

**راهکار طبابت بالینی**

**تشخیص و تدبیر درمانی درد گردن**

### □ هم‌گیرشناسی

درد گردن یکی از شایعترین علل مراجعه بیماران به سطح اول ارائه خدمات پزشکی (پزشکان عمومی) است و بار زیادی را به تک‌تک افراد و نظام های سلامت تحمیل می‌کند. شواهد نشان می‌دهد، در حدود ۱۵ درصد بیماران مراجعه کننده به پزشکان عمومی به نوعی از درد گردن و اندام فوقانی شکایت می‌کنند، در حالیکه بیش از ۹۰ درصد تمام موارد درد گردن از نوع درد گردن ساده<sup>۱</sup> است که بخوبی توسط پزشکان عمومی قابل درمان می‌باشد. شیوع تقریبی درد گردن ساده در بالغین بین ۴۵ تا ۷۵ سال، در زنان ۲۵ درصد و در مردان ۲۰ درصد ذکر شده است و به طور متوسط ۳۴ درصد افراد در سال حداقل یکبار درد گردن را تجربه می‌کنند. بروز سالانه درد گردن، صرف نظر از سن و جنس به طور متوسط ۱۵ درصد تخمین زده می‌شود، که در این بین بروز بیماری در زنها ۱/۵ تا ۲ برابر مردان است. بعلاوه علت مراجعه بیش از ۱۵ درصد بیماران که توسط پزشکان عمومی به خدمات فیزیوتراپی ارجاع می‌شوند، درد گردن می‌باشد.

شیوع و بروز بالای درد گردن از سویی و بار مالی و ناتوانی حاصل از آن از سوی دیگر بیانگر لزوم تدوین راهکاری مبتنی بر شواهد برای تشخیص و تدبیر درمانی درد گردن است. بر این مبنا، راهکار تشخیص و تدبیر درمانی درد گردن با اهداف زیر تدوین شده است:

۱. تشخیص علل احتمالی خاص و جدی درد گردن

۲. تشخیص ناتوانی های ایجاد شده بر اثر درد گردن ساده

۳. تسکین درد بیمار

۴. افزایش توان عملکردی بیمار و رفع ناتوانی ها

۵. پیشگیری از عود و مزمن شدن بیماری

### □ تعریف

**درد گردن:** درد گردن ساده یا غیر اختصاصی، دردی است که بیماری زمینه ای خاصی باعث ایجاد آن نشده باشد. درد گردن ساده در این راهکار شامل درد بعد از صدمات و پیلش<sup>۲</sup>، درد ناشی از کشیدگی خفیف عضلات، درد ناشی از تورتیکولی حاد<sup>۳</sup> و درد ناشی از رادیکولوپاتی گردنی است. درد گردن ساده ماهیتی مکانیکی داشته و شدت آن با تغییر وضعیت و حرکت دادن گردن و با گذشت زمان تغییر می‌کند.

**اختلال ناشی از وپیلش:** اختلال ناشی از وپیلش شامل درد گردن و سایر علائمی است که متعاقب هایپراکستانتسیون، فلکسیون و یا چرخش ناگهانی یا بیش از حد گردن ایجاد می‌شود. شایعترین اتفاق همراه اختلال ناشی از وپیلش، تصادفات وسایل نقلیه موتوری با وارد شدن ضربه از پشت و یا طرفین<sup>۴</sup> می‌باشد. در این راهکار عوارض ناشی از تحت فشار قرار گرفتن نخاع، آسیب ریشه اعصاب، نیمه در رفتگی مهره های گردنی<sup>۵</sup> و شکستگی مهره ها در اختلال ناشی از وپیلش مورد بحث قرار نمی‌گیرد.

**تورتیکولی حاد:** تورتیکولی به معنای پیچش گردن<sup>۶</sup> می‌باشد. تورتیکولی حاد معمولاً به دنبال آزار عضلانی اسکلتی موضعی و خفیف ایجاد شده و باعث درد و اسپاسم در عضلات گردن می‌شود.

**رادیکولوپاتی گردنی:** رادیکولوپاتی به آسیب یا تحت فشار قرار گرفتن ریشه اعصاب در نخاع گردنی گفته می‌شود. فتق دیسک بین مهره ای و گیر افتادن<sup>۷</sup> در کانال ریشه عصب شایعترین علل رادیکولوپاتی گردنی هستند. فتق دیسک بین مهره های گردن در سطح C4-5، C5-6 و C6-7 بیشترین شیوع را دارد.

**درد گردن حاد، تحت حاد و مزمن:** درد گردن حاد، تحت حاد و مزمن درد گردنی است که به ترتیب کمتر از ۴ هفته، بین ۴ تا ۱۲ هفته و بیش از ۱۲ هفته طول بکشد.

