





دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
گروه آموزشی ارتز و پروتز  
پایان نامه کارشناسی ارشد

### عنوان

بررسی تاثیر بريس ابداكشن بر كيفيت زندگي و ميزان دررفتگي بيماران تحت  
جراحی آرتروپلاستی مفصل ران

### نگارنده

محمود دهستانی اردکانی

### استاد راهنما

دکتر سید محمد ابراهیم موسوی

### اساتید مشاور

مختار عراض پور

محمود بهرامی زاده

اردیبهشت ۱۳۹۱

شماره ثبت: ۱۹۴-۸۰۰



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تاییدیه اعضای هیات داوران

آقای محمود دهستانی اردکانی

دانشجوی رشته: اندام مصنوعی (ارتوپدی فنی) مقطع: کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی:  
۸۸۱۶۹۱۰۰۱ از پایان نامه خود تحت عنوان: "بررسی تاثیر ارتز ابداکشن بر کیفیت زندگی و میزان  
در رفتگی پس از آرتروپلاستی مفصل هیپ" در تاریخ: ۱۱/۰۲/۹۱ در حضور هیات داوران دفاع

نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۸۱-

به ایشان تعلق گرفت.

(هسته ششم) با امتیاز: عالی

هیات داوران

۱. اساتید راهنما:

جناب آقای دکتر سید محمد ابراهیم موسوی

۲. اساتید مشاور:

جناب آقای مختار عراض پور

جناب آقای دکتر محمود بهرامی زاده

۳. استاد مشاور آمار:

۴. اساتید داور:

جناب آقای دکتر حجت الله حقیگو

جناب آقای احمد خادم

۵. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر سید محمد ابراهیم موسوی

۶. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

خانم

## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه یا رساله های دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیتهای علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد بنابراین اینجانب **محمود دهستانی اردکانی** دانش آموز رشته **اندام مصنوعی (ارتوپدی فنی)** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم.

- در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه، خود را بعنوان دانش آموز دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نمایم و درج نام و آدرس محل دیگری خودداری کنم.
- در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.
- در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

"**کتاب حاضر حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته اندام مصنوعی (ارتوپدی فنی) می باشد که در سال ۱۳۸۹ در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی جناب آقای دکتر سید محمد ابراهیم موسوی و مشاوره جناب آقای مختار عراض پور و جناب آقای دکتر محمود بهرامی زاده انجام و در سال ۱۳۹۰ از آن دفاع شده است.**"

- به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).
  - در صورت عدم رعایت بند ۴، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.
  - قبول می نمایم و تعهد می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند خسارت مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند. بعلاوه به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی حق می دهم به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه معادل وجه مذکور در بند ۵ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.
- اینجانب محمود دهستانی اردکانی دانشجوی رشته اندام مصنوعی (ارتوپدی فنی) مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آنرا بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی **محمود دهستانی**

امضاء و تاریخ  
۹۱/۲/۱۱

تقدیم به

**پدر عزیز و بزرگوارم که سربلند زیستن و تلاش و پشتکار  
داشتن را به من آموخت؛**

**مادر صبور و مهربانم که همواره ترانه بی محبت در گوشم  
زمزمه کرد؛**

**برادر و خواهرانم که یار و یاورم بوده‌اند؛**

**«و به همه‌ی آنان که به من آموختند»**

با سپاس فراوان از استاد گرانقدر جناب آقای دکتر **سید محمد ابراهیم موسوی** که اجرا و تدوین این پایان نامه بدون راهنمایی‌های ارزنده و کمک‌های بی دریغ ایشان میسر نبود.

با تشکر ویژه از جناب آقای **مختار عراض پور** که در اجرا و نگارش این پایان نامه مرا یاری نمودند.

با تشکر از جناب آقای **محمود بهرامی زاده** که در اجرا و نگارش این پایان نامه مرا یاری نمودند.

