



یکی از وظایف درمان‌گر مشخص کردن این مساله است که فرد مراجعه‌کننده، کاندید مناسبی برای دریافت فیزیوتراپی هست یا خیر. برای ارائه‌ی راهکار درمانی مناسب، ما باید مشکل عصبی-عضلانی-اسکلتی یا بیومکانیکی که فعالیت و مشارکت بیمار یا فرد مراجعه‌کننده را تحت تاثیر قرار داده مشخص کنیم و سپس تا حد امکان، آن مشکل را به صورت تخصصی درمان کنیم. به عنوان بخشی از فرآیند درمان، وظیفه درمان‌گر غربالگری دقیق بیماری‌های داخلی است. فیزیوتراپیست باید قادر باشد علائم و نشانه‌های بیماری سیستمی که مقلد اختلال عضلانی-اسکلتی یا عصبی-عضلانی هستند (در اینجا با عنوان مشکل عصبی-عضلانی-اسکلتی یا نوروماسکولواسکتال<sup>۱</sup> (NMS) نامیده می‌شود) را شناسایی نماید. زخم‌های گوارشی، بیماری‌های کیسه‌ی صفرا، بیماری‌های کبدی و ایسکمی موضعی قلبی تنها چند نمونه از بیماری‌های سیستمی هستند که می‌توانند باعث درد در ناحیه شانه و پشت شوند. بیماری‌های دیگری هم می‌توانند موجب ایجاد دردهایی در ناحیه گردن، بالای کمر، هیپ، قسمت تحتانی پشت و ساکروایلیاک یا ایجاد نشانه‌های دیگری شوند.

غربالگری سرطان، قسمت اصلی این فرآیند است. سرطان می‌تواند به صورت یک درد اولیه پدیدار شود و مناطق مختلف مانند گردن، شانه، قفسه‌ی سینه، قسمت فوقانی کمر، هیپ، لگن، کشاله ران، مفاصل ساکروایلیاک یا کمر را تحت تاثیر قرار دهد. سرطان چه اولیه باشد و چه عود کننده یا متاستازی، می‌تواند تظاهرات بالینی اختلال NMS را تقلید کند. درمان‌گران باید بدانند که چگونه این غربالگری سرطان را انجام داده و در آزمون‌های غربالگری دنبال چه چیز باشند.

هدف و حوزه‌ی آموزشی این کتاب، آموزش درمان‌گران برای تشخیص داخلی تخصصی نیست. هدف این کتاب دو سوپیه است: اولاً به درمان‌گر در تشخیص مواردی که در حیطه‌های خارج از حوزه‌ی عمل فیزیوتراپی است کمک می‌کند. دوم این که روشی گام به گام به درمان‌گر ارائه می‌دهد تا افرادی را که نیاز به ارجاع یا مشاوره با پزشک یا دیگر متخصص مربوطه دارند را شناسایی کنند که بتوانند به بهترین شکل علائم و نشانه‌های ظاهر شده را درمان کنند.

با حرکت روزافزون کشورها به سمت افزایش دسترسی به درمان و اقدامات پیشرفته‌تر، فیزیوتراپیست‌ها بیشتر و بیشتر به عنوان درمان‌گر ترجیحی انتخاب می‌شوند؛ به همین خاطر، آن‌ها اولین فردی هستند که بیمار از آن‌ها راجع به اختلال و نارسای عضلانی-اسکلتی راهنمایی می‌جوید. این امر برای متخصصان فیزیوتراپی جهت تعیین نیاز به ارجاع به پزشک و تعیین زمان آن بسیار مهم است. هر مورد به صورت فردی و جداگانه باید مورد بررسی قرار گیرد.

حتی بدون دسترسی مستقیم، تست غربالگری مهارتی ضروری برای درمان‌گر است، چون همه‌ی مراجعه‌کنندگان می‌توانند نشانه‌ها و علائم هشدار دهنده را بروز دهند و این نیاز به ارزیابی مجدد توسط متخصص پزشکی دارد. روش‌ها و مدل‌های تصمیم‌گیری بالینی برای تست غربالگری که در این کتاب ارائه شده است با یا بدون دسترسی مستقیم و در همه جایگاه‌های تمرین درمانی، یکسان هستند.

### **عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد**

تمام مولفه‌های عملکرد بالینی مبتنی بر شواهد، در فیزیوتراپی در هم آمیخته و ملحق می‌شوند. تصمیم‌های بالینی باید حاصل یکپارچه‌سازی مهارت بالینی درمان‌گر، ارزش‌ها و اولویت‌های بیمار و بهترین شواهد در دسترس باشند.



هر درمان‌گر باید بهترین مهارت‌های لازم برای همسان‌سازی، ارزیابی و استفاده از شواهد را در زمان غربالگری بیمار داشته باشد. تلاش‌های زیادی جهت بررسی مقالات و کتب مربوطه انجام شده؛ اما هم‌چنان مسئولیت به روز بودن اطلاعات راجع به احتمالات، مقادیر پیش‌بینی‌کننده مانند پایایی، حساسیت و دقت، اعتبارسنجی علائم احتیاط (زرد) و علائم هشدار (قرمز) و سطح اطمینان در سوالات و آزمایشات غربالگری، برعهده‌ی خواننده است. هر درمان‌گر خواهان این است که ابزارهای غربالگری را بر اساس نوع تمرین درمانی‌اش با استفاده از بهترین استراتژی‌های موجود غربالگری، خود خلق کند. این استراتژی‌ها به سرعت در حال تغییر هستند و نیاز به توجه دقیق به مقالات و پژوهش‌های تاییدشده‌ی بیمار محور دارند.