### □ جمعیت هدف راهکار

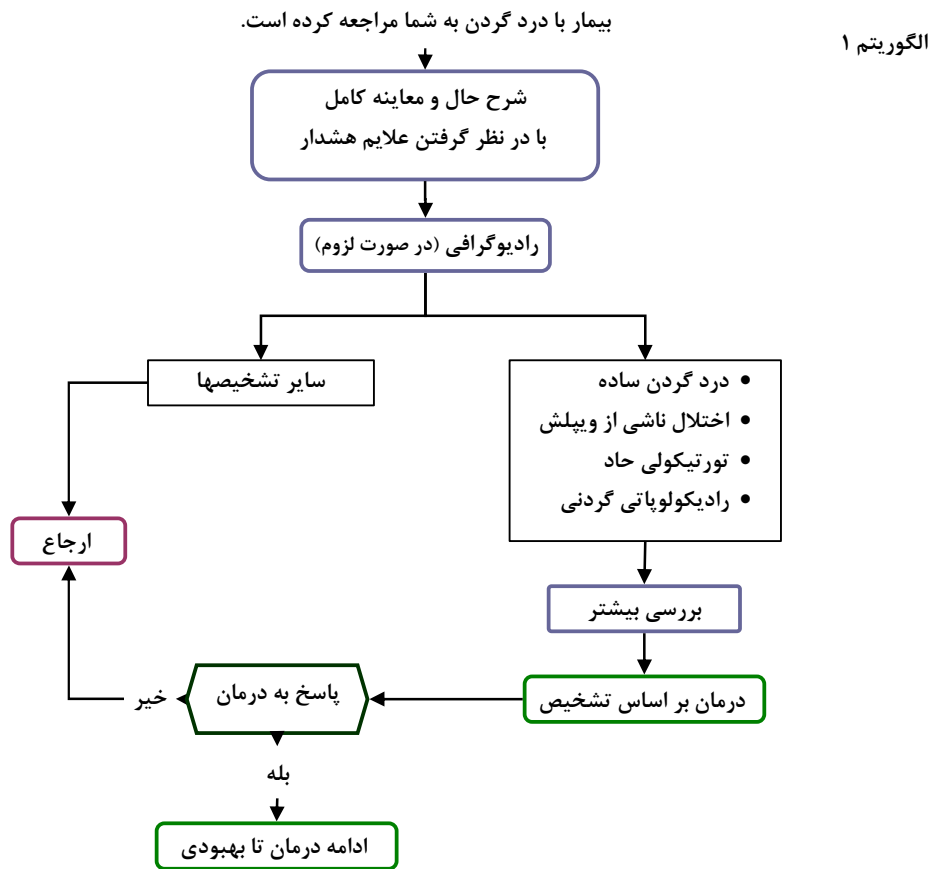
این راهکار برای افراد بالای ۱۰ سال که با درد گردن ساده (حاد یا مزمن) مراجعه کرده اند، تدوین شده است.

1 Simple neck pain  
2 Whiplash associated disorder  
3 Acute torticollis  
4 Rear impact/ Side impact  
5 Cervical subluxation  
6 Twisted neck  
7 Entrapment

توصیه‌ها

این راهکار طبابت بالینی مطابق با جدیدترین یافته‌های علمی و پژوهشی است؛ با این حال، تمامی روشهای درمانی موجود را در بر نمی‌گیرد و نیز ردکننده‌ی سایر روشهای درمانی نیست. توصیه‌های موجود به منظور ایجاد چارچوبی یکپارچه در بررسی و درمان بیماران فراهم آورده شده است و قضاوت نهایی در مورد فرایندهای تشخیصی و درمانی باید با توجه به شرایط ویژه هر بیمار توسط پزشک اتخاذ شود.

اقدامات تشخیصی



شرح حال

شرح حال کامل بگیرید و در آن به نکات زیر توجه کنید:

- نحوه شروع علائم و مکانیسم آسیب را تعیین کنید (ترومای مستقیم، ضربه به سر، سقوط).
- آیا نشانه‌هایی مبتنی بر اختلالات نورولوژیک (ضعف در اندام فوقانی، بی‌حسی<sup>۱</sup> یا درد رادیکولر با انتشار به اندام فوقانی) وجود دارد؟
- مشکلات گردنی قبلی و یا ناتوانیهای وابسته به آن را مورد توجه قرار دهید.

<sup>1</sup> Numbness

- سابقه میکروتروماهای مکرر گردن و یا هر دوره حاد از درد یا آسیب و پیلش را بررسی کنید.
- آیا سابقه مشکلات روانی اجتماعی<sup>۱</sup> مانند سوء مصرف مواد، نارضایتی شغلی و مشکلات خانوادگی و مالی وجود دارد؟
- آیا سابقه مشکلات پزشکی مرتبط با درد گردن مانند سابقه بیماریهای سیستمیک و سایر آسیبهای گردنی وجود دارد؟ سابقه هر مشکلی را که می‌تواند با منشأ سایر ساختارهای مجاور، درد گردن ایجاد کند، در نظر داشته باشید (مشکلات تیروئید، لنفادنوپاتی، مشکلات مری و تراشه و سابقه هرگونه سرطان).

### ○ معاینه بالینی

- در انجام یک معاینه کامل تمام موارد زیر را در نظر داشته باشید (رویکرد به بیماری که دچار ترومای شدید به سر یا گردن شده است با ارزیابی مشکلات گردنی در سطح اول ارائه خدمات پزشکی کاملاً متفاوت است. معاینات زیر، مربوط به ارزیابی معمول مشکلات گردنی است):
- حرکات سرو گردن را مشاهده کنید.
  - با چرخاندن گردن و خم کردن آن به طرفین دامنه حرکت گردن را تخمین بزنید.

برای انجام این معاینه از بیمار بخواهید عضلات گردن خود را شل کند. سپس یک دست را روی شانه بیمار قرار داده و با دست دیگر چانه را به سمت راست و چپ بچرخانید؛ کمتر از ۹۰ درجه چرخش به هر سمت غیر طبیعی تلقی می‌شود. برای اندازه‌گیری میزان خم شدن گردن به طرفین نیز مشابه حالت فوق عمل کنید، با این تفاوت که یک دست را روی شانه و دست دیگر در یک طرف سر قرار داده و سر را به دو طرف خم کنید. کمتر از ۴۵° خم شدن به هر طرف غیر طبیعی است.

- عضلات اطراف ستون مهره های گردنی، تراپزیوس و استرنوکلیدوماستوئید (SCM) را از نظر اسپاسم و تندرنس لمس کنید. تندرنس این عضلات عمدتاً به دلایلی مانند تروما، کشیدگی عضلات، و پیلش، رادیکولوپاتی گردنی و یا وضعیت نامناسب گردن است.
- درجه رادیکولوپاتی (وجود بی‌حسی، سوزن سوزن شدن<sup>۲</sup> و درد در مسیر اعصاب گردنی) را تعیین کنید.
- معاینه نورولوژیک کامل اندام فوقانی (از نظر حس و حرکت و رفلکسهای تاندونی)

### ○ بررسی رادیوگرافی

عکس ساده رادیوگرافی در تمام بیمارانی که با مشکلات درد گردن مراجعه می‌کنند و یکی از شرایط زیر را دارند، ضروری است:

- سابقه تروما به گردن
- سن بالای ۵۰ سال
- تمام بیمارانی که با علائم و نشانه‌های رادیکولوپاتی مراجعه کرده‌اند.
- آسیب و پیلش یا هر یافته‌ای مبنی بر آسیب نورولوژیک و یا درد پایدار
- سابقه بیماریهای سیستمیک مانند سرطان، درمان طولانی مدت با استروئید و یا سوء مصرف الکل
- افرادی که به درمانهای رایج پاسخ نمی‌دهند.

