پرسی روش عمل جراحی و نتایج پیوند انجکشان دست و گزارش ۹۷ مورد پیوند

انگشت در مرکز آموزشی درمانی ۱۵ خرداد تهران

دکتر پرویز مافی۲، دکتر محمدحسین جاوایی۱

۱- داشتن اثر گروه جراحی پلاستیک دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.
۲- مختصه جراحی عمومی و فوقبیش جراحی دست.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۸/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۸/۱۷

چکیده

مقدمه: پیشرفت‌های قراواني در زمینه پیوند انجکشان قطعی شده دست صورت گرفته که می‌توان یک یافته حاصل شده در زمینه روش‌های جراحی میکروسکوپی و درک متخصصین مربوطه در زمینه ترمومایا دست می‌یابد. در این مطالعه تجربی و روش عمل جراحی پیوند انجکشان دست در ۹۷ مورد پیوند انجکشان بررسی شده است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی، تعداد ۹۷ بیمار با انگشت قطعی شده که تحت عمل جراحی پیوند انجکشان قرار گرفتند، بررسی شدند. قطع انجکشانی که قطع کامل شدن مورد مطالعه قرار گرفتند و انجکشانی که حتی کوچک‌ترین ارتباط پوشی با استامبی روتوژیال انجکشان داشتند از مطالعه حذف شدند. همچنین انجکشانی مورد مطالعه قرار گرفتند که قطع آنها در محاورات یا بعد از مفصل MCP بوده است. جهت ارائه اطلاعات به دست آمد از آمار توصیفی استفاده شده است.

نتیجه‌گیری: میزان موفقیت عمل جراحی پیوند ۹/۱ درصد بین ۵۵ انجکشان از ۹۷ انگشت پیوند شده بوده است. ۸۵ موارد مکرر موفق بوده‌اند. بیماران بین ۷۲ سال داشتند. مدت زمان بستری بیماران در پیوندهای ناموفق بین ۳ تا ۳۰ روز و در پیوندهای موفق بین ۵ تا ۱۵ روز بوده است. روش جراحی و مراقبت بعد از عمل جراحی در تمام بیماران یکسان بوده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به دست آمده در این مطالعه به نظر می‌رسد عمل تفاوت تجربی و کمپوزیت موفقیت جراحی نسبت به امروز کشورهای دیگر عدم انتقال صحت انجکشان قطعی شده به مرکز پیوند انجکشان و نیاز به اعمال بیمار به مرکز درمانی باشد. در ضمن مسئله منحنی پایداری‌های انجکشان جراحی ترمومایا نیز در این زمینه مورد استفاده در افزایش کلیده: قطع انگشت، پیوند انجکشان، موفقیت پیوند.

نویسنده مسئول: دکتر پرویز مافی، بیمارستان ۱۵ خرداد

Email: p.mafi@aol.com
مقدمه

انجام پیوند انگشتان قطع شده با شروع تکنیک‌های جراحی ميكرو wszکوي در دسته‌ی ۱۹۶۰ به بعد، به حقيقیت پیوست.

