



ننگرهار طب پوهنځی

کسرونه او خلعي



پوهندوی سيد بها کریمي

خرښول منع دی

۱۳۹۵

کسرونه او خلعي

Orthopaedics

پوهندوی سيد بها کریمي
۱۳۹۵



Nangarhar Medical Faculty

Afghanic

Prof Dr Sayed Baha Karimi

Orthopaedics



Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan



ISBN 978-9936-620-14-8



9 789936 620148

Not For Sale

2016

کسرونه او خلعي

پوهندوی سيد بها کریمي

Afghanic



Pashto PDF
2016



Nangarhar Medical Faculty
ننگرهار طب پوهنځی

Funded by
Kinderhilfe-Afghanistan

Orthopaedics

Prof Dr Sayed Baha Karimi

Download: www.ecampus-afghanistan.org

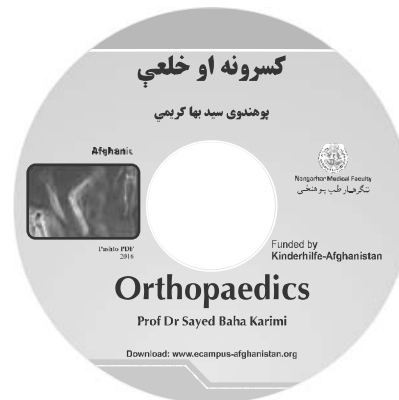
بسم الله الرحمن الرحيم

کسرونه او خلعي

پوهندوی سيد بها کریمي

لومړی چاپ

دغه کتاب په پي ډي ایف فارمت کې په مله سي ډي کې هم لوستلی شئ:



د کتاب نوم

کسرونه او خلعي

ليکوال

پوهندوی سيد بها کریمی

خپرندوی

ننگرهار پوهنتون، طب پوهنځی

وېب پاڼه

www.nu.edu.af

چاپ شمېر

۱۰۰۰

چاپ کال

۱۳۹۵، لومړی چاپ

ډاونلوډ

www.ecampus-afghanistan.org

چاپ ځای

سهر مطبعه، کابل، افغانستان



دا کتاب د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمپني په جرمني کې د Eroes

کورنۍ يوې خيريه ټولني لخوا تمويل شوی دی.

اداري او تخنيکي چارې يې په آلمان کې د افغانیک لخوا ترسره شوي دي.

د کتاب د محتوا او ليکنې مسؤليت د کتاب په ليکوال او اړونده پوهنځي پورې

اړه لري. مرسته کوونکي او تطبيق کوونکي ټولني په دې اړه مسؤليت نه لري.

د تدريسي کتابونو د چاپولو لپاره له مور سره اړيکه ونيسئ:

ډاکتر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت، کابل

تيليفون ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ایمېل textbooks@afghanic.org

د چاپ ټول حقوق له مؤلف سره خوندي دي.

ای اس بی ان ۸-۱۴-۶۲۰-۹۹۳۶-۹۷۸-۹۷۸

د لوړو زده کړو وزارت پيغام



د بشر د تاريخ په مختلفو دورو کې کتاب د علم او پوهې په لاسته راوړلو، ساتلو او خپرولو کې ډير مهم رول لوبولی دی. درسي کتاب د نصاب اساسي برخه جوړوي چې د زده کړې د کيفيت په لوړولو کې مهم ارزښت لري. له همدې امله د نړيوالو پيژندل شويو معيارونو، د وخت د غوښتنو او د ټولني د اړتياوو په نظر کې نيولو سره بايد نوي درسي مواد او کتابونه د محصلينو لپاره برابر او چاپ شي.

له ښاغلو استادانو او ليکوالانو څخه د زړه له کومې مننه کوم چې دوامداره زيار يې ايستلی او د کلونو په اوږدو کې يې په خپلو اړوندو څانگو کې درسي کتابونه تاليف او ژباړلي دي، خپل ملي پور يې اداء کړی دی او د پوهې موتور يې په حرکت راوستی دی. له نورو ښاغلو استادانو او پوهانو څخه هم په درنښت غوښتنه کوم تر څو په خپلو اړوندو برخو کې نوي درسي کتابونه او درسي مواد برابر او چاپ کړي، چې له چاپ وروسته د گرانو محصلينو په واک کې ورکړل شي او د زده کړو د کيفيت په لوړولو او د علمي پروسې په پرمختگ کې يې ښک گام اخيستی وي.

د لوړو زده کړو وزارت دا خپله دنده بولي چې د گرانو محصلينو د علمي سطحې د لوړولو لپاره د علومو په مختلفو رشتو کې معياري او نوي درسي مواد برابر او چاپ کړي. په پای کې د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او زموږ همکار ډاکتر يحيی وردک څخه مننه کوم چې د کتابونو د خپرولو لپاره يې زمينه برابره کړې ده.

هيله منده يم چې نوموړې گټوره پروسه دوام وکړي او پراختيا ومومي تر څو په نيردې راتلونکې کې د هر درسي مضمون لپاره لږ تر لږه يو معياري درسي کتاب ولرو.

په درنښت

پوهنوال دوکتور فريده مومند

د لوړو زده کړو وزيره

کابل، ۱۳۹۵

د درسي کتابونو چاپول

قدرمنو استادانو او گرانو محصلينو!

د افغانستان په پوهنتونونو کې د درسي کتابونو کموالی او نشتوالی له لویو ستونزو څخه گڼل کېږي. یو زیات شمیر استادان او محصلین نویو معلوماتو ته لاس رسی نه لري، په زړه میتود تدریس کوي او له هغو کتابونو او چپترونو څخه گټه اخلي چې زړه دي او په بازار کې په ټیټ کیفیت فوتوکاپي کېږي.

تر اوسه پورې مور د ننگرهار، خوست، کندهار، هرات، بلخ، کاپیسا، کابل او کابل طبي پوهنتون لپاره ۲۲۳ عنوانه مختلف درسي کتابونه د طب، ساینس، انجنیري، اقتصاد او زراعت پوهنځیو (۹۶ طبي د آلمان د علمي همکارو ټولني DAAD، ۱۰۰ طبي سره له ۲۰ غیر طبي د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کمېټې Kinderhilfe-Afghanistan او ۴ نور غیر طبي د آلماني او افغاني پوهنتونونو ټولني DAUG) په مالي مرسته چاپ کړي دي.

د یادونې وړ ده، چې نوموړي چاپ شوي کتابونه د هېواد ټولو اړونده پوهنځیو ته په وړیا توگه وپشل شوي دي. ټول چاپ شوي کتابونه له www.afghanistan-ecampus.org ویب پاڼې څخه ډاډولود کولای شئ.

دا کړنې په داسې حال کې تر سره کېږي چې د افغانستان د لوړو زده کړو وزارت د (۲۰۱۰-۲۰۱۴) کلونو په ملي ستراتیژیک پلان کې راغلي دي چې:

"د لوړو زده کړو او د ښوونې د ښه کیفیت او زده کوونکو ته د نویو، کره او علمي معلوماتو د برابرولو لپاره اړینه ده چې په دري او پښتو ژبو د درسي کتابونو د لیکلو فرصت برابر شي د تعلیمي نصاب د ریفورم لپاره له انگریزي ژبې څخه دري او پښتو ژبو ته د کتابونو او درسي موادو ژباړل اړین دي، له دې امکاناتو څخه پرته د پوهنتونونو محصلین او استادان نشي کولای عصري، نویو، تازه او کره معلوماتو ته لاس رسی پیدا کړي."

مونږ غواړو چې د درسي کتابونو په برابرولو سره د هیواد له پوهنتونونو سره مرسته وکړو او د چپټر او لکچر نوټ دوران ته د پای ټکی کېږدو. د دې لپاره دا اړینه ده چې د لوړو زده کړو د موسساتو لپاره هر کال څه نا څه ۱۰۰ عنوانه درسي کتابونه چاپ شي.

له ټولو محترموا استادانو څخه هيله کوو، چې په خپلو مسلکي برخو کې نوي کتابونه وليکي، وژباړي او يا هم خپل پخواني ليکل شوي کتابونه، لکچر نوټونه او چپټرونه ايډېټ او د چاپ لپاره تيار کړي، زمونږ په واک کې يې راکړي چې په ښه کيفيت چاپ او وروسته يې د اړوند پوهنځيو، استادانو او محصلينو په واک کې ورکړو. همدارنگه د ياد شويو ټکو په اړوند خپل وړاندیزونه او نظريات له مونږ سره شريک کړي، تر څو په گډه پدې برخه کې اغيزمن گامونه پورته کړو.

د مؤلفينو او خپروونکو له خوا پوره زيار ايستل شوی دی، ترڅو د کتابونو محتويات د نړيوالو علمي معيارونو په اساس برابر شي، خو بيا هم کيدای شي د کتاب په محتوی کې ځينې تيروتنې او ستونزې وليدل شي، نو له درنو لوستونکو څخه هيله مند يو تر څو خپل نظريات او نيوکې مؤلف او يا مونږ ته په ليکلې بڼه راوليږي، تر څو په راتلونکي چاپ کې اصلاح شي.

د افغان ماشومانو لپاره د جرمني کميټې او د هغې له مشر ډاکټر ايروس څخه ډېره مننه کوو چې د دغه کتاب د چاپ لگښت يې ورکړی دی، دوی په تېرو کلونو کې هم د ننگرهار پوهنتون د ۱۰۰ عنوانه طبي او ۲۰ عنوانه غيرطبي کتابونو د چاپ لگښت پر غاړه درلود.

په ځانگړې توگه د جې آي زيت (GIZ) له دفتر او CIM (Center for International Migration & Development) چې زما لپاره يې په تېرو پنځو کلونو کې په افغانستان کې د کار امکانات برابر کړی دي، هم د زړه له کومې مننه کوم.

د لوړو زده کړو له وزيرې پوهنوال دوکتور فريده مومند، علمي معين پوهنوال محمد عثمان بابري، مالي او اداري معين پوهنوال ډاکټر گل حسن وليزي، د ننگرهار پوهنتون د پوهنځيو رييسانو او استادانو څخه مننه کوم چې د کتابونو د چاپ لړۍ يې هڅولې او مرسته يې ورسره کړې ده. د دغه کتاب له مؤلف څخه ډېر مندوی يم او ستاينه يې کوم، چې خپل د کلونو-کلونو زيار يې په وړيا توگه گرانو محصلينو ته وړاندې کړ.

همدارنگه د دفتر له همکارانو هر يو حکمت الله عزيز، احمد فهيم حبيبي او فضل الرحيم څخه هم مننه کوم چې د کتابونو د چاپ په برخه کې يې نه ستړې کيدونکې هلې ځلې کړې دي.

ډاکټر يحيی وردک، د لوړو زده کړو وزارت سلاکار

کابل، اپريل ۲۰۱۶

د دفتر ټيليفون: ۰۷۵۶۰۱۴۶۴۰

ايميل: textbooks@afghanic.org

فهرست

مخ	عنوان	شماره
الف	د مولف سريزه	۱
هـ	د ژباړونکي سريزه	۲
۱	د اوږي دمت د پورتنني برخي اوڅنگلي جروحات	۳
۱	د ترقوي دهلوکي ماتيدنه (FRACTURES OF THE CLAVICLE)	۴
۲	د SCAPULA ماتيدل	۵
۹	SCAPULOTHORACIC) DISLOCATION	۶
۹	ACROMIO CLAVICULAR جروحات	۷
۱۴	STERNO CLAVICULAR بې ځايه کيدل	۸
۱۷	د اوږي بې ځايه کيدل	۹
۱۷	قدامي بې ځايه کيدنه	۱۰
۲۳	د اوږي خلفي بې ځايه کيدنه	۱۱
۲۵	د اوږي بې ځايه کيدل لاندې خوا ته (INFERIOR DIS) LOCATION OF (THE SHULDER)	۱۲
۲۷	په کوچنيانو کې د اوږي بې ځايه کيدل	۱۳
۲۸	دمت دهلوکي د پورتنني برخي ماتيدل	۱۴
۳۴	FRACTURE DISLOCATION	۱۵
۳۵	په کوچنيانو کې ځانگړې ماتيدنې	۱۶
۳۲	دمت دهلوکي د جسم کسرونه (FRACTURED SHAFT OF) HUMERUS	۱۷
۴۳	په ماشومانو کې د څنگلي د شاو خوا کسرونه (Fractures around the elbow in children)	۱۸
۶۸	دمت دهلوکي د لاندې برخي کسرونه (FRUCTURE OF DISTAL HUMERUS)	۱۹
۷۳	د کپيتولوم ماتيدل (FRACTURED CAPITULUM)	۲۰
۷۵	د راډوس د سر ماتيدل	۲۱

۷۸	OLECRANON ماتیدل	۲۳
۸۱	دځنگلی بې ځایه کیدل	۲۴
۸۸	یواځې دراد یوس دسر بیځایه کیدل (ISOLATED DISLOCATION OF THE RADIAL HEAD)	۲۵
۹۰	د مروند او دلاس د بند جروحات	۲۶
۹۹	د ULNA د MONTIGIA ماتید نه او خلع	۲۷
۱۰۴	دگلیز یا ماتید نه او خلع په RADIUS کې	۲۸
۱۰۶	دراډیوس دلیری برخی ماتیدل	۲۹
۱۱۴	په ماشومانو کې د مروند دلاندني برخی ماتې د نې (DISTAL FORAM FRACTURES IN CHILDREN)	۳۰
۱۱۸	راډیو کارپل کسرونه (RADIO CARPLE FRACTURES)	۳۱
۱۲۳	د کارپل هډو کو جروحات (CARPEL INJURIES)	۳۲
۱۳۵	دلاس بند ULNAR طرف جروحات (ULNAR SIDE WRIST INJURIES)	۳۳
۱۳۶	د کارپل د خلعو او نیمه خلعو بې ثباتي (CARPAL DISLOCATION SUBLUXATION INSTABILITY)	۳۴
۱۴۳	دلاس جروحات (HAND INJURIES)	۳۵
۱۴۶	د میتا کارپو کسرونه (METACARPAL FRACTURES)	۳۶
۱۵۳	د فلنکسو کسرونه (FRACTURES OF THE PHALANGES)	۳۷
۱۶۱	د لیگامنت جروحات (LIGAMENT INJURIES)	۳۸
۱۶۴	دلاس واز جروحات (OPEN INJURIES OF THE HANDS)	۳۹
۱۸۳	د نخاع جروحات	۴۰
۱۹۳	PRINCIPLES OF DEFINITIVE TREATMENT	۴۱
۱۹۹	CERVICAL SPINE INJURIES	۴۲
۲۲۴	(THORACOLUMBER AND LUMBER INJURY)	۴۳

۲۳۲	(NEURAL INJURIES)	۴۴
۲۴۳	(INJURIES OF THE PELVIS) دحوصلی کسرونه	۴۵
۲۵۱	STRESS FRCTURRES) فشاري کسرونه	۴۶
۲۵۳	ثابت او غیر ثابت کسرونه (STABLE AND UNSTABLE FRACTURES)	۴۷
۲۶۲	داسیتابولم کسرونه	۴۸
۲۷۱	دساکروم او کوکسی جروحات (INJURIES OF THE SACRUM AND COCCYX)	۴۹
۲۷۴	دHIP بي خایه والي	۵۰
۲۸۴	دورون دغاړې کسرونه	۵۱
۳۰۲	INTER TROCHONTERIC FRACTURE	۵۲
۳۰۹	(PROXIMAL FEMORAL FRACTURS IN CHILDRENS)	۵۳
۳۱۴	SUB TROCHANTERIC FRACTURE	۵۴
۳۱۷	(FEMORAL SHAFT FRACTURES) د ورون د جسم کسرونه	۵۵
۳۳۷	Femoral shaft fracture in children	۵۶
۳۴۱	(SUPA CONDYLAR FRACTURE OF THE FEMURE)	۵۷
۳۴۵	Femoral Condyle Fractures	۵۸
۳۵۲	دزنگانه داوتارو حاد جروحات	۵۹
۳۶۳	(CHRONIC LIGAMENTOUS INSTABILITY)	۶۰
۳۷۲	DISLOCATION OF THE KNEE	۶۱
۳۸۵	Fractured Patella	۶۲
۳۹۰	دPATELLA خلع	۶۳
۳۹۶	Tibial plateau fractures	۶۴
۴۱۲	(FRACTURE OF THE PROXIMAL END OF THE FIBULA)	۶۵
۴۳۳	Fracture of the Tibia Alone	۶۶
۴۳۶	Fatigue Fractures	۶۷

۴۳۹	د قدم د بند او پښې جروحات	۶۸
۴۳۹	د قدم د لښکې مینتو نو جروحات	۶۹
۴۵۲	(FRACTURE OF THE ANKLE)	۷۰
۴۶۶	PILON FRACTURES	۷۱
۴۷۰	ANKLE FRACTURES IN CHILDREN)	۷۲
۴۷۸	INJURIES OF THE TALUS	۷۳
۴۸۹	د کلکې نوس ماتیدنه	۷۴
۵۰۱	Mid Tarsal Injuries	۷۵
۵۰۹	دمیتا تارس جروحات:	۷۶
۵۱۳	FRACTURED SESAMOID	۷۷

د مولف سرېزه

کله چې ۵۰ کاله وړاندې Alan Apley د خپل کتاب د اور تو پیدې او کسرونو لومړی چاپ وړاندې کړ هغه فکر کاوه چې نوموړي کتاب به د هغه ځوانو جراحانو چې د FRCS امتحان لپاره یې تیاری نیوه مرسته وکړي. هغه په ډېره خوښی سره نوموړی کتاب Prophylactics Against writers Cramps ونوماوه. پدې کتاب کې داسې عکسونه ځای په ځای شوي وه چې که چېرې یو ځوان ډاکټر دا وړتیا لري چې د لوی Apley کتاب څخه په لږ وخت کې ډېره گټه واخلي نو هغه به د کلینکي علائمو نه هیریدونکی تصویر ترلاسه کړی وي چې د تصاویرو دا ډول ښوونه د یو استاد بهترینه ډالۍ کېدی شي.

Apley سیستم څخه متود یکی د کلینکي معاینې پواسطه د کلینکي علائمو زده کولو په ډول گټه اخستل کېږي د Fellowship امتحان په زیاته اندازه په کلینکي مهارتونو باندې ولاړ دي. که چېرې د زنگون په معاینه کې کوچنی خطا وکړی نو ناکامېږي Apley داسې درس ورکاوه چې د عضلي عظمی سیستم د هرې برخې په فزیکي معاینه کې د معاینې ترتیب څنگه مراعات شي. کتل Look حس کوول Fell او حرکت ورکول Move د فزیکي معاینې اساس وه او هغه دا خوښاوه چې نوموړو څلورگونو لغاتو ته ترجیح ورکړی او همېشه به یې نوموړی ترتیب مراعت کاوه که چېرته د نوموړی ترتیب څخه انحراف وشي او د یوه ناروغ پښه مخکې د دې نه چې یوه لنډه کتنه ورته وشي حرکت ورکړل شي او یا هم مخکې له دې نه چې د یو مفصل د حساسیت دقیقه نقطه معلومه کړی او یا هم مفصل ته حرکت ورکړي، نو د دې معنی به دا وی چې تاسو خپل امتحان په خطر کې واچوه.

خود هغه وخت څخه راپدېخوا ډېر تغيرات راغلي دي او په هر نوي چاپ كې نوي معائنات او فزيكي مانورو ته ځاى ور كړل شوى دې لابراتواري معائناتو ته زيات اهميت ور كړل شوى دې او پرمخ تللى تصويرى تخنيكونه هم ځاى پر ځاى شوي دي. كلينكي تصنيف بندي هم پرمخ تللى او اوس داسې كوششونه روان دي چې تر څو د هر كسرد تشریح لپاره د نمراتو څخه كار واخستل شي. هيڅ طبي Test Book تر هغې مكمل نه دي چې Basic Science پكې شامل نه وي - او طبي پرمختياوي دوامره په چټكتيا روانې دي چې حتى د يو كتاب د ليكلو په دوران كې هم بدلونونو ته اړتيا پېښېږي.

نوموړې چاپ د دې اصل څخه مستثنى نه دي ، سره له دې ټولو تغيراتو مونږ د Apley سيستم پېژندل شوى چوكات په خپل حال ساتلى د لومړنيو چاپونو په شان نوموړي چاپ هم په دري برخو ويشل شوي دي. اول عمومي ارتوپيډي چې د عظمى عضلى سيستم ناروغيو اساسي شكلونه په بر كې نسي. لكه انفكشن ، ارتراييس ، د هډوكو ميتابوليكي امراض ، انكشافې اېنارمليټې ، تومور او عصبي عضلي ناروغي.

۲- Regional Orthopedic ساحوى ارتوپيډي چې په نوموړي كې مونږ د بدن د مشخصو برخو په ناروغيو بحث كړى دې. كسرونه او د مفصل جروحات په بر كې نسي. د مخكينو چاپونو څخه د نوي چاپ ته په رارسېدو مونږ د هغه همكارانو مرستې هم اخيستي چې د هغه حالاتو په برخه كې ځانكړې تجربه لري په كوم كې چې مونږ د كتاب اساسي مؤلفين دوامره پېژندگلوى نه لرو. د دوى د همكارى څخه مونږ ډېره مننه كوو حتى پدې چاپ كې سره له دې چې مونږ په Apley كې دهغه د همكارانو څخه د موادو د ځاى پر ځاى كولو اجازه اخستى خو بيا هم نوموړى كتاب داسې ښكاري چې د يو مؤلف په واسطه ليكل شوى.

په ۱۹۶۳ کال د کتاب په دوهم چاپ کې Apley یو نوی فصل اضافه کړه (The management of major accident غټو پېښو درملنه) خو بیا هم نوموړی په رښتیني ډول د دغه فصل محتویات د لویو پېښو په تداوی کې ناکافي بلل او نوموړی برتانوي او ارلیند حکومت ته یو څه وړاندیزونه وکړل چې د حکومت د پېښو سره د مبارزې د موقتي راپور په اساس جوړ شوی وه چې د هغی وخت نه راپدې خوا د ترافیکي حادثو له کبله د مړینو په کچه کې کموالی راغلی او نن دا کچه د ۱۹۶۰ په پرتله نمایی ته رابښکته شوی ده (Department of transport statistic د ترانسپورتي احصایي ډیپارټمنټ) مهمه دا ده چې د دغه موضوع محتویات د بیړني خونو او جدي مراقبت د مخصوصو په واسطه چې د پوره تجربې لرونکی دي بیا لیکل شوی او پدغه چاپ کې ترټولو اوږد بحث دی او د کتاب په نورو برخو کې نوي تصاویر اضافه کړای شوي دي په اکثره برخو کې نوموړی تصاویر Composite شکل دي پدې معنی چې نوموړی تصاویر د ټولې ناروغی د پیدا کېدو سیر یو مکمل تصویر وړاندې کوی - د دې پر ځای چې ناروغی یو مشخص حالت وښایي د سا حوی فصل Regional Chapter په شروع کې مونږ د بدن د یوی برخې د معاینه کولو د میتود تصاویر ځای پر ځای کړی داسې چې د ناروغ کومی خواته ودرېږي ، څنگه د یو ناروغ سره مخامخ کېږي او چېرته باید لاسونه کیږدي د یو باتجربه لوستونکی لپاره ممکن دا یو تکراری بحث وی خو مونږ دا کتاب د هر عمر لرونکی او هری سوی لرونکی ارتوپیدی د جراحنو لپاره ترتیب کړی او مونږ ټول یو د بل نه یو څه زده کړه کوو. د مخکې په شان په کتاب کې مو عملیاتونه تشریح کړی، د درملنی د غوره کول د جراحی استطباب، د عملیات دیزائن، د عملیات اختلاطات ، او نتیجې په اساساتو مو تائید کړي دي.

تخنیکي پروسیجرونه په کورسونو او یا هم په عملیات خانو کې زده کېږي لیکلی هدايات صرف یو رهنما کېدای شی او تصاویر د هغه ډاکټرانو لپاره دې چې عملیات یې مخکې د مخکې تر سره کړي وی او Text Book چې پدغه تخنیکونو بحث کړی حتی څو جلدونو ته رسېږي. پدغه کتاب کې تائید په کلینکي ارتوپیدی شوی مونږ زیات علمی بحث او د امبریالوژی، اناتومی، بیوشیمی، مالیکولی بیولوژی، فزیولوژی، پتالوژی څخه شروع کولو په ارزښت منو خود دې په عوض مونږ په کلینکي ناروغیو کې د ضرورت په اندازه دیموضوعاتو ته ځای ورکړی. د بیلگې په توگه د هډوکي نمو او میتابولیزم د هډوکو د میتابولیزم په فصل کې ارثیت د Osteodystrophy په فصل کې او داسې نور.

د اخری چاپ په سریزه کې چه مونږ هغه شکونه منلی وه د هر فصل په اخره کې اوږده ستړی کوونکی ماخذ لیکونه ځای پر ځای شوی وه- مونږ په دې اړه ډېر ځیر شوی یو او د لټون ماشین Search Engine مو رامینځ ته کړی خو مونږ اوس هم دي ته غاړه ږدو او دا وایو چې هغه شکونه لا تر اوسه هم شتون لری او مونږ اخذ لیکونه په هغه ځایونو کې چې مناسب وو ځای پر ځای کړی دې چېرته چې کوم زور بحث لیکل شوی او یا هم کوم یو نوی موضوع ذکر کېږي کوم چې په لومړی ځل لیدلو باندې د سوال لاندې راځي.

مونږ اوس په دې بڼه خبریو چې د بل هر وخت څخه زیات شمېر ارتوپیدی جراحان Apley په زمانه رشد کړي دي حتی ډېرو کمو جراحانو د هغی د غیر مستقیمیلاریونی او تشویق څخه استفاده کړي او ډېرو کمو د هغه سره کار کړی دې. دوی چې هر چېرته دې مونږ په دې باور یو چې دوی به په دغه چاپ کې د زده کړی خوند او مومي زمونږ اساسی اندېښنه د نوی لوستونکو لپاره دا ده چې مونږ هیله لرو چې دوی داسې څه واخلي چې د راتلونکو نسلونو استادان شي.

د ژباړوونکي سرريزه

د بخونکي او لوي څښتن په سپيلي نامه

د معنويت بنارته ديوي ټولني د ننوتوراز په دي كي دي چه د ټولني د فكر او پوهي خاوندان د تخليق او تحقيق په مسله كي څومره غښتلي دي، په كومه كچه كولي شي پنځوني، كشفيات او ايجادات رامنځته او دذكاوت ماشين په حركت راولي دغه ارزښتونه دټولني تياري رڼا گوي او دژوندانه رواني قافلي ته فانوس او مشال بلوي.

همدا راز هغه ملت سر لوري، هوسا او بسيا دي چي په خپله ژبه كي بيساري علمي او اكاډميكا ثارولري.

او د اړتيا په هره برخه كي د لوستونكو ذوق او ليوالتيا خړوبه كړي. څومره چي دغنا دغه پانگه په يوه ټولنه كي پياوړي وي. په هماغه كچه د هغه ملت ژبه هم دنور وژبو سرداره او د عزت په سالو كي پټه وي.

دا چي غربي نړي او اروپا د علم او پوهي په غزل كه مخكښه او دپرمختگ په وزرو الوزي، نو وروسته پاتي او مخ پرودي هيوادونه اړدي چه دمسلكي علومو او تجارېو دشريكولو او خپلولو لپاره د پرمختلليو هيوادونو دروازي وټكوي. او د خپلولس او هيواد دخير لپاره تري گټور اثار وژباړي. دا ځكه چي علم او تجربې دانساني نړي گډه ميراث دي. او هره ټولنه تري گټه پورته كولاي شي.

دا چي دشلو كالو راپدي خوا نوي درسي كتاب د تدريس لپاره نه وه ليكل شوي بناآ ما ته دديپارټمنټ له خوادنده راوسپارلشوه چه د Apley's ټكس بك وژباړم، چي منځ پانگه يي كسرونه او خلعي او په بركي نيسي او درسي نصاب سره تطابق لري. كا د ژباړي د اصولو له مخي

زيار گاللي چي د اصلي متن د مفا همو امانت خوندي وساتم. او دغه تسلسل د ټكي په ټكي ژباړي له قيده وباسم، دا ځكه چي په ژباړه گي د مفهوم د وضاحت له پاره ځيني تركيبونه ماتيري او ځيني اصطلاحات د خپلي ژبي د محاورو ومنيطق تابع گرځي. په دي هيله او ارضو يم چي دغه اثر به په علمي برخه كي مثبت ثابت او په مسلكي برخه كي به تري د ټولني د خير لپاره گټه پورته شي.

په خوار درنښت

پوهنمل دوكتور سيد بها (كريمي)

د اوږي دمټ د پورتنې برخې اوڅنگلي جروحات

دعلوي طرف جروحاتو ترټولو غټه ستونزه شخوالي دی په ځانگړي ډول داوږي په بند کي لکن کله کله داستونزه دڅنگلي دبنداولاس په بند کي هم رامینځته کيږي دوه ټکي موباید همیش په یادوي .

۱- دعلوي طرف په هر ډول جرحه کي چي په هر ټیپ یې درملنه شوي وي اوتولو هغه بندونو کي چي په حقيقي توگه ئي حرکت له مینځه نه وي تللي په ځانگړي ډول دگوتو په مفاصلو کي باید له اول څخه تمرین پیل شي .

۲- دپاخه عمر په ناروغانو کي کله کله دا غوره وي چي کسر له پامه وغورځول شي اودحرکاتو بیا لاس ته راوړلو ته پاملرنه وشي .

دترقوي ددهږو کي ماتیدنه (FRACTURE OF THE CLAVICAL):

په ماشومانو کي د clavical کسرونه په اساني سره رامینځ ته کيږي خو زیاتره زرځاي پرځاي کيږي او پرته له اختلاطاتووي خو په غټانو کي کیدای شي له حده زیاته ځورونکي جرحه وي .

دجروحاتو میخانیکیت:

په اوږه راغورځیدل اودلاس بیرون ته کش کیدل کیدای شي د clavical دماتوالي لامل شي - دترقوي په منځني برخي کسرونو کي معمولاً د کسر باندي تپه

دبازو دوزن په بنسټ بنکته خواته کش شوي وي او دننی برخه ئي د sternomustoid عضلي پواسطه پورته ساتل شوي وي .

دترقوي دباندنی نهایت په کسرونو کي که چيرته اربطه تماس ولري نو په کمه اندازه بي ځايه والي رامینځ ته کيږي که چيرته coraco clavicular اربطه څيري شوي وي او يا کسر د اربطي په انسي (نږدي) برخه کي واقع وي شايد بي ځايه والي رامینځ ته شي او ترلي ارجاع په دي حالت کي شونی وي .

کلینیکي بڼه:

ناروغ د لاس د حرکاتو د مخنیوی په خاطر لاس د سینې سره کلک نیولی وی. د پوستکي لاندې څرگنده برجستگي او په ځینو وختونو کې تیره پارچه چې پوستکي تهدید وی موجود وي. که څه هم وعایي اختلالات نادر دی. په احتیاط سره نبض جس او په نرمی سره د غاړې قاعده جس شي د ترقوي د خارجي دریمې برخې کسرونو کې په اسانۍ سره اشتباه رامینځ ته کیدای شي یا د Acromoclavicular مفصل د کسرونو سره مغالطه کېږي.

ایکسری:

کسر معمولاً د ترقوي د هډوکي په دریمه وسطي برخه کې وي او د خارجي پارچې استقامت له داخلي پارچې لاندې وي د خارجي دریمې برخې کسرونه کیدای شي خطاء شي یا د بې ځایه والي درجه د اټکل څخه لږه تخمین شي - خو د خطاء له مینځه وړلو او بې ځایه والي درجې د سم اټکل لپاره باید د اوږې د بند په اضافي منظرو اکسری اجرا شي، کلینیکي التیام شو اونی. د راډیولوژیکي التیام څخه مخکې وي.

درملنه:

۱- د ترقوي د منځني دریمې برخې کسرونه:

درسته ارجاع ناممکنه او غیر ضروري ده په ټولو حالاتو کې د بازو حمایي ته اړتیا ده او لاس باید تر هغې چې درد له مینځه لاړ شي په غاړه کې واچول شي (معمولاً ۲-۳ اونيو لپاره) له دې وروسته ناروغ باید د اوږې فعالو حرکاتو ته

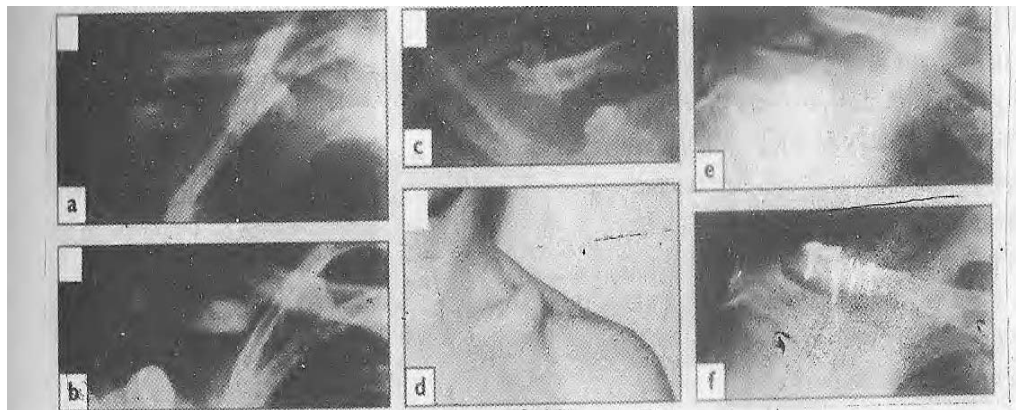
تشویق شي داپه ځانگړی ډول زړو اشخاصو کې داهیمت وړ ده هغو کسانو کې لوی سوء شکل موجود وي شاید د منلو وړ نه وي نو په ترلی شکل د اوږی د بند شاته د منفعل Brace کولو پواسطه ارجاع کیږي او په تعقیب یې 8 شکله بنډاژ تطبیق کیږي داخلي تثبیت ته په نادره توگه ضرورت پېښیږي او کیدای شي Non union ترې پیداشي، خلاص کسرونه او هغه کسرونه چې عصبي وعایي زیان په کې رامینځ ته شوی وي او نه رغیږي دداخلي تثبیت لپاره استطباب گنل کیږي.

۲- د خارجي دریمې برخې کسرونه (Outer Third Fracture):

دخارجي دریمې برخې هغه کسرونه چې بې ځایه شوی نه وي یواځې ۲-۳ اونيو لپاره لاس غاړه کې اچولو ته اړتیا لري دخارجي دریمې برخې بې ځایه شوي کسرونه چې Coraco Clavicular اربطی څیری کیدو سره یو ځای وي په ترلي طریقو نه ارجاع کیږي انسي پارچه به په Trapezius عضله کې غرس وي که بې له درملنی پرېښودل شي نو سوء شکل او نه جوړیدنه یداکوي چې په اوږه کې نارامي او کمزوري ترینه مینځ ته راځي پدې وخت کې عملیاتي تداوي استطباب لري.

د Supra clavicular څیری کیدو له لارې ټوټی ارجاع کیږي که بې ځایه والی ډیر نه وي او ټوټی ثابتی بنکاري نو ددوه هموارو Pins پواسطه یو له بل سره نیول کیږي Pin دبانډنی ټوټی او Acromion له لارې د ترقوي جسم ته ننویستل کیږي د اړتیا په وخت کې دا عملیه د فشاري Band wire پواسطه تقویه کیږي لاس شپږ اونۍ په غاړه کې ساتل کیږي له دې وروسته Pins لیری او بشپړ حرکات پیلېږي. که بې ځایه والی ډیر

زیات او پارچی بی ثباته وی نو دترقوي جسم بنکته خواته کش کیږي او د Coracoid له بارزی سره د قوي Sutur یا Screw پواسطه تثبیت کیږي.



۱-ش

ماته شوی ترقوه :

a: عمومي ځای او بی ځایه والی

b: په لږ غوندي غلط وضعیت کې بی ځایه والی.

c: ټوټه ایزه ماتیدنه په یو وضعیت کې سره یوځای شوی.

d: یوه غټه غوټه

e: د باندنی دریمې برخې کسر چې د Coracoclavicular اړبټی د انسې برخی د څیرې کیدو له کبله ترقوه لږ غوندي پورته خواته تللی ده د کسر د خلاصی ارجاع او داخلي تثبیت پواسطه درملنه شوی.

f: ترقوه د Coracoid بارزی سره دیوي اوږدې Screw پواسطه تثبیت شوی.

اختلاطات:

۱- لمړنی اختلاطات: که څه هم دترقوي هډوکي حیاتي غړو ته ډیر نژدې ځای لري

خو Pneumothorax ، د Subclavian رگونو جرحی او د Brachial plexus

جرحی ټولی نادری دی.

۲- وروستنی اختلاطات: بعضی کسان چې د clavicle دکسرونو د عملیات په هکله پوره مهارت ونلري نادرا نه رغیږي.

الف: Non Union : د باندنی دریمې برخې په بې ځایه شوو کسرونو کې د نه رغیدو خطر شتون لري که رغیدل مینځته رانه شي نو داخلي تثبیت او د هډوکي د Graft پواسطه یې درملنه کیږي.

ب: خرابه رغیدل (Mal union) : د ترقوي په جوړ شوي کسر کې یوه غوټه پیدا کیږي چې په کوچنیانو کې دوخت په تیریدا سره له منځه ځي خو په غټانو کې په خپل حال پاتی کیږي هغه خلک چې د بڼکلا له نظره انډیبنمن وي هر ډول درملنې ته زړه بڼه کوي.

کسر د بې هوشی لاندې د گوتو پواسطه ارجاع کیږي او د Cuiress پلاستر پواسطه ساتل کیږي ناروغ باید د عملیات څخه وساتل شي ځکه چې د عصب او رگونو د جرحی خطر موجود دی. همدارنگه کیدای شي هډوکي یې په Non Union او له عملیات څخه وروسته بد شکله ندبه له ځان سره پریږدي.

ج: داوړې شخیدل Stiffness of Shoulder : داوړې شخوالی عام دی او په موقتي توگه هغه وخت پیدا کیږي کله چې یو څوک د حرکت څخه ویره لري - که گوتوته تمرین ورنه کړل شي نو هغه هم شخیري او د حرکتو بیرته راگرځیدنه یې میاشتی وخت په بر کې نیسي.

د SCAPULA ماتیدل:

د Scapula د جسم کسرونه دمستقیمی تصادمی قوی پواسطه پیدا کیږي او همدغه قوه کیدای شي په پښتیو (اضلاعو) کې ماتیدنه رامنځته کړي او د Sterno clavicular د بند بېځایه کیدل مینځته راوړي.

د Scapula غاړه كيداى شي د ضربې په واسطه يا پر اوږه باندي د رالويدلو له كبله په ماتوا لي اخته شي. د corocoid بارزه كيداى شي په قاعده كې كسر پيدا كړي او يا يې خوكه بې خايه شي. د Acromion كسر دمستقيمي قوى پواسطه پيدا كړي داوړې د بې خايه كيدلو سره يوځاى كيداى شي د Gleniod ماتيدل رامينځ ته شي.

كلينيكي بڼه:

لاس بې حركته او كيداى شي د اوړې د هډوكي د پاسه او يا دسينې په ديوال شديد شينوالى شتون ولري. د Scapula د جسم د كسر لپاره ډيرې قوى ته اړتيا ده. او همدا لامل دې چې په ډيرو پيښو كې د Scapula د كسر سره يوځاى دسينې Spin, Brachial plexus ، گيډې او سر جروحات موجود وي.

ايكسرى:

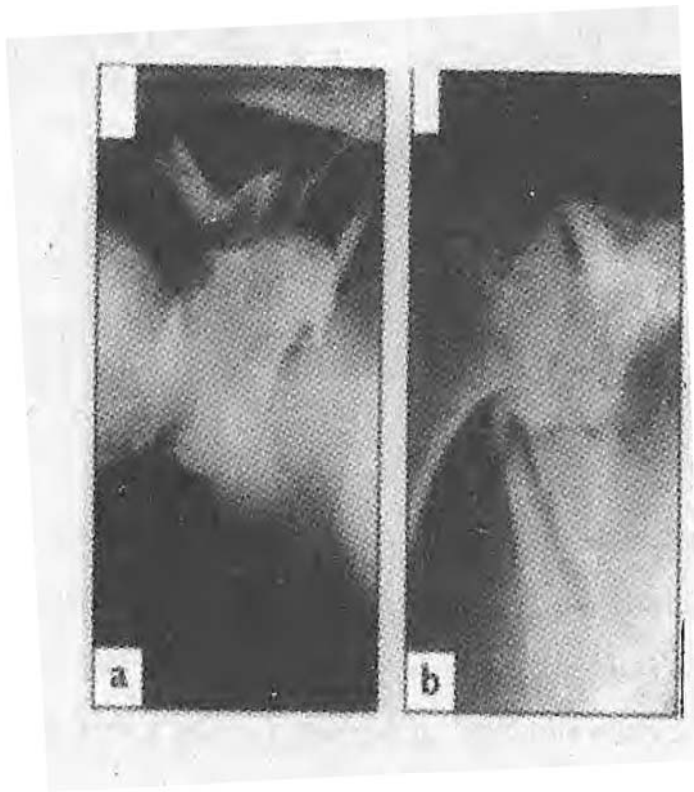
دگرد چاپيره نرمو نسجونو شتون له كبله د Plain اكسرى پواسطه د كسر معلومول ستونزمن كار دى په عكس كې به د Scapula د جسم خو پارچه يي كسر وليدل شي او يا د Scapula د غاړې كسر چې باندى تپته يې دلاس دوزن پواسطه بنكته خواته كش شوى وي وليدل شي ځينې وخت په Crocoid او Acromion كې هم يو چاود ليدل كړي د Glinoid تشه د كسرونو لپاره CT سکن گټوره معاينه

.۵۵

درملنه:

الف : دغاړې كسرونه : داكسرونه عموماً Impected وي او د Glinoid دسطحي سره په تماس كې وي د ارام لپاره لاس په غاړه كې اچول كيږي.
ب: Gleniod ماتيدل: كه چيرې دبې خايه كيدنې په وخت كې د Glenoid دسطحي څخه يوه داسې پارچه جدا شي چې د ۲۵% څخه يې حجم زيات وي نو بايد داخلي تثبيت په نظر كې ونيول شي.

ج: Body Fracture : جراحي ته ضرورت نشته ناروغ دارام لپاره لاس په غاړه كې اچوي او د اوږې ، څنگلې او گوتو فعال حرڪات پيل كوي.
د: Acomion ماتيدل : په دې كسرونو كې هم غير عملياتي درملنه او لمړنۍ حرڪات عموماً وړ كار دي.



24 - 2

د Scapula كسرونه:

a: دكټف دهلوكي دغاړې كسر

b: دكټف د جسم كسر.

Scapulo thoracic Dis location

دا دزیاتی قوی له کبله پیداشوی جرحه ده Scapula او بازو د سینې څخه جداشوی وي او Subclavian رگونه، Bracheal plexus شلیبري اکثره ناروغان مړه کیږي.

کلینیکي بڼه:

لاس ځوړند او Ischemic وي دپراخ هیماتوم له کبله د ترقوی له پاسه پرسوب موجود وي تشخیص عموماً د X-ray پواسطه وضع کیږي.

درملنه:

بیارغونه سرته رسیږي د پورتنې طرف پایلې ډیرې خرابي دي درگونوبیاریغونه او Bracheal plexus لوڅول او ترمیم وظیفوي علوي نهایت مینځ ته نه شي راوړی.

جروحات ACROMIO CLAVICULAR ؛

Acromoclavicular مفصل ناڅاپي جرحی عامی دي او دمستقیمي تروما له کبله پیدا کیږي هغه ناروغان چې د Jack hammer دنده لري او یادوزن پورته کولو لوبغاړی وي په هغوی کې د استحالوي بدلونونو سره یوځای ځنډنی Sprians لیدل کیږي.

دجرحی میخانیکیت:

که یوڅوک په داسې حال کې په اوږه باندې راولویږي چې لاس یې د تقرب په حالت کې وي نو د Acromioclavicular اړبټی Strain یا څیری کیدل او همدارنگه د Clavicle پورته خواته Subluxation رامینځ ته کیږي که قوه ډیره شدیدې وي نو کیدای شي چې Coraco clavicular اړبټه هم څیرې شي او پایله کې مفصل په بشپړه توګه بې ځایه شي.

پتالوژیکه اناتومي او ډلبندی:

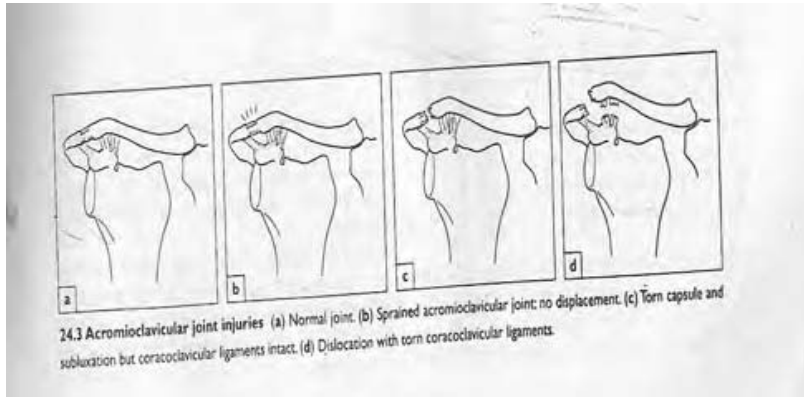
داجرحی داربټو دجرحو د ډول او د مفصل د بې ځایه کیدو په بنسټ درجه بندی شوي دي، Type-I یې د Acromioclavicular اړبټی ناڅاپي Sprain دې چې مفصل په کې نه وي بې ځایه شوی، په Type II کې Acromioclavicular اړبټه څیږې شوی وي او د ترقوي هډوکي لږ غوندې پورته Subluxated شوی وي، په Type III کې Acromioclavicular او Coracoclavicular اړبټی دواړه څیرې شوي وي او مفصل خلع شوی وي ترقوي پورته خواته تپله شوي وي او واضح خالي ځای په کې مینځته راغلی وي په Type IV کې ترقوي هډوکي خلف خواته بې ځایه شوی په Type V ترقوه ډیره زیاته پورته خواته ختلی وي په Type VI کې ترقوه د Coracoid بارزی څخه بنکته رالویدلی وي.

کلینیکي بڼه:

ناروغ په خپله دجرحی ساحه په ګوته کولای شي او ساحه شینوالی لري، که چیرې حساسیت شتون ولري او بد شکلی نه وي نو غالباً دابه یو Sprain اویا

Subluxation وي. د بې ځايه كيدنې په صورت كې شديد درد موجود او د جس پواسطه يوه خاليگاه احساسېږي د اوږې حرڪات محدود شوي وي.
ايكسري:

Acromoclavicular مفصل په اساني سره نه ليدل كيږي قدامي خلفي Cephalic tilt او په Axillary منظرو بايد ايكسري واخيستل شي.
 د دوهم او دريم ډول جرحو د توپير لپاره په قدامي خلفي منظره په داسې حال كې ايكسري واخيستل شي چې په هر لاس كې يې ۵ كيلو گرامه وزن نيولى وي نيغ ولاړ وي او دواړه اوږې يې په X-ray كې راشي په هر اړخ كې بايد د Crooid بارزى او د ترقوي دلاندې غاړې تر مينځ فاصله اندازه شي كه چيرې د ۵۰% څخه زيات توپير په دواړو خواو كې ولري نو د Acromoclavicular بند بې ځايه كيدنه به رامينځ ته شوى وي.



24,3

اړيځه څيږى

د Acromoclavicular مفصل جرحى.

a: نور مال مفصل

b: Sprain شوى مفصل چې بې ځايه والى نه لري.

c: Capsul څيږي شوى او Coracoclavicular اړيځه په تماس كې ده.

d: دخلى سره يوځاي Coracoclavicular شوى ده



24,4

Acromioclavicular مفصل

a: Subluxation د لږ غوندي سوء شکل سره يوځای.

B: مکمله خلع چې واضح بې ځايه والي لري.

درملنه:

Sprains او Subluxation په دندې څه ځانگړې اغيزه نه کوي کومې ځانگړې درملنې ته اړتيا نه لري د درد تر ختميدو پورې لاس په غاړه کې اچول کېږي- او د اوږدې حرکات پيل کېږي که څه هم بې ځايه کيدنې د Pad او بنداژ پواسطه نه رغیږي خو د جراحي عملیه هم تر ناندريو لاندې ده. ډير ځلي عمليات هيڅ پایله نه ورکوي. په ایغو نیغو Type III جرحو کې هيڅ داسې ثبوت نه شته چې د جراحي پواسطه دمحافظوي په نسبت بڼه وظيفوي عضوه اعاده کېږي.

جراحی ترمیم باید په هغو خلکو کې تر سره شي چې ترقوه يې ډیره زیاته بارزه لري، ترقوه يې خلف یا سفلي خواته بې ځایه شوی وي او یا هغه خلک چې په لاس باندې شدید کارونه کوي.

یو ښه تجربه شوي تخنیک دا دی چې Coracoclavicular اړيکه ترمیمېږي او په ځای کیدل په لنډ مهاله توګه د Screw پواسطه په خپل ځای کې ساتل کېږي د دوه اونيو لپاره اوږه بې حرکتې او وروسته حرکات پیلېږي. Screw د ۸ اونيو وروسته لیرې کېږي.

اختلاطات:

۱- Rotator Cuff Syndrome

ځینې وخت د Acromio clavicular بند دناڅاپي Strain څخه وروسته د Supraspinatus وتر التهاب پیدا کېږي. ددې التهاب اصلي علت چې ایا دابتدایي جرحی څخه وروسته او یا دتروما څخه وروسته د Acromioclavicular مفصل دالتهاب او پرسوب له کبله پیدا کېږي معلوم نه دی دالتهاب ضد درمل مرسته کولی شي.

۲- غیر ارجاع شوی خلعی:

غیر ارجاع شوي خلعی بدې معلومېږي او ځینې وخت په دنده اغیزه کوي که یواځې بعیده ترقوه غوڅه شي نو معامله نوره هم خرابېږي نو باید Coraco clavicular اړيکه بیا ورغول شي.

د Weaver dunn په تگلاره کې Coracoacromial اړبڼه له Acromion څخه ليرې کيږي - او د ترقوي په بعیده برخه کې تثبيت کيږي. Acromoclavicular بند په بشپړه توگه په ځای کيږي د Screw پواسطه په موقتي توگه په خپل ځای کې ساتل کيږي.

۳- داربټو Ossification:

د ډيرو شديدو جرحو څخه وروسته په Coracoclavicular اړبڼه کې Ossification مينځ ته راځي. هډوکينې پارچې Rotatter cuff ته مساعده زمينه برابروي او عمليات ته اړتيا پيدا کوي.

۴- دويمې اوستيوارترائيس:

د لومړني او دويم ډول جرحو وروستنی اختلاط د دويمې Osteoarthritis څخه عبارت دي دا د محافظوي درملنې پواسطه اصلاح کيږي او که درد ډير شديد وي. نو د ترقوي باندنی دوه سانتي متره برخه غوڅيږي له دې وروسته درد په بشپړ ډول له منځه نه ځي او ناروغ بايد خبر شي چې کيدای شي د بازو په شديد فعاليت کې کمزورتيا ولري.

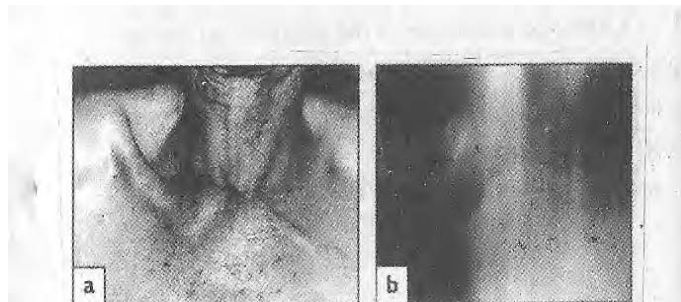
بې ځايه کيدل STERNO CLAVICULAR :

کله چې په اوږه باندې د اړخ له خوا فشار راشي نو دا ډول غير دوديزه ماتيدنه پيدا کيږي مثلاً که يو څوک دسړک په پيښه کې له موټر څخه په اوږه راولويږي اويا له يوه لوړ ځای څخه په اوږه باندې دتيرې غونډې رالويږي په نادره توگه دمفصل

په قدامي برخه باندې د مستقيمي ضربې له کبله هم دغه خلع پيدا کيږي - قدامي خلع د خلفي خلعي په نسبت زياته پيدا کيږي مفصل کيداې شي Sprain - شبه خلع - او بشپړه خلع ورکړي.

کلينيکي بڼه:

قدامي بې ځايه کيدنه په اساني سره تشخيص کيږي. ځکه چې د ترقوي انسي نهايت د Sternoclavicular مفصل د پاسه واضحه غوټه جوړوي خلع درد ناکه وي خو زړه او سينه اختلاطات نه لري. خلفي خلع که څه هم نادره ده خو ډيرې تشویشنا کې دې نارامي زياته وي کيداې شي په تراخياء او غټو رگونو فشار راشي او دغاړې او بازو وريدي رکودت مينځ ته راشي او بازو ته دويني جريان کم شي.



24,5

مفصل Sternoclavicular

ab : قدامي خلع د کلينيک له نظره واضح ده په x-ray کې ليدل ډير ستونزمن وي په Tomograph پواسطه بې ځايه والی ښه ليدل کيږي او CT لښتره معاینه ده.

اکسری :

په X-ray Plain کې یو ډبل له پاسه سورې مینځ ته راځي نو تشخیص مشکل دی په مایله منظره X-ray مرستندویه ده او CT سکڼ د تشخیص تر ټولو بهترینه معاینه ده.

درملنه:

Sprain او Subluxation ځانګړی درملنی ته اړتیا نه لري، قدامي بې ځایه کیدنه د ترقوي د پاسه د فشار واردولو او داوړې دمفصل تبعه سره د بازو د کښولو پواسطه ارجاع کیدای شي. ددې سره سره مفصل معمولاً دوباره بې ځایه کیږي خو دا دومره غټه ستونزه نه ده که څه هم د دندې بیرته راګرځیدنه څو میاشتې په بر کې نیسي خو په بشپړ ډول یې دنده بیرته راګرځي داخلي تثبیت ته اړتیا نه لیدل کیږي او خطرناک ځکه دې چې د Sternum شاته غټ رګونه شتون لري.

خلفي بې ځایه کیدل څومره ژر چې شونې وي باید په ځای شي - چې ارجاع په تړلي شکل کې چیرې اړتیا وي باید د عمومي بې هوشۍ لاندې تر سره شي - په داسې ډول چې ناروغ به Supin وضعیت لري چې د دواړو کتف هډوکو تر مینځ یې د شګې بوجې کینودل شوی وي، او له دې وروسته بازو داوړې د بند د تبعه او بسط سره یوځای کښول کیږي او بند د خړوپ او ازکولو سره په ځای او همداسې پاتې کیږي که چیرې دغه مانوره ناکامه شوه نو د ترقوي انسی نهایت د هډوکو د Forcep پواسطه نیول کیږي او مخکې خواته کش کول کیږي که چیرې دغه مانوره هم چې نادراً پینښېري ناکامه شي نو خلاصه ارجاع بڼه ګڼل شوی - خو زیاته پاملرنه باید وشي چې دمنصف جوړښتونو ته زیان وانه وړي له ارجاع وروسته د اوړې بند

شاتنی Brace باید د 8 شکله بنداز سره یوځای ترسره شي کوم چې د دريو اونيو لپاره پاتي کيږي يا اغوستل کيږي.

داوړی بي ځايه کيدل :

په غټو بندونو کې داوړی بند په عمومي توگه زيات بې ځايه کيږي او دادیوشمير عواملو لکه دجوف عنابي ډکوالي، غير معمولي حرکاتو شتون، داربطو سستوالی، دجوف عنابي Dysplasia او د پورتنې طرف دفشاري فعاليت په وخت کې په بند کې زيات زور راتللو له کبله مينځ ته راځي. په دې څپرکي کې د ناڅاپي قدامي او خلفي خلغو څخه بحث کوو.

قدامي بي ځايه کيدنه؛

خلع هغه وخت پيدا کيږي چې يو څوک په لاس راوغورځيږي. Humerus قدام خواته کش کيږي- کپسول څيرې کوي او دجوف عنابي په غاړه کې Avulsion پيدا کيږي - ځينې وخت دعضد دهلوکي دسر خلفي جنبي برخه ماتيږي. په نادره توگه د Acromion بارزه سر بنکته خواته ټيله کوي او د عضد سر وروسته نيغ راوتلی بنکاري بازو ځوړند وي او دعضد راس د Coracoid څخه لاندې ځای نيسي.

کلينيکي بڼه:

شدید درد موجود وي او ناروغ ماوف لاس دبل لاس پذريعه نيولی وي او کتنې ته اجازه هم نه ورکوي- د اوړی جنبي برخه همواره بنکاري- او که دناروغ عضلات

ډير قوي نه وي نو د Clavicula لاندې يوه غوټه جس کيږي - د ارجاع څخه مخکې بايد بازو د اعصابو او رگونو د جرحو لپاره وکتل شي.

ايکسري:

قدامي خلفي ايکسري دعضد دسر او دجوف عنابي سيورې يو د بل دپاسه بنکاري او دعضد سر د بند څخه لږ لاندې انسي خواته پروت وي که په اړخيز وضعيت د Scapula دغاړې له خوا ايکسري واخيستل شي نو دعضد راس دمفصل دليکې څخه وتلی بنکاري که بند پخوا هم بې ځايه شوی وي نو په ځانگړو منظرو کې دعضد دراس خلفي جنبي عکس هموار وي ځکه چې دجوف عنابي دقدامي غاړې پواسطه پټ وي.

درملنه:

د ارجاع ډيري لاری شتون لري چې يو څه يې يوازې په تاريخ پورې تړلي پاتی شوي هغه ناروغان چې پخوا هم په کې خلعي پيداشوي وي دبازو ساده Traction ته اړتيا لري خو په ځينو پيښو کې عمومي بې هوشي ته اړتيا ليدل کيږي د Stimson's په تخنيک کې ناروغ په بستره باندې پر مخ اچول کيږي چې لاس به يې بستر څخه بنکته زانگي ۱۵-۲۰ دقيقې وروسته کيداې شي ارجاع رامینځته شي په Hypocratic طريقه کې اوږه لږ غوندي تبعه لري او په ورو ډول په بازو کې زياتيدونکی Traction تطبيق کيږي او Assistant دناروغ په جسم باندې دمخالف سمت څخه Traction تطبيق کوي.

د Kocher په طريقه کې څنگل ۹۰ درجې قبض کيږي او جسم ته نږدې نيول کيږي - Traction ته اړتيا نشته بازو ته په وحشي کې ۷۵ درجې تدور ورکول

کیرې - ځنگل قدام خواته پورته کیرې او اڅربازو ته انسي تدور ورکول کیرې - پدې تخنیک کې داعصابو، رگونو او ددهوکو دجرحی خطر موجود دی نو کارول یې بڼه نه دي دکسر د ردولو او د ارجاع د تصدیق لپاره اکسری باید واخیستل شي. کله چې ناروغ په بشپړ ډول بیدار شو نو د Axillary عصب دجرحی او د Rotator cuff دڅیرې کیدنې د ردولو لپاره په ورو ډول فعال تبعه اجرا کیرې. د Muscular cutaneous او ulnar, radial, median اعصابو لپاره هم باید ازموینی سرته ورسیرې - او نبض باید جس شي. هغه ناروغان چې عمر یې ۳۰ کلونو نه کم وي باید لاس درې هفتی په غاړه کې واچوي. ځکه چې د شخوالي خطر موجود دی - لدې وروسته حرکات پیل کیرې خو په گډ ډول د تبعه او اړخیزه تاوولو څخه باید ځان وساتل شي پدغه وخت کې باید د ځنگلی او گوتو حرکات هره ورځ سرته ورسیرې

اختلالات: قدامي خلع لاندې اختلالات ورکوي:

لمړنی اختلالات: لمړنیو اختلالاتو کې لاندې اختلالات شامل دي:

الف: Rotator cuff tear : داڅیرې کیدنه په زړو خلکو کې د قدامي خلعي سره یوځای رامینځ ته کیرې - ناروغ د ارجاع څخه وروسته لاس ته تبعه نه شي ورکولای - که Deltoid عضله د جس وړ Contractur ولري نو Axillary عصب افت ردیرې - زیاتره ناروغان جراحي ته اړتیا نه لري خو ځینې ځوان فعال اشخاص چې زیاته څیرې کیدنه په کې مینځ ته راغلی وي د جراحي ترمیم څخه گټه اخیستلی شي.

ب: عصبی جرحی: Axillary nerve: Nerve injuries زیات زخمی کیږي ناروغ Deltoid عضلی ته تقلص نه شي ورکولای - او کیدای شي د عضلې له پاسه لږه غونډې بی حسی موجوده وي د تبعه ناکامي باید د Rotator cuff سره توپیر شي. عصبی افت د Neuroprasia په ډول وي او یو څو هفتی وروسته په خپل سر رغیږي. که ونه رغیدو نو جراحي ته اړتیا لري - که په ترمیم کې ځنډ رامینځ ته شي نوښې پایلی نه لري په ځینو پېښو کې Median عصب Muscula cutenus عصب، Ulnar عصب او Radial عصب زخمی کیږي په نادره توګه د ترقوی لاندې د Brachial plexus افت مینځ ته راځي - که منځ ته راغی نو ډیر خطرناک دی خو له نیکه مرغه د وخت په تیریدو سره بیرته په خپله رغیږي.

ج: Vascular injuries: زاره ناروغان چې ماتیدونکی رګونه لري په هغوی کې کیدای شي Axillary شریان ته زیان ورسیري. دا پېښه یا خو د جرحی په وخت او یا د ارجاع په وخت کې د زیاتې قوی د کارولو له کبله رامنځته کیږي. د ارجاع څخه مخکې او وروسته باید طرف د Ischemia د نښو لپاره وکتل شي.

د: Fracture dislocation: که چیرې د بې ځایه کیدنی سره یو ځای د قریبه عضد کسر هم موجود وي نو خلاصی ارجاع او داخلي تثبیت ته اړتیا ده د خلعي په وخت کې کیدای شي غټه Tuberosity ماته شي - دا په خپله د ارجاع په وخت کې په ځای کیږي او کومی ځانګړی درملنی ته اړتیا نه لري خو که بیځایه پاتی شوه - نو د جراحي پواسطه باید بیرته په خپل ځای کې ونښلول شي.

۲- وروستنی اختلاطات: په موخرو اختلاطاتو کې لاندې اختلاطات شامل دي.

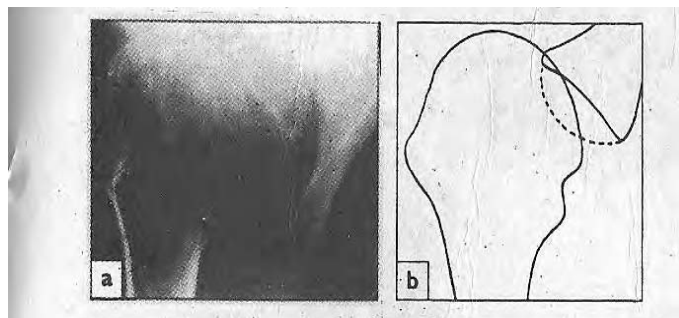
الف: داوړې شخيدل : هغه ناروغان چې د ۴۰ کالو څخه زيات عمر لري په هغوي کې داوړدې مودې لپاره داوړې بې حرکتې کول شخوالي مينځ ته راوړي - Lat.Rotation له مينځه ځي او تبعه محدود ږي، فعال حرکات مفصل سستوي ځکه چې په شدت سره اجرا کېږي. که اړخيز هتاويدنه اعاده نه شي نو تر هغې تبعه امکان نه لري، دبې هوشۍ لاندې مانورې هغه وخت اجرا کېږي څه وخت چې پر مختگ ونه ليدل شي او په جرحه باندې شپږ مياشتې تيرې شوي وي- د تبعه څخه مخکې بايد جنبي تدور اصلاح شي- مانوره بايد د زور پر ځای په آرام سره تر سره شي.

ب: Un reduced dislocation :

ځينې وخت په عجيب ډول داوړې بې ځايه کيدنه له تشخيصه پته پاتې کېږي دا پيښه په ډيرو زرو يا بې هوشه ناروغانو کې زياته ليدل کېږي د جرحې د شپږو اونيو دننه ترلې ارجاع گټه لري او که چيرې وروسته پرې مانوره اجرا شي نو کيداي شي رگونه او اعصاب څيرې شي عملياتي ارجاع د شپږو اونيو څخه وروسته يوا ځي په ځوانو ناروغانو کې استطباب لري. ځکه چې داگرانه خطرناکه او د شخوالي پواسطه تعقيبېږي، دقدام له لارې يو شق اجرا کېږي او دخلعی د ارجاع څخه مخکې رگونه او اعصاب ليدل کېږي د ارجاع وروسته خلعی ته ډيره پاملرنه نه کېږي او ناروغ فعالو حرکاتو ته تشويق کېږي -اوره هميشه بڼه دنده لاس ته راوړي.

ج: متکرره بې ځايه کيدل:

که په قدامي بې ځايه کيدنه کې د اوږې د بند محافظه څيرې شي نو دارجاع څخه وروسته په خپله ترميميرې- او بيا بې ځايه کيدنه نه پيښيرې خو که دجوف عنابي Labrum له خپله ځايه بې ځايه شي اويا محافظه د جوف عنابي د غاړې څخه جداشي نو بيا بې ځايه کيدنه واقع کيدای شي . Labrum په ځوانو ناروغانو کې زياته جداکيرې او که د عضد د راس د خلفي جنبې برخې هډوکنې پارچه مينځ ته راغلی وي نو خلعي لا ډيرې زياتې واقع کيرې. په زړو ناروغانو کې که چيرې Rotetter cuff څيرې والی اويا د غټې Tuberosity ماتيدل مينځ ته راغلی هم وي خلعي ډيرې نه پيښيرې د عمليات څخه وروسته د بې حرکته کولو موده دخلعو په بيا مينځ ته راتگ باندې هيڅ اغيزه نه لري دخلعو تاريخچه تشخيصه اهميت لري ناروغ حکايعه کوي چې د هرې ورځې په ورځينو کارونو کې يې اوږه بې ځايه کيرې او زياتره ناروغ يې بيرته په خپله په ځای کوي د تشخيص په اړوند که شک شتون ولري - نو د ادراک د Test پواسطه معلوميرې که دناروغ بازو په منفعله توگه د Coronal plan شاته دتبعد او جنبې تدور په حالت کې وساتل شي نو د ناروغ مقاومت او ادراک Pathogonomic وي له دې څخه ډير عام چې نه تشخيص کيرې د Subluxation بيا بيا پيښيدل دي.



24,8

متکرره نیمه خلغ ایکسري قدامي نیمه خلغ بنای، دعضد راس دگلینوایدپهڅنډه سور ښکاری.

داوری خلفي بي ځايه کيدنه:

خلفي خلعي نادري دی او داوری د ټولو خلعو ۲% پيښې جوړوي:

د جرحي ميخانيکيت:

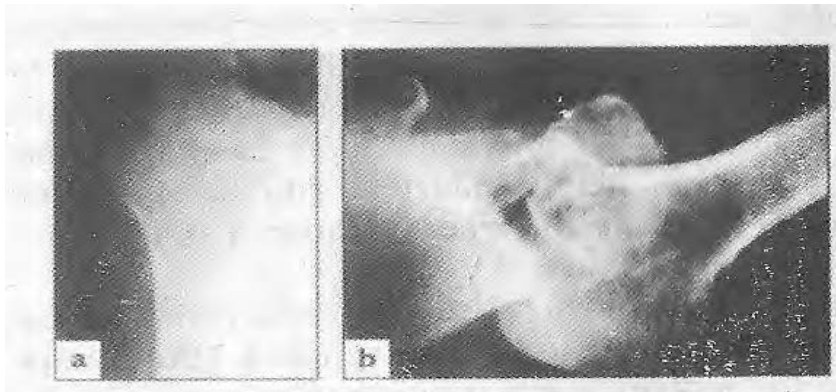
غير مستقيمه قوه چې ډيره شديد وي او واضح داخلي تدور او تقرب مينځ ته راوړي خلفي خلع پيدا کيږي دا خلعي د برق د نيولو په وخت کې د اختلاج او fit له کبله عامې پيدا کيږي. همدارنگه خلفي خلعي هغه وخت هم مينځ ته راتللي شي څه وخت چې يو څوک په Flexed او تقريبي بازو باندې راوغورځيږي او يا قدام له خوا په اوږې باندې مستقيمه ضربه وارده شي او يا يو څوک په غځيدلي لاس راوړيږي.

کلينيکي بڼه:

څرنگه چې اکثراً قدامي خلفي x-ray اخيستل کيږي نو تشيخص اکثراً له نظره پټ پاتي کيږي او يا د ناروغ پايوازن خلعي ته فکر نه کوي او ردوي يې. يو څو ډير ي واضح کلينيکي نښې شته دي - لاس په انسي تدوري حالت کې نيول شوی وي او په همدې وضعيت کې ساتل کيږي Coracoid بارزه او د اوږې قدامي برخه همواره وي خو کيداې شي ي دغه سوشکل د پرسوب پواسطه پټ شي که لږ پورته خواته وکتل شي نو خلفي بي ځايه والی واضح ليدل کيږي.

ایکسری:

په قدامي خلفي عکس کې د عضد سر انسي تدور لري بڼه يې غير نورماله بنکاري او د عنابي جوف څخه لږ ليرې ولاړ وي اړخيزه ایکسري ته اړتيا ده ځکه چې خلفي بې ځايه کيدنه او نيمه بې ځايه کيدنه په واضحه توگه نښي. خلفي بې ځايه کيدنه ځينې وخت کې د عضد د غاړې د جوف عنابي دخلفي غاړې او د وړي Tubersity د کسرونو پواسطه اختلاطي کيږي په ستونزمنو پيښو کې CT سکن مرستندويه تشخيصه معاینه ده.



9-24

داوړې خلفي بې ځايه کيدنه

a: قدامي خلفي منظره نورماله بنکاري خو د عضد راس گراي کروي بڼه لري.

b: په اړخيزه منظره کې واضح بې ځايه کيدنی بنکار

درملنه :

ناخاپي بې ځايه کيدل د عمومي بې هوشي لاندې په داسې طريقه په ځای کيږي چې بازو کش کيږي او اوږه د تقرب په حال کې وي له دې وروسته د بازو سر ته

اجازه ورکول کیرې چې یو خو دقیقې په خپل ځای پاتې شي او وروسته په آرام سره اړخیز ډول تدور ورکول کیرې که ارجاع ثابت شوه نو لاس په غاړه کې بې حرکت ساتل کیرې او که نه وي نو اوږه د تبعه او جنبې تدور په حالت کې په Spica پلاستر کې د دريو اونیو لپاره ساتل کیرې چې په همدې حالت کې خلفي Capsul رغیرې. د اوږې د حرکتو لپاره فعال تمرینات اجرا کیرې.

اختلاطات :

داوږې خلفي خلعي لاندې اختلاطات ورکوي:

الف: un reduced dislocation : دخلفي خلعي نیمایي ناروغان په لومړنی کتنه کې غیر ارجاع شوي افات لري. ځینې وخت په خلغ باندې د تشخیص څخه مخکې میاشتی او اوونۍ تیری شوې وي ناروغ خپل لاس د دننه خواته تاوو حالت کې نیولی وي اوله ۷۰ درجو څخه زیات تبعه نه شي ورکولای که لاس خواته وغځوي نودلاس ورغوی علوی ته نه شي راتاوولی که ناروغ ځوان وي ډیر نارامه - او که خلغ یې تازه وي نو خلاصه ارجاع استطباب لري د خلفي شق له لارې capsul ترمیمیرې او په ځای کیرې په زړو ناروغانو کې وروستنی خلعی باید په خپل حال پریښودل شي او ناروغ حرکتو ته وهڅول شي.

b: Recurrent dislocation or subluxation دا حالات ډیر نادر دي.

داوږې بي ځایه کیدل لاندې حواته (Inferior Dislocation Of The Shoulder Or (Luxatioercta)

مفصلي خلعی نادری دي او لمړنی تشخیص ته اړتیا لري ځکه چې پایلې یې ډیرې خطرناکی دي خلغ هغه وخت پیدا کیرې کله چې لاس بشپړ ډول تبعه ولري. د

عضد سر د مفصل څخه وځي او د ترڅرگ ناحیه کې ځای نیسي بازو د تبعد په حالت کې تثبیت پاتی کیږي.



د اوږې سفلي بې ځایه کیدل
دې حالت ته Luxatio erecta وایي لیدل کیږي
چې د عضد جسم پورته خواته او راس یې ښکته خواته بې ځایه شوي

د جرحی میخانیکیت او پتالوژي:

د جرحی د شدیدې فرط تبعدي قوي له کبله پیدا کیږي عضد د Lever او Acromion د Flucrum په شان د عنابی جوف څخه لاندې وضعیت نیسي او جسم یې لږ پورته خواته راځي. کیدای شي د نرمو نسجونو شدیدې جرحی په کې مینځته راشي. چې دمحفظی Avulsion، د اوتارو جرحی، د عضلاتو څیرې کیدل، د عنابی جوف ماتیدل، د قریبه عضد ماتیدل د Bracheal plexus زخمی کیدل او د Axillary artry زخمی کیدل په کې شامل دي.

کلینیکي بڼه:

د ناروغ لومړنی بڼه چې خپل لاس یې په بشپړ ډول د تبعد حالت کې پاتی شوی وي تشخیص ډیر اسانوي. د عضد راس کیدای شي په ترڅرگ او یا ددې څخه لږ لاندې جس شي د تل لپاره باید د عصب او رگونو افت وکتل شي.

ایکسری:

عضد د تبعد په وضعیت کې وي. او راس یې د جوف عنابي څخه لاندې وي د جوف عنابي او د عضد د قریبه برخو د ماتیدلو کتل ډیر اهمیت لري. صحیح سفلي خلعی باید په خپل سر د عضد د بنکته غورځیدو سره توپیر شي چې د عضد د سر په خپل سر بنکته غورځیدل د کمزوري او د اوږی د عضلاتو د سستی له کبله د تروما څخه وروسته او د اوږی په میزابه کولو کې مینخته راځي. په دې پېښو کې د عضد جسم د تهر په طرف په خپل نورمال اناتومو وضعیت کې قرار لري او د ایوبې ضرره حالت دې او د عضلاتو دمقویت د بیرته راگرځیدلو سره له مینخه ځي.

درملنه:

سفلي خلعی په عمومي توګه د لاس د پورته کش کولو اود اوږی د پاسه بنکته خواته د ترکشن پواسطه ارجاع کیږي که د عضد راس نرمو نسجونو کې نښتې وي نو خلاصی ارجاع ته اړتیا ده د ارجاع څخه وروسته د عصب او رګونو جرحو لپاره باید پلټنه تر سره شي د درد تر ختمیدو پورې لاس په غاړه کې اچول کیږي او حرکاتو ته اجازه ورکول کیږي خو باید تر دریو اونیو پورې لاس ته تبعد ورنه کرل شي ترڅو نرم نسجونه بیرته ورغیږي.

په کوچنیانو کې داوږی بې ځایه کیدل:

دتروما له کبله د اوږی خلعی په ماشومانو کې نادری دي هغه ماشومان چې داوږی خلعی یې پیدا کړي وي نو په Voluntary او په involuntary بڼه وي، په Voluntary خلعو کې ماشوم د بې ثباتي مظاهره کولای شي خو په خپل سر خلع نه رامینځ ته کیږي په Involuntary بڼه کې خلع د ورځینو کارونو په وخت په خپل سر

پیدا کیږي. دا ماشومان زیاتره د بند سستوالی او د جوف عنابي Dysplasia لري په کتنه کې لیدل کیږي چې اوږه هر خواته ته Subluxation کوي. x-ray د تشخیص تصدیق کوي.

درملنه:

د تروما څخه په غیر خلعي باید په ډیر احتیاط سره وکتل شي. ځینی ماشومان د سلوک ستونزه لري او په دې باید فکر وشي چې چیرته د دوی درملنه وشي. دیوه اوږده تمرین پروگرام کیدای شي چې مرستندویه وي که ماشوم د افت له کبله سرسخته ستونزه کې وي او کومه رواني ستونزه ونه لري نو دیوا رغوني لپاره باید جراحي په نظر کې ونیول شي نو په جراحي کې به کچې پاملرنی ته اړتیا ده.

دمت د هډوکي د پورتنی برخی ماتیدل:

د بازو د نژدی برخی ماتیدل د متوسط عمر څخه وروسته - له مینوپوز څخه وروسته او Osteoporosis بنځو کې زیات پیدا کیږي په ډیرو واقعاتو کې واضح به ځایه والی منځته نه راځي او په درملنه کې ستونزی راولاړیږي په اټکلي ډول په ۲۰% پیښو کې یوه یا زیاتي ټوټی په څرگند ډول به ځایه والی لري او دا اختلاطو خطر له ځان سره لري.

دجرحی میخانیکیت:

ماتیدل په عمومي توگه په غځیدلي لاس د راولویدو له کبله پیدا کیږي چې په ځوانانو کې کیدای شي داوړی بې ځایه کیدل هم په کې پیداشي او ځینې وخت خو دماتیدو سره یو ځای بې ځایه کیدنه هم شتون ولري.

پتالوژیک اناتومي او ډلبندي:

تر ټولو زیات دمنلو وړ ډلبندي د Neer او ۱۹۷۰ کال ډلبندي ده چې دا ډلبندي دهغو څلورو غټو برخو په بنسټ چې په ماتیدو کې برخه لري ولاړه ده په عمومي توگه دابرخې د عضد دراس، لوی Tuberosity وړی Tuberosity او دجسم څخه عبارت دی د Neer ډلبندي د بی ځایه شوو ټوټو تر مینځ توپیر کوي، بې ځایه والی په دی ډلبندي کې ۴۵ درجې زاویې جوړولو یا ۱ ساتي متر جداوالی ته ویل کیږي. ددې پیژندگلوۍ پر بنسټ کسري لیکي ډیری وي.

که ټوټی یو له بل څخه جداشوی نه وي نو دې ته one Part ماتیدنه وایي، که یوه پارچه له بلې څخه جداشوی وي نو دې ته two part کسر وایي، که دوه پارچې بې ځایه شوی وي نو دې ته three part کسر وایي او که ټولی غټی برخې یو له بل څخه جداشوي وي نو دې ته Four part کسر وایي. کله چې دبازو سر بې ځایه شوی وي او دوه یا درې یا څلور Part کسر هم شتون ولري نو کسري خلع ورته وایي. دا ډلبندي د x-ray د څرگندولو په اساس مینځ ته راغلی ده. او ډیر کتونکي په دې خوبس نه دي چې کوم کسر په کومه ډله کې راځي. خو بیا هم د Neer ډلبندي د پایلو د وړاند وینې او د درملنې د لارښوونې له کبله ډیره گټوره ده بې ځایه شوی کسرونه لږ څه ستونزې لري Two part کسرونه د تړلی په ځای کیدنی پواسطه یې درملنه کیږي.

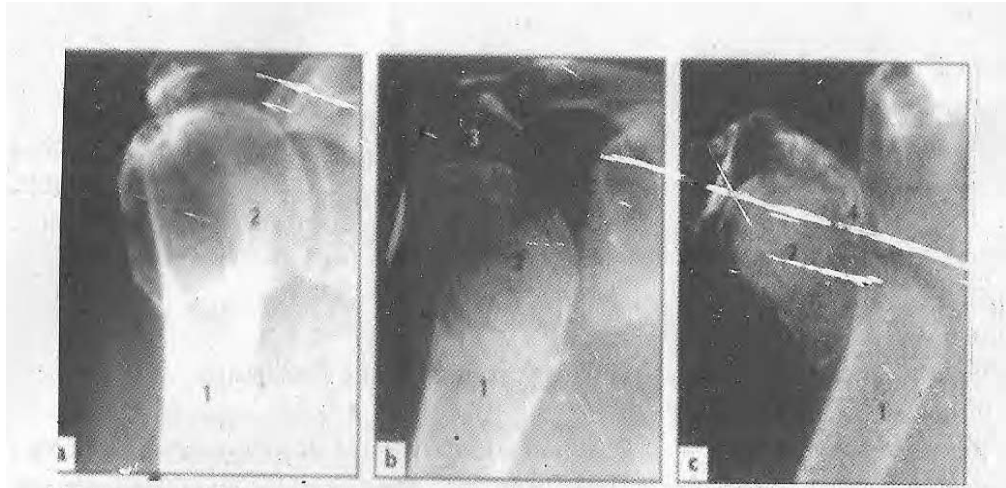
د Three part کسرونو ارجاع ستونزمنه ده او باید داخلي تثبيت ترسره شي څلور
Part کسرونه خرابی پایلی لري او بهتره تداوي د Prosthese اچول دي.

کلینیکي بڼه:

څرنګه چې ماتیدنه صحیح impacted وي نو کیدای شي چې شدید درد ونه لري
د بازو په پورتنې برخه کې باید د ډیری ساحی شینوالی ته پاملرنه ونه کړو د
Axillary عصب او د Bracheal ذفیری د افاتو نښې باید ولټول شي.

ایکسری:

په زرو ناروغانو کې ډیر وخت یو واحد impacted کسر ښکاري د عضد د
Surgical غاړی پوری رسیدلي وي د ښی X-ray پواسطه ډیری بی ځایه شوی
ټوټی لیدل کیدای شي په ځوانانو کې جداشوی ټوټی په څرګند ډول ښکاري.
داوړی خلعی د ردولو لپاره باید د تخرګ او اړخیزی اوړی په منظرو x-ray
واخیستل شي په سختو پینو کې CT سکن مرسته کوونکی معاینه ده. ځینې
وخت د ماتیدنی د رغیدلو په مهال د بازو سر ښکته خواته Subluxation کوي
د اړه عمومي توګه د عضلاتو د کمزورتیا له کبله پیدا کیږي او د تمرین سره بیرته له
مینځه ځي.



۱۱.۲۴

دپورتنی عضد کسرونه

ډلبندي ډیره بڼه ده خو دایکسر

ی پواسطه تشریح کول ډیر گران کار دی.

Two Part :a کسر

Three part :b کسر په غاړه او Greater tuberosity کې پیداشوی.

Four part :c کسر چې جسم راس او دواړه Tuberosity په کې شاملې دي.

درملنه:

- 0 - لږ غوندي بی ځایه شوی کسرونه:
- 1 - په دې کسرونو کې ډیر زیات کسرونه شامل دي. دا کسرونه کومی ځانگړی درملنې ته اړتیا نه لري. یواځی لاس د څلورو اونیو لپاره په غاړه کې اچول کیږي. او درد له مینځه تگ وروسته په آرام سره داوړی حرکات پیل کیږي. کله چې ماتیدنه ورغیږي نو فعال حرکات پیل کیږي او لاس ته خوله پیله حرکات ورکول کیږي.

Two part fracture - ۲

الف: دجراحی غاری کسرونه : پارچی په آرام سره خپل استقامت ته راوستل کيږي. بازو دڅلورو اونیو لپاره اویا د ثبات تر وخته په غاړه کې اچول کيږي. په دې موده کې ناروغ د څنگلی او لاس حرکاتو ته هڅول کيږي او په څلورمه اونۍ کې د اوږې حرکات پیل کيږي دمحافظوي د درملنې پایلی اطمیناني دي که ناروغ د ۲۵ کالو څخه زیات عمر ولري او دلاس بشپړ دندی ته اړتیا نه وي ، که کسر په تړلی طریقه په ځای نه شي اویا له په ځای کیدو څخه وروسته بې ثابته وي نو Fixation ته اړتیا لري. Fixation یې دپوستکي لاندې Pins ، ددهوکي گنډل ، داخلي مځی Pin ، Tension band او د بند Lock داخلي مځی Nail پواسطه تر سره کیدای شي.

د Plate پواسطه تثبیت دنرمو هډوکي او زیاتی ساحی د لوڅولو له کبله دناکامی سره مخ کيږي همدا علت دې چې ډیر نه کارول کيږي.

b: دغټی تیوبرویستی ماتیدل :

د Greater tuberosity ماتیدنی زیاتره د اوږې د قدامی بی ځایه والي سره یوځای وي او کله چې خلعی ارجاع شي. نو ماتیدنی په خپله یو بڼه وضعیت ته راځي. خو که ارجاع نشو نو توتی ددهوکي د گنډلو او یا د Screw پواسطه بیرته نښلول کيږي او په ځای کيږي.

c: داناتومیک غاری ماتیدل:

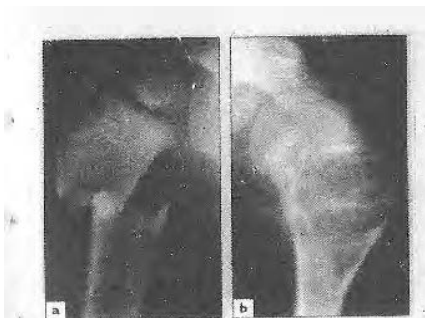
داکسرونه ډیر نادر دي. په ځوانو ناروغانو کې کسر د Screw پواسطه تثبیت کيږي زړو ناروغانو کې د Prosthase اچول گټور دې ځکه چې د بازو د سر د Avascular necrosis خطر موجوددی .

۲- Three part fractures

دی کسرونو کې عموماً جراحی غاړه او Greater tuberosity بې ځایه کیږي او تر ټلې ارجاع بیبسی ستونزمنه ده په فعالو اشخاصو کې دخلاصی ارجاع او داخلي تثبیت پواسطه بڼه تداوي کیدای شي. د تثبیت لپاره باید د پلیټ څخه کار واخیستلی شي. خو په زاړه نرم هډوکي کې د پلیټ کارول مهارت ته اړتیا لري که نه نو ناکامیږي. یوه بله متبادله لار یې د هډوکو بیرته ګنډل دي.

۳- Four Part fractures

پدې کسرونو کې جراحی غاړه او دواړه Tuberosity بې ځایه شوي وي داشدیدي جرحی دې چې د رگونو د جرحو، د Brachial ضفیری زیان د ټټر د جرحی او د عضد د راس د Avascular necrosis د اختلاطاتو سره یوځای وي. دایکسری پواسطه تشخیص ستونزه لري لیدونکی یوازی همدومره ویلای شي چې ډیرې ټوټی بی ځایه شویدی او ځینې وخت د بازو عنابي بې ځایه کیدنې سره یوځای وي. په ځوانو ناروغانو کې باید د wire او د هډوکو ترمنځ ګنډلو د لارې دبیا رغونی کوښښ وشي. په زړو ناروغانو کې تر ټلې درملنه اود خلاصی ارجاع او تثبیت دواړو له کبله پرله پسې درد او شخوالي پیدا کیږي ټاکنیزه درملنه په زړو ناروغانو کې د Prosthase اچول دي.



24,12

د قریبه عضد کسرونه په ماشومانو کې

a: چې ارجاع ته اړتیا نه لري او Malunion یې د کیږي.

B: ۱۰: د سلیم Cyst له کبله پیداشوی کسر. Remodling پواسطه اصلاح

Fractur dislocation -

Two part کسري خلعی عموماً په ترلی طریقې ارجاع کیدای شي Three part کسري خلعی چې جراحي غاړه په کې ماته شوي وي خلاصی ارجاع او تثبیت ته ضرورت لري خو ددې عملیات په دوران کې د Brachial ضفیری د زخمی کیدو خطر موجود دی Four part کسري خلعی ډیر بد انزار لري د ځوانو او فعال اشخاصو پرته په ټولو ناروغانو کې باید Prosthase ولگول شي.

اختلاطات :

دا کسرونه لاندې اختلاطات ورکوي:

الف: داوعیو او اعصابو جراحي:

دې جراحو ته باید ابتدایي معاینه کې پاملرنه وشي Axillary عصب د جراحي او جراحي دواړو په وخت کې د شدید خطر لاندې دي.

ب: Stiffness: د اوږې شخوالی عام دي او دمقدمو حرکاتو پواسطه ختمیدای او کیدای شي د Frozen اوږې په نسبت لږه غوندي حرکت لرونکی اوږه هم بهتره وي.

ج: Mal union: دا اختلاط عام دي او لږ غوندي معذورتیا مینځ ته راولي او که تدور له منځه لاړ شي نو ناروغ خپل لاس شاخواته نه شي وړلای.

د: دعضد دراس Avascular necrosis :

دا اختلاط د Three part کسرونو په ۱۰% او د Four part کسرونو په ۲۰%
واقعاتو کې مینځ ته راځي ددې کسرونو د تثبیت لپاره د رخوه انساجو وسیع
تسلیخ ته اړتیا وي چې شراینو جرحی په کې مینځ ته راځي او دعضد راس دوینې
جریان د کمیدو له کبله په Necrosis اخته کیږي، دجراحی عملیه په وخت باید
خاص احتیاط وشي چې شراین ونه وهل شي

په کوچیانو کې ځانګړی ماتیدنی:

ځینې وخت د زیریدنې په مهال د اوږې خلع او یا د بازو نژدی ماتیدنه پیدا کیږي
تشخیص یې ګران دې او باید چې د ترقوي کسر او د Brachial ضفیری جرحی ته
هم فکر وشي دشیدو خوړلو په عمر کې کیدای شي Epiphysis جدا شي ارجاع ته
اړتیا نشته او بڼه پایله لري په غټو ماشومانو کې د Metaphyse کسرونه منځته
راځي چې لږ غونډې بې ځایوالي او زاویه یې دمنلو وړ ده ځکه چې قریبه عضد په
دې وخت کې بڼه وده او Remodling کوي که Mal union هم پیداشي نو د ودې
سره په خپله اصلاح کیږي په ماشومانو کې قریبه عضد د Cyst او تومور د
پیدا کیدلو یو عام ځای دې نو له دې کبله پیداشوی کسر په خپله جوړیږي او
سیست له مینځه ځي یوازې لاس باید د ۴-۶ اونیو لپاره په غاړه کې واچول شي
که نور هډوکنی افات موجود وي نو ډاکټر یې باید دوخت او عمر سره سم درملنه
وکړي.

دمت هډو کي د جسم کسرونه:

Fractured shaft of Humerus

په لاس باندې د راولويدو له کبله عضد تاویرې او حلزوني کسر پیدا کیرې په داسې حال کې چې بازو تبعد ولري نو په څنگل باندې د رالويدو له کبله په عضد کې مایل یا مستعرض کسر پیدا کیرې د مستقیمی ضربې له کبله مستعرض یا Comminuted کسر پیدا کیرې په زړو خلکو کې د عضد د جسم کسرونه د Metastasis له کبله پیدا کیرې.

Pathological Anatomy

هغه کسرونه چې د Deltoid عضلی د ارتکاز څخه پورته منځته راغلی وي نو نژدې برخه پارچه د Pectoralis major عضلی پواسطه تقرب په حال کې ساتل کیرې که کسر لاندې وي نو Deltoid عضله قریبه لری برخه ته راولي د Radial عصب جرحی عامی دي خو له نیکه مرغه په خپل سر رگیرې.

