

# آرنج و ساعد

مترجم دكتور محمد حسن جوکار

(از کتاب Rheumatology in Practice)

## آرنج و ساعد

آرنج یک مفصل پیچیده است. بیشترین اهمیت عملکردی آن ناشی از نقش این مفصل در قرار دادن دست در وضعیت های مختلف و استفاده بهینه از دست است. درد آرنج معمولا موضعی و سطحی بوده و اغلب به ساعد انتشار می یابد. درد با فعالیت هایی مثل حمل اجسام سنگین یا مشتم کردن تشدید می یابد. ضایعات دور مفصلی به مراتب از بیماریهای مفصلی شایعترند. آرنج ممکن است در جریان پلی آرتريت درگیر شود ولی شروع پلی آرتريت از آرنج نادر است. استئوآرتريت آرنج خیلی نادر است. تشخیص افتراقی اساسا بالینی است.

## آناتومی عملکردی

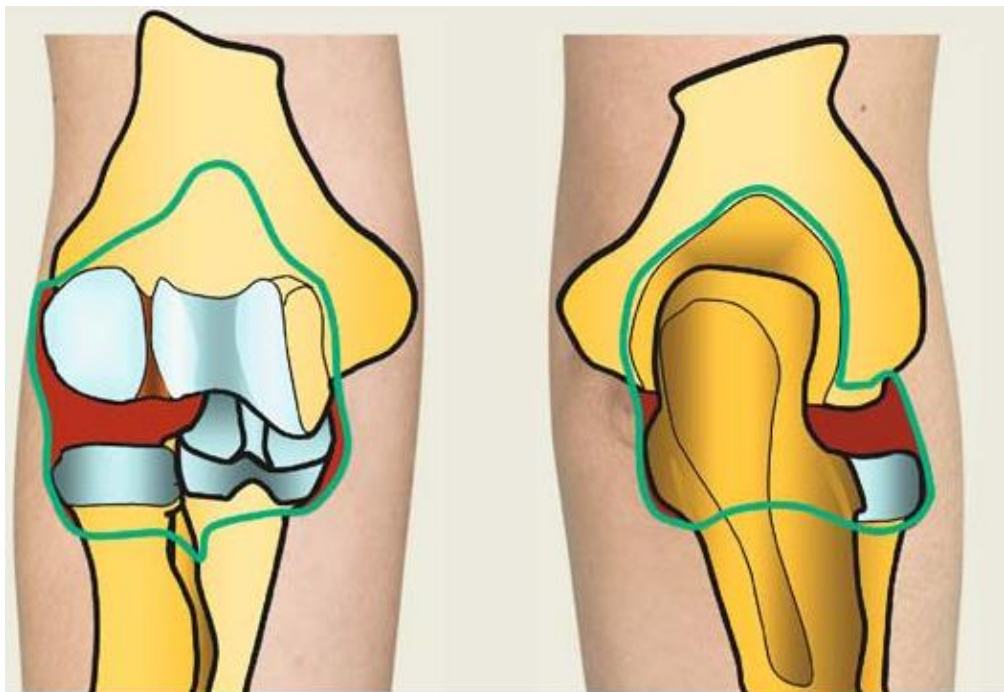
---

آرنج با سه استخوان سه مفصل تشکیل می دهد: هومروراديال در خارج، هومرواولنار در داخل، و مفصل رادیواولنار فوقانی. مفصل هومرواولنار باعث ایجاد و محدودیت در فلکسیون و اکستانسیون می شود. دو مفصل دیگر اساسا در پروناسیون و سوپیناسیون ساعد و دست شرکت دارند. در زمان اکستانسیون کامل آرنج، محور بازو و ساعد در خارج زاویه ای (والگوس) را تشکیل می دهند (در مردان 5 و در زنان 15 درجه) که در فلکسیون کامل از بین می رود.

یک کپسول واحد هر سه مفصل را احاطه می کند که باعث یک تورفتگی حجیم در سطح اکستانسیون می شود (شکل 1-9). در صورت وجود سینوویت یا تجمع مایع مفصلی در زمان اکستانسیون کامل این تورفتگی به بیرورن برآمده شده و باعث ایجاد برآمدگی قابل لمسی در اطراف اوله کرانون، بخصوص در سمت داخل، می گردد.

