



آرتريت روماتويد

این نوشته توسط انجمن روماتولوژی ایران برای اطلاع رسانی به بیماران و افراد علاقمند دیگر ، به زبان فارسی تهیه شده است . پس از بررسی منابع مختلف و معتبر علمی در مورد آموزش بیماران روماتیسمی ، سعی شده است که آخرین اطلاعات به زبانی ساده در دسترس خوانندگان قرار گیرد. مطالب این سایت ، مرتباً مورد بازنگری قرار می گیرد. این نوشته ها جایگزین پزشک برای تشخیص و درمان بیماران نیست و توصیه می شود که همه بیماران به پزشک خود مراجعه کرده و دستورات وی را اجرا کنند.

فهرست مطالب :

آرتريت روماتويد چيست ؟

شيوع آرتريت روماتويد

چگونگي ايجاد آرتريت روماتويد

تشخيص آرتريت روماتويد

علت آرتريت روماتويد

درمان آرتريت روماتويد

درمان های دارویی

درمان های جراحی

پيگيري و مراقبت مداوم

تحقيقات در آرتريت روماتويد

نقش روماتولوژیست ها در درمان

منابع

آرتریت روماتوئید چیست ؟

آرتریت روماتوئید (Rheumatoid Arthritis) ، بیماری مزمنی است که باعث درد، تورم، خشکی و محدودیت حرکات مفاصل می شود. مفاصل ها محل هایی هستند که در آن دو یا چند استخوان به هم متصل شده و با وجود آن ها حرکت امکان پذیر می باشد، مانند : زانو، آرنج ، مچ دست ، مفاصل بین بندهای انگشتان دست و پا. گاهی اوقات ، در این بیماری علاوه بر مفاصل، سایر قسمتهای بدن از جمله عضلات ، پوست ، ریه ها، اعصاب محیطی و چشم ممکن است گرفتار شوند و یا در بعضی بیماران خستگی ، کاهش وزن ، و تب مختصر وجود داشته باشد. به همین دلیل ، به آن "بیماری روماتوئید" نیز گفته می شود.

آرتریت روماتوئید در هر سنی دیده می شود ، ولی شروع بیماری معمولا در سنین متوسط عمر می باشد. کودکان و افراد جوان نیز ممکن است به این بیماری مبتلا شوند که در اینصورت به نام "آرتریت روماتوئید جوانان" یا "آرتریت مزمن جوانان" نامیده می شود. خصوصیات بیماری در بچه ها با بیماری بزرگسالان تفاوت هائی دارد.

آرتریت روماتوئید با سایر بیماری های روماتیسمی از قبیل آرتروز (اوستئوآرتریت) ، نقرس و تب روماتیسمی (روماتیسم قلبی) که در آن ها هم درد و التهاب مفاصل وجود دارد ، متفاوت است .

آرتریت روماتوئید دارای خصوصیتی است که آن را از سایر بیماری های مفصلی متمایز می کند. بطور مثال، این بیماری بیشتر مفاصل کوچک دستها و پاها را مبتلا می کند ، و این مفاصل معمولا بطور قرینه درگیر می شوند ، باین معنی که اگر مفصل مچ دست یا زانوی بیمار مبتلا شود ، مچ دست و زانوی دیگر هم مبتلا به بیماری می گردد. در این بیماری معمولا مچ دست ها و مفاصل بین بندهای انگشتان که به مچ دست نزدیکتر هستند دچار تورم و درد می شوند.

از خصوصیات دیگر آرتریت روماتوئید آن است که علائم بیماری از یک فرد به فرد دیگر فرق می کند. بیماری ممکن است ملایم یا شدید باشد. در بیشتر بیماران، آرتریت روماتوئید سیر مزمنی دارد باین معنی که برای سالیان طولانی باقی می ماند. دوره های متناوب بدتر شدن و بهبودی علائم را دوره های شعله ور شدن و خاموش شدن بیماری می نامند. در تعداد کمتری از بیماران ، علائم بیماری همیشه وجود دارد و بیماری بسرعت پیشرفت می کند. در جدول 1 ، خصوصیات آرتریت روماتوئید نوشته شده است .

اثرات زیان بار اقتصادی و اجتماعی این بیماری قابل توجه است. از نظر اقتصادی ، مخارج درمان طبی و جراحی و زیان های ناشی از عدم توانائی در کارکردن این بیماران بسیار زیاد است. از نظر اجتماعی، دردهای طولانی و مداوم ممکن است باعث ایجاد افسردگی ، اضطراب و ناامید در بیماران شده و مانع انجام فعالیت های روزانه و برقراری ارتباط مناسب با سایر افراد خانواده ، دوستان و همکاران گردد. راه های مقابله با استرس و اضطراب در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، در قسمتهای بعد آمده است.

جدول 1- خصوصیات آرتريت روماتويد

- دردناک بودن مفاصل ، وجود ورم ، گرم بودن و حساس بودن به فشار
- قرينه بودن درگيري مفاصل - بطور مثال هر دو زانو يا هر دو مچ دست -
- التهاب مچ دست ها و مفاصل بين بندهای انگشتان دست در اکثر بيماران
- التهاب مفاصل ديگر (شانه ها، آرنج ها ، مفاصل ران ، مچ پاها و انگشتان پا و گردن)
- خشکی مفاصل : اکثرا صبح ها و پس از استراحت طولانی
- خستگی ، احساس کسالت و تب های گاه به گاه
- تداوم علائم مفصلی برای سالهای طولانی
- تفاوت علائم ، در افراد مختلف

شیوع آرتريت روماتويد

آرتريت روماتويد در تمام نقاط جهان و در تمام نژادها وجود دارد. بطور متوسط یک درصد از جمعیت ، مبتلا به آرتريت روماتويد میشوند. این رقم در کشورهای مختلف متفاوت است ، در بعضی کشورها رقم 3 درصد جمعیت هم گزارش شده است. در آمریکا ، شیوع آرتريت روماتويد را برحسب گفته بيماران و تشخیص پزشک آنان ، 0.6 درصد تخمین زده اند. آرتريت روماتويد در زنان 3 برابر بیشتر از مردان دیده می شود. شروع بيماری در زنان بیشتر در دهه 30 تا 60 سالگی ، و در مردان در سنين بالاتری نسبت به زنان می باشد. ولی در هر سنی بيماری می تواند بروز کند. مطالعات جديد انجام شده در آمریکا نشان داده که در افراد مسن شیوع بيماری زيادتر شده ولی چنانچه تمام سنين را در نظر بگیرند، در حقيقت شیوع آرتريت روماتويد کمتر از گذشته شده است.

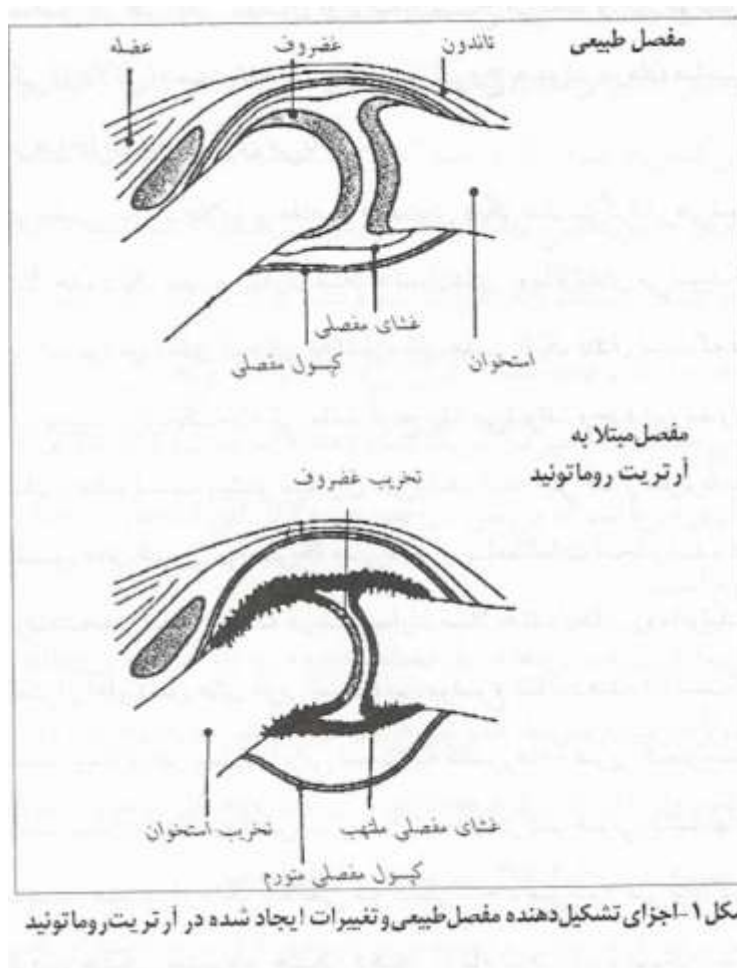
دو مطالعه جمعیتی که در ايران انجام شده ، شیوع آرتريت روماتويد را در منطقه روستائی (فشم) و شهری (تهران) حدود 0.3 در صد نشان داده است.

