

دکتر محمد شریفی

واحد درد درمانی ایران

دکتر بهمن مالک

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی

سندرم فیبرومیالژی و درمان آن

مقدمه:

دردهای مزمن (chronic pain) مشکل عمده‌ای در طب امروز بوده و با اینکه دانش پزشکی تحقیقات خود را تا حد سلولی پیش برده و اجزاء سلول را مورد بررسی قرار می‌دهد و به تجزیه و تحلیل ژن‌ها و کروموزوم‌ها می‌پردازد، متأسفانه باید بگوییم هنوز بیماران بسیار زیادی بعلت دردهای مزمن روزانه در واحدهای پزشکی سراسر جهان از جمله کشور عزیزمان ایران سرگردان مسائل درمانی خود هستند و شاید حتی سالها بیماری آنها تشخیص داده نشود و فقط با داروهای مسکن آنهم بصورت سمپتوماتیک سرگرم باشند و در نهایت بیمار راهی جز افسردگی و سردرگمی و کشور نیز راهی جز پرداختن هزینه‌های گزاف اقتصادی برای فراهم نمودن دارو و سایر اقدامات پاراکلینیکی اینگونه بیماران نخواهد پیمود. در این میان راه چاره این خواهد بود که علل اصلی ایجاد اینگونه دردهای مزمن بیشتر مورد بررسی و شناخت جامعه پزشکی قرار گیرد. در این نوشته به بررسی سندرم فیبرومیالژی بعنوان

یکی از علل مهم دردهای مزمن می‌پردازیم.

سندرم فیبرومیالژی:

اغلب پزشکان طوری آموزش دیده‌اند که بطور عمده بیماری را که دارای علائم کلینیک و پاراکلینیکی واضحی هستند تشخیص داده و درمان نمایند. اگر این همکاران با بیماری مواجه شوند که از درد عضلانی و مفاصل شکایت داشته باشند ولی در معاینه او نکته مشخصی یافت نشود و آزمایشات پاراکلینیکی او نیز نرمال باشد آنگاه اکثراً تشخیص یک بیماری پسیکولوژیک و گاهی حتی تشخیص تمارض برای بیمار مطرح می‌نمایند. گرچه اینگونه تفکر در حال حاضر در میان پزشکان رو به تغییر است اما هنوز بسیاری از همکاران، بیماری این افراد را حقیقی نمی‌دانند و بنابراین سعی می‌کنند توصیه درمانی خاصی را به این بیماران ننمایند. لازم به توضیح است که گرچه بعضی از این بیماران دارای مشکلات روحی و روانی هستند ولی اکثریت آنها از یک سندرم درد روماتیسمی با علائم اپژکتیو مشخص مانند دردناک بودن نقاط خاص عضلات در موقع لمس عضلانی رنج می‌برند.

ویژگی‌های تاریخی:

در سال ۱۹۰۴ میلادی، ویلیام گور (Sir William Gower) این فرضیه را مطرح نمود که کمر دردهای عضلانی و روماتیسم‌های عضلانی بطور کلی به علت التهاب (Inflammation) در بافت فیبری (fibrous tissue) ایجاد می‌شوند. این نظریه توسط

شده در مورد فیبرومیالژی از ابتدای دهه ۱۹۸۰ میلادی شروع گردید.

تعریف، واژه‌شناسی و تقسیم‌بندی:

فیبرومیالژی عبارت است از نوعی روماتیسم غیرمفصلی که شامل دردهای عضلانی - اسکلتی (musculoskeletal) (aching) و نقاط دردناک در موقع لمس کردن محل اتصال تاندون‌ها و عضلات روی استخوانها می‌باشد، که به این نقاط Tender points گفته می‌شود. لغت Fibromyalgia از ترکیب کلمات Fibra به معنی mys و Fiber به معنی muscle و algos به معنی pain و la به معنی condition بصورت قراردادی به دست آمده است.

شیوع و دموگرافی سندرم فیبرومیالژی:

این سندرم شایع بوده و شیوع آن در کلینیک‌های روماتولوژی بین ۶٪ تا ۲۰٪ گزارش شده است. در دو گزارش از کلینیک‌های عمومی طب داخلی و طب خانواده که بیماران آن ارجاع شده نبودند آمارهای شیوع فیبرومیالژی بین ۲/۱٪ و ۵/۷٪ گزارش شده است. و در بسیاری از گزارشات شیوع آن از آرتريت روماتوئید بیشتر است.

