

(مقالات پژوهشی)

بررسی اپیدمیولوژیک در رفتگی مفاصل اندامهای فوقانی و تحتانی در مراجعه کنندگان به بیمارستان امام خمینی اهواز در سال ۱۳۸۴

محمد فکور^{۱*}، افسانه نژاد حسینی^{**}

چکیده

هدف: الگوی شیوع انواع مختلف دررفتگی در مناطق مختلف دنیا متفاوت می باشد و شناخت آن در هر منطقه اهمیت بسزایی در برنامه ریزی آموزشی و درمانی دارد. هدف مطالعه حاضر بررسی الگوی فراوانی در رفتگی مفاصل اندامهای تحتانی و فوقانی در مراجعه کنندگان در بیمارستان امام خمینی اهواز (که یک مرکز آموزشی درمانی در بسیاری از موارد ارجاع تروماهای استان خوزستان می باشد) بود.

روش بررسی: این مطالعه به صورت مقطعی توصیفی در بین بیماران مراجعه کننده بستری و سرپایی به بخش ارتوپدی بیمارستان امام خمینی اهواز طی سال ۱۳۸۴ انجام گردید. این پژوهش بر اساس چک لیستی ۶۴۰۰۰ پرونده بیمارستان (۶۲۰۰۰ سرپایی اورژانس و ۲۰۰۰ بیمار بستری بخش ارتوپد) از نظر وجود دررفتگی، مفصل گرفتار در اندامهای فوقانی و تحتانی، سن، جنس، سمت گرفتار، ضایعات همراه، علت بروز ضایعه، باز یا بسته بودن دررفتگی جمع آوری اطلاعات صورت پذیرفت.

یافته ها: ۱۲۸ مورد در رفتگی وجود داشته که مردان ۱۰۹ (۸۵ درصد) و زنان ۱۹ (۱۵ درصد)، سمت گرفتار راست ۶۷ (۵۲/۳ درصد) چپ ۶۱ (۴۷/۷ درصد)، وجود شکستگی همراه دررفتگی (۶۴ درصد)، نیاز به بستری ۳۹ (۳۰/۵ درصد)، مفاصل درگیر در تمام موارد یک مفصلی بودند. شایع ترین سن وقوع دررفتگی در دهه سوم زندگی مشاهده شد و در بیش از ۷۷ درصد موارد دررفتگی در سنین ۴۰-۱۰ سالگی قرار داشت. ضایعه عصبی همراه فقط در یک مورد گزارش شد ولی ضایعه شریانی در هیچ بیماری دیده نشده است. در رفتگی بسته در ۱۲۶ نفر (۹۸/۴ درصد) وجود داشت. شایع ترین مکانیزیم دررفتگی به دنبال تصادف ۷۱ (۵۵/۵ درصد) بود که بیشترین دررفتگی در اندام فوقانی ۹۴ (۷۳/۴ درصد) و در شانه ۲۷ (۲۱/۱ درصد)، مفصل MP دست ۲۱ (۱۶/۴ درصد) به ترتیب و در اندام تحتانی هیپ ۲۴ (۱۸/۸ درصد) شایعترین مفاصل گرفتار بوده اند و از میان شکستگی و دررفتگی ها بیشترین تایپ، شکستگی و در رفتگی گالزی ۲۶ (۲۰/۳ درصد) قرار داشته است.

نتیجه گیری: بیشترین دررفتگی در جنس مذکر، در اندام فوقانی و در سمت راست و در دهه سوم زندگی مشاهده شد بیشترین عامل دررفتگی تصادف بود که بیشترین مفصل گرفتار در اندام فوقانی، شانه و در اندام تحتانی، هیپ بوده است اکثر موارد با بستری کوتاه مدت در بخش اورژانس ارتوپدی درمان شده اند و فقط در یک مورد ضایعه عصبی همراه مربوط به عصب اولنا گزارش شده بود. م ع پ ۱۳۸۸؛ ۱(۱): ۹-۴

کلید واژه گان: در رفتگی، اندام فوقانی، اندام تحتانی، شیوع

*دانشیار، گروه ارتوپدی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
**پزشک عمومی

