

درد گردن

مترجم دكتور محمد حسن جوکار

(از کتاب Rheumatology in Practice)

درد در ناحیه گردن (گردن درد) در طب عملی بسیار شایع است. افراد جوان اغلب دچار حملات حادی از درد گردن می شوند، که معمولاً گذرا است، ولی شایعترین حالت درد مزمنی است که با حملات حاد و عود کننده در بالغین و افراد مسن همراه است. اگر چه نادر است ولی گاهی درد گردن منشاء مهمی دارد که رد آن مهم است.

آناتومی عملکردی

ناحیه گردنی متحرک ترین بخش ستون فقرات است. این قسمت ساختار پیچیده ای داشته و تحرک و تناسب آن توسط ساختمانهای متعددی حفظ شده، که تمام آنها می توانند منشاء درد باشند. ستون فقرات گردنی شامل 7 مهره است که توسط دیسک های بین مهره ای و مفاصل فاست (مفاصل بین زوائد مفصلی مهره های مجاور) بهم متصل می شوند (شکل 1).

دیسک ها شامل یک حلقه فیبروی محیطی و یک هسته ژلاتینی مرکزی هستند که آنها را قابل انعطاف و فشرده شدن می سازد. حلقه فیبروز به سطح فوقانی و تحتانی جسم مهره های مجاور چسبیده، و یک سین کندروز (مفصل بدون سینوویوم و غضروف واسط) را تشکیل می دهد. دیسک تمام سطح جسم مهره را نمی پوشاند و فضای کوچکی از سطح جسم مهره در هر طرف برای یک مفصل سینوویال کوچک برهنه می ماند.

مفاصل فاست از نوع دی آرتروز و دارای سینوویوم بوده و لذا مستعد ابتلاء به فرآیندهای التهابی سیستمیک می باشند. این مفاصل اغلب محل ایجاد استئوآرتریت و تشکیل استئوفیت می باشند.

مفصل آتلانتوآگزپال، C1-C2، خیلی ویژه است. در مهره اطلس جسم مهره توسط قوس استخوانی جایگزین شده است. سطح خلفی این قوس با زائده ادونتوئید (زائده استخوانی که از جسم مهره C2 به طرف بالا می رود) آسه مفصل می شود (شکل 2). یک باند فیبرو (رباط عرضی اطلس) زائده ادونتوئید را در کنار قوس اطلس نگه می دارد. و اینها یک مفصل سینوویال را تشکیل می دهند. نخاع بلافاصله در پشت این مفصل قرار دارد (شکل 3) لذا به راحتی در صورت وجود ناپایداری در این مفصل تحت تاثیر قرار می گیرد. اجزا آتلانتو-اکسی پیتال و آتلانتوآگزپال مسئول قسمت مهمی از فلکسیون، چرخش و خم شدن طرفی ستون فقرات گردنی می باشند. ریشه

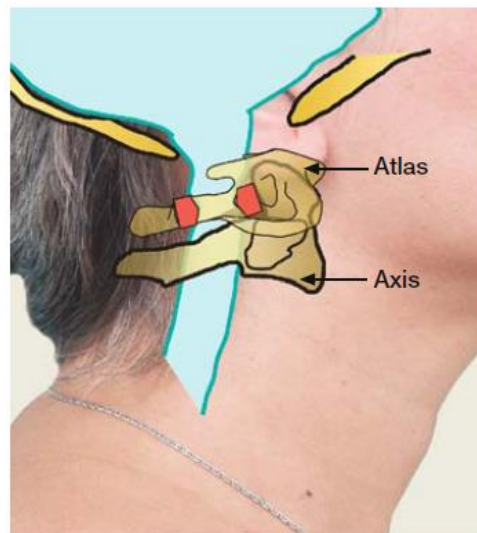
های عصبی از طریق سوراخ های بین مهره ای، که از قدام و داخل به دیسک بین مهره ای و از خلف و خارج به مفصل فاست محدود می شود، از ستون فقرات خارج می شوند (شکل 4). تغییر در شکل یا ثبات این سه ساختمان می تواند باعث تحریک و فشار روی ریشه های عصبی شده و منجر به درد نوروژنیک گردد. وقتی یک هرنی دیسک اتفاق می افتد هسته ژلاتینی در قسمت خلفی- خارجی، جایی که تماس مستقیم با ریشه عصبی دارد، برآمدگی پیدا می کند.

ریشه های عصبی گردنی مسئول عصب دهی به قسمت خلفی جمجمه، تمام سطح شانه و اندام فوقانی می باشند (شکل 5). ریشه C1 از بالای اولین مهره گردنی و ریشه C8 از زیر هفتمین مهره گردنی عبور کرده و بدین صورت بجای هفت ریشه عصبی گردنی هشت ریشه گردنی وجود دارد (شکل 6). ریشه T1 از زیر مهره T1 عبور می کند. لذا ریشه C6 در مجاورت دیسک C5/C6 قرار می گیرد.

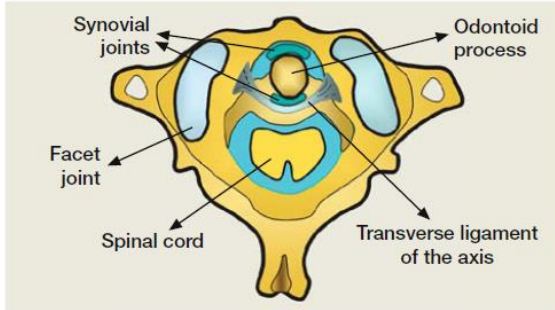
ثبات ستون فقرات توسط سین کندروزهای بین مهره ای، مفاصل فاست و همچنین مجموعه عضلات و رباط های پاراورتبرال، که منشاء شایعی برای درد هستند، تامین می گردد. ضربه و التهاب که عصب یا