تصمیم‌گیری‌های بالینی مبتنی بر شواهد، براساس مدل درمانی که در «راهنمای اقدامات درمانی فیزیوتراپی» ارائه شده است، اساس تشخیص افتراقی فیزیوتراپی را تشکیل می‌دهند. غربالگری بیماری‌های سیستمی یا دلایل درد احشایی علائم NMS با یک مصاحبه و سابقه پزشکی کامل بیمار آغاز می‌شود.

اساس کار در این مهارت‌ها در فصل دو ارائه شده است؛ علاوه بر این، درمان‌گر بر تظاهرات بالینی و وجود علائم و نشانه‌های مربوطه برای هشدار به فرد اتکای زیادی خواهد داشت. هشدار می‌دهد که نشان می‌دهد فرد به آزمایشات تخصصی‌تری نیاز دارد یا نه. در اقدامات بالینی مبتنی بر شواهد، تکیه به چک لیست‌های قرمز بر اساس سابقه قبلی پزشکی فرد، روشی کاملاً مطمئن برای پرهیز از نادیده انگاشتن وجود اختلالات جدی است. اقداماتی جهت تایید روایی علائم هشدار دهنده (نماد قرمز) انجام شده است. زمانی که شرایط وخیم و بحرانی مورد توجه قرار نمی‌گیرند، دلیلش فقدان بررسی و رسیدگی ویژه نیست، بلکه دلیل اصلی آن بی‌توجهی به سرخ‌ها در سوابق پزشکی بیمار است.

بعضی از بیماری‌ها حتی با غربالگری هم مورد توجه قرار نمی‌گیرند. چون این علائم در مراحل اولیه‌ی خود قرار دارند و هنوز آن قدر پیشروی نکرده‌اند که قابل تشخیص باشند. در بعضی از موارد هم تشخیص زودهنگام، تفاوتی در نتیجه‌ی کار ایجاد نمی‌کند؛ چون نه کاری برای جلوگیری از پیشروی آن می‌توان کرد و نه درمان مناسبی برایش وجود دارد.

## آمار و ارقام

مشکلات سیستمی یا احشایی چقدر به شکل اختلالات عضلانی-اسکلتی یا عصبی-عضلانی تظاهر می‌کنند؟ آمار و ارقام خیلی کمی وجود دارد که مشخص کند هر چند وقت یکبار یک بیماری ارگانیک به شکل اختلال NMS تظاهر می‌کند. پزشکان متخصص ارتوپد این عدد را در تقریباً یک درصد از موارد مشاهده شده توسط فیزیوتراپیست تعیین می‌کنند. ولی داده‌های محدودی وجود دارد که روایی این عدد را تایید کنند. در حال حاضر، غربالگری روشی بر مبنای توافق است که براساس مدل سنتی و پژوهشی پزشکی برگرفته از طبابت نظامی (مطالعات موردی اولیه) به صورت الگو درآمده است.

تلاش‌ها و اقداماتی جهت ایجاد پایگاه داده‌ای برای جمع‌آوری داده‌های بیمار در حال انجام هستند که می‌توانند به ما در این حوزه کمک کنند. تا زمانی که داده‌های موثقی به دست آیند، ما وظیفه داریم که در جستجوی شواهد و مدارک در متون علمی، یا بازنگری همه جانبه‌ای جهت یافتن مسیر مناسب در این فرآیند باشیم.

تجارب شخصی نشان می‌دهند که رقم یک درصدی اشاره شده در بالا، در صورتی که درمان‌گران به صورت روتین غربالگری کنند، بالاتر می‌رود. در حمایت از این فرضیه، یک بررسی سیستماتیک بر ۷۸ کیس موردی انجام شد که نشان می‌داد فیزیوتراپیست‌ها در ۲۰ مورد (۲۵/۶ درصد) بیمار را به پزشک معرفی کرده بودند؛ چون علامت و نشانه‌های بیماری بدتر شده یا با پیش‌آگهی اولیه



تطابق وجود نداشت. از ۲۰ مورد ارجاعی، ۸ مورد (۱۰ درصد) علائم جدیدی داشتند که به علائم اولیه که در ابتدا دیده شده بود، مرتبط نبودند. فیزیوتراپیست‌هایی که بر روی این موردها کار می‌کردند، صرف نظر از اینکه فرد توسط پزشک معالج به فیزیوتراپی معرفی شده یا نه، آزمایشات روتین غربالگری را انجام می‌دادند. این نتایج، اهمیت غربالگری درمان‌گر را، مستقل از شکایت اصلی بیمار (به عنوان مثال برای این گروه، علائم هشدار مربوط به دلیل شروع فیزیوتراپی نبودند)، یا زمانی که علائم و نشانه‌های جدید ظاهر شده مربوط به بیماری اولیه فرد نباشند، آشکار می‌سازند. به عنوان مثال، گوش فرا دادن به بیماران، زمانی که تحت درمان ما رو به بهبودی نیستند، چه پس از جراحی، چه زمانی که تظاهرات بالینی با تشخیص تطابق نداشته باشند، بسیار مهم است. در اینجا، علائم هشدار درمان‌گر را به سوی ارزیابی و بررسی بیشتر سیستم‌هایی که در ارزیابی اولیه‌ی متخصص گنجانده نشده است، هدایت می‌کنند. این روش با استفاده از دانش ما و انتخاب بهترین روش درمانی، به بیماران کمک زیادی می‌کند.

