

توضیح:

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۷۷، ۱۳۶۰

دکتر غلامرضا ولی زاده *

در مورد اول باید گفت که نگارندگان محترم حق گفته‌اند و در مفصل دررفته محدودیت آبدوکسیون شدید وجود دارد. ولی باید دانست که این دررفتگی در نوزاد بسیار نادر است و بیشتر در نوزادانی که دارای مالفورماسیو نهایی متعدد هستند دیده می‌شود. در مقابل، آنچه که زیاد مشاهده شده نوع دوم یعنی استمداد دررفتگی است که در آن سراسنخوان فمور از حفره مفصلی خارج نشده و هنوز در داخل آن قرار دارد و به همین جهت هم علائم دررفتگی مثل محدودیت آبدوکسیون و کوتاهی پا و ... در این نوزادان دیده نمی‌شود.

روشهای ارتولانی و بارلو برای تشخیص این آمادگی و استمداد مفصل برای در رفتن است و نه خود دررفتگی که علائم بالینی و رادیولوژیائی مخصوص بخود را دارد. بهمین دلیل هم تنها باز کردن (آبدوکسیون) ران خمیده نوزاد برای انجام مانور ارتولانی کافی نیست و باید قبل از آبدوکسیون رانهای خمیده بطرف عقب dorsal نوزاد فشار داده شود تا تحت این فشار سراسنخوان فمور از حفره مفصلی خارج شود که بتواند بهنگام آبدوکسیون، مجدداً بداخل استابولوم بلغزد و آن احساس جا افتادن را در معاینه کننده ایجاد کند. ثانیاً اینجانب متوجه نشدم چرا باید «انجام این عمل روی نوزاد کوچک» که اندامهایش دارای ابعاد کوچکتری است و براحتی میتواند در دست معاینه کننده قرار بگیرد مشکلتر باشد تا در کودکان چند ماهه؟ و حال آنکه مانور ارتولانی مختص معاینه نوزادان در روزهای اول زندگی است و بعد از دوره نوزادی که «آمادگی دررفتگی» بصورت «دررفتگی» درمیآید دیگر احتیاجی به روشهای ارتولانی و بارلو نیست.

در صفحات ۲۴۷-۲۵۱، شماره ۴، سال هفتم مجله نظام پزشکی مقاله‌ای تحت عنوان «تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران در ایران» نوشته آقایان دکتر محمود رضائیان، دکتر احمدقانع بصیری و دکتر مسعود توسلی چاپ و انتشار یافته است که آقای دکتر غلامرضا ولی زاده توضیحاتی درباره مقاله مذکور بشرح زیر مرقوم داشته‌اند:

۱- در مقدمه مقاله ذکر شده است که: «... آمار مبتلایان در ایران مشخص نیست». توجه نگارندگان مقاله را به نوشته اینجانب که حدود ۵ سال پیش در شماره ۶، سال چهارم مجله نظام پزشکی (۱۳۵۴)، صفحه ۵۴۳ تا ۵۵۲ تحت عنوان «تشخیص و درمان دررفتگی مفصل ران در نوزاد» چاپ و منتشر شده است، جلب بینمایم. در این نوشته نتیجه معاینه ۴۶۹۶ نوزاد از نظر دررفتگی مادرزادی مفصل ران بطور مبسوط و گسترده مورد مطالعه آماری قرار گرفته و گزارش شده است.

۲- در مورد روش تشخیصی «ارتولانی» (Ortolani) همکاران محترم مرقوم داشته‌اند «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 دررفتگی وجود داشته باشد، اولاً دامنه این حرکت محدود بوده و ثانیاً در جریان این حرکت صدای مختصری شنیده یا حس شود که دلیل بر جا افتادن دررفتگی خواهد بود. انجام این عمل روی نوزاد کوچک مشکل است».

اولاً باید بین دررفتگی (Luxation, Dislocation) و استمداد دررفتگی (Preluxation, Unstable Hip) فرق قائل شد.

* بخش نوزادان بیمارستان ولی عصر - دانشکاه تهران .

ثانیاً - در مانور ارتولانی یا بارلو خارج شدن سرفموراز حفره مفصلی و دوباره جا افتادن آن (که دست معاینه کننده آنرا بخوبی حس میکند) شرط مثبت بودن است و نه « صدای مختصر » خراش ماندنی که « ممکنست شنیده یا حس شود » و بهیچوجه ارتباطی با استعداد مفصل برای دررفتن ندارد ، این اشتباه در همکاران جوان ما زیاد پیش میآید و این موارد نباید بکلی از آمار دررفتگی کنار گذاشته شود . بنظر من همین موارد « صدادار » باعث شده است که هم تعداد دررفتگیها زیاد شود وهم نسبتهای جنس و سمت دررفتگی با آمار بین المللی اختلاف فاحش پیدا کند . اگر این موضوع مورد توجه قرار گیرد همکاران در معاینات بعدی خود حتماً به نتایج دیگری خواهند رسید.

۴- در پایان مقاله ذکر میشود که « اگر مفصل دررفته فوراً جا انداخته شود و درمان مناسب انجام گیرد میتوان انتظار داشت که کاملاً طبیعی شود ».

لازم است در اینجا باز هم تأکید کنم که باید بین دررفتگی و استعداد دررفتگی فرق قائل شد .

آنچه که بوسیله قنطاق کردن با پاهای باز میتواند قابل درمان باشد ، استعداد دررفتگی است که با مانورهای ارتولانی و بارلو قابل تشخیص میباشد و در واقع نوعی پیشگیری از ایجاد دررفتگی است . ولی دررفتگی مفصل ران با محدودیت آبدو کسیون رانها و علائم دیگر در حیطه توانائی متخصص اطفال نیست و باید بهنده همکاران ارتوپد گذارده شود .

۳- در ذکر نتایج و بحث نویسندگان محترم اظهار میدارند که : « وفور دررفتگی در ایران ۱۰۳ در هزار... است و شیوع دررفتگی بین دختران و پسران چندان تفاوتی ندارد و نسبت ابتلای دختران به پسران حدود $\frac{1}{25}$ است » و « در آمار ایران دررفتگی مفصل ران راست حدود سه برابر بیشتر از طرف چپ است » و یا « دررفتگی دو طرفه نسبت بکل دررفتگی در ایران حدود ۴۴٪ است » و تعجب میکنند که این آمار با آمار ارائه شده بین المللی بکلی متفاوت است.

برای مقایسه لازم است نتیجه معاینات اینجانب که در مقاله فوق الذکر منتشر شده ارائه شود : شیوع دررفتگی $\frac{4}{9}$ در هزار ، نسبت دختر به پسر ۲:۲۱ (۱۰:۱) ، مفصل ران راست ۲، ران چپ ۱۳ مورد ، دررفتگی دو طرفه نسبت بکل دررفتگی ۸:۲۳ (حدود ۳۵٪).

این آمار که در ۴۶۹۶ نوزاد بدست آمده و در معاینات بعدی تا ۱۳۹۸۸ نوزاد تغییر قابل توجهی نشان نداده به آمار بین المللی نزدیکتر است ، حال چرا آمار همکاران محترم اختلافات فاحشی را با آمار بین المللی نشان میدهد، بعقیده اینجانب میتواند بعلم زیر باشد :

اولا - عده نوزادان معاینه شده کافی نیست و از نظر آماری قابل تعمیم بکل نوزادان ایرانی نمیباشد . همین کمی تعداد باعث شده که عدد نادرست $\frac{10}{3}$ در هزار بدست آید .