

شکستگی در پیران

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۶، صفحه ۳۶۶، ۱۳۶۱

دکتر بهادر اعلی هرنیدی*

است بطوریکه مقدار کلسیم موجود در صد گرم خاکستر استخوان یک جوان با یک فرد مسن تقریباً برابر است. تفاوت کلی بین استخوان پیر و جوان مربوط به تعداد و شکل تیفه‌های استخوانی است. تعداد تیفه‌های استخوانی در پیران کمتر و اکثراً نازک‌ترند. بطوریکه عده‌ای از مؤلفان شدت استئوپروز را روی کلیشه پرتو-نگاری از روی تعداد تیفه‌های استخوانی و ضخامت آن تشخیص میدهند.

در حقیقت میتوان گفت استئوپروز اشخاص پیر ناشی از کمبود مواد پروتئین موجود دریافت همین استخوان است که کلسیم روی آن رسوب می‌کند. علاوه بر این مقدار آب موجود در استخوان بتدریج با بالا رفتن سن کاهش می‌یابد بطوریکه در کودکان به علت وجود مقدار قابل ملاحظه آب در استخوان شکستگی از نوع تر که تری Green Stick میباشد در حالیکه در پیران بدین ترتیب نیست.

مکانیسم ایجاد شکستگی و نوع شکستگی‌ها هم در افراد مسن بادیگر افراد متفاوت است مثلاً: ضربه وارده برای ایجاد شکستگی گردن استخوان ران در یک جوان ۲۵ ساله باید نسبتاً شدید باشد در حالیکه همین نوع شکستگی در یک پیر مرد و یا پیر زن در اثر یک ضربه جزئی مثلاً افتادن از یک پله و یا زمین خوردن در منزل بوجود می‌آید.

به همین ترتیب نحوه درمان شکستگی بادیگر افراد متفاوت است بطوریکه در جوانان اکثراً اصلاح تغییر شکل استخوان و ثابت نمودن آن برای درمان کافی است در حالیکه در پیران علاوه بر-

بهبود وضع تغذیه و بهداشت و پیشرفت قابل ملاحظه علم پزشکی در سالهای اخیر باعث طولانی شدن عمر افراد بشر شده است، بطوریکه امروزه در کشورهای اصطلاحاً پیشرفته اکثریت افراد مسن عمری بیش از ۷۰-۸۰ سال دارند.

زندگی ماشینی باعث کم شدن تحرک انسان و در نتیجه پوکی استخوان میشود.

در اجتماع کنونی کشورها باعده زیادی افراد مسن با استخوانهای پوک و شکننده مواجه میشویم که کوچکترین ضربه باعث شکستگی آنها میگردد.

در گذشته قسمت اعظم تخت‌های بخش ارتوپدی بیمارستانها را کودکان و جوانان مبتلا به پولیومیلیت، عفونت‌های سلی و غیر سلی استخوانها پرمیکردند و فقط عده معدودی از بیماران را مبتلایان بشکستگی‌ها و بخصوص پیران تشکیل میدادند. در حالیکه امروزه عده قابل ملاحظه‌ای از بیماران بخش‌های ارتوپدی را افراد مسن که دچار شکستگیهای گوناگون و یا آرتروز مفاصل مختلف هستند تشکیل میدهند.

ترکیب و ساختمان استخوان، مکانیسم شکستگی و انواع آن و بالاخره نوع جراحی و مراقبت‌های قبل و بعد از عمل این بیماران با کودکان و جوانان متفاوت است.

استخوان افراد پیر بر مراتب کم مقاومت‌تر و شکننده تر از جوانان است بطوریکه اکثراً ضربه مختصر باعث شکستگی در این افراد میگردد. علت این شکنندگی پوکی استخوان یا استئوپروز است که مربوط به کمبود کلسیم نبوده بلکه مربوط به ساختمان استخوان

در این افراد است.

۲- ضعف جسمانی و کم شدن قدرت عضلانی در این افراد باعث میشود که درحالاتی که باعث افتادن آنها میگردد قادر به کنترل سریع خود نباشند.

