

الاصابات الحادة لأوتار اليد

- * الدكتور ميشيل بطرس
* الدكتور صفوان يوسف
* ناظم محمود علي **

(قبل للنشر في 2003/10/28)

□ الملخص □

شملت الدراسة 112 حالة من الاصابات الحادة لأوتار اليد والتي راجعت قسم الاسعاف في مشفى الاسد باللاذقية بين عامين 2002-2003 ودراسة نسب توزع هذه الحالات حسب عدة أسس تم التوصل الى عدة نتائج منها :

- 1- تشكل اصابات أوتار اليد من الاصابات الرضية العامة لليد نسبة 1.9%
- 2- العامل المسبب الأكثر احداثا لهذه الاصابات هو الادوات الحادة كالسكين .
- 3- الأشهر الأكثر تواترا " لحدوث هذه الاصابات هي أشهر الصيف .
- 4- العمر الأكثر تعرضا" للاصابة هو عمر الشباب من 15-30 سنة.
- 5- الجنس الأكثر تعرضا" للاصابة هو الجنس الذكري.

وبناء على هذه النتائج التي تم التوصل اليها تم وضع عدة توصيات واقتراحات من شأنها العمل على الاقلال من حدوث هذه الأذيات وتحسين نتائج معالجة هذه الحالات.

* أستاذ مساعد في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية .
** طالب دراسات عليا في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية.

Acute Tendon Injuries of the Hand

Dr.Micheal Butrus*

Dr.Safuan Yousef *

Nazem Ali**

(Accepted 28/10/2003)

□ ABSTRACT □

The study included 112 causes of acute hand tendon injuries that were attended at the emergency ward in Alassad Hospital In Lattakia between 2002-2003.

We study the distridution of these causes according to several principls, and we came up with the following results:

1. hand tendon injuries is 1.9% of all hand injuries.
2. the most common causing factar is sharp tools such as knives.
3. these injuries are most frequent in Summer.
4. youths between 15-30 years old are most affected.
5. males are more affected than female.

Based on these results, we offer some suggestions and recommendation to lessen the occurance of these injuries and improve the results of treatment.

*Associate Professor- Department of Surgery-Faculty of Medicine-Teshreen University- Lattakia .Syria..

**Postgraduate Student – Department of Surgery – Faculty of Medicine -Tishreen University – Lattakia – Syria

مقدمة:

اليـد أداة عجيبة يمتلكها الإنسان ويتميز بها عن سائر المخلوقات بقدرتها على تحقيق المسك واللمس الدقيق، ويحقق التوافق الوظيفي بين اليد وقشرة الدماغ انسجاماً هائلاً يجعل الإنسان ينجز ما يريد ويدفعه يوماً إلى المزيد من الأبداعات . وكما يقال فإن العلم بدأ- في وقت ما من تاريخ البشرية- بتناسق بين اليد كأداة وبين العقل كمصدر للأفكار .

(1) فاليد هي الأصل في التصرف والأفعال ويعتبر الإبهام في اليد الإنسانية أهم ما يميزها عن أيدي سائر الحيوانات وتعادل الإبهام في أهميتها أهمية أصابع اليد الأخرى مجتمعة . ونظراً لكل ما ذكر فقد تم إيلاء أهمية كبيرة لأصابة اليد وخاصة منها إصابة الأوتار في اليد وذلك لما تخلفه هذه الإصابة من عجز وظيفي كلي وجزئي -ان لم تدبر جيداً- مما ينعكس على الفرد والمجتمع معاً". ولكن قد تقدمت معالجة إصابات الأوتار تقدماً ملحوظاً في السنوات الأخيرة وقدمت مواد الخياطة الحديثة وطرقها وطرق المعالجة الحركية مع استعمال الصادات أملاً "لهؤلاء المرضى في عودة جزء هام من وظائف أيديهم المصابة ومع ذلك يبقى العجز النسبي الناجم عن الالتصاقات مشكلة هامة ما تزال الجهود متجهة نحو تقليصها(2)