اکديکاپسيون‌های پیوند انگشتان قطع شده دست شامل این موارد می‌باشد: ۱- پیوند قطع شده: چون استفاده از ۴۰ درصد عملکرد کلی دست را به عده‌ی دارد، برای پیوند دارای اولویت می‌باشد.- ۲- قطع چند انگشت: وقتی بیش از یک انگشت قطع شده باشد به عملیات اختلال شدید در عملکرد دست، بايد سعی در پیوند انگشتان کرد. درصورتی که بعضی انگشتان شدیداً صدمه دیده و غیرقابل پیوند باشد، باید سالم ترین قسمت قطع شده انگشت را به بايد نیتوین و مهم‌ترین استعمام قطع انگشت پوئن زد.- ۳- قطع انگشت در کودکان: به علت طول عمر طولانی مورد انتظار و قدرت پیش‌تر ترمیم نمی‌سنجد. در کودکان به خصوص دردوره‌ی تکامل بیماری احتمالاً باید هم به انگشت پوئن زده شده صدمه‌های خواهد دید و در فیزیوتراپی نیز همکاری نخواهد داشت.- ۴- ایسکمی طولانی مدت: اگر مدت ایسکمی گرم در انگشت بیش از ۱۲ ساعت باشد معمولاً پوئن توصیه نمی‌شود. اگر ایسکمی سرد (۴۰ درجه سانتی‌گراد) نیز بیش از ۲۴-۳۰ ساعت طول پهپاد پوئن عموماً توصیه نمی‌شود. البته در انگشتان که بیش از ۳۳ ساعت ایسکمی گرم و ۵۸ ساعت ایسکمی سرد را تجربه کرده‌اند، پوئن نمی‌تواند، این‌ها باید، به‌طور کامل با حفظ قسمت قطع شده انگشت در حدود دما ۴ درجه سانتی‌گراد باشد. این‌ها با تجهیز پوئن به میزان تعادل، در پایان موارد می‌توانند تا حدود ۲۴ ساعت بعد از قطع، به‌طور کامل قسمت و درصد
بررسی روش عمل جراحی و نتایج پیوند انگشتان دست و...

در ادامه مطالعه ای از این مطالعه با ایجاد درگیری در طرح کار، تفاوت بین متوالیت و بهبود در این میزان که باعث بهبود در جراحی پیوند انگشتان در روش کار ایجاد شد. این مطالعه ای از این میزان که باعث بهبود در جراحی پیوند انگشتان در روش کار ایجاد شد.

روش کار

بررسی یک مطالعه طبیعی است که طی آن افراد واجد شرایط مورد مطالعه قرار گرفتند. بیماران بررسی شده شامل موارد قطع کامل انگشتان در محاصرات

MCP: Metacurupolphalangeal
آزمایشات روتو-قیل از عمل شمار آزمایشات خون و اداره گرفته می‌شود. آنچه باید کرده و باید به پیشرفت‌های بیمار دشته و پیشرفت‌گیری از کاری‌ها در صورت لزوم انجام می‌گردد، بیمار، دسته و قسمت فضه سوم تحت عضوان دقت قرار می‌گیرند. این مناسب بودن عمل جراحی پایین به این تعبیر شود. یادکرد باید با بیمار صحت کرده و شرح حال کامل از بیمار گرفته شده و در مورد عمل لازم انجام می‌گردد. این از استفاده از پیکوسیون و کاتاتون، زمانی بهتر تولید، هزینه احتیاطی، نیاز احتیاطی به تریگر خون و عوارض آن، نیازی به تولید طولانی لازم برای کسب عملکرد طبیعی انگشت و همچنین احتیاطی بر روی تحت حضور سرما در انگشت پایین شده، اطلاعات لازم به بیمار داده می‌شود. 

اگر بیمار با عمل جراحی پایین موافقت می‌کند و انگشت نیز برای پایین مناسب بوده، انگشت فعل شده سریعاً به اتاق عمل بردی می‌شود. فتوگرفی و رادیوگرافی از دست و انگشت قطع شده صورت می‌گیرد. باید جلوگیری از طولانی شدن بی مورد زمان ایسکمی، اکسلتر قسمت فعل شده سریعاً و قبل از آماده شدن بیمار و ورود به اتاق عمل شروع می‌شود. قسمت فعل شده انگشت ابتدا به صورت کاملاً استریل شسته می‌شود. سپس انگشت روز روز شان مرطوب گذاشته شده و نسخه مرده و بعد از آن در سر کشیدن و کمی انگشت قطع شده صورت گرفته، فلخهای پشتی و کن انگشت عصبی می‌شود، 1 - Distal inter phalangeal joint. 2 - Proximal inter phalangeal joint.
1- عضله دستگاه شدید داشته و قابل
پیدا نشده، دو ناحیه اصلی: SHINEY
در صورت نیاز از اجزای مناسب آن به عفونت گرافت
استفاده شود.