بیشترین سن شیوع این سندرم در کلینیک‌های روماتولوژی بین ۴۰ تا ۵۰ سالگی است و بیشترین بیماران را خانم‌ها تشکیل می‌دهند (۸۰ تا ۹۰٪).

سندرم فیبرومیالژی حتی در کودکان بخوبی شرح داده شده است. این سندرم در

Stockman نیز پذیرفته و تائید گردید. Stockman در یافته‌های خود به افزایش و نیز ادم بافت فیبری درندولهای که در بیماران مبتلا به روماتیسم عضلانی دیده می‌شود اشاره کرد. بنابراین، از این زمان بود که اصطلاح فیبروزیت (fibrositis) بر مبنای یافته‌های فوق رایج گردید. در حال حاضر تحقیقات انجام شده ثابت کرده که سندرم فیبرومیالژی که معادل امروزی فیبروزیت می‌باشد به هیچ عنوان یک سندرم التهابی یا دژنراتیو نیست.

در هر صورت فیبروزیت برای اکثریت پزشکان ناشناخته باقی ماند و مطلب اصلی این بود که آیا فیبروزیت بصورت یک پدیده کلینیکی واقعی و جدا از جمعیت سالم وجود دارد؟ آیا بدخواهی، خستگی و نقاط دردناک عضلانی در افراد مبتلا به فیبروزیت در مقایسه با افراد عادی بیشتر است؟

اینگونه سئوالات در نهایت موجب اولین بررسی کیفی کنترل شده در مورد ویژگی‌های بالینی سندرم فیبرومیالژی توسط دانشمند مسلمان آقای MUHAMMAD B. YUNUS و همکاران ایشان گردید و نام فیبرومیالژی بجای فیبروزیت توسط این گروه انتخاب شد. ضمناً نامبرده نشان داد که موارد دیگری مانند سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrome)، سردردها، تورم سابژکتیو نسوج نرم و پارستزی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژی در مقایسه با افراد عادی، بطور واضحی بیشتر شیوع دارد.

بنابراین دوره جدیدی از تحقیقات کنترل

افراد ۶۰ ساله یا حتی بالاتر نیز دیده می‌شود. نکته بسیار مهم آنکه، متوسط زمانی که بیماران از این سندرم رنج برده‌اند در یک کلینیک روماتولوژی بین ۵ تا ۱۰ سال بوده است.

علائم بیماری (symptoms):

مهمترین علائم سندرم فیبرومیالژی عبارتند از: درد، خستگی و اختلال خواب.

درد:

مهمترین علت مراجعه این بیماران است. این افراد اغلب، درد خود را با اصطلاحات مختلفی بیان می‌کنند مانند دردهای گنگ، دردهای فرورونده (مثل فرورفتن سوزن در بدن)، دردهای ضربان‌دار، دردهای نافذ و سوراخ‌کننده و سوزش بدن. برعکس، بیماران دچار آرتريت روماتوئید اغلب، درد خود را به یک فرم بیان می‌کنند.

اکثر بیماران دچار فیبرومیالژی دردهای گسترده در تمام بدن را عنوان می‌نمایند، حتی درد در ستون فقرات و اندام‌ها مورد شکایت این افراد است دردهای ستون فقرات و دردهای عضلانی بطور مشخصی در بیماران فیبرومیالژی بیشتر از بیماران آرتريت روماتوئید می‌باشد.

دردهای ستون فقرات می‌تواند در نواحی سرویکال، توراسیک و لومبر به تنهایی یا بطور توأم وجود داشته باشد.

در برخی از بیماران درد در مفاصل و در بعضی دیگر در عضلات احساس می‌شود. درد

این بیماران معمولاً، با هوای سرد و مرطوب، اضطراب و استرس‌های روانی و بدخوابی تشدید می‌گردد و این درست همان مشکلاتی است که در بیماران دچار آرتريت روماتوئید نیز با آن مواجه هستیم. درد و حالت خشکی بدن در فیبرومیالژی خصوصاً در هنگام صبح و گاهی عصرها وجود دارد.

خشکی بدن:

جزو علائم مهم بیماری است و گاهی در تمام مدت روز وجود دارد و حتی گاهی بسیار شدید می‌باشد. تعدادی از بیماران فقط به خاطر همین حالت خستگی مفرط به پزشک مراجعه می‌کنند.

