

مشاكل اليد

Hand Problems

٣٣٧	الداخس
٣٣٩	كسر بينت
٣٤١	إصابات العض
٣٤٣	تشوه بوتونيير
٣٤٥	الكيسة البشراية
٣٤٧	داخس رأس الإصبع
٣٤٩	الكيسات العقدية
٣٥١	إصابات رأس الإصبع
٣٥٣	اعتلال العصب الزندي
٣٥٥	متلازمة العصب بين العظام الأمامي
٣٥٧	متلازمة العصب بين العظام الخلفي
٣٥٩	متلازمة نفق الرسغ
٣٦١	متلازمة مخرج الصدر
٣٦٣	التهاب الغشاء الزليلي للأوتار المثنية القبيحي
٣٦٥	التهاب الغشاء الزليلي للوتر المثني : الإصبع والإبهام الزنادي

- ٣٦٧ التهاب الغشاء الزليلي في الأوتار المثنية لديكرفان
- ٣٦٩ إصابات الحقن بالضغط العالي
- ٣٧١ تمزق الوتر: في اليد والرسغ
- ٣٧٣ توتر العضلات الداخلية
- ٣٧٥ متلازمة الجوبة: في اليد
- ٣٧٧ تقفع فولكمان الإقفاري
- ٣٧٩ داء كيتبوك
- ٣٨١ انقلاب مثنية الأصابع العميقة (الطويلة)
- ٣٨٣ تشوه عنق البجعة
- ٣٨٥ إصبع المطرقة
- ٣٨٧ إبهام حارس منطقة الصيد
- ٣٨٩ داء دوبيتران
- ٣٩١ الجسم الأجنبي في النسج الرخوة
- ٣٩٣ كسر عنق السنع
- ٣٩٥ كسور الأصابع: السلاميات الدائية والمتوسطة

الداحس Paronychia

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٠٢ ، ٦٨١ .

■ أساسيات التشخيص

- الداحس هو التهاب في ثنية الظفر (الميزابة الممتدة على طول الحدود الكعبرية والزندية للظفر).
- هو أكثر عدوى الأصابع شيوعاً ويحدث غالباً عند الأشخاص الذين يغفرون أيديهم في الماء لمدة طويلة .
- قد تترافق أيضاً مع تجميل الأظافر.
- يمكن أن تكون العدوى حادة أو مزمنة.
- تحدث العدوى الحادة عادة بالمكورات العنقودية المذهبة ؛ تبدأ على شكل التهاب الهلل ثم تتطور إلى خراج عند حواف الظفر.
- تنجم العدوى المزمنة عادة عن فصائل المبيضات *candida species* .

■ التشخيص التفريقي

- داحس رأس الإصبع *felon*.
- كيسة مخاطية.
- الداحس الهريسي *herpetic whitlow*.
- تملن الظفر (فرط ميلانين الظفر) *melanonychia*.

■ المعالجة

- تبدأ معالجة العدوى الحادة بالتقع الدافئ وبالمضادات الحيوية عبر الفم.
- يلجأ للشق والنزح بعد تشكل الخراج.

- قد يكون من الضروري استئصال جزء من الظفر لتخفيف الضغط في الخراج.
- تتضمن معالجة العدوى المزمنة استخدام مضادات الجراثيم والمحافظة على اليد جافة، وقد يحتاج الأمر لاستئصال الظفر.

■ ملحوظة جوهرية

تترافق العدوى المزمنة غالباً مع قضم الأظافر والكرب العاطفي.

المراجع

- Dahdah MJ, Scher RK: Nail diseases related to nail cosmetics. *Dermatol Clin* 2006;24:233. [PMID: 16677969]
- Yates YJ, Concannon MJ: Fungal infections of the perionychium. *Hand Clin* 2002;18:631, vi; discussion 643. [PMID: 12516978]

كسر بينت

Bennet Fracture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١١٥.٠١ .

■ أساسيات التشخيص

- هو كسر مفصلي في قاعدة السنع الأول first metacarpal بحيث تبقى القطعة الراحية الصغيرة متصلة مع العظم المربعي trapezium ويتبدل الإبهام مع السنع الأول في الاتجاه الداني والكعبري.
- يتبدل جسم السنع الأول بقوة العضلات الباسطة للإبهام الخارجية ومبعدة الإبهام الطويلة .

■ التشخيص التفريقي

- الكسر المفصلي على شكل Y أو T (رولاندو Rolando).
- كسر خارج المفصل (معترض أو مائل).
- كسر في المشاش.
- خلع الإبهام.

■ المعالجة

- يمكن رد الكسر الحديث غالبا بالشد والضغط على الجزء الداني من السنع مع كب بسيط ؛ يمكن قبول تزوي في حدود ٣٠ درجة وتبدل أقصاه ٢ مم .
- نظرا لأن التبدل يحدث بسبب شد مبعدة الإبهام الطويلة فإن الكسر يحتاج عادة إلى الرد والتثبيت.
- يثبت الرد بعد ذلك بأسياخ عبر الجلد من جسم السنع إما إلى القطعة المكسورة وإما إلى العظم المربعي.

- ضع جبس لمدة ٤-٦ أسابيع.
- إذا لم تحصل على رد مقبول قم بالرد الجراحي والتثبيت الداخلي وذلك إذا كان التبدل أكبر من ٢مم أو شكلت القطعة الصغيرة أكثر من ٢٥٪ من السطح المفصلي.

■ ملحوظة جوهرية

من الضروري أن يكون الرد كافياً أو قريباً من الوضع التشريحي للمحافظة على

الوظيفة.

المراجع

- Lutz M, et al.: Closed reduction-transarticular Kirschner wire fixation versus open reduction internal fixation in the treatment of Bennett's fracture dislocation. J Hand Surg [Br] 2003;28:142. [PMID: 12631486]
- Sawaizumi T, et al.: Percutaneous leverage pinning in the treatment of Bennett's fracture. J Orthop Sci 2005;10:27. [PMID: 15666119]

إصابات العض

Bite Injuries

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : حيوان ٩٠٦,٥ ؛ فطة ٩٠٦,٣ ؛ كلب ٩٠٦,٠ ؛ إنسان (مصادفة) ٩٢٨,٣ ؛ إنسان (اعتداء) ٩٦٨,٧ ؛ عنكب الخ ٩٨٩,٥ .

■ أساسيات التشخيص

- قد تبدو في أول الأمر غير مؤذية ولكنها قد تزرع في النسيج العميقة كائنات حية مفعوة virulent organism .
 - عضه الكلب: فكر في الباستوريلة القاتلة *Pasteurella multocida* ، المكورات العنقودية المذهبة، العقدية المخضرة *viridans streptococci* ، السخامية *Capanocytophag canimorsus* ، وفي لاهوائيات الفم .
 - عضه القطه: تحدث العدوى في خلال ٢٤ ساعة ؛ وغالبا ما تكون من نوع الباستوريلة القاتلة والأنواع الأخرى الموجودة عند الكلاب .
 - عضه الإنسان: وتحدث غالبا من ارتطام القبضة بالأسنان التي تخترق الجلد، والنسج تحت الجلد والأوتار الباسطة ومحفظه المفاصل السنعية السلامية ؛ فكر في الأكتيلية الأكلة *Eikenella corrodens* والعقدية المخضرة والمجموعة أ من العقديات والمكورات العنقودية المذهبة والجراثيم العصوانية *Bacteroides* والمغزلية *fusobacterium* والشعبيات *actinomycetes* والجراثيم المتوية *spirochetes* .
 - عضه العنكبوت البني المنعزل: تسبب ضياع في كل سماكة الجلد وحمامى تنتشر بسرعة مع محيط شاحب وزرقة .
- التشخيص التفريقي
- عضه .
 - التهاب المفاصل السنعية السلامية الإنتاني .

■ المعالجة

- عضة القطاة أو الكلب: الشق مع النزح، بنسلين V، سفترياكسون ceftriaxone، تتراسكلين.
- عضة الإنسان: الشق مع النزح ± يضع المفصل السنعي السلامي إذا شك بإصابته، ابدأ بالمضادات الحيوية الواسعة الطيف عن طريق الوريد واتبعها بالبنسلين، امبيسلين، أموكسيسيلين - غلافوليبيت clavulanate عن طريق الفم ويستطب الوقاية من الكزاز tetanus.
- عضة العنكبوت البني المنعزل: استئصال مبكر موضعي واسع، قد تنقص المعالجة بالداپسون dapsone والمضادات الحيوية من انتشار العدوى الثانوية والحاجة للجراحة.
- فكر في لقاح الكلب rabies vaccine والغلوبولين المناعي في عضة الحيوانات المعرضة بشدة للكلب (مثل: الخفافيش bats، ذئب البراري coyotes، حيوانات الراكون raccoons).

■ ملحوظة جوهريّة

العضات أقصى الرسغ معرضة بشدة للعدوى الخبيثة لدنو المسافات السطحية والأوتار القابضة، والمفاصل؛ فكن حذرا في الجرح الحميد فوق المفاصل السنعية السلامية.

المراجع

- Rittner AV, et al.: Best evidence topic report. Are antibiotics indicated following human bites? Emerg Med J 2005;22:654. [PMID: 16113192]
 Stefanopoulos PK, Tarantzopoulou AD: Facial bite wounds: management update. Int J Oral Maxillofac Surg 2005;34:464. [PMID: 16053863]

تشوه بوتونيير

Boutonniere Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٢١، ٧٣٦.

