پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره هفدهم شماره ۶۲ بهمن و اسفند سال ۱۳۸۶ (۱۳-۷)

بررسی ضرورت رادیوگرافی در دررفتگی قدامی مفصل شانه

مانی مفیدی (M.D.) *+ **کوروش احمدی** (M.D.)**

چکیده

سابقه و هدف: دررفتگی قدامی شانه، شایع‌ترین دررفتگی مفصلی در بین مفاصل بزرگ می‌باشد. در اکثر موارد، این دررفتگی در بخش اورژانس جاانداری می‌گردد. به طور متداول قبل و بعد از جاانداری، پرتونگاری شانه درخواست می‌شود. هدف از این مطالعه، بررسی ضرورت انجام پرتونگاری شانه در درمان بیماران مشکوک به دررفتگی شانه در بخش اورژانس بود.

مواد و روش‌ها : این مطالعه Case series در طول یک‌سال در بخش اورژانس بیمارستان‌های رسول اکرم و شهدای هفتم تیر تهران بر روی ۱۱۶ بیمار مشکوک به دررفتگی قدامی شانه انجام گرفت. در ابتدا و انتهای جاانداری و قبل از انجام پرتونگاری، احتمال دررفتگی یا جاانداری کامل توسط پزشکان اورژانس ارزیابی و ثبت گردید. در نهایت پرتونگاری قبل و بعد از جاانداری، جهت تعیین دقت تشخیصی پزشکان توسط یک ارتوپد، بازبینی و نتایج مقایسه گردید.

یافته‌ها : ۸۴ نفر (۷۲ درصد) از افراد مورد مطالعه، مرد و ۳۲ نفر (۲۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی افراد ۸/۵ ± ۳۱/۵ بود. ۳۰ نفر دررفتگی تکرار شده شانه با مکانیسم غیر ضربه (Trauma) داشتند (گروه ۱) و ۸۶ نفر، اولین مورد دررفتگی شانه یا دررفتگی با مکانیسم ضربه داشتند (گروه ۲). دقت تشخیصی پزشک در تعیین دررفتگی در گروه ۱، معادل ۱۰۰ درصد و در گروه ۲ معادل ۹۸ درصد بود. تشخیص اشتباه جاانداری کامل، فقط در موارد همراه با شکستگی دیده شد. از نظر دقت تشخیصی در زمان اطمینان پزشک از وجود دررفتگی یا جاانداری درست، اختلاف معنی‌داری بین قضاوت بالینی پزشکان اورژانس و ارتوپد دیده نشد.

استنتاج : مطالعه حاضر نشان داد که قضاوت بالینی پزشک با کمک معاینه فیزیکی مفصل شانه در تعیین وجود دررفتگی قدامی شانه وهمچنین جاانداری کامل آن بسیار دقیق و قابل اطمینان است. پرتونگاری اولیه باید درموارد دررفتگی به علت ضربه گرفته شود. پرتونگاری جهت تأیید محل صحیح مفصل جاانداخته شده باید در دررفتگی‌های همراه با شکستگی و یا در زمان شک پزشک انجام گیرد.

واژه های کلیدی : دررفتگی قدامی شانه، رادیوگرافی، جاانداری

* استادیار طب اورژانس دانشگاه علوم‌پزشکی ایران

+ ✉ **مولف مسئول :** تهران- خیابان نیایش، بیمارستان رسول اکرم
E mail: mmofidi@iums.ac.ir

** دستیار تخصصی طب اورژانس دانشگاه علوم‌پزشکی ایران

تاریخ دریافت : ۱۳۸۶/۱۰/۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۸۶/۱۱/۱۰ تاریخ تصویب: ۱۳۸۷/۱/۲۲

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

مقدمه

در رفتگی قدامی شانه، شایع‌ترین دررفتگی مفصلی در انسان است(۲،۱). شیوع آن در جامعه ۱۷ در ۱۰۰۰۰۰ می‌باشد(۳). تظاهرات آن شامل درد شدید و عدم توانایی بیمار در انجام برخی از حرکات شانه است. دست مبتلا در یک طرف و دور از بدن قرار گرفته و ساعد به سمت خارج می‌چرخد. گاهی اوقات سر استخوان بازو در قدام لمس می‌شود(۴). این دررفتگی در برخی موارد همراه با شکستگی‌هایی مانند شکستگی قدام گلنوئید و توبروزیته بزرگ استخوان بازو می باشد(۵،۶). تشخیص این نوع دررفتگی با گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق براحتی قابل انجام است(۴).

