



سرشناسه	وئوقی، فردیس، ۱۳۶۹ / وئوقی، فرزاد، ۱۳۷۱
عنوان و نام پدیدآور	شانه و آرنج ۱: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲ / ترجمه و تلخیص فردیس وئوقی - فرزاد وئوقی .
مشخصات نشر	تهران: کاردیا، ۱۴۰۲.
مشخصات ظاهری	۳۵۴ ص.
شابک	978-622-8243-53-5
وضعیت فهرست نویسی	فیبا
عنوان دیگر	کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲.
موضوع	ارتوپدی Orthopedics
شناسه افزوده	آرنج -- شکستگی Elbow -- Fractures
شناسه افزوده	ارتوپدی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, questions, examinations -- Orthopedics
شناسه افزوده	آرنج -- شکستگی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها، etc, questions, examinations -- Elbow -- Fractures
شناسه افزوده	آزر، فردریک ام، Azar, Frederick M.
رده بندی کنگره	بی.تی، جیمز H، Beaty, James H.
رده بندی دیویی	تورنتا، پل Tornetta, Paul, III
شماره کتابشناسی ملی	RD۷۳۱
اطلاعات رکورد کتابشناسی	۷/۶۱۶
	۹۴۸۲۹۷۹
	فیبا

شانه و آرنج ۱: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی به همراه سوالات و پاسخنانه تا سال ۱۴۰۲
برگرفته از کتاب Campbell's 2021 است.
ترجمه و تلخیص: دکتر فردیس وئوقی - دکتر فرزاد وئوقی
ناشر: انتشارات کاردیا
صفحه آرا: رزیدنت یار - منیرالسادات حسینی
طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار - مهرداد فیضی

چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲
شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۲۴۳-۳۵-۵
بهاء: ۶۷۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرجنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

شانه و آرنج ۱

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بورد تخصصی ارتوپدی
به همراه سوالات و پاسخنامه تا سال ۱۴۰۲
Campbell's 2021

ترجمه و تلخیص

دکتر فردیس وثوقی

فلوشیپ جراحی زانو

رتبه ۵ بورد تخصصی جراحی ارتوپدی ۱۳۹۸

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

ویرایش براساس کمپل ۲۰۲۱

دکتر فرزاد وثوقی

جراح و متخصص ارتوپدی

رتبه ۲ بورد تخصصی ارتوپدی ۱۴۰۱

در پایان لازم می‌دانم از اساتید بزرگوارم در دانشگاه علوم پزشکی تهران به ویژه در بیمارستان دکتر شریعتی که به من درس دانش و درس زندگی دادند نهایت سپاس را داشته باشم. از پدر و مادر و برادر عزیزم فرزاد که هرچه دارم از آنهاست، تشکر می‌کنم. کتاب ماضربا کمک نقدهای هوشمندانه شما عزیزان پرورش خواهد یافت لذا صمیمانه از شما می‌خواهم ما را از نقطه نظرات ارزشمند خود محروم نفرمایید (از طریق تماس با موسسه رزیدنت یار یا پست الکترونیکی Frd_s_v@icloud.com).

دکتر فردیس وثوقی - اسفند ماه ۱۴۰۲

چه فکر می‌کنی؟

که بادبان شکسته، زورق به گل نشسته ایست زندگی؟

درین فراب ریخته

که رنگ عافیت ازو گرفته

به بن بست رسیده راه بسته ایست زندگی؟

چه فکر می‌کنی؟ جهان، چه آبگینه شکسته ایست

که سرو راست هم، در او شکسته می‌نماید

چنان نشسته، کوه، در کمین این غروب تنگ

که راه، بسته می‌نماید

زمان بیکرانه را تو با شمارِ گامِ عمر، مسنج

به پای او دمی است، این درنگِ درد و رنج

بسان رود، که در نشیب دره سر به سنگ می‌زند، رونده باش

امید هیچ معجزی ز مرده نیست زنده باش (ه. ا. سایه)



فصل ۱۲ - آرتروپلاستی شانه.....	۱۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲.....	۵۵
فصل ۱۲- آرتروپلاستی آرنج.....	۸۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۲.....	۹۷
فصل ۱۳ - آرترودز آرنج.....	۱۰۱
سؤالات و پاسخنامه فصل ۱۳.....	۱۰۳
فصل ۴۶ - آسیب‌های ورزشی شانه.....	۱۰۵
سؤالات و پاسخنامه فصل ۴۶.....	۱۷۱
فصل ۴۶ - آسیبهای ورزشی آرنج.....	۲۱۳
سؤالات و پاسخنامه فصل ۴۶.....	۲۳۵
فصل ۴۷ - ناپایداری شانه.....	۲۳۷
سؤالات و پاسخنامه فصل ۴۷.....	۳۲۹

