



تزریق خون اتولوگوس در محل لترال اپی کندیل بیماران مبتلا به آرنج تنیس بازان راجعه

مهدی مویذ فر (M.D.)**

محمد دهقانی (M.D.)*

چکیده

سابقه و هدف: آرنج تنیس بازان یا اپی کندیل لترال آرنج شکایت شایعی است. درمان‌های زیادی از قبیل تزریق کورتیکواستروئید، فیزیوتراپی، تجویز بريس با اثرات غیر قابل پیش‌بینی در آن به کار می‌رود. این مطالعه با هدف بررسی تزریق خون در اپی کندیل لترال مقاوم به درمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: ۲۲ بیمار با اپی کندیل لترال تحت تزریق با ۲ میلی‌لیتر خون خود فرد زیر اکستانسور کارپی رادیالیس برویس قرار گرفتند. همه بیماران سابقه ۲ بار درمان ناموفق غیر جراحی را داشتند که شامل یکی یا همه موارد ذیل بود: فیزیوتراپی، درمان با اسپلینت، مصرف داروهای خوراکی ضد التهابی غیر استروئیدی و تزریق استروئید. بیماران با پرسشنامه ارزیابی بیماران مبتلا به تنیس البو (PRTEE) بررسی شدند.

یافته‌ها: میانگین پی‌گیری ۷/۳ ماه (از ۴ تا ۱۰ ماه بود). پس از تزریق خون میانگین نمره درد از ۴۳/۷ به ۹/۱ کاهش یافت ($P\text{-value} < 0/001$). همچنین نمره عملکرد فرد از ۴۲/۴ به ۱۰/۱ تنزل پیدا کرد ($P\text{-value} < 0/001$). عوارض ناشی از این درمان شامل ۳ مورد اکیموز و ۱ بیمار نیز پس از تزریق دچار ضعف و بی‌حالی شد.

استنتاج: بر اساس این مطالعه در موارد اپی کندیل لترال مقاوم این درمان کم عارضه و موثر توصیه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آرنج تنیس بازان، اپی کندیل لترال، تزریق، خون

مقدمه

گرچه عموماً اصطلاح اپی کندیل لترال و تندونیت برای توصیف آرنج تنیس بازان به کار برده می‌شود ولی مطالعات هیستوپاتولوژیک نشان داده است که تنیس البو یک حالت التهابی نیست (۹،۸). بلکه یک پاسخ فیبروالاستیک و عروقی است که دژنراسیون آنژیوفیبروالاستیک نامیده می‌شود که در حال حاضر بیش‌تر تندینوز شناخته می‌شود (۹،۱۰).

اپی کندیل لترال یا آرنج تنیس بازان در نتیجه یک کشیدگی حاد یا به صورت شایع‌تر در نتیجه یک استرس تکرار شونده به محل مبدا عضله اکستانسور کارپی رادیالیس برویس ایجاد می‌گردد (۴ تا ۱). که ۳-۱ درصد افراد عادی و ۱۵ درصد کارگران در مشاغل زیان ده را درگیر می‌کند (۷ تا ۴).

* فوق تخصص جراحی دست، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

+ ✉ مؤلف مسئول: اصفهان- خیابان کاشانی- بیمارستان آیت الله کاشانی

E-mail: m-dehghani @ med.mui.ac.ir

** دستیار ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تاریخ دریافت: ۸۵/۱۲/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۶/۲/۳۰ تاریخ تصویب: ۸۶/۴/۶

بیمار یا به کمک پزشک پر می شد (۱۸). و به خاطر سادگی و ارزیابی مشکل بیمار در زندگی روزمره جهت ارزیابی بیماران در این مطالعه انتخاب گردید.

مواد و روش ها

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تک گروهی می باشد که در بیماران با تشخیص آرنج تنیس بازان که حداقل دو بار تحت درمان های غیر جراحی از قبیل توصیه به پرهیز از حرکات تکراری مچ دست، بلند نمودن اجسام سنگین و همچنین مصرف داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی و تزریق کورتیکواستروئیدیک در محل اپی کندیل لترال آرنج مبتلا و فیزیوتراپی در جهت استرچ کردن اکستنسورهای مچ دست و انگشتان و تقویت آنها با ورزش های ایزومتریک بوده اند و با گذشت حداقل ۳ ماه از درمان قبلی درد و عملکرد بیماران بهبود نیافته بود و جهت ادامه درمان به کلینیک مراجعه نموده بودند، انجام گردید.

۲ بیمار به دلیل آرتریت روماتوئید، یک بیمار به دلیل علائم دو طرفه و یک بیمار به دلیل ترومای قبلی در محل آرنج از مطالعه خارج شدند. ۴ بیمار نیز در پیگیری شرکت نکردند. در نهایت در ۲۲ بیمار (۱۷ زن و ۵ مرد) پرسشنامه ارزیابی تکمیل گردید: در بیماران مبتلا به تنیس البو از ورید اندام فوقانی مبتلا ۲ میلی لیتر خون وریدی گرفته و با ۱ میلی لیتر محلول لیدوکائین ۲ درصد مخلوط شد و در محل اپی کندیل لترال در زیر عضله اکستنسورکاری رادبالیس برویس تزریق گردید. در ۳ هفته اول بعد از تزریق، بیماران از یک اسپلینت تنیس البو استفاده می کردند که اجازه خم و راست کردن آرنج را به بیمار می داد سپس در هفته ششم و به طور متوسط ۷/۳ ماه پس از تزریق (از ۴ تا ۱۰ ماه) بیماران

درمان های غیر جراحی زیادی جهت درمان آرنج تنیس بازان با اثرات غیر قابل پیش بینی به کار برده می شود (۴). بیش تر موارد غیر جراحی بر سرکوب التهاب فرض شده است که واقعا در تندیوزیس ایجاد نمی شوند. استروئیدهای خوراکی و تزریقی و ماساژ یخ نشانه بارز این رویکرد هستند (۴).

بعضی از محققین اثرات درمان های معمول غیر جراحی را زیر سوال برده (۱۱ تا ۱۳). و اثرات مضر آنها را به خصوص در مورد تزریق کورتیکواستروئید و انواع بی حرکتی گوشزد نموده اند (۴). در گذشته هنگامی که یک ترومای کوچک نظیر یک مانپولاسیون بسته با نیروی زیاد یا آزاد سازی زیرجلدی با چاقوی جراحی یا سوزن در ناحیه تندیوز در اپی کندیل لترال انجام می گرفت، نتیجه بهتری حاصل می شد (۱۴، ۱۵). این درمان خطر زیادی جهت ایجاد شکستگی، آسیب های نوروواسکولار، پارگی لیگامانی یا لاسراسیون داشت (۴).

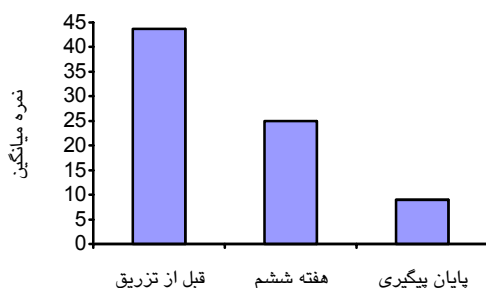
تغییر دهنده های شیمیایی فعالیت سلول ها در خون حمل می شوند و به نام میتومورفوژنیک شناخته می شوند (۸ تا ۱۴). و به نظر می رسد تزریق خون اتولوگوس ممکن است بتواند مدیاتورهای هورمونی و سلولی که در زنجیره ترمیم نقش دارند را فراهم کند (۴).

از این رو درمان موارد مقاوم آرنج تنیس بازان در سال ۲۰۰۳ و دو مطالعه در سال ۲۰۰۶ با تزریق خون اتولوگوس در ناحیه لترال اپی کندیل آرنج انجام گرفت و هر ۳ مطالعه نتایج خوبی را گزارش کردند و معیار ارزیابی آنها (Ninschl score) بود، که از سال ۱۹۹۵ استفاده می شد و درجه بندی آن بیش تر در افراد ورزشکار و ناراحتی های بعد از تمرین کاربرد دارد (۴، ۱۳، ۱۴). معیار ارزیابی جدیدتری که در سال ۲۰۰۵ معرفی گردید. ارزیابی بیماران مبتلا به تنیس البو^۱ (PRTEE) که توسط

1. Patient – rated tennis elbow evaluation

یافته ها

مطالعه از فروردین ماه ۸۵ تا ابتدای اسفند ۸۵ بطول انجامید. ۲۲ بیمار (۱۷ زن و ۵ مرد) مطالعه را به پایان رساندند (جدول شماره ۱). میانگین زمان پیگیری ۷/۳ ماه (۴-۱۰ ماه) بود. میانگین نمره درد قبل از انجام تزریق ۴۳/۷ بود که در هفته ششم به ۲۵ ($P < 0/001$) و در پیگیری به ۹ ($P < 0/001$) رسید، که نشان دهنده موثر بودن درمان بر روی دردیماران به صورت معنادار بود (شکل شماره ۱).



شکل شماره ۱: میانگین نمرات درد

پی گیری شدند و توسط پرسشنامه ارزیابی بیماران مبتلا به تنیس البو که شامل دو سری سؤال در مورد درد و عملکرد بیمار بود ارزیابی شدند. سوالات میزان درد ۵ مورد بود که از حالت بدون درد با امتیاز صفر تا بدترین درد قابل تصور با امتیاز ۱۰ امتیازدهی شدند. سوالات مربوط به عملکرد به دو گروه فعالیت های روزمره و فعالیت های اختصاصی تقسیم گردید که جمعاً ۱۰ مورد بود و از امتیاز صفر که فعالیت بدون مشکل انجام می گردید تا امتیاز ۱۰ که ناتوان از انجام کار بود ارزیابی گردید. سپس نمره درد و معدل عملکردهای اختصاصی و روزمره جداگانه بررسی و همچنین جمع این دو نمره تحت عنوان نمره کلی بیمار نیز بررسی گردید. سپس داده ها وارد نرم افزار SPSS شده و با آزمون آماری Paired t-test با سطح اطمینان ۹۵ درصد آنالیز گردید.

جدول شماره ۱: نتایج تزریق خون خود فرد درایی کند لیت لترال مقام

بیمار	سن	جنس	مدت پیگیری به ماه	قبل از تزریق		بعد از تزریق در هفته ۶		بعد از تزریق در پیگیری	
				نمره درد	نمره عملکرد کلی	نمره درد	نمره عملکرد کلی	نمره درد	نمره عملکرد کلی
۱	۳۲	زن	۹	۴۷	۳۱	۳۵	۲۶	۱۵	۱۶
۲	۴۲	زن	۴	۴۶	۴۸	۴۰	۳۸	۵	۱۱
۳	۲۶	مرد	۸/۵	۳۶	۴۵	۲۵	۳۱	۸	۷
۴	۴۸	مرد	۶	۴۰	۴۷	۲۲	۲۱/۵	۸	۱۲/۵
۵	۵۴	مرد	۶	۳۸	۴۷	۲۲	۲۱	۵	۹
۶	۳۹	زن	۷	۴۸	۴۶	۲۰	۲۱	۸	۷
۷	۳۹	زن	۶	۴۵	۴۵	۲۰	۱۷	۶	۱۰
۸	۴۲	زن	۸	۴۸	۴۸/۵	۲۰	۲۵/۵	۸	۱۰/۵
۹	۴۳	زن	۶	۴۸	۴۲	۳۰	۲۱	۱۲	۱۱/۵
۱۰	۱۹	زن	۶	۵۰	۴۹	۳۰	۲۶	۶	۱۱
۱۱	۲۲	زن	۶	۴۵	۴۲	۲۵	۱۹/۵	۱۵	۹
۱۲	۴۵	زن	۱۰	۴۴	۴۲	۲۴	۲۷/۵	۱۰	۱۲/۵
۱۳	۵۲	زن	۷	۳۵	۳۹	۲۲	۲۰	۱۲	۱۰/۵
۱۴	۴۸	زن	۱۰	۶۰	۴۲/۵	۱۲	۲۲	۶	۱۰
۱۵	۴۸	مرد	۹	۴۵	۴۷/۵	۲۵	۲۶	۱۰	۱۱
۱۶	۴۸	مرد	۶	۴۲	۳۷/۵	۲۰	۱۷	۸	۹
۱۷	۵۸	زن	۴	۴۴	۴۱	۲۴	۱۹	۹	۱۰
۱۸	۴۸	زن	۱۰	۴۰	۳۵/۵	۳۰	۲۰/۵	۱۲	۷
۱۹	۶۲	مرد	۹	۴۴	۴۲	۳۰	۱۹/۵	۱۱	۹
۲۰	۴۶	مرد	۸	۴۰	۴۱	۳۲	۲۳	۱۰	۱۳
۲۱	۴۲	زن	۶	۳۵	۳۵	۲۱	۱۶	۸	۷
۲۲	۵۵	زن	۱۰	۴۲	۳۹	۲۱	۱۸	۸	۹
میانگین	۴۳/۵	زن = ۱۷ مرد = ۵	۷/۳	۴۳/۷	۴۲/۴	۲۵	۲۲/۵	۹	۱۰/۱
				۸۶/۱		۴۷/۵		۱۹/۱	

میزان عوارض در بیماران کم بود. سه مورد اکیموز در محل تزریق ایجاد شد که با کمپرس گرم بر طرف شد. ۱ بیمار هم بعد از انجام تزریق دچار ضعف و بی حالی شد که با دراز کشیدن بیمار و بالا آوردن اندامهای تحتانی برطرف گردید. هیچ موردی از تغییر رنگ پوست و ضایعات ناشی از تزریق در محل لترال اپی کندیل در پیگیری مشاهده نگردید.

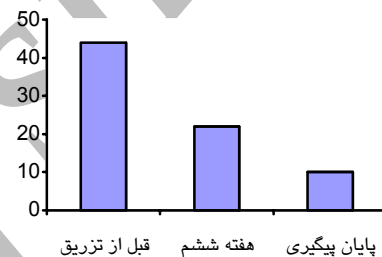
بحث

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۳ در دانشگاه تنسی امریکا انجام شد برای اولین بار تزریق خون را در بیماری آرئج تنیس بازان مقاوم به درمان بکار بردند مطالعه بر روی ۲۸ بیمار که در همگی درمان‌های قبلی غیر جراحی به نتیجه نرسیده بود، انجام گردید. بیماران تحت تزریق ۲ میلی لیتر خون اتولوگوس قرار گرفتند و به‌طور متوسط ۹/۵ ماه پیگیری شدند و با معیارهای آقای Nirshl و نمره درد بررسی شدند که در بیماران میانگین نمره درد از ۷/۸ به ۲/۳ و میانگین نمره در پرسشنامه آقای Nirshl از ۶/۵ به ۲ تقلیل یافته که این کاهش نمره معنادار بود (۴). در دو مطالعه‌ای هم که در سال ۲۰۰۶ در انگلستان انجام شد تزریق خون تحت راهنمایی سونوگرافی انجام شد که کاهش معناداری در نمره Nirshl و همچنین نمره درد (VAS) داشتند و این درمان را در اپی کندیلیت مقاوم به درمان موثر داشتند (۱۶، ۱۷).

در این مطالعه به جای پرسشنامه Nirshl و نمره درد (VAS) و همچنین پرسشنامه ارزیابی مشکلات ساعد بیماران (PRFEQ) از پرسشنامه ارزیابی بیماران تنیس البو (PRTEE) استفاده گردید. که در سال ۲۰۰۵ بجای پرسشنامه ارزیابی مشکلات ساعد بیماران تهیه شد (۱۸).

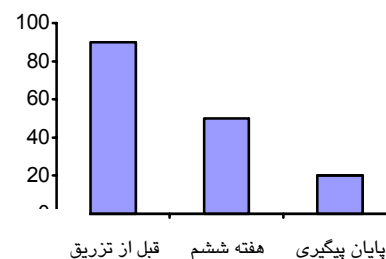
در این مطالعه نیز نمره درد پس از تزریق خون در هفته ششم از ۴۳/۷ به ۲۵ و در پیگیری به ۹ رسید و نمره عملکرد کلی نیز از ۴۲/۴ به ۲۲/۵ و در پیگیری به ۱۰/۱

همچنین میانگین نمره عملکرد بیماران در فعالیت‌های روزمره از ۳۴ به ۱۹ در هفته ششم و به ۹/۴ در پیگیری تقلیل یافت. این نمرات در فعالیت‌های اختصاصی به صورت نمره میانگین ۵۰/۷ که در هفته ششم به ۲۵/۷ و در پیگیری به ۱۰/۸ کاهش یافته که در هر دو مورد تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ($P < 0.001$). همچنین میانگین آنها نیز تحت عنوان عملکرد کلی به صورت معناداری کاهش یافت (شکل شماره ۲).



شکل شماره ۲: میانگین نمرات عملکرد کلی

نمره کلی بیمار مجموع نمره درد و میانگین نمرات فعالیت‌های روزمره و اختصاصی بود که از ۱۰۰ نمره محاسبه گردید. که میانگین مجموع نمرات از ۸۶/۱ در بدو ورود به ۴۷/۵ در هفته ششم و به ۱۹/۲ در پیگیری تقلیل یافت. که این کاهش نیز معنادار بود ($P < 0.001$) و یک ارتباط خطی با سایر داده‌ها داشت (شکل شماره ۳).



شکل شماره ۳: میانگین نمرات کلی بیمار

پیشنهادهای

با توجه به عارضه کم این درمان و هزینه کم آن می توان در مطالعه ای آن را در موارد اولیه و همچنین با درمان تزریق کورتیکواستروئید مقایسه نمود.

رسیده بود که همگی معنادار بود. که نشان دهنده موثر بودن این درمان بر روی موارد اپی کندیلیت لترال مقاوم به درمان می باشد. همچنین میزان کم عوارض و هزینه کم، آن را به عنوان درمانی خوب برای مواردی که به درمان های غیر جراحی پاسخ نمی دهند نشان می دهد.

فهرست منابع

1. Cyriax JH. The pathology and treatment of tennis elbow. *J. Bone. Joint. Surg.* 1936; 18A: 921-950.
2. Nirschl RP. Prevention and treatment of elbow and shoulder injuries in the tennis player. *Clin. Sports. Med.* 1988; 7: 289-308.
3. Nirschl RP, Sobel J, Arm care. A complete guide to prevention and treatment of tennis elbow. Arlington. VA: Medical Sports, 1996.
4. Edwards SG, Calandrucci JH. Autologous blood Injections for refractory lateral epicondylitis. *J. Hand. Surg.* 2003; 28(2): 2728.
5. Allander E. Prevalence, incidence and remission rates of some common rheumatic diseases or syndromes. *Scand. J. Rheumatol.* 1974; 3: 145-53.
6. Bot S, van der Wall J, Terwee C, van der Windt D, Bouter L. Course and prognosis of elbow complaints: a cohort study in general practice. *Ann. Rheum. Dis.* 2005; 64: 1331-6.
7. Walker-Bone K, Palmer K, Reading I, Coggon D, Cooper C. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders of the upper limb in the general population. *Arthritis. Rheum.* 2004; 51: 642-51.
8. Iwasaki M, Nakahara H, Nakata K, Nakase T, Kimura T, Ono K. Regulation of proliferation and osteochondrogenic differentiation of periosteum- derived cells by transforming growth factor- B and basic fibroblast growth factor. *J. Bone. Joint. Surg.* 1995; 77A: 543-554.
9. Nirschl RP. Tennis elbow tendinosis: pathoanatomy, nonsurgical and surgical management. In: Gordon SL, Blair SJ. Fine LJ, eds. Repetitive Motion Disorders of the Upper Extremity. Rosemont, IL: *Am. Academy of Orthopaedic Surgeons.* 1995: 467-479.
10. Nirschl RP. Patterns of failed healing in tendon injury. In: Leadbetter WB, Buckwalter JA, Gordan SL. Eds. Sports Induced Inflammation: Clinical and Basic Science Concepts. Park Ridge. Illinois: *Am. Academy of Orthopaedic Surgeons*, 1990: 577-585.

11. Almekinders LC, Baynes AJ, Bracey LW. An in vitro investigation into the effects of repetitive motion and nonsteroidal anti-inflammatory medication on human tendon fibroblasts. *Am. J. Sports. Med.* 1995; 23: 119-123.
12. Jozsa LG, Kannus P. Overuse injuries of tendons InL Jozsa LG, Kannus P, eds. Human Tendons. Anatomy, Physiology, and Pathology, Champaign, IL: Human Kinetics, 1997: 164-253.
13. O'Brien M. Functional anatomy and physiology of tendons, *Clin. Sports. Med.* 1992; 11: 505-520.
14. Baumgard SH, Schwartz DR. Percutaneous release of the epicondylar muscles for humeral epicondylitis. *Am. J. Sports. Med.* 1982; 10: 233-236.
15. Nirschl RP. Elbow tendinosis/tennis elbow. *Clin. Sports. Med.* 1992; 11: 851-870.
16. Suresh SP, Ali KE, Jones H, Conell DA. Medial epicondylitis: is ultrasound guided autologous blood injection an effective treatment? *Br. J. Sports. Med.* 2006 Nov; 40(11): 935-9.
17. Connell DA, Ali KE, Ahmad M, Lambert S, Corbett S, Curtis M. Ultrasound-guided autologous blood injection for tennis elbow. *Skeletal Radio.* 2006 Jun; 35(6): 371-7.
18. MacDermid J. The patient- rated forearm evaluation Questionnaire is now the patient- rated tennis elbow evaluation. *J. of Hand therapy.* 2005; 18: 407-10.

Archive of SID