هدف البحث:

يهدف هذا البحث إلى القاء الضوء على طرز patterns إصابات أوتار اليد في مشفى الأسد الجامعي باللاذقية وبيان طرق تدبيرها ومحاولة معرفة ما قد ينجم عنها من مضاعفات قد تحدث عجز وظيفي عاجل أو آجل. مع ذكر نسبة إصابة الأوتار مقارنة مع إصابات اليد الرضية عامة ومقارنة مع الحالات الإسعافية الجراحية عامة. مع تحديد الوقت الأكثر شيوعاً لحدوث هذه الإصابة وكذلك العمر الأكثر شيوعاً للإصابة إضافة لنسب أخرى حول شروط وظروف أخرى عديدة تتعلق بهذه الإصابة .

طريقة البحث :

لإجراء هذا البحث تم الاعتماد على الحالات المراجعة لقسم الإسعاف في مشفى الأسد الجامعي . وذلك في كل الأوقات ولمدة سنة واحدة من 1/1/2002 لغاية 1/1/2003 ولكل الفئات العمرية مع الاستعانة باستمارة خاصة يذكر فيها هوية الشخص المصاب مع بعض الشروط المرافقة للإصابة كمكان وزمن الإصابة ومستوى الإصابة الوترية باليد مع طريقة التدبير والاختلاط ان حدث والاستمارة موضحة بالشكل رقم (1) مع العلم أن الحالة تعني مريض مراجع وبالتالي قد تضم الحلة وتر أو أكثر .

اسم المريض : العمر : الجنس : ذكر تاريخ الإصابة : المهنة :

أنثى وقت الإصابة :

رقم الاضبارة :

رقم الاسعاف:

مكان وقوع الإصابة:

اليد المسيطرة : R-L

اليد المصابة : R-L-B

المنزل-العمل-الرياضة

أمر اض مرافقة:

اصابات في نواح أخرى من الجسم : معزولة

العامل المؤذي :

- طرف علوي

- طرف سفلي

- عينية

- طرف سفلي

- عصبية

- الرأس

- في الجهاز العضلي الهيكلي

- أخرى

- الصدر

- أخرى

- البطن

منطقة الإصابة	الوتر المصاب
	الابهام:-EPL-FPL EPB-APL
	السبابة:-FDS FDP-ED-EI
	الوسطى:-FDS FDP-ED
	البنصر:-FDS FDP-ED
	الخنصر:-FDS FDP-ED-EDM

قاطعة

طبيعة الإصابة:هرسية

اصابات مرافقة باليد:

- اصابات نسج رخوة - الاوعية - الأعصاب

- اصابات عظمية مفصالية - كسور-خلوع- بانة

- كسور نهاية بعيدة للكعبرة - خلوع المعصم

عدد الاوتار المصابة:

نوعها : باسطة مثنية كلاهما

نوع الإصابة الوترية:

- قطع جزئي - قطع تام - هرس - ضياع مادي

- خياطة بدئية بالاسعاف-خياطة بدئية بالعمليات

خياطة ثانوية -مدة التأجيل-استعمال جبيرة

ديناميكية

المضاعفات:

-خمج

-تققع(تبيس)

-التصاق

-تحدد الحركة

المتابعة بعد العلاج:

-مدة بقاء التثبيت

-عدد مرات الضماد

-نزع قطب اجلد بعد

(شكل/1/ الاستمارة المعتمدة في هذه ادراسة)

النتائج:

راجع قسم الاسعاف في مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة 1/1/2002-1/1/2003 (112) حالة من أذيات أوتار اليد الحادة .ويظهر الجدول رقم (1) عدد هذه الاصابات مقارنة مع اصابات اليد الرضية عامة والاصابات الجراحية عامة ونسبها وذلك حسب الأشهر .

