

شانہ دردناک

مترجم دکتور محمد حسن جوکار

(از کتاب Rheumatology in Practice)

شانه دردناک

درد در ناحیه شانه یکی از علل شایع مراجعات پزشکی است. وقتی درد شانه به صورت یک مشکل تنها وجود دارد معمولاً علت آن پری آرتريت ها هستند که با معاینه بالینی بطور صحیح قابل تشخیص می باشند. غیر معمول نیست که درد شانه ارجاعی از مناطق مجاور یا احشاء داخلی باشد. در حالیکه درگیری تنهای مفصل گلنوهومرال نادر است، این مفصل در جریان پلی آرتريت های مختلفی مبتلا می گردد. درد شانه در اغلب موارد بی نهایت ناتوان کننده است. معمولاً درمان نگهدارنده خیلی رضایتبخش است.

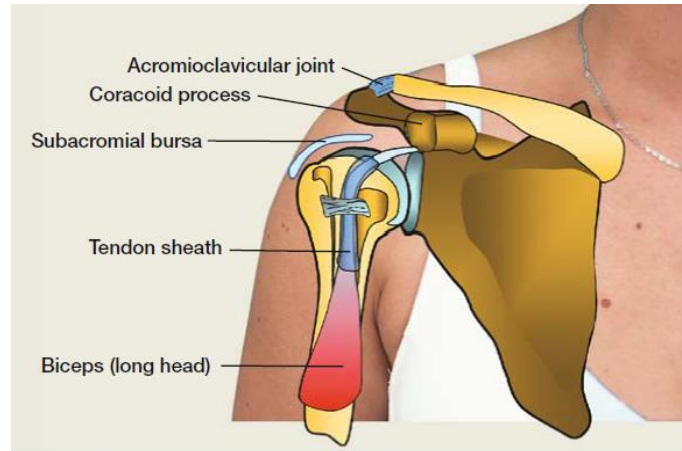
آناتومی کاربردی

شانه ساختمان کاملاً پیچیده ای دارد.

لحظه ای یک ماشین مکانیکی را تصور کنید که تمام حرکات شانه را دارد: دور کردن، نزدیک کردن، فلکسیون (بالا بردن قدامی)، و اکستنسور در قوسی بزرگتر از 180 درجه. دست می تواند به هر نقطه ای در بیش از نصف دایره ای به شعاع اندام فوقانی دسترسی داشته باشد. علاوه بر این، این ماشین مکانیکی باید بتواند دور محور خود بچرخد- چرخش به داخل و خارج- و نیروی قابل توجهی نیز ایجاد کند. این تحرک محتاج قدرت قابل توجهی از طرف ساختمانهای نرم حمایت کننده اطراف می باشد که منجر به خطر بی ثباتی قابل توجهی می شود. اگر ما همه اینها را به نیاز برای یک سیستم کنترل کننده اضافه کنیم که قادر باشد تمام این حرکات را به نرمی و بطور صحیح انجام دهد دنبال دستگاه شگفت انگیزی خواهیم بود.

هیچ راهی برای ساده بودن وجود ندارد.

شانه دارای سه استخوان و سه مفصل است. انتهای پروگزیمال هومروس، اسکاپولا و انتهای خارجی ترقوه در اینجا کنار هم قرار می گیرند (شکل 1).



شکل 1 آناتومی عملکردی شانه

هومروس با سطح گلنوئید اسکاپولا مفصل شده و مفصل گلنوهومرال را تشکیل می دهد. عمق گلنوئید توسط یک حلقه فیبروکارتیلاژ (لابروم گلنوئید) عمیق تر می شود. مفصل گلنوهومرال یک پوشش سینوویال داشته و توسط یک کپسول و تعدادی رباط تقویت می گردد. این مفصل متحرک ترین مفصل در تمام بدن است و دارای حرکات چرخشی، فلکسیون، اکستانسیون و اداکسیون و اداکسیون قابل توجه است. (0-120 درجه).

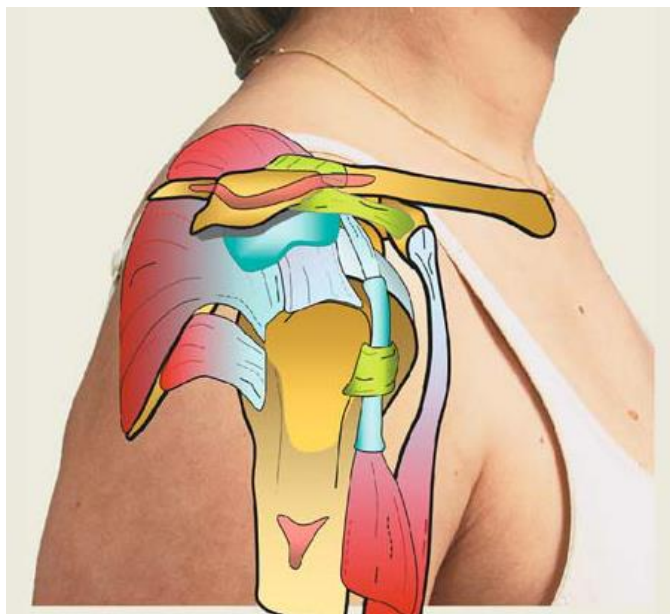
مفصل آکرومیوکلویکولار در بالای مفصل گلنوهومرال واقع شده است. این مفصل از اتصال انتهایی خارجی ترقوه و کناره داخلی آکرومیون تشکیل می شود. در جلو رباط کورااکواکرومیال، سر هومروس و ساختمانهای مجاور را می پوشاند.

استخوان کتف که روی عضله ساب اسکاپولاریس و عضلات دیواره خلفی قفسه صدری می لغزد توسط عضلاتی که مسئول بالا رفتن و چرخش به داخل و خارج شانه است آویزان است: عضله بالا برنده اسکاپولا، سراتوس انتریور، تراپزیوم و رومبویید. و به این صورت آنچه مفصل اسکاپولوتوراسیک نامیده می شود تشکیل می شود. این مفصل نقش مهمی در تمام حرکات شانه دارد از جمله: اداکسیون 120-180 درجه، و قسمتی از اکستانسیون، و چرخش به داخل و خارج.

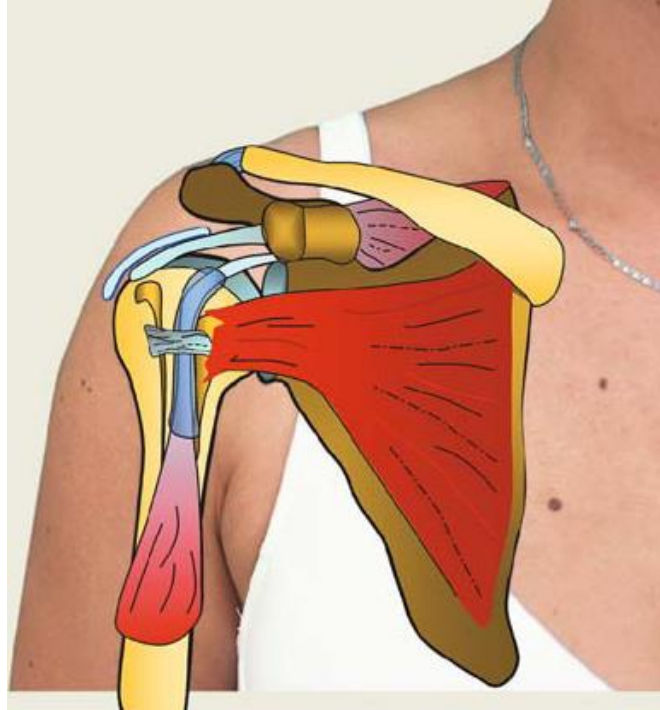
تعدادی عضله به شانه خدمت می کنند. از طرف خارج عضله دلتوئید از یک سوم خارجی ترقوه، کناره آکرومیون، و در امتداد خار اسکاپولا منشا می گیرد. در پایین، به سطح خارجی هومروس می چسبد. دلتوئید به سه قسمت

تقسیم می شود: قدامی، خارجی و خلفی که به ترتیب باعث فلکسیون، ابداکسیون و اکستانسیون می شوند. دلتوئید مسئول ابداکسیون بازو بین 30 تا 90 درجه است. بالای 90 درجه ابداکسیون ناشی از انقباض تراپزیوس است که باعث بالا رفتی اسکاپولا و ترقوه می شود.

30 درجه اول ابداکسیون به انقباض سوپراسپیناتوس وابسته است. این عضله جزئی از کلاهدک چرخاننده است. کلاهدک چرخاننده به یک ساختمان عضلانی- فیبرو گفته می شود که از اتصال وترهای چهار عضله تشکیل شده و اسکاپولا را به هومروس متصل می کند این عضلات عبارتند از: سوپراسپیناتوس، اینفراسپیناتوس، ساب اسکاپولاریس و ترس مینور. وترهای عضلات کلاهدک چرخاننده در طرف خارج به گردن آناتومیک هومروس می چسبند. (شکل 2 و 3)



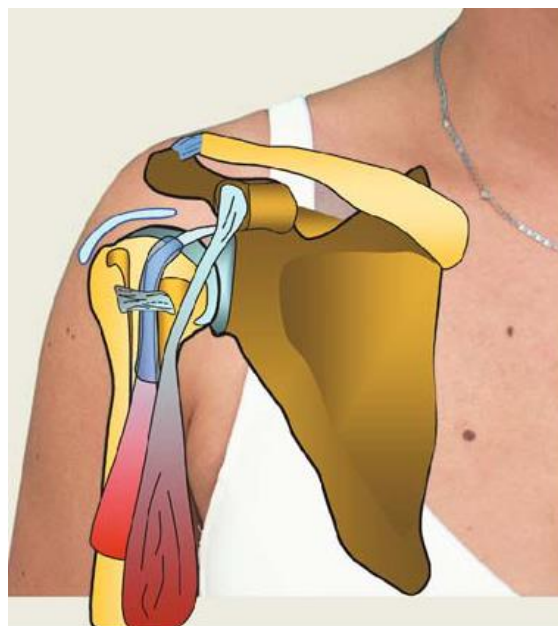
تصویر 2 کلاهدک چرخاننده شانه و ارتباطات آناتومیک آن



تصویر 3 آناتومی عملکردی شانه. چرخش به داخل

وتر عضله سوپراسپیناتوس به توبروزیته بزرگ استخوان هومروس می چسبد. توبروزیته بزرگ یک برجستگی استخوانی است که در قسمت خارجی سر هومروس واقع شده است. اینفراسپیناتوس به قسمت خلفی می چسبد و با کمک ترس مینور باعث چرخش به خارج می گردد. محل چسبیدن ترس مینور در سطح خلفی کمی پایین تر است. ساب اسکاپولاریس به توبروزیته کوچک هومروس در امتداد لبه داخلی ناودان دوسر می چسبد. انقباض این عضله باعث چرخش به داخل هومروس می گردد.

