

نامه مالانه دانشکده پزشکی

هیئت تحریریه :

دکتر محمد حسن بانی
دکتر محمد علی ملکی
دکتر حسن میردامادی
دکتر ابوالقاسم نجم آبادی

دکتر محمد تقی شمس
دکتر جهان شاه صاحب
دکتر صادق غریزی
دکتر محمد قریب
رئیس هیئت تحریریه - دکتر جهان شاه صاحب
مدبر داخلی - دکتر محمد بهشتی

دکتر ناصرائی
دکتر محمد بهشتی
دکتر حسین شهاب
دکتر محمود سبائی

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۴۴

سال یازدهم

از کارهای بخش جراحی بیمارستان سینا

آرتروپلاستی^(۱) مفصل لگن

سر آکریلیک^(۲)

نماینده :

پروف. یحیی عدل

استاد جراحی دانشکده پزشکی و رئیس بخش جراحی بیمارستان سینا

دکتر علی اکبر آوچیدی

دکتر اسماعیل مکی

دستیار بخش جراحی بیمارستان سینا

دستیار بخش جراحی بیمارستان سینا

رشته جراحی روز بروز بردامنه عملیات و نتایج درخشانش می افزاید، جراحان پیوسته در جستجوی چاره برای رفع گرفتاری بیماریهای انسانی اند. گاهی باتدبیر قفسه صدری را شکافته کارهای جراحی مهمی را در روی ریه و قلب که جزو آرزوهای بشری بود اجرامی کنند زمانی فکرو دست لایق جراح برای رفع عیوب

۱ - Arthroplastie

۲ - Tête acrylique

و بیماریهای رگهای بدنی بکار می افتد و نمره هـ ای امید بخشی از آن می گیرد گاه نهایت فعالیت برای کسب مجدد نقش اولیه یا عضو از کار افتاده نشان میدهد. امروز جراح می خواهد مفصلی را که وظیفه عمده در بدن دارد در نتیجه عارضه و پیش آمدی محکوم به بطلان است مجدداً فعالیت و کار اولیه را برایش باز گرداند.

در نظر آورید شخصی که دو مفصل لگن وی انکیلوze شده (بی حرکتی کامل مربوط بضایعات انتهای مفصلی) و تشکیلات و شکل اولیه اش را از دست داده فردی است عاجز که قادر نیست فعالیت سابق خود را داشته باشد. از طرفی، این وضع غیر طبیعی اثرات بسیار بدی در استخوان بندی (بخصوص در انکیلوze یک طرفی) دارد. با توجه باین نکات بشر باین فکر افتاد که بلکه بتواند مفصلی که شرایط حرکات خود را (تطابق انتهایها، صافی و شفافیت دو سطح مفصلی... عضلات) از دست داده با فکر و کیاست خود وسیله و شرایط جدیدی جهت بدست آوردن عمل آن ایجاد نماید. علماء مقصودی را تعقیب می کردند که بتوانند ماده یا جسم خارجی پیدا کنند که اگر در داخل انساج انسانی کار گذاشته شود تحمل آنرا داشته باشد (۱) مثلاً برای جانشین کردن سراسخوان ران خراب شده و از بین رفته ماده بشکل سرتپیه کرده و بجای آن قرار دهند.

مطالعات زیادی در این زمینه شده بطوریکه آلومینوم، نیکل، طلا، کائوچو، ابونیت، فولاد، شیشه، شیشه پیرکس تحت تجربه قرار گرفته ولی ویتالیوم (۲) نسبت بدیگران رضایت بخش بود (اسدیت پترسن).

گره کار در ۱۹۴۶ بدست ژان و روبر ژوده (۳) گشوده شد و سرمصنوعی از آکرلیک بکار بردند که تدریجاً تکمیل شد بطوریکه امروز سرمصنوعی متداول که بکار برده میشود بشکل قارچی است که وسط ساقه اش میله فلزی قرار دارد (۴).

انتخاب پلی متاکریلات (۵) برای پروتز (۶) روی علل بیولوژیک شده و این

۱—Tolerance tissulaire

۲—Vitallium

۳—Judet

۴—Pivot armée

۵—Polymethacrylate

۶—Prothèse

رژین آکریلیک بفرمول (۱) بهترین نتیجه را داده است .

انکیلوز مفصل ران - گاهی سیر بیماری مفصلی بطرف آنکیلوز است که سیر مساعد و شکلی است به نفع بیمار ، که بایستی محترم شمرده ، بعضی را عمداً آنکیلوز می کنند درواقع درمانی میباشد (سل مفصل) ولی مواردی هست که بتوسط آرتروپلاستی مفصل آنکیلوز را بحرکت در می آورند و همین قسمت منظور نظر ماست .

