

بررسی علل تأخیر در مراجعه بیماران مبتلا به دررفتگی مادرزادی هیپ جهت درمان ارتوپدیک

دکتر فریدین میرزا طلوعی^۱، آزاده میاندهی^۲

تاریخ دریافت: 90/09/10 تاریخ پذیرش: 90/10/28

چکیده

پیش زمینه و هدف: سیر بالینی DDH، اغلب به سمت کوتاهی عضو، لنگش، درد و در نهایت زمین گیر شدن بیمار در دهه‌ی پنجم زندگی است. عدم تشخیص زود هنگام DDH تغییرات تطبیقی به دنبال خواهد داشت که منجر به مشکل تر شدن روند درمانی و کاهش میزان نتایج خوب درمانی می‌گردد، لذا، ما در این مطالعه علل مراجعه دیر هنگام بیماران مبتلا به DDH جهت درمان را در بیمارستان امام خمینی تحت بررسی قرار دادیم.

مواد و روش کار: ۶۰ بیمار مبتلا به DDH که به صورت تأخیری به درمانگاه بیمارستان امام خمینی مراجعه کرده و جهت درمان مناسب بستری شده‌اند مورد بررسی قرار گرفتند. تشخیص قطعی برای این بیماران توسط x-ray و یا سونوگرافی گذارده شد با استفاده از پرسش‌نامه‌ای که طبق اهداف پایان نامه توسط مجری طرح طراحی شده بود و با مراجعه به پرونده بیماران و یا مصاحبه حضوری، با والدین نسبت به تکمیل پرسش‌نامه اقدام و پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات بدست آمده را وارد نرم افزار SPSS نمودیم و نتایج حاصله، به صورت جداول توصیفی و نمودار ارائه گردید.

یافته‌ها: از ۶۰ بیمار با تشخیص دیررس، ۴۵ کودک مراجعه تأخیری داشتند و ۱۵ مورد بلافاصله بعد از تشخیص به ارتوپد مراجعه کرده بودند. ۵۷ زایمان از ۶۰ بیمار مبتلا در بیمارستان انجام شده بود. شایع‌ترین تظاهر بیماری لنگش و شایع‌ترین علت برای مراجعه تأخیری، مشکلات اقتصادی ذکر شد. بالاترین درصد در میان افرادی که در درجه اول متوجه وجود مشکل در کودک شدند، به مادران اختصاص یافت.

نتیجه گیری: اولاً بیماران مبتلا به DDH علی‌رغم انجام معاینات بالینی در بیمارستان‌ها تشخیص داده نمی‌شوند. ثانیاً بعد از تشخیص اکثر آنان به علت ترس از مشکلات مادی به موقع مراجعه نمی‌کنند.

کلید واژه‌ها: دررفتگی مادرزادی هیپ، تشخیص، جراحی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره ششم، ص ۵۸۰-۵۷۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: ارومیه خیابان ارشاد بیمارستان امام خمینی. تلفن ۰۰۹۸۴۴۱ ۳۳۷۳۶۰۶

Email: fardin_tolouei@yahoo.com

مقدمه

CDH شایع‌ترین آنومالی‌های مادرزادی مفصل هیپ است. سیر بالینی DDH، اغلب به سمت دررفتگی کامل، کوتاهی عضو، لنگش، درد، استئوآرتریت ستون فقرات و زمین گیر شدن بیماران در دهه پنجم زندگی است (۲،۱). اگر DDH زود تشخیص داده نشود تغییرات تطبیقی (Adaptive change) به وجود می‌آید و رشد و نمو مفصل ران دچار اختلال شده و پر شدن داخل حفره‌ی استابولوم مانعی جهت جا اندازی بسته‌ی

هیپ می‌گردد. در این حال می‌بایستی از جراحی باز برای جا اندازی استفاده کرد (۳). در صورتی که تشخیص یا مراجعه بیمار بعد از ۱/۵ سالگی صورت گیرد علاوه بر جا اندازی باز عمل استئوتومی سال تر نیز اندیکاسیون می‌یابد. هر ساله تعداد زیادی بیمار مبتلا به CDH در بیمارستان‌های کشور تحت عمل جراحی استئوتومی سال تر قرار می‌گیرند. این به این معنی است که سن این بیماران حداقل ۱/۵ سال بوده است. بنا بر این یک تعداد از بیماران مبتلا به CDH به موقع مراجعه

^۱ دانشیار ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ انترن بخش ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

مطلق - فراوانی نسبی - میانگین) در قالب جداول و نمودارهای مربوط به سوالات و فرضیات پاسخ داده شد.

