پژوهنده (مجله پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي)
سال سيزدهم, شماره ۴ , پي در پي ۶۴ ، صفحات ۲۸۷ تا ۲۹۵
مهر و آبان ۱۳۸۷

تاريخ دريافت مقاله ۸۶/۱۰/۲۰
تاريخ پذيرش مقاله ۸۷/۳/۱۹

بررسي تأثير روش **Arthroscopic Mumford** در مبتلايان به بيماري دژنراتيو مفصل آكروميوكلاويكولار

دكتر حميد رضا اصلاني[۱] *، دكتر محمد رضا دهقان فرد [۲]، مهندس ناصر ولايي[۳]

چكيده

سابقه و هـدف: *با توجـه بـه شـيوع و رونـد رو بـه افـزايش بيمـاري دژنراتيـو مفـصل آكروميوكلاويكـولار و وجـود گزارشـاتي مبني بر موفقيت روش Arthroscopic mumford در بيماران فوق الذكر و عدم گـزارش از تـأثير آن در كـشور و بـه منظـور تعيين تأييد اين روش در مبتلايان به بيماري دژنراتيو مفصل آكروميوكلاويكولار، اين تحقيق روي مراجعين به بيمارستان طالقاني در سال هاي ۱۳۸۶ - ۱۳۸۳ انجام گرفته است.*

مواد و روش ها: *تحقيق با روش كارآزمايي باليني از نوع مقايسه قبل و بعد روي كليه بيمارانی كه با تـشخيص بيمـاري دژنراتيـو مفصل آكروميوكلاويكولار مراجعه و موافقت خود را براي همكاري با طرح بعـد از عـدم موفقيـت درمـان conservative اعـلام نمودند انجام گرفته است. ميزان Range of motion و قدرت و درد در اين بيماران به روش هاي استاندارد قبل و بعد از درمان تعيين شد و همه بيماران تحت درمان با روش Arthroscopic mumford قرار گرفتند و بيمـاران حـداقل سـه مـاه پيگيـري داشتند و تأثير ايـن روش درمـاني براسـاس شـاخص هـاي سـه گانـه فـوق تعيـين و تغييـرات آن بـا آمـاره paired-t test و McNemar مورد قضاوت باليني قرار گرفت.*

يافته ها: *تحقيق روي ۴۱ بيمار كه ۸۷ درصد آن ها مرد بودند با ميانگين سني ۴۸ سال انجام گرفت. قبل از درمان ۲۶/۸ درصد بيماران درد متوسط و ۷۳/۲ درصد بيماران درد شديد داشتند ، بعـد از درمـان ۷۸ درصـد بيمـاران فاقـد درد بـوده و ۲۲ درصـد بيماران درد خفيف داشتند (P< ۰/۰۰۱). ميزان شاخص هاي ROM از حـداقل ۳۳ درصـد تـا ۶۰ درصـد بهبـود پيـدا كردنـد (P< ۰/۰۵) قـدرت حركـات Flexion ، Abduction بهبـود پيـدا كـرد و قـدرت در شـاخص هـاي Internal rotation و External rotation بدون تغيير باقي ماندند.*

نتيجه گيري: *به نظر مي رسد روش جراحی آرتروسكوپيك فوق براي بيمـاران فـوق مـؤثر اسـت و ايـن روش را در درمـان ايـن بيماران توصيه مي نماييم.*

واژگان كليدي: ***Arthroscopic Mumford Procedure*** *، بيماري دژنراتيو مفصل آكروميوكلاويكولار ، مفصل آكروميوكلاويكولار*

مقدمه

مفـصل AC (Acromio clavicular) يـك مفـصل diarthrodial مي باشد كه بين انتهـاي خـارجي اسـتخوان ترقوه (كلاويكل) و لبه مـديال زائـده آكروميـون از اسـتخوان اسكاپولا قرار گرفتـه اسـت و توسـط يـك ديـسك غـضروفي فيبري از آن جدا مي شود و اين مفـصل حركـت نيـز دارد و كلاويكل در بالا آوردن شانه مي تواند ۵۰-۴۰ درجه به سمت

۱ * . نويسنده مسؤول : استاديار ، گروه ارتوپدی ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي . آدرس براي مكاتبه: تهران، اوين ، خيابان تابناك، بيمارستان آيت ا... طالقـاني بخش ارتوپدی . پست الكترونيك: **mraslani@yahoo.com**
۲ . دستيار ارتوپدي ، بيمارستان آيت ا... طالقـاني ، دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي
۳ . عضو هيأت علمي دانشگاه علوم پزشكي شهيد بهشتي