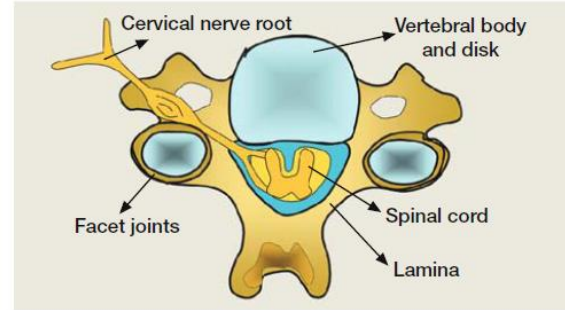
تصویر 1 ستون فقرات گردنی



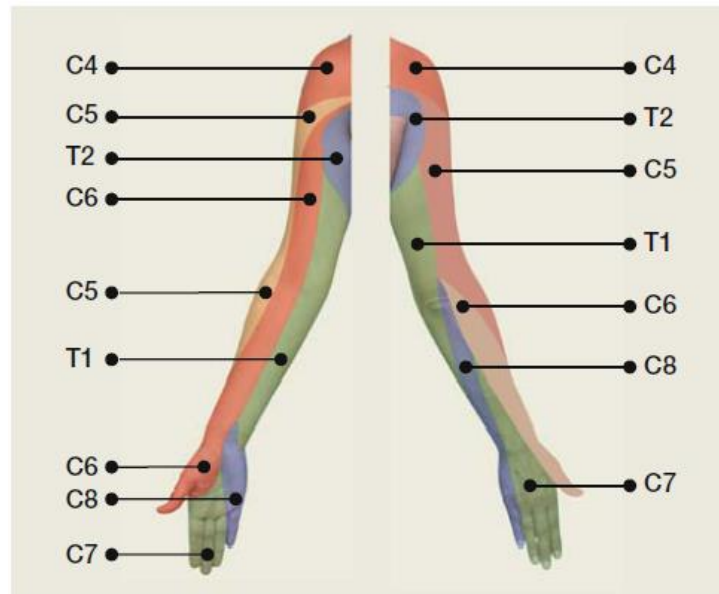
تصویر 2 مفصل آتلانتوآگزالیال و ارتباط آن با طناب نخاعی



تصویر 3 اطلس، زائده اودونتوئید آسه و طناب نخاعی

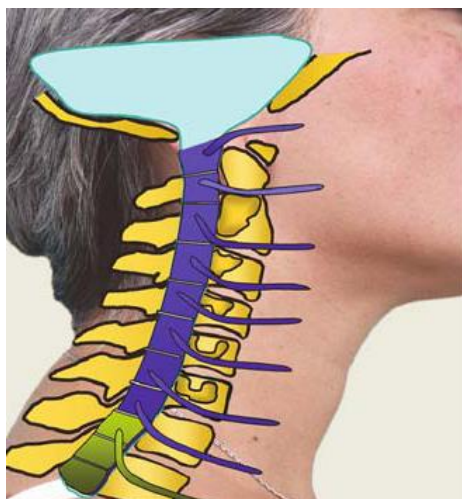


تصویر 4 منشاء و ارتباطات تشریحی ریشه های عصبی



تصویر 5 قلمرو حسی ریشه های عصبی - درماتوم ها

دسته های عضلانی را مبتلا کنند ممکن است بطور واکنشی باعث انقباض عضلانی شده که این به نوبه خود باعث افزایش شدت و وسعت درد شده و محدودیت حرکتی بیشتری ایجاد می کند.



تصویر 6- روج ریشه های عصبی

ستون فقرات گردنی باید با استفاده از رادیوگرافی های قدامی - خلفی و نیمرخ مورد مطالعه قرار گیرد. (تصویر 7). وقتی به رادیوگرافی قدامی - خلفی نگاه می کنید به هم تراز می مهره ها و وجود احتمال ضایعات لیتیک و اسکروتیک دقت کنید. گاهی تغییرات اسکروتیک در مفاصل فاست مشاهده می شود. در رادیوگرافی نیمرخ، هم تراز می مهره ها در صفحه قدامی - خلفی مشاهده می شود و فضای بین مهره ای ممکن است مورد ارزیابی قرار گیرد. ارتفاع دیسک از C1 تا C7 باید یکسان بوده و صفحه انتهایی (endplate) مهره ها باید یک شکل بوده و اسکروز نداشته باشند. مفاصل بین زوائد مفصلی، محل شایعی برای استئوآرتریت، بوضوح قابل مشاهده هستند. دانسیته اجسام مهره ای یکنواخت بوده و در کناره ها، با توجه به وجود استخوان قشری، روشن تر باشند. نمای مورب (شکل 8) سوراخ بین مهره ای را بهتر نشان می دهد. استئوفیت هایی که در این ناحیه قرار دارند می توانند باعث فشار ریشه ای شوند ولی این تشخیص باید توسط علائم بالینی منطبق اثبات گردد.



تصویر 7 رادیوگرافی طبیعی ستون فقرات گردنی 1- مفاصل فاست 2- مفصل آتلانتوآگزیکال



تصویر 8 نمای مورب ستون فقرات گردنی که سوراخ های خروجی را نشان می دهد.

علل شایع درد گردن

در بیشتر موارد درد ریتم مکانیکال دارد یعنی با حرکت تشدید و با استراحت بهتر می شود. در بالغین، در بیشتر موارد علت درد اسپوندیلوآرتروز است. در خیلی از موارد دیگر، بخصوص در افراد جوان، علت واضحی برای درد وجود ندارد، و تصور می شود که این موارد نتیجه ناپایداری مفصلی و تحریک ریشه های عصبی و دستجات عضلانی (که منجر به انقباض دردناک واکنشی عضلات می شود) می باشد. در هر دو مورد درمان حمایتی با هدف تسکین درد و بازیابی عملکرد، بدون مداخله اتیولوژیک، باید انجام شود.

در موارد اندکی، منشاء درد ممکن است نوروزنیک، التهابی، نئوپلاستیک یا روانی باشد. در این موارد به رویکرد تشخیص و درمانی اختصاصی نیاز است.

هدف اصلی رویکرد تشخیصی اولیه ما، تشخیص موارد نادر و بالقوه خطرناک در بین موارد شایع درد مکانیکی غیر اختصاصی است که نیاز به درمان اختصاصی دارد.

در جدول 1 جنبه های بالینی عمومی شایعترین علل درد گردن نشان داده شده است.

