

برخورد بالینی با بیمار مبتلا به دردهای عضلانی-اسکلتی

Clinical Approach to Patient with Musculoskeletal Pains



نویسنده مسئول:
دکتر محمدحسن جوکار

فوق تخصص روماتولوژی، دانشیار بیماری‌های داخلی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

Mohammad Hassan Jokar; MD
E-mail: jokarmh@mums.ac.ir

نباشد. درد ناشی از مفاصل کوچک دست‌ها و پاها معمولاً لوکالیزه است در صورتی که، درد ناشی از مفاصل بزرگ و پروگزیمال مثل شانه، هیپ و ستون فقرات ممکن است زیاد لوکالیزه نباشد. وقتی که درد منتشر، متغیر، با انتشار نامشخص و بدون ارتباط با ساختمان‌های آناتومیک باشد، باید به فکر فیبرومیالژیا، بدخیمی و یا مشکلات سایکولوژیک بود. درد سوزشی در یک اندام ممکن است نشانه نوروپاتی یا رادیکولوپاتی است. دردهای مفصلی و جنب مفصلی معمولاً در محل عضو درگیر احساس می‌شود ولی ممکن است دارای انتشار وسیعی بوده و در ناحیه دوردستی (از منشأ آن) نیز احساس گردند (مثلاً درد هیپ ممکن است تا ناحیه زانو انتشار داشته و یا فقط در زانو احساس گردد).

افتراق دردهای التهابی از غیرالتهابی: در جدول شماره ۱ تفاوت دردهای مکانیکال و التهابی ذکر شده است. دردهای التهابی ممکن است ناشی از بیماریهای عفونی، بیماریهای روماتیسمی و بدخیمی‌ها باشند. اختلالات التهابی ممکن است توسط هر یک از چهار شانه اصلی التهاب (قرمزی، گرمی، درد، یا تورم)، علائم سیستمیک (خستگی، تب، راش، کاهش وزن)، و یا شواهد آزمایشگاهی التهاب (بالارفتن میزان رسوب گلبول قرمز مشخص (ESR) یا پروتئین واکنشی C (CRP)، ترومبوسیتوز، آنمی بیماری مزمن، و یا هیپوآلبومینمی) منحص گردند. دردی که فقط در زمان استفاده از مفصل یا تحرک ایجاد می‌گردد، پیشنهادکننده مشکل مکانیکال است (بخصوص اگر در موقع استفاده ایجاد شده و با استراحت به

درد مهم‌ترین شکایتی است که بیماران مبتلا به مشکلات سیستم عضلانی-اسکلتی را به مراکز پزشکی می‌کشاند. بطور متوسط ۲۲ درصد افراد درد عضلانی-اسکلتی دارند. درد یک حس سایکنتیو (خودانگاشتی) پیچیده است که توصیف دقیق آن امکان پذیر نبوده و تعیین شدت آن نیز بطور عینی میسر نمی‌باشد. واکنش بیمار نسبت به درد نیز تحت تاثیر عوامل متعددی از جمله وضعیت روحی، هیجانی و تجربیات قبلیوی است. بسیاری از این دردها خودمحدودشونده بوده و تنها نیاز به درمان علامتی و اطمینان دادن به بیمار دارند. به هرحال در برخی از بیماران درد تداوم بیشتری داشته، نشانه یک بیماری جدی‌تر بوده و نیاز به ارزیابی بیشتری دارد. هدف از این ارزیابی‌ها این است که به فهرستی از تشخیص‌های افتراقی دست یافته، مشکل بیمار را تشخیص داده و به موقع آن را درمان کنیم و در عین حال از تست‌های تشخیصی بیش از حد و درمان‌های غیرضروری اجتناب نماییم. افراد با شکایات اسکلتی-عضلانی باید با یک شرح حال کامل، معاینه فیزیکی جامع و در صورت لزوم با تست‌های آزمایشگاهی مورد ارزیابی قرار گیرند. برخورد اولیه باید تعیین کند که آیا شکایت اسکلتی-عضلانی (۱) مفصلی یا غیرمفصلی است، (۲) التهابی یا غیرالتهابی است، (۳) حاد یا مزمن است، (۴) موضعی یا منتشر است.

