

مچ دست و دست

مترجم دكتور محمد حسن جوکار

(از کتاب Rheumatology in Practice)

درد مچ دست و دست

مچ دست و دست منبع بی نهایت ارزشمندی از اطلاعات پزشکی می باشند. این مناطق، اغلب محلی برای بیماری های موضعی است. حتی مهمتر از این، بهر حال، دست ها شواهد مهم و اغلب تشخیصی در تعدادی از بیماریهای روماتیسمی فراهم می آورند. به این دلایل، باید در معاینه بالینی این ناحیه استاد شد. "دست کارت ویزیت بیمار روماتولوژی است".

آناتومی کاربردی

مچ و دست یک واحد ساختمانی پیچیده را ایجاد می کند. اگر چه پزشک لازم نیست جزئیات آناتومی این ناحیه را بطور کامل بداند ولی لازم است با بعضی از جنبه های پایه ای آشنا باشد. مچ از چند مفصل تشکیل شده است:

1. مفصل رادیوکارپال. که برای فلکسیون - اکستنسیون و ابداکسیون - ادداکسیون استفاده می

شود

2. مفصل رادیو اولنار تحتانی. که در سوپیناسیون و پروناسیون ساعد دخالت دارد.

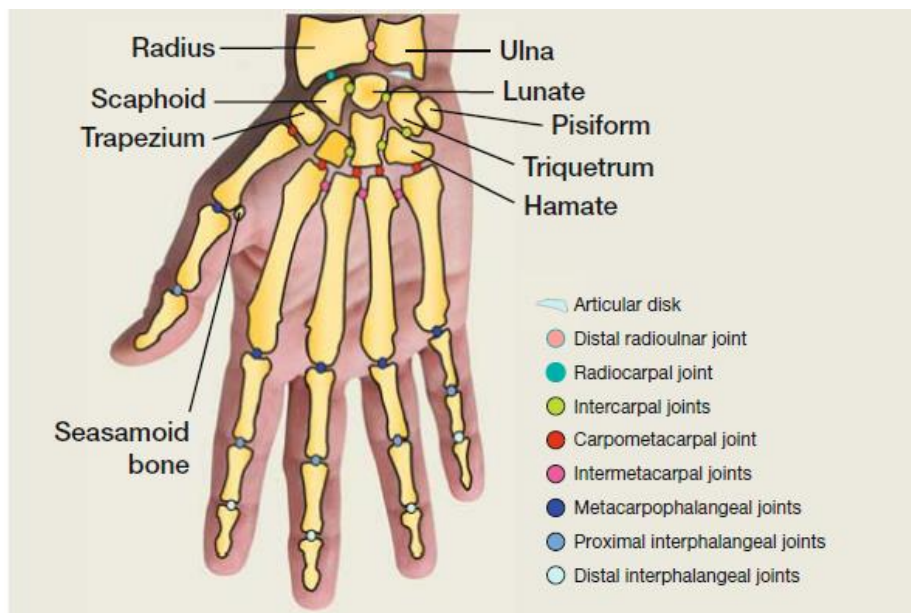
3. مفاصل اینترکارپال و کارپومتاکارپال. در حرکات مچ دست بخصوص در طی فلکسیون قدرتی

دخالت دارند. حفره سینوویال مفصل رادیو اولنار تحتانی مستقل از مفصل رادیوکارپال است.

بقیه مفاصل با یکدیگر ارتباط دارند (بجز مفصل کارپومتاکارپال اول).

مچ دست دارای 8 استخوان در دو ردیف است. بین این استخوانها مفاصل متعددی وجود دارد. استخوانها توسط رباط های متعددی ثابت می شوند. مچ، از طریق مفصل رادیوکارپال، در قسمت خارجی با انتهای تحتانی رادیوس متصل شده و در قسمت داخل با یک دیسک مفصلی (رباط سه گوش مچ)، که رادیوس را از انتهای دیستا اولنا، جدا می کند، متصل می گردد.

ردیف دوم استخوانهای مچ با انتهای پروگزیمال متاکارپ ها مفصل تشکیل می دهند. مفاصل کارپومتاکارپال 2 و 3 نسبتا بی حرکت بوده و اگر چه می توانند محل پاتولوژی ها باشند (مثلا در آرتریت روماتوئید)، ولی به تنهایی قابل معاینه نمی باشند. مفاصل کارپومتاکارپال 4 و 5 دارای کمی فلکسیون می باشند. در بیشتر مردم مفاصل رادیوکارپال تحتانی، اینترکارپال و کارپومتاکارپال (دوم تا پنجم)، توسط حفره سینوویال مشترک بهم متصل می شوند. بدین صورت ابتلا تمام این مفاصل در صورت ابتلا مچ در جریان آرتریت روماتوئید قابل توجه است.



تصویر 10-1 استخوانها و مفاصل مچ و دست

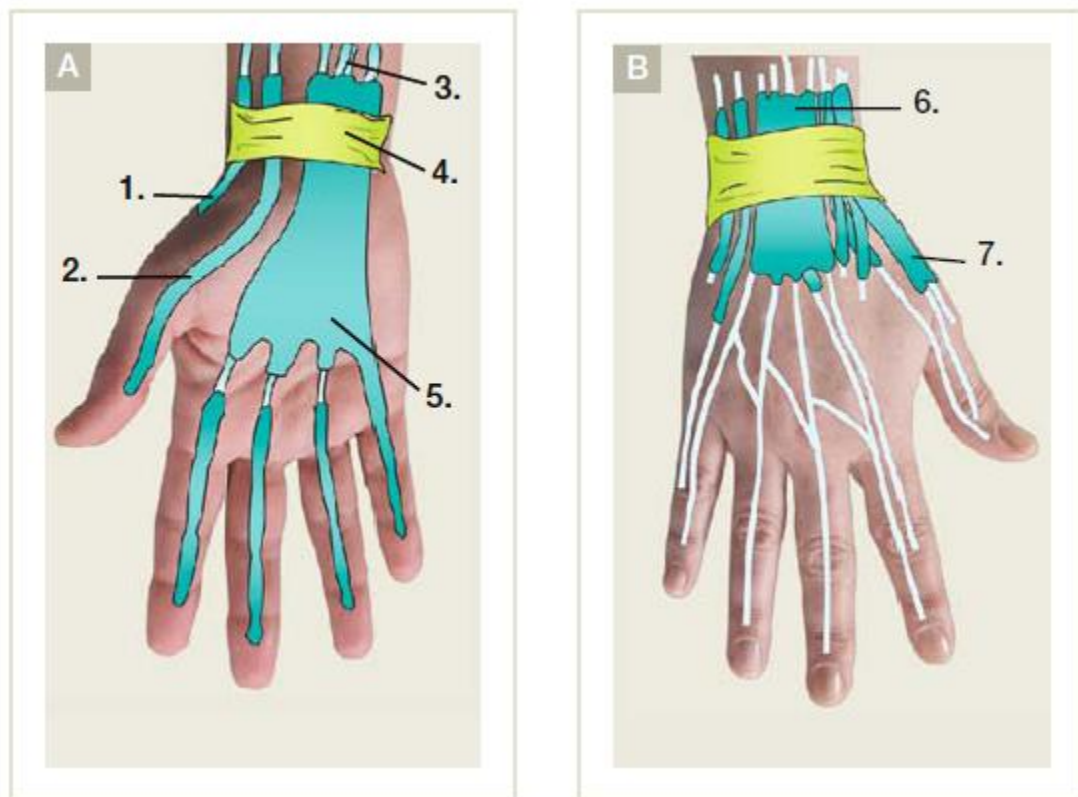
اولین مفصل کارپومتاکارپال، که تراپیوم را به انتهای پروگزیمال اولین متاکارپ وصل می کند (مفصل کارپومتاکارپال اول یا مفصل تراپیومتاکارپال)، بخصوص مهم است. این مفصل دارای حفره و کپسول مفصلی مستقل است. این مفصل بسیار متحرک (فلکسون/اکستانسیون و اداکسیون/ابداکسیون) بوده و نقش مهمی در عملکرد کلی دست انسان، با اجازه دادن به تقابل شست با دیگر انگشتان، دارد. اولین مفصل کارپومتاکارپال اغلب محلی برای استئوآرتریت بوده و سزاوار توجه ویژه در زمان معاینه دست است.

پنج مفصل متاکارپوفالانژیال (MCP) مستقل بوده و مسئول اساسی فلکسیون (90 درجه) و اکستانسیون (تا 10- درجه) همراه با کمی اداکسیون و اداکسیون است. تحرک اولین مفصل متاکارپوفالانژیال (MCP1)، با دو استخوان کنجی در سطح کف دستی، محدودیت بیشتری داشته، و فلکسیون آن بیش از 30 درجه نمی باشد. ساختمان مفاصل بین انگشتی پروگزیمال (PIP) شبیه مفصل MCP است و فقط اجازه فلکسیون (90-100 درجه) با صفر درجه اکستانسیون را می دهد. دامنه اکستانسیون مفصل بین انگشتی شست بیشتر (60-45 درجه) است در صورتی که فلکسیون (90-80 درجه) محدودتر است.

4 مفصل بین انگشتی دیستال (DIP، از انگشت حلقه تا انگشت کوچک) با فلکسیون تا 90 درجه و اکستانسیون صفر تا 10- درجه وجود دارد.

در شرایط طبیعی، بخش های هر یک از انگشت در امتداد یک محور قرار دارد و در حالت استراحت محور آنها نسبت به محور مچ کمی بطرف رادیوس است. در فلکسیون کامل و قدرتی نوک انگشتان با هم در تماس بوده و محکم به کف دست فشار می دهند. حرکات مچ و انگشتان وابسته به تعداد زیادی عضله است که هومروس و استخوانهای ساعد را به انگشتان وصل می کنند. از نظر عملکردی، این عضلات را می توانیم به سه گروه تقسیم کنیم: 1) فلکسورهای انگشتان که در سطح کف دستی و 2) اکستانسورها که در سطح پشتی مچ و دست قرار گرفته اند. و 3) تاندونهای اداکتور بلند و اکستانسور کوتاه شست، از سطح خارجی مچ می گذرند. این عضلات با وسطه تاندونهای بلندی که توسط غلاف سینوویال پوشیده می شوند، به انگشتان می چسبند. از آنجائیکه این تاندونها اغلب در جریان فرآیندهای التهابی درگیر می شوند لذا شایسته توجه ویژه می باشند.

در سطح کف دستی، در قسمت خارجی تاندون فلکسور بلند شست توسط یک غلاف مستقل، که از دیستال ساعد تا مفصل بین انگشتی اول ادامه دارد، پوشیده می شود. در بیشتر افراد، بقیه فلکسورها دارای یک غلاف مشترک می باشند که تا مفصل بین انگشتی دیستال در انگشت کوچک امتداد دارد ولی در تاندونهای بقیه انگشتان در کف دست خاتمه می یابد. فلکسورهای انگشتان اشاره، میانی و حلقه از کف دست تا DIP دارای غلاف های جداگانه ای هستند (شکل 2-10). غلاف های تاندونی با مفاصل زیرین خود ارتباطی ندارند.



شکل 2-10 غلاف تاندونی عضلات مچ و دست.
 A تاندون های فلکسور. 1- فلکسور کارپی رادیالیس 2- فلکسور بلند شست 3- فلکسورهای سطحی و عمقی انگشتان 4- فلکسور رتیناکولوم 5- غلاف مشترک فلکسورها
 B تاندون های اکستانسور. 6- غلاف تاندونی اکستانسورهای مچ و دست. 7- غلاف مشترک تاندونهای باز کننده کوتاه شست و دور کننده بلند شست

غلاف تاندونهای اکستانسورها متعددتر (معمولا 6 عدد) بوده و تنوع بیشتری دارند (شکل A 2-10). ارزش دارد که غلاف مشترک تاندونهای باز کننده کوتاه شست و دور کننده بلند شست را بیاد آوریم. این غلاف از

سطح خارجی مچ عبور کرده، ضلع قدامی انفیه دان تشریحی را تشکیل میدهد. التهاب این غلاف سینوویال تنوسینوویت دکرون نامیده می شود. اکستانسور رتیناکولوم مچ یک نوار فیبروز روی غلاف تاندونهای اکستانسور ایجاد کرده، آنها را محکم بهم می بندد. لذا بطور شایعی تنوسینوویت اکستانسورها بصورت تورمی شبیه ساعت شنی در می آید (شکل 3-10)



شکل 3-10 تنوسینوویت تاندونهای اکستانسورها در مچ ممکن است بصورت تورمی به شکل ساعت شنی باشد که علت آن اثر اکستانسور رتیناکولوم است.

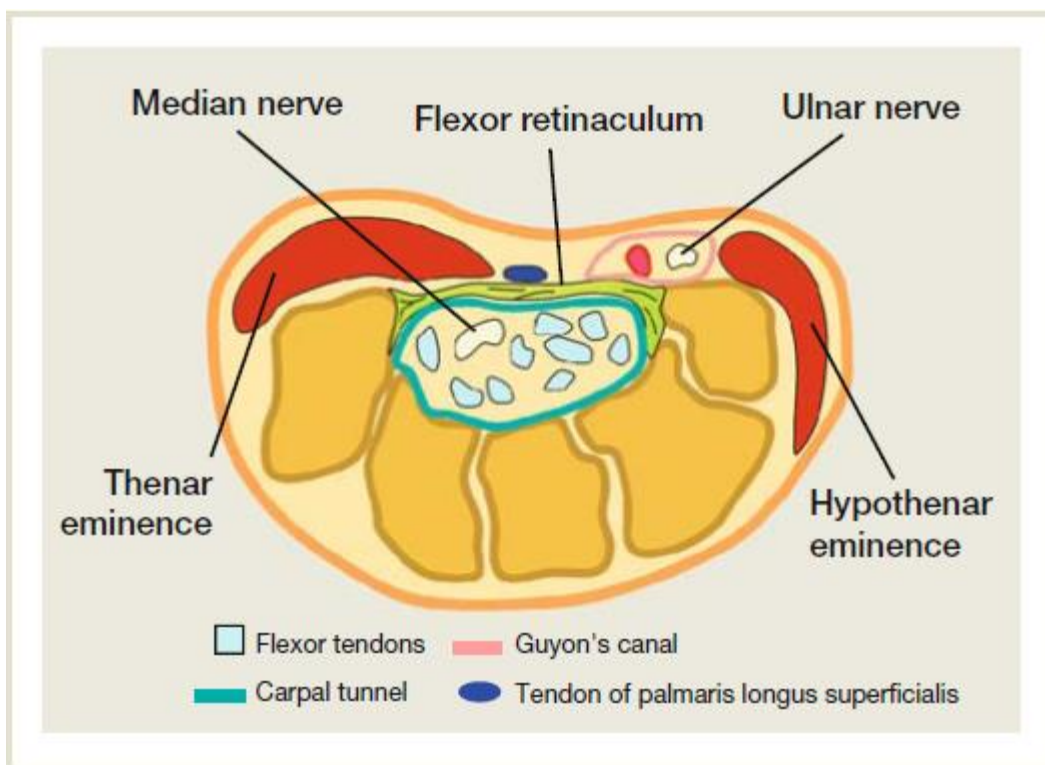
در بین متاکارپ ها عضلات داخلی دست (لومبریکال ها و بین استخوانی ها) قرار گرفت است. این عضلات فلکسیون مفاصل متاکارپوفالانژیال را تقویت می کنند. آتروفی این عضلات در بیماران مبتلا به آرتریت مزمن و بیماران مبتلا به نوروپاتی شایع بوده و با معاینه بالینی قابل کشف است.