چگونگی ایجاد آرتريت روماتويد

برای درک بهتر چگونگی ایجاد بيماری آرتريت روماتويد در مفاصل، بطور اختصار ساختمان یک مفصل شرح داده میشود. مفصل محلی است که دو يا چند استخوان به يکديگر متصل شده و حرکت می کنند. غضروف مفصلی قسمتی از مفصل است که مانند یک بالشتک روی سر استخوانها در داخل مفصل قرار دارد. در اطراف مفصل طبیعی ، کپسول مفصلی قرار دارد که ساختمانهای درون مفصل را حفظ می کند. در زیر کپسول مفصلی ، لایه آسترمانندی به نام غشای مفصلی (Synovium) وجود دارد که مایعی شفاف و لزج به نام مایع مفصلی ترشح می کند . این مایع از نظر قوام شبیه سفیده تخم مرغ است و وظیفه روغنکاری مفصل را برعهده دارد. (شکل 1).

در آرتريت روماتويد به دلایل نامشخص ، سیستم ایمنی بدن که در حالت عادی با عوامل خارجی مانند میکروبها و ویروسها مقابله می کند ، به سلولهای خودی موجود در غشای مفصلی حمله می کند و باعث

التهاب در غشای مفصلی می شود. غشای مفصلی که بطور طبیعی یک لایه نازک است کلفت شده و در محل مفصل مبتلا ، تورم ، گرمی و گاهی قرمزی دیده می شود. این علائم همگی در نتیجه التهاب بوجود می آیند و علائم اولیه آرتریت روماتوئید را تشکیل می دهند. با پیشرفت بیماری ، بافت های ملتهب بر غضروف و استخوان های اطراف خود اثر کرده و باعث تخریب آن ها می شوند. رباط ها و تاندون های اطراف مفصل هم ضعیف شده و دیگر قادر به محافظت از مفصل در مقابل فشارهای روزمره بر مفاصل نمی باشند. در نهایت ، تورم و تغییر شکل مفصل در طول زمان ایجاد خواهد شد. مطالعات نشان داده است که بیشترین صدمات وارده به استخوانها و مفاصل در طی یکی دو سال اول بیماری رخ می دهد و این موضوع یکی از دلایل اهمیت تشخیص سریع و شروع به موقع درمان مناسب ، می باشد.



در بعضی از بیماران علاوه بر مفاصل ، قسمت های دیگر بدن نیز گرفتار می شوند. بسیاری از بیماران دچار کم خونی (آنمی) یا کاهش گلبول های قرمز خون می شوند. عوارض دیگر که کمتر دیده می شود شامل درد گردن ، خشکی دهان و چشم (سندرم سیکا یا سندرم شوگرن) می باشد. ندرتا بیماران دچار التهاب رگ های خونی (واسکولیت) ، التهاب غشای اطراف ریه (پلورزی) و یا التهاب غشای اطراف قلب (پریکاردیت) می شوند.

علت بیماری آرتريت روماتوئيد چيست ؟

هنوز بطور دقيق مشخص نشده كه چه عاملی باعث می شود تا سيستم ایمنی بدن بر علیه بافتهای خود بدن عمل كند، اما تحقیقات انجام شده ، نقش عوامل زیر را مشخص کرده است:

1- عوامل ژنتيكي:

محققين دریافته اند كه ژن های بخصوصی كه در عملکرد سيستم ایمنی نقش دارند ، با بروز آرتريت روماتوئيد ارتباط دارند. البته چنانچه این ژن ها در شخصی وجود داشته باشد ، احتمال دچار شدن به آرتريت روماتوئيد كمی بیشتر از افراد طبیعی است . بزبان ديگر ، يك ژن به تنهایی نمیتواند علت بیماری باشد و فقط احتمال ایجاد بیماری را زياد می كند. بعضی افرادی كه این ژن ها را دارند ، هیچوقت به آرتريت روماتوئيد مبتلا نمیشوند. در حال حاضر می توان گفت كه اگرچه مشخصه های ژنتيكي يك فرد ، نقش مهمی در بروز آرتريت روماتوئيد دارد ، ولی این عامل ، تنها علت نیست. آنچه كه كاملا روشن شده اینست كه بیش از يك ژن در بروز آرتريت روماتوئيد و شدت آن نقش دارند.

ممکن است سوال شود اگر پدر یا مادر مبتلا به آرتريت روماتوئيد باشند ، آیا فرزندشان به بیماری مبتلا خواهدشد؟ پاسخ آن است كه آرتريت روماتوئيد برخلاف بیماری های ارثی ، مستقیما از والدین به فرزندان به ارث نمی رسد، بلکه برخی ژنهای به ارث رسیده از والدین، ممکن است احتمال ابتلا به بیماری را در فرزندان آن ها زياد كند. هنوز با انجام آزمایشات مختلف و مشاوره ژنتيكي ، نمی توان احتمال ایجاد بیماری را در فرزندان بیماران معلوم كرد.

2- عوامل محیطی :

اغلب دانشمندان معتقدند كه بایستی عاملی وجود داشته باشد تا در افرادی كه از نظر ژنتيكي مستعد هستند، فرآیند بیماری شروع شود. احتمال اینکه این عامل يك عفونت ویروسی یا باكتريائی باشد زياد است، ولی نوع ویروس یا باكتري هنوز شناخته نشده است. باید متذکر شد كه آرتريت روماتوئيد يك بیماری مسری عفونی نیست ، بدین معنی كه فرد مبتلا ، بیماری را به افراد ديگر منتقل نمی كند.

مطالعات جديد نقش سيگارکشیدن را در ایجاد بیماری آرتريت روماتوئيد (و نوع شديد بیماری)، بعنوان يك عامل محیطی نشان داده اند.

3- سایر عوامل :

برخی از متخصصان معتقدند كه عوامل هورمونی متعدد ممكن است در ایجاد آرتريت روماتوئيد نقش داشته باشند. شواهدی دال بر این نظریه موجود است : زنان بیشتر از مردان مبتلا به بیماری می شوند. بیماری در زمان حاملگی فروکش می كند ولی بعد از زایمان شعله ور می شود. شیردادن هم ممكن است باعث شدت یافتن بیماری شود. مصرف قرص های ضد بارداری ممكن است احتمال ابتلا به آرتريت روماتوئيد را كم كند.

با توجه به مطالب بالا می توان این تئوری را پیشنهاد کرد که ، در شخصی که از نظر ژنتیکی مستعد می باشد چنانچه در معرض یک عامل شروع کننده بیماری محیطی (ویروس یا باکتری) قرار گیرد و تغییراتی در بعضی هورمون ها داشته باشد ، بیماری آرتریت روماتوئید پیدا می شود. بهر حال گرچه جواب همه سوالات در مورد علت بیماری معلوم نیست ، ولی آن چه که مشخص است اینست که بیماری در اثر عوامل متعدد و تداخل آن ها بوجود می آید. تحقیقات برای فهمیدن این عوامل و چگونگی عملکرد آن ها در جریان است .