در قسمت قدام عضله مهم دوسر بازویی است. این عضله در پایین یک تاندون مشترک داشته و به توبروزیته رادیال می چسبد. قسمت بالایی دوسر به دو قسمت تقسیم می شود. بخش داخلی، سر کوتاه، به زائده کوراکوئید اسکاپولا می چسبد. سر دراز دوسر تاندون بلندتری داشته که از قدام استخوان هومروس (از ناودان دوسر یا شیار اینترتوبرکولار) عبور کرده و به بالای حفره گلوئید اسکاپولا می چسبد. این وتر که توسط یک غلاف سینوویال بلند در یک سوم فوقانی هومروس پوشیده می شود محل شایعی برای التهاب است (تصویر 4).



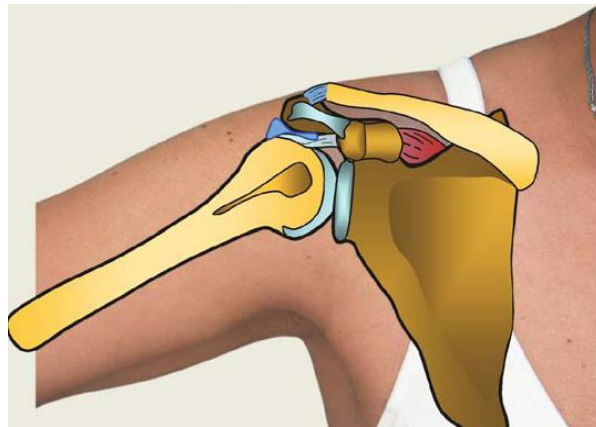
تصویر 4 آناتومی عملکردی شانه. سر کوتاه و بلند عضله دوسر بازویی

انقباض عضله دوسر بطور طبیعی در سطح شانه باعث فلکسیون هومروس و فلکسیون ساعد روی بازو می گردد. با توجه به اینکه توبریزیته رادیال در سطح داخلی رادیوس قرار گرفته است عضله دوسر باعث سوپیناسیون ساعد و دست نیز می شود.

عضلات دیگری که در حرکات شانه دخالت دارند عبارتند از: سینه ای بزرگ و لاتیسیموس دورسی (که مسئول اداکسیون هستند) و ترس مینور. عضله سه سر و دوزنقه ای از حرکات نوسانی اسکاپولا حمایت می کنند. ربع فوقانی خارجی شانه منطقه مشکل سازی بوده و دارای فضایی است که بطور شایع دچار مشکل می شود. آکرومیون در قسمت بالا سقف سفت و محکمی را تشکیل می دهد. در زیر آکرومیون تاندون سوپراسپیناتوس قرار گرفته است که با انقباض خود سر هومروس را به سمت بالا کشیده و فضایی را که از قبل دارای محدودیت است تنگ تر میکند. علاوه بر این در اداکسیون کامل توبروزیته بزرگ وارد این فضا می شود¹.

¹ سعی کنید در حالیکه کف دست بطرف پایین است بازوی خود را در جهت اداکسیون تا 180 درجه بالا ببرید. آیا موفق به انجام این کار شدید؟ تیریک! خیلی از افراد نمی توانند بدون چرخاندن کف دست بطرف بالا اداکسیون بیشتر از 90 درجه بدهند. چون فضای کافی برای جا دادن توبروزیته بزرگ وجود ندارد. لذا مجبور به چرخش هومروس به خارج می شوند تا توبروزیته بزرگ در پشت هومروس قرار گیرد.

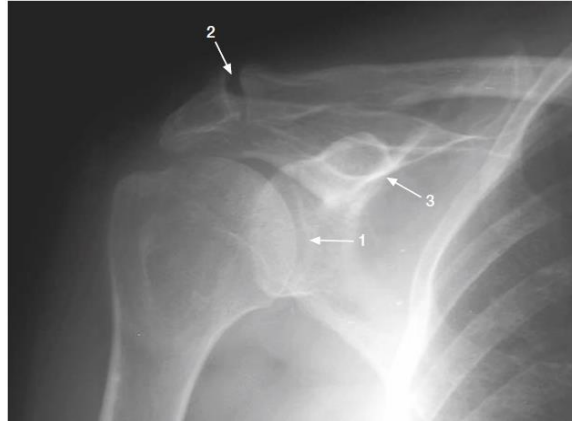
یک بورس سینوویال وجود دارد که کمک می کند که این ساختمانها راحت تر حرکت کنند. نام این بورس، بورس ساب آکرومیال است. قابل فهم است که این بورس همراه با کلاهدک چرخاننده در معرض سایش مکرر است که ممکن است منجر به التهاب موضعی دردناک و ناتوان کننده گردد (شکل 5).



تصویر کله شدگی ساب آکرومیال

آناتومی رادیولوژیکیال

رادیوگرافی قدامی - خلفی شانه در وضعیت خنثی (شکل 6) ما را قادر می سازد تا منظم بودن حفره گلنوئید استخوان اسکاپولا، سر هومروس و توبرزیته بزرگ و هر نوع کلسیفیکاسیون بورس ساب آکرومیال و کلاهدک چرخاننده را ارزیابی کنیم. استئوآرتریت آکرومیوکلایکولار ممکن است به نمای ویژه ای نیاز داشته باشد. فاصله بین پایین ترین نقطه مفصل آکرومیوکلایکولار و بالاترین نقطه سر هومروس باید حداقل 5 میلی متر باشد. هر گونه فاصله کمتر از این نشانگر پارگی وتر سوپراسپیناتوس است. نمای چرخش به داخل (تصویر 7) بررسی بقیه سر هومروس را امکان پذیر می سازد: کروی بودن، منظم بودن، و استخوان زیر غضروف. در هر دو نما از نظر وجود ضایعات لیتیک یا اسکروتیک دقت نمایید.



تصویر 6 رادیوگرافی نرمال شانه (شانه راست در وضعیت خنثی). 1. مفصل گلنوهومرال 2. مفصل آکرومیوکلایوکلار 3. زائده کوراکوئید اسکاپولا



تصویر 7 رادیوگرافی طبیعی شانه (رادیوگرافی قدامی خلفی شانه راست در حالت چرخش به داخل)

علل شایع درد شانه

تا خلاف آن ثابت نشده، درد شانه منفرد، منشا پری آرتیکولار دارد. ضایعات دور مفصلی شانه خیلی شایع هستند در حالیکه بیماری منفرد مفصل گلنوهومرال خیلی نادر است.

بیماری شانه بیشتر در کسانی دیده می شود که در فعالیت های شغلی یا تفریحی حرکات تکراری اندام های فوقانی را در حالیکه بازوها بالاست انجام می دهند: نظافت چی ها، آموزگاران، کشاورزان، کارگران کارخانه ها، شناگران حرفه ای و غیره.

پرسش و معاینه بالینی، در صورتی که کامل باشند، بسیار با ارزش هستند، چون در بیشتر موارد، بدون نیاز به تست های تشخیصی، امکان تشخیص صحیح را می دهند. از طرف دیگر، بیشتر این ضایعات که بسیار ناتوان

کننده هستند، با روش های ساده ای، که هم برای بیمار و هم برای پزشک بسیار با ارزش هستند، قابل درمان می باشند. علل شایع درد شانه در جدول 1 ذکر شده است.

علت	سرنخ های تشخیصی
تاندینیت سوپرا اسپیناتوس یا اینفر اسپیناتوس یا بورسیت ساب آکرومیال	درد موضعی در شانه یا قسمت فوقانی بازو تشدید در زمان ابداکسیون درد شبانه شایع و شخص نمی تواند به همان پهلو بخوابد مانورهای خاص در معاینه بالینی
تاندینیت سر دراز دوسر	درد بیشتر در قسمت قدام شانه با فلکسیون بدتر می شود مانورهای خاص در معاینه بالینی
کپسولیت چسبنده (شانه منجمد)	درد منتشر شانه محدودیت در تمام حرکات فعال و غیر فعال
پارگی کامل سوپرا اسپیناتوس	درد مشابه تاندینیت سوپرا اسپیناتوس ابداکسیون فعال کامل غیر ممکن است
درد ارجاعی	منتشر بدون ارتباط با حرکات شانه معاینه موضعی نرمال
آرتريت گلهومرال	درد التهای درد در حرکات فعال و غیر فعال محدودیت در حرکات فعال و غیر فعال مفاصل دیگر هم مبتلا است
بیماری و بی ثباتی آکرومیوکلایکولار	درد در سطح فوقانی شانه درد مکانیکی در انتهای ابداکسیون تشدید می شود
بی ثباتی گلهومرال	در جوانان شایعتر است عود کننده است

جدول شماره 1-8 علل شایع درد شانه

پرسش از بیمار

اولین هدف از پرسش این است که متوجه شویم آیا مشکل محدود با شانه است یا جزئی از یک بیماری منتشر است. دانستن شغل بیمار و آگاهی از فعالیت های تفریحی وی و ارزیابی وجود هر گونه بیماری مزمن دیگر مثل دیابت، آثار حوادث عروقی مغزی قبلی، سابقه انفارکتوس قلب یا عمل جراحی قلب، و غیره به ما اطلاعات کلیدی می دهد. سابقه ضربه یا سقوط بخصوص مهم است.

