

فصل سوم: مشاهده

مشاهده

وقتی بیمار وارد محیط کلینیک می‌شود، باید راه رفتن بیمار مشاهده شود. اگر مفصل ران، درگیر شود، وزن در طرف درگیر، به دقت کاهش داده می‌شود و زانو برای جذب ضربه (Shock)، مختصری خم می‌شود. طول قدم در طرف درگیر، کوتاه‌تر است طوری که وزن می‌تواند بطور سریع از پا برداشته شود. اگر مفصل ران، سفت (Stiff) باشد کل تنه و پای درگیر، با هم به طرف جلو نوسان پیدا می‌کنند. همچنین بررسی تعادل لگن بر روی مفصل ران، مهم است. آسیب به ناحیه‌ی مفصل ران می‌تواند منجر به سفت شدن (Tight) اداکتورها، ایلئوپسواس، پیریفورمیس، تنسور فاسیالاتا (Tensor fasciae latae)، رکتوس فموریس (Rectus femoris) و هامسترینگ‌ها (Hamstrings) و به‌طور همزمان، ضعف گلوئئوس ماگزیموس، مدیوس و مینیموس شود. اداکتورهای ضعیف می‌توانند منجر به راه رفتن Trendelenburg یا "Abductor lurch" شوند. آسیب قسمت داخلی مفصل ران یا کانترکچر فلکشن، ممکن است منجر به "Pelvic wink" گردد. Pelvic wink به معنای چرخش بیش از حد در صفحه‌ی محوری (بیش از ۴۰ درجه) به طرف مفصل ران درگیر در تلاش برای کسب اکستنشن نهایی مفصل ران توسط بیمار است. اگر توازن بین فلکسورها و اکستانسورها در صفحه‌ی سائیتال، وجود نداشته باشد، حرکت جلو- عقب تنه، برای کمک به حفظ تعادل و توازن، تغییر می‌کند. مثلاً فلکشن کانترکچر دو طرفه‌ی مفصل ران، سبب اکستنشن بیشتر مهره‌های کمری (افزایش لوردوز) به عنوان یک مکانیسم جبرانی می‌شود. اکستانسورهای ضعیف سبب می‌شوند که بیمار برای حفظ تعادل و جلوگیری از افتادن در نتیجه‌ی عمل فلکسورها به تنهایی، تنه را به عقب حرکت دهد. اگر چرخاننده‌های خارجی، به‌طور چشمگیری قوی‌تر از چرخاننده‌های داخلی باشند- که به‌طور طبیعی اینگونه است- می‌توانند سبب Toe-out بیش از حد شود. به علاوه ممکن است کشکک (Patella) ظاهر Frog eyes (چرخش به خارج) داشته باشد. کانترکچر هر یک از چرخاننده‌ها ممکن است منجر به چرخش در مفصل ران در حین راه رفتن شود.

اگر بیمار از یک عصا استفاده می‌کند، باید برای خنثی کردن بخشی از نیروی جاذبه بر روی مفصل ران درگیر، عصا را در دست سمت مخالف پای درگیر نگه دارد. استفاده از یک عصا می‌تواند بار بر روی مفصل ران را تا حد ۴۰ درصد کاهش دهد.

بنابراین بطور خلاصه موارد زیر در ارزیابی راه رفتن باید مورد توجه قرار گیرد:

الف. راه رفتن (Gait): راه رفتن (شامل راه رفتن به عقب) بر روی زمین صاف، ناصاف، شیب‌ها، پلکان‌ها، در حال دویدن و غیره را بررسی کنید. به طول گام و توانایی تحمل وزن توجه کنید. پاها، کفش‌ها و هرگونه وسیله کمکی را بررسی کنید.

۱. Lurch به یکطرف در طی مرحله اتکاء یا ایستایی، حاکی از درد مفصل ران، ضعف ابدوکتورها یا هر دو در سمتی که Lurch رخ داده است، می‌باشد.

۲. سقوط لگن در طرف مقابل پای اتکاء، دلالت بر ضعف ابدوکتورها (ضعف غیر جبرانی) در طرف پای اتکاء دارد.

۳. افزایش لوردوز بیش از حد در طی مرحله اتکاء یا ایستایی، ممکن است نشان‌دهنده کانترکچر فلکشن مفصل ران در پای اتکاء باشد.

۴. Lurch تنه به عقب در طی مرحله اتکاء یا ایستایی، ممکن است نشان‌دهنده ضعف اکستانسور مفصل ران در پای اتکاء یا ضعف فلکسور مفصل ران پای نوسان باشد.