### عوامل مهمی که باید در نظر گرفته شوند

سه عامل اصلی که نیاز به غربالگری را تایید می‌کنند عبارتند از:

- اثرات جانبی داروها
- وجود همزمان دو بیماری
- مکانیسم‌های درد احشایی

اگر تشخیص داخلی با تاخیر همراه باشد، تشخیص صحیح نهایتاً زمانی انجام می‌شود که:

۱. حال بیمار با روش‌های فیزیوتراپی بهتر نشود.
۲. حال بیمار بهتر شود ولی بعد از مدتی بدتر شود.
۳. علائم و نشانه‌های مرتبط دیگری به وجود آیند.

زمان‌هایی وجود دارد که بیماری دارای شکایت NMS، در واقع اثرات جانبی داروها را تجربه می‌کند. این احتمالاً رایج‌ترین منبع علائم و نشانه‌های مشاهده شده در بالین است. اثرات جانبی داروها به عنوان دلیلی برای نشانه‌های درد در عضله و مفصل به صورت کامل‌تر در فصل ۲ مورد بررسی قرار خواهد گرفت. مکانیسم‌های درد احشایی نیز موضوع بحث فصل ۳ خواهد بود.

درمورد وجود دو بیماری همزمان، بسیاری از بیماران و افراد مراجعه کننده درگیر مشکلات دیگری چون افسردگی، دیابت، چاقی، وابستگی دارویی، تنش مالی، پوکی استخوان و ضدشرطی شدن (عادت کردن به شرایط مناسب‌تر، که زندگی در حالت عادی را مختل می‌سازد). این مشکلات می‌توانند با میزان گسترش بیماری محسوس و میزان مرگ و میر مرتبط باشند. روش‌های درمانی فیزیوتراپی اغلب با تاثیر روی پیامدها و/یا معرفی فرد به پزشک متخصص یا فیزیوتراپیست دیگر با مهارت‌های پیشرفته، به بیمار کمک می‌کنند.

در نهایت، این موضوع که بعضی از بیماران با یک بیماری سیستمی یا احشایی همراه با علائم NMS که با فیزیوتراپی بهتر می‌شوند را در نظر بگیرید. ممکن است اثر پلاسبو (دارونما) وجود داشته باشد. همچنین ممکن است اثر فیزیولوژیکی حرکت روی وضعیت بیماری وجود داشته باشد. درمان فیزیوتراپیست ممکن است هنگامی که بدن تلاش می‌کند هموستازی را مجدداً به دست آورد، بر روی محور نورواندوکرین-ایمنی اثر بگذارد. شاید شما این پدیده را در زمان پایین آمدن هموستازی به دنبال یک سرماخوردگی



یا علائم یک ویروس تجربه کرده باشید. شاید بعد از یک نرمش احساس بهبودی کرده‌اید یا حتی کلاً نشانه‌های بیماری از میان برود.

حرکت، فعالیت فیزیکی و ورزش سبک به تقویت دستگاه ایمنی کمک می‌کنند. ولی گاهی اوقات چنین معیارها و مقیاس‌هایی فراگیر نیستند، به ویژه اگر عواملی مانند آب‌رسانی ناکافی، تغذیه نامناسب و ضعف، خستگی، افسردگی، سرکوب ایمنی و استرس وجود داشته باشد. در چنین مواردی شرایط به نقطه‌ای خواهد رسید که علائم هشدار دهنده خطر مشاهده یا گزارش می‌شوند و یا بیماری بیمار پیشرفت می‌کند و نیاز به ارجاع به پزشک مربوطه مشهودتر خواهد شد.

### دلایل انجام غربالگری

دلایل بسیاری وجود دارد که چرا درمان‌گران نیاز به انجام آزمایشات غربالگری برای بیماری‌ها دارند. دسترسی مستقیم تنها یکی از آن دلایل است (باکس ۱-۱). تشخیص اولیه و ارجاع به فرد متخصص دیگر، کلیدی برای پیشگیری از بیماری‌های دیگر یا عوارض پیچیده‌تر است. در همه‌ی شرایط کاری، درمان‌گران باید بدانند چگونه بیماری‌های سیستمی مقلد NMS را تشخیص دهند. این شامل ارجاع فرد به پزشک مربوطه، به درمان‌گر منتخب توسط مدل دسترسی مستقیم یا به پزشک عمومی است.

