

بیماری‌های روماتیسمی

"به زبان علمی و ساده برای همه"

تدوین

دکتر علی اصغر ابراهیمی

۱۳۹۹

بیمار یهای روماتیسمی "به زبان علمی و ساده برای همه"

نویسندگان: دکتر علی اصغر ابراهیمی – دکتر فائقه ابراهیمی ناشر: پژواک البرز

نوبت چاپ: اول سال چاپ: ۱۴۰۰ قطع کتاب: رقعی چاپ و صحافی: البرز تعداد

صفحات: ۱۵۸ شابک: ۰-۵۰-۶۰۲۱-۶۲۲-۹۷۸

سرشناسه	: ابراهیمی، علی اصغر، ۱۳۴۴-
عنوان و نام پدیدآور	: بیماری‌های روماتیسمی به زبان علمی و ساده برای همه/ تدوین علی اصغر ابراهیمی، فائقه ابراهیمی.
مشخصات نشر	: تبریز: پژواک البرز، ۱۴۰۰.
مشخصات ظاهری	: ۱۵۸ ص.: جدول، مصور(رنگی)؛ ۱۴/۵ × ۲۱/۵ سم.
شابک	: ۹۷۸۰-۵۰-۶۰۲۱-۶۲۲-
وضعیت فهرست نویسی	: فاپا
یادداشت	: پشت جلد به انگلیسی: Rheumatic diseases:scientific and simple
موضوع	: روماتیسم Rheumatism روماتیسم‌شناسی Rheumatology روماتیسم کودکان Rheumatism in children
شناسه افزوده	: ابراهیمی، فائقه، ۱۳۶۹-
رده بندی کنگره	: RC۹۲۷
رده بندی دیویی	: ۷۲۳/۶۱۶
شماره	: ۷۵۹۲۵۳۴
کتابشناسی ملی	
اطلاعات رکورد	: فاپا
کتابشناسی	

پیشگفتار:

سلامتی بزرگترین نعمت اعطائی خداوند به تمام انسان‌هاست. وقتی به هر صورت و یا به هر علتی این نعمت خدشه‌دار می‌شود؛ «بیماری» یا «ناخوشی» ایجاد می‌شود.

بیماری‌ها ممکن است به صور زیر نمایان بشوند:

-خیلی حاد و ناگهانی، مثل سکته مغزی، سکته قلبی و...

-حاد، مثل پیدایش لخته (آمبولی) در ریه و حمله التهاب مفصلی در بیماری معروف «نقرس» و...

-تحت حاد، مثل پیدایش عفونت در قسمتی از بدن، از جمله ریه، کلیه و مفاصل بدن و...

-اما فرم مزمن بیماری‌ها که شامل درصد زیادی از انواع اختلالات دستگاه‌های مختلف بدن‌مان نیز می‌شود از جمله: بیماری قند (دیابت)، بیماری آسم (که البته گاهی بصورت حملات حاد نیز خود را نشان می‌دهد)، نارسائی قلب و نارسائی کلیه و...

[] - با این مقدمه، خصوصیات مشترک اغلب بیماری‌های

روماتیسمی را خلاصه‌وار به قرار زیر بیان می‌کنم:

- [] - اکثر بیماری‌های روماتیسمی جزء دسته بیماری‌های مزمن به شمار می‌روند ، هر چند که گاهی حالت‌های « تشدید یافته » به عللی پیدا شده و موقتا صورت مزمن بیماری را تغییر می‌دهد.

[] - اهمیت مزمن بودن این بیماری‌ها در اینست که پزشک معالج باید آموزش‌های لازم را به بیمار و حتی همراهان وی بدهد تا آنها بخصوص خود فرد بیمار با آگاهی و اطلاعات علمی لازم و توجه به تمام توصیه‌های داروئی و غیر داروئی پزشک خود، بتواند با بیماری خود، به اصطلاح « کنار » بیاید و براحتی با کنترل خوب علائم بیماری خود، به زندگی اش بدون دغدغه و نگرانی ادامه دهد. البته این به معنی قابل درمان نبودن « روماتیسم » نیست. چرا که مطابق موازین علم روز و تجربیات فراوان پزشکان صاحب‌نظر؛ در صورت تشخیص به موقع و درمان‌های خوب و با کفایت و آموزش‌های علمی لازم برای بیماران، اکثر بیماری‌های مزمن، از جمله بیماری‌های روماتیسمی ، بخوبی قابل کنترل و درمان هستند.

[] - بیماری‌های روماتیسمی جزء بیماری‌های شایع در تمام جوامع انسانی به شمار می‌روند و این نکته هم بر ضرورت توجه بیشتر به این نوع مشکلات، از جانب پزشکان، مسئولین سیستم سلامت جامعه و نهایتاً خود بیماران و همراهان آنها، تأکید دارد.

[] -بیماری‌های روماتیسمی چون اغلب خاصیت التهابی دارند و مزمن هم هستند لذا در صورت هرگونه تأخیر تشخیصی و درمانی؛ موجب تخریبات بافتی و یا تغییر شکل مفاصل و اختلال عملکرد ارگان‌های مهم حیاتی مثل ریه، قلب، چشم و کلیه و ... خواهند شد. و نهایتاً ممکن است سبب مرگ و میر هم بشوند.

[] -خصیصه دیگر بیماری‌های روماتیسمی، که البته اغلب آنها را نیز شامل می‌شود، حالت «سیستمیک» بودن آنهاست. یعنی که این دسته از بیماری‌ها، اگر هم ابتدا با درگیری ظاهری یک ارگان یا سیستم، مثلاً مفاصل بدن یا پوست و مخاطات، خود را نشان می‌دهد ولی در سیر خود - گاهی حتی علیرغم درمان‌های لازم - بتدریج حالت درگیری چند سیستم بخود می‌گیرد. به عنوان مثال مانند آنچه که در بیماری روماتیسمی « بهجت » اتفاق می‌افتد (در آغاز فقط ممکن است چند تا آفت دهان باشد اما دیر یا زود چهره واقعی سیستمیک بودن خود را به نمایش بگذارد. این نکته ایجاب می‌کند که هر پزشکی که خود را صاحب صلاحیت ویزیت بیمار « روماتیسمی » می‌داند: حتماً لازم خواهدبود در هر بار مراجعه بیمار؛ وی را کاملاً معاینه و بررسی بالینی کافی و تست‌های آزمایشگاهی یا تصویربرداری واقعا ضروری را به انجام برساند.

حال پس از این مقدمه، سال‌ها بود که احساس وظیفه می‌کردم از بیماری‌های روماتیسمی و چند موضوع مربوط به این مباحث، نوشتاری به زبان علمی و قابل فهم و استفاده برای همگان (کلیه عزیزان علاقمند در هر رتبه علمی از دانشجویان پزشکی تا همکاران پزشک عمومی حتی رزیدنت‌های رشته داخلی یا سایر رشته‌های علمی ارتباط‌دار با بیماری‌های روماتیسمی و ...) البته در وسع علمی خودم، تهیه و در دسترس دوستان و همکاران گرانقدر قرار دهم.

هدف دیگر این مجموعه نوشتار، البته پاسخ به در خواست‌های تکراری بیماران و همراهان محترمشان می‌باشد که طی چندین سال، از این جانب تقاضای معرفی منابع فارسی مفید و قابل استفاده را داشتند و دارند.

اینجانب به عنوان پزشک متخصص داخلی (ده سال سابقه کاری در تخصص بیماری‌های داخلی) و بعد در کسوت فوق تخصص روماتولوژی (هفده سال سابقه کاری به عنوان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز که البته این افتخار هنوز هم ادامه دارد) تلاش کردم موارد شایع و مهمتر بیماری‌های روماتیسمی را از مجموعه مطالعات، اندوخته‌ها و تجربیات کلینیکی خودم را گرد

آورم. انشاء الله که مفید باشد و در نظر خوانندگان گرامی و اساتید فن مقبول افتد.

[] - البته قسمت اول شامل هفت موضوع در قالب «جلد اول» آماده چاپ و ارائه خدمت دوستان و سروران گردید و امیدوارم به یاری خداوند به زودی قسمت دوم این نوشتارها در قالب «جلد دوم» نیز آماده و خدمت علاقمندان عزیز تقدیم گردد.

[] - در پایان لازم است از دخترم، خانم دکتر فائقه ابراهیمی، که در تهیه این مجموعه و ویرایش‌های لازم آن، علاقمندانه زحمات زیادی متحمل شدند، تشکر ویژه داشته باشم و از خداوند بزرگ برای ایشان هم توفیقات روز افزون در خدمت به بیماران در لباس مقدس پزشکی خواستارم.

- [] امیدوارم هر چه از باب نوشتارهای ناچیز اینجانب، در خصوص آموزش یا کمک به تشخیص و درمان بیماران مؤثر واقع شود؛ به لطف الهی ضامن سلامت و طول عمر اساتید گرامیم چون «جناب پروفسور دکتر اکبر رجائی در شیراز» و سایر اساتید بزرگوارم در تبریز و تهران باشد انشاء الله.

فصل اول.....	۱۳
آرتروز: Arthrosis.....	۱۳
معنی آرتروز چیست؟.....	۱۴
آرتروز چه نوع بیماری است؟.....	۲۱
آرتروز کدام مفصل‌ها را بیشتر درگیر می‌کند؟.....	۲۳
آیا مفاصل درگیر با آرتروز، قبلاً مشکلی در خود دارند؟.....	۲۳
آیا مفاصل سالم نیز واقعا دچار آرتروز می‌شوند؟؟.....	۲۳
علائم بالینی آرتروز در مفاصل محیطی بدن (مثل زانو، هیپ، انگشتان دست و ...) به چه صورت می‌باشد؟؟.....	۲۶
آیا آرتروز تمام مفاصل بدن ما را درگیر می‌کند؟ یا شیوع آن در مفاصل مختلف، متفاوت است؟.....	۳۰
درمان یا درمان‌های امروزی آرتروز کدامند؟.....	۳۳
درمان‌های دارویی در آرتروز:.....	۴۰
فصل دوم.....	۵۵
آرتريت روماتوئيد و سرما.....	۵۵
عوامل ژنتيك مستعد كننده:.....	۵۶
عوامل محیطی:.....	۵۶
تغییرات یا اختلالات سیستم ایمنی ناشی از تداخل عوامل محیطی ذکر شده و زمینه مستعد ژنتیک این بیماری.....	۵۷

می‌گذارد؟.....	۵۷
بیمار مبتلا به روماتیسم چه علائمی دارد؟.....	۵۸
راستی سرمائی که بیمار مبتلا به روماتیسم از آن صحبت می‌کند، چیست؟.....	۶۱
فصل سوم.....	۷۵
ارتباط استرس و بیماری‌های خود ایمنی استرس چیست؟.....	۷۵
عوامل استرس زا.....	۷۶
انواع استرس.....	۷۶
فصل چهارم.....	۸۹
بیماری بهجت.....	۸۹
آیا شما اسم بیماری « بهجت » را شنیده‌اید؟.....	۸۹
چقدر با این بیماری آشنا هستید؟.....	۸۹
اصلا بیماری بهجت چه نوع بیماری است؟.....	۸۹
معیارهای پنج گانه بیماری بهجت کدامند؟.....	۹۴
- [] علائم در گیری چشمی در بهجت.....	۹۹
برای درمان بیماری بهجت چه داروهائی بکار می‌رود؟.....	۱۰۷
داروهای مورد مصرف در ضایعات مخاطی - پوستی.....	۱۰۸
انواع آفت‌های دهانی، تناسلی یا ضایعات پوستی مختلف بهجت.....	۱۰۸
التهاب مفصلی.....	۱۰۸

داروهائی که برای درمان موارد سنگین بهجت بکار می‌رود عبارتند از:	
۱۰۹.....	
فصل پنجم.....	۱۱۳
روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن.....	۱۱۳
آیا راه پیشگیری باز است؟.....	۱۱۳
آرتريت روماتوئيد يا همان روماتيسم مفصلی:	۱۱۴
عوامل مستعد کننده ژنتیک و فامیلیال و عوامل محیطی:.....	۱۱۶
چرا در تشخیص این بیماری (RA) اصرار می‌ورزیم آیا واقعا RA یک	
بیماری کشنده است ؟	۱۱۷
فصل ششم.....	۱۲۱
آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند؟.....	۱۲۱
اگر بچه یا نوجوانی مبتلا به روماتیسم شد، سرنوشت او چه می‌شود؟	
۱۲۱.....	
چه نوع بیماری روماتیسمی در بین بچه‌ها شایع‌تر است؟؟.....	۱۲۲
چه داروهائی در درمان روماتیسم بچه‌ها مجاز یا مؤثر است؟.....	۱۲۲
چه مراقبت‌های غیر داروئی در کنترل روماتیسم بچه‌ها لازم است؟.....	۱۲۲
اسامی متداول روماتیسم جوانان در کشورهای مختلف:	۱۲۷
داروهائی در درمان روماتیسم مفصلی بچه‌ها بکار می‌رود:.....	۱۳۹
فصل هفتم.....	۱۴۷
لوپوس و استرس.....	۱۴۷

آیا میدانید لوپوس چیست ؟ و یا چگونه بیماری است؟؟.....۱۴۷

اصلا کلمه لوپوس به چه معناست؟.....۱۴۷

چه کسانی مستعد این بیماری هستند؟ و یا این بیماری در چه کسانی

شایعتر است؟؟.....۱۴۷

نقش استرس در لوپوس کدامست؟ آیا این دو رابطه دو طرفه دارند؟؟۱۴۸

سرانجام آیا لوپوس واقعا قابل درمان است؟.....۱۴۸

اما چه کسانی مستعدتر به لوپوس هستند؟.....۱۵۲

راستی لوپوس چه علائم بالینی ایجاد می کند؟.....۱۵۳

آرتروز Arthrosis



شایعترین بیماری مفصلی در تمام جوامع (از غرب تا شرق، از شهر تا روستا، زنان و مردان، پیران تا میانسالان و حتی جوان‌ها، هر شغلی سخت تا آسان و ...) است.

پس آرتروز مشکل مفصلی همه‌گیر و برای همه افراد در کل جهان است.

معنی آرتروز چیست؟

مشکل در کجاست؟

چه عواملی سبب ایجاد آرتروز در مفاصل می‌شود؟

آیا واقعا راست است که می‌گویند: آرتروز درمان ندارد؟
امیدواریم پاسخ این پرسش‌ها و جواب هر گونه ابهام در این مورد را در طی نوشته حاضر به درستی در یابید

در زمان‌های پیشین، آرتروز را به معنی استهلاک یا سائیدگی یا پیری مفاصل می‌دانستند (DJD=Degenerative Joint Disease) یعنی بیماری استهاله‌ای یا دژنراتیو مفص. اما امروزه اسامی علمی رساتری به این بیماری داده شده‌است:

- استئو آرتریت (OA= Osteoarthritis) یعنی التهاب استخوان
مفصل (البته این اسم به مفهوم این نیست که آرتروز یک بیماری

التهابی مفصل است بلکه معنای اصلی‌اش وجود توآم پدیده استهلاکی با جزئی از التهاب در داخل مفصل مبتلا می‌باشد).

(Combination of Degeneration and Inflammation)

-نارسائی مفصلی (Joint Failure) مثل نارسائی قلب، نارسائی کلیه یا کبد. این اسم از چند جهت پر مفهوم و رساتر است:
 °مفصل یک مفهوم ساده به معنی محل رسیدن انتهای دو استخوان بهم نیست بلکه مفصل هم در واقع یک ارگان خاص حیاتی و مهم در امر اساسی « حرکت یا » Motion به حساب می‌آید و آرتروز به معنی نارسائی این ارگان به شمار میرود (عملکرد و ساختمان مفصل، هر دو در آرتروز دچار اختلال می‌شود).

اصولا کلمه « نارسائی » وقتی در مورد عضوی یا اندامی بکار برده می‌شود به این معناست که عواملی دست به دست همدیگر می‌دهند و نهایتا موجب اختلال عملکرد و یا ضایعه ساختمانی در آن عضو می‌شوند. به عبارت دیگر، آرتروز به معنی یک « بیماری » محسوب نمی‌شود بلکه در واقع یک پروسه یا پدیده نهائی ناشی از مجموعه تأثیرات عوامل مختلفی است که معمولا در گذر زمان یا به صورت تدریجی بر روی مفصل اثر گذار بوده اند و اکنون ما محصول نهایی یا ظاهر آنرا در شکل « آرتروز » می‌بینیم.

بنابراین وقتی گفته می‌شود مثلاً کسی در زانوی خود دچار آرتروز شده‌است، در واقع این یک بیان حالت است نه یک تشخیص. چرا که بدنبال آن باید گفته شود به چه علت یا عللی این فرد دچار آرتروز زانو شده است؟ زیرا بدون پرداختن به این سؤال اخیر، شناخت ما از وضعیت پیش آمده به زانوی وی، سطحی و کم ارزش خواهد بود. ولی چنانکه به شناخت عامل یا عوامل ایجاد آرتروز در زانوی او توجه کامل بکنیم این علت یابی، امکان اصلاح، بهبود و یا درمان اساسی را فراهم خواهد آورد.

البته از لحاظ علت شناسی (اتیولوژیک (Etiologic) آرتروزها را در نگاه اول به دو دسنة کلی تقسیم می‌کنند:

-آرتروز اولیه یا ایدیوپاتیکی (Idiopathic) که به ظاهر هیچ علت زمینه‌ای مستعد کننده برای این مشکل مفصلی وجود ندارد.

-آرتروز ثانوی یعنی آنچه که بدنبال مداخله یک یا چند عامل موجود در بیمار یا سوابق گذشته او، بوجود آمده است. البته بطور کلی، این گروه دوم شایع‌تر از گروه اول می‌باشد. اما گروهی از محققین عقیده دارند که در واقع، همه موارد « آرتروز » شکل ثانوی یا دارای علت هستند و نوع آرتروز اولیه اصلاً وجود بالینی ندارد. زیرا که اگر هر بیمار مبتلا به آرتروز را خیلی به دقت و همه جانبه (

شامل تمام سیستم‌های بدن وی - اعم از مفاصل، عضلات، اعصاب و مغز، غدد و...) معاینه کنیم و از سوابق بیماری‌ها یا حوادث و صدمات و تصادفات گذشته در زندگی‌اش بخوبی مطلع شویم؛ تقریباً در همه موارد، سرانجام به یک یا چند علت ظریف و مهم در بیمار پی خواهیم برد که وی را مستعد ابتلا به آرتروز در ماه‌ها یا حتی سال‌ها بعد می‌نماید. سوابق بیماری‌های ارثی و فامیلی مختلف نیز که در سیستم پیچیده حرکتی بدن وجود داشته باشد از لحاظ پی بردن به علل ریشه‌ای آرتروز حائز اهمیت است، از جمله: انواع اختلالات عضلانی، میوزیت‌ها و میوپاتی‌ها و دیستروفی‌ها (Dystrophy)، اختلالات متنوع سیستم اعصاب - از مغز تا نخاع یا اعصاب محیطی اندام‌ها (Neuropathy) نوروپاتی حسی یا حرکتی - اقسام مختلف بیماری‌هایی که مثلاً کمبود مواد لازم استخوان و عضلات را تولید می‌کنند از جمله کمبود طولانی مدت کلسیم، فسفر، منیزیم و ویتامین D3 یا پروتئین و...

سابقه شکستگی‌ها به هر علت (ضربه یا پوکی استخوان) که یا به داخل فضای مفصلی کشیده شده باشد و یا منجر به کوتاهی یا بد شکلی اندام آسیب دیده شده باشد نیز باید جزء علل ایجاد آرتروز مد نظر باشد.

انواع سندرم هائی که بنام "Hypermobility" یا زیادی غیر طبیعی دامنه حرکت مفاصل بدن یا شلی بیش از حد (Laxity)

آنها به علت اختلالات ارثی در ساختمان بافت همبندی (Connective Tissue) می باشد و اغلب از زمان کودکی شروع شده و بتدریج حتی در ایام جوانی یا میانسالگی فرد دچار آرتروز زودرس مفاصل - بخصوص در مفاصلی که متحمل وزن بدن هستند - می نماید. از این دسته بیماری ها می توان؛ سندرم مارفان « Marfan »، شبه مارفان و سندرم اهلر دانلوس « Ehlers Danlos » را نام برد. اگر در معاینه بیمار آرتروزی، خوب دقت شود و در اخذ سوابق طبی او نیز توجه کافی بعمل آید و همچنین از احتمال بیماری های ارثی یا فامیلی وی نیز بدرستی مطلع شویم؛ متوجه خواهیم شد که در تعداد زیادی از بیماران «آرتروز»، نه یک علت بلکه چندین علت با همدیگر دارد - یعنی Multifactorial می باشد. در چنین حالتی برای درمان یا بهبود وضعیت آرتروز، البته توجه به اصلاح یا درمان و کنترل تک تک این عوامل ضرورت خواهد داشت.

کارکرد لولای در شبیه آرتروز است، وقتی که لولای در مشکل پیدا می‌کند یعنی باز و بسته کردن در سخت می‌شود یا صدای ناخوشایندی ایجاد می‌کند. از یک استاد نجار خوب علت این مسأله و راه حل آنرا جویا می‌شویم. او ممکن است به موارد زیر اشاره کند:

- طرز استفاده از در خوب و منطقی نبوده است یعنی از این درب خیلی زیاد کار کشیده‌اند و یا افراد رعایت حال درب را ننموده‌اند و به شدت آنرا به دفعات زیاد کوفته‌اند!! این لولا چندان مناسب لنگه سنگین این درب نبوده است یعنی درب سنگین و لولا با این جنس قدرت تحمل آنرا نداشته است!! - اصلاً اشکال در محل جایگذاری این درب بوده یا بعداً چارچوب درب نشست کرده و لذا توازن نیروهای وارده به درب و لولای آن بهم خورده است!! هر درب و لولائی لازم است هر از گاهی مورد دقت و تنظیم قرار گیرد بخصوص اگر در عملکرد این درب پس از مدتی، سروصدای غیر عادی شاهد باشیم و حال اینکه شما اصلاً به موقع به زبان حال این در گوش نداده‌اید و لذا در شرایط فعلی هزینه شما برای اصلاح خرابی‌های پیش آمده زیادتر شده است. ابتدا یک استاد بنائی باید جایگاه درب شما را اصلاح بکند و بعد یک استاد آهنگری خوب، چارچوب این درب را میزان بکند و آنگاه، من هم کار نجاری لازم را انجام بدهم.

آری مثال بالا را آوردیم تا هم نگاه ما به مفصل دچار آرتروز، عمیق تر شود و هم اصل توجه به سلامت ارگان‌های ارزشمند خدادادی بدنمان را آنهم «به موقع» نه با دیر کرد و تأخیر؛ یاد آور شده باشیم.

مفاصل بدن هر کدام یک ارگان حیاتی به شمار می‌رود زیرا که در همه فعالیت‌های روزمره خودمان، همچنانکه به سلامت ارگان‌هایی مثل قلب، ریه، کلیه، کبد، مغز و اعصاب و دستگاه گوارش و ... نیازمندیم؛ به سالم بودن ساختمان و عملکرد همه مفاصل ریز و درشت خودمان هم محتاجیم.

ابرو و بادومه و خورشید و فلک در کارند

تا توانانی به کف آری و به غفلت نخوری

همه از بحر تو سرگشته و فرمانبردار

شرط انصاف نباشد که تو فرمان‌بری

آرتروز - این شایع‌ترین بیماری - تمام مفاصل ما را هدف قرار می‌دهد و خوشایندی زندگی را از ما سلب می‌کند. پس باید بخوبی با این بیماری آشنا شویم و به موقع با مراجعه به پزشکان ذیصلاح در این زمینه، آرتروز را بهبود، کنترل و بلکه درمان کرده باشیم: پزشک

خانواده، پزشک متخصص بیماری‌های داخلی، پزشک فوق تخصص روماتولوژی، پزشک متخصص طب فیزیکی و توانبخشی، پزشک متخصص ارتوپدی.

آرتروز چه نوع بیماری است ؟

درست است که هدف اولیه و اصلی این بیماری، غضروف مفصلی است، اما با ادامه روند بیماری، دیری نمی‌پاید که تمام عناصر یا بافت‌های داخل و حتی خارج یا دور مفصلی نیز هر کدام به نحوی دچار تغییرات و دگرگونی‌های خاصی می‌شوند. البته باید گفته شود که پس از پیدایش اولین « ضایعه » در غضروف مفصلی، هم خود غضروف شروع به نشان دادن یکسری تغییرات جبرانی یا « ترمیمی » در خودش می‌کند و هم بافت‌های مجاور یا زیرین و حتی عناصر دور مفصلی نیز واکنش‌ها یا تغییرات خاصی از خود بروز می‌دهند که در مراحل اولیه، همگی حالت « ترمیم » در مقابل « ضایعه » یا آسیب « می‌باشد. از این حالت‌های جبرانی می‌توان به موارد زیر اشاره نمود : تورم و افزایش آب غضروف و تکثیر یا افزایش تعداد سلول‌های غضروفی (کندروسیت‌ها Chondrocytes)، سفت شدگی یا اصطلاحاً عاجی (مثل عاج فیل) شکل شدن (bernation) استخوان زیر غضروف مفصلی، پرده پوشاننده فضای داخل مفصلی

هم البته به صورت ملایم دچار التهاب و ضخیم‌شدگی می‌شود. و بالاخره در مراحل بعدی آرام آرام نوبت واکنش‌های ترمیمی یا جبرانی به کپسول مفصلی مقاوم و محافظ فضای استریل داخل مفصل می‌رسد که ضخامت و سفتی بیشتری جهت مقابله با آسیب پیش آمده در داخل مفصل، پیدا می‌کند. با ادامه وضعیت پیش آمده برای مفصل (آرتروز) تاندون‌ها و عضلات دور مفصل که از مهمترین محافظین سلامت مفصل هم به شمار می‌روند، کم کم دچار ضخامت یا کلفت‌شدگی می‌گردند تا بلکه به مفصل در حال آسیب، یاری برسانند. پس یک نتیجه مهم از این اتفاقات پشت سرهم که در جریان فرایند آرتروز به وقوع می‌پیوندد، حاصل می‌شود: « آرتروز فقط بیماری غضروف مفصلی نیست بلکه این پدیده بیماری‌زا شامل حال تمام بافت‌ها و تشکیلات مفصلی می‌شود (Whole Joint Disease).

