

نامه دانشکده پزشکی تهران

شماره هشتم از سال بیست و دوم اردیبهشت ماه ۱۳۴۴

جستجو با وگرواوریهای علمی

دکتر مهدی

دکتر هنجن

عفو نتهای حاد دست و انگشتان^۱

دست با ارزش ترین عضو آدمی است و سیله ایست برای امرار معاش ، ایزاریست برای تأمین معیشت و بمنزله خادمی است برای انجام کار و رفع کلیه احتیاجات و نیازمندیهای یدی روزانه بشر و عاملی است موجد هم آهنگیهای روزمره زندگی و آهنگ نواز ذوق و قریحه هنری . لذا بنابراین متضیمات و عوامل دیگر، این عضو ارزنده بشیاع در معرض جراحات و عفونتها قرار میگیرد و اغلب صدماتی جبران ناپذیر بحرکات دقیق و پرازش آن وارد می آید که اثرات و داغهای شگرف نامطلوبی از خود بیاد گار باقی میگذارد تقریباً در ۵۷٪ موارد قبل از بروز عفونت ضربه ای بمانند نیش سوزن و یا خراش و بریدگی و ترک سطحی پوست راه را برای دخول عامل بیماریزا میگشاید. اساساً این مهاجمین میکروبی در اثر دفاع موضعی و یا عمومی نابود و منهدم میشوند ولی زمانیکه جراحی اولیه شدید باشد و یا محلئیکه عفونت در آنجا حادث

۵۵- استادیار دانشکده پزشکی

۵۵- استاد دانشکده پزشکی

۱- مشاهدات و آمار بررسیهای شخصی در درمانگاه جراحی بیمارستان رازی بانضمام قسمتی که

از مجلات امریکائی و فرانسوی اقتباس شده است

میشود محدود به جدارهای نیامی سخت از قبیل غلافهای تاندونی و یا در فضای پولپ باشد و یا چنانچه قدرت بیماریزائی عامل میکربی بمانند استافیلوکوک طلائی شدید و یا مقاومت میزبان کاسته شده باشد، این عوامل میکروبی بسرعت جایگزین میگردند و بلافاصله از نقطه دخول به نسوج اطراف منتشر میشوند وید عروق لنفاوی و عفونی دست می یابند و باصطلاح جرقه ناچیزی سبب آتش خانمانسوزی میگردد.

میزان شیوع عفونت دست را در اجتماع نمیتوان بتحقیق معین کرد. خاصه در جامعه ایکه سازمانهای بیمه ای عمومیت نداشته باشد. ولی شاید بتوان در طبقه صنعتکاران و کشاورزان که سلامت آنان بیمه سازمانهای بهداشتی متشکلی است میزان جراحات و عفونت دست را تعیین نمود.

نظر با اهمیت موضوع عفوتهای دست و انگشتان خاصه در نزد طبقه کارگرو کشاورز وعموم افرادی که به کارهای دستی اشتغال دارند در نظر داشت آماری از مبتلایان باین نوع عفونتها را مورد بررسی قرار دهد و نتایج آنرا منتشر نماید.

نیاز به تذکر نیست که در برابر این قبیل ضایعات عفونی دست سازمانهای بیمه های کارگران و غیره در کشورهای مترقی و کشور ما مقررات و قوانینی تدوین نموده اند که در صورت بروز عوارض برای این بیماران سعافیتها و مزایای استحقاقی خاصی در نظر گرفته اند که خود موضوعی جدا گانه و جالب و حائز اهمیت بسیار است که ما را فعلا مجال بحث آن نیست.

مشاهدات و آمار عفونتهای دست در مانگاه جراحی بیمارستان رازی بر مبنای انواع متفاوت ضایعات عفونی دست ۱۰۹ نفر بیمار از میان دوهزار و ششصد و هفتاد و نه بیماری که از تاریخ ۳/۸/۳۰ الی ۳/۱۰/۳۰ باین درمانگاه سراجعه نموده اند تنظیم گردیده است. و از آمار مأخوذ چنین مستفاد میگردد: که از هر صد بیمار سراجعه کننده بدرمانگاه جراحی ۶ نفر به علت جراحات دست با و یا بدون عفونت سراجعه نموده اند و نیز از هر ۱ بیمار مبتلا به عارضه دست ۸ نفر به سبب عفونت رجوع نموده اند.