درباره اینکه چه عواملی در ایجاد انکیلوز مؤثر است نمیخواهیم شرح زیادی داده باشیم ، از علل بی حرکتی به ضربه و آرتریت اهمیت می دهند . ضایعات و آزدگی های ضربه ، دررفتگی (اصلاح شده یا نشده) ، پیچیدگی ها (۲) کوفتگی ها نادراً ایجاد انکیلوز می کنند بلکه سفتی و سختی را در مفصل ایجاد می نمایند (ردور) ، شکستگی های مفصلی و حتی خارج مفصلی يك عامل عمده انکیلوز است .

سبب انکیلوز در مفصل ران عبارت است از :

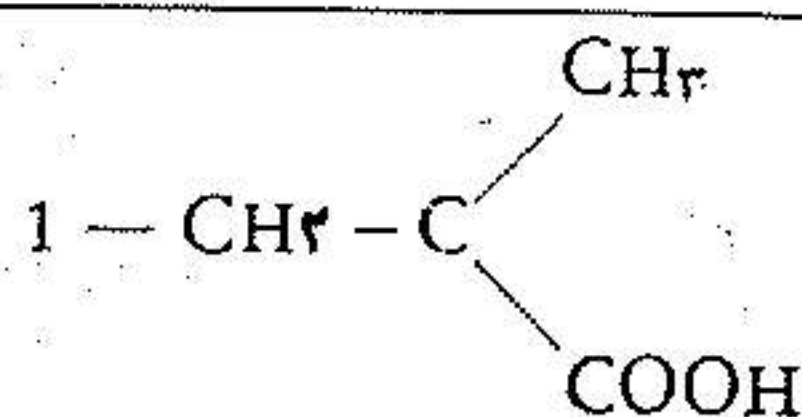
- ۱ - عفونت - کوکسالاتزی که فراوان است ، سوزاک و استئومیلیت و عفونت های دیگر ...
- ۲ - ضربه - شکستگی استخوان ران یا کوتیل - نادراً دررفتگی مفصلی اصلاح شده .

۳ - آرتریت دفرمانت - اسپوندیلوز ریز و مایک دو طرفی .

۴ - سوب لو کسایون مادرزادی .

پاژونی :

یکم - ارگانیزاسیون ترشحات داخل مفصلی .



۲ - Antorse

دوم - فوزیون (۱) انتهای مقابل هم، ضایعه مفصلی به اضافه بی حرکتی. عکس برداری برای تشخیص علت و ماهیت آن نهایت لزوم را دارد (ضربه ... آرتریت؟)

با شرح این مقدمات آرتروپلاستی مفصل ران را با پروتز آکریلیک خواهیم نگاشت:

آرتروپلاستی شامل بریدن انتهای استخوانی قرار دادن يك غشاء خنثی (۲) برای ایجاد و ابقاء نقش عضو لغزنده می باشد. آرتروپلاستی منحصر به عملیات جراحی روی استخوان نبوده بلکه تمام تشکیلات مفصل (کپسول و سینوویال و لیگامانها و ماهیچه ها و تاندونها) هم مورد مرمت قرار می گیرند.

انکیلوز مفصل ران از سایر مفاصل بیشتر بوده و دو طرفی در مرد بیش از زن و یک طرفی در زن بیش از مرد میباشد.

از سال ۱۹۴۶ قطع سراسخوان ران را با جانشین کردن سر پروتیک با رزین آکریلیک و حفر کردن کوتیل و یا عدم آن (بر حسب حالات) انجام میدهند با اسم رز کسیون-ر کونسترو کسیون مفصل لگن نامیده اند.

در اینجا عملی که اجرا میشود جانشین کردن سراسخوان ران مریض و خراب با يك سر پروتیک است که بسرگردن ثابت می گردد و يك ثو آرتروز با تکیه نسبی بدست می آید. از طرف دیگر بواسطه این آندوپروتز با يك ماده خنثی يك حدمفصلی وسیع بین گردن استخوان ران و کوتیل ایجاد میگردد. مقصود جراح عبارتست از:

۱ - حرکات - ۲ - نبودن درد و نقطه اتکا خوب برای راه رفتن. حالت روحی مریض اهمیت زیاد دارد.

مورد استعمال معالجات حرکت دهنده - در انکیلوز کامل وضع خوب نادر است برای سل مفصل بایستی دقیق بود. برای تصمیم عمل بایستی یقین داشت که کانون انکیلوز سرد شده است. انکیلوز استئومیلیت را نادر میتوان عمل کرد بلکه بیشتر درمان سوزاک و ضربه ها و انکیلوز های دو طرفی وضع های مزاحم همچنین در

انکیلوز کامل در وضع بد اقدام بعمل آرتروپلاستی کرد.

