

نامه دانشکده پزشکی تهران

شماره هشتم از سال بیست و دوم
۱۳۴۴ اردیبهشت ماه

جستجوها و کارهای اورجنسی علمی

دکتر مهدی

دکتر همچنین

جهود فنی‌ای حاد در متخصصان

دست بالارزش ترین عضو آدمی است و سیله‌ایست برای امراض معاش ، ابزاریست برای تأمین معیشت و بمنزله خادمی است برای انجام کار و رفع کلیه احتیاجات و نیازمندیهای ییدی روزانه بشر و عاملی است موجود هم آهنه‌گیهای روزمره زندگی و آهنگ‌نواز ذوق و قریحه هنری . لذا بنا بر این مقتضیات و عوامل دیگر، این عضو ارزش‌بیشتر در معرض جراحات و عفونت‌ها قرار می‌گیرد و اغلب صدماتی جبران ناپذیر بحرکات دقیق و پر ارزش آن وارد می‌آید که از این و داغهای شگرف نامطلوبی از خود بیاد گار باقی می‌گذارد تقریباً در ۵۷٪ موارد قبل از بروز عفونت ضربه‌ای بمانند نیش سوزن و یا خراش و بردگی و ترک سطحی پوست راه را برای دخول عامل بیماری را می‌گشاید . اساساً این مهاجمین میکروبی در اثر دفاع موضعی و یا عمومی نابود و منتهم می‌شوند ولی زمانیکه جراحت اولیه شدید باشد و یا محلیکه عفونت در آنجا حادث

- استاد دانشکده پزشکی
۱- مشاهدات و آمار پرسیهای شخصی در درمانگاه جراحی بیمارستان رازی با تقسیم قسمتی که از مجلات امریکائی و فرانسوی اقتباس شده است

میشود محدود به جدراهای نیامی سخت از قبل غلقوهای تاندونی و یا در فضای پولپ باشد و یا چنانچه قدرت بیماریزائی عامل میکری بمانند استافیلوکوک طلائی شدید و یا مقاومت میزان کاسته شده باشد، این عوامل میکروبی بسرعت جایگزین میگردند و بلطفاً صله از نقطه دخول به نسوج اطراف منتشر میشوند و بد عرق لتفاوی و عفونی دست میباشد و باصطلاح جرقه ناچیزی سبب آتش خانمانسوزی میگردد.

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

نظر باهمیت موضوع عفونتهای دست و انگشتان خاصه در نزد طبقه کارگروکشاورز و عموم افرادیکه به کارهای دستی اشتغال دارند درنظر داشت آماری از مبتلایان باین نوع عفونتها را مورد بررسی قرار دهد و نتایج آنرا منتشر نماید.

نیاز به تذکر نیست که دربرابر این قبیل خایعات عفونی دست سازمانهای بیمه های کارگران وغیره در کشورهای متفرق و کشورها مقررات و قوانینی تدوین نموده اند که در صورت بروز عوارض برای این بیماران معافیتها و مزایای استحقاقی خاصی درنظر گرفته اند که خود موضوعی جداگانه و جالب وحائز اهمیت بسیار است که مارا فعلاً مجال بحث آن نیست.

مشاهدات و آمار عفونتهای دست درمانگاه جراحی بیمارستان رازی برمبنای انواع متفاوت خایعات عفونی دست ۱۰۹ نفر بیمار از میان دوهزارو ششصدو هفتاد و نه بیماری که از تاریخ ۴۲/۸/۰۰ الی ۱۰/۲/۰۰ باین درمانگاه مراجعه نموده اند تنظیم گردیده است. و از آمار مأمور چنین مستفاد میگردد : که از هر صد بیمار مراجعه کننده بدرمانگاه جراحی ۸ نفر به علت جراحات دست با وابدوان عفونت مراجعه 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 بیمه‌ای کشور کانادا را شرح میدهیم:

آمار اداره کل بیمه شهر اونتاریو(Ontario) کانادا

در سال ۱۹۵۷ دربرورد جراحات و عفونتهای دست

۱۵۴۳ مورد

۴۲۷ درصد

۲۷۱ مورد

کلیه آسیب‌های واردہ به دست (باویا بدون عفونت)

نسبت آن به کلیه مصدوبین گزارش شده

وجود عفونت در دست از نخستین معاینه

شکاف کوچکی به دیواره ناخن در حد فاصل بین پوست و ناخن میدهیم واپونیکیوم را از جایش بلند میکنیم و در بوارد پیش رفته و مسامحه شده دوشکاف طولی در دو طرف قاعده ناخن میدهیم واپونیکیوم را از سطح زیر جدا میکنیم چنانچه چرک زیر ناخن را هم فراگرفته باشد ثلث فوکانی آنرا بر میداریم.

پارونیکیما هزمن

با وجود آنکه بندرت متعاقب پارونیکیما حاد بروز نماید معهداً عنوان مزمن بآن اطلاق گردیده است.

معمولاً چند انگشت را فرا میگیرد و عفونت از نوع مخاط است اغلب با نوان خانه دار و کسانیکه دست آنان با آب تماس زیاد دارد مبتلا میگردد. با آنکه آنتی بیوتیک تراوی و عمل جراحی در درمان نوع حاد نتیجه درخشانی ببار میاورد معهداً دراینمورد تأثیر چندانی ندارد. استفاده از پماد نوشایسین مخلوط با کرتیزون اغلب مؤثر و را در بوراپی سطحی اثربخش است. باید دانست که برخی از عفونتهاي مزمن بستر ناخن ممکن است اساساً ناشی از عوامل چرک زنا بشند - از آنجلمه شانکر بسترناخن است که بندرت مشاهده میشود. کارسینوم و ملانوم بدخیم بستر ناخن و اگر وستوزر زیر ناخن و یا پایایعات ناشی از اشعه از سوجات پارونیکیای مزمن است.

عفونت فضای زیر ناخن

که بین مخاط زیر ناخن و پرپوست بند انگشت تحتانی پدید میآید و معمولاً بعلت دخول خاری و یا نولک سوزنی به زیر ناخن آب سه در دنگ کی در زیر ناخن پدید میآید و این عفونت عادتاً بسوی لبه آزاد ناخن پیش میرود. درمان موضعی عبارتست از برداشتن سقف آب سه بوسیله حذف قسمتی به شکل ۷ از ناخن و حلقه کوچکی از پوست روی حفره آب سه که بلا فاصله درد آرامش و تسکین میپذیرد.

عفو نتهای 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 مریبوط به یک بند انگشت است مینماید - نسج سلولی سومین بند انگشت در سطح کف دستی به فضای پولپ موسوم است و قسمت وسطی مریبوط به بند انگشت دوم و قسمت فوقانی مریبوط به بند اول انگشت است.

عفویت 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 حسن لمس دقیق و تشریف و تشخیص هویت و عمل برداشتن اشیاء میباشد. و دو سوم تحتانی قدامی بند انگشت انتهائی را تشکیل میدهد و ساخته شده است. از نسج اسپنجی

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 تاکنده بین بندانگشت سوم و دوم متصل است و از قسمت خلفی به پریوست ویدوت Flexor Profundus می‌چسبد و بیان خلل و فرج این ساختمان حجره‌ای یا خانه زنبوری شکل را نسج چربی پرکرده است - عروق و اعصاب از دو سطح طرفی انگشت بفضای پولپ وارد و خارج می‌شوند و بعلت شبکه لبی و سخت این ناحیه پولپ فقط اندک و یا اساساً هیچ انساطی پیدا نمی‌کند که با میزان ترشحات اگزو دائی تطبیق نماید و عروق انگشتی سریعاً و اغاب کاملاً بسبب عفونت فضای پولپ مسدود می‌گردند که این نیز منجر به بروز درد شدید ناشی از ایسکمی می‌گردد.

