

۷ ..... مقدمه

## بخش اول ..... نشانه‌های اصلی بیماری‌ها

- ۱۰ ..... فصل ۱۷: درد کمر و گردن
- ۲۶ ..... فصل ۱۱۲: امیونیدوز
- ۲۸ ..... فصل ۱۳۰: آرتریت‌های عفونی

## بخش دوم ..... بیماری‌های ناشی از آسیب ایمنولوژیک

- ۶۲ ..... فصل ۳۵۲: کهیر، آنژیوادم، و رینیت آلرژیک
- ۷۶ ..... فصل ۳۵۳: آنافیلاکسی
- ۸۱ ..... فصل ۳۵۴: ماستوسیتوز
- ۸۵ ..... فصل ۳۵۵: خودایمنی و بیماری‌های خودایمن
- ۹۶ ..... فصل ۳۵۶: لوپوس اریتماتوی سیستمیک
- ۱۲۲ ..... فصل ۳۵۷: سندرم آنتی‌بادی ضد فسفولیپید
- ۱۲۵ ..... فصل ۳۵۸: آرتریت روماتوئید
- ۱۵۵ ..... فصل ۳۵۹: تب روماتیسمی حاد
- ۱۶۴ ..... فصل ۳۶۰: اسکلروز سیستمیک (اسکلرودرمی) و اختلالات مربوطه
- ۱۹۴ ..... فصل ۳۶۱: سندرم شوگرن
- ۱۹۹ ..... فصل ۳۶۲: اسپوندیلوآرتریت‌ها
- ۲۲۴ ..... فصل ۳۶۳: سندرم‌های واسکولیت
- ۲۵۴ ..... فصل ۳۶۴: سندرم بهجت
- ۲۵۶ ..... فصل ۳۶۵: میوپاتی‌های التهابی
- ۲۷۳ ..... فصل ۳۶۶: پلی‌گوندریت عودکننده
- ۲۷۸ ..... فصل ۳۶۷: سارکوئیدوز
- ۲۹۲ ..... فصل ۳۶۸: بیماری مرتبط با IgG4
- ۲۹۸ ..... فصل ۳۶۹: تب مدیترانه‌ای خانوادگی و سایر بیماری‌های خودالتهابی ارثی

## بخش سوم ..... بیماری‌های مفاصل و بافت‌های مجاور

- ۳۰۸ ..... فصل ۳۷۰: رویکرد به اختلالات مفصلی و عضلانی - استخوانی

۳۲۸	فصل ۳۲۱: استئوارتریت.....
۳۳۳	فصل ۳۲۲: نفرس و سایر آرتروپاتی‌های ناشی از بلور.....
۳۵۳	فصل ۳۲۳: فیبرومیالژی.....
۳۵۹	فصل ۳۲۴: آرتریت همراه با بیماری سیستمیک، و سایر آرتریت‌ها.....
۳۷۳	فصل ۳۲۵: اختلالات اطراف مفصلی اندام‌ها.....
۳۷۹	فصل ۸۱۴ اطلس سندرم‌های واسکولیت.....
۳۸۸	نمایه.....

[www.abadisteb.pub](http://www.abadisteb.pub)



# ۱۷ درد کمر و گردن

John W. Engstrom



اهمیت درد کمر و گردن در جامعه ما به علل زیر کمتر مورد تأکید قرار گرفته است: (۱) هزینه‌های سالانه به علت درد مزمن کمر در ایالات متحده ۱۷۷ بلیون دلار برآورد می‌شوند؛ تقریباً یک‌سوم آنها هزینه‌های مستقیم مراقبت بهداشتی و دوسوم آنها هزینه‌های غیرمستقیم ناشی از کاهش دستمزد و بهره‌وری افراد هستند؛ (۲) نشانه‌های کم‌تری شایع‌ترین علل ناتوانی در بیماران زیر ۴۵ سال هستند؛ (۳) کم‌درد (LBP) دومین علت شایع مراجعه به پزشک در ایالات متحده است؛ و (۴) بیش از چهارپنجم افراد در مواقعی از دوره زندگی خود کم‌درد شدیدی را تجربه می‌کنند.