افتراق درد مفصلی از غیرمفصلی: در ارزیابی درد بیمار باید منشأ آناتومیک آن مشخص شود. معاینه‌کننده باید از محل احساس درد بیمار آگاهی داشته باشد. گاهی بیمار از کلمات و اصطلاحات خاصی برای بیان محل احساس درد استفاده می‌کند. پزشک باید با این اصطلاحات حتی‌الامکان آشنا باشد چون عدم آشنایی می‌تواند پزشک را در راه رسیدن به تشخیص گمراه کند. برای رفع این مشکل بهتر است معاینه‌کننده از بیمار بخواهد محل احساس درد را با دست نشان دهد. اگر محل احساس درد یکی از مفاصل باشد در این صورت ممکن است مشکل مفصلی وجود داشته باشد. در صورتی که محل احساس درد در بین مفاصل باشد احتمالاً ناشی از مشکلات عضلانی-استخوانی بوده و یا درد ارجاعی است. درد در نواحی بورس‌ها، فاسیایا، تاندون‌ها، رباط‌ها یا در مسیر اعصاب، پیشنهادکننده بیماری در این اعضا می‌باشد. درد ناشی از بافت‌های سطحی معمولاً موضعی است ولی درد ناشی از بافت‌های عمقی ممکن است بخوبی لوکالیزه

جدول ۱. افتراق دردهای التهابی و مکانیکال

| خصوصیات | توجه درد |
|---------------|------------------|
| خشکی صبحگاهی | بیشتر از ۱ ساعت |
| خشکی | کمتر از ۳۰ دقیقه |
| تشنجی | قابل توجه است |
| قابلیت | قابل توجه نیست |
| استراحت | افزایش درد |
| علائم سیستمیک | افزایش درد |
| | کاهش درد |
| | خیر |

آیا علائم همراه دیگری وجود دارد؟ از علائم همراهی که ممکن است وجود داشته باشند و به تشخیص کمک می‌کنند می‌توان علائم پوستی، چشمی، گوارشی، عصبی، قلبی، روی، ضعف عضلانی، آدنوپاتی، هیپوآسپنونگالی، آلپسی، خشکی مخاطها و پدیده رینود را نام برد.

در نهایت می‌توان با توجه به پاسخ سوالات فوق علل دردهای عضلانی اسکلتی را بصورت زیر دسته‌بندی کرد و به تشخیص نزدیک شد:

- ۱- **درد غیرمفصلی:**
 - **درد موضعی:** بیماری‌های جنب مفصلی (بورسیت، تاندنیت، التهاب رباط، انتریت، کمردرد)
 - **درد منتشر:** فیبرومیالژیا، پلی‌مایژیا روماتیک، پلی‌میوزیت، بدخمی‌ها و ...

۲- **دردهای مفصلی:**

- **مکانیکی:** استئوآرتریت، تکرور اولسکولار استخوان
- **التهابی:**
 - **الف) منوآرتریت حاد:** مطالعه مایع مفصلی از نظر شمارش سلول، وجود کریستال و اسمیر و کشت معمولاً لازم است. مهمترین تشخیص‌ها عبارتند از: آرتریت سپتیک، بیماری‌های کریستالی، گامی آرتریت روماتوئید و اسپوندیلوارتروپاتی‌ها.
 - **ب) منوآرتریت مزمن:** آرتریت سلی، آرتریت روماتوئید، اسپوندیلوارتروپاتی‌ها.
 - **پلی‌آرتریت حاد:** تب روماتیسمی حاد، شروع آرتریت روماتوئید، لوپوس و اسپوندیلوارتروپاتی‌ها.
 - **پلی‌آرتریت مزمن:** آرتریت روماتوئید، لوپوس، اسپوندیلوارتروپاتی‌ها
 - **آرتریت متناوب:** بیماری‌های کریستالی، بیماری‌های روماتیسم پالیندرومیک (Palindromic rheumatism).
- با در نظر گرفتن رویکرد فوق و همچنین درک درست از فرآیندهای پاتوفیزیولوژیک که زمینه شکایت عضلانی را فراهم می‌آورند، اکثریت قریب به اتفاق افراد می‌توان به تشخیص رسید. با این حال، برخی از بیمارهای روماتیسمی در شروع شبیه به هم بوده و لازم است ماهها صبر کنیم تا به تشخیص دقیق دست یابیم.