- [] اما نکته اینجاست که توانائی همه این عناصر آناتومیک داخل یا خارج مفصل برای مقابله با عوامل آسیب‌رسان به مفصل، محدود است و اندازه‌ای دارد. لذا اگر ما به موقع صدای جیغ و داد و یا مددخواهی مفصل را نشنویم؛ سرانجام دیگر آنچه وجود خواهد داشت فقط آسیب و ضایعه در حال پیشرفت مفصل مبتلا به آرتروز

خواهد بود و دیگر، عکس العمل‌های جبرانی بافت‌های مفصلی چاره ساز نبوده؛ آرتروز خفیف دیروزی جای خود را به فرم نسبتا پیشرفته خواهد داد که آنهم به یک فرم شدید آرتروز تبدیل می‌شود. اینجاست که متأسفانه آرتروز قابل جبران اولیه به حالت تقریبا « غیر قابل برگشت » تبدیل می‌شود .

آرتروز کدام مفصل‌ها را بیشتر درگیر می‌کند ؟

آیا مفاصل درگیر با آرتروز، قبلا مشکلی در خود دارند؟

آیا مفاصل سالم نیز واقعا دچار آرتروز می‌شوند؟؟

یک عبارت جالب علمی چنین می‌گوید: «مکانیسم اصلی آرتروز در این دو حرف است؛ مفصل سالم با فشارهای غیر طبیعی وارده بر آن یا مفصل ناسالم با فشارهای طبیعی تحمل شده بر آن». البته پر واضح است که گاهی حالت سوم نیز ممکن است وجود داشته باشد: مفصل ناسالم دچار فشارهای غیر طبیعی وارده شود. آشکار است که در چنین حالتی، آرتروز هم می‌تواند زودتر خودش را نشان بدهد و هم علائم شدیدتر و سریعتری خواهد داشت. مثلا فردی که دارای سابقه جراحی زانو به هر علتی باشد و از طرف دیگر در کار روزمره خود بناچار یا ندانسته، فشارهای زیاد و تکراری بر همان مفصلش وارد کند، وضعیت آرتروز سریع پیشرونده را خواهد داشت .

بنا بر این؛ شغل فرد، تمام بیماری‌های قبلی وی (مثل دیابت طولانی مدت کنترل نشده، بیماری‌های التهابی یا عفونی قبلی در مفاصل مثل آرتريت روماتوئيد يا آرتريت‌های عفونی)، سوابق ضربات يا تصادفات حين کار يا رانندگی‌ها، حتی سوابق نوع فعالیت‌های ورزشی و ضربه‌های ورزشی مختلف؛ همه در ایجاد آرتروز در مفاصل خاص مؤثر می‌باشند.

آرتروز در مفاصلی مثل زانو يا مفصل ران (هيپ Hip) که متحمل وزن بدن و فشارهای کاری روزمره هستند، آرتروز در آنها شایعتر است. اما در مقابل، مفاصل بين انگشتان دست نیز هر چند در شرایط تحمل وزن نیستند اما در خانم‌ها بویژه بعد از یائسگی، آرتروز این مفاصل خیلی شایع می‌باشد. این نکته بیانگر دخالت عوامل هورمونی (کمبود استروژن در خانم‌های یائسه) در ایجاد آرتروز مفاصل انگشتان دست می‌باشد.

آرتروز، مفاصل ستون فقرات را نیز درگیر می‌کند که در مهره‌های کمری و گردن، شایع‌تر است اما ستون فقرات پشتی (حد فاصل کمر و گردن = Dorsal) کمتر دچار آرتروز می‌شوند. این موضوع نشان می‌دهد: کسی که درد شدید در ناحیه پشت دارد باید خیلی دقت شود و علل مهمتری غیر از آرتروز برای وی مطرح

خواهد بود، از جمله: مشکلات قلبی (ایسکمی یا آنژین قلبی)، عروقی (آنوریسم یا گشاد شدگی آئورت در حالت تهدید به پارگی یا خونریزی جداره آن)، ریوی (التهاب پرده جنب ریه یا عفونت و وجود لخته «آمبولی Emboli» در ریه)، مشکل در مری یا معده (زخم با التهاب)، مشکل مجاری صفراوی (سنگ کیسه صفرا یا مجاری صفراوی) و بالاخره بیماری‌های خود ستون فقرات پستی مثل شکستگی، متاستاز از تومورها و روماتیسم (التهاب) ستون فقرات.

آرتروز مهره‌های کمری و گردنی در افراد مسن یا حتی میانسالی که شغل‌های خاصی توأم با وضعیت‌های فشاری به کمر یا گردن‌شان دارند، بیشتر دیده می‌شود. علائم بالینی در این بیماران بصورت احساس درد شدید در حالت‌های فعالیتی و احساس خشکی کوتاه مدت (تائیم ساعت) گردن یا کمر پس از استراحت شبانه و احساس صدای مالشی یا اصطکاکی در مهره‌ها در حالت حرکت می‌باشد. باز هم در آرتروز پیشرفته فقرات، اثرات فشاری بر روی ریشه‌های عصبی گردن و کمر، موجب بروز علائم تحریک عصبی در دست‌ها و پاها؛ بصورت احساس گزگز یا سوزن سوزن شدن می‌گردد. در این شرایط علائم آرتروز شدید با علائم دیسک گردن یا کمر،

ممکن است اشتباه گردد. البته توجه به علائم رادیوگرافی یا MRI، این مشکل را تا حد زیادی حل می کند.

علائم بالینی آرتروز در مفاصل محیطی بدن (مثل زانو، هیپ، انگشتان دست و ...) به چه صورت می باشد؟؟

آرتروز در مفاصل بدن علائم و نشانه های زیادی ایجاد می کند :

- درد مفصلی: این درد عمدتاً از نوع مکانیکی است (با فعالیت شروع و یا تشدید می یابد). اما در مراحل پیشرفته، این درد در حالت استراحت هم وجود دارد و با فعالیت یا کار کردن، افزایش پیدا می کند. مکانیسم اصلی این درد در واقع از التهاب یا کشش و فشاری که بر روی عوامل دور مفصل و به درجه ای خفیف از التهاب پرده مفصلی (پرده سینوویوم) ناشی می شود نه از ضایعه و خرابی غضروف مفصلی که خود فاقد رشته های عصبی است و هیچ رگ خونی هم ندارد.

- تورم یا بزرگ شدگی ظاهری (Hypertrophy) مفصل : البته این حالت نباید با التهاب مفاصل در روماتیسم اشتباه شود. مفصل آرتروزی معمولاً هیچگونه حالت گرمی، قرمزی و حالت حساس بودن (Tenderness) و احساس درد در لمس سطحی را ندارد.

- اختلال شکل و فرم ظاهری مفاصل مبتلا که بیانگر آرتروز مزمن و طول کشیده می باشد: مثل حالت « پای پارانتزی» (Genu Varum) در زانوها یا حالت انحراف به سمت خارج در انگشت شست پا (Hallux Valgus) یا انحراف بند وسطی یا بند انتهایی انگشتان دست و انحراف قاعده یا بند اول انگشت شست دست.

- ایجاد صدای مالشی خشن در حین حرکات مفاصل بخصوص زانوها (click یا crepitation) که بیماران این صدای ناخوشایند مفصلی را به صدای شکستن هیزم یا صدای مالش استخوان روی استخوان و ...) تشبیه می کنند.

- حالت احساس سفتی یا خشکی گذرا (کمتر از نیم ساعت) در مفصل مبتلا بدنبال نشستن طولانی، که این علامت را اصطلاحاً حالت « ژل بستن » (Gelling) می نامند. باید توجه شود که سفتی یا خشکی مفصلی در آرتروز معمولاً فقط به خود مفصل مبتلا محدود است در حالیکه در روماتیسم مفصلی، این احساس سفت شدگی، اکثر یا تمام مفاصل بدن و حتی کل بدن بیمار را درگیر می کند و هم مدت آن معمولاً بیش از یک ساعت است.

- اختلال راه رفتن (کند شدن سرعت راه رفتن یا حالت لنگش و وضعیت فاصله گیری بیشتر زانوها از همدیگر که در حال

راه رفتن بدتر می شود: علت این اختلال؛ وجود درد شدید مفصلی بخصوص زانوها که در راه رفتن، شدیدتر نیز می شود و علت دوم وجود اختلال فرم (دفورمیتی Deformity) مفاصل مبتلا است و یا وجود همزمان درد و دفورمیتی مفاصل می باشد.

مفصل به ظاهر کوچک اما خیلی مهم از لحاظ عملکرد مفصل فکی (یا همان مفصل گیجگاهی - فکی TemporoMandibular Joint= TMJ) است که مسئول باز و بسته کردن دهان در حین خوردن، جویدن، صحبت کردن و خندیدن و ... می باشد و محل آن درست در جلو گوش مان می باشد. این مفصل یک مفصل کاملاً متحرک و پر کار است و بدین جهت نیز، هم در جریان بیماری های التهابی روماتیسمی و هم در بیماری های استهلاکی (دژنراتیو Degenerative) یعنی آرتروز، مبتلا می شود. علائم درگیری این مفصل عبارتند از: درد محل آن در جلو گوش، که گاهی بیمار فکر میکند دچار درد گوش شده است و به این جهت پیش دکتر متخصص گوش و حلق می رود ولی پزشک با معاینه دقیق متوجه وجود مشکل مفصلی و نه مشکل گوش، در بیمار شده و به وی اطمینان می دهد که گوش او در معاینه کاملاً سالم است و بیمار باید به پزشکی که تخصص در تشخیص و درمان بیماری های مفصلی دارد، مراجعه

نماید. علامت دیگر آرتروز یا التهاب مفصل فکی، احساس یا شنیدن صدای ناخوشایند مالشی (شق شق یا تق تق) در محل این مفصل در موقع جویدن یا خوردن یا حتی صحبت کردن می‌باشد. افرادی که دچار حالت‌های عصبی مزمن یا تکراری باشند نیز به علت وارد آوردن فشارهای متوالی بر روی این مفصل خود دچار سائیدگی یا آرتروز زود هنگام مفصل فکی می‌شوند. زیرا که این افراد مکرراً عمل سائیدن دندان‌های خود به همدیگر (دندان قروچه Broxism) را - حتی به صورت ناخودآگاه یا عاداتی - انجام می‌دهند. علامت مهم دیگر در آرتروز یا روماتیسم این مفصل عبارت است از حالت قفل کردن فک یا مشکل در باز و بسته کردن دهان می‌باشد به‌حدی که گاهی این مشکل بصورت یک مورد اورژانس دندانپزشکی در می‌آید و پزشک پس از تجویز داروی شل‌کننده عضلانی یا یک ترکیب آرامبخش، ممکن است ناگزیر از مداخله با احتیاط دست خود باشد تا بیمار از حالت فک قفل شده خلاصی یابد و سپس پزشک معالج مشکل مفصلی یا سایر مفاصل بیمار را بدرستی بررسی و درمان کند و یا وی را پیش همکار ذیصلاح خود معرفی نماید.

آیا آرتروز تمام مفاصل بدن ما را درگیر می‌کند؟ یا شیوع آن در

مفاصل مختلف، متفاوت است؟

آری باید گفته شود که در واقع تمام مفاصل متحرک بدن ما همچنانکه می‌توانند دچار روماتیسم شوند، البته امکان ابتلا به آرتروز نیز دارند. اما یک نکته کلیدی مهم بالینی اینجاست که: برخی مفاصل بدنمان هستند که علیرغم داشتن دامنه حرکت وسیع، ابتلاء آنها به بیماری آرتروز کمتر شایع است مگر در شرایط خاص شغلی یا فعالیتی. این مفاصل عبارتند از: مفاصل شانه، آرنج، مچ دست و مچ پا. توجه به این نکته از لحاظ کلینیکی خیلی مهم است زیرا که در تشخیص به موقع روماتیسم مفصلی از آرتروز، کمک کننده خواهد بود (بخصوص در افراد مسن که البته آرتروز در آنها شایعتر است ولی باید بدانیم که «هر فرد پیر یا مسن نیز می‌تواند مبتلا به روماتیسم گردد نه اینکه هر فردی با سن بالا (بالای ۶۰ سال) به اقتضای سن خود، فقط آرتروز می‌گیرد و بس !!!).

یک نکته قابل تذکر مهم دیگر اینست که داشتن اضافه وزن یا چاقی و سن بالا یا پیری، از مهمترین عوامل خطر ابتلا به آرتروز

هستند و از طرف دیگر آرتروز هم شایعترین بیماری یا فرایند مفصلی در انسان (در تمام جوامع) به شمار می‌رود.

حال اگر شواهد بالینی و یا رادیو گرافیک (رادیوگرافی یا همان عکس ساده) آرتروز مثلا در زانو یا مفصل ران (هیپ) در کسی که چاق است و یا سن بالای ۵۰ سال دارد، وجود داشته باشد باز هم دلیل نخواهد بود که فرد مبتلا هر ناراحتی و یا شکایتی از مفاصل خود داشته باشد، حتما به علت داشتن آرتروز است. نه، بلکه باز هم باید دقت شود: اولاً مشکل یا مشکلات مفصلی وی چه تپیی دارد (خصوصیات التهابی یا غیر التهابی) و در ثانی کدام مفصل یا مفاصل وی درگیر هستند (مثلا مچ دست، مچ پا و یا آرنج و... که پیشتر اشاره کردیم اصلا آرتروز در این مفاصل به صورت اولیه خیلی کمتر دیده می‌شود) و نهایت اینکه روی آزمایشات خونی وی هم حتما باید دقت شود. چرا که معمولا در آرتروز، تست‌های آزمایشگاهی در حد نرمال هستند یعنی فرد مبتلا به آرتروز کم خونی ندارد، تست‌های التهابی اش مثل ESR، CRP یا فاکتور روماتوئید (RF) در حد نرمال هستند و حتی تمام آزمایشات مربوط به کارکرد کبد یا کلیه و... در این فرد معمولا در حد طبیعی هستند، و اگر هر گونه اختلال در آزمایشات گفته شده در بیمار مبتلا به آرتروز مشاهده

کردیم لازم است علل مربوطه بدقت بررسی شود. شاید او فقط آرتروز ندارد بلکه علاوه بر آن، روماتیسم مفصلی (آرتريت روماتوئید RA)، بیماری متابولیک از جمله بیماری نقرس (GOUT) و حتی مسائل غیر مفصلی مثل عفونت، بیماری دستگاه گوارش و یا احیاناً بدخیمی مزمن خونی و غیره دارد که هنوز تشخیص داده نشده است. البته هیچ بعید نیست همراهی آرتروز با هر کدام از این مشکلات گفته شده در پیش یک بیمار واحد. مهم اینست که هم پزشک و هم بیمار دقت کامل خود را حفظ کنند و فریب ظواهر را نخورند که گاه با سهل انگاشتن مسائل و فرصت سوزی، «کبوتر سلامتی» زود و آسان از دست میرود.

سخن ما این است که اگر پزشکی به بیماری بگوید: شما در گردن، کمر یا مفاصل خود، آرتروز دارید؛ او باید توضیح دهد:

- به چه شدت ؟

- به چه علت یا عللی ؟

- اگر مثلاً در زانو آرتروز دارد؟ بقیه مفاصل یا ستون فقرات

وی در چه وضعیتی هستند، آیا آن یکی ها سالمند یا آنها نیز احیاناً مشکلی دارند؟

این تجزیه و تحلیل در واقع هم جامع‌نگری در معاینه بیمار است و هم در علت‌یابی اصلی مشکل مفصلی بیمار، کمک‌کننده خواهد بود. تا اگر بیماری به ظاهر شکل آرتروز ولی در واقع بیماری التهابی تشخیص داده نشده مفصلی دارد، تشخیص اصلی و صحیح مشکل وی داده‌شود و درمان‌های لازم و کافی هم به موقع تجویز گردد.

درمان یا درمان‌های امروزی آرتروز کدامند؟

آرتروز - این معضل مهم و شایع در سلامتی همه جوامع چگونه باید بخوبی مدیریت و درمان بشود؟

- [] اولین نکته، توجه کامل و همه جانبه به تمام عواملی است که در بیمار وجود داشته و دارد و او را بالاخره به آرتروز دچار کرده‌است :

- [] - سن فرد مهم است اما قابل تغییر نیست ! منتهی به جوانها می‌توان سفارش کرد که « لطفا در همه حال و همه جا مراقب حفظ سلامتی مفاصل خود نیز باشید تا در پیری به معمای « آرتروز از کجا آمد » گرفتار نشوید » زیرا که آنگاه پشیمانی سودی نخواهد داشت !!

- [] - وزن فرد یا چاقی و اضافه وزن که البته امروزه « چاقی » به عنوان یک معضل جهانی در تمام کشورها وجود دارد و این مسأله

به افزایش روز افزون « آرتروز » در دنیا منجر شده است. تحقیقات نشان داده است که فقط ۱۰ درصد کاهش وزن، حدود نیمی از مشکلات آرتروز در مفصل را کاهش می دهد. البته به منظور کنترل اصولی و صحیح چاقی، بهتر آن خواهد بود که پزشک متخصص تغذیه یا رژیم درمانی، حتما بیمار را ویزیت و راهنمایی بکند.

- [] - توجه به وضعیت و شرایط شغلی بیمار، تا هر گونه عوامل فشارآور مفصلی در محیط کار وی، شناسایی و در حد مطلوب اصلاح یا تغییر یابد و بیمار با راهنمایی های پزشک معالج خود، در موقعیت های دارای شرایط استاندارد یا حداقل نزدیک به آن، کار روز مره خودش را ادامه بدهد. البته باز هم در این مورد گاهی لازم می شود از نظرات و تجربیات پزشک متخصص « طب کار » بهره بجوئیم. همچنین است اهمیت توجه به سلامت و مطلوب و مناسب بودن تمام فعالیت های تفریحی و ورزشی بیماری که با مشکل آرتروز مواجه است (از نظر نوع و دفعات و مدت زمان هر کدام از فعالیت های ورزشی که فرد به آنها علاقه یا عادت دارد).

- [] - توجه به تمام داروهائی که بیمار با تجویز پزشکان دیگر جهت مشکلات غیر مفصلی خود، آنها را مصرف می کند؛ دارای ارزش و اهمیت می باشد. چه رسد به داروهائی که شاید بیمار

«خود سرانه» از آنها مثلاً جهت تسکین دردهای مفصلی و یا غیر مفصلی‌اش، استفاده می‌کند. باید توجه شود که برخی داروها بر میزان سلامت استخوان‌ها و مفاصل بدن، تأثیرات سوء دارند مثل ترکیبات کورتون‌دار یا داروهای مسکن و همچنین برخی از داروهای ضد تشنج و ... البته در همچون مواردی آگاهی دادن به بیمار در مورد عوارض مصرف طولانی مدت و احیاناً خود سرانه «داروها» مفید و مؤثر خواهد بود و ضمناً مشاوره با پزشک تجویزگر داروهای درمانی وی و راهنمایی‌های دو جانبه بیمار باز هم به نفع وی خواهد بود.

اما حال که آرتروز اتفاق افتاده، چه توصیه‌های مراقبتی و درمانی برایش داریم؟ البته پر واضح است که بر حسب شدت درجات آرتروز (خفیف، متوسط، شدید یا خیلی شدید) توصیه‌های پزشکی هم کم و بیش متفاوت خواهد بود. لازم است گفته شود که معیار این درجه‌بندی شدت آرتروز؛ هم بر اساس یافته‌ها و علایم بالینی می‌باشد و هم بر مبنای علائم رادیولوژیکی (رادیوگرافی ساده مفاصل یا تصاویر MRI) می‌باشد. بطور کلی اگر هر گونه تغییر شکلی در شکل ظاهری مفصل (مثلاً زانوهای پارانتری شکل) یا بی‌ثباتی و نا پایداری در عملکرد مفصل مثل حالت خالی کردن (Giving Away

(یا ور رفتن زانو یا قفل کردن (Locking) در هر مفصلی وجود داشته؛ نشانه شدید یا پیشرفته بودن آرتروز خواهد بود (البته در کنار سایر علائم بالینی آرتروز که پیشتر در همین مقاله به آنها اشاره شده است .

باز هم لازم است گفته شود که البته همیشه بین شدت علائم بالینی و یافته‌های رادیولوژیک آرتروز، تناسب مستقیم وجود ندارد و بهتر آنست که در نزد یک بیمار به هر دوی این یافته‌ها بخوبی توجه شود تا تصمیمات درمانی کاملاً بجا و منطقی اتخاذ گردد.

- [] مجموعه درمان‌های مختلف برای آرتروز، به طور کلی به سه دسته مهم تقسیم می‌شود: - درمان‌های مراقبتی غیر دارویی (Nonpharmacologic). - درمان‌های دارویی (Pharmacologic) مختلف . - درمان‌های جراحی یا ارتوپدی (Orthopedic) متنوع اصلاحی یا جایگزینی.

- [] اینکه از این همه درمان‌ها و اقدامات، هر بیمار کدامیک از آنها یا چه ترکیبی از این مجموعه درمان‌های دارویی و غیر دارویی را بگیرد، بستگی به شدت آرتروز، شرایط کلی بیمار از نظر احتمال داشتن سایر مشکلات طبی و حتی وضعیت اقتصادی و خانوادگی بیمار و همچنین طرز نگرش جامع پزشک معالج به کل مسائل مریض

و... دارد. ولی یک فاکتور مهم تعیین کننده در انتخاب نوع و روش درمان آرتروز، میزان تجربیات علمی و عملی پزشک معالج می باشد. - [] شاید اولین قدم برای درمان آرتروز، قبل از نوشتن هر نسخه و پیش از تجویز هر دارویی؛ آموزش بیمار است. و نخستین گام این آموزش عبارتست از: پاسخ علمی و منطقی و عملی و قانع کننده به تمام سؤالات وی در مورد « آرتروز » زانو، هیپ، انگشتان دست، فقرات کمر یا مهره های گردنش و ... می باشد. و همچنین رفع ابهامات او در چگونگی بیماریش و روند آتی درمان. تفریحاتش و بالاخره آینده اش و یا نگرانی وی از احتمال از کار افتادگی و الگوی زندگی اش در سال های بعد. اینها همه و همه موارد بسیار مهمی هستند که تا بیمار پاسخ آنها را از پزشک معالجش بخوبی دریافت نکند، بعید است بقیه قدم های درمانی، کاملاً مؤثر واقع شود. بیمار مبتلا به هر گونه بیماری مزمن و پیشرونده مثل آرتروز، برای همکاری و همراهی با پزشک یا « تیم درمانی » خود لازم است که نشانه های ذوق و علاقه و شواهد مهارت و صبوری در درمان همچون بیماری را در رفتار و بیانات و چشمان امیدوار آنها ببیند و باور داشته باشد.

- [] بدین طریق باورهای نادرست یا شنیده های غیر علمی و بی اساس بیمار در باره مشکل امروزش یعنی « آرتروز » باید با پاسخ های

خوب و علمی که از پزشک معالجش می‌شنود، از ذهن او پاک شود و براحته با تفکر خود قبول کند « آرتروز را می‌شود به زانو در آورد ». او باید یاد بگیرد که در صحنه‌های مختلف فعالیت‌های زندگی چگونه مراقب مفاصل خود، کمر خود و یا گردنش باشد و چگونه راه‌های تحمیل فشارات و بارهای اضافی بر آنها را بدرستی کنترل نماید.

- [] لیست درمان‌های غیر دارویی آرتروز، بسیار طولانی و متنوع است. زیرا که پزشکان با تخصص‌های مختلف، راه‌ها و روش‌های متفاوتی را بنا به استنباط‌های خود از « آرتروز »، به اجرا می‌گذارند. بخشی از این راه و روش‌های درمانی عبارتند از:

- [] - ورزش‌های مناسب و منظمی که روی عضلات اندام‌ها و دور مفاصل، حالت تقویت کنندگی دارند و ورزش‌های هوازی (Aerobic) یا کششی که در مفاصل، ایجاد بهبود عملکرد و کاهش فشار بر آنها و نرم و ریلکس کردن مفاصل مبتلا به آرتروز می‌شوند . پیاده‌روی به مدت نیم ساعت و بصورت یک روز در میان (سه روز در هفته) آنهم در سطوحی که فاقد پستی - بلندی مهمی باشد، البته توصیه شده و مفید خواهد بود. ورزش یوگا هم البته به شرطی که با توجه به شرایط و توانایی‌های هر بیمار باشد و تحت نظر کارشناس یا

مری ماهر و تحصیل کرده، انجام بشود می تواند در بهبود وضعیت و عملکرد مفاصل مؤثر باشد. باید توجه کرد که هیچکدام از این تمرینات ورزشی نباید به حد خسته کننده و زیاده از حد انجام گردد.