□ تاریخچه

۱) نخستین گزارشات آرتروپلاستی شانه به سال ۱۸۹۳ برمی گردد که آقای دکتر Péan، جراح فرانسوی، یک مفصل تخریب شده در اثر عفونت سل را، با وسیله ای از جنس پلاتین و لاستیک جایگزین کرد. سپس دکتر Neer پروتزی از آلیاژ کروم-کبالت (ویتالیوم) برای جایگزینی سرهومروس در سال ۱۹۵۰ معرفی کرد. نسل دوم پروتزه‌های Neer در ۱۹۷۴ همراه با کامپوننت گلوئید معرفی شد. این پروتزه‌ها در ابتدا برای درمان شانه‌های دچار پارگی وسیع روتاتورکاف نیز استفاده شد ولی به علت نتایج ضعیف این کاربرد کنار گذاشته شد تا در دهه ۱۹۹۰، دکتر Grammont طراحی جدیدی از پروتزه‌های معکوس شانه همراه با یک استم در هومروس و یک لاینر پلی اتیلنی معرفی کرد که اساس طراحی آن در پروتزه‌های آرتروپلاستی معکوس جدید نیز رعایت شده است.

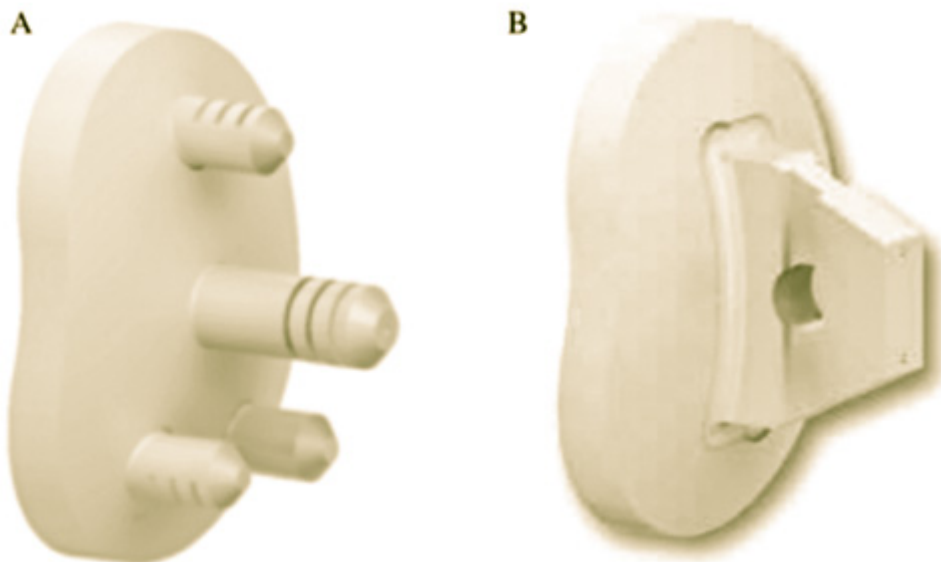
۲) در ابتدا، کامپوننت‌های گلوئید به صورت غیرسیمانی و با پوشش porous طراحی شد ولی به علت عوارض بالا کنار گذاشته شد و پروتزه‌های سیمانی رایج تر شد. در دهه ۱۹۹۰ تاکید بر اعاده کینماتیک و آناتومی دقیق مفصل شانه بود. در سال‌های اخیر، بیشتر پژوهش‌ها بر کم کردن ساییدگی (wear) و شل شدگی (loosening) گلوئید متمرکز شده که یک علت شایع شکست دیررس جراحی آرتروپلاستی شانه است.

۳) اکثر کامپوننت‌های کنونی گلوئید، مدولار و از جنس پلی اتیلن هستند و از سیمان برای فیکساسیون بهره می‌برند. طراحی نحوه فیکساسیون در سطح پشتی این کامپوننت‌ها، عموماً با peg (برای استخوان سالم) یا keel (در RA^۱) است. نمای ظاهری این دو طراحی در کمپل نشان

^۱Rheumatoid Arthritis



داده نشده ولی در شکل زیر که از مجله^۲ JSES اقتباس شده پیداست (شکل A طرح pegged و شکل B طرح keeled است).



