

کتابچه آموزشی پرستاری

بیماری‌های شایع روماتیسمی

واحد آموزش پرستاری بیمارستان شفا

۱۴۰۵ | ویرایش اول

۱. اهداف یادگیری
۲. مروری بر بیماری‌های روماتیسمی
۳. آرتريت روماتوئيد (RA)
۴. استئوآرتريت (OA)
۵. لوپوس اريتماتوز سيستميك (SLE)
۶. نقرس (Gout)
۷. اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS)
۸. آرتريت پسوریاتیک (PsA)
۹. اسکلوئودرمی (Systemic Sclerosis)
۱۰. میوزیت التهابی (پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت)
۱۱. سندرم شوگرن
۱۲. پلی‌میالژی روماتیکا و آرتريت سلول ژانت
۱۳. واسکولیت‌ها
۱۴. سندرم آنتی‌فسفولیپید (APS)
۱۵. فیبرومیالژیا
۱۶. آزمایش‌های تشخیصی مشترک روماتولوژی
۱۷. دسته‌های دارویی روماتولوژی
۱۸. مراقبت پرستاری عمومی بیماران روماتیسمی
۱۹. آموزش بیمار و خانواده
۲۰. سناریوهای بالینی
۲۱. واژه‌نامه اختصارات
۲۲. پیوست: جدول مقایسه سریع همه بیماری‌ها
۲۳. نکات طلایی، چک‌لیست و منابع

۱. اهداف یادگیری

پس از مطالعه این کتابچه، انتظار می‌رود پرستار بتواند مهم‌ترین بیماری‌های روماتیسمی، شامل بیماری‌های خودایمنی مفصلی، بیماری‌های بافت همبند سیستمیک، واسکولیت‌ها و سندرم‌های درد عملکردی را از نظر پاتوفیزیولوژی، الگوی بالینی و سیر بیماری از یکدیگر تمایز دهد.

همچنین باید آزمایش‌های تشخیصی مشترک روماتولوژی را تفسیر کند، دسته‌های اصلی دارویی این حوزه را همراه با ملاحظات پرستاری هر دسته بشناسد، و عوارض تهدیدکننده حیات یا عضو، مانند بحران کلیوی اسکلوئید، لوپوس نفریت و خطر کوری در آرتریت سلول ژانت، را به‌موقع شناسایی کند.

پرستار باید توانایی ارائه مراقبت پرستاری جامع، شامل مدیریت درد مزمن، خستگی، تغذیه و پیشگیری از عفونت در بیماران تحت درمان سرکوب‌ایمنی را کسب کند و در نهایت بتواند آموزش مؤثری به بیمار و خانواده او درباره مدیریت بلندمدت این بیماری‌های مزمن ارائه دهد.

۲. مروری بر بیماری‌های روماتیسمی

بیماری‌های روماتیسمی گروه بزرگ و متنوعی از اختلالات هستند که مفاصل، عضلات، استخوان‌ها، بافت همبند، عروق خونی و اغلب اعضای داخلی بدن را درگیر می‌کنند. این بیماری‌ها را می‌توان به‌طور کلی به چهار دسته اصلی تقسیم کرد: آرتریت‌های التهابی خودایمنی، بیماری‌های بافت همبند سیستمیک، بیماری‌های دژنراتیو مفصلی و سندرم‌های درد عملکردی بدون التهاب واقعی.

آرتریت روماتوئید، اسپوندیلیت آنکیلوزان، آرتریت پسوریاتیک و نقرس نمونه‌های اصلی آرتریت‌های التهابی هستند. لوپوس اریتماتوز سیستمیک، اسکلوئید، میوزیت التهابی، سندرم شوگرن و سندرم آنتی‌فسفولیپید در دسته بیماری‌های بافت همبند سیستمیک قرار می‌گیرند. واسکولیت‌ها گروهی مجزا از بیماری‌ها هستند که با التهاب مستقیم دیواره عروق خونی مشخص می‌شوند. استئوآرتریت نمونه بارز بیماری دژنراتیو است، و فیبرومیالژیا، به‌عنوان یک سندرم درد مزمن عملکردی، در هیچ‌کدام از دسته‌های التهابی یا خودایمنی قرار نمی‌گیرد.

بار بیماری و اهمیت تشخیص زودهنگام

بسیاری از بیماری‌های روماتیسمی، به‌ویژه در صورت تأخیر در تشخیص و درمان، می‌توانند به آسیب دائمی مفصلی، ناتوانی جسمی، آسیب عضو داخلی یا حتی مرگ منجر شوند. از سوی دیگر، تشخیص زودهنگام و شروع به‌موقع درمان‌های تعدیل‌کننده بیماری، در بسیاری از این بیماری‌ها، به‌ویژه آرتریت روماتوئید و اسپوندیلیت آنکیلوزان، می‌تواند به‌طور چشمگیری از پیشرفت آسیب ساختاری جلوگیری کند. به همین دلیل، آشنایی پرستار با الگوهای بالینی هشداردهنده این بیماری‌ها اهمیت بالینی زیادی دارد.

ویژگی کلیدی	سن/جنس شایع	دسته	بیماری
التهاب متقارن مفاصل کوچک	زنان میانسال	خودایمنی مفصلی	آرتریت روماتوئید
فرسایش تدریجی غضروف	افراد مسن	دژنراتیو	استئوآرتریت
درگیری چندعضوی	زنان جوان	بافت همبند سیستمیک	لوپوس اریتماتوز سیستمیک
کریستال اسید اوریک	مردان میانسال	متابولیک/التهابی	نقرس
کمردرد التهابی	مردان جوان	خودایمنی محوری	اسپوندیلیت آنکیلوزان
درگیری مفصل و پوست/ناخن	بیماران مبتلا به پسوریازیس	خودایمنی مفصلی	آرتریت پسوریاتیک
فیبروز پوست و احشا	زنان میانسال	بافت همبند سیستمیک	اسکلرودرمی
ضعف عضلانی پروگزیمال	بزرگسالان	میوزیت التهابی	پلی میوزیت/درماتومیوزیت
خشکی چشم و دهان	زنان میانسال	خودایمنی غدد اکزوکراین	سندرم شوگرن
درد شانه/لگن؛ خطر کوری در GCA	افراد بالای ۵۰ سال	التهابی سیستمیک	پلی میالژی روماتیکا/GCA
التهاب دیواره عروق با اندازه‌های مختلف	متغیر	التهاب عروقی	واسکولیت‌ها
ترومبوز و سقط مکرر	زنان جوان	خودایمنی انعقادی	سندرم آنتی فسفولیپید
درد منتشر بدون التهاب	زنان میانسال	عملکردی/غیرالتهابی	فیبرومیالژیا

افتراق سریع: آرتریت التهابی در برابر غیرالتهابی

توانایی افتراق سریع میان الگوی درد التهابی و غیرالتهابی، نخستین گام بالینی در ارزیابی هر بیمار با شکایت مفصلی است و مسیر تشخیصی و درمانی بعدی را تعیین می‌کند.

الگوی غیرالتهابی (دژنراتیو)	الگوی التهابی	ویژگی
کوتاه (کمتر از سی دقیقه)	طولانی (بیش از یک ساعت)	خشکی صبحگاهی
تشدید با فعالیت	بهبود با فعالیت ملایم	اثر فعالیت بر درد
معمولاً بدون گرمی یا قرمزی بارز	گرم، قرمز و متورم	تورم مفصلی
معمولاً غایب	تب، خستگی، کاهش وزن ممکن است وجود داشته باشد	علائم سیستمیک
معمولاً طبیعی	افزایش یافته (ESR/CRP)	شاخص‌های آزمایشگاهی التهاب

۳. آرتریت روماتوئید (RA)

تعریف و پاتوفیزیولوژی

آرتریت روماتوئید یک بیماری خودایمنی مزمن و سیستمیک است که در آن سیستم ایمنی به غشای سینوویال مفاصل حمله می‌کند و باعث التهاب مزمن، ضخیم‌شدن این غشا و در نهایت تخریب پیش‌رونده غضروف و استخوان مفصلی می‌شود. این بیماری معمولاً مفاصل کوچک دست و پا را به صورت متقارن درگیر می‌کند و در صورت عدم درمان مناسب، می‌تواند به بدشکلی دائمی مفاصل منجر شود. غشای سینوویال ملتهب، که پانوس نامیده می‌شود، می‌تواند مستقیماً به غضروف و استخوان زیرین حمله کرده و فرسایش دائمی ایجاد کند.