- [] - استفاده از انواع روش های مختلف فیزیوتراپی (از قبیل گرما، سرما، تمرینات تقویت عضلات، لیزر کم توان، مگنتوتراپی، کار درمانی و ...) که البته انجام هر کدام از این شیوه های فیزیوتراپی، خود توسط کارشناسان دارای تحصیلات عالی مربوطه، انجام می گردد. همچنین لازم است گفته شود که هیچکدام از این راه ها به تنهایی قدرت درمان یا حتی کمک اساسی به بیمار آرتروزی را ندارند بلکه مجموعه ای از چند روش غیردارویی به همراه داروهای تجویز شده دارای شناسنامه علمی - تحقیقاتی است که می تواند به بهبود علائم یا مانع پیشرفت ضایعات مفصلی در آرتروز بشود.

لیست دیگر موارد استفاده شده در کمک به کاهش علائم بیماران آرتروزی: - طب سوزنی (Acupuncture) که اگر توسط متخصصین این رشته البته در چند جلسه بکار برده شود، می تواند در مواردی به کاهش درد و یا تورم مفصل مبتلا کمک کند.

- هومئوتراپی (Homeotherapy)، چنانکه توسط متخصصین
ذیصلاح این رشته اقدام شود شاید جزء موارد کمک کننده برای کم
کردن درد مفصلی در آرتروز باشد.

البته پر واضح است که طب سوزنی و هومئوتراپی و ... جزء
موارد طب مکمل (Complementary Medicine) محسوب می
شوند. یعنی که اینها البته در کنار علوم گسترده طب داخلی (Internal Medicine)، می توانند مورد استفاده باشند و الا به تنهایی
قادر به کار اساسی در درمان یا کنترل پروسه پیچیده « آرتروز »
نخواهند بود. به عبارت دیگر، بیمار آرتروزی معمولاً از یک کار
تیمی چند جانبه یا چند تخصصی، می تواند بهره مند شود که در مرکز
این تیم لازم است پزشک فوق تخصص روماتولوژی یا حداقل یک
همکار متخصص طب داخلی حضور داشته و روند کنترل (management) و درمان (Treatment) آرتروز را بصورت
هدفمند، مدیریت نماید.

درمان های دارویی در آرتروز:

- داروهای ضد درد مثل استامینوفن که فقط دارای خاصیت
کاهش شدت درد می باشند قرص های ۵۰۰ میلی گرمی دارد و گفته
می شود تا حد ۶ عدد در روز (جمعا ۳ گرم) قابل تجویز است. بیمار

با این مقادیر مصرفی، لازم است دارای کبد و کلیه سالم باشد. اما در عمل، ادامه مصرف این تعداد قرص در هر روز، حداقل در نیمی از بیماران، امکان‌پذیر نمی‌باشد و اگر هم ادامه یابد، بیمار را خیلی راضی نمی‌کند. چرا که التهابات عوامل دور مفصل که گفتیم در آرتروز فعال به عنوان علت اصلی احساس درد می‌باشد؛ به استامینوفن تنها، چندان پاسخی نمی‌دهد. البته بعضی‌ها از ترکیبات ضد درد قویتر که خاصیت شبه مخدری (اپیوئید Opioid) و عادت‌آوری هم دارند استفاده می‌کنند مثل داروی ترامادول Tramadol. اما این ترکیب هم، برد اثرش غیر از کنترل درد بیمار چیز دیگری نیست و در صورت مصرف طولانی مدت، برای برخی بیماران، ایجاد عوارض کبدی و حتی تشنج می‌کند.

- داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) که داروی کورتونی نیستند و خواص ضد درد، ضد التهاب و ضد تب هستند. این گروه ترکیبات در بازار دارویی، دارای انواع زیادی هستند مثل: دیکلوفناک، ایبوپروفن (بروفن)، ناپروکسن. ایندومتاسین، پیروکسیکام و ...

همه اینها نیز باید خیلی حساب شده تجویز شوند. زیرا ممکن است عوارض جدی ایجاد بکنند مثل: مشکلات گوارشی (از التهاب

معهده تا زخم و خونریزی و حتی در حد سوراخ شدن معده و ... ،
کلیوی، کبدی و ...

یک زیر گروه متفاوت از این ترکیبات هم هستند که گفته می
شود عوارض گوارشی کمتری دارند، مثل سلکسیب (Celexib). اما
بهتر است بالاتر از مقدار ۲۰۰ میلی گرم در روز مصرف نشوند. چون
ممکن است همراه با عوارض جدی باشند، از جمله: افزایش فشار
خون، مشکلات قلبی یا مغزی و ...

البته شایان ذکر است که این داروها چنانچه با دقت کافی از
جانب پزشک معالج بر تمام شرایط موجود در پیش هر بیمار، بکار
برده شوند حداقل نیمی از علائم آرتروز را تحت کنترل در خواهد
آورد.

لازم است اشاره شود که هم داروهای ضد درد و هم ترکیبات
ضد التهاب، دارای فرم‌های تزریقی (عضلانی یا داخل سرم) هم
هستند که در موارد دردهای شدید مفصلی بکار برده می‌شوند.

- ترکیبات ضد التهاب استروئیدی (کورتون دار) نیز برای
درمان التهاب و درد مفصلی آرتروز نیز گاهی کاربرد پیدا می‌کنند.
اینها خود فرم‌های دارویی مختلف دارند (قرص پردنیزولون، آمپول
های متیل پردنیزولون عضلانی یا داخل سرم، قرص یا آمپول

دگزامتازون - عضلانی یا وریدی -) روشن است که این ترکیبات نیز به داشتن عوارض مختلفی مشهورند مثل : افزایش فشار خون، قند خون و مشکلات گوارشی و حتی قلبی و افزایش خطر پوکی استخوان و ...

البته جایگاه مصرف این دسته از داروها، مورد بحث و چالش زیادی می باشد. اما مصرف حداقل دوز و یک دوره کوتاه مدت (فقط چند هفته) به منظور کنترل سریع و بهتر علائم آرتروز توأم با اعمال دقت زیاد در انتخاب بیمار بدین منظور، مورد توافق خیلی از اطباء می باشد.

- در موارد خاصی از آرتروز که بنام «آرتروز التهابی» یا «اروزیو Erosive یعنی توأم با ضایعه یا تخریب در مفصل» نامیده می شود و مفصل انگشتان دست را بیشتر در گیر می کند؛ از داروی ضد روماتیسم به اسم «هیدروکسی کلروکین» هم استفاده می شود که اثرات خوب بالینی از خود نشان می دهد. این نوع از آرتروز عمدتاً در زنان در سنین یائسگی دیده می شود.

- یک گروه دیگر از داروها هستند که دارای اثر تدریجی و آهسته در تخفیف علائم آرتروز می باشند. مثل:

گلوکوزامین Glucosamine، کندروئیتین Chondroitin، دیاسرئین Diacerein، ترکیب آوکادو Avocado و سویا Soybean، متیل سولفون متان MSM = Methylsulfunmethan. هرچند در کاربرد این ترکیبات که مکمل (Supplement) یا دارو به حساب می آیند، در آرتروز، اختلاف نظر نسبتاً زیاد است و در کل تحقیقات انجام یافته، مؤثر بودن آنها را یا رد کرده و یا بصورت ضعیف تأیید نموده است. اما تجربیات بالینی، کم و بیش تأثیر آنها را در کاهش درد و التهاب مفاصل آرتروزی و بهبود عملکرد و کاهش احساس خشکی مفاصل زانو یا هیپ را نشان می دهد. مسلم آنست که این داروها در فرم های متوسط (نه شدید) آرتروز تأثیرگذار خواهد بود.

ترکیبات موضعی مختلفی برای درمان آرتروز (کاهش درد و التهاب و احساس خشکی مفصلی) بکار می رود. برخی از اینها حالت دارویی یا سنتتیک دارند مثل: ژل یا پماد دیکلوفناک، پیروکسیکام، ایبوپروفن. البته این ترکیبات باید به مقدار کافی و حداقل دو بار در روز همراه با ماساژ، در محل مفصل مبتلا به آرتروز مثل زانو بکار برده شود و ارجح آنست که پس از ماساژ کافی و جذب موضعی پماد یا ژل، با یک تکه پارچه نرم، محل را ببندند. انواع دیگر پمادها

منشأ طبیعی (Natural) گیاهی یا حیوانی دارند. از نمونه‌های گیاهی: پماد رزماری، فلفل قرمز (با حالت سوزاننده که نباید استفاده‌اش توأم با ماساژ باشد)، سیاه دانه (بصورت روغن موضعی)، روغن گردو. اما نمونه های منشأ حیوانی: روغن شتر مرغ (که البته در برخی مطالعات انجام یافته، نوع کاملاً طبیعی و خالص آن، اثرات خوبی در کاهش درد و تورم مفاصل و حتی بهبود عملکرد مفصلی مثل زانو داشته است) روغن کوسه یا حتی روغن کوهان شتر. نوع دیگری از ژل یا پماد، گاهی در آرتروز بکار می‌رود که منشأ آن لجن دریائی مرده است.

- در سال‌های اخیر برخی ترکیبات خوراکی موجود در طبیعت هم در کمک به درمان آرتروز، مورد توجه و استفاده و حتی تحقیقات علمی قرار گرفته‌اند. از جمله: خوردن میوه یا آرد کامل سنجد (Sorb یا Oleaster) بصورت مرتب در مدت حداقل یکی دو ماه خالص یا همراه با شیر، خوردن سیاه دانه بصورت روغن یا پودر شده همراه با پنیر یا سالاد و ...

- [] آنچه حتما لازم است گفته شود: « تمام موارد داروئی خوراکی یا موضعی و یا محصولات طبیعی که در بالا به قسمتی از آنها در درمان آرتروز اشاره کردیم؛ همگی جنبه کمک درمانی

دارند و تنها بخشی از علائم ظاهری «آرتروز» (این پروسه یا بیماری پیچیده) را کاهش می‌دهند و تأثیر چندانی در بخش آسیب‌شناسی اصلی مفصل در جریان آرتروز ندارند. درمان آرتروز چنانکه قبلاً هم در همین مقاله اشاره کردیم، مانند خود آرتروز، بصورت ترکیبی و چند جانبه و با در نظر گرفتن همه‌جوانب مقصر در ایجاد آرتروز باید صورت بگیرد که شاید اگر «زیاد دیر نشده‌باشد» بتواند کاری از پیش ببرد.

- [] گروه دیگر از داروها که در کنترل علائم آرتروز، کاربرد دارد عبارتند از: داروها یا ترکیباتی که بصورت تزریق داخل مفصلی (Intraarticular) بکار می‌روند. مورد مصرف این دسته از داروها زمانی است که بیمار به هر علتی تحمل داروهای خوراکی را ندارد و یا شدت علائم بالینی‌اش ایجاب می‌کند که بجای یا همراه با سایر درمان‌ها، از تزریق داخل مفصلی نیز به عنوان «پاسخ سریع» در بهبود علائم مفصلی استفاده گردد. البته این نوع تزریقات حتماً باید توسط پزشک ذیصلاح دارای تجربه کافی در این مورد، انجام بشود و در ضمن انجام این تزریقات، شرایط استریلیته هم بدقت رعایت شود. قبل از تزریق داروی مورد نظر، در برخی موارد نیاز به کشیدن نمونه مایع مفصلی جهت ارسال به آزمایشگاه وجود دارد. چرا که بدین

طریق، پزشک معالج از احتمال تشخیص‌های دیگر مثل عفونت، التهاب یا وجود کریستال‌های اسید اوریک و ... در داخل مفصل، اطمینان حاصل می‌کند. البته به ندرت (حدوداً درصد موارد) به دنبال تزریقات داخل مفصلی، عفونت ثانوی ممکن است در همان مفصل اتفاق بیفتد و گاهی هم حالت التهابی یا حساسیتی گذرا (نسبت به ترکیبات تزریقی داخل مفصل) بصورت شروع درد شدید مفصلی دیده شود که خوشبختانه هم نادر است و هم موقتی یا گذرا (فقط چند ساعت) خواهد بود. از جمله ترکیبات تزریقی داخل مفصل به چند مورد زیر اشاره می‌کنیم:

- [] آمپول‌های با ترکیبات استروئیدی (کورتون دار) مثل: متیل پردنیزولون، تریامسینولون، دگزامتازون. در مفاصل بزرگ مثل زانو معمولاً دو عدد از این آمپول‌ها در هر بار تزریق داخل مفصلی لازم است و برای مفاصلی مثل مچ پا، مچ دست، شانه یا آرنج فقط یک آمپول از موارد ذکر شده در هر بار تزریق کافی خواهد بود. البته حداقل فاصله زمانی برای تکرار تزریقات مفصلی، معمولاً سه ماه می‌باشد. اما با تشخیص و نظر پزشک معالج، این فاصله زمانی، ممکن است در موارد خاصی مثل محدودیت شدید حرکتی در بیماری شانه منجمد (Frozen Shoulder) به هر علتی، حتی نه یک یا دو هفته

هم تقلیل یابد. البته برای هر مفصلی نیز چه در روماتیسم و چه در آرتروز حداکثر بهتر است بیش از سه بار، این تزریقات تکرار نشود.

- [] آمپول‌های با ترکیبات مشابه ترکیبات مایع مفصلی طبیعی از جمله : آمپول‌های هیالورونیک اسید در برندهای مختلف که حاوی ۲۰ یا ۲۵ میلی گرم از این ماده بیولوژیک می‌باشند. در حالت نرمال، این ماده در داخل مایع مفصلی طبیعی وجود دارد و کار اصلی آن نرم نگه داشتن و سهولت حرکات مفاصل بدنمان می‌باشد. حال، با کهنه‌ت سن یا پیر شدن خود فرد و غضروف مفاصل و نیز در اثناء پروسه روماتیسم یا آرتروز، از مقدار و کیفیت هیالورونیک اسید داخل مفصل کاسته می‌شود. اما اینکه تنها با تزریق این ماده در داخل مفاصل، آیا چقدر مشکلات مفصل حل می‌شود، خود مطلبی است که جای تأمل زیادی دارد!! این نوع تزریقات داخل مفصلی معمولاً برای هر مفصل مثل زانو هر هفته یک تزریق تا سه بار (سه هفته) قابل انجام است. البته برخی از این ترکیبات دارای وزن مولکولی یا غلظت بالایی هستند و شاید فقط یک تزریق منفرد کافی باشد.

- [] ترکیبات تزریقی داخل مفصلی دیگر هم وجود دارند که کمی متفاوت عمل می‌کنند. بدین معنی که اینها منشأ خارجی ندارند بلکه از خون خود فرد توسط دستگاه‌های خاصی، کنسانتره یا

استخراج می‌شوند و سپس در شرایط کاملاً استریل توسط پزشک معالج، داخل مفصل مبتلا تزریق می‌گردد.

- [] از جمله این موارد، می‌توان به چند روش اشاره کرد:

- [] - PRP (Platelet - Rich Plasma) پلاسمای غنی شده از پلاکت. این محصول توسط پزشک معالج از خون خود بیمار تهیه می‌شود و در شرایط کاملاً استریل به داخل مفصل مورد نظر تزریق می‌شود. معتقدند که پلاکت‌ها حاوی فاکتورهای رشد مختلفی هستند که می‌تواند در غلظت بالا سبب ترمیم ضایعات غضروف مفصلی در آرتروز بشود. انجام PRP معمولاً هر ۶ تا ۱۲ ماه قابل تکرار است. البته امروزه در برخی مراکز تخصصی مجرب، PRP را علاوه بر آرتروز، در ضایعات تاندونی ناشی از ضربه یا التهاب مزمن که به سایر روش‌های درمانی جواب نداده، مثلاً در مشکلات شدید یا مقاوم تاندونی در آرنج، بکار می‌برند و نتایج نسبتاً خوبی هم بدست می‌آورند. سایر کاربردهای این روش نیز مثلاً در کمک به رویش مو و ... که از عنوان بحث ما خارج است.

- [] - اورتوکین Orthokine نیز روشی است که عمدتاً در کشور آلمان و البته بعضی مراکز تخصصی در ایران هم در درمان آرتروز در چند سال اخیر متداول شده‌است. در این روش هم که

اصطلاحاً محصول سرم فرآوری شده خودی (Autologus Conditioned Serum) یعنی آنچه که از سرم خون خود فرد بعمل می آید، نامیده می شود؛ کنسانتره ای که دارای عوامل ضد التهابی با غلظت بالا هستند بدست می آورند. مشابه Orthokine، در کشور امریکا Regenokine است که هر دو البته خاصیت ضد التهابی و کمک به جلوگیری از ضایعه بیشتر در غضروف مفصلی دارند. باز هم باید گفته شود که این چنین روش های درمانی هنوز مورد تأیید اداره دارو - غذای (FDA) قرار نگرفته و از طرف دیگر هم هزینه آنها در کشورهای متداول هم قابل توجه و بالا می باشد.

- [] - استفاده از تزریق سلول های بنیادی (Stem Cell) گرفته شده از مغز استخوان یا بافت چربی بدن خود فرد و تزریق آنها به داخل مفصل مرد نظر، روشی است که در سال های اخیر مورد توجه و استفاده محققین و متخصصین علاقمند در پیش بیماران آرتروزی قرار گرفته است. ولی هنوز باید منتظر نتایج باشیم !! البته درمان با استفاده از سلول های بنیادی، کاربردهای زیاد دیگری هم در طب امروز دارد که در برخی موارد موفقیت های نسبتاً خوبی هم حاصل شده است. شاید یکی از چالشهای مهم در همچون مواردی، انتخاب به موقع و مناسب بیمار است: کدام بیمار؟ در چه مرحله ای از بیماری

؟ اوایل بیماری یا اواخر بیماری ؟ پاسخ این سؤالات لازمه اش کسب تجربیات و دانش بیشتر است.

- [] یک روش جدید دیگر هم در درمان آرتروز، استفاده از تزریق فرم طبی گاز اوزون - اکسیژن در داخل مفاصل مثل زانو و یا محل دیسک کمر می باشد. معمولاً برای زانو حجمی در حدود ۲۰ میلی لیتر از این گاز بکار می رود. اوزون فعالترین شکل گاز اکسیژن است که پس از تزریق، باعث افزایش جریان خون موضعی می شود و بدین طریق درد و التهاب مفصل را کاهش داده، کارائی مفصل را تا حدودی بهبود می بخشد. باز هم بهتر است بدانیم که اوزون درمانی هم فقط یکی از روش های متنوع تازه درمان آرتروز یا دیسک کمر است که اثر آن در حد کاهش شدت علائم آرتروز بوده و با درمان اساسی و واقعی این مشکل، ارتباطی ندارد. از جانب دیگر اوزون تراپی هم در فرم های متوسط یا خفیف آرتروز کار برد دارد نه در اشکال پیشرفته این بیماری !!

- [] اما روش های جراحی متداول در درمان آرتروز کدامند؟ اصلاً کدام بیمار آرتروزی لازم است (یا بهتر است) تحت عمل جراحی مفصل قرار گیرد ؟ برخی از این روش ها را در اینجا فقط نام می بریم: - روش استئوتومی (Osteotomy) یعنی برش خاص

جراحی مثلا در قسمت بالائی استخوان درشت نی (Tibia) در ساق پا، جهت کمک به اصلاح پای پارانتزی (انحراف زانوها به طرف خارج) . - روش شستشو یا تمیز کردن فضای داخل مفصل (مثل زانو) از وجود ذرات و تکه‌های ریز و درشت استخوانی - غضروفی ناشی از پدیده آرتروز. این عمل یا بصورت جراحی باز محدود و یا توسط دستگاه مخصوصی بنام آرتروسکوپ در اتاق و در شرایط کاملا استریل توسط پزشک متخصص جراحی مفصل (اورتوپد Orthopedist) مجرب در این مورد انجام می‌گردد . - آرتروزی (Arthrodesis) یا همان ثابت و بیحرکت کردن مفصل به روش جراحی. این روش که مثلا در مفصل مچ پا انجام می‌شود در مواردی کاربرد دارد که سایر راه‌های درمانی مؤثر یا ممکن نباشد.

- [] آخرین روش جراحی که در درمان آرتروز کاربرد نسبتا وسیعی دارد: جراحی کامل مفصل با جایگزینی پروتز فلزی همان مفصل می‌باشد. امروزه با پیشرفت قابل توجه تکنولوژی و طب ارتوپدی در این روش، پروتز گذاری در اکثر مفاصل کوچک و بزرگ بدن بخوبی و با موفقیت انجام می‌پذیرد. البته اینکه کدام بیمار آرتروزی برایش پرتر زانو یا هیپ (مفصل ران Hip) گذاشته شود، سؤالی است که قدری نیاز به تدبیر و جامع‌بینی دارد. وضع مالی و

موقعیت خانوادگی بیمار (داشتن مراقب خانگی از نزدیکان و یا پرستار خانگی) و داشتن یا نداشتن سایر بیماری‌های مهم مثل بیماری قلبی، مرض قند یا دیابت، سابقه بیماری یا سکتة مغزی و ... عواملی هستند که در تصمیم انجام این عمل مهم، باید مورد توجه کامل پزشک معالج و همراهان بیمار قرارگیرد تا هم از عوارض احتمالی این کار مثل عفونت یا مشکلات حین عمل جلوگیری شود و هم بیمار بتواند با تحمل هزینه و زحمات مراقبت‌های پس از عمل، حداکثر بهره‌وری را در زندگی خود داشته‌باشد.

- [] در پایان امیدواریم خوانندگان محترم این فصل پس از مطالعه با دقت آن، به جواب سؤالات خود در مورد معضل شایع آرتروز رسیده باشند و همه باید به یاد داشته باشیم که میتوان از عنفوان جوانی با رعایت بهداشت مفاصل و ورزش‌های مناسب و تغذیه خوب بدون چاقی؛ « آرتروز را به زانو درآوریم! »

فصل دوم

آرتریت روماتوئید و سرما



آرتريت روماتوئيد (روماتيسم مفصلي) شايعترين بيماري التهابي و مزمن مفاصل به شمار مي رود. اگر به موقع تشخيص داده نشود يا درمان با تاخير و نا كافي صورت بگيرد؛ منجر به تخريب و شكل مفاصل بيمار خواهد شد. براي جلوگیری از اين وضعيت ناخواسته و حفظ سلامت مفاصل، لازم است علل ايجاد كننده يا تشديد دهنده روماتيسم مفصلي را كاملا مورد دقت و توجه قرار دهيم :

عوامل ژنتيك مستعد كننده:

كه در شرايط امروزي فعلا در اين مورد كار مؤثري مثل ژن درمانی يا مهندسی ژن نمی توان انجام داد.

عوامل محيطی:

از جمله ويروس ها، باكتري ها، سموم و آلودگي هاي محيطي و شرايط آب و هوائي مثل سرما و رطوبت و فشار هوا و ...) خوشبختانه خيلي از اين عوامل قابل كنترل و تغيير هستند و تلاش در اين باب، حتي امكان پيشگيري يا مانع شدن از پيشرفت روماتيسم را فراهم مي كند).

تغییرات یا اختلالات سیستم ایمنی ناشی از تداخل عوامل محیطی

ذکر شده و زمینه مستعد ژنتیک این بیماری.

(البته در این قسمت نیز پیشرفت‌های زیادی در طب، مبنی بر امکان کاربرد داروهای مختلف تنظیم گر یا مهارکننده سیستم ایمنی حاصل شده است).

پس از این مقدمه کوتاه، همچنانکه از عنوان مطلب پیداست؛ هدف ما در طی این نوشتار پرداختن به بحث « اثرات سرما بر روی علائم روماتیسم بخصوص روماتیسم مفصلی » خواهد بود.

– آیا واقعا سرمای محیط بر علائم بالینی بیمار روماتیسمی تأثیر می‌گذارد؟

– کار در محیط‌های سرد (بسته یا باز) میتواند ایجاد روماتیسم بکند یا آنرا تشدید بکند ؟

– رطوبت یا فشار هوا چه اثراتی در این مورد می تواند داشته باشد ؟!

– آیا استفاده از سرما در مقایسه با گرما، جایگاهی در درمان مشکلات مفصلی از جمله روماتیسم مفصلی دارد؟!

بیمار مبتلا به روماتیسم چه علائمی دارد ؟

احساس درد و خشکی (بهخصوص خشکی صبحگاهی) مفاصل و دردهای عضلانی در رأس همه علائم است. تورم مفاصل مبتلا (آرتریت) و محدودیت دامنه حرکتی و درد حین حرکت از علائم دیگر است. عضلات مبتلا به روماتیسم هم علاوه بر درد (میالژی)، دچار احساس خستگی و خشکی و مشکل شدن حرکات می گردد. عروق خونی هم در انواع روماتیسم ها از جمله روماتیسم مفصلی، در مراحل اولیه بیماری یک حالت حملات انقباضی برگشت پذیر و حساس شدگی در قبال استرس و سرما هستند که به نام پدیده رینود (RaynaudPhenomen) مشهور است. سپس در مراحل پیشرفته روماتیسم، نوعی حالت تنگ شدگی در عروق ممکن است دیده شود که در اینصورت علت آن التهاب مزمنی که خوب کنترل نشده است، می باشد و فقط با درمان های اساسی و سنگین ضد روماتیسم، قابل کنترل یا درمان خواهد بود.

حال باید توجه داشته باشیم که همه علائم ذکر شده در بالا (مفصلی، عضلانی و عروقی) در اصل خود، حساس به سرما هستند. زیرا که سرما باعث انقباض عضلات و همچنین عروق بدن می شود و بدین طریق، روشن است که درد، خشکی و احساس خستگی و

کاهش انعطاف عضلات و مفاصل را بوجود می آورد. سرما موجب انقباض عروق بخصوص عروق سطحی تغذیه کننده پوست، عضلات و مفاصل و استخوانها می شود و از همین راه، میزان خون رسانی به این بافتها را کاهش داده موجب افزایش احساس درد در آنها نیز می گردد.