## آناتومی ستون مهره‌ها

بخش قدامی ستون مهره‌ها از اجسام استوانه‌ای شکل مهره‌ها تشکیل شده است که توسط دیسک‌های بین‌مهره‌ای از هم جدا شده و توسط لیگامان‌های طولی قدامی و خلفی در کنار یکدیگر تثبیت شده می‌شوند. دیسک بین‌مهره‌ای از یک هسته نرم و مرکزی مرکزی تشکیل شده است که توسط یک حلقه غضروفی سخت به نام حلقه فیبری<sup>۳</sup> در بر گرفته می‌شود. دیسک‌ها مسئول ۲۵٪ طول ستون مهره‌ها هستند و به مهره‌ها استحوانی اجازه می‌دهند که به راحتی بر روی یکدیگر حرکت نمایند (شکل‌های ۱-۱۷ و ۲-۱۷). میزان خشکی (کاهش) هسته نرم و اضمحلال حلقه فیبری با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و موجب کوتاهی قد می‌شود. دیسک در نواحی گردنی و کمری یعنی جاهایی که ستون مهره‌ها بیشترین حرکت را دارد، بزرگترین اندازه را داراست. وظیفه بخش قدامی ستون مهره‌ها جذب نمودن تکان (ضربه) ناشی از حرکات بدن مانند راه رفتن و دویدن است و همراه با بخش خلفی ستون مهره‌ها از نخاع و ریشه‌های عصبی در کانال نخاعی محافظت می‌کند.

بخش خلفی ستون مهره‌ها از قوس‌ها و زوائد مهره‌ای تشکیل شده است. هر قوس متشکل از یک زوج پایک استوانه‌ای در جلو و یک زوج تیغه در عقب است. قوس مهره‌ای هم‌چنین دو زائده عرضی در سمت خارجی (جانبی)، یک زائده خاری در سمت خلفی، به علاوه دو رویه<sup>۴</sup> مفصلی فوقانی و دو رویه مفصلی تحتانی را به وجود می‌آورد. تقابل (مجاورت) یک رویه فوقانی و یک رویه تحتانی، یک مفصل فلیت<sup>۵</sup> به وجود

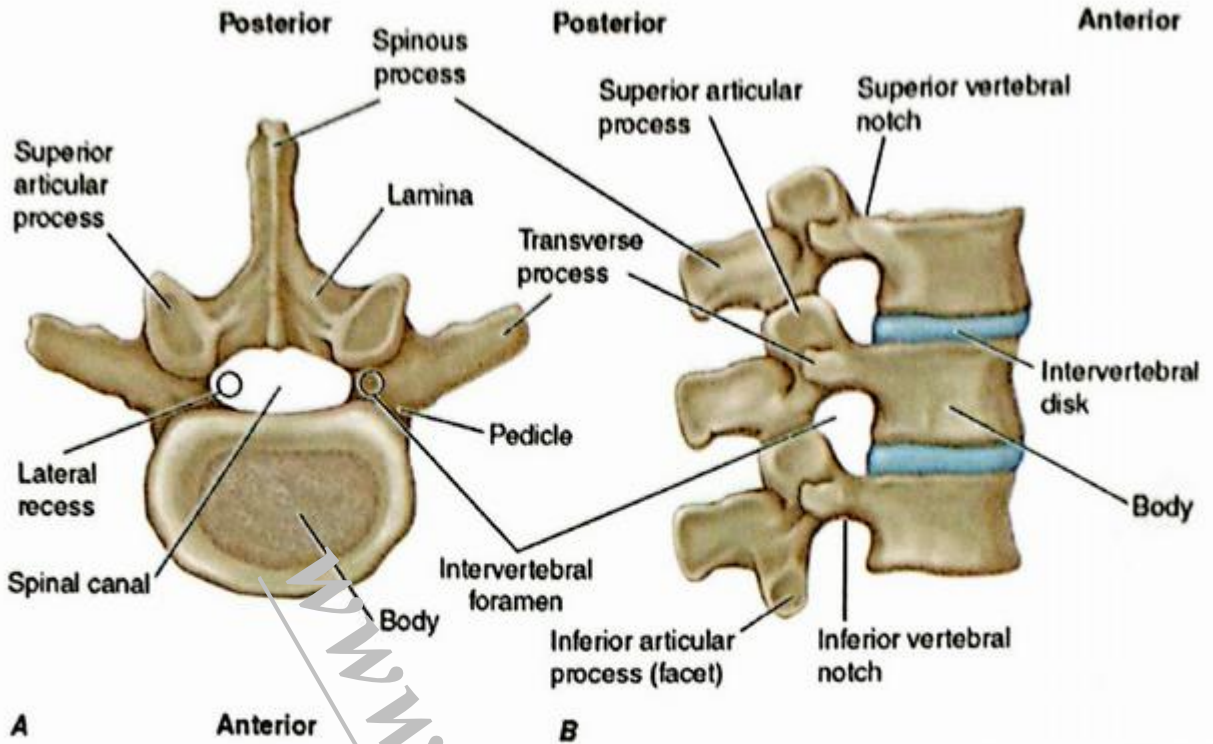
می‌آورد. بخش خلفی ستون مهره‌ها لنگرگاهی را جهت اتصال عضلات و لیگامان‌ها فراهم می‌آورد. انقباض عضلات منقبض تیغه‌ها و زوائد خاری و عرضی مانند یک سیستم فشرده‌کننده مهره‌ها عمل می‌نماید که منجر به حرکات خم شدن (اکستنشن) راست شدن (اکستانسیون) و خم شدن ستون مهره‌ها به جلو می‌گردد.

