

نامه مالانه دانشکده پزشکی

هیئت تحریریه :

دکتر محمد حسن بانی
دکتر محمد علی ملکی
دکتر حسن میردادی
دکتر ابوالقاسم محمد آبادی

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

دکتر ناصر انصاری
دکتر محمد بهشتی
دکتر حسین شهاب
دکتر محمود سبحانی

شماره دوم

آبان ماه ۱۳۴۴

سال یازدهم

از کارهای بخش جراحی بیمارستان سینا

آرتروپلاستی^(۱) مفصل لگن

سر آکریلیک^(۲)

نمادش :

پروف. یحیی عدل

استاد جراحی دانشکده پزشکی و رئیس بخش جراحی بیمارستان سینا

دکتر علی اکبر توحیدی

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 صدري را شکافته کارهای جراحی مهمی را در روی ریه و قلب که جزو آرزوهای بشری بود اجرامی کنند زمانی فکر و دست لایق جراح برای رفع عیوب

۱ - Arthroplastie

۲ - Tête acrylique

و بیماریهای رگهای بدنی بکار می افتد و نمره هـ-ای امیدبخشی 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 انکیلوزه 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 انکیلوز 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 سر تهپه 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 سر مصنوعی از آکرلیک بکار بردند که تدریجاً تکمیل شد بطوریکه امروز سر مصنوعی 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

رزین آکرلیک بفرمول (۱) بهترین نتیجه را داده است .
 انگیلوز مفصل ران - گاهی سیر بیماری مفصلی بطرف آنگیلوز است که
 سیر مساعد و شکلی است به نفع بیمار ، که بایستی محترم شمرد ، بعضی را عمداً
 انگیلوز می کنند در واقع درمانی میباشد (سل مفصل) ولی مواردی هست که بتوسط
 آرتروپلاستی مفصل انگیلوز را بحرکت در می آورند و همین قسمت منظور
 نظر ماست .

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

سبب انگیلوز در مفصل ران عبارت است از :

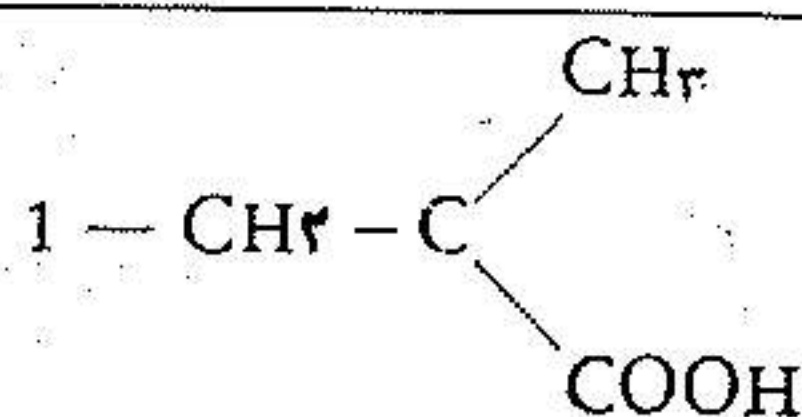
- ۱ - عفونت - کوکسالیژی که فراوان است ، سوزاک و استئومیلیت
 و عفونت های دیگر ...
- ۲ - ضربه - شکستگی استخوان ران یا کوتیل - نادراً دررفتگی مفصلی
 اصلاح شده .

۳ - آرتروز 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 با اضافه بی حرکتی .
عکس برداری برای تشخیص علت و ماهیت آن نهایت لزوم را دارد (ضربه ... ؟
آرتريت ؟)

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

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 ماهیچهها
و تاندونها) هم مورد مرمت قرار می گیرند .