۵. شیب (Inclination) طولانی‌مدت لگن به یکطرف در تمام مراحل چرخه راه رفتن همراه با فقدان Heel-strike در طرفی که شیب دارد، حاکی از کانترکچر اداکشن در سمتی که شیب دارد، می‌باشد.

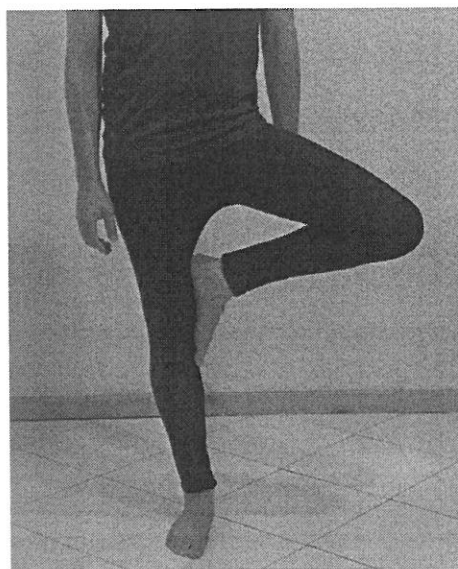
بیمار باید بایستد و به‌طور مناسب لباس‌هایش را در بیاورد تا آزمونگر یک مشاهده درست انجام دهد. موارد زیر باید از نمای جلو، پهلو و عقب مورد توجه قرار گیرند.

۱. پاسچر (Posture): پاسچر کلی و ترکیب بدن را یادداشت کنید. آیا تحمل وزن بطور یکنواخت در سمت راست و چپ وجود دارد یا خیر. هرگونه غیرقرینگی را برای تعیین ارتباط آن با مشکل بیمار، بطور پاسیو تصحیح کنید. ارزیابی پاسچر شامل هم بررسی پاسچر استاتیک (ایستادن، نشستن، خوابیدن طاقباز) و هم دینامیک است. آزمونگر باید کجی

لگن (Obliquity) را که مثلاً در اثر طول نامساوی پا، کاترکچرهای عضلانی یا اسکولیوز (Scoliosis) ایجاد شده، مشاهده کند. باید به‌خاطر داشت که ضایعه به عضله ایلئوپسواس، ممکن است ستون مهره‌ها را نیز تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین، در هنگام درخواست از بیمار برای انجام حرکتی که این عضلات را بکار می‌گیرد، آزمونگر باید به این اثر بر روی ستون مهره و حرکت ستون مهره‌ای، توجه کند (بعداً در این فصل، آزمون توماس Thomas test را ببینید). کوتاهی (Tightness) ایلئوپسواس می‌تواند سبب انحراف (Deviation) ستون مهره‌ها به‌همان طرف شود.

۲. آیا بیمار می‌تواند بر روی دو پایش بایستد؟ با استفاده از دو ترازو می‌توان تقارن تحمل وزن را کنترل کرد. بیمار هرکدام از پاهایش را بر روی یک ترازو قرار می‌دهد.

۳. تعادل (Balance): بررسی و کنترل حس عمقی بیمار در مفاصل مورد ارزیابی، مهم است. این کنترل، ممکن است با درخواست از بیمار که در ابتدا، روی یک پا تعادل داشته باشد (طرف سالم) و سپس پای دیگر - ابتدا با چشم‌های باز و سپس با چشم‌های بسته - ارزیابی شود. در تمام مدت مقایسه، تفاوت‌ها باید یادداشت شود. فقدان کنترل حس عمقی، به‌خصوص در هنگامی که چشم‌های بیمار، بسته است، مشهود است. برای آزمون حس عمقی، کاربرد آزمون Stork standing (ایستادن لک لکی) (تصویر ۱-۳) نیز توصیه می‌شود. این آزمون، ممکن است ثبات مفاصل ساکروایلیاک، زانو و مچ پا را نیز، تست کند. در هر دو روش، آزمونگر باید علامت Trendelenburg مثبت را کنترل کند که تست‌های حس عمقی را منفی می‌کند.



تصویر ۱-۳: تست Stork Standing

۴. آیا وضعیت اندام، یکسان و متقارن است؟ وضعیت اندام ممکن است نشان‌دهنده‌ی نوع ضایعه باشد. با دررفتگی خلفی مفصل ران ناشی از ضربه، اندام، کوتاه، در اداکشن و به‌داخل چرخیده است و تروکانتر بزرگ برجسته است. با دررفتگی قدامی مفصل ران، اندام در اداکشن است و به خارج چرخیده است و ممکن است به‌علت فشار در مثلث رانی (Femoral triangle)، ظاهر سیاه یا متورم داشته باشد.