علائم بالینی

خشکی صبحگاهی طولانی‌مدت، که معمولاً بیش از یک ساعت طول می‌کشد، از ویژگی‌های شاخص آرتریت روماتوئید است و آن را از بیماری‌های دژنراتیو مانند استئوآرتریت متمایز می‌کند. تورم، گرمی و حساسیت متقارن مفاصل کوچک دست، مچ دست و پا، همراه با خستگی عمومی و گاهی تب خفیف، از یافته‌های شایع اولیه است. با پیشرفت بیماری، بدشکلی‌های مشخصه‌ای مانند انحراف اولنار انگشتان و بدشکلی‌های سوانک ممکن است ظاهر شوند.

تظاهرات خارج مفصلی

آرتریت روماتوئید یک بیماری صرفاً مفصلی نیست و می‌تواند اعضای مختلف بدن را درگیر کند. ندول‌های روماتوئید زیرپوستی، معمولاً روی نواحی تحت فشار مانند آرنج، از یافته‌های شایع خارج مفصلی هستند. درگیری ریوی، مانند بیماری بینابینی ریه، درگیری چشمی، مانند خشکی چشم و اسکلریت، و افزایش خطر بیماری‌های قلبی عروقی نیز در این بیماران دیده می‌شود.

تشخیص

تشخیص بر پایه ترکیبی از یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی است. فاکتور روماتوئید در بسیاری از بیماران مثبت است، اما آنتی‌بادی ضد پپتید سیترولینه حلقوی اختصاصیت بالاتری برای تشخیص آرتریت روماتوئید دارد و می‌تواند حتی پیش از بروز علائم بالینی مثبت شود. افزایش شاخص‌های التهابی، شامل سرعت رسوب گلبول قرمز و پروتئین واکنشی C، از یافته‌های حمایتی است، و تصویربرداری رادیوگرافی یا سونوگرافی مفصلی می‌تواند فرسایش استخوانی زودرس را نشان دهد.

معیارهای طبقه‌بندی

معیارهای طبقه‌بندی مشترک کالج روماتولوژی آمریکا و اتحادیه اروپایی علیه روماتیسم، بیماران را بر اساس ترکیبی از تعداد و نوع مفاصل درگیر، نتیجه آزمایش‌های سرولوژیک شامل فاکتور روماتوئید و آنتی‌بادی ضد پپتید سیترولینه، افزایش شاخص‌های التهابی، و مدت زمان علائم نمره‌گذاری می‌کند. رسیدن به نمره آستانه مشخص، احتمال تشخیص آرتریت روماتوئید را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد و پزشک را برای شروع زود هنگام درمان تعدیل‌کننده بیماری راهنمایی می‌کند.

درمان

هدف اصلی درمان آرتریت روماتوئید، کنترل سریع التهاب برای پیشگیری از آسیب دائمی مفصلی است. داروهای ضدروماتیسمی تعدیل‌کننده بیماری، مانند متوترکسات، به عنوان خط اول درمان در اکثر بیماران استفاده می‌شوند. در موارد پاسخ ناکافی، داروهای بیولوژیک هدفمند، مانند مهارکننده‌های فاکتور نکروز تومور، اضافه می‌شوند. کورتیکواستروئیدها و داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی نیز برای کنترل علامتی کوتاه‌مدت التهاب و درد به کار می‌روند.

مراقبت پرستاری و پیگیری

پرستار باید دامنه حرکتی مفاصل، شدت درد و میزان خشکی صبحگاهی بیمار را به طور منظم ارزیابی کند و به بیمار درباره اهمیت توازن میان استراحت مفصلی در دوره‌های التهاب فعال و انجام تمرینات ملایم برای حفظ عملکرد مفصلی در دوره‌های آرام‌تر بیماری آموزش دهد. با توجه به مصرف طولانی‌مدت داروهای سرکوب‌کننده ایمنی، پایش علائم عفونت و آموزش بیمار درباره اهمیت گزارش فوری تب یا علائم عفونی از اولویتهای مهم مراقبتی است. پیگیری منظم شاخص فعالیت بیماری در هر ویزیت به تیم درمانی کمک می‌کند تا اثربخشی درمان را ارزیابی و در صورت نیاز، دارو را تعدیل نماید.

۴. استئوآرتريت (OA)

تعريف و تفاوت با آرتريت روماتوئيد

استئوآرتريت شایع‌ترین نوع آرتريت است و برخلاف آرتريت روماتوئيد، ماهیتی التهابی سیستمیک ندارد، بلکه ناشی از فرسایش مکانیکی تدریجی غضروف مفصلی در طول زمان است. این بیماری معمولاً مفاصل تحمل‌کننده وزن، مانند زانو و لگن، و همچنین مفاصل انتهایی انگشتان دست را درگیر می‌کند و با افزایش سن، شیوع آن به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد.

علل و عوامل خطر

افزایش سن، چاقی، سابقه آسیب یا جراحی مفصلی قبلی، فعالیت‌های شغلی یا ورزشی با فشار مکرر بر مفصل، و زمینه ژنتیکی از عوامل خطر شناخته‌شده استئوآرتريت هستند.

علائم بالینی

درد مفصلی که با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد، ویژگی شاخص استئوآرتريت است که آن را از الگوی درد التهابی آرتريت روماتوئيد متمایز می‌کند. خشکی صبحگاهی در استئوآرتريت معمولاً کوتاه‌مدت است و کمتر از سی دقیقه طول می‌کشد. با پیشرفت بیماری، صدای ساییدگی مفصلی هنگام حرکت، محدودیت دامنه حرکتی و در موارد پیشرفته، بدشکلی مفصلی نیز ممکن است بروز کند.

تشخيص

تشخيص عمدتاً بر پایه یافته‌های بالینی و رادیوگرافی است. رادیوگرافی ساده می‌تواند باریک‌شدن فضای مفصلی، اسکروز ساب‌کندرال و وجود استئوفیت‌ها را نشان دهد. برخلاف بیماری‌های التهابی، شاخص‌های التهابی خون در استئوآرتريت معمولاً طبیعی هستند.

درمان و مراقبت پرستاری

مدیریت استئوآرتريت بر پایه ترکیبی از کاهش وزن در بیماران دارای اضافه‌وزن، تقویت عضلات اطراف مفصل از طریق فیزیوتراپی، استفاده از داروهای ضددرد مانند استامینوفن یا داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی موضعی یا خوراکی، و در موارد پیشرفته، تعویض جراحی مفصل استوار است. پرستار باید بیمار را درباره اهمیت فعالیت بدنی منظم و کم‌فشار، مانند شنا یا دوچرخه‌سواری، برای حفظ عملکرد مفصلی بدون تشدید آسیب آموزش دهد و از توصیه به استراحت کامل و طولانی‌مدت، که می‌تواند به ضعف عضلانی بیشتر منجر شود، اجتناب کند.

۵. لوپوس اریتماتوز سیستمیک (SLE)

تعریف و پاتوفیزیولوژی

لوپوس اریتماتوز سیستمیک یک بیماری خودایمنی مزمن است که در آن سیستم ایمنی آنتی‌بادی‌هایی علیه اجزای هسته سلولی خود بدن تولید می‌کند. این آنتی‌بادی‌ها و کمپلکس‌های ایمنی حاصل از آن‌ها می‌توانند در بافت‌های مختلف رسوب کرده و التهاب گسترده‌ای در پوست، مفاصل، کلیه، سیستم عصبی، قلب و ریه ایجاد کنند. این بیماری بیشتر در زنان جوان در سنین باروری بروز می‌کند و سیر آن معمولاً با دوره‌های عود و فروکش همراه است.

علائم بالینی چندعضوی

عضو یا سیستم	تظاهرات شایع
پوست	بثورات پروانه‌ای روی صورت، حساسیت به نور آفتاب
مفاصل	آرتریت غیرفرسایشی مهاجر
کلیه	لوپوس نفریت؛ پروتئینوری و اختلال عملکرد کلیه
خون	کم‌خونی، لکوپنی، ترومبوسیتوپنی
سیستم عصبی	سردرد، تشنج، اختلالات روانی در موارد شدید
قلب و ریه	پریکاردیت، پلوریت

تشخیص

آنتی‌بادی ضد هسته در اکثریت قریب‌به‌اتفاق بیماران مثبت است و به‌عنوان آزمایش غربالگری اولیه به کار می‌رود، اما اختصاصیت پایینی دارد. آنتی‌بادی ضد دی‌ان‌ای دورشته‌ای و آنتی‌بادی ضد Sm اختصاصیت بالاتری برای لوپوس دارند؛ سطح آنتی‌بادی ضد دی‌ان‌ای دورشته‌ای معمولاً با فعالیت بیماری، به‌ویژه درگیری کلیوی، همبستگی دارد. کاهش سطح کمپلمان خون، شامل C₃ و C₄، نیز در دوره‌های فعال بیماری شایع است.