بیماران تیپیک فیبرومیالژی معمولاً برای بیان حالت خستگی از اصطلاحات زیر استفاده می‌کنند:

من همیشه خسته‌ام. من همیشه حالت کوفتگی دارم. من انرژی ندارم.

خستگی این بیماران با فعالیت‌های بدنی تشدید می‌شود و بسیاری از بیماران می‌گویند من ضعیف‌تر از آن هستم که بتوانم کوچکترین کاری انجام بدهم.

اختلال خواب:

جزو علائم شایع است. برای این که وضع خواب بیمار را ارزیابی نمایم بهتر است راجع به خستگی صبحگاهی از بیمار سؤال کنیم. بیمارانی که خستگی صبحگاهی آنها بیشتر است از اختلال بیشتری در خوابیدن رنج می‌برند و اصطلاحاً به آنها بدخواب می‌گوئیم.

احساس تورم در نسوج نرم:

حدوداً در بین نیمی از بیماران وجود دارد و بیشتر شامل نواحی مفصلی و غیرمفصلی اندامها می‌گردد.

پزشک در معاینه هیچگونه تورمی را مشاهده نخواهد کرد.

پارستزی:

در فیبرومیالژی شایع است و بصورت‌های زیر عنوان می‌شود:

احساس گزش، احساس کرخی و حالت سوزن سوزن شدن. پارستزی بیشتر در اندامهای فوقانی ذکر می‌شود. پارستزی گاهی در تنه بصورت مسیرهای نامشخص (non-segmental) مطرح می‌گردد. مواقعی که پارستزی تمام یک اندام را دچار نموده است گاهی بیماران فقط به همین علت به پزشکان مراجعه می‌نمایند.

موارد دیگری که در بیماران فیبرومیالژی بیشتر از افراد عادی ذکر میشود:

سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel syndrom، سردرد فشاری (Tension headache) و دیسمنوره اولیه (Primary dysmenorrhea) که حدوداً در بین ۴۰ الی ۵۰٪

این بیماران دیده می‌شود. اضطراب و استرس روانی در ۵۰ تا ۷۰٪ بیماران و افسردگی در ۳۰٪ بیماران فیبرومیالژی بررسی شده است.

بنابراین ارزیابی حالت روحی و روانی این بیماران بسیار مهم بوده چون این عامل با شدت درد بیمار و حتی پیش آگهی درمانی رابطه خواهد داشت.

یافته‌های پزشک (Signs):

معاینه مفاصل، قدرت عضلانی، سیستم حسی و رفلکس‌ها در فیبرومیالژی همگی نرمال هستند ولی در صورتیکه مورد روماتیسمی یا غیرروماتیسمی دیگری همراه این سندرم باشد، طبعاً علائم خاص خود را خواهد داشت (مانند استئوآرتریت).

مهمترین یافته بالینی در این سندرم عبارت از نقاط دردناک متعدد در موقع فشار دادن عضلات است.

این نقاط دردناک (Tender points) در سندرم فیبرومیالژی به مراتب بیشتر از افراد نرمال دیده می‌شود و همین مطلب باعث اهمیت آن شده است. معمولاً این نقاط دردناک بصورت ۹ جفت نقطه در نواحی خاصی که در شکل مشاهده می‌شود وجود دارد ولی گفته شده است که این بیماران از نقاط دردناک متعددی در سایر نواحی بدن نیز در رنج هستند.

وسط پیشانی بعنوان نقطه کنترل مورد استفاده قرار می‌گیرد بدین ترتیب که فشاری حدود ۴ کیلوگرم بوسیله انگشت سبابه بر پیشانی این بیماران فقط احساس فشار را خواهد داشت و نه احساس درد، در حالیکه همین مقدار فشار بر روی نقاط مشخص شده در شکل یا حتی سایر قسمت‌های عضلانی این بیماران احساس درد ایجاد خواهد کرد. نقاط علامت‌گذاری شده در روی شکل تقریبی بوده و از بیمار به بیمار ممکن است حدود یک سانتی‌متر فرق داشته باشد بنابراین باید در موقع معاینه به این مطلب توجه داشت.

علامت مهم دیگر این بیماران عبارت است از احساس درد در موقع جمع کردن پوست بدن (skin - fold tenderness)، اگر قسمتی از پوست را با کمی فشار بین دو انگشت دست جمع نمائیم احساس درد ایجاد خواهد شد و پس از آن، پوست این منطقه قرمز خواهد شد که به آن cutaneous hyperemia گفته می‌شود.