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

بالا بچرخد (۱) . سمپتوم (درد) مفصل آکرومیوکلاویکولار در بیماري هاي شانه شایع مي باشد که منتج از آسیب مستقیم مفصل AC و یا به دنبال فنومن Impingement ناشي از پارگي روتاتورکاف و آرتروز (بیماري دژنراتیو مفصل) AC مي باشد (۲و۳). شیوع این بیماري با توجه به روش هاي تشخیصي و تشخیص زودرس تر رو به افزایش است (۳). بیماري سمپتوماتیك مفصل آکرومیوکلاویکولار معمولاً به درمان محافظه کارانه مانند استراحت، داروهای ضد التهابي چون NSAID، تزریق داخل مفصلي کورتیکوستروئید و تعدیل فعالیت پاسخ مي دهد. اگر این درمان ها با شکست مواجه شود، دبریدمان مفصل و رزکسیون دیستال کلاویکل که مي توان به روش باز یا آرتروسکوپیك انجام شود درمان ترجیحي است (٤). معاینه بالیني براي تشخیص درد در ناحیه AC حساسیت بالا و اختصاصی بودن کم دارند ولی یافته های رادیوگرافی و MRI اختصاصی بودن بالایی دارند در حالی که حساسیت آن ها کم تر است و در مجموع با هم مي توانند در تشخیص بسیار مفید واقع شوند (۵). Range of motion شانه در حالت نرمال براي Flexion ۱۸۰ - ۱٦۰ درجه و براي Abduction ۱۸۰-۱۷۰ درجه و براي Internal rotation ۱۰۰- ٦۰ درجه و براي External rotation ۹۰-۸۰ درجه مي باشد (٦). در مواردي که بیماري نیاز به درمان جراحي داشته باشد (مواردي که به درمان محافظه کارانه پاسخ نمي دهند) درمان مي تواند به صورت باز یا آتروسکوپیك انجام شود (٤). پروسیجر آرتروسکوپیك mumford که توسط Snyder و همکارانش توصیف شد یك روش قابل اعتماد براي رزکسیون دیستال کلاویکل در بیماران با بیماري دژنراتیو مفصل AC مي باشد (۷). Snyder و همکارانش نتایج طولاني مدت خوب تا عالي را در ٤۷ بیمار (۹٤%) از ۵۰ بیمار تحت درمان رزکسیون دیستال کلاویکل به صورت آرتروسکوپیك گزارش کرده اند (٤). هم چنین رزکسیون دیستال کلاویکل را مي توان با تکنیك open روي مفصل AC با جدا نمودن عضلات دلتوئید و تراپزیوس و فاشیاي مجاور آن ها انجام داد و بهبود علایم قابل توجهي در اغلب مطالعات ذکر شده است (۷-۱۱).

در یك مطالعه در مقایسه رزکسیون دیستال کلاویکل به صورت باز و آرتروسکوپیك توسط Flatow و همکارانش نشان داده شد که بیماران تحت درمان آرتروسکوپیك مدت زمان کم تري در بیمارستان مي مانند و حداقل ۳/٤ ماه زودتر از گروه درمان باز به فعالیت کامل برمی گردند (٤). دکمپرشن آرتروسکوپیك ساب آکرومیال و رزکسیون دیستال کلاویکل با آرتروسکوپي مي تواند از مشکلات همراه با پروسیجر باز جلوگیري نماید.

علاوه بر این جراحي آرتروسکوپیك دید کافي و شناخت کافي از مفصل گلنوهووال (پارگي هاي labrum) اجسام خارجي ضایعات غضروف و همین طور بیماري روتاتورکاف به جراح مي دهد (۲). چندین روش برخورد آرتروسکوپیك با مفصل AC وجود دارد. یکي روش سوپریور که توسط آن آرتروسکوپ و وسایل آرتروسکوپي از طریق پورتال سوپریور در درون مفصل AC قرار داده مي شوند (۹). تکنیك دیگر تکنیك ساب آکرومیال مي باشد که در آن آرتروسکوپ از طریق یك پورتال پوستریور و burr از طریق یك پورتال ساب آکرومیال وارد مي شود.