■ أساسيات التشخيص

- هو اثناء في المفصل بين السلاميات الداني (PIP) وفرط بسط في المفصل بين السلاميات القاصي (DIP) نتيجة انقطاع الشريط المركزي (من الجهاز الباسط) في السلامية الوسطى (جرح، تمزق مغلق، التهاب الغشاء الزليلي في المفصل بين السلاميات الداني).
- قد تمضي الإصابة الأولية دون أن ينتبه لها؛ لأن الإصبع يبقى يعمل قريبا من الطبيعي لعدة أسابيع حتى يدخل المفصل بين السلاميات الداني بين الشريطين الجانبيين للجهاز الباسط "كدخول الزر في العروة" وهذا يعقل المفصل بين السلاميات الداني بوضعية الثني، مؤديا إلى الترفع.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب المفاصل الرثياني.
- كسور وخلوع السلاميات.
- تمزق الشريط السهمي sagittal band.

■ المعالجة

- علاج التمزق الحديث الناجم عن جرح في الشريط المركزي بالخيطة المباشرة وتثبيت المفصل بسبخ بوضعية البسط لمدة ٣- ٦ أسابيع.
- علاج التمزق الحديث المغلق للشريط المركزي بتثبيت المفصل بين السلامي الداني بجبيرة بوضعية البسط الكامل لمدة ٦ أسابيع.

- المعالجة المتأخرة: التثبيت لمدة طويلة إما بجبيرة كابنر Capener أو جبيرة جوينت جاك Joint Jack splint أو بسلسلة من الجبائر الجبسية. قد يحدث تقفع بوضعية الثني ثابت في المفصل بين السلامي الداني إذا تأخر التشخيص.

■ ملحوظة جوهرية

إن الانخلاع الجزئي للشريطين الجانبيين وعدم وجود ما يعاكس عمل مشية الأصابع العميقة هي القوى الرئيسة المسببة للتشوه.

المراجع

Peterson JJ, Bancroft LW: Injuries of the fingers and thumb in the athlete. Clin Sports Med 2006;25:527. [PMID: 16798141]
 Towfigh H, Gruber P: Surgical treatment of the boutonniere deformity. Oper Orthop Traumatol 2005;17:66. [PMID: 16007379]

الكيسة البشراية Epidermoid Inclusion Cyst

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٢، ٦، ٧٠٦ .

■ أساسيات التشخيص

- تنجم عن تكاثر الخلايا البشراية ضمن مسافة محددة من البشرة.
- تبدو على شكل عقدة تحت الجلد قاسية متحركة لونها كلون اللحم مائلة للاصفرار أو البياض وبأحجام مختلفة ؛ وقد يوجد نقطة مركزية، أحيانا، تربط هذه الكيسة بالبشرة التي فوقها والتي يظهر منها أحيانا مادة لزجة جينية.
- تتظاهر بطرق مختلفة في الأطراف ؛ فعندما تحدث في الأظافر فإنها تسبب تبدلات في الظفر (مثل انفكك الظفر onycholysis وفرط التقرن hyperkeratosis) والتي قد تلتبس مع الصدف psoriasis أو فطار الظفر onychomycosis ؛ قد تمتد كيسات الجزء القاصي من الإصبع إلى السلامية الأخيرة.
- قد تظهر الصورة الشعاعية لكيسات السلاميات الأخيرة آفة حالة للعظم حوافها محددة تماما محاطة بقشرة رقيقة من العظم .

■ التشخيص التفريقي

- الكلاس الجلدي calcinosis cutis.
- الكيسة الجلدية dermoid cyst.
- متلازمة غراندنر Grandner syndrome .
- الورم الشحمي lipoma.
- الدخينات milia.

■ المعالجة

- لا تحتاج الكيسات البشراية اللاعرضية إلى المعالجة .
- تستجيب الكيسات الملتهبة والتي ليست مصابة بالعدوى لحقن ترياميسينلون triamcinolone داخل الآفة .
- في حالة الكيسات التي يعتقد أنها مصابة بالعدوى ينصح بالشق والنزح ثم المعالجة بالمضادات الحيوية الخاصة بالمكورات العنقودية عن طريق الفم .

■ ملحوظة جوهرية

المشكلة الكبرى في معالجة الكيسات البشراية هو عدم الانتباه لوجود خبائث مرافقة. لذا ينصح باستئصال أي كيسة تسلك سلوكا غير عادي (كالنمو السريع)، وكذلك ارسال أي كيسة مستأصلة إلى التحليل الباثولوجي.

المراجع

Lee HE, et al.: Comparison of the surgical outcomes of punch incision and elliptical excision in treating epidermal inclusion cysts: a prospective, randomized study, *Dermatol Surg* 2006;32:520. [PMID: 16681659]

داحس رأس الإصبع Felon

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦٨١.٠١ .

■ أساسيات التشخيص

- داحس رأس الإصبع هو عدوى في مسافة مغلقة في لب رأس الإصبع.
- أكثر الأسباب شيوعاً هي الشظايا الخشبية أو الجروح الصغيرة، ولكن في أكثر من نصف المرضى لا يكون لديهم قصة إصابة، وقد تنتشر العدوى من داحس الظفر.
- تسبب الإصابة البسيطة الأولية التهاباً في الهلال يحصره في البداية الحواجز اللبغية القاسية التي تقسم لب الإصبع إلى حجرات صغيرة.
- يتميز الداحس بألم نابض، توتر، ووذمة في لب رأس الإصبع.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب الهلال.
- الداحس الهريسي .
- داحس الظفر Paronychia.

■ المعالجة

- يمكن بالمعالجة الكافية المبكرة منع تشكل الخراج.
- ينبغي تخفيف الضغط للمحافظة على العود الوريدي حال حدوث التوتر سواء تشكل خراج صريح أم لم يتشكل.
- قم بإجراء شق طولي على الخط المتوسط إذا تأكد وجود العدوى؛ نظراً لأن هذه المنطقة هي الأقل احتمالاً لإصابة الأعصاب أو الدورة الدموية؛ استخدم

الشق على الجانب الزندي في حالة الآفة المنتشرة (باستثناء الإبهام والإصبع

الصغير)، وتأكد من قطع الحجب التي قد تمنع خروج المادة القيحية.

• أعط المضادات الحيوية الفعالة ضد المكورات العنقودية والعقدية .

• ضع الإصبع في جبيرة واجعله مرفوعاً.

■ ملحوظة جوهرية

يشبه الداحس الهرسي كثيراً داحس لب الإصبع وهو لا يستجيب للشق والنزح -

شك في هذه الحالة عند الأشخاص العاملين في الحقل الطبي أو طب الأسنان.

المراجع

Canales FL, et al.: The treatment of felons and paronychias. Hand Clinics 1989;5:515. [PMID: 2681234]

Clark DC: Common acute hand infections. Am Fam Physician 2003;68:2167. [PMID: 14677662]

Connolly B, et al.: Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a finger felon. J Hand Surg [Am] 2000;25:173. [PMID: 10642489]

الكيسات العقدية Ganglion Cyst

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٠٦,٢ .

■ أساسيات التشخيص

- تشكل ٥٠ - ٧٠٪ من كل كتل اليد.
- أكثر ما تشاهد في الرسغ وغمدة مثنيات الأصابع، والمفاصل بين السلامية، والكاحل، والقدم، والركبة.
- من المحتمل أن تتجم من ثقب في المفصل المجاور أو الغشاء الزليلي.
- تتلى بمادة هلامية مخاطية .
- ليست مؤلمة عندما تكبر وأحيانا تكون مؤلمة وهي صغيرة، وقد تكون شفافة.
- إذا كان لدى المريض ألم فينبغي التأكد من مصدره، فالكيسة تشوه واضح عادة ولكن الألم ليس منها وإنما منشؤه أسباب أخرى (مثل إصابات الأربطة والفصال العظمي في الرسغ، الخ) .

■ التشخيص التفريقي

- ورم الخلايا العملاقة في غمدة الوتر Giant cell tumor .
- التهاب الغشاء الزليلي الزغابي العقدي المصطبغ pigmented villonodular synovitis .
- الورم الشحمي .
- الساركوما الزليلية synovial sarcoma .
- الورم الوعائي الكهفي cavernous hemangioma .

■ المعالجة

- يخفف الرشف وحقن الستيروئيد من ٨٠٪ تقريبا من الكيسات العقدية، ولكن توجد نسبة نكس عالية .
- الكيسات العرضية التي لم تستجيب لحقن الستيروئيد يمكن استئصالها مع سويقتها بالكامل.

■ ملحوظة جوهرية

أكثر أماكنها شيوعا هو الوجه الكعبري والظهري للرسغ، حيث قد يؤدي استئصالها إلى إزالة الجزء الظهري من الرباط الزورقي الهلالي *scapholunate ligament*، مما يؤدي إلى الافتراق الزورقي الهلالي علاجي المنشأ.

المراجع

Nahra ME, Bucchieri JS: Ganglion cysts and other tumor related conditions of the hand and wrist. *Hand Clin* 2004;20:249. [PMID: 15275684]

إصابات رأس الإصبع

Fingertip Injuries

التصنيف العالمي للأمراض - ٩: الهرس ٩٢٧.٣، الخلع ٨٣٤.٠٢، البتر ٨٨٦.١، جرح ٨٨٣.٠.