این دستگاه از دو عدد پیش که به صورت ضریبی قرار
داده می‌شود 7- 8 عدد پیش مابل قابل
می‌باشد. تا این در موقعیت پیدا شود، مفصل
горه جهت زودتر

شروع می‌شود.

سپس تورنیکه بایستی تا از جریان خون
خوب از شریان‌های انتهایی حالت مفصل. درون
شریان‌ها و ویده‌ها انتهایی مفصل در هر دو طرف انگشت
با کنار چرخش و سرم نرمال سالین شسته
می‌شود. مطمئن‌ترین مسئله در ترمیم شریان‌ها و ویده‌ها یا
است که کنار چرخش و تطبیقی دوخته
شور و نیز هیچ فشار کششی روز مفصل آن. آنکه
نیاز دارد تری چرخه دو تا سه هفته انتهایی سالم انجام
می‌شود (در صورت لزوم از گرفت و در بین
دو سر شریان استفاده کرد) و آناتومی شریانی با نخ
نایلون 1000-1 و با نخ 100-8 بیشتر خوب چه از هم انجام می‌گرتفت.

قبل از ترمیم شریان سعی می‌شود لایه آئوداتیس از دو
سر شریان برداشته شود و لایه‌های شریان به داخل خم
نشون‌تی که ایجاد می‌شود در محل آناتومی جلوگیری
شور. تمام مایه‌های زیر میکروسکوپی به بزرگنهامی
6 تا 8 حلقه انجام می‌شود. از کلاژن دوبیل عروقی جهت
آناتومی شریانی استفاده می‌شود و یک نخ کنکک
مریع با مستطیلی شکل از دستگاه جراحی بریده و زیر
حل محل آناتومی گذاشته می‌شود تا قبلاً بهتر و آناتومی
راحت انجام شود. هر دو شریان انتهایی باید ترمیم
شوند.

پس از ترمیم شریان، دست برگردانده شده و
ترمیم ویردی که ترجیحاً دو و نهایاً می‌باشد انجام
می‌شود. تکنیک انجام شده شیب تکنیک آناتومی
شریانی به و باز هم از نایلون 1000-1 و 50 بیشتر نگه

1 - Interosseous wiring.
2 - Running.
3 - Horizontal or vertical mattress.
4 - Modified Kessler.
در بخشی بیماران که به عمل ویدی بهره‌مندی آنتی‌ثرم‌وزی و ریه انجام نمی‌شود، در انها عمل جراحی ناخن کشیده شده و دو یا سه شکاف با چاقو روی بستن ناخن داده می‌شود. برای درمان خون از آنها صورت گیرد و با صورت لزوم بعداً در محل شکاف از زاویه نیز استفاده می‌شود.

در مراحل بعد، ترمیم اعصاب انگشت انجام می‌شود که با نخ نائلون 1000-1-0 و با 1-0 تا 3 پیچه انجم می‌گردد. سپس برخی از کنش‌های ناخن به نخ نائلون 4-0 و بدون فشار و کشش دوخته می‌شوند. در هیچ کدام از بیماران نیاز به پل موضعی یا دور جفت پوست نخ نائلون نبوده است.

تئور مورد عمل جراحی توسط یک جراح که دستیار سال آخر جراحی پلاستیک و یا دستیار فلوشیپ جراحی دست بوده انجام شده، به جز یک مورد پوند سه انگشت و یک مورد پوند چهارانگشت که توسط دو جراح انجام شده است.

بعد از انجام عمل جراحی، پنیسیلین با یک لیتخ گاز وازیون و سپس چند لیتخ گاز خشک به نحوی انجام می‌شود که هیچ فشاری روی انگشت نبوده و نورک انگشت و ناخن جهت بروز خون درونی و نیز درون خون و استفاده از زاویه آزاد باشد و حرکت انگشت هم محدود شود. پسینسیلین اولیه که در این عمل انجام می‌شود نیاز به تعویض مجدد نداشته می‌گردد در صورت آلوگرافی و یا آگهی شدن به خون. آتل پشت دست از نوک انگشتان تا آرنج در وضعیت 20 درجه فلکسیون می‌چیند-65 درجه فلکسیون MCP گرفته شد و مفاصل انگشتان در وضعیت استراحت خود قرار داده می‌شوند.