همراه با شکستگی‌های اینترتروکانتریک (Intertrochantric)، اندام، کوتاه شده و به خارج چرخیده است.

۵. هرگونه کوتاهی آشکار یک اندام مشاهده شود. کوتاهی اندام- اگر کوتاهی تنها در یک اندام تحتانی باشد- ممکن است نشان‌دهنده‌ی اسکولیوز ستون مهره‌ها باشد. کوتاهی ممکن است، ساختاری یا عملکردی باشد. اگر مفاصل ران، بی‌ثبات هستند (مثلاً دررفتگی مادرزادی دو طرفه‌ی درمان نشده مفصل ران (CDH)، افزایش لوردوز کمری، ممکن است مشهود باشد زیرا سر استخوان ران معمولاً در بالا و پشت استابولوم قرار می‌گیرد که سبب می‌شود بیمار برای حفظ مرکز ثقل، افزایش لوردوز داشته باشد.

انحرافات (Deviation) را اندازه بگیرید و ثبت کنید.

۱- برای ارزیابی راستای داخلی- خارجی و قدامی-خلفی در وضعیت ایستاده (که شامل ستون مهره‌ها باشد) از شاقول استفاده کنید.

۲- ارتفاع نسبی ساختارهای زیر را ارزیابی کنید.

ا. توبرکول‌های ناویکولار

ب. مائلول‌های داخلی

ج. سرهای فیبولا

د. چین‌های پوپلیتال

ه. چین‌های گلوئتال

و. تروکانترهای بزرگ

ز. خارهای خاصره قدامی- فوقانی

ح. خارهای خاصره خلفی - فوقانی

ط. ستیغ‌های ایلپاک

ع رنگ و بافت پوست و بافت نرم. معمولاً در اختلالات شایع مفصل ران نقشی ندارد. اسکارهای قدیمی جراحی را مشاهده کنید.

الف. بطن عضله را مشاهده کنید و تون عضله بیمار را در طرف راست و چپ مقایسه کنید. با اندازه‌گیری محیط ران، آتروفی ران را بصورت مستند درآورید.

ب. تورم مفصل ران معمولاً به دلیل حجم زیاد بافت نرم، غیر قابل مشاهده است.

۷. هرگونه اسکار یا حفره (Sinuses)

۸. تمایل بیمار به حرکت: اگر مفصل ران، دردناک باشد، بیمار راه رفتن ضد درد دارد و نمی‌خواهد این مفصل ران را حرکت دهد. اگر مفصل ران، بی‌ثبات باشد، بیمار، مشکل بیشتری در کنترل حرکتش دارد.

نمای قدامی

آزمونگر باید هرگونه ابرماليتهای استخوانی یا شکل بافت نرم را ذکر کند. در بسیاری از بیماران، یافتن این ابرماليتهای، به‌خاطر بطن (Bulk) عضله و پوشش دیگر بافتهای نرم اطراف مفاصل ران، سخت و دشوار است. بنابراین، آزمونگر باید از نزدیک، مشاهده کند. همین مورد درباره‌ی تورم نیز درست است. یافتن تورم در مفصل ران، به‌تنهایی با مشاهده واقعاً غیرممکن است و اگر آزمونگر، مشاهده‌گر دقیقی نباشد تورم ناشی از بورسیت پسوآس یا تروکانتریک را می‌تواند به‌آسانی از دست بدهد.

نمای طرفی

هنگامی که بیمار از این نما، دیده می‌شود شکل Buttock باید از نظر هرگونه ابرنرمالیتی، مشاهده شود (آتروفی یا فقدان تون گلوئئوس ماگزیموس). به علاوه، دفورمیتی (Deformity) فلکشن ران، به بهترین شکل در این وضعیت مشاهده می‌شود. آزمونگر برای مقایسه دو طرف باید زمان را ثبت کند و هرگونه تفاوت اندک را یادداشت کند.

نمای خلفی

وضعیت مفصل ران و در صورت وجود، اثر این وضعیت بر روی ستون مهره‌ها ذکر شود. مثلاً، کانترکچر فلکشن ران، ممکن است منجر به افزایش لوردوز کمری شود. هرگونه تفاوتی در بافت‌های استخوانی و بافت نرم، دوباره باید ذکر شود.