بررسی‌های پاراکلینیکی:

تست‌های روتین آزمایشگاهی شامل ESR, CBC و آزمایشات بیوشیمی (آنزیم‌های عضلانی و) همه طبیعی هستند. رادیوگرافی مفاصل مبتلا در این بیماران نیز طبیعی است. تست‌های مربوط به اسکن رادیواکتیو و سنتیوگرافی عضلانی طبیعی است. الکترومیوگرافی این بیماران نیز طبیعی می‌باشد.

تشخیص:

بر مبنای علائم ذکر شده در قسمت Symptoms و Signs استوار است و نه بر رد کردن سایر علل. یعنی دردهای گسترده عضلانی اسکلتی (musculoskeletal aching)، وجود نقاط دردناک در حداقل ۱۱ نقطه از ۱۸ نقطه مطرح شده در شکل، و دوام این دردها حداقل برای مدت ۳ ماه متوالی.

فیبرومیالژی همراه با سایر بیماریهای روماتیسمی و غیر روماتیسمی:
وقتی یک بیمار با درد شدید و گسترده در

تمام بدن، خستگی و نقاط دردناک متعدد عضلانی مراجعه می‌نماید و فقط یک آرتрит روماتوئید ملایم دارد، ممکن است بعلت بی‌توجهی و عدم تشخیص فیبرومیالژی بطور همراه در این بیمار، درمان نامناسبی برای او انجام شود مثلاً دوز بالای کورتیکواستروئید و یا ایمونوساپرسیو با دوز زیاد. در حالیکه با تشخیص منطقی سندرم فیبرومیالژی میتوان از یک پروتکل صحیح‌تر در درمان اینگونه بیماران بهره برد.

در بیماران دچار هیپوتیروئیدسم که علائمی چون دردهای گسترده، خشکی بدن و خستگی وجود دارد، توجه به سندرم فیبرومیالژی بصورت همراه بسیار مهم خواهد بود.

همینطور در مورد Polymyalgia rheumatica که علائمی چون درد، خشکی بدن و خستگی جزو شکایات بیمار است. علائم آزمایشگاهی مانند ESR بالا به تشخیص و برنامه‌ریزی درمانی کمک خواهد کرد.

تشخیص افتراقی:

بسیاری از موارد می‌تواند با فیبرومیالژی اشتباه شود.

جدول زیر راهنمای خوبی برای جداسازی فیبرومیالژی از سایر موارد با علائم مشابه می‌باشد. در این جدول می‌بینیم که در بسیاری از بیماریها مانند انواع آرتريت، میوپاتی، هیپوتیروئیدی، پلی‌میالژی روماتیک و علائم بالینی و پاراکلینیکی وجود دارد که به هیچ وجه در سندرم فیبرومیالژی یافت نمی‌شود.

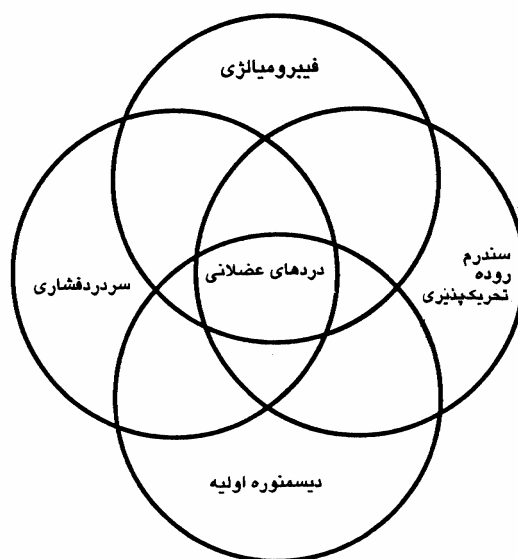
علته مراجعه بیمار	تشخیص اشتباهی	علائمی که در فیبرومیالژی وجود ندارد.
درد و احساس تورم مفصلی	آرتريت	تورم واقعی مفصلی
درد گسترده و خشکی عضلانی	پلی میالژیا - روماتیکا	ESR ↑, Hb ↓ و لاغر شدن
خستگی و ضعف عضلانی	میوپاتی	ضعف واقعی عضله، آنزیم‌های عضلانی ↑
خستگی، حساسیت به سرما درد عضلانی	هیپوتیروئیدسم	T ₄ ↓, TSH ↑
پشت درد و خشکی بدن	اسپوندیلیت آنکیلوزان	ساکروایلایت
درد نوع سیاتیک	هرنی دیسکال	علائم نورولوژیک و رادیولوژیک
درد قفسه صدري	درد قلبی یا پلورال	تاریخچه مشخص درد قلبی، Plural EKG، rub. عکس ریه و سایر آزمایشات نشان دهنده بیماری درون توراکس.