بعضی از بیماران ، اطلاعات نادرستی در زمینه علت بیماری آرتریت روماتوئید دارند . بر اساس شواهد علمی موجود مشخص شده است که بیماری آرتریت روماتوئید در اثر عوامل زیر ایجاد نمی شود:

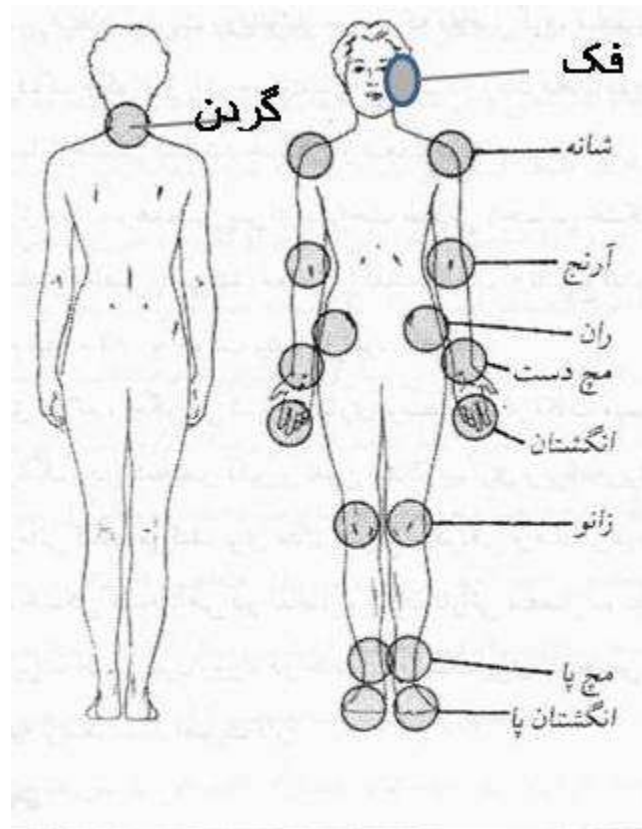
- سرما یا تغییرات آب و هوا و زندگی در مناطق سرد و مرطوب
- کمبود یا افزایش ویتامین ها ، مواد غذایی ، بالا بودن چربی و قند خون
- جذب نا مناسب یا بازگشت مواد دفعی از روده ها
- عفونت قسمت های مختلف بدن بطور مستقیم

تشخیص آرتریت روماتوئید

تشخیص دادن آرتریت روماتوئید در مراحل اولیه بیماری بچند دلیل مشکل است . اولاً هیچگونه آزمایش خاصی به تنهایی نمیتواند نشان دهنده بیماری باشد. بعلاوه علائم از فردی به فرد دیگر تفاوت دارد و در بعضی شدیدتر می باشد. علائم بیماری ممکن است مشابه علائم سایر بیماریهای باشد که در آن ها آرتریت (التهاب مفصل) وجود دارد. در اوائل بیماری ، ممکن است علائم اندکی وجود داشته باشد و برای تشخیص بیماری لازم باشد که پزشک در چند نوبت بیمار را معاینه کند. پزشکان براساس مجموعه ای از شواهد موجود در سابقه پزشکی ، شرح حال بیمار ، معاینه ، آزمایشات مختلف و عکسبرداری از مفاصل، به تشخیص آرتریت روماتوئید رسیده و شدت بیماری را تعیین می کنند.

سابقه پزشکی و شرح حال بیمار: ابتدا پزشک از بیمار می خواهد که نشانه ها را شرح داده ، چگونگی شروع علائم ، اینکه از کدام مفصل شروع شده و چگونه در طی زمان مفاصل دیگر مبتلا شده اند را شرح دهد. پرسش های دیگر پزشک شامل وجود سایر مشکلات پزشکی در گذشته ، سابقه وجود بیماری های روماتیسمی در فامیل و داروهائی که بیمار مصرف می کند، میباشند. جواب دادن صحیح و کامل به این سئوالات برای تشخیص بیماری به پزشک کمک خواهد کرد.

معاینه : شامل معاینه مفاصل مختلف ، پوست ، سیستم عصبی و قدرت عضلانی می باشد. سایر قسمت های بدن نیز بر حسب نیاز توسط پزشک مورد معاینه قرار می گیرد. در شکل 2 ، مفاصلی که ممکن است در آرتریت روماتوئید گرفتار شوند نشان داده شده است .



شکل ۲- مفاصلی که ممکن است در اثر آرتریت روماتوئید مبتلا شوند.

آزمایش های تشخیصی : هیچ آزمایشی به تنهایی تشخیص دهنده آرتریت روماتوئید نیست . آزمایشاتی که بیشتر در تشخیص آرتریت روماتوئید بکار گرفته می شوند و کمک کننده هستند عبارتند از:

فاکتور روماتوئید [Rheumatoid Factor(RF)] : یک آزمایش خون است که وجود یک آنتی بادی را در بیمار نشان میدهد. فاکتور روماتوئید ، ممکن است در ابتدای بیماری وجود نداشته باشد و تست مربوطه منفی باشد ، ولی بعد از مدتی در بسیاری از بیماران این تست مثبت می شود. اما در همه بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید این تست مثبت نیست و از طرف دیگر بعضی از اشخاص که در آن ها این تست مثبت است ، هیچوقت دچار آرتریت روماتوئید نمیشوند. فاکتور روماتوئید در بعضی از بیماری های دیگر هم مثبت می شود. اگر فردی علائم منطبق با آرتریت روماتوئید داشته باشد و این تست در او مثبت باشد ، آنگاه این تست میتواند بعنوان تاییدی بر تشخیص تلقی شود. بعلاوه مثبت بودن فاکتور روماتوئید با تیرهای بالا ، با بیماری شدید ارتباط دارد.

آنتی سی سی پی (Anti-CCP) : این آزمایش هم ، وجود یک آنتی بادی دیگر را در خون نشان میدهد. این تست در اکثر بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، مثبت می شود. نکته مهم در مورد این آنتی بادی

این است که حتی سالها قبل از اینکه علائم بیماری در فردی ظاهر شود ، این تست ممکن است در وی مثبت باشد. آزمایش آنتی سی سی پی به اضافه آزمایش فاکتور روماتوئید مجموعا در تایید تشخیص آرتريت روماتوئید بسیار مفید هستند.

سایر آزمایشات خون : شامل تعداد گلبولهای سفید و قرمز ، آزمایش سرعت رسوب گلبولهای قرمز [Erythrocyte Sedimentation Rate(ESR) ، C-reactive protein میباشند.

آزمایش مایع مفصلی : بعضی اوقات در آرتريت روماتوئید ، در مفاصلی مانند زانو ، مایع مفصلی زیادی جمع می شود. بررسی این مایع در تشخیص آرتريت روماتوئید کمک کننده و گاهی برای رد کردن سایر علل ورم مفصل مانند نقرس و عفونت مفصلی کاملا ضروری است. برای آزمایش مایع مفصلی ، پزشک با وارد کردن یک سوزن در مفصل ، مایع را خارج کرده و آن را برای انجام آزمایشهای لازم به آزمایشگاه ارسال می کند. بعضی بیماران فکر می کنند ویا اظهار میدارند که بعد از آنکه مایع مفصلی آنها خارج شده ، بیماری شدت یافته است. این باور اشتباه است ، زیرا مقدار مایع مفصلی بطور طبیعی آنقدر کم است که نمی توان آنرا برآحتی با سوزن خارج کرد. زمانی که بتوان مایع را خارج کرد، بدان معنی است که این مایع غیرطبیعی می باشد. بنابراین اگر پزشک متخصص تشخیص دهد که لازم است مایع مفصلی کشیده شده و برای آزمایش ارسال شود، برای این کار همکاری کنید. خارج کردن مایع مفصلی در دست متخصصان ، کار نسبتا آسانی است و معمولا خطر و عارضه ای ندارد و سبب تشدید بیماری نمیشود. احتمال ورود میکرب در مفصل و ایجاد عفونت مفصلی در نتیجه کشیدن مایع مفصلی با سوزن بسیار اندک (در حد یک مورد در هر چند هزار) می باشد.

عکسبرداری با اشعه ایکس: رادیوگرافی (عکسبرداری با اشعه ایکس) ، مقدار تخریب مفصل را نشان میدهد. رادیوگرافی های معمولی ، در مراحل اولیه بیماری ، علائمی نشان نمیدهند ولی برای رد کردن سایر بیماریها ممکن است لازم باشند. همچنین رادیوگرافی برای کنترل میزان پیشرفت بیماری کار برد دارد. بطور معمول برای تشخیص آرتريت روماتوئید احتیاجی به انجام ام-آر-آی (MRI) نیست ، مگر برای مشاهده بعضی از عوارض در یک مفصل خاص. اولتراسونوگرافی مفاصل در آرتريت روماتوئید نیز روشی است که برای مشاهده التهاب غشای مفصلی ، خوردگی های استخوانی ، تجمع مایع در مفصل و گرفتاری های تاندونی کاربرد دارد.