اقدامات فیزیوتراپی از زمان شروع با ابزار کمکی بازسازی، دستخوش تغییرات فراوانی شده‌اند. اقدامات بالینی پس از شکل‌گیری در جنگ جهانی اول و سپس جنگ جهانی دوم، تحت تاثیر اپیدمی فلج اطفال (پولیو) در سال ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ قرار گرفت. با گسترش استفاده از واکسن زنده و خوراکی فلج اطفال، این بیماری در سال ۱۹۶۳ در ایالات متحده ریشه‌کن شد و رویه‌ی کار بالینی دوباره تغییر کرد (شکل ۱-۱).

امروزه بیشتر بیمارانی که توسط درمان‌گران ویزیت می‌شوند، آسیب‌ها، محدودیت‌های فعالیت و مشارکت در اجتماع را دارند که مربوط به NMS می‌شود (شکل ۱-۲). بیشتر اوقات، سابقه پزشکی فرد و مکانیسم آسیب، به دلیلی شناخته شده از ناتوانی حرکتی اشاره دارند.

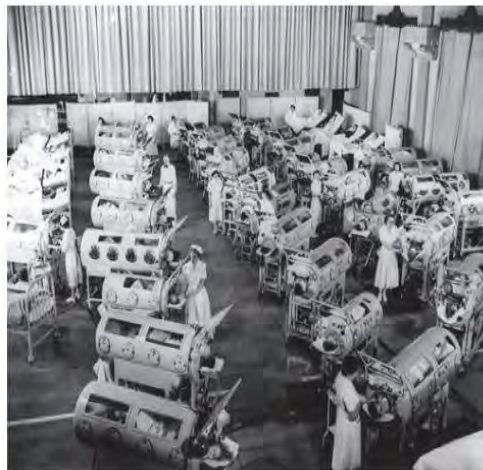
بنابراین، درمان‌گران، در هر موقعیت درمانی که کار می‌کنند، باید قادر به ارزیابی و برآورد شکایت یک فرد به صورت آگاهانه باشند و تعیین کنند آیا علائم و نشانه‌های یک بیماری سیستمی یا اختلال داخلی وجود دارد که نیاز به ارزیابی توسط یک فرد مجرب داشته باشد یا خیر. این کتاب، اطلاعات لازم را برای کمک به درمان‌گر در این زمینه فراهم می‌آورد.

### باکس ۱-۱: دلایل برای معاینه غربالگری

- دسترسی مستقیم چیست؟ در دسترسی مستقیم، درمان‌گر مسئولیت اصلی یا اولین تماس با بیمار را دارد.
- بیماران سریع‌تر مراجعه می‌کنند و حال وخیم‌تری دارند. (سریع‌تر و بیمارتر)
- نسخه امضاء شده: بیماران می‌توانند نسخه‌ی تجویزی امضاء شده برای فیزیوتراپی یا کار درمانی را بر اساس شکایات گذشته علائم عضلانی-اسکلتی، بدون تماس مستقیم با پزشک، داشته باشند.
- تخصص پزشکی: متخصصان پزشکی ممکن است در تشخیص بیماری سیستمی اصلی موفق نباشند.
- پیشرفت بیماری: مراحل اولیه برای تشخیص سخت هستند یا علائم در زمان بررسی پزشکی ظاهر نمی‌شوند.
- افزایش اطلاعات: بیمار اطلاعات قبلی را که به پزشک ارائه نشده، بازگو می‌کند.
- بیمار به خاطر فراموشکاری، ترس یا خجالت، علائم یا نگرانی‌های خود را به پزشک گزارش نمی‌کند.
- وجود یک یا چند علامت احتیاط یا هشدار

### سریع‌تر و بیمارتر

سالخوردگی در جمعیت آمریکا، تاثیر چشمگیری روی سلامت عمومی گذاشته است. اصطلاح Sicker و Quicker اصطلاحی برای توصیف بیمارانی است که در حال حاضر بستری هستند (شکل ۱-۳).



شکل ۱-۱: بیماران در ریه شبیه‌سازی شده آهنی (Iron Lung) در حال درمان در Ranches Amigos در طی دوران اپیدمی فلج اطفال در سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۵۰



شکل ۱-۲: سابقه بیماری و مکانیسم آسیب اغلب می‌تواند دلیلی برای ناتوانی حرکتی باشد.



شکل ۱-۳: سالخوردگی افراد «سنت‌گرا» (متولد قبل از سال ۱۹۴۶) و نسل Baby Boomer (بومرها، تولد از ۱۹۴۶ تا ۱۹۶۴) منجر به پیر شدن جمعیت و شیوع چند نوع بیماری همزمان در درمان فیزیوتراپی خواهد گشت. حتی با یک آسیب نورولوژی و یا ارتوپدی، این افراد نیاز به غربالگری دقیق‌تری برای یافتن مشکلات دیگر، اثرات جانبی داروها و برنامه‌های پیشگیری اولیه و ثانویه خواهند داشت.

