



میوزیت (پلی میوزیت – درماتومیوزیت)

این نوشته توسط انجمن روماتولوژی ایران برای اطلاع رسانی به بیماران و افراد علاقمند دیگر ، به زبان فارسی تهیه شده است . پس از بررسی منابع مختلف و معتبر علمی در مورد آموزش بیماران روماتیسمی ، سعی شده است که آخرین اطلاعات به زبانی ساده در دسترس خوانندگان قرار گیرد. مطالب این سایت ، مرتباً مورد بازنگری قرار می گیرد. این نوشته ها جایگزین پزشک برای تشخیص و درمان بیماران نیست و توصیه می شود که همه بیماران به پزشک خود مراجعه کرده و دستورات وی را اجرا کنند.

فهرست مطالب :

میوزیت چیست؟

علت میوزیت

نشانه ها و علائم میوزیت

پلی میوزیت

درماتومیوزیت

تشخیص میوزیت

درمان میوزیت

منابع دیگر

میوزیت چیست؟

اصطلاح میوپاتی (myopathy) در پزشکی به معنای بیماری عضله است. بیماری های عضله بر اثر علل گوناگونی بوجود می آیند از جمله :

- بیماری های ارثی که در آن عضلات مبتلا می شوند مانند دیستروفی های عضلانی .
- بیماری های متابولیک عضله که در مسیر تولید گلیکوژن و چربی ها اختلال وجود دارد.
- بیماری های هورمونی که بر عملکرد عضلات تاثیر دارند مانند کم کاری غده تیروئید.
- اختلال در مواد شیمیائی بدن مانند کمبود پتاسیم .
- بعضی داروها و مواد سمی که بر عضلات تاثیر می گذارند.
- عفونت ها
- التهاب عضله (میوزیت) با علت نامعلوم که موضوع اصلی این نوشته است.

از نظر لغوی میوزیت (myositis) ، به معنای التهاب عضله است (myo به معنی عضله و itis به معنی التهاب). میوزیت نوعی از بیماری های عضلانی است که در آن ها التهاب و ضعف عضلات وجود دارد . گاهی با نام میوپاتی های التهابی از این گروه نام برده می شود.

میوزیت خود انواع مختلفی دارد که عبارتند از:

- پلی میوزیت (polymyositis)
- درماتومیوزیت (dermatomyositis) در افراد بالغ
- میوزیت همراه با inclusion body
- درماتومیوزیت در کودکان (juvenile dermatomyositis)
- میوزیت در بیماران مبتلا به سایر بیماری های خود ایمنی نظیر آرتریت روماتوئید ، لویوس و اسکلرودرمی.

انواع میوزیت از جهت علائم و نشانه ها، سیر بیماری و درمان ، با یکدیگر تفاوت هائی دارند. میوزیت بیماری نادری است و تخمین زده شده که در هر سال بین 5 تا 10 نفر از هر یک میلیون نفر فرد بالغ در آمریکا ، به یکی از انواع میوزیت مبتلا می شوند.

میوزیت در تمام سنین دیده می شود . کودکانی که به این بیماری مبتلا می شوند معمولاً بین 5 تا 15 ساله اند و افراد بزرگسال معمولاً بین 30 تا 60 سالگی. همانند سایر بیماری های خود ایمنی ، زنان بیشتر از مردان به انواع مختلف میوزیت مبتلا می شوند.

در همه انواع میوزیت ، التهاب در عضلات وجود دارد . عضلاتی که در قسمت های نزدیک به شانه در اندام فوقانی و لگن در اندام تحتانی قرار دارند بیشتر گرفتار می شوند. عضلات معمولاً بطور قرینه در هر دو طرف مبتلا می شوند. التهاب در تقریباً همه موارد منجر به ایجاد ضعف عضلانی می شود.

علاوه بر التهاب عضلات در انواع میوزیت ، گرفتاری سایر اعضای بدن از جمله مفاصل ، قلب ، ریه ها ، روده ها و پوست نیز ممکن است وجود داشته باشد.

