

معاینه بالینی عمومی در بیماریهای

روماتیسمی

دکتر محمد حسن جوکار

معاینه بالینی عمومی

شیوع بیماریهای روماتیسمی در جمعیت عمومی، یک معاینه غربالگری روماتولوژیک را در هر بیمار موجه می‌سازد. در این فصل ما یک متدولوژی را برای معاینه کلی پیشنهاد می‌کنیم که شامل تمام اعضاء و سیستم‌ها، با یک ارزیابی کلی سیستم عضلانی اسکلتی می‌شود. ایده توالی پیشنهادی ترکیب صرفه جویی در زمان و تلاش با حداکثر حساسیت است. در روماتولوژی، این مطالعه کلی به عنوان یک روش غربالگری بوده و به کشف هر ناهنجاری مهم کمک می‌کند. ما استفاده از این روش را بطور سیستماتیک برای تمام بیماران، بدون توجه به علت مراجعه، پیشنهاد می‌کنیم.

این غربالگری عمومی با معاینه دقیق هر منطقه ای (معاینه منطقه ای) که در آن بیمار شکایات را ذکر کرده و یا ما اختلالاتی را کشف کرده ایم پیگیری می‌شود. معاینات منطقه ای در فصول بعدی، همراه با پاتولوژی‌هایی که در آن منطقه وجود دارد، توضیح داده می‌شوند.

ما احساس می‌کنیم که استفاده از یک روش کامل و استاندارد، برای تمام بیماران بدون استثناء لازم است. یک معاینه کامل تمام بیماران، بدون توجه به شکایات آنان و تشخیص احتمالی ما، اغلب باعث نمایان شدن سرنخ‌های غیر منتظره، تصحیح تفاسیر اشتباهی که ممکن است در طی پرسش از بیمار ممکن است رخ دهد، شده و یک تصویر کلی از بیمار را به ما می‌دهد که برای یک تشخیص صحیح و بعد انتخاب درمان اساسی است.

معنی این روش این است که، در بیشتر اوقات معاینه کاملاً طبیعی خواهد بود. ما معتقدیم که این یکی از با ارزش ترین ویژگی‌های این روش است. فقط با دانستن اینکه دقیقاً چه چیزهایی طبیعی است قادر خواهیم بود که کوچکترین مسائل غیر طبیعی را کشف کنیم. اگر ما فقط فرض کنیم که چیزی در پرس و جو ذکر نشده است طبیعی است، مرتکب اشتباه می‌شویم.

لطفاً نقاد این روش بوده، آن را با نیازها و گرایش بالینی خود تطبیق داده و روش خود را خلق کنید. مسئله مهم این است که یک روش سیستماتیک خوب داشته باشید.

قبل از معاینه هر بیمار ممکن است نوشتن عناوین زیر در یادداشت های بالینی شما مفید باشد.

<ul style="list-style-type: none">• مخاط• تیروئید• سمع ریه• اندام های تحتانی• عضلانی اسکلتی	<ul style="list-style-type: none">• پوست• لنفادنوپاتی• سمع قلب• شکم• فشار خون
---	---

اگر پرسش از بیمار هر گونه جنبه های بالقوه مربوطه دیگر را نشان دهد آنها را نیز در فهرست عناوین بنویسید ،
مثلا معاینه عصبی، معاینه شبکیه، معاینه کمر، معاینه رکتوم، علامت تینل، معاینه شانه، نقاط حساس فیبرومیالژی
و غیره.

با انجام این کار، از جا گذاشتن چیز های مهم جلوگیری می کنید. پس از مشاهده بیمار، جواب هر پرسش را
نوشته و هر یافته مرتبط دیگر را اضافه کنید. در صورت امکان معاینه بیمار باید به همان صورت سازمان یافته،
جهت دار باشد و بدین صورت این کار بطور خودکار در می آید.

در زیر روش و ترتیب پیشنهادی برای معاینه بالینی کلی توضیح داده می شود.

از بیمار بخواهید که در زمان معاینه فقط لباس زیر داشته باشد.

قسمت اول

از بیمار بخواهید که بطور مستقیم چند قدم به جلو رفته و سپس برگردد. به سهولت، قرینه بودن، و هماهنگی در
حرکات نگاه کنید. اگر راه رفتن ضد درد داشت از وی بخواهید که محل درد، ممکن است سرنخی برای معاینه
بدهد، را نشان دهد.