Quicker (سریع‌تر) به نحوی ارائه مراقبت پزشکی اشاره دارد که در ده سال گذشته برای مقابله با هزینه‌های رو به افزایش پزشکی و سلامت تغییر کرده است. در مرکز درمان حاد، تمرکز اصلی روی پروتکل بهبودی سریع است. در نتیجه تحرک زودهنگام در بیماران با وضعیت حادثه مجاز شمرده می‌شود. پیشرفت در درمان دارویی آزیتاسیون (آشفتگی) بیمار، امکان تحرک ایمن‌تر و سریع را ایجاد کرده است. بیماران بستری در بیمارستان، امروزه سریع‌تر از آنهایی که ۱۰ سال پیش بستری بودند، مرخص می‌شوند. بیماران به سرعت از واحد آی‌سی‌یو به بخش یا حتی خانه منتقل می‌شوند. جراحی‌ها اغلب سرپایی هستند و در همان روز جراحی بیمار مرخص می‌گردد؛ در حالی که در گذشته بیماران به بستری شدن طولانی مدت نیاز داشتند. بیست سال پیش، بیمارانی که امروزه در بخش‌های داخلی و جراحی بستری هستند، در ICU حضور داشتند.

محیط امروزی مراقبت و درمان پیچیده بوده و به سرعت در حال تغییر است. درمان‌گران باید از علائم و نشانه‌های هشدار بیماری سیستمی در همه‌ی زمان‌ها و در همه‌ی شرایط درمانی آگاه باشند؛ ولی در مورد افرادی که زودتر از بیمارستان مرخص شده‌اند یا به بخش دیگری منتقل شده‌اند، باید آگاهی بیشتر باشد. علائم هشدار دهنده بیماری سیستمی در شکل علائم گزارش شده یا مشاهده



شده ممکن است نمود پیدا کنند. این ممکن است یک تظاهر بالینی باشد که با سابقه پزشکی اخیر فرد تطابق و همخوانی ندارد. علائم احتیاط (نماد زرد رنگ) و هشدار دهنده (نماد قرمز) به شکل کامل‌تر در این فصل مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. Sicker (بیمارتر) به این معناست که بیمار بستری شده در بخش مراقبت‌های حاد یا سرپایی در بیمارستان که دارای هر نوع مشکل نورولوژی و ارتوپدی است، ممکن است سابقه‌ای از سرطان، دیابت، بیماری کبدی، تیروئید، زخم گوارشی یا دیگر بیماری‌ها را داشته باشد.

جامعه‌ی امروزی با چالش‌هایی جدید در درمان بیماری‌های مزمن مواجه شده است. تخمین زده شده است که ۲ نفر از هر ۳ سالمند آمریکایی دچار بیماری‌های مزمن هستند. این یعنی ۲۵ درصد از کل جمعیت و ۶۶ درصد از کل هزینه‌ای مربوط به مراقبت پزشکی در آمریکا. وجود همزمان بیماری‌های متعدد نیاز به بررسی کلی وضعیت بیمار را افزایش می‌دهد، نه فقط معاینه‌ی بخشی خاص از بدن.

### تاریخچه طبیعی

پیشرفت در درمان بیماری‌های نورولوژی و سایر بیماری‌ها که در گذشته مرگبار و مهلک بودند (مانند سرطان و کیستیک فیبروزیس) امروزه باعث افزایش طول عمر در بسیاری از افراد شده است. پیشرفت در مداخلات درمانی، باعث تمرکز بر حیطه‌های جدید مانند کیفیت زندگی می‌شود. در چند بیماری خاص (مانند دیستروفی عضلانی، فلج مغزی) دوگانگی درمان در اطفال در مقابل بالغین، به تدریج جای خود را به روشی می‌دهد که در آن سبک زندگی و روند طبیعی آن بیماری در نظر گرفته می‌شود. بسیاری از افرادی که در کودکی دچار بیماری شده‌اند، در حال حاضر در دوران بزرگسالی به سر می‌برند. برای آنها پاتولوژی اولیه یا فرآیند بیماری‌شان تبدیل به نقص‌های ثانویه شده است. این نقص‌های ثانویه محدودیت‌های مشارکتی و فعالیتی بیشتری را با بالا رفتن سن فرد ایجاد می‌کنند. برای مثال، فرد ۳۰ ساله با فلج مغزی ممکن است درد مزمن، تغییرات یا محدودیت در حرکت و استقامت را تجربه کند و خستگی‌ای که مانع انجام فعالیت‌های عملکردی می‌شود، افزایش می‌یابد. این نشانه‌ها و علائم، ناشی از الگوهای حرکتی ناهنجار و استرین عضلانی-اسکلتی است که به دنبال افزایش مزمن در تون و عدم تعادل عضلانی ناشی از فلج مغزی ایجاد می‌شوند. در این مورد، فرآیند غربالگری به دنبال شناسایی علائم و نشانه‌هایی می‌گردد که به خاطر پیامد طبیعی بیماری مادرزادی (مانند فلج مغزی) یا اثرات طولانی مدت درمان (مانند شیمی درمانی، بیوتراپی یا رادیوتراپی جهت درمان سرطان) ایجاد شده‌اند.