کلینیکي بڼه:

لاس دردناک شین او پرسیدلی وي او درملنې څخه مخکې او وروسته باید د Radial عصب وظيفوي ازموینه اجراشي که چیرې Metacarpo phalangeal مفاصلو بڼه بسط کولای شو نو عصب نورمال دي. د مړوند بسط ډاکټر غلطوي ځکه چې ځینې وخت به Extensor carpi radialis longus وتر د جرحی څخه پورته دکومی عصبي خانگی پواسطه تعصیب شوی وي.

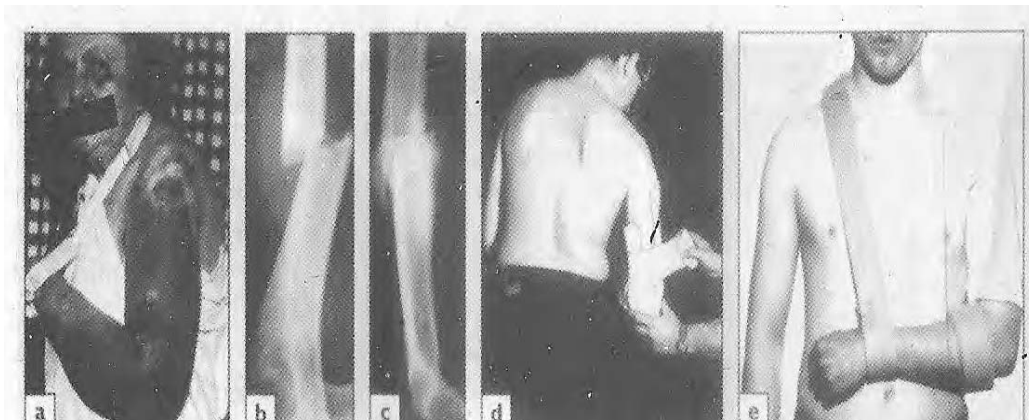
ایکسری:

دماتیدنی ځای، د ماتیدنی خط او بې ځایه والی په اسانی سره په ایکسری کې لیدل کیږي خو د پتالوژیکو ماتیدنو د منځته راتلو شونتیا مو هم باید په نظر کې وي.

درملنه:

د عضد کسرونه په اسانی سره رغیږي بشپړ ځای په ځای کیدنی ارجاع او بې حرکت کولو ته اړتیا نه لیدل کیږي د بازو وزن او باندنی میزابه پارچې خپل استقامت ته راکش کوي داوږې څخه تر مړوند پورې څوړند Cast تطبیق کیږي. څنگل باید ۹۰ درجی تقبض ولري او د څنگلی څخه بنکته لاس دناروغ په غاړه کې اچول کیږي، ۲-۳ اونۍ وروسته ددې Cast په ځای د ۶ اونيو لپاره وظيفوي Poly propylene Brace اچول کیږي مړوند او گوتو ته له پیله حرکات ورکول کیږي د اوږې لپاره د Pendulum تمرین داوولی هفتې څخه پیل کیږي خو دکسر تر رغیدو پورې باید فعال تبعه وځنډول شي حلزوني کسرونه په ۶ اونيو کې رغیږي

او نور کسرونه یې ۴-۶ اونې وخت نیسي یو وارې چې رغیدل پیل شو نو تر
 Consulation پورې یوازې Sling بنه کوي.



A: د Tell tale شینوالی.

24,13

b او c د لږ غونډې بې ځایه والي سره یوځای مستعرض کسر.

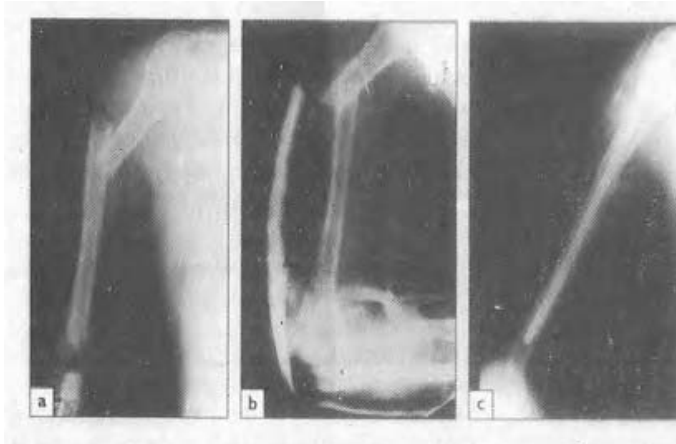
d : u شکله پلاستر Slab عموماً وړ

دې.

e: تیار جوړ شوی وظیفوي Brace ساده

او آرام وړکونکي دي خو د هرې پېښې

لپاره وړ نه دي.



24,14

د عضد د جسم د کسرونو درملنه.

ab : د جسم زیاتره کسرونه د څوړند Cast وظیفوي brace پواسطه درملنه کیدای شي خو په لنډ Cast کې د

پورتنې دریمې برخې کسرونه زاویې پیدا کولو ته میلان لري دا کسر به بنه جوړ شي که.

د داخلي مخې Nail پواسطه تثبیت شي.

جراحی درملنه:

ناروغان زیاتره په څوړند Cast کې نارامی احساسوي، نا امیده کیږي، ستړي کیږي او داسې احساس کوي چې هډوکنی پارچی یې د حرکت په حال کې دی دا پورتنې ټول حالات ځینې وخت د ناروغ لپاره ډیر رېړونکي وي دناروغانو میزاج یو نوی شی غواړي چې له نوي څخه د ناروغ مراد عملیات وي خو ډاکټر باید لاندې خبرې په فکر کې ولري.

الف: دعضد د داخلي تثبیت څخه وروسته د اختلاطاتو کچه ډیره لوړه ده.

ب: دعضد د کسرونو زیاتره پېښې د عملیات څخه پرته رڼیږي خو بیا هم د جراحی عملی د ترسره کولو لپاره واضح استطبابات شتون لري چې په لاندې ډول ترې یادونه شویده.

۱- دشدیدی Multiple جرحی شتون.

۲- دخلاص کسر شتون.

۳- د Segmental کسرونو موجودیت.

۴- که چیرته کسر د بند دننه خواته بې ځایه شوی او ننوتلی وي.

۵- د پتالوژیک کسر شتون.

۶- دعضد د بې ثباته کسر سره یوځای دمړوند د قدامې برخې کسرونو شتون.

۷- دمانورو څخه وروسته د Radial عصب فلج.

۸- د Non union پېښیدل.

تثبيت د لاندې لارو په وسيله سرته رسېږي.

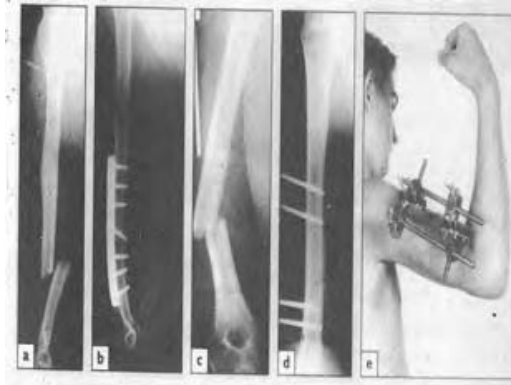
۱- دفشاري پليټ او Screw پواسطه.

۲- د داخلي مځي Nail او د Semi flexible pins په واسطه.

۳- د خارجي Fixator پواسطه.

د Plate لگول صحيح په ځای کيدنه او تثبيت منح ته راوړي او د اوږې او دڅنگلی په دنده کې اختلال نه پيدا کوي خو پراخه تسليخ ته اړتيا لري او د Radial عصب د زخمي کيدلو خطر په کې موجود دې د Nailing عمليه د Rotator cuff دلارې د Fluoroscopy تر کنترول لاندې ديو سخت Inter locking nail د داخلولو پواسطه سرته رسېږي دا عمليه لږ غوندي تسليخ ته اړتيا لري خو زيان يې دادي چې په ډيرو پيښو کې د Rotator cuff ستونزه منځته راوړي که چيرې داستونزه منځته راغله او يا Nail په خپل سر ووتو او کسر رغيدل نه وي کړې نو بايد بل Nail او bone graft تطبيق شي . د عملی متبادله لاره د باندنی Fixator تطبيق دي د Nailing پرځاي retro gradnailing د multiple راډونو په واسطه دا ستونزی نه پيدا کوي خو دا عمليه هم ډيره مشکله، لږه غوندي د عمل وړ او ددې له کبله په کسری ساحه کې تدور پيدا کيږي.

دخلاصو کسرونو او هغو کسرونو چې دزياتي قوې د کارولو له کبله پيداشوی وي بڼه درملنه يې د خارجي Fixator تطبيق دې د داخلي مځي Nail دناکامي څخه وروسته هم دا عمليه په برياليتوب سره سرته رسيداي شي.



24,15

دعضد د کسرونو تثبیت د درملنې نورې لارې

a.b: فشاري Plate لگول.

c.d.e: خارجي

اختلاطات:

دعضد د جسم د کسرونو څخه دوه ډوله اختلاطات منع ته راځي.

۱- لمړنۍ اختلاطات

۲- وروستنۍ اختلاطات

۱- لمړنۍ اختلاطات: په دې کې لاندې اختلاطات شامل دي.

الف: Vascular injuries: که په اطراف کې د وعایې بې کفایتې نښې ولیدل شي نو باید چې د Brachial شریان د جرحې په اړه فکر وشي د انجیوگرافي پواسطه د جرحې سویه بنودل کېږي د رگ زخمې کیدل یوه بیرنۍ پېښه ده چې باید ساحه لوڅه شي او د مستقیم ترمیم او یا گرافت پواسطه رگ اصلاح شي ځینې وخت داسې کسرونو کې چې اوعیې زخمې شوي وي داخلي تثبیت گټور دی.

ب: دعصب جرحه: د عضد د جسم په کسرونو کې اوبه ځانگړې توگه د منځنۍ او دریمې بعیده برخې داتصال د ټکۍ په کسرونو کې کیدای شي چې د Radial عصب فلج منع ته راشي په ترڅو جرحو کې عصب کله ناکله زخمې کېږي د عملیات لپاره باید بیرته ونه شي دعصب ترښه کیدو پورې باید چې مړوند او لاس

ته په منظمه توگه منفعل حرکات ورکړل شي که تر ۱۲ اونيو پورې د بنه والي نښې ونه ليدل شوي نو عصب بايد لوخ شي په بشپړه افه کې د عصب گندل گټه نه کوي. خو دنده تر غټه حده د اوتارو د Transfer پواسطه اعاده کيږي که د مانورو د اجرا کولو څخه مخکې روغ او وروسته خراب شي نو عصب نيول شوي او جراحي لوخوني ته اړتيا ليدل کيږي.

۲- وروستي اختلاطات:

الف: Delayed Union and non union : که ډير زيات ترکشن وکارول شي نو ځيني وخت مستعرض کسرونه په مياشتو کې رغيږي د ساده تخنيک پواسطه دا ستونزه حل کيدای شي کله چې Callus د جوړيدلو نښې وليدل شي نو غير عملياتي درملنه بڼه لاره ده خو اوږه بايد خوځنده وساتل شي د کمې قوې د استعمال له کبله په پيداشو کسرونو کې چې محافظوي طريقه درملنه شوي وي د Non Union کچه له ۳ سلنې څخه کمه ده د زياتې قوې پارچه شوي کسرونه او خلاص کسرونه Delayed union او Non union دواړو ته مساعد دي.

د داخلي مخي Nail له کبله هم delayed union پيدا کيږي خو که کلک Fixation اجرا شي نو د Non union کچه د ۱۰% څخه کمه ساتل کيدای شي. يو ځانگړی ناوړه يوځايوالي د Non union او شخ مفصل څخه منځ ته راځي که چيرې داوږې او ځنگلي حرکات د Consolidation څخه مخکې پيل شي او يا داخلي مخي Nail زړ لری شي نو عضد بيرته ماتيږي او Non union پيدا کوي د Non union درملنه عمليات دي - د هډوکي نهايات تازه کيږي گرد چاپيره Graft لگول کيږي او

ارجاع د داخلي مخې Nail پواسطه په خپل ځای کې ساتل کېږي فشاري Plate او خارجي Fixater هم کارول کېدای شي.

ب: د بندونو شخيدل:

د مفاصلو شخوالي عام دې د مقدم فعاليت پواسطه ددې څخه مخنيوی کېدای شي خو مستعرضو کسرونو کې بايد د څو هفتو لپاره اوږه بې حرکتو وساتل شي.

کوچنيانو کې ځانگړي ماتيدنی:

په ماشومانو کې د عضد کسرونه عام نه دي که د درې کلنې څخه کم عمر کې کسر پيداشي نو د ماشوم څخه ناوړه گټه اخيستلو ته بايد فکر وشي عضد دی ۲-۳ اونيو پورې په ساده توگه د بند او پواسطه دتنې سره وتړل شي غټ ماشومان لنډې پلستري ميزابې ته اړتيا لري .

په ماشومانو کې د ځنگلي د شاو خوا کسر و نه:

Fractures around the elbow in childre

په بعیده مړوند پسې ځنگل په ماشومانو کې د ماتيدنی د پيښيدو له نظره دوهم مقام لري ددې کسرونو زياتره Supra condyler کسرونه دي پاتې شونی د Epi condyler, condyler د Radus او Ulna کسرونه دي هلکان د نجونو په نسبت زيات زخمي کېږي او د نيمايي ناروغانو څخه زيات د ۱۰ کلو څخه کم عمر لري دا کسرونه په ځنگل باندې دنيغ را لويديو له کبله منع ته راځي او له دې څخه زيات هغه وخت منع ته راځي چې لاس غځيدلی وي او ځنگل په Valgus يا Varus حالت مجبور شي.

درد او پرسوب بنکاره وې او کتنه ستونزمنه وي د ایکسری پواسطه تشریح هم
گرانه وي د هډوکي نهایت په لویه کچه غضروفي وي په ایکسری کې سم نه
بنکاري دکسرونو د بې ځایه والي د پیژندلو لپاره په نارمل اناتومي باندې پوهیدل
اړین دي.

د اناتومي ټکي :

څنگل یوه مغلقه ځورنده عضوه ده چې پورتنې طرف ته د حرکت اجازه ورکوي تر
څو په زیاته کچه Flexion ، بسط او تدور وکړي همدارنگه د نیولو ، ټیله کولو ،
کشو لو ورځینیو فعالیتونو کې هم کافي مرسته کوي او ثبات ورکوي، د څنگلي
ثبات په لویه کچه دهغو هډوکو له کبله چې د څنگلي بند یې جوړ کړی او یو دبل
سره هم غاړه شوي مینځ ته راغلي په ځانگړي ډول د عضد او Ulnar د اتصال څخه
داسې یو جوړښت مینځ ته راځي چې دمفصلي ساختمانونو ماتیدلو په وخت کې
توافق ته مساعد وي گرد چاپیره نرم نسجونه یې هم د اهمیت وړ دي په ځانگړي
ډول د کپسول Colletral اربطی او تر څه حده عضلات هم د ثبات په منځته راتگ
کې رول لري. لدې کبله داربطو تخریب هم د بې ثباتي یو عامل دي. کله چې څنگل
د Flexion په حالت کې وي نو انسي او وحشي Epicondyl د Olecranon د بارزی
د راوتنی سره یوځای یو Isoceles مثلث جوړوي او کله چې څنگل د بسط په حالت
کې وي نو دا جوړښتونه یو له بل سره مستعرض پراته وي که څه هم چې ټول
Epiphysis غضروفي وي خو تعظمي مراکز په ایکسری کې لیدل کیږي او باید د
ماتو پارچو سره غلطی نشي د Mnemonic CRITOE پواسطه د تعظمي مراکز
منځنی عمر په یاد ساتل کیدای شي.

۱ - Capitulum – 2year

۲- Radial head – 4 years

۳- Internal epicondyl- 6 years

۴- Trochler – 8 years

۵- Olecranon – 10 years

۶- External epicondyl – 12 year

له دغه عمرونو څخه مخکې د Epiphys بې ځايوالی په ايکسری کې په څرگند ډول نه ليدل کيږي د کسر د بې ځايوالي او دارجاع صحت د Baumann د زاويې چې د راديوگرافي په Index کې موجود وي معلوميداي شي.

دگو نديلونه پورته کسر ونه:

Supra condylar Fractures

دغه کسرونه په ماشومانو کې تر ټولو ډير عام دي بعيده پارچه کيداي شي خلف يا قدام خواته بې ځايه شوي وي.

دجرحي ميخانيکيت

خلف خواته کريدل يا بې ځايه کيدنه (په ۹۵% پيښو کې) فرط بسط جرحه پيشنهادوي چې عموماً په غځيدلي لاس د راغورځيدو له کبله پيدا کيږي عضد د Condyle څخه لږ پورته ماتيږي بعيده پارچه خلف خواته تيله کيږي او دننه خواته تاويري ځکه چې Fore arm معمولاً په Pronation حالت کې وي د قريبي پارچې د نښتې برخې نرمو نسجونو ته قدام خواته راپورې وځي او ځيني وخت Brachial شريان يا median عصب زخمي کوي قدامي بې ځايوالی نادر دي او داسې فکر

کیري کله چې بند د Flexion په حالت کې وي د مستقیمې ضربې له کبله پیدا کیري.

ډلبندي

Supracondylar کسرونه کیدای شي د شدت او د بې ځایه والي د درجې په نسبت ډلبندي شي.

Type-1 یو په ځای کسر دی، Type II یو کوږ کسر دې چې خلفي Cortex تر اوسه په تماس کې دي Type IIA لږ شدید او صرف کوږ کسر دی. Type IIB دایو شدید او کوږ او سوی تدوري کسر دې Type III بشپړه توگه بې ځایه شوي کسر دي.

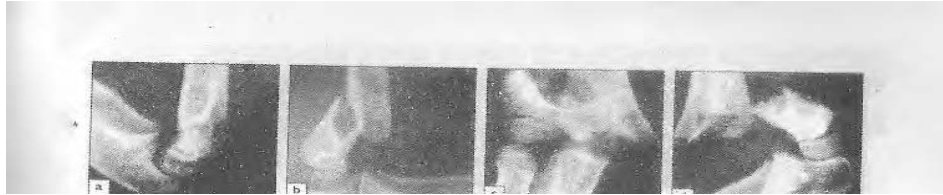
کلینیکي بڼه:

دغورځیدو څخه وروسته ماشوم د درد په حالت کې وي څنگل پرسیدلې وي په خلفي خواته بې ځایه شوي کسر کې د څنگلې S بڼه سوې شکل واضح وي او ددهوکی و ضعه بنکاره غیر نورمال وي. د نبض احساسول او شعریه عروقو د رجعت کتل لازمي دي د Flexor عضلاتو منفعل بسط باید چې درد ونکړي مړوند او لاس باید د عصبي جرحی دشتون لپاره وکتل شي.

اکسری:

کسر په اړخیزه منظره کې په څرگند ډول بنکاري په غیر بې ځایه شوي ماتیدنه کې Fat pad sign شک رامنځ ته کوي ځکه چې دعضد د بعیده برخې په قدام کې مثلثي شفافیت د شحمو د Pad دهماتوما پواسطه مخي ته تپله شو وي په عامو

خلفي بې ځايه شو و ماتيدنو کې کسري خط په مايله توگه بنکته او قدام خواته غزیدلي وي او بعیده پارچه خلف خواته کره شوي يا تللی وي په قدامي بې ځايه شوي کسرونو کې چاود بنکته او خلف خواته درومي او پارچه قدام خواته کره شوي وي د درد د ارامولو پرته په قدامي خلفي وضعیت ایکسری اخیستل زیاتره ستونزمنه وي او باید د ماشوم د بې هوشه کولو پورې وځنډول شي کیدای شي په ایکسری کې ولیدل شي چې بعیده پارچه یوې خواته کره شوي يا تللی ده او تدور یې کړیدې د په ځای کیدو څخه مخکې او وروسته دانسي کوږوالي د درجې د ارزونې لپاره باید Baumannes زاویه اندازه شي.



24,16

Supradondylar کسرونه

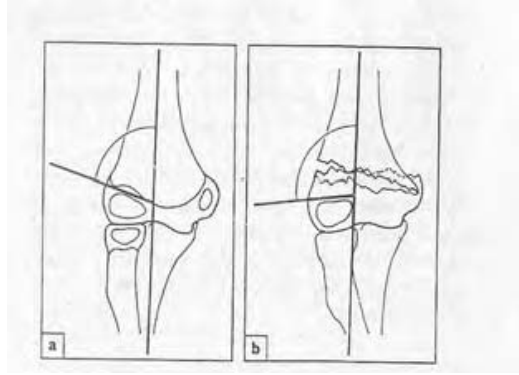
Supracondylar د X-ray کسرونو زیاتیدونکی شدت ښي.

Undisplaced :a

b: بعیده پارچه خلف خواته کره او تاوشوي وي.

c,d: بعیده پارچه په بشپړه توگه جدا شوي او خلف خواته بې ځايه شوی وي

e: د قدامي بې ځايه والي سره یو ځای یوه نادره نوع کسر.



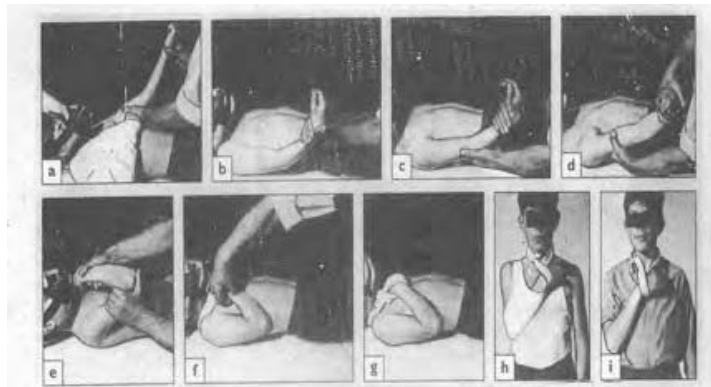
24-17

Bauman

زاویه

ځینې وخت په کوچنیانو کې ستونزمنه وي چې معلومه شي ایا خلفي پارچه بې ځایه شوی ده او که نه د Bauman زاویه د عضد د جسم د طولاني محور او Cupitulum نهایت (Physis) د Coronal محور څخه لاندې وي چې داپه نورمال ډول له ۸۰ درجو څخه کمه ده.

a: که چیرې بعیده پارچه په Varus حالت کې کږه شوی وي b زیاتیدونکی زاویه له مخکې نه معلومه وي.



18-24

د Supra condylar کسرونو تداوي.

a: زخمی شوی بازو اول معاینه کېږي.

b: د مات شوي بازو تیرکشن

c: اړخیزه بې ځایه والي او کوږوالي سموي.

d: د تډور اصلاح کول.

e: د خلفي بې ځایه والي او کوږوالي سمول.

f: د نبض جس کول.

g: د څنگلی د ښه Flexion په حالت کې د ایکسری اخیستل.

h: اولو دريو اونيو لپاره بازو د جامو لاندې پټ وي او له دې وروسته

i: له جامو څخه بهر راویستل کېږي.

درملنه:

که د کسر په اړه لږ غوندي شک هم شتون ولري نو بايد چې دايکسري د اخيستلو په وخت کې د عصبي وعايي جرحی شونتيا او د حرکاتو دمخنيوي لپاره څنگل د ۳۰ درجې Flexion په حالت کې په آرام سره ميزابه شي.

مشرحه درملنه دهغو لارښوونو او بنسټونو پر اساس سرته رسېږي، کوم چې Ohara په ۲۰۰۰ ميلادي کال کې وړاندې کړي.

۱- Type-1 غير بيخايه شوي کسرونه:

څنگل په ۹۰ درجې او په Natural وضعيت په کم وزنه ميزابه يا Cast کې بي حرکته کيږي او لاس په غاړه کې اچول کيږي ۵-۷ ورځې وروسته د بې ځايوالي دمعلومولو لپاره د ايکسري اخيستل اړين دي، ميزابه تر ۳ اونيو پورې ساتل کيږي او له دې وروسته د نظارت لاندې د حرکاتو اجازه ورکول کيږي.

۲- Type-IIA: لږ غوندي خلف خواته کاره شوي کسرونه:

په دې پيښو کې پرسوب ډير شديد نه وي او د رگونو د جرحی خطر کم دي که خلفي Cortexes يو دبل سره په تماس کې وي نو کسر د عمومي بې هوشي لاندې د يوې مرحله واری مانوري پواسطه په لاندیني ډول په ځای کيږي.

۱- په بازو کې دوه او درې دقيقو لپاره ترکشن اچول کيږي، او دڅنگلې له پاسه مخالف سمت کې ترکشن تطبيقيږي.

۲- يو اړخ ته کوروالي، تيله کيدل او تدور اصلاح کيږي.

۳- څنگل په تدريج سره ۱۲۰ درجې Flexion ته راوستل کيږي او مړوند ته Pronation ورکول کيږي ترکشن په خپل ځای وي او دخلفي کوروالی د سمولو په خاطر په شاتني برخه کې د گوتي

پواسطه فشار واردیږي له دې وروسته نبض او Capillary رجعت کتل کیږي که دبعیده برخې دوران په اړه شک شتون لري نو دځنگلې Flexion باید په عاجل ډول سست شي ترڅو دوران بیرته نورمال شي د ارجاع د تصدیق او د Valgus او Varus او تدوري سوء شکل دکتلو لپاره باید X-ray واخیستل شي کله چې ځنگل د Flexion په حالت کې وي نو قدامي خلفي منظره مغشوشوونکې او د باور وړ نه ده د Baumann پواسطه باید مهم جوړښتونه وکتل شي د ارجاع څخه وروسته بازو د Collar او Cuff په حالت کې ساتل کیږي په اولو څلورویشتو ساعتونو کې باید دوران په متکرر ډول وکتل شي د کسر د بنویدلو د لیدلو لپاره ۳-۵ ورځې وروسته باید ایکسری واخیستل شي میزابه تر دریو هفتو پورې ساتل کیږي او تر دې وروسته حرکات پیل کیږي که د Flexion وضعیت د دوران د تخریب څخه پرته شونتیا نه لري او یا ارجاع بې ثباته وي نو باید چې کسر د پوستکي لاندې K.wire پواسطه تثبیت شي ددې عملیې په دوران کې Ulnar عصب ته پام کول اړین دي.

۳ - Type II B and III :

کاربه شوي سوء تدوري یا خلف خواته بې ځایه شوي کسرونه: داکسرونه د شدید پرسوب سره یوځای وي، په ځای کیدل یې ستونزمن او زیاتره بې ثباته وي له دې څخه پرته د پرسوب له کبله د دوران د تخریب او دوغایي عصبي جرحی دپام وړ خطر په کې موجود وي.

خومره ژر چې شونې وي کسر باید دعمومي بې هوشې لاندې په ځای شي او د پوستکي لاندې د K.wire پواسطه په خپل ځای کې وساتل شي باید هموار وایرونه

وکارول شي او د Ulnar او Radial اعصابو زخمې کیدو ته جدي پاملرنه وشي
د عملیات څخه وروسته درملنه یې د Type IIA کسرونو غوندي ده.

خلاصه په ځای کیدنه:

ځینې وخت دا عملیه په لاندې حالاتو کې اړینه وي.

۱- هغه کسر چې په ترلې طریقه نه په ځای کیږي.

۲- په خلاصو کسرونو کې.

۳- هغو کسرونو کې چې د رگونو د جرحی سره یوځای وي.

کسر لوڅیږي هیما توم تشیږي کسر په ځای کیږي او د K.wire پواسطه په خپل
ځای کې ساتل کیږي.

پوله پسی کشش د Screw پواسطه په Olecranon کې په داسې حال کې چې لاس
پورته نیول شوي وي تطبیق کیږي. د ترکشن اچول په لاندې حالاتو کې کارول
کیږي.

۱- که کسر ډیر بې ځایه شوي وي او د لاس پواسطه په ځای کیدنه تر سره نه شي.

۲- په هغه حالت کې چې څنگل ۱۰۰ درجې flexion ولري نبض له منځه تللی وي

او د څنگلی نیغول او د Pin داخلولو لپاره د ایکسری اساتیاوی شتون ونه لري.

۳- د لاس په شدیدو او Multiple جرحو کې:

کله چې پرسوب له منځه لاړ شي نو د ترلې ارجاع لپاره باید بیا هڅه وشي په یوه
متبادله لاره ماشوم ته په داسې طریقه د پوستکي ترکشن اچول کیږي چې څنگل
یې نیغه او بازو یې په Thumas میزابه کې قرار ولري.

۴- قدام خواته د بې ځایه شوي کسرونو درملنه:

دایوه نادره جرحه ده چې ځینې وخت په داسې حال کې پیدا کیږي چې د خلفي کسرونو د Traction لپاره ډیری مانوری سرته ورسېږي نو خلفي کسرونه په ناڅاپي ډول په قدامي کسرونو بدلېږي . کسر په داسې طریقه په ځای کیږي چې څنگل نیمه Flexion حالت لري بازو قدام خواته کش کیږي او دبعیده پارچې په سطح باندې دگوتې پواسطه فشار واردېږي وروسته څنگلی ته بشپړ بسط ورکول کیږي.

په خلف کې Slab تړل کیږي او تر دریو اونیو پورې ساتل کیږي وروسته ماشوم ته په تدریج سره د Flexion اجازه ورکول کیږي.

اختلاطات:

۱- لومړی اختلاطات:

په لومړنیو اختلاطونو کې لاندې اختلاطات شامل دي.

a: د رگونو جرحه: په Supra condylar کسرونو کې د Bracheal شریان د جرحی خطر موجود دي چې دا جرحی دپوستکې لاندې د Pins د کارولو څخه پخوا تر ۵ سلنې پورې وي نن سبا یې پیښې له یو سلنې څخه کمې دي. د په ځای کیدنی څخه وروسته کیدای شي نبض ورک شي او محیطي Ischemia په شدیدې او ناڅاپي توګه مینځ ته راشي. په ډیره عامه توګه جرحه دمړوند دپرسوب پواسطه نورهم خرابیږي Comp. syndrome ورکوي او د محیطي ګانګرین څخه پرته د اعصابو او عضلاتو نیکروزس مینځ ته راځي د نبض په وخت کې هر نوع درد بیړني اقدام ته اړتیا لري. Flexed شوی څنگل باید وغځول شي او Dressing باید لیری شي که دوران په چټکې سره اصلاح نه شو نو باید انجیوګرافي سرته

ورسپري او يا بايد ترميم او Graft شي او د مروند Fasciatomy بايد تر سره شي. که انجيوگرافي په لاس کې نه وي او يا ځنډيږي نو بايد د Doppler د عکس څخه کار واخيستل شي په ډيرو شديدو پيښو کې بايد يواځې دکلينيکي معيارونو په بنسټ د ساحي عملياتي لوڅونه تر سره شي.

b: د عصب جرحي: کيدای شي د Median عصب قدامي څانگه د هډوکو ترمنځ زخمي شي له نيکه مرغه د دندې له منځه تلل لنډمهاله وي ۲-۸ هفتې وروسته د روغتيا هيله کيدای شي

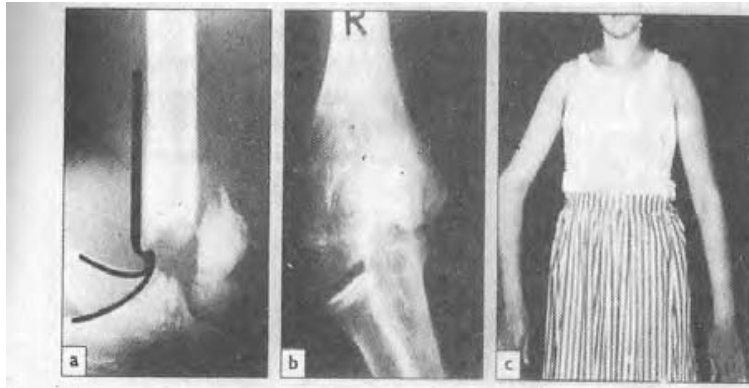
په بې احتياطي سره د Pine لگول Ulnar عصب ته زيان رسوي چې Pin لری شي په تعقيب يې د عصب رغيدل منع ته راځي.

۲- وروستي اختلاطات:

الف: Mal union: پدې کسرونو کې عام وي خو د ودې سره خلفي او اړخيزې توپي د Modling پواسطه هوارېږي او په څنگل کې واضح سويې شکل نه پاتی کيږي قدامي يا خلفي کوروالي هم بسط او تقبض محدودوي خو په پايله کې ډيره کمه معذورتيا ترې منځته راځي. د کوروالي او تدور شتون له کبله په څنگل کې Varus او Valgus پيدا کيږي چې هميشه وي او دودې سره نه اصلاح کيږي - کسر د Epiphysis څخه دباندې وي او دا حالت د Epiphysal د زيان له کبله نه بلکې د غلطي په ځای کيدنی له کبله پيدا کيږي د Cuab itus varus له کبله سوې شکل او Cubitus valgus له کبله د Ulnar موخر فلج پيدا کيږي. که سوې شکل څرگند وي نو بايد د Supracndylar osteotomy پواسطه اصلاح شي.

ب: د څنگلی شخيدل او د Myositis تکلس:

د څنگلې په جرحو کې شخوالي د تل لپاره موجود وي د بسط په منځته راتگ کې میاشتی لږېږي نو باید چې بیرته ونشي. منفعل او جبري حرکات منع دي ځکه چې پرابلم نور هم زیاتوي او Myositis ossification خواته پرمختگ کوي Myostitis ossificans نادر دي او دور نظارت لاندې باید په خپل حال پریښودل شي.

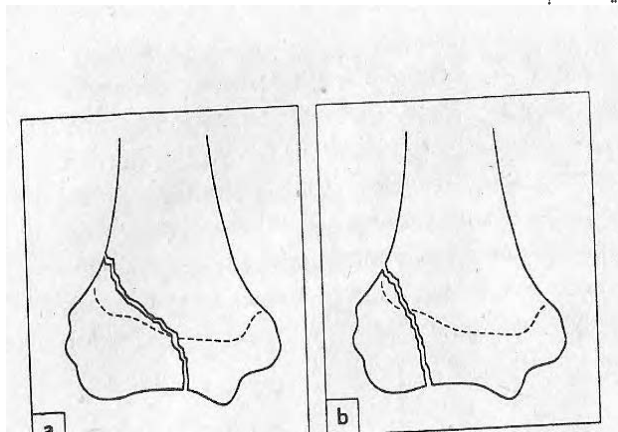


24,19

د supra condylar کسرونو اختلاطات تر ټولو خطرناک اختلاط د شریان افت دی چې Volk man ischemia

پیدا کوي.

b.c: د خرابې په ځای کېدنی څخه وروسته د بني څنگلې Varus



24,20

دوحشي کونډیل Physeal fractures

a: عامترین کسر چې د میتافیز څخه پیل کېږي او په وحشي کونډیل کې تر Trochlea پورې غځیدلې وي Salter harris type II injury

b: لږ عام کسر چې په وحشي مفصلي سطح پورې رسېدلې وي Salter harris type VI که څه هم غیر معمول ده خو دا وروستی جرحه په دې اهمیت لري چې پر وده اغیزه کوي.



24,21

مات وحشي کونډيل

که چيرې بې ځايه والې له ۲ ملي متر نه زيات وي نوانتخابي درملنه يې وازه ارجاع او داخلي تشيبت د

د وحشي کونډيل کسر ونه:

Fractures of the lateral condyl

وحشي Condyl د ژوند په لومړي کال کې د Epiphyses پواسطه وده کوي او د ۱۲-۱۶ کالو په عمر کې د جسم سره نښلي ددې عمرونو په منځ کې کيدای شي د قوي ترکشن پواسطه مات شي او يا Avulsion پيدا کړي.

د جروحانو ميخانیکيت او پتالوژي:

ماشوم پداسې حالت کې په لاس راغورځيږي چې څنگل يې د بسط په حال کې وي او Varus ته په حرکت مجبوره شي د وحشي Condyl په شمول يوه غټه ټوټه ماتيږي او د مروند د Extensor په واسطه کش کيږي کسري خط د Epiphysis څخه تر Trochlea پورې غزیدلې وي په کمو پيښو کې دا خط د وحشي Epiphysis پورې او د Capitalo او Trochlear ميزابې پورې غزیدلی وي په شديدو جرحو کې کيدای شي څنگل خلفي وحشي خواته بيځايه شي Condyl د عضلاتو د کشش پواسطه ټينگ وي او تر هغې پاتې کيږي ترڅو چې څنگل په

خپل سر په ځای شي ددې جرحی پراختیا زیاتره بڼه نه گڼل کیږي ځکه چې د Epiphyses ، Condyl په لوړه کچه د غضروف څخه جوړ دی او هډوکنې پارچې په غلطه توګه په ایکسری کې وړی بنکاري کسر د دوه علتونو له کبله اهمیت لري. الف: کیدای شي چې دودې plate ته زیان ورسوي.

ب: زیاتره کسر په بند کې شامل وي.

لمړنی پیژندنه او صحیح په ځای کیدنه د خرابو پایلو څخه د ځان ساتنې په منظور اړینه ده.

کلینیکي بڼه:

څنگل سوء شکل لري پرسیدلی وي او دوحشي Condyl دپاسه حساسیت موجود وي د مړوند منفعل Flexion دردناک وي.

ایکسری:

د ایکسری په کتنو کې باید مایلي منظرې شاملې وي او که نه وي نو د کسر بشپړه پراختیاله نظره پته پاتې کیږي دوه ډوله کسرونه پیژندل شويدي.

۱- د Trochlea په وحشي کې کسر چې Humero unlnar مفصل په کې برخه نه لري او کسر ثابت وي.

۲- هغه کسر چې د trochlea د وسط څخه تیر شوی وي چې دایو عام کسر دې د څنگلي بندې ثباته او کیدای شي چې بې ځایه شي پارچه په واضحه توګه بیځایه سرچپه او کیدای شي د ځان سره له Metaphysis څخه یوه مثلثي ټوټه رابیله کړي دا خبره مو باید په یاد وي پارچه له هغې چې په ایکسری کې بنکاري غټه وي.

درملنه:

که بې ځایه والی شتون ونه لري او یا بیخي لږ وي نو په داسې حال کې چې څنگل ۹۰ درجې Flexion لري مړوند په نورمال وضعیت کې وي او د لاس بند د بسط په حالت کې د شاله خوا بازو په Slab کې میزابه کیږي. د کسر د بیا بې ځایوالي د معلومولو لپاره پنځه ورځې وروسته د ایکسری اخیستل ضروري دي. میزابه دوه اونۍ وروسته لری کیږي او حرکات پیل کیږي، بې ځایه شوې کسر سمی ارجاع او داخلي تثبیت ته اړتیا لري که پارچه لږه غونډې بیځایه شوي وي نو د څنگلې د بسط په حالت کې په Condyl باندې د فشار د واردولو په واسطه کیدای شي خپل ځای ته راشي او وروسته باید د پوستکي لاندې د Pins پواسطه تثبیت شي په پراخه کسرونو کې که دا عملیه ناکامه شي نو باید خلاصه ارجاع او داخلي تثبیت د Pins او Screw پواسطه ترسره شي بازو په Cast کې بې حرکته کیږي او Pins ۳-۴ اونۍ وروسته لیری کیږي.



د وحشي کونډیل د کسر اختلاطات

a.b: یوه لویه هپوکنې او غضروفي Aulsed پارچه چې سره له دې چې یوه اطمیناني ارجاع ترسره شوي رغیدل پکې نه لیدل کیږي

c: خلاصه ارجاع د تثبیت سره یوځای بڼه لاره ده.

d: که چیرې بې ځایه پریښودل شوی Non union د لیدو وړ وي نو بعضی وخت کونډیل ویجاړ شوی او ړنگ شوی وي.

e: او Valgus سوء شکه څنگلې بند د Ulnar عصب له موخر فلج سره هم د کونډیل د ویجاړیدو عامل دی.

f: پورته شکل ته ورته پایله.

اختلاطات:

الف: Non union and mal union: که Condyl سرچپه شوی وی نو Non union خامخا پیدا کیږي د ودې سره په څنگل کې Valgus منځته راځي او Ulnar عصب افات پرمختګ کوي په پایله کې شخوالي او درد پیدا کیږي ډیر لږ بې ځایه والی هم Non union ورکوي او همدغه Non union په وروسته وخت کې د Ulnar عصب Palsy منځ ته راوړي همدا وجه ده چې خلاصی ارجاع ته ترجیح ورکول کیږي.

ب: متکرره بې ځایه کیدنه

په ځینو پینسو کې د Condyl د بې ځایوالي له کبله د څنگلې خلفي جنبي بې ځایه منځ ته راځي یواځینې اغیزمنه درملنه په وحشي اړخ کې د نرمو نسجونو او هډوکي بیار

دانسي کونډیل کسرونه:

دانسي کونډیل کسرونه دوحشي کونډیل د Epiphysis د کسرونو یا د انسي کونډیل Apophysis separation په نسبت ډیر نادر دي.

د جرحی میخانیکیت:

د جرحه په دودیز ډول هغه وخت پیدا کیږي کله چې یو څوک له یوه لوړ ځای څخه په داسې حالت کې راولوړیږي چې د څنگلې په نقطه یې مستقیمه ضربه وارده شي او یا لاس یې غځیدلې وي او څنگل یې په Varus مجبوره شي چې په وروستنی حالت کې د Avulsion جرحه منځ ته راځي کسري خط تر Physis پورې چې په

Trochlear غوټه کې موجود وي غځيدلې وي انسي پارچه کيداې شي د Flexor عضلاتو د کشش په واسطه بې ځايه شي.

کلينيکي بڼه او ايکسري:

دايو دننه په بند کې ماتيدنه ده چې د درد او پرسوب سره يوځای وي په لويو کوچنيانو کې د Metaphys برخه په ايکسري کې په اسانې ليدل کيږي په وړو کوچنيانو کې د کونډيل د Epiphysis زياته برخه غضروفي وي نو په X-ray کې نه ښکاري نو د کسر بشپړه پراختيا نه معلوميږي که جراح يواځې د Epicondyl تعظمې مراکز په بې ځايه شوي وضعيت په x-ray کې وگورې نو غلطیږي او فکر کوي چې دا د Epicondyl کسر دې په شکمنو حالاتو کې Arthrogram مرسته کوونکی دی.

درملنه:

Undisplaced fractures -

ددې کسرونو درملنه د میزابی پواسطه ترسره کیږي د بیابې ځایه والي د لیدو په خاطر د کسر تر رغیدو پورې متکرری X-ray اجرا کیږي.

۲- بې ځایه شوی ماتیدنی:

د اکسرونه د پوستکي لاندې Pin او تړلې ارجاع پواسطه او یا دخلاصی ارجاع او Pins په واسطه ترسره کیږي د عملیات څخه وروسته څارنه یې د وحشي کونډیل د کسرونو غونډې ده.

اختلاطات:

دوه ډوله اختلاطات ورکوي:

۱- لمړنی

۲- وروستنی

۱- لمړنی اختلاطات.

د Ulnar عصب افت معمول دې که عصب په مفصل کې نښتې نه وي نو په خپل سر رغیږي.

۲- وروستنی اختلاطات:

د څنگلې شخوالی عام دی او بسط تر میاشتو پورې نه شي اجرا کیدای په قراره قراره د حرکاتو سره نورمال حالت ته راگرځي، کیدای شي Sulco N. Ulnaris د هډوکینو پارچو له وجي څیره شي نو په وروسته وخت کې به Ulnar عصب فلج شي.

دانسې اپیکو نډیل دا پو فیز جدا کیدل : Separation Of The Medial

Epicondylar Apopisis

د جروحانو میخانیکیت او پتالوژي :

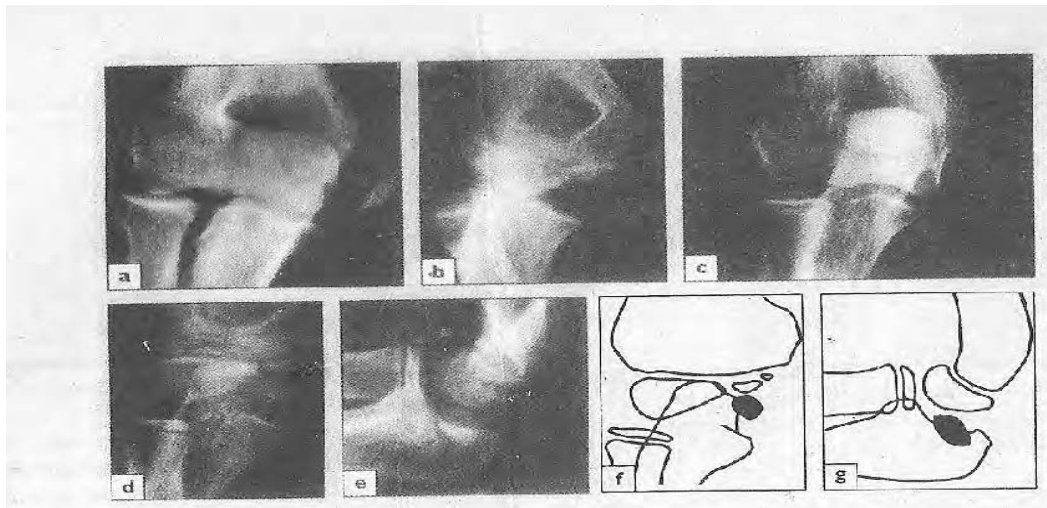
انسې Epicondyl apopisis د پنځو کالو په عمر کې په تعظم پیل کوي او د شپاړلسو کالو په عمر کې د جسم سره نښلي د دغو عمرونو تر منځ کیدای شي د عضلي یا د اربطی د شدید Strain پواسطه Avulsion وکړي ماشوم په داسې حال کې چې مړوند او ځنگل یې د بسط په حال کې وي په غځیدلي لاس رالویږي او د Epicondyl هغه Apopisis چې تر اوسه په جسم پورې نه وي نښتې د مړوند د Flexor عضلاتو او یا د ځنگلې دانسې اربطی د فشار پواسطه Avulsion کوي که په ځنگل کې Subluxation مینځ ته راشي نو کیدای شي چې د Apopisis ټوټه بند ته وغورځیږي په شدیدو جرحو کې بند وحشي خواته بې ځایه کیږي.

کلینیکي بڼه:

که چیرې د ځنگلې په انسې برخه کې شینوالي، پرسوب او درد شتون ولري نو باید چې په تشخیص باندې شکمن اوسو که بند بې ځایه شوی وي نو سوء شکل ډیر څرگند وي د Ulnar عصب دزیان د ردولو لپاره باید چې دگوتو د قوت او حیثیت لپاره ازموینه سرته ورسیري.

ایکسری:

په قدامي خلفي منظره کې دانسي Epicondyl ، Apopisis کیدای شي چې بڼکته خواته تللی او یا کور شوی وي. که بند بې ځایه شوی وي نو د بازو په بعیده برخه کې ځای نیسي. په جنبي منظره کې Epicondyl په بند کې دیو سست جسم په بڼه بڼکاري که شک شتون ولري نو د پرتله کیدو لپاره باید د نورمال طرف X-ray واخیستل شي.



۲۴-۲۳

دانسي Epicondyl ماتیدل

a: د Valgus د Strain څخه وروسته دانسي Epicondyl avulsion

b: د څنگلي د خلعي سره یوځای انسي Epicondyl د Avulsion نښونه.

c: د ارجاع څخه وروسته ځیني وخت د Epicondyl پارچې په مفصل کې نښلي.

d: د جرحی شدید حالت کې جراح سمه پاملرنه ونه کړي نو پارچې په مفصل کې پاتې کیږي او په ترکشن کې مشکلات پیدا کوي.



۲۴-۲۴

په ماشوم د Radius دغاړې ماتيدل تر ۳۰ درجو پورې کوروالې د منلو وړ دې له دې څخه زيات کوروالې بايد په ځای شي په کوچني کې هيڅکله هم د Radius سر بايد غوڅ نه شي

درملنه:

لږ غوندي بې ځايه والې بايد له پامه وغورځول شي دايو باندنی مفصلي ماتيدنه ده او بايد څومره ژر چې شونې وي حرکات پيل شي چې ماشوم هم خوښيږي، نو بايد چې ازاد شي هغه مانوره چې د څنگلې د Valgus او د مروند د فرط بسط په حالت کې سرته رسيدلی شي گټوره ده که دامانوره ناکامه شوه بند بايد خلاص شي او ټوټه بيرته په خپل وضعیت کې تثبيت شي. هغه بې ځايه شوي ماتيدنی چې ټوټه په بند کې نه وي نښتې عمليات ي اړتيا نه لري. دلاس دمانورې پواسطه خپل وضعیت کې راوستل کيږي.

اختلاطات:

په دې کسرونو کې دوه ډوله اختلاطات پيدا کېږي:

۱- لومړني

۲- وروستني

لومړني اختلاطات: د Ulnar عصب افت دوديز دی گيلی يې په خپل سر بنه کېږي که بشپړ فلج موجود وي نو کيداې شي چې عصب بند کې نښتې وي نو د لوخولو په اړه يې بايد فکر وشي.

وروستنی اختلاطات: د څنگلې شخوالي معمول دې او د بسط حالت ته راتلل مياشتی په بر کې نيسي خو د حرکاتو سره بيرته نورمال ته راگرځي.

دمت دهپوکي دلاند يني فيز ماتيدل اوجداکيدل

; Fracture separation of the distal humeral physis

د عمر تراوه کلنی پوری د بازو لری Epiphysis یوه غضروفي کتلوي برخه ده چې دهپوکي دجوړیدو دمخ په ودي مرکزونه لري د شديدي جرحی سره کيدای شي جداشي داکسرونه په دوديز ډول د مستقيم ترضييض لکه د زيږيدلو په مهال جروحات اويا د ماشومانو څخه د ناوړه گټې اخيستني څخه مينځ ته راځي.

کلينيکي بڼه:

ماشوم د درد په حالت کې وي او څنگل يې په څرگند ډول پرسيدلې وي تاريخچه يې کيدای شي رنځپوه بل خواته رهنمايي کړي.

ايکسري:

په ډير واره ماشوم کې چې د دهپوکو وجود يې تر اوسه نه دې جوړ شوی کيدای شي X-ray نارمل وي. په capitulum کې د Epiphysis د اوغزو د دانې په بڼه مراکز ليدل کيږي چې وضعيت يې د نورمال طرف د وضعيت سره پرتله شي د تل لپاره د دواړو Capitulum دهپوکو دجوړیدو دمرکزونو انسي بې ځايه والي او د Radius او Ulna د بې ځايه والي په اړه بايد په گمان کې يو په غټو ماشومانو کې سوء شکل واضح ليدل کيږي.

درملنه:

د جرحی درملنه د Supra condylar ماتيدنی په شانی ترسره کيږي که تشخيص په باره کې شک موجود وي نو څنگل د دوه اونيو لپاره د Flexion په حالت کې

ميزابه کيږي که کوم سوء شکل پيداشو نو بايد چې په وروستني عمر کې اصلاح شي.

د RADIUS د هډوکي ماته شوی غاړه:

د جرحی ميخانيکیت او پتالوژي

په غځيدلي لاس راغورځيدل څنگل په Valgus مجبوروي او د Radius سر د Capitulum خواته تيله کيږي په ماشومانو کې هډوکې د Radius د غاړې په ساحه کې ماتيږي خو په غټانو کې جرحه د Radius په سر کې منع ته راځي.

کلينيکي بڼه:

د غورځيدلو څخه وروسته ماشوم په څنگل کې د درد څخه شکايت کوي د Radius د سر د پاسه موضعي حساسيت موجود وي او مړوند په تاوولو سره درد کوي.

ايکسري:

کسري خط مستعرض وي او د Physis لږ لاندی برخه کې واقع وي او يا د Epiphysis او د جسم د مثلي پارچې سره يوځای جدا شوی وي قريبه پارچه لاندی خواته، قدام ته او باندی خواته کره شوي وي. ځيني وخت د Ulna پورتنې نهايت هم په کسر اخته شوی وي.

درملنه:

په ماشومانو کې د Radius د سر ۳۰ درجې کورېوالې او ۳ ملي متره مستعرض بې ځايه والې دمنلو وړ دي. بازو ته په Collar او Coff حالت کې استراحت ورکول کېږي، او يوه اونۍ وروسته تمرينات پيل کېږي، د ۳۰ درجو څخه زيات بې ځايوالي په ځای کېدو ته ضرورت لري په داسې حال کې چې دناروغ څنگل په بسط کې وي ترکشن او د Varus قوه ليری تطبيقېږي لدې وروسته جراح د Radius بې ځايه شوي پارچه د خپلې غټې ګوتي پواسطه خپل وضعيت ته تپله کوي که له دې نه کار ونه شوه وازه په ځای کېدنه تر سره کېږي د Radius دسر کورېوالې اصلاح کېږي خو داخلي تثبيت ته لږ غوندي اړتيا پيدا کېږي په ماشومانو کې بايد د Radius سر هيڅکله هم غوڅ نشي ځکه چې ددې له کبله د Radius او Ulna دواړه وده خرابېږي هغه کسرونه چې يوه اونۍ او يا له دې څخه زيات وخت پرې تير شوی وي بايد بې له درملنې پرېښودل شي دعمليات څخه وروسته څنگل د ۹۰ درجې Flexion په حالت کې د دوه اونيو لپاره ميزابه کېږي او له دې وروسته ناروغ حرکاتو ته هڅول کېږي.

کش شوي څنگل PULLED ELBOW:

:کله چې په ماشومانو کې مروند په Pronation حالت کې وي او بازو کش شي نو د څنگلې جرحه پيدا کېږي چې ځينې وخت ديته د Radius د سر نيمه خلع هم وايي خو په حقيقت کې دا د Orbicular اربطی نيمه خلع ده چې په Radio capitellar بند کې د Radius د سر لپاسه خويږي. ماشوم به ۲-۳ کالو پورې عمر ولري د دردناک ځورند لاس سره راوړل کېږي. ماشوم د بازو د کش کيدلو تاريخچه لري او له درد څخه چغې وهي مروند يې د Pronation او بسط په حالت کې نيولې وي او

Supination ته يې نه پرېږدي په ايکسري کې هيڅ بدلونونه نه ليدل کيږي درملنه يې هم ډيره عجيبه ده لاس بايد په زور سره Supination ته راوړل شي او وروسته څنگلې ته Flexion ورکړل شي اربطه بيرته سره خپل ځای ته رسي او د Snap په شان اواز کوي.

په لويانو کې د څنگلې په شاوخوا ماتيدنه او بې ځايه کيدل :

د څنگلې ماتيدل په لويانو کې د ماشومانو څخه بيل وي د هډوکي په نهاياتو کې د Epiphysis يوځايوالي له کبله ميخانيکي خواص په لويانو کې بدلوي چې په پايله کې يې د جرحی اندازه هم مختلفه وي. ددې کسرونو څخه په ځانگړي ډول د بعيده بازو ماتيدنی د زياتې قوې کارولو له کبله پيدا کيږي. چې د رگونو او اعصابو د زيان سره يوځای وي. ځينې ماتيدنی يې د په ځای کولو او ثبات لپاره پيچلو جراحی تخنيکونو ته اړتيا لري د عملياتو څخه وروسته د څنگلې شخوالي منع ته راضي خو جراح بايد دنارمل اناتوميک حالت د ساتنې سره سره د عمليات څخه وروسته د وظيفوي حقيقت په لور چې دنده بيرته راوگرځي که نه ځانگړی پاملرنه وکړي.

دمت هډوکي دلاندي برخي کسرونه Fracture Of Distal Humerus

د Eo- ASIF گروپ په ۱۹۹۱ ميلادي کال کې بعيده عضد درې نوعه کسرونه تشریح کړي دي Type A دبند څخه دباندی Supra condylar کسرونه ، Type B ديو Condyl دبند دننه ماتيدنی دي او Type C د دواړو Condyles دمختلفو درجو لرونکی Communated کسرونه دي.

۱- Supra condylar fracture Type A

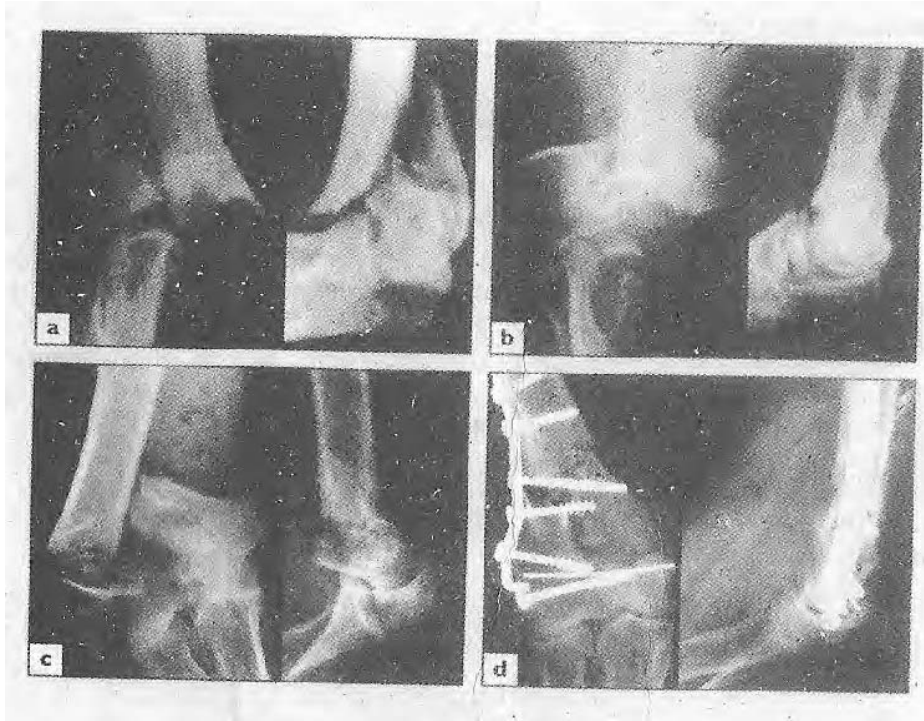
دا ډول د بند څخه د باندې ماتیدنی په لویانو کې نادرې دي. خو کله چې پېښی شي نو بې ځایه او بې ثباته وي ځکه چې د پارچو د نیولو لپاره کلک Periost وجود نه لري زیاتې قوې په جرحو کې کیدای شي د بعیده عضد Communion رامنځ ته شي ترلې ارجاع ثبات منځ ته نه راوړي او د K.wire پواسطه تثبیت دومره قوي نه وي. خلاصه ارجاع او داخلي تثبیت د درملنې ټاکنیزه لاره ده ناروغ ته Prone وضعیت ورکول کیږي بعیده عضد د خلفي څیری کیدو له لارې خلاصیږي او د سرچپه V په شکل Tricep وتر ته Reflection ورکول کیږي او یا د قریبه Reflection د Tricep سره یوځای د Olecranon د راوتنی دتنه په بند کې Osteotomy سرته رسیږي یو ساده مستعرض یا مایل کسر د Plate او Screw پواسطه په ځای کیږي او تثبیت کیدای شي Communated کسرونه دوه Plates او دواړو خواوو ته Screw ته اړتیا لري.

۲- Type B and C د بند دتنه ماتیدنی:

د Osteoprotic خلکو څخه پرته د Condyl د بند دتنه ماتیدنی د نرمو نسجونو د زیان سره یوځای دزیاتې قوې کارولو څخه منځ ته راځي. د څنگلې په نقطه باندې د شدیدې ضربې له کبله د Olecranon بارزه پورته خواته حرکت کوي او کونډیلونه سره جداکوي، پرسوب زیات وي او که د هډوکو جس اجراشي نو د څنگلې تمامیت به د منځه تللي وي ناروغ باید په احتیاط سره د رگونو او اعصابو د جرحو لپاره وکتل شي. که درگونو د بې کفایتي نښی شتون ولري نو باید په بیره یې درملنه وشي.

ایکسری:

کسر د بنکتنې مټ څخه د څنگلې تر بند پورې غځیدلې وي په غیر بیخایه شوي Condylar کسر کې داویل گران کار دې چې یو که دواړه Condylar په کسر کې دخپل دې خاصیتاد کوند یلوپه نه بی خایه شوو کسرو نوکي. زیاتره د کونډیلونو ترمینځ د هډوکي Communion موجود وي، چې پراخوالی یې صحیح نه شي اندازه کیدای ځینې وخت د T او Y په بڼو ماتیدنی تر میتافیز پورې خپور شوي وي او یا کیدای شي ډیرې ټوټې شتون ولري د عملیات څخه مخکې باید د ماتیدنی د خراب حالت لپاره تیاری و نیول شي.



24,25

a: مخکې او b: وروسته د Collar, cuff درملنی څخه فعال حرکات لاس ته راځي خو څوړند Brace غوره دی.
c: مخکې او d: د خلاصی ارجاع او داخلي تثبیت څخه وروسته نتیجه ډیره ښه ده خو په هره واقعه کې صدق نه کوي.

درملنه:

دا شديدي جرحی دي چې د بند د زيان سره يوځای وي د اوږدې مودې د بې حرکت کولو په پایله کې شخه څنگل منځته راځي. نو لومړني حرکات باید چې يوه لوبه موخه وگڼل شي.

۱- Undisplaced fractures: دا ماتيدنی د خلفي Slab د تطبيق پواسطه چې څنگل ۹۰ درجې Flexion لري درملنه کيداې شي، دوه اونۍ وروسته حرکات پیل کېږي د تشخيص د پت پاتې کيدلو د مخنيوي او د وروستنې بې ځايوالي د مخنيوي لپاره باید ځانگړی پاملرنه وشي.

۲- Displaced type B and C fractures

که مناسب مهارتونه او اسانتياوی شتون ولري نو خلاصه په ځای کيدنه او داخلي تثبيت د درملنې غوره لاره ده په محافظوي درملنه کې د شخوالي په طرف د کسرزيات ميلان او د دايمي درد خطرونه موجود دي، عملياتي تگلاره يې د Type A کسرونو په شان ده خو باید د بند دننه د Olecranon osteotomy پواسطه ساحه سمه لوڅه شي Ulnar عصب باید وپيژندل شي او وساتل شي - توتی باید په ځای او په خپل ځای کې د K.wire پواسطه ونيول شي، ديو Condyl کسر چې Communion ونه لري د Screw پواسطه تثبيت کېږي او که پارچه غټه وي نو د بيا بې ځايوالي دمخنيوي لپاره د Screw سره يوځای Plate هم کارول کېږي. د دواړو کونډیلونو ماتيدنی او Communion ماتيدنی د غبرگو Plates او Screw پواسطه تثبيت ته اړتيا لري او ځينې وخت په خالي ځايونو کې د هډوکي پيوند هم کارول کېږي د عمليات څخه وروسته څنگل په ۹۰ درجو کې ساتل کېږي او لاس په غاړه کې اچول کېږي حرکات په ورو ډول اجرا کېږي ماتيدنی

په ۱۲ اونيو کې رغيږي، د جراحي د سختی خواري سره سره ناروغ پوره بسط بيرته لاس ته نشي ورکولاي او شديدو پيښو کې حرکات ډير محدود يږي.

ددرملني نوري لاري :

دا خبره منل شويده چې د عملياتي درملني پايلې د Commutation د درجې يا د رخواه انساجو د زيان له کبله او يا د ځانگړې جراحي پوهې د کمښت او د اساتياو د کمښت له کبله ښې ندي نو بايد د درملني په نورو لارو چارو غور وشي.

الف: The "bag bones" technique

په دې تخنيک کې لاس Collar and cuff کې يا په څوړند Brace کې ساتل کيږي او څنگل دقايمي زاويې څخه زيات Flexion لري او څومره زر چې ناروغ کولې شي بايد فعال حرکات تر سره شي کسر د ۲-۸ اونيو په موده کې رغيږي خو حرکاتو ته بايد تر اوږدې مودې پورې دوام ورکړل شي - د حرکاتو يو د کار وړ درجه لاس ته راځي.

ب: Skeletal traction

دلږ غوندي بې ځايه شو او شديدو Communated ماتيدنو ددرملني لپاره يوه متبادله لار د Olecranon په ساحه کې د Skeletal ترکشن تطبيقول دي. ناروغ په داسې حال کې بستر کې ساتل کيږي چې مټ يې عمودي وي او دڅنگلې حرکاتو ته هڅول کيږي.

ج: Elbow replacement

هغه زاړه ناروغان چې Communated کسرونه لري د څنگلې د بند د بدلولو له لارې ښه درملنه کيداي شي.

اختلاطات:

د اکسرونه دوه ډوله اختلاطات ورکوي چې لمړنی او وروستنی اختلاطات دي.

۱- مقدم اختلاطات: پدې کې لاندې اختلاطات شامل دي.

الف: درگونو جروحات: د تل لپاره باید دوران وکتل شي د تشخیص او درملنې لپاره څومره زر چې شونې وي باید سپړی تکره اووسي.

ب: د عصب جروحات: کیدای شي چې Ulnar یا Median عصب زخمي شي د عملیاتو د پیل کیدو څخه مخکې باید لاس وکتل شي د اعصابو پیژندل د جراحي په وخت کې ډیر اهمیت لري.

۲- وروستنی اختلاطات: په دې ډله کې لاندې اختلاطات شامل دي.

الف: شخوالی: د څنگلې Communated کسرونه د تل لپاره تر یو څه حده شخوالې ورکوي خو دیو قوي تمریني پروگرام په عملې کولو سره د معذورتیا څخه مخنیوی کیدای شي د څنگلې د اصلاح لپاره بیا عملیات ډیر ستونزمن دي خو کیدای شي ناروغ ته گټه ورسوي.

ب: Hetero topic ossification: د رخوه انساجو د شدید زیان له کبله Hetro topic ossification منح ته راځي د جبرې حرکاتو څخه باید ځان وساتل شي.

د کپیتو لوم ما تیدل Fractured Capitulum

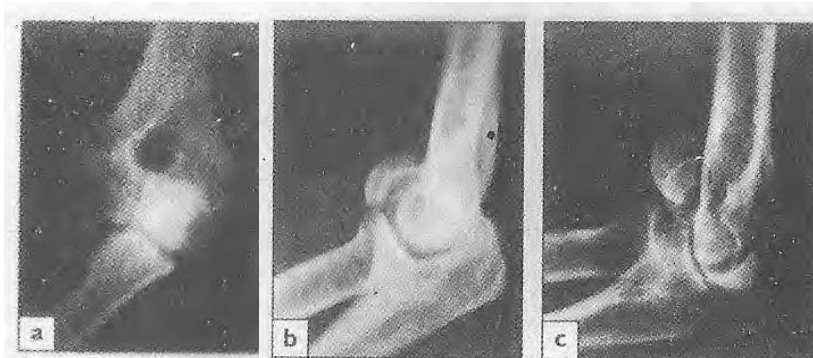
د ایو مفصلي کسر دې چې یوازې په لویانو کې پیدا کیږي ناروغ په داسې حال کې چې څنگل یې نیغه وي په لاس باندې رالویږي د Capitulum قدامي برخه ماتېږي او قریبه خواته بې ځایه کیږي.

کلینیکی بڼه:

د څنگلې په قدام کې د ډکوالي جس کیدل تر ټولو غټه نښه ده د څنگلې وحشي اړخ حساس وي او Flexion نشي ورکولای.

ایکسری:

په جنبي منظره کې Capitulum د بنکتنې عضد په قدام کې بنکاري او د Radius سر همدغه ځای ته مخامخ پروت وي.



۲۶-۲۴

مکسوره Capitulum

a.b : قدامي خلفي او

اړخیزی منظرې چې قریبه

بې ځایوالي او کوروالې نښي.

c: Capitulum په عمودي توگه مات شوی دی.

درملنه:

غیر بې ځایه شوي کسرونه د دوه اونيو لپاره د ساده میزابې پواسطه درملنه کیږي. بې ځایه شوي ماتیدنی باید په ځای او یا غوڅ شي. په ځای کیدنه شونی ده خو د اوږدې مودې د بې حرکت کولو له کبله څنگل شخړې نو عملیاتي درملنه استطباب لري. Capitulum باید خپل ځای ته راوړل شي او دیو وړوکي Screw پواسطه په خپل وضعیت کې تثبیت شي خو که ډاګر نه ډیره سخته وي نو باید چې Capitulum لری شي نارامي چې له منځه لاړه حرکات دی پیل شي.

دراډوس د سر ماتيدل:

د Radius د سر ماتيدل په لويانو کې عام دې او څرنگه چې په کوچنيانو کې د Radius سر غزروفي دې نو په نادر ډول ليدل کيږي.

دجرحی میخانیکیت:

کله چې یو څوک په داسې حال کې چې څنگل یې غځیدلي مړوند یې په Prone وضعیت کې وي په غځیدلي لاس راوغورځیږي نو Radius سره د Capitulum سره لگيږي او کیدای شي چې وچوي او یا مات شي لدې سره د Capitulum غضروف هم کیدای شي ټوټه شي دایو مهم اختلاط دي. چې په ایکسری کې نه لیدل کیږي ځینې وخت د څنگلې په بې ځایه کیدلو کې هم د Radius سر ماتيږي.

کلینیکي بڼه:

ځینې وخت کسر له نظره پټ پاتې کیږي خو که د Radius سر ته فشار ورکړل شي حساسیت شته وي همدارنگه د Pronation او Supination په حالت کې د درد موجودیت تشخیص وړاندې کوي.

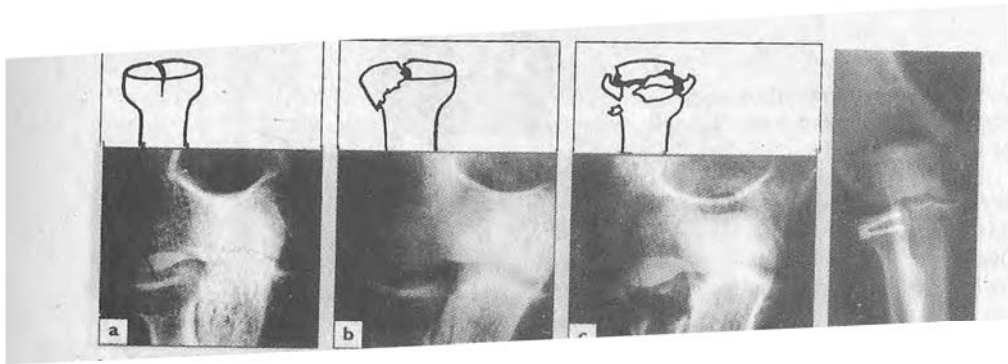
ایکسری:

د ایکسری په بنسټ درې ډوله ماتیدنی پیژندل شويدي:

۱- Type-I: دې کسر کې د Radius په سر کې عمودي چاود موجود وي.

۲- Type-II: د سر د وحشي برخې څخه یوه واحده ټوټه جدا شوی وي چې عموماً لیری خواته بې ځایه شوي وي.

Type-III: د radius سر څو دانې ماتې ټوټې لري یا Communated وي، دبعیده Radio ulnar بند د کتلو لپاره باید د wrist ایکسری واخیستل شي چې ددې په واسطه دهډو کو تر منځ د پردې حالت هم ارزول کیدای شي.



۲۴-۲۷

د Radius مات شوی راس

په لویانو کې د Radius سر درې نوعه کسرونه لري:

a: د سر Chisel ته ورته چاود b: د غاړې کسر c: یو Communated کسر بې ځایه شوی د غاړې کسر د
d: داخلي تثبیت پواسطه تداوي کیدای شي.

درملنه:

په غیر بې ځایه شوي Type-I ماتیدلو کې د هیماتوم تشول او د موضوعي انستیتیک موادو زرق د درد څخه خلاصون ورکوي د ناروغ بازو د ۳ اونيو لپاره Collar او Cuff حالت کې ساتل کېږي او فعال تقبض بسط او تاوولو ته هڅول کېږي د یو واحدې ټوټې لرونکې Type-II ماتیدنی که بې ځایوالي ولري باید چې په ځای او د Screw پواسطه په خپل ځای وساتل شي Screw د تاوولو څخه مخنیوی نه کوي Communated یا Type-III ماتیدنی چه د Radius دسر د غوڅولو پواسطه بې بڼه درملنه کېږي. خو که د مړوند جرحی د Radio ulnar بند د تخریب سره یوځای وي. نو د Radius بڼکته خواته د بڼویدلو خطر باید په نظر کې وي ځکه کیدای شي چې د ناروغ په مړوند کې د بې ثباتې او نه ارامیدونکي درد گیللی منځ ته راشي په داسې پیښو کې باید د Radius د سر د غوڅولو څخه مخکې د بیا رغولو لپاره هره شونې هڅه تر سره شي که غوڅ شونو پر ځای یې د Slican یا فلزي Prosthase اچول کېږي.

د څنگلې هغه کسرې خلعی چې د Radius د سر د ماتیدلو سره یوځای وي یو بې ثباته جرحه مینځ ته راوړي. د خلعی د په ځای کولو څخه وروسته د Radius

(محور) ستن باید په خپل حالت کې وساتل شي او داربطو د رغیدو په وخت کې حرکات په ورو ډول په نرمی سره تر سره شي.

اختلاطات:

دا کسر لاندې اختلاطات ورکوي:

الف: د بند شخیدل په Radio ulnar بند او ځنگل دواړو کې شخوالي په عامه توګه پیدا کېږي ډیر لږ غونډې بې ځایه شوو ماتیدلو کې هم د نورمال حرکاتو بیرته راګرځیدو ته میاشتي وخت په کار دی که د Radius سر غوڅ شي او که نه شخوالي پیدا کېږي.

ب: Myositis ossification: دا اختلاط په ځینو پینو کې پیدا کېږي.

ج: Recurrent instability: دا اختلاط هغه وخت مینځ ته راځي څه وخت چې د radius سر غوڅ شي او انسي Colletal اړبطه هم زخمی شوي وي.

د OLECRANON ماتیدل:

په Olecranon کې دوه ډوله ماتیدنی لیدل کېږي:

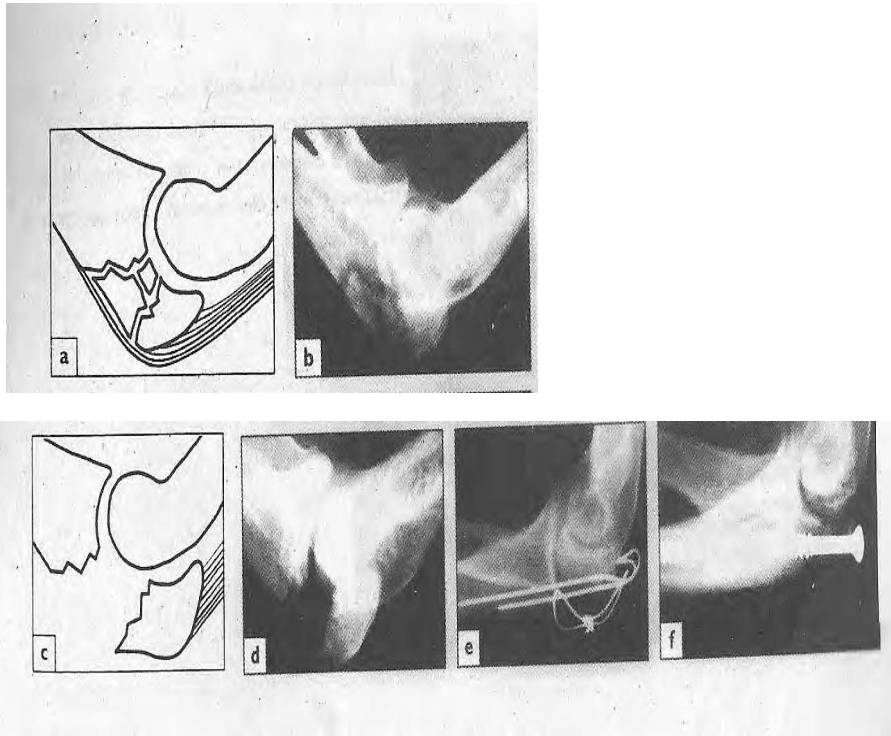
۱- Communitated ماتیدنه چې د نیغ په نیغه ضربې او یا په ځنگل باندې د رالویدو له کبله پیدا کېږي. ۲- transvers fractur چې کله شخص په لاس ولویږي او د triceps عضله د تقلص په حال کې وي.

کسر د ځنگلې مفصل ته تنوځي او د بند سطحو ته هم زیان رسوي په مستعرضو ماتیدنو کې ځینې وخت د Aponeurosis | Triceps روغ وي او کسري ټوټې په خپل ځای باندې وي.

کلینیکي بڼه:

د څنگلې د پاسه د شینوالي شتون د Communitated ماتیدنو وړاندوینه کوي
Triceps روغ وي او څنگل بسط کولی شي په مستعرضو کسرونو کې یوه
خالیکه جگه کيږي د ناروغ حالت ثابت وي او څنگلې ته د مقاومت په وړاندې
Extention ورکولی شي.

X.RAY: یوه مناسبه جنبي منظره ضرورده تر څو مفصل معلومات د کسرباره کې ترې لاس ته راشي خصوصاً که
د مفصل تخریب ورسره وي — درادپوس سر باید وکتل شي- کېدای شي بې ځایه شوي وي.



24,2

مات شوی Olecranon

Communitated: a.b کسرونه د فعالیت پواسطه بڼه تداوي کيږي

c.d: د خالیگه کسر چې Extensor اوتار یې په تماس کې نه دي او د Tention band تار پواسطه تداوي کيږي.

e: او یا د اور Screw پواسطه یې درملنه کيږي.

درملنه:

هغه Communitated ماتیدنی چې Triceps یې روغ وي د Bruise په بڼه یې درملنه کیږي دا ناروغان اکثراً زاړه او Osteoprotic وي او د بند د بې حرکت کولو له کبله شخوالي پیدا کیږي بازو ته دیوې اونۍ لپاره په غاړه کې داچولو پواسطه استراحت ورکول کیږي.

د بې ځایه والي دمعلوماتو لپاره اضافي ایکسری اخیستل کیږي او له دې وروسته ناروغ فعالو حرکتو ته هڅول کیږي یو غیر بې ځایه شوي مستعرض کسر چې د څنگلې د Flexion په حالت کې نه بې ځایه کیږي باید په تړلي لاره یې درملنه وشي څنگل د ۲-۳ اونيو لپاره په ۲۰ درجې Flexion کې په Cast کې بې حرکت کیږي او له دې وروسته تمرینات پیل کیږي بې ځایه شوي مستعرض کسرونه په مستقیم حالت کې د لاس د میزابه کولو پواسطه یې درملنه کیږي خو په دې حالت کې پیداشوي شخوالي ډیر خطرناک وي له همدې امله عملیاتي درملنی ته غوره والې ورکول کیږي - کسر ارجاع کیږي او د Tension band تار پواسطه په خپل ځای کې ساتل کیږي ناروغ په لومړي وخت کې حرکتو ته هڅول کیږي ډیرې وړې توتی باید غوڅې شي او Tricep باید بیرته د Ulna سره ونښلول شي.

اختلاطات:

الف: شخوالی : عام دې خو د ژغورندویه داخلي تثبیت او لومړني وخت کې د حرکتو پواسطه یې مخنیوی شونی دی.

ب: Non Union: دا اختلاط ځینې وخت د مستعرضو کسرونو د غلطی په ځای کیدنی او تثبیت څخه مینځ ته راځي. که د څنگل دنده ښه وي نو دې ته پاملرنه نه

کیرې او که داسې نه وي نو داخلي تثبيت او د هډوکي Graft پواسطه نیمګړتیا اصلاح کیرې.

ج: ځینې وخت د Ulna عصب اعراض پیدا کوي چې په خپل سر بیرته له مینځه ځي.

د: Osteoarthritis چې یو وروستنی اختلاط دې د غلطی په ځای کیدنی له کبله پیدا کیرې او درملنه یې عرضي ده.

د څنگلی بې ځایه کیدل :

د Ulna humeral بند بې ځایه کیدل د ماشومانو په پرتله لویانو کې عامه ده جرحی د بې ځایه والي د سمت په بنسټ ډلبندي شوي دي په ۹۰ سلنه پینو کې Radio ulnar برخه شاته یا خلفي جنبي خواته بې ځایه شوي وي او په هډوکینو بارزو کې ماتیدنی ورسره یوځای وي.

د جرحي میخانیکیت او پتالوژي :

خلفي خلعی عموماً هغه وخت پیدا کیرې چې څنگل په بسط کې وي او شخص په غځیدلي لاس راو لویرې د محافظی اربطوي جوړښتونو تخریب خلفي او یا خلف جنبي بې ځایه کیدنی ورکوي که نور کسرونه ورسره نه وي نو په ځای کیدنه ثابته وي او بیا بیا بې ځایه کیدنی نه پیدا کیرې د اربطی د تخریب سره یو ځای د Radius د سر Coronoid process او د Olecranon بارزی د کسر یوځای پینیدل بند ډیر بې ثباته کوي او که په ځای کیدنه او تثبيت نه شي نو بیا بیا ماتیدو ته مساعد دي. یوځل چې خلفي خلع پیننه شوه نو جنبي بې ځایه کیدنه

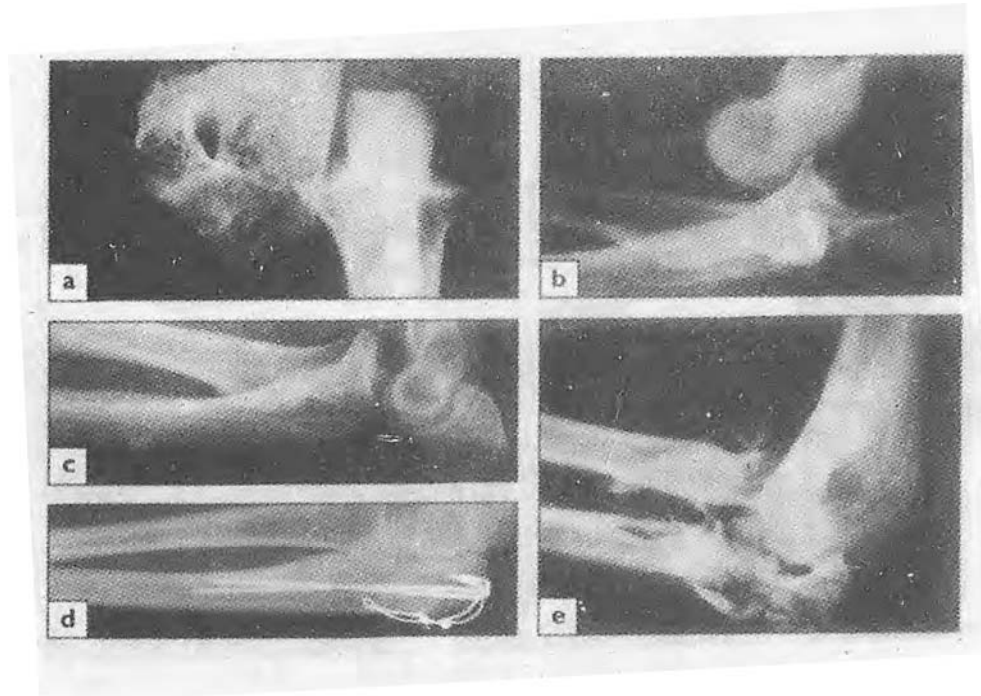
پېښيدای شي دنرمو نسجونو زیان ته باید پاملرنه وشي او درگونو او اعصابو جرحی باید وکتل شي اگر چې د کسري خلعو یوڅو ښی پیژندل شوي دي خو دزیاتې قوې له کبله پیداشوي کسرونه کوم قانون نه مني چې یو کلاسیک بیلگه یې Side swab جرحه ده دا جرحه هغه وخت پیدا کیږي کله چې دموتږ د چلوونکي لاس د کرکې څخه وتلې او څنگل یې بل موټر ووهي په پایله کې د څنگلې یو یا ټول هډوکې قدام خواته بې ځایه کیږي او دنرمو نسجونو شدید زیان لیدل کیږي.

کلینیکي ښه:

ناروغ خپله څنگل د Flexion په حالت کې نیولې وي پرسوب ډیر نه وي خو سویې شکل ډیر بارزوي، هډوکې په جس سره په غیر نورمال وضعیت کې وي په شدیدو جرحو کې درد او پرسوب دوموره ډیر وي چې د څنگلې کتنه ناشونی وي لاس باید درگونو او اعصابو د جرحو لپاره وکتل شي.

ایکسری:

د بې ځایه کیدنی شتون او دهغې سره دکسر دیوځاي والي دلیدلو لپاره دایکسری کتنه لازمه ده.



۲۹-۲۴

a.b: معموله غیر اختلاطي خلعه
 c: Olecranon د ماتیدو سره یوځای قدامي بي ځایه کیدنه
 d: په ځای کیدل او د Olecranon ثبات ته اړتیا لري
 e: یو اړخ ته کسري خلع

درملنه:

ددې ماتیدلو د درملنی څخه په بیلابیل ډول په لاندې توگه یادونه شویده:

۱- Uncomplicated dislocation: ناروغ باید د بې هوشی لاندې آرام وساتل شي جراح په داسې حال کې بازو کش کوي چې څنگل لږ غوندې Flexion ولري دیو لاس پواسطه اړخیز بې ځایه والې اصلاح کیږي او بیا څنگلې ته نور Flexion هم ورکول کیږي او د Olecranon بارزه دغټې گوتې پواسطه مخکې خواته تپله کیږي ترڅو چې بشپړ Flexion لاس ته رانه شي نو Olecranon خپلې Trochlear میزبې ته نه ننوځي، د په ځای کیدو څخه وروسته د ثبات د معلومولو لپاره څنگلې ته بشپړ حرکتونه ورکول کیږي.بعیده اعصاب او دوران بیا کتل کیږي د

ارجاع د تصدیق اود نورو ماتیدونو د پینیدو لپاره بیا ایکسری اخیستل کیږي. د څنگلې د ۹۰ درجې Flexion په حالت کې بازو په Collar او Cuff کې ساتل کیږي او درې اونۍ وروسته لیرې کیږي څنگلې ته په ورو ورو حرکات ورکول کیږي اود فشار څخه ساتل کیږي.

۲- هغه بې ځایه کیدنې چې د ماتیدو سره یوځای وي: هغه کسرونه چې د بې ځایه کیدو سره یوځای لیدل کیږي د هغوې له درملنې څخه په لاندې ډول یادونه شویده. الف: Coronoid process: د Cronoid بارزی وړې توتې درملنې ته اړتیا نه لري، غټې توتې په Ulnohumeral بند کې بې ثباتي پیدا کوي او باید تثبیت شي.

ب: Medial epicondyle: دانسي Avulsion - Epicondyle اصلاً د انسي اړبټی د تخریب له کبله میخ ته راځي که د Epicondyl توتې بې ځایه شوي وي باید ارجاع او تثبیت شي په داسې حال کې چې څنگل ۹۰ درجې Flexion لري بازو او مروند میزابه کیږي او درې اونۍ وروسته حرکات پیل کیږي.

ج: د راډیوس سر: د اړبټی د تخریب سره یوځای د راډیوس د سر III او Type II جرحی یو بې ثباته ماتیدنه منځ ته راوړي او ثبات هغه وخت مینځ ته راځي - څه وخت چې اړبټه ورغیږي اود راډیوس ستن د تثبیت او یا د Prosthese په واسطه بیرته ورغول شي که د ماتیدو سره دنسجونو تخریب هم ملگرې وي نو لومړی باید نسجونه ورغیږي او وروسته باید د راډیوس د سر ماتیدنه اصلاح شي.

د: Olecranon process: د څنگلې په قدامي بې ځایه کیدنه کې کیدای شي د Olecranon بارزه هم په کسر اخته شي او یوه غټه توتې یې شاته دیوې جدا هلوکني توتې په ډول پاتې شي خلاصه په ځای کیدنه او داخلي تثبیت یې د درملنې غوره لاره ده.

ه: Side swipe injuries : دا ډول شديد كسرونه زياتره د رگونو د تخريباتو سره يوځای وي د رگونو، اسكليتي ثبات او د نرمو نسجونو د رغيدلو لپاره بايد هڅه وشي دا كړنه د لوړ

مهارت لرونكي جراح ته اړتيا لري او بايد په داسې يوه مركز كې ترسره شي چې د پورتنې طرف د جرحو د درملنې په خاطر جوړشوی او په ټولو عصري وسايلو سمبال وي.

و: Persistent instability : كه د هډوكي او بند د اناتومي د بيرته راگرځيدو څخه وروسته بيا هم بې ثباتي شتون ولري نو بايد چې د نسجونو د رغيدلو پر مهال د حرکاتو د ساتنې په باندني يوزورند خارجي Fixator تطبيق شي.

اختلاطات:

اختلاطات يې عام دي او ځينې يې دومره شديد وي چې د ماتيدني او كسري خلعي په وخت بايد ناروغ تر جدي څارنې لاندې ونيول شي په دوه ډوله اختلاطات ورکوي:

۱- لمړنی ۲- موخر.

۱- لمړنی : په دې کې لاندیني اختلاطات شامل دي:

الف: Brachial a : Vascular injuries کيداې شي زيانمن شي د نبض نشتوالی يې خبرونکی نښه ده که د Ischemia نورې نښې هم وليدل شي نو بايد چې په عاجله توگه يې درملنه وشي ميزابه بايد ليري او څنگل بايد نيغه شي که له دې سره اصلاح نه شوه نو د Arteriogram وروسته Brachial شريان لوڅ او ورغول شي.

ب: Ulnar و Median : Nerve injury اعصاب ځيني وخت زخمي کيږي او ۲-۸ اونيو وروسته بيرته په خپل سر رغيږي.

۲- وروستنی اختلاطات : په دې ډله کې لاندیني اختلاطات گډون لري.
الف: شخوالي : د څنگلې د بې ځايه کيدو څخه وروسته د ۲۰-۳۰ درجې د بسط دلاسه ورکول دوديز دي له نيکه مرغه ډاکار ډير لږ اويا هيڅ وظيفوي ارزښت نه لري ډير زيات شخوالي د قدامي محفظې د ازادولو پواسطه اصلاح کيږي.

ب: Heterotopic ossification : دا اختلاط د بند په قدام کې په نرمو نسجونو کې مينځ ته راځي په پخوا وختونو کې Myositis ossification يو عام اختلاط وو چې د جبري په ځای کيدنی او د څنگلې د شديدو حرکاتو له کبله به مينځ ته راتلو نن سبا ډير کم ليدل کيږي خو د درد او زياتيدونکي حساسيت يو عام لامل دې د جرحی د ۴-۶ اونيو وروسته کيدای شي د ايکسري په عکس کې د نرمو نسجونو Ossification وليدل شي که ددې حالت په اړه شک پيداشو نو تمرينات ودرول کيږي او څنگل د Flexion په حالت کې ميزابه کيږي.

د درد تر ختميدو وروسته په آرام سره منفعل حرکات او تمرينات پيل کيږي التهاب ضد درملونه د شخوالي د مخنيوي لپاره مرستندويه دي او د Heterotopic هډوکي د جوړيدو د مخنيوي لپاره هم کارول کيدای شي هغه هډوکني کتله چې په لويه کچه د څنگلې د دندې مخنيوی کوي بايد چې غوڅه شي که څه هم دا دکورتکس غاړه او Trabecula هم وي.

ب: Unreduced dislocation : کيدای شي يوه خلع تشخيص نه شي اويا يوازې خلفي بې ځايه والې اصلاح شي او د Olecranon بارزه همداسې يو اړخ ته بې ځايه پاتې شي، د جرحی د پيښيدو څخه تر دري اونيو پورې بايد د په ځای کيدو دپاره

کوشش وشي خو د هډوکي د ماتيدلو څخه بايد ځان وساتل شي له دې پرته يې بله باوري درملنه نشته. د خلاصی ارجاع لپاره د نرمو نسجونو په لور په کچه غوڅولو ته اړتيا پيدا کيږي چې ددې له کبله شخوالي لا پسي زياتيږي په متبادله توگه څنگل د ښو حرکتو دلاسته راوړنې په هيله بايد په خپل حال پريښودل شي که دايمي درد په دايمي ډول شتون ولري نو ناروغ ته بايد د Arthrodesis او Arthroplasty څخه د ټاکنی لاره وړاندې شي.