است که سرما موجب کاهش فعالیت و کارآیی سیستم ایمنی بدن هم می گردد. لذا قرار گرفتن در شرایط سرمای سخت یا کارکردن در محیطهای سرد، (محیطهای بسته یا باز که آفتاب گیری یا وسایل گرمایی لازم در فصول سرد سال را ندارند) بویژه اگر طولانی یا تکرار شونده باشد؛ می تواند علائم بیماری روماتیسم را تشدید نماید و در مواردی نیز ممکن است موجب پیدایش و شروع علائم بیماری روماتیسمی گردد. این موضوع به قدری در بیماران تکرار و تجربه می شود که تبدیل به یک باور قوی در اکثر (نه همه بیماران) شده است. هر چند برخی از پزشکان و محققین صاحب نظر به درستی ارتباط "ارتباط روماتیسم مفصلی و سرما" معتقد نیستند، اما در صد قابل توجهی از اطباء مرتبط با انبوه بیماران روماتیسمی، که بارها این تجربه را از بیماران خود شنیده اند و در مواردی هم خود شاهد تشدید علائم روماتیسم بیماران (بدون

اينكه واقعا علت آشكار ديگري غير از سرما در ميان باشد) بوده‌اند، اين نظريه را قبول دارند. اين گروه از پزشكان، بيماران خودشان را حتما به دوري از قرار گرفتن در شرايط سرمائي سخت بر حذر مي‌دارند.

البته در رابطه با تأثير سرما در ايجاد و تشديد علائم انقباض عروقي (در پديده مهم رينود)، همه پزشكان و محققين داراي اتفاق نظر هستند. البته سرما و تأثير واضح آن بر روي عروق خوني (انقباض و کاهش جريان خون) نه تنها در عروق سطحي انتهائي اندام‌ها (دست‌ها و پاها و لاله گوش‌ها و نوک بيني و گونه‌ها) که شامل پديده رينود مي‌شود، بلکه در موثر بودن سرماي شديد يا ادامه‌دار بر روي عروق داخلي يا عمقي بدن از جمله عروق کليه، قلب و ريه‌ها نیز تأکيد شده‌است (در برخي متون طبي اين حالت را «رينود داخلي» مي‌نامند) و اين موضوع بسيار مهمي است زيرا که عملکرد ارگان‌هاي حياتي ذکر شده را مي‌تواند دچار اختلال نمايد مثل نارسائي کليه، آنژين قلبي (بيماري عروق کرونر قلب ناشي از انقباض در اثر سرما) يا تشديد علائم تنفسي بيماران ريوي در سرما.

راستی سرمائی که بیمار مبتلا به روماتیسم از آن صحبت می‌کند،**چیست ؟**

بطور متوسط دمای ۵ درجه یا کمتر را به عنوان دمای ناراحت کننده جهت این نوع بیمار تلقی می‌کنند. اما حس سرما داشتن، یک موضوع نسبی است. افرادی که مشکلات عصبی یا روحی دارند و یا آنها که بیماری‌های مزمن غیر روماتیسمی هم دارند؛ ممکن است زودتر و بیشتر دچار احساس سردی و نوعی ناراحتی بشوند. مثل بیماران دچار کم کاری غده تیروئید، کمخونی، مشکلات قلبی یا ریوی و آنهایی که مشکلات مفصلی غیر روماتیسمی (آرتروز) دارند.

حس سرمای محیط در نزد بیماران دچار التهابات مفصلی و بخصوص آنها که شکل مزمن یا شدید بیماری روماتیسمی را دارند، نسبت به افراد سالم یا حتی آنها که در مرحله کنترل شده بیماری هستند، بیشتر و شدیدتر جلوه می‌کند. بویژه اگر التهاب همراه با اضطراب یا افسردگی ثانوی هم باشد؛ این حالت حساسیت به سرما و احساس شدت علائم مفصلی - عضلانی واضحتری را از خود نشان می‌دهد.

البته شدت یافتن علائم روماتیسم مفصلی در مواجهه با سرما، خیلی از اوقات بصورت عینی و ملموس هم در پیش اکثر بیماران دیده می‌شود. شاید دلیل اعتقاد بر این مداخله سرمای محیط و تشدید علائم بالینی آنها، در بیشتر موارد این باشد که در چنین شرایطی، علل دیگر واضحی که سبب این وضعیت پیش آمده باشد؛ وجود ندارد مثل: کار اضافی خسته کننده، عدم مصرف مرتب داروهای تجویزی، وجود استرس‌های فیزیکی یا عصبی آنچنان شدید در الگوی زندگی اخیر بیمار و ...

البته باید توجه کنیم که مسأله « سرما » به صور مختلف می‌تواند بیمار روماتیسمی را تحت تأثیر قرار دهد، از جمله:

- آب و هوای سرد محیط زندگی بیمار یا گردش فصل‌ها،
- سرد شدن گذرا یا غافلگیر کننده محیط زندگی بیمار مانند
- تغیر دمای محیط در مسافرت‌ها بدون آمادگی‌های پوششی و مراقبتی قبلی
- بارش‌های فصلی یا نابهنگام در محیط زیست بیمار اعم از برف و باران و ..

- سرد یا نامناسب بودن دمای محل زندگی روز مره بیمار

- قرار گيري بیمار در شرايطی که در آن از وسائل سرمائی مثل کولر، پنکه و .. زيادی استفاده می شود (دیده شده که اين موضوع گاهی با اصرار ساير افراد خانواده يا محیط کار بیمار مبنی بر استفاده از اين گونه وسائل، موجب بروز برخی مشکلات در روابط بين بیمار و اطرافيانش شده و خود به عنوان عامل استرس زای دیگری بر شدت مشکلات وی افزوده است)

- گاهی محیط کار بیمار روماتیسمی، با سرما و دمای خیلی پائين ارتباط دارد مثل شاغلين در سردخانه های نگهداری مواد غذائی یا سردخانه های بیمارستانی و پزشکی قانونی و .. که بیمار یا فرد شاغل مجبور است ساعت ها در محیطی با دمای پائين و حتی زیر صفر، بکار خود ادامه دهد.

البته باید بدانيم که اثرات سرما بر علائم بالینی روماتیسم یا آرتروز (بخصوص در پيش بیماران مسن) فقط يك اثر ساده فیزیکی نیست، بلکه تحقیقات انجام یافته در کشورهای مختلف از جمله: کانادا و انگلستان بخوبی نشان داده است که قرار گرفتن در معرض هوا یا آب با دمای ۳ تا ۴ درجه سانتیگراد فقط به مدت نیم تا يك ساعت؛ تغییرات قابل توجهی در سیستم ایمنی و عروق بدن به شرح زیر بوجود می آورد:

- افزايش تعداد گلبول‌های سفيد خون

- افزايش فعاليت رده خاصي از سلول‌های ايمني ذاتي يا اوليه

بنام سلول‌های کشنده طبيعي (NKC = Natural Killer Cells)

- افزايش فعاليت عوامل التهابي سيستم ايمني مثل (TNF يا

همان فاکتور نکروز تومور) و مولکول‌های چسبندگی بين سلول‌های التهابي

- افزايش ترشح برخي هورمون‌های وابسته به استرس مثل نور

اپينفرين (Norepinephrin) تا حد ۳ برابر نرمال

- کاهش ترشح برخي عوامل محافظت‌کننده از التهاب در

سيستم ايمني بدن مثل اينترلوکين ۱۰ (۱۰IL) يا اينترلوکين ۲ (۲IL)

احتمالا به همين دلایل هم باشد که همه ما معمولا شاهد افزايش

بروز و شيوع بيماري‌های عفوني و يروسي يا باکترائي مخصوصا در دستگاه تنفسي در فصول سرد سال هستيم.

بحث جالب ديگر اينست: وقتي صحبت از آب و هوا يا سرما و

تاثيراتش بر احساس شدت درد مفاصل مي‌شود؛ کداميک از شرايط

اثر واقعي در اين مورد اعمال مي‌شود؟ دمای هوا (سردی يا گرمی

(، رطوبت هوای محیط زندگی (هوای خشک یا مرطوب) یا درجه فشار هوای محیط زیست بیمار؟؟؟

البته گاهی اظهارات بیماران، کمی متناقض یا متفاوت است. اما بیشتر آنها عقیده دارند هوای مرطوب یا بارندگی و همچنین هوای سرد مخصوصاً توأم با وزش باد یا هوای طوفانی موجب تشدید درد و احساس خشکی مفاصلشان می گردد. برخی از بیماران حتی این احساس تغییر یا شدت در علائم مفصلی خود را کمی قبل از وقوع بارش یا سرد شدن دمای هوا و یا بروز حالت طوفانی، اظهار می کنند و یا به عبارتی دیگر پیشگویی می کنند!!

اینها تجربیات یا استنباطهای بیماران است، اما مطالعات گسترده دقیق و کنترل شده (بر روی بیش از ۲۰ هزار بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی «آرتريت روماتويد») در شهر کیوتوی ژاپن انجام گرفته، از میان سه عامل دما، رطوبت و فشار هوا؛ عمدتاً عامل فشار هوا را در محیط زندگی بیماران مؤثر بر شدت احساس درد و تورم مفاصل نتیجه گیری کرده است (البته فشار هوای پائین اثر تشدید روی علائم مفصلی بیماران داشته است یعنی یک ارتباط معکوس بین این دو عامل بدست آمده است).

البته فشار هوا در سرما کم می‌شود. همچنین در ارتفاعات نیز این فشار کاهش می‌یابد و با کاهش فشار هوا نشان داده شده‌است که شدت انبساط یا تورم بافتها زیاد می‌شود و بدین ترتیب درد یا احساس خشکی مفاصل هم افزایش پیدا می‌کند.

لازم است یاد آوری شود که در حالت طبیعی مفصلی مثل زانو در فضای داخلی خود دارای فشار منفی است و با التهاب قابل توجه مفصل و بویژه با افزایش مایع داخل مفصلی نیز، حالت افزایش فشار در داخل مفصل ایجاد می‌شود و این هم یکی از عوامل مهم شدت درد مفصلی در حالت آرتریت (تورم التهابی مفصل) به شمار می‌رود.

البته اینکه کار کردن در محیط‌های سرد، آنهم به مدت طولانی، آیا می‌تواند فرد شاغل را مبتلا به روماتیسم مفصلی بکند یا نه؟ مطلبی است که هنوز پاسخ قطعی ندارد. اما آنچه هست در اظهارات و شرح حال تعدادی از بیماران، مبنی بر این اتفاق و این ارتباط، اگر بخوبی دقت شود در سوابق فامیلی و خانوادگی بیشتر این بیماران؛ موارد مثبت بیماری روماتیسمی وجود دارد و سرمای محیط کار در مدت زمان می‌تواند نقش بروز دهنده زمینه ژنتیکی یا اثری قبلی بیمار باشد

و سبب بیدار شدن زمینه قبلی وی برای بیماری روماتیسم مفصلی گردد.

آنچه باید گفته شود، اینست که :

شرایط ادامه دار سرما در محیط کار و حتی محیط زندگی بیماران روماتیسمی، می تواند نقش قابل توجهی در تشدید علائم بالینی روماتیسم مفصلی مثل احساس درد بیشتر یا احساس سفتی و خشکی مفاصل و حتی تورم مفاصل فرد بیمار داشته باشد. این مطلب به صورت تکراری و حتی روزمره در کلینیک های بالینی روماتولوژی، از جانب اکثر بیماران (و نه همه آنها) گفته و شنیده می شود و در واقع به هر علت یا مکانیسمی هم باشد، در عمل به صورت یک باور محکم برای خیلی از این بیماران تبدیل می شود. زیرا که این موضوع بارها توسط خود بیماران در زندگی روزمره شان تجربه می شود.

البته برخی دلایل مبنی بر نقش تشدیدی سرما در علائم بالینی روماتیسم مفصلی (التهاب مفاصل) و حتی آرتروز مفصلی (سائیدگی تدریجی مفصل) به قرار زیر ذکر شده است ، هر چند که دلایل قطعی آن هنوز به خوبی روشن نشده است:

- تأثیر منفی کاهش فشار اتمسفری هوا در شرایط سرما بر روی مفاصل، بویژه مفاصل ملتهب در جریان روماتیسم

- تأثیر سرما بر روی مایع داخل مفصلی که گوئی از حالت سیلان و روان بودن این مایع، کم می کند .

- کاهش فعالیت یا حرکات روزمره در فصول سرد یا یخبندان از طرف بیماران روماتیسمی

- اثر انقباضی سرما بر روی عروق خونی بدن از جمله عروق مجاور مفاصل که به درجاتی تغذیه و گردش خون مفاصل را کاهش می دهد .

- ایجاد افزایش حساسیت در حس درد، در رشته های انت هائی عصبی مفاصل که دچار التهاب و یا آسیب عروق ریز و یا حتی زخم ناشی از این پدیده شده اند .

" گفته می شود آب و هوای سرد و مرطوب، تأثیر بیشتری در شدت بخشیدن بر علائم مفصلی بیماران روماتیسمی، بازی می کند."

در یک مطالعه گسترده که در شهر آمستردام هلند توسط دانشگاه آن شهر البته در بین بیماران «آرتروزی» انجام شده است:

" ۲/۳۹ درصد از شرکت کنندگان اظهار داشته اند: نسبت به سرما، در بدن خود بویژه در مفاصل شان دچار حالت حساس شدگی و حس درد و سفتی بیشتری شده اند."

نهایتاً دو نکته اساسی زیر را باید یاد آور شویم :

۱ - محیط‌های کاری خیلی سرد (۴ درجه و پائین تر) برای بیماران روماتیسمی به هر شکل و نوعی که باشند، مناسب اشتغال نمی‌باشد .

۲ - در پاسخ این پرسش برخی بیماران روماتیسمی که؛ آیا « مهاجرت » از شرایط آب و هوایی سرد به مناطق گرمسیر می‌تواند به بهبود علائم بیماری‌شان کمک بکند؟؟ گفته می‌شود به عنوان پزشک، این « پیشنهاد » را نمی‌کنیم. زیرا که این تأثیر خیلی قطعی و روشن نمی‌باشد و از طرف دیگر یک بیمار با مشکل طول کشیده و مزمن بیماری روماتیسمی، لازم است از هر گونه تغییر شرایط استرس‌زای محیط و شرایط زندگی خود، دوری نماید. چرا که گاه امکان دارد تغییر اختیاری یا اجباری در شرایط زندگی بیمار، خود از طریق ایجاد استرس اضافی، موجب تشدید علائم بالینی بیمار بشود. که حتی الامکان باید از این نوع تصمیمات بدون بررسی همه جوانب مثبت و منفی موضوع، خودداری شود.

توصیه‌های مفید و مؤثر برای بیماران روماتیسمی در مواجهه با شرایط سرما (فصول سرد سال، محیط زندگی یا احياناً محیط کاری سرد):

تا حد امکان خود را گرم نگه دارید. لباس و پوشش مناسب هر فصل را به تن داشته باشید.

اگر برنامه مسافرت یا حتی سفری بنا به ایجاب شغل و فعالیت خود دارید، حتما وضعیت آب و هوایی و حتی خشکی یا رطوبت محیط (شهر) مقصد خود را کاملاً در نظر بگیرید و البته در چنین شرایطی حتماً قبل از هر چیز تمام داروهای مصرفی خود را آنهم به مقدار کافی، به همراه خود داشته باشید تا در محیط جدید، احیاناً غافلگیر تغییرات جوی نشوید و نبود یا کم آوردن داروهای ضروری، شما را دچار دردسر تهیه دارو یا استرس اضافی نکند.

داشتن رژیم غذایی مناسب و پر کالری بخصوص در فصول یا ایام سرد سال، بر مقاومت بدن شما در برابر سرما و عوارض آن، می افزاید. مثلاً مصرف مرتب نوشیدنی های گرم از جمله شیر داغ یا چائی یا دمنوش گرم چای سبز و همچنین استفاده از آب میوه های طبیعی؛ هم به نیازهای بدن شما پاسخ می دهد و هم بر توانائی سیستم ایمنی تان اضافه می کند.

حفظ تحرک کافی بخصوص در فصول سرد که از راه های گوناگون قابل حصول است، باز هم شما را در برابر شرایط سرما، پر قدرت و توانمند می سازد. مثل برنامه های منظم نرمشی، ورزشی و

حتی کمی پیاده روی در شرایط مناسب؛ که اینها فقط کمی توجه و برنامه ریزی و اراده قوی می خواهد.

حال شاید این سؤال برای مخاطبین و خوانندگان عزیز مطرح باشد که :

- [] آیا سرما یا سردی مطابق مطالب و شواهد گفته شده در این کتاب، فقط نقش تشدید و منفی بر روی بیماری های روماتیسمی دارد؛ یا اینکه سرما بر عکس آن، می تواند نقش مثبت و کمکی یا حتی درمانی در این نوع بیماری ها داشته باشد؟

در پاسخ باید گفته شود که :

- [] البته در موارد خاص و با شرایط و توجهات ویژه، می توان از سرما یا به عبارت بهتر « سرد کردن » در موارد ذیل سود ببریم:

- موارد التهابی حاد ناشی از ضربه (البته ضربه های غیر نافذ که توأم با زخم و خونریزی نباشند) یا پیچ خوردن (Sprain). البته در این موارد نیز فقط در مدت زمان ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول است که سرما درمانی مثل استفاده از گذاردن کیسه یخی و یا کیسه آب یخ در محل التهاب، می تواند در کاهش شدت التهاب مؤثر باشد. باز هم لازم

است توجه شود که استفاده از این موارد در هر بار باید فقط در حدود ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بیشتر نباشد.

- درمورد التهابات حاد مفصلی (بدون ضربه) هم می توان از سرما درمانی (کرایو تراپی) یا به عبارت ساده تر، سرد کردن موضع التهاب یعنی مفصل مبتلا، می تواند همراه با درمان های دارویی تجویزی توسط پزشک معالج، در روند بهبود علائم التهاب شدید مفصلی کمک کننده باشد. مثالی از این نوع آرتریت (التهاب مفصلی) بیماری نقرس (GOUT) می باشد که ناشی از افزایش سطح اسید اوریک خون می باشد و معمولاً به صورت حمله حاد تورم و درد شدید توأم با قرمزی پوست روی مفصل مبتلا در انگشت شست پا یا میچ پا خودش را نشان می دهد و تا رسیدن به مرکز طبی و دریافت درمان های لازم، گذاشتن کیسه یخی یا کیسه آب سرد، میتواند از شدت درد و التهاب بکاهد .

- [] البته در استفاده از سرما یا سرد کردن موضع التهاب، بهتر است مثل سایر موارد درمانی یا کمک درمانی حتماً از نظرات و دستورات پزشک معالج بیمار، کاملاً پیروی شود. چرا که به عنوان مثالی مهم باید یاد آور شویم که در استفاده از سرما درمانی، حتماً باید توجه داشت باشیم که شخص بیمار، مشکل مهمی در عروق

محيطی خود مثلاً در عروق پای خود نداشته باشد. زیرا که در اينصورت ممکن است سرماى موضعی استفاده شده، سبب تشديد تنگی یا نارسائی عروق پا بشود و خود مشکل آفرين باشد. مثال بارز در اين مورد بک بیمار با ديابت چند ساله و خوب کنترل نشده است که ممکن است مشکلی به نام « پای ديابتی » داشته باشد و همین سرماى بکار رفته به منظور تسکين درد التهاب مفصلی (به هر نوع و علتی که باشد)، خود سبب بدتر شدن مشکل عروقی پای بیمار بشود.

- [] اين نکته نبايد فراموش شود: در همه موارد گفته شده ، استفاده از سرما يا سرد کردن موضع درد و تورم، حتما کوتاه مدت و در حدود ۱۵ تا ۲۰ دقيقه بيشتتر نباشد و در صورت لزوم برای ادامه سرد کردن درمانی، بين اين دفعات بکارگیری سرما، بهتر است فاصله زمانی در حدود ۳۰ دقيقه رعايت شود تا دستورات کافی از پزشک معالج صاحب صلاحيت و تخصص مربوطه اخذ شود.

- [] در آخر اين نوشتار، لازم است گفته شود که: امروزه سرما درمانی (کرایو تراپی Cryotherapy) البته با استفاده از دستگاههای تخصصی ویژه در رشته‌های گوناگون طب از جمله بیماری‌های پوستی، تخصص زنان و زایمان و حتی برخی بیماری‌های سرطانی (البته به عنوان کمک درمانی یا پیشگیری از ریزش موی سر بیمار در

اثر برخی شیمی درمانی ها) و ... کاربردهای زیادی دارد که از حیطة
این نوشتار خارج است.

فصل سوم

ارتباط استرس و بیماری‌های خودایمنی

استرس چیست؟



استرس واکنش بدن به شرایط ناهنجار و یا حتی هنجار است

که عموماً با دلهره، اضطراب و ناراحتی همراه می‌باشد.

البته گفتنی است که برخی افراد حالت استرس خود را خود جوش یا خودبخودی می‌دانند که در واقع شاید بهتر باشد خود این افراد را از لحاظ روحی یا سیستم اعصاب سمپاتیک دارای وضعیت «حساس» یا «آستانه تحریک پایین» تلقی بکنیم.

عوامل استرس زا

فیزیکی؛ مانند کار زیاد و خسته کننده، تصادفات (ماشین یا موتورسیکلت) و یا هرگونه عفونت یا بیماری سخت و سنگین روحی یا عصبی؛ مانند بیماری سخت یا مرگ یکی از عزیزان یا نزدیکان، جدایی دو همسر از یکدیگر، از دست دادن شغل و ترس از بیکاری

انواع استرس

استرس را می‌توان به دو دسته حاد و مزمن دسته بندی کرد:

استرس حاد می‌تواند ناشی از سکته قلبی، سکته مغزی، شکستگی استخوان فمور یا لگن، داشتن یک امتحان مهم مثل کنکور ورودی دانشگاه باشد.

استرس مزمن معمولاً ناشی از ابتلاء به هرگونه بیماری مزمن (دیابت، سرطان یا بیمار روماتیسمی شدید و مزمن و...) و یا تنش‌های پایدار کسب و کار یا محیط کار است.

پس از این مقدمه کوتاه، در طی مقاله حاضر قصد داریم شما را با «استرس» این مشکل شایع زندگی پر هیجان و ماشینی امروز و تاثیرات مهم و اجتناب ناپذیر آن بر روند زندگی و تندرستی انسان‌ها بیشتر آشنا سازیم. لطفا توجه داشته باشید که در این کتاب، تأکید ما بیشتر بر اثرات استرس روی سلامتی جسمی و نقش آن در ایجاد یا تشدید بیماری‌های جسمی به ویژه بیماری‌های خود ایمنی (Autoimmune Disease) است؛ چرا که استرس از منظر روانپزشکی بحث دیگری می‌طلبد که در تخصص همکاران محترم روانپزشک خواهد بود.

استرس می‌تواند افراد سالم را بیمار کند و بیماران را نیز از هر نوع که باشند بیمارتر و یا درمان آنها را مشکلتر نماید.

می‌دانید که بدن ما متشکل از سیستم‌های مختلفی است که در حالت عادی همه این سیستم‌ها در ارتباط بسیار نزدیک به هم مجموعه سلامت و حیات شگفت‌انگیز ما را تامین می‌کنند. سخن شاعر بزرگ پارسی گوی «سعدی شیرازی» به این مضمون نزدیک است:

بنی آدم اعضای یکدیگرند

که در آفرینش زیک گوهرند

چو عضوی به درد آورد روزگار

دگر عضوها را نماند قرار

هر کدام از این سیستم‌های بدن می‌تواند تحت تأثیر عوامل بیماری‌زای مختلف دچار اختلال عملکردی (Functional) و حتی بافتی یا ساختمانی (Structural) شود. یک دسته مهم، متنوع و شایع از اختلالات، بیماری‌های خود ایمنی می‌باشد که تا به امروز بیش از ۱۲۰ نوع بیماری در این دسته کاملاً شناخته شده است. مثال‌های شایع از این ردیف بیماری‌ها عبارتند از:

لوپوس (Systemic Lupus Erythematosus)

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis) بالغین و جوانان

اسپوندیلیت آنکیلوزان (Ankylosing Spondylitis)

اسکلرودرما (Scleroderma)

پلی میوزیت - درماتومیوزیت (Polymyositis and

Dermatomyositis)

بیماری بهجت (Behcet's Disease)

بیش از ۲۰ نوع بیماری واسکولیتها (Vasculitis)

هپاتیت اتوایمیون (Autoimmune Hepatitis)

پانکراتیت اتوایمیون (Autoimmune Pancreatitis)

بیماری‌های التهابی روده (IBD)

بیماری‌های التهابی یا خود ایمنی پوست مثل پسوریازیس (Psoriasis) پمفیگوس (Pemphigus)، بیماری‌های خود ایمنی غده تیروئید از جمله بیماری گریوز (Graves Disease).

یک ارتباط تنگاتنگ بین بیماری‌های فوق و «استرس» وجود دارد. هر کدام از آنها ممکن است به دنبال یک استرس شدید شروع شود یا با استرس تشدید یابد و یا اینکه در سیر مزمن هر کدام از اینها، بیمار دچار مشکل استرس بشود.

از نمونه‌های اثرات استرس و اضطراب بر عملکرد احشاء بدن (یا به عبارتی اختلالات عملکردی) می‌توان به چند مورد شایع زیر اشاره کرد:

سندرم روده تحریک پذیر (Irritable bowel syndrome یا IBS) که در آن فرد دچار استرس یا اضطراب دارای علایمی از جمله احساس دردهای شکمی، نفخ، اسهال، یبوست و سر و صدای افزایش یافته روده‌ای می‌باشد.

سندرم مثانه تحریک پذیر (Irritable urinary bladder syndrome) که با علائمی از قبیل تکرر ادرار، سوزش ادرار، احساس درد در ناحیه مثانه همراه می‌باشد.