دست توسط اعصاب مدیان، اولنا و رادیال عصب دهی می شود. عصب رادیال عضلات اکستانسور مچ و انگشتان را عصب داده و مسئول حس نیمه خارجی پشت دست و بیشتر سطح پشتی شست و انگشتان اشاره و میانی است (شکل 9-10). اعصاب مدیان و اولنا عضلات فلکسور مچ و انگشتان را عصب می دهند. عصب مدیان حس

سطح کف دستی شست تا انگشت میانی و نیمه خارجی انگشت حلقه و ناحیه مربوطه کف دست را تامین می کند. مناطق حسی مربوط به اولنا شامل انگشت کوچک، نیمه داخلی انگشت حلقه، و نواحی مربوطه از کف دست (در سطح کف دستی و پشت دستی) می باشد. باید بیاد داشت که، بهرحال، که تنوع زیادی در این توزیع عصب دهی وجود دارد.



تصویر 4-10 عصب دهی حسی دست. M: عصب مدیان U: عصب اولنار R: عصب رادیال



تصویر 5-10 تونل کارپ و تونل اولنار (کانال گویان)

عصب مدیان از طریق کانال کارپ به دست می رسد. کانال کارپ یک ساختمان استخوانی-وتری غیر قابل اتساع است که در خلف از استخوانها و مفاصل مچ و کپسول آنها (یک شکل مقعر را می سازند) تشکیل شده، و در قدام توسط توسط فلکسور رتیناکولوم محدود می شود. در داخل این کانال تمام تاندونهای فلکسور و غلاف آنها، و عصب، شریان و ورید مدیان قرار دارد (شکل 5-10). طبعاً، التهاب در سنوویوم مفاصل و غلاف های تاندونی، تغییرات فیبروز، تغییر شکل های استخوانی یا احتباس آب در این ناحیه، می تواند منجر به فشار روی عصب مدیان و در نتیجه اختلال عملکردی آن گردد. و به این صورت سندروم تونل کارپ ایجاد می گردد. عصب اولنار از قدام رتیناکولوم و خارج پیسیفورم از داخل کانال خودش (کانال گویان)، که ممکن است در آن تحت فشار قرار گیرد، عبور می کند.

آناتومی رادیولوژیک

در رادیوگرافی مچ و دست‌ها (شکل 6-10) تمام مفاصل از مچ تا DIP ارزیابی کرده و در طول هر ردیف مفصلی حرکت کنید. به اندازه و منظم بودن فضای مفصلی و استئوپنی دور مفصلی یا اسکروز زیر غضروفی توجه نمایید. از نظر وجود هر گونه تورم و کلسیفیکاسیون نسج نرم دقت نمایید. در صورت شک، با طرف مقابل مقایسه کنید.

در شرایط طبیعی کناره استخوانها هم در داخل و هم در بیرون مفصلی منظم بوده و دارای کورتکس با محدود کاملاً مشخص می‌باشند. به هر گونه کلسیفیکاسیون در لیگمان سه گوش مچ و لبه مفاصل دقت کنید. از نظر خوردگی (بخصوص در زائده استیلوئید اولنا، مفاصل MCP و PIP) و استئوفیت (بیشتر در اولین CMC، مفاصل PIP و DIP) جستجو کنید. در نمای مایل (شکل 7-10) گاهی خوردگی‌ها و استئوفیت‌هایی دیده می‌شوند که در نمای قدامی- خلفی قابل رویت نیستند.



تصویر 6-10 رادیوگرافی طبیعی مچ و دست نمای قدامی- خلفی



تصویر 7-10 رادیوگرافی طبیعی مچ و دست نمای مایل

علل شایع درد در مچ و دست

دست و مچ محل های شایع درد، هم بصورت محدود به ناحیه و هم به عنوان جزئی از بیماری منتشر روماتیسمی، می باشند (جدول 1-10).

بطور کلی، سندروم کانال کارپ شایعترین بیماری است. تنوسینوویت دکرون و استئوآرتریت تراپیومیونیتا کارپال نیز اغلب دیده می شوند.

هم استئوآرتریت و هم آرتریت های مختلف بطور شایعی دست ها را مبتلا کرده و توزیع مفاصل مبتلا در دست ممکن است برای رسیدن به تشخیص دقیق شديدا اطلاع دهنده باشد.

ساختمان	ضایعه	سرنخ های بالینی
اعصاب محیطی	سندروم کانال کارپ	پارستزی دست در محدوده عصب مدیان بیشتر در شب و صبح

علائم تینل و فالن		
پارستزی سطح اولنار ساعد و دست علامت تینل تونل اولنار در ساعد	سندروم عصب اولنار	
درد در سطح خارجی شست و مچ ریتم مکانیکال درد موضعی در لمس مانور فینکل اشتاین	تنوسینوویت دکرون	غلاف تاندونی و فاسیا
درد التهابی یا مکانیکی محدودیت در فلکسیون فعال انگشت حرکت فنری انگشت (انگشت ماشه ای)	تنوسینوویت تاندونهای فلکسور	
فیبروز و جمع شدگی فاسیای کف دستی در سطح کف دستی انگشتان 3 و 4 و 5	دوپوئی ترن کنترکچر	
درد مکانیکی در قاعده شست و سطح رادیال مچ ریتم درد مخلوط مفاصل بین انگشتی پروگزیمال و دیستال ندول های سفت مفصلی	اولین استئوآرتریت کارپومتاکارپال استئوآرتریت نودال	مفاصل
درد التهابی تورم لاستیکی مفصل	آرتریت	

ارجاعی	فقرات گردنی	معاینه موضعی طبیعی تظاهرات همراه
--------	-------------	-------------------------------------

جدول 10-1 شایعترین علل درد مچ و دست

پرسش

پرسش بالینی از بیماری که شکایاتش بیشتر در مچ ها و دست ها است، با توجه ویژه به جنبه هایی که افتراق آنها از یکدیگر می گردد، به بطور طبیعی به اثبات خصوصیات بالینی حالتی که در بالا به آنها اشاره شد کمک می کند.

در نظر گرفتن فراوانی نسبی این اختلالات در کار بالینی مهم است. سندروم تونل کارپ، تنوسینوویت دکرون، استئوآرتریت اولین CMC ، و استئوآرتریت نودال به مراتب از استئوآرتریت التهابی شایعترند. معاینه کامل دست در تمام بیماران الزامی است. زیرا این کار اطلاعات با ارزشی می دهد که به تنگ تر کردن دامنه تشخیص افتراقی کمک می کند.

ما در این فصل، مهمترین پرسش ها را بررسی خواهیم کرد، فرض کنید شکایات محدود به دست است. بهرحال یک پرسش سیستماتیک جامع، بخصوص در اینجا مهم است. چون تظاهرات دست بطور شایعی جزئی از بیماری شایعتری است.

دقیقا کجا درد می کند؟

در بعضی از موارد، بیمار نسبتا بطور دقیق محل درد را مشخص کرده، و لذا به پزشک کمک می کند. به عنوان یک قانون، درد ناشی از استئوآرتریت اولین مفصل کارپومتاکارپال، محدود به ریشه شست و سطح رادیال مچ است.

درد در تنوسینوویت دکرون در همین ناحیه است ولی ممکن است به سمت بالا به ساعد انتشار داشته باشد. در منو و اولیگوآرتريت، معمولا بیمار می تواند مفاصل دردناک را، که در نگاه نیز متورم هستند، نشان دهد. گاهی بیماران اظهار می دارند که دچار درد مفاصل دست هستند اگر چند مفصل درد کند می گویند که تمام مفاصل دست درد می کند ما نباید چنین چیزی را قبول کنیم چون بندرت صحیح است. از بیمار بخواهید دستش را روی میز گذاشته و به شما نشان دهد که کدام مفاصل (یا گروه مفصلی) درد می کند.

توزیع دقیق مفاصل مبتلا در دست در تشخیص افتراقی تعدادی از بیماریهای مفصلی مفید است.

اگر بیمار به سطح کف دستی دست یا انگشتانش اشاره کند، تنوسنویت فلکسورها، سندروم کانال کارپ و دوپوئی ترن کنترکچر (دوپوئی ترن کنترکچر معمولا در نگاه واضح و بدون درد است) را مد نظر قرار دهید. خیلی از بیماران مبتلا به سندروم کانال کارپ اظهار می دارند که درد و پارستزی تمام کف دست را مبتلا کرده است نه فقط محدوده عصب مدیان. برعکس، در سندروم عصب اولنار، معمولا بیمار به حاشیه اولنار دست اشاره می کند. بیماران مبتلا به آرتريت و استئوآرتريت معمولا درد را به سطح پشتی دست و انگشتان لوکالیزه می کنند. بعضی از بیماران انگشت ماشه ای تیپیک را توصیف می کنند: یک یا چند انگشت در فلکسیون دچار درد می شوند. اگر انگشت مبتلا به زور خم شود در زمان اکستانسیون ابتدا گیر کرده سپس بصورت ماشه ای رها می شوند. این یافته عجیب نشانه تنوسینوویت استنوزان تاندون های فکسور است.

بیماران در اغلب موارد در اشاره کردن بطور دقیق به محل درد مشکل دارند. پرسش از بیمار یک مفهوم از درد نامشخص و منتشر که بیشتر دست را مبتلا کرده است باقی می گذارد. این مسئله، که در طب بالینی بسیار شایع است، یک سرنخ بالینی مهم برای درد نورولوژیک یا ارجاعی می باشد این راهنمایی برای ماست تا سوالات دقیق تری را بپرسیم ...

آیا پارستزی وجود دارد؟

آنچه ما نیاز داریم بفهمیم این است که آیا طبیعت درد پارستتیک است؟ آیا اجساس سوزن سوزن شدن در دست ها دارید؟ آیا دست هایتان خواب می رود؟ اگر جواب مثبت یا حتی مبهم باشد باعث تقویت احتمال درد با منشا

عصبی می شود که توسط فشردن شدن ریشه های عصبی گردنی، یا شایعتر از آن، ضایعه عصب محیطی ایجاد شده است. ریتم درد از ویژگی های مهم این سندروم است.

ریتم درد

آیا درد شما زمان خاصی دارد؟ آیا صبح ها، در اواخر روز، در شب، یا فقط با حرکت تشدید می شود؟ . . . معمولا در سندروم تونل کارپ پاسخ روشن است. ناراحتی بیشتر شبانه و اوائل صبح است و با استفاده از دست بهتر می شود. توجه داشته باشید که این یک ریتم التهابی است! و ممکن است پیشنهاد کننده آرتريت باشد ولی در آرتريت درد روی مفاصل متمرکز بوده و کیفیت دیس استتیک (دچار حس لمس غیر طبیعی و ناخوشایند) ندارد.

درد در استئوآرتريت اولین مفصل کارپومتاکارپال و در تنوسینوویت دکرون معمولا وابسته به کار با دست است و با استراحت بهتر می شود.

آرتريت دست معمولا با درد التهابی همراه است. ممکن است بیماران بتوانند خشکی صبحگاهی را در دست دقیق تر از بقیه جاها بگویند.

مشکل چگونه شروع شد؟

شروع آرتريت و تنوسینوویت معمولا خیلی سریعتر (از چند ساعت تا چند هفته) از استئوآرتريت و نوروپاتی احتباسی (از چند هفته تا چند ماه) است.

آیا علائم التهابی وجود داشته است؟

بیماران اغلب تورم دست ها را توصیف می کنند و این می تواند گمراه کننده باشد. از محل و ریتم روزانه درد سوال کنید.

در بیشتر موارد بیماری مفصلی، تورم منتشر نبوده بلکه در اطراف یک یا چند مفصل لوکالیزه است. اگر سینوویت مفصل بین انگشتی وجود داشته باشد. تورم دوکی شکل است زیرا سینوویوم توسط کپسول مفصلی محدود می شود.. بیماران مبتلا به تورم مفاصل متاکارپوفالانژیال معمولاً سطح پشتی این مفصل را نشان می دهند.

خیلی از بیماران به تورم منتشر روی تمام دست و یا روی تمام انگشتان اشاره می کنند. در صورتی که شما نتوانید ادم را ببینید تفسیر آن مشکل خواهد بود. خیلی از این بیماران متوجه می شوند که ادم با سیکل ماهانه زنانه کم و زیاد می شود که پیشنهاد کننده احتباس آب پیش از قاعدگی است. احساس تورم صبحگاهی دست ها در سندروم کانال کارپ، حتی بدون شواهد بالینی، شایع است.

بیماران مبتلا به فیبرومیالژی اغلب تورم منتشر به ویژه در دست ها را ذکر می کنند. عوامل متعددی ممکن است در فراوانی این شکایات در این بیماران تاثیر داشته باشند، اگر چه الزاماً دارای اهمیت نیستند. بهر حال اگر پزشک شکایات بسیار متغیر فیبرومیالژی را مدنظر نداشته باشد این مسئله باعث گمراهی وی شده باعث توجه وی به احتمالات متعدد دیگری می گردد.

وجود قرمزی، در صورت پایداری، ارزش توجه دارد زیرا در بیماریهای کمی دیده می شود: عفونت، آرتریت های میکرو کریستالی، و آرتریت پسوریاتیک. قرمزی در آرتریت روماتوئید نادر و در استئوآرتریت بسیار نادر است.

از بیمار پرسید آیا رنگ دست هایش در مواجهه با سرما تغییر می کند. در صورت تغییر، بخصوص اگر دارای سه مرحله (رنگ پریدگی کبودی قرمزی)، نشانه پدیده رینود است که همیشه دارای اهمیت است.

رویکرد به این مشکل در فصل 25 توصیف شده است. توجه داشته باشید که معمولاً این پدیده همراه با پارستزی و درد است، که ممکن است تنها شکایت باشد. گاهی بیماری می گوید که تمام یک انگشتش قرمز، متورم و

دردناک است. اگر معاینه فیزیکی "داکتیلیت" را اثبات نماید وزنه به طرف احتمال عفونت، سارکوئیدوزیس، یا آرتریت پسوریاتیک است.

پرسش عمومی

همیشه مهم است بدانیم که آیا درد در محل دیگری وجود دارد؟ این مطلب به ویژه زمانی مهم است که پرسش عمومی نشانه آرتروپاتی مفاصل مچ یا دست باشد. مثلا، درد پشت همراه احتمال اسپوندیلوآرتروپاتی سرونگاتیو را پیشنهاد می کند. درگیری قرینه مفاصل متاکارپوفالانژیال و اینترفالانژیال پیشنهاد کننده آرتریت روماتوئید و بیماریهای نسج همبند دیگر است. درد گردن یا درد در ساعد ممکن است نشانه درد ارجاعی باشد.

وضعیت سلامت عمومی بیمار و بیماریهای همراه نیز مهم می باشند. انفارکتوس قلبی اخیر ممکن است مسئول سندروم درسلر باشد. هیپوتیروئیدی می تواند عامل سندروم تونل کارپ باشد. پدیده رینود سرنخی از بیماریهای نسج همبند، واسکولیت یا فشار روی اعصاب در قسمت های بالاتر است. بیماریهای انسدادی ریه و سرطان ریه ممکن است علت چماقی شدن انگشتان باشد. هیپاتیت یا سرخجه ممکن است علت پلی آرتریت واکنشی باشند. دیابت می تواند باعث اثرات کاملا عجیبی در دست ها شود. . . .

وجود تظاهرات التهابی دیگر، در خارج دست ها، ممکن است باعث شود که شما یک سندروم اصلی متفاوت دیگر را مد نظر قرار دهید.