علت میوزیت

میوپاتی های التهابی (میوزیت) را جزو بیماری های خود ایمنی می دانند. در بیماری های خود ایمنی، سیستم ایمنی بر علیه بدن شخص واکنش نشان می دهد. عقیده بر این است که بیماری بر اثر یک عامل محیطی در افرادی که از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به این بیماری هستند ، شروع می شود. هنوز بطور دقیق ، عواملی که فرآیند التهابی را در عضلات شروع می کنند ، شناخته نشده اند ، ولی بعضی ویروس ها را در ایجاد میوزیت دخیل می دانند.

در بیماران مبتلا به میوزیت ، لنفوسیت ها (گروهی از گلبول های سفید خون) به عضله حمله می کنند. هم چنین آنتی بادی هائی بر علیه بافت هائی که در میوزیت مبتلا می شوند ساخته می شوند. این اتوآنتی بادی ها و بعضی از لنفوسیت ها موجب آسیب در عضلات و پوست می شوند.

نشانه ها و علائم میوزیت

نشانه ها و علائمی که در پلی میوزیت بالغین دیده می شوند ، در بقیه انواع میوزیت نیز با تفاوت هائی وجود دارند.

پلی میوزیت

شایع ترین نوع میوزیت ، بیماری پلی میوزیت است (poly به معنی بسیار- و پلی میوزیت به معنای میوزیت در چندین عضله). این نوع از بیماری ، معمولا در سنین 20 تا 40 سالگی شروع می شود و در افراد جوانتر از 18 سال نادر است. در بسیاری از بیماران ، نشانه های بیماری بتدریج طی ماه ها ا پیدا می شوند. بهمین دلیل ، ممکن است بیمار متوجه ضعف عضلات خود نشده و آن را به خستگی و کسالت و مسائل دیگر نسبت دهد و برای پزشک هم تشخیص بیماری در بعضی بیماران مشکل بوده و با تاخیر صورت گیرد. در بعضی دیگر، علائم بطور ناگهانی و بسرعت شروع می شوند. بیماری دوره های شعله ور شدن و خاموشی دارد که در این دوره ها علائم بیماری بدون علت مشخص، زیادتر شده یا بهبود می یابند. مشخصه های پلی میوزیت عبارتند از:

- شعله ور شدن بیماری: شعله ور شدن بیماری با افزایش ضعف عضلانی ، خستگی و یا آرتريت (التهاب مفصل) همراه است.
- ضعف عضلانی اندام ها: ضعف عضلانی بطور قرینه در دو طرف بدن و در عضلاتی که نزدیک به تنه هستند ، علائم اصلی پلی میوزیت میباشد. در ابتدا، عضلات اطراف لگن و شانه ها ، ران ها و بازوها گرفتار می شوند. گرفتاری این عضلات ، موجب اشکال در بلند کردن اشیا ، بالا رفتن از پله ها و بالابردن دست ها برای شانه کردن مو و یا پوشیدن لباس می شود. بعد ها ضعف عضلانی بیشتر شده و بحدی می رسد که بیمار نمی تواند از روی زمین یا صندلی