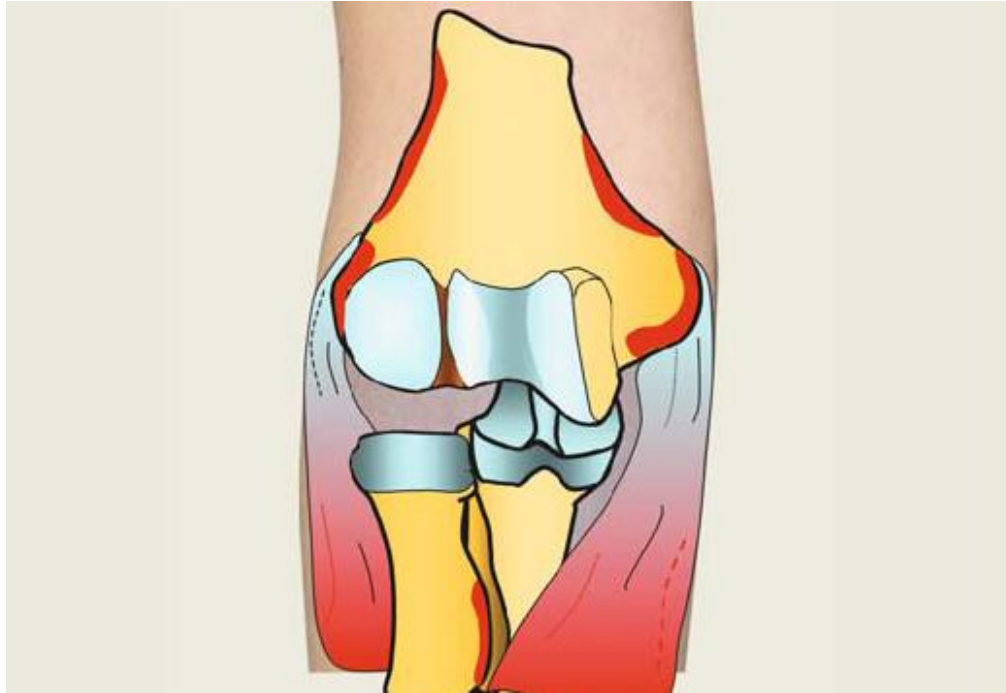
بلافاصله در بالای سطح مفصلی هومروس دو برآمدگی استخوانی وجود دارد که دارای اهمیت بالینی زیادی است:  
اپیکندیل داخلی و خارجی.<sup>1</sup>

وتر های عضلانی به سطح زیرین این برآمدگی ها می چسبند. این وترها شایعترین محل های ضایعات در آرنج هستند: اپیکندیلیت خارجی (آرنج تنیس بازان) و اپیکندیلیت داخلی (آرنج گلف بازان). اکستانسورهای ساعد و مچ به اپیکندیل خارجی و فلکسور ها به اپیکندیل داخلی می چسبند (شکل 2-9).



شکل 1-9 مفاصل آرنج. خط سبز محل چسبیدن کپسول را نشان می دهد.

<sup>1</sup> این دو شاخص را در آرنج خود پیدا کنید. در حالیکه آرنجتان کمی خم است، کناره خارجی انتهای دیستال هومروس را لمس کنید. شما بیرون زدگی اپیکندیل را احساس و زیر آن یک ساختمان گرد پیدا خواهید کرد که سر رادیوس است. اپیترکلتر در همان موقعیت در سمت داخل است ولی برجسته تر است. وترهای عضلات فلکسور و اکستانسور دست به سطح زیرین این برآمدگی ها می چسبند.



شکل 2-9 محل چسبیدن عضلات در اطراف آرنج

مجموعه بسیار پیچیده ای از عضلات به مفصل آرنج سرویس می دهند. اکستنسور توسط عضله سه سر بازویی، که اسکاپولا و قسمت پروگزیمال هومروس را به انتهای پروگزیمال اولنا (اوله کرانن) وصل می کند، انجام می شود. فلکسیون آرنج نتیجه انقباض عضلات دوسر بازویی (که پروگزیمال هومروس را به توبروزیته رادیوس وصل می کند)، براکیالیس و براکیورادیالیس است. سوپیناسیون و پروناسیون وابسته به عضلات خاصی است: پروناتور ترس، پروناتور کوادراتوس، دوسر و سوپیناتور. بورس اوله کرانن، اوله کرانن را می پوشاند. این بورس با مفصل ارتباط ندارد. ولی اغلب محل التهاب و تجمع افیوژن است.

سه نکته مهم قابل اشاره دیگر وجود دارد:

1- عصب اولنار در قسمت داخلی آرنج، در پشت اپیکندیل داخلی، در داخل تونلی که متشکل از شاخه هایی از رباط هومرواولنار و فلکسور کارپی اولناریس است. عصب اولنار به سهولت در این مسیر به دام افتاده و سندروم عصب اولنار را ایجاد می کند.

2- عصب بین استخوانی قدامی، شاخه ای از عصب مدیان، از بین دو قسمت پروناتاتور ترس ، در نقطه وسط محل اتصال یک سوم فوقانی و میانی سطح قدامی ساعد عبور می کند (3-9). تحت فشار قرار گرفتن این عصب می تواند باعث درد ساعد شود (سندروم پروناتاتور).

3- در 30٪ مردم، عصب بین استخوانی خلفی، شاخه ای از عصب رادیال، از بین دو قسمت سوپیناتور، روی سطح خلفی- خارجی آرنج (حدود 5 سانتیمتر زیر اپیکندیل - شکل 4-9) عبور می کند. فشار موضعی روی این عصب می تواند باعث سندروم تونل رادیال گردد.