۱- نویسنده مسوول: Email: dr-m-fakoor@yahoo.com

مقدمه

در رفتگی (Dislocation) به مواردی اطلاق می شود که در آن سطوح مفصلی بکلی از یکدیگر جدا شده و تمام تقابل بین سطوح مفصلی از بین برود ولی اگر ارتباط بین سطوح مفصلی تا حدی با جابجایی همراه شود در صورتی که تماس سطوح مفصلی بطول کامل از هم جدا نشود به آن نیمه دررفتگی (Subluxation) گفته می شود. در رفتگی و یا نیمه دررفتگی ها می تواند مادرزادی (Congenital)، خودبخودی (Atraumatic)، تروماتیک (Traumatic) و یا مکرر (Recurrent) باشد (۱) تروما شایع ترین علت دررفتگی و نیمه دررفتگی می باشد و هر مفصلی در اندامهای تحتانی و فوقانی که متحرک باشند می تواند گرفتار شود. گاه این در رفتگی همراه با شکستگی در سطوح مفصلی و یا استخوان مجاور می باشد. با پیشرفت های تکنولوژیکی و افزایش حوادث ترافیکی و از طرف دیگر گسترش ورزش و توسعه آن و تبدیل شدن فعالیت های ورزشی از شکل آماتوری به حرفه ای و پیدایش ورزشهای گروهی قهرمانی شانس پیدایش دررفتگی در مفاصل افزایش یافته است.

اهمیت دانستن اپیدمیولوژی و شیوع مشکلات برای پیش بینی آموزشهای مهارتی درمانی برای دستیاران، دانشجویان و پزشکان عمومی و پیش گویی مواد اولیه لازم است از شیوع موارد اطلاعات کافی در دست باشد و از آن جایی که تاکنون آمار این گونه موارد در منطقه خوزستان مشخص نگردیده است نیاز بود تا تحقیقات مشابهی برای

بدست آوردن این اطلاعات صورت پذیرد (۱). سطوح مفصلی بواسطه لیگامان ها و کپسول مفصلی در کنار هم قرار می گیرند که دررفتگی با گسیختگی آن همراه می گردد. عواملی همانند تروما بیشترین علت و دامنه سنی شایع ۴۴- ۱۸ سالگی بیان می شود. شانه شایع ترین مفصل بزرگ بدن است که دچار دررفتگی می شود که بیشتر از ۹۰ درصد موارد علت آن تروما است. (۲) و بیشترین دررفتگی، دررفتگی قدامی است (۳). شکستگی و دررفتگی گالزی ۳ برابر شایع تر از دررفتگی مونتاژیا می باشد (۴) در رفتگی هیپ در اندام تحتانی و فرم خلفی آن شایعتر می باشد (۵-۹).

دررفتگی میچ دست معمولا شکستگی اسکافوئید را به طور شایع همراه دارد و در اثر تروما با انرژی بالا ایجاد می شود (۴). دررفتگی در پا غیر معمول بوده و معمولا بدنبال تروما در ورزشهای پرتحرک ایجاد می گردد (۱۰). دررفتگی آرنج و زانو از شیوع کمی برخوردار است. در مطالعه هارنیک (Harniks) از ۵۷۹ آرنج صدمه دیده فقط ۴۰ مورد (۳ درصد) دررفتگی آرنج بوده است (۱۱). در مطالعه Harvey, Meyers, Losangeles انجام شده در طی یک دوره ۱۰ ساله فقط ۵۳ مورد دررفتگی زانو (۹) و آندرسون ۱۴ مورد از ۲ میلیون مراجعه کننده در رفتگی زانو داشته اند (۱۰) و دررفتگی DIP در انگشتان دست غالبا بعلت عدم تشخیص نادیده گرفته می شود (۱۴).

روش بررسی

مطالعه حاضر یک بررسی مقطعی توصیفی بود که در بیمارستان امام خمینی اهواز طی سال ۱۳۸۴ می باشد که در بررسی پرونده ۶۴ هزار بیمار مراجعه کننده به اورژانس و بخش ارتوپدی که به صورت سرپایی و بستری درمان شده اند صورت گرفت. از موارد دررفتگی ثبت شده که اطلاعات اپیدمیولوژیکی مانند مفصل گرفتار، سن، جنس، سمت گرفتار ضایعات همراه، علت بروز ضایعه و باز و بسته بودن دررفتگی از پرونده استخراج و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها

۱۲۸ مورد دررفتگی در ۶۴ هزار پرونده ارتوپدی بستری و سرپایی ثبت شده بود که مردان ۱۰۹ (۸۵ درصد) را شامل می شوند. زنان ۱۹ (۱۵ درصد)، سمت گرفتار راست ۶۷ (۵۲/۳ درصد)، سمت گرفتار چپ ۶۱ مورد (۴۷/۷ درصد) را تشکیل دادند. تعداد ۳۹ بیمار (۳۰/۵ درصد) بستری شده بودند که ۲۷ نفر در اندام تحتانی و ۱۲ نفر در

اندام فوقانی بوده و ۸۹ بیمار (۶۹/۵ درصد) بصورت سرپایی که، ۸۲ بیمار در اندام فوقانی و ۷ نفر اندام تحتانی درمان شده بودند شیوع شکستگی همراه با دررفتگی بیشتر از یک شکستگی همراه داشتند ۶۱ (۴۷/۷ درصد) (جدول ۱)، علت ضایعه (جدول ۲)، بررسی شیوع دررفتگی در سنین مختلف (جدول ۳)، مفاصل گرفتار در اندامهای فوقانی و تحتانی (جدول ۴)، بررسی متغیر جنس در ارتباط با اندام فوقانی و تحتانی گرفتار (جدول ۱) آورده شده است. تعداد افرادی که همراه با دررفتگی یک شکستگی همراه داشته اند ۶۱ نفر (۴۷/۷ درصد) بود که در اندام فوقانی ۴۶ (۳۵/۹ درصد) و در اندام تحتانی ۱۵ مورد (۱۱/۷ درصد) قرار داشتند. تعداد افرادی که همراه در رفتگی دو شکستگی شانه شامل ۱۷ نفر (۱۳/۳ درصد) بودند که در اندام فوقانی ۱۰ نفر (۷/۸ درصد) و در اندام تحتانی ۷ نفر (۵/۵ درصد) مشاهده شد تعداد افرادی که همراه دررفتگی ۳ تا ۶ شکستگی همراه داشتند ۴ نفر (۳/۲ درصد) در اندام فوقانی ۱ نفر (۰/۸ درصد) و اندام تحتانی ۳ نفر (۲/۴ درصد) بوده است.

جدول ۱: فراوانی متغیرها در دررفتگی مفاصل مختلف اندام فوقانی و تحتانی

| پارامتر | فراوانی تعداد | | | فراوانی درصد | | |
|------------------|---------------|--------|-----|--------------|--------|------|
| | فوقانی | تحتانی | کل | فوقانی | تحتانی | کل |
| راست و چپ بدن | ۴۷ | ۲۰ | ۶۷ | ۳۶/۷ | ۱۵/۶ | ۵۲/۳ |
| چپ | ۴۷ | ۱۴ | ۶۱ | ۳۶/۷ | ۱۰/۹ | ۴۷/۷ |
| شکستگی همراه | ۵۶ | ۲۶ | ۸۲ | ۴۳/۸ | ۲۰/۳ | ۶۴/۱ |
| ندارد | ۳۸ | ۸ | ۴۶ | ۲۹/۶ | ۶/۳ | ۳۵/۹ |
| سابقه بستری شدن | ۱۲ | ۲۷ | ۳۹ | ۹/۴ | ۲۱/۱ | ۳۰/۵ |
| خییر | ۸۲ | ۷ | ۸۹ | ۶۴/۱ | ۵/۵ | ۶۹/۵ |
| تعداد مفصل درگیر | ۹۴ | ۳۴ | ۱۲۸ | ۷۳/۲ | ۲۶/۸ | ۱۰۰ |
| ضایعه عصبی | ۱ | ۰ | ۱ | ۰/۸ | ۰ | ۰/۸ |
| ضایعه شریانی | ۹۴ | ۳۳ | ۱۲۷ | ۷۳/۴ | ۲۵/۸ | ۹۹/۲ |
| | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ | ۰ |
| | ۹۴ | ۳۴ | ۱۲۸ | ۷۳/۴ | ۲۶/۶ | ۱۰۰ |
| نوع دررفتگی | ۱ | ۱ | ۲ | ۰/۸ | ۰/۸ | ۱/۶ |
| بسته | ۹۳ | ۳۳ | ۱۲۶ | ۷۲/۷ | ۲۵/۷ | ۹۸/۴ |