شروع ضایعات پری آرتیکولار معمولاً ناگهانی یا تحت حاد است و اغلب به لحظه یا حرکت دقیقی مرتبط است. معمولاً قبل از پارگی سوپرااسپیناتوس ناراحتی طولانی مدت و درد عود کننده وجود دارد.

انتخابی بودن حرکات دردناک قویاً نشانگر ضایعات پری آرتیکولار و حتی نوع آن می باشد. آیا درد با حرکت تشدید می شود؟ آیا حرکت دردناک خاصی وجود دارد؟ ابداکسیون؟ فلکسیون؟ بیماران مبتلا به ضایعات پری آرتیکولار اغلب اظهار می دارند که شب ها درد دارند بخصوص وقتی که به طرف مبتلا می خوابند. بهر حال این مسئله در آتریت نیز شایع است و به تشخیص افتراقی کمک زیادی نمی کند.

اگر درد در زمان حرکات شانه تشدید نشود باید دنبال علل درد ارجاعی بود. درد عصبی ارجاعی (با منشا گردن) با دیس استزی و درد گردن که به شانه و یا اندام فوقانی انتشار می یابد مشخص می گردد. به عنوان قانون، در این موارد، حرکت گردن باعث تشدید درد شانه می گردد. پرسش در ارتباط با مشکلات کرونری، تنفسی، و سیستم صفراوی اجباری است.

اگر درد مناطق مفصلی دیگر را نیز را مبتلا می کند، از طبیعت آنها باید مطمئن شویم، و احتمال پلی آرتروپاتی با درگیری شانه را مشخص نماییم. بهر حال ما نباید، این واقعیت را نادیده بگیریم که همراهی ضایعات پلی آرتیکولار، مثلاً شانه و دست، کاملاً شایع بوده و باعث اشتباه می گردد. درد شانه در مبتلایان به فیبرومیالژی نیز شایع است، ولی معمولاً درد منتشر وجود دارد و این درد منتشر پیشنهاد کننده فیبرومیالژی است.

معاینه موضعی

مشاهده

از مشاهده سطح شانه معمولا اطلاعاتی حاصل نمی شود، چون مفصل گلنوهومرال عمقی بوده و توسط عضلات پوشیده می شود. فقط در موارد نادر افیوژن داخل مفصل یا افیوژن داخل یک بورس بصورت یک ناحیه پر در قسمت قدام شانه قابل مشاهده است. به همان دلیل قرمزی حتی در صورت آرتريت شديد نیز نادر است. تورم مفصل آکرومیوکلایکولار به راحتی قابل مشاهده و لمس است.

پارگی تاندون سوپراسپیناتوس ، ضایعات شديد ریشه های گردنی و شبکه بازویی و استفاده نامناسب طولانی می تواند باعث آتروفی عضلانی شود که در صورت ابتلا عضله سوپراسپیناتوس یا اینفراسپیناتوس بر راحتی قابل مشاهده است.

حرکات

ارزیابی حرکات جزء اساسی معاینه بالینی شانه است و باید شامل سه قسمت زیر باشد:

- 1- حرکات فعال: بیمار حرکات را بدون کمک انجام می دهد.
 - 2- حرکات غیر فعال: بیمار در حد امکان عضلات را شل کرده و معاینه کننده حرکات را انجام می دهد.
 - 3- حرکات در مقابل مقاومت: از بیمار خواسته می شود که حرکات را در مقابل مقاومت انجام دهد.
- اگر حرکات فعال کامل و بدون درد باشد، بعید است که پاتولوژی مهمی در شانه، و همچنین تمام ساختمانهای جنب مفصلی و مفصلی که در حرکات دخیل هستند، وجود داشته باشد.
- اگر در حرکات فعال درد یا محدودیت وجود داشته باشد، باید از نظر حرکات غیر فعال ارزیابی شود. در حالیکه بیمار شل است، حرکات غیر فعال مفصل و کپسول مفصلی را در گیر کرده و لی وترها شل باقی می مانند. در صورتی که در حرکات غیر فعال درد و محدودیت کمتری نسبت به حرکات فعال وجود داشته باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که ضایعه جنب مفصلی باشد تا مفصلی. برعکس در صورتی که درد و محدودیت در حرکات فعال و غیر فعال یکسان باشد ضایعه مفصلی بیشتر مطرح است.

حرکات مقاومتی، وترها و بورس ها را تحت تنش گذاشته، و اگر این ساختمانها دچار مشکل باشند دردی شدیدی ایجاد می شود. مانورهای مناسبی برای ارزیابی ساختمانهای خاص این ناحیه تعریف شده است. این مانورها باید بصورت صحیح انجام شوند در غیر اینصورت تفاسیر اشتباهی رخ خواهند داد.

نکات اصلی

در ضایعات خاص، در حرکات فعال و مقاومتی خاصی درد وجود دارد. دامنه حرکتی توسط درد می تواند کاهش یابد. دامنه حرکات غیر فعال نسبت به فعال بیشتر بوده و باعث درد کمتری می شود. در کیسولیت چسبنده و بیماری مفصل گلیتوهمرال، تمام حرکات غیر فعال و فعال دردناک بوده و بطور شایعی محدود می باشند. دامنه حرکات غیر فعال نیز کاهش یافته اند. حرکات مقاومتی تشدید درد ایجاد نکرده و یا این تشدید ناچیز است.

شانه قبلا به میزان قابل توجهی در مطالبی که در بخش معاینه کلی در فصل 6 گفته شد ارزیابی شده است. در صورتی که بیمار از درد شانه شاکی باشد، چه خودبخود و چه در حین معاینه، یا اگر محدودیت حرکتی قابل توجهی وجود داشته باشد، معاینه مفصل تری لازم است. روشی که ما پیشنهاد می کنیم بصورت زیر است:

1- از بیمار خواسته می شود که شانه را تا 180 درجه ابداکسیون بدهد، و در صورت امکان، هر زمانی که احساس درد کرد، و با ادامه ابداکسیون هر زمانی که درد از بین رفت به ما اطلاع بدهد. ما پیشنهاد می کنیم که شما حرکت را انجام داده و از بیمار بخواهید که آنها را تکرار کند.

بطور طبیعی، در تاندینیت سوپرا اسپیناتوس و بورسیت ساب آکرومیال، این حرکت باعث درد در قوسی بین 30 تا 120 درجه شده و بالاتر از این درجه درد از بین می رود. در موارد شدیدتر، درد ممکن است بیمار را مجبور به

ادامه ندادن حرکت نماید. در صورتی که بیمار پس از ابداکسیون غیر فعال نتواند شانه خود را در ابداکسیون 90 درجه نگهدارد، پارگی سوپرااسپیناتوس بسیار محتمل است. دردی که در ابداکسیون فقط پس از 120 درجه بوجود آید نشانگر استئوآرتрит مفصل آکرومیوکلایوئیکولار خواهد بود. (شکل 8)



شکل 8 معاینه فیزیکی ناحیه شانه. ابداکسیون فعال. قوس های دردناک

2- سپس از بیمار می خواهیم در حالیکه آرنج ها در اکستانسیون است، بازوها را از جلو بالا ببرد.

وجود درد در حین انجام این حرکت نشانه ضایعه دوسر است. در این صورت، محل احساس درد قسمت قدام شانه و قسمت قدام بازو است. بهر حال توجه داشته باشید که تاندینیت سوپرااسپیناتوس و بورسیت ساب آکرومیال نیز ممکن است این درد را ایجاد نمایند.

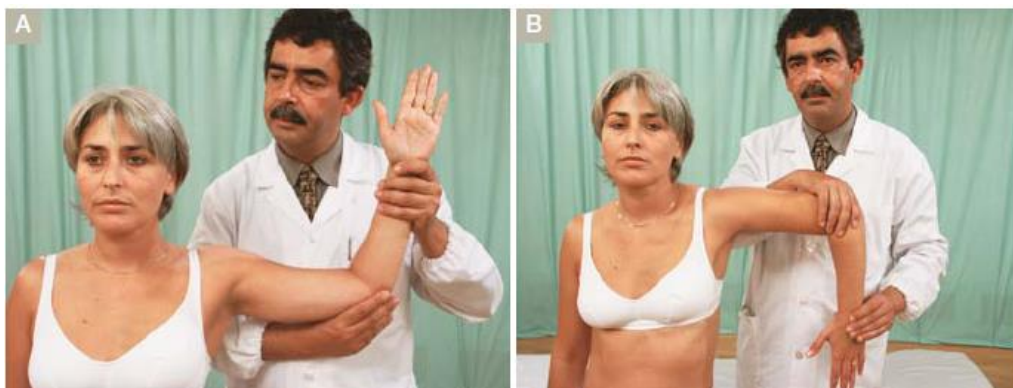
3- حالا حرکات غیر فعال را انجام می دهیم. از بیمار بخواهید که بازویش را شل در دست شما بگذارد. حرکات غیر فعال ملایم، و اطمینان از اینکه این حرکات آسیب کمتری می زند، به شما برای رسیدن به این منظور کمک می کند. در پشت و کنار بیمار بایستید ساعد وی را گرفته و به آرامی و با دقت ابداکسیون کامل (شکل

9 A) و سپس فلکسیون کامل (شکل B 9) بدهید. دست دیگر را روی شانه بیمار گذاشته تا هر نوع snapping و خش خش را احساس کنید.

برای ارزیابی چرخش به داخل و خارج، شانه در ابداکسیون 90 درجه و آرنج نیز در فلکسیون 90 درجه گذاشته می شود. سپس دست به سمت بالا (چرخش به خارج) و پایین (چرخش به داخل) کشیده می شود (شکل A و B 10). از بیمار بپرسید که شدت درد چه تفاوتی با حرکات فعال دارد و دامنه حرکتی را با هم مقایسه نمایید.