اگر پرس و جو احتمال ضایعات عصبی اندام های تحتانی یا ابتلاء ستون فقرات کمری را نشان دهد از بیمار بخواهید که ابتدا روی پاشنه و بعد روی انگشتان پا راه برود. با این کار سلامت ریشه های L5 و S1 را می توان ارزیابی کرد. شما همچنین می توانید از بیمار بخواهید که بدون استفاده از دست ها نشسته و برخیزد. این کار می تواند به ارزیابی قدرت عضلات پروگزیمال اندام های تحتانی و همچنین حرکات هیپ و زانو ها کمک کند. ویزیت را ادامه می دهیم در حالیکه بیمار پشت به ما و در حالیکه پاها و شانه در یک خط است، ایستاده است. در این حالت، از بیمار بخواهید که هر گونه درد و مشکلی را در طی حرکات خاص ذکر کند. در این وضعیت، می توانید از این نظرها بیمار را معاینه کنید.

- تراز و چیدمان ستون فقرات- ناهنجاری در انحناهای طبیعی ستون فقرات در جهت فرونتال و ساژیتال.
- همتراز بودن شانه ها و لگن- گذاشتن انگشتان اشاره روی شانه ها و سپس روی تیغه ای ایلیاک برای این کار کمک کننده است (شکل 1). لگن ناهمتر از نشانه غیر قرینگی اندام های تحتانی است، که بطور شایعی با اسکولیوز و درد پشت همراه است.
- موقعیت مفاصل هیپ و زانو- اکستانسیون کامل، تغییر شکل فلکسیون ثابت، هیپراکستانسیون زانوها، انحراف به خارج (واروس) و به داخل (والگوس).



تصویر 1 همترازی شانه ها و لگن. برای اثبات همترازی گذاشتن انگشتان اشاره روی شانه ها و تیغه های ایلیاک کمک کننده است

- مشاهده پوست قابل رویت شامل پوست سر

- لمس غده تیروئید
- لمس گانگلیونهای ساب ماندیبولار، ساب منتال، قدامی و خلفی گردن و فوق ترقوه.
- حرکات ستون فقرات گردنی- از بیمار بخواهید که با گوش راست شانه راست و با گوش چپ شانه چپ را لمس کند. سپس چانه را تا حد ممکن به یک طرف و سپس طرف دیگر بچرخاند. حالا کنار بیمار ایستاده و از وی بخواهید که چانه را به قفسه صدري بچسباند (ارزیابی فلکسیون گردن). و سپس به سمت بالا به سقف نگاه کند.

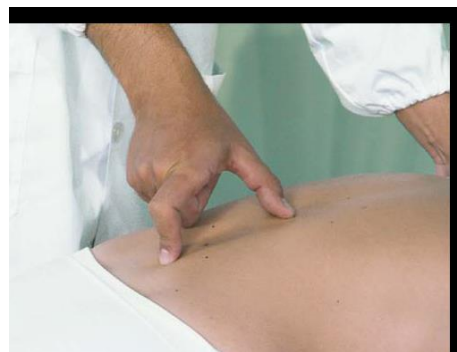


تصویر 2 ارزیابی حرکات ستون فقرات گردنی

- **حرکات ستون فقرات کمری-** دو تا از انگشتان خود را را روی زائده خاری L4 (بلافاصله بالای خطی که تیغه های ایلیاک را بهم وصل می کند) و L2 گذاشته و از بیمار بخواهید در حالیکه زانوها صاف است به جلو

خم شده و سعی کند با انگشتان زمین را لمس کند (شکل 3). فاصله بین انگشتانتان نشان دهنده میزان فلکسیون ستون فقرات کمری است.

سپس بیمار تا حد امکان به عقب و بعد به طرفین خم می شود. به بیمار اجازه ندهید که در طی انجام این حرکات زانوهایش را خم کند تا محل حرکت نامشخص نباشد.



تصویر 3 ارزیابی فلکسیون ستون فقرات کمری. جدا شدن انگشتان معاینه کننده از هم نشانه درجه فلکسیون است.

قسمت دوم

در این قسمت، بیمار آرام ایستاده و ما از جلو وی را مورد مشاهده قرار می دهیم.

