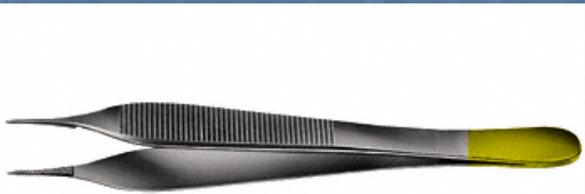


مهارات جراحية
لطلاب السنة الثالثة
كلية طب-جامعة حماه
الأدوات الجراحية الأساسية
د.أسامة عرابي

الأدوات اللاقطة

ملقط تسليخ (Forceps) بسن أو بدون سن.



د. أسامة عربي



Forceps



Plain: Use on peritoneum, mucosa

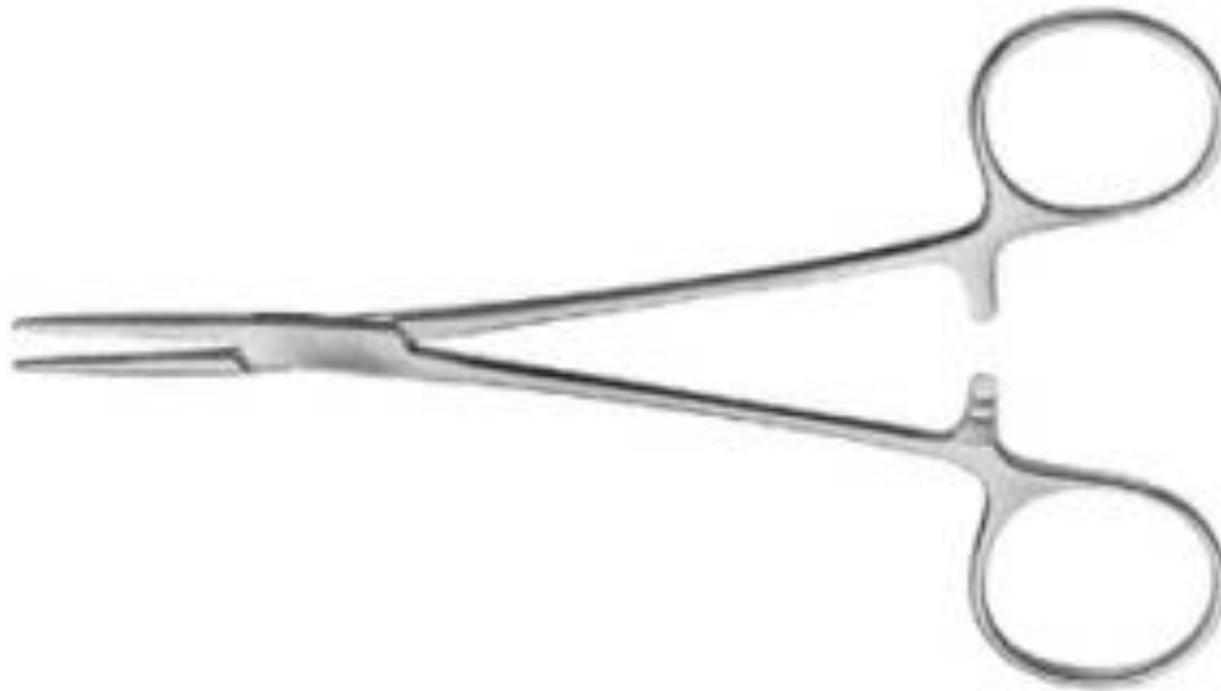


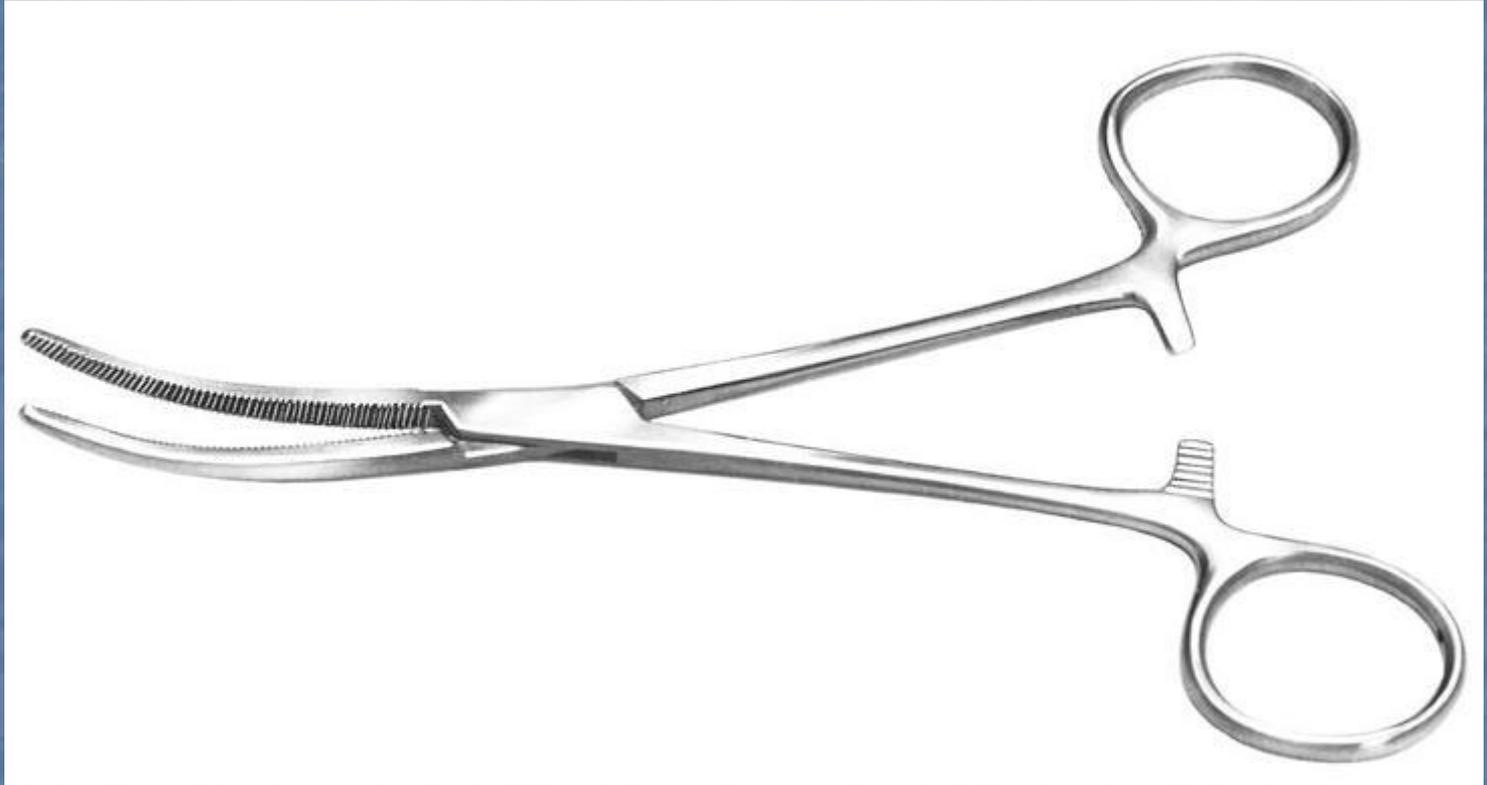
With Teeth: Use on skin





مناقيش مرقنة بسن وبدون سن , مستقيمة ومعقوفة.







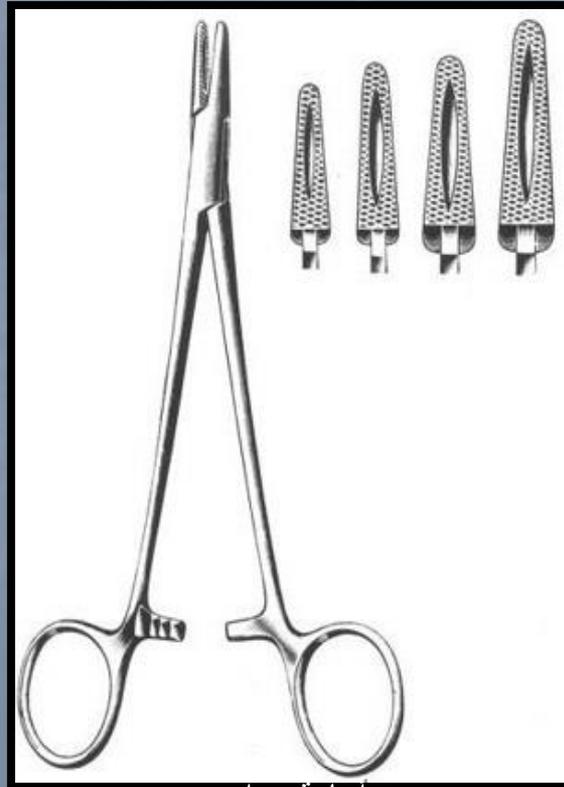




MOSQUITO ARTERY FORCEPS

Straight	Curved
RGS-544, 5"	RGS-548, 5"
RGS-545, 6"	RGS-549, 6"
RGS-546, 7"	RGS-550, 7"
RGS-547, 8"	RGS-551, 8"





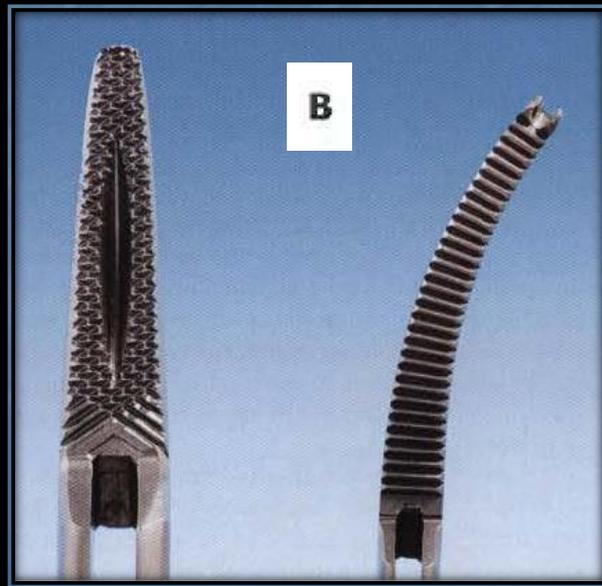
د. أسامة عرابي

NEEDLE HOLDER:

- Difference between haemostatic forceps and needle holder:

	Haemostatic forceps	Needle holder
1	Lighter instrument	Heavier instrument
2	Blades length 1/3 and shaft length 2/3	Blades smaller
3	Transverse serration on the inner side of blades	Serrations –criss- cross or transverse and groove in blade
4	Joint screw type or may be box type	Joint is box type only





■ يجب التمييز بين حامل الابر (Needle Holder) ومرقئ النزف (Hemostat):

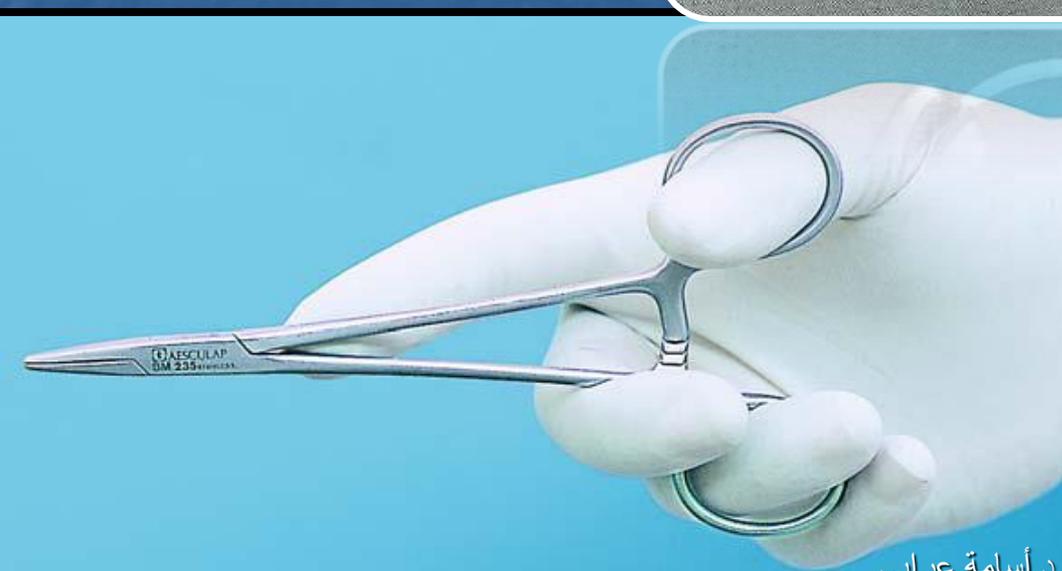
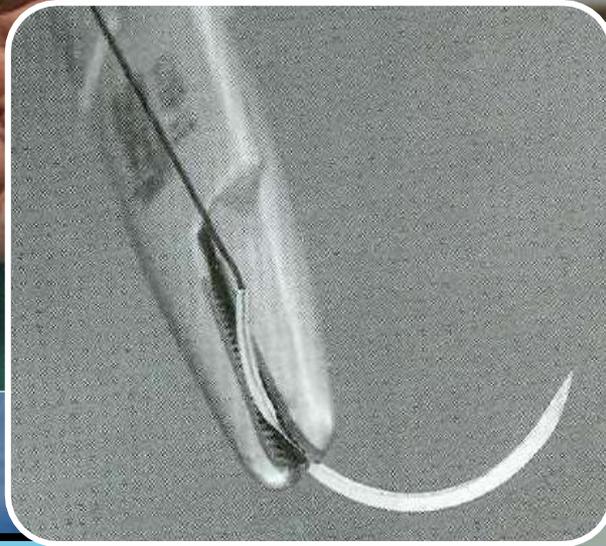
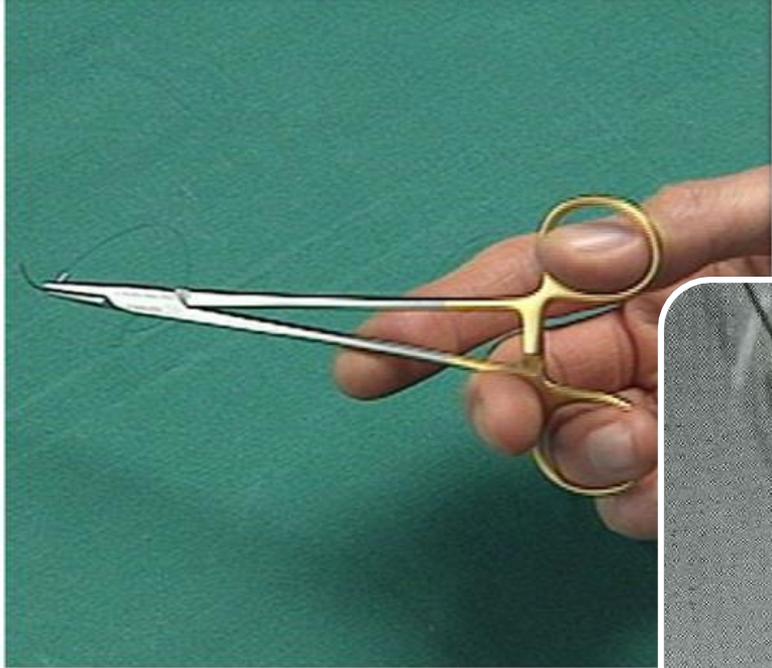
في الصورة (A):

يكون منقار مرقئ النزف أطول و أرق بالمقارنة مع منقار حامل الابر حيث يكون أقصر وأقوى و أثخن.

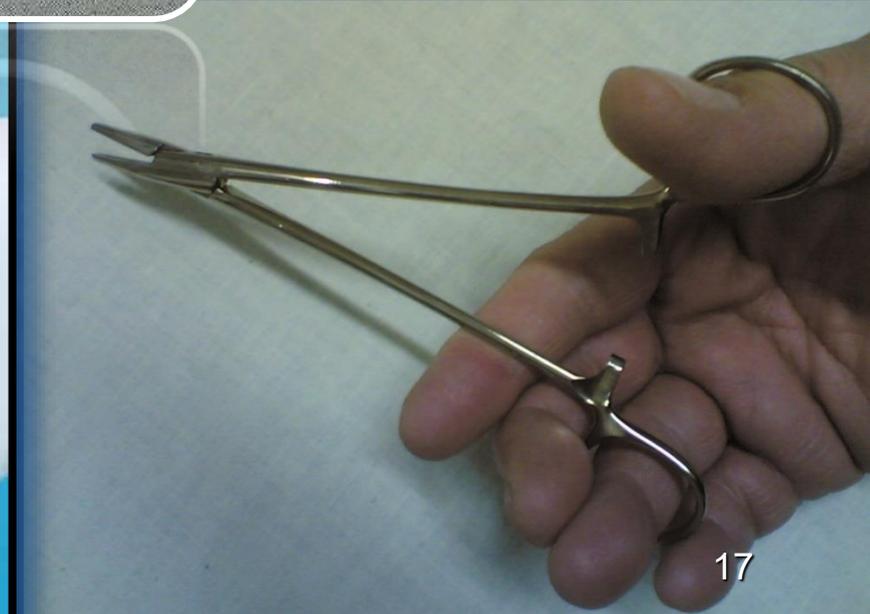
في الصورة (B):

يكون الوجه الداخلي لمنقار حامل الابر مظل ومخرش (crosshatched) بحيث يسمح بسيطرة إيجابية ومفيدة على الابرة والتحكم فيها. أما الوجه الداخلي لمنقار مرقئ النزف فيكون محفور بشكل أخاديد متوازية (parallel)