صدمة ریشه عصبی (رادیکولوپاتی) یک علت شایع درد گردن، بازو، کمر، کفل‌ها و ساق پا است (به درماتومپور موجود در شکل‌های ۲-۲۵ و ۳-۲۵ توجه شود). ریشه عصبی در ناحیه گردنی از یک سطح بالاتر از جسم مهره مربوط به خود خارج می‌شوند (مثلاً، ریشه عصبی C7 در سطح C6-C7 خارج می‌شود) و در نواحی سینهای و کمری از یک سطح پایین‌تر از جسم مهره‌ای مربوط به خود خارج می‌شود (مثلاً، ریشه عصبی T1 در سطح T1-T2 خارج می‌شود). ریشه‌های عصبی گردنی پیش از خروج، مسیری کوتاه را در طول کانال نخاعی طی می‌کنند. برعکس، از آنجا که طناب نخاعی در سطح مهره L1 یا L2 خاتمه می‌یابد، ریشه‌های عصبی نخاعی کمری یک مسیر طولانی را در داخل کانال نخاعی طی می‌کنند و در هر جایی از این مسیر، می‌توانند آسیب ببینند. برای مثال فقط دیسک L4-L5 می‌تواند موجب ایجاد فشار بر روی ریشه عصبی L4 به صورت جانبی و به مقدار بیشتری موجب فشار بر ریشه عصبی در حال عبور L5 گردد (شکل ۳-۱۷). ریشه عصبی کمری در کانال‌های نخاعی متحرک هستند ولی نهادهای یک مغاک خارجی (فرورفتگی جانبی<sup>۶</sup>) باریک در کانال نخاعی و سوراخ بین‌مهره‌ای<sup>۷</sup> رد می‌شوند (شکل‌های ۲-۱۷ و ۳-۱۷). تصویربرداری عصبی ستون مهره‌ها باید شامل هر دو نوع سازیتال و آگزیتال (محوری) باشد تا بتوان فشار احتمالی را در محل‌ها ارزیابی کرد.

هر جسم مهره‌ای گردنی (از C3 به بعد) و نخستین جسم مهره‌ای سینهای از خود یک زائده استخوانی به سمت بالا بیرون می‌دهد، که زائده چنگکی<sup>۸</sup> نام دارد. این زائده به جسم مهره گردنی بالایی وصل می‌شود و مفصل چنگکی - مهره‌ای<sup>۹</sup> می‌سازد. مفصل اخیر می‌تواند با افزایش سن هیپرتروفی بیاناتکه موجب باریک‌شدگی سوراخ عصبی و رادیکولوپاتی گردنی شود.

- 1- low back pain
- 2- nucleus pulposus
- 3- annulus fibrosus
- 4- facet
- 5- facet joint: مفصل رویه‌ای
- 6- lateral recess
- 7- intervertebral foramen
- 8- uncovertebral joint
- 9- uncovertebral joint





شکل ۱۷-۲. ستون مهره‌ای.

توجیه کمر درد در بسیاری از مواردی باشد که در آنها ریشه‌های عصبی تحت فشار نیستند. در شرایط طبیعی، هسته مرکزی یک دیسک بین مهره‌ای، حساس به درد نیست.

