بررسی سینویت گذرای حاد مفصل هیپ بیماران بستری در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران طی سالهای ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸

دکتر سیروس ملک‌پور I

چکیده

این مطالعه به بررسی بیماران مبتلا به سینویت گذرای حاد مفصل هیپ که در طی سالهای ۱۳۷۰ لغایت ۱۳۷۸ در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی ایران بستری شده بودند، اختصاص دارد. هدف از انجام این پژوهش بررسی شیوع بیماری از نظر سن، جنس، علائم بیماری و درمان آن بوده است. در بررسی پرونده ۲٤ بیمار مبتلا به سینویت گذرای حاد نتایج زیر بدست آمد. سن شیوع بیماری در کودکان زیر ۱۰ سال بود(٦٧٪). جنس شایع درگیر پسر بچه‌ها بودند(٦٧٪). از نظر علائم بالینی تمام بیماران با هر سه علامت درد، لنگش و محدودیت حرکت در مفصل هیپ مراجعه کرده بودند. اغلب بیماران (۸۳٪) قبل از ابتلا به این بیماری، دچار بیماریهای تنفسی، ادراری یا تروما شده بودند. از نظر علائم بالینی اغلب بیماران دچار علائم سیستمیک مثل تب و بی‌اشتهایی بودند بطوری که تمام بیماران (۱۰۰٪) درجات خفیفی از تب را داشتند. از نظر علائم پاراکلینیکی در بررسی مایع مفصلی مواردی چون شفاف بودن مایع مفصلی، تعداد WBC ۲۰۰ تا ۲۰۰۰، قند بالای ٦۰ و افزایش ویسکوزیته مایع مفصلی، همگی به نفع مایع مفصلی غیرالتهابی بود، همچنین ESR و CRP در بیشتر موارد بالا بودند و کشت مایع مفصلی در تمام موارد منفی بود. از لحاظ درمانی اغلب بیماران توسط آنتی بیوتیک یا تجویز مسکن و استراحت یا ترکیبی از هر دو درمان شده بودند. به نظر می‌رسد که این بیماری یک بیماری خود محدود شونده است و استراحت بهترین درمان آن می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: ۱ – سینویت ۲ – سینویت حاد گذرا ۳ – مفصل هیپ ۴- ران

مقدمه

بیماری سینویت گذرای هیپ بیماری نسبتاً شایع و خود محدود شونده در کودکان زیر ۱۰ سال است که بیشتر درپسر بچه ها شایع می‌باشد(۱). وجل بریف میزان بروز سینویت را ۱/۱ در ۱۰۰۰ نفر در سال گزارش کرد(۲).

میزان بروز در فنلاند ۵۱/۹ در ۱۰۰۰۰ نفر در سال و در کشور دانمارک ۰/۲٪ گزارش شد. آمار درستی از بروز این بیماری در ایران دردست نیست.

علائم بالینی شامل درد(۳)، لنگش(٤) و گاهی محدودیت حرکتی است. علائم خفیف سیستمیک مثل تب با درجه پایین و بی‌اشتهایی نیز در اغلب بیماران یافت می شود.

اتیولوژی این بیماری ناشناخته است اما گفته می شود که شاید تروما، بیماریهای ویرال بخصوص عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی و افزایش حساسیت آلرژیک به کانون عفونی در بدن در این زمینه مطرح باشند.

از نظر پاراکلینیکی یافته خاصی وجود ندارد و بهترین راه تشخیص بیماری، تاریخچه بیمار همراه با علائم بالینی است.

باتوجه به اینکه علائم بیماری از قبیل درد و لنگش در بیماریهای دیگری مثل آرتریت سپتیک، بیماری پرتز، سل و RF نیز وجود دارد، بنابراین افتراق این بیماری از سایر

I) استادیار گروه ارتوپدی، بیمارستان رسول اکرم(ص)، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران، تهران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

بیماریها بسیار مهم است چرا که استراتژی درمان بسیار متفاوت بوده و در صورت عدم تشخیص صحیح ممکن است منجر به بروز عوارض خطرناکی مثل تأخیر رشد استخوانی گردد(۵). اساس درمان استراحت، تجویز داروهای ضدالتهاب و مسکن جهت تسکین علائم بیماری در کوتاه مدت است و علائم در عرض ۳ تا ۷ روز از بین می‌روند. دوت هم در مطالعه خود درمان را شامل استراحت و داروهای ضدالتهابی دانسته است(٦).

سینویت گذرای هیپ یکی از شایع‌ترین علل درد و لنگش در کودکان است مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده است از جمله: فیشر و بکاتیک(۷) که اپیدمیولوژی لنگش حاد غیرتروماتیک را بررسی کردند.

در طی ٦ ماه، ۲٤۳ کودک کمتر از ۱٤ سال که به بخش سوانح کودکان مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند.

اطلاعات در زمان پذیرش و پس از آن از طریق مطالعه پرونده در طی ۱۸ تا ۲۱ ماه بعد ازمراجعه جمع‌آوری شد. میزان بروز لنگش ۱/۸ در ۱۰۰۰ بود.

نسبت مذکر به مونث ۱/۷/۱ و میانه سنی ٤/۳۵ بود لنگش بیشتر در طرف راست (٥٤٪) مشاهده شد و درد در ۸۰٪ کودکان وجود داشت.

۳۳/۷٪ موارد درد لوکالیزه ناحیه هیپ داشتند و در ٤۰٪ از کودکان سابقه بیماری قبلی وجود داشت. تشخیص عمده در ۳۹/٥٪ موارد هیپ تحریک‌پذیر همراه با سینویت و در ۲٪ موارد بیماری پرتز بود. اغلب این بیماران بطور کامل در بخش سوانح درمان شدند. در این مطالعه ویژگیهای دموگرافیک، علائم بالینی، پاراکلینیکی و سیر درمان کودکان مبتلا به سینویت گذرای حاد مورد بررسی قرار گرفت.

هدف از انجام این پژوهش بررسی شیوع بیماری از نظر سن، جنس، علائم بیماری و درمان آن بوده است.

روش بررسی

این پژوهش به صورت گذشته‌نگر و با استفاده از داده‌های موجود انجام گردید. تمام پرونده‌هایی که طی سالهای ۷۰ تا ۷۸ در بیمارستان با تشخیص سینویت گذرا بستری شده بودند انتخاب شدند سپس کارت اورژانس درمانگاهی و پرونده بستری بیماران همراه با آزمایشها و گزارشهای رادیولوژیک آنها مطالعه گردید و اطلاعات بدست آمده به صورت کدبندی در فرم ثبت اطلاعات وارد شد. لازم به ذکر است که نحوه و روش نمونه‌گیری به صورت سرشماری بوده است (Census).

طی سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۸، ۲٤ بیمار با تشخیص سینویت حاد گذرای مفصل هیپ در بخشهای ارتوپدی بستری شده بودند.

پرونده بیماران از چند نظر مورد بررسی قرار گرفت که عبارت بودند از: ۱- سن ۲- جنس ۳- علائم بالینی ٤- علائم پاراکلینیکی ٥- درمان طبی

نتایج

در این پژوهش ۱٦ بیمار پسر(٦۷٪) و۸ بیمار دختر(۳۳٪) بودند که ٦۷٪ آنها سن زیر ۱۰ سال و ۳۳٪ سن بالای ۱۰ سال و میانه سنی ٥/٦ سال داشتند.

۲۰ نفر(۸۳٪) دارای سابقه خانوادگی بودند و ٤ نفر(۱۷٪) سابقه فامیلی نداشتند.

۱٦ نفر دچار بیماری تنفسی(٦۷٪)، ۲ نفر دچار بیماری ادراری(۸/٥٪) و ۲ نفر دچار تروما(۸/٥٪) شده بودند.

در همه بیماران تب وجود داشت و ۱٦ نفر(٦۷٪) دچار بی‌اشتهایی بودند.

در ۱۰۰٪ بیماران درد و لنگش و محدودیت حرکتی وجود داشت. ۱۸ نفر(۷٥٪) درد هیپ و ٦ نفر(۲٥٪) درد زانو داشتند.

در ۱۸ بیمار(۷٥٪) درگیری در سمت راست و ٦ بیمار(۲٥٪) درگیری در سمت چپ بود که در تمام موارد درگیری به صورت یک‌طرفه وجود داشت.

در ۱٦ نفر(٦۸٪) دفعات درگیری ۱ بار، در ٤ نفر(۱٦/٥٪) بیش از ۱ بار ودر ٤ نفر دیگر(۱٦/٥٪) تعداد دفعات درگیری نامشخص بود(جدول شماره۱).

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

جدول شماره ۱- فراوانی براساس علائم بیماری

علائم		فراوانی تعداد	فراوانی درصد
علائم	تب	۲٤	۱۰۰
سیستمیک	لرز	–	۰
	بی‌اشتهایی	۱٦	٦۷
علائم براساس	درد	۲٤	۱۰۰
شکایت بیمار	لنگش	۲٤	۱۰۰
	محدودیت حرکتی	۲٤	۱۰۰
محل درد	هیپ	۱۸	۷۵
	زانو	٦	۲۵
سمت درگیری	سمت راست	۱۸	۷۵
	سمت چپ	٦	۲۵
نوع درگیری	یک طرفه	۲٤	۱۰۰
	دوطرفه	۰	۰
دفعات درگیری	بار اول	۱٦	٦۸
	بیش از ۱ بار	٤	۱٦/۵
	نامشخص	٤	۱٦/۵

در پونکسیون مفصلی در ۲۰ نفر(۸۳٪) مایع شفاف و در ٤ نفر(۱۷٪) مایع زرد رنگ بود.

در ۱٦ نفر(٦۷٪) افزایش ویسکوزیته وجود داشت ودر ۸ نفر(۳۳٪) ویسکوزیته نرمال بود.

WBC در ۲ نفر(۹٪) کمتر از ۲۰۰ و در ۹۱٪ یعنی ۲۲ نفر بیشتر از ۲۰۰ و کمتر از ۲۰۰۰ بود PMN در ۱۸ نفر(۷۵٪) کمتر از ۲۵٪، در ٦ نفر(۲۵٪) بیشتر از ۲۵٪ و کمتر از ۷۵٪ بود.

RBC در ٦ نفر(۲۵٪) کمتر از ۱۰۰۰، در ۹ نفر(۳۷/۵٪) بیشتر از ۱۰۰ و کمتر از ۱۰۰۰ و در ۹ نفر(۳۷/۵٪) بیشتر از ۱۰۰۰ و کمتر از ۲۰۰۰ شمارش شد. در تمام بیماران مقدار پروتئین کمتر از ٦/۵ گرم در ۱۰۰ سی سی و گلوکز بیشتر از ٦۰ میلی گرم در ۱۰۰ سی‌سی به دست آمد(جدول شماره۲).

روش درمانی در هر ۲٤ بیمار شامل استراحت و دارو درمانی بود. ٤ نفر(۱۷٪) کشش پوستی داشتند(جدول شماره۳).

جدول شماره ۲- فراوانی بیماری براساس اندکس‌های مایع مفصلی

اندکس‌های مایع مفصلی		فراوانی تعداد	فراوانی درصد
رنگ	شفاف	+۲۰	۱۳
	زرد	٤	۱۷
	کدر	–	۰
ویسکوزیته	افزایش	+۱٦	٦۷
	کاهش	–	۰
	نرمال	+۸	۳۳
WBC	<۲۰۰	+۲	۹
	۲۰۰< و >۲۰۰۰	+۲۲	۹۱
	۷۵/۰۰۰> WBC >۵۰۰۰	–-	۰
	WBC<۷۵۰۰۰	–-	۰
PMN	PMN<۲۵٪	+۱۸	۷۵
	٪۷۵> PMN>۲۵٪	+٦	۲۵
	PMN>۷۵٪	–	–
RBC	RBC<۱۰۰	+٦	۲۵
	۱۰۰< RBC<۱۰۰	+۹	۳۷/۵
	۱۰۰۰ <RBC<۲۰۰۰	+۹	۳۷/۵
پروتئین	۵/۵g/dl<Pro<٦/۵g/dl	۲٤	۱۰۰
گلوکز	<٦۰ mg/dl	–-	۰
	>٦۰ mg/dl	+۲٤	۱۰۰

جدول شماره ۳- فراوانی انواع روشهای درمانی

راههای درمان		فراوانی تعداد	فراوانی درصد
روشهای	استراحت	۲٤	۱۰۰
درمانی	کشش پوستی	٤	۱۷
	دارو درمانی	۲٤	۱۰۰
داروهای	آنتی‌بیوتیک	۱۸	۷۵
مصرفی	آنالرژیک	۱۸	۷۵
	آنتی‌بیوتیک + آنالرژیک	۱۲	۵۰

بحث

سینویت گذرای حاد در سنین کودکی که زمان تحرک و فعالیت زیاد می‌باشد بروز می‌کند.

در این زمان کودکان در معرض تروما و ابتلا به بیماری ویرال هستند که می‌توانند در بروز بیماری دخیل باشند. در بررسی حاضر نیز میانه سن کودکان ۵/٦ سال بود و ٦۷٪

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

بیماران در این مطالعه کمتر از ۱۰ سال داشتند. در مطالعه فیشر وبکاتیک نیز میانه سن کودکان مبتلا ٤/۳۵ سال بود. روبین هم میانگین سنی را ۵ سال و ۱۱ ماه گزارش کرد.

این بیماری در پسر بچه‌ها شایعتر است. در مطالعه ما نیز نسبت پسران به دختران ٦۷٪ بود که این یافته با یافته های فیشر و بکاتیک(۱) که نسبت پسران به دختران را ۱/۷/۱ گزارش کرده بودند همخوانی داشت. سابقه ابتلا به بیماریهای جانبی در چند روز قبل از ابتلا به بیماری توسط اغلب بیماران(۸۳٪) ذکر شده بود که ۱٦ مورد(٦۷٪) سابقه بیماری تنفسی، ۲ مورد(۸/۵٪) تروما و ۲ مورد(۸/۵٪) بیماری ادراری داشتند که با مطالعات فیشر همخوانی دارد.

در این مطالعه درد، لنگش، محدودیت حرکت و تب در همه بیماران وجود داشت. این علائم به عنوان علائم شایع سینویت مطرح هستند(فیشر و بکاتیک، ۱۹۹۹). شیوع لنگش ۱/۸ در ۱۰۰۰ مورد از اطفال بود و بطور عمده در سمت راست(٥٤٪) وجود داشت.

هیپ دردناک در ۸۰٪ موارد گزارش گردید. در این مطالعه بیشترین درگیری یک طرفه و در طرف راست بود (۷۵٪) که این یافته با سایر یافته‌ها همخوانی دارد(۲).

در این مطالعه محل درد ۷۵٪ موارد در هیپ و ۲۵٪ موارد در زانو مشاهده شد(۳).

افیوژن هیپ که منجر به پهن شدن کپسول مفصلی شده بود توسط اولتراسوند به اثبات رسید.

ـ تب، بی اشتهایی، افزایش ESR، CRP و تب در تمام موارد با درجه کم و بی‌اشتهایی در ٦۷٪ از موارد وجود داشت اما لرز در هیچ یک از موارد مشاهده نشد که نشان‌دهنده اهمیت علائم سیستمیک در تشخیص بیماری می‌باشد(٤).

بررسی هیپ دردناک در کودکان براساس سونوگرافی مفصل هیپ پایه صورت گرفت.

همراه با سونوگرافی، درجه حرارت بدن، ESR، CRP مواردی بودند که براساس آنها تصمیم به آسپیراسیون مفصل هیپ گرفته می‌شد.

روشهای درمانی عبارت بودند از: استراحت، آنتی‌بیوتیک تراپی و دریافت مسکن که این موارد تقریباً برای اغلب بیماران تجویز شده بود.

البته به نظر نمی‌رسد در این بیماری احتیاجی به آنتی‌بیوتیک باشد اما در صورت وجود کوچکترین شکی در مورد آرتریت سپتیک یا یک مسئله عفونی، باید درمان آنتی‌بیوتیکی صورت گیرد و در این مورد نباید خطر کرد(۵).

در ٤ مورد کشش پوستی به وزن ۱/۵ کیلوگرم به مدت ۳ هفته مورد استفاده قرار گرفته بود.

تمام بیماران بخوبی در عرض ۷ تا ۱۳ روز به درمان جواب داده بودند بطوری که در ۷۵٪ از موارد در عرض یک هفته و ۲۵٪ در هفته دوم علائم بیماری بطور کامل محو شده بود.

اما آنچه که در این مورد می‌توان گفت این است که این بیماری یک بیماری خود محدود شونده است و استراحت بهترین درمان آن می‌باشد که البته مسکنها جهت کاهش علائم بیماری و آنتی‌بیوتیکها نیز جهت برطرف کردن هرگونه خطری در صورت وجود آرتریت سپتیک مصرف می‌گردند.

ترکیب آنتی‌بیوتیکی در اغلب موارد ترکیبی از یک سفالوسپورین و یک آمینوگلیکوزید می‌باشد.

از نظر عوارض بیماری، بیماران پس از ترخیص، مراجعه مجدد جهت پیگیری نداشتند بنابراین از وضعیت بعد از ترخیص بیماران اطلاعی در دست نمی‌باشد.

منابع

1- Twee, TDo. Transient Synovitis as a Cause of painful Limps in children. Current opinion in pediatrics 2000 Feb. 12(1): 48-51.

2- Verde- Vila VM, da Kc Silva. Bone age delay in parthes disease and transient synovitis of the Hip. Clinorthop 2001 Apr (385): 118-123.

3- Bonapart, IE, Paassen HC Van, Wouters JM. The remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndorme. Ned Tij dschr Geneeskd 1996 Jul 20, 140 (29): 1512-4.

4- Fischer SU, Bcattic TF. Accident and Emergency Department, Royal Hospital for sick

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

6- Vijlbrief As, Bruijnzeels MA, Van der wouden JC, et al. Incidence and Management of transient synovitis of the hip : a study dutch general practic. Br J gen Pract- 1992 Oct; 42 (363): 426-8.

7- Eggl H, Drekon j u T, Kuiser B, et al. Orthopedic Department, Sulzburg G. Hospital Austria 1999 July 8(2): 63-7.

children, edinburgh, Scotland, UK. J Bone Joint surg Br 1999 Nov, 81 (6): 1029-34.

5- Robben SG, Lequin MH, Diepstraten AF, et al. Doppler sonography of the anterior ascending cervical arteries of the hip; evaluation of healthy and painful hips children. AJR AMJ Roentgenol 2000 Jun; 174 (6): 1629-34.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]

EVALUATION OF PATIENTS WITH TRANSIENT SYNOVITIS OF HIP IN THE HOSPITALS OF IRAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES, 1991-1999.

S. Malekpour, MD [I]

ABSTRACT

This study investigates patients with transient synovitis of Hip in Hospitals of Iran Medical center & Sciences (1991-1999).

Prevalence age were children under 10 years (67%) and boys (67%). Clinical symptoms was pain, limping, limit range of motion in Hip joint. Most of patient (83%) had history of respiratory & disease and Trauma. Most of patient had systematic symptomlike fever, anorexia.100% of patients had mild degree of fever. Synovial fluid show clear fluid, raising in W.B.C count (200-2000) increased glucose (more than 60 mg/dl) increase synovial vicosity. All of these symptoms indicates no inflamatory condition. In most cases E.S.R & C.R.P were high. Synovial culture in all cases were negative. Treatment was done by antibiotics or analgesic & rest or combination of two methods. In fact it seems to be an self limited Disease and the treatment is to take rest.

Key Words: 1) Synovitis 2) Acut Transient Synovitis 3) Hip Joint(Coxae) 4) Femur

I) *Assistant professor of orthopedic surgery. Rasool Akram hospital, sattarkhan St., Niayesh, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Tehran, Iran*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-11]