لوپوس نفریت

درگیری کلیوی یکی از جدی‌ترین تظاهرات لوپوس است و می‌تواند بدون درمان مناسب به نارسایی کلیوی پیشرونده منجر شود. پایش منظم فشار خون، آنالیز ادرار برای بررسی پروتئینوری و هم‌اچوری، و عملکرد کلیوی از اقدامات ضروری در پیگیری این بیماران است. موارد مشکوک به لوپوس نفریت فعال، بیوپسی کلیه برای تعیین دقیق نوع و شدت آسیب و هدایت انتخاب درمان ضروری است.

درمان

درمان لوپوس بر اساس شدت و اعضای درگیر تنظیم می‌شود. هیدروکسی‌کلروکین تقریباً در تمام بیماران، صرف‌نظر از شدت بیماری، به‌عنوان درمان پایه تجویز می‌شود. کورتیکواستروئیدها برای کنترل عودهای حاد و داروهای سرکوب‌کننده ایمنی قوی‌تر، مانند مایکوفنولات موفتیل یا سیکلوفسفامید، برای درگیری شدید کلیوی یا عصبی به کار می‌روند.

مراقبت پرستاری

آموزش بیمار درباره اهمیت محافظت در برابر نور آفتاب، شامل استفاده از ضدآفتاب و پوشش مناسب، برای پیشگیری از تشدید بثورات پوستی و عود بیماری اهمیت زیادی دارد. پایش علائم عود بیماری، از جمله تب، خستگی شدید، درد مفصلی و تغییر در حجم یا رنگ ادرار، و پایش دقیق فشار خون در بیماران با درگیری کلیوی، از وظایف اصلی پرستاری این بیماران است.

۶. نفرس (Gout)

تعریف و پاتوفیزیولوژی

نفرس نوعی آرتریت التهابی است که در اثر رسوب کریستال‌های اسید اوریک در فضای مفصلی ایجاد می‌شود. افزایش مزمن سطح اسید اوریک خون، که می‌تواند ناشی از تولید بیش‌ازحد یا دفع ناکافی کلیوی این ماده باشد، زمینه‌ساز تشکیل این کریستال‌ها و بروز حملات حاد التهابی است.

علائم حمله حاد

حمله حاد نفرس معمولاً به‌صورت ناگهانی، اغلب در طول شب، با درد شدید، قرمزی، گرمی و تورم چشمگیر یک مفصل، شایع‌ترین محل درگیری مفصل قاعده شست پا، بروز می‌کند. درد در این حملات می‌تواند به‌قدری شدید باشد که حتی تماس سبک ملحفه با مفصل درگیر نیز غیرقابل تحمل است. نفرس مزمن و تحت‌درمان‌نشده می‌تواند به تشکیل توفوس، یعنی رسوبات قابل‌مشاهده کریستال اورات در اطراف مفاصل و بافت نرم، منجر شود.

تشخیص

تشخیص قطعی نفرس با آسپیراسیون مایع مفصلی و مشاهده کریستال‌های اورات سوزنی‌شکل با دوبیرفرینژانس منفی زیر میکروسکوپ نوری پلاریزه انجام می‌شود. سطح اسید اوریک خون نیز معمولاً افزایش یافته است، هرچند ممکن است در حین حمله حاد طبیعی باشد.

درمان حاد و پیشگیری بلندمدت

درمان حمله حاد نفرس با داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی، کلشی‌سین یا کورتیکواستروئید انجام می‌شود و هدف آن کنترل سریع التهاب و درد است. برای پیشگیری بلندمدت از حملات مکرر، داروهای کاهنده اسید اوریک، مانند آلوپورینول یا فبوکسوستات، پس از فروکش کامل حمله حاد آغاز می‌شوند؛ شروع این داروها در حین حمله حاد می‌تواند التهاب را تشدید کند.

مراقبت پرستاری

در حمله حاد، بالا نگه‌داشتن و استراحت مفصل درگیر و اجتناب از هرگونه فشار مستقیم بر آن، به کاهش درد بیمار کمک می‌کند. آموزش بیمار درباره اجتناب از غذاهای پرپورین، مانند گوشت قرمز و غذاهای دریایی، محدودیت مصرف الکل، به‌ویژه آبجو، و اهمیت ادامه مصرف منظم داروی کاهنده اسید اوریک حتی در دوره‌های بدون علامت، از نکات آموزشی کلیدی این بیماران است.

۷. اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS)

تعریف و علائم بالینی

اسپوندیلیت آنکیلوزان یک بیماری التهابی مزمن است که عمدتاً ستون فقرات و مفاصل ساکروایلیاک را درگیر می‌کند و بیشتر در مردان جوان بروز می‌یابد. کمردرد التهابی، که با ویژگی‌های بهبود با فعالیت و تشدید با استراحت، شروع تدریجی در سنین جوانی، و خشکی صبحگاهی طولانی همراه است، ویژگی شاخص این بیماری است که آن را از کمردردهای مکانیکی شایع متمایز می‌کند. با پیشرفت بیماری، کاهش انعطاف‌پذیری ستون فقرات و در موارد پیشرفته، خمیدگی دائمی و محدودیت شدید حرکتی ستون فقرات ممکن است رخ دهد.

تظاهرات خارج مفصلی

التهاب چشمی به شکل یوئیت قدامی حاد، که با درد، قرمزی و حساسیت به نور در یک چشم مشخص می‌شود، از شایع‌ترین تظاهرات خارج مفصلی است. درگیری قفسه سینه و کاهش انبساط تنفسی، و در موارد نادر، درگیری قلبی نیز ممکن است رخ دهد.

تشخیص

رادیوگرافی مفاصل ساکروایلیاک می‌تواند ساکروایلیت را نشان دهد که یافته کلیدی تشخیصی محسوب می‌شود؛ تصویربرداری تشدید مغناطیسی می‌تواند تغییرات التهابی زودرس را پیش از بروز تغییرات رادیوگرافی نشان دهد. آنتی‌ژن بافتی HLA-B γ در اکثریت بیماران مبتلا به این بیماری مثبت است، هرچند وجود آن به تنهایی برای تشخیص کافی نیست، زیرا در جمعیت عمومی نیز می‌تواند مثبت باشد.

معیارهای طبقه‌بندی

معیارهای اصلاح‌شده نیویورک، که بر پایه یافته‌های رادیوگرافی قطعی ساکروایلیت استوار است، سال‌ها معیار اصلی تشخیص بوده‌اند، اما این معیارها تنها در مراحل نسبتاً پیشرفته بیماری مثبت می‌شوند. معیارهای جدیدتر انجمن بین‌المللی ارزیابی اسپوندیلوآرتريت، با در نظر گرفتن یافته‌های تصویربرداری تشدید مغناطیسی و وضعیت HLA-B γ در کنار علائم بالینی، امکان تشخیص زود هنگام‌تر بیماری را پیش از بروز تغییرات دائمی رادیوگرافی فراهم می‌آورند.

درمان و مراقبت پرستاری

داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی خط اول درمان علامتی هستند و در بسیاری از بیماران کنترل مناسبی از درد و سفتی فراهم می‌کنند. در موارد فعال و پیشرونده، داروهای بیولوژیک، به‌ویژه مهارکننده‌های فاکتور نکروز تومور یا مهارکننده‌های اینترلوکین ۱۷، به کار می‌روند. فیزیوتراپی منظم و تمرینات کششی و تنفسی برای حفظ انعطاف‌پذیری ستون فقرات و ظرفیت تنفسی نقش بسیار مهمی دارد؛ پرستار باید بیمار را به تداوم این تمرینات، حتی در دوره‌های کاهش درد، تشویق کند تا از پیشرفت خشکی و بدشکلی ستون فقرات جلوگیری شود.

۸. آرتريت پسونيازىك (PsA)

تعريف و ارتباط با پسونيازىس

آرتريت پسونيازىك نوعى آرتريت التهابى است كه در بخشى از بيماران مبتلا به پسونيازىس، يك بيمارى پوستى خودايمنى مزمن، بروز مى كند. علائم مفصلى معمولاً پس از بروز علائم پوستى ظاهر مى شوند، هرچند در برخى بيماران، آرتريت مى تواند پيش از هرگونه علامت پوستى قابل مشاهده رخ دهد.

الگوهاى بالينى

آرتريت پسونيازىك الگوهاى بالينى متنوعى دارد و مى تواند به صورت درگيرى چند مفصل نامتقارن، درگيرى غالب مفاصل انتهائى انگشتان، يا حتى درگيرى ستون فقرات مشابه اسپونديليت آنكيلوزان بروز كند. داکتيليت، كه به تورم يکنواخت و منتشر يك انگشت كامل به شكل سوسيس گفته مى شود، و آنتزيت، كه التهاب محل اتصال تاندون به استخوان است، از يافته هاى نسبتاً اختصاصى اين بيمارى هستند. تغييرات ناخن، شامل فرورفتگى هاى نقطه اى و جدا شدن ناخن از بستر آن، نيز در بسيارى از بيماران ديده مى شود.

