عوامل تعیین کننده در ایجاد در رفتگی مادرزادی مفصل ران

دکتر غلامرضا ولی زاده— دکتر منیژه حامی فرد*

مجلهٔ نظام پزشکی
سال نهم، شماره ۱، صفحه ۷۰، ۱۳۶۲

مقدمه:

— عواملی که در ایجاد دررفتگی مادرزادی مفصل ران موثرند:

برای بوجود آمدن دررفتگی مفصل ران دو عامل ذکر میشود: ارثی و محیطی.

عامل ارثی در این بیماری Multifactorial ست ولذا از یک قانون انتقال ارثی ساده (مثلاً غالب یا مغلوب) تبعیت نمی کند. بهمین جهت تعیین میزان خطر برای خویشاوندان بیماران و یا خطر ابتلاء فرزندان در ازدواجهای فامیلی بسادگی ممکن نیست ولی تجربه نشان داده است که خطر ابتلاء برای فرزندان اناث مادری که خود به این بیماری مبتلا باشد، حدود ۱۱ درصد است در حالی که این خطر برای فرزندان ذکور همان مادر و همچنین دختران و پسران پدری که دررفتگی مادرزادی مفصل ران داشته باشند تقریبا صفر درصد میباشد (۳).

ضایعاتی که در مفصل ران بعنوان تغییر اولیه ایجاد شده و بوسیله عامل ارثی مورد بحث قرار میگیرند عبارتند از: کم عمق بودن حفره مفصلی، دیسپلازی سقف استابولوم و شل بودن کپسول مفصل. در هر سه صورت سر استخوان ران فرصت مییابد که براحتی حفره مفصلی را ترک کند و به این طریق ایجاد دررفتگی نماید.

در موقع تولد بندرت پیش میآید که نوزاد دررفتگی کامل مفصل ران داشته باشد. در هفته های اول زندگی معمولا فقط آمادگی برای دررفتن در مفصل وجود دارد و علائمی را که از دررفتگیهای کامل مفصل ران اطفال یا کودکان بزرگتر و بالغین می شناسیم نشان نمیدهد وتنها با روشهای معاینه بخصوصی که به مانور Ortolani و یا Barlow معروف است قابل تشخیص میباشد. برای آشنائی دقیقتر با این روشها به مقاله ای که در این مجله منتشر شده است رجوع شود(۲۳).

عوامل محیطی که برای ایجاد دررفتگی مادرزادی مفصل ران مسئول شناخته شده اند عواملی هستند که بنحوی باعث کشیدگی و جمع شدن (اکستانسیون و آددوکسیون) مفاصل ران میشوند. این عوامل ممکن است قبل از تولد، یعنی داخل رحم و یا بعد از آن موثر باشند.

طرز قرار گرفتن نوزاد در رحم (نمایش ته)، تنگی جا (حاملگی اول، وزن زیاد نوزاد، تقلیل مایع آمنیوتیک)، تومورهای رحم (میومها) و امثال آن از عواملی هستند که قبل از تولد باعث دررفتگی مفصل ران میشوند.

بنابر گزارش Dunn(۷) عوامل داخل رحمی که ایجاد دررفتگی مفصل ران میکنند اغلب همزمان با آن تغییرات دیگری را هم در نوزاد بوجود میآورند. این تغییرات عبارتند از: تغییر شکل جمجمه و صورت، غیرقرینه بودن فک اسفل، تغییر شکل پاها، اسکلیوز و تورتیکولی.

طرز قنداق کردن و حمل نوزاد بخصوص در هفته های اول زندگی مهمترین عاملی است که بعد از تولد در ایجاد دررفتگی مفصل ران ذکر میشود.

در بیشتر طوایف بدوی آفریقا حمل نوزاد بصورت بستن او به پشت مادر با پاهای باز و مفاصل خمیده انجام میگیرد.

این طرز حمل نوزاد هنوز هم در بسیاری از سیاهان آفریقائی که از نظر تمدن وضع پیشرفته تری دارند (۸، ۱۲)، چینی های هنگ کنگ (۱۳)، مائوریهای نیوزیلند (۱۸)، بومیان استرالیا (۱۸)، در شمال هند (۱۵) و نیز در قسمتهائی از ایران دیده میشود.

