



# راهنمای بیماران

بیماری های مفاصل، استخوان و ستوان فقرات

مolfان:

دکتر محمدباقر اولیاء

دکتر گلبرگ مهرپور

دکتر حسین سلیمانی

دکتر علی دهقان

۱۳۹۵



تقدیم به:

همه بیمارانی که حقی به گردن همه ما دارند

و تقدیم به روان گذشتگان عزیزمان که مردم دوستی در نهاد آنان بود



## فهرست مطالب

- فصل اول: آرتريت روماتويد..... ۱۷
- بیماری آرتريت روماتويد چیست؟..... ۱۷
- آیا سن و جنس فرد در ابتلای بیماری موثر است؟..... ۱۷
- علت بیماری روماتويد چیست؟..... ۱۸
- بیماری خود ایمنی (اتوایمیون) چیست؟..... ۱۸
- عوامل محیطی..... ۱۸
- عامل ژنتیک..... ۱۸
- سایر عوامل..... ۱۹
- شکایت‌های جسمی در بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی چیست؟..... ۱۹
- ویژگی احساس خشکی صبحگاهی در این بیماران چیست؟..... ۱۹
- آیا بجز خشکی در مفاصل، بیماران ممکن است شکایات دیگری داشته باشند؟..... ۲۰
- سیر شروع بیماری روماتويد چگونه است؟..... ۲۰
- آیا در مراحل اولیه می‌توان احتمال پیشرفت را تعیین کرد؟..... ۲۰
- تخریب مفصلی در چه مفاصلی ایجاد شده و چگونه است؟..... ۲۱
- ابتلای گردن..... ۲۲
- سیر بیماری در این بیماری چگونه است؟..... ۲۲
- تشخیص بیماری آرتريت روماتويد چگونه است؟..... ۲۳
- برای تشخیص و درمان این بیماری به چه پزشکی بایستی مراجعه کرد؟..... ۲۳
- اهمیت شرح حال و معاینه پزشکی در تشخیص و درمان بیماری چیست؟..... ۲۴
- آیا آزمایشات می‌توانند در تشخیص قطعی بیماری کمک کنند؟..... ۲۴
- عکسبرداری با اشعه ایکس (رادپولوژی) تا چه حد در تشخیص این بیماری اهمیت دارد؟..... ۲۵
- آیا اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از ابتلای به بیماری وجود دارد؟..... ۲۵
- کشیدن مایع از مفصل متورم چقدر ضرورت دارد، و آیا درست است؟..... ۲۶
- اصول کلی درمان آرتريت روماتويد چیست؟..... ۲۶
- روشهای درمانی بیماری آرتريت روماتويد چگونه است؟..... ۲۷
- منظور از اصلاح شیوه زندگی چیست؟..... ۲۷
- آیا بیماری روماتیسم باعث کاهش کیفیت زندگی روزمره می‌شود؟..... ۲۸
- میزان استراحت جسمی من در طول روز چقدر است؟..... ۲۸

۲۹	اهمیت ورزش در مبتلایان به آرتریت روماتوئید چقدر است؟
۳۰	چه نوع تغذیه‌ای برای بیماران آرتریت روماتوئیدی توصیه می‌شود؟
۳۱	اهمیت خواب مناسب در مبتلایان به بیماری آرتریت روماتوئیدی چقدر است؟
۳۱	در زمینه کاهش اضطراب چه توصیه‌ای می‌کنید؟
۳۲	آیا تغییرات آب و هوایی تاثیری بر روی بیماری دارد؟
۳۲	آیا در بارداری شدت بیماری روماتوئید تغییری می‌کند یا خیر؟
۳۳	<b>فصل دوم: لوپوس</b>
۳۴	چه چیز باعث ایجاد این بیماری می‌شود؟
۳۴	علائم بیماری لوپوس چیست؟
۳۴	علائم عمومی
۳۵	تظاهرات اسکلتی عضلانی
۳۵	تظاهرات پوستی و مخاطی
۳۵	تظاهرات کلیوی
۳۶	تظاهرات ریوی
۳۶	تظاهرات قلبی
۳۶	تظاهرات دستگاه خونساز
۳۶	تظاهرات سیستم عصبی
۳۷	تظاهرات سیستم گوارشی
۳۷	تظاهرات چشمی
۳۷	چگونه لوپوس تشخیص داده می‌شود؟
۳۸	چه عواملی ریسک ایجاد بیماری را افزایش می‌دهد؟
۳۸	درمان
۴۰	راهنمای محافظت از پوست
۴۰	راهنمای مراقبت از دندان‌ها
۴۱	بیماران لوپوسی از مشکلات زیر ممکن است رنج ببرند
۴۱	تغذیه
۴۲	زندگی با لوپوس
۴۳	چند نکته مهم
۴۳	افسردگی ناشی از لوپوس
۴۴	ازدواج و لوپوس

بارداری ولوپوس.....	۴۴
ورزش.....	۴۴
داروهای گیاهی.....	۴۵
سوالات مهم بیماران از پزشک.....	۴۵
<b>فصل سوم: اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS)</b> .....	۴۹
آیا AS یک بیماری رایج است؟.....	۵۱
چه کسانی به AS مبتلا می شوند؟.....	۵۱
آیا بیماری در مردها، زن ها و کودکان فرق دارد؟.....	۵۱
نشانه های بیماری AS چیست؟.....	۵۱
آیا AS بر روی دیگر مفاصل نیز اثر می گذارد؟.....	۵۲
آیا بیماری AS بر دیگر دستگاه ها و سایر اعضا بدن اثر می گذارد؟.....	۵۲
AS چه تاثیراتی بر روی چشم ها دارد؟.....	۵۲
چگونه AS به قلب اثر می گذارد؟.....	۵۳
AS چه صدمه ای به ریه ها می گذارد؟.....	۵۳
آیا اثرات AS بر روی همه افراد یکسان است؟.....	۵۳
در بیماری AS آیا نیاز به جراحی وجود دارد؟.....	۵۳
چه داروهایی مورد نیاز است؟.....	۵۴
آیا AS خطرناک است؟.....	۵۴
ریسک انتقال بیماری به فرزندان چگونه است؟.....	۵۴
چگونه می توان از ابتلا به AS اطمینان پیدا کرد؟.....	۵۴
آیا معالجه قطعی برای AS وجود دارد؟.....	۵۵
نتیجه نهایی بیماری AS چیست؟.....	۵۵
توصیه های غیر دارویی برای بیماران.....	۵۵
<b>فصل چهارم: اسکرودرمی</b> .....	۶۳
اسکرودرمی چیست؟.....	۶۳
اسکرودرمی در چه سنی شایع است؟.....	۶۳
اسکرودرمی در زنان شایع تر است یا مردان؟.....	۶۳
اسکرودرمی چند نوع است؟.....	۶۴
علل اسکرودرمی چیست؟.....	۶۴
اسکرودرمی موضعی چیست؟.....	۶۴

- اسکلروز سیستمیک محدود چه علائمی دارد؟..... ۶۵
- نشانه های بیماری چیست؟..... ۶۵
- تورم..... ۶۶
- تغییرات پوست..... ۶۶
- اسکلروداکتیلی..... ۶۶
- تلائز کتازی..... ۶۷
- کلسینوز..... ۶۷
- التهاب مفاصل و ضعف عضلات..... ۶۷
- مشکلات گوارشی..... ۶۷
- خشکی مخاطی..... ۶۸
- مشکلات قلبی ریوی..... ۶۸
- مشکلات کلیوی..... ۶۸
- تشخیص بیماری..... ۶۸
- درمان بیماری..... ۶۸
- راه های محافظت از پوست..... ۶۹
- کنترل کردن استرس..... ۶۹
- فصل پنجم: نقرس**..... ۷۱
- درگیری مفصلی نقرس چگونه رخ می دهد؟..... ۷۳
- شایعترین مفصل درگیر کدام است؟..... ۷۳
- در هر حمله چند مفصل گرفتار می شوند؟..... ۷۳
- مفاصل شایع درگیر دیگر کدام اند؟..... ۷۳
- هر حمله مفصلی چه مدت طول می کشد؟..... ۷۳
- چه عواملی مستعدکننده بروز حمله نقرس هستند؟..... ۷۳
- توفوس چیست؟..... ۷۴
- شایع ترین محل های توفوس کجاست؟..... ۷۴
- درمان..... ۷۴
- چه داروهایی در حمله مفصلی نقرس استفاده می شوند؟..... ۷۵
- بهترین درمان حمله مفصلی در فرد جوان و بدون بیماری زمینه ای کدام است؟..... ۷۵
- کورتیکواستروئیدها را به چه بیمارانی توصیه می کنیم؟..... ۷۵
- کلشی سین را به چه بیمارانی توصیه می کنیم؟..... ۷۵



- ۷۵..... آیا تزریق داخل مفصلی کورتون مفید است؟
- ۷۶..... شایعترین عوارض کلشی سین کدام اند؟
- ۷۶..... درمانهای پایین آورنده اسیداوریک.....
- ۷۶..... از نظر رژیم غذایی توصیه می شود که چه موادی مصرف نشوند؟
- ۷۶..... آیا بیماران می بایست از مصرف گوشت قرمز و ماهی اجتناب کنند؟
- ۷۶..... آیا بیمار می تواند لبنیات مصرف کند؟
- ۷۶..... مصرف میوه بهتر است یا آب میوه؟
- ۷۶..... مصرف مایعات چگونه باشد؟
- ۷۷..... در چه افرادی درمان با داروهای پایین آورنده اسیداوریک سرم شروع می شود؟
- ۷۷..... هدف این است که سطح اسیداوریک به چقدر برسد؟
- ۷۷..... شایعترین دارویی که در این زمینه مصرف می شود چه نام دارد؟
- ۷۷..... آلپورینول را چگونه باید استفاده کرد؟
- ۷۷..... حداکثر اثر دارو بعد از چه مدت ظاهر می شود؟
- ۷۷..... شایعترین عوارض آلپورینول کدام اند؟
- ۷۸..... عوارض ناشایع آلپورینول کدام اند؟
- فصل ششم: استئوآرتریت.....**
- ۷۹..... استئوآرتریت چیست؟
- ۸۰..... چه کسی استئوآرتریت دارد؟
- ۸۰..... استئوآرتریت چه مفصل هایی را مورد حمله قرار می دهد؟
- ۸۱..... چگونه استئوآرتریت مردم را درگیر می کند؟
- ۸۱..... اثرات استئوآرتریت بر روی دارایی.....
- ۸۱..... اجزای درگیر در استئوآرتریت.....
- ۸۱..... مفصل و اجزای آن.....
- ۸۲..... غضروف (Cartilage).....
- ۸۲..... کپسول مفصل (Joint Capsule).....
- ۸۲..... سینوویوم (Synovium).....
- ۸۲..... مایع سینوویال (Synovial fluid).....
- ۸۲..... غضروف.....
- ۸۲..... کلیدی برای سلامتی مفصل.....
- ۸۳..... کلاژن.....

۸۳	پروتئوگلیکان.....
۸۳	کندروسیت.....
۸۳	شما چگونه متوجه می شوید که استئو آرتрит دارید؟.....
۸۳	دست‌ها.....
۸۴	زانوها.....
۸۴	لگن.....
۸۴	ستون فقرات.....
۸۵	علائم هشدار دهنده استئوآرتريت.....
۸۵	چگونه استئوآرتريت را تشخيص می دهيم؟.....
۸۵	تاريخچه باليني.....
۸۵	معاینه فیزیکی.....
۸۵	رادیوگرافی با اشعه X.....
۸۶	تصاویر مغناطیسی (Magnetic resonance imaging (MRI).....
۸۶	تست‌های دیگر.....
۸۶	هدف از درمان استئوآرتريت.....
۸۷	راههای درمانی استئو آرتريت.....
۸۷	درمان استئو آرتريت چگونه است؟.....
۸۷	ورزش.....
۸۸	مبارزه با استئو آرتريت با ورزش.....
۸۸	ورزش‌های تقویت کننده.....
۸۸	فعالیت های آيروبيک.....
۸۸	ورزش های چابکی.....
۸۸	کنترل وزن.....
۸۹	استراحت و برداشت فشار از روی مفصل‌ها.....
۸۹	رهایی از درد بدون دارو.....
۸۹	گرما و سرما.....
۹۰	تحريك عصب بوسيله عبور الكتریسته از پوست (TENS).....
۹۰	داروهایي برای کنترل درد.....
۹۰	استامينوفن.....
۹۰	NSAID (مسكن‌های غيراستروئیدی).....

۹۱	..... سایر داروها
۹۱	..... اسپری‌ها و کرم‌های مالشی موضعی کاهش دهنده درد
۹۱	..... مسکن‌های مخدری خفیف
۹۱	..... کورتیکواستروئیدها
۹۲	..... تزریق هیالورونیک اسید
۹۲	..... توصیه‌هایی در مورد مصرف مسکن
۹۳	..... جراحی
۹۳	..... درمان‌های مکمل و سایر درمانها
۹۴	..... درمان‌های فرعی مورد استفاده در درمان استئوآرتریت
۹۴	..... طب سوزنی
۹۴	..... ترکیبات خوراکی
۹۴	..... چگونه با آرتروز زانو زندگی بهتری داشته باشیم؟
۹۵	..... اهمیت خودمراقبتی و یک نگرش سلامتی خوب
۹۶	..... پیوند سلول‌های بنیادی
۹۷	..... یادآوری یک نکته مهم برای بیماران مبتلا به آرتروز
۹۷	..... وزن و کاهش وزن
۹۷	..... درمان
۹۸	..... درمان‌های جایگزین
۹۸	..... Acupuncture
۹۸	..... ویتامین D، C، E، و بتاکاروتن
۹۹	..... <b>فصل هفتم: درد گردن و شانه</b>
۱۰۰	..... علل درد گردن
۱۰۰	..... تنگی کانال نخاع
۱۰۱	..... وارد شدن ضربه به گردن
۱۰۱	..... بیماری‌های سیستمیک
۱۰۱	..... درمان
۱۰۳	..... درد شانه
۱۰۳	..... علل درد شانه
۱۰۳	..... تاندونیت روتاتورکاف
۱۰۴	..... شانه منجمد (کپسولیت چسبنده)

۱۰۴	ضربه به مفصل
۱۰۴	التهاب مفصل شانه
۱۰۵	دردهای انتشاری به شانه ها
۱۰۵	تاندونیت کلسیفیک
۱۰۵	درمان
۱۰۷	<b>فصل هشتم</b>
۱۰۷	<b>کمردرد</b>
۱۰۸	کمردرد حاد غیر اختصاصی (لومباگوی حاد)
۱۰۸	فتق دیسک کمری
۱۰۹	روماتیسم های ستون فقرات
۱۱۰	علل متابولیک، مانند کمبود کلسیم و ویتامین D
۱۱۰	رفتار های ناصحیح در فعالیت های عادی زندگی
۱۱۱	سندروم فاست (Facet syndrome)
۱۱۱	عفونت های ستون فقرات
۱۱۱	ضایعات تومورال
۱۱۱	شکستگی ها
۱۱۳	<b>فصل نهم</b>
۱۱۳	<b>تنگی کانال نخاع</b>
۱۱۴	تنگی کانال نخاع چیست؟
۱۱۴	چه عواملی باعث تنگی کانال نخاع می شود؟
۱۱۴	چه کسانی مبتلا به تنگی کانال نخاع مبتلا می شوند؟
۱۱۴	علائم بالینی تنگی کانال چیست؟
۱۱۵	تنگی کانال نخاع چگونه درمان می شود؟
۱۱۷	<b>فصل دهم</b>
۱۱۷	<b>راهنمای بیماران برای تزریق اپیدورال استروئید (ESI)</b>
۱۲۰	فضای اپیدورال چیست؟
۱۲۰	تزریق اپیدورال چیست و چرا کمک کننده است؟
۱۲۰	در طی پروسه چه اتفاق می افتد؟
۱۲۱	و پس از آن چه اتفاق می افتد؟
۱۲۱	چه کسانی مورد تزریق اپیدورال قرار می گیرند؟

۱۲۱	یافته های تصویر نگاری.....
۱۲۱	ممنوعیت های انجام اپیدورال.....
۱۲۱	ممنوعیت های مطلق.....
۱۲۲	ممنوعیت های نسبی.....
۱۲۲	عوارض.....
۱۲۳	<b>فصل یازدهم: پوکسی استخوان.....</b>
۱۲۴	(۱) عوامل غیر قابل کنترل.....
۱۲۴	(۲) عوامل قابل کنترل.....
۱۲۵	(۳) راه های درمان.....
۱۲۸	ضمیمه: ورزش های ستون فقرات.....

## نویسندگان

دکتر محمدباقر اولیاء ..... استاد تمام روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد  
دکتر گلبرگ مهرپور ..... استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی البرز  
دکتر حسین سلیمانی ..... استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد  
دکتر علی دهقان ..... استادیار گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد  
دکتر احمد سلیم زاده ..... دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران  
دکتر غلامحسین علیشیری ..... استاد تمام دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... تهران  
دکتر انوشه حقیقی ..... دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران  
دکتر الهه دولتشاهی ..... استادیار دانشگاه علوم پزشکی البرز  
دکتر ریحانه عزیزی ..... استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد  
سینا اولیاء ..... دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد



### هوالبصیر

افزایش سطح فرهنگ عمومی جامعه از رسالت اندیشمندان و صاحبان قلم است. بیماری های مرتبط با دستگاه های عضلانی- اسکلتی، یکی از شایعترین علل مراجعات پزشکی در دنیا محسوب می گردد. آنچه در بسیاری از کشورهای پیشرو متداول است، فراهم نمودن امکانات آموزشی برای بیماران در کنار توسعه تکنولوژی پزشکی و درمان های مناسب تر است. بر این اساس، مولفین این کتاب بر آنند تا نقش و رسالت آموزشی خود را به نحو احسن نسبت به بیماران و جامعه اسلامی ایفا نمایند.

کتابی که پیش رو دارید، حاصل دانش و تجربه همکاران ارزشمند از دانشگاه های معتبر کشور است که سعی دارد با بیانی شیوا و روان، تمام اطلاعات لازم برای اثربخشی بیشتر درمان را به بیماران و یا وابستگان بیمار انتقال دهد.

این موضوع به خصوص زمانی از اهمیت بیشتری برخوردار می شود که معمولا به علت کثرت موارد گفتنی ها و ضیق زمان، امکان انتقال همه مفاهیم ضروری در کلینیک ها وجود ندارد. اقرار داریم این مجموعه مانند سایر محصولات بشری، خالی از نقص و عیب نیست ولیکن سعی شده است با کمترین خطا، عمده مراجعات کلینیک های روماتولوژی را پوشش دهد و بدین ترتیب نه فقط برای بیماران مراجعه کننده به کلینیک ها، بلکه برای سایر اعضای خانواده ی بیماران که معمولا به نحوی با انواع بیماری های مفصلی- استخوانی مواجه هستند، مفید باشد.

پیشاپیش از همکاری صمیمانه کلیه نویسندگان، جناب آقای دکتر مهرپرور معاون محترم پژوهشی دانشگاه و مدیریت محترم انتشارات سامان اندیشه قدردانی می نمایم.

از نظر اینجانب نکات خاصی که به دلایلی اهمیت ویژه داشته اند با خط زیر متن مشخص شده و خواندن آنها را به همه عزیزانی که این کتاب را در دست دارند، توصیه می شود. ارائه دیدگاه های سازنده شما برای بهبود کیفیت آثار بعدی، مزید امتنان خواهد بود.

محمدباقر اولیاء

استاد تمام گروه روماتولوژی و سرپرست گروه مولفان

e-mail: owlia@ssu.ac.ir

تلفن و نمابر: ۰۳۵-۳۸۲۲۴۱۰۰ و ۰۳۵-۳۸۲۲۴۰۰۱



## فصل اول:

### آرتريت روماتويد

دکتر غلامحسين عليشيري

#### \* بيماري آرتريت روماتويد چيست؟

بيماری آرتريت روماتويد (روماتويد) یک بیماری روماتیسمی مفصلی نسبتاً شایع است. در این بیماری بافت پوشاننده مفصل دچار التهاب می‌شود. در اغلب موارد این التهاب ممکن است باعث تخریب بافت‌های مفصلی شده و منجر به ناتوانی شود.

#### \* آیا سن و جنس فرد در ابتلای بیماری موثر است؟

پاسخ مثبت است. بیماری روماتويد معمولاً از هر یکصد نفر، یک نفر را مبتلا می‌کند. ابتلای زنان ۲-۳ برابر بیشتر از مردان است. اگرچه بیماری ممکن است نوجوانان را نیز مبتلا کند، در بالغین بیشترین سن ابتلا بین ۴۰ تا ۶۰ سالگی است.

### \* علت بیماری روماتوئید چیست؟

به طور قطع علت بیماری مشخص نیست ولیکن این بیماری به علت اختلال عملکرد سیستم ایمنی است (بیماری خود ایمنی). بدین معنا که سیستم دفاع بدن انسان که نقش دفاعی در بدن دارد، به بافت مفصلی حمله می‌کند. فاکتور ژنتیکی (عامل وراثت) ممکن است خطر ابتلاء به این بیماری را بیشتر کند.

### \* بیماری خود ایمنی (اتوایمیون) چیست؟

سیستم دفاعی بدن از قبل از تولد در بدن انسان ایجاد شده و بعد از تولد تکامل پیدا می‌کند. این سیستم نقش دفاعی علیه تهاجم عوامل خارجی از جمله باکتری‌ها و یا ویروس‌ها دارد. در یک انسان سالم این مجموعه با افتراق اجزاء بدن از عوامل خارجی، صرفاً نقش دفاعی و تهاجمی علیه عوامل خارجی دارد. در بیماری‌های خودایمنی این دفاع بدن دچار اختلال شده به طوری که علیه اجزاء سالم بدن عمل می‌کند. علیرغم تمامی بررسی‌های صورت گرفته تاکنون علت این اختلال شناخته نشده ولیکن عوامل مختلفی را به عنوان علت زمینه‌ساز احتمالی مطرح شده است.

### \* عوامل محیطی

گرچه علت قطعی محیطی در ایجاد این بیماری بدست نیامده، ولیکن ردپایی از عفونت میکروبی یا ویروسی بدست آمده است. این عوامل ممکن است در یک زمینه ژنتیکی مستعد باعث اختلال ایمنی شوند.

شرایط آب و هوایی مانند سرما و یا رطوبت هوا ممکن است باعث تشدید شکایات مفصلی شوند، ولیکن تأثیرات آن در ایجاد بیماری اثبات نشده است. از میان تمام عوامل محیطی که قادر به شروع بیماری هستند، تنها عاملی که ارتباط روشنی با پیدایش بیماری دارد سیگار کشیدن است.

### \* عامل ژنتیک

امروزه دانشمندان دریافته‌اند، که عامل وراثتی یا ژن در این بیماری و یا شدت آن نقش دارند، ولیکن در بسیاری از مواقع ممکن است سابقه فامیلی واضح و یا ژنهای مطرح شده در فرد بیمار وجود نداشته باشند.

در بررسی‌های خانوادگی نشان داده شده بستگان درجه اول افراد مبتلا ۴ برابر مورد انتظار، دچار آرتريت روماتويد نسبتاً شديد می‌شوند. در حدود ۱۰ درصد بیماران مبتلا به آرتريت روماتويد دارای یک خویشاوند درجه اول مبتلا هستند.

### سایر عوامل

یک عامل مهم در استعداد به بیماری خودایمنی وضعیت هورمونی بیمار است. بسیاری از بیماری‌های خودایمنی یک شیوع قوی در جنس زنان را نشان می‌دهند، که در اغلب موارد به نظر می‌رسد به وضعیت هورمونی زنان مربوط باشند. بایستی توجه کرد که کمبود یا افزایش یک یا چند هورمون خاص به تنهایی نمی‌تواند باعث ایجاد بروز بیماری آرتريت روماتويد شود. این بیماری در زن‌ها سه برابر مردان است و با مصرف قرص‌های ضدبارداری شیوع بیماری در آنها کمتر می‌شود. خیلی از بیماران، شروع بیماری شان دقیقاً بعد از یک استرس بزرگ روحی است.

### \* شکایت‌های جسمی در بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی چیست؟

مشکل اصلی در این بیماران درد، احساس خشکی و تورم در مفاصل دست‌ها، آرنج، پا، مچ پا، زانو‌ها، یا گردن می‌باشد.

بیماری روماتیسم مفصلی باعث ابتلای هر دو طرف بدن در یک زمان می‌شود. البته این گرفتاری ممکن است شروع تدریجی داشته، از مفاصل دست‌ها شروع و سایر مفاصل درگیر شود. با شیوع کمتر بیماری آرتريت روماتويد ممکن است باعث درگیری سایر اعضا بدن مانند چشم‌ها، ریه‌ها، قلب، اعصاب و عروق خونی شود.

### \* ویژگی احساس خشکی صبحگاهی در این بیماران چیست؟

احساس خشکی در مفاصل بدنال استراحت ممکن است در بعضی از بیماری‌ها دیده شود مثلاً در بیماری آرتروز پیشرفته در مفاصل مبتلا خشکی به دنبال استراحت وجود دارد ولیکن معمولاً در طی زمان (کمتر از نیم ساعت) برطرف می‌شود. در بیماری آرتريت روماتويد به دنبال استراحت و یا نشستن طولانی، بیمار ممکن است حداقل به مدت یکساعت و یا بعضاً ساعت‌ها احساس خشکی در مفاصل داشته باشد، به طوریکه جهات انجام کار ناچار به گرم کردن مفصل (با هوای گرمای و یا آب گرم) شود.

### \* آیا بجز خشکی در مفاصل، بیماران ممکن است شکایات دیگری داشته باشند؟

بله، در شروع بیماری و یا زمانی که بیماری فعال است بیماران ممکن است شکایات دیگری داشته باشند، مانند:

- احساس خستگی مداوم (مخصوصاً بعد از استراحت یا صبحگاه)
- کاهش اشتها و کاهش وزن
- تب خفیف
- احساس سوزش و یا گزگز در دستها

### \* سیر شروع بیماری روماتوئید چگونه است؟

این بیماری معمولاً شروع تدریجی دارد. براساس مطالعات صورت گرفته سیر پیشرفت بیماری به یکی از دو حالت ذیل است:

- در حدود ۶۵ درصد بیماران سیر بیماری آهسته بوده، ممکن است هفته‌ها و یا ماهها طول بکشد.
- در ۱۵-۸ درصد موارد شکایات بیماران ممکن سریع بوده و طی روزها به حداکثر برسد.

### \* آیا در مراحل اولیه می‌توان احتمال پیشرفت را تعیین کرد؟

پاسخ قطعی در این زمینه وجود ندارد، ولیکن چنانچه موارد ذیل در شروع و یا سیر بیماری فرد دیده شوند به احتمال زیاد می‌تواند پیش‌بینی کننده سیر پیشرونده در بیماری باشد:

- مثبت شدن فاکتور روماتوئید (لاتکس) در آزمایش خون
- عدم پاسخ مناسب به درمان
- وجود برجستگی ندول مانند بر روی قسمت پشتی آرنج، مچ و پشت پا
- چندین مفصل درگیر شده باشد
- در رادیوگرافی دست در مراحل اولیه میزان تراکم استخوان یا غضروف کم شده باشد.

## \* اگر کسی به شکایات ایجاد شده توجه نکرده، خود سرانه اقدام به خوردن ضد درد معمول کند چه خواهد شد؟

هدف از درمان بیماری، کنترل درد به تنهایی نیست. بدان معنی که یک بیمار روماتیسمی علیرغم کنترل نسبی درد، با داروهای مسکن، معمولاً بیماری همچنان سیر مخرب خود را ادامه خواهد داد، پس رمز درمان، کنترل بیماری زمینه ای است. که به تبع آن معمولاً درد هم تخفیف می یابد. در مطالعات متعدد نشان داده شده که طی دو سال پس از شروع بیماری، حدود ۶۰ درصد بیماران دچار آسیب غضروفها در مفاصل می شوند. چنانچه بیماری در مراحل اولیه شناسایی نشده و درمان شروع نشود، غضروفها دچار آسیب غیرقابل برگشت شده، ایجاد درد مزمن کرده و باعث ناتوانی طولانی مدت می شود. لذا امروزه توصیه می شود حداکثر سه ماه پس از شروع بیماری به پزشک متخصص در بیماری های مفاصل (روماتولوژیست) مراجعه نماید. امروزه نشان داده شده چنانچه در مراحل اولیه بیماری شناسایی شده و درمان شروع شود، می توان از آسیب جدی مفاصل و ناتوانی جلوگیری کرد.

## \* تخریب مفصلی در چه مفاصلی ایجاد شده و چگونه است؟

باید توجه نمود که خشکی و خستگی و احساس گرما در بدن و بی اشتهايي باعث ناتوانی فرد در کارهای روزمره می شود. در اغلب موارد بیماری روماتوئید باعث تخریب مفاصل شده که منجر به تغییر شکل و اختلال فعالیت مفصل می شود. دستها و مچ، شایع ترین محل ابتلای مفصل در بیماری هستند. بعد از تخریب مفصل به علت تغییر در بافت و پارگی تاندون ها ممکن است ظاهر دست ها بدشکل شده دچار کجی مفاصل و شکل گردن غازی و جابجایی مفاصل در جهات مختلف شود. پاها نیز در ۱/۳ موارد بیماری روماتوئید دچار ابتلا می شود. در پاها بر اثر آسیب بافت های اطراف مفصلی حالت های مختلفی از جمله خم شدگی انگشتان به سمت پایین، انحراف شست پاها به سمت انگشتان کوچک و سایر اختلالات می شوند. مفاصل زانوها نیز در سیر بیماری ممکن است درگیر شده، در صورت عدم درمان دچار خرابی مفصل و ایجاد آرتروز به دنبال آن شود.

### \* ابتلای گردن

در این بیماری درد ستون فقرات پشتی و کمر معمولاً به بیماری روماتیسمی نسبت داده نمی شود، ولیکن در بررسی های رادیولوژیک حدود ۱۵ درصد بیماران دچار مراتبی از آسیب در گردن می شوند. این آسیب باعث ایجاد ناراحتی و محدودیت در حرکت گردن شده، در موارد شدیدتر باعث ابتلای اعصاب گردنی شده که به صورت گزگز، درد و یا ضعف در اندام فوقانی (دست‌ها) و اندام تحتانی (پاها) شود.

### \* سیر بیماری در این بیماری چگونه است؟

بیماری آرتریت روماتوئید از نظر ماهیت یک بیماری مرموز و پیشرونده است که در صورت عدم درمان سریع باعث تخریب مفاصل و محدودیت جدی در فعالیت‌های روزمره شده و ندرتاً باعث زمین‌گیر شدن فرد می‌شود. این سیر پیشرونده ممکن است طی سال‌ها ایجاد شده و یا در بعضی مواقع سیر بیماری بسیار سریع باشد. عموماً درمان مناسب می‌تواند باعث آهسته شدن و یا حتی توقف سیر بیماری شود، اما در بعضی از بیماران با شیوع کمتر، ممکن است اختلال در بعضی از مفاصل خصوصاً در دست‌ها ایجاد شود. باید توجه نمود جدا از ابتلای مفاصل به شیوع بسیار کمتر ممکن است بیماری باعث التهاب در عروق خونی (واسکولیت) شده و حتی ممکن است موجب تهدید زندگی فرد شود.

براساس تجارب علمی فراوان این باور در پزشکان حاذق در این رشته (روماتولوژیست‌ها) وجود دارد که با شروع درمان‌های متعدد و مناسب می‌تواند از ایجاد تخریب مفصلی جلوگیری کرد.