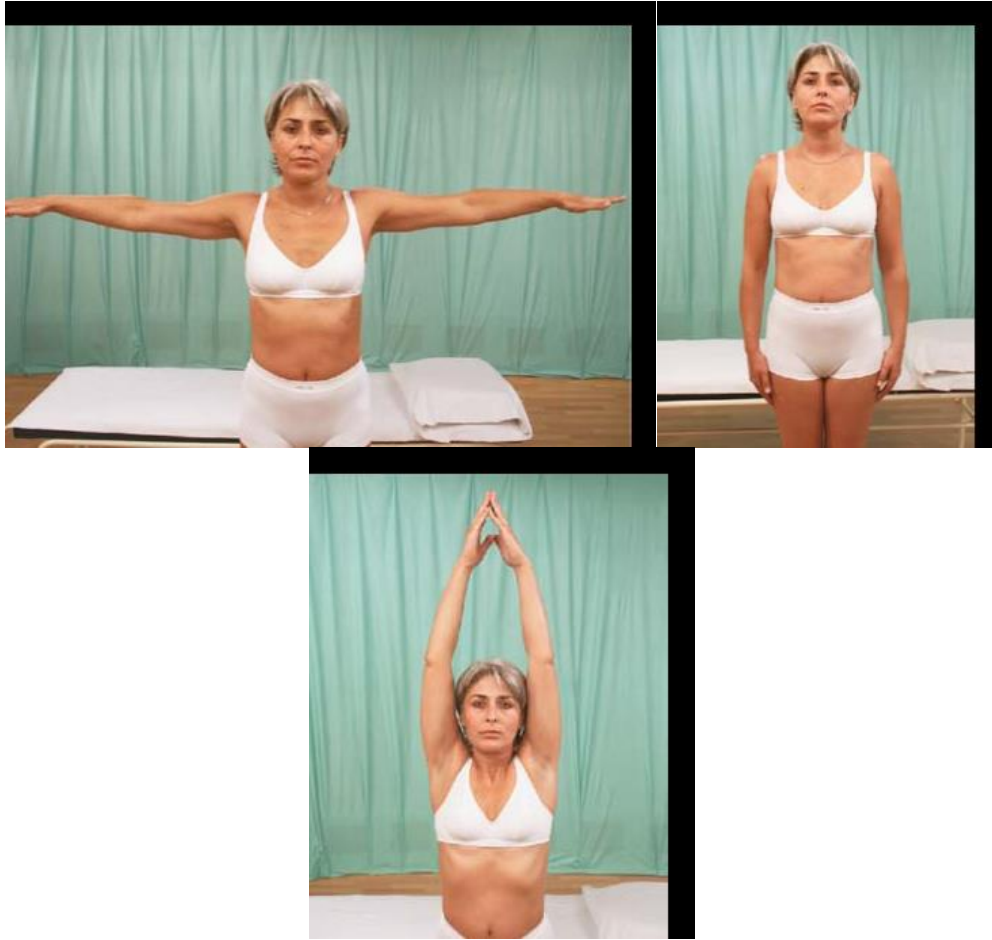
پوست- با توجه ویژه به مناطقی که معمولاً در معرض آفتاب هستند.

رنگ و هیدراتاسیون ملتحمه

مخاط دهان و دندانه‌ها- سوء ظن به بیماریهای نسج همبند یا بیماری بهجت، نگاه دقیق تری را می طلبد.

حرکات شانه ها و آرنجها

ما پیشنهاد می کنیم که شما حرکات زیر را انجام داده، و از بیمار بخواهید که آنها را تکرار کرده و در صورت درد و یا هر گونه مشکلی به شما اطلاع دهد.



تصویر 4 ارزیابی اکستانسیون آرنج و ابداکسیون شانه

بازوها در کنار بدن شل و آویزان و کف دست ها بطرف رانها باشد. بازوها در جهت ابداکسیون، در کنار بدن، تا 90 درجه بالا آورده شود، بازوها را در اکستانسیون نگهدارید (تصویر 4).

حالا کف دست ها را بطرف بالا چرخانده و ابداکسیون بازوها را تا 180 درجه، بالای سر، ادامه دهید. آرنجها در حالت اکستانسیون باقی بمانند.