همه آنها. تمامی این اختلالات درعلائم دیگری نیز مشابه می‌باشند مانند: مشکل خواب، خستگی مفرط و دیسترس روانی.

چون در تمام موارد ذکر شده فوق علت ایجاد سندرم را اختلال در عملکرد فیزیولوژیک می‌دانند بنابراین از اصطلاح Dysfunctional بجای کلمه قدیمی فونکسیونل یا functional استفاده می‌گردد. یادآوری می‌شود، چون سندرم‌های فوق‌الذکر در بسیاری از علائم منطبق بر هم هستند (overlapping features)، در یک بیمار بخصوص این مجموعه علائم کمک بزرگی به تشخیص و درمان نموده و به پزشک امکان خواهد داد تا از بررسی‌های پاراکلینیکی نابجا خودداری نماید و این موضوع سبب می‌گردد تا از صرف هزینه‌های زیاد که هم برای بیمار و هم برای مملکت زیان اقتصادی دارد جلوگیری شود.

نظریه فیبرومیالژی و شکل گرفتن طیفی از اختلالات دیسفونکسیونل:

در سال ۱۹۸۱ میلادی آقای YUNUS و همکاران مشاهده کردند که سندرم روده تحریک‌پذیر (Irritable bowel synd.) و سردرد فشاری (Tension headache) در بیماران دچار فیبرومیالژی نسبت به افراد عادی بطور واضحی بیشتر شیوع دارد. متعاقباً YUNUS در سال ۱۹۸۴ پیشنهاد این نظریه را نمود که فیبرومیالژی، سندرم روده تحریک‌پذیر، سردرد فشاری و دیسمنوره اولیه طیفی از اختلالات مشابه هستند که علائم یکسان و مشترکی را در بین خود دارند مانند: رواج همگی آنها بطور اختصاصی در خانم‌ها، وجود دردهای عضلانی در همگی این موارد و داشتن تست‌های تشخیصی اختصاصی در



قدمهای درمانی می‌باشد.

در نتیجه، توجه کافی به بیمار به شکلی که بیمار احساس کند که از طرف پزشک درک می‌شود و به او اهمیت داده می‌شود در پیشبرد موفق درمان بسیار حساس خواهد بود، همانطور که حمایت روانی بیمار با تأیید کلمات او و همدردی با او بخش مهمی از درمان را تشکیل می‌دهد.

مراحل بعدی اقدامات درمانی به شرح زیر

از نظر شما می‌گذرد:

۱- تشخیص قاطع و اطمینان دادن به بیمار:

سندرم فیبرومیالژی در اکثریت قریب به اتفاق بیماران فقط با علائم بالینی تشخیص داده میشود ولی برای بررسی سایر علل احتمالی می‌توان آزمایشات روتین مانند CBC , ESR و آزمایشات بیوشیمی خون سود جست. چون این بیماران نسبت به روند درمان بسیار حساس هستند، باید تمام آزمایشاتی را که

بعنوان یک گروه، این سندرم‌ها شاید جزو مهمترین علل اختلالات مزمن در طب باشند که باعث ایجاد درد زیاد و از کارافتادگی افراد جامعه می‌شوند و هنوز بطور شایسته شناخته نشده‌اند و در نتیجه هزینه‌ای که باید برای تحقیقات مناسب برای این شناخت بکار گرفته شود متأسفانه هنوز به این کار اختصاص نیافته است.

درمان فیبرومیالژی:

در شرایط کنونی مسئله درمان سندرم فیبرومیالژی بیشتر هنر است، تا علم، زیرا اساس پاتوفیزیولوژیک درمان بطور مشخص شناخته شده نیست.

درمان اولین تماس با بیمار شروع می‌شود. بیماران معمولاً بسیار نگران آینده هستند و این اغلب بخاطر تجربیات منفی قبلی با سایر پزشکان بوجود آمده است (عدم نتیجه‌گیری درمانی). پس جلب اعتماد بیمار از اولین

بنظر لازم است انجام شود در همان اولین ویزیت درخواست نمود و اگر مثلاً در جلسات بعدی ملاقات بیمار، مجدداً آزمایشاتی برای بیمار بنویسیم باعث شک و تردید و بی‌اعتمادی بیمار به ما و درمان خواهد گردید.

