جراحة اليد

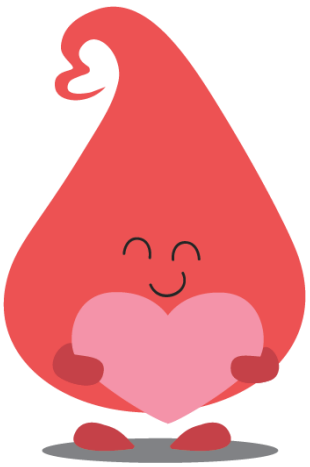
02
د. رونق الميداني
محتوى مجاني غير مخصص للبيع التجاري

السلام عليكم

نكمل قسم الدكتورة رونق مع محاضرة هامة جداً نتحدث فيها عن جراحة اليد
تشريحها فحصها العصبي أذياتها وكيفية تدبيرها
تم تحديد بكلمة هام الفقرات الهامة
الاختلاف عن الأرشيف: المحاضرة كانت تعطى من قبل د.أنور حسينية لذلك فهي تعد محاضرة جديدة وتختلف كثيراً عن الأرشيف.
لنبدأ *-*

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
مقدمة	2
تشريح اليد	2
أذيات اليد	13
إسعاف مريض أذيات اليد	20



alkamal
22350507

مقدمة

- ❖ تُعنى جراحة اليد بإصابات اليد الرضية، التنكسية والولادية، وتتبع إصابات العظام لاختصاص الجراحة العظمية عموماً بينما تتبع إصابات الأنسجة الرخوة الأخرى في اليد والمعصم كالأوتار والأوعية والجلد لاختصاص الجراحة الترميمية والتجميلية. (إثراء)
- ❖ اليد عضو غني عن التعريف بأهميته، وجزء كبير من عضلاتها ينشأ من الساعد، كما يجب فحصها مع الطرف العلوي.
- ❖ "اليد ملك حصري للإنسان" هي مقولة للسير تشارلزبيل 1834.
- ❖ في الطرف العلوي يوجد تعريف مختلف لمصطلحي الأنسي والوحشي، حيث نستعيض عنها بمصطلحي زندي للأنسي وكعبري للوحشي، وذلك لأن الوضعية التشريحية غير ثابتة.
- ❖ كما نبدأ العد في اليد من الإبهام (الإصبع الأول)، وتسمى الفراغات بين الأصابع الأفوات.

تشريح اليد

الجلد

- ❁ **جلد ظهر اليد:** ذو وظيفة **جمالية** بشكل أساسي، وهو جلد رقيق مشعر متحرك، يتميز بالعود الوريدي، ونحاول تجنب إجراء شق جراحي عليه.
- ❁ **جلد راحة اليد:** وظيفته الأساسية هي **الثباتية** أثناء إمساك الأشياء، أسمك من جلد ظهر اليد، يتميز بوجود كل من البصمات، الطيات الجلدية وهي من المعالم السطحية التي تهمنا في معرفة التشريح السطحي والشقوق الجراحية، وتتغير في بعض الأمراض كمتلازمة داون (تختفي الثنية الجلدية القريبة)، كما يتميز بالغنى الحسي.
- ❁ **رؤوس الأصابع:** غنية بالتعصيب الحسي، لها دور في حس اللمس، الإمساك والثباتية فهي بمثابة "عين اليد".
- ❁ لجلد اليدين دور أساسي في الحماية، كما أنه غنياً بالمستقبلات الحسية والتروية الدموية تحت الأدمة.
- ❁ تكون علاقة المساحة الجلدية لليد مقارنة باليد **أكبر** من باقي الجسم بسبب الشكل التشريحي للأصابع، حيث أنّ كل 1 سم^3 من اليد تعطي 2.5 سم^2 من الجلد.
- ❁ أما الساعد ف 1 سم^3 من الساعد تعطي 0.5 سم^2 من الجلد.

- في التدابير الإسعافية ABC نبدأ من الجلد.
- من الأمراض التي تصيب الجلد: جميع الآفات الجلدية، الرضوض والحروق، أورام الجلد (السليمة والخبيثة)، ويجب الانتباه أن **كلمة ورم لا تعني بالضرورة السرطان**.

الأظافر

- عضو نبيل **لا** يتجدد عند إصابة رحم الظفر ولا يمكن الاستعاضة عنه بطعم ولا غيره.
- لا يوجد لظفر الإنسان مثيل لدى الحيوانات. (دراساته قليلة فقد ظلم بعدم دراسته بشكل واضح)
- مهمة للإمساك والحركات الدقيقة لليد، وتشكل حماية للأصابع والأفراد.

النسيج تحت الجلد

- غني بالطبقة الشحمية عند الأطفال التي تتناقص مع التقدم بالسن وتزداد بزيادة الوزن.
- كما أنه غني بشبكة شعرية وعائية تحت الأدمة، قد تسبب نزفاً غزيراً لذا لا يمكن القيام بعمل جراحي على اليد دون استخدام العاصبة Tourniquet التي ننفخها لضغط 300 مم زئبقي لمدة ساعة ونصف على الأكثر لأن زيادتها عن هذا الحد تسبب أذية عصبية.
- حديثاً برزت طريقة هي WALANT (Wide-awake Local Anesthesia No Tourniquet) نستخدم فيها الأدرينالين (رغم أنه ممنوع في الأعضاء الانتهائية كاليد والأصابع لأنه يسبب تقبض الأوعية وقد يسبب التموت)، لكن باستخدامه بنسب معينة مع السيروم حصلنا على فائدتين: يزيد مدة التخدير مع المخدر الموضعي ويمنع النزف.

الهيكل الليفي

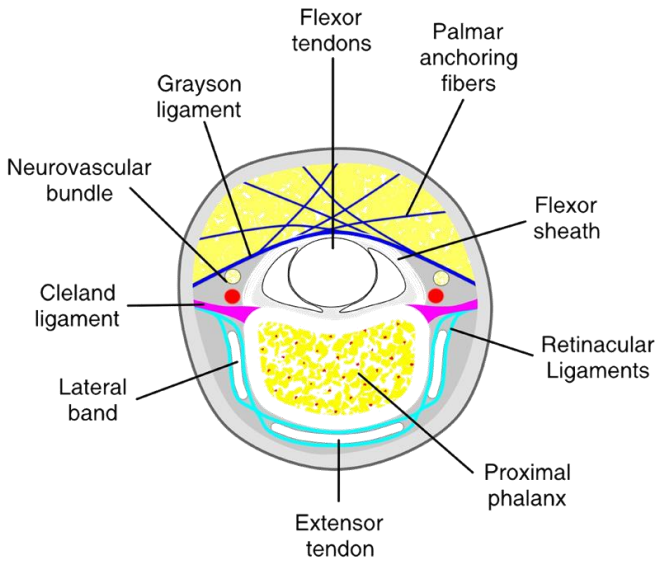
- ✓ له دور في تثبيت ودعم الجلد واحتواء العناصر الأخرى.
- ✓ يحتوي ويحمي العناصر النبيلة (الأوعية والأعصاب). كما لها دور في تناسق الحركات.

