گزارش یک مورد شکستگی-دررفتگی قدامی شانه و شکستگی تنه استخوان بازوی همان سمت به صورت همزمان

چکیده

زمینه: شکستگی-دررفتگی قدامی شانه همزمان با شکستگی استخوان بازو همان سمت، ناشی از ترومای شدید بوده و بسیار نادر می‌باشد. در این گزارش یک مورد از این آسیب همراه با درمان انجام شده،ارائه می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار آقای ٤٨ ساله‌ای است که به دنبال تصادف موتور سیکلت با شکستگی بازو همراه با شکستگی-دررفتگی قدامی شانه همان سمت به بیمارستان آورده شد.هر دو آسیب بیمار به صورت باز جاانداری و سپس تثبیت شد.

نتیجه‌گیری: در صورت تشخیص به موقع این آسیب نادر و ناتوان کننده، می‌توان درمان را به صورت کامل انجام داد. لذا، دقت در معاینه و گرفتن گرافی‌های کامل الزامی است.

کلیدواژه‌ها: ۱- شکستگی-دررفتگی شانه ۲- شکستگی استخوان بازو ۳- شکستگی توبروزیته بزرگ

*دکتر آرش متقیI

دکتر محمدعارف محمدیII

تاریخ دریافت: ۸۷/۴/۲۳، تاریخ پذیرش: ۸۷/۸/۱۵

مقدمه

شکستگی-دررفتگی یک مفصل همراه با شکستگی استخوان بلند همان سمت معمولاً ناشی از ترومای شدید بوده و جزء آسیب‌های غیر شایع و ناتوان‌کننده می‌باشد. در این میان شکستگی-دررفتگی شانه همراه با شکستگی استخوان بسیار نادر است.

اولین بار در سال ۱۹٤۰ Winderman et al یک مورد از این آسیب را گزارش کرد.[۱] پس از آن ۱۵ مورد توسط نویسندگان دیگر گزارش شده است. مکانیسم آسیب در این محل شبیه موارد مشابه در اندام تحتانی است، مانند شکستگی استخوان ران همراه با دررفتگی سر استخوان ران که در Dashboard injury دیده می‌شود. Sankaran – Kutty علت این آسیب را انتقال نیرو در طول استخوان بازو دانست.[۲] Kontakis نیز معتقد بوده که در این حادثه،اول دررفتگی اتفاق می‌افتد و سپس تنه استخوان بازو دچار شکستگی می‌شود.[۳]

راه های درمانی متفاوتی جهت این آسیب پیچیده مطرح شده است. معمولاً جاانداری بسته در اورژانس بدون بیهوشی عمومی مشکل بوده و Calderone آسیب عصبی رادیال را به دنبال این تلاش گزارش کرده‌است.[٤] بنابراین اغلب جهت جاانداری نیاز به انتقال به اطاق عمل بوده. از جاانداری با کشش یا مانیپولاسیون با استفاده از Pin در قمست پروگزیمال هومروس استفاده می‌شود. ندرتاً نیاز به جاانداری باز جهت دررفتگی شانه می‌باشد. جهت درمان شکستگی بازوی همراه نیز می توان درمان‌های متفاوتی من جمله آتل‌گیری، تثبیت باز، Nail و فیکساتور به کار برد.

معرفی بیمار

بیمار مورد نظر مرد ٤٨ ساله راست دست بود که پس از تصادف با موتور سیکلت توسط آمبولانس به بیمارستان منتقل شد. حین بستری بیمار هوشیار و علائم حیاتی نرمال بود. دفورمیتی و تورم دردناک شانه و بازوی راست داشت. معاینه عروقی و عصبی اندام

I) متخصص ارتوپدی، بیمارستان بعثت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی همدان، همدان، ایران (*مولف مسؤول)

II) متخصص ارتوپدی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی زاهدان، زاهدان،ایران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-04]

مزبور نرمال بوده و در سایر قسمت‌های بدن نیز مشکل خاصی نداشت. در رادیو گرافی بیمار (شکل شماره ۱) شکستگی نیمه میانی استخوان بازو با گسترش به متافیز پروگزیمال هومروس و دررفتگی مفصل شانه همان سمت و شکستگی توبروزیته بزرگ مشهود بود.



شکل شماره ۱- شکشتگی-دررفتگی شانه همراه با شکستگی استخوان بازو و توبروزیته بزرگ

ابتدا اقدام به جاندازی بسته تحت تزریق آرام بخش و ضد درد وریدی (۱۰ میلی‌گرم (mg) دیازپام + ۱۰ mg پتدین) شد. اما در سعی اول موفقیت‌آمیز نبود و با توجه به احتمال عارضه عصبی، تلاش مجددی صورت نگرفت و لذا بیمار به اطاق عمل منتقل شد.

