

گزارش کوتاه

گزارش ۱۲۰ مورد دررفتگی مفصل شانه در بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس

پیمان اسدی، وحید منصف کسمایی، سید مهدی ضیاء ضیاء بری، بهزاد زهره وندی، نادیا ساجدی

مرکز تحقیقات تروما جاده ای، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران.

*نویسنده مسئول: بهزاد زهره وندی؛ مرکز تحقیقات ترومای جاده ای، بیمارستان پورسینا، رشت، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۸۵۲۳۸۴۷؛ پست الکترونیک: bzohrevandi@yahoo.com

تاریخ دریافت: اسفند ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: اردیبهشت ۱۳۹۴

خلاصه:

به خروج سر استخوان هومروس از حفره گلنویید استخوان اسکاپولا دررفتگی شانه اطلاق میگردد که ۵۰ درصد کل دررفتگی های مفصل بزرگ را به خود اختصاص داده است. با توجه به اهمیت عوارض و ناتوانی های ایجاد شده در اثر این نوع دررفتگی و در عین حال قابل پیشگیری بودن آن، مطالعه حاضر با هدف بررسی ویژگی های اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به دررفتگی شانه طراحی شد. در یک مطالعه مقطعی گذشته نگر، تمامی بیماران مراجعه کننده به بخش اورژانس با شکایت دررفتگی شانه طی یک سال مورد بررسی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک و ویژگی های مربوط به نوع دررفتگی، وجود شکستگی همراه، مکانیسم ایجاد دررفتگی، سابقه قبلی دررفتگی و روش جاندازی مورد استفاده از پرونده بالینی بیماران استخراج و در چک لیست طراحی شده به همین منظور ثبت گردید. داده ها بعد از ثبت و جمع آوری، توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. بر این اساس، ۱۲۰ بیمار با میانگین سنی $39/3 \pm 21/2$ سال در بخش اورژانس مرکز مورد مطالعه طی یک سال پذیرش شده بودند (۷۹/۲ درصد مرد). بیشترین نوع دررفتگی از نوع قدامی (۹۵/۸ درصد) و در سمت راست اتفاق افتاده بود (۵۲/۵ درصد) و شایعترین علت دررفتگی، افتادن روی دست باز عنوان شده بود (۳۴/۲ درصد). جاندازی در ۹۳/۳ درصد موارد به روش بسته و در ۶/۷ درصد به روش جراحی صورت گرفته بود. بر اساس نتایج حاضر در جمعیت مورد مطالعه اکثر بیماران مبتلا به دررفتگی شانه مردان جوانی بودند که به دنبال افتادن روی دست باز دچار دررفتگی قدامی شانه سمت راست شده بودند و با استفاده از روش بسته تحت سدیشن وریدی مورد جاندازی قرار گرفته بودند.

واژگان کلیدی: دررفتگی شانه؛ جاندازی؛ اورژانس؛ اپیدمیولوژی

مقدمه:

به خارج شدن سر استخوان هومروس از حفره گلنویید استخوان اسکاپولا دررفتگی شانه اطلاق میگردد که ۵۰ درصد کل دررفتگی های مفصل بزرگ را به خود اختصاص داده است (۱، ۲). مفصل شانه به دلیل شرایط آناتومیک و بیومکانیکی، بیش از هر مفصل بزرگ دیگری در بدن دچار دررفتگی می شود. این نوع دررفتگی در ۹۵ تا ۹۷ درصد موارد از نوع قدامی و در سایر موارد از نوع خلفی و تحتانی می باشد (۳). نشانه بالینی مهم دررفتگی شانه درد شدید و محدودیت دامنه حرکات مفصل می باشد. تشخیص این حالت پاتولوژیک به صورت بالینی و تایید آن به کمک رادیوگرافی صورت می گیرد (۴). با توجه به اهمیت عوارض و ناتوانی ایجاد شده در اثر این نوع دررفتگی و در عین حال قابل پیشگیری بودن آن، در مطالعه پیش رو بر آن شدیم تا به بررسی ویژگی های اپیدمیولوژیک بیماران مبتلا به دررفتگی شانه مراجعه کننده به بخش اورژانس بیمارستان پورسینا رشت طی سال ۱۳۹۲ بپردازیم.