- یا تخت برخیزد. گرفتاری عضلات گردن در نیمی از بیماران وجود دارد که در این موارد ، درحالت خوابیده ، بلند کردن سر مشکل است.
- ضعف عضلات حلق: گرفتاری عضلات حلق که کمتر شایع است ، عمل بلع را مشکل کرده و تغییر در صدای بیمار ایجاد می کند (تودماغی حرف زدن). اشکال در بلع می تواند در اثر برگشت غذا از مری و ورود آن به نای و ریه ها، ایجاد ذات الریه کند.
- مشکلات ریوی: در پلی میوزیت ، عضلات تنفسی نیز ممکن است گرفتار شوند . در نسج ریه هم ممکن است فیبروز (سخت شدن نسج) ایجاد شود که موجب سرفه و تنگ نفس می شود.
- مشکلات قلبی: بطور نادر در پلی میوزیت ، میوکاردیت (التهاب عضلات دیواره قلب) و نارسائی قلبی ایجاد می شود که علائم آن شامل تنگ نفس و ورم بدن می باشند.
- آتروفی (لاغرشدن) عضلات: بعد از گذشت مدت طولانی از بیماری پلی میوزیت ، عضلات گرفتار شده لاغر می شوند.
- علائم عمومی: در پلی میوزیت ، ممکن است علائم عمومی شامل تب ، کاهش وزن ، خستگی زیاد و پدیده رینو (Raynaud's phenomenon) نیز دیده شود. در پدیده رینو ، بعد از این که انگشتان در معرض سرما قرار گیرند ، رنگ آن ها به ترتیب سفید ، آبی و قرمز می شود.
- درد عضلات: در بعضی بیماران ، ممکن است عضلات دردناک بوده و در لمس حساس باشند. معمولاً با درمان این علائم از بین می روند.
- درد مفاصل: در مواقعی که بیماری پلی میوزیت فعال است درد مفاصل شایع است ولی معمولاً ورم و گرمی وجود ندارد.

درماتومیوزیت

درماتومیوزیت (dermatomyositis) نیز نوعی از بیماری التهابی عضلانی است که علائم آن مانند پلی میوزیت شامل ضعف عضلانی است ولی شروع آن معمولاً ناگهانی تر و شدت علائم آن بیشتر است که همه درف بزرگسالان و هم در کودکان دیده می شود. تمام علائمی که در مورد بیماری پلی میوزیت در بالا شرح داده شد، در درماتومیوزیت هم موجود است. علاوه بر این علائم ، علائم خاص دیگری نیز در درماتومیوزیت دیده می شوند که عبارتند از:

- ضایعات پوستی: ضایعات مشخصه پوستی بیماری درماتومیوزیت ، به همراه ضعف عضلانی دیده می شود. در بیشتر بیماران ، این ضایعات پوستی حدود یک سال قبل از ایجاد ضعف عضلانی پیدا می شوند. ضایعات پوستی در پشت شانه ها و گردن (علامت شال گردن) و در جلو گردن و بالای قفسه سینه و صورت و پیشانی (محل هایی که در معرض نور آفتاب قرار می گیرند) به رنگ قرمز ارغوانی می باشند.
- ضایعات پوستی صورتی رنگ برجسته و پوسته پوسته ، بر روی مفاصل بین انگشتان دست ، پشت آرنج ها ، زانوها و مچ پاها ، بطور قرینه ، از مشخصه های درماتومیوزیت هستند که در اصطلاح پزشکی به پاپول های گوترون (Gotttron's papules) معروف هستند.
- در پشت پلک ها نیز ، ورم پوست و تغییر رنگ آن به رنگ ارغوانی دیده می شوند.
- تغییرات بستر ناخن: تغییرات در مویرگ های بستر ناخن انگشتان که با کاپیلورسکوپ (دستگاهی که شبیه میکروسکوپ است) بهتر قابل رویت می باشند.

- **رسوبات کلسیم:** رسوب کلسیم در پوست و عضلات که بیشتر در کودکان دیده می شود، سالها بعد از شروع بیماری، در مناطق مختلف شامل شانه ها، لگن، ساق پا و ران ها ممکن است ایجاد شود و گاهی مشکلات حرکتی ایجاد می کند.

درماتومیوزیت در کودکان

بیماری درماتومیوزیت در کودکان (juvenile dermatomyositis) تفاوت هائی با بیماری درماتومیوزیت در بزرگسالان دارد. در کودکان علاوه بر التهاب در عضله، واسکولیت (vasculitis) نیز وجود دارد. در واسکولیت التهاب در عروق خونی وجود دارد. تفاوت های دیگر شیوع بیشتر رسوبات کلسیم و نقص متابولیسم چربی در کودکان می باشد. در کودکان، ضایعات پوستی و ضعف عضلانی تقریباً در همه موارد در یک زمان اتفاق می افتند ولی شدت و سرعت پیشرفت هر کدام از این علائم در بیماران مختلف، فرق می کند.

