

تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران در ایران و آمار ۳۳۰۰ نوزاد

مجله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۴، صفحه ۲۶۸، ۱۳۵۹

دکتر محمود رضائیان * دکتر احمد قانع بصیری - دکتر مسعود توسلی *

مقدمه :

روش معاینه و اهمیت تشخیص:

دررفتگی مادرزادی اگرچه در کودکان بزرگتر نشانه‌های واضح و فراوانی مثل کوتاهی یک عضو (در انواع یک طرفه)، طرز راه رفتن مخصوص مانند اردک (در انواع دوطرفه) داشته و در پرتو نگاری صدرصد مشخص میگردد، در نوزادان نشانه‌های واضحی ندارد. تنها با وقوف کامل بر این آزمایش‌ها میتوان بیماری را بسته به استفاده از پرتوشناسی مشخص و بسادگی درمان کرد. تشخیص این بیماری در حقیقت در درجه اول بر عهده متخصصان زایمان است که در بد و تولد بیمار را معاینه میکنند. چنانچه در موقع تولد تشخیص داده نشود، این وظیفه بر عهده متخصصان اطفال میباشد که کودکان را برای نخستین بار معاینه میکنند و چنانچه در این دور حمله تشخیص داده نشود، در موقع راه رفتن عموماً ناراحتی بیمار مشخص میگردد که مسلمان برای درمان بسیار دیر خواهد بود، زیرا با آشیانی در روزهای اول زندگی و نگهداری پاها توسط پارچه مخصوص دروضیعت دور از خط وسط (ابدوکسیون) بیماری تقریباً همیشه بدون عوارض قبل درمان است. درصورتیکه تا سن دو سالگی تشخیص داده نشود، مستلزم درمان جراحی گاه بالاعمال متعددی است که صریحتاً از عوارض آنها تبعیجه نیز معکوس است رضایتیخی نباشد. بنابراین باید به کلید پزشکان آموزش داده شود که در نخستین روزهای تولد زندگی هر نوزاد، وی را برای آشیانی دررفتگی مادرزادی مفصل ران معاینه نمایند.

دررفتگی مادرزادی مفصل ران یکی از مهمترین نقص‌های مادرزادی است که اگر درمان نشود منجر به علیل بودن بیمارخواهد شد. تا چند سال قبل تشخیص آن در بد و تولد مشکل بود ولی در سال ۱۹۴۸ با پیشنهاد آزمون مخصوص توسط Ortoloni (۴)، متخصص عالی تدریای تالیائی و نیز آزمون Barlow (۲) در سال ۱۹۶۲ تشخیص این نقص در بد و تولد آسان شده و در تیجه بسادگی قبل درمان است. بنابراین با درمانهای جراحی میتوان از عوارض آن جلوگیری کرد. علت اصلی بیماری معلوم نیست ولی در جنس مؤنث چندین برابر بیشتر از جنس مذکور دیده میشود. علاوه وفور آن با وضعیت زندگی و جفرافیائی کاملاً ارتباط دارد. این بیماری در اقوام اسکیمو که در مناطق سردسیر زندگی میکنند و کودکان خود را با پاهای راست در پارچه می‌بیچند، (مانند قنداق پیچیدن در ایران) بسیار فراوان است و در سیاه پوستان افریقا که کودک خود را از بد و تولد با پاهای راست در پشت حمل می‌کنند دیده نشده است. در دیگر نقاط جهان وفور این بیماری متفاوت است مثلاً در انگلستان و امریکای شمالی حدود ۱۵ در هزار و در جنوب ایتالیا ۶ در هزار نوزادان مبتلا میباشد، در پاکستان این بیماری نادر بوده و آمار مبتلایان در ایران نیز مشخص نیست. برای تبیین آمار تقریبی مبتلایان باین بیماری از ۳۳۰۰ نوزاد، در دو بیمارستان زنان و زایشگاه فرج سابق در ۴۸ تا ۲۴ ساعت اولیه تولد معاینه بهم آمد که نتایج آن در این مقاله ارائه میگردد.