یافته‌ها

از ۶۰ کودک مبتلا به DDH ۴۳ نفر (۷۱/۷ درصد) دختر و ۱۷ نفر (۲۸/۳ درصد) پسر بودند. میانگین سن جنینی $37/83 \pm 0/82$ هفته و وزن 2700 ± 192 گرم و سن هنگام مراجعه $21/02 \pm 13/02$ ماه بود. از نظر رتبه زایمان ۳۹ نفر (۶۵ درصد) رتبه اول زایمان و ۲۱ نفر (۴۵ درصد) حاصل رتبه‌های بعدی زایمان بودند.

به لحاظ مرکز زایمان ۵۷ نفر (۹۵ درصد) در بیمارستان، یک نفر (۱/۷ درصد) درمانگاه و دو نفر (۳/۳ درصد) در منزل متولد شدند. از این میان ۳۹ نفر (۶۵ درصد) به صورت طبیعی متولد شده و ۲۱ نفر (۳۵ درصد) حاصل زایمان سزارین بودند. همچنین سی نفر از بیماران توسط جراح، ۲۹ نفر توسط ماما و یک نفر توسط فرد آموزش ندیده به دنیا آورده شده بودند. از نظر سطح تحصیلات پدر، ۸۰ درصد والدین تحصیلات راهنمایی یا پایین‌تر داشتند.

فرد تشخیص دهنده اینکه کودک ممکن است در اندام تحتانی دارای مشکل باشد، در ۳۲ مورد (۵۳/۳ درصد) مادر، ۱۸ مورد (۳۰ درصد) پزشک، ۵ مورد (۸/۳ درصد) مادر بزرگ و پنج مورد (۸/۳ درصد) پدر کودک بوده است. در این ۶۰ کودک تظاهرات ظاهری که منجر به ارجاع به متخصص ارتوپدی گردید عبارتند از: در ۴۲ کودک (۷۰/۱ درصد) لگنش هنگام راه رفتن، هفت نفر (۱۱/۷ درصد) محدودیت حرکتی، پنج مورد (۸/۳ درصد) کوتاهی اندام، سه مورد (۵ درصد) چین‌های غیر قرینه، یک مورد (۱/۷ درصد) درد پا و دو مورد (۳/۳ درصد) سایر علل جزو تظاهرات ظاهری بودند (جدول شماره ۱).

از کودکانی که دارای مشکلات فوق بودند ۴۵ نفر (۷۵ درصد) بعد از تشخیص پزشک جهت درمان نهایی با تأخیر مراجعه نمودند. ۱۵ نفر (۲۵ درصد) به محض تشخیص DDH جهت درمان مراجعه کردند. علت تأخیر در ۴۵ کودک عبارت بودند از:

۱۷ نفر (۳۷/۸ درصد) مشکلات مادی، ۱۲ نفر (۲۶/۶۶ درصد) سهل انگاری والدین، هفت نفر (۱۵/۵۵ درصد) عدم ارجاع به موقع توسط پزشک اولیه، پنج نفر (۱۱/۱۱ درصد) داشتن بیماری همراه در کودک و چهار نفر (۸/۸۸ درصد) عدم اعتقاد به عمل، از عمده‌ترین علل در مراجعه دیر هنگام جهت درمان نهایی کودکان مبتلا به DDH بود (جدول شماره ۲). از ۴۵ کودک که با تأخیر مراجعه کرده بودند؛ ۲۹ نفر (۴۸/۳ درصد) ساکن روستا و ۱۶ نفر (۲۶/۷ درصد) شهرنشین بودند.

نمی‌کنند، ولی چرا؟ آیا در این بیماران واقعاً تشخیص اولیه داده نمی‌شود؟ آیا سرویس‌های screening، اعم از ماما، متخصص زنان و اطفال قادر به تشخیص صحیح DDH نمی‌باشند؟ آیا بیماران مراجعه کننده برای درمان، دیر هنگام از منطقه جغرافیایی خاصی ارجاع می‌شوند؟ آیا بیماران به موقع ارجاع می‌شوند ولی مراجعه نمی‌کنند؟ و اگر مراجعه نمی‌کنند، به چه علت؟ آیا مسائل فرهنگی یا مالی در این رابطه دخیل هستند؟