ج: پرله پسي بې ځايه کيدنی : که چيرې د Radius او Cronoid بارزی ماتيدنه نه وي نو د خلعي بيا منځته راتلل نادر دي که په بيا بيا څنگل بې ثباته کيږي نو بايد چې جنبي محفظه او اربطی ورغول شي او يادوحشي Condyle سره ونښلول شي او څنگلې ته په ۹۰ درجې قبض حالت کې د څلورو اونيو لپاره ميزابه کيښودل شي.

د: Osteoarthrititis : د شديدو کسري خلعو څخه وروسته دويمي Osteoarthrititis عام دې په زړو ناروغانو کې بايد د څنگلې د بشپړ بدلون په اړه فکر وشي.

یواځي دراد یوس دسر بیځایه کیدل (Isolated Dislocation Of The Radial) : (Head

د Radius د سر یوازیڼې حقیقي بې ځایه کیدل ډیره نادره ده خو که منځته راشي نو باید چې په احتیاط سره د Ulna د ماتیدو لپاره پلټنه تر سره شي په کوچنی کې د Ulna د هر ډول نامکمل ، شین لښتې اود جسم د پلاستيکي ماتیدو معلومول ډیرگران کار دې ددغو نامکملو ماتیدونو معلومول ډیر اهمیت لري ځکه چې دیوه واړه سوی شکل شتون د Radius د سر په بې ځایه کیدو کې د بشپړې په ځای کیدو څخه مخنیوی کوي.

REFERENCES AND FURTHER READING

- Browner BD, Jupiter JB, Levine AM, Trafton PG (eds) (1998) *Skeletal Trauma*. WB Saunders, Philadelphia
- Jupiter JB (1994) Complex fractures of the distal part of the humerus. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 1252-1263
- Modabber MR, Jupiter JB (1995) Reconstruction for post-traumatic conditions of the elbow joint. *Journal of Bone and Joint Surgery* 77A, 1431-1446
- Morrey BF (1995) Current concepts in the treatment of fractures of the radial head, the olecranon and coronoid. *Journal of Bone and Joint Surgery* 77A, 316-327
- Müller ME, Allgower M, Schneider R *et al* (1991) *Manual of Internal Fixation*. 3rd edition. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
- Neer CS II (1970) Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. *Journal of Bone and Joint Surgery* 52A, 1077-1089
- O'Hara LJ, Barlow JW, Clarke NMP (2000) Displaced supracondylar fractures of the humerus in children. *Journal of Bone and Joint Surgery* 82B, 204-210
- Ring D, Jupiter JB (1998) Fracture-dislocation of the elbow. *Journal of Bone and Joint Surgery* 80A, 566-580
- Rockwood CA Jr, Green DP, Bucholz RW, Heckman JD (eds) (1996) *Rockwood and Green's Fractures in Adults* 4th edition. Lippincott-Raven, Philadelphia
- Wilkins KE (1984) Fractures and dislocations in the elbow region. In *Fractures in Children* vol 3 (eds Rockwood CA Jr, Wilkins KE, King RE). JB Lippincott and Co, Philadelphia.

د مړوند او د لاس د بند جروحات:

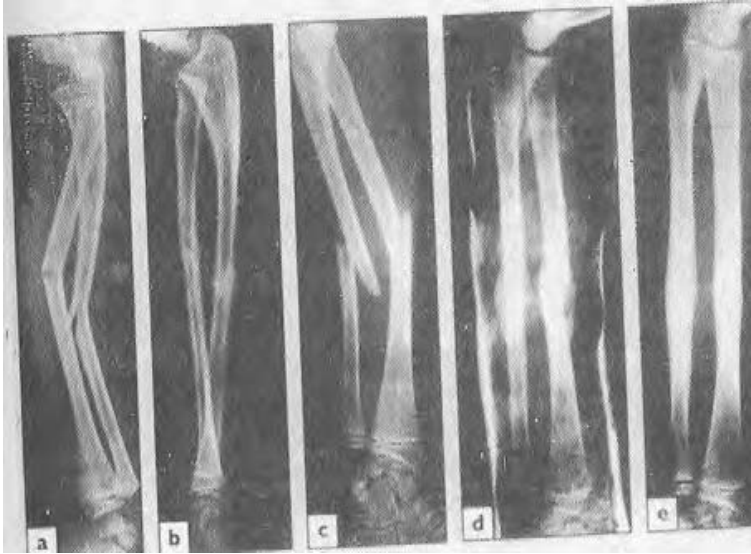
د رادپوس او Ulna ماتیدل

د جرحی میخانیکیت او پتالوژي

دمړوند د دواړو هډوکو ماتیدل په ترافیکي پېښو کې ډیر عام پیدا کیږي - یوه تاوونکی قوه داسې حلزوني ماتیدنه رامنځته کوي چې هډوکي په بیلابیلو سویو مات شوي وي. مستقیمې ضربې او کړونکی قوی هم په هډوکي کې مستعرض کسرونه مینځ ته راوړي - Radius کښي د عضلاتو د رانېکون په وسیله تډوري سوی شکل مینځ ته راتلی شي په دې عضلاتو کې پورتنی دریمی برخي کې Biceps او Supinator عضلات، دمنځنی دریمی برخي، Pronator teres عضله او دښکتنی دریمی برخي Pronator quadratus عضلی شاملې دي، د مړوند عضلاتو په کمپارتمنت کې وینه بهید نه اوپارسوب ممکن د دوران د ضیاع سبب شي .

کلینیکي بڼه:

ماتیدل به په څرگند ډول شتون ولري خو نبض باید احساس او لاس باید د رگونو او عصبي افت لپاره وکتل شي او تکراري کتل د Compartment syndrome د مینځ ته راتگ دموندلو لپاره اړین دی.



25,1

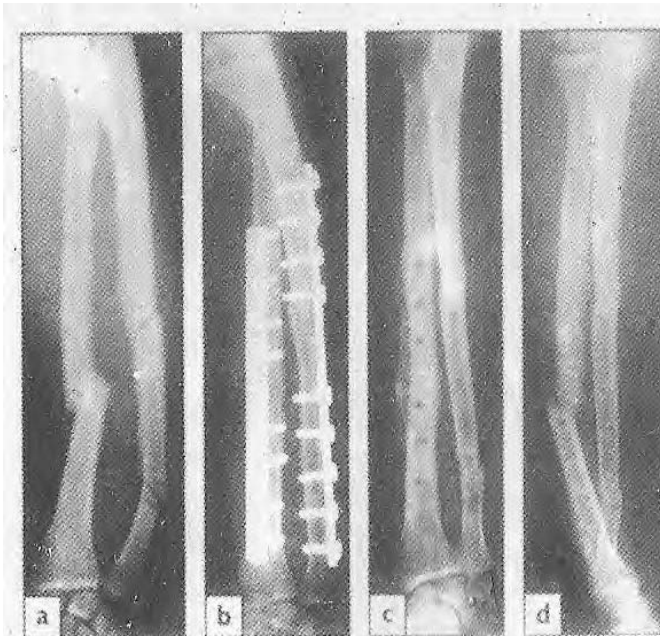
په کوچنيانو کې د Radius او Ulna ماتيدنی شنی لښتی کسرونه

a: یوازی د استقامت سمولو ته ضرورت لري.

b: او پلستري میزابه د مکمل کسرونو

c: په ځای کېدنه ستونزمنه ده تر څو چې استقامت سم شي د ارجاع ساتل په پلستر کې مشکل دی.

d: کمه اندازه وحشي بې ځایه والی د ودی پواسطه بیرته جوړېږي



25,2 په لویانو کې د Radius او Ulna

ماتيدنی.

a.b: دغه ماتيدنی په دودیز ډول د

Sturday plate پواسطه د داخلي تثبيت

او Screw پواسطه درملنه کېږي ددې

سره سره دغرس شوي سامان پریکول د

خطر څخه خالی ندي.

c.d: د Radius د ماتيدو په دغه پيښه

کې د Screw سوري بنودل شويدي.

په لویانو کې د Radius او Ulna

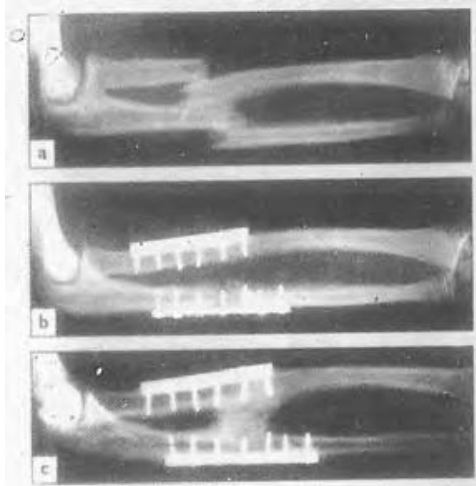
ماتيدنی.

a.b: دغه ماتيدنی په دودیز ډول د

Sturday plate پواسطه د داخلي تثبيت

او Screw پواسطه درملنه کېږي ددې سره سره دغرس شوي سامان پریکول د خطر څخه خالی ندي.

c.d: د Radius د ماتيدو په دغه پيښه کې د Screw سوري بنودل شويدي.



25,3

د Radius او Ulna د کسر Cross union که چیرې د هډوکو ترمنځ غشا په شدید ډول زخمی شوی وي او تردې کامیاب Plate هم تطبیق شوی وي.
 a.b : د دې ضمه واري نشي کیدای چې Cross union به نه پېښېږي.

x.ray

دواړه هډوکي مات شوي وي او کسري خط په مستعرض ډول په دواړو هډوکو کې په یوه سویه وي. یا د Radius ماتیدل په دودیزه توګه په مایل ډول په پورتنې برخه کې وي په کوچنیانو کې ماتیدل زیاتره Impacted (دشني لختی کسر) او زاویه لرونکی وي، په لویانو کې بې ځایه کیدنه چې کیدای شي د Shift، تیروبیږ کیدل، کوروالی او تاویدنه په بر کې ولري په هر لوري موجود وي. د لږې قوی پواسطه پیدا کیدونکو جرحو کې کیدای شي کسر مستعرض کیدو خواته میلان وښي یا مایل کیدو ته میل وښي او دزیاتي قوی په پایله کې پیدا کیدونکو جرحو کې کسري خط Communated یا Segmental وي.

درملنه:

۱- درملنه په کوچنیانو کې:

په کوچنیانو کې ترلې درملنه کامیابه لاره ده ځکه چې Periosteum د ارجاع د لارښونی میل لري او بیا وروسته ارجاع کنټرولوي دیوې ښه طولاني Cast پواسطه ټوټی دتدور دکنټرول په موخه د Axilla خڅه د Metacarp تر جسم پورې نیول کیږي او Cast تطبیق کیږي څنګل باید ۹۰ درجی وي.

که ماتیدنه د Pronator teres څخه پورته وي نو forarm ته Supin وضعیت ورکول کیږي او که چیرې د Pronator teres څخه بنکته ماتیدنه شتون لري نو Forarm په طبعی وضعیت کې ساتل کیږي یوه اونۍ وروسته د X-ray پواسطه وضعیت کتل کیږي که چیرې وضعیت ښه وي نو دواړو مات شوی هډوکي د رغیدو تر وخت پورې چې په دودیز ډول ۲-۸ اونۍ وي میزابه ساتل کیږي. په دغه ټوله موده کې باید مشوم دلاس او اوږې حرکتو ته وهڅول شي کوچنی باید د بیا ماتیدنی دپینیدو دمخنیوي لپاره د ثقیلو تمریناتو کولو څخه د څو اونیو لپاره ډډه وکړي.

هغه حالات چې عملیات ته په کې اړتیا وي په لاندې ډول دی.

۱- که چیرې داسې ماتیدنی شتون ولري چې په ځای کیدای نه شي.

که چیرې ټوټی زیاتي بې ثباته وي تثبیتول د K.wire, Plate او یا Flexible intra medular nail پواسطه اړین دی.

۲- درملنه په لویانو کې:

تر څو چې ټوټی یو بل ته سمی مخامخ نه شي نو په ځای کیدل ستونزمنه او په Cast کې بیا بې ځایه والی رامنځ ته کیږي نو دهمدغی پایلې په اړه داسې وړاندوینه کیږي چې زیاتره جراحان د پیل څخه دخلاصی یوځای کیدنی او داخلي تثبیت لاره غوره کوي ټوټی د فشاري Plate او Screw پواسطه خپل ځای کې ساتل کیږي. که دمحیط د دریمې برخې څخه زیاته ساحه په Communion اخته شوی نو باید د هډوکي پیوند اجراشي د عضلاتو په Compartment کې د فشار دمخنیوي لپاره ژوره Fascia خلاصه پرینسودل کیږي او یواځې پوستکي او

دپوستکي لاندی نسج گنډل کيږي دعمليات څخه وروسته د پرسوب تر ختمیدو پورې لاس پورته ساتل کيږي او ناروغ دلاس فعالو حرکاتو ته هڅول کيږي که ماتیدنه خو ټوټی نه وي او دناروغ وضع بڼه وي نو په لومړني ډول تمرينات پیل کيږي خو باید دوزن د پورته کولو او تمرین څخه ځان و ساتي. هډوکي د ۸-۱۲ اونيو کې رغيږي Communed ماتیدنی او کمزوري ناروغان په پلاستر کې بې حرکت کيږي.

دخلاصو ماتیدنو درملنه:

د Fore arm خلاص کسرونه باید په ډیر احتیاط سره تداوي شي څومره ژر چې ممکنه وي ناروغ ته Antibiotic او د تیتانوس دمخنیوی لپاره واکسین ورکړل شي او اعصاب او دوران یې باید وکتل شي. زخمونه باید وسیع او پراخه شي د هډوکي نهایت لوڅیږي او پاکيږي. کسرونه په لومړي ډول د فشاري Screw او Plate پواسطه تثبیت کيږي او که Graft پرې ولگول شي نو ډیر بڼه رغيږي زخم ازاد پریښودل کيږي او باید د Extension نقطی وگنډل شي - کله چې د نرمو نسجونو پراخه زیان مینځ ته راغلی وي نو هډوکي د بانډنی Flexeter پواسطه بڼه ثبات پیداکوي او دپوستکي د رغولو لپاره باید د پلاستيکي جراح څخه مرسته وغوښتل شي.

اختلاطات:

دوه ډوله اختلاطات ورکوي:

۱- لومړني ۲- وروستني

۱- لومړني

a: عصبي جروحات : د ماتيدلو پواسطه عصبي جروحات په نادره توگه پيدا کيږي خو کيداې شي د جراح پواسطه مينځ ته راشي په قريبه دريمه برخه کې د Radius لوڅول د دهبوکو ترمنځ عصب د زخمي کيدو خطر لري په همدې ځاې کې دغه عصب د Supinator عضلي د سطحې برخې پواسطه پوښل شوی دی جراحی تخنيک دلته ډير اهميت لري.

د Henry قدامي شق ساتندويه لاره ده.

b: درگونو جرحي: د Radial او Ulnar شريانو زخمي کيدل کله ناکله ستونزی پيدا کوي ځکه چې Colletral دوران ډير ښه دی.

c: Compartment syndrome

د Fore arm ماتيدنی او عملياتونه د تل لپاره د نرمو نسجونو د پرسوب سره يوځاې وي چې له دې سره د Compartment syndrome خطر ملگرې وي که Fore arm په Plaster کې بند وي نو د Comp. Synd گواښ لاستر او تشخيص يې نور هم لاجمن دي. په بعیده برخه کې د نبض شتون Comp.Synd نه شي ردولای اصلي خبره بشپړ نظارت دي که د دوراني تخريب نښې وليدل شي نو درملنه بايد په بيره او بې له ځنډه سرته ورسېږي.

- وروستي اختلاطات:

لاندي اختلاطات په کې گډون لري.

a: نه رغيدل او وروسته رغيدنه:

د Radius او Ulna زیاتره ماتیدنی ۸-۱۲ اونیو کې رځیرې خو دزیاتې قوی او خلاص کسرونه ژر نه جوړیږي. وروسته رځیدنه عامه ده دمعمول څخه زیات بې حرکت والې ته ضرورت پیدا کیږي Nonunion د هډوکي پیوند او داخلي تثبیت ته اړتیا لري.

b: Mal union: په تړلي په ځای کیدنه کې تل د Malunion خطر موجود وي. چې ددې له کبله کوډوالې د مړوند تډوري سوء شکل دپارچو یو ډبل دپاسه التیام دیوه هډوکي لنډوالې او دبعیده Radioulnar بند تخریب پیدا کیږي. که Pronation او Supination ډیر زیات محدود وي نو د حرکت د اعادې لپاره باید چې د Ulna بعیده نهایت لری شي.

c: د Plate دلیری کولو اختلاطات:

د Plate او Screw لیری کول یوه بې خطره کړنه گڼل کیږي خو باید مونږ په دې پوه اوسو چې ددې عملې له کبله به د رگونو او اعصابو زیان، اتان او ځینې نور اختلاطات په عامه توگه رامینځ ته شي.

دمړوند دیوه هډوکي ماتیدنه: Fracture of single forearm bone

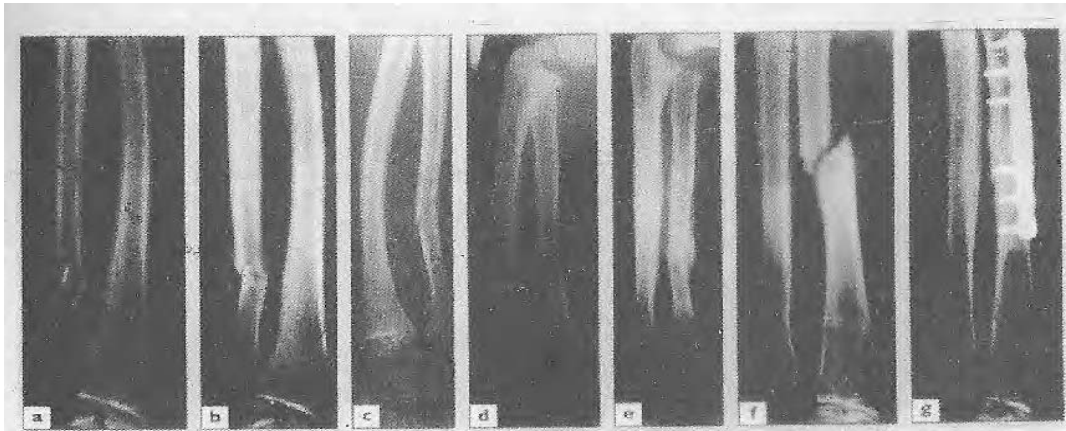
په یواځې توگه د رادیوس ماتیدل نادر دی او د ulna کسر عام نه دی داماتیدنی په عمومي توگه د مستقیمې ضربې له کبله پیدا کیږي. ډاکسرونه د دوه علتونو له کبله ډیر اهم دي:

د کسر سره یو ځای بې ځایه والي کیدای شي بې له تشخیصه پاتې شي. که د Fore arm یواځې یو هډوکي د جسم په برخه کې مات شوی وي او بې ځایه والې په کې شتون ولري

نو په قریبه او بعیده Radio ulnar بندونو کې به یو خامخا بې ځایه شوی وي د
 ټول forearm ایکسری باید واخیستل شي.
 کله چې یو هډوکي مات شي نو ژر نه رغیږي او د دواړو هډوکو ماتیدو په
 نسبت نه رغیدنه عام ډول لیدل کیږي.

کلینکي بڼه:

د Ulnar ماتیدل په ایکسری کې هم په اسانۍ سره له پامه پټ پاتې کیږي که
 موضوعي حساسیت شتون ولري نو یوه یا دوه
 اونۍ وروسته ایکسری اخیستل بڼه خبره ده.



25,4

د For arm د یوه هډوکي ماتیدل

د Ulna ماتیدل

یوازی د Ulna ماتیدل

a: معمولاً په یقیني ډول سره یوځای کیږي

b: په کوچنیانو کې د Radius تماس کیدای شي کوروالي ولري.

c: د Radius ماتیدنی.

په ماشومانو کې یوازی د Radius ماتیدنی.

d: کیدای شي په پلستر کې یوځای شي.
e: مگر په لویانو کې د Radius ماتیدنی.
f: Plate د لگولو په واسطه بڼه تداوي کیږي.

X-ray

د رادیوس او Ulna په هر ځای کې ماتیدل پیدا کیدای شي. کسري خط به په مستعرض او لږ غونډې بې ځایه والي سره شتون ولري ځینې وخت په کوچنیانو کې هډوکی دماتیدو پر ځای کرپږي. (palastic deformation)

درملنه:

a: یواځې د Ulna ماتیدنی: ماتیدل په نادره توګه بې ځایه کیږي د ازادې څنګلۍ سره د fore arm Brace کافي درملنه ده- اته اونۍ په بر کې نیسي او له دې وروسته بشپړ فعالیت پیل کیدای شي.

b: یواځې د Radius ماتیدنی: د Radius کسرونه تډوري بې ځایه والی ته مساعد دي د ارجاع لپاره د پورتنې دریمې برخې په ماتیدنی کې Fore arm باید د Supination حالت ته راوړل شي د منځني دریمې برخې په کسرونو کې په طبعی حالت کې ساتل کیږي او د بنګتنې دریمې برخې په کسرونو کې Pronation حالت ته راوړل کیږي ځینې وخت د وضعیت ساتل ګران وي. که دا ستونزه راپیښه شوه نو د Plate او Screw پواسطه داخلي تثبیت غوره دي د کلک تثبیت سره لمړنی حرکات باید اجرا شي.

د ulna د Monteggia ماتیدنه او خلع :

(Monteggia fracture dislocation of the Ulna)

دا جرحه د نولسمې پیړۍ په اولو وختونو کې د Monteggia پواسطه تشریح شوی ده - چې دا د Ulna د جسم د ماتیدلو سره یوځای د قریبه Radio ulnar بند بې ځایه کیدنه ده چې ځینې وخت Radiocapitole بند هم ورسره نیم یا بشپړ ډول بې ځایه کیږي نن سبا دا تعریف پراخه شوی دی او د Ulna هر هغه ماتیدنه چې د Radiocapitole د بند بې ځایه کیدنی د Olecranon د ماتیدلو او د قریبه Radio ulnar د بند بې ځایه کیدو سره یوځای وي. ددې تعریف لاندې راځي د Ulna

د جسم په کسرونو کې Apex قدام خواته وي او د Radius سر په قدام خواته بې ځايه شوی وي که کسري زروه خلف خواته وي نو خلع خلفي ده او که کسري زروه وحشي خواته وي نو د Radius سر وحشي خواته بې ځايه کېږي په کوچنيانو کې د Ulna جرحه کيداې شي د نامکمله ماتيدنه وي (green stick or plastic deformation)

د جرحي ميخانيکيت:

عمومي لامل يې په لاس باندې راغورځيدل دي که د راغورځيدلو په وخت کله چې لاس ځمکې سره impact وي او وجود تاوو و خوري نو د دې له کبله يې Fore arm په Pronation مجبورېږي او ماتيدنه رامنځ ته کېږي د Radius سر قدام خواته بې ځايه کېږي او د Ulna پورتنې دريمه برخه ماتېږي او قدام خواته کېږي ځينې وخت د قوی فرط بسط له کبله هم ماتيدنه مينځ ته راځي.

کلينيکي بڼه:

د Ulna سوء شکل عموماً واضح وي خو د Radius سر د پرسوب پواسطه پټ وي بڼه علامه يې د څنگلی په وحشي اړخ کې د درد او حساسيت شتون دی، لاس او مړوند بايد د راديو س عصب د زخم د نښو لپاره وکتل شي.



25,5

Monteggia ماتیدل او بی ځایه کیدل

a: Ulna ماته شوی او Radius د Capitalum څخه

بیځایه شوی داما

تیدنی په کوچنیانو د ترلی په ځای کیدنی او Plaster

پواسطه

b: په یقیني ډول درملنه کیږي او په لویانو کې.

c: خلاصه ارجاع او Plate لگول باید.

d: تر سره شي.

ایکسری:

یواځې د Ulna په ماتیدنو کې باید چې د څنګلی سمی X-ray په قدامي خلفي او اړخیزو منظرو واخیستل شي عموماً لیدل کیږي چې د Radius سر قدام ته خلع شوی وي او د Ulna په پورتنې دریمه برخه کې ماتیدنه شتون لري چې داهم قدام خواته کور شوی وي کیدای شي Ulna جنبي یا شاخواته کور شوی وي چې د Radius سر خلف یا جنب خواته هم بی ځایه کیدای شي د Radius د سر د خلع سره زیاتره د Olecranon ماتیدنی شته وي.

درملنه:

د بريالی درملنې اصلي موخه د Ulna د اوږدوالي بيرته لاس ته راوړل دي او دا کار هغه وخت شونی دی کله چې سمه په ځای کيدنه او ثابت وساتل شي. په ځوانو بالغانو کې ددې معنې عمليات دي. د Ulna ماتيدنی بايد سم په ځای او اوږدوالي يې وساتل شي او له دې وروسته د Plate او Screw پواسطه تثبيت شي د لادير بنه والي لپاره د هډوکي د پيوند څخه هم گټه اخيستلای شو کله چې ulna تثبيت شو د Radius سر عموماً په ځای کيږي د ثبات د معلومولو لپاره لاس ته بشپړ Flexion او بسط ورکول کيږي. که د Radius سر په ځای نه شي نو بايد خلاصه ارجاع تر سره شي خلفي کسري خلعي ډيری بې ثباته وي او ځينې وخت د Ulnohumeral بند نيمه بې ځايه کيدنی سره يوځای وي د Coronoid بارزی ماتيدل هم بايد وکتل شي. ځکه چې داهم تثبيت ته اړتيا لري که څنگلی بشپړ ثبات تر لاسه کړو نو لس ورځې وروسته بايد بسط، تقبض او تدور پيل شي او که شک شتون ولري نو څنگل Flex او بازو په پلاستر کې بې حرکت تر شپږو اونيو پورې وساتل شي.

اختلاطات:

a: د عصب جرحه: عصبی جرحی کيدای شي د راډيوس بې ځايه کيدنی د خلعي لپاره د زياتې قوی د مانورو اويا د جراحي لوڅونۍ په وخت کې منع ته راشي د عمليات څخه وروسته بايد عصبی دنده وکتل شي زياتره د Neuroproxia افت پيدا کيږي چې بيرته په خپل سر رغيږي.

b: خرابه رغیدنه : تر خو چې Ulna په بشپړ ډول په ځای نه شي دراد یوس سر په بې ځایه شوی حالت کې پاتې کیږي او د ځنگلی Flexion محدود وي په کوچنیانو کې درملنې ته اړتیا نه شته په لویانو کې د Radius سر باید غوڅ شي او Prothes کیدای شي واچول یا وانه چول شي.

c: نه رغیدل : د Ulna د هډوکي Non union دپلیټ په اچولو او هډوکني پیوند پواسطه یې درملنه کیږي که د Radius سر بې ځایه شوی وي باید غوڅ شي.

Special Feature in children

په کوچنیانو کې د Monteggia د کسري خلعو بڼه لویانو ته ورته ده دا خبره د یادونې وړ ده چې کیدای شي په کوچنیانو کې Ulna د شنی لښتې کسر ورکړي. که دا حالت معلوم او په ځای نه شي نو کیدای شي په کوچني کې د Radius د سر مزمن Subluxation مینځ ته راشي نا مکملې ماتیدنی زیاتره په تړلی لاره په ځای کیدای شي او Radius سر وکتل شي که په ځای شوی نه وي نو باید د ځنگلی د قبض او Supination پواسطه تړلی په ځای کیدنه بیا تر سره شي او د ځنگلی د Flexion او Supination په حالت کې بازو د دريو اونیو لپاره په Cast کې اچول کیږي بشپړ ماتیدنه لویانو په شان د خلاصی په ځای کیدنی د تثبیت پواسطه یې درملنه کیږي.

دگلیز یا ماتید نه او خلع په radius کې : Galeazi fracture dislocation (of Radius)

د جرحي میخانیکیت:

دغه جرحه په اول ځل په ۱۹۳۴ کې د Galeazi پواسطه تشریح شوی ده. په دودیز ډول لامل یې د ډیرې قوی تدورې قوت سره په لاس باندې را غورځیدل دي، د Radius په بنکتنې دریمه برخه کې به ماتیدنه رامنځته کیږي او بنکتنې Radio ulnar بند کې نیمه یا بشپړه بې ځایه کیدنه رامنځته کیږي.

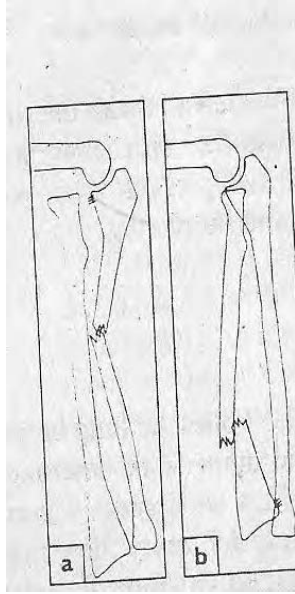
کلینیکي بڼه:

د Galeazi ماتیدل د Monteggia ماتیدلو په پرتله ډیر عام دي څرگنده نښه یې د Ulna د بنکتنې نهایت د پاسه د حساسیت شتون دي د Ulna د بعیده نهایت د ټوپک د لټ په شان د کښولو پواسطه د Radio ulnar بند بې ثباتي معلومیدای شي چې دې ته Pianokay sign وایي همدارنگه د مروند د تدور پواسطه د ابې ثباتي معلومیدای شي د Ulnar عصب افت چې عام پیدا کیږي باید وکتل شي.

ایکسری:

د رادیوس په بنکتنې دریمه برخه کې د کږوالي سره یوځای یو مستعرض یا لند مایل کسر لیدل کیږي سفلي Radio ulnar بند نیمه یا بشپړه بې ځایه شوی وي

25,6



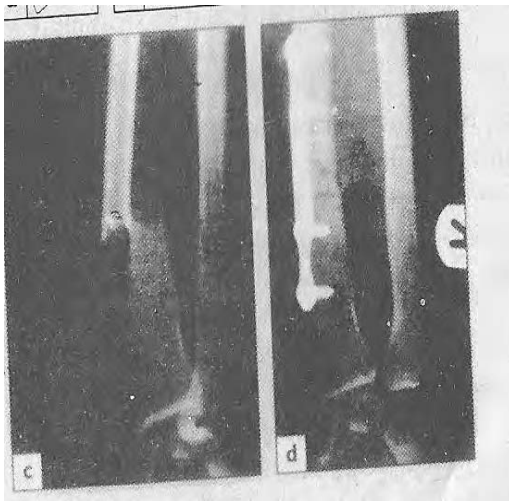
Galaeazzi کسري خلع

a: Monteggia او

b: Galeazzi کسر او خلع تر مينخ توپير نبيي.

c: d Galeazzi کسر د ارجاع خخه مخکی او Plate لگولو خخه وروسته

نبيي.



شکل: 25,7 ص ۲۱۲؛

کوليس ماتيدنی

a په بند کې ليدل کيږي.

c.d: . وگورې چې دکاميابي په ځای کيدو خخه وروسته

څنگه Radius د بند سطح يو

بل ته مخامخ شوی په بعیده او لږ غوندي Volar خوا کې.

b: d Colle's ځانگړی کسرونه بې ځايه والی او کوروالي

دواړه لري چې کوروالي يې ظهري او Radius خواته د

مړوند

d Colle's کسرونو په ځای کيدل او ميزابه

درملنه:

d Monteggia د ماتيدلو په شان په دې ماتيدلو کې بايد د هډوکي اوږدوالي

وساتل شي. په کوچنيانو کې ترلی بې ځايه کيدنه گټوره ده او په لويانو کې د

خلاص عملیات پواسطه په ځای او د Radius، Plating، گټور دی، د بعیده Radioulnar بند دپه ځای کیدو د صحت لپاره باید X-ray واخیستل شي درې شتونیا شتون لري :

۱- بعیده Radio Ulnar بند په ځای شوی او ثابت وي بلی کومی عملی ته اړتیا نه لیدل کیږي بازو ته یو خو ورځې آرام ورکول کیږي او وروسته فعال حرکات پیل کیږي د Ulna او Radius بند باید وکتل شي شپږ اونۍ په پر له پسې توگه باید کلینیکي او راډیوگرافیک څارنه سرته ورسیري.

۲- بعیده Radio Ulnar په ځای (Supination) شوی خوبې ثباته وي Forearm باید دثبات په وضعیت کې بې حرکته شي او د مستعرض K.wire پواسطه باید وساتل شي د شپږو اونیو لپاره بازو د څنگلی د پاسه میزابه کې باید وساتل شي که د Ulna د Styloid غټه ټوټه شتون ولري باید په ځای او تثبیت شي.

بعیده Radioulnar مفصل دارجاع وړ نه وي چې دایوه غیر معموله پینښه ده د نښتې نرم نسجونود لري کولو لپاره خلاصی ارجاع ته اړتیا ده مثلي Fibrocartilage جوړښت او خلفي محفظه په احتیاط سره رغول کیږي او Forearm دثبات په وضعیت کې د ۲ اونیو لپاره بې حرکته کیږي.

د راډیوس دلیری برخی ماتیدل:

د Radius بعیده برخه د شپږ ډوله ماتیدلو لپاره مساعده ده چې هر یو یې خپل ځانگړی خواص او انزار لري دا ډولونه یې عبارت دی له:

۱- Colles Fracture: دا دکمی قوی د کارولو له کبله په Post menopausal او Osteoprotic ښځو کې پیداشوي ماتیدنی دی.

۲- Smith's Fracture: چې دا د Colles ماتيدنی ته ورته ماتيدنه ده چې دخلف پر ځای قدام خواته بې ځايه شوی وی.

۳- په کوچنيانو کې دبعيده Forearm ماتيدنی چې ځينې وخت Juvenil colles کسرونه هم ورته وايي.

۴- د Radius د Styloid ماتيدنه چې تر Wrist مفصل پورې غزیدلي وي.

۵- د barton کسر چې دلاس بند Fracture subluxation منځته راغلی وي.

۶- په ځوانانو کې Communitated داخل المفصلي ماتيدنی.

نوټ: په دې ټولو کسرونو کې د اربطو حقيقي جرحی مينځ ته راځي او دبعيده Radio ulnar بې ثباتی هم مينځ ته راځي، زياتره دا جرحی نه تشخيص کيږي ځکه چې په ايکسري کې غالبا نورمال ښکاري.

دکوليس ماتيدنه: Colle's Fracture

داکسر ښاغلی Abraham colle's په ۱۸۱۴ م کې تشریح کړيدي او د Wrist څخه پورته د Radius يو مستعرض کسر دی چې بعیده ټوټه په کې خلف ته بې ځايه شوی وي دا په زړو خلکو کې دټولو کسرونو څخه عام کسر دی او د Post menopausal د Osteoprosis په وخت کې ريات مينځ ته راځي ناروغه يوه زړه ښځه وي چې په غزیدلي لاس د راغورځيدو تاريخچه وايي.

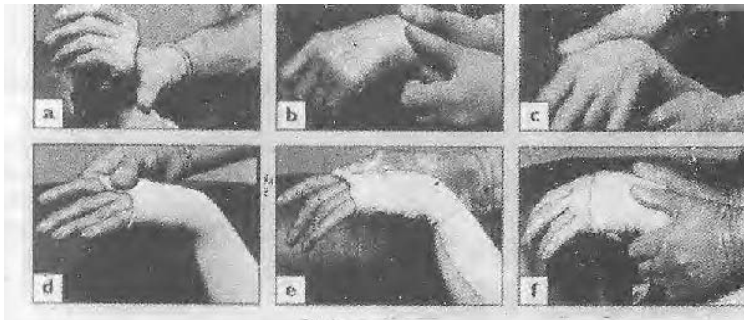
دجرحي ميخانيکيت او پتالوژي:

په داسې حال کې چې Wrist د بسط په حال کې وي د Fore arm په اوږدو قوه تطبيق کيږي په Corticoconcellous اتصالي نقطه کې هډوکي ماتيري او بعيده ټوټه بسط کوي خلف ته بې ځايه کيږي Radius کږيږي او لنډيږي. کلينيکي بڼه:

داکسر مخکې دايکسري څخه Dinner fork سوء شکل پواسطه پيژندلی شو چې په دې سوء شکل کې د Wrist دشا برخه بارزه وي او قدامي برخه يې Depress وي هغه ناروغان چې سوء شکل په کې لږ وي هغوی موضوعي پرسوب او دحرکاتو سره درد لري.

ايکسري:

د Corticoconcellous په اتصالي نقطه کې د Radius مستعرض ماتيدنی او د Ulna د Styloid بارزه ماته شوی وي د Radius ټوټه دننه خواته ننوتلی او خلف ته کږه شوی وي ځيني وخت دا ماتيدنی شديد Communated اوياميده شوی وي.



25,7

25,8

ارجاع

a: Disimpacted کسرونو کې

هميشه ضرور نه وي.

B: Pronation او مخکې خواته بې ځايه کيدنه

c: Ulna deviation

میزابه:

Wet plaster slab :e

f: د Slab بنداز په خپل حال دي او د پلاستر تر برابریدو پورې ارجاع ساتل شويده د Ulna تقبض او انحراف باید له حده زیات نه شي.



25,9

د کولیس ماتیدنی دنتی تثبیت

بدمرغه ناروغ لومړی لاس له کړکې څخه

ویستلی او بیا په غزیدلي لاس

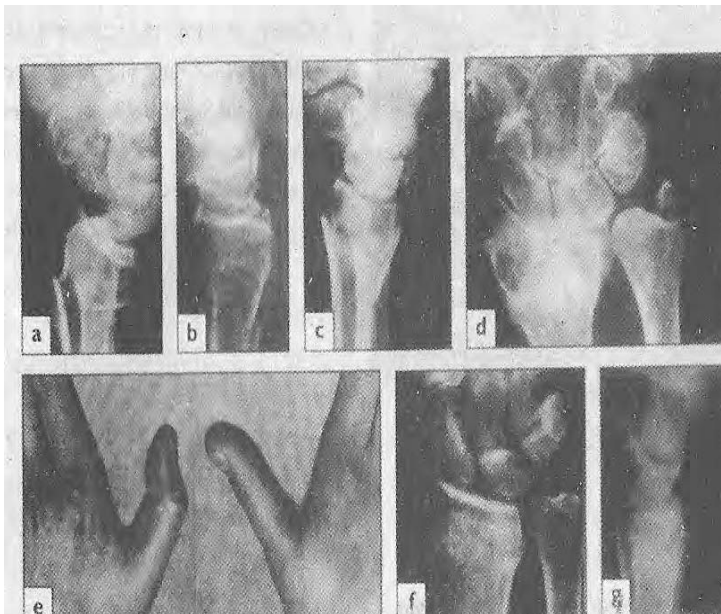
راغورځیدلی دی جرحی یې لږی او یا ډیری غیر متناظری دي.

a: د Colles شدید بې ځایه شوی بې ثباته کسر.

b: د پوستکي لاندي د K.wire پواسطه تثبیت بڼې پایلې ورکوي په Osteoprotic خلکو کې د ډیرو شدیدو جرحو

درملنه د باندنی تثبیت په واسطه

ترسره کیږي.



25,10

د Colles د کسر اختلاطات

a: په ځای شويدي.

b: بیا ماتیدنه پینښه شويده.

c: د Ulna د Styloid بارزی د non

union سره یوځای د Radius لږ

غوندي Mal union

d: د څرگند درې اړخیز کسر له کبله د

وتر Extensor pollicis longus

د څیری کیدو اختلاط رامینځ ته کیږي.

درملنه:

۱- هغه ماتیدنی چې بې ځایه شوی نه وي: که کسر بې ځایه شوی نه وي د یو یا دوه ورځو لپاره میزابه تطبیقېږي. تر څو پرسوب له مینځه لاړ شي او د Cast پواسطه تعقیبېږي. که کسر ثابت وي څلور اونۍ وروسته Cast لیری کیږي او حرکات پیل کیږي.

۲- بې ځایه شوی ماتیدنی: بې ځایه شوي ماتیدنی باید د بې هوشی لاندې په ځای شي. لاس نیول کیږي او ددهوکي په اوږدو کې ترکشن تطبیقېږي په خلف باندې د فشار واردولو په واسطه بعیده ټوټه خپل ځای ته تیله کیږي Wrist په Flexion کې ساتل کیږي Ulna ته انحراف او Pronation ورکول کیږي. په ځای کیدو څخه وروسته وضعیت د X-ray پواسطه معلومیږي. که په ځای کیدل اطمیناني وي یو خلفي Slab د Elbow څخه لږ لاندې پیل او د Metacarpals د Neck پورې رسیږي تطبیقېږي او د Rab bundage پواسطه په خپل وضعیت کې ساتل کیږي د Wrist د نهایی Flexion او د ulnar divasion څخه باید مخنیوی وشي تر شلو درجو پورې دواړه د منلو وړ دی لاس تر دوه ورځو پورې نیغ ساتل کیږي اوڅومره ژر چې شونې وي دلاس او اوږې حرکات پیل کیږي که گوتی وپرسیږي، شنې شي او درد پیدا کړي نو بندار باید ژر خلاص شي.

د ۷-۱۰ ورځې وروسته باید تازه ایکسری واخیستل شي بیا یې بې ځایه والی عام دی او باید په ځای شي که مانوره کامیابه هم شي بیا هم بې ځایه والی عام دي التیام د رادیولوژیک ثبوت سره سره شپږ اونۍ وخت نیسي چې له دې وروسته Slab لیری شي.

۳- Communated colles fractures:

یواځې د پلاستر پواسطه بې حرکت کول کفایت نه کوي باید د K.wire پواسطه تثبیت ورسره یوځای شي پنځه اونې وروسته K.wire لیری او حرکات پیل کیږي هغه ماتیدنی چی د Wire پواسطه نه شي تثبیت کیدای باندنی Fixation ته اړتیا لري قریبه Pins په Radius او بعیده Pins په دوهم Metacarp کې تیرېږي. د هلوکي پیوند په هغه صورت کې چې رادیوس څرگند کولایس کړي وي اضافه کیږي د X-ray د پرمختګ سره سم کیدای شي دباندنی تثبیت سره شخوالي مینځ ته راشي نو باید په Fixeter کې دننه حرکاتو ته اجازه ورکړای شي.

اختلاطات:

دوه ډوله اختلاطات ورکوي.

۱- لمړنی ۲- وروستنی

۱- لمړنی اختلاطات: په ګوتو کې دوران باید وکتل شي Slab د بنداز پواسطه ساتل کیږي چې کیدای شي خلاص کولو یا سستولو ته اړتیا پیدا کړي عصبي جرحه نادره ده لکن Median عصب د فشار پواسطه Carpal tunnel سندروم عام دی که چیرې د جرحی وروسته ژر پېښ شي او کیلی خفیفی وي نو کیدای شي د Elevation او د Dressing د خوشی کولو پواسطه له مینځه لاړ شي. که چیرې اعراض شدید یا دوامداره وي نو Transverse ligament باید غوڅ شي.

Reflex sympathetic dystrophy په احتمالي توګه ډیره عامه ده. خو له نیکه مرغه نادراً د Sudeck atrophy بدترین شکل خواته پرمختګ کوي. کیدای شي د ګوتو د بندونو پرسوب او حساسیت ولیدل شي نو باید ورځنې تمرین پری نه بنودل

شي په پنځه سلنه پيښو کې دوخت په تيريدو سره کله چې پلاستر ليري شي نو په لاس کې شخوالي او درد ليدل کيږي چې د Vasomotor بې ثباتي نښې دي ايكسري Osteoprosis ښي او د Scan پواسطه ليدل کيږي چې د هډوکي فعاليت زيات شوی دی.

Tringular fibro cartilage complex يا TTCC جرحی عامی دي او په دې جرحو کې بعيده راډيوس خلف خواته بې ځايه شوي وي او د TTCC ته زيان رسيدلی وي د Ulna د Styloid کسر چې د Colles د کسر سره يوځای وي دهغی قوی ښودنه کوي چې TTCC ته ليريدلی وي.

۲- موخر اختلاطات چې لاندې اختلاطات په کې گډون لري.

۳: Mal union : دايو عام اختلاط دې چې د خرابي په ځای کيدنی اويا په Plaster کې دننه د بې ځايه والي له کبله پيدا کيږي د هډوکي ښه ډيره بده ښکاري. کمزورتيا او تدور له مينځه تلل موجود وي په اکثره پيښو کې درملنې ته اړتيا نه وي که ناروغ ځوان وي او نیمگرتيا ډيره وي نو نیمگرتيا بايد د Osteotomy دلازې له مينځه يوړل شي.

b: Delyed union and non union

دا بابيري ډير لږ پيدا کيږي خو د Ulna د Stylo وتلي برخه د فايبروذي نسج سره نښتې وي تر څو مياشتو پورې خوږمنه پاتې کيږي.

c: Stiffness of the shoulder : د بې پروايي له کبله د اوږې، څنگلی او گوتو د شخوالي بابيري ډير دی د لاس د بند شخوالي د اوږده مهال Splintage له کبله مينځ ته راځي.

Tendon rupture :d

دا بايرپې د بنکتنې Radius ماتيدنه کې Extensor pollicis longus ديو خو اونيو څخه وروسته ځينې وخت مينځته راتلی شي ناروغ بايد د شونتياوو څخه خبر شي او ناروغ وپوهول شي چې درملنه يې شونې ده .

دسميت ماتي دني:

۲- Smith's Fracture :Smith شل کاله وروسته د Colles څخه همداسې يوه ماتيدنه بيان کړيده خو په دې زخم کې ليری ټوټه قدام خواته بې ځايه کيږي چې ځينې وخت دې ته د Colles د ماتيدنې سرچپه ماتيدنه هم وايي دا د لاس په شاباندې د راغورځيدلو له کبله پيدا کيږي.

کلينيکي بڼه:

ناروغ د لاس د بند د زخم سره رادرومي خو د Dinner fork ناوړه څيره نه ليدل کيږي او د Garden spad ناوړه څيره شتون لري

ايکسري:

د Radius په ليری پراته Metaphysis کې ماتيدنه په اړخيزه منظره کې ليدل کيږي چې ليری پرته ټوټه بې ځايه شوی او وړاندې خواته کړه شويده داماتيدنه د Colles د ماتيدنې په بل لورې کې مينځ ته راځي کيداې شي ټول Metaphysis مات شوی وي کيداې شي (Oblique) ماتيدنه چې د Radius د راهی يا ظهري اوږده يې هم په بر کې نيولي وي.



25,11

د Smith کسر

a.b : دلته د Colle's د ماتیدنو برخلاف د Radius
بنکتنی توتی د خلف په ځای قدام ته بې ځایه شویده.

درملنه:

ماتیدنه د ترکشن او دلاس د بند Extension په واسطه خپل ځای ته راوستل کیږي او Forarme د شپږو اونیو لپاره له خوځښت څخه غورځول کیږي.

په ما شومانو کي د مړوند دلاندني برخي ماتي د ني : Distal Fore

children arm fractures in

لیري Radius او Ulna په کوچنیانو کې د ماتیدنې ډیر زیات پېښیدونکی ځایونه دي ماتیدنه کیدای شي د لیري پراته Radius په Physis کې مینځ ته راشي یا په Methaphysis کې په دواړو هډوکو کې مینځ ته راتلای شي د Metaphys ماتیدنې ډیر وختونه نیمگړی یا شني لختی (Green stick) ماتیدنې دي.

د جرحی میخانیکیت:

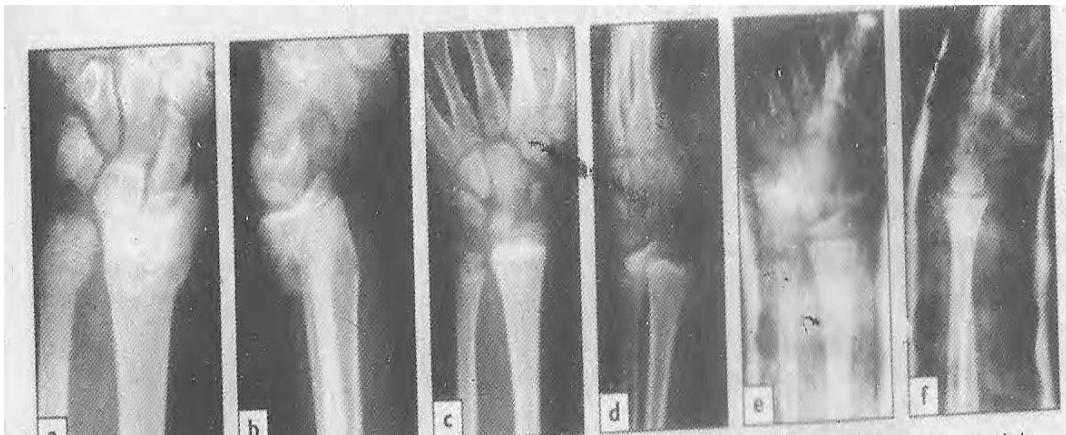
زخمې کیدنه ډیر وختونه هغه مهال مینځ ته راځي چې دلاس بند خور وي او یو څوک په غځیدلي لاس راولویږي لیري توتیه شاته درومي خو ځینې وختونه دلاس بند راغونډ وي او ماتیدنه وړاندې خواته راکږیږي لږ غونډې ځواک د Metaphys د Cortex برخه تر لږې اندازی ویجاړولی شي (atypical compress or torus fracture)

کلینیکی بڼه:

ناروغ دغورځیدلو تاریخچه وایي د لاس بند خوږ من او ډیر پرسیدلی وي او ځینې وخت د Dinner fork ناوړه څیره یا سوء شکل شتون لري.

ایکسری:

دماتیدني کره پیژندنه د X-ray له لارې ښکاره کیږي. په Physeal ماتیدنو کې چې Saltter harris تایپ یو او دوه ماتیدني دي، Epiphysis بې ځایه شوی او یا شاته کوږ شوی وي دینځم ډول زخمونه ډیر نه لیدل کیږي او دا زخمونه ځینې وخت په وروستنی عمر کې د Ephphysis دکچه یوځای والې له کبله پیژندل کیږي د Metaphys ماتیدني یوځای د Cortex دویجاړیدو په بڼه د کوږ شوو شین لښتو ماتیدنو او یا دبشپړ بې ځایه شوو او Displaced ماتیدنو په څیر ښکاري که یوځای Radius مات شوی وي نو Ulna به کوږ شوی وي.



25,12

په ماشومانو کې د بعیده Fore arm کسرونه

a.b: په غټو کوچنیانو کې ماتیدنه د Colle's د حقیقي ماتیدنه په نسبت لږ غونډې په قریبه خوا کې دی او عموماً یو شین لښتی ماتیدنی دی.

c.d: په ځوانو کوچنیانو کې Physeal کسرونه عموماً II یا I Salter harris جرحی دي په دې حالت کې سمه په ځای کیدنه تر سره شویده

د Radius د Styloid بارزی کسر

داماتیدنه چې مفصل ته دخیل دی سمی په ځای کیدنی ته اړتیا لري

درملنه:

Physeal ماتیدنی په بعیده ټوټه باندې د فشار دلارې د بې هوشي لاندې په ځای کېږي په پوره اوږده Cast کې بې حرکته کېږي چه دلاس بند لږ غونډي Flex او Ulna خواته انحراف لري او څنگل ۹۰ درجي وضیت ولري Cast ۳-۴ اونيو پوري ساتل کېږي - ماتیدنی د ودی سره اړیکه لري. که په ځای کیدنه په پشپره توگه نه وي سرته رسیدلي بیا هم کیدای شي سو شکل دیویا دوه کالونو په موده کې دودې سره له منځه لاړشي .

د buckle ماتیدنی د ۲ اونيو څخه زیات پلسترته اړتیا نلري چه نوري ۲ اونۍ د بې حرکته والي په واسطه تعقیبېږي شین لښتی کسرونه په آسانی سره په ځای کېږي خو په Cast کې بیرته بیخایه کیدوته میلان لري .

د ۱۰ کلني څخه په لږ عمر کوچنیانو کې ۳۰ درجي او ۱۰ کلني نه پورته ۱۵ درجي زاویه د منلو وړ ده - که سوء شکل زیات وي نو کسر دغټې گوتی د فشار پواسطه په ځای کېږي. لاس په پوره اوږده میزابه کې بې حرکته کېږي او څنگل ۹۰ درجي Flexion لري. دوه اونۍ وروسته Cast لیری کېږي او بیا ایکسری اخیستل

کیرې که بې ځایوالی رامنځته شوی وي بیا په ځای کیرې. ۲ اونۍ وروسته Cast بیخي لیری کیرې. د بشپړ ماتیدلو په هغه حالت کې چې Ulna روغ وي. ارجاع ستونزمنه ده کسر د Colles د کسر د مانوری په ډول ارجاع کیرې دایکسری پواسطه تصدیق کیرې او په داسې حال کې چې Wrist د طبعی وضعیت او Forearm په Supin وضعیت کې وي د پوره اوږدوالي یو Cast تر ۲ اونیوپورې ساتل کیرې که کسر بې ځایه کیرې (کنیږې) په ځانگړي ډول چې Ulna روغ وي باید K.wire په واسطه تثبیت سرته ورسیرې.

اختلاطات:

دوه ډوله اختلاطات ورکوي چې لمړني او وروستنی بلل کیرې.

۱- لومړني اختلاطات:

a: د Fore arm پرسوب او د Compartment syndrome څخه د زیاتو قوی او متکررو مانورو د سرته د نه رسولو دلارې ځان ساتل کیدای شي همدارنگه بازو باید ۲۴-۴۸ ساعتو لپاره نیغ وساتل شي او ناروغ باید تمرین ته وهڅول شي.

۲- موخر اختلاطات:

Malunion : یو وروستنی اختلاطات دی چې دلس کلنی څخه په کم عمره کوچنیانو کې ډیر عام ندی تر ۳۰ درجی پوری سوء شکل په راتلونکو ۵ کلو کې د ودی او Remodling پواسطه اصلاح کیرې. دا خبره باید اندینمنو والدینو ته تشریح شي.

b: د Radio ulnar بند سستوالي هم ځینې وخت مینځ ته راځي چې لامل یې د Radius د Epiphysis خام Fusion دی او په پایله کې په بند کې نیمه بې ځایه کیدنه رامنځته کیرې که لدې څخه ستونزه رامنځ ته شي باید چې د Ulna بعیده

نهایت غوڅ شي د بعیده Radius کسر هم ځینې وخت دلاس بند ته ننوزي چې ددې له کبله :

۱- یو ساده عظمي مفصلي کسر مینځ ته راځي.

۲- یو Communated هډوکنی مفصلي کسر مینځ ته راځي.

دلاس د بند کسري Subluxation منځ ته راځي.

راډیو کارپل کسرونه Radio Carple Fractures :-

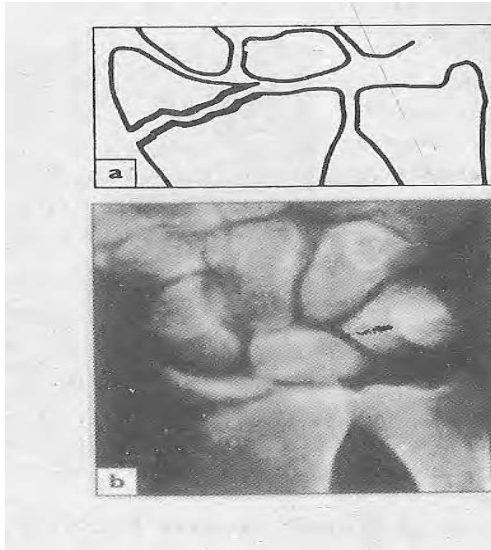
۱- د راډیوس د ستایلواید کسرونه (Fractured radial styloid)

دا جرحه د Radius د قوی انحراف څخه دلاس په بند کی د غورځیدو له کبله منځ ته راځي چې دیته د Chauffeur کسر هم وایي. کسري خط مستعرض وي او د Radius مفصلي سطحی ته غزیدلی وي د Radius د Styloid څخه غټه ټوټه نه وي بې ځایه شوی د Radius د Styloid برخه په شدیدو Trans scaphoid وکسري خلغو کې هم په کسر اخته کیږي.

درملنه:

که بې ځایه والي رامنځ ته شوی وي نو په ځای کیږي او مړوند Ulnar انحراف په بڼه په Slab کې اچول کیږي چې Slab د څنگل څخه لاندې پیل او Metacarp تر غاړې پورې غزیدلي وي.

نابشپړه په ځای کیدنه Osteoarthritis ورکوي نو له همدې کبله هغه ټوټی چې په بشپړ ډول نه وي جلا شوي باید د Screw او K.wire پواسطه تثبیت شي.



25,13

درا دیوس دستایلواید دبارزي کسر:

دا کسرچه داخل المفصلي دي باید په صحیح ډول ارجاع

شي.

بارتون کسرونه (Fracture subluxation or Bartons fracture)

دایو Volar subluxation ماتیدنه ده چې د Carpus د نیمه خلعی سره یوځای وي او ځینې وخت د Smeth د ماتیدنی سره غلطیږي خو د Smeth د ماتیدنی سره یې توپیر دادې چې د ماتیدنی خط په مایله توگه د Radius د Volar شونډې څخه دلاس بند ته ننوځي بعیده پوټه قدام ته بې ځایه کیږي او Carpus له ځان سره وږي پارچه وږه او بې ثباته وي نو له همدې کبله بې ثباته ماتیدنه رامنځته کیږي.

درملنه:

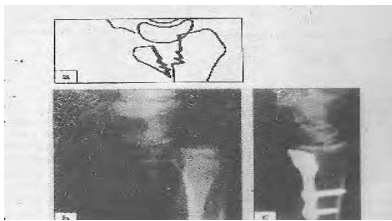
ماتیدنه په اسانې سره په ځای کیږي خو بیرته په اسانې سره بیاځایه کیږي نو له همدې کبله دواړه Butter پلیټ پواسطه د داخلي تثبیت سپارښتنه شویده.

:Dorsal subluxation

دیته ځینې وخت د Barton خلفي Subluxation هم وایي پدې ماتیدنه کې د ماتیدنی خط په مایله توګه د Radius د خلفي شونډې څخه تیرېږي او Carpus خلف خواته وړي.

درملنه:

د Barton د Volar کسر په نسبت ددې کسر کنترول اسانه دې ډاکسر په ترلې لاره په ځای کېږي او بازو په Cast کې تر ۶ اونيو پورې بې حرکته کېږي که بیا بې ځایه شو نو خلاصی په ځای کېدنه او د Plate پواسطه د تثبیت سپارښتنه شویده.



25,14

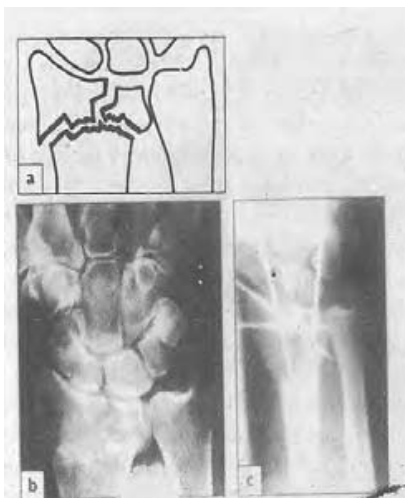
د Barton ماتیدنه یا بې ځایه کېدنه

a: د Barton حقیقي کسر د بعیده Radius د Volar

غارې چاود دې چې د Wrist د قدامي Subluxation

سره یوځای وي.

c: دیوه واره Plate پواسطه تثبیت



25,15

د بعیده Radius څو پارچوي کسر

د بعیده Radius د Lunate fossa مړه شوي ټوټه

a: ډاکسر باید سم ارجاع او تثبیت شي دلته دا هدف

د ترلې ارجاع او K.wire تثبیت پواسطه مینځ ته راغلی.

c: د تثبیت څخه وړاندې د ټوټو د ځای کولو لپاره تارو د Joy Stick په شان کارول کېږي.

Communated intra articular fractures in young adults :

په ځوانانو کې سو پارچه یې دا ځل المفصل کسرونه:

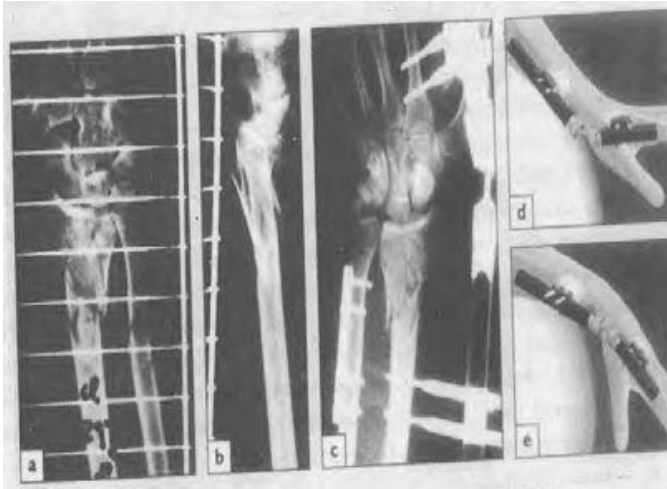
په ځوانانو کې څو ټوټه یې داخلي المفصلي ماتیدنی د زیاتې قوی د کارولو له کبله مینځ ته راځي که د بند هماهنگي، د کسر استقامت، اوږدوالی او حرکات اعاده نشي نو انزاري یې ډیر خراب دي پدې ناروغانو کې د ځانگړي Osteoprotic ماتیدلو په نسبت باید لوړ معیار په نظر کې ونیول شي دانسي Complex د لیدلو لپاره د قدامي خلفي جنبي دایکسری مایلو منظرو ته هم اړتیا ده د درملنې ساده لاره د مانورو پواسطه په ځای کیدنی او د Cast تطبیقول دي که ددې پواسطه Anatomical اصلاح و نه شوه نو خلاصی په ځای کیدنی ته اړتیا پیدا کیږي . دانسي Complex اناتومي باید اصلاح شي چې دخلفي او Plamar شقونو څخه کار اخیستل کیږي او Screw, Plates, Wire د هډوکي پیوند او باندي تثبیت په درملنه کې کارول کیدای شي

:Complication of Radio carple Fractures

- دوه ډوله اختلاطات ورکوي چې لمړی او وروستی بلل کیږي.
- ۱- مقدم اختلاطات: پدې ډله کې لاندې اختلاطات گډون لري.
a: د Carpus جرحه: په Radius باندي توجه زیاته وی او د Carpus کسرونه د نظره پت پاتی کیږي باید دلاس بند ته هر وخت فکر وشي.
 - b: Redisplacement: په Cast کې د Barton کسرونه بیا بې ځایه کیدو ته قوي میلان لري که بیځایه شي باید دنني تثبیت اجراشي.
 - ۲- موخر اختلاطات: چې لاندې اختلاطات په کې گډون لري دي.

Carpel instability : په ناروغ کې کيدای شي خو کاله وروسته د Carpus مزمنه بې ثباتي منځ ته راشي چې لامل يې د جرحی په وخت د Wrist له نظره غورځول دي.

25,16



د بعيده Forearm د هډوکو دزياتي قوی استعمال له کبله پيداشوی کسرونه
 a.b: دبعيده radius او Ulna شديد
 Communated کسرونه خلاصی ارجاع او
 خارجي تثبيت ته اړتيا لري.
 c: په دې پيښه کې سمه په ځای کېدنه او
 تثبيت مينځ ته راغلی دی د دباندني تثبيت په
 دوران کې حرکات پيل شويدي او دشخوالي
 څخه مخنيوی شويدي.

Pin De لرونکی خارجي fixator

Secondary osteoarthritis : دبند ماتيدنی د Carpus بې ثباتي په اخر کې دويمي Osteoarthritis ورکوي، ددې دپيښدو په باره کې څه وبل گران کار دی اعراض په ورو ډول رامنځ ته کېږي او شديد معذوري نه ورکوي. خبرونکي اعراض د wrist دحرکاتو محدوديت او دنيولو د قوی کموالی دی. که درد او کمزوري ډيره زیاته شي نو کيدای شي د wrist د arthrodesis کړنی ته اړتيا وليدل شي.

دکارپل هډو کو جروحات : Carpel injuries

د Carple هډو کو ماتیدنی او بی ځایه کیدل عامی دی چی شدت او ډولونه یی مختلف دی باید چې دیوازی جرحو په توگه ونه گنل شي ځکه چې د Carpus ټول هډوکی په افت اخته کیږي او ځینې وخت د کسر د رغیدو څخه خو کاله وروسته هم ناروغ په Wrist کې د درد او کمزورتیا څخه گیله من کوي د wrist دودیزی جرحی په لاندې ډول دي:

۱- د مخفظی او اربطو Sprain

۲- د Carpus د هډوکی ماتیدل.

۳- د بعیده Radio ulnar بند او د TFCC جرحی.

۴- د Lunate هډوکی او دهغه دگرد چاپیره هډو کو بی ځایه کیدنه.

۵- د Carpus د هډو کو راغونجیدل او نیمه بی ځایه کیدنی چې کیدای شي حادې یا ځنډني وي.

کلینیکي ارزونی

د غورځیدو څخه وروسته د wrist د درد څخه شکایت کوي په بند کې کیدای شي بڼکاره سوء شکل او پرسوب شتون ولري. حساسیت باید په احتیاط سره وکتل شي په غلطه کتل یی ناروغا و ډاکتر دواړه مغشوشوي اود موضعي او نقطوي حساسیت د معلومولو لپاره د Pencil د پخی څوکی څخه کار اخیستل کیدای شي.

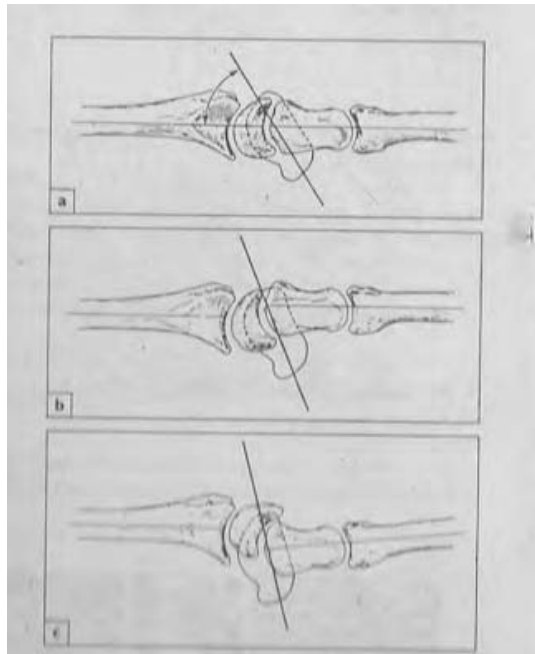
چې د Scaphoid کسرونو لپاره د حساسیت نقطه په اناتوميک Snuff box کې
 Scapho lunate جرحو لپاره د Lister د Tubercal لږ هغی خواته، د Lunate
 دخلعی لپاره د wrist په مینځ کې د Triquetral جرحو لپاره د Ulna د سر څخه لږ
 هغی خواته، د Hamete دکسر لپاره د Hypo thenar بارزی په قاعده کې او د
 TFCC جرحو لپاره د Ulna carpel مفصل په خلف کې د حساسیت نقطه ځای
 لري حرکات زیاتره محدود شوي وي او کیدای شي د جس پواسطه هډوکي
 وکړیږي.

عکس اخیستل: ایکسری د تشخیص کیلي ده درې زرین اصول شتون لري :

۱- د بني Quality عکس باید ومنل شي.

۲- که لومړنی ایکسری نورمال وي د کلینیک پواسطه د تشخیص لپاره کونښن
 وشي.

۳- دوه اونۍ وروسته باید ایکسری تکرار شي.



25,17

ایکسری په واسطه د کارپل د بې ثباتی ښودنه

a: نورمال جنبي منظره چې، Capitate,

Radius او منځنی Metacarpal هډوکي

په یوه نیغه لیکه کې پراته دی

او Scaphoid ۴۵ درجې زاویه لري.

b: د خلفي برخو رابطوي بې ثباتي

Lunate خلف ته کور شوی Scaphoid

قدام ته کور شوی او د Capitate او

Metacarpal هډوکي د Radius شاته پراته

دي.

Volar intercalated segmental instability or VISI :c

د lunate او Scapoid هډوکي Vole ward
کاره شوي وي Capitate او metacarp1
هډوکي د Radius په خلف کې پراته دي.

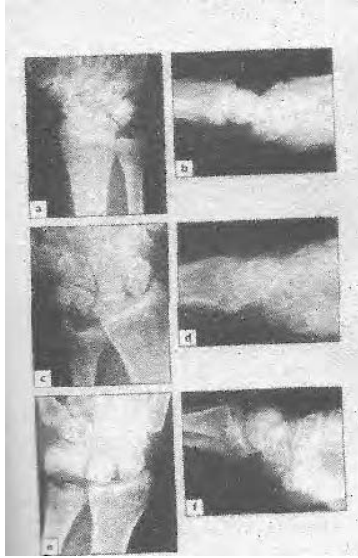
په لومړني توگه د قدامي خلفي، جنبي او مايلي Scaphoid په منظر او ایکسری اخیستل کېږي که په دې کې ایکسری نارمل وي او کلینیک د کسر وړاندوینه کوي باید په څلورو نورو وضعیتونو ایکسری اخیستل شي چې لومړی د wrist ایکسری د Ulna په بشپړ اوږدوالي کې او بیا د Radius د بشپړ انحراف په حالت کې دریمه ایکسری د Wrist په مکمل Flexion کې او څلورمه په بشپړ Extension کې اخیستل کېږي ډاکټر باید د Carpus د هډوکو د ایکسری دنورمالی اناتومي سره اشناوي نو په هر ډول ایکسری او یو ډبل د پاسه په Shadow باندې بڼه پوهیدای شي په قدامي خلفي ایکسری کې باید د Carpus بڼه وکتل شي. چې هر هډوکي یې په بنکاره ډول بنکاري او که نه او ایا د هډوکو تر منځ فاصله شته او کنه. که شتون ولري نو د اربطو په تخریب دلالت کوي. Scaphoid کیدای شي مات شوی وي او خپل لوبیا ته ورته بڼه یې د لاسه ورکړی وي او لنډ شوی وي. ځینې وخت په نهایتو کې د Scapho lunate اربطو د تخریب له کبله ماتیدنی مینځ ته راځي د Lunate هډوکي په عمومي توگه څلور مخی وي خو که بې ځایه شي نو مثلثي شکل اختیاروي. په اړخیزی ایکسری کې Radius Lunate ، Capitate او دریم میتا کارپل هډوکي په یو محور کې په یوه لیکه پراته وي او Scaphoid د دې لیکي څخه د ۴۵ درجو په اندازه بهر ته راوتلی بنکاري د

Thromatic بی ثباتی له کبله پورتنې لیکه ویجاړه شوی وی دوه نوعه بی ثباتی پیژندل شوی :

۱- DISI یا Dorsal intercalated segment instability: په دې بی ثباتی کې Lunate د Scaphoid څخه جدا شوی او خلف ته بیخایه شوی وی.

۲- VIST یا Volar intercalated segment instability : په دې بی ثباتی کې Lunate د Triquetrum څخه جدا شوی او د ورغوي خواته تللی وی او Capitate په موقتی توگه خلف ته کور شوی ددې سره کیدای شي د Carpel د هډوکو د شا توتی کسر هم شتون ولري.

ځینې وخت ځانگړی ایکسری مطالعی ته اړتیا لیدل کیږي. د Carpal tunnel منظره کیدای شي د Humate کسر وبنایي. په مختلفو وضعیتونو کې حرکتی مطالعات د Subluxation بنودنه کوي د Radio isotope د Scan مطالعات دلاس د جرحی تصدیق کوي خو صحیح ځای یې نشي بنودلای، MRI ډیره حساسه او بشپړه کتنه ده خو که په ښه طریقه اجرانشي نو کیدای شي د TFCC جرحه او هډوکو ترمنځ اربطو خیری کیدنه له نظره پته پاتی شي د Wrist د Arthroscopy پواسطه TFCC جرحی او د هډوکو ترمنځ اربطو خیری والی ښه تشخیص کیدای شي.



25,18

د carpus جرحی

a.b: په قدامي خلفي او جنبي ایکسری

کې نورمال وضع

c.d: د Sprain څخه وروسته ددې ناروغ په wrist کې دایمي درد او

کمزورتیا پیداشوی وه.

c: د Scaphoid او lunate خلع

d: د Lunate خلفي تدور

e.f: ددې ناروغ هم په wrist کې sprain درلود په قدامي خلفي او جنبي ایکسرو کې د Scaphoid په لنډوالي او د

Lunate تدورښودل شوی

داهتماماتو بنسټونه:

ترڅو چې د Wrist واضحه او شدیدې جرحه رد نه شي نو Sprain په اسانۍ نه تشخیص کیږي ځینې وخت په ښکاره جرحو کې د اربطو څیری کیدل له نظره پت پاتی کیږي او ناروغ ته په وروسته عمر کې د Carpus بې ثباتي پیداکیږي. که ایکسری نورماله وي او کلینیک د Carpel جرحی وړاندوینه کوي نو باید د دوه اونيو لپاره میزابه کینودل شي او له دې وروسته ایکسری بیا تکرار شي ماتیدل کیدای شي یوه اونۍ وروسته ډیر واضح شي خو که په ایکسری کې ونه لیدل شي نو د هډوکي کسر او اربطی څیری کیدل نه شو ردولای پدې پړاو کې د هډوکي د Scan او MRI پواسطه ردیږي خو د اربطو Strain ددې کتنو پواسطه هم له نظره پت پاتی کیږي نو د اعراضو تر ختمیدو پورې باید لاس بې حرکتې وساتل شي د Carp د هډوکو د عامو کسرونو څخه په لاندې ډول یادونه شوی.

دسکیفوئید ماتیدل

د اکسرونه په کوچنیانو او زړو خلکو کې نادر دي خود Carpel کسرونو ۷۵ سلنه ماتیدنی جوړوي. د بي ثباته کسرونو سره یوځای کیدای شي د Scapho lunate اربطو تخریب او د Lunate خلفي تدور یوځای وي.

د جرحی میخانیکیت او پتالوزیکه اناتومی:

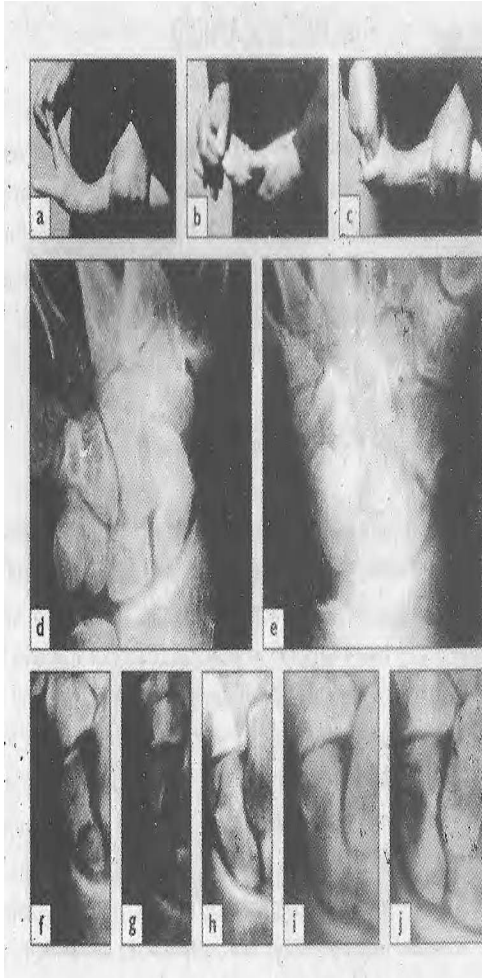
د Scaphoid هډوکی د کارپل د هډوکو د دوو قطارونو سره په مایل ډول پروت دی او دغتی گوتی او Fore arm تر مینځ دوزن په نقطه کې هم دی. د Carpus د حرکاتو قوه او فشار په شاته قبض شوي لاس د راغورځیدو د کبله پدې هډوکی باندې شدید فشار واردوي او کسر ته مساعد دی د Scaphoid اکثره ماتیدنی ثابتی وي بي ثباته ماتیدنی بي ځایه شوي وي بعیده تپه تقبض کوي او تږدی تپه د Lunate سره یوځای خلف ته کږیږي د Hump backed سوء شکل واضح وي د Scaphoid دوینې اروا په قریبه برخه کې کمیږي همدا لامل دی چې دبعیده دریمی برخی په کسرونو کې ۱ سلنه دمنځنی دریمی برخی په ماتیدلو کې ۲۰% او دقریبه دریمې برخی په کسرونو کې ۴۰% د Avascular necrosis او Non Union افات پیدا کیږي.

کلینیکي بڼه:

په ایکسری کې کیدای شي هډوکی په غلطه توگه نورمال ښکاره شي خو که ډاکتر پوه وي نو د snuff box اناتومیک ډک والي ته متوجه شي. موضعي حساسیت په همدې ځای کې اهمه تشخیصیه نښه ده. د Scaphoid هډوکی د Wrist دخلف او

قدام خوا خخه جس کیدای شي اوپه همدې ټکو کې حساسیت لري د غټې گوتی دمخو په قریبه برخه کې د فشار واردول دردناک وي.

ایکسری:



قدامي خلفي، اړخیزه او مایلی منظری ټولی لازمي دي. تازه کسرونه په مایله منظره کې بڼه بنکاري عموماً کسري خط مستعرض وي. د هډوکي لږه برخه کیدای شي قریبه خواته واقع شوی وي ځینې وخت د Scaphoid په Tubercal کې کسر پیدا کيږي د بې ځایوالي او بې ثباتی د نښو لټول ډیر اهمیت لري د کسري خط مایل کیدل، دبعیده پارچی کوږوالی او د Scaphoid د قدامي برخی لنډوالی ټولی د بې ثباتی نښې دي د جرحی خخه خو اونۍ وروسته کسر په ایکسری کې ډیر واضح کيږي. که په اغیزو کې وروسته والی رامینځ

ته شي نو د کسر په دواړو خواو کې Cavitation منځ ته راځي هغه هډوکي چې زاړه وي او رغیدلی نه وي د هغوی کسري غاړی په یوه سمت سره د اضافي هډوکي په خیر بنکاري د قریبه ټوتی Sclerosis د avascular necrosis څرگنده نښه ده.

د Scaphoid ماتیدنو تشخیص

a: خلف ته د تقبض پواسطه درد

b: موضعي حساسیت

c: د نیولو په وخت کې درد

d: قدامي خلفي منظره کې کسر نه بنکاري باید په مایله منظره ایکسری واخیستل شي.

e: کسر کیدای شي چې

f: په قدامي قطب کې وي

g: په wrist کې وي

h: Tubercal کې وي که د کلینیک له نظره کسر موجود وي او په ایکسری کې ونه لیدل شي نو باید

۱- دوه اونۍ وروسته بیا ایکسری واخیستل شي

0 - کسر به بنکاره شي لکه په

درملنه:

د Scaphoid د توبرکل ماتیدنی درملنې ته اړتیا نه لري او باید د Wrist د Sprain

په خیر یې درملنه وشي نو لاس څخه Crepe بنداز تاویرې او حرکات پیل کیرې د

نورو کسرونو تدایوي په لاندې ډول ده.

۱- غیر بې ځایه شوي کسرونه:

ماتیدنی په ځای کیدنی ته اړتیا نه لري او ۹۰ سلنه یې په پلستر کې رغیرې.

Cast د پورتنې Fore arm څخه تر Metacarpho phalangeal پورې لگول کیرې.

چې دغتی گوتې قریبه Phalanx په Cast کې دخیل وي. Wrist خلف خواته

Flexed وي او غټه گوته قدام خواته د گیلان د نیولو وضعیت لري. پلستر باید

په احتیاط سره په لاس کې ځای په ځای شي او باید په منع جدا نه شي پلستر د ۶

اونيو لپاره ساتل کيږي ۶ هفتی وروسته لیری کيږي او Wrist د رادیولوژی او کلینیک په اساس کتل کيږي که حساسیت موجود نه وي ایکسری د روغیدو نښې وښي نو Wrist آزاد پریښودل کيږي. د شک په حالاتو کی د روغیدو د معلومولو لپاره CT سکن تر ټولو بهترینه معاینه ده لدې وروسته که Scaphoid حساس وي او که په ایکسری کې واضح شي نو له نورو شپږو اونيو لپاره Cast تطبیقېږي پدې وخت کې دوه حالته رابرسیره کيږي.

الف: که Wrist بې درده وي او کسر روغ شوی وي Cast باید لیری شي.

ب: که په ایکسری کې د روغیدو وروسته والی نښې لیدل کيږي نو باید چې د هډوکي د پیوند او داخلي تثبیت په واسطه تداوي شي.

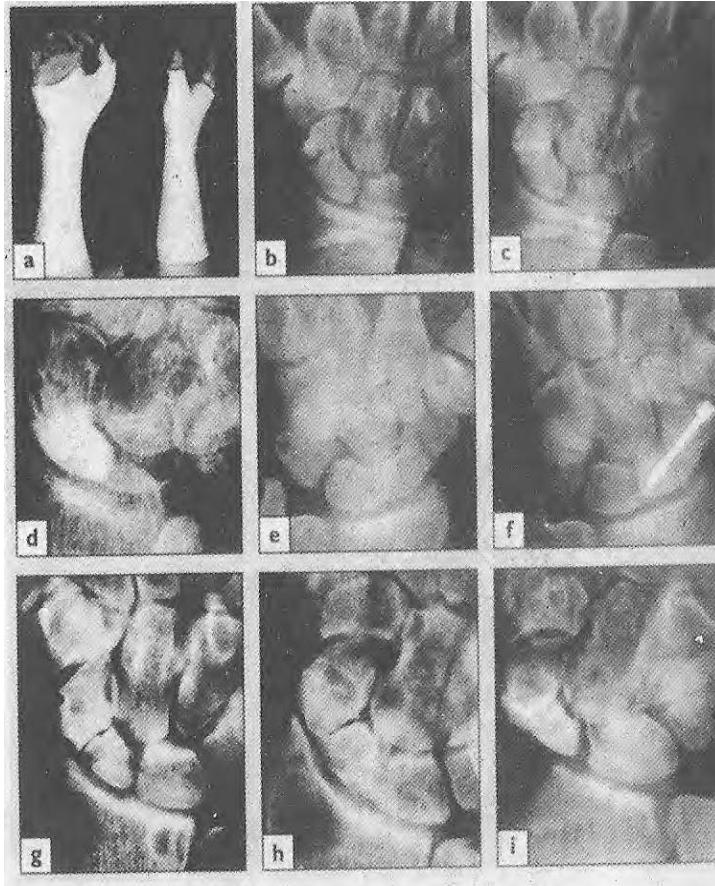
a: بې حایه شوي کسرونه: ددي کسرونو هم په پلستر کې درملنه کیدای شي خود پایلو په اړه یې څه نه شي ویل کیدای غوره به وي چې کسر په خلاصه لارې په حای او د Screw پواسطه تثبیت شي.

اختلاطات:

داکسرونه لاندیني اختلاطات ورکوي:

۱- A Vascular Necrosis: دقريبه برخی په ماتیدنو کې کیدای شي قریبه ټوټه مړه شي او ۲-۳ میاشتی وروسته په ایکسری کې کثیفه ښکاري که څه هم چې بیا درگونو روغیدل په نظري توگه منل شوی دي خو پدې کې ډیر کلونه وخت لږيږي د وروسته روغیدو لپاره د هډوکي پیوند گټور دی ددې له کبله به هډوکي غیر نورمال ښکاره شي خو جوړښت یې روغ وي که په Wrist کې درد زیات شو نو مړه ټوټه باید لری شي Wrist ددې عملی څخه وروسته خرابيږي. نو غوره به وي

چې د Scaphoid هډوکي وويستل شي او نژدی قطار د ليري قطار سره ونښلول شي يا لومړی قطار Carpus هډوکي بالکل وويستل شي.



25,20

د Scaphoid د ماتيدنو درملنه او

پيچلتياوی

a: د Scaphoid د پلستر وضعیت او

حد

b,c: او تداوي څخه مخکې او

وروسته پدې واقعه کې التيام په

لسمه هفته کې د راديولوژي د نظره

د ليدو وړ دی.

d: د قريبه د نيمايي برخې

Avascular necrosis

e: Non union چې په کاميابې سره

f: د Screw پواسطه يوځای

h: Non union دموضعي

Osteoarthritis د تغيراتو سره

يوځای

i: د Radius د Styloid د بارزی د لوڅولو پواسطه د Osteo arthritis تداوي.

2- نه رغيدل: تر درې مياشتو پورې دا څرگنديدای شي چې رغيدنه منځ ته نه ده راغلی. په ځوانو ناروغانو کې بايد د هډوکي د پيوند لپاره هڅه وشي ځکه چې ددې له کبله د وروستی عمر Osteoarthritis مخنیوی کيدای شي دوه ډوله هډوکيني پيوند کارول کيدای شي که Scaphoid د Hurmp back په بڼه راقات شوی وي نو قدامي شق وړ دی او بايد چې د هډوکي پيوند د Iliac cresta د

Cortico cancellous د فانی په بڼه غوڅ او د Scaphoid د تپو تر منځ ولگول شي. پیوند د Screw او K.wire پواسطه تثبیت کیږي که Scaphoid راقات شوی نه وي نو پیوند د Scaphoid په قدام کې لگول کیږي د Screw یا وایر پواسطه تثبیت کیږي که دا تخنیکونه بریالی نه شو نو باید چې دا درگونو لرونکی هډوکنی گرافت Scaphoidectomy د قریبه قطار Carpectomy او د Radio carpal arthrodesis څخه گټه اخیستلای شو هغه ناروغان چې گیلې ونه لري او یا زاړه وي Non Union یې باید بې له درملنې پرېنودل شي ځینې وخت یو ناروغ د Sprain سره مراجعه کوي خو په ایکسری کې زړو غیر التیامي کسر لیدل کیږي چې غاړه یې Scelerosis لري دا ناروغان باید د ۳-۴ اونيو لپاره پلستر کې وساتل شي اونورې درملنې ته اړیتا نه لري.

۳- Non union : Osteoarthritis او A vascular necrosis کیدای شي په wrist کې Osteoarthritis رامنځته کړي که Osteoarthritis یوازی په بعیده قطب کې وي نو د Radius د Styloid بارزی غوڅول مرسته کوي د Arthritis د پرمختگ سره په Scapo capitate بند کې او حتی په wrist کې بدلونونه منځته راځي چې درملنه یې د نژدې کتار Carpectomy او radiocarpal Fusion دی.

دنورو کارپل هډوکو ماتیدل:

پدې ماتیدلو کې دلاندینې هډوکو کسرونه شامل دي.

۱- Triquetrum: د Doral اړیطی Avulsion عام دې د یو څو ورځو لپاره Splintage او د درد ضد درمل ورکول کفایت کوي ځینې وخت د هډوکي په جسم کې کسر پیدا کیږي چې ۴-۶ اونيو پورې په پلستر کې رڼیږي.

۲- Humate : ددې هډوکي دجسم ماتيدل نادر دي ددې هډوکي د کونډې کسرونه دلاس په ورغوي باندي مستقيمی ضربی له کبله پيدا کيږي او په دوديز ايکسری کې نه ليدل کيږي بايد چې په Carpel tunnel منظره ايکسری، CT او MRI سرته ورسېږي. ماتيدنه په اسانی سره نه رغيږي که گيلې اوږدې شي هډوکنی ټوټه غوڅيږي خو د Ulnar عصب د زخمي کولو څخه بايد ځان وژغورل شي.

۳- Trapezium: ددې هډوکي جسم کيدای شي په کسر اخته شي په ځانگړي ډول هغه کله چې اول ميتاکارپ کسر پري زور راوړي. دهډوکي غاړی د مستقيمی ضربی پواسطه په کسر اخته کيدای شي چې دا وروستنی کسر د معیاری ايکسری په ځای په Carpal tunnel منظره کې بڼه بنکاري که هډوکینی پارچه بې ځايه شوي وي نو بايد د خلاصی ارجاع او داخلي تثبيت په واسطه يې درملنه وشي دغاړو ماتيدلو يو يا دوه اونيو کې درملنه کيږي.

۴- Captiate : دا هډوکی نسبتا carpal دهډوکو په واسطه محافظه شوی وي خو په شديد تروما کې په کسر اخته کيدای شي که بعیده پارچی يې تدور کړې وي نو خلاصی په ځای کيدنی او داخلي تثبيت ته اړتيا لري.

۵- Lunate : د Lunate کسرونه نادر دي او د Wrist دفرط بسط له کبله منع ته راځي د Non Union خطر شتون لري بې ځايه شوي کسرونه بايد تر اتو اونيو پورې Cast شي بيځايه شوی کسرونه بايد په ځای او د Screw پواسطه تثبيت شي متکرره وړه تروما په Lunate هډوکي کې kien bock ناروغی پيدا کوي چې د هډوکي د جسم اروا په کې خرابه وي.

دلاس بند طرف جروحات Ulnar side wrist injuries

د Radius د ماتیدلو سره بعیده Radio ulnar بند هم خپل کیدای شي او په یوازی توګه هم د Hyper pronation له کبله زخمی کیدای شي، TFCC خیری کیدای شي.

Ulnar styloid، Avulsion، کولای شي او د Ulna carpal بند او یا Radio ulnar بند ته زیان رسیدای شي.

کلینیکي بڼه:

د بعیده Radio ulnar بند د پاسه حساسیت شته وي او Fore arm په تدور سره درد کوي، بعیده Ulna بې ثباته وي او په داسی حال کې چې دناروغ Fore arm پر مخ وضعیت ولري د Ulnar سر قدام ته دکش کولو پواسطه د Piano key sign مثبت وي.

Imaging arthroscopy

د Pronation او Supination په وضعیت کې اړخیزی ایکسری د بعیده Radio ulnar بند عدم هماهنگی بڼې په قدامي خلفي منظره کې Ulna styloid بارزه بې ځایه شوي وي د تشخیص د تصدیق لپاره Arthrography ، Arthroscopy او MRI ته اړتیا لیدل کیږي.

درملنه:

که بازو د ۲ اونيو لپاره په Supination کې وساتل شي نو بې ثباتي له مینځه ځي ځینې وخت په ځای کیدلو د ساتلو لپاره K.wire ته ضرورت پیدا کیږي که خلع نه

ارجاع کیرې نو کیدای شي په مفصل کې نرم نسجونه نښتی وي نو باید چې لیری شي ځنډنی بې ثباتي د بیارغونی لپاره جراحی ته اړتیا لري. د TFCC او محفظی خیری کیدل باید ورغول شي د Ulna د Styloid بې ځایه شوي کسر که دردناک او Radio ulnar مفصل دبی ثباتی سره یوځای وي باید چې د Screw پواسطه تثبیت شي.

دکارپل دخلعواونیمه خلعو بی ثباتي Carpal Dislocations

:Subluxation Instability

Wrist د ترلو برخو یا روابطو دیو سیستم په توگه دنده سرته رسوي، چې اربطو پواسطه ثابت دې چې د Scaphoid هډوکي په کې د Carpus دنژدی او لیری قطارونو تر مینځ د پل رول سرته رسوي د Carpel هډوکو ماتیدنی او بې ځایه کیدنی او حتی Sprain هم کیدای شي په شدید توگه دغه نظام خراب کړي.