در انتهای این حرکت، آرنج ها را خم کرده و با کف دستها ستون فقرات پشتی- گردنی، تا حد امکان زیر گردن راه، لمس کنید (تصویر 5)

سپس بازوها را پایین آورده و ناحیه پشتی- کمری راه، تا حد ممکن ناحیه بالاتری راه، با پشت دست لمس کنید (تصویر 5).



تصویر 5 ارزیابی کلی حرکات مفاصل شانه، آرنج و رادیوولنار. A. شانه: ابداکسیون و چرخش به خارج. آرنج: فلکسیون. مفاصل رادیوولنار: سوپیناسیون. B. شانه: ادداکسیون و چرخش به داخل. آرنج: فلکسیون. مفاصل رادیوولنار: پروناسیون

چگونه این حرکات را تفسیر کنیم؟

این مانورها دامنه حرکتی مفاصل شانه، آرنج و رادیوولنار فوقانی و تحتانی را ارزیابی می کنند. این حرکات را خودتان امتحان کنید.

وقتی که کف دستها پشت را لمس کرد، شانه در ابداکسیون و چرخش به خارج کامل است. آرنج در فلکسیون کامل و دست در سوپیناسیون است (حرکتی که به مفاصل رادیوولنار وابسته است).

برای لمس ناحیه کمری با پشت دستها، شانه ها در ادداکسیون و چرخش به داخل کامل، آرنج ها در فلکسیون و دست ها در پروناسیون کامل است. اکستانسیون کامل آرنجها، در حرکات حد واسط دیده می شود.

تنها چیزی که باقی می ماند فلکسیون شانه (بالا بردن قدامی) است. ولی در صورتی طبیعی بودن دیگر حرکات، اختلال در فلکسیون خیلی نادر است. اگر بیمار از درد شانه شاکی باشد، معاینه دقیق تر این ناحیه ضروری است حتی اگر معاینه شانه طبیعی باشد.

این معاینه این مزیت را نیز دارد که حرکاتی که اهمیت کاربردی زیادی دارند مورد مشاهده قرار میگیرند. مثلا این حرکات را برای شستشو نیاز داریم.

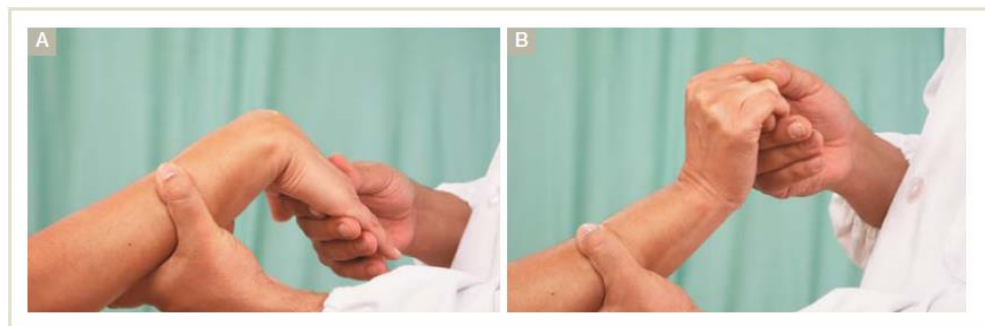
چرا بجای اینکه این حرکات را بطور غیر فعال انجام دهیم از بیمار می خواهیم که حرکات ما را تکرار کند. پری آرتريت در ناحیه شانه و آرنج خیلی شایعتر از آرتريت ها هستند . یکی از خصوصیات این نوع پاتولوژی این است که حرکات فعال نسبت به غیر فعال بسیار دردناک تر است. مثلا بیمار مبتلا به بورسیت ساب آکرومیال وقتی کاملا شل باشد ممکن است در ابداکسیون غیرفعال شانه دردی نداشته باشد ولی ابداکسیون فعال بندرت بدون درد است چون ساختمانها را تحت تنش قرار می دهد. بنابراین با حرکات فعال اندام های فوقانی نسبت به حرکات غیر فعال با احتمال بیشتری می توان این اختلالات را کشف کرد.

قسمت سوم

اینک از بیمار خواسته می شود که در مقابل معاینه کننده بنشیند.