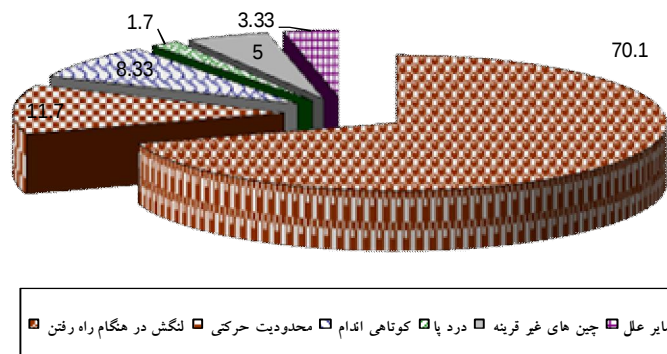
در کشورهای توسعه یافته با استفاده از روش‌های غربالگری مشکل تشخیص دیررس DDH تا حد زیادی برطرف شده ولی در کشور ما با توجه به پراکندگی توزیع سنی بیماران مراجعه کننده به نظر می‌رسد که در این رابطه مشکل وجود دارد. ما طی یک مطالعه مقطعی -توصیفی بر آن شدیم که علل مراجعه دیر هنگام این بیماران را متوجه شویم.

مواد و روش کار

پس از تصویب طرح در کمیته پژوهشی، بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۸ تعداد ۶۰ بیمار که زیر ۱۲ سال سن داشتند و تشخیص نهایی CDH برای آن‌ها گذارده شده بود و با تأخیر مراجعه کرده بودند تحت بررسی قرار گرفتند. تأخیر در مراجعه به صورت تأخیر در تشخیص برای مدت بیش از سه ماه از تولد و یا تأخیر در ارجاع به ارتوپد برای بیش از گذشت سه ماه از تشخیص تعریف شد. بیماران بزرگسال و نیز بیمارانی که قبلاً تحت عمل جراحی قرار گرفته بودند از مطالعه حذف شدند. تشخیص قطعی برای این بیماران توسط اشعه ایکس و یا سونوگرافی گذارده شد. پس از اطمینان از اینکه کرایتریهای مطالعه در مورد، بیماران صدق می‌کند، آنان توسط منشی درمانگاه و منشی بخش ارتوپدی به اطلاع مجری طرح رسانده شده و مجری طرح با اطمینان دادن به والدین کودکان، که هدف از اجرای این طرح ایجاد آگاهی و جلوگیری از وقایع مشابه آینده و جلب رضایت و اعتماد والدین، پرسش‌نامه‌ای را که از قبل تدارک دیده با حضور بر بالین بیمار پر کرده و پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد کامپیوتر می‌شد. در این پرسش‌نامه به موارد اطلاعات دموگرافیک سطح سواد والدین علامتی که توسط آن به وجود مشکل در اندام پی برده شد فردی که برای اولین بار متوجه مشکل شد علت تأخیر در مراجعه پس از تشخیص و نژاد و محل زندگی والدین دقت شده است. پس از تکمیل پرسش‌نامه در صورتی که کودک در بیمارستان به دنیا آمده بود با تماس با بیمارستان مزبور از انجام و یا عدم انجام غربالگری CDH در بیمارستان اطمینان حاصل می‌آمد. سپس با استفاده از نرم افزار SPSS و با استفاده از آمار توصیفی (فراوانی

۴۵ نفر از بیماران بعد از تشخیص با تأخیر زیاد مراجعه کرده بودند که از این بین، ۳۱ نفر (۶۸/۸۸ درصد) دارای DDH یک طرفه و ۱۴ نفر (۳۱/۱۲ درصد) DDH دو طرفه داشتند. از ۱۵ نفری که بلافاصله پس از تشخیص مراجعه کرده بودند، ۱۱ نفر (۷۳/۳۳ درصد) DDH یک طرفه و چهار نفر (۲۶/۶۶ درصد) DDH دو طرفه داشتند. با توجه به آزمون آماری Chi-square تفاوت آماری معنی داری بین دو طرفه و یک طرفه بودن DDH با مراجعه تأخیری وجود داشت ($P=0/001$). به طوری که بیشترین میزان تأخیر، در کودکان با درگیری دو طرفه بوده است. (جدول شماره ۳)

میانگین سن در ۴۵ کودک با مراجعه تأخیری $22/51 \pm 13/28$ ماه و میانگین فاصله تأخیر بعد از تشخیص DDH، $8/64 \pm 3/68$ ماه بود. از ۵۷ زایمان در بیمارستان هر ۵۷ مورد غربالگری شده ولی هر ۵۷ مورد (۱۰۰ درصد) از نظر DDH، Missed شده بودند. یک مورد متولد در درمانگاه و دو مورد متولد در منزل غربالگری نشده و ۱۰۰ درصد هم از نظر تشخیص DDH منفی بودند از ۶۰ بیمار مبتلا به DDH، در ۴۲ نفر (۷۰ درصد) بیماری یک طرفه و در ۱۸ نفر (۳۰ درصد) دو طرفه بود.