برای مقایسه در ذیل، آمار یکی از سازمانهای بیمه ای کشور کانادا را شرح میدهم:

آمار اداره کل بیمه شهر اونتاریو (Ontario) کانادا

در سال ۱۹۵۷ در مورد جراحات و عفونتهای دست

کلیمه آسیب های وارده به دست (با و یا بدون عفونت)	۱۰۴۳ مورد
نسبت آن به کلیمه مصدومین گزارش شده	۲۷/۴ درصد
وجود عفونت در دست از نخستین معاینه	۲۷۱۴ مورد

شکاف کوچکی به دیواره ناخن در حد فاصل بین پوست و ناخن می‌دهیم و اپونیکیوم را از جایش بلند می‌کنیم و در موارد پیشرفته و مسامحه شده دوشکاف طولی در دو طرف قاعده ناخن می‌دهیم و اپونیکیوم را از سطح زیر جدا می‌کنیم چنانچه چرک زیر ناخن را هم فرا گرفته باشد ثلث فوقانی آنرا برمی‌داریم.

پارونیکیا مزمن

با وجود آنکه بندرت متعاقب پارونیکیا حاد بروز می‌نماید معهداً عنوان مزمن بآن اطلاق گردیده است.

معمولاً چند انگشت را فرا می‌گیرد و عفونت از نوع مختلط است اغلب بانوان خانه‌دار و کسانی که دست‌آنان با آب تماس زیاد دارد مبتلا می‌گردند. بآنکه آنتی‌بیوتیک‌تراپی و عمل جراحی در درمان نوع حاد نتیجه درخشانی به بار می‌آورد معهداً در این مورد تأثیر چندانی ندارد. استفاده از پماد نئومايسين مخلوط با کورتیزون اغلب مؤثر و رادیوتراپی سطحی اثربخش است. باید دانست که برخی از عفونت‌های مزمن بستر ناخن ممکن است اساساً ناشی از عوامل چرک‌زا نباشند - از آنجمله شانکر بستر ناخن است که بندرت مشاهده می‌شود. کارسینوم و ملانوم بدخیم بستر ناخن و گزوستوز زیر ناخن و ویا ضایعات ناشی از اشعه از سوجبات پارونیکیا می‌باشند.

عفونت فضای زیر ناخن

که بین مخاط زیر ناخن و پریوست بند انگشت تحتانی پدید می‌آید و معمولاً بعلت دخول خاری و یا نوک سوزنی به زیر ناخن آبسه دردناکی در زیر ناخن پدید می‌آید و این عفونت عادتاً بسوی لبه آزاد ناخن پیش می‌رود. درمان موضعی عبارتست از برداشتن سقف آبسه بوسیله حذف قسمتی به شکل V از ناخن و حلقه کوچکی از پوست روی حفره آبسه که بلافاصله درد آرامش و تسکین می‌پذیرد.

عفونت‌های فضای زیر جلدی انگشتی

این عفونت‌ها در نسج سلولی سطح کف دستی انگشتان و شست حادث می‌شود و دو خط عرضی در سطح کف دستی انگشتان ایجاد سه منطقه که هر یک مربوط به یک بند انگشت است مینماید - نسج سلولی سومین بند انگشت در سطح کف دستی به فضای پولپ موسوم است و قسمت وسطی مربوط به بند انگشت دوم و قسمت فوقانی مربوط به بند اول انگشت است.

عفونت فضای پولپ یا نسج سلولی سطح کف دستی بند انگشت تحتانی

نسج سلولی بند انگشت تحتانی (بند سوم) موسوم به پولپ است که دارای اعمال اختصاصی از قبیل حس لمس دقیق و ظریف و تشخیص هویت و عمل برداشتن اشیاء می‌باشد. و دو سوم تحتانی قدیمی بند انگشت انتهائی را تشکیل می‌دهد و ساخته شده است. از نسج اسپنژی