انگیلوز مفصل ران از سایر مفاصل بیشتر بوده و دو طرفی در مرد بیش از زن
و یکطرفی 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 نشو آرتروز با تکیه
نسبی بدست می آید . از طرف دیگر بواسطه این آندوپروتز با يك ماده خنثی يك
حده مفصلی وسیع بین گردن استخوان ران و کوتیل ایجاد میگردد .
مقصود جراح عبارتست از :

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

مورد استعمال معالجات حرکت دهنده - در انگیلوز کامل وضع خوب
نادر است برای سل مفصل بایستی دقیق بود . برای تصمیم عمل بایستی یقین داشت که
کانون انگیلوز سرد شده است . انگیلوز استئومیلیت را نادر میتوان عمل کرد بلکه بیشتر
درمان سوزاك و ضربهها و انگیلوز 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

(آگزیلیک در مفصل لگن)

کو کسارتری (آرتزیت مزمن ران - لگن) (۱)

دو نوع کو کسارتری عبارتند از:

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

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 کسارتری -- 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 دو طرفی 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 آرتزیت 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

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 مورتور نتیجه عمل خوب نیست) اهمیت ضایعات تشریحی مانع جراحی نیست.

روش ۵: لی:

وسایل - وسایل جراحی استخوانی است با اضافه کار تور (۱)، تاریر درشت (۲) فرز (۳) برای قطعه گردن ران و کوتیل، شاس ت (۴)، اسکید مرفی (۵) تیرفون ماتيو (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 کسارتری کپسولکتهی توتال بایستی کرد و گرنه 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 سراسرخوان 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. بیو (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 ۱۳۰ درجه نسبت به تنه سوراخ می کنند (محل پی) و بالاخره سر را فرز کرده و تکه های اضافی را با قیچی بر میدارند.

حفر کوتیل - جهت این کار عضو را در چرخش خارجی و خمیدگی خفیف قرار میدهند 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 استئوفیتها 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 میکنند.

بیهوشی - بادیستگاه 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.

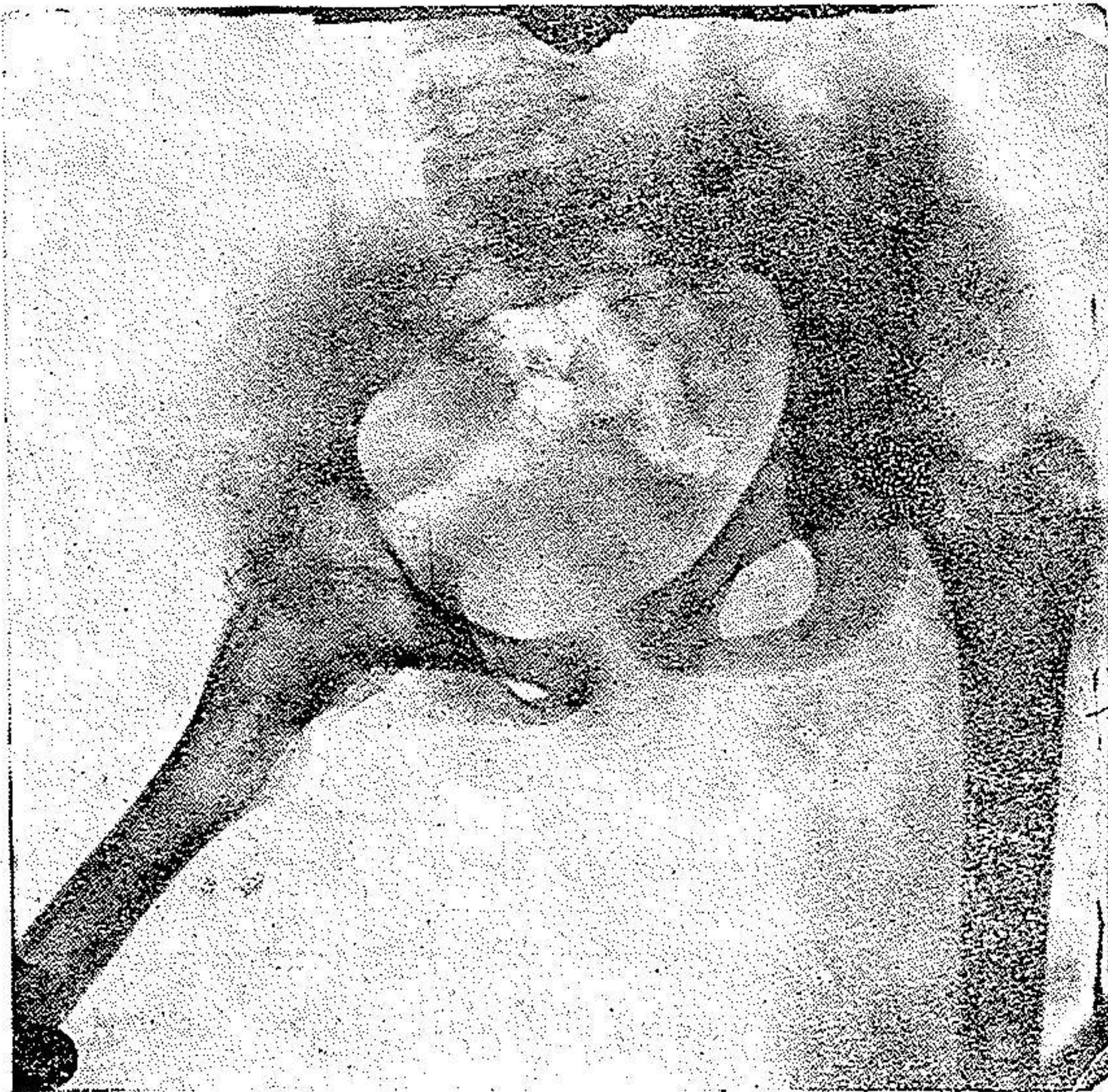
مواظبتهای بعد از عمل مثل عملهای دیگر است و احتیاج به توضیح نیست.