■ أساسيات التشخيص

- مفتاح القصة المرضية: آلية الإصابة، المهنة والهوايات، الزمن الذي مضى على وقت الإصابة، حالة المناعة ضد الكزاز.
- الأنواع المختلفة: الهرس في مقابل الإصابة الحادة، الظفر أو فراش الظفر، إصابة العظم؛ والبتر أو البتر جزئي؛ وقابلية رأس الإصبع للحياة.
- بحث عن وجود أجسام أجنبية (مثل إصابة لون موير lawn mower).
- قد تكون الصورة الشعاعية ضرورية إما لدراسة استقامة كسور السلامة الأخيرة وإما للبحث عن الأجسام الحرة.

■ التشخيص التفريقي

- إصابة فراش الظفر.
- البتر.

■ المعالجة

- الجروح: نظف الجرح واستقصيه (يجرى عادة بتخدير العصب الإصبعي واستخدام العاصبة tourniquet)، خيط الجروح البسيطة.
- أزل الظفر واستقصي الفراش إذا مزقته إصابات رأس الإصبع، خُطْ فراش الإصبع بخيوط رفيعة قابلة للامتصاص (مثل كروميك ٦-١٠).

- الورم الدموي تحت الظفر: خفف الضغط في الورم الدموي الحديث المؤلم بواسطة إبرة بقطر ١٨.
- بتر نهاية الإصبع: الهدف هو الحصول على أقل درجة من المضض مع إحساس كافي ومظهر مقبول؛ الطول مهم ولكن ليس على حساب الوظيفة، ويمكن معالجة معظم الحالات الحديثة بالإنضار واستئصال العظم المكشوف والضماد.
- استخدمت عدة طرق في إصابات البتر وتشتمل على إعادة البتر البسيط، والطعم الجلدي بسماكة جزئية أو كاملة، أو سديلة محلية، أو سديلة مع جزر عصبية وعائية.
- ملحوظة جوهرية

إذا لم تعالج جروح فراش الظفر ستؤدي إلى تشوه الظفر.

المراجع

- Chang J, et al.: Fingertip injuries. Clin Occup Environ Med 2006;5:413. [PMID: 16647658]
- Datiashvili RO, et al.: Solutions to challenging digital replantations. Clin Plast Surg 2007;34:167. [PMID: 17418668]
- Evans D, Bernadis C: A new classification for fingertip injuries. J Hand Surg [Br] 2000;25:58. [PMID: 9043584]
- Lee LP, et al.: A simple and efficient treatment for fingertip injuries. J Hand Surg [Br] 1995;20:63. [PMID: 10763726]

اعتلال العصب الزندي

Ulnar Neuropathy

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣٥٤,٢ .

■ أساسيات التشخيص

- يتعرض العصب للضغط في عدة أماكن ؛ أكثرها شيوعاً نفق المرفق cubital tunnel (وأماكن أخرى قرب المرفق) ، قناة غويون Guyon canal (في الرسغ).
- يتناقص الإحساس في أماكن توزع العصب الزندي ، علامة تينل Tinel موجودة في مكان الانضغاط ، ويحدث ضمور عضلي في الحالات الشديدة.
- ضعف في العضلات الداخلية لليد المعصبة بالعصب الزندي (علامة فرومنت) Froment sign ، تسبب الآفات في المناطق التشريحية الدائية ضعفاً في مثنية الأصابع الطويلة الخاصة بالخنصر وإصبع الخاتم.
- يساعد كلا من تخطيط كهربية العضلات EMG و دراسة التوصيل العصبي NCS في التشخيص وتحديد مكان الانضغاط .

■ التشخيص التفريقي

- انضغاط العصب الزندي قرب المرفق.
- انضغاط العصب الزندي في قناة غويون.
- اعتلال الجذور الرقبية.
- عقدة ضاغطة على العصب.
- كسر خطاف العظم الكلابي hook of hamate .
- التهاب الغشاء الزليلي.
- التهاب اللقيمة الإنسية (يمكن أن تحدث مترافقة مع متلازمة نفق المرفق).

■ المعالجة

- تتطلب المعالجة المحافظة للانضغاط في المرفق حماية العصب من الشد والضغط باستخدام إما وسادة للمرفق أو جبيرة بوضعية الثني ٤٥ درجة، تلبس بشكل مستمر أو أثناء النوم؛ وكذلك إذا كان الضغط في الرسغ تستخدم جبيرة الرسغ.
- إذا فشلت المعالجة المحافظة فإن المقاربات الجراحية تتضمن استئصال اللقيمة الإنسية، نقل العصب تحت العضلات أو تحت الجلد أو تفكيك العصب من الخارج external neurolysis؛ تحرير قناة غويون أو تفكيك العصب هي المعالجة المحتملة للانضغاط القاصي.

■ ملحوظة جوهرية

يتظاهر الانضغاط في الرسغ بنقص الحس في الإصبع والنصف الزنديين فقط؛ وذلك لأن الفرع الحسي للضرة *hypothenar* يتفرع عن العصب الزندي أدنى من الرسغ.

المراجع

- Biggs M, Curtis JA: Randomized, prospective study comparing ulnar neurolysis in situ with submuscular transposition. *Neurosurgery* 2006;58:296; discussion 296. [PMID: 16462483]
- Corwin HM: Compression neuropathies of the upper extremity. *Clin Occup Environ Med* 2006;5:333. [PMID: 16647652]

متلازمة العصب بين العظام الأمامي Anterior Interosseous Nerve Syndrome

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣٥٤.١ .

■ أساسيات التشخيص

- العصب بين العظام الأمامي هو فرع من العصب الناصف .
- تنجم متلازمة العصب بين العظام الأمامي من انضغاط العصب بالرأس العميق للعضلة المدورة الكابة pronator teres ، منشأ مشية الأصابع السطحية والراحية العميقة Palmaris profundus ، مشية الرسغ الكعبية flexor carpi radialis أو بعضلة كانزر Ganzer muscle (الرأس الإضافي لمثنية الإبهام الطويلة Flexor pollicis longus).
- يشكو المريض من عدم قدرته على ثني المفصل بين السلاميات في الإبهام وكذلك المفصل بين السلاميات القاصي في السبابة (يعصب العصب بين العظام الأمامي الثلثين الكعبريين لمثنية الأصابع العميقة، ومثنية الإبهام الطويلة والعضلة المربعة الكابة pronator quadratus).
- الألم والخدر ليسا من سمات هذه المتلازمة عادة (كما هو الحال في متلازمة الكابة pronator syndrome).

• قد يفيد التصوير الرنين المغناطيسي في تحديد مكان الانضغاط.

■ التشخيص التفريقي

- تمزق الوتر .
- متلازمة برسونيج - ترنر Parsonage - Turner (التهاب الأعصاب العضدية الفيروسي brachial neuritis) في الحالات التي تصيب الطرفين.

- اعتلال الجذور الرقبية.
- اعتلال الأعصاب المحيطية.
- قد ينجم الضغط بشكل نادر عن وجود كتلة (كالورم الشحمي أو الساركومة).
- المعالجة
 - استئصال العصب وإزالة البنى الضاغطة عندما لا تظهر المراقبة حدوث تحسن (يكون ناجحاً إذا أُجري خلال ٣-٦ أشهر من بداية الأعراض).
 - ملحوظة جوهرية
- يشكو المريض عادة من ضعف فقط بينما في متلازمة الكابة من الشائع حدوث ألم

وخدر.

المراجع

Kim S et al.: Role of magnetic resonance imaging in entrapment and compressive neuropathy—what, where and how to see the peripheral nerves on the musculoskeletal magnetic resonance image: part 2. Upper extremity. Eur Radiol 2006;17:509. [PMID: 16572333]

متلازمة العصب بين العظام الخلفي Posterior Interosseous Nerve Syndrome

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣٥٤.٣ .

■ أساسيات التشخيص

- العصب بين العظام الخلفي هو فرع من العصب الكعبري radial nerve .
- تنجم متلازمة العصب بين العظام الخلفي من انضغاط العصب بالرأس السطحي للعضلة الاستلقائية supinator عند قوس فروسي arcade of frohse أو في الاستلقائية نفسها.
- يكون لدى المريض مضمض فوق العصب بين العظام الخلفي، ٣-٦ سم أقصى اللقيمة الوحشية (التهاب اللقيمة الوحشية lateral epicondylitis).
- لا يستطيع المريض بسط كل أصابعه، كما يوجد ضعف في بسط الرسغ لاحتمال إصابة باسطة الرسغ الزندية.
- الحذر ليس من مميزات هذه المتلازمة ؛ لأنها متلازمة عصب حركي صرف.
- يمكن أن يساعد تخطيط كهربية العضلات EMG وتخطيط التوصيل العصبي NCG في تأكيد التشخيص.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب اللقيمة الوحشية.
- تمزق الوتر.
- بسبب طبي عند معالجة كسر في القسم الداني من الكعبرة.
- عقدة ، ورم شحمي.
- اعتلال الجذور الرقية.

• اعتلال الأعصاب المحيطة .

■ المعالجة

استقصاء العصب وإزالة البنى الضاغطة عندما لا تظهر المراقبة حدود تحسن.

■ ملحوظة جوهرية

قد يكون الرنين المغناطيسي مفيدا في كشف كتلة في منطقة العصب في المرفق.

المراجع

Arle JE, Zager EL: Surgical treatment of common entrapment neuropathies in the upper limbs. *Muscle Nerve* 2000;23:1160. [PMID: 10918251]

Henry, M, Stutz C: A unified approach to radial tunnel syndrome and lateral tendinosis. *Tech Hand Up Extrem Surg* 2006;10:200. [PMID: 17159475]

متلازمة نفق الرسغ Carpal Tunnel Syndrome

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٣٥٤,٣ .