که در آن الیاف ارتباطی منظره‌ای خانه زنبوری یا حجره‌ای بوجود آورده است و از قسمت خلفی به پریوست بند سوم انگشت واز جلو به کوریوم پوست روئی خود چسبیده است و در بالا Proximal این فضای پولپ محدود شده است بوسیله لایه نازکی از نیام که در جلو به شیار تاکننده بین بند انگشت سوم و دوم متصل است و از قسمت خلفی به پریوست و به وتر Flexor Profundus می‌چسبد و میان خلل و فرج این ساختمان حجره‌ای یا خانه زنبوری شکل را نسج چربی پر کرده است - عروق و اعصاب از دو سطح طرفی انگشت بفضای پولپ وارد و خارج میشوند و بعلت شبکه لیفی و سخت این ناحیه پولپ فقط اندک و یا اساساً هیچ انبساطی پیدا نمیکند که با میزان ترشحات اگر و دائی تطبیق نماید و عروق انگشتی سریعاً و اغلب کاملاً بسبب عفونت فضای پولپ مسدود میگردند که این نیز منجر به بروز درد شدید ناشی از ایسکمی میگردد .

نظرباینکه با انگشتانمان دائماً پیرامون خود را آزمون و تفتیش میکنیم بنابراین صدمات به فضای پولپ اجتناب ناپذیر و بسیار شایع است چون انگشت شهادت Index و شست مؤثرترین و مفیدترین انگشتهاست لذا بیشتر دچار عفونت میگردد و عامل سببی معمولاً یک نیش سوزن است و در طی ۲ تا ۴ ساعت درد خیلی سخت و احساس فشرده‌گی در پولپ ظاهر میشود . درد لمسی در منطقه آسیب دیده بسیار مشخص ولی با اضمحلال و از بین رفتن نسج و تشکیل چرک از حساسیت و درد کاسته میشود - در ابتدا پولپ بعلت خیز سفت است ولی تورم آن به سبب سازمان نسجی اش زیاد نیست و بعداً بعلت تشکیل چرک این قسمت تموج پیدا میکند و عفونت به استخوان و پریوست سرایت مینماید و هر گاه بموقع جلوگیری نشود دیافیز استخوان بند انگشت نکروزه شده و وسکستر در آن ظاهر میشود و بتدریج چرک بسوی زیر درم نوك میکشد و یایک آبه شکل ساعت دوپطنی طبخی پدید میآورد و یا آنکه با طرف و به گوشه‌های ناخن گسترش می‌یابد . و اگر تحت درمان جراحی قرار نگیرد عفونت پولپ شست ممکن است به فضای تنار و به غلاف تاندون سرایت نماید .

درمان عفونت پولپ اسری است بسیار فوری زیرا فشار پولپ باید بر طرف شود تا جلوگیری از نکروز ایسکمیک گردد . شکاف باید در همان طرف عفونت انجام گیرد و باید بین سطح قداسی استخوان و پوست داده شود شکاف نباید آنقدر عمیق باشد که بیستوری غلاف سینوویال تاکننده عمقی انگشت را باز کند و عفونت بان سرایت نماید . درن کوچکک ظرفی برای ۲ ساعت میگذاریم اگر درناژ کافی بوده باشد عفونت بسرعت کاهش می‌یابد و چنانچه نکروز پولپ و یا استخوان بوجود پیوسته باشد درناژ تا وقتیکه این ضایعات حذف نشوند ادامه خواهد داشت و نباید دورتادور انتهای تحتانی انگشت را شکافت و نیز احتیاجی نیست که شکافی