### \* آیا علیرغم تمامی درمان‌ها و پیشرفت‌های صورت گرفته در علم، در بیماری

#### خاموشی مطلق بدون مصرف دارو وجود دارد؟

این سوالی است که تمامی بیماران در سیر بیماری و درمان مطرح می‌کنند. بعلت شیوع این بیماری و اهمیت آن در این زمینه مطالعات گسترده‌ای در جهان صورت گرفته است. با توجه به پیشرفت‌های علمی صورت گرفته، می‌توان سیر بیماری را در اکثر قریب به اتفاق بیماران کند و یا متوقف کرد. اگرچه در تعداد بسیار کمی از بیماران، بیماری دچار خاموشی کامل می‌شود ولیکن در قسمت عمده آنها پاسخ به سوال فوق منفی است و بایستی درمان مرتب و مداوم مورد استفاده قرار گیرد، وگرنه دچار عوارض بیماری می‌شوند.

### \* تشخیص بیماری آرتريت روماتويد چگونه است؟

بیماری روماتويد در اوائل سير بیماری ممکن است به سختی تشخیص داده شده یا تشخیص داده نشود. میانگین تاخیری که از شروع بیماری تا تشخیص آن وجود دارد ۹ ماه است. این امر، غالباً مربوط به ماهیت غیراختصاصی علائم آن در شروع است، و از طرفی هیچگونه آزمایش خاصی به تنهایی نمی‌تواند نشان دهنده بیماری باشد. لذا پزشک معالج معمولاً براساس مجموعه از یافته‌های شرح حال، معاینه جسمانی و آزمایشات مختلف و عکسبرداری از مفاصل به تشخیص بیماری و شدت آن پی برده و بهترین شیوه درمانی را انتخاب می‌کند.

بایستی توجه کرد وجود فاکتور روماتويد (یا آزمایش لاتکس در خون) تشخیص آرتريت روماتويد را اثبات نمی‌کند زیرا ارزش آن در پیش بینی این تشخیص ناچیز است. از طرفی در مطالعات نشان داده شده در افرادی غیربیمار که دارای آزمایش فاکتور روماتويد مثبت هستند،  $\frac{1}{3}$  آنها دچار این بیماری می‌شوند.

### \* برای تشخیص و درمان این بیماری به چه پزشکی بایستی مراجعه کرد؟

جهت تشخیص و درمان این بیماری ضرورت همکاری بین انواع متخصصین، پزشکان و خانواده بیمار وجود دارد. اغلب این بیماران رابه روماتولوژیست‌ها ارجاع می‌دهند. روماتولوژیست پزشک متخصصی است که در زمینه بیماری‌های مفاصل، استخوان و عضلات دارای تخصص است.

متولی و پاسخگوی اصلی تمام بیماری‌های مفصلی، استخوانی و ستون فقرات تا مادامی که تصادفات و ضرب و جرح در آن دخالتی نداشته باشد، به عهده متخصصین روماتولوژی است. و در مقابل در صورتیکه ضربات و تصادفات باعث آسیب اندام‌ها گردد، مرجع اصلی پزشکی همکاران محترم ارتوپد خواهند بود. باید گفت هرگونه مراجعه پزشکی خارج از چارچوب فوق، باعث صرف هزینه و وقت بیشتر و خدای نکرده اشتباه در تشخیص و درمان خواهد شد.

سایر دست‌اندرکاران کادر پزشکی شامل پرستاران، پزشکان عمومی، متخصص داخلی، متخصص کاردرمانی و فیزیوتراپی، جراحان ارتوپد، روانشناسان و مددکاران اجتماعی نیز برحسب نیاز در برنامه درمانی این بیماران مشارکت می‌کنند.

### \* اهمیت شرح حال و معاینه پزشکی در تشخیص و درمان بیماری چیست؟

همانطوریکه اشاره شد، هیچ روش آزمایشگاهی نیست که باعث تشخیص بیماری روماتوئید شود. تشخیص این بیماری با مجموعه‌ای از شرح حال، یافته‌های بالینی و یافته‌های آزمایشگاهی است. تشریح دقیق علائم و چگونگی شروع بیماری توسط بیمار از نکات مهمی است که پزشک معالج را در تشخیص دقیق و تعیین شدت بیماری و برنامه‌ریزی مناسب درمانی کمک می‌کند. برای مثال تشریح چگونگی مقدار درد، طول زمان خستگی صبحگاهی در مفاصل و میزان کارآیی مفصل توسط بیمار و تغییرات آن در طول روز و در حالت‌های مختلف برای تشخیص و ارزیابی اولیه پزشک بسیار اهمیت دارند.

در معاینه فیزیکی که توسط پزشک صورت می‌گیرد مفاصل، قدرت عضلانی، رفلکس‌های عصبی و پوست مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. در صورت نیاز و برحسب مورد ضروری است که سایر ارگان‌های بدن بیمار معاینه شوند.

اقدام پزشکی که خارج از چارچوب علمی و اخلاقی، سیر تشخیص و درمان (به ترتیب: اخذ شرح حال، معاینه فیزیکی، درخواست آزمایشات یا تصویر برداری ضروری و درج دقیق تمام اطلاعات فوق بر روی برگ پرونده بیماری) مبادرت به درخواست آزمایش، عکسبرداری، MRI و یا تجویز عجولانه دارو نماید، از نظر ما فاقد اعتبار بوده و معمولاً متضرر اصلی بیمار خواهد بود.

### \* آیا آزمایشات می‌توانند در تشخیص قطعی بیماری کمک کنند؟

پاسخ منفی است. مجموعه آزمایشات ذیل می‌توانند در تایید تشخیص و کنترل عوارض داروها بسته به مورد استفاده شوند. در تشخیص بیماری روماتوئید آزمایشات متعدد مطرح شده است که از میان آنها تست‌های فاکتور روماتوئید (RF) و پروتئین‌های سیتروکلین (Anti CCP) دارای اهمیت بیشتری هستند که توضیح بیشتر داده می‌شود. فاکتور روماتوئید یک آنتی‌بادی است که در خون حدود ۲/۳ بیماران دیده می‌شود. وجود این فاکتور تشخیص بیماری روماتوئید را اثبات نمی‌کند زیرا ارزش آن در پیش بینی این تشخیص قطعی نیست. از طرفی این تست ممکن است در درصدی افراد سالم نیز یافت می‌شود که شیوع آن در عموم مردم با افزایش سن، بالا می‌رود.

بایستی توجه نمود اگرچه منفی بودن فاکتور روماتوئید ردکننده بیماری نیست ولیکن مثبت شدن آن معمولاً نشان دهنده بیماری شدیدتر و احتیاج به درمان زیادتر است و اگر نتیجه منفی باشد، معمولاً بیماری سیر نسبتاً بهتری دارد.



طی سال های اخیر آزمایش جدیدی که مورد بررسی قرار گرفته تست Anti CCP است که یک آنتی بادی است که در تایید بیماری کمک کرده و تیتراهای بالا آن بیانگر شدت بالای بیماری می باشد. سایر آزمایشات که مورد استفاده قرار می گیرند شامل تعداد گلبول های سفید خون، سرعت رسوب گلبول های قرمز و آزمایشات مربوط به کم خونی، آزمایشات کبدی و کلیوی هستند.

**\* عکسبرداری با اشعه ایکس (رادیولوژی) تا چه حد در تشخیص این بیماری اهمیت دارد؟**

رادیولوژی در مراحل اولیه بیماری ممکن است صرفاً بیانگر کاهش تراکم استخوان و تورم نسج نرم باشد که این بیانگر وجود التهاب در مفصل مبتلا است. اما ممکن است جهت رد کردن سایر بیماری ها مورد استفاده قرار گیرد. در مراحل پیشرفته تر رادیولوژی از مفصل جهت نشان دادن میزان تخریب مفصل کاربرد دارد.

امروزه معتقدند که در مراحل اولیه بیماری می توان ضایعات مفصلی و خوردگی در آن را با دستگاه سونوگرافی مخصوص نشان داد، این مسئله نیاز به تجربه و هزینه بیشتری دارد.

### **\* آیا اقدامات پیشگیرانه جهت جلوگیری از ابتلای به بیماری وجود دارد؟**

به علت اینکه هیچ علت قطعی در ایجاد بیماری روماتوئید شناخته نشده، تاکنون هیچ روش مشخص جهت جلوگیری از ابتلای به بیماری وجود ندارد. اگرچه این نگرانی در هر کس و خصوصاً در اطرافیان بیمار وجود دارد ولیکن تاکنون هیچ دارویی و یا اصلاح روش زندگی (مثل پرهیز از سرما و رطوبت و ...) و یا استفاده از مواد غذایی خاصی جهت اقدام پیشگیرانه اثبات نشده اند. حتی بعضی از ویروس ها و یا باکتری ها به صورت احتمالی به عنوان عامل شروع اختلال سیستم ایمنی مطرح هستند، ولیکن نشان داده شده که تماس با این عوامل نمی تواند باعث ایجاد خطر بیشتر ابتلای به بیماری باشد.

این بیماری اگرچه شیوع نسبی فAMILI می کند اما داشته باشد ولیکن به هیچ وجه مسری نیست. تنها عاملی که مطرح شده که می تواند باعث شروع بیماری شود و ارتباط روشنی دارد مصرف سیگار است که قویاً توصیه به ترک آن می شود.

### \* کشیدن مایع از مفصل متورم چقدر ضرورت دارد، و آیا درست است؟

این باور در مردم وجود دارد که کشیدن مایع مفصل باعث تخریب مفصل یا آب آوردن بیشتر مفصل می‌شود. این باور اشتباه است؛ مگر اینکه این کار توسط یک فرد غیر روماتولوژیست و ناآشنا انجام گیرد و کلیه اقدامات لازم در حین کشیدن آب مفصل، آزمایشات ضروری روی مایع مفصل و ثبت ویژگی‌های مایع مفصل در پرونده بیمار صورت نگیرد.

مقدار مایع مفصلی به طور طبیعی آنقدر کم است که نمی‌توان آنرا با سوزن خارج کرد، زمانی که مقدار مایع داخل مفصل به حدی برسد که بتوان آنرا با سوزن خارج کرد معنی آن این است که مایع به طور غیرطبیعی و در اثر بیماری در مفصل جمع شده است. بیماری‌های زیادی می‌توانند باعث تجمع مایع در مفصل شوند از جمله بیماری‌های خودایمنی مانند بیماری روماتوئید، بیماری‌های کریستالی مانند نقرس و یا بیماری‌های عفونی. امروزه در بررسی‌های علمی براین باورند که چنانچه تورم در مفصلی ناشی از عفونت‌ها باشد و مایع مفصلی خارج نشود و درمان مناسب در طی ۲۴ ساعت صورت نگیرد باعث آسیب جدی در مفصل می‌شود. در حقیقت تجمع پایدار مایع روماتیسمی داخل مفصل، مشابه تجمع چرک (آبسه) در هر کجای بدن است و در اولین فرصت حداقل یکبار تخلیه آن و آزمایشات لازم بر روی آن ضروری است. برای آسیب کمتر به بیمار، معمولاً همزمان داروی ضد التهاب نیز تزریق می‌گردد.

لذا متخصصین این بیماری قویاً توصیه می‌کنند در اینگونه موارد پزشک با تجربه با وارد کردن یک سوزن در مفصل، مایع مفصلی را خارج کرده و آنرا برای آزمایش‌های لازم به آزمایشگاه ارسال کند. این اقدام جهت تشخیص و درمان دارای اهمیت است. لذا ضروری است تاکید شود در مواردی که پزشک متخصص توصیه به کشیدن مایع مفصل می‌کند بایستی بیمار همکاری لازم را نموده و مطمئن باشد که این روش خطری نداشته و تاثیری در تشدید بیماری ندارد.

### \* اصول کلی درمان آرتریت روماتوئید چیست؟

قبل از شروع درمان، ابتدا باید کلیه عادات‌های ناصحیح در بیمار رفع و رجوع گردد. این عادات‌های ناصحیح، می‌تواند دیر خوابیدن، سیگار کشیدن، خواب طولانی تا قبل از ظهر، تغذیه نامناسب (بخصوص مصرف غیرعادی غذاهایی که با طبع بیمار سازگار نیست) و دغدغه‌های ذهنی و کاری و آزاردهنده باشد. تا مادامی که فاکتورهای قابل تصحیح فوق اصلاح نشوند، معمولاً نتایج درمانی رضایت بخش نخواهد بود.

بیماری روماتوئید اغلب موارد با داروها، و اصلاح روش زندگی درمان می‌شود. درمان باعث برطرف شدن شکایات، کنترل بیماری و بطور قابل توجهی باعث جلوگیری از تخریب مفصل می‌شود ولیکن عموماً باعث ریشه‌کنی بیماری نمی‌شود. درمان بیماری آرتريت روماتوئید به طور معمول بایستی با میزان متغیر دارو در سراسر زندگی فرد ادامه یابد، اما این مسئله وابسته به عوامل ذیل است:

- بیماری درجه مرحله ای است؟ بیماری فعال است یا خاموش و شدت بیماری چه اندازه می باشد؟
- شرح حال دارویی مصرف شده
- توجه به منافع و مضرات روش های درمانی متفاوت
- شرایط بیمار با توجه به گزینه‌های وضعیت جسمی، وضعیت مالی بیمار، عوارض داروها و برنامه روزمره بیمار

#### \* اهداف درمان بیماری آرتريت روماتوئید چیست؟

- تسکین درد
- کاهش التهاب در مفاصل
- محافظت ساختارهای مفصلی
- حفظ عملکرد مفصلی
- کنترل درگیری خارج مفصلی بیماری
- بهبود کیفیت زندگی در بیمار

#### \* روشهای درمانی بیماری آرتريت روماتوئید چگونه است؟

الف: اصلاح شیوه زندگی

ب: درمان‌های دارویی

ج: درمان‌های اصلاحی جراحی

د: کنترل مداوم و مراقبت‌های روزانه

#### منظور از اصلاح شیوه زندگی چیست؟

براساس مطالعات صورت گرفته و تجربه‌های زیاد علمی در دنیا در بیماری روماتیسم مفصلی عموماً درمان قطعی و خاموشی مطلق بیماری بدون مصرف دارو در بسیاری از بیماران وجود ندارد. لذا بیمار مبتلا به این بیماری بالینی با اصلاح نحوه زندگی شامل فعالیت روزمره، خواب، تغذیه و استفاده از

داروهای مناسب توانایی فردی خود را در امورات روزمره بهبود بخشیده و کارایی خود را افزایش دهد.

### \* آیا بیماری روماتیسم باعث کاهش کیفیت زندگی روزمره می‌شود؟

بله، در مطالعات انجام شده در دنیا و نیز مطالعه انجام شده توسط ما بر روی بالغ بر چهارصد بیمار، پایین بودن قابل توجه کیفیت زندگی در مقایسه با افراد جامعه نشان داده شده است که می‌توان با درمان به موقع و کنترل مناسب بیماری و عوارض ناشی از آن بطور قابل توجهی کیفیت زندگی را افزایش داد.

### \* میزان استراحت جسمی من در طول روز چقدر است؟

بیماری آرتریت روماتوئید خودبخود ایجاد کوفتگی بدن (fatigue) می‌کند و انجام فعالیت در بیماری که دارای درد و محدودیت حرکت در مفصل است باعث خستگی بیشتر می‌شود. تنظیم کردن میزان استراحت بایستی با توجه به میزان شکایات جسمی بیمار تنظیم شود. بیمارانی که شکایات جسمی زیاد دارند ممکن است نیاز به استراحت بیشتر داشته باشند. این بیماران بایستی در طول فعالیت روزمره چند نوبت (هر بار حدود ۱۵-۱۰ دقیقه) استراحت نمایند. این بیماران نیازمند یک تعادل مناسب بین استراحت و فعالیت‌های روزمره می‌باشند. از طرف دیگر این بیماران بایستی توجه کنند که استراحت بیش از حد و حرکت نکردن مفصل، باعث تشدید میزان خشکی در مفصل شده و باعث ضعیف شدن عضلات می‌شود.

حرکت دادن هر مفصل به آرامی در حد ممکن می‌تواند مانع ایجاد خشکی در مفصل شده، باعث حفظ قدرت عضلات، حفظ حرکت و بهبود انعطاف‌پذیری مفصلی شود.

### \* اهمیت ورزش در مبتلایان به آرتريت روماتويد چقدر است؟

انجام ورزش های مناسب و متناسب با میزان فعالیت بیماری اهمیت زیادی در کاهش درد، حفظ قدرت عضلانی، دامنه حرکتی مفصل و مجموعاً احساس بهبودی دارد.

برنامه های ورزشی مناسب باید با مشورت با پزشک معالج و نیز متخصصین مربوطه از جمله فیزیوتراپ ها و متخصصین طب فیزیکی و توانبخشی صورت پذیرد.

در مطالعات نشان داده شده که انجام ورزش های تحمل کننده وزن (راه رفتن، دویدن آرام و ...) و ورزش های تقویتی عضلات باعث بهبودی کیفیت زندگی می شود. براساس نوع ابتلای مفصلی ورزش مناسب بایستی صورت گیرد. به عنوان مثال:

• بهترین ورزش برای بیمارانی که داری مشکل مفصلی در زانوها و میچ پاها هستند، ورزش های داخل آب می باشد.

• ورزش مناسب در بیمارانی که آسیب در مفاصل زانو و پا ندارند، دوچرخه سواری (اعم از ثابت و یا متحرک) است.

بطور خلاصه سه دسته برنامه ورزش وجود دارد که براساس شرایط هر بیمار می تواند یک نوع و یا ترکیبی از ورزش ها مفید باشد.

#### ۱. ورزش های حفظ کننده دامنه حرکات مفصلی

این دسته از نرمش ها در مفاصل بدون درد مفید بوده باعث حفظ دامنه حرکات بدون درد مفاصل شده و مانع خشکی و سفت شدن آنها می گردد. بایستی توجه کرد انجام این نرمش ها فشاری بر روی مفاصل مبتلا وارد نکند و از طرفی دامنه حرکتی مفصل باید تا حدی باشد که مفصل بدون درد حرکت کند ولی بتدریج بایستی دامنه این حرکات را افزایش داد. مثال مناسب برای این ورزش ها انجام نرمش های زانوها در حالت نشسته و یا خوابیده است، در این حالت ها وزن بدن روی زانوها فشاری وارد نمی کند.

#### ۲. ورزش های افزایش دهنده قدرت عضلانی

زمانی که مفاصل دارای تورم و التهاب هستند نرمش های انقباضی عضلات چنانچه مکرر صورت گیرند مفید هستند.

### ۳. ورزش های استقامتی

با انجام این دسته از ورزش ها، احساس خوب بودن و نشاط در فرد ایجاد می شود. چنانچه فرد دارای آسیب در مفاصل اندام تحتانی (زانو، مچ...) نباشد پیاده روی و دویدن آرام هم برای تقویت عضلات و نیز جهت جلوگیری از پوکی استخوان مفید هستند. چنانچه بیمار در مفاصل اندام تحتانی آسیب داشته باشد قدم زدن، شناکردن و انجام سایر ورزش های در داخل استخر های آب ولرم بسیار مفید هستند.

### \* چه نوع تغذیه ای برای بیماران آرتریت روماتوئیدی توصیه می شود؟

بعضی از بیماران روماتوئیدی اظهار می کنند که با مصرف غذا مثلاً مصرف غذاهای باطبع سرد و ترش احساس ناخوشایندتری در مفاصل دارند، و حتی این غذاها را فاکتور اصلی تشدید بیماری خود می دانند. این موضوع یکی از موضوعات جالب و در عین حال بحث برانگیز در علم تغذیه است. در علم نوین امروزی در رابطه با این مسئله تجربه زیادی وجود ندارد، ولیکن در طب سنتی ما و نیز در کشورهای شرق آسیا به طور تجربی به این مسئله بسیار پرداخته شده است. مثلاً ذکر شده بیماران با دردهای مفصلی بهتر است حداقل در زمان تشدید دردها از غذاهای با ماهیت سردی مانند گوشت گوساله، کاهو، کلم، گوجه فرنگی، بادمجان، خیار، دوغ، هلو، گوجه سبز، هندوانه، سیب زمینی، قرمه سبزی، انار و سایر میوه های ترش پرهیز نمایند و یا اینکه مصرف بعضی از مواد خوراکی مانند گوشت گوسفند، شتر، و یا مصرف عسل و مصرف انواع ادویه از جمله زنجبیل، دارچین و... و یا مصرف سنجد در کاهش دردهای مفصلی توصیه شده است. به هر حال توصیه می شود که هر فردی می تواند به طور تجربی با توجه به شرایط جسمی خود در حد متعادل از انواع غذاهای بهداشتی استفاده نماید. توصیه کلی از نظر تغذیه در بیماران روماتوئیدی استفاده از رژیم غذایی متعادل با چربی اشباع شده پایین و کلسترول کم و مقدار نمک کم است. از طرفی مصرف غذاهای با فیبر بالا و حاوی کربوهیدرات های فراوان مانند میوه جات، سبزیجات بسیار مفید هستند.

استفاده از مواد غذایی حاوی کلسیم بالا و ویتامین D جهت جلوگیری از پوکی استخوان بایستی در دستور غذایی روزمره باشد. در زمینه تاثیر روغن ماهی (امگا-۳) و تاثیرات متوسط آن بر روی کاهش التهاب مفاصل مطالعات زیادی شده و مفید بودن آن نشان داده شده است. یک اصل کلی در مصرف انواع غذاها، تامین نیاز بدن به انواع مواد تغذیه ای و جلوگیری از چاقی یا فقر غذایی است.

### \* اهمیت خواب مناسب در مبتلایان به بیماری آرتريت روماتويدی چقدر است؟

اصولاً در بیماران روماتويدی دلایل زیادی از جمله استرس ناشی از بیماری، درد، خشکی صبحگاهی، خستگی، محدود بودن فعالیت های روزانه، باعث اختلال خواب می شود. این مسئله می تواند احساس ناخوشایندی در فرد ایجاد کرده، تحمل نسبت به درد را کاهش دهد و باعث تشدید اضطراب و نگرانی فرد شود. در مطالعه ما بر روی حدود پانصد بیمار روماتويدی در مقایسه با گروه های دیگر بیماری های مفصلی و افراد سالم، نشان داده شده که اختلال خواب در بیماری روماتیسم مفصلی براساس شاخص های استاندارد شده به طور جدی وجود دارد. توصیه های کلی جهت کمک به اصلاح خواب عبارتند از:

- درمان و کنترل بیماری روماتیسمی
- آموزش بهداشت صحیح خواب (مانند ساعت خواب شبانه منظم)
- رفتار درمانی (مانند آموزش های ریلاکسیشن و کنترل استرس)
- مداخلات دارویی (استفاده از داروهایی مانند نورتریپتیلین و...)

### \* در زمینه کاهش اضطراب چه توصیه ای می کنید؟

عموماً بیماران روماتويدی به علت ترس از بیماری و نگرانی از محدودیت حرکتی در مفاصل، دچار اضطراب هستند.

راه های مقابله با استرس در بیماران آرتريت روماتويدی به طور خلاصه عبارتند از:

- تنظیم خواب و استراحت مناسب
- برنامه های ورزشی و تمرینات مناسب
- افزایش تدریجی اطلاعات در خصوص بیماری و مشکلات مربوطه از طریق تیم پزشکی و استفاده از راههای مناسب دیگر (جزوات آموزشی)
- پذیرش و عدم انکار واقعیت های بیماری
- یادگیری راههای لذت بردن از زندگی
- عدم سخت گیری در اجرای برنامه های درمانی و کاری
- افزایش میزان اطلاعات خانواده در خصوص ویژگی های جسمی و روانی این بیماری و چگونگی حمایت از این بیماران
- آموزش افزایش توانایی های شخصی در انجام کارایی جسمی روزانه

• ارتباط مناسب با تیم پزشکی (روماتولوژیست، روانشناس، طب فیزیکی و ...)

### \* آیا تغییرات آب و هوایی تاثیری بر روی بیماری دارد؟

بعضی از بیماران ذکر می‌کنند که تغییرات ناگهانی در آب و هوا باعث تشدید شکایات مفصلی آنها می‌شود. در حال حاضر شواهد علمی مبنی بر تشدید و یا تخفیف بیماری در یک آب و هوای خاص در بیماران روماتوئیدی وجود ندارد.

اگرچه اغلب بیماران احساس بهبودی و راحت بودن در آب و هوای گرم و خشک می‌کنند که این به معنی بهبودی بیماری و کاهش میزان مصرف داروها نیست.

### \* آیا در بارداری شدت بیماری روماتوئید تغییری می‌کند یا خیر؟

بله در اغلب بیماران بارداری باعث بهبودی شکایات مخصوصاً بعد از سه ماه اول بارداری می‌شود. در بررسی‌های صورت گرفته دیده شده فعالیت این بیماری در بیش از ۷۵ درصد زنان در بارداری دچار خاموشی می‌شود، اگرچه حدود ۸۰ درصد بیماران هفته‌ها بعد از بیماری دچار شعله‌ور شدن علائم می‌شوند.



## فصل دوم: لوپوس

دکتر انوشه حقیقی

بیماری لوپوس اریتماتوی منتشر (SLE) که به اختصار لوپوس نامیده می شود از دسته بیماری های خودایمنی است. لغت "منتشر" بدین معنی است که این بیماری قادر است تمام قسمت های بدن را درگیر سازد. اریتماتو به معنی قرمز رنگ است که بخاطر هاله قرمز رنگ روی پوست گونه ها گذاشته شده است و "لوپوس" در زبان لاتین به معنای گرگ است. این لغت توسط یک پزشک فرانسوی در قرن نوزدهم بکار گرفته شده است به این علت که هاله قرمز رنگ روی گونه ها ظاهری شبیه به محل گاز گرفتگی گرگ ایجاد می کند. چند نوع دیگر لوپوس نیز وجود دارد که عبارتند از:

- DLE (لوپوس اریتماتوی دیسکوئید Discoid Lupus Erythematosus): یک بیماری مزمن پوستی است که درصد کمی از آنها مبتلا به SLE نیز هستند و بقیه فقط مشکل پوستی دارند.

- لوپوس نوزادی: یک بیماری نادر است که نوزادان به آن مبتلا می شوند و با علائم پوستی، قلبی و کاهش پلاکت های خون تظاهر می کند.

- لوپوس دارویی: بیماری است با علائم مشابه لوپوس که در اثر مصرف بعضی داروها ایجاد می گردد و با قطع دارو برطرف می شود. در این بیماری آنتی بادی هایی تولید می شود که بجای عمل کردن علیه باکتری ها ، علیه سلول های بدن فرد وارد عمل می شوند. حاصل عملکرد آنتی بادی ها

بر علیه سلول های بدن تولید کمپلکس های ایمنی است که با گردش در جریان خون و رسوب در بافت های مختلف سبب تخریب بافت ها می گردند.

اگر چه لوپوس یک بیماری چند ارگانی (مولتی سیستم) است که ارگان های مختلف بدن را می تواند درگیر سازد، بیشتر بیماران به فرم های شدید بیماری مبتلا نمی شوند.

سیر بیماری به صورت دوره های عود و بهبود می باشد. درگیری شدید ارگان های حیاتی (کلیه، قلب، ریه، مغز) نادر است و بیشتر بیماران زندگی عادی خواهند داشت.

### \* چه چیز باعث ایجاد این بیماری می شود؟

لوپوس یک علت مشخص ندارد و ترکیبی از عوامل مختلف می تواند سبب بروز این بیماری شود. این عوامل شامل عوامل محیطی (مثل عفونت، هورمون و نور خورشید) و عوامل ژنتیکی می باشند. برخورد با یک عامل محیطی (مثل عفونت) در فرد دارای زمینه ژنتیکی مستعد ابتدا به این بیماری، سبب بروز بیماری خواهد شد.

### \* علائم بیماری لوپوس چیست؟

لوپوس علائم مختلفی دارد. علائم شایع آن شامل احساس خستگی، درد و تورم مفصلی، تب، بثورات پوستی، حساسیت به نور خورشید (قرمزی پوست صورت در مواجهه با نور خورشید)، زخم های دهانی و ریزش مو می باشد. در طول زمان فرد مبتلا به لوپوس ممکن است دچار علائم درگیری ارگان های دیگر مثل قلب، ریه، کلیه، سیستم عصبی و سیستم خونساز شود. علائم لوپوس به ندرت به صورت کامل ناپدید می گردد.

### علائم عمومی

علائم عمومی شامل تب و احساس خستگی از علائم شایع بیماری است که بخصوص در شروع بیماری تظاهر آن بارزتر می باشد. شدت این علائم گاه به حدی است که زندگی و فعالیت روزمره فرد را تحت تاثیر قرار می دهد.

### \* تظاهرات اسکلتی عضلانی

بیشتر مبتلایان به لوپوس از درد و تورم مفصلی شکایت دارند. این علائم اغلب به صورت متناوب تکرار می‌گردد. درگیری مفصلی در لوپوس در ۱۰ درصد موارد منجر به ایجاد تغییر شکل در مفصل می‌شود. دردهای عضلانی و ندرتا کاهش قدرت عضلانی نیز از علائم این بیماری است.

### \* تظاهرات پوستی و مخاطی

تظاهرات پوستی لوپوس بسیار شایع و متنوع است. بارزترین فرم درگیری پوستی در این بیماری هاله قرمز رنگ روی گونه‌ها (راش بال پروانه‌ای) است که در تماس با نور خورشید تشدید می‌یابد. زخم، کهیر، تاول، پوسته‌ریزی و انواع دیگر درگیری پوست می‌تواند در این بیماران دیده شود. همچنین زخم‌های مخاطی و آفت دهانی از علائم این بیماری می‌باشد. ریزش مویکی از شکایات شایع در لوپوس است و مانند بسیاری از علایم این بیماری حالت تشدید و تخفیف دارد و معمولاً وقتی که بیماری تحت کنترل است ریزش موی بسیار کم می‌شود.

### \* تظاهرات کلیوی

درگیری کلیوی علامت دار در نیمی از مبتلایان به لوپوس پیش می‌آید که در اغلب موارد علامتی ندارد یا فقط با یک آزمایش ادرار غیر طبیعی مشخص می‌گردد. در موارد نادری نیز درگیری چنان شدید است که با از کار افتادن کلیه مشخص می‌گردد. ادم اندام تحتانی و افزایش فشار خون می‌تواند از علائم اختلال عملکرد کلیه باشد.

درمان بستگی به شدت و نوع درگیری کلیوی می‌تواند متفاوت باشد. با انجام آزمایش ادرار به صورت منظم در هر ویزیت، می‌توان اختلال عملکرد کلیه را در مراحل اولیه تشخیص داد و درمان کرد.

التهاب کلافه‌های عروقی کلیه می‌تواند در سیر بیماری لوپوس ایجاد گردد که با علائم درد، تنگی نفس، تغییرات فشار خون و سرگیجه تظاهر می‌کند. درمان بر حسب محل درگیری و شدت آن متفاوت خواهد بود.

### \* تظاهرات ریوی

درگیری ریه می تواند خفیف و بدون علامت باشد یا علائمی مثل تنگی نفس ، سرفه ، یا درد قفسه سینه ایجاد کند. شایعترین علامت، درد حین نفس کشیدن است که مربوط به درگیری لایه پوشاننده ریه هاست. بندرت ممکن است خلط خونی بدلیل عفونت ، گرفتگی رگ های ریه و خونریزی منتشر ریوی دیده شود. مشکلات ریوی می تواند ثانویه به اختلالات قلبی یا کلیوی نیز باشد.

