

## بررسی موارد شکستگی‌های لگن در بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان طالقانی از سال ۸۶-۱۳۸۰

کیخسرو مردان پور<sup>۱</sup>؛ مهتاب رهبر<sup>۲\*</sup>

### چکیده

با توجه به شیوع شکستگی‌های لگن و میزان قابل توجه مرگ و میر، اپیدمیولوژی شکستگی‌های لگن در طی ۶ سال در بیمارستان طالقانی کرمانشاه بررسی شد. پژوهش به روش توصیفی گذشته‌نگر بر روی ۵۴ بیمار انجام شد. از ۵۴ نفر مورد مطالعه، ۱۷ بیمار زن و ۳۷ بیمار مرد در محدوده سنی ۸۵-۱۵ سال بود. تصادفات علت اصلی شکستگی‌های لگن (۴۲٪) بود. شکستگی نوع B (۶۶/۵٪) بیشترین نوع شکستگی‌ها، شکستگی اندام تحتانی (۴۴/۷٪) شایع‌ترین عارضه و درد شایع‌ترین علائم بیماران (۱۰۰٪) بود. آگاهی بیماران در پیگیری اقدامات درمانی مناسب الزامیست.

کلیدواژه‌ها: اپیدمیولوژی، شکستگی لگن

«دریافت: ۱۳۹۰/۸/۱۵ پذیرش: ۱۳۹۱/۱/۲۹»

۱. گروه ارتوپدی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

۲. گروه آسیب‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

\* عهده‌دار مکاتبات: کرمانشاه، بیمارستان امام رضا (ع)، تلفن: ۰۸۳۱-۷۲۵۹۴۸۱

Email: mahtabrahbar@yahoo.com

### مقدمه

کمربند لگن از اتصال استخوان ساکروم به استخوان ایلیاک در خلف و در مفصل پویس در قدام شکل می‌گیرد. از آن‌جاکه خطوط عمده تحمل وزن از مفاصل اکروایلیاک به سمت گردن فمور عبور می‌کند. ساختارهای اصلی عامل پایداری در خلف کمربند لگن قرار گرفته‌اند. مفصل قدامی بیشتر شبیه به یک ستون عمل می‌کند و عدم وجود آن اثر کمی از عملکرد وزن‌گذاری خواهد داشت. از هم‌گسیختگی کمربند لگنی، خواه در محل لیگامان‌ها خواه در محل استخوان‌ها منجر به ناپایداری لگن می‌شود. میزان ناپایداری توسط مقدار جابجایی که در کمربند لگن رخ می‌دهد تعیین می‌گردد (۱).

شکستگی لگن، ۳-۱ درصد شکستگی‌ها را تشکیل می‌دهد و عامل ۲ درصد بستری‌های بخش ارتوپدی است. شیوع نسبی آن یک الگوی دوگانه دارد. یک گروه در سن ۴۰-۲۰ سالگی و گروه دیگر در سن بالاتر از ۶۵ سالگی است. لذا اکثر شکستگی‌های لگن در اثر

آسیب‌های پرانرژی ایجاد می‌شود و اغلب همراه با صدمات شدید به سیستم اعصاب مرکزی، شکم و قفسه سینه می‌باشد (۲).

هدف از این مطالعه به دست آوردن الگوی شکستگی‌های لگن و فراوانی آن‌ها در کرمانشاه بود تا بتوان بر مبنای آن برنامه‌ریزی سرفصل‌های درسی و آموزش‌های لازم به گروه‌های شاغل در اورژانس را انجام داد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش به روش توصیفی از نوع بررسی موارد بر روی کلیه بیمارانی که به دلیل شکستگی‌های لگن در فاصله سال‌های ۸۶-۱۳۸۰ به مرکز ترومای بیمارستانی طالقانی کرمانشاه به‌عنوان تنها مرکز ترومای شهر مراجعه کرده بودند صورت پذیرفت. اکثریت بیماران مبتلا به شکستگی لگن این شهرستان و شهرهای هم‌جوار به‌صورت بستری، سرپایی و اورژانس برای

درمان به این مرکز مراجعه می کنند.