موارد فوق را بیماری‌های روانی - تنی (Psychosomatic) نیز می‌نامند.

علاوه بر تحقیقات بالینی متعدد که نقش استرس را بر انواع بیماری‌های قلبی به عنوان یک عامل تشدید کننده به اثبات رسانده اند، بیماران بسیاری به خوبی تجربه کرده‌اند که چگونه استرس زندگی می‌تواند بیماری را از وضعیت کنترل شده خارج و به وضعیت غیر کنترل برساند. آنها به وضوح در کلینیک به ما می‌گویند که حالشان خوب بوده و بیماری‌شان در حالت کنترل شده بوده ولی به دنبال وقوع یک حادثه یا مورد استرس زای شدید شاهد تشدید علائم بیماری خود شده‌اند.

این اثرات استرس با تجربیات مکرر بالینی اکثر پزشکان مطابق و غیر قابل انکار می‌باشد. بنابراین چه بخواهیم چه نخواهیم اگر خود را به دست استرس بسپاریم یا به ناچار در جریان گردباد یک استرس قرار بگیریم، شدت یافتن یا حتی بروز اولیه یک بیماری را تجربه

خواهیم کرد. استرس موخوره یا موریانه جان - دشمن سلامت و آسایش انسان‌ها است.

آری استرس هم در سطح ایمنی هومورال (Humoral immunity) باعث کاهش تولید آنت بادی‌ها و سایتوکاین‌های مفید می‌شود و هم در سطح ایمنی سلولی سبب کاهش عملکرد و حتی تعداد لنفوسیت‌های (Lymphocytes) بدن و تضعیف سیستم دفاعی بدن می‌شود. از طرف دیگر استرس منجر به افزایش میزان ترشح هورمون‌هایی می‌شود که آنها را اصطلاحاً "هورمون‌های وابسته به استرس" می‌نامند از جمله:

کاتکولامین‌ها (ادرنالین یا اپینفرین - نورادرنالین یا نوراپینفرین) - گلوکاگون - گلوکوکورتیکوئیدها (استروئید یا همان کورتون‌ها). ترشح این هورمون‌ها در ابتدا به جهت مقابله با شرایط یا عوامل استرس‌زا اتفاق می‌افتد اما در واقع ترشح آنها بخصوص ترشح زیادی و کنترل نشده آنها رفته‌رفته به زیان سیستم ارگان‌های داخلی بدن تمام می‌شود. تپش قلب، افزایش فشار خون، تعریق زیاد، احساس دلهره و ضعف، بی‌خوابی، افزایش قند خون و سرانجام شاید همان دیابت یا مرض قند (در صورت داشتن استرس مزمن یا شدید) از

اثرات ناشی از ترشح بی رویه این هورمون‌های وابسته به استرس می‌باشد.

استرس در واقع به عنوان یک عامل « اپی ژنتیک » (Epigenetic) نیز عمل میکند به این معنی که عمق تأثیر استرس های شدید یا مداوم بر میزان عملکرد ژن‌های بیماری‌های مختلف قابل توجه می‌باشد. دوقلوهایی که یکی از آنها زندگی استرس آمیز داشته باشد و دیگری در شرایط آرامش و دور از استرس باشد، با اینکه هر دو اگر ناقل ژن یک بیماری باشند اما همان بیماری در اولی بروز می‌کند و در دیگری خاموش می‌ماند. به عبارتی دیگر وجود و استمرار این استرس‌های شدید گوئی پرده از رموز ژنتیک بیماری‌های انسان‌ها بر می‌دارد.

البته در مواردی نیز استرس به عنوان یک عامل مستقل عمل می‌کند نه وابسته. واضح است که اگر چند ریسک فاکتور مثل ژنتیک، استرس‌های روحی و عصبی، کارهای پر فشار (فشار کاری زیاد بر فرد) توأم با خستگی مداوم و مزمن در یک جا جمع شوند خطر بروز یک یا حتی چند بیماری با هم در همان فرد بوجود خواهد آمد.

ارتباط استرس و بیماری‌های خود ایمنی

فصل سوم

اهمیت شدت یا تداوم استرس به قدری مهم است که گاهی منجر به مشکلات حیاتی و شاید هم کشنده بشود. به عنوان مثال بیماری نارسائی یا ضعف عضله قلب ممکن است بدنبال استرس‌های شدید و بسیار خسته کننده فیزیکی یا روحی عصبی بوجود آید که امروزه به نام «کاردیومیوپاتی ناشی از استرس» (Stress induced Cardiomyopathy) مشهور است.

در خصوص تأثیر استرس یا زندگی پراسترس بر شروع و شیوع بیماری‌های مختلف، مطالعات زیادی انجام گرفته است.

بیان چند نمونه از این مطالعات، اهمیت موضوع را روشن‌تر خواهد کرد

یک نمونه مطالعه خوب از نوع مورد - شاهدهی (case-control) به روش ثبت اطلاعات دقیق در کشور کانادا انجام گرفته است، که نتایج این مطالعه بزرگ - ۲۹ سال بطول انجامیده - و سرانجام در سال ۲۰۱۳ میلادی منتشر شده است، به قرار زیر است:

از بین ۴۱۸۵ مورد به ثبت رسیده در این مطالعه فراگیر تعداد ۳۷۵ مورد بیمار مبتلا به روماتیسم مفصلی جوانان - زیر ۱۶ سال - (Juvenile Idiopathic Arthritis=JIA) و ۱۰۴۲ مورد به عنوان گروه کنترل - سالم - انتخاب شده است

فصل سوم ارتباط استرس و بیماری‌های خود ایمنی

حاصل این تحقیق نشان داد عوامل استرس‌زا می‌توانند خطر ابتلا به روماتیسم را ۲ تا ۵ برابر افزایش دهند. (جدول زیر را مشاهده کنید)

جدول ۱.

اتفاق	میزان افزایش خطر ابتلا به روماتیسم
حوادث	۴/۸۱
بیماری عضو درجه یک خانواده	۲/۲۹
جدایی والدین	۱/۹۶
مشکلات در روابط با بستگان	۲/۵۴

یک مطالعه بر روی کودکان روماتیسمی در سال ۱۹۷۸ در شهر روچستر ایالت نیویورک آمریکا نشان داد ۲۸ درصد کودکان روماتیسمی دارای تجربه جدایی یا فوت یکی از والدین بوده در حالی که این نرخ برای کودکان سالم (گروه کنترل) تنها ۱۱ درصد می‌باشد.

استرس تکرار شونده یا مزمن، قدرت یادگیری و حافظه را مختل میکند و گاهی حتی موجب نوعی فراموشی گذرا میشود. این اثرات در اکثر موارد حالت برگشت پذیر دارد اما در صورت مزمن و شدید بودن استرس ها، اثرات سوء آن بر حافظه ممکن است غیر قابل برگشت باشد. این مطلب اهمیت تلاش و توجه همیشگی را در جهت حفظ آرامش کامل و دوری از تنش‌های روحی - عصبی برای تامین سلامتی جسمی و روانی تمام اقشار جامعه آشکار می‌سازد.

یک نکته بسیار مهم دیگر که همیشه باید بخاطر بسپاریم این است که رابطه استرس و بیماری‌ها یک رابطه دوطرفه علت و معلولی می‌باشد. بدین معنا که نه تنها استرس باعث ایجاد یا تشدید بیماری می‌شود، بلکه بیماری‌های مزمن و سخت نیز ممکن است درجاتی از اضطراب و افسردگی را در بیمار به دلایلی از قبیل ابهام نسبت به آینده (دغدغه تامین مالی یا شغلی و روند زندگی فردی و خانوادگی) و سیر بهبودی بیماری، بوجود آورد.

به هر حال وظیفه پزشک معالج این نوع بیماران مزمن است که توجه خاص به رفع ابهامات، آموزش و ارائه توضیحات و روشننگری‌های کافی در خصوص سوالات بیمار نماید.

مثال بارز دیگر از رابطه دوطرفه بیماری و استرس را می‌توان در بیماری التهابی مزمن پوست بنام بیماری صدف یا پسوریازیس (Psoriasis) و همچنین روماتیسم ناشی از آن بنام روماتیسم یا آرتریت پسوریاتیک (Psoriatic Arthritis) یافت که در مطالعات و تجربیات بالینی مختلف یک امر مسلم و قطعی می‌باشد.

البته ارتباط بیماری‌هایی مثل دیابت (مرض قند)، افزایش فشار خون، سکته‌های مغزی یا قلبی، زخم معده و ... با استرس بقدری واضح است که نیاز به توضیحات زیاد ندارد.

حال که استرس این دشمن آشکار و در بیخ گوش ما قصد برهم زدن سلامتی و شادابی زندگی ما را دارد چه باید کرد؟

پیشنهادهای ما در این مورد:

۱) سعی کنیم همیشه اندیشه‌های مثبت نسبت به زندگی خود داشته باشیم و برای سلامتی خود و اطرافیان و دوستانمان سپاسگزار باشیم.

۲- بکوشیم از ورود هر گونه افکار منفی به خود جلوگیری نماییم زیرا چنین افکاری برایمان انرژی منفی القاء خواهند کرد.

۳- تلاش کنیم در زندگی روزمره خودمان همیشه به «نیمه پر لیوان» نگاه کنیم نه «نیمه خالی آن».

۴- برنامه‌ریزی خوب و بادقت، به همراه مشخص کردن لیست کارهایی که لازم است انجام شود و کارهای که بهتر است انجام ندهیم داشته باشیم.

۵- تخلیه کردن و آزاد نمودن خود از دست نکات مبهم و افکار منفی با مراجعه به منابع قابل اطمینان مانند پزشک یا پزشکان معالج، منابع مطالعاتی معتبر مانند مجلات خوب و علمی، سایت های اینترنتی مطمئن یا افراد با اطلاع صاحب صلاحیت و دلسوز.

۶- انجام منظم ورزش، پیاده روی و یوگا نیز می‌تواند در کاهش شدت استرس به ما کمک نماید.

۷- نهایت اینکه اگر علی رغم توجه به راهکارها و عملکردهای فوق ملاحظه کردید استرس یا اضطراب وجود شما را رها نمی‌کند، آنگاه مراجعه به یک پزشک متخصص اعصاب و روان ضروری خواهد بود.

اما به یاد داشته باشید که داروهای تجویز

شده از طرف پزشک معالج، برای بیماری اصلی و

اولیه خودتان را نیز حتما مصرف بکنید.

اما حرف آخر ما :

استرس به خود راه ندهید. دشمن را به

خانه چکار؟ او را از همان اول از تن خود بیرون

کنید. خود را با دانش و افکار مثبت در مقابل آن

بیمه کنید تا سالم بمانید.

فصل چهارم

بیماری بهجت



آیا شما اسم بیماری « بهجت » را شنیده‌اید؟

چقدر با این بیماری آشنا هستید؟

اصلاً بیماری بهجت چه نوع بیماری است؟

ما در صدد هستیم که در طی این نوشتار شما را با کلیات این بیماری آشنا کنیم و تازه‌های این بیماری نسبتاً قدیم را در خدمت شما مخاطبین علاقه مند قرار بدهیم.

راستی کلمه « بهجت » در زبان فارسی به معنی « شادی و سرور » است. اما به چه دلیل در اینجا اسم بیماری به آن گفته می‌شود!

اسم اولیه این بیماری، از نام Hulusi Behcet پزشک متخصص پوست «درماتولوژیست» نامدار اهل کشور ترکیه در شهر استانبول گرفته شده است. ایشان برای اولین بار در سال ۱۹۳۷ بیماران را معرفی کرد که دچار التهاب چشم و زخمهای دهانی بصورت « آفت » و ضایعات پوستی به شکل آکنه‌های خاص التهابی (قرمز و دردناک) بودند. به احترام دکتر Behcet، این بیماری به نام ایشان یا سندرم Behcet نامیدند.

اما امروز این بیماری با مشخصات گسترده و علائم گوناگون خود به عنوان یک بیماری سیستمیک، در تمام دنیا بین پزشکان رشته‌های مختلف طب شناخته شده است. هر چند که شیوع بیشتر آن در کشورهای شرق مدیترانه مثل ترکیه و کشورهای آسیای غرب مثل ایران تا شرق دور از جمله کشور چین و ژاپن دیده می‌شود.

به همین جهت نیز، بیماری بهجت را در محافل علمی به نام « بیماری جاده ابریشم » (Silk Road Disease) نیز می‌نامند. (جاده قدیم تجارت که از شرق دریای مدیترانه و ایران تا چین و شرق دور ادامه داشته است)

بیماری بهجت در واقع جزء بیماری‌های خود ایمنی (اتوایمون (Autoimmune) محسوب می‌شود اما برخی صاحب نظران، آنرا در ردیف بیماری‌های خود التهابی (اتو انفلاماتور Autoinflammator) می‌شمارند و گروهی نیز بهجت را یک بیماری با خصوصیات مشترک خود ایمنی - خود التهابی می‌دانند .

خود ایمنی، گروهی وسیع از بیماری‌ها هستند که اساس آنها اختلال در سیستم ایمنی اکتسابی (سلول‌های T و B و ...) می‌باشد که سر دسته آنها بیماری لوپوس می‌باشد اما خود التهابی، گروه دیگری از بیماری‌ها هستند که زیر بنای آنها اختلال سیستم ایمنی ذاتی (سلول‌های خونی از نوع نوتروفیلها Neutrophils و ائوزینوفیل ها Eosinophils و ...) است ولی تعداد این دسته از بیماری‌ها نسبتاً محدود است و سردسته اینها بیماری تب مدیترانه‌ای فامیل (FMF = Familial Meditranean Fever) می‌باشد.

بهجت بیماری است که در آن افزایش فعالیت نوتروفیل ها و التهاب جداره عروق خونی - از هر نوع و اندازه که باشد - دیده می شود. بنابراین بیماری بهجت از این نقطه نظر جزء بیماری های واسکولیتی (Vasculitis یعنی اختلالات التهابی عروق خونی) محسوب می شود اما بهجت در میان واسکولیت ها هم خصیصه بارزی دارد: بهجت در مبتلا کردن عروق بدن حد و مرز نمی شناسد یعنی از مویرگ ها گرفته تا عروق وریدی (سیاهرگ ها) و شریان ها (سرخرگ ها) در هر اندازه ای هم که باشند (کوچک، متوسط یا بزرگ) می تواند همه را درگیر نماید. لذا در طب لقب All Type ALL Vasculitis Size به بهجت داده شده است.

این بیماری در هر سنی دیده می شود اما در بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی شایعتر است. بطور کلی، بهجت بیماری خیلی شایعی نیست. اما در مناطق جغرافیائی که قبلا اشاره کردیم، از بیماری های مهم و نسبتا شایع می باشد.

مردان و زنان هر دو به این بیماری مبتلا می شوند اما معمولا بهجت در پیش آقایان شدت و عوارض بیشتری دارد (بخصوص درگیری عروقی بهجت برای آقایان هم شایع و هم مشکل ساز است).

تنوع علائم بالینی بهجت به حدی زیاد است که بعضی نویسندگان عنوان « سندرم Syndrome » (سندرم بهجت) را به آن داده اند، یعنی مجموعه علائم متعدد با علت نامعلوم. به همین سبب است که بیماران بهجت - چه سرپائی و چه بستری - پیش متخصصین مختلفی مراجعه یا در درمانگاه‌ها و بخش‌های مختلف بیمارستانی ویزیت یا بستری می‌شوند. البته این موضوع گاهی منجر به تأخیر تشخیصی و گاهی هم موجب بروز علائم و عوارض سخت بیماری می‌گردد.

چاره این مشکل، لزوم جامع‌نگری و دقت کافی روی تمام علائم بالینی بیماران می‌باشد تا با جمع‌بندی خوب علائم گذشته و حال بیمار بتواند به تشخیص بیماری سیستمیک « بهجت » برسد و درمان‌های لازم و مؤثر را نیز به موقع شروع نماید. این بیماری بیشتر و بهتر از همه در رشته « روماتولوژی » مورد بحث و تحقیق قرار می‌گیرد و اصولاً حضور ذهن پزشکان « روماتولوژیست » به بیماری بهجت بیشتر و کمک‌کننده‌تر است.

علائم بالینی بیماری بهجت کدام است؟

بهجت به عنوان یک بیماری سیستمیک، طیف وسیعی از علائم کلینیکی را در خود جای می‌دهد. اما پنج مورد از اینها تحت عنوان

«معیارهای تشخیصی یا طبقه بندی Diagnostic یا Clsification Criteria» مورد توافق محافل علمی بین المللی بهجت شناسی قرار گرفته است. (این علائم هم شایعترند و هم شناخت و نسبت دادن آنها به این بیماری راحت تر است.

معیارهای پنج گانه بیماری بهجت کدامند؟

۱ - آفت های راجعه دهانی

(زخم های دردناک گرد با حاشیه قرمز و وسط

سفید، به ابعاد ۲ تا ۱۰ میلی متر، منفرد یا متعدد در مخاط

دهان و زبان و گاهی روی لوزه های گلو)

راجعه یعنی حداقل ۳ بار در سال. البته معمولاً آفت های بیماری

بهجت خیلی بیشتر از ۳ بار تکرار می شوند و بدون درمان اغلب

چندین روز باقی می ماند ولی با درمان زودتر خوب می شوند. خیلی

استثنائی است که آفت های دهانی از خود آثاری در داخل دهان بجا

بگذارند.

آفت های دهانی علل خیلی زیادی دارند

البته زخم های « آفت » دهانی نیز علل زیادی دارند :

ویروس‌ها، باکتری‌ها، کمبود برخی ویتامین‌ها (مثل B_{۱۲} و اسید فولیک) و مواد (از جمله آهن و روی «Zinc»)، استرس‌های روحی - عصبی، مصرف زیادی برخی مواد غذایی مثل خوراک بادمجان، فلفل یا ادویه‌جات تند و مضر، مغز گردو - بویژه گردوی تازه - فندق و گاهی استفاده از بعضی داروها از قبیل ترکیبات سولفامیدی مثل قرص سولفاسالازین و اکثر داروهای مهارکننده سیستم ایمنی که در جریان شیمی درمانی‌ها و یا حتی در درمان موارد شدید و مقاوم بیماری‌های روماتیسمی بکار می‌روند از جمله داروی متوترکسات و سیکلوفسفامید و... علت آفت دهانی است.

یک نوع آفت به نام «آفت خانوادگی Familial phthea» وجود دارد که چند نفر از افراد یک خانواده یا فامیل بصورت دوره‌ای دچار آن می‌شوند. نوع دیگر «آفت ساده Simple Aphthea» است که بعضی از افراد را مبتلا می‌کند و چون اغلب این نوع آفت‌ها زودگذر و فاقد هر علامت دیگری است لذا به این اسم خوانده می‌شود.

البته تمام انواع آفت‌ها (چه ساده و چه ناشی از بیماری‌ها و داروها) فرد مبتلا را آزار می‌دهد و نیاز به توجه خاص پزشکی و توصیه‌ها

یا درمان‌های ویژه خود دارند (بهخصوص اگر آفت‌ها مکرر باشند و یا به آسانی بهبود نیابند).

اما چون بحث ما در این مقاله روی بیماری مهم « بهجت » است؛ لازم است توجه خوانندگان عزیز را به این نکته اساسی جلب کنیم که :

« هر کسی که در دهانش آفت میزند الزاما بیماری بهجت ندارد ولی بهتر است یک بار به پزشک مراجعه نماید. اما از طرف دیگر، هر کسی که بیماری بهجت دارد تقریباً در همه موارد « در حال حاضر و یا در سابقه خود » آفت دهانی دارد که اکثر موارد نیز این آفت‌های وی تکرار شونده و سمج هستند. (مطابق آمار در مناطق پرشیوع بهجت، ۹۷ یا ۹۸ درصد بیماران آفت دهانی دارند.

- [] دومین علامت مهم بهجت، زخم‌های آفتی راجعه در ناحیه تناسلی (هم مردان و هم زنان) است. شیوع این نوع آفت‌ها البته کمتر از آفت‌های دهانی است. اما اهمیت آفت‌های تناسلی در این است که معمولاً بدون درد هستند- مگر در موارد استثنائی یا اضافه شدن عفونت روی آنها. فرق مهم دیگر آفت‌های تناسلی با آفت‌های دهانی این است که برخلاف آفت‌های دهانی، وقتی بدون درمان و گاهی حتی با وجود درمان خوب بشوند آثار (مثل آثار به جای مانده

از هر زخم یا محل یک بریدگی (Scar) از خود به جای می گذارند که البته در معاینه بیمار توسط پزشک، این آثار آفت های گذشته در نواحی تناسلی خارجی زنان و یا در روی پوست کیسه بیضه های مردان، ممکن است مشاهده گردد. نکته قابل توجه در مورد آفت های تناسلی (ژنیتال Genital) بخصوص در خانم ها، وجود رابطه جنسی دردناک (Dysparonia) و گاهی سابقه عفونت های تناسلی تکراری و مقاوم به درمان های تجویزی می باشد که چون در زمینه آفت های تناسلی تشخیص داده نشده است، لذا وقتی عفونت اضافه شده درمان شود آفت باقی مانده و مشکل اصلی بیمار یعنی بیماری بهجت نیز پا برجاست. کلید حل این مشکل، همانا توجه کافی به سایر علائم آن مثل همراهی یا داشتن سابقه آفت های دهانی در کنار آفت های تناسلی است.

سومین علامت بالینی مهم بیماری بهجت، علائم پوستی می باشد. علائم پوستی این بیماری متنوع و زیاد است. بهجت با مکانیسم التهاب عروق خونی کوچک و تجمع و افزایش فعالیت سلول های التهابی از جمله نوتروفیل ها در پوست ظاهر می شود. برخی از موارد - با توافق گروه بین المللی بهجت - جنبه نسبتا اختصاصی و تشخیصی بخود گرفته اند (البته در حضور سایر علائم که در این کتاب هم

بدان‌ها اشاره کرده‌ایم). از جمله: وجود راش‌ها یا ضایعات پوستی بنام اریتم نودوزوم، سودوفولیکولیت، نودول‌هائی بشکل آکنه (جوش‌های صورت) و ضایعات پاپول و پوستول.

– Erythema Nudosum یعنی ضایعات قرمز رنگ نسبتاً درشت و حساس و دردناک که گره‌مانند و عمقی بنظر می‌رسند. معمولاً در ساق پاها هستند ولی در بیماری بهجت در هر جایی مثل تنه یا اندام فوقانی هم خودشان را نشان می‌دهند. البته این نوع ضایعات مختص بهجت نبوده بلکه علل زیادی از قبیل عفونت‌ها، داروها و بیماری‌های التهابی دیگر مثل بیماری‌های التهابی روده (کولیت اولسرو یا بیماری کرون) و بیماری‌های بدخیم و... دارند. توجه به علائم دیگر و نیز سوابق داروئی بیمار، می‌تواند در علت‌یابی صحیح این ضایعات کمک‌کننده باشد.

– Folliculitis یعنی التهاب ریشه مو (وجود جوش‌های کوچک قرمز در ریشه مو) اما در Pseudofolliculitis بهجت، این جوش التهابی، کمی از ریشه مو فاصله دارد. البته فولیکولیت‌ها علل دیگری هم دارند مثل عفونت‌ها.

– Papul یعنی ضایعه پوستی برجسته و قرمز رنگ و Pustul یعنی ضایعه پوستی برجسته و محتوی چرک (البته در پوستول‌های بهجت،

واقعا چرکی وجود ندارد و ظاهر ضایعه، چرکی بنظر می‌رسد (این ضایعات مربوط به بیماری بهجت در همه جای بدن می‌تواند بروز کند اما معمولا در تنه، پشت و صورت بیمار بیشتر دیده می‌شوند.

- [] باید توجه شود که علاوه بر موارد ضایعات پوستی فوق، علائم و ضایعات مختلف پوستی دیگری هم در این بیماری قابل مشاهده است. بطور مثال ضایعه‌ای زخمی شونده و عمیق معمولا در جلو ساق پاها - یک طرفه یا در هر دو طرف - به نام پیو درماگانگرنوزوم Pyoderma Gangrenosum - در این بیماری دیده می‌شود که هر چند جزء معیارهای تشخیصی شمرده نمی‌شود اما اهمیت بالینی زیادی در تشخیص و پیش آگهی بهجت دارد. ضایعات پوستی ممکن است اولین علامت بیماری بهجت باشند و یا پس از سایر علائم بهجت، خودش را نشان بدهد و ممکن است همراه آفت‌ها و یا علایم چشمی آن وجود داشته باشند.

- [] علائم درگیری چشمی در بهجت

در کشورهای دارای شیوع بیشتر این بیماری، متأسفانه هنوز بهجت یکی از علل مهم کوری به شمار می‌رود (اغلب به علت تأخیر در تشخیص و یا اعمال درمان‌های کم اثر و گاهی علیرغم همه

تلاش‌ها این اتفاق تلخ یعنی از دست دادن کامل و همیشگی بینائی به وقوع می‌پیوندد).