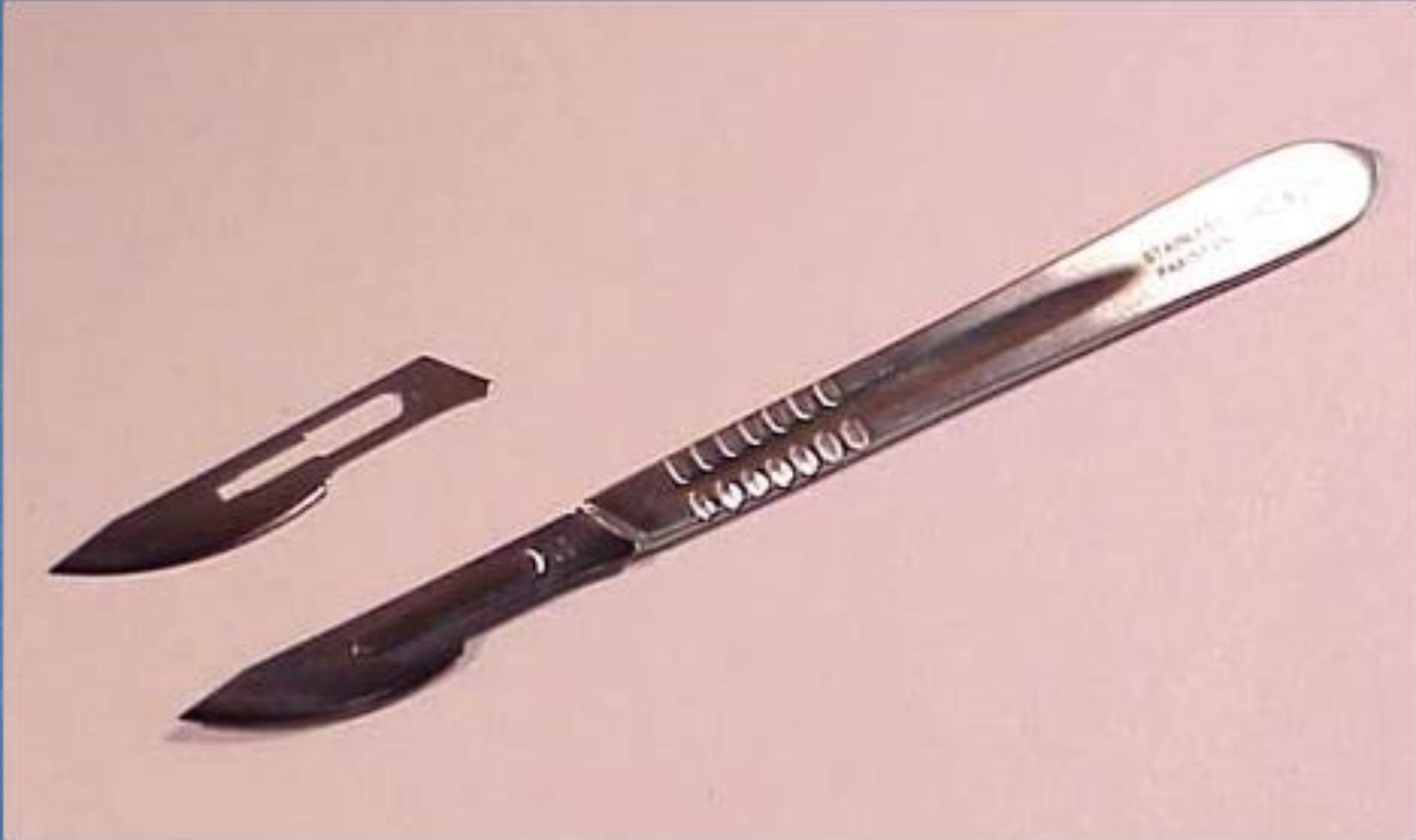




د. أسامة عرابي



الأدوات القاطعة







Scalpel Blades



#10: Maor Surgery, C-Section, Skin Paring



#11: I & D, "stab" wounds for drains, tubes



#15: Minor Skin, Plastic Surgery



- مقبض

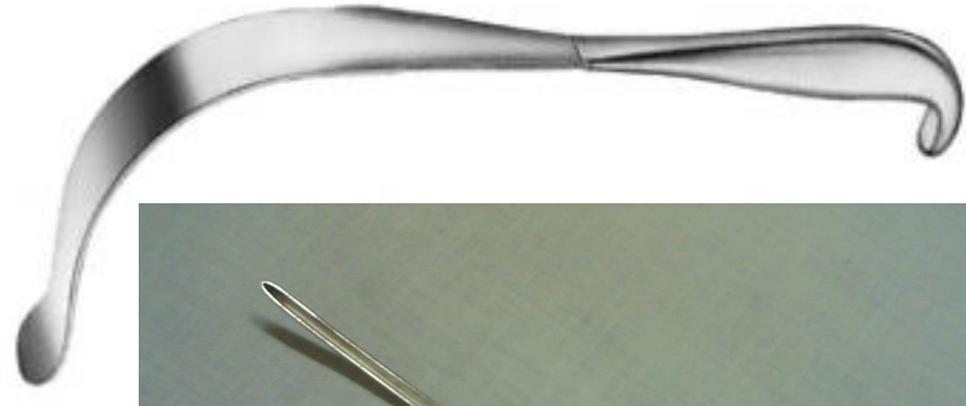
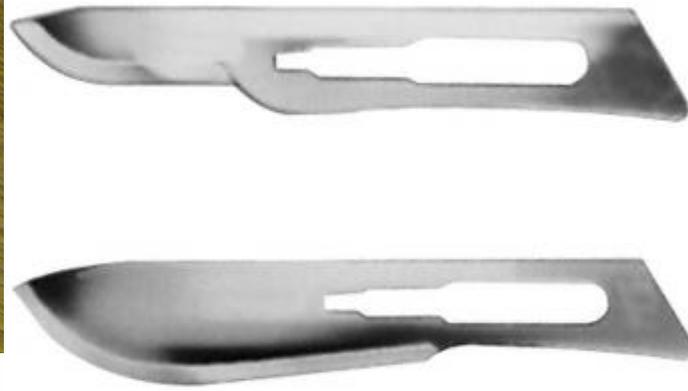
- شفرات

.

5- مقص تسليخ
ومقص خيطان ،
ومقص ضماد .



- 7- مبعديات ،
- قبضة ،
- شفرات ،
- مسبار .



أدوات تبعيد:مبعدات



د. أسامة عربي



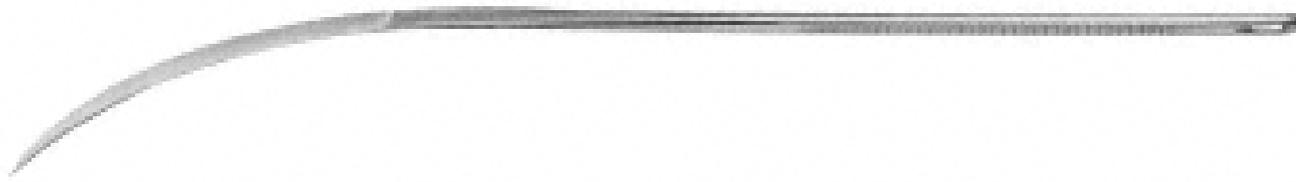
أدوات إستقصاء: مسبار مقنى



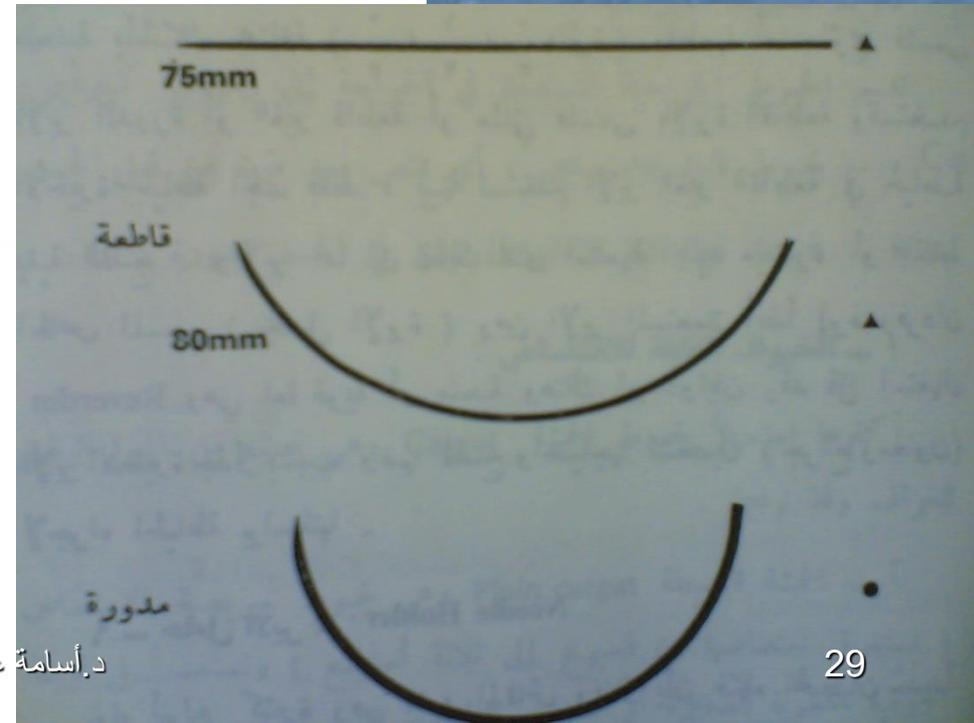
الإبر الجراحية

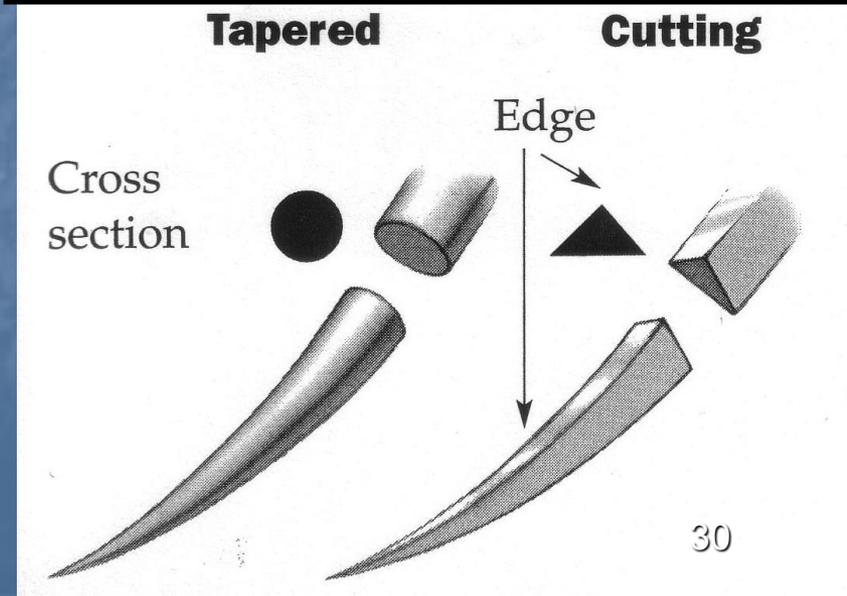
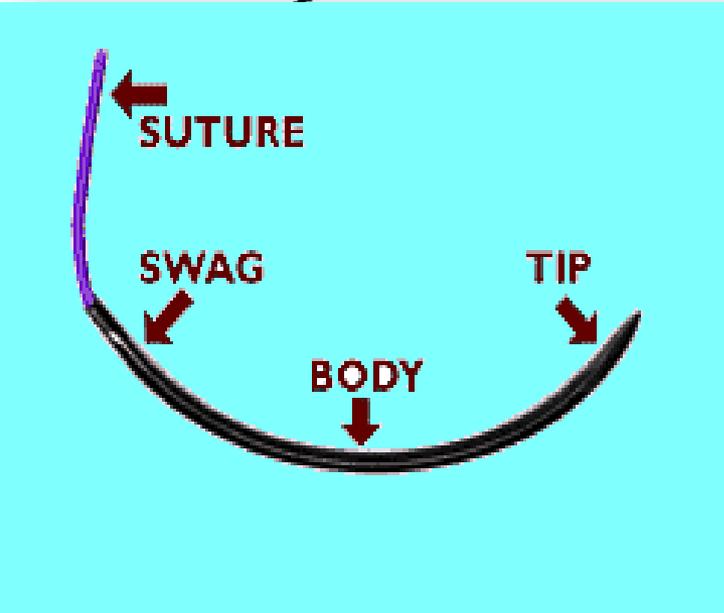
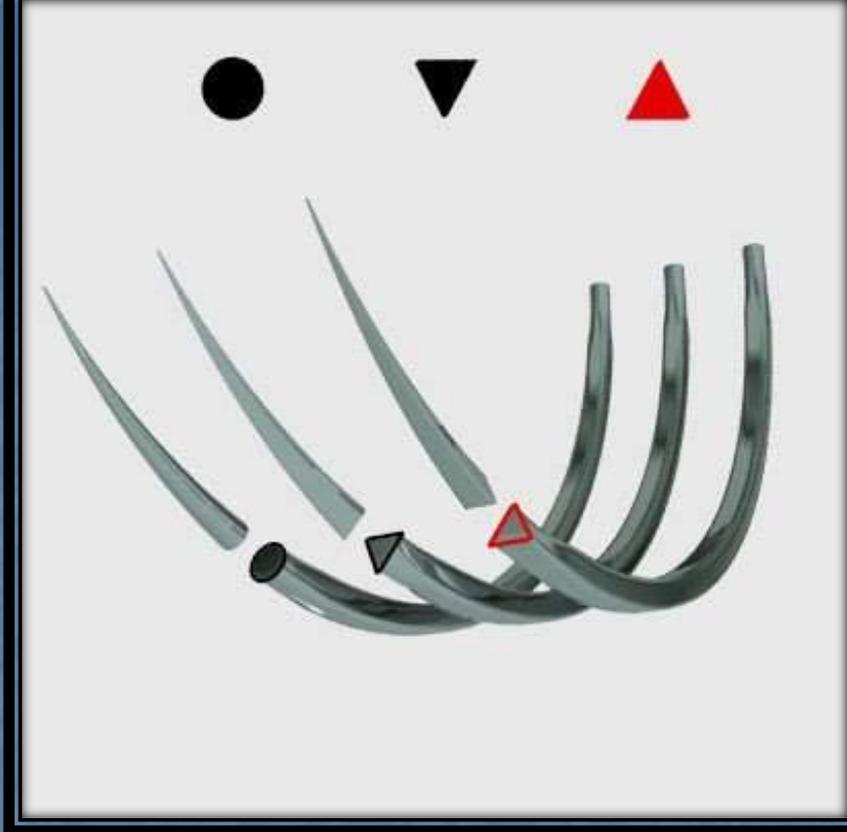
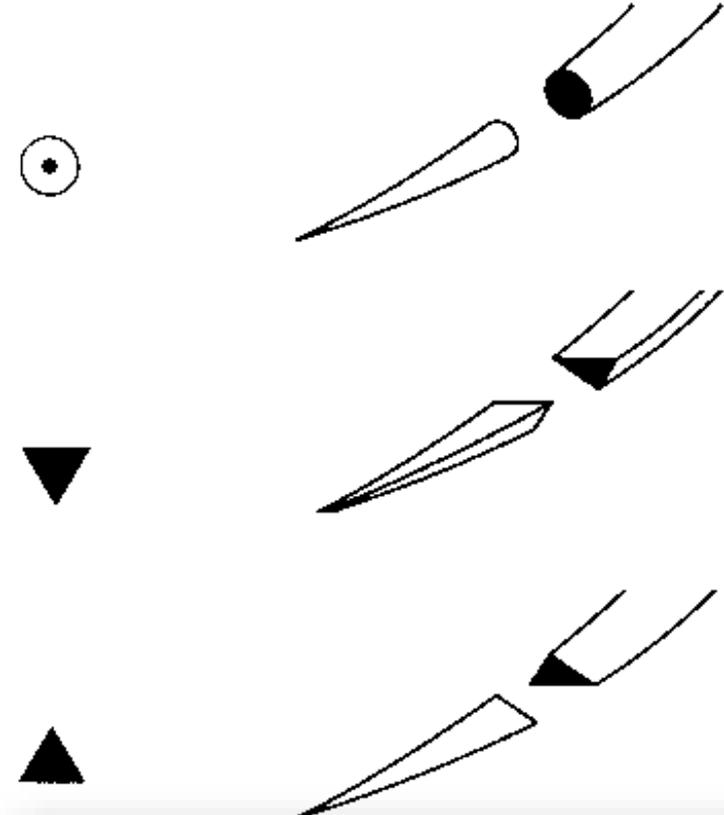
- منحنية
- مستقيمة: ندر استخدامها

- إبر متنوعة.



د. أسامة عرابي

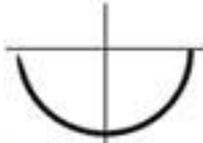
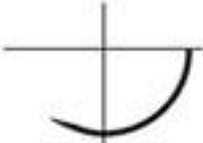
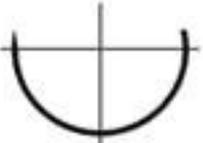




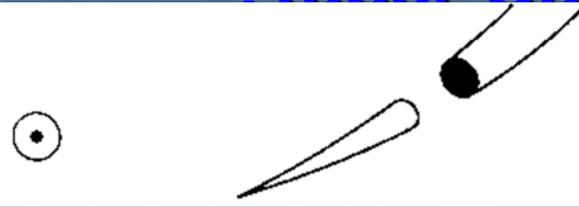
Needle Point Symbol

	POINT TYPE	SYMBOL
	TAPER POINT	●
	BLUNT TAPER POINT	○
	CUTTING EDGE	▲
	REVERSE CUTTING EDGE	▼
	TAPERCUT	⊕
	MICRO-POINT SPATULA CURVED	▭

Needle Shape

	1/2 CIRCLE	3/8 CIRCLE	1/4 CIRCLE	5/8 CIRCLE	STRAIGHT		
							
Metric	1.5	2-2.5	3	3.5	4	5	6
USP	5/0	4/0	3/0	2/0	0	1	2

A. الابرة المستدقة ذات الذروة القاطعة **Taper Cut Needle**



- إبرة مقطع رأسها دائري، قليلة الرض للنسج.
- تستخدم في خياطة جميع النسج عدا الجلد .
- تؤمن هذه الابرة مروراً ناعماً عبر الأغشية المخاطية الفموية طالما أن وجهها المدور الذي لا يحوي حواف قاطعة لن يقطع النسج الأعمق.

A. الابرة القاطعة التقليدية **Conventional Cut Needle**

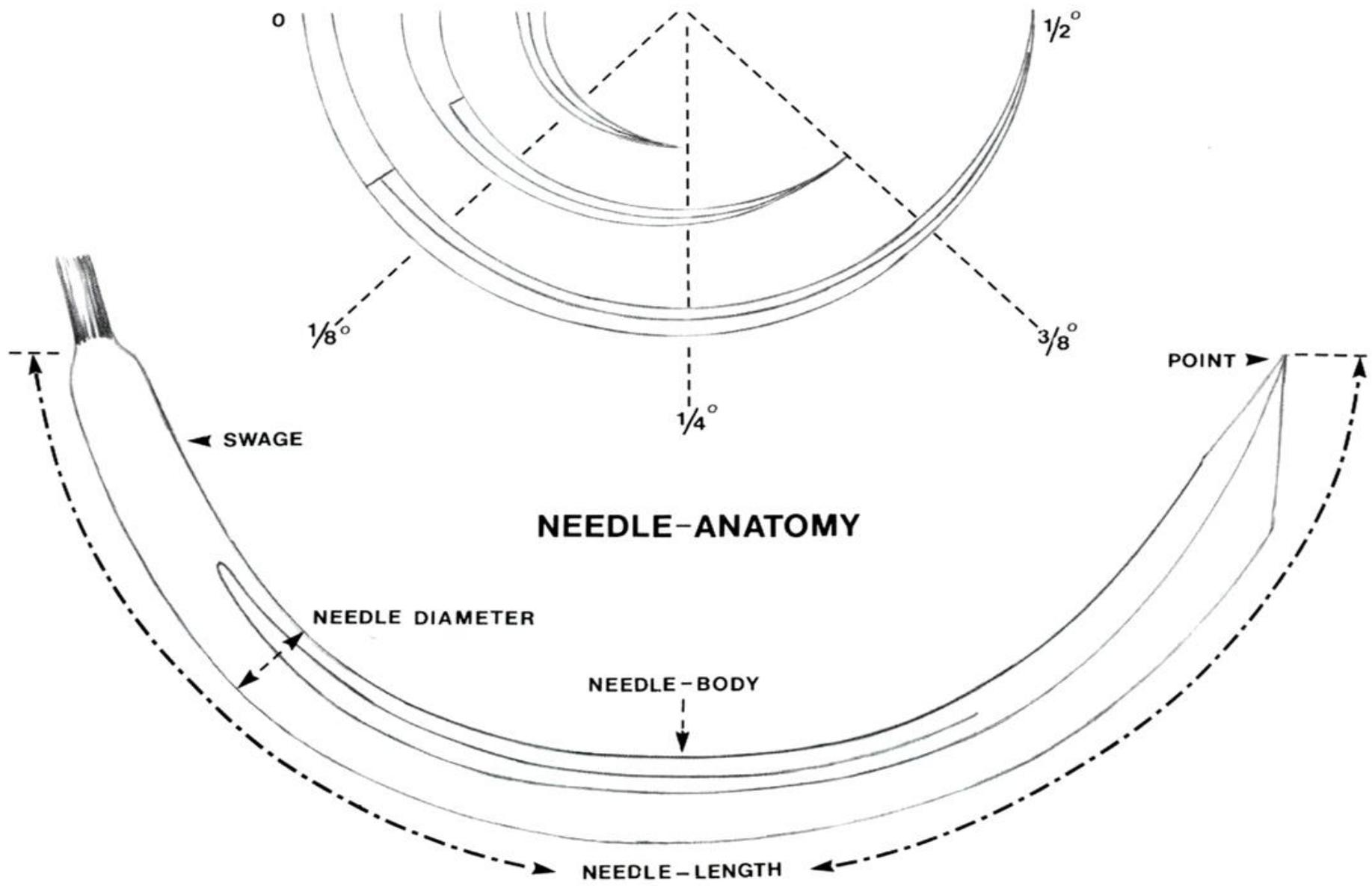


- الحافة القاطعة الثالثة تقع على السطح الداخلي المقعر (من داخل التقوس).
- وهي إبرة مثلثة الرأس، الوجه الداخلي لها عبارة عن زوايا حادة للنسج.
- تستخدم في خياطة الجلد (وذلك لأن الجلد لديه أدمة متينة) .
- وفي الخياطة التجميلية داخل الأدمة.