جدول (1) توزع اصابات الأوتار مقارنة مع اصابات اليد الرضية والحالات الجراحية عامة حسب أشهر السنة ونسبها:

الشهر	عدد الحالات الجراحية	عدد الحالات الرضية لليد	عدد الاصابات الوترية (الحالات)	النسب المئوية لاصابات الأوتار/اصابات اليد	النسب المئوية لاصابات الأوتار/الحالات الجراحية
1/2002	2708	372	7	1.88%	0.26%
2/2002	2828	323	7	2.17%	0.28%
3/2002	3062	503	8	1.6%	0.26%
4/2002	3084	616	10	1.62%	0.32%
5/2002	3025	645	10	1.55%	0.33%
6/2002	3142	656	11	1.68%	0.35%
7/2002	3581	674	13	1.93%	0.36%
8/2002	4230	689	14	2.03%	0.33%
9/2002	3125	446	10	2.24%	0.32%
10/2002	2847	419	8	1.9%	0.28%
11/2002	2775	311	7	2.25%	0.25%
12/2002	2557	294	7	2.38%	0.27%
المجموع والنسب	36964	5948	112	1.9%	0.3%

وتم توزيع عمر المصابين لعدة فئات عمرية وكانت نتائج توزع الحالات حسب هذه الفئات العمرية موضحة بالجدول رقم (2) كالتالي :

جدول رقم (2) توزع الاصابات الوترية حسب العمر .

العمر	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	50 سنة >	المجموع
العدد	4	27	37	22	13	9	112
النسبة المئوية	3.57	24.11	33.04	19.64	11.61	8.03	%100

أما فيما يتعلق بتوزع الاصابات حسب الجنس فلقد اختلف العدد بشكل واضح ما بين الذكور والاناث

جدول رقم (3) توزع الاصابات حسب الجنس .

الجنس	أنثى	ذكر	مجموع الحالات
العدد	41	71	112 حالة
النسبة المئوية	%36.6	%63.4	%100

ويظهر الجدول رقم (4) توزع الاصابات حسب اليد المصابة مع نسب هذه الاصابات

جدول رقم (4) توزيع الاصابات حسب اليد المصابة:

اليد المصابة	اليمنى	اليسرى	المجموع
العدد	66	46	112 حالة
النسبة المئوية	58.9%	41.1%	100%

تم تقسيم العامل المؤذي المسبب حسب شيوع هذه العوامل ل3 أقسام وهي الأدوات الحادة (كالسكين) والزجاج والمواد الأخرى وكان توزيع الاصابات حسب هذه العوامل كالتالي جدول رقم (5)

جدول رقم(5) توزيع الاصابات حسب العامل المؤذي:

العامل المؤذي	أداة حادة (سكين...)	زجاج	مواد أخرى (رض-هرس)	المجموع
العدد	49	33	30	112 حالة
النسبة المئوية	43.75%	29.46%	26.79%	100%

وتراوحت الاصابات الوترية من قطع جزئي الى قطع تام الى الهرس أو الضياع المادي وتوزعت الحالات حسب هذه الاصابات كالتالي جدول (6) (الاصابات هنا تعني الأوتار المصابة وليست الحالات)

جدول رقم (6) يبين اصابات الأوتار حسب نوع الإصابة:

نوع الإصابة الوترية	قطع جزئي	قطع تام	هرس	ضياع مادي	المجموع
العدد(أوتار مصابة)	99	64	12	3	178 وتر
النسبة المئوية	55.62%	36%	6.74%	1.64%	100%

أما فيما يتعلق بنوع الأوتار المصابة فقد توزعت حسب الجدول (7)

جدول(7) توزيع الاصابات حسب نوع الوتر المصاب :

نوع الوتر المصاب	مثني	باسط	كلا النوعين	المجموع
عدد الأوتار	37	105	36	178 وتر
النسب المئوية	20.79%	58.99%	20.22%	100%

وتم تقسيم هذه الحالات أيضا "حسب ترافق الإصابة الوترية مع أذية نسج مجاورة أو عدم ترافقها وتم تقسيم الاصابات المترافقة بأذية نسج مجاورة لنوعين حسب النسج المتأذية :

- 1- اصابات مترافقة بأذية نسج رخوة فقط كالجلد والشحم والصفاق والأوعية والأعصاب.
- 2- اصابات مترافقة بأذية نسج رخوة مع نسج عظمية .وكانت الحالات موزعة كالتالي جدول رقم (8).

