مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۴، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵: ۱۵۰-۱۴۷

● مقالات تحقیقی

بررسی روش‌های درمانی آسیب نوک انگشت[1] طی مدت ۳سال در بیمارستان ۱۵ خرداد، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر صدراله معتمد[1]*
دکتر مسعود یاوری[2]

۱. دانشیار جراحی پلاستیک و ترمیمی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی
۲. استادیار جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اراک

چکیده

زمینه: با توجه به وفور بیماران با آسیب نوک انگشت، مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان ۱۵ خرداد بر آن شدیم تا نحوه درمان صدمات نوک انگشت و نیز شایع‌ترین انگشتی که دچار ضایعه شده است را از نظر آماری بررسی و با آنچه در کتب مرجع ذکر گردیده است، مقایسه‌ای داشته باشیم.

روش کار: در طی این مطالعه ۲۸۸ بیمار با آسیب نوک انگشت که طی مدت ۳ سال به بیمارستان ۱۵ خرداد مراجعه نموده بودند، از نظر روش درمان انتخاب شده و شایع‌ترین انگشت مبتلا مورد بررسی قرار داده شدند.

یافته‌ها: ۶۳ ٪ آسیب‌های انگشت در اثر تروما به روش کنسرواتیو و ۲۱٪ به روش volar V- Y – Advancement Flap و ۶٪ با فلپ کوتلر و ۶٪ با گرافت پوستی و ٤٪ به روش کراس فینگر تحت درمان قرار گرفته بودند و شایع‌ترین انگشت دچار تروما، انگشت دوم بود.

نتیجه‌گیری: نوع روش درمان انتخاب شده براساس نحوه آسیب و سلیقه جراح متفاوت بوده و براساس کتاب‌های مرجع انجام شده بود، اما شایع‌ترین انگشت دچار تروما، انگشت دوم بود، در حالی که براساس کتاب‌های مرجع شایع‌ترین انگشت آسیب دیده، انگشت سوم می‌باشد.

واژگان کلیدی: آسیب نوک انگشت، فلپ کوتلر، کراس فینگر

* **نشانی نویسنده مسئول:** تهران، کریمخان زند، آبان جنوبی، بیمارستان ۱۵ خرداد، کدپستی ۱۵۹۸۷، تلفن: ۸۸۹۰۱۱۰۸، پست الکترونیک: masoudyy2003@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۸٤/٦/۲۷ تاریخ اصلاح نهایی: ۸۵/۹/۲۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۱۰/۲۰

1 - Finger - tip Injury

Archive of SID

مقدمه

صدمات و ترومای نوک انگشت یکی از ضایعات اورژانس و شایع می‌باشد [۱، ۲] و از آنجا که نوک انگشت از نظر کارآیی نقش ویژه‌ای دارد، لذا رعایت همه اصول در برخورد با آسیب‌های آن بسیار مهم است.

در بیمار با ضایعه نوک انگشت بایستی یک شرح حال کامل گرفت [۳] و در شرح حال، علت تروما، زمان آسیب، ضایعات مدیکال همراه مصرف دارو، سن بیمار، دست غالب و شغل را مدنظر قرار داد. چرا که تمام موارد فوق ممکن است در انتخاب روش ترمیم مؤثر باشند.

در امتحان فیزیکی دست نیز بایستی وضع بند انتهایی انگشت، بستر ناخن، وضع گردش خون و حساسیت را لحاظ نمود. بیشتر این ضایعات در مردان جوان و در دهه ۲ و ۳ به علت آسیب وسایل صنعتی و ترومای حین کار بوده است و نیز براساس کتب مرجع [۴-۲] زاویه آمپوتاسیون، حضور بند انتهایی انگشت با استخوان نمایان[1] و میزان بسترناخن[2] باقی مانده و نیز میزان بند انتهایی انگشت باقی مانده، در تصمیم‌گیری درمانی حائز اهمیت می‌باشد.

یک آسیب همراه با از دست رفتن پوست و بافت پولپ، بدون نمایان بودن استخوان را می‌توان با گرافت پوستی و یا به روش ثانویه درمان نمود.

آمپوتاسیون گیوتینی را می‌توان به بهترین روش با کوتاه کردن استخوان و بستن اولیه با فلاپ‌های Advancement موضعی درمان نمود [۵].