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 وسائل سنتز چون پیمش بینی شان قطعی نبوده و پورسانتاژ با نتیجه بد بعامل عدم سفت شدن، بزود و آرتروز، بعدها آرتروز ضربه، آرتريت دفرمانت، نكروز 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 يك قشر ساده نازك پوسته تخم تبدیل شده و خود گردن شکننده و سست است و کانون شکستگی پر از 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 قبلا 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، با استثنای آنهایی که بزود و 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 فور نسبتاً محفوظ مانده و تغییر محل و بالا رفتن قابل ملاحظه نیست در بقیه مورد استعمال خوب است.

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

سکلهای آرتريت 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 آرتريت عفونی با شرایطی نتیجه داده است بالاخره این عمل جراحی در قسمت دررفتگی های مادرزادی بالینی فصل مهمی را باز

کرده است .

نتیجه - ژان وروبرت نشان میدهند :

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

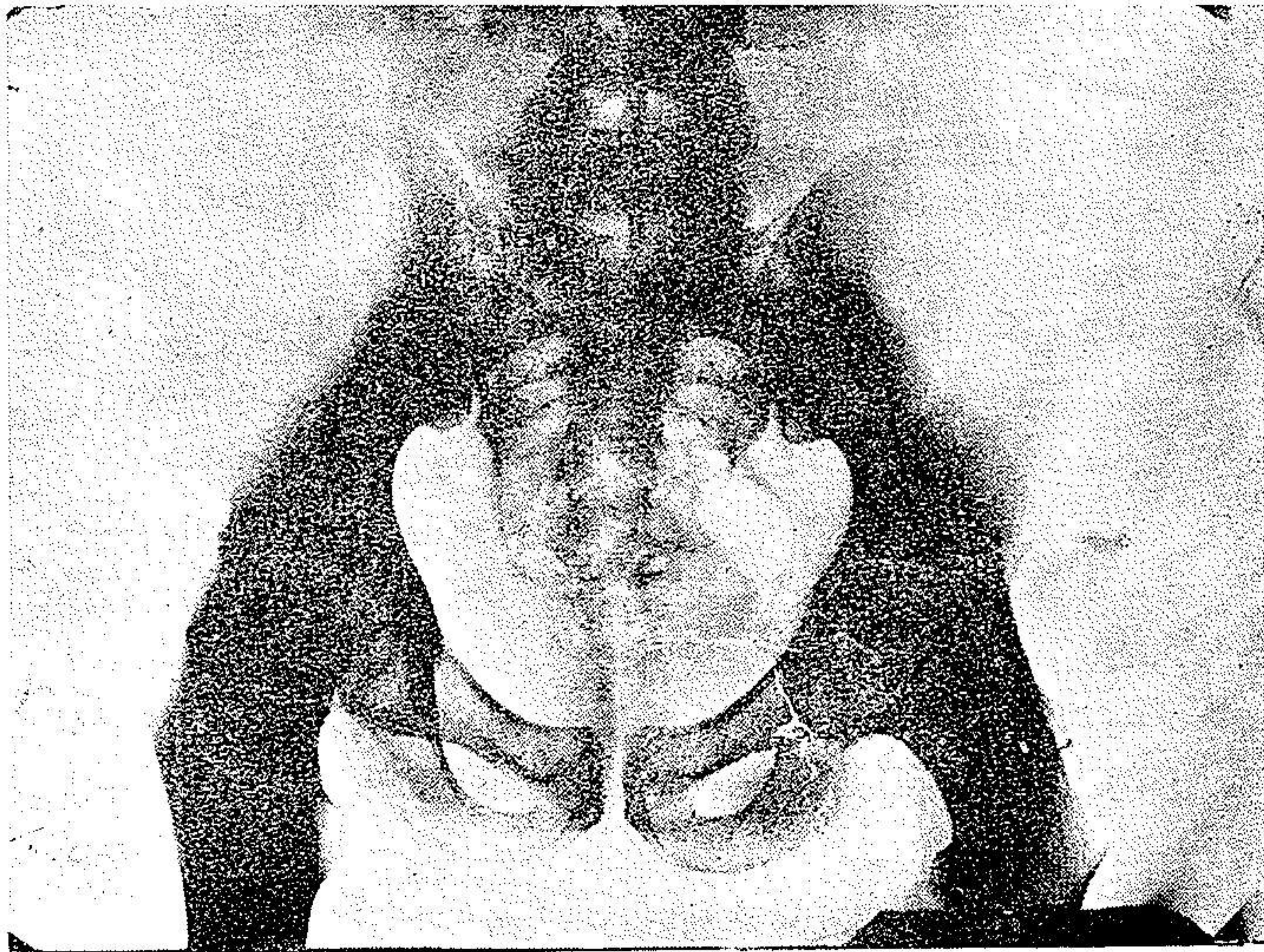
در معاینه بیمار از نظر دستگاہهای مختلفه سالم ، در پشت بیمار سیکاتریس

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 چسبندگیهای 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