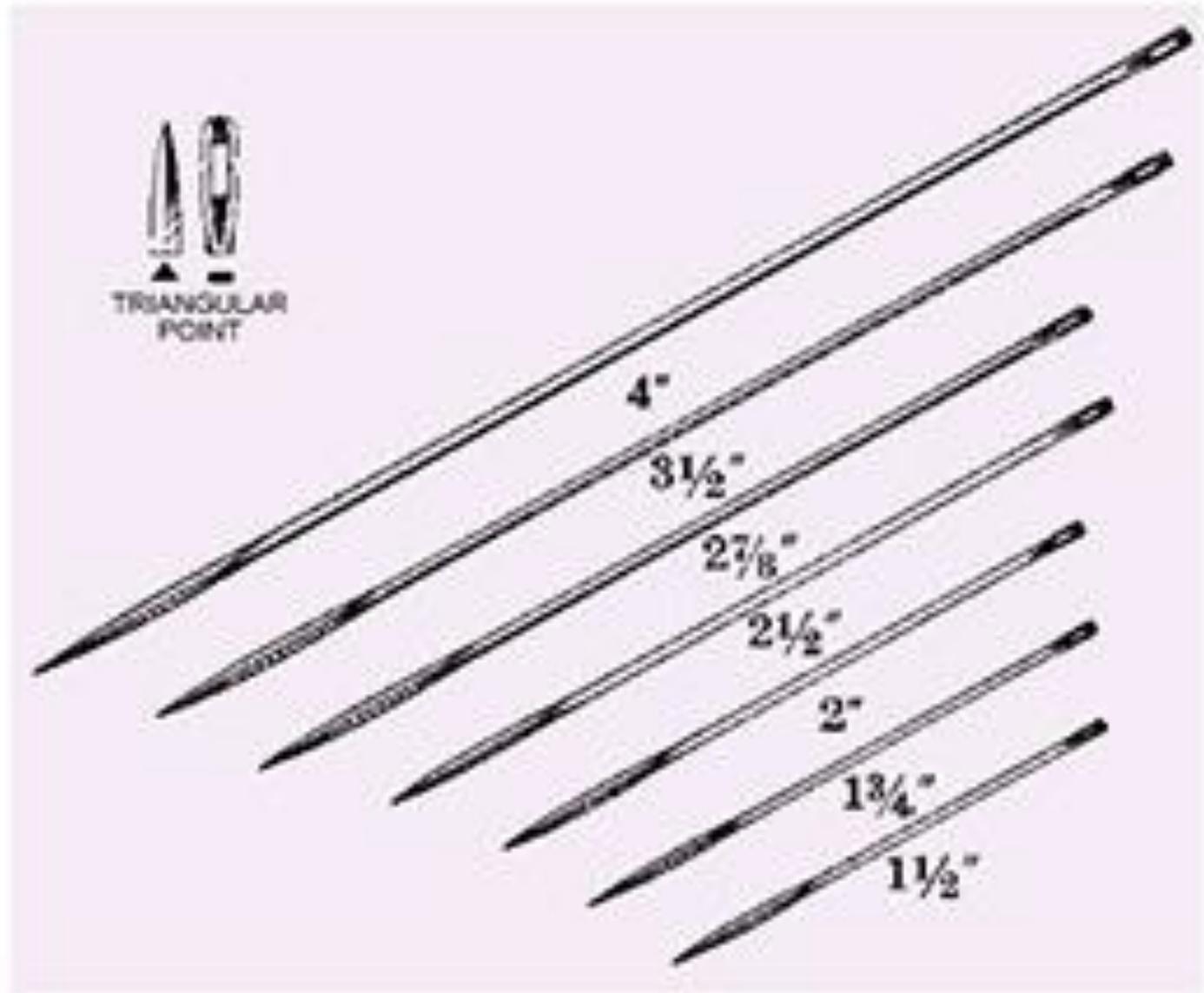
A. الابرة القاطعة المعكوسة **Reverse Cut Needle**



- الحافة القاطعة الثالثة تقع على السطح الخار (التقوس).
- في ³² هذا التصميم يوجه رأس الابرة نحو عمق أسفامة عبر البي عمق



NEEDLE-ANATOMY



Suture Materials الخيوط الجراحية

■ **Absorbable** ممتصة

■ **Natural** طبيعية

■ **Synthetic** مصنعة

■ **Non-absorbable** غير ممتصة

■ **Natural** طبيعية

■ **Synthetic** مصنعة

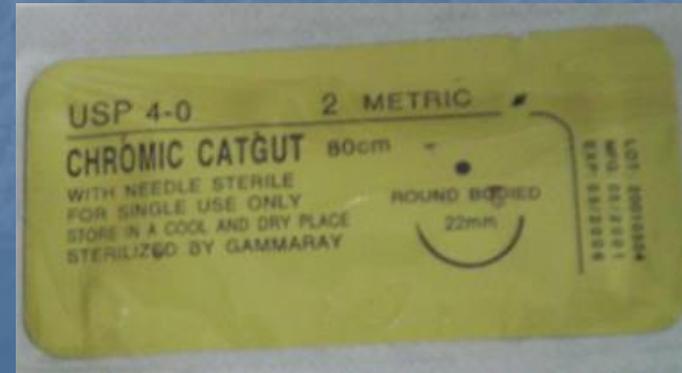
الخيوط الجراحية الممتصة الطبيعية

■ الحمشة (Catgut (Surgical Gut)

- كولاجين من أمعاء الأغنام والأبقار
- معقم بأشعة غاما ومحفوظة في 85% كحول

■ Plain vs Chromic

- هضم بواسطة أنزيمات الخلايا الالتهابية
- تقل قوة العقدة بعد التبلل بالرطوبة
- يعاملها الجسم كأجسام غريبة



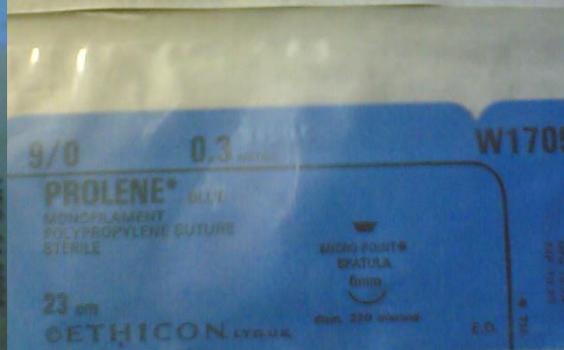
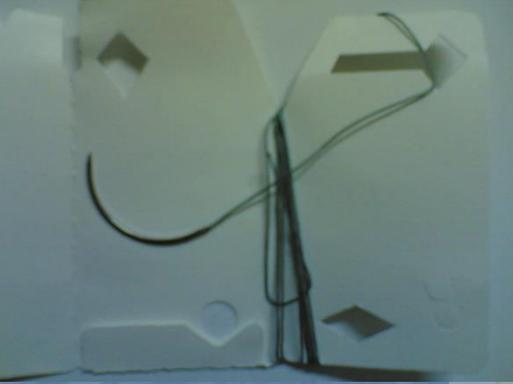


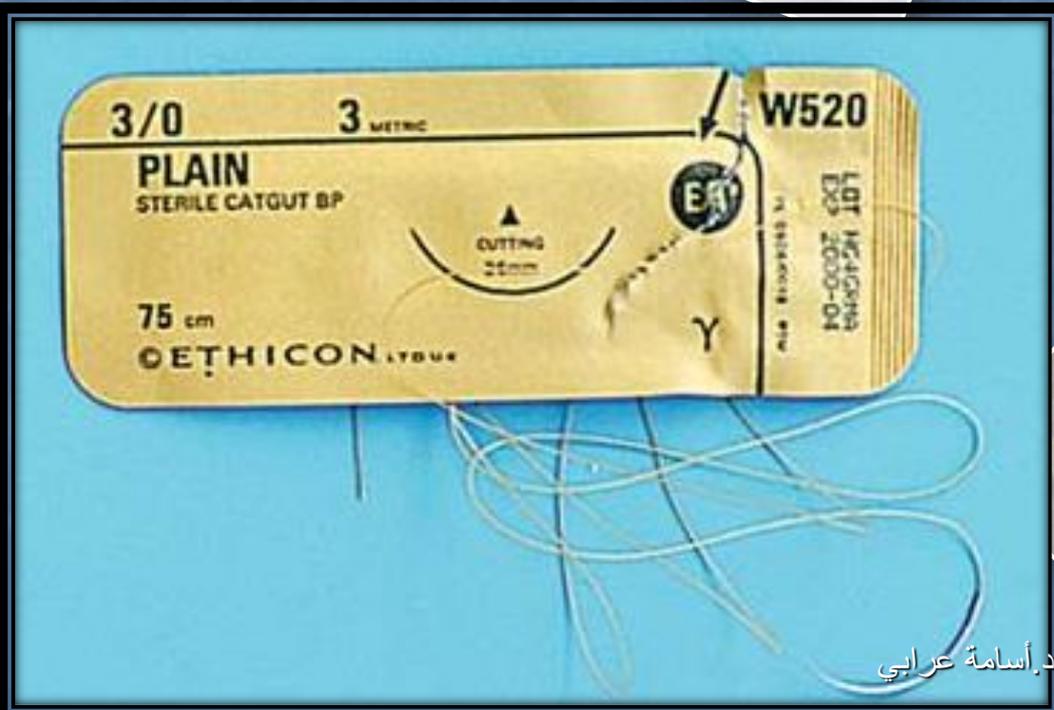
Web: <http://www.sinorgmed.com>

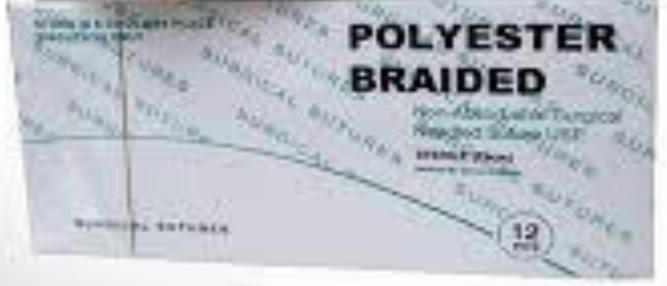
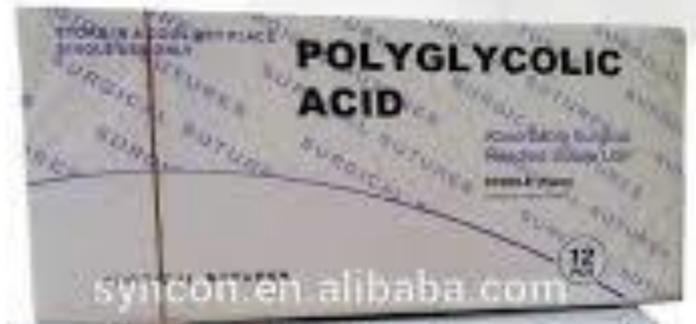
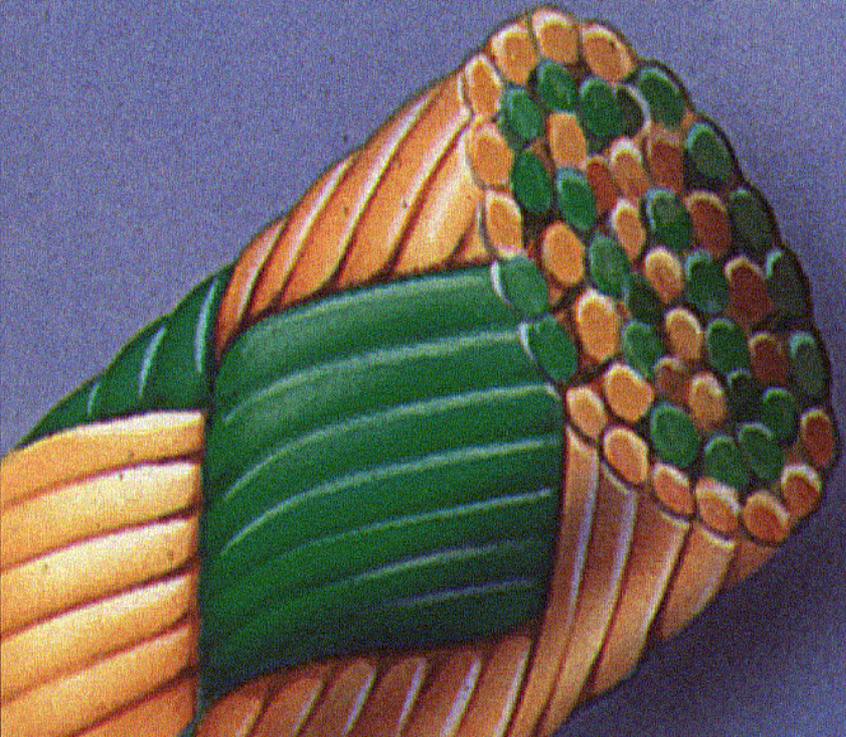




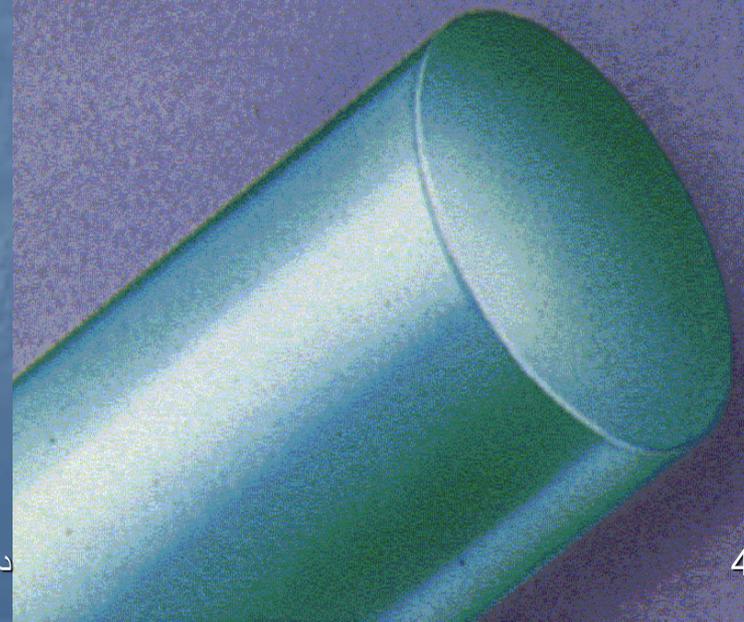
- خيوط بأنواعها







HEZE SYNCON BIOMATERIAL CO.,LTD



الخيوط الجراحية الممتصة المصنعة

1- حمض بولي جلايكولك **Polyglycolic acid (Dexon)**

2- بولي جلاكتين **Polygalactin 910 (Vicryl)**

- خيوط عديدة الألياف: بوليمر حمض الجلايكولك 90+ حمض اللاكتك 10
- لها قوة شد سطحي أقوى وأطول احتفاظا من الخيوط الطبيعية
- الهضم بواسطة التحلل المائي **Hydrolysis** لتحويلها لمركبات أيضا
- فقدان القوة تدريجي وبمستوى معين
- لا تحتوي على بروتينات
- لا تنتفخ به حود الماء



د.أسامة عرابي



Absorbable

By hydrolysis. Absorption of VICRYL* Suture is essentially complete between **56 and 70 days.**

Tensile Strength

Post implantation Approximate % original strength remaining

14 days 75%

21 days 6-0 and larger 50%

21 days 7-0 and smaller 40%

28 days 6-0 and larger 25%

All of the original tensile strength is lost by **five weeks** post implantation.



د. أسامة عرابي

3- بولي دايوكسانون (PDS)

- **Monofilament** خيط أحادي الألياف
- **Hydrolysis** الهضم بواسطة التحلل المائي
- جيد للجروح المحتمل حدوث عدوى بها.
- فقدان القوة تدريجي وبمستوى معين

Features: ■

- * Absorbed by hydrolysis.
- * Wound support for 4-5 weeks
- * Absorbed slowly over a period from six to 7 months. The longest duration of absorption.
- * Ideal suture for use in general orthopaedic surgery, paediatric cardiovascular surgery, general, sub cuticular and fascia closure.
- * The only choice of suture for Cancer patients, Diabetic patients, Geriatric patients and Obese patients.





candy001215@gmail.com
0086 15955041121

كاتبتي علي بابا

3/0
(2 Metric)

1/2 Circle
curved cutting
30mm



75cm

POLYDIOXANONE
Absorbable suture

CE 1023

ISO 20090901
09.2009
09.2012

STERILE EO ⚠️

POLYDIOXANONE
Absorbable suture

3/0
(2 Metric)

1/2 circle
curved cutting
30mm



75cm

12PCS

CE 1023

ISO 20090901
09.2009
09.2012

STERILE EO ⚠️

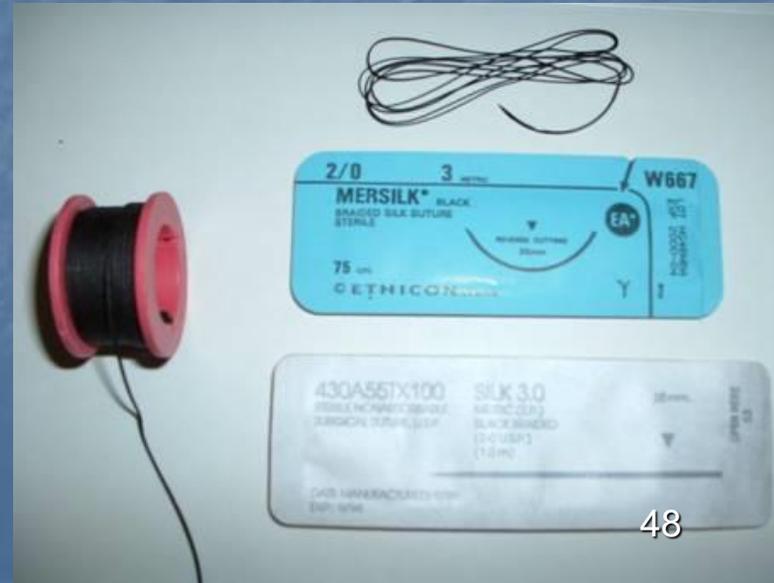
الخيوط الجراحية غير الممتصة الطبيعية

■ الحرير Silk

- أسماء تجارية: **Mersilk**
- خيط مجدول منتج بواسطة دودة القز
- رخيص، ناعم اللمس، يستخدم في غلق الجلد وعمليات العيون
- يكون عقده بصورة جيدة
- يفقد قوة الشد ببطء
- يحدث تفاعل نسيجي
- تكوين قرح في المعده وحصى في المثانة

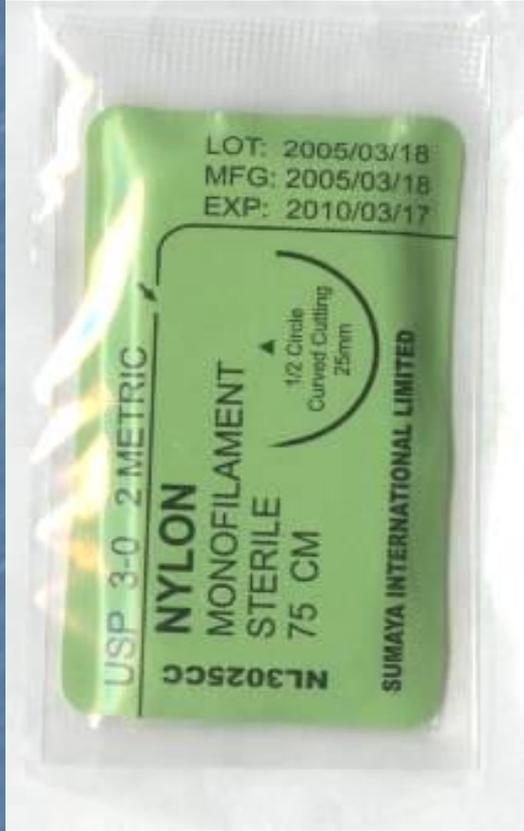


د.أسامة عرابي



الخيوط الجراحية الغير الممتصة المصنعة

1- بولي أميد (Nylon) Polyamide



■ اسماء تجارية: Ethilon,

■ أحادي أو متعدد الألياف

■ يجب شده بعد اخراجه

■ عمل أكثر من عقدة (4-5)