علت	کلیدهای بالینی
ضربه	سابقه ضربه عوامل شغلی وضعیت قرارگیری بد - اغلب باعث حملات حاد در افراد جوان می شود. - معمولا تست های تشخیصی طبیعی است.
اسپوندیلوآرتروز	معمولا درد مکانیکی است. درد مزمن یا عود کننده می تواند با تظاهرات عصبی با منشاء ریشه ها یا طناب نخاعی باشد. شایعترین علت درد گردن در بالغین و افراد مسن ویژگی های پیشنهاد کننده در رادیوگرافی

بیماری التهابی مفصلی	درد تمایل دارد التهابی باشد معمولا با تظاهرات آرتریت در جاهای دیگر - آرتریت روماتوئید، اسپوندیلوآرتروپاتی سرونگاتیو، و آرتریت ایدیوپاتیک جوانان اغلب ستون فقرات گردنی را مبتلا می کنند.
عفونت	عفونت های حاد و مزمن استخوانها و دیسک های گردنی مثل سل و بروسلوز ممکن است بطور نادر گردن را مبتلا کنند
متاستاز	تومور تیروئید، ریه، پستان، کلیه و پروستات ممکن است به ستون فقرات گردنی متاستاز دهند. میلوم مولتیپل هر ناحیه ای را می تواند مبتلا کند. تومورهای اولیه استخوان نادرند
درد ارجاعی	توجه خاص به شانه، قله ریه و قلب
درد های غیر عضلانی- اسکلتی	لنفادنوپاتی ناشی از عفونت های دهانی- حلقی تیروئیدیت مننژیت و مننژیسم

جدول 1-7 علل شایع درد گردن همراه با سرخ های بالینی

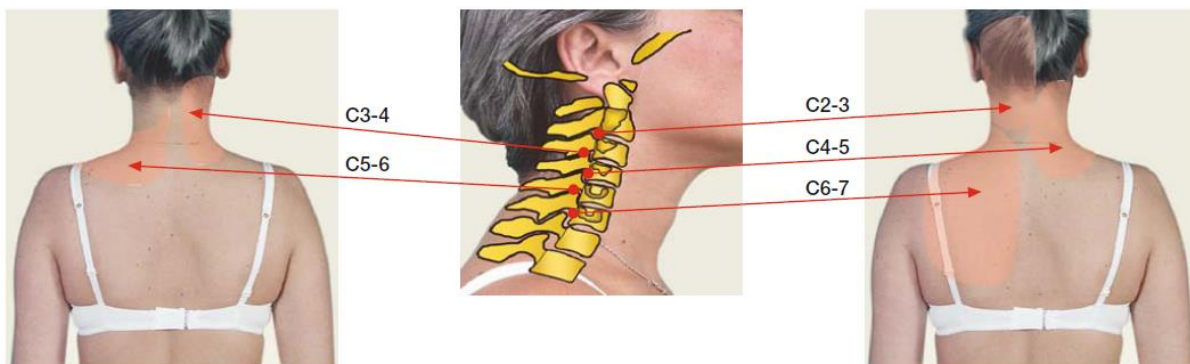
پرسش از بیمار

در پرسش از بیمار باید تلاش شود که نوع درد مشخص و سرخ هایی برای محتملترین علت ان پیدا کرد. سن عامل مهمی است. یک سابقه ضربه اخیر یا ظهور درد به عنوان نتیجه یک وضعیت اجباری طولانی بر این علت دلالت می کند.

در مواردی که درد آهسته تر بوجود می آید ریتم درد سر نخ مهمی است. ریتم التهابی پیشنهاد کننده عفونت، التهاب یا سرطان است. در این موارد شروع درد آهسته و پیشرونده است. درد معمولاً مداوم بوده، با استراحت بهبود نیافته، و ممکن است با خشکی صبحگاهی باشد. جستجوی شکایات و نشانه های آرتریت در محل های دیگر مهم است. در پرسش سیستماتیک سعی می شود که نشانه های بیماری سیستمیک (مثل تب، سرفه، کاهش وزن و هماچوری) یا عفونت دهانی- حلقی پیدا شود.

درد ناشی از اسپوندیلوآرتروز بطور طبیعی توسط حرکت تشدید و با استراحت کاهش می یابد. درد اغلب به شانه و قسمت فوقانی بازوها، حتی اگر مشکل عصبی قابل اثباتی وجود نداشته باشد، انتشار می یابد. محل درد نشانگر محتملترین مکان منشأ درد است (شکل 9).

درد با منشأ عصبی واقعی نشان دهنده فشار ریشه ای است این درد، شدید، دیس استتیک (دچار حس لمس غیر طبیعی و ناخوشایند) (شوک الکتریکی، سوزن سوزن شدن) و دارای توزیع درماتومال است.



شکل 9 انتشار درد که از سطوح مختلف ستون فقرات گردنی منشأ گرفته باشد

معاینه بالینی موضعی

مشاهده

یک نگاه به ناحیه گردنی و نواحی مجاور ممکن تغییر شکل واضحی، مثل کاهش یا افزایش لوردوز فیزیولوژیک، قوز زاویه دار موضعی، بالشتک چربی بین کتفها (ناشی از مصرف کورتیکواستروئید)، اسکولیوز و انحراف جانبی، آتروفی عضلات شانه، تورم موضعی و غیره را نشان دهد.

لمس

لمس ممکن است ناهنجاریهای خارج اسکلتی را نشان دهد مثل آدنوپاتی و گواتر که ممکن است منشاء درد باشند. وقتی که درد مربوط به سیستم عضلانی-اسکلتی باشد، از لمس خیلی اطلاعات مفیدی حاصل نخواهد شد، چون این ساختمانها عمقی هستند. حساسیت در لمس یافته شایعی در خیلی از نقاط عضلات، حتی بدون ضایعه موضعی واضح، می باشد. اسپاسم عضلانی همراه با یک گردن خشک و دردی که بوضوح روی یک یا دو زائده خاری باشد ممکن است نشانه عفونت یا نئوپلاسم باشد. غیر از حالات خاص، لمس گردن غیر اختصاصی بوده و باید با احتیاط مورد تفسیر قرار گیرد.