معاینه موضعی

معاینه مچ و دست اطلاعات بسیار مفیدی در ارتباط با بیماریهای روماتیسمی در اختیار ما خواهد گذاشت. به علت سهولت، معاینه دست همیشه باید در تمام بیماران مبتلا به علائم موضعی، بدون توجه به شک تشخیصی بعد از پرسش، بطور کامل انجام شود. شما اغلب متعجب خواهید شد . . .

مشاهده

سطح کفی و پشتی دست و مچ باید بطور دقیق مورد مشاهده قرار گیرد.

معاینه پوست

شما می توانید علائم بیماریهای مختلفی را در اینجا ببینید مثل: پسوریازیس، لوپوس، اسکلرودرمی، درماتومیوزیت و واسکولیت ها و بیماریهای مختلف دیگر (شکل 10-8). در لوپوس، شما گاهی راش های اریتماتو در پشت انگشتان در فاصله بین مفاصل می بینید (شکل A 10-8).

پاپولهای ارغوانی در سطح پشتی مفاصل دست (پاپولهای گوترون) (شکل B 10-8) کاملا تیپیکال درماتومیوزیت است. گاهی این ضایعات همراه با راش های پوسته های ریزی دهنده قرمز در اطراف ناخن ها و کوتیکول های پاره پاره است.

پوست مومی و کشیده در انگشتان نشانه قوی از اسکلرودرمی است که تیپیکال اسکلروز سیستمیک پیشرونده است (شکل C 10-8). در لمس پوست سفت و غیر قابل انعطاف است.

در مبتلایان به بیماریهای نسج همبند (بخصوص اسکلرودرمی و لوپوس) نرمی نوک انگشتان ممکن است دچار کلسینوز، زخم و نکروز موضعی شده و باعث نامنظمی و آتروفی آن شود (شکل D 10-8). ضایعات نقطه ای سیاه در اطراف ناخن ها ممکن است مربوط به میکروانفارکتوس بوده و نشانه واسکولیت، که در این بیماران نسبتا شایع است، باشد.



شکل 8-10 تغییرات پوستی دست در بیماریهای مختلف روماتیسمی. A: لوپوس اریتماتوز سیستمیک B: درماتومیوزیت C: اسکروز سیستمیک D: انفارکتوس زیر پوستی

حتما به ناخن ها نگاه کنید. عفونت های قارچی شایع هستند، ولی وجود دیستروپی خشن یا پیتینگ ناخن

(شکل 9-10) ممکن است تنها تظاهر پسوریازیس باشد.¹

درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئیدها باعث آتروفی پوست شده و موجب افزایش شکنندگی و خونریزی آن می گردد. این مسئله بخصوص در پشت دست ها واضح تر است.

¹ پیتینگ عبارت است از گودی های نقطه ای در بستر ناخن. بعضی از مولفین معتقدند که در صورتی که تعداد پیتینگ ها در 10 ناخن دست ها حداقل 50 عدد باشد تشخیص پسوریازیس قطعی است حتی اگر ضایعه پوستی وجود نداشته باشد.



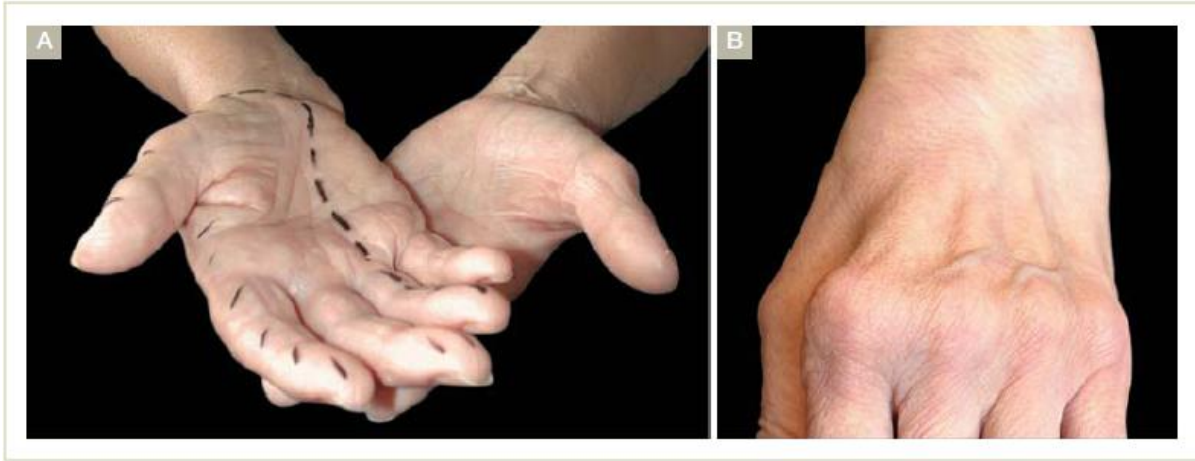
شکل 9-10 پسوریازیس ممکن است در دست بصورت راشهای تیبیک (A) یا کراتوز کف دست (B) تظاهر کند. دیستروفی و پیتینگ ناخن ها (C) وقتی که مفاصل DIP مبتلا باشد شایع هستند.

نگاه از نظر آتروفی عضلانی

وقتی که سندروم کانال کارپ شدید و مزمن باشد باعث آتروفی عضلات برجستگی تنار می گردد. ضایعات مزمن عصب اولنار منجر به آتروفی برجستگی هیپوتنار می گردد. آرتریت مزمن مچ و دست ها منجر به آتروفی عضلات داخلی دست شده و باعث ایجاد شیارهایی بین تاندون های اکستانسور می گردد (شکل 10-10).

تورم

تورم قابل مشاهده پشت مچ دست معمولا نشانه تنوسینوویت اکستانسورها است. با اتصال به رباط پشتی مچ، این ساختمانهای متورم شبیه شکل یک ساعت شنی می شوند (شکل 10-3). سینوویت مفاصل متاکارپوفالانژیال باعث پر شدن شیار بین این مفاصل می شود (شکل 10-10). بهر حال، تورم این مفاصل همیشه باید با لمس اثبات شود. این مطلب در مورد تورم دوکی شکل اطراف مفاصل PIP نیز صادق است- این نوع تورم قویا نشانه آرتریت مفاصل PIP است ولی لمس است که وجود آنها را اثبات می کند.



شکل 10-10 آتروفی عضلانی در دست. A: ذوب برجستگی تنار برای سندروم کانال کارپ تیبیکال است. B: ذوب منتشر عضلات داخلی دست در پلی آرتریت التهابی مزمن کیست سینوویال در مچ دست (گسترش بافت سینوویال بدلیل پارگی کپسول) ، گانگلیون نیز نامیده می شود، شایع و معمولا بدون درد است. این کیست ها بصورت تورم موضعی نرم تظاهر می کنند (شکل 10-12)



شکل 10-11 تورم دوکی شکل در اطراف مفاصل بین انگشتی 2 و 3



شکل 10-12 کیست سینوویال مچ دست. تورم در لمس نرم است

گره ها (ندول ها)

ندول ها در دست نسبتا شایع هستند. ندول روماتوئید معمولا در سطح اکستانسور مفاصل و دیگر مناطقی که در معرض اصطکاک هستند دیده می شوند. این ندول ها سفت و بدون درد، بدون علائم التهاب بوده و به فاسیای زیرین سفت می چسبند (شکل 10-13A).

در صورتی که هیپراوریسمی بطور مناسب کنترل نشود، توفوس های نقرسی ممکن است بصورت تورم های خشنی در اطراف مفاصل ایجاد شوند. تجمع سطحی کریستالهای اورات می تواند ظاهر سفید رنگ به این تجمعات بدهد (شکل 10-13B). لمس محکم ممکن ایجاد کریپیتوس کند.

تورم های موضعی استخوانی در سطح و یا نزدیک مفاصل PIP (ندول های بوشارد) و DIP (ندول های هبردن) (شکل 10-14) قویا پیشنهاد کننده استئوآرتریت نودال است. این خصوصیات با تورم دوکی شکل ناشی از سینوویت کاملا متفاوت است (شکل 10-11).



تصویر 10-13 ندول های دست. A: ندول های روماتوئید، معمولا کوچک با سطح صاف. B: ندول های نامنظم با رسوبات سفید رنگ-توفوس های نقرسی

ناهمترازی

ناهمترازی در محور قطعات استخوانی مجاور یکی از علائم بیماریهای مفصلی پیشرفته است و در مراحل انتهایی آرتریت روماتوئید و استئوآرتریت نودال شایع است. بهرحال، تغییرشکل های این دو بیماری کاملا متفاوت است.

در آرتريت روماتوئيد، ناهمترای بیشتر در جهت قدامی- خلفی، همانطور که در شکل A 10-15 نشان داده شده، ایجاد می شود. شایعترین تغییر شکل ها عبارتند از فلکسیون یا اکستانسیون مفاصل MCP، PIP، و DIP. انحراف به طرف اولنار انگشتان شایع است ولی انحراف در سطح مفاصل MCP اتفاق می افتد. در استئوآرتريت نودال پیشرفته، دست ممکن است بهم ریخته و زاویه دار بنظر برسد. ممکن است انحراف به رادیال یا اولنار یک بند روی دیگری، که توسط ندول ها تشدید می شود، ایجاد شود (شکل B 10-15). یک تغییر شکل زاویه دار در ریشه شست پیشنهاد کننده استئوآرتريت پیشرفته اولین مفصل کارپومتاکارپال است (شکل 10-16). مچ دست اکثرا در جریان آرتريت ها دچار تغییر می شود. تورم سینوویال فقط در صورتی که بیماری خیلی فعال باشد قابل مشاهده است. بهر حال در مراحل پیشرفته تر بهم ریختگی ساختمانی مفصل رادیوکارپال اغلب منجر به نیمه دررفتگی کف دستی مچ شده، و آن را شبیه پشت چنگال می نماید (شکل 10-17).



شکل 10-14 استئوآرتريت نودال دست ها. ندول های مجزا در اطراف مفاصل PIP (ندول های بوشارد) و مفاصل DIP (ندول های هبردن)



شکل 10-17 تغییر شکل انگشت. A: انحراف به طرف اولنار در انگشتان در آرتریت روماتوئید. B: تغییر شکل نودال با انحراف اولنار یک بند روی دیگری در استئوآرتریت نودال انگشتان انگشتان



شکل 10-16 استئوآرتریت اولین مفصل CMC بطور شایعی با مربعی شدن قاعده شست همراه است.



شکل 10-17 نیمه در رفتگی به طرف کف دست در مچ دست در بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید پیشرفته.

حرکات

ابتدا از بیمار بخواهید مچ دست ها فلکسیون و اکستانسیون کامل بدهد. سپس از بیمار بصورت محکم مشت کند و به آهستگی انگشتان را در حد ممکن بکشد. اگر محدودیت در حرکات فعال وجود داشته باشد، ببینید آیا حرکات غیر فعال کاملتر است؟

مچ دست باید حدود 80 درجه فلکسیون و 70 درجه اکستانسیون داشته باشد. در حالتی که دست بسته است ، نوک انگشتان باید محکم به کف دست ها فشرده شوند (شکل 18-10). اکستانسیون انگشتان باید نرم، بدون حرکات ناگهانی، و به صفر درجه برسد برسد (در مفصل بین انگشتی شست 60-45 درجه). اگر تمام حرکات محدود است، حرکات را بصورت غیر فعال انجام دهید. دو احتمال وجود دارد: (1) دامنه حرکتی غیر فعال بیشتر از فعال نیست یا (2) دامنه حرکتی غیر فعال به وضوح بیشتر از فعال است.

معنی این تفاوت ها چیست؟

اگر بیمار بتواند حرکات فعال را بطور کامل انجام دهد، ما مطمئن می شویم که آسیب جدی وجود ندارد. اگر محدودیت هم در حرکات فعال و هم غیر فعال وجود داشته باشد نشانه اختلال ساختمانی خواهد بود، یعنی عاملی وجود دارد که مانع حرکت کامل مفصل می شود: ضایعه مفصلی یا فیبروز کپسول مفصلی. حرکات غیر فعال به وضوح به تاندونها، عضلات، سیستم عصبی محیطی و مرکزی شخص نیاز ندارند. ضایعات این ساختمانها اثری روی حرکات غیر فعال ندارند حتی اگر حرکات فعال محدود باشند. لذا اگر دامنه حرکتی غیر فعال بیشتر از فعال باشد این ساختمانها باید بیشتر مورد ارزیابی قرار گیرند.

شایعترین علت این مشکل تنوسینوویت فلکسورها است. در این اختلال بسیار شایع، یک یا چند انگشت نمی توانند کف دست را لمس کنند در حالیکه ما به آسانی می توانیم آنها را خم کنیم. وجود حرکات ماشه ای انگشتان نشانه تنوسینوویت استنوزان است.

در دوپوئی ترن کنترکچر، بیمار نمی تواند به راحتی انگشت حلقه (بطور نادر انگشت میانی یا کوچک) را به علت ضخیم شدن سفت فاسیای کف دستی که تاندونهای فلکسور را نگه می دارد، اکستانسیون بدهد (شکل 10-19).



شکل 10-18 فلکسیون فعال انگشتان: نوک انگشتان باید بطور محکم به کف دست فشار دهند



تصویر 10-19 دوپوئی ترن کنترکچر. به ضخیم و کوتاه شدن فاسیای کف دستی پروگزیمال به انگشت حلقه دقت نمایید. اکستانسیون فعال و غیر فعال انگشت چهارم محدود بود.

1) هر ندول قابل مشاهده ای را لمس کنید.

قوام، بافت و محل آنها احساس کنید.

ندول های روماتوئید ممکن است دست را مبتلا کنند. این ندول سفت، لاستیکی و بدون درد بوده و محکم به فاسیای زیرین می چسبند (10-13 A). سطح توفوس های نقرسی (شکل 10-13 B) نامنظم و گاهی سفید رنگ است. توفوس ها ممکن است با فشار کمی تغییر شکل دهند و کرپیتوس داشته باشند. گره های هبردن و بوشارد (به ترتیب روی مفاصل DIP و PIP شکل 10-14) تیپیکال استئوآرتریت نودال دست هستند. این گره ها قوام استخوانی داشته (در واقع استئوفیت هستند) و معمولا بدون درد هستند. کیست های سینوویال (گانگلیون)، معمولا در اطراف مچ دست دیده شده، نرم و قابل انعطاف هستند.

تقریبا همه ما دو ندول کوچک متحرک داریم، که در طرفین اولین مفصل متاکارپوفالانژیتال واقع شده است. این ندول ها چه چیزی هستند؟²

2) مفاصل مچ دست را لمس کنید.

با پشت دست خود از نظر افزایش دمای موضعی ارزیابی کنید. دست بیمار را بین دست های خود گرفته و با شست ها فضای مفصلی بین رادیوس و مچ پیدا کنید. همچنین زوائد اولنار و رادیوس را به ترتیب در سطح داخلی و خارجی مچ لمس کنید (شکل 10-20). اگر در پشت مچ دست ادم دیدید سعی کنید بین تنوسینوویت اکستنسورها و آرتريت مچ افتراق دهید. در حالیکه لمس می کنید، انگشتان بیمار را حرکت دهید (در تنوسینوویت، تورم ممکن است با حرکت تاندونها مختصری حرکت کند).

لمس لبه های استخوان زیر انگشتان مهم است. از بین رفتن این لبه ها، نشانه وجود چیزی بین دست شما و استخوان، احتمالا سینوویوم ملتهب، است. فضای مفصلی رادیوکارپال را به راحتی نمی توان مشخص کرد زیرا لبه های سطوح مفصلی گرده بوده و دارای حدود مشخص و قابل لمسی ندارند. تجربه حاصل از انجام این ارزیابی ها

² استخوانهای کنجی

در تمام بیماران باعث افزایش قابل توجه توانایی شما در کشف درجات خفیف تورم می گردد. درد در لمس در طول فضای مفصلی نیز نشانگر التهاب مفصلی است.



