

توضیح:

مجله نظام پزشکی

سال هشتم، شماره ۱، صفحه ۷۷، ۱۳۶۰

*دکتر غلامرضا ولیزاده

در مورد اول باید گفت که نگارندهاند و در مفصل در رفته محدودیت آبدوکسیون شدید وجود دارد. ولی باید دانست که این در رفتگی در نوزاد بسیار نادر است و بیشتر در نوزادانی که دارای مالفورماتیونهای متعدد هستند دیده میشود. در مقابل، آچه کمزیاد مشاهده شده نوع دوم یعنی استعداد در رفتگی است که در آن سر استخوان فمور از حفره مفصلی خارج نشده و هنوز در داخل آن قرار دارد و بهمین جهت هم علائم در رفتگی مثل محدودیت آبدوکسیون و کوتاهی پا و ... در این نوزادان دیده نمیشود.

روشهای ارتولانی و بارلوبرای تشخیص این آمادگی واستعداد مفصل برای در رفتن است و نه خود در رفتگی 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 بطریق عقب dorsal شود تا تحت این فشار سر استخوان فمور از حفره مفصلی خارج شود که بتواند بهنگام آبدوکسیون، مجددآ بداخل استابولوم بلند و آن احساس جا افتادن را در معاینه کننده ایجاد کند. ثانیاً اینجانب متوجه نشدم چرا باید « انجام این عمل روی نوزاد کوچک » که اندازهایش دارای ابعاد کوچکتری است و بر احتیت 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 در رفتگی » بصورت « در رفتگی » در میآید دیگر احتیاجی به روشهای ارتولانی و بارلو نیست.

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

۱- در مقدمه مقاله ذکر شده است که: «... آمارهای لایان در ایران مشخص نیست ». توجه نگارندهاند که 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 در رفتگی مفصل ران در نوزاد » چاپ و منتشر شده است، جلب نیمایم. در این نوشته نتیجه معاینه ۴۶۹۶ نوزاد از نظر در رفتگی مادرزادی مفصل ران بطور مبسوط و گستردۀ مورد مطالعه آماری قرار گرفته و گزارش شده است.

۲- در مورد روش تشخیصی « ارتولانی » (Ortolani) همکاران محترم مرقوم داشته‌اند « دور کردن مفصل در رفته از خط وسط معمولاً شدیداً محدود است که خود نشانه بسیار خوبی است و باید بوجود در رفتگی مشکوک شد، در نوزاد طبیعی..... اگر در رفتگی وجود داشته باشد، او لا دامنه این حرکت محدود بوده و ثانیاً در جریان این حرکت ممکنست صدای مختصری شنیده یا حس شود که دلیل بر جای افتادن در رفتگی خواهد بود. انجام این عمل روی نوزاد کوچک مشکل است».

اولاً باید یعنی در رفتگی (Luxation, Dislocation) و استعداد در رفتگی (Preluxation, Unstable Hip) فرق قائل شد.

* بخش نوزادان بیمارستان ولی عصر - دانشگاه تهران.

ثانیاً - در مانور ارتولانی یا بارلو خارج شدن سرفموراژ حفره مفصلی و دوباره جا افتادن آن (که دست معاینه کننده آنرا بخوبی حس میکند) شرط مثبت بودن است و نه « صدای مختصر » خراش مانندی 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 باید 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 معاینهات بعدی خود حتماً به نتایج دیگری خواهند رسید .

۴- در پایان مقاله ذکر میشود که « اگر مفصل در رفته 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 واستعداد دررفتگی فرق قائل شد . آنچه که بوسیله قنداق کردن با پاهای باز میتواند قابل درمان باشد ، استعداد دررفتگی است که با مانورهای ارتولانی و بارلو قابل تشخیص میباشد و درواقع نوعی پیشگیری از ایجاد دررفتگی است . ولی در حیطه توانائی متخصص اطفال نیست و باید به همراه علامت دیگر در حیطه توانائی متخصص اطفال نیست و باید به همراه همکاران ارتودپ گذارده شود .

۳- در ذکر نتایج و بحث نویسنده گان محترم اظهار میداردند 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 تعبیج میکنند که این آمار با آمار ارائه شده بین المللی بکلی متفاوت است .

برای مقایسه لازم است نتیجه معاینه اینجانب که در مقاله فوق الذکر منتشر شده ارائه شود : شیوع دررفتگی $\frac{4}{9}$ در هزار ، نسبت دختر به پسر $21:2$ ($10:1$) ، مفصل ران راست 2 ، ران چپ 13 مورد ، دررفتگی دو طرفه نسبت بکل دررفتگی $8:23$ (حدود $\%35$).

این آمار که در 4696 نوزاد بدست آمده و در معاینهات بعدی تا 13988 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 بعلل زیر باشد :

اولاً - عده نوزادان معاینه شده کافی نیست و از نظر آماری قابل تعیین بکل نوزادان ایرانی نمیباشد . همین کمی تعداد باعث شده که عدد نادرست $10/3$ در هزار بدست آید .