□ آناتومی

- (۱) آناتومی مفصل شانه بیشترین دامنه حرکت را بین مفاصل بدن فراهم کرده است. اگرچه اغلب به عنوان مفصلی به شکل گوی و کاسه از آن یاد می‌شود، اما در حقیقت در مفصل شانه، یک سر هومروس بزرگ در مقابل (و نه درون) یک گلنویید کوچک و کم عمق مفصل می‌شود.
- (۲) عملکرد مفصل گلنوهومرال، وابسته به وجود پایدارکننده‌های ایستا و پایدارکننده‌های پویا به ویژه روتاتور کاف است. اهمیت بسیار بالای روتاتور کاف در شانه در آن است که نه تنها در عین محدود نکردن حرکات، مفصل شانه را پایدارتر می‌کند؛ بلکه تکیه گاهی در اندام فوقانی برای کار عضله دلتوئید فراهم می‌کند. به قول یکی از اساتید شانه، مانند نردبانی که برای بلندکردنش، انتهای آن را به دیواری تکیه می‌دهید؛ روتاتور کاف نقش آن دیوار را برای نردبان (اندام فوقانی) دارد که عضله دلتوئید بتواند آن را بلند کند (شکل زیر).

^۲Journal of Shoulder and Elbow Surgery, Elsevire 2017 (doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jse.2017.07.016>)



campbell 2021

سوالات و پاسخنامه فصل ۱۲
Section 12

- (۱) آرتروپلاستی شانه با استفاده از پروتز Reverse Delta در چه موردی اندیکاسیون دارد؟
- الف) شکستگی - دررفتگی قدیمی در افراد مسن
ب) شکستگی - دررفتگی قدیمی در افراد جوان
ج) در بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید و صدمات قدیمی روتاتور کاف
د) دررفتگی قدیمی قدامی یا خلفی در افراد میانسال

پاسخ: ج

ناپایداری اینفریور بعد از آرتروپلاستی شانه به علت ارتفاع کم هومروس است که به ویژه در همی آرتروپلاستی به دنبال شکستگی‌های پروگزیمال هومروس رخ می‌دهد. دشواری در الویشن بازو در پلان افقی و ضعف شدید دلتوئید بدون فلج عصبی به علت کوتاهی هومروس مشهود است و باید رویژن جهت اعاده ارتفاع هومروس انجام شود. «ج» صحیح است.

- (۲) خانم ۶۵ ساله‌ای با درد شانه مراجعه کرده است در رادیو گرافی شانه، کاهش فضای مفصلی به همراه استئوفیت در اینفریور سر هومروس و اروزبون در اینفریور آکرومیون دارد. کدام تشخیص محتمل تر است؟ (دانشگاه شهید بهشتی ۹۲)

الف) شکستگی قبلی سر هومروس
ب) نکرز آواسکولار سر هومروس
ج) پارگی روتاتور کاف
د) عفونت قبلی شانه

پاسخ: ج

استئوفیت ریش بز (Goat beard) که در اینفریور سر هومروس دیده شود پاتوگنومونیک استئوآرتريت شدید گلهومرال است و در بیماران RA دیده نمی‌شود ولی نشانه اتیولوژی اختصاصی نیست اما



اروزیون در اینفریور اکرومیون یا سودوآرتیکولاسیون اکرومیون با سر هومروس که بالا آمده نشانه‌های کاف آرتروپاتی در زمینه پارگی ماسیو روتاتور کاف هستند. «ج» صحیح است.

۳) کدامیک از عضلات زیر بعد از عمل آرتروپلاستی شانه شانس پارگی بیشتری دارد؟ (اصفهان ۹۳)

- الف) سوپراسپیناتوس
ب) ساب‌اسکاپولاریس
ج) دلتوئید
د) ترس مینور

پاسخ: ب

در دوران پس از عمل آرتروپلاستی‌های شانه، حرکات اینترنال روتیشن اکتیو و اکسترنال روتیشن پاسیو ممنوع است تا از عضله ساب‌اسکاپولاریس که ترمیم شده محافظت شود. «ب» درست است.