جااندازی بسته این دررفتگی معمولاً موفقیت آمیز است(۷). در مطالعات انجام شده احتمال عدم موفقیت جااندازی بین ۰ تا ۳۰ درصد به دست آمده است(۸،۲). برای جااندازی این دررفتگی روش‌های متعدی مانند کشش (Hippocratic)، روش Milch ، روش Stimson و دستکاری استخوان کتف (Scapular manipulation) وجود دارد(۱۰،۹). جااندازی این دررفتگی در بیمارستان‌ها توسط متخصصین ارتوپدی یا اورژانس انجام می‌گیرد. به طور معمول در اغلب موارد هر دو این پزشکان قبل و بعد از اقدام به جااندازی، پرتونگاری شانه درخواست می‌کنند. دلایل درخواست این پرتونگاری‌ها شامل تأیید وجود دررفتگی، کامل بودن جااندازی و اطمینان از عدم ایجاد شکستگی جدید در هنگام جااندازی مفصل شانه می باشند(۱۱).

در مطالعات انجام شده موارد بسیار اندکی از شکستگی به دنبال جااندازی دررفتگی شانه مشاهده شده است. در واقع در این پژوهش‌های فراوان انجام شده، احتمال ایجاد شکستگی به دنبال جااندازی، بسیار نادر گزارش شده است؛ مخصوصاً وقتی جااندازی با روش‌های مدرن‌تر و با احتمال آسیب کم انجام گیرد(۱۳،۱۲).

مطالعات اخیر، انجام پرتونگاری قبل و بعد از جااندازی را در تمامی موارد دررفتگی قدامی شانه زیر سؤال برده است (۱۴،۱۲،۱۱). مطالعات متعددی در این زمینه انجام گرفته است. در این مطالعات که تعدادی گذشته نگر و تعدادی آینده نگر بودند، پژوهشگران نتیجه گرفتند به دلیل این‌که دقت تشخیصی پزشک در تعیین وجود دررفتگی و جااندازی بسیار زیاد است، انجام پرتونگاری قبل و بعد از جااندازی برای تمام موارد دررفتگی شانه لازم نمی باشد و در مواردی که پزشک از وجود دررفتگی و یا جااندازی کامل، اطمینان دارد می‌توان از انجام آن‌ها چشم پوشی کرد. ولی در مواردی که پزشک از جااندازی کامل، مطمئن نمی‌باشد انجام پرتونگاری جهت کنترل توصیه می‌شود. همچنین در این مطالعات به دنبال جااندازی، حتی در موارد همراه با شکستگی، شکستگی قابل توجه جدیدی در پرتونگاری کنترل دیده نشده است(۱۶،۱۱-۱۴).

با عنایت به این‌که انجام پرتونگاری قبل و بعد از جااندازی، مستلزم اتلاف وقت قابل توجه بوده، بیمار در معرض اشعه مضر قرار گرفته و بار مادی قابل توجهی را بر بیماران وارد می‌کند، مطالعه حاضر بر اساس این اهداف انجام گرفت که ببینیم آیا قضاوت بالینی پزشک برای تعیین وجود دررفتگی قدامی شانه آن‌قدر دقیق است که بتوان پرتونگاری قبل از جااندازی را در این بیماران حذف کرد و از سوی دیگر در صورت اطمینان کامل پزشک از جااندازی کامل، لزومی به انجام پرتونگاری کنترل نباشد تا در صورت دست‌یابی به نتایج مثبت، اصلاحاتی در روند تشخیص و درمان این بیماران صورت گیرد.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

مواد و روش ها

در این مطالعه بررسی بیماران (Case series) از مهر ماه ۸۵ تا مهر ماه ۸۶ در بخش اورژانس بیمارستان‌های حضرت رسول اکرم و شهدای هفتم تیر واقع در تهران انجام گرفت. با در نظر گرفتن $\alpha = ۰/۰۵$ و $\beta = ۲/۰$ (Power = ٪۸۰) و بر مبنای مطالعات قبلی(۶)، تعداد ۱۱۶ بیمار انتخاب گردید. افرادی که به دنبال ضربه به شانه یا خود به خود دچار درد و محدودیت حرکت مفصل شانه به صورت قرارگیری بازو در وضعیت دور از بدن (abduction) و چرخش خارجی (external Rotation) مفصل شده بودند با تشخیص احتمالی دررفتگی قدامی مفصل شانه وارد مطالعه شدند.