نظریابنکه بالانگشتانمان دائمآ پیرامون خودرا آزمون و تفتشیس مینکنیم 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 ۴ تا ۸ ساعت درد خیلی سخت و احساس فشردگی در پولپ ظاهر می‌شود. درد لمی در منطقه آسیب دیده بسیار مشخص ولی باضمحلال واژین رفتن نسج و تشکیل چرك 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 بعات تشکیل چرك این قسمت تموج پیدا می‌کند و عفونت به استخوان و پریوست سرایت مینماید و هرگاه بموقع جلوگیری نشود دیافیز استخوان بندانگشت نکروز شده و وسکستر در آن ظاهر می‌شود و بتدریج چرك بسوی زیر درم نوک می‌کشد و با یک آب سه بشکل ساعت دویطی طباخی پدید می‌آورد و یا آنکه باطراف و به گوشه‌های تاخن گسترش می‌یابد. واگر تجث درمان جراحی قرار نگیرد عفونت پولپ شست ممکن است به فضای تنار و به غلاف تاندون سرایت نماید.

درمان عفونت پولپ امری است بسیار فوری زیرا فشار پولپ بايد بر طرف شود تا جلوگیری از نکروز ایسکمیک گردد. شکاف باید در همان طرف عفونت انجام گیرد و باید بین سطح قدامی استخوان و پوست داده شود شکاف نباید آنقدر عمیق باشد که بیستوری غلاف سینوویال تا کننده عمق ازگشت را باز کند و عفونت بآن سرایت نماید. درن کوچک ظرفی برای ۴ ساعت می‌گذاریم اگر در نار کافی بوده باشد عفونت بسرعت کاهش می‌یابد و چنانچه نکروز پولپ ویا استخوان بموقع پیوسته باشد در نار تا وقتیکه این ضایعات حذف نشوند ادامه خواهد داشت و نباید دور تادور انتهای تھتانی ازگشت را شکافت و نیز احتیاجی نیست که شکافی

استداد دارد و مستقل هستند. و عموماً ارتباطی با غلافهای سینوویال کف دستی ندارند (عقیده کلاسیک) و انتهای فوقانی آنان بن بست است. در ۲۵٪ موارد برخلاف آنچه که قبل اتصور میشد غلاف این سه اندگشت مذکور با بورس کوبیتال ارتباط دارد و غلاف زلالي اندگشت کوچک بطرف بالا از طریق کف دست تا پشت ایگمان عرضی کارپ ادامه می‌بادد و به غلاف بورس کوبیتال (غلاف داخلی) ارتباط می‌باید. با پذیرانست که این بورس کوبیتال بنویه خود ایجاد بن بسته‌هایی بین اوتارنا کننده سطحی و عمقی انگشتان در کف دست مینماید زیرا این غلاف داخلی یا کوبیتال سطوح قدامی و خلفی (فقط کنار داخلی وترهای تاکننده سطحی) و همچنین سطوح قدامی و خلفی (فقط کنار داخلی وترهای تاکننده عمقی) را می‌پوشاند و در نتیجه سه بن بست زلالی : ۱- جلوتری ۲- بین وتری (بین اوتار تاکننده سطحی و عمقی) ۳- خلف وتری ایجاد مینماید و غلاف زلالی یا غلاف تاندونی عضله تاکننده دراز مخصوص شست از طریق کف دست بطرف بالا ادامه می‌باید تا به غلاف خارجی مچ دستی موسوم به غلاف رادیال ارتباط حاصل مینماید و این غلاف رادیال در قسمت فوقانی ۳ تاچ سانتی‌متر بالای کنار فوقانی رباط حلقوی قدامی مچ دست ممتد است و تقریباً در ۸۰ درصد افراد این غلاف رادیال و کوبیتال پیکدیگر مربوط هستند. در دست ورقه‌های نیامی ایجاد فضاهای سلولی نموده‌اند که عبارتند از سه فضای کف دستی (موسوم به فضای تنار- و کف دستی میانی و فضای هیپوتناز) که بوسیله تیغه‌های بین عضلانی داخلی و خارجی ازیکدیگر مجرزا هستند و یک فضای سلولی پشت دستی.