تجربه نشان داده است که نسبت شکستگی در افراد مسن که ورزشهای مداوم و روزانه دارند بمراتب کمتر از همسالان خود می باشد به این دلیل که اولاً استئوپروز در این افراد کمتر از همسالان خود بوده و در ثانی بعلت فعالیت مداوم و اکثراً این افراد در مواجهه شدن باحالات خطرناک بمراتب سریع تر است .

۳- آرترواسکلروز نیز که در افراد مسن باعث کاهش فعالیت سلولهای مغزی گشته و در مواجهه با وضعیتهای خطرناک واکنش شخص سریع نبوده و گاه غلط است .

محل شکستگی:

شایعترین شکستگی در پیران بترتیب عبارتند از:

- ۱- شکستگی گردن استخوان ران حدود ۳۵٪
- ۲- شکستگی انتهای تحتانی استخوان رادیوس ۱۶٪
- ۳- شکستگی انتهای فوقانی استخوان بازو ۱۴٪
- ۴- شکستگی جسم مهره ای ناشی از درهم فشردن آنها (Compression Fracture) حدود ۱۰٪ از موارد .
- ۵- شکستگی استخوانهای اطراف زانو . شکستگی انتهای تحتانی استخوان ران (Supra condylor) و شکستگی انتهای فوقانی استخوان درشت نی Platea of Tibia ۷٪ تا ۸٪
- ۶- شکستگیهای مچ پا . قوزک خارجی ، قوزک داخلی ، هر دو قوزک پا Trimalleolar Fracture ۵٪
- ۷- دیگر شکستگیها در پیران کمتر دیده میشود .

نکات اساسی که در درمان شکستگی پیران باید در نظر گرفته شود .

مرگ و میر و عوارض ناشی از شکستگیهای مختلف در پیران بمراتب بیشتر از جوانان است . مثلاً مرگ و میر ناشی از شکستگی گردن استخوان ران در پیران بین ۴-۱۴٪ گزارش شده است .

افراد پیر بعلت نخوردن و نیاشامیدن بقدر کافی دچار کم آبی و اختلال تغذیه بوده و شکستگی در آنها باعث میگردد که این اختلال افزایش یافته بسرعت دچار کم آبی و عدم تعادل الکترولیتها شوند .

مواد غذائی و مایعات باید بقدر کافی بایسن بیماران رسانیده شود .

بیماران را باید حتی الامکان هر چه زودتر از بستر خارج کرد تا از شدت یافتن استئوپروز آنها جلوگیری شود و از طرف دیگر

درمان شکستگی وضع کلی بیمار باید در نظر گرفته شود . در این بیماران وضع قلب و ریه ، تغذیه بیمار ، عفونتهای ادراری و بالاخره وضع روحی بیمار برای درمان شکستگی باید در نظر گرفته شود .

بطور کلی در درمان این بیماران معالجه و توانبخشی بیمار بیشتر باید درمد نظر پزشك باشد تا سر بسر گذاشتن وجا انداختن دقیق استخوان .

التیام استخوان شکسته در پیران بمراتب کندتر از جوانان است و بعلت پوك بودن استخوانها پیچ و پلاک و دیگر وسائلی که برای ثابت کردن شکستگیها بکار میرود پیران را بخوبی جوانان ثابت نمی کنند .

نکته دیگر اینکه تعدادی از شکستگیها را در جوانان بسراحتی میتوان با کشش درمان نمود در حالیکه در پیران بعلت اینکه توقف زیاد در بستر ممکن است با مخاطراتی همراه باشد بهتر است بطریقه دیگری درمان انجام گردد .

آمار مختلف نشان میدهد که بعد از ۶۰ سالگی درصد شکستگیها بطور قابل ملاحظه ای افزایش می یابد ، زن ها سه برابر بیش از مردان دچار شکستگیهای مختلف میشوند .

مهمترین علل استئوپروز پیران عبارتست از:

- ۱- علل هورمونی ناشی از یائسگی که در مردان و زنان هر دو دیده میشود منتهی شروع آن در زنان زودتر از مردان است .
- ۲- استئوپروز پیری Senile Osteoporosis که در ایجاد آن عوامل متعددی مانند اختلالهای هورمونی ، رژیم غذایی و کم شدن تحرك دخالت دارد .