روش آرتروسکوپیك mumford در ابتدا توسط Snyder توصیف شد (۷). در مطالعات دیگر میزان بهبودي از حداقل ۹٦% تا ۹۸% بوده است (۲و٤) . چون تاکنون گزارشي از تأثیر این روش در ایران منتشر نشده یا لااقل در دسترس قرار نگرفته است و با توجه به شیوع و روند رو به افزایش تشخیص این بیماري با توجه به مراجعه بیماران و روش هاي پاراکلینیك (۵) و اختلاف نتایج مطالعات قبلي و به منظور تأثیر این روش جراحي آرتروسکوپیک در مبتلایان به بیماري دژنراتیو مفصل AC این تحقیق روي مراجعین مبتلا به این بیماري بیمارستان طالقاني در سال هاي ۱۳۸٦ - ۱۳۸۳ انجام گرفته است.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

مواد و روش ها

تحقيق با طراحي کارآزمايي باليني از نـوع مقايـسه قبـل و بعد از عمل انجام گرفته است کليه بيمـاراني کـه طـي زمـان مـورد بررسـي (۱۳۸۶-۱۳۸۳) مراجعـه نمودنـد و تـشخيص قطعي بيماريDJD مفصل آکروميوکلاويکولار داشته اند (۵) مورد مطالعه قرار گرفتـه انـد کـه شـامل شـکايت بيمـاران ، بررسي هاي کلينيکي و پاراکلينيکي (راديولـوژي يـا MRI) داشته اند.

خـصوصيات سـن، جـنس، علـت مراجعـه بررسـي و ثبـت گرديد. شدت درد در ناحيه ديستال کلاويکل بنابه اظهار خود بيمار و نيز اندازه گيري بـه روش اسـتاندارد (۲) تعيـين و در يکي از طبقـات بـدون درد، درد خفيـف، درد متوسـط و درد شديد، توسط ايجاد درد در لمس تا ايجاد مانورهاي دردنـاک ارزيابي و تقسيم بندي شد (۲).

محدوده حرکتي شانه (ROM) با شاخص هاي Flexion، Abduction ، Internal rotation، External rotation براساس استاندارد آن ها (٦) توسط دسـتيار ارتوپـدي و تحـت نظر متخصص ارتوپدی اندازه گيري و بر حسب درجه و نـسبت بـه سـمت مقابـل تعيـين و ثبـت شـد و اخـتلاف سـمت سالم و غير سالم به ميزان درجه مشخص شـد . ميـزان قـدرت حرکـات در Flexion ، Abduction ، Internal rotation و External rotation با روش اسـتاندارد بـر اسـاس شـدت پنجگانه (صفر تا ۵ مثبت) تعيين و ثبت شد (۲). در يك مطالعه آزمايشي ميزان پايـايي دسـتيار بـراي انـدازه گيـري ROM و قدرت حرکات برابر ۰/۸۵ به دست آمـد. کليـه بيمـاران پـس از اخذ رضايت کتبي تحت عمل جراحي قرار گرفتند.

از سال ۱۳۸٦ -۱۳۸۳ اين پروسيجر روي بيمـاران بـا درد ناحيـه AC و DJD مفـصل آکروميوکلاويکـولار بـا علايـم کلينيکي Impingement همراه با درد مفـصل AC ، يـك positive abduction sign و تنـدرنس روي ديـستال کلاويکل در لمس بوده است . تمام بيماران درمان کنسرواتيو ناموفـق با عـوامل ضـد التـهابي غيـر استروئيـدي و تـزريـق کورتيکوستروئيد بدرون فضاي ساب آکروميال داشته اند.

در تمامي بيماران راديوگرافي قبل و بعـد از عمـل (AP و Tangenital view) جهت ارزيابي مقدار برداشته شـده از ديستال کلاويکـل و نيـز بـاقي مانـدن قطعـه اي از ديـستال کلاويکل در سوپريور کپسول مفصل AC انجام شد. بعضي از بيماران پارگي روتاتورکاف نيز داشته اند.