### نسخه‌های امضاء شده

در طرح دسترسی مستقیم، فیزیوتراپیست می‌تواند مسئولیت اصلی یا اولین تماس با بیمار را در سیستم درمان داشته باشد. از سوی دیگر، بیماران ممکن است نسخه‌ی امضاء شده برای فیزیوتراپی از طرف پزشک معالیشان بر اساس شکایات گذشته از نشانه‌های عضلانی-اسکلتی، بدون ویزیت یا معاینه توسط پزشک، تهیه کنند. (نمونه موردی ۱-۱)



## نمونه موردی ۱-۱

### ویزیت پزشک بدون آزمایش

یک مرد ۶۰ ساله که رئیس آموزشگاهی فنی حرفه‌ای بود، از کار خود بازنشسته شد و پزشکش او را در روز بعد برای یک دوره فیزیوتراپی که مدت‌ها قبل باید انجام می‌داد، فراخواند. او به کلینیک فیزیوتراپی ارتوپدی بیماران سرپایی همراه با یک نسخه امضاء شده توسط پزشک مراجعه می‌کند، که در این نسخه نوشته شده است: ارزیابی و درمان شود. شکایت اولیه او درد هیپ چپ در بالا و درد کشاله ران است. این فرد سابقه ۳ بار تعویض مفصل (روش قدامی، جانبی و خلفی) هیپ چپ داشته است که در طی ۱۰ سال گذشته انجام شده‌اند.

براساس تجربه قبلی توانبخشی، احساس کرد که علائم فعلی در هیپ و کشاله ران ممکن است توسط فیزیوتراپی رفع شود.

- سابقه اجتماعی: اخیراً تحت عنوان مدیر یک مرکز فنی بزرگ بازنشسته شده است؛ ازدواج کرده و ۳ فرزند بزرگ دارد.
- سابقه پزشکی در گذشته: ۳ عمل تعویض کامل مفصل هیپ چپ در ده سال گذشته داشته.
- عمل جراحی قلب باز در ده سال گذشته داشته است.
- نارسایی قلبی احتقانی در ۳ سال پیش
- داروهای مصرفی: لونتسین روزانه، ۱ اسپرین کودک در هر روز، زوکور ۲۰ میلی‌گرم یک بار در روز

### تظاهرات بالینی:

- بافت اسکار وسیع حول منطقه هیپ چپ با مرکزی گرد، بافت سخت (۴×۶cm) روی تروکانتر سمت چپ
- ادم گوده گذار دو طرفه در پاها و مچ پا (سمت راست بیشتر از سمت چپ)
- تست توماس مثبت در هیپ چپ (کوتاهی فلکشن ۳۰ زاویه هیپ)
- غربالگری نورولوژی: منفی، ولی افت در قدرت اندام تحتانی دیده می‌شود

### علائم حیاتی

- فشار خون ۹۲/۵۸ میلی‌متر جیوه
- ضربان قلب ۸۶ ضربان در دقیقه
- سرعت تنفس ۲۲ در دقیقه
- پالس اکسی‌متر (در حالت استراحت) ۸۹٪
- درجه حرارت بدن ۹۷/۸ درجه فارنهایت

بیمار با یک نسخه امضاء شده توسط پزشک به کلینیک فیزیوتراپی می‌رود، ولی وقتی از او می‌پرسند که پزشک را ملاقات کرده‌ای و یا توسط پزشکت معاینه شده‌ای، توضیح می‌دهد که این نسخه را بعد از مکالمه تلفنی با پزشکش دریافت کرده است.

### چطور شما یافته‌ها و موضوعات را با پزشک در میان می‌گذارید؟ خوب است همیشه یک کپی از یادداشت‌ها و

دستورهای پزشک داشته باشید. پزشک ممکن است به خوبی از تظاهرات بالینی فرد آگاه باشد. قوانین و مقررات مربوط به بیمه سلامت باید توسط فرد قبل از دسترسی درمان‌گر به پرونده‌های پزشکی امضا شود. برای تسهیل این فرآیند، بهترین کار همراه داشتن ملزومات و برگه‌های اداری است که با اولین ملاقات قبل از ویزیت درمان‌گر کامل شده است.





گاهی اوقات مکالمه با تیم پزشکی تنها چیزی است که مورد نیاز است. آنها ممکن است قادر باشند به نمودارهای بیمار نگاه کنند و بر طبق آن نسخه تجویز کنند. همچنین، در فرهنگ شکایت‌محور ما، مشخص کردن نگرانی یا سوالات همیشه تیم پزشکی را به قرار ملاقات پیگیری (Follow Up) با بیمار ملزم می‌کند که می‌تواند از مشکلات حقوقی بعدی جلوگیری کند. بهترین کار، ارائه یک گزارش کتبی از بیمار است که او خودش به پزشک تحویل دهد. ارسال یک فکس، ایمیل یا گزارش کتبی پستی اطلاعات را در پرونده قرار می‌دهند، ولی آن‌ها را در دسترس پزشک، در زمان مناسب، قرار نمی‌دهند. همیشه توصیه می‌شود که فکس یا ایمیل ارسال شده و بیمار آن هم نسخه‌ای هم در دست داشته باشند.

مدارک آن را کامل کنید، ولی مکالمه مختصر باشد و از دکتر به خاطر ارجاعش تشکر کنید. مناطق درگیر (تشخیص‌های سیستم حرکتی، تقسیم‌بندی آسیب و طرح درمانی برنامه‌ریزی شده) را شرح دهید. خلاصه کنید! پزشک معمولاً وقت کمی برای خواندن گزارش‌ها دارد.