**رویکرد به بیمار**

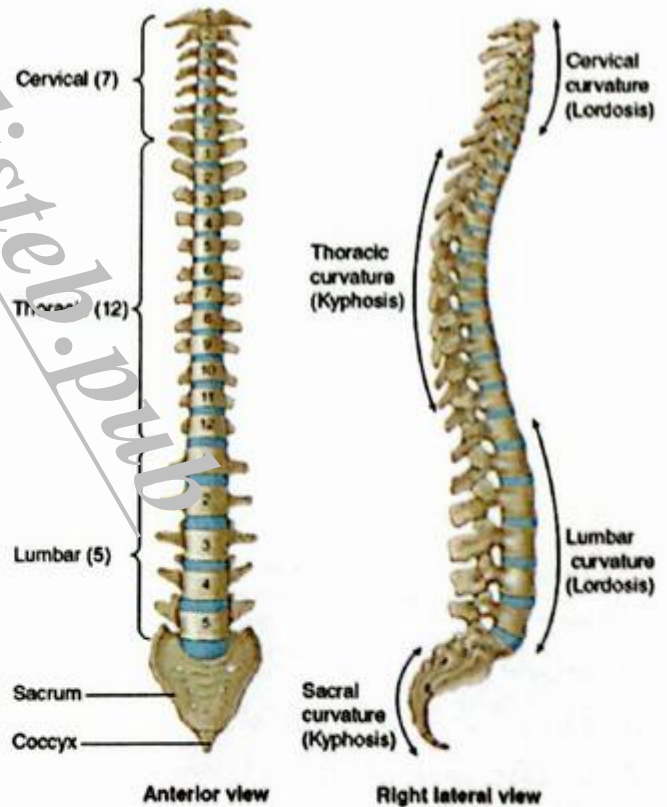
**کمر درد**

**انواع کمر درد**

درک نوع دردی که بیمار آن را ابراز می‌کند، نخستین قدم لازم است. مشخص نمودن عوامل خطرزای بیماری‌های زمینه‌ای وخیم نیز، مورد توجه قرار می‌گیرد؛ بخش اعظم این موارد ناشی از رادیکولوپاتی، شکستگی، تومور، عفونت، یا درد ارجاعی از ساختمان‌های احشایی هستند (جدول ۱-۱۷).

درد موضعی به علت آسیب به ساختمان‌های حساس به درد ایجاد شده که موجب اعمال فشار بر یا تحریک پایانه‌های عصبی حسی می‌گردد. منطقه درد نزدیک بخش آسیب‌دیده کمر است.

درد ارجاعی به کمر ممکن است از احشاء شکمی یا لگنی منشأ بگیرد. درد معمولاً به صورت عمدتاً شکمی یا لگنی توصیف می‌شود اما با درد کمر همراه است و معمولاً تحت تأثیر وضعیت (قرارگیری) بدن قرار ندارد. بیمار ممکن است گاه فقط از درد کمر شکایت نماید.



شکل ۱۷-۱. آناتومی مهره.

ساختمان‌های حساس به درد در ستون مهره‌ها شامل ضریع مهره، سخت‌شامه، مفاصل فایست، حلقه فیبری دیسک بین‌مهره‌ای، وریدها و شریان‌های اپی‌دورال، و لیگامان‌های طولی هستند. بیماری این ساختمان‌های متنوع ممکن است



جدول ۱-۱۷. کمردرد حاد، عوامل خطر ساز برای یک علت ساختارمانی مهم  
تاز پیچیده

دردی که با استراحت یا در شب بدتر می‌شود

سابقهٔ پیشین سرطان

سابقهٔ عفونت مزمن (به ویژه ریه، مجاری ادراری، پوست، بهداشت ضعیف دهانی)