■ تفاعل نسيجي قليل



2- بولي بروبيلين (Prolene) Polyethylene Polypropylene

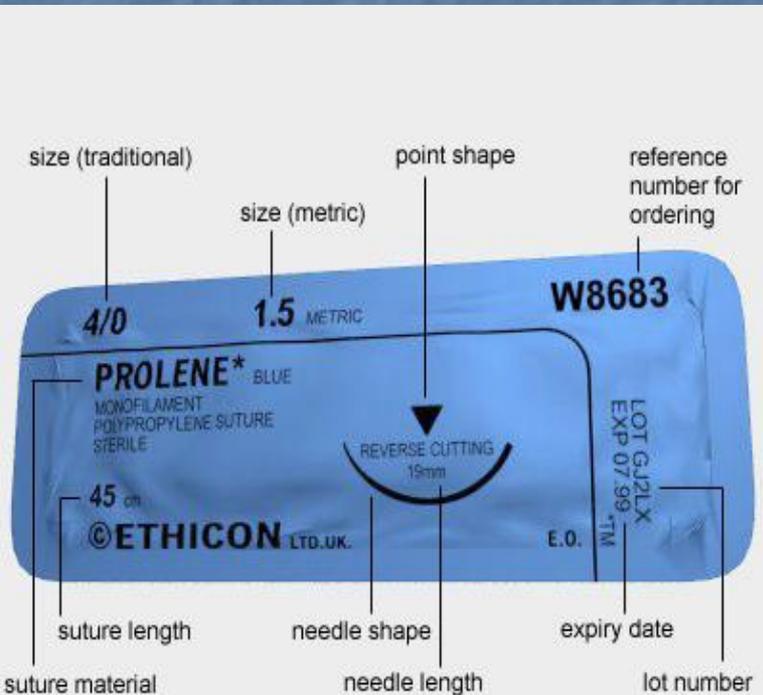
■ اسماء تجارية: Prolene

■ خيط احادي الألياف

■ يكون عقدة جيدة أفضل من النايلون

■ ممكن استخدامه في الجروح ذات العدوى

■ يحدث أقل درجة من تكوين الخثرة في عمليات الأوعية الدموية









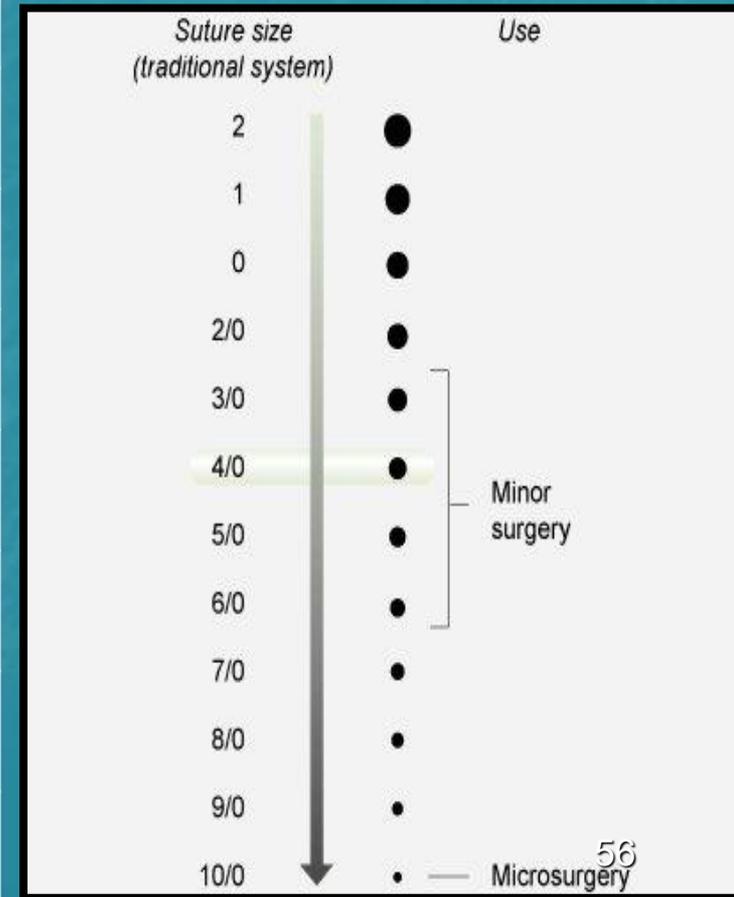
3- الفولاذ الذي لا يصدأ Stainless steel



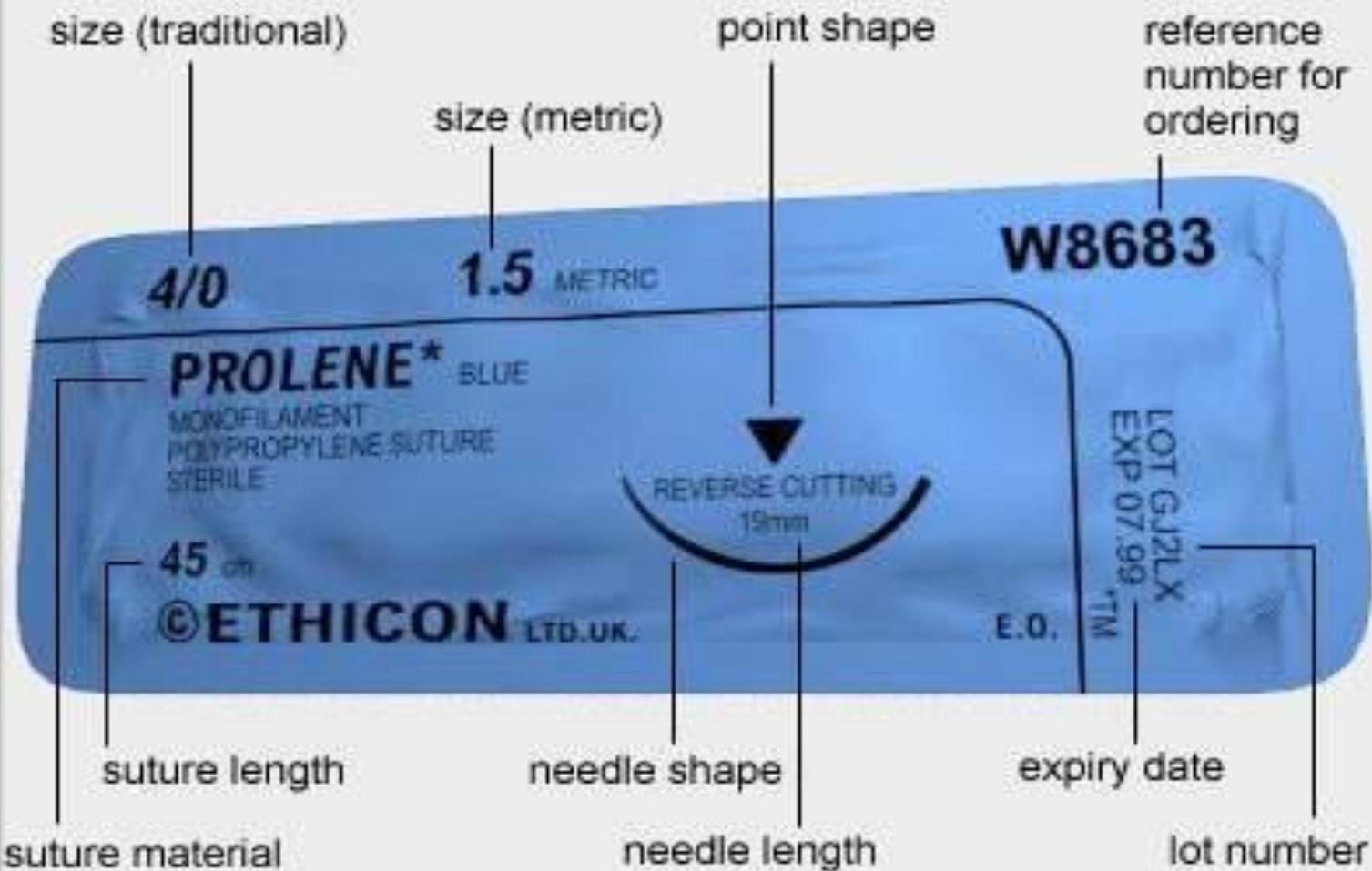
- اسماء تجارية: Flexon
- خيوط أحادية أو متعددة الألياف
- أقوى أنواع الخيوط ولا يفقد قوته أبدا
- عقدة جيدة ولكنها ضخمة
- لا يحدث أي تفاعل نسيجي
- يعمل قطع للأنسجة وقفازات الجراح
- يمكن استخدامه في الجروح ذات العدوى، خياطة العظم، وتر أشيل

حجم وقياسات الخيوط الجراحية

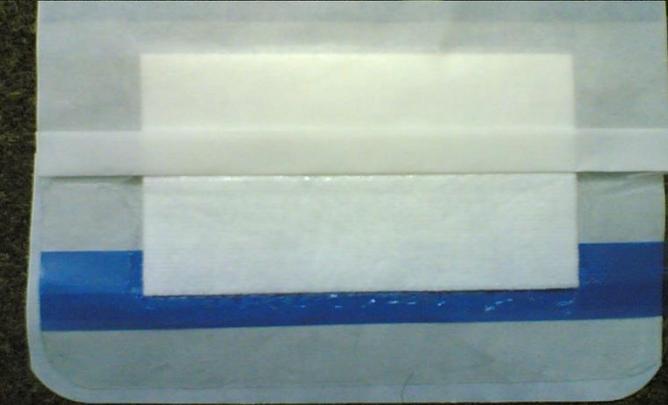
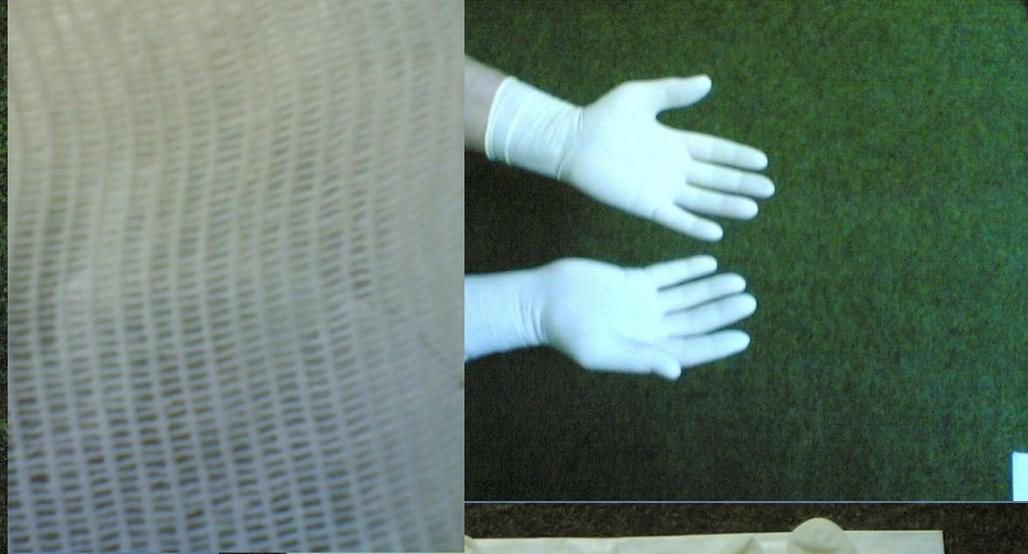
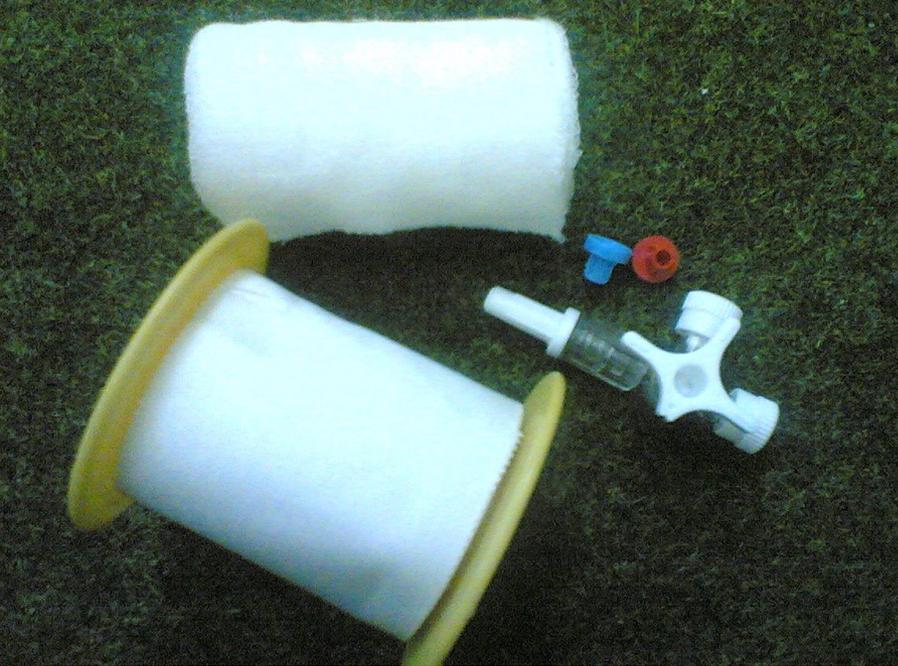
مقياس الخيط	الحجم الحقيقي مم
10-0	0.02
8-0	0.04
6-0	0.07
5-0	0.1
3-0	0.2
0	0.35
1	0.4
5	0.7
7	0.9



الامتصاص الكامل	قلة قوة الشد	الخيط
60 يوم	70% في 21 يوم	Chro. Catgut D
90-60 يوم	65% في 21 يوم	Dexon
60 يوم	60% في 21 يوم	Vicryl
180 يوم	31% في 42 يوم	PDS
	50% في سنة	Silk
	6 شهور	Cotton
	75% في 180 يوم	Nylon



2 - قفازات معقمة - رفادات معقمة - قطع شاش وقطن معقم - صفائح - ضمادات جاهزة. لاصق طبي



لا يوجد شاش معقم في الصيدليات

مبدأ ارتداء القفازات الجراحية
عدم لمس الوجه الظاهر للقفاز باليد العارضة

الحروق Burne

الحروق هي الأذيات الحاصلة في الجسم لدى تعرضه لمصدر حراري أو لمادة أو لسائل لهما خاصية كيماوية كاوية للأنسجة (الشمس-ماء حار-كهرباء.- حموض - قلويات . . . الخ) . وتتراوح في شدتها من حرق بسيط لمساحة محدودة صغيرة بحرق من الدرجة الأولى إلى مساحات كبيرة وحرق من الدرجات الأعمق .

الأسباب:

١- الحرارة: أشعة الشمس-الهرب-السوائل الحارة- مواد محترقة أو قابلة للاشتعال- ذخائر حربية.

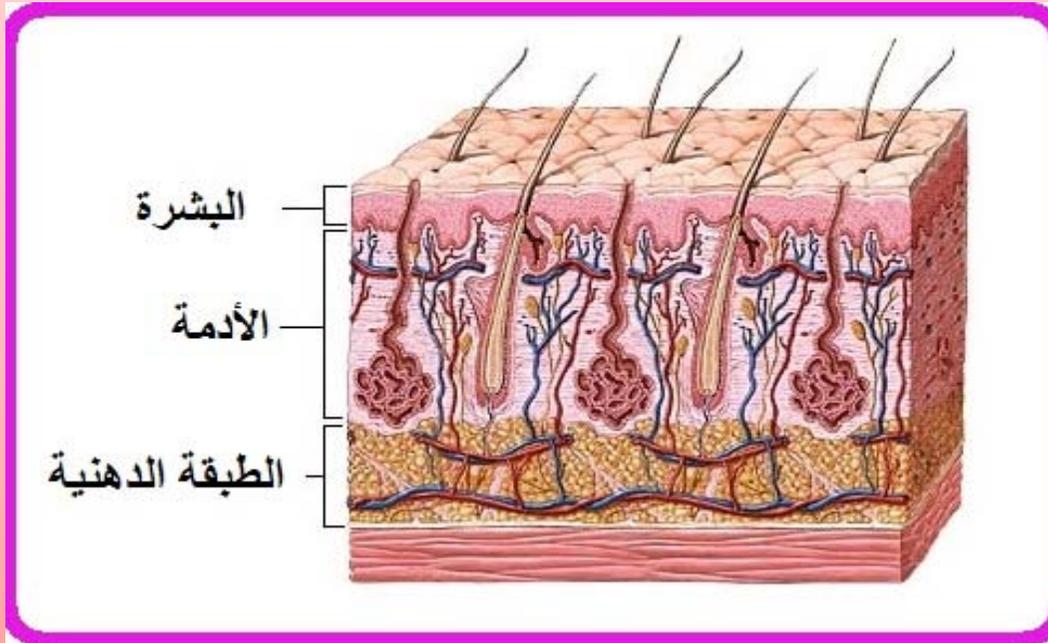
السوائل الحارة (الأطفال دون ٣ سنوات) .

الهرب (الأطفال بين ٣-٥ سنوات أثناء اللعب بالنار).

٢- مواد كيماوية: حموض -قلويات.

٣- التعرض للاشعاع.

٤- الكهرباء.



طبقات الجلد : Layers of Skin

التبدلات المرضية في النسيج التالية للحروق :

- ١- الجلد : احمرار- وذمة- نخرة جافة - (حروق اللهب) -نخرة رطبة(حروق السوائل_) - خشكيات - انكماشات ندبية.
- ٢- الأوعية الدموية: توسع الشعيرات الدموية وزيادة نفوذيتها.
- ٣- الرئتين: وذمة حنجرة - التهاب وتشنج قصبات مما يؤدي إلى الاختناق.
- ٤-الأنبوب الهضمي: قرحات الشدة (قرحة كيرلينغ العفجية)-توسع المعدة الحاد(خلال الأسبوع الأول)-تقرح حاد في الكولون.
- ٥-الكلى: (قصور كلوي - بيلة خضابية).
- ٦-الکظر: فرط نشاط الكظر مع زيادة الأدرينالين.
- ٧-المضاعفات الخمجية: تحدث في نهاية الأسبوع الأول بعد الحرق.

الأعراض: موضعية - عامة

أ-الأعراض الموضعية للحروق: حسب عمق الحرق تقسم إلى ٣ درجات :

١- حروق الدرجة الأولى : تصيب البشرة فقط (احمرار+ توذم جلدي) مثل حروق الشمس وبخار الماء.
الشفاء: ٥-١٠ أيام دون عقابيل.

٢- حروق الدرجة الثانية : تقسم إلى درجتين:

سطحي: تصيب البشرة وأجزاء من الأدمة (فقاعات+نز جلدي واحمرار).

الشفاء: ١٠-١٤ يوم تترك ندب إذا طال شفاؤها.

عميق: يصيب البشرة و كامل الأدمة.

الشفاء: ٢٥-٣٥ يوم تترك ندب.

٣-حروق الدرجة الثالثة: تصيب البشرة والأدمة والنسيج الشحمي تحت الجلد وقد يمتد للعضلات والأوتار والعظام لونه أبيض
وسطحه جاف أسود (نزع الأشعار بدون ألم)

الشفاء: يحتاج شهور لا تشفى عفويا .

حرق درجة ثالثة



حرق درجة ثانبية



حرق درجة اولى



ب- الأعراض العامة للحروق : المراحل المرضية للحروق) تتعلق بدرجة الحرق و مساحته:

- ١- مرحلة الصدمة العصبية : تحدث في الساعات الأولى (شحوب - تعرق بارد - هبوط الحرارة - تسرع النبض - وهط عام - آلام مستمرة) سببها تنبيه النهايات العصبية الحسية للأعصاب المحروقة) وتكون الآلام أشد كلما كان السطح المحروق أوسع .
- ٢- مرحلة الصدمة بنقص الحجم والقصور الكلوي : (٣٦-٤٨ ساعة) بسبب ضياع البلازما (السوائل والشوارد والبروتينات) وإذا كان الحرق واسع يظهر في بضع ساعات وينخفض الضغط الشرياني .
- ٣- مرحلة الاختلاطات : بسبب الانتان ونقص التغذية (ارتفاع الحرارة - تسرع النبض - يرقان خفيف - هذيان - وسبات وينتهي بالموت) .
- ٤- مرحلة التندب و الشفاء : حسب مساحة الحرق وقد يحتاج لطعوم .