میوزیت همراه با inclusion body

این نوع میوزیت بیشتر افراد مسن را گرفتار می کند. در این نوع از میوزیت، در زیر میکروسکوپ، ذراتی در سلول های عضلات گرفتار قابل مشاهده هستند که اسم بیماری از وجود این ذرات در سلول های عضلانی گرفته شده است. علائم این بیماری بطور تدریجی شروع شده و پیشرفت می کنند. در اغلب بیماران، علائم برای مدت 5 تا 6 سال قبل از رسیدن به تشخیص وجود دارند. اشکال در عمل بلع، در بیش از 20 درصد بیماران دیده می شود. با پیشرفت بیماری، لاغر شدن عضلات بیشتر شده و رفلکس عصبی عضلات هم از بین می روند. برخلاف پلی میوزیت و درماتومیوزیت، ضعف عضلانی اغلب غیر قرینه هستند و ممکن است گرفتاری عضلات کوچکتر در ساعد و ساق پا بیشتر از سایر عضلات باشد. در بعضی بیماران بیماری سیر آهسته و تدریجی دارد، ولی در برخی نیز ممکن است ضعف ثابت و لاغری زیاد در عضلات ایجاد کند.

تشخیص میوزیت

به دلیل شباهت نشانه های میوزیت با بیماری های دیگر و سیر تدریجی آن، تشخیص میوزیت مشکل است. روماتولوژیست ها و متخصصین اعصاب داخلی، تجربه بیشتری در تشخیص و درمان میوزیت دارند.

تشخیص میوزیت مبتنی بر شرح حال وجود نشانه های بیماری، یافته های بالینی و آزمایش های خاص می باشد. ممکن است لازم باشد که بیمار برای تشخیص و شروع درمان در بیمارستان بستری شود به ویژه اگر بیمار قادر به مراقبت از خود نباشد و یا مشکل تنفسی داشته باشد. آزمایش هائی که برای تشخیص میوزیت انجام می شود عبارتند از:

- امتحان بالینی
- امتحان عضلات شامل ارزیابی قدرت عضلانی و وجود حساسیت در عضلات
- امتحان مفاصل برای وجود ورم و درد در موقع حرکت و یا حساس بودن در لمس