بیماریائی که رز گسیون = ر گونسترو گسیون در آنها اجرا شده

(آ گریلیک در مفصل لگن)

کو کسارتی (آرتیت مزمن ران - لگن) (۱)

دو نوع کو کسارتی عبارتند از:

نوع هیپرتروفیک و کم و بیش اگزپولزیف (۲) (اولیه یا نتیجه سوء تشکیلات مادرزائی مفصل لگن مثلاً سوبلو کسایون).

نوع آتروفیک کم و بیش اروزیف (۳) که سر کو چک شده و اگزپولزیف نیست و استئوفیتها ندارند.

ضایعات سر عبارتند از اختلال شکل یا تشکیلات از قبیل حفر شدن، سفت شدن، اکثر آبریدگی مرضی سر، که مبداء اصلی دردهاست.

مورد استعمال کو کسارتی -- درد و وضع راه رفتن که مربوط و مشروط بدرد هم میباشد.

اختلال و از بین رفتن حرکات - انکیلوز در وضع معیوب و نزدیک شدگی انکیلوزهای دوطرفی مفصل لگن، بالاخره صفات پیشرونده اختلالات را بایستی در نظر داشت.

در وحله اول بنظر میآید که حرکات مفصلی با عمل جراحی قبل از آتروفی توده عضلانی و توسعه پری آرتیت خیلی وسیع خواهد بود و دردهای باقیمانده خفیف یا از بین خواهند رفت و حال آنکه حقیقت اینطور نبوده شدت ضایعات تشریحی از اول هر چه باشد بهمان نحو بوده و هیچ وسیله قابل ارزش به نفع جراحی پیشرس نیست. ناراحتی و محدودیت و کاهش فعالیت عضو کمی میدان حرکت، عدم تسکین درد حتی در پشت خوابیدن خلاصه عجز (۴) شدید بدون اینکه از معالجات کلاسیک طبی نتیجه عاید شود جراحی را حکم می کند.

سن مهم نیست پیران با احتیاط عمل را تحمل می کنند، بایستی حالت عمومی

۱ - coxo-femorale

۲ - expulsif

۳ - erosif

۴ - Infirmité

را در نظر داشت در چاقها نتایج عملی بد دارد و اگر رنج و ناراحتی از وضع عضو خود داشتند در صورت نداشتن اختلال جریانی میشود عمل کردن (در تورم اعضاء تحتانی، واریسها، اختلال وازو مو تور نتیجه عمل خوب نیست) اهمیت ضایعات تشریحی مانع جراحی نیست.

روش ۵: لی :

وسایل - وسایل جراحی استخوانی است با ضافه ا کار تور (۱)، تاریر درشت (۲) فرز (۳) برای قطعه گردن ران و کوتیل، شاس ت (۴)، اسکید مرفی (۵) تیرفون ماتیو (۶) دسترسی به مفصل لگن راههای مختلفی دارد :

۱ - برش و راه هو تر (۷) .

۲ - راه اسمیت پترسن (۸) .

۳ - راه عقب و خارج مانند برش دومی بوده با تغییرات کوچک است در این روش بعد از برش اولیه پوست، تروکاتر بزرگ را بریده و بالا میزنند و تدریجاً با گوژ مخصوص و قیچی نوک پهن تمام سطح ماهیچه سرینی را از کپسول تا لبه خط ابروئی کوتیل جدا می کنند و به کپسول دسترسی می یابند .

کپسول - برش صلیبی (ا کثراً کپسول را بر میدارند) روی کپسول میدهند بعقیده بعضی در گو کسارتی کپسولکتمی توتال بایستی کرد و گر نه درد و کمی حرکت خواهد داشت . ژوده مخالف بوده عقیده دارد که واسکولاریزاسیون گردن فمور را مختل میسازد، در این مرحله کمک عضو تحتانی (ران) را بطور خفیف ابدو کسیون و چرخش خارجی جهت بیرون آمدن سر میدهد .

رزگسیون یا بریدن سراسر استخوان ران - قطع را در قسمت ژو کستاسریه ویکال (۹) سرانجام میدهند و اضافات را هم با فرز کردن (فرزاژ) گردن ران بر طرف می کنند. ییو (۱۰) زیر نشیمن گذاشته ران را به چرخش خارجی میبرند گردن

۱ - Ecarteur contre coudé ۲ - Tariéré

۳ - Fraise ۴ - Chasse-tête ۵ - Skide de Murphy

۶ - Tire fond Mathieu ۷ - Hueter ۸ - Smith petersen

۹ - Juxta-cervicale ۱۰ - Bileot

عمل را در سطح برش، مقطع به طرف قشر زیر تروکانتر با تاریر به زاویه ۳۰ درجه نسبت به تنه سوراخ می کنند (محل پی) و بالاخره سر را فرز کرده و تکه های اضافی را با قیچی بر می دارند.