سری عکس های ساده گردن به طور معمول شامل ۵ عکس رادیو گرافی است:

۱- نمای ادونتوئید<sup>۳</sup>      ۲- نمای PA      ۳- نمای جانبی<sup>۴</sup>      ۴- دو نمای مایل<sup>۵</sup> (راست و چپ)

<sup>1</sup> Psycho-Social  
<sup>2</sup> Tingling  
<sup>3</sup> Odontoid (open mouth) view  
<sup>4</sup> Lateral View  
<sup>5</sup> Oblique Views

### تشخیص درد گردن ساده

◆ ابتدا شرایطی را که می‌توانند باعث ایجاد درد گردن شوند، خصوصاً شرایط بالقوه خطرناک را رد کنید. علائم هشدار یافته‌های بالینی هستند که وجود آنها بیانگر افزایش احتمال بیماریهای خاصی است که می‌توانند خود را با درد گردن نشان دهند و نیازمند توجه فوری هستند.

#### ① علائم هشدار

- **بدخیمی، عفونت، التهاب**
  - تب
  - کاهش وزن غیر قابل توجیه
  - سابقه آرتریت التهابی
  - سابقه بدخیمی، سوءمصرف مواد، AIDS و یا سایر عفونت‌ها
  - سرکوب ایمنی
  - دردی که شدت آن افزایش می‌یابد، تسکین پیدا نمی‌کند و یا باعث اختلال خواب می‌شود
  - لنفادنوپاتی
- **میلوپاتی**
  - پیشرفت تدریجی
  - اختلالات راه رفتن، ضعف یا اختلال عملکرد اندام فوقانی، از دست دادن عملکرد جنسی، مثانه یا روده
  - علامت لرمیت<sup>۱</sup> (احساس زها شدن تکانه‌های الکتریکی در زمان اکستنسین یا سایر حرکات گردن)
  - علائم درگیری نورون حرکتی فوقانی<sup>۲</sup> در اندام تحتانی (علامت بابینسکی، هایپررفلکسی، کلونوس، اسپاستیسیتی)
  - علائم درگیری نورون حرکتی تحتانی<sup>۳</sup> در اندام فوقانی (آتروفی و هایپورفلکسی)
- **ترومای شدید یا آسیب اسکلتی** (این موارد بندرت به مراکز ارائه خدمات اولیه مراجعه می‌کنند)
  - سابقه تروما
  - جراحی اخیر گردن
  - استئوپروز
  - دردی که شدت آن افزایش می‌یابد و یا تسکین پیدا نمی‌کند
- **بی‌کفایتی عروقی<sup>۴</sup>**
  - سرگیجه و سیاهی رفتن چشمها<sup>۵</sup> در زمان حرکت گردن بویژه خیرگی به سمت بالا<sup>۶</sup>
  - سرگیجه و حملات سقوط<sup>۷</sup>

◆ ویژگیهای زیر را که یافته‌های تیپیک درد گردن ساده هستند، مورد ارزیابی قرار دهید:

- گردن درد حاد یا مزمن که شروع ناگهانی یا تدریجی داشته است.
- عدم وجود درد لوکالیزه
- درد ممکن است به قاعده جمجمه، شانه‌ها و بازوها، قسمت فوقانی تنه و سر و صورت منتشر شود.
- گرفتگی و اسپاسم عضله به طور شایع وجود دارد.

<sup>1</sup> Lhermitte's sign  
<sup>2</sup> Upper motor neuron  
<sup>3</sup> Lower motor neuron  
<sup>4</sup> Vascular insufficiency  
<sup>5</sup> Dizziness and blackouts  
<sup>6</sup> Upward gaze  
<sup>7</sup> Dizziness and drop attacks

◇ وجود یا عدم وجود رادیکولوپاتی گردنی، اختلال ناشی از ویپلش و تورتیکولی حاد را مورد بررسی قرار دهید.

### تشخیص‌های افتراقی درد گردن ساده

- |   |  |
|---|--|
| - فیبرومیالژی                             | - مشکلاتی که در ساختارهای مجاور مانند شانه قرار دارد (دردهای ارجاعی) |
| - سردرد                                   | - بدخیمی‌های درگیرکننده ساختارهای گردنی                              |
| - عفونت‌هایی که عناصر گردنی را درگیر کنند | - بیماریهای مانند آرتريت روماتوئيد                                   |
| - ترومای شدید، آسیب اسکلتی                | - بی‌کفایتی عروقی  |
| - میلوپاتی                                |  |

### تشخیص اختلال ناشی از ویپلش

◇ از وجود سابقه فلکسیون، اکستانسیون یا چرخشی ناگهانی یا بیش از حد گردن، اطمینان حاصل کنید.

◇ پاتولوژیهای بالقوه خطرناک مانند شکستگی و نیمه دررفتگی مهره های گردنی را برای بیمار رد کنید.

◇ چنانچه شروع علائم با تأخیر همراه باشد:

- سایر پاتولوژی های جدی را رد کنید (علائم هشدار برای گردن درد ساده)
- عوامل خطرزای روانی و اجتماعی را مورد ارزیابی قرار دهید.

◇ نشانه‌های اختلال وابسته به ویپلش را مورد ارزیابی قرار دهید.

- درد گردن ناتوان کننده با یا بدون انتشار به شانه و بازو
- اسپاسم عضلانی
- تندرns نقطه‌ای<sup>1</sup>
- کاهش دامنه حرکت
- سندرم سمپاتیک خلف گردنی<sup>2</sup> شامل سر درد و احساس راه رفتن حشره روی صورت<sup>3</sup>

◇ وجود استرس، اضطراب و یا افسردگی همراه را مورد بررسی قرار دهید.