جدول ۲: شیوع شکستگی همراه با دررفتگی مفاصل مختلف

| درصد فراوانی | فراوانی | علت دررفتگی |
|--------------|---------|-------------|
| ۵۵/۵ | ۷۱ | تصادف |
| ۳۲/۸ | ۴۲ | سقوط |
| ۷ | ۹ | نزاع |
| ۳/۱ | ۴ | ورزش |
| ۱/۶ | ۲ | نامشخص |
| ۱۰۰ | ۱۲۸ | کل |

جدول ۳: بررسی دررفتگی در سنین مختلف

| درصد فراوانی | فراوانی | سن |
|--------------|---------|-----------|
| ۱۰/۹ | ۱۴ | ۱-۱۰ سال |
| ۱۹/۵ | ۲۵ | ۱۱-۲۰ سال |
| ۲۸/۱ | ۳۶ | ۲۱-۳۰ سال |
| ۲۱/۹ | ۲۸ | ۳۱-۴۰ سال |
| ۱۰/۹ | ۱۴ | ۴۱-۵۰ سال |
| ۵/۵ | ۷ | ۵۱-۶۰ سال |
| ۲/۳ | ۳ | ۶۱-۷۰ سال |
| ۰/۸ | ۱ | ۷۱-۸۰ سال |
| ۱۰۰ | ۱۲۸ | کل |

جدول ۴: فراوانی دررفتگی در مفاصل مختلف

| درصد فراوانی | فراوانی | متغیر |
|--------------|---------|--------------------------|
| ۱۹/۵ | ۲۵ | قدامی |
| ۱/۶ | ۲ | خلفی |
| ۲۰/۳ | ۲۶ | گالزی |
| ۱۸/۸ | ۲۴ | هیپ خلفی |
| ۱۵/۶ | ۲۰ | دورسال |
| ۰/۸ | ۱ | ولار |
| ۱۶/۴ | ۲۱ | دست کل |
| ۶/۳ | ۸ | آرنج |
| ۵/۵ | ۷ | مچ پا |
| ۳/۹ | ۵ | MP پا |
| ۲/۳ | ۳ | مونتازیا |
| ۲/۳ | ۳ | مچ دست |
| ۱/۶ | ۲ | لیسفرانک |
| ۰/۸ | ۱ | زانو |
| ۰/۸ | ۱ | پروگزیمال، دورسال IP دست |
| ۱۰۰ | ۱۲۸ | کل |

بحث

بود. و اختلاف معنی داری بین اندام فوقانی و تحتانی نداشت.

ضایعه عصبی همراه فقط در یک مورد آن هم در اندام فوقانی و عصب اولنا گزارش شد ولی هیچ گونه ضایعه شریانی همراه مشاهده نگردید. بیشترین علل ایجاد دررفتگی به ترتیب شامل تصادف ۷۱ (۵۵/۵ درصد)، از بلندی ۲۲ (۸/۱ درصد)، نزاع ۹ (۷ درصد) و حادثه ورزشی ۴ (۳/۱ درصد) بود.

با توجه به نتایج این پژوهش توصیه می شود برای پیدا کردن الگوی کلی دررفتگی اندامها، استان مطالعه وسیع تری در کل مراکز درمانی که بخش یا اورژانس ارتوپدی دارند، صورت پذیرد.

در این بررسی بیشترین مفاصل گرفتار به ترتیب شامل شانه، هیپ و مفصل متاکارپوفالانجیال دست بود. در اندام فوقانی بیشترین مفصل گرفتار، شانه و در اندام تحتانی مفصل هیپ می باشد. بیشترین دررفتگی دررده سنی ۳۰-۲۱ دیده شد و تقریباً ۵۰ درصد موارد دررفتگی در دهه ۲ و ۳ و ۴ زندگی مشاهده گردید. بیشترین موارد دررفتگی بصورت سرپایی و در بخش اورژانس ارتوپدی درمان شده بودند (۵۹/۵ درصد) که بیشتر درگیری در اندام فوقانی وجود داشت. بیشترین سمت گرفتار بدن، سمت راست بوده و بین اندام فوقانی و تحتانی آنها اختلاف معناداری وجود نداشت. بیشترین فراوانی مقدار شکستگی همراه با دررفتگی، یک مورد شکستگی همراه و دررفتگی ها بیشتر بصورت بسته