شکل 9 حرکات غیر فعال شانه. A: ابداکسیون و B: فلکسیون. لطفا توجه داشته باشید: تفسیر صحیح حرکات غیر فعال نیاز به ریلکس بودن بیمار دارد.



شکل 10 حرکات غیر فعال شانه. A: چرخش به خارج و B: چرخش به خارج

اگر شدت درد بطور قابل توجهی نسبت به حرکات فعال کمتر باشد احتمال تاندینیت بیشتر است، تاندینیت سوپرااسپیناتوس اگر ابداکسیون و تاندینیت دوسر اگر فلکسیون بیشتر مبتلا باشد. در این موارد، می توان انتظار داشت که دامنه حرکات غیر فعال کامل باشد اگر چه ممکن است مقداری درد وجود داشته باشد.

از طرف دیگر، اگر محدودیت مکانیکی باشد و فقط ناشی از درد نباشد باید به یک ضایعه داخلی مفصل گلهومرال و یا کپسول آن فکر کنیم. در این صورت، گاهی می توانیم کرپیتوس یا اسنپینگ را در مفصل احساس کنیم. در سینوویت گلهومرال معمولا تمام حرکات دردناک است.

در صورت وجود محدودیت در ابداکسیون، ارزیابی جداگانه گلهومرال از قسمت اسکاپولوتوراسیک مفید است. برای انجام این کار پشت بیمار بایستید راس تحتانی اسکاپولا را با دست بگیرید و در حالیکه ابداکسیون اسکاپولا می دهید حرکات آن را تعقیب نمایید. (شکل 11). با ثابت نگهداشتن تیغه اسکاپولا مفصل گلهومرال طبیعی اجازه ابداکسیون 90 درجه را می دهد.

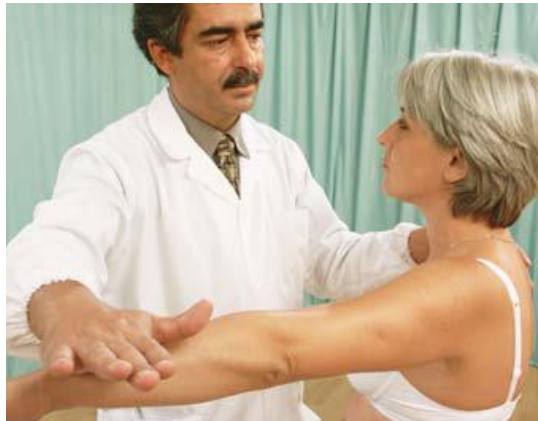
محدودیت حرکتی قابل توجه در تمام جهات، بخصوص اگر چرخش به خارج محدود شده باشد، شدیداً نشانگر کپسولیت چسبنده است. بیشتر آتروپاتی ها در ابتدا ابداکسیون را محدود کرده و چرخش ها بویژه چرخش به داخل را نسبتاً بدون تاثیر باقی می گذارند.



شکل 11 ارزیابی دقیق ابداکسیون شانه ناشی از مفصل گلهومرال. ثابت نگاه داشت اسکاپولا جزء اسکاپولوتوراسیک را از عمل خارج می کند.

4- انجام حرکات مقاومتی نیز به تکنیک مناسب نیاز دارد.

- 1) بازوی بیمار در ابداکسیون 90 درجه و 30 درجه جلوتر از صفحه فرونتال، در حالیکه شست بطرف پایین چرخیده است، گذاشته می شود (توبروزیته بزرگ زیر آکرومیون است). از بیمار بخواهید که در حالیکه شما ساعدش را به پایین فشار می دهید این وضعیت را حفظ کنید (شکل 12).
- 2) بیمار دستش را روی شانه مقابل می گذارد و آرنج را بالا برده و به سطح افقی می رساند. در حالیکه شما آرنج را به طرف پایین فشار می دهید این وضعیت را حفظ می کند (شکل 13).
- 3) در حالیکه شانه در ابداکسیون 90 درجه و 30 درجه فلکسیون قدامی است، آرنج 90 درجه خم می شود. شما شانه را به پایین فشار داده و در همین حال با دست دیگر بازو را بالا برده و چرخش به داخل بدهید (شکل 148 آزمون درگیری ساب آکرومیال).



تصویر 12 ابداکسیون مقاومتی شانه. کلاهک چرخاننده (سوپراسپیناتوس و اینفراسپیناتوس) تحت تنش قرار می گیرند و به بورس ساب آکرومیال فشار می آید.



تصویر 13 آزمون له شدن ساب آکرومیال. کلاهک چرخاننده (سوپراسپیناتوس و اینفراسپیناتوس) تحت تنش قرار می گیرند و به بورس ساب آکرومیال فشار می آید.



شکل 14 آزمون له شدگی ساب آکرومیال

در عمل، افتراق تاندینیت سوپراسپیناتوس از بورسیت ساب آکرومیال با معاینه بالینی مشکل است. البته این افتراق اهمیت بالینی زیادی ندارد چون درمان خیلی مشابه است.

5- سپس دوسر را ارزیابی می کنیم.

1) بیمار بازوهایش را، در حالیکه آرنج ها و مچ ها در اکستانسیون و فلکسیون است، از جلو تا فلکسیون 30-45 بالا می برد (آزمون اسپید یا آزمون Palms up) در حالیکه شما ساعد ها را به سمت پایین فشار می دهید این وضعیت را حفظ می کند.

2) بیمار بازویش را کنار بدن نگهداشته، آرنج را 90 درجه خم کرده، و دست را در سمتی سوپاین نگه می دارد. در حالیکه شما سعی می کنید آرنج را اکستانسیون و دست را پروناسیون بدهید وی مقاومت کرده و این وضعیت را حفظ می کند (شکل 16 آزمون یرگاسون).



تصویر 15 آزمون پالمز آپ (آزمون اسپید). درد در شانه نشانه تنوسینویت سر دراز دو سر است



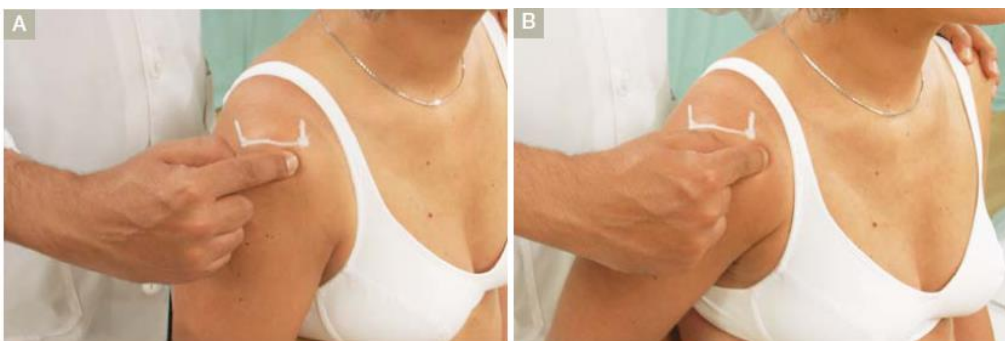
تصویر 16 آزمون یرگاسون. معاینه کننده سعی می کند که ارنج را پروناسیون و اکستانسیون بدهد در حالیکه بیمار مقاومت می کند. درد در شانه نشانه تنوسینویت سر دراز دو سر است.
مانورها در صورتی که باعث درد در سطح قدام شانه و یک سوم فوقانی بازو شوند مثبت بوده و پیشنهاد کننده تنوسینوویت سر دراز دوسر می باشند.

لمس

با توجه به اینکه شانه یک مفصل عمقی است لمس فضای مفصلی و جستجوی مایع مفصلی مشکل است. بهر حال دو منقطه وجود دارد که بخصوص لمس آن مفید است:

6- وتر سوپراسپیناتوس و اینفراسپیناتوس / بورس ساب آکرومیال

در حالیکه بازو در استراحت است اعضاء فوق ساختمانهای نرمی هستند که شما می توانید بین ضلع فوقانی آکرومیون در بالا، و برجستگی استخوانی توبروزیته بزرگ در پایین لمس کنید (شکل 17 A). بعنوان یک روش فرعی، از بیمار بخواهید که دست هایش را در پشت بگذارد این کار باعث چرخش توبروزیته بزرگ به جلو شده و توبروزیته بزرگ در پایین و جلو ضلع قدامی آکرومیون قرار می گیرد (شکل 17 B)^۲. درد در لمس عمقی این مناطق نشانگر ضایعه سوپرااسپیناتوس یا بورسیت ساب آکرومیال است. در صورت شک، با طرف مقابل مقایسه کنید



شکل 17-8 لمس محل چسبیدن کلاهک چرخاننده به توبروزیته بزرگ هومروس در حالیکه شانه در وضعیت خنثی (A) و چرخش به داخل است (B).