### \* تظاهرات قلبی

التهاب لایه های مختلف قلب در این بیماران رخ می دهد. شایع ترین فرم درگیری قلب در این بیماران التهاب پریکارد (لایه بیرونی قلب) است که به سادگی با درمان برطرف می گردد.

### \* تظاهرات دستگاه خونساز

این اختلالات در فرد مبتلا به لوپوس شایع و اغلب بدون علامت است و نیاز به درمان ندارد. کاهش رده های خونی به صورت کاهش گلبول های سفید (لکوپنی) ، کم خونی (آنمی) و یا کاهش پلاکت ها (ترومبوسیتوپنی) در بسیاری از مبتلایان به لوپوس دیده می شود بدون اینکه ایجاد علامت کند. در بعضی موارد که اختلال شدید است نیاز به درمان دارد.

### \* تظاهرات سیستم عصبی

اختلالات سیستم عصبی در زمینه لوپوس شامل موارد زیر است:

- کاهش خفیف حافظه ، اختلال تمرکز ، اشکال در قضاوت و بینش
- سردرد : خیلی شایع است . اغلب ناشی از استرس است ولی سردردهای میگرنی نیز در بسیاری از بیماران لوپوسی دیده می شود.
- اختلالات اعصاب مغزی یا اعصاب محیطی
- تشنج
- سکته مغزی

زندگی با یک بیماری مزمن مشکلاتی ایجاد می کند که می تواند وضعیت روحی فرد را دچار اختلال کند.

- بیشتر بیماران لوپوسی افرادی مضطرب یا افسرده هستند.

- پسیکوز یا جنون اختلال روحی است که فرد را دچار توهم می کند و می تواند در فرد لوپوسی ایجاد گردد.

- رفتار مانیک به صورت انرژی بیش از حد، فعالیت زیاد، اختلال خواب و تحریک پذیری می تواند از عوارض درمان با کورتیکواستروئید باشد که اغلب به راحتی با قطع دارو بر طرف می گردد.

### تظاهرات سیستم گوارشی

اختلالات سیستم گوارشی شایع نیست و می تواند در اثر خود بیماری یا مصرف دارو ایجاد گردد.

- درد شکم به همراه تهوع و استفراغ

- بزرگی کبد

- التهاب پانکراس

- التهاب پریتوئن

- سوء هاضمه

- التهاب روده

- خشکی دهان

### \* تظاهرات چشمی

درگیری چشم به فرم های گوناگونی در این بیماران رخ می دهد که شایع ترین شکل آن خشکی چشم است. این عارضه اغلب مشکل دید برای بیمار ایجاد نمی کند و به سادگی با مصرف قطره اشک مصنوعی برطرف می گردد.

### \* چگونه لوپوس تشخیص داده می شود؟

تشخیص این بیماری گاهی بسیار دشوار است. ممکن است ماه ها یا حتی سال ها طول بکشد تا بیماری تشخیص داده شود. هیچ تست آزمایشگاهی وجود ندارد که بتواند بطور قطع مشخص کند که یک بیماری مبتلا به لوپوس هست یا نه. آنتی بادی هایی در سرم فرد مبتلا به لوپوس وجود دارد که یافتن آنها به کمک تست های آزمایشگاهی می تواند مفید باشد. مهمترین این آنتی بادی ها، آنتی بادی های ضد اجزاء هسته سلولی هستند که به اختصار ANA نامیده می شوند. این تست در بیش از ۹۵٪ افراد مبتلا به لوپوس مثبت می شود ولی مثبت شدن آن همیشه به معنی ابتلاء به این بیماری

نیست چون در بعضی بیماری های دیگر و حتی در افراد سالم هم گاه مثبت می شود. تست های دیگری نیز وجود دارد که انواع خاصی از همین آنتی بادی های ضد اجزاء هسته سلولی را مشخص می سازد که برای لوپوس اختصاصی تر است (مثل Anti ds-DNA و Anti-sm) که متاسفانه در همه مبتلایان وجود ندارند. راه های تشخیصی دیگری نیز وجود دارد که گاه مورد استفاده قرار می گیرد مثل نمونه برداری از پوست یا کلیه.

تست های ذکر شده هدایت گر پزشک هستند و تشخیص بیماری براساس مجموعه علائم بالینی و تست های آزمایشگاهی داده می شود.

تست های آزمایشگاهی در سیر بیماری به تعیین شدت بیماری و درگیری ارگان های مختلف کمک می کند. شمارش سلول های خونی، آزمایش ادرار، سرعت رسوب گلبول های قرمز (ESR) و سطح کمپلمان ها از تست هایی هستند که بصورت دوره ای در فرد مبتلا چک می شوند.

### \* چه عواملی ریسک ایجاد بیماری را افزایش می دهد؟

جنس مونث، نژاد آسیایی و سیاه، سن ۴۵-۱۵ سالگی و سابقه فامیلی مثبت از بیماری های روماتیسمی پیشگیری: در حال حاضر هیچ راهی برای پیشگیری از بروز این بیماری وجود ندارد ولیکن پرهیز از نور مستقیم خورشید در خانم های جوانی که پوست روشنی دارند، به همراه اطمینان از کافی بودن سطح ویتامین D و پرهیز از غذاهای نامطمئن و استرس های بی مورد، می تواند شانس بروز بیماری را کمتر نماید.

### درمان

درمان بستگی به شدت علائم و نوع ارگان درگیر دارد. درمان بیماری اغلب نیاز به یک کار گروهی دارد که با کمک بیمار، روماتولوژیست، نفرولوژیست، متخصص پوست، متخصص اعصاب و روانپزشک امکان پذیر است.

داروهایی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرند عبارتند از:

- هیدروکسی کلروکین (HCQ-Hydroxychloroquine) این دارو از دسته داروهای ضد مالاریا (مانند کلروکین و...) است که قبلاً فقط جهت درمان مالاریا استفاده می شد و امروزه در درمان لوپوس نیز بکار می رود. این دارو به درمان درد های مفصلی، احساس خشکی و علائم پوستی کمک می کند. شایعترین عارضه این دارو تیرگی پوست است که البته با مصرف صحیح دارو

می توان از بروز این عارضه نیز جلوگیری کرد. نکته قابل توجه آن است که اختلال بینایی که عارضه مهم و شایع در مصرف کلروکین است با مصرف هیدروکسی کلروکین کمتر دیده می شود. به همین دلیل معاینات دوره ای چشم پزشک در افراد تحت درمان با این دارو مشروط به مقدار مصرف مناسب دارو در بستر زمان کمتر ضروری است. نکته قابل توجه، اینکه باتوجه به ماندگاری طولانی دارو در بدن، معمولاً پس از ۳ تا ۶ ماه از درمان، بانظر پزشک معالج مصرف این دارو می تواند به یک روز در هفته کاهش یابد. با این ترتیب تقریباً هیچگاه عوارض درمان ظاهر نخواهد شد.

- کورتیکواستروئیدها (کورتون): یکی از درمان های اصلی لوپوس کورتیکواستروئید ها هستند که بصورت خوراکی، تزریقی، یا موضعی مورد استفاده قرار می گیرند. استروئیدی که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد پردنیزولون است. عوارض مصرف کوتاه مدت این داروها شامل افزایش اشتها، ورم و افزایش وزن است. این عوارض معمولاً با قطع دارو برطرف می شوند. عوارض مصرف دراز مدت این داروها شامل پوکی استخوان، افزایش فشار خون، افزایش کلسترول، افزایش قند خون (دیابت)، تصلب شرائین، آب مروارید و افزایش احتمال ابتلاء به عفونت می باشد. هر چه دوز بالاتر و مدت مصرف طولانی تر باشد احتمال بروز این عوارض بیشتر می شود. معمولاً با استفاده صحیح دارو طبق دستورات پزشک ایجاد این عوارض به حداقل می رسد.

- داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی (ایمونوساپرسیو): این داروها در مواردی بکار می روند که بیماری ارگان های حیاتی مثل کلیه، یا مغز را درگیر کرده باشد. سیکلوفسفامید، آزاتیوپرین و مایکوفنولات موفتیل از این دسته هستند که با تضعیف کردن سیستم ایمنی به کنترل التهاب کمک می کنند. این داروها به صورت تزریقی یا خوراکی استفاده می شوند. عوارض شایع آنها تهوع، ریزش مو، کاهش قدرت باروری و افزایش خطر ابتلاء به عفونت ها می باشد. معمولاً این داروها در مصرف درازمدت بصورت متمرکز مثلاً یکبار در روز و در صبحگاه استفاده می شوند.

- برنامه درمانی در طول زمان تغییر خواهد کرد. آنچه مهم است این است که مراجعات مکرر پزشکی جهت بررسی وضعیت بیماری بسیار سودمندتر از این است که صبر کنید تا علامتی ظاهر شود و بیماری شعله ور گردد.

- درمان لوپوس خفیف: دوری از آفتاب، استفاده از کلاه و کرم های ضدآفتاب. (حداقل SPF توصیه شده ۲۰ است).

- استفاده از کرم های کورتیکواستروئید برای ضایعات پوستی.

- استفاده از داروهای ضد مالاریا (کلروکین یا هیدروکسی کلروکین) برای درمان علائم خفیف مثل دردهای مفصلی، احساس خستگی، علائم پوستی، تب.
- مصرف کورتیکواستروئید با دوز پایین برای کنترل دردهای مفصلی، دردهای عضلانی، تب و علائم پوستی.
- درمان لوپوس شدید: دوزهای بالای کورتیکواستروئید (بصورت تزریق وریدی یا خوراکی) به همراه داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی.
- سیر بیماری در هر فرد می تواند با فرد دیگری متفاوت باشد. آنچه در تمام افراد مهم است حفاظت در مقابل نور خورشید، درمان سریع و مناسب عفونت ها و دوری از استرس است.

### \* راهنمای محافظت از پوست

- اشعه ماوراءبنفش نور خورشید می تواند سبب شعله ور شدن بیماری و تشدید علائم پوستی لوپوس شود. جهت کم کردن تماس خود با نور خورشید می توانید:
- از نور خورشید دوری کنید. در ساعاتی که نور خورشید شدید است (۱۰ صبح تا ۳ بعدازظهر) کمتر از خانه و مکان های سرپوشیده بیرون بروید.
- از کرم های ضد آفتاب استفاده کنید.
- از کلاه یا چتر استفاده کنید.

### \* راهنمای مراقبت از دندان ها

- در زندگی پر مشغله امروزی، شاید فرصتی برای رسیدگی به وضعیت دندان ها به بیماران لوپوسی دست ندهد. این در حالی است که در حدود ۹۵٪ بیماران لوپوسی درگیری دهانی وجود دارد.
- دهان بخاطر محیط مرطوبی که دارد محل مناسبی برای رشد و تکثیر باکتری هاست. بنابراین رعایت بهداشت دهان در فرد مبتلا به لوپوس که تحت درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی است از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بیمار لوپوسی باید حداقل ۲ بار در روز با یک مسواک نرم و خمیر دندان حاوی فلوراید دندان های خود را تمیز نماید. معاینه دندان ها باید هر ۴-۳ ماه یکبار (حداکثر هر ۶ ماه یکبار) انجام گیرد.



### \* بیماران لوپوسی از مشکلات زیر ممکن است رنج ببرند

خشکی دهان، شکاف برداشتن لب ها (Crack)، خونریزی از لثه، شکاف برداشتن زبان، زخم دهانی و عفونت های قارچی دهان. بیماران مبتلا به مشکلات دریچه ای قلب نیاز به مصرف آنتی بیوتیک قبل از اعمال داندنپزشکی دارند.

### \* تغذیه

تغذیه مناسب یکی از بخش های مهم برنامه درمانی بیماران لوپوسی است. اگرچه رژیم غذایی خاصی برای کلیه بیماران قابل توصیه نیست ولی نکات مهمی هست که باید مورد توجه کلیه بیماران قرار گیرد.

- کاهش وزن یا بی اشتهایی: کاهش وزن یکی از شکایت شایع بیماران تازه تشخیص داده شده است. کاهش وزن یا بی اشتهایی می تواند به دلیل اثرات خود بیماری رخ دهد و یا ناشی از عوارض گوارشی داروهای مورد مصرف بیماران باشد.

- افزایش وزن: افزایش وزن می تواند مشکل بیمارانی باشد که تحت درمان با کورتیکواستروئید هستند. این داروها می توانند سبب افزایش اشتها شوند و اگر مراقب نباشید افزایش وزن حتماً عایدتان خواهد شد.

- پوکی استخوان: پوکی استخوان اگر چه عارضه ای است که اغلب در زنان مسن پس از یائسگی رخ می دهد ولی افراد تحت درمان با کورتیکواستروئید نیز در خطر ابتلا به آن هستند. توصیه های غذایی که می تواند در پیشگیری از ایجاد این عارضه موثر باشد شامل مصرف غذاهای حاوی کلسیم و ویتامین D همراه با برنامه ورزشی منظم می باشد. در مواردی که بیمار به مدت طولانی دوزهای بالای کورتیکواستروئید مصرف می کند انجام سنجش تراکم استخوان و مصرف دارو طبق نظر پزشک لازم می باشد.

- دیابت: در افراد مستعد، ممکن است مصرف کورتیکواستروئید سبب افزایش قند خون شود. در صورت افزایش قند خون مشاوره با یک متخصص تغذیه و غدد در این زمینه می تواند سودمند باشد.

- اختلالات کلیوی: کلیه در بسیاری از موارد بیماری لوپوس درگیر می شود. در فرد با مشکلات کلیه علاوه بر برنامه درمانی خاص که توسط پزشک توصیه می شود، مصرف غذای کم نمک و کم پروتئین می تواند مفید باشد.

- اختلالات قلبی عروقی: تصلب شرایین و افزایش فشار خون از عوارض بیماری لوپوس است. مصرف غذای کم چرب، ورزش کردن و در موارد افزایش فشار خون، مصرف غذای کم نمک می تواند در این موارد سودمند باشد.

- رژیم غذایی خاصی برای بیماران لوپوسی مطرح نشده است. بیماران باید یک رژیم غذایی متعادل را در سه وعده غذایی دریافت نمایند. استفاده از روغن ماهی در بعضی از مطالعات مفید دانسته شده است و مصرف دو وعده ماهی در هفته توصیه شده است. یونجه می تواند موجب القاء و یا تشدید لوپوس شود بنابراین باید از مصرف آن اجتناب گردد. در بعضی از بیماران لوپوسی مصرف شیر موجب تخفیف بیماری شده است. در مورد مصرف ویتامین ها از قبیل ویتامین D, B12, E نظرات مختلفی وجود دارد و به نظر می رسد مصرف آنها طبق نظر پزشک معالج براساس شرایط خاص منطقی باشد.

### \* زندگی با لوپوس

امروزه به دلیل یافتن داروهای موثرتر جهت کنترل بیماری لوپوس کیفیت زندگی و طول عمر مبتلایان به این بیماری افزایش یافته است. بیشتر بیماران لوپوسی فعالیت های روزانه خود را می توانند ادامه دهند. ممکن است به دلیل وجود خستگی یا دردهای مفاصلی فرد مبتلا، به پیرودهای استراحت در فواصل بین ساعات کاری نیاز داشته باشد. استرس می تواند سبب تشدید علائم و شعله ور شدن بیماری شود. جهت کاهش سطح استرس خود می توانید:

- ۱- برنامه زندگی خود را تا حد امکان ساده تنظیم کنید.
  - ۲- سطح انتظارات دیگران از خودتان را به حداقل ممکن برسانید.
  - ۳- کارهای خود را به دیگران واگذار کنید.
  - ۴- به طور منظم ورزش کنید. به عنوان مثال پیاده روی می تواند ذهن شما را تمیز سازد، روحیه شما را بهتر کند و در مبارزه با خستگی به شما کمک کند.
  - ۵- از تکنیک های Relaxation مثل یوگا استفاده کنید.
- خستگی یکی از علائم شایع لوپوس است. برای مبارزه با آن می توانید:

- ۱- به حد کافی استراحت کنید. بعضی بیماران لوپوسی ممکن است به ۱۰-۱۲ ساعت خواب در شبانه روز نیاز داشته باشند.
- ۲- از فعالیت هایی که سبب خسته شدن می شوند دوری کنید.
- ۳- از دیگران کمک بگیرید. سعی نکنید همه کارها را خودتان انجام دهید.
- ۴- دوره های کوتاه استراحت در طول روز به خود بدهید.
- ۵- بطور منظم ورزش کنید.

### چند نکته مهم

سیگار نکشید. مطالعات نشان داده است که مصرف سیگار می تواند سبب تشدید علائم در بعضی بیماران شود و تاثیر بعضی داروها را کاهش دهد.

از مصرف آنتی بیوتیک گروه سولفا نامیدها ( مثل کوتریموکسازول) و پنی سیلین بهتر است خود داری شود چون گاهی سبب تشدید علائم می شوند. در مورد استفاده از قرص های ضد حاملگی گفته می شود که بهتر است از قرص هایی استفاده شود که تنها حاوی پروژسترون هستند و یا استروژن اندکی دارند. توجه داشته باشید که پروژسترون (Provera) می تواند در کاهش فعالیت بیماری لوپوس حتی مفید باشد (دکتر اولیاء و همکاران).

### \* افسردگی ناشی از لوپوس

اغلب بیماری های مزمن می توانند در بیماران سبب ایجاد افسردگی شوند. افسردگی می تواند سبب تشدید علائم بیماری نیز بشود. افسردگی باعث تشدید درد، ایجاد احساس خستگی و کمبود انرژی می شود. بیماران افسرده به تدریج گوشه گیر می شوند.

افسردگی در اغلب موارد به عنوان یک پدیده طبیعی و قابل انتظار در فرد مبتلا به بیماری مزمن از طرف بیمار و خانواده اش تلقی می گردد و شاید خیلی ها به دنبال درمان آن نیز نباشند. درمان افسردگی ناشی از بیماری مزمن مشابه درمان این بیماری در سایر افراد است. درمان افسردگی سبب بهبود کیفیت زندگی فرد و درمان آسانتر بیماری زمینه ای می شود. در ۸۰٪ موارد افسردگی به کمک دارو، روان درمانی و یا ترکیبی از آنها با موفقیت درمان می شود.

### \* ازدواج و لوپوس

لوپوس مانعی برای ازدواج محسوب نمی شود. این بیماری مسری نیست. فقط باید قبل از ازدواج در مورد شرایط بیمار از نظر کنترل بیماری با دارو و مراقبت های بیمار توضیح داده شود.

### \* بارداری و لوپوس

اگرچه لوپوس تاثیری بر باروری فرد ندارد ولی به دلیل تاثیر بیماری یا داروها بر سیکل های قاعدگی ممکن است برنامه ریزی برای حاملگی با دشواری هایی روبرو شود. زنانی که ۱ سال پس از کنترل کامل بیماری باردار می شوند معمولاً در طول بارداری مشکلی نخواهند داشت و اگر بیماری فعال شود، علائم آن خفیف خواهد بود. میزان سقط جنین و زایمان های زودرس یا مرده زایی در فرد مبتلا به لوپوس از افراد سالم بیشتر است.

در مورد مصرف داروها در حاملگی و شیردهی حتماً باید با نظر پزشک مربوطه باشد. اکثر داروهای مصرفی در حاملگی و شیردهی بی خطر هستند از جمله هیدروکسی کلروکین، کورتیکواستروئید (به غیر از بتامتازون و دگزامتازون). داروهایی که در حاملگی مطلقاً باید از آنها اجتناب نمود، متوتروکسات، لفلونامید و سیکلوفسفامید است.

### \* ورزش

ورزش می تواند با تقویت عضلات و حفظ دامنه حرکتی مفصلی به بهبود وضعیت اسکلتی عضلانی فرد کمک کند، سبب کاهش احساس خستگی، بهبود روحیه فرد و پیشگیری از ایجاد پوکی استخوان و چاقی شود.

یک برنامه ورزشی منظم می تواند سبب:

- حفظ دامنه حرکتی مفصل

- افزایش قدرت عضلانی

- حفظ وزن در حد نرمال

- تقویت استخوان ها

- تقویت وضعیت قلبی عروقی

- بهبود وضعیت خواب

در فرد مبتلا به بیماری های مفصلی شود.

آب درمانی (هیدروتراپی) که به صورت انجام حرکات ورزشی در یک استخر آب می باشد، می تواند ضمن تحقق اهداف فوق به کاهش درد در مفاصل دردناک نیز کمک کند.

آنچه باید بدانید این است که:

- قبل از شروع هر حرکت ورزشی با پزشک خود در آن مورد مشورت کنید.

- برنامه ورزشی را از کم شروع کنید و به تدریج افزایش دهید.

- حداقل ۳ تا ۴ بار در هفته ورزش کنید.

- اگر پس از شروع ورزش دچار علائم زیر شدید حتماً با پزشک خود مشورت کنید:

خستگی بیش از حد، افزایش درد، کاهش قدرت عضلانی، کاهش دامنه حرکتی مفصل، تورم مفصلی. در فرد مبتلا به آرتریت (درد و تورم مفصلی) باید تعادلی بین ورزش و استراحت وجود داشته باشد. در زمانی که مفاصل ملتهب هستند فرد بیشتر استراحت کند. میزان و نوع استراحت بستگی به شدت علائم دارد. با کاهش درد و تورم میزان استراحت باید کاهش یابد و بجای آن باید فرد بیشتر ورزش کند. هرچه مفصل خشک تر، ضعیف تر و ناپایدارتر باشد به ورزش بیشتری نیاز دارد. شروع ورزش باید با گرم کردن بدن شروع گردد و پایان آن باید با سرد کردن تدریجی خاتمه یابد. به عبارت دیگر ورزش باید به آهستگی شروع گردد و به آهستگی خاتمه یابد. ورزشی را انتخاب کنید که به آن علاقه مند هستید. این امر سبب تداوم برنامه ورزشی شما خواهد شد. ورزش را بخشی از برنامه زندگی خود بدانید.

### \* داروهای گیاهی

بعضی از داروهای گیاهی در بهبود درد و علائم مفصلی موثر شناخته شده اند از جمله:

• ریشه بابا آدم (burdock)

• گزنه (nettle)

• رزماری (rosemary)

• صدف دریایی (mussel)

### \* سئوالات مهم بیماران از پزشک

۱- چه وضعیت هایی می توانند سبب تشدید بیماری ام شوند؟

مهمترین عامل استرس است. مصرف نامنظم دارو، حاملگی بدون برنامه ریزی قبلی، استفاده برخی از داروها می توانند منجر به تشدید بیماری شوند.

۲- آیا لازم است من تست سنجش تراکم استخوان انجام دهم؟

در صورت مصرف کورتون بیش از یک قرص در روز و به مدت طولانی لازم است که این تست انجام شود.

۳- آیا مصرف کلسیم و سایر مکمل ها برای من ضروری است؟

برحسب میزان مصرف روزانه لبنیات و داروهای مهارکننده جذب کلسیم ممکن است ضروری باشد.

۴- چه مدت لازم است دارو مصرف کنم؟

معمولا برای مدت طولانی و پیشگیری با حداقل دارو، تا پایان میانسالی.

۵- آیا من می توانم حامله شوم؟

بله. در صورتی که بیماری شما کنترل شده باشد میتوانید با مشورت پزشک و تحت مراقبت دقیق حامله شوید. بهتر است که در طی درمان بیماری حاد از روش جلوگیری مطمئنی استفاده نمائید و چند ماه پس از کنترل شدن بیماری برای بچه دار شدن اقدام کنید.

۶- چند وقت یکبار لازم است به پزشک مراجعه کنم؟

برنامه درمانی در طول زمان تغییر خواهد کرد. آنچه مهم است این است که مراجعات مکرر پزشکی جهت بررسی وضعیت بیماری بسیار سودمندتر از این است که صبر کنید تا علامتی ظاهر شود و بیماری شعله ور گردد و سپس به پزشک مراجعه کنید. در صورتیکه دسترسی به پزشک ندارید، حداقل فشار خون و آزمایش کامل ادرار هر سه ماه یکبار را فراموش نفرمایید.

۷- چه تغییری لازم است در شیوه زندگی خود بدهم؟

استرس های خود را کاهش دهید. سعی کنید که کارهایتان سبک تر شود و استراحت بدنی و فکری بیشتری داشته باشید.

حتما در روز یک ساعتی را به ورزش اختصاص دهید.

از مصرف الکل و سیگار بپرهیزید.

از تماس با آفتاب بدون محافظت از پوست خود بپرهیزید.

با توجه به داروهای مصرفی ریسک عفونت در شما بالاست پس، از تماس با افراد بیمار و یا رفت و آمد به جاهایی که شانس انتقال بیماری های عفونی در آنجا بالاست در حد امکان پرهیز کنید.

آیا هوای سرد و مرطوب برای بیماری من مضر است؟

تغییر در فشار هوا موجب تشدید دردمفصل و خشکی بدن می شود. مدارک متقنی که دلالت داشته باشد که تغییرات آب و هوا و رطوبت تاثیر منفی دارد، در دست نیست؛ معهذا تجربه بیماران یک نکته قابل احترام است.





## فصل سوم:

### اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS)

دکتر احمد سلیم زاده

یکی از بیماریهای روماتیسمی اسپوندیلیت آنکیلوزان (Ankylosing Spondylitis) AS است. قبل از اینکه این بیماری را تعریف کنیم بهتر است که معنی لغوی آن را بیان کنیم: «اسپوندیلو» به معنای فقرات و اسپوندیلیت به معنای التهاب فقرات می باشد، آنکیلوز به هم پیوستن و جوش خوردن دو استخوان را می گویند. بنابراین اسپوندیلیت آنکیلوزانت به معنای التهاب روماتیسمی ستون فقرات است که در آن پس از مدتی مهره ها ممکن است با هم یکی شده بصورت نی خیزران یکپارچه شوند. این بیماری اکثرا در مردان جوان دیده می شود و شروع آن معمولا سنین ۱۸ تا ۲۰ سالگی می باشد، ولی در زنها نیز دیده می شود.

مشخص ترین علامت این بیماری، درد ستون فقرات و لگن است که از سنین زیر ۴۰ سال و یا نوجوانی شروع می شود و هنگام استراحت و در زمان صبحگاه تشدید می یابد. از آنجا که درد کمتری یکی از شایع ترین شکایات افراد هر اجتماع می باشد تعداد زیادی از کسانی که مبتلا به این بیماری می شوند ممکن است با تشخیص های دیگری درمان گردند. بسیاری از بیماران هستند که ماه ها یا سال ها قبل از تشخیص قطعی بیماریشان در بخش های مختلف سرگردان بوده و برای تعداد دیگری

از بیماران نیز تشخیص و درمان های اشتباه داده شده است. بیشترین تشخیص اشتباه و سطحی در مورد این بیماری دیسک کمر یا گرفتگی عضلانی است.

درد ناشی از AS اکثرا به آهستگی و خود به خود شروع می شود و ماه ها به طور ثابت یا پیش رونده باقی می ماند. این درد با استراحت بیشتر می شود و با فعالیت کاهش می یابد. درد لگن و ستون فقرات پشتی - کمری اکثرا بیمار را در نیمه دوم شب از خواب بیدار می کند و بیمار بالاجبار از رختخواب بیدار شده و بر حسب شدت درد مدتی راه رفته و دوباره به رختخواب بر می گردد. وقتی صبحگاهان فرا می رسد و بیمار از خواب بلند می شود درد بیشتر است و خشکی فقرات کمری و لگن وجود دارد. معمولا هر چه بیماری شدید تر باشد خشکی صبحگاهی بیشتر طول می کشد. وقتی بیمار از رختخواب بیرون می آید خشکی صبحگاهی و درد شدید وجود دارد ولی با شروع فعالیت، درد و خشکی بتدریج از بین رفته و اکثرا بیماران روزها احساس راحتی نسبی می کنند. گاهی در بعضی از بیماران تا نیمه روز خشکی باقی می ماند. در عده کمی از مبتلایان به طور کلی درد وجود ندارد.

یکی دیگر از خصوصیات این بیماری التهاب محل چسبیدن زردپی و رباط به استخوان است و لذا هر جایی که رباط به استخوان می چسبد، بیماران احساس درد می کنند. مثلا درد در پاشنه ها و درد قفسه صدی وجود دارد و یا حتی ممکن است در بعضی ها شروع بیماری با درد پاشنه ها و قفسه صدی باشد. علاوه بر گرفتاری موارد مذکور، در این بیماری، مفاصل بزرگ اندامها نیز گرفتار می شوند. ممکن است بیماری با درد تورم مفاصل زانو، ران، شانه و مچ دست و پا شروع شود و یا ممکن است علائم کمری، لگن و مفاصل محیطی با هم دیده شوند.

از علائم دیگری که در عده ای از بیماران دیده می شود، گرفتاری چشمی به صورت سرخی و تاری دید است که در نتیجه التهاب اطاق قدامی چشم است و اگر درمان زودرس صورت نگیرد می تواند منجر به تاری دائمی چشم شود.

همچنین در این بیماری ندرتا ممکن است قلب، ریتین و سایر دستگاه ها گرفتار شوند. این بیماری می تواند ثانوی به بیماریهای دیگر مثل پسوریازیس و یا بیماریهای التهابی روده و یا عفونی باشد.

### \* آیا AS یک بیماری رایج است؟

بیماری AS تقریباً به نسبت یک نفر از هر ۲۰۰ نفر مرد و یک نفر از هر ۵۰۰ نفر زن در انگلستان دیده می شود. بنابراین اصلاً بیماری نادری نیست و معضل اصلی تشخیص ندادن یک بیماری قابل کنترل از زمان شروع بیماری است.

### \* چه کسانی به AS مبتلا می شوند؟

هر فردی (مرد، زن و کودک) می تواند به AS مبتلا شود. این بیماری بیشتر در سنین اواخر نوجوانی، و تا دهه سوم عمر با میانگین حدود ۲۴ سالگی حمله خود را شروع می کند. درعین حال علائم بیماری می تواند در دیگر دوره های عمر نیز بروز نماید. در مردان بیماری AS حدود سه برابر بیشتر از زنان دیده می شود.

### \* آیا بیماری در مردها، زن ها و کودکان فرق دارد؟

بیماری AS در مردان و زنان و کودکان کمی متفاوت است. در مردان: درگیری و آسیب لگن خاصره و ستون فقرات شایع تر است. نقاط دیگری که ممکن است مبتلا شوند عبارتند از قفسه سینه، مفصل ران، شانه ها و پا.

در زنان: درگیری و التهاب ستون فقرات معمولاً به شدت مردان نیست، لگن خاصره مفاصل ران، زانوها، میچ دست، قوزک پا نقاطی هستند که بیشترین محل درگیری و ابتلا در زنان میباشند. در کودکان: برای کودکان قبل از رسیدن به سن ۱۱ سالگی، بروز علائم AS غیر عادی و نادر است. در کودکان مفاصلی که مشخصاً مبتلا می شوند، ابتدا زانوها، قوزک پا، پاها، مفاصل ران و کف ها هستند. بسیاری از کودکانی که با تشخیص درد رشد تحت درمان قرار می گیرند، در واقع شروع رماتیسم های از نوع AS هستند که در سنین بالاتر شکلی اصلی خود را نشان می دهد.

### \* نشانه های بیماری AS چیست؟

نشانه های بارز بیماری AS عبارتند از:

- شروع تدریجی خشکی و درد پشت در طول هفته ها و ماهها (بیش از چند ساعت و چند روز)
- خشکی و سفتی و درد در بامداد، که تدریجاً در طول روز با حرکت و ورزش از بین می رود و یا کاهش می یابد.