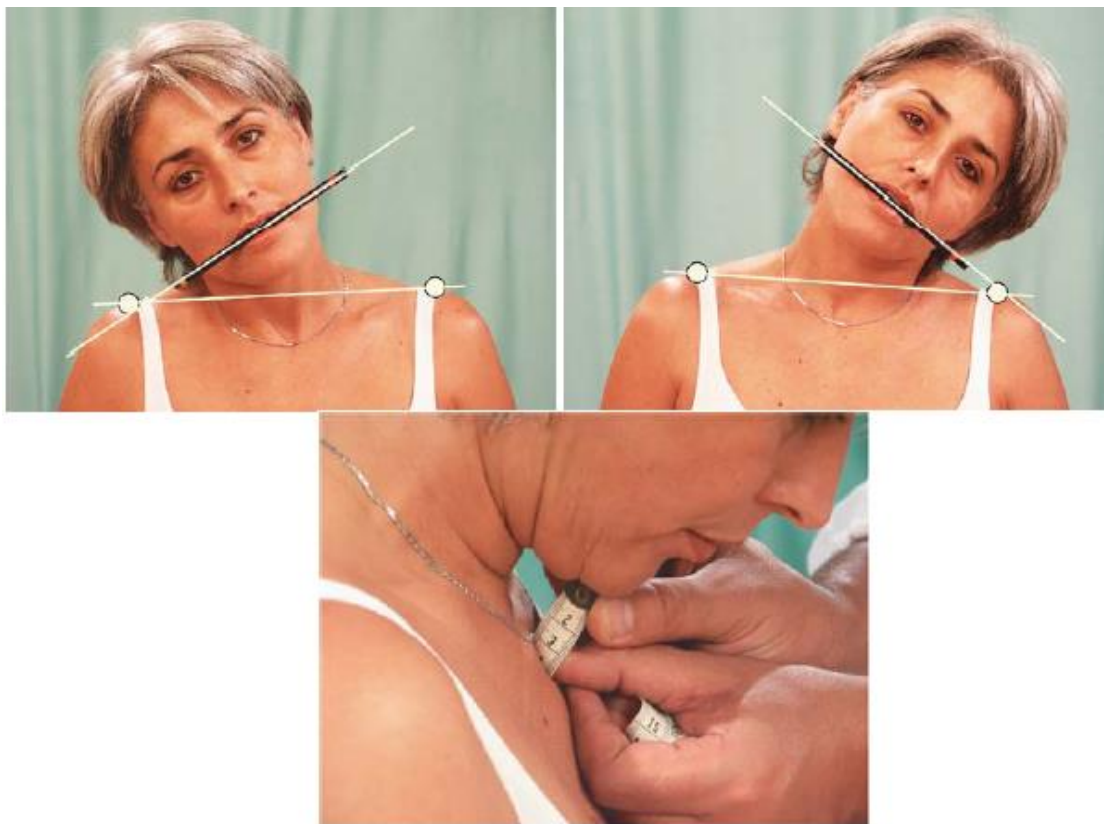
حرکات

دامنه و آزادی حرکت ستون فقرات گردن با مانورهایی که در شکل 10 نشان داده شده ارزیابی می شود



شکل 10 ارزیابی بالینی حرکات ستون فقرات گردنی

اگر بخواهیم دقیق تر باشیم باید از بیمار بخواهیم که مدادی را بین دندانهایش نگهدارد تا تعیین درجه حرکات آسان تر باشد. (شکل 11).



تصویر 11 ارزیابی دقیق دامنه حرکتی گردن

وقتی که در یک بیمار دامنه حرکتی را با گذشته مقایسه می کنیم این اندازه گیری ها برای ارزیابی دقیق نتیجه درمان مفید هستند. بهر حال در کار بالینی روتین این کار الزامی نیست. دامنه حرکتی از یک بیمار به بیمار دیگر متغیر است. و تحت تاثیر تمرینات بدنی بوده و با افزایش سن بطور قابل توجهی کاهش می یابد. در کار بالینی اندازه گیری دامنه حرکتی کیفی بوده و پزشک دنبال کاهش دامنه حرکتی قابل توجهی است که با کاهش عملکرد و درد موضعی است یا دردی که با حرکت انتشار می یابد. تجربه ناشی از معاینه فیزیکی مکرر بهترین راهنمای ماست.

در صورت وجود تحریک ریشه های عصبی، فلکسیون کامل گردن بطرف مقابل باعث تحریک ریشه ای شده و درد ریشه ای ایجاد می کند (لازگ گردنی شکل 12). این شکایات اگر بصورت دیس استزی بوده و در مسیر تیپیک یک ریشه باشند مهمتر می باشند.



شکل 12 آزمون لازم کردنی. خم کردن کامل گردن به یک طرف. وقتی آزمون مثبت است که در طرف مقابل درد نورولوژیک ایجاد شود.

معاینه عصبی

اگر به فشار روی ریشه ای یا طناب نخاعی شک کردیم، یک معاینه عصبی مفصل تر اندام های فوقانی انجام می دهیم. ارزیابی حس لمس و pin-prick انجام می شود. قدرت عضلانی و رفلکس های وتری بصورتی که در جدول 2 گفته شده ارزیابی می گردد. اندام های تحتانی و اسفنکترها نیز باید ارزیابی شوند.

جدول 2 ریشه های عصبی مسئول قدرت عضلانی و رفلکس های وتری در اندام های فوقانی

رفلکس های وتری	قدرت عضلانی	
	C5 (ابداکسیون)	شانه
C5 (رفلکس دو سر)	C5 (فلکسیون)	آرنج
C7 (رفلکس سه سر)	C7 (اکستانتسیون)	
C6 (رفلکس سوپیناتور)	C6- C8 (اکستانتسیون)	مچ دست
C8 (رفلکس انگشت)	C6-C7 (اکستانتسیون)	انگشتان

	T1 (پخش شدن انگشتان، تقابل شست)	
--	---------------------------------	--

موارد نمونه

A- درد مزمن گردن (I)

ماریا جسوس 68 ساله بود. او خانه دار و کارگر مزرعه بود. وی به علت درد گردن و قسمت فوقانی قفسه صدری به پزشک مراجعه کرده بود. درد بتدریج از 40 سالگی شروع و بطور پیشرونده بدتر شده بود. در سال اول بیماری، درد گاهی در زمان فعالیت شدید فیزیکی ظاهر می شد. با گذاشت سالهای بعدی، درد با فراوانی بیشتر بدنبال فعالیت های سبک تر ظاهر می شد تا اینکه دائمی همراه با شعله ور شدن متناوب گردید. در طی دوره های تشدید، که تا یک هفته طول می کشید، درد به تمام ناحیه گردنی کشیده می شد، و شانه ها را نیز درگیر می کرد. درد با فعالیت (مثل حمل اجسام سنگین با دست) تشدید و با استراحت کاهش می یافت. شب ها دردی نداشت بجز وقتی که در بستر حرکت می کرد. وقتی از او پرسیده شد، او درد گاه گاهی و خستگی را در بازوهایش عنوان کرد ولی منکر هرگونه پارستزی و ضعف بود. درد با مانور والسالوا تشدید نمی شد. ماریا جسوس همچنین درد مشابهی را در ناحیه کمری و زانوها داشت. وی هر گونه علائم سیستمیک را انکار می کرد. سابقه یک اولسر پپتیک را می داد که به مصرف ضد التهاب برای درد گردن نسبت می داد. در معاینه فیزیکی کاهش دامنه خم شدن به طرفین و چرخش ها همراه با درد در انتهای حرکت را داشت. در لمس مناطق عضلانی مختلفی در سطح خلفی و طرفی گردن درد وجود داشت. معاینه عصبی غرباگری اندام های فوقانی از نظر قدرت، رفلکس و حس درد طبیعی بود. آتروفی عضلانی وجود نداشت. خم کردن گردن به طرف راست (لازگ گردنی) باعث درد طرف چپ گردن با انتشار به شانه چپ شد. وزن 79 کیلوگرم و قد 156 سانتیمتر داشت.