در بیمارانی که ترمیم ویژه صورت نجات می‌شود همین طور که قبل این گفته شد در انتهای عمل جراحی

1- Hirudin.
پیش‌گیری که ۵۰۰ واحد هر بار در روز و ترمیم زیر جلد استفاده شده است. (۸) آنتی‌بیوتیک وریدی تا ۵۰ میلی‌گرم را به دو میلی‌گرم روزانه این نصف این مقادیر در کودکان تجویز شده و پس از آن آنتی‌بیوتیک خوراکی شامل کسیفسین و اکسیفیئزین تا ۱۰ میلی‌گرم ادامه می‌یافت. مدت زمان بستری بیماران بین ۱۲ تا ۱۶ روز و به طور متوسط دو هفته بوده است. درد بیماران با داروهای مخدر و مسکن‌های خوراکی غیر استروئید‌های بیماران با تجویز دیازپام ۱۰ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز (۹) اکتساب ۱۰ میلی‌گرم یک تا دو بار در روز و تا کلروپرومایزین ۱۵ میلی‌گرم دو تا سه بار بر روی دستم (۱۰). کشورهای خون‌آزمایی بین آنکه هماهنگ و پرستاری با دیدن رنگ‌دانگش و لمس آن جهت درک حرارت انگشتان انجام می‌شود. در صورت شک به انسداد و ریودی با شرایطی اینجا با پاسخ‌های باز داده و زنده مانده به تشریحات خشکش شده و فشار نشانه به آرامی پاک می‌شود و انگشت‌های این دست حالت درمانی در مورد پشتایی به رنگ‌دانگش می‌شود. در صورت شک به انسداد شرایطی، دست از نتیجه آوریکان و در صورت شک به انسداد و ریودی دست از سطح قلب بالای برده می‌شود و درد بیماران با اسکت‌های بیمار بالا‌الصفا درمان می‌گردد. (۱) جهت تشخیص خون‌رسانی و این که آیا انسداد و ریودی با شرایطی است می‌توان از سردرنیک این نک اطلاعات با یک سوزون باریک و چترل خون‌ریزی از محل سوختگی‌های انجام کنند. در انسداد و ریودی خون‌ریزی‌های زیادی از معمولی از نک اطلاعات از سردرنیک سوزن خواهیم داشت و در صورت انسداد شرایطی هیچ خون‌ریزی از سردرنیک ایجاد شده در نک اطلاعات نخواهیم داشت. (۶) در صورت عدم موافقیت روش‌های فوق، بیمار مجدداً به اتاق عمل برده و محل پرستاری بررسی می‌شود. حرکات آرام و فعال انگشتان بعد از ۲ تا
دریمان مورد مطالعه به وسیله بیماران و عوارض بعد از پیوند انگشت مقدار قرار نداشته است. میزان موفقیت پیوند در این مطالعه به طور کلی 78 درصد می‌باشد که نسبت به مطالعات مشابه پایین‌تر می‌باشد.

از 186 بیمار مورد مطالعه 51 بیمار بین سنین 18-32 سال بوده‌اند که این امر ناشی از این است که این گروه سنی بیشتر در معرض صدمات، چه شغلی و چه غیر شغلی، می‌باشد. بیشتر عمل قطع انگشت، صدمات شغلی در کارگران و به علت عدم رعایت اصول ایمنی هنگام کار بوده است. در هیچ موردی از قطع انگشت دست، بیماران از دستکتیهای ایمنی استفاده نکرده‌اند. بیشتر موارد قطع انگشت در مردان دیده‌شده است.