### تشخیص رادیکولوپاتی گردنی

◇ یافته‌های رادیکولوپاتی گردنی (تحت فشار قرار گرفتن ریشه اعصاب) عبارتست از:

- شروع علائم معمولاً به صورت تدریجی است ولی می‌تواند ناگهانی نیز باشد.
- درد گردن به اندام فوقانی منتشر می‌شود. این انتشار معمولاً یک طرفه ولی گاهی دو طرفه است. درد ممکن است به اندازه‌ای شدید باشد که باعث بیدار کردن فرد در شب شود.
- ضعف اندام فوقانی، پارستری، اختلال حسی در درماتومهای خاص، تغییر در رفلکسها

<sup>1</sup> Point tenderness

<sup>2</sup> Posterior cervical sympathetic syndrome

<sup>3</sup> Facial formication

◇ جدول زیر جزئیات یافته های شایع رادیکولوپاتی گردنی را نشان می دهد:

ریشه عصب	ضعف عضلانی	تغییر در رفلکسها	تغییر حس
C5	خم کردن و ابداکسیون شانه	بای سپس	خارج بازو
C6	خم کردن آرنج، باز کردن مچ	بای سپس، سوپیناتور	خارج ساعد، انگشت شست و اشاره
C7	باز کردن آرنج، خم کردن مچ، باز کردن انگشتان	تری سپس	انگشت میانی
C8	خم کردن انگشتان	—	قسمت داخلی دیستال ساعد، انگشت ۴ و ۵
T1	ابداکسیون و اداکسیون انگشتان	—	قسمت داخلی ساعد، پروگزیمال و دیستال بازو

### تشخیص تور تیکولی حاد

◇ در تور تیکولی حاد، سر به سمت عضله استرنوکلیدوماستوئید (SCM) کوتاه شده، خم می شود و چانه به سمت مخالف می چرخد، تندرین لوکالیزه و اسپاسم معمولاً در عضله های SCM یا تراپزیوس دیده می شود. این حالت معمولاً به صورت حاد و بدنبال وضعیت نامناسب گردن در هنگام خواب ایجاد می شود.

### تشخیص های افتراقی تور تیکولی حاد

- پرولاپس دیسک (شایعترین علت تور تیکولی شدید ثانویه)
- واکنش های دارویی (داروهای آنتی سایکوتیک و متوکلورامید)
- تانسلیت
- عفونت مهره های گردنی
- آسب نخاع گردنی
- اختلالات چشمی (استرابیسم)
- دیستونی گردنی (تور تیکولی اسپاسمودیک<sup>۱</sup>): یک دیستونی کانونی همراه با اسپاسم دردناک عضلات گردن است. این بیماری نادر و مزمن است.

## تدبیر درمانی

### درد گردن ساده

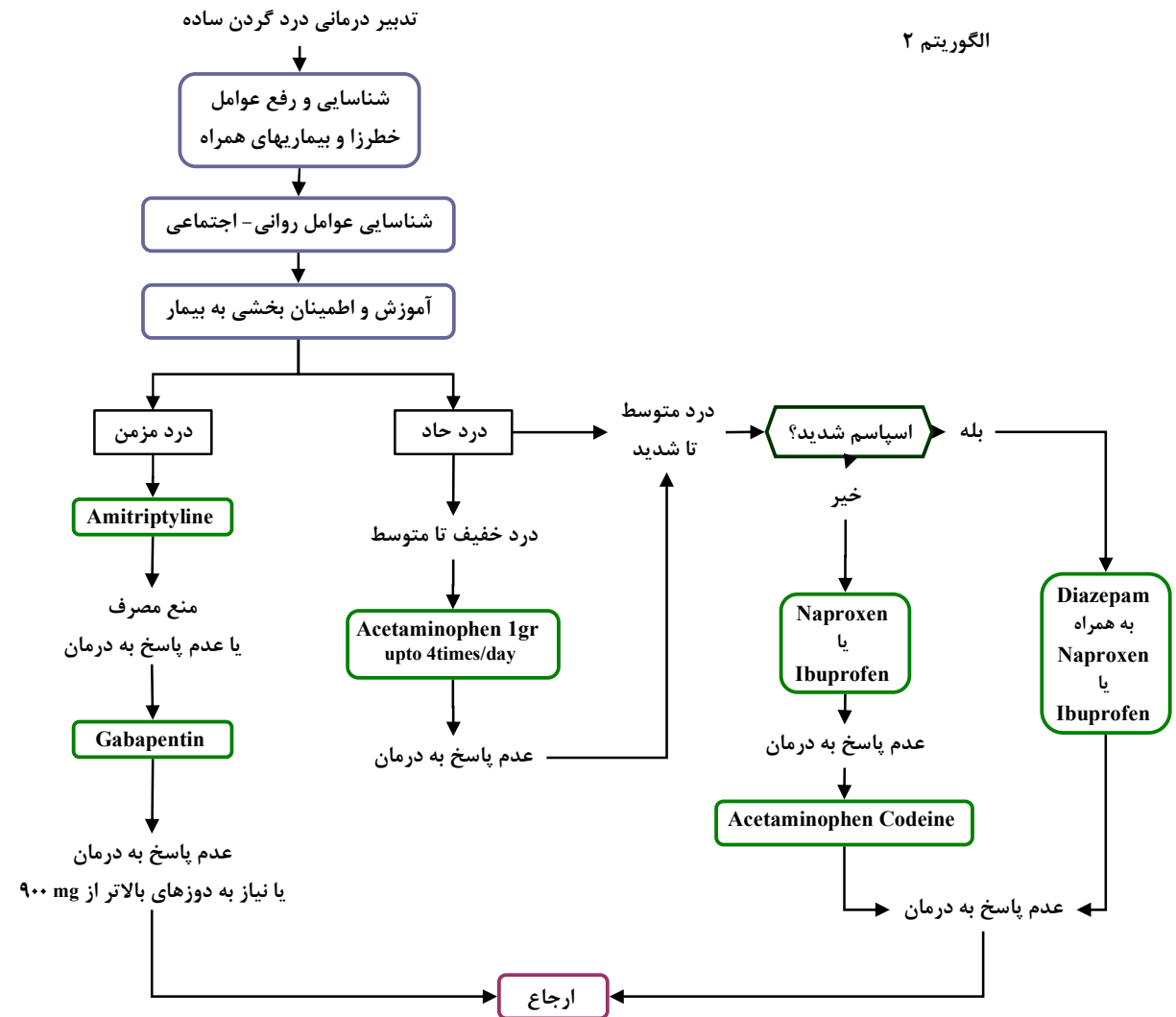
◇ آیا بیمار مبتلا به درد گردن ساده باید ارجاع داده شود و یا به بررسی های بیشتر نیاز دارد؟