در ارتباط با این بیمار فکر کنید:

تشخیص های احتمالی چیست و چرا؟

چه تست های تشخیصی باید درخواست شود؟

ما رادیوگرافی جانبی ستون فقرات گردنی درخواست کردیم. در رادیوگرافی کاهش فضای دیسک از C2 تا C7 همراه با استئوفیت های متعدد و اسکروز اندپلیت های مهره ها وجود داشت (شکل 13). تغییرات قابل توجهی در ساختمان و هم ترازوی مهره ها وجود نداشت.

مجددا به تشخیص خود توجه کنید.

چه درمانی را پیشنهاد می کنید؟

با توجه به این یافته ها، ما بیمار را از نظر علت درد مطمئن ساختیم. و به او توضیح دادیم که درد خیلی شدید نخواهد شد و وی را تشویق کردیم که علی رغم درد فعال باقی مانده و ورزش منظم آرامبخش، تحرک و کشش عضلانی انجام دهد. و به او گفتیم که از فعالیت های سنگینی که فشار زیادی روی گردن می آورد (مثل حمل اجسام سنگین و برای وضعیت های اجباری طولانی) بپرهیزد. استفاده از یک چرخ دستی برای خرید ممکن است از فشار روی ستون فقرات بکاهد. ما همچنین به او کاهش وزن را پیشنهاد کردیم چون ممکن است تاثیر قابل توجهی در کاهش درد داشته باشد. یک بالش کوتاه که بخوبی تنظیم شده باشد نیز چنین اثری دارد.



تصویر 13 استئوآرتریت ستون فقرات گردنی. به کاهش فضای بین مهره ای (1)، اسکروز اندپلیتهای مهره ها (2)، و استئوفیت های قدامی (3) از C2 تا C7 توجه کنید. استئوآرتریت مفاصل فاست نیز قابل مشاهده است (4).

ما برای بیمار یک مهار کننده COX2، تا بر حسب نیاز مصرف کند، یک گردن بند سفت تا در موقع حملات درد بپوشد، و حرکات ورزشی فعال متناوب تجویز کردیم. در طی حملات ممکن است بیمار متوجه شود که گرمای موضعی (مثل دوش آب گرم و حوله داغ) باعث کاهش درد و شل شدن عضلات گردند. اگر در آینده، یک حمله شدید ناتوان کننده رخ دهد که طول بکشد می توانیم فیزیوتراپی تجویز کنیم.

درد مزمن غیراختصاصی گردن

نکات اصلی

یک مشکل شایع در سنین بالاست.

درد معمولاً تدریجی و مزمن همراه با دوره هایی از تشدید است. این درد ممکن است ناحیه کتف را درگیر کند اگر چه خصوصیات عصبی نداشته باشد. تظاهرات و یافته های نشانگر درگیری عصبی واقعی نیاز به مطالعه دقیق تری دارد.

به عنوان یک قانون، محدودیت در حرکات گردنی وجود دارد (بخصوص چرخش ها و خم شدن به طرفین). درد در فلکسیون و اکستنسیون و محدودیت در این حرکات نشانه درگیری عصبی است. ممکن است در نقاط پاراورتبرال مختلفی حساسیت در لمس وجود داشته باشد.

اسپوندیلوآرتروز شایعترین علت زمینه ای است ولی ارتباط بین رادیوگرافی، معاینه بالینی و پاسخ به درمان غیر قابل اعتماد است. معمولاً لزومی به انجام و تکرار رادیوگرافی نیست.

حتی در حالاتی که واضحاً تپیک است، رد هر گونه علائم نورولوژیک، تظاهرات سیستمیک و درد التهابی مهم است.

بررسی ها باید به موارد ضروری محدود شود.

درمان محافظتی است.

اجتناب از تلاش زیاد باید با برنامه حرکتی منظم و ورزش های ریلکسیشن همراه شود. ضد دردها، ضد التهاب های خفیف و شل کننده های عضلانی ممکن است در زمان شعله ور شدن، مورد نیاز باشند. گردن بند مناسب نیز ممکن است در بازتوانی کمک کننده باشد.

اطمینان بخشی به بیماران ضروری بوده و آنان باید تشویق شوند تا علی رغم درد فعال باقی بمانند. از تعبیر دراماتیک و بدبینانه بهر قیمتی باید پرهیز شود.

پیش آگهی متغیر بوده ولی درد تمایل دارد که دائمی با پاسخ قابل توجه به درمان های صحیح باشد.

موارد نمونه

B- درد گردن با انتشار

ماریا جسوس (بیمار قبلی) در طی 2 سال پیگیری، با توجه به پاسخ به درمان خیلی خوشحال بود. اگر چه هنوز کمی درد داشت، ولی قابل تحمل بود. در این زمان حملات درد نادر و وابسته به تلاش بود. حالا وی به علت تشدید دردی که به درمانهای معمول جواب نمی داد به ما مراجعه کرده بود. درد شدید بوده و در بازو، ساعد و شست احساس می شد. او درد را بصورت یک شوک الکتریکی توصیف می کرد و متوجه شده بود که زمانی ظاهر می شود که گردن را به سمت راست می چرخاند. سرفه های خفیفی که به مدت چند روز داشت درد را برای وی غیر قابل تحمل ساخته بود. چون سرفه باعث تشدید انتشار درد شده و منجر به سوزن سوزن شدن طولانی می گردید.

چه اتفاقی افتاده بود؟

چه جنبه هایی از معاینه فیزیکی نیاز به توجه بیشتری داشت؟

معاینه موضعی نشان داد که درد با حرکات فعال و غیر فعال تشدید می شود، حرکات گردن محدود شده و اسپاسم عضلانی وجود داشت. خم کردن کامل گردن به طرف راست (لازگ گردنی شکل 12) باعث ایجاد درد با انتشار به سطح خارجی ساعد چپ شد. فشار دادن عمودی سر به گردن (مانور اسپورلینگ) باعث درد موضعی بدون انتشار شد. معاینه عصبی کاهش حس فشار با سوزن روی شست و سطح رادیال ساعد چپ را نشان داد. تغییری در قدرت عضلانی دیده نشد. آزمون فالن و تینل از نظر سندروم کانال کارپ منفی بود.