- [] چهارمین علامت بالینی بیماری بهجت، درگیری چشمی است. انواع علائم در این مورد وجود دارد و زیر بنای همه آنها التهاب ساختمان‌های مختلف چشم است (از لایه‌های سطحی تا عمق چشم یعنی پرده شبکیه یا رتین Retina و لایه‌های بین اینها - اتاق قدامی و اتاق خلفی که به نام Uveitis - یووئیت - جلوی Anterior و پشتی Posterior نامیده می‌شود. خصوصیت اصلی بیماری بهجت دوره‌های تشدید و بهبودی است و یک بیماری عود کننده است و این موضوع در علائم چشمی آن نیز صدق می‌کند. گاهی علت این دوره‌های تشدید، مشخص است مثل هرگونه سهل‌انگاری بیمار در مصرف داروهای تجویزی و یا بروز استرس‌های شدید برای بیمار و گاهی هم به ظاهر ممکن است علتی یافت نشود. هر طور که باشد، نتیجه تکرار حملات التهابی در چشم، بروز آثار و عوارض به جای مانده در قدرت بینائی بیمار(افت ماندگار قدرت دید یا حتی کوری کامل Blindness) خواهد بود. سه علامت اصلی یووئیت عبارتند از: قرمزی چشم، درد چشم و تاری دید. البته اکثر بیماری‌های التهابی سیستمیک ممکن است ایجاد

یوویت بکنند مثل: آرتريت روماتوئيد، روماتيسم‌های ستون فقرات، بیماری سارکوئیدوز (Sarcoidosis) و برخی بیماری‌های عفونی مثل بیمار سل (توبرکلوز Tuberculosis)، بیماری توکسوپلاسموز (Toxoplasmosis) بیماری منتقله از گربه یا سگ به انسان، برخی بیماری‌های ویروسی مثل بیماری سیتو مگالو ویروس (CMV=Cyto Megalo Virus). اما خوشبختانه امروزه با بهبود بهداشت، از شیوع این بیماری‌های عفونی در ممالک پیشرفته و برخی کشورهای در حال رشد مثل ایران، خیلی کاسته شده است و از طرف دیگر بیماری بهجت در کشورهایی که در ابتدای کتاب هم اشاره شد مثل ایران و ترکیه، نسبتاً شایع است. نوع شایع درگیری چشمی بهجت بصورت یوویت توأم قدامی و خلفی است که اصطلاحاً بنام پان یوویت (Panuveitis) نامیده می‌شود که در معاینه چشم پزشکی مشخص می‌گردد.

- [] پنجمین معیار (Criteria) بهجت، تست جلدی پاترژي (Pathetgy) می‌باشد که توسط پزشک معالج انجام می‌شود. یعنی با تزریق زیر جلدی نیم میلی لیتر آب مقطر و یا تحریک مویرگ‌های زیر جلدی در ساعد دست به وسیله سر سوزن (Needle) استریل نمره ۲۰ یا ۲۲ و یا با ایجاد چند خراش سطحی در ساعد به وسیله

همین سر سوزن گفته شده انجام می شود سپس یک و دو روز بعد محل تست شده را همان پزشک معالج می بیند. اگر برجستگی قرمز به قطر ۲ یا ۳ میلی متر ایجاد شده باشد؛ تست پاترزی مثبت خواهد بود. حال از این ۵ علامت گفته شده، آفت های مکرر دهانی، علامت اصلی (ماژور Major) و مابقی علائم غیر اصلی (مینور Minor) هستند و برای تشخیص بهجت، وجود این نوع آفت های دهانی ضروری است ولی برای نهایی شدن تشخیص حداقل دو علامت دیگر از ۴ علامت باید در حال حاضر یا سابقه تأیید شده بیمار وجود داشته باشد. بنابراین معاینه چشم پزشکی با دقت نیز حتما لازم خواهد بود که البته پس از شروع درمان های لازم، مجدداً معاینه چشم باید تکرار شود تا روند سیر بیماری و پاسخ به درمان ها، تحت کنترل قرار گیرد.

اگر بیماری، هم آفت دهانی و هم آفت ژنیتال (تناسلی) داشت اصطلاحاً «آفت دو قطبی Bipolar Aphthosis» گفته می شود. باز هم باید توجه شود که برخی بیماری های التهابی یا عفونی نیز می تواند این حالت را ایجاد بکند مثل بیماری التهابی روده (بیماری کرون Crohn)، بیماری سلیاک «Celiac» (حساسیت به گلوتن موجود در گندم و محصولات آن) و عفونت ویروسی هرپس (تبخال) و

ویروس سیتومگالوویروس. در چنین مواردی وجود سایر علائم همراه از جمله درگیری التهابی چشم یا علائم التهابی پوست، البته کمک کننده خواهد بود. توجه به خواستگاه یا اصلیت «Origin» جغرافیایی بیمار (از کشورهای شرق مدیترانه، خاور میانه یا شرق آسیا) هم در این موارد می تواند یاری دهنده باشد.

- [] اما غیر از ۵ معیاری که در بالا، کمی توضیح داده شد؛ بیماری بهجت به عنوان یک بیماری سیستمیک، علائم خیلی زیاد دیگری نیز دارد که به نوبه خود هم مهمتر و حیاتی و گاهی هم خطرناکتر از این ۵ علامت معیار بندی شده می باشند و ضمناً این علائم می تواند در شروع یا سیر بعدی بهجت خودش را نشان دهد و حتی توجه با دقت و کشف آنها در بیمار، تشخیص را آسانتر می کند و باعث ایجاد تصمیم بجا از جانب پزشک معالج برای شروع به موقع درمان های لازم و نجات بخش خواهد بود. طیف وسیع این گروه از علائم، اصطلاحات خاصی هم برای بیان نوع سیستم های درگیر در بهجت، ایجاد کرده است: - آنژیو بهجت Angiobehcet یعنی درگیری عروق بزرگ خونی در بهجت بصورت لخته، التهاب یا آنوریسم Aneurysm (گشاد شدگی موضعی عروق خونی) از جمله در شریان ریوی، آئورت یا وریدهای بزرگ داخل شکم یا

قفسه سینه . - نوروبهجت Neurobehcet یعنی ابتلاء سیستم اعصاب (مغز یا نخاع) با بیماری بهجت از راه التهاب بافت مغز یا عروق آن و تشکیل لخته در سینوس‌های مغزی داخل جمجمه یا عروق ریز و درشت آن. شایع‌ترین و اختصاصی‌ترین اینها وجود علائم ایسکمی در ساقه مغز بیمار می‌باشد که اغلب در مردان جوان مبتلا به بهجت دیده می‌شود. (تشخیص این مشکل البته با انجام MRI مغز بعمل می‌آید). انواع سکنه‌های مغزی و وجود سردردهای شدید و مقاوم و گاهی نیز سوابق حملات تشنجی از جمله علائم نوروبهجت به شمار می‌رود. - انترو بهجت Enterobehcet یعنی مجموعه علائم بهجت در دستگاه گوارش بدن مثل: دردهای شکمی بر اثر زخم‌های آفتی در مخاط روده، ایسکمی (ضعف خونرسانی) روده یا تشکیل لخته در عروق وریدی (سیاهرگ‌ها) یا شریانی (سرخرگ‌ها) و همچنین خونریزی‌های روده‌ای یا اسهال و... - مفاصل بدن هم در بهجت دچار التهاب می‌شوند (آرتریت Arthritis) که معمولاً در زانو یا مچ پاها دیده می‌شود. که گاهی شکل مقاوم به خود می‌گیرد. - ندرتا سیستم قلبی - ریوی هم در بهجت درگیر می‌شود که از علائم آن می‌توان درد سینه (از منشأ قلبی یا عروق شریانی ریوی) و سرفه با دفع خلط خونی (هموپتیزی Hemoptysis) را نام برد.

- [] نتیجه اینکه بهجت یک بیماری چندان نادری نمی باشد و در نظر گرفتن تمام علائم بالینی آن با جامع‌نگری در معاینه بیماران، تشخیص را نسبتاً آسان خواهد کرد و اهمیت این نکته وقتی بیشتر روشن می‌شود که بدانیم « بیماری بهجت هیچ تست آزمایشگاهی اختصاصی برای تشخیص ندارد.»

- [] در اغلب موارد بیماری بهجت (بیماری جاده ابریشم) آزمایش شمارش کامل سلول‌های خون (Compleat Blood Count = CBC) بر خلاف اکثر بیماری‌های التهابی مثل آرتریت روماتوئید، در حد نرمال می‌باشد یعنی معمولاً بیمار مبتلا به بهجت، کمخونی ندارد مگر در موارد خاص از جمله درگیری دستگاه گوارش یا وجود خونریزی پنهان یا آشکار - مثلاً پارگی محل گشادی عروق سرخرگی کوچک یا بزرگ مثل دفع خون با سرفه در پارگی یا نشت در محل گشادی سرخرگ ریوی - و یا خونریزی روده و حتی گاهی سوراخ شدن روده. شمارش گلبول‌های سفید خون (White Blood Cell = WBC) هم اکثراً نرمال است مگر در موارد دوره‌های کاملاً حاد و فعال بیماری یا زمانی که بهجت ایجاد التهاب مفصلی کرده باشد و یا حوادث حاد عروقی به دلیل این بیماری اتفاق بیفتد، شمارش

تعداد پلاکت‌ها معمولا در حد نرمال یا افزایش یافته است (نشانه التهاب فعال).

اما تست‌های نشانگر التهاب از جمله ESR (سرعت رسوب گلبول‌های قرمز) و CRP (پروتئین واکنشی کپسولی C Reactive Protein) هم در اغلب موارد بیماری بهجت، در حد طبیعی خواهد بود مگر در موارد التهاب مفاصل یا التهاب عروق خونی در این بیماری که رقم این تست‌ها افزایش نشان می‌دهد.

- [] تست دیگری که در جریان بهجت، ممکن است مثبت باشد تست ژنتیک آنتی ژن لکوسیتی (بر روی گلبول‌های سفید) انسان است بنام HLAB ۵۱,۵۲ که در حدود نیمی از بیماران مثبت می‌باشد (وجود دارد). اما باید بگوئیم که مثبت بودن این تست فقط استعداد زیاد برای ابتلاء به بهجت ایجاد می‌کند و صرفا مثبت شدن آن در فردی که هنوز علائم بالینی کافی ندارد و فقط دچار آفت دهانی است؛ بیانگر تشخیص بیماری بهجت نمی‌باشد و همچنانکه قبلا هم در این نوشتار اشاره کردیم تشخیص قطعی این بیماری فقط با مجموعه علائم بالینی و آنهم به توسط پزشک صاحب تجربه کافی در این زمینه، امکان پذیر می‌باشد. البته باز هم یک نکته ظریف در اینجا وجود دارد که در پیش تعداد قابل توجهی از بیماران بهجت،

متأسفانه (از جهت به تأخیر افتادن تشخیص) یا خوشبختانه (از این جهت که بهجت معمولاً از لحاظ بالینی سیر خیلی حادی ندارد) این جمع شدن مجموعه علائم ممکن است ماه‌ها و گاهی چند سال طول بکشد. اما دقت بیمار و ذکاوت تشخیصی و تجربیات خوب پزشک معالج، به یافتن و جمع‌بندی علائم، بسیار کمک می‌کند تا آنگاه پازل این بیماری پیچیده و مشکل در تشخیص اولیه، بخوبی خودش را نشان بدهد. بعضی از نویسندگان مخصوصاً از کشورهای غربی که شاید با بیماران بهجت کمتری مواجه بوده‌اند عقیده دارند «بهجت با بالا رفتن سن بیمار، رنگ می‌بازد و تخفیف می‌یابد» اما تجربیات ارزشمند اساتید صاحب نظر در این زمینه (در ایران و سایر کشورهای با شیوع بالا این بیماری) نظریه مذکور را تأیید نمی‌کند.

برای درمان بیماری بهجت چه داروهائی بکار می‌رود؟

در پاسخ این سؤال باید گفت: کدام بیماری بهجت؟ یعنی بیمار مورد نظر چه علائمی از بهجت را در حال حاضر دارا می‌باشد؟ زیرا که درمان بیماری که فقط آفت دهانی و تناسلی دارد و تست پاترژمی آن هم مثبت است با بیماری که آفت دهانی دارد اما درگیری مهم چشمی - بنا به تأیید چشم پزشک - نیز همراه با تست پاترژمی مثبت دارد کاملاً متفاوت است. زیرا در حالت اول بیمار، اصطلاحاً بهجت

« سبک » (غیر تهدیدی) دارد اما در حالت دوم، بیماری بهجت فرم تهدیدی یا « سنگین » نشان می دهد. چرا که قدرت بینائی بیمار هدف قرار گرفته و بیمار در معرض افت یا از دست دادن بینائی خود می باشد. مثال دیگر از موارد سخت بیماری بهجت، درگیری مغزی و عروق بزرگ خونی مثلاً در قفسه سینه یا داخل شکم می باشد. هر گونه تأخیر تشخیصی و یا سهل گرفتن درمان های لازم در این موارد اخیر، ممکن است به قیمت جان بیمار تمام شود.

داروهای مورد مصرف در ضایعات مخاطی - پوستی

انواع آفت های دهانی، تناسلی یا ضایعات پوستی مختلف بهجت

التهاب مفصلی

قرص کلشیسین Colchicine یک میلی گرمی روزانه یک عدد. قرص پردنیزولون پنج میلی گرمی که برای این علائم نسبتاً سبک بهجت، ممکن است از ۵ تا ۳۰ میلی گرم روزانه تجویز شود (البته دوزهای بالای ۱۰ میلی گرم معمولاً طولانی مدت داده نمی شود. برای التهاب مفاصل در این بیماری هم از داروهای ضد التهاب مثل ناپروکسن یا ایندومتاسین و همچنین از قرص ضد روماتیسم از جمله سولفاسالازین و ... استفاده می شود.

اما درمان موارد سخت مثل درگیری مهم چشمی یا عروقی و مغزی بهجت، نیاز به دقت و بررسی دقیق تر شدت و چگونگی علائم بیمار دارد که لازمه اش البته مشاوره یا کار تیمی بین پزشک روماتولوژیست (فوق تخصص بیماری های روماتیسمی)، نورولوژیست (متخصص داخلی مغز و اعصاب) و افتالمولوژیست (متخصص بیماری های چشم یا فوق تخصص بیماری های التهابی چشم و یا شبکیه چشم) می باشد.

داروهائی که برای درمان موارد سنگین بهجت بکار می رود عبارتند

از:

- داروهای استروئیدی (کورتون دار یا کورتونی) مثل قرص پردنیزولون با دوز بالا مثلا ۶۰ میلی گرم در روز برای فرد بالغ یا آمپول های متیل پردنیزولون با دوز یک گرم در روز در بزرگسالان.
- داروهای تنظیم گر یا مهار کننده ایمنی: مثل متوترکسات (قرص یا آمپول)، آزاتیوپورین (قرص)، سیکلوسپورین (Cyclosporine) (به شکل کپسول و در موارد کمتر، داروی تالیدومید (قرص Thalidomide).

- البته اگر کاربرد هر کدام از داروهای فوق، مؤثر نباشد؛ تجویز دو دارو با هم مثل آزاتیوپورین و سیکلوسپورین از جمله در موارد مقاوم علائم بهجت در چشم انجام می گیرد.

- باید توجه کرد که داروی سیکلوسپورین در بیماری بهجت مغزی معمولاً تجویز نمی شود زیرا که ممکن است سبب تشدید علائم عصبی و یا موجب ایجاد تشنج در حالت درگیری عصبی بهجت بشود.

- داروی دیگر آمپول اینترفرون (نوع آلفا Interferon alpha) است که در موارد سخت یا مقاوم بهجت مثلاً درگیری شدید چشمی، به صورت تزریق عضلانی (Intramuscular=IM) یا زیر جلدی (SC=Sub Cutaneous) معمولاً سه تزریق در هفته (یک روز در میان) بکار می رود.

- دسته دیگر از داروهای مصرفی در موارد شدید یا مقاوم بهجت عبارتند از داروهای جدید بنام « داروهای بیولوژیک » که از جمله در حوادث عروقی بهجت (با درگیری عروق بزرگ بصورت التهابی یا گشاد شدگی « آنوریسم ») و یا درگیری شدید و تهدید بینائی در چشم کار برد دارند. از این گروه میتوان Etanercept (به صورت آمپول های تزریق زیر جلدی یک یا دو بار در هفته) و Infliximab (

به صورت آمپول‌هائی که در داخل سرم نمکی اضافه شده به آهستگی به ورید انفوزیون « تزریق » می‌گردد (اشاره کرد. البته این داروها اگر بیمار فاقد بیمه درمانی باشد، گران قیمت هستند. لذا در همچون مواردی داروی تقریباً معادلی بنام سیکلوفسفامید (Cyclophosphamide) ، وجود دارد و به صورت تزریق آهسته داخل سرمی از آن استفاده می‌شود. منتهی سیکلوفسفامید، برای خانم‌ها و آقایان در سنین باروری، ممکن است سبب اختلال باروری و حتی نازائی بشود.

- اما داروهای ضد انعقاد در بیماران بهجت مبتلا، با وجود لخته (ترومبوز Thrombosis) البته در عروق بزرگ شریانی یا وریدی، آنهم با احتیاط بکار میرود (به شرطی که بیمار آنوریسم « گشاد شدگی » در عروق خونی خود نداشته باشد). در مواردی هم که گرفتاری در سطح عروق کوچک یا سطحی بدن باشد، استفاده از داروهای ضد تجمع پلاکتی مثل آسپیرین، به همراه داروهای دیگر از جمله پردنیزولون و کلشی‌سین، مؤثر واقع می‌شود.

- نکته آخر اینکه با در نظر گرفتن اصول و اطلاعات کلی ذکر شده، نهایتاً درمان موفق هر بیمار مبتلا به بهجت، بستگی به نظر پزشک معالج مجرب در این زمینه و مجموعه علائم و شرایط خاص

بیمار دارد یعنی ارائه یک فرمول ثابت و یکسان برای تمام بیماران بهجتي، منطقی بنظر نمی‌رسد.

- به امید آنکه خوانندگان عالیقدر این کتاب به یاری آفریدگار دانا همیشه در بهجت و سرور و تندرستی باشند و هیچوقت گرفتار پیچ و خم بیماری «Behcet بهجت» نشوند.

فصل پنجم

روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن



آیا راه پیشگیری باز است؟

آرتریت روماتوئید یا همان روماتیسم مفصلی:

بیماری قدیمی که زمانی به آن آرتریت دفورمان می‌گفتند (چون اکثر یا همه موارد این بیماری در زمان‌های سابق با ایجاد دفورمیتی یا بدشکلی در مفاصل بیمار مبتلا همراه بوده‌است). اما واقعیت امروز با فهم بیشتر و بیشتر از چگونگی جریان بیماری یا عوامل خطر ابتلاء به این بیماری چیز دیگری است. این بیماری در واقع شایع‌ترین بیماری التهابی مزمن و مخرب مفاصل به شمار می‌رود و به طور کل حدود یک درصد جمعیت جوامع مختلف به آن مبتلا هستند و هنوز بیماری سخت و یا صعب‌العلاجی به شمار می‌رود بخصوص اگر تشخیص و شروع درمان آن با تاخیر همراه بوده‌باشد.

اینکه می‌گوئیم تاخیر منظور فقط تاخیر چند ماهه است نه چند ساله که در مواردی متأسفانه هنوز هم، گاهی شاهد تاخیر چند ساله در تشخیص این بیماری درمان‌پذیر هستیم بخصوص در پیش افراد مسن و گاهی بچه‌های کم سن و سال.

وقتی صحبت تشخیص زودرس (به موقع) می‌شود منظور تشخیص RA حداکثر در ۳ الی ۶ ماه اول شروع علائم بالینی است.

اما امروزه مطلب خیلی جدی‌تر از این است آیا پروسه RA وقتی بالینی شد واقعا از کی شروع شده‌است؟ تحقیقات

روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن فصل پنجم

رتروسیکتیو (گذشته‌نگر) از اهدا کنندگان خون نشان داده‌است که چند سال پیش از آنکه علایم بالینی ظاهر شود تست‌های آزمایشگاهی اختصاصی این بیماری یعنی فاکتور روماتوئید (RF) یا آنتی CCP و یا آنتی CV در پیش حداقل ۲۵ درصد بیماران امروزی در وقت اهدا خون مثبت بوده‌است.

معنی این سخن چیست؟ آیا می‌خواهیم بگوئیم هر کسی RF مثبت داشت حتما این بیماری را دارد البته اینطور نیست.

منتهی یک واقعیت و تجربه بالینی به ما می‌گوید: درست است علل زیادی حتی غیر از بیماری‌های روماتیسمی اعم از بیماری‌های عفونی و یا التهابی غیر روماتیسمی و حتی در پیش افراد نرمال (بخصوص خانم‌های مسن) این تست بطور غیر مرضی مثبت می‌شود اما نکته این است که با تیتراهای مثبت بالا و با اهمیت این تست‌ها باید با احتیاط و تدبیر برخورد کرد. اخذ سابقه فامیلی دقیق از بیمار و معاینات کامل دوره‌ای از فرد می‌تواند ره گشای باشد و بتواند حداقل به تشخیص نسبتاً به موقع این بیماری (RA) به پزشک و همچنین بیمار وی کمک نماید.

فصل پنجم روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن

حال که سخن اصلی ما پیشگیری است یعنی پیشگیری اولیه (قبل از شروع علائم بالینی بیماری) یا پیشگیری ثانویه (پس از شروع برخی علائم اولیه بیماری) بدین منظور باید ریسک‌های ابتلا به این بیماری را خوب بشناسیم:

عوامل مستعد کننده ژنتیک و فامیلیال و عوامل محیطی:

ربالینی کاملاً اولیه غیر اختصاصی مثل آرترا لژی (نه حتی آرتريت) جلوی خطای تشخیصی را می‌گیرد.

البته ژن‌ها رل مهم و اساسی در استعداد به بیماری RA و شدت آن دارند.

عوامل محیطی: از قبیل عوامل عفونی مثل ویروس‌ها و باکتری‌ها و عواملی مثل سموم و توکسین‌ها.

التهاب یا عفونت در راه‌های هوایی، دستگاه گوارش و حتی لثه‌ها و بافت نرم دور دندانی نیز در شروع و شدت RA اهمیت بسزایی دارد.

اگر در شخصی یکی از این تست‌ها مثبت شد و تنها دچار درد یک یا چند مفصل خود بود و تورم واضح مفصلی نداشت نیاز به معاینات ادواری مرتب (Close up) خواهد داشت هر چند که وی

روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن فصل پنجم

نشان تشخیصی قطعی RA را هنوز دریافت نکرده‌است ولی دقت و پی‌گیری می‌تواند درصد خطاها و تاخیرات تشخیصی این بیماری را کمتر کند.

چرا در تشخیص این بیماری (RA) اصرار می‌ورزیم آیا واقعا RA

یک بیماری کشنده است ؟

باید گفت که امروزه به RA با دید یک بیماری منحصر به مفصل نگاه نمی‌کنند بلکه آن را یک بیماری التهابی سیستمیک تلقی می‌کنند که دارای علایم التهابی (و تخریبی) مفصلی و علایم خارج مفصلی مثل درگیری ریوی - عروقی - قلبی - عصبی (عمدتا سلسله اعصاب محیطی) و پوستی می‌باشد که می‌تواند آنچنان عوارض مهمی را ایجاد کند که الگوی زندگی فرد lifestyle را کاملاً به طرف ناموثر و ناتوانی تغییر جهت بدهد و در مواردی نیز با گذر زمان سبب مشکلات جدی‌تر مثل عفونت - بدخیمی یا بیماری ایسکمیک قلبی و بالاخره کشنده شود.

بنابراین بحث پیشگیری در مورد این بیماری قدیمی باید در قرن ۲۱ نیز کاملاً به طور جدی پرداخته شود.

البته در حال حاضر در درمان این بیماری پیشرفت‌های شگرفی رخ داده‌است: استفاده از داروهای موثر تنظیم‌گر سیستم ایمنی مثل

فصل پنجم روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن

متوترکسات و داروهای بیولوژیک مهارگر سیستم سایتوکائینی التهابی مثل مهارکننده‌های $TNF\alpha$, IL6, IL17 و در دهه اخیر استفاده از داروهای جدیدتر تاثیرگذار بر عملکرد سلول‌های التهابی مثل مهارکنندگان مسیر آنزیماتیک jak مثل داروی خوراکی Tofacitinib (برند تولید داخلی آن قرص Rhofanib می‌باشد) متداول است.

به هر حال به نظر می‌رسد که امروز وقت آن رسیده است که :
با بالا بردن دقت‌های بالینی خودمان و حفظ هوشیاری کامل در برخورد‌های کلینیکی و همچنین در تفسیر درست تست‌های آزمایشگاهی مربوط به این بیماری RA تشخیصی را زودتر و زودتر ممکن بسازیم و در صورت لزوم حتما بیمار را به مراکز تخصصی و فوق تخصصی دی‌صلاح معرفی و راهنمایی کنیم.

درمان‌ها را خیلی جدی و کامل و به موقع شروع بکنیم و آنها را تا رسیدن به یک کنترل قابل قبول بالینی (Treat to target) و بدون هیچگونه ترس اضافی از احتمال عوارض دارویی به خوبی ادامه دهیم.

پس از تشخیص و شروع درمان‌های مناسب، چند نکته مهم بالینی در پیشبرد اهداف درمانی نهایی وجود دارد.

روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن فصل پنجم

الف- توجه کافی به شخص بیمار و مشکلات سلامتی همه جانبه وی در هر بار که جهت معاینات ادواری و کنترل مراجعه می کند.

ب- لزوم ادامه مرتب درمان‌ها از سوی بیمار حتی اگر علائم بهبودی اولیه بدست آمده باشد که این نتایج بهبودی اولیه نباید بیمار را یا حتی پزشک را به قطع یا حتی کاهش دوز داروها در حد ناموثر سوق بدهد.

ج- استرس زدایی و کاهش ابهامات بیمار از بیماری خود مساله بسیار مهمی است. بیماری مزمن چند ساله RA ممکن است بیمار را به طرف اضطراب و افسردگی ثانوی سوق بدهد باید در هر بار ویزیت از بیمار، روشنگری و پاسخگویی به سوالات وی در مورد بیماری یا داروهای تجویزی مختلف به عمل آید. به او اطمینان کافی بدهیم که در صورت رعایت نکات درمانی و مراقبتی همه جانبه بخوبی می تواند از عهده مشکلات این بیماری بر بیاید.