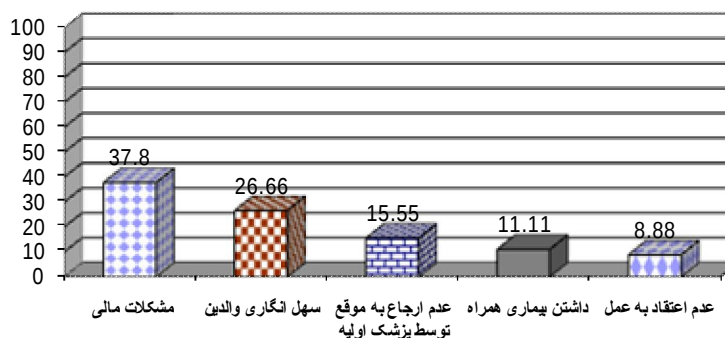
نمودار شماره (۱)

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی مطلق و نسبی تظاهرات ظاهری منجر به مراجعه

تظاهرات ظاهری	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
لنگش در هنگام راه رفتن	۴۲	۷۰/۱
محدودیت حرکتی	۷	۱۱/۷
کوتاهی اندام	۵	۸/۳۳
چین‌های غیر قرینه	۳	۵
درد پا	۱	۱/۷
سایر علل	۲	۳/۳۳
جمع کل	۶۰	۱۰۰

جدول شماره (۲): توزیع فراوانی مطلق و نسبی علت تأخیر در مراجعه

مراجعه	علت تأخیر در مراجعه					جمع
	مشکلات مادی	سهل انگاری والدین	عدم ارجاع به موقع توسط پزشک اولیه	وجود بیماری همراه	عدم اعتقاد به عمل	
مراجعه با تأخیر	۱۷	۱۲	۷	۵	۴	۴۵
	۳۷/۸٪	۲۶/۶۶٪	۱۵/۵۵٪	۱۱/۱۱٪	۸/۸۸٪	۱۰۰٪



نمودار شماره (۲): توزیع فراوانی نسبی علت تأخیر در مراجعه

جدول شماره (۳)

جمع کل	DDH		زمان مراجعه بعد از تشخیص
	دو طرفه	یک طرفه	
۴۵ (۱۰۰٪)	۱۴ (۳۱/۱۲٪)	۳۱ (۶۸/۸۸٪)	تأخیر داشتند
۱۵ (۱۰۰٪)	۴ (۲۶/۶۶٪)	۱۱ (۷۳/۳۳٪)	تأخیر نداشتند
۶۰ (۱۰۰٪)	۱۸ (۳۰٪)	۴۲ (۷۰٪)	جمع کل

Chi – square $P = ۰/۰۰۱$

بحث

در بررسی‌های ما در این مطالعه پراکندگی دیتای دموگرافیک بیماران شامل جنس و رتبه تولد مشابه با سایر مطالعات بود (۴). امروزه غربالگری دررفتگی مادرزادی هیپ می‌بایستی به صورت روتین در زایشگاه‌ها و نرسری‌ها انجام گیرد. در کشورهای پیشرفته‌تر این غربالگری با سونوگرافی انجام می‌شود (۵). اگر فرض بر این باشد که تمامی کودکان متولد شده در بیمارستان در این مطالعه، طی ۴۸ ساعت اول زندگی جهت بررسی DDH و غربالگری تحت سونوگرافی هیپ قرار گرفته باشند، از ۵۷ مورد متولد شده در بیمارستان، هیچ یک در بدو تولد تشخیص مبنی بر وجود DDH یک یا دو طرفه نداشته‌اند، در عین حال سونوگرافی که می‌توانسته، ارزش بالایی برای غربالگری نوزادان مبتلا داشته باشد، در بیماران ما مشاهده نمی‌شود.

میانگین سنی کودکان در هنگام مراجعه ۲۲/۵ ماه و میانگین فاصله زمانی بین تشخیص و مراجعه، حدود ۸/۶ ماه بوده است که این امر حاکی از آن است که، علی‌رغم این که بیماران دیر تشخیص داده شده‌اند، ولی تشخیص دیر هنگام موجب نگرانی والدین نشده است. و به عبارت دیگر والدین معنی و مفهوم DDH را متوجه نیستند، شاید همین قدر که کودک آن‌ها راه می‌رود

باعث رفع نگرانی آن‌ها می‌گردد و به همین دلیل نیاز مبرمی مبنی بر نیاز به درمان حس نمی‌کنند.