7- وتر سر دراز دوسر

برای لمس وتر در طرف راست، در پشت و سمت راست بیمار بایستید، و با دست چپ خود ساعد بیمار را بگیرید، انگشتان دست راست خود را در امتداد سر هومروس بطور عمیق حرکت دهید. با این کار توبروزیته بزرگ و کوچک و ناودان دوسر را که بین آنها است می توانید لمس کنید. در صورت لزوم، در حالیکه لمس می کنید شانه بیمار را به داخل و خارج بچرخانید. وتر سر دراز دو سر و غلاف آن شبیه یک غلتک سفت از داخل این ناودان عبور کرده و بطرف پایین امتداد می یابد. درد در لمس نشانگر تنوسینوویت است (شکل 18)

² این کار را روی خود انجام دهید. دست راست خود را در حالت استراحت در کنار بدن قرار دهید. سر هومروس را درست زیر ضلع قدامی آکرومیون با انگشت اشاره چپ به پایین فشار دهید. حالا دست خود را به داخل و خارج بچرخانید برجستگی استخوانی که زیر دست شما در عمق می لغزد توبروزیته بزرگ است.



تصویر 18 لمس وتر سر دراز دو سر. وتر توسط غلافش پوشیده شده است، در نودان دوسر قرار در قدام سر هومروس قرار گرفته است. در حالیکه شانه به داخل و خارج می چرخد لمس وتر آسان تر است.

لطفا توجه داشته باشید: چون مفصل گلهومرال عمقی است. اثبات یا رد وجود آرتريت بطور قطعی مشکل است. ما مجبوریم که اساس ارزیابی را بر موارد زیر قرار دهیم: ریتم درد، چهارچوب بالینی (منوآرتريت شانه نادر است)، و حرکات غیرفعال: محدودیت حرکتی نشانه مفصل دارای مشکل است. اگر بیمار در طی حرکات غیر فعال درد داشته باشد، چرخش بازو به زاویه ای حدود 50 درجه، احتمالاً التهاب سینوویوم یا کیسول وجود دارد.

موارد نمونه

A- درد شانه (I)

آقای فیگیردو یک طراح 48 ساله بود. وی توسط پزشک خانوادگی اش به علت درد شانه راست که از 3 ماه قبل شروع شده به ما ارجاع داده شده بود. درد بخصوص شبها برای وی مشکل ساز بود، و نمی توانست به طرف راست (که وضعیت معمول وی بود) بخوابد. موقع استراحت درد نداشت ولی حرکات بخصوص هنگام پوشیدن لباس، شستن پشت، شانه کردن مو، و تعویض دنده موقع رانندگی باعث درد شدید می شد. خشکی صبحگاهی قابل توجهی نداشت

او هر گونه ضربه قبلی و اخیر را انکار می کرد و ورزش خاصی نمی کرد و سرگرمی خاصی نیز نداشت. ولی با توجه به کارش مدت زیادی را با کامپیوتر کار می کرد. وی بطور گذرا گاه گاهی دچار درد کمر و گردن می

شد که آن را به نشستن طولانی مدت پشت کامپیوتر نسبت می داد. او اخیراً درد گردن و پارستزی نداشته است. درد شانه با حرکات گردن تشدید نمی شود. او شکایت و بیماری دیگری ندارد.

در باره محتملترین علل این درد فکر کنید.

تصور کنید که شما پزشک بیمار هستید چگونه او را معاینه می کنید؟

مقایسه شانه ها در نگاه قرینه بود. در طی معاینه روماتولوژیک کلی، بیمار در طی ابداکسیون دچار درد شدید راست شد. درد از 60 درجه شروع و با ابداکسیون کامل بهبود نیافت. فلکسیون قدامی بازوها باعث درد در همان ناحیه شد اگر چه شدت درد کمتر بود. ابداکسیون غیر فعال شانه باعث درد شد اگر چه شدت آن از ابداکسیون فعال کمتر بود. بیمار مضطرب بود و قادر به شل کردن کامل نبود. فلکسیون غیر فعال شانه بدون درد بود. مانورهای ابداکسیون در مقابل مقاومت و بالا بردن شانه در مقابل مقاومت در حالیکه دست روی شانه مقابل است دردناک بود. آزمون palms up و یرگاسون بدون درد بود. لمس توبروزیته بزرگ هومروس در مقایسه با طرف مقابل بسیار دردناک بود بخصوص وقتی که بازو در وضعیت چرخش به داخل بود. معاینه ستون فقرات گردنی و آرنج طبیعی بود.

این وضعیت را خلاصه نمایید^۳.

تشخیص شما چیست؟

آیا به تست های تشخیصی نیاز دارید؟ چه تستی؟

چه درمانی را انتخاب می کنید؟

³ يك بیمار جوان با درد انتخابی شانه- درد در حرکات فعال نسبت به حرکات غیر فعال بیشتر تشدید می شود بدون محدودیت حرکتی. مانورهای کلاهِک چرخاننده مثبت.

با توجه به عدم تاثیر درمانهای قبلی، ما ترکیبی از ماده بیحسی موضعی و متیل پردنیزولون را به اطراف تاندون سوپراسپیناتوس و فضای ساب ساب آکرومیال تزریق کردیم (از نظر تکنیک تزریق به فصل 30 مراجعه شود). چند دقیقه پس از تزریق وقتی که حرکات فعال را مجدد انجام دادیم بیمار بهبودی قابل توجهی پیدا کرده بود و این باعث تایید تشخیص ما بود: تاندینیت سوپراسپیناتوس / بورسیت ساب آکرومیال.

ما علت درد و وضعیت آناتومیک را برای بیمار توضیح دادیم و به وی گفتیم که احتمال عود بیماری بسیار زیاد است، مثل اکثر بیماران، و این مشکل وابسته به وضعیت آناتومیک فضای ساب آکرومیال است. و به وی توصیه کردیم که از کارهای تکراری که لازم است بازو بالاتر از شانه برود پرهیز کند و استفاده از محافظ ساعد در موقع کار با کامپیوتر مفید است. به وی گفتیم در صورت عود درد مراجعه کند. بعد از گذشت 6 ماه هنوز او را ندیده ایم ولی در صورت مراجعه به علت مشکل مشابهی تعجب نخواهیم کرد.

8- تاندینیت سوپراسپیناتوس و بورسیت ساب آکرومیال

نکته های اصلی

بیماری شایعی در بالغین و افراد مسن است.

وقتی در افراد جوان دیده شوند به بی ثباتی مفصل گلنوهومرال باید فکر کرد.

درد معمولاً یکطرفه و محدود به شانه است و به ندرت به بازو انتشار می یابد. شدیداً ناتوان کننده است.

به عنوان یک قانون درد در ابداکسیون شدت بیشتری از فلکسیون شانه دارد. درد ممکن است در شب بخصوص در موقع خوابیدن به همان طرف تشدید شود.

اگرچه معمولاً به صورت یک ضایعه منفرد است، ولی می تواند با آتریت شانه یا دیگر ضایعات نسج همبند، بخصوص تاندینیت دوسر همراه باشد.

معمولاً با یک معاینه دقیق بالینی می توان به تشخیص رسید.

آزمون های تشخیصی معمولاً در موارد نمونه لازم نیست. چون از نظر تشخیصی و در انتخاب درمان کمک بیشتری نمی کنند.

درمان اولیه محافظه کارانه با استفاده از ضد التهابی موضعی و محافظت موضعی می باشد.
در مواردی که بیماری طولانی یا شدیداً ناتوان کننده باشد، یک تزریق موضعی کورتیکواستروئید توسط یک فرد با تجربه اندیکاسیون داشته و معمولاً باعث حل مشکل می شود.
احتمال عود بسیار زیاد است و در موارد استثنایی نیاز به جراحی دارد.

موارد نمونه

8B- شانه منجمد

ایزابیل داس سانتوز یک کارگر مزرعه 62 ساله بود. او به درمناگاه ما به علت درد و عدم وجود حرکت در شانه راست مراجعه کرده بود. او به این علت در 7 هفته اخیر مجبور به ترک محل کار شده بود. درد در شب و روز ادامه داشت و با حرکت بدتر می شد. درد تا حدی با ضدالتهاب کاهش می یافت ولی روی دامنه حرکتی تاثیری نداشت. در اوائل بیماری برای وی فیزیوتراپی تجویز شده بود. درد با حرکت، حتی حرکات غیر فعال، تشدید می شد. بهر حال وی بعد از چند جلسه، از هر گونه درمانی امتناع کرده بود. یک تزریق در قسمت فوقانی شانه انجام شده بود ولی بهبود نیافته بود.

وقتی در ارتباط با ضربه از وی سوال شد، اظهار داشت که چند روز قبل از شروع مشکل در محل کارش یک سقوط داشته است ولی بلافاصله بهبود یافته است. او به علت پرفشاری و دیابت بطور منظم تحت درمان قرار داشت که هر دو بیماری تحت کنترل بود و هر گونه علائم دیگری را انکار می کرد. در 42 سالگی خودبخود دچار یائسگی شده بود. مادرش سالم بود و در سن 82 سالگی در اثر شکستگی هیپ فوت کرده بود.

معاینه بالینی وی طبیعی بود. قد وی 148 و وزنش 45 کیلوگرم بود.

معاینه روماتولوژیک کلی ما ذوب عضلات شانه را نشان داد. مفصل بطور کامل بیحرکت و بی نهایت دردناک بود. وقتی از او خواستیم که شانه را ابداکسیون بدهد تنه را به سمت چپ خم کرد و فقط توانست شانه اش را تا حدود 40 درجه ابداکسیون بالا ببرد. حرکات غیر فعال شدیداً دردناک و در تمام جهات، از جمله چرخش به داخل و خارج، محدود بود. با بی حرکت کردن اسکاپولا ما متوجه شدیم که تقریباً تمام ابداکسیون مربوط به نوسان اسکاپولا بود. معاینه گردن و بقیه معاینات روماتولوژیک طبیعی بود فقط قوز خفیف پشتی دیده می شد.

