

## بررسی نقش معاینات بالینی و عوامل خطر ساز در تشخیص دررفتگی تکاملی هیپ در نوزادان متولد شده در بیمارستان زنان و مامایی الزهرا تبریز

نفیسه ملک محمدی: کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط  
E-mail: Nafiseh2us@yahoo.com

مهناز شهنازی: کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
فریبا هامونی: کارشناس ارشد مامائی، دانشکده پرستاری مامائی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۴/۶/۱۹، پذیرش: ۸۴/۱۲/۲۴

### چکیده

**زمینه و اهداف:** تشخیص دررفتگی تکاملی هیپ (Developmental dysplasia of the hip, DDH) در بدو تولد حائز اهمیت فراوان است شیوع ۱-۱/۵ DDH در هر هزار تولد زنده و در دخترها شایع تر از پسرهاست. تشخیص DDH در دوره نوزادی و قبل از دو ماهگی بیشترین موقعیت در درمان را به همراه داشته و از عوارض ایجاد شده پیشگیری می کند. انجام معاینات بالینی در بدو تولد اولین قدم در تشخیص نایابیاری هیپ می باشد. از آنجاییکه عاملین زایمان و مراقبین نوزاد اولین کسانی هستند که در تماس مستقیم با نوزادان تازه متولد شده میباشند لذا پژوهشگران بر آن شدند تا نقش معاینات بالینی و عوامل خطر ساز را در تشخیص DDH مورد مطالعه قرار دهند.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر به روش توصیفی تحلیلی و گذشته نگر در مرکز آموزشی درمانی الزهرا در شهر تبریز انجام گرفت. پرونده ۱۲۴۹۴ نوزاد زنده متولد شده در طی سالهای ۸۰-۸۲ مورد مطالعه قرار گرفت و نوزادانی که دارای حداقل یک علامت بالینی غیر طبیعی به نفع DDH بودند به عنوان نمونه های مورد پژوهش انتخاب گردیدند. اطلاعات گردآوری شده با استفاده از برنامه SPSS/11 و با کمک آزمون آماری  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** شیوع علامت بالینی مثبت به نفع DDH ۲/۸ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده و بیشترین علامت بالینی مشاهده شده محدودیت آبداکسیون مفصل هیپ بود (۰/۵۲/۹). از میان نوزادانی که دارای علامت بالینی غیر طبیعی بودند حدود ۴۷٪ مبتلا به DDH شده بودند که با سونوگرافی تشخیصی تأیید شدند. بنابراین شیوع DDH ۱/۳۶ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بدست آمد. اکثر نوزادان مبتلا به DDH حداقل دارای یک عامل خطر بودند (۰/۷۰/۶). بیشترین عامل خطر مشاهده شده پرزانتاسیون بریچ و الیگوهیدرامنیوس بود. نتایج پژوهش نشان داد که بین عوامل خطر و شیوع DDH ارتباط معنی دار آماری وجود دارد.

**نتیجه گیری:** طبق این مطالعه مشخص شد که بیشترین خطر DDH برای نوزادان در مواردی است که یافته های بالینی مثبت با عوامل خطر ساز همراه باشند.

کلید واژه ها: دررفتگی تکاملی هیپ، معاینات بالینی، عوامل خطر ساز

### مقدمه

می باشد (۳). همچنین فاکتورهای مثل تاریخچه مثبت خانواده، نمایش بریچ،<sup>۲</sup> جنس مؤنث، الیگوهیدرامنیوس<sup>۳</sup> و آنومالی های مادرزادی به عنوان عوامل خطر در نظر گرفته شده و ممکن است با DDH همراه باشد (۴). بنابراین در صورت مشاهده هر کدام از عوامل فوق پژشک باستی نوزاد را از نظر بالینی و پاراکلینیکی مخصوصاً سونوگرافی ارزیابی نماید. بنابراین با آشنائی از نقش عوامل مذکور و مخصوصاً عوامل خطر در بروز آن و با یک برنامه بیماریابی منظم توسط معاینه کننده با تجربه میتوان آنرا زود تشخیص داد و این کار مخصوصاً قبل از ۲ ماهگی بیشترین موفقیت را در درمان به همراه داشته و از ایجاد عوارض پیشگیری می کند (۵).