با تشکر از دوستان عزیزم که هیچگاه محبتشان را از من دریغ نکردند:

سرکار خانم منیره احمدی

جناب آقای اورنگ تیموری

جناب آقای پیمان کشاورز

هدف: هدف از انجام این مطالعه بررسی تاثیر بريس ابداكشن بر كيفيت زندگي و ميزان دررفتگي بيماران مختلفي كه تحت جراحي آرتروپلاستي قرار داشتند، مي باشد.

### مواد و روش:

در اين بررسي ۸۹ بيمار شركت كردند. ۲۵ بيمار افرادي بودند كه نياز به عمل جراحي آرتروپلاستي هيپ داشتند، اما هنوز تحت عمل قرار نگرفته بودند. ۳۲ بيمار تحت جراحي قرار گرفته بودند و پس از آن از بريس ابداكشن استفاده كرده بودند و ۳۲ بيمار پس از عمل از بريس استفاده نكرده بودند. در اين مطالعه كيفيت زندگي و ميزان دررفتگي توسط پرسشنامه SF-36 و مصاحبه‌ي حضوري اندازه‌گيري شد. مطالعه بصورت گذشته‌نگر و دوسو كور بود.

### يافته‌ها:

نتايج در اين مطالعه نشان داد بيماراني كه تحت عمل جراحي تعويض مفصل قرار گرفته بودند كيفيت زندگي بهتري نسبت به بيماران كه تحت عمل قرار نگرفتند، داشتند ( $P\text{-value} < .001$ ). اما كيفيت زندگي بيماراني كه از بريس استفاده كردند و آنهابي كه از بريس استفاده نكردند با يكديگر تفاوتی نداشت. از نظر ميزان دررفتگي بيماراني كه از بريس استفاده كردند كمتر از گروه ديگر دچار دررفتگي شدند.

نتیجه‌گیری:

عمل جراحی تعویض مفصل می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد. استفاده از بریس ابداکشن پس از

عمل جراحی بر کیفیت زندگی تاثیری ندارد، اما بریس می‌تواند باعث کاهش دررفتگی پس از عمل شود.



## فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
فصل اول:	1
کلیات تحقیق .....	1
مقدمه: .....	2
بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح: .....	3
تعریف مفاهیم .....	۱۱
اهداف پژوهش .....	۱۳
هدف کلی .....	۱۳
اهداف اختصاصی .....	۱۳
اهداف کاربردی .....	۱۴
سوال ها و فرضیه ها: .....	۱۴
فصل دوم: .....	۱۶
پیشینه ی تحقیق .....	۱۶
آناتومی: .....	۱۷
آسیب شناسی: .....	۲۳
بررسی متون .....	۲۶
الف: تاثیر ارتز بر جلوگیری از در رفتگی .....	۲۶
ب: تاثیر آرتروپلاستی بر کیفیت زندگی بیماران .....	۲۷
فصل سوم: .....	۳۲
روش شناسی تحقیق .....	۳۲
مقدمه: .....	۳۳
نوع مطالعه .....	۳۳
جامعه ی مورد بررسی: .....	۳۳
جامعه ی پژوهش: .....	۳۳

۳۳	جامعه‌ی هدف:
۳۳	روش نمونه‌گیری:
۳۳	حجم نمونه:
۳۴	معیار ورود:
۳۴	معیار خروج:
۳۴	متغیرها و نحوه‌ی سنجش آنها:
۳۵	روش جمع‌آوری داده‌ها:
۳۵	فرم مشخصات فردی:
۳۵	پرسشنامه SF-36:
۳۶	پایایی و روایی ابزار:
۳۶	روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:
۳۷	روش اجرا:
۳۹	ملاحظات اخلاقی:
۴۰	فصل چهارم:
۴۰	تجزیه و تحلیل داده‌ها
41	مقدمه:
41	یافته‌های توصیفی
۴۲	مقایسه توزیع متغیرهای زمینه‌ای بین گروه‌های مورد مطالعه:
۴۴	آمار تحلیلی داده‌ها
۴۶	مقایسه‌ی بیماران استفاده‌کننده از ابداکشن بریس و بیماران بدون استفاده از ابداکشن بریس
۴۸	مقایسه‌ی کیفیت زندگی بین گروه کنترل و گروه جراحی شده:
۴۹	مقایسه‌ی تاثیر استفاده از بریس در بیماران پس از جراحی آرتروپلاستی هیپ:
۵۰	مقایسه‌ی میزان دررفتگی بین بیماران استفاده‌کننده از ابداکشن بریس و بیماران بدون استفاده از ابداکشن بریس:
۵۱	فصل پنجم:
۵۱	بحث و نتیجه‌گیری
۵۲	مقدمه:

۵۲.....	بحث:
۵۶.....	نتیجه گیری:
۵۷.....	محدودیت ها و پیشنهادات:
۵۸.....	منابع:

فصل اول:

کلیات تحقیق

تعویض مفصل هیپ یکی از جراحی‌های مفید و سودمند است که در موارد بیماری‌هایی چون آرتريت پيشرفته و آرتريت روماتويد، شکستگی گردن فمور و نكروز آواسکولار انجام می‌شود. این بیماران بسته به سن، نوع جراحی و نوع ایمپلنت استفاده شده در معرض دررفتگی دوباره می‌باشند. دررفتگی یکی از عوارض نادر آرتروپلاستی اولیه مفصل هیپ است. اما در موارد جراحی اصلاحی شیوع این مشکل به بیش از ۲۰ درصد افزایش می‌یابد. ابداکشن بریس یکی از ارتزهایی است که نه تنها می‌تواند برگشت زود هنگام بیمار به زندگی را باعث شود، بلکه از دررفتگی مکرر مفصل جلوگیری می‌کند. ما در این مطالعه قصد داشتیم تاثیر ارتز ابداکشن بریس را بر کیفیت زندگی بیماران مختلفی که تحت جراحی آرتروپلاستی قرار داشتند ارزیابی کنیم.

## بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح :

آرتروپلاستی مفصل هیپ از مفیدترین اعمال جراحی غیر اورژانسی ارتوپدی است که جهت بهبود درد و عملکرد در بیماران با ناتوانی های مفصلی موثر است [۱-۳]. سالانه ۱۲۰ هزار جراحی مفصل هیپ در ایالات متحده انجام می شود [۴]. مطالعات دیگر تخمین زده اند که سالانه ۱۷۰ هزار نفر در ایالات متحده آمریکا و ۳۰۰ هزار نفر در سراسر دنیا تحت این جراحی قرار می گیرند. شایع ترین علت این جراحی، استئوآرتریت است که با تخریب غضروف و استخوان، ایجاد درد و بی ثباتی می کند. گفته شده ۷۰ درصد از جراحی های مربوط به آرتروپلاستی هیپ جهت درمان استئوآرتریت در این مفصل انجام می شود. بیماری های دیگری که به تعویض مفصل هیپ می-انجامد شامل آرتریت روماتوئید، نکروز آواسکولار، تومورهای استخوانی و شکستگی گردن فمور در سالمندان است [۴]. در کشور ما، آرتروپلاستی بیشتر به عنوان درمان نهایی استئوآرتریت پیشرفته مفصل هیپ به کار می رود. این بیماران مشکلات متعددی از قبیل درد و اختلال عملکرد و محدودیت حرکت دارند [۵].

استئوآرتریت و آرتریت روماتوئید بیماری های شایعی هستند که منجر به تخریب مفصل شده و ویژگی بارز آن، از دست رفتن تعادل در میزان فرسایش و بازسازی غضروف مفصلی می باشد. آرتروز شایعترین بیماری مفصلی است که در نتیجه تخریب میزان زیادی از غضروف پوشاننده استخوان روی می دهد و یکی از دلایل عمده ناتوانی و بیماری بشمار می رود. این اختلال در جوامعی که افراد مسن درصد بالایی از آن را تشکیل می دهند، اهمیت بیشتری می یابد. آرتروز به مراحل انتهایی یک روند چندعاملی گفته می شود که در آن مفصل به دلیل التهاب ساینویوم ملتهب شده و غضروف مفصلی از بین می رود. پس از تخریب غضروف، جهت افزایش سطح مفصلی و کاهش نیرو در واحد سطح، به شکل نادرستی استخوان سازی می شود و بدین ترتیب استئوفیت ها شکل می گیرند. در این عارضه فضای مفصلی کاهش یافته و با پیشرفت بیماری دفورمیتی ایجاد می شود. مطالعات رادیوگرافیک نشان