۳- کاهش فعالیت جسمانی در بوجود آمدن استئوپروز نقش مهمی دارد . بسیار زیادند افراد مسن که بعلت فعالیتهای جسمانی مداوم و نسبتاً زیاد ، استخوانهای محکمی دارند . همانطوریکه ذکر شد ماشین شدن زندگی باعث کم شدن فعالیتهای جسمانی افراد شده و باعث تشدید استئوپروز در آنها میگردد .

۴- استئوپروز موضعی که ناشی از بی حرکتی و درد اندام بخصوصی می باشد در پیران شایعتر از جوانان است و مربوط باین بحث نمی باشد . این نوع استئوپروز بخصوص بعد از ضربات وارده به مچ دست و مچ پا بوجود می آید . درد باعث بی حرکتی عضو و بی حرکتی عضو باعث استئوپروز موضعی و استئوپروز موضعی باعث درد گشته و این دوره میبوب همچنان ادامه مییابد .

استئوپروز موضعی بنام اتروفی سودیک Sudeck Atrophy و یا Reflex Osteodystrophy نیز نامیده میشود .

چرا شکستگی در افراد مسن شایعتر از بالغان است:

- ۱- همانطور که گفته شد استئوپروز یکی از مهمترین علل شکستگی

مانع بوجود آمدن زخمهای فشاری (Pressure Sore) در آنها گردد.

مفاصل اندام مبتلا بشکستگی پس از تسکین درد هر چه زودتر بحرکت درآید تا از سفت شدن و محدودیت حرکات آنها جلوگیری شود.

ضمن درمان شکستگی در این بیماران باید درمان استئوپروز که یکی از علل اصلی شکستگی است پرداخت.

نکاتی که در درمان استئوپروز باید در نظر داشت عبارتست از:
۱- تجویز مواد پروتئینی بقدر کافی - با توجه باینکه کمبود مواد پروتئینی یکی از مهمترین عوامل ایجاد استئوپروز بوده و حدود ۲۰٪ از پروتئینهای بدن صرف ساختن ماتریکس استخوانی میگردد، دادن پروتئین بمقدار کافی یکی از اساسی ترین نکات درمان این بیماران است.

۲- تجویز هورمونهای اندروژن و استروژن که باعث تحریک استخوان سازی میشود. تجویز این هورمونها بطور مخلوط اثر بیشتری داشته و در ضمن عوارض آن بمراتب کمتر از موقعی است که این هورمونها به تنهایی مصرف میشوند.

۳- تحریک هر چه زودتر بیماران نقش مهمی در جلوگیری و بهبود استئوپروز دارد.

۴- مایعات بقدر کافی باین بیماران داده شود تا از غلیظ شدن ادرار و نفروکالینوز جلوگیری شود.

۵- ویتامینها و املاح بقدر کافی باین بیماران داده شود. با توجه باینکه کمبود کلسیم در این بیماران وجود ندارد (برخلاف استئو مالاسی) از تجویز کلسیم و ویتامین بمقدار زیاد باید خودداری شود.

۶- ویتامین ث بمقدار زیاد باعث تحریک استئوژنز در این بیماران میشود: حداقل روزانه یک گرم ویتامین ث باید باین بیماران داده شود.

بحث درباره هوشبری و نوع آن که برای درمان شکستگی افراد مسن بکار میرود مربوط به بحث مانیتست. بطور کلی انواع بیهوشی که برای درمان شکستگیها بکار میروند عبارتست از:

بیهوشی عمومی. نخاعی (Spinal)، اپی دورال (Epidural) بلوکهای مختلف، بی حس کردن از راه تزریق داخل وریدی و بالاخره بی حس از راه تزریق موضعی ماده بی حس کننده در هماتوم شکستگی.

انتخاب بیهوشی بسته بنظر متخصص هوشبری، جراح، بیمار و نوع شکستگی متفاوت است.

بطور کلی نکاتی که در بیهوشی عمومی باید در نظر داشت عبارتست از:

۱- این بیماران بمقدار کمتری احتیاج بداروهای قبل از بیهوشی دارند.

۲- با توجه باینکه ترشحات دستگاه تنفسی این بیماران کمتر از جوانان است مقدار کمتری آتروپین لازمست.