امتداد دارد و مستقل هستند. معمولاً ارتباطی با غلافهای سینوویال کف دستی ندارند (عقیده کلاسیک) و انتهای فوقانی آنان بن بست است. در ۲۰٪ موارد برخلاف آنچه که قبلاً تصور میشد غلاف این سه انگشت مذکور با بورس کوپیتال ارتباط دارد و غلاف زلالی انگشت کوچک بطرف بالا از طریق کف دست تا پشت ایگمان عرضی کارپ ادامه می یابد و به غلاف بورس کوپیتال (غلاف داخلی) ارتباط می یابد. باید دانست که این بورس کوپیتال بنوبه خود ایجاد بن بستهایی بین اوتار تا کننده سطحی و عمقی انگشتان در کف دست مینماید زیرا این غلاف داخلی یا کوپیتال سطوح قدامی و خلفی (فقط کنار داخلی و ترفهای تا کننده سطحی) و همچنین سطوح قدامی و خلفی (فقط کنار داخلی و ترفهای تا کننده عمقی) را میپوشاند و در نتیجه سه بن بست زلالی: ۱- جلووتری ۲- بین وتری (بین اوتار تا کننده سطحی و عمقی) ۳- خلف وتری ایجاد مینماید و غلاف زلالی یا غلاف تاندونی عضله تا کننده دراز مخصوص شست از طریق کف دست بطرف بالا ادامه می یابد تا به غلاف خارجی مچ دستی موسوم به غلاف رادیال ارتباط حاصل مینماید و این غلاف رادیال در قسمت فوقانی ۳ تا ۴ سانتیمتر بالای کنار فوقانی رباط حلقوی قدامی مچ دست ممتد است و تقریباً در ۸۰ درصد افراد این غلاف رادیال و کوپیتال بیکدیگر مربوط هستند. در دست ورقه های نیامی ایجاد فضاهای سلولی نموده اند که عبارتند از سه فضای کف دستی (موسوم به فضای تنار- و کف دستی میانی و فضای هیپوتناز) که بوسیله تیغه های بین عضلانی داخلی و خارجی از یکدیگر مجزا هستند و یک فضای سلولی پشت دستی.

این فضای کف دستی میانی (Palmaire Moyenne) خود بوسیله طبق اوتار تا کننده به دو فضا تقسیم شده است یکی جلوی وتری که سطحی است و در جلوی تاندونها و قوس عروقی کف دستی سطحی واقع شده است که ایجاد فلگمون زیر جلدی دست را مینماید و دیگری خلف وتری است که مدتها فلگمون این منطقه با فلگمون غلافهای انگشتی مچ دستی اشتباه میشدند. درساعد نیز یک فضای وسیعی بین اوتار تا کننده و عضله درون گرداننده و غشاء بین استخوانی وجود دارد.

تنوسینوویت (Tenosynovitis)

تنوسینوویت عارضه ایست بسیار مهم که مستلزم درمان فوری است تا اختلال عملی در عضو پیش نیاید. نیش سوزن و بریدگی در سطح کف دستی انگشتان (بخصوص در مجازات مفاصل بند انگشتی فوقانی و تحتانی زیرا که در این نواحی غلاف تاندونی به سطح نزدیکتر

است) از عوامل سببی محسوب میگردند. و بمحض آنکه عفونت وارد غلاف سینوویال تاندون بشود سرعت بطرف بالا و پائین منتشر میشود و این انتقال بوسیله حرکات تاندون که مایع ترشحی اگزودائی داخل سینوویال را جابجا میکند صورت میگیرد همچنانکه پدیده تورمی پیش میروند مایع ترشح شده اگزودائی تمام غلاف را پر مینماید و آنرا بشدت تحت کشش اتساعی قرار میدهد بنابراین عفونتی موجود در فضائی سر بسته (سینوویال) ایجاد فشار داخلی زیادی مینماید که گاه ممکن میشود عروق کوچکی که از طریق مزوتاندون وارد تاندون میشود در اثر فشار مسدود گردد و تاندون نکروزه بشود.

نظرباینکه غشاء لیفی در مجرای لیفی استخوانی در تمام مسیرش روی سینوویال را پوشانده است فقط پاره شدن غلاف سینوویال در کول دوساک فوقانی که از غشاء لیفی پوشیده نشده امکان پذیر است که معمولاً این بن بست فوقانی بداخل فضای کف دستی سرباز میکند که خود منشأ بروز یک عفونت فضای کف دستی میشود و پاره شدن غلاف سینوویال انگشت شهادت در فضای تئار رخ میدهد و عفونت غلاف سینوویال انگشت وسطی (Middle finger) معمولاً در فضای وسطی کف دستی سرباز میکند ولی بندرت اتفاق افتاده است که این پاره شدن در فضای تئار انجام گیرد و پاره شدن غلاف سینوویال انگشتی (Ring Finger) در فضای کف دستی وسطی پیش میآید و هرگاه سینوویال رادیال و کوییتال گرفتار شوند امکان دارد فضای خلف تاندونی در ساعد نیز دچار عفونت شود و از سوی دیگر به علت آنکه در ۸ درصد افراد بورس رادیال و کوییتال بیکدیگر ارتباط دارند لذا عفونت یکی اغلب موجب سرایت به دیگری میگردد.