مساحة الحرق :

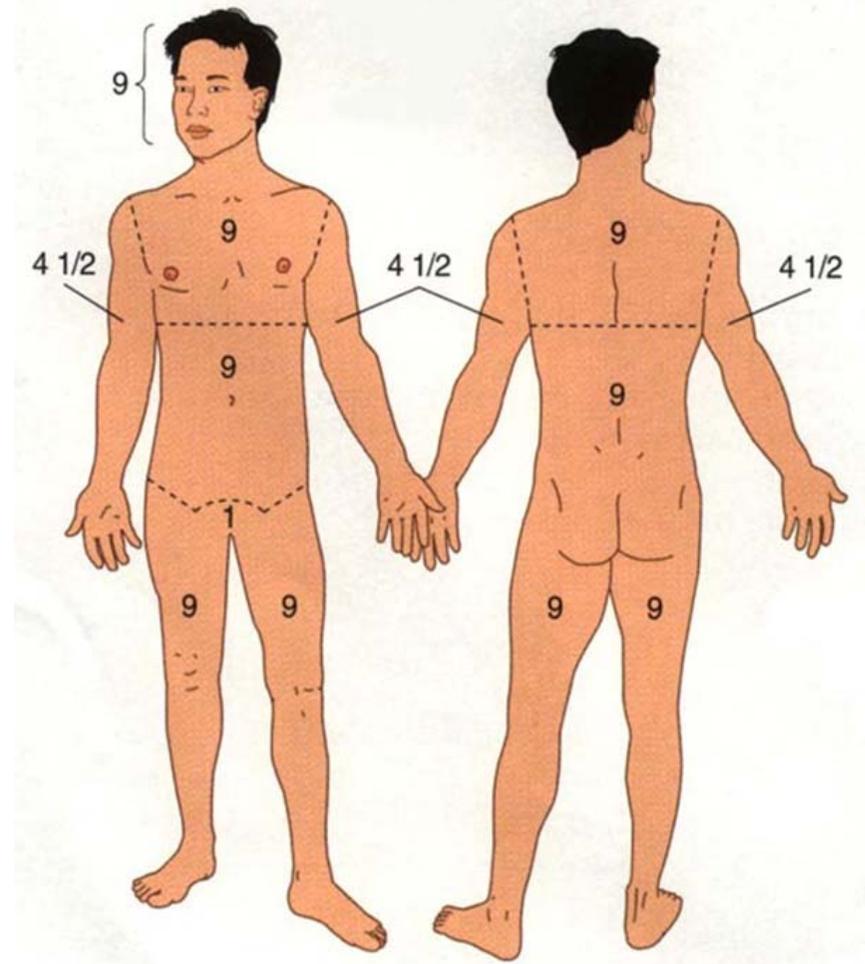
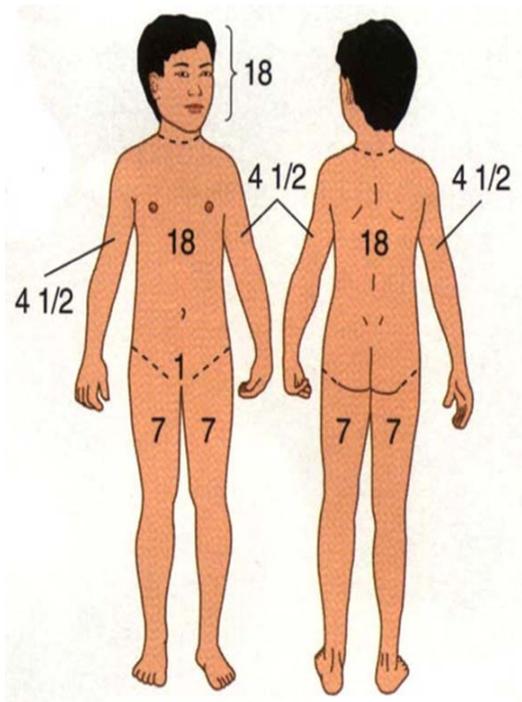
تقدر مساحة الحرق بالنسبة لسطح الجسم وهناك عدة طرق منها طريقة التسعات :

طريقة التسعات :

- ١- ٩% للرأس .
 - ٢- ٩% لكل طرف علوي (٩+٩) .
 - ٣- ١٨% لكل طرف سفلي (٩+٩) × ٢ .
 - ٤- ١٨% لكامل الصدر والبطن (٩+٩) .
 - ٥- ١٨% لكامل الظهر (٩+٩) .
 - ٦- ١% للعجان والأعضاء التناسلية الظاهرة .
- عند الأطفال (١٨%)
- عند الأطفال (١٤% لكل طرف سفلي)

قاعدة التسعات في تحديد مساحة الحرق عند الأطفال

قاعدة التسعات في تحديد مساحة الحرق عند الكبار



العناصر المحددة للانداز :

- ١- مساحة الحرق : تتناسب خطورة الحرق طردا مع مساحة الحرق.
الحروق التي تزيد مساحتها عن (٢٠% عند البالغين ، ١٠% عند الأطفال، ٥% عند الرضع)
تعالج في المشفى .
 - ٢- عمق الحرق(درجة الحرق) : تزداد خطورة الحرق طردا مع عمق(درجة الحرق) .
 - ٣- عمر المريض : تزداد خطورة الحرق في الأعمار المتقدمة وعند الأطفال .
 - ٤- الحالة المرضية للمحروق : تزداد الخطورة عند وجود
آفات قلبية – داء سكري – آفات كبدية - رضوض متعددة .
 - ٥- مكان الحرق : تحمل حروق بعض المناطق عوامل خطورة مثل :
اليد – الوجد – العجان- اصابات الطرق التنفسية .
- ## الاختلاطات (موضعية – عامة) :

الاختلاطات الموضعية :

- ١- انتان الحرق : لا تعطى الصادات الحيوية جهازيا إلا عند وجود الخمج، بل تطبق الصادات موضعيا .
- ٢- الانكماشات (الندبات) .
- ٣- النمو الضخامي للندبات (الجدرات) .
- ٤- تقرح القرنية .
- ٥- الخشكريشات العجزية .

الاختلاطات العامة للحروق :

- ١- التنفسية : وذمة الحنجرة – وذمة الرئة – ذات الرئة- انخماص الرئة – خراجة الرئة – احتشاء الرئة.
- ٢- قلبية وعائية : عدم انتظام قلبي – الصمامة الوعائية المحيطية – التهاب الوريد الخثري .
- ٣- الهضمية: وتحدث خلال الأسبوع الأول وهي : (قهم – غثيان – قرحة كيرلنغ – التهاب الأمعاء النزفي – اليرقان – توسع المعدة الحاد) .
- ٤- الكلوية : قصور الكلية – التهاب المثانة – التهاب الكلية والحويضة) .
- ٥- الكظرية : قصور الكظر.
- ٦- العصبية : الهذيان – الهياج – الصدمة العصبية .
- ٧- انتان الدم .

الاجراءات الأولية لانقاذ المحروق : (مبادئ علاج الحروق) .

- ١- اخراج المحروق من مكان الحرق .
- ٢ - نزع الملابس وغيرها، لا تنزع أي شيء يلتصق بالجسم.
- ٣ - تحري العلامات الحيوية وتأمين مجرى التنفس ومراقبة مجرى الهواء (تنبيب رغامي اسعافي) .
- ٤ - لا تنزع الفقاعات .
- ٥ - استعمال وسائل عزل الجسم (اللباس الواقي) .
- ٦ - ايجاد وريد، والبدء بتعويض السوائل .
- ٧ - تسكين الألم وريديا .
- ٨ - صب الماء البارد على الحرق .
- ٩ - تدبير الصدمة إذا كان الحرق واسعا .
- ١٠ - تركيب قنطرة بولية لمراقبة الصبيب البولي .

طريقة تعويض السوائل (تعويض في الشروط ال ٣ التالية) :

- ١ - إذا كانت مساحة الحرق أكثر من ٢٠% عند البالغين .
 - ٢ - إذا كانت مساحة الحرق أكثر من ١٠% عند الأطفال .
 - ٣ - لا تحسب أكثر من ٥٠% من مساحة الحرق .
- قاعدة بارك لاند : (في تعويض السوائل عند المحروق) .

٤ (مل) x الوزن (كغ) x مساحة الحرق

- تعطى نصف هذه الكمية خلال ال ٨ ساعات الأولى بدءاً من لحظة الإصابة بالحرق.
- يعطى النصف الثاني في ال ١٦ ساعة التالية . (هذا في اليوم الأول) .
- (في اليوم الثاني) : تعطى نصف الكمية (الناتجة حسب قاعدة بارك لاند) .
- (في اليوم الثالث) : تعطى الحاجة اليومية فقط

*أما عند الأطفال : تضاف الحاجة اليومية إلى قاعدة بارك لاند

- الحاجة اليومية: - حتى ١٠ كغ (الوزن x ١٠٠)
- من ١٠ - ٢٠ كغ (الوزن x ٥٠)
- أكثر من ٢٠ كغ (الوزن x ٢٠)

مثال : شخص وزنه ٧٥ كغ مصاب بحرق درجة ثانية عميق بنسبة مساحة ٣٠% من مساحة الجسم تحسب كمية السوائل التي يجب أن تعوض كما يلي :

$$٤ \times ٧٥ \times ٣٠ = ٩٠٠٠ \text{ مل}$$

في اليوم الأول : $٩٠٠٠ \div ٢ = ٤٥٠٠$ مل (خلال ال ٨ ساعات الأولى).

٤٥٠٠ مل (في ال ١٦ ساعة التالية) .

في اليوم الثاني : ٤٥٠٠ مل .

في اليوم الثالث : الحاجة اليومية وتحسب كالتالي :

$$١٠٠٠ = ١٠ \times ١٠٠ \text{ مل}$$

$$٥٠٠ = ١٠ \times ٥٠ \text{ مل} +$$

$$١١٠٠ = ٥٥ \times ٢٠ \text{ مل} +$$

المجموع = ٢٦٠٠ مل وهي الحاجة اليومية من السوائل لهذا الشخص

والمحلول هو : رينغر لاكتات محلول شاردي .

المراقبة المخبرية : (بولة - كرياتينين - تعداد آلي - سكر الدم - صوديوم - بوتاسيوم) .

الضماد :

- الحروق السطحية والوسطية : غسل جيد بالماء ثم نتبع احدى الطريقتين التاليتين :

- الطريقة المكشوفة (الرأس والعنق - العجان - ظهر اليد) : يترك الحرق مكشوفاً على الهواء ، تترك الفقاعات سليمة خلال ٣-٤ أيام ثم تستأصل بأداة عقيمة (في الحروق الوسطى) وننتقل في هذه المرحلة إلى الضمادات البارافينية حتى يحدث الشفاء العفوي .

- طريقة الضماد البارافيني (حروق الجذع - الأطراف - راحة اليد والأصابع) : تستأصل الفقاعات مباشرة بأدوات عقيمة ، يوضع طبقتين من الشاش البارافيني والفازلين العقيم ثم ٤-٥ طبقات من الشاش القطني العقيم (يجب أن يتجاوز الضماد حواف الحرق ب ١٠ سم) .

يبدل أول ضماد بعد (٥-٧) أيام إلا في حال ظهور علامات الانتان (حرارة + رائحة ننته+النز عبر الضماد) تعاد الضمادات كل ٣ أيام خلال الأسبوع الثاني .

-الحروق العميقة : ضماد بارافيني مباشرة بنفس الطريقة السابقة .

يمكن أن نتدخل جراحياً (استئصال جراحي ثم التطعيم) .

في حروق الأطراف قد نلجأ إلى خزع السفاق و شقوق الارخاء (حتى لاتحدث نقص التروية بسبب الوذمة)

أهم الصادات الحيوية المستخدمة في الحروق :

١- مراهم سلفا ديازين الفضة (flamazine) .

٢- نيتروفورازون .

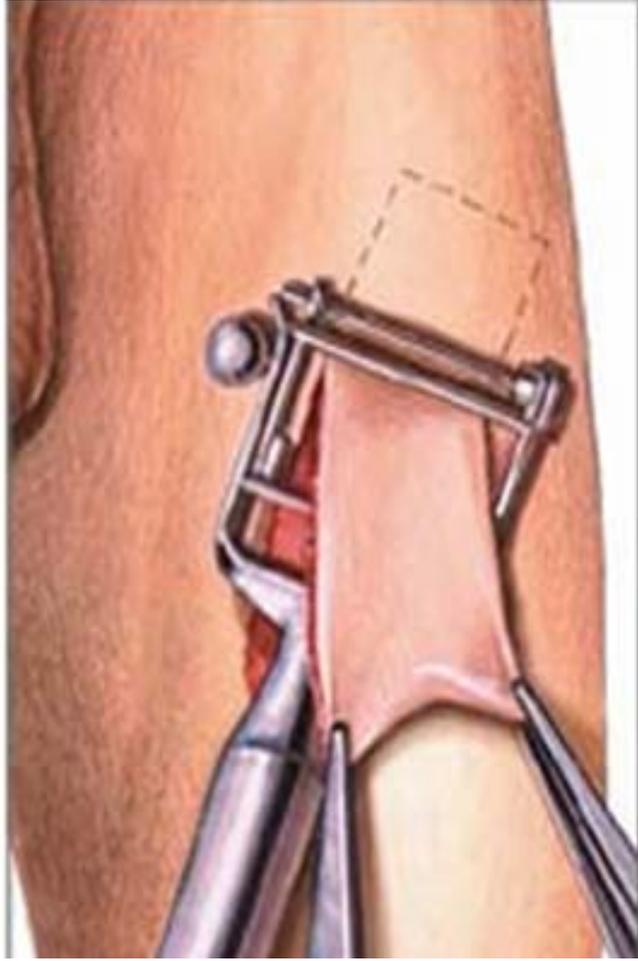
٣- نترات الفضة .

الجراحة في الحروق (التطعيم) :

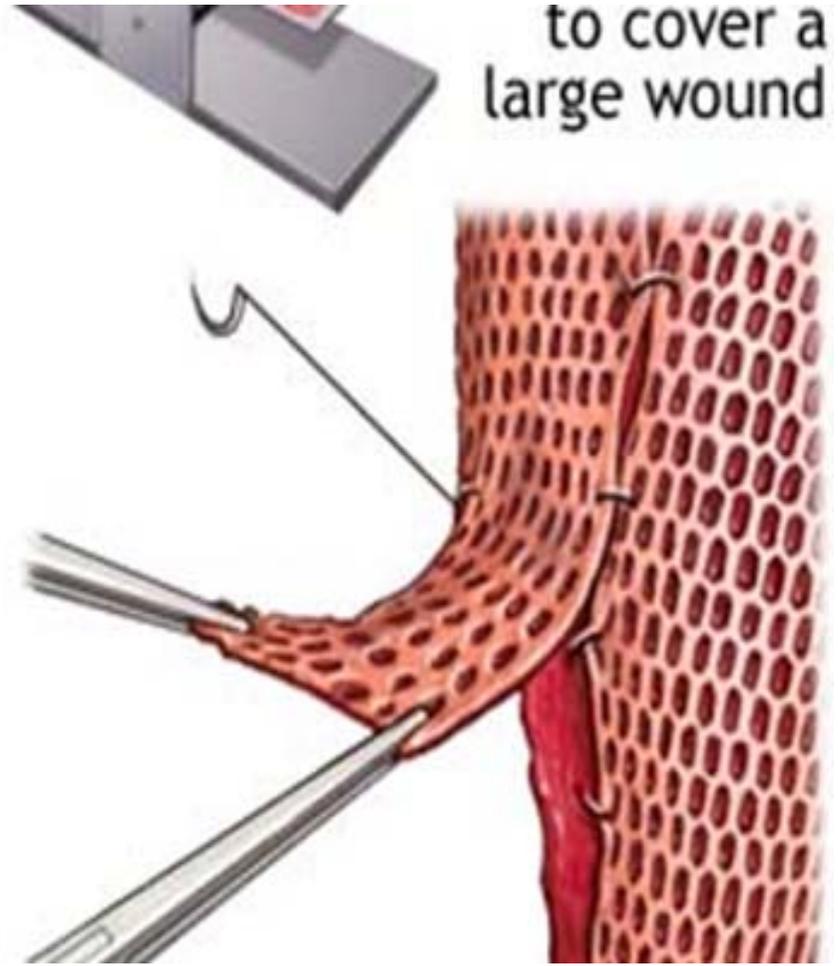
- ١ - التطعيم الباكر (قبل اليوم الخامس) : الاستئصال المبكر للخشارة والتطعيم .
استطبابه : حروق المناطق المهمة وظيفيا (اليد - الثنيات الانعطافية - الوجه والعنق) .
- ٢ - التطعيم المتأخر (في نهاية الأسبوع الثالث) : حيث يتم استئصال الخشارة تحت التخدير العام في نهاية الأسبوع الثالث بحيث تكون الحروق السطحية قد شفيت ولا يبقى سوى الحروق الوسطية والعميقة ، ويجرى التطعيم مباشرة أو يؤجل عدة أيام .

بشكل عام : التطعيم بنهاية الأسبوع الثالث لكل الآفات غير الشافية ، أما التطعيم الباكر فذكرت استطباباته .

أنواع الطعوم : غالبا الطعوم الذاتية وهناك الطعوم الغيرية (البقر - الخنزير) وهي مؤقتة (كضمد عضوي يخفف من فقدان السوائل والشوارد قد تبقى لعدة أيام وتصل لعدة أسابيع حسب التوافق النسيجي) .



طريقة أخذ الطعم الجلدي بالديرما توم



- الطعم الجلدي بشكل شبكة

عقابيل الحروق وعلاجها :

١ - عقابيل صغيرة :

الحكة : تعالج بمضادات الهيستامين والكورتيزون .

اضطراب التصبغ : نقص أو زيادة لا علاج له .

الندب الضخامية : ليست جدرات، لا تشاهد مطلقا على الطعوم ، بل على محيطها ، لذا يجب الانتباه لاجراء التطعيم دون تأخير.

٢ - عقابيل كبيرة :

تشوهات اليد التالية للحروق .

أورام الجلد الخبيثة (شائكة الخلايا) على ندب الحروق غير المستقرة .

الانكماشات الجلدية : تستطب الجراحة التصنيعية بعد استقرار الندبة بشكل تام أي بعد مدة لا تقل عن ٦ أشهر (إلا في شتور الأجنان حيث الجراحة الباكرة) نستخدم الطعوم الجلدية والسدائل .

الحروق الكهربائية

تكون الأذية شديدة حتى في الطبقات العميقة ، تزداد شدة الأذية الكهربائية كلما ازداد الفولتاج (ذكرت وفيات حدثت من التماس مع تيار ٦٠ فولت .

الأعراض السريرية :

- ١ - صدمة مؤلمة ثم غشي .
- ٢ - التشنج العضلي .
- ٣ - الزلة التنفسية - الزرقة - الشحوب .
- ٤ - الحروق : عميقة - غير مؤلمة - ذات لون رمادي مصفر .

الاختلاطات :

- ١ - قلبية : تسرع قلب - رجفان بطيني - توقف قلب .
- ٢ - وعائية : تخثر وعائي شامل .
- ٣ - بيلة الميو غلوبين .
- ٤ - تنفسية : زلة تنفسية - توقف التنفس .
- ٥ - عصبية : اضطرابات عصبية محيطية (تشنجات) - فقدان الوعي .

التدبير : وضع المريض على جهاز المونيتور ٢٤ ساعة لمراقبة الرجفان البطيني وتدبيره .

- ١ - فصل التيار الكهربائي .
- ٢ - تعويض السوائل المطلوبة + علاج الحمض الاستقلابي .
- ٣ - التنفس الاصطناعي وتمسيد القلب الخارجي . ٤ - ثم تنضير المناطق المتموتة .



جرح دخول التيار الكهربائي



جرح خروج التيار الكهربائي

الحروق الكيميائية

الحرق الكيميائي هو حرق مترقي

- ١ - احم نفسك من التعرض للمادة الكيميائية .
- ٢ - البس الرداء الواقي المناسب .
- ٣ - مهما كانت طبيعة المادة يجب نزع الملابس مباشرة .
- ٣ - انفض أي بودرة جافة من على الجلد قبل سكب الماء .
- ٤ - اغسل المنطقة بكمية كافية من الماء لمدة لا تقل عن ٢٠ دقيقة .
- ٥ - الحرق بالصودا يمسح بمحلول من حمض البوريك ، أما الحروق بالأحماض فتمسح بمحلول قلوي (بيكربونات) ، ثم تستأصل منطقة الإصابة وتطعم .

الأذيات الناتجة عن البرد (عضة الصقيع – الشرث)

هي الآفات التي تحدث في الجسم عند التعرض للبرد الشديد كالذي يحدث عند الجنود
أسبابها :

- ١ - البرد الشديد .
 - ٢ - المكوث في الماء البارد لفترة طويلة .
 - ٣ - اضطراب الدوران (بسبب سكون الشخص أو ارتداء حذاء ضيق) .
 - ٤ - قصور الغدد .
 - ٥ - نقص الفيتامينات .
- مكان الإصابة :** (أصابع القدمين – اليدين – الأذنين – الأنف) .

الأعراض :

- ١ - ألم في النهايات كالم حارق يزداد بالاقتراب من منبع حروري نوبي بسبب التقلص الوعائي .
 - ٢ - الجلد لامع ومتوتر ومنتبج وإذا تكررت النوب حدثت فقاعات مصلية ثم قيحية .
- في الحالات الشديدة :
- ٣ - فقد الحس في القدمين مع خدر ونمل .
 - ٤ - الجلد أبيض شاحب .
 - ٥ - فقاعات تنتهي بالموات مع قيح نتن الرائحة .

المراحل التي تمر فيها التأثيرات الناتجة عن البرد :

- ١ - الوذمة .
- ٢ - الازرقاق .
- ٣ - الفقاعات ثم فقد الحس في القدمين والجلد أبيض شاحب .
- ٤ - التموت .
- ٥ - ميل للنوم ، تنفس سطحي ، رجفان قلب ثم موت .

