تـوضیـح:

مجلـه نظـام پزشکـی
سال هشتم ، شماره ۱ ، صفحه ۷۷ ، ۱۳۶۰

دکتر غلامرضا ولی زاده *

در صفحات ۲۴۷ـ۲۵۱، شماره ۴ ، سال هفتم مجله نظام پزشکی مقالـه‌ای تحت عنوان « تشخیص دررفتگی مادرزادی مفصل ران درایران » نوشته‌آقایان دکترمحمود رضائیان ، دکتراحمدقانع بصیری ودکترمسعود توسلی‌چاپ وانتشاریافته‌است که‌آقای دکتر غلامرضا ولی‌زاده توضیحاتی دربـاره مقالـه مذکور بشرح زیر مرقوم داشته‌اند :

۱ـ درمقدمه مقاله ذکرشده است که : «...آمارمبتلایان درایران مشخص نیست». توجه نگارندگان مقاله را به‌نوشته اینجانب که حدود ۵ سال پیش در شماره ۶ ، سال چهارم مجله نظام پزشکی (۱۳۵۴)، صفحه ۵۴۳ تا ۵۵۲ تحت عنوان «تشخیص و درمان دررفتگی‌مفصل‌ران درنوزاد» چاپ ومنتشرشده است، جلب‌مینمایم. دراین‌نوشته نتیجه معاینه۴۶۹۶ نوزاد ازنظر دررفتگی‌مادرزادی مفصل‌ران بطورمبسوط وگسترده مورد مطالعه‌آماری قرارگرفته وگزارش شده است.

۲ـ در مورد روش تشخیصی « ارتولانی » (Ortolani) همکاران محترم مرقوم داشته‌اند « دور کردن مفصل دررفته از خط وسط معمولا شدیداً محدود است که خود نشانه بسیارخوبی است وباید بوجود دررفتگی‌مشکوك شد، درنوزاد طبیعی..... اگردررفتگی وجود داشته باشد، اولا دامنه این‌حرکت محدود بوده وثانیاً در جریان این حرکت ممکنست صدای مختصری شنیده یاحس شود که دلیل برجاافتادن دررفتگی‌خواهد بود. انجام این عمل روی نوزادکوچك مشکل است».

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

درمورد اول باید گفت که نگارندگان محترم حق‌گفته‌اند ودر مفصل دررفته محدودیت‌آبدوکسیون شدید وجود دارد. ولی‌باید دانست کـه این دررفتگی در نوزاد بسیار نادراست و بیشتر در نوزادانی‌که دارای مالفورماسیونهای متعدد هستند دیده میشود . درمقابل،آنچه که‌زیاد مشاهده شده نوع دوم یعنی‌استعداددررفتگی است که در آن سراستخوان فمور از حفره مفصلی خارج نشده و هنوز درداخل‌آن قرار دارد وبهمین‌جهت هم علائم دررفتگی مثل محدودیت آبدوکسیون وکوتاهی پا و ... در این نوزادان دیده نمیشود.

روشهای ارتولانی‌وبارلوبرای‌تشخیص‌این‌آمادگی واستعدادمفصل برای دررفتن‌است ونه‌خوددررفتگی که علائم‌بالینی‌ورادیولوژیائی مخصوص‌بخودرا دارد. بهمین‌دلیل‌هم‌تنها بازکردن(آبدوکسیون) ران خمیده‌نوزاد برای‌انجام‌مانور ارتولانی‌کافی‌نیست‌وبایدقبل‌از آبدوکسیون رانهای خمیده بطرف عقب dorsal نوزاد فشارداده شود تا تحت این فشار سراستخوان فمور از حفره مفصلی خارج شودکـه بتواند بهنگام آبدوکسیون ، مجدداً بداخل استابولوم بلغزد و آن احساس جا افتادن را در معاینه‌کننده ایجـاد کند . ثانیاً اینجانب متوجه نشدم چرا باید « انجام این عمل‌روی‌نوزاد کوچك » که اندامهایش دارای ابعاد کوچکتری است و براحتی میتواند در دست معاینه‌کننده قـرار بگیرد مشکلتر بـاشد تا در کودکان چند ماهه »؟ و حال‌آنکه مانور ارتولانی مختص معاینه نوزادان در روزهای اول زندگی است و بعد از دوره نـوزادی که « آمـادگی دررفتگی » بصورت « دررفتگی » درمیآید دیگر احتیاجی به روشهای ارتولانی وبارلو نیست .