معیارهای خروج از مطالعه شامل موارد: سن بیش‌تر از ۶۵ و کم‌تر از ۱۵ سال و وجود آسیب استخوانی، عصبی یا عروقی در اندام آسیب دیده بود.

بیماران قبل از انجام پرتونگاری توسط متخصصین یا رزیدنت‌های ارشد طب اورژانس معاینه شدند. اطلاعات جمعیت شناختی، علت دررفتگی (ضربه یا غیر ضربه)، مرتبه دررفتگی(بار اول یا تکرارشده) و تشخیص پزشک (به صورت دررفتگی قطعی یا مشکوک) ثبت گردید. پرتونگاری انجام شده و برای ارتوپد فرستاده شد. در صورت تأیید دررفتگی توسط ارتوپد، جااندازی به روش دلخواه پزشک طب اورژانس انجام گردید. جهت تأیید جااندازی از معاینه مفصل شانه، شنیدن صدای کلیک استخوان در هنگام جا رفتن و احساس کاهش درد بیمار کمک گرفته شد. نتیجه ارزیابی کلی به صورت جااندازی کامل، مشکوک یا ناموفق نوشته شد. سپس پرتونگاری کنترل، انجام شده و مجدداً جهت نظرخواهی به نزد ارتوپد، فرستاده شد. در صورت تأیید ارتوپد شانه بسته و بیمار با توصیه مراجعه به درمانگاه ارتوپدی مرخص گردید. در موارد جااندازی ناکامل، بیمار به اطاق عمل فرستاده شد. در نهایت تشخیص پزشک اورژانس با نظر ارتوپد در مورد دررفتگی، جااندازی و شکستگی مورد مقایسه قرارگرفت. داده‌های به دست آمده توسط روش T-test و با برنامه SPSS پردازش شد.

در پردازش تحلیلی مقادیر $P_{Value}<۰/۰۵$ معنادار در نظرگرفته شد. در ابتدا بیماران برگه رضایت جهت ورود به مطالعه را تکمیل کرده و به تمام سؤالات مطرح شده از طرف ایشان پاسخ داده شد. در طی مطالعه، رمزهای ۲۶ گانه اخلاقی به کار گرفته شد.

یافته ها

در این مطالعه‌که درطول یکسال در بخش اورژانس بیمارستان‌های رسول اکرم(ص) وشهدای هفتم تیر انجام گرفت، ۱۱۶ بیمار مشکوک به دررفتگی قدامی شانه وارد مطالعه شدند. ۸۴ نفر (۷۲ درصد) از افراد مورد مطالعه، مرد و ۳۲ نفر (۲۸ درصد) زن بودند. میانگین سنی افراد ۸/۵ ± ۳۱/۵ بود. ۳۰ نفر دررفتگی تکرار شده شانه با مکانیسم غیر ضربه داشتند (گروه ۱) و ۸۶ نفر اولین مورد دررفتگی شانه یا دررفتگی با مکانیسم ضربه داشتند (گروه ۲).

در گروه ۱ هیچ شکستگی قبل و بعد از جااندازی وجود نداشت. در موارد دچار ضربه گروه ۲، ۸ مورد شکستگی وجود داشت که در تمامی موارد پس از جااندازی، شکستگی جدیدی دیده نشد. در گروه ۱ یک مورد و در گروه ۲ شش مورد جااندازی ناموفق بود که به اطاق عمل فرستاده شدند. نتایج معاینه پزشک اورژانس و نظر ارتوپد در هر دو گروه در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است.