در رفتگی یا دیسپلازی تکاملی هیپ (DDH)<sup>۱</sup> از شایعترین مشکلاتی است که سیستم عضلانی- اسکلتی را گرفتار می کند. میزان بروز DDH در نقاط مختلف دنیا متغیر است بطوریکه در آلمان (۲۰-۵۰ در هزار)، در سیاهان آمریکا (۴/۹ در هزار) و در جنوب چین (۰/۴ در هزار) می باشد (۱). این بیماری نشان دهنده نمو غیر طبیعی یا در رفتگی مفصل ران است (۲). این ضایعه بصورت دیسپلازی خفیف تا دررفتگی کامل تظاهر می کند (۱). DDH یک عارضه چند عاملی است و عوامل فیزیولوژیک- مکانیکی- هورمونی و ژنتیکی و غیره در ایجاد آن دخیلند (۲). علاوه بر این عوامل، زمان معاینه نوزاد، روش ارزیابی بالینی و پاراکلینیکی، تجزیه و مهارت معاینه کننده در میزان بروز DDH مؤثر

1. Developmental dysplasia of the hip 3. Oligohydramnios  
2. Breech

گرفتاری طرف چپ بیشتر از طرف راست بود (۵۲/۲۳٪ در برابر ۶۴/۱٪).

یافته های بالینی مبتلایان به DDH در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول نشان می دهد که محدودیت آبداسیون (آبداسیون کمتر از ۷۰ درجه) شایعترین یافته در این نوزادان می باشد.

جدول ۲: توزیع فراوانی یافته های بالینی مبتلایان به DDH

یافته های بالینی	تعداد	در صد
محدودیت آبداسیون	۹	۵۲/۹۴
محدودیت آبداسیون بعلاوه گالری	۱	۵/۹
تست اورتولانی مثبت	۳	۱۷/۶۴
تست اورتولانی بعلاوه عدم تقارن چیهای ران	۱	۵/۹
تست بارلوی مثبت	۱	۵/۹
آبداسیون بیش از حد	۲	۱۱/۷۶

فاکتورهای خطر همراه با DDH در جدول ۳ نشان داده شده است. طبق نتایج مطالعه مشخص شد که اکثر نوزادان مبتلا به DDH (۵۹/۷۰٪) حداقل دارای یک فاکتور خطر بودند.

جدول ۳: توزیع فراوانی نوزادان مبتلا به DDH بر حسب عوامل خطرساز

عوامل خطرساز	تعداد	در صد
نمایش بزیج	۳	۱۷/۶۴
ایلگو هیدرآمنیوس	۴	۲۳/۵۲
ایلگو هیدرآمنیوس همراه با نمایش بزیج	۲	۱۱/۷۶
ایلگو هیدرآمنیوس همراه با کلاب فوت	۱	۵/۹
اسپینایفیدا همراه با کلاب فوت	۱	۵/۹
اسپینایفیدا همراه با هیدروسفالی	۱	۵/۹
عدم فاکتور خطر	۵	۲۹/۴۱

جدول فوق نشان می دهد که نمایش بزیج و الیگو هیدرآمنیوس، شایعترین فاکتورهای خطر همراه با DDH بودند. و آزمون آماری کای دو ارتباط معنی داری را بین عوامل خطرساز و DDH نشان داد ( $P = ۰/۰۴۳$ ).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که شیوع DDH در نوزادان مورد پژوهش، که حداقل دارای یک فاکتور خطر بودند ۶۳٪ و در مواردیکه فاکتور خطر وجود نداشت میزان آن ۴/۲۹٪ می باشد.