۴) مرد ۷۰ ساله ای تحت عمل جراحی برای ترمیم پارگی ماسیو و آتروفیک روتاتور کاف قرار می‌گیرد. بیمار پس از ۲ ماه با درد زیاد مراجعه می‌کند و در معاینه، سر هومروس در قدام و بالای شانه زیر پوست لمس می‌شود و حرکات شانه بسیار محدود و دردناک است. بهترین درمان کدام است؟ (تهران ۹۵)

الف) Physiotherapy + NSAID

ب) Conventional Total Shoulder Arthroplasty

ج) Reverse Total shoulder Arthroplasty

د) Arthrodesis

پاسخ: ج

پارگی یا گسستگی در قوس کوراکواکرومیال، مرحله نهایی در آبشار حوادث ناشی از پارگی ماسیو روتاتور کاف است که منجر به Anterosuperior escape می‌شود و در معاینه حین تلاش برای فوروارد الویشن، سر هومروس به قدام و بالا جابه‌جا می‌شود و زیر پوست قابل لمس می‌شود. در موارد پارگی ماسیو در سن بالا، آرتروپلاستی معکوس درمان ارجح هست (البته اگر در همین سؤال بیمار جوان بود و الویشن خوبی در شانه داشت همی آرتروپلاستی درمان مناسب بود). «ج» صحیح است.

آرتروپلاستی آرنج

- (۱) لطفاً به ساختارهای آناتومیک پایدارکننده مفصل آرنج در شکل توجه فرمایید. پایداری مفصل آرنج طبیعی به کمک ترکیبی از تجانس هندسی مفصل، پیوستگی ساختارهای کپسولی-لیگامانی، و بالانس بین عضلات تامین می‌شود. به ویژه عضلات بای سپس، براکیالیس، انکونئوس و تری سپس اهمیت بالایی دارند.
- (۲) کمپلکس لیگامانی مدیال کولترال از اجزای قدامی، خلفی، و عرضی تشکیل شده است. جزء قدامی راحت تر از سایر اجزا قابل شناسایی است و به سطح مدیال کرونوئید (sublime tubercle) متصل می‌شود. جزء قدامی هم در فلکشن و هم در اکستنشن و جزء خلفی تنها در فلکشن تایت هستند.
- (۳) کمپلکس لیگامانی لترال از لیگامان رادیال کولترال، لیگامان لترال اولنار کولترال، لیگامان اکسسوری لترال کولترال و لیگامان آنولار تشکیل شده است. بین این اجزا، لیگامان لترال اولنار کولترال نقش مهم تری در پایداری آرنج دارد. تمام این اجزا به جز لیگامان آنولار از اپی کندید لترال هومروس منشا می‌گیرند.

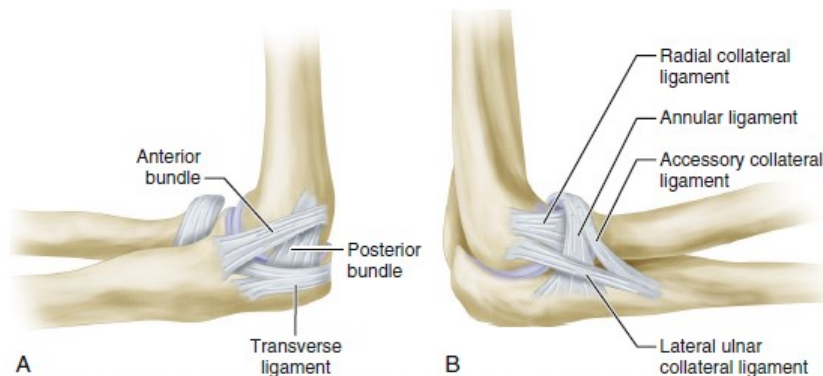


FIGURE 12.25 Collateral ligaments of elbow. **A**, Classic representation of medial collateral ligament complex consisting of anterior and posterior oblique bundle and transverse component. **B**, Typical pattern of more variable radial collateral ligament complex consists of contribution from humerus to ulna, which O'Driscoll and Morrey termed *lateral ulnar collateral ligament*.

- (۴) پایداری آرنج در فول اکستنشن به طور مساوی به عهده تجانس مفصل و کپسول و لیگامانهاست. مهم ترین پایدارکننده آرنج فلکس شده در برابر استرس والگوس، لیگامان مدیال کولترال (MCL) و در برابر استرس واروس، آرتیکولاسیون مفصلی (مفصل اولنوهومرال) است.
- (۵) بسیاری از فعالیت‌های روزمره استرس والگوس بر آرنج اعمال می‌کنند و حضور یک MCL سالم و یک سر رادیوس سالم برای جلوگیری از دررفتگی آرنج حیاتی است.