- تداوم ناراحتی بیش از سه ماه، (که با وقوع ناراحتی های کوتاه مدت فرق دارد).
- احساس بهتر شدن بعد از حرکت و ورزش و احساس بدتر شدن بعد از سکون طولانی
- کاهش وزن، مخصوصا در مراحل اولیه.
- احساس تب و عرق شبانه

### \* آیا AS بر روی دیگر مفاصل نیز اثر می گذارد؟

بله! AS گاهی سبب ناراحتی و دردهای طولانی و ورم در مفصل ران، زانو، قوزک و مچ پا می شود. در واقع هر مفصلی می تواند درگیر شود. در اغلب اوقات درد و تورم بعد از درمان فرو می نشیند. استخوان پاشنه پا مخصوصا در دو ناحیه دچار درد و آسیب می شود، رایج ترین نقطه زیر پاشنه پا و با فاصله سه سانتیمتری از پشت پا است. به آن التهاب غلاف کف پا (Plantar Fasciitis) گفته می شود. ممکن است هفته ها طول بکشد. این ناراحتی با استفاده از یک کفش مناسب که فشار وزن را از روی پاشنه پا کاهش می دهد، بهتر می شود. متاسفانه در اکثر کشورها اصطلاح ناصحیح «خار پاشنه» پا و معطل نگهداشتن بیمار با این تشخیص سطحی و بدون در نظر گرفتن سایر مشکلات بیمار و سوابق بیمار و زمینه فامیلی موجب تاخیر در درمان به موقع بیماری می گردد. ناحیه دیگری که کمتر شایع است، رباط پشت پا (Achilles tendon) در جایی است که به استخوان پاشنه وصل می باشد، فشار کفش می تواند آنرا شدیدتر کند. باز اشتباه تشخیصی در این مورد نسبت دادن درد ناحیه آشیل به افزایش چربی خون، باعث درمان نابجا و معطل کردن بیمار می شود.

### \* آیا بیماری AS بر دیگر دستگاه ها و سایر اعضا بدن اثر می گذارد؟

بله A.S بعضی وقتها میتواند روی چشم ها، قلب و شش ها اثر بگذارد. این اثرات اصولا یک خطر حیاتی نبوده و اغلب به روش نسبتا معمولی درمان پذیر می باشند.

### \* AS چه تاثیراتی بر روی چشم ها دارد؟

A.S میتواند باعث التهاب در عنبیه چشم (Iris) و Uvea شود. در ۴۰٪ از افراد مبتلا به A.S این ناراحتی التهابی عنبیه در ی ک یاگاهی هر دو چشم بروز می کند. معمولا اولین نشانه، یک تاری مختصر در دید یک چشم است. بیمار باید برای جلوگیری از آسیب دائمی چشم به دنبال درمان

سریع و به موقع باشد. بهتر است مستقیماً به یک مرکز درمانی مجهز مراجعه شود. که در آنجا یک تیم چشم پزشکی بیمار را تحت درمان قرار دهد. لازم است سابقه قبلی A.S یادآوری شود.

### \* چگونه AS به قلب اثر می گذارد؟

بیماری AS گاهی میتواند بر قلب اثر خفیفی بگذارد. در بسیاری از موارد این تاثیر آنقدر خفیف است که به سختی قابل تشخیص است. A.S ممکن است باعث آسیب دریچه آئورت شود.

### \* AS چه صدمه ای به ریه ها می گذارد؟

بیماری AS باعث احتمال بیشتر بیماری عفونی ریه ها نمی شود. اما به هر حال بر روی مفصل دنده ها و عضلات بین آنها اثر گذاشته و به هنگام تنفس، عطسه، سرفه و یا خمیازه ایجاد درد می نماید. در نتیجه این موجب می شود که ریه ها نتوانند به طور کامل هواگیری نمایند. در مراحل پیشرفته AS ممکن است قفسه سینه کاملاً ثابت و غیر قابل اتساع شود و در نتیجه بر روی ورود و خروج هوا به ریه ها تاثیر بگذارد. اجتناب از سیگار کشیدن حیاتی است دخیانیات نه تنها تنفس را دشوار می کند بلکه می تواند سبب بروز عفونت در ریه و قفسه سینه شود.

### \* آیا اثرات AS بر روی همه افراد یکسان است؟

خیر. AS یک بیماری با عوارض متفاوت و متغیر است در حالی که در بعضی افراد نشانه مشخصی دیده نمی شود و در برخی دیگر خیلی شدیدتر و با عوارض بسیار زیادی بروز می کند.

### \* در بیماری AS آیا نیاز به جراحی وجود دارد؟

عمل جراحی هیچ نقشی در درمان اولیه بیماری ندارد و صرفاً محدود به اصلاح عوارض بیماری است. در حدود ۶٪ از مبتلایان نیاز به جراحی و تعویض مفصل ران دارند. این عمل حرکت پذیری را دوباره بازگردانده و درد مفصل آسیب دیده را از بین می برد. در موارد نادر برای راست کردن پشت کسانی که خمیدگی بسیار شدید داشته اند از عمل جراحی ستون فقرات و گردن استفاده شده است تا خمیدگی کمتر و به حالت مناسب تر برگردانده شود.

### \* چه داروهایی مورد نیاز است؟

بیش از ۸۰٪ بیماران برای کاهش التهاب و تسکین درد از داروهای ضد التهاب غیر کورتونی Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAIDs) استفاده می کنند. برخی از بیماران که عوارض جانبی این داروها را تجربه نموده اند ممکن است مصرف یک مسکن ساده مانند استامینوفن را ترجیح دهند. باید تاکید شود که مصرف داروهای ضد التهابی فقط برای کاهش درد نیست بلکه هدف، کاهش التهاب و تاثیر بر عوارض طولانی مدت بیماری است و لذا نباید با کاهش یا از بین رفتن درد، بدون نظر پزشک نسبت به کاهش یا قطع دارو اقدام شود. در صورت پیدا شدن عارضه جانبی دارو، در اولین فرصت با پزشک معالج تماس گرفته شود. در برخی بیماران داروهای دیگری مثل سولفاسالازین و یا infliximab نیز مورد استفاده قرار می گیرد.

### \* آیا AS خطرناک است؟

اساسا در صورتیکه بیماری در زمان مناسب تشخیص داده شود، خیر ولی متاسفانه با تاخیر چندسال از شروع بیماری در اکثر کشورها مشکل اصلی عوارض تاخیر درمان است.

### \* ریسک انتقال بیماری به فرزندان چگونه است؟

اگر کسی به AS مبتلا باشد الزاما فرزند وی مبتلا به AS نمی شود، اما به طور کلی احتمال اینکه فرزندش به AS مبتلا شود به نسبت یک نفر از ده نفر و در صورتی که دارای ژن HLA-B27 هستند حداکثر به نسبت یک نفر از پنج نفر است. در مورد ارث بردن بیماری AS از پدر بزرگ و مادر بزرگ این نسبت یک نفر از بیست نفر و یا کمتر می شود. توصیه می شود در مورد بروز علائم اولیه بیماری AS در فرزندان به پزشک متخصص روماتولوژی مراجعه و با ایشان مشورت شود.

### \* چگونه می توان از ابتلا به AS اطمینان پیدا کرد؟

اگر بیمار دارای علائم کلاسیک AS باشید پزشک عمومی شما با نگاه کردن و معاینه ستون فقرات در ناحیه کمر می تواند متوجه بیماری شود، در چنین شرایطی بیمار را به یک پزشک روماتولوژی معرفی می کند تا وی با معاینه بیمار و بررسی عکس های رادیولوژی ستون فقرات و تغییرات مشخص به وجود آمده در مهره های فقرات کمری و پشت تشخیص بیماری را بدهد. بر خلاف سایر ناراحتی

های روماتیسمی دیگر، آزمایش خون کمک زیادی در تشخیص بیماری AS نمی نماید. اینجاست که اکثر بیماران و متاسفانه اکثر پزشکان غیرمتخصص روماتیسم با نرمال بودن آزمایشات بیمار دچار انحراف تشخیصی شده یا در مقابل تشخیص این روماتیسم مقاومت می کنند.

### \* آیا معالجه قطعی برای AS وجود دارد؟

متاسفانه خیر. البته داروهای ضد التهابی به بهبودی حال عمومی کمک نموده، درد را کاهش می دهد و خواب را راحت تر می نماید. اما این فقط قسمتی از درمان بوده و انجام حرکات ورزشی مناسب (برای کنترل عوارض، حفظ حرکات و جلوگیری از تغییر فرم بدن) تکمیل کننده درمان است. داروها کمک می کنند تا جلوی پیشرفت بیماری گرفته شود.

### \* نتیجه نهایی بیماری AS چیست؟

به نظر می رسد که در افراد مختلف بیماری AS کمی متفاوت اثر می گذارد. اما به طور معمول بیمار در می یابد که در طول سالیان علائم و عوارض آن گاهی جدی و گاهی آرام می شود. در فرم کلاسیک، ستون مهره ها سفت خشک و یکپارچه می شود. (ابتدا مهره های پایین کمری، و بعدا به تدریج مهره های بالاتر یعنی پشت و گردن) که این به خاطر استخوان های ایجاد شده اضافی می باشد. البته اگر همواره به فرم بدن توجه داشته باشد و ورزش های مناسب را برای جلوگیری از خمیدگی و حفظ حرکت پذیری دائمی انجام شود، می توان از جدی شدن این عوارض جلوگیری نمود. نمایند.

### \* توصیه های غیر دارویی برای بیماران

الف) فرم قامت و حالت ستون فقرات خود را اصلاح کنید  
ایستادگی قامت و صاف بودن ستون فقرات شما مربوط می شود به حالتی که شما در بیشتر مدت شبانه روز به بدن خود می دهید نحوه ایستادن و نشستن در شکل پذیری مقدار تغییر فرم و خمیدگی ستون فقرات اثر می گذارد حالت افتاده و خمیده به فرم ستون فقرات شما آسیب می رساند.  
ب) از صندلی مناسب استفاده کنید

محل نشستن چه در محیط کار و چه در منزل باید مناسب وضعیت شما باشد. صندلی شما باید کف محکم پشت محکم که ترجیحا تا حدود سر برسد داشته باشد بهتر است صندلی در طرفین دارای دسته باشد تا با کمک گرفتن از دسته ها فشار وزن در روی ستون فقرات و کمر کمتر باشد.

فاصله پشت صندلی تا جلوی آن زیاد نباشد تا تکیه دادن قسمت پایین ستون فقرات به پشت آن راحت تر باشد. ارتفاع کف صندلی از زمین نباید کم باشد و شما باید بتوانید در وضعیت قائم حدود ۹۰ درجه خمیدگی زانو و مفصل لگن روی آن بنشینید.

از مبل و صندلی های کوتاه گرد نرم و فرو رونده نباید استفاده نمود چون استفاده از این نوع مبل و صندلی رای مبتلایان به AS باعث درد بیشتر و تغییر فرم بدن می شود و نشستن و برخاستن از روی آنها مشکل تر است.

(ج) در نحوه و مدت نشستن خود دقت کنید.

در موقع نشستن تلاش کنید ستون فقرات شما به حالت خمیده و برای مدت طولانی بی حرکت نباشد. همواره با حرکت و کشش دادن به ستون فقرات، گردن پشت و کشیدن شانه ها به عقب ستون فقرات خود را از حالت سکون و افتاده خارج نمایید. دقت کنید برای مدت طولانی در حالت نشسته قرار نگیرید. چند بار برخیزید چند قدم راه بروید نرمش کنید و دوباره بنشینید.

(د) به نوع تختخواب، تشک و بالش خود توجه داشته باشید.

تختخواب فنری، نرم و گود شونده مناسب نیست. بهتر است محل خواب مسطح صاف و غیر فرورفته و نسبتاً سفت باشد. بستر خیلی سفت هم توصیه نمی شود اگر تختخواب شما فنری و خیلی نرم است چند قطعه تخته سه لایی یا نئوپان در زیر تشک آن قرار دهید تا آنجا که میتوانید در زیر سر خود بالش نگذارید و یا از بالش نازک تر استفاده کنید. بالش های پر بخاطر شکل پذیری و نگهداری بهتر گردن مناسبتر است. اگر می خواهید تختخواب جدیدی بخرید حتماً نباید یک تختخواب گران و اختصاصی تهیه کنید شما می توانید یک تخت غیر فنری ساده (مانند تخت های معمولی چوبی) و یک تشک خوشخواب نسبتاً سفت را انتخاب نمایید. اگر قبل از خرید تختخواب چند دقیقه ای (۲۰ دقیقه) روی آن دراز بکشید و مناسب بودن و راحتی آن را عملاً تجربه کنید خیلی بهتر است.

(ه) در بین روز ۲۰ دقیقه دراز بکشید

در میان روز بسیار مهم است که حداقل یک بار وزن خود را از روی ستون فقرات بردارید و به شکل افقی بروی شکم و یا بر روی پشت ۲۰ دقیقه دراز بکشید. می توانید در حالیکه پاها آویزان است به پشت دراز بکشید.

(و) به سرما و گرما توجه کنید

گرم کردن به اشکال مختلف می توانید درد و خشکی بدن را کاهش دهد. بسیاری از مردم گرفتن دوش آب گرم و استفاده از وان آب گرم را در صبح هنگام برخاستن و یا قبل از رفتن به رختخواب در شب برای کاهش درد و نرم شدن بن مفید می دانند، خصوصاً اگر توم با نرمش باشد. می توان



برای گرم کردن از پتوی برقی یا حتی یک بطری آب گرم استفاده نمود. اگر شما در جای خاصی از بدن التهاب دارید از کیسه یخ یا بسته های یخ خشک در یک حوله می توان استفاده نمود البته باید مواظب بود سرمای زیاد یخ موجب آزار نشود. توجه داشته باشید معمولا دردهای روماتیسمی ( و نه الزاما شدت بیماری) با سرد شدن بدن یا سرما تشدید می یابد.

ز) از کرسر های طبی و بریس به صورت طولانی مدت استفاده نکنید  
 برخی از پزشکانی ممکن است کرسرهای و بریس را تجویز کنند. استفاده طولانی از این وسایل وضع را بدتر می کند، زیرا تحرک را می گیرد، ستون فقرات را ثابت قرار می دهد. درحالیکه عدم تحرک در بیماری AS به معنی از دست دادن امکان حرکت است.

ج) تغذیه خوب داشته باشید  
 شما به یک رژیم غذایی مقوی با مقدار کافی پروتئین (حیوان و گیاهی) که در گوشت، ماهی و دانه های گیاهی یافت می شود نیاز دارید. برای تامین ویتامینهای باید میوه و سبزی بخورید. برای کلسیم نیز شیر در عین حال نباید اضافه وزن پیدا کنید.

ط) الکل  
 مصرف الکل با قرص های ضد التهاب برای معده مضر است.  
 ی) از دخانیات پرهیزید.

از انجامی که AS حجم هواگیری شش ها را کاهش می دهد دود سیگار و سایر دخانیات آمادگی و احتمال عفونت شش و تنگی نفس را بیشتر می کند. چنانچه سیگار می کشید جدا باید آن را ترک کنید. تقریبا همه انواع روماتیسم با سیگار تشدید می یابد بنابراین تا وقتی که حاضر به ترک این عادت غلط نیستید، نباید از عدم پاسخ به درمان به پزشک خود گلیه کنید.

ل) در مورد استفاده روش های طب مکمل جهت تسکین و التیام بیماری دقت کنید.  
 ما بیماران را به انجام هر روش که مفید باشد و به تسکین و بهبودی آنها کمک کند تشویق می کنیم، به شرطی که کمک به بهبودی کند و خطرناک نباشد. اعضا انجمن AS روش های مختلف مانند طب سوزنی، گیاه درمانی، ماساژ پاها، ایجاد آرامش از طریق پاها و هومیوپاتی را تجربه نمودند. در هیچکدام از این روش ها مزیت قابل توجهی نسبت به روش متداول و متعارف دارو درمانی و پزشکی دیده نشده است البته گاهی پیش می آید که نشان می دهد برخی روش های ماساژ و تکنیک های آرامش دهنده می تواند مفید باشد. اگر شما می خواهید از این روش های برای تسکین و تحمل بیماری خود استفاده کنید حتما باید مطمئن شوید که شخص انجام دهنده این اعمال، طبیعت و عوارض بیماری AS را به خوبی می داند. باز توصیه می کنیم مراقب افرادی که به دور از مهارت

پزشکی و در قالب درمان سنتی یا محلی وقت طلایی درمان را به هدر می دهند و متأسفانه روز به روز تعداد آنان افزایش می یابد، باشید.

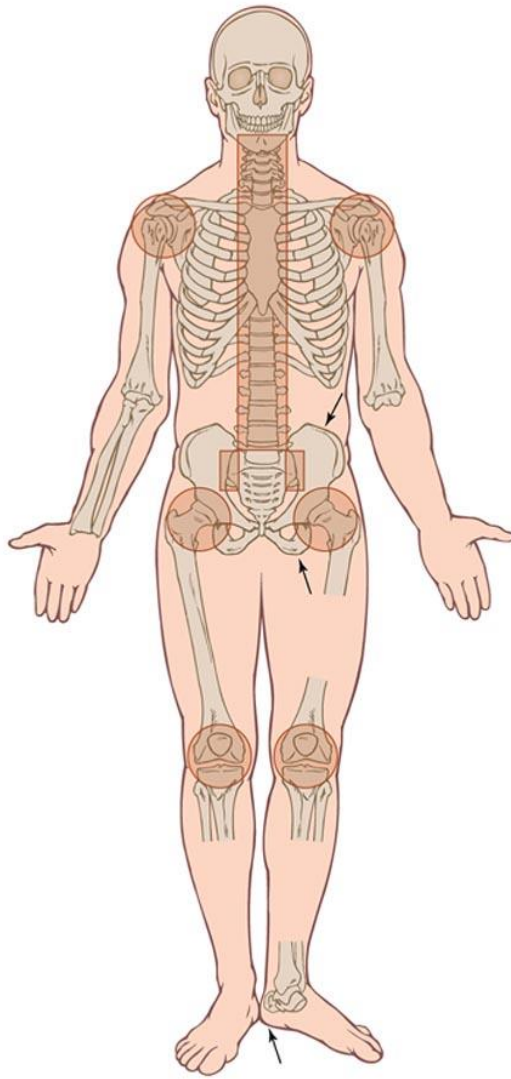
#### م) فیزیوتراپی

فیزیوتراپی یکی از اصول فراموش شده درمان است که می تواند در روند درمان AS و کاهش عوارض بیماری به خوبی موثر باشد. یک فیزیوتراپیست آگاه به شما ورزش های لازم روزمره را می آموزد شما را نسبت به حفظ فرم صحیح بدن خود مقید می کند و به شما یاد می دهد که چگونه حرکات مفصل های خاص مانند مفصل شانه و ران را بیشتر کنید. بسیار مهم است که عضلات شما همواره قوی باشند در اثر بی حرکت بودن عضلات ضعیف می شوند و قوی کردن مجدد آنها مشکل و خیلی وقت می خواهد همچنین شما باید نحوه کشیدن و باز کردن عضلاتی را که کوتاه شده و گرفتگی دارد بیاموزید.

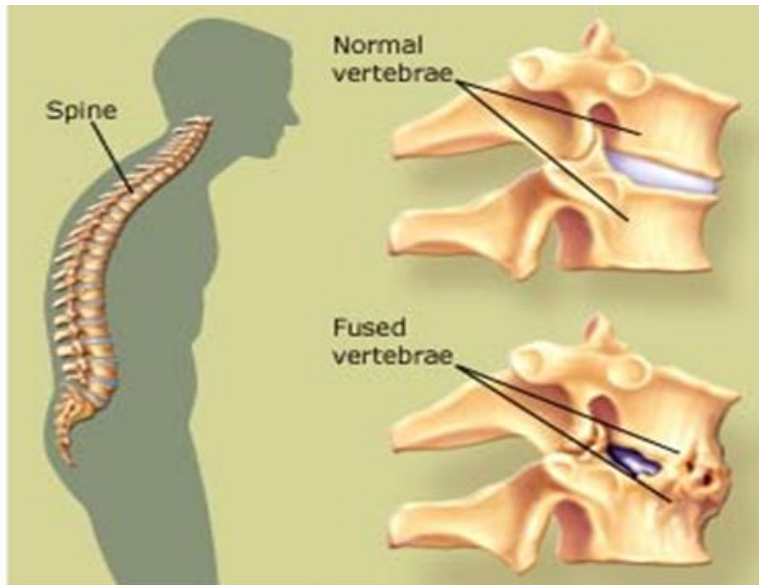
#### ه) ورزش ها و نرمش های مفید

همراه با مصرف داروهای ضد التهاب انجام این نرمش ها به شما کمک میکند تا AS را بهتر تحمل کنید و در بهبودی آن موفق تر باشید. در ابتدا ممکن است همین مشکل باشد اما حتما ارزش وقت گذاشتن را دارد و یادگیری و انجام آنها بسیار مفید است. این ورزش ها باید مرتباً و هر روز انجام گردد. باید بخش واجبی از کارهای روزمره شما باشد. تصمیم بگیرید حتما حداقل یک بار (و بهتر است دو بار) در روز آنها را انجام دهید. همچنین تلاش کنید تا حداقل یک بار در روز با انجام جدی تر و سنگین تر ورزش ها به تنفس شدید بیافتید.

از بهترین روش های ورزشی استفاده از آب درمانی در استخر است که تحت نظر فرد کارآزموده تمرین داده شود.



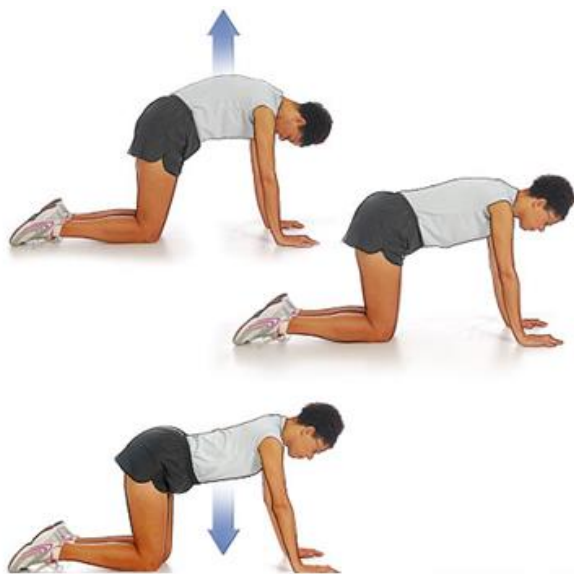
محل های شایع درگیری در بیماری اسپوندیلیت آنکیلوزان



نمایی از سیر بیماری در فقرات و یکی شدن مهره ها



نمونه ای از ورزش مناسب برای جلوگیری از ایجاد و یا اصلاح انحراف مهره ها



نمونه دیگری از ورزش مناسب برای جلوگیری از ایجاد و یا اصلاح انحراف مهره ها



نمونه دیگری از ورزش مناسب برای جلوگیری از ایجاد و یا اصلاح انحراف مهره ها و محدودیت لگن



## فصل چهارم: اسکرودرمی

دکتر الهه دولتشاهی

### \* اسکرودرمی چیست؟

این کلمه به معنای پوست سفت است. این بیماری یک نوع بیماری طول کشیده می باشد که پوست، مفاصل، عروق خونی و ارگان های خونی از جمله ریه ها، کبد و مجاری صفراوی و کلیه ها را درگیر می کند.

### \* اسکرودرمی در چه سنی شایع است؟

اسکرودرمی معمولاً بین سنین ۳۰ تا ۵۰ سال اتفاق می افتد، اگرچه کودکان و سالمندان نیز می توانند درگیر آن شوند.

### \* اسکرودرمی در زنان شایع تر است یا مردان؟

اسکرودرمی یک بیماری نادر است که زنان را سه تا پنج بار بیشتر از مردان درگیر می کند.

### \* اسکرودرمی چند نوع است؟

دو نوع اسکرودرمی وجود دارد: (۱) اسکرودرمی موضعی (۲) اسکرودرمی سیستمیک

### \* علل اسکرودرمی چیست؟

علت بروز اسکرودرمی ناشناخته است. در افراد مبتلا به اسکرودرمی سلول های بدن مقادیر زیادی از یک نوع پروتئین به نام کلاژن را تولید می کنند که این کلاژن اضافه در پوست و ارگان های بدن رسوب می کند و باعث ضخیم شدن پوست و تاثیر منفی بر روی ارگان های داخلی بدن می گردد. این بیماری سبب آسیب به بافت طبیعی پوست، استخوان، غضروف، رباط ها و عروق خونی کوچک می شود.

### \* اسکرودرمی موضعی چیست؟

در اسکرودرمی موضعی عمدتاً پوست درگیر می شود، همچنین اختلال درگیری عضلات و استخوان نیز وجود دارد، در نوع موضعی عمدتاً ارگان های داخلی بدن گرفتار نمی شوند. خیلی از بیماران با اسکرودرمی موضعی در حقیقت همان بیماری مرفئا را دارند که توسط همکاران متخصص پوست تحت درمان قرار می گیرند.

بیماری اسکرودرمی موضعی به دو گروه تقسیم می شود:

#### \* بیماری اسکرودرمی مرفئا

بصورت لکه های نامنظم و یا بیضی شکل و سفید روی پوست ایجاد می گردند، که عمدتاً به رنگ سفید و گاهی اوقات حلقه ی ارغوانی در اطراف آن وجود دارد. محل آن ها عمدتاً روی تنه است و گاهی روی صورت، بازوها، پاها و سایر قسمت های بدن ایجاد می گردند.

این شکل از بیماری ممکن است با گذشت زمان خود به خود بهبود پیدا کند.



### \* اسکرودرمی خطی

این نوع از اسکرودرمی عمدتاً در بازوها، پیشانی، و یا پاها بصورت رگه هایی از پوست ضخیم شده ایجاد می شود. این نوع از بیماری قابلیت حرکت مفاصل و عضلات آن بخش از بدن را کاهش می دهد.

### اسکرودرمی سیستمیک

در این فرم از بیماری قسمت های مختلف بدن درگیر می شوند، که شامل پوست، عروق خونی، دستگاه گوارش، قلب، ریه ها، کلیه ها و عضلات و مفاصل هستند.

\* دو نوع اسکرودرمی سیستمیک داریم که شامل نوع محدود و منتشر می باشد.

### \* اسکروز سیستمیک محدود چه علائمی دارد؟

در این فرم از بیماری، درگیری پوستی بصورت سفت شدن پوست را شاهد خواهیم بود، به همراه پف آلود بودن انگشتان که ممکن است چند سال قبل از بروز بیماری بوجود آمده باشد.

در این فرم معمولاً پوست صورت، انگشتان و دستان درگیر می شوند و پوست ضخیم می شود و قابلیت تحرک مری نیز کاهش می یابد و بیماران دچار ریفلاکس اسید معده می شوند. در این بیماری ممکن است بعدها اعضای داخلی بدن از جمله ریه ها و یا روده باریک را تحت تاثیر قرار دهد.

در این شکل، اسکرودرمی معمولاً شروع ناگهانی تری دارد و ضخیم شدن پوست در آن گسترش بیشتری دارد. این بیماری ممکن است پوست دست ها، بازوها، ران ها، قفسه سینه، شکم و صورت را درگیر کند.

در این بیماری، عروق خونی، مفاصل، عضلات، مری، روده ها و ریه ها درگیر می شود و گاهی سبب بروز مشکلات جدی در کلیه ها و در نتیجه بالا رفتن فشار خون می شود.

### \* نشانه های بیماری چیست؟

تاثیر این بیماری در افراد مختلف متفاوت است و ممکن است این نشانه ها وجود داشته باشد.

## \* پدیده رینود

این پدیده زمانی رخ می دهد که جریان یافتن خون به انگشتان در پاسخ به سرما یا فشار روحی کاهش یابد و در پاسخ به سرما، عروق خونی دچار اسپاسم شده و باریک می شود. که منجر به کم شدن جریان خون ناحیه می گردد. اگر شما مبتلا به این پدیده هستید، ممکن است متوجه این نکات شوید:

- \* انگشتان دست و پا و گاهی اوقات نوک انگشتان، بینی، گوش ها و یا زبان در معرض سرما، کبود یا رنگ پریده می شود.
- \* در آب و هوای سرد، یا پس از تغییر دما در انگشتان، دست ها احساس گزگز، کرختی و سرما می کنند.
- بعلت کاهش جریان خون در انگشتان، بافت اطراف انگشت ها و یا در نوک انگشتان زخم یا عفونت ایجاد می گردد.

## \* تورم

تورم یا پف کردن دست ها ممکن است در ابتدا در هنگام صبح و یا در ارتباط با دوران خونریزی قاعدگی و یا حتی در آب و هوای گرم ایجاد گردد. ممکن است متوجه شوید، پوست روی انگشتان، دست ها و پاهایتان متورم و براق می شود و چین های ظریف پوست از بین رفته است و در مشت کردن دست های خود دچار مشکل هستید.

## \* تغییرات پوست

- این تغییرات در اکثر مبتلایان به اسکلوودرمی رخ می دهند و شامل موارد زیر است:
- \* سفت و ضخیم شدن پوست، خصوصا پوست دست ها، بازوها و صورت.
  - \* ریختن موهای منطقه درگیر.
  - \* تغییر رنگ پوست که در بعضی مناطق نسبت به پوست خود فرد تیره تر یا روشن تر می گردد.

## \* اسکلووداکتیلی

- \* این واژه به معنای سخت و سفت بودن انگشتان دست است.
- \* پوست روی انگشتان دست سخت و براق می شود.

- \* در خم و راست کردن انگشتان خود مشکل داشته باشید.
- \* پوست و بافت های اطراف یک مفصل سفت و سخت می شود.

### تلائز کتازی

- \* تللائز کتازی به اتساع عروق خونی ظریف نزدیک سطح پوست گفته می شود که از روی پوست قابل دیدن است.
- \* این لکه ها روی کف دست، صورت، لب ها یا زبان ظاهر می شود و ارتباطی با وخامت بیماری ندارند.

### کلسینوز

- به رسوب توده های کلسیمی کوچک و سفید رنگ در زیر پوست، کلسینوز گفته می شود و در بیماری طول کشیده دیده می شود و این رسوب ارتباطی با مصرف کلسیم در مواد غذایی ندارد.
- گاهی این توده ها به خارج از پوست سر باز می کنند و احتمال عفونی شدن آنان وجود دارد.

### التهاب مفاصل و ضعف عضلات

- سبب درد و تورم و گرما و اختلال حرکت در مفاصل می شود و گاهی سبب ضعف عضلانی در عضلات ران ها و بازوها می شود.

### مشکلات گوارشی

این بیماری می تواند به مری و روده ها صدمه بزند. مشکلات شایع گوارشی عبارتند از:

- \* بلع مشکل
- \* سوزش سردل
- \* نفخ
- \* تهوع
- \* کاهش وزن
- \* اسهال یا یبوست

### خشکی مخاطی

در این بیماری کاهش ترشحات مجاری اشکی، غدد بزاقی و سایر قسمت های بدن از جمله واژن دیده می شود.

### مشکلات قلبی ریوی

ممکن است این بیماری باعث نامنظم شدن ضربان قلب و یا نارسایی قلبی شود. ممکن است درگیری ریوی سبب تغییر در بافت ریه و باعث تنگی نفس شود.

### مشکلات کلیوی

درگیری کلیوی در فرم اسکروز سیستمیک شایع است و سبب افزایش فشار خون می شود که باید بسیار مهم تلقی شود و بلافاصله پزشک را در جریان گذاشت.

### \* تشخیص بیماری

تشخیص بوسیله معاینه و یکسری آزمایشات تخصصی صورت می گیرد. باید جهت بررسی عملکرد ریه ها و عملکرد قلب از تصویر برداری های خاص استفاده کرد.