- مشاهده پوست برای وجود ضایعات پوستی
- امتحان بستر ناخن ها برای دیدن علائم مخصوص در مویرگ ها (مانند گشاد شدن)
- آزمایش های دیگر شامل :
 - کراتین کیناز [creatine kinase(CK, CPK) خون]: با آسیب دیدن عضلات ، این آنزیم و آنزیم های دیگر عضله وارد خون شده و مقدار آن ها بالا می روند بنابراین در مواقع فعال بودن بیماری ، این آنزیم ها در خون بالارفته و پس از بهبودی ، مقدار آن ها پائین می آیند.
 - سرعت سدیمانتاسیون گلوبول های قرمز (ESR): این آزمایش خون در نیمی از بیماران مبتلا به میوزیت بالا می رود.
 - آزمایش های خون دیگر: برای رد کردن وجود سایر بیماری ها از قبیل آرتریت روماتوئید ، لوپوس و اسکلرودرمی ، آزمایش های دیگری انجام می شود.
 - الکترومیوگرافی [Electromyography (EMG)]: با انجام این تست ، فعالیت الکتریکی عضلات ارزیابی می شود. برای انجام این تست ، الکترودهائی که به سوزن های بسیار نازک وصل می شوند را وارد عضله کرده و پس از تحریک عضله توسط آن ها ، نوار فعالیت ثبت می گردد. این تست ، می تواند گرفتاری عضله بر اثر بیماری های عصبی را از گرفتاری بیماری های عضلانی تفکیک کند. انجام این تست با فروکردن سوزن در عضله صورت می گیرد که ممکن است ناراحت کننده باشد.
 - بیوپسی (تکه برداری) عضله: بیوپسی از یکی از عضلات گرفتار برای تایید تشخیص صورت می گیرد. بیوپسی عضله را توسط جراحی و با بیحسی موضعی انجام می دهند. بیوپسی عضله وجود التهاب و آسیب و درموردی نوع میوزیت را می تواند نشان دهد.
 - اتوانتی بادی ها: چندین اتوانتی بادی انحصاری در خون بیماران مبتلا به میوزیت یافت می شود. این اتوانتی بادی ها که به " آنتی بادی های خاص برای میوزیت " معروف هستند ، در حدود نیمی از بیماران یافت می شوند و هرکدام از آن ها با نوع خاصی از میوزیت و علائم آن ها ارتباط دارند.
 - غربالگری برای وجود سرطان: در بیماران مسن تر ، و به ویژه در مردانی که مبتلا به میوزیت هستند ، ممکن است آزمایشات مربوط به وجود سرطان های مختلف انجام شود. ندرتا درماتومیوزیت می تواند نشانه ای از وجود سرطان باشد که با برداشتن تومور سرطانی و یا درمان های دیگر ، معمولا میوزیت بهبود می یابد.
 - ام- آر-آی (MRI): این روش رادیولوژی می تواند نشانه هائی دال بر وجود التهاب در عضلات را نشان دهد.

درمان میوزیت

درمان میوزیت از یک بیمار تا بیمار دیگر متفاوت است و در طی سیر بیماری ، برای یک بیمار هم نوع درمان تغییر خواهد کرد. درمانی که توصیه می شود بستگی به شدت بیماری و علائم بیماری و وجود سایر بیماری و سابقه عوارض جانبی نسبت به داروهای مصرف شده در گذشته شدارد.

قبل از شروع درمان ، پزشک آزمایش های مختلفی را انجام می دهد تا بعدا با تکرار آن ها متوجه بهبود بیماری شود ، از جمله اندازه گیری قدرت عضلات ، آنزیم های عضلانی ، عکسبرداری قفسه سینه با اشعه ایکس ، تست های تنفسی و بررسی های مربوط به بلع.

درمان میوزیت شامل موارد زیر است :

- استراحت : در موقعی که التهاب وجود دارد ، استراحت لازم است. در دوره های استراحت ، برای پیشگیری از لاغر شدن عضلات و سفت شدن زردپی ها و رباط ها ، انجام نرمش های ملایم با کمک فردی دیگر توصیه می شود.
- فیزیوتراپی : برای حفظ حرکات و پیشگیری از لاغر شدن عضلات ، فیزیوتراپی نقش مهمی در درمان میوزیت دارد. نرمش های تقویت کننده قدرت عضلات و حفظ کننده دامنه حرکتی جزو برنامه درمانی است که پزشک با توجه به شدت بیماری و التهاب در زمان مناسب انجام آن ها را تجویز می کند.
- کورتیکواستروئیدها : اولین خط درمان دارویی در درمان میوزیت ، کورتیکواستروئیدها (کورتون نظیر پردنیزولون) می باشند. با شروع درمان با این داروها ، علائم بهبود در چند هفته اول یا بتدریج ظرف 3 تا 6 ماه ظاهر خواهد شد. حدود 90 درصد بیماران ، حد اقل بطور نسبی با درمان با کورتیکواستروئیدها بهبودی می یابند. در 50 تا 75 درصد از بیمارانی که تحت درمان قرار می گیرند ، بیماری کاملا خاموش می شود.
- داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی : اگر بیمار با مصرف کورتیکواستروئیدها به تنهایی ، جواب مناسبی به درمان ندهد ، داروهای دیگری مانند متوترکسات (methotrexate) یا آزاتیوپرین (azathioprine) تجویز می شوند. متوترکسات بشکل قرص یا تزریقی یک روز در هفته مصرف می شوند و آزاتیوپرین بشکل قرص مصرف می شود. تاثیر درمانی این داروها 2 تا 6 ماه بعد از شروع ظاهر می شود و با مصرف آن ها ، پزشک می تواند مقدار کورتون مصرفی بیمار را کاهش دهد. علاوه بر این دو دارو ، داروهای دیگری که در این گروه قرار می گیرند مانند سیکلوسپورین (cyclosporine) نیز ممکن است برای درمان میوزیت تجویز شوند. توصیه می شود بیماران ، از چگونگی مصرف این داروها و عوارض آن ها اطلاع کافی پیدا کنند. در صورت مصرف متوترکسات باید از روش های جلوگیری از حاملگی استفاده شود و چند ماه قبل از اقدام به حاملگی دارو قطع شود. از داروهای دیگر این دسته که در این بیماری استفاده می شود می توان از سیکلوفسفامید (cyclophosphamide) نام برد که برای درمان عوارض ریوی بیماری کاربرد دارد . میکوفنولات موفتیل (mycophenolate mofetil) نیز در مواردی که متوترکسات یا آزاتیوپرین موثر واقع نشوند ممکن است مورد استفاده قرار گیرد.