- در صورت وجود هر یک از علائم هشدار بیمار را ارجاع دهید (فوریت ارجاع با توجه به شرایط بیمار تعیین می شود).
- در صورت مقاوم بودن درد و یا بروز عوارض (ناتوانی و مزمن شدن) بیمار را ارجاع دهید.
- گردن درد بدون عارضه نیاز به مطالعات تصویر برداری و سایر بررسی های اختصاصی ندارد، این حالت معمولاً موقتی و خوش خیم است.
- شمارش کامل سلولهای خونی (CBC) ، ESR<sup>۲</sup> یا CRP<sup>۳</sup>، آنزیم های کبدی و مطالعات تصویر برداری ممکن است برای رد سایر علل درد گردن، اندیکاسیون داشته باشد.

<sup>1</sup> Wry neck

<sup>2</sup> Erythrocyte Sedimentation Rate

<sup>3</sup> C-reactive protein



◆ عوامل خطرزا و بیماریهای همراه را شناسایی و درمان کنید.

- بیماریهای همراه: در بسیاری از موارد درد گردن مزمن حداقل یک بیماری دیگر وجود دارد. بیماریهای همراه شامل شرایط بوجود آورنده دردهای مزمن، بیماریهای فیزیکی مزمن<sup>۱</sup>، اختلالات ذهنی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی است.
- عوامل خطرزا: وضعیت نامناسب گردن<sup>۲</sup>، خم کردن یا پیچش تنه<sup>۳</sup>، لرزش دست و بازو<sup>۴</sup>، خم کردن گردن، نیروی بازوها، وضعیت قرارگیری بازوها، مدت زمان نشستن و بعضی از شرایط محیط کار با افزایش بروز درد گردن ارتباط دارند.

◆ عوامل روانی اجتماعی را که باعث افزایش خطر ازمان و ناتوانی درد گردن می‌شوند، یافته و درمان کنید.

- هر گونه نگرانی بیش از حد راجع به درد گردن، انتظار غیر واقعی از درمان، رفتار داشتن بیماریهای ناتوان کننده<sup>۵</sup> و مشکلات شغلی، خانوادگی، خلقی و احساسی را شناسایی و در صورت امکان برطرف کنید.

<sup>1</sup> Chronic physical conditions

<sup>2</sup> Awkward neck posture

<sup>3</sup> Twisting or bending of the trunk

<sup>4</sup> Hand-arm vibration

<sup>5</sup> Disabling sickness behavior



○ آموزش و اطمینان بخشی به بیمار

- درد گردن ساده حاد ممکن است با درمانهای ضد درد خفیف<sup>۱</sup> برطرف شود و معمولاً برای بهبودی به چند روز زمان نیاز دارد.
- شروع سریع حرکات گردن<sup>۲</sup> و بازگشت به زندگی فعال طبیعی باعث بهبود پیامدها می شود.
- اگر وضعیت نامناسب قرار گیری را در ایجاد و تشدید درد گردن مؤثر می دانید، باید این وضعیت نامناسب را اصلاح کنید.
- در صورتی که دامنه حرکات گردن محدود است، به بیمار توصیه کنید از رانندگی اجتناب کند.
- یک بالش نسبتاً سفت ممکن است شبها باعث راحتی بیشتر بیمار شود.
- بالش باید در قسمت‌های جانبی و قسمت انحنای گردن، حمایت کافی ایجاد کند.
- بیمار باید قبل از بخواب رفتن در یک وضعیت راحت و مناسب قرار بگیرد.
- استفاده از دو بالش ممکن است باعث تحت فشار قرار گرفتن سر شود.
- حمایت‌کننده‌های گردن<sup>۳</sup> باید در کوتاهترین دوره زمانی ممکن (۲ تا ۴ روز) و تحت نظارت فیزیوتراپیست مورد استفاده قرار گیرد و حرکت گردن باید در اولین فرصت ممکن شروع شود.

○ درمان دارویی

ضد دردها برای تسکین کوتاه مدت نشانه های بیماری مؤثر هستند. انتخاب ضد درد مناسب بسته به شدت درد، حاد یا مزمن بودن، ترجیحات و پذیرش بیمار و خطر عوارض جانبی متفاوت است. گزینه های درمانی به ترتیب افزایش اثربخشی و خطر عوارض جانبی شامل موارد زیر است:

□ قرص استامینوفن برای درمان درد گردن خفیف تا متوسط در صورت مصرف صحیح، دارویی ایمن و اثربخش است و در دوزهای پیشنهاد شده بخوبی تحمل میشود. مصرف منظم این دارو نسبت به مصرف در زمان نیاز برای درد گردن اثربخشی بیشتری دارد.

Tab Acetaminophen 500mg n=100

۱ تا ۲ قرص ۴ بار در روز (مصرف دارو نباید بیش از ۸ قرص یا ۴ گرم در روز باشد).

□ NSAID به صورت مصرف منظم برای درمان گردن متوسط تا شدید مؤثر است.

- مصرف طولانی مدت NSAID برای درمان درد گردن توصیه نمی شود.
- از میان NSAIDها ایبوپروفن و ناپروکسن در درمان درد گردن مورد استفاده قرار می گیرند. ایبوپروفن شاید کم خطرترین NSAID در دسترس باشد، درحالیکه هم اثربخشی و هم عوارض جانبی ناپروکسن نسبت به ایبوپروفن بیشتر است. استفاده از NSAIDهای اختصاصی (Cox-2) در درمان درد گردن توصیه نمی شود.