جدول رقم (8) ترافق حالات الإصابة الوترية مع أذية نسج مجاورة :

الحالة	مترافقة بأذية نسج مجاورة		المجموع
	نسج رخوة فقط	نسج رخوة+عظمية	
غير مترافقة			

عدد الحالات	83	26	3	112
النسبة المئوية	74.11%	23.21%	2.68%	110%

واختلف عدد الأوتار المصابة في حالة مراجعة للاسعاف حيث تم تقسيم الحالات ل4 فئات حسب عدد الأوتار كما في الجدول رقم (9).

جدول (9) تقسيم الحالات حسب عدد الأوتار المصابة

عدد الأوتار المصابة	1	2	3	32	المجموع
عدد الحالات	70	23	14	5	112 حالة
النسبة المئوية	62.5%	20.54%	12.5%	4.46%	100%

وكانت طريقة تدبير هذه الحالات موضحة بالجدول التالي جدول رقم(10).

جدول (10) تقسيم الحالات ونسبها حسب طريقة التدبير :

طريقة التدبير	خياطة بدئية بالاسعاف	خياطة بدئية عاجلة	خياطة بدئية آجلة	المجموع
عدد الحالات	59	40	13	112%
النسبة المئوية	52.68%	35.71%	11.61%	100%

وبعد متابعة القسم الأغلب من هذه الحالات وجد أن توزع الاختلاطات الشائعة الحدوث كانت بالشكل التالي (جدول رقم 11):

جدول (11) أهم المضاعفات التالية لاصلاح الأذيات الوترية :

المضاعفة	الخمج	الالتصاقات	التقفع والتيبس المفصلي	المجموع
العدد	10	15	6	31 اختلاط
النسبة المئوية	8.93%	13.93%	5.36%	27.68%

المناقشة :

بلغ عدد الحالات التي راجعت مشفى الأسد الجامعي خلال الفترة الممتدة من 1/1/2002 حتى 1/1/2003 112 حالة باعتبار أن الحالة قصد بها المريض المراجع فقد يكون لديه إصابة في وتر واحد أو عدة أوتار حيث كان عدد الأوتار المصابة في هذه الحالات جميعها 178 وتر. بينما بلغ عدد حالات رضوض اليد عامة 5948 حالة وعدد الحالات الجراحية كان 36964. وبالتالي بلغت نسبة إصابة أوتار اليد مقارنة مع إصابات اليد الرضية عامة هي 1.9% ويعود صغر هذه النسبة الى شيوع الرضوض المغلقة لليد التي لا تترافق مع جروح أو أذية نسج رخوة بينما تكون نسبة إصابة أوتار اليد مقارنة مع الحالات الجراحية هي 0.3% ولكن كانت نسبة إصابات اليد الرضية