تصویر 10-20 لمس مچ دست. A و B. انگشتان اشاره معاینه گر سطح کف دستی مچ را لمس می کند. در حالیکه مچ بصورت غیر فعال فلکسیون و اکستنسیون داده می شود، شست ها خط مفصلی را از نظر حساسیت، تورم و کریپیتوس لمس می کند. زوائد رادیال (C) و اولنار (D) را لمس کنید.

3) احتمال تنوسینوویت دکرون را ارزیابی کنید.

تاندونهای مبتلا در این اختلال ضلع قدامی (کف دستی) انفیه دان تشریحی را تشکیل می دهند. اگر التهاب وجود داشته باشد، لمس دردناک است. اگر شست در ابداکسیون مقاومتی گذاشته شود این درد ممکن است تشدید شود (شکل 10-21).



شکل 10-21 لمس غلاف تاندونی دورکننده بلند شست و اکستانسور کوتاه شست- تنوسینوویت دکرون. لمس در زمان اکستانسیون مقاومتی باعث تشدید درد می گردد.

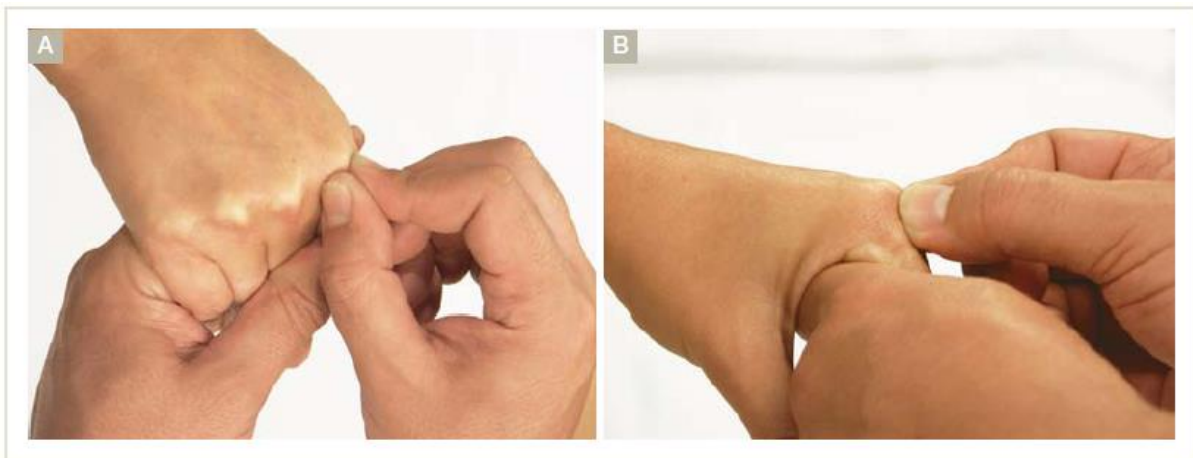
مانور فینکل اشتاین برای این اختلال خیلی حساس و اختصاصی است. از بیمار بخواهید که شست خود در کف دست گذاشته و انگشت ها را ببندد. دست بیمار را گرفته و اداکسیون غیرفعال بدهید (شکل 10-22). درد در کناره خارجی شست برای تنوسینوویت دکرون تیپیکال است. استئوآرتریت اولین مفصل CMC نیز می تواند باعث درد در کناره خارجی مچ شده ولی تست فینکل اشتاین منفی است.



شکل 10-22 مانور فینکل اشتاین. در تنوسینوویت دکرون مثبت است.

4) مفاصل متاکارپوفالانژیال را لمس کنید (دوم تا پنجم)

بیمار دست خود را در حال استراحت می گذارد. مفاصل MCP را در فلکسیون 45 درجه گذاشته و انگشتان نشانه خود را پشت این مفاصل برده و به آرامی آنها را به سمت خود بکشید. حالا فضای مفصلی و کناره های آن را با استفاده از شست و انگشت اشاره دست دیگر خود لمس کنید (شکل 23-10).



شکل 10-23 لمس مفاصل متاکارپوفالانژیال. انگشت اشاره معاینه کننده سطح کف دستی مفاصل MCP را لمس کرده، در حالیکه خطوط مفصلی توسط نوک شست و انگشت اشاره دست دیگر ارزیابی می گردد.

در دست طبیعی این فضاها بوضوح قابل حس است. با استفاده از تجربه، حتی می توان تورم های خفیف سینوویوم را کشف کنید. برجستگی استخوانی دارای حدود نامشخص می شود (با افزایش التهاب این مسئله شدیدتر می شود). توجه داشته باشید که قاعده اولین بند، در حالت فلکسیون، در زیر سر اولین متاکارپ قرار می گیرد. فضای مفصلی 2- 1/5 سانتیمتر زیر سطح پشتی متاکارپال قرار دارد (شکل B 10-24). گذاشتن یگ انگشت اشاره زیر (پشت) مفاصل MCP خیلی مفید است زیرا باعث محسوس تر شدن قاعده بند شده و هر نوع مایع مفصلی احتمالی را به جلو می راند.

این کار را برای مفصل هر کدام از چهار انگشت تکرار کنید (MCP شست بصورت دیگری لمس می شود). این مفاصل خیلی مواقع در آرتریت روماتوئید، لوپوس، آرتریت پسوریاتیک و غیره مبتلا می شود.

تورم استخوانی (سخت) مفاصل MCP خیلی نادر است. این نوع تورم برای استئوفیت و در نتیجه استئوآرتریت، که در این ناحیه غیر معمول است، تیپیکال است.

5) اولین MCP و مفاصل PIP را لمس کنید

نوک شست و انگشت اشاره خود را در طرفین مفصل بگذارید. این دو انگشت بدون حرکت، فقط به عنوان حسگر عمل می کنند. شست و انگشت اشاره دست دیگر خود را وری سطح پشتی و کفی مفصل گذاشته و بصورت متناوب فشار اعمال کرده و فشار را بردارید (شکل 24-10)



شکل 24-10 لمس اولین مفصل متاکارپوفالانژیال و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال: از نظر حساسیت و تموج بررسی کنید.

سینوویوم این مفاصل شدیداً توسط کپسول مفصلی محدود می شود. اگر هرگونه تورم و افیوژن مفصلی وجود داشته باشد، سینوویوم به عنوان یک کیسه آب کوچک عمل می کند. وقتی ما در جهت قدامی - خلفی لمس می کنیم، اتساع عرضی ایجاد شده، توسط شست و انگشت حسگر به صورت تموج احساس می گردد. تکنیک این کار باید صحیح باشد تا از اشتباه جلوگیری شود.³ تموج پیشنهاد کننده سینوویت (یعنی سینوویت) است. اگر لمس

³ همه ما در محل بین مفاصل بین انگشتی تموج داریم زیرا بافت نرم این ناحیه توسط یک فاسیا محصور می گردد. سعی کنید تموج را در بند شخص دیگری پیدا کنید. برای جلوگیری از اشتباه این یافته با سینوویت در زمان ارزیابی مفاصل بین انگشتی، انگشتان شما باید فقط مفاصل بین انگشتی را لمس کنید؛ فقط از نوک انگشتان خود استفاده کنید نه از تمام بند دیستانال.

باعث درد شود (می تواند تورم بدون درد و درد بدون تورم وجود داشته باشد) این تفسیر تقویت می شود. این مفاصل اغلب محل التهاب در آرتريت روماتوئيد، لوپوس، آرتريت پسونياتيك و غيره می باشند.

6) مفاصل بين انگشتی ديستال را لمس کنید.

روش لمس این مفاصل شبیه مفاصل PIP است (شکل 25-10). تورم بسیار نادرتر و به علت حجم کم مفصل، تموج تقریبا هیچ وقت احساس نمی گردد. در اینجا شایعترین تغییر گره های هبردن (گره های استخوانی که تیپیکال استئوآرتريت نودال است) است.

التهاب مفاصل DIP، بخصوص وقتی با پیتینگ ناخن ها همراه باشد، خیلی پیشنهاد کننده آرتريت پسونياتيك است. معمولا این مفاصل در آرتريت روماتوئيد و لوپوس درگیر نمی شوند.

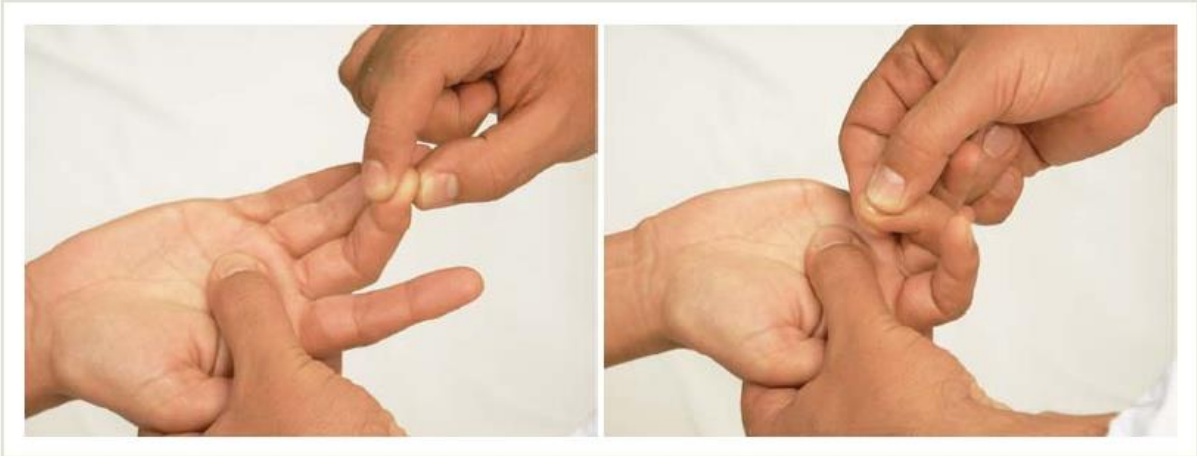


تصویر 25-10 لمس مفاصل بين انگشتی ديستال: از نظر تورم، تموج و گره های استخوانی بررسی کنید.

7) لمس تاندونهای فلکسور و غلاف آنها

شست خود را به آرامی در مسیر عبور تاندون فلکسور انگشت اشاره، در کف دست، بلافاصله بالای متاکارپوفالانژيال، بگذارید. در حالیکه بند ديستال را گرفته و انگشت بیمار را بطور غیرفعال فلکسیون و

اکستانسیون می دهید از شست به عنوان حسگر استفاده کنید (شکل 26-10). این مانور را با دیگر انگشتان تکرار کنید.



شکل 26-10 لمس غلاف تاندونهای فلکسور . در حالیکه انگشت بصورت غیر فعال حرکت داده می شود، شست از نظر کریپیتوس، تورم و ندول های چسبیده به تاندون لمس می کند.

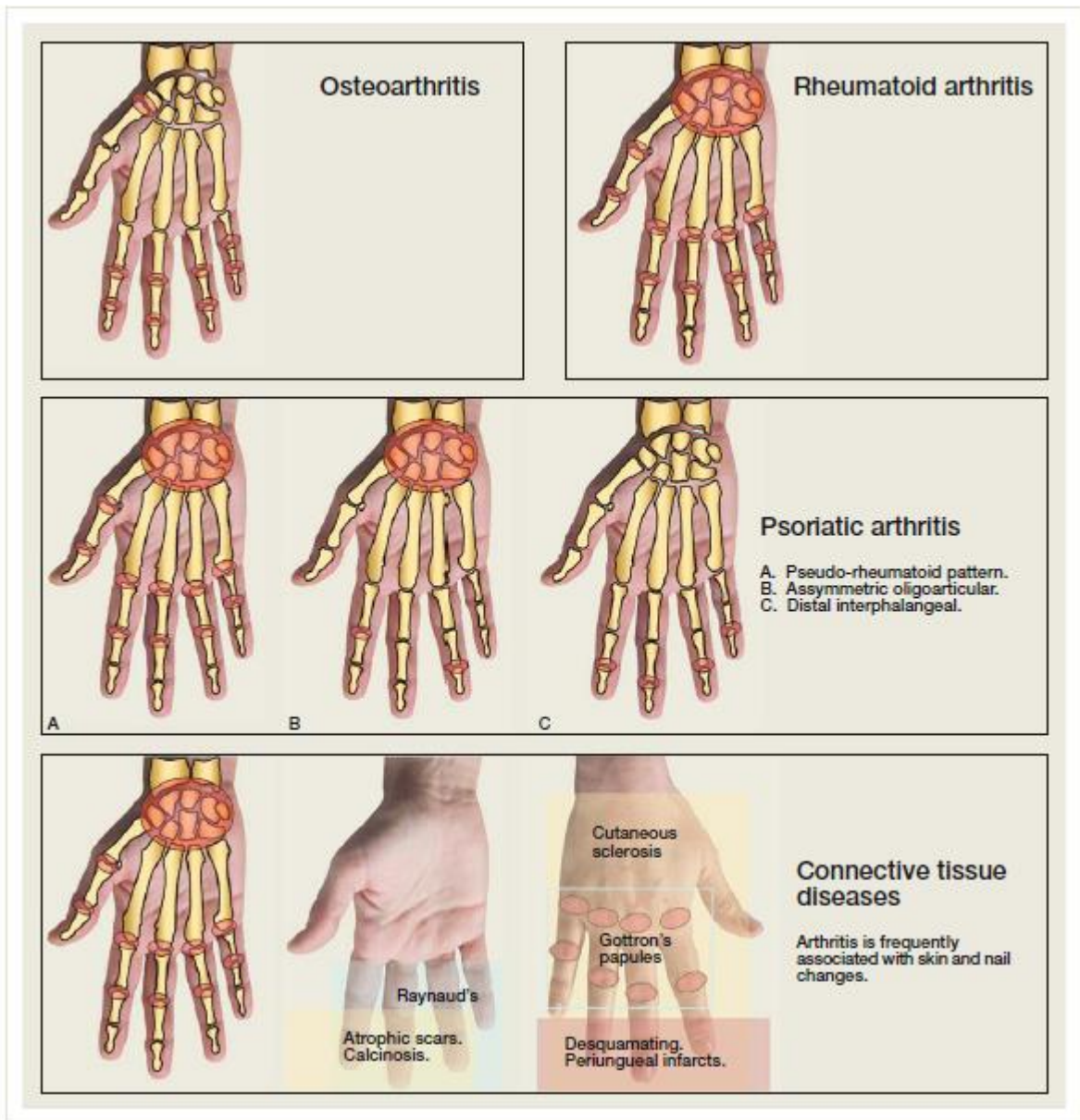
ارزیابی تاندونهای فلکسور بخصوص در صورتی مهم است که حرکات فعال دچار محدودیت شده باشد ولی حرکات غیر فعال محدود نباشد. در تنوسینوویت، شما بافت ضخیم شده را احساس خواهید کرد که زیر انگشت حسگر شما می لغزد و گاهی با کریپیتوس همراه است. این بافت ضخیم شده، یک بافت سینوویال ضخیم شده است، که توسط تاندونی که به آن چسبیده کشیده می شود. در انگشت ماشه ای، در جستجوی ندولی باشید که با تاندون حرکت می کند، که تقریباً همیشه قابل لمس است.⁴

توجه

توزیع مفاصل مبتلا در مچ و دست و نوع تغییرات برای تشخیص افتراقی شایعترین بیماریهای مفصلی در این ناحیه مهم است (شکل 27-10).

تغییرات همراه- تظاهرات پوستی- ناخنی، گره ها، ناهمترازی، و غیره- نیز به تشخیص کمک می کنند.