شما فکر می کنید محتملترین تشخیص ها کدامند؟

آیا تست تشخیصی درخواست می کنید؟

چه درمانی در هر مورد پیشنهاد می کنید؟

با توجه به شکایات، ما فکر کردیم که محتملترین تشخیص شانه منجمد است. ما یک CBC, ESR و رادیوگرافی قدامی- خلفی از شانه ها درخواست کردیم. تمام این تست ها طبیعی بود. در رادیوگرافی علائم شکستگی یا تغییرات ساختمانی در استخوان در سر هومروس یا فضای مفصلی مفصل گلهومرال راست در مقایسه با طرف چپ وجود نداشت.

ما تزریق داخل مفصلی یک کورتیکواستروئید طویل الاثر از مسیر قدامی انجام دادیم.⁴ و متوجه شدیم که در مقابل تزریق فشار قابل توجهی وجود دارد. ما به بیمار گفتیم که که انتظار بهبودی قابل توجهی را داریم و تاکید کردیم که فیزیوتراپی طولانی مدت نیاز دارد. او باید برای افزایش دامنه حرکتی ورزش منظم در خانه انجام می داد. ما یادآوری کردیم که بهبودی کامل ممکن است 2 سال طول بکشد. یک ضد التهاب که قبلاً بخوبی تحمل

⁴برای آشنایی با تکنیک به فصل 30 مراجعه کنید.

کرده بود برای وی تجویز کردیم تا در صورت نیاز مصرف کند. ما برای ارزیابی دامنه حرکتی، که برای استفاده بعدی با گونیومتر اندازه گیری می شد، ویزیت های بعدی برنامه ریزی کردیم.

مجددا بیمار را مورد توجه قرار دهید. آیا ما چیزی را فراموش کردیم، مثل آزمون دیگری؟^۵

علل ممکن و میزان احتمال آنها را مورد توجه قرار دهید.

مانورهای مورد نیاز را فهرست کرده و تفسیر آنها را بگویید.

شانه منجمد یا کپسولیت چسبنده شانه

نکات اصلی

شانه منجمد یک اختلال نسبتا ناشایع ولی شدیداً ناتوان کننده است که در صورت عدم درمان پیامد های مهمی خواهد داشت.

یک فرایند التهابی فیبروز دهنده است که کپسول مفصلی را درگیر کرده و باعث جمع شدگی آن روی مفصل و لذا باعث محدودیت مفصل می گردد. از بین رفتن چرخش به خارج نشانگر این بیماری است.

درد معمولا شدید و دائمی است، بخصوص در اوائل بیماری، و شب ها و هنگام حرکت تشدید می شود. درد ممکن است خودبخود بعد از چند هفته تا چند ماه بهبود یابد.

محدودیت در حرکات فعال و غیر فعال در تمام جهات یک سرنخ بالینی اساسی است. و این محدودیت ممکن است تنها تظاهر بالینی بیماری در مراحل انتهایی باشد.

کپسولیت ممکن است خوبخود ایجاد شود، ولی اغلب سابقه ضربه، هر چند جزئی وجود دارد. تاندینیت تکرار شونده کلاهیک چرخاننده، سکتة مغزی قبلی و دیابت از عوامل مساعد کننده می باشند.

⁵ در واقع، ما از نظر پوکی استخوان دقت کردیم. ما از نظر پوکی استخوان باید دقت می کردیم که بیمار چند عامل خطر داشت: خانمی که اخیرا یائسه شده بود، وزن کمتر از طبیعی و سابقه خانوادگی.

نقش تست های تشخیصی رد بیماریهای دیگر مثل آرتريت چرکی، شکستگی داخل مفصلی، یا نکروز آسپتیک استخوان هومروس است. در کیسولیت شانه رادیوگرافی استاندارد طبیعی است. برای اثبات تشخیص می توان از سونوگرافی، MRI و سی تی اسکن استفاده کرد.

اگر چه تزریق داخل مفصلی کورتیکواستروئید ممکن است مشکل باشد. ولی انجام آن در مراحل اولیه ممکن است باعث کاهش درد شود.

فیزیوتراپی و ورزش منظم در خانه، همراه با ضد درد و ضد التهاب، نقش مهمی در بازبانی دامنه حرکتی، که ممکن است تا 2 سال طول بکشد، دارد.

در موارد نادر، ممکن است برای بهبودی نیار به مانیپولیشن (درمان با دست) زیر بیهوشی برای قطع فیبروزها و متعاقب آن فیزیوتراپی باشد

مورد تیپیکال

C - درد شانه (II)

آنتونیو رودریگز یک مرد 43 ساله بود که در سنگبری کار می کرد از درد شانه بخصوص پس از کار سنگین از 2 ماه قبل شاکی بود. درد منتشر بود ولی بیشتر در قسمت قدام شانه احساس می شد. او اظهار داشت که برداشتن اجسام سنگین برایش مشکل بود و اغلب مجبور بود به علت درد آنها را بیاندازد. بقیه حرکات را به آسانی می توانست انجام دهد. وی هرگونه دردی را موقع استراحت و در شب انکار می کرد. او از بقیه جهات سالم بود و شکایت عضلانی اسکلتی و سیستمیک نداشت.

در معاینه کلی مشکلی پیدا نکردیم. حرکات فعال شانه کامل و بدون درد بود. مانورهای کلاهدک چرخاننده فقط ناراحتی مختصری ایجاد می کرد. بهرحال تست palms-up باعث ایجاد درد تیپیک می شد. مانور یرگاسون نیز درناک بود. لمس ناودان دو سر چپ خیلی بیشتر از طرف راست دردناک بود.

تشخیص شما چیست؟

این اختلال را چگونه درمان می کنید؟

ما تشخیص تاندینیت سر دراز عضله دوسر چپ را دادیم.

ما وضعیت را برای وی توضیح دادیم و به وی توصیه کردیم در صورت امکات مدتی بازو را از گردن آویزان کرده و استراحت کند. ما ضدالتهاب نیز تجویز کردیم و برنامه ریزی کردیم که در صورتی که تا 3-4 هفته بهبودی کامل نیافت، تزریق موضعی کورتیکواستروئید انجام دهیم.

تصور کنید شما یک پزشک عمومی هستید. تشخیص های احتمالی کدامند؟ چرا؟

آیا تست تشخیصی درخواست می کنید؟

تنوسینوویت سر دراز دوسر

نکات اصلی

بیماری شایعی در بالغین و سالمندان است.

درد معمولا یک طرفه و محدود به قسمت قدامی شانه است. ممکن است شدیداً ناتوان کننده باشد.

به عنوان یک قانون، درد در فلکسیون شانه شدیدتر است. ممکن است درد شبانه وجود داشته باشد.

اگر چه معمولا بصورت منفرد است، می تواند با آرتريت شانه و یا ضایعات بافت همبند، بخصوص تاندینیت سوپرااسپیناتوس همراه باشد.

یک معاینه بالینی دقیق معمولا تشخیص را مسجل می کند.

در موارد نمونه به تست های تشخیصی نیازی نیست، چون چیزی به تشخیص و روش درمان اضافه نمی کند.

درمان اولیه حمایتی است و از ضد التهابهای موضعی و سیستمیک و محافظت موضعی استفاده می شود.

در صورت مداومت یا در موارد شدیداً ناتوان کننده، تزریق موضعی توسط یک پزشک با تجربه اندیکاسیون دارد.⁶

مورد تیپیک

D- درد شانه (III)

آرمانتو سارمنتو یک مرد فروشنده 46 ساله بود. علت مراجعه او به ما یک درد عمیق و مبهمی در شانه چپ بود که دقیقاً نمی توانست محل آن را نشان دهد و از 8 ماه قبل شروع شده بود. درد دارای حملاتی بود که خودبخود بعد از چند دقیقه تا یکساعت بهبود می یافت. وی عامل شروع کننده ای را برای درد تشخیص نداده بود ولی متوجه شده بود که وابسته به فعالیت های شدید، بخصوص بالا رفتن از پله، است. او یک مشخصه عجیب ناراحت کننده را به این اختلال نسبت می داد. و آن این بود که گاهی همراه با احساس ناراحتی در ناحیه روی نیمه تحتانی جناغ بود. او تحت درمان با ضدالتهاب قرار گرفته بود که فایده ای نداشته بود. در پرسش از بقیه سیستم ها مشکلی را ذکر نمی کرد. او روزانه حدود 30 عدد سیگار می کشید و داروی خاصی را بطور منظم استفاده نمی کرد. بیمار چاق و خوش مشرب بود. در معاینه روماتولوژیک عمومی و بالینی فقط پرفشاری خون داشت (160/95 میلی متر جیوه). حرکات فعال و غیر فعال هر دو شانه طبیعی و بدون درد بود. لمس اطراف شانه بدون درد بود. معاینه ستون فقرات گردنی نیز طبیعی بود و حرکات آن باعث درد شانه نمی شد. سمع قلب و ریه طبیعی بود.

⁶ برای آشنایی با تکنیک تزریق به فصل 30 مراجعه کنید.

بر اساس این اطلاعات ، ما آزمایشات روتین را درخواست کردیم، که فقط چربی بالا داشت. در نوار قلب تغییرات خفیف ST و T در لیدهای پرکوردیال چپ دیده شد. بدنبال این یافته بیمار یک تست ورزش انجام داد که مثبت بود و علائم واضح ایسکمی کرونر را همراه با درد شانه، مثل زمانی که خودبخود ایجاد می شد، پیدا کرد. بیمار به یک متخصص قلب برای آنژیوگرافی ارجاع داده شد. وقتی که ما 3 ماه بعد وی را دیدیم با مصرف نیترات بدون علامت بود.