■ أساسيات التشخيص

- هي انضغاط العصب الناصف في نفق الرسغ (مسافة في الوجه الراحي للرسغ يحدها الزورقي وشبه المنحرف والكبير وخطاف العظم الكلابي والحمصي والرباط الرسغي المعترض).
- غالباً ما تكون مجهولة السبب، ولكنها تترافق مع الحمل، قصور الغدة الدرقية، السكري، الداء النشواني amyloidosis، ظاهرة فرط الاستعمال، الرض، والأورام في نفق الرسغ.
- خدر بحسب توزع العصب الناصف، وألم يوقظ المريض من النوم، كما أن النشاط الذي يتطلب ثني الرسغ غير مريح ويحرض على ظهور الأعراض.
- قد تشاهد علامة تينل، اختبار فالن phalen بثني الرسغ (يعد سلبياً بعد دقيقة واحدة)، ضعف المقابلة opposition وضمور الرانفة thenar muscle.
- أكثر الاختبارات حساسية هو ضغط النفق (ضغط مباشر فوق نفق الرسغ لمدة ٦٠ ثانية) فحص الإحساس مفيد جداً.
- اطلب صوراً شعاعية تتضمن منظراً لنفق الرسغ لنفي الأسباب العظمية لمتلازمة نفق الرسغ.
- يمكن لتخطيط كهربية العضلات / ودراسة التوصيل العصبي أن يفيد في تفريق متلازمة نفق الرسغ عن الأشياء الأخرى إلا أن الموجودات قد تكون طبيعية في المراحل المبكرة.
- ضمور عضلات الرانفة يعد علامة على تقدم المرض.

■ التشخيص التفريقي

- اعتلال الجذور الرقبية .
- اعتلال الأعصاب المحيطية.
- متلازمة انضغاط العصب الناصف في جزئه الداني.

■ المعالجة

- ابدأ بوضع جبيرة بوضعية البسط الخفيف والبحث عن الأسباب الأخرى المحددة غير المجهولة السبب ؛ يمكن أن تخفف الأعراض لفترة من الزمن بحقن الستيروئيد في نفق الرسغ.
- تستطب المعالجة الجراحية عند فشل المعالجة المحافظة، يقطع الرباط الرسغي المعترض إما بالفتح الجراحي وإما بالجراحة التنظيرية، تنجح الجراحة بمعدل مرتفع.

■ ملحوظة جوهرية

افحص الحس على جانبي إصبع الخاتم، يعصب العصب الزندي الجانب الزندي، والعصب الناصف الجانب الكعبري. يستطيع المرضى غالباً معرفة الفرق.

المراجع

van den Bekerom MP, et al.: Outcome of open versus endoscopic approach for the surgical treatment of carpal tunnel syndrome. Acta Orthop Belg 2006;72:288. [PMID: 16889140]

Wilder-Smith EP, et al.: Diagnosing carpal tunnel syndrome—clinical criteria and ancillary tests. Nat Clin Pract Neurol 2006;2:366. [PMID: 16932587]

متلازمة مخرج الصدر Thoracic Outlet Syndrome

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٤,٠٤ .

■ أساسيات التشخيص

- الحدود العظمية هي الترقوة والضلع الأولي والضلع الرقبة cervical rib.
- يتشكل المخرج من الأخمعية الأمامية scalene anterior (في الأمام) والأخمعية المتوسطة (في الخلف) والضلع الرقبة (في الأسفل).
- الأسباب: كسر الترقوة والتضخم، رضوض بسيطة تسبب تليف بين الأخمعيات، الحثار تحت الترقوي (وذمة، زرقة).
- انضغاط الضفيرة العضدية أو الشريان أو الوريد تحت الترقوة.
- أكثر شيوعاً عند النساء حيث تبدأ الأعراض عادة ما بين سن ٢٠-٥٠ سنة.
- يصاب عادة الجذر الرقبي الثامن C8 والصدرى الأول T1، ألم وخدر ينتشران إلى إنسي الذراع، أعراض مبهمة بحسب توزع العصب الزندي تزداد بوضعية الرفع فوق الرأس والتبعيد.
- اختبار أديسون: إمالة الرأس إلى الجانب المصاب سيؤدي إلى غياب النبض.
- اختبار رايت Wright test: يوضع المنكب بوضعية التبعيد والدوران الخارجي والمرفق مثني لمدة ثلاث دقائق مع فتح وإغلاق اليد بشكل سريع سيؤدي ذلك إلى غياب النبض.
- صورة صدر، صورة للمنكب، تخطيط كهربية العضلات / دراسة التوصيل العصبي، دراسات دوبلر.

■ التشخيص التفريقي

- اعتلال الجذور C8 و T1.
- متلازمة نفق المرفق، اعتلال العصب الزندي.
- أمراض النسيج الضام connective tissue أو عدوى.
- عدم ثبات الكم المدور.
- التهاب أعصاب الضفيرة العضدية.
- أورام بانكوست Pancoast tumors.
- ذبحة angina.
- متلازمة الألم المنطقي Regional pain syndrome.

■ المعالجة

- يتحسن ٧٥٪ من المرضى بالمعالجة المحافظة : تقوية عضلات المنكب (أعلى وأسفل شبه المنحرفة trapezius، العضلات الناصبة للعمود الفقري، المستنة الأمامية serratus anterior) وتصحيح الوضعية السيئة.
- استئصال الضلع الأولى مع أو بدون بضع الأخمعيات إما بالفتح أمام و أعلى الترقوة وإما بالمقاربة عبر الإبط.

■ ملحوظة جوهرية

تشاهد الضلع الرقبية في ١٪ من الناس.

المراجع

Huang JH, Zager EL: Thoracic outlet syndrome. Neurosurgery 2004;55:897; discussion 902. [PMID: 15458598]

التهاب الغشاء الزليلي للأوتار المثنية القيحي Flexor Suppurative Tenosynovitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : التهاب الغشاء الزليلي الوتري في اليد ٧٢٧.٠٥ ، عدوى جرثومية ٠٤١ .

■ أساسيات التشخيص

- قد يأتي المريض المصاب بالتهاب الغشاء الزليلي المعدى للوتر القابض في أي وقت بعد الإصابة بجرح ثاقب أو متهتك ، خاصة في منطقة تفضن الأصابع حيث تكون الحشوة قليلة ؛ لا يتذكر المرضى دائما إصابتهم بجرح ثاقب.
- يشتكي المرضى من ألم ، واحمرار ، وحرارة ، وألم بالحركة.
- يظهر الفحص السريري علامة كانفال Kanaval sign في عدوى غمد الوتر المثني (يبقى الإصبع بوضعية الثني الخفيف ، تورم مغزلي ، مضمض على طول غمد الوتر المثني ، ألم بالبسط المنفعل للإصبع) .
- اطلب الصور الشعاعية المتعارف عليها أمامية - خلفية و جانبية لنفي إصابة العظم أو وجود جسم غريب.

■ التشخيص التفريقي

- التهاب الغشاء الزليلي للوتر المثني الالتهابي (غير القيحي).
- الداحس الهريسي.
- الداء المفصلي القيحي Pyarthrosis .
- النقرس.
- التهاب الإصبع Dactylitis.
- كسر السلامة.

■ المعالجة

- إذا حضر المريض مبكرا (في خلال ٢٤ ساعة) باشتباه وجود عدوى في الغشاء الزليلي للوتر المثني نبدأ المعالجة الدوائية بمضادات حيوية عن طريق الوريد (المعروفة بحساسيتها للمكورات العقدية والعنقودية).
- إذا لم تكن متأكدين من التشخيص نرشف سائلا من الغمد الوتري ونفحصه عينا ونرسله للفحص المخبري بصبغة غرام، وعدد الخلايا، والزرع.
- نضع جبيرة والمفاصل بين السلامية مبسوطة و المفصل السنعي السلامي مشني، ترفع اليد منذ البداية إلى أن يتم السيطرة على العدوى.
- يعتمد استئطاب النزح الجراحي على القصة المرضية والموجودات في الفحص السريري التي تتناسب مع التهاب الغشاء الزليلي للوتر المثني الحاد أو المزمن؛ التدخل الجراحي المبكر له ما يبرره عند المرضى المصابين باضطراب المناعة أو الداء السكري، فإذا كانت المعالجة بالأدوية فقط فيجب مراقبة المريض في المستشفى لمدة ٤٨ ساعة على الأقل، فإن لم يحدث تحسن واضح في خلال ١٢ - ٢٤ فمن الضروري إجراء النزح الجراحي .

■ ملحوظة جوهرية

يشير حدوث الألم بالبسط المتفعل للإصبع أو للأصابع الشبهه بشدة بوجود التهاب في الغشاء الزليلي للوتر المثني.

المراجع

Small LN, Ross JJ: Suppurative tenosynovitis and septic bursitis. Infect Dis Clin North Am 2005;19:991. [PMID: 16297744]

التهاب الغشاء الزليلي للوتر المشئي: الإصبع والإبهام الزنادي

Flexor tenosynovitis: Trigger Finger & Thumb

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٠٣ ، ٧٢٧ .