تشخيص و درمان

تشخيص عمدتاً بالينى است و بر پايه وجود آرتريت التهابى همراه با سابقه پسونيازىس شخصى يا خانوادگى، تغييرات ناخن و يافته هاى تصويربردارى استوار است. برخلاف آرتريت روماتويد، فاکتور روماتويد در اين بيماران معمولاً منفى است. درمان مشابه ساير اسپوندیلوآرتروپاتی ها، شامل داروهاى ضدالتهاب غيراستروئيدى براى موارد خفيف و داروهاى تعديل كننده بيمارى يا بيولوژيك، به ويژه مهاركننده هاى فاکتور نكروز تومور يا اينترلوکين ۱۷ و ۲۳، براى موارد فعال تر است.

مراقبت پرستارى

پرستار بايد هم زمان با ارزيابى مفصلى، وضعيت پوستى و ناخن بيمار را نيز بررسى كند، زيرا شدت بيمارى پوستى و مفصلى هميشه هم راسداً نيستند. آموزش بيمار درباره مراقبت پوستى مناسب، اجتناب از عوامل تشديدكننده پسونيازىس مانند استرس و برخى داروها، و اهميت پايبندي به درمان هر دو جنبه پوستى و مفصلى بيمارى، از نکات آموزشى مهم است.

۹. اسکلرودرمی (Systemic Sclerosis)

تعریف و انواع

اسکلرودرمی یک بیماری خودایمنی بافت همبند است که با فیبروز پیش‌رونده پوست و در بسیاری از بیماران، اعضای داخلی مانند ریه، قلب، کلیه و دستگاه گوارش مشخص می‌شود. این بیماری به دو شکل اصلی محدود، که عمدتاً پوست دست‌ها، صورت و ساعد را درگیر می‌کند، و منتشر، که پوست تنه و اندام‌های پروگزیمال را نیز شامل می‌شود و با درگیری احشایی شدیدتری همراه است، طبقه‌بندی می‌شود.

پدیده رینود

پدیده رینود، که با تغییر رنگ متوالی انگشتان به سفید، آبی و سپس قرمز در پاسخ به سرما یا استرس مشخص می‌شود، اغلب نخستین تظاهر بالینی اسکلرودرمی است و می‌تواند سال‌ها پیش از بروز سایر علائم ظاهر شود.

علائم پوستی و احشایی

سفت شدن و ضخیم شدن تدریجی پوست، به‌ویژه انگشتان و صورت، منجر به محدودیت حرکتی مفاصل و کاهش قابل توجه تحرک صورت می‌شود. درگیری دستگاه گوارش، به‌ویژه اختلال حرکتی مری، می‌تواند باعث دیسفاژی و رفلکس شدید معده به مری شود. بیماری بینابینی ریه و فشار خون بالای ریوی از مهم‌ترین علل مرگومیر در این بیماران محسوب می‌شوند، و بحران کلیوی اسکلرودرمی، که با افزایش ناگهانی و شدید فشار خون همراه است، یک اورژانس پزشکی جدی است.

درمان و مراقبت پرستاری

درمان اسکلرودرمی عمدتاً حمایتی و متمرکز بر مدیریت علائم اعضای درگیر است؛ داروهای گشادکننده عروق برای پدیده رینود، مهارکننده‌های پمپ پروتون برای رفلکس گوارشی، و در بحران کلیوی، مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین برای کنترل فوری فشار خون تجویز می‌شوند. پرستار باید بیمار را درباره اهمیت گرم نگه‌داشتن دست‌ها و پاها برای پیشگیری از حملات رینود، اجتناب از سیگار که عروق را تنگ می‌کند، و مراقبت دقیق از پوست خشک و شکننده آموزش دهد.

پیش‌آگهی و پایش بلندمدت

پیش‌آگهی اسکلرودرمی به‌طور عمده به میزان و شدت درگیری احشایی، به‌ویژه ریوی، قلبی و کلیوی، بستگی دارد و نه لزوماً به شدت علائم پوستی. پایش دوره‌ای عملکرد ریوی، اکوکاردیوگرافی برای غربالگری فشار خون بالای ریوی، و اندازه‌گیری منظم فشار خون برای شناسایی زودهنگام بحران کلیوی، بخش ضروری پیگیری بلندمدت این بیماران است.

۱۰. میوزیت التهابی (پلی میوزیت و درماتومیوزیت)

تعریف و پاتوفیزیولوژی

پلی میوزیت و درماتومیوزیت دو بیماری خودایمنی نادر اما جدی هستند که با التهاب مزمن عضلات اسکلتی، عمدتاً عضلات پروگزیمال اندام‌ها مانند عضلات شانه و لگن، مشخص می‌شوند. درماتومیوزیت، برخلاف پلی میوزیت، با تظاهرات پوستی مشخصه همراه است که امکان تشخیص بالینی سریع‌تر را فراهم می‌کند.

علائم بالینی

ضعف عضلانی پیشرونده و متقارن عضلات پروگزیمال، که با دشواری در بالا رفتن از پله، بلند شدن از حالت نشسته یا بالا بردن دست‌ها بالای سر بروز می‌کند، ویژگی اصلی هر دو بیماری است. در درماتومیوزیت، بثورات پوستی مشخصه‌ای مانند راش هلیوتروپ، که تغییر رنگ بنفش پلک‌های چشم است، و پاپول‌های گاتورن روی مفاصل انگشتان، از یافته‌های تشخیصی کمک‌کننده هستند.

تشخیص و درمان

افزایش آنزیم‌های عضلانی، به‌ویژه کراتین کیناز، از یافته‌های آزمایشگاهی کلیدی است. الکترومیوگرافی و در موارد لازم، بیوپسی عضلانی، برای تأیید تشخیص و رد سایر علل ضعف عضلانی به کار می‌روند. درمان اصلی این بیماری‌ها کورتیکواستروئید با دوز بالا است که اغلب همراه با داروهای سرکوب‌کننده ایمنی دیگر برای کاهش دوز کورتون و کنترل بلندمدت بیماری تجویز می‌شود.

مراقبت پرستاری

ارزیابی قدرت عضلانی پروگزیمال به‌طور منظم، توجه ویژه به خطر آسپیراسیون در صورت درگیری عضلات بلع، و هماهنگی با فیزیوتراپی برای حفظ قدرت عضلانی بدون تشدید التهاب، از اقدامات اصلی پرستاری است. با توجه به افزایش خطر بدخیمی همراه با درماتومیوزیت، به‌ویژه در بزرگسالان مسن‌تر، غربالگری مناسب بدخیمی نیز باید مدنظر قرار گیرد.

تعریف و علائم

سندرم شوگرن یک بیماری خودایمنی مزمن است که در آن سیستم ایمنی به غدد اگزوکرین بدن، به ویژه غدد اشکی و بزاقی، حمله می کند و باعث تخریب تدریجی این غدد می شود. خشکی چشم، که با احساس شن در چشم و سوزش توصیف می شود، و خشکی دهان، که می تواند بلع و صحبت کردن را دشوار کند و خطر پوسیدگی دندان را افزایش دهد، دو علامت اصلی و شاخص این بیماری هستند. این بیماری می تواند به تنهایی، یا همراه با سایر بیماری های خودایمنی مانند آرتریت روماتوئید یا لوپوس، بروز یابد.

تشخیص و درمان

تشخیص بر پایه ترکیبی از علائم بالینی خشکی، آزمایش های اختصاصی عملکرد غدد اشکی و بزاقی، و وجود آنتی بادی های اختصاصی مانند آنتی-Ro و آنتی-La در خون است. درمان عمدتاً حمایتی و شامل استفاده از اشک مصنوعی، محرک های ترشح بزاق و مراقبت دقیق دندان است.

مراقبت پرستاری

پرستار باید بیمار را درباره استفاده منظم از اشک مصنوعی، اهمیت نوشیدن مکرر آب و مراقبت بهداشتی دقیق دندان برای پیشگیری از پوسیدگی، و مراجعه منظم به چشم پزشک و دندان پزشک آموزش دهد.

۱۲. پلی‌میالژی روماتیکا و آرتریت سلول ژانت

تعریف و ارتباط این دو بیماری

پلی‌میالژی روماتیکا یک سندرم التهابی است که با درد و سفتی شدید عضلات شانه و لگن، به‌ویژه در صبح، در افراد بالای پنجاه سال بروز می‌کند. این بیماری ارتباط نزدیکی با آرتریت سلول ژانت دارد، که یک واسکولیت التهابی عروق متوسط تا بزرگ، به‌ویژه شریان‌های گیجگاهی، است؛ بخش قابل توجهی از بیماران مبتلا به هر کدام از این دو بیماری، به بیماری دیگر نیز مبتلا هستند یا در طول زمان به آن مبتلا می‌شوند.