۳- ضمن هوشبری باید اکسیژن بمقدار کافی به بیمار داده شود.

۴- از پائین آمدن ناگهانی فشار خون در بیماران جلوگیری بعمل آید.

۵- بعد از عمل مراقبتهای لازم برای تنفس این بیماران بعمل آید داروهای نظیر مرفین که باعث دپرسیون تنفسی میشود تجویز نگردد.

۶- مایعات بمقدار کافی ضمن و بعد از عمل به بیماران داده شود.

در زیر چند نمونه از شکستگیهای شایع در پیران شرح داده میشود.

اول - شکستگی انتهای فوقانی استخوان ران: این شکستگی را بر حسب محل شکستگی بچند دسته زیر تقسیم میکنیم

الف - شکستگی زیر سر استخوان ران Subcapital

ب - شکستگی گردن استخوان ران Transcervical

پ - شکستگی قاعده گردن استخوان ران Base of neck

ت - شکستگی بین تروکانترهای استخوان ران Intertrochanteric

ث - شکستگی زیر تروکانترها Sub trochanteric
دو شکستگی اولی داخل کپسول و سه شکستگی آخر خارج کپسولی می باشند.

شکستگیهای خارج کپسولی تقریباً در اکثر موارد جوش خورده و سر استخوان ران نیز دچار اختلال عروقی نشده زنده میماند. در حالیکه در شکستگیهای داخل کپسول احتمال جوش خوردن باین خوبی نبوده وعده قابل ملاحظه ای از بیماران دچار نکروز غیر عفونی (آسپتیک) میگرددند.

آمار مختلف نشان میدهد که حدود ۱/۳ از این شکستگیها جوش نخورده و ۱/۳ دچار نکروز آسپتیک میگرددند. و فقط در ۱/۳ از بیماران شکستگی بدون عارضه جوش میخورد. با توجه باینکه پس از عمل جراحی و ثابت کردن شکستگی این بیماران بوسیله میخ، اسمیت پترسن (Smith peterson Nail) و یا میخ نولز (Knowlles) و امثال آن بیماران باید تا جوش خوردن شکستگی با عصاره رفته و وزنه روی اندام مبتلا نگذارند و با توجه باینکه اکثر این بیماران بعلت کبر سن دچار ضعف جسمی و مغزی میباشند و انجام اینکار بطور صحیح امکان ندارد اکثر مؤلفان ترجیح میدهند بیماران مسن تر از ۶۰-۶۵ سال

در مواردی که به علت بدی حال عمومی بیمار امکان عمل جراحی وجود ندارد، تا آماده شدن بیمار برای عمل جراحی کشش پوستی برای بیمار گذاشته شود و با گذاشتن کیسه شن در خارج پا از چرخش آن بخارج جلوگیری شود. نوع بیهوشی که برای این بیماران بکار میرود بستگی بنظر جراح، متخصص هوش بری و متخصص داخلی دارد ممکن است از بیهوشی عمومی، اپی دورال و اسپینال استفاده نمود. در مواردی که به علت بدی حال عمومی امکان هوش-بری عمومی و اسپینال وجود ندارد، عده ای از جراحان با دادن داروی خواب آور بیمار را خوابانیده و با بیحسی موضعی عمل می کنند.

امروزه با بکار بردن تلویزیون در اطاق عمل مدت عمل کوتاه شده و عوارض ناشی از اعمال طولانی کم شده است.

مراقبتهای لازم بعد از عمل:

ضمن اینکه متخصص داخلی به مراقبتهای پزشکی خود ادامه میدهد نکات زیر باید در نظر گرفته شود.

۱- رسانیدن مایعات بقدر کافی بیدن بیمار چه از راه وریدی و چه از راه دهان.

۲- کمک به تنفس بیمار با توجه باینکه عده قابل ملاحظه ای از این بیماران دچار بیماریهای مزمن ریوی هستند وعده ای از بیماران بعد از هوش بری دچار اتلکتنازی قسمتی از حجابهای ریه میشوند. باید بیماران را به تنفس عمیق ترغیب نموده و چندین مرتبه در روز از آنها خواسته شود که در بادکنک بدمند و یاد صورت امکان از دستگاههای مخصوص که برای این منظور ساخته شده استفاده نمایند.