اطمینان دادن به بیمار در مورد اینکه بیماری او به هیچ وجه خطرناک نبوده و منجر به از کارافتادگی او نخواهد شد بسیار حائز اهمیت است. باید به بیمار گفته شود که بیماری او به هیچ عنوان جزو مواردی مانند آرتروزهای خطرناک، سرطان، لوپوس و غیره نیست. بیمار باید بداند که ماهیت بیماری او خوش خیم است و تفهیم این موضوع به بیمار به تنهایی در اکثر بیماران نقش اصلی درمان را خواهد داشت.

۲- آموزش بیمار (از قبیل اجتناب از عوامل تشدید کننده بیماری و نیز بکارگیری موارد مفید برای بیماری):

اجتناب از موارد زیر به این بیماران پیشنهاد می‌شود:

کم خوابی، کارکردن زیاد، اضطراب، استرس‌های روانی، افسردگی، نداشتن تحرک کافی، وضعیت‌های نامناسب بدنی، چاقی.

استفاده از ورزش، سونا و تفریحات مناسب در پیشبرد منطقی درمان مفید خواهد بود.

۳- توجه به فاکتورهای روانی بیمار:

بسیاری از این بیماران نگران این موضوع هستند که به آنها گفته شود درد آنها فقط جنبه

عصبی یا روحی دارد. بنابراین باید به بیمار گفته شود که گرچه درد او فقط جنبه روحی و عصبی ندارد ولی می‌تواند با اضطراب، استرس‌های عصبی و افسردگی تشدید شود.

زمینه‌های تولید استرس، اضطراب و افسردگی مانند اختلافات خانوادگی، فشارهای کار، مشکلات با بچه‌ها و غیره باید توسط پزشک بطور تدریجی و به شکلی که موجب درک عمیق بیمار باشد در جلسات ملاقات متعدد با بیمار مطرح و برای آنها تا حد امکان راه حل پیشنهاد گردد. در عین حال نباید بیمار بیش از حد به پزشک وابسته شود و باید درک کند که مشکل‌گشای اصلی در درمان درد، خود او خواهد بود.

متمدهای درمانی مانند بیوفیدبک (biofeedback) و هیپنوتراپی در بسیاری از بیماران مفید واقع می‌شود.

استراحت کافی، Relaxation و تفریحات مناسب خصوصاً در افراد پرکار و عصبی بسیار مؤثر خواهد بود.

۴- تغییرات رفتاری:

در درمان موفق این بیماران تعیین کننده است. بیمار باید بپذیرد که دچار درد مزمن است و بهبودی این درد بطور عمده به دست خود اوست. باید بیمار بداند که هرچه شادتر و فعالتر باشد نتیجه درمانی بالاتر خواهد بود و انجام کارهای سبک، ورزش و استراحت کافی جسمی و فکری تغییر قابل توجهی در مشکل او ایجاد می‌کند.

باید به بیمار آموزش داده شود که صرفاً

بخاطر درد و کسالت از انجام کار، ورزش و تفریح خودداری نکند و مسئولیت واقعی خود را بعنوان یک فرد فراموش ننماید. و حلقه معیوبی از درد و کسالت - بی‌حرکتی و رخوت - عدم انجام وظایف - افسردگی - تشدید درد، ایجاد نکند.

۵- تناسب اندام، تمرینات بدنی و بالابردن تحمل بدنی:

اکثر بیماران فیبرومیالژی بعلمت عدم تحرک کافی و ورزش دارای عضلات شل و وضعیت فیزیکی نامتناسبی هستند و این عدم تناسب بدنی و عضلانی خود باعث تشدید درد می‌گردد. تمرینات بدنی متعادل سبب مشغولیت بیمار، تناسب بدنی و بهبود وضعیت روحی او خواهد شد. تشویق بیمار جهت شرکت در کلاسهای بدن‌سازی تاثیر بیشتری از ورزش‌های انفرادی خواهد داشت.

انجام ورزش‌های کافی موجب بالارفتن آندورفین‌ها در سیستم اعصاب مرکزی گردیده که خود در بهبود درد تأثیر به‌سزائی خواهد داشت و از سوی دیگر ورزش‌های انجام شده در طول روز باعث خستگی جسمی و در نتیجه بهتر شدن خواب بیمار می‌گردد.