معاینه مچ دست ها و دست ها

- نگاه - نگاه از نظر تغییر شکلها، انحراف ها، تغییر در رنگ، و حالت طبیعی پوست، ناخن و آتروفی عضلانی
- حرکات غیر فعال - بطور غیر فعال مچ دست بیمار را فلکسیون و اکستانسیون کامل بدهید (شکل 6)



شکل 6 ارزیابی کلی حرکات مچ دست. A فلکسیون، B اکستانسیون

- **لمس کلی مفاصل:** مفاصل متاکارپوفالانژیال، بین انگشتی پروگزیمال و دیستال بصورت عرضی از نظر ایجاد درد لمس می شوند (شکل 7).



تصویر 7 فشردن مفاصل متاکارپوفالانژیال، بین انگشتی پروگزیمال و دیستال. معاینه عمومی

- **حرکات فعال** - در نهایت از بیمار بخواهید که انگشتان را خم کرده و سپس اکستانسیون بدهد و از نظر محدودیت و ماشه ای بودن دقت نمایید.

اگر ناهنجاریهایی مشاهده شد، باید مچ دست ها و دست ها را دقیقتر معاینه نماییم. در صورتی که در طی سوال و جواب، بیمار هر گونه شکایتی از این ناحیه داشته باشد باید به همین صورت رفتار کرد، حتی اگر در غربالگری مشکلی نداشته باشد. دست ها می توانند مقدار فوق العاده ای اطلاعات را در ارتباط با بیماریهای روماتیسمی به ما بدهند.

حرکات ستون فقرات پشتی

از بیمار بخواهید که بازوها را خم کرده و روی سینه گذاشته، لگن را بی حرکت نگه داشته، شانه ها را به یک طرف و سپس به طرف دیگر بچرخاند. این حرکت وابسته به ستون فقرات پشتی بوده و اجازه کشف هر گونه درد و محدودیت حرکتی را می دهد.

سمع قلب و ریه

سپس قلب و ریه را به صورت یک اقدام عادی سمع می کنیم. اگر پرسش از بیمار و سمع ناهنجاری را نشان داد، معاینه قلبی ریوی ما بطور طبیعی شامل لمس، دق و غیره نیز می شود.

در این مرحله در حالیکه بیمار به پش خوابیده است شکم و اندام های تحتانی را لمس می کنیم.

معاینه شکم

وضعیت ایده آل برای معاینه استاندارد شکم این است که بیمار در حالت شل به پشت بخوابد و زانوها را خم کند.

معاینه اندام های تحتانی

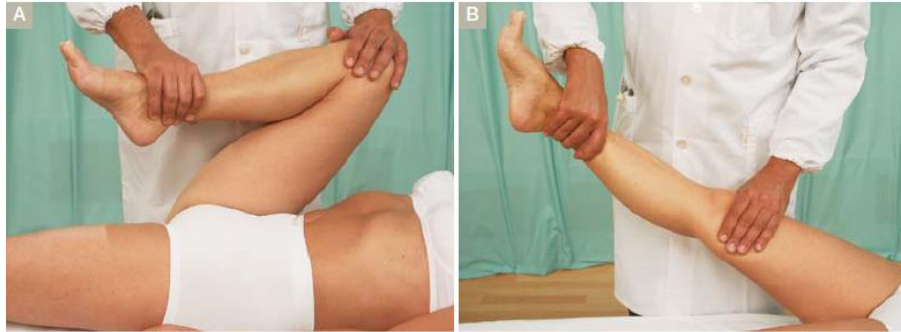
حالا از بیمار می خواهیم که اندام های تحتانی را اکستانسیون داده و شل کند. تمام حرکات زیر بصورت غیر فعال انجام شده و بیمار باید در حالت شل باقی مانده و هر گونه درد و مشکلی را به ما گزارش دهد.