تصویر 4-9 نقطه حساس در سندروم تونل رادیال



تصویر 3-9 نقطه حساس در سندروم پروناتاتور

## آناتومی رادیولوژیکال

در یک نمای قدامی- خلفی (شکل 5-9) به اندازه و منظم بودن فضاهای هومروااونار، هومروورادیال و رادیولونار و منظم بودن و دانسیته سطوح مفصلی دقت نمایید. در اپیکندیل ها ممکن است خوردگی و کلسیفیکاسیون دیده شود. نمای جانبی (شکل 6-9) وضوح چندانی ندارد. در این نما به مفصل رادیواونار و منظم بودن اوله کرانون دقت نمایید.



شکل 5-9 رادیوگرافی طبیعی آرنج نمای قدامی - خلفی طرف چپ در اکستانسیون. 1- مفصل هومرواولنار 2- مفصل هومروورادیال 3- مفصل رادیواولنار 4- اپیکندیل داخلی 5- اپیکندیل خارجی



تصویر 6-9 رادیوگرافی آرنج. نماری جانبی. به فضای مفصلی رادیواولنار و منظم بودن اوله کرانون دقت کنید.

## علل شایع درد در آرنج و ساعد

در جدول 1-9 شایعترین علل درد آرنج و ساعد ذکر شده است.

علت	سرنخ های بالینی
اپیکندیلیت خارجی (آرنج تنیس بازان)	درد در قسمت خارجی آرنج و ساعد با اکستانسیون مچ تشدید می شود درد در لمس موضعی

اپیکندیلیت داخلی (آرنج گلف بازان)	درد در قسمت داخلی آرنج و ساعد با فلکسیون مچ تشدید می شود درد در لمس موضعی
بورسیت اوله کرانون	درد در نوک آرنج تورم و حساسیت موضعی
تروما	سابقه تروما
آرتریت	درد التهابی محدودیت دردناک حرکات فعال و غیر فعال تورم در ناحیه خلفی- داخلی
درد ارجاعی	پاتولوژی در شانه، گردن و قلب معاینه موضعی طبیعی

جدول 1-9 شایعترین علل درد آرنج و ساعد

## پرسش

اولین کاری که ما باید انجام دهیم این است که بررسی نماییم آیا مشکل واقعا محدود به همین منطقه است و هیچ منطقه یا مفصل دیگری مبتلا نیست که نشانگر پلی آرتروپاتی یا درد منتشر باشد. در تاندینیت، بیمار معمولا محل حداکثر درد را در قسمت داخلی یا خارجی آرنج نشان می دهد. این درد اغلب همانطرف ساعد، گاهی حتی تا یک سوم دیستال، را نیز مبتلا می کند. درد ناشی از تاندینیت معمولا با فعالیت هایی که از بازو و ساعد استفاده می شود مثل حمل اجسام سنگین با دست، یا فعالیت هایی که فلکسیون و اکستانسیون مچ و انگشتان همراه است تشدید می گردد. فعالیت های شغلی و تفریحی بیمار باید مورد توجه قرار گیرد چون استفاده مکرر یکی از علل اصلی این ضایعات است.

بورسیت اوله کرانون بطور طبیعی در معاینه موضعی واضح است. این ضایعه ممکن است ناشی از ترومای مکرر (کارمندان ادارات)، کریستالها (مثلا اورات در نفرس) یا عفونت باشد. در مواردی بورسیت اوله کرانون جزئی از پلی آرتریت (مثلا آرتریت روماتوئید) است.

آرتریت ایزوله آرنج نادر است و معمولاً ناشی از ضربه یا عفونت است. ولی این مفصل اغلب در جریان تمام انواع پلوی آرتریت ها مبتلا می شود. استئوآرتریت آرنج نیز نادر است. نوع درد، زمینه بالینی و معاینه فیزیکی پایه های تشخیص می باشند.

وجود خصوصیات دیس استتیک (دچار حس لمس غیر طبیعی و ناخوشایند) - مثل احساس سوزش، برق گرفتگی، یا احساس سوزن سوزن شدن - باید احتمال رادیکولوپاتی یا نوروپاتی محیطی فشاری - سندروم عصب اولنا - را افزایش دهد. گاهی شکایات ناشی از فشار روی عصب مدیان در کانال کارپ به سمت بالا به ساعد انتشار می یابد. به دام افتادن عصب بین استخوانی قدامی یا خلفی نسبتاً نادر است. این ضایعه باعث درد عمقی، نامشخص، دائمی بدون ارتباط به فعالیت، و به ترتیب در سطح قدامی و خلفی ساعد می گردد. عجیب اینکه، ویژگی های دیس استتیک معمول اغلب وجود ندارد، اگر چه ممکن است پارستزی در محدود عصب مدیان یا رادیال وجود داشته باشد. در مواجهه به درد عمقی در آرنج، ما باید این احتمال را مدنظر داشته و معاینه لازم در این ارتباط را انجام دهیم (به قسمت زیر مراجعه کنید).