### \* درمان بیماری

- این بیماری درمان قطعی ندارد ولی می توان با بعضی داروها جلوی پیشرفت آن را گرفت.
- \* داروهای مسدود کننده کلسیم سبب بهبود جریان خون در انگشتان می شود.
- \* مهارکننده های (PPI) مثل امپرازول برای درمان ریفلاکس مری کاربرد دارد. (البته مولف مسئول کتاب داروهای اصلاح کننده حرکات گوارشی (دمپریدون) را برای مصرف طولانی مناسب تر و منطقی تر می داند).
- \* از داروهای ایمونوساپرسیو برای کنترل درگیری مفاصل و درگیری سیستمیک استفاده می کنیم.
- \* گهگاه «بیوفیدیک» در کنترل تغییرات مرتبط با اختلال خونرسانی انگشتان موثر بوده است.
- \* از کورتون با دوز پایین جهت کاهش علائم مفصلی و گاهی علائم ریوی استفاده می شود.

اخیرا یکی از اساتید دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد یکی از موثرترین درمان های این بیماری را بخصوص در مراحل اولیه بیماری، مورد تعمق قرار داده و همراه با تیم پژوهشی دانشگاه زوریخ سوئیس درحال تحقیق بر روی این موضوع است:

(<http://journals.sfu.ca/ajecr/index.php/ajecr/article/download/61/135>). نتایج اولیه تحقیق که از سال ۲۰۱۵ آغاز شده است کاملا متفاوت و درخشان به نظر می رسد.

#### \* راه های محافظت از پوست

- \* از مواد پاک کننده قوی استفاده نکنید.
- \* از صابون ها و کرم و روغن های حمام مخصوص پوست خشک استفاده کنید.
- \* برای مرطوب نگهداشتن پوست خود از دستگاه بخور در اتاق خود استفاده کنید.
- \* زخم های انگشتان را تمیز نگهدارید.

#### کنترل کردن استرس

کاهش استرس و خستگی در کاهش علائم بیماری کمک کننده است و می توان جهت کاهش استرس از پزشک و یا گروه های مشاور استفاده کرد.



## فصل پنجم: نقرس

دکتر علی دهقان

این بیماری را از زمانهای قدیم می شناختند به طوری که اولین توصیف بیماری را بقراط انجام داده است. این بیماری را در قدیم، بیماری ثروتمندان می نامیدند، چرا که میزان تولید اسیداوریک و به تبع آن بروز نقرس به میزان تغذیه فرد مرتبط است ولی امروزه با توجه به بهبود نسبی سطح تغذیه جامعه این بیماری تقریباً در تمام افراد جامعه دیده می شود.

نقرس اغلب در مردان میانسال تا مسن بروز می کند به طوری که سن غالب افراد در زمان بروز بیماری ۵۰-۶۰ سالگی است. نسبت ابتلای مرد به زن را که قبلاً ۲۰ به ۱ می دانستند، امروزه تغییر کرده و به ۲ تا ۷ به ۱ رسیده است که علت آن را به تغییر کیفیت زندگی، داروها و افزایش طول عمر جامعه نسبت می دهند. بروز آن در بچه ها نادر و در زنان قبل از یائسگی ناشایع است.

بروز این بیماری همچنان که ذکر شد با سطح اسیداوریک سرم مرتبط است و علائم این بیماری در اثر رسوب کریستالهای اسیداوریک تظاهر می کند. این کریستالها در تمام بافت های بدن به جز مغز رسوب می کنند. البته اغلب بیماران در یک دوره طولانی از عمرشان اسیداوریک بالا دارند بدون اینکه تظاهرات خاصی داشته باشند. به طور متوسط بعد از حدود ۲۰ سال، علائم مفصلی بروز می کند.

نکته جالب اینکه اغلب افرادی که اسیداوریک بالا دارند به نفرس مبتلا نمی شوند و بروز نفرس با میزان افزایش اسیداوریک مرتبط است، هر چه اسیداوریک بالاتر، احتمال ابتلا به نفرس بیشتر به طوری که فقط حدود ۵٪ کسانی که اسیداوریک حدود ۹ دارند دچار نفرس می شوند و هر چه اسیداوریک بالاتر رود این درصد نیز افزایش می یابد.

همچنان که قبلاً ذکر شد سطح اسیداوریک خون با تغذیه فرد و وزن بیمار ارتباط مستقیم دارد. برای همین است که افراد چاق بیشتر مستعد بروز نفرس هستند.

عوامل دیگری نیز هستند که فرد را مستعد بروز نفرس می کنند مانند:

مصرف الکل: که هم باعث افزایش تولید اسیداوریک می شود و هم در کاهش دفع اسیداوریک از کلیه ها موثر است.

کاهش کارکرد کلیه ها: که باعث کاهش دفع آن می شود.

فشار خون: که بخصوص مصرف بعضی داروها که اصطلاحاً داروهای ادرار آور نامیده می شوند و جهت کنترل فشار خون مصرف می شوند برتوبول های کلیه اثر گذاشته و باعث کاهش دفع اسیداوریک می شوند.

آسپرین که در بیماران قلبی مصرف می شود نیز یکی دیگر از عوامل است.

پسوریازیس یا بیماری صدفی: که یک نوع بیماری پوستی است و باعث افزایش تولید اسیداوریک می شود.

ابتلا به بعضی بیماریهای بدخیم نیز باعث افزایش سریع اسیداوریک می شود، داروهای دیگر مثل سیکلوسپورین نیز یکی دیگر از علل هستند.

گفتیم که نفرس در مردها شایع تر است علت آن این است که سطح اسیداوریک در آقایان بالاتر از خانم هاست. در خانمها قبل از بروز یائسگی هورمون استروژن باعث افزایش دفع اسیداوریک می شود و تقریباً هیچ گاه نفرس تشخیص اولیه بیماری در خانم های جوان و میان سال نیست. از طرفی خانمها چون توده عضلانی کمتری دارند اسیداوریک در آنها پایین تر است.

بقیه مبحث ر با سؤالاتی که بیماران راجع به این بیماری دارند ادامه می دهیم.



### \* درگیری مفصلی نفرس چگونه رخ می دهد؟

اغلب شروعی ناگهانی و انفجاری دارد. به طور شایع شب هنگام اتفاق می افتد. بدون آنکه فرد از قبل مشکلی داشته باشد. در عرض چند ساعت مفصل مبتلا، گرم، قرمز، متورم و به شدت حساس می شود. اولین جمله شدیدتر است و آنقدر شدید است که فرد تحمل حتی انداختن ملحفه روی مفصل را ندارد. گاهی فرد فکر می کند عقرب پایش را نیش زده است.

### \* شایعترین مفصل درگیر کدام است؟

مفصل انگشت شست پا در ۵۰٪ موارد در اولین حمله گرفتار می شود و در ۹۰٪ موارد در سیر کلینیکی بیماری گرفتار می شود.

### \* در هر حمله چند مفصل گرفتار می شوند؟

به طور شایع یک مفصل اما گاهی چند مفصل همزمان گرفتار می شوند.

### \* مفاصل شایع درگیر دیگر کدام اند؟

پشت پا، مچ پا، پاشنه، زانوها، مچ دستها، انگشتان دست ها، آرنج ها

### \* هر حمله مفصلی چه مدت طول می کشد؟

اگر درمان سریع شروع نشود چند روز تا چند هفته باقی می ماند ولی اکثر حملات حدود ۳ تا ۱۰ روز طول می کشند.

### \* چه عواملی مستعدکننده بروز حمله نفرس هستند؟

مصرف غذای سنگین، ضربه، مصرف الکل، گرسنگی زیاد، خونریزی، جراحی، بیماریهای طبی خطیر مثل سکته قلبی، سکته مغزی.

### \* آیا هر فردی که یکبار حمله نفرس در او بروز کرد حتماً مستعد حملات بعدی می باشد؟

خیر ولی بدون درمان در عرض ۲ سال ۷۸٪ بیماران حمله مجددی را تجربه خواهند کرد.

### \* توفوس چیست؟

- تجمع کریستالها در نسوج که باعث تشکیل توده هایی پر از کریستالهای اسیداوریک می شود.

### \* شایع ترین محل های توفوس کجاست؟

- روی گوش، آرنج، تاندون آستیل پا، کف دست و ...

### \* درگیری کلیه به چه شکل تظاهر می کند؟

نارسایی کلیه، سنگ کلیه

### \* شانس سنگ کلیه چه قدر در بیماران نقرس افزایش می یابد؟

شانس سنگ ۱۰۰۰ برابر افزایش می یابد و ۴۰٪ بیماران سنگ قبل از شروع نقرس تشکیل می شود.

### \* آیا اگر فردی دچار حمله مفصلی مشابه نقرس شد ولی اسیداوریک سرم او طبیعی بود نقرس

رد می شود؟

خیر. در ۴۰٪ بیماران در حین حمله ممکن است.

اسیداوریک نرمال باشد که یکی از علل آن این است که در حین حمله بدن ترشح کورتیزول را افزایش می دهد. این هورمون از طرفی باعث فروکش کردن تدریجی حمله مفصلی می شود و از طرفی دفع اسیداوریک از کلیه ها را افزایش می دهد.

### \* درمان

کمتر بیمار مبتلا به نقرس مشاهده می شود که به توصیه های اصولی که توسط پزشک متخصص روماتولوژی خود انجام می شود، توجه نماید. ضمن آنکه کمتر درمانگری است که مبانی اصولی درمان را به دور از تفکرات رایج و سطحی به بیمار آموزش دهد! اصل اساسی درمان در افراد با اضافه وزن کاهش جدی دریافت غذا به خصوص غذاهای کربوهیدراتی (شیرین یا نشاسته ای مانند نان یا برنج) و در افراد لاغر درمان دارویی با حداقل ضرورت برای رژیم های سخت مواد پروتئینی یا گوشت قرمز است.

بسیاری از عادت های ناصحیح (تغذیه بیش از نیاز و نامناسب و فعالیت بدنی کم) باعث افزایش سطح اسید اوریک خون می شوند و البته برخی رفتارهای نامناسب تغذیه ای یا اتفاقات ناخواسته صرفاً باعث «بروز حملات» نقرس می شوند.

### \* چه داروهایی در حمله مفصلی نقرس استفاده می شوند؟

۱- داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) ۲- کورتیکواستروئیدها (کورتن). ۳- کلشی سین

### \* بهترین درمان حمله مفصلی در فرد جوان و بدون بیماری زمینه ای کدام است؟

داروهای ضدالتهاب غیراستروئید (NSAIDs) مثل ایندومتاسین، دیکلوفناک، بروفن بهترین داروهایی هستند که باعث فروکش کردن حمله می شوند.

### \* کورتیکواستروئیدها را به چه بیمارانی توصیه می کنیم؟

افرادی که نمی توانند داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی مصرف کنند، مثل کسانی که نارسایی کلیه دارند و نیز در افراد مسن، کورتن بهترین گزینه است.

### \* کلشی سین را به چه بیمارانی توصیه می کنیم؟

بالغین سالم (در کسانی که مشکل کبدی یا کلیوی دارند صلاح است مصرف نشود).

بعد از حمله، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی و یا کلشی سین را تاکی ادامه می دهیم؟  
با فروکش کردن حمله، چون بیماران در ریسک حملات بعدی در طی چندین هفته تا چندین ماه قرار دارند، از دوزهای پایین این داروها حداقل به مدت ۳-۲ ماه و بهتر است تا ۶ ماه استفاده شود.  
در بیمارانی که توفوس دارند تا زمانی که توفوس وجود دارد باید ادامه یابد.

### \* آیا تزریق داخل مفصلی کورتون مفید است؟

از درمانهای خیلی خوب در التهاب شدید مفصلی در مفصلی مانند زانو محسوب می شود. در این روش ابتدا مایع مفصل تخلیه می شود که خود در بهبود سریعتر علائم خیلی موثر است و بعد از تخلیه مایع مفصل، تزریق دارو انجام می شود.

### \* شایعترین عوارض کلشی سین کدام اند؟

تهوع، استفراغ، اسهال، درد شکم که در صورت بروز هر کدام باید دارو فوراً قطع شود و به پزشک مراجعه شود.

### \* درمان های پایین آورنده اسیداوریک

از نظر رژیم غذایی توصیه می شود که چه موادی مصرف نشوند؟

مصرف کله پاچه، قلو و جگر (تقریباً همیشه به اندازه خوردن بیش از حد نیاز سایر غذاها!) ممنوع است و نباید مصرف شوند.

### \* آیا بیماران می بایست از مصرف گوشت قرمز و ماهی اجتناب کنند؟

نه، با توجه به ارزش غذایی بالای گوشت مصرف آن نباید قطع شود و مصرف متعادل آن اشکال ندارد و باید از گوشتی استفاده شود که حداقل چربی را داشته باشد. ولی باید در شبانه روز کالری مواد غذایی کمتر شود بنابراین برای آنکه بیمار بتواند مواد غذایی با ارزش غذایی بالا مثل گوشت را مصرف کند باید از مصرف مواد قندی و دارای کربوهیدرات و نیز از مصرف غذاهای چرب اجتناب کند.

### \* آیا بیمار می تواند لبنیات مصرف کند؟

بله، مصرف لبنیات ممکن است باعث کاهش حملات نقرس شود ولی باید کم چرب باشد. بنابراین توصیه می شود لبنیات کم چرب استفاده شود.

### \* مصرف میوه بهتر است یا آب میوه؟

میوه، چون آب میوه کالری زیادتری دارد باید مصرف نشود.

### \* مصرف مایعات چگونه باشد؟

بیمار باید در شبانه روز حداقل ۵-۴ لیوان آب مصرف کند و این کار به افزایش دفع اسیداوریک و در نتیجه کاهش اسیداوریک سرم کمک می کند.

\* در چه افرادی درمان با داروهای پایین آورنده اسیداوریک سرم شروع می شود؟

۱- اگر حمله در طی یک سال ۲ بار یا بیشتر تکرار شود.

۲- حمله اول آنقدر شدید باشد که بیمار تحمل حمله مجدد را نداشته باشد.

۳- وجود تغییرات تخریبی در رادیوگرافی

۴- حمله اول چند مفصلی باشد.

۵- در زمینه بیماریهای بدخیم باشد.

۶- سطح اسیداوریک خون بالاتر از ۹ باشد.

\* هدف این است که سطح اسیداوریک به چقدر برسد؟

زیر ۵-۶ mg/dl برسد.

\* شایعترین دارویی که در این زمینه مصرف می شود چه نام دارد؟

آلوپورینول.

\* آلوپورینول را چگونه باید استفاده کرد؟

بهتر است صبح مصرف شود. در هر شبانه روز حداکثر مقدار مجاز آن ۸۰۰ mg می باشد که تا

۳۰۰mg آن را می توان صبح یک جا مصرف شود و در صورتی که به مقدار بیشتری نیاز باشد. به

صورت روزی دو بار مصرف می شود. باید همراه با مایعات زیاد مصرف شود.

\* حداکثر اثر دارو بعد از چه مدت ظاهر می شود؟

- جالب است بدانیم شروع اثر آلوپورینول چند ساعت پس از مصرف ظاهر شده و اگر یک تا ۲ هفته

بعد از این مدت هنوز سطح اسیداوریک بالا باشد، دوز دارو باید افزایش یابد.

\* شایعترین عوارض آلوپورینول کدام اند؟

احساس نفخ و درد شکم، سردرد، اسهال

✱ عوارض ناشایع آلوپورینول کدام اند؟

تب، خارش، راش پوستی، نارسایی کلیه، عدم کارکرد مغز استخوان، نارسایی کبدی.

## فصل ششم: استئوآرتريت

دکتر حسين سلیمانی

این مطلب در مورد افرادی است که آرتروز دارند و خانواده آنها و کسانی که تمایل به یادگیری بیشتر در مورد این اختلال دارند. این مطلب استئوآرتريت و نشانه‌های آن را شرح می‌دهد و شامل اطلاعاتی درباره تشخیص و درمان می‌شود. اگر شما سؤالات بیشتری بعد از خواندن این مطلب دارید باید در مورد آن با پزشک خود گفتگو کنید.

### \* استئوآرتريت چیست؟

استئوآرتريت شایعترین علت درد مفاصل متحمل وزن مانند زانو می‌باشد و بیشتر در افراد مسن دیده می‌شود. گاهی اوقات آنرا بیماری های مخرب مفصل (degenerative joint disease) یا استئوآرتروز (osteoarthritis) می‌نامند. استئوآرتريت بیشترین اثر خود را بر روی غضروفها (بافت سخت و درعین حال لغزنده‌ای که انتهای استخوان ها یعنی محلی که به مفصل تبدیل می‌شود را می‌پوشاند) می‌گذارد. غضروف سالم به استخوان ها این امکان را می‌دهد که بر روی یکدیگر بلغزند. همچنین غضروف ها از حرکت فیزیکی انرژی کسب می‌کنند. در استئوآرتريت لایه سطحی غضروف

از بین می‌رود و باعث می‌شود استخوان‌ها به هم مالیده شده و ایجاد درد، ورم و کاهش حرکت مفصل می‌کند و به مرور زمان باعث از بین رفتن شکل طبیعی مفصل می‌شود. ذرات غضروف و استخوان‌ها کنده شده و در فضای مفصلی شناور می‌شوند و باعث ایجاد درد و آسیب بیشتر می‌گردند. افراد مبتلا به استئوآرتریت اکثراً دچار درد مفصل و محدودیت حرکت هستند، برخلاف انواع خاصی از آرتریت مثل آرتریت روماتوئید، استئوآرتریت فقط بر مفاصل اثر گذاشته و بر روی پوست، ریه‌ها و چشم و عروق خونی بی‌تأثیر است.

### \* چه کسی استئوآرتریت دارد؟

استئوآرتریت شایعترین علت اختلال در عملکرد مفصل در افراد بالای ۵۰ سال است و درصد افرادی که با این بیماری درگیرند با افزایش سن بیشتر می‌شود. یک تخمین در ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که ۱۲/۱ درصد از افراد ۲۵ سال و بالاتر (حدود ۲۱ میلیون نفر) مبتلا به استئوآرتریت هستند. با وجود اینکه استئوآرتریت در افراد مسن خیلی شایعتر است چگونه در جوانان بروز می‌کند؟ معمولاً این عارضه به دنبال آسیب به مفصل، بدشکلی مفصل، یا یک نقص ژنتیکی در غضروف مفصلی بروز می‌کند. این بیماری در هر دو جنس دیده می‌شود. مردان تا قبل از ۴۵ سال بیشتر از زنان این بیماری را بروز می‌دهند ولی بعد از ۴۵ سالگی این بیماری در زنان شایعتر است. این بیماری در افراد چاق و در افرادی با مشاغل آسیب‌رسان به مفاصل شایعتر است. همراه با پیرشدن جمعیت تعداد کسانی که استئوآرتریت دارند افزایش می‌یابد و برآورد می‌شود که در سال ۲۰۳۰، ۲۰٪ آمریکایی‌ها (حدود ۷۲ میلیون نفر) که سن ۶۵ سال را پشت سر گذاشته‌اند، در معرض ابتلا به استئوآرتریت قرار گیرند.

### \* استئوآرتریت چه مفصل‌هایی را مورد حمله قرار می‌دهد؟

استئوآرتریت معمولاً در دست‌ها (در انتهای انگشتان و شست)، ستون فقرات (گردن و قسمت تحتانی کمر)، زانوها و لگن رخ می‌دهد.



### \* چگونه استئوآرتريت مردم را درگير مي كند؟

كساني كه استئوآرتريت دارند معمولاً درد و سفتي مفصل در شروع حركت را تجربه كرده‌اند. مفاصل شايعي كه مورد حمله قرار مي‌گيرند عبارتند از: مفاصل انتهاي انگشتان (نزديكترين مفصل به ناخن)، شست دست، گردن، قسمت تحتاني كمر، زانوها و لگن.

استئوآرتريت افراد مختلف را به طرق گوناگون مورد حمله قرار مي‌دهد. با وجود اينكه در بعضي افراد به سرعت پيشرفت مي‌كند در اكثر افراد آسيب مفصل تدريجاً و طی سال‌ها پيشرفت مي‌كند. در بعضي از افراد استئوآرتريت خفيف است و مزاحمت كمي در زندگي روزمره ايجاد مي‌كند. و در بعضي ديگر دردهاي شديد و ناتواني ايجاد مي‌كند. با وجود اينكه استئوآرتريت يك بيماري مفصل است، اما عوارض آن محدود به آسيب‌هاي جسمي نمي‌باشد بلكه در تعداد زيادي از افراد درگير، شيوه زندگي و دارايي آنها با گذر زمان تنزل مي‌يابد.

اثرات استئوآرتريت بر روي شيوه زندگي عبارتند از:

- ۱- افسردگي
- ۲- عصبی شدن
- ۳- احساس ناتواني
- ۴- محدود شدن فعاليت‌هاي روزانه
- ۵- محدوديت شغلي
- ۶- دشوار شدن شركت در فعاليت‌ها و وظائف شخصي روزمره و خانوادگي.

### اثرات استئوآرتريت بر روي دارايي

- هزينه درمان

- از دست دادن منبع درآمد به خاطر ناتواني

خوشبختانه تعداد زيادي افراد درگير، عليرغم اين محدوديت فعالانه زندگي مي‌كنند. آنها براي اين منظور از ورزش، داروهاي کاهش دهنده درد، برنامه‌هاي حمايتي و علمي، يادگيري محافظت از خود و نگرش مثبت به زندگي استفاده مي‌كنند.

### \* اجزای درگير در استئوآرتريت

#### مفصل و اجزای آن

مفصل مكاني است كه دو استخوان در آنجا به هم متصل مي‌شوند به جز بعضي مناطق (مثل جمجمه و لگن). مفاصل براي آسان شدن حركت بين استخوان‌ها طراحي شده‌اند تا از آسيب‌هاي احتمالي در حين حركت جلوگیری كنند. اين مفاصل متحرك از اجزای زیر تشكيل شده‌اند.

### غضروف (Cartilage)

یک پوشش سخت اما لغزنده در انتهای هر استخوان. همان قسمتی که در استئوآرتрит ساییده می شود با جزئیات بیشتر در صفحه بعد توضیح داده می شود.

### کپسول مفصل (Joint Capsule)

یک کیسه غشایی محکم که تمامی استخوانها و مفاصل مربوط به آنها را احاطه می کند.

### سینوویوم (Synovium)

یک غشای نازک که داخل کپسول مفصلی است و مایع سینوویال را ترشح می کند.

### مایع سینوویال (Synovial fluid)

یک مایع که مفصل را لغزنده می سازد و غضروفها را صاف و سالم نگه می دارد.

- در یک مفصل سالم انتهای استخوان ها با یک غضروف صاف پوشیده شده و همه آنها توسط کپسول مفصل پوشیده می شوند (غشای سینوویال مایع سینوویال ترشح می کند).
- در استئوآرتрит استخوان با پوشش غضروف برهنه شده و خارهای استخوانی از انتهای استخوان ها بیرون می زند و مایع سینوویال افزایش یافته و تمام اینها باعث آسیب و سفتی در مفصل می شود. لیگامانها، تاندونها و ماهیچهها بافت هایی هستند که استخوانها و مفاصل را احاطه می کنند و به مفصل قدرت حرکت می دهند. لیگامانها بافت های طناب مانند محکمی هستند که یک استخوان را به استخوان دیگر متصل می کنند. تاندونها طناب های فیبری محکمی هستند که ماهیچه را به استخوان متصل می کنند ماهیچهها دسته سلول های اختصاصی هستند که وقتی با اعصاب تحریک می شوند برای ایجاد حرکت منبسط و منقبض می شوند.

### \* غضروف

#### کلیدی برای سلامتی مفصل

۶۵٪ تا ۸۰٪ غضروف آب است و بقیه آن شامل پروتئینهای کلاژن و پروتئوگلیکان و سلول آن کندروسیت هاست که در ادامه بحث می شوند.

## کلاژن

یک گروه از پروتئين‌های فیبری است که اساس ساختمانی پوست، تاندون، استخوان و بافت‌های پیوندی دیگر را تشکیل می‌دهد.

## پروتئوگلیکان

از پروتئين و قند ساخته شده است. رشته‌های پروتئوگلیکان با کلاژن درهم بافته شده و یک بافت شبکه‌مانند را تشکیل داده‌اند. این پروتئين‌ها با قدرت جذب آب فشاری را که به مفصل وارد می‌شود کاهش می‌دهند.

## کندروسیت

کندروسیت‌ها سلول‌هایی هستند که غضروف را تولید و به غضروف در هنگام رشد کمک می‌کنند. گاهی اوقات آنها موادی که آنزیم نامیده می‌شوند ترشح می‌کنند که کلاژن و دیگر پروتئين‌ها را تخریب می‌کنند. محققان تلاش می‌کنند، اطلاعات بیشتری درمورد کندروسیت‌ها بیابند.

## \* شما چگونه متوجه می‌شوید که استئوآرتريت دارید؟

معمولاً استئوآرتريت تدریجی شروع می‌شود. درابتدای بیماری مفاصل شما ممکن است که بعد از کار جسمی یا ورزش درد بگیرند. بعد از آن درد مفصل ممکن است که دائمی و مزمن شود. شما ممکن است همچنین دچار خشکی مفصل شوید مخصوصاً وقتی که شما صبح از خواب بیدار می‌شوید و یا در یک وضعیت ثابت برای مدت طولانی قرار می‌گیرید. اگرچه استئوآرتريت می‌تواند در هر مفصلی بروز یابد به طور معمول بر مفاصل دست، زانوها، لگن و ستون مهره‌ها اثر می‌گذارد.

## دست‌ها

تفکر رایج این است که استئوآرتريت دست بصورت فامیلی منتقل می‌شود یعنی اگر مادر یا مادربزرگ شما استئوآرتريت دست داشته باشد، شما در خطر بیشتری برای ابتلا به این بیماری هستید. درکل هم زنان بیشتر در معرض ابتلا به این بیماری هستند که پس از یائسگی احتمال آن افزایش می‌یابد. دراستئوآرتريت دست، برآمدگی استخوانی کوچکی در انتهای مفاصل انگشتان، نزدیک ناخن‌ها پیدا

می‌شود که به ندول هبردن (Heberden nodes) معروف می‌باشد. باید توجه داشته باشید همین آرتروز مفاصل دست می‌تواند بعلت رماتیسم باشد، که مهمترین علامت آن دردهای شبانه، درگیری مفاصل در دست غیر غالب و درد ناحیه مچ دست هاست.

برآمدگی‌های مشابهی به نام ندول بوشارد (Bouchard nodes) بر روی مفاصل میانی انگشتان پدیدار می‌شود، انگشتان بزرگ و سخت شده و دردناک می‌شوند و یا سفت و کرخت می‌شوند. قاعده انگشت شست نیز تحت تأثیر استئوآرتروز قرار می‌گیرد.

### زانوها

زانوها مفاصلی هستند که بیشترین تأثیر را از استئوآرتروز می‌پذیرند. علائم استئوآرتروز زانو عبارتند از: سفتی، ورم، درد که راه رفتن، بالا رفتن از پله و نشستن و بلند شدن از روی صندلی و زمین را دشوار می‌سازد. استئوآرتروز در زانوها می‌تواند منجر به ناتوانی شدید در راه رفتن شود.

### لگن

لگن هم از مفاصل شایع تأثیرپذیر از استئوآرتروز می‌باشد. مانند استئوآرتروز زانو، علائم استئوآرتروز لگن هم عبارتند از: درد و سختی مفصل ولی گاهی اوقات درد در کشاله ران، قسمت داخل ران و باسن‌ها و حتی زانوها حس می‌شود. استئوآرتروز لگن باعث محدودیت حرکت و خم و راست شدن شده و بر فعالیت روزانه مثل لباس و کفش پوشیدن اثر می‌گذارد.

### ستون فقرات

استئوآرتروز ستون فقرات بصورت درد و حساسیت مفاصل گردن و کمر ظاهر می‌یابد. گاهی اوقات فشار ناشی از استئوآرتروز کمر بر اعصاب آن نواحی موجب ضعف یا بیحسی عضلات بازو و پاها می‌شود.

### \* علائم هشدار دهنده استئوآرتريت

سفتی در یک مفصل بعد از بلند شدن از خواب یا نشستن برای یک مدت طولانی بوجود می‌آید. تورم در یک یا چند مفصل ایجاد می‌شود. احساس خرت خرت کردن یا صدای یک استخوان که بر استخوان دیگر مالیده می‌شود در مفصل ایجاد می‌گردد. تنها ۱/۳ افرادی که در رادیوگرافی شواهد استئوآرتريت را نشان می‌دهند اظهار می‌کنند که درد یا سایر علائم را دارند.

### \* چگونه استئوآرتريت را تشخیص می‌دهیم؟

یک تست منفرد که بتواند استئوآرتريت را تشخیص دهد وجود ندارد بیشتر پزشکان ترکیبی از روش‌ها را برای تشخیص بیماری و رد حالت‌های دیگر بکار می‌برند.

### تاریخچه بالینی

پزشک شروع به سؤال کردن از بیمار می‌کند تا نشانه‌های بیماری‌اش را شرح دهد و اینکه چه موقع و چگونه این علائم شروع شده‌اند و با گذر زمان چه تغییری کرده‌اند. پزشک همچنین از مریض در مورد مشکلات پزشکی دیگر مریض و فامیل نزدیک و در مورد هر دارویی که مریض مصرف می‌کند سؤال می‌کند. جواب‌های درست به این سؤال‌ها می‌تواند به پزشک در تشخیص کمک کند و اینکه پزشک اثر این بیماری را روی زندگی شما بفهمد.

### معاینه فیزیکی

بررسی سلامت عمومی بیمار و معاینه مفاصل که شامل لمس و بررسی دامنه حرکتی مفاصل، بررسی قدرت عضلات، معاینه عصبی، توانایی بیمار در راه رفتن، خم شدن و انجام دادن فعالیت‌های روزانه‌ی زندگی می‌باشد.

### رادیوگرافی با اشعه X

پزشک از اشعه X برای دیدن مفصل آسیب دیده کمک می‌گیرد. اما الزاما بین شدت استئوآرتريت شناخته شده بوسیله اشعه X و درجه درد و عدم ناتوانی احساس شده توسط بیمار تناسبی وجود ندارد.

همچنین استفاده از اشعه X می‌تواند آسیب‌های ناشی از استئوآرتریت را قبل از دست رفتن غضروف‌ها نشان دهد. باید توجه داشته باشید گزارش رادیولوژی به تنهایی سندی بر تشخیص آرتروز نیست و یک پزشک معالج و حاذق می‌تواند علت اصلی آرتروز (مثلاً رماتیسم) را تشخیص دهد و درمان نماید.

### تصاویر مغناطیسی (MRI) Magnetic resonance imaging

آنچه به عنوان MRI شناخته شده است، تصاویر کامپیوتری است که با قدرت تجزیه بالا از بافت های داخلی بدن ایجاد می‌شود. در این روش برای ایجاد این تصاویر از یک نیروی مغناطیسی قوی که از بافت های بدن عبور داده می‌شود استفاده می‌گردد.

مواردی که پزشکان در آنها از MRI استفاده می‌کنند:

- اگر بیمار درد مداوم و شبانه داشته باشد.
- اگر یافته‌های عکس رادیولوژی کم باشد.
- اگر یافته‌های آسیب به بافت های اطراف مفصل وجود داشته باشد.

### تست‌های دیگر

دکتر ممکن است یک آزمایش خون برای شناسایی نقش دیگر عوامل خارجی که باعث علائم بیماری شده‌اند پیشنهاد کند. او همچنین ممکن است کشیدن مایع از مفصل با استفاده از یک سوزن و مشاهده آن در زیر میکروسکوپ را پیشنهاد دهد.