ارزش‌های آماری معاینه پزشک در جدول شماره ۳ نشان داده شده است.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

جدول شماره ۱: دقت معاینه پزشک در تعیین وضعیت مفصل در گروه با دررفتگی تکرار شده شانه با مکانیسم غیر ضربه

معاینه پزشک اورژانس	تعداد (درصد)	نظر ارتوپد *	تعداد
قبل جااندازی	۳۰		
دررفته	۲۹ (۹۶)	دررفته	۲۹
		درنرفته	۰
مشکوک	۱ (۴)	دررفته	۱
		درنرفته	۰
بعد جااندازی	۳۰		
جااندازی کامل	۲۷ (۹۰)	جااندازی کامل	۲۷
		جااندازی نا کامل	۰
مشکوک	۲ (۶)	جااندازی کامل	۲
		جااندازی نا کامل	۰
جااندازی نا کامل	۱ (۴)	جااندازی کامل	۱
		جااندازی نا کامل	۰
دقت تشخیصی در زمان اطمینان از وضعیت مفصل	(۱۰۰- ۹۳ CI ۹۵٪)(۱۰۰٪)		۵۷/۵۷

* نظر ارتوپد بر اساس رؤیت پرتونگاری شانه
CI: درجه اطمینان

جدول شماره ۲: دقت معاینه پزشک در تعیین وضعیت مفصل در گروه با دررفتگی نوبت اول یا با مکانیسم ضربه

معاینه پزشک اورژانس	تعداد(درصد)	نظر ارتوپد*	تعداد
قبل جااندازی	۸۶		
دررفته	۸۰ (۹۳)	دررفته	۷۸
		درنرفته	۲ **
مشکوک	۶ (۷)	دررفته	۳
		درنرفته	۳ **
دقت تشخیصی در زمان اطمینان از وضعیت مفصل	(۱۰۰- ۹۱ CI ۹۵٪)(۹۸٪)		۷۸/۸۰
بعدجااندازی(همراه باشکستگی)	۸		
جااندازی کامل	۵ (۶۲)	جااندازی کامل	۴
		جااندازی نا کامل	۱
مشکوک	۲ (۲۵)	جااندازی کامل	۱
		جااندازی نا کامل	۱
جااندازی نا کامل	۱ (۱۳)	جااندازی کامل	۱
دقت تشخیصی در زمان اطمینان از وضعیت مفصل	(۱۰۰- ۳۵ CI ۹۵٪)(۸۳٪)		۵/۶
بعدجااندازی(دررفتگی ساده)	۷۳		
جااندازی کامل	۶۷ (۹۲)	جااندازی کامل	۶۷
		جااندازی نا کامل	۰
مشکوک	۵ (۶)	جااندازی کامل	۳
		جااندازی نا کامل	۲
جااندازی نا کامل	۱ (۲)	جااندازی کامل	۱
دقت تشخیصی در زمان اطمینان از وضعیت مفصل	(۱۰۰- ۹۴ CI ۹۵٪)(۱۰۰٪)		۶۸/۶۸

* نظر ارتوپد بر اساس رؤیت پرتونگاری شانه
** برای ۵ بیمار که طبق نظر ارتوپد دررفتگی نداشتند جااندازی صورت نگرفت
CI : درجه اطمینان

جدول شماره ۳: ارزش‌های‌آماری معاینه پزشک اورژانس درتعیین وضعیت مفصل شانه

مکانیسم / شاخص	غیر ضربه		ضربه با نوبت اول		
	قبل جااندازی	بعد جااندازی	قبل جااندازی	بعد جااندازی	
				ساده	شکسته
حساسیت	۹۶	۹۳	۹۶	۹۵	۸۳
ویژگی	-*	-	۶۰	۱۰۰	۵۰
ارزش اخباری مثبت	۱۰۰	۱۰۰	۹۷	۱۰۰	۸۳
ارزش اخباری منفی	-	-	۵۰	۴۰	۵۰

* در موارد غیر ضربه به دلیل این که موارد منفی حقیقی وجود نداشت ویژگی و ارزش اخباری منفی محاسبه نشد. اعداد به درصد می باشند.

بحث

امروزه به طور معمول، پزشکان قبل و بعد از اقدام به‌جاانداری دررفتگی قدامی شانه،درخواست پرتونگاری شانه می‌کنند. انجام پرتونگاری قبل و بعد از جاانداری دررفتگی قدامی شانه از موارد مورد بحث متخصصین ارتوپدی و طب اورژانس می‌باشد(۱۸،۱۷،۱۴). گروهی از محققین عقیده دارند که این دررفتگی براحتی با گرفتن شرح حال ومعاینه مفصل قابل‌تشخیص است(۴). از سوی دیگر مطالعات دیگری، پرتونگاری پس از جاانداری را مورد سؤال قرار داده است. دراین مطالعات کاهش یافتن درد،شنیدن صدای کلیک جاانداری وبهبود دامنه حرکت مفصلی به جای رادیوگرافی توصیه شده است(۱۶،۳).