ممکن است درد ساعد ناشی از انتشار به سمت بالای درد سندروم کانال کارپ، تنوسینوویت دکرون، یا آرتروپاتی مچ باشد. اگر چه در این موارد شکایات غالب در مچ و دست است.

## معاینه بالینی موضعی

---

### نگاه

اولین چیزی که باید جستجو کنیم تورم اطراف آرنج، که در بورسیت ها شایع است، می باشد. سطح خلفی آرنج و ساعد اغلب محل پلاک های پسوریازیس، ندول روماتوئید (که بصورت اجسام سفت، زیر جلدی و بدون درد است که به بافت های عمقی می چسبند) می باشد. به عنوان یک قانون، بقیه علائم آرتریت روماتوئید وجود خواهد



داشت. در این منطقه ممکن است توفوس نقرسی وجود داشته باشد که تجمع ندولار کریستال های اوراتی و در فشار بطور تیپیک دارای کریپیتوس است. معمولاً زمینه بالینی پیشنهاد کننده نقرس خواهد بود (شکل 7-9).

سینوویت و افیوژن مفصلی ممکن است باعث تورم قابل مشاهده یا دیگر نشانه های التهابی گردند ولی به لمس بهتر قابل شناسایی می باشند.



شکل 7-9 ضایعات شایع در سطح خلفی ساعد. A: پلاک پسوریازیزی B: ندول روماتوئید C: توفوس نقرسی (در نگاه ممکن است بورسیت اولیه کرانون بنظر برسد ولی ضایعه در لمس سفت بود)

## لمس

لمس باید روی 4 نقطه اصلی متمرکز باشد.

1- بلافاصله زیر اپیکندیل خارجی در محل مشترک چسبیدن وتر اکستانسورهای مچ و انگشتان، محل

اپیکندیلیت خارجی (آرنج تنیس بازان شکل 8-9).

2- بلافاصله زیر اپیکندیل داخلی در محل مشترک چسبیدن وتر فلکسورهای مچ و انگشتان، محل اپیکندیلیت

داخلی (آرنج گلف بازان شکل 9-9).



شکل 8-9 لمس محل چسبیدن اکستانسورهای مچ و انگشتان، درست زیر اپیکندیل خارجی



شکل 9-9 لمس محل چسبیدن فلکسورهای مچ و انگشتان، درست زیر اپیکندیل داخلی

در هر دو مورد، محل دقیق حداکثر درد متغیر بوده و ما باید تمام قسمت وتري را از ناحیه خلفی تا قدامی با اعمال فشار مناسب لمس کنیم.

3- بورس اوله کرانون و ندولها باید لمس شوند تا از قوام، حساسیت، افیوژن و گرمی موضعی اطلاع حاصل شود.

4- لمس مفصل آسان نیست، چون سطح قدامی توسط عضلات پوشیده شده و در سطح خلفی مراجع استخوانی واضحی وجود ندارد. معاینه از نظر وجود تورم و افیوژن در صورتی که نوک شست و انگشت میانی را در داخل شیارهای موجود در دو طرف اوله کرانون بگذارید موثرتر است. سپس آرنج را بطور کامل فلکسیون و اکستانسیون بدهید (شکل 10-9). هر گونه مایع یا تورم سینویال حجیم در زمانی که اوله کرانون در

اکستانسیون باشد به بیرون رانده خواهد شد چون در این حالت زائده اوله کرانون حفره اوله کرانون هومروس را اشغال می کند. این بیرون زدگی با اکستانسیون آرنج توسط انگشتان احساس شده و در زمان فلکسیون آرنج محو می شود. در صورتی که غضروف مفصلی صدمه دیده باشد ممکن است بتوان کرپیتوس را لمس کرد.

حساسیت و تورم ناشی از سینوویت نیز ممکن است با لمس روی سر رادیوس قابل کشف باشد. سر هومروس به صورت یک ساختمان گرد استخوانی در ناحیه خلفی- خارجی آرنج، زیر اپیکندیل قابل لمس است. برای بررسی از نظر افزایش دمای موضعی، پشت دست خود را در طول سطح قدامی و خلفی آرنج بکشید.



شکل 10-9 معاینه آرنج از نظر تورم و افیوژن. در طی اکستانسیون، ممکن است رانده شدن مایع مفصلی به خارج توسط نوک انگشتان (که در طرفین اوله کرانون گذاشته شده اند) احساس شود.

## حرکات

آرنج بطور طبیعی دارای 145 درجه فلکسیون است اکستانسیون آرنج تا صفر درجه و در خیلی از خانم های طبیعی ممکن است هیپر اکستانسیون تا 10- درجه وجود داشته باشد. اکستانسیون بیشتر ممکن است قسمتی از سندروم هیپر موبیلیتی باشد و به علت نیمه دررفتگی و انبساط لیگمانی ممکن است با درد همراه باشد.