العوامل المؤثرة على شدة الاصابة :

- ١ - شدة البرد .
- ٢ - مدة التعرض للبرد .
- ٣ - الغضب .
- ٤ - سوء التغذية .

العلاج :

- ١ - تدفئة العضو .
- ٢ - اعطاء المشروبات الساخنة .
- ٣ - اعطاء موسعات الأوعية المحيطية (Duvadilan – Trental).
- ٤ - تخضيب الودي بمخدر موضعي - ٦-حقن الشريان المروي للمنطقة بموسع وعائي وصاد حيوي.
- ٥ - بتر العضو (في حال تموته في الحالات الشديدة المتأخرة) .



مظاهر تأثير البرد على الأعضاء الظاهرة



مظاهر تأثير البرد على القدمين

اعداد

الدكتور فراس الملكي

القرحات الانضغاطية (الخشكريشات)

وتدعى أيضا قرحات الإضطجاع ، وقرحات الضغط ، وقرحات الفراش وقرحات التشوهات ، والخشكريشات .

هي كل آفة يحدثها الضغط المستمر على أي منطقة من الجسم خاصة فوق النتوءات العظمية ، بمعدل حدوث ٣,٥% من مرضى المشافي .

مجموعات المرضى المعرضين لتشكل القرحات الإضطجاعية:

- ١- مرضى الكسور والأورثوبيديا(الجراحة العظمية التقويمية) .
- ٢- المسنين المقعدين بسبب كسور عظمية (كسور الفخذ) .
- ٣- المقيمين في دور المسنين والمصابين بأمراض عصبية مقعدة



خشك ريشة أسفل الظهر

• الأسباب:

- ١- انحشار النسيج بين سطحين صلبين : الفراش والعظم مما يؤدي لنقص التروية والأكسجة وتغذية الخلايا في المنطقة ، ينتهي بتموت النسيج .
- ٢- عامل الاحتكاك: عند سحب المريض في سريره للأعلى يكشط الجلد بالاحتكاك مما يجعله عرضة للتخرب .
- ٣- قوة الحز : عندما يجلس المريض في سريره بوضعية نصف الجلوس فيميل الجسم للانزلاق للأسفل وحيث يكون الجلد والطبقات السطحية مثبتين نسبيا إلى سطح السرير بينما تكون الطبقات العميقة مرتبطة بثبات بالهيكل العظمي تؤدي إلى أذية الأوعية الدموية والنسيج في المنطقة .

عوامل الخطورة :

- ١- عدم الحركة :كما في حالات الشلل ، الضعف الشديد ، التثبيت بسبب التمديد في الكسور العظمية ، فقد لا يستطيع المريض تغيير وضعيته وتخفيف الضغط .
- ٢- انعدام الفعاليات : بعض المسنين ، المصابين بامراض عصبية عضلية .
- ٣- نقص التغذية : مما يؤدي لنقص الوزن و ضمور العضلات ، وفقد النسيج الخلوي تحت الجلد ، والوذمة الحاصلة بسبب نقص البروتينات تجعل الجلد أكثر أذية للأذية .
- ٤- السلس البولي والغائطي : الرطوبة تؤهب الجلد للتعطن وتجعل كشط البشرة أسهل، الخمائر الهاضمة في البراز تسحج الجلد ، تهيج الجلد بتراكم المفرزات والبراز مما يجعله أكثر عرضة للخمج والتخرب .
- ٥- اضطراب الحالة العقلية : يكون المريض أقل قدرة على تمييز الألم الناتج عن الضغط المديد والاستجابة له .
- ٦- نقص الحس : كما في الشلل والاصابات العصبية .

٧- ارتفاع حرارة الجسم : لأنه يزيد الاستقلاب وبالتالي حاجة الخلايا للأوكسجين مما يزيد النسيج المعرضة للضغط سوءا .

٨- الشيخوخة :يؤدي التقدم في السن إلى التبدلات التالية في الجلد والنسيج الداعمة مما يجعل المسن أكثر عرضة لتأذي الجلد، فقدان كتلة الجسم الداعمة ، رقة البشرة ،نقص قوة ومرونة الجلد ، نقص تروية الأدمة، زيادة جفاف الجلد وتقشره ، نقص حس الألم .

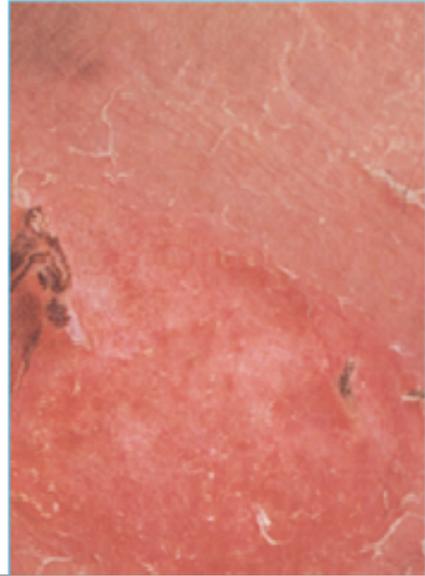
٩- عوامل أخرى : طرق رفع المريض السيئة ، الوضعيات غير الصحيحة ، تكرار الحقن في نفس المنطقة ، الجلوس على مناطق صلبة .

مراحل تشكّل القرحة الإِنضغاطية :

- ١- الحمّامي : التي لا تزول بزوال الضغط عليها ، وهي علامة منذرة بتشكّل القرحة .
- ٢- ضياع جلدي صغير : يشمل البشرة و/أو الأدمة ، تظهر بشكل سحجة أو فقاعة ، أو فوهة قليلة العمق .
- ٣- ضياع كامل طبقات الجلد : تتخرّ النسيج تحت الجلد والذي قد يمتد حتى الصفاق دون أن يصيبه ، وتظهر بشكل تجويف عميق مع أو بدون تلف النسيج المحيطة .
- ٤- ضياع جلدي كامل مع تهمد شديد ونخرّة النسيج : والعضلات الخ .



مرحلة ١



مرحلة ٢



مرحلة ٣



مرحلة ٤



خشكريشة أسفل الظهر و الورك الأيسر

عوامل الخطورة لسلامة الجلد وتشكل القرحة الاضطجاعية :

- ١- عوامل خارجية : عدم الحركة – حرارة أو برودة زائدة – عوامل كيميائية – عوامل ميكانيكية (قوى الحز – الضغط) – وجود المفرزات .
- ٢- عوامل داخلية: اضطرابات التغذية (هزل – بدانة) – تغير في الدوران – اضطراب الاستقلاب – الحس – خلل مناعي – نتوءات عظمية .

التشخيص : يعتمد على النقاط التالية

- ١- مكان القرحة.
- ٢- أبعاد القرحة الثلاثية: الطول – العرض – العمق .
- ٣- مرحلة القرحة .
- ٤- لون أرضية القرحة .
- ٥- حالة حواف الجرح.
- ٦- سلامة الجلد المحيط بالآفة.
- ٧- علامات الخمج : احمرار- حرارة موضعية – تورم – النتحة – رائحة كريهة
- ٨- عمر الآفة .

الوقاية :

- ١- الحفاظ على صحة الجلد :بأن يبقى نظيفا - جافا - محميا من التخريش.
- ٢- تجنب رض الجلد :ترتيب مكان الجلوس - تغيير وضعية المريض بالشكل الصحيح - عدم الحز - تقليب المريض .
- ٣- استخدام الأدوات الداعمة : -فرشة إضافية (فرشة قفص البيض)
- الفراش البديل : محشوا بمادة رغوية مع الهلام.
الأسرة المتخصصة :هوائية
- ٤- التغذية : كفاية الوارد الحروري و البروتيني ، الحديد ، الزنك ، فيتامين c.

العلاج :

- ١- إزالة الضغط المباشر على القرحة بتغيير وضعية المريض كل ساعتين على الأقل.
- ٢- تنظيف القرحة وتضميدها.
- ٣- تطهير وتضميد القرحة .
- ٤- تؤخذ عينة من النز للزرع والتحسس للصادات ،ثم اعطاء الصادات حسب الزرع .
- ٥- انقاص الاحتكاك : بوضع المريض بالاستلقاء أو بزاوية ٣٠ على الأكثر ، ووضع نشاء الذرة أو البودرة على أغطية السرير.
- ٦- استخدام وسائل تخفيف الضغط عن القرحة .

الدكتور فراس الملكي

أخماج الجلد والأنسجة الرخوة

الالتهاب الحاد Acute Inflammatory:

هو تفاعل النسيج الحية نحو العوامل المرضية

الأسباب (العوامل المسببة): الجراثيم العقدية - المكورات العنقودية - الرئوية - العصيات الكولونية.

الآلية :

- تدخل الجراثيم من جرح أو نفق في الجلد أو من الأغشية المرضية.
- تبدأ الكريات البيض بالدفاع، فتتسلل من خلال جدران الأوعية إلى المنطقة فتحيط بالجرثوم وتبتلعه بعد أن تتغلب عليه بافرازها مواد مضادة للسمومة وقاتله له.
- أما إذا غلبت الجراثيم فتتكاثر ويحدث الالتهاب.

الأعراض (موضعية - عامة):

- أ- **الموضعية: ١- الاحمرار** (ناجم عن توسع الأوعية الدموية في الناحية).
- ٢ - **الحرارة الموضعية** (بسبب زيادة التوعية).
- ٣ - **الانتباج** (بسبب الانصباب المصلي الدموي في المنطقة الملتهبة).

٤ - الألم (بسبب انضغاط النهايات العصبية بالارتشاح الحادث في النسج).

٥ - تحدد الحركة (للعضو المصاب).

ب - العامة : ١ - حمى .

٢ - تسرع النبض .

٣ - تسرع التنفس .

سير المرض :

١ - الارتشاح : بزوال الالتهاب والشفاء .

٢ - التقيح : يتشكل القيح من أشلاء الكريات البيض والنسج المتموتة .

٣ - الازمان : حيث يصبح الالتهاب بطيء الفعل أو ثابت .

المعالجة : (موضعية - عامة) .

الموضعية : ١- كمادات باردة في الحالة الحادة .

٢- إراحة العضو المصاب ووضعه بمستوى أفقي لأسباب دورانية.

٣- ضمادات مطهرة بالكحول أو البوفيدون .

العامة : ١- صادات حيوية نوعية .

٢- مسكنات الألم وخافضات الحرارة .

٣- مضادات الوذمة . بالإضافة للراحة التامة والتغذية .

الخراجات Abscess : حارة - باردة

- باردة : (الخراج السلي) علاج دوائي فقط .

- الخراج الحاد Acute Abscess :

هو مجمع قيحي محدود في جوف حديث النشوء ، يكون عادة حالة التهابية حادة ويحدث في كل مكان من الجسم (تحت الجلد - في الثدي - الإبط - حول الشرج - في الكبد) .

الأسباب : جميع الجراثيم المقيحة (العنقوديات - العقديات - الكولونيات) .

يتألف القيح من : خلايا - ألياف منحلة بالذيفان - كريات بيض منحلة - المصل المرتشح - ذيفان الجراثيم و أشلائها .

طرق دخول الجراثيم :

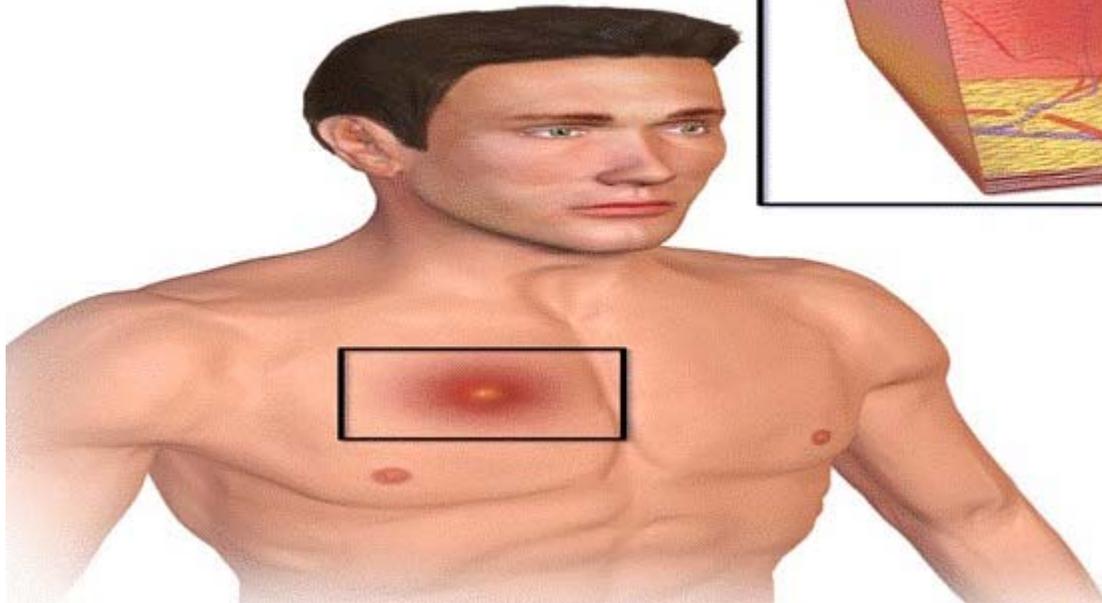
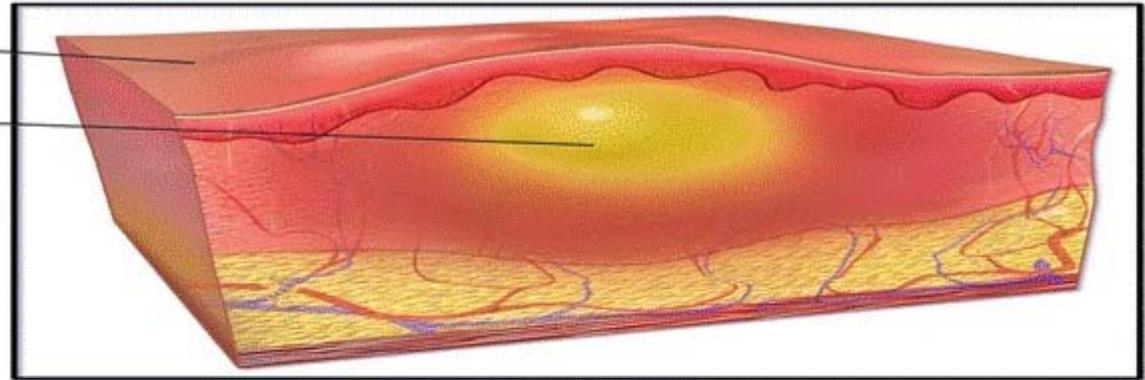
- ١- الطريق المباشر: الجروح .
- ٢- المسالك الطبيعية : خراجات الرئة - خراجات الثدي .
- ٣- الانتقال من الجوار: الخراجات السنخية للفاك العلوي .
- ٤- الطريق اللمفاوي : العقد اللمفاوية في المغبن والإبط .
- ٥- الطريق الدموي : خراجات الكبد .

الخراج تحت الجلد

subcutaneous abscess

Skin

Pus



Abscess

سير الخراج :

- ١- الشفاء .
 - ٢- انبثاق الخراج العفوي : على الجلد أو الأجواف المفرغة .
 - ٣- انتشار الانتان : عن طريق الدم ← التهاب وريد خثري .
 - ٤- الازمان : تضعف فعالية الجرثوم ويبقى الخراج محاطا بمحفظة وداخلها قيح عقيم .
- الأعراض (موضعية – عامة) :**

الموضعية (انتباج – حرارة موضعية – احمرار – ألم) .

العلامات (التموج) : وهي العلامة المميزة للخراج ويتم تحريها بوضع اصبع اليد اليسرى على طرف الخراج بينما تضغط سبابة اليد اليمنى على الجهة المقابلة للخراج فينتقل الضغط بالسائل داخل جوف الخراج لليد الثانية .

- الأعراض العامة للخراج: (حرارة – عرواءات – صداع – هضطرابات هضمية) .**
- مخبريا : -ارتفاع الكريات البيض (١٥-٢٠ ألف كرية ملم^٣) على حساب المعتدلات .**
- بزل الخراج واجراء الفحص المباشر والزرع الجرثومي والتحسس للصادات .**

التشخيص التفريقي للخراج الحاد:

- ١- الخراج البارد .
- ٢- أم الدم الشريانية : (نابضة)
- ٣- الأورام الالتهابية : (سرطان الثدي الالتهابي) .
- ٤- الأورام الشحمية : (لا يوجد أعراض موضعية مرافقة) .
- ٥- فتق اربي خاصص أو مختنق .



علامة التموج في تحري الخراج



© حقوق النشر لمؤسسة مايو للتعليم الطبي والبحوث. جميع الحقوق محفوظة.

سرطان ثدي التهابي

التهاب غدد عرقية مزمن

العلاج :

- ١- صادات حيوية حسب نتيجة الزرع الجرثومي والتحسس .
- ٢- راحة تامة مع رفع العضو المصاب لمستوى الجسم (لأسباب دورانية).
- ٣- كمادات كحولية.
- ٤- **جراحي (وهو العلاج الرئيسي للخراجات) : شق و تتفجير الخراج .**
 - ويتم بإجراء شق بطول مناسب ومواز للنسج والمجاورات الهامة (شريان – أقنية لبنية في الثدي.....الخ) .
 - يتم اجراء الشق في المكان الأكثر بروزا (التموج) والأكثر انخفاضا ليؤمن النرح الجيد للقيح .
 - يتم ادخال اصبع الجراح اللابسة للقفاز المعقم وتخريب كافة الحجب وفتح كافة الأجواف .
 - اخراج جميع الأجزاء المتموتة داخل الخراج .
 - يوضع مفجر مطاطي زكزاك (بنزور) .
 - ضماد يتم تبديله كلما تبلل بالقيح .
 - ينزع المفجر عندما تجف المفرزات .



شق وتفجير خراج ثدي



دمل أو خراج في منطقة حلمة الثدي

دمل أو خراج في منطقة حلمة الثدي

شق هيلتون : يجرى في الأماكن الخطيرة كالمغبن والحفرة الإبطية التي فيها أوعية دموية وأعصاب هامة ، حيث يشق الجلد و الفافة السطحية بالمشروط شقا موازيا للأوعية والأعصاب ثم يؤخذ مناقش منحنى (بنس منحنى) يفتح برأسه الخراج ثم تكمل الفتحة بإصبع الجراح (بالقفاز المعقم) **وبحذر** ثم يوضع المفجر.

الخزام : يجرى في الأماكن المكشوفة (الوجه والعنق) بإدخال أنابيب شعرية (قنطرة وريدية مثلا) وبحسب خاصية النفوذية الشعرية ينزح القيح بأقل ندبة ممكنة (والنكس وارد)

الهلل (التهاب النسيج الخلالي) CELLULITIS

هو التهاب حاد منتشر للنسيج المسطحة (نستثنى البنى الحشوية) يتصف بحدوث وذمة خلوية بدون تنخر ولا تقيح، أكثر ما يشاهد في الجلد والنسيج تحت الجلد وأحيانا يصيب البنى العميقة .

الأسباب :

- ١- المكورات العقدية الحالة للدم بيتا من المجموعة A .
 - ٢- المكورات العنقودية المذهبة .
- العوامل المؤهبة:** الداء السكري .
- أكثر ما يشاهد في الطرف السفلي .

الأعراض والعلامات المرضية :

احمرار موضعي - ألم بالجس - التهاب أوعية لمفاوية مرافق - توذم - حرارة موضعية - فقاعات وحوصلات -

الأعراض والعلامات العامة: حرارة عامة - عرواءات .

التشخيص التفريقي : التهاب الوريد الخثري (سطح الجلد ولونه طبيعيًا) .

العلاج : صادات حيوية بالطريق العام .

المضاعفات : خراجات موضعية - نخر جلدي - التهاب لفافة نخري - انسام دم - التهاب العظم والنقي - التهاب المفاصل المجاورة .

التهاب الغدد العرقية المزمن :

هو انتان ثانوي تالي لانسدادأقنية الغدد العرقية المتوضعة بشكل أساسي في الإبط و الناحية الشرجية العجانية، وبشكل ثانوي تحت السرة وحلمة الثدي ، عند الشباب يظهر تقيح الغدد العرقية لدى المصابين بالعد الشبابي (جرب شعري قحي) .

هناك شكلان سريريان لالتهاب الغدد العرقية المزمن :

- التقيح الإبطي المزمن .

- داء فيرنوي verneuil .