حفر کوتیل - جهت این کار عضو را در چرخش خارجی و خمیدگی خفیف قرار می دهند اگر سقف کوتیل مایل بوده یا عمق آن غیر کافی جهت سر باشد یا اینکه شکلش نامرتب و با اختلالات زیاد غضروفی باشد، حفر کردن لازم است. حفر کوتیل بدو منظور است:

یکی حفره وسعت لازم را داشته باشد، دیگر اینکه وضع سقف کوتیل مناسب شده و سطح داخلی حفره کروی گردد.

بایستی گردن طول کافی داشته باشد. با انداختن سر بعد از گذاشتن سر آکرلیک در روی گردن با چرخش داخلی و ابدوکسیون و فلکسیون انجام گشته و ثابت گردد.

بستن - کاپسول را نمی بندند و استئوفیت ها و بقایای اسفنجی و استوزها را برداشته و موقع ستور کردن مواظب عصب فمور و کوتانه هستند اگر نزدیک کننده ها کوتاه شده باشند در آخر عمل تنوعی می کنند.

بیهوشی - بادستگاه جدید و متد بسته انجام میشود.

حوادث عمل - عبارتند: قطع کوتاه گردن، یا خیلی مایل به عقب و پائین، اکلاتمان یا ترکیدن گردن فمور، اشتباه در جهت پیوت (۱) خارج از محور بودن (۲) پیوت.

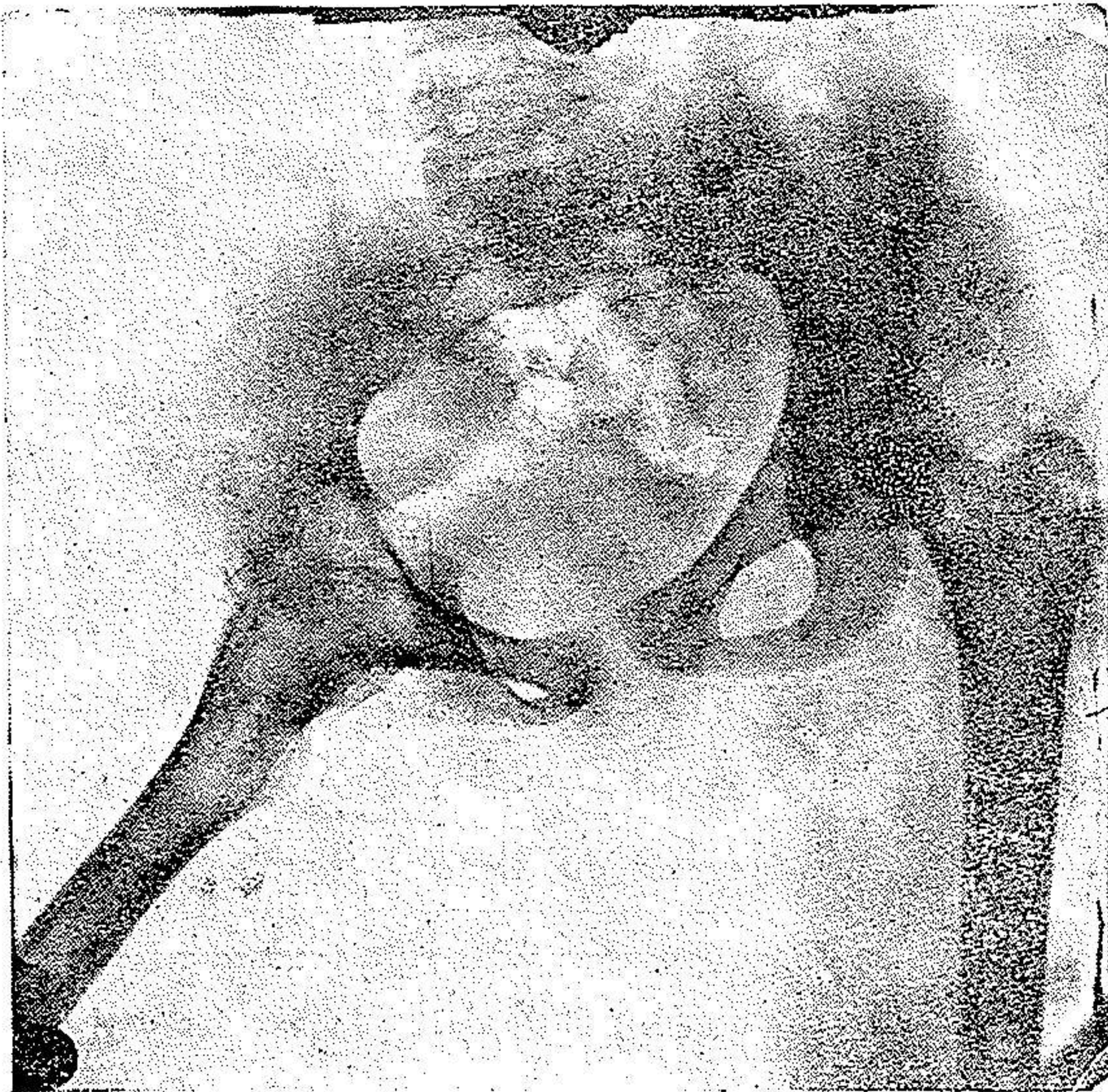
مواظبت های بعد از عمل مثل عمل های دیگر است و احتیاج به توضیح نیست.