دریمان قبل از مراجعه به مرکز درمانی 15 خرداد به 7 مرکز درمانی دیگر مراجعه کرده بودند، در نتیجه زمان این‌سکش دده کرده بودند، درباین 15 خرداد بین 14 تا 18 ساعت بوده است که همان طور که در روش کار گفته شد به دلیل عدم انتقال صحتی، تمام این زمان این‌سکش گرم محصور می‌شود و این مسئله می‌تواند عامل کاهش موفقیت پیوند باشد.
در ضمن، محققان یادگیری دستیار جراحی پلاستیک و جراحی دست نیز از عوامل کاهش موفقیت پیوند نسبت به آمار دیگر موارد در مقالات خارجی است. هم‌مان این طور که قبلاً گفته شده تمام موارد اعمال جراحی توسط دستیاران جراحی پلاستیک و جراحی دست انجام شده است.

در تمام موارد قطع انگشت بیماران اصرار بر پیوند انگشت قطع شده داشته اند و به نظر می‌رسد که وجود دست ۵ انگشتی و ظاهر دست جهت بیماران مهم تر از عملکرد بعدی دست بوده است. روشهای عمل جراحی در تمام بیماران یکسان بوده و بیماران همگی تحت باهوشی عمومی قرار گرفته‌اند. موفقیت عمل جراحی پیوند انگشت در ضایعات بالا ناتمام از ضایعات ناشی از اجسام بریده بوده است. پیوند انگشتی که نرم و ویرایش‌پذیر بوده در نتیجه به دست آمده در این مطالعه موفقیت پیوند نسبت به متوسط موفقیت مطالعات و مطالعات مشابه خارجی تفاوت زیادی دارد. در گزارش مروری بر ۱۵ مطالعه صورت گرفت در زمینه تعداد زیادی پیوند، میزان متوسط موفقیت عمل جراحی پیوند ۸۰ درصد (بين ۹۴ درصد تا ۶۸ درصد) بوده است.

به نظر می‌رسد عمل نمایشی نباید مطالعات دیگر، عدم انتقال صحیح انگشت قطع شده به مرکز درمانی و تأخیر در رسیدن بیمار به مرکز درمانی و همچنین دخالت منحنی یادگیری دستیاران جراحی فوق تخصصی باشد. طولانی بودن عمل جراحی و انجام آن فقط توسط یک جراح در اغلب موارد و خسایسی جراح نیز به نظر می‌رسد عامل دیگری باشد. عمل جراحی پیوند انگشتی از نظر کلاسیک باید توسط یک تیم جراحی شامل حداقل ۲ جراح انجام شود تا

مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک
سال نهم/شماره 1/بهرام 91/1385

References
A study of 97 digital replantations' type of surgery procedure and results in 15th Khordad hospital in Tehran

Mafi P\textsuperscript{13}, Javiani MH\textsuperscript{14}

Abstract

Introduction: Many progresses has been made in the field of digital replantation which is based on progresses in microsurgery and surgeons skills in hand trauma. In this study, procedure and results of 97 digital replantations are investigated.

Materials and Methods: In this descriptive study 66 patients with 97 amputated fingers, who underwent replantation were studied. Only completely amputated fingers were studied and fingers with even the least connection to the proximal stump by a skin bridge were omitted from the study. Amputations were at the level or distal to the MCP joint.

Results: Success rate of replantation was %57.7 which is 56 fingers from the total of 97 fingers. 58 patients were male and 8 female. Patients age was between 9-52 years. The total hospitalization period was 3-5 days for unsuccessful and 12-16 days for successful replantations. After the operation, Aspirin was used as the anticoagulant and heparin was used only after reexploration or in severe crushing injuries or in cases with vein graft use. Type of surgery and postoperative care was the same in all patients.

Conclusion: Based on the results, it seems some reasons of lower success rate in our study in comparison to other countries are wrong transportation method of the amputated fingers and delay in patient transportation. Also surgeons' skill in plastic surgery seems to be effective.

Key words: Finger amputation, replantation, amputation, replantation success

\textsuperscript{13} - Associate professor, Shahid Beheshti university of medical sciences.
\textsuperscript{14} - Fellowship of hand surgery, Shahid Beheshti university of medical sciences.