درمان آرتريت روماتوئید

کنترل و درمان بیماری آرتريت روماتوئید در دو دهه گذشته پیشرفت فوق العاده ای داشته است. با بکار گرفتن یک برنامه درمانی مناسب ، علاوه بر تسکین و رفع درد، التهاب کاهش یافته ، سیر تخریب مفاصل متوقف شده یا کاهش می یابد و توانایی بیمار برای انجام فعالیتهای روزمره زیاد می شود.

روش های درمان بیماری روماتوئید عبارتند از: اصلاح روش زندگی ، درمان های دارویی ، درمان های جراحی ، پیگیری مرتب و تداوم درمان

اصلاح روش زندگی

برخی از روش ها می توانند توانائی بیمار را در انجام فعالیت های روزمره افزایش دهند که عبارتند از:

ورزش ، فعالیت و استراحت

در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، ایجاد تعادل مناسب بین فعالیت های روزمره ، مقدار استراحت و ورزش صحیح لازم است . در مواقعی که بیماری فعال است ، بیشتر باید استراحت کرد ، و در مواقعی که شدت بیماری کم بوده و یابیماری خاموش است ، می توان میزان فعالیت های روزمره ، نرمش و ورزشهای تقویت کننده عضلات را افزایش داد. استراحت کافی نقش عمده ای در کاهش ورم و التهاب مفاصل مبتلا دارد و باعث رفع خستگی عضلات می شود. نیاز به استراحت در بیماران مختلف ، فرق می کند ولی بطور کلی دوره های استراحت کوتاه مدت و متناوب بهتر از آن است که بیمار مدت طولانی در بستر استراحت کند.

ورزش و نرمش های مخصوص ، برای حفظ قدرت عضلات و حرکات مفصل موثرند. از طرفی فعالیت های مناسب ورزشی می تواند باعث خواب عمیق شده ، وزن را کاهش دهد و روحیه بیمار را تقویت نماید. برنامه ورزشی هر بیمار باید متناسب با توانائی وی و با مشورت با فیزیوتراپیست (متخصص توانبخشی و طب فیزیکی) ویا فیزیوتراپیست صورت گیرد. فیزیوتراپیست ها بعد از ارزیابی بیمار و مفاصل وی ، درمان های مناسب شامل استفاده از گرما درمانی یا کیسه یخ ، درمان با دستگاه هائی که گرمای عمقی به مفاصل میرسانند و آموزش انجام نرمش و ورزش های مناسب را برای هر بیمار تعیین می کنند.

مراقبت از مفاصل

استفاده از اسپلینت در بعضی از بیماران، مفاصل را محافظت کرده و با استراحت مفاصل می توانند در کاهش درد و التهاب موثر باشند. اسپلینت ها برای مفاصل مچ دست ، دست و مچ پا بکار میروند. راه های دیگر کاهش فشار بر مفاصل ، استفاده از وسایل و تجهیزات کمک کننده مانند پاشنه کش با دسته بلند، قاشق وچنگال با دسته های ضخیم ، پوشیدن کفش های مناسب ، استفاده از توالت فرنگی و صندلی های دسته دار می باشد. در بخش های کار درمانی ، استفاده صحیح از این گونه وسایل و مراقبت از مفاصل آموزش داده می شود.

کاهش استرس

بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ، علاوه بر ناراحتی های جسمی ، مشکلات روحی نیز دارند. اضطراب بیماران ، ناشی از بیماری و نگرانی از محدودیت حرکتی و درد مفاصل می باشد. این اضطراب های مداوم سبب ایجاد درجاتی از افسردگی می شود و افسردگی خود باعث تشدید درد و اضطراب می گردد. شواهدی مبنی بر تاثیر مستقیم استرس و اضطراب در ایجاد بیماری آرتریت روماتوئید وجود ندارد، اما استرس می تواند مشکل بیماران را افزایش داده و آستانه درد را در آن ها تغییر دهد.

راه های غلبه بر استرس و اضطراب عبارتند از: داشتن دوره های منظم استراحت و خواب کافی ، داشتن برنامه های ورزشی منظم ، شرکت در جلسات گروه های حمایتی ، برقراری ارتباط مناسب و صمیمانه با کادر پزشکی و افراد خانواده، تکنیک های مربوط به آرامش پیدا کردن (relaxation) و فراگیری مطالب مناسب در مورد بیماری و راه های درمان.

تغذیه مناسب

از نظر علمی ثابت نشده که هیچ نوع غذای خاصی برای بیماری آرتريت روماتوئید مفید یا مضر باشد. تنها استثنا در این باره استفاده از روغن ماهی است که بعلاوه ترکیبات خاص خود اثرات ضد التهابی دارد. بطور کلی یک رژیم غذایی مناسب برای بیماری آرتريت روماتوئید باید شامل مقادیر کافی کالری (نه مقادیر اضافی) ، پروتئین و کلسیم باشد ، تا نیازهای غذایی بیمار را برآورده کرده و مانع چاقی یا فقر غذایی گردد. مصرف ویتامین D نیز بصورت مولتی ویتامین های حاوی این ویتامین یا قرص های کلسیم همراه با ویتامین D توصیه می شود. نوشابه های الکلی ، عوارض دارویی را زیاد میکند ، بویژه اگر بیمار برای درمان از داروی متوترکسات (Methotrexate) استفاده کند. سیگار کشیدن نه تنها احتمال بروز آرتريت روماتوئید را زیاد می کند ، بلکه با کشیدن سیگار بیماری شدت می یابد. سیگارکشیدن را ترک کنید.

اثرات آب و هوا

بسیاری از بیماران اظهار میدارند که درد مفاصل آنها با تغییر ناگهانی هوا بدتر می شود. هیچگونه شواهد علمی مبنی بر اینکه یک نوع آب و هوای خاص بتواند تاثیر خاصی در تشدید یا تخفیف اثرات آرتريت روماتوئید داشته باشد، موجود نیست . اغلب بیماران در آب و هوای گرم و خشک احساس راحتی بیشتر می کنند ، اما این به آن معنی نیست که بیماری هم بهبود یافته است . گاهی بیماران سوال می کنند که آیا لازم است برای بهبود بیماری ، محل زندگی و سکونت خود را تغییر دهند ؟ جواب این سوال منفی است ، زیرا در دراز مدت آب و هوا تاثیری بر روی سیر بیماری ندارد.

درمان های دارویی

داروهای که برای درمان آرتريت روماتوئید تجویز می شوند را میتوان در دو دسته قرار داد : داروهای که برای تسکین درد بکار می روند و داروهای که بر روی سیربیماری تاثیر دارند. برای هر بیمار معمولاً دو یا چند دارو تجویز می شود. بعضی از این داروها بر روی سیستم ایمنی تاثیر می گذارند و پیگیری دقیق برای کنترل عوارض دارویی بسیار اهمیت دارد.

داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی

داروهای ضد التهابی غیراستروئیدی [Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs(NSAIDs)] با کاهش التهاب ، درد بیمار را تسکین میدهند. این داروها هیچوقت به تنهایی نمیتوانند آرتريت روماتوئید را درمان کنند ، بنابراین علاوه بر این داروها ، داروهای دسته دوم نیز ضروری است .

داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی که در ایران بطور شایع از آنها استفاده می شود عبارتند از: آسپیرین ، ایبوپروفن ، ایندومتاسین ، ناپروکسن ، پیروکسیکام ، دیکلوفناک . اثرات این داروها نسبتا زود و در طی چند ساعت پس از مصرف ظاهر می شود و با قطع مصرف دارو هم اثرات آنها زود از بین میرود. تاثیر درمانی این داروها تقریبا مشابه است ولی هر بیمار ممکن است یکی از این داروها را بهتر تحمل کند و یا یک دارو نسبت به داروی دیگر در او موثرتر باشد. شایعترین عارضه جانبی این داروها تحریک و ناراحتی معده و گاهی خونریزی از دستگاه گوارش است. برای کاهش عوارض گوارشی ، این داروها را بایستی همراه با غذا مصرف کرد. از عوارض دیگر این داروها می توان از ورم عمومی بر اثر جمع شدن مایعات در بدن و گاهی بالا رفتن فشارخون، اختلال عملکرد کلیه ها و بالا رفتن اوره خون نام برد. داروهای جدیدتر این دسته مانند سلکوکسیب (Celecoxib) نسبت به داروهای قدیمی تر، عوارض گوارشی کمتری دارند ولی در عوض ممکن است عوارض قلبی- عروقی و مغزی آن ها بیشتر باشد بویژه در افراد مسن.