منابع

- 1- Crawford Adams J, LH D. Outline of fractures including joint injuries. 11th ed. 1999: 119,150,195.
- 2-Rocre CR. Prognosis in dislocation of the shoulder. JBJS 1956; 38A:957-77.
- 3-Rowe CR, Zarins B. Chronic unreduced dislocations of the shoulder. JBJS 1982; 64:1494-505.
- 4-Galeazzi R. Uberein Besonderes syndrome bei rertzonger inm Bereichder unteramknochen. Arch Orthop Unfallehir 1939; 557: 62.
- 5-Inore G, kinoy , Kondoll. Simultaneous dorsal dislocation of the both interphalangeal joint in a finger. Am J Sports Med 1993;21:323-325
- 6 Rockwood CA, Green DP Bucholz RW, Heckman JD Court-Brown CM, Koval KJ, et al. Rockwood Green's. Fractures in adult. 6th ed . Lippincott, Williams & Wilkins; 2006:1155.
- 7- Rockwood CA, Green DP Bucholz RW, Heckman JD Court-Brown CM, Koval KJ, et al. Johns. Early transmetatarsal injuries. Rockwood & Green's 6th ed . Lippincott Williams & wilkins . 2006:2203.
- 8-Josefsson PO, Nikson BE. Incidence of elbow dislocation. Acta Orthop Scand 1986; 57:37-538.
- 9-Yong RS, Tsuang GH , Yang YS. Traumatic dislocation of the hip. Clin Orthop 1991; 265:218-28.
- 10-Frassica FS, Franklin HS, Staeheli JW. Dislocation of the knee . Clin orthop 1992;263:200-205
- 11-Hanel DP. Primery fusion of fracture dislocation of central carpometacarpal joint. Clinic Orthop 1996; 327:85-93.
- 12-Okafor B. Mbubaegbu C, Munshi I. Mallet deforming of the finger: five-year fallow-up of conservative treatment. JBJS 1997; 79B:543-544.
- 13-Anderson MB, Johannsen H. Double dislocation of the interphalangeal joint in the finger. case report and review of publication. Scand J Plast Reconstr Surg 1993; 27:233-6.

Epidemiological review of upper and lower extremity joints dislocations among visiting patients in Imam Khomeini hospital Ahvaz in 2005

Fakoor* M, Nejad-hoseini A

Department of Orthopedic Surgery, Imam Khomeini Hospital, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

Abstract

Objects: The aim of this study was to review of incidental pattern of upper and lower extremity joints dislocations among patients in Imam Khomeini Hospital, Ahvaz in 2005 for the first time which is the referral university hospital in the province of Khuzestan, Iran.

Subjects and Methods: This was a retrospective and descriptive study among in and out patients in orthopedic surgery department of Imani Khomeini hospital during 2005 on the basis of a total amount of 64000 cases (62000 outpatient and 2000 admitted cases). The study was done for the presence of any dislocation, involved limb, age, sex, side of the involvement, accompanying injuries, mechanism of injury, open or closed dislocation.

Results: There was a total amount of 128 dislocations (Men=85% Women =15%) 52.3% in the right side and 47, 7% in the left side 64% of dislocations accompanied by a fracture and 30,5% needed hospital admission. In all cases there was only one joint involvement and the most common age of joint dislocation was in the third decade of life more than 77% of dislocation occurred among patients between 10-40 years old. Neurological damage was found in only one case and there was no vascular injury. Incidence of closed dislocation was 98.4% and the most common mechanism of injury as accident (32.8%). Joint dislocations were more common in the upper extremity (73.4%) in shoulder (21.1%) and in hand Mp joint (16.4%) In the lower extremity hip dislocation was more common (81. 8%). Gallezia fracture dislocation was the most common form of a fracture dislocation combination (20.3%).

Conclusion: Dislocation was more common in the male gender, upper extremity, right side and third decade of life. Accident was the most common mechanism of joint dislocation. Shoulder was the most common dislocated joint in the upper extremity and hip was so in the lower extremity. Most cases required short term admission in the Emergency Orthopedic Department and only one case of ulnar nerve injury was discovered among joint dislocation cases.

Keywords: Dislocation, Age, Sex, Accompanying injuries, Mechanism of injuries

* Corresponding author: Email: dr-m-fakoor@yahoo.com