التقيح الإبطي المزمن :

هو آفة انتانية مزمنة تصيب الغدد العرقية في الناحية الإبطية ، قد يترافق مع ظهور خراجات أونواسير، وبالتالي ندبات تصلبية ، يصيب الإناث أكثر من الذكور .

العلاج : الاستئصال الجذري والإغلاق إما بالخياطة مباشرة أو تركه للشفاء بالمقصد الثاني أو التطعيم الجلدي (المباشر أو المتأخر) .

ويجب الانتباه لعدم حدوث ندبات انكماشية محددة للحركة .

داء فيرنوي verneuil : (التقيح العجاني الإلوي)

عبارة عن لويحات واسعة متقحة ومتنوسرة يترافق غالبا مع التهاب غدد عرقية إبطية مع وجود العد الشبابي .

قد تمتد الآفة للحفرة المستقيمة الوركية لكنها لا تصل أبدا للمستقيم ، أي تبقى المخاطية سليمة ، وهذا ما يميزها عن داء كرون .

العلاج :

- ١- الإستئصال الجذري و التطعيم الشبكي بمرحلة لاحقة بعد تشكل النسيج الحبيبي .
- ٢- حمية قليلة الفضلات خلال فترة العلاج .

التهاب اللفافة النخري : (necrotizing faciitis)

عبارة عن انتان منتج للقيح في اللفافة والنسج الرخوة تحت الجلد.

العوامل المسببة : المكورات العقدية الحالة للدم بيتامن النوع A.

العوامل المؤهبة : الداء السكري – مضادات الالتهاب الستيروئيدية .

قد يسبقه وجود انتان جلدي بسيط ، لا يلاحظ اعتلال عقد لمفية مرافق .

النخر تحت الجلدي يرفع الجلد المغطي مع بدء سيلان قيحي بني اللون، العضلات تكون سليمة في البداية.

العلاج :

- ١- **تداخل جراحي** جذري باستئصال كل النسج المصابة (الجلد – النسيج تحت الجلد – واللفافة) واستقصاء كال المساكن العضلية المجاورة .
- ٢- **خزع السفاق** فوق وتحت مستوى الإصابة (لتحسين الدوران الدموي) .
- ٣- **اعطاء الصادات الحيوية** وريديا .

الغانغرين الغازي (Gas Gangrene) :

هو خمج يصيب العضلات والنسج الرخوة والجلد منتج للغاز.

العوامل المسببة: -المطثية الولشية وهي عبارة عن عصيات ايجابية الغرام لا هوائية مشكلة

للأبواغ تدعى أيضا (المطثية الحاطمة) .

- ال E.coli - البسودو مونس - الكليبيلا .

فترة الحضانة : أقل من ٢٤ ساعة .

بعدها تبدأ سلسلة الأحداث بالنخر العضلي والنسيج تحت الجلد والخثار الوعائي .

الغاز يأتي من تخمر الجلوكوز . مكوناته (أهمها النتروجيين ٧٤,٥ % -

الأوكسجين ١٦,١ % - الهيدروجين ٥,٩ % - ثاني أوكسيد الكربون ٣,٤ %)

الذيفانات الخارجية تسبب انحلال مكونات الدم حيث ينخفض مستوى الهيموغلوبين ثم يحدث نخر انبوبي حاد وقصور كلوي ، وإن تطور الخمج يقود سريعا لحدوث الصدمة .

الآلية الإمرضية : تقسم الآلية المسببة إلى ٣ أشكال :

أ- بعد رضية : الحوادث - مرامي الطلق الناري - الحروق- عضات الصقيع - الكسور المفتوحة - بعد الحقن العضلية وتحت الجلد) .

ب- بعد الجراحة : عمليات الأنبوب الهضمي - والطرق الصفراوية

ج- تلقائية : مرضى السرطانات - مرضى المعالجة الكيماوية - مرضى السكري .

التظاهرات السريرية :

- ١- قصة سابقة (رض - جراحة - كسر مفتوح) .
- ٢- ألم مفاجئ يزداد تدريجيا مع ايلام .
- ٣- حس ثقل بالطرف المصاب .
- ٤- حمى خفيفة .
- ٥- تورم ووزن مصلي دموي .
- ٦- يميل لون الجلد للون البرونزي قم الأزرق المسود مع فقاعات غازية .
- ٧- تورم كامل الطرف .
- ٨- فرقة غازية تحت الجلد .
- ٩- تسرع قلب .
- ١٠- انخفاض توتر شرياني .
- ١١- تخليط ذهني .

العلاج :

- ١- صادات حيوية : - (بنسلين ج) : مليون وحدة يوميا .
- (كليندا ميسين + ميترونيدازول) : مشاركة فعالة .
- ٢- تدبير القصور الكلوي والقلبي المرافق .
- ٣- جراحي : التنضير الجيد – وخزغ السفاق – واستئصال النسيج المصابة .

المضاعفات :

- ١- انحلال دم .
- ٢- التخثر المنتشر داخل الأوعية .
- ٣- قصور كلوي حاد .
- ٤- متلازمة الشدة التنفسية الحادة .
- ٥- الصدمة .



صورة لغانغرينا غازية في الطرف السفلي

داء فورينيه :FOURNIER:

هو انتان نخري شديد الخطورة ، يصيب الجلد والنسيج الشحمي تحت الجلد مع اللفافة في منطقة العجان والأعضاء التناسلية الخارجية عند الرجل فقط بدون إصابة الاحليل .

العوامل المسببة : جراثيم هوائية ولا هوائية موجبة وسالبة الغرام ، من منشأ مستقيمي أو بولي تناسلي أو رض .

العوامل المؤهبة : داء سكري – مرضى الستيروئيدات – التقدم بالعمر .

سريريا : حدوث الشكل الغازي (الغانجرين الغازي عبارة عن التهاب خلالي ناز مع سائل قيحي بني اللون مع ظهور فقاعات غازية) .

تحدث بعد تسحج جلدي أو جرح في العجان أو تالي لخراج حول الشرج .
الجلد المغطي محمرا – حارا – مؤلما بالجس .

ثم تظهر الفقاعات مع الكدمات ومناطق النخر الجلدي .

العلاج :

١- استئصال جراحي واسع (الاستئصال أوسع مما تبدو الآفة ظاهريا) .

٢- صادات حيوية وريدية (حسب الزرع الجرثومي) .

٣- يعاد استقصاء الاستئصال الجراحي بعد يومين .

٤- إجراء فغر الكولون يفيد لتحويل مجرى البراز .

الانذار : سيئ - نسبة الوفيات ٣٠% .

خمج القدم السكرية :

تعتبر أخماج القدم السكرية من أكثر المشاكل التي تصادف المريض السكري ، تتفاوت شدة الإصابة من التهاب نسيج خلالي إلى ذات العظم والنقي المزمن .

الآلية الإمرضية :

١- اعتلال الأوعية الشعرية : التالي لداء السكري مما يحد من وصول البالعات إلى مكان الإصابة .

٢- اعتلال الأوعية الكبيرة : السكري وما يرافقه من اقفار نسيجي وبالتالي زيادة نسبة حدوث الغانغرين .

٣- الرضوض الموضعية الإنضغاط .

٤- اعتلال الأعصاب : نقص الحس .

اللوحة السريرية : قصة داء سكري + رض +خمج نميز عدة لوحات سريرية منها :

١- التهاب نسيج خلالي .

٢- انتان الجلد والنسج العميقة تحت الجلد .

٣- ذات العظم والنقي الحاد .

٤- ذات العظم والنقي المزمن .

العوامل الممرضة :

العوامل الممرضة :

١- في الحالات البسيطة : كالتهاب النسيج الخلاي نلاحظ المكورات العنقودية A والعنقودية المذهبة .

٢- في انتانالنسج العميقة تحت الجلد : أخماج منتجة للغاز (سلبية الغرام) تتظاهر على شكل التهاب لفافة نخري .

٣- في ذات العظم والنقي الحاد : المكورات العنقودية المذهبة والمكورات العنقودية A .

٤- في ذات العظم والنقي المزمن : المكورات العقدية A و B - العصيات الهوائية ايجابية الغرام .

لا تعتبر الزوائف الزنجاريةمن العوامل الممرضة الشائعة عند السكريين .

التدبير:

١- ضبط سكر الدم .

٢- تدبير التهاب النسيج الخلاي بالطريقة المحافظة (صادات حيوية - مضادات وذمة) .

٣- التثبيت في حال ذات العظم والنقي الحاد والمزمن .

٤- الجراحة : أ- تنضير النسج المتموتة .

ب- خزع السفاق عند حدوث متلازمة الحجات .

ج- البتر .



قدام سكرية

أهم الصادات الحيوية المستعملة في علاج القدم السكرية:

- ١- التهاب النسيج الخلوي : كلينداميسين أو سيفازولين
وعند الشك بسليبات الغرام الفلوروكينولون (ليفوفلوكساسين).
 - ٢- انتان النسيج العميقة : (انتان مختلط هوائيات ولا هوائيات) يعطى
كلينداميسين + ليفوفلوكساسين + ميترونيدازول (فلاجيل) .
 - ٣- ذات العظم والنقي الحاد : سيفازولين + بنيسيلين .
 - ٤- ذات العظم والنقي المزمن : أمبيسيلين + سولباكتام .
- المشاركة الرئيسية في علاج القدم السكرية: ليفوفلوكساسين + كلينداميسين .

اعداد الدكتور فراس الملكي

الكسور العظمية

هي تفرق اتصال يصيب أحد العظام أو عدة عظام بسبب رض شديد إما بشكل مباشر أو غير مباشر .

التطورات المرافقة للكسر :

- يرافق حدوث أي كسر إصابات رضية شديدة في النسيج الرخوة المجاورة لبؤرة الكسر ، فينتج عن ذلك خثرات دموية و رشاحة ليفينية تؤلف مع مثيلاتها الآتية من نقي العظم المكسور البؤرة الأولى التي سيترمم عليها العظم .

-تظهر في هذه الكتلة الدموية الليفينية خلال أيام من حدوث الكسر خلايا تسمى

مولدات الليف (صانعات الليف) تؤدي لظهور النسيج اليفي (الدشبذ اليفي)الذي

تغزوه خلايا تسمى مولدات العظم (صانعات العظم) ويستغرق هذا التطور من

من ٢-٣ أسابيع ويؤمن تثبيتاً مبدئياً لقطع العظم المكسورة ، ثم تترسب كميات الكلس وتعمل خلايا مولدات العظم ليشكل الدشبذ العظمي وتزيده متانة وقوة ثم تعمل صانعات

العظم وحالاته على بناء وتشذيب العظم خلال ٤-٥ أشهر حتى يصبح الكسر قطعة

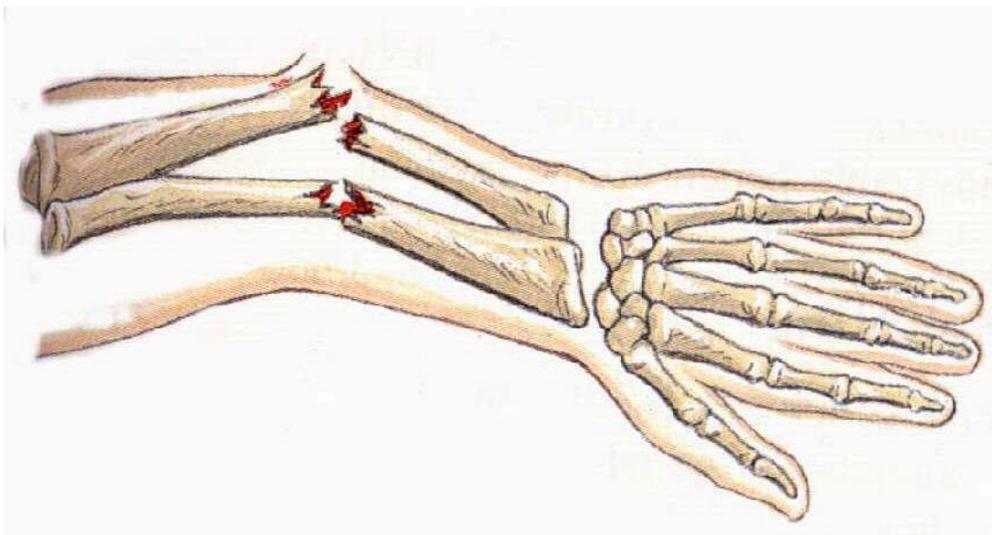
عظمية عادية .

أسباب الكسور :

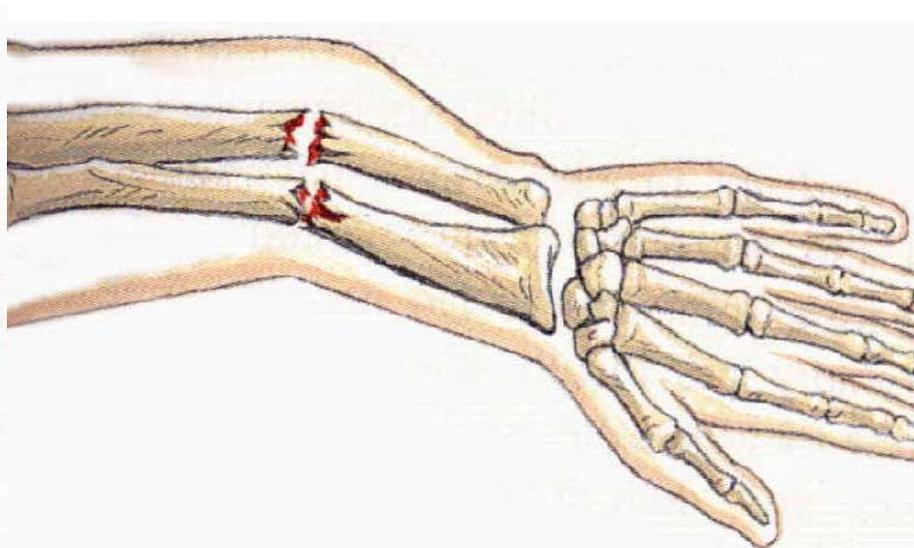
- ١- القوة المباشرة .
- ٢- القوة غير المباشرة .
- ٣- قوة الالتواء .
- ٤- الشيخوخة و أمراض العظام .

تصنيفها :

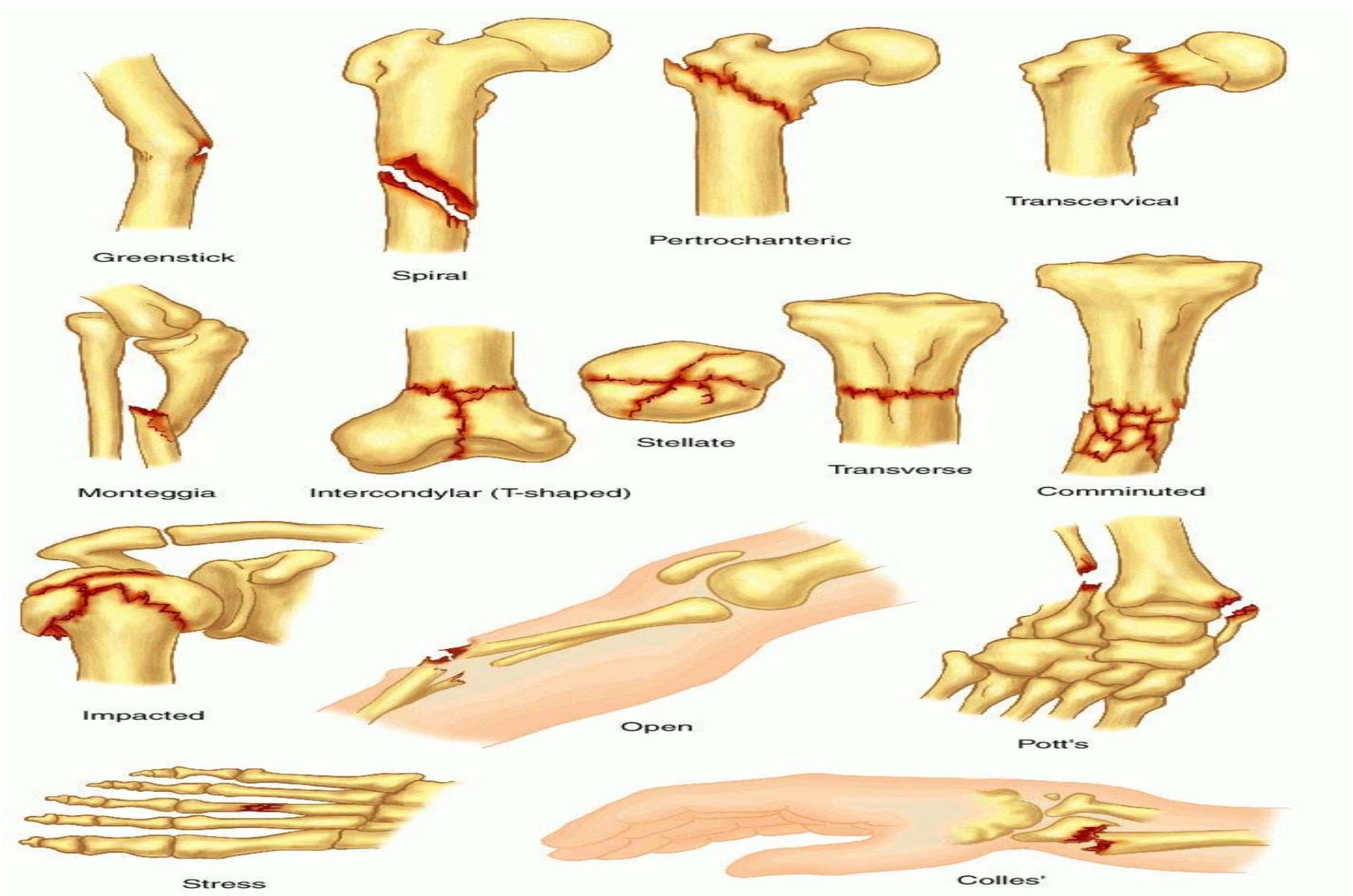
- ١- كسور مغلقة : إذا بقي الجلد فوقها سليما .
- ٢- كسور مفتوحة : إذا تمزق الجلد فوقها وظهر العظم منه .
- ٣- متبدل أو غير متبدل .
- ٤- بسيط ، جهدي .
- ٥- مفتت .
- ٦- شعر العظم .
- ٧- كسر غصن النظير .
- ٨- مختلط .



كسر مفتوح في الساعد



كسر مغلق في الساعد



صور عن أنواع الكسور

أعراض وعلامات الكسور :

- ١- العجز الوظيفي : وعدم القدرة على تحريك الطرف المصاب أو المشي عليه
- ٢- الإنتباج أو التورم: مكان الكسر .
- ٣- تشوه : في استقامة محور الطرف .
- ٤- قصر الطرف : إذا كان الكسر متبدل وقطعة عظمية متراكبة ، وذلك بالمقارنة مع الطرف في الجهة السليمة .
- ٥- الألم .



الصورة الشعاعية



تشوه في استقامة محور الطرف



تورم ووذمة

اسعاف المصابين بالكسور:

١- عدم تحريك بؤرة الكسر : خوفا من احداث تبدل في الكسر يؤدي إلى تمزق شرياني أو أذية عصب (من جهة) وصعوبة رد الكسر من جهة أخرى .

٢- تثبيت الطرف :

-في حالة الطرف العلوي : بواسطة الوشاح المؤقت أو بميزابة معدنية بشكل زاوية قائمة تعلق بالرقبة برباط أو وشاح.

-في حالة الطرف السفلي : يتم تثبيت الطرف المصاب بإحدى طرق التثبيت

المؤقت: - قطعتي خشب على جانبي الطرف

المصاب مشدودتان شدا خفيفا .

- أو بالطرف الثاني السليم .

- أجهزة التثبيت المؤقتة (سلكية جبائر).