علائم بالینی و خطر کوری در آرتریت سلول ژانت

علائم پلی‌میالژی روماتیکا شامل درد و سفتی متقارن شانه‌ها و لگن، خستگی عمومی و گاهی تب خفیف است. آرتریت سلول ژانت با سردرد تازه و شدید، حساسیت پوست سر به‌ویژه در ناحیه شریان گیجگاهی، درد فک هنگام جویدن که به آن لنگش فکی گفته می‌شود، و مهم‌تر از همه، خطر جدی و ناگهانی کاهش یا از دست رفتن دائمی بینایی به‌دلیل درگیری عروق خون‌رسان به عصب بینایی مشخص می‌شود.

هرگونه شکایت از سردرد جدید در فرد مسن همراه با اختلال بینایی باید به‌عنوان اورژانس آرتریت سلول ژانت در نظر گرفته شود. تأخیر در تشخیص و شروع کورتیکواستروئید می‌تواند منجر به کوری دائمی و غیرقابل‌بازگشت شود.

درمان و مراقبت پرستاری

پلی‌میالژی روماتیکا معمولاً با دوز پایین تا متوسط کورتیکواستروئید به‌خوبی و به‌سرعت پاسخ می‌دهد. در مقابل، آرتریت سلول ژانت، به‌دلیل خطر کوری، نیازمند شروع فوری کورتیکواستروئید با دوز بالا، حتی پیش از تأیید قطعی تشخیص با بیوپسی شریان گیجگاهی، است. پرستار باید در هر بیمار مسن با سردرد جدید و اختلال بینایی، این تشخیص را در نظر داشته باشد و فوراً ارزیابی و درمان را تسریع کند، و در بیمارانی که کورتیکواستروئید بلندمدت دریافت می‌کنند، پایش عوارض دارویی، از جمله قند خون و تراکم استخوان، ضروری است.

تعریف کلی

واسکولیت‌ها گروهی از بیماری‌های خودایمنی هستند که با التهاب مستقیم دیواره عروق خونی مشخص می‌شوند و بسته به اندازه عروق درگیر، به سه دسته اصلی واسکولیت عروق بزرگ، متوسط و کوچک تقسیم می‌شوند. التهاب دیواره عروق می‌تواند باعث تنگی، انسداد یا حتی پارگی عروق شده و در نتیجه، ایسکمی یا خونریزی در بافت‌های تغذیه‌شونده توسط آن عروق ایجاد کند.

نمونه‌های شایع

آرتریت سلول ژانت، که پیش‌تر توضیح داده شد، نمونه اصلی واسکولیت عروق بزرگ است. بیماری بهجت، که با زخم‌های دهانی و تناسلی راجعه و التهاب چشمی مشخص می‌شود، می‌تواند عروق با هر اندازه‌ای را درگیر کند. واسکولیت‌های وابسته به آنتی‌بادی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل، شامل گرانولوماتوز با پلی‌آنژیت، نمونه‌های مهم واسکولیت عروق کوچک هستند که می‌توانند مجاری تنفسی فوقانی و تحتانی و کلیه را به‌طور هم‌زمان درگیر کنند.

علائم هشداردهنده عمومی

علائم عمومی مانند تب، کاهش وزن و خستگی در کنار علائم اختصاصی عضو درگیر، مانند خونریزی بینی یا سینوزیت مزمن در گرانولوماتوز با پلی‌آنژیت، یا خون در ادرار در واسکولیت‌های کلیوی، باید همواره به‌عنوان هشدار احتمال واسکولیت در نظر گرفته شوند.

درمان و مراقبت پرستاری

درمان واسکولیت‌های شدید معمولاً با کورتیکواستروئید با دوز بالا همراه با داروهای سرکوب‌کننده ایمنی قوی، مانند سیکلوفسفامید یا ریتوکسیماب، انجام می‌شود تا از آسیب دائمی عضو جلوگیری شود. پرستار باید علائم عضو درگیر را به‌دقت پایش کند، عوارض دارویی سرکوب‌ایمنی را زودهنگام شناسایی نماید و بیمار را درباره اهمیت پیگیری منظم و گزارش فوری علائم جدید آموزش دهد.

عوارض و پیش‌آگهی

در صورت تأخیر در تشخیص و درمان، واسکولیت‌های شدید می‌توانند به آسیب دائمی و غیرقابل‌بازگشت عضو، مانند نارسایی کلیه در واسکولیت‌های کلیوی یا خونریزی ریوی تهدیدکننده حیات، منجر شوند. با این حال، با تشخیص زودهنگام و درمان سرکوب‌ایمنی مناسب، بسیاری از بیماران به بهبودی بالینی طولانی‌مدت دست می‌یابند؛ به همین دلیل پایش منظم برای شناسایی زودهنگام عود بیماری پس از دستیابی به بهبودی نیز اهمیت زیادی دارد.

۱۴. سندرم آنتی فسفولیپید (APS)

تعریف و پاتوفیزیولوژی

سندرم آنتی فسفولیپید یک اختلال خودایمنی است که در آن آنتی بادی های ضد فسفولیپید باعث افزایش خطر لخته شدن غیرطبیعی خون در وریدها و شریان ها می شوند. این سندرم می تواند به تنهایی یا همراه با سایر بیماری های خودایمنی، به ویژه لوپوس اریتماتوز سیستمیک، بروز یابد.

علائم بالینی

ترومبوز وریدی، مانند ترومبوز ورید عمقی یا آمبولی ریوی، و ترومبوز شریانی، مانند سکته مغزی در افراد جوان بدون عوامل خطر معمول، از تظاهرات اصلی این سندرم هستند. در زنان باردار، این سندرم با سقط مکرر جنین، به ویژه در سه ماهه دوم و سوم بارداری، و سایر عوارض بارداری مانند پره کلامپسی همراه است.

تشخیص و درمان

تشخیص با اندازه گیری آنتی بادی های اختصاصی، شامل آنتی بادی ضد کاردیولیپین، آنتی بادی ضد بتا-۲-گلیکوپروتئین یک و آنتی کوآگولانت لوپوسی، همراه با سابقه بالینی ترومبوز یا عوارض بارداری انجام می شود. درمان اصلی این بیماران، ضدانعقاد بلندمدت، معمولاً وارفارین در بیماران با سابقه ترومبوز، و آسپرین با دوز پایین همراه با هپارین در زنان باردار پرخطر، است.

مراقبت پرستاری

پرستار باید بیمار تحت درمان ضدانعقادی را درباره علائم هشدار خونریزی و اهمیت پایش منظم آزمایش انعقادی آموزش دهد. در زنان باردار مبتلا به این سندرم، پایش دقیق تر بارداری و هماهنگی نزدیک میان تیم روماتولوژی و مامایی برای کاهش خطر عوارض بارداری اهمیت زیادی دارد.

تعریف و ویژگی‌ها

فیبرومیالژیا یک سندرم درد مزمن منتشر است که برخلاف سایر بیماری‌های این کتابچه، ماهیت التهابی یا خودایمنی ندارد، بلکه ناشی از اختلال در پردازش سیگنال‌های درد در سیستم عصبی مرکزی است. این بیماری با درد منتشر در نواحی متعدد بدن، همراه با خستگی مزمن، اختلال خواب و مشکلات شناختی خفیف، که گاهی مه مغزی نامیده می‌شود، مشخص می‌شود.

تفاوت با بیماری‌های التهابی

برخلاف آرتریت روماتوئید یا لوپوس، در فیبرومیالژیا هیچ‌گونه شواهد آزمایشگاهی التهاب، مانند افزایش سرعت رسوب گلبول قرمز یا پروتئین واکنشی C، وجود ندارد و معاینه مفصلی نیز فاقد تورم یا التهاب واقعی است؛ این ویژگی افتراق این بیماری از بیماری‌های خودایمنی روماتیسمی را برای پرستار تسهیل می‌کند.

درمان و مراقبت پرستاری

مدیریت فیبرومیالژیا رویکردی چندجانبه دارد که شامل ورزش هوازی منظم و کم‌فشار، بهبود کیفیت خواب، مدیریت استرس و در بسیاری از بیماران، داروهای اختصاصی مانند برخی ضدافسردگی‌ها یا داروهای ضدتشنج با اثر ضددرد می‌شود. پرستار باید علائم بیمار را جدی بگیرد، حتی در غیاب یافته‌های آزمایشگاهی غیرطبیعی، و بیمار را در برنامه‌ریزی فعالیت بدنی تدریجی و مدیریت غیر دارویی درد حمایت کند.