در اپیکندیلیت داخلی و خارجی حرکات فعال و غیر فعال آرنج تغییر نمی کنند. بیماریهای مفصلی بطور زودرس باعث محدودیت حرکتی، بخصوص در اکستانسیون، می شوند و در مراحل اولیه بیمار ممکن است متوجه آن نشود. گاهی ممکن است کرپیتوس قابل توجهی وجود داشته باشد. محدودیت در سوپیناسیون و پروناسیون غیر فعال نشانه بیماری مفصل رادیوولنار فوقانی و (بخصوص) تحتانی است.

درد در اپی کندیلیت خارجی ممکن است با اکستانسیون مقاومتی مچ تشدید شده و به همین صورت در اپیکندیلیت داخلی فلکسیون مقاومتی مچ می تواند باعث تشدید درد گردد (شکل 9-11 A,B). اگر معاینه موضعی طبیعی باشد باید احتمال درد ارجاعی از مچ، شانه، و ستون فقرات گردنی مدنظر باشد. در این موارد درد با حرکات یا لمس ساختمانهای فوق تشدید می گردد.



شکل 9-11 در اپیکندیلیت خارجی اکستانسیون مقاومتی مچ ممکن است باعث درد در سطح خارجی آرنج گردد (A). در اپیکندیلیت داخلی فلکسیون مقاومتی مچ ممکن است باعث درد در سطح داخلی آرنج گردد (B).

### معاینه عصبی

در صورت شک به ضایعات ریشه ای، ما باید یک معاینه عصبی موضعی انجام دهیم. عصب گیری حسی آرنج در سطح رادیال از C5 و C6 و در سطح اولنار از T1 است. هر دو سطح را باید از نظر حساسیت به تحریک با سوزن و لمس معاینه کرد (شکل 5-7).

برای ارزیابی قدرت عضلانی حرکاتی زیر را آزمایش کنید:

1- اکستانسیون مقاومتی- سه سر (عصب رادیال، C7)

2- فلکسیون مقاومتی- دوسر و براکیورادیالیس (عصب موسکولو کوتانئوس، C5/6)

3- سوپیناسیون مقاومتی- دوسر (عصب موسکولو کوتانئوس، C5/6) و سوپیناتور (عصب رادیال، C6)

4- پروناسیون مقاومتی- پروناتور ترس (عصب مدیان، C6) و پروناتور کوآدراتوس (شاخه بین استخوانی

قدامی، C8/T1)

رفلکس دوسر (عصب موسکولو کوتانئوس، C5/6) و سه سر (عصب رادیال، C7) را ارزیابی کنید.

برای بررسی اثر فشاری روی اولنا (در صورت وجود پارستزی در طول سطح داخلی ساعد و دست) روی تونل اولنار فشار دهید (علامت تینل). اگر با این کار شکایتی ایجاد شد، به دام افتادن عصب اولنار محتمل است، اگر چه مثبت کاذب شایع است. لمس عمقی یا دق محل خروج اعصاب بین استخوانی قدامی و خلفی می تواند باعث ایجاد شکایات تیپیکال شده، و پیشنهاد کننده احتباس عصب باشد (به ترتیب سندروم پروناتور و سندروم تونل رادیال).

#### موارد نمونه

#### 9A درد آرنج (I)

ماریو آلبرتو، یک اوپراتور کامپیوتر 38 ساله، به علت درد آرنج و ساعد راست به درمانگاه جراحی آمد. درد از 3 ماه قبل شروع شده و بطور پیشرونده شدیدتر شده بود. درد فقط با حرکت ظاهر شده و با برداشتن هر جسمی، حتی سبک، تشدید می شد. وقتی از او محل درد سوال شده قسمت خارجی آرنج و پروگزیمال ساعد را نشان داد.

او هر گونه مشکل مفصلی دیگر، از جمله در شانه و گردن، را انکار می کرد. او تا سه ماه قبل از سلامتی خوبی برخوردار بوده است. معاینه روماتولوژیک کلی درد یا محدودیت حرکتی را نشان نداد. حرکات فعال و غیر فعال آرنج خوب و بدون درد بود. تورم، کرپیتوس یا افزایش دمای موضعی وجود نداشت.

## آیا معاینه فیزیکی ما کامل بود؟

فشار محل مشترک چسبیدن تاندونهای اکستانسور ها، زیر اپیکندیل خارجی، باعث درد شدید، شبیه درد خودبخودی، شد و این درد با اکستاسیون مقامتی مچ نیز مجددا ایجاد شد.

تشخیص شما چیست؟

آیا به آزمایشی نیاز دارید؟

چه درمانی برای این بیمار پیشنهاد می کنید؟

مشاهدات بالا تشخیص آرنج تنیس بازان را بدون نیاز به تست دیگری مسجل کردند. استفاده از یک ضد التهاب موضعی همراه با اسپلینت را پیشنهاد کردیم. ما همچنین پیشنهاد کردیم که در موقع کار از محافظ ساعد استفاده کند. بعد از گذشت دو هفته بیمار هنوز بهبود نیافته بود. ما 5/ میلی لیتر متیل پردنیزولون (20 میلی گرم) در اطراف تاندون تزریق و از وی خواستیم به این آرنج 24 ساعت استراحت مطلق بدهد. پیشنهادات قبلی خود را برای جلوگیری از عود بطور مجدد توصیه کردیم.