* بیمارستان ابن‌سینا - دانشکده پزشکی، دانشگاه تهران
** بیمارستان زنان - تهران.

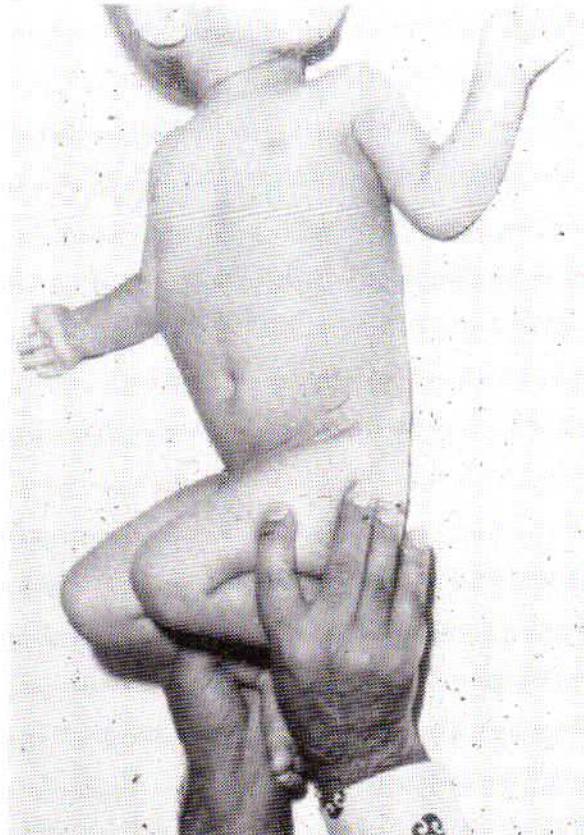
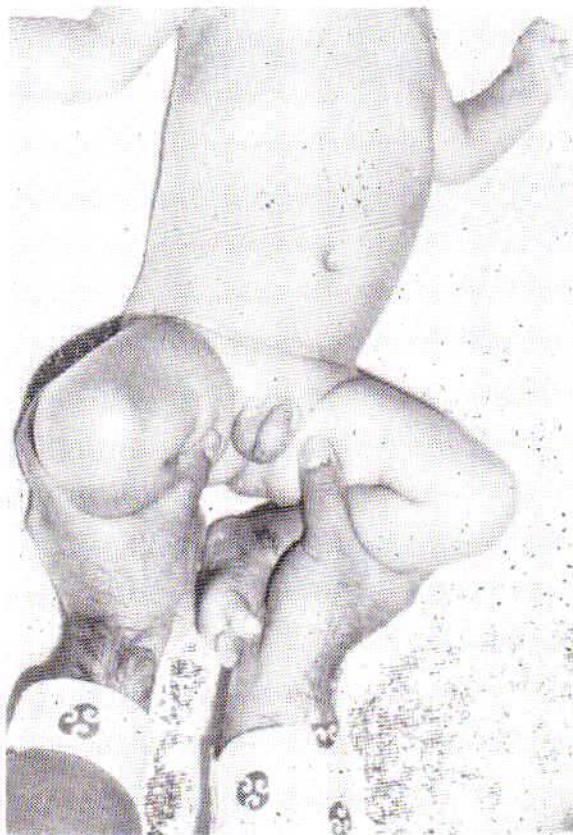
روش تشخیص:

شنیده یا حس شود که دلیل بر جای افتادن دررفتگی خواهد بود (آزمون Ortoloni). انجام این عمل روی نوزاد کوچک مشکل است. بنابراین آزمون دیگری که به آزمون Barlow موسوم است انجام میشود.