داروهای مسکن

داروهای مسکن (آنالژژیک) می توانند درد مفاصل را تسکین دهند ولی اثری روی التهاب و آسیب های مفصلی ندارند. از این دسته داروها ، استامینوفن ، ترامادول و کدئین (بصورت قرص استامینوفن + کدئین) در کشور ما وجود دارند. کدئین جزو داروهای مخدر است و بطور کلی داروهای مخدر نباید به تنهایی و برای مدت طولانی در درمان آرتروز بکار روند زیرا موجب اعتیاد می شوند.

کورتیکواستروئیدها (کورتون)

داروهای کورتونی بدلیل داشتن اثرات ضدالتهابی معمولا به همراه داروهای ضدالتهابی غیر استروئیدی و سایر داروهای موثر بر مسیر بیماری در ابتدای درمان تجویز می شود. داروهای کورتونی به مقدار کم تجویز می شوند و یکی از هدف های درمانی و مصرف داروهای دیگر که بعدا شرح داده می شود این است که در نهایت مصرف داروهای کورتونی قطع یا بحد اقل ممکن برسد. از این دسته داروها هیدروکورتیزون، پردنیزولون ، بتامتازون ، دکزامتازون در کشور ما وجود دارند که برای درمان دراز مدت ، بیشتر از پردنیزولون استفاده می شود. عوارض جانبی کورتون بویژه با مقادیر زیاد و مصرف طولانی زیاد بوده که عبارتند از: پوکی استخوان ، ورم بدن و صورت ، ترک خوردن پوست ، عوارض چشمی مانند آب مروارید و دیرجوش خوردن زخم. در صورتیکه مصرف کورتون برای مدت طولانی اجتناب ناپذیر باشد، خوردن قرص کلسیم و ویتامین دی ، با صلاحدید پزشک معالج توصیه می شود. همچنین پزشک ممکن است پس از انجام آزمایش سنجش تراکم استخوان ، در صورت نیاز داروهای ضد پوکی استخوان تجویز کند. گاهی مقدار زیادی کورتون ، بشکل تزریقی همراه با سرم (پالس تراپی) برای کنترل عود شدید بیماری یا عوارض خارج مفصلی، تجویز می شود.

تزریق کورتون در داخل مفصل نیز برای مواردی که یک یا چند مفصل در اثر آرتروز روماتوئید دچار ورم و تجمع مایع هستند ، انجام می شود. البته تزریق داخل مفصلی کورتون نباید بطور مکرر و بیش از 3 تا 4 بار در یک سال در یک مفصل انجام شود. قبل از تزریق مفصلی ، پزشک باید مطمئن شود که

عفونتی در مفصل وجود ندارد. برای تشخیص عفونت مفصلی، معمولا از کشیدن مایع مفصلی و آزمایشاتی مانند کشت میکروبی استفاده می شود. اگر بعد از تزریق کورتون در مفصل، درد و گرمای مفصل زیادتیرشد و درد بیش از دو روز طول کشید و یا بیمار تب کرد، باید به پزشک اطلاع داده شود.

اخطار: چنانچه از کورتون استفاده می کنید به یاد داشته باشید که توقف خودسرانه این دارو، و یا کم کردن ناگهانی مقدار آن خطرناک است، زیرا از طرفی باعث شعله ور شدن بیماری می شود و از طرف دیگر اختلالات متابولیکی خطرناک ایجاد می کند. برای کم کردن مقدار کورتون، پزشکان دستور می دهند که مقدار دارو به آهستگی کم شود. از طرف دیگر هیچوقت بدون دستور پزشک مقدار کورتون را افزایش ندهید.

داروهای موثر بر سیر بیماری (داروهای زمینه ای)

این دسته از داروها، هم علائم بیماری را تسکین میدهند و هم اینکه می توانند بر سیربیماری تاثیر بگذارند. برای درمان موفقیت آمیز آرتريت روماتوئید، استفاده از این دسته از داروها در هر برنامه درمانی الزامی می باشد. شروع هرچه زودتر این داروها، کلید موفقیت درمان در دراز مدت می باشد. این داروها با کنترل بیماری آرتريت روماتوئید، از ایجاد تغییرشکل های مفصلی و معلولیت ناشی از آن جلوگیری می کنند.

متوترکسات

از میان داروهای زمینه ای برای درمان آرتريت روماتوئید، متوترکسات (Methotrexate) از همه بیشتر تجویز شده و ستون اصلی درمان را تشکیل میدهد. این دارو با کاهش فعالیت سیستم ایمنی، سبب کاهش التهاب و روند بیماری می شود. این دارو در اصل برای درمان بعضی از سرطان ها (با مقادیر دارویی خیلی بیشتر) بکار میرفته و هنوز هم کار برد دارد.

متوترکسات به شکل قرص خوراکی (2.5 میلی گرمی) موجود است. طریقه مصرف این دارو باین شکل است که فقط یکبار در هفته (مثلا جمعه ها) استفاده می شود. مقدار تجویز شده دارو را پزشک تعیین میکند. بطور مثال، اگر قرار باشد 10 میلی گرم متوترکسات در هفته استفاده شود، تعداد 4 قرص یک جا همراه با غذا یا بعد از غذا فقط در یک روز هفته مصرف می شود. قرص ها را بایستی بلعید و جویده نشوند. گاهی پزشکان برای کم کردن عوارض گوارشی دارو دستور می دهند که مقدار مصرفی در یک هفته، در یک روز و در دو نوبت مصرف شود. بطور مثال برای 10 میلی گرم دارو در هفته، دستور خوردن 2 قرص با صبحانه و 2 قرص با شام داده می شود. علاوه بر نوع خوراکی، متوترکسات بشکل آمپول هم موجود است که معمولا چنانچه مقادیر بالاتری از دارو مورد نیاز باشد از طریق زیرجلد یا عضلانی استفاده می شود. این دارو ضد درد نیست و اثرات درمانی آن معمولا چند هفته بعد از شروع درمان (بطور متوسط 6 هفته) ظاهر می شود. به همراه این دارو، معمولا داروهای دیگر (داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، یا کورتون یا سایر داروهای زمینه ای) نیز تجویز می شود.

عوارض شایع متوترکسات شامل تهوع، استفراغ، زخم های دهانی و ریزش مو می باشد. عوارض دیگر عبارتند از: کاهش گلبولهای سفید، افزایش احتمال بروز عفونت ها، بالارفتن آنزیم های کبدی. مصرف روزانه فولیک اسید (که یک ویتامین است) می تواند از بعضی از عوارض متوترکسات جلوگیری کند. ندرتا ممکن است بر اثر مصرف متوترکسات، التهاب در ریه ایجاد شود که از علائم آن سرفه های خشک و پشت سرهم و تنگ نفس می باشد. چنانچه متوترکسات مصرف می کنید و در شما علائم ریوی پیدا شد، حتما به پزشک اطلاع دهید.

مادامیکه متوترکسات مصرف می شود، انجام آزمایشات خون برای شمارش گلبول ها، آنزیم های کبدی و کار کلیه ها بطور مرتب ضروری است. فواصل آزمایشات را پزشک تعیین می کند. ممکن است پزشک قبل از شروع متوترکسات دستور عکسبرداری از ریه ها را بدهد.

متوترکسات می تواند بر روی باروری تاثیر گذاشته و آن را کاهش دهد. این دارو نباید در زمان حاملگی مصرف شود. زنان و مردانی که متوترکسات استفاده می کنند، حدود 3 ماه قبل از اینکه بخواهند بچه دار شوند، باید مصرف این دارو را قطع کرده و در این مدت از روشهای جلوگیری از بارداری استفاده کنند. اگر ناخواسته در حین مصرف متوترکسات، حاملگی اتفاق افتاد، با پزشک معالج خود تماس بگیرید. زنانی که متوترکسات مصرف می کنند نباید به نوزاد خود شیر بدهند.

اخطار: متوترکسات را نباید هر روز مصرف کرد، فقط یک روز در هفته مصرف می شود. زنان و مردانی که متوترکسات استفاده می کنند، حدود 3 ماه قبل از اینکه بخواهند بچه دار شوند، باید مصرف این دارو را قطع کنند. زنان حامله و شیرده و بیمارانی که مشکلات مهم کلیوی و کبدی دارند، نباید متوترکسات مصرف کنند. مصرف الکل، عوارض متوترکسات را افزایش می دهد.