**لطفا توجه کنید:** شکایات اپیکندیلیت داخلی کاملا شبیه اپیکندیلیت خارجی ولی در سطح داخلی آرنج است. فلکسیون مقاومتی مچ باعث تشدید درد می گردد. فعالیت های کاری یا تفریحی که در آنها نیاز به فلکسیون قدرتی انگشتان است (مثل تنیس، گلف، ... یا یک مبارزه انتخاباتی، ...) از علل مساعد کننده می باشند. درمان این دو بیماری خیلی مشابه است.

**اپیکندیلیت داخلی و خارجی**

**نکات اصلی**

این دو سندروم در طب بالینی خیلی شایع بوده و شایعترین علل درد منفرد در آرنج می باشند. این دو سندروم بیشتر در بالغین جوان و میانسال ایجاد شده و وابسته به فعالیت های شغلی یا تفریحی است که در آنها فلکسیون و اکستنسیون مکرر مچ و انگشتان انجام می شود.

درد ریتم مکانیکال داشته، در اپیکندیلیت داخلی در سطح داخلی و در اپیکندیلیت خارجی در سطح خارجی آرنج و ساعد لوکالیزه است.

حرکات فعال و غیر فعال آرنج درگیر نمی شوند.

لمس محل چسبیدن عضلات مربوطه باعث درد شدید می گردد.

درمان محافظتی است: ضدالتهابهای موضعی و اسپلینت یا بانداژ الاستیک در مراحل اولیه و تزریق کورتیکواستروئید در موارد مداوم<sup>۲</sup>

فیزیوتراپی در صورت ادامه شکایات مهم است. رفع فشار از تاندون در موارد مقاوم و سرکش ممکن است لازم باشد.

توصیه های لازم را در ارتباط یا فعالیت های باخطر بالا باید به بیمار کرد و راه های جلوگیری از عود ضایعه را به بیمار آموزش داد مثلا در اپیکندیلیت خارجی در موقع بلند کردن اجسام کف دست به سمت بالا باشد. شکایاتی که پیشنهاد کننده اپیکندیلیت خارجی یا داخلی باشد ممکن است فقط قابل رویت ترین چهره درد منتشر یا فیبرومیالژیا باشد. شما باید تمام شکایات بالینی را کشف کنید.

موارد نمونه

9B- درد شانه (II)

<sup>2</sup> برای آشنایی با این تکنیک به فصل 30 مراجعه شود.

خوزه سیلوارس از سالها قبل به یک مرکز بهداشتی مراجعه می کرده است و از آرتريت نقرس توفوسی رنج می برده است که به درمان مقاوم بوده است. او حملات متعددی از منوآرتريت مهاجر عودکننده داشته است که بیشتر اندام های تحتانی را مبتلا می کرده است. او در طی سالها تغییر شکل پیشرونده در دست ها و پاهایش پیدا کرده است. وی بخاطر درد شدید و مداوم آرنج چپ به اورژانس مراجعه کرد. این درد چند روز قبل بدنبال ضربه به آرنج شروع شد. بدنبال ضربه پوست پاره شد و یکی از ندول هایی که از مدتها قبل در محل بود سر باز کرد. مایع سفید رنگی مثل گچ مایع از ندول خارج شد. التهاب دو روز بعد شروع شد ... در معاینه خوزه توفوس هاس متعددی در دست ها و آرنج ها داشت. سطح خلفی آرنج چپ شدیداً متورم و قرمز بود در لمس حساسیت و تموج وجود داشت. حرکات مفصلی باعث درد شدید موضعی می شد.

پزشک خانوادگی اش با شک به عفونت بلافاصله او را به بیمارستان فرستاد. تشخیص بورسیت چرکی (استافیلوکوک طلایی) روی نقرس توفوسی برای وی مسجل گردید و نیاز به آنتی بیوتیک سیستمیک طولانی و دبریدمان جراحی موضعی داشت.

## بورسیت اوله کرانون

### نکات اصلی

این ضایعه بصورت درد و تورم روی اوله کرانون تظاهر می کند. در لمس توده دارای تموج دیده می شود که وجود مایع را اثبات می کند.

بورسیت مزمن بدون درد و علائم التهاب به علت ترومای مکرر ممکن است ایجاد شود.

درد شدید، قرمزی و گرمای موضعی نشانگر بورسیت چرکی یا میکروکریستالی است. بورسیت اوله کرانون ممکن است در جریان پلی آرتريت دیده شود (مثل آرتريت روماتوئید). در اینصورت علائم التهابی متوسط بوده و زمینه بالینی پیشنهاد کننده آن خواهد بود.



بورسیت حاد نیاز به درمان اورژانسی دارد و باید به یک درمانگاه تخصصی ارجاع داده شود. در بقیه موارد، درمان به مشکل زمینه ای بستگی دارد.