۱۶. آزمایش‌های تشخیصی مشترک روماتولوژی

آشنایی با معنای بالینی آزمایش‌های رایج روماتولوژی به پرستار کمک می‌کند تا یافته‌های آزمایشگاهی بیمار را در چارچوب صحیح تفسیر کند و با تیم درمانی ارتباط مؤثرتری برقرار نماید.

آزمایش	کاربرد اصلی
فاکتور روماتوئید (RF)	حمایت از تشخیص آرتریت روماتوئید؛ اختصاصیت متوسط
آنتی‌بادی ضد پپتید سیترولینه (anti-CCP)	اختصاصیت بالا برای آرتریت روماتوئید
آنتی‌بادی ضد هسته (ANA)	غربالگری اولیه بیماری‌های خودایمنی، به‌ویژه لوپوس
آنتی‌بادی ضد دی‌ان‌ای دورشته‌ای (anti-dsDNA)	اختصاصی برای لوپوس؛ همبستگی با فعالیت بیماری کلیوی
آنتی‌بادی ضد Sm و آنتی-Ro/La	زیرگروه‌های اختصاصی آنتی‌بادی در لوپوس و سندرم شوگرن
کمپلمان (C ₃ و C ₄)	کاهش در دوره‌های فعال لوپوس
آنتی‌بادی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل (ANCA)	حمایت از تشخیص واسکولیت‌های عروق کوچک
سرعت رسوب گلبول قرمز (ESR)	شاخص غیراختصاصی التهاب سیستمیک
پروتئین واکنشی C (CRP)	شاخص التهاب حاد؛ پاسخ سریع‌تر از ESR
HLA-B ₂₇	همراهی با اسپوندیلیت آنکیلوزان
اسید اوریک سرم	ارزیابی خطر و پیگیری درمان نقرس
کراتین کیناز (CK)	افزایش در میوزیت التهابی؛ شاخص آسیب عضلانی

نقش تصویربرداری

رادیوگرافی ساده برای شناسایی تغییرات ساختاری دیر هنگام مانند فرسایش استخوانی یا باریک شدن فضای مفصلی مفید است. سونوگرافی مفصلی امکان شناسایی زود هنگام التهاب سینوویال و افیوژن مفصلی را با هزینه کمتر فراهم می‌آورد. تصویربرداری تشدید مغناطیسی حساس‌ترین روش برای شناسایی التهاب زودرس در مفاصل ساکروایلیاک و ستون فقرات در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها است.

۱۷. دسته‌های دارویی روماتولوژی

داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی

این داروها برای کنترل علامتی درد و التهاب خفیف تا متوسط در بسیاری از بیماری‌های روماتیسمی به کار می‌روند. پرستار باید بیمار را درباره خطر عوارض گوارشی، شامل زخم و خونریزی معده، و احتیاط در بیماران با سابقه بیماری کلیوی یا قلبی آموزش دهد.

کلشی‌سین و داروهای کاهنده اسید اوریک

کلشی‌سین به‌طور اختصاصی در درمان و پیشگیری از حملات حاد نقرس به کار می‌رود و در دوزهای بالا می‌تواند عوارض گوارشی قابل توجهی ایجاد کند. آلوپورینول و فبوکسوستات نیز با کاهش تولید اسید اوریک، برای پیشگیری بلندمدت از حملات نقرس استفاده می‌شوند و باید با دوز پایین آغاز و به تدریج تنظیم شوند.

کورتیکواستروئیدها

کورتیکواستروئیدها برای کنترل سریع التهاب شدید یا عودهای حاد بیماری‌های خودایمنی به کار می‌روند. مصرف طولانی‌مدت این داروها با عوارضی مانند پوکی استخوان، افزایش قند خون، افزایش وزن، افزایش خطر عفونت و کاتاراکت همراه است و باید در کمترین دوز و کوتاه‌ترین مدت ممکن استفاده شوند.

داروهای ضد روماتیسمی تعدیل‌کننده بیماری (DMARD) سنتی

متوترکسات شایع‌ترین داروی این دسته و خط اول درمان بلندمدت آرتریت روماتوئید است. هیدروکسی کلروکین در لوپوس و برخی بیماری‌های خودایمنی دیگر کاربرد دارد. پایش دوره‌ای عملکرد کبد و شمارش کامل خون در بیماران تحت درمان با متوترکسات، و معاینه دوره‌ای چشم در بیماران تحت درمان بلندمدت با هیدروکسی کلروکین، از ملاحظات مهم پرستاری این داروها است.

داروهای بیولوژیک و مهارکننده‌های هدفمند

داروهای بیولوژیک، مانند مهارکننده‌های فاکتور نکروز تومور، مهارکننده‌های اینترلوکین ۶ و اینترلوکین ۱۷، و داروهای خوراکی هدفمند، مانند مهارکننده‌های ژانوس کیناز، در بیماری‌های مقاوم به درمان‌های خط اول به کار می‌روند. این داروها با سرکوب قدرتمند و اختصاصی سیستم ایمنی، خطر قابل توجه عفونت، از جمله فعال‌شدن مجدد سل نهفته، را افزایش می‌دهند و نیازمند غربالگری دقیق پیش از شروع درمان و پایش مستمر علائم عفونت هستند.

نکته پرستاری کلیدی	مثال	دسته دارویی
خطر عوارض گوارشی و کلیوی	ایبوپروفن، ناپروکسن	ضدالتهاب غیراستروئیدی
عوارض گوارشی؛ شروع تدریجی دوز کاهنده اوریک	کلشی‌سین، آلوپورینول	کلشی‌سین/کاهنده اسید اوریک

نکته پرستاری کلیدی	مثال	دسته دارویی
پایش قند خون، فشار خون و علائم عفونت	پردنیزولون	کورتیکواستروئید
پایش عملکرد کبد، خون و معاینه چشم	متوترکسات، هیدروکسی کلروکین	DMARD سنتی
غربالگری سل نهفته؛ پایش دقیق علائم عفونت	مهارکننده‌های ۱۷-IL/۶-TNF، مهارکننده‌های JAK	بیولوژیک / هدفمند

۱۸. مراقبت پرستاری عمومی بیماران روماتیسمی

مدیریت درد و خشکی مفصلی

ارزیابی منظم شدت درد، الگوی خشکی صبحگاهی و تأثیر آن‌ها بر فعالیت‌های روزمره زندگی بیمار، و هماهنگی با تیم فیزیوتراپی برای طراحی برنامه تمرینی متناسب با نوع و شدت بیماری، از اقدامات اصلی پرستاری در تمام بیماری‌های روماتیسمی محسوب می‌شود. کمپرس گرم می‌تواند به کاهش خشکی و اسپاسم عضلانی کمک کند، در حالی که کمپرس سرد برای کاهش التهاب حاد یک مفصل مؤثرتر است.

مدیریت خستگی مزمن

خستگی مزمن یکی از ناتوان‌کننده‌ترین علائم مشترک در بسیاری از بیماری‌های خودایمنی روماتیسمی است. آموزش بیمار درباره تکنیک‌های حفظ انرژی، اولویت‌بندی فعالیت‌های روزانه و برنامه‌ریزی دوره‌های استراحت منظم، به مدیریت بهتر این علامت کمک می‌کند.

تغذیه

رژیم غذایی متعادل و کاهش وزن در بیماران دارای اضافه‌وزن، به‌ویژه در استئوآرتریت و نقرس، می‌تواند فشار مکانیکی روی مفاصل تحمل‌کننده وزن را کاهش دهد. در نقرس، پرهیز از غذاهای پرپورین و الکل اهمیت ویژه‌ای دارد، و در بیماران تحت درمان طولانی‌مدت با کورتیکواستروئید، دریافت کافی کلسیم و ویتامین D برای پیشگیری از پوکی استخوان توصیه می‌شود.

سلامت باروری و بارداری

بسیاری از بیماری‌های خودایمنی روماتیسمی، از جمله لوپوس و سندرم آنتی‌فسفولیپید، زنان جوان در سنین باروری را درگیر می‌کنند. برنامه‌ریزی بارداری در دوره‌ای که بیماری غیرفعال است و با هماهنگی کامل میان تیم روماتولوژی و مامایی، خطر عوارض بارداری را کاهش می‌دهد. برخی داروهای روماتولوژی، مانند متوترکسات و سیکلوفسفامید، در بارداری منع مصرف مطلق دارند و باید مدت‌ها پیش از اقدام به بارداری قطع شوند.

پیشگیری از عفونت در بیماران تحت سرکوب ایمنی

بسیاری از بیماران روماتیسمی داروهای سرکوب‌کننده ایمنی طولانی‌مدت دریافت می‌کنند که خطر عفونت را افزایش می‌دهد. آموزش بیمار درباره رعایت بهداشت دست، اجتناب از تماس نزدیک با افراد بیمار، اهمیت واکسیناسیون‌های توصیه‌شده پیش از شروع درمان سرکوب‌ایمنی، و گزارش فوری هرگونه علامت عفونت، از وظایف مهم پرستاری این بیماران است.