يتألف من:

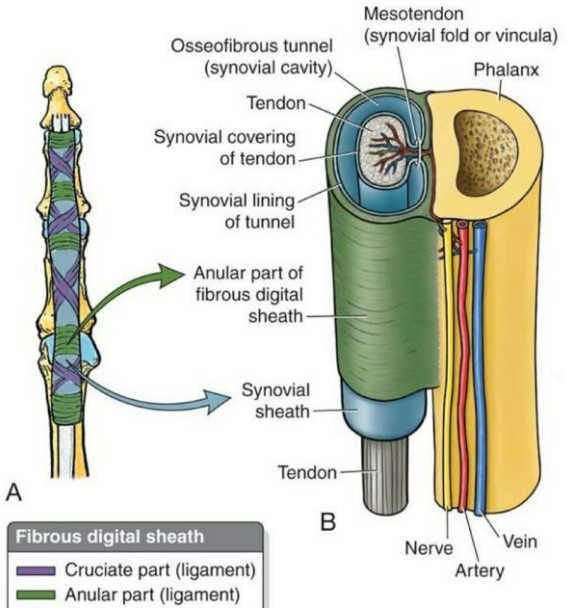
- ☒ ألياف طولانية تمتد على كامل اليد (تتبع محور الإصبع) ومستعرضة.
- ☒ ألياف لوس دوزوفال تصل راحة اليد بالعمق وتثبتها عليه.[1]

[1] حسب الدكتورة.

- قيد القابضات وقيد الباسطات وكلاهما عبارة عن تسمك ليفي، فقيد القابضات يتوضع على الوجه الراحي لليد ويشكل بنية تشريحية طبيعية هي نفق الرسغ[2]، أما قيد الباسطات يتوضع على الوجه الظهري لليد مكوناً ست حجرات كل حجرة تحتوي أوتاراً باسطة.
- رباط كليلاند Cleland ligament يفصل الوجه الظهري للإصبع عن الراحي.
- رباط كرايسون Grayson ligament يحيط بالحزمة الوعائية العصبية.



البكرات (الغمد الليفي الإصبعي) Fibrous Digital Sheaths:



- جزء من الهيكل الليفي التي تمر عبرها الأوتار القابضة على الوجه الراحي للإصبع حيث تقوم بتثبيت هذه الأوتار على الهيكل العظمي للأصابع.
- تقسم البكرات إلى حلقية Annulaire لها دور ميكانيكي أكثر، ومتصالبة Cruciforme لها دور في التغذية أكثر لأنها غمد زليلي يغذي الأوتار إما بالتشرب أو الحزمة الوعائية.

[2] يوجد نفق غويون في الساعد ويمر منه العصب الزندي.

العضلات

العضلات خارجية المنشأ

- تنشأ من الساعد، حيث يوجد مسكن قابض ومسكن باسط (القابضات والباسطات الطويلة).
- تصل أوتارها لترتكز على السلاميات، لكن جسم العضلة موجود في الساعد ويكون مشتركاً رغم أن لكل إصبع وتر وحيد.

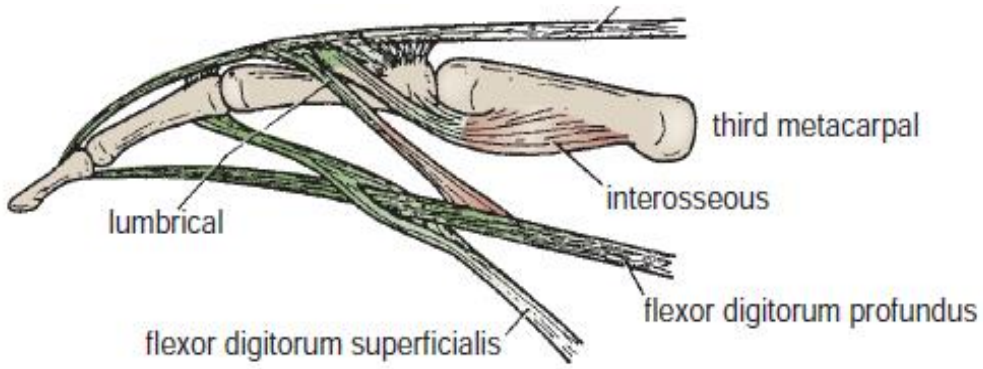
أولاً: قابضات اليد:

1. قابضة الأصابع العميقة FCP:

- يرتكز وترها على قاعدة السلامية القاصية ويعصبها الناصف والزندي.

2. قابضة الأصابع السطحية FCS:

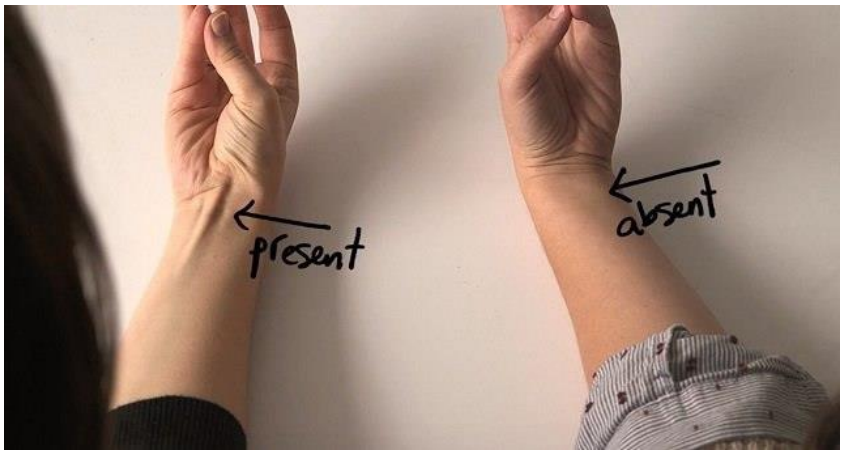
- يرتكز وترها على السلامية المتوسطة عبر لُسينان ويعصبها الناصف.



تظهر الصورة جانباً انشطار الوتر القابض السطحي ليمر من خلاله الوتر القابض العميق

3. العضلة الراحية الطويلة:

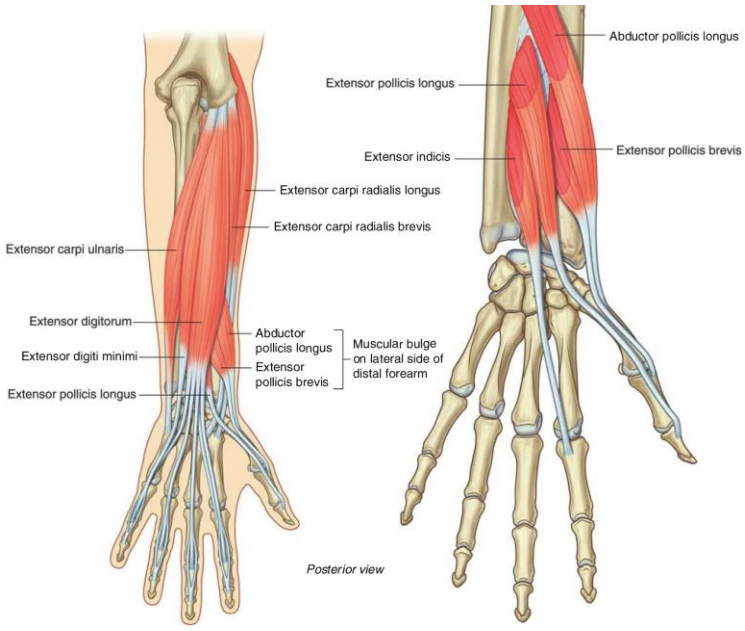
- ترتكز على السفاق الراحي المتوسط.
- تفحص بتقريب الإبهام إلى الإصبع الخامس مع عطف المعصم.
- غائبة عند 15% من الأشخاص.
- تستخدم في الطعوم الوترية كطعم حر أو عند نقل الأوتار، عندها سيحدث ضعف في قبضة اليد لكنه يُهمل مقارنة بالفائدة.