⁴ ندولی که ما لمس می کنیم ضخیم شدگی خود تاندون است، که نزدیک منفذ غلاف تاندونی قرار گرفته است. وقتی که بیمار انگشتانش را محکم خم می کند ندول به زور وارد غلاف می شود. وقتی آنها را مجدد اکستانسیون می دهد، او مجبور است که برای غلبه بر مقاومت ورودی غلاف تاندونی تلاش کند. این تلاش منجر به حرکت ماشه ای شده، در حالیکه زمانی که ندول در خارج غلاف است حرکاتش آزاد است.



شکل 10-27 مفاصل میچ و دست بطور تیپیک در آرتروپاتی های مختلف درگیر می شوند.

معاینه عصبی

یک معاینه عصبی بخصوص زمانی اندیکاسیون دارد که ارزیابی قبلی پیشنهاد کننده درد نورولوژیک باشد:

پارستزی، با شدت بیشتر در شب، محل پیشنهاد کننده، وابستگی به حرکات گردن، ضعف و غیره.

آتروفی برجستگی های تنار و هیپوتنار در سطح کف دستی نیز پیشنهاد کننده است.

8) ارزیابی قدرت عضلانی

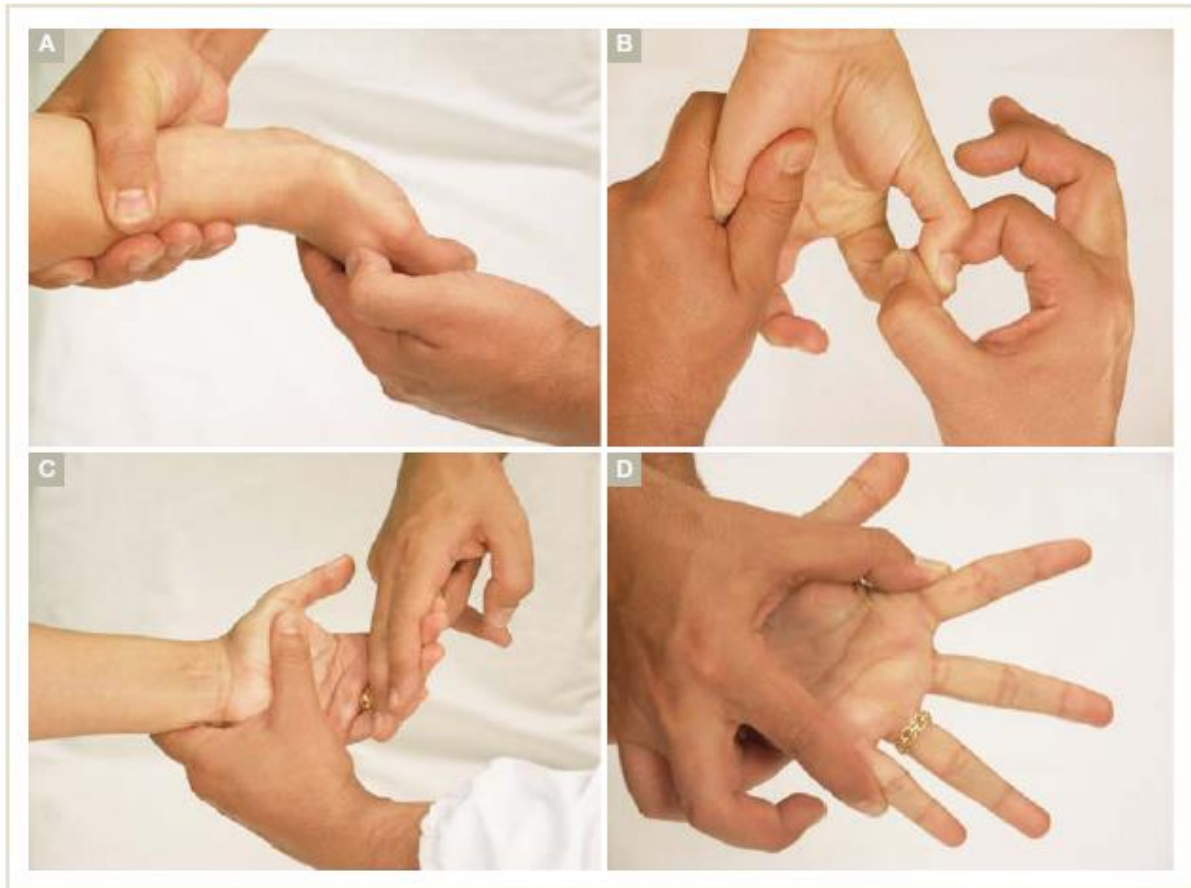
به صورت متوالی قدرت بیمار را به ترتیب زیر ارزیابی کنید (شکل 28-10):

اکستانسیون مچ دست (ریشه 7، عصب رادیال)

تقابل شست و انگشت اشاره (ریشه C7/C8 عصب مدیان)

فلکسیون مقاومتی انگشتان (ریشه C5/C6 عصب مدیان)

پخش شدن انگشتان (ریشه C8/T1 عصب اولنار)



تصویر 10-28 معاینه عصبی مچ و دست. A: اکستانسیون مچ (ریشه 7، عصب رادیال) B: تقابل شست و انگشت اشاره (ریشه C7/C8 عصب مدیان) C: فلکسیون مقاومتی انگشتان (ریشه C5/C6 عصب مدیان) D: پخش شدن انگشتان (ریشه C8/T1 عصب اولنار)

9- ارزیابی حساسیت به درد

هیپوستزی دست فقط در ضایعات پیشرفته عصبی یا ریشه ای دیده می شود و لازم نیست که یک ضایعه نورلوژیک اثبات شود. در ارزیابی ضایعه منطقه حسی اعصاب محیطی (شکل 4-10) و درماتوم های ریشه ای (شکل 5-7) باید مدنظر قرار گیرند.

10- علامت تینل

برای انجام علامت تینل روی محل عبور عصب مدیان دق می شود. در صورتی مثبت است که منجر به دیس استزی با انتشار به منطقه حسی عصب می گردد. بسته به منطقه ای که به توجه به شکایات عصبی خوبخودی مبتلاست شما ممکن است اقدامات زیر را انجام دهید:

- تینل عصب مدیان در تونل کارپ (شکل 29A-10)
- تینل عصب اولنا در تونل گویان (شکل 29B-10)
- تینل عصب اولنار در آرنج (شکل 30C-10)



شکل 10-29 علامت تینل. A- علامت تینل عصب مدیان در تونل کارپ. B- علامت تینل عصب اولنا در کانل گویان. C- علامت تینل عصب اولنا در آرنج.

11- آزمون فالن

مچ دست های بیمار را در فلکسیون کامل بصورتی قرار دهید که پشت دستان بیمار به مدت یک دقیقه به هم فشرده شوند (شکل 30-10). در سندروم کانال کارپ اغلب باعث ایجاد مجدد شکایات می گردد: پارستزی در محدوده عصب مدیان.



شکل 30-10 آزمون فالن. این وضعیت حدود یک دقیقه حفظ می شود. ایجاد پارستزی در محدوده عصب مدیان پیشنهاد کننده سندروم تونل کارپ است.

مورد تیپیکال

10A- درد دست ها (I)

ماریا د جسوس، یک آشپز 54 ساله، گفت که بصورت فزاینده ای دچار اشکال در انجام کارهایش شده است. وی شبی چند بار به علت درد دست ها، بخصوص در سمت راست، از خواب بیدار می شود. و این مانع خواب وی می باشد. درد با حرکت دادن دست ها بهتر می شود. او احساس می کند که صبح ها دست هایش متورم بوده و مور مور می کند. این علائم در طی روز بتدریج بهتر می شود ولی بهر حال فکر می کند دست و پا چلفتی است و اجسام به دفعات از دست هایش می افتد (در سه ماه اخیر بیشتر از تمام عمرش بشقاب شکسته

است). او درد در نواحی دیگر، بجز درد مکانیکی کمر از 10 سال قبل، را انکار می کند. در طی پرسش سیستماتیک، او گفت که دچار خستگی و فراموشکاری شده است ولی اینها را احتمالاً از بیخوابی می دانست. در ضمن اخیراً 6 کیلوگرم افزایش وزن پیدا کرده بود.

مراحل اصلی معاینه فیزیکی را برای وی تصور کنید.

معاینه فیزیکی ما یک خانم چاق (وزن 78 کیلوگرم، قد 154 سانتیمتر) بدون ناهنجاری در معاینه فیزیکی، غیر از ادم سفت در اندام های تحتانی، را نشان داد. تمام معاینه روماتولوژیک طبیعی، بدون درد و محدودیت حرکتی، بود. دست هایش نیز طبیعی، بدون تورم، آتروفی عضلانی یا تغییرات ناخنی بود. محدودیتی در حرکات فعال و غیر فعال وجود نداشت، لمس بدون درد بود و علائمی به نفع سینوویت یا تنوسینوویت نداشت.

چگونه علائم بیمار را تفسیر می کنید؟

آیا تست تشخیصی خاصی را درخواست می کنید؟

ما مجدد از بیمار در ارتباط با درد سوال کردیم. او مقداری مور مور داشته است. و گفت که تمام دستش مبتلا بوده است ولی وقتی بیشتر اصرار کردیم گفت که انگشت کوچکش درگیر نبوده است. ما علامت تینل را برای عصب مدیان و آزمون فالن را نیز انجام دادیم. هر دو آزمون بصورت دو طرفه مثبت بود. معاینه ستون فقرات گردنی طبیعی بود.

تشخیص های احتمالی کدامند؟

آیا تست تشخیصی خاصی درخواست می کنید؟

ما تشخیص سندروم تونل کارپ را، بدون تست تشخیصی دیگری، مسجل کردیم.

آیا سابقه افزایش وزن، ادم، احساس خستگی می تواند اهمیت خاصی داشته باشد؟

به ماریا د جسوس توصیه کردیم که از آتل مچ دست استفاد کند و برای وی تست های تیروئید را درخواست کردیم. دو هفته بعد، تست های تیروئیدی، هیپوتیروئیدی را نشان داد. لذا برای وی تیروکسن را شروع کردیم. ما درمانهای جایگزین را با بیمار مورد بحث قرار دادیم و تصمیم گرفتیم تزریق کورتیکواستروئید به داخل کانال را تا یک دوره درمان با تیروکسین به تعویق اندازیم.

بعد از 6 هفته، ماریا د جسوس "یک زن جدید ..." بود.

سندروم کانال کارپ

نکات اصلی

بیماری شایعی، بخصوص در خانم های میانسال، است.

شکایات اصلی درد و پارسیزی در محدوده عصب مدیان (یا تمام دست ...)، بخصوص در شب و صبح، است که با حرکت بهتر می شود.

بیماران اغلب مهارت های دستی را از دست داده و ادم دست ها را در صبح ها توصیف می کنند.

در معاینه فیزیکی علائم مفصلی و محدودیت حرکتی وجود ندارد.

آزمون های فالن و تینل مثبت تشخیص این سندروم را تقویت می کنند.

آتروفی برجستگی تنار و از دست رفتن حس در محدوده عصب مدیان تظاهرات بعدی (دیررس تر) می باشند.

در اکثر بیماران علت زمینه ای مشخصی وجود ندارد. دیابت، هیپوتیروئیدی، حاملگی، کار با ماشین آلات ارتعاشی، استفاده بیش از حد از دست، عوامل خطر هستند. این سندروم اغلب با سینوویت یا تنوسینوویت مچ (مثلا در آرتريت روماتوئید) همراه است.

در موارد مشکوک، یا در صورتی که جراحی مد نظر باشد، انجام الکترومیوگرافی اندیکاسیون دارد. تست های آزمایشگاهی فقط برای بررسی از نظر علل آن لازم است. این تست ها با راهنمایی اطلاعات حاصله از پرسش سیستماتیک و معاینه بالینی درخواست می شوند.

اساس درمان بر استفاده از حفاظت موضعی (اسپلینت) و برطرف کردن عامل زمینه ای مشخص شده قرار دارد.

تزریق کورتیکواستروئید در موارد شدید و مداوم انجام می شود.⁵ حذف فشار توسط عمل جراحی گاهی اجتناب ناپذیر است.

موارد نمونه

10B- درد دست ها (II)

بنظر میرسید همه چیز از 50 سالگی، بعد از یائسگی، شروع شده باشد. بیمار درد در نقاط مختلفی داشته که برای سنش طبیعی در نظر گرفته شده بود. در سن 56 سالگی، درد دست هایش روزانه و مداوم شده بود. این درد باعث شده بود که در سن 62 سالگی به ما مراجعه کند. درد بیشتر بدنبال استفاده طولانی مدت از دست (مثل قلاب بافی طولانی مدت، که یکی از شغل های مورد علاقه اش وی بود و دیگر ادامه نمی داد ...) وی در زمانی که بیماری شدید است به علت درد و خشکی در دست هایش از خواب بیدار شده، و این درد حدود یکساعت طول می کشد. او فقط یکبار، دو سال قبل، متوجه تورم شده بود. DIP دوم دست راستش قرمز و متورم بوده و روی آن تاولی ایجاد شده که با ترکیدن آن مقداری مایع خارج شده است. او متوجه تغییر شکل

⁵ برای آشنایی با تکنیک به فصل 30 مراجعه شود.

پیشرونده در چند مفصل شده است. اما، " دکتر این باید یک مشکل خانوادگی باشد، چون وقتی مادرم مرد دستانش کاملاً دچار تغییر شکل شده بود، و این چیزی است که مرا بیشتر از همه نگران می کند. از وی خواستیم که دستانش را به ما نشان داده (شکل 31-10) و دقیقاً محل درد را نشان دهد. او منطقه ای منتشر در ریشه شست ها، و مفاصل بین انگشتی دیستال و پروگزیمال را نشان داد. مفاصل متاکارپوفالانژیال و میچ مبتلا نبودند. او همچنین درد مکانیکال تیپیک در زانوها و کمر داشت. لمس مفاصل تراپزیومتاکارپال دردناک بود.⁶ لمس مفاصل PIP و DIP بدون درد بود و ندولهای سفتی در طرفین سطح پشتی چندین مفصل قابل لمس بود. مانور فینکل اشتاین منفی بود.

⁶ اولین مفصل کارپومتاکارپال (تراپزیومتاکارپال) را می توان در قاعده شست در انفیه دان تشریحی لمس کرد. فضای مفصلی را نمیتوان لمس کرد ولی در استئوآرتریت درد و گاهی استئوفیت را می توان لمس کرد.



شکل 31-10 مورد بالینی "درد دست ها (II)". به تغییر شکل های ندولار در اطراف مفاصل PIP و DIP و همچنین انحراف بعضی از بندها توجه کنید.

این مورد را بطور خلاصه توصیف کنید.^۷

تشخیص شما چیست؟ آیا تشخیص دیگری مطرح است؟

آیا تست تشخیصی خاصی را درخواست می کنید؟

آیا تمایل دارید درمانی در نظر بگیرید؟

معاینه بالینی ما جای شکی باقی نگذاشت. بیمار استئوآرتریت نودال دست ها و استئوآرتریت اولین مفصل کارپومتاکارپال داشت.

⁷ یک خانم 62 ساله با درد در مفاصل کوچک دست ها با ریتم مخلوط همراه با تغییر شکل پیشرونده و ندول های سفت.