مشخصات بالینی - علائم بالینی تنوسینوویت در انگشتان بسیار مهم است. معمولاً انگشت در حال نیمه خمیده و با صلابت و قرمز و تورم و دردناک است. تورم در اینجا متقارن است و سرعت به پشت دست انتشار می یابد. در طول مسیر غلاف سینوویال درد لمسی فوق العاده شدیدی وجود دارد خاصه اگر حرکت اکستانسیون آکتیو و پاسبیو بانگشت داده شود درد طاقت فرسائی (که معمولاً بیماران اجازه چنین کاری را نخواهند داد) ایجاد مینماید و درد در انتهای فوقانی غلاف تاندونی بیشتر حس میشود و زمانی که غلاف تاندونی سرباز کند درد تسکین می یابد و حرکت انگشتان آسان تر میگردد. معمولاً حالت عمومی بعلت احساس ناراحتی شدید از ضایعه مختل شده است. توکسمی و تب و بیخوابی وجود دارد. تنوسینوویت انگشت کوچک

علاوه بر علائم بالینی که بطور کلی در مورد تنوسینوویت انگشت در پیش شرح داده شد بورس کوییتال در کف دست و نیز در بالای لیگمان حلقوی مچ دست (Annular - ligament)

باریکی بهم مربوط هستند سینه‌ماید ویا آنکه بطرف فضاهاى پرده‌ای بین انگشتی (Web space) سپرود ویا حتی به فضای تنار سرایت میکند . از لحاظ با اینی - عفونت این فضا همراه با درد بسیار شدید و تب است . مرکز کف دست توری مشخص دارد و حدود جانبی آن متمایز است یعنی بفضاهای تنار و هیپوتنار تجاوز نمیکند .

امکان گسترش خیز به ساعد موجود است - فعالیت حرکت انگشتان تا حدی محدود گشته است ولی حرکات پاسیو طبیعی است . چنانچه در موقع مقتضی شکاف داده نشود چرك به مناطق مجاور و به غلافها ویا فضای خلف تاندونی سرایت میکند و اغلب در سطح قدیمی ساعد ایجاد برآمدگی بعلت عبور نمودن چرك از جای لیگمان حلقوی میچ دست سینه‌ماید . درمان موضعی مبنی است بر شکافی بطول ۲ سانتیمتر که موازی با شیار کف دستی تحتانی (Distal palmar crease) داده شود .

عنوانت فضای میانی کف دستی خلف تاندونی

این شکل بالینی مهم را Kanavel توصیف نموده است و سالها با فنگمون غلاف سینه‌ویال انگشتی میچ دستی اشتباه میشده این فضا در عمق کف دست واقع شده است - سقف و یا سطح قدیمی آنرا نیام نازک اوتار تاکننده عمقی انگشت شهادت و میانی و انگشتی و انگشت کوچک تشکیل میدهد و کف آنرا نیامی که سومین و چهارمین عضله بین استخوانی و نیامیکه روی عضله نزدیک کننده شست را میپوشاند تشکیل میدهد و کنار خارجی آنرا تیغه نیامی مایل که از سطح کف دستی متا کارپ سوم به نیام روی اوتار تاکننده محدود میشود و کنار داخلی آن را (مرز کوییتال) و نیامیکه از پنجمین متا کارپ بروی عضلات هیپوتناریا پدید تشکیل میدهد و در قسمت فوقانی به مجرای میچ دستی (Carpal tunnel) و در قسمت تحتانی به مجرای دور (Lumbrical canals) انگشت انگشتی و میانی و گاهی به مجرای دوری انگشت شهادت ارتباط دارد .