اینکه به بیمار بگوییم بیماری وی استئوآرتریت است آسان است اما گفتن اینکه چه روندی باعث علائم بیماری می‌شود مشکل است. استئوآرتریت یک بیماری شایع بویژه در افراد پیر است. علائم ایجاد شده بوسیله بیماری ممکن است ناشی از مصرف داروهای دیگری باشد.

### \* هدف از درمان استئوآرتریت

- ۱- کنترل درد
- ۲- بهبود عملکرد مفصل
- ۳- حفظ کردن وزن طبیعی بدن
- ۴- به دست آوردن یک وضعیت زندگی سالم

## راههای درمانی استئو آرتريت

- ورزش
- کنترل وزن
- استراحت و برداشت استرس و فشار از روی مفصل
- درمان دارویی برای کنترل درد
- جراحی
- داروهای مکمل دیگر

### \* درمان استئو آرتريت چگونه است؟

به صراحت باید گفت محور درمان در آرتروز خود بیمار است و هیچگاه پزشک و همراهیان بیمار نمی توانند جای نقش فعال بیمار را در درمان ایفا نمایند. ترکیب نقش پزشک، بیمار و اطرافیان مانند زنجیره ای است که با حذف یکی از حلقه ها، فاقد اعتبار است. اغلب برنامه های درمانی موفق شامل یک ترکیبی از درمان هایی است که مرتبط با نیازهای بیمار، شیوه زندگی و سلامت وی است. اغلب برنامه ها راه هایی را برای درمان درد و بهبود عملکرد مفصل در بر دارند. این برنامه ها می توانند شامل: تمرین و ورزش، کنترل وزن، استراحت و برداشت فشار از مفصل ها برای کاهش درد، دارو درمانی، جراحی و درمان های مکمل و همراه باشند. این راه ها در ادامه توضیح داده شده اند.

### ورزش

تحقیقات نشان داده اند که ورزش یکی از بهترین تمرین ها برای استئوآرتريت است. ورزش می تواند حالت و دورنمای بیماری را بهبود بخشد، درد را کاهش دهد، قابلیت تحرک مفصل را افزایش دهد، قلب را تقویت و جریان خون را بهبود بخشد و وزن را در حد متعادل نگه دارد و تناسب اندام بیمار را بهتر کند. همچنین ورزش ارزان است و اگر به طور صحیح انجام شود، تأثیرات منفی کمی دارد. میزان و نوع ورزش به این که کدام مفصل درگیر است و چگونه مفصل ثابت نگه داشته شود بستگی دارد. پیاده روی، شنا، و ورزش های آبرویک در آب نمونه های رایجی از ورزش های مناسب برای افراد مبتلا به استئوآرتريت می باشند.

پزشک یا فیزیوتراپیست شما می‌تواند انواعی از ورزش‌های مخصوص را بسته به وضعیت بخصوص شما توصیه و پیشنهاد کند.

### مبارزه با استئوآرتریت با ورزش

شما می‌توانید ورزش‌هایی را برای حفظ قدرت و انعطاف پذیری، بهبود وضعیت قلبی-عروقی، افزایش میزان حرکت مفصل و کاهش وزن بکار ببرید.

### \* ورزش‌های تقویت کننده

این ورزش‌ها عضلاتی را که مفاصل‌های حمایت کننده آنها توسط استئوآرتریت درگیر هستند تقویت می‌کنند. آنها می‌توانند با وزنه‌ها و وسایل ارزانی که مقاومت را افزایش می‌دهند انجام شوند. ورزش‌های انقباضی انبساطی عضله‌ی چهارسر ران (سفت و شل کردن زانوها) بدون خم و راست کردن مفاصل کاری است که غفلت از آن نه فقط باعث پیشرفت بیماری بلکه عدم پاسخ به درمان خواهد شد.

### فعالیت‌های آروبیکی

اینها شامل ورزش‌هایی مانند پیاده‌روی یا ورزش‌های آروبیکی سبک است که وضعیت پمپاژ قلب، ریه‌ها و سیستم گردش خون را در وضعیت نرمال قرار می‌دهد.

### ورزش‌های چابکی

این ورزش‌ها می‌تواند به شما در برقراری مهارت‌های روزانه کمک کند. شما باید از دکتترتان یا فیزیوتراپتان بپرسید که کدام ورزش برای شما بهتر است. اگر هنگام ورزش مفاصل شما درد یا تورم پیدا کند شما باید دستورالعمل لازم را از پزشک بپرسید.

### کنترل وزن

بیماران دچار استئوآرتریت که افزایش وزن دارند، باید برای کاهش وزن تلاش کنند. با کاهش وزن فشار روی مفصل متحمل وزن کم می‌شود، آسیب به مفصل محدود می‌شود، قابلیت حرکت مفصل زیاد می‌شود.

یک رژیم غذایی می‌تواند به شما در بهبود عادات غذایی خوب و بهداشتی کمک کند. یک غذای بهداشتی و ورزش منظم به کاهش وزن کمک می‌کند. هرگونه تلاش برای کاهش وزن بدون



محدودیت شدید در مصرف کلیه مواد غذایی شیرین مانند: قند، نبات، خرما، کشمش، نوشابه، عسل، توت خشک، انجیر، شکلات و شیرینی جات و... و محدود کردن مصرف نان و برنج و حتی میوه جات به نصف مقدار قبل (چنانچه تابحال آزادانه و بیش از حد نیاز هر فرد بر اساس فعالیت فیزیکی روزانه استفاده می شده است)، یک تلاش ناموفق و نمایشی است.

### ✱ استراحت و برداشت فشار از روی مفصل‌ها

طرح‌های درمانی یک برنامه استراحت منظم را نیز دربردارند. بیماران باید یاد بگیرند که اختراهای بدن را بشناسند و بفهمند چه موقع بایستند یا حرکت را آهسته کنند. این کار درد ایجاد شده توسط فشار یا کار زیاد را بهبود خواهد بخشید. اگرچه درد می‌تواند در خواب اختلال ایجاد کند ولی داشتن خواب راحت برای تسکین دردهای مفصلی مهم است. اگر شما خواب آشفته و کمی دارید، شما باید راه‌هایی برای بهبود خواب مانند کاهش استرس و استفاده از یک دوره دارودرمانی را بکار برید.

بعضی افراد از عصا برای برداشت فشار از روی مفصل دردناک استفاده می‌کنند. آنها ممکن است از تخته‌های شکسته‌بندی (آتل) یا محکم کردن مفصل برای نگه داشتن آن در یک وضعیت خوب در طول خواب یا فعالیت استفاده کنند، آتل‌ها باید فقط برای دوره‌های زمانی کوتاه مدتی استفاده شود زیرا مفاصل و ماهیچه‌ها به فعالیت احتیاج دارند تا از ضعف و سفتی آنها جلوگیری شود. اگر شما به یک آتل احتیاج دارید یک فیزیوتراپیست یا متخصص توانبخشی می‌تواند به شما روش استفاده درست را یاد بدهد.

اگر درد مفاصل روی خواب و استراحت شما اثر بگذارد باید با پزشک خود مشورت کنید.

### ✱ رهایی از درد بدون دارو

بیماران استئوآرتريت ممکن است خیلی راه‌های غیر دارویی را برای کاهش درد پیدا کنند. برای مثال:

#### گرما و سرما

گرما یا سرما حسب مورد می‌تواند برای درد مفصل مفید باشد.

گرما می‌تواند به صورت‌های مختلفی استفاده شود؛ حوله گرم، وان یا دوش آب داغ. گرما سبب افزایش جریان خون و از بین بردن درد و سفتی مفصل می‌گردد.

در بعضی موارد از بسته‌های سرد (کیسه‌ای از یخ یا مواد یخ زده که توسط یک حوله پیچیده شده‌اند) که التهاب را کاهش می‌دهد نیز استفاده می‌شود که می‌تواند درد را کم کند و منطقه دردناک را بی‌حس کند. (با پزشک یا فیزیوتراپ خود مشورت کنید تا بفهمید درمان سرد بهتر است یا گرم).

#### \* تحریک عصب بوسیله عبور الکتریسته از پوست (TENS)

TENS روشی است که در آن با استفاده از وسیله الکتریکی کوچکی جریان الکتریسته متوسطی را به سوی انتهای عصب که در زیر پوست منطقه دردناک قرار دارد هدایت می‌کند. TENS ممکن است درد بعضی از آرتрит‌ها را کم کند.

#### داروهای برای کنترل درد

پزشکان داروهای را برای حذف یا کاهش درد و بهبود عملکرد مفصل تجویز می‌کنند. پزشکان به تعدادی از فاکتورها را موقعی که دارو را برای بیماران استئوآرتريت خود انتخاب می‌کنند مورد توجه قرار می‌دهند.

این فاکتورها شامل: شدت درد، عوارض جانبی داروها داروهای که قبلاً بیمار مصرف می‌کرده و داروهای که در حال حاضر مصرف می‌کند می‌باشد.

اهمیت تاریخچه دارویی ناشی از این می‌باشد که مصرف هرگونه دارو باید زیر نظر پزشک و با اطلاع از وضعیت سلامت بیمار و وجود بیماری‌های دیگر باشد. بعضی از این داروها می‌توانند روی هم اثر تداخلی داشته باشند و این می‌تواند اثرات جانبی داروها را افزایش دهد.

انواع مختلف داروهای که به طور شایع در درمان استئوآرتريت استفاده می‌شوند عبارتند از:

#### استامینوفن

یک داروی شایع برای کاهش درد می‌باشد. این دارو از اولین و ساده‌ترین مسکن جهت کنترل درد بیماران بوده، عوارض جانبی آن کم و اثربخشی قابل قبولی در کاهش درد دارد.

#### NSAID (مسکن‌های غیراستروئیدی)

یک گروه بزرگی از داروهای مفید غلبه درد و التهاب هستند که در درمان آرتريت به طور عمده و اساسی استفاده می‌شوند یک گروه از NSAID ها شامل ایبوپروفن، دیکلوفناک سدیم، ناپروکسن و

کتوبروفن است که نسبت به گروه‌های دیگر قابل دسترس تر هستند. یک زیرکلاس از NSAIDs که مهارکننده‌های Cox-۲ نامیده می‌شوند استفاده‌ی زیادی دارند و فقط با تجویز پزشک قابل دسترس می‌باشند.

نحوه‌ی عملکرد NSAID ها شبیه به هم است. آنها با بلوکه‌کردن موادی شامل پروستاگلاندین‌ها عمل می‌کنند که در درد و التهاب شرکت می‌کنند.

استفاده‌ی طولانی مدت از NSAID ها ریسک بیماری قلبی عروقی را افزایش می‌دهد. بنابراین استفاده از این داروها در بیماران با عوارض قلبی عروقی، بایستی با احتیاط باشد. عوارض دیگر شامل اولسر پپتیک، خونریزی گوارشی، سوزش سردل، استفراغ، احتباس آب و نمک بدن می‌باشد.

### سایر داروها

پزشکان ممکن است داروهای مختلف دیگری برای استئوآرتريت تجویز کنند که شامل موارد زیر است:

#### \* اسپری‌ها و کرم‌های مالشی موضعی کاهش دهنده درد

این ترکیبات که مستقیماً روی سطح پوست منطقه‌ی مفصل‌های دردناک استفاده می‌شوند شامل اجزای ترکیباتی است که در ۱ یا ۳ روش عمل می‌کنند:

- ۱- بوسیله تحریک پایانه‌های عصبی که از مفاصل دردناک به مغز می‌روند.
- ۲- بوسیله کاهش مقدار نورترانسmitterها یا واسطه‌های شیمیایی که پیام درد را به مغز می‌فرستند.
- ۳- بوسیله بلوک کردن مواد شیمیایی که پروستاگلاندین می‌نامیم که سبب درد و التهاب می‌شوند.

#### مسکن‌های مخدري خفيف

داروهای مسکن مخدري ضد درد مانند کدئين‌ها و هیدروکودون اغلب برای درمان دردهای استئوآرتريت‌ها مؤثر واقع می‌شوند، اما آنها اغلب به طور بالقوه وابستگی‌های فیزیکی و جسمی ایجاد می‌کنند و پزشکان به طور کلی استفاده کوتاه مدت آنها را توصیه می‌کنند.

#### \* کورتیکواستروئیدها

ترکیبات ضد التهابی قوی هستند که به طور طبیعی در بدن ساخته می‌شوند یا توسط دارو خورده می‌شوند. آنها ممکن است بطور موضعی داخل مفصل تزریق شوند (۲ تا ۴ بار در سال).

کورتیکواستروئیدهای خوراکی در درمان استئوآرتрит به طور روتین استفاده نمی‌شوند اما در درمان التهاب‌های فعال استفاده می‌شوند.

### \* تزریق هیالورونیک اسید

این داروها برای جایگزینی یک ترکیب طبیعی از مفصل درگیر برای روان سازی و تغذیه آن تهیه شده‌اند. براساس تجویز پزشک، تزریق ممکن است در ۳ تا ۵ نوبت داده شود. این تولیدات بیشتر برای آرتروز زانو قابل استفاده می‌باشند. مشکل این داروها هزینه بیشتر از منافع آنهاست! خدای ناکرده ممکن است دلایلی فراتر از خدمت به بیمار، باعث تجویز این داروها باشد.

### \* توصیه‌هایی در مورد مصرف مسکن

یقیناً مشکلات بهداشتی و سبک زندگی می‌تواند خطر تأثیرات NSAID را افزایش دهد که این موارد عبارتند از: زخم معده، خونریزی مجرای گوارش، استفاده از کورتیکواستروئیدهای خوراکی یا ضد انعقادها، کشیدن سیگار، استفاده از الکل.

روش‌هایی وجود دارد که شما می‌توانید از آنها برای کاهش اثرات جانبی مرتبط با NSAID کمک بگیرید.

این روش‌ها عبارتند از: مصرف دارو همراه با غذا و عدم استفاده از تحریک کننده‌های معده مانند الکل، تنباکو و کافئین. در بعضی موارد کمک گرفتن از یک داروی دیگر در طول استفاده از NSAID می‌تواند معده را پوشش دهد و یا اسید معده را بلوک کند.

هیچگاه استفاده طولانی مدت و روزانه مسکن توصیه نمی‌گردد. علیرغم اینکه این روش‌ها ممکن است کمک کننده باشد ولی همیشه مؤثر نیستند.

### \* سؤالاتی که از دکتر داروساز در مورد داروها و نحوه استفاده آنها می‌توان پرسید

- چگونه باید دارو را مصرف کنم؟
- این دارو را باید بین وعده‌های غذایی بخورم یا همراه غذا؟
- آیا این دارو ایمنی قابل ملاحظه‌ای در برابر شرایطی که من دارم ایجاد می‌کند؟

### \* جراحی

بعضی از بیماران برای آسوده شدن از درد و عدم توانایی از عمل جراحی کمک می‌گیرند.

عمل جراحی ممکن است به یکی از اشکال زیر انجام شود:

۱- جا به جا کردن قطعات استخوانی و غضروفی شل شده از مفصل که این قطعات سبب ایجاد نشانه‌هایی مانند پیچانده شدن و قفل شدن می‌شوند.

۲- تغییر موقعیت استخوان

۳- صاف کردن استخوان (روکش کردن استخوان)

جراحان ممکن است مفاصل تأثیر یافته را بوسیله مفاصل مصنوعی که آنها را پروتز می‌نامیم جایگزین کنند. این (پروتز) مفاصل می‌توانند با آلیاژهای فلزی یا پلاستیک‌هایی با چگالی بالا یا مواد سرامیکی ساخته شوند. بعضی از پروتزها با استفاده از مواد شیمیایی ویژه به استخوان متصل می‌شوند.

بعضی از پروتزها سطوح خلل و فرج داری هستند که روی سطح رشد استخوان تکیه داده می‌شود (زائده‌ای که آن را تثبیت کننده بیولوژیک می‌نامند) که آنرا در سر جای خودش نگه می‌دارد.

مفاصل مصنوعی می‌توانند ۱۰ تا ۱۵ سال عمر داشته باشند.

طرح‌ها و موادی که جراحان در پروتزهایشان استفاده می‌کنند براساس بیمارانشان تنظیم می‌شود مثلاً وزن، جنس، سن، سطح فعالیت فرد و دیگر وضعیت‌های بهداشتی آنها.

تصمیم برای جراحی کردن بستگی دارد به فاکتورهای مختلف بیمار مانند سن، شغل، سطح ناتوانی، شدت درد و درجه‌ای از بیماری که روی شیوه زندگی بیمار اثر می‌گذارد.

بعد از جراحی و تجدید کردن بیمار معمولاً درد و تورم کمتری را احساس می‌کند و می‌تواند بیشتر حرکت کند.

توجه داشته باشید مفاصل مصنوعی مانند مفاصل اصلی بدن کارایی ندارند و تمام سعی ما باید پیشگیری از رسیدن بیمار به مرحله جراحی باشد و نه انتظار برای هر چه سریعتر عمل کردن بیمار!

### \* درمان‌های مکمل و سایر درمانها

زمانی که درمان‌های توصیه شده راحتی کافی از درد را برای بیمار فراهم نمی‌کند، مردم بیشتر سعی می‌کنند از درمان‌های مکمل و فرعی استفاده کنند.

### \* درمان های فرعی مورد استفاده در درمان استئوآرتریت

#### طب سوزنی

بعضی از مردم برای رهایی از درد از طب سوزنی کمک می گیرند. طب سوزنی عبارت است از وارد کردن سوزن های نازک در جای مخصوصی از پوست بوسیله یک درمانگر طب سوزنی. باتوجه به اینکه این روش ها صرفا درد را مهار می کنند، قضاوت درباره کارایی این روش های درمانی را بعهده خود بیمار می گذاریم.

#### \* ترکیبات خوراکی

مانند glucosamine و Chondroitine سولفات که گزارشات متفاوتی از تأثیر این داروها در بهبود درد و عملکرد بیماران وجود دارد. در مجموع اثربخشی ارزشمندی در بهبود عملکرد و پیشگیری از بیماری ندارند. ولی برخی از بیماران، بهبودی نسبی درد با این داروها را تجربه می کنند. منطقی است اگر پس از مصرف ۳-۴ هفته ای بهبودی احساس نکردید، آن را قطع کنید؛ چراکه ممکن است بیش از بیمار، کارخانجات سازنده این داروها منتفع شوند!

### \* چگونه با آرتروز زانو زندگی بهتری داشته باشیم؟

چنانچه مبتلا به آرتروز زانو هستید و موارد زیر را رعایت کنید، درد کمتر و توانایی بیشتری را بدست خواهید آورد.

- ۱- آموزش لازم در مورد بیماری شامل شناسایی عوامل تشدید و تضعیف کننده بیماری.
- ۲- فعال بودن که روش مهمی در خوددرمانی و بهبود دارد. ورزش های تقویتی برای افزایش قدرت عضلات، ورزش های آثروبییک برای بهبود عملکرد قلب و ریه ها، شروع ورزش بایستی با یک نرمش و ورزش سبک باشد.
- ۳- رژیم غذایی مناسب: رژیم غذایی خاصی برای بهبود آرتريت وجود ندارد اما رژیم غذایی مناسب و کنترل وزن می تواند در کاهش درد بسیار مؤثر باشد.

### ※ اهمیت خودمراقبتی و یک نگرش سلامتی خوب

تحقیقات نشان می‌دهد که افرادی با آرتروز که تحت خودمراقبتی به سر می‌برند از درد کمتری برخوردارند و کمتر به پزشک مراجعه می‌کنند. آنها همچنین از زندگی با کیفیت بهتری بهره‌مند هستند. زندگی بهتر به یک تعهد همیشگی روزانه در زندگی فرد نیاز دارد که شامل ۶ مرحله است:

۱- بدست آوردن آموزش

برای زندگی بهتر با OA به شما در مورد این بیماری آموزش می‌دهد.

۲- فعال بودن

فعالیت جسمی منظم نقش مهمی در خود درمانی ایفا می‌کند.

سه نوع تمرین مهم در کنترل استئوآرتريت وجود دارد که عبارتند از:

۱- ورزش تقویتی:

که می‌تواند قدرت عضلات را افزایش دهد و یا قدرت عضلانی را نگه دارد.

۲- ورزش‌های ایروبیک:

متناسب نگه داشتن وضعیت قلبی عروقی بیمار، کنترل وزن بیمار و بهبود کلیه عملکردها.

۳- میزان حرکت ورزش:

سفتی مفاصل را کاهش می‌دهد و باعث برقرار کردن و حرکت مفاصل و انعطاف مفاصل می‌شود.

افرادی با استئوآرتريت زمانی بهتر تمرین می‌کنند که درد در کمترین شدت خود باشد. و شروع تمرین باید با یک نرمش و ورزش سبک باشد.

۱- رژیم غذایی مناسب

گرچه رژیم غذایی ویژه‌ای لزوماً جهت بهبود آرتريت بیمار وجود ندارد اما خوردن غذاهای مناسب و کنترل وزن شما می‌تواند فشار تحمل وزن روی مفاصل مانند زانو و دیگر مفاصل پا را کاهش دهد.

۲- داشتن خواب کافی

داشتن یک خواب شب خوب براساس یک برنامه منظم می‌تواند درد را کاهش دهد. اگر آرتريت سبب بشود که شب نامناسبی داشته باشید باید با دکتر یا فیزیوتراپیست در مورد مهمترین و راحت‌ترین موقعیت خوابیدن صحبت کنید و استفاده از یک دوره درمانی برای ایجاد راحتی از درد در شب هم می‌تواند مؤثر باشد.

برای خواب بهتر دوره‌های ورزش در روز، امتناع از نوشیدن نوشابه‌های کافئین‌دار و قهوه و چای، سکوت و آرامش و دوش آب گرم قبل از خواب توصیه می‌شود.

۳- داشتن سرگرمی

ابتلا به آرتروز مانع از فعالیت های اجتماعی یا انجام فعالیت های مورد علاقه شخص نمی گردد، بیماران می توانند فعالیت را با میزان توانمندی خود تطبیق دهند.

#### ۴- داشتن یک نگرش مثبت

شاید بهترین کاری که شما می توانید برای سلامت خود انجام دهید این باشد که یک نگرش مثبت داشته باشید. مردم باید تصمیم بگیرند که وقتی با چالش استوآرتریت مواجه می شوند خودشان بسیاری از چیزها را بسازند. این نگرش خوب به سلامتی خود، بطور ناگهانی رخ نمی دهد و هر روز کار می برد و با یک نگرش درست می توانید به آن دست یابید.

«از یک نگرش سالم خوب لذت ببرید»

- روی توانایی هایتان به جای ناتوانی ها تمرکز کنید.

- روی نقاط قوت به جای نقاط ضعف تمرکز کنید.

- فعالیت های خود را به وظایف کوچکی بشکنید که بتوانید اداره کنید.

- ورزش و تغذیه مناسب را جز برنامه عادی زندگی خود قرار دهید.

- روش ها را برای به حداقل رساندن و کنترل استرس بکار برید.

- بین استراحت و فعالیت تعادل برقرار کنید.

#### \* پیوند سلول های بنیادی

سلول های بنیادی سلول های اولیه ای هستند که می توانند به سایر انواع سلول ها مانند سلول های عضلانی یا استخوانی تغییر یابند. اینها از مغز استخوان مشتق می شوند. در آینده محققان امیدوارند که سلول های بنیادی را به غضروف، جایی که سلول ها غضروف جدید را می سازند، وارد کنند. اگر موفقیت آمیز باشد این روش می تواند در ترمیم تخریب اولیه غضروف استفاده شود و از نیاز به جایگزینی های مفصل با استفاده از جراحی بعدی در زندگی فرد جلوگیری کند. ولی توجه داشته باشید همچنان پیشگیری موثرترین شکل درمان است و سلول های بنیادی نیز نمی توانند غضروفی با استحکام و توانایی غضروف اصلی بدن را تولید نمایند. پیچیدگی درمان به صرف تولید غضروف جدید نیست، بلکه اتصال محکم این غضروف به استخوان زیرین (که در مقوله پیوند سلول های بنیادی کمتر به آن توجه می شود) خود داستانی مفصل دارد.



## \* یاد آوری یک نکته مهم برای بیماران مبتلا به آرتروز

### وزن و کاهش وزن

ورزش یک نقش کلیدی در یک برنامه درمانی را بازی می‌کند. محققان تأکید زیادی به نقش ورزش و تأثیر آن در درمان آرتروز دارند.

برای مثال چند دانشمند استئوآرتروز زانو و ورزش را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج زیر بدست آمده است:

راه رفتن می‌تواند به عملکرد بهتر منجر شود. هرچه بیشتر راه بروید قادر می‌شود مسافت بیشتری را بپیمایید.

افراد مبتلا به استئوآرتروز زانو که در برنامه‌های ورزشی فعالند کمتر احساس درد می‌کنند، همچنین عملکرد بهتری دارند.

تحقیقات نشان می‌دهد که ازدست دادن وزن اضافی می‌تواند به افراد مبتلا به استئوآرتروز کمک کند. از این گذشته افراد با وزن اضافه یا چاق که استئوآرتروز ندارند می‌توانند خطر توسعه بیماری را با ازدست دادن وزن، کاهش دهند.

### درمان

محققان تأیید از تیپ‌های مختلف درمان را بررسی می‌کنند. اینها شامل:

داروهایی برای جلوگیری از تخریب مفصل

هیچ درمانی در واقع از استئوآرتروز جلوگیری نمی‌کند. در حال حاضر محققان بدنبال داروهایی هستند که جلوی تخریب مفصل را بگیرد یا سرعت آن را کاهش دهد. داروهای مورد مطالعه شامل داکسی‌سایکلین: آنتی‌بیوتیکی است که با اثر بر آنزیم‌های خاصی از آسیب مفاصل جلوگیری می‌کند. تحقیقات کلینیکی جدید نشان می‌دهد داکسی‌سایکلین موجب کندشدن روند باریک شدن فضاهاى مفصلی می‌شود. همچنین این تحقیق نشان می‌دهد که افرادی که از داکسی‌سایکلین استفاده کرده‌اند، درد مفصلی کمتری را نسبت به افرادی که از آن مصرف نکرده‌اند تجربه نموده‌اند. برخی از بیماران پاسخ قابل توجه به دریافت تزریق پنیسلین را گزارش می‌کنند که بنظر می‌رسد با مکانیزمی خارج از اثرات ضد میکروبی پنیسلین باشد. یکی از نویسندگان این کتاب در حال تحقیق بر این موضوع است.

استروژن: در تحقیقات انجام شده بر روی زنان مسن، محققان به این نکته دست یافتند که در افراد استفاده کننده از استروژن به عنوان جایگزین دو هورمون درمانی، ریسک استئوآرتریت را بسیار کم می کند.

اما در زنانی که از استروژن همراه با پروژستین استفاده می کنند، خطر ابتلا به بیماری های قلبی، سکت، ایجاد لخته، سرطان پستان افزایش می یابد. در حالی که استفاده از استروژن به تنهایی باعث افزایش ریسک سکت و لخته می شود.

FDA پیشنهاد می کند که هورمون درمانی باید به کمترین مقدار ممکن در کمترین زمان ممکن به منظور اهداف درمانی انجام شود.

هورمون درمانی همیشه باید تحت مراقبت پزشک انجام شود.

تحقیقات دیگری به منظور کشف اثرات استروژن رسپتور مولکول (SERM) تحت عنوان Raloxifene بررسی بر روی غضروف در حال انجام است. این ماده اخیراً به جای استروژن در درمان و جلوگیری از پوکی استخوان به کار می رود.

### \* درمان های جایگزین

#### Acupuncture

یکی از رایج ترین وسایل از بین بردن درد طب سوزنی است که یک روش چینی قدیمی است و در آن سوزن های نرمی در نقاط مختلف بدن زده می شود. بر اساس تحقیقات انجام شده توسط (NCC) و Alternative medicine طب سوزنی به کاهش درد و بهتر شدن روند درمان در افرادی که استئو آرتریته زانو دارند کمک می کند. تحقیق دیگری به منظور مقایسه اثرات مفید طب سوزنی همراه فیزیوتراپی نسبت به فیزیوتراپی به تنهایی در حال انجام است. امید بر این است که طب سوزنی درد ناشی از فعالیت و ورزش را کاهش داد. و بدین وسیله بر عملکرد فیزیوتراپی تأثیر مثبت بگذارد.

### \* ویتامین D، C، E و بتاکاروتن

گفته شده است پیشرفت استئوآرتریت در افرادی که دوز بالای ویتامین E-C-D و بتاکاروتن دریافت می کنند کندتر می باشد. تحقیقات بیشتری برای تأثیر این گزارشات مورد نیاز است.

## فصل هفتم: درد گردن و شانه

دکتر گلبرگ مهرپور

گردن انسان از عضلات، استخوان ها، مفاصل، اعصاب، عروق و لیگامان هایی تشکیل شده است. علل متعددی می توانند با درگیری هر کدام از بافت های فوق موجب درد در گردن شوند. درد گردن و اغلب ناشی از وارد شدن ضربه به این نواحی می باشد. گاهی اوقات درد گردن منشاء قلبی دارد که جدی و مهم است که البته به هنگام شرح حال گیری از بیمار با توجه به نوع، شدت و مدت درد می توان آن را از سایر علل افتراق داد. معمولاً علت درد گردن با گرفتن شرح حال دقیق و انجام معاینه فیزیکی کامل مشخص می شود. درد گردن یکی از علل شایع مراجعه افراد به پزشک می باشد. ستون فقرات گردنی از ۷ مهره اول ستون فقرات تشکیل شده است. هر مهره دارای یک تنه و حلقه استخوانی است. وقتی این مهره ها روی هم قرار می گیرند، از قرار گیری حلقه های استخوانی روی همدیگر یک لوله توخالی ساخته می شود که داخل آن طناب نخاع قرار دارد و از کناره های آن یکسری اعصاب جدا شده که به شانه ها و اندام های فوقانی عصب دهی می کنند.

دیسک های بین مهره ای، بافت هایی هستند که بین مهره ها قرار گرفته و موجب حرکات آسان مهره ها روی همدیگر می شوند. این دیسک به عنوان یک shock absorber عمل می کند و ستون فقرات را در برابر حرکات ضربه های ناگهانی حفظ می کند.

### \* علل درد گردن

۱- آرتروز گردن یا اسپوندیلوز، بیماری دژنراتیو دیسک:

در حالت طبیعی دیسک از دو قسمت تشکیل شده است: یک قسمت مرکزی که افزایش سن می تواند باعث ایجاد تغییرات در دیسک شود و دیسک از حالت آبدار به صورت خشک در می آید. در اثر افزایش سن یکسری استخوان های اضافی (استئوفیت) در قسمت پشتی مهره ها ساخته می شود که می تواند با ایجاد فشار باعث درد در گردن شود. همچنین با تغییر در دیسک، مهره ها بیشتر روی هم فشرده می شود و باعث می شود تا التهاب مفاصل بین مهره ای (Facet joints) ایجاد گردد که یکی از عوامل ایجاد درد در گردن است.

۲- کشیدگی عضلات:

به دنبال حرکات چرخشی ناگهانی عضلات گردن و یا عضلات کمربند شانه ها ممکن است دچار کشیدگی و یا گرفتگی شوند که باعث ایجاد درد در گردن می شود.

### \* تنگی کانال نخاع

برجسته شدن و ورود و دیسک به فضای نخاع ناشی از پارگی دیسک، وجود استخوان اضافی که به در سمت فضای کانال نخاع رشد می کنند، موجب فشار بر روی نخاع و اعصاب خارج شده از آن می گردند و در نتیجه درد و بی حسی و گزگز در مسیر عصب و ضعف عضلانی که از آن عصب تغذیه می شوند ایجاد می شود.