این فضای کف دستی میانی (Palmaire Moyenne) خود بوسیله طبق اوتار تاکننده به دو فضای 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 بافلگمون غلافهای انگشتی مچ دستی اشتباه می‌شندند. در ساعد نیز یک فضای وسیعی بین اوتار تاکننده و عضله درون گرداننده و غشاء‌بین استخوانی وجود دارد.

تموسینوفیت (Tenosynovitis)

تموسینوفیت عارضه‌ایست بسیار مهم که مستلزم درمان فوری است تا اختلال عملی در عضو پیش نیاید. نیش سوزن و بردگی در سطح کف دستی انگشتان (بخصوص در مجاذات 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 بسرعت بطرف بالا و پائین منتشر می‌شود و این انتقال بوسیله حرکات تاندون که مایع ترشحی اگزوادائی داخل سینوویال را جابجا می‌کند صورت می‌گیرد همچنانکه پدیده تورومی پیش می‌رود مایع ترشح شده اگزوادائی تمام غلاف را پرمینماید و آنرا بشدت تحت کشش اتساعی قرار میدهد بنابراین عفونتی موجود در فضای سریسته (سینوویال) ایجاد فشار داخلی زیادی مینماید که گاه ممکن می‌شود عروق کوچکی که از طریق مزو تاندون وارد تاندون می‌شود در اثر فشار مسدود گردد و تاندون نکروزه پشود.

نظریابنکه غشاء لیفی در مجرای لیفی استخوانی در تمام مسیرش روی سینوویال را پوشانده است فقط پاره شدن غلاف سینوویال در کول دوساک فوکانیش که از غشاء لیفی پوشیده نشده اسکان پذیر است که معمولاً این بن‌بست فوکانی بداخل فضای کف دستی سرباز می‌کند که خود منشاً بروز یک عفونت فضای کف دستی می‌شود و پاره شدن غلاف سینوویال انگشت شهادت در فضای تنار 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 تنار انجام گیرد و پاره شدن غلاف سینوویال انگشت انگشتی (Ring Finger) در فضای کف دستی وسطی پیش می‌آید و هر گاه سینوویال رادیال و کوبیتال گرفتار شوند اسکان دارد فضای خلف تاندونی در راس دهانه دچار عفونت شود و انسوی دیگر به علت آنکه در ۸ درصد افراد بورس رادیال و کوبیتال بیکدیگر ارتباط دارند لذا عفونت یکی اغلب موجب مرایت به دیگری می‌گردد.

مشخصات بالینی - علائم بالینی تنوستیتوویت در انگشتان بسیار مهم است. معمولاً انگشت در حال نیمه خمیده و باصلابت و قرمز و تورم و دردناک است. تورم در اینجا مقارن است و بسرعت به پشت دست انتشار می‌یابد. در طول مسیر غلاف سینوویال درد لمسی فوق العاده شدیدی وجود دارد خاصه اگر حرکت اکستانسیون آکتیو ویا پاسیو بازگشت داده شود درد طاقت فرسائی (که معمولاً بیماران اجازه‌چنین کاری را نخواهند داد) ایجاد مینماید و درد درانتهای فوکانی غلاف تاندونی بیشتر حسن می‌شود وزمانی که غلاف تاندونی سرباز کند درد تسکین می‌یابد و حرکت انگشتان آسان تر می‌گردد. معمولاً حالت عمومی بعلت احسان ناراحتی شدید از پایه مختلل شده است. توکسمی و تب و بیخواری وجود دارد.