العضلة الراحية الطويلة

ثانياً: باسطات اليد:

- ☒ لها منشأ مشترك من أحدوبة الباسطات.
- ☒ حين يصل الوتر إلى مستوى المفصل السنعي السلامي لا يسمى وتراً بل اتساعاً باسطاً يمتد على كامل السطح الظهري للأصابع ويعطي شريطاً (حزمة) مركزياً على السلاميات الوسطى وشريطين جانبيين على السلاميات البعيدة.
- ☒ يعصبها العصب الكعبري.
- ☒ عند فحص باسطات الأصابع نحاول إلغاء تأثير باسطات الأصابع الأخرى لأن اتصالها مع بعضها أكثر من القابضات حيث يوجد تشابك بين الأصابع.
- ☒ نفحص المفصل السنعي السلامي بالدرجة 0، إضافة للفحص بالبسط الفاعل أيضاً.

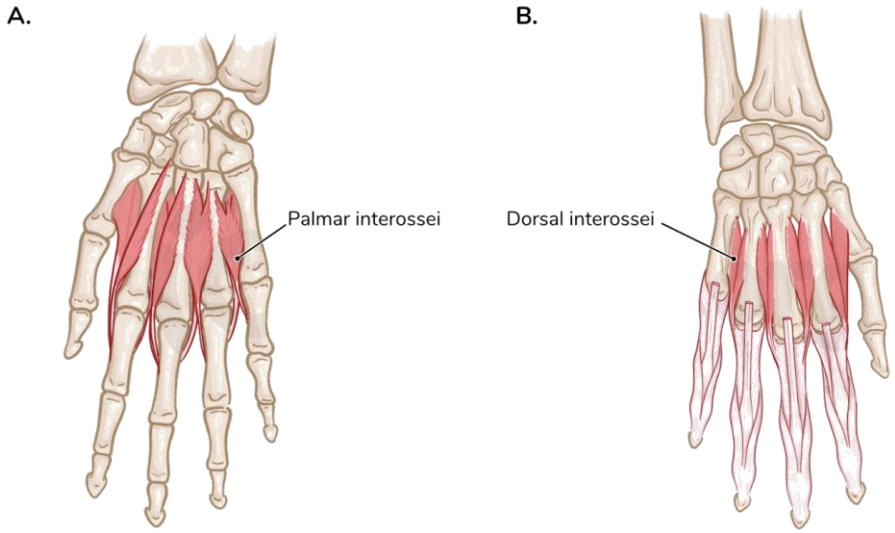


تظهر الصورة جانباً الجهاز الباسط لليد

العضلات داخلية المنشأ

أولاً: العضلات بين العظام Interosseous:

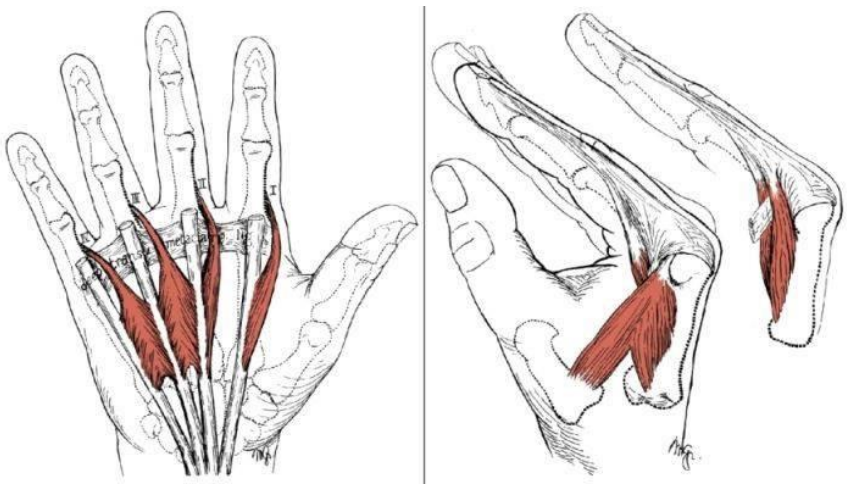
- تقسم إلى 4 عضلات بين عظمية راحية، و4 ظهرية.
- يعصبها العصب الزندي.
- تقوم بتبعيد وتقريب الأصابع من بعضها، حيث يكون الإصبع الثالث محور اليد فيبقى ثابتاً في التقريب والتبعيد.[3]
- يُعصب البطن العميق لقابضة الإبهام القصيرة من العصب الزندي لذا كان يعد مع العضلات بين العظام من قبل.



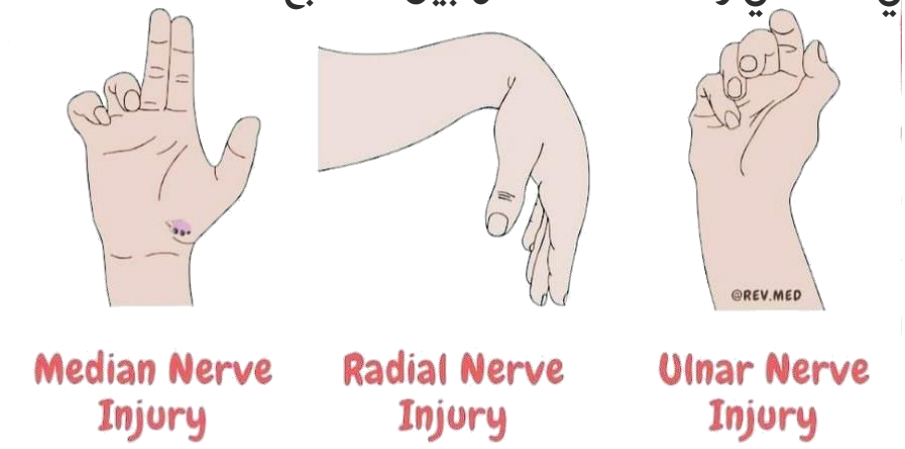
ثانياً: العضلات الخراطينية Lumbrical:

- تنشأ من وتر القابضة العميقة وترتكز على وتر الباسطة للإصبع الموافق.
- هي المسؤولة عن وضعية اليد الوظيفية فتعطف المفصل السنعي السلامي وتبسط المفاصل بين السلامية (تجعل اليد تأخذ حرف الـ L).
- تعصب من العصب الناصف في الجهة الكعبرية والزندي في الجهة الزندية.