ما طبیعت بیماری را برای وی توضیح دادیم و به گفتیم که، متأسفانه، راهی برای جلوگیری از پیشرفت تغییر شکل وجود ندارد. بهر حال، تأکید کردیم که بیماران مبتلا به استئوآرتریت نودال علی رغم تغییر شکلها عملکرد خوبی خواهند داشت. ما گرم کردن موضعی و استفاده از کرم های ضد التهابی را توصیه کردیم. و پیشنهاد کردیم در صورت نیاز از استامینوفن استفاده کند و ضد التهاب ها فقط در صورت عدم تاثیر استامینوفن مورد استفاده قرار گیرند. این بیماری بطور مفصل تری در فصل 16 مورد بحث قرار گرفته است.

موارد نمونه

10C- درد مچ (I)

گراکا اولیویرا، یک مستخدمه خانوادگی 42 ساله، از درد پیشرونده مچ دست چپ و قسمت دیستال ساعد از سه هفته قبل شاکی بود (اوچپ دست بود). درد در موقع کار کردن تشدید می شد و در موقع استراحت نیز تا حدی ادامه می یافت. درد شبانه و پارستزی وجود نداشت. وی اخیراً ضربه به ناحیه نداشته و متوجه علائم التهاب نیز نشده بود.

او قبلاً سالم بوده و این اولین حمله چنین علائمی است.

در معاینه، مشاهده و حرکات مچ ها و دست ها طبیعی بود. لمس مفاصل طبیعی بود لذا احتمال سینوویت منفی بود. آزمون های تینل و فالن منفی بود.

با خودتان فکر کنید. چه بیماریهای دیگری می توانند درد بیمار را توجیه کنند؟

چه جنبه هایی از معاینه بالینی را ما کاوش نکردیم؟

درست است. لمس تاندون های قسمت خارجی مچ دردناک بود. حداکثر حساسیت در ضلع قدامی انفیه دان تشریحی بود. ما افزایش ضخامت خفیف در این تاندون را مشاهده کردیم. ابداکسیون یا فلکسیون مقاومتی

شست باعث درد مشابه درد خودبخودی شده و با لمس همزمان تاندون تشدید می گردید. مانور فینکل اشتاین مثبت بود.

بدینصورت تشخیص تنوسینوویت دکرون، بدون نیاز به اقدام تشخیصی دیگری، داده شد. ما به او توصیه کردیم که به اندام فوقانی چپ یک هفته استراحت بدهد. و در ضمن پیشنهاد کردیم که بعد از گرم کردن موضع به مدت ده دقیقه به محل کرم ضد التهاب بمالد. دو هفته بعد بیمار بدون بهبودی مراجعه کرد. ما بطور دقیق یک تزریق کورتیکواستروئید به داخل غلاف تاندونی انجام دادیم و توصیه کردیم دو روز به اندام استراحت بدهد. با بیمار، ما امکان استفاده کمتر از شست را با استفاده از اسپلینت مخصوص بررسی کردیم. وی اظهار داشت که این اسپلینت با کارش تطابق دارد. دو هفته بعد، او تلفنی به ما گفت که دیگر مشکلی ندارد. بهر حال، خطر عود زیاد است.

تنوسینوویت دکرون

نکات اصلی

این بیماری عبارتست از التهاب غلاف تاندونی دورکننده بلند و اکستانسور کوتاه شست. بیشتر در خانم های میانسال دیده می شود و با کارهای دستی تکراری دیده می شود. درد بیشتر مکانیکال است و در کناره رادیال مچ با کمی انتشار به طرف بالا یا پایین احساس می شود. اساس تشخیص بر ایجاد درد با لمس موضعی و حرکات مقاومتی، و آزمون فینکل اشتاین قرار دارد. درمان اولیه شامل استراحت و استفاده از ضد التهاب های موضعی است. تزریق موضعی کورتیکواستروئید ممکن است مشکل را حل کند ولی به دقت باید تزریق شود.⁸

⁸ تزریق استروئید به داخل تاندون ممکن است باعث ضعیف شدن آن و در نتیجه پارگی بعدی گردد. برای آشنایی با تکنیک تزریق فصل 30 را ببینید.

حفاظت از مفصل، با استفاده از اسپلینت های مخصوص (شکل 2-29) برای جلوگیری از عود مفید هستند.

موارد نمونه

10D - درد دست ها (III)

وقتی ما بیمار را برای اولین بار دیدیم علائم از 4 ماه قبل شروع شده بود. او از درد و انعطاف ناپذیری دست ها، بخصوص صبح ها، شاکی بود. خشکی گاهی تا دو ساعت طول می کشید. بعد از ظهر ها بخصوص علامتی نداشت. پزشک خانوادگی اش ضدالتهاب تجویز کرده بود که باعث بهبودی نسبی شده بود ولی علائم بطور کامل برطرف نشده بود. با مصرف این دارو دچار درد اپی گاستر شده بود. در زمان پرسش هر گونه علائم مفصلی و خارج مفصلی دیگر را انکار می کرد. در معاینه بالینی کلی غیر از کاهش فلکسیون فعال انگشتان مشکل دیگری وجود نداشت. لمس دقیق مفاصل MCP و بین انگشتی بدون درد و بدون تورم بود.

چگونه به بررسی این بیمار ادامه می دهید؟

ما حرکات غیرفعال را ارزیابی کردیم. فلکسیون کامل انگشتان، بیشتر از حرکات فعال به آسانی انجام می شد. لمس روی تاندونهای فلکسور همراه با حرکات غیر فعال همزمان انگشتان، دردناک بود و ضخیم شدگی واضح بافت مجاور تاندون های فلکسور انگشتان اشاره و میانی دست چپ و انگشتان اشاره، میانی و حلقه در طرف راست وجود داشت. بطور پراکنده کریپیتوس نیز وجود داشت.

تشخیص شما چیست؟

آیا تست تشخیصی خاصی لازم است؟

چگونه علائم را تفسیر می کنید؟

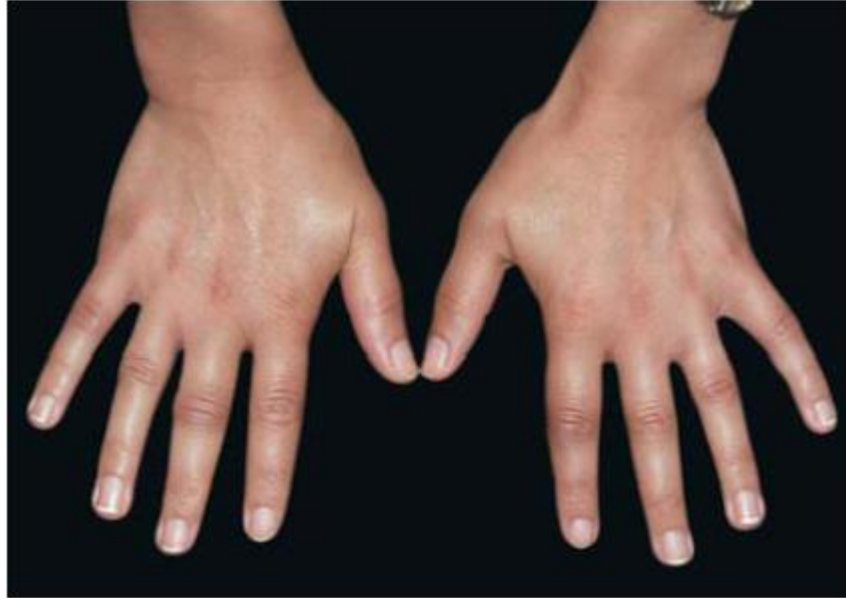
چه رویکردی را انتخاب خواهید کرد؟

معاینه ما نشان داد که بیمار تنوسینوویت فلکسورهای انگشتان دارد. این اختلال در یک خانم جوان (38 ساله)، که کار دستی شدید انجام نمی داد و تظاهرات دیگری نیز نداشت شدیداً پیشنهاد کننده پلی آرتريت در شرف وقوع است.

لذا ما نوع ضدالتهاب وی عوض کردیم و یک ضد التهاب طولیل الاثر، همراه با محافظت معده، تجویز کردیم که شبها مصرف کند تا صبح حداکثر اثر را داشته باشد. ما تعدادی تست آزمایشگاهی درخواست کردیم: CBC, ESR, آنزیم های کبدی، کراتینین، قند، تجزیه ادرار، فاکتور روماتوئید و ANA.

به علت مشکلات شخصی، بیمار توانست سه ماه بعد مجدداً به ما مراجعه کند. درد و خشکی دست ها شدیدتر شده بود بطوریکه در تمام صبح خشکی ادامه داشت. درد شب ها بیمار را از خواب بیدار می کرد و حالا میچ دست راست و انگشتان پاها را مبتلا کرده بود. او از 2 ماه قبل متوجه ادم دست ها شده بود (شکل 32-10). در حال حاضر نیز هیچگونه علائم خارج مفصلی نداشت. درد اپی گاستریک نیز از بین رفته بود.

در معاینه فعلی کاهش متوسط در فلکسیون انگشتان وجود داشت که در حرکات غیر فعال فرقی نگرد. علائم تنوسینوویت هنوز ادامه داشت ولی حالا با تورم واضح، بدون قرمزی، در مفاصل MCP اول و دوم و سوم چپ و اول و دوم راست همراه بود. در لمس مفصل PIP اول، دوم و سوم دوطرف درد و تموج وجود داشت. میچ دست راست در لمس دردناک و دارای تورم و مختصری گرمی بود. لمس عرضی متاتارسال - فالانژیال دردناک بود.



تصویر 32-10 مورد بالینی "درد دست ها (III)". لطفا توجه داشته باشید با اینکه مشاهده تورم مفصلی را پیشنهاد می کند ولی با لمس باید اثبات شود.

این وضعیت را بطور خلاصه توصیف نمایید.

تفسیر شما چیست؟

حالا شواهد پلی آرتریت (درد التهابی، با یافته های التهاب در چند مفصل)، اضافه شونده، (چون مفاصل بیشتری در حال ابتلاء بود)، قرینه (مفاصل MCP و PIP دو طرف)، و بطور غالب محیطی (مچ دستها و دست ها) بدون تظاهرات سیستمیک وجود داشت. این ویژگی ها قویا پیشنهاد کننده آرتریت روماتوئید است. آرتریت پسونیاتیکی و دیگر بیماریهای نسج همبند نیز، حتی علی رغم عدم وجود تظاهرات خارج مفصلی، نیز مطرح است. وقتی جواب آزمایشات آماده شد، CBC، کراتینین، و آزمایشات کبدی طبیعی بود. ESR ساعت اول 53 میلی متر بود. فاکتور روماتوئید و آنتی بادی های ضد هسته ای منفی بودند.⁹

ما این بیماری را برای بیمار توضیح دادیم. و درمان مناسب آرتریت روماتوئید را برای وی شروع کردیم (فصل 19).

آرتریت مچ و دست ها

⁹ فاکتور روماتوئید فقط در حدود 75 درصد بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید مثبت است و این درصد در ماه اول ابتلا کمتر است. تشخیص این بیماری بر اساس ارزیابی بالینی حتی در صورت منفی بودن فاکتور روماتوئید قرار دارد (به فصل 19 مراجعه شود).

نکات اصلی

تمام انواع آرتريت می توانند دست ها را مبتلا کنند.

برای تشخیص آرتريت به علائم التهاب مفصل، مفصل تورم، در معاینه بالینی نیاز است.

تکنیک معاینه بالینی باید صحیح باشد.

منوآرتريت مچ ها و دست ها نسبتا نادر است. بعد از علل عفونی و میکروکریستالی، باید پلی آرتريت در شرف وقوع را مد نظر داشته باشیم.

پرسش سیستماتیک و معاینه عمومی در تشخیص افتراقی دارای نقش اساسی هستند.

توزیع مفاصل مبتلا در مچ ها و دست ها قويا پیشنهاد کننده نوع آرتريت است (شکل 27-10).

اندیکاسیون درخواست تست های آزمایشگاهی و درمان بستگی به زمینه بالینی کلی دارد.

تنوسینوویت اغلب با آرتريت دست ها همراه است و می تواند اولین علامت آن باشد.

پس از تشخیص یک آرتريت التهابی از هر نوع، بیمار باید در اولین فرصت ممکن به یک متخصص ارجاع داده شود.

موارد نمونه

10E- درد دست ها (IV)

آلیس، 32 ساله، توسط پزشک عمومی اش به علت درد دست هایش به ما ارجاع داده شده بود. درد دست ها از چند ماه قبل شروع و به ضدالتهاب های غیراستروئیدی مقاوم بود. درد بیشتر مفاصل کوچک دست ها را درگیر کرده، شدت بیشتری در شب و صبح ها داشت و دارای خشکی صبحگاهی 30-60 دقیقه بود. وی تورم خفیف دست، بخصوص در صبح ها را ذکر می کرد.

درد ناتوان کننده نبود، ولی بهرحال مشکل ساز و ناراحت کننده بود. او حملات گذرایی از درد شدید در دست هایش که همراه با تغییر رنگ به ارغوانی بود را ذکر می کرد. این حملات بخصوص در سرما و استرس ایجاد می شد. مفاصل دیگر مبتلا نبودند.

به چه تشخیص هایی فکر می کنید؟

چه اطلاعات دیگری می خواهید؟

پرسش سیستماتیک به ویژه مهم جالب بود. حملات درد حاد با تغییرات واضح در رنگ تعدادی انگشتان همراه بود (بخصوص انگشتان اشاره و میانی هر دو دست)، که در ابتدا خیلی رنگ پریده و سپس سیانوزه می شد. این علائم از چند سال قبل شروع شده بود، به ویژه در زمستانها، ولی او هیچ وقت بیشتر از این به این مشکل فکر نکرده بود. وقتی از او پرسیده شد، گفت که اغلب زخم های دهانی دردناکی داشته، که دیر خوب می شده است ولی زخم تناسلی نداشته است. چشهایش خیلی وقتها، بخصوص بعد از ظهرها، خارش داشته و قرمز بوده است. تابستان گذشته پوستش کاملا به آفتاب حساسیت داشته است و از یک واکنش قرمز رنگ در صورت و دست هایش رنج می برده، که بعد از چند هفته برطرف شده است.

سابقه پزشکی وی عبارت بود از: سابقه بستری در بیمارستان به علت پلورال افیوژن و تب. این مشکلات به سل نسبت داده شده بود و به درمان پاسخ داده بود. تمام اینها "چیزهای کوچک" 4 سال قبل در طی اولین حاملگی شروع شده بود و پس از آن کاملا خوب بوده است.

در معاینه کلی یافته ای در پوست و مخاط پیدا نکردیم. معاینه قفسه صدری طبیعی بود. در نگاه به دست ها، مفاصل PIP بطور خفیف دوکی شکل و در لمس حساس بودند ولی سینویت واضح دیده نشد. ضایعات پوستی کوچک پوسته ریزی دهنده در پشت انگشتانش وجود داشت. تست های فالن و تینل منفی بودند.

دست ها در بیماریهای نسج همبند

نکات اصلی

تمام بیماریهای نسج همبند می توانند باعث درد یا آرتریت در دست ها گردند و معمولا اولین تظاهر است. به عنوان یک قانون، سینوویت در آرتریت روماتوئید از بقیه بیماریهای نسج همبند واضح تر است. اغلب در پوست و مخاط نیز تغییراتی دیده می شود. همیشه به درد التهابی دست ها توجه کنید به ویژه در خانم های جوان که درد منتشر ندارند. یک پرسش و معاینه سیستماتیک، با تمرکز روی علائم خارج مفصلی شایع بیماریهای نسج همبند، سرنخی برای تشخیص است. به اطلاعات بالینی توجه کنید، حتی اگر هیچکدام از آنها قطعی نباشد و به میزان احتمال وجود یک بیماری سیستمیک توجه نمایید. در صورت شک بالینی به یک بیماری نسج همبند، باید تست های تشخیصی مناسب درخواست شده و در اولین فرصت ممکن به یک متخصص ارجاع شود.