آزمون Barlow :

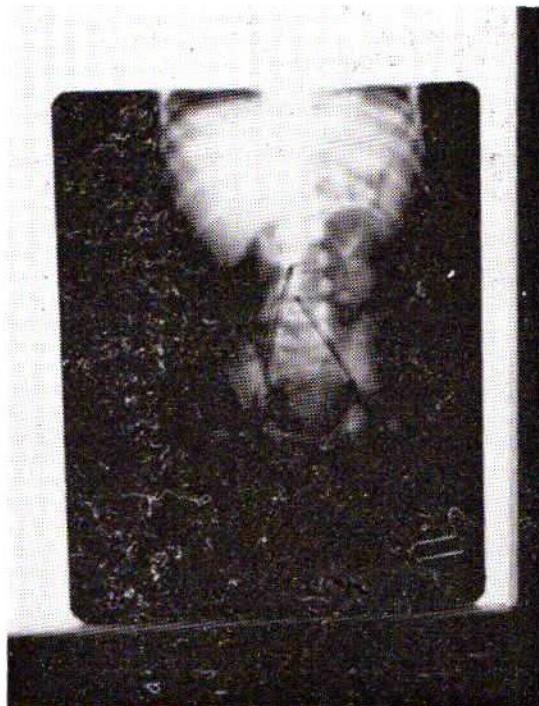
درحالیکه بیمار به پشت روی تخت خوابیده، معاينه کننده ساق پا را روی ران کاملا خم کرده، ساق و ران را در دست غیر هم نام خود میگیرد (با دست راست پای چپ و بر عکس) بطوریکه انگشت وسط روی برجستگی بزرگ و انگشت شست روی برجستگی کوچک استخوان ران قرار گیرد. در این حال اگر با انگشت وسط از عقب به جلو فشار وارد آورده شود در مفصل طبیعی حرکتی مشاهده خواهد شد در حقیقت مفصل ران ثابت (Stable) خواهد بود در صورتیکه اگر دررفتگی وجود داشته باشد با این حرکت سر استخوان از روی بال استخوان ران بداخل حفره استابلوخ خواهد لرزید که لفڑش آن محسوس بوده و گاهی شنیده میشود. تنها با احساس این لفڑش آزمون بارلو را مثبت دانسته بیمار را مبتلا بعد رفتگی مفصل ران میدانند. این گروه در بررسی بیماران خود این روش را بکار برده اند (شکل ۱۲۰). چنانچه در این مرحله

از سال ۱۹۴۸، که اورتولونی آزمون خود را معرفی کرد در بسیاری از نقاط جهان نسبت به درمان این بیماری توجه خاصی شده است. امروزه آزمون اورتولونی را بیشتر برای معاينه کودکان چند ماهه مناسب میدانند و بجای آن آزمون Barlow را که در حقیقت یک شکل تغییر داده شده آزمون قبلی است برای معاينه نوزادان بکار میبرند. در این مطالعه از آزمون بارلو استفاده شده است. برای بررسی مفاصل رانها پس از معاينه عمومی بیمار، نوزاد را به پشت روی تخت معاينه می خوابانند و معاينه کننده در انتهای پاها ایستاده با دست های گرم و خشک شروع به معاينه میکند. نخست حرکات هر مفصل را جدا گانه و بعد با هم بررسی میکند. دور کردن مفصل دررفته از خط وسط معمولاً شدیداً محدود است که خود نشانه بسیار خوبی است و باید بوجود دررفتگی مشکوک شد. در نوزاد طبیعی اگر ساق پا را درحالیکه ران به بدن و ساق بر ران عمود است گرفته بخارج حرکت داده شود (ابدوکسیون) سطح خارجی زانو نقریباً به میز معاينه خواهد رسید. اگر دررفتگی وجود داشته باشد اولاً دامنه این حرکت محدود بوده و ثانیاً در چریان این حرکت ممکنست صدای مختصری



شکل ۱۲۰ - روش انجام آزمون بارلو

پرتو نگاری در سنین چند ماهگی کمک واضحی به تشخیص می‌کند (شکل ۴). ولی در روزها و هفتگهای اول زندگی روش و مهارت خاصی برای انجام خواندن آن لازست. چنانچه بخواهد تشخیص را در این مرح萊 با پرتو نگاری تأیید کنند باید بیمار را روی پشت در حالتیکه پاها راست و ۹۰ درجه از یکدیگر دور است (هر پا ۴۵ درجه بحال ابدو کسیون قرار گیرد) پرتو نگاری قدامی-خلفی انجام شود. در این حال خطی که از لبه داخلی تنہ استخوان ران بگذرد، در فوزاد طبیعی از پائین مفصل کمری - خاجی و در صورتیکه مفصل در رفته باشد این خط از بالای مفصل خاجی خاصره‌ای خواهد گذشت (شکل ۵).