درصدموفقیت جاانداری دررفتگی شانه بدون توجه به نوع تکنیک جاانداری ۷۰ تا ۹۶ درصد می‌باشد(۲). موفقیت جاانداری دراین مطالعه ۹۴ درصد به دست آمد. در دو مطالعه که بروی ۶۹ و ۱۰۴ بیمار انجام گرفت به ترتیب ۲ و ۵ مورد شکست در جاانداری اتفاق افتاد(۱۴،۱۲). این میزان در مطالعه ما ۷ مورد بود که این اختلاف شاید به خاطر تفاوت‌های سنی و فیزیکی بیماران و یا به خاطر احتیاط و ملاحظه بیش‌تر، از جهت نرساندن آسیب ثانویه در هنگام جاانداری در مطالعه ما باشد.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]
www.SID.ir

در دو مطالعه انجام شده هیچ شکستگی جدید قابل توجهی به دنبال جااندازی دیده نشد که مطابق با نتایج مطالعه حاضر می‌باشد(۱۳،۱۲).

چند محقق در دانشگاه کالیفرنیا مطالعه ای در زمینه نیاز به پرتونگاری قبل و بعد از جااندازی دررفتگی شانه انجام دادند. این پزشکان الگوریتمی جهت لزوم پرتونگاری تهیه کردند. طبق این الگوریتم پرتونگاری شانه درموارد دررفتگی نوبت اول، موارد همراه با ضربه و عدم اطمینان پزشک از وضعیت مفصل گرفته شد. با این الگوریتم ۴۶ درصد کاهش در انجام پرتونگاری‌ها و صرفه جویی قابل توجه در وقت مشاهده شد. از سوی دیگر هیچ مورد شگستگی یا دررفتگی از قلم افتاده در موارد بدون پرتونگاری شانه یافت نشد (با پی‌گیری تلفنی). درنهایت محققین نتیجه گرفتندکه نظر پزشک در تعیین محل سراستخوان بازو بسیار دقیق می‌باشد، بنابراین در دررفتگی شانه پرتونگاری باید به طور انتخابی و طبق الگوریتم توصیه شده درخواست گردد(۱۶).

مطالعه دیگری در ارتباط با ارزش پرتونگاری پس از جااندازی بر روی ۷۳ بیمار با دررفتگی قدامی شانه انجام گرفت. در این مطالعه حدود ۳۷ درصد شکستگی‌ها فقط در پرتونگاری پس از جااندازی مشاهده شدند، با این وجود هیچ‌کدام از این شکستگی‌های از قلم افتاده موجب اختلال در درمان دررفتگی نگردیده بودند. محققان این مطالعه نتیجه گرفتند دررفتگی قدامی شانه ممکن است همراه با شکستگی‌هایی باشد که به خاطر کوچکی یا وضعیت قرارگیری مفصل در پرتونگاری اولیه دیده نشوند، ولی این شکستگی‌ها روند درمانی بیمار را تغییر نمی‌دهد(۱۵).

در مطالعه Hendey (۲۰۰۰) در آمریکا که بر روی ۱۰۴ بیمار انجام‌گرفت نتیجه گرفته شد که معاینه پزشک اورژانس درتعیین دررفتگی و جااندازی‌کامل بسیار دقیق می‌باشد. در نهایت پرتونگاری اولیه در موارد با مکانیسم ضربه و مواقع عدم اطمینان پزشک از وضعیت مفصل و پرتونگاری پس از جااندازی درموارد همراه با شکستگی توصیه گردید(۱۲).

پژوهش حاضر نشان داد که در موارد دررفتگی مکرر قدامی شانه بدون مکانیسم ضربه، پزشکان به طور بسیار دقیقی قادر به تشخیص دررفتگی و جااندازی صحیح بودند (جدول شماره ۱). درمواردی که تشخیص قطعی پزشک اورژانس دررفتگی یا جااندازی کامل بود، در تمامی موارد تأیید ارتوپد مشاهده گردید (دقت تشخیصی۱۰۰درصد). در زمان اطمینان پزشک اورژانس از وضعیت مفصل، اختلاف معنی داری بین نظر پزشک و ارتوپد دیده نشد. بنابراین می‌شود نتیجه گرفت که در موارد دررفتگی مکرر قدامی شانه بدون مکانیسم ضربه می‌توان از انجام پرتونگاری قبل و بعد از جااندازی صرف نظر کرد.