#### موارد نمونه

#### 9C- درد آرنج (III)

بیمار، یک خانم 42 ساله، توسط ما و پزشک خانودگی اش به علت آرتريت روماتوئيد پيگيري مي شد: پلي آرتريت قرينه، اضافه شونده. که مفاصل کوچک دست ها، مچ دست ها، آرنج ها و مچ پاها را مبتلا کرده بود. بیماری با دوز ثابت سرکوب کننده های ایمنی تحت کنترل بود و در 2 سال قبل علائم التهابی قابل توجهی وجود نداشت. ما بیمار را هر 6 ماه می دیدیم و در بین ویزیت های ما توسط پزشک خانوادگی اش ویزیت می شد.

در یکی از این ویزیت ها، وی از درد پیشرونده آرنج راستش شاکی بود. وی درد را به کار کشاورزی نسبت می داد. دکتر به فعال شدن آرتريت در آرنج مشکوک شده بود و از ما خواست در اولین فرصت ممکن او را ببینیم.

#### انتظار دارید در معاینه چه چیزی پیدا کنید؟

ما تشخیص را مسجل کردیم. اگر چه مفصل در نگاه طبیعی بود. اکستانسیون کاهش پیدا کرده بود (تغییر شکل فلکسیون ثابت حدود 15 درجه) و ما قادر به افزایش دامنه بصورت غیر فعال نبودیم. لمس شیارهای دور اوله کرانون در طی فلکسیون/اکستانسیون آرنج تورم و مختصری درد را نشان داد. لمس سر رادیوس نیز دردناک بود. گرمی و قرمزی واضحی روی آرنج وجود نداشت. در معاینه بقیه مفاصل فقط تورم خفیف در تعداد کمی از مفاصل MCP وجود داشت.

## چه آزمایشات / و یا درمانی را پیشنهاد می کنید؟

شکایت یا یافته های نشانگر فعال شدن مجدد آرتریت روماتوئید وجود ندارد. ما مایع مفصلی را کشیدیم که دارای تعداد زیادی نوتروفیل بود (8500 در میلیتر مکعب). بررسی از نظر کریستال و باکتری منفی بود، لذا احتمال آرتریت چرکی منتفی بود. ما تصمیم گرفتیم که یک تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئید طولی الاثر انجام دهیم. و از بیمار خواستیم که بازویش را در یک گردن آویز به مدت دو روز قرار دهد. به او توصیه کردیم پس از سپری شدن دوران استراحت، ورزش مداوم و پیشرونده برای بازیابی دامنه حرکتی مفصل انجام دهد. ما دو هفته بعد بیمار را دیدیم مشککش حل شده بود و به حالت طبیعی برگشته بود.

### آرتریت آرنج

#### نکات اصلی

آرنج اغلب در جریان پلی آرتریت ها مبتلا می شود ولی معمولاً اولین محل ابتلا نیست. منوآرتریت آرنج احتمال آرتریت چرکی و میکروکریستالی را پیشنهاد می کند.

استئوآرتریت آرنج نادر بوده و یک عامل زمینه ای متابولیک را مطرح می کند.

شکایات و یافته های زیر به آرتریت اشاره می کنند:

- درد التهابی
- محدودیت حرکتی و درد در حرکات فعال و غیر فعال
- تورم و درد در لمس مفصل
- قرمزی و گرمی موضعی (همیشه نیست).

انجام پرسش سیستماتیک و معاینه عمومی برای جستجوی شکایات و یافته های یک بیماری عمومی تر الزامی است.

درمان بستگی به عامل زمینه ای دارد.

آرنج نسبت به فرآیندهای التهابی شدیداً حساس است.

آسیب غیرقابل برگشت مفصلی در زمان کوتاهی می تواند ایجاد شده و منجر به محدودیت در اکستانسیون و

پروناسیون/سوپیناسیون گردد. لذا تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئید در مراحل اولیه معقول است.

با منوآرتربت آرنج شبیه بقیه منوآرتربت باید برخورد شود (به فصل 18 مراجعه شود).

## حالت های خاص

اگر چه نسبتاً نادرند، ولی دو سندروم ناشی از به دام افتادن اعصاب محیطی می تواند باعث درد ساعد شوند و ممکن است توسط معاینه بالینی پیشنهاد شده ما کشف نشوند.

## سندروم تونل رادیال

زمانی به این سندروم باید مشکوک شد که بیمار درد عمقی و منتشر را در سطح خارجی و خلفی آرنج ذکر کند. در بعضی از موارد ممکن است سطح خلفی آرنج را درگیر کرده و پیشنهاد کننده اپیکندیلیت خارجی باشد. علائم غالب در آرنج، وجود پارستزی (همیشگی نیست) و ضعف عضلانی به نفع این تشخیص است. عصب رادیال ممکن است توسط باند فیبروی غیر طبیعی در پشت سر استخوان رادیوس تحت فشار قرار گیرد. عصب بین استخوانی خلفی، شاخه ای از عصب رادیال، بیشتر در محلی که از بین عضلات سوپیناتور در سطح خلفی ساعد (بلافاصله زیر آرنج) می گذرد تحت فشار قرار می گیرد (حدود 30 درصد مردم یک قوس فیبرو در این ناحیه دارند).