جدول ۱- توزیع فراوانی علایم و آسیب های همراه در بیماران با

شکستگی لگن در زمان مراجعه به اورژانس

متغیرها	تعداد	درصد
درد لگن	۵۴	۱۰۰
محدودیت حرکت لگن	۳۲	۲۹/۲
شوک هیپوولمیک	۳۲	۲۹/۲
هماچوری	۱۰	۱۸/۵
بی اختیاری ادرار	۴	۷/۴
بی اختیاری مدفوع	۱	۱/۸
شکستگی اندام تحتانی	۲۰	۳۷
شکستگی اندام فوقانی	۶	۱۱
شکستگی استابولوم	۱۰	۱۸/۵
شکستگی مهره	۴	۷/۴
نوع آسیب	۱۳	۲۴
همراه	۱۵	۲۷/۸
خونریزی داخل شکم	۸	۱۴/۸
آسیب زنیکولوژیک	۲	۳/۷
آسیب به سر	۳	۵/۵
آسیب به قفسه سینه	۲	۳/۷

### بحث

پژوهش حاضر نشان داد که شکستگی های لگن، بیشتر در مردان میان سال دیده می شود. شایع ترین عامل ایجاد شکستگی های لگن در جامعه مورد پژوهش ما تروماهای ناشی از تصادفات رانندگی بود.

در یک مطالعه Lecky و همکارانش (۳) نشان دادند که شیوع شکستگی های لگن در مردان ۵۸ درصد است و از طرفی شایع ترین علت شکستگی لگن را تصادفات اتومبیل گزارش کردند که با نتایج به دست آمده در مطالعه ما مطابقت دارد. Heetveld و همکارانش (۴) مکانیسم شکستگی لگن را در ۵۷ درصد افراد مورد مطالعه، تصادف با موتور و تصادف پیاده روان با وسایل موتوری عنوان نمودند.

در مطالعه Balogh و همکارانش (۵)، فراوانی

شناسایی بیماران با استفاده از اطلاعات موجود در دفاتر شخصی مجری طرح و سپس مراجعه به بانک های اطلاعاتی بیمارستان طالقانی صورت گرفت. از پرونده هر بیمار، اطلاعات اولیه مانند سن، جنس، تاریخ بستری، مکانیسم آسیب، علایم بیماران، نوع شکستگی لگن و وجود آسیب های همراه جمع آوری شد. نهایتاً ۵۴ بیمار وارد مطالعه شدند. جهت طبقه بندی شکستگی های لگن طبق سیستم تقسیم بندی Tile؛ شکستگی حلقه لگنی پایدار (نوع A)، نیمه پایدار (نوع B) و ناپایدار (نوع C) دسته بندی شد.

### یافته ها

از ۵۴ بیمار با شکستگی لگن، ۱۷ نفر زن و ۳۷ نفر مرد بودند. میانگین سنی آنان ۲۹ سال بود.

شایع ترین علایم بیماران در زمان مراجعه، درد (در ۵۴ بیمار برابر با ۱۰۰٪) و شوک هیپوولمیک و محدودیت حرکت لگن (۳۲ بیمار برابر با ۲۹/۲٪) بود (جدول ۱).

ترومای ناشی از وسایل نقلیه موتوری در مردان و زنان به ترتیب ۴۲/۶ و ۳۵ درصد بود. از طرفی شکستگی لگن به دنبال سقوط از بلندی در مردان دیده نشد اما در زنان حدود ۱۱ درصد یعنی کمترین میزان را به عنوان علت شکستگی لگن به خود اختصاص داد.