او بیمار شماست! چه پرسش های دیگری از او می پرسید؟

درد ارجاعی شانه
نکات اصلی
<p>درد با منشاء گردنی، کرونری، پلورال و زیر دیافراگم می تواند به گردن انتشار یابد.</p> <p>بسته به علت، درد مبهم و متغیر است.</p> <p>یک پرسش سیستماتیک دقیق می تواند سرخ های پیشنهاد کننده را ایجاد کند.</p> <p>معاینه بالینی موضعی طبیعی است.</p> <p>معاینه گردن ممکن است تغییراتی را نشان داده و باعث ایجاد مجدد درد گردیده و نشانگر منشاء گردنی درد باشد.</p> <p>درمان باید با توجه به علت زمینه ای انتخاب گردد.</p>

موارد نمونه
E- درد شانه (IV)

کارلوس سوآرس یک نجار 52 ساله، تصمیم گرفت پس از سالها درد در هر دو شانه به پزشک مراجعه کند زیرا اخیراً درد تشدید و ناتوانی عملکردی وی در حال پیشرفت بود. درد 12 سال قبل شروع شده بود و از آن زمان ادامه داشته و گاهی تشدید و گاهی تخفیف می یافته است. او معتاد به کار بود و درد را به کارش نسبت داده و بدون توجه به چیزی به کار کردن ادامه داده و در زمان تشدید درد ضدالتهاب مصرف کرده بود. اینک درد شانه راست ناتوان کننده شده بود و حرکات آن به میزان زیادی کاهش یافته بود.

وقتی از او سوال کردیم یک سابقه کمردرد را نیز ذکر کرد که همزمان با درد گردن شروع و پیشرفت و خصوصیات مشابهی با آن داشت: در زمان کار سخت، شدیدتر می شد. بهر حال، او شب ها نیز درد داشت و خشکی صبحگاهی در شانه و ناحیه کمری را در حدود یکساعت ذکر می کرد
او هر گونه علائم سیستمیک را انکار می کرد و سابقه پزشکی او قابل توجه نبود.

یک معاینه بالینی را برای این بیمار برنامه ریزی کنید.

در معاینه بالینی عمومی، ما راش های پوستی قرمز پوسته ریزی دهنده دیدیم که در تنه و سر پراکنده بود (شکل 19-8). بیمار گفت که این ضایعات را از سالها قبل داشته ولی او را اذیت نمی کرده است.
دامنه حرکتی ستون فقرات کمری بنظر میرسید که کاهش یافته باشد و تست شوبر (فصل 11) از 10 به 12/5 سانتیمتر افزایش یافت.
دامنه حرکتی شانه راست به میزان زیادی کاهش یافته بود: ابداکسیون 120 درجه، و فلکسیون قدامی 90 درجه. چرخش به داخل و خارج نیز کاهش یافته بود. در حرکات فعال نیز دامنه از مقادیر فوق بیشتر نبود و تمام حرکات باعث دردی با شدت متوسط می شد. مانورهای مربوط به ضایعات دور مفصلی منفی بود. در بقیه معاینات تغییری دیده نشد.



تصویر 19 ضایعات قرمز و پوسته ریزی دهنده- پسوریازیس

این مورد بالینی را خلاصه کنید.^۷

محتملترین تشخیص ها کدامند؟

آیا تست تشخیصی درخواست می کنید؟

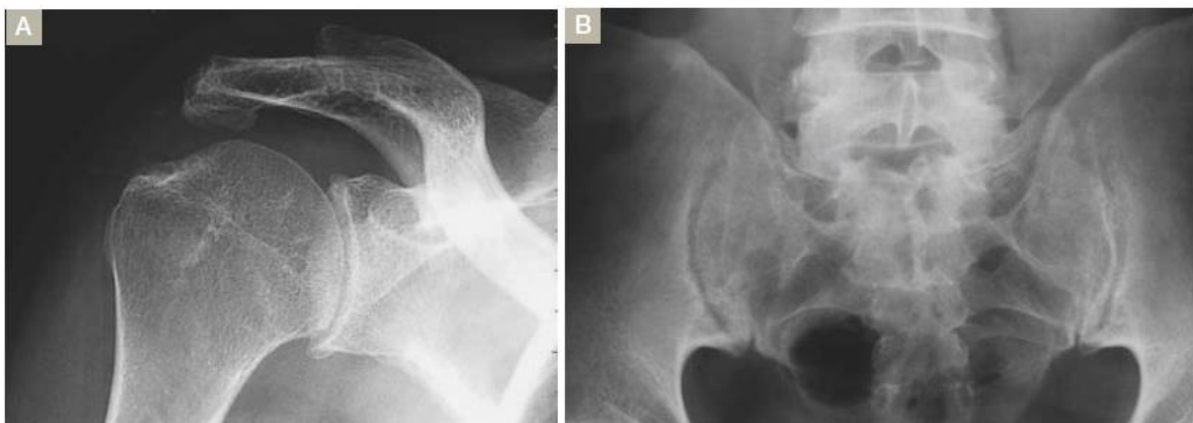
چه درمانی تجویز می کنید؟

ما این بررسی ها را برای بیمار انجام دادیم: شمارش کامل سلولهای خونی، سرعت رسوب گلبولهای قرمز، آزمایشات کبدی و کلیوی، رادیوگرافی شانه ها (نمای قدامی - خلفی در وضعیت خنثی و چرخش به خارج)، لگن (قدامی - خلفی)، و ستون فقرات (قدامی - خلفی و جانبی). در بررسی ها فقط سرعت رسوب گلبولهای قرمز 32 میلی متر در ساعت اول بود و یافته غیر طبیعی دیگری وجود نداشت. رادیوگرافی شانه استئوپنی منتشر، کاهش فضای مفصلی همراه با مقداری اسکروز در حاشیه مفصل و تشکیل استئوفیت را در طرف راست نشان داد (شکل A)

⁷ درد التهابی شانه و کمر در یک بیمار مبتلا به پسوریازیس. کاهش دامنه حرکتی فعال و غیر فعال در مناطق مبتلا.

20). در رادیوگرافی لگن اسکروز و محو شدن مفصل ساکروایلیاک راست را نشان داد (ساکروایلئیت درجه 2-

شکل A 20).



تصویر 20- A: رادیوگرافی شانه- آرتريت پيشرفته. به از بين رفتن فضاى مفصلى، استئوپنى منتشر، جابجايى سر هومروس به سمت بالا، و استئوفيت در حاشيه گلنوئيد توجه كنيد. B: رادیوگرافی لگن اسکروز زیر غضروفی، خوردگی و محو شدن نسبی مفصل ساکروایلئیت راست را نشان می دهد.

ما با توجه با یافته های فوق تشخیص آرتريت پسوریاتیک با درگیری مفاصل ساکروایلیک و شانه راست با استئوآرتريت ثانويه در این مفاصل و مداومت فعاليت التهابی را مسجل دانستيم. متاسفانه در زمان مراجعه به ما بیماری مفصلي پيشرفته بود.

به بيما توصیه کرديم تا حد ممکن از شانه راست استفاده نکند. ما برای وی یک ضدالتهاب طويل الاثر تجویز کردیم که شب ها با غذا مصرف کند (و در صورت نیاز در طی روز نیز مصرف کند). ما ورزش منظم در هر دو ناحیه مبتلا را نیز توصیه کردیم. در ضمن تزریق داخل مفصلي شانه را پیشنهاد کردیم که خیلی موثر بود. بیمار از نظر بالینی تحت نظر گرفته شد و بقیه درمانها برای زمانی در نظر گرفته شد که مفاصل دیگری مبتلا نشود.

درد شانه التهابی

نکات اصلی

شانه تقریباً در جریان تمام پلی آرتريت ها می تواند مبتلا شود

حتی زمانی که شکایات روی منطقه خاصی متمرکز است، ضروری است که از وضعیت بقیه مفاصل از بیمار سوال شود.

اشاره دقیق به ریتم التهابی درد، سرخ مهم تشخیصی، ممکن است مشکل باشد بخصوص در کسانی که با دست کار می کنند.

معاینه بالینی برای تشخیص نقش بنیادی دارد. درد در حرکات غیر فعال در چند جهت و محدودیت در حرکات فعال و غیر فعال نشانه بیماری مفصلی است.

بدون درمان مناسب، آرتريت می تواند باعث عوارض غیرقابل برگشت شود.

درمان باید هرچه زودتر متناسب با طبیعت بیماری شروع شود.

حالت های خاص

بیماری مفصلی و بی ثباتی مفصل آکرومیوکلایکولار

بی ثباتی مفصل آکرومیوکلایکولار معمولا نتیجه ضربه است مثل سقوط روی بازو در حالیکه بطرف خارج کشیده شده است. این مفصل در تعدادی از انواع بیماریهای التهابی مفصلی می تواند مبتلا شود. مفصل ممکن است به علت تروماهای مکرر، معمولا کار دستی سنگین، دچار استئوآرتريت شود. درد معمولا در سطح فوقانی شانه احساس می شود. حرکات فعال در تمام جهات در انتهای حرکت دردناک بوده و درد بالاتر از ابداکسیون 90 درجه بخصوص تیپیکال است. مفصل از نظر لمس موضعی در دسترس است و می توان تورم التهابی، یا استخوانی و بی ثباتی آن را کشف کرد. اختصاصی ترین مانور برای معاینه این مفصل به اینصورت است که از بیمار خواسته می شود که یک دستش را، در حالیکه آرنج در اکستاسیون است در پشتش گذاشته و ما با قدرت اداکسیون می دهیم. در صورت بروز درد روی مفصل، درگیری مفصل آکرومیوکلایکولار وجود دارد.