گچ گیری:

۱- اگر پابرجائی یا استابیلیته خوب بوده و گردن فمور بقدر کافی دراز و تطابق سرو کوتیل خوب باشد يك بوتیلون (۳) گچی می گیرند.

۲- اگر گردن استخوان ران کوتاه یا سردر وضع والگوس (۴) و در رفتگی باعث

شده است و از طرفی عدم ثبوت مریض در آخر عمل گچ گیری بزرگ (۱) لازم است که بمدت ۲۵ - ۱۵ روز بماند .
حرکت - برای بوتیون از روز هشتم و برای گچ بزرگ از بیست و پنجمین



طرف چپ

پای طرف راست

شکل ۱ - ش . د - ۱۳ ر ۱۱ ر ۳۲ انکیلو ز طرف راست قبل از عمل
روز شروع می کنند حرکات پاسیو با خود مریض و اسباب انجام می گیرد که بعداً
بایستی آکتیو گردد بالاخره ماساژ لازم میباشد .
راه رفتن - بر حسب حالات از روز ۴۰ - ۳۰ - ۱۲ و معمولاً از دوازدهمین روز
شروع می کنند : اول حرکت با دو چوب زیر بغل بعداً با دو عصا انجام می گیرد .
مواظبت درست، ورزش محلی و عمومی (تنفسی . . .) اراده و امیدواری شرط موفقیت

۱-Pelvi-crano-jambique

است در ماههای آخر چرخ سواری خوب است .
 نتیجه در بعضی ۲-۳ هفته بعد بدست آمده و بعد ۶-۵ ماه آکتیویته و فعالیت
 شروع میشود نتیجه در کو کسارتوری در يك آماری ۰/۴۷/۸ خوب و ۰/۱۷/۱ عالی
 بوده است .
 شکستگیهای تازه گردن - در این مورد فهمیدن محل رزکسیون -



پای طرف راست طرف چپ
 شکل ۲ - ش.د - ۲۷ ر ۱ ر ۳۲ انکیلوز اصلاح شده (بعد از عمل)
 ر کونسترکسیون مطرح میباشد نتیجه عمل در این مورد خوب بوده و هرچه گردن

درازتر باشد نتیجه بهتر خواهد بود. این عمل بیشتر در پیران با سرهای استئوپروتیک (۱). قابل اجراست.

با وجود روشهای عمل انشویمان (۲) و زیادی وسایل سنتز چون پیمش بینی شان قطعی نبوده و پورسانتاژ با نتیجه بد بعامل عدم سفت شدن، پزودو آرتروز، بعدها آرتروز ضربه، آتریت دفرمانت، نکروز آسپتیک سر زیاد میباشد لذا عمل و مصرف سر پروتیک را حکم می کند منتهی بایستی مورد استعمال را خوب دانست در مواردی که سر استخوان ران به یک قشر ساده نازک پوسته تخم تبدیل شده و خود گردن شکننده و سست است و کانون شکستگی پراز بویو (۳) استخوانی است از اول پروتز مطرح است در مریضهای مسن که بایستی زود بلند شوند و شکستگی شان سخت قابل اصلاح است و همانطور که قبلاً ذکر شد استخوان پروتیک است مصرف سر پروتیک مورد استعمال داشته و حتی حیاتی است.

در آرتروزهای کاذب گردن استخوان ران- مورد استعمال خیلی وسیع دارد، باستانی آنهاست که پزو دو آرتروز تشریحی مسلم دارند ولی عمل عضو شان قابل ملاحظه و بدون ناراحتی و لنگیدن خوب راه میروند یا بیمارانی که سرفمورال دست نخورده یا کم مختل است و گردن فمور نسبتاً محفوظ مانده و تغییر محل و بالا رفتن قابل ملاحظه نیست در بقیه مورد استعمال خوب است.