داده‌اند ۴۴-۷۰٪ افراد بالای ۵۵ سال و ۸۰-۸۵٪ افراد بالای ۷۵ سال در یک یا چند مفصل خود مبتلا به این بیماری می‌شوند [۶]. ناتوانی ناشی از آرتروز هزینه‌های زیادی بر جامعه وارد می‌کند. گفته می‌شود در سطح جامعه ضربات اقتصادی ناشی از آرتروز ۷ برابر آرتروز روماتوئید می‌باشد [۷].

آرتروز روماتوئید (RA) نوعی بیماری سیستمیک است که وجوه مشخصه آن عبارتند از: پلی آرتروز التهابی، گرفتاری مفاصل کوچک و بزرگ و وجود علائم عمومی و تظاهرات بالینی که ویژه آن شامل خشکی صبحگاهی است. بهبود علائم با شروع فعالیت و ژله‌ای شدن مفصل همراه می‌باشد. اغلب بیماران به سمت درجاتی از تخریب استخوان و غضروف و گرفتاری غلاف تاندون پیش می‌روند. در تعداد زیادی از آنان این فرایند به تغییر شکل اندام‌ها و کاهش قابل ملاحظه عملکرد منجر می‌شود.

RA با میزان شیوعی در حدود یک درصد در عموم مردم یکی از شایعترین بیماری‌های خود ایمنی است. نسبت ابتلای زنان به مردان ۳ به ۱ و شایع‌ترین سن شیوع بیماری دهه سوم تا پنجم زندگی می‌باشد. آنتی ژن لکوسیتی انسانی (HLA)DR4 به عنوان عامل خطر ساز در این بیماری محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد افراد DR4+ به نوع شدیدتر بیماری مبتلا می‌شوند. علت زمینه‌ای بیماری یعنی علت آغازگر آن در میزبان مستعد هنوز ناشناخته است.

مفصل هیپ از مفاصلی است که در معرض زیاد آرتروز و روماتوئید آرتروز قرار دارد. فرسایش غضروف مفصلی باعث نازک شدن آن شده و در پرتونگاری به شکل باریک شدن فضای مفصلی خود را نشان می‌دهد. همچنین در پرتونگاری استئوفیت و اسکروز استخوان ساب‌کندرال دیده می‌شود. این استئوفیت‌ها در حاشیه‌ها یا قسمت حاشیه مرکزی مفصل دیده می‌شود. این استئوفیت‌ها موجب اثر حائل روی سر فمور شده و باعث جابجایی سر فمور در حفره استابولوم می‌شود و باعث عدم تطابق سطوح مفصلی می‌شود. این عوامل منجر به ایجاد درد و

کاهش عملکرد بیمار می‌گردد. آرتروپلاستی مفصل و تعویض کامل آن به عنوان درمان اساسی در موارد شدید محسوب می‌شود.

شکستگی گردن فمور نیز یکی از آسیب‌های ناتوان‌کننده است که اغلب افراد مسن را درگیر می‌کند و باعث اختلال در سلامتی بیمار و تحمیل هزینه‌های زیاد بر سیستم سلامت جامعه می‌شود. در آمریکا سالانه ۲۵۰ هزار شکستگی گردن فمور اتفاق می‌افتد و با توجه به افزایش سن جمعیت این رقم در حال افزایش است. این مشکل در افراد جوان در اثر ضربه با انرژی زیاد و در مورد افراد مسن در اثر ضربه با انرژی کم ایجاد می‌شود و در صورت عدم درمان صحیح منجر به عوارض زیاد و نیاز به جراحی‌های متعدد می‌شود. اغلب جراحان در موارد شکستگی‌های همراه با جابجایی بیماران مسن، آنها را تشویق به انجام عمل آرتروپلاستی مفصل هیپ می‌نمایند.

در ایالات متحده سالانه ۱۵ هزار مورد نکرور آواسکولار جدید رخ می‌دهد که ۱۰ درصد از جراحی‌های مربوط به آرتروپلاستی مفصل هیپ را شامل می‌شود. آرتروپلاستی از روش‌های درمانی در موارد پیشرفته‌ی این بیماری است و به بیمار اجازه می‌دهد به فعالیت‌های پس از عمل دست یابد.

عوارض جراحی آرتروپلاستی مفصل هیپ زیاد است و می‌تواند اثر مخرب بر زندگی بیماران داشته باشد. نوع و شدت این عوارض با توجه به شرایط هر کشور متفاوت است. برخی از این عوارض شامل آسیب عصبی، هماتوم، ترمبوآمبولی مدت کوتاهی پس از عمل جراحی روی می‌دهد. درحالی‌که عوارضی مانند شل شدن پروتز و استئولیز عوارض دیررس می‌باشند. عوارضی مانند عفونت، دررفتگی و شکستگی اطراف پروتز در هر زمان ممکن است روی دهد. عوارض نورولوژیک شامل دلیریوم، خونریزی‌های گوارشی، عوارض ادراری و ترمبوآمبولی می‌باشند. در مطالعه‌ای که در ایران انجام شده است بیشترین عوارض مربوط به ترمبوز ورید عمقی و کمترین مربوط به آسیب عروقی بوده است. به طور کلی عوارض به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند که عبارتند از عوارض لوکال



شامل آسیب عروقی، آسیب عصبی، شکستگی و دررفتگی. دسته دوم شامل عوارض سیستمیک شامل عفونت، خونریزی گوارشی، عفونت ادراری و دلیریوم می‌باشد. دسته آخر عوارض نیز ترومبوز ورید عمقی است. میزان دررفتگی در این مطالعه ۱/۹ گزارش شد. ریسک فاکتورهای ایجاد دررفتگی شامل جراحی مجدد، اپروچ خلفی، اشتباه در کارگذاری پروتز، عدم تعادل مناسب بافت نرم و سایر موارد تکنیکال است. در بسیاری از مطالعات شیوع دررفتگی در زنان بیشتر است.

عارضه اولیه به دنبال جراحی تعویض مفصل هیپ، دررفتگی می‌باشد [۸، ۹]، اگرچه این مشکل فقط در ۱ تا ۹ درصد بیماران با تعویض اولیه مفصل هیپ گزارش شده است [۹-۱۳]. اما این میزان می‌تواند به بالاتر از ۲۰٪ در بیماران با جراحی اصلاحی هیپ برسد [۴، ۱۴-۱۶]. فاکتورهای متعددی که به دررفتگی کمک می‌کنند شامل چسبندگی ضعیف استخوانی، ضعف در بافت نرم ثانویه به جراحی اصلاحی یا اولیه هیپ، میزان پائین پذیرش توسط بیمار، عدم وضعیت دهی صحیح و بیماران دارای سابقه دررفتگی می‌باشد. دیگر مشکلاتی که بیماران را در معرض این عارضه قرار می‌دهند شامل آنهایی است که دارای ضعف دیواره قدامی یا بی‌ثباتی کلی مفصل هیپ، بیماران دارای استابولوم مصنوعی و بیمارانی که دو یا تعداد بیشتری عمل جراحی در سمت مبتلا انجام داده‌اند، می‌باشند.

دررفتگی پس از آرتروپلاستی تحت تاثیر دو عامل عمده است، عوامل مرتبط با بیمار و عوامل مرتبط با جراحی. یکی از عوامل مرتبط با بیمار سن است. موری و اکلوند معتقدند که خطر دررفتگی پس از آرتروپلاستی در بیماران مسن‌تر از ۸۰ سال ۲ تا ۳ برابر بیشتر از بیماران دیگر است. یکی دیگر از عوامل خطر جنس است. در بسیاری از مطالعات گفته شده احتمال خطر در زنان بسیار بیشتر از مردان می‌باشد. هرچند دلیل دقیق این پدیده کاملاً مشخص نیست، اما ممکن است بخاطر دامنه‌ی بیشتر حرکت مفصل در زنان قبل از جراحی یا لاکستی بیشتر لیگامانی در آنها باشد. وزن، سابقه داشتن جراحی قبلی، آناتومی نادرست استخوانی، سابقه‌ی داشتن شکستگی،

استونکروز و آرتروپلاستی التهابی، دیس فانکشن های اکتسابی ناشی از دیمنشا، سایکوز و اعتیاد به الکل از عوامل دیگر خطر به حساب می آیند. عوامل خطر مربوط به گروه دوم شامل تجربه ی جراح، اپروچ جراحی، ترمیم کپسول خلفی، نحوه ی قرارگیری اجزای پروتزی هنگام جراحی، چگونگی جوش خوردن تروکانتر، وجود استئوفیت و گیر افتادگی بافت نرم می باشند (angelo ۲۰۱۱).

دررفتگی های مفصل هیپ یکی از مهمترین مشکلات پس از عمل آرتروپلاستی بوده و یکی از عوامل جراحی های اصلاحی پس از این عارضه به شمار می رود [۸، ۹]. این آسیب یک مورد اورژانس پزشکی محسوب شده و نیازمند توجه کافی برای پیشگیری از عوارضی مثل ترومبوز وریدی عمقی و به صورت بالقوه آمبولی ریوی کشنده می باشد. نکروز آواسکولار و آسیب عصب سیاتیک، نیز می تواند همراه با دررفتگی هیپ باشد. دررفتگی هیپ هزینه های اضافی بستری و مراقبت متعاقب آن را بر بیمار تحمیل می کند و یک عارضه ناخوشایند برای بیماران و پزشکان به شمار می رود. این مسئله مهم است که هیپ سریع جا انداخته شده و با ثبات گردد تا بیمار بتواند هر چه زودتر فعالیت هایش را ادامه دهد. استراحت طولانی مدت در تخت خواب می تواند به علت ضعف عضلانی و به صورت بالقوه مشکلات تنفسی، بهبودی را مشکل سازد. لذا روش های جایگزین مانند درمان ارتزی در این مورد روش مناسب تری می باشد [۱۷-۲۰].

اگرچه تعریف دقیق کیفیت زندگی مشکل است، ولی یک مفهوم گسترده برای اغلب مردم دارد که شامل رضایت از زندگی در همه زمینه ها می باشد [۲۱]. اگرچه قبلا طول عمر بیماران اهمیت بسیاری داشت، ولی امروزه کیفیت زندگی بیماران نیز مورد توجه زیادی قرار گرفته است [۲۲]. کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارتست از شرایطی که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و عملکرد فیزیکی احساس رضایت می نماید [۲۳]. آنچه نهایتا به دنبال یک درمان دارویی و یا جراحی برای بیمار حاصل می شود و باقی می ماند بهترین و اساسی ترین معیار برای

قضاوت میزان تأثیر آن درمان است [۲۴, ۲۵]. پیامد سلامت در هر مورد، باید تعریف شده و با ابزارهای معتبر و هنجار شده اندازه گیری شوند بدین معنی که نتایج به طور یکنواخت بررسی شوند و ابزار به کار گرفته شده چه آزمون پرسشنامه و هر ابزار دیگری چند بار آزمایش شده و مشخص شود که هر بار نتایج مشابه و روا عرضه خواهند کرد. این پیامدها از طریق پرسشنامه ها بدست می آید [۲۶, ۲۷]. پرسشنامه هایی بایستی این موارد را اندازه گیری کنند که بیمار بتواند به خوبی بر اساس نتایج حاصل از درمان به آنها پاسخ دهد. چندین پرسشنامه برای این منظور طراحی گردیده است از جمله "فرم کوتاه بررسی پیامد سلامت عمومی (SF-36) برای بررسی سلامت جسمی و روانی بیماران، پرسشنامه WOMAC که برای بررسی استئوآرتریت توسط دانشگاههای وسترن انتاریو و مک ماستر تدوین شده و جزئیات ارزیابی بیشتری را شامل می شود. همچنین پرسشنامه ناتوانی ترجیحی بیماران آرتریت (MACTAR) [۲۸-۳۱]. میزان رضایت بیماران از درمانی که دریافت کرده اند یکی دیگر از روشهای اندازه گیری پیامد درمان است [۳۲]. یکی از اعمال جراحی که امروزه به میزان زیادی انجام می گردد تعویض مفصل هیپ (آرتروپلاستی هیپ) می باشد که معمولاً به عنوان درمان نهایی استئوآرتریت پیشرفته مفصل هیپ و همچنین به عنوان یکی از گزینه های درمانی شکستگی های گردن فمور در افراد سالمندی که از نظر عملکرد فعال می باشند و کیفیت استخوان مناسبی دارند در نظر گرفته می شود [۳۳].

درمان ارتزی می تواند به فرآیند بازگشت بیمار به فعالیت های زندگی کمک نماید و برای بیمار حرکت زود هنگام را ممکن سازد. این برای آن دسته از بیمارانی که همیشه دچار دررفتگی هستند یا در معرض خطر دررفتگی می باشند، اهمیت دارد. استفاده از ارتز هیپ علاوه بر پیشگیری از دررفتگی می تواند پس از دررفتگی برای تسهیل التیام و از سرگیری فعالیت های طبیعی بیمار، به کار رود. برای نگه داشتن هیپ در سوکت برای پیشگیری از دررفتگی، متخصص ارتوپدی باید مانع از فلکسیون بیش از حد شود و از اداکسیون و چرخش به سمت داخل در

حالی که فلکسیون هیپ بیشتر از ۹۰ درجه است، پیشگیری کند. به صورت معمول در درمان ارتزی، این امر به وسیله یک مفصل قابل تنظیم در دامنه حرکتی هیپ که فلکسیون هیپ را در ۷۰ درجه قفل می کند، انجام می شود و زاویه ابداکسیون در ۱۵-۱۰ درجه قرار می گیرد [۳۴]. این حرکت در همه وضعیت ها پایدار است و نیازمند این است که بیمار این زاویه ابداکسیون را حتی در حین حرکت علی رغم این واقعیت که بیماران به ندرت در این وضعیت دچار دررفتگی می شوند، حفظ نماید. صرف انرژی بیشتر و الگوهای جبرانی راه رفتن در مفصل هیپ اجتناب ناپذیرند و باعث ایجاد ابداکسیون هیپ در وضعیت نشسته و یک وضعیت نوترال تر برای ایستادن و راه رفتن می شود [۳۴].

توافق بر استفاده از ارتز برای جلوگیری از دررفتگی پس از آرتروپلاستی مفصل هیپ وجود ندارد. در مطالعاتی که توسط لیما<sup>۱</sup> و همکارانش انجام شده است، آنها نشان دادند که استفاده از ارتز پس از جراحی هیپ می تواند شیوع این عارضه را در بیماران با جراحی اصلاحی به میزان ۸/۳٪ یا کمتر کاهش دهد [۳۵]. مالوری<sup>۲</sup> و همکارانش نیز موفقیت ۷۰ درصدی جلوگیری از دررفتگی با ارتز بعد از انجام آرتروپلاستی مفصل هیپ را گزارش کرده اند [۳۶]. اما دوال<sup>۳</sup> و همکارانش در یک مطالعه گذشته نگر اختلافی در میزان دررفتگی بین کسانی که از ارتز استفاده کرده بودند با کسانی که از ارتز استفاده نکرده بودند، گزارش نکردند [۳۷]. نتایج طولانی مدت استفاده از ارتز و نداشتن گروه کنترل از مشکلات مطالعات در این زمینه می باشد. مشکل دیگری که بر تحقیقات در این زمینه وارد می باشد، یکسان نبودن روش های جراحی، قطعات پروتزی استفاده شده و ارتزهای استفاده شده می باشد [۳۸].

---

<sup>1</sup> Lima

<sup>2</sup> Mollary

<sup>3</sup> Dewal