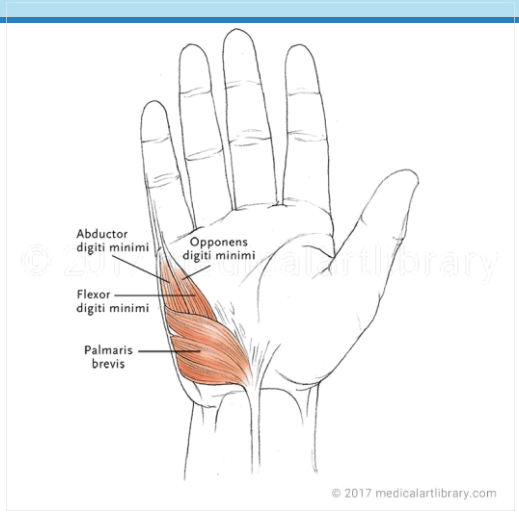
[3] حتى بالنسبة إلى الأعصاب والأوعية الإصبع الثالث يشكل المحور، فالأعصاب على الجهة الكعبرية نسبة للإصبع الثالث أكبر من الزندية فتكون أكثر حساسية من الجهة المقابلة.



- لذا عند أذية العصب الناصف يتشكل المخلب الناصف (يد القرد أو يد المباركة)، أما في حال أذية الزندي يتشكل المخلب الزندي، كما يتشكل المخلب الكامل عند إصابة كلا العصبين معاً كما في الحروق الكهربائية.
- فحركة المخلب تنتج عن شلل العضلات حيث تقوم العضلات المعاكسة بالعمل ضدها فينبسط المفصل السنعي السلامي وتنعطف المفاصل بين الأصابع.

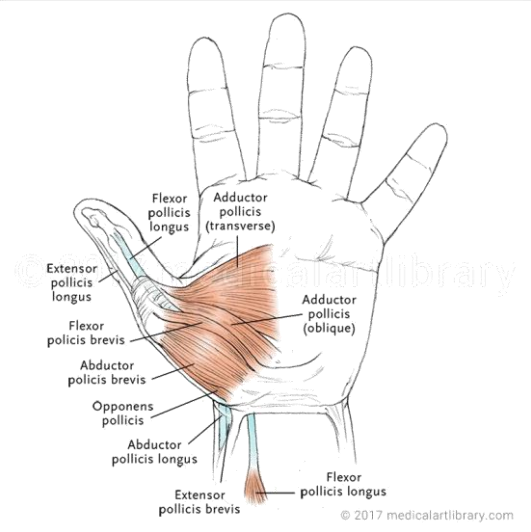


ثالثاً: الإصبع الخامس:



- تدعى عضلاته بعضلات الضرة Hypothenarin.
- تعصب من العصب الزندي.

رابعاً: عضلات الإبهام:

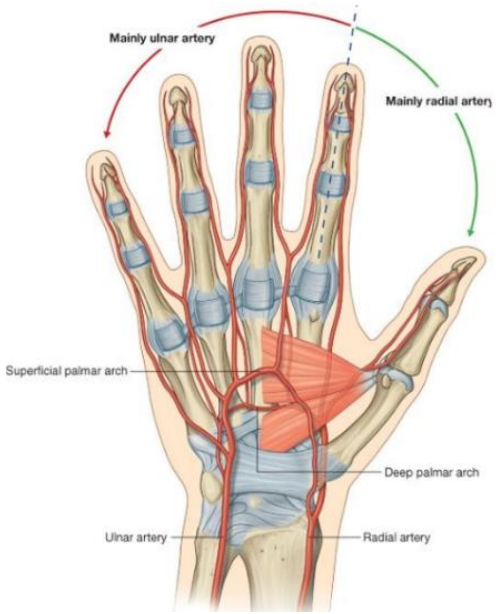


- ☒ يعادل بأهميته باقي أصابع اليد الطويلة.
- ☒ يمتاز بتوضعه التشريحي في الفراغ مما يمكّنه من مقابلة باقي الأصابع (حركة الإمساك).
- ☒ عضلاته تدعى عضلات إلية اليد Thenar.
- ☒ تعصب جميعاً من العصب الناصف ما عدا مقربة الإبهام Adductor من العصب الزندي.
- ☒ أهم حركاته المقابلة مع كل الأصابع Opposition التي تمكن الإنسان من الإمساك (البنس) وإجراء حركاته المهمة، إضافة إلى التقريب والتبعيد.

فحص الحركات:

- يهمنا عند إجراء الفحص إلغاء تأثير جسم العضلة، حيث نمسك جميع الأصابع عدا الإصبع المفحوص.
- فحص كل إصبع على حدة وفحص كل مفصل على حدة.
- نثبت المفصل بين السلامي القريب لفحص المفصل بين السلامي البعيد.

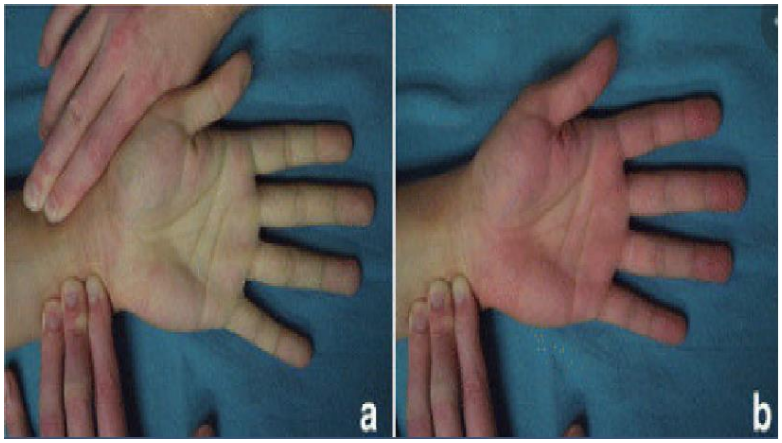
التروية



- ❁ تتم تروية اليد عبر الشريان الكعبري والزندي.
- ❁ بينهما القوس الراحية السطحية (الزندي) والعميقة (الكعبري).
- ❁ تعطي هاتان القوسان الشرايين الإصبعية، فلكل إصبع طويل شريانان على الجهتين الكعبرية والزندية.

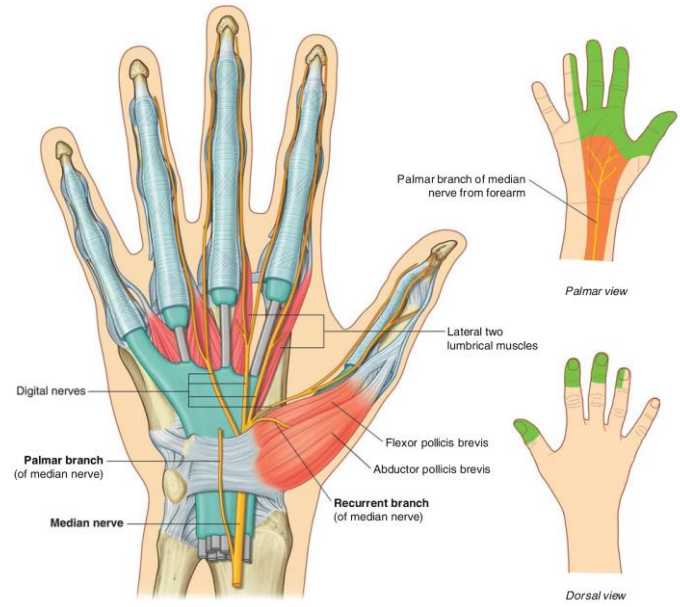
اختبار آلن Allen Test:

- ☒ يتم بقبض اليد لتفريغها من الدم وإغلاق الشريانين الزندي والكعبري.
- ☒ ثم بسط اليد لنلاحظ الشحوب، يتلوها تحرير أحد الشريانين مما يسبب عودة الدم إلى اليد بسبب الاتصال عبر القوس الراحية، فهذا الاختبار يدل على سلامة القوس الراحية.
- ☒ توجد اختبارات أكثر دقة وسهولة كالإيكو دوبلر والتصوير الشرياني لكنها معقدة عند محاولة استخدامها في الإسعاف.
- ☒ اختبار آلن الإصبعي: وذلك لوجود مفاغرات بين الحزمتين الوعائيتين على جانبي الإصبع، حيث يكفي شريان واحد لعيوشية الإصبع.
- ☒ أما بالنسبة للتروية الدموية في الأصابع نختبر سرعة العود الشعري تحت الأظافر، وذلك بالضغط على الظفر لإفراغه ثم تركه فتكون سرعة عود الامتلاء الشعري (3-4 ثوان).