آمپوتاسیون ولار ممکن است نیاز به پوشش با فلاپ‌های موضعی مثل کراس فینگر فلاپ داشته باشد، ولی در آمپوتاسیون دورسال که مقدار کمی از بستر ناخن باقی مانده است بایستی آن را پس از کوتاه کردن به طور اولیه دوخت.

لاسریشن تروماتیک بستر ناخن را بایستی همیشه ترمیم کرد، تا مانع دفورمیتی بعدی ناخن شود. هماتوم زیر ناخن نشانه‌ای از تخریب بستر ناخن است. ماتریکس ناخن را بایستی با کرومیک ۷/۰ ترمیم کرد [۴] و در صورت نیاز به دبریدمان، فقط بایستی مقدار کمی از بافت را برداشت، به گونه‌ای که بشود آن را به طور اولیه دوخت. بایستی این کار زیر بزرگ‌نمایی انجام شود (شکل ۱) و پس از ترمیم، ناخن را به عنوان یک stent دوباره می‌گذاریم (شکل ۲). البته قبل از گذاشتن ناخن یک سوراخ در آن ایجاد می‌کنیم تا درناژ از آنجا صورت گیرد و اگر ناخن نباشد یک گاز غیرچسبنده[3] مثل Adobtic روی بستر ناخن می‌گذاریم و در صورت کنده شدن[4] بستر ناخن بایستی از ماتریکس سالم مجاور و یا از ماتریکس ناخن پا، گرافت برداشت.

لازم به ذکر است که ضایعات نوک انگشت ولار ویا دیستال بدون نمایان بودن استخوان را می‌توان پس از دبریدمان و شستشو، با تعویض پانسمان سریال درمان کرد، که در این حالت ترمیم به صورت ثانویه اتفاق می‌افتد (شکل ۳). بیمار روزی ۴ -۳ مرتبه و هر بار ۱۰ دقیقه حمام بتادین می‌گیرد. سپس با نرمال سالین استریل شستشو شده و پانسمان می‌شود. دیده شده است که ضایعه به همان اندازه گرافت پوستی و یا حتی بهتر از آن، با فلاپ موضعی ترمیم می‌شود. به ویژه در بچه ها این نوع درمان رضایت بخش می‌باشد. البته درمان با پانسمان آغشته به پماد سیلور سولفادیازین نیز بررسی شده که نتایج خوبی داشته است [۶]. در صورتی که نتوان درمان غیر جراحی کرد و نیاز به فلاپ باشد، بهتر است از فلاپ‌های موضعی استفاده شود.

فلپهای موضعی که درصورت نمایان بودن استخوان به کار می‌روند، فلپهای Advancement می‌باشند، که بایستی به میزان کافی موبیلیزه شوند تا زخم بدون کشش[5] بسته شود. ازجمله این فلپ‌ها فلپ‌کوتلر (Bilateral V-Y Advancement flap) می‌باشد (شکل ۴) که فلپی مثلثی، در دو طرف در طول خط میدلترال طرح‌ریزی می‌شود و نبایستی از کریز بند انتهایی انگشت بگذرد.

فلپ کراس فینگر[6] در آمپوتاسیون‌های نوک انگشت ولار با نمایان بودن استخوان بند انتهایی انگشت به کار رفته (شکل ۵) و به منظور حفظ طول انگشت مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش نیز در اطاق عمل و تحت بی‌حسی منطقه‌ای و یا بیهوشی عمومی با تورنیکت انجام می‌شود. فلپ را

1 - Expose
2 - Nail Bed
3 - nonadherent
4 - Avulsion
5 - Tension
6 - Cross Finger Flaps

Archive of SID



شکل ۱



شکل ۲



شکل ٤



شکل ۳

می‌توان با قاعده[1] پروگزیمال و یا دیستال برداشت، ولی اغلب قاعده آن در سمت لترال است.

روش کار

در طی این مطالعه ۲۸۸ بیمار مبتلا به ضایعات نوک انگشت دست که در طی مدت ۳ سال به بیمارستان ۱۵ خرداد دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی مراجعه کرده بودند، از نظر روش‌های درمان به کار برده شده، با مطالعه شرح عمل آنها مورد بررسی قرار گرفتند. در ضمن شایع‌ترین انگشت آسیب دیده نیز تعیین شد تا نتیجه حاصل از آن با آنچه که در مراجع ذکر شده است، مقایسه گردد.