Tab Ibuprofen 400mg n=84

۱ قرص ۳ تا ۴ بار در روز (در افراد بالای ۱۶ سال)

یا

Tab Naproxen 250mg n=56

۱ تا ۲ قرص ۲ بار در روز

- استفاده از دو NSAID به طور همزمان توصیه نمی شود.
- NSAIDها ممکن است باعث تشدید آسم، فشار خون، آسیب کلیه و یا نارسایی قلبی شوند.

<sup>1</sup> Mild analgesia

<sup>2</sup> Early mobilization

<sup>3</sup> Neck supports

- در دوران حاملگی و شیردهی در صورت امکان از استامینوفن استفاده کنید. اگر استفاده از NSAID لازم باشد، می‌توان از ایبوپروفن در زمان شیردهی و تا قبل از هفته ۳۰ حاملگی استفاده کرد.
- ایبوپروفن می‌تواند در افراد مبتلا به بیماریهای قلبی عروقی، اثر محافظتی آسپرین با دوز کم را کاهش دهد.
- در صورت وجود سابقه زخم پپتیک، ایبوپروفن و ناپروکسن باید با داروهای محافظت‌کننده معده مورد استفاده قرار گیرند.
- در افرادی که دارای عوامل خطرزای عوارض گوارشی NSAID هستند:
  - در صورت امکان به جای NSAID از استامینوفن (با یا بدون کدئین) استفاده کنید.
  - و یا از داروهای محافظت‌کننده معده (PPI) به همراه NSAID های استاندارد استفاده نمایید.

Cap Omeprazole 20mg n=28

روزی یک کپسول قبل از صبحانه

- عوامل خطرزای عوارض گوارشی NSAID عبارتست از:
    - سن بالای ۶۵ سال
    - سابقه زخم معده و دئودنوم، خونریزی گوارشی و یا پارگی زخم معده یا دئودنوم
    - مصرف همزمان داروهایی که اثرات شناخته شده‌ای در افزایش عوارض دستگاه گوارش فوقانی دارد، مانند داروهای ضد انعقادی، آسپرین (حتی در دوزهای پایین) و کورتیکواستروئیدها
    - وجود بیماریهای همراه جدی مانند بیماریهای قلبی عروقی، نارسایی کلیوی یا کبدی، دیابت یا فشار خون
    - نیاز به مصرف طولانی مدت NSAID
    - استفاده از حداکثر دوز توصیه شده NSAID
- استامینوفن کدئین: در صورت نیاز به اثرات ضد درد بیشتر می‌توان از ترکیب استامینوفن و کدئین استفاده کرد.
- کدئین می‌تواند باعث تهوع، استفراغ، یبوست و خواب آلودگی شود و در مواردی که به مدت طولانی تجویز می‌شود، بهتر است همراه با یک ملین مصرف شود.

Tab Acetaminophen Codeine n=60

۱ تا ۲ قرص هر ۴ ساعت (حداکثر ۱۲ قرص در ۲۴ ساعت)

- شل‌کننده‌های عضلانی<sup>۱</sup>: از میان شل‌کننده‌های عضلانی، دیازپام معمولاً بهترین گزینه است. اثرات آرامبخشی<sup>۲</sup> دیازپام در درد گردن باعث کاهش اسپاسم و تنش عضلانی می‌شود و از این طریق به طور اثربخشی درد حاد گردن را کاهش می‌دهد. با توجه به عوارض دیازپام بهتر است، مصرف این دارو به مواردی که در آنها درد گردن با اسپاسم شدید عضلات همراه است، محدود شود. دوز مصرفی دیازپام ۳ تا ۴ میلی‌گرم، ۳ بار در روز به مدت ۳ تا ۷ روز است.

Tab Diazepam 2-4<sup>mg</sup> n=28

- دیازپام اثرات آرامبخشی قابل توجهی دارد، به بیماران هشدار دهید که در زمان مصرف این دارو و تا یک روز پس از قطع آن از رانندگی و کارهایی که نیازمند هوشیاری کامل است پرهیز کنند. علاوه بر آن ممکن است در زمان مصرف دیازپام، اثرات الکل مصرف شده، تشدید شود.
- دیازپام نیز مانند سایر بنزودیازپین‌ها، پتانسیل بالایی برای ایجاد وابستگی<sup>۳</sup> و تحمل<sup>۴</sup> دارد. بنابراین علاوه بر توصیه به مصرف کوتاه مدت دارو (۳ تا ۷ روز)، از تجویز دارو به افرادی که سابقه سوءمصرف مواد و الکل دارند وزن حامله و شیرده، اجتناب کنید.

<sup>1</sup> Muscle relaxant

<sup>2</sup> Sedative

<sup>3</sup> Dependence

<sup>4</sup> Tolerance

□ داروهایی که برای درمان درد مزمن گردن مورد استفاده قرار می‌گیرند:

- آمی‌تریپتیلین را می‌توان در بیمارانی که به درمانهای ضد درد استاندارد و NSAIDها پاسخ نداده‌اند، به مدت یک ماه تجویز کرد.
- در هنگام تجویز آمی‌تریپتیلین به بیمار اطمینان دهید که این دارو برای مقاصد روانپزشکی تجویز نشده است. آمی‌تریپتیلین را با دوز کم و بر اساس یک دوره یک ماهه تجویز کنید و اثربخشی و عوارض جانبی دارو را بعد از این دوره مورد بررسی قرار دهید.
- ابتدا با دوز اولیه ۱۰ تا ۲۵ میلی‌گرم هر شب، شروع کنید.
- بعد از ارزیابی مجدد، در صورت مؤثر بودن دارو می‌توان دوز را به طور هفتگی تا ۷۵ میلی‌گرم در روز بالا برد (دوز بالاتر از ۷۵ میلی‌گرم در روز حتماً باید تحت نظر متخصص شروع شود). در اکثر موارد دوز مؤثر آمی‌تریپتیلین بین ۲۵ تا ۷۵ میلی‌گرم است.