خوشبختانه عفونت فضای میانی کف دستی عمقی کمیاب است و معمولاً^۱ به علل ذیل حادث میشود:

- ۱- عفونت غلاف تاندونی انگشت شهادت و میانی و انگشتی و گاهی از بورس کوییتال
- ۲- عفونت زیرجلدی انگشت شهادت و میانی و انگشتی و انگشت کوچک بطور مستقیم ویا بطریق مجاری دوری
- ۳- عفونت بنحو مستقیم بعلت نفوذ زخم چرکی به عمق
- ۴- استئومیلیت متا کارپ سوم و چهارم و پنجم ویا عفونت مفصل فوقانی بند اول این انگشتان . آسسه فضای کف دستی میانی بطرف پوست کف دست بمحاذات قاعده انگشتان ویا به سوی سطح خلفی فضای پرده‌ای بین انگشتی (Web space) نوك میکشد)

و نیز ممکن است از راه مجرای مچ دستی بطرف ساعد و یا بحدود فضای تنار گسترش یابد
 تشخیصات بالینی بسیار مهم هستند و یقیناً ذیل میباشند:

- ۱- فقدان تقعر کف دست .
- ۲- درد لمسی محدود به فضای سلولی کف دستی .
- ۳- تورم و درد لمسی روی مجاری دوری مربوط بانگشتان .
- ۴- پشت دست متورم .
- ۵- شکایت از درد بسیار شدید و عکس العمل عمومی بدن .
- ۶- انگشتان میانی و انگشتی نیمه خمیده و دردناک در صورت بکار بردن آنان .
- ۷- نقصان عمل عضلات دوری و عضلات بین استخوانی .

درمان جراحی بهترین راه برای درناژ چرک فضای میانی کف دست با شکافتن ثلث مرکزی شیار تاکننده تحتانی کف دست است در یکی از دو طرف تا ندون تاکننده انگشت انگشتی

عفونت فضای سلولی تنار

عفونت فضای تنار در روزگار کنونی تا حدی شیوع ندارد این فضا از سطح خلفی و یا کف فضا محدود است به عضله نزدیک کننده شست و اولین عضله بین استخوانی و سقف آنرا نیام نزدیک کننده (Adductor Fascia) و تیغه مایلی که به سطح کف دستی سومین متاکارپ در طرف عقب چسبیده و بسوی نیام تاندونهای تاکننده و نیام کف دستی گسترش دارد تشکیل میدهد . درجهت بالا به مجرای مچ دستی و در باین به نیام عمقی در زیر لبه پرده ای شست محدود میشود چرک این فضا از اطراف کنار آزاد رأس عرض عضله نزدیک کننده شست وارد تشکیلات زیر جلدی خلفی که بین اولین عضله بین استخوانی و متاکارپ انگشت شست قرار دارد میشود . فضای تنار ممکن است بعلت سینوویت انگشت شهادت و یا شست و زخم نفوذ کننده قاعده شست و یا پاناری زیر جلدی این دو انگشت بطور مستقیم و یا از طریق بورس رادیال و یا از راه فضای کف دستی میانی به عفونت دچار گردد . و نیز استئومیلیت متاکارپ و عفونت مفصل فوقانی انگشت شهادت و شست امکان ایجاد عفونت را در این ناحیه دارد .

توسعه عفونت سطح پشتی با اولین فضای پرده بین انگشتی و یا مجرای دوری انگشت شهادت و یا ندرتاً از راه مجرای مچ دستی بطرف ساعد امکان پذیر است . علائم بالینی مبنی است بر:

- ۱- تورم و برجستگی فضای پرده ای بین انگشتی شست .
- ۲- دور شدن شست (آبدوکسیون) و نیمه خمیدگی در مفصل تحتانی آن .
- ۳- نیمه خمیدگی انگشت شهادت و درد در اثر حرکت آن .
- ۴- ناراحتی عمومی بطور مشخص موجود است . بهترین راه درناژ فضای تنار مبنی است بر شکافی موازی و یک سانتیمتر پائین شیار تاکننده بند انگشتی مچ دستی شست که بطرف پرده بین انگشتی متمایل میشود و اغلب باشکافی دیگر در کف دست در حدود ثلث تحتانی برجستگی تنار همراه میباشد .

عفونت فضای هیپوتنار

فضای هیپوتنار شامل عضلات هیپوتنار است که در طرف داخل محدود است به جدار ویا نیامیکه از منتهای کارپ پنجم بطرف جلو بانیم کف دستی ادامه یافته است . عفونت ممکن است ناشی از تنوسینوویت بورس کوپیتال ویا عفونت مستقیم استنومیلیت پنجمین منتهای کارپ باشد . این فضا ممکن است قرمز و متورم و یا ملامسه بینهایت دردناک باشد و بهتر است از طریق شکاف هنری (Henry's Incision) و یا اساساً شکاف بر روی برجسته ترین نقطه تورم که بیش از سایر نقاط دردناک باشد چرک آن خارج گردد .