مقارنة مع الحالات الجراحية هي 16.1%. وهي نسبة مرتفعة مقارنة مع النسب السابقة، وهذا يعود لشيوع رضوض اليد مقارنة مع نواحي الجسم الأخرى وذلك لكونها عضو العمل والوظيفة لدى الانسان. واختلف توزيع الاصابات حسب أشهر السنة حيث ظهر تزايد عدد الحالات الجراحية وحالات اصابات اليد واصابات الأوتار في أشهر الصيف مقارنة مع الأشهر الأخرى وهذا يعود بالأساس لتزايد الحركة والنشاط في فصل الصيف مقارنة مع الأشهر الأخرى. وأظهر الجدول رقم(2) توزيع الاصابات حسب العمر حيث يلاحظ تزايد الاصابات والحالات في فئات الشباب مقارنة مع الفئتين العمريتين الحديتين أكثرها في عمر 21—30 سنة هي 33.04% وسبب ذلك هو أن فئة الشباب وخاصة في هذه الفترة هي الفئة الأكثر حركية ونشاطا" وعملا" في المجتمع مما يعرضها لخطر الاصابة أكثر من غيرها. وللسبب السابق نفسه كانت الاصابة عند الذكور منها عند الاناث كما يظهر في الجدول رقم (3) ولأن الذكور أيضا" هم الذين يقومون بأعمال أكثر احداثا للرض والاصابة منها عند الاناث.

أما الجدول رقم(4) فيظهر توزيع الحالات حسب اليد المصابة حيث يظهر فرق واضح بين المصابين باليد اليمنى واليسرى فعدد المصابين بيدهم اليمنى أكثر من المصابين باليد اليسرى .

وذلك يعزى لكون معظم أو غالبية الناس يستعملون يدهم اليمنى في أعمالهم وفي القيام بوظائفهم ومهنتهم مما يعرضها للمرض والاصابة أكثر من اليسرى. الا أن الجدول رقم (5) يظهر تقارب في عدد الحالات الموزعة حسب العامل المسبب مع زيادة معتدلة في الاصابة الناجمة عن الأداة الحادة كالسكين وغيرها .

ويظهر الجدول رقم (6) تزايد نسبة وعدد الأوتار المصابة بانقطاع كامل مقارنة مع الأذيات الأخرى ونقص في حالات الضياع المادي وهذا يتوافق مع كون العامل المسبب الأكثر شيوعا" هو الزجاج والأداة المعدنية الحادة كالسكين وغيرها وهي أدوات راضة جارحة وجرحها غالبا" من النوع القاطع ولهذا السبب كانت الاصابة بانقطاع كامل اكثر من غيرها.

أما بملاحظة عدد ونسبة أذيات الأوتار المثنية مقارنة مع الباسطة بالجدول رقم (7) فنلاحظ ازدياد عدد الأوتار الباسطة المصابة مقارنة مع المثنية وهذا يعود لعدة اسباب :

1- الأوتار المثنية موجودة في الوجه الراحي لليد وهو الوجه الداخلي المحمي في أغلب الأوقات حتى بالوضعية الفيزيولوجية أو بوضعية الراحة لليد .

2 - الأوتار المثنية تتوضع عميقة في الراحة تحت الصفاق الراحي وتحت النسيج الرخوة المجاورة عكس الباسطة التي تتوضع على الوجه الظهري لليد وهي تعتبر سطحية اكثر وتتوضع تحت الجلد مما يعرضها أكثر لخطر الاصابة .

ويظهر الجدول رقم (8) أن اغلب أذيات الأوتار توافقت بأذيات في النسيج الرخوة المجاورة كالجلد والنسيج الرخوة تحت الجلد كالشحم والصفاق والأوعية والأعصاب حيث بلغت نسبتها 74.11% وبعضها توافقت بأذيات عظمية 23.21% حيث يعود ذلك للعامل المسبب الراض الذي يسبب في أغلب الحالات أذية رضية جارحة .

وكانت النسبة الأكبر لاصابة وترية تشمل وتر واحد فقط كما يطر بالجدول رقم (9) وهذا غالبا" ما ينجم عن اصابة اصبع واحد وبجهة واحدة (ظهرية غالبا") وتر باسط، أما فيما يتعلق بطريقة التدبير فيظهر الجدول رقم(10) أن طريقة التدبير الأولي والخياطة البدئية بالاسعاف كانت ذات النسبة الأعلى 52.68% وهذا كان يجري تحت التخدير الموضعي كون أغلب الانقطاعات جزئية وبوتر واحد وباسط غالبا" مع العلم أن خياطة الأوتار يجب أن

تجري في غرفة العمليات أو العمليات الاسعافية وليست في غرفة الضماد [3] ولايستحب أيضا" استعمال التخدير الموضوعي هنا أبدأ" كون لا يسمح بوضع قاطع التروية [4] .