- **نگاه کلی** - ما ابتدا تمامیت رانها و قسمت های تحتانی اندام های تحتانی را ارزیابی کرده، و وجود ذوب عضلانی، تغییر شکل مفصلی و تغییرات پوست و ناخن را بررسی می کنیم. در حالیکه بیمار استراحت می کند سطح خلفی زانوها باید در تماس با تخت معاینه باشد. اگر این تماس وجود نداشته باشد باید احتمال وجود محدودیت در اکستانسیون را بررسی کنیم.
- **کشش عصب سیاتیک** - اگر پرس و جوی ما پیشنهاد کننده تحت فشار بودن ریشه های عصبی کمری باشد می توانیم برای کشش عصب سیاتیک (ریشه های L5 و S1) اندام تحتانی را، در حالیکه زانو در اکستانسیون است، بالا بیاوریم (تصویر 8). در صورتی تست مثبت است که درد از ناحیه کمری به پایین در خلف ران و ساق انتشار یابد و در این صورت معاینه عصبی دقیق تری لازم است.



تصویر 8 آزمون کشش عصب سیاتیک: بالا بردن غیر فعال اندام تحتانی در حالیکه زانو در اکستانسیون است.

- **حرکات مفصل هیپ -** یک دست را روی زانوی بیمار گذاشته و با دست دیگر یک سوم تحتانی ساق را بگیرید. تمام حرکات در هر دو طرف انجام شود. بصورت قرینه ارزیابی کردن همیشه مهم است.
- **فلکسیون و اکستانسیون:** در حالیکه بیمار کاملاً شل است فلکسیون کامل زانو و هیپ انجام داده و سپس اکستانسیون انجام بدهید. این حرکات را در طرف مقابل تکرار کنید (شکل 9). هیپ باید تا حدود 120 درجه روی لگن خم شود. در طی این حرکت، به ران طرف مقابل نگاه نگاه کنید. بیمار باید با اکستانسیون مفصل هیپ زانوی مقابل را در تماس با تخت نگهدارد. وقتی که شما فلکسیون هیپ راست می دهید در صورتی که زانوی چپ بالا بیاید، نشانه محدودیت در اکستانسیون هیپ چپ خواهد بود (تست توماس). (تصویر 10) در این آزمون حداکثر اکستانسیون سنجیده نمی شود. ولی تحرک کافی بیمار برای راه رفتن را نشان می دهد.



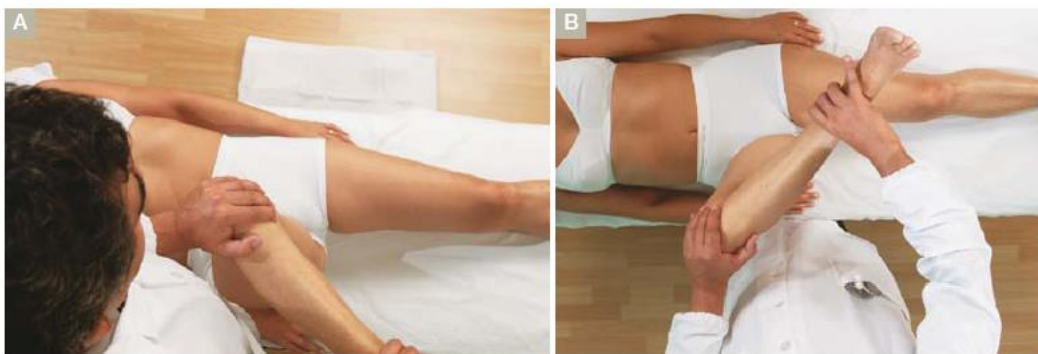
تصویر 9 A: فلکسیون هیپ و زانو B: اکستانسیون زانو



تست 10 آزمون توماس: بالا رفتن ساده اکستانسیون هیپ طرف مقابل

- چرخش به داخل و خارج: حالا مفصل هیپ را تا 90 درجه خم کنید در حالیکه زانو را نیز در فلکسیون 90 درجه نگه می دارید سپس چرخش به داخل (پا به سمت خارج می چرخد شکل، طبیعی حدود 30 درجه، شکل A 11) و چرخش به خارج مفصل هیپ (پا به سمت داخل می چرخد، طبیعی حدود 60 درجه، شکل B 11) بدهید. این حرکات در استئوآرتریت هیپ خیلی زود، گاهی قبل از بروز درد خود بخودی، محدود می شوند.

○ **نزدیک کردن و دور کردن** : حالا یک سوم تحتانی ساق را در وضعیت خنثی، در حالیکه زانو در کستانسیون است، نگهدارید. دست دیگر را روی تیغه ایلیاک مقابل گذاشته تا هر گونه حرکت لگن را کشف کنید.¹ سپس اندام را بطور غیر فعال به سمت ابداکسیون کامل (حرکت به سمت خارج، حدود 45 درجه، شکل A 12) و ادداکسیون کامل (از روی اندام دیگر عبور دهید، حدود 30 درجه، شکل 12AB) حرکت دهید.