در موارد دررفتگی نوبت اول یا با مکانیسم ضربه بر خلاف گروه اول موارد بیش‌تری ازعدم اطمینان پزشک از دررفتگی مشاهده گردید که ۵۰ درصد موارد مشکوک طبق نظر ارتوپد دچار دررفتگی نشده بودند. ولی در این گروه هم در زمان اطمینان پزشک اورژانس از وضعیت مفصل، اختلاف معنی‌داری بین نظر پزشک و ارتوپد دیده نشد ($P< ۰/۰۵$). دقت تشخیصی پزشک معادل ۹۸ درصد به دست آمد (جدول شماره ۲).

از سوی دیگر ۸ مورد شکستگی در گروه ۲ دیده شد که در افراد با دررفتگی- شکستگی تعداد قابل توجهی از موارد همراه با جااندازی ناموفق یا عدم اطمینان از وضعیت مفصل پس از جااندازی بود. دقت تشخیصی پزشک از وضعیت جااندازی در این افراد به مراتب کم‌تر و معادل ۸۳ درصد به دست آمد (جدول شماره ۲). بین نظر پزشک و ارتوپد اختلاف معنی داری وجود داشت ($P< ۰/۰۵$). بنابراین در موارد همراه با شکستگی باید پرتونگاری پس از جااندازی انجام گیرد

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

زیرا در این مواقع ارزیابی وضعیت مفصل با معاینه مشکل می باشد.

دربیماران گروه۲ که پرتونگاری آنها فاقد شکستگی بود مجدداً شاهد دقت تشخیصی بسیار بالای پزشکان در زمان اطمینان کامل بودیم (۱۰۰ درصد)؛ به طوری‌که اختلاف معنی‌داری بین نظر پزشک و ارتوپد دیده نشد. پس نتیجه می‌گیریم در موارد دررفتگی نوبت اول شانه یا با مکانیسم ضربه، اگر در پرتونگاری قبل از جاانداری شکستگی دیده نشود، در صورت اطمینان پزشک از جاانداری کامل می‌توان پرتونگاری پس از جاانداری را حذف کرد.

این مطالعه دارای برخی محدودیت‌ها است. ممکن است تعدادی از بیماران واجد شرایط به دلیل عدم تشخیص پزشک وارد مطالعه نشده باشند (منفی کاذب)، مهارت پزشکان در معاینه مفصل شانه با هم متفاوت است و از سوی دیگر تعدادی از شکستگی‌های ریز ممکن است در پرتونگاری دیده نشوند. همان‌طور که در برخی مطالعات تذکر داده شده(۱۹) در صورت عدم انجام پرتونگاری، ترس از مسائل پزشکی قانونی که همیشه دست و پا گیر پزشکان است وجود دارد، بنابراین مطالعات دیگر با حجم نمونه بیش‌تر توصیه می‌شود.

دررفتگی قدامی شانه با گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی دقیق براحتی قابل تشخیص می‌باشد که در مقالات و کتب مرجع هم به آن اشاره شده است(۶-۱)، علاوه بر این متخصصین و رزیدنت‌های ارشد طب اورژانس آموزش‌های لازم جهت معاینه درست مفصل شانه را دیده بودند، بنابراین درمرحله تشخیص دررفتگی شانه، احتمال موارد از قلم افتاده (منفی کاذب) بسیار ضعیف می‌باشد. از سوی دیگر پس از جاانداری مفصل، تمامی پرتونگاری‌ها توسط یک متخصص ارتوپد (gold standard) مشاهده و سپس در مورد بیماران تصمیم‌گیری می‌شد، بنابراین در این مرحله (تأیید جاانداری) ما هیچ مورد منفی کاذبی نداشتیم.