(۱) اگرچه در DJD آرنج، آرتروپلاستی روشی پذیرفته شده است، ولی در فرد جوان high demand کماکان باید آرتروdez را مدنظر داشت. از طرف دیگر، اگرچه آرتروdez در جوانان گزینه خوبی است، اما در صورت وجود عضلات خوب، آرتروپلاستی بهتر است؛ چون مراقبت شخصی بهتر خواهد بود.

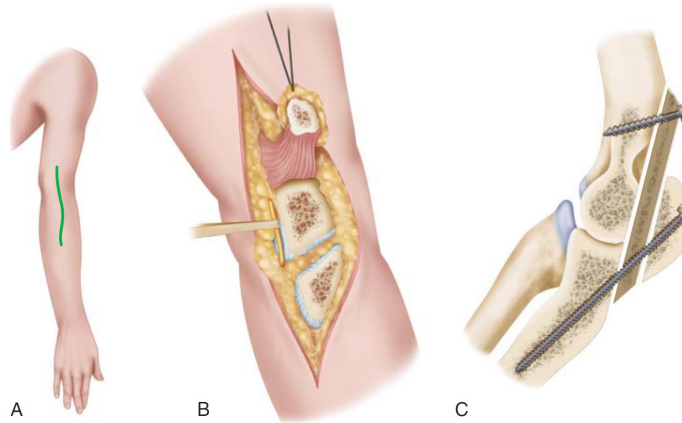


FIGURE 13-9 Stapes arthrodesis of elbow. A, Incision. B, Tip of olecranon osteotomized to form bed for graft. Ulnar nerve is protected. C, Graft fixed to humerus and ulna. **SEE TECHNIQUE 13-5.**

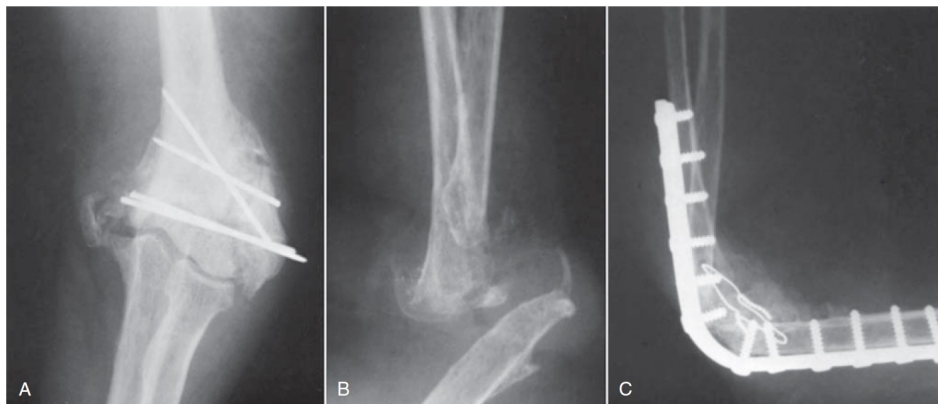


FIGURE 13-11 A-C, Spier arthrodesis of elbow. SEE TECHNIQUE 13-7.

۲) اندیکاسیون‌های آرترووز آرنج:

۱) عفونت

۲) توتال البو fail شده

۳) آرتريت پس از تروما

۴) آرتريتي که برای آرتروپلاستي مناسب نباشد ← sepsis قبلي يا high demand يا شانه انکيلوز يا شارکو (Neuropathic)

۵) شکستگی داخل مفصلي شديد خرد شده

۳) پوزيشن آرترووز:

a. موارد یک طرفه ← در ۹۰-۱۰۰ درجه

b. موارد دوطرفه ← یکی در ۱۱۰-۱۲۰ و دیگری در ۴۵-۶۵ فيوز می‌کنیم.

۴) عارضه: آسیب عناصر نوروواسکولار، عفونت زخم، ديرجوشي، کج جوشي، ناجوشي.