شکل 11 ارزیابی حرکات هیپ A: چرخش به داخل B: چرخش به خارج



شکل 12 ارزیابی حرکات هیپ A: دور کردن B: نزدیک کردن

○ **حرکات زانو** - همان زمانی که مفصل هیپ فلکسیون و اکستانسیون داده می شود، زانو را بطور کامل خم کرده (طبیعی حدود 130 درجه) و سپس اکستانسیون کامل (بطور طبیعی 0 تا 10- درجه) بدهید. با انجام این کار دامنه حرکتی و درد را ارزیابی می کنیم. دستی که روی زانو است وجود کریپیتاسیون

¹ در موقع انجام حرکت نزدیک و دور کردن هیپ، لگن به همانطرف حرکت می کند. این حرکت لگن ظاهراً دامنه حرکتی اندام تحتانی را افزایش می دهد ولی نباید به حساب مفصل هیپ گذاشته شود.

(احساس اصطکاک خشن) و snapping را در مفصل بررسی می کند. تکرار فلکسیون و اکستاسیون هیپ برای چند بار مفید است. سپس این حرکات در طرف مقابل انجام می شود.

○ حرکات میچ پا و پا- در حالیکه بیمار در همان وضعیت قبلی است. از وی بخواهید تا حد ممکن میچ پاها و پاها را فلکسیون و اکستاسیون بدهد (شکل 13). این کار اجازه ارزیابی کلی حرکات مفاصل تیبیوتالار و تارسال و همچنین مفاصل کوچک انگشتان پاها را می دهد. سپس از او بخواهید که پاها را به داخل (اینورژن) و خارج (اورژن) بچرخاند (شکل C و D 14). این حرکات مربوط به مفاصل ساب تالار، تارسال میانی و تاروماتاتارسال، که محل شایعی برای استئوآرتریت و بیماریهای التهابی است، می باشد.

اگر در هر کدام از این حرکات درد و محدودیت وجود داشت، باید محل مبتلا را دقیق تر بررسی کنیم.

اگر اندیکاسیون داشته باشد می توانیم علامت گوده گذار (godet) را از نظر بررسی ادم در اندام های تحتانی

بررسی کنیم.



تصویر 13 بررسی خلاصه حرکات مچ پا و پا. A: فلکسیون B: اکستانسیون C: اینورژن D: اورژن

نهایتاً، در حالیکه بیمار به پشت خوابیده است، در صورت لزوم این فرصت را دارید که مفاصل ساکروایلیاک را معاینه کرده و یک معاینه عصبی انجام دهید. در تجربه ما، این کار برای تمام بیماران لازم یا سازنده نیست. در صورتی که ستون فقرات کمری و پشتی نیاز به توجه بیشتری داشته باشند، ما از بیمار می خواهیم که برای یک معاینه موضعی کامل به شکم بخوابد.

قسمت پنجم

اگر پرسش از بیمار یک سندروم درد منتشر را پیشنهاد کرد، حالا زمان ایده آل برای بررسی نقاط حساس فیبرومیالژی است در حالیکه بیمار پشت به ما ایستاده است این کار را انجام می دهیم. ما در ابتدا این کار را انجام

نمی‌دهیم، چون تشخیص فیبرومیالژی با رد سایر علل است، و زمانی باید این تشخیص را مدنظر داشت که معاینه عضلانی اسکلتی عمومی نتوانست به تغییرات عینی که توجیه‌کننده شکایات باشد دست یابد.

در ضمن باید قد و وزن بیمار را نیز اندازه‌گیری کنیم.

معاینات موضعی و منطقه‌ای، که لزوم آنها بعد از پرسش از بیمار یا معاینه بالینی اثبات شد، همانطور که خواهید دید در این توالی به راحتی قابل انجام است.

بعد از عبور از این مراحل، در حالیکه ما مشغول یادداشت کردن و فکر کردن به این یادداشت‌ها هستیم می‌توانیم از بیمار بخواهیم که لباس بپوشد.