Tab Amitriptyline 10- 25<sup>mg</sup> n=28

یک قرص هر شب

- بسیاری از عوارض جانبی آمی‌تریپتیلین وابسته به دوز هستند و در دوزهای پایین مشکل مهمی از نظر بالینی ایجاد نمی‌کنند.
- کاهش فشارخون وضعیتی<sup>۱</sup> (بویژه در افراد مسن)، آریتمی و افزایش وزن نیز ممکن است دیده شود.
- به بیماران از نظر خطر خواب‌آلودگی ناشی از مصرف آمی‌تریپتیلین هشدار دهید و به آنها توصیه کنید در صورت احساس خواب‌آلودگی از کارهایی نظیر رانندگی که به هوشیاری کامل نیاز دارد، اجتناب کنند.
- از تجویز آمی‌تریپتیلین به افرادی که اخیراً دچار MI شده‌اند و یا در حال حاضر آریتمی قلبی دارند و زنانی که در سه ماهه سوم حاملگی هستند، اجتناب کنید.
- آمی‌تریپتیلین در صورت فزونی مصرف<sup>۲</sup> خطرناک است و نباید برای افرادی که در خطر خودکشی هستند، تجویز شود.
- قطع ناگهانی دارو ممکن است باعث ایجاد سندرم محرومیت شود.<sup>۳</sup>
- گاباپنتین: در صورت ممنوعیت مصرف آمی‌تریپتیلین و یا اثبات فقدان اثربخشی آن می‌توان از گاباپنتین استفاده کرد. برای تسکین دردهای مزمن گردن، به دوز کامل ضد صرع گاباپنتین نیاز است.
- ابتدا از ۱۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز شروع کرده و دوز را به تدریج در طی یک هفته تا ۲۰۰ میلی‌گرم ۳ بار در روز بالا ببرید. دوز مؤثر در بیشتر افراد ۹۰۰ تا ۱۸۰۰ میلی‌گرم در روز است. در صورت نیاز به دوز بالاتر از ۹۰۰<sup>mg</sup> در روز باید با متخصص مشاوه شود.

Cap Gabapentin 100 n=27<sup>mg</sup>

یک کپسول ۳ بار در روز به مدت ۳ روز

سپس دو کپسول ۳ بار در روز به مدت ۳ روز سپس

Cap Gabapentin 300 n=84<sup>mg</sup>

یک کپسول ۳ بار در روز

عوارض جانبی شایع گاباپنتین شامل خواب‌آلودگی، سرگیجه، عدم تعادل و احساس خستگی است.

- قطع ناگهانی گاباپنتین ممکن است سبب اضطراب، بی‌خوابی، تهوع، درد و تعریق شود.

(دارو باید به تدریج و در طی حداقل یک هفته قطع شود)

- کلیرانس<sup>۴</sup> گاباپنتین در اختلالات کلیوی به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد. کل دوز مصرفی در افرادی که دچار اختلال کلیوی خفیف هستند (بسیاری از افراد مسن) نباید از 1200 میلی‌گرم تجاوز کند.

○ درمانهای طب فیزیکی

<sup>1</sup> Postural hypotension

<sup>2</sup> Drug overdose

<sup>3</sup> Withdrawal

<sup>4</sup> Clearance

- فیزیوتراپی در بدست آوردن سریعتر حرکات گردن و بازگشت به فعالیتهای معمول کمک کننده است.
- فیزیوتراپی فعال، حرکت دادن و ورزش می تواند باعث تسکین کوتاه مدت علائم در بیماران مبتلا به درد گردن مزمن شود.

### ○ درمانهای تهاجمی

جراحی و سایر درمانهای تهاجمی به ندرت در درمان درد گردن ساده اندیکاسیون پیدا می کند. ارجاع بیمارانی را که مبتلا به درد مزمن گردن و یا علائم فشار بر ریشه عصب هستند و درد آنها با روشهای معمول کنترل نمی شود، برای بررسی های بیشتر جهت انجام درمانهای تهاجمی، در نظر داشته باشید.

درمانهای تهاجمی شامل PRN<sup>1</sup> و بی حسی اپی دورال گردنی<sup>2</sup> است که توسط متخصص طب فیزیکی و متخصص بیهوشی انجام می شود.

### رادیکولوپاتی به علت اسپوندیلوز گردنی یا فتق دیسک

- آیا بیمار مبتلا به رادیکولوپاتی گردنی باید ارجاع داده شود و یا به بررسی های بیشتری نیاز دارد.
- در صورت وجود هر یک از پرچم های قرمز بیمار را ارجاع دهید. (فوریت ارجاع با توجه به شرایط بیمار تعیین می شود).
- در صورت مقاوم بودن درد و یا بروز عوارض بیمار را ارجاع دهید.
- درد گردن همراه با رادیکولوپاتی و نبود پرچمهای قرمز معمولاً نیازی به بررسی بیشتر و مطالعات تصویربرداری ندارد.
- شمارش کامل سلولهای خونی (CBC)، ESR، CRP، آنزیمهای کبدی و مطالعات تصویربرداری ممکن است برای رد سایر علل احتمالی درد گردن، اندیکاسیون داشته باشد.
- X-ray مهره های گردنی ممکن است نشاندهنده تغییرات اسپوندیلوز یا استئوآرتروز باشد. تفسیر این علائم معمولاً دشوار است چرا که تغییرات دژنراتیو در بسیاری از موارد در سنین بالای ۳۵ سال دیده می شود.
- درمان اولیه رادیکولوپاتی گردنی مانند درد گردن ساده است. ویزیت های پیگیری ۱ تا ۴ هفته بعد از ویزیت اول (بر اساس شدت علائم) انجام می شود.