* بخش نوزادان بیمارستان ولی عصر ـ دانشگاه تهران .

۳ـ در ذکر نتایج و بحث نویسندگان محترم اظهار میدارند که : « وفور دررفتگی درایران ۳ر۱۰ درهزار..»است و«شیوع دررفتگی بین دختران و پسران چندان تفاوتی ندارد و نسبت ابتلای دختران به پسران حدود $\frac{1/25}{1}$ است » و « در آمار ایران در رفتگی مفصل ران راست حدود سه برابر بیشتر از طرف چپ است » ویا « دررفتگی دو طرفه نسبت بکل دررفتگی در ایران حدود ۴۴٪ است » و تعجب میکنند که این آمار با آمار ارائه شده بین‌المللی بکلی متفاوت است.

برای مقایسه لازم است نتیجه معاینات اینجانب که در مقاله فوق‌الذکر منتشرشده ارائه شود : شیوع دررفتگی ۴/۹درهزار، نسبت دختر به‌پسر ۲۱:۲ (۱۰:۱)، مفصل ران راست۲،ران چپ ۱۳ مورد ، دررفتگی دوطرفه نسبت بکل دررفتگی۸:۲۳ (حدود ۳۵٪).

این آمار که در ۴۶۹۶ نوزاد بدست آمده و درمعاینات بعدی تا ۱۳۹۸۸ نوزاد تغییر قابل توجهی نشان نداده به‌آمار بین‌المللی نزدیکتر است ، حال چرا آمار همکاران محترم اختلافات فاحشی‌را با آمار بین‌المللی نشان میدهد، بعقیده اینجانب میتواند بعلل زیر باشد :

اولا ـ عده نوزادان معاینه شده‌کافی نیست واز نظر آماری قابل تعمیم بکل نوزادان ایرانی نمیباشد . همین کمی تعداد باعث شده که عدد نادرست ۳/ ۱۰ درهزار بدست‌آید .

ثانیاً ـ در مانور ارتولانی یا بارلو خارج شدن سرفمورازحفره مفصلی ودوباره جا افتادن آن (که دست معاینه‌کننده آنرا بخوبی حس‌میکند) شرط مثبت بودن است و نه « صدای مختصر»خراش مانندی که « ممکنست شنیده یا حس شود » و بهیچوجه ارتباطی‌با استعداد مفصل برای دررفتن‌ندارد ، این اشتباه درهمکاران‌جوان ما زیاد پیش میآید و این موارد باید بکلی از آمار دررفتگی کنار گذاشته شود . بنظرمن همین‌موارد « صدادار » باعث شده است که هم تعداد دررفتگیها زیاد شود وهم نسبتهای جنس و سمت دررفتگی با آمار بین‌المللی اختلاف فاحش پیدا کند . اگر این موضوع موردتوجه قرار گیرد همکاران‌درمعاینات بعدی‌خود حتماً به نتایج دیگری‌خواهند رسید.

۴ـ درپایان مقاله ذکر میشود که « اگر مفصل دررفته فوراً جا انداخته شود و درمان مناسب انجام گیرد میتوان انتظارداشت که کاملا طبیعی شود ».

لازم‌است دراینجا بازهم تأکید کنم که بایدبین دررفتگی واستعداد دررفتگی فرق قائل‌شد .

آنچه که بوسیله قنداق کردن با پاهای باز میتواند قابل درمان باشد ، استعداد دررفتگی است که با مانورهای ارتولانی و بارلو قابل تشخیص میباشد ودرواقع نوعی پیشگیری ازایجاد دررفتگی است . ولی دررفتگی مفصل ران با محدودیت آبدوکسیون رانها وعلائم دیگر درحیطه توانائی متخصص اطفال نیست و باید بعهده همکاران ارتوپد گذارده شود .