- هیدروکسی کلروکین (hydroxychloroquine): این دارو ، برای درمان ضایعات پوستی در ماتومیوزیت مفید است ولی تاثیری بر روی التهاب عضلات ندارد.
- ایمونوگلوبولین وریدی: اگر دارو های گفته شده در بالا موثر واقع نشوند ، گاما گلوبولین (gammaglobulin) درمان موثر و بی خطری برای میوزیت خواهد بود.
- ریتوکسیمب (rituximab): دارویی است که برای موارد بسیار مقاوم که حتی به ایمونوگلوبولین وریدی هم جواب ندهند ممکن است تجویز شود.
- اجتناب از نور آفتاب: بیماران مبتلا به در ماتومیوزیت ، اگر در معرض نور آفتاب قرار بگیرند ، ضایعات پوستی آن ها بدتر می شود ، بنابراین باید از نور آفتاب اجتناب کنند.

نکاتی در مورد مصرف کورتیکو استروئید ها (کورتون)

چون درمان اصلی میوزیت ، کورتیکواستروئیدها هستند ، و مدت نسبتا طولانی با مقادیر نسبتا زیاد باید مصرف شوند ، دانستن مطالب زیر در مورد آن ها برای بیماران مفید خواهد بود.

کورتیکواستروئیدها ، داروهای قوی هستند که ضمن موثر بودن برای درمان ، عوارضی هم دارند که عبارتند از:

- اضافه وزن
- کم شدن رشد در کودکان
- پوکی استخوان
- عوارض خلقی نظیر افسردگی و بیخوابی
- عوارض چشمی مانند آب مروارید و آب سیاه
- بد تر شدن بیماری قند یا شروع بیماری قند پس از مصرف این داروها
- تغییرات در صورت بشکل ورم و رویش موهای اضافی در زنان
- بالا رفتن فشار خون

عوارض کورتیکواستروئیدها برای پزشک معالج شناخته شده است ، ولی برای درمان میوزیت ، تجویز این داروها ضروری می باشد. قرص پردنیزولون (prednisolone) بیشتر اوقات برای درمان میوزیت تجویز می شود که مقدار مصرف آن در ابتدای درمان زیاد است و با بهبود علائم پس از مدت معین مقدار آن کاهش می یابد. گاهی هم پزشک ممکن است درمان با کورتیکواستروئید وریدی را برای 3 روز متوالی تجویز کند.