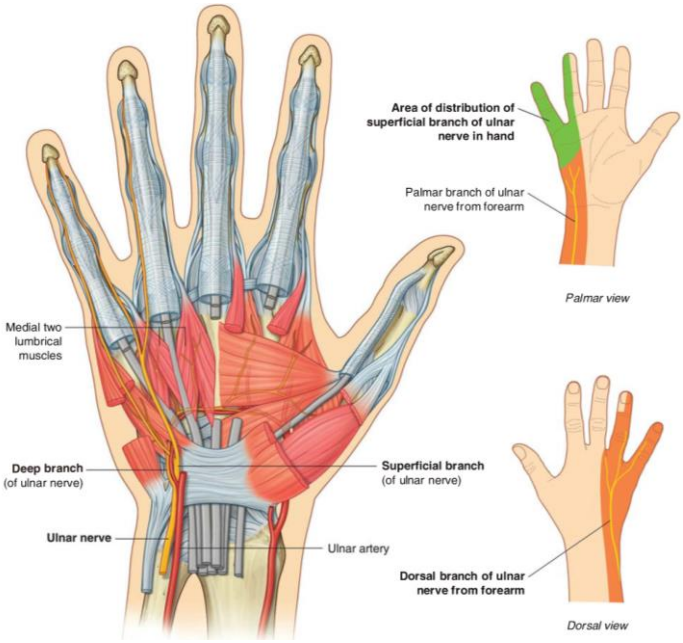


التعصيب (إثراء)

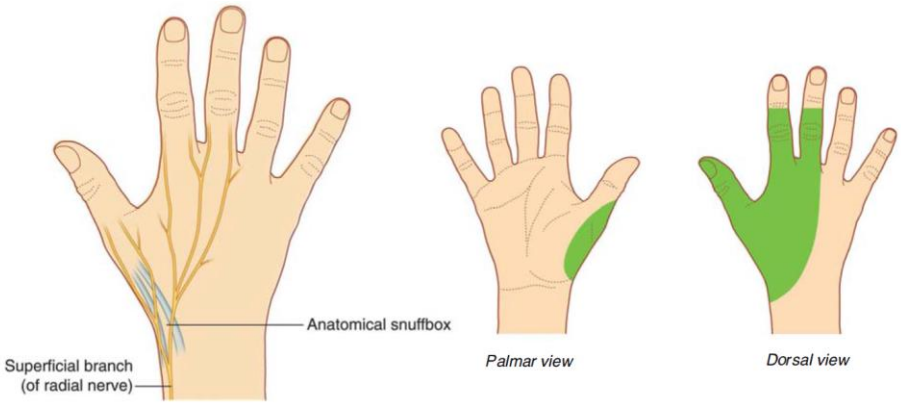
- ❀ تتعصب اليد حسياً من الأعصاب الثلاثة الكعبري والزندي والناصف بحيث يكون لكل إصبع عصبان حسيان أنسي ووحشي، وبانقطاع العصبين يصبح لدينا إصبع فاقدة للحس.
- ❀ يعطي **العصب الزندي** فرعين للإصبع الخامس والفرع الإنسي للإصبع الرابع.
- ❀ بينما يعطي **العصب الناصف** الفروع الحسية للوجه البطني للإصبع الأول والثاني والثالث والقسم الوحشي للإصبع الرابع.
- ❀ أما **العصب الكعبري** فيعطي فرعاً حسياً يعصّب أجزاء واسعة من ظهر اليد عادةً خاصة الجزء الوحشي.



تعصيب اليد حسياً بالعصب الناصف



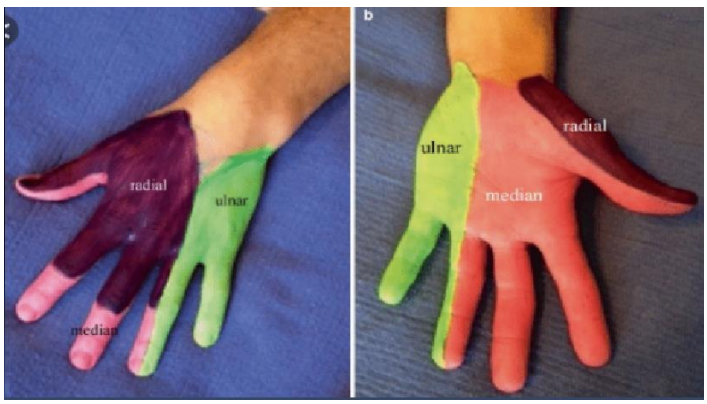
تعصيب اليد حسياً بالعصب الزندي



تعصيب اليد حسياً بالعصب الكعبري

الفحص العصبي لليد: (مطلوب)

- ✓ الفحص الحسي: يشمل اللمس والوخز والتمييز بين نقطتين (اختبار فيبر) الذي يكون دقيقاً جداً في رؤوس الأصابع لدرجة أقل من 1 مم بسبب الغنى بالنهايات العصبية الحسية.
- ✓ يعصب العصب الناصف حسياً 3 أصابع ونصف، أما الزندي يعصب إصبعاً ونصف.
- ✓ في الفحص الحركي نفحص الأعصاب الناصف والزندي والكعبري (الذي يعصب الوجه الظهري).

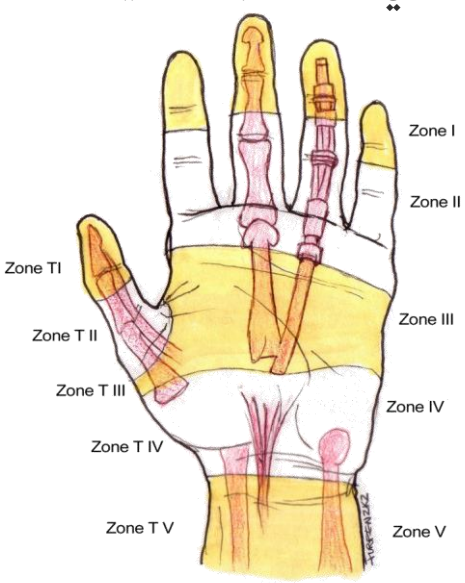


التوزع العصبي الحسي في اليدين

أقسام ظهر وراحة اليد

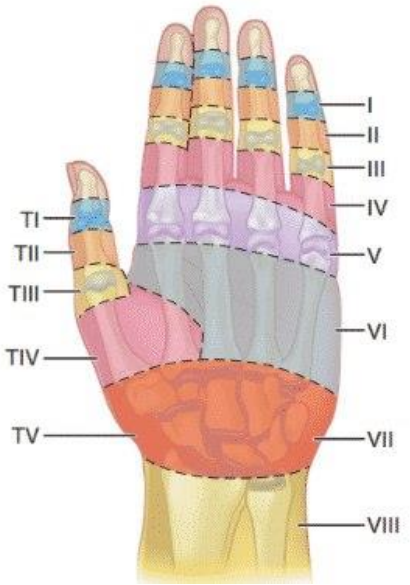
راحة اليد:

- **Zone 1:** منطقة ارتكاز الأوتار، مرتكز القابض العميق.
- **Zone 2:** تعد هذه المنطقة معقّدة وتسمى "المنطقة المحرمة No Man's Land" نظراً لضيق المنطقة ومحتوياتها الكثيرة، وهي منطقة تداخل الوترين القابضين السطحي والعميق، فالوتران العاطفان يقعان ضمن غمد مشترك، وعند خياطة الوتر السطحي والوتر العميق قد يحدث التصاقات شديدة تمنع الحركة، لذلك نخيط العميق فقط في حال إصابة الوترين، وكذلك عند الترميم.
- **Zone 3:** راحة اليد.
- **Zone 4:** نفق الرسغ.
- **Zone 5:** الساعد.
- للإبهام مناطق مستقلة مسبوقة بحرف T اختصاراً لكلمة Thumb.



ظهر اليد:

- **فردية:** 1، 3، 5 وهي مناطق المفاصل.
- **زوجية:** بين المناطق الفردية.
- **المنطقة 6:** ظهر اليد.
- **المنطقة 7:** قيد الباسطات.



أذيات اليد

حروق اليدين

- تعد الآثار النفسية لحرق اليدين أشد وطأة من حرق الوجه، فنحن نرى وجوهنا في المرآة فقط لكن نرى أيدينا بشكل دائم.
- رغم مساحتها القليلة إلا أنها **استطباب للقبول في المشفى** لسببين:
  1) الوظيفة المهمة لليد.
  2) التروية الانتهائية للأصابع التي تؤدي لفقد الأصابع في حال عدم الخزع.
- لذا في الحروق المطوقة نقوم بخزع الصفاق لكل الحجرات الموجودة (يد وأصابع).
- الخيار الأساسي في كل الحروق خاصة في اليدين هو **التنضير والتطعيم الباكر**، حيث تشكّل الطعوم الخيار الأول في الحروق واسعة المساحة.
- تهمنا **الوظيفة أولاً** قبل التجميل في الترميم، كما أن التجميل جزء من الوظيفة، فرغم أن جراحة اليد اختصاص قائم بحد ذاته إلا أنه جزء أساسي من جراحة التجميل.

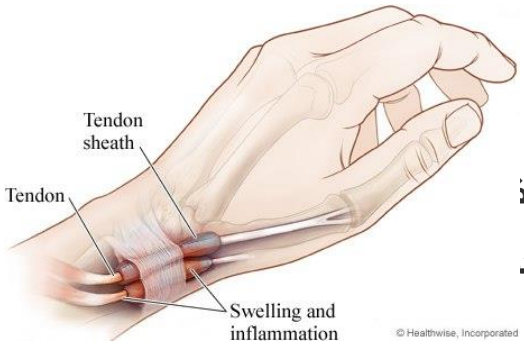
أمراض الهيكل الليفي

- من أمراض الهيكل الليفي:
  - متلازمة نفق الرسغ.
  - متلازمة غويون.
  - متلازمة دوكرفان.
  - التهاب الأغماد الوترية.
  - داء دوبيتران.
  - الإصبع القافز.

سنفصل في بعض هذه الأمراض...

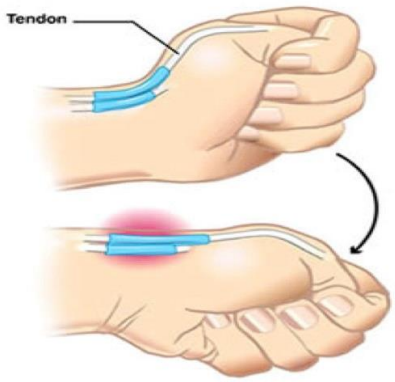
التهاب أغماد الأوتار لدوكرفان De Quervain Tenosynovitis:

☒ **التعريف:** التهاب غير خمجي يصيب الحجرة الأولى لقيد الباسطات التي تحتوي باسطة الإبهام القصيرة والمبعدة الطويلة نتيجة الرضوح المتكررة.



☒ تكون **علامة فنكلشتاين إيجابية**، وهي القيام بفرط عطـ في الإبهام مما يسبب ألماً بمنطقة الحجرة الأولى التي تك محمرة ومتوذمة كما تكون الأغماد متسمكة.

☒ **العلاج:** محافظ وفي حال الفشل نفتح هذه الحجرة.



علامة فنكلشتاين

داء دوبيترن Dupuytren's Contracture[4]:

☒ **التعريف:** تليف يصيب النسج السفاقية Aponevrotique لليد والأصابع يسبب انكماشات إصبعية مع ألياف قاسية، كما أنه يصيب فقط الألياف الطولانية **ويعف عن المستعرضة**.

☒ **المسببات:** مرض مناعي مجهول السبب يتميز بتكاثر غير منظم لمولدات الليفين Myofibroblasts.

☒ يصيب أعراقاً معينة كالفايكنغ أكثر من غيرهم لكن يصيب باقي الأعراق، ويندر لدى ذوي البشرة السمراء، أما لدينا فالمرض موجود بنسب قليلة.

☒ يصيب الذكور أضعافاً كثيرة نسبة للإناث.

☒ تصاب اليدان غالباً، قد تبدأ بيد وتنتقل للأخرى وهي حالات إفرادية.

☒ **يترافق إحصائياً مع:** السكري نمط 1، الصرع، الكحولية، ارتفاع الشحوم الثلاثية TG، رضح اليدين (بسبب العمل)، التدخين، الإيدز.

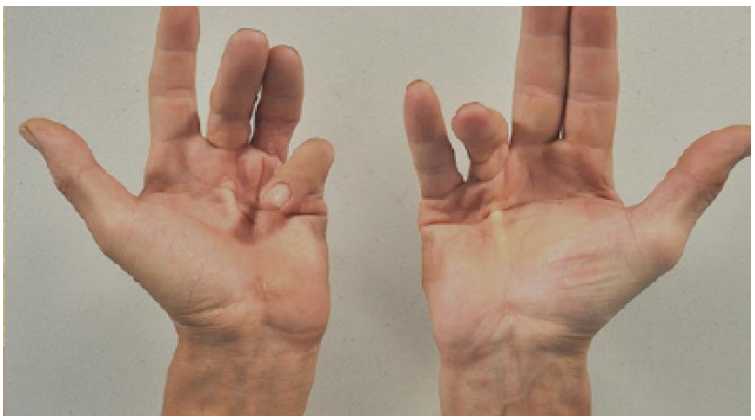
[4] دوبيترن جراح فرنسي عاش في بريطانيا واكتشف المرض هناك، وفي أستراليا 1 من 3 أشخاص مصاب لأن أصولهم من الفايكنغ.