۱- Lunate and peri lunate dislocation

که دیوچا لاس د غورځیدو په وخت کې په قوي Dorsal flexion مجبوره شي نو ددې له کبله هغه اربطی خیری کیرې چې په نورماله توگه یې Carpel هډوکي سره نښلولی وي، Lunate د Radius سره نښتی وي او پاتی ټول Corpus خلف خواته بې ځایه کیرې چې دپته Perilunate بې ځایه کیدنه وایي په عمومي توگه قدام خواته راځي او د راتلو په وخت کې کیدای شي Lunate د خپل وضعیت څخه پورته کړي او قدام ته بې ځایه شي چې دپته Lunate بې ځایه کیدنه وایي ځینی وخت Scaphoid د Radius د سر سره نښتی وي او د Peri lunar بې ځایه کیدنی دقوي له کبله په کسر اخته کیرې چې دپته Trans scaphoid peri lunate dislocation وایي.

کلینیکي بڼه:

لاس دردناکه پرسیدلی او بې حرکتته وي که Carpal tunnel تر فشار لاندې راغلی وي نو Parasthesia به شتون ولري او یا Median عصب په ساحه کې به حسیت خراب شوی وي او دغټی ګوتی تبعده به کمزوری وي.

ایګسری:

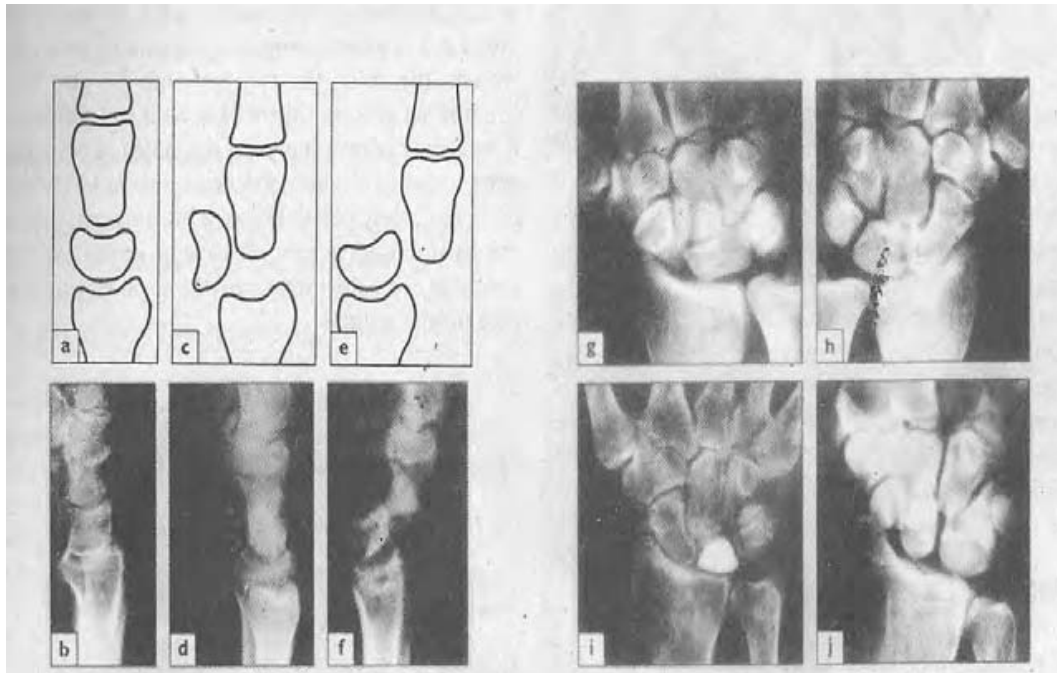
زیاتره بې ځایه کیدنی Perilunate دي. په قدامي خلفي منظره کې به د Carpus لوروالی کم شوی وي او د هډوکو دڅنډو یو په بل راتلل به غیر نورمال وي، یو یا خو Carpal هډوکي کیدای شي مات شوي وي په ځانګړي ډول Scaphoid او Radial styloid. که Ulna بې ځایه شوی نود نورمال څلور مخي بڼی په ځای مثلثي بڼه غوره کوي په اړخیزی منظره کې Lunate د Perilunate بې ځایه کیدنی سره توپیر کیدای شي. بې ځایه شوي Luante قدام ته کور شوی وي او د Radius په مخ کې بیځایه شوی وي خو Capitate او Metacarpal هډوکي د Radius سره په یوه لیکه کې پراته وي په Perilunate بې ځایه کیدنه کې Lunate لږ غونډې کور شوی وي او قدام ته نه وي بیځایه شوی او Capitate او metacarpal هډوکي د Radius شاته پراته وي.

درملنه:

داکسرونه په دوه طریقو تداوي کیري:

۱- تړلی په ځای کیدنه: جراح خلف ته Flexed شوی لاس په زور سره راکاږي تر کښن رامنځته کوي او Wrist ته آرام سره د Palmar طرف Flexion ورکوي په

همدې وخت کې جراح د بل لاس د غټې گوتې پواسطه Lunate شاخواته کيکاري
 ددې مانورې پواسطه په ځای کيدنه ترسره کيږي او Peri lunate په Lunate د بې
 ځايه کيدو مخنيوی کوي په پلستر Slab کې لاس په طبيعي وضعيت کې ساتل
 کيږي دارجاع د ساتلو لپاره د پوستکي لاندې K.wire څخه گټه اخيستل کيږي.



G,h ددواړو بندونو

قدامي خلفي منظره

کوم چه چپ لونيت

خلع دي J

I, د دواړو مړوند بندونو قدامي خلفي منظره د Lunate د هډوکي د خلع سره يوځای Lunate هډوکي

مثلي منظره بايد په پام کې وي.

دارجاع څخه وروسته Avascular Necrosis مينځ ته راغلی دی.

د Scaphoid کسر ورسره دي

بي ځايه كيدل

خلاصه په ځايه كيدنه: كله چې ترلی په ځای كيدنه ناکامه شي اويا په اړخيزی ايكسری کې وليدل شي. Wrist كار پري ايښې وې نو خلاصه ارجاع تر سره كېږي Carpus د قدامي شق دلارې لوڅيږي چې دا شق د carpal tunnel فشار هم راكموي Assisstant لاس كش كوي Lunate خپل ځای ته راځي د K.wire پواسطه ساتل كېږي. Lunate د K.wire څخه Capitate ته ننويستل كېږي كه Scaphoid مات شوی وي نو داهم بايد د K.wire اويا هر بل Screw پواسطه تثبيت شي كه شتونى وي تخریب شوي نسجونه د ورغوي او خلف د لارې ترميم شي.

د عمليات په اخر کې Wrist د درې اونيو لپاره ميزابه كېږي پدې دور کې د څنگلی، اوږې او گوتو حرکات پيل كېږي. ۱۰ اونۍ وروسته K.wire ايستل كېږي په جرحه کې Median عصب اکثراً د شديد فشار لاندې راځي نو بايد چې خلاص شي.

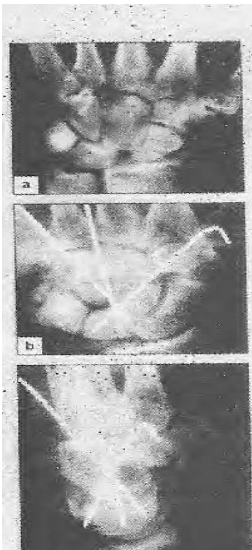
دسکيفوايد او لو نيت خلعي Scapo lunate dislocation

د Wrist د Sprain له كبله كيداې شي د Lister tubercal په ليری برخه کې د لاس په شاه کې حساسيت او درد مينځ ته راشي په ايكسری کې د Scapoid او Lunate تر مينځ پراخه مسافه ليدل كېږي Scaphoid كيداې شي لنډ شوی وي او Cortical rang sign ورکوي په اړخيزی منظره کې Lunate خلف ته او Scapoid قدام ته کور شوی وي.

درملنه:

د Scapo lunat بې ثباتي څخه په Wrist کې کمزوری او پرله پسې ناراحتی پیداکیري که په لومړي ډول تشخیص شي نو Scapo lunat اړبطه باید چې د هډوکو ترمنځ د کوکو وهلو پواسطه نیغ په نیغه ورغول شي او د ۱۲ اونيو لپاره K.wire پواسطه وساتل شي او باید د ۸-۱۲ اونيو لپاره Cast تطبیق شي اړبطه ۴-۲۴ اونيو کې رگیري.

Blatt capsulodesis عملیه مرستندویه ده. دې کرنی کې دخلفي کپسول قریبه پیوند د Scapoid د شا سره ننبلول کیري تر څو د Flextion څخه یې مخنیوی وشي په ځنډنیو افاتو کې د Capsulodesis او د اړبطو رغونه اړینه ده. که شدید عرضي Osteo arthritis مینځ ته راغی نو باید چې محدود Inter carpal arthrodesis او یا Radio carpal arthrodesis تر سره شي.



25,22

Scapho lunate dislocation

دغه ناروغ د غورځیدني وروسته په

اناتوميک دبلې یا Snuff box کې

درد او Tenderness درلوده Scaphoid

تماس لري خو څرگند واتین د Luante او Scaphoid

ترمنځ موجود وي، دخلاصی په

ځای کیدنی او ظهري Scapulolunate

اړبطی رغولو څخه وروسته Scaphoid

په خپل وضعیت کې د K.wire

ساتل شوی.

بي ځايه كيدل Triquetro lunate :

وسطي Sprain چې دهغې له كبله د Ulna د سر په بعیده برخه کې حساسیت او د نیولو كمزورتیا رامنځ ته شوی د Triquetro lunate اړبطو د تخریب وړاندوینه کوي په ایکسری کې د Triquetrum او Lunate تر منځ مسافه منځ ته راغلی وي او په اړخیزی منظره کې د VIST اندازه لیدل کیږي.

درملنه:

ناڅاپي څیری کیدنه باید د هډوکو تر منځ Sutures پواسطه ترمیم شي د ۲ اونيو لپاره K.wire کې ساتل کیږي او ۸-۱۲ اونيو لپاره Cast تطبیقېږي په ځنډنیو جرحو کې د اړبطو بدلول او په inter capel fusion باندې غور کیدای شي.

Radio carpel بي ځايه كيدل:

ددې ډول ډیری عامی جرحی بعیده Radius د قدامي يا خلفي Rim ماتیدنی دې خو ځینی وخت هغه اړبطی چې Corpus يې بعیده Radius سره نښلولې دی هم څیری کیږي د اړبطو د رغولو او د لنډ مهال K.wire د تطبیق پواسطه ثبات مینځ ته راتلای شي.

بي ځايه کيدنه Mid carpel:

پدې خلع کې هغه اربطې چې نژدې قطار يې د ليرې سره نښلولی وي څير کيږي
تشخيص يې ستونزمن دی په هغه خلکو کې چې داربطو عمومي سستوالی او
Wrist ځنډنی ستونزمني مسلی ولري اسان دی ناروغ په Wrist کې دردناکه کړ
پاری څخه شکایت کوي دواړه قطارونه چې کله خلف يا قدام ته حرکت کوي نو
کړپاری ډير څرگند وي. که داربطی ناڅاپي شکيدنه تشخيص شي بايد ورغول
شي او دلنډی مودی K.wire پواسطه ثبات لاس ته راوړل شي په ځنډنيو افاتو کې
دليری قطار د نژدې قطار سره نښلول (Fusion) موثره تداوي ده خو ددې
عمليات له کبله د Wrist حرکات محدودیږي او په وروسته عمر کې Arthritis
ورکوي.

REFERENCES AND FURTHER READING

- Dias JJ, Thompson J, Barton NJ, Gregg PJ (1990) Suspected scaphoid fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 72B, 98-101
- Herbert TJ (1990) *The Fractured Scaphoid*. Quality Medical Publishing, St Louis MO
- Rockwood CA Jr, Green DP, Bucholz RW, Heckman JD (eds) (1996) *Fractures in Adults* 4th edition. Lippincott-Raven, Philadelphia

دلاس جروحات Hand injuries

دلاس جرحي نظر نورو جرحوته عامي دي دنورو جرحو په تناسب ډيري موهمي هم دي ددي ډير موهم والي له كبله موكملي بيارغوني ته ضرورت لري چه په دغه برخه كي ډير احتياط او مخلصانه بيا رغونه د ارزخت ورده د ناروغی پایلې په هغه ډاكترو پورې او دهغه په قضاوت پورې چې لومړی ځل يې ناروغ ليدلی وي اړه لري.

ارزيابي:

كه پوستكى ته زيان رسيدلى وي نو ناروغ بايد په يوه پاك محيط كې چه په لاسو تعقيم دسكشي وي معاينه شي. دناروغ څخه لنډه او ټولنيزه تاريخچه اخيستل كيږي ځكه چې اكثره د جرحى ميخانيكيت د تروما نوع او شدت بني ناروغ عمر، دنده هم اهميت لري سطحي جرحې او شديد كسرونه واضح دي خو ژورى جرحى اكثرا سمى نه ليدل كيږي په لومړنى معاينه كې د دوران، رخوه انساجو، هډوكو، بندونو، اعصابو او اوتارو ارزيابي ډير اهميت لري په قدامي خلفي، جنبى او مایلو وضعیتو بايد X-ray واخيستل شي او دگوتو په جرحو كې بايد د هری گوتې x-ray واخيستل شي.

دنداوي عمومي اساسات: General principles of treatment

دلاس اكثره جرحى د موضعی یا ساحوي بې هوشي لاندې كتل كيږي او عمومي بې هوشي ته نادراً اړتيا ليدل كيږي.

د درملنې عمومي اصول په لاندې ډول دي.

۱ - Circulation

که دوران ته زیان اوښتنی وي باید په عاجل ډول د مستقیم ترمیم یا وریډي
gra پوسوب باید دلاس د پورته کولو او په مقدم ډول د متکررو تمریناتو پواسطه
کنترول شي.

Splintage

د غلطی میزابي تطبیق کول د شخوالي سبب کیږي - میزابه باید په طریقه د کم
وخت لپاره تطبیق شي که چیرې دیوي گوتی میزابي ته ضرورت پیدا شو نو
باید د بلی گوتی سره Tap پواسطه ونښول شي نو دواړه گوتی به په یو ځای حرکت
کوي که شدید ساتنی ته ضرورت وي نو زخمی شوی گوته بای په یواځی توگه
میزابه شي.

که ټول لاس میزابي ته ضرورت ولري نو باید په محفوظ وضعیت کې بې حرکته
شي چې Meta carpo phalangeal بندونه یې ۷۰ درجی Flexion او
interplanlangeal بندونه مستقیم وي.

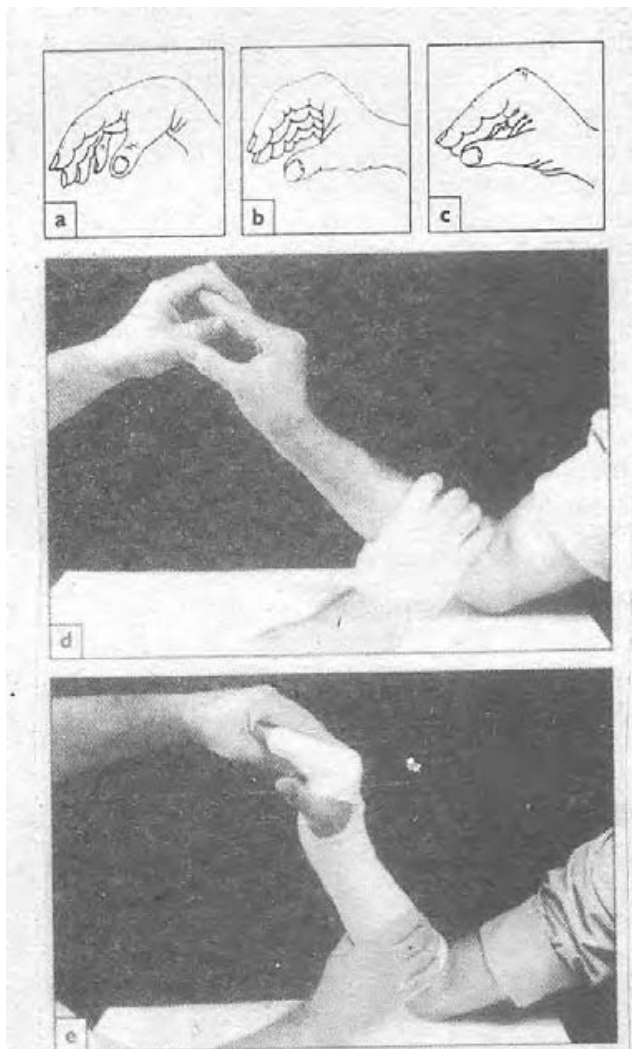
ځینې وخت موثره خارجي میزابه د روغو گوتو بې حرکته کولو ته اړتیا لري او یا د
زخمی شوي گوتی بندونه ناخوښه وضعیت ته راوړي نو په داسې حالت کې داخلي
میزابی ته اړتیا لیدل کیږي که امکان ولري نو د پوستکي لاندې K.wire کارول
کیږي خو ځینې وخت خلاصه ارجاع او د Plates, Screw او یا د Wire loop
پواسطه تثبیت ته ضرورت لري.

۴ - Skin Cover

د پوستکي زیان د زخم پاکولو، گنډلو د پوستکي Graft موضوعي Flap سویق لرونکی Flap او ځینې وخت ازاد Flap ته اړتیا لري د پوستکي تداوي د کسر له تداوي وروسته پیل کیږي.

۵- Nerve and tendon injuries

په عمومي توګه داوتارو او اعصابو مقدم ترمیم بنی پایلی لري ځینې وخت Graft ته ضرورت پیدا کیږي.



25,1

دلاس میزابه

دلاس درې وضعیتونه

a: داسترخاء وضعیت

b: وظیفوي وضعیت او

c: محفوظ بې حرکت کولو وضعیت چې

اربطی یې برحالی دی لاس باید همیشه د

محفوظ بې حرکت کولو په وضعیت کې

میزابه شي.

d,e: دلاس او ګوتو بندونه ۹۰ درجی

Flexion لري ګوتی نیغی دی او غټه

ګوته تبعه لري په دې وضعیت کې

اربطی اوږدی وي او دمیزابه کولو له امله

شخی نه پیدا کیږي.

دميتا کارپو کسرونه : Meta carpal fracture s:

د Metacarp د هډوکي ضربو، په لاس باندې د راغورځيدلو، او بو کسر د سوک وهلو د طولاني قوت له کبله پيدا کيږي-د اجرحی عامی دي او کسر کيداې شي د هډوکي په قاعده، جسم او يا غاړه کې پيدا شي زاويه لرونکی سوء شکل ډير واضح نه وي او که موجود هم وي نو وظيفوي اختلال نه پيدا کوي تدوري سوء شکل د تشويش وړ دی- په داسی حال کې چې بعيده Phalanges غځيدلی وي خپل لاس بند کړی او ورته وگوري گوتې چې د Thenar له بارزی څخه پورته وي په دې حالت کې د Metacarpus غلط تدور هماغه گوته له خپل مسير څخه اړوي او په گاونډي گوته سپريږي دمکسوره Metacarpus لپاره د تدوري استقامت لاس ته راوړل ډير اهميت لري.

دميتا کارپو د جسم کسرونه Fracture of the Meta carpal shift

يوه مستقيمه ضربه کيداې شي ديويانو شو Metacarpus هډوکو جسم په عرضاني توگه د پوستکي سره يوځای زخمي او په کسر اخته کړی يو تاوه وونکی قوه يا د Boxing سوک کيداې شي ديوه يا ډيرو جسمونو حلزوني کسرونه پيدا کيږي موضوعي درد پرسوب او ظهري hump به موجود وي.

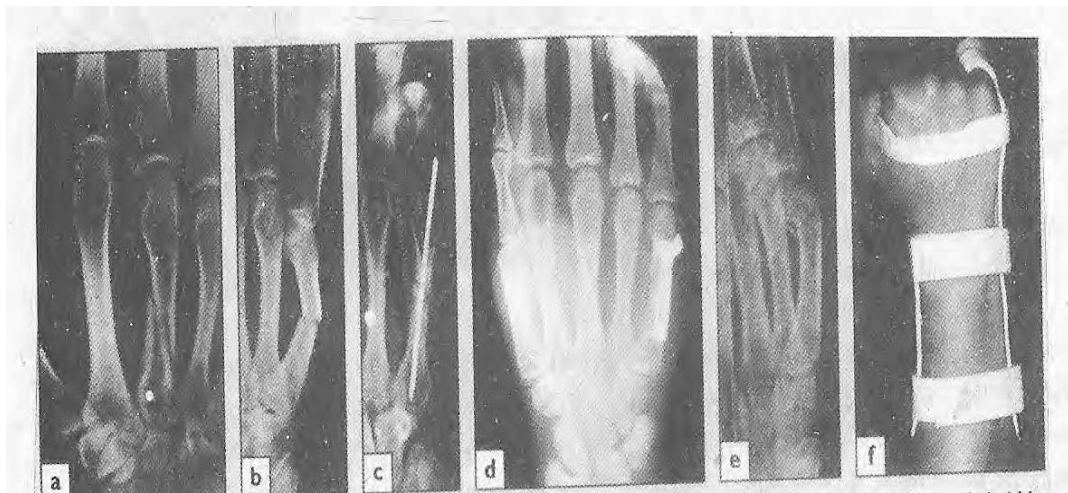
درملنه:

مايل کسرونه يا مستعرض کسرونه چې لږ غونډې بې ځايه والې ولري ارجاع ته ضرورت نه لري ميزابې ته هم ضرورت نه شته خو په صحيح طريقه د Creep بنډاژ تاوه ول ارام بخښوونکی وي دا عمليه بايد ناروغ د گوتو د فعالو حرکاتو څخه منع نه کړي او حرکات بايد سمدستي پيل شي هغه مستعرض کسرونه چې ډير بې

ځايه شوي وي د Traction او فشار پواسطه ارجاع کيږي ارجاع ځيني وخت د مړوند څخه تر گوتو پورې غځيدلی Plaster slab پواسطه په خپل ځای کې ساتل کيږي Slab تر درې اونيو پورې ساتل کيږي او روغو گوتو ته تمرين ورکول کيږي خو ددې سره سره ډاکسرونه ډير بې ثباته دي او بايد دپوستکي لاندې دهغه K.wire پواسطه د مستعرض کسر دواړو طرفونو ته رسيدلی وي اويا تر روغی گاونډی گوتی پورې رسيدلی وي تثبيت کيږي حلزوني کسرونه تدور ته مساعد وي نو بايد په مکمله توگه ارجاع اود مستعرض Wire پواسطه اويا د Plate او Screw پواسطه تثبيت شي.

دميتا کارپو دغاړو کسرونه: Fractures of the meta carpal neck:

په بو کسراونو کې په عمو مي توگه دپنځمی گوتی Metacarpal غاړه د ضربې پواسطه کسر پيدا کوي او ځيني وخت په يوه بله گوته کې هم کسر ورسره پيدا کيږي جی د بوکسر کسر ورته وايي موضوعي پرسوب موجود او بند هوار شوی وي په X-ray کې يو مستعرض Impacted کسر د بعیده پارچی د زاویې سره يوځای موجود وي.



- a: د Metacarp ديوه هډوکي حلزوني کسر ارجاع په مناسبه توگه د عضلاتو او د مجاورو هډوکو پواسطه ساتل کيدای شي.
- b: يو بې ځايه شوي کسر ارجاع کيدای شي د سخت K.wire پواسطه وساتل شي.
- c: يا دواړه plate پواسطه بڼه بې حرکته کيږي.
- d: همدارنگه مقدمو حرکتو ته اجازه ورکول کيږي همدارنگه د Metacarp وسيع بې ځايه شوي کسرونه بايد چې Plate شي.
- f: يواځې زيان مننه شوی گوته بايد بې حرکته شي.

درملنه:

د پنځمی او څلورمی گوتی عمده دنده Flexion دی او دشی په نیولو کې مرسته کوي او په نورمال لاس کې په اسانی سره کتل کيدای شي په دې گوتو کې د Flexion څلویښت درجی سوء شکل دمنلو وړ دی او که تدوري سوء شکل ورسره یوځای موجود نه وي نو د بڼې پایلی توقع کيدای شي په داسې حال کې چې Metacarpo phalangeal بندونه Flexion وي او Inter phalangeal بندونه نیغ وي لاس په Gutter میزابه کې بې حرکته کيږي په یوه یا دوه اونیو کې نارامي له مینځه ځي او لاس ته بیرته حرکات ورکول کيږي ناروغ ته خبرداری ورکول کيږي چې کيدای شي د لاس او گوتی تر مینځ بند یې په مکمله توگه له مینځه لاړ شي په Index او Middle گوتو کې چې عمده دنده یې Extension دی د ۲۰ درجو څخه زیات Flexion د منلو وړ نه دی که کسر ارجاع ته ضرورت ولري، نو باید د بې هوشي لپاره Metacarpal بلاک اجراشي ارجاع شوي گوته په درې ځایونو کې دکومکي نقاطو له لارې په Gutter میزابه کې اچول کيږي Meta carpo phalangeal بندونه Flexion لري او Interphalangeal بندونه نیغ وي د لاس

ورغوی په طرف د Comminution او د Flexor وترونو دمقویت له کبله دا کسرونه لږ غونډې بې ثباته وي که بې ځایه والي ته میلان ولري نو باید د پوستکي لاندې K.wire وکارول شي.

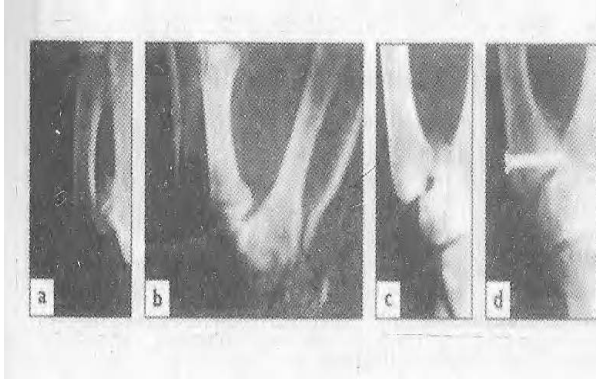
اختلاطات:

Volar طرف د لږې غونډې زاويې سره يوځای د بعیده پارچې Malunion بڼه نتیجه نه لري په ځانگړې ډول که په دوهمه او دريمه گوته کې موجود وي د Metacarpus د سر له کبله بارزه مينځ ته راځي او ناروغ په ورغوي کې غوټه پيدا کيږي او کله چې دلاس او گوټی تر مينځ بند د نیمگړتيا د اصلاح لپاره فرط بسط وکړي نو گوته د Z شکل ځانته غوره کوي.

دميتاکارپو د بېخ کسرونه:

۳- Fracture of the metacarpal base

دغټې گوټی د Metacarpal کسرونو په استثناء دا کسرونه ثابت کسرونه دي چې په عمومي توگه بې ځایه تدور سمیږي او په یوه واړه Slab کې چې د مړوند څخه د گوټی تر قریبه مفصل پورې غځیدلي وي میزابه کيږي میزابه تر دریو اونیو پورې ساتل کيږي او وروسته ناروغ تمریناتو ته هڅول کيږي، دپنځمی گوټي Metacarpal دقاعدی بې ځایه شوي داخل مفصلی کسرونه په مفصل کې واضح سوء شکل پيدا کوي دا مفصل چې یو محرک مفصل دی دردناک به وي. کسر باید دوری گوټی دترکشن پواسطه ارجاع شي او په خپل ځای کې د K.wire او یا فشاري Screw پواسطه وساتل شي.



26,34

دلومړنی Metacarp دقاعدي كسرونه

مستعرض كسرونه

a: كيدای شي د پلاستر پواسطه ارجاع او وساتل شي.

Bennett's fracture dislocation :b

c: ارجاع په واره Screw پواسطه په بهتره توگه ساتل كيدای شي.

d: يا د پوستکي لاندې تيريدونکی K.wire پواسطه

دغتي گوتي دميتا کارپ کسر :

Fracture of the thump metacarpal base-

په دې كسرونو کې د Metacarp دقاعدي Impacted كسرونه Carpo metacarpal مفصل Bennett كسري خلع او دقاعده Rolando پارچي كسرونه شامل دي.

Impacted fractures :a

يو بو كسر كيدای شي د سوک وهلو په وخت کې د اول ميتاكارپ په قاعده کې كسر پيدا كړي موضوعي پرسوب او حساسيت به موجود وي او په X-ray کې د Carpo metacarpal مفصل په بعیده برخه کې 6mm مستعرض كسر ليدل كېږي چې خارج خواته كور شوی وي او Impacted دی.

درملنه:

که په كسر کې له ۳۰ درجو څخه زاويه کمه وي او كسر Impacted وي نو په داسې حال کې چې غټه گوته مکمله Abducted او غځيدلي وي كسر په پاریس

پلاستر کې د مړوند څخه تر Inter phalangeal مفصل پورې میزابه کیږي میزابه ۲-۳ اونی وروسته لیری کیږي او غټی ګوتی ته حرکت ورکول کیږي که زاویه له ۳۰ درجو څخه زیاته وي نو کسر باید ارجاع شي جراح تبعید شوی غټه ګوته کش کوي، او خپلی غټی ګوتی پواسطه کوروالی سموي له دې وروسته Plaster slab تطبیق کیږي که بیا هم کسر بې ثباته وي نو دپوستکي لاندې K.wire څخه کار اخیستل کیږي.

Bennett's Fracture dislocation :b

دا کسر هم د اول میتاکارپ په قاعده کې پیدا کیږي او عموماً سبب یې سوک وهل دي خو که کسر بې ثباته مایل او Carpo meta carpal مفصل پورې غځیدلی وي غټه ګوته لنډه بنکاري او Carpo meta carpal مفصل پرسیدلی وي په x-ray کې لیدل کیږي چې یوه وړه مثلثي پارچه د Trapezum د نیمایي انسي برخی سره په تماس کې ده او پاتی نیمایي غټه ګوته په قریبه برخه کې خلع شویده.

درملنه:

دایه لوره کچه قبوله شویده چې مکمله ارجاع لازمي ده دا کار په عمومي توګه د ګوتی د رابنکلو تبعید ورکولو او بسط ورکولو پواسطه تر سره کیږي ارجاع یا دپلاستر او یا داخلي تثبیت پواسطه پر ځای ساتل کیږي پلاستر د کسر د پاسه د pad سره تطبیق کیږي او لومړی Metacarp د تبعید او بسط په حالت کې ساتل کیږي که په X-ray کې ولیدل شو چې مکمله ارجاع سرته رسیدلی نو پلاستر باید تر څلورو اونیو پورې وساتل شي د پلاستر تطبیق کول ډیر مهارت ته اړتیا لري او

دارجاع لپاره دزیات فشار څخه کار اخیستل پوستکی ته تاوان رسوي داخلي تثبیت غوره تداوي ده داخلي تثبیت د وړو Screw دکارولو پواسطه او یا دوړو K.wire دکارولو پواسطه چې د Metacarp تر قاعدې پورې رسیدلی وي تر سره کیږي راوتلی نهایت په یو واړه Plaster slab کې پټیږي درې اونې وروسته Slab لیری کیږي او وایرونه راویستل کیږي.

Roland's Fractures :c

داد اول Metacarpus دقاعدې داخلي مفصلي څو پارچې کسرونه دي او تداوي یې ستونزمنه ده د تداوي لپاره یې د Trypl T Y په طریقه د تړلې ارجاع او K.wire څخه کار اخیستل کیږي او یا د خلاصی ارجاع څخه وروسته د تثبیت لپاره واړه واړه Screw کارول کیږي په ډیر شدید Communion کې خارجي تثبیت ته اړتیا لیدل کیږي.

دمیتاکارپ کسرونه په ماشومانو کې :Metacarpal fractures in children

دمیتاکارپ کسرونه د بالغانو په نسبت په ماشومانو کې لږ پیدا کیږي په عمومي توګه په ماشومانو کې ددې کسرونو سره یوځای یوڅه نور مسایل هم وي اکثره واقعات یې د مانورو او دپلستر د میزابی پواسطه تداوي کیږي او زاویه لرونکي سوي اشکال د ودې سره له مینځه ځي خو تډوري بي ثباتي په ماشومانو کې هم د غټانو په خیر اهمیت لري د Bennett کسر په ماشومانو کې عام نه دې خو که پیداشي خلاصی ارجاع ته ضرورت لري دا کسر په ماشومانو کې Salter harris

type III کسر دی چې Epiphyses په کې جدا کیږي باید چې په صحیح توګه ارجاع او د K.wire پواسطه تثبیت شي.

د فلنګسو کسرونه Fractures of the Phalanges

ګوتی عموماً د مستقیمې ضربې پواسطه زخمی کیږي او د لیدو وړ پرسوب او یا خلاص زخمونه موجود وي غلطه تداوي کیدای شي شخه (Stiff) ګوته منځ ته راوړي چې په ځینې واقعاتو کې د ګوتی نشتوالی بهتر دی.

Fractures of the proximal and middle phalangeal shift
Phalanx په عمومي توګه عرضاني کسر پیدا کوي چې قدام خواته زاویه ورکوي او د اوتارو Flexor شیت ته زیان رسیږي د Phalanx په دواړو خواو کې کسر مفصل ته داخلېږي شخوالی لوی ګواښ دی او که کسر بیځایه شوی وي نو ګوته سوء شکل لري.

درملنه:

a: Undisplaced fractures : د اکسرونه د وظیفوي میزابي پواسطه تداوي کیږي ګوته دخپلی مجاورې ګوتی سره تړل کیږي او ناروغ حرکاتو ته تشویق کیږي میزابه ۲-۳ اونيو پورې ساتل کیږي خو ښه به داوي چې په دې دوران کې د بیځایه والي د لیدو لپاره د ایکسری پواسطه وضعیت وکتل شي.

Displaced fractures : b : بيخايه شوي كسرونه بايد ارجاع او بې حرکتې شي
 كسر د كږې گوتې د رابنكلو پواسطه او د Phalanx د نيغولو پواسطه ارجاع
 كيږي. تداوي: بايد د لاندې دوه طريقو پواسطه سم شي.
 ۱- د گوتې وتلې وضعيت ته بايد فكر وشي كله چې Meta carpo phalngeal
 مفصل Flexed وي.

۲- بايد وکتل شي چې د گوتو نوکان ټول په يوه سطحه کې دي او که نه. که له ارجاع
 وروسته كسر ثابت وي گوته بايد د گاونډي گوتې سره وتړل شي حرکاتو ته اجازه
 ورکول كيږي که كسر بې ثباته وي نو گوته بايد په داسې حال کې چې Meta carpo
 phalngeal مفصل Flexed وي او Inter phalngeal مفصل نيغ وي ميزابه شي
 ددې سره سره كسرونه اكثره له خپله خايه كشيږي او بې حرکتې گوته شخې
 پيدا كوي دهمدې وجوهاتو له كبله بڼه به داوي چې بې خايه شوي Phalngeal
 كسرونه د پوستکي لاندې د K.wire او يا د Plate او Screw پواسطه تثبيت شي.

Fractures of terminal phalanx :B

داخيري Phalanxes كسرونه واړه وي او په پنځو ډولونو ويشل شويدي.
 Fractures of the tuft :a : دگوتې څوکه كيداې شي د خټک په واسطه ووهل
 شي په دروازه کې ونښلي او هډوکي يې ټوټه شي كسر ته ډيره توجه نه كيږي او
 ټوله توجه د پرسوب په كنترول او د حرکاتو په بيرته لاس ته راوړنه تمرکزوي د نوک
 لاندې دردناکه هيماتوم د Parper clip پواسطه دنوک د څيرلو د لارې تخليه كيږي
 که دنوک بستر ټوټه شوی وي اودبنکلا دنظره بد بنکاري بايد چې د
 مايکروسکوپ لاندې په بڼه طريقه ترميم شي.

دختک گوتی درې ډوله دي.

۱- وتری Avulsion

۲- د هډوکي يوه وړه پارچه

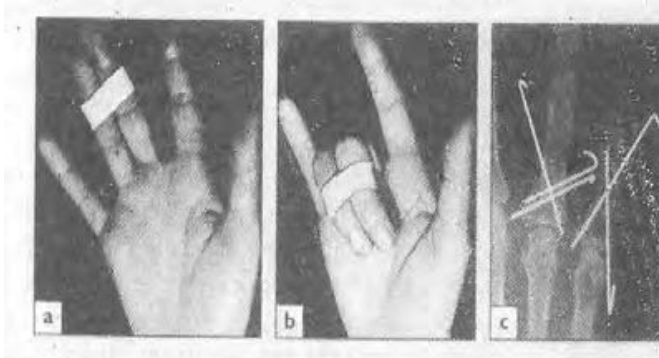
۳- يوه غټه خلفي هډوکينی پارچه چې ځينې وخت د مفصل د Subluxion سره يوځای وي.

د يوې ناخپه Flexion جرحی څخه وروسته اخيري Phalanx کار پرېږدي او په فعاله توگه نشي نيغيدی په لاندیني دريو کې يو نقصان ليدل کيږي.

۱- د اخيرني Phalanx په قاعده کې Extensor وتر دخپل ارتکاز له ځای څخه بيخايه کيږي.

۲- د وتر سره د هډوکي يوه وړه پارچه کش کيږي

۳- نسبتاً يوه غټه هډوکينی پارچه بيخايه کيږي چې ځينې وخت دمفصل Subluxion ورکوي.



26,4

Phalangeal fractures

a.b: که چيرې کسر ثابت وي نو گوته د

ميزابې کولو په خاطر د گاونډي گوتی سره تړل کيږي او ناروغ حرکتو ته هڅول کيږي.

c: غير ثابت کسوننه بايد ارجاع شي (د عمليات پواسطه که چيرې ضرورت وي) او تثبيت د پوستکي لاندې Wire

يا داخلي Plate او Screw سره تر سره شي په ټولو پيښو کې حرکت بايد د جرحی د څو ورځو په دننه کې پيل شي يا به شخي مينځ ته راځي.

26,5

دبعیده فلکنسونو جرحه:

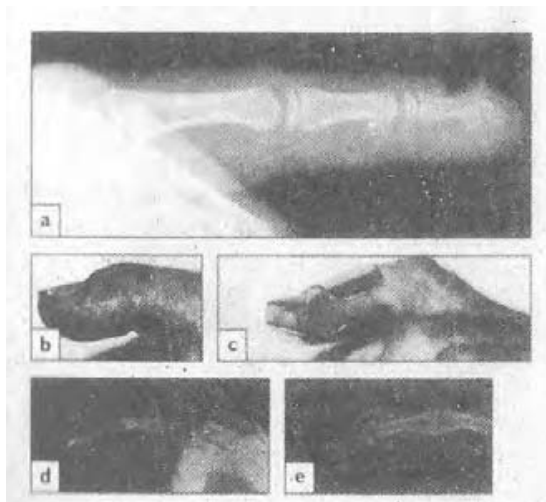
a: دموتی کسر چې دختک د بې ځایه شوي ضربې په نتیجه کې پیداشوی او دردناک دی.

b: دختک گوته چې دمیزابی پواسطه تداوی شویده.

c: د عملیه هغه وخت مناسب وي څه وخت چې هډوکنی پارچه وړوکی وي.

D: خو کله چې پارچه غټه وي

e: باید چې تثبیت شي.



د تداوي له نظره اخرنی مفصل ته لږ غوندي فرط بسط وړکول کيږي او يو خاص ډول د خټک دگوتی ميزابه تطبيق کيږي چې داميزابه بعیده مفصل تثبیتوي خو قریبه ازاد پریږدي په ځینې واقعاتو کې بعیده مفصل له دواړو طرفونو څخه د K.wire پواسطه تثبیتيږي او په همدې موقعیت کې له ۲-۸ اونيو ساتل کيږي له ۴-۵ اونيو وروسته هم تداوي موثره وي، د هډوکنی پارچی بیرته نښلول که وړه وي او که غټه په Sublux مفصل کې گران کار دی او ښه پایله نه ورکوي د Arthrodesis پواسطه وروستنی مسایل حل کیدای شي.

Fractures of the shaft

که بې ځایه شوی نه وي باید دې کسرونو ته ډیره پاملرنه ونه شي که زاویه یې ورکړي وي نو باید ارجاع شي اوديو طولاني K.wire پواسطه په خپل ځای کې وساتل شي چې ۴ اونۍ په بر کې نیسي- نوک اکثره له خپله ځایه راختلی وي نو باید په احتیاط سره په خپل ځای کې یې کونجونه وگنډل شي.

Avulsion of the flexor tendon :d

دا جرچه د بعیده مفصل د ناخاپه فرط بسط له کبله خصوصاً کله چې دفت بال د کوم لوبغاړي گوته دمقابل جانب د لوبغاړي په قميص کې ونښلي پيدا کيږي د شهادت گوته زیاته اغیزمنه کيږي، د Flexor digitorum profundus وتر بې ځایه کيږي یا شکيږي او یا د ځان سره د هډوکي یوه پارچه جدا کوي که د هډوکي پارچه وره وي او یا وتر شکیدلی وي نو په ورغوي کې راغونډيږي که په اولو خو ورځو کې د وتر شکیدل تشخیص شي نو بیرته نښلول کيږي که په تشخیص کې ځنډ راشي نو ترمیم د نا کامی سره مخ کيږي د وتر بیا رغونه ممکنه خو ډیره سخته ده او کیدای شي د گوتی په شخوالي تمامه شي په موخره تشخیص شوو واقعاتو کې باید د بعیده مفصل Fusion اجرا شي.

Physeal fractures :e

د قاعدې Physis ماتيږي او Salter harris type II کسر ورکوي نوک له خپله ځایه بې ځایه کيږي او که گوته ډیره پرسیدلې وي نو نوک ته پاملرنه کمه وي - نو ک باید پاک شي او بیرته په خپل بستر کې ولگول شي.

Joint injuries

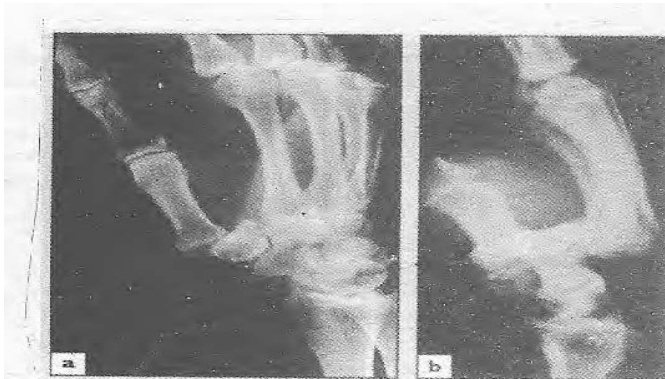
یوه گوته کیدای شي د مستقیمې ضربې د زاویه داره قوی او یا د گوتی د وهلو په واسطه زخمی شي - اغیزمن شوی مفصل پرسیدلې، حساس او د حرکت په وخت کې دردناک وي په X-ray کې لیدل کيږي چې یوه هډوکنی پارچه موجوده ده او یا له خپل ځای څخه بې ځایه شویده.

۱ - Carpometacarpel dislocation

په دې کی Thumb ډیره اغیزمنه کیږي او د کلینیک له نظره جرحه د Bennett کسری خلعی ته ورته وي خو په X-ray کې قریبه Subluxation او یا د اول Metacarpus هډوکي خلع بې له کسر

خخه بنکاري بې ځایه والی په اسانی سره د Traction او د Hyper pronation پواسطه ارجاع کیږي خو ارجاع بې ثباته وي او د Bennett د کسری ساتونکو طریقو پواسطه په خپل ځای کی ساتل کیږي پلستر او K.wire د Metacarpus خخه تر Carp پورې غزول کیږي ۴ اونۍ وروسته wire لیری کیږي خو د ثبات لپاره محافظوي میزابه باید ۸ اونۍ وساتل شي نور Carpometacarpel مفاصل هم ځینې وخت بې ځایه کیږي په خاص ډول هغه وخت کله چې یو موټر سایکل چلوونکی دیوشی سره ولگیږي او لاسونه یې شاخواته تپله شي لاس په تیزی سره پرسیري او د جنبي ایکسری په احتیاط سره له کتلو پرته یې تشخیص مشکل دی ترلی مانوری گتورې دي خو ځینې وخت د دوهم واري خلعو د مخنیوي لپاره K.wire ته هم اړتیا لیدل کیږي.

26,6۲



Carpometacarpel خلع:

a: دغټی گوتی د Carpometacarpel

مفصل Subluxation .

b: د موټر سایکل په ټکر کې مکمل

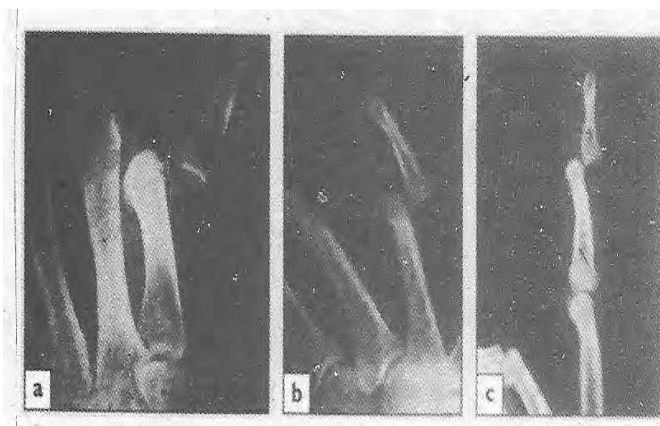
Carpometacarpel خلع.

Metacarpo phalangeal dislocation -

اکثراً Thumb اغیزمن کیږي خو ځینې وخت پنځمه گوته او نادراً نورې گوتې زیان گوري په ناخاپي توگه ټوله گوته په فرط بسط مجبورېږي محفظه او د عضلاتو د ارتکاز نقطی څیری کیږي دوه ډوله خلعی لیدل کیږي.

الف: Simple dislocation

گوته تر ۷۵ درجو پورې غزیدلي وي لومړې باید گوته فرط بسط حالت ته راوړل شي وروسته کش شي او د ترکشن پواسطه په اسانی سره ارجاع کیدای شي گوته د خپلی مجاورې گوتی سره تړل کیږي او مقدم حرکاتو ته ناروغ تشویقېږي.



26,7

دگوتی خلع:

a: په غټه گوته کې

Metacarpophalangeal خلع چې خلاصی

ارجاع ته ضرورت لري.

b: Inter phalangeal خلعی په اسانی

سره ارجاع کیدای شي او که ایکسری ونه

شي له نظره پتی پاتی کیږي.

ب: Complex dislocation

د ورغوي خواته بې ځایه شوي برخه په مفصل کې پاتې کیږي او د ارجاع مخه نیسي د Flexor وتر او د Lumbrical وتر تر منځ د Metacarpus سر قرار لري

گوتی ته تر ۳۰ درجو پورې بسط ورکول کیږي او په ورغوي کې لږ غوندي لوروالی لیدل کیږي په ځینې واقعاتو کې د Metacarpo phalyngeal مفصل ته د فرط بسط ورکولو او د Interphalyngeal دینغ ساتلو پواسطه خلع ارجاع کیږي او د Metacarpus سر راخلاصیږي که دامانوره ناکامه شي خلاصی ارجاع ته ضرورت دی دخلف له خوا شق مناسب دی له ارجاع وروسته مفصل ثابت وي او په مجاوره میزابه کې حرکت ورکول کیږي.

۳- Inter phalangeal joint dislocation

دقربیه مفصل خلع عامه ده خو دبعیده خلع نادره ده داخلعی د کش کولو پواسطه په اسانی سره ارجاع کیږي مفصل دیو څو ورځو لپاره د مجاورې گوتې سره تړل کیږي او زر تر زره حرکات پیل کیږي په جنبي ایکسری کی کیدای شي یوه وږه هډوکنی پارچه ولیدل شي چی د Palmar plate د بې ځایه کیدلو بنسودنه کوي دې ته باید پاملرنه ونه شي ناروغ باید خبر کړل شي چې دپرسوب له مینځه تگ او پوره بسط کیدای شي میاشتی واخلي.

۴- Condyle fractures

د Phalanges دقاعدوي مفاصلو په سطحو کې اویا دبعیده مفاصلو په سطحو کې کیدای شي کسرونه پیداشي چې په عمومي توگه د زاویه لرونکي قوې له کبله پیداکیږي که پارچه نه وي بې ځایه شوی نو کسر ته باید توجه ونشي گوته باید د مجاورې گوتې سره وتړل شي او حرکات باید شروع شي د بې ځایه والي د معلومولو لپاره باید یوه هفته وروسته ایکسری واخیستل شي که کسر بې ځایه

شوی وی نو د زاویه داره سوء شکل او دمفصل د حرکت د ختمیدو خطر شته دی په ترلی یا خلاصه طریقه او یا د Screw پواسطه د تثبیت له لارې باید کسر ارجاع او وساتل شي گوته یو خو ورځي میزابه کیږي او وروسته له نظارت لاندې حرکات پیل کیږي.

۵- Volar fracture dislocation

کله چې په قریبه Inter phalangeal مفصل کې خلع پیداشي نو دمنځنی Phalanx د قاعدې څخه یوه هډوکنی پارچه بې ځایه کیږي که دپارچه غټه وي نو مفصل Subluxate کیږي جراحی تثبیت ډیر گران دې او کیدای شي ددې له کبله دایمي شخوالی مینځ ته راشي - کسر مفصل ته د ۹۰ درجی Flexion ورکولو پواسطه ارجاع کیدای شي له دې وروسته مفصل په یوه میزابه کې ساتل کیږي چې مفصل په کې Flexion کولی شي خو Extension نه شي کولای تر څلورو هفتو پورې باید له Extension ډډه وشي او له دې وروسته میزابه لری کیږي.

دلیگا متو جروحات: Ligament injuries

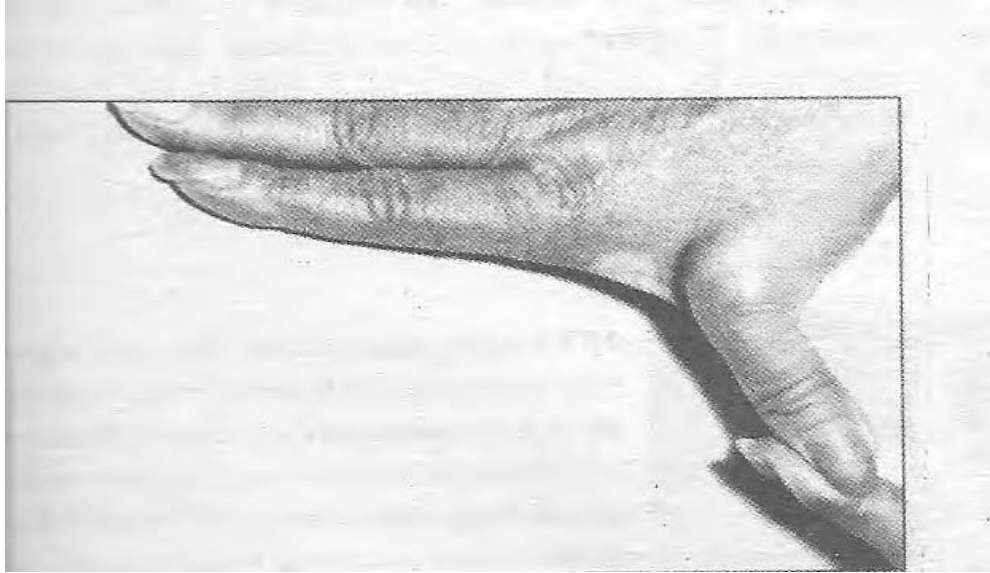
۱- Collateral ligaments of the fingers: د اربطو مکمل یا قسمي څیری کیدل عام دي او په عمومي توگه هغه وخت پیدا کیږي کله چې مفصل دیوې قوی پواسطه زاویه جوړه کړي لږ غوندي Sprain تداوي ته ضرورت نه لري په شدیدو جرحو کې باید گوته دیوې یا دوه هفتو لپاره میزابه شي په ځینو واقعاتو کې هغه هډوکی چې اربطه ورسره نښتی وي بیځایه کیږي که پارچه په واضحه توگه

بيخايه شوى وي نوبايډ بيرته ونسلول شي ناروغ بايد خبر كړل شي چې مفصل به يې ۱۲-۲ مياشتو پورې پرسيدلى او لږ غونډې دردناك وي.

۲- Ulnar collateral ligament of the thumb

Metacarpo palangeal joint: په پخوا زمانو کې هغه بنكاريانو چې واړه ځناور به يې د لوبې لپاره له خټ څخه رانيول په هغوى كې به د غټي گوتې د Metacarpo phalangeal مفصل ulnar-collateral-lig-tear رامنځته كيدل نن سبا دا جرحى په Skiers كې هغه وخت پيدا كيږي چې غټه گوته يې بسط ولري او راوغورځيږي په پايله كې گوته ډيرتبعد كوي او جرحه منځته راځي په همدغه وخت كې - كيداې شي د هډوكي يوه وړه پارچه له ځان سره كښ كړي - د ثبات له منځه تگ له كبله د گوتې پواسطه دنيولو فعاليت تر لوى حده پورې له منځه ځي د Ulnar collateral اربطه د ورغوي په برخه كې هم لږ غونډې ارتكاز لري دا اربطې په قسمي څيرى كيدنه كې غټه گوته د Flexion په حالت كې بې ثباته وي خو د Extension په حالت كې ثبات لري ځكه چې دورغوي برخه تر اوسه په تماس كې وي په مكمله څيرى كيدنه كې داربطې د ورغوي برخه او د گوتې برخه دواړه څيرى كيږي او گوته په هر وضعيت كې بې ثباته وي كه

اربطه په مكمل ډول څيرى شوى وي نو له ترميم پرته نه جوړيږي ځكه چې د اربطې بعیده برخه د Adductor polices apponeurosis په قدام كې نښتى وي



26,8

د بنسکاري غټه گوته

د Meta carpo phalangeal مفصل Ulnar colletral اړيکه په مکمل ډول خیري شوی ده عاجل ترمیم ته اړتیا لري

Clinical Assessment

په معاینه کې د غټې گوتې Metacarp phalangeal مفصل د Ulnar اړخ د پاسه حساسیت او پرسوب موجود وی X-ray- ضروري ده لدې وروسته د مفصل په داخل کې موضعي انسټیټیک مواد زرق کيږي غټې گوتې ته په داسې حال کې چې Meta carpo phalangeal مفصل ۳۰ درجې Flexion ولري تبعه ورکول کيږي که ډیر زیات سستوالي موجود نه وي نو شدید جرحه ردیږي. که د لیدلو وړ سستوالي موجود وي نو غټې گوتې ته مکمل بسط ورکول کيږي او تست بیا اجرا کيږي که سستوالي بیخي زیات وي نو مکمله خیري کیدنه به رامنځ ته شوي او عملیاتي ترمیم ته ضرورت لري.

درملنه:

قسمي څيري کيدنه ۲-۴ اونيو پوري دمیزابه کولو او بي حرکت کولو پواسطه تداوي کيږي چې په تعقيب يې بايد دگوتې حرکات اجراشي مکمله څيري کيدنه عمليات ته ضرورت لري د شق په وخت کې بايد احتياط وشي چې د Radial عصب سطحي ځانگي زخمي نه شي د Adducto apponeurosis په قريبه غاړه کې د Stener افت ليدل کيږي د Apponeurosis لپاسه شق اجراکيږي او د اربطې محفظې د ليدلو لپاره Apponeurosis کش کيږي او لډي وروسته اربطې ترميم کيږي له عمليات څخه وروسته مفصل د ۴ اونيو لپاره په Spica کې بي حرکت کيږي چې د دوه هفتو لپاره نور هم د Splint پواسطه تعقيب کيږي که چيري څيري کيدني ته توجه ونه شي نو دگوتې پواسطه د يوشي دنيولو قوه کمزوري کيږي اخيري چاره يې د Arthrodesis پواسطه علاج دی خو په مقدمو واقعاتو کې مفصلي زيان موجود نه وي ثبات د Adductor polices د وتر د ازاد Graft اوياد Extensor polices braves وتر پواسطه د اربطې دقوي کولو له لارې لاس ته راځي.

دلاس وازجروحات: Open injuries of the Hand

په ۷۵% پيښو کې د کار له کبله په لاسونو کې جرحی پيدا کيږي که سم تداوي نه شي نو ناروغ او ټولنه په وظيفوي معذوري اخته کيږي.

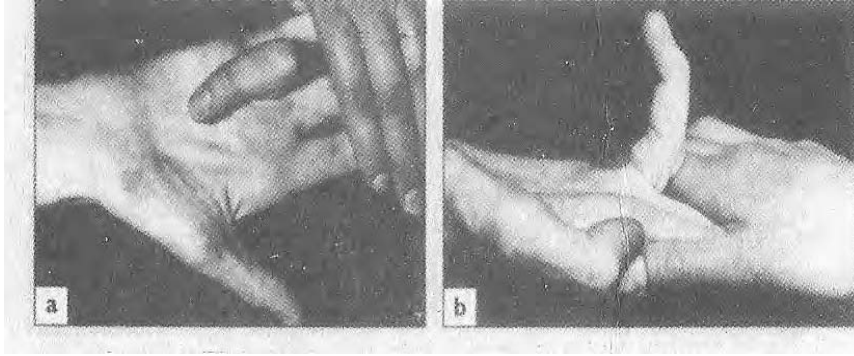
Clinical Assessment

په خلاصو جرحو کې معقم غوځیدل، څیرې کیدل، میډه کیدل injection injuries، سوځیدل او د Pulp زیانونه شامل دي لومړی باید د جرحی په میخانیکیت سم پوه شو چې هغه له چې جرحه یې پیدا کړیده تیره وه او کنه؟ پاکه وه او که ناولی؟

د جرحی په وخت کې د ګوتو وضعیت د سطحی او عمیق Flexor وټرونو په زیان باندې تاثیر لري که په زیات فشار سره زرق شوی وي -رخوه انساجو ته زیات زیان رسیږي خو کیدای شي چې زخم روغ ښکاري ددې په اړه باید معلومات وشي چې ناروغ څه وظیفه لري کومی لوبې کوي او یا ښي لاسي دي یا چپ لاسي معاینه باید په احتیاط او آرام سره اجرا شي د پوستکي زیان ډیر اهمیت لري کیدای شي یو وړوکی معقم زخم لاندې په پټه دوټر یا عصب زیان ولري د لاس او هری ګوتی د وینې دوران باید ارزیابي شي.

په ټول لاس او یا یوه ګوته کې د Allen تست باید اجرا شي ناروغ باید خپل لاس موټی ونیسي او له دې وروسته ډاکټر باید په یوځای Ulnar او Radial شریانونه د لاس په تلی (ورغوي) کې د فشار لاندې راولي پدې وخت کې لاس خاسف کیږي لدې وروسته Radial شریان څخه فشار لیری کیږي که لاس سور شو نو Radial شریان روغ دی او اروا سمه ده همدغه تست په دې طریقه د Ulnar شریان لپاره هم اجرا کیږي د ګوتو شریانونه هم په همدې طریقه کې د ګوتی په قاعده کې نیول کیږي او پرینودل کیږي د نیولو پواسطه ګوته خاسفه شي او که شریان روغ وي نو د بیرته پرینودلو پواسطه ګوته سره کیږي تست د نورو ګوتو د شریانونو لپاره هم اجرا کیږي د هر عصب په ساحه کې حسیت کتل کیږي په قسمي جرحو کې په دوه

نقاطو کې د حسیت فرق موجود وي په ماشومانو کې د حسیت لپاره Plastic pen تست اجرا کېږي که یو پلاستيکي قلم په پوستکي پورې وسولول شي نود خولو د یوې نری پردی له کبله نښلي خو که ونه نښتو نو خوله موجوده نه ده او عصب مجروح شوی- یوه بله مشاهده داده چې د عصب په جرحه کې که لاس په اوبو کې نويستل شي نو پوستکی غونج ښکاري- په همدومره احتیاط سره اوتار هم معاینه شي او د Passive tenodesis پواسطه تست شي کله چې د لاس بند په Passive ډول وغځول شي نو گوتی آرام سره په منظمه توگه Flexion کوي او کله چې د لاس بند Flexion وکړي نو گوتی غزیږي دغه حرکات په گوتو باندې د مخالفو Flexor او Extensor داوتارو دمتوازن فشار له کبله پیدا کېږي که وتر غوڅ شوی وي نو دا حرکات له منځه ځي له دې وروسته د هر وتر لپاره جدا ډول د فعالو حرکاتو تست اجرا کېږي د Flexor digitorum profundus د تست لپاره دگوتی قریبه مفصل مستقیم نیول کېږي او ناروغ ته هدایت ورکول کېږي چې بعيده مفصل ته تقبض ورکړي د Flexor digitorum superficialis د تست لپاره معاینه کوونکی ټولی گوتی په یو ځای مستقیم نیسي بیا یوه گوته پریږدي اوناروغ ته وایي چې قریبه مفصل ته تقبض ورکړي دگوتو نیغ نیول ټول هغه Flexor اوتار چې له یوې عضلې څخه ی منشا اخیستی وي بې حرکته کوي خودشهادت په گوته کې دا تست ۱۰۰% دباور وړنه دې ځکه چې ځینې وخت ددې گوتی ژور Flexor جداوي که کوم وتر لږ غوندي زخمی شوی وي دردناک وي خو فعالیت کولای شي که ټول پوستکی خیری شوی وي او د اوتارو په باره کې شک موجود وي زخم باید مکمل لوڅ شي په ایکسری کې کیدای شي کسر، خارجي اجسام، هوا او یا رنگ ولیدل شي.



26,9

د Super facialis test: د Superfacialis داهليت دمعلومولو لپاره لومړې Profoundus چې د حرکت يوه لويه عضله ده بايد ټينگه شي.

a: Super facialis نورمال ده او په يوازې توگه قريبه Interphalangeal مفصل ته Flexion ورکوي دگوتې څوکه ځورنده ده.

b: Superfacialis نکوي يوازې Profoundus د کارولو پواسطه Interphalangeal مفصل Flexion کوي په پايله کې گوته نه ځورند يري.

Primary treatment

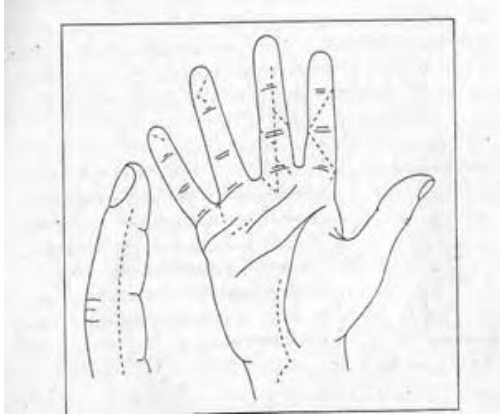
۱- Pre operative care: په معموله توگه لومړی بايد هوايي لاره خلاصه وساتل شي تنفس نورمال شي او دوینې دوران وکتل شي که دلاس زخم منتن وي نو معقم کړستلايد پواسطه ومينخل شي څومره ژر چې ممکن وي انتي بيوتیک ورکړ شي د Gas gangrene او Tetanus مخینوی هم ضروري دی لاس ميزابه کيږي اود Pyodin داره گاز پواسطه ورته dressing اجرا کيږي.

۲- Wound exploration: د عمومي يا موضعي بې هوشی لاندې زخم پاکيږي او لوڅيږي په تصادمي جرحو کې چې عضلات زخمی شوی وي نو د Pneumatic تورنکيت تطبيقول ضروري دي د پوستکي څخه مړه انساج بايد ليري شي او پاتی پوستکی بايد وساتل شي د صحيح لوڅولو لپاره زخم کيدای شي غتوالی ته ضرورت پيدا کړي ليکن شقونه بايد د پوستکي گونځی (Crease) اودگوتو تر

میںخ پردې غوڅې نکرې دغټ زخم دلارې Debris لیری کیرې مره عضلات غوڅیرې او انساج د Crystatoid Isotonic محلول پواسطه وینخل کیرې لدې وروسته دجرحی د وسعت نوره ارزیابی هم هماغه وخت ترسره کیرې.

۳- Tissue repair : کسرونه ارجاع څخه وروسته د K.wire پواسطه ساتل کیرې دمفاصلو محفظی او اوتار دنرمو Sutures پواسطه ترمیمیرې. که لاس یا گوته Ischemic وي نو مایکروسکوپیک عملیاتو پواسطه یی شریانونه او وریدونه ترمیمیرې او د وریدی Graft څخه گټه اخیستل کیرې. داعصابو جرحی هم د نریو داسې موادو چې دوجودد مقاومت قوتونه نه راپاروي پواسطه د مایکروسکوپیک عملیاتو دلارې ترمیمیرې که دعصب ترمیم په دې طریقه تر سره نه شي نو باید چې عصبي Graft اجراشي د Extensor وتر ترمیم اسان نه دې او بنه پایله نه لري ترمیم او د عملیاتو څخه وروسته مراقبت یې بی حده احتیاط ته ضرورت لري د Flexor اوتارو ترمیم له دې هم ډیر سخت دې خصوصاً په هغو ځایونو کې چیرته چې بعیده Palmar گونځی (Crease) او دقربیه Inter phalangeal مفصل گونځی تر منځ وتر واقع وي په دې ځای کې سطحی او ژور اوتار یوځای سیر کوي کلک شیت جوړوي چې دیته Zone II ساحه وایي مقدم ترمیم او له عملیات څخه وروسته بنه مراقبت بنی نتیجی لري خو په لوړه کچه مهارت او خاص ډول فزیوتراپی ته اړتیا لري که لازمی اسانتیاوی موجودی نه وي نو زخم باید ووینخل شي سست وتړل شي او ناروغ اختصاصی مرکز ته ولیږل شي دمقدمو حرکاتو (usually-passive) لپاره داوتارو ترمیم باید صحیح او قوي وي نو اوتار په اسانی سره کشیرې او په شیت کې دیوله بل څخه جدا حرکت کولای شي - په منځ کې باید یو Suture اجراشي او داوتارو سره گوتی ونه وهل شي او

ددې سره سره یو محیطي Suture اجراشي ترڅو ترمیم قوي او هموار شي او په شیت کې داوتارو حرکات اسان شي د A2 او Pulley A4 باید ترمیم او ورغول شي د Wrist (مړوند) یا Zone V د Palm یا Zone III یا د سطحې ارتکاز په ساحه یا Zone-1 جرحی بنی پایلی لري خو د Carpal tunnel په ساحه یا Zone IV کې او Flexor sheet د ساحې یا Zone-II جرحی خرابې پایلی لري د سطحې اوتارو تخریب لاس کمزوری کوي او دستو اربطو له کبله Swan neck سوی شکل پیدا کيږي نو باید د تل لپاره ترمیم شي ترڅو چې ډیر انساج نه وي تخریب شوي او گوته د ترمیم وړ وي نو باید د گوتی Amputation اجرا نه شي - حتی که گوته د جرحی پواسطه Amputate شوي هم وي بیا هم دبیرته نښتلو لپاره پرې غور وشي. که گوته د Ring پواسطه غوڅه شي (چه دایوه جلا واقع ده) د Skeleton څخه رخوه انساج لیری کيږي- د پوستکي بیرته نښلول د وړو ساختمانونو بیا رغونه او حتی Amputation ته کیدای شي ضرورت ولیدل شي او دزیان په مقدار پورې اړه لري.

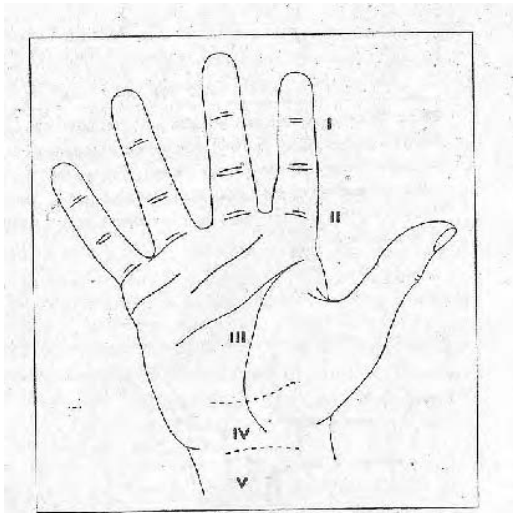


26,10

دلاس شقونه

دلاس په جراحي کې مناسب شقونه بنسودل شوي.

شقونه بايد دلاس په گونځو (Crease) او يا گوتو ترمنځ په پردو باندې اجرائشي ځکه چې نقيصی حالت او سوء شکل ورکوي.



26,11

دجرحي زون

Zone-I د Flexo digitorum superficial د ارتکاز په

بعیده برخه کې.

Zone-II د Flexor sheet د خلاصیدو او Flexor super

facialis د ارتکاز د نقطی ترمنځ.

Zone-III د Carpal tunnel د نهایت او د Flexo sheet

د شروع کیدو تر مینځ دی.

Zone-IV: د Carpal tunnel په منځ کې.

Zone-V: د Carpal tunnel په قریبه برخه کې.

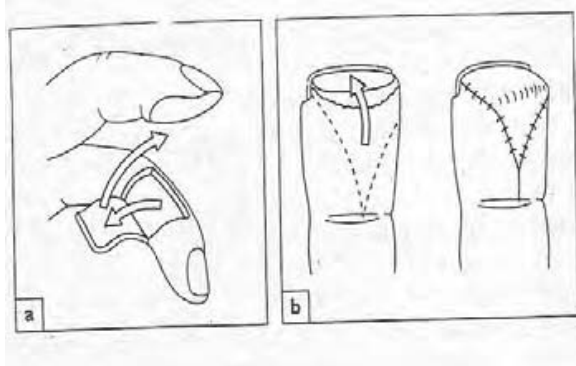
۴- Closure: د خونریزي د مخنیوي لپاره Turniquit لیری کیږي او د دوه قطبي Diathermy څخه کار اخیستل کیږي - دهیماتوم له کبله زخم نه رغیږي او د اوتارو التصاقات منځته راځي کله چې زخم منتن نه وي او پوستکی له فشار پرته

گنډل کيږي - اويا د پوستکي Graft اجرا کيږي د Graft لپاره پوستکي د پورتنی لاس څخه اخیستل کيږي که وتر بنکاره وي یا هډوکی لغړ (لوخ) وي نو باید د سویق داره Flap پواسطه پټ شي - ځینې وخت گوته له مینځه ځي او دگوتی لوڅه سا حه د flap پواسطه پټيږي.

د PULP او دگوتی دسر جروحات Pulp and finger tip injuries

که دپوره ضحامت زخم منځ ته راغلی وي او هډوکی نه وي لوخ شوی او همدارنگه خلاصه ساحه له 1cm څخه زیاته وي نو د پوستکي د Split او Full graft پواسطه رغیدل ډیر زر صورت نیسي.

که هډوکی لوخ شوی وي او دگوتی اوږدوالی دناروغ لپاره اهمیت لري نو بیا باید د پرمختللي Flap او یا د عصبي وعایي جذیروي Flap څخه کار واخیستل شي که پورته امکانات موجود نه وي نو هډوکی باید لنډ شي او د پوستکي Flap پري د پاسه وگنډل شي په ځوانانو ماشومانو کې د گوتو څوکی ډیری بڼې رغيږي نو Flap ته ضرورت نه لري یوازی Dressing باید اجرا شي غټه گوته باید لنډه نه شي.



شي.

26,14

Pulp او دگوتو دڅوکو جرحی

a: دگوتی جرحه چې هډوکی یې لوخ دی او

گوتی گردچاپیره Graft په کې بنودل شوی.

b: دگوتی دڅوکی دمستعرضی جرحی لپاره چې هډوکی یې لوخ دې د V او Y پرمختللي طریقته.

د نوک دبستر زخمونه Nail bed injuries :

د ازخموڼه داخیرني Phalanx د کسرونو سره یوځای واقع کیږي که څوک د بنکلا په اړه انډیبنمن وي نو باید د پنبو د پنځی (Toe) څخه Graft واخیستل شي او د مایکروسکوپیک عملیات پواسطه نوک په احتیاط سره ترمیم شي دا عملیه د بنکلا له نظره ښه نتایج لري.

Dressing and splint age

زخم د یو پرده پارافین گاز پواسطه پتیري یو معمولي غوندي Plaster slab پواسطه لاس په محفوظه توګه غیر متحرک ساتل کیږي دا هغه وضعیت دي په کوم چي Metacarpophalangeal او Interphalangeal اړبټی په مکمله توګه کش شوی وي او د Fibrosis له کبله ډیر کم Contractor پیدا کیږي که همدغه حالت عملی نه شي نو له جرحی څخه وروسته غیر رجعي شخوالي پیدا کیږي دا وضعیت په دوه حالاتو کې بدلون مومي.

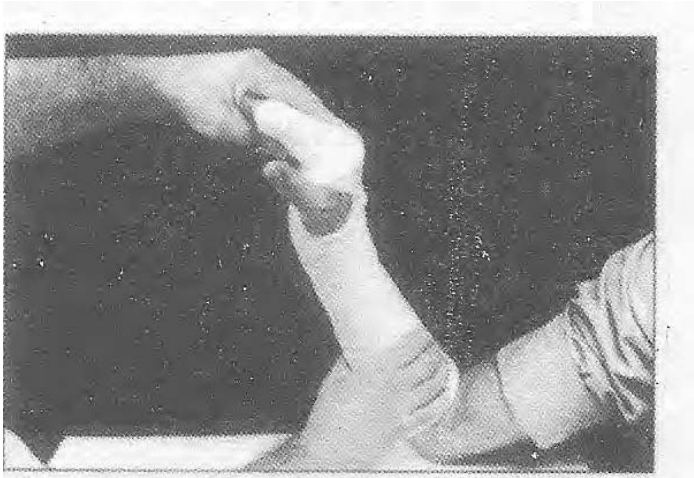
۱- د Flexor وتر د مقدم Suture څخه وروسته مړوند په ۲۰ درجو Flexion کې ساتل کیږي ترڅو د ترمیم په ساحه کې فشار کم شي خو Interphalangeal مفاصل باید مستقیم وساتل شي.

۲- د Extensor وتر د ترمیم څخه وروسته Metacarpo phalangeal مفاصلو ته ۳۰ درجی Flexion ورکول کیږي او په ترمیمي ساحه باندې فشار کمیږي مړوند ۳۰ درجی Extension لري او Inter phalangeal مفاصل مستقیم وي.

Post operative Management

۱- Immediate after care : لاس دتاویدونکي Towel (جان پاک) یا دلور Sling پواسطه پورته ساتل کیږي که Sling وکارول شو نو دڅنگلي او اوږي دحرکاتو لپاره باید په ورځ کي خو واري خلاص شي ځکه چي که څنگلي بند د زیاد Flexion په حالت کي وي نو وريدي جريان بنديږي او پرسوب لپسي زیاتیري دضرورت په وخت Antibiotic هم ورکول کيدای شي .

۲



26,15

د عملیاتو څخه وروسته میزابه لاس د تل لپاره په محفوظه طریقه میزابه کیږي او بې حرکتی کیږي.

Rehabilitation - دیوڅو ورځوپه دوران کې باید دلاس حرکات شروع شي Splintage باید دمفاصلو تمرین ته اجازه ورکړي او ترمیم وساتي د Extensor اوتارو زیاتی جرحی تر څلورو هفتو پورې میزابه کیږي محرک Splintage کارول کیدای شي خصوصاً په هغو جرحو کې چې د Extenso retinaculum او Meta carpophalangeal مفاصلو په سویه واقع وي د Flexor اوتارو د جرحو لپاره له مختلفو لارو کار اخیستل کیږي چې فعال منفعل او ایلاستیک Band په کې شامل دي . مقدم حرکات دوتر جوړیدل او Excursion سریع کوي -دمقدم حرکت ورکولو په واسطه دخیږی کیدلو خطر موجود دی نو نژدې نظارت او خاصه توجه

لازمه ده يوخل چې انساج روغ شي نو لاس تدريجاً د سختو کارونو لپاره کارول کيدای شي او وروسته پرې ناروغ خپل عادي کارته دوام ورکولای شي که ضرورت وليدل شي بايد په موقته توگه دناروغ کار دلاس وضعي سره برابر عيار شي که دوه ځل جراحي ته اړتيا وليدل شوه نو د اوتارو او اعصابو ترميم دپوستکي تر رغيدلو پورې ځنډول کيږي ترڅو چې اذيمانه منځه لاړه شي او لاس خپل عادي حرکات شروع کړي بيا هم جراحي ته اقدام کيږي.

دوباره نښول Replantation

دجدیدو مایکروسرجیکل تخنیکونو او مناسبو مهارتونو پواسطه دقطع شوی گوتی او لاس بیرته لگول ممکن شوي - قطع شوي پارت باید د معقم سالیڼ او ګاز پواسطه پټ شي او دپلاستیک په لفافه کې اچول کيږي. او اوبو کې ایښودل کيږي په یخ کې دگوتې داسکیمیا وخت چې لږغوندي عضلات هم ورپورې وي ۳۰ ساعته خو په گرم محیط کې همدا وخت ۲ ساعته دي دا حياء مجدد او دحیاطی خطری دجرحو له توجه وروسته ناروغ او قطع شوی برخه داسی یو مرکز ته لیږل کيږي چیرته چې مناسب جراحي مهارتونه او اسانتیاوی موجودی وي.

استطابات:

دبیرته لږولو فیصله دناروغ په عمر - ټولنیز - او مسلکي ضرورت قطع شوی عضوی په حالت (whether-clean-cut mangled – crushed or avulsed) د یخ اوتاوده chemicals پورې اړه لري لدې نه زیاته دا خبره مهمه ده چې ایا بیرته لږ یدونکی عضوه به د Amputation څخه بهتر وظیفوي حالت ولري او که نه غټه

گوته باید دامکان په صورت کې بیرته ولگول شي که یوازې نښتې وي او حسیت ونه لري هم ناروغ ته روحی آرام ورکوي او کار تی اخیستل کیدای شي. ډیرې گوتې که قطع شوی وي باید بیرته ولږول شي او په ماشومانو کې یوه گوته هم که قطع شوی وي باید بیرته ولگول شي.

Relative contra indication: قسمي استطببات واحده گوته که قطع شي او بیرته ولگول شي نو ځینې وخت دا اختلافاتو کچه لوړه وي شخوالی مینخته راضي Malunion ورکوي د یخنی په مقابل کې عدم تحمل لري او گوته نشي کارول کیدای نو د اټول نسبي مضاد استطببات گڼل کیدای شي.

په ځینو حالاتو کې گوته د Flexor digitorum superficialis دارتکاز په نقطه کې قطع شوی وي او د بنکلا د نظره بده ښکاري نو پدې حالت کې په استثنایي توگه د گوتې لگول استطببات لري، شدید میده شوی یو په بل کې ننوتلی او بیخایه شوی برحی بیرته نشي لگول کیدای همدارنگه هغه عضوی چې زیات وخت په ischemia کې پاتی شوی وي ژوندي نه پاتې کیږي نو باید ونه لگول شي د Replantation د عمليې لپاره د اوږده وخت بې هوشي ته ضرورت دې چې ځینې وخت په ناروغ کې عمومي طبي مشکلات پیدا کوي او یا دنورو جرحو د پیدا کیدو خطر رامینځ ته کیږي.

د سوځیدلو اهمات: Management of Burns

هغه ناروغان چې لاس یې سوي وي باید په یو خاص یونټ کې تداوي شي: د سطحې سوځیدلو لپاره یوازې د مرطوب نه نښتونکی Dressing څخه کار اخیستل کیږي لاس باید جگ وساتل شي او حرکات شروع شي که په قسمي توگه

دلاس ضخامت وي نو په خپل سر رغیدو ته باید پریښودل شي په میکروب ضد کریمونو باید غوړ شي او محفوظ وضعیت کې میزابه شي هغه لاس چې مکمل ضخامت سوی وي نه رغیږي مړه انساج باید ترې غوڅ شي زخم باید صاف شي Dressing اجراشي او ۲-۵ ورځې وروسته د پوستکي Graft پري کینودل شي دلاس مکمل ضخیم محیطي سوځیدل دبعیده برخی دویني جریان ساتلو لپاره مقدماتی Escharotomy ته ضرورت لري په ځینې ځایونو کې لکه غټی گوتی د Web ساحه د پوستکي Flab ته ضرورت لري ترڅو د Contracture څخه مخنیوی وشي لاس باید په محفوظ وضعیت کې میزابه شي او دو وضعیت د ساتلو لپاره د K.wire څخه کټه اخیستل کیږي د برقي سوځیدني له کبله وسیع زیان او Thrombosis رامنځته کیږي چې څو ورځې وروسته یې لیدلای شو.

دذریاتو دجرحو اهتمات Management of injection injuries

دپیچکاري د زخمونو تدایي تیل، گریس، محلولات، هایدرولیک مایع او رنگونه که په فشار سره په لاس کې زرق شي نو د فشار او تسمم اویا دواړو له کبله افت منځته راوړي په عمومي توگه غټه گوته او شهادت گوته ډیرې اخته کیږي- مواد په کلک پوستکي کې داخلېږي هوا او Leud رنگ په ایکسری کې ښکاري په عاجله توگه د خارجي جسم ویستل او د فشار رابنکته کول ډیر اهمیت لري که دا عملیه ترسره نه شوه اخر په قسمي یا مکمله توگه دگوتې یا لاس غوڅولو ته ضرورت پیدا کیږي.

Secondary operation

دلاس د جرحو په ابتدایي تداوي کې باید دتل لپاره په دې فکر کې واوسو چې په اینده کې کومې جراحي عملی ته اړتیا شته او که نه ---؟! دا په درې ډوله دي:

۱- دوهمی ترمیم لپاره او یا دتخریب شوو ساختمانونو په ځای کول.

۲- دگوتو د Amputation لپاره.

۳- د ډیر مجروح لاس د بیا رغولو لپاره.

Delayed Repair

۱- Skin : که د پوستکي پرده تخریب شي او یا دجراحی لپاره مناسب نه وي نو باید د پوستکي Graft او یا Flap پرې ولگول شي دتل لپاره باید دپوستکي دگونځو سره کارونه لرل شي که Contracture رامینځ ته شونو باید د Z-plasty او یا دپوستکي پواسطه تداوي کېږي کله چې دلاس Voller برخې دپوستکي حسیت له مینځه تللی وي نو پوستکي باید دخپلو اعصابو او او عیو سره یوځای د Graft په شکل پرې ولگول شي.

Tendons

کیدای شي په ابتدایي توگه د Suture اجرا کول د زخم دمنتن کیدلو د جرحي او ترمیم تر مینځ دزیات وخت د تیریدلو، دپوستکي دزیات تخریب او د عملیاتي لوازمو دعدم موجودیت له کبله مضاد استتباب وي په دې حالتو کې دوهمي ترمیم او وتر Graft ته ضرورت لیدل کېږي، د Profundus وتر هغه جرحي چې Super facialis سالم وي او ناروغ وروسته مراجعه کړی وي نو منقبض وتر په ټوله گوته کې د Flexion سوئی شکل پیدا کوي وتری گرافت هم خطر لري ځکه چې

گوته شخړې - کله چې دناروغ کار او وظیفه او دبعیده مفصل دزیات قوت سره Flexion ته ضرورت لري نو دبعیده Interphalangeal مفصل Fusion او یا Tenodesis انتخابي طریقه ده که چیرې Superfacialis او Profundus دواړه اوتار خراب شوي او کش شوي وي نو وتری Graft ته ضرورت لري که داوتارو حالت ښه وي اوالتصاقات موجود نه وي نو اوتار له Flexor شیت څخه ښکته کیږي او ددې په ځای وتری Graft تر سره کیږي بیا رغونه یې د ابتدایي ترمیم په شان ده داپورته حالت د Pulley په روع سیستم کې ښه کار کوي که چیرې Pulley ته تاوان رسیدلي وي د پوستکي Cover کمزوری دی، منفعل حرکات محدود شوی وي او شیت تخریب شوی وي نو د دوه مرحلوي طریقی څخه کار اخیستل کیږي اوتار قطع کیږي او Pulley د قطع شوي وتر او یا Extensor Retinaculum سره بیارغول کیږي د Profundus وتر دبعیده برخی سره Silastic rod گنډل کیږي او د ښو منفعلو حرکاتو لپاره د بیا رغونې پلان نیول کیږي د Rod گردچاپیره یوه همواره ښویدونکی سطحه جوړیږي ۶-۸ اونې وروسته Rod لری کیږي او د Flexor digitorum profundus دبعیده او قریبه برخو سره د دوه وړو شقونو له لارې وتری Graft گنډل کیږي بیا رغونه یې د ابتدایي ترمیم په شان ده ځینې وخت Tenolysis استطباب لري په Zone-II کې د Flexor وتر د ترمیم څخه وروسته وتر صحیح کار نه کوي ځکه چې دوتر او شیت تر مینځ التصاقات رامنځ ته شوي وي ځینې کار نه کوي ځکه چې دوتر او شیت تر مینځ التصاقات رامنځ ته شوي وي ځینې فعال حرکات موجود وي چې له دې څخه معلومیږي چې وتر نښتې دې خو دمکملی وظیفی لپاره کافي نه وي منفعل حرکات ښه وي اوتار دواړه کړکیو دلارې په احتیاط سره د Flexor یو ښه پروگرام موجود وي او که نه وي نو د پخوا

څخه زيات Scar نسج رامنځ ته کيږي او د Tenolysis له کبله معامله نوره هم خرابيږي.

Nerves:

د اعصابو هغه جرحي چې ناروغ په کې وروسته مراجعه کړي وي بايد په احتياط سره ارزيايي شي د ترميم نتيجه په اعصابو کې دوخت په تيريدو سره خرابيږي ځکه چې د حرکي اعصابو End plate بڼه نه نښلي او عضلات اتروفي کوي که د عصب په جرحه څو مياشتي تيري شوي وي نو د ترميم لپاره Tendon transfer تر ټولو بڼه لاره ده د عصب په ترميم کې بايد Scar غوڅ شي او د عصب تنه پرېښودل شي ترڅو په قريبه او بعیده برخو کې صحت مند عصب مينځ ته راشي د گنډلو په ليکه باندې د فشار کمولو په خاطر عصبي Graft ته اړتيا ليدل کيږي.

Joints

قريبه Interphalangeal مفصل د Flexion contracture لپاره ډير مساعد دي د متحرکو او غير متحرکو ميزابو سره يوځای بايد فعال او منفعل حرکاتو تمرين اجراشي ځينې وخت د شخوالي دختمولو لپاره عمليات ته ضرورت پيدا کيږي خود عمليات له کبله بيا نور شخوالي پيدا کيږي بې ثباته او دردناکه مفاصل بڼه دي چه Fusion شي.

Bones

که تدوري Malunion مينځ ته راغلی وي نو درملنې ته اړتيا لري Non union غير معمول دي خو که پيدا شي نو Graft بايد تر سره شي.

قطع کول: Amputation

۱- Indications: یوه ګوته هغه وخت غوڅیري شه وخت چې دردناکه وي نه رغیري ناروغ یې کړولی نه شي او ناروغ یې د ګوتی په شان نه احساس کوي.

۲- Technique: د ګوتې په څوکه کې زموږ هدف یو دمحرکی ګوتې چې نورمال حسیت ولري مینځ ته راوړل دي دا کار دموضوعي Flaps او یا دعصبي وعایي جزیروي Flaps پواسطه سرته رسولی شي - همدارنگه د هډوکي د لنډولو پواسطه هم ترسره کیدای شي *cros-finger flap* ډیره ګټه رسوي او د پوستکي بڼه پوښ دي خو په Donor ګوته کې *Contracture* پیدا کوي اخري انتخاب د جراح په مهارت او دناروغ په ضرورت پورې اړه لري په غټه ګوته کې هر ملي متر ډیر اهمیت لري او حتی شخه او بې شکله غټه ګوته هم د ډیر اهمیت وړ ده د شهادت او منځنی ګوتې باید د لاس سره د بند په ساحه کې غوڅې نه شي ځکه چې د بنګلا له نظره بدې بنکاري او واړه اجسام به د لاس دخالیګاه شخه غورځیري، که د دواړو ګوتو قریبه برخې پریښودل شي نو وظیفوي حالت به یې بهتر وي *Extensor* وتر باید هیڅکله هم د *Flexor* وتر سره ونه ګنډل شي ځکه چې د دې پواسطه په *Flexor digitorum profundus* باندې فشار زیاتیري او نورې ګوتې مکمل *Flexion* نه شي ترسره کولی که منځنی *Phalanx* د *Flexor digitorum superficialis* په ساحه کې قطع شي نو *Profundus* وتر کش کیدل سم وي خود *Lumbrical* له لارې قریبه *Interphalangeal* مفصل د *Flexion* په ځای *Extension* کوي دایوه تخریش کوونکی اېنارملتي ده اوله دې شخه د *Superficialis stump* د *Flexor sheath* سره د ګنډلو پواسطه مخنیوی کیدای شي د ډیرو قریبه جرحو لپاره ټوله ګوته د *Metacarp* سره یوځای *Amputate*

کیرې لاس کمزوری کیرې خو ډیر بد نه بنکاري که منځنی گوته د Metacarpel له لارې قطع شي نو د شهادت گوته د Flexion په وخت کې د قینچې په شکل عمل اجراکوي د منځني گوتې له پاسه له دې څخه د شهادت د گوتې د Metacarp د هډوکي د منځني گوتې Stump ته د انتقال له لارې مخنیوی کیدای شي.



26,16

موخره بیا رغیدنه

د THUMB دځایي نیولو لپاره دوهمه TOE انتقال شوی ده ځکه چې THUMB په حادثه کې له منځه تللی وه.

Late reconstruction

یو شدید زخمی شوی

لاس باید د لاس د ماهر جراح پواسطه تداوي شي په استثنایي واقعاتو کې باید په مختلفو طریقو غور وشي که د thumb څخه ټولې گوتې له منځه تللی وي نو ځینې وخت د Cortical هډوکي څخه نوې گوته جوړېږي چې د پوستکي د flap پواسطه پوښل کیرې یوه بله متبادله لار یې د (Toe) څخه د مائیکرو سرجري پواسطه عصبي وعایي Transfer دي که غټه گوته له منځه تللی وي نو د Pollicization ، د دوهمې (Toe) انتقال اود Osteoplastic بیارغونې له لارې بیرته جوړېږي.

REFERENCES AND FURTHER READING

- Heyman P (1997) Injuries to the ulnar collateral ligament of the thumb metacarpophalangeal joint. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 5, 224-229

دنخاع جروحات

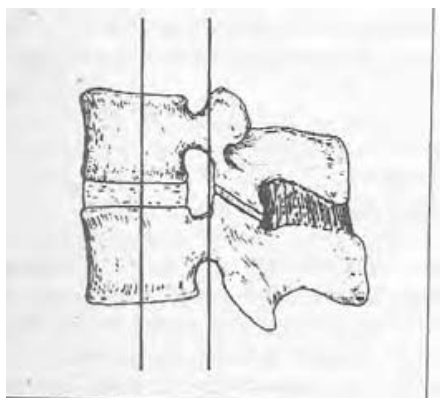
دنخاع دجروحاتو پتو فزیا لوژی

ثابتي او بي ثباتي جرحي:

دنخاع په جرحو کې دستون فقرات او دعصبي انساجو د زیان غبرگی خطری موجودې دي اګر چې د جرحی دپیل څخه د زیان پراختیا معلومه وي خوبیا هم ډار شته چې حرکت به عصبي افت لاپسې پراخه کړي، همداعلت دې چې ثابتي او بي ثباته جرحی باید وپیژندل شي او که ثابته جرحه وپیژندل شي باید د بي ثباته جرحی په توګه تداوي شي، ثابته جرحه هغی جرحی ته وایي په کومه کې چې ستون فقرات د عادي حرکتو پواسطه بي ځایه نه شي که عصبي اجزاو ته زیان نه وي رسیدلی نو وروسته یې د زیان خطر کم دی یوه بي ثباته جرحه هغی جرحی ته وایي چې د بي ځایه والی شدید خطر په کې موجود وي او عصبي انساج هم په کې زخمی شوي وي دنخاع د استحکام د ارزیابي لپاره باید درې ساختماني اجزا تر نظر لاندې ونيول شي.