۳- ترمبوفلیت از عوارض شایع این شکستگی است که ممکن است عواقب ناگواری برای بیمار در بر داشته باشد. درمانهای لازم برای جلوگیری از ترمبوفلیت باید بلافاصله پس از پذیرفته شدن بیمار به بیمارستان شروع شده و بعد از عمل هم ادامه یابد.

روش مختلفی برای اینکار وجود دارد. روشی که مؤلف برای بیماران خود بکار میبرد تجویز سه قرص ۵۰ میلی گرمی آسپرین در ۲۴ ساعت است (در صورتیکه بیمار زخم معده نداشته باشد) در ضمن باید به بیماران توصیه شود بطور مرتب پاهای خود را حرکت دهند.

بعضی از جراحان از جورابهای الاستیک که برای این منظور ساخته شده است استفاده می کنند.

۴- جلوگیری از پیدایش زخمهای فشاری (Pressure Sore)

را که دچار شکستگی داخل کپسولی گردن استخوان ران میباشد بطور اولیه پس از برداشتن سر استخوان ران، با گذاشتن پروتز درمان نمایند. در حالیکه دسته دیگس معتقدند که هیچ وسیله ای جای استخوان طبیعی را نگرفته و بهتر است مهلتی به بیمار داده شود شاید استخوان خودش جوش بخورد. سپس در صورتیکه جوش نخورد یا دچار نکروز آسپتیک شد پروتز گذاشت البته جراح باید عوارض ناشی از عمل دوران بی حرکتی بیمار و عوارض ناشی از دو مرتبه بیهوشی دادن را در نظر گرفته و اقدام مقتضی بعمل آورد.

در بیمارانی که دچار پارکینسون، همی پلژی و یا عوارض قبلی مفصلی ران بوده اند بهتر است از همان اول برای بیمار پروتز گذاشته شود.

مؤلف معتقد است در کلیه بیماران با در نظر گرفتن سن فیزیولوژیک باید اقدام متناسب بعمل آورد. در صورتیکه بیمار علیرغم سن ۶۰-۶۵ سالگی از نظر جسمانی و عقلانی سالم و بیماری قلبی و یا ناراحتی دیگری نداشته باشد باید شانس جوش خوردن سر به بیمار داده شود و گرنه باید اقدام به تعویض سر استخوان با پروتز نمود.

در شکستگیهای خارج مفصلی پس از جاسا انداختن شکستگی باید آنرا بوسیله میخ و پیچ و پلاک که انواع و اقسام آن در بازار وجود دارد ثابت نمود. نکته مهم اینکه اولاً عمل تحت کنترل دقیق پروتز نگاری بعمل آید تا میخ درست در نقطه مناسب سر گردن باشد و در ثانی از پیچ و پلاک استفاده شود که از استحکام کافی برخوردار باشد. زیرا گذاشتن وزن روی اندامی که شکستگی آن با پیچی که استحکام کافی نداشته باشد باعث شکسته شدن پیچ و پلاک و تغییر شکل شکستگی و جوش نخوردن آن میگردد.

بیماران مبتلا باین شکستگی ها باید فوراً تحت عمل جراحی قرار گیرند تا بتوان هر چه زودتر آنها را از بستر خارج نمود.

بستری بودن این بیماران بمدت طولانی باعث پیدایش عفونتهای ادراری، ریوی، زخمهای فشاری، ترمبوفلیت، آمبولی ریوی و عوارض دیگری میگردد که زندگی بیمار را بخطر انداخته و ممکن است باعث مرگ آنها شود.

بیمار باید بلافاصله بعد از پذیرش به بیمارستان توسط متخصص داخلی معاینه شود و پس از انجام آزمایشهای لازم منجمله پروتز-نگاری از سینه، الکتروکاردیوگرافی، فرمول، شمارش، آزمایش کامل ادرار، اندازه گیری اوره و قند خون وضعیت بیمار برای عمل جراحی مشخص گردد. در صورت وجود نارسائی قلب دیژ-یتالیز ایون سریع انجام و بیمار برای عمل جراحی آماده شود.