روش انجام پژوهش:

در مطالعه مقطعی گذشته نگر حاضر، کلیه موارد دررفتگی شانه در مراجعین بخش اورژانس مرکز آموزشی-درمانی پورسینا رشت، استان گیلان در بازه زمانی یک سال (فروردین تا اسفند ماه ۱۳۹۲) مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات دموگرافیک و ویژگی های مربوط به نوع دررفتگی، وجود شکستگی همراه، مکانیسم ایجاد دررفتگی، سابقه قبلی دررفتگی و روش جاندازی از پرونده بالینی بیماران استخراج و در چک لیست طراحی تهیه شده ثبت گردید. در این مطالعه هیچ گونه محدودیتی از نظر سن، جنس، شیفت مراجعه و شرایط همودینامیک بیمار در زمان ورود لحاظ نگردید. تمامی مبتلایان دررفتگی شانه حتی در صورت نقص در قسمتی از اطلاعات مورد نظر وارد مطالعه شدند. حفظ اسرار محرمانه بیماران مورد توجه پژوهش

گران قرار گرفت. در نهایت داده ها بعد از جمع آوری توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها:

در مجموع ۱۲۰ بیمار با شکایت دررفتگی شانه در بخش اورژانس طی یک سال پذیرش شده بودند (۷۹/۲ درصد مرد). میانگین سنی بیماران $21/2 \pm$ ۳۹/۳ سال با دامنه ۱۳ تا ۹۳ سال بود. ۱۱۵ (۹۵/۸ درصد) بیمار دررفتگی از نوع قدامی و ۵ (۴/۲ درصد) بیمار از نوع خلفی داشتند. بر حسب سمت درگیر، در ۶۳ (۵۲/۵ درصد) بیمار درگیری سمت راست و در ۴۵ (۴۵ درصد) بیمار درگیری سمت چپ دیده شد. دررفتگی همزمان دو شانه نیز در ۳ (۲/۵ درصد) بیمار گزارش گردید. از نظر سابقه دررفتگی، ۳۱ (۲۵/۸ درصد) بیمار سابقه قبلی دررفتگی شانه داشتند در حالیکه ۸۹ (۷۴/۲ درصد) بیمار هیچ گونه سابقه ای از دررفتگی نداشتند. شکستگی همزمان با دررفتگی در نواحی توبروزیته بزرگ هومروس، سر هومروس، گردن هومروس، کلاویکل و یا ترکیبی از آنها در ۱۶ (۱۳/۳ درصد) بیمار مشاهده گردید. بر حسب علت موارد دررفتگی، تصادفات ۲۸ (۲۳/۳ درصد) مورد، افتادن روی دست باز ۴۱ (۳۴/۲ درصد) مورد، تشنج ۶ (۵ درصد) مورد، ضرب و شتم ۱۰ (۸/۳ درصد) مورد، ورزش ۸ (۶/۷ درصد) مورد و سایر موارد ۲۸ (۲۲/۵ درصد) مورد را به خود اختصاص دادند. عوارض عضلانی-عصبی تنها در ۶ (۵ درصد) بیمار حادث شده بود. ۹۳/۳ درصد موارد (۱۱۲ بیمار) درمان به طریق بسته و در ۶/۷ درصد (۸ بیمار) موارد به روش جراحی صورت گرفته شده بود.

جدول یک توزیع موارد دررفتگی شانه بر حسب سن، جنس، نوع دررفتگی، سمت درگیر، سابقه دررفتگی، شکستگی همزمان، علت، عوارض عصبی-عروقی و روش درمانی را به تصویر کشیده است.

بحث:

بر اساس یافته های پژوهش حاضر، اکثر بیماران مبتلا به دررفتگی شانه در جمعیت مورد مطالعه را مردان جوانی تشکیل میدادند که به دنبال افتادن روی دست باز دچار دررفتگی قدامی شانه سمت راست شده بودند. اغلب بیماران تحت شرایط بی دردی و با استفاده از روش جاندازی بسته بدون نیاز به هیچ گونه جراحی تحت درمان قرار گرفته بودند. همان طور که پیشتر گفته شد مفصل شانه بی ثبات ترین مفصل بدن می باشد که بیشترین میزان موارد دررفتگی در بین مفاصل استخوان های بزرگ را به خود اختصاص می دهد. در مطالعه کنونی مشابه سایر مطالعات، بیشترین گروه سنی درگیر با دررفتگی شانه را افراد جوان ۲۱ تا ۳۰ ساله به خود اختصاص داده اند (۵-۷). از نظر جنسیت نیز همانند سایر مطالعات، مردان بیشترین موارد دررفتگی شانه را به خود اختصاص داده اند. شاید بتوان این امر را ناشی از فعالیت فیزیکی-کاری متفاوت مردان در مقایسه با زنان دانست (۷، ۸). از طرفی هر چند موارد دررفتگی در مردان بطور قابل توجهی بیش از زنان بود ولی از نظر دررفتگی همراه با شکستگی، زنان به ویژه زنان مسن اکثریت موارد را تشکیل می دادند که تمامی آنها تحت بیهوشی عمومی به روش جراحی باز مورد درمان قرار گرفته بودند. علت این امر شاید میزان کمتر تراکم بافت استخوانی زنان به خصوص زنان مسن در مقایسه با مردان باشد