چه درمانی را برای این بیمار پیشنهاد می کنید؟

او قبلا به مدت 2 هفته گردن بند، یک ضد التهاب و گرمای موضعی استفاده کرده بود ولی درد التیام نیافته بود.

ما به او توصیه کردیم که هنوز گردن بند را بسته نگهدارد و یک شل کننده عضلانی به درمان اضافه کردیم. رادیوگرافی جدید نیمرخ گردن برای او درخواست کردیم تا وجود هرگونه دررفتگی، تغییرات استخوانی را رد کرده و علاوه بر این علائم استئوآرتروز را، که قبلا نیز از آن آگاه بودیم، ببینیم.

بیمار را برای ریلکسیشن تراپی عضله و کشش ملایم ستون فقرات گردنی به بخش فیزیوتراپی فرستادیم. این درمان باعث بهبودی قابل توجه بیمار و جلوگیری از عمل جراحی (که در صورت عدم بهبود یک انتخاب بود) گردید.

فشار روی ریشه های عصبی گردنی

نکات اصلی

به فشار روی ریشه های گردنی وقتی باید مشکوک شد که درد دیس استتیک در محدوده یک ریشه عصبی وجود داشته باشد که با حرکات گردن تشدید شود. اختلال حسی یا حرکت ممکن است ایجاد شود.

اغلب ریشه های C5-C7 گرفتار می شود.

فشار ریشه ای ممکن است همراه با شروع درد گردن بخصوص در افراد جوان باشد که در این صورت نشانگر هرنی دیسک است. یا ممکن است بتدریج در جریان حالات دژنراتیو مزمن مثل اسپوندیلوآرتروپاتی ایجاد شوند.

مانور لازگ گردنی، مانور اسپورلینگ، و معاینه نورولوژیک اندام های فوقانی سرخ های تشخیصی هستند.

درمان باید شامل اقدامات نگهدارنده، مصرف مسکن ها، ضد التهابها، شل کننده های عضلانی و گردن بند باشد. فیزیوتراپی توسط افراد با تجربه ممکن است مفید باشد.

وجود شکایات ناتوان کننده یا تغییرات عصبی به مدت چند ماه علی رغم درمان نگهدارنده مناسب، ممکن است دلیل قانع کننده ای برای ارزیابی بیمار توسط یک جراح اعصاب با تجربه باشد.

الکترومیوگرافی و MRI ممکن است زمانی که شدت یا تداوم علائم باعث نیاز به جراحی شود اندیکاسیون داشته باشد.

موارد نمونه

C- درد حاد گردن

خوئوا مانوئل یک دانشجوی 19 ساله بود. او به دلیل درد شدید گردن (به طور عمده در سمت راست) به ما مراجعه کرد. درد بدون علت آشکار در صبح روز قبل آغاز شده بود. درد گردن با هر گونه تلاش برای چرخاندن و یا خم کردن گردن به طرفین (بخصوص به سمت راست) بطور قابل توجهی تشدید می شد. او هر گونه ترومای اخیر را تکذیب کرده و متوجه هیچ تغییری در سلامت خود نشده بود. وی در چند هفته اخیر پس از چند ساعت مطالعه، احساس ناراحتی در گردن خود می کرد که پس از یک دوش آب گرم بهبود می یافت.

در پرسش مستقیم، بیمار اظهار کرد که در هفته های اخیر خواب خوبی نداشته است، نه تنها به این دلیل که نگران امتحانات خود بوده بلکه همچنین به این دلیل که محل خوابش عوض شده بود. او حملات مشابهی از درد گردن را در همان زمان در سال های گذشته نیز می داد، اما هرگز به این شدت نبوده اند. وی یک زندگی بدون تحرک داشت و بطور منظم ورزش نمی کرد.

در معاینه، گردن سفت و به شدت به سمت راست متمایل بود. تمام حرکات بخصوص به سمت راست محدود شده بود. لمس گردن، اسپاسم عضلات را در سمت راست، نشان داد این عضلات سفت و

دردناک بودند. حرکات فعال در اندام فوقانی باعث ایجاد درد در گردن می شد، معاینه حسی و رفلکس های وتري طبیعی بود.

به شایعترین علل احتمالی مشکل فوق فکر کنید.

چه درمانی پیشنهاد می کنید؟

ما پیشنهاد کردیم که 24-36 ساعت در بستر استراحت کرده و از گرمای موضعی استفاده کند. به وی اطمینان دادیم که مشکل او خوش خیم و گذرا و احتمالاً ناشی از استرس، بی خوابی و وضعیت های نامناسب در طی شب می باشد. به وی مسکن و شل کننده عضلانی داده و به وی گوشزد کردیم که ممکن است این داروها باعث اختلال در تمرکز شوند. به وی پیشنهاد کردیم که به طور ملایم، بخصوص پس از استفاده از گرمای موضعی، ورزش را شروع کرده و به آهستگی بر شدت آن بیفزاید. یک هفته بعد خوئوا مانوئل را دیدیم. هیچگونه دردی نداشت و حرکات گردن نیز طبیعی و بدون درد بود. ما علل این مشکل را برای وی توضیح داده و بر کاهش استرس، ورزش منظم و وضعیت مناسب گردن تاکید کردیم.

درد حاد غیر اختصاصی گردن

نکات اصلی

بیشتر حملات حاد درد گردن در عرض چند روز تا چند هفته خود بخود بهبود می یابند ولی تمایل به عود دارند

بیشتر در افراد جوان و بدون مشکل قبلی دیده می شوند.

گاهی ممکن است جزئی از علائم فیبرومیالژیا باشند.

معمولاً درد یکطرفه است، ولی ممکن است دوطرفه بوده و ناحیه اسکاپولا را درگیر کند.

منشا درد نامشخص است ولی بنظر میرسد اسپاسم عضلانی نقش مهمی در ایجاد آن داشته باشد.

در معاینه، معمولاً اسپاسم عضلانی واضحی وجود دارد و در لمس می توان نقاط حساسی را پیدا کرد. در بعضی از بیماران، نقاطی (نقاط هدف) وجود دارند که با فشار آنها، درد در نقاط دوردست ایجاد شده و یا در کل منطقه مبتلا درد ایجاد می گردد.

وضعیت قرارگیری بد، استرس عصبی و ورزش غیرمعمول به نفع تشخیص این نوع درد است.

در صورتی که شکایت و یافته بالینی دیگری وجود نداشته باشد بررسی بیشتر لزومی ندارد.