نشانه‌های مرتبط یا علامت‌های هشدار می‌توانند به این صورت نوشته شوند:

در طی آزمایش من متوجه این موارد شدم:

- ادم (ورم) دوطرفه در قسمت‌های تحتانی اندام‌ها
- علائم حیاتی: - فشار خون ۹۲/۵۸ میلی‌متر جیوه
- ضربان قلب ۸۶ ضربان در دقیقه
- تنفس ۲۲ بار در دقیقه
- اشباع اکسیژن ۸۹ درصد در استراحت
- درجه حرارت بدن ۳۶٫۵ درجه سلسیوس

بعضی از این یافته‌ها از بازه‌ی عادی خارج هستند. لطفاً توصیه‌های پزشکی را ارائه دهید.

**نکاتی برای خواننده:** در صورت امکان، آخرین وضعیت بیمار را به منظور جلب توجه چشم‌پزشک به مشکل اصلی‌های پالیات کنید. تشخیص دلایل احتمالی برای علائم بیمار (نارسایی احتقانی و عوارض جانبی داروها) از حوزه‌ی وظایف فیزیوتراپیست خارج است. فقط یافته‌ها را یادداشت کنید و اجازه دهید پزشک تشخیص و معالجه پزشکی را انجام دهد. عباراتی مانند «لطفاً راهنمایی کنید» یا سوال «شما چه فکر می‌کنید؟» ممکن است نیاز باشند. البته در روابط همکاری ممکن است بعضی از پزشکان نظر شما را بپرسند. کاملاً مجاز هستید که مستندات را ارائه دهید و نتیجه‌گیری‌های احتمالی را بیان کنید.

**نتایج:** برنامه‌ی فیزیوتراپی مناسب برای موبیلیزاسیون بافت نرم، تمرینات کششی و ورزش‌های خانگی آغاز شد. بیمار سپس برای پیگیری نهایی به پزشک معالجش مراجعه کرد. گزارشی مختصر از درمان‌گر یافته‌های کلیدی را توضیح داد و برنامه فیزیوتراپی پیشنهادی را شرح داد. این گزارش شامل یک پاراگراف کوتاه با این اظهارات است:

"با توجه به سبک زندگی بی‌تحرك فرد، سابقه قبلی بیماری قلبی و میزان فشار خون، من یک برنامه‌ی فیزیوتراپی توصیه می‌کنم. لطفاً اگر بیمار از لحاظ داخلی پایدار است به من اطلاع دهید. براساس یافته‌هایتان، یک برنامه‌ی آموزشی پیش‌ایروپیک در اینجا آغاز می‌کنم و بعداً آن‌را به برنامه‌ی خانگی یا حضور در مراکز ورزشی تغییر می‌دهم."



### سوالات پیگیری؟

همیشه از بیماری که نسخه‌ی امضاء شده را ارائه می‌دهد، پرسید:

- آیا شما واقعاً پزشک (کایروپراکتور، دندانپزشک، متخصص پرستاری، دستیار پزشک) را ملاقات کردید؟
- آیا پزشک (یا دندانپزشک) شما را معاینه کرد؟

### تخصص پزشکی

با افزایش تخصصی شدن پزشکی، بیماران ممکن است توسط فرد متخصصی که بلافاصله بیماری سیستمی اصلی را تشخیص نمی‌دهد، یا پزشکی که فرض می‌کند دلایل دیگر توسط متخصصان دیگر رد شده‌اند، معاینه شود (نمونه موردی ۱-۲).

#### نمونه موردی ۱-۲

##### «تخصص پزشکی»

یک مرد ۴۵ ساله که راننده‌ی کامیون است، با تشخیص سندروم دو طرفه تونل کارپال توسط جراح متخصص ارتوپد (که در جراحتهای دست تخصص داشت) به فیزیوتراپی ارجاع داده شد. در طی روند درمان، فرد ذکر می‌کند که یک متخصص طب سوزنی را برای درد مچ دست و دستش ملاقات کرده است. متخصص طب سوزنی به بیمار گفته بود که بر اساس ارزیابی‌اش، طب سوزنی برای بیماری کبدی‌اش لازم است.

**مشاهده:** پروتئین (از منابع غذایی یا از خونریزی گوارشی) توسط کبد گرفته و سم زدایی می‌شود (به صورت نرمال). آمونیموم به عنوان یک محصول فرعی از تجزیه پروتئین به دست می‌آید و سپس توسط بدن به اسپارژین (نوعی اسید آمینه) و گلوتامین تبدیل شده و سپس سیستم کلیه دفع می‌شود. وقتی نارسایی کبدی حاصل از مقدار زیاد آمونیموم و سطح اوره روی دهد، عملکرد عصب محیطی دچار نقص می‌شود (شرح دقیق راجع به علائم نورولوژی در فصل ۹ ارائه می‌شود).

**نتیجه:** درمان‌گر به درمان این فرد ادامه می‌دهد ولی آگاه است که متخصص غربالگری‌های روتین برای منشاء سیستمی سندروم تونل کارپال را انجام نداده و این در کنار اطلاعات ارائه شده توسط متخصص طب سوزنی، زنگ خطری برای منشاء سیستمی احتمالی بیماری است. تماسی تلفنی با پزشک انجام گرفت:

آقای Y برای درمان امروز اینجا بود. او ذکر کرد که به طب سوزنی رفته و به او گفته شده درد دست و مچش به دلیل مشکل کبدی است. من به خاطر دارم که اطلاعاتی راجع به اثر بیماری کبدی روی سیستم عصبی محیطی مطالعه کرده بودم. چون آقای Y با پروتکل درمانی تونل کارپال ما بهبود نیافته است، می‌خواهیم که برای معاینه و ارزیابی بیشتر نزد شما بیایند.