برعکس این گروه، جوامعی وجود دارند که نوزادان خود را با پاهای کشیده محکم می بندند و برای حمل آنها از جعبه چوبی که

* دانشگاه تهران— مرکز پزشکی امام خمینی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

پای نوزادان در آن بکلی بیحرکت میماند(Cradle board) استفاده می کنند. این وضع بیشتر در بعضی از قبائل سرخ پوست امریکای شمالی (۱۹) و کانادا (۲۲) و لاپلندیهای شمال اسکاندیناوی (٤) دیده میشود.

روش قنداق کردن نوزاد در بیشتر نواحی ایران به این شکل است که پاهای نوزاد را در مفصل ران و زانو کاملا کشیده در حالت اکستانسیون و آددوکسیون با پارچه ای محکم می بندند بطوری که نوزاد بجز درمواقعی که برای مدت بسیار کوتاهی برای تعویض قنداق و تمیز کردن نوزاد صرف میشود، امکان حرکت آزاد پاهای خود را ندارد.

۲– ارتباطی که بین طرز قنداق کردن و دررفتگی مفصل ران وجود دارد.

شدت تأثیر عوامل ایجادکننده دررفتگی مفصل ران، چه ارثی و چه محیطی، متفاوت است. این عوامل به تنهائی ممکن است چنان ضعیف باشد که دررفتگی مفصل ران بصورت بالینی بروز نکند و یا برعکس چنان شدید که وجود کوچکترین شرائط مساعدکننده، دررفتگیهای سخت ایجاد کند. آنچه در اینجا نقش تعیین کننده دارد تأثیر متقابل این دو در یکدیگر است: مفصل رانی که عامل ارثی دررفتگی در آن حتی بطور خیلی خفیف وجود داشته باشد، میتواند تحت تأثیر عوامل محیطی شدید در برود و یا برعکس در صورت وجود عامل ارثی با شدت کافی، مفصلی که زیر فشار عوامل محیطی ضعیف قرار بگیرد دچار لوکساسیون شود.

مطالعات آماری نشان میدهد که شیوع دررفتگی مادرزادی مفصل ران در بالغین جوامعی که پای نوزادان را بجهت اینکه بتوان به پشت مادر بست و حمل کرد، بصورت آبدوکسیون و فلکسیون (قورباغه ای) نگهمیدارند کمتر است و این آمار موقعی بحداقل میرسد که علاوه بر حمل نوزاد بطریقه ای که ذکر شد فراوانی ژن بیماری هم در آن جوامع کم باشد. این وضع را میتوان در بعضی از قبائل آفریقای شرقی و جنوبی (۸، ۱۲) و چینی ها (۱۳) مشاهده کرد. برعکس در جوامعی که پای نوزادان را در حالت کشیده ثابت و بیحرکت نگاهمیدارند این بیماری شایعتر است و اگر فراوانی ژن هم در آنها زیاد باشد مانند بعضی از قبائل سرخ پوست کانادا تا حدود ۳۰ درصد هم میرسد(۲۲).

در کشور ژاپن تا قبل از تسلط تمدن و طرز زندگی غربی حمل نوزادان با بستن آنها به پشت مادران انجام میگرفت و دررفتگی مادرزادی مفصل ران بسیار نادر بود ولی از وقتی که مادران نوزادان خود را به پیروی از اروپائیان در کالسکه حمل میکنند دررفتگی مفصل ران هم شایعتر شده است(۱٦).

اعدادی که برای شیوع دررفتگی مادرزادی مفصل ران در بالغین از سوئد (۲۱) گزارش میشود ۰/۹ درهزار و در ایالات متحده امریکای شمالی (۵) ۱/۱ درهزار می باشد. بطورکلی حد متوسط شیوع این نقیصه را در نژاد سفید یک درهزار تخمین میزنند. در ایران، ما تاکنون آماری در این مورد دردست نداریم و این برعهده مقامات بهداشتی و همکاران ارتوپد است که شدت شیوع دررفتگی مادرزادی مفصل ران را در ایران تعیین کنند. تجربه بالینی نگارنده اول این مقاله بعنوان متخصص اطفال در یک کشور شمال غربی اروپا و در شمال آمریکا این ظن را بوجود میآورد که باید شیوع آن در ایران بیشتر از اعداد ذکر شده در بالا باشد.