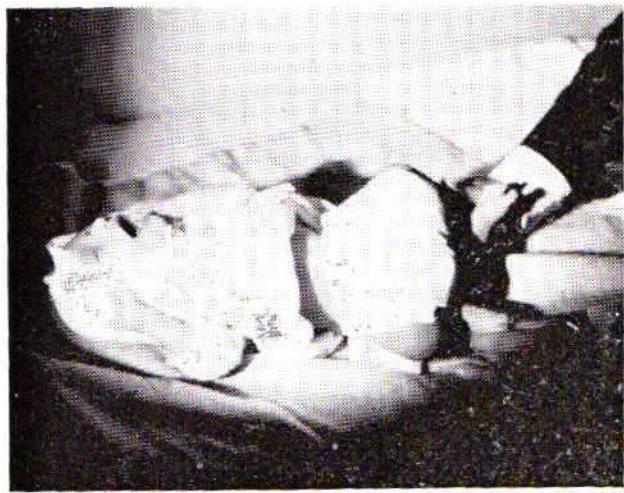


شکل ۵- پرتو نگاری لتن نوزاد

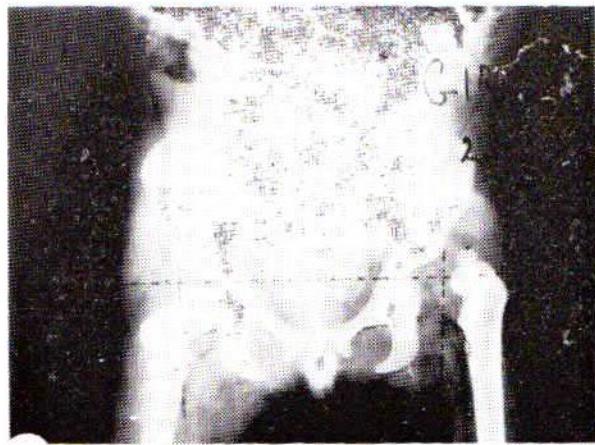
نتایج: از مجموع ۳۲۰۰ نوزاد ایرانی ۱۶۸۸ (پسر ۱۶۱۲ و دختر) که در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول زندگی معاینه شدند، ۳۵ نوزاد مبتلا به دررفتگی مفصل ران بودند (۱۹٪ نوزاد دو طرفه و ۱۶ تن یک طرفه و از این ۱۶ مورد، ۱۲ مورد دررفتگی در طرف راست و ۴ مورد در طرف چپ). نسبت جنس مؤنث به مذکور تفاوت فاحشی نداشت (۱۸ دختر در مقابل ۱۷ پسر). کلیه مبتلایان برای درمان و پیگیری زیر نظر میباشند. دیگر نواقص این بیماران در مقابله جداگانه ارائه گردیده است. (مجله مرکز طبی کودکان).

بحث: بر اساس ارزیابی که از این نوزادان بعمل آمد اینطور نتیجه گیری شده که وفور دررفتگی مادرزادی مفصل ران با بعضی

بیماری‌ها به دررفتگی تشخیص داده شد کافیست که پارچه مناسبی را که اقلالش لایه باشد در داخل پاهای کودک قرار داده چهار گوش آنرا در دو طرف کمر با سنجاق بهم وصل نمایند (شکل ۳) و به مادر آموزش دهند که کودک خود را در این وضعیت نگهداری کند. پس از شش تا هشت هفته بیمار را اگر معاینه کنند آزمون بارلومنی خواهد بود و دررفتگی در حفره استاندوم ثابت خواهد شد. در مواد مشکوک نیز باید بیمار را مبتلا فرض کرده و باعین روش درمان ساده عمل گردد زیرا همچگونه ضرری برای بیمار ندارد درصورتیکه اگر دررفتگی درکار باشد درمان آن موجب پیشمانی خواهد شد.