۵) زمان خروج وسیله: تنها بعد از ۱۸ ماه به خروج وسایل فکر می‌کنیم ← سپس تا چند هفته نیاز به بی‌حرکتی با بریس یا گچ دارد (ریسک شکستگی).



campbell 2021

سوالات و پاسخنامه فصل ۴۶
Section 46

- (۱) ورزشکاری ۲۳ ساله پرتاب کننده دیسک به علت درد شانه مراجعه نموده در بررسی پارگی پارشیال سوپرااسپیناتوس از نوع delamination در سمت مفصلی تاندون دارد. کدام درمان زیر را توصیه می‌کنید؟ (اهواز ۹۱)
- الف) فیزیوتراپی و نرمش‌های ایزوتونیک و ایزوکینتیک
ب) ترمیم تاندون به روش باز
ج) آرتروسکوپی و ترمیم با آنکور سوچور
د) اکرومیوپلاستی به روش باز

پاسخ: ج

گزینه «ب» - جمله خط به خط کمپل: در صورت وجود پارگی به صورت delamination قابل توجه یا پارشیال آرتیکولر باید لوکالیزه در حد ۵۰ درصد تاندون، لزوم ترمیم trans-tendinous وجود دارد. گزینه «ب» صحیح است.

- (۲) کارگر ۴۵ ساله‌ای از دو ماه قبل دچار درد شانه شده است. درد وی پس از یک روز کاری سنگین اما بدون ضربه واضحی شروع گردیده است. تمام معاینات شانه نرمال بوده و فقط قدرت چرخش به خارج و ابداکسیون بازو کاهش نشان می‌دهد. X-ray شانه نرمال بوده و در MRI تاندون روتاتورکاف سالم دیده می‌شود، ولی عضلات سوپرااسپیناتوس و اینفراسپیناتوس مختصری آتروفی دارد. اقدام بعدی شما چیست؟ (تهران ۹۱)

- الف) MRI با تزریق
ب) CT اسکن
ج) اسکن هسته‌ای
د) NCV. EMG

پاسخ: د



در آقای میانسالی که به دنبال کار سنگین با درد شانه مراجعه کرده اول باید در صورت شواهد impingement در معاینه با MRI پارگی کاف را بررسی کرد. این بیمار که پارگی نداشته ولی پارگی انتخابی در سوپرا و اینفرا داشته یعنی احتمالاً مشکل از عصب‌رسانی مشترک این دو یعنی عصب سوپرا اسکاپولار است که در ناچ گیر کرده است. «د» صحیح است.

۳) زن ۵۰ ساله‌ای از دو ماه قبل درد خفیف شانه داشته و از دو روز قبل دچار تشدید ناگهانی درد شده است. براساس معاینه، آزمایشات، X-ray و MRI فقط یک رسوب بزرگ کلسیم در تاندون روتاتورکاف دیده می‌شود و نکته پاتولوژیک دیگری ندارد. چه درمانی پیشنهاد می‌کنید؟ (تهران ۹۱)

الف) کنسرواتو
ب) Needling and Aspiration
ج) جراحی آرتروسکوپی
د) جراحی باز

پاسخ: الف

شایع‌ترین محل درگیری در تاندونیت کلسیفیه روتاتور کاف فاصله ۲-۵/۱ cm از اینسرشن تاندون سوپرا اسپیناتوس است. بیشتر در زنان ۳۰ تا ۶۰ ساله دیده می‌شود. ۱۰ درصد موارد دوطرفه است. سیر زمانی آن تقریباً همواره منجر به بهبود خودبه‌خودی می‌شود ولی تحمل درد به خصوص در فاز جذب (resorptive) برای بیمار دشوار است و باعث مراجعه به پزشک می‌شود. در وهله اول درمان غیرجراحی و شامل PT و ضد التهاب و تزریق است. «الف» صحیح است.

۴) مرد مغازه‌دار ۵۰ ساله‌ای با درد شانه در هنگام پایین آوردن اشیا از قفسه‌های بالای سر که از چند هفته قبل ایجاد شده، مراجعه کرده است در معاینه neer test مثبت است و قدرت عضلانی ۵/۵ است و ROM شانه تقریباً نرمال است. در رادیوگرافی‌های انجام شده در فاصله دو سانتی‌متر از محل اتصال سوپرا اسپیناتوس، توده سفید رنگ با حاشیه‌ی مشخص در تاندون دیده می‌شود در حال حاضر چه درمانی را توصیه می‌کنید؟ (کرمان ۹۱)

الف) Aspiration and needling of calcified Deposites

ب) آرتروسکوپی شانه برای تعیین علت درد

ج) فیزیوتراپی

د) جراحی باز برای خارج کردن Deposit

پاسخ: ج

این بیمار مختصری impingement همراه با تاندونیت کلسیفیه دارد که در وهله اول درمان آن غیرجراحی با PT و داروی ضد التهاب است. «ج» صحیح است.