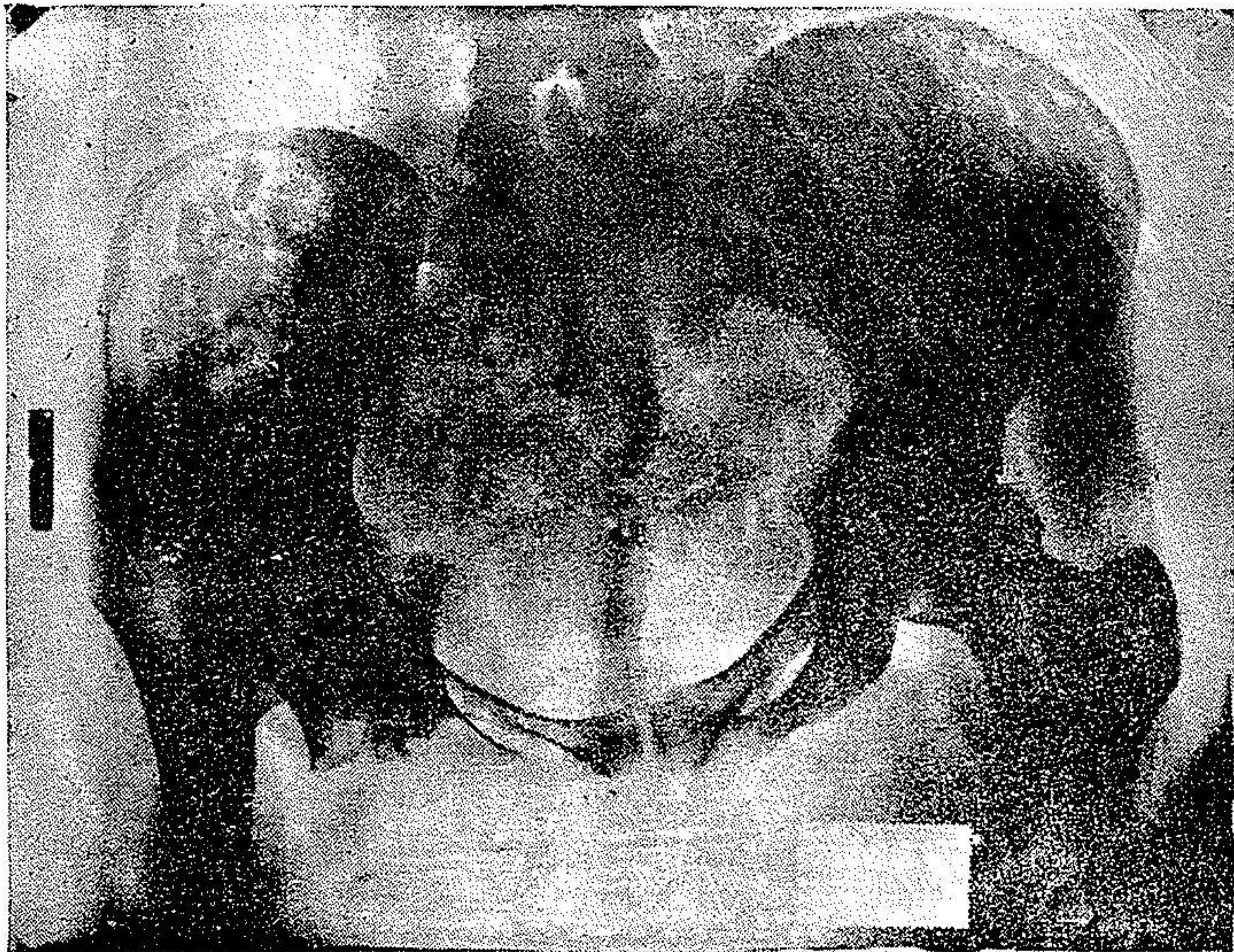
بریدگی سر فمور ایجاد و سر آکریلیک گذاشته قطع تروکانتر بزرگ ببدنه فمور را نسج عضلانی و جدار دوخته با نسج متصل شد ، پا در حالت آبدوکسیون گچ گرفته شد .

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



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

حس کرده که شبها بیشتر میشده تدریجاً دردهائی در ناحیه لومبوساکره احساس و محلپائی 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 نهوده بود. تدریجاً زخمها بهبود یافته ولی مفصلهای کوسوفمورال انگیلوزه شده و بوضع فعلی درآمده.



شکل ۵ - خانم ش - ۳۲۲۳ قبل از عمل

رانها بهم نزدیک (ادو کسیون) مفصل دو طرف بکلی حرکات را از دست داده بنا باظهار بیمار انگیلوز یکطرف یکماه بعد از طرف دیگر شده است. دو ماه اول درد شدید بوده تدریجاً ساکت پس از یکسال جراحی و درد حنف و انگیلوز 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 سیکاتریس هائی مشاهده میشود.

در تاریخ ۳۱/۱/۱۰ عمل شد (طرف چپ) بهمان طرزى که در شرح حال اول ذکر شد تروکانتر بزرگ با میخی 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.