هیدروکسی کلروکین و کلروکین

هیدروکسی کلروکین و کلروکین (Hydroxychloroquine & Chloroquine) از دسته داروهای ضد مالاریا می باشند. این داروها در اصل برای درمان مالاریا مصرف میشده و هنوز هم برای آن مورد استفاده می باشند. مطالعات نشان داده است که این داروها در درمان بعضی بیماریهای روماتیسمی از جمله آرتریت روماتوئید و لوپوس نیز موثرند. این داروها سبب کاهش درد، خشکی و ورم مفاصل می شوند. تاثیر داروها حدود 2 ماه بعد از شروع درمان ظاهر می شود. هیدروکسی کلروکین بصورت قرص های 200 میلیگرمی و کلروکین بشکل قرص های 150 میلی گرمی وجود دارد. قرص هیدروکسی کلروکین معمولا یک تا 2 قرص در روز و کلروکین 1 قرص در روز تجویز می شوند. در حقیقت این داروها بی خطرترین داروهای زمینه ای برای درمان آرتریت روماتوئید می باشند، اما بیمارانی که این داروها را مصرف می کنند باید هر سال توسط چشم پزشک تحت آزمایشات قرار گیرند. دلیل این موضوع، عارضه نادر ولی مهم داروهای ضد مالاریا بر روی شبکیه چشم است. اگر مقدار روزانه دارو از حد معین بیشتر نباشد، احتمال بروز عوارض چشمی کم است. در هر حال با آزمایش های چشم پزشکی منظم، چشم پزشکان می توانند قبل از آنکه عوارض پیشرفته ایجاد شود، آن ها را تشخیص دهند. عوارض دیگر دارویی شامل کهیرو اختلالات گوارشی ملایم می باشد.

همزمان با هیدروکسی کلروکین و کلروکین می توان از داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی و سایر داروهای زمینه ای مانند متوترکسات و سولفاسالازین هم استفاده کرد.

مصرف هیدروکسی کلروکین با دوز کم در زمان حاملگی و شیردادن بلامانع است. (قبلا پزشکان از مصرف این دارو در این موارد اجتناب میکردند ولی تحقیقات انجام شده، بی خطر بودن دارو را نشان داده است).

سولفاسالازین

این دارو که در اصل برای درمان بیماریهای التهابی روده (بیماری کرون و کولیت اولسرو) مصرف می شود، در درمان آرتزیت روماتوئید و بعضی بیماریهای دیگر روماتیسمی نیز موثر است. این دارو نیز التهاب مفاصل و درد را کم میکند. دارو ب شکل قرص های 500 میلیگرمی (قرص های روکش دار که در روده باز می شوند) موجود است. معمولاً درمان با مقدار کم، یک تا 2 قرص شروع می کنند و بتدریج مقدار دارو را بالا برده تا به 2 تا 3 گرم در روز برسد. این دارو را باید با غذا مصرف کرد و از شکستن و جویدن آن خودداری کرد. تاثیر درمانی این دارو حدود 2 ماه بعد از شروع درمان ظاهر می شود. داروهای ضد مالاریا را همزمان با داروهای دیگر زمینه ای مثل متوترکسات یا هیدروکسی کلروکین (یا مصرف هر 3 دارو با هم) نیز تجویز می کنند.

عوارض سولفاسالازین شامل حساسیت های پوستی، ناراحتی معده، سردرد، کم شدن گلبول های سفید، کم شدن پلاکت های خون و عوارض کبدی می باشد. بیمارانی که به داروهای حاوی "سولفا" حساس می باشند، نباید از سولفاسالازین استفاده کنند. انجام آزمایش های خون برای کنترل عوارض دارو بطور مرتب باید صورت گیرد.

سولفاسالازین ممکن است در مردان با کاهش تعداد اسپرم موجب ناباروری شود، ولی با قطع کردن دارو این عارضه برطرف می شود.

مصرف سولفاسالازین در بارداری و شیردادن مجاز است.

آزاتیوپرین

آزاتیوپرین (Azathioprine) یک داروی سرکوب کننده سیستم ایمنی (ایمونوسوپرسیو) است. این دارو نیز برای درمان آرتزیت روماتوئید در بعضی از بیماران ممکن است بکار رود. دارو بصورت قرص های 50 میلی گرمی موجود است که از یک تا 3 قرص در روز تجویز می شود. در هنگام مصرف این دارو نیز انجام آزمایشات خون برای کنترل عوارض دارویی (خونی و کبدی) ضروری است.

سیکلوسپورین

سیکلوسپورین (Cyclosporine) اغلب برای بیماران کلیوی و کسانی که پیوند کلیه شده اند مورد استفاده قرار می گیرد. این دارو اثرات سرکوب کننده سیستم ایمنی داشته و می توان آن را برای درمان آرتريت روماتوئید شدید که به داروهای فوق الذکر جواب نداده باشد، تجویز کرد. این دارو را ممکن است توام با متوترکسات تجویز کنند. در هنگام مصرف سیکلوسپورین، انجام آزمایشات خون و اندازه گیری مرتب فشارخون، برای کنترل عوارض دارویی خونی و کلیوی ضروری است. سیکلوسپورین را نباید در زمان بارداری و شیردادن استفاده کرد.

لفلونومید

لفلونومید (Leflunomide) نیز یک داروی زمینه ای برای بیماری آرتريت روماتوئید می باشد. این دارو، گاهی بجای متوترکسات و یا همراه با آن تجویز می شود. عوارض این دارو عبارتند از: اسهال، عوارض کبدی، نازک شدن و ریزش موها و عوارض پوستی. این دارو را نباید در بیمارانی که مبتلا به ضعف ایمنی و عفونت های شدید هستند، مصرف کرد. انجام آزمایش های خون مکرر برای کنترل عوارض دارویی ضروری است.

اخطار: بیمارانی که دچار عفونت فعال و شدید هستند، زنان حامله و شیرده نباید لفلونومید استفاده کنند. زنانی که در سنین باروری هستند و از این دارو استفاده می کنند، باید از روش های مطمئن جلوگیری از حاملگی استفاده کنند. زنانی که مایل به بچه دار شدن هستند، باید قبل از اقدام به حاملگی، لفلونومید را قطع کرده و از داروهائی که این دارو را از بدن دفع می کند استفاده کنند. همین کار را مردانی هم که از لفلونامید استفاده میکنند و قصد بچه دار شدن دارند، باید انجام دهند.

املاح طلا، دی پنی سیلامین، مینوسیکلین

امروزه از املاح طلا (بشکل تزریقی و خوراکی) و دی پنی سیلامین (خوراکی) در درمان آرتريت روماتوئید کمتر استفاده می شود.

مینوسیکلین (Minocycline) یک آنتی بیوتیک است و در بعضی از بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید موثر است. اثرات درمانی این دارو در مراحل اولیه بیماری بیشتر است که احتمالاً مربوط به خواص ضدالتهابی آن است تا اثرات ضد میکروبی آن. بیمارانی که به تتراسیکلین حساسیت دارند نباید مینوسیکلین استفاده کنند. تیره شدن پوست و دندان ها از عوارض اختصاصی این دارو می باشد. مصرف این دارو در زمان حاملگی و شیردادن مجاز نیست.

داروهای بیولوژیک

چنانچه درمان آرتريت روماتوئید با مصرف حد اقل 2 یا 3 داروی زمینه ای گفته شده در بالا (وبشرط استفاده از مقادیر حد اکثر داروها بمدت کافی)، موفقیت آمیز نباشد، آنگاه ممکن است در برخی از این بیماران، از داروهای بیولوژیک استفاده شود.

داروهای بیولوژیک ، جدیدترین و شاید امیدوارکننده ترین داروهای زمینه ای موثر بر سیر بیماری آرتریت روماتوئید می باشند. این داروها که با تکنیک های خاص مهندسی ژنتیک ساخته می شوند، در کاهش التهاب و آسیب های مفاصل موثر می باشند. مکانیسم اثر این داروها ، تاثیر برملکول های شیمیائی خاص و یا سلول هائی هستند که در اختلالات سیستم ایمنی آرتریت روماتوئید نقش دارند.