- *تکنيك جراحي :*

بيماران در پوزيشن beach chair قرار داده شدند و پس از پرپ و درپ و اضافه کردن حدود چهار ميلي ليتر اپي نفريـن $\frac{1}{1000}$ به هر کيسه سه ليتري مايع آرتروسکوپي و با استفاده از پمپ آرتروسکوپي پروسيجر انجام شد، در تمـامي بيمـاران ابتدا يك آرتروسکپی تشخيصي انجام شد. مفصل گلنوهومرال در ابتدا از طريق پورتـال هـای انتريـور و پوسـتريور ارزيـابي مي شد. تاندون باي پس و روتاتورکـاف ارزيـابي مـي شـدند. لبروم انتريور و همين طور سطح مفصلي گلنوئيد و هومروس به خوبي ديده و بررسي شدند. سپس آرتروسکوپ از مفاصـل گلنوهومرال برداشته شده و به صورت سـاب آکروميـال قـرار داده مي شد و از طريق پورتال سوم در حدود ۲ سـانتي متـر لترال به مرز لترال آکروميـون ايجـاد مـي شـد، روتاتورکـاف ارزيابي می شد. در تمامي بيماران آکروميوپلاستي انجام شده است ، ۱۰-۷ ميلي متر از انتريور آکروميون resect مي شـد و دقت مي شد يك سطح صاف در زير آکروميون ايجاد شود. مراحل اين پروسيجر و نيز نماي آرتروسکوپيك مفـصل AC در سري تصاوير ۱ (A تا G) نشان داده شده است.



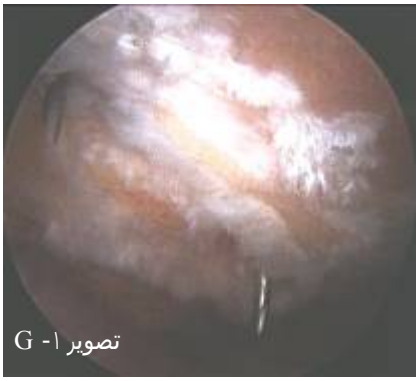
تصوير ۱- A

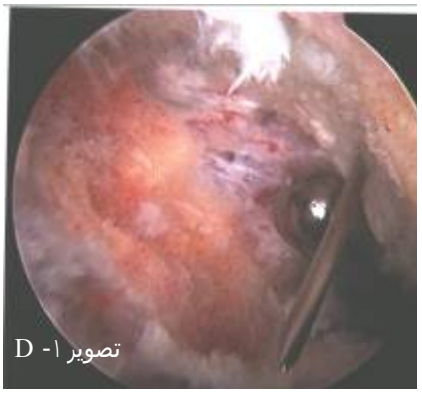
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]


تصویر ۱- B


تصویر ۱- F


تصویر ۱- C


تصویر ۱- G


تصویر ۱- D


تصویر ۱- E

تصویر ۱- مراحل این پروسیجر (A تا E) و نیز نماي آرتروسکوپیك مفصل AC (F و G)

سـپس آرتروسـکوپ بـه درون پورتـال لتـرال قـرار داده مي شد كه اين پورتال يـك نمـاي عـالي از زاويـه رزكـسيون آكروميون ايجاد مي كند و نيز از طريق اين پورتال يك نماي ديگر از روتاتوركاف از بـالا ايجـاد مـي كنـد آرتروسـكوپ در پورتال لترال حفظ مي شد و از طريق پورتـال پوسـتريور و از سطح زيرين كپسول مفصل AC رزكسيون ديستال كلاويكل انجام مـي شـد. سـطح زيـر ديـستال كلاويكـل در حـدود ۲ سانتي متر از طول آن در ديـستال بـا دقـت در قـرار گـرفتن لتـرال بـه ليگامـان كوراكوكلاويكـولار expose مـي شـد و رزكسيون از اينفريور شـروع و بـه سـوپريور خـتم مـي شـد، در اين مقطع دقت لازم به عمـل مـي آمـد كـه بـه كپـسول مفصلي AC آسيبي نرسد.

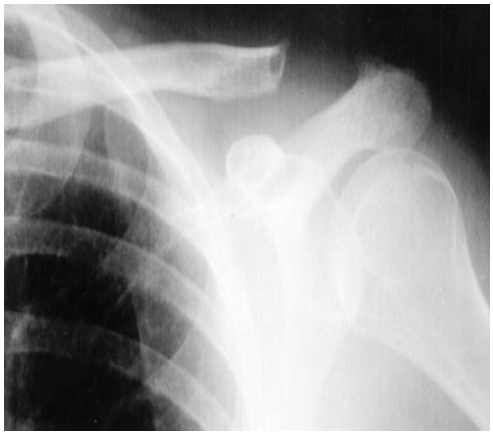
۲-۱/۵ سانتي متر از ديستال كلاويكل برداشته مي شود و از مفصل شدن باقي مانده ديسـتال كلاويكل با آكروميـون در

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

Adduction و Forward elevation جلوگيري مي شود، در اين زمان يك دستيار، با انگشت روي ديستال کلاويکل فشار ايجاد مي کرد که موجب ايجاد ديد بهتر از کپسول سوپريور مفصل AC و قطعات باقي مانده احتمالي مي شد، سپس ترميم پارگي روتاتورکاف در بيماراني که پارگي داشتند انجام مي شد.