شکل ۳- طرز ییجیدن نوزاد مبتلا به دررفتگی مادرزادی مفصل ران



شکل ۴- شاشهای پرتوشناسی دررفتگی مادرزادی در کودک چند ماهه که باید به نکات زیر توجه داشت.

۱- سر دررفته در سطح بالاتر قرارداد.

۲- از حفر استاندوم دورتر است.

۳- خطی که قوس استخوان عانه را بگردان استخوان ران وصل میکند معمولاً قوس منظم را تشکیل میدهد. که در اینجا این قوس در طرف دررفته بهم خورده است.

۴- اگر خطی از محل تقاطع استخوانهای لتن در حفره‌های استاندوم وصل و دوخط از کناره‌های استاندوم بآن عمود شود معمولاً سرتیغی استخوان ران باید در زاویه داخلی - لعناتی قرارداد شده باشد.

ابتلاه طرف چپ حدود ۱۵٪ برابر بیشتر از طرف راست است .
ثالثاً دررفتگی دو طرفه نسبت به کل دررفتگی در ایران حدود ۴٪ و در آمار Malmo حدود ۲۴٪ است .

خلاصه: تشخیص زودرس و درمان دررفتگی مادرزادی مفصل ران در Malmo روی ۶۰۰۰ نوزاد بررسی شد و ازین آنها ۵۴۸ نوزاد دررفتگی مادرزادی داشتند و آزمایش‌های مجدد بالینی و پرتوشناسی شامل نمای قدامی - خلفی بطور متوسط در سن ده ماه و ده روز ثابت شد که تمام بفاصل درمان شده ، طبیعی بودند . درمان دررفتگی مادرزادی مفصل ران براساس دو اصل Palmen و Von - rosen میباشد که عبارتند از :

- ۱- تقریباً همه دررفتگی‌های مادرزادی مفصل ران را میتوان در خلال چند روز اول بعداز تولد تشخیص داد .
- ۲- اگر مفصل دررفته فوراً جا ازداخته شود و درمان مناسب انجام گیرد ، میتوان انتظار داشت که کاملاً طبیعی شود .

REFERENCES:

- 1- Anssari: Heidarabad University, Pakistan Personal Discussion, 1975,
- 2- Barlow, T. G.: Bone Joint Surgery 2: 299, 1962.
- 3- Dunn, P. M : Clinical Orth. 119: 11, 1976.
- 4- Ortoloni, M.: La Lussazions Congenita dell' anca. Nuovi Creteri Diagnostici e Profietto - correttive, Bologna. Cappelli. 1948.
- 5- Patterson, D. C.: Clin. Orth. 119: 28, 1976.
- 6- Von - rosn, S.: J. Bone Joint Surg. 2: 284, 1962.

از آمارهای خارجی تفاوت کمی دارد . مثلاً وفور دررفتگی در ایران ۱۰۳ درهزار و در آمار بدست آمده در Malmo ۹۳ درهزار است . ولی بارلو در طالعهای که روی ۹۲۸۹ نوزاد در سالفورد انگلستان انجام داده شیوع دررفتگی را ۱۵۵ درهزار و Von - rosen - این رقم را در ناحیه Malmo سوئد ۱۵۷ در هزار گزارش داد . معتقدند این اختلاف شیوع ، بستگی به عوامل محیطی و ارثی دارد . اما آنچه که در آمار بدست آمده روی ۳۳۰ نوزاد جلب توجه میکند اینستکه اولاً شیوع دررفتگی بین دختران و پسران چندان تفاوتی ندارد و نسبت ابتلای دختران به پسران حدود ۱/۰۵ است . ولی در آمار Malmo دختران ۵۳٪ برابر بیشتر از پسران گزارش شده است . و در بعضی آمارهای اروپائی دختران ۳ تا ۵ برابر بیشتر از پسران مبتلا شده‌اند ، ثانیاً در آمار ایران دررفتگی مفصل ران راست حدود سه برابر بیشتر از طرف چپ است در صورتیکه در آمارهای خارجی ابتلای مفصل طرف چپ بیش از طرف راست میباشد . بن طبق آمار Malmo