■ أساسيات التشخيص

- الشكل الولادي: طفل بإبهام مشئي منذ الولادة.
- الشكل الكهلي: وجود عقدة على الوتر المشئي للأصابع والإبهام ناجمة عن المرض.
- ألم في مكان الانعقال (الحافة الدانية للبكرة A1 على مستوى المفصل السنعي السلامي [١]).
- عقدة مجسوسة على الوتر.
- الشعور بالانعقال أو الطقة بالثني والبسط.
- يشعر المريض بالطقة والألم في الإصبع في مكان أقصى من موقع البكرة A1.

■ التشخيص التفريقي

- داء دوبيتران.
- تمزق الوتر.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- داء المفاصل التنكسي في مفاصل الإصبع.

■ المعالجة

- يفيد كثيرا حقن الستيروئيد في غمد الوتر .
- إن التحرير الجراحي للبكرة عملية بسيطة وتستطب بشكل خاص عند المرضى السكريين حيث تكون المعالجة المحافظة أقل فاعلية .

- معدل نجاح التحرير عبر الجلد percutaneous مع حقن الستيروئيد أكبر بمرتين من حقن الستيروئيد فقط في الإبهام.

■ ملحوظة جوهرية

نسبة الشفاء بحقن الستيروئيد تصل إلى ٦٤٪ في المصابين بالإصبع الزنادية الأولي .

المراجع

- Mancierit J, et al.: Trigger thumb: results of a prospective randomised study of percutaneous release with steroid injection versus steroid injection alone. *J Hand Surg [Br]* 2003;28:586. [PMID: 14599834]
- Ryzewicz M, Wolf JM: Trigger digits: principles, management, and complications. *J Hand Surg [Am]* 2006;31:135. [PMID: 16443118]

التهاب الغشاء الزليلي في الأوتار المثنية لديكرفان

De Quervan Flexor Tenosynovitis

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٧.٠

■ أساسيات التشخيص

- يمكن أن يحدث التهاب الغشاء الزليلي في أي وتر سواء الباسطة أو المثنية على امتداد طولها؛ يحدث التهاب الغشاء الزليلي بحسب ديك يرفان على التواء الإبري الكعبري ويصيب مبعده الإبهام الطويلة *abductor pollicis longus* وباسطة الإبهام القصيرة *extensor pollicis brevis*.
- يحدث الالتهاب تحت قيد الحجرة الباسطة الأولى.
- يشكو المريض من ألم على الجانب الكعبري من الرسغ مع الحركة التي تبعد الأبهام أو التي تحرف الرسغ في الاتجاه الزندي.
- اختبار فينكلشتاين *Finkelstein test*: ضع الأبهام في راحة اليد محاطا بالأصابع، حرك الرسغ فجأة في الاتجاه الزندي؛ يؤدي الاختبار الإيجابي إلى ألم في الجانب الكعبري من الرسغ.

■ التشخيص التفريقي

- داء ديكرفان في الحمل.
- كسر العظم الزورقي.
- تمزق الوتر.
- التهاب المفاصل الرثياني.

■ المعالجة

- وضع الجبائر لا يشفي الحالة وإنما يخفف من الأعراض.

- ينجح حقن الستيرويد في الحجرة الباسطة الأولى في معظم المرضى ولكن قسما منهم قد يصل إلى ٢٥٪ يحتاجون إلى حقنة ثانية لتحسن أعراضهم ربما لأن كل وتر من الوترين موجود في حجرة منفصلة ولن المبعدة لها عدد مختلف من الأوتار الإضافية المتفرعة عنها.
- يستطب التحريز الجراحي للقيود عند المرضى الذين لم يستجيبوا للمعالجة المحافظة.

■ ملحوظة جوهرية

قد يترافق ديكرفان مع عقدة عرضية أو مع قفز *triggering* في أوتار الحجرة أو بكليهما.

المراجع

- Avci S, et al.: Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. J Hand Surg [Am] 2002;27:322. [PMID: 11901392]
- Sarikcioglu L, Yildirim FB: Bilateral abductor pollicis longus muscle variation. Case report and review of the literature. Morphologie 2004;88:160. [PMID: 15641655]

إصابات الحقن بالضغط العالي High - Pressure Injection Injury

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٩١٩,٩ .

■ أساسيات التشخيص

- تستطيع الضغوط العالية الناجمة عن أدوات الحقن أن تخترق الجلد من على بعد، وليس من الضروري أن تكون اليد على تماس مع الجهاز لكي تحدث الإصابة.
- الإصابة النموذجية تكون في السبابة التي تستخدم لتنظيف رأس بندقية الحقن ؛ تتبع المادة المحقونة الأوتار المشية إلى راحة اليد.
- تسبب الإصابة ببندقية الشحم تليفا في النسيج الرخوة.
- تعد الإصابة بالطلاء و بتينر الطلاء إصابة شديدة يمكنها أن تسبب نخر في النسيج الرخوة وتترافق مع ارتفاع في معدل البتر.
- في المراحل المبكرة تكون الأعراض خفيفة وجرح الدخول بسيط أو قد يكون جرح الدخول غير مرئي.
- تتضمن الأعراض المتأخرة الألم، والتورم، وشحوب الأصابع؛ بسبب التأذي الوعائي وتخر النسيج.

■ التشخيص التفريقي

- حقن الدواء المحرم.
- متلازمة الجوبة.
- داء الإقفار .

■ المعالجة

- تعطى مضادات حيوية واسعة الطيف بالوريد، مع وضع جبيرة ورفع اليد والمسكنات.
- يحتاج الأمر إلى تخفيف الضغط والانضار الشامل بشكل إسعافي لتنظيف النسيج من المادة المحقونة.
- يحتاج المريض غالباً إلى الإرواء irrigation والإنضار عدة مرات.
- يلجأ بعض الأطباء إلى ترك الجروح مفتوحة ويتركها تغلق بالمقصد الثانوي secondary intention.

■ ملحوظة جوهرية

إن نوع، وكمية، وسرعة المادة المحقونة تعد عوامل مهمة شأنها شأن المكان التشريحي وذلك بالنسبة للإنذار. وأكثرها أهمية هو نوع المادة المحقونة.

المراجع

Gonzalez R, Kasdan ML: High pressure injection injuries of the hand. Clin Occup Environ Med 2006;5:407. [PMID: 16647657]

تمزق الوتر: في اليد والرسغ Tendon Laceration: Hand & Wrist

التصنيف العالمي للأورام - ٩ : الإصبع ٢، ١١٣، اليد ٢، ١١٢.

■ أساسيات التشخيص

- تصيب تمزقات الأوتار في اليد والرسغ عادة الأوتار المثنية و الباسطة؛ تمزق الأوتار المثنية أكثر شيوعا.
- تؤدي إلى فقدان البسط أو الثني؛ تشير الوضعية المميزة التي تأخذها الأصابع إلى وجود تمزق في الأوتار.
- يجب فحص كل وتر على حده وكل عصب يشك بإصابته، افحص الوظيفة الحسية قبل إجراء التخدير الموضعي.
- يستطب التصوير الشعاعي لنفي وجود جسم أجنبي أو كسر.

■ التشخيص التفريقي

- كسر في اليد أو الرسغ.
- شلل في القسم الداني من العصب أدى إلى فقدان الوظيفة في أقصى الطرف.
- تمزق الوتر.

■ المعالجة

- يمكن خياطة الأوتار الباسطة غالبا في قسم الطوارئ ما لم تكن متعددة أو على مستوى الرسغ، من الممكن أيضا خياطتها بشكل متأخر، ويجب الثبيت والرسغ بوضعية البسط والمفاصل السنية السلامة مثنية.
- تدبير تمزق الأوتار المثنية أكثر صعوبة، وتعتمد المعالجة على مكان التمزق، قد يتمزق كل من الوتر المثني السطحي والعميق، وقد يصاب العصب

(الإصبعي، الزندي، المتوسط)، الشريان (الكعبري، الزندي، أو كلاهما) أو مثنيات الرسغ، تتطلب مثل هذه الحالات خياطة في غرفة العمليات مع استخدام العاصبة للحصول على أفضل النتائج.

- مكان التمزق في الأوتار المثنية مهم: تقع المنطقة ١ من سطح الشني أقصى ارتكاز وتر السطحية (متتصف السلامة الوسطى)؛ المنطقة ٢ من المنطقة ١ إلى مستوى رؤوس الأسناع (أقصى المثنية الراحية)؛ المنطقة ٣ من المنطقة ٢ إلى الرباط الرسغي؛ المنطقة ٤ هي القناة الرسغية؛ المنطقة ٥ أدنى المنطقة ٤.
- إصابات المنطقة ٢ هي الأكثر صعوبة (وتعرف " بالمنطقة التي لا يبطأها أحد no man land "؛ نظرا لأن النتائج في الماضي كانت سيئة) ومع تحسن الطرق الجراحية تحسنت النتائج.

■ ملحوظة جوهرية

التحريك المبكر هو مفتاح النتائج الجيدة في إصابات الأوتار المثنية. وهو أقل أهمية في

الأوتار الباسطة.

المراجع

- Hung LK, et al.: Active mobilization after flexor tendon repair: comparison of results following injuries in zone 2 and other zones. J Orthop Surg (Hong Kong) 2005;13:158. [PMID: 2324453]
- Mowlavi A, et al.: Dynamic versus static splinting of simple zone V and zone VI extensor tendon repairs: a prospective, randomized, controlled study. Plast Reconstr Surg 2005;115:482. [PMID: 15692354]

توتر العضلات الداخلية Intrinsic Muscle Tightness

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧١٩,٥٤ .