بصورت کوتاه مشکلات بیمار را خلاصه کنید.

- پلی آرترالژی التهابی محیطی
- پدیده رینود
- حساسیت به نور
- زخم های دهانی عود کننده
- خارش چشم ها (خشکی چشم؟)
- سابقه پلورزی (سل؟)

و تمام اینها در خانم جوانی که ما انتظار داریم سالم باشد.

تشخیص های احتمالی خود را مرور کنید 000

درست همانگونه است که شما فکر می کنید. اطلاعات کافی برای شک به یک بیماری نسج همبند سیستمیک داریم. توجه داشته باشید، در عمل، سختی چنین مواردی در جستجوی فعال و ارزیابی اطلاعات بالینی مربوطه نهفته است که به یک پرسش و معاینه سیستماتیک و متمرکز نیاز دارد.

فکر می کنید چه تست های تشخیصی مهم هستند؟

در CBC لکوپنی داشت ولی گلبولهای قرمز و پلاکت طبیعی بود. آنزیم های کبدی و کراتینین طبیعی بود. در آزمایش تجزیه ادرار کست گلبول قرمز همراه با پروتئینوری و همآچوری خفیف وجود داشت. ESR در ساعت اول 48 میلی متر بود ولی CRP طبیعی بود. ایمونوفلورسانس برای ANA با تیتراژ $\frac{1}{320}$ مثبت بود و الگوی هوموژنوس داشت.

به این ترتیب تشخیص لوپوس داده شد. ما تعداد دیگر آزمایش درخواست و درمان مناسب را برای وی تجویز کردیم.

شرایط خاص

سندروم عصب اولنار

شیوع آن به مراتب از سندروم تونل کارپ کمتر است. اگر فشار در تونل گویان باشد، پارستزی در محدوده عصب اولنار ایجاد شده، فقط کناره داخلی دست و انگشتان مبتلا می گردد. اگر فشار در ناحیه خلفی - داخلی آرنج باشد ممکن است سطح داخلی ساعد نیز مبتلا گردد. مثبت بودن آزمون تینل در ناحیه احتمالی فشار موید این تشخیص خواهد بود. ممکن است ضعف در ادداکسیون انگشت کوچک و هیپوستزی در منطقه مبتلا وجود داشته باشد. تشخیص افتراقی از رادیکولوپاتی C8 لازم است. برای اثبات تشخیص ممکن است الکترومیوگرافی لازم باشد. درمان شامل پرهیز از تروما با حفاظت از مفصل است. اگر این درمان ناکافی بود، تزریق استروئید به محل ایجاد

فشار با ارزش است. در صورت تداوم علائم یا وجود علائم نورولوژیک مهم، حذف فشار توسط عمل جراحی مورد نیاز خواهد بود.

دوپوئی ترن کنترکچر

این اختلال عبارت است از ضخیم شدن فاسیای کف دستی (نه تاندنها و غلاف تاندونی)، لذا مانع اکستانسیون کامل انگشتان مبتلا شده و دفورمیتی فلکسیون ثابت می گردد. اولین و شایعترین انگشت مبتلا، انگشت حلقه است (شکل 20-10). این اختلال در مردان بالای 50 سال شایعتر است. لمس یک باند فیروزه سفت را نشان خواهد داد. دیابت، الکلیسم، و کار شدید با دست از عوامل مساعد کننده می باشند ولی در بیشتر موارد علت ناشناخته است. یک استعداد خانوادگی وجود دارد.

درمان مشکل است و در مراحل اولیه شامل محافظت منطقه مبتلا از ترومای مکرر، و اتساع بافت مبتلا با استفاده از گرمای موضعی و ورزش های کششی می باشد. در مراحل پیشرفته، و انواع ناتوان کننده معمولاً نیاز به جراحی وجود دارد.

انگشت ماشه ای

علت ایجاد انگشت ماشه ای تنوسینوویت تنگ کننده تاندون فلکسور یک یا چند انگشت است. بیمار درد کف دست را توصیف می کند در حالیکه انگشتش اغلب گیر می کند. در مراحل پیشرفته تر، انگشت ممکن است در حالت فلکسیون بماند. انگشت با حرکت فعال یا غیر فعال با درد و حالت ماشه ای آزاد می شود. لمس تاندون فلکسور و غلاف آن معمولاً یک ندول قابل لمس را نشان می دهد، که با تاندون در حرکات غیر فعال، حرکت می کند. این اختلال با استفاده از اسپلینت و تغییر فعالیت های روزانه بیمار می تواند بهتر شود. تزریق کورتیکواستروئید ممکن است خیلی موثر باشد. گاهی جراحی لازم است.

سندروم دست دیابتیک

دست‌ها در دیابت اغلب محل شکایات روماتولوژیک هستند. سندروم تونل کارپ، سندروم اولنار و تنوسینوویت‌ها شایترین اختلالات در این بیماران هستند.

سندروم دست دیابتیک عبارت است از ضخیم شدن منتشر بافت نرم دست و انگشتان (فاسیا، تاندون‌ها، کپسول‌های مفصلی، و لیگمانها)، که باعث محدودیت حرکتی، بخصوص اکستانسیون، بدون درگیری مفصلی می‌گردد. این اختلال به عنوان چیروآرتروپاتی (chiroarthropathy) دیابتیک شناخته می‌شود. یک چهره تیپیکال در معاینه بالینی وجود علامت دعا (prayer sign) است. از بیمار بخواهید که دست‌ها را روی هم، مثل حالت دعا کردن، بگذارد. در صورت ابتلا به این اختلال، به علت عدم توانایی در اکستانسیون کامل مفاصل مختلف، شخص نمی‌تواند کف دست‌ها را به هم بچسباند. (شکل 33-10). شروع و پیشرفت این اختلال موازی با میکروآنژیوپاتی دیابتیک است.

درمان شامل مواظبت عمومی، درمان فیزیکی برای حفظ انعطاف پذیری بافت‌ها و کنترل دقیق دیابت است.



شکل 33-10 علامت دعا. چیروآرتروپاتی دیابتیک (سندروم دست دیابتیک). بیمار نمی‌تواند که دست‌ها را بهم برساند.

چماقی شدن انگشت: استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک

استئوآرتروپاتی هیپرتروفیک بیماری پیچیده است که شامل درگیری مفاصل، و پریوستیت منتشر (التهاب پریوست و رسوب در استخوان) است و معمولا همراه با حالاتی مثل بیماریهای ریه با هیپوکسی مزمن، نئوپلاسم ریه، بیماریهای سیانوتیک قلب، سیروز کبدی، سیگار کشیدن زیاد، بیماریهای التهابی روده و غیره همراه است. این اختلال بصورت درد در مناطق مختلف انعکاس می یابد. درد سوزشی در نوک انگشتان شایع است. اندام های تحتانی اغلب دچار دردمقی، منتشر می شوند که بطور تیپیکال با آویزان بودن پاها تشدید می یابد. چماقی (یا چوب طبلی) شدن انگشتان (شکل 34-10) یکی از اولین و شایعترین یافته ها است. نسج نرم نوک انگشتان ضخیم و متورم شده و ناخن محدب می گردد. محیط انگشت در قاعده ناخن بیشتر از ناحیه DIP است. از بین رفتن فضای بین دو ناخن وقتی دو ناخن بهم فشار داده می شوند یک علامت نسبتا اختصاصی بوده و نشانه از بین رفتن زاویه بستر ناخن است (شکل 34C-10).

ادم منتشر دست ها

گاهی یک بیمار ادم منتشر دست را توصیف می کند که نه تنها نواحی اطراف مفصلی بلکه پشت دست و میچ دست را بصورت ادم گوده گذار مبتلا کرده است (دست بوکسورها).

این مشکل بندرت ممکن است بندرت منعکس کننده آرتريت، مثل آرتريت روماتوئید، حاد یا شعله ور شده است. دست بیماران مبتلا به اسکرودرمی در مراحل اولیه، بخصوص قبل از اسکروز، ممکن است دچار ادم منتشر باشد.

آلگودیستروفی (یا دیستروفی واکنشی سمپاتیک) ممکن است باعث ادم منتشر همراه با تغییر رنگ (بنفش) و افزایش تعریق در دستها شود. این اختلال در فصل 14 توضیح داده می شود.

شایعترین شکایات اختلال نادر RS3PE¹⁰ ادم منتشر و شدید هر دو دست است. این اختلال ممکن است پاسخ خوبی به آرتريت روماتوئید بدهد ولی اغلب به سمت آرتريت روماتوئید تیبیک پیشرفت می کند.

بهر حال، قبل از در نظر گرفتن این احتمالات، رد کردن حالات دیگری مثل تحت فشار داشتن وریدها و لنفاتیک ها، مسائل آلرژیک، و هیپوتیروئیدی را فراموش نکنید.



تصویر 10-34 چماقی شدن. به تغییر شکل بند انتهایی (چماقی شدن انگشتان) توجه کنید. از بین رفتن زاویه ناخن یک علامت زودرس این اختلال است.

تست های تشخیصی

¹⁰ remitting seronegative symmetric synovitis with pitting edema

طیف وسیعی از اختلالات روماتیسمی میچ و دست ممکن است بصورت بالینی، بدون نیاز به تست تشخیصی دیگری، تشخیص داده شوند. این مسئله در مورد تنوسینوویت دکرون، استئوآرتریت نودال، استئوآرتریت اولین CMC، دوپوئی ترن کنترکچر، دست دیابتیک و تا حد زیادی آرتریت روماتوئید و غیره نیز صادق است.

سندروم کانال کارپ و سندروم تونل اولنار بطور طبیعی نیاز به آزمایشی ندارند. در صورتی که با معاینه بالینی نتوان تصمیم قطعی گرفت، اگر شکایات حرکتی نشانه فشار شدید روی عصب مدیان باشد، یا اگر جراحی مدنظر باشد، درخواست الکترومیوگرافی معقول است. نیاز به تست هایی که بتوانند علت زمینه ای این سندروم ها را کشف کنند (قند خون، تست های تیروئید و غیره) بستگی به زمینه بالینی دارد. چون این تست ها و تست های زیاد دیگری اگر بصورت بی هدف و کورکورانه درخواست شوند زیاد مفید نیستند.

اگر ما به آرتریت شک داشته باشیم، نیاز واضحی به واکنش دهنده ای فاز حاد، CBC، بیوشیمی پایه، و تست های دیگری که برای تشخیص و تعیین درمان بعدی کاربرد دارند، خواهد بود. فاکتور روماتوئید و آنتی بادی های ضد هسته ای تست های مهمی در پلی آرتریت مشکوک هستند، ولی هیچوقت نباید جایگزین ارزیابی بالینی شوند.

در روماتولوژی، با هیچ تستی نمی توان تشخیص خاصی را مطرح کرد مگر اینکه علائم بالینی قابل انطباق با آن تشخیص نیز وجود داشته باشد.¹¹

چه زمانی آرتریت میچ دست و دست را مدنظر داشته باشیم؟
نکات اصلی
درد التهابی
تورم لاستیکی و/یا درد درد در لمس مفاصل
یافته های التهاب (همیشگی نیست)

¹¹ یک حقیقت از La Palisse : برای وجود آرتریت روماتوئید، باید ... آرتریت وجود داشته باشد.

بالا بودن واکنش دهنده ای فاز حاد (معمولا)

تصویربرداری

رادیوگرافی دست ها و مچ دست ها (قدامی- خلغی و مایل) وقتی لازم است که ارزیابی بالینی پیشنهاد کننده بیماری مفصلی باشد.

خواندن این رادیوگرافی ها دارای اصولی مثل بقیه مفاصل است:

به همترازی استخوانها دقت کنید.

به پهنا و قرینه بودن فضای مفصلی دقت نمایید.

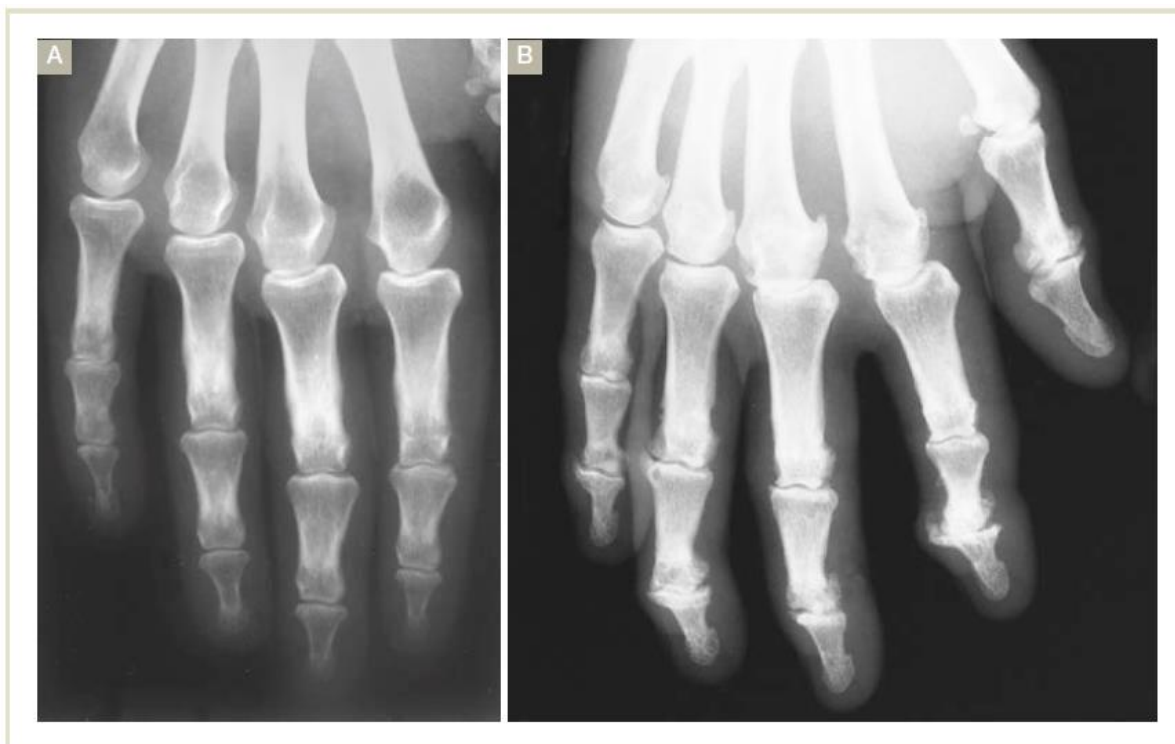
هم آرتريت و هم استئوآرتريت باعث کاهش فضای مفصلی می شوند. در آرتريت این کاهش در تمام فضای مفصلی یکنواخت و یک شکل است. در استئوآرتريت، کاهش فضای غیر قرینه بوده و وابسته به خطوط فشاری است که روی مفصل اعمال می شود (10-35).



شکل 10-35 در استئوآرتریت (A) کاهش فضای مفصلی معمولاً موضعی یا غیرقرینه است، در حالیکه در آرتریت التهابی (B) کاهش فضا یکنواخت و منتشر است.

به دانسیته استخوانی در اطراف مفاصل توجه کنید

در آرتریت روماتوئید استئوپنی اطراف مفصلی یکی از تیپیک ترین یافته است و در مراحل اولیه بیماری رخ می دهد. برعکس، استئوآرتریت با ضخیم شدگی استخوان زیر غضروف همراه است (اسکلروز زیر غضروفی). عجیب اینکه، آرتریت پسوریاتیک اگرچه التهابی است ولی استئوپنی واضحی ایجاد نمی کند (شکل 10-36).