یافته های زیر در معاینه بالینی بخصوص پیشنهاد کننده هستند:

- تولید مجدد درد با فلکسیون غیر فعال شدید یا اکستانسیون مقاومتی انگشت میانی.

- ایجاد مجدد درد با حداکثر پروناسیون ساعد در حالیکه مچ دست در فلکسیون است.
  - درد با اعمال فشار با تورنیکه یا کاف دستگاه فشار خون روی قسمت پروگزیمال ساعد.
  - ضعف در اکستانسیون انگشت کوچک (عصب بین استخوانی خلفی)
  - درد در لمس عمقی سطح خلفی - خارجی ساعد حدود 5 سانتیمتر زیر اپیکندیل (شکل 4-9)
  - علامت تینل مثبت در این محل (عصب بین استخوانی خلفی) یا روی سر رادیوس (عصب رادیال)<sup>3</sup>
- الکترومیوگرافی و مطالعه سرعت سیر عصب، بجز در مراحل خیلی پیشرفته، طبیعی است.

شروع درمان در مراحل اولیه استراحت و ورزش ملایم، و در صورت تداوم تزریق موضعی استروئید همراه با یک ماده بیحسی است. استفاده از اسپلینت یا بانداژ الاستیک ممکن است باعث تخفیف درد شود ولی نتایج متفاوت است. رفع فشار با جراحی ممکن است نیاز باشد.

### سندروم پروناتور

عصب بین استخوانی قدامی، شاخه ای از عصب مدیان، توسط عضلات پروناتور، 7-5 سانتیمتر زیر آرنج، تحت فشار قرار می گیرد.

این سندروم باعث درد عمیق، مبهم در سطح قدام ساعد می گردد. درد مداوم است اگر چه با استفاده از دست و مچ تشدید می گردد. پارستزی در محدوده عصب مدیان پیشنهاد کننده است ولی متاسفانه همیشگی نیست. شواهد ضعف عضلانی یا ایجاد مجدد درد با پروناسیون مقاومتی پیشنهاد کننده این تشخیص است. در موارد شدید و مزمن، ممکن است هیپرآستزی در محدوده عصب مدیان وجود داشته باشد. فشار دادن عمیق در محل به مدت 30 ثانیه، باعث ایجاد مجدد یا تشدید علائم می گردد (شکل 3-9). تست تورنیکه که در بالا توصیف شد ممکن است مثبت باشد.

درمان شبیه سندروم تونل رادیال است.

<sup>3</sup> علامت تینل (یا هوفمن- تینل) شامل دق، ترجیحا با چکش، در محلی که عصب می توان تحت فشار قرار گیرد می باشد. در صورتی علامت مثبت است که باعث سوزن سوزن شدن یا درد در محدوده عصب گردد.

لطفا توجه کنید: در هر دو مورد، به فکر درد منتشر یا فیبرومیالژیا باشید.

## تست های تشخیصی

بطور کلی تست های تشخیصی بی فایده بوده و بندرت در درد موضعی آرنج لازم می شوند. در صورت وجود علائم آرتريت، رادیوگرافی استاندارد اندیکاسیون دارد.

در صورت وجود آرتريت یا بورسیت حاد باید آسیراسیون و بررسی مایع از نظر کریستال و باکتری انجام و تعداد کل سلولها و نوع غالب سلول تعیین گردد. کشیدن مایع مفصلی از آرنج نیاز به تجربه تکنیکی و امکانات آزمایشگاهی برای بررسی مایع دارد.

در صورت شک به، به دام افتادن عصب انجام مطالعه سرعت سیر عصب معقول است.

## درمان

درمان شایعترین علل درد آرنج و ساعد، که در حیطه کار پزشک عمومی میباشد، قبلا توضیح داده شد. در صورتی که تجربه ندارید یا برای این کار آموزش ندیده اید از تزریق موضعی در آرنج بپرهیزید.

### چه زمانی بیمار به متخصص باید ارجاع داده شود؟

یافته های بالینی / و یا نتایج تصویر برداری بیانگر بیماری التهابی یا مکانیکی با علت نامشخص باشد.<sup>4</sup> در صورت وجود آرتريت، ارجاع بصورت اورژانسی باید صورت گیرد.

<sup>4</sup> استئوآرتريت آرنج خیلی نادر است. اگر سابقه واضحی از ضربه یا آرتريت قبلی وجود نداشته باشد، تقریبا همیشه نشانه بیماری متابولیک مفصلی است که نیاز به بررسی اتیولوژیک دارد. به فصل 16 رجوع شود.

تاندینیت بالینی قابل توجه، یا بورسیتی که به درمانهای قابل در انجام مراکز عمومی مقاوم باشد.

درد مداوم و ناتوان کننده با منشا نامشخص. قبلا توصیف شد