### آسیب ویپلش بدون شکستگی یا نیمه دررفتگی مهره های گردنی

- آیا بیمار مبتلا به آسیب ویپلش بدون شکستگی یا نیمه دررفتگی مهره های گردنی باید ارجاع داده شود یا به بررسی بیشتری نیاز دارد؟
- در صورت وجود هر یک از علائم ویپلش (تحت فشار قرار گرفتن نخاع) بیمار را به سرعت ارجاع دهید.
- ارجاع فوری در موارد وجود ترومای شدید، آسیب مهره ها یا رادیکولوپاتی لازم است.
- در صورت پاسخ ندادن درد، اضطراب یا افسردگی بیمار به درمانهای معمول، بیمار را ارجاع دهید.
- عکس های X-ray ستون فقرات گردنی ممکن است برای رد شکستگی و نیمه دررفتگی اندیکاسیون داشته باشد و درخواست آنها در صورت وجود علائم نورولوژیک ضروری است.
- شمارش کامل سلولهای خونی (CBC)، ESR، CRP، آنزیمهای کبدی ممکن است برای رد سایر علل احتمالی درد گردن، اندیکاسیون داشته باشد.
- درمان اولیه آسیب ویپلش نیز مانند درد گردن ساده است. در ویزیت های پیگیری به نکات زیر توجه داشته باشید.
- علائم ویپلش مزمن ممکن است در بعضی موارد به مسائل قانونی و قضایی مربوط باشد.
- علائم ویپلش مزمن ممکن است با اضطراب یا افسردگی همراه باشد که نیازمند درمان خاص برای این اختلالات است.

<sup>1</sup> Percutaneous radiofrequency neurotomy

<sup>2</sup> Cervical epidural analgesia

تور تیکولی حاد

آیا بیمار مبتلا به تور تیکولی حاد باید ارجاع داده شود یا به بررسی‌های بیشتر نیاز دارد؟

در موارد زیر ارجاع تور تیکولی حاد به متخصص توصیه می‌شود:

- تور تیکولی پایدار

- دیستونی گردنی

- عدم تعادل بین چشمها

در غیر این صورت، تور تیکولی نیاز به بررسی بیشتر ندارد و مانند درد گردن ساده حاد درمان می‌شود.

References:

1. Work Loss Data Institute. Neck and upper back. Corpus Christi (TX): Work Loss Data Institute; 2004. 157 p.
2. Prodigy knowledge guidance. Neck pain, Last revised in July 2005, issued in November 2005.
3. Wainner, R.S. and Gill, H. (2000) Diagnosis and nonoperative management of cervical radiculopathy. *Journal of Orthopedic & Sports Physical Therapy* **30**(12), 728-744.
4. Von Korff, M., Crane, P., Lane, M. et al (2005) Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *Pain* **113**(3), 331-339.
5. Vallee, J.N., Feydy, A., Carlier, R.Y. et al (2001) Chronic cervical radiculopathy: lateral-approach periradicular corticosteroid injection. *Radiology* **218**(3), 886-892.
6. Stiell, I.G., Clement, C.M., McKnight, R.D. et al (2003) The Canadian C-spine rule versus the NEXUS low-risk criteria in patients with trauma. *New England Journal of Medicine* **349**(26), 2510-2518.
7. SIGN (2000) *Management of early rheumatoid arthritis*. Report no. 48. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. www.sign.ac.uk [Accessed: 01/04/2002]
8. Scholten-Peeters, G.G.M., Verhagen, A.P., Bekkering, G.E. et al (2003) Prognostic factors of whiplash-associated disorders: a systematic review of prospective cohort studies. *Pain* **104**(1-2), 303-322.
9. Rostom, A., Wells, G., Tugwell, P. et al (2002) *Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers (Cochrane Review)*. The Cochrane Library. Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. www.nelh.nhs.uk/cochrane.asp [Accessed: 04/04/2005].
10. Pickin, M. (2005) *Personal communication. The use of diazepam in neck pain*. Consultant orthopaedic physician, Doncaster Royal Infirmary: Doncaster.
11. NICE (2001) *Guidance on the use of cyclo-oxygenase (Cox) II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis*. Technology appraisal no. 27. National Institute for Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk [Accessed: 16/10/2003].
12. McClune, T., Burton, A.K. and Waddell, G. (2002) Whiplash associated disorders: a review of the literature to guide patient information and advice. *Emergency Medicine Journal* **19** (6), 499-506.
13. Kriss, T.C. and Kriss, V.M. (2000) Neck pain. Primary care work-up of acute and chronic symptoms. *Geriatrics* **55**(1), 47-48.
14. Klaber Moffett, J.A., Jackson, D.A., Richmond, S. et al (2005) Randomized trial of a brief physiotherapy intervention compared with usual physiotherapy for neck pain patients: outcomes and patients' preference. *British Medical Journal* **330** (7482), 75.
15. Philadelphia Panel evidence-based clinical practice guidelines on selected rehabilitation interventions for neck pain. *Phys Ther* 2001 Oct; **81**(10):1701-17.
16. AP Verhagen et al. Conservative treatments for whiplash. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 issue 1.
17. P Peloso et al. Medicinal and injection therapies for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 issue 2.
18. AR Gross et al. Manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004 issue 1.

19. L Niemisto et al. Radiofrequency denervation for neck and back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003 issue 1.
20. The Canadian Chiropractic Association, Canadian Federation of Chiropractic Regulatory Boards, Clinical Practice Guidelines Development Initiative, Guidelines Development Committee (GDC). Chiropractic clinical practice guideline: evidencebased treatment of adult neck pain not due to whiplash. *J Can Chiropr Assoc* 2005;49(3):158-209.
21. Gross, A.R., Kay, T., Hondras, M., Goldsmith, C., Haines, T., Peloso, P., Kennedy, C., & Hoving, J. (2002). Manual therapy for mechanical neck disorders: a systematic review. *Manual Therapy*, 7, 131-149.
22. Jull, G., Trott, P., Potter, H., Zito, G., Niere, K., Shirley, D., Emberson, J., Marschner, I., & Richardson, C. (2002). A Randomized Controlled Trial of Exercise and Manipulative Therapy for Cervicogenic Headache. *Spine*, 27, 1835-1843.
23. Daffner RH, Dalinka MK, Alazraki NP, DeSmet AA, El-Khoury GY, Kneeland JB, Manaster BJ, Pavlov H, Rubin DA, Steinbach LS, Weissman BN, Haralson RH III, Expert Panel on Musculoskeletal Imaging. Chronic neck pain. [online publication]. Reston (VA): American College of Radiology (ACR); 2005. 7 p.