۶- درمانهای فیزیوتراپی:

نقش عمده‌ای در درمان بیماران فیبرومیالژی ندارد، فقط با انجام ورزش‌های کششی و تجویز آنها به بیمار به صورت تدریجی باعث بهتر شدن وضع عضلات و لیگامان‌ها خواهد گردید.

۷- داروهای آنالژژیک:

در دو مطالعه کنترل شده، اثر داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) از دارونما (placebo) بیشتر نبوده است. داروهای اعتیادآور و نارکوتیک‌ها نباید جز در موارد بسیار محدود در فیبرومیالژی مصرف شوند.

کورتیکوتراپی در این بیماران هیچگونه نقش درمانی ندارد و بنابراین نباید استفاده گردد.

۸- داروهای پسیکوتروپ:

در دو مطالعه دوسویه کور و کنترل شده، اثرات سودبخش آمی‌تریپتیلین در درمان فیبرومیالژی ثابت گردیده است، بهبود درد، بهبود اختلال خواب و تسکین نقاط دردناک عضلانی جزو اثرات مفید این دارو می‌باشد. دوز دارو در این دو مطالعه بین ۲۵ تا ۵۰ میلی‌گرم در شب ذکر شده است و اثرات درمانی این دارو آنقدر زود ظاهر شده که نمی‌توان آنرا مربوط به اثرات ضدافسردگی آن دانست (چون شروع اثرات ضدافسردگی این دارو حدود ۲ الی ۳ هفته بطور می‌انجامد).

روی هم رفته داروهای سه حلقه‌ای ضدافسردگی باعث بهبود خواب بیمار می‌گردد و گفته شده است که این داروها سبب افزایش مقدار سروتونین، دوپامین و نورآدرنالین در سطح سیناپس‌های عصبی می‌گردند.

آقای YUNUS و همکاران بر اساس تجربیات خود در درمان فیبرومیالژی ترجیح می‌دهند که

از doxepine, nortriptyline, imipramine و trazodone با دوز پائین (بین ۱۰ تا ۵۰ میلی‌گرم در شب) استفاده کنند. آنها ضمناً از fluoxetine که یک داروی سروتونرژیک است با دوز ۲۰ میلی‌گرم در صبح همراه با یک داروی سه حلقه‌ای ضدافسردگی در شب در بعضی از بیماران استفاده کرده‌اند.

در بیماران که بطور واضح دچار افسردگی هستند احتیاج به دوزهای بالاتر داروهای ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای خواهد بود.

داروهای سه حلقه‌ای ضدافسردگی را نباید بعنوان داروی ضدافسردگی به بیمار سندرم فیبرومیالژی معرفی نمود، چون بسیاری از این بیماران، افسردگی واضح ندارند و در این صورت مایل نخواهند بود از این دارو استفاده کنند و در نتیجه دارو را قطع می‌کنند و نتیجه درمانی را مختل می‌سازند.

داروهای آرامبخش مانند alprazolam گاهی در بیماران که اضطراب شدید دارند به رژیم درمانی فوق افزوده می‌شود.

۹- تزریق روی نقاط دردناک عضلانی:

اگر تعداد نقاط دردناک بین ۱ الی ۴ نقطه باشد و بتوان بطور واضح این نقاط را مشخص کرد در این صورت می‌شود از تزریق استفاده نمود. یک سی‌سی لیدوکائین ۱٪ یا ۲٪ همراه با همین حجم کورتیکواستروئید مثل تریامسینولون یا متیل پرونیزولون بطور مخلوط در نقطه دردناک تزریق می‌گردد قبل از این تزریق باید ۲ تا ۳ سی‌سی لیدوکائین ۱٪

بصورت تنها در همین محل انفیلتره گردد.

۱۰- ارجاع بیمار به روانپزشک، روان‌شناس و کلینیک درد:

مشورت با همکاران فوق در ابتدای درمان جایز نیست و فقط در بیمارانی که اضطراب شدید، افسردگی شدید، استرس و اختلالات Somatization واضح دارند باید با همکاران فوق مورد مشورت قرار گیرند.

در بعضی موارد ارجاع بیمار به کلینیک درد می‌تواند مؤثر واقع شود. به هر صورت درمان بیماران فیبرومیالژی جای بحث زیادی دارد و ضمناً همواره همراه با موفقیت نیست و وضع به همین گونه خواهد ماند تا روزی که مکانیزم‌های پاتوفیزیولوژیک این مسئله بهتر شناخته شود.