در آنجا نیز علی رغم بیهوشی عمومی و تجویز شل کننده، باز هم تلاش در جااندازی بسته دررفتگی بیمار موفقیت‌آمیز نبودو با توجه به گسترش شکستگی به قمست پروگزیمال بازو، امکان استفاده از Pin جهت مانیپولاسیون قطعه پروگزیمال نیز وجود نداشت. لذا، نهایتاً تصمیم به جااندازی باز دررفتگی و شکستگی همراه گرفته شد.

با اپروچ دلتوپکتورال و امتداد آن در بازو (اپروچ آنترولترال بازو) مفصل و شکستگی تنه مشخص شد. ابتدا جااندازی سر هومروس صورت گرفت و قطعه توبروزیته بزرگ Fix شد. سپس با استفاده از پلاک T و پیچ Lag، شکستگی استخوان بازو تثبیت شد (شکل شماره ۲). کندگی لابروم یا شکستگی گلنوئید مشهود نبود. معاینه عروقی-عصبی در خاتمه عمل نرمال بود.



شکل شماره ۲- رادیوگرافی پس از عمل

بحث

همان طور که ذکر شد شکستگی استخوان بازو همزمان با شکستگی-دررفتگی مفصل شانه بسیار نادر بوده و آسیبی با ترومای شدید است. لذا، در برخورد با این بیماران در درجه اول اصرار بر گرفتن گرافی‌های کامل و با کیفیت مناسب و ضمناً معاینه دقیق سایر نقاط بدن می‌باشد، تا هم دررفتگی همزمان و هم آسیب‌های احتمالی همراه تشخیص داده شوند.

همان طور که در شکل شماره ۳ مشهود است به دلیل نامناسب بودن گرافی اولیه، دررفتگی شانه مشخص نیست. لذا، با توجه به قانون گرفتن گرافی از هر دو مفصل بالا و پایین شکسنگی، مجدداً گرافی تکرار شد. نکته قابل توجه دیگر در این بیماری اقدام اورژانس جهت جااندازی دررفتگی شانه همراه می‌باشد که البته با توجه به موفقیت‌آمیز نبودن در بخش اورژانس، به اطاق عمل منتقل شد.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-04]



شکل شماره ۳- به دلیل نامناسب بودن رادیوگرافی اولیه، دررفتگی شانه مشخص نیست

در ضمن با توجه به احتمال آسیب عصبی حین مانور جاانداری، باید از انجام مانورهای مکرر در اورژانس خودداری کرده و در صورت عدم موفقیت تحت بیهوشی عمومی اقدام به جاانداری بسته کرد. البته در بیمار فوق بابیهوشی عمومی نیز جاانداری بسته با مانور کشش مقدور نبود و به دلیل گسترش شکستگی به قسمت پروگزیمال،مانیپولاسیون با pin نیز قابل استفاده نبود.در نهایت در صورت تشخیص به موقع، درمان این آسیب علی رغم نادر بودن و شدت آن مشکل نمی‌باشد.

فهرست منابع

1- Winderman A.Dislocation of the shoulder with fracture of the shaft of the humerus. Bull Hosp Joint Dis Orthop Inst 1940; 1: 23–25.

2- Sankaran-Kutty M, Sadat-Ali M. Dislocation of the shoulder with ipsilateral humeral shaft fracture. Arch Orthop Trauma Surg 1989; 108(1): 60 – 62.

3- Kontakis GM, Galanakis IA, Steriopoulos KA. Dislocation of the shoulder and ipsilateral fracture of the humeral shaft: case reports and literature review. J Trauma 1995; 39(5): 990 – 992.

4- Calderone RR, Ghobadi F, McInerney V.Treatment of shoulder dislocation with ipsilateral humeral shaft fracture. Am J Orthop 1995; 24(2): 173 – 176.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-04]

Simultaneous Anterior Fracture-Dislocation of the Shoulder and Fracture of the Ipsilateral Humeral Shaft: Case Report

***A. Mottaghi, MD[I] M. A. Mohammadi, MD[II]**

Abstract

Introduction: Simultaneous anterior fracture-dislocation of the shoulder and fracture of the ipsilateral humeral shaft results from severe trauma and is very rare. In this report we present such an injury and its treatment.

Case Report: A 48-year old man was brought to hospital after a motor bike accident with anterior dislocation of the shoulder and fracture of the ipsilateral humeral shaft and greater tuberosity.Both injuries were treated by open reduction and internal fixation

Conclusion: By timely diagnosis of this rare and disabling injury, full treatment can be given. Thus, performing an accurate examination and obtaining the essential x-rays are mandatory.

Key Words: 1) Dislocation of shoulder 2) Fracture of ipsilateral humeral shaft 3) Greater tuberosity fracture

I) *Orthopedic Surgeon, Besat Hospital, Hamedan University of Medical Sciences and Health Services, Hamedan, Iran (*Corresponding Author)*

II) *Orthopedic Surgeon, Zahedan University of Medical Sciences and Health Services, Zahedan, Iran*

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-04]