ولی در نوزادان وضع کمی روشن تر است. معایناتی که ما در ۱۱۹٤۹ نوزاد با روشهای فوق الذکر انجام داده ایم در ۵۹ مورد (٥٤ دختر، ۵ پسر) یعنی حدود ۵ درهزار آمادگی برای دررفتگی مفصل ران (پرلوکسیاسیون) یافته ایم. این نوزادان تماماً در ۲٤ ساعت اول زندگی معاینه شده اندو ما سعی کرده ایم نوزادانی را که در رفتگی مفصل ران آنان بعلت مالفورماسیونهای مشخصی مثل اختلال های کروموزومی، سندرمهای نادر، آرتروگریپوزویا اختلال های عصبی– عضلانی بوده است کناربگذاریم بطوری که همه موارد نوزادانی هستند که دررفتگی مفصل ران آنان ازنوع دررفتگی خالص میباشد. ضمناً لازم به تذکر است علائمی که دال برتأثیر عوامل محیطی داخلی رحمی باشد جزنمایش زایمانی ته در ۱۹/۵ درصد موارد و پای چنبری دریک مورد وجود نداشت بطوری که میتوان گفت اکثر این پرلوکساسیونها معلول اثرعامل ارثی بوده اند و عوامل محیطی داخل رحمی تأثیرتعیین کننده ای درایجاد آنها نداشته اند.

در جدول ضمیمه آمار شیوع پرلوکساسیون در گروههای مختلف انسانی بخصوص در سفیدپوستان جمع آوری شده است. بخوبی دیده میشود که شیوع پرلوکساسیون یا Unstable hips در نوزادان ایرانی نه تنها بیشتر از جماعات دیگر نیست بلکه در اکثر موارد نیز بمراتب کمتر است بطوری که میتوان گفت وفورژن Gene frequency مربوط به دررفتگی مفصل ران حداقل در ایرانیان ساکن تهران بیشتر از جمعیتهای دیگر نمیباشد. اگر ظن ما در مورد شیوع بیشتر آن در افراد بالغ ایرانی درست باشد باید دید علت آن چیست.

اگر قبول کنیم– و این را امروزه عموما قبول دارند، که تقریبا همه دررفتگیهای مادرزادی مفصل ران در دوران نوزادی بصورت پرلوکساسیون (ارتولانی مثبت) قابل تشخیص میباشد اختلاف چشمگیر بین تعداد پرلوکساسیونهای نوزادان آنطور که در جدول دیده

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

شیوع پرلوکساسیون در نوزادان کشورهای مختلف

کشور شهر یا منطقه	گزارش کننده، سال انتشار	عده نوزادان	تعداد پرلوکساسیون	درهزار
سوئیس (برن)	Geiser ۱۹۷۳ (۱۰)	۱۵۳۲	۲۸	۱۸/۲
استرالیا (آدلاید)	Peterson ۱۹۷۳ (۱۸)	۷۴۰۹	۴۱	۵/۵
ایالات متحده (ایندیاناپلیس)	Ritter ۱۹۷۳ (۲۰)	۳۲۷۸	۳۰	۹/۱
نروژ (جنوب شرقی)	Bjerkreim ۱۹۷۴ (۲)	۱۳۵۱	۹	۶/۶
سوئد (مالمو)	Fredenborg ۱۹۷۶ (۹)	۳۰۲۸۰	۱۱۵	۳/۸
هند (چندیگره)	Kauchal ۱۹۷۶ (۱۵)	۲۵۰۰	۲۰	۸/۰
اسرائیل (رحوت)	Klingberg ۱۹۷۶ (۱۴)	۱۲۱۵۰	۱۷۲	۱۴/۱
یونان (سالونیکی)	Peonid[illegible]s ۱۹۷۶ (۱۷)	۱۲۵۳۰	۸۵	۶/۷
نروژ (تروندهایم)	Cyvin ۱۹۷۷ (۶)	۱۹۸۶۴	۳۷۸	۱۹/۰
ایران (تهران)	مطالعات حاضر ۱۹۷۸	۱۱۹۴۹	۵۹	۴/۹