- ☒ أحياناً يشكل تسمكاً في الجلد بشكل سرة وأحياناً يعطي شكل عقد على الوجه الظهري للأصابع، ويتميز بانكماش ويبوسة.
- ☒ يصيب أي إصبع لكنه يكثر في قاعدة الإصبع الخامس، يصيب الشعاع (الأصبع) الرابع، كما يصيب قاعدة الإبهام بشكل أقل.
- ☒ **العلاج المحافظ:** الجبائر وحقن الستيروئيدات (الكورتيزون) لأنه مرض مناعي مجهول السبب، وقد وافقت ال FDA حالياً على حقن حالات الهيالورونيداز عسى أن تحل الألياف قليلاً لكن كل هذه العلاجات فائدتها محدودة.
- ☒ **استطبابات الجراحة:** [5]

1. العقد الراحية والظهرية المؤلمة Garrod's.
2. انكماش أكثر من 30 درجة في المفاصل السنعية السلامية MCP، حيث نطلب من المريض بسط يده على الطاولة ففي حال إعاقة البسط الكامل أو الوظيفة نلجأ للجراحة.
3. انكماش المفصل PIP بأية درجة لأنه ينكمش سريعاً ويعيق الوظيفة بشكل مهم.
4. انكماش الويب (الفوت) الأول.

- ☒ **التكنيك الجراحي:**
  - نقوم في الجراحة باستئصال الجزء المصاب من السفاق الراحي ونوسع الاستئصال في حال الخوف من النكس لأن النكس وارد.
  - تتعدد الطرق الجراحية فنختار الطريقة المناسبة للمريض فيمكن أن نترك الجرح مفتوحاً ليلتئم وحده (طريقة مكاش).

يقابل داء دوبيتران في القدمين داء ليدرهاوس Ledderhose وهما نفس المرض، كما أن داء ليدرهاوس نظير داء بيروني في القضيب.



داء دوبيتران

[5] طالما المرض مناعي مجهول السبب لا نوجه المريض للجراحة إلا في حال وجود استطباب.

الإصبع القافز:

☒ **التعريف:** تسمك أو تضيق في الوتر القابض على مستوى البكرة الحلقية A1 للمفصل السنعي السلامي، فأثناء عطف الإصبع يعلق ويسبب طقة في البسط مثل زناد المسدس.

☒ **العلاج:** فتح البكرة المصابة.

أذية الأوتار

انقطاع الأوتار القابضة:

☒ عند إصابة الوتر القابض العميق يحدث عجز في طي المفصل بين السلامي البعيد.

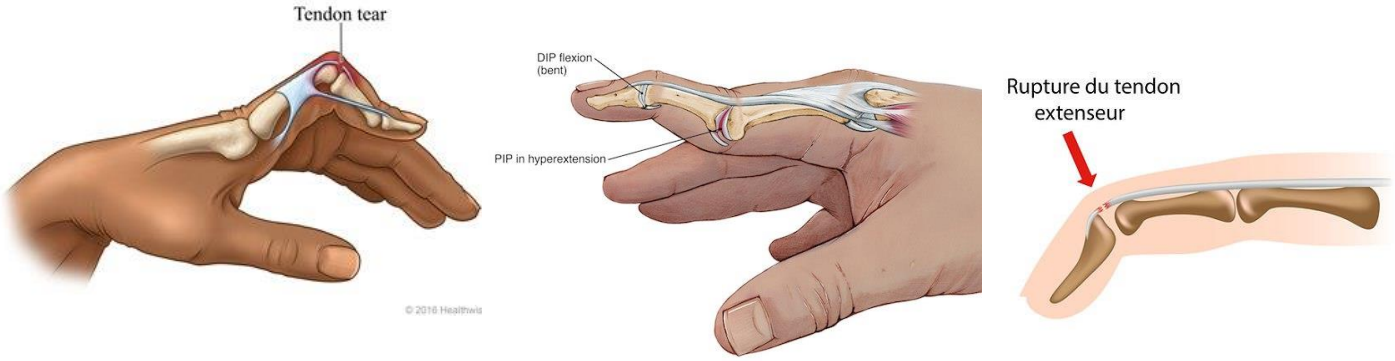
☒ عند إصابة الوتر القابض السطحي يحدث عجز في طي المفصل بين السلامي القريب.

انقطاع الأوتار الباسطة:

☒ انقطاع الحزمة المركزية يسبب **عروة الزر** Boutonniere Deformity[6].

☒ انقطاع الحزم الجانبية يسبب **إصبع المطرقة** Mallet Finger والذي يدخل في التشخيص التفريقي لتبقرط الأصابع.

☒ إهمال إصبع المطرقة يؤدي لفرط بسط بسبب الشد على الأربطة الجانبية فيسبب **عنق الاوزة**، وهو تشوه سيئ لأن المريض يبسط إصبعه بدل عطفه مما يمنعه من استخدام هذا الإصبع.



إصبع المطرقة على اليمين، عنق الإوزة في الوسط وعروة الزر على اليسار

[6] يمكن أن يحصل في المفاصل بسبب تشوه مفصلي أما هنا الأذية وظيفية.

الأذيات العصبية

- لها خصوصية عن باقي الأذيات، لأنه حتى لو أعدنا خياطة العصب تشريحياً فإن السيالة العصبية قد لا تعود إلى التقدم، حيث تتقدم السيالة العصبية 1 مم يومياً إن نجح ترميم العصب، وإلى الآن لا نعرف سبب تقدم السيالة العصبية من عدمه لذا نحتاج 40 يوماً إضافياً لتجاوز الخياطة.
- ففي حال بعد الجرح 10 سم يحتاج 100+40 يوماً إذا نجحت استعادة السيالة العصبية وخلال هذه الفترة إذا لم نقم بالعلاج الفيزيائي للعضلات تضمر بشكل نهائي.

ألا تعود السيالة حتى بالخياطة المجهرية؟

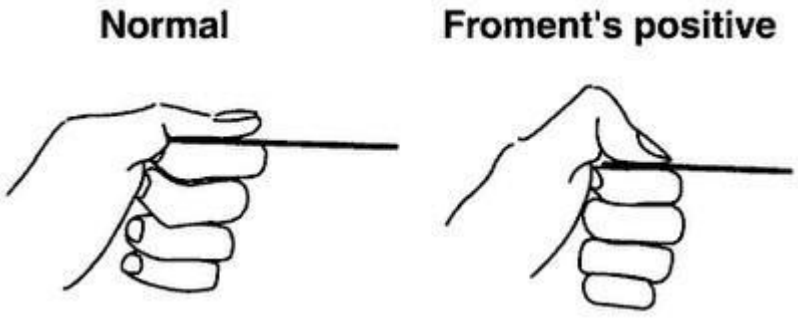
- نحن لا نخيط العصب بل نخيط الغمد الخارجي (وليس السيالة) فالسبب يبقى مجهولاً لذا حتى الآن لا يمكن قطع رأس إنسان ووضعه على جسد إنسان آخر.
- يحصل ضمور العضلات فاقدة التعصيب بشكل نهائي.

أذية العصب الكعبري:

- ☒ تحدث أذية العصب في كسور العضد (الميزابة الخلفية للعضد) أو أثناء الاستجدال في العمل الجراحي في الميزابة الكعبرية.
- ☒ قد تكون الأذية دائمة أو مؤقتة بسبب الرض.
- ☒ تسبب الأذية عجزاً في بسط المعصم والأصابع، إضافة إلى هبوط اليد.

