

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ارزیابی‌های بالینی دست و اندام فوقانی

مؤلفین:

مریم فرزاد

(دانشجوی دکتری کاردرمانی)

دکتر فریدون لایقی

(فوق تخصص جراحی ترمیمی دست و اعصاب محیطی)

دکتر سیدعلی حسینی

(دکتری کاردرمانی / عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی)

- سرشناسه : فرزاد، مریم، ۱۳۵۴ -
- عنوان و نام پدیدآور : ارزیابی‌های بالینی دست و اندام فوقانی / مریم فرزاد، فریدون لایقی، سیدعلی حسینی.
- مشخصات نشر : تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۹۰.
- مشخصات ظاهری : ۳۳۲ ص. : مصور.
- شابک : ۶۰۰۰۰ ریال : ۸۰-۲-۸۸۶۳-۹۶۴-۹۷۸
- موضوع : دست‌ها -- آزمایش‌های پزشکی
- موضوع : اندام‌های فوقانی و تحتانی -- آزمایش‌های پزشکی
- شناسه افزوده : لایقی، فریدون، ۱۳۴۲ -
- شناسه افزوده : حسینی، سیدعلی، ۱۳۴۵ -
- شناسه افزوده : دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- رده بندی کنگره : ۱۳۹۰ ۱۲۴۴۳۴۴۴ RCVT/PI
- رده بندی دیویی : ۶۱۶۱۰۷۵
- شماره کتابشناسی ملی : ۲۴۰۲۸۲۴

دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نام کتاب: ارزیابی‌های بالینی دست و اندام فوقانی

مؤلفین: مریم فرزاد - دکتر فریدون لایقی - دکتر سیدعلی حسینی

ویراستار: دکتر رضا سیدنور

شابک: ۸۰-۲-۸۸۶۳-۹۶۴-۹۷۸

شمارگان: ۱۰۰۰ جلد

قیمت: ۶۰۰۰۰ ریال

نوبت چاپ: اول ۱۳۹۰

چاپ: کارپا

ناشر: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نشانی: اوین، بلوار دانشجو، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفکس: ۲۲۱۸۰۰۸۱

همه‌ی حقوق برای ناشر محفوظ است.

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
مقدمه	
فصل اول: ارزیابی جسمی اندام فوقانی	۱
فصل دوم: تصویربردهای تشخیصی اندام فوقانی	۱۰
فصل سوم: ادم	۲۷
فصل چهارم: ارزیابی دامنه حرکتی	۳۹
فصل پنجم: ارزیابی حسی در نواقص عصبی (له شدگی و یا پارگی)	۱۴۴
فصل ششم: ارزیابی کلینیکی دست	۱۶۷
فصل هفتم: ساعد - مچ - دست	۱۸۳
فصل هشتم: ارزیابی کلینیکی مچ	۲۰۰
فصل نهم: ارزیابی و رادیوگرافی آرنج	۲۲۱
فصل دهم: آرنج	۲۲۸
فصل یازدهم: ارزیابی کلینیکی شانه	۲۳۹
فصل دوازدهم: شانه	۲۸۷

مقدمه

مناسب نبودند را برای بیمار انجام خواهد داد. به طور مثال بیماری که به دنبال شکستگی دیستال رادیوس و فیکساسیون خارجی با پین در هفته اول به مرکز مراجعه کرده را نمی‌توان تحت ارزیابی دامنه حرکتی مچ و قدرت گریپ قرارداد. این ارزیابی‌ها باید پس از برداشتن پین انجام شود.

معاینه (evaluation):

معاینه روند کسب اطلاعات مورد نظر و لازم برای انجام درمان است.

ارزیابی (assessment):

استفاده از وسیله یا دستگاه در طول روند معاینه است.

معاینه شامل جمع‌آوری اطلاعات، تشخیص مشکل، دانستن فرضیات و تصمیم‌گیری جهت نحوه درمان است. ارزیابی با غربالگری‌های رسمی و غیر رسمی و استفاده از سایر روشها مثل بررسی گزارش جراحی، مصاحبه، مشاهده، ارزیابی‌های استاندارد و غیر استاندارد انجام می‌شود. ارزیابی در ابتدای درمان و به طور متناوب در طول درمان و در انتهای درمان انجام می‌شود.

روند معاینه:

روند ارزیابی با بررسی گزارش پزشکی بیمار آغاز می‌شود. اقدامات بعدی شامل مصاحبه،

ارزیابی بیمار در عملکرد فعالیت‌های روزمره زندگی، مهارت‌های شغلی، اوقات فراغت و پس از صدمه یا جراحی و اثری که بیماری روی حرکت و حس دست بر جا گذاشته است، بسیار مهم می‌باشد. ارزیابی شامل فعالیت‌های روزمره زندگی، ارزیابی درد، ارزیابی‌های تحریک کننده (Provocational)، ارزیابی حسی، دامنه حرکتی و ارزیابی قدرت است. ارزیابی برای تعیین میزان نقص برجا مانده، ناتوانی و میزان توانایی عملکردی انجام می‌شود و سپس براساس ارزیابی انجام شده درمانگر، از روش‌هایی مثل آموزش بیمار، تمرین درمانی، مدل‌های فیزیکی و فعالیت‌های عملکردی به منظور رسیدن به اهداف درمانی مورد نظر استفاده خواهد کرد.

معاینه و ارزیابی:

روند درمان پس از ارجاع شامل: معاینه، ارزیابی، تشخیص، نوع مداخلات درمانی و پیش‌آگهی نتایج حاصل از درمان است. معاینه بیمار شامل، بررسی گزارش بیمار، بررسی ارزیابی‌های کلینیکی و پاراکلینیکی به علاوه ترکیب یافته‌های فوق با تاریخچه بیماری و محدودیت عملکردی موجود، خواهد بود. با توجه به اطلاعات جمع‌آوری شده درمانگر برنامه درمانی را برای بیمار طراحی می‌کند و سپس با تغییر وضعیت بیمار، سایر ارزیابی‌هایی که در مرحله اول

برروی محل ضایعه و بررسی وسعت و میزان آن متمرکز می‌شد. مثلاً با معاینه انگشتان، تعداد تاندونهای فلکسور آسیب دیده مشخص شدند و با بررسی حسی و حرکتی اعصاب مدیان و اولنار در انگشتان دست، احتمال آسیب این اعصاب مشخص گردد.

گاهی علت اصلی شکایت نامشخص است نظیر وجود دردهای تیر کشنده و گزگز و مرمور در اندام فوقانی در این صورت ارزیابی کامل دقیق‌تر اندام جهت بررسی علت، ضرورت می‌یابد تا مشخص گردد آیا آسیب در اثر آرتروز ستون فقرات، TOS، سندرومهای فشاری اعصاب محیطی و ... ایجاد شده است یا یک تنوسینویت و یا التهاب روماتیسمی عامل ایجاد بیماری بوده است. به عبارت دیگر دامنه تشخیص‌های احتمالی جهت بیمار وسیع است و با گرفتن اطلاعات از تاریخچه و معاینه بالینی بیمار سعی در کم کردن حلقه تشخیص دقیق بیماری می‌کنیم.

امید است اساتید صاحب نظران، خوانندگان محترم ما را از ارائه پیشنهادات ارزشمند خود بهره‌مند گردانند. در خاتمه از حسن همکاری ریاست محترم دانشگاه، معاونت محترم پژوهشی و سرپرست محترم انتشارات و سایر همکارانشان که در چاپ این کتاب، گروه مؤلفین را یاری نمودند و از همکاری بی‌شائبه سرکار خانم مرادی و جناب آقای دکتر سیدنور در ویراستاری کمال تشکر را داریم.

گروه مؤلفین

مشاهده و تخمین مدت زمان درمان مورد نیاز و احتمال نیاز بیمار به استفاده از خدمات سایر بخش‌ها می‌باشد.

در مرحله بعد انتخاب مدل یا مدل‌های مناسب درمانی و احتمال انجام ارزیابی‌های خاص بسته به وضعیت بیمار خواهد بود. برای مثال در بیماری که مبتلا به آرتروز روماتوئید است، درمانگر از مدل درمانی بیومکانیکال و توانبخشی استفاده خواهد کرد. برای استفاده این مدل‌ها، درمانگر نیاز به ارزیابی فاکتورهای مثل دامنه حرکتی، قدرت عضلانی، تحمل فیزیکی، فعالیت‌های روزمره زندگی - شغلی و فعالیت‌های اوقات فراغت بیمار دارد.

پس از انتخاب مدل درمانی مناسب، درمانگر با استفاده از تست‌های استاندارد و غیر استاندارد موجود بیمار را ارزیابی می‌کند. هدف از ارزیابی اندام فوقانی، تشخیص علت ایجاد علائم بیماری و سپس تعیین طرح درمانی مناسب جهت بهبود آنها می‌باشد. به منظور رسیدن به این هدف، باید از اصول ارزیابی و معاینه آگاهی کامل داشت.

مهمترین نکته در ارزیابی یک بیمار، «شکایت اصلی» و یا علت اصلی مراجعه بیمار می‌باشد. سایر اطلاعات کسب شده از بیمار نظیر تاریخچه شروع و ایجاد علائم بیماری، سابقه بیماریهای خاص نظیر دیابت، سرطان، بیماریهای متابولیک و غیره و نیز معاینه بالینی بیمار، همگی در جهت روشن شدن علت ایجاد «شکایت اصلی» بیمار می‌باشد. گاهی علت بیماری کاملاً مشخص است نظیر قطع تاندونهای فلکسور در اثر اصابت جسم برنده به ناحیه ولار ساعد و در این موارد ارزیابی