میشود و شیوع آن در بالغین (حدود یک درهزار) قابل توجه است. این بدان معنی است که همه پرلوکساسیونها به دررفتگی کامل منجر نمیشوند و بیشتر آنها خودبخود بهبود می یابند مگر در مواردی که شرائط محیطی برای بهبود یافتن مساعد نباشد. مهمترین عاملی که مانع این ترمیم طبیعی و بهبود پرلوکساسیون میشود وضعی است که در آن مفصل ران در حال آددوکسیون واکستانسیون ثابت نگاهداشته شود و این همان وضعی است که قنداق سنتی ایرانی که درست در جهت عکس درمان دررفتگی مفصل ران تأثیر میکند، بوجود میآورد و اگر گمان ما در مورد شیوع بیشتر آن در بالغین ایرانی درست هم نباشد، نتیجه گیری منطقی از آنچه گفته شد ایجاب میکند که قبول کنیم با ترک قنداق ایرانی بعنوان عامل محیطی میتوان از تعداد دررفتگیهای کامل در بالغین کاست.

۳ــ راه چاره چیست؟

در طب اصلی هست که میگوید: پیشگیری بهتر از درمان است. این اصل در مورد دررفتگی مادرزادی مفصل ران مصداق و یژه ای دارد چه درمان آن بخصوص اگر کمی دیر تشخیص داده شود و بتأخیر افتد اغلب راضی کننده نیست. درعوض پیشگیری آن میتواند بسیار آسان و ثمر بخش باشد.

نخستین گام در این راه تضعیف عامل ارثی است. ولی از آنجائی که انتقال این بیماری تحت قواعد معینی انجام نمیگیرد، مشاوره ارثی در این مورد مشکل است و فقط میتوان گفت بهتر است از ازدواج های فامیلی و همچنین از وصلت افراد دو خانواده که موردی از این بیماری در آنها دیده شده است، خودداری شود.

در مرحلهٔ بعد، معاینه همه نوزادان بخصوص در سه روز اول زندگی از نظر دررفتگی مفصل ران است تا در صورت مثبت بودن علامت ارتولانی قنداق آبدوکسیون که در واقع نوعی وسیله پیشگیری از ایجاد دررفتگی کامل است بکار گرفته شود. این روش هم با اینکه بسیار موثر است و در کشورهائی که در مورد همه نوزادان انجام میگیرد موجب تقلیل قابل توجه بیماری شده است، هنوز در کشور ما بخصوص در نوزادانی که در منازل و روستاها توسط ماماها متولد میشوند قابل اجرا نیست و حتی پزشکانی که در روزهای اول زندگی نوزادان را معاینه میکنند باید تجربه ای در کار برد آن داشته باشند.

در اینجا باید متذکر شویم که پرتونگاری ساده از لگن نوزاد برای تشخیص دررفتگی مفصل ران در هفته های اول زندگی جز در موارد نادر هیچگونه ارزشی ندارد و غیر از اشعه دادن بیجهت به نوزاد چیزی عاید نمیکند. در صورت لزوم می توان از روشهای و یژه ای استفاده شود که جای بحث آن در اینجا نیست و بمقاله پیشین نگارنده رجوع شود(۲۳).

بالاخره وسیله ای که میتواند برای جلوگیری از ایجاد بالفعل دررفتگی مفصل ران در نوزادانی که عامل ارثی آن را در خود دارند بسیار موثر باشد، ممانعت از تأثیر عوامل محیطی است. پزشک یا ماما معمولا بعد از تولد نوزاد را از پاها گرفته مدتی سرازیر نگاهمیدارد تا شروع به گریه کند. این کشش واکستانسیون در مفصل ران ممکن است در نوزادی که استعداد آن را دارد ایجاد دررفتگی نماید و نیز خود معاینه با روش ارتولانی یا بارلو بخصوص اگر با احتیاط نباشد و بتکرار انجام گیرد همان وضع راایجاد میکند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

قنداق ایرانی که پاها را در حال آدوکسیون و اکستانسیون ثابت و بیحرکت نگاهمیدارد موثرترین عاملی است که میتواند از بهبود خودبخودی پرلوکساسیون ممانعت کند. برخی از مولفان پیشنهاد کرده اند که همه نوزادان با استفاده از قنداق آبدوکسیون بحالت قورباغه ای قنداق شوند(۱). بنظر ما وادار کردن همه مادران به اینکار نه تنها آسان نیست بلکه لازم هم نمیباشد و همینقدر که نوزاد بتواند پاهای خود را بطور طبیعی حرکت دهد برای پیشگیری از ایجاد بسیاری از دررفتگیها کافی است. پارچه ای که بطور آزاد دور لگن او پیچیده میشود بخصوص اگر کمی هم پاها را از هم باز نگاهدارد بعنوان قنداق کفایت میکند.