عفونت فضای زیر جلدی پشت دست

فضای زیر جلدی پشت دست محدود است از سطح قدامی بوسیله تاندونهای بازکننده و در سطح خلفی نیام سطحی پشت دست و پوست و در پائین این فضا بطرف سطح خلفی انگشتان در امتداد اتصال تاندون اکستانسورها در هر طرف ادامه مییابد چرک درون این فضا به مناطق بین انگشتی (Web. space) و سطح محیطی پشت دست نوك ميكشد و نیز اسكان نفوذ چرک به کف دست از راه فضای وب (Web. space) زیاد است . درناژ باید از راه شکافی بر روی محل تموج صورت گیرد .

عفونت پینه کف دست

عفونت پینه های کف دست اساساً در نزد کارگرانیکه کارهای یدی سخت مینمایند حادث میشود . این پینه ها در کف دست در مقابل رأس منتهای کارپها تشکیل میگردد و بطور شایعی عفونت می یابند و ایجاد آبه درون جلدی مینمایند که اسكان دارد به فضای زیر جلدی ویا فضای بین انگشتی (Web space) سرایت کند .

عفونتهای اختصاصی و عفونتهای غیر معمول

اغلب پدیده های عفونی ممکن است دست را مبتلا نمایند و بعضی از برخی دیگر شایعترند - فی المثل درسیاه زخم و سیفیلیس و لیشمائیوز که بندرت دیده میشوند ولی تنوسینوویت سلی و ارزپیلوئید و تولارمی و گرانولوم شیردوشها تا حدی شایعترند . سینوویت توپر کولوز را باید در اغلب عفونتهای مزمن غلاف تاندونهای دست درم نظر داشت و ارزپیلوئید یک عفونت جلدی ناشی از عامل میکروبی ارزپیلوتریکس (Erysipelothrix) است و اغلب در افراد کشاورز و دامپروران و ماهیگیران دیده میشود و شباهت بشکل مزمن باد سرخ را دارد . و گرانولوم شیردوشها و سلمانیها بصورت نودول مزمن دردناکی ظاهر میشود که اغلب همراه با مجرای سینوسی است که ترشح مینماید .

تقریباً همانند سیست (Cyste) خانوادگی روی استخوان ساکروم است (Pilonidal cyste)

که همراه با جراحی سینوسی ناحیه ساکروم است.

عوارض عقونتهای دست و انگشتان

وخیم‌ترین عارضه آسیب دائمی و نقصان همیشگی حرکات دست است نافوانی و از کارافتادگی Disability دائمی همواره ممکن است متعاقب از بین رفتن پولپ انگشتان و استئوسیلیت بند انگشت و متاکارپ و کارپ و یا آرتروز منصل مربوطه بروز نماید. پیدایش سکستر و چسبندگی شدید بین اوتار و غلاف و تری و یاساختمانهای دیگر دست منجر به صلابت و از کار افتادن انگشت میگردد معمولاً قطع جراحی کامل انگشت کم‌تر از وجود یک انگشت سخت و متصلب یافته موجب ناتوانی میشود ولی در مورد شست مسئله استثنائی است زیرا تا حد امکان باید سعی نمود هرچه بیشتر از شست نگاهداشته شود. فلج اعصاب بزرگ مانند فلج عصب مدیان ممکن است در عقونتهای وسیع دست بظهور برسد و این فلجها معمولاً در اثر فشار اگزودای ترشجی داخل بورس رادیال و کوبیتال و یا هر دو بروز میکنند و بلافاصله باید رفع فوری فشار از مجرای سچ دستی بعمل آید.