شکل 10-36 در آرتریت روماتوئید (A) استئوپنی دور مفصلی یکی از یافته های اولیه رادیوگرافیک است. در استئوآرتریت (B) اسکلروز استخوان زیر غضروف یک یافته تیپیک است. به کاهش فضای مفصلی در هر دو بیماری توجه کنید.

به کناره های مفصل از نظر وجود خوردگی و استئوفیت توجه کنید.

اروزیون ها شبیه خوردگی های کوچک در نزدیک محل چسبیدن کیسول و سینوویوم می باشند. اروزیون ها شدیداً پیشنهاد کننده آرتریت روماتوئید بوده، و بیشتر در مفاصلی دیده می شوند که معمولاً در این نوع آرتریت درگیر

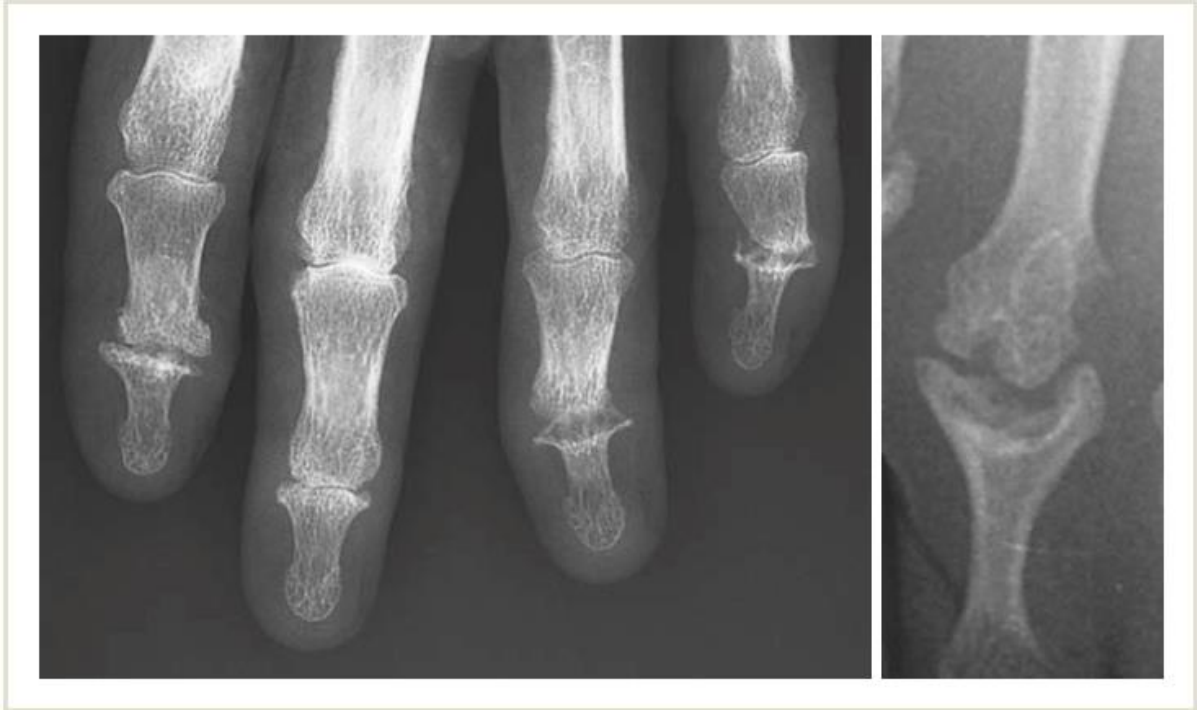
می گردند: مفاصل MCP و PIP. زائده استیلوئید اولنا نیز محل شایعی برای آروزیون روماتوئید است. لوپوس و دیگر بیماریهای بافت همبند علی رغم اینکه التهاب مفصل، باعث آروزیون نمی گردند.

در استئوآرتریت، از طرف دیگر، معمولا خارهای استخوانی وجود دارد (استئوفیت) (شکل 10-37).

آرتریت پسوریاتیک از این نظر عجیب است. این بیماری تمایل دارد که در بالای بند پروگزیمال آروزیون و در قاعده بند دیستال خار ایجاد کرده و گاهی باعث ایجاد نمای "مداد در فنجان" گردد (شکل 10-38).



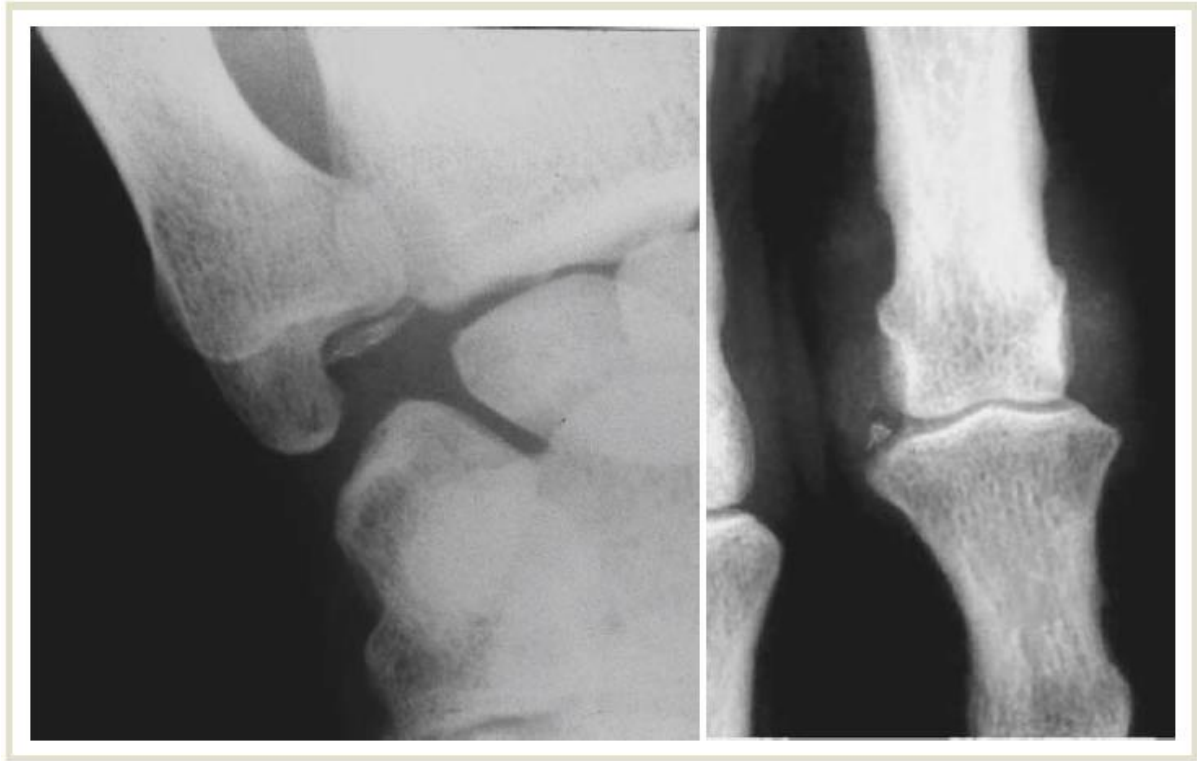
شکل 10-37 خوردگی ها (مناطق موضعی جذب استخوان قشری در مجاورت مفصل) در آرتریت روماتوئید (A، B، C) شایع است. برعکس، در استئوآرتریت برجستگی های استخوانی (استئوفیت تیپیکال هستند (D و E)



شکل 10-38 در آرتریت پسوریاتیک پیشرفته، همراهی خوردگی ها و اگزوستوزها ممکن است تغییر شکل به اصطلاح "مداد در فنجان" را ایجاد کند.

از نظر وجود کلسیفیکاسیون غضروف و نسج نرم دقت کنید. به لیگمان سه گوش مچ توجه ویژه داشته باشید
(10-39).

توزیع مفاصل مبتلا را ارزیابی کرده و با الگوی تیپیکال هر بیماری مفصلی مقایسه کنید.



شکل 39-10 کندروکلسینوز. به کلسیفیکاسیون لیگمان سه گوش و مفاصل بین انگشتی دقت کنید.

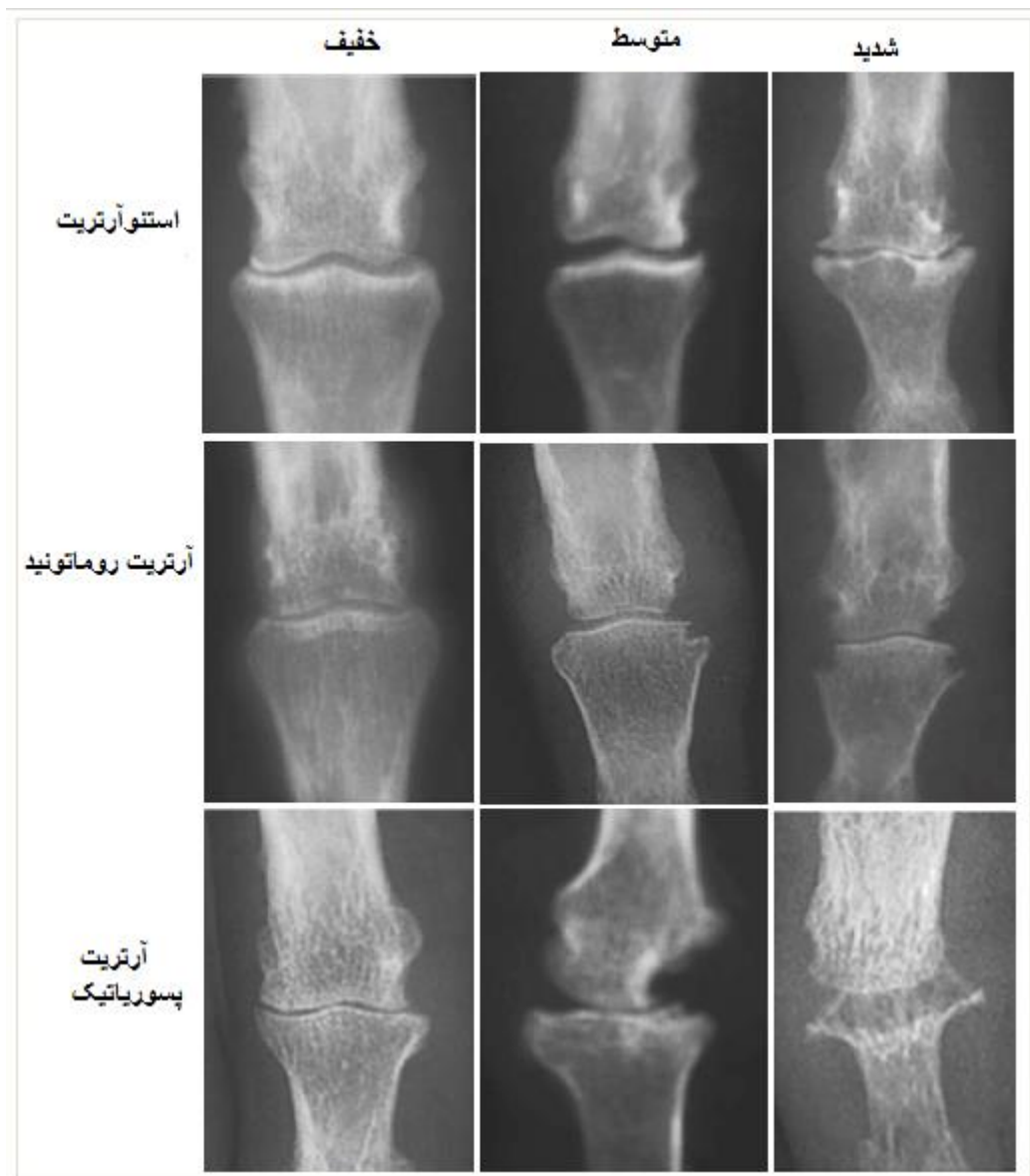
تصویر برداری از دست ها

نکات اصلی

با کلماتی ساده، می توانیم ویژگی های رادیولوژیک را که باعث افتراق تعدادی از بیماریهای مفصلی میچ می شود بیان کنیم:

- آرتریت روماتوئید فقط استخوانها را بر می دارد (خوردگی و استئوپنی جنب مفصلی).
- استئوآرتریت به استخوانها می افزاید (استئوفیت و اسکروز زیر غضروفی)
- آرتریت پسوریاتیک هر دو کار را انجام می دهد (خوردگی و خار، بدون استئوپنی یا اسکروز استخوان

زیر غضروف) (شکل 40-10)



شکل 10-40 ویژگی های 3 آرتروپاتی در مراحل مختلف پیشرفت

سینتی گرافی استخوان برای مطالعه دست بندرت اندیکاسیون پیدا می کند. ارزیابی بالینی اطلاعات زیادی در اختیار ما خواهد گذاشت و معاینه دقیق مفاصل معمولاً از سینتی گرافی بیشتر نتیجه بخش خواهد بود.

درمان

ما قبلاً به اصول درمان ضایعات نسج نرم و استئوآرتریت دست پرداخته ایم. اگر درد و ناتوانی به دارو پاسخ ندهد، اسپلینت برای دست و شست می تواند باعث کاهش شکایات شده و حرکات را بهبود بخشد (شکل های 2-29 و

3-29). تزریق کورتیکواستروئید بخش مهمی از درمان بعضی از این بیماریها است. ولی باید با اندیکاسیون های خاص و توسط شخص مجرب انجام شود.

هنگام مواجهه با آرتریت، یک پزشک عمومی در اولین فرصت باید بیمار را به یک متخصص ارجاع دهد. حتی در بیماریهای مزمن مثل آرتریت روماتوئید، چند ماه اول یک فرصت بسیار مهم برای جلوگیری از آسیب های ساختمانی است و این امر تنها با درمان مناسب و به موقع امکان پذیر است. مبتلایان به آرتریت حاد و یا بیماری نسج همبند مشکوک را باید بطور اورژانسی ارجاع داده شوند.

در صورت شک، پزشکان باید آزمون های تشخیصی مثل: واکنش دهنده های مرحله حاد، فاکتور روماتوئید و آنتی بادی ضد هسته ای درخواست گردد. ولی از تلف کردن وقت با درخواست های آزمون های خیلی پیچیده باید پرهیز کرد، در حالیکه منتظر ملاقات مشاور هستید، باید در مقابل وسوسه تجویز کورتیکو استروئید یا سرکوب کننده های ایمنی مقاومت کنید. اگرچه این داروها ممکن است باعث تسکین سریع گردند، ولی این تسکین موقتی بوده و احتمال بروز خطرات زیادی وجود دارد. چنین درمان شتاب زده ای همچنین ممکن است باعث ابهام در علائم بالینی شده و روی نتایج آزمون های تشخیصی تاثیر گذاشته و رسیدن به تشخیص قطعی را برای متخصص مشکل تر نماید. اگر احساس می کنید که باید به کورتیکواستروئیدها متوسل شوید، توجه کنید که آیا بهتر است بیمار به اورژانس بیمارستانی برود که بخش روماتولوژی دارد؟

کی بیمار باید به یک متخصص ارجاع داده شود؟

در هر زمان و در اولین فرصتی که ارزیابی بالینی شما آرتریت را نشان دهد.
هر زمانی که دلایل کافی برای یک بیماری بافت همبند وجود داشته باشد.
هر زمانی که در رادیوگرافی کاهش فضای مفصلی یا خوردگی، حتی اگر معاینه بالینی خیلی پیشنهاد کننده نباشد، دیده شود.
هر زمانی که ضایعات نسج نرم به درمان نگهدارنده مقاوم باشند.