پیش آگهی:

متأسفانه اطلاعات محدودی در رابطه با روند و پیش آگهی این بیماران در دست می‌باشد، و مطالعات کنترل شده در آینده کمک شایانی خواهد کرد. ولی به هر صورت در تعداد زیادی از بیماران، سندرم فیبرومیالژی بعنوان یک عامل از کارافتادگی مطرح بوده و خواهد بود.

موارد مشابه یا وابسته به فیبرومیالژی:

فیبرومیالژی لکالیزه (سندرم درد عضلانی نیامی: Myofascial Pain Syndrome)
بسیاری از بیماران که دچار فیبرومیالژی ژنرالیزه هستند در ابتدا فقط در نقاط معدودی

در این قسمت یادآور می‌شویم که در حال حاضر اختلاف نظر در مورد علامت‌شناسی سندرم فیبرومیالژی و سندرم‌های درد عضلانی نیامی وجود دارد ولی در هر صورت در بیشتر کتب و مجلات مربوط به رشته دردشناسی (Pain medicine) این دو نوع سندرم به صورت کاملاً جداگانه‌ای مورد بررسی قرار گرفته و Simons & Travell که سالها بر روی سندرم‌های درد عضلانی نیامی کار و تحقیق نموده‌اند علت ایجاد این دو سندرم را کاملاً متفاوت دانسته و در کتاب Myofascial Pain & dysfunction syndrome بطور جامع به علت‌شناسی متفاوت این دو نوع سندرم پرداخته‌اند و در عین حال انجمن بین‌المللی مطالعه درد (International Association for the Study of Pain) نیز تعریف مشخصی از این دو نوع سندرم بدست داده است.

منابع:

1. MC CARTY, D.J & KOOPMAN, W.J: "ARTHRITIS AND ALLIED CONDITIONS", 12 TH EDITION, LEA & FEBIGER, VOL. 2 (Section Seven) PP: 82, 1993.
2. RAJ, P.P.: "PRACTICAL MANAGEMENT OF PAIN" 2 ND EDITION, MOSBY, (Section C) PP: 18, 1992.
3. BONICA, J.J: "THE MANAGEMENT OF PAIN" 2 ND EDITION, LEA & FEBIGER, VOL. 1 (Section C) PP: 21-23, 1990.
4. SHEON, R.P. MOSKOWITZ, R & GOLDBERG, V.M.: "SOFT TISSUE RHEUMATIC PAIN"
5. WALL, P.D. & MELZACK, R.: "TEXTBOOK OF PAIN" 2ND EDITION, CHURCHILL LIVINGSTONE, (Section 2) PP: 25, 1989.

درد دارند (مانند گردن، پشت و غیره) و وقتی با این بیماران مواجه می‌شویم پیش‌بینی این که آیا این نقاط دردناک معدود بعدها به نقاط دیگر نیز گسترش می‌یابد یا خیر بسیار مشکل است. در هر حال، عواملی مانند آمادگی شخصی بیمار، استرس‌های روانی، فاکتورهای پسیکولوژیک متعدد، اختلال آب و تروماهای عضلانی می‌توانند تعیین‌کننده احتمالی پیشرفت به طرف فیبرومیالژی ژنرالیزه باشند. در هر صورت، در بیماران دچار فیبرومیالژی لکالیزه (سندرم درد مایوفاشیال) تعداد نقاط دردناک در روی عضلات کمتر بوده و علائمی مانند مشکلات خواب و خستگی مفرط معمولاً یا وجود ندارد یا از شدت کمی برخوردار است.

گرچه YUNUS و همکاران به این موارد لکالیزه دردهای عضلانی، فیبرومیالژی لکالیزه اطلاق نموده‌اند ولی در مورد واژه شناسی این نوع درد، اختلاف سلیقه وجود دارد.

اصطلاح سندرم‌های درد عضلانی نیامی (Myofascial Pain Syndrome) معمولاً در نوشته‌های طب فیزیکی با علائم زیر تعریف می‌شود:

درد لکالیزه در عضلات، درد ارجاعی در موقع لمس عضلات مبتلا، قسمت سفت شده طنابی شکل روی عضله مبتلا (Taut band) و واکنش موضعی عضله موسوم به (Local twitch response).

بیماران دچار فیبرومیالژی لکالیزه به درمان با تزریق بیحس‌کننده‌های موضعی، پاسخ خوبی می‌دهند.