أذية العصب الزندي:

- ☒ يسبب شللاً حسياً زندياً.
- ☒ المنطقة الأكثر تعرضاً هي اللقيمة الأنسية للمرفق، لكن قد ينضغط في نفق غويون، ويوجّه **تخطيط الأعصاب** لمكان الانضغاط.
- ☒ تسبب الأذية المخلب الزندي في حال الانضغاط العالي (شلل الخراطينيات الزندية).
- ☒ كما تسبب ضمور العضلات بين العظام.
- ☒ **علامة فرومنت إيجابية** (عجز تقريب الإبهام): وهي أن يقوم المريض بعطف المفصل بين السلامي للإبهام عند إمساك الورقة والشد عليها بالتقريب مما يشكل فراغاً بين الإبهام والورقة.



علامة فرومنت

أذية العصب الناصف (متلازمة نفق الرسغ Carpal Tunnel Syndrome CTS):

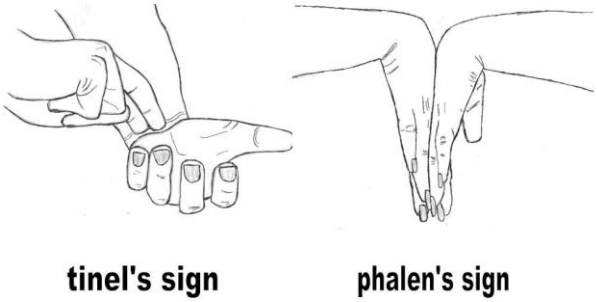
☒ إن العصب الناصف في المعصم عصب حسي مع قليل من الوظيفة الحركية لذا انضغاط العصب الناصف في المعصم.

☒ **الأعراض:**

- ضعف في قوة اليد مع ألم في اليد وأحياناً في الساعد.
- اضطراب حسي (فرط حس أو خدر ونمل)، خاصة في الصباح الباكر حيث يستيقظ المريض صباحاً بسبب الألم.
- يبوسة صباحية وأذية حركية لبعض عضلات اليد الصغيرة حسب تفرع العصب الناصف الذي يتنوع كثيراً.

☒ **العلامات:**

- ضمور عضلات إلية اليد.
- علامة تينل: الإحساس بالكهرباء والخدر والنمل عند المريض عند قرع العصب.
- علامة فالن.



☒ **التشخيص:**

- تخطيط الأعصاب: تغيرات تخطيطية (بطاءة السيالة العصبية في العصب الناصف لأقل من 4 ميلي ثانية مشخصة) وهو الاختبار المشخص.
- وهو اختبار غير موضوعي أي خاضع للفاحص Subjective.
- توجد سلبية كاذبة في 10% من الحالات.

☒ **التدبير المحافظ:**

- نبدأ بالتدبير المحافظ عن طريق الجبائر الليلية، مضادات الوذمة، NSAIDs، إمكانية حقن الستيروئيدات مما قد يسبب تحسن المريض في المراحل الأولى في الحالات العكوسة (الحمل، قصور الدرق، الأدواء الاندخالية..).
- أما في حال وجود أذية تشريحية أو شيء ضاغط على العصب نلجأ للجراحة.

☒ **العلاج الجراحي:**

- بسيط بفتح النفق جراحياً بالجرح المفتوح أو التنظير[7] وليس للتنظير تفوق على الجرح المفتوح.
- يسبب إراحة مباشرة للأعراض لكن الأذيات العصبية الدائمة لا تتراجع.
- في حال وجود كتلة نقوم باستئصالها.

☒ **الاختلاطات:**

- عند قص القيد يحصل ضعف في قبض اليد مما قد يؤثر على بعض المهمات كالعزف على الغيتار.
- الاختلاط الأكثر احتمالاً هو النكس، إضافة إلى اختلاطات أخرى كالنزف والأذية العصبية.
- قد يحدث النكس بسبب التئام قيد القابضات ويمنع منعاً باتاً خياطة القيد مرة أخرى.

كسور العظام الصغيرة

- عظام اليدين عظام صغيرة تتكون من 3 سلاميات في كل إصبع عدا الإبهام سلاميتان، 5 أمشاط، 8 عظام في المعصم إضافة للكعبرة والزند.
- يجب استعادة التشريح الطبيعي 100% في العمليات الجراحية وإلا تحصل أذية حركية مهمة.
- توجد صفائح وبراغي Micro خاصة بالأصابع.
- طريقة Syndactyly: وهي إلصاق الأصابع مع بعضها فنثبتها وفي نفس الوقت نحركها.
- الفحص السريري هام جداً أثناء القبض والبسط قبل إرسال المريض إلى التصوير، فقد نشاهد صورة شعاعية طبيعية وعند طلب صورة جانبية نجد فيها كسور لم تكن ظاهرة على الصورة الأمامية الخلفية.

[7] بصنع شقين صغيرين وإدخال كاميرا.

- عند انقباض أصابع اليدين يجب أن تتجه جميعها نحو المركز وسبب الأذية في الصورة جانباً هو كسر متبدل.

التشوهات الخلقية Congenital Anomalies

- يتم تصنيفها بتصنيف سوانسن المعدل ويقسم إلى 7 مراحل.
- غالباً جيدة الوظيفة رغم شكلها المرعب ويجب التداخل الجراحي أبكر ما يمكن.
- يمنع إجراء العمل الجراحي في أعمار متقدمة لأننا في هذه الحال ندمر وظيفة اليد، لأن الخارطة الدماغية تتأسس في أول سنتين من العمر إن قمنا بالتداخل في عمر متأخر أكثر لن يتقبل المريض التغيير الحاصل. **فهو إذاً مختلف وليس مشوَّه.**

إسعاف مريض أذيات اليد

- أذيات اليد ليست حالة إسعافية Emergency إنما إلحاحية Urgency[8].
- لا يجب إسعاف اليد إلى الإسعاف المركزي لعدة أسباب منها أهمها وجود كادر غير مختص والازدحام الكبير، كما يبدو مريض اليد أقل أهمية في الإسعاف.
- إن لم يعالج مريض جرح اليد سيعاني من إعاقة طوال حياته.
- **لا يوجد جرح صغير في اليد**، ففي الصورة المجاورة ربة منزل جرحت يدها عند فتح علبة تبين في غرفة العمليات أن لديها انقطاعاً في كل من الوتر، الشريان والعصب ولم تنزف المريضة.
- لذا يجب الاستقصاء الجراحي لأي جرح مهما كان صغيراً.

إلى هنا نصل إلى ختام محاضرتنا
لا تنسونا من صالح الدعاء *-*

[8] أي لا نأخذه إلى الإسعاف المركزي الذي تذهب إليه كل الإصابات، لأن أي جرح في اليد ليس قاتلاً فيمكن أن ينتظر المريض، فيمكن اعتباره حالة إسعافية لكن ليس بنفس اللحظة، البتر أيضاً يجب ألا تتأخر فيه لأن ذلك سيسبب موت الطرف بعد 6 ساعات فيتحرر الميوغلوبين ويسبب قصوراً كلوياً إلا في الأصابع حيث تخلو من العضلات فلو بتر الإصبع يتحمل 8-12 ساعة تقريباً (بتر الإصبع هو الإسعاف الوحيد في الأصابع) فيجب إعادة وصله قبل 4 ساعات.