تونستیتوویت انگشت کوچک

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

باریکی بهم مربوط هستند یعنی ماید و یا آنکه بطرف فضاهای پرده‌ای بین انگشتی (Web space) سیرود و یا حتی به فضای تنار سرایت می‌کند . از لحاظ بالینی - عفونت این فضا همراه با درد بسیار شدید و تب است . مرکز کف دست تورسی 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 چرک به مناطق مجاور و به غلافها و یا فضای خلف تاندونی سرایت می‌کند و اغلب درسطح قدمی ساعد ایجاد برآمدگی بعلت عبور نمودن چرک از جاوی لیگمان حلقوی مچ دست می‌ینماید . درمان موضعی مبنی است بر شکافی بطول ۲ سانتی‌متر که موازی با شیار کف دستی تحتانی (Distal palmar crease) داده شود .

عنوان فضای میانی کف دستی خلف تاندونی

این شکل بالینی بهم را Kanavel توصیف نموده است و سالها بافلگمون غلاف سینو-ویال انگشتی مچ دستی اشتباه می‌شده این فضا در عمق کف دست واقع شده است - سقف و یاسطح قدمی 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 آن را تیغه نیامی مایل که از سطح کف دستی متاکارپ سوم به نیام روی اوتار تاکننده محدود می‌شود و کنار داخلی آن را (مرز کوبیتال) و نیامیکه از پنجمین متاکارپ بروی عضلات هیپوتنار می‌اید تشکیل میدهد و در قسمت فوقانی به مجرای مچ 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 .

خشوب‌بخانه عفونت فضای میانی کف دستی عمقی کمیاب است و معمولاً به عامل ذیل حادث می‌شود :

- ۱- عفونت غلاف تاندونی انگشت شهادت و میانی و انگشتی و گاهی از بورس کوبیتال
- ۲- عفونت زیرجلدی انگشت شهادت و میانی و انگشتی و انگشت کوچک بطور مستقیم و یا بطريق مجرای دوری
- ۳- عفونت بنحو مستقیم بعلت نفوذ زخم‌چرکی به عمق
- ۴- استئومیلیت متاکارپ سوم و چهارم و پنجم و یا عفونت مفصل فوقانی بنده اول این انگشتان . آبse فضای کف دستی میانی بطرف پوست کف دست بمحاذات قاعده انگشتان و یا به سوی سطح خلفی فضای پرده‌ای بین انگشتی (Web space) نوک میکشد

و نیز ممکن است از راه مجرای مچ دستی بطرف ساعد و یا بحدود فضای تنار گسترش یابد شخصات بالینی بسیار مهم هستند و قرار ذیل میباشد:

- ۱- فقدان تقدیر کف دست .
- ۲- درد لمسی محدود به فضای سلوکی کف دستی .
- ۳- تورم و درد لمسی روی مجاری دوری مربوط با انگشتان .
- 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 درناز چرک فضای میانی کف دست با شکافتن ژلت مرکزی شیار تا کننده تحتانی کف دست است در یکی از دو طرف تاندون تا کننده انگشتان گشته است.

عفونت فضای سلوکی تنار

عفونت فضای تنار در روزگار کنونی تاحدی 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) (وتیغه مایلی که به سطح کف دستی سومین متاکارپ در طرف عقب چسبیده و بسوی نیام تاندونهای تا کننده و نیام کف دستی گسترش دارد تشکیل می‌هد. درجهت بالا به مجرای مچ دستی و در بین این دو زیر لبه پرده‌ای شست محدود می‌شود چرک این فضا از اطراف کنار آزار ارأس 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 باشست وزخم نفوذ کننده قاعده شست و یا پاتاری 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.