□ مقدمه

دررفتگی راجعه می‌تواند کونژنیتال Developmental نقص containment استخوانی نقص لیگامانی تروماتیک یا نقص ایجادشده به علت عدم بالانس عضلانی incongruity مفصلی یا مال الاینمنت مفصلی در یک یا چند محور باشد. درمان مناسب قبل شروع برنامه خاص درمانی با دانش و ارزیابی ماهرانه دفورمیتی‌ها شروع می‌شود.

مفصل استرنوکلاویکولار

اغلب دررفتگی‌های راجعه مفصل استرنوکلاویکولار قدامی هستند و تنها به درمان کنسرواتیو نیاز دارند. دررفتگی‌های خلفی اگرچه ناشایع هستند به دلیل نزدیکی و احتمال آسیب عروق ساب کلاوین مری و نای نیاز به ریداکشن دارند. Subluxation قدامی آتروماتیک راجعه مفصل استرنوکلاویکولار به دنبال اکستنشن و ابداکشن شانه معمولا در دختران جوان رخ می‌دهد. معمولا این آسیب با لاگزیته سایر مفاصل همراهی دارد و معمولا یک بیماری خود محدود شونده می‌باشد. اغلب بیماران با دررفتگی استرنوکلاویکولار قدامی راجعه باید با برنامه تقویت کلی اندام فوقانی و پرهیز از فعالیت‌هایی که به مفصل استرنوکلاویکولار استرس وارد می‌کند درمان شوند. تنها در مواردی که علائم شدید موجب اختلال در انجام فعالیت‌های روزانه زندگی شود درمان جراحی توصیه می‌شود. پروسیجرهای جراحی نظیر ترمیم باز کپسول استرنوکلاویکولار بازسازی مفصل استرنوکلاویکولار و رزکشن انتهای مدیال کلاویکل و فیکس کردن کلاویکل به دنده اول مملو از عوارض بالقوه شدید می‌باشند که شامل آسیب به عروق ماژور درد پایدار تشکیل اسکار ناخوشایند و عود دررفتگی می‌باشد. برای بازسازی مفصل گرافت قوی سمی تندینوس توصیه می‌شود. شکل figure-of eight که از سوراخ‌های دریل شده در مانوبریوم و قسمت میانی کلاویکل رد شده باشد شکل قوی و پایداری ایجاد می‌کند که در تست‌های مکانیکال نشان داده شده که stiffness مفصلی را بهتر از resection arthroplasty اعاده می‌کند (شکل 47.13).



بازسازی باید با ترمیم بافت موضعی مخصوصا بافت مهم کیسولار خلفی باید تقویت شود. به دلیل عوارض بالقوه مرتبط با پروسیجر بسیار مهم است که یک جراح توراسیک در حین پروسیجر در دسترس باشد. با توجه به احتمال مهاجرت پین و عوارض بالقوه شدید نباید هیچ پین یا وایری از مفصل استرنوکلاویکولار عبور داده شود. بعد بازسازی، شانه در sling برای ۶ هفته بی حرکت می شود. از روز دوم (بعد عمل) به بیمار اجازه انجام ورزش های پاندولی ملایم داده می شود اما به وی در برابر انجام فلکشن یا ابداکشن فعال شانه بیشتر از ۹۰ درجه هشدار داده می شود. برای ۳ ماه از هل دادن (pushing) کشیدن (pulling) و بار بلند کردن (lifting) باید پرهیز شود. در هفته ۸-۱۲ ورزش های تقویتی شروع می شود. بیمار از ورزش های شدید دستی (strenuous manual labor) برای ۳ ماه منع می شود.

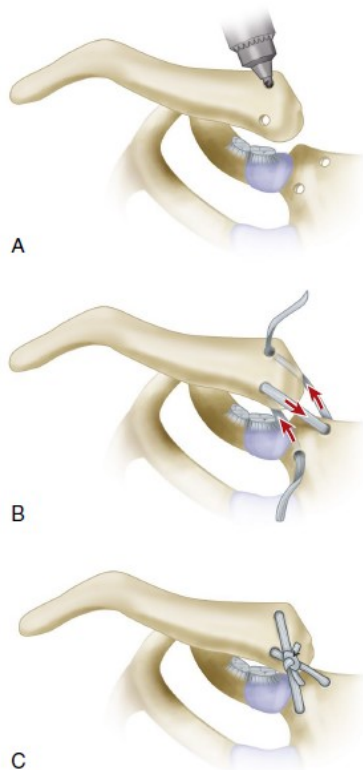


FIGURE 47.13 Semitendinosus figure-of-eight reconstruction. **A**, Drill holes passed anterior to posterior through medial part of clavicle and manubrium. **B**, Free semitendinosus tendon graft woven through drill holes so tendon strands are parallel to each other posterior to the joint and cross each other anterior to the joint. **C**, Tendon tied in square knot and secured with suture.