شایع‌ترین تظاهر بالینی در این مطالعه، لنگش، با ۷۰ درصد و سپس محدودیت حرکتی و کوتاهی اندام تحتانی است که با توجه به سن کودکان در هنگام مراجعه و تأخیری که از زمان تشخیص داشته‌اند قابل توجه می‌باشد. معمولاً لنگشی که در DDH وجود دارد زیاد شدید نیست و به هیچ وجه دردناک نمی‌باشد لذا، غالب بودن این علامت در تأخیر مراجعه بیماران نشان دهنده‌ی این واقعیت است که والدین نسبت به لنگش، حساسیت کم‌تری نسبت به سایر علائم مانند درد پا و کوتاهی اندام دارند.

شایع‌ترین علت تأخیر در مراجعه به موقع والدین، مشکلات مالی با ۳۷ درصد، سهل انگاری والدین ۲۶ درصد، و عدم ارجاع به موقع توسط پزشک معاینه کننده اولیه ۱۵ درصد بوده است. با توجه به این که تمامی بیماران روستایی و نیز ۹۰ درصد بیماران شهری به خوبی تحت پوشش بیمه‌ای هستند و عمل DDH تحت پوشش بیمه است به نظر می‌رسد که، والدین یا هنوز با سیستم درمانی به لحاظ مسائل مالی آشنا نیستند، یا این که خدماتی را که به آن‌ها ارائه می‌شود، باور ندارند، شاید هنوز باورهای سنتی مبنی بر لزوم پرداخت وجه زیاد به پزشک جهت درمان باعث ایجاد این

تشخیص اولیه DDH در کودک دخیل بوده‌اند که در نهایت تمامی این موارد به مرکز تخصصی ارتوپدی ارجاع گردیده است.

به طور کلی با توجه به نتایج بدست آمده در این مطالعه مبنی بر عدم تشخیص CDH در بیمارانی که در بیمارستان متولد شده‌اند می‌توان گفت که: غربالگری CDH در منطقه ما موفقیت‌آمیز نبوده و پزشکان ما در انجام تست‌ها و معاینات cdh مشکل دارند و یا اصلاً انجام نمی‌دهند. همچنین مشخص شد که علی‌رغم اطلاع والدین از وجود cdh در فرزندشان باز هم به موقع مراجعه نمی‌کنند که این امر حاکی از عدم استنباط درست از بیماری فرزندشان بنابر درک سنتی آنان از مفهوم دررفتگی است.

اشتباه در آن‌ها شده و شاید هم به لحاظ روانشناسی والدین تأخیر و اهمال خود را به این طریق توجیه می‌کنند.

شیوع بیماری در مناطق روستایی شهرهای ذکرشده بالاتر از مناطق شهری بوده است که با نتایج مطالعات قبلی هم‌خوانی دارد (۶). از نظر سطح تحصیلات، اکثر پدرهای بیماران، سطح سواد در حد راهنمایی و مادران سطح سواد در حد ابتدایی داشته‌اند. که شاید بتوان علت تأخیر در مراجعه‌ی درمانی را به پایین بودن تحصیلات و سطح فرهنگی ارتباط داد.

فردی که برای اولین بار متوجه وجود مشکل در کودک شده، ۵۳ درصد مادر (با توجه به اشکال در راه رفتن) و در ۳۰ درصد پزشک بوده است و مادر بزرگ و پدر هر کدام ۸/۳ درصد در

References

1. Barlow TG. Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of hip. J Bone Joint Surg Br 1962; 44: 22.
2. Winstein SL, Ponseti IV. Congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Am 1979; 61: 119.
3. Lennox LA, Mclauchlan J, Murali R. Failures screening and management of congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Br 1993; 75: 72-5.
4. Hassbeek JF, Wrigth JG, Hedden DM. Is there a difference between the epidemiologic characteristics of hip dislocation. Can J Surg 1995; 437-8.
5. Dunn PM. Prenatal observation on the etiology of congenital dislocation of the hip. Clinorthop 1976; 119: 11.
6. Lehman EC, Street DG. Neonatal screen in Vancouver for congenital dislocation of the hip. Can Med Assoc J 1981; 124: 1003-8.