۱- خلفي Osseoligamentous Complex Or Post Colum چې سویقونه، مفصلي سطحی خلفي هډوکنی قوسونه اودنخاع په داخل او پورته برخه کې اربطی ارزیابي شي منځنی Column چې دفقری دجسم خلفي برخه د بین الفقري ډیسک خلفي برخی او خلفي طولاني اربطی په کې شامل دي باید وکتل شي همدارنگه قدامي Column چې دفقری دجسم قدامي نیمايي برخه، د بین الفقري ډیسک قدامي برخه او قدامي طولاني اربطه په کې شامل دی هم باید ارزیابي

شي ټول هغ کسرونه چې د مرکزي Column سره یوځای یو بل Column په کې زخمی شوی وي بې ثباته کسرونه گڼل کېږي. له نیکه مرغه د نخاع ۱۰% کسرونه بې ثباته او ۵% یې د کسر سره یوځای د نخاع زیان هم لري عصبي بې ثباتي د ډیر ټوټه کسر له کبله مینځ ته راځي ځکه چې د هډوکي ټوټی د حرکت په وخت د نخاع کانال ته تیرېږي او تخریب رامینځته کوي.



27,1

د نخاع ساختماني برخي:

عمودي خطونه د نخاع ساختماني تقسیم د ډینیس طبقه بندي له مخي بنای. درې برخي عبارت دي له- خلفي کملکس- متوسط- او قدام غاړه.

Mechanism of injury

د جرحی درې اساسي میخانیکونه دي چې په ترتیب سره ترې یادونه شوی ده:

۱- Traction injury: د قطني ناحیې په نخاع کې د عضلاتو د کشش له کبله په مقابل کې مقاومت موجود وي مستعرض بارزی Avulsion کوي د غاړی په نخاع کې کیدای شي د اومی فقری Spinous process په Avulsion اخته شي.

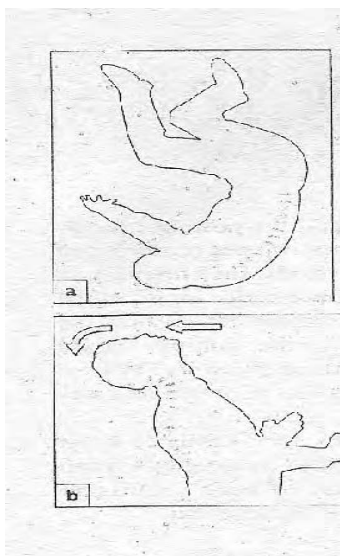
۲- Direct injury: د ټوپک د گولی او چاقوانو په واسطه د نخاع نافذه جرحی د مستقیمو جرحو عام مثال دی.

۳- Indirect injury: دا د نخاع د زیان تر ټولو معمول سبب دی د جرحی هغه وخت مینځته راځي کله چې یو څوک د یوې ارتفاع څخه راولوېږي او نخاعي Column یې په عمودي محور غونج شي او یا هغه وخت پیدا کېږي چې خټ یا تنی په ازادانه

ډول گډوډ حرکت ورکړل شي په نخاع باندې مختلفې نوعې قوتونه عمل کوي چې دمخوري فشار Flexion جنبي فشار Flexion rotation ، Flexion distruction او Extension په دې قواوو کې گډون لري، او ددې کبله غیر مستقیمی جرحی مینځته راځي همدارنگه په کمزوري Osteoprotic هډوکي کې د هډوکي د بې کفایتي له کبله مینځته راځي او پتالوژیک افات هم کسر مینځته راوړای شي.

Healing

دنخاع په جروحاتو کې کیدای شي د هډوکي سره یوځای رخوه انساجو ته هم زیان ورسیري، عدم التیام نادر خو Malunion عام دې د هډوکي جرحی عموماً رغیري خو هډوکي په غیر نورمال وضعیت کې روغ شي نوروغ شوی رخوه انساج د پرمخ تلونکي سوء شکل څخه ساتنه نه شي کولای ، داڅېره د فقری د جسم په قدامي فانوی کسرونو کې چې د Flexion له کبله مینځ ته راغلی وي د ۴۰% څخه زیات واقع کیږي همدارنگه د Flexion له کبله شدید سوء شکل یا Kyphosis هم



رامینځ ته کیدای شي همدارنگه هغه جرحی چې درخوه انساجو زیات تخریب په کې مینځته راغلی وي د بیلگې په توگه د Flexion distraction هغه جرحه چې Facet joint د دوه اړخیزی خلعی او دخلفي اربطی او Disc د تخریب سره یوځای وي د رغیدلو څخه وروسته د تل لپاره بې ثباته وي.

دجرحي ميخا نكيت: نخاع عموما په دوه طريقو ماوفه كيږي -a، په سر ياد غاړي په شا وليدل b، په تندي لگيدل او غاړه په فشار سره شا ته تلل.

Principles of diagnosis and management

تشخيص او تداوي بايد څنگ په څنگ تر سره شي دناروغ غلطه معاينه او غلط حرکات د درملنې پايله له بد څخه بدتر حالت ته بدلوي.

: Early Management

د نخاع دجرحي څخه مخکې بايد د هوايي لارې د خلاصولو Cervical spin control سره يوځای د دوران دکتلو اود خونريزي د کنترول احياء مجدد ترسره شي صحيح اکسيجن ورکول، تهويه او د دوران روغوالی د شتوکی نخاع دوهمی جرحی راکموي، اساسي اصول دادي چی که دتروما له کبله په ناروغ کې د شوکي نخاع د جرحی لږ امکان هم وليدل شو نو بايد چې نخاع بی حرکت شي او نوری ژوندي تهديدونکی جرحی له پيژندگلوی څخه وروسته تداوي شي، که د کلينیک او راديولوژي پواسطه د نخاع جرحی رد شي نو بايد نخاع بی حرکت نه شي.

Methods of temporary immobilization

a: Cervical spine : چې لاس او غاړه بايد په طبعي وضعيت کې بی حرکت شي په Quadrecips کې دبی حرکت کولو په منظور د شاتخته، دشگی بوجی، د تندي پتی او نیمه سخت کالر تطبیقیري د ماشومانو Occipital ناحیه نسبتا بارزه وي نو احتیاط باید وشي چې د بی حرکت والی په وخت کې یې خت د Flexion په حالت کې پاتی نه شي کیدای شي د اوږو لاندې دیوپاسته شي اینسودلو ته ضرورت پیداشي.

Thoraco lumber spine : ناروغ ته بايد د صدري قطني ناحيه د تدور او Flexion څخه پرته حرکت ورکړل شي Scoop stretcher او نخاعي عخته کارول گټور دی خو هغه ناروغن چې فلج شوي وي په هغوی کې د بستر د زخم چانس ډیر وي نو باید چې د سختو برخو لاندې یې پاسته شيان کینودل شي او ناروغ چې خومره ژر ممکنه وي په خاصه بستره کې واچول شي دناروغ دمعاینې Scoop stretcher او نخاعي تختی ته دانتقال په وخت کې باید د Log rolling د تخنیک څخه گټه واخیستل شي.

تشخیص:

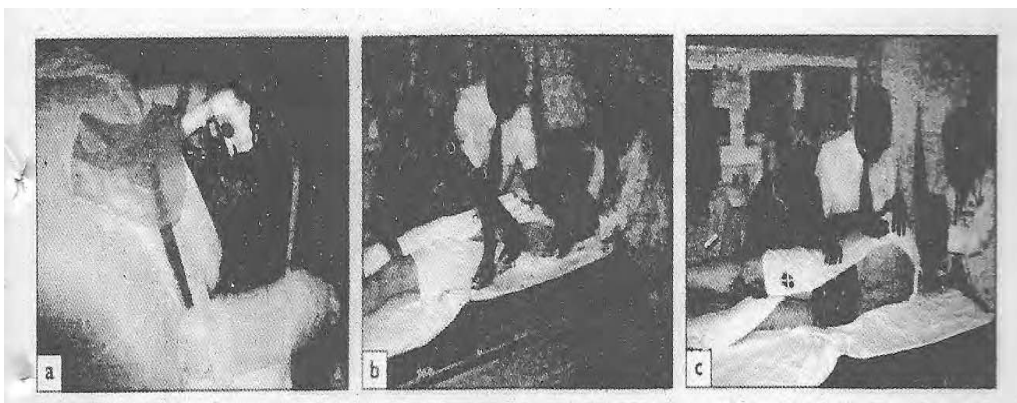
په تشخیص کې لاندیني نقاط اهمیت لري.

۱- تاریخچه:

دنخاع د کسر په اړوند د شک زیات index ته اړتیا ده کیدای شي اعراض او علایم ډیر کم وي نو تاریخچه پریکنده رول لري هر هغه ناروغ چې د Clavicula د پاسه او یا په سر باندي د پخی جرحی تاریخچه ولري او یا یې هوش له لاسه ورکړي وي نو تر تشخیص پورې مونږ ته په کار ده چې د غاړی دنخاع جرحه په فکر کې ولرو هر هغه ناروغ چې له ارتفاع څخه رالویدلي وي او یا یې سریع ټکر کړی وي مونږ باید Thoracolumber جرحی په نظر کې ولرو خو هغه معمولي جرحی چې په ملا یا غاړه کې درد او په اطرافو کې عصبي اعراض رامینځ ته کړي د ډاکتر شک زیاتوي.

Examination : دنخاع د جروحاتو معاینات په ترتیب سره په لاندې ډول اجرا کړي.

الف: Neck : سر او مخ باید د شینوالي او Grazes لپاره وکتل شي او که دواړه موجود وي نو دغاړی دنخاع د غیر مستقیمی تروما بنودونکی دی غاړه او خټ د سوء شکل شینوالي او نافذه جرحی لپاره کتل کیږي. ناروغ کیدای شي خپل سر دلاس پواسطه نیولی وي دغاړی هډوکی اورخوه انساج د حساسیت لپاره جس کیږي که حساسیت او بین النخاعي اربطو تر مینځ فاصله موجوده وي نو دخلفي Column په افت دلالت کوي دمعاينې په وخت کې دغاړی نخاع ته حرکت نه ورکول کیږي ځکه چې که جرحه بې ثباته وي نو مات شوی هډوکی نخاع زخمی کوي ددې دمعاينې اصول وگوری (جس کړی خو حرکت مه ورکوي همدا



27,3

دي. د Spine دجروحاتو مقدمه تداوي

a: Quadrupie بې حرکت کيدنه : ناروغ دشا په تخته پروت ويو سر د شگې د بورو پواسطه تقويه کیږي او د Tap پواسطه چې له تندې څخه تیریري نیول کیږي او نیمه سخت Collar تطبیقیري.
bc: دشا د لوڅولو او معاينه کولو لپاره د Log rolling تخنیک بنودل شوي دی



د spine د جروحاتو مشکوکې نښې.
لومړنې تظاهر هر مشکل پیدا کوي دمخ د
شدید Brusing سره .
a: تل دغاړی د فرط بسط جرحه مشکوکه وی.
b: د شا د پورتنې برخې Brusing د قطنې
فقراتو د کسر شک راولاړوي.

B

Back : د صدري قطني نخاع د سوشکل شینوالی ، Hematoma او نافذه ناروغ
Logrolled کیري نخاع د سوء شکل شینوالی ، Hematoma او نافذه جرحی لپاره
تفتیش کیري او هډوکي یا رخوه انساج د بین النخاعي مصافو د کتلو لپاره جس
کیري د Hematoma او فاصلی موجودیت د بې ثباتی نښی دي.
c : Shock : دنخاعو جرحی په ناروغانو کې درې ډوله شیان لیدل کیري
Hypovlemic شاک د Tachycardia د محیطي جریان کموالی او په وروستني
مرحله کې د Hipotension پواسطه پیژندل کیري ، د Neurogenic شاک له کبله
په Spinal cord کې Sympathetic path way له مینځه ځي محیطي اوعیی د
Dilatation له کبله hypotension رامینځته کوي زړه د Sympathetic تعصیب
څخه محرومیري خو Rate یې نه زیاتیري، دفلج Bradycardia او hypotension
یوځای والی په Neruogenic shock دلالت کوي ناروغ ته دزیاتو مایعاتو ورکول د
سرو پرسوب رامینځته کوي چې کیدای شي Atropin او Vasopressor دواگانو
ته اړتیا پیدا کړي ، Spinal shock هغه وخت مینځته راځي کله چې Spinal cord
د جرحی څخه وروسته په موقتي توگه ناکامه شي حتی دنخاعی جبل برخی
ساختماني زیان نه لري خو وظیفه سرته نه شي رسولای د جرحی د سوء شکل څخه

بنکته عضلات فلج Reflexes ختم او حسیت له مینځته تللی وی داکار تر ۴۸ ساعتونو پورې دوام کوي او په دې وخت کې د مکمل یا قسمي عصبي افت په اړه څرگندونې نه شي کیدای کله چې ابتدایي عکس بیرته پیداشوی نو Spinal shock له مینځه تللی دی او پاتی شونی حرکتی او حسي فعالیتونه هم اعاده کیږي.

d : Neurological examination : په هره واقعه کې باید عصبي معاینه ترسره شي او په اولو څو ورځو کې خو باید د ورځې څو واری تر سره شي، دنخاع د طولاني Column دندې باید ارزیابي شي په دې کې د Spinal thalamic tract, corticospinal tract او دخلفي Column ارزیابي گډون لري یا د Sacral ضیاع لپاره باید د Toe د فعال Flexion ، Anal tone او Spinal حسیت د معلومولو تستونه تر سره شي د Perianal حسیت موجودیت په قسمي افت دلالت کوي د بې هوشه ناروغ معاینه ستونزمنه ده او تر څو چې صحیح نه وي تشخیص شوی باید دنخاع جرحه فرض شي دنخاع دافت کونجی په بې هوشه ناروغ کې د ارتفاع څخه د راغورځیدلو تاریخچه ، د سریع ټکر تاریخچه، دسر د جرحی موجودیت، حجاب حاجزي تنفس دمقعد فلج شوي معصره Hypotension او Brady cardia د Clavicula دپاسه د درد په مقابل کې عکس العمل .

a : د x-ray معاینه د ټکر په ټولو هغو ناروغانو کې چې دخت او یا دشاشخوالی او درد څخه گيله کوي د سر او مخ شدید جرحی ولري د پښتو کسرونه لري د سیت دپتی پواسطه شینوالی رامینځ ته شوی وي اودحوصلی او گیدې شدیدې جرحی ولري گتوره معاینه ده.

b: د ټکر په بې هوشه ناروغانو کې دنخاع x-ray باید دهری ورځې معمول وگنل شي.

c: هغه ناروغان چې د فقراتو پتالوژیک افت ولري په هغو کې د شا دلړې معمولي جرحی له کبله هم کسرونه مینځ ته راځي دا ناروغان که دردونه لري بیا هم باید X-ray شي.

Table 27,2 Root values for tendon reflexes

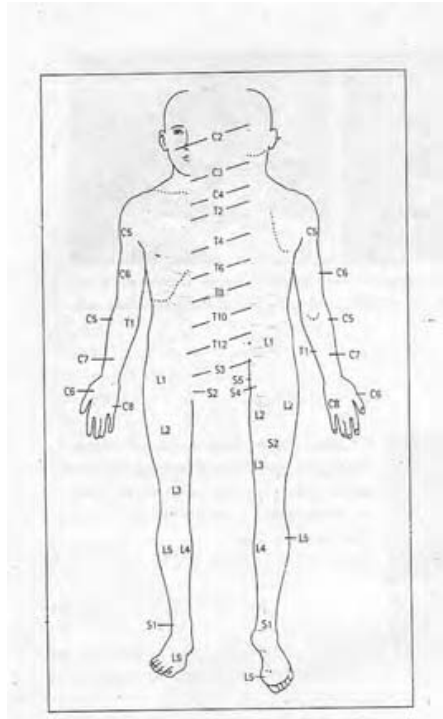
Nerve Root	Test
C5	Elbow flexion
C6	Wrist extension
C7	Rest flexion ,finger extension
C8	Finger flexion
T1	Finger abduction
L 1,2	Hip abduction
L 3,4	Knee extension
L5,S1	Knee flexion
L5	Great toe extention
S1	Great toe flexion

Root value	Tendon reflex
C5	Biceps
C6	Brachioradialis
C7	Triceps
L3,4	Quadriceps
L5,S1	Achilles tendon

275

Spine د جروحات عصبي معاینه

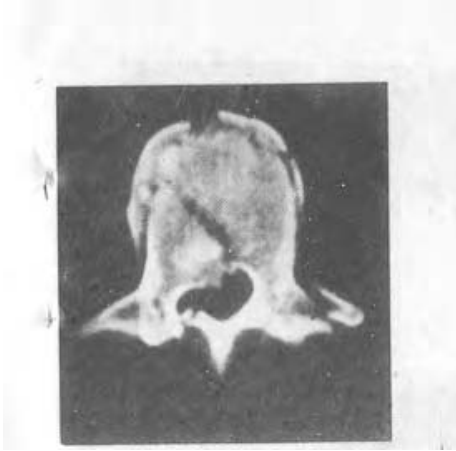
Dermatoms چې دنخاعي عصبي



جدورو پواسطه تعصیب شوی دی.

- d: درد ډیر لم موضوعي وي نو X-ray باید په ډیرو منظرو واخیستل شي.
- e: د x-ray معاینه باید بې دناروغ د حرکت او مانورو څخه اجراشي او د Flexion او Extension د مناظرو څخه ځان وساتل شي.
- f: د ښکتنې غاړې او پورتنی صدري برخو په څیر مشکلی برخی چې داوړې او پښتیو د عکسونو له نظره پتی پاتی کیږي Plain عسک او CT سکن ته اړتیا لري Odontoid کسرونه ځینی وخت CT سکن په پرته په محوري Tomogram کې ښه ښکاري.
- g: د قدامي خلفي او جنبي مناظرو سره یوځای د غاړې د پورتنیو دوه فقراتو د لیدلو لپاره د خلاصی خولی منظرې او صدري قطني ناحیې د لیدلو لپاره مایلی منظرې ته ضرورت لري.
- h: د فقري ساختمانې افت او کانال ته د هډوکینو پارچو د بې ځایه والي د لیدلو لپاره CT تر ټولو ښه معاینه ده.
- i: عصبي ساختمانونو، Flavum اربطه او بین الفقري ډسک د لیدلو لپاره MRI انتخابي طریقې ده.
- j: مغلک کسرونه د درې اړخیزو بیا رغوونکو CT عکسونو پواسطه ښه لیدل کیږي د Odontoid بارزو د کسرونو لپاره Spinal CT تر ټولو غوره معاینه ده داڅخه باید له یاده ونه باسو چې کیدای شي نخاع خو ځایه په افت اخته شوی وي.

k: د غلطی Quality عکسونه باید هیڅ قبول نه شي.
L: په ستونزمنو پېښو کې باید د Radiologist سره مشوره وشي.



27,6

د Spine د جروحاتو تشخیص د X-ray پواسطه.

plain X-ray کسر ښيي خو د Displacement او
Fragmentation په اړوند که معلومات ورکوي دغه CT سکین په
Spinal cord کې دیو لوی پارچې ښودنه کوي کوم چې په خطرناک
شکل Spinal تجاوز کوي.

: Principles Of Definitive Treatment

د درملنې موخې په لاندې ډول دي:

۱- د عصبي وظیفې محفوظ ساتل.

۲- درجعي عصبي فشار څخه د ناروغ محفوظ ساتل.

۳- د نخاع د استقامت ساتل.

۴- نخاع ته ثبات وربښل.

۵- ناروغ بیرته رغول او خپل ورځنی کار ته راگرځول.

د عاجل جراحي ثبات لپاره د اقدام استتبابات په لاندې ډول دي:

۱- د پرمخ تلونکي عصبي زیان سره یوځای د بې ثباته کسر موجودیت.

۲- په Multiple جرحی لرونکي ناروغ کې د بې ثباته کسر موجودیت.

Patients With No Neurological Injury

که دنخاع جرحه با ثباته وي نو نخاع په داسی یو حالت کې تداوي کيږي چې نور Strain په کې پيدا نه شي یو صحيح Colar اوقطنی Brace عموماً کفایت کوي خو د درد او عضلی تشنج تر ختمیدو پورې ناروغ په بستر کې آرام ته ضرورت لري.

دنخاع په کانال کې د بی ځایه شوو پارچو د لیدلو لپاره باید CT په نظر کې ونیول شي که یوه غټه پارچه هم موجوده وي خو عصبي افت یې نه وي ورکړې جراحی ته ضرورت نه شته خو که جراحی عملیه تر سره شي نو بیا رغونه ډیره اسانېږي له دې څخه علاوه دا ناروغان په مخفي توگه عصبي بې ثباتي لري او کیدای شي عصبي افت پر مختگ وکړي نو که دا حالت موجود وي نو د فشار کمول او د Fusion لپاره جراحی عملیه اسطباب لري د عصبي افت څخه پرته د شدید کسر په موجودیت کې جراحی عملیه تر نانتدریو پورې ده د جراحی پواسطه د سوء شکل اصلاح هم تر نانتدریو لاندې ده داواضحه نده چې لږ غونډې سوء شکل اعراض منح ته راوړي او که نه د ۲۰ درجو څخه زیات Kyphosis د اوږدې مودې لپاره د شا درد پیدا کوي که کوروالی د ۳۰ درجو نه زات وي نو خلفي اربطی نسبتاً کمزوري وي او سوء شکل پر مختگ کوي پدې حالت کې باید په ثبات غور وشي که دنخاع جرحه بې ثباته وي نو دانساجو تر رغیدو پورې باید محفوظه وساتل شي تر څو ثبات پیدا کړي دغاړی په نخاع کې داکار د ترکشن پواسطه څومره ژر چې ممکن وي سرته رسیدای شي په ترکشن کې د Tong یا halo په سر کې ننبلول کيږي که Halo د جسم د Cast سره نښتی وي نو دا دواړه د اوږدې مودې د بې حرکت والي په خاطر د خارجي تثبیت په توگه وظیفه تر سره

کوي متبادله لازه داخلي تثبيت دي د وضعیت د تطابق ترکشن اويا عمليات
پواسطه بايد خلعي اويا نيمه خلعي ارجاع شي.

Patient with a neurogical injury

کله چې Spinal shock له مينځه لاړ نو ناروغ په کامل ډول دعصبي افاتو لپاره
ارزيابي شي که دنخاع جرحه باثباته وي نو ناروغ بايد په محافظوي توگه تدابي او
ورغول شي دمعمولو بې ثباته جرحو لپاره بايد محافظوي درملنه وکارول شي
داکار په هغه اختصاصي مرکز کې چيرته چې د نرسنگ مکمل ضرورت لکه
دپوستکي صفايي، دمثاني ساتنه، فزيوتراپي او خاصه درملنه موجود وي بڼه
اجراکيدای شي يو څو هفتی وروسته جرحه په خپل سر ثبات پيدا کوي اودبيا
رغيدنی لپاره ناروغ له بستر څخه پاڅيدای شي داعملیه د صدر په هغو جرحو کې
چې د پښتيو او Sternum جرحی او سوی شکل ورسره نه وي موجود ډيره کاميابي
تر لاسه کوي په نورو ډيرو حالاتو کې مقدم جراحي ثبات ته ترجيح ورکول کيږي
عمليات نرسنگ اسانوي سوی شکل کموي، درد ختموي او بيا رغونه سريع کوي
د جراحي په واسطه د عصبي افت رغيدنه باوري نه ده. خو که افت نامکمل او
دپرمختگ په حال کې وي نو عملياتي ارجاع Decompression او تثبيت
استطباب لري که د جرحی په اولو اتو ساعتونو کې Methyl پریدنيزولون ورکړل
شي نو بڼې پايلې لري دامو بايد په ياد وي چې په مقدم ډول د لوړ مقدار
کورتیکوستروئيد ورکول ددهوکي دنیکروسز خطر زیاتوي خصوصاً که ناروغ د
پخوانيو کورتیکوستروئيد او الکولو تاريخچه ولري ناروغ بايد له دې خبر شي.

Treatment methods

Cervical Spine: د غاړې دنخاع د جرحو درملنه په لاندې لارو تر سره کېږي.
Collars: a: دنرمو کالرو کارول د غاړې دنخاع په جرحو کې ډیره لږه بیولوژیک او میخانیکي مرسته کوي نو همداسبب دي چې دمعمولي Sprain په واقعاتو کې د اولو خو ورځو لپاره کارول کېږي په حادو حالاتو کې د حرکت دمحدودولو لپاره لږ غوندي سخت کالر په بریالیتوب کارول کېدای شي او د ډیرو بې ثباته جرحو لپاره بڼه نه دی د Four poster brace ډیر باثباته دی په Occipital ، Mandible ، Sternum او پورتنې صدري نخاع باندې ډیر بڼه فشار واردوي خو دناروغ د ناراحتی لامل گرځي.

Tongs: B: د Skull دهری خوا په بهرنی اړخ کې pin تطبیق کېږي چې د Tong له پاسه وجود لري له دې وروسته د خلعی یا کسر د ارجاع لپاره ترکشن تطبیق کېږي او ارجاع په خپل ځای ساتل کېږي.

Halo ring: c: د Skull په خارجي برخه کې څلور Pin تطبیق کېږي چې د پاسه پردی لگیدلی وي د Titanium pin او Graphite ring تطبیقول د MRI د اجرا کولو وظیفه اسانوي Halo ring د خلعی او کسر دارجاع لپاره د ابتدایي Traction لپاره کارول کېدای شي او دپلاستر Vest سره نښلول کېدای شي د pins مناسب وضعیت او Torque فشار ساتل لازم دي.

Fixation: d: د عملیات مختلفې لارې موجود دي چې د جرحی په سویه او انداز پورې اړه لري، Odontoid کسرونه د lag screw پواسطه تثبیت کېدای شي د Burst کسرونو فشار د قدامي شق پواسطه راکمولی شو او دخلفي شق پواسطه خلعی ارجاع کېږي نخاع د فقراتو د جسم تر مینځ د Plate د تطبیق له لارې ثابته

کولی شو همدارنگه په خلف کې د نخاعي بارزو تثبیتول د وایر په واسطه هم
نخاع ثابتیږي ډاکار دوحشي کتلاتو تر مینځ د Plate دتطبيق پواسطه هم کیدای
شي.

۲- Thoracolumbar spine : د صدري قطني نخاع په جرحو کې د تدایو لاندې
درې لارې کارول کېږي:

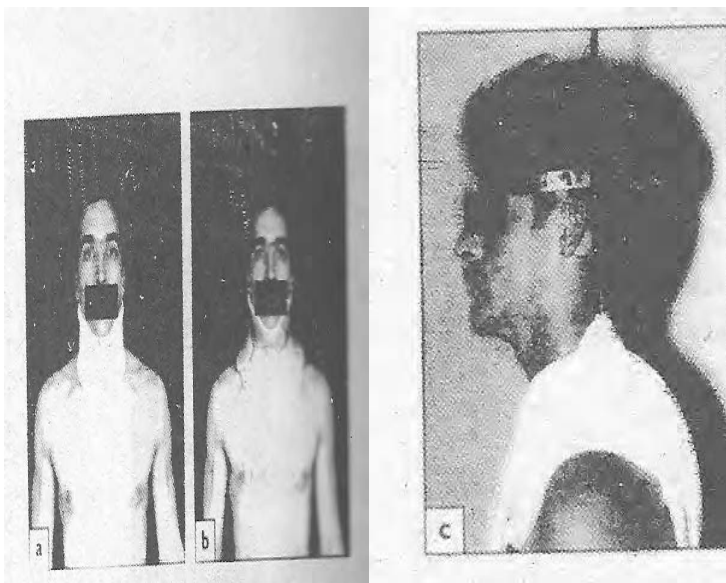
a: Beds : دنخاع په جرحو کې خاصی بستری کارول کېږي دا بستری د بستر
دزخم څخه مخنیوی کوي او ځینی بستری خو یې په خاصو وضعیتونو کې ارجاع
هم مینځته راوړي.

b: Brace : صدري قطني Brace په درې نقاطو کې تثبیت کېږي او د Flexion
څخه مخنیوی کوي د Brace استعمال په بعضو Burst کسرو کې seat belt
جروحاتو او Compression کسرو کې مناسب وي.

c: Decompression and stabilization

دجراحی هدف د کسر ارجاع ، د ارجاع ساتنه او عصبي برخو د فشار را کمول دي
جراحی شق کیدای شي دخلف یا قدام له خوا اجراشي قدامی شق دهغو Burst
کسرونو لپاره چې کانال ته ننوتی وي او یا دهغو فشاری کسرونو د مرستی لپاره
چې ډیر هډوکی په کې ضایع شوی وي او دخلف له خوا تثبیت شوی وي اجرا کېږي
په قدامي شق کې نخاع د صدر Diaphragm او یا د پریټوان له لارې لوڅیږي او
کسري ساحی ته ځان رسول کېږي د فقری د جسم دلری کولو پواسطه دنخاع د کانال
فشار کمیږي له دې وروسته دهډوکی پیوند Clavícula fibrul rib لگول کېږي او
دهغه وروسته intravertebral د پلیټ په واسطه تثبیت کېږي. خلفي شق
flexion Compression د سیټ د پټی او په کسری خلعو کې ډیر مناسب دی

خینی Burst کسرونه هم په غیر مستقیمه توگه دخلفي شق له لارې ارجاع کیدای شي د جرحی څخه پاس او بنکته دفقراتو جسم تر مینځ کونډې او راډونه د تثبیت لپاره کارول کیږي دخاصو نخاعي الاتو مینځ ته راتگ Pedical screw لري د Spinal column سره یوځای کیږي د تثبیت عملیه ډیره رالنده کړیده او یوځای په یوه یا دوه برخو کې تثبیت اجرا کیږي دا لات د سوء شکل د اصلاح مخه نه نیسي چه د Distraction او extension په واسطه اصلاح اجرا کیدای شي Bone graft ته دبیولوژیکی یوځای والی د پاره ضرورت دی.



27,7
 د Spine دجروحاتو تداوي
 a: دغاری معیاري کالر
 b: ډیر کلک کالر
 c: Halo body cast

Cervical Spine injuries

ناروغ د ارتفاع خخه د غورځيدو او يا د ټکر د حادثی تاريخچه چې اومیر په کې په سخت حرکت مجبور شوي وي و ابي هغه بې هوشه ناروغان چې د سر جرحه ولري هغوی کې بايد د غاړې دنخاع جرحی ته شکمن او وسو د غاړې غير نورمال وضعیت د جرحی بنودنه کوي اود محتاطانه جس پواسطه حساسیت معلومیري د x-ray تر اجراپورې حتا ته حرکت ورنه کړل شي په پنبو کې Parasthesia او درد ډیر اهمیت لري او ناروغ باید د Spinal cord او عصبي جذورو د جرحو لپاره وکتل شي.

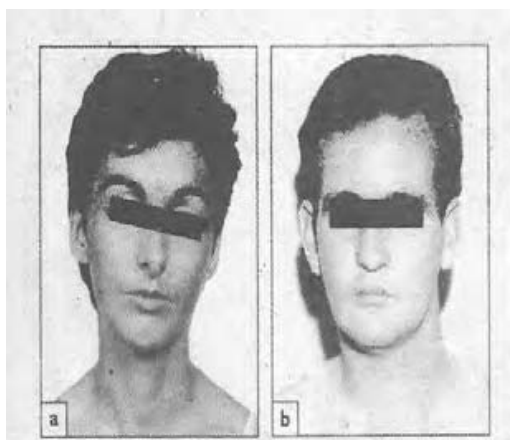
Imaging

باید د بنی کوالیتی X-ray plain واخیستل شي او په لاندې طریقی باید وکتل شي.

۱- په قدامي خلفي منظره کې جنبي برخی باید په تماس کې وي او نخاعي بارزی او د تراخیا سیوری باید په مینځ کې وي د c1 او c2 د کتلو لپاره باید په خلاصه توگه X-ray واخیستل شي.

۲- په جنبي منظره کې باید د غاړې اووه واړه فقرات او د T1 پورتنې نیمايي برخه راشي او که نه وي نو د غاړې او صدري فقراتو د اتصال یوه شدید جرحه کیدای شي له نظره پته پاتی شي که په یوه جنبي منظره کې ونه لیدل شي نو باید د ناروغ اوږی بنکته خواته کش شي او په جنبي منظره بله X-ray واخیستل شي، که دانا کامه شوه نو باید د Swimmers په منظره x-ray واخیستل شي او که په دې هم ونه شوه نو CT سکن ته ضرورت دی.

- ۳- په X-ray کې باید همواره انحناء وکتل شي چې د فقراتو په قدام کې د څلورو متوازي کتلو څخه مينځ ته راځي چې په ترتيب سره داليکې د شاد خلفي اړخ دوحشي کتلانو اونخاعي بارزو د قاعدې پواسطه مينځته ته راځي په دې کې هره بې نظمي په کسر يا بې ځايه والي دلالت کوي د فقرې د جسم قدام ته بې ځايه کيدل ۲۵% په يوه اړخيزه خلع او ۵۰% په دوه اړخيزه خلع دلالت کوي.
- ۴- د Odontoid بارزي او د Atlas دقدامي قوس دشا تر مينځ فاصله بايد په غټانو کې د ۳ ملي مترو او په ماشومانو کې د 4.5mm څخه زياته نه وي.
- ۵- د هری فقرې جسم بايد دبلې فقرې سره پرتله شي او د ارتفاع د ضياع ټوټه کيدلو خلفي بې ثباتي ځايه والی په اړه بايد بشپړ تفتيش وشي.
- ۶- د رخوه انساجو سيورې بايد وکتل شي کيدای شي د Pharynx شاته Hematoma موجود وي د تراخيا د سويې څخه لږ پورته د فقراتو په قدام کې د رخوه انساجو سيورې بايد 5mm څخه کم وي او د تراخيا څخه بنکته بايد ضخامت ديوې فقرې د جسم داندازې څخه کم وي داربطو په څيروالي کې کيدای شي د بارزو تر منځ واټن زيات شوی وي.



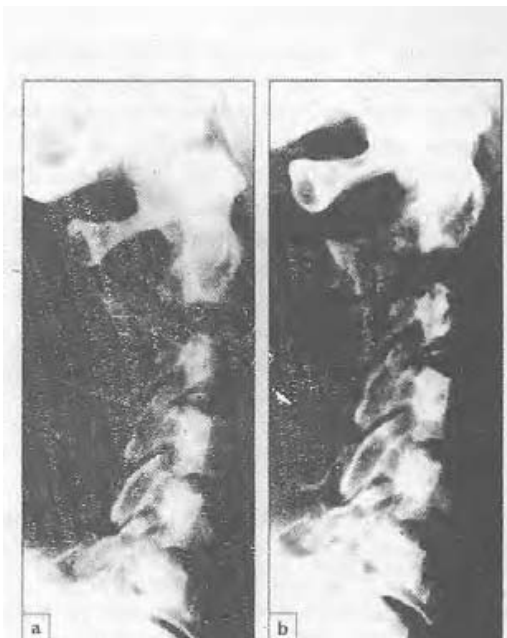
27,8

دغاړې دنخاعی جرحو کلينيکي نښې:
 دغاړې د Sprains وروسته دغاړې کوږوالی معمولاً پيدا کيږي يوه بنځه بنودلی شوی ده چی
 a: په Whiplash جرحه اخته شوی يو سړی بنودل شوی چی
 b: ورته دپورته کيدنو نيمگړتيا لري خو اونۍ مخکې د غورځيدو تاريخچه وايي او odontoid process کسر لري.

دغاړی د نخاع د جرحو تشخیص د X-ray پواسطه.

a: د یوې ترافیکي حادثې څخه وروسته ددې ناروغ د خټ درد کولو درې ځلي يې ډاکتر سره مشوره وکړه او هر ځل ورته وویل شوه چې ایکسری د نارمل دی خو تاسو فقرات وشماری پدې عکس کې یوازې شپږ فقری دی د C7-T1 اتصال ته لیدل کیږي نو د اوږې بڼکته رابڼکودي Swimer منظرې یا CT سکن ته ضرورت دی.

b: کله چې د Swimer په منظره ایکسری واخیستل شوه نو د C6 او C7 خلع د عکس په بیخ کې بڼکاره شوه.



په ماشومانو کې د تشخیص طریقی:

ماشومان په ډیر تکلیف کې وي او معاینه یې ډیره ستونزمنه ده نو د تشخیص لپاره په x-ray باندې ډیر اتکاء کیږي نو باید خو عامی خبری په نظر کې ولرو کیدای شي Atlantodental واټن نورمال بڼکاره شي ځکه چې تعظم صحیح صورت نه وي نیولی او اړبټی په ماشومتوب کې سستی وي کیدای شي د C2 او C3 واضح Subluxation ولیدل شي د بلعوم شاته مضافه د ژړا په وخت کې د جبری Expiration پواسطه زیاتیري Growth plate او Synchronosis د کسر سره غلطیږي په نورمال Syndchondrosis کې د شپږو کانو په عمر کې یوځای رامینځ ته کیږي خو دا دیو غیر بې ځایه شوي کسر سره مغالطه کیدای شي نخاعي بارزی هم کسرونو ته ورته وي او په غټو ماشومانو کې د Growth plate څوکه د Odontid د کسر سره مغالطه کیږي.

SCIWORD یو مخفف دې چې د واضحی رادیوگرافیک ابناړملتي څخه پرته د نخاع شوکي دجرحو لپاره کارول کيږي په ماشومانو کې نورماله رادیوگرافي د شوکي نخاع دجرحي امکان نه شي ردولی.

Upper Cervical Spine

۱- Occipito atlantal dislocation : دایو وژونکی حالت دی په ځینی واقعاتو کې ناروغ دعصبي افت څخه پرته د Subluxation په حالت کې ژوندي پاتی کیدای شي تشخیص دغاري د جنبي رادیوگرافي پواسطه کيږي په رادیوگرافي کې باید د Odontoid څوکه د Foramen magnum دقدامي غاري څخه په عمودي استقامت د ۵ ملي مترو څخه او په افقي استقامت د ۱ ملي متر څخه زیاته نه وي په ماشومانو کې لږ غوندي زیاتوالی د منلو وړ دی جرحه په ابتدایي توگه د ترکشن څخه پرته د Haloring پواسطه بې حرکته کيږي، ددې عملي په تعقيب upper cervical spine د Occiput سرې په خلفی استقامت Fusion صورت نیسي.

C1-Fractur

دسر دپاسه ناڅاپي شدید قوه د اتلس کرې په کسر اخته کوي د (Jefferson's 57) هډوکیني پارچه عصبي کانال ته نه تیريږي او عصبي زیان مینځ ته نه راځي کسر د ایکسري د خلاصی خولی او جنبي منظرو پواسطه لیدل کیدای شي د کسر د تشریح لپاره CT سکن خاصه معاینه ده که کسر بې ځایه شوی نه دی او باثباته وي نو ناروغ د کسر تر التیام پورې یو نیمه سخت کالر اويا Halo west اغوندي که جنبي کتلات کومی خواته وتلي اويا مستعرضه اړبطه څیری شوي وي، نو جرحه بې ثباته ده او باید چې دخو هفتو لپاره په Halo vest کې تداوي وشي که په

ایکسری کې دایمی بې ثباتي ولیدل شوه نو باید د C1-C2 خلفي Arthrodesis په نظر کې ونیول شي د فرط بسط جرحی د اتلس په قدامي یا خلفي قوس کې کسر پیدا کولی شي دا نسبتا با ثباته کسر وي او تر التیام پورې په نیمه سخت کالر یا Halovest کې ساتل کېږي په ۵۰% واقعاتو کې د اتلس دغاړې د نخاع د جرحی سره یوځای وي باید د Adantoid او Hangman کسرونه رد شي.



27,11

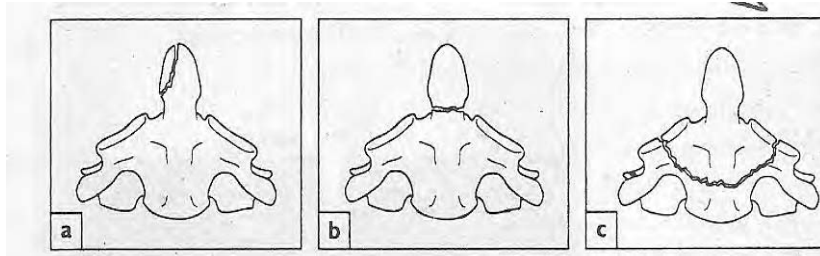
د C1 او C2 Neural arch کسرونه.

a: د Arch د تخریب سره یوځای د C1 کسر یا Geffer son کسر د خلاصی خولی په منظره کې د جنبي کنلاتو خپریدل لیدل کېږي

نخاع بې ثباته ده او یو Holly body cast

b: کیدای شي استتباب ولري.

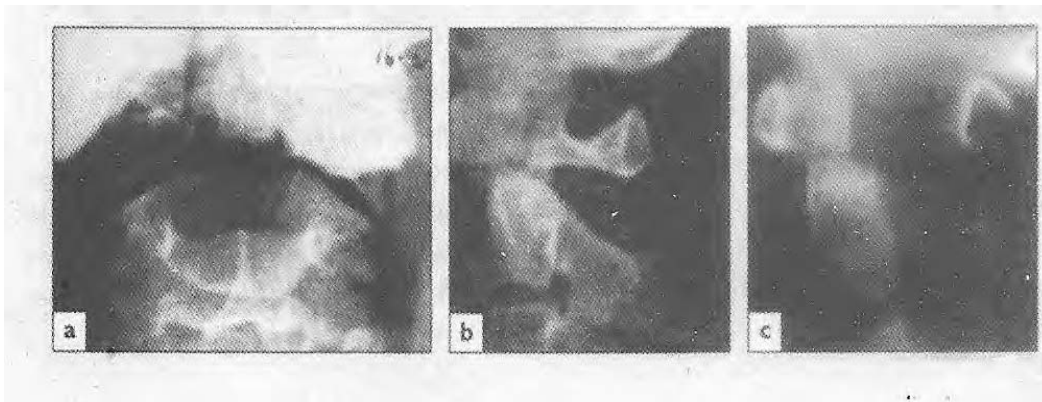
c: د C2 د ستني یا سویق کسر چې په عمومي توګه د بسطی جرحی څخه رامینځته کېږي او د یته Hang man کسر وایي.



27,12

د کسرونو ډلبندی odontoid

Type I :a د Odontoid بارزی په څوکه کې کسر.



Type II :b د odontoid بارزی او د جسم د اتصال په نقطه کې.

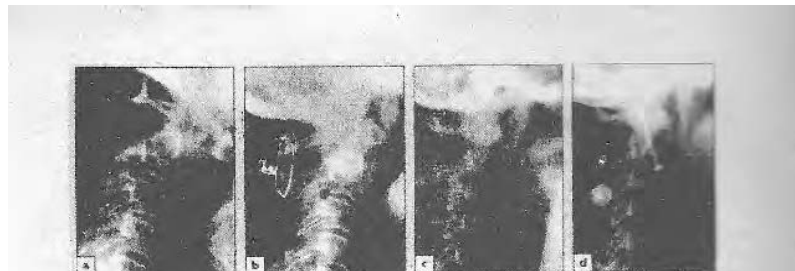
Type III :c د جسم په محور کې کسر.

27,13

د کسرونو ایکسری Odontoid

a: odontoid قاعدوي کسر چې اتلس او Scall قدام ته راوړي.

c: Tomography پواسطه افټ ډیر واضح بنودل کیږي



27,14

د کسرونو درملنه: odontoid

a: شدید بې ځایه شوي Odontoid کسر.

b: په دې واقعه کې کسر د Skull ترکشن پواسطه ارجاع شوی او د C1 د بارزی د C2 سره د تثبیتولو پواسطه ساتل شوی دی.

c: d: د تثبیت یوه متبادله طریقه

Odontoid Fractures or C2 Fractur

د Odontoid کسرونه عام دي دا عموماً په ناروغانو کې د Flexion دجرحو په سریعو ټکرونو او شدیدو راغورځیدنو کې مینځ ته راځي خو دا کسرونه په زړو Osteoprotic خلکو کې د کمې قوی د تروما له کبله چې څټ په کې په فرط بسط مجبور شي هم مینځ ته راځي لکه په تندي باندي راغورځیدل یو بې ځایه شوی کسر په حقیقت کې د Atlantoaxial مفصل کسری خلع ده چې Atlas فقره په کې قدام یا خلف خواته بې ځایه کیږي او Odontoid بارزه له ځان سره ماتوي په څلورمه برخه ناروغانو کې د حبل زیان لیدل کیږي. د Atlas د فکری قطر په دریو کې یوه برخه خالی ده یوه برخه یې Odontoid بارزی نیولی او یوه برخه یې Cord نیولی نو د بې ځایه والی په وخت کې بیدون ددې چې عصبي افت مینځته راوړي کافي ځای موجود وي.

ډلبندي:

د Odantoid کسرونه د Anderson او د Dolanzo پواسطه په لاندې ډول ډلبندي شوي دي.

۱- Type I کسرونه: داکسرونه د Alar داربطو د ترکشن پواسطه د Odantoid بارزی دڅوکی Avulsion کسرونه دي داکسرونه باثباته دي او بې له کومی ستونزی رغیږي.

۲- Type-II کسرونه: داکسرونه دجسم دمحور او د Odantoid بارزی داتصال په نقطه کې مینځ ته راځي دا تر ټولو عام او خطرناک کسرونه دي کسر بې ثباته او عدم التیام ته مساعد وي.

۳- Type-III کسرونه: داکسرونه د فقری دجسم په محور پیدا کيږي کسر باثباته وي اودتل لپاره د بې حرکت کولو پواسطه رغیږي.

کلینیکي بڼه:

دخت د شدید Strain تاریخچه چې د درد او دعضلاتو دتشنج له کبله دشخوالي پواسطه تعقیب شوي وي موجود وي تشخیص لکه څرنګه چې دومره اسان نه دی د Odantoid د کسرونو سره نوری ډیرې واضحه جرحی موجود وي چې عاجلی توجه ته اړتیا لري په ځینې واقعاتو کې کلینیکي علایم ضعیف وي او څو اونی له نظره پتپاتی کيږي په ۲۰% واقعاتو کې عصبي اعراض مینځ ته راځي.

Imaging

د Plain ایکسری پواسطه کسر بنودل کیږي خو د جرحی پراختیا واضح نه وي کیدای شي ددې سره د اطلس کسر موجود وي، د X-ray توموگرافي مرستندویه خو MRI د مستعرض اربطی خیری کیدنه هم په گوته کولای شي او دا ډیر اهمیت لري ځکه چې د اربطی خیری کیدنه د کسر په عدم موجودیت کې هم بې ثباتي رامینځ ته کیدلای شي، Type-I کسرونه د نارامي تر ختمیدو پورې په سخت کالر کې د بې حرکت کولو پرته کومه بله تداوي نه لري، Type-II کسرونه اکثراً بې ثباته او Non Union ته مساعدوي خصوصاً کله چې له پنځه ملي متر څخه زیات بې ځایه شوي وي غیر بې ځایه شوي کسرونه د Halovest د تطبیق پواسطه په خپل ځای کې ساتل کیږي بې ځایه شوي کسرونه د ټرکشن پواسطه ارجاع کیږي او د عملیات پواسطه د Screw د تثبیت له لارې په خپل ځای کې ساتل کیږي د ثبات د لیدلو لپاره پر له پسې x-ray اخیستل کیږي، Type-III کسرونه که بې ځایه شوي نه وي د ۸-۱۲ هفتو لپاره په Halovest کې تداوي کیږي خو که بې ځایه شوي وي نو کسر لومړی باید د Halo د ټرکشن پواسطه ارجاع شي او دا ټرکشن باید د Flexion او Extension په هر وضعیت کې کارول کیدای شي چې په قدامي او خلفي بې ځایه والې پورې اړه لري له دې وروسته ۸-۱۲ اونيو لپاره په Halowest کې بې حرکت ساتل کیږي.

Fractured Pedicle of C2 or Hang man Fracture

د Hang man په رښتینو کسرونو کې د Axis دفقري سویق په کسر اخته او د C1 او C2 فقراتو ډسکونه خیرې کیږي او کسر د Extension سره یوځای د Distraction دقوی د تطبیق له کبله مینځ ته راځي د ورځني عادي کار د جرحو

میخانیکیت ډیر مغلق دي داجرحی د Flexion او Compression, Extension د بیلابیلو درجو څخه مینځ ته راځي داجرحی دگادو یا خوځیدو په ټکرونو کې کله چې تندې مخامخ ولگيږي د مرگ عام لامل دی عصبي افت غیر معمول دی ځکه چې دخلفي قوس کسر په نخاعی جبل باندې فشار راوړلو ته زیات میلان لري کسر کیدای شي په مخفي توگه بې ثباته وي هغه غیر بې ځایه شوي کسرونه چې تر نظارت لاندې په Flexion او Extension کې ثبات ولري په نیمه سخت کالریا Halovest کې تر التیام پورې تداوي کيږي بې ځایه شوي کسرونه کیدای شي ارجاع ته ضرورت ولري، څرنګه چې جرحه د Distraction له کبله مینځ ته راغلی وي نو باید ترکشن تطبیق نه شي د ارجاع څخه وروسته څټ تر التیام پورې په Halovest کې ساتل کيږي ځینې وخت د یوځای والي په وخت کې دایمي بې ثباتي رامینځ ته کيږي په ځینې واقعاتو کې د Hangman کسر د C2 او C3 دوجهی خلعي سره یوځای وي چې په دې حالت کې خلاصی ارجاع او ثبات ته اړتیا لیدل کيږي.

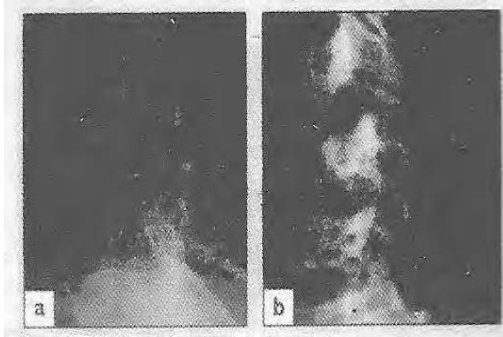
Lower Cervical Spine

دنبکتني غاړې دنخاع کسرونه د (C3-C7) پورې د خاصو ځانګړتیاوو درلودونکی کسرونه دي چې دجرحی په میخانیکیت پورې اړه لري او عموماً دمحوري فشار Flexion rotation او فرط بسط دقواو څخه مینځ ته راځي.

۱- Wadge compression fractur

دخالصی Flexion جرحی څخه دفقري په جسم کې فاني ته ورته فشاري کسرونه پیداکيږي منځنی او خلفي اجزا روغ وي او جرحه ثبات لري دا کسرونه یواځی د

بااستراحتته کالر پواسطه تداوي کيږي X-ray بايد په احتياط سره وکتل شي تر څو د منځني Column زيان او د فقري دجسم د پارچي خلفي بې ځايه والی رد شي ځکه چې داچاويدونکی کسر دی او په مخفي توگه ډير خطر ناک هم دی د شک په صورت کې MRI او CT اجراشي.



27,15

دغاري دنخاع فشاري کسرونه.

يو حقيقي فشاري فانوني (Wedge) کسر چې.

a: ثابت دي ځکه چې انسي اوخلفي عناصر تر اوسه روغ

دي.

b: په اول نظر کې داهم يو ساده فشاري کسر بنکاري خو فشاري نه دی مرکزي ستن ماته شوی او د فقري جسم خلف

ته تيله شويدي کسر بې ثباته دی او Cord ترگواښ لاندې دی دمعاملې دسمې پلټنې لپاره CT او MRI ته اړتيا

ليدل کيږي.

۲ - Posterior ligament injury

دغاري دمنځني برخي دناڅاپي Flexion له کبله دخلفي اربطو Facet Complex

capsule د بارزو دپاسه اربطی او د بارزو تر مينځ اربطی ته زيان رسيږي.

پورتنې فقره قدام خوته کيږي او په بنکتنې برخه کې د بارزو تر مينځ فاصله خلف

خواته خلاصيږي ناروغ د درد څخه شکايت کوي دخت په شاتنی برخه کې موضعي

حساسيت موجود وي په X-ray کې کيداې شي د بارزو تر منځ د فاصلو زياتوالي

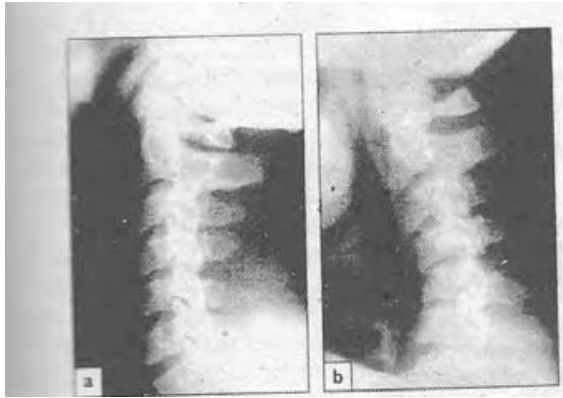
وليدل شي خو که غاړه د بسط په حالت کې وي نو دا نښه له نظره پته پاتی کيږي

نو دخت په طبعی وضعيت کې بايد جنبي X-ray واخيستل شي په Flexion کې

که ايکسري واخيستل شي نو د بارزو تر مينځ دفاصلو زياتوالي ډير واضح

بنځاري خو د تروما څخه وروسته په مقدمه مرحله کې د غاړې Flexion منع دي په دې جرحو کې د ثبات ارزيايي لژمه ده که د فقرې د جسم کوږوالی د نژدی فقرې په نسبت ۱۱ درجې زیات وي که دیوې فقرې جسم په قدام کې د بلی د پاسه ۵ ملي متره رانښودلی وي او یا وجهي کسر او بې ځایه والی مینځ ته راغلی وي نو جرحه بې ثباته ده او باید دخلعی او نیمه خلع په توگه تداوي شي که د جرحی ثبات یقیني وي او د شپږو اونيو لپاره دنیمه سخت کالر تطبیق د تداوي لپاره کفایت کوي خو که جرحه بې ثباته وي نو باید د

خلف له خوا سره یو ځای او تثبیت شي.



27,16

د غاړې دنخاع دخلفي اړیې جرحه.

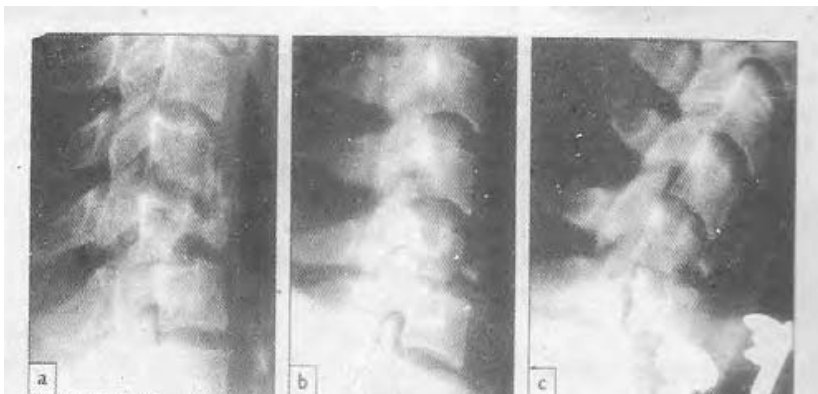
a: دبسط په حالت کې اخیستل شوی عکس د فقراتو د جسم بیځایه والی نه ښایي خو د C4 او C5 دنخاعي بارزو تر

مینځ پراخه مسافه وجود لري.

b: د خټ د Flexion په

حالت کې Subluxation

ډیر واضح ښکاري.



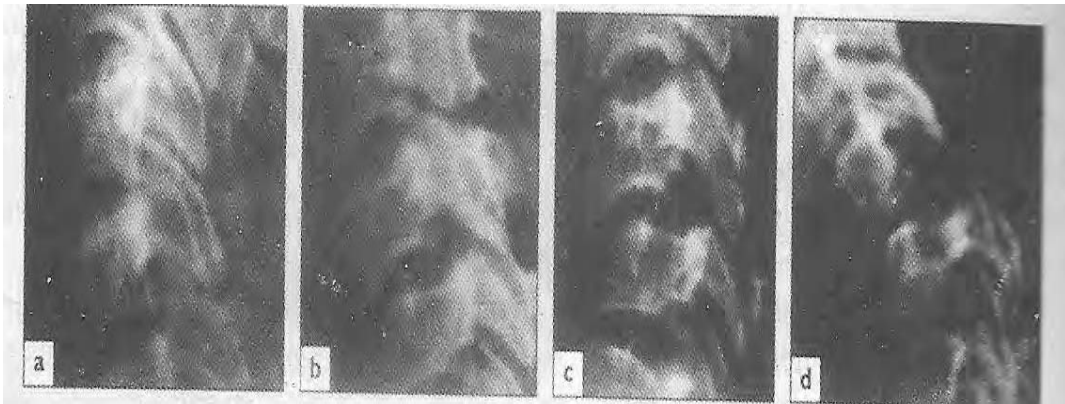
27,17

Tear drop کسر.

a: د فقري د جسم په دغه Communated کسر کې يوه غټه قدامي د پارچه مينځ ته راغلی ده او خلفي پارچه خلف خواته په واضحه توگه بې ځايه شويده.

b: په دې واقعه کې tear drop موجود دې خود جراحي شدت سم نه دې معلوم په محتاطانه معاینه کې ليدل کيږي چې د جسم غټه پارچه لږه غوندي خلف خواته بې ځايه شويده ناروغ د کالر پواسطه تداوي شويې درې اونې وروسته.

c: کسر راغونډ شويدي او د جسم غټه پارچه په واضحه توگه خلف خواته کږه او بې ځايه شوی ده له دې وروسته ناروغ د ښې بارزې کمزورې او ميري کيدلو څخه شکايت کوي مونږ بايد د پټ او نامعلوم Tear drop څخه خبر ولرو



27,18

د غاړې نيمه خلع او خلع

a: د غاړې نخاع نورمال ښکاري خو په Flexion کې عکس.

b: قدام خواته نيمه خلع ښي چې خلفي اړبطه په کې څيرې شويده.

c: دلږ غوندي قدامي بې ځايه والي سره يوځای کسري خلع چې د يو اړخيزې خلعي اهميت را په گوته کوي.

d: قدام ته د واضح بې ځايه والي سره يوځای کسري خلع.

:Burst fracture

دا د غاړې دنخاع دمحوري فشار له کبله پيداشوی شديدې جرحی دي چې عموماً په لامبورنو، غوپه وهونکو او د لوبغاړو په حادثاتو کې مينځ ته راځي دايمي

عصبي جرحه په کې عامه ده په Plain X-ray کې د فقری د جسم Communitated کسر بنکاري خو دایکسری عکس باید د مرکزي Column دزیان او دخلفي بې ځایه والي لپاره په احتیاط سره وکتل شي په عاجل ډول ترکشن تطبیق کيږي او دغتي پارچي دنخاع کانال ته د تیریدو د تشخیص لپاره باید CT او MRI ترسره شي که عصبي افت مینځ ته نه وي راغلي نو جرحه په Halo vest کې د بې حرکت کولو پواسطه تداوي کيږي خوکه عصبي افت موجود وي نو عاجل قدامي Decomprssion ته اړتیا لیدل کيږي او له دې وروسته د ۲-۸ هفتو لپاره بې حرکت والی رامینځ ته کيږي.

:Tear drop fracture

دمحوري فشار او Flexion له کبله د فقری جسم په قدامي سفلي برخه کې کسر پیدا کيږي دغه غټه پارچه یا Eponymous tear drop په ظاهر سلیم بنکاري خود مرکزي Column او دخلفي اجزاو د افت حقيقي خطر موجود دی او دهمدې له کبله جرحه بې ثباته کيږي په ایکسری کې کیدای شي ولیدل شي چې د فقری جسم خلف ته بې ځایه شوي وي خود د CT سکن او MRI پواسطه ارزیابي ډیره بهتره ده که د مرکزي او خلفي Column افت رامینځ ته شوي وي نو جرحه باید دخلفي ثبات پواسطه تداوي شي که هډوکی د حبل د پاسه راغلی وي نو حبل باید چې له فشار څخه خلاص کړی شي.

:Flexion rotation injury

a: Unilateral facet dislocation : داهم یوه Flexion rotation جرحه ده خو یوازې یو Apophyseal مفصل په کې خلع کيږي کیدای شي ددې سره یوځای د فقری د وجهی یا Facet کسر هم موجود وي په جنبي ایکسری کې د فقری جسم لږ

غوندي بې ځايه شوی وي او په قدامي خلفي ايکسري کې د شوکی بارزو استقامت تخريب شوی وي د جبل افت غير معمول او جرحه ثابته وي خلع د Skull د ترکشن پواسطه ارجاع کېږي د ترکشن وزن له ۵ کيلو گرام څخه پيل او په پای کې د وجود د وزن دايمي برخي ته رسول کېږي، کله چې وجهي سره مخامخ شوی نو په ارام سره د بسط او تقبض پواسطه مکمل ارجاع تر لاسه کېږي، د ارجاع د ساتلو لپاره له دې وروسته د ترکشن وزن راکمېږي ناروغ بايد بيدار وي او که عصبي اعراض مينځ ته راغلل نو د ترلی ارجاع لپاره بايد نورې مانوري په تپه ودرول شي که ترلی ارجاع ناکامه شي او د مانوري ډاکټر ماهر وي نو يوه بله مانوره تر سره کيدای شي او که نه وي نو خلاصه ارجاع اوداخلي تثبيت بهتر دی. هغه ناروغان چې وجهي خلعي يې بې له ارجاع پاتي شي دغاړی درد او دعصبي جذرونو داعراضو لپاره مساعد دی د ارجاع څخه وروسته که کسر موجود نه وي نو جرحه ثابته ده حت د شپږو نه تر اتو اونيو لپاره په Hallow west کې بې حرکته کېږي که ددې سره دبلی وجهي کسر يوځای وي او يا دخارجي تثبيت سره متکرره خلع رامینځ ته شي نو بايد چې په خلفي يو ځايوالي غور وشي (Posterior Fusion).

b: Bilateral fascit dislocation or fracture dislocation:

دا جرحی د شديد Flexion او تدور څخه مينځ ته راځي مفصلي وجهي په قدام کې د نورو وجهو له پاسه را درومي يو يا دواړه مفصلي كتلات په کسر اخته شوی وي او يا خالصه خلع رامینځ ته شوی وي خلعي اربطی څيری شوی وي او نخاع بې

ثباته وي عموماً د حبل افت ليدل کيږي، په جنبي راډيوگرافي کې يوه فقره قدام ته په لاندیني فقری تر نيمايي پورې د پاشه راغلی وي، بې ځايه والی بايد په چټک ډول ارجاع شي چې ددې کار لپاره د Skull traction څخه گټه اخيستل کيږي دا ترکشن وزن په ابتدا کې ۵ کيلوگرامه وي او په مرحله واره توگه په برابر مقدار سره تر ۳۰ کيلو گرامو پورې زياتيږي داخلي وريدي د عضلاتو استرخاء ورکونکی درمل او د اوږو لاندې داوږده بالښت ايسودل ناروغ ته گټه رسوي که په ايکسري کې دخلعی ارجاع وليدل شوه نو ترکشن وزن ۵ کيلو گرامو ته را کميږي او تر شپږو اونيو پورې برقرار ساتل کيږي له دې وروسته ناروغ د نورو شپږو اونيو لپاره کالر اغوندي له دې هم بڼه طريقه د ۱۲ اونيو لپاره په Halovest کې د غاړې بې حرکت کول دي د ارجاع څخه وروسته د خلفي يوځای والي دريمه طريقه د ۲-۸ اونيو لپاره د غاړې د Brace اغوستل دي که د ترکشن پواسطه ارجاع ناکامه شي نو دخلف له خوا خلاصی ارجاع او يوځای والي ته ضرورت پيدا کيږي د ارجاع څخه وروسته بايد په عاجله توگه د ميالوگرافي، CT سکن او MRI پواسطه دنخاع عکسونه واخيستل شي ځکه چې د ارجاع په عمليه کې کيد با شي هډوکني پارچي د حبل خواته ووځي او حبل زخمي کړي که هډوکني پارچي د حبل خواته وتلی وي نو د قدامي شق له لارې بايد پارچي ليري او حبل د فشار څخه خلاص شي

27,19

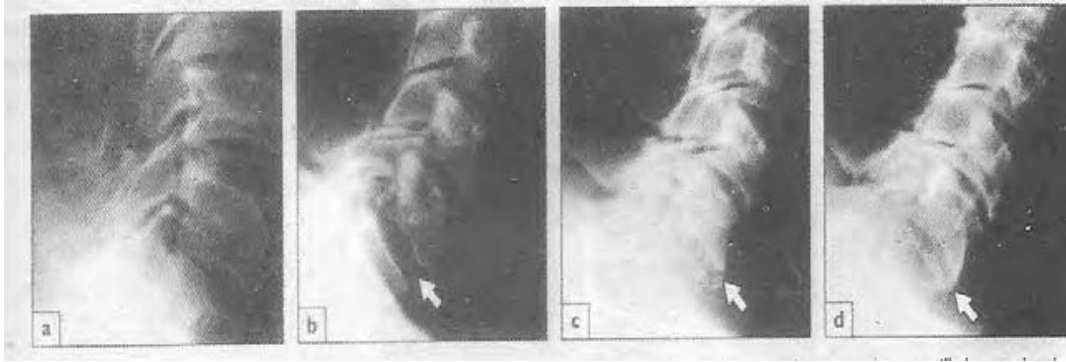
د کسري خلعو درملنه:

a: د Skull ترکشن پواسطه د کسري خلعی د ارجاع مراحل.

d: د ثبات د يقيني کولو لپاره د تار کارول.

e: د کسر تر رغيدو پورې ناروغ ته Skull ترکشن اچول شويدي.

f: له دې وروسته يو Polly theve کالر کارول شويدي.



27,20.

a: قدامي طولاني اربطه څيرې شویده په طبعی وضعیت کې ارجاع ثبات مومي او مسافه له مینځه ځي خو د رخوه انساجو تر رغیدو پورې باید یو کالر تطبیق شي.
 b: په دې واقعه کې د ایکسری عکس د C6/7 په مسافه کې د هډوکي یوه ټوټه ښکاري.
 c: یوه میاشت وروسته د C6/7 په ساحه کې کسر ډیر واضح دی.

Hyper extension injury

د رخوه انساجو د ساختمانو د فرط بسط له کبله Strain عام دې کیدای شي چې د خفیف تعجیلي قوت پواسطه مینځ ته راشي خو د هډوکي او مفصل تخریب په کې نادر وي، شدیدې جرحی د تاریخچي او دمخ شینوالي او څیري کیدو پواسطه پېشنهادیږي.

د خلفي هډوکي اجزا تر فشار لاندې راځي او کیدای شي په کسر اخته شي او د قدامي جوړښتونو فشار د ناکامی سره مخ کیږي که قدامي طولاني اربطه څیري شي او یا د فقری د جسم قدامي سفلي یا قدامي علوی Avulsion کسر رامینځته شي نو Disc pace قدامي فاصله زیاتېږي همدارنگه د فقری د جسم شاته او بین الفقری Disc ته هم زیان رسیږي هغه ناروغان چې له پخوا څخه د غاړی Spondylosis ولري په هغو کې جېل د هډوکني بارزو او یا د Disc او خلفي Flavum اربطی تر مینځ حصارېږي او ددې له کبله پرسوب او Hematoma

پیدا کیری او همدغه پرسوب او Hematoma acut central cord سندروم رامینخ ته کوي چې دا Syndrome په Quadreplegia د Sacral اعصابو ضیاع دپورتني طرف نرم فلج او د بنکتني طرف په تشنجي فلج متصف دی. داجرحی په طبیعی وضعیت کې باثباته وي او د شپږو نه اتو اونيو لپاره په کالر کې ساتل کیری د رغیدنې په دوران کې کیدای شي مجاور فقری جسمونه په خپل سر یوځای شي.

Double injuries

دزیاتې قوی په تروما کې دغاړی نخاع دیو څخه په زیاتو ځایونو کې زخمی کیری د ډیر واضح افت موجودیت بایدزمونږ توجه دبلې جرحی څخه حصاره ونه ساتي دوه بیلگی یې په دغه شکل کې بنودل شويدي.

Avulsion injury of the spines process

که چیرې دغاړی په خلف کې عضلات په خپل سر شدید تقلص وکړي نو د C7 فقری دنخاعي بارزی کسر رامینخ ته کیری چې دې ته Clay shoveller کسر وایي جرحه دردناکه خو بې ضرره وي تداوي ته اړتیا نه لري که اعراض اجازت ورکوي نو ناروغ باید دخت تمرین ته وهڅول شي.

Cervical disc hernation

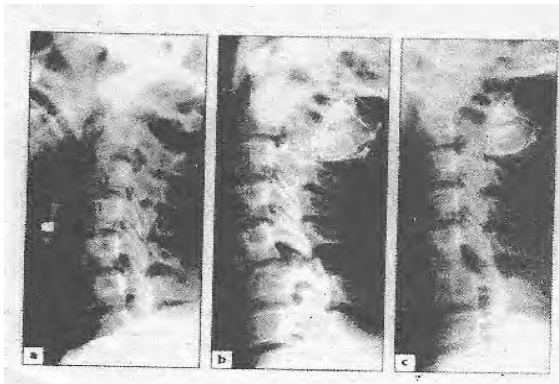
دتروما څخه وروسته د Disc دناڅاپي تفتق له کبله شدید درد پیدا کیری چې دیو یا دواړو پورتنیو اطرافو خواته خپریږي همدارنگه د ضعیفي، Parasthesia ، کمزوري دعکسو ضیاع او حسیت دکموالي خفیف عصبي علایم هم مینخ ته راځي په ناروغ کې په نادره توگه مکمل فلج لیدل کیری تشخیص د MRI او CT mylography پواسطه تصدیقیری، په ناڅاپي توگه دفلج مینخ ته راتللو د فشار

د کمولو لپاره بیرنې جراحي پاڅون ته اړتیا لري که اعراض او علايم لږ وي نو باید ديو څو ورځې په خپل سر دښه کیدو لپاره انتظار وویستل شي خو که ښه والی رامینځ ته نه شو نو قدامي Discectomy او دفقراتو د جسم تر مینځ نښلولو ته اړتیا پیدا کیږي.

Neuro proxia of the cervical cord

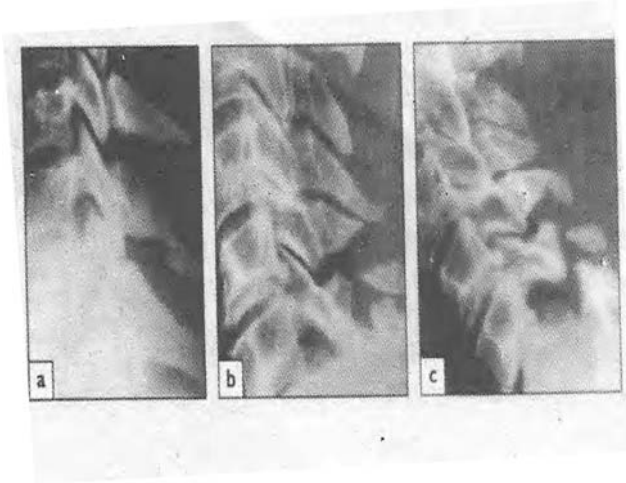
که چیرې خټ د فرط بسط او یا Hyper flexion په حالت کې وي او په ناڅاپي توگه د حادثې له کبله په خټ باندې شدید محوری بوج راشي نو ځینې وخت په ناروغ کې گذري درد Parashesia او د پښو او لاسونو کمزورتیا پیدا کیږي خو په X-ray او MRI کې کومه اښارملتي نه لیدل کیږي اعراض کیدای شي د دوه نه تر دریو دقیقو یا ورځو لپاره دوام وکړي دې حالت ته د غاړې حبل Neuroproxia وایي دا حالت هغه وخت پیدا کیږي څه وخت چې حبل د محرک نخاعي کانال د هډوکینو غاړو تر مینځ را حصار شي او یا د خلفي طولاني اربطې د داخلي قات کیدو له وجهی حبل په موضوعي توگه تر فشار لاندې راشي رامینځ ته کیږي دنخاعي کانال ولادې تنگوالي ددې کار لپاره مساعد کونکی عامل دی په تداوي کې دناروغ خټ د عضلاتو د قوي کیدو لپاره تدریجي تمرین گډون لري خو باید مکمل عصبي تفتیش تر سره شي

27,21



د غاړې غیرگی جرحی

a: په دې ناروغ د خټ د جرحی له کبله د odontoid کسر شک شوی وو چې وروسته تصدیق شو او د خلف له خوا د ثبات لپاره گامونه پورته شو کله چې Brace لری شو او Flexion پیل شو نو په X-ray کې ښکته خواته واضح Subluxation ولیدل شو.
b: ناروغ د قدامي Fusion پواسطه تداوي شو.



Avulsion
 a: د Clay shoveller کسر چې د خټې خلف خواته د
 رقولو له کبله د Spinous بارزی Avulsion پیدا کيږي
 د ايوه سلیمه جرحه ده.
 b: د ناروغ په اړه فکر کيږي چې همداسې يو کسر لري
 خو په دې پورې Flexion
 c: د جرحې شديد طبيعت نښې چې يوه شديد کسري
 خلع لري.

Sprained neck (Whiplash injury)

د خټې درخوه انساچو Sprains د موټرو په ټکرونو کې دومره عام دی چې حقيقي Epidemy يې مينځ ته راوستلی ده او Whiplash اصطلاح په دومره موثره توگه عامه شويده چې د ټکر په وخت کې عام خلک هم دغه اصطلاح کاروي دا په عمومي توگه د موټر د شاتنی نهایت د تصادم په تعقيب رامینځ ته کيږي په کوم کې چې د شخص جسم قدام ته راغورځيږي او غاړه يې خلف خواته ټوپ وهي او په بنکتنې Cervical نخاع کې فرط بسط مينځ ته راځي خو دا د Flexion او Rotation له کبله هم مينځ ته راتلاي شي بنځې دسړيو په پرتله زياتې پې اخته کيږي ځکه چې کيداې شي د دوي د غاړې عضلات ډير نرم او نازک وي د صحيح پتالوژي په باره کې د علماو اتفاق نه شته خو په عامه توگه داسې فکر کيږي چې قدامي طولاني اربطې او وجهی مفاصلو د محفوظي ریشو Strain رامینځ ته کيږي ځينې واقعاتو کې بين الفقري ډسک ته هم تاوان رسيږي گاډی ته د زيان رسيدو او ناروغ دگيلې د شدت تر مينځ اړیکه موجود نه وي په دې معنی چې گاډی روغ جوړوي خو ناروغ د شديدو اعراضو څخه گيله من وي.

کلینیکي بڼه:

په ډیرو واقعاتو کې د تصادم څخه وروسته ناروغ سمدستي د اېنارمېلې څخه ناخبره وي د درد او شخوالي عموماً په راتلونکو ۱۲-۴۸ ساعتو په موده کې پېدا کېږي او په ځینو واقعاتو کې څو ورځې وروسته پېدا کېږي درد ځینې وخت اوږو او بین الکتفي مصافو ته انتشار کوي او ځینې وخت د درد سره یوځای یو څو نور غیر واضح اعراض او علايم لکه د سر درد ، Dizziness ، دنظر خرابوالی د لاسونو Parasthesia ، Temporo mandibular نارامی او Tinitis موجود وي، د غاړې عضلات حساس او حرکات محدود وي نور فزیکي نښې او عصبي افات نه لیدل کېږي په X-ray کې د غاړې د Lardosis نیغوالی چې د عضلاتو د Spasm علامه ده لیدل کېږي نوره X-ray نورماله وي په ځینې واقعاتو کې د بین الفقري ډسک تفتق او دمفاصلو استحاليوي تغیرات لیدل کېږي کیدای شي دا د دې کبله وي چې دې ناروغانو ته د نورو په پرتله زیات زیان رسیدلی وي په MRI کې د ډسک اېنارمېلې کیدای شي چې ولیدل شي خو په دې هم باور نه شي کېدای ځکه چې دا نقيصه په ډیر نفوس کې په عامه توگه لیدل کېږي.

توپيري تشخيص:

د Sprain شوی غاړې تشخيص د یو لړ مراحلو او ناروغیو د ردولو پواسطه تر سره کېږي د دې مطلب دادې چې دناروغ دا اعراضو لپاره د باور بله کومه جرحه یا مرض موجود نه وي د فقري کسری او د غاړې د فقراتو د نیمه خلعي د لیدلو لپاره باید په X-ray په احتیاط سره وکتل شي د عصبي علايمو لکه کمزورتیا، د عکسونو

کموالی، اودحسیت ضیاع د Disc په ناخاپي افت دلالت کوي او د MRI استطباب لري د سیت د پتی په جرحو کې هم دغاري Sprain رامینځ ته کيږي. داجرحی د سینې د دیوال شینوالی نه پیداکوي خو فشار تولیدوي همدارنگه د Whiplash عصب او Bracheal plexus کش شوی جرحی هم جرحو ته ورته اعراض پیداکوي معاینه کوونکی ډاکتر باید د پورتنیو ټولو حالاتو د کلینیکي بڼې سره اشنا وي.

درملنه:

د کالر کارول د مرستی پرځای د ناروغ حالت نور هم خرابوي په اولو څو اونيو کې درد د اراموونکو پاڅونونو لکه د Analgesic ورکولو ته ضرورت دې خو په تدریجي تمریناتو باید زور راوړل شي چې په دې تمریناتو کې د عضلاتو Isometric تقلص د وضعیت تطابق تدریجي فعال حرکات او په اخر کې دمقاومت مقابل کې حرکت شامل دی په هر سمت کې باید دحرکاتو اندازه په ورو ډول زیاته شي او ناروغ باید د درد څخه وساتل شي په ډیرو ناروغانو کې Osteopathy مینځ ته راځي او Chiropractic تداوي مرستندویه ده.

Progress and out come

د Whiplash جرحو طبیعي تاریخچه بیخي متغیره ده اودطب په احصایو کې داتغیر واضح بیان شوی دی ځینې ناروغان په یو څو اونيو کې داعراضو څخه خلاصیږي نور ناروغان بیا په ټول عمر د درد، دحرکاتو محدودیت او دوظیفې د ضیاع څخه گيله من وي په ډیرو واقعاتو کې اعراض په دريو میاشتو کې کمیږي او په دوه درې کالو کې د اعراضو نوره اصلاح هم رامینځ ته کيږي ځینې علماء

وايي چې ديو كال وروسته د اعراضو د اصلاح چانس ډير كم دې او تر ۱۰-۴۰ فيصده ناروغانو كې د ډيرو كلونو لپاره د نارامي څخه سر ټكوي هغه ناروغان چې عمريې په زياتيدو وي اعراض يې له ابتدا څخه شديد وي اعراض يې تر ډيره دوام كوي او د بين الفقري ډسك استحاله ولري دهغوی انزار بڼه نه دي له بده مرغه دا انزارو په اړه سم څه نه شی ويل كيداې ځكه چې مطالعات په منتخبو ناروغانو كې سرته رسيري او ډير ناروغان چې همداسې جرحی ولري دهغوی دناروغی د پرمختگ په اړه معلومات په لاس كې نه وي او په ځينو ناروغانو كې بيخي اعراض مينځ ته نه راځي او ځيني نور خويې داسې هم شته چې بيخي روغتون ته مراجعه نه كوي.

Chronic Whiplash associated disorder

هغه ناروغان چې په واضحه توگه كلينيكي او راديوگرافيكي علايم دناروغی نه لري خو ددې سره دسر درد، دحرکاتو محدوديت، دوظيفی ضياع، دورانې تغيراتو او دکارکولو دناتواني څخه گيله من وي دې ناروغانو په طبي نړی کی لويه لاجه رامينځ ته كړيده ځكه چې دوی د شخصي ستونزی، قانونی مصرف، داجوری په غوښتنی او دطبي تداوي لپاره رنگ رنگ معذرتونه او دعوی رامينځ ته كوي ددغو مشكلاتو په اړه دعلماو نظرونه هم ويشلي دي او ددې خلكو سره ټولنه او دولتي نظامونه هم په جنجال اخته دي.

Thoracic spine injury

دصدري نخاع اكثره جرحي دHyperflexion له كبله پيداكيږي كسرونه عموماً فشاري فانوی (Wedge compression) خو كسري خلعی هم رامينځ ته كيږي د

پښتو پنجره ټول صدري فقرات د جرحي څخه ساتي خو د غاړې او قطني ناحيې سره نژدې صدري فقرات په افت اخته کيداي شي د صدري نخاع اکثر کسرونه په ميخانيکي ډول ثابت وي خو په صدري نخاع کې نخاعي کانال تنگ وي نو د حبل زيان زيات رامینځ ته کيږي او مکمل وي.

د plain راديوگرافي پواسطه بنکتني صدري نخاع ډيره واضحه معلومېږي خودپورتنې صدري نخاع ليدل ستونزمن دي ځکه چې په مخکې ئې اوږې او scapula پراته دي .

Tomography او MRI د تشخيص په اړه مرسته کولاي شي که د حبل د زيان شک موجود وي نو بايد چې د CT معاینه اجراشي چې يوه مرستندويه معاینه . ۵۵ .

درملنه :

هغه ثابت کسرونه چې kyphosis په کې له ۳۰ درجو کم وي او عصبي جرحه ونه لري په عرضي توگه تداوي کيږي که کورډوالي ډير زيات وي نو د پرمخ تلونکي Kyphosis مخنيوی لپاره Bracing او خلفي يوځای والی د جراحي پواسطه استطباب لري که complete paraplegia وي او ۴۸ ساعتو پورې اصلاح نه شو نو محافظوي تداوي مناسبه ده ناروغ بايد ۵-۶ اوني په بستر کې آرام وکړي او وروسته په تدريج سره په Brace کې حرکات کولای شي دهلوکي په شديدو جرحو کې کيدای شي پرمخ تلونکي Kyphosis رامینځ ته شي نو بايد داخلي تثبيت په نظر کې ونيول شي که Paraplegia قسمي وي دناروغی د پرمختگ خطر شته په دې حالت کې بايد Trons thoracic شق له لارې ثبات او د فشار کمول اجراشي

Thoracic disc herniation

بین الفقري ډسک په هره سویه زخمی کیدای شي په صدري نخاع کې ډیر اهمیت لري ځکه چې دنخاعي جبل گرد چاپیره ډیره لږه مصافه موجود وي درد کیدای شي په شا کې موضوعي وي او یا کیدای شي د سینې دیوال او مقبني ناحیې ته انتشار وکړي.



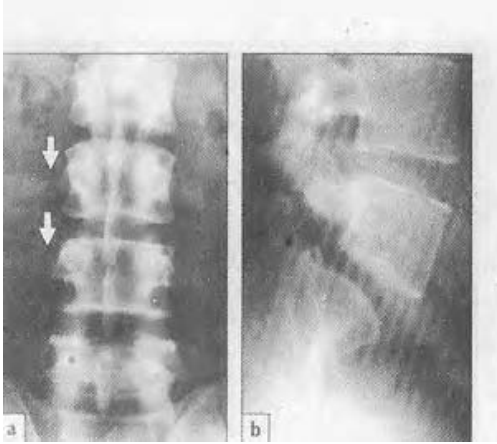
27,23

a: په زړو Osteoporotic خلکو کې فشاري کسرونه عام دي، دپنسل څوکی ته ورته د تیره کورتکس موجودیت او د مستعرضو Trabecula عدم موجودیت د Post menopausal osteoporosis نښې نښې دي.

b: د شدید فشاري کسر داسې څخه د راغورځیدو له کبله مینځ ته راغلی دي د فکری دجسم خلفي برخه ټوټه شوی او دنخاع کانال خلف خواته ټیله شوی ده دا د CT پواسطه ډیر ښه ښودل کېږي.

c: دا جرحه د داخلي تثبیت او دهلوکي د پیوند پواسطه تداوي شویده.

همدارنگه درد ځینې وخت د Parasthesia سره یوځای وي دمعاینې پواسطه کیدای شي Ataxia ، دپښو کمزورتیا، دپښو عکساتو کموالی او د Planter د عکساتو زیاتوالی ولیدل شي تشخیص د CT او MRI پواسطه ترسره کېږي تداوي یې دقدامي شق له لارې د صدري ناحي Disectomy ده خلفي Laminotomy د فشار کمول استطباب نه لري ځکه چې کیدای شي د Disc دلوڅولو په وخت کې جبل زخمی شي.



27,24

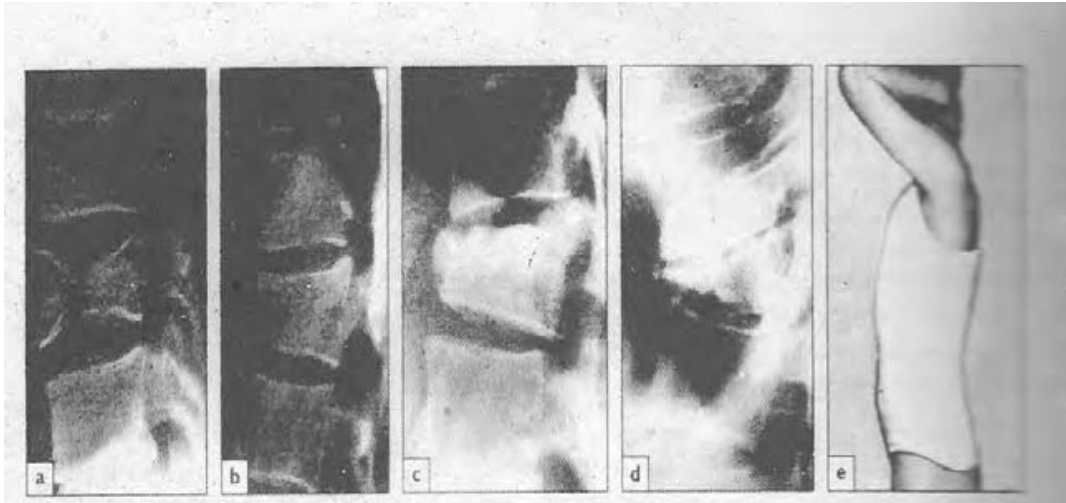
Thoracolumbar جرحی او واره کسرونه.

a: په بني خوا کې د L3 او L4 فقراتو د مستعرضو بارزو کسر چې دغیر بې ځایه والي په حالت کې یې تشخیص مشکل دی

b په L5 فقره کې د داخل مفصلي برخې کسر.

Thoracolumbar and lumber injury

Thoracolumbar اتصالي نقطه د جرحی لپاره خاصه مساعده ده ځکه چې صدري نخاع نسبتاً تثبیت او قطني ناحیه نسبتاً متحرکه ده او د دواړو تر مینځ تغیر موجود دی په Thoracolumbar او Lumber نخاع باندې دقواو د واردولو له کبله خاصی وصفی جرحی پیدا کیږي چې په Minor او Major ډولو ویشل شوی وی. دغاړې دنخاع په څیر دلته هم د کسر ثبات او بې ثباتي ډیر اهمیت لري، په قدامي خلفي x-ray کې دلوروالي ضیاع او دبین الفقري جسم بهر ته وتل کیدای شي د کسر سره یوځای ولیدل شي په یوه سویه د سویقونو تر مینځ دفاصلی پراخوالی او یا د مجاورو نخاعي بارزو تر منځ د فاصلی زیاتوالی دخلفي Column په افت دلالت کوي داستقامت د هډوکی خارجي شکل د ساختماني هم اهنګي د Disc د فاصلی دافاتو اود رخوه انساجو د ابنارملتي د لیدلو لپاره په جنبي وضعیت X-ray اخیستل کیږي د سویقونو، دبین المفصلي برخو، دوجهي مفاصلو او بین الفقري سوړیو د لیدلو لپاره په اضافي منظرو X-ray ته ضرورت دی



27,25

Thoracolumbar فشاري کسرونه

a: د فقری د جسم دخلفي نیمایي برخې فشاري کسر

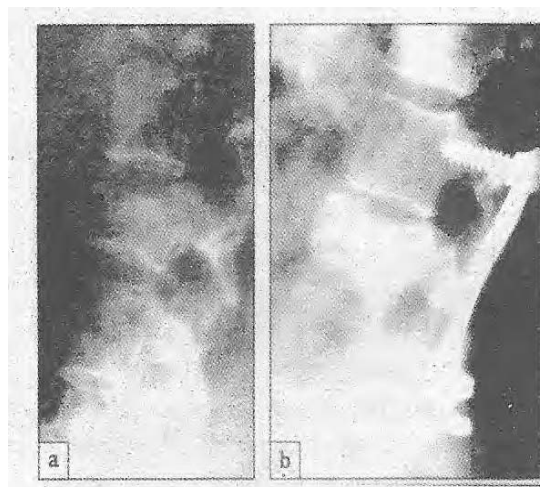
b: د فاني یا Wedge په شکل قدامي کسر چې ۲۰% د لوړوالي ضیاع لري.

c: د فاني کسر چې ۵% لوړوالي په کې له مینځه تللی دی.

d: شدید فانوني کسر چې له ۵۰% څخه زیاته ارتفاع په کې له مینځه تللی دی ثابتی جرحی او لږ غوندي

Wedging د Brace پواسطه تداوي کيږي.

e: پلاستيکي جاکټ



27,26

فشاري فانوني کسر

a: په دې حالت کې په چپ طرف کې سوې شکل

زیاتيږي.

b: دخلفي تثبيت پواسطه د نور تخريب څخه

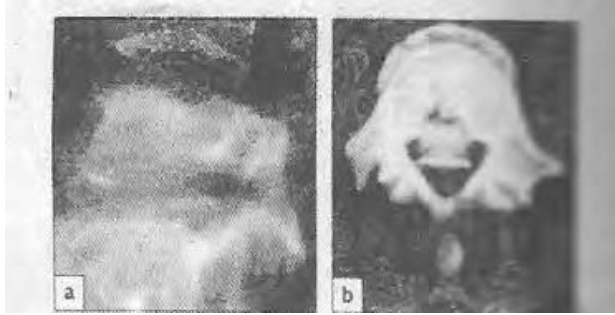
مخنيوی شوی دی. فشاري فانوني کسر

a: په دې حالت کې په چپ طرف کې سوې شکل

زیاتيږي.

b: دخلفي تثبيت پواسطه د نور تخريب څخه

مخنيوی شوی دی.



27,27

د قطني ناحیه چاودیدونکي کسر

د شدید فشار له کبله کیدای شي مینځنی برخه ماته او د جسم Retropulsion مینځته راشي نخاعي کانال ته د تجاوز حد د CT سکن پواسطه ښه تشخیص کیدای شي.

د فقراتو د جسم د پارچو سویو د لیدلو لپاره په اضافي منظرو X-ray ته ضرورت دي د فقراتو د جسم د پارچو دخلفي بې ځایه والي او نخاعي کانال ته د ننوتلو د تشخیص لپاره CT سکن ګټوره معاینه ده د عصبي افت د ارزیابي لپاره کیدای شي MRI ته اړتیا ولیدل شي.