د- البته در صورت لزوم باید مشاورات لازم با متخصص تغذیه - نورولوژی - سایکولوژی - ارتوپدی و ... به عمل آید

ه- استفاده از موارد کمک درمانی غیر داروئی نیز بسیار لازم و کمک کننده است:

فصل پنجم روماتیسم مفصلی و راه‌های پیشگیری از آن

ورزش‌های مناسب، تغذیه و رژیم غذایی مناسب و الگوهای سالم فعلیتی در کار روزمره و تفریحات تصمیمات خیلی جدی در موارد داشتن عادات مضر به سلامتی مثل مصرف سیگار یا الکل و از مواردی است که به امید خدا در نوشتارهای بعدی خدمت همکاران عزیزم و خوانندگان خوب (بیماران - همراهان) و هر کسی که اهل مطالعه و کسب اطلاعات علمی باشد تقدیم خواهم کرد.

فصل ششم

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند؟



اگر بچه یا نوجوانی مبتلا به روماتیسم شد، سر نوشت او چه می‌شود؟؟

چه نوع بیماری روماتیسمی در بین بچه‌ها شایع‌تر است؟؟

چه داروهائی در درمان روماتیسم بچه‌ها مجاز یا مؤثر است؟

چه مراقبت‌های غیر داروئی در کنترل روماتیسم بچه‌ها لازم است؟

دوستان و خوانندگان گرامی؛ ما در این نوشتار علمی تلاش می‌کنیم اطلاعات شما را در مورد خصوصیات بالینی مهم بیماری‌های روماتیسمی بچه‌ها بالا ببریم و به سؤالات فوق نیز به روشنی جواب بدهیم.

در زبان طب امروز به تمام بیماری‌های التهابی مفصل، استخوان، عضلات و ضمایم آنها (تاندون-لیگمان و بورس‌ها) « روماتیسم» (Rheumatism) گفته می‌شود.

در تعریف جامع‌تر، تمام فرایندهای التهابی بافت همبندی یا نسوج پیوندی (Connective tissue) را اصطلاح « بیماری روماتیسمی » می‌نامند.

با این تعریف، طیف بیماری‌های روماتیسمی؛ علاوه بر مفصل، استخوان و عضله به تمام ارگان‌های بدن مثل: ریه، قلب، پوست و مخاطات، کلیه و سیستم اعصاب، تمام رگ‌های بدن (اعم از عروق بزرگ و کوچک)، دستگاه گوارش و کبد و پانکراس (لوزالمعده)،

چشم و گوش و... کشیده می‌شود. به این ترتیب تعداد بیماری‌های روماتیسمی خیلی زیاد و متنوع شده‌است.

لازم به ذکر است که مکانیسم پایه مشترک اکثر یا تمام این بیماری‌ها پدیده التهاب یا خود ایمنی می‌باشد یعنی هر گونه اختلال یا نا هماهنگی در سیستم ایمنی هوشمند و گسترده بدنمان می‌تواند سرآغاز پیدایش نوعی بیماری خود ایمنی روماتیسمی باشد. البته این اختلال می‌تواند اولیه (Primary) یا ثانوی (Secondary) باشد.

این اختلال ایمنی اولیه می‌تواند در واقع یک نقص ایمنی مادرزادی، ارثی یا ژنتیکی و یا بدون علت ظاهری-خود بخودی- باشد. روشن است که این دسته از اختلالات عمدتاً در بچه‌ها و سنین نوجوانی (تا ۱۶ سالگی) رخ می‌دهد و منجر به بیماری‌های روماتیسمی در این رده سنی می‌شود.

اما اختلالات یا آشفتگی‌های ثانوی (اکتسابی) سیستم دفاعی (ایمنی) بدن، اغلب بیماری‌های روماتیسمی یا خود ایمنی بالغین را مبتلا می‌کند.

آیا همیشه روماتیسم جوان‌ها (یا بچه‌ها) در ردیف اول است؟

و آیا روماتیسم بزرگسالان (بالغین یا بالای ۲۰ سالگی) همه از نوع اختلال ایمنی ثانوی می‌باشد ؟

جواب هر دو سؤال منفی است.

یعنی اختلال ایمنی اولیه، بطور استثناء ممکن است در بزرگسالی، علائم خودش را نشان دهد (و یا دیر تشخیص داده شود) و همچنین پیش بچه‌ها اختلال ایمنی ثانوی به صورت خودبخودی (غیر ارثی یا غیر ژنتیک) هم دیده می‌شود و گروهی قابل توجه از بیماری‌های روماتیسمی شایع در بچه‌ها از این دسته به شمار می‌رود.

بچه‌ها نیز به اکثر بیماری‌های روماتیسمی که در بزرگسالان مشاهده می‌شود، ممکن است مبتلا شوند. مثل: بیماری لوپوس، پلی‌میوزیت، اسکلرودرمی، بیماری‌های التهابی عروق خونی (واسکولیت ها)، روماتیسم ستون فقرات نوع جوانان (زیر ۲۰ سال) (Juvenile Ankylosing = JAS Spondylitis)، روماتیسم مفصلی نوع جوانان (زیر ۱۶ سال) (JRA = Juvenile Rheumatoid Arthritis) و ...

حال که این تشابه اسمی را بین روماتیسم بالغین و بچه‌ها اشاره کردیم، بهتر آن خواهد بود که به چند تفاوت مهم موجود بین این دو هم اشاره نمائیم:

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

- تفاوت بین انواع علائم بالینی و یا شدت آنها

- تفاوت از لحاظ تست‌های آزمایشگاهی

- تفاوت از نقطه نظر عاقبت (پیش آگهی) یا عوارض این

بیماری‌ها

- اختلاف از نظر انتخاب انواع داروهای ضد

روماتیسم و دوزهای مجاز یا مؤثر آنها

اما مبنا یا مکانیسم این تفاوت‌ها در کجاست؟

لطفاً به چند نکته مهم زیر دقت کنید:

- سیستم ایمنی بچه‌ها گفته می‌شود که تا ۱۶ سالگی سیر تکاملی

خود را طی می‌کند. نکته جالب اینجاست که در بچه‌هایی که خوب

ورزش می‌کنند؛ بلوغ سیستم دفاعی (ایمنی) در ۱۲ سالگی به ظهور

می‌رسد.

- بچه‌ها در حال رشد هستند، لذا هم بیماری‌های مزمن

روماتیسمی و هم برخی داروهای مورد نیاز در درمان آنها (مثلاً

ترکیباتی که اصطلاحاً به نام کورتون خوانده می‌شوند از جمله «

قرص پردنیزولون») در رشد نهائی قدشان تأثیر منفی دارد.

- البته سیستم ایمنی بدن جوانان تا ۲۰ سالگی کاملتر می‌شود و سرانجام در ۳۰ سالگی به اوج قدرت دفاعی خود می‌رسد و با افزایش سن آرام آرام، از توانائی سیستم ایمنی کاسته می‌شود. البته این حداکثری قدرت سیستم ایمنی گاهی نیز منجر به پاسخ خود ایمنی زیادی می‌شود. احتمالاً این موضوع، شیوع بالاتر بیماری‌های خود ایمنی را در افراد جوان نسبت به افراد مسن، توجیه می‌کند. اما علت دیگر این مسأله در اینجاست که افراد جوان هر جامعه اصولاً در صحنه فعالیت‌های زندگی روزمره خود با انواع عوامل، توکسین‌ها (سموم آلودگی محیط اطراف و محل اشتغال‌شان) و ذرات گوناگون - که ممکن است به عنوان آنتی‌ژن خارجی محرک سیستم ایمنی عمل کند - مواجه هستند.

- اگر بیماری‌های روماتیسمی بچه‌ها به موقع تشخیص و به خوبی نیز درمان شود احتمال بهبودی کامل و خلاص شدن از دست بیماری، در آنها بیشتر از بالغین اتفاق می‌افتد.

- در آخر خیلی باید توجه کنیم که بخصوص بچه‌های کم سن و سال (۵ سال یا کمتر) توانائی بیان و توصیف کامل علائم بیماری‌ها (از جمله روماتیسم‌ها) را ندارند و این مسأله گاهی سبب غفلت و تأخیر تشخیص روماتیسم آنها می‌گردد.

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

حال پس از این توضیحات مقدماتی لازم، از بین بیماری‌های روماتیسمی بچه‌ها؛ شایعترین آنها یعنی روماتیسم مفصلی را توضیح می‌دهیم:

این بیماری که اسامی مختلفی هم دارد شایعترین آرتریت بچه‌ها و یکی از بیماری‌های مزمن شایع در بچه‌ها به شمار می‌رود. شیوع آن برابر شیوع دیابت کودکان و ۴ برابر شیوع بیماری مهم ریوی بچه‌ها (فیروز کیستیک ریه) و حدود ۱۰ برابر شایعتر از بیماری هموفیلی و نارسائی مزمن کلیوی بچه‌ها می‌باشد.

اسامی متداول روماتیسم جوانان در کشورهای مختلف:

آرتریت روماتوئید جوانان JRA (اسم قبلی این بیماری که از طرف کالج روماتولوژی امریکا (ACR) بکار میرفت.

آرتریت مزمن (بیش از سه ماه از شروع بیماری) جوانان JCA که عمدتاً در کشورهای اروپائی - بخصوص انگلستان - و از جانب لیگ اروپائی روماتیسم (EULAR) به کار برده می‌شود.

آرتریت ایدیوپاتیکی (بدون علت واضح) جوانان JIA که امروزه بیشتر بکار می‌رود و این اسم از جانب لیگ بین الملل روماتیسم)

(ILAR) متداول شده‌است و البته نسبت به دو اصطلاح قبلی، طیف وسیعتری از آرتریت‌های بچه‌ها را شامل می‌شود، مثل:

- آرتریت همراه با بیماری پوستی صدف (پسوریازیس) -
 آرتریت مرتبط با انتزیت (التهاب محل اتصال تاندون‌ها به استخوان‌ها
 مثلاً تاندون آشیل به استخوان پاشنه) (ERA) و- آرتریت نوع
 اندیفرانسیه (طبقه‌بندی نشده)

حال شاید این سؤال در ذهن شما خواننده گرامی این کتاب
 مطرح شود که:

چه ریسک فاکتورها یا شرایطی دست به دست می‌دهد تا کودک
 مبتلا به روماتیسم مفصلی بشود ؟

جواب: - زمینه ژنتیک یا وجود خویشان نزدیک مبتلا به
 روماتیسم

- وجود برخی نواقص ایمنی مثل کمبود ایمونو

گلوبولین‌ها بصورت مادرزادی

- عوامل محیطی، از جمله برخی ویروس‌ها

(مثل پاروویروس ۱۹B انسانی ...)

- عفونت‌های تکراری زمان نوزادی

- مصرف تکراری چند دوره آنتی بیوتیک در

نوزادی یا سنین اولیه بچگی

- عدم استفاده از شیر مادر

- سیگاری بودن مادر در زمان بارداری

- کمبود ویتامین DC در زمان نوزادی یا کودکی (تحقیقات نشان

داده است که ویتامین DC یک عامل مهم تحریک و تنظیم گر سیستم ایمنی می‌باشد).

- تولد زودرس (تولد در حاملگی ۳۶ هفته یا کمتر).

البته مواردی که در بالا ذکر شد ارتباط قطعی با بیماری JRA ندارد. اینها نتایجی است که طی تحقیقات متعدد و گاهی طولانی و کنترل شده در کشورهای مختلف از جمله امریکا، کانادا، استرالیا و .. گزارش شده است اما خود محققین به محدود بودن برخی از این مطالعات اعتراف کرده‌اند.

روماتیسم مفصلی بچه‌ها (JRA) بر خلاف نوع بزرگسالان (RA)

، خود به چندین دسته یا زیر گروه تقسیم می‌شود:

- نوع چند مفصلی (Polyarticular) یعنی ۵ مفصل یا بیشتر
دچار علائم التهابی (آرتریت Arthritis) هستند

- نوع الیگو آرتریت (Oligoarthritis) یعنی ۴ مفصل
یا کمتر مبتلا به التهاب هستند (گاهی اصطلاح
پاسی آرتریکولر Pauciarticular به این زیر گروه بکار برده
می‌شود)

- نوع سیستمیک یا بیماری استیل (Still) (گزارش سری اول از
این بیماری در لندن توسط پزشکی به نام George Fredrick Still
در سال ۱۸۹۶ بوده است)

کودک مبتلا علاوه بر التهاب مفاصل، دچار تب و بیحالی و
بثورات پوستی مخصوص به رنگ قرمز کمرنگ و معمولاً بدون
خارش در قسمت تنه و بازوهای خود می‌باشد.

- [] باید توجه کرد که تعداد مفاصل مبتلا در شروع بیماری مهم
است زیرا که با سیر بیماری تعداد مفاصل دچار التهاب ممکن است
افزایش یابد و گاهی هم در آغاز روماتیسم بچه‌ها - و حتی
بزرگسالان - ممکن است تا چند ماه فقط یک مفصل مثل زانو یا
مچ پا تورم و درد و گرمی و یا مختصر قرمزی داشته‌باشد و بعداً با
گذشت زمان به یکی از فرم‌های ذکر شده در بالا تبدیل شود.

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

- [] این نکته خیلی مهم است زیرا که در حالت تک مفصلی، اگر کودک تبار هم باشد تشخیص JRA قدری مشکل خواهد بود و پزشک باید هم تجربه خوب و هم دقت کافی داشته باشد تا احتمال خطا را به حد اقل برساند (معاینه کامل و همه جانبه بیمار و توجه به وضعیت دقیق سایر مفاصل و هر گونه علامت غیر مفصلی و همچنین پرسش از سوابق احتمالی بیماری‌های قبلی و داشتن سوابق فامیلی بیماری‌های روماتیسمی و...)

- [] اگر کودک در هنگام معاینه درگیری مفصلی دارد اما در ظاهر رنگ پریده و بیحال است و در معاینه شکم دچار بزرگی کبد، طحال یا هر دو می‌باشد؛ احتمال ابتلا به بیماری خونی وجود دارد و لازم است حتما در آزمایش خون بدقت توجه شود و در حالت شک به چنین تشخیصی، پزشک متخصص خون شناس (هماتولوژیست Hematologist)، این بیمار را ویزیت نمایند.

- [] دو تشخیص دیگر نیز که باید در آرتریت بچه‌ها حتما مورد توجه باشد عبارتند از: ۱ - عفونت در مفصل یا مفاصل (آرتریت عفونی یا چرکی Septic Arthritis) که معمولا با تب شدید و یالرز (Chills) و قرمزی روی مفصل مبتلا همراه است. ۲ - بیماری روماتیسم قلبی یا همان تب روماتیسمی (Rheumatic Fever) که

بدنبال عفونت چرکی (باکتری نوع استرپتوکوک گروه A) لوزه‌های گلو در بچه‌ها بروز می‌کند و امروزه البته این بیماری نسبت به دهه‌های گذشته کمتر شده است.

البته باید توجه کنیم که از لحاظ آزمایشگاهی نیز روماتیسم مفصلی بچه‌ها، ویژگی‌های خاصی دارد:

- در بچه‌های زیر ۶ سال بطور طبیعی شمارش گلبول‌های سفید خون (WBC)، معمولاً کمی بالاست یعنی در حدود ۱۰ الی ۱۲ هزار نرمال است و در صورت التهاب شدید مفاصل، این رقم به حدود ۱۵ هزار هم می‌رسد. از طرف دیگر در صد گلبول‌های سفید نیز در این سنین - در حالت طبیعی - بصورت برتریت نسبی درصد سلول‌های لنفوسیتی خون (از حالت ۳۵ درصد نرمال بالغین به حدود ۴۵ درصد) می‌باشد. پس باید خیلی دقت شود تا از نبودن عفونت مفصلی یا غیر مفصلی و یا احتمال وجود مشکل بیماری خونی، مطمئن شویم.

- تست‌های تشخیصی روماتیسم مفصلی نیز در کودکان - نسبت به بزرگسالان - علیرغم وجود علائم بالینی - درصد کمتری مثبت می‌باشد و این مسأله گاهی تشخیص بیماری JRA یا همان JIA را دچار مشکل می‌کند.

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

- تست فاکتور روماتوئید (RF) تنها در حدود ۲۵ در صد موارد (آنهم در نوع پلی آرتیکولار یا چند مفصلی این بیماری) مثبت خواهد بود و اتفاقاً همین دسته هم دارای سر انجام یا پیش آگهی ضعیف‌تر می‌باشد یعنی احتمال تخریب مفصلی یا پیشرفت و ادامه بیماری در سنین بالاتر، زیاد خواهد بود. (صاحب نظران، این فرم JRA را در واقع جزء آمار JRA در بزرگسالی به حساب می‌آورند نه RA بالغین).

- تست‌های اختصاصی روماتیسم مفصلی هم مثل Anti CCP یا Anti MCV در بچه‌های مبتلا به این بیماری نسبت به بزرگسالان موارد مثبت کمتری را شامل خواهد بود و البته منفی بودن این تست‌ها، چنانچه علائم بالینی وجود داشته‌باشد، هرگز رد کننده تشخیص JRA نخواهد بود.

- اما آزمایشاتی که در تشخیص این بیماری کودکان، کمک کننده‌تر و ارزان و در دسترس‌تر نیز می‌باشد عبارتند از: تست ESR ،CRP و CBC (شامل شمارش گلبول‌های سفید و قرمز خون و تعداد پلاکت‌های خون) یعنی افزایش میزان دو تست اول و گلبول‌های سفید و پلاکت‌های خون بیمار و کاهش گلبول‌های قرمز خون (کم خونی یا آنمی Anemia) نه تنها در تشخیص اولیه JRA بلکه در

کنترل پاسخ به درمان‌های تجویزی و همچنین تعیین وضعیت آینده بیمار (پیش‌آگهی) خیلی کمک‌کننده می‌باشد.

- تست آزمایشگاهی مهم دیگر، آنتی بادی ضد هسته‌ای (ANA=Anti Nuclear Antibody) است که در حدود نیمی از این بیماران (البته بیشتر در دختر بچه‌های مبتلا به نوع اولیگوآرتیکولر کم سن و سال) مثبت می‌شود و اهمیت این تست مثبت در پیشگویی احتمال درگیری التهابی چشم در این زیر گروه از روماتیسم بچه‌ها می‌باشد که لازم خواهد بود کودکان روماتیسمی با این تست مثبت، حداقل سالی ۳-۲ بار معاینه چشم پزشکی داشته‌باشند.

برای تشخیص روماتیسم در بچه‌ها، قدم اول همان توجه خوب و هوشمندانه به مجموع علائم بالینی است و یافته‌های پاراکلینیک (مجموع تست‌های آزمایشگاهی و نتایج رادیوگرافی‌های مفصلی و یا مثلاً رادیوگرافی سینه-قلب و ریه‌ها- و سونوگرافی از مفصل مبتلا مثل زانو یا مفصل هیپ (Hip) یا همان مفصل ران و یا MRI یا CT اسکن و...) نقش کمک‌کننده در تشخیص دارند و یا به رد کردن تشخیص‌های احتمالی دیگر نیز پزشک معالج را راهنمایی می‌کند.

گاهی پزشک معالج پیشنهاد می‌کند که جهت قطعی شدن تشخیص روماتیسم، لازم است از مایع مفصلی جمع شده در داخل

مفصل مبتلا، نمونه‌ای - البته در شرایط کاملاً استریل و بهداشتی - بگیرد و به آزمایشگاه بفرستد. لطفاً توجه کنیم که این کار بهتر است توسط پزشک صلاحیت‌دار یعنی متخصص کودکان یا فوق تخصص روماتولوژی اطفال - و یا بزرگسالان - یا پزشک متخصص ارتوپدی (متخصص جراحی استخوان و مفاصل) انجام شود؛ چرا که انجام این عمل آسان و سرپائی، اولاً باعث اطمینان پزشک معالج از بود و نبود عفونت در مفصل بیمار مبتلا می‌گردد و در ثانی در تسریع تشخیص و شروع به موقع درمان‌های لازم خیلی کمک می‌کند. البته در مورد مفصل ران (Hip) معمول این است که پس از انجام سونوگرافی آن مفصل و تأیید وجود مایع قابل توجه - حداقل ۲۰ - ۱۰ میلی‌لیتر - کشیدن مایع از این مفصل توسط همکار محترم متخصص ارتوپدی - تحت شرایط خاص و با سوزن‌های مخصوص انجام شود. باز هم توجه خوانندگان گرامی را به یک نکته جلب می‌کنیم که اگر پیشنهاد لزوم کشیدن مایع از مصلف کودک بیمار توسط پزشک معالج مطرح می‌شود؛ با رعایت تمام نکات بهداشتی لازم، انجام گیرد و این عمل اصولاً هیچ عارضه‌ای به همراه ندارد و نباید والدین کودک بیمار فکر کنند که این همان مایع مفصلی طبیعی است که بیرون کشیده می‌شود، نه. زیرا که در حالت نرمال فقط حجم بسیار کمی - مثلاً ۳-۴ میلی‌لیتر در زنان - مایع آنهم خیلی چسبنده و

غلیظ وجود دارد که آسیب‌رہ کردن (کشیدن) آن هم سخت است و لزومی هم ندارد.

و اما سؤال آخر: اصول درمان داروئی و غیر داروئی و مراقبت‌های لازم در روماتیسم مفصلی بچه‌ها کدام است ؟ و چنانکه در این کار سهل‌انگاری یا تأخیر روی دهد، چه عوارضی در کودک مبتلا به روماتیسم ایجاد می‌شود ؟

درگیری مفاصل در بچه‌ها (JRA) نسبت به بزرگسالان (Adult RA) از لحاظ بالینی هم، چند نکته متفاوت و مهم به شرح زیر دارد:

- مفاصل کوچک انتهائی انگشتان دست، در بچه‌ها دچار التهاب (آرتریت Arthritis) می‌شود اما در بزرگسالان نه.

- مفاصل بین مهره‌ای گردن (بیشتر مهره‌های فوقانی) در کودکان التهاب پیدا می‌کند که در صورت عدم درمان کافی و به موقع، ممکن است موجب چسبندگی (Fusion) دو یا چند مهره به همدیگر بشود. و بعد مشکلاتی مثل کوتاهی گردن، درد و محدودیت گردن و مشکلات در حین بیهوشی برای لوله‌گذاری (انتوباسیون) جهت اعمال جراحی احتمالی منجر شود. البته در روماتیسم بزرگسالان، معمولاً فقط شلی و در رفتگی زائده محوری ما بین دو مهره اول گردن (C1 و C2 , Cervical = C) آنهم در صورت

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

عدم درمان‌های مؤثر دیده می‌شود که خوشبختانه امروزه این مشکلات بر خطر در اثر تشخیص‌های به موقع و درمان‌های مدرن و پیشرفته، هم در بچه‌ها و بالغین بندرت دیده می‌شود.

- درگیری التهابی دو مفصل فکی-گیج گاهی (dibular Joint TMJ=Temporo Man) در ناحیه جلو گوش راست و چپ که گاهی درد ناشی از مشکل این دو مفصل به طرف مجرای گوش انتقال می‌یابد و بیمار آنرا با درد گوش اشتباه می‌کند. در حالیکه درد مفصل فکی بیشتر حین جویدن یا باز و بسته کردن دهان احساس می‌گردد. البته این مفصل در روماتیسم بالغین هم دیده می‌شود و از نقطه نظر شیوع درگیری آن، در بین بچه‌ها و بزرگسالان تفاوت چندانی وجود ندارد (در مطالعات مختلف در حدود ۲۰ تا ۷۰ درصد بیماران). اما چون فک بچه‌ها در حال رشد می‌باشد لذا گرفتاری مفصل فکی در آنها باعث کوچکی فک با جلو زدگی آن می‌شود و شکل صورت بچه را بهم می‌زند و علاوه بر این در هر دو گروه سنی، سبب ایجاد اشکال در باز و بسته کردن دهان می‌گردد.

- التهاب یا تخریب مفصل ران (Hip) در بچه‌ها حتی به عنوان اولین مفصل، شایعتر از بزرگسالان است. درگیری این مفصل در بچه اگر خوب درمان نشود، چنانچه دو طرفه باشد، موجب کوتاهی رشد

طولی (قد بچه) و اگر فقط یک مفصل درگیر بوده باشد، سبب نابرابری طول دو اندام تحتانی و لنگش کودک مبتلا می‌شود. البته در چنین شرایطی؛ نشستن و یا استفاده از دستشویی (ایرانی یا حتی فرنگی) برای بچه مشکل خواهد بود.

اما در آخر بحث‌مان لازم خواهد بود اشاره‌ای به کلیات مراقبتی و درمانی روماتیسم مفصلی بچه‌ها داشته باشیم. قبل از پرداختن به داروهای قدیم و جدید مورد مصرف در معالجه این معطل مهم بچه‌ها، بهتر آنست که ابتدا به چند نکته اساسی غیر دارویی (Nonpharmacologic) اشاره بکنیم:

بچه‌ها مثل بزرگترها بلکه بیشتر، در مقابل بیماری‌های مزمن بخصوص بیماری‌هایی مثل JRA که جنب و جوش و فعالیت یا حتی بازی کردن و نشاط آنها را محدود می‌کند خیلی شکننده و حساس هستند. بنا براین پدر و مادر و افراد دیگر خانواده و حتی مربیان و آموزگاران مدرسه وی باید بخوبی به این مسأله واقف بوده و در رفتار و گفتار خود کاملاً مراعات حال کودک روماتیسم‌دار را بنمایند. آشکار است که او نیازمند حمایت روحی همه جانبه و تشویق به انجام حرکات و فعالیت‌های مناسب و متناسب با قوای جسمانی خود

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

می‌باشد تا هم قوای جسمانی‌اش تحلیل نرود و هم دچار کسالت روحی (افسردگی یا اضطراب و گوشه‌گیری) نشود.