سابقهٔ ضربه

بی‌اختیاری

سن بالای ۷۰ سال

مصرف مواد درون‌وریدی

مصرف گلوکوکورتیکوئید

سابقهٔ یک نقص نورولوژیک به سرعت پیش‌رونده

معاینه

تب غیرقابل توجیه

کاهش وزن غیرقابل توجیه

حساسیت نسبت به لمس یا دق روی خط میانی ستون مهره‌ها

وجود توده در شکم، رکتوم، یا لگن

چرخش پا به سمت داخل یا خارج در ناحیهٔ هیپ

علامت SLR یا SLR معکوس

نقص نورولوژیک کانونی پیش‌رونده

شوند. وضعیت‌هایی که موجب کشیدگی اعصاب و ریش عصبی می‌شوند، ممکن است موجب افزایش درد نیز نشستن همراه با درازکردن (کشیدن) ساق یا موجب کشید عصب سیاتیک و ریشه‌های L5 و S1 می‌شود. زیرا عصب پشت هیپ عبور می‌نماید. عصب رانی<sup>۱</sup> (ریشه‌های L4 و L5) از جلوی هیپ عبور می‌نماید و با نشستن کم نمی‌شود. توصیف درد به تنهایی اغلب از افتراق درد رانی و رادیکولوپاتی عاجز است، اگرچه کیفیت سوزنی الکتریکی درد به نفع رادیکولوپاتی است.

درد ناشی از اسپاسم (گرفتگی) عضلات معمولاً بسیار از اختلالات ستون مهره‌ها همراه است. اسپاسم می‌تواند با وضعیت ناهنجار قرارگیری بدن، کشش شدت پاراسپینال، و درد مبهم یا تیرکشنده در منطقه پاراسپینال همراه باشند.

در زمانی که برای درد کمر علل زمینه‌ای جدی احراز را در برابر هم ارزیابی می‌نمایند، دانستن حالتی که درد آغاز درد می‌شوند اهمیت دارد. برخی از بیماران که برای تصادفات یا آسیب‌های شغلی مبتلا به کمردرد می‌شوند ممکن است به هدف گرفتن غرامت یا به علل روان‌شناختی درد خود را بیشتر جلوه دهند.

معاینه

یک معاینه بالینی کامل مشتمل بر علائم حیاتی، معاینه قلب و ریه‌ها، شکم و رکتوم و اندام‌ها توصیه می‌گردد. درد کمر ارجاعی از اعضاء احشایی ممکن است در هنگام لمس شکم (پانکراتیت، آنوریسم آئورت شکمی [AAA]) یا توده روی زوایای دنده‌ای - مهره‌ای (بیلونفریت)) ایجاد گردد.

ستون مهره‌ای طبیعی در ناحیهٔ سینه‌ای کیفیت، و نواحی کمری و گردنی لوردوز دارد. تشدید این مسیر طبیعی ممکن است منجر به افزایش کیفیت در ستون مهره‌ای سینه‌ای یا افزایش لوردوز در ستون مهره‌ای کمری شود. مشاهده ممکن است خمیدگی جانبی ستون مهره‌ای (اسکولیوز) را آشکار سازد. کلافه‌ی مویی، فرورفتگی رنگدانه‌ای شدن خط وسط و یا یک مجرای سینوس می‌تواند نشان‌دهنده‌ی آنومالی مادرزادی ستون مهره‌ای باشد. عدم قرینگی در برآمدگی عضلات پاراسپینال مطرح‌کننده اسپاسم عضلانی است. لمس زائدهٔ خارجی

درد با منشأ ستون‌مهره‌ای ممکن است در کمر قرار داشته باشد یا به کفل‌ها یا (ساق) پاها ارجاع یابد. بیماری‌هایی که بخش فوقانی ستون مهره‌ای، کمری را متأثر می‌نمایند، تمایل دارند درد را به ناحیهٔ کمری، کشاله ران، یا بخش قدامی ران‌ها ارجاع نمایند. بیماری‌هایی که بخش تحتانی ستون مهره‌ای کمری را متأثر می‌سازند، تمایل دارند یک درد ارجاعی به کفل‌ها، بخش خلفی ران‌ها، عضلات پشت ساق پاها یا پنجهٔ پاها ایجاد نمایند. درد ارجاعی ممکن است توضیحی برای نشانگان دردی باشد که در آنها درد از درمان‌های متعددی عبور می‌کند و با شواهد صدمه به عصب یا ریشه‌های عصبی همراه نیست.

درد ریشه‌ای (تیرکشنده)<sup>۱</sup> کمر نوعاً تیز است و از مهره‌های کمری به پا در محدودهٔ یک ریشهٔ عصبی تیر می‌کشد («بیماری دیسک کمری» در زیر ملاحظه شود). سرفه کردن، عطسه کردن یا منقبض نمودن ارادی عضلات شکم (بلندکردن اجسام سنگین یا زورزدن هنگام دفع مدفوع) ممکن است موجب آغاز یا تشدید یک درد تیرکشنده