آتریت های ضربه فصل مهمی را در مصرف سرهای آکریلیک باز کرده اند (آتریت های در نتیجه شکستگی گردن که ضایعه ساده دارند رزکسیون- رکوئستر کسیون نتیجه درخشان میدهد) در آتریت های ثانوی به دررفتگی ضربه باشکستگی یا بدون آن نتیجه متوسط است.

سکلهای آتریت های عفونی - در این قسمت معالجات آکریلیک مورد استعمال دارند در انکیلوز وضع معیوب آرتروپلاستی را ترجیح میدهند در انکیلوز با وضع مناسب به عمل و فونکسیون عضو مورد استعمالش خیلی دقیق است، در رفتگی مرضی در نتیجه آتریت عفونی با شرائطی نتیجه داده است بالاخره این عمل جراحی در قسمت دررفتگی های مادرزادی بالینی فصل مهمی را باز

کرده است .

نتیجه - ژان وروبرت نشان میدهند :

نتیجه خوب یا خیلی خوب	متوسط	
۰/۶۵	۰/۱۹/۲	کو کسارتی
۰/۷۰	۰/۲۰	آرتروز کاذب
۰/۶۲/۵	۰/۲۵	شکستگی تازه گردن
۰/۸۰	۰/۱۰	آرتريت ضربه
۰/۳۰/۷	۰/۵۳/۸	در رفتگی قدیمی
۰/۳۵/۷	۰/۳۵/۷	» خلفی

اینک شرح حال بیمارانی که توسط آقای پرفسور عدل در بخش جراحی بیمارستان سینا تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند .

شرح حال اول - ش - د دختر ۱۴ ساله ، کارگر ، متولد بهاد کوبه بتاريخ ۳۱/۱۱/۱۲ ببخش جراحی سینا مراجعه و بستری شد .

شکایت بیمار از سفتی و عدم حرکات مفصل ران راست و کجی عضو و درد حاصل هنگام راه رفتن بود .

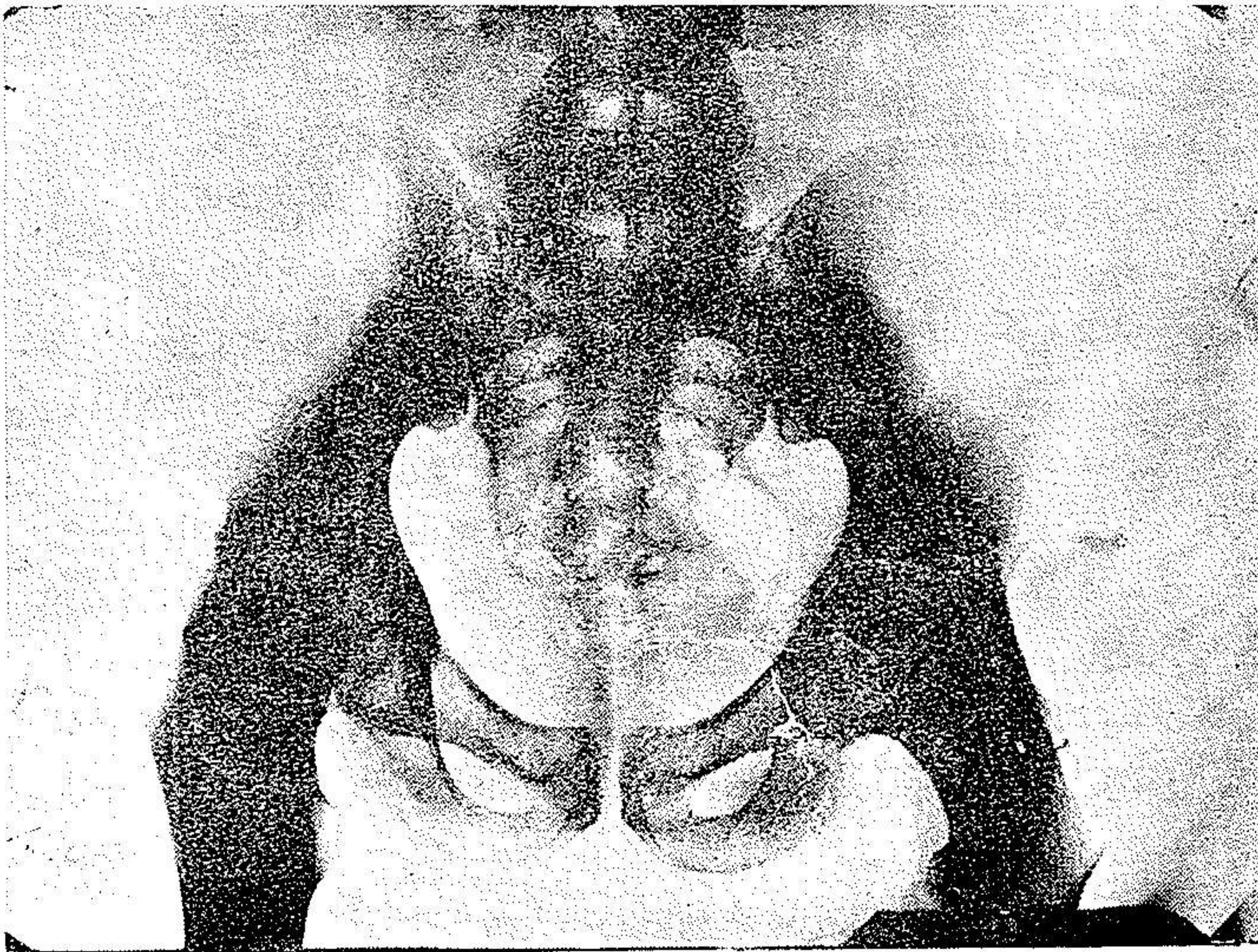
موقع مراجعه سابقه زمین خوردگی را در ۱۱ ماه قبل متذکر شد که مدت ۶-۷ ماه بستری بوده (بعلت درد و ناراحتی) و معالجات دوائی میکرده و بالاخره یکی دو ماه قبل از مراجعه متوجه وضع فعالی خود و لنگیدن و درد میشود . بیمار اظهار میداشت که بعد از زمین خوردن تب و ۶-۵ روز بعد ورم پا و درد داشته است .