توسیه عفونت سطح پشتی پاولین فشاری پرده‌بین انگشتی و یا مجرای دوری انگشت شهادت و یا ندرتاً از راه مجرای مچ دستی بطرف ساعد امکان پذیراست. علامت بالینی مبنی است بر:

- ۱- تورم و برجستگی فضای کف دستی 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 درناز فضای تنار مبنی است بر شکافی موازی و یک سانتیمتر پائین شیار تا کننده بند انگشتی مچ دستی شست که بطرف پرده بین انگشتی متمایل می‌شود و اغلب باشکافی دیگر در کف دست در حدود ژلت 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 متاکارپ پنجم بطرف جلو با نیام کف دستی ادامه یافته است . عفونت ممکن است ناشی از تنوسمیوتیت بورس کوبیتال ویا عفونت مستقیم استئومیلیت پنجمین متاکارپ باشد . این فضای ممکن است قرمز و متورم و یا بالامسه بینهایت دردناک باشد و بهتر است از طریق شکاف هنری (Henry's Incision) و یا ساساً شکاف بروی برجسته ترین نقطه تورم که بیش از سایر نقاط دردناک باشد چرک آن خارج گردد .

عفونت فضای زیرجلدی پشت دست

فضای زیرجلدی پشت دست محدود است از سطح قدامی بوسیله تاندونهای بازکننده و در سطح خلفی نیام سطحی پشت دست و پوست و در پائین این فضای بطرف سطح خلفی انگشتان درامتداد اتصال تاندون اکستانسورها در هر طرف ادامه میباشد چرک درون این فضای به مناطق بین انگشتی (Web. space) و سطح محیطی پشت دست نوک میکشد و نیز امکان نفوذ چرک به کف دست از راه فضای وب (Web. space) زیاد است . در ناشر باید از راه شکافی بروی 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 متاکارپها تشکیل میگردد و بطور شایعی عفونت می یابند و ایجاد آب سه درون جلدی مینمایند که امکان دارد به فضای زیرجلدی ویا فضای بین انگشتی (Web space) سراست کند .

عفونتهای اختصاصی و عفونتهای غیرمعمول

اغلب پدیده های عفونی ممکن است دست را مبتلا نمایند و بعضی از برخی دیگر شایعترند - فی المثال در سیاه زخم و میفیلیس و لیشمایوز که بندرت دیده میشوند ولی تنوسمیوتیت سلی و ارزیپلوبیت و تولا رمی و گرانولوم شیردوشهاتاحدی شایعترند . سینوویت توپر کولوز را باید در اغلب عفونتهای مزمن خلاف تاندونهای دست در مرد نظر داشت و ارزیپلوبیت یک عفونت جلدی ناشی از عامل میکروبی ارزیپلوتربیکس (Erysipelothrix) است و اغلب در افراد کشاورز و دامپروران و ماهیگیران دیده میشود و شباها بشکل مزمن باد سرخ را دارد . و گرانولوم شیردوشهای سلمانیها بصورت نودول مزمن دردناکی ظاهر میشود که اغلب همراه با مجرای سینهوسی است که ترشح مینماید .

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

که همراه با مجازی مینوسی ناحیه ساکروم است.

عوارض عفونتهای دست و انگشتان

و خیم ترین عارضه آسیب دائمی و نقصان همیشگی حرکات دست است نانواني و از کارافتادگی Disability دائمی همواره ممکن است متعاقب ازین رفتن پولپ انگشتان و استئومیلیت بند انگشت و متاکارپ و کارپ ویا آرتیت متصل بربوطه بروز نماید . پینایشن سکستر و چسبندگی شدید بین اوتار و غلاف وتری و پاسختمانهای دیگر دست منجر به صلابت واژکار افتادن انگشت میگردد عمولاً قطع جراحی کامل انگشت کمتر از وجود یک انگشت سخت و تصلیب باقیه موجب ناتوانی میشود ولی در مرور داشت مسئله استثنائی است زیرا تاحد اسکان باید سعی نمود هرچه بیشتر از شست نگاهداشته شود . فلج اعصاب بزرگ بازندز فلح عصب مدیان ممکن است در عفونت وسیع دست بظهور برسد وابن فلجهای عمولاً در اثر فشار اگزودای ترشحی داخل بورس رادیال و کوبیتال ویا هردو بروز میکند و لذا معمله باید رفع فوری فشار از مجري ای مچ دستی بعمل آید .