حمایت روانی

ماهیت مزمن و اغلب پیش‌بینی‌ناپذیر بیماری‌های روماتیسمی، همراه با تأثیر آن‌ها بر ظاهر بدنی و توانایی عملکردی بیمار، می‌تواند بار روانی قابل توجهی ایجاد کند. فراهم کردن فضایی امن برای گفتگو درباره این چالش‌ها و ارجاع به مشاور تخصصی در صورت نیاز، بخش جدایی‌ناپذیر از مراقبت جامع این بیماران است.

تشخیص‌های پرستاری شایع

تشخیص پرستاری	مداخلات کلیدی
درد مزمن	ارزیابی منظم درد، کمپرس گرم/سرد، هماهنگی دارویی
اختلال تحرک جسمی	فیزیوتراپی، وسایل کمکی، پیشگیری از انقباض مفصلی
خستگی	آموزش حفظ انرژی، اولویت‌بندی فعالیت روزانه
خطر عفونت	آموزش بهداشت، پایش علائم عفونت در بیماران سرکوب‌ایمی
تصویر بدنی مختل	حمایت روانی، گفتگوی باز درباره تغییرات ظاهری
کمبود آگاهی	آموزش ساختاریافته بیماری، دارو و علائم هشدار

توانبخشی و کاردرمانی

همکاری نزدیک با تیم فیزیوتراپی و کاردرمانی نقش مهمی در حفظ استقلال عملکردی بیماران روماتیسمی دارد. فیزیوتراپی با تمرینات تقویتی و کششی متناسب با هر بیماری، به حفظ دامنه حرکتی مفصل و قدرت عضلانی اطراف آن کمک می‌کند، در حالی که کاردرمانی بر آموزش استفاده از وسایل کمکی، اصلاح ارگونومی فعالیت‌های روزمره و محافظت از مفاصل آسیب‌پذیر، به‌ویژه در بیماران با بدشکلی دست ناشی از آرتريت روماتوئید، تمرکز دارد. پرستار باید بیمار را در پیگیری منظم این برنامه‌ها، حتی در دوره‌های کاهش علائم، تشویق و حمایت کند.

۱۹. آموزش بیمار و خانواده

آموزش بیمار مبتلا به بیماری روماتیسمی باید شامل توضیح ماهیت مزمن بیماری و اهمیت پایبندی بلندمدت به رژیم دارویی، حتی در دوره‌های بدون علامت، باشد، زیرا قطع خودسرانه دارو می‌تواند منجر به عود شدید بیماری شود. بیمار باید علائم هشداردهنده اختصاصی بیماری خود، مانند علائم عفونت در بیماران تحت درمان سرکوب‌ایمنی، علائم عود لوپوس، یا علائم هشدار آرتريت سلول ژانت، را بشناسد و بداند در چه شرایطی باید فوراً با تیم درمانی تماس بگیرد.

اهمیت پیگیری منظم ویزیت‌های کلینیکی و انجام آزمایش‌های دوره‌ای پایش دارو، مشارکت فعال در برنامه فیزیوتراپی و تمرینات تجویز شده، و در بیماری‌های خودایمنی سیستمیک، رعایت اقدامات محافظتی مانند استفاده از ضدآفتاب، از نکات آموزشی کلیدی است. حمایت خانواده در انجام فعالیت‌های روزمره در دوره‌های عود بیماری و تشویق بیمار به حفظ فعالیت اجتماعی، تأثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی بلندمدت بیمار دارد.

۲۰. سناریوهای بالینی

سناریو ۱ — تمایز آرتریت روماتوئید از استئوآرتریت

بیمار ۴۵ ساله‌ای با تورم متقارن مفاصل کوچک هر دو دست و خشکی صبحگاهی به مدت بیش از یک ساعت مراجعه کرده است. پرستار با دانستن اینکه خشکی صبحگاهی طولانی و درگیری متقارن مفاصل کوچک، الگوی مشخصه آرتریت روماتوئید و نه استئوآرتریت است، ارزیابی و ارجاع بیمار برای بررسی فاکتور روماتوئید و آنتی‌بادی ضد پپتید سیترولینه را با تیم درمانی هماهنگ می‌کند.

سناریو ۲ — عود احتمالی لوپوس

بیمار جوانی با سابقه لوپوس اریتماتوز سیستمیک، با خستگی شدید، بثورات جدید صورت پس از یک روز آفتابی، و کاهش حجم ادرار مراجعه کرده است. پرستار این ترکیب علائم را به‌عنوان هشدار احتمال عود بیماری، به‌ویژه با نگرانی از درگیری کلیوی، در نظر می‌گیرد و بررسی فوری آنالیز ادرار و عملکرد کلیه را با پزشک هماهنگ می‌کند.

سناریو ۳ — حمله حاد نقرس

بیماری با درد بسیار شدید و ناگهانی، قرمزی و تورم مفصل قاعده شست پا، که از نیمه‌شب شروع شده، مراجعه کرده است. پرستار با شناخت الگوی کلاسیک حمله حاد نقرس، اقدامات اولیه راحتی بیمار، شامل بالا نگه‌داشتن و اجتناب از فشار بر مفصل درگیر، را انجام می‌دهد و آماده‌سازی برای آسپیراسیون مفصلی تشخیصی را با پزشک هماهنگ می‌نماید.

سناریو ۴ — اورژانس آرتریت سلول ژانت

خانم ۷۲ ساله‌ای با سردرد جدید و شدید، حساسیت پوست سر و تاری خفیف دید یک چشم مراجعه کرده است. پرستار با دانستن خطر جدی و فوری کوری در آرتریت سلول ژانت، این وضعیت را اورژانس تلقی می‌کند و بدون تأخیر، ارزیابی فوری پزشک و آماده‌سازی برای شروع سریع کورتیکواستروئید با دوز بالا را درخواست می‌کند.

سناریو ۵ — کمردرد التهابی در بیمار جوان

مرد ۲۶ ساله‌ای با کمردرد مزمنی مراجعه کرده که در طول شب و صبح تشدید می‌شود اما با فعالیت بدنی بهبود می‌یابد. پرستار با دانستن اینکه این الگو با کمردرد التهابی اسپوندیلیت آنکیلوزان سازگارتر است تا کمردرد مکانیکی شایع، ارجاع بیمار برای ارزیابی روماتولوژی و بررسی HLA-B27 را پیشنهاد می‌دهد.

سناریو ۶ — تورم انگشت و تغییرات ناخن

بیماری با سابقه پسوریازیس پوستی، با تورم یکنواخت و دردناک یک انگشت دست به شکل سوسیس و فرورفتگی‌های نقطه‌ای ناخن مراجعه کرده است. پرستار با دانستن این‌که داکتیلیت و تغییرات ناخن از یافته‌های نسبتاً اختصاصی آرتریت پسوریاتیک هستند، ارجاع بیمار به روماتولوژی برای ارزیابی و شروع درمان مناسب را پیشنهاد می‌دهد.

سناریو ۷ — ضعف عضلانی پروگزیمال پیشرونده

بیماری با دشواری روزافزون در بالا رفتن از پله و شانه کردن موی خود، همراه با تغییر رنگ بنفش پلک‌های چشم، مراجعه کرده است. پرستار با دانستن اینکه این ترکیب علائم با درماتومیوزیت سازگار است، بررسی فوری سطح آنزیم‌های عضلانی و ارجاع به روماتولوژی را با تیم درمانی هماهنگ می‌کند.

سناریو ۸ — سکته مغزی در بیمار جوان

زن ۳۲ ساله‌ای بدون هیچ‌یک از عوامل خطر معمول سکته مغزی، دچار سکته مغزی ایسکمیک شده و در شرح حال، سابقه دو سقط جنین در سه ماهه دوم بارداری دارد. پرستار با دانستن این‌که این ترکیب یافته‌ها می‌تواند نشانه سندرم آنتی فسفولیپید باشد، بررسی آنتی‌بادی‌های اختصاصی این سندرم را به عنوان بخشی از کار تشخیصی با تیم درمانی مطرح می‌کند.