campbell 2021

سوالات و پاسخنامه فصل ۴۷
Section 47



۱) بیماری مشکوک به ناپایداری شانه است. در رادیوگرافی لترال آگزیلاری احتمال شکستگی کوچک لبه گلنوئید و نیز اشکال در ورژن گلنوئید مطرح شده است. بهترین مدالیته برای بررسی ضایعات استخوانی و نیز لبروم این بیمار کدام است؟ (تهران ۹۰)

ب) MRI

الف) CT-Scan

د) MR-Arthrography

ج) CT- Arthrography

پاسخ: ج

تنها مدالیته تشخیصی که هم دیفکت‌های استخوانی و هم ورژن گلنوئید و هم ضایعات بافت نرم لبروم را عالی نشان می‌دهد. CT دابل کنتراست آرتروگرافی است. توصیه می‌شود به ویژه در موارد درد یا کلیک مبهم شانه بدون هیچ شواهد دررفتگی از این روش استفاده شود (کمپل - فصل ناپایداری مکرر) - «ج» صحیح است.

۲) بیمار جوان ۲۴ ساله ایست که بدنبال در رفتگی مکرر شانه تحت درمان جراحی بنکارت قرار گرفته است. در ۳ هفته اول پس از عمل جراحی کدام تمرین ورزشی برای تقویت عضلات شانه را انجام نمی‌دهیم: (اهواز ۹۱)

ب) اکستنشن

الف) ابداکشن

د) اکسترنال روتیشن

ج) فلکشن

پاسخ: ب



در فصل ناپایداری شانه در بخش فیزیوتراپی بعد از بنکارت اوپن کمپل می‌نویسد در هفته صفر تا ۳ بعد از عمل به بیمار ابداکشن پیلو می‌دهیم و حرکات اکتیو و پاسیو شانه به جز اکستانسیون را شروع می‌کنیم. حرکات ایزومتریک و Ball squeeze مچ دست نیز در این دوران انجام می‌شود. «ب» صحیح است.

- ۳) در دررفتگی مکرر قدامی شانه، تست Anterior apprehension کدام لیگامان گلنوهومرال را بیشتر مورد ارزیابی قرار می‌دهد؟ (تهران ۹۱)
- الف) فوقانی
ب) میانی
ج) باند قدامی لیگامان تحتانی
د) باند خلفی لیگامان تحتانی

پاسخ: ج

در تست وحشت قدامی شانه را در ابداکشن ۹۰ درجه و اکسترنال روتیشن قرار می‌دهیم یعنی باند قدامی IGHL در این تست عمل می‌کند. «ج» صحیح است.

- ۴) در خصوص انجام عمل Bristow (اتصال زائده کوراکوئید به گلنوئید) در درمان بی‌ثباتی قدامی شانه کدام گزینه صدق نمی‌کند؟ (تبریز ۹۱)
- الف) قدرت روتاسیون داخلی شانه پس از عمل کاهش می‌یابد.
ب) عمل جراحی منجر به محدودیت روتاسیون خارجی شانه می‌شود.
ج) کنتراکچر روتاسیون داخلی ایجاد می‌شود.
د) عمل جراحی منجر به اصلاح لبروم و کپسول می‌شود.

پاسخ: د

پروسیجر Bristow در واقع ترانسفر کوراکوئید به گلنوئید است و جهت بیماران با دررفتگی مکرر شانه که جراحی قبلی پایدارسازی آن‌ها fail شده و منجر به ساب اسکاپ فاقد عملکرد شده است مفید می‌باشد و باعث پایداری دینامیک می‌شود. در ورزشکاران توصیه نمی‌شود. در پرتابگرها نباید Bristow انجام شود. عارضه آن کنتراکچر شانه در IR و ریسک آسیب به عصب موسکولو کوتانه و نقطه ضعف آن عدم اصلاح پاتولوژی لبروم و کپسول است. «د» صحیح است.