درمان نگهدارنده بوده و اساس درمان استفاده از مسکن ها، شل کننده های عضلانی، انجام حرکات ملایم و ورزش های شل کننده عضلات بدنبال گرما درمانی موضعی می باشد. گاهی ممکن است به فیزیوتراپی نیاز بوده و بخصوص اگر در مراحل اولیه انجام شود موثر است.

موارد نمونه

D- درد مزمن گردن

ناتریکا 48 ساله به علت آرتريت روماتوئيد، که از 3 سال قبل شروع شده بود، در درمانگاه ما پیگیری می شد. وی تحت درمان با ضد التهاب و متوترکسات، با نتایج خیلی خوب روی مفاصل محیطی، بود. در یک ویزیت توسط پزشک خانوادگی اش به نظر میرسید که چیزی تغییر نکرده نباشد بجز اینکه بیمار برای اولین بار از درد گردن شکایت داشت. او خودش این درد را به کار طولانی با کامپیوتر و استرس نسبت می داد. سوالات دقیق تر نشان داد که درد قسمت فوقانی گردن و گاهی ناحیه پس سری را مبتلا می کرد. این درد در پایان روز کاری تشدید، ولی با استراحت کمی بهبود می یافت. درد زمانی که بیدار می شد وجود داشت، و

یک خشکی صبحگاهی متوسط داشت که حدود 2 ساعت طول می کشید. وی هر گونه علائم عصبی را در اندام های فوقانی و دیگر قسمت های بدن انکار می کرد. سدیمانتاسیون نسبت به ماه قبل کمی افزایش داشت. دکتر خانوادگی اش برای ویزیت فوری وی را به درمانگاه ما فرستاد.

خلاصه کوتاهی از این وضعیت را ارائه دهید.

آیا این وضعیت به آرتریت روماتوئید مربوط می شود؟ چگونه؟

چگونه شک خود را اثبات می کنید؟

در معاینه حرکات گردن محدود و دردناک ولی معاینه عصبی طبیعی بود. ما رادیوگرافی نیمرخ گردن در فلکسیون و اکستانسیون با تمرکز روی C1- C2 درخواست کردیم. در ضمن رادیوگرافی زائده اودونتوئید از طریق دهان درخواست شد. در رادیوگرافی فاصله اودونتوئید تا سطح خلفی قوس اطلس 7 میلی متر بود (شکل 14-7). جابجایی عمودی اودونتوئید وجود نداشت. رادیوگرافی از طریق دهان، یک خوردگی روی اودونتوئید را نشان داد که در وسط فاصله بین توده های اطلس بود.



تصویر 14 نیمه دررفتگی مفصل آتلانتواگزپال. فاصله سطح قدامی زائده اودونتوئید و سطح خلفی قوس اطلس بیش از 5 میلی متر است.

آیا شک شما اثبات شد؟

نام این عارضه چیست؟

شما چه اقدامی باید انجام دهید؟

با توجه به این یافته ها که التهاب گردنی و نیمه دررفتگی آتلانتواگزپال را نشان داد، ما تصمیم گرفتیم که درمان با ایمونوساپرسیوها را تشدید کرده و به بیمار توصیه کردیم زمانی که خطر ضربه وجود دارد، مثلاً زمان رانندگی، از گردن بند طبی استفاده کند. ما بطور منظم این مشکل را از نظر بالینی و رادیوگرافیک تحت نظر گرفتیم چون هر گونه تشدید دررفتگی یا شکایات ممکن بود بیمار را در معرض ضایعات نخاعی قرار داده و باعث نیاز به جراحی برای ثابت کردن ناحیه شود.

درد التهابی گردن

درد التهابی گردن همیشه به عنوان یک هشدار باید تلقی شده و با بررسی های بالینی و آزمون های تشخیصی دقیق مورد ارزیابی قرار گیرد.

درد ناشی از متاستاز ممکن است دارای ریتم التهابی باشد اگر چه بیشتر تمایل دارد که دائمی بوده و ارتباطی با حرکت نداشته باشد.

در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، آرتریت ایدیوپاتیک جوانان، و اسپوندیلوآرتروپاتی های سرونگاتیو همیشه باید احتمال درگیری ستون فقرات گردنی را مدنظر داشت و بطور فعال در این ارتباط تحقیق کرد. در موارد نادری، درگیری گردن ممکن است اولین تظاهر این بیماریها باشد. عفونت مهره ها و دیسک های (spondylodiscitis) گردنی نسبتا نادر است ولی باید همیشه مد نظر باشد بخصوص وقتی که علائم بالینی نشانگر سل یا تب مالت باشد.

پرسش سیستماتیک نقش اساسی در تشخیص دارد.

معاینه بالینی در مراحل اولیه ممکن است کمک کننده نباشد.

رادیوگرافی باید انجام و واکنش دهنده های فاز حاد همراه با تست های اختصاصی موارد مشکوک باید اندازه گیری شوند.

در عفونت و متاستاز ستون فقرات گردنی نیاز به ارجاع فوری به یک مرکز تخصصی وجود دارد.

فقط در موارد کمی برای ارزیابی درد گردن نیاز به تست های تشخیصی است.

تصویربرداری

با توجه به ارتباط ضعیف میان رادیولوژی ، معاینه کلینیکی و پاسخ به درمان، رادیوگرافی ساده در اکثر موارد درد گردن حاد یا مزمن مکانیکی ساده فایده اندکی دارد. و وقتی انجام آن منطقی است که به موارد جدی تر غیر دژنراتیو مشکوک باشیم.

در رادیوگرافی استاندارد، نمای نیمرخ بیشترین اطلاعات را می دهد. در این نما می توانیم صفحات جسم مهره ها و ارتفاع فضای دیسک را ببینیم. کاهش این فضاها، همراه اسکروز زیر غضروف و استئوفیت نشانگر اسپوندیلوآرتروز خواهد بود.

در نمای نیمرخ همچنین می توانیم همترازی اجسام مهره ای را دیده و وجود دررفتگی (لیستریس: دررفتگی یک جسم مهره روی دیگری) را مشخص کنیم (شکل 15).



تصویر 15 لیستریس گردنی (بعد از جراحی). به دررفتگی قدامی C2 روی C3 توجه کنید

متاستاز بصورت ضایعه لیتیک یا اسکروتیک در جسم مهره است. عفونت دیسک و استخوان باعث تغییراتی در رادیوگرافی می شود.

در گیری ستون فقرات گردنی در جریان آرتريت ها باعث ایجاد تصاویر پیچیده ای می شود که در فصول مربوطه توضیح داده می شود.

