بدون اینکه در معاینه فیزیکی یافته ای وجود داشته باشد.

سندروم سیستمیک

تمام بیماریهای التهابی روماتیسمی ممکن است علائم خارج مفصلی داشته باشند که بقیه اعضا و سیستم ها را درگیر کنند. بهترین مثال لوپوس اریتماتوز سیستمیک است، که می تواند هر ساختمان و عملکردی را تحت تاثیر قرار دهد. لذا جستجوی این تظاهرات خارج مفصلی، جزء اجباری جستجوی ما در ارتباط با شکایات بیماران روماتیسمی است، بخصوص اگر مصاحبه اولیه پلی آرتروپاتی التهابی را پیشنهاد کند. اگر ما موفق به انجام این کار نشویم، خطر از دست رفتن سرنخ های تشخیصی ضروری یا بدون درمان رها کردن حالات بالقوه کشنده را ایجاد نموده ایم.

جدول ۴-۴ شایعترین تظاهرات خارج مفصلی بیماریهای روماتیسمی را نشان می دهد.

در خیلی از موارد، این تظاهرات همراه با پلی آرتريت دیده می شوند که ممکن است اساس تشخیص افتراقی بعدی را برای ما بسازند. ولی در مواردی نیز، علائم خارج مفصلی علائم غالب بوده، (گاهی بصورت منفرد ولی اغلب متعدد) و توجه به آنها بخصوص در بیماران جوان مهم است. تشخیص ارتباط احتمالی آنها با یک بیماری نسج همبند و شروع یک فرایند تشخیص افتراقی بر اساس قبول یک سندروم عمومی ضروری است (فصل ۲۵).

بیماریهای همراه (به ترتیب شیوع)	
علائم عمومی تب کاهش وزن خستگی شدید	لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک اسکلروز سیستمیک آرتريت روماتوئید بیماری مختلط نسج همبند واسکولیت ها...
تظاهرات پوستی و مخاطی حساسیت به نور راش پوستی پور پورا، زخم ریزش مو آفت دهانی و تناسلی	لوپوس اریتماتوزوس سیستمیک آرتريت روماتوئید آرتريت پسوریاتیک (پسوریازیس) سندروم شوگرن اسکلروز سیستمیک آرتريت واکنشی

خشکی چشم و دهان قرمزی چشم بالانیت	بیماری بهجت و واسکولیت های دیگر ...
سروزیت پلورزی/ پلورال افیوژن پریکاردیت	بیماریهای نسج همبند
فنومن رینود	فنومن رینود ایدیوپاتیک اسکلروز سیستمیک لوپوس اریتماتوز سیستمیک
دیسفاژی	اسکلروز سیستمیک
تنگی نفس	بیماریهای نسج همبند
ادم اندام های تحتانی، پرفشاری خون	بیماریهای نسج همبند
لنفادنوپاتی	بیماریهای نسج همبند
ضعف عضلانی	میوزیت، سندروم های همپوشانی

جدول ۴-۴ تظاهرات عمومی اصلی بیماریهای روماتیسمی

مشخص کردن این سندروم ها اولین قدم بسوی تشخیص افتراقی نهایی است. به سفر مقایسه ای خود برمی گردیم، می توانیم بگوییم که با مشخص کردن سندروم، می دانیم که در چه محله ای هستیم و اینکه از مقصد نهایی خود، ساختمانی در محله، یک تشخیص دقیق، زیاد دور نیستیم. مثل تمام راههایی که به رم ختم می شود، از طریق خیلی از راهها، بسته به تظاهرات غالب در یک بیماری سیستمیک، می توانیم به تشخیص دقیق خود برسیم.

بهرحال توجه داشته باشید که ما نمی توانیم هیچکدام از مراحل را بدون احتمال اشتباه کردن طی کنیم. تشخیص سندروم یا بیماری خودبخود معمولا نیاز به مصاحبه کامل و بخوبی برنامه ریزی شده دارد و ممکن است بدون یک معاینه دقیق عمومی و موضعی تمام محلهایی که علامت دار هستند میسر نباشد. همچنین

معاینه مناطقی، حتی اگر بدون علامت باشند، که ابتلاء آنها برای تشخیص شما می تواند مهم باشد را فراموش نکنید. این روش شناسی در سه فصل بعدی مورد توصیف قرار گرفته است.