سرعت بهبود یابد. درد هنگام استراحت و دردی که در ابتدای فعالیت (بجای انتهای فعالیت) ایجاد شود، نشانه مشکل التهابی خواهد بود. درد شبانه علامت مهمی بوده و نشانه افزایش فشار داخل استخوانی و مشکلات مهم همراه مثل تکرور اولسکولار یا کلاپس استخوان مجاور یک مفصل دچار آرتریت است. درد استخوانی مداوم (شب و روز) نشانه تهاجم نئوپلاستیک است.

افتراق درد حاد از مزمن: آیا شروع درد حاد و برقی‌آسا یا آهسته و تدریجی بوده است؟ درد کمتر از ۶ هفته را درد حاد و بیش از ۶ هفته را مزمن می‌گویند. شروع حاد و برقی‌آسای درد در یک مفصل، نشانه آرتریت جزئی یا بیماری کریستالی است. آرتریت روماتوئید معمولاً شروعی تدریجی دارد. اکثر بیماری‌های روماتیسمی مزمن می‌شوند و بعضی تا آخر عمر همراه بیمار خواهند بود. ولی بعضی دیگر خودبخود خوب شده و مزمن نمی‌شوند (مثل تب روماتیسمی حاد).

شدت درد چقدر است؟ بعضی از پزشکان ترجیح می‌دهند که بیمار به شدت درد از یک تا ده امتیاز بدهد. در حالیکه، چنانچه بیمارهای درد بسیار شدید و غیرقابل تحمل شاکی باشد و در عین حال بتواند فعالیت‌های معمول را انجام دهد، می‌تواند نشان‌دهنده تاثیر مسائل عطفی در تشدید درد باشد. درد بسیار شدید (شدیدترین دردی که تجربه شده است) از علائم سینوویت‌های کریستالی و آرتریت سینتیک است. درد استئوآرتریت معمولاً شدت زیادی ندارد. **درگیری بصورت تک‌مفصلی یا چند مفصلی است؟** آرتریت جزئی و بیماری‌های کریستالی معمولاً به شکل تک‌مفصلی هستند در صورتی که آرتریت روماتوئید و لوپوس معمولاً چندمفصلی می‌باشند. هرچند آرتریت روماتوئید و اسپوندیلوارتروپاتی‌های سرونگاتیو نیز می‌توانند تک‌مفصلی باشند.

کدام مفاصل درگیر است؟ در بیماری‌های مختلف، بعضی مفاصل بیشتر و بعضی دیگر کمتر مبتلا می‌شوند. در آرتریت روماتوئید بیشتر مفاصل کوچک دست و پا (بجز DIP) درگیر می‌شوند، در صورتی که اسپوندیلوارتروپاتی‌ها بیشتر مفاصل بزرگ اندام تحتانی را مبتلا می‌کنند. در صورتی که مفاصل مجاری (ستون فقرات) درگیر باشد، از بیماری‌های روماتیسمی اسپوندیلوارتروپاتی‌های سرونگاتیو مطرح می‌شود.

لطفا به این مقاله از ۲۰ تا ۲۱ امتیاز دهید.
کدام مقاله: ۶۶۹
شماره پیامک مجله: ۳۰۰۰۷۸۳۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله
نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۶۹-۲۰

منابع:

۱. محمد حسن جوکار، معاینه فیزیکی سیستم ماستوکولواسکتال در بیماری‌های روماتیسمی. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد: ۱۳۸۷.
۲. جی ای بی داسیلوا، ای دی وی، رومانولوزی کاربرد. ترجمه: محمد حسن جوکار. کامپلا هانشر، رده. نهمه نوجم. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد: ۱۳۹۱.
3. Woolf AD. History and physical examination. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, et al. Rheumatology, 6th ed. Philadelphia, USA: Mosby; 2015. p.209-23.