با افزایش سن تغییراتی در استخوان ها و بافت نرم ستون فقرات ایجاد می شود. دیسک بین مهره ای مقداری آب خود را از دست می دهد و خشک شده در نتیجه فضای بین مهره ها کم می شود و فشارهای وارده به ستون فقرات را نمی تواند مهار کند و فشارهای اضافی منجر به صدمه به مفصل بین مهره ای شده و موجب التهاب آنها می شود.

### \* وارد شدن ضربه به گردن

حرکات سریع رفت و برگشت در گردن به دنبال وارد شدن ضربه در تصادفات موجب صدمه به استخوان، گرفتگی عضلات و کشیده شدن رباط های گردن می شود که می تواند باعث درد گردن شود. معمولاً با گرفتن یک عکس ساده می توان وجود شکستگی را در مهره های گردن اثبات کرده و در صورت نیاز به بررسی بیشتر CT یا MRI از گردن به عمل می آید.

### \* بیماری های سیستمیک

در یکسری بیماری ها مانند روماتیسم مفصلی، پلی میالژیا روماتیکا، اسپوندیلیت آنکیلوزان، دیابت و به زونا هم درد گردن ممکن است ایجاد شود، که علت آن درگیری مفاصل بین مهره ای و یا درگیری عضلات و اعصاب می باشد.

در بیشتر موارد با گرفتن شرح حال دقیق و انجام معاینات کافی می توان به علت درد گردن پی برد. گاهی اوقات برای اثبات علت درد (شکستگی مهره، فشار روی عصب، تغییرات دیسک) و یا برای افتراق دادن بین چند علت لازم ست که از عکس ساده، سی تی اسکن، MRI و یا نوار عصب و عضله استفاده شود.

در صورت وجود درد شدید و حساسیت در لمس گردن و یا حرکت دادن گردن لازم است یک عکس ساده از گردن گرفته شود و هنگامی که در عکس ساده شکستگی یا یک ضایعه خاص دیده شود برای پی بردن به جزئیات بیشتر بهتر است که سی تی اسکن و یا MRI انجام شود (بنابراین سی تی اسکن و یا MRI در بررسی های اولیه لازم نیستند).

### \* درمان

اکثر اوقات درد گردن با رعایت موارد ساده ای مانند اجتناب از حرکات ناگهانی و شدید در گردن، پرهیز از خم کردن گردن (مطالعه، شستشوی ظرف، نوشتن روی میز، وابستگی غیرعادی به گوشی موبایل)، چرخاندن به طرفین (هنگام رانندگی با دنده عقب خودرو) قرار دادن گردن در یک وضعیت مناسب هنگام خواب، بستن گردن بند طبی نرم، استفاده از داروهای مسکن و فیزیوتراپی، کاهش یافته یا رفع می گردد. اگر درد گردن بیمار با رعایت موارد بالا بهبود نداشت و یا اینکه شکستگی و در رفتگی استخوان وجود داشته باشد گاهی اوقات جراحی لازم است.

قابل توجه اینکه تصمیم به جراحی ستون فقرات یا مفاصل در مواردی غیر از تصادفات و ضرب و جرح، یک تصمیم گروهی مشتمل بر فوق تخصص روماتولوژی، متخصص ارتوپدی و در صورت

لزوم جراح مغز و اعصاب یا متخصص داخلی اعصاب است که رکن اصلی تصمیم گیری بر عهده پزشکی است که بر مراحل درمان غیر جراحی کاملاً مسلط باشد با حوصله کافی بیمار را معاینه کرده باشد آموزشهای لازم را به بیمار داده باشد، نتایج معاینات خود را در پرونده پزشکی بیمار برای ارایه یک خدمت مفید ثبت کرده باشد و خود انتفاعی از عمل جراحی نداشته باشد. برعکس در خصوص سوانح و حوادث جرحی، محور تصمیم گیری همکاران جراح ستون فقرات و ارتوپد خواهند بود و کمتر نیاز به مشاوره داخلی یا روماتولوژی خواهند داشت.

در بعضی مواقع از تزریقات موضعی می توان در تسکین درد استفاده کرد. این تزریقات شامل:

۱- تزریق در فضای اپیدورال:

در این حالت دارو در فضای اپیدورال که در اطراف نخاع قرار دارد تزریق می شود و موجب می گردد التهاب اطراف نخاع کمتر شود و در نتیجه درد تخفیف می یابد. این تزریق بخصوص در مواردی که ریشه عصبی تحت فشار است موثر می باشد. این کار فقط توسط متخصصین ویژه (فلوشیپ درد) و در بیمارستان یا کلینیک های مجهز انجام می شود.

۲- تزریق در مفاصل بین مهره ای (Facet joint):

تزریق دارو به داخل مفصل ملتهب موجب از بین رفتن التهاب و تسکین درد می گردد.

۳- تزریق در نقاط حساس و دردناک:

گاهی اوقات منشأ درد عضله، لیگامان ها و یا بافت های نرم هستند که با تزریق دارو در همان قسمت می توان درد را کنترل کرد.

نکاتی که لازم است هر بیمار با درد گردن آنها را رعایت کند عبارتند از:

۱- اجتناب از حرکات ناگهانی و شدید در گردن در طول روز. مثلاً حرکاتی هنگام حرکت به عقب و یا حرکت به طرفین که در رانندگی انجام می شود.

۲- استفاده از گردن بند نرم طبی جهت حفاظت گردن از صدمات ناگهانی وارده بخصوص هنگام رانندگی. لازم نیست که گردن بند را دائماً بست و می توان برای اینکه استفاده از آن آسان باشد از آن متناوب استفاده کرد. گردن بندهای سفت فقط در صورتی که شکستگی در مهره ها باشد و یا آسیب جدی نخاعی مطرح باشد، ممکن است لازم شود.

۳- استفاده از یک بالش کوچک جهت پرکردن گودی گردن حین خواب تا عضلات گردن کاملاً شل (Relax) باشند. توجه نمایید پرکردن فضای خالی زیر گردن همواره نیاز به خریدن بالش طبی ندارد و با آموزش پزشک می توان همان نتیجه درمانی را با یک بالش ساده بدست آورد.

۴- در صورتی که بیمار شغل خاصی دارد که موجب فشار بر روی گردن می شود مانند خیاطی، آرایشگری، کار با کامپیوتر بهتر است حین کار کردن از گردن بند طبی استفاده کنند و در مرحله حاد از کار کردن برای چند روز از آن پرهیز کنند.

۵- در مواردی که درد بیمار ناشی از بیماری های دیسک است بلند کردن جسم سنگین یا پریدن از ارتفاع موجب تشدید درد می شود که باید از این موارد اجتناب شود.

۶- گرم نگاه داشتن گردن و پرهیز از سرما موجب تسکین درد می گردد.

### \* درد شانه

مفصل شانه یکی از متحرک ترین مفاصل بدن می باشد. یکی از شکایات شایع افراد در سنین میانسالی به بعد می باشد. با توجه به ساختمان شانه که از استخوان و مفصل، عضله، تاندون و رباط، اعصاب و عروق تشکیل شده است تشخیص های متعددی برای درد این ناحیه مطرح می باشد. گاهی در بیماری های قلب و ریه، کبد و طحال ممکن است درد به شانه انتشار پیدا کند.

چه کسانی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به درد شانه هستند؟

اغلب افرادی که درد شانه را تجربه می کنند در مشاغل مانند صندوق داری، آرایشگری، مبل سازی، قفسه سازی، کار با کامپیوتر در اغلب ساعات روز، جوشکاری و... اشتغال دارند. در ضمن ورزشکارانی که در رشته های والیبال و پرتاب دیسک بازی می کنند نیز در معرض خطر هستند. درد شانه در بیماران دیابتی بیشتر دیده میشود.

### \* علل درد شانه

#### تاندونیت روتاتورکاف

شایع ترین علت درد شانه در بیماران التهاب تاندون روتاتورکاف است. تاندون بافت طنابمانندی است که عضله را به استخوان متصل می کند. تاندون روتاتورکاف انتهای چهار عضله را به استخوان متصل می کند. التهاب در این تاندون موجب ایجاد درد در شانه می شود به طوری که فرد وقتی دستش را به سمت بالا می برد درد دارد. علت ایجاد التهاب در این تاندون، استفاده بیش از حد از آن است.

اگر تاندون روتاتورکاف پاره شود، فرد علاوه بر اینکه درد دارد قادر به بالا بردن دستش نیز نمی باشد. رسوب کلسیم در تاندون روتاتورکاف نیز می تواند منجر به درد شانه شود.

### شانه منجمد (کپسولیت چسبنده)

در این حالت کپسولی که مفصل شانه را می پوشاند دچار تورم، انقباض و چسبندگی می شود. یکی از علل شایع ایجادکننده آن، دیابت است. در کسانی که سکت قلبی، سکت مغزی می کنند و مدتی در بستر می مانند نیز این حالت دیده می شود. در این حالت فرد قادر نیست که مفصل شانه اش را حرکت دهد و اگر هم با کمک آن را حرکت دهد درد شدیدی در مفصل ایجاد می شود. **سیرشانه منجمد سه مرحله دارد:**

در مرحله اول بیمار با حرکت دادن شانه دچار درد می شود و اغلب درد در شب تشدید می گردد و این مرحله ۲ تا ۹ ماه ممکن است طول بکشد.

در مرحله دوم درد کمتر می شود ولی دامنه حرکت مفصل بسیار محدود می گردد. طول دوره این مرحله ۴ تا ۱۲ ماه است.

در مرحله سوم التهاب و تورم کپسول کم کم کاهش یافته و درد بیمار نیز بهتر می شود و بیمار می تواند که از مفصل شانه اش استفاده بکند.

برای درمان شانه منجمد معمولاً از داروهای مسکن خوراکی، فیزیوتراپی و در صورت عدم پاسخ از تزریق داروی ضد التهاب به داخل کپسول و یا نهایتاً جراحی استفاده می شود.

### ضربه به مفصل

در اثر تصادف، افتادن از بلندی و... که می تواند منجر به شکستگی در استخوان ها و یا در رفتگی مفصل شود.

### التهاب مفصل شانه

یکی از علل درد شانه التهاب مفاصل این ناحیه است که می تواند در بیمار هایی مانند روماتیسم مفصلی و یاسایر بیماری های روماتیسمی ایجاد شود. نقرس و سایر بیماری های کریستالی نیز می توانند باعث رسوب کریستال در این مفاصل و ایجاد درد شوند. آرتروز نیز به ندرت می تواند این مفصل را درگیر کرده و موجب درد شود.

پارگی و التهاب رباط عضله دوسر بازو نیز می تواند موجب درد در مفصل شانه شود.

التهاب بورس های اطراف مفصل: بورس یک ساک حاوی مایع است که اطراف مفصل قرار دارد و التهاب آن می تواند ایجاد درد بکند.



### دردهای انتشاری به شانه ها

در مواردی مثل آرتروز گردن، سکته قلبی، پارگی طحال، از درد می توان به مفصل شانه انتشار پیدا کند. تشخیص علت درد شانه برای درمان مناسب ضروری است. برای رسیدن به تشخیص علت واقعی درد (هرکدام از موارد ذکر شده در بالا) اخذ شرح حال دقیق و انجام معاینه معمولاً کافی است. جهت اثبات تشخیص لازم است که از روش های تشخیصی مانند عکس ساده، سی تی اسکن و MRI و... نیز استفاده شود.

### تاندونیت کلسیفیک

رسوب کلسیم در تاندون روتاتورکاف، تاندونیت کلسیفیک گفته می شود، که در بیشتر موارد به علت افزایش سن و حرکات متناوب در مفصل شانه، تاندون و عضله دچار سائیدگی و گسستگی می گردد و ضمن ترمیم کلسیم در این ناحیه رسوب می کند و باعث التهاب در تاندون می شود. معمولاً در معاینه شانه لمس تاندون حساس و دردناک است و در عکس ساده می توان رسوب کلسیم را در تاندون دید.

### \* درمان

در صورتی که علت درد، شکستگی استخوان، در رفتگی مفصل باشد باید از جراحی کمک گرفت. در سایر حالت مانند تاندونیت روتاتورکاف، بورسیت، آرتروز،... باید از داروهای ضد التهاب و مسکن ها استفاده کرد. در صورت عدم پاسخ به مسکن های خوراکی گاهی اوقات تزریق داروی ضد التهاب در همان موضع درد موجب درمان می گردد.

فیزیوتراپی نیز در بعضی از موارد کمک کننده است. در مرحله حاد درد بهتر است که به مفصل شانه استراحت نسبی داده شود و کمتر از آن استفاده گردد ولی پس از طی چند روز که مرحله حاد بیماری رفع شد و داروی ضد التهاب و مسکن اثر نمود می توان کم کم از مفصل استفاده کرد.



## فصل هشتم:

### کمردرد

دکتر محمدباقر اولیاء

یکی از شایعترین علل مراجعات پزشکی است و کمتر فردی است که در طول عمر خود حداقل یک بار کمردرد را تجربه نکرده باشد. علل متعددی باعث کمردرد است که در اینجا به مهمترین و شایع ترین علل آن اشاره می کنیم:

- ۱- کمردرد حاد غیر اختصاصی (لومباگوی حاد)
- ۲- فتق دیسک کمری
- ۳- روماتیسم های ستون فقرات
- ۴- علل متابولیک، مانند کمبود کلسیم و ویتامین D
- ۵- رفتار های ناصحیح در فعالیت های عادی زندگی
- ۶- سندروم فاست (Facet syndrome)
- ۷- عفونت های ستون فقرات
- ۸- ضایعات تومورال
- ۹- شکستگی ها

۱۰- تنگی کانال نخاع که معمولاً علایم احساس گرفتگی در باسن و اندام تحتانی بیشتر از کمردرد است.

### \* کمردرد حاد غیر اختصاصی (لومباگوی حاد)

این نوع کمردرد معمولاً علت مشخصی مانند فتق دیسک یا سایر علل ارگانیک قابل اثبات ندارد و در طبابت رایج و همچنین بین مردم به عنوان گرفتگی عضلانی نامیده می شود. معمولاً طول دوره ی بیماری کوتاه بوده و حتی بدون درمان اختصاصی، بعد از چند روز بهبود می یابد. این کمردرد معمولاً محدود به ناحیه ی گودی کمر بوده و عموماً انتشار به اندام تحتانی یک طرف یا باسن ندارد. این بیماران به علت سیر خود به خود محدود شونده، نیاز به اقدام تشخیصی بیشتر (مانند عکس برداری و MRI) ندارند. استراحت کوتاه مدت، با تجویز دارو های مسکن کم خطر مانند ایبوپروفن و استامینوفن به همراه شل کننده های عضلانی مانند متوکاربامول و یا آرام بخش های ملایم تنها درمان لازم در بیماران است.

### \* فتق دیسک کمری

یکی از شایع ترین علل شناخته شده و قابل اثبات کمردرد است. معمولاً شروع ناگهانی دارد و به دنبال یک حرکت نابجا (مثل بستن بند کفش) یا بلند کردن جسم سنگین در وضعیت نامناسب ایجاد می شود. درد معمولاً انتشار یک طرفه دارد و در اشکال شدید بسیار ناتوان کننده خواهد بود. علیرغم شدید بودن علایم، فتق دیسک در بیش از ۸۰٪ موارد به مرور زمان طی ۳ ماه بهبودی قابل توجه دارد و البته عدم رعایت نکات لازم می تواند در تکرار حملات و عدم بهبودی نقش داشته باشد. درد بیماران معمولاً با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می یابد. هرچند در اشکال شدید دیسک، بیماران درد های شبانه با خشکی صبحگاهی قابل توجه را تجربه می کنند. این حالت معمولاً در پارگی های دیسک که شدت التهاب در محل آسیب بالا است دیده می شود و تابلوی شبیه به روماتیسم های ستون فقرات را تقلید می کند. تشخیص قطعی بعد از اخذ شرح حال کامل و معاینه ی فیزیکی و ثبت دقیق اطلاعات حاصل از معاینه و شرح حال (که قبل از انجام MRI ضروری است) به روش تصویر برداری MRI است. معمولاً جز در موارد استثناء که آن هم با معاینه مشخص خواهد گردید، انجام MRI قبل از ۳ ماه ضروری نیست؛ ولی چنانچه درد های غیر متعارف همراه با یافته های غیرطبیعی در معاینه ی فیزیکی وجود داشته باشد، معمولاً جهت افتراق تشخیص دیسک از سایر علل و احیاناً اقدامات درمانی اورژانسی، تصویر برداری در اسرع وقت انجام می گردد. تکرار این تصویر

برداری بدون انجام مسیر علمی و معاینه ی دقیق و بدون داشتن پرونده پزشکی، یک اشتباه رایج در طبابت امروزی است که تنها باعث آسیب به اقتصاد درمان و تحمیل هزینه به سایر اقشار و بیماران پرداخت کننده ی حق بیمه میشود.

فتق های دیسک در کمتر از ۱۵٪ موارد نیاز به جراحی دارند، هرچند جراحی در تسریع بهبودی اولیه نقش چشمگیری دارد؛ ولی نتایج درازمدت آن بعد از ۴-۳ سال با اقدامات درمانی غیر جراحی برابری می کند. با این اوصاف نباید نقش نجات بخش جراحی را در رفع فشار بر روی ریشه های عصبی و نخاع در موارد کاملاً حساب شده نادیده دانست. در غیر از این موارد درمان های دارویی و به خصوص تزریق اپی دورال که توسط افراد فوق تخصص و مجرب می تواند نتایج قابل قبولی داشته باشد.

باید دانست فتق دیسک هیچ درمان استاندارد ندارد و تصمیمگیری برای درمان در مورد هر بیمار مخصوص خود بوده و کلیه ی اقدامات درمانی به عنوان درمان های کمکی و حمایتی است و هیچ کدام از آنها تضمین ۱۰۰٪ ندارد، لیکن موضوع فوق نباید باعث تصمیم گیری شتابزده برای اقدامات تهاجمی یا اعمال جراحی گردد.

### \* روماتیسم های ستون فقرات

تابلوی متعارف بیماری کمردرد هایی است که از سنین زیر ۴۰ سال (حتی از سنین راهنمایی یا دبیرستان) شروع می شوند. این کمردرد ها معمولاً به هنگام استراحت، چه در روز یا شب تشدید شده، سفتی قابل توجه کمر در صبحگاه دارند و با حداقل فعالیت های عادی روزانه (گرم شدن) بهتر می شوند. متأسفانه بیشترین کمردرد هایی که دیر تشخیص داده می شوند (متوسط ۸-۶ سال تا تشخیص نهایی طول می کشد) از این گروه هستند. شایع ترین تشخیص های اشتباه، کمردرد های عصبی، دیسک کمر (حتی با MRI در حد نرمال)، گرفتگی عضلانی و ... است. متأسفانه اکثر درمانگران فقط اشکال تمام عیار (کلاسیک) بیماری (یعنی بیماری اسپوندیلیت آنکیلوزان) را می شناسند و مهمترین دلیل در تشخیص دیر هنگام، بروز بسیار تاخیری و کند تغییرات قابل مشاهده در تصاویر رادیولوژی و MRI است. ولی باید دانست یک پزشک حاذق در غیاب کمترین یافته های تصویر برداری، به خوبی می تواند شروع بیماری را در پرونده ی بیمار حدس زده و ثبت نماید. از نکات کلیدی در این روماتیسم ها، درد های پراکنده در سایر قسمت های بدن مانند گردن، پشت و قفسه ی سینه با مشخصات ذکر شده است که بعضاً حتی با تنفس عمیق، سرفه و عطسه تشدید می شود. بسیاری از بیماران سابقه ی روماتیسم را در فامیل خود دارند و تشخیص خار پاشنه به علت

درد پاشنه در خود یا بستگان یک اتفاق شایع است (فاشییت پلانتر). از یافته های نسبتاً شایع ولی مورد غفلت در روماتیسم های ستون فقرات، اسپوندیلو دیسکیت (یعنی التهاب دیسک و دو صفحه ی مهره ی مجاور) است (۱-۴).

متأسفانه در کشور های در حال توسعه با استدلال غیر کارآمد بودن کادر آزمایشگاهی در اثبات عامل میکروبی، اکثر موارد اسپوندیلو دیسکیت به عنوان عفونی تشخیص و درمان می گردند و بسیاری از متخصصین با علل روماتیسمی عامل آن آشنایی ندارند و حتی در آمار ها لحاظ نمی گردند (۵) که با تجربه ی ۲۰ ساله ای که متخصصین مرکز ما در این زمینه دارند، عفونت ها درصد کمتری از علل اسپوندیلو دیسکیت را در مقایسه با روماتیسم های ستون فقرات دارند (۶). شدت درد در این بیماران در کنار بی توجهی به شرح حال کیفیت درد توسط درمانگران عامل مهمی در روی آوردن این بیماران به مواد مخدر است. مبسوط این مطلب در فصل جداگانه با عنوان اسپوندیلیت آنکیلوزان بحث شده است.

#### \* علل متابولیک، مانند کمبود کلسیم و ویتامین D

علت نسبتاً شایع کمردرد در خانم های جوان به خصوص افرادی که مصرف لبنیات آنها به صورت غیرعادی ناکافی است و به مقدار کافی نور خورشید دریافت نمی کنند (۷). معمولاً این نوع کمردرد از نوع مکانیکی است و ممکن است هایپوتونی (شلی) نسبی عضلات ستون فقرات ناشی از کمبود ویتامین D در کمردرد نقش محوری داشته باشد. تشخیص در مراحل اولیه بر اساس شرح حال، سنجش سطح سرمی ویتامین D، رد سایر علل کمردرد و نهایتاً دریافت پاسخ مناسب به دریافت کافی ویتامین D خواهد بود. در نظر داشته باشید پوکی اولیه ی استخوان (و نه نرمی استخوان ناشی از کمبود ویتامین D) جز در مواردی که منجر به شکستگی مهره شده باشد، علت کمردرد نیست.

#### \* رفتار های ناصحیح در فعالیت های عادی زندگی

بسیاری از درد های پشت و کمر در افراد در سنین نوجوانی و بالاتر ناشی از عادت های غلط در نشستن، ایستادن و راه رفتن است. وضعیت های نامناسب فوق با تحمیل فشار های غیرعادی بر نقاطی از ستون فقرات باعث خستگی زودرس و نهایتاً کمردرد می شود. پوشیدن کفش هایی که از جنس نامرغوب بوده، ضخامت و کفی مناسبی متناسب با قوس کف پا یا انعطاف پذیری لازم را ندارند، نیز قابل ذکر است.

### \* سندروم فاست (Facet syndrome)

از علل کمردرد به خصوص در افراد سنگین وزن است. این درد معمولاً ماهیت مکانیکی داشته و مشخصاً در خم شدن به عقب تشدید می یابد. در معاینه حساسیت کاملاً موضعی در یکی از طرفین ستون فقرات قابل تشخیص است و از دیدگاه برخی از متخصصین (که به خوبی قابل نقد است) تا ۳۰٪ علل کمردرد مزمن را تشکیل می دهد. سندرم فاست بیشتر در مهره های گردنی و کمتر در مهره های کمری دیده می شود. درمان اختصاصی آن تزریق موضعی داروی ضد التهاب یا استفاده از رادیو فریکوئِنسی (RF) است (۸).

### \* عفونت های ستون فقرات

این عفونت ها یا ناشی از میکرو ارگانیزم های معمول مانند استافیلوکوک یا باکتری های گرم منفی هستند و یا میکروب هایی که رشد آهسته دارند مانند سل و تب مالت. از ویژگی این بیماران علائم عمومی همراه به خصوص تب و حساسیت موضعی در لمس ستون فقرات است. بیشترین شکل عفونت در ستون فقرات به صورت اسپوندیلو دیسکیت یعنی درگیری دیسک به همراه دو مهره ی مجاور است. تشخیص سریع و درمان مناسب در اکثریت موارد باعث بهبودی کامل خواهد شد. اکثریت قریب به اتفاق این بیماران افزایش پروتئین های واکنشی سرم (ESR و CRP) بالا دارند.

### \* ضایعات تومورال

ضایعات تومورال اعم از خوش خیم و یا بدخیم از علل نادر کمردرد بوده، می تواند کلیه عناصر استخوانی یا عصبی ستون فقرات یا لگن را درگیر نماید. ویژگی خاص این دسته، درد های مقاوم به درمان با ماهیت های مختلف و به خصوص با کاهش وزن و تشدید شبانه (بیدار کردن از خواب) است.

### \* شکستگی ها

شکستگی ها از علل کمتر شایع کمردرد در مراجعات کلینیک های روماتولوژی است. چنانچه سابقه ی ضربه ی قابل توجه یا تصادف وجود داشته باشد، کمردرد شدید با حساسیت موضعی معمولاً مهمترین علامت شکستگی است؛ در غیر این صورت ضربات نا محسوس یا بعضاً بدون فشار غیر عادی، ممکن است شکستگی رخ داده و باعث درد شدید کمر گهگاه با انتشار به پهلو گردد. این

اتفاق در بستر مشکلات زمینه ای استخوان (مانند پوکی استخوان یا بدخیمی های ستون فقرات) بیشتر مشاهده می شود. تمام موارد شکستگی ستون فقرات نیاز به سنجش تراکم استخوان دارند.

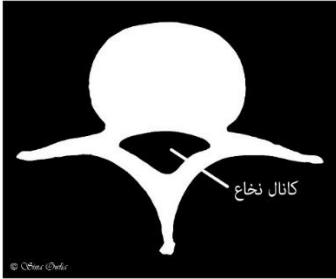


## فصل نهم: تنگی کانال نخاع

سینا اولیاء

تنگی کانال نخاع یکی از علل شایع در بروز کمردرد است که در آن کانال نخاع که مسیر عبور نخاع و سایر رشته های عصبی است تنگ شده و باعث فشار آمدن بر روی اعصاب آن ناحیه می شود. این فشار ممکن به صورت درد، کرختی، ضعف و یا گرفتگی عضلات و بسته به محل بروز تنگی، در ناحیه ی کمر، پاها، دست ها و یا نواحی شانه و یا گردن بروز یابد.

تنگی کانال نخاع عموماً بر اثر اُستئوآرتریت ناحیه ی ستون فقرات و یا دیسک های بین مهره ای به وجود می آید و عامل دیگری که می تواند باعث تنگی کانال نخاع شود، ضخیم شدن دیسک های بین مهره ای است.



### \* تنگی کانال نخاع چیست؟

هر گاه سطح مقطع کانال نخاع در محور های قدامی-خلفی یا عرضی و یا محل خروج ریشه های عصبی (lateral recess) کاهش یابد تنگی کانال رخ داده است. تنگی کانال می تواند در یک و یا چند ناحیه از کانال نخاع رخ دهد؛ گرچه معمولاً در کمر و یا گردن اتفاق می افتد که باعث فشار آمدن بر روی اعصاب منشعب به سمت اندام های می شود (به شکل مراجعه فرمایید).

### \* چه عواملی باعث تنگی کانال نخاع می شود؟

از هر صد هزار تولد، ۵-۱ نوزاد با کانال نخاع با قطر کوچکتری نسبت به بقیه متولد می شوند و لذا مبتلا به تنگی کانال نخاعی مادرزادی هستند. این افراد معمولاً دارای پدیکل های کوتاه تری نسبت به سایر افراد هستند. منتها دلیل عمده ی مسبب تنگی کانال نخاع، تغییراتی است که در اثر افزایش سن به وجود می آیند و تنگی کانال از نوع اکتسابی را سبب می شود.

### \* چه کسانی مبتلا به تنگی کانال نخاع مبتلا می شوند؟

تنگی کانال نخاع در افرادی که به طور مادرزادی با کانال کوچکتری متولد می شوند زودتر علامت دار می شود. در غیر از موارد مادرزادی، علایم بیماری عمدتاً در سن بالای ۵۰ سال ظاهر می شود و کلیه ی کسانی مورد عمل جراحی ستون فقرات قرار گرفته یا فعال های سنگین فیزیکی داشته اند، یا مبتلا به بیماری التهابی طول کشیده ی ستون فقرات (اسپوندیلیت آنکیلوزان) یا تومور های نخاعی اند، در معرض خطر بیشتری برای بروز علایم تنگی کانال هستند.

### \* علایم بالینی تنگی کانال چیست؟

هر گاه فردی از احساس سنگینی، کرختی یا درد در اندام های تحتانی به خصوص به دنبال ایستادن طولانی و یا راه رفتن شکایت داشته باشد و این مشکل با نشستن و یا دراز کشیدن بهبود یابد با احتمال بسیار بالا مبتلا به تنگی کانال نخاعی است. از معدود مواردی که شرح حال نوع درد و بیماری مهمترین رکن تشخیصی است، تنگی کانال نخاع است. این تشخیص با روش های تصویربرداری مانند MRI قطعیت می یابد. در مواردی نیز ممکن است اختلال در دفع و یا ادرار و یا اختلال در

عملکرد جنسی نیز مشاهده شود. بیماران با این وضعیت غالباً از درد شدید در ناحیه ی ران، ساق و کمر در هنگام ایستادن و یا راه رفتن شکایت می کنند. این درد کمتر با بالا رفتن بلکه به هنگام پایین رفتن از سطوح شیب دار و یا پله ها بیشتر احساس شده و در هنگام نشستن و یا تکیه دادن بهتر می شوند. خیلی از بیماران از احساس بی حسی اندام های تحتانی و لگن به دنبال راه رفتن شکایت دارند که با نشستن یا استراحت بهبود می یابد. گهگاه تنها علامت تنگی کانال نخاع در افراد مسن درد های ناحیه ی شکمی است که به کرات با حوادث حاد شکمی اشتباه شده و بیمار مورد عمل جراحی نابجا قرار می گیرد. تنگی کانال در مهره های گردنی معمولاً علایم درد های ریشه ای عصبی از گردن تا نوک انگشتان دست ها ایجاد می کند که در فرم های شدید، در صورتی که این تنگی باعث اختلال در خون رسانی نخاع گردنی گردد علایم نگران کننده ای در اندام فوقانی و تحتانی به خصوص به شکل اختلال در تعادل و راه رفتن ایجاد می نماید که با افزایش شدت رفلکس های وتری مشخص می گردد (میلوپاتی سرویکال).

چه در مورد تنگی کانال نخاع گردنی و یا کمری، چنان چه این تنگی محدود به محل خروج ریشه های عصبی باشد، می تواند درد ها یک طرفه باشند؛ ولی در صورت تنگی واضح قطر قدامی-خلفی کانال به هر دلیل و مسدود شدن محل های خروجی دو طرف، معمولاً علایم دو طرفه است. سیر تکوین علایم در تنگی کانال تدریجی است و این در کنار سن بالاتر افراد مبتلا به تنگی کانال نکات ارزشمند در افتراق آن از فتق دیسک بین مهره ای است.

### \* تنگی کانال نخاع چگونه درمان می شود؟

علیرغم اینکه درمانی برای تنگی کانال نخاع وجود ندارد؛ نرمش روزانه، بعضی از دارو ها و در مواردی جراحی می توانند به بهبود علایم کمک کنند. نرمش های روزانه باعث تقویت نسبی عضلات شده بازو و اندام تحتانی شده که به کاهش درد کمک می کند. شاید در بین ورزش ها دوچرخه سواری و آب درمانی بهترین گزینه ی ممکن باشد. معمولاً پیاده روی در خشکی در درمان تنگی کانال توصیه نمی شود.