أما طرق التدبير الأخرى فهي الخياطة البدئية العاجلة بغرفة العمليات عند توفر شروط اجراء هذه الخياطة او تأجيلها ان لم تتوفر واجراء خياطة بدئية مؤجلة لعدة أيام [5] .

ويظهر الجدول رقم (11) نسبة الاختلاطات الشائعة الحدوث وهي الخمج والالتصاقات والتققع المفصلي فسبب الخمج على الأغلب هو عدم اتباع شروط التعقيم الكافي عند التدبير أو تلوث الجرح بشكل كبير عند الاصابة وعدم تنظيفه بشكل كامل أو الاهتمام والالتزام الجيد من قبل المريض حيث أن قسم كبير من المرضى لم يلتزموا بتعليمات المراجعة أوبالمعالجة المطلوبة .

أما الالتصاقات فهي شائعة الحدوث وهي الاختلاط الأكثر حدوثا"في أذيات الأوتار [6] حيث غالبا" ما يلتصق الوتر المخاط مع النسيج المجاورة المصابة أيضا".

أما يتعلق بالتققع المفصلي وتحددات الحركة فهي ناجمة على الأغلب عن التثبيت المديد وتلعب الالتصاقات الوترية دورا" هاما" في هذه الحالة، وهذا ينجم عن نقص التحريك المبكر. وقد تم تدبير أغلب هذه الاختلاطات سواء بالمعالجة الفعالة بالصادات والضمادات مع النزح لحالات الخمج أو بالمعالجة الفيزيائية لأغلب حالات التققع المفصلي والالتصاقات مع الاضطرار في بعض الحالات للجراحة مرة اخرى .

التوصيات :

- التوعية الصحية والتأكيد على ضرورة المراجعة والمتابعة بعد العمل الجراحي والالتزام بالتعليمات الطبية كونها شئ ضروري جدا" لا يمكن اهماله .
- عدم تدبير أي أذية وترية الا في ظروف معقمة جيدة ومن قبل جراح متمرس قدر الامكان وخبير في هذه الاصابات وتحت تخدير ناح أوعام لكي يتمكن الجراح من التسليخ والاستقصاء والتدبير بشكل مريح ونظيف
- وضرورة تنظيف الجرح بشكل جيد اما العلاج بالصادات الحيوية فيحتفظ به للحالات الملوثة بشدة
- اعتماد التحريك المبكر للأصابع في فترة ما بعد الجراحة كالجبيرة الديناميكية قدر الامكان للاقلال من حدوث الانكماشات والتققعات المفصلية وتحددات الحركة .
- لا يجوز خياطة أي جرح في اليد قبل وضع التشخيص الدقيق للاصابات الوترية المحتملة ..

المراجع:

.....

1- الخولي،يمن طريف، 2000 - فلسفة العلم في القرن العشرين، المجلس الوطني للفنون والثقافة والآداب ، الكويت .

2- CAMPBELL,W.1999-Operative Orthopedic, Ninthedition-Mosby,U.S.A

3-Jack,C et al.2000-The journal of hand Surgery USA vol.25.No 6 pp 1127-1133

4- Young R ,Harmon J (1960) .Repair of the Tendon injuries of the hand .Annals of Surgery ,151:562-566.

5-Urbaniak J R, Cahill JO.Mortenson RA.Tendon suturing methods symposium of tendon surgery in the hand .S T Louis,Mosby, 1975: 70-80.

6- LAWRENCE,H.SCHNEIDER ,M.D .1986-Complication in tendon injury and surgery .Hand clinics U.S.A .Vol. 2,no.2 PP 361-371.