Minor injuries - ۱

Fractures of the transverse process :a

د ناڅاپي عضلي فعالیت له کبله کیدای شي مستعرضي بارزی Avulsion وکړي د بارزو یواځیني جرحی عرضي تداوي ته ضرورت لري د L5 د مستعرضی بارزی کسر عام دی او ددې کسر تر څنګ باید مونږ د حوصیلی د عمودي چاود امکان هم په نظر کې ولرو.

Extension injuries

د Thoracolumber نخاع Extension کيدای شي دنخاعي بارزو وجهو Lamina او بين المفصلي برخی کسر رامینځ ته کړي همدارنگه کيدای شي دفقری دجسم دقدامي سفلي کنج Avulsion هم مينځ ته راشي. دا جرحی عموماً ثابتی اود عرضي تداوي سره ځواب وایي د Extension جرحو يو خاصه بیلگه په وزن پورته کوونکو د جمناسټیک په لوبغاړو کې دکرکت په لوبغاړو او په نورو لوبغاړو کې دشا دنخاچي درد پیل کيدل دي دا جرحه اکثر د Disc prolaps سره غلطیږي خو په حقیقت کې دا د بين المفصلي برخی فشاري کسر دي او په مایله X-ray کې ډیر بڼه بڼکاري خو کسري خط له نظره پټ پاتې کيږي يوه يا دوه اونې وروسته ددهوکي د Isotop scane پواسطه Hot نقطه لیدل کيږي. ځینې وخت د دوه طرفه کسرونو له کبله Spondylolisthesis پيدا کيږي کسر عموماً په خپل سر رغيږي خو ناروغ باید دخو میاشتو لپاره دخپلی لوبی او فعالیت څخه لاس په سر شي.

۲- Major injuries

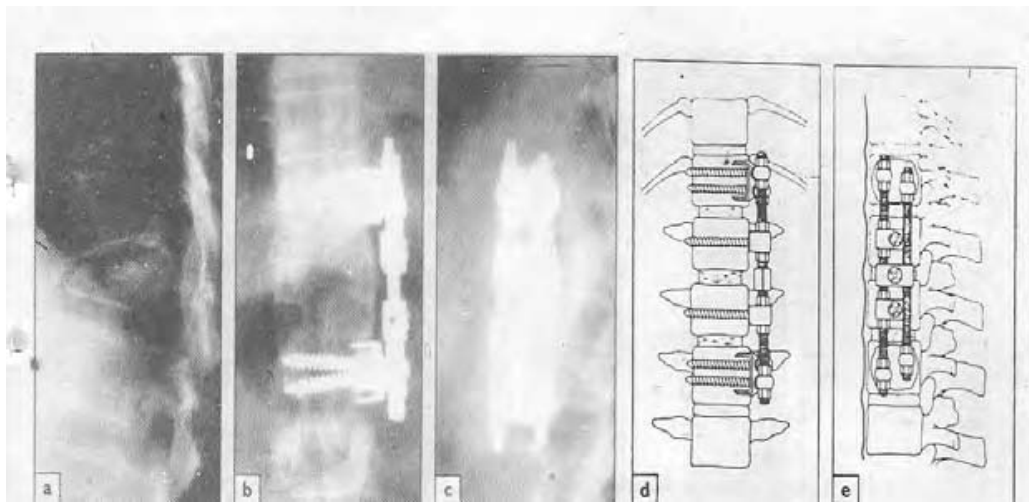
غټی جرحی په ترتیب سره په لاندې ډول دي.
Compression injury : دا ډیر عامه فقری کسر دی چې دنخاع د Flexion له کبله پيدا کيږي په Osteoprotic ناروغانو کې دمعمولي تروما له کبله هم کسر مينځ ته راځي خلفي داربطنی د Distraction پواسطه زیانمنی شوی خوبیا هم په خپل ځای به وي، په CT کې لیدل کيږي چې دفقری دجسم خلفي برخه نه ده ماته

شوی درد ډیر زیات وي خو کسر ثابت وي عصبي جرحه په کی بیخی نادره ده ناروغ د درد تر ختمیدو پورې یوه یادوه هفتی په بستر کې ساتل کیږي او وروسته حرکات ورکول کیږي هغه ناروغان چې غټ فانه شکله کسرونه ولري په هغو کې Brace گټور دی درې میاشتی وروسته د Flexion extension په وضعیت X-ray اخیستل کیږي او که بې ثباتي ونه لیدل شي Brace لیری کیږي که د فقری د جسم د ۴۰٪ زیاته ارتفاع له مینځه تللی وي نو خلفي اربطی د Distraction په واسطه تخریب شوی او سوء شکل به پیدا کیږي اگر چې ځینې وخت د Brace او یا Plaster جاکټ په واسطه محافظوي تداوي هم گټه کوي خو جراحي سمونه او داخلي تثبیت د درملني غوره لار دی.

b: Burst injury : د شدید محوري فشار له کبله د فقری په جسم کې چاودیدنه رامینځ ته کیږي او قدامي او مرکزي Column دواړه د زیان سره مخ کیږي خلفي Column په عمومي توگه ډیر ضرر نه ویني د فقری د جسم خلفي برخه ټوټی کیږي او هډوکني ټوټی کیدای شي دنخاعي کانال په لور بې ځایه شي جرحه عموماً بې ثباته وي په قدامي خلفي X-ray کې د فقری د جسم ټوټه کیدل او دسویقونو دفاصلي زیاتوالی لیدل کیږي نخاعي کانال ته د هډوکي دخلفی بې ځایه والي د لیدلو لپاره د CT معاینې ته ضرورت دي که هډوکي کانال ته لږ غوندي بې ځایه شوی وي او عصبي اعراض او قدامي کسر لږ وي نو ناروغ د اعراضو تر ختمیدو پورې په بستره کې ساتل کیږي او وروسته په صدري قطني Brace کې محرک کیږي.

Brace دولس اونۍ وروسته لیری کیږي که په CT کې ولیدل شي چې هډوکي نخاعي کانال ته ننوتلی خو دکلینیک له نظره عصبي اعراض او علایم موجود نه

وي نو محافظوي تداوي غوره تداوي ده ځكه چې هډوكني پارچې ځينې وخت Remodling كوي خو ناروغ بايد د درې نه تر شپږو اونيو پورې په بستر كې وساتل شي او وروسته بيا په Brace كې محرک شي داكسرونه دعصبي اعراضو له نظره بې ثباته كسرونه دي او كه د Tingling ، كمزورتيا دمثاني او غايطي دندې دخرابتيا اعراض مينځ ته راغلل بايد په عاجله توگه ډاكتر خبر شي او هغه وخت كيداې شي د فشار د كمولو او ثبات اړتيا وليدل شي.



27,28

د Burst كسر درملنه

a: په يو ۴۴ كلن كې د Brust كسر چې داس څخه د رالويدلو له كبله مينځ ته راغلی وي درې مياشتې وروسته د هغه په دواړو پښو كې Parasthesia پيدا شوه.
b: د Transdiaphragmatic شق دلازې د داخلي تثبيت او هډوكني پيوند پواسطه كامل ثبات مينځته راغلی دی.

Jack Knife injury :C

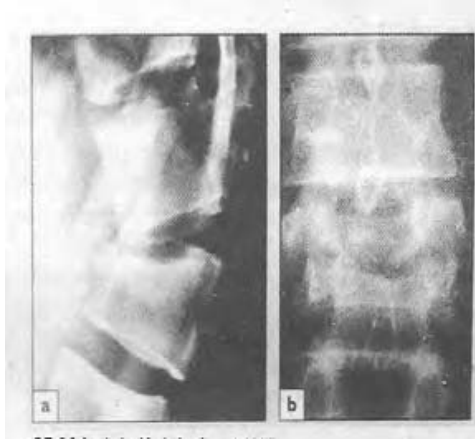
د Flexion او Distraction د يوځاي واقع كيدو له كبله منځنی قطنی نخاع چې د ستون فقرات د محور په قدام كې واقع ده په دې كې Jack knife مينځ ته راځي دا

په وصفی توگه دموتیر د سیت د پتی په جرحو کې څه وخت جسم قدام خواته حرکت وکړي رامینځ ته کیري دفقری جسم لږ غوندي او یا هیڅ نه وي تخریب شوی خو خلفي او مرکزي Column په Distruction کې دتخریب سره مخ کیري همدا سبب دې چې کسر د Flexion په حالت کې بې ثباته وي، خیرې کیدنه په عرضاني توگه ددهوکي او اربطوي ساختمان څخه تیریري او یا له دواړه څخه تیریري تر ټولو بڼه مثال یې په ۱۹۴۸ کې د Chance نومی عالم پواسطه تشریح شوی دی چې په دې کسر کې چاود په مستعرضه توگه د مستعرضو بارزو نخاعي بارزو سویقونو او دفقری د جسم څخه تیریري عصبي افت غیر معمول دی خو جرحه بې ثباته ده په X-ray کې د سویقونو یا متسعرضو بارزو افقي کسرونه لیدل کیري او په قدامي خلفي منظره کې دفقری دجسم ارتفاع زیاته شوی وي په جنبي منظره کې د Disc فاصله خلف خواته خوله وازه کړی وي د Chance کسر په تیزی سره رگیري اود پلاستر په جاکت یا Brace کې درې میاشتی وخت ته ضرورت لري، د بې ثباته سوء شکل دمعلومولو لپاره باید له دې وروسته د Flexion extension په حالت کې جنبي x-ray واخیستل شي شديدي اربطوي جرحی که مینځ ته راغلی وي نو د خلف له خوا یوځای والی (Fusion) ته ضرورت پیدا کوي.

Fractur dislocation :D

د Compression flexion تدور او Shear په بیلا بیلو طریقو دیوځای والي له کبله ځینې وخت دځینو برخو شدید بې ځایه والی رامینځ ته کیري، درې واړه Column تخریب او نخاع په بنکاره ډول بې ثباته وي دا تر ټولو خطرناکی جرحی او اکثرا دحبل د بنکتنې برخې او د Caudaequina دعصبي افت سره یوځای وي

جرحه په ډيرو واقعاتو کې په صدرې قطني اتصال کې پيدا کېږي، په X-ray کې د فقرې د جسم د سويقونو مفصلې بارزو او Lamina کسر ليدل کېږي



27,29

د Jack knife جرحې:

a: څرنگه چې د Flexion پواسطه د فقرې جسم ماتېږي او خلفي اړبطه روغه پاتې کېږي خو د Jack knife جرحه خلفي اړبطه تخریبوي او لږ غونډې قدامي فشار رامینځته کوي.

b: د کسر نادر چانس شته دی

همدارنگه کېدای شي په مختلفو درجو خلع او نیمه خلع ولیدل شي همیشه د اکسرونه دمستعرضو بارزو او د پښتنيو د کسر سره یوځای وي دنخاع د کانال د تخریب دمعلومولو لپاره CT بهتره معاینه ده اکثر کسري خلعو ته د مقعدي جراحي څخه گټه رسيږي په هغو کسري خلعو کې چې Paraplegia ورسره یوځای وي د جراحي عملیه Nursing اسانوي د روغتون تم کیدنه راکموي په بیا رغونه کې مرسته کوي او دردناکه سوء شکل څخه مخنیوی کوي په هغو کسري خلعو کې چې قسمي عصبي افت ورسره یوځای وي د جراحي ثبات په واسطه بهترین پایلې مینځ ته راځي په جراحي عملیه کې دخلفي او قدامي مشترکو شقونو څخه گټه اخیستل کېږي هغه کسري خلعې چې عصبي افت نه لري په هغو کې جراحي

ثبات د عصبي اختلاطاتو څخه مخنيوی او مقدمه بیا رغونه سریع کوي کله چې ځانگړې جراحي عملیه نه شي تر سره کيدای او یا محفوظ انتقال نه شي عملي کيدای نو داجرحي باید په غیر عملیاتي توگه د وضعیتي ارجاع د بستر دارام او Brace پواسطه تداوي شي.

Neural injuries

د نخاع په جرحو کې بې ځایه شوي کسرونه کيدای شي حبل او عصبي جذورو ته زیان ور وړي، د غاړې د افاتو له کبله Quadreplegia او د صدري قطني فقراتو له کبله Paraplegia مينځ ته راځي زیان کيدای شي یا مکمل وي درې نوع افات پيدا کيږي چې د Neuroplexia, Cord trans section او Root trans section څخه عبارت دی.

۱- Neuroplexia : حبل دافت څخه لاندې کيدای شي حرکتی فلج سوځيدونکی Parasthesia ، حسی ضیاع او د احشاو فلج مکمل وي په یو څو ساعتونو کې بیرته رغیږي دا حالت په هغو ناروغانو کې زیات واقع کیږي کوم چې د قدامي او خلفي کانال قطر کم ولري په راډیولوجي کې د هډوکني ضیاع ثبوت نه لیدل کیږي.

۲- Cord trans section

د نخاع دافت د سویې څخه لاندې حرکتی فلج، حشوي فلج او د حسیت ضیاع پيدا کيږي د حبل د ټکيدو له کبله حرکتی فلج په اول وخت کې نرم وي د ايو موقتي حالت دي چې د حبل د شاک په نامه یادېږي خو جرحه یې اناتوميکه اود رغيدو وړتیا نه لري ، څه وخت چه وروسته د قطع شوي سویې څخه بنکته حبل رغیږي او دیوې جدا برخې په توگه دنده اجراکوي او د عکسو فعالیت بیرته شروع کیږي د ۴۸ ساعتونو په موده کې دمقعد او Bulbocavernos عکسی بیرته رغیږي او د

Palmer غبرگون بسط کوي نرم فلج د زیات Tone سره تشنجي کيږي وتري عکسات او Clones زیاتیري، Flexor تشنج او Contractur مینځ ته راځي خو حسیت په دایمي توگه له مینځه ځي.

۳- Root trans section: د تخریب شوو جذرونو څخه حشوي فلج، حرکي فلج او د حسیت ضیاع رامینځ ته کيږي د جذرونو قطع کیدل د جبل د قطع کیدو څخه په دوه خبرو کې بدل دی.

الف: کیدای شي بیا رغیدنه مینځ ته راشي.

ب: حرکي فلج په دایمي توگه نرم پاتی کيږي.

:Anatomical Levels

Cervical spine :a

د غاړې دنخاع په جرحو کې د Cord قطع کیدل د هډوکي د تخریب په نقطه کې رامینځ ته کيږي او په همدې نقطه کې یو یا دوه جذرونه هم قطع کيږي د جبل مکمل قطع کیدل د تنفسي عضلاتو د فلج له کبله وژونکی دی د (C5) فقری په سویه د جبل قطع کیدل د غاړې بنکتنې جبل، صدری جبل، قطنی جبل او Sacral جبل سره جلاکوي د (C5) فقری څخه که بنکته جرحه مینځ ته راشي نو په پورتنیو اطرافو کې ضیاع کمه وي او خاص سوء اشکال مینځ ته راتللی شي.

Between T1 and T10 verterbra :b

د قطنی جبل لومړی برخه په غټانو کې دلسمی صدری فقری په سویه پرته ده نو که په دې سویه کې جبل قطع شي نو صدری جبل د قطنی او Sacral جبل څخه

جدا کيږي او په پای کې د بنکتنیو اطرافو او احشاو فلج مینځ ته راځي کیدای شي بنکتنی صدري جذرونه هم بر قطع شي خو ډیر اهمیت نه لري.

Below T10 Vertebral :c

حبل د T10 او L1 فقراتو تر مینځ لږ غونډې راوتلی (Bulge) دی او د L1 او L2 فقراتو تر مینځ لږ داخل خواته تللی دی او T10 او L1 تر مینځ د حبل راوتلی برخې ته Conus medularis وایي، چې د L2 او S4 عصبي جذرونه د Conus medularis څخه بنکته خواته د غونچې په شکل راوځي چې دې ته Caudaequina وایي او له همدې څخه بنکته خواته عصبي جذرونه وځي همدا سبب دی چې د T10 څخه پورته نخاعي جرحی د حبل قطع کوي د T10 او L1 تر مینځ د جرحو واقع کیدل د حبل او عصبي جذرونو افت مینځ ته راوړي او د L1 فقری څخه بنکته د جرحی وقوع یواځی عصبي جذرونه په افت اخته کوي د Sacrum عصبي جذور په ترتیب سره لاندې برخې تعصیبوي.

۱- S3 او S4 دورون د شا بنکتنی برخه ، پښه او S2 دتلی بهرنی دوه پر درې برخه تعصیبوي.

۲- د پښې او پوندې د کنترولونکو عضلاتو حرکی قوه هم د sacral جذرونو پواسطه تعصیبوي.

۳- دمقعد او قضیب عکسات، Planter غبرگون او د پوندې Jerks .

۴- د Micturation او غایطه موادو کنترول.

قطنی جذرونه په ترتیب سره لاندې برخې تعصیبوي.

۱- دمقبنی ناحیې حسیت او Sacral برخې څخه پرته ټول بنکتنی طرف.

۲- د Hip او زنگون د کنترولونکو عضلاتو حرکي قوه.

۳- Cremastic عکسه او د زنگانه Jerks.

کله چې په صدري قطني اتصال کې د هډوکي جرحه رامینځ ته شي نو باید حبل قطع کیدل د جذرونو د قطع کیدو څخه توپيري تشیخص شي هغه ناروغان چې عصبي جذرونه یې بې ځایه شوي وي دنورو په نسبت ډیر بڼه وي.

تشخیص:

دشا کلینیکي معاینه همیشه د یوې بې ثباته کسر علامی بڼي خو د Paraplegia سره یوځای Burst کسر باثباته وي د هډوکي د افت طبیعت اوسو یه د X-ray پواسطه بنودل کیږي او د عصبي افت د لیدلو لپاره X-ray ته ضرورت دی، عصبي معاینه باید په ډیر احتیاط سره اجراشي د تفصیلي معایناتو څخه پرته صحیح تشیخص او انزارو معلومول ناممکن دی مقعدي معاینه هم گټوره ده.

Complete Cord lesions

د جرحی د سوېې څخه بنکته مکمل فلج او بې هوشي د حبل په غوڅیدو دلالت کوي د Spinal choc په وخت کې کله مقعدي عکسه له مینځه تللی وي صحیح تشخیص یقیني نه وي کله چې مقعدي عکسه مینځ ته راغله او بیا هم عصبي افت موجود وي نو د حبل افت مکمل دی هر هغه مکمل افت چې له ۷۲ ساعتونو څخه زیات دوام وکړي نه رغیږي.

In complete cord lesions

د جرحی د سوېې څخه بنکته د هر ډول حسیت دایمي موجودیت د حبل په نامکمله غوڅیدو دلالت کوي تر ټولو عامترین یې Central cord syndrome دي چې په

دې کې د ابتدایي نرمی کمزوري flaccid weakness په تعقیب د پورتنی طرف د بنکتنې Neuron فلج او د بنکتنې طرف د پورتنی نیورون فلج د نارمل مثانی او مقعدی حسیت سره یوځای وي په لږ عامه قدامه حبلې سندروم کې مکمل فلج او بې هوشي موجود وي خو په ژورو برخو کې د بنکتنې اطرافو فشار او د وضعیت احساس له مینځه تللی، خلفي حبلې سندروم نادر دی او په دې کې یواځی ژور فشار او حسیت له مینځه تللی وي.

Brown sequard سندروم د صدري نافذه جرحو سره یوځای وي په دې Syndrome کې د جرحي په اړخ کې حرکي قوه له مینځه تللی وي داناروغي اکثره اصلاح کیږي او دغایطه موادو او مثانی وظایف یې اعاده کیږي او ځینې یې گرځیدای هم شي په شدیدو جذری افاتو کې ځینې وخت داکتر مغشوش کیږي دلسمی صدري فقری څخه بنکته د عصبي او اسکلیتي سويو نه پیژندل دهغو جذرونو د قطع کیدو له کبله رامینځ ته کیږي چې فقری د افت څخه لږ پورته د حبل څخه راوتلی وي.

Frankel Grading

دنخاغي د قسمي قطع کیدنی څخه وروسته د وظیفوي کمزورتیا د معلومولو لپاره تر ټولو بڼه طریقه د Frankel درجه بندی ده چې په لاندې ډول ورڅخه یادونه شویده.

- ۱- Grade A : حرکی او حسي دندې له مینځه تللی وي.
- ۲- Grade B : حسیت موجود خو حرکي قوه له مینځه تللی وي.
- ۳- Grade C : حسیت او حرکي قوه موجود وي او گټوره نه وي.

۴- Grade D : حسیت او حرکتی قوه موجود وي او گتوره وي.

۵- Grade E : حسی او حرکتی دندې نورمال وي.

Frakes مشاهده کړه چې د جبل د قسمي افاتو ۲۰% ناروغان په خپل سر رغیږي او په تداوي پورې اړه نه لري.

Management of traumatic paraplegia and quadriplegia

قسمي فلج د فشار کمولو او ثبات پواسطه بڼه رغیږي په بشپړ فلج کې ټوله درملنه او په ځانگړي ډول لومړنې درملنه ډیره اهمیت لري ناروغ باید په ډیره پاملرنه دلازیات زیان دمخنیوي لپاره له یو څایه بل څای ته یو وړلای شي او دملا دتیر د درملنې ځانگړی ځای ته ورسول شي ، تگلاره یې په لاندې ډول ده.

۱- په اولو څو گړیو کې بې سده شوی پوستکی د ډیرو سولیدو له کبله ټپونه پیدا کوي نو باید د ځانگړنې پاملرنې له لارې چوپړ ترسره شي.
دملا دتیر بیرنې ټینګول د چوپړ دغه تگلاره د ناروغ د نارامی پرته په اسانۍ سره ترسره کیږي.

د بستر گونځی او راوتلی برخې باید موجود نه وي هر دوه گړی وروسته ناروغ په ورو ډول په اړخ اړول کیږي او شایې په احتیاط سره وینځل کیږي او پوډر پری اچول کیږي وروسته پوستکی د فشار د زغم وړ گړخي. که یو وار دبستر زخمونه پیدا شونو د غوڅولو او پیوند لگولو څخه پرته نه رغیږي.

۲- Bladder and bowel

په اولو ۲۴ ساعتونو کې مثانه لږه توسع کوي خو که توسع پر مختگ وکړو او عدم اقتدار پیدا شو نو دانتان خطر موجود دی په خاصو مراکزو کې معمولاً له

ابتدا خخه ناروغ ته د مقعمو شرايطو لاندې Catheter تطبيقېږي که خاص مرکز ته دمقدم انتقال امکان نه وي نو بايد سمدستي نازکه Silastic کتير تطبيق شي او Catheter دوه اونې وروسته بدلېږي که د اتان شک موجود وي انتي بيوتیک ورکول کېږي ناروغ ته دمثانې تربيه ورکول کېږي د رغيدلو سره مثانه خپله وظيفه اعاده کوي او يا دمثانې دپاسه دلاس د فشار پواسطه په ورو ډول مثانه تخليه کېږي په ځينې ناروغانو کې بايد د تخليی وروسته يو څه اندازه تشی متيازی پاتی کېږي دا ناروغان Cystography او Cystotomy ته اړتيا لري، د درې مياشتو دمثانوي تمرين خخه وروسته که اصلاح رامنځ ته نه شي نو Sphincterotomy استطباب لري غايطي عادت په اسانی سره Enema يا امالی او دگيدې دتمرين په واسطه اصلاح کېږي.

۳- Muscles and Joint

فلج شوی عضلات که تداوي نه شي نو شديد تقبيضي Contracture مينځ ته راوړي ددې خخه دعضلاتو دمکمل منفعل حرکت پواسطه مخنيوی کيدای شي په وروسته وخت کې کيدای شي ميزابې ته ضرورت شي دغاړې دجبل خخه بنکته افاتو کې ناروغ بايد په دريو مياشتو کې له بستری پورته شي ودريدل او گرځيدل د Contracture دمخنيوي لپاره گټور دی د زنگون د نيغ ساتلو او دپنې د Plante grade لپاره Caliper ته اړتيا ده Calipers هره ورځ په وقفوي ډول سره ليرې کېږي او ناروغ ته فزيوتراپي اجرا کېږي د Crutch اوچوکي دگرځولو لپاره بايد ناروغ ته د پورتنیو اطرافو د عضلاتو دقوی کولو تمرين ورکړل شي که Contracture مينځ ته راغلی نو Tenotomy ته ضرورت پيدا کېږي ترڅو چې دمثانې او پوستکي اتان مينځ ته رانه شي دردناکه Flexor تشنج غير معمول دی

که پیداشي نو ځيني وخت د Tenotomy, Neurectomy, Rhizotomies او د الکولو د داخلي نخاعی زرق پواسطه تداوي کيږي د Heterotropic تعظم عام او خطرناک اختلاط دی دا په شدیدو او مکملو افاتو کې مینځ ته راځي، دا اختلاط کيدای شي حرکات محدود او يا له مینځه یوسي خصوصاً په Hip کې کله چې جوړ شوی هډوکی غوڅ شي اختلاط تداوي کيږي خو د جوړیدو په مهال يې مخنيوی ناممکن دی.

۴- Tendon transfers

په پورتيڼو اطرافو کې ځيني وظيفه د Tendontransfer پواسطه اعاده کيدای شي هغه ناروغان چې دغاړې دنخاع معمولي جرحی ولري په هغو کې دداسی عمليې هدف د نیولو لپاره د عضلاتو د دندې محدوده اعاده ده ددې عمليې داجراخه مخکې باید ډاکتر ځان پوه کړي چې کوم عضلات کار کوي کوم يې نه کوي او کوم عضلات د Transfer لپاره مناسب او په لاس کې دي.

a: که يواځې Deltoid او Bicep عضلات کار کوي نو د Transfer deltoid, Tricep عضلی ته دوتری Graft پواسطه د C7 فقری د څنگلی د بسط له مینځه تللی دنده اعاده کوي ددې پواسطه به ناروغ وکولای شي چې دچوکې څخه ځان راکوز کړي او د Crutch سره وگرځي.

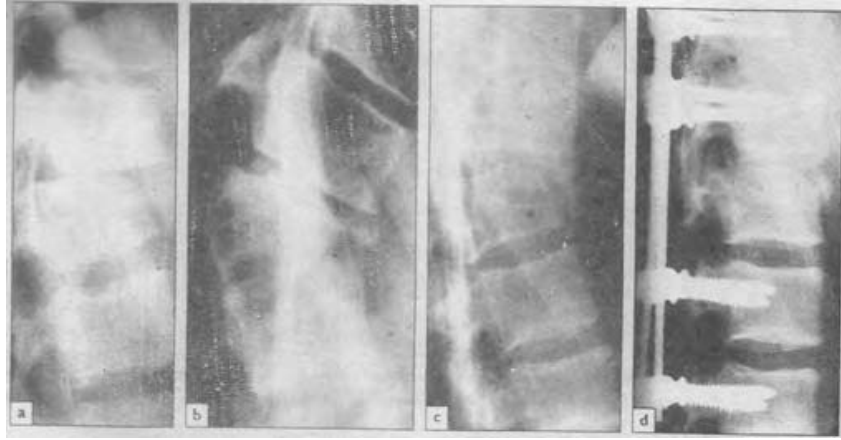
b: که Brachio radialis عضله کار کوي نو د Wrist extensor عضلی ته Transfer کيدای شي د Moberg دطريقې پواسطه دغتي گوتی ابتدایي نیونه لاس ته راځي په کوم کې چې دغتي گوتی Inter phalangeal مفصل سره يوځای کيږي او دمفصل قاعده د Flexor polices longus وتر سره نښلول کيږي د

Wrist د فعال بسط پواسطه به د غټی گوتی د قاعدې مفصل په منفعله توگه تقبض کولای شي.

c: که Extensor carpiradialis longus او Braves دواړه په لاس کې ولرو نو له دوي څخه يو Flexor polices longus ته د غټې گوتې د فعال Flexion لپاره انتقاليدای شي.

۵- Morale

د Paraplegia ناروغ مورال د بنکته کيدو لپاره ډير مساعد دی او دهغه په خپل ځان د باور لاس ته راوړل د درملنې اهمه برخه ده د داکترانو، نرسانو او فزيوتراپستانو پواسطه دايمي، هڅونه او احساس د ناروغ لپاره گټور دي ناروغ بايد په آرام سره تشناب ته بوتلل شي او د پوستکي او ادرار د اتان د بدبوي څخه بايد مخنيوی وشي څومره ژر چې ناروغ له بستری راپاڅي دا به بهتره وي او څومره ژر چې ممکنه وي ناروغ بايد دخپلی نوی وظيفې لپاره تيار شي.

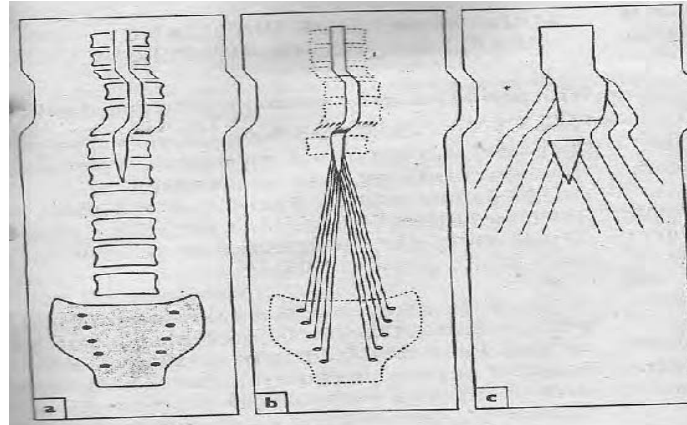


27,30

شکل: 27,30 abcd ص ۵۲۲

د Thoracolumbar ناحیې کسري خلع

- a: په یوه ۳۲ کلنه بڼڅه کې د T11-T12 کسري خلع چې د ټرک د اوبنتو څخه مینځته راغلی ده بڼڅه مکرمله Paraplegic وه او د عملیات په اړه فکر کیده چې ګټه به ونه رسوي.
- b: څلور اونۍ وروسته افت نور هم پرمختګ کړیدې او واضح دی.
- c,d: همدارنگه یوه جرحه په یوه ۱۷ کلن هلک کې د خلاصی ارجاع او داخلي تثبیت پواسطه تداوي شوی دی



27,31

شکل: 27,31 abc ص ۲۲۳

تروماتیکه Paraplegia

- a: په بالغ کې Cord د L1 په ښکتنې برخه کې ختمیږي.
- b: د عصبي جذرونو غلط وضعیت.
- c: د T12 فقری جرحه د Lumbar او Sacral تر مینځ Cord غوڅوي په یو اړخ کې عصبي جذور هم غوڅیږي او ځینې وخت جذور له خپله ځایه بې ځایه کیږي.

REFERENCES AND FURTHER READING

- Advanced Trauma Life Support* (1997). American College of Surgeons
- Anderson LD, D'Alonzo RT (1974) Fractures of the odontoid process of the axis. *Journal of Bone and Joint Surgery* 56A, 1663-1674
- Bannister G, Gargan M (1993) Prognosis of whiplash injuries: A review of the literature. *Spine* 7, 557-569
- Bohlman HH (1985) Treatment of fractures and dislocations of the thoracic and lumbar spine - current concepts review. *Journal of Bone and Joint Surgery* 67A, 165-169
- Chance CQ (1948) Note on a type of flexion fracture of the spine. *British Journal of Radiology* 21, 452-453
- Denis F (1983) The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spinal injuries. *Spine* 8, 817-831
- Gargan MF, Bannister GC (1990) Long-term prognosis of soft-tissue injuries of the neck. *Journal of Bone and Joint Surgery* 72B, 901-903
- Gunzburg R, Szpalski M (1997) *Whiplash Injuries. Current concepts in prevention, diagnosis and treatment of the cervical whiplash syndrome*. Lippincott-Raven, Philadelphia
- Livingston M (1999) Common whiplash injury: A modern epidemic. Charles C Thomas, Springfield Il
- Slucky AV, Eismont FJ (1994) Treatment of acute injury of the cervical spine. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 1882-1895
- Solomon L, Pearse MF (1994) Osteonecrosis following low-dose short-course corticosteroids. *Journal of Orthopaedic Rheumatology* 7, 203-205
- Spitzer WO, Skovron ML, Salmi LR *et al* (1995) Scientific monograph of the Quebec Task Force on whiplash-associated disorders: redefining whiplash and its management. *Spine* 20 (suppl), 8
- Thomas BE, McCullen GM, Yuan HA (1999) Cervical spine injuries in football players. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons* 7, 338-347

د حوصلی کسرونه (Injuries of the Pelvis)

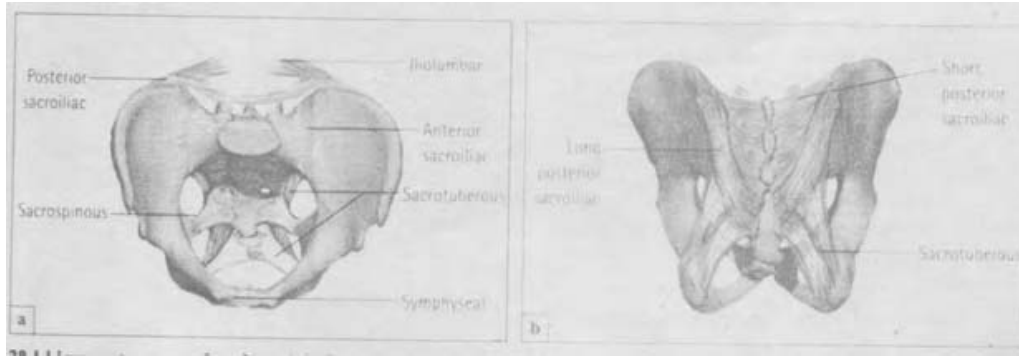
د حوصلی کسرونه د ټولو Skeletal ټپونو د ۵% څخه لږې پېښې جوړوي خو زیات ارزښت لري. ځکه چې د نرمو انساجو ټپونه ورسره په لوړه کچه یو ځای وي. وینه په کې ډیره زیاته ضایع کیږي. شک، Sepsis او بیړنۍ تنفسي بی وسي ورسره ملګري وي. د نورو شدیدو ټپونو په شان په دې ټپونو کې هم د بیلابیلو ماهرینو ګډو هڅو ته ضرورت دی.

دوه پردې د حوصلی کسرونه د سرک په پېښو د پیاده تلونکو د وهلو له کبله پیدا کیږي. ۱۰% ناروغان د حوصلی د کسرونو سره یو ځای د احشاو ټپونه هم لري او په دې ډله خلکو کې د مړینې اندازه تر لس سلنو پورې رسیږي.

جراحی اناتومي :

د حوصلی کړۍ د دوه In nominate هډوکو او د Sacrum دمخې خواته د Symphysis pubis بند جوړوي. دغه لوبښي ته ورته جوړښت د تنې وزن بنسټه اطرافو ته لیرېدوي او د احشاو ، رګونو او اعصابو ساتنه کوي د حوصلی د کړۍ ټینګښت د هډوکینو برخو په سختوالي او د غښتلو اړتو (پلو) په یوالي پورې اړه لري کوم چې درې هډوکینې برخې په ټول Symphysis pubis او Sacro iliac Joint کې سره تړي. تر ټولو غښتلی او ارزښتناکه لیګامینټونه Sacro iliac او Ilio lumber لیګامینټونه دي د دوی سره Sacro tuberos، Sacro Spinus او د Symphysis pubis اړبټی هم مرسته کوي تر کومې کچې چې هډوکینه کړۍ او اړبټی روغې وي د وزن وړل درست دي.

د Sacroiliac بند او Sciatic notch په برخه په حوصله کې د Common Iliac شریان غټې څانګې رارسېږي دا شریانونه او دوی سره غبرګ وریدونه د حوصلی د خلفي برخې په کسرونو کې د ډیر اهمیت وړ دي همدارنګه د حوصلی په شاتنیو ټپونو کې د Lumbar او Sacral Plexus اعصاب هم تر خطر لاندې دي. مثانه د Symphysis Pubis



28-1

د حوصلي تقويه كوونكي ليگا مينتو نه-بعضي ليگا منتو نه چه مستعرض پرا ته دي چه دتا وونكي قوي سره مقاومت كوي او نه پريږدي چه د حوصلي دواړه برخي سره جدا كړي، كوم ليگا مينتو نه چه طولاني واقع دي د حوصلي دعمو دي شكيد نې څخه مخنيوي كوي.

شاته پرته ده او Trigone د مثاني د اړخيزو اړېطو په واسطه په خپل ځای کې تثبيت ساتل كيږي او په نارينه و کې دا دنده د Prostate په واسطه سرته رسيږي. Prostate د حوصلي د ځمکې او مثاني تر منځ پروت دی په وحشي کې د Levator Ani د انسي اليافو په واسطه تثبيت شويدي او په قدام کې د Pub prostatic اړېطی په واسطه د Pubic هډوکو سره کلک نښتی دی په بنځو کې د مثاني Trigone د Cervix او د قدامي مهيلي Fornix سره هم نښتی دی.

Urethra د حوصلي د ځمکې د عضلاتو او د Pubourethral اړېطو په واسطه تثبيت شوی په بنځو کې Urethra زيات خوځنده او ټپونو ته لږه مساعده ده. په شديدو حوصلي ټپونو کې چې کله Prostate خلف خواته ټيبله شي او Urethra په خپل ځای وي نو پرده يې Urethra زخمي كيږي. کله چې Puboprostatic اړېطه څيري شي نو Prostate او د مثاني قاعده د غشايي Urethra څخه په واضحه توگه بې ځايه شوی وي. حوصلي Colon يو متحرك جوړښت دی او هر وخت نه زخمي كيږي. Rectum او Anal Canal د بولي تناسلي جوړښتونه او د حوصلي د ځمکې تر مينځ پراته دی او د حوصلي په کسرونو کې ډير ارزښت لری.

د حوصلې ټینګښت (Pelvic Instability)

که حوصله د بې ځایه کیدو پرته د وزن توان ولري نو حوصله ثابته ده دا حالت هغه وخت شته وي کله چې هډوکي او مهمې اړبې روغې وي که د حوصلې په دواړو نیمایي برخو د مخې له خوا قوه وارده شي نو Symphysis pubis سره جلاکیري. که د پوښ د څیرې کیدلو له کبله جلاوالی مینځ ته راشي نو د قدامي Sacroiliac او د Sacrospinus اړبې په واسطه د جداوالي کچه کتلاي شو که له دې څخه هم غښتلی قوه پری وارده شي نو حوصله د خلاص کتاب په شان ټپ ورکوي خو تر څو چې خلفي Iliac spins روغ وي نو په عمودي توګه ځای پر ځای شوې خلفي Sacro iliac او Sacro Tuberos اړبې څرنګه چې روغې دي نو حوصله د عمودي قوې په مقابل کې ټینګښت لري او په تډوري توګه بې ثباته وي خو که خلفي Sacro iliac او Sacro tuberos اړبې ویجاړ شي نو حوصله نه یوازې داچې په تډوري توګه او په عمودي توګه بې ثباته وي بلکه دې سره د حوصلې ټپي شوې نیمایي هم خلف خواته درومي. عمودي بې ثباتي له دې کبله ارزښت لري چې د غټو خلفي ثباتي اړبې د بشپړ ویجاړوالی بنودونکې ده دا خبره به مو باید په یاد وي چې ځینی وخت کسرونه بې ثباتي منځ ته راوړي کوم چې د اړبې تخریب ته ورته وي نو باید غلط نه شو. د دواړو Pubic Ramie کسرونه کیدای شي د Symphysis د ویجاړتیا غوندې وي او د iliac wing کسرونه چې د هماغه خوا د Pubic rams کسرونو سره یوځای وي د عمودي جداکوونکې قوې په مقابل کې بې ثباته وي.

کلینیکي ارزونه:

هر هغه ناروغ چې د بنکتنیو اطرافو او د ګیلې شديد ټپونه ولري باید د حوصلې کسرونو ته شمکن او وسو کیدای شي د موټر د ټکر، د لوړ ځای څخه د لویدو او یا د وهلو د ټپونو تاریخچه شته وي. ناروغ ډیری د شديد درد څخه ګیله کوي او داسې فکر کوي چې مړ کیږي کیدای شي د ګیلې د بنکتنی برخې، ورون په صفن او د فرج له پاسه شینوالی او پرسوب شته وي.

دغه ټولې برخې باید په منډه سره وپلټل شي او د تشو متيازو د وتلو لپاره وکتل شي خو لومړی د هر څه مخکې باید دناروغ عمومي حالت وارزول شي او د وینې ضیاع وکتل شي کیدای شي احیاء مجدد ته د ازموینو له بشپړیدو څخه مخکې ضرورت وي. گڼه باید په احتیاط سره جس شي د تخریش نښې د پریټوان دننه او د وینې بهیدنې نښوونه کوي.

د حوصلې کرې باید په احتیاط سره له دواړو خواوو او د خلف څخه قدام ته جس شي د Sacro iliac برخې له پاسه حساسیت د شاتني پول د ویجاړتیا د نښوونې لپاره ارزښت لري. ددې وروسته باید په هره واقعه کې ازموینه تر سره شي. Coccyx او Sacrum باید جس او حساسیت یې معلوم شي. Prostate باید جس شي که جس یې د درد او پرسوب له کبله گران وي باید وضعیت یې معلوم شي یو غیر نورمال لوړ پروستات د احلیل د ټپ نښوونه کوي د اخری ځل تشو متيازو کولو پوښتنه باید وشي او په خارجي Meatus کې وینه باید وکتل شي د تشو متيازو نه کیدل او په بانډینی Meatus کې د وینې شتون د خیري شوي

28,2

د حوصلې کسرونه:

دغه ځوان سپری دموتیر سایکل د سورلی په مهال وهل شوی وو او دحادثې په مهال بیړنۍ خونې ته د ورون د کسر سره راوړل شوی وو دهغه د عجان او Bruised Scrotum ناحیه پرسیدلې او شوي وه تشې متيازې یې نشوای کولای او بانډینی Meatus یې د وینې په واسطه ککړ وو د X-Ray پر مټ څرگند شو چی د حوصلې کسر یې درلوده .



احليل کلاسيکي نښې دي. خو که په Meatus کې وينه ونه ليدل شي نو د احليل تپ نه شي ردولای ځکه چې کيدای شي خارجي معصرې سپزم کړی وي او د تپ له ځای څخه وينه نه شي راوتلی نو د حوصلې د کسر هر ناروغ بايد دې خطر لاندې وگڼل شي. ناروغ بايد تشومتيازو کولو ته وهڅول شي که تشی متيازى يې وکړای شوی نو احليل يې روغ دی او يا لږ غوندي تپي شوی دی لږ تپ بايد د تشومتيازو کولو په واسطه ويجاړ نه شي.

د کتير له تيرولو څخه بايد ډډه وشي ځکه کيدای شي چې د کتير تيروول قسمي خيري کيدنه د احليل په بشپړي خيري کيدنی بدله کړي هغه ناروغان چې متيازى نه شي کولای او يا دماعتو له ورکولو وروسته د هغوی مثانه د جس وړ نه وي بايد د مثانی خيري کيدلو ته شکمن شو. د مثانی جس کول هم ډير گران دی ځکه چې د گيډې په ديوال کې Hematoma شته وي. فزيکي نښې په لمړنيو وختو کې کيدای شي کمې وي. د کولمو نورمال اواز شته وي د پاکو متيازو د وتلو له کبله په پريتوان تخريش کم وي.

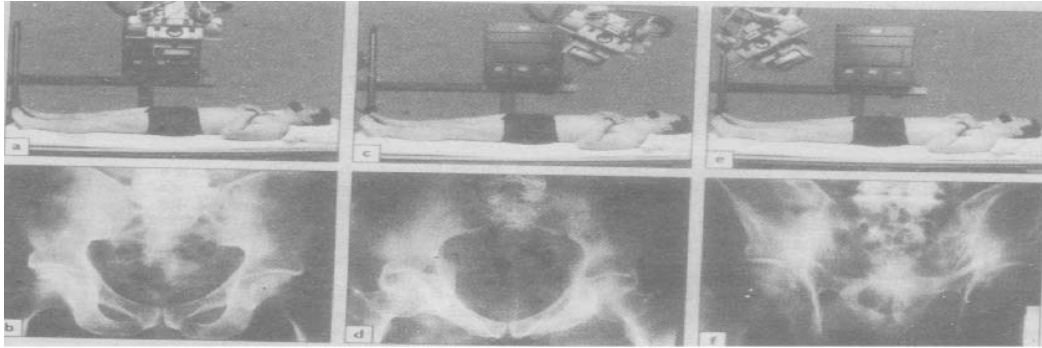
يوآڅې لږ شمير ناروغان چې مثانه يې خيري شوې وي فشار يې بنکته وي نو که د ناروغ فشار بنکته وي بايد بل لامل ته ددې تر څنگ فکر وکړو. د عصبي ازموينو تر سره کول هم ارزښت لري کيدای شي د Lumber او Sacral بندلونو تپونه شته وي که ناروغ بې هوشه وي په همدغه طريقه ازموينه تر سره کيږي خو په دې پيښو کې بېرني X-Ray ضروري ده.

:Imaging of the Pelvis

د هر شديد تپي ناروغ په لومړنی کتنه کې بايد د سينې د X-Ray سره د حوصلې يو Plain قدامي خلفي X-Ray واخيستل شي. په ډيرو پيښو دغه فلم د حوصلې د کسر د تشخيص په باره کې کافي معلومات ورکوي. چې د تپ اصلي طبيعت دلازياتي تفصيلي راديوگرافي په واسطه څرگنديږي خو کله چې ناروغ د X-Ray په ميز باندی د وضعيت د بدلولو زغم ولري نو د پنځه اړخونو څخه د X-Ray اخيستل ضروري دي چې د قدامي خلفي، داخلي، خارجي، بني اوچپي مايلى منظری څخه عبارت دي که د

شدیدی تپ گمان شته وي نو په مناسبه سويه د CT ازموینه ډیره مرستندويه ده په خانگړی ډول د حوصلې د خلفي کړۍ په تپونو کې او د Acetabulum په پيچلو کسرونو کې.

CT ازموینه ځکه ډیر ارزښت لري چې د X-Ray پر مټ ددې کسرونو مناسبه ارزونه نه شي کيدای دتپ صحيح ليدل د درې اړخيزی CT ازموینی پر مټ ډیر مناسب دی خود ساده بنې رادیوگرافي او معیاري CT عسکونو په واسطه عملاً بڼه معلومات لاس ته راتلی شي.



28,23

د حوصلې د کسرونو تشخیص د X-Ray پر مټ

AB: د شدید تروما په مهال په Multiple injured ناروغانو کې د لومړنی ارزونی په مهال قدامي خلفي منظری سره دودیز X-Ray اخیستل کېږي چې کولای شي د لیدلو وړ تخریب یا د کسر په چټک تشخیص کې گټور ثابت شي X-Ray باید په سیستماتیک ډول ولوستل شي او عکس په منځ کې راشي. د Iliacblades, Pubic rami ، Symphysis Pubis ، Sacroiliac بندونه او د Sacral foramen تناظر باید وکتل شي که چیرې د ناروغ حالت ددې اجازه ورکړي لږ تر لږه په دوو منظرو باید عکسونه واخیستل شي.

CD: او په داخلي منظره کې د X-Ray Tube سره زاویه باید ښکته خواته دیرش درجې ولري.
F: بهرنی منظره باید د X-Ray Tube سره پورته خواته دیرش درجې زاویه ولري.



28,4

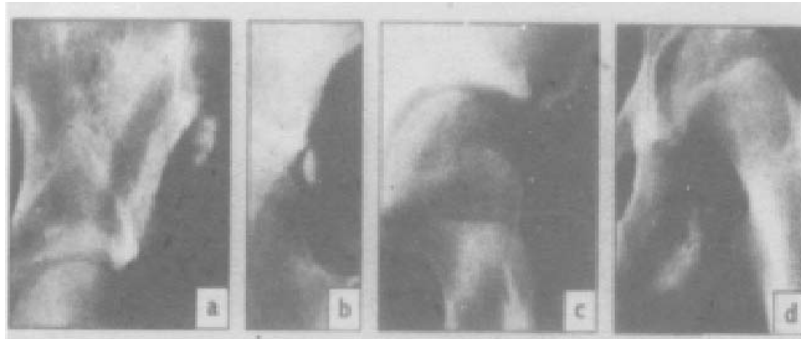
د X-Ray پواسطه د حوصلې د کسرونو تشخیص: د Ilium او Acetabulum د بنې

پیژندنې لپاره په هر طرف په مایلي منظرې عکس اخیستنه مرستندويه ده.

AB: بنې مایله منظره

CD: چپه مایله منظره دغه شیان باید له پامه وغورزول

شي که چیرې د CT اسانتیا په لاس کې وي



Avulsion injuries
داهر څه د عضلاتو د
قوی فعالیت په پای
کې مینځ ته راغلی
دی.

A: د Sartorius د
عضلی د تماس
Avulsion باید غلط

نه شي

B: د Acetabuli له هډوکي سره کوم چې په هر طرف کې ښه ښکاري.

C: د Rectus د عضلی د سرچینې Avulsion

D: د Hamstring د سرچینې Avulsion: کلینیکي حالت ډیر لږ خبرونکی دی د X-Ray په پرتله

Imaging of the Urinary Tract:

که د پورتنۍ گیلډی د ټپ نښې شته وي او ناروغ Haematuria

ولري نو د پښتورگو د ټپونو د څرگندولو لپاره باید داخل وریډي یوروگرام ترسره شي
د دې په واسطه د مثانې او احلیل غټ ټپونه هم ښودل کیږي. که احلیل خیری شوی وي
نو د مثانې بیخ به پورته خواته نیغ شوی وي او یا کیدای شي د وینې او د بیرون شوو
تشو متیازو د فشار په واسطه مثانه Tear drop سوء شکل ولري. کله چې د احلیل د
ټپ په اړه فکر وشي نو باید (۲۵-۳۰ ملي لیتره) په اوبو کې د حلیدونکو کثیفه توکو د
Aseptic تخنیک لاندې urethrogram ترسره شي د کثیفه توکو د زرق په وخت کې د
احلیل د بشپړې پراختیا لپاره باید یو فلم واخیستل شي. د کثیفه توکو تخنیک د
احلیل بشپړ او نیمگړي ټپونه ډیره ښه ښيي د مثانې د خیري کیدو په حالت کې باید
یو Cystogram ترسره شي.

د ټپونو ډولونه :

د حوصلې ټپونه په څلورو ډولونو ویشل شويدي.

- ۱- یواځنې کسرونه چې د حوصلې کړۍ په کې نه وي ماته شوی.
- ۲- د حوصلې کسرونه چې کړۍ په کې ماته شوې وي کیدای شي ثابته او یا بې ثابته وي.

- ۳- د Acetabulum کسرونه: که څه هم چې دا کسرونه د حوصلې د کړۍ کسرونه دي خو د بند په کسر کې د دخیل کیدو له کبله ځانگړې ستونزې پیداکوي نو له دوی څخه په ځانگړي ډول یادونه کېږي.
- ۴- Sacroccocygeal کسرونه.

الف: Isolated Fractures (ځانگړي کسرونه)

په دې کسرونو کې لاندې کسرونه شامل دي.

- ۱- Avulsion Fractures: د عضلاتو د شدید تقلص په واسطه د هډوکي یوه پارچه له خپل ځای څخه بې ځایه چې دا حالت دودیز ډول په سپورت مینانو او لوبغاړو کې لیدل کېږي. قدامي علوي Iliac Spin د (Sertorius) عضلې پواسطه، قدامي سفلي Iliac بارزه د Rectus femuris عضلې په واسطه، Pubis د Adductor longus عضلې په واسطه او د Ischium برخه د Ham string عضلو په واسطه کش کېږي. دا ټول عضلې ټپونه دي. او د یو څو ورځو لپاره یواځې آرام ته اړتیا لري. درد کیدای شي چې تر میاشتو پورې شته وي. که د شدیدو ټپونو تاریخچه نه وي نو د Callus بیوپسی کیدای شي په غلطه توګه تومور تشخیص کړي. په نادره توګه Ischeium Apophysis کش کیدل د Hamstring د عضلې په واسطه همیشني گیلی پیداکوي چې په دې حالت کې خلاصه ارجاع او Internal Fixation استطبات لري.

- ۲- Direct fractures: په حوصله باندې نیغ په نیغه وار په دودیز ډول لوړ ځای څخه د رالویدو وروسته مینځ ته راځي کیدای شي په Ischium او Iliac blade کې کسر پیداکړي. د درد تر ختمیدو پورې د بستر آرام یواځنې درملنه ده.

فشاري كسرونه (Stress Fractures)

په Osteomalacic او Osteoporotic ناروغانو کې د Pubic rami كسرونه دوديز دي. د Sacro iliac بند شاوخوا د فشاري كسرونو تشخيص ډير ستونزمن دی او دا كسرونه په زړو Osteoporotic خلكو کې د Sacroiliac د ساحې د درد يو غير دوديز لامل دی. پټ فشاري كسرونه د Radioisotope scan په واسطه بنه معلوميدای شي.

ب: Fractures of the Pelvic ring: د حوصلي د حلقې متيد ني :

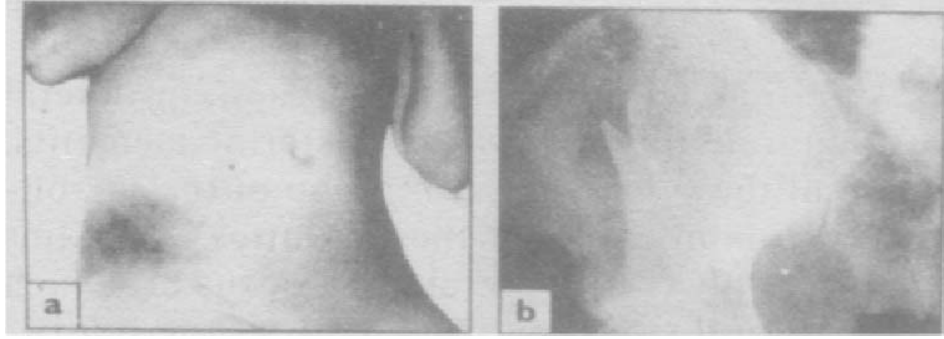
حوصله يو سخت جوړښت دی نو دا خبره په گډ ډول منل شويده چې د حوصلي په كړۍ کې د يوې نقطې ماتيدل د بلې نقطې د ويجاړتيا سره يو ځای وي. خو ځينې استثنا شتون لري لکه د نيغ په نيغه ضربی كسرونه او د ماشومانو د كړۍ كسرونه ځكه چې په ماشومانو کې Symphysis او Sacroiliac بندونه د Springy ځانگړتياوو درلودونكي دي په ډيری پيښو کې دوهمه ماته شوې نقطه نه ليدل كيرې چې كيدای شي يا بيرته ژر ارجاع كيرې او يا دا چې Sacroiliac بند په نيمگړی توگه ويجاړ شوی وي.

Mechanism of Injury

د حوصلي د كړۍ د ټپونو اساسي ميخانيكيت د قدامي خلفي فشار، وحشي يا جنبي فشار، عمودي څيرې كيدنه او يا د دې ټولو څخه عبارت دی.

۱- قدامي خلفي زور راوړنه يا فشار:

دا ټپ هغه مهال پيدا كيرې كله چې يو پياده تلونکی مخامخ د موټر په واسطه ووهل شي په Pubic rami کې كسر مينځ ته راځي نښتي هډوكي يوله بل څخه جلا كيرې يا خارجي تدور كوي. Symphysis او په پای کې د خلاص كتاب ټپ منځته راځي. قدامي Sacroiliac اړبټی په نيمگړی توگه څيرې كيرې او كيدای شي د Ilium په شاتنی برخه کې كسر پيدا شي.



28,6

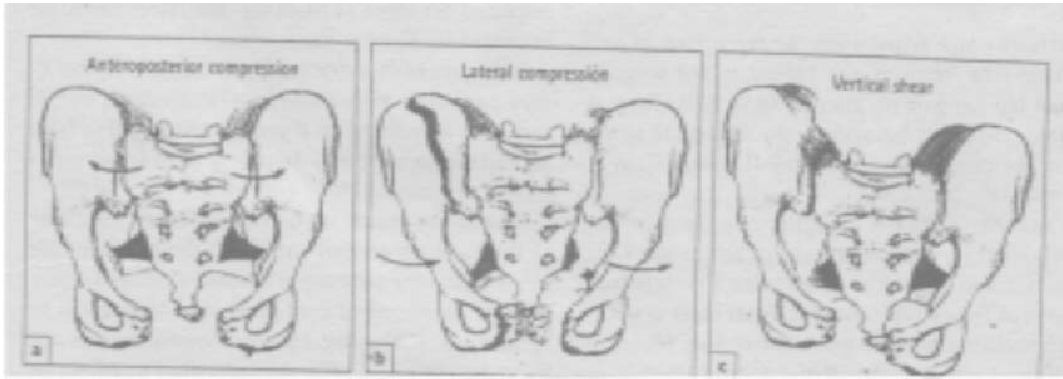
مات شوی Iliac blade

A: گړول شوی ځای د کسر د ځای بنودنه کوي.
 B: کسر خطرناک ښکاري خو که چیرې د هډوکینې حوصلې پاتې شوني په تماس کې وي نو ناروغ د خطرناک گوانښ سره مخامخ ندی.

- د حوصلې په جوانبو فشار د حوصلې د حلقې د ماتیدو یا کریدو لامل کیږي دا کسرونه په دودیز هغه وخت منع ته راځي کله چې یو څوک د یو لوړ ځای څخه راو لویږي او یا د موټر په ټکر کې له یو اړخ څخه ووهل شي په قدامي توگه Pubic rami له یو یا دواړو اړخونو څخه په کسر اخته کیږي او په خلفي توگه د حوصلې په هماغه اړخ کې او یا مخالف اړخ کې په Sacroiliac کې شدید څیری کیدنه او یا د Sacrum او Ilium کسر رامنځته کیږي که سکروم او الیوم ډیر بې ځایه شوی وي نو حوصله به بې ثباته وي.

۳- عمودي څیری کیدنه:

Innominate هډوکي په یو اړخ کې په عمودي توگه بی ځایه کیږي.. او د هماغه اړخ په Pubic rami کې کسر او د Sacroiliac د ساحې تخریب رامنځته کوي.



28,7

د حوصلی د کړی د کسر ډولونه

د درې غوره ټپونو ډولونه بنودل شوي دي.

- A: قدامي خلفي قشمار د وحشي تدور سره يو ځای کيدای شي د حوصلې دواز کتاب غوندي ټپ لامل شي په دننه منظره کې د Symphysis Pubis د جداوالي غټه نښه کوم چې د Sacro iliac بند د قدامي برخې پراختيا ده ډيره ښه ښکاري.
- B: جنبي فشار کيدای شي د حوصلې د کړی، د کړيدو او ماتيدو لامل شي. Pubic rami ځينې Pubic Rami دواړه خواوې ماتې شوي وي. په خلفي توگه Iliac blad کيدای شي مات شي او يا د Sacrum هډوکي مات شوي وي.
- C: عمودي څيري کيدنه د دواړو Sacro iliac او Symphysis د ناحیې د يو طرف د تخریب س

دا کسر هغه وخت منځته ته راځي کله چې يو څوک له لوړ ځای څخه په يوه پيښه راولويږي

دا په دوديز توگه شديد بې ثباته ټپونه دي چې ښکاره څيري والی د نرمو انسانانو و بجاړتيا او Retroperitoneal وينه بهيدنه په کې شته وي.

۴- گډ ټپونه

په شديدو حوصلې ټپونو کې کيدای شي پورتنی درې واړه فکتورونه سره يو ځای وي.

ثابت او غير ثابت کسرونه (Stable and unstable Fractures)

د حوصلې په ټپونو کې د کسر د څرنګوالي او بی ځايه والي څخه د کسر ثبات معلوميدای شي. هغه ميخانيکيتونه چې دغه ټپونه پيدا کوي لږ غوندي ځانګړی دي د کسرونو د خاصو نقشو وضاحت شوي چې د ټپ د ميکانيزم څرګندول يې ممکن کړيدی همدارنگه د دې پواسطه د اربطی د زيان او د حوصلې د بی ثباتی د درجو معلومول هم ممکن شوي دي. چی ځينو پيښو کې تر څو چی د بې هوشی لاندې

ازموینه ترسره نه شي د حوصلې د ثبات او بې ثباتی پریکړه نه شي کیدای. ددی په اړه ډیری ویشنی کارول کیږي تر ټولو غوره یې د Young او Burgess د ۱۹۸۶ کال ویشنه ده چې په لاندې توگه ترې یادونه کوو.

قدامي فشاري کسرونه: د حوصلې د واز کتاب شکل د Symphysis Pubis د منځ د واټن د زیات والي یا د Pubic rami د کسرو له کبله حوصله جلا کیږي نور Sacroiliac عناصر هم تر کشش لاندې راځي. دغه ټولنیزه نقشه د جراحي د شدت له نظره ویشل شويدي.

په APCI کې: Symphysis pubis تر منځ واټن د ۲ سانتي مترو څخه کم وي سره له دې چې X-ray کې څرگندول بنسکاري. د Ant sacroiliac lig کې یو څه Starin شته وي خو د حوصلې کړی به ثابت وي.

په APC2 ټپونو کې جداوالی په څرگند ډول وي او Ant Sacro iliac lig (ډیری Sacrosipinus ligament او Sacro tuberurs) هم څیرې شوی وي په CT د یوه اړخ Sacro iliac joint لږ جداوالی بڼي. که خلفي Sacro iliac ligament څیرې شوی نه وي نو د حوصلې کړی به هم ثابت وي.

او په AP C3 ټپونو کې قدامي او خلفي Sacro iliac اړبڼې څیرې شوې وي. د CT پرمټ د Sacro iliac بند جداوالی لیدل کیږي. یو اړخ نیمه حوصله قدام کې د بل اړخ نیمې حوصلې څخه او په خلف کې د ساکروم څخه جدا شوې وي. د حوصلې کړی بې ثباته وي.

۲- اړخیز فشاري ټپونه:

ددی ټپونو بڼه نښه د Pubic ramus مستعرض کسر دی چې د حوصلې دسوري د X-Ray (inlet view) په واسطه بڼه لیدل کیږي. کیدای شي په ساکروم کې هم فشاري کسر موجود وي دا کسرونه د LC1 په نوم ویشل شويدي د حوصلې کړی په کې ثابت وي.

د LC2 ټپونه ډیر شدید وي. د قدامی کسر سره کیدای شي د لگیدلو په اړخ کې د Iliac wing کسر هم شته وي خو د حوصلې کړی ثابت وي.

د LC3 تپونه له پورتنیو دواړو تپونو څخه بدتر دي. زیانمن شخص دموتیر لاندې راغلی وي په یوه Iliac wing باندې د جنبي فشاري قوې له کبله د کسر د پیداکیدو سره سره په مخالف الیوم باندې هم قدامي خلفي قوه عمل کوي او د کسر د پیداکیدو لامل کیږي. دهمدې میخانیکیت له کبله د تپ لامل ځانگړی رول د تپ په پیداکیدو کې لري.

۳- عمودي څیرې شوي تپونه :

د حوصلې نیمايي برخه د سر په سمت بی ځایه شوې وي دیرې په خلف کې هم بی ځایه شوې وي نو حوصلې ته وصفی غیر متناظر شکل ورکوي. د APC-3 د تپونو په شان نیمايي حوصله بشپړه جدا شوې وي او د حوصلې کړۍ بی ثباته وي.

۴- گډ تپونه

کیدای شي په گډ ډول تپونه رامنځته شي او پورتنی ټول لاملونه په کې رول ولري خو په لویه کچه پورتنی ډلبندې د دودیزو پیداکیدونکو تپونو بنسټونه کوي.

د LC2 شکل د گډې د سر او د سینې د تپونو سره تړلې ده. د تپونو ټول بی ثباته ډولونه د شدیدې وینې بهیدنې خطر لري او ژوند گواښونکي دي.

کلینیکي بڼه:

هغه کسرونه چې د حوصلې کړۍ نه اغیزمنه کوي یا په بله ژبه د حوصلې د کړۍ په ثابتو کسرونو کې ناروغ ته شديده صدمه نه رسیږي خو د گرځیدو په مهال درد لري ځایي حساسیت شته وي د حوصلې احشاو ته نادراً زیان رسیږي.

د حوصلې د کړۍ د کسر ډولونه:

د درې غوره تپونو ډولونه بنسټول شوي دي.

A: قدامي خلفي فشار د وحشي تدور سره یو ځای کیدای شي د حوصلې دواز کتاب غوندې تپ لامل شي په دتنه منظره کې د Symphysis Pubis د جداوالي غټه نښه کوم چې د Sacro iliac بند د قدامي برخې پراختیا ده ډیره بڼه ښکاري.

B: جنبي فشار كيدای شي د حوصلې د كړې د كړيدو او ماتيدو لامل شي. Pubic rami ځينې Pubic Rami دواړه خواوې ماتې شوې وي. په خلفي توگه Iliac blade كيدای شي مات شي او يا د Sacrum هډوكې مات شوی وي.

C: عمودي څيرې كيدنه د دواړو Sacro iliac او Symphysis د ناحیې د يو طرف د تخريب سره

ساده اكسري په واسطه كسر معلوميدای شي. د حوصلې د كړې په بې ثباته ټپونو كې ناروغ ته شديد صدمه رسېږي. ناروغ شاك كې وي ناروغ شديد درد لري او ودريدای نه شي. تشي متيازې نه شي كولاى او كيدای شي په خارجي Meatus كې وينه ولري. خپور حساسيت شته وي او داليوم يو يا دواړو خواو ته خپور شي چې ډير شديد دردناك وي. د ټيله كولو او كش كولو په واسطه كيدای شي عمودي بې ثباتي څرگنده شي.

يوه برخه د پنبې كيدای شي د سياتيك عصب د ټپ له كبله بې هوشه وي. د شديدو ټپونو د احشاو د تخريب، دگيدې دننه او دپريتوان څخه دباندې وينې بهيدنې، شاك، سپسس او ARDS زيات خطر شته وي. په شديدو ټپونو كې دوينې كچه لوړه وي.

: Imaging

ددې په واسطه د Pubic rami دكسرو دهماغه يا مقابل طرف دخلفي عناصرو كسرونه، د Symphysis د جداوالي، د Sacroiliac بند او يا ددې ټولو ټپونه په يو ځل ليدل كيدای شي. د فلمونو په واسطه تشخيص ډير وخت ستونزمن وي. د ټپ د طبيعت د كتلو لپاره CT بڼه ازموينه ده.

: اهتمامات :

لومړني اهتمامات : درملنه بايد د بشپړ او پوره تشخيص تر وخته ونه ځنډول شي يو څه شيان بايد په لومړي پړاو كې د حياتي مانورو په توگه تر سره شي او د شته معلوماتو څخه د تشخيص د غوتې تر خلاصيدو پورې گټه واخيستل شي درملنه په گډ ډول د ارزونې او درملنې څخه عبارت ده.

شپږ پوښتنو ته بايد په بېرني ډول ځواب پيدا شي چې په لاندې توگه دي:

۱- ايا هوايي لاره پاکه او خلاصه ده؟

۲- ايا سږي په بڼه توگه تهويه شوي دي؟

۳- ايا دناروغ څخه دوینې ضیاع جریان لري؟

۴- ايا دگیدي دتنه تپ شته؟

۵- ايا د احلیل او مثاني تپونه شته دي؟

۶- د حوصلې کسر ثابت يا بې ثباته دي؟

په شديد زخمي ناروغ کې په اول پړاو کې دا خبره بايد يقيني شي چې هوايي لاره خلاصه او تهويه يې سمه ده. احیاء مجدد باید په چټک ډول پیل شي فعاله وینه بهیدنه باید کنټرول شي ناروغ په چټک ډول د Multiple تپونو لپاره وکتل شي او که ضرورت وي نو دردناک کسرونه دې میزابه شي. د حوصلې یوه قدامي خلفي X-Ray دې واخیستل شي. له دې وروسته باید په ډیری پاملرنې سره ازموینه ترسره شي چې حوصلې، گیدي، عجان او رکتوم ته په کې پوره پاملرنه وشي.

داحلیل Meatus باید دوینې بهیدنې لپاره وکتل شي. بنسکتني اطراف په کار ده چې داعصابو د تپونو لپاره وکتل شي.

که د ناروغ ټولنيز وضعیت بڼه وي نو نورې X-Ray دې واخیستل شي. که د احلیل د خیرې کیدلو گمان شته وي نو په ورو ډول دې Urethrogram ترسره کیدای شي د داخل وړیدي Urethrogram څخه گټه واخیستل شي.

ازموینه کوونکی ډاکټر تر دې وخته د ناروغ د ټولنيز حالت، د حوصلې د تپ د پراختیا د احشاو د تپونو د موجودیت یا نه شتون د گیدي دتنه ویني او د پريتوان شاته وینې بهیدنې په اړه ډیر بڼه فکر کولای شي. بڼه به داوي چې دماهرينو یوه ډله شته وي او هر مشکل په جلا جلا ډول وخیل شي او یا غوره معلومات ترلاسه شي.

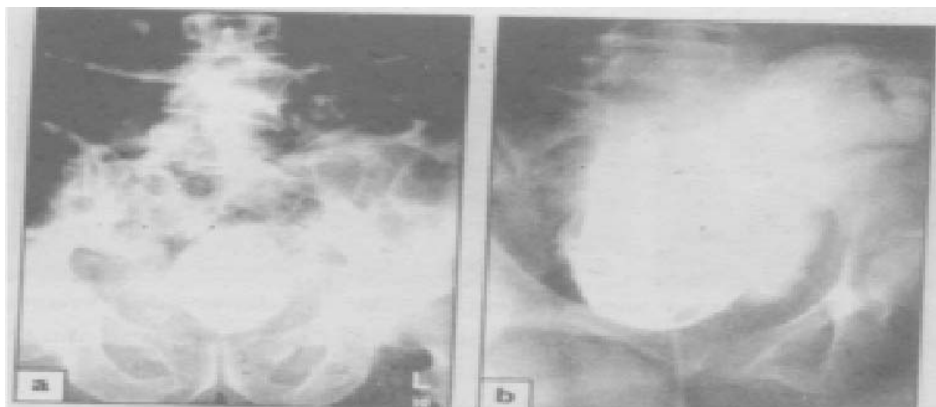
۱- Management of Sever Bleeding

دشاک له درملنې څخه په ۲۲ چپټر کې یادونه شویده خو که د حوصلې یو بی ثباته کسر شته وي نو د External-Fixation چټک تطبیق سره به په وینه بهیدنه کې کمی راشي. د دوامداره وینې بهیدنې تشخیص ډیر کورت ستونزمن وي حتی کله چې دابنکاره وي ناروغ دوینې بهیدنې له کبله په شک کې وي نو دا اسانه خبره نه ده چې

مونډ د وینې بهیدني سرچینه معلومه کړو. هغه ناروغان چې د شکمنو بطني نښو لرونکي وي باید د پريتوان د لواژ او بذل په واسطه يې لانوره پلټنه وشي که چيری Tap تشخيصيه وي يا تشخيص مثبت وي نو دگيډی د خلاصولو هڅه باید وشي ترڅو د وینې بهیدني سرچینه پیدا او معامله ورسره وشي. که چيري یو لوی Retroperitoneal هیماتوما شته وي نو داباید تخلیه نه شي ځکه په دې کار سره کیدای شي چې Tamponade تاثیر خوشې او د غیر قابل کنترول وینې بهیدني لامل شي.

فشاري Packing کیدای شي ددې لپاره تر سره شي چې د Sacroiliac بند او ساکروم شاوخوا داوعیو د فشار لامل وگرځي.

که چيری د دگيډی دننه د وینې بهیدني نښې نه وي او دگيډی خلاصونه هم په پام کې نه وي خو ناروغ کې د دوامداره ډول د وینې د ضیاع نښې نښانې شته وي نو له دې وروسته ناروغ باید یو غیر متحرك حالت کې ولیږدول شي او Angiography يې تر سره شي.



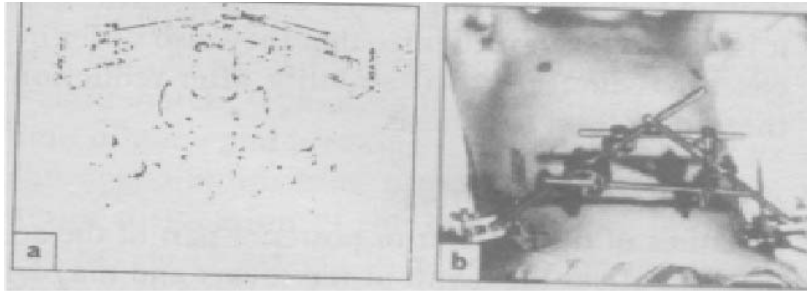
28,8

د حوصلې کسرونه او د مټانې ټپ

A: داخل وړيدي يوروگرام د مټانې خاکه وړاندي کوي او د وینې او د تشومتيازو د Extravasation په پای کې ځانگړی گردی ښودنه کوی همدارنگه دلته به زیاته اندازه د معدې پراختیا د پريتوان شاته وینه بهیدنه ښي.
B: دغه ناروغ د مټانې څیري کیدنه درلوده Cystogram يې د کټیفه موادو Extrava ښيي.

Management of the Urethra and Bladder

د حوصلې دکړۍ د کسرونو په ناروغانو کې تقریباً ۱۰% ناروغان بولي تپونه لري دغه ناروغان ډیر کورت د نورو تپونو له کبله شدیداً ناروغ وي. د ادار د Output د معلومولو لپاره کیدای شي کتیتر ته اړتیا ولیدل شي. په دې ډول urologist ته د احلیل د تپونو بیړنی تشخیص مشکل بریښي. تشخیصیه کتیتر اچونې ته اړتیا نه شته ځکه کیدای شي ددې کار په ترسره کولو سره د احلیل یو نیمگړې څیرې کیدنه په بشپړ څیرې کیدنې بدل کړي. د نیمگړو څیرې کیدنو په ټولو پېښو کې په ساده ډول Supra pubic کتیتر اچونې ته اړتیا شته دی د نیمگړې څیرې کیدنې شاوخوا نیمایي پېښې جوړېږي او Management لپاره لږې اوږدې مودې ته اړتیا لري. د احلیل د بشپړې څیرې کیدنې درملنه تر ناندريو لاندې ده.



28,9

د حوصلې کسرونه Ext Fixation

بې ځایه شوي کسرونه کیدای شي زیات وخت ارجاع شي او د Ext Fixation په واسطه ارجاع ساتل شوي وي.

د احلیل د لمړنۍ استقامت بیا لاسته راوړنه کیدای شي د Supra pubic cystostomy په واسطه لاسته راشي. Pelvic hematoma تشول او لدې وروسته د مثانی د دتشنې لپاره په احلیل کې د ټپ څخه کتیتر تیر شي. که چیرې مثانه ډیره پورته تللې وي نو دوباره خپل ځای ته راوړل کیږي او د Prostate د کپسول د قدامي سفلي برخې سره گڼدل کیږي. یوه بله او ډیره اسانه طریقه داده چې څومره ژر ممکنه وي Cystostomy ترسره شي خو نه د حوصلې د تشیدې کوشش وشي او نه د احلیل د تضیق کولو بلکه ۴-۶ میاشتې ورته انتظار ویستل کیږي چې پایله کې د احلیل تنگوالی منځته راځي او بیا ورسره په مناسبه توګه درملنه کیږي.

که چیرې د پروستات شديده بيخايه کيدنه يا د ريکتوم او دمشاني د غاړې شديده خیرې کيدنه شته وي نو وروستی د مضاد استطباب دی. په دې دواړو میتودونو کی غټه پيښه چې رامنځته کیرې هغه د وروستني تنگوالی جوړیدل د تشومتيازونه ټینگیدل او جنسي ځواک کمیدل دي.

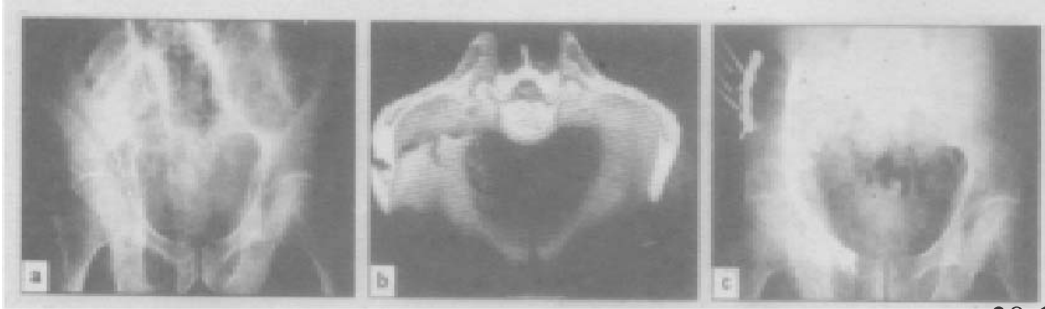
د کسرونو درملنه :

دهغه ناروغانو لپاره چې شديد زخمونه لري Ext. Fixation د وینی بهیدني د کموالي او د شاک د مخنیوي په منظور تر ټولو موثره لاره ده. که چیرې ژوند گوانبونکي اختلاطات نه وي نو درملنه یې په لاندې ډول ده.

Isolated Fracture and minimal displaced fractures : یوازی د بستر ارام ته اړتیا لري او که چیرې ممکن وي د سفلي اطرافو Traction هم ورسره یو ځای کیرې. ۴-۶ اونيو لپاره مریض کیدای شي ارام وي او لدې وروسته ورته Crutches په واسطه د گرځیدو اجازه ورکول کیرې.

د خلاص کتاب زخم Open book injuries – قدامي قاصله باید د ۲ ساتي

مترو څخه لږه وساتل شي او داباید يقيني شي چې خلفي بيخايه شوی جرحی کیدای شي چې په مطمین ډول سره د بستر دارام په واسطه درملنه شي . خلفي Sling يا (Elastic girdle) ایلاستیک کمربند د کتاب په بندولو کې کومک کوي. په شديدو ټپونو کی د ارجاع د ساتنی لپاره موثره لاره Ext Fixation ده چې pins په دواړو iliac کریو کې تیر د او د قدامي Bar په واسطه ارتباط پیدا کوي.



28,10

دحوصلی کسرونه اوداخلی تثبیت (Int Fixation)

AB: د درې اړخیزه بیارغونکې CT سره د X-Ray ازموینې مخکې له عملیات څخه وړ جوړ شوی پلان او

C: د Plates او Screw سره ثابت داخلي تثبیت

د کتاب د ترلو په واسطه د وینې بهیدنې په کچه کې هم کموالی مینځته راځي. که دوه Kirschner.wire لومړی تطبیق شي نو د Pins اینسودل اسانوي ځکه چې د هر iliac blade جنبي سطحې پراخېږي او د دوی تر منځ تثبیت کوونکې Pins پر ځای کېږي په Symphysis کې د Plate په واسطه Int.Fixation په لاندې حالاتو کې ترسره کېږي.

۱- د تپ د اولو څو ورځو په دوران کې کله چې ناروغ لپراتومي ته اړتیا لري.

۲- کله چې د ساده لارو په واسطه واټن ونه تړل شي. د iliac blade کسرونه ډیری د بستر آرام په واسطه درملنه کېږي خو که ښکاره بې ځایه والی د قدامي کرې د کسر او د Symphysis د جداوالي سره یو ځای وي نو باید په خلاصه ارجاع او د Plate او Screw په واسطه Int. Fixation غوره شي. د Ext. Fixation په واسطه هم په دغو کسرونو کې د ځینو کسرونو ارجاع او ساتل امکان لري. APC III او VS تپونه ډیر خطرناک او درملنه یې گرانه ده د ځینې او یا ټولو عمودي بې ځایه شوو کسرونو درملنه د Skeletal ترکشن د Ext.Fixation سره یوځای امکان لري. ناروغ باید د لسو او نیو لپاره په بستر کې واچول شي او دغه اوږدمهاله ځملاستل په بستر کې د خطر نه خالي نه دي په دې تپونو کې قدامي او خلفي دواړه ثابتونه له مینځه ځي دواړه ځایونه ثبات ته اړتیا لري چې د دې لپاره دوه تخنیکونه کارول کېږي.

A: قدامي خارجي تثبیت او خلفي استحکام د Sacroiliac بند تثبیت د Screw د کارولو په واسطه.

B: په قدامي توگه د Plate او په خلفي توگه د Screw لگول. عملیات ډیر تکلیف ورکوونکی او گران دی (د عملیات خطر وینه بهیدنه او انفکشن دهغه جراح په واسطه باید تر سره شي چې کافي تجربه ولري د اسکلیتي ترکشن او خارجي Fixation ساتل بڼه لاره ده خود غلط وضعیت څخه د میراث په توگه خلفي درد پاتی کیږي پدې خبره باید تاکید وشي چې د حوصلې ۶۰% کسرونه Fixation ته اړتیا نه لري خلاص حوصلی کسرونه خارجي Fixation په واسطه درملنه کیږي کیدای شي Diversion colostomy ته اړتیا پیدا شي.

دویمي بایږي Secondary complications:

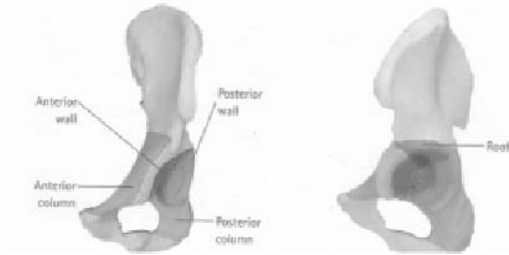
د سیاتییک عصب تپونه: د حوصلې د کسرونو درملنې څخه مخکې او وروسته باید د سیاتییک عصب فعالیت وکتل شي که عصب تپي شوی وي نو د ایوه Neuropraxies ده او د رغیدو لپاره څو اونۍ انتظار ته ضرورت دی. په ځینی پینسو کې د عصب تپ باید په درست ډول وکتل شي. بولي تناسلي مشکلات: ځینی وخت د احلیل د تپونو څخه تنگوالی، عدم اقتدار او جنسي بې وسي پیدا کیږي او اوږدي درملنې ته ضرورت لري. پرله پسې Sacroiliac درد: د حوصلې بی ثباته کسرونه ډیری د نیمگړی یا بشپړ Sacro iliac بند د تخریب سره یوځای وي چې د درد لامل کیږي په ځینو پینسو کې د Sacroiliac بند Arthrodesis ته اړتیا پیدا کیږي

د استابولم کسرونه:

د Acetabulum کسر هغه وخت منځته راځي کله چې د ورون سر د حوصلی خواته تللی وي دا کسرونه په اړخ باندي او یا مخامخ په زنگون باندي د نیغ په نیغه وار له کبله منځته راځي چې کیدای شي ورون ورسره هم زخمي شوی وي. د Acetabulum کسرونه د حوصلې د کسرونو پیچلیتوب (د رخوه انساجو د تخریب شتون) دمفصل (مفصلي غضروفي تخریب د وزن غیر متناظر والی چې د دویمي Osteoarthritis لامل کیږي) سره زیاتیري

Patterns of fractures :

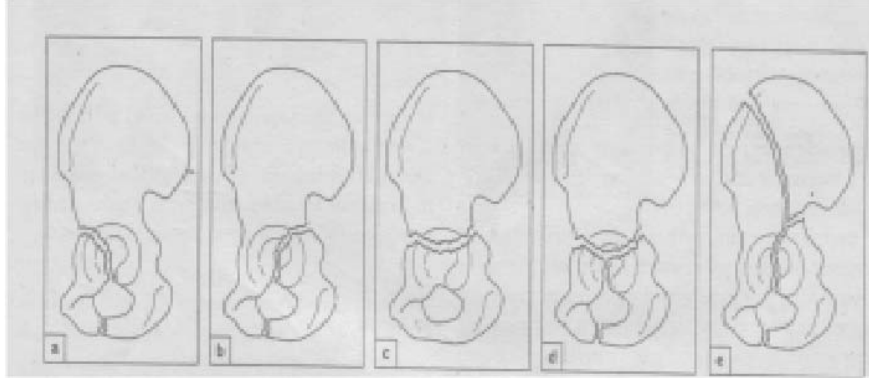
په موجوده وخت کې د Acetabulum د کسرونو ډیرې ډلبندي مشهوری دي، د ټولو اناتوميکه تشریح یو ډول ده تر ټول بڼه ډلبندي چې ساده اونړیواله ده. د Tile ۱۹۹۵ ډلبندي ده په څلورو غټو ډلو ویشل شوي دي دا کسرونه په اناتوميک بنسټ جلا کیدای شي همدارنگه دا کسرونه د ارجاع د اسانتیا د ارجاع وروسته استحکام او د اوږدې مودې د انزارو په بنسټ هم توپیر کیدای شي. دا غوره ده چې باید وپېژندل شي.



28,11

د Acetabulum کسرونه

په دیوال او ثباتي ستونو کې پیداشوی کسر کوم چی د تللو په وخت د وزن یوه غټه برخه جوړوي



28,12

د Acetabular کسرونو اړوند د Tiles ډلبندي.

دلته د ټپ څلور ډولونه شته دي.

AB : یو ساده کسر کوم چې په کې قدامي یا خلفي دیوال یا ستني په کسر اخته کیږي.

C : مستعرض یا

D : T.Type کسر کوم چې دواړه ستني احتوا کوي.

E : د دواړو ستونو کسر چې په پایله کې یې اسیتابولوم بیخي ازاد کیږي او د Socket هیڅ برخه د الیوم سره تماس نه لري

(دغه د مستعرض یا T type کسر سره پرتله کړی.

: Column Fractures

قدامي ستن يا Column د علوي Pubic ramus سره يو ځای د Symphysis pubis څخه د Acetabulum نه تیریري او قدامي Ilium ته رسیږي داد ایکسری په مایله منظره کې د Iliopectineal لیکې په واسطه بنودل کیږي د قدامي Column کسرونه غیر دودیز دي وزن وړونکې برخې په کې نه وي او ښه انزار لري. خلفي ستن د Acetabular socket دخلفي اړخ سره د Ischium څخه تر سیاتیک میزابی او ایلیوم هډوکي تر خلفي برخې پورې غځیدلې ده. د الیوم په مایله X-Ray کې د Ilio Ischeal لیکې په ډول ښکاري. د خلفي Column کسر د Obturator foramen څخه پورته خواته تر سیاتیک Notch پورې غځیدلی وي او خلفي ischiopubic ستن یې جدا کړې وي او د اسیتابولوم وزن وړونکې برخه ماته شوې وي. داپه دودیزه توگه د ورون دخلفي بیخایه والی سره یو ځای وي او کیدای شي چی سیاتیک عصب په کې ټپي شي درملنه یې بیړنۍ او د ثابت بند لپاره Int.Fixation ته اړتیا لري.

ج: Transverse Fractures

د اکسر په مستعرض ډول په Acetabulum کې پیدا کیږي چې دواړه Column په کې دخیل وي او د Iliac برخه په پورته خوا کې د Pubic څخه او په ښکته خوا کې د Ischium څخه جدا کوي. په Obturator سوري کې هم کیدای شي ورسره یو عمودي چاود شته وي چی په پایله کې (T) کسر منځته راوړي. په مستعرض او T type دواړو کسرونو کې د اسیتابولوم یوه برخه د الیوم سره نښتې وي. ددې کسرونو ارجاع او د ارجاع ساتل ډیر گران دی.

پیچلي کسرونه:

د اسیتابولوم ډیر کسرونه پیچلي ټپونه دي چې د اسیتابولوم د قدامي یا خلفي ستنو سره د Acetabulum ځمکې او یا دیوالونو ته هم زیان رسیږي. ځینې وخت د دواړو ستنو کسر سړی مغشوش کوي او یو T type کسروي چې دواړه ستنې په کې دخیل وي خو د T مستعرضه برخه د اسیتابولوم څخه لږه پورته واقع وي. په اغیزمنه توگه د

اسیتابولوم هیخ برخه هم د حوصلې سره تماس نه لري په دی کسرونو کې د دواړو ستونو د کسر اصطلاح کارول د مستعرضو کسرونو لپاره سپری مغشوش کوي ددې پر ځای به د لور T کسر اصطلاح وړوي که وکارول شي.



28,13

د حوصلې Imaging د اسیتابولوم د کسرونو لپاره .

که څه هم CT Scan د اسیتابولوم د کسرونو په ارزونه کې معیاري دي خو Plain X-Ray هم زیات څه وړاندې کولای شي. د مایل Obturator قدامي خلفي معیاري، او یا مایل Iliac ، منظرې تجربه کارو سترگو ته په تپ کې د دخیلو جوړښتونو ښودنه کوي Iliopsoas لیکه د قدامي ستنی یا Column په باره کې او Ili ischial کرښه د خلفي ستني په باره کې معلومات ورکوي. په درې واړو منظرو کې د قدامي او خلفي جدارونو غاړې لیدل کېدای شي.

په Complex fructurs کې لاندې لوجه شریکه وي:

- ۱- تپ به ډیر شدید وي.
- ۲- مفصلی سطح به تخریب وي.
- ۳- دا دودیز دول جراحی عملیات او Int.Fixation ته اړتیا لري.
- ۴- اخرنی نتیجه به یې ډیره قانع کوونکي نه وي په غیر دهغی چې په جراحی عملیات سره ښه ارجاع نه شي.

کلینیکي ښه :

دترافیکی پېښی او یا د لور ځای څخه دغورځیدو له کبله شدید تپ شته وي. نور کسرونه هم ورسره غیر دودیز نه دي او کېدای شي چی دبیرنیو حوصلې کسرونو پر ځای دې کسرونو ته پام ورواوري. کله چې مات شوي ورون د زنگون شدید تپ یا Calcaneum کسر تشخیص شي نو باید د ورون عکس واخیستل شي.

ناروغ کیدای شي په شدید شاک کې وي او د حوصلې د کسر ټول اختلاطات باید وپلټل شي. مقعدي کتنه لږمه ده د ورون په ساحه کې کیدای شي شینوالی شته وي او پینښه کیدای شي په داخلي تدوري حالت کې وي. ورون د خوځښت ورکولو هڅه باید ونه شي.

د سیاتیک، فیمورال، اوبتیراتور او Pudental اعصابو د دندې د کتلو لپاره باید له پامه ډکه عصبي ازموینه ترسره شي.

Imaging

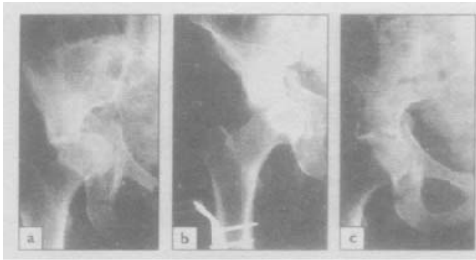
په هره پینښه کې باید په څلورو اړخو X-Ray واخیستل شي چې عبارت دي له معیاري قدامي خلفي اړخ، د حوصلې د داخلي سوري اړخ او د ۴۵ درجو دوه ریښنده یا مایلی اړخ هره منظره په جلا جلا ډول اسیتابولوم بڼې. په عملي توګه هره غټه نښه پیژندل کیدای شي چې ددې له کبله د Commutation د درجې د بې ځایه والي کچه او د کسر د ډول په اړه معلومات لاس ته راتلای شي.

درې اړخیزه CT ښه ازموینه ده که د جراحي په واسطه دوباره جوړیدنه په پلان کې وي.