جدول ۱: توزیع موارد دررفتگی شانه بر حسب سن، جنس، نوع دررفتگی، سمت درگیر،

سابقه دررفتگی، شکستگی همزمان، علت، عوارض عضلانی-عصبی و روش درمانی

توزیع موارد دررفتگی شانه	تعداد (درصد)
گروه سنی (سال)	
<۲۰	۱۴ (۱۱/۷)
۲۰-۳۹	۶۷ (۵۵/۸)
۴۰-۵۹	۱۵ (۱۲/۵)
≥۶۰	۲۴ (۲۰)
جنس	
مرد	۹۵ (۷۹/۲)
زن	۲۵ (۲۰/۸)
نوع دررفتگی	
قدامی	۱۱۵ (۹۵/۸)
خلفی	۵ (۴/۲)
سمت درگیر	
راست	۶۳ (۵۲/۵)
چپ	۴۵ (۴۵)
هر دو	۳ (۲/۵)
سابقه دررفتگی	
بلی	۳۱ (۲۵/۸)
خیر	۸۹ (۷۴/۲)
شکستگی همزمان	
بلی	۱۶ (۱۳/۳)
خیر	۱۰۴ (۸۶/۷)
علت	
تصادف	۲۸ (۲۳/۳)
افتادن روی دست باز*	۴۱ (۳۴/۲)
تشنج	۶ (۵)
ضرب و شتم	۱۰ (۸/۳)
ورزش	۸ (۶/۷)
سایر موارد	۲۷ (۲۲/۵)
وجود عوارض عصبی-عروقی	
بلی	۶ (۵)
خیر	۱۱۴ (۹۵)
روش درمانی	
باز	۸ (۶/۷)
بسته	۱۱۲ (۹۳/۳)

*Falling on out stretched hand

که همین مسئله آنها را مستعد شکستگی می نماید. شایع ترین مکانیسم در بروز دررفتگی افتادن روی دست باز عنوان شد که با مطالعاتی نظیر زاکچیلی و همکاران که علت ۵۸ درصد از دررفتگی های شانه را سقوط ذکر کرده بودند در توافق بود (۵، ۹). از نظر سابقه دررفتگی، اکثریت بیماران برای بار اول دچار این عارضه شده بودند. طبق اغلب مطالعات، وجود سابقه قبلی دررفتگی مفصل شانه فرد را مستعد ابتلا مجدد می کند. در عین حال در مطالعات اپیدمیولوژیکی چون مطالعه دکتر مفیدی و همکاران مشابه یافته های مطالعه کنونی، اکثر موارد دررفتگی شانه بدون سابقه قبلی رخ

نمود، از این رو انجام مطالعه ای با جامعه آماری وسیع تر همراه با پیگیری مستمر بیماران با هدف یافتن اطلاعات جامع تر و کاربردی تر پیشنهاد می گردد.

سهم نویسندگان:

تمامی نویسندگان معیارهای استاندارد نویسندگی بر اساس پیشنهادات کمیته بین المللی ناشران مجلات پزشکی را دارا بودند.

تضاد منافع:

بدینوسیله نویسندگان تصریح می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع مالی:

هیچ گونه کمک مالی برای انجام این پروژه دریافت نشده است.

داده بود (۷). در حالیکه در مطالعه بوهو و همکاران که بر روی جامعه آماری خاص انجام شد (بازیکنان راگبی) تعداد موارد با سابقه قبلی دررفتگی شانه بیش از موارد نوبت اول بود (۶). روش جانندازی مورد استفاده برای اکثر بیماران مشابه مطالعاتی نظیر مطالعه یاپ و همکاران روش بسته تحت شرایط بی دردی بود (۵).