بعد از عمل در گروهي که پارگي روتاتورکاف نداشتند، اندام فوقاني در sling قرار داده مي شد و ROM پاسيو و ورزش Pendulum سريعاً شروع مي شد، فعاليت هاي overhead lifting و pulling براي حدود ٤-١ هفته محدود مي شد و برگشت به فعاليت هاي سنگين و يا ورزش بعد از ٣-٢ ماه اجازه داده مي شد و در بيماراني که ترميم پارگي روتاتورکاف نيز انجام شده بود براي آن ها يك Abduction pillow براي ٥-٤ هفته قرار داده مي شد وبعد از آن همانند برنامه پس از عمل ترميم روتاتورکاف انجام مي شد.

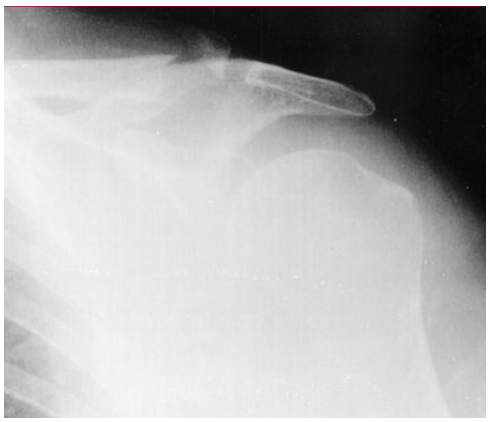
ميزان باقي ماندن قطعاتي از کلاويکل توسط راديوگرافي بعد از عمل بررسي مي شد، در صورت وجود قطعاتي باقي مانده از کلاويکل و بر حسب شدت علايم تحت درمان کنسرواتيو قرار گرفتند و اگر درمان نمي شدند تحت عمل جراحي مجدد آرتروسکوپي قرار گرفتند (تصاوير ١١-٩).



تصوير ٢ - راديوگرافي پس از عمل استخوان باقي مانده يا spike مشاهده نمي شود



تصوير ٣ - راديوگرافي پس از عمل قطعه کوچک باقي مانده در سوپريور کپسول (Type Ia)



تصوير ٤ - راديوگرافي پس از عمل قطعه بزرگ باقي مانده (Type Ib) بيمار بدون علامت بود

کليه بيماران حداقل ٦ ماه پيگيري شدند. تأثير جراحي بر روي Rom و قدرت حرکات و شدت درد عيناً مثل بررسي وضعيت آن ها قبل از عمل بررسي شدند و در فرم اطلاعاتي شماره ٢ ثبت گرديد.

داده هاي فرم اطلاعاتي ٢و١ طبقه بندي، استخراج و تغييرات شاخص هاي ROM و قدرت (strength) حرکات با آماره هاي paired-t test و درد بر حسب نداشتن و خفيف و متوسط و شديد به تفکيك قبل از عمل و بعد از عمل با آماره ي McNemar مورد قضاوت آماري قرار گرفتند.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

یافته ها

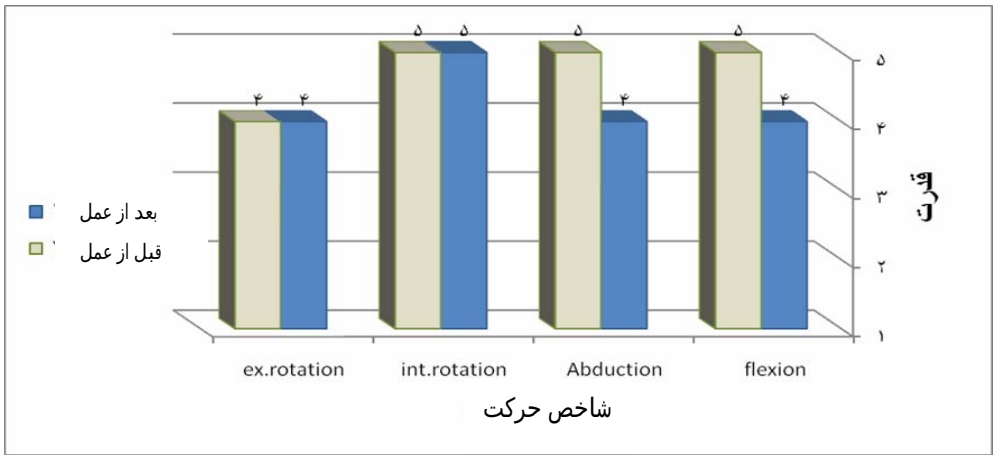
تحقیق روي تعداد ٤١ بیمار واجد شرایط انجام گرفت که تعداد ٣٦ نفر (٧٨/٨ درصد) مرد و ٥ نفر (١٢/٢ درصد) زن بودند. متوسط سن بیماران ٤٧ سال و با دامنه سني حداقل ٤٤ سال تا ٥٩ سال داشتند. همگي بیماران با شکایت درد در ناحیه مفصل AC مراجعه کردند و همگي به درمان محافظه کارانه پاسخ نداده بودند. ٢٧ بیمار پارگي روتاتورکاف داشتند که ترمیم پارگي روتاتورکاف براي آن ها انجام شده است. براي تمامي بیماران آکرومیوپلاستي انجام شد.

باقي ماندن قطعاتي از کلاویکل در ٣٥ (٨٥/٤ درصد) بیمار وجود نداشت، در چهار مورد (٩/٨درصد) قطعه کوچکي Type Ia باقي مانده بود که درد خفیف داشتند و به درمان محافظه کارانه پاسخ دادند و درد برطرف شد. در یك مورد (٢/٤درصد) قطعه بزرگ Type Ib باقي مانده بود که البته این بیمار بدون علامت بود و یك مورد lateral spike داشت (type II) که درد خفیف داشت و به درمان محافظه کارانه پاسخ نداد وبا آرتروسکوپي مجدد برداشته شد. متوسط مقدار برداشته شده از دیستال کلاویکل ١/٧cm بود.

بیماران حداقل سه ماه تا ١٢ ماه پیگیري داشتند. محدوده حرکتي بیماران مورد بررسي بر حسب شاخص ها به تفکیك قبل و بعد از درمان در جدول ١ ارائه شده است و نشان مي دهد تا میزان Flexion به میزان ٥٠ درصد میزان Abduction به میزان ٦٠ درصد و Internal rotation به میزان ٣٣/٣ درصد وExternal rotation به میزان ٣٣/٣ درصد و External rotation نیز به میزان ٦٦/٦ درصد افزایش پیدا کرد و آزمون paired-t test نشان داد که کلیه این شاخص هاي حرکتي از نظر آماري معني دار است (P <٠/٠١).

جدول ١ - میزان ROM بر حسب شاخص ها و به تفکیك قبل وبعد از عمل

شاخص / مراحل	قبل از عمل **degree**	بعد از عمل **degree**	تغییرات	
			میزان	درصد
Flexion	-١٠ (٠ – ٢٠^0)	-٥ (٠ – ١٠^0)	+٥	٥٠
Abduction	-٢٥ (٥ – ٤٥^0)	-١٠ (٠ – ٢٠^0)	+١٥	٦٠
Internal rotation	-١٥ (٠ – ٤٠^0)	-١٠ (٠ – ٢٠^0)	+٥	٣٣/٣
External rotation	-١٥ (٠ – ٢٥^0)	-٥ (٠ – ١٠^0)	+١٥	٦٦/٧



نمودار ١ – قدرت حرکات بیماران بر حسب شاخص هاي حرکتي و به تفکیك قبل و بعد از عمل

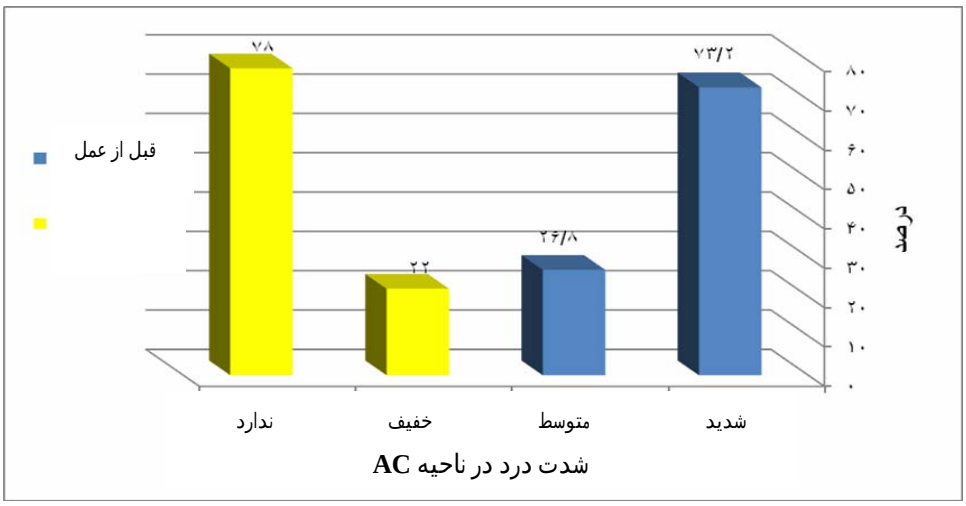
[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

توزيع بيماران بر حسب شدت درد به درد خفيف و بدون درد و نيز درد متوسط و شديد به تفکيك قبل و بعد از عمل در جدول ۲ ارائه شده است و نشان مي دهد که بيماري نبود که بعد از درمان درد آن ها از خفيف يا بدون درد به متوسط و شديد تغيير پيدا کرده باشد و همه بيماران از درد متوسط و شديد قبل از درمان بهبود پيدا کردند و آزمون McNemar نشان داده که اين اختلاف به لحاظ آماري معني دار است . (P < ۰/۰۰۱).

توزيع بيماران بر حسب شدت درد و به تفکيك قبل و بعد از درمان در نمودار ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲ – توزيع بيماران مبتلا به بيماري دژنراتيو مفصل AC بر حسب شدت درد به تفکيك قبل و بعد از درمان

شدت درد بعد از درمان / شدت درد قبل از درمان	خفيف و نداشته تعداد (%)	متوسط و شديد تعداد (%)	جمع تعداد (%)
خفيف و نداشته	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
متوسط و شديد	٤١ (۱۰۰)	۰ (۰)	٤١ (۱۰۰)
جمع	٤١ (۱۰۰)	۰ (۰)	٤١ (۱۰۰)



نمودار ۲- توزيع ٤١ بيمار مبتلا به DJD مفصل AC بر حسب شدت درد و به تفکيك قبل و بعد از عمل

بحث

تحقيق نشان داد که مبتلايان به بيماري دژنراتيو مفصل AC پس از درمان درد آن ها کاهش يافته است. در بررسي هاي پيشين همان طور که گفته شده است مقالاتي که تأثير اين روش درماني را در اين بيماران مطالعه کرده اند نشان داده اند که اين روش براي کاهش درد در اين بيماران مؤثر بوده است، اما ميزان آن ها متفاوت بوده است.

در يک مطالعه ميزان موفقيت اين روش حدود ۹٤ درصد و در مطالعه ديگر ميزان موفقيت آن ۹۸ درصد بوده است (۲و٤). با روش باز نيز نتايج قابل قبول و خوب بوده است ولی موربيديتی اين روش بيش تر از

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

روش آتروسكوپيك مي باشد و برگشت به فعاليت زمان طولاني تر نياز دارد (٤)

در يک مطالعه بهبودي سمپتوماتيك و سابژكتيو را در يك گروه از ورزشكاران بعد از برداشتن ديستال كلاويكل گزارش كرده اند (۱۲) با وجودي كه كاهش قدرت پرس كردن روي ميز شكايت ٤ بيمار از ۷ بيمار بود كه نتوانستند به سطح فعاليت قبلي خود برگردند، بود. انجام اين عمل با آرتروسكوپي به ما اجازه مي دهد كه اين عمل بدون ايجاد مشكلات ناشي از جدا نمودن و دوباره متصل نمودن عضلات دلتوئيد يا تراپزيوس از ديستال كلاويكل و انتريور آكروميون انجام شود (۸و۱۰و۱۲) و از ضعف عضلاني پس از عمل جلوگيري مي شود و بيمار با سرعت بيش تري به فعاليت قبلي خود بر مي گردد (نسبت به روش قبلي باز) (۳). سؤال اين است كه چرا و چگونه اين عمل جراحي مي تواند درد را كاهش دهد؟ و پاسخ اين است كه چون اين مفصل كمي motion دارد (۱) و بيماري دژنراتيو مفصل موجب ناصاف شدن سطوح مفصلي در اين مفصل مي شود، در موقع حركات شانه در مراحل اوليه و سپس در حالت استراحت بعد از فعاليت در مراحل شديدتر درد ايجاد مي شود و با اين پروسيجر (mumford) ديستال كلاويكل برداشته می شد و بعد از مدتي بين انتهاي كلاويكل و آكروميون با بافت فيبروز پر مي شود و درد از بين مي رود، درمان محافظه كارانه، درماني موقتي است و تغييرات دژنراتيو غير قابل برگشت در مراحل پيشرفته بيماري را نمي تواند به حالت اول برگرداند. البته از بين رفتن درد و تندرنس موضعی روی مفصل AC در اين محل بيش تر مربوط به از بين رفتن درد ناشی از بيماری دژنراتيو AC می باشد تا پارگی روتاتورکاف كه در اين حال به طور كامل برطرف شده بود.

ضعف اين تحقيق اين است كه گروه شاهد مستقلي نداشتيم اما از نظر اخلاقي انتخاب اين گروه درست نبود. در عوض جنبه هاي مثبت تحقيق تشخيص قطعي بيماران با معاينه باليني، راديوگرافی و MRI و نيز ديدن مستقيم ضايعه حين آرتروسكوپي مي باشد. جراحي توسط يك نفر انجام شده است، اندازه گيري ROM و قدرت و درد با روش استاندارد و توسط يك نفر انجام شده است. مدت پيگيري كوتاه نبوده است تعداد نمونه نيز كم نبوده است.

نتيجه گيري

در يك جمع بندي به نظر مي رسد كه اين روش جراحي براي اين بيماران مناسب باشد. با توجه به شيوع اين بيماري و روند رو به افزايش تشخيص آن ها و عوارض شناخته شده اين بيماري در عدم درمان يا درمان ناموفق به كار گيري اين روش را توصيه مي نماييم. يكي از يافته هاي مهم اين تحقيق اين بوده است كه همه بيماران از نظر ROM و از نظر قدرت بهبود پيدا كرده اند يا بدتر نشده اند و اما اين كه چرا اين روش مي تواند ROM و قدرت را بهبود بخشد؟ پاسخ اين است كه بيش تر اوقات كاهش ROM و كاهش قدرت به علت درد مي باشد و بعد از جراحي چون درد از بين مي رود ROM افزايش مي يابد و قدرت نيز بهبود پيدا مي كند.

REFERENCES

1. Bucholz RW, Heckman JD. Rockwood and Green's fracture in adult. Vol 2. 2006; P: 1346.
2. Lesko PD. Variation of the arthroscopic mumford procedure. J South Orthop Assoc 2001; 10: 164-200.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]

3. Bigliani LU. Nicholas GP, Flatow EL. Arthroscopic resection of distal clavicle. Orthop Clin North Am 1993; 24: 133- 41.
4. Canale ST, Daugherty K, Janes L, Campbells operative orthopedic, Vol 3. 2003; P: 3197.
5. Walton J, Mahajan S, Marshal J. Diagnostic values of test for AC joint pain. JBJS 2004; 86: 807.
6. Magee DJ. Orthopedic physical Assessment. 4th ed. 2006; P:233.
7. Snyder SJ, Banas MP, Karzel RP. The arthroscopic mumford procedure: an analysis of results. J Arthrosc Rel Surg 1995; 11: 157-64.
8. Daluga DJ, Dobozi W. The influence of distal clavicle resection and rotator cuff repair on the effectiveness of anterior acromioplasty. Clin Orthop 1989; 247: 117-23.
9. Flatow EL, Duralde XA, Nicholson GP. Arthroscopic resection of the distal clavicle with a superior approach. J Shoulder Elbow Surg 1995; 4: 41-50.
10. Novak PJ, Bach BR Jr, Romeo AA. Surgical resection of the distal clavicle. J Shoulder Elbow Surg 1995; 4: 35-40.
11. Petchell JF, Sonnabend DH, Hughes JS. Distal clavicular excision: a detailed functional assessment. Aust N Z J Surg 1995; 65:262-6.
12. Cook FF, Tibone JE. The Mumford procedure in athletes: an objective analysis of function. Am J Sports Med 1988; 16: 97-100.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-13]