سابقه خانوادگی چیز مهمی نیست - سابقه شخصی نیز نکته قابل ذکری ندارد بیمار قبل از زمین خوردن وضع و حرکات پایش عادی بوده است .

در معاینه بیمار از نظر دستگاههای مختلفه سالم ، در پشت بیمار سیکاتریس اسکارهای متعدد دیده میشود ، معاینه عضو تحتانی راست ، حرکات مفصلی بکلی حذف عضو تحتانی در وضع آبدو کسیون و کمی چرخش داخلی انکیلوزه شده و بمرور وضع معیوبی در اسکلت بیمار ایجاد شده بطوریکه در نتیجه اسکولیوز حاصله طول

عضو طرف مریض ظاهراً بلند بنظر می آید راه رفتن با لنگیدن و اظهار ناراحتی توأم است ولی آتروفی عضلانی موجود نیست .

طرز عمل - شکافی بطول ۱۴ سانتیمتر از ناحیه تروکانتر بزرگ در فمور داده بعد تروکانتر بزرگ و محل چسبندگی های تاندونها بریده شد چسبندگی های روی استخوان فمور و کاویته کوتیلوئید (که خیلی زیاد بود) مرتفع شد. سر فمور را مطابق تکنیک بریده و کاویته کوتیلوئید خوب پاک شد سوراخی وسط محل