((على أن يشمل التثبيت المفصلين فوق وتحت الكسر))

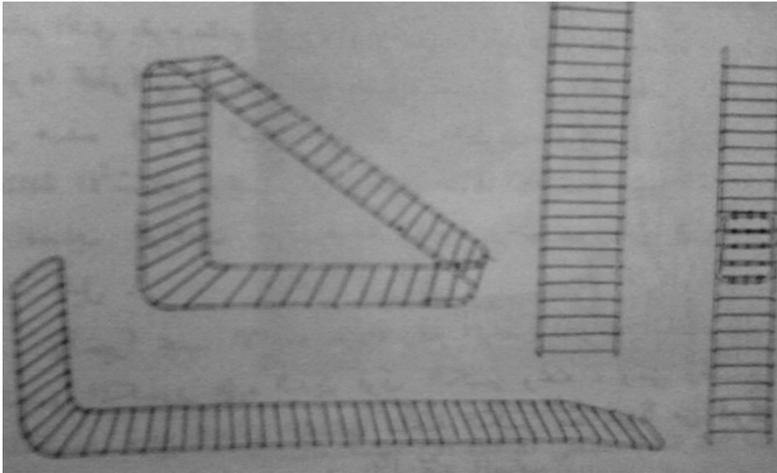
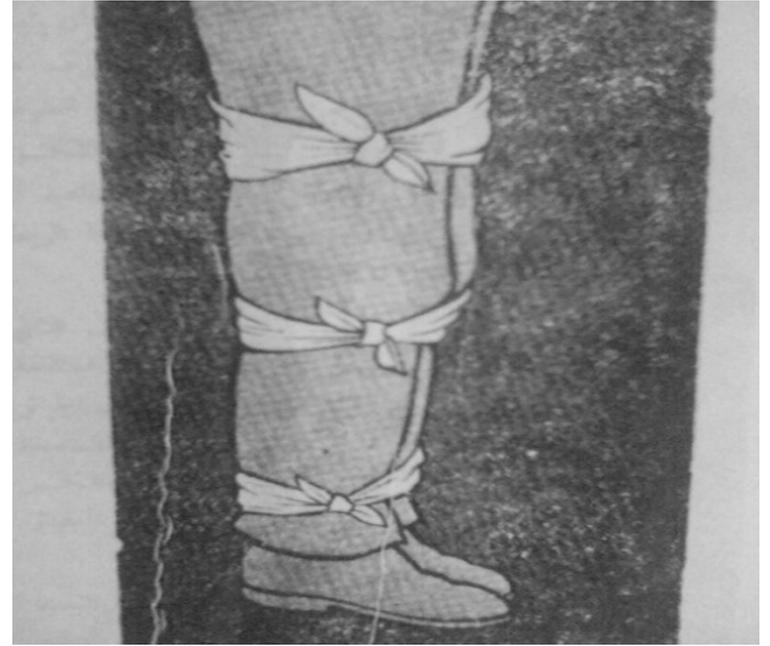
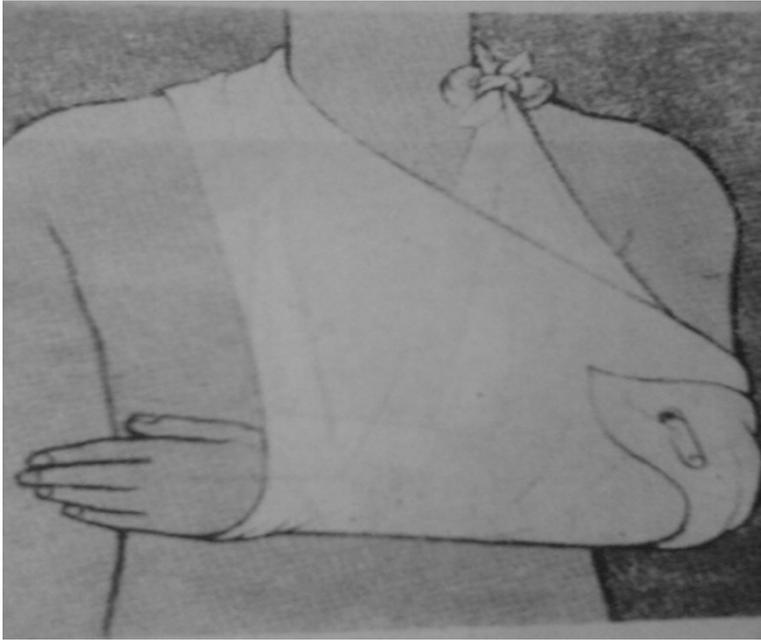
٣- نقل المريض : على نقالة أو لوح خشبي ، والانتباه عند رفع المريض إلى

تثبيت العضو المكسور بملئ اليدين فوق الكسر وتحتة .

٤- تضميد الجروح المرافقة.

أجهزة التثبيت المؤقتة : أ

- ١- الميازيب المعدنية (الجبيرة السلكية) : عبارة عن أسلاك معدنية على هيئة شبكة وتأخذ أشكالاً مختلفة حسب الضرورة تلف بطبقة كثيفة من القطن ثم تثبت برباط على العضو المصاب.
- ٢- جبيرة البلاستيك : مزدوجة الجدر وبشكل توافق الطرف المصاب .



طرق التثبيت المؤقت

معالجة الكسور: تتضمن

- ١- الفحص السريري.
- ٢- العلامات الحيوية ومعالجة الصدمة .
- ٣- تسكين الألم .
- ٤- فحص ناحية الكسر وتحري الأذيات المرافقة (وعائية – عصبية) .
- ٥- التصوير الشعاعي للكسر .

مبادئ معالجة الكسر:

١- الرد : يجب اجراؤه باكرا ما أمكن قبل حدوث الوذمة وتحت التخدير العام

إن أمكن أو تخدير موضعي لبؤرة الكسر وهو نوعان :

- ردا مغلقا (جبيرة) : إما مباشرة أو بعد التمديد المتواصل لفترة من الزمن .

- ردا مفتوحا (جراحي) : إذا لم يمكن الرد السابق لشدة التشوه

الحاصل بين قطع الكسر أو اعتراض النسيج
الرخوة بين قطع العظم المكسور .

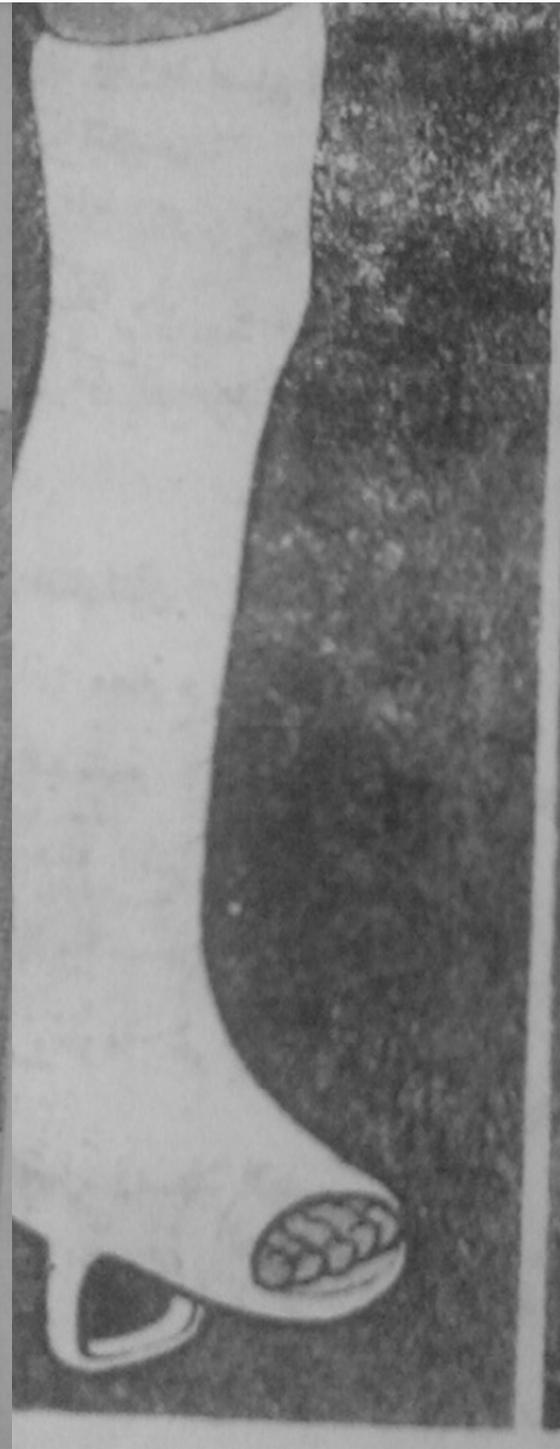
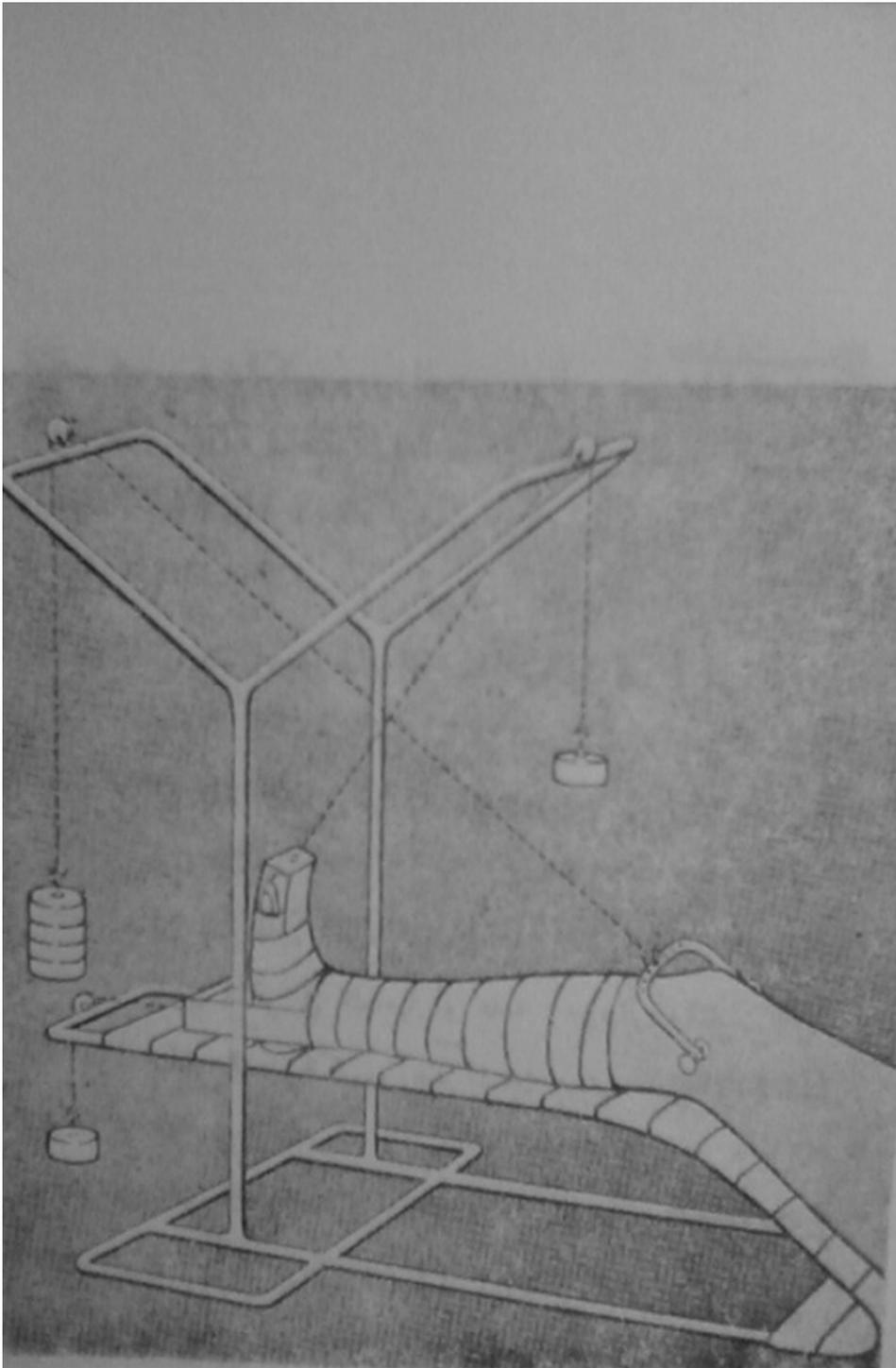
٢- التثبيت : - بالطرق التجبيرية بواسطة الجهاز الجبسي (على أن يشمل

التثبيت مفصلا قبل ومفصل بعد مستوى الكسر) .

- أو بالطرق الجراحية (صفائح - سفود) .

٣- إعادة الوظيفة الفيزيولوجية : للعضو المصاب بالمعالجة الفيزيائية لإعادة

العضلات والمفاصل لوظيفتها .





مفصل ورك صناعي

برغي وصفيحة

اختلاطات الكسور (عامة – موضعية) :

اختلاطات الكسور العامة:

- ١- الصدمة : إما بسبب النزف أو الألم .
- ٢- الصمامة الشحمية : تدخل الدورة الدموية وتستقر بالرئتين وقد تكون قاتلة يشكو المصاب من سعال ونفث مدمى (كسور الفخذ) .
- ٣- تناذر الطرف المضغوط: يظهر بعد هرس الأطراف بسبب تموت الأنسجة فينتج عنها سموم وتؤدي لقصور كلوي وتنفسي.
- ٤- التهاب الوريد الخثري : والصمامات الوريدية بسبب الاستلقاء الطويل يشكو المريض من (ألم في الربلة – وذمة – ترفع حروري) وقديؤدي للصمامة الخثرية الرئوية
- ٥- الكزاز .
- ٦- التموت الغازي (الغانغرينا الغازية) .

الاختلاطات المرضية للكسور:

١- الجروح.

٢- قرحات الجبس .

٣- الخشكريشات بسبب الاضطجاع الطويل .

٤- تأذي العضلات .

٥- تأذي الشرايين .

٦- تأذي الأعصاب : كسور الثلث العلوي للعضد يؤدي إلى إصابة العصب

الكعبري مما يؤدي لهبوط اليد .

٧- تأخر شفاء الكسر: بسبب (الانتان – عدم الرد الجيد – عدم التثبيت الجيد).

٨- الاندمال المعيب : تشوه ونقص وظيفة الطرف(خاصة عند عدم الرد الجيد)

٩- النخرة الجافة : كما في رأس الفخذ التالي لكسور عنق الفخذ .



تأذي الشرايين والأعصاب



النخرة الجافة في رأس الفخذ

أسباب تأخر أو عدم التحام الكسور :

- ١- فقدان احدى قطع الكسر لتوعيتها (بعض كسور عنق الفخذ) .
- ٢- بقاء نسيج رخوة بين قطع الكسر .
- ٣- سوء الرد والتثبيت .
- ٤- الالتان .
- ٥- المسنين .

اعداد

الدكتور : فراس الملكي

الخلوع

تحدث نتيجة لتأثير عنف خارجي على أحد العظمين المؤلفين لمفصل ، حيث يحدث تمزق في محفظة المفصل وخروج هذا العظم خارجها، ويتوضع العظم المخلوع خارج جوف المفصل ويهدد أحيانا العناصر الوعائية والعصبية المجاورة بالأذية .

التشخيص والرد المبكر للخلع أهمية كبرى للتقليل من الاختلالات هذه والمحافظة على وظيفة المفصل .

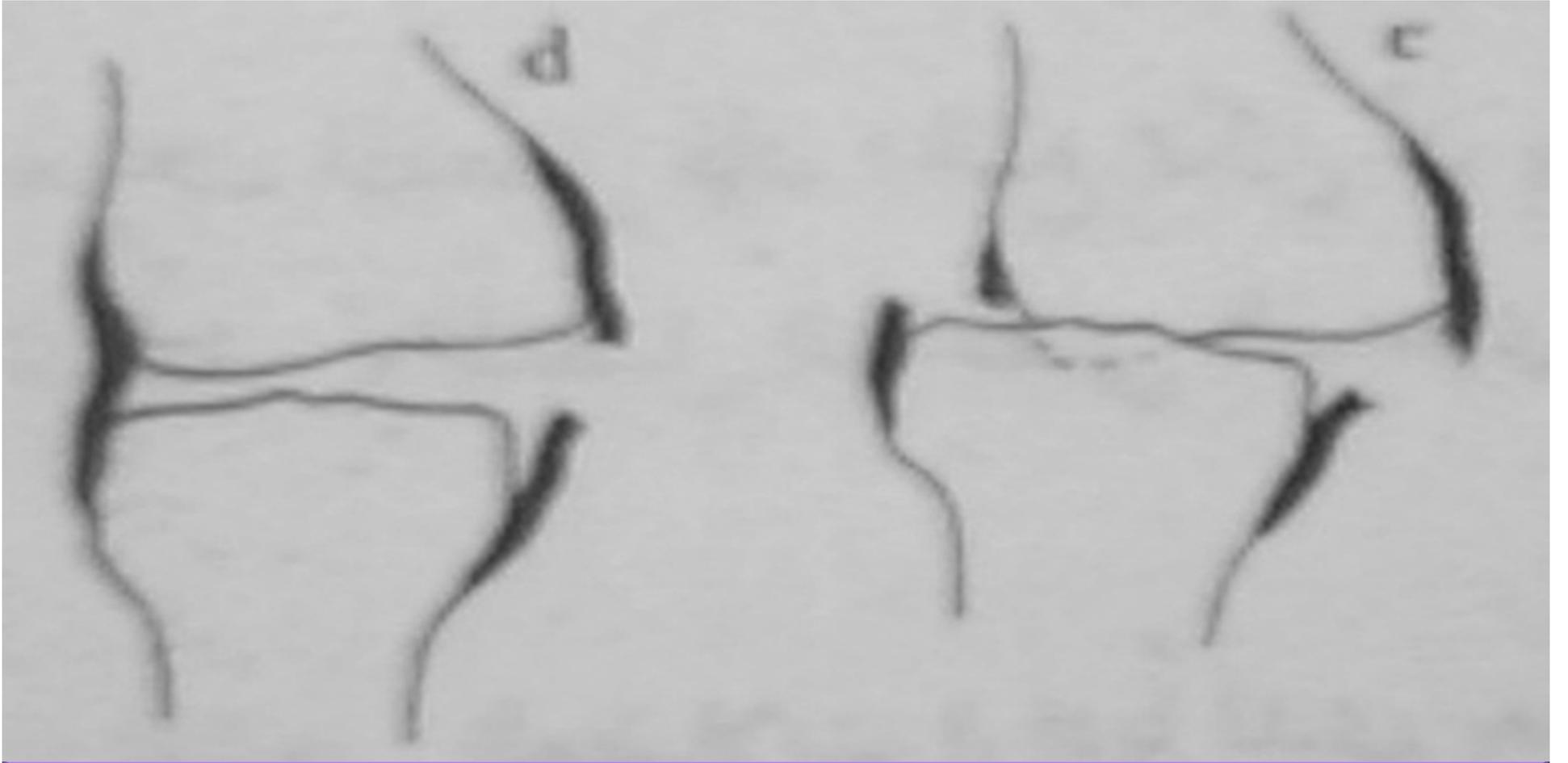
تحت الخلع : يتضمن درجة قليلة من التبدل وبذلك تبقى السطوح المفصالية متقابلة جزئيا .

الأعراض والعلامات :

- ١- قصة تعرض لرض .
- ٢- تشوه واضح وشديد في الناحية .
- ٣- عجز واضح في حركة المفصل المخلوع .
- ٤- عند الالتباس بالكسر تجرى صورة شعاعية للمكان .



مفصل الكتف
أ - خلع



تحت خلع مفصل الركبة

خلع مفصل الركبة

معالجة الخلع :

- ١- الرد السريع والباكر : ما أمكن وهي وسيلة سهلة في الغالب فقلما تحتاج للتخدير إذ يجرى التمديد على الناحية بغية إعادة العظم المخلوع إلى ضمن المحفظة سالكا نفس الطريق الذي سلكه عند خروجه منها، وقلما يلجأ للرد الجراحي كما في الخلع القديمة أو الناكسة والتي لم يمكن ردها كما سبق.
- ٢- التثبيت : ليس مطلقا كما في الكسور، ويجب أن يكون لفترة قصيرة ما أمكن للوقاية من يبوسة المفصل ، كما يشجع على اجراء حركات بسيطة للمفصل حتى في الأيام الأولى بعد الرد وكذلك تحريك عضلات الناحية للمحافظة على مقويتها، لكن لا يسمح بحركات التباعد قبل ١٠-١٤ يوم من الرد .
- ٣- إعادة تأهيل المفصل: بالمعالجة الفيزيائية .

الوتّي

هو تمزق غير كامل في رباط أو مجموعة من الأربطة أو المحفظة أو العضلات وهو أكثر الإصابات حدوثًا وخاصة في عنق القدم ، ويشاهد عادة عند رياضة التزلق على الجليد ولأعبي كرة القدم والسير في الأراضي الوعرة .

الأعراض :

- ١- ألم شديد في منطقة الكعب الوحشي يزداد بالضغط وبالحركة .
- ٢- تورم .
- ٣- لا يوجد علامات كسر في العظم شعاعيا .

العلاج :

الراحة لفترة أيام باستخدام رباط ضاغط أو جبيرة جبسية لفترة ٢-٣ أسابيع .

اعداد

الدكتور : فراس الملكي