■ أساسيات التشخيص

- يقع منشأ العضلات الداخلية وارتكازها ضمن اليد؛ وهي تتألف من العضلات الرافعة thenar والضرة hypothenar ومقربة الإبهام، والعضلات بين العظام interossi والخراطينيات lumbricals.
- تعمل العضلات بين العظام والخراطينيات على ثني المفاصل السنية السلامية وبسط المفاصل بين السلاميات في الأصابع.
- إذا كان التقفع خفيفا فيمكن بسط المفاصل السنية السلامية بالكامل بشكل متفعل، ولكن إذا بقيت مبسوطة فلا يمكن ثني المفاصل بين السلامية الدانية (إيجابية اختبار توتر العضلات الداخلية).
- يؤدي تقفع العضلات الداخلية الكامل إلى مصطلح " اليد ذات العضلات الداخلية الزائدة Intrinsic Plus Hand".

■ التشخيص التفريقي

- التليف بعد الرض أو العدوى.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- متلازمة ما بعد شلل الأطفال.
- اليد بعد متلازمة الجوبة.
- إصابة اليد المغلقة.
- إصابة العصب المتأخرة.

■ المعالجة

- التحرير لتطويل العضلات الداخلية إما على مستوى العضلات وإما على مستوى الأشرطة الوحشية. يلجأ لاختبار توتر العضلات الداخلية أثناء العمل الجراحي لمعرفة مدى كفاية التحرير.

■ ملحوظة جوهرية

لفحص توتر العضلات الداخلية في اليد الرثوية ينبغي على الفاحص التأكد من أن المفاصل السنية السليمة غير مخلوعة وإلا فإن العضلات الداخلية ستبدي ارتخاء كاذباً.

المراجع

Lee FS, Gellman H: Reconstruction of intrinsic hand deformities. Hand Clin 1998;14:499. [PMID: 9742428]

متلازمة الجوبة: في اليد Compartment Syndrome: Hand

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ضمور سودك ٧٣٣,٧ ، إقفار العضلات ٧٢٨,٨٩ .

■ أساسيات التشخيص

- يمكن أن تتأذى العضلات الداخلية في اليد بالضغط مسببة تقفع فينوشيتو الإقفاري *Finochietto ischemic contracture*.
- تنجم متلازمة الجوبة عن زيادة الضغط في مسافة تشريحية مغلقة الذي يعيق تدفق الدم الشعيري *capillary perfusion* الضروري لحياة *viability* العضلات الداخلية.
- تشخص أكثر من اللازم؛ نظرا لأن عرضي الألم والتورم يحدثان أيضا بعد الرض .
- ينجم ارتفاع الضغط في الجوبات عن التورم والنزف في كسور الأسناع، وإصابات الهرس، وإصابات الدوران، والناسور *fistula* الشرياني الوريدي وكذلك الانضغاط بالجبس أو الضماد أو بسبب طبي ناجم عن زيادة الضغط عند الخياطة الجراحية للصفاق.
- العلامات السريرية (الخمسة P): الألم الزائد بالجبس أو بتحريك العضلات المنفعل، الخدر *Paresthesias*، الشحوب *Pallor*، وفي المراحل المتأخرة غياب النبض *Pulselessness* والشلل *Paralysis*.
- من الضروري في المرضى المخدرين (فاقدى الإحساس) قياس ضغوط الجوبات بمقياس الضغط إذا بدت الجوبات متوترة أو ممتلئة؛ أدخل جهاز القياس في منتصف العضلات أو النسيج المضغوطة.

■ التشخيص التفريقي

- إصابات الهرس -
- كسور الأستاع.
- إصابات القص.

■ المعالجة

- أزل الجبس والضماد المحيط به، قسم ضغط الجوبة، ضع جبيرة أو ثبت الكسور.
- قم بوضع اللفافة fasciotomy (تحرير جراحي للصفاق الضاغط) لتخفيف الضغط في النسج الرخوة عندما يكون ضغط الجوبة عند المريض أعلى بـ ٤٠ مم زئبقي من ضغط الدم الانبساطي، وفي كل المرضى المخدرين أو إذا شك بحدوث متلازمة الحجرة بغض النظر عن نتائج قياس الضغط.
- تأخير المعالجة يؤدي إلى تشوه اليد ذات العضلات الداخلية الإيجابية .

■ ملحوظة جوهرية

قد يسبب إعطاء السوائل بالوريد خاصة المواد المستخدمة في التصوير متلازمة الجوبة عندما تتسرب السوائل من الأوعية extravasation .

المراجع

- Ortiz JA, Jr., Berger RA: Compartment syndrome of the hand and wrist. Hand Clin 1998;14:405. [PMID: 9742420]
- Ouellette EA: Compartment syndromes in obtunded patients. Hand Clin 1998;14:431. [PMID: 9742422]

تقفع فولكمان الإقفاري Volkman Ischemic Contracture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦ : ٩٥٨ .

■ أساسيات التشخيص

- هو من النتائج المتأخرة لمتلازمة الجوبة الحادة في الساعد.
- ينجم عن الموت الإقفاري في النسيج العضلية تليف وأحيانا تخريب عصبي، يتقلص النسيج الليفي مع الوقت مسببا قصر في الأوتار المرتبطة به.
- يتراوح التخريب من خفيف، يبدو على شكل توتر عضلي بسيط بالفحص السريري، إلى موت كامل للعضلات وفقد لوظيفة العضلات المصابة .
- إذا أصيب الجانب الراحي من الساعد، تصبح مثنبة الأصابع متوترة ولا يمكن بسطها بشكل منفعل، وإذا أصيب الجانب الراحي والظهري معا يحدث التمخبل .
- يشاهد غالبا انثناء في المرفق، كب في الساعد، انثناء في الرسغ انثناء في الإبهام، بسط في المفاصل السنية السلامية للأصابع وانثناء في المفاصل بين السلامية .

■ التشخيص الفريقي

- إصابة عصبية في العصب الناصف والزندى.

■ المعالجة

- أفضل معالجة هي الوقاية بتخفيف الضغط في متلازمة الجوبة الحادة قبل أن يحدث تموت في العضلات .

- إذا بقي جزء من الوظيفة سليماً يمكن إجراء التمثيط بالعلاج التأهيلي وتطوير الوتر لجعل الحركة الفاعلة في أفضل وضعية.
 - ومن خيارات المعالجة الأخرى هو تحرير الأعصاب ونقل الأوتار.
 - ملحوظة جوهرية
- إن تحرير متلازمة الجوبة بعد موت العضلات سيعرض العضلات الميتة لخطر العدوى.

المراجع

- Botte MJ, et al.: Volkmann's ischemic contracture of the upper extremity. *Hand Clin* 1998;14:483. [PMID: 9742427]
- Stevanovich M, Sharpe F: Management of established Volkmann's contracture of the forearm in children. *Hand Clin* 2006;22:99. [PMID: 16504782]

داء كينبوك

Kinenbok Disease

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٣,٤٩

■ أساسيات التشخيص

- ينجم عن نخر إقفاري في العظم الهلالي Lunate في الرسغ .
- أكثر شيوعا في المرضى الذين لديهم قصر غير طبيعي في عظمة الزند (في الرسغ)، ويشاهد غالبا ما بين ١٥-٤٠ سنة من العمر و في جهة واحدة عادة .
- يشكو المريض من ألم في الرسغ ينتشر إلى الساعد، و يبوسة في الرسغ، مع تورم ومضض فوق الهلالي ونقص في قوة القبضة.
- تظهر الصور الشعاعية تصلب في الهلالي ونقص مترقي في الارتفاع مع تقدم المرض.
- في المراحل المبكرة، يظهر التصوير بالرنين المغناطيسي نقص في التروية.

■ التشخيص التفريقي

- كسر في عظام الرسغ.
- عدم ثبات في الرسغ.
- ألم في المفصل الكعبري الزندي القاصي (متلازمة الانحشار الزندي الكعبري).
- تمزق المركب الليفي الغضروفي المثلثي.

■ المعالجة

- قد يخفف وضع جبيرة من الألم ولكنه لا يغير من مجريات تطور المرض.
- يمكن تقصير الكعبرة جراحيا واستئصال الصف الداني من عظام الرسغ أو إثاق الرسغ؛ وذلك بحسب شدة المرض.

- لقد استخدمت طرق التطعيم العظمي الوعائي بشيء من النجاح ولكنها تحتاج إلى تقنية عالية.
 - ملحوظة جوهرية
- يمكن استخدام المنظار لتقويم مدى التخریب الحاصل في الهلالی و سطوحه المفصليّة.

المراجع

Bain GI, Begg M: Arthroscopic assessment and classification of Kienbock's disease. Tech Hand Up Extrem Surg 2006;10:8. [PMID: 16628114]

انقلاع مثنية الأصابع العميقة (الطويلة) Profundus (Flexor Digitorum longus) Avulsion

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١٣، ١٤٢.

■ أساسيات التشخيص

- إصابات الوتر المثني أقصى ارتكاز وتر مثنية الأصابع السطحية هي غالبا إصابات مغلقة (ويمكن أن لا ينتبه لها)، وقد تحدث نتيجة جرح أو هرس.
- يحدث انقلاع العميقة في الممارسات الرياضية؛ نتيجة لسيط إجباري للمفصل بين السلاميات القاصي المثني وتسمى أيضا إصبع قميص الرغبي *rugger jersey*.
- أكثر الأصابع إصابة هو إصبع الخاتم.
- يظهر الفحص عدم القدرة على ثني المفصل بين السلاميات القاصي ويجس أحيانا كتلة في الوجه الراجي.
- قد تنجذب السلامية القاصية في الاتجاه الراجي.
- نحتاج للصورة الشعاعية لمعرفة إن كان هناك انقلاع عظمي.