شکل ۳ - ح-م ۲۶ر۶ر۳۱ قبل از عمل

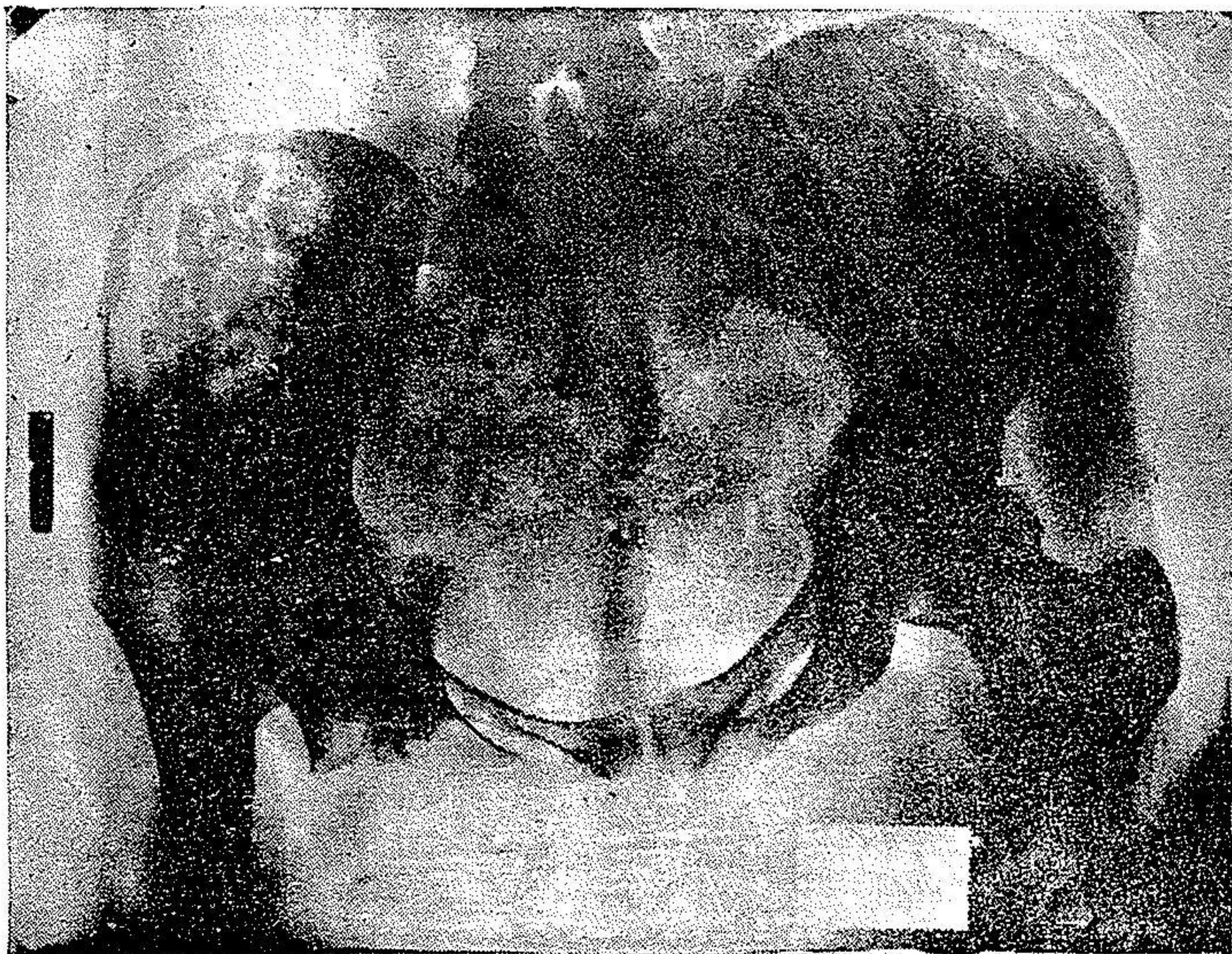
بریدگی سر فمور ایجاد و سر آکریلیک گذاشته قطع تروکانتر بزرگ ببدنه فمور را نسج عضلانی و جدار دوخته با نسج متصل شد ، پا در حالت آبدوکسیون گچ گرفته شد .

شرح حال دوم - ح-م دانش آموز ۲۵ ساله اهل گیلان .
بعلت از بین رفتن حرکات مفصلی ران دوطرف وعدم امکان راه رفتن ببخش



شکل ۴ - ح-م ۳۱ ر ۳۲ بعد از عمل
جراحی سینما مراجعه نمود. سابقه خانوادگی و شخصی چیز مهمی را متذکر نیست - مدت
گرفتاری هشت سال است .
تا هفده سالگی کاملاً وضع طبیعی را داشته تاروژی درد دائمی در زانوی راست

حس کرده که شبها بیشتر میشده تدریجاً دردهائی در ناحیه لومبوساکره احساس و محللهائی در ناحیه تحتانی سرین و سطح فوقانی قدامی ران زخم شده و چرك میآمده (فیستول) و مدت یکسال ادامه داشته که بیمار را محکوم به بستری شدن نموده بود. تدریجاً زخمها بهبود یافته ولی مفصلهای کوسوفمورال انکیلوزه شده و بوضع فعلی درآمده.



شکل ۵ - خانم ش - ۳۲ ر ۲۳ قبل از عمل

رانها بهم نزدیک (ادو کسیون) مفصل دو طرف بکلی حرکات را از دست داده بنا باظهار بیمار انکیلوز یکطرف یکماه بعد از طرف دیگر شده است. دوماه اول درد شدید بوده تدریجاً ساکت پس از یکسال جراحی و درد حذف و انکیلوز ایجاد شده است.

بیمار جوان انمیک با حالت عمومی خوبی است که از هیچ دستگاهی شکایت و ناراحتی جز از این وضع ندارد که بکلی راه رفتن را غیرممکن کرده است در پشت بیمار طول کولون سیکاتریس‌هایی مشاهده میشود.

در تاریخ ۳۱/۱/۱۰ عمل شد (طرف چپ) بهمان طرزی که در شرح حال اول ذکر شد تروکانتر بزرگ بامیخی بسر جای خود محکم شده نتیجه خیلی خوب و بعدها نیز جهت معاینه مراجعه کرد که کاملاً حرکات رضایت بخش بود.

دوبیمه - ار دیگر نیز یکی در بیمارستان سینا و دیگری بیمارستان نجمیه تحت عمل جراحی قرار گرفته (بطرز عمل فوق) بیماران نامبرده روز دوازدهم بعد از عمل حرکت کردند.