دارو های بدون نیاز به تجویز پزشک مانند استامینوفن (معمولاً دو قرص ۵۰۰ میلی گرم هر شش ساعت در نیمه ی فعال شبانه روز - معمولاً صبح و ظهر) و یا دارو های ضد التهابی غیر استروئیدی (NSAID) مانند ایبوپروفن و یا ناپروکسن به کاهش درد کمک می کنند. ترکیب دوز مکفی از استامینوفن به همراه داروی ضد التهاب کوتاه-اثر (مانند ایبوپروفن) ضمن کم خطر بودن دارای حداکثر اثربخشی مناسب هستند. علاوه بر این، تزریق مستقیم کورتیزون (کورتون) به محل تنگی

کانال (که به نام تزریقات اپی دورال معروف است) می تواند بهبودی های موقت و حتی در موارد خفیف بهبودی کامل را حاصل کند.

بیماران در مراحل شدید تنگی کانال، به خصوص در مواردی که تنگی آناتومیک در یک یا دو سطح (محدود) باشد، و عملکرد روزانه ی فرد را تحت تاثیر قرار داده باشد، عمل جراحی (لامینکتومی = برداشتن قسمتی از دیواره ی استخوانی کانال) می تواند نتایج درخشانی داشته باشد؛ معهذاً عود علائم حتی بعد از عمل جراحی (بعد از ۴ تا ۵ سال) نیز دور از انتظار نیست.

## فصل دهم:

### راهنمای بیماران برای تزریق اپیدورال استروئید (ESI)

دکتر محمدباقر اولیاء

متأسفانه هیچگونه درمان قطعی و تضمین شده ای برای بیماریهای دیسک وجود ندارد. بر این اساس اقدامات متفاوت درمانی در این گونه موارد پیشنهاد شده است. دیدگاه متخصصین مختلف برای درمان بیماریهای دیسک و ستون فقرات تفاوت های چشمگیری دارد. عمده جراحان ستون فقرات درمان جراحی را برای موارد شدید یا متوسط فتق دیسک پیشنهاد می کنند. متخصصین طب توانبخشی اقدامات توانبخشی را راه اصلی درمان قلمداد کرده و سایر مدعیان از راههای دیگر سعی در جلب اعتماد بیماران دارند مانند استفاده از طب سوزنی، هومیوپاتی، حجامت، رگ گیری (!) جانداختن دیسک، انرژی درمانی، بادکش کردن و...

آنچه ما به شما پیشنهاد می کنیم جمع بندی نظرات متخصصین مختلف از رشته های مختلف و بر اساس آخرین استانداردهای جهانی است. همانطور که اشاره شد ما اصلاً ادعا نداریم تزریق اپیدورال می تواند درمان قطعی مشکل شما باشد ولی بر اساس شرایط بیمار این درمان برای برخی از بیماران پیشنهاد می شود. عموماً این بیماران از دردهای انتشاری کمر یا لگن به ران یا اندام های تحتانی شکایت دارند و تقریباً هیچگاه در کمردرد محدود به کمر، کاربردی ندارد.

تعداد زیادی از بیماران مبتلا به دیسک کمر بدون هیچگونه درمان اختصاصی یا جراحی بهبودی نسبی و یا حتی کامل پیدا می کنند ولی درصدی از بیماران (حدود ۱۰٪ بیماران پس از گذشت ۳ ماه) چنین عاقبت خوشی را ندارد و ما بعنوان پزشک باید سایر اقدامات را به ترتیب اولویت کمترین ریسک و هزینه بصورت قدم به قدم به بیمار پیشنهاد دهیم. تکرار می کنیم پیشنهاد نه اجبار! این اجبار برای هر اقدام درمانی کاری غیراخلاقی است ما تنها وظیفه داریم خطرات احتمالی عدم تمکین به درمان را به شما بگوئیم بدون اینکه در میان آنها اغراق نمائیم و عامل ترس از گفته های ما شما را تسلیم خواسته های علمی یا غیرعلمی ما بنماید.

از بین افرادی که مورد تزریق اپیدورال قرار می گیرند بر حسب شرایط بیمار، عامل ایجاد بیماری و .. میزان انتظار به پاسخ درمانی متفاوت است. مؤلف این مقاله بیماران زیادی دارد که بدنبال تزریق یک بار اپیدورال بهبودی کامل را برای چند سال گذشته داشته اند. از طرفی موارد انگشت شماری نیز بوده اند که پاسخ کافی دریافت نکرده اند و شاید از مجموعه تجربه بیش از ۱۰۰۰ مورد اپیدورال در این امر در ایران طی ۷ سال گذشته تنها موارد انگشت شماری بوده اند که بیمار به علت تشدید درد پس از تزریق که یکی از عوارض نادر این اقدام می باشد، از تزریق ناراضی بوده است. در مجموع نتایج حاصل از تزریق اپیدورال در دست پزشک معالج شما اگر بهتر از آمار بین المللی نبوده باشد بدتر نیز نبوده است. ما نتایج پاسخ مناسب کوتاه تا میان مدت (۶ تا ۶ ماه) ۷۰-۶۰ درصد را بر اساس اظهارات بیمار و یافته های بالینی داریم که کاملاً با آمار بین المللی (۶۳٪) مطابقت دارد. هر چند از مشکلات این تزریق احتمال عود مجدد علائم پس از مدت ۶-۳ ماه می تواند باشد ولی باید توجه کرد که سایر درمانها نیز به همین میزان احتمال عود دارند لیکن مثلاً در مورد اقدام جراحی این زمان بین ۴-۳ سال بعد از عمل بیشتر دیده می شود با این تفاوت که بروز عود علائم پس از عمل جراحی مشکلات بیشتری داشته و با بروز چسبندگی های بعد از عمل پیچیدگی بیشتری نسبت به زمان قبل از جراحی دارد! ولی باید دانست که آن دسته از بیمارانی که نه به درمان دارویی، استراحت، آب درمانی و تزریق اپیدورال پاسخ نمی دهند، و یا به هر دلیلی مشکل اورژانس عصبی (اختلال پیشرونده قدرت عضلات، اختلال در کنترل ادرار یا مدفوع یا علائم بی حسی در محل نشیمنگاه) پیدا می کنند تنها اقدام نجات بخش آن هم در بهترین زمان ممکن، اقدام جراحی است. پس توجه دارید که هر کدام از مراحل درمان در جای خود ارزشمند و حیاتی است و نباید به دلائل مختلف و با بهانه های غیرعلمی یکی را جانشین دیگری به بیمار معرفی نمود.

توجه بفرمائید بخصوص بیماری دیسک در فرمهای شدید یک بیماری ناتوان کننده ای است و در برخی موارد حتی منجر به از دست دادن شغل بیمار و مسائل خاص اقتصادی و اجتماعی جدی در خانواده ها می شود.

مطالعات زیادی نشان دهنده این واقعیت است که نتایج درمانی (out come) بیمارانی که به روش غیرجراحی (درمان دارویی یا اپیدورال و ...) درمان شده اند در مقایسه با کسانی که مورد جراحی قرار گرفته اند پس از زمان ۵-۲ سال تفاوت چشمگیری نداشته است. ولی نتایج (فقط) کوتاه مدت بیمارانی که مورد عمل جراحی دیسک قرار گرفته اند معمولاً درخشان تر از بیماران درمان شده به روش غیرجراحی است ولی این باید با هزینه بیشتر، عوارض زودرس حین جراحی و بیهوشی و عوارض تأخیری پس از ۵-۴ سال بعد از عمل با هم مورد ارزیابی قرار گیرد.

تزریق اپیدورال یک مهارت کاملاً فوق تخصصی است که کمتر پزشک عمومی یا متخصص با آن آشنایی کامل دارد. کمتر پزشکی حاضر به پذیرش مخاطرات احتمالی آن و دردهای ناخواسته آن می باشند و عمده درمانگران ترجیح می دهند این قسمت از مسیر درمان را فاکتور گرفته و راه آخر (جراحی) را به بیمار پیشنهاد دهند. این اقدام الزاماً به معنی دلسوزی برای بیمار نیست. بلکه پاک کردن قسمتی از صورت مسئله به جای حل مسئله است.

پزشک واقعی آن کسی است که برای گرفتن بهترین نتیجه با کمترین مشکل برای بیمار یک مسیر علمی و آکادمیک را انتخاب نماید. مسلماً اگر شما نیز جزء ۲۰-۱۰ درصدی باشید که تزریق اپیدورال را یک اقدام معجزه آسا برای خود تجربه کرده باشید، اذعان خواهید فرمود که ارزش اپیدورال برای شما به اندازه یک زندگی و حیات مجدد خواهد بود و اگر اپیدورال برای شما پاسخ مطلوب نداشت و با روش منطقی بعدی (جراحی) بهبودی پیدا کردید، ارزش عمل جراحی را معادل ارزش یک حیات جدید با کیفیت بهتر زندگی ارزیابی خواهید نمود و در مواردی بسیار نادر علیرغم همه راههای پیشنهاد شده علمی فوق باز ممکن است نتیجه مطلوب حاصل نشود و البته این احتمال در تمام کشورهای پیشرفته دیگر هم وجود دارد.

انجام اپیدورال به سبک اصولی آن واجد شرایط زیر است:

- الف- با بی حسی کامل موضعی بدون کوچکترین ناراحتی انجام می شود.
- ب- سوزن مورد استفاده سوزن مخصوصی است که بر اساس هر بیمار انتخاب می شود بنابراین آسیب نسبی کمتر و درد و عوارض بسیار کمتری خواهد داشت.
- ج- خیلی از مواقع با جایگزین کردن دقت بیشتر، صرف وقت بیشتر و اعمال ابتکار خاص خود این کار بدون نیاز به فلوروسکوپ (هدایت سوزن به کمک اشعه X) انجام می شود و با مطالعات خود

نشان داده ایم که نتایج و دقت تزریق ( سخت ترین قسمت تزریق یعنی اطمینان از قرار گرفتن صحیح سوزن در محل بسیار حساس و ظریف آن) با این روش می تواند کمتر از روش همراه با فلوروسکوپی نباشد. (به مقالات مؤلف در سایت google مراجعه فرمائید)

د- ما معمولاً یک بار تزریق را به بیمار پیشنهاد می کنیم هرچند در بیشتر کشورهای پیشرفته معمولاً ۳ تزریق متوالی با فاصله حداقل ۱-۲ ماه را پیشنهاد می نمایند. ما در صورتی تکرار تزریق را در دستور کار خود قرار می دهیم که خود بیمار این ترجیح را اعلام نماید و دلایل جدی تری برای عمل جراحی در وی وجود نداشته باشد ما با همین تزریق منفرد نتایج قابل قبول فوق را داشته ایم ه- هزینه تمام شده تزریق ما به مراتب کمتر از هزینه آن در کشورهای پیشرفته (حدود ۱۵۰۰ تا ۲۰۰۰ دلار آمریکا با بستری و هزینه های جنبی) می باشد.

### \* فضای اپیدورال چیست؟

غشایی که طناب نخاعی و ریشه های عصبی را در کانال نخاع می پوشاند دورا (Dura) نامیده می شود. فضای اطراف « دورا» اپی دورال خوانده می شود. التهاب این ریشه های عصبی باعث درد در این ناحیه می شود که می تواند باعث ضایعات دیسکی یا استخوانی در این منطقه باشد.

### \* تزریق اپیدورال چیست و چرا کمک کننده است؟

تزریق اپی دورال در واقع تزریق ضد التهاب به فضای اپی دورال با امید به رفع التهاب و در نتیجه رفع درد در اندامهای تحتانی و کمر می باشد. این تزریق می تواند باعث کمک به بهبود ضایعه به علت برطرف کردن التهاب شود.

### \* در طی پروسه چه اتفاقی افتاد؟

بیمار ابتدا درمان آرام بخش دریافت می کند. سپس روی تخت به پهلو خوابیده محل تزریق با مازیک مشخص میشود. سپس پوست همان منطقه استریل شده و توسط پزشک بی حس می شود. پس از آن پزشک سوزن را به فضای اپی دورال وارد می کند مقدار کمی ماده بیحسی تزریق می شود و سپس مقادیر لازم کورتیکواستروئید یا سایر داروهای جدیدتر به فضای اپی دورال تزریق می شود.



### و پس از آن چه اتفاقی می افتد؟

بیمار به قسمت ریکاوری منتقل شده و برای حدود ۳۰ دقیقه تحت نظر قرار می گیرد. از بیماران خواسته می شود وضعیتشان را طی یک هفته ثبت کنند.

یک ویزیت مجدد هم انجام خواهد شد برای بررسی بیمار و انجام دوباره عمل در صورت نیاز در خیلی از کشورها، این تزریقات در ۳ سری به فاصله ۲-۴ هفته انجام خواهد شد. پاهای برای ساعاتی دچار ضعف و بی حسی خواهند بود که این موضع قابل انتظار است هرچند همیشگی نیست.

### \* چه کسانی مورد تزریق اپیدورال قرار می گیرند؟

بیمارانی تحت درمان با تزریق استروئید به فضای اپی دورال قرار می گیرند که دارای درد قسمت پایین کمر (لومبار) با انتشار به یک یا هر دو اندام تحتانی دارند و علل عفونی و بدخیمی مطرح نباشند. عمده ترین این بیماران مبتلا به فتق دیسک کمر، تنگی کانال نخاع و یا التهاب اطراف ریشه اعصاب کمری هستند.

### \* یافته های تصویر نگاری

یافته MRI به شدت متنوعند و شامل تنگی کانال نخاعی - فتق دیسک - تغییرات دژنراتیو دیسک یا بدون تغییر لایه خارجی دیسک و لغزندگی مهره می باشند. در برخی بیماران که برای تزریق اپی دورال ارجاع داده می شوند MRI توضیح روشنی برای علائم بیمار ارائه نمی دهد به عبارتی MRI بیماران ممکن است نرمال باشد.

### \* ممنوعیت های انجام اپیدورال

#### ممنوعیت های مطلق

- اختلالات خونریزی دهنده و انعقادی کنترل نشده
- عفونت سیستمیک (باکتری) (باکتری)
- دیابت شیرین کنترل نشده
- اختلالات عصبی پیشرونده که نیاز به جراحی اورژانس را مطرح نماید.

## \* ممنوعیت های نسبی

- لامینکتومی قبلی در محلی که برای ESI در نظر گرفته شده به علت از بین رفتن چربی پشت اپیدورال
- آلرژی به مواد تزریقی حین اپیدورال از جمله داروهای بی حس کننده موضعی
- درمان قبلی طولانی با ترکیبات کورتن با مقدار زیاد

## \* عوارض

- خونریزی در ناحیه اپیدورال
- عفونت (سلولیت - آبسه اپی دورال)
- واکنش های دارویی که ممکن است با تشدید علائم بیمار پس از تزریق رخ دهد . این عارضه گذرا ولی غیرقابل پیش بینی است .
- تشدید گذرای درد بعلت غیر از حساسیت دارویی
- سردرد بعلت کاهش فشار خون مایع مغزی نخاعی ناشی از بازشدن پرده « دورا»
- ثانویه به جذب سیستمیک کورتیکواستروئید ممکن است حالت برافروختگی ناشی از ترکیبات ضد التهابی رخ دهد .
- هیپرگلیسمی در دیابت یا بیمارانی که زمینه قبلی یا فامیلی دیابت را دارند.
- عوارض بسیار نادر دیگری هم برای تزریق اپیدورال گزارش شده است که خوشبختانه طی ۱۵ سال اخیر توسط پزشک مولف کتاب مشاهده نشده است.

## فصل یازدهم:

### پوکی استخوان

دکتر ریحانه عزیزی

شکستگی به علت استئوپروز یا پوکی استخوان یک علت مهم ناتوانی و مرگ است. استئوپروز شایعترین بیماری متابولیک استخوان است که با کاهش کمیت و کیفیت استخوان باعث افزایش خطر شکستگی می‌شود و با توجه به افزایش امید به زندگی شیوع آن رو به افزایش است. نمای ریز استخوان مثل کندوی عسل می‌باشد که دارای تیغه‌هایی با فضای مشخص است، وقتی پوکی رخ می‌دهد، حفره‌های خالی بین این تیغه‌ها بزرگتر شده و استخوان تو خالی می‌شود و بدین ترتیب با کوچکترین ضربه و حتی خود به خود می‌شکنند. لطفا توجه داشته باشید دردهای منتشر بدن یا مفاصل مختلف اساسا علامت پوکی استخوان نیست و صرفا می‌تواند نشاندهنده بیماری زمینه ای (مثلا روماتیسم یا پرکاری غدد پاراتیروئید) باشد که باعث پوکی استخوان شده است.

در یک مطالعه در ایران شیوع استئوپروز در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال در زنان ۵۶/۳٪ و در مردان ۱۶/۷٪ بوده است.

پوکی استخوان یک بیماری خاموش است و در مراحل اولیه علامتی ندارد و بنابراین تشخیص را با مشکل مواجه می‌کند. تظاهر بالینی اصلی آن، شکستگی‌های مهره و لگن و مچ دست که خود به خودی یا با کمترین ضربه اتفاق می‌افتد. گرچه شکستگی در هر قسمت از اسکلت می‌تواند رخ دهد

و تظاهراتی مثل قوز پشت، کوتاه شدن قد نسبت به قد دوران جوانی به میزان بیش از ۲/۵ سانتی متر، درد شدید کمر که در واقع عوارض پوکی استخوان هستند، باعث تشخیص استئوپروز می شوند. عللی که باعث پوکی استخوان می شوند به دو دسته عوامل غیر قابل کنترل و پیشگیری و عوامل قابل پیشگیری تقسیم می شوند که در زیر به شرح آن‌ها پرداخته می شود.

### \* عوامل غیر قابل کنترل

- ۱- سابقه خانوادگی یا شخصی شکستگی: وراثت بر کاهش توده استخوان اثر دارد و سابقه شکستگی در بستگان درجه ۱ اهمیت دارد.
- ۲- نژاد: در نژاد سفید و آسیایی شایع تر است.
- ۳- سن: با افزایش سن احتمال پوکی استخوان بیشتر است. زنان بالای ۶۵ سال و مردان بالای ۷۰ سال ذر معرض خطر هستند.
- ۴- جنس: در زنان شیوع استئوپروز بیشتر از مردان است که این شیوع در زنان ۴ برابر مردان است و در سن بالای ۷۰ سال این روند در دو جنس برابر می شود.
- ۵- ابتلا به برخی بیماری‌ها مثل بیماری غده تیروئید (پرکاری)، بیماری غده پاراتیروئید (پرکاری)، بیماری غده آدرنال (پرکاری و کم کاری) و آرتريت روماتوئید فرد را در معرض ابتلا به پوکی استخوان قرار می دهد.

### \* عوامل قابل کنترل

- ۱- وزن: داشتن وزن بسیار کم (زیر ۵۸ کیلوگرم) سبب کم شدن قدرت استخوان‌ها می شود.
- ۲- سیگار و الکل: نقش آن‌ها در بروز پوکی استخوان ثابت شده است.
- ۳- کمبودهای تغذیه‌ای: مصرف ناکافی کلسیم و ویتامین-د در کاهش تراکم استخوان مؤثر است.
- ۴- فعالیت جسمی ناکافی: نداشتن تحرک روند کاهش توده استخوانی را شدت می بخشد.
- ۵- داروها: استفاده طولانی و غیر اصولی از داروهایی مثل کورتن، داروهای ضد تشنج، هپارین و آنتی تیروئید.
- ۶- یائسگی زودرس: تولید هورمون استروژن از تخمدان‌ها متوقف می شود که این امر باعث کاهش تراکم استخوان می شود.

افرادی که یک یا چند مورد از عوامل ایجادکننده پوکی استخوان را دارند بهتر است درباره این بیماری با پزشک خود مشورت کنند.

### \* راه های درمان

تنها راه تشخیص پوکی استخوان و تعیین خطر بروز شکستگی انجام آزمون سنجش تراکم استخوان (BMD) است و از طریق این روش نیاز به درمان مشخص خواهد شد. توجه بفرمایید شروع درمان پوکی استخوان و حتی تجویز کلسیم بمنظور درمان پوکی استخوان بدون سنجش تراکم استخوان ممنوع است و بالقوه می تواند برای درمانگر یا پزشک معالج تبعات قانونی داشته باشد. اگر چه درمان قطعی برای پوکی استخوان وجود ندارد ولی روش‌هایی برای پیشگیری از ابتلا به آن وجود دارد که در زیر به آن‌ها اشاره شده است:

#### ۱- دریافت کلسیم

ممکن است حداکثر توده استخوانی با دریافت ناکافی کلسیم و سایر عوامل تغذیه‌ای (کالری، پروتئین و سایر املاح) در طی دوران رشد کاهش یافته و بنابراین منجر به افزایش احتمال استئوپروز در سال‌های آتی گردد. اغلب افراد خصوصاً زنان و دختران جوان کمتر از نیمی از مقدار توصیه شده کلسیم را مصرف می‌کنند. میزان نیاز روزانه توصیه شده ۱۲۰۰-۱۰۰۰ میلی‌گرم برای بزرگسالان است. محتوای کلسیم غذاهای مختلف غنی از کلسیم متفاوت است. برای مثال گروه لبنیات، یک لیوان شیر (همه انواع شیر بدون در نظر گرفتن مقدار چربی) ۳۲۵ میلی‌گرم کلسیم، یک لیوان ماست ۳۰۰ میلی‌گرم، یک قوطی کبریت پنیر ۱۱۰ میلی‌گرم، یک لیوان بستنی ۱۸۰ میلی‌گرم، ۲ قاشق غذا خوری کشک ۱۴۵ میلی‌گرم و یک لیوان دوغ ۱۲۵ میلی‌گرم کلسیم دارد. بنابراین هر فرد تا حدی می‌تواند دریافت روزانه کلسیم از طریق لبنیات را تخمین بزند.

از غذاهای دیگر غنی از کلسیم گروه سبزی‌ها (جعفری، نعناع، ریحان و اسفناج حاوی مقادیر بیشتری کلسیم هستند) و میوه‌ها، انواع ماهی (خصوصاً ساروین و سالمون) و حبوبات (نخود و لپه) را می‌توان نام برد.

نان و غلات نیز در صورتی که غنی شده از کلسیم نباشد، کلسیم پایین دارند. اما بدلیل اینکه بخش عمده‌ی رژیم روزانه را تشکیل می‌دهند، تأمین‌کننده عمده کلسیم دریافتی هستند. افرادی که نمی‌توانند از مواد غذایی حاوی کلسیم استفاده کنند باید با تجویز پزشک قرص کلسیم دریافت کنند.

## ۲- ویتامین-د

شواهد بسیاری نشان می‌دهد کمبود ویتامین-د ممکن است از آنچه پیش‌تر تصور می‌شد شیوع بیشتری داشته باشد. ویتامین-د برای جذب کافی کلسیم در بدن ضروری است و وقتی کافی نباشد، بدن کلسیم مورد نیاز خود را به جای جذب کلسیم از مواد غذایی، از استخوان‌ها برداشت می‌کند.

دو منبع ویتامین-د شامل

- تابش مستقیم آفتاب به پوست

- رژیم غذایی

بزرگسالان زیر ۵۰ سال به ۸۰۰-۴۰۰ واحد (شکل قابل جذب) و بالای ۵۰ سال به ۱۰۰۰-۸۰۰ واحد ویتامین-د نیاز دارند، ویتامین-د در شیر غنی‌شده، زرده تخم‌مرغ، ماهی‌های آب شور و جگر نیز وجود دارد.

## ۳- کاهش مصرف قهوه، چای، نوشابه و نمک

دریافت بیش از ۴ فنجان قهوه در روز با خطر شکستگی لگن در مردان و زنان مرتبط است. در بعضی مطالعات اثر حفاظتی چای بر شکستگی لگن گزارش شده است. مصرف روزانه بیش از ۲ گرم نمک تأثیر منفی بر استخوان در زنان و مردان دارد.

## ۴- فعالیت جسمی

عدم فعالیت مثل استراحت طولانی مدت در بستر یا فلج شدن باعث از دست رفتن چشمگیر بافت استخوان می‌شود.

ورزش منظم دوران کودکی و نوجوانی به حفظ سلامت استخوان‌ها کمک می‌کند. ورزش‌هایی که باعث افزایش توده استخوانی می‌شوند، دو دسته هستند:

- ورزش‌های تحمل وزن: در این نوع ورزش‌ها، پا و ساق پا وزن بدن را تحمل می‌کنند و فشار بدن روی استخوان‌های مرکزی یعنی مهره‌ها و هیپ وارد می‌شود. این ورزش‌ها مانند دویدن آهسته، پیاده‌روی، بالا رفتن از پله، والیبال و راه رفتن مناسب می‌باشد.

- ورزش‌های مقاومتی: این ورزش‌ها با استفاده از کشش عضلات به تقویت توده عضلانی و استحکام استخوان کمک می‌کنند، نمونه این ورزش‌ها شامل وزنه‌برداری، شنا، دوچرخه‌سواری و کار با دستگاه‌های ورزشی ثابت است.

اگر فرد بی‌تحرك است باید قبل از شروع ورزش با پزشک خود مشورت کند.

## ۵- ملاحظات خاص

سقوط و زمین خوردن عامل مهم آسیب بالای ۶۵ سال و مهمترین علت مرگ در اثر آسیب است. اکثر زمین خوردن‌ها در منزل اتفاق می‌افتد.

آسیب ناشی از زمین خوردن مانند شکستگی و ایجاد نگرانی و ترس از راه رفتن و از دست دادن اطمینان شخص به خود و زمین‌گیر شدن فرد است. باید عوامل خطر در محیط زندگی شناسایی و اصلاح شود. برای مثال در منزل حمام خطرناک‌ترین محل است و باید کفپوش حمام غیرلغزنده باشد یا از دوش سیار و صندلی استفاده کرد یا از قالیچه‌های کوچک که اتکای کم دارند و زیر پا لیز می‌خورند، استفاده نشود.

بهتر است از توالی فرنگی استفاده شود زیرا بلند شدن ناگهانی یا کوتاهی توالی می‌تواند باعث زمین خوردن شود.

پله‌ها محل شایع سقوط و آسیب شدید در افراد مسن است و بیشتر حوادث هنگام پایین آمدن از پله اتفاق می‌افتد. طول و ارتفاع پله‌ها باید مناسب باشد. پله‌برقی فروشگاه‌ها یکی از علل مهم زمین‌خوردگی افراد مسن است و بهتر است از آسانسور استفاده شود.

باید به افراد مسنی که دچار آلزایمر، کاهش حدت بینایی، دیابت نوع ۲، مصرف‌کننده داروهایی مثل ضد تشنج، کورتن و ضد فشار خون هستند یا سابقه سکته مغزی و نمایه توده بدنی پایین دارند، توجه ویژه داشت.

## ۶- داروها

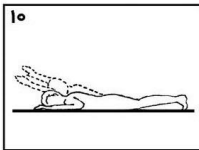
گرچه درمان قطعی برای پوکی استخوان وجود ندارد. اما داروهایی مثل استروژن، کلسی‌تونین، بیس فسفونات (مثل آلدرونات)، هورومن پاراتیروئید و رالوکسیفن توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای پیشگیری و درمان استئوپروز پذیرفته شده است.

اهداف سیستم‌های بهداشتی باید طوری برنامه‌ریزی شود که در محیط‌های مختلف اجتماعی و مدارس با توجه به منابع موجود کودکان، جوانان و والدین آن‌ها را در جهت داشتن سبک زندگی سالم، حفظ سلامت استخوان و پیشگیری از استئوپروز آموزش داد و در صورت ابتلای اعضای خانواده، در مورد حمایت روانی از این بیماران در پذیرش بیماری خود و اصلاح سبک زندگی به آن‌ها یاری رساند.

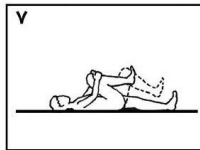
## ضمیمه:

## ورزش های ستون فقرات

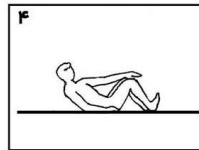
قبل از شروع به این تمرین ها، توصیه می کنیم در ابتدا، تمرین ها را به آهستگی و با آرامش کامل انجام دهید. زمان لازم برای این نرمش ها در ابتدای تمرین بین ۳ تا ۵ دقیقه است و به تدریج این میزان افزایش می یابد. دامنه حرکات نیز باید به تدریج گسترش یابد. به عنوان نمونه وقتی قرار است پا به سمت بالا کشیده شود، مقدار بالا آوردن در ابتدا بسیار کم است و بستگی به توانایی بیمار دارد. به مرور زمان و با تمرین های مرتب، بر قدرت پا افزوده شده و این حرکت کامل تر می شود.



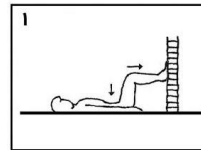
در حالیکه شکم روی زمین قرار دارد همزمان هر دو شانه را از زمین بلند کرده در حالیکه دست ها را از آرنج خم نموده آید به بالای سر خود هدایت می کنید.



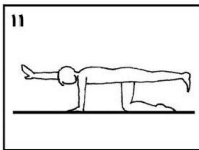
زانو راست را با دو دست گرفته و به سینه فشار می دهیم. سپس این کار را با زانوی چپ انجام می دهیم. در ابتدا ۵ تا ۱۰ ثانیه زانو را در حالت فشار نگه می داریم.



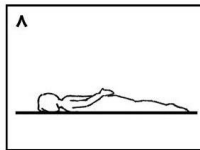
دست چپ را روی زانوی راست و بلعکس به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه قرار می دهیم. تکرار: ۱۰ مرتبه



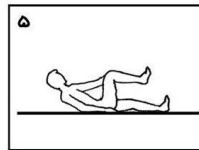
در حال خوابیده به پشت، پارا به دیوار فشار می دهیم. (فشار همزمان پا به دیوار و ستون فقرات به زمین)



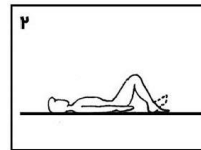
تمرین ۸ دست و پا: بدن را روی دو زانو و کف دست قرار داده و دست راست و پای چپ را همزمان می کشیم. این حرکت را با دست و پای مقابل هم انجام می دهیم.



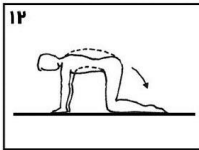
بر روی شکم خوابیده در حالیکه قطعه ای ابر در زیر شکم قرار دارد، دست ها را بر پشت کمر قرار می دهیم و ابتدا پاها، سپس سر و شانه را به سمت بالا می آوریم.



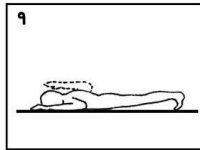
دست راست و پای چپ را روی زمین قرار می دهیم. پای راست را بالا آورده، سر و شانه را بالا می آوریم و با دست چپ به زانوی راست فشار می آوریم.



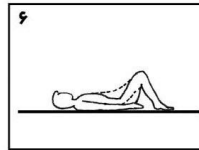
فشار دادن همزمان کمر و کف پا به زمین



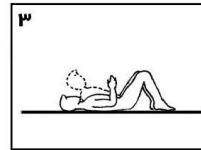
مطابق شکل، شکم و سینه را بالا می آوریم و سر را به داخل و پایین خم می کنیم سپس سر را به بالا می آوریم و روی زانو ها به عقب بر می گردیم.



در حالیکه شکم روی زمین قرار دارد، همزمان هر دو شانه را از زمین بلند کرده در حالیکه دست ها را از آرنج خم نموده آید به بالای سر خود هدایت می کنیم.



در حالیکه زانو ها خمیده است و دست ها بر روی زمین تکیه دارند باسن و پشت را از زمین بلند کرده و به آهستگی به جای اول بر می گردانیم.



در حالیکه زانو ها خمیده اند سر و شانه را بلند می کنیم. در این حالت دست ها نباید با زمین تماس داشته باشند.