دوم - شکستگی مچ دست

شکستگی انتهای تحتانی استخوان زنداعلی بعد از شکستگی کردن استخوان ران شایعترین شکستگی درپیران است. شکستگی غالباً چند قطعه‌ای بوده و ممکن است همراه با شکستگی انتهای تحتانی استخوان زنداسفل باشد. قطعات شکسته غالباً درهم فرو رفته و قطعه تحتانی به پشت دست تغییر مکان میدهد (Colle's Fracture) این شکستگی برای زندگی بیمار خطرناک نبوده و احتیاج به بستری شدن طولانی ندارد. در صورتیکه جابجائی قطعات شکسته جزئی باشد احتیاج بجای انداختن نداشته و فقط باید گچ گرفته شود، ولی اگر قطعات شکسته جابجا شده باشند باید تحت بیهوشی عمومی یا بلوک زیر بغل، بیحسی وریدی و بالاخره بوسیله تزریق ماده بیحس کننده در داخل هماتوم شکستگی آنرا جای انداخته و گچ گیری نمود.

گچ باید بصورت گچ بلند دست از کف دست تا بالای آرنج باشد. بیمار باید بتواند انگشتان خود را حرکت داده خم نماید. کلیه بیماران باید حداقل یک شب در بیمارستان بستری و تحت نظر باشند.

مراقبت‌های لازم بعد از عمل :

۱- جریان خون انگشتان و تحرك آن باید در روزهای اولیه هر ساعت کنترل شود. تا در صورت وجود علامت فشاری، گچ از وسط دو نیم شود.

۲- بالا نگه داشتن عضو در چند روز اول بعد از شکستگی

۳- کلیه مفاصل دست و شانه حرکت داده شود تا از محدودیت حرکات آن جلوگیری شود.

۴- در صورتیکه تورم زیاد و بعد از بین رفتن تورم گچ شل شده باشد باید تعویض گردد.

یک هفته بعد از جای انداختن مجدداً پرتونکاری بعمل آید تا در صورت جابجاشدن مجدداً جای انداخته شود. بیمار باید چهار هفته در گچ بلند دست و دو هفته در گچ کوتاه دست باشد سپس گچ برداشته شود. عوارض ناشی از این شکستگی عبارتند از:

۱- محدود شدن حرکات دست و شانه که در صورتیکه این مفاصل از همان ابتدا حرکت داده شود بوجود نمی‌آید

۲- آتروفی سودك Sudeck's Atrophy که گاه و بیگاه دیده شده و بصورت سردی دست، برآق شدن پوست آن، درد و محدودیت حرکات انگشتان خود نمائی میکند.

۳- کوتاه شدن رادیوس که باعث برجسته شدن زنداسفل و انحراف دست بطرف رادیوس میگردد.

۴- ارتروز مچ دست که بیشتر در شکستگیهای داخل مفصلی دیده میشود.

شایعترین نقاطی که اینگونه زخمها بوجود می‌آید عبارتست از ناحیه ساکروم، پاشنه پاها، ناحیه تروکانتر بزرگ.

روش‌های مختلفی برای جلوگیری از پیدایش این زخمها وجود دارد. در بعضی از بخش‌ها تشك‌های مخصوص (نظیر تشك هوا، تشك آب و تشك ژله) استفاده می‌کنند. ممکن است تشكچه‌های مخصوص از پوست بره‌ویا مواد سنتتیک برای این منظور ساخته زیر نواحی که مستعد تولید زخم هستند گذاشت.

ساده‌ترین راه برای جلوگیری از پیدایش این زخمها جابجا کردن مرتب بیماران و گذاشتن بالش زیر ساق پای آنها بمنظور آزاد گذاشتن پاشنه‌ها می‌باشد.

در صورت پیدایش زخم باید بدقت از آن مراقبت نمود تا عفونی نشده و التیام یابد. برای این منظور ممکن است از چراغهای حرارتی و یا چراغ اشعه ماوراء بنفش استفاده نمود.

۵- جلوگیری از ایلتوس و بیبوست: عده زیادی از بیماران در روزهای بعد از عمل ممکن است دچار ایلتوس فلجی شوند که درمان لازم باید برای بهبود آنان بعمل آید (تجویز پروستگمین) روزهای بعد از عمل، بیمار ممکن است دچار بیبوست شود که برای جلوگیری آن باید داروهای ملین داده شود.