## بحث

نتایج مطالعه ما نشان داد که حدود ۳۶ نوزاد (۲/۸ در هزار تولد زنده) دارای حداقل یک علامت غیر طبیعی به نفع DDH بودند، و سن حاملگی اکثر این نوزادان ترم، و درصد جنس مونث در این نوزادان (۹/۶۳٪) بیش از جنس مذکور بود. ضمناً مشخص شد که اکثر نوزادان بطریقه زایمان طبیعی (۱/۶۶٪) بدینی آمده و فرزند اول خانواده هستند. در سایر مطالعات نیز به درصد بالای جنس مونث در مبتلایان به DDH اشاره شده است (۶ و ۴). همچنین مطالعات نشان داده است که حدود ۶۰٪ این نوزادان بچه اول خانواده هستند (۲).

نتایج تحقیقات Koparal و Omeroglu صورت داشتن حداقل یک علامت بالینی در مقایسه با مواردیکه

از آنجاییکه عاملین زایمان و مراقبین نوزادان اولین کسانی هستند که تماس مستقیم با نوزادان تازه متولد شده دارند، لذا بر آن شدید تا نقش معاینات بالینی و عوامل خطرساز را در تشخیص DDH مورد مطالعه قرار دهیم.

## مواد و روش ها

مطالعه حاضر به روش توصیفی تحلیلی و گذشته نگر در سال ۱۳۸۲ در مرکز آموزشی درمانی الزهرا در شهر تبریز انجام گرفت. پرونده ۱۴۹۴ نوزاد زنده متولد شده در طی سالهای ۸۰-۸۲ مورد مطالعه قرار گرفت و نوزادانی که دارای حداقل یک علامت بالینی غیر طبیعی به نفع DDH بودند بعنوان نمونه های مورد پژوهش انتخاب گردیدند.

ابزار مطالعه پرسشنامه ای شامل ۴ قسمت: ۱- مشخصات مادر و جنین- ۲- یافته های بالینی غیر طبیعی (مانورهای اورتولانی و بارلوی مثبت، محدودیت آبداسیون....)- ۳- عوامل خطرساز (نمایش بزیج، کاهش مایع آمنیوتیک....)- ۴- نتایج یافته های سونوگرافی بود. که توسط پژوهشگر با توجه به اطلاعات ثبت شده در پرونده نمونه های مورد پژوهش موجود در بیمارستان الزهرا تکمیل شد. جهت دستیابی به نتایج و یافته های پژوهش، ابتدا پرسشنامه (برگه چک لیست) کد گذاری شده و پس اطلاعات گردآوری شده با استفاده از برنامه Spss/II و با کمک آزمون آماری  $\chi^2$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. و هر گاه  $P < 0/05$  بود تفاوت از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

## یافته ها

یافته های مطالعه نشان داد که طی مدت مطالعه از میان ۱۴۹۴ نوزاد زنده به دنیا آمده حدود ۳۶ نوزاد (۲/۸ در هزار تولد زنده) حداقل یک علامت بالینی به نفع DDH داشتند.

جدول یک نشان می دهد که سن حاملگی اکثر نوزادان مورد مطالعه ترم، و جنس آنها مونث بوده و اولین فرزند خانواده می باشد و اغلب به صورت زایمان طبیعی بدینی آمده اند.

جدول ۱: توزیع فراوانی مشخصات واحد های مورد پژوهش

متغیر	تعداد	درصد
ترم	۲۸	۷/۸
جنس مونث	۲۳	۶۳/۹
اولین زایمان	۲۷	۷۵
زایمان طبیعی	۲۲	۶۶/۱

از میان نوزادانی که حداقل دارای یک علامت بالینی غیر طبیعی بودند ۲/۴٪ مبتلا به DDH بودند که با سونوگرافی تشخیصی تأیید شد. بنابراین شیوع کلی DDH در این مطالعه ۱/۳۶ در هزار تولد زنده بدست آمد.

همچنین نتایج سونوگرافی نشان داد که در ۱۰ مورد (۸/۵٪) در رفتگی از نوع کامل بود و یافته های بالینی غیر طبیعی در اکثریت موارد (۸/۵٪) دو طرفه بوده و در مواردیکه طرفه بودن

در سایر مطالعات به حساس بودن یافته های سونوگرافی نسبت به روش های بالینی در تشخیص و بررسی DDH اهمیت داده شده است (۱۰).