طبیعی است که با عادتی که مادران ایرانی طی نسلها به قنداق سنتی پیدا کرده اند با یک نوع تعصب بآن می چسبند و قانع کردن آنان به ترک این روش زیاد آسان نیست ولی با کمی صرف وقت و تفهیم بدون مقاومت زیاد می پذیرند و با قدری تبلیغات میتوان کنار گذاشتن آن را در سراسر کشور معمول کرد.

تنها نگرانی که مادران در این مورد ابراز میدارند اینست که آیا اگر بسبک سنتی قنداق نکنند پای نوزادشان کج نمیشود؟ این نگرانی را میتوان بسادگی با چند کلمه برطرف کرد.

خلاصه:

برای بوجود آمدن دررفتگی مادرزادی مفصل ران دو نوع عامل، ارثی و محیطی، شناخته شده است. این دوعامل اگرچه ممکن است به تنهایی قادر به ایجاد دررفتگی نباشند ولی با اضافه شدن یکی بر دیگری دررفتگی کامل مفصل ران بوجود میآید. قنداق ایرانی یکی از عوامل محیطی موثری است که میتواند با اضافه شدن به عامل ارثی، بسیاری از پرلوکساسیونها را که ممکن بود با پیشگیری مناسب مانع از ایجاد دررفتگی شد به لوکساسیون کامل تبدیل کند.

REFERENCES:

1- Becker, F.: Z. Orthop. 95: 194, 1961.

2- Bjerkreim, J.: J. Oslo City Hosp. 26: 79-90, 1976.

3- Carter, C.O.: Second Internal. Conf. Congenit. Malformations 1963, P. 306. New-York: International Medical Congress 1964.

4- Coleman, S.S.: J. Bone and Joint Surg. 45-A: 1782, 1963.

5- Coleman, S.S.: J.A.M.A. 162: 548-554, 1956.

6- Cyvin, K.B.: Acta paediatr. Scand. Suppl. 263: 1, 1977.

7- Dunn, P.M.: Clin. Orthop. el. Res. 119: 11-22, 1976.

8- Edelstein, J.: J. Bone and Joint Surg. 48-B: 397, 1966.

9- Fredenborg, N.: Acta Orthop. Scand. 47: 175-180, 1976.

10- Geider, M.: Schweiz. Med. Wschr. 103: 1449-1454, 1973.

11- Getz, B. : Acta Orthop. Scand. Suppl. 18:1, 1955.

12- Griffiths, J.C.: Postgrad.Med. J. 46: 86-91, 1970.

13- Hodgson, A.R.: Brit. Med. J. 2: 647, 1961.

14- Klingberg, A.K. et al.: Lancet 1 (7954): 298,1976.

15- Kaushal, V et al.: INt. Surg. 61:29. 1974.

16- Nagura, Sh.: Zbl chir 82:1249, 1957.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]

17- Peonides, A.: Lancet 1 (7969): 1137, 1976.

18- Peterson, D.C.: Clin. Orthop. Rel. Res. 119: 28-38, 1976.

19- Rabin, D.1. et al.: Amer. J. Publ. Health 55 (Suppl.2): 1-44,1965.

20- Ritter, M.A.:Amer. jdis. Child. 125: 30-32, 1973

21- Severin, E.L Nord. Med. 55:221, 1956.

22- Walker, J.M.: Canad. Med. Assoc.J. 116: 501-504, 1977.

۲۳ــ دکتر غلامرضا ولی زاده: مجله نظام پزشکی ایران ــ سال چهارم ــ شمارهٔ ٦ ــ مهرماه سال ۱۳۵٤ ــ صفحه ۵٤۲ ــ ۵۵۲.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-09-04]