۶- عوارض ادراری: با توجه باینکه عده قابل ملاحظه‌ای از پیرمردان هیپرتروفی پروستات دارند و ممکن است متعاقب شکستگی و بستری شدن قادر به ادرار کردن نشوند و در ضمن گذاشتن لگن در روزهای اول برای آنها دردناک میباشد بهتر است برای بیماران سند ثابت گذاشته و پس از بهبود حال عمومی سند بیمار برداشته شود.

به پرستارانی که از این بیماران مراقبت میکنند توصیه میشود که ضمن جابجا کردن بیماران در بستر از خم کردن مفصل رانی و ادا کسیون و چرخش آن بخارج جلوگیری شود. بیماران را باید هر چه زودتر پس از عمل از بستر خارج نمود و روزی یکی دو مرتبه روی صندلی نشانید.

ضمن اینکه بیمار در بستر است و حرکات اکتیو و پاسیو مفاصل بطور ملایم تحت نظر فیزیوتراپیست انجام میگردد، روزهای بعد طرز راه رفتن با Walker و چوب زیر بغل باو یاد داده شود.

در مورد شکستگیهای که سراسر استخوان با پروتز تمویض شده است از همان هفته‌های اول بیمار میتواند وزن روی اندام بگذارد. در مورد شکستگیهای که بوسیله پیچ و پلاک ثابت شده‌اند بعد از ۴ ماه از گذاشتن وزن روی اندام خودداری شود (۶-۸ ماه برای داخل مفصلی) در ۸۵-۹۰ درصد از موارد بعد از عمل جراحی (در صورت موفقیت آمیز بودن) بیماران می‌توانند بکارهای اولیه خود برگردند.

(Fracture) می باشد و تقریباً تمام بیمارانی که دچار شکستگی میشوند استئوپروز پیشرفته داشته و ضربه مختصر مثلاً خم شدن ناگهانی باعث شکستگی آنها میگردد.

این شکستگی بیشتر در مهره های پائین پشتی و مهره های بالا کمری بوده و شایعترین محل آن دوازدهمین مهره پشتی و اولین مهره کمری است.

علامت این شکستگی عبارتست از درد پشت که ممکن است باندامها انتشار یابد. علامت عصبی در این بیماران غالباً وجود ندارد.

درمان: استراحت در بستر، تجویز داروهای مسکن و شل کننده عضلات Muscle Relaxant برای چند روز اول سپس تجویز کرست متناسب و راه انداختن بیمار باید هرچه زودتر انجام شود زیرا بستری شدن طولانی بیمار موجب تشدید استئوپروز میشود کرست باید هرچه زودتر پس از آنکه درد و ناراحتی از بین رفت برداشته شود. جا انداختن شکستگی و گچ گیری در حالت هیپراکستانسیون که سابقاً مرسوم بوده بهیچوجه لزوم ندارد.

گاه این بیماران بعد از شکستگی دچار ایلئوس میگرددند که باید آنرا با تجویز داروی متناسب مثل پروستگمین اصلاح نمود.

ضمن درمان شکستگی باید بدرمان استئوپروز پرداخت.

خلاصه :

شیوع شکستگی بخصوص در بعضی از انواع آن در پیران بمراتب شایعتر از جوانان است. مهمترین علل شکستگی در پیران عبارتست از: استئوپروز، ضعف جسمانی و آرتر و اسکروز عروق مغزی.

شایعترین محل شکستگی در پیران بترتیب عبارتست از: شکستگی گردن استخوان ران، انتهای تحتانی استخوان رادیوس، انتهای فوقانی بازو، جسم مهره ای، استخوانهای اطراف زانو و مچ پا. مرگ و میر این بیماران بین ۴-۱۴٪ بوده و عوامل مختلفی که باعث آن میگردد عبارتست از کم آبی بدن و اختلال الکترولیتها، نارسایی قلب و عروق، عوارض ریوی و زخهای فشاری.