اصول اساس درمان عفونتهای دست و انگشتان

بدیهی است در هر بیماری تشخیص قطعی عامل اساسی موقیت در درمان است . در عفونت دست جنبه درمانی دارای ۴ شرط اصلی است :

- ۱- استراحت بیمار واستراحت دست . درمان با آنتی بیوتیکی، مساعد با تعیین آنتی بیوگرام .
- ۲- باز شناختن سریع ضایعه و رفع فشردگی بطور فوری از فضای سریسته مبتلا به عفونت .
- ۳- باید بطور کافی و کامل عمل عضو پس از درمان برگرد تا بتواند بحد کمایت از دست خود استفاده لازمه را بینماید .
- ۴- باید در فاصله از آنتی بیوتیک باقی میگردد .

استراحت . در تمام موارد با استثنای آبیه خفیف سطحی و پاناری بی عارضه بیمار باید در بیمارستان بستری گردد . و دستور استراحت کامل دست و مسکن کافی و آرامبخش داده شود دست باید در وضعیت عملی خود (Position of function) (وبالاتر از سطح بدن قرار گیرد زیرا از درد کوئنده و خیز میکشد . گذاردن کیسه یخ و یا وزش باد خنک پنکه مفید است . درمان با آنتی بیوتیک باید بالفاصله از آنتی بیوتیک باطیف قوی تجویز گردد تا آنکه بعد از این کشته چرک و آنتی بیوگرام نوع آنتی بیوتیک مصرفی را تعیین نماید . عمولاً در بیش از ۹٪ موارد استافیلوکوک و استرپتوکوک از عوامل بیماری زا بشمار میروند و داروهای فیبرینولیتیک 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 مشوش های مقاوم

عفونت پیدامیکنند و به پنی سیلین مقاوم هستند لذا باید آنتی بیوتیک اضافی دیگری از قبیل اریتروماسین 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 باید.

عمل جراحی فوری - بفوریت بمانند عمل برداشتن آپاندیس باید رفع فشار از عفونت فضای سربسته دست انجام گیرد. جراحی باید تحت آنسٹری عمومی صورت گیرد. با تأخذ تدابیر معمول از جریان خون بوضع عمل موقتاً جلوگیری گردد نسوج گردیده و نکروز برد اشته شود و کورت کشیده شود تا آنتی بیوتیک بهتر وارد منطقه عفونت یافته بشود درمان باید کافی و کامل باشد تا فونکسیون عضو بقرار گردد. چنانچه برای حصول نتیجه درخشنان و رضاایت بخش و عاری از هرگونه عیبجوئی و انتقادسูی مینماییم باید وضعیت و حرکات دست و انگشتان پس از عمل بحد کافی و کامل باشد. با استثنای عفونت غلاف تاندونی و عفونت فضای کف دستی درساير موارد دست باید بالاترا سطح بدن در پوش عملی (Position of function) خود است راحت نماید و پس از درناز عفونت غلاف تاندونی و عفونت فضای کف دستی باید دست در سطح بالاترا زیدن قرار گیرد تا از بروز خیز کاسته شود و ضمناً از ابتدا بیمار را تشویق بحرکت دادن آکتیوان گشتن نمود - این حرکات باید باحتیاط و مداوم و بحد کامل باشد نه آنکه بمختصر تکان انگشتان اکتفا نمود - در هنگام بیداری باید هر نیم ساعت مدت هدقتیه این تمرینات حرکتی تکرار شود جراح باید در این مورد سخت گیر و مصمر باشد. شکنیست که استحصال نتایج درخشنان امری بس دشوار است و ای در مقام سنجش و ارزیابی موقعیت در درمان، ابقاء و نگاهداشتن دست و انگشت و حرکات دقیق و موزون آنها برای بیماردار ای ارزش بسیار است و در رفع احتیاجات وی حائز اهمیت فوق العاده است.

مأخذ

۱- The Surgical Clinics of North America Vol . August 1964

۲- Menegaux Manuel de Pathologie chirurgica, 1962