اصول اساس درمان عقونتهای دست و انگشتان

بدیهی است در هر بیماری تشخیص قطعی عامل اساسی موفقیت در درمان است. در عقونتهای دست جنبه درمانی دارای عشرط اصلی است:

- ۱- استراحت بیمار و استراحت دست
- ۲- درمان با آنتی بیوتیک، مساعد با تعیین آنتی بیوگرام.
- ۳- باز شناختن سریع ضایعه و رفع فشردهگی بطور فوری از فضای سربسته مبتلا به عقونتهای.
- ۴- باید بطور کافی و کامل عمل عضو پس از درمان برگردد تا بتواند بعد کفایت از دست خود استفاده لازم را بنماید.

استراحت- در تمام موارد با استثنای آبسه خفیف سطحی و پاناری بی عارضه بیمار باید در بیمارستان بستری گردد. و دستور استراحت کامل دست و مسکن کافی و آرام بخش داده شود دست باید در وضعیت عملی خود (Position of function) و بالاتر از سطح بدن قرار گیرد زیرا از درد کوبنده و خیز می‌کاهد. گذاردن کیسه یخ و یا ورزش باد خنک پنکه مفید است. درمان با آنتی بیوتیک باید بلافاصله از آنتی بیوتیک باطیف قوی تجویز گردد تا آنکه بعداً پس از شکافتن کشت چرک و آنتی بیوگرام نوع آنتی بیوتیک مصرفی را تعیین نماید. معمولاً در بیش از ۹۰٪ موارد استفیلوکوک و استرپتوکوک از عوامل بیماری زا بشمار میروند و داروهای فیرینولیتیک اثر درمانی درخشانی دارند.

پنی سیلین باید بمقدار بسیار زیاد مثلاً روزانه ۲ میلیون واحد در روز یا بیشتر تجویز گردد. نظر باینکه اغلب پزشکان و پرستاران که در بیمارستان اشتغال دارند با پوش های مقاوم

عفونت پیدا میکنند و به پنی سیلین مقاوم هستند لذا باید آنتی بیوتیک اضافی دیگری از قبیل اریتروما سین تجویز گردد تا نتیجه کشت و حساسیت میکروبی به آنتی بیوتیک معین شود.

درمان با آنتی بیوتیک باید معمولاً تا ۴ روز پس از پایان آخرین روز فعالیت پدیده عفونی ادامه یابد.

عمل جراحی فوری - بفوریت بمانند عمل برداشتن آپاندیس باید رفع فشار از عفونت فضای سر بسته دست انجام گیرد. جراحی باید تحت آنستزی عمومی صورت گیرد. با اتخاذ تدابیر معمول از جریان خون بموضع عمل موقتاً جلوگیری گردد نسوج گندیده و نکروزه برداشته شود و کورت کشیده شود تا آنتی بیوتیک بهتر وارد منطقه عفونت یافته بشود درمان باید کافی و کامل باشد تا فونکسیون عضو برقرار گردد. چنانچه برای حصول نتیجه درخشان و رضایتبخش و عاری از هرگونه عیب جوئی و انتقاد سعی میمائیم باید وضعیت و حرکات دست و انگشتان پس از عمل بحد کافی و کامل باشد. باستثنای عفونت غلاف تاندونی و عفونت فضای کف دستی در سایر موارد دست باید بالاتراز سطح بدن دروضع عملی (Position of function) خود استراحت نماید و پس از درناز عفونت غلاف تاندونی و عفونت فضای کف دستی باید دست در سطح بالاتراز بدن قرار گیرد تا از بروز خیز کاسته شود و ضمناً از ابتدا بیمار را تشویق بحرکت دادن آکتیو انگشتان نمود - این حرکات باید با احتیاط و مداوم و بحد کامل باشد نه آنکه بمختصر تکان انگشتان اکتفا نمود - در هنگام بیداری باید هر نیم ساعت مدت ۵ دقیقه این تمرینات حرکتی تکرار شود جراح باید در این مورد سخت گیر و مصر باشد. شک نیست که استحصال نتایج درخشان امری پس دشوار است ولی در تمام سنجش و ارزیابی موفقیت در درمان، ابقاء و نگاه داشتن دست و انگشت و حرکات دقیق و موزون آنها برای بیمار دارای ارزش بسیار است و در رفع احتیاجات وی حائز اهمیت فوق العاده است.

مأخذ

- 1- The Surgical Clinics of North America Vol . August 1964
- 2- Menegaux Manuel de Pathologie chirurgica, 1962