**مشاهده:** اینکه چگونه به هر موقعیت پاسخ دهیم نیاز به کمی سیاست، توجه به رابطه‌ی درمان‌گر با پزشک و تمایل پزشک برای برقراری ارتباط مستقیم دارد.

این مسئولیت فیزیوتراپیست است که تظاهرات بالینی فرد را زمانی که نشان‌دهنده‌ی عارضه‌ی عصبی-عضلانی-اسکلتی واقعی نیستند، تشخیص دهد. نقش درمان‌گر معالجه و تشخیص اختلالات داخلی نیست، مگر این که پزشک درخواست کند.

### پیشروی زمان و بیماری

در بعضی از موارد، تشخیص علائم اولیه‌ی بیماری سیستمی ممکن است سخت یا غیرممکن باشند؛ تا زمانی که بیماری آن قدر پیشروی کند که علائمی محسوس و دردسرساز ایجاد شوند (نمونه موردی ۳-۱). در بعضی از موارد تظاهرات بالینی بیمار در نزد پزشک ممکن است با چیزی که درمان‌گر در دو ویزیت فاصله دار (چند روز یا چند هفته) می‌بیند، فرق داشته باشد. تعطیلات، مرخصی‌ها، بهم خوردن برنامه‌های زمانی و امور مالی و غیره می‌توانند بین آزمایشات پزشکی، تشخیص و اولین ملاقات با درمان‌گر وقفه ایجاد کنند.

با گذشتن زمان کافی، فرآیند بیماری نهایتاً پیشروی خواهد کرد و بدتر خواهد شد. علائم بیماری ممکن است واضح‌تر شوند و به صورت خوشه‌ای خود را نشان دهند. در چنین مواردی درمان‌گر ممکن است اول سوالاتی از بیمار بپرسد تا وجود علائم اصلی را که نیاز به درمان دارند، اثبات کند. درمان‌گر باید بداند که چه سوالاتی را از فرد برای تشخیص نیاز به ارجاع به پزشک بپرسد. دانستن اینکه چه بیماری‌هایی باعث درد در ناحیه شانه، کمر، هیپ، لگن، قفسه‌ی سینه، کشاله ران و ساکروایلیاک می‌شود، حائز اهمیت است. آشنایی با عوامل خطرساز برای بیماری‌ها و اختلالات مختلف، ابزاری مهم برای تشخیص اولیه در فرآیند غربالگری است.

#### نمونه موردی ۳-۱

##### پیشروی بیماری

یک زن ۴۴ ساله با شکایت درد پشت توراسیک، در اطراف ستون فقرات به فیزیوتراپی مراجعه کرد. هیچ سابقه‌ای از ضربه، حمله‌ی فیزیکی و یا حرکت تکراری گزارش نشد. سابقه‌ی پزشکی گذشته شامل عفونت کلیه بود که ۳ هفته پیش با آنتی بیوتیک درمان شده بود. فرد بیان داشت که در زمان پیگیری هم مشکلی نداشته و عفونت رفع شده است.

ارزیابی فیزیوتراپی اسپاسم واقعی عضلات پاراسپینال را همراه با تظاهر حاد محدودیت حرکت و درد قسمت خلفی میانی تا تحتانی کمر در سمت راست نشان داد. حرکات فرعی مهره‌های ستون فقرات پس از به کارگیری یک مدالیته‌ی سرد تست شد و معلوم شد در چرخش به چپ و خم شدن به سمت راست، محدودیت ملایمی در  $T_{12}$ - $T_{18}$  وجود دارد. تشخیص فیزیوتراپیست این بود که این نقص حرکت مفصل در نتیجه اسپاسم عضله است و خود مفصل مشکل ندارد.

**نتایج:** بعد از ۳ جلسه فیزیوتراپی که در آن مدالیته‌هایی برای رفع علائم حاد استفاده شدند، بیمار هیچ بهبود قابل مشاهده‌ای نداشت. نوبت قرار چهارم او به خاطر آنفولانزا کنسل شد.

با سابقه اخیر وی از عفونت کلیه، عدم بهبود مورد انتظار و وقوع علائم بیماری (باکس ۳-۱) درمان‌گر با بیمار تلفنی تماس گرفت و پیشنهاد کرد که پزشک معالجش را خیلی زود ملاقات کند. وقتی بیمار باز گشت، عفونت کلیه‌اش عود کرده بود. او در طی ۲۴ ساعت با شروع درمان دوز دوم آنتی بیوتیک، درد پشتش بهبود یافت. این‌های نشانه‌های فردی نیستند که به لحاظ اورولوژی مشکل دارد. گاهی اوقات تا زمانی که بیماری پیشرفت نکند، اختلال سیستمی (مقلد علائم عضلانی-اسکلتی) را نمی‌توان به طور واضح تشخیص داد.