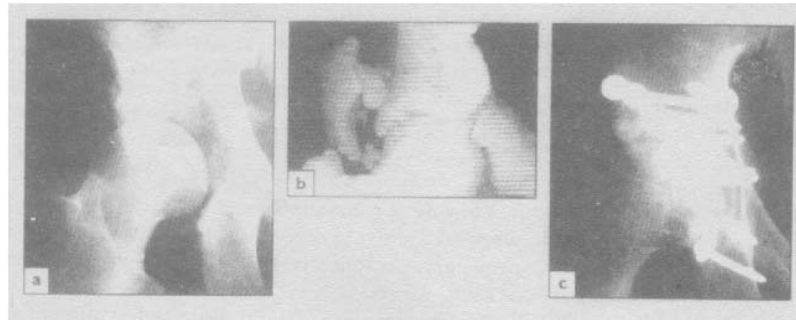
درملنه

بیرنۍ درملنه: په لومړي پړاو کې باید د شاک درملنه شي او بې ځایه والی ارجاع شي بیا ورون کې ترکشن ترسره شي او (۳-۴) ورځو کې د ناروغ ټولنیز وضع تر کنترول لاندې راوستل شي د Hip د منځنیو بیځایه والو لپاره د Greater trochantor له لارې اړخیز ترکشن اچول کېږي. ترڅو چې ناروغ برابر شوي نه وي او عملیات اسانتیاوې په لاس نه وي راغلي درملنه باید وځنډول شي.

28,14



مات اسیتابولم، ساتونکی درملنه
د اسیتابولوم شدید بې ځایه شوی کسر دی چې
A: نژدې په بشپړه توګه ارجاع شوی ده
B: طولاني او وحشي يا جنبي ترکشن په واسطه.
C: کسر رغیدلی دی او ناروغ مناسب بند ولري چې په ښه توګه
حرکت کولای شي.



28,15

مات اسیتابولم - داخلي ارجاع

X-Ray: A

B: او درې اړخیزه CT مخکی د ارجاع کیدو څخه یوه لویه خلفي پارچه ښيي کومه چې سم دوباره وضعیت اخیستنې او
Int.Fixation ته اړتیا لري.

۲ - Non Operative Treatment

اوس مهال د اسیتابولوم د بې ځایه شوو کسرونو د درملنې لپاره عملیاتي لاره ښه ګڼل
کيږي خو په لاندې حالتو کې د ساتونکی درملنې څخه کار اخیستل کيږي.
۱- د اسیتابولوم په هغه کسرونو کې چې لږ بې ځایه شوی وي (که د وزن وړونکو ساحو
کې د ۳ ملي مترو څخه کم وي)

- ۲- هغه بی ځایه شوي کسرونه چې علوي انسي وزن وړونکي برخه په کې شامله نه وي. په دودیز توګه په دې کسرونو د بعیده قدامي Column کسرونه او بعیده مستعرض کسرونه شامل دي.
- ۳- د دواړو ستونو کسر چې Ball او Socket دواړه په Hip کې په خپل ځای پاتې وي او محدود بی ځایه والی ولري چې مفصلي څنډه کې جداوالی نه وي.
- ۴- د زړو خلکو کسرونه چې ترلې درملنې ته اړتیا لري.
- ۵- هغه ناروغان چې د عملیات لپاره طبي مضاد استطباب ولري لکه ځایي سپیس. Communion د عملیات لپاره مضاد استطباب نه شي کیدای خو باید وړ اسانتیاوي او مسلکي جراحان ولرو.
- په ۱۹۸۸ کال کې Malta او Merritt یو څه معیارونه ترتیب کړي چې د ساتونکې درملنې د بریالیتوب لپاره شته.
- ۱- کله چې ترکشن لیرې شي نو Hip باید په خپل ځای کې مناسب وساتل شي.
 - ۲- د اسیتابولوم د ځمکې وزن وړونکې برخه باید روغه وي.
 - ۳- د خلفي دیوال کسر باید د CT په واسطه رد شي.
- غیر عملیاتي درملنه د هغو ناروغانو لپاره چې له پنځوسو کالو څخه زیات عمر لري د بالغانو او ځوانانو په پرتله ډیره بڼه ده.
- که د عملیات لپاره طبي مضاد استطباب شته وي نو باید د عمومي بی هوشۍ لاندې ترلې ارجاع تر سره شي ټول هغه ناروغان چې ساتونکې درملنې په واسطه یې درملنه تر سره کېږي باید د شپږونو تر اته اونیو لپاره د Longitudinal ترکشن سره یو ځای جنبي ترکشن هم ولري. دا ترکشن په مفصلي سطح د وزن د راوړلو څخه مخنیوي کوي او کسر نور بی ځایه والی ته نه پریږدي. په دې موده کې ناروغ حرکت او تمریناتو ته هڅول کېږي. ناروغ ته د Crutches سره د ګرځیدو او نیمګړی وزن وړلو اجازه د شپږو نورو هفتو دپاره ورکول کېږي.

۳- عملیاتی درملنه:

عملیاتی درملنه د ټولو بې ثباته کسرونو لپاره چې د Ball او Socket موازنه یې خرابه کړي وي استطباب لري همدارنگه د ورون د سر په کسرونو او یا په بند کې د پاتې شونو هډوکینو پارچو په شتون کې هم استطباب لري. Hip کیدای شي قدامي خلفي او وسطي بې ځایه والی ورکړی وي. که د ترلې ارجاع په واسطه یې درملنه ونه شي او بیا خلع ورکړي نو باید د خلاصی ارجاع په واسطه درملنه او ثابت شي.

نورو پېښو کې عملیات د ۴-۵ ورځو پورې ځنډول کېږي.

Matta او Merritt وایي چې خلاصه ارجاع صرف د Acetabular socket عملیات نه بلکه د حوصلې عملیات دی. دیوې واحدې طریقې له لارې ساحه باید کافي اندازه لوڅه شي. د Kocher longen bach خلفي لوڅونه په ښه طریقه جراح خلفي جدار او Column ته رسیږي خو په مستعرضو کسرونو ددې سره یو ځای باید د کسري ساحې د لیدلو لپاره د Trochanteric osteotomy څخه گټه واخیستل شي د قدامي جدار او Column د کسرونو لپاره قدامي Ilio Inguinal لاره وړ ده. دواړه ډوله لوڅونو ته په T Type او د دواړو ستونو په کسرونو کې اړتیا دی.

ځینی جراحان ددې پر ځای د Ilio femoral د پراخه تگلار څخه گټه اخلي

کسر lig screw او یا د خاصو Buttressing plates په واسطه تثبیت کېږي چې د عملیات په خونه کې نظر کسرته کېږي. د عملیات په دوران کې باید جسمي او حسي برخې ته پاملرنې وشي او د سیاتیک عصب د زیان څخه مخنیوي وشي.

د مخنیوي په توگه باید انتي بیوتیک وکارول شي اوله عملیات وروسته څومره ژر چې شوني وي د Hip حرکات پیل شي Heterotoic ossification د پیدا کیدو څخه د indomethacin په واسطه مخنیوی کېږي. د عملیات څخه اوه ورځې وروسته ناروغ د تخرگ همساء سره گرځیدلی او نیمگړی وزن وړای شي. تمرین باید د ۳-۶ میاشتو او حتی د دندې د بیا لاسته راوړلو لپاره تر یو کال یا زیات وغځول شي.

اختلاطات :

عملیاتی درملنه باید د بشپړ اناتومیکی ارجاع لپاره ترسره شي.
دا په هغه مراکزو کې چې په دې ډول درملنه کې ځانگړي توب ولري په ښه توگه لاسته راتلای شي.

۱- Iliofemoral وریدي ترومبوزس: دایو دودیز او شدید حالت دی او دمخنیوي لپاره یې د Anti coagulant کارول ښه خبره ده.

۲- Sciatic nerve injury

دا اختلاط د کسر په وخت کې او یا د کسر د عملیات په وخت کې پیدا کیږي که د عملیات په وخت کې ولیدل شي چې عصب روغ دی نو انزار یې یقینا ښه دی. د عصب د شدید زیان د مخنیوي لپاره باید د عملیات په وخت کې حسی او حرکي نگراني ترسره شي. که د عصب افت مینځ ته راغلی وي نو باید تر شپږو اونیو پورې د رغیدا لپاره انتظار وویستل شي. که د رغیدا ښې ونه کتل شي نو باید عصب دلخولو لپاره وکتل شي تشخیص ترسره او که فشار وي نو باید لیرې شي.

۳- Hetrotopic bone formation

دا اختلاط د رخوه انساجو د شدیدو تپونواو دپراخه عملیاتي تسلیخونو څخه وروسته دودیز دی. د مخنیوي لپاره یې د انډومیتاسین څخه گټه اخیستل کیږي.

۴- A vascular Necrosis : کیدای شي Hip په بشپړ ډول نه وي بیخایه شوی خو کیدای شي چې د ورون دسر A vascular necrosis رامینځته شي دا حالت کیدای شي د X-Ray په واسطه د اسیتابولوم د غاړې د کسرونو impacted marginal Fractures سره په غلط تشخیص شي یعنی د X-Ray د پانې په لوستلو کې غلطی رامینځ ته راشي.

۵- د بند حرکاتو له مینځه تلل او دویمي Osteoarthritis که د بې خایه شوي اسیتابولوم په وزن وړونکې برخه کسر رامینځ ته شي نو پورتنی دوه بابیري پیدا کیږي چې په اخر کې کیدای شي د بند بدلونونه اړتیاو ولیدل شي او دا کار باید د کسر تر Consolidation پورې ترسره نه شي. که د Innominate هډوکي په کسري پارچو کې حرکت شته وي نو په Acetabular کې غرس شوی عنصر به سست شي.

دساکروم او کوکسي جروحات Injuries of the Sacrum and Coccyx

د شا له خوا نيغ په نيغه ضربه يا په لکۍ باندې رالويدل په ساکروم او دساکروم او Coccyx تپونه کې کسر او يا ددې دوه هډوکو د بند Spain رامنځ ته کوي. د سرو په پرتله په بنځو کې دا ماتيدنی زياتی رامينځ ته کيږي شينوالی په کسري ساحه کې په دوديزه توگه ليدل کيږي او که دخلف له خوا اويا د رکتوم له لارې جس ترسره شي نو دساکروم هډوکي او Coccy شديده حساسيت لري. په خپروشو Sacral اعصابو کې حسيت کيدای شي له مينځه تللی وي.

: X-Ray

لاندي حالات د X-Ray په واسطه بنودل کيږي.

۱- د ساکروم مستعرض کسر چې په نادر و پيښو کې بنکتني پارچه قدام خواته تپيله شوې وي.

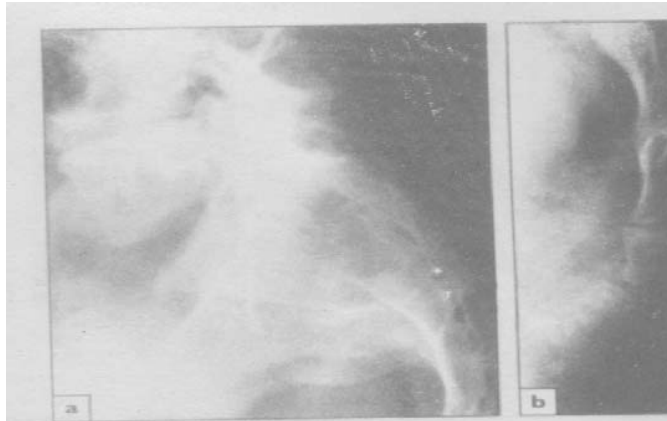
۲- مات شوی Coccyx چې ځينې وخت بنکتني پارچه قدام خواته کره شوې وي.

۳- که په Sacro coccygeal بند کې Sprain رامينځ ته شوی وي نو په X-Ray کې بنودنه نورمال وي.

درملنه:

که کسر بې ځایه شوی وي نو ارجاع یې ډیره گټه لري. بنکتنی پارچه کیدای شي په مقعد کې د گوتې له لارې خلف خواته تپله شي. له نیکه مرغه ارجاع یې ثابته ده. ناروغ دې نورمال فعالیت پیل کړي خو د کیناستلو په وخت کې باید په نرمه ربرې صوفه (کوچ) باندې کیني په ځینې پینسو کې د ساکروم کسرونه د بولي مشکلاتو سره یو ځای وي نو Sacral laminectomy ته اړتیا پیدا کيږي.

د Coccygeal تپونو څخه وروسته د کیناستلو په وخت کې ثابت درد دودیز دی. که دنرمې صوفې د کیناستلو سره اود ځایي انستیتیک د زرق (چې دردناکه ساحه کې زرق کيږي) سره سره بیا هم درد دوام ولري باید چې د Coccyx هډوکي غوڅول تر غور لاندې ونیسي.



28,16

Sacro coccygeal کسرونه

A : مات شوی Sacrum

B : مات شوی Coccy

REFERENCES AND FURTHER READING

- Dalal SA, Burgess AR, Siegel JH et al (1989) Pelvic fracture in multiple trauma. *J Trauma* 29, 981-1000
- Evers BM, Cryer HM, Miller SB (1989) Pelvic fracture haemorrhage. Priorities in management. *Archives of Surgery* 124, 422-424
- Gruen GS, Mears DC, Tauxe WN (1988) Distinguishing avascular necrosis from segmental impaction of the femoral head following an acetabular fracture. *Journal of Orthopaedic Trauma* 2, 5-9
- Letournel E (1981) *Fractures of the Acetabulum*. Springer, Berlin
- Matta JM, Merritt PO (1988) Displaced acetabular fractures. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 230, 83-97
- Montgomery KD, Geerts WH, Potter HG, Helfet DL (1996) Thromboembolic complications in patients with pelvic trauma. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 329, 68-87
- Mostafavi HR, Tornetta P 3rd (1996) Radiologic evaluation of the pelvis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 329, 6-14
- Müller ME, Allgower M, Schneider R, Willenegger H (1991) *Manual of Internal Fixation* 3rd edition. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg and New York
- Olson SA, Pollak AN (1996) Assessment of pelvic ring stability after injury. Indications for surgical stabilisation. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 329, 15-27
- Poka A, Libby EP (1996) Indications and techniques for external fixation of the pelvis. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 329, 54-9
- Tile M (1995) *Fractures of the Pelvis and Acetabulum* 2nd edition. Williams and Wilkins, Baltimore
- Wootton JR, Cross MJ, Holt KWG (1990) Avulsion of the ischial apophysis. *Journal of Bone and Joint Surgery* 72B, 625-627
- Young JWR, Burgess AR, Brumback RJ, Poka A (1986) Lateral compression fractures of the pelvis: the importance of plain radiographs in the diagnosis and surgical management. *Skeletal Radiology* 15, 103-109
- Young JWR, Burgess AR (1987) *Radiologic Management of Pelvic Ring Fractures: Systematic radiographic diagnosis*. Urban and Schwarzenberg, Baltimore

د hip ځايه والي

خومره چې د سر کونو په سر د ټکر پېښې زيات شوي دي په همدې اندازه د Hip د بيځايه والي پېښې ډيرې دوديزې شويدي په ډيرې پېښو کې کله چې پېښېږي نو د هډوکي څخه وړې توتې هم جلاکېږي کله چې د هډوکي څخه کومه غټه پارچه جلاشي يا Communion واقع شي نو دې ته Fracture dislocation وايي. دا تپونه دخلعې د طرف له مخې ډلبندي شويدي چې خلفې، قدامي او متوسطې خلعې په کې شاملې دي خلفي بيځايه والي ډيرې پېښې جوړوي.

خلفي خلعې (Post Dislocation):

د جرحي ميخانیکيت

د Hip د تروماتیکو خلعو څلور پر پنځه پېښې خلفي خلعې جوړوي. په دوديز ډول د سر کونو په سر ټکر کې منځته راځي څه وخت چې يو څوک په موټر کې ناست وي او قدام خواته ټکان و خوري زنگون يې د سیت په شالگېږي او ورون فخذ يې پورته خواته تپله کېږي او د ورون سر په فشار سره د Acetabulum څخه دباندې وځي کله کله د Acetabulum د خلفي برخې څخه هډوکينه پارچه هم ازادېږي چې Fracture Dislocation ورته وايي.

کلينکي بڼه

په ښکاره پېښو کې تشخيص په اسانۍ سره ترسره کېږي چې Leg به لږ لنډ لږ adduction، Flex او انسي تدور به ولري که کوم اوږد هډوکي هم مات وي چې په دوديز ډول د ورون ماتوالی ورسره شته وي نو د Hip د افات په اسانۍ سره د

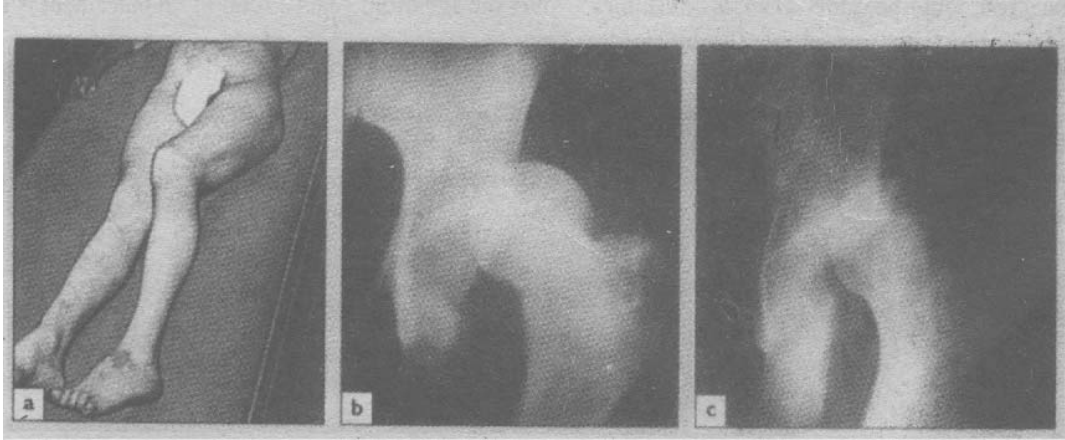
نظره پاتې کيږي. هر کله که ناروغ زياته صدمه ليدلي وي د نو يوه قانون په ډول بايد د حوصلي X-Ray واخستل شي او په هغه پيښو کې چې د ورون کسر و لري نو Hip هم بايد په X-Ray کې راشي او سفلي طرف بايد د Sciatic Never د ټپونو لپاره وکتل شي.

X-Ray

په قدامي خلفي خلع کې د ورون سر دخپل Socket څخه وتلی او د Acetabulum د پاسه ليدل کيږي. د Acetabulum د غاړې يوه برخه او يا د ورون د سر يوه پارچه کيدای شي ماته شوي اوله خپله ځايه بې ځايه شوې وي. په مايل ډول د X-Ray اخستل د پارچې د جسامت په معلومولو کې مرسته کوي که کوم کسر وليدل شي بايد د نورو کسري پارچو لپاره شکمن ووسو. د Acetabulum د کسر او د هډوکينو پارچو د ليدلو لپاره CT-Scan تر ټولو ښه لاره ده.

په ۱۹۵۱ کال کې Thompson او Epstein د يوې ډلې بندي وړانديز وکړو چې د درملنې په پلان کې ډيره مرسته کوي په دې.

ډل بندي کې Type I هغه خلع ده چې د Hip کسر نه غټه (پارچه وړه وي) پارچه ورسره نه وي. په Type II کې هغه خلعي شاملې دي چې دخلعی سره د Acetabulum دخلفي جدار څخه يوه لويه غټه پارچه جدا شوي وي. په Type III کې هغه خلعی شاملې دي په کومو کې چې د Acetabulum خلفي جدار Communited شته وي. په Type IV کې د Acetabulum په ځمکه کې کسرونه شته وي او په Type V کې دخلعی سره د ورون د سر کسر هم شته وي (چې دا د Pipkin د ډول بندي له مخې بيا هر گروپ په نورو گروپونو ويشل شويدي).



۲۹-۱

د hip خلفي خلع a-b غيرا ختلاطي خلفي خلع.
C-چه د خلعي سره كسر هم شته.

ممکنه درملنه:

خلع باید باید د عمومي بې هوشۍ لاندې خومره ژر چې وي ارجاع شي. په ډیری پېښو کې د ارجاع عملیه په Clos ed ډول ترسره کیږي د ارجاع باید استانت حوصله کلکه نیولې وي او جراح باید کشش د ورون په محور ترسره کړي چې په دودیزی د Abduction، اود Internal Roatation حالت لري او بیا په تدریج سره Hip او Knee ته ۹۰ درجې Flexion ورکړل شي او Traction ته همدې محور دوام ورکړل شي. باید ۹۰ درجې Flexion کې Traction زیات شي او ځینې وخت د ارجاع د ښه والی لپاره لږ داخلي یا خارجي تدور ته هم اړتیا پیدا کیږي. د ارجاع د غږ په اوریدلو سره مانوره سرته رسیږي. X-Ray اړینه ده ترڅو ارجاع تثبیت شي او که کسر هم ورسره وي چې معلوم شي. که مفصل ته د عظمي پارچې د داخلیدو شک موجود وي نو اړینه ده چې CT ترسره شي. په Type I خلعو کې په دودیز ډول ارجاع ثابته پاتی کیږي خو که Hip شدید زخمي شوی وي باید آرام وکړي اسانه لاره یې داده چې په

ترکشن کې واچول شي او تر درې اونيو پورې ترکشن وساتل شي حرکات او تمرينات دې د درد د له مينځه تللو څخه سمدستي وروسته ترسره شي د دريمې اونۍ د پوره کيدو څخه وروسته دې ناروغ د Crutches سره وگرځي.

که چيرې X-Ray او يا CT Scan کې د بند دننه د پارچو شتون وليدل شي نو پارچې بايد ليرې شي او بند بايد دخلف له خوا ووينځل شي. دا کړنه بايد تر هغې په ځنډ واچول شي ترڅو دناروغ حالت ثابت شي.

د Type II کسري خلعي په ډيرو پيښو کې د خلاصی ارجاع په واسطه درملنه کيږي. بيلې شوې پارچې په اناتوميک وضعيت Fix کيږي. Fixation يې ددې لپاره بڼه دی چې دخلفي ديوال غټې پارچې يا خونه ارجاع کيږي او يا له ارجاع څخه وروسته ثبات نه پيدا کوي.

که چيرې د ناروغ عمومي وضعه شکمنه وي او يا لارم جراحي هنر په لاس کې ونلرو نو Hip بايد په ترلي شکل ارجاع شي تر هغې بايد په ترکشن کې واچول شي ترڅو چې د ناروغ حالت د جراحي عمليې له لارې د خلاصی ارجاع او Int. Fixation اجازه ورکړي بند دوباره خپل حالت ته راوړل شي او دمفصل دننه هډوکينې پارچې وويستل شي. په ټول Type II پيښو کې ترکشن تر شپږو اونيو پورې بايد وساتل شي.

Type III ټپونه په ترلي ډول درملنه کيږي خو کيدای شي پارچې په بند کې شته وي نو پارچې بايد دخلاص عمليات په واسطه وويستل شي او ترکشن تر شپږو اونيو پورې ترسره شي.

ځينې وخت خلفي ديوال Comminuted وي نو Fixation يې ناممکن وي. که په پرله پسې ډول غير ثابت حالت شته وي نو ناروغ يو اختصاصي مرکز ته وليږل شي

ترخو چې د هډوکي بیا رغونه د Iliac Crest دیوې ټوټې د لگولو په واسطه تر سره شي د TYPE IV او TYPE V په لومړني ډول د ترلې ارجاع په واسطه یې درملنه کېږي دلته هم کیدای شي هډوکیني پارچې موجودی وي چې د CT په واسطه یې تصدیق کېږي که چیرې هډوکیني پارچې او غیر ارجاع پاتې شي نو عملیاتي درملنه استطباب پیدا کوي. وړه پارچه په اساني سره لیرې کیدای شي خو لویه پارچه باید په ځای ولگول شي بند خلاصیږي د ورون سره خلع کېږي او هډوکینه پارچه د Counter Sunk Screw په واسطه Fix کېږي. وروسته له عملیات څخه ترکشن باید تر څلورو اونیو ترسره شي او ناروغ باید تر ۱۲ اونیو بشپړ وزن په طرف رانه وږي.

اختلاطات:-

د Hip دخلفې خلعي اختلاطات په مقدمو او موخرو اختلاطو ویشل شويدي.
الف: مقدم اختلاطات:

۱-دسیاتیک عصب ټپ: د ۱۰-۲۰% پینو کې سیاتیک وروسته زیانمن کېږي خو له نیکه مرغه په دودیز ډول عصب بیرته بڼه کېږي. که چیرې د خلعي د ارجاع څخه وروسته دسیاتیک عصب زیان ولیدل شي او ورسره د Acetabulum غیر ارجاع شوی کسر تشخیص شي نو عصب باید په ځیر سره وکتل شي او هډوکیني پارچه په سمه توګه د Screw په واسطه په خپل ځای تثبیت شي بیرته رغیدل په ډیری پینو کې میاشتی په بر کې نیسي په همدې مهال کې باید ټوله پښه د زخمي کیدو څخه وساتل شي او قدم باید میزابه شي چې له Foot Drop څخه مخنیوی وکړي.

۲ - Vascular Injury :

په ځینی پېښو کې علوي Glutei شریان شلیږي او ډیره وینه ورکوي. که چیرې د شریان د شلیدو شک شته وي نو باید Arteriogram ترسره شي شلیدلې شریان کیدای شي گنډه کولو ته اړتیا پیدا کړي.

۳- د خلعي سره یوځای د ورون د جسم کسر:

کله چې د Hip دخلع سره د ورون د جسم کسر واقع شي نو خلع له نظره پټه پاتی کیږي. دیوه قانون په توگه د ورون د جسم په هر کسر کې کونایتی او باید جس شي او Hip باید په ښه توگه د X-Ray په واسطه وکتل شي. که چیرې خبره له داسې یو احتیاطه خطاء شوه او دورون د عرضاني کسر پورتنی تپته د Adduction په حالت کې ولیدل شي نو باید د Hip خلع ته شکمن شو. د خلعي ارجاع کول ډیر زیات ستونزمن دي خو باید په ډیر هنر سره بیا هم د ترلې ارجاع لپاره کوشش وشي که چیرې دا عملیه بریالی نه شوه نو خلاصه ارجاع باید تر سره شي او په عین مهال کې د داخل مځي Nail په واسطه تثبیت شي.

ب: موخر اختلاطات : په موخر ډول لاندې اختلاطات ورکوي:

۱ - Avascular Necrosis :

د HIP د تروماتیکو خلعو په ۱۰ سلنو پېښو کې د ورون د سر دوینې اروا خرابیږي. که چیرې ارجاع تر یو څو ساعتونو پورې وځنډول شي نو د اروا خرابوالی تر ۴۰% پورې رسیږي. د Avascular Necrosis په پېښیدو سره په x-ray کې دورون د سر کثافت زیاتیري خو دابدلون په ډیرو پېښو کې تر ۶ اونیو پورې نه لیدل کیږي او په ځینو پېښو کې تر دوه کلونو پورې وخت اخلي دا عملیه د هډوکي

په بیارغونې پورې تړلې ده. په لومړنیو اونیو کې که چیرې Radio Scintigraphy ترسره شي نو د هډوکي د اسکیمیا نښې نښې. که چیرې د ورون سر د پارچه کیدو نښې ونښې نو کیدای شي عملیات ته اړتیا پیداشي. که یوه وړوکی نیکروتیک هډوکینه پارچه شته وي نو Realignment Osteotomy لاره تر ټولو غوره لارې ده که دې طریقې کار ورنه کړ نو په ځوانو ناروغانو کې د ورون د سر په ځای باید دوه قطبي Prosthesis ولگول شي او یا د Hip Arthrodesis عملیه په کار واچول شي چې دا عملیه ډیره سخته او هر څوک یې نه شي کولای هغه ناروغان چې عمر یې د پنځوسو کالو نه زیات وي په هغو کې بڼه لاره په بشپړه توګه د Hip بدلول دي.

۲- Myositis Ossificans: دایو معمول غیر دودیز اختلاط دی چې غالباً د زخم په شدت پورې اړه لري لکه څنګه چې ددې په اړه وړاندوینه ګرانه ده. نو ددې مخنیوی هم ګران دی ناروغ باید په دې حالت کې په حرکت کولو مجبور نه شي او په شدیدو تپونو کې د آرام موده او د وزن راوړل په طرف باید تر اوږده مهال پورې وځنډیږي.

۳- غیر رجعي خلع (Unreduced dislocation):

نادرملنه شوی خلع یو څو اونۍ وروسته کله کله د تړلې ارجاع په واسطه درملنه کیږي خو په ډیری پېښو کې خلاصې ارجاع ته اړتیا پېښیږي ځکه چې د بند د شخۍ او Avascular necrosis پېښې زیاتېږي او ناروغ مجبورېږي چې د بیارغونې لپاره د جراحي لاندې ونیول شي.

۴- Osteo arthritis:

د Hip په خلعی کې دویمي Osteoarthritis دودیز دی او لاملونه یې په لاندې ډول دي.

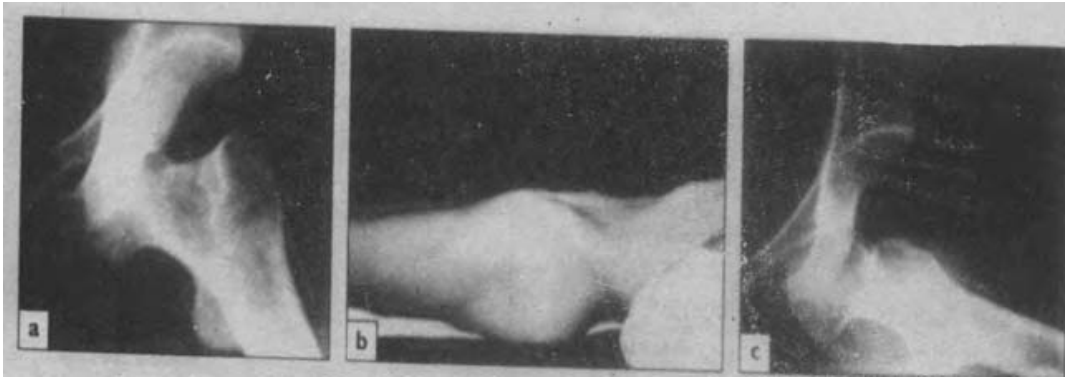
الف: د خلعې په وخت کې د غضروف زخمي کیدل.

ب: په بند کې د هډوکینو ټوټو شتون.

ج: دورون د سر Ischemic necrosis

که په ځوانو ناروغانو کې Osteoarthritis رامینځ ته شي نو درملنه یې ډیره

ستونزمنه ده.



۲۰۲۹

د حیب قدامي بي ځایه کیدنه

A,B-د قدامي بيځایه کیدني معموله منظره چه HIP پکي لږ پړسولري او راس بي بارز پړسوب نبي.

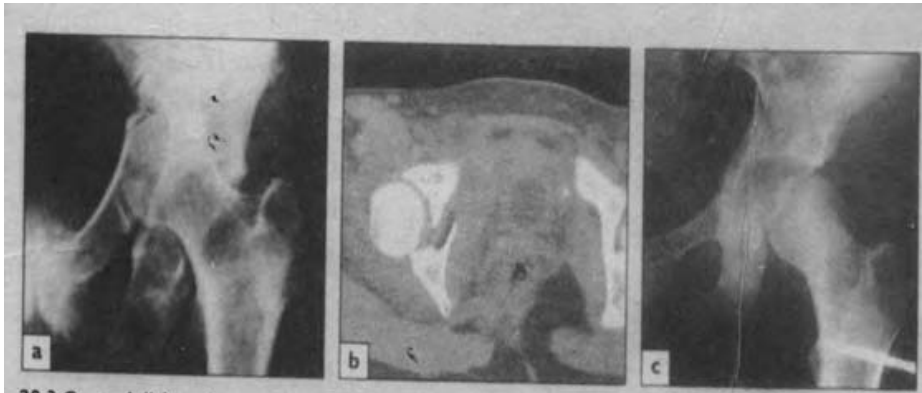
C-بعضي وخت قدامي خلع سره زيات تبعه موجود وي.

قدامي خلع (ANTERIOR DISLOCATION OF HIP):

د خلفي خلعو په پرتله قدامي خلعی لږ پېښېږي دودیز لاملونه یې د سرک پېښې او یا د الوتکو قدام ته لویدل دي. که چیرې Hip په Abducted او خارجي تدوري حالت کې وي او دخلف له خوا پرې قوه وارده شي نو دورون غاړه د Acetabulum

په غاړه کلک فشار واردوي له دې کبله د اړم بار په شان دورون سر د جوف څخه جلا کېږي او په قدام کې ځای نیسي.

ورون سر وروسته علوی یا سفلی ته پروت وي چې په ترتیب سره Type I او Type II خلعی جوړوي کله چې په کان کې د کارو کونکي په شا باندې وزن راولوېږي نو کیدای شي دیوه او یا دواړو Hip قدامي خلعی رامینځ ته شي. همدغه حالت د تعمیراتو په مزدورانو کې هغه وخت مینځ ته راځي کله چې پښې یې جلا، زنگونونه یې نیغ او شایې وروسته وتلې وي.



۲۹-۳

مرکزي خلع

a- سا ده x-ray چه د بې ظایه کید وښه تصویر ښي

b- د حوصلي حه په واضح شکل ښي.

کلینیکي ښه:

پښې خارجي تدور Abduction او لږ Flexion لري لنډوالی نه لري. ځکه چې د Rectus Femours عضله د ورون سر پورته خواته بې ځایه کیدو ته نه پرېږدي. په قائمه زاویه حالت کې Abduction لري. که له یوه اړخه ورته وکتل شي نو د خلع شوي سر لیدل نه غلطېږي په ځانگړې کله چې راس قدامي او علوي موقعیت

نیولای وی. د برجسته سر احساسول ډیر اسان دي. هغه که قدامي Superior Type او که Inferior. type وي د Hip حرکات ناممکن شوي وي.

: X-Ray

په قدامي خلفي وضعیت که X-Ray واخیستل شي نو خلع په بڼه توگه بنکاري خو په همدی وخت کې کیږي چې دورون سر دخپل نارمل موقعیت په قدام کې ځای نیولی که چیرې بیا هم شک شته وي نو باید په جنبي وضعیت X-Ray واخیستل شي.

درملنه او اختلاطات :

هغه مانوری چی د قدامي خلعو په ارجاع کې کارول کیږي د خلفي ارجاع مانورو ته ورته دی یواځنی توپیر یې دادی چې Hip لږ پورته Flex کیږي او باید Adducted وساتل شي Assistant پدې پیښو ورون ته وحشي ترکشن اچوي. د ارجاع غږ په دودیز ډول اوریدل کیږي او وروسته یې مونږ جس کولای هم شو وروستی درملنه یې د خلفي خلعو غونډی ده په ځینو علوي خلعو کې د ورون په عصبي وعایي بندل باندي فشار راځي.

د ۱۰% نه په لږو پیښو کې Avascularu necrosis پیښیږي

۳- Central Dislocation

کله چې یو څوک په یوه اړخ راوغورځیږي او یا په Greater trochanter کې دیو شي په واسطه ولگیږي نو د ورون سر انسي خواته د Acetabulum له ځمکې څخه په وتلو مجبور یږي که څه هم دې ته منځنی خلع وایي خو په حقیقت کې داد Acetabulum کسر دی له دی حالت څخه په ۲۷۴ صفحه کې بڼه بحث شوی دی..

د ورون د غاړې کسرونه

په زړو خلکو کې د ورون غاړه دودیز ځای دی چې په کسرونو اخته کېږي. ډیری خلک چې د ډول کسرونه په کې لیدل کېږي د قفقاز د سیمې بنسټې دي چې په اوومه او اتمه لسیزه کې د ورون د غاړې کسرونه ورکوي. د ورون د غاړې دغه کسرونه د Osteoporosis د عمليې سره تړلي دي همدالامل دی چې د عمر په تیریدو سره په نفوسو کې د Osteoporosis د څیړنو لپاره د ورون د غاړې کسرونه یو ښه تظاهر ګڼلی شي. د خطر نور فکتورونه یې عبارت دي له: د هډوکي کتله له لاسه ورکول یا د هډوکي کمزوري کیدل، د Diabete, Osteomalacia د هډوکي نه کارول، الکلیزم او مزمنو ناروغیو په واسطه د هډوکي تخریبېدل دي. له دې سره زاړه خلک کمزوري عضلات لري د وجود توازن یې خراب وي او غورځیدو ته میلان لري. د دې په پرتله هغه خلک چې د هغو د هډوکو کتله په نفوس کې د اوسط څخه زیاته وي کله ناکله په کسر اخته کېږي دا خبره د Negroid د تور پوستو خلکو د کسر د کمو پیښو په واسطه ثابت شویده. همدارنګه د Hip د Osteoarthritis په پیښو کې هم کسرونه کم لیدل کېږي.

په Post menopause دوره کې د ورون د غاړې کسرونو پوهاندې ته زیر کېږي چې د Osteoporosis لپاره څیړنی وکړي او تر خطر لاندې نفوس کې مخنیوی دلاړو چارو لپاره کار وکړي.

د ټپ میخانیکیت:

کله چې یو څوک نیغ په نیغه په Greater trochanter راولیږي په دودیز ډول کسر مینځ ته راځي هغه خلک چې زیات Osteoporotic وي د کسر لپاره ډیرې

لږې قوي ته اړتيا لري. شايد همدومره قوه لکه دچا چې په قالينه کې گوتې ونبلي او Hip يې لږ غوندي خارجي تدور وکړي. په ځينې ناروغانو کې د ورون د غاړې پخواني فشاري کسرونه شته وي.

پتالوزيکه اناتومي ډلبندي

په دې اړه تر ټولو غوره ډل بندي په ۱۹۶۱ کال کې Garden کړيده چې بنسټ يې هغه بنکاره بيخايه والی دی کوم چې دارجاع څخه مخکې په X-Ray کې وي. يوځلې چې کسر واقع شونو ورون سر او غاړه په پرمختللو پړاونو کې بيخايه کيږي.

Stage 1: پدې پړاو کې کسر نا نيمگړی او Impacted وي چې Abduction کسر ورته وايي پدې کسر کې د ورون سر د غاړې سره په Valgus حالت کې قرار نيولي وي.

Stage II: پدې پړاو کې بشپړ کسر وي خو بيخايه والي نه ليدل کيږي.

Stage III: په دې پړاو کې بشپړ کسر د لږ غوندي بيخايه والي سره يو ځای ليدل کيږي.

Stage IV: پدې پړاو کې د کسر يو ځای پراخه بيخايه والی لري.

دغه پورتنی ډل بندي يوه راديوگرافيکه ډل بندي ده او د X-Ray بنودنې يې په لاندې ډول دي Garden I & II کسرونه چې لږ غوندي بيخايه شوي وي. د Garden III & IV کسرونو په پرتله د Union بڼه انزار او د ورون د سر لپاره ډير حياتي توقع لري. دا د درملنې په ټاکنه باندې په مختلفو پړاونو کې بڼه اغيزه

لري. ددې سره سره دا کسرونه اطمیناني نه دي که چیری بی له درملني پرینودل شي نو کیدای شي چي یو سلیم Stage I کسر په چټکتیا سره په Stage IV بدل شي د فخذ د غاړې د کسرونو په رغیدنی دوه خبری بدې اغیزې لري چې لومړی یې د هډوکي Ischemia او دوهمه یې د هډوکي غلط union دی د فخذ راس خپله وینه له دریو سرچینو څخه لاس ته راوړي.

۱- ورون په غاړه کې داخلي مخي رگونه.

۲- د Meidal او Lat circumplex رگونه څخه چې Anastomos کوي Ascending cervical branch سرچینه اخلي د Capsul په Retinaculum کې ننوزي او داسې څنډوته ځان رسوي.

۳- د Ligament teres رگونه

کله چې کسر پینښ شي نو داخلي مخي اروا خرابیږي او که کسر بیخایه شوی وي نو Reticular رگونه هم کیدالی شي قات شي یا وشکیري.

په زړو خلکو کې د Lig Teres رگونه د اروا بڼه سرچینه ده خو په شل ۲۰ سلنه پینښو کې نه وي نو همدا لامل دی چې ورون د هډوکي د غاړې بیخایه شوو کسرونو کې Avascular Necrosis زیات لیدل کیږي.

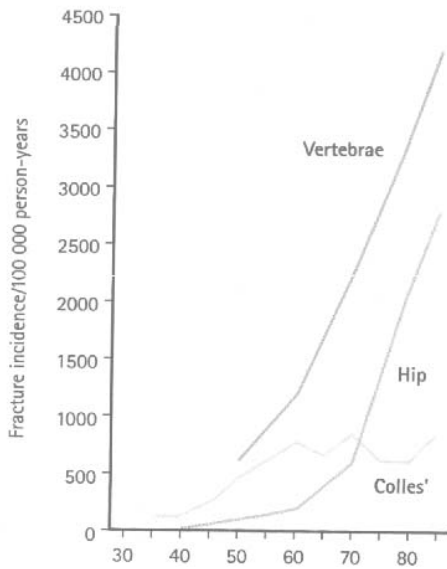
دتعریف له نظره Trans Cervical کسرونه د کپسول په داخل کې وي دا کسرونه د بیا رغیدلو ډیر لږ ظرفیت لري ځکه چې.

۱- د کپسول رگونه شلیږي دورون سر د اروا څخه محرومي.

۲- دتنه د بند هډوکي د Periosteum یوه نری پرده لري او د رخوه انساجو سره هیڅ تماس نه لري ترڅو نو Calus په کې منع ته راشي.

۳- Synovial مایع د کسر هیماتوما علقه کیدو ته نه پرېږدي.

په دې کسرونو کې درست Apposition اودهډوکي د پارچو Impaction (يو بل کې ننوتل) د دوديزو کسرونو څخه زيات ارزښت لري. داسې ثبوتونه شته چې که چيرې مونږ له بند څخه وينه Aspirat (بذل) کړو نو د ورون سر ته دوینی جریان زياتیږي ځکه چې په محفظه کې فشار کميږي.



24,9
د OSTEOPOROS کسرونو واقعات
په بنځو کې د مینو پوز وخت کې
د اوستیو پوروس له وجې کسرونه په تيزي سره په تيزي
سره زيات والي بنايي .

کلینیکي بڼه :

په دې ناروغانو کې په دوديز ډول د غورځيدو تاريخچه او په Hip کې درد وي که کسر بيخايه شوی وي نو د ناروغ پښه به په وحشي تدور کې وي او لنډه بنکاري. که څه هم د Hip ټول کسرونه دومره واضح نه وي. Impacted کسر سره ناروغ کولای شي چې وگرځي او يا په ذهني توگه مغرور ناروغان کيدای شي دواړو خواوته کسر ولري خو هيڅ شکايت ونه کړي. هغه ځوان ناروغان چې د سفلي اطرافو شديد ټپونه ولري هغوی که د Hip له درد څخه شکايت کوي او که نه يې کوي بايد د تل لپاره د ورون د غاړې د کسر لپاره ولټول شي.

X-Ray:

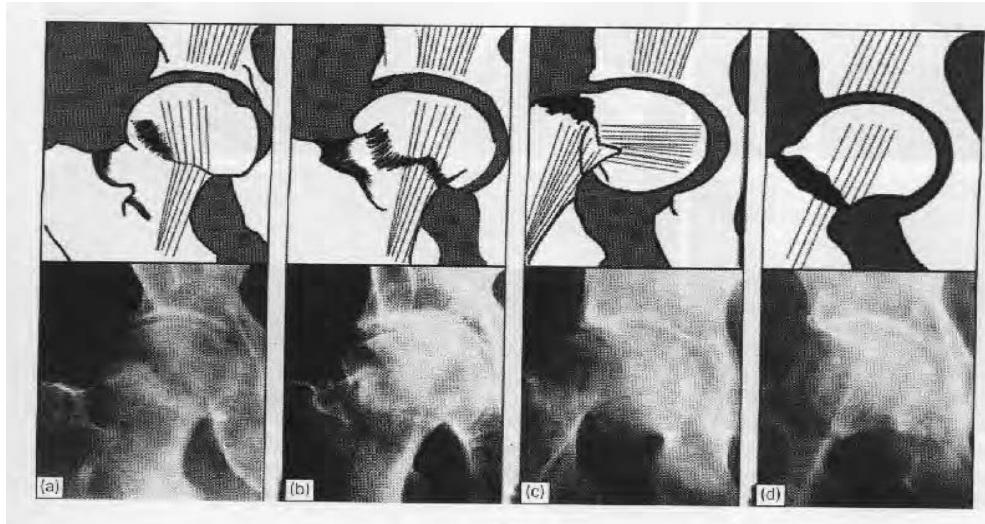
په اکسری کې باید دوه پوښتنو ته ځواب وویل شي ایا کسر شته او ایا کسر بیخایه شوی دی په دودیز ډول ماتیدل ډیر ښکاره وي. خو کیدای شي Impacted کسرونه له نظره پټ پاتې شي دهډو کې د غیر نورمال شکل څخه د بی خایه والي کچه معلومېږي همدارنگه د ورون په سر او غاړه کې Trabecular لیکي یو له بل سره برابري نه خوري، همدغه حالت د حوصلې په Supra Acetabular برخه کې هم لیدل کېږي. دغه ارزونه له دې کبله ډیر ارزښت لري چې په ځای کسرونه د داخلي تثبیت څخه وروسته زر ښه کېږي خو بیخایه شوو کسرونو کې Avascular Necrosis او Non Union په لوړه کچه رامینځته کېږي.

په Garden 1 کسرونو کې د ورون سر په خپل ځای کې وي او یا د ورون د غاړې سره د Valgus په حالت کې قرار لري او Impacted وي انسي Cortex په تماس کې وي.

د ورون د سر Trabecula په دودیز ډول د نورو Trabecula سره په یو استقامت وي. په Garden II کسرونو کې د ورون سر په خپل ځای کې وي او د کسر لیکي په مشکل سره په یوه استقامت لیدل کېږي.

په Garden III کسرونو کې که قدامي خلفي X-Ray واخستل شي نو د ورون سر د خپل ځای څخه تغیر خوړلی وي او Trabecular لیکي د پورتنی هډو کې سره نه یو ځای کېږي داځکه چې قدامي پارچه د غاړې سره لږ تماس لري او جنب خواته تپله شوي وي په Garden IV کسرونو کې دفخذ د راس Trabecular لیکي د پورتنی هډو کې سره په یوه استقامت وي لامل یې دادی چې قدامي پارچې د ورون

دغاړې سره تماس له لاسه ورکړی وي او د ورون سر په Acetabular Socket کې
په خپل ځای کې پروت وي.



29,5

دورون دغاړې د کسرونو په اړه د GARDEN ډل بندي:

STAGE I : A : نیمگړی کسر چې د ورون سر په کې لږ VALGUS حالت ولري.

STAGE II : B : بشپړ کسر چې بیخایه والی نه لري.

STAGE III : C : بشپړ کسر چې لږ بیخایه والی لري. هډوکیني پارچې تر اوسه پورې د خلفي RETINACULUM په واسطه سره نښتې دي د ورون د سر TRABECULAS د پورتنی هډوکي سره په تماس کې نه دي.

STAGE IV : D : بشپړ کسر چې بشپړ بی خایه والی لري. قدامي پارچه ازاده ده او په ACETABULUM کې پرته ده همدا لامل ده چې TRABECULAS د پورتنی هډوکي سره په یو استقامت کې دی.

تشخیص:

څلور حالتونه داسي دي چې په کې دورون د غاړې کسرونه پټ پاتې کیږي چې
ډیرې خرابې پایلې لري.

۱- هغه ناروغان چې په Hip کې نامعلوم درد ولري. داسې فکر کېږي چې دوي به Stress کسر ولري. X-Ray يې په دوديز ډول نورماله وي خو دهلوکي د Scan په واسطه شته زيان ښکاره کېږي.

۲- په ځای کسرونه

ډيره گرانه ده چې Impacted کسرونه د ساده X-Ray اخيستلو په واسطه څرگند شي که چيرې کسر شته وي نو د MRI او د هلوکي د Scan په واسطه يو څو ورځې وروسته ښه تشخيص کېږي.

۳- Painless Fractures

هغه ناروغانو کې چې په غلطه طريقه د سورلي وسايل کارول کيدای شي خاموش کسرونه ولري ځينې وخت يو ثابت ناروغ ددې سره سره چې Impacted کسر لري بې له درده حرکت کولای شي. که دناروغ د ظاهري وضعې څخه داسې يو حالت معلوم شي نوکه ناروغ شکايت کوي او يا نه بايد پلټنه ترسره شي..

۴- Multiple Fractures

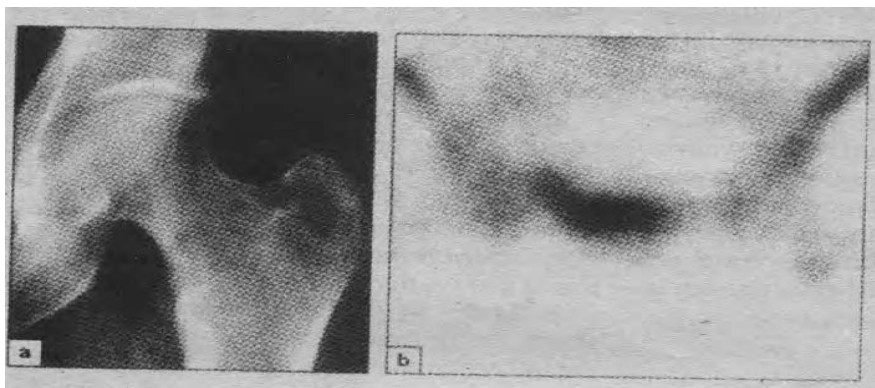
ځينې وخت ناروغان د ورون د جسم د کسر سره يو ځای د HIP کسر هم لري چې په عادي حالت کې له نظره پټ پاتې کېږي. ددې لپاره د حوصلې X-RAY بايد واخيستل شي.

درملنه:

په لومړنۍ درملنه کې د درد د ارامول اوپه ساده طریقه د پښې میزابه کول شامل دي. که په عملیات کې ځنډ رامینځ ته شي نو د درد په ارامولو کې د Femoral عصب بلاک کول ډیره مرسته کوي.

عملیاتي درملنه په دودیز ډول گران وي بې ځایه شوي کسرونه د دداخلي تثبیت څخه پرته نه یوځای کیږي. د زړو ناروغانو په هره پېښه کې د سږو اختلاطاتو او دبستر د زخمونو د مخنیوي په خاطر باید ناروغ له بستره پاڅول شي او فعال شي Impacted کسرونه باید پرېښودل شي چې په خپله سره یو ځای شي خو په دوی کې د بی ځایه والي ویره شته ده که په بستر کې هم پروت وي نو تثبیت یې غوره لاره ده.

که چیرې ناروغ Impacted Garden I زوړ کسر ولري او تشخیص په داسې حالت کې شوی وي چې ناروغ د څو اونیو لپاره په داسې ډول گرځیدلي وي چې په کسر یې هیڅ اغیزه نه وي لرلي نو غیر عملیاتي درملنه یې یواځینی استطباب دی.

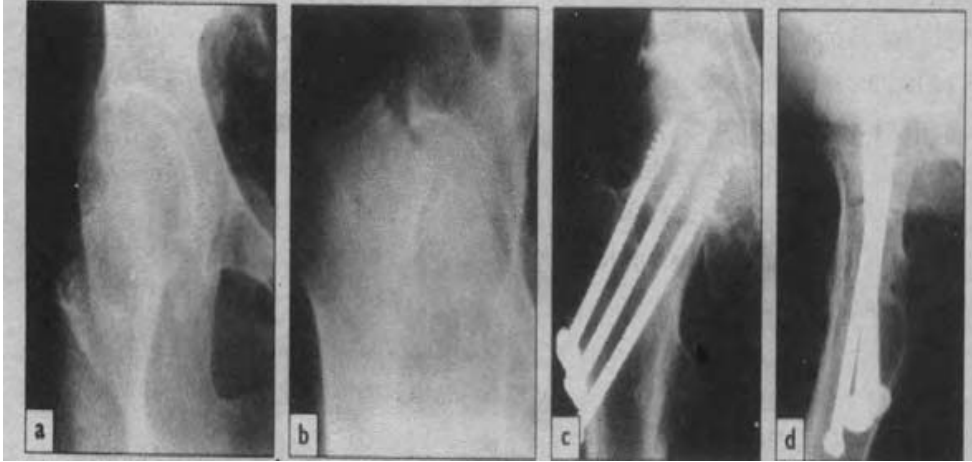


29,6

ورون د غاړې د کسر تشخیص:

a: یوه زړه بڼه چې په پیاده رو راغورځیدلی ده او دچپ طرف Hip له درده شکایت کوي. په ساده X-Ray کې هیڅ غیر نورمال حالت نه ښکاري درد تر دوه اونيو دوام درلود.

b: دده وکي Scan په واسطه مرضي ساحه ښودل شویده چې په منځنی توگه د ورون د غاړې په بیخ کې واقع ده دایو فشاری کسر دی چې دمخنیوي لپاره په کې تثبیت ترسره شوی دی



29,7

A: ددې کسرونو په اړوند فکر کیده چې په محفوظه طریقه Impacted شویدي مگر.

B: یو څو ورځې وروسته په بشپړه توگه بې ځایه شو یوه وړه توتیه یې نه ده تثبیت شوې عملیات به یې اسان او انزار به یې ښه وي.

C, D: په دې پېښه کې کسر د درې Cannulated screw په واسطه تثبیت شوی دی. په قدامي خلفي او وحشي دواړو منظرو کې یې استقامت سم دی.

عملیات باید کله ترسره؟ په ځوانو ناروغانو کې عملیات اړین دی ځکه چې که په اروا کې خرابوالی رامنځ ته شوی وي نو په دولسو ساعتونو کې دننه دننه په ژونکو کې نه راگرځیدونکی حالات رامینځ ته کیږي. نو د ښه ارجاع او داخلي تثبیت لپاره عملیات اړین دی. په زړو ناروغانو کې هم چې څومره عملیات ځنډیږي نو

هغومره اختلاطات په کې زیات رامنځته کېږي خو په زړو ناروغانو کې او په ځانگړي ډول په ډیرو زړو کې چې ډیری ناروغ او ډیر کمزوری وي باید د وړ ترتیباتو د برابرولو لپاره عملیات لږ په ځنډه واچول شي.

هغه وخت بایدڅه وکړو کله چې عملیات ډیر خطرناک وگڼل شي؟ که چیرې ناروغ په بستر کې د TRACTION په حالت کې واچول شي کیدای شي دا حالت ډیر خطرناک وي او که کسر بې له درملنی پرېښودل شي نو ډیر زیات درد کوي. په دې وخت کې که ناروغ ډیر لږ هم د عملیاتو لپاره برابر وي باید عملیات شي.

الف: Internal Fixation :

که څه هم د بند بدلول په بندونو کې دیو پر ځای د بل بند لگولو ډیر پرمختگ کړیدی خو په ډیری ناروغانو کې د درملنی لاری هماغه پخوانۍ دي چې بڼه ارجاع محفوظ داخلي تثبیت او ژر فعالیت په کې شامل دی.

بې ځایه شوي کسرونه لومړی باید د بې هوشۍ لاندې ارجاع شي. د ترکشن په واسطه چې Hip په کې پنځه څلوینست درجې Flexion او لږ غونډې Abduction ولري تر څو Disimpacted شي پښې ته په ورو ډول Extension ورکول کېږي او په پای کې داخلي تدور ورکول کېږي کله چې ترکشن ورنه لیرې شي نو Impacted کسر خپل ارجاع شوي وضعیت ته راځي.

دارجاع د ارزونې لپاره X-Ray باید واخیستل شي. د ورون سر باید سم حالت کې قرار ولري نو Trabecula به یې په یو خط نورمال وضعیت کې راشي دا حالت باید په قدامي خلفي اوجنبي دواړو وضعیتونو کې شتون ولري چې په ۲۹،۸ شکل کې ښودل شویده.

که چیرې کرنه ارجاع نه وي او تثبیت یې کړو نو دناکامی سره مخامخ کیږو. که چیرې Stage III & IV کسرونه په تړلې لارو نه ارجاع کیږي او د ناروغ عمر د ۲۰ کالو څخه کم وي نو د قدامي وحشي عملیاتي طریقې له لارې باید خلاصه ارجاع تر سره شي. خو په زړو ناروغانو کې چې عمر یې ۷۰ کالو پورته وي لاره سمه نده پدغه ناروغانو کې که د تړلې ارجاع دوه عملیې ناکامې شوې وي نو Prosthese یې غوره لاره ده.

کله چې یو کسر ارجاع شو نو باید د cannulated screw او یا Sliding screw او Slide palat په واسطه په خپل ځای وساتل شي دا پورتنی الات د ورون د جسم سره تړل کیږي د ورون د پورتنۍ برخې د بنکاره کولو لپاره د وحشي خوا څخه Incision یا شق تر سره کیږي..

د تثبیت کوونکې الې دسم ځای په ځای کولو لپاره د Fluoroscopy تر کنترول لاندې د رهنما وایر (Guide wire) کارول کیږي په دودیزه توګه دوه دانې (Cannulated screws) کفایت کوي دا دواړه باید موازی وي او پنځه ملي متره تر Sub.chondral bone plate پورې غځیدلي وي. په وحشي بڼه کې باید دواړه د غاړې او سر په منځ کې وي او په قدامي خلفي بڼه کې لاندې Screw باید د غاړې د Cortex د سفلي برخې په مخالف سمت کې واقع وي. که په خلفي برخه کې بنکاره Comminution شته وي نو د Calcar Femorale لپاره یوې دریمې کومکي Screw ته هم اړتیا ده. که چیرې Sliding Screw کارول شوی وي نو د ورون غاړه اول باید Ream شي ددې لپاره چې د Ream کولو په وخت کې د ورون سر تدور ونه کړي او یا رخوه انساجو ته تاوان ونه رسیږي نو دیوې لنډې مودې (عارضې) Guide wire باید وکارول شي کله چې Sliding Screw تثبیت شو نو د

Guid wire پر ځای باید یو Screw وکارول شي. دا عملیه د زخم د جوړیدو په مهال د ورون د سر تدور کموي. له اولې ورځې څخه ناروغ باید په چوکۍ کې یا بستره کې کښیني. ناروغ باید دتنفس تمرین وکړي دخپل ځان سره مرسته وکړي او څومره ژر چي کیدای شي باید د Crutches سره وگرځي. د وزن نه وړل په نظریاتي ډول پر ځای خبره ده خو په عملي توگه کوم ثبوت نه لري.

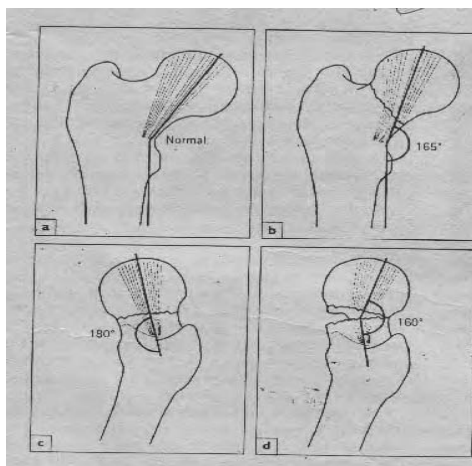
Prosthetic Replacement : t

ځیني پوهان دا دلایل وړاندې کوي چې د Stage III & IV کسرونو دانتزارو په اړه وړاندوینه نه شي کیدای نو باید Prosthese ته ترجیح ورکړای شي. د Prosthese داچولو دغه عملیه د معیوبیت کچه کموي. زمونږ تگلاره داده ټول هغه ناروغان چې د پنځه او یا (۷۵) کالو څخه کم عمر ولري په هغو کې ترسره او تثبیت اجراکوو او د Prosthese اچولو طریقه د لاندې ناروغانو لپاره ساتو.

الف: کوم ناروغان چې ډیر زاړه او کمزوري وي.

ب: هغه ناروغان چې ترلې ارجاع په کې ناکامه شي.

ج: ټول هغه ناروغان چې پتالوژیک کسرونه لري



29,8

د ورون سر د سفلي کسرونو د ارجاع د ارزیابي

لپاره د Garden د Index ښودنه:

په A.P اکسري کې A.B دورون د جسم منځنی برخه او

دورون په غاړه کې د Trabecular لیکو محور ۱۲۰ درجې زاویه

جوړوي. يوه دمنلو وړ ارجاع بايد د ۱۵۵ او ۱۸۰ درجو تر مينځ وي.
په جنبي منظره کې Trabecular C.D نښې به په ۱۸۰
درجو کې وي. که چيرې کسر په بشپړ توگه ارجاع
شوی وي نو په دې سيستم کې د منلو وړ ارجاع تر
۲۰ درجو پورې وي.

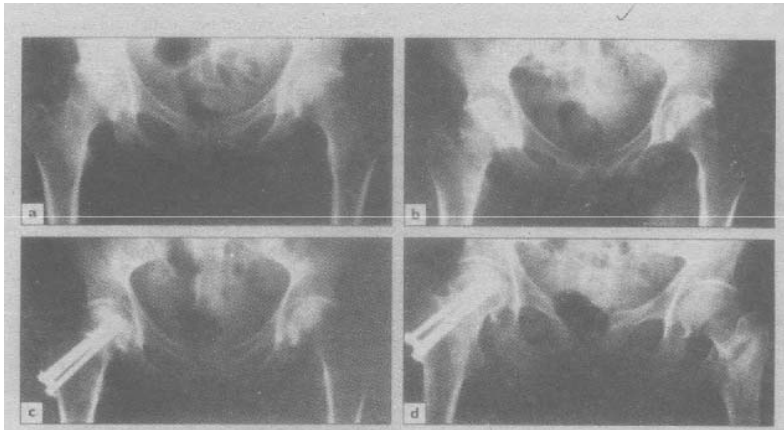
Garden

په ۱۹۷۴ کال کې داخبره مشاهده کړه چې که چيرې د ارجاع ځانگړې له دغو
Osteoarthritis او non union, Avascular necrosis وي نو د
اختلاطات به د کسر سره تړلی وي.

کوم Replacement چې کم تروماتیک دی هغه بيدون د شتنو څخه په ويستنه
او يا د خلعي شق له لارې دوه قطبي Prosthese اچول کيږي ثبات او د مودې
اوروالي د Prosthese په بڼې لگيدنې پورې اړه لري. د عمليات څخه مخکې
محتاطانه پلان جوړول او د ښه عملياتي تخنيک کارونه لازمه ده هغه ناروغان چې
سره ددې چې زيات عمر لري او بيا هم فعال وي په هغو کې د سمټو سره
Prosthes ښه پایله ورکوي. د Hip بشپړ لري کول او پر ځای يې دبل مصنوعي
Hip اچولو ته په لاندې حالاتو کې غوره والی ورکول کيږي.
الف: کله چې درملنه د ځوانيو لپاره په ځنډ غورځيدلې وي او د Acetabulum په
تخریب شکمن شو.

ب: هغه ناروغان چې Metastatic او يا Paget ناروغی ولري.

د عملیات څخه وروسته د تنفس تمرین او ژر حرکات ډیر ارزښت لري. د بیا رغیدنی گړندیتوب د کسر څخه مخکې د ناوړغ په فعالیت پوې اړه لري. د ۲-۴ میاشتو نه وروسته زیات جوړیدو احتمال نه شته.



29,9

د ورون د غاړې د کسر درملنه

دغه زړه بڼه Osteoporotic وه.

a: د دې سره سره بڼه وه تر څو چی ولویده او د بڼې خوا

د ورون د غاړې کسر ورته پیدا شو.

b: کسر د درې اوږدو Screw په واسطه تثبیت شو.

c: کسر په بڼه توگه جوړ شو له دې یو کال وروسته بڼه راو لویده او په چپ طرف کې یې Inter-Trochanteric کسر ورته پیدا شو.

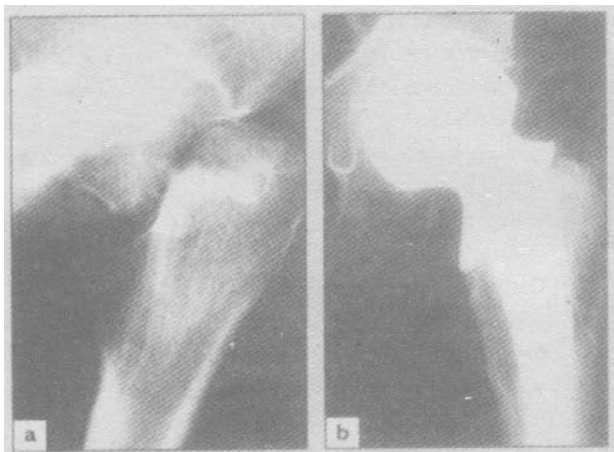
d: له دې څخه وروسته پراخه تثبیت ته اړتیا پیدا شوه همدا لامل وه چی یوه له لویه Sliding screw د Plate سره ونښلول شو او Plate د ورون سره ونښلول شي.

اختلاطات :

۱- عمومي اختلاطات :

هغه ناروغان کوم چې زاړه وي د Deep Vein Thrombosis ، Pul. Embolism ، Pneumonia او دبستر د زخم د اختلاطونو لپاره ډیر برابر دی. په دې اختلاطونو کې هغه مریضی حالات نه دی شامل کوم چې د کسر د پینیدو څخه مخکې په ناروغ کې وي.

په ځینې مراکزو کې د Anti coagulant درملو کارول معمول دی اگر چې د عملیاتو څخه مخکې او وروسته کرنلارو ډیر پرمختګ کړیدی خو په زړو ناروغانو کې د زخم څخه څلور میاشتی وروسته د مرګ کچه د ۲۰% په اندازه لوړه ده. هغه ناروغان چې تر ۸۰ کلونو پورې عمر ولري او ژوندي پاتې شي نو د دوي څخه نیمایي ناروغان په ازاده (بې د کومک څخه) نه شي ګرځیدلی.



29,10

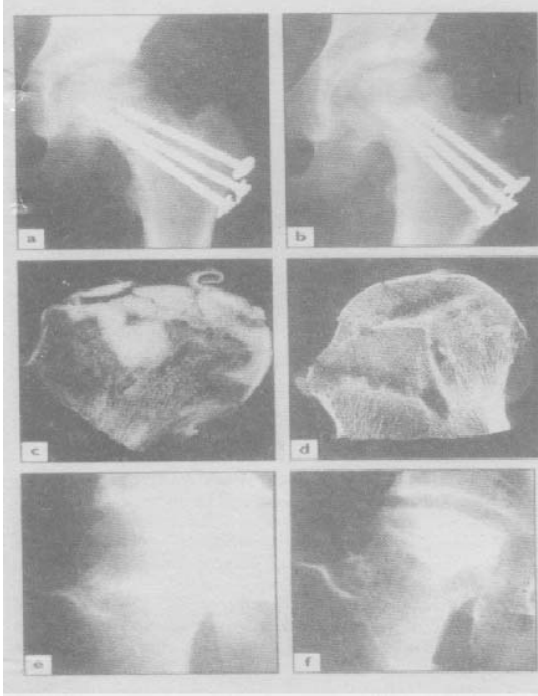
دورون د غاړې د کسر درملنه

a : یو ډیر زوړ ناروغ چې پراخه بې ځایه شوی کسر

لري د Prothese اچول په کې ښودل شوي دي.

b : د عملیه د تثبیت په پرته چټکه اولړه تروماتیکه

ده او بیا رغونه په کې زر مینځته راځي.



29,11

د ورون د غاړې په کسر کې *Avascular necrosis*

a: د ارجاع څخه وروسته په X-Ray کې ساحه غټه بڼکاري. خو اروا خرابه شویده او ۶ میاشتی وروسته.

b: د ورون په سر کې بڼکاره نیکروزس لیدل کیږي.

c: د ورون د عوڅ شوي سر څخه مقطع اخیستل شوي چې غټه نیکروتیک پارچه بڼي او مفصلي غضروف په کې تخریب شوی دی.

e, f: که یو کسر Impacted هم وي او د Valgus په حالت

کې بی ځایه شي نو Avascular necrosis ورکوي.

۲ - Avascular necrosis :

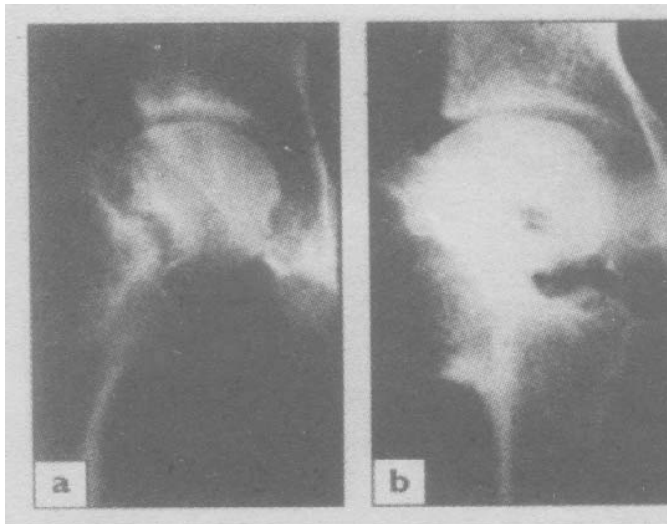
د ورون سر په بی ځایه شوو کسرونو کې په ۳۰% ناورغانو کې Avascular necrosis پیدا کیږي خو په نه بې ځایه شوو کسرونو کې دغه اندازه ۱۰ سلنه ده. د کسر په وخت کې د دې اختلاط تشخیص نه شي کیدای یو څو اونۍ وروسته د Scanning په واسطه په رگونو کې کموالي لیدل کیږي او په X-Ray کې خو تر میاشتو او کلونو پورې هیڅ تغیرات واضح نه وي کسر جوړشي یا نه خو د ورون سر د غونجیدو له کبله شدید درد او د دندې له لاسه ورکول رامینځته کوي.

هغه ناروغان چې د ۴۵ کلونو څخه زیات عمر ولري په هغو کې درملنه د بند بشپړ مفصلي تبدیلی ده په ځوانو ناروغانو کې د درملنې ټاکنه تر ناندريو لاندې ده د هډوکي په تروماتیک Necrosis کې د Core Decompression کړنلاره هیڅ ځای نه لري. هغه ناروغان چې د هډوکي نسبتاً وړه برخه یې نکروتیک شوي وي په هغو کې Re alignment او تدوري Osteotomy د درملنې وړ کړنلارې دی

Arthodosis باندې هم بحث کيږي خو نادرا عملی بڼه خپلوي . که چيري خطري لامل په پام سره په نظر کې ونيول شي او عملياتي تگلارې سمې وکارول شي نو د بند بدلول په دې گروپ کې هم وړ خبره ده .

۳- Non- Union :

د ورون په کسرونو کې د ۳۰% څخه زيات کسرونه Non union ورکوي او هغه کسرونه ډير تر خطر لاندې دي چې پراخه بې ځايه شوي وي. دا عملیه ډير لاملونه لري چې د اروا خرابوالی ، نیمگړې ارجاع، غير مناسب تثبيت او د زخم خراب رغيدل دي (چې د بند د تنه کسر دی) په دوديز ډول د کسر په ساحه کې يوه پارچه هډوکي لاندې پاتې کيږي پارچې يو له بله سره ليري وي او Screw يا Nail د هډوکي پارچې څخه ووځي يا په جنبي توگه بهر خواته وتلی وي.



29,12
د ورون د غاړې د کسرونو Non union په دغه ځوان ناروغ کې Non union په کاميابۍ سره د Inter Trochantric osteotomy په واسطه درملنه شويدي .

ناروغ له درد، دپښې له لنډوالي او په گرځيدو کې دمشکلاتو څخه گيډله کوي
X-Ray يې خراب انزار بڼې د درملنې طريقه يې د Non Union په لامل او
دناروغ په عمر پورې اړه لري. په نسبتاً ځوانانو کې درې تگلارې شته.
۱- که کسر په ناوړه توگه عمودي وي او سر ژوندي وي نو Sub.Trochanteric
osteotomy چې د Nail plat په واسطه تثبيت شوی وي کسر افقي زاویې ته
بدلوي.

۲- که چيرې ارجاع او تثبيت غلط اجراشوی وي او د Necrosis علایم ونه ليدل
شي نو بڼه خبره داده چې Screw ليری شي کسر ارجاع شي نوې Screw په کې
درست ولگول شي او د Fibula ديوې پارچې او يا د عضلي د pedicle څخه يوه
توپه راغوځه شي او د کسر له پاسه د graft په توگه ولگول شي.

۳- که چيرې سر غير وعایي وي خو بند ته زیان نه وي رسيدلی نو Prosthese
اچول غوره دی که بند ته په بشپړ ډول زیان رسيدلی وي او يا Arthritis مينځ ته
راغلی وي نو د بند بشپړ بدلول او دهغی پر ځای د بل بند لگول استطباب لري.
په زړو ناروغانو کې يواځې بايد دوه تگلارې په نظر کې ولرو:

۱- که درد زیات وي او د ورون د سر اروا خرابه وي يا نه وي نو د ورون سر
بايد ليرې شي او که ناروغ بڼه وي بند بايد په بشپړ توگه Replacement شي.

۲- که ناروغ زوړ او برابرنه وي او درد له زغملو وتلی وي نو بايد پونده يې پورته
وساتل شي قوي همسا ولري او د څنگلو همساء گانې هم کفایت کوي.

۳ - Osteoarthritis

د ورون سر دراس Avascular necrosis او Femoral head collapse څوکاله
وروسته په دويمې ډول په hip کې Osteoarthritis رامینځته کوي. که د بند

حرکت په زیاته کچه کم شوی وي او مفصلي غضروف زیات ویجاړ شوی وي نو دیوه بند پر ځای باید په بشپړ توګه بل بند ولګول شي.

:bined Fracturs of the Neck and Shift

ځوان ناروغان چې ورون د غاړې او جسم کسرونه ولري لویه ستونزه جوړوي. دواړه کسرونه باید تثبیت شي او تثبیت لپاره له څو لارو څخه ګټه اخیستل کیږي. پدغه عملیه کې د بنکلا ساتل ډیر ګران کار دی ځکه چې د جسم کسرونه د داخلي مځي Nail او په پورتنۍ برخه کې د دوه بندونکو Screws په واسطه تثبیت کیږي. د فخذ په سر او دواړو Nails کې د Screws سم داخلول ډیر ستونزمن کار دی.

زیات جراحان ارجاع ته غوراوی ورکوي ارجاع په لنډ مهاله توګه د Kirschner wire په واسطه په خپل ځای ساتل کیږي او کسر ارجاع او بیا Nail تیريږي وروسته د K.Wire په ځای درې Cannulated screws نیسي چې د Nail څخه شاوخوا ته لګول کیږي. تر ټولو اسانه او غالباً د ټاکنې طریقه داده چې د ورون د غاړې کسر ارجاع او Pin پکې ولګول شي او وروسته د جسم کسر د Screws او Plate په واسطه تثبیت شي.

:Inter Trochanteric Fractur

د پیژندنې له مخې دا کسرونه د کپسول څخه بهر وي د ورون د غاړې د کسرونو په شان دا کسرونه هم په زړو Osteoporotic خلکو کې چې زیات شمیر یې اتیا کلنې ښځې جوړوي رامینځته کیږي د کپسول دننه کسرونو په پرتله د کپسول څخه

دباندي Trachonteric کسرونه په بڼه طريقه يو ځای کيږي او کله ناکله Avascular necrosis په کې رامینځته کيږي.

: Mechanism of Injury

کسر په Greater Trochanter باندي د نيغ په نيغه رالويدو له امله پيدا کيږي او يا په غير مستقيم توگه د تاو خوړلو له امله پيدا کيږي چاود د Great او Lesser (Trochantor) تر مينځ پيدا کيږي او قريبه پارچه د Varus په وضعيت کې بي ځايه کيږي کيدای شي په خلفي انسي Cortex کې Comminution مينځ ته راشي.

Pathological Anatomy

Inter Trochanteric کسرونه په Stable او Unstable ډولونو باندي ويشل شويدي. Unstable کسرونه په حقيقت کې هغه کسرونه دي په کومو کې چې د کسري پارچو تر مينځ ډير لږ پيوستون شته دی لکه هغه کسرونه چې څلور پارچې وي او يا هغه کسرونه چې د کسر انداز پکې داسې وي چې دوزن وړلو سره کسر نور هم بي ځايه کيږي. لکه رجعي مایل ډول کسرونه.

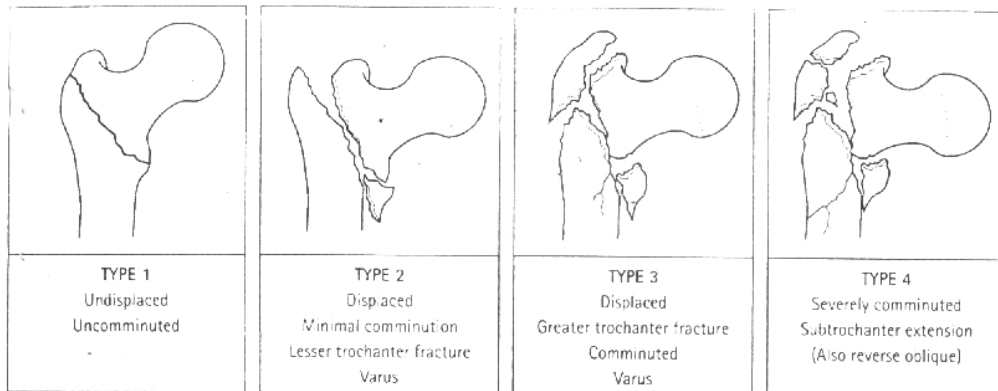
که خلفي انسي Cortex تپوته شوی وي نو Lesser trochantor په شمول يوه غټه پارچه جدا کيږي او يو غير ثابت حالت مينځته راوړي چې د داخلي تثبيت په واسطه ددې کلک کول ډير ستونزمن کار دی. دهلوکي څرنګوالي د تثبيت څخه وروسته د implant په استحکام او په دې ترتيب د غرس په ناکامۍ باندي اغيزه لري.

کلینیکي بڼه:

ناروغ په دودیز ډول زور او ضعیف وي، د غورځیدلو څخه وروسته نه شي ودریدای، پښه یې لنډه شوې وي او دغاړې د کسر په پرتله ډیر زیات خارجي تدور لري (ځکه کسر خارج کپسول وي ناروغ خپله پښه نشي پورته کولای).

: X-Ray

پر ځای او مستحکم کسرونه د دواړو Trochanter د لیکو تر منځ دیونري چاود په ډول بڼکاري او اصلاً د هډوکي د کسر په اړوند تل شک شته وي. د تشخیص تصدیق Scintigraphy او MRI په واسطه کیږي. په ډیری پېښو کې کسر بی ځایه شوی وي او دپام وړ Commnution شته وي که Lesser Trochantor جلا شوی وي او انسي Cortex پارچه شوی وي نو داخلي تثبیت مستحکم (Stable) نه دی او وزن اچول باید وځنډول شي.

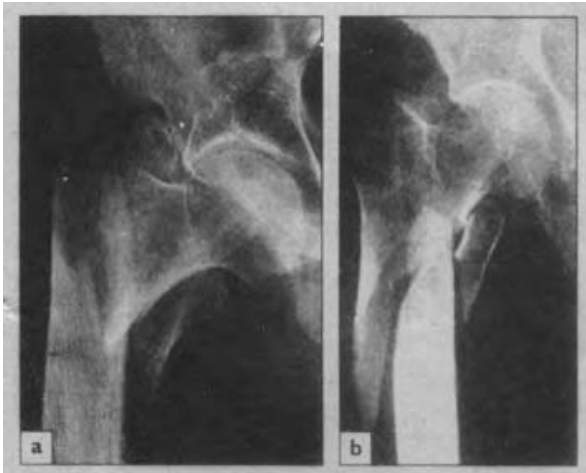


29,13

د Inter Trochanteric کسرونو ټولگی ویش

د اول نه تر څلورم پورې د کسرونو ډولونه د زیاتیدونکي instability او شدت په معیار ترتیب شویډی په ډیری کې اول او دوهم همدوله کسرونه چې ۲۰% کیږي پیدا کیږي.

Int. Trochontic کسرونه: دوه بیلا بیلا ډول
 Trochontic کسرونه بنودل شوي.
 Int. Trochontic مایل رجعي کسرونه په څلورم ډول کې
 بنودل شويدي. ددې ډول کسرونو په تثبیت کې ډیرې
 ستونزې رامینځته کیږي.
 Type II کسر: ډاکسر دوخشي خڅه انسي Cortex ته
 په مایله توگه لاندې عځیدلی دی. ډاکسر د Lesser
 trochontor د کسر سره تړلی دی. د Varus سوء شکل
 یې پیدا کړیدی دایو unstable کسر دی.
 Type IV رجعي مایل کسر:



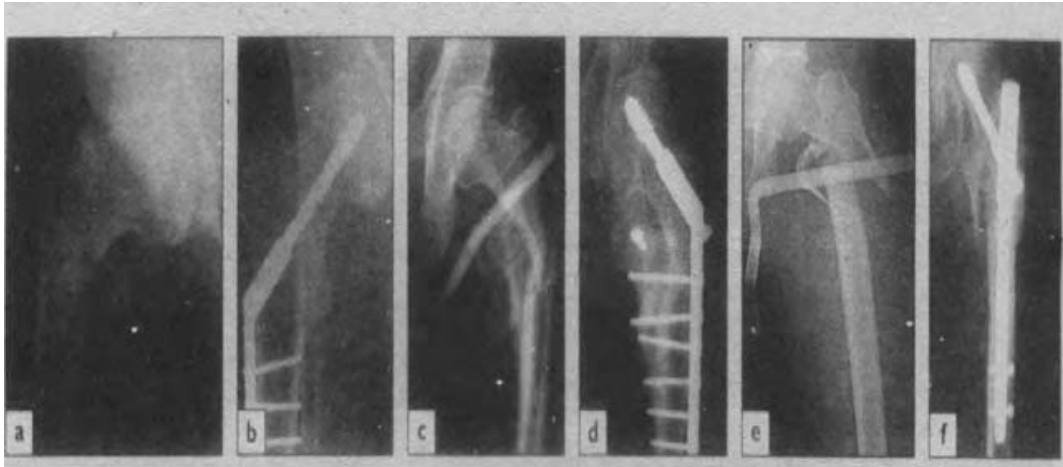
درملنه:

Inter Trochontic کسرونه همیشه د مقدم داخلي تثبیت په درملنه کېږي
 اوله دې کبله نه ده چې د ساتونکې درملنې سره ځواب نه وایي داددی کبله ده چې
 تر څو یو غوره وضعیت په لاس راشي او څومره ژر چې ممکنه وي ناروغ پورته شي
 او وگرځي او د اوږدې مودې تړلی درملنې اختلاطو خطر راکم شي.
 لږ بې ځایه شوي کسرونه د دودیز Traction او داخلي تدور په واسطه ارجاع
 کېږي وضعیت د X-Ray په واسطه کتل کېږي. کسر دیوې زاویه لرونکې الې په
 واسطه تثبیت کېږي چې دا ال Screw او یا Nail وي. دا ال د ورون سر او غاړه
 تینگه نیسي او دجسم سره د Screw په واسطه تثبیت شوي وي گټه یې داده چې
 دوزن وړلو په دوران کې هم هډوکینې پارچې بڼه Impaction کوي. د Screw
 وضعیت ډیر ارزښت لري. باید ددې په واسطه Osteoprotic هډوکی غوڅ نه شي
 داباید د ورون د غاړې سره په لوړه زاویه (تږدې ۱۵۰ د ۱۳۵ ناتومیکی دودیزی

زاویې پرتله، ده درجو کې د مرکز خواته تیره شي څوکه یې باید د Sub.Chondral bone plate څخه 5mm لیری پرته وي. جنبي Plate باید کافي اوږد وي. چی د کسر دلیکې لاندې څلور Screws په کې ځای پر ځای شي د Lesser Trochanters وړې پارچې باید د نورو Screws په واسطه ونیول شي. په غیر دودیز رجعي مایل کسرونو کې په کوم کې چی کسري خط په مایل ډول ښکته خواته انسي او وحشي Cortex خواته ځي بعیده پارچه د قریبه پارچې په انسي خوا کې بی ځایه کیدلو ته میلان لري.

داځکه چې Screws ښکته خواته ښویږي په دې حالت کې باید ۹۵ درجی زاویه لرونکی اله او یا د Screw Hip سره یو ځای داخل مخی اله د مستحکم تثبیت لامل کیږي. که د تړلی ارجاع څخه اطمیناني وضعیت په لاس نه راځي نو د هډوکینو پارچو لپاره باید د وازې ارجاع مانوره وکارول شي یوه غټه خلفي انسي پارچه په گډون د Lesser trochanter اضافي تثبیت ته اړتیا لري.

انسي Cortex د ژر Union لپاره د هډوکي د Graft اضافه کول غوره ده. په هغو پینو کې چې اناتومیکه ارجاع ناممکنه وي نو د قریبه پارچې د فخذ په جسم باندې د سم نښتلو لپاره د Valgus Osteotomy ته اړتیا پیدا کیږي د عملیات څخه یوه ورځ وروسته تمرین پیل کیږي او ناروغ باید پورته شي اولږه اندازه وزن یوسي.



29,15

دلته د کسر لیکه دانسي څخه وحشي Cortex ته لاندې خواته غځیدلې ده او یو غیر ثابت (Unstable) منظره یې مینځته راوړې.

د Int. Trochanteric کسرونو درملنه: اناتوميکه ارجاع تر ټولو غوره ده خو ثابت تثبیت هم همدومره ارزښت لري. Type I او Type II کسرونه. (A.B) په دودیز ډول د Screw او Plate په واسطه په ښه وضعیت کې نیول شوي دي که دا امکان نه لري نو باید د وحشي Osteotomy cortex ترسره شي..

d. په دې حالت کې د ورون په غاړه او سر کې یو Screw داخل کړای شوی دی. ددې له کبله قریبه پارچه په ښه طریقه د ورون د کانال سره نښتی او تثبیت د Plate په واسطه بشپړ شوی.

f. رجعی مایل کسرونه چې د بشپړې ارجاع څخه وروسته هم استحکام نه لري دلته باید د یو بندونکي Screw او داخل مخي Nail چې د ورون سر په بر کې نیسي وکارول شي دا طریقه د یوه اړم په ډول عمل کوي چې د کسر اندازه کموي په دې ډول د قریبه پارچې د انسي برخی د فخذ د کانال سره په ښه طریقه نښلی.

اختلاطات :

۱- لومړني اختلاطات : مقدم اختلاطات یې د ورون د غاړې د کسرونو دا اختلاطاتو په شان دي چې لامل یې د ډیری ناروغانو کمزوری صحت دی.

۲ - وروستي اختلاطات:

الف: Failed fixation : که چیرې ارجاع خرابه وي او یا تثبیت کوونکی اله په غلط وضعیت ځای پر ځای شي نو Screw کیدای شي Osteoprotic هډوکی غوڅ

کړي که Union په تاخير ولويږي نو لنگول شوي شيان خپله بې کاره کيږي (ماتيږي) په دواړو حالاتو کې بايد ارجاع او تثبيت دوباره ترسره شي.

ب: Mal union : د Varus او خارجي تدور سوء اشکال دوديز دي له نيکه مرغه دا دوه حالات کله ناکله شديد او نادراً دنده خرابوي.

ج: Int.Trochantric : Non Union کسرونه کله ناکله نه يوځای کيږي که کسر د ۶ مياشتو نه زيات وخت هم التيام ونه کړو نو کسرونه نه دي سره يوځای شوي او دوباره عملياتو ته اړتيا ده. هډوکينو پارچو ته بيا وضعيت ورکول کيږي په دوديز ډول ديوځه Valgus سره د تثبيت اله په سمه طريقه ايښودل کيږي. اود کسر څخه گرد چاپيره دهلوکي پيوند ترسره کيږي.

پتالوزيک کسرونه :

د Pertrochanteric کسرونه کيدای شي د Metastatic ناروغيو اويا Myeloma له کبله پيداشي که چيري ناروغان ډير کمزوري نه وي ددې ناروغانو د متوقع ژوند دکلونو د روغتيا لپاره دکسرونو تثبيت اړين دي. دداخلي تثبيت سره يوځای د هډوکي د استحکام لپاره بايد چي Methyl metha crylate سمنت هم د کسر په ساحه کې وکارول شي ترڅو Stability زياته شي. که چيري د ورون دغاړې کسر هم ورسره يوځای موجود وي نو سمنت شوي Prothes ته غوره ورکول کيږي.

:Proximal Femoral Fracturs in Childrens

په ماشومانو کې د د Hip کسرونه نادراً پیدا کېږي خو کله چې پیداشي نو ډیر شدید وي دا کسرونه عموماً د زیاتې تیزی تروما له کبله پیدا کېږي لکه دبیلګی په ډول د زیات لوړ ځای څخه راغورځیدل او یا دموتېر تکر.

ځینې وخت د سلیم تومور او یا دهډوکي د Cyst له کبله پتالوژیک کسرونه پیدا کېږي. هغه ماشومان چې عمر ونه یې د دوه کالو څخه کم وي په هغو کې باید د کسرونو د پلټنې په وخت کې د ماشومانو څخه ناوړه گټه اخیستل یا Child abuse په نظر کې ونیول شي.

په ماشومانو کې اختلاطاتو لکه Avascular necrosis مخکې له وخته د Ephyseal تړل او Coxa vara پیدا کېږي.

د پیدایښت په وخت کې د ورون قریبه برخه ټوله غضروفي وي. دنورو زیاتو کلونو لپاره چې تعظم په کې پرمختګ کوی د Capital epiphysis او greater trochantor تر منځ ساحه په غیر دودیز توګه Trauma لپاره ډیره مساعده ده د ۴- ۸ کلونو عمر تر منځ Ligament teres د Epiphysis په اروا کې ډیره لږه برخه اخلي همدا لامل دی چې Epiphysis د تروما څخه وروسته اسکیمیا ته ډیر مساعده دی.

ډ لېندي :

په دې اړه تر ټولو گټوره ډلېندي د Delbet ډلې بندي ده چې بنسټ یې د کسرونو په سویه (Level) ایښودل شوي دي.

- ۱ - Type I: په دې نوعه کسر کې د کسر سره Epiphysis مات او جلا شوی وي او ځینې وخت د Ephiphysis پارچه د Acetabulum څخه خلع شوی وي.
- ۲ - Type II: دا کسر د ورون د غاړې هغه کسر دی چې کسر په کې Trans Cervical وي دایو دودیز کسر دی او دټولو ټیپونو نیمایي پینښې جوړوي.
- ۳ - Type III: دایو Basal (Cervical trochanteric) کسر دی چې په دوهمه درجه عمومیت لري.
- Type IV: دایو Inter.Trochanteric کسر دی.