نتایج

در این مطالعه ۲۸۸ بیمار مبتلا به ترومای نوک انگشت، مورد بررسی قرار گرفتند. حداقل سن یک سال و حداکثر ۶۰ سال بود. سن متوسط آنها ۲۳ سال بوده، از نظر جنسی اکثریت با مردان (۲۷۲ مرد و ۱۶ زن) بود. ضایعه عمدتاً در دست راست (۱۵۶ = دست راست و ۱۳۲= دست چپ) بود.

از نظر اتیولوژیک ۶۳٪ ضایعات در اثر وسایل صنعتی و ترومای حین کار بوده و شایع‌ترین‌انگشت گرفتار انگشت دوم بود (تعداد ۱۲۴ مورد از کل ۲۸۸ بیمار). ولی چنانچه چند انگشت دچار تروما شده بودند، ۷۱/۴ ٪ (۴۰ نفر از ۵۶ نفر) موارد انگشت سوم به همراه یک یا چند انگشت دیگر دچار آسیب شده بود.

1 - Base

Archive

در این مطالعه دریافتیم که ۶۳٪ بیماران به روش ترمیم اولیه (اکسپلور+ ترمیم زخم) و ۲۱٪ به روش Volar V-Y – Advancement flap و ۶٪ به روش فلپ کوتلر (Bilateral V-Y advancement flap) و ۶٪ به روش گرافت پوستی و ۴٪ به روش کراس فینگر تحت درمان قرار گرفته بودند.



شکل ۵

بحث

از آنجا که آسیب نوک انگشت از ضایعات شایع دست می‌باشد و حفظ عملکرد و حس انگشتان بسیار حائز اهمیت است، لذا درمان صدمات نوک انگشت را بایستی بسیار مهم تلقی نمود و از طرف دیگر بسته به این که ضایعات، همراه با نمایان بودن استخوان و یا بدون آن باشند، یا این که ضایعه به طور عرضی، ولار، ویا دور سال باشد، روش درمانی خاص خویش را بر اساس کتب مرجع می‌طلبد که در قسمت مقدمه تا آنجا که در حوصله این بحث بود، به طور کامل توضیح داده شد. براساس این مطالعه ۶۳٪ بیماران با اکسپلورو یا ترمیم اولیه زخم درمان شده، ۲۱٪ با روش Volar V-Y- Advancement flap و ۶٪ به روش فلپ‌کوتلر، ۶٪ به روش گرافت پوستی و ۴٪ به روش کراس فینگر تحت درمان قرار گرفته بودند. شیوع سنی و جنسی ضایعات نوک انگشت و همچنین اتیولوژی ایجاد آن در مطالعه با آنچه که در مراجع آمده است، مغایرتی ندارد. لکن آنچه که تفاوت داشت، شماره انگشت دچار آسیب بود. چرا که براساس کتب مرجع [۳] از آنجا که انگشت سوم بلندتر است، بیشتر دچار آسیب می‌شود. اما در بیماران ما بیشترین آسیب را انگشت شماره ۲ (نشانه) داشت، که می‌تواند ناشی از نحوه استفاده کارگران از وسایل صنعتی به علت نحوه آموزش متفاوت آنها باشد. البته در مواردی که چند انگشت در یک بیمار دچار آسیب شده بودند، شایع‌ترین انگشت، انگشت سوم بود که مطابق با گزارش کتب مرجع می‌باشد.

مراجع

1. Jeffrey W. Plastic Surgery Secrets. 1 th ed. Philadelphia: Hanley & Belfus. 1999; 467 – 469.
2. Schwartz S. Schwartz Principles of Surgery.7th ed. New York: Mcgraw – Hill. 1999; 2038 – 2042.
3. Joseph G. Mc Carthy Plastic Surgery. 7th ed. Philadelphia: W.B. Saunders. 1990 ; 4477 – 4497.
4. Green J. Operative hand Surgery. 4 th ed. New York: Churchill livingstone. 1998; 1802 – 1805.
5. Bang H. Kojima T. Hajashi H. Paler advancement flap with V-Y closure for thumb tip injury. Hand Surg 1992 ; 17(5): 993 – 4.
6. Buckley Sc, Scott S, Da. Ko. Late Review of the use of silversulfadiazine. Injury 2000; 31(5): 301- 4.

Archive of SID