■ التشخيص التفريقي

- كسر السلامية القاصية.
- تشوه الفصال العظمي .

■ المعالجة

- إذا شوهد الانقلاع في خلال عشرة أيام فإنه يحتاج لإعادة تثبيته جراحيا، بعد عشرة أيام فإن المعالجة تكون بحسب الشخص وتعتمد على مكان الوتر (في الراحة أو الإصبع)، الزمن من وقت الإصابة، والحاجة الوظيفية للمريض .

- تتضمن الخيارات الأخرى إيثاق المفصل بين السلاميات القاصي، والطعم حر، وعدم المعالجة.
 - ملحوظة جوهرية
- يقيد قياس الصدى *ultrasound* في تشخيص الانقلاع عندما لا يكون هناك كسر.

المراجع

- Cohen SB, et al.: Use of ultrasound in determining treatment for avulsion of the flexor digitorum profundus (rugger jersey finger): a case report. *Am J Orthop* 2004;33:546. [PMID: 15603514]
- Tuttle HG, et al.: Tendon avulsion injuries of the distal phalanx. *Clin Orthop Relat Res* 2006;445:157. [PMID: 16601414]

تشوه عنق البجعة Swan – Neck Deformity

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٣٦,٢٢ .

■ أساسيات التشخيص

- يتميز التشوه بقرط بسط في المفصل بين السلاميات الداني وانشاء في المفصل بين السلاميات القاصي وانشاء في المفصل السنعي السلامي .
- يحدث بسبب وهن أو تمزق في ارتكاز الوتر الباسط على السلامية القاصية.
- يرتبط العجز الوظيفي الذي يترافق مع هذا التشوه بتناقص مجال الحركة في المفاصل بين السلامية.
- تتضمن الأسباب تشوه إصبع المطرقة غير المعالج ، رخاوة في الصفيحة الراحية volar plate ، رخاوة في الأربطة ، التحام معيب في كسر السلامية الوسطى.
- أكثر الآليات شيوعا في التهاب المفاصل الرثياني هي توتر العضلات الداخلية المترافق مع التهاب الغشاء الزليلي في المفاصل السنية السلامية.
- لا يصيب تشوه عنق البجعة الإبهام.

■ التشخيص التفريقي

- إصبع المطرقة.
- انفصال العظمي.
- التهاب المفاصل الرثياني.
- تشوه بوتنير.

■ المعالجة

- تعتمد المعالجة على سبب المشكلة.

- في التهاب المفاصل الرثياني ، إذا تأثرت الوظيفة تتضمن المعالجة المحافظة المبكرة وضع جبيرة للمفصل بين السلاميات الداني لمنع فرط البسط وإيثاق المفصل بين السلاميات القاصي وهذه هي المعالجة المفضلة ، قد يفيد تحرير العضلات الداخلية في الحالات الشديدة.
- يمكن أيضا رأب المفصل بين السلاميات الداني عندما يخزبه الالتهاب المفصلي إذا كان الوتر سليما .
- يمكن معالجة تشوه عنق البجعة المرن الناجم عن إصبع المطرقة الرضي بترميم الأريطة.

■ ملحوظة جوهرية

التهاب المفاصل الرثياني هو أقل الأسباب شيوعاً .

المراجع

- Bendre AA, et al.: Mallet finger. J Am Acad Orthop Surg 2005;13:336. [PMID: 16148359]
- Tuttle HG, et al.: Tendon avulsion injuries of the distal phalanx. Clin Orthop Relat Res 2006;445:157. [PMID: 16601414]

إصبع المطرقة

Mallet finger

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٢٢ ، ٧٣٦ .

■ أساسيات التشخيص

- عدم القدرة على البسط الكامل الفاعل للمفصل بين السلاميات القاصي ، مما يؤدي إلى عدم وجود ما يعاكس عمل مثنية الأصابع الطويلة في ثني السلامية الأخيرة.
- فقدان البسط قد يكون بسبب انقلاع الوتر مع أو بدون قطعة عظمية أو بسبب انقطاع أو تمزق ارتكاز الوتر على السلامية القاصية.
- رضى المنشأ (ما عدا في التهاب المفاصل الرثياني).
- غالبا ما يأتي المريض متأخرا بعد الإصابة بأصابع .
- الصور الشعاعية ضرورية لمعرفة إن كان هناك كسر مفصلي.

■ التشخيص التفريقي

- كسر السلامية القاصية.
- خلع في المفصل القاصي.

■ المعالجة

- تكون الإصابات عادة مغلقة ويمكن معالجتها بوضع المفصل بين السلاميات القاصي بجبيرة وهو بحالة بسط كامل لمدة ٨ أسابيع.
- يمكن إهمال القطع المفصلي إذا كانت صغيرة (أي ، أقل من ٣٣٪ من السطح المفصلي) ومعالجة الحالة كأنها إصابة في الأربطة.
- يمكن معالجة القطعة العظمية الكبيرة برد الكسر جراحيا.

- يثبت المفصل بمسمار وهو في وضعية البسط.
 - يعالج إصبع المطرقة المزمن بشكل ناجح في أغلب الأحيان بالجبييرة، فإذا لم ينجح التجبير وبقيت درجة الانثناء غير مقبولة فالخيار الآخر هو الإيثاق .
- ملحوظة جوهرية
- يلجأ للعمل الجراحي عند الأشخاص غير القادرين على العمل بالجبييرة أو للذين لديهم قطع عظمية كبيرة أو خلع في المفاصل.
- المراجع

Bendre AA, et al.: Mallet finger. J Am Acad Orthop Surg 2005;13:336. [PMID: 16148359]

Kalainov DM, et al.: Nonsurgical treatment of closed mallet finger fractures. J Hand Surg [Am] 2005;30:580. [PMID: 15925171]

إبهام حارس منطقة الصيد Gamekeeper's Thumb

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ١٤٢,٠١ .

■ أساسيات التشخيص

- هو رخاوة في الرباط الجانبي الزندي للمفصل السنعي السلامي في الإبهام.
- يحدث نتيجة لأي قوة تبعيد شديدة متكررة للإبهام يمكنها تمطيط أو تمزق الرباط.
- إذا لم يحدث تبدل تبقى نهايات الرباط قريبة من بعضها، فإذا حدث تبدل يعمل صفاق المبعدة على عزل نهاية الرباط عن السلامة الدانية (آفة ستينر Stener lesion).
- أحيانا عند حدوث تمزق في الرباط الجانبي الزندي تدخل مقربة الإبهام القصيرة أو صفاقها بين نهايتي الرباط (آفة ستينر)؛ هذه الآفة لا تشفى بالمعالجة المحافظة وتحتاج إلى ترميم جراحي.
- يظهر الفحص السريري غياب نقطة النهاية end point عند إجراء فحص الرباط بالتباعد في المفصل السنعي السلامي.
- تظهر الصور الشعاعية في حالة التمزق الكامل تزوي بالتباعد ١٥ درجة أكثر من الطرف المقابل، وقد تظهر كسر انقلاعي في مكان ارتكاز الرباط.
- قد يفيد التصوير بالرنين المغناطيسي في كشف الآفة.

■ التشخيص التفريقي

- تمزق الرباط الجانبي الكعبري في الإبهام.
- ارتداد عفوي لخلع في المفصل السنعي السلامي.

- إبهام المتزلجين (Skier thumb) تمزق رضوي للرباط الجانبي الزندي [من غير تكرارا] على الرغم من أن هذا الاسم يستخدم أحيانا كمرادف لإبهام حارس منطقة الصيد إلا أن التمزق في إبهام حارس منطقة الصيد يحدث نتيجة رضوض خفيفة متكررة للرباط الجانبي الزندي .

■ المعالجة

- يمكن معالجة التمزق الجزئي في الرباط الجانبي الزندي بحبس مثبت الإبهام spica ؛ يجب معالجة التمزق الحاد الكامل حيث ينقلع الرباط عادة من السلامة الدانية بالخياطة الجراحية.
- الخياطة المتأخرة وتصنيع الرباط يعطي نتائج أفضل من إيثاق المفصل السنعي السلامي .

■ ملحوظة جوهرية

الإصابات الرضية للإبهام يمكنها أن تسبب تمزقاً إما في الرباط الجانبي الكعبري (والذي كثيراً ما يغفل عنه) أو تمزقاً في الرباط الجانبي الزندي ؛ وهي الأكثر شيوعاً. ينجم عن فشل معالجة إصابات الرباط الجانبي الزندي ضعفاً في القدرة على القبض على مفتاح key pinch weakness .

المراجع

Fairhurst M, Hansen L: Treatment of "Gamekeeper's thumb" by reconstruction of the ulnar collateral ligament. J Hand Surg [Br] 2002;27:542. [PMID: 12475512]

داء دوبيتران Dupuytren Disease

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٦٢٨.١.