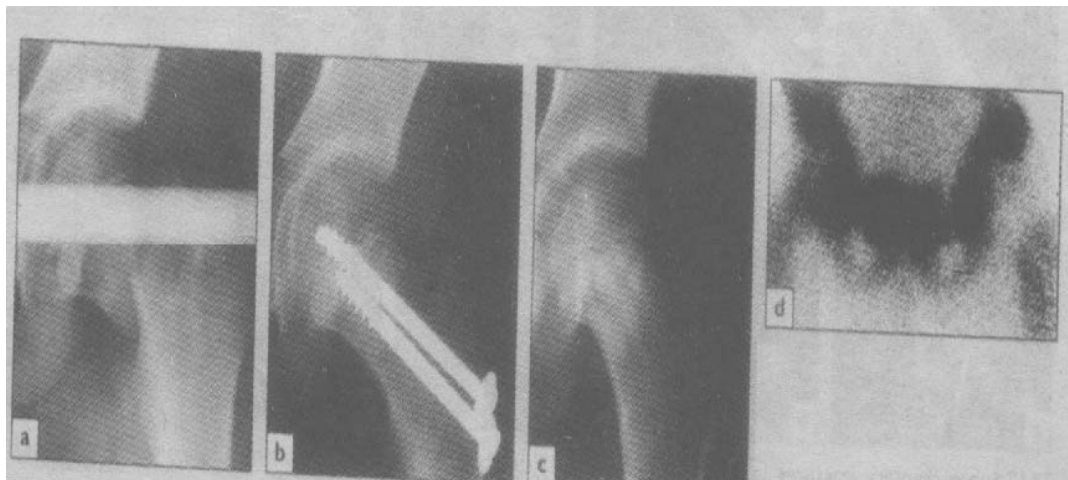
کلینیکي بڼه:

تشخیص کیدای شي ستونزمن وي په ځانگړي ډول په شیدو خورونکو ماشومانو کې کوم چې Epiphys یې په X-Ray کې واضح نه معلومېږي. Type I کسرونه په اسانۍ سره د Hip د خلعي سره غلطېږي. ددې کسرونو په تشخیص کې MRI, Ultrasound او Arthrography کیدای شي مرسته وکړي. په غټو ماشومانو کې تشخیص د ساده X-Ray په اخستلو سره په اسانۍ سره کېږي. د کسر د بې ځایه والی او پر ځای والي معلومول ډیر ارزښت لري. بیځایه شوی کسرونه زیات اختلالات ورکوي. Type IV کسرونه ډیر لږ اختلالات ورکوي.

درملنه:

دا کسرونه باید د بېړنۍ پینښې په ډول د زخمي کیدنی څخه د ۲۴ ساعتو په دننه کې درملنه شي. په لومړني ډول د Hip سره د میزابی لگولو په واسطه مرسته کېږي او نورې پلټنې جریان لري. ځینې پوهان سپارښتنه کوي چې د Ehipyseal د اسکیمیا د مخنیوي په خاطر باید داخلي کپسولي هیماتوما په مقدم ډول بدل

شي خوددې عمليې گټې د باور وړ نه دي او عمليه تر ناندريو لاندې ده. پر ځای کسرونه کيدای شي د غير متحرک کولو او ۲-۸ اونيو لپاره د Plaster spica په واسطه درملنه شي خو د کسر وضعیت هميشه سم نه شي ساتل کيدای او د ليدو وړ بې ځايه والی Non union او Mal Union په کې پيدا کيږي. بې ځايه شوی څلورم Type کسرونه هم د Plaster spica، تړلې ارجاع، ترکشن او غير متحرک کولو په واسطه بې له عمليات څخه درملنه کيدای شي ناروغ بايد په محتاطانه ډول تعقيب شي که هډوکي خپل وضعیت له لاسه ورکړي نو عملياتي تثبيت ته اړتيا پيښيږي Type I,II & III کسرونه د تړلې ارجاع او داخلي تثبيت په واسطه درملنه کيږي په تثبيت کې د Pins او Cannulated screw څخه کار اخيستل کيږي. که د تړلې ارجاع مانوره ناکامه شي نو خلاصه ارجاع ترسره کيږي په وړو ماشومانو کې د عملياتي تثبيت څخه وروسته د ۲-۱۲ اونيو لپاره Spica Cast کارول کيږي.



29,16

په ماشومانو کې د ورون د غاړې کسرونه

- a: په ماشومانو کې د ورون د غاړې کسر د تشوش خبره ده چې بشپړ تثبیت سره هم.
- b: د ورون سر اسکیمیا مینځ ته راځي کسر سره یو ځای شوی او Screw ترې لیرې شویږي.
- c: د Radio Isotope scan څیړنې بڼې چې د چپ ورون سر هیڅ فعالیت نه لري.
- d: Ischemic necrosis

اختلاطات :

١ - Avascular Necrosis of the Femoral Head

- دایو دودیز او ډارونکی اختلاط دی او په ۳۰٪ پیښو کې مینځ ته راځي. مهم خطري فکتورونه یې عبارت دي له :
- الف: د لس کالو څخه د عمر زیاتوالی.
- ب: د لوړ سرعت ټپ.
- ج: Type I او Type II کسرونه.
- د: د کسر بې ځایه والی.
- ماشوم د درد او حرکت له لاسه ورکونې څخه شکایت کوي. په X-Ray کې د ټپ څخه وروسته په درې میاشتو کې تغیرات مینځ ته راځي درملنه یې دستونزو څخه ډکه ده د وزن نه وړل او په Abduction او Int. Rotation کې دمیزابې ایښودل د ځینې پوهانو لخوا سپارښتنه شوی ده خو داسی لږ شواهد په لاس کې لرو چې د دې عملیې له کبله د کسر په حالت کې کوم فرق راځي. د درملنې پایله د نیکروتیک ساحې په پراختیا پورې اړه لري. له بده مرغه ډیری ناروغان د شدید درد او حرکت د شدید محدودیت له امله مړه کیږي. داخری تگلارې په توگه کیدای شي ناروغ ته Arthrodesis ترسره شي.

۲- Coxa Vara : کیدای شي د Ephyssis د مقدم ترلو Avascular necrosis او mal union له کبله دورون په غاړه کې سوء شکل پیداشي که سوء شکل لږ وي نو کیدای شي د Remodling په واسطه بیرته خپل حالت ته راوگرځي که دغاړی او جسم زاویه ۱۱۰ درجو څخه کمه وي نو کیدای شي چی Osteotomy، Subtrochanteral valgus ته اړتیا پیداشي.

۳- د ودې خرابوالی :

که Epiphysis ته زیان ورسیري نو د ورون وده خرابیږي او وروسته به د جراحي عملیې په واسطه د دواړو پینو برابرولو ته اړتیا پیداشي.

: Isolated Fractures of the Trochanters

د بلوغ په مرحله کې کیدای شي د Lesser trochanter پورتنی برخه د Psoas د عضلې د کشش په واسطه له خپله ځایه بې ځایه شي. دا تپ د همیشه لپاره هغه وخت پیدا کیږي کله چې یو څوک دانگ په لاس کې ونیسي په ځمکه یې ولگوي او مخ په پورته توپ ووهي. په کمو پینو کې د Greater trochanter یوه برخه هم د Abductor عضلاتو د کشش په واسطه بې ځایه کیږي. پورتنیو دواړو تپونو کې ناروغ باید په بستر کې آرام وکړي او ۲-۳ ورځې وروسته د Crutch سره وگرځي. څه وخت چې ناروغ په ماوفه پینه دگرځیدو ځواک پیدا کړي Crutch باید وغورځوي او بې له Crutch وگرځي خو راتلونکې فصل پورې باید په لوبو کې برخه وانخلي.

په ځینې پینو کې Greater trochanter کې د نیغ په نیغه ضربی په واسطه کسر پیدا کیږي. غټه جلاشوي پارچه باید په خپل ځای کې د Cancellous screw په واسطه تثبیت شي ناروغ باید د ۲-۸ اونيو پورې د بشپړ وزن وړلو څخه منع شي.

: Sub Trochanteric Fractures

که تپ په کافي اندازه شدید وي نو Sub Trochanteric کسرونه په هر عمر کې کیدای شي پیدا شي خو ډیری د اکسرونه د سفر په مهال هغوزرو ناروغانو کې چې Paget ناروغی، Osteomalacia، Osteoporosis، او دویمي Deposit ولري پیدا کېږي.

د ورون د غاړې او Trohanteric کسرونو په پرتله په دې کسرونو کې زیاته وینه ضایع کېږي راس او غاړې ته د Gluteal عضلې په واسطه Abduction او Ext. Rotation ورکول کېږي او د Psoas عضلې په واسطه Flexion ورکول کېږي د کسر بیا رغیدنه ډیر په ورو ډول وي او که زاویه دار Screw او Plate کارول شوی وي نو Implant د کسر د جوړیدو څخه مخکې کیدای شي دناکامی سره مخ شي.

کلینیکي بڼه :

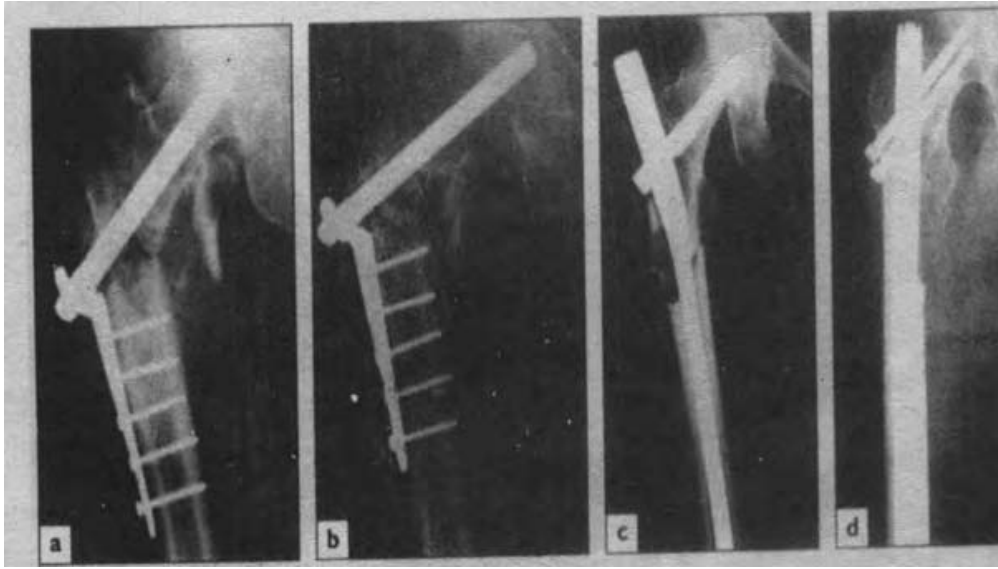
پښه لنډه او خارجي تدور لري او ورون زیات پرسیدلی وي حرکات ډیر زیات دردناک وي.

:X-Ray

کسر به د Lesser trochanter په سویه او یا دهغه څخه لاندې واقع وي. کسر کیدای شي مایل حلزوني او ډیری Comminuted وي پورتنی پارچه Flexion لري او په غلطه باندې لنډه بنکاري. جسم Adducted او پورته به بې ځایه شوی وي. باید ددې غوره کسرونو لپاره تفتیش وشي ځکه چې د دوي څخه دیوه کسر شتون هم درملني اغیزه لري.

۱- یو غیر دودیز اوږد کسر چی تر Greater trochanter او Piriform fossa پورې غځیدلی وي.

یوه لویه بیخایه شوې پارچه چې Lesser Trochanter هم په کې شامل وي.



د ورون lytic افات

29,17

Sub Trochantric Fracturs

a,b: که چیرې خلفي انسي پارچی ارجاع او تثبیت شي نو د Pin داخلي مخي تثبیت Palat په واسطه تثبیت دناکامی سره مخ کیږي.

c: بهتر دی خو که خلفي انسي پارچه موجود وي نو د Cerclage wire په واسطه د جسم سره تثبیت ته ضرورت دی.

d: Sub Trochantric کسرونه غیر معمول ډول د ثانوي Deposits په ساحه کې نه پیدا کیږي کیدای شي په بعیده برخو کې پیداشي نو بهتره به وي چې دفخځ ټول جسم په بڼه طریقه تثبیت شي.

درملنه :

وازه ارجاع او داخلي تثبیت د درملنې ټاکلې لازې دي هغه کسرونه چی د کوچني Trochanter په سویه واقع وي په دې کسونو کې د Compression Screw او

Plate لگول قناعت بښوونکي دي. يوه لويه انسي پارچه چې د Lesser trochanter يوه برخه په کې هم شامله وي کيدای شي د استحکام لپاره جدا ارجاع او تثبيت ته اړتيا پيدا کړي د کسر د ثبات لپاره داخل مخی Nail ډير اهميت لري. که کسر د Lesser trochanter څخه لاندې وي يو معياري بندونکی Nail locking کفايت کوي او که کسر تر قريبه برخې پورې غځيدلی وي نو د فخذ د راس د تينگ نیولو لپاره locking Screw ته اړتيا ده که انسي Communitated cortex او يا ضياع ولري نو د هډوکي پيوند بايد اجراشي د پتالوژيک کسرونو لپاره بايد د کامل اوږد Nail وکارول شي ځکه چې کيدای شي د فخذ په بعیده برخو کې نوموړی Deposits موجود وي داخلي مخی Nail د هغو کسرونو لپاره چې تر Piriform fossa پورې غځيدلی وي مناسب نه دی ځکه چې په لوړه کچه Fixation دناکامی سره مخامخ کيږي ۹۵ درجی زاويه لرونکی Palat محفوظ دی د عمليات څخه وروسته ناروغ په قسمي ډول دهمسا سره وزن وړای شي ترڅو چې هډوکي Union وکړي.

اختلاطات:

۱- Mal Union: د Varus او Ext. Rotation حالت عام ليدل کيږي او که چيرې زيات وي اصلاحي عمليات ته ضرورت پيدا کيږي.

۲- Non Union: داپه ۵% پيښو کې پيدا کيږي او که پيداشي نو عملياتي رغونی د دوهم ځلی Fixation او د هډوکي Graft ته اړتيا لري.

د ورون د جسم کسرونه (Femoral shaft Fractures):

د ورون د جسم د غښتلو عضلاتو په واسطه پوښل شوی ده گټه یې دادی چې هډوکی د هر څه شي څخه ساتي په غیر د ډیرې زیاتې قوې د کارولو څخه او تاوان یې دادی چې کله کسر واقع شي د عضلاتو په واسطه په پراخه ډول بې ځایه کیږي له همدې کبله یې ارجاع مشکله کیږي.

:Mechanism of Injury

دا د ځوانو او بالغو خلکو کسر دی چې د ډیرې زیاتې پیاوړې تپ له کبله پیدا کیږي په زړو ناروغانو کې د Diaphys کسر پتالوژیک گڼل کیږي تر څو بل لامل ثابت نه شي. هغه ماشومان چې عمر یې له څلورو کالو کم وي او کسر ولري نو مونږ باید Child abuse یا له ماشوم څخه ناوړه گټه اخیستنه په پام کې ولرو. کله چې یو څوک راولویږي پښه یې ونښلي او په ورون باندې یوه تاوونکې قوه عمل وکړي په پای کې حلزوني کسر پیدا کیږي.

نو ځکه په خاص ډول مستعرض او مایل کسرونه چې د angulation او یا د نیغ په نیغه ضربې له کبله پیدا کیږي د سرک په ټکرونو کې دودیز دي په نیغ په نیغه او غیر مستقیم ډول د شدیدې ضربې له امله comminuted کسر پیدا کیږي او یا کیدای شي هډوکی په څو ځایونو کې مات شي چې دې ته Segmental کسر وایي.

Pathological Anatomy

که څه هم په X-Ray کې څرگند نه معلومېږي خو د ورون د جسم ډیری کسرونه تر یو څه حده پورې comminution لري او دا په زخمونو کې دکارول شوی قوی د انعکاس له کبله پیدا کېږي. وړې هډوکني پارچې او یا غټی Buter fly پارچې کیدای شي د کسر په لیکه کې جداسي خو په عمومي توګه دا پارچې له رخوه انساجو سره وصل او اروا یې سمه که ډیر پراخه Communation رامینځ ته شوی وي او د قریبه او بعیده پارچو تر منځ اتصال له مینځه تللی وي نو کسر به په بشپړ توګه غیر ثابت وي چې دا د Winquist په واسطه ډل بندي شوی دی.

دهرې پارچې بې ځایه والی د عضلاتو دکشش په واسطه مینځ ته راځي. د قریبه جسم په کسرونو کې Gluteus Medius او د Ilio psoas عضلاتو د کش کولو له کبله قریبه پارچې Flex, Abducted او Ext. Rotation کوي.

بعیده پارچې ډیری نژدې کېږي د جسم دمنځنۍ برخې په کسرونو کې قریبه پارچه لږ Abduction کوي خو د Ilio psoas د عضلې له کبله Flexion او Ext. Rotation تل شته وي. د بنکتنۍ دریمې برخې په کسرونو کې قریبه پارچه Adduction کوي او بعیده پارچه د Gastrocnemius عضلې په واسطه Flexion کوي. رخوه انساج تل زخمی کېږي او د Profunda femurus څخه شدید وینه بهیدنه مینځ ته راځي. په انساجو کې تر یو لیتر څخه زیاته وینه ضایع کیدای شي.

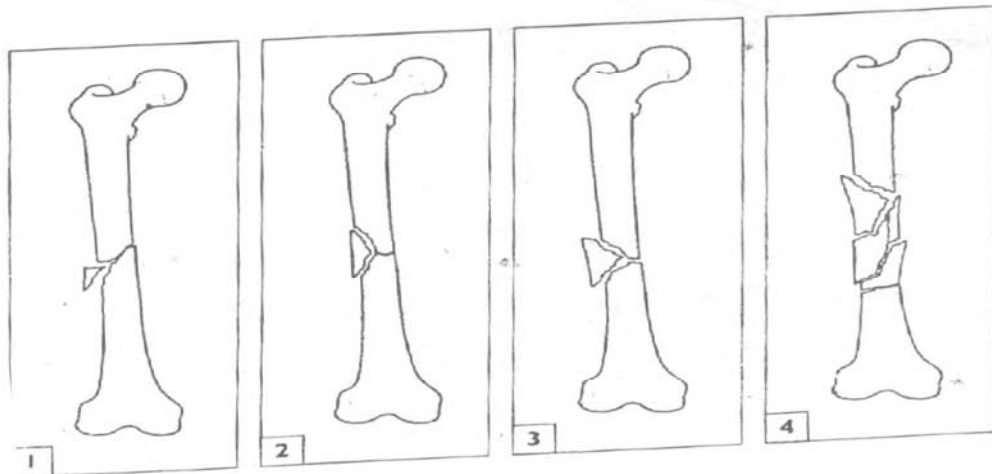
کلینیکي بڼه :

پښه پرسیدلی او سوء شکل لري او د حرکت کولو سره دردناکه وي. دوینې ضیاع او نور تپونه چې بعضې یې کیدای شي ژوند تهدیدونکی وي ځینی وخت

کلینیکي بڼه بارزوي. د عصبي وعایي افاتور ردول او د بنکتنی پښې او د حوصلې د کسرونو لپاره پلتنی کول ډیر ارزښت لري. که چیرې په ناروغ کې د ورون د جسم او دهماغې د قصبی د جسم کسر شته وي نو د Floating knee حالت مینخته راولي اودا حالت ددې بنکارندوی دی چې ناروغ بنایي په ډیرو سیستمونو کې تپونه ولري.

X-Ray:

د پښې په ځای او په بیړنۍ خونه کې دا ستونزمنه ده چې درست فکر وشي په ځانگړي ډول یو داسې فکر چې د قریبه او بعیده کسرونو د پراختیا په اړه اود بند



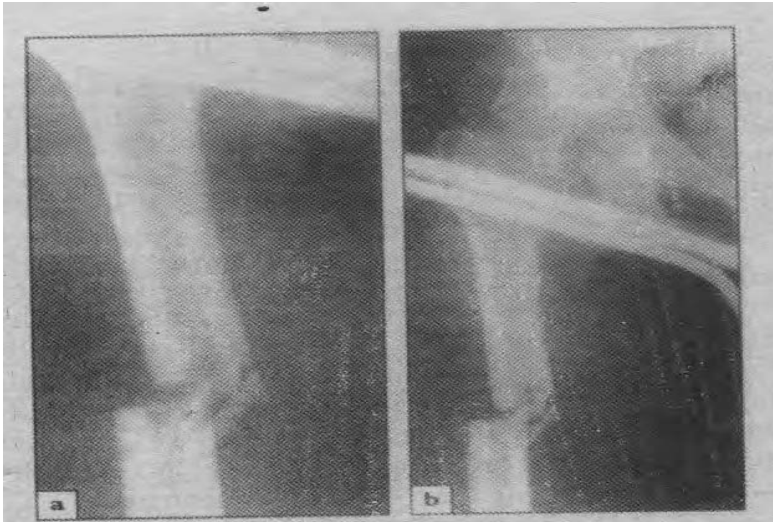
داخته کیدو په اړه صحیح معلومات تر لاسه شي

29,18

. د ورون د جسم د کسرونو ډل بندې.

د Winquist ډل بندې دا مشاهدات ښي چې د Commintion د درجی د زیاتیدلو سره د کسر بی ثباتي اود رخوه انساجو زخمی کیدل زیاتیري په اول Type کې د Cortex یوه وړه پارچه لیدل کیږي چې په دوهم Type کې غټه Butter fly پارچه لیدل کیږي

خو تر اوسه پورې دغټو پارچو تر مينځ د Cortex تماس کم نه کم پنځوس سلنه شته دی په Type درې کې يو Butterfly پارچه شته ده چې دهلپو کې د ضخامت پنځوس سلنه په بر کې نيسي او د Type څلور په حقيقت کې يو Segmental کسر دی.



29,19

دورون د جسم د کسر تشخيص

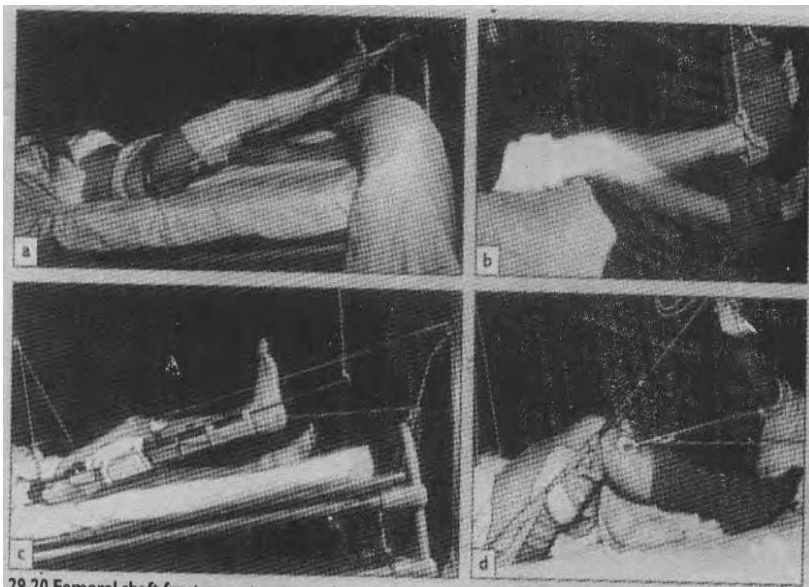
a: ددې ورون پورتنی پارچه تقرب لري نو جراح بايد دې امکان ته متوجه اوسي چې
 b: د Hip خلع ورسره يوځای وي د ډيرو ټپونو په شتون کې خلع ډيری د نظره پټ پاتی کيږي غوره داده چې دورون د جسم د هر کسر سره د حوصلی X-Ray واخيستل شي.

داخبره بايد تر هغې په وځنډول شي تر څو چې غوره اسانتياوی او ناروغ ته په اسانۍ وضعیت ورکول امکان ولري خو د Knee او Hip اکسري مه هيروی. د کسر نقشه بايد په احتیاط سره وکتل شي ځکه دا د درملنې لپاره لارښودنه کوي. د سينې اکسري گټوره ده ځکه د څو ټپونو په ناروغانو کې د ARDS خطر شته وي.

Emergency Treatment: دپيښې په ځای کې لومړی بايد شاک درملنه شي او مخکې له دې چې ناروغ حرکت وکړي کسر بايد ميزابه شي. زخمي شوې پښه بايددمناسبی ميزابې او يا د روغې پښی سره وتړل شي. د ليردونې لپاره د

Thomas میزابه غوره میزابه ده پنبه نیغه (extension) کش کول کیږي او دمیزابی د کریو څخه پټی (تار) تاویږي. ترل شوې پنبه د Traction د برقرار ساتلو لپاره د Cross piece سره ترل کیږي او پنبه د میزابی سره د بنداز په واسطه کلکه ترل کیږي.

دغه لنډ مهاله ثبات د درد په کنترول کې، دوینې بهیدنې په کموالي او په اسانۍ لیرېدونه کې مرسته کوي. کله چی ناروغ روغتون ته راوړسید او عملیات یې په ځنډ واچول شو. او یا هم تر غیر عملیاتي درملنې لاندې ونیول شو نو Skin Traction باید په Skeletal Traction بدل شي .



29,20

د ترکشن په واسطه د ورون د جسم د کسرونو درملنه:

a: د Thomas په میزابه باندې تثبیت شوی ترکشن:

میزابه په بستر کې په پنبې پورې تړلې شویده او پنبه پورته شویده ددې طریقې څخه باید ډیره کمه گټه واخیستل شي ځکه چی د زنگانه بند شخي پیدا کوي.

b: دایوه داسې پنبه ده چی کسر په کې Union کړیدی

d: متوازن ترکشن دا د متوازن ترکشن د کارولو له لارې د شخي د کمولو یوه طریقه ده د زنگون د Flexion لپاره لاندینی

Slings ایسته کولای شو حال داچی ترکشن په خپل ځای دی.



29,21

ورون د جسم کسر او ترکشن:

په بالغانو کې هم دمیزابی څخه په غیر ترکشن باوري دی خو باید Skeletal traction وکارول شي که څه هم دغه ناروغ Stable fracture لري.

a: خپله پښه پورته کولای شي او زنگون ته تمرین ورکولای شي.

b, c, d: پښه هیڅ نه ده میزابه شوي خو کسر Consolidation کېدی.

e: د زنگون Range

f: د روغې پښې څخه لږ کم دی.

G: روغه پښه

Definitive Treatment:

د ورون د جسم کسرونه په ټولیز ډول د قوي تروما له کبله پیدا کېږي او ناروغان یې د شحمي امبولو د ورکولو لپاره زیات مساعد وي همدا راز ARDS او Multi organ failur هم ورکوي. طبي عمله (طبي کار کونکو گروپ) باید د دې اختلاطاتو لومړنیو نښو ته متوجه اوسي ناروغ ته باید وینه ورکړل شي اودوینې حجم یې برقرار وساتل شي دسمې درملنې لپاره ترتیبات ونيول شي. کله چې د ناروغ ټولیز حالت ارزیابي شي د سیستمیکو اختلاطاتو مخنیوي د ناروغ دمقدم ثبات په واسطه لاس ته راوړي شو. د دې هدف د لاس ته راوړلو تر ټولو غوره لار د داخل مځي Nail لگول دي خو په هر حال دا عملیه په عملیاتي مهارت، تجربه او د ځانگړو الاتو په شتون اود عملیات په دوران کې د عکسونو په اخیستلو پورې تړاو

لري نورې لارې هم کارولی شو خو باید د بیلابیلو عملیاتي تگلارو څخه خبر اوسو
(د محدودیتونو د استطبباتو او گټو څخه)

:Traction and Bracing

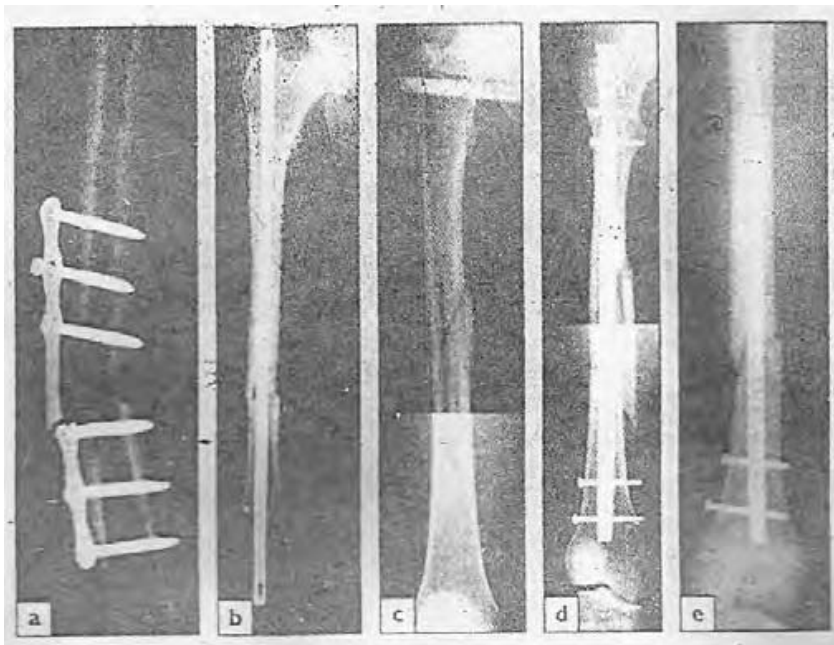
ترکشن ډیری کسرونه ارجاع کولای شي او په یو مناسب استقامت کې یې ساتلای شي په غیر د ورون د پورتنۍ دریمې برخې د کسرونو څخه. د بند حرکت د فعالو تمریناتو په واسطه باوري کیږي غټ تاوان یې په بستر کې دوخت ضایع کیدل دي چې (۱۰-۱۴ اونيو پورې د بالغانو لپاره دی) داکار د ناروغ د پایواز لپاره هم مشکل وي ځکه چې هغه کسره په یو استقامت تر اخر وخت پورې ثابت ساتي اود ناروغ د حرکتو څخه مخه نیسي او ناامیدي یې راکموي په دغو کې ځینی مشکلاتو کامیابي حاصله شویده او له مینځه تللی دی د بیلگې په ډول د ترکشن په واسطه دوخت کمیدل او د ترکشن تبدیلول په Plaster spica باندې همدارنگه د بنکتني دریمې برخې په کسرونو کې د دنده ایز Bracing عملیه هم ډیر مشکلات راکموي داکار په هغه حالت کې چې کسري پارچې لږې کلکې شوې وي د ۲-۸ اونۍ وخت اخلي دمنلو وړ دی د ترکشن استطببات په لاندې ډول دي.

۱- د ماشومانو کسرونه.

۲- د Anesthesia په مضا د استطببات حالاتو کې.

۳- کله چې داخلي تثبیت لپاره مناسبې اساتیاوې او عملیاتي هنر په لاس کې ونه لرو دا د زرو ناروغانو لپاره ده همدارنگه په هغو ناروغانو کې چې پتالوژیک کسرونه او یا ډیر تپونه ولري هم په کمه اندازه کارول کیږي. په ماشومانو کې د

پوستکي ترکشن په دودیز ډول د میزابی څخه پرته اچول کیږي. شیدو خوړونکو ماشومانو ته چی وزن یې ۱۲ کیلو گرامو څخه کم وي ترتیبات نیول ډیر اسان کار دی. د دوی پښې د Over head pulleys په واسطه بنکته خوړندی ساتل کیږي چی دې عملیې ته د Gallows Traction وایي خو په دې عملیه کې باید د ۲ کیلو گرامو څخه زیات وزن ونه کارول شي او قدم باید د وینې د اروا لپاره هر وخت وکتل شي.



د فیمور د جسم کسرونه - داخلي تثبيت
 (a) د اپلیټ دکلکولو لپاره مناسب نه دې کولېشو قوې او غټ پلیټ استعمال
 (b) داخلي مخې نیل . پورتنې او لانې برخې کې تثبيت شوې
 (c-d) نه یواځې چې اوږدوالي یې محافظه کړې بلکه د تدور څخه یې هم مخنیوی کړې بناً رات یانېل د تیمور د دلتدنې دریمې برخې د تدوې لپاره اتخابې څیز دې

لوی ماشومان د Russell د ترکشن سره ډیر بڼه ځواب ورکوي. کسر د ۲-۴ اونيو کې Union کوي (د ماشومانو د عمر پورې اړه لري) او په دې پړاو کې HipSpica ترسره کېږي او ماشوم ته د ګرځیدو اجازه ورکول کېږي ۲-۱۲ اونيو په موده کې Consolidation بشپړېږي.

ځوان او کاهلان Skeletal traction ته اړتیا لري چې یو Pin یا کلک K.Wire په واسطه Tibial tubercle شاته تیرېږي. د ترکشن لپاره د Pulleys له پاسه دناروغ په بستر کې ۸-۱۰ کیلو ګرامه وزن اچول کېږي. پښې ته د Thmas splint په واسطه کومک کېږي او Flexion piece د Knee joint حرکاتو ته اجازه ورکوي خو Splint اړین نه دی. د Splint نه په غیر Skeletal traction چې Perkins traction ورته وايي کسر ته ډیر لږ تاوان رسوي او په بستر کې ازادو حرکاتو ته اجازه ورکوي. څومره ژر چې ممکنه وي باید تمرین پیل شي یو ځل چې کسر سره ونښتو نو ترکشن باید لیرې شي ناروغ ته د Brace یا Cast په واسطه د ګرځیدو اجازه وشي او په قسمي ډول وزن هم وړای شي.

د ورون د پورتنی د نیمايي برخې د کسرونو لپاره Spica plaster کارول محفوظه طریقه ده خو دا د Knee Stiffness موده اوږدوي. د ورون د ښکتنی نیمايي برخې په کسرونو کې Cast Bracing وړ طریقه ده دغې طریقی ته د کسر تر Consolidation پورې اړتیا ده چې په دودیز ډول د ۱۲-۲۴ اونۍ په بر کې نیسي. وازه پرځای کیدنه او د پليټ لګول: -د صحیح په ځای کیدني او کلک تثبیت لاسته راوړلود -پاره په مقایسوي ډول پليټ یوه اسانه لاره ده. دامیتود یو وخت ډیر مشهوره خواوس د ډیرو اختلاطاتو له وجي لکه د Implant بي کفایتي - د نظره ولیدلي - عمده استطببات يي عبارت

دي له ۱- femur د جسم او د غاړې كسر ۲- د جسم كسر چه وعايي جرحه ورسره وي.

كه يو stout پليټ د femur په وحشي اړخ كينډول شي چه اقلابه هر fragment باندي پنځه سكر و داخل شي نوبهتره به وي. خو كه comminuted كسر وي بايد كافي اوږد پايت استعمال شي .

(I M R) Intermediary nailing

د Femur په زياتو كسرونو كيا I M R اتخا بيزي-خوډي ته چه ترڅو كافي امكانا او تجربه په لاس كي نه وي بايد هڅه ونه شي.

د rood اساس بايد داوي چه دهر نهايت تر څنگ سوري ولري ترڅوپه عرضاني ډول Screw پكي تثبيت شي او د تد وړڅخه مخنيوي وشي-حتي په sub trochanteric او د سفلي ثلث په كسرو كي.

ناروغ بايد په Supine يا په اړخ وي او تردي وخته بايد Traction ورته پروت وي. تردي وروسته دي كسر x-ray لاندي ارجاع شي. كه په تړلي ارجاع موفق نه شو-نوبايډ كسر ديو محدود شق په واسطه لوخ شي او د

distraction devices په واسطه بايد ارجاع صورت ونيسي. gluteal عضلات ديو واړه شق په واسطه جدا ترڅو د Trochanter څو كه جس شي- د دي په انشي اولر خلف كي piriformis fossa واقع ده كوم چه nail به په كي داخليږي.

كور تڪس پ يوه تيره (Bayonet) سوري كيږي او بياد فلوروسكوپيك كنترول لاندي nail كسري ساهي څخه تيريږي-كه تكراري كوشش وشي او

بیا هم ارجاع صورت ونه نیسی ترخو درهنما وایر دکسری ساحي څخه تیرشي-نویووړو کي شق ترخو کسر ارجاع شي مجاز دي. یوقاتیډونکي ریمر ترخو مخي قنات وسیع کړي باید استعمال شي. یو nail چه مناسب اوږدوالي او قطر ولري البته ۵-۱ ملي متره دریمرد قطر څخه کم وي باید انتخاب شي.

Nail باید دفلوروسکوپي دکترول لاندی دریمرد پاڅه تیرشي.

د I interlocking screw استعمال سره کلک والي نورهم زیاتیري. په نیل کي چه څومره سوري وي باید screw په کي تیرشي. نیل اوډهډو کونهایات په شریکه مقاومت کویچه یوڅه وزن په ابتدا کي تحمل کړي. کسر معمولاً ۲۰ هفتو کي تعضم کوي او داختلا طاتو کچه یی لږه ده- ځني اوقات خرابه جوړیدنه یا په تاخر سره جوړیدنه منځته راځي. slim nail کوم چه بیډون دریمر څخه داخليږي اوس پیدا کیري- ددی نیل استعمالد عملیات وخت کمولو کي مرسته کوي.

وازه ارجاع او داخل مخي nailing چه closed nailing لپاره امکانات برا بره نه شي بله متبادله طریقه ده په وحشي ساحه کي یو محدود شق اجرا کیري- ارجاع صورت نیسی. یووړو کي شق چه ارجاع تر سره شي یو قابلملاحظه تاثیر په تعظم او یا داختلا طاتو په risk نه لري.

EXTERNAL FIXATION

دغه د فحذ هډو کي د جسم د ماتیدلو د تشبیت د متود څخه به یوازي د خلاص یا Open کسرونو لپاره استفاده کیدله په نوي دیزاین جوړه د تشبیت اله هر یو Fixator half او Fixator bodies د بڼه والي باعث شوي او د کسر د شفا یا د

کوشیر درجه یی د ۹۰٪ (خخه پورته ده) (۱۹۸۴ Debastiani) لکه خنکه چه په بند intramedulag nailig کی هم لیدل کیږي. ددی میتود گټه داده چه د کسر ساحه بیرون ته نه مواجه کیږي او د کم مقدار محوري حرکاتو یعنی د Fixator الی د Telescopy عمل په واسطه د کسر ساحه بڼه تغذی کیږي. د Callus د غټ والی او کیفیت په نظر کی نیولو سره Fixator داسی عیاریري تر خو د کسر ساحی ته ډیر فشار وارد شی چه په دغه ترتیب د تعضم د تنبه کیدو سبب گرځي که څه هم ځینی ستونزی لري لکه د Pin ساحی اتان، د pin سستیدنه او په هغه حالت کی چه نیم Pin نژدی مفصل ته تطبیق شی د حرکاتو محدودیت هم پیدا کیږي.

د external Fixator عمده استطبایات به لاندی حالاتو کی دي:

۱. د شدیدو خلاصو کسرونو په درملنه کی.
 ۲. د هغه ناروغانو درملنه چه نور زیات جروحات هم ولري او ددی اړتیا وی چه د عملیات وخت باید کم شی.
 ۳. د bone transport تخنیک خخه په استفادی په هغه حالاتو کی چه ډیر هډوکی له منځه تللي وی.
 ۴. همدارنگه د Ext. Fix خخه د زړو خلکو د فخذ د هډوکو د ماتیدنی په درملنه کی هم استفاده کیږي وروسته د عملیات خخه نهایت یا پښه ازاده پریښودل کیږي او ژر تر ژره ناروغ ته تمرین توصیه کیږي
- د continuous passive machine CPM خخه د استفادی په صورت کی د زنگون حرکات ډیر زر بیرته راگرځي او خپل حالت غوره کوي.

د یوې اونې یا لس ورځو وروسته ناروغ ته ویل کیږي چه کولای شي چه قسمي وزن د کړونه د استفادي سره یوځای متحمل شي او د ۴-۶ اونيو وروسته پوره وزن په پښه راوړي د یا دولو وړ ده چه د Comminuted کسرونو په حالاتو کي ناروغ باید تر ډیري مودې پوري په پښه وزن متحمل نه شي.

Open Fracture خلاص کسرونه:-

په خلاصو کسرونو کي په دقت سره د لاندې حالاتو ارزونه باید وشي:

۱. د پوستکي ضاع موجوده ده؟

۲. زخم ملوث شوي دي؟

۳. د عضلاتو ischemia موجوده ده؟

۴. ایاداعصابو او او عیو جرحه هم موجوده ده؟

د خلاصو کسرونو فوري درملنه تر لږ کسرونو درملني ته ورته ده البته علاوه د هغي درملني څخه د خلاصو کسرونو په حالاتو کي ناروغ ته وریدي انتي بیوتیک شروع کیږي د ساحي تطهير یا په کونه هم اجرا کیږي البته دلر ځنډ څخه وروسته کتل کیږي که چیري د عضلاتو نکروز یا مړینه د واضح ملوثیت سره موجوده وي زخم باید غټ کړل شي او نکروزي انساج ورځيني وه ا سیتل شي وروسته ددي څخه غټ تصمیم دادي چه د کسر ساحه څنگه ثابته وساتل شي او دا ددي پوري ارتباط لري چه څومره ساحه ملوټه ده یعنی د ملوثیت درجي پوري اړه لري همدارنگه د جرحي د وخت څخه د عملیات دوخت د دوام پوري او د نرمو استاجو د تخریب پوري ارتباط لري په هغه حالاتو کي چه بنکاره Contamination موجود نه وي د خلاصو کسرونو په ټولو درجو کي حتی د A "Gustilo classified" هم د تر لږ کسرونو په رقم معالجه کیږي. فوري

intramedullary nailing په خلاصو کسرونو کې د تړلو کسرونو په شان د کوشیر یا جوړیدني یوشان درجه منخ ته راوړي یعنی د جوړیدني درجه یې په دواړو حالتو کې یو شان دي په دي تفاوت سره چه په خلاصو کسرونو کې د intramedullary nail تطبیق سره د اتان د پیدا کیدلو چانس د ۳-۵٪ پوري دي.

په ډیروشدیدو جروحاتو کې جرحه خلاصه پریښودل کیږي او د کسر ساحه د external fixation په واسطه تثبیت کیږي.

Complex injuries مغلق جروحات:

کسر د اوښو د جروحاتو سره : د اوښو د جروحاتو د شتون د خط علامې په لاندې ډول دي ۱:

۱- شدید خونریزي او یا د همتوم جوړید نه.

۲- د ساحې - paresthesia خشافت او د بنض سستوالي په ساق او پښه کې. د Doppler معاینه په داسې حالاتو کې مرستندویه ده اما د Doppler په معاینه کې د نبض د نشتوالي د شریان spasm له امله نه څرگندیږي په Arteriography کې د جرحي ساحه او د intima خیري کیدنه هم معلومیږي د کسر ساحه باید ژر تر ژره تثبیت شي چه د ټولو نه مهم په دغه حالاتو کې nailing د ترجیح وړ دي همدارنگه په دوهمه درجه plating او Fixation هم د ترجیح وړ دي که چیرې ژر اجرا شي او وروسته داوښي ترمیم یا Bypass باید اجرا شي د ۶ ساعتو څخه زیات باید Ischemia دوام ونکړي.

۲- کسر د زنگون د جرحي سره (Fracture Associated with knee injuries): (ligament د زنگون د جرحو سره یوځای

وي په داسي حالاتو کي ډيره توجه د فخذ کشر ته کيږي او د زنگون جرحه په اساني سره هيرول کيږي د ياده وځي فقط د خو اونيو او يا مياشتو وروسته يي اعراض پيدا کيږي نو له همدې کبله ژر تر ژره د کشر د تثبيت څخه وروسته بايد زنگون په دقت سره معاينه او د کشر سره د يوځاي افاتو درملنه وشي.

Floating Knee: د فخذ او tibia هډوکي يو طرفه کشرچه ممکن د زنگون مفصل د floating سبب شي (چه د اديو ډير شديد کشر څرگندوي د ي) او په دې حالت کي اکثراً نور جروحات هم موجود وي په دې حالت کي دواړه کثرونه بايد ژر تر ژره تثبيت شي چه معمولاً لومړي بايد د فخذ کسر تثبيت شي.

Combined neck and shaft fractures د غاړي او تني يوځاي کشر: مخکي ددې کشر يادونه شوي ده په ۶۴۰ صفحه کي د ټولو څخه مهمه خبره ددې تشخيص دې هميشه د hip مفعول معاينه کړي او د حوصلي x-ray واخلي او دواړه ساحي بايد تثبيت شي لومړي د فخذ neck او وروسته فخذ. **Multiple injuries** متعدد جروحات:

د نورو جروحاتو د شتون په حالت کي لومړيتوب د سر او دسيني جروحاتو ته ورکول کيږي د بيارغوني يا ژغورني Ressuciatia وروسته د اوږدو هډوکو کسري ساحي بايد تثبيت شي د صدر د جروحاتو په وخت کي بايد د Reaming څخه مخنيوي وشي: همدارنگه وریدي Emboli د ARDS دزياتوالي سبب کيدلای شي.

Pathological fracture:

هغه کثرونه چه د metastases له وجي منځ ته راغلي وي بايد د intramedullary nailing په واسطه تثبيت شي په دې شرط چه ناروغ د عمليات

تحمل ولري د يادولو ورده چه عادي حالاتو كي د لنډ عمر متوقع كيدنه د عمليات د مخنيوي سبب نه شي كيدلاي يعني مضاد استسطباب نه ده. وقايوي تسببت prophylactic Fixation هم په لاندي حالاتو كي استسطباب لري:-

a، په هغه وخت كي چه lytic زخم يي د هډوكي د قطر دنيمايي خخه زيات وي b، په هره منظره كي چه وي د 3 ساتي خخه اوږود وي، او د شديد درد سره يوځاي وي بي له دي چه اندازه ي په پام كي ونيول ش (۲۳، ۵۰ fig) د pajets ناروغي د ستونزي سبب گرځي په دي ناروغي كي هډوكي ډير كلك وي مگر خونريزي موجوده وي كه چيري فخذ كور شوي وي نو بايد osteotomies شي تر څو د nailing د داخليدلو اجازه ورکړي.

Peri prosthetic fractures:

د فخذ د تني كثر په hip كي د تطبيق شوي prosthesis شاوخوا ته ډير معمول نه وي دا هغه وخت منح ته راتلي شي چه د primary hip surgery په وخت كي دreaming او يا د medullary canal د جوړيدلو هڅه وشي او يا دا چه په Oversize uncemented prosthesis باندي زور راوړل شي او يا هم د revision surgery په وخت كي چه د cement د بيرون كولو هڅه كيږي او يا هغه وخت چه د hip د بي ځايه كيدلو هڅه هغه كيږي چه د رخوه انساجو release يا خلاصونه ناكافي وي. كله كله كثر ډير وروسته واقع كيږي او په X-Ray كي د osteolysis او پروستيزدسسوالي علامي بنكاري چه د هډوكي د ضعيف والي دليل څرگندوي كه چيري pros this اچول شوي وي او يا داچه loose هم وي بايد واخيستل شي او ديو بل prosthesis سره چه اوږود stem ولري بدل او

په ځاي يې راوړل شي او په دغه ترتيب سره دواړه ستونزي معالجه كيږي. په هغه حالاتو كي چه نوموړي تطبيق شوي loose prosthesis نه وي او نه پوښ شوي د کثري ساحي plate fixation د allograft bridging structural د کثري ساحي د تسبیت لپاره بڼه د حل لاره ده.

Complication

ټول اختلاطات په chapter ۲۳ كي تشریح شوي په استسنا د visceral جروحاتو او Avascular necrosis څخه چه د Femur د تني په كسرونو كي بحث لاندې نیول شوي. نور معمول اصلاحات په لاندې ډول دي.

مقدم اختلاطات:

-- Chock حتی په ټولو کثرونو كي هم ۱-۲ لیتره وینه ضایع کیدی شي او شاك کیدلای شي ډیر شدید وي. وقایه يې د معالجي څخه بهتره ده ډیر ناروغان transfusion ته اړتیا لري.

Fat embolism and ARDS:

دغټ اوډک مخي قنات ماتیدنه معمولاً د کوچنیو شحمي امبولي زراتو د ازاریدو سبب کیږي او دا زرات کیدای شي چه سږو ته لار پیدا کړي او دغه زرات کیدای شي چه یو ځای شي او کوم ناوړه اثر منځ ته رانه وړي ، خو کله کله مخصوصا هغه ناروغان چه څوگوني جرحي multiple injuries ولري او یا هغه ناروغان چه د شاك په حالت كي وي او یا هم د صدر جروحات ولري دناوړه پاییلو سبب شي یا دا چه د تنفسي سیستم تشوشات په حار ډول ARDS او یا د نورو اعضاو عدم کفایه باعث وگرځي ناروغ وروسته د داخلیدلو یا بستر کیدلو څخه باید د هغه د ویني گازات معاینه شي او د مشکوکو علایمو لکه د

ساه تنگوالي، نارامي، د حرارت جيگوالي يا تبه، د نبض زياتوالي، د بدن د پورتنې برخي Petechial hemorrhay او يا په Axilla او conjunctiva کي د خوزني شتون بايد وپلټل شي په دغه حالاتو کي محافظوي او تقويني درملنه کيږي البته د hypoxia د مخنيوي او د ويني د حجم د پوره والي په پام کي نيولو سره.

Thromboembolism:-

په بستر باندي د اوږدي مودي لپاره ناروغ ته traction تطبيق ترمبوز ته زمينه مساعدوي د ترومبوز نه دمخنيوي دپاره حرکات او تمرين د ارزښت وړ دي خود Foot compression الي د تطبيق په واسطه او يا هم د Anti coagulant وقايوي دوز په واسطه دغه traction بايد بشپړ او تقويه شي که د ورانه او يا حوصلي ناحي ترمبوز مشکوک وي بايد ژر تر ژره لازم معاينات او احتمالات په پام کي ونيول شي (۲۵۷ صفحي ته دي مراجعه وشي) او که چيري تشخيص يقيني وي نو ژر تر ژره دي پوره Anticouglant درملنه شروع شي.

Infection:

په خلاصو کثرونو کي چه Ext Fixation پکي تطبيق شوي وي د اتان چانس او خطر هميشه زيات وي

وقايوي انتي بيوتيک او د کثرونو د جراحي درملني د اساساتو په پام کي نيولو سره د اتان واقعات بايد د ۲٪ خخه کم اوسي که چيري هډوکي منتن شوي وي ناروغ بايد د osteomyolits لپاره تداوي شي په جرحه کي د قيح او کو چنيو Squestrum زراتو شتون د عملياتي درملني ايجاب کوي - جرحه خلاصيري ټول مړه او منتن انساج ويستل کيږي که چيري د کثر ساحه نه وه تسببت شوي د ext Fixation پواسطه کثري ناحيه تسببت کيږي او که چيري intramedulay

nail مخکي څخه تطبيق شوي وه په خپل ځاي پاتي کيږي ځکه د منتن کثر څخه منتن غير تسببت کثر ډير خطر ناکه وي او Nail بايد د بل Nail سره چه قطر يي دلومږي Nail په پرتله لږ غټ وي بدل شي او يا داچه د ext fixation په واسطه تسببت شي د اوږد محال مزمن osteomyalst درملنه څخه په دوهم chapter کي بحث شوي دي.

Late وروستي اختلاطات :

Delayed union and non- union :

داسي ويل کيږي چه د فخذ کسرونه په ۱۰۰ مثبت منفي ۲۰ ورځو کي کوشير کوي که چيري دغه کوشير ددي ورځو دتيريدو څخه وروسته هم وځنډيږي نو د پخواني nail په مقابل کي نوي nail چي قطري غټ وي استعماليږي او علاوه ددي نه د کثر ساحه به bone grafting ته اړتيا ولري.

Mal union:

هغه کثرونه چه د traction او bracing پواسطه معالجه کيږي کله کله د سو شکل يا deformity سبب کيداي شي نو په دغه سو شکل کي د ۱۵ درجو څخه زياته زاويه دمنلو وړنه ده حتي که چيري لومړني ارجاع کاميابه هم وي تر هغه چه اکسري کي سخت او کلک کوشير يا union ونه ليدل شي د وزن اجازه يا پورته کول ورته بايد ور نه کړل شي ځکه کيداي شي چه هډوکي کوږ شي او پخواني بڼه ارجاع شوي کثر بيرته وحشي يا قدامي لوري ته بي ځايه شي.

Malunion ډير کم ممکن دي په هغه کسرونه کي چه static interlock nail سره يي درملنه شوي وي که څه هم اوس محال دا حالت بيا هم واقع کيږي مخصوصا malrotation او دغه حالت د عمليات په وخت او وروسته د عمليات څخه

د ډیر احتیاط او پاملرني صورت کي مخنيوي او وقایه کیدای شي که چیري اړتیا وي عاجلاً اصلاح کیدای هم شي.

Shortening: دا یو نادره او غټه ستونزه ده که چیري واقع شي د بوتانو په جوړولو سره اصلاح کیدای شي.

-: Joint stiffness

زنگون اکثراً د فخذ هډوکي د تني په کثر کي ماوف کیري او کله کله کیدای شي چه په یو وخت کي د زنگون جرحه هم واقع شي د تداوي دوران کي د رخوه انساجو د Adhesion له وجي د زنگون stiffness هم پیدا کیدای شي څرنګه چه متکرره ارزیا بي او مقدمه فزیوتراپی ورته ضرور ده.

Re fracture & Implant failure

هغه کثرونه چه د ډیر callus سره healug شوي وي ممکن نه ده چه بیا بیرته کسر په کي واقع شي بر عکس هغه کثرونه چه درملنه یي د ext. Fixation په واسطه شوي وي د callus جوړښت یي اکثرا ورو او نري وي چه کله په تاخیر سره union کوي او کله هم mal union کیري.

د فخذ تمامیت ډیر ځلي د Implant پوري مربوط دي کیدای شي چه ژر یا وروسته ناکامه شي.

که د communited کثرونو په وخت کي plat تطبیق شي نو وروسته باید bone graft ورباندې علاوه شي او د وزن د پورته کیدل ورباندې تر ډیره وځنډول شي ځکه چه کیدای شي plat خپل دما تیدو وخت ته ورسیري.

د Intramedulaynails د ماتیدلو احتمال ډیر کم دي سره له دي بعضي وختونه داهم واقع کيداي شي، خاصتا د لاندیني ۳/۱ حصي د کثرونو په واقعاتو کي چه په قراري سره شفا مومي او د static locked nail د تطبيق په صورت کي هم واقع کيداي شي او دا هم د screw د سوري د قسمت څخه چه کثر ته نژدي واقع دي منح ته رايي - چه درملنه يي د nail تبديلي اود bonegraft اچول دي.

Femoral shaft fracture in children

Mechanism میکانیزم:

د فخذ هډوکي کثرونه په غټو ماشومانو کي يو څه معمول دي او دهغي علت اکثراً متسقيماً ضربه او قوه ده چه پري واردشوي ده لکه د موټرټکر يا اوچت ځاي څخه لويدنه. که څه هم د ۲ کلن څخه کوچني ماشومانو کي د فخذ هډوکي د کسرو نو معمول علت به د کوچني څخه ناوړه گټه اخیستنه وي ، که چيري ډیر کثرونه د Healing په مختلفو مراحلو کي وليدل شي دابه مشکوک حالات وي -په ماشومانو کي پتالوزیک کثرونه هم په عمومي افاتو لکه spina bifida ، او osteogenesis imperfecta ، او همدارنگه د هډوکو په موضعي افاتو کي لکه benigncyst يا تو مورکي ليدل کيږي.

درملنه: Treatment

ددرملني اساسات پورته وويل شول مهمه داده چه کوچنيو ماشومانو کي خلاصه مداخله يا open treatment ډيرکم استعمالیږي- او د ترلي درملني انتخاب د ماشوم عمر او وزن پوري متسقيماً ارتباط لري.

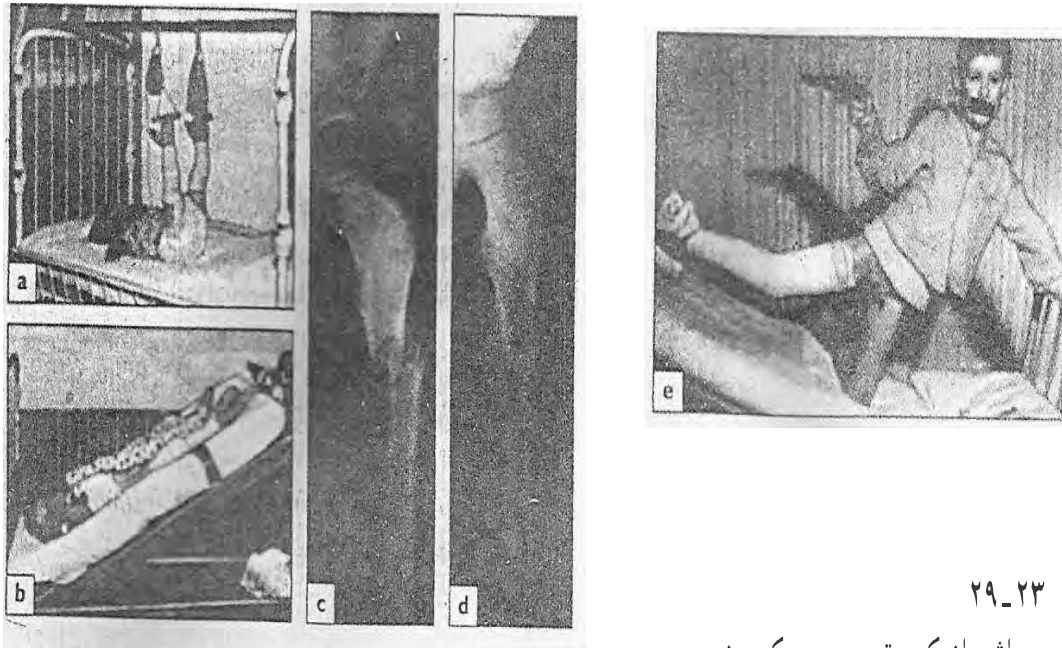
په infant ماشومانو کي د ۱-۲ اونۍ څخه زيات Balance traction ته اړتيا نشته او وروسته بايد د spica cast په واسطه ددرې څلورو اونيو لپاره بايد تعقيب شي په ماشومانو کي تر ۳۰ درجو زاويه يا Angulation دمنلو وړدي ځکه په ماشومانو کي د هډوکو د بيا جوړيدني يا remodule وتيره فوق العاده د عمر په پرمختگ سره پرمخ ځي.

هغه ماشومان چه عمر يي د ۲-۱۰ کالو پوري وي کيداي شي چه د Balance traction په واسطه "Russells traction" د ۲-۳ اونيو پوري معالجه شي او وروسته د ۴ هفتو دپاره ورته spica cast تطبيق شي- او يا هم دا چه کيداي شي په لومړي سر کي د بيرون خوا نه په مقدمه ارجعاع او وروسته د spica cast په تطبيق سره معالجه شي البته په دغه عمر ناروغانو کي ۱-۲ cm لنډوالي يا Shortening او تر ۲۰ درجو Angulation دمنلو وړدي.

د لس کلن څخه پورته ماشومان د Ballanced traction په حالت کي ليرې اوږدي مودي) ۴-۶ هفتو پوري) اړتيا لري. او د ۱۵ کالو څخه پورته يا نوي خوا نان چه غټ او قوي عضلات لري traction skeletal ته اړتيا لري. کله چه د کثر ساحه کلکه يا ټينگښت و موندل نو بيا traction په) Spica cast د فخذ هډوکي د پورتنې ۱/۳ حصي او يا متوسط قسمت په کثر کي (او يا هم) Cast brace د فخذ هډوکي لاندې ۱/۳ حصه کثر کي) بدليرې او دغه cast تر ۶ او نيو پوري

پاتي کيڙي د ناروغ حالت او وضعیت په لومړي اونیو کي ژر ژر کتل کيږي په دي عمر کي د اکسري په AP منظره کي تر ۱۵ درجو او په Lat منظره کي تر ۲۵ درجو Angulation د منلو وړ دي.

که چيري د traction په واسطه د رضایت وړ ارجاع لاس ته رانه شي internal Fixation او يا External Fixation ورته په پام کي نیول کيږي البته دغه حالت اکثراً ځوانانو ماشومانو ته چه متعدد جروحات ولري په پام کي نیول کيږي دغه میتود په ۲۴.۲۹ شکل کي بنودل شوي دي .

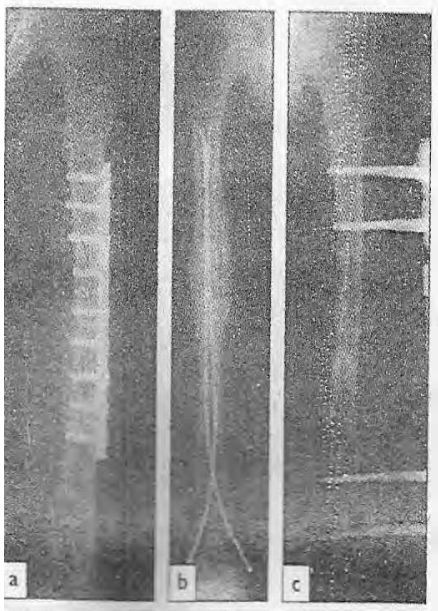


۲۹-۲۳

په ماشومانو کي د تیمور د جسم کسرونه :

(a-d) په ماشومانو کي د میزابي نه په غیر ترکشن مناسب دي او یواځي د پوستکي ترکشن کفایت کوي

(e) په دي واقعي کي کسر په واضح شکل تعضم کړي دي .



29-24

په ما شوما نو کي د femur جسم کسرو نه په هغا مشومانو کي چه غټ وي او هغو کي چه multiple جروحات ولري کله کله عمليا تي تثبيت ته ضرورت پيدا کيږي داکولاي شوچه د a دپليټ اوسکرو په واسطه يي وکړو b د قاتيدونکي داخل مخي نیل په واسطه c د ex fixation په واسطه.

Complication اختلاطات:

-:Shortening

د هډوکي د مات شوو نهاياتو د يو بل نه تيريدنه يا overlapping او د مات شوي قسمت د پارچو گډوالي اکثراً د Shortening سبب گرځي. که څه هم تر يو نيم سا تتي لنډوالي د منلو وړدي او بعضي جراحن دغه لنډوالي گټه ور مني ځکه چه په مات شوي هډوکي کي د لارياتي نمو ميلان پيدا کيږي (overgrow) خو له بده مرغه د نمو دغه اثرات د وړاندويني وړ نه دي.

-:Malunion

که څه هم تر پورته يا د شوي حده Angulation د منلو او زغملو وړ دي. دبلي لوري دي حقيقت ته په پام کي لرلو سره چه په ماشومانو کي د هډوکي

modeling ډير عالي دي نو ځکه سببي معالجي ته اړتيا نه پيدا کيږي - هډوکي پريښودل کيږي او د ناروغ والدينو ته په دي اړه پوهاوي ورکول کيږي. تدوري يا rotational malunion د نمو (growth) او remodeling په واسطه نه اصلاح کيږي.

Supra condylar fracture of the femmor

په لاندي حالاتو کي د فخذ هډوکي supracondylar کثرونه واقع کيږي A، په نوو ځوانانو کي اکثراً د قوي او شديدې ضربې له امله. B، په زړو کي په ځانگړو osteoporotic ناروغانو کي. په هر حالت د کثر په رامنځ ته کيده کي مستقيماً وارد شوي قوه د ارزښت ورده او کثري خط فقط د Condyl په سر واقع کيږي مگر هر خوا کولاي شي چه و غزيږي.

په ډيرو خرابو حالاتو کي کسر ډير شديد او گډوډيا Communitated اوسي که چيري لانديني برخه يا fragment سالم پاتي وي کيداي شي چه د Gastrocne miuse عضلي د کش کيدلو په واسطه په واضيح توگه بي ځايه شي او په دغه ترتيب سره د Popliteal شريان د جرحي د خطر سبب هم کيداي شي

کليني منظره: clinical feature

د ناروغ زنگون پرسيدلي وي او سو شکل لري ، د حرکت هڅه او کوشش ډير دردناک وي د tibial نبض بايد هر وخت جس کرل شي. X-Ray:- کسر د فخذ د Condyl نه لږ پور ته واقع وي او اکثراً مستعرض ، transver او يا گډوډ communitated وي. بنکتنې نهايت يا distal fragement

اکثراً شاخواته کوروالي لري ، په X-Ray کې باید ټول Femor وليدل شي ترڅو Proximal Fracture او يا hip dislocation د يا ده ونه غورزول شي.

درمنله:-

Non operative بغير عمليات:

که چيرې کثر لږ بي ځايه وي او يا د مفصل نه بيرون (extra articule) وي - او يا داچه د زنگون په قاتيدو يا flexion کې په اساني سره ځاي ته راځي نو د proximal tibia برخي په traction سره په اساني او دمنلو وړ طريقي سره معالجه کيږي.

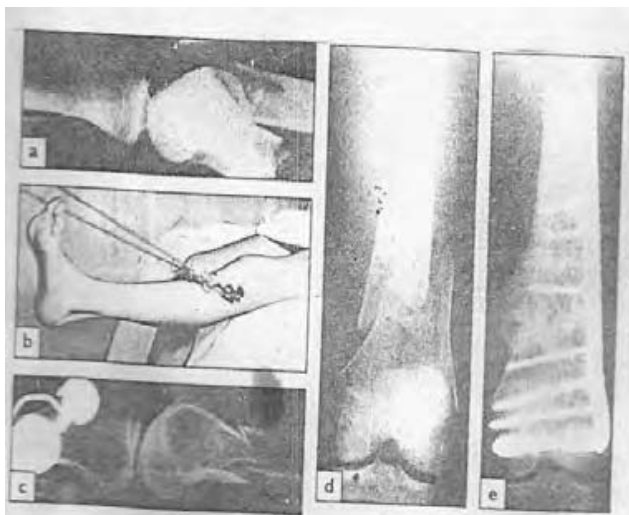
پښه يا limb د Thomas splint باندي داسي اچول کيږي چه د زنگون د flexion لپاره لاندي يوه پارچه کيښودل کيږي او ناروغ حرکاتو ته هڅول کيږي . که چيرې distal fragment يا پارچه د gastrocnemus عضلي د کشکيدلو له وجي بي ځايه شوي وي د زنگون د پاسه د دوهم Pin په واسطه عمودي (vertical traction) ستونزه اصلاح کوي د ۶-۴ اونيو په موده کې کله چه دکثر کوشير کيدنه شروع کيږي traction لري کيږي او Cast brace ورته تطبيق کيږي او ناروغ ته د لکړو سره د قسمي وزن راوړو اجازه هم ورکول کيږي . د غير عملياتي درمنلي څخه هغه وخت ډيره استفاده کيږي چه ناروغ ځوان وي او متعددې جرحي ونلري.

عملياتي درمنله:- Operative

که چيرې ترلي يا بنده ارجاع تتيجه ورنکړه نو بيا د خلاصي ارجاع يا open reduction او internal fixation د Angle compression device نه په گټه

اخيستني سره استفاده كيږي. كه څه هم دغه ميتود ډير مشكل هم دي خو
 كامياب دي. سره له دي چه د غه ميتود د مقدمو حركاتو سبب نه كيږي ځكه چه
 ناروغ اکثراً زور وي او هډوكي يي نازك او osteoporotic وي مگر د بستر په
 سر nursing يي اسانه وي او د زنگون حركات ژر پيل كيدي شي. ناروغ د غير
 محافظوي وزن تحمل كولو څخه تر هغه چه د كثر ساحه بڼه ځان غونډه كړي منع
 كيږي. معمولاً د ۱۲ اونيو په موده كي ددي كثرونو درملني لپاره د Locked
 intramedullary nail څخه چه په retrograde توگه د intracondylar دلاري څخه
 تطبيق كيږي هم استفاده كيږي چه كافي اندازه ثبات منځ ته راوړي حتي د
 osteoporotic هډوكو په شتون كي خو د compression plate د تطبيق سره
 يوځاي تر هغه چه د كثر د كوشير او جوړيدني څخه ډاډمن شوي نه يو بايد د

غير محافظوي وزن اچوني يا
 پورته كوني څخه په كلکه ډه
 ډه وشي.



Supra condyle fracture (a,b,c) د اکسرونه کولاي شوځني اوقات د ترکشن په واسطه تداوي کړو کوم چه د tibia په پورته برخه کي تير شوي وي: که خلف خوا ته ډير بيخا يه شوي وي کولاي شو د بل PIN واسطه چه د څنگا نه نه پورته تير شوي وي - د عمودي traction واسطه اصلاح شي (d,e) که هډوکي ډير osteoporotic نه وي نو inter nal dynamic condyle fixation سکر او پليټ يې بڼه بدیل دي.

اختلاطات:- complication

مقدم: Early

د شريان تخریب: Arterial damage

ډير کوچني مگر يقيني اختلاط دي د شريان د تخریب له امله چه د نهايت Ischemia يا distal ischemia منع ته راوړي. په دي حالت کي د طرف او محيطي او عيو نبض دقيقه او اساسي ارزونه بايد وشي. حتي که په X-Ray کي ډير خفيف او جزئي بي خايه کيدنه موجود وي.

وروستي: Late

Joint stifnes: مفصل شخوالي منع ته راتلاي شي چه د دي لپاره د اوږدي مودي تمرين ته اړتيا ده خو پوره او معمول حرکات ډير کم بيرته راگرځيدونکي دي.

Non Union: د زنگون شخوالي د نه يوځاي کيدلو يا Non Union زمينه مساعدي د دي دواړو ستونزو په شتون کي درملنه گرانه ده تر هغه چه ډير په دقت تمرين سونه شي.

د زنگون د حرکاتو وروسته پاتي کيدنه به د کثري واقعاتو په پرتله کم وي

Femoral Condyl Fractures

Mechanism میکانیزم:

د condyl کثرونه اکثرأ د super condyl کثرونو سره یو ځای هغه وخت منځ ته راځي چه د زنگون مفصل Distal لوري ته ډیر extension وکړي او سبب کیږي چه یو یا دواړه Condyl له خپله ځایه بی ځایه شي. په ځانگړي توگه یو Condyl هم اخته کیدای شي لکه مستقیماً د ضربی او یا دلوري ارتفاع څخه لویدنه چه tibia پورته خواته تیله کوي او په intracondylar fossa باندي فشار راوړي.

Pattulogical Anatomy:

د جرحي میکانیزم او شکل په نظر کي نیولو سره اکثرأ Condylar او supercondylar کثرونه یو ځای تصنیف کیږي). (۱۹۹۱ Muller etal له همدی وجه دغه کثرونه په دري شکله تصنیف کړي دي.

A، خالص د مفصل نه بیرون supra condylar - کسرونه.

B، د یو Condyl داخل مفصلي کثر. IntraArticular one condyl fracture

C، د دواړه Condyl داخل مفصل کثر Intra Articular Bicondylar fracture کوم چه د تاثیر له نظره دا هم supra condylar کثرونه دي.

کلینیکي منظره:-

زنگون پرسیدلي او کدیایي شي سو شکل هم ولري د زنگون په سر shemoarthusis موجودیت له امله د خمیږي په شکل نرم او حساس جس کیږي-د حرکت پر محال مفصل ډیر دردناک وي، پنبه باید د اوځیي او عصب د تخریب د پاره په دقت معاینه شي.

-:X-Ray

د فخذ هډوکي د یو طرف condyl کیدای شي په obliqu یا مایل شکل مات وي او پورته خواته کش شوي وي او یا هم کیدای شي چه دواړه Condyl د یو بل څخه فاصله پیدا کړي او جدا شي او د کثري خط شکل د T او یا Y شکل ته ورته شي . په پام کي باید ولرو چه د Condyl دخلفي قسمت په Cronal شکل کثر اکثراً نه پیژندل کیږي ترڅوچه د X-Ray Late او oblique بڼه منظره وانه خستل شي (hoffa fracture)

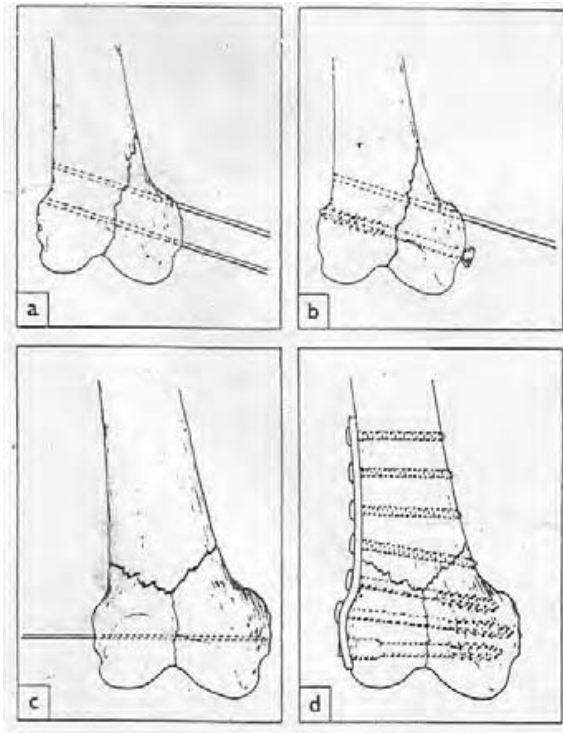
درملنه:

تړلي ارجاع کله کله بریالي وي - ددي نه په غیر دغه کسرونه ډیر بي ځایه کیدل نلري او موجوده وضعیت ي اکثراً د منلو وړ وي . د tibia هډوکي په proximal برخه کي اکثراً skeletal traction تطبیق کیږي او د manual compression په واسطه کثر ارجاع کیږي دغه traction د ۴-۶ هفتو پوري ساتل کیږي او وروسته په Cast brace باندي تبدیلیږي - او دا cast brace تر هغه ساتل کیږي چه مات شوي قسمت کلک کوشیر واخلي . هرکله چه په تړلي طریقو ونه شو کړای چه بي ځایه شوي پارچي سره یوځای کړو د خلاصي طریقې یا Open Reduction څخه استفاده کیږي.

چه ځوانانو کي دغه open reduction طریقو لومړي انتخابي طریقو ده دغه ناروغان اکثراً زر پورته کیدلو او حرکاتو ته ډیر میلان لري.

په دغه طریقه کې د کسر ساحه د Lat یا medi ثنق له لپاري خلاصیږي - د زنگون د مفصل بڼه منظره موږ سره مرسته کوي چه کسر په انا تومیک شکل ار جاع شوي او مفصلي سطحي خپل حالت ته را وړل شوي دي . بي ځایه شوي پارچي د conula شکل screw په واسطه ، د blade plate او يا dynamic condylar screw په واسطه) د بي ځایه شوو پارچو اندازه ددي د سامانونو انتخاب او اندازه يقني کوي.(تثبيت کيږي.

په دي شرط چه د Fixation څخه مطمین اوسو ناروغ کولاي شي چه د زنگون حرکات شروع او په ورځ دوو کي د بستر نه خارج شي -خو تر هغه چه د کثر ساحه بڼه یو ځای او کوشیر وکړي باید ډیر لږ وزن ورباندي واچول شي شکل.



29,26

د femur د کسرونو تداوي (a) کو لاي شو ديو کونديل کسرديو kirschner wires په واسطه کلک کرو
(b) compression screws پکي دا خل شوي (c) د tيا شکل کسر د dykamic condylar
screws او plates په واسطه بڼه تثبيت شوي (d).

-:Fracture-Separation of the distal Femoral epiphysis

د ماشو متوب او کهولت په دوره کي د supra condylar کسرونه سره ساوي منع
ته راتلای شي البته د فخذ سفلي Epiphysis لاندې برخو ته بي خايه کيدای شي.
۱، يو خوا - معمولاً وحشي خواته - چه زنگون مستقيم حالت ولري او په فشار
سره قات شي.

۲، اويا هم داچه مستقيماً د hyper extension په حالت کي د جروحاتو له امله
. که څه هم دغه کثر د Ankle او elbow مفصلونو د physeal کثرونو په شان
معمول ندي خو دغه جروحات ډير د ارزښت وړ دي - ځکه چه د زنگون د سو
شکل او غير نورمال نمو سبب گرځي . دا کثر اکثراً د ۲ Salter – Harris-Type
شکل ته ورته دي . چه په کي د phesyal قسمت جداوالي د metaphysal
هډوکي د يوي غټي مثلثي triangular پا رچي سره موجود وي - که څه هم
د دغي کسر انراز او پاي يلي بڼي دي - د غير متاظر شکل growth توقف معمول
نه ده او کيدای شي ماشوم د Valgus او يا Varus سو شکل سره مخ شي . د
جروحاتو ټول اشکال خا صتا د salter-harris type ۳ او ۴ د فخذ د هډوکي د
لنډوالي سبب کيږي.

تقریباً د فخذ هډوکي د طول ۷۰٪ يي distal physis څخه سرچینه اخلي نو په همدې د لیل مخکي یا مقدم توقف د غټو ستونزو د رامنځ تگ نه مخنیوي کولای شي.

کلینیکي منظره:-

زنګون به پرسیدلي وي او کیدای شي سو شکل هم ولري . پنبه باید جس شي ځکه د epiphysis د لاریات بي ځایه کیدو سره به د Popliteal شریان د فخذ د لاندې برخې پواسطه بند شي



۲۹، ۲۷

د femur د کسرونو تداوي (a) کولای شو ديو کونډیل کسرديو kirschner wires په واسطه کلک کړو (b) -compression screws پکي دا ځل شوي (c) د t يار شکل کسرديو dykamic condyler screws او (d) په واسطه بڼه تثبيت شوي (d).

درملنه:-

مات شوي هډوکي اکثراً د مانوري په واسطه په معمولاً توګه ارجاع او په ځای کیدای شي خو د تعقيب او کنترول لپاره تعقيبې X-Ray باید واخستل شي تر څو وپو هېرو چه په ځای شوي پارچي په خپل ځای پاتي دي.

کله کله خلاصي ارجاع ته هم اړتيا پيدا کيږي. د کثري خط په امتداد کي د Periostum يو څنډه هم پکي بنديدي شي د - Salter- Haris-type ۳ او ۴ بايد په دقت سره ارجاع او تثبيت شي - که چيري دبيا بي ځايه کيدني احتمال موجود وي، جدا شوي پارچي د percutanes kreschner wire پواسطه او يا هم د lag screws چه د metaphyseal spike نه تير شوي وي تثبيت کيږي . وروسته د پلاستر په واسطه دناروغ پنبه بي حرکت کيږي او ناروغ ته د cruchs نه د استفادي په صورت کي د قسمي وزن راوړو اجازه ورکول کيږي . وروسته د ۶-۸ اونيو د ناروغ Cast لري کيږي او فزيوتراپي ورته پيل کيږي.

اخلاطات:

مقدم: Early

Vascular Injuries: تر هغه چه د hyper Extension جروحات بي له څنډه

ارجاع نه شي د گانگرين خط موجود وي.

Late وروستني:

Physeal arrest:

په دغه جروحاتو کي د Physeal قسمت تخريب غير معمول ندي او که چيري

Deformity پاتي شي کيداي شي چه د growth مرحلي په پاي کي اصلاحي

يا corrective osteotomy ته اړتيا پيدا کړي.

که چيري لنډوالي ډير وه د فخذ هډوکي د اوږدولو يا length hening پواسطه

معالجه کيږي.

REFERENCES

- Barnes R, Brown JT, Garden RS, Nicol EA (1976) Subcapital fractures of the femur. A prospective review. *Journal of Bone and Joint Surgery* 58B, 2-24
- Cooper C (1989) Osteoporosis - an epidemiological perspective: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine* 82, 753-757
- DeBastiani G, Aldegheri R, Renzi Brivio L (1984) The treatment of fractures with a dynamic axial fixator. *Journal of Bone and Joint Surgery* 66B, 538-545
- Dimon JH, Hughston JC (1967) Unstable intertrochanteric fractures of the hip. *Journal of Bone and Joint Surgery* 49A, 440-450
- Enneki RS (1961) Low-angle fixation in fractures of the femoral neck. *Journal of Bone and Joint Surgery* 43B, 647-663
- Enneki RS (1974) Reduction and fixation of subcapital fractures of the femur. *Orthopedic Clinics of North America* 5, 683-712
- Enneki RS, Merkow RL, Templeman D (1990) The management of femoral neck fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 72A, 299-304
- Enneki RS, Barnes MR, Gregg PJ (1991) Femoral head blood flow after femoral neck fracture. *Journal of Bone and Joint Surgery* 73B, 73-75
- Hughes LO, Beaty JA (1994) Fractures of the head and neck of femur in children. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 283-293
- Kyle RF, Cabanela ME, Russell TA et al (1994) Fracture of the proximal part of the femur. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 924-950
- Müller ME, Allgower M, Schneider R, Willenegger H (1991) *Manual of Internal Fixation* 3rd edition. Springer, Berlin, pp598-600
- Olerud C, Rehnberg L, Hellquist E (1991) Internal fixation of femoral neck fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 73B, 16-19
- Pipkin G (1957) Treatment of grade IV fracture dislocation of the hip. *Journal of Bone and Joint Surgery* 39, 1027-1042
- Thompson VP, Epstein HC (1951) Traumatic dislocation of the hip. *Journal of Bone and Joint Surgery* 33A, 746-778
- Winquist RA, Hansen ST Jr, Clawson DK (1984) Closed intramedullary nailing of femoral fractures: a report of five hundred and twenty cases. *Journal of Bone and Joint Surgery* 66A, 529-539

دزنگانه داوتا رو حاد جروحات

دزنگانه د بند هډوکی په ولادي توگه غیر مستحکم دی. که چیرې قوي محافظي -داخل او خارجي مفصلي ليگامنتونه او کنترولونکی عضلي موجود نه وي نو په زنگون کې به ثبات، توازن او حرکت له مینځه لاړ شي او په اغیزمنه توگه به خپل فعالیت ونه شي کړی. د Valgus د فشارونو مخنیوي د Facial Lata ، Pesanserinus ، دسریرنو او ژورو طبقو د انسي Collateral ligaments Posteromidial کپسول په واسطه تر سره کیږي. په پوره غځیدلي حالت کې پورتنی ټول ساختمانونه او قدامی Cruciat ليگامنت په یو ځای د Valgus او تدور څخه مخنیوی کوي. په ۳۰ درجی Flexion حالت کې Collateral ليگامنت زنگون ته تر ټولو زیات ثبات ورکوي.

د Varus په Angulation باندی Iliotibial tract او وحشي Collateral ليگامنت نظر ساتي. په پوره غځیدلي حالت کې ليگامنت تر کشش لاندی راځي کله چی زنگون Flexion کوي او ليگامنت استرخاء کوي نو په دې حالت کې Popliteal tendon ډگر ته راځي او د Flexion په حالت کې ثبات پیدا کوي.

Cruciate ليگامنتونه قدامي خلفي او تدوري دواړه ثباتونه رامینځ ته کوي او ډیر زیات د Varus او Valgus دقاتیدني څخه مخنیوی کوي. دواړه Cruciate ليگامنتونه پرده لرونکي جوړښتونه او د هر ليگامنت بعضی تارونه د زنگانه په هر حالت کی د کشش په حالت کې وي. د کپسول د Post medial برخه او د Ant.medial قدامي Cruciate ليگامنت دواړه د Tibia د قدامي بی ځایه والی

خخه مخنیوی کوي. خلفي Cruciat لیگامنت د خلفي بې ځایه والي خخه مخنیوی کوي. د لوبو په میدانونو او د سړک په ټکرونو کې د کسرونو، خلعو او ټپونو سره د زنگون د لیگامنتونو ټپونه دودیز دي. شدت یې د ساده Sprain خخه تر بشپړ څیری والي پورې کیدای شي. دا ټپونه یو اړخیز نه وي. بلکه په ډیرو جوړښتونو کې ټپونه پیدا کېږي نو د لیگامنتونو دنده (eg ant med instability) او اناتوميکي جوړښت (e.g torn MCL and ACL) دواړه باید وکتل شي.

Mechanism of injury and pathological anatomy

د لیگامنتونو ټپونه ډیر هغه وخت مینځ ته راځي چې زنگون قات شوی وي. محفظه او لیگامنتونه داسترخاء په حالت کې وي او ورون په Tibia باندې تدور وکړي دا حالت کیدای شي د نیغ په نیغه ضربی پواسطه مینځ ته راشي (e.g a dashboard injury forcing the tibia backwards) او یا تدور د ضربی سره یو ځای وي لکه د فوټبال لوبغاړي. ډیری انسي جوړښتونه ډیر اغیزمن کېږي خو که د Valgus د قوی سره یو ځای تاویدل هم شتون ولري نو قدامي Cruciat لیگامنت ته هم زیان رسیږي. که زنگون د وزن وړلو په حال کې وي دغه تاوونکی قوه ډیری انسي meniscus څیرې کوي چې د دې له کبله ټپ دانسی Collatral لیگامنت، قدامي Cruciate لیگامنت او د انسي Meniscus ټپونو سره درې پایه جوړوي. هغه زنگون چې په یواځی توگه دانسي Collatral لیگامنت ټپ ولري او په کافي شدت سره وي نو د انسي خوا خخه په داسې حالت کې خلاص ښکاري چې زنگون ۳۰ درجې Flexion لري او د Valgus فشار پری تطبیق شوی وي. خو کله چې زنگون داسترخاء په حالت کې وي نو محفظې او قدامي Cruciat لیگامنت دواړو

ته زیان رسیږي. هغه قوی چی varus- tibia ته ټیله کوي وحشي جوړښتونو ته زیان رسوي خو دا قوې دودیزې ندي لکه په انسي ټپونو کې که تاوه وونکی قوه ورسره یو ځای وي نو Cruciat لیگامنت په خطر کې وي.

د کلینیک له نظره په غځیدلي زنگون کې د Vaur فشار د محافظې او Cruciate لیگامنت ټپ پیشنهادوي. د Cruciat لیگامنت ټپ یواځې او یا د نورو جوړښتونو د زیان سره یو ځای وي، قدامي Cruciat لیگامنت ته زیات زیان رسیږي. که یواځې Cruciat لیگامنت زخمی شوی وي نو په Sagital پلان کې بی ثباتي پیدا کیږي. Tibia د ورون څخه خلف یا قدام خواته ټیله کیږي.

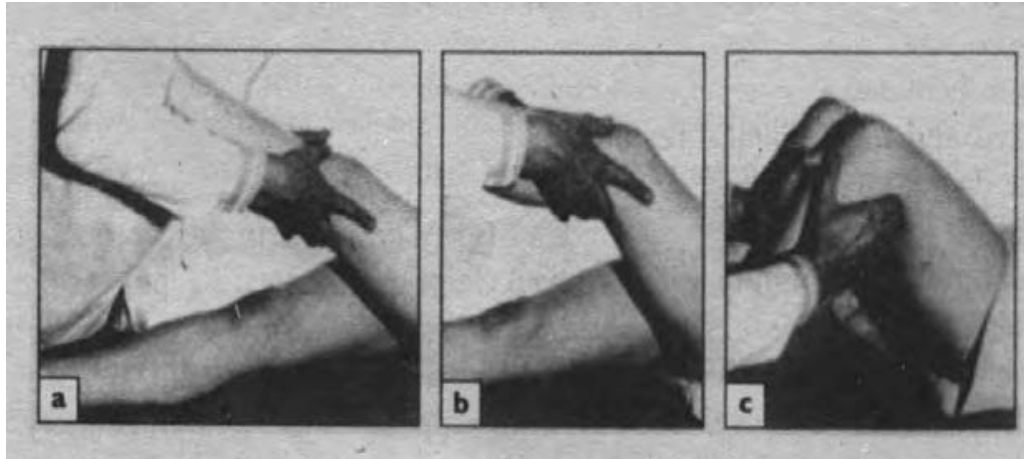
که چیرې Collatral لیگامنت یا محافظې ته زیان ورسېږي نو بی ثباتي په مایل ډول وي او تدور نه کنترولېږي. مایل پلان او تدوري بی ثباتي یو پیچلی حالت رامینځ ته کوي. په حقیقت کې د Cruciat لیگامنتونو څخه یو څیری شوی وي او د زنگون د بند د محافظې په ځینو برخو کې سستوالی پیدا شوی وي نو دا ددې لامل کیږي چې دورون د پاسه Tibia حرکت وکړي او په دودیز ډول د پاتې شوي نښتې محافظې او ثباتي لیگامنت په محور وي. په ډیره دودیز قدامي وحشي بی ثباتي کې چې قدامي Cruciat لیگامنت وحشي محافظه او وحشي Collateral ligament زخمی شوی وي کله چې قصبې ته داخلي تدور ورکړای شي نو د قصبې وحشي Plateu قدام خواته لږ بی ځایه کیږي. که زنگون مکمل غځیدلی وي او د Valgus قوه ولري او وروسته په تدریجي ډول Flexion ورکړای شي نو (20-30) درجو کې ددې خلعي ارجاع کیدل جس کیدای شي. دا د Pivot shift test بنسټ دی دا ځکه چې Tibia دانسي Collateral ligament په محور تدور کوي.

کلینیکی بڼه :

ناروغ د تاوه وونکي ټپ تاریخچه وایي او کیدای شي چې ووايي چې دانساجو د کرپهار له کبله یې د 'POP' غږ واوریده، زنگون دردناکه او پرسیدلی وي او د Meniscal ټپ په پرتله پرسوب ډیر ژر پیدا کیږي. د خیرې شوي لیگامنت له پاسه ناخاپي حساسیت پیدا کیږي او که زنگون ته یوې اویا بلې خواته فشار ورکړای شي له زغمه وتلی درد کوي. زنگون دومره دردناک وي چې ژور جس او حرکت ته اجازه نه ورکوي. ددې حالتو سره سره کیدای شي مونږ څه اندازه په غلطه لار لار شو ځکه چې ځینې وخت د بشپړ خیرې کیدوسره ناروغ لږ یا هیڅ درد نه احساسوي. د نیمگړې خیرې کیدلوسره ډیر زیات پرسوب پیدا کیږي ځکه وینه بهیدنه په بند کې بنده پاتی کیږي او د بشپړ خیرې کیدلو سره وینه له بند څخه بهر بهیږي. نیمگړې خیرې کیدنه ډیره زیاته دردناکه وي او بشپړه خیرې کیدنه بی درده او د سپزم له کبله یې مخنیوی کیږي. Abrasion دتماس دساحې دځای بڼودنه کوي او Brusing چې ډیر مهم دی د زیان ځای راپه گوته کوي که زنگون د جس پواسطه خمیر مانتده جس شي نو معنی یې دادی چې Haemarthrosis موجود او Ligament به زخمې شوی وي که Fluctuation شته وي نو معنی یې داده چې Effusion مینځ ته راغلی او Meniscus زخمې شوی. حساسیت د افت دځای په بڼودلو کې مرسته کوي. په نیمگړې خیرې کیدنه کې حساسیت ځایي او په یوه نقطه کې وي (په دودیز ډول انسي او 2.5 سانتی د مفصلي لیکې څخه پورته) خو په بشپړه خیرې کیدنه کې حساسیت خپور ډول وي. بشپړه بڼه باید د نورو ټپونو او د رگونو او اعصابو جروحاتو لپاره وکتل شي د ازموینې تر ټولو اهم اړخ د لیگامنتونو د ثبات تست کول دي.

نیمگړې څیرې کیدنه غیر نورمال حرکاتو ته اجازه نه ورکوي او حرکت ورکول دردناکه وي. بشپړه څیرې کیدنه غیر نورمال حرکاتو ته اجازه ورکوي او ځینې وخت به درد وي، ددې دواړو څیری کیدنو توپیر کې ډیر ارزښت لري ځکه درملنه یې مختلفه ده. که شک موجود وي باید دې هوشی لاندې ازموینه ترسره شي Varus او Valgus حالت وکتل شي. چې اول زنگون په ۳۰ درجو د Flexion او بیا په Extend حالت، د زنگون حرکت باید د نارمل طرف حرکت سره پرتله شي که زنگون لږ غوندې د Flexion په حالت کې کوږ شوی وي نو Collateral لیگامنتونه به په یواځې ډول څیرې شوي وي که زنگون د مکملې استرخا په حالت کې کوږوالی ولري نو محفظه Cruciate لیگامنتونه او Collateral لیگامنتونه به درې واړه څیری شوي وي.

قدامي خلفي ثبات داسې ارزیابي کېږي چې ناروغ خپله پښه په