

بررسی کوتاهی اندام در بیماران مبتلا به فلج زایمانی

دکتر محمد علی حسینیان*

* گروه جراحی ترمیمی، بیمارستان امام حسین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سابقه و هدف: در مطالعات انجام شده، تاثیرات مثبت عمل جراحی شبکه بازویی از نظر عملکرد اندام فوقانی روی نوزادان مبتلا به فلج زایمانی که اندیکاسیون عمل جراحی داشته، به اثبات رسیده است. در این مطالعه رشد اندام مبتلا در بیمارانی که کاندید عمل جراحی بوده و تحت عمل جراحی شبکه بازویی قرار گرفته، در مقایسه با بیمارانی که اندیکاسیون عمل جراحی داشته ولی اقدام به عمل جراحی ترمیمی شبکه بازویی نشده، مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی: ۵۵ بیمار که در بین سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در بیمارستان‌های تهران تحت درمان بودند، ارزیابی شدند. ۲۵ بیمار که فلکسیون عضله دو سر بازویی در سه ماه اول پیدا نکرده و عمل جراحی ترمیمی شبکه بازویی برای آنها انجام شده بود در گروه جراحی و ۳۰ بیمار که اندیکاسیون جراحی شبکه داشته ولی عمل جراحی شبکه بازویی نشده بود در گروه جراحی قرار گرفتند. اندام سالم و اندام معیوب از قسمت لترال اکرومیون (Acromion) تا نوک انگشت سوم اندازه‌گیری شده و اختلاف آنها بررسی شد.

یافته‌ها: شایع‌ترین نوع فلج، ضایعه C5، C6 و C7 و شایع‌ترین نوع انتخابی جراحی میکروسکوپی به صورت گرفتاری عصبی بود. کوتاهی اندام گرفتار نسبت به اندام سالم در گروه عمل شده صفر تا ۳ سانتی متر و در گروه عمل نشده ۲۵-۳ سانتی متر بود ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: نوزادانی که در سه ماه اول فلکسیون عضله دو سر را بدست نیاورند، باید تحت عمل جراحی ترمیمی شبکه بازویی قرار گیرند. اعمال جراحی بصورت گرفتاری عصبی و انتقال عصب می‌باشد. نوزادانی که کاندید عمل بوده ولی عمل جراحی ترمیمی شبکه بازویی نشده‌اند، علاوه بر محدودیت عملکرد و ناتوانی در انجام کارهای روزمره دچار کوتاهی اندام گرفتار شده که از نظر ظاهر و انجام کارهای ضروری برای بیمار ناراحتی روحی و اجتماعی ایجاد می‌کند.

واژگان کلیدی: کوتاهی اندام، فلج زایمانی، شبکه بازویی.

مقدمه

می‌تواند باعث این ضایعه شود، هر چند انجام سزارین نمی‌تواند امکان این ضایعه را رد کند (۷-۱). دیسترس جنین باعث هیپوتونی عضلات نوزاد شده و شبکه براکیال در برابر کشش قدرت دفاعی کمتری خواهد داشت که این خود در ایجاد ضایعه شبکه براکیال موثر می‌باشد (۶). نتیجه این کشش روی ریشه‌های فوقانی شبکه بازویی C5 و C6 و گاهی C7 و در موارد نادرتر روی C8 و T1 خواهد بود که معمولاً در نمای سفالیک ضایعات در تنه‌های فوقانی و در نمای بریج با دستکاری بازوها و کشیدن گردن باعث آسیب به ریشه‌های تحتانی می‌شود، البته در شرایط سفالیک و یا بریج ممکن است تمام تنه‌ها نیز دچار ضایعه شوند. به طور مشخص در

میزان بروز فلج زایمانی در نوزادان بین ۰/۵ تا ۲/۵ در هر هزار تولد می‌باشد (۱). علت فلج زایمانی در بیشتر موارد ناشناخته بوده، ولی یکی از علل آن کشش روی شبکه براکیال در طی یک زایمان سخت است که در اثر بزرگی جنین در نوزادان ماکروزوم و نوزاد مادران دیابتی دیده می‌شود (۲). استفاده از واکيوم و فورسپس نیز می‌تواند در ایجاد فلج زایمانی موثر باشد (۳-۱). زایمان بریج و وجود زایمان‌های متعدد نیز

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین، دکتر محمدعلی

حسینیان

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۱۰/۲۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۷/۶