■ أساسيات التشخيص

- تسمك عقدي مترقي في لفافة fascia السطح الراجي لليد، يترافق مع داء بيروني Peyronie (القضيب)، وداء ليدر هوس Ledderhose (أخمص القدم)، الكحول، التدخين، والسكري.
- أكثر شيوعاً عند الرجال ما بين ٤٠-٦٠ سنة، ويميل للانتشار في المنحدرين من شمال أوروبا وأحياناً الآسيويين.
- يسبب تقفع تدريجي في اللفافة الراجية مما يؤدي إلى تقفع في المفصل السعي السلامي والمفصل بين السلاميات الداني، أسوأ ما يكون في الإصبع الصغير.
- يشكو المريض من أعراض انفعال الإصبع (أو الأصابع) في الجيب، تشوه جمالي، وصعوبة في المصافحة، وأحياناً في الحالات الشديدة صعوبة في تنظيف ثنيات الأصابع.

■ التشخيص التفريقي

- أمراض اللفافة الراجية غير دوبيتران.
- ندبات الحروق والتقفع بالانثناء.
- الندبات الرضية والتقفع بالانثناء.

■ المعالجة

- المعالجة غير الجراحية فعالة في الأشكال الخفيفة من المرض عندما يكون التقفع المفصلي بسيطاً.

- تهدف المعالجة الجراحية لإزالة اللفافة (استئصال اللفافة fasciectomy) المسببة للتقفع، تستطب الجراحة إذا تقفع المفصل السنعي السلامي أكثر من ١٥ درجة وفي أي تقفع في المفصل بين السلاميات الداني.
- في الحالات الشديدة أو الحالات التي تتأثر فيها الأوعية والأعصاب أو تكون اليبوسة شديدة فقد يكون من الضروري بتر الإصبع الصغير.
- الجراحة خطيرة؛ لأن البنى العصبية الوعائية تلتصق بشدة مع اللفافة العقدية في تقفع دوبيتران.

■ ملحوظة جوهريّة

الجراحة المبكرة تمنع التقفعات الشديدة ولكنها تترافق مع نسبة عالية من النكس.

المراجع

- Rayan GM, Moore J: Non-Dupuytren's disease of the palmar fascia. J Hand Surg [Br] 2005;30:551. [PMID: 16203068]
- Reilly RM, et al.: A retrospective review of the management of Dupuytren's nodules. J Hand Surg [Am] 2005;30:1014. [PMID: 16182060]

الجسم الأجنبي في النسيج الرخوة Foreign Body in Soft Tissue

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : ٧٢٩,٦ .

■ أساسيات التشخيص

- تشاهد الأجسام الأجنبية كثيراً في النسيج الرخوة لاسيما في اليد والقدم.
- من الشائع العثور على الإبر، أطاقر، أشواك، قطع زجاج، وحجارة ضمن النسيج الرخوة.
- في الحالات الحديثة قد لا تظهر الأجسام الأجنبية من خلال الجرح أو الثقب؛ وفي الحالات المزمنة قد ينزح الجرح أو يشفى ولكن يبقى حساساً باللمس.
- أحيانا يحاط الجسم الأجنبي بالنسيج المحيط به ويشكل كيسة داخلية.
- يمكن مشاهدة كثير من الأجسام الأجنبية بالصور الشعاعية.

■ التشخيص التفريقي

- جرح أو ثقب.

■ المعالجة

- يجب إزالة الجسم الأجنبي بشروط مثالية إلا إذا كان مجسوساً أو مرئياً.
- يفضل استخدام العاصية عند استقصاء اليد أو القدم للحد من النزف وجعل الرؤية مثالية وعدم تعريض البنى العصبية الوعائية للخطر، يفيد التخدير لنفس الغرض.
- عندما يكون الجسم الأجنبي مرئياً بالصورة الشعاعية فإن استخدام جهاز التنظير الشعاعي C arm imaging مفيد جداً، كما يفيد التصوير بالأمواج فائقة الصوت في الأجسام الأخرى الشفافة على الأشعة.

- إذا لم يعثر على مكان الجسم الأجنبي فمن المقبول أيضاً ترك الجرح مفتوحاً ومعالجة المريض بالمضادات الحيوية والسماح للجسم بتحديد موقع الجسم الأجنبي بتشكيل محفظة حوله، ويمكن بعد ذلك استئصاله بشكل انتقائي مع النسيج الارتكاسي الذي يدل عليه.

■ ملحوظة جوهرية

التصوير بالأموح فائقة الصوت وسيلة مفيدة يجب استخدامها في الاستئصال الحديث

للأجسام الأجنبية.

المراجع

Graham DD Jr: Ultrasound in the emergency department: detection of wooden foreign bodies in the soft tissues. J Emerg Med 2002;22:75. [PMID: 11809560]

كسر عنق السنع Metacarpal Neck Fracture

التصنيف العالمي للأمراض - ٩: العنق، ٨١٥.٠٤، قاعدة السنع الأول ٨١٥.٠١، الجسم ٨١٥.٠٣.

■ أساسيات التشخيص

- كسر عنق السنع الخامس هو الأكثر شيوعاً ويعرف بكسر الملاكمين.
- يحدث عادة من صدمة مباشرة على النهاية القاصية للسنع، مما يؤدي إلى تزوي ظهري للقمّة السنع وتفتت في القشر الراجي، تماماً أدنى المفصل السنعي السلامي.
- يوجد قصة رض، ألم وتورم في نهاية السنع.
- مضمض واحتمال وجود فرقعة في مكان الكسر.
- ألم مع حركة المفصل السنعي السلامي.
- يتأكد التشخيص بالصورة الشعاعية.

■ التشخيص التفريقي

- كسر رأس السنع (مع أو بدون عضة).
- كسر جسم السنع.
- خلع في المفصل السنعي السلامي.
- المعالجة.
- يعالج الكسر غير المتبدل بجبيرة على شكل ميزابة أو بالجبس مع مسند.
- الحركة الرسغية السنعية carpometacarpal motion في السبابة والأستاع الطويلة محدودة وتحتاج إلى رد (مغلق أو مفتوح) مع التثبيت بسخ إذا تزوى الكسر

أكثر من ١٠ درجات ؛ في حين أن الحركة الرسغية السنعية أكبر في إصبع الخاتم والإصبع الصغير مما يسمح بقبول تزوي أكثر.

• في السنع الخامس يجرى رد للكسر إذا كان التزوي أكبر من ٣٠ درجة على الرغم من أن بعض الجراحين يقبلون تزوي أكثر من ذلك.

■ ملحوظة جوهرية

التزوي مهم ولكن التشوه الدوراني يؤدي إلى عجز وظيفي شديد ينبغي إصلاحه إذا

حدث.

المراجع

Dumont C. et al.: Clinical results of absorbable plates for displaced metacarpal fractures. J Hand Surg [Am] 2007;32:491. [PMID: 17398359]

Poolman RW, et al.: Conservative treatment for closed fifth (small finger) metacarpal neck fractures. Cochrane Database Syst Rev 2005;CD003210. [PMID: 16034891]

كسور الأصابع: السلاميات الدانية و المتوسطة Finger Fractures: Proximal & Middle Phalanges

التصنيف العالمي للأمراض - ٩ : المفلقة. المتوسطة أو الدانية ٨١٦.٠١ ؛ المفلقة، القاصية ٨١٦.٠٢.

■ أساسيات التشخيص

- قد تحدث الكسور في القاعدة أو العنق أو الجسم ؛ وقد تكون مفصلية وتصنف أيضا مفتوحة أو مغلقة.
- قد تكون ناجمة عن المهنة أو الرياضة.
- يشكو المريض من ألم وتورم وتناقص في مجال الحركة الفاعلة وقد يحدث تشوه وذلك على أثر رض .
- مضض بالجلس ، وألم بالحركة المتفعلة.
- قد يوجد تورم و كدمة ecchymosis .
- الفحص الشعاعي مشخص ، صور المقارنة قد تكون مفيدة إذا كانت الأهمية physes مفتوحة.

■ التشخيص التفريقي

- الخلع (المفصل بين السلاميات الداني أو القاصي).
- خلع المفصل السنعي السلامي.
- انقلاع الوتر المثني.
- كسر مرضي (ورم غضروفي باطن).

■ المعالجة

- يمكن أن تسبب المعالجة ييوسة؛ بسبب التصاق الأوتار مع الدشبز callus في الكسر العظمي.
- يمكن معالجة الكسور غير المتبدلة بالجبائر، إما بجبائر على شكل ميزابة gutter splint (كعبرية أو زندية بحسب الكسر) وإما بالجبس تحت المرفق مع امتداد لحماية الأصابع، من أسبوع إلى أسبوعين يتلو ذلك ربطه بالإصبع المجاور body taping يحدث الشفاء في غضون ٤ - ٦ أسابيع.
- تحتاج الكسور المتبدلة مع تشوه بالتزوي أو دوران وخاصة المفصالية منها إلى إصلاح هذا التشوه إما بالرد المغلق (مع أو بدون التثبيت بأسياخ) وإما بالرد الجراحي والتثبيت الداخلي، كما أن القصر نتيجة لتحرك القطعة القاصية في الاتجاه الداني هو أيضا استطباب لمعالجة أكثر هجومية.

■ ملحوظة جوهرية

تجنب الييوسة في المفاصل السنية السلامية في أي كسر في اليد يجب دائما إبقاء المفصل السني السلامي بوضعية الثني ٧٠ - ٩٠ درجة (وضعية "العضلات الداخلية الزائدة").

المراجع

Freeland AE, Lindley SG: Malunions of the finger metacarpals and phalanges. Hand Clin 2006;22:341. [PMID: 16843800]