داشتن تغذیه خوب و کافی از نیازهای ضروری هر بچه است بویژه آنکه بیماری روماتیسم مفصلی مزمنی نیز دارد. همه رقم لبنیات تازه، کامل و کافی (از جمله شیر و ماست تازه) و میوه‌جات و سبزیجات تازه گوناگون و استفاده از گوشت، خوراک ماهی و حتی تخم مرغ بصورت آب‌پز و آجیل‌های بدون نمک می‌توانند به قسمتی از احتیاجات این بچه‌ها پاسخ دهد تا آنها هم از رشد طبیعی خود باز نمانند و هم داروهای تجویزی لازم خودشان را خوب تحمل کنند و نهایتاً اینکه به کمک تغذیه خوب، سیستم دفاعی (ایمنی) آنها در مقابل بیماری مزمن شان، بخوبی تقویت گردد.

باز والدین محترم باید به یاد داشته‌باشند که بچه‌ها تا زمان کنترل روماتیسم‌شان، اغلب اشتهای کافی ندارند و اینجا فقط داشتن حوصله و بردباری والدین است که مشکل را آسان خواهد کرد.

داروهای در درمان روماتیسم مفصلی بچه‌ها بکار میرود:

- داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs) (ترکیبات کورتون دار نیستند) مثل ایبوپروفن یا بروفن به شکل قرص ۲۰۰ و ۴۰۰ میلی گرمی یا کپسول ژله‌ای و یا شربت، دیکلوفناک

به شکل قرص ۲۵،۵۰،۷۵ میلی گرمی و قرص ۱۰۰ میلی گرمی با اثر طولانی یا آمپول، ایندومتاسین به شکل کپسول ۲۵ میلی گرمی یا قرص ۷۵ میلی گرمی با اثر طولانی، ناپروکسن به شکل قرص ۲۵۰، ۵۰۰ میلی گرمی یا کپسول ژله‌ای، تولمتین به شکل قرص ۲۰۰ میلی گرمی.

البته از بین این داروها، تولمتین برای بچه‌ها بیشتر تجویز می‌شود زیرا این دارو توسط FDA (سازمان غذا و داروی امریکا) تأیید شده است و در تجربیات بالینی هم بخوبی توسط کودکان تحمل می‌شود و اثر گذاری بهتری هم دارد. البته این به معنی عدم تأثیر سایر داروهای این گروه در درمان روماتیسم بچه‌ها نمی‌باشد.

همه داروهای عضو این گروه خواص کم و بیش مشابه دارند: ضد درد، ضد تب، ضد التهاب. اینها مسکن نیستند و با داروهای ضددرد یا ضد تب مثل استامینوفن کاملاً متفاوتند.

از عوارض مهم این ترکیبات: التهاب یا زخم معده، افزایش آنزیم‌های کبدی، اختلال در عمل کرد کلیه‌ها.

- ترکیبات استروئیدی (به اصطلاح ساده‌تر یا عامیانه «ترکیبات کورتونی») خاصیت اصلی این داروها کنترل خوب و سریع التهاب می‌باشد.

آیا بچه‌ها هم روماتیسم می‌گیرند فصل ششم

این داروها به صورت خوراکی از جمله قرص پردنیزولون ۴ یا ۵ میلی‌گرمی یا تزریق عضلانی مثل متیل پردنیزولون ۴۰ میلی‌گرمی یا داخل وریدی مثل آمپول متیل پردنیزولون ۵۰۰ میلی‌گرمی بکار برده می‌شود.

تزریقات داخل مفصلی (Intra articular) استروئیدی مثل تریامسینولون یا متیل پردنیزولون هم برای مواردی که التهاب مفصلی خیلی شدید یا همراه با تجمع مایع زیادتر در داخل مفصل باشد، بکار برده می‌شود.

عوارض مهم این دسته از داروها: توقف یا تأخیر رشد طولی (قد بچه‌ها) البته در صورت مصرف دراز مدت (بیش از ۶ هفته) یا دوزهای بالا (بیش از ۵/۷ میلی گرم در روز) یا احیاناً مصرف خودسرانه دارو یا افزایش خودسرانه دوز دارو به بهانه اینکه بچه مبتلا به روماتیسم را راحت‌تر می‌کند!!

عوارض دیگر: افزایش قند خون، افزایش فشار خون و ایجاد حالت پف‌آلود در صورت بیمار.

دانستن این نکته خیلی مهم است که مصرف دراز مدت یا دوز بالای ترکیبات استروئیدی از شایع‌ترین علل داروئی پوکی استخوان هم در بزرگسالان و هم کودکان به شمار می‌رود، اما این نکته نباید

کودک مبتلا به روماتیسم را از اثرات مهم و غیر قابل انکار این داروها محروم سازد. همه باید توجه داشته باشیم که با تجویز داروهای کورتونی، حتما پزشک محترم معالجات تمهیدات لازم را جهت پیشگیری یا به حداقل رساندن عوارض این داروها بکار خواهد بست مثل: استفاده از ترکیبات غذائی یا مکمل‌های حاوی کلسیم و ویتامین D و کاهش مصرف نمک و قند و...

- گروه مهمی دیگر از داروها هستند که چون دارای اثرات اساسی و ماندگار بر روی روماتیسم مفصلی - هم بچه‌ها و هم بالغین - می‌باشند اصطلاحاً به نام داروهای (Disease Modifying Anti Rheumatic Drugs) یعنی داروهای ضد روماتیسم تغییر دهنده سیر بیماری نامیده می‌شوند. از این دسته، داروهای زیر قابل ذکر است:

- ترکیبات ضد مالاریا - در گذشته برای درمان مالاریا هم بکار می‌رفتند - مثل کلروکین (قرص ۱۵۰ میلی گرمی)، هیدروکسی کلروکین (قرص ۲۰۰ میلی گرمی). از عوارض مهم اما ناشایع اینها؛ اختلال قدرت بینائی می‌باشد. به همین جهت لازم خواهد بود که بیمار هم در ابتدا و هم هر ۴ تا ۶ ماه یک بار معاینه چشم انجام دهد. البته

گاهی حالت تهوع یا درد معده و نیز حالت حساسیت دارویی ممکن است با مصرف این ترکیبات رخ دهد.

- ترکیبات سولفامیدی مثل سولفا سالازین Sulfasalazin (قرص ۵۰۰ میلی گرمی)، مزالازین Mesalazin (قرص ۵۰۰ یا ۴۰۰ میلی گرمی). باید دقت شود که این دسته از داروها هم در درمان روماتیسم مفصلی بچه‌ها و بزرگسالان و هم برای درمان بیماری‌های التهابی روده بکار می‌روند. از عوارض مهم اینها نیز می‌توان درد معده، تهوع یا استفراغ، سردرد، احتمال افزایش آنزیم‌های کبدی و حالت حساسیت شدید پوستی -مخاطی را نام برد.

- گروه مهم دیگر از داروها که تحول اساسی در جهت درمان روماتیسم مفصلی -بچه‌ها و بالغین - ایجاد نموده‌اند عبارتند از: متوترکسات (Metotrexate = MTX) قرص ۵/۲ میلی گرمی، آمپول‌های ۵،۱۰/۵، ۵،۱۲/۱۵، ۲۰، ۲۵ و ۵۰ میلیگرمی که به صورت تزریق هفتگی عضلانی یا زیر جلدی تجویز می‌شود. این دارویی است که در درمان RA و JRA واقعا انقلابی به پا کرده است اما اگر اشتباه مصرف شود عوارض جدی و گاهی کشنده به همراه دارد. از جمله: کاهش تعداد سلول‌های خونی، زخم‌های شدید مخاط دهان، افزایش آنزیم‌های کبدی تا حد نارسائی کبدی.

مصرف این دارو در نارسائی کلیه کاملاً ممنوع می‌باشد. البته از سایر داروهای این گروه: آراتیوپورین (قرص ۵۰ میلی گرمی)، سیکلوسپورین (کپسولهای ۲۵، ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی) و لفلونومايد (قرص ۱۰ و ۲۰ میلی گرمی) در دسترس و قابل ذکر است. این داروها البته تنظیم‌گر (Immun modulator) یا مهار کننده سیستم ایمنی (Immun supressor) بدن می‌باشند و به این دلیل هم تجویز آنها (از جانب پزشک معالج ذیصلاح) و هم مصرف آنها توسط بیمار (که در مورد بچه‌ها، توسط والدین آنها این کار صورت می‌گیرد) حائز اهمیت و دقت بسیار می‌باشد. اما این جمله به معنی ترس یا نگرانی بی‌مورد در مصرف این قبیل داروهای بسیار مؤثر، از جانب پدر یا مادر یا خود بیمار نمی‌باشد!!

- داروهای سری بعدی که البته محصول دو دهه اخیر علم داروسازی و طب می‌باشند و به نام عوامل یا داروهای بیولوژیک (Biologic Agents) نامیده می‌شوند (زیرا که مهار کننده برخی سلول‌های ایمنی، گیرنده‌های روی آنها و یا عوامل ترشح شده از این سلول‌ها که عامل ایجاد التهاب هستند؛ می‌باشند)، عبارتند از: Anakinra (مهار کننده اینترلوکین ۱ به عنوان یک عامل التهابی مهم)، عوامل مهار کننده (Tumor Necrosis Factor (TNF) به

عنوان سر دسته عوامل التهابی از جمله: Etanercept ,
Adalimumab، عامل مهار کننده اینترلوکین ۶ (به عنوان عامل
التهابی مهم) از جمله Tucilizumab

- البته لیست داروهای بیولوژیک بخصوص در اروپا و امریکا
بسیار زیاد است و روز به روز هم بر تعدادشان افزوده می‌شود. اما
کاربرد منطقی این عوامل واقعا بستگی به تجربه، علم و مهارت و هنر
پزشک معالج بویژه در کودکان دارد.

- به عنوان حسن ختام، چند نکته کلیدی (Key Points) راجع
به روماتیسم مفصلی بچه‌ها:

- ممکن است تنها علامت، فقط یک تب بالا یا طولانی مدت
باشد!!

- گاهی تنها علامت آرتریت (التهاب مفصل) فقط حالت لنگش
بچه است بدون اینکه کلمه «درد» به زبان بیاورد!!

- اهمیت روماتیسم در بچه‌ها هرگز کمتر از بزرگسالان نیست
که بیشتر است زیرا اگر به مقع تشخیص داده نشود یا بخوبی درمان
نشود «رنگ زندگی بچه کاملاً عوض می‌شود»!!

- تأخیر رشد، تغییر فرم مفاصل (دفورمیتی)، افت تحصیلی یا حتی باز ماندن از تحصیلات و افت قدرت بینائی یا کوری (در اثر عدم تشخیص و درمان التهابات چشمی) حداقل نتایجی است که خدای نکرده در صورت کوتاهی در درمان و مراقبت‌های لازم، به سراغ بچه‌های روماتیسمی ممکن است بیاید!!

- در پایان امید آن داریم که بچه‌ها این «امیدهای فردا» همیشه به یاری توجهات پیوسته پدران و مادران خوب و اطباء خوب و دلسوز و الطاف آفریدگار مهربان؛ بر کامشان طعم شیرین تندرستی باشد.

فصل هفتم

لوپوس و استرس



آیا میدانید لوپوس چیست ؟ و یا چگونه بیماری است؟؟

اصلا کلمه لوپوس به چه معناست؟

چه کسانی مستعد این بیماری هستند؟ و یا این بیماری در چه کسانی

شایعتر است؟؟

نقش استرس در لوپوس کدامست؟ آیا این دو رابطه دو طرفه

دارند؟؟

سرانجام آیا لوپوس واقعا قابل درمان است؟

ما در طی این نوشتار سعی داریم به جواب سؤالات فوق پردازیم و شما را در قدم اول با کلیات این بیماری آشنا سازیم و در وهله بعد که البته هدف اصلی ما نیز همانست، به تشریح نقش استرس بر سیر بالینی بیماری لوپوس پردازیم و رابطه این دو را به عنوان علت یا معلول بطور روشن بیان کنیم.

البته از لحاظ بالینی، بیماری لوپوس شامل چند شکل است:

- سیستمیک لوپوس اریتماتوزیس SLE= Systemic sis

(Erythematosis

- دیسکوئید لوپوس اریتماتوزیس DLE=Discoïd Lupus)

(Erythematosiso

- لوپوس نوزادی (لوپوس در نوزاد متولد از مادر مبتلا به

لوپوس) (NLE= Neonatal Lupus Erythematosis)

- لوپوس دارویی (Drug induced lupus)

قابل ذکر است که در این گفتار هدف ما فقط پرداختن به لوپوس اریتماتوی سیستمیک (SLE) می باشد.

لوپوس سر دسته بیماری های خود ایمنی غیر اختصاصی به شمار می رود. یعنی در جریان این بیماری آنتی بادی ها (آنتی کورها) توسط سیستم ایمنی بدن بر علیه تشکیلات سلول های خود فرد مبتلا اعم از غشاء سلولی، سیتوپلاسم، هسته سلول ها و هستک های آن تولید می شود. این آنتی بادی های تولیدی، رده های مختلف سلولی را شامل می شود مثل: گلبول های قرمز و سفید و سلول های ریزتر خون یعنی پلاکت ها و سلول های عصبی (نورون ها). آنتی کورهای فراگیر دیگری بنام آنتی نوکلئار آنتی بادی (ANA) بدن خود فرد یا آنتی بادی علیه DNA (دزوکسی نوکلئیک اسید) موجود در ژنوم داخل هسته سلول ها (Anti DNA) که آنتی بادی های نسبتا اختصاصی برای تشخیص لوپوس می باشند. هر چند که حتی این آنتی کورها در سایر اختلالات خود ایمن یا التهابی و نیز در درصدی از افراد سالم بویژه خانم ها - البته نه در حد تیتراهای بالا - دیده می شود.

لوپوس یک بیماری خود ایمنی - التهابی پیچیده ای است که طیف وسیعی از علائم غیر اختصاصی تا علائم کاملا اختصاصی ناشی از درگیری ارگان های مختلف بدن همراه با پدیده التهابی گسترده و

سیستمیک را ایجاد می‌کند. بدین جهت، از لوپوس در برخی منابع طبی به عنوان «بیماری هزار چهره» (Multiface) یاد می‌کنند.

لوپوس در اصل یک کلمه یونانی است که در لاتین به معنای گرگ (Wolf) می‌باشد. زیرا که در زمان‌های بسیار قدیم وقتی زخم‌های صورت بیمار لوپوسی را می‌دیدند آنرا به زخم‌های درندگی گرگ تشبیه می‌نمودند.

البته با دیدگاه امروزی نیز با توجه به پیچیدگی جریان بیماری لوپوس و تعدد مشکلات برای بیماران مبتلا، این بیماری را از لحاظ رفتاری شبیه به رفتار درندگی گرگ در نظر می‌گیریم. زیرا در صورت عدم تشخیص به موقع و درمان لازم و کافی می‌تواند قربانی خود (بیمار) را همانند گرگ از پای در بیاورد.

برخی صاحب نظران، این بیماری را به (Hydra) تشبیه کرده‌اند. در زبان یونان قدیم Hydra به اردهائی گفته می‌شد که معتقد بودند ۹ سر دارد و با بریدن یک سرش بجای آن، دو سر اضافی می‌روید. از این جهت که لوپوس واقعا تعدد علائم بالینی بسیار زیادی - البته نه در پیش همه بیماران - دارد و گاهی نیز چنین است که با بهبود یک علامت، پس از مدتی - البته به دلایلی - دچار علایم و درگیری

ارگانی دیگر از بدن خود می‌شود که در این حالت گفته می‌شود لوپوس شعله‌ور (Flare up) شده است.

پروفسور Graham Hughes (پزشک روماتولوژیست و محقق صاحب نظر انگلیسی) سال‌ها پیش به بیماری لوپوس لقب (New Diabetes) یعنی دیابت جدید داده است. او معتقد است: همچنانکه دیابت (مرض قند) به عنوان یک بیماری قدیمی وقتی خوب کنترل نشود می‌تواند انواع مشکلات برای بیمار ایجاد بکند، لوپوس نیز مانند دیابت حتی بدتر از آن بیمار را با مشکلات خیلی جدی و متعددی روبرو می‌سازد.

بطور کلی از نظر طبی، لوپوس در بیماران مختلف دارای سیر بالینی و سرانجام متغیر و متفاوتی است. ارگان‌های مبتلا به این بیماری، التهابات گسترده ناشی از اختلالات سیستم ایمنی دارند.

هر چند که گفته می‌شود لوپوس نمونه بارز یک بیماری مولتی سیستم (درگیری چندین سیستم بدن با همدیگر) می‌باشد اما باید توجه داشته باشیم که در اغلب بیماران، انبوه علائم بالینی خوشبختانه بطور همزمان ایجاد نمی‌شود بلکه در سیر بیماری و با گذشت زمان است که این امر اتفاق می‌افتد (آنها معمولاً در صورت عدم درمان کافی و به موقع بیماری).

اما چه کسانی مستعدتر به لوپوس هستند؟

- زنان در سنین باروری (۹ تا ۱۰ برابر مردان)
- نژاد غیر سفدپوست (سیاه پوستان و) (اینها در مقایسه با سفیدپوستان، بیشتر و شدیدتر لوپوس می گیرند)
- افراد سیگاری (البته آنها که به مصرف سیگار ادامه می دهند)
- خانم‌های مصرف کننده قرص‌های ضد بارداری (OCP = Oral Contraceptiv pills)
- هورمون درمانی در زمان یائسگی (که البته در زمان حاضر به علت عوارض مهم ترکیبات استروژنی، چندان توصیه نمی‌شود)
- افراد با وضعیت اجتماعی - اقتصادی (Socioeconomic)
- پائین
- آنها که از لحاظ شغلی در معرض ترکیبات کریستالی سیلیس (Silica) هستند
- اما عوامل تشدید کننده (Trigger) لوپوس کدامند؟
- اشعه ماوراء بنفش (Ultraviolet= UV) خورشید

(سبب ایجاد تب، راش‌های پوستی و برخی علائم سیستمیک دیگر لوپوس می‌گردد)

- عوامل عفونی مثل ویروس‌ها یا باکتری‌ها

- استرس‌ها اعم از استرس‌های فیزیکی (خستگی مفرط یا فشار کاری شدید روزمره و...) یا روحی - عصبی

البته گفته می‌شود که عوامل محیطی فوق، عمدتاً در حضور زمینه ژنتیک مستعد کننده، سبب بروز یا تشدید بیماری لوپوس می‌شوند و به تنهایی شاید اثبات ارتباط آنها با این بیماری مشکل باشد.

راستی لوپوس چه علائم بالینی ایجاد می‌کند؟

این علائم خیلی زیاد است و متنوع؛ از لحاظ شدت هم، از بیماری به بیمار دیگر تفاوت‌ها قابل ملاحظه است.

علائم اولیه این بیماری معمولاً حالت عمومی و غیر اختصاصی دارد: تب، ضعف و بیحالی، بی‌اشتهایی، احساس خستگی زودرس و مفرط، دردهای عضلانی و مفصلی منتشر.

اما علائم دیگری که گاهی خبر از شدت و جدی‌تر بودن بیماری می‌دهد: انواع ضایعات پوستی و مخاطی که برخی از آنها هم شایع‌تر

است و هم اختصاصی؛ از جمله راش (Rash) پوستی قرمز رنگ بر روی گونه‌ها و پل بینی که چون شکل پروانه‌ای بخود می‌گیرد به اسم راش بال پروانه‌ای (Butterfly) مشهور است به همین سبب نیز نماد جهانی بیماری لوپوس را پروانه‌های رنگارنگ انتخاب کرده‌اند. راش‌های پوستی لوپوس معمولاً خارش کمتری دارند.

ضایعات مخاطی دهان اکثراً فاقد درد هستند و اغلب در ناحیه کام (سقف دهان) توسط پزشک کشف می‌شود نه خود بیمار. ریزش موی سر یکی از علائم نسبتاً شایع لوپوس هم به شمار می‌رود.

لوپوس ایجاد تورم و درد مفاصل (Arthritis) نیز می‌کند اما تخریب در مفاصل تولید نمی‌کند و همین نکته تفاوت عمده آن با بیماری آرتریت روماتوئید (روماتیسم مفصلی) می‌باشد.

کم خونی شایع است و گاهی علت آن، لیز شدن گلبول‌های قرمز خون می‌باشد و خبر از شدت بیماری می‌دهد. گلبول‌های سفید خون و همچنین پلاکت‌ها در جریان این بیماری کاهش می‌یابد که به ترتیب بیمار را مستعد عفونت و خونریزی می‌کند.

راستی کدامیک از دستگاه‌های بدن از تیروس لوپوس در امان می‌ماند؟؟

باید گفت متأسفانه هیچکدام.

دستگاه تنفس، گوارش، قلب و عروق و کلیه‌ها نیز بصورت جدی و گاهی تهدیدآمیز گرفتار این بیماری خود ایمن سیستمیک (لوپوس Lupus) می‌شوند.

التهاب بافت کلیه (نفریت Nephritis) که در اینجا به اسم نفریت لوپوسی خوانده می‌شود، یکی از مشکلات اساسی و حتی مرگ و میر بیماران مبتلا به شمار می‌رود. علائم آن: افزایش فشار خون، باد کردن (ادم edema) صورت یا پاها و احساس تنگی نفس و دفع پروتئین در آزمایش ادرار می‌باشد.

اما وقتی که پروانه‌های لوپوس روی سر بیمار بنشینند، مسأله جدی‌تر است. یعنی مغز و اعصاب دچار این بیماری شده‌اند. از قشر مغز و نیمکره‌های آن، مخچه و عروق مغزی تا ستون نخاع و حتی سلسله اعصاب محیطی (دست‌ها و پاها) و سرانجام سیستم اعصاب خودکار (سمپاتیك و پارا سمپاتیك) همه به صور مختلف در لوپوس درگیر می‌شوند و از لحاظ بالینی، این سیستم گسترده را دچار

اختلال ارگانیک (ساختمانی) و یا اختلال فونکسیونل (عملکردی) بسیار متنوع و اساسی می‌کند:

از سردرد نوع میگرنی (عروقی) تا انواع سکت‌های مغزی و اختلالات حرکتی و انواع حملات تشنجی و اختلالات عملکردی مغز مثل اختلال حافظه و تمرکز فکری و اختلال جریان فکر و مشکل در برقراری ارتباط با دیگران و عصبانیت و عدم ثبات عاطفی و داشتن افکار خودکشی و ... همه در این لیست بلند هستند.

اختلال خلق و رفتار، استرس، اضطراب و افسردگی نیز در بیماری لوپوس ناشی از خود بیماری یا ثانوی به مزمن و طولانی بودن علائم و مشکلات بیماری و یا اختلالات ظاهری (پوستی یا رفتاری و ارتباطی) که لوپوس ایجاد میکند، است.

این علائم مختلف عصبی-روانی لوپوس طی مطالعات انجام گرفته در چهار کشور کانادا، انگلستان، امریکا و فنلاند طیف وسیعی داشته‌است (بین ۳۷ تا ۹۵ درصد).

حال سؤال اینست که نقش خود « استرس » و ارتباطش با بیماری « لوپوس » چگونه است؟

استرس ممکن است در آغاز لوپوس نقش «شروع کننده» داشته باشد و این موضوع مهم را هر چند که تمام مطالعات تأیید نمی کند اما نتایج برخی دیگر از تحقیقات و تجربیات مکرر پزشکان معالج با تجربه و در صد قابل توجهی از بیماران و خانواده آنها؛ تأکید دارد که در اغلب موارد قبل از شروع علائم لوپوس یا در موارد «تشدید» آن - پس از تشخیص - ، یک اتفاق استرس آمیز مهم در زندگی خود بیمار یا نزدیکانش وجود داشته است.

سر نخ دراز لوپوس می تواند هر کدام از این همه علائم باشد. گاهی اولین علامت این بیماری یک حمله افسردگی - به ظاهر بی دلیل - است و گاهی نیز برای اولین بار خودش را با یک حمله تشنج نشان می دهد. البته اگر پزشک معالج بیمار، در معاینه و سوابق طبی بیمارش دقت کافی به خرج دهد ممکن است به برخی دیگر از علائم مرتبط با لوپوس بر خورد کند که قبلاً مورد توجه خود بیمار نبوده است. (مثلاً راش های جلدی در ناحیه صورت یا مناطق دیگر بدنش یا زخم های بدون درد در معاینه دهانی موجود در کام دهان یا مثلاً یک آزمایش خون مبنی بر کاهش تعداد گلبول های سفید یا

شمارش پلاکت‌ها و...) و کنار هم چیدن این علائم به تشخیص زودرس لوپوس خیلی کمک می‌کند.

خوشبختانه امروزه با شناخت بیشتر اطباء از این بیماری پیچیده؛ هم تشخیص به موقع آن در بیشتر موارد میسر شده‌است و هم با وجود درمان‌های خوب و مؤثر از جمله استفاده از کورتیکوستروئیدها، هیدروکسی کلروکین و داروهای تنظیم‌کننده سیستم ایمنی و... پیش‌آگهی لوپوس بسیار بهتر شده‌است.

در پایان یک جمله مهم از زبان صاحب نظران با تجربه در لوپوس :

Lupus can do anything, but not everything is
lupus.

« لوپوس هر چیزی می‌تواند انجام دهد، اما هر
چیزی لوپوس نیست. »