نوع هوشبری که برای بیماران بکار میرود بستگی به محل شکستگی، نحوه درمان و وضع عمومی بیمار دارد. ضمن بیهوشی باید اکسیژن و مایعات بمقدار کافی به بیمار داده شود و از پائین آمدن ناگهانی فشارخون جلوگیری شود.

هدف کلی درمان شکستگی در پیران اعاده زندگی و توانبخشی هرچه زودتر بیماران به نحوی است که حتی الامکان احتیاج به کمک دیگران نداشته باشند.

۵- سندروم مچ دستي Carpal Tunnel Syndrom

۶- پارگی تاندون اکستنسور شصت دست

بحث درباره درمان این عوارض در این مختصر نمی گنجد.

سوم - شکستگی استخوان بازو

شکستگی استخوان بازو از نظر شیوع سومین شکستگی در پیران را تشکیل میدهد.

شکستگی چند قطعه ای انتهای فوقانی بازو بیش از دیگر انواع بوده و گاهی بادر رفتگی شانه همراه است. شکستگی استخوان بازو در پیران نسبتاً کمتر دیده میشود.

نکته مهم در درمان این بیماران بحرکت در آوردن هرچه زودتر شانه، آرنج و مچ دست است تا از سفتی، محدودیت حرکات آن جلوگیری شود.

در شکستگی چند قطعه ای انتهای فوقانی بازو در صورتیکه قطعات شکسته در وضعیت خوبی قرار گرفته باشند برای بیمار بانداز Velpeau

با Sling & Swathe گذاشته و به وی توصیه شود که در وضعیت نیمه نشسته بخوابد. در روز بعد از شکستگی به بیمار توصیه شود که از بستر خارج شده و حتی الامکان بنشیند و راه برود ۱-۲ هفته بعد، پس از آنکه درد و ناراحتی بیمار تسکین یافت چند مرتبه

در روز بانداز را باز کرده و به بیمار توصیه شود که شانه خود را حرکت دهد. غالباً در حوالی روز چهارم بانداز بکلی برداشته و به او

توصیه شود چند مرتبه در روز دست خود را بالای سر ببرد. در صورتیکه شکستگی در وضعیت خوبی نباشد باید باهوش بری آنرا جا انداخته سپس باند پیچی کرد.

در مواردیکه شکستگی ثابت باشد بعد از جا انداختن بمدت دو هفته در گچ اسپیکا نگاه داشته سپس بمدت ۲-۳ هفته بیمار را باند پیچی کرد و بهمان روش قبل درمان را ادامه داد.

درمان شکستگی هایی که بادر رفتگی همراه باشد نسبتاً مشکل است. ابتدا باید سعی کرد که با هوش بری عمومی و اگر ممکن نشد با عمل جراحی آنرا جا انداخت.

عده ای از مؤلفان با توجه به چند تکه ای بودن شکستگی و عدم امکان جا انداختن آن بطور دقیق، ترجیح میدهند که سرو قطعات شکسته را برداشته و پروتز Neer بجای آن بگذارند.

چهارم - شکستگی مهره ها :

شکستگی مهره، حدود ده درصد از شکستگی های پیران را تشکیل میدهد و در اکثر موارد از نوع در هم رفته (Compression)

REFERANCESS :

- 1- Crenshaw and Edmenson : Campbell's Operative orthopaedics. The Mosby company st Lois, 1980.
- 2- Devas, M.B.: Geriatric orthopaedics, Academic press, London, 1977.
- 3- Devas, M.B, Geriatric orthopaedics, British Medical Journal, 7, 198 - 192. 1974
- 4- Pool, C. J.: Colle's fracture, Aretrospective study of treatment, J. Bone and Joint Surgery, 55 - B, No 3, 1973.
- 5- Jankins, D.H.R et al : Osteomalacial in patient with fracture of femoral neck, J.Bone and joint Surgery, 55-B, No 3, 1973.
- 6- Rockwood, C.A, and Green, D.A, Fractures, J.B.Lippincott company, Philadelphia 1975.
- 7- Rowe, J.W. and dyre, I: Care of the orthopaedic patient, Blackwells Scientific Publications, London, 1977.
8. Wilson, J. N: Watson - Jones Fractures and joint injuries, 5th edition Charchill Livingston, Edinburgh, 1976.