بر طبق جدول Tile در ۲ بیمار (۳/۷٪)، شکستگی های لگن از نوع A و در ۳۶ بیمار (۶۶/۵٪)، شکستگی های لگن از نوع B بود. ۱۶ بیمار (۳۰٪) شکستگی از نوع پا داشتند. آسیب های قدامی کمر بند لگن در ۷۹/۶ درصد (۴۳ بیمار) و آسیب های خلفی کمر بند لگن در ۷۲/۲ درصد (۳۹ بیمار) دیده شد.

آسیب های متنوعی همراه با شکستگی لگن دیده شد که شایع ترین آن شکستگی اندام تحتانی بود که در ۲۰ بیمار (۳۷٪) مشاهده شد. پس از آن آسیب اورولوژیک و نورولوژیک به ترتیب ۲۷/۸ و ۲۴ درصد بودند (جدول ۱).

تصادفات رانندگی خصوصاً با اتومبیل، شایع‌ترین عامل ایجاد شکستگی‌های لگن است. توصیه می‌شود برنامه‌های پیشگیری از تروما در مورد مردان جوان متمرکز شود و رعایت قوانین رانندگی، بهینه‌سازی جاده‌ها و استفاده از کمربند ایمنی بیشتر مورد توجه مراجع ذیصلاح قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با استفاده از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و مرکز تحقیقات مولکولار پاتولوژی انجام گردیده است که بدین وسیله نویسندگان مقاله، مراتب تقدیر و تشکر را از مسئولین آن مرکز اعلام می‌دارند.

شکستگی‌های لگن در مردان حدود ۶۴ درصد با متوسط سن ۴۱ سال گزارش شده است. این پژوهشگران خونریزی را شایع‌ترین علت مرگ گزارش کردند. در مطالعه Ragnarsson و همکارانش (۶)، صدمات همراه با شکستگی لگن را ۲۱ درصد گزارش نمودند. در مطالعه حاضر نیز فراوانی شکستگی‌های لگن در مردان با متوسط سن ۳۷ سال حدود ۶۸/۴ درصد محاسبه شد و صدمات همراه با شکستگی لگن ۸۲/۳ درصد بود.

در مطالعه‌ای که در ایران توسط دکتر فکور و همکارانش (۷) انجام گرفت فراوانی شکستگی اندام تحتانی ۳۶ درصد با بیشترین شیوع در مردان (۲۶/۴٪) با متوسط سنی ۱۸-۱۴ سال گزارش شد. پژوهشگران بیشترین علت را تصادفات رانندگی (۵۵/۹٪) اعلام کردند که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

### References

1. Tile M. Pelvic ring fractures: should they be fixed? *J Bone Joint Surg Br.* 1988;70(1):1-12.
2. Mucha P, Farnell M. Analysis of pelvic fractures management. *J Trauma.* 1984; 24(5): 379-86.
3. Lecky F, Giannoudis PV, Grotz MR, Tzioupis C, Dinopoulos H, Wells GE, Bouamra O. Prevalence of pelvic fractures, associated injuries, and mortality: the United Kingdom perspective. *J Trauma.* 2007;63(4):875-83.
4. Heetveld MJ, Harris I, Schlaphoff G, Sugrue M. Guidelines for the management of haemodynamically unstable pelvic fracture patients. *ANZ J Surg.* 2004;74(7):520-9.
5. Balogh Z, King KL, Mackay P, McDougall D, Mackenzie S, Evans JA, et al. The epidemiology of pelvic ring fractures: a population-based study. *J Trauma.* 2007;63(5):1066-73.
6. Ragnarsson B, Jacobsson B. Epidemiology of pelvic fractures in a Swedish county. *Acta Orthop Scand.* 1992;63:297-300.
7. Fakoor M, Marashi SA, Vaziri S. A five-year assessment of frequency of extremity fractures in adult patients referring to Ahwaz Imam Khomeini Hospital. *The Bimonthly Medical Research Journal of Ahwaz Jundishapur University of Medical Sciences.* 2007;(4).732-4.