با آنکه داروهای بیولوژیک در دهه گذشته، درمان بیماری آرتریت روماتوئید را در بسیاری از کشورها دگرگون ساخته است ، اما مشکل بزرگ این داروها، قیمت بسیار بالای آن ها می باشد. بطور متوسط هزینه درمان با این داروها حدود 15000 دلار برای یک سال می باشد. شرکت های بیمه های پایه ، هزینه درمان را متقبل نمی شوند و متاسفانه این داروها را هم باید مرتباً مصرف کرد بدین معنی که دوره درمان با یک سال یا یک مدت معین تمام نمیشود. بنابراین قبل از شروع درمان با این داروها، حتماً باید وضعیت اقتصادی بیمار و خانواده وی در نظر گرفته شود.

سابقه مصرف این داروها برای درمان آرتریت روماتوئید از سال 1998 به بعد می باشد. داروهائی که در زمان نگارش این مطلب مورد تایید می باشند عبارتند از:

اتانرسپت (Etanercept) : تزریقات زیرجلدی یک یا دو بار در هفته

ادالیمومب (Adalimumab) : تزریقات زیرجلدی هر دو هفته یک بار یا هفته ای یکبار

اینفلکسیمب (Infliximab) : تزریقات وریدی مخلوط با سرم ، در کلینیک یا بیمارستان (پس از تزریق اول ، 2 هفته و 6 هفته بعد از اولین تزریق و سپس هر 8 هفته تزریقات تکرار می شوند)

اناکینرا (Anakinra) : بشکل تزریقات زیرجلدی روزانه – این دارو بیشتر در یک نوع از آرتریت روماتوئید کودکان و نوجوانان مورد مصرف قرار می گیرد.

ریتوکسیمب (Rituximab) : بشکل تزریقات وریدی مخلوط با سرم در کلینیک یا بیمارستان – 2 تزریق بفاصله 2 هفته و بعد از 6 ماه تا یکسال برحسب نیاز تکرار می شود.

توسیلی زومب (Tocilizumab): تزریقات وریدی مخلوط با سرم در کلینیک یا بیمارستان – هر 4 هفته

علاوه بر داروهای فوق که در ایران هم موجود می باشند (داروخانه های تک نسخه ای) ، چند داروی دیگر نیز در کشورهای دیگر مورد استفاده قرار میگیرند که عبارتند از: Golimumab ، Abatacept و Certolizumab .

اکثر داروهای بیولوژیک ، همراه با متوترکسات و یا سایر داروهای زمینه ای مصرف می شوند.

خطرات مصرف داروهای بیولوژیک

عفونت : یکی از شایعترین و مهمترین عارضه داروهای بیولوژیک عفونت می باشد. چون سیستم ایمنی با این داروها تغییر رویه می دهند، قدرت مقابله بدن با عفونت در موقع مصرف این داروها کم می شود.

بطور مثال بیمارانی که تحت درمان با داروهای بیولوژیک هستند اگر مبتلا به آنفلوآنزا شوند شدت بیماری در آنها بیشتر از افراد دیگر خواهد بود و یا احتمال ابتلا به عفونت های شدید در آنها زیاد می شود. احتمال فعال شدن بیماری توبرکولوز (سل) در کسانی که سل خاموش دارند و بیماری هپاتیت B با مصرف بعضی از داروهای بیولوژیک وجود دارد. قبل از شروع درمان با داروهای بیولوژیک، پزشک دستور انجام تست پوستی بیماری سل (توبرکولین یا PPD)، عکسبرداری از ریه ها، و انجام آزمایشات خون برای بیماری هپاتیت را میدهد.

در هنگام درمان با داروهای بیولوژیک، واکسن هائی که در آنها ویروس زنده وجود دارد (مانند واکسن خوراکی فلج اطفال، آبله مرغان، سرخک - سرخجه - اوریون و نوعی از واکسن آنفلوآنزا که از طریق بینی مصرف می شود)، نباید استفاده شود آنفلوآنزا). از طرف دیگر انجام واکسیناسیون بر ضد پنوموکوک (یک بار) و تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا (نوع تزریقی) در بیماران توصیه می شود.

سرطان: گزارشاتی مبنی بر افزایش سرطان بخصوص لنفوم - سرطان غدد لنفاوی- در بیمارانی که از بعضی از انواع داروهای بیولوژیک (بویژه داروهای ضد TNF) استفاده می کنند وجود دارد و این موضوع در بروشورهای این داروها نوشته شده است. از طرف دیگر شیوع سرطان در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، بدون در نظر گرفتن مصرف دارو، نیز بیشتر از افراد دیگر است.

خطرات احتمالی در دراز مدت

چون سابقه استفاده از داروهای بیولوژیک زیاد نیست، فعلا نمیتوان در مورد خطراتی که ممکن است چندین سال بعد اتفاق بیافتد اظهار نظر کرد.

استفاده از داروهای بیولوژیک بلافاصله قبل از حاملگی، در زمان حاملگی و در شیردهی ممنوع است.

در صورتی که سابقه برخی بیماریهای سیستم اعصاب نظیر مولتیپل اسکلروزیس (MS) و بعضی از سرطانها وجود داشته باشد، نیز نباید از داروهای بیولوژیک استفاده شود.

تجویز داروهای بیولوژیک برای درمان آرتریت روماتوئید، باید توسط روماتولوژیست و با در نظر گرفتن تمام جوانب اعم از فوائد دارو، هزینه و عوارض احتمالی آن برای هر بیمار صورت بگیرد.

درمان جراحی

در آرتریت روماتوئید پیشرفته، حتی اگر التهاب مفاصل بطور موفقیت آمیزی با دارو کنترل شده باشد، ممکن است بیماران بعلت ضایعات مفصلی شدید، دچار درد و محدودیت حرکات بعضی از مفاصل باشند. در این موارد، روش های مختلف درمان جراحی و ارتوپدی مورد استفاده قرار می گیرد. اهداف درمانهای جراحی عبارتند از: کاهش درد، رفع محدودیت حرکتی، بهبود کار مفاصل آسیب دیده، اصلاح شکل ظاهری مفصل و بهبود انجام فعالیت های روزمره بیماران. عمل جراحی برای هر بیماری انجام نمی شود. تصمیم گیری در مورد انجام عمل جراحی، پس از

مشورت پزشک و بیمار و بررسی فواید و عوارض احتمالی عمل ، صورت می گیرد. در انتخاب بیمار برای عمل جراحی ، سلامت عمومی بیمار، وضعیت تاندون ها ، فواید جراحی ، هزینه عمل ، سن بیمار و امکان انجام فیزیوتراپی بعد از عمل ، در نظر گرفته می شود.

عمل جراحی مفاصل بدون خطر و عارضه نیست. این خطرات عبارتند از: عوارض بیهوشی ، احتمال بروز عفونت و عوارض ناشی از خود عمل جراحی
روش های عمده جراحی در آرتریت روماتوئید در زیر شرح داده می شوند:

عمل تعویض مفصل

در آرتریت روماتوئید پیشرفته ، این نوع عمل رایج ترین عمل برای کاهش درد، افزایش حرکت و اصلاح شکل ظاهری مفصل می باشد. در این روش ، تمام مفصل یا قسمتی از آن که آسیب دیده است ، با مفصل مصنوعی (از جنس فلز و پلاستیک) تعویض می شود. تعویض مفصل در مورد مفاصل مختلف امکان پذیر است ولی بیشتر بر روی مفاصل زانو و ران انجام می شود. هدف از انجام تعویض مفصل ، برطرف کردن درد و بهبود در حرکت مفصل می باشد. عمر یک مفصل مصنوعی ، دائمی نیست و در نهایت ممکن است لازم باشد که دوباره تعویض شود. یکی از عوامل موثر در انتخاب بیمار با در نظر گرفتن سن بیمار همین موضوع می باشد.

خشک کردن مفصل

خشک کردن مفصل (Arthrodesis) ، نوعی عمل جراحی است که مفصل آسیب دیده برداشته شده و استخوانهای دو طرف مفصل بهم متصل می شوند . برای این کار ممکن است لازم باشد از پیوند استخوانی لگن خود بیمار هم استفاده شود. با اینکه در این نوع عمل ، حرکت مفصل کاملاً محدود می شود، ولی در عوض ثبات مفصل و از بین رفتن درد ناحیه را به همراه خواهد داشت. این عمل بیشتر برای مفاصلی مانند مچ پا ، مچ دست ، مفاصل انگشتان دست و پا انجام می شود.

ترمیم تاندون ها

تاندون ، محل اتصال عضله به استخوان می باشد. آرتریت روماتوئید می تواند سبب صدمه به تاندون ها و حتی پارگی آن ها شود. در ترمیم تاندونی ، که بیشتر برای تاندون های دست انجام می شود، یک تاندون سالم را به تاندون آسیب دیده متصل می کنند.