به عنوان نتیجه‌گیری کلی این مطالعه نشان می‌دهد که پزشکان در موارد دررفتگی شانه بدون شکستگی به طور بسیار دقیقی قادر به تشخیص دررفتگی و جاانداری صحیح می‌باشند. پرتونگاری شانه باید در زمانی‌که پزشک از وضعیت مفصل اطمینان ندارد، درخواست گردد. در دررفتگی نوبت اول یا با مکانیسم ضربه پرتونگاری قبل از جاانداری باید انجام گیرد. در این بیماران پرتونگاری پس از جاانداری باید به موارد همراه با شکستگی یا مشکوک محدود گردد. بنابراین به نظر می‌رسد زمانی‌که پزشک از طریق معاینه و شرح حال وضعیت مفصل شانه را تعیین می‌کند، پرتونگاری شانه نکته جدیدی که تغییر دهنده روند درمانی بیمار باشد را اضافه نمی‌کند.

فهرست منابع

1. Kesmezacar H. The evaluation and treatment of acute anterior shoulder dislocation. ***Acta Orthop Traumatol Turc*** 2005; 39: 40-47.
2. Uehara DT, Rudzinski JP. Injuries to the shoulder complex and humerus. In: Tintinalli J, Kelen G, Stapcynski. ***J Emergency Medicine*** 5th ed. New York: McGraw Hill; 2004. p. 1695-1702.
3. Daya M. Shoulder. In: Marx J, Hockberger R, Walls R. ***Rosen's Emergency Medicine*** 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2006. p. 670-701.

Archive of SID
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir

4. Hoi E. A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder. A preliminary study. ***J Shoulder Elbow Surgery*** 2003; 12(5): 413-415.
5. Despeyroux ML, Loustau O, Railhac JJ, Sans N. Imaging of traumatic injuries of the shoulder. ***J Radiol*** 2007; 88(5): 718-733.
6. Lee DJ, Yeap JS, Fazir M, Muhd Borhan TA, Kareem BA. Audit on radiographs in anterior shoulder dislocations. ***Med J Malaysia*** 2005; 60(1): 15-20.
7. Shyamkumar AJ, Charity R, Periera A, Deshmukh SC. Interposed subscapularis: a rare cause of irreducible shoulder dislocation. ***E J Orthop Surg Traumatol*** 2005; 15(1): 42-44.
8. Yuen MC, Yap PG, Chan YT, Tung WK. An easy method to reduce anterior shoulder dislocation: The Spaso technique. ***Emerg Med J*** 2001; 18: 370-2.
9. Cunningham NJ. Techniques for reduction of anteroinferior shoulder dislocation. ***Emerg Med Australas*** 2005; 17(5-6): 463-471.
10. Habermeyer P, Lichtenberg S. Diagnosis and treatment of anterior and posterior shoulder dislocation. II. Treatment. ***Chirurg*** 2003; 74(12): 1178-1194.
11. Hendey GW, Kinlaw K.Clinically significant abnormalities in postreduction radiographs after anterior shoulder dislocation. ***Ann Emerg Med*** 1996; 28(4): 399-402.
12. Hendey GW. Necessity of radiographs in the emergency department management of shoulder dislocations. ***Annals Of Emergency Medicine*** 2000; 36(2): 108-113.
13. Wen D. Current concepts in the treatment of anterior shoulder dislocations. ***Am J Emerg Med*** 1999; 17: 401-407.
14. Harvey RA, Trabulsy ME, Roe L. Are postreduction antero-posterior and scapula Y views useful in anterior shoulder dislocations? ***Am J Emerg Med*** 1992; 10: 149.
15. Kahn JH, Mehta SD. The role of post-reduction radiographs after shoulder dislocation. ***J Emerg Med*** 2007; 33(2): 169-173.
16. Hendey GW, Chally MK, Stewart VB. Selective radiography in 100 patients with suspected shoulder dislocation. ***J Emerg Med*** 2006; 31(1): 23-28.
17. Ufberg J, McNamara R. Management of common dislocations. In: Robert J, Hedges J. ***Clinical procedures in Emergency Medicine.*** 4th ed. Philadelphia, PA: WS Saunders; 2004. p. 946-988.
18. Shuster M, Abu-Laban RB, Boyd J. Prereduction radiographs in clinically evident anterior shoulder dislocation. ***Am J Emerg Med*** 1999; 17: 653.
19. Cattermole G, Wyatt J. X ray for shoulder dislocation? ***J Emerg Med*** 2006; 31: 23-28.

Archive of SID

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-21]

www.SID.ir