Koparal Omeroglu در تشخیص خود به این نتیجه رسیدند که در صورت وجود یک فاکتور خطر، در مقایسه با مواردی که فاکتور خطر وجود ندارد شیوع DDH سه برابر افزایش می یابد (۴). نتایج پژوهش نشان داد که اکثر مبتلایان به DDH (۵۹/۵۰٪) حداقل دارای یک فاکتور خطر بودند و ۲۹/۴٪ مبتلایان هیچ گونه فاکتور خطری نداشتند. آزمون آماری کای دو ارتباط معنی دار این وجود عوامل خطر ساز و DDH نشان داد ( $P = 0.043$ ).

شیوع بریچ در جمعیت عمومی ۳ درصد بوده و شناس ابتلا به DDH در این بچه ها ۱۰-۱۵ برابر گزارش شده است (۱۱). در مطالعه مانیز اکثر مبتلایان به DDH (۹۲/۵۲٪) با دو فاکتور نمایش بریچ و الیگوهدیرامینیوس همراه بودند که این یافته ها مشابه نتایج سایر مطالعات بود (۴).

شیوع سایر آنومالیهای مغزی - عصبی و اندام تحتانی در مبتلایان به DDH حدود ۷/۱۷٪ بود. بنابراین در صورت مشاهده چنین آنومالیهایی بررسی بیشتر از نظر DDH توصیه می شود.

### نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که در صورت همراهی فاکتور های خطر ساز با یافته های بالینی، شیوع DDH به مراتب افزایش می یابد. لذا انجام معاینات دقیق و توجه به عوامل خطر ساز توسط عاملین زایمان و مراقبین نوزادان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. امید است نتایج این تحقیق راه گشایی برای باز آموزی های مدون در جهت درک و آگاهی مراقبین بخش های زایمان و نوزادان باشد.

## References

1. Bialik V, Berant M. Immunity of ethiopian jews to developmental dysplasia of the hip; a preliminary sonographic study. *J Pediatr Ortho* 1997; **6**(4): 253-4.
2. Behrman R, Kliegan R, Jenson H. Nelson Texbook of pediatrics. 16<sup>th</sup> ed. Philadelphia, W. B. Saunders 2000; p: 2077-79.
3. Czeizel AE, Intody Z, modell B. What proportion of condenital abnormalities can be prevented? *Br Med J* 1993; **306**: 499-503.
4. Omeroglu H, Koparal S. The role of clinical examination and risk factors in the diagnosis of developmental dysplasia of the hip, *Arch Orthop Trauma Surg* 2004; **121**: 7-11.
5. Rosendahl K, markstad T, Lie RT. Development dysplasia of the hip, a population bases comparison of ultrasound, clinical finding. *Acta Pediatr* 1996; **85**(1): 64-9.
6. Bialik V, Bialik GM, Blazer Sh, Sujoy P, Wiener F, Berant M. Developmental dysplasia of the hip: A new approch to incidence. *J Pediatrics* 1999; **103**(1): 93- 99.
7. Lotito FM, Rabbaglietti G, Notarantonio M. The ultrasonographic image of the infant hip affected by developmental dysplasia with a positive Ortolani sign. *Pediatr Radiol* 2002; **32**: 418-422.
8. Bound CD, Hennrikus WL, Dellamaggiore ED. Prospective evaluation of newborn soft tissue hip clicks with ultrasound. *J Pediatr Orthop* 1997; **17**: 199-201.
9. Tegnander A, Terjesen T, Bredland T, Holen KJ. Incidence of late - diagnosed hip dysplasia after different screening methods in newborns. *Y Pediatr Orthop* 1994; **B3**: 86- 88.
10. Grissom LE, Harcke HT. Ultrasonography and developmental dysplasia of the infant hip. *Corropin Pediatr* 1999; **11**: 66-69.
11. جان محمدی ن، ایپدیولوژی در فنگی مادرزادی لگن نوزادان، مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۱۳۷۶، سال ۳، شماره ۲، ص ۱۰-۱۶