طی درمان میوزیت، لازم است مرتبا آزمایش خون برای اندازه گیری آنزیم های عضلانی انجام شود تا شدت بیماری معلوم شده و برحسب آن و با توجه به بهبود علائم بالینی ، مقدار دارو تنظیم شود. پس از این که توانایی بیمار بهبود یافت پزشک می تواند به آهستگی میزان داروی پردنیزولون را کاهش دهد. اگر پس از بهبودی و با کم کردن پردنیزولون ، بیماری شدت یابد ، مجددا باید مقدار مصرف کورتون افزایش یابد.

بدن انسان ، به طور طبیعی مقدار کمی هورمون کورتیکواستروئید تولید می کند. این مقدار هورمون برای بعضی از اعمال فیزیولوژیک مانند حفظ فشارخون و تعادل نمک و الکترولیت های دیگر در بدن ضروری است. بعد از چند روز که از مصرف کورتیکواستروئیدها بگذرد ، تولید این هورمون ها در بدن کم شده و یا متوقف می شود. قطع ناگهانی کورتون ، می تواند عوارض مهمی برای بیمار داشته باشد ، زیرا ممکن است بدن بیمار نتواند بلافاصله مقدار کافی از این هورمون تولید کند. بنا براین هر بیماری که کورتون مصرف می کند ، نباید داروی خود را به یکباره قطع کند . قطع داروهای کورتونی طی یک برنامه با کم کردن تدریجی مقدار دارو طی هفته ها صورت می گیرد.

در موقع مصرف کورتون توجه به رژیم غذایی اهمیت زیادی دارد . کم کردن کالری مصرفی و پرهیز از خوردن غذاهای پر نمک ، احتمال اضافه شدن وزن و بالا رفتن فشار خون را ، کم تر می کند.

مصرف کورتون ممکن است خطر بروز پوکی استخوان را زیاد کند که با خطر شکستگی استخوان همراه است . انجام تست تراکم استخوان ، در بیمارانی که کورتون مصرف می کنند لازم است و با توجه به نتایج آن ، ممکن است داروهای ضد پوکی استخوان همراه با کلسیم و ویتامین د تجویز شوند.

به خاطر داشته باشید که :

- بدون مشورت با پزشک ، تحت هر شرایطی مصرف کورتون را قطع نکنید.
- بطور سرخود مقدار کورتون را کم یا زیاد نکنید. لازم است با توجه به شرایط بیماری و نتایج آزمایشات و مصرف داروهای دیگر ، پزشک و بیمار باتفاق هم در مورد قطع دارو و چگونگی کم کردن تدریجی آن تصمیم بگیرند.
- به هر پزشکی مراجعه می کنید ، مصرف کورتون را ذکر کنید. اگر حین مصرف کورتون ، دچار بیماری یا استرس جدیدی بشوید – مثلاً عمل جراحی – لازم خواهد بود تا برای دوره کوتاهی ، مقدار کورتون افزایش یابد.
- همیشه لیست بیماری ها و داروهای را که مصرف می کنید بهمراه داشته باشید تا در موارد اورژانس ، کسانی که به کمک شما می آیند فوراً مطلع شوند.
- اگر بیماری شدید و یا استفراغ، مانع از این است که قرص های کورتون را بخورید ، فوراً به پزشک خود اطلاع دهید. در این موارد از کورتون تزریقی استفاده خواهد شد.
- در مورد جلوگیری از پوکی استخوان بر اثر مصرف کورتون ، با پزشک مشورت کنید.
- در صورت لزوم ، در مورد رژیم غذایی خود با متخصص تغذیه مشورت کنید.

منابع اینترنتی (به زبان انگلیسی)

www.arthritis.org

www.rheumatology.org

www.myositis.org

www.uptodate.com/patients

www.nih.gov

تمام حقوق این سایت متعلق به انجمن روماتولوژی ایران است . کپی برداری از مطالب این سایت با ذکر منبع و بدون انجام تغییر در متون بلامانع است.

www.iranianra.org

بازنگری شده : اسفند ماه 1389