برداشتن غشای مفصلی (سینوکتومی)

در عمل سینوکتومی (Synovectomy) ، غشای مفصلی ملتهب و متورم برداشته می شود. سینوکتومی را امروزه کمتر به تنهایی انجام میدهند ، زیرا تمام بافت را نمی توان برداشت و غشای مفصلی بعد از مدتی بازگشت می کند. سینوکتومی را بیشتر به همراه ترمیم تاندونی در مفاصل دست و مچ دست انجام می دهند.

پیگیری و مراقبت های بهداشتی

مراقبت های پزشکی منظم ، از نکات مهم برای کنترل بیماری آرتریت روماتوئید است. در هر مراجعه به پزشک ، میزان تاثیر و عوارض داروها ، تغییر در علائم ، مدت زمان خشکی صبحگاهی پرسیده می شود و معاینات مفصلی انجام می گردد. آزمایشات خون و ادرار (وگاهی رادیوگرافی های مفاصل) بررسی می شود و با توجه به موارد فوق ، چگونگی ادامه درمان و مقدار داروهای مصرفی تنظیم می گردد.

پیشگیری و درمان پوکی استخوان ، در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید ، بویژه اگر کورتون مصرف می کنند ، باید انجام شود. معمولا برای بیماران سنجش تراکم استخوان درخواست شده و برحسب نتیجه آن ، مصرف کلسیم و ویتامین D و در صورت لزوم داروهای ضد پوکی استخوان تجویز می شود.

انجام واکسیناسیون سالانه بر ضد آنفلوآنزا (نوع تزریقی) و یک نوبت واکسن برضد پنوموکوک در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید توصیه می شود.

با توجه به شیوع بیماریهای ایسکمیک قلبی در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، اندازه گیری چربیهای خون توصیه می شود. چنانچه کلسترول خون بالا باشد، کنترل آن با دارو(استاتین ها) ضروری است.

درمان های مکمل (جایگزین- آلترناتیو)

چون بیماری آرتریت روماتوئید یک بیماری مزمن است ، بعضی بیماران به درمان های دیگری نظیر رژیم های غذایی خاص ، مکمل های ویتامین دار ، طب سوزنی ، هومئوپاتی، طب گیاهی و مواردی دیگر که بعنوان درمان مکمل یا جایگزین از آنها نام برده می شود، نیز رو می آورند. در مورد تاثیر این نوع درمان ها در آرتریت روماتوئید، یا اینکه مطالعات علمی کنترل شده ای انجام نشده و یا تاثیردرمانی آن ها اثبات نشده است . مصرف روغن ماهی می تواند التهاب را کاهش دهد ولی همانطور که قبلا نیز گفته شده ، درمان ضد التهاب به تنهایی برای درمان آرتریت روماتوئید کافی نیست. با آنکه بعضی از این درمان ها ممکن است بی ضرر باشند ، ولی بیماران نباید داروهای اصلی خود را به امید این که این درمان ها موثر واقع شود ، قطع کنند.

حاملگی در آرتریت روماتوئید

باروری در زنان مبتلا به آرتریت روماتوئید مانند افراد طبیعی می باشد. در زمان بارداری ، بیماری آرتریت روماتوئید در بیشتر بیماران فروکش کرده و احتیاج به مصرف دارو کمتر می شود. ولی بعد از زایمان احتمال عود بیماری هست . مصرف بعضی از داروها مانند متوترکسات ، لفلونومید ، سیکلوسپورین ، مینوسیکلین و داروهای بیولوژیک در زمان بارداری و شیردادن ممنوع است. زنان و مردانی که متوترکسات ویا لفلونومید استفاده می کنند ، چنانچه مایل به بچه دار شدن باشند ، باید داروها را 3 ماه قبل از حاملگی قطع کنند.

تحقیقات در آرتریت روماتوئید

در مورد بیماری آرتريت روماتوئيد ، تحقيقات زيادي در جريان است . موضوع اين تحقيقات ، كشف علت اصلي بيماري ، نقش ژنتيك ، تشخيص زودرس بيماري و تعيين اينكه چرا در بعضي بيماران شدت بيماري زيادتر است ، مي باشد . همچنين تحقيقات زيادي براي پيدا كردن راه هاي درماني موثرتر و بي خطرتر ، در جريان مي باشند . اكنون چگونگي روند بيماري و بويژه ملكول ها و سلول هاي مربوط به سيستم ايمني كه در پيدايش آرتريت روماتوئيد نقش دارند بيشتري شناخته شده و داروهاي جديد با هدف گرفتن اين ملكول ها و سلول ها در جريان است . حتي دانشمندان بدنال پيدا كردن واكسن براي پيشگيري از بيماري هستند .

نقش روماتولوژيست ها در درمان آرتريت روماتوئيد

آرتريت روماتوئيد ، بيماري پيچيده اي مي باشد . تشخيص آن در مراحل اوليه مشكل و احتياج به پزشك متخصص باتجربه دارد . روماتولوژيست ها پزشكاني هستند كه بعد از دوره پزشكي عمومي و گذراندن دوره تخصص بيماريهاي داخلي و دريافت دانشنامه مربوطه ، وارد يك دوره آموزشي فوق تخصصي شده و دانش و مهارت لازم را براي تشخيص و درمان بيماري هاي روماتيسمي از جمله آرتريت روماتوئيد پيدا مي كنند . روماتولوژيست ها برنامه درماني را مشخص کرده و در صورت نياز بيمار را براي مشاوره به متخصصان ديگر ارجاع مي دهند ، ولي هماهنگي درمان را بعهده دارند . علاوه بر روماتولوژيست ها ، بعضي از متخصصين بيماري هاي داخلي كه در مورد بيماري هاي روماتيسمي تجربه زيادي كسب کرده باشند هم درمان آرتريت روماتوئيد را بعهده مي گيرند .

علاوه بر روماتولوژيست ها كه نقش اصلي را در درمان آرتريت روماتوئيد دارند ، در طول زمان وبا پيشرفت بيماري ، ممكن است به كمك جراحان ارتوپد (براي انجام اعمال جراحي) ، پزشكان متخصص توانبخشي و فيزيوتراپ ها و روانپزشكان يا روانشناسان باليني احتياج باشد .

زندگي با آرتريت روماتوئيد

با رعايت موارد زير مي توانيد عليرغم داشتن بيماري آرتريت روماتوئيد ، فعال باقي مانده و زندگي خوبي داشته باشيد :

يك پزشك متخصص را انتخاب و دستورات او را دقيقا اجرا كنيد . تشخيص سريع بيماري ، راه اصلي موفقيت روش هاي درماني است .

تا آنجا كه ممكن است فعاليت هاي روزمره را خود حفظ كنيد . در مواقعي كه بيماري شديد مي شود ، فعاليت را كم کرده ، و پس از بهتر شدن مجددا فعاليت عادي خود را شروع كنيد . داشتن خواب كافي براي بيماران لازم است . بطور كلي ، وقتي مفاصل متورم هستند يا خستگي زياد است ، استراحت مفيد مي باشد . حتي در اين مواقع نيز لازم است كه حرکات ملايم مفصلي بدون اينكه فشار بر آن ها وارد آيد انجام گيرد .

داروهای خود را مرتب مصرف کنید و آزمایشاتی را که پزشک برای کنترل پیشرفت بیماری ، تاثیر درمانی و عوارض دارویی ، درخواست می کند انجام دهید.

انجام واکسیناسیون های لازم طبق تجویز پزشک معالج ، کنترل فشارخون ، کنترل چربی خون ، پیشگیری از پوکی استخوان ، حفظ وزن مناسب و ترک سیگار را فراموش نکنید.

راجع به بیماری خود ، از منابع معتبر اطلاع کسب کنید و درمان هائی که اثر مفید و بی خطر بودن آنها ثابت نشده را جایگزین درمان خود نکنید.

منابع اینترنتی (به زبان انگلیسی):

www.arthritis.org

www.niams.nih.gov

www.rheumatology.org

www.rheumatology.org.au

تمام حقوق این سایت متعلق به انجمن روماتولوژی ایران است . کپی برداری از مطالب این سایت با ذکر منبع و بدون انجام تغییر در متون بلامانع است.
بازنگری شده : آبان 1389

www.iranianra.org