بی ثباتی و نیمه دررفتگی مفصل گلنوهومرال

این اختلال بیشتر در افراد جوان، بخصوص ورزشکاران، بدنبال حرکات خشن مثل پرتاب توپ رخ می دهد. از نظر بالینی بیمار بصورت حاد یک احساس بازوی- مرده، با درد شدید، گزگز و پارستزی در بازو، و متعاقب آن درد عمقی تر تظاهر می کند. معمولا این اختلال چند روز تا چند هفته پس از تاندینیت کلاهیک چرخاننده ایجاد می شود. این مشکل تمایل زیادی به عود داشته، که با حملات مکرر دررفتگی شانه تشدید می شود، اگر چه هر حمله معمولا خودبخود بهبود می یابد.

در صورت وجود دررفتگی، در نگاه شانه ها بصورت واضح غیر قرینه هستند. برای آزمایش ثبات، از بیمار بخواهید که به پشت بخوابد و اندام های فوقانی را از لبه های تخت معاینه آویزان نماید. سپس با یک دست شانه را بی حرکت کرده و با دست دیگر بازو را بگیرید. در حالیکه ناحیه شل است، سعی کنید سر هومروس را به جلو و عقب حرکت داده و به میزان بی ثباتی دقت کرده و در صورت لزوم با طرف مقابل مقایسه نمایید (شکل A 21). راه دیگر بررسی از نظر بی ثباتی شامل چرخش به خارج شدید و به جلو راندن سر هومروس در حالیکه که شانه در ابداکسیون 90 درجه است (شکل B 21). این مانور بی ثباتی قدامی شانه را ارزیابی می کند و در صورتی مثبت است که درد یا احساس دررفتگی قدامی سر هومروس وجود داشته باشد. اگر فشردن شانه به خلف باعث بهبود درد گردد تایید بیشتری برای بی ثباتی است.

این شک اندیکاسیونی است برای ارجاع بیمار به یک برنامه بازتوانی تخصصی.



شکل 21 آزمون ثبات شانه. A: دستی که قسمت فوقانی بازو را نگهداشته است حرکت قدامی- خلفی را در سطح مفصل ارزیابی می کند. دست دیگر آکرومیون و استخوان ترقوه را نگه می دارد. B: چرخش به خارج با به جلو راندن هومروس باعث درد می گردد. در صورتی که درد با به عقب راندن سر هومروس بهبود یابد تشخیص تقویت می شود.

شانه حاد

درد حاد شانه، گاهی با تورم همراه است، پیشنهاد کننده تروما، عفونت یا بیماری میکروکریستالی مفصلی است. آرتریت چرکی شانه نادر است ولی شدیداً تخریبی بوده و نیازمند درمان زود هنگام است. کندروکلستینوز و رسوب کریستالهای هیدروکسی آپاتیت ممکن است منجر به آرتریت حاد و گاهی تخریبی سریع شوند. در این حالات باید بیمار بطور اورژانسی برای تست های تشخیصی (مثلاً اسپیراسیون مفصل) و درمان ارجاع داده شود. اقدامات جراحی برای ایجاد پایداری، ترجیحاً توسط آرتروسکوپی، گاهی ضروری است.

تست های تشخیصی

در اکثر بیماران مبتلا به درد شانه ناشی از بیماریهای موضعی، تست های تشخیصی غیر ضروری هستند. پرسش و معاینه بالینی ویژگی های تشخیصی ضایعات بافت نرم را نشان می دهد: دردناک بودن بعضی از حرکات، عدم محدودیت و ایجاد درد کمتر در حرکات غیر فعال نسبت به حرکات فعال، حرکات مقاومتی و لمس موضعی. در صورت وجود شکایات و علائم بیماری مفصلی یا علائم مبهم، ممکن است انجام بعضی آزمایشات ضروری باشد.

تصویربرداری

یک رادیوگرافی استاندارد شانه در بیماری مفصلی اطلاعات بیشتری به ما می دهد و می تواند ویژگی های تیپیک بیماری التهابی و دژنراتیو را نشان دهد (شکل A شکل 20-8). رادیوگرافی گاهی وجود کلسیفیکاسیون تاندون سوپرااسپیناتوس یا بورس ساب آکرومیال، تاندینیت کلسیفیه، را نشان می دهد (شکل 22). اگر چه این یافته درمان را تغییر نمی دهد، ولی بر ضایعه مزمن و عود کننده ای دلالت دارد که نسبت به درمان حمایتی مقاوم تر است. در بعضی موارد، ما می توانیم اسکروز و نامنظمی توبروزیته بزرگ را ببینیم که نشانه آسیب شناسی مشابهی است. رادیوگرافی همچنین می تواند شکستگی و خوردگی های استخوانی را نشان دهد.

سونوگرافی در ضایعات بافت نرم مفیدتر است و در دست های با تجربه می تواند ضایعات التهابی، پارگی و محل دقیق ضایعه را کشف کند.

سی تی اسکن و MRI برای روشن شدن وضعیت بیمار در موارد پیچیده به عنوان یک بررسی تخصصی می توانند کمک کننده باشند.

تست های دیگر

در صورتی که شکمی به بیماریهای التهابی مفصلی وجود داشته باشد تست های آزمایشگاهی اندیکاسیون دارد. و بسته به اینکه در ارزیابی بالینی چه بیماریهایی مطرح باشند نوع تست های آزمایشگاهی انتخاب می شود. تغییرات سلولهای خونی و سرعت رسوب گلبولهای قرمز سرنخ های غیر اختصاصی برای بیماریهای التهابی مفصلی است. درخواست تست های کبدی و کلیوی بخصوص برای آماده کردن بیمار برای دریافت داروهای زمینه ای ممکن

است معقول باشد. بررسی فاکتور روماتوئید در صورتی لازم است که با توجه به معاینه بالینی آرتریت روماتوئید مطرح باشد. در صورت شک به آرتریت چرکی (منوآرتریت حاد یا تحت حاد، تب، و لکوسیتوز) باید بیمار فوراً به یک مرکز تخصصی ارجاع داده شود.

درمان

بیشتر موارد درد موضعی گردن، مربوط با ضایعات نسج نرم است و اقدامات ساده ای که در بالا توضیح داده شد، باید انجام شود.

در بیماریهای مفصلی، که بالقوه شدیداً ناتوان کننده هستند، بیمار را باید به متخصص ارجاع داد.

آموزش بیمار: پری آرتریت شانه اغلب وابسته به یک عامل زمینه ای آناتومیکیال و کارهای تکراری یا فعالیت های تفریحی وابسته است. در نتیجه، احتمال عود بسیار بالاست. این مسئله باید به بیماران گفته شده و به آنان تذکر داده شود که از کارهایی که احتمال عود را زیاد می کنند پرهیز کنند. بیماران را باید تشویق کرد که بلافاصله بعد از اتمام دوره حاد ورزش منظم و پیشرونده را شروع کنند.

1- دارو: ضد التهابها، بسته به شرایط بیمار انتخاب می شوند ، معمولاً باعث کاهش قابل توجه درد می شوند. می توان از ضد التهاب های موضعی به صورت کرم یا پیچ، چند بار در روز همراه با گرم کردن موضعی نیز کمک گرفت. در بیماران با ناتوانی بالا یا کسانی که به درمانهای قبلی مقاوم باشند تزریق موضعی (داخل یا دور مفصلی) کورتیکواستروئید همراه با یک بیحس کننده می تواند مفید باشد. این کار نه تنها به اثبات تشخیص کمک می کند بلکه اغلب در درمان خود بیماری نیز موثر می باشد. این نوع تزریق به تجربه و تکنیک دقیق نیاز دارد. در بیماری مفصلی بسیار پیشرفته یا پارگی تاندون، انجام بلوک عصبی در اطراف عصب سوپراسکاپولار، در محلی که از ناودان سوپراسکاپولار عبور میکند، ممکن است باعث بهبود درد و حرکات گردد.

2- فیزیوتراپی: فیزیوتراپی بخصوص در مواردی که درد و محدودیت حرکتی مداوم وجود دارد مفید است، بشرط اینکه در رادیوگرافی نشانه های تخریب پیشرفته و غیر قابل ساختمانهای مفصلی دیده نشود. فیزیوتراپی در درمان کپسولیت چسبنده ضروری است. استفاده از عوامل فیزیکی مانند گرمای عمیق و امواج ماکروویو در ضایعات بافت نرم که به اقدامات درمانی ساده تر مقاومند می تواند سودمند باشد.

3- جراحی: جراحی محدود به مواردی است که نسبت به تمام اقدامات درمانی فوق مقاومت وجود داشته باشد. در موارد ضایعات ساب آکرومیال عود کننده که مربوط به اشکال در فضای ساب آکرومیال است. جراح ممکن است با آکرومیوپلاستی و قطع رباط کوراکواکرومیال فشار فضا را کاهش دهد. این کار با آرتروسکپی قابل انجام است. در صورت وجود اختلال عملکردی شدید با آسیب ساختمانی غیر قابل برگشت مفصل گلهومرال ممکن است پروتز شانه مورد نیاز باشد. در صورتی که در مرکز مخصوص این کار انجام شود نتایج بهتر است.

چه زمانی باید بیمار به یک متخصص ارجاع داده شود؟

هر وقت حرکات غیرفعال مفصل شدیداً کاهش یابد.

هر زمانی که در رادیوگرافی تغییرات واضح در استخوان و مفصل دیده شود.

هر زمانی که درد شانه ناشی از آرتريت اثبات شده یا احتمالی باشد (منو- اولیگو یا پلی آرتريت). آرتريت چرکی مشکوک نیاز به ارجاع اورژانسی دارد.

وقتی که اقدامات محافظه کارانه موثر نباشد و ناتوانی و ناراحتی با شدت قابل توجهی ادامه داشته باشد.