تفسیر رادیوگرافی نمای فرونتال به علت روی هم افتادن تصاویر بسیار مشکل است. رادیولوژیست ها اغلب وجود ضایعات دژنراتیو را در مفاصل فاست توصیف می کنند (شکل 16). ارتباط یافته های رادیوگرافیک با شکایات بطور قابل توجهی متغیر بوده و فقط باید به عنوان شاخصی از تغییرات دژنراتیو موضعی تفسیر شود. این ارتباط فقط با معاینه بالینی قابل ارزیابی است. نمای مایل، به شرطی که درست گرفته شود، می تواند تصویر خوبی از سوراخ های بین مهره ای بدهد ولی بهر حال نمی تواند جای یک معاینه عصبی دقیق را بگیرد.

بررسی دررفتگی آتلانتواگزپال، که بخصوص در آرتريت روماتوئید مهم است، در صورتی که اندیکاسیون داشته باشد نیاز به نماهای خاصی دارد و تفسیر این رادیوگرافی ها باید توسط کسی انجام شود که در این ارتباط تبحر لازم را دارد.

MRI و CT Scan اندیکاسیون بسیار خاصی بویژه در ارتباط با مشکلات نورولوژیک دارند. ممکن است اینطور استدلال کرد که CT Scan تنها زمانی اندیکاسیون دارد که تصمیم به جراحی داشته باشیم.



شکل 16 استئوآرتروز. به کاهش فضای مفصلی و اسکروز زیر غضروفی توجه نمائید

بررسی های دیگر

یک الکترومیوگرام از اندام های فوقانی در مواردی که ناهنجاریهای مشکوکی و غیر قطعی در معاینه فیزیکی وجود دارد می تواند به وجود و تعیین محل ضایعه کمک کند. در صورتی که معاینه فیزیکی نشانگر ضایعات عفونی، التهابی و یا بدخیمی باشد ممکن است تست های دیگری مورد نیاز باشد.

درمان

فقط درصد خیلی کمی از بیماران مبتلا به درد گردن ضایعات دارند که نیاز به درمان اختصاصی دارد. توجه اولیه یک پزشک عمومی باید به پیدا کردن این موارد و ارجاع آنان به متخصص باشد. در اکثر بیماران، درد ناشی از ضایعه دژنراتیو یا فقط وضعیت های عملکردی (بدون پاتولوژی زمینه ای مشخص) است. در این شرایط، هدف درمان کاهش درد و ناراحتی، بازیابی عملکرد، جلوگیری از عود، و مهمتر از همه

جلوگیری از پیشرفت به طرف ازمان است. باید بیاد داشته باشیم که عوامل روانی مرتبط با شخصیت، اضطراب و یا دیگر مشکلات مربوط با کار ممکن است نقش مهمی در بهبود یا پیشرفت به طرف ازمان بازی کنند. بطور کلی درمان نگهدارنده است.

آموزش بیمار - به بیماران با توجه به اهمیت و پیش آگهی دردشان باید اطمینان داده شود. ما باید مطمئن شویم که ارزیابی و تبیین ما از مشکل بر روی عملکرد و نه بر درد و حتی کمتر روی ضایعه ساختمانی زمینه ای متمرکز است. ما باید بیماران را در ارتباط با وضعیت ها و فعالیت های بالقوه خطرناک آموزش داده شوند. به هرگونه ارتباط احتمالی بین درد و استرس رسیدگی و به آن پرداخته شود. بیماران باید تشویق شوند که در حد ممکن فعال باقی بمانند.

برنامه ورزشی ملایم و منظم متناسب با وضعیتشان برای بیماران لازم است. جزوه ها برای این منظور بسیار مفیدند. آموزش ورزش برای انجام در خانه جزو ضروری هر برنامه فیزیوتراپی است. کاربرد گرمای موضعی در خانه نیز بسیار موثر است.

گردن بند طبی - این وسیله در زمان شعله ور شدن درد مزمن گردن بسیار مفید است. نحوه پوشیدن گردن بند به بیماران باید آموزش داده شود تا ضمن راحتی، موثر نیز باشد (شکل 17).



تصویر 17- گردن بند سفت. اندازه و وضعیت مناسب گردن برای موثر بودن آن بسیار مهم است.

دارو- مسکن ها در درمان درد بسیار مهم هستند، و در انجام این کار، قطع دور باطل درد و اسپاسم عضلانی بازتابی آن مهم است. داروهای ضد التهاب باید در مواردی استفاده شوند که پاسخ مناسبی به مسکن ها ایجاد نمی شود. شل کننده های عضلانی به عنوان یک درمان کمکی مهم در مواردی که به نظر میرسد که اسپاسم عضلانی نقشی در ادامه علائم دارند می باشند. داروهای ضد افسردگی در تعدیل درد مزمن مفیدند. مالیدن ژلها و کرم های موضعی ضدالتهابها به کاهش شکایات کمک می کنند.

وقتی مراقبت ثانویه مدنظر باشد، تزریق مسکن یا کورتیکواستروئید در نقاط دردناک یا ساختمانهای آناتومیک خاصی ممکن است در کاهش شکایات و تعیین منشا آنها مفید باشد.

فیزیوتراپی - فیزیوتراپی یک اقدام با ارزش در مواردی است که علی رغم درمان های دیگر هنوز علائم ناتوان کننده است. در مواردی که علائم حاد و شدید است فیزیوتراپی و مانیپولیشن (درمان با دست) زود هنگام می تواند بسیار با ارزش باشد.

جراحی - بطور استثنایی به جراحی نیاز است و جراحی محدود به مواردی است که علی رغم درمان های نگهدارنده، شکایات ناتوان کننده و علائم عصبی قابل توجه وجود داشته باشد.

چه زمانی بیمار باید به متخصص ارجاع داده شود؟

تقریباً تمام مبتلایان به درد گردن باید توسط پزشکان عمومی ویزیت و درمان شوند. گاهی دلیل قانع کننده برای ارجاع بیمار به متخصص (روماتولوژیست، اورتوپد، جراح اعصاب، فیزیوتراپیست، یا حتی متخصص داخلی، بسته به مورد) وجود دارد:

- دلیلی برای شک به ضایعات عفونی یا نئوپلاستیک
- درد گردن به عنوان جزئی از پلی آرتريت
- تظاهر بصورت بی ثباتی یا انحراف گردن

- علائم عصبی در ریشه های عصبی یا طناب نخاعی
- شکایات شدیدی که به درمان های محافظه کارانه مقاوم است.