معنی فارسی	عبارت کامل	اختصار
آرتریت روماتوئید	Rheumatoid Arthritis	RA
استئوآرتریت	Osteoarthritis	OA
لوپوس اریتماتوز سیستمیک	Systemic Lupus Erythematosus	SLE
اسپوندیلیت آنکیلوزان	Ankylosing Spondylitis	AS
آرتریت پسوریاتیک	Psoriatic Arthritis	PsA
پلی‌میالژی روماتیکا	Polymyalgia Rheumatica	PMR
آرتریت سلول ژانت	Giant Cell Arteritis	GCA
سندرم آنتی‌فسفولیپید	Antiphospholipid Syndrome	APS
فاکتور روماتوئید	Rheumatoid Factor	RF
آنتی‌بادی ضد پپتید سیترولینه حلقوی	Anti-Cyclic Citrullinated Peptide	anti-CCP
آنتی‌بادی ضد هسته	Antinuclear Antibody	ANA
آنتی‌بادی ضد سیتوپلاسم نوتروفیل	Antineutrophil Cytoplasmic Antibody	ANCA
سرعت رسوب گلبول قرمز	Erythrocyte Sedimentation Rate	ESR
پروتئین واکنشی C	C-Reactive Protein	CRP
کراتین کیناز	Creatine Kinase	CK
داروی ضدروماتیسمی تعدیل‌کننده بیماری	Disease-Modifying Antirheumatic Drug	DMARD
فاکتور نکروز تومور	Tumor Necrosis Factor	TNF
ژانوس کیناز	Janus Kinase	JAK
اینترلوکین	Interleukin	IL

۲۲. پیوست: جدول مقایسه سریع همه بیماری‌ها

این جدول خلاصه‌ای فشرده و قابل‌مرور سریع از آزمایش تشخیصی کلیدی و خط اول درمان هر بیماری، برای استفاده به‌عنوان مرجع سریع بالینی در بالین بیمار ارائه می‌دهد.

بیماری	آزمایش تشخیصی کلیدی	درمان خط اول
آرتریت روماتوئید	anti-CCP، RF	متوترکسات ± بیولوژیک
استئوآرتریت	رادیوگرافی مفصلی	کاهش وزن، فیزیوتراپی، مسکن
لوپوس اریتماتوز سیستمیک	ANA، anti-dsDNA	هیدروکسی کلروکین ± کورتون
نقرس	آسپیراسیون مفصلی، اسید اوریک	NSAID/کلشی‌سین حاد؛ آلوپورینول بلندمدت
اسپوندیلیت آنکیلوزان	HLA-B۲۷، MRI	NSAID ± بیولوژیک (anti-TNF)
آرتریت پسوریاتیک	بالینی + تصویربرداری	NSAID خفیف؛ بیولوژیک در موارد فعال
اسکلرودرمی	آنتی‌بادی اختصاصی، ارزیابی احشایی	درمان حمایتی عضو-محور
پلی‌میوزیت/درماتومیوزیت	CK، EMG، بیوپسی عضله	کورتیکواستروئید دوز بالا
سندرم شوگرن	anti-Ro/La، تست عملکرد غدد	اشک/بزاق مصنوعی
پلی‌میالژی روماتیکا	ESR/CRP بالینی	کورتیکواستروئید دوز پایین
آرتریت سلول ژانت	بیوپسی شریان گیجگاهی	کورتیکواستروئید دوز بالا فوری
واسکولیت‌ها	ANCA، بیوپسی عضو درگیر	کورتون + سرکوب‌ایمنی قوی
سندرم آنتی‌فسفولیپید	آنتی‌بادی ضد فسفولیپید	ضدانعقاد بلندمدت
فیبرومیالژیا	بالینی (رد سایر علل)	ورزش، خواب، درمان غیر دارویی

آیا هر درد مفصلی به معنای بیماری خودایمنی است؟

خیر. بسیاری از دردهای مفصلی، به‌ویژه در افراد مسن‌تر، ناشی از استئوآرتریت دژنراتیو هستند که ماهیت خودایمنی ندارد. ویژگی‌های کلیدی افتراق، مانند خشکی صبحگاهی طولانی، تورم و گرمی واقعی مفصل، و علائم سیستمیک همراه، به تیم درمانی کمک می‌کند تا میان علل التهابی و غیرالتهابی افتراق دهد.

چرا برخی بیماران باید داروی سرکوب‌ایمنی را برای همیشه ادامه دهند؟

در بسیاری از بیماری‌های خودایمنی روماتیسمی، بیماری زمینه‌ای درمان قطعی ندارد و داروها تنها فعالیت بیماری را کنترل می‌کنند. قطع دارو، حتی در دوره‌های بدون علامت، می‌تواند منجر به عود بیماری و آسیب دائمی جدید شود؛ به همین دلیل تصمیم قطع یا کاهش دارو همواره باید با نظر پزشک متخصص و بر اساس ارزیابی دقیق فعالیت بیماری اتخاذ شود.

چگونه پرستار می‌تواند حمله حاد نقرس را از عفونت مفصلی افتراق دهد؟

از نظر بالینی، این دو حالت می‌توانند بسیار شبیه به هم باشند و افتراق قطعی نیازمند آسپیراسیون مایع مفصلی و بررسی زیر میکروسکوپ و کشت میکروبی است. به همین دلیل، در هر بیمار با مفصل به‌شدت گرم و متورم، به‌ویژه در صورت تب، احتمال عفونت مفصلی باید همواره در نظر گرفته شود و ارزیابی پزشکی فوری صورت گیرد.

آیا بیماران روماتیسمی می‌توانند ورزش کنند؟

بله، و در واقع فعالیت بدنی منظم و متناسب با نوع بیماری، بخشی ضروری از درمان اکثر بیماری‌های روماتیسمی است. در دوره‌های التهاب فعال شدید، استراحت نسبی مفصل توصیه می‌شود، اما در دوره‌های آرام‌تر بیماری، ورزش‌های کم‌فشار مانند شنا و پیاده‌روی به حفظ عملکرد مفصلی و عضلانی کمک می‌کند و از ضعف ناشی از بی‌حرکی جلوگیری می‌نماید.

چرا برخی بیماران با وجود آزمایش‌های طبیعی، همچنان علائم شدید دارند؟

در بیماری‌هایی مانند فیبرومیالژیا، علائم بیمار کاملاً واقعی هستند، اما منشأ آن‌ها اختلال در پردازش درد است، نه التهاب قابل اندازه‌گیری در آزمایش خون. پرستار باید این علائم را به همان اندازه بیماری‌های التهابی جدی بگیرد و از دست کم گرفتن تجربه بیمار صرفاً به‌دلیل طبیعی بودن آزمایش‌ها اجتناب کند.

۲۳. نکات طلایی، چک لیست و منابع

نکات طلایی

خشکی صبحگاهی طولانی و درگیری متقارن مفاصل کوچک به نفع بیماری‌های التهابی مانند آرتریت روماتوئید است، در حالی که دردی که با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد، بیشتر با استئوآرتریت سازگار است. هرگونه سردرد جدید همراه با اختلال بینایی در فرد مسن باید همواره به‌عنوان اورژانس احتمالی آرتریت سلول ژانت در نظر گرفته شود.

در بیماران تحت درمان با داروهای سرکوب‌کننده ایمنی، تب یا هر علامت عفونی دیگر هرگز نباید نادیده گرفته شود. تغییر در حجم یا رنگ ادرار در بیمار لوپوسی می‌تواند نشانه درگیری کلیوی جدی باشد. حمله حاد نقرس معمولاً یک مفصل را به‌طور بسیار شدید و ناگهانی درگیر می‌کند، و کمردرد التهابی که با فعالیت بهبود می‌یابد در فرد جوان باید شک به اسپوندیلیت آنکیلوزان را برانگیزد. ترکیب سکتی مغزی در فرد جوان با سابقه سقط مکرر باید احتمال سندرم آنتی‌فسفولیپید را مطرح کند.

چک لیست سریع پرستار بیمار روماتیسمی

- ☐ الگوی درد و خشکی صبحگاهی ارزیابی شد
- ☐ دامنه حرکتی مفاصل درگیر بررسی شد
- ☐ علائم خارج مفصلی یا سیستمیک بررسی شد
- ☐ در صورت مصرف داروی سرکوب‌ایمنی، علائم عفونت پایش شد
- ☐ پایبندی دارویی بیمار مرور شد
- ☐ علائم هشدار اختصاصی بیماری به بیمار آموزش داده شد
- ☐ وضعیت روانی و حمایت خانواده ارزیابی شد
- ☐ در زنان سن باروری، ملاحظات بارداری بررسی شد
- ☐ پیگیری آزمایش و ویزیت بعدی هماهنگ شد

منابع کلیدی

این کتابچه بر اساس منابع مرجع روماتولوژی و پرستاری داخلی-جراحی، و رهنمودهای رایج انجمن‌های تخصصی روماتولوژی برای تشخیص و درمان بیماری‌های خودایمنی، بافت همبند و دژنراتیو مفصلی تدوین شده است. توصیه می‌شود پرستاران برای به‌روزرسانی دانش بالینی خود، به‌طور مستمر آخرین نسخه‌های این رهنمودها را در منابع رسمی مرور کنند.

موفق باشید