نتیجه گیری:

در نتیجه به طور خلاصه می توان گفت در جمعیت مورد مطالعه اکثر بیماران مبتلا به دررفتگی شانه مردان جوانی بودند که به دنبال افتادن روی دست باز دچار دررفتگی قدامی شانه سمت راست شده بودند و با استفاده از روش بسته تحت سدیشن وریدی مورد جانندازی قرار گرفته بودند. از آنجاییکه در این مطالعه اطلاعات مربوط به بیماران و پیگیری درمان آنها در دسترس

Reference:

1. Iannotti JP, Gabriel JP, Schneck S, Evans B, Misra S. The normal glenohumeral relationships. An anatomical study of one hundred and forty shoulders. The Journal of Bone & Joint Surgery. 1992;74(4):491-500.
2. Rouleau DM, Herbert-Davies J, Robinson CM. Acute Traumatic Posterior Shoulder Dislocation (vol 22, pg 145, 2014). J Am Acad Orthop Surg. 2014;22(6):401-3.
3. Robinson CM, Seah M, Akhtar MA. The epidemiology, risk of recurrence, and functional outcome after an acute traumatic posterior dislocation of the shoulder. J Bone Joint Surg. 2011;93(17):1605-13.
4. Chong M, Karataglis D, Learmonth D. Survey of the management of acute traumatic first-time anterior shoulder dislocation among trauma clinicians in the UK. Ann R Coll Surg Engl. 2006;88(5):454-8.
5. Yeap J, Lee D, Fazir M, Borhan T, Kareem B. The epidemiology of shoulder dislocations in Malaysia. Med J Malaysia. 2004;59:19-23.
6. Bohu Y, Klouche S, Lefevre N, et al. The epidemiology of 1345 shoulder dislocations and subluxations in French Rugby Union players: a five-season prospective study from 2008 to 2013. Br J Sports Med. 2014;48(8):12-9.
7. Mofidi M, Ahmadi K. Audit on necessity of radiographs in anterior shoulder dislocations. J Mazandaran Uni Med Sci. 2008;17:13-7. [Persian].
8. Liavaag S, Svenningsen S, Reikerås O, et al. The epidemiology of shoulder dislocations in Oslo. Scand J Med Sci Sports. 2011;21(6):e334-e40.
9. Zacchilli MA, Owens BD. Epidemiology of shoulder dislocations presenting to emergency departments in the United States. J Bone Joint Surg. 2010;92(3):542-9.

BREIF REPORT

120 Cases of Shoulder Dislocation referred to Emergency Department during One Year; a Case Series Study

Payman Asadi, Vahid Monsef Kasmaie, Seyyed Mahdi Zia Ziabari, Behzad Zohrevandi*, Nadia Sajedi

Guilan Road Trauma Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

***Corresponding author:**

Behzad Zohrevandi; Road trauma Research Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

Tel: 09188523847; **Email:** bzohrevandi@yahoo.com

Abstract

Shoulder dislocation is identified as displacement of humerus head from the glenoid cavity of scapula bone, which makes up about 50% of total joint dislocations. Taking into account the importance of the side effects and disabilities caused by this type of dislocation and that it can be prevented, the present study was designed aiming to evaluate the epidemiologic characteristics of the patients with shoulder dislocation. In this retrospective cross-sectional study, all the patients referred to the emergency department (ED) with complaint of shoulder dislocation throughout one year were evaluated. Demographic data and characteristics regarding the type of dislocation, presence of accompanying fractures, mechanism of dislocation, history of dislocation and the method of reduction were extracted from the patients' profiles and recorded in a checklist designed for this purpose. Data were then statistically analyzed using SPSS version 19. Statistics showed that 120 patients with the mean age of 39.3 ± 21.2 years had been admitted to ED of the studied center in one year (79.2% male). The most common type of dislocation was anterior dislocation (95.8%) and in the right shoulder (52.5%) and the most common cause was falling on open arm (34.2%). Reduction method was non-operative in 93.3% of the cases and surgery in 6.7%. Based on the results of this study, in the studied population, most patients with shoulder dislocation were young men who had an anterior dislocation in their right shoulder because of falling on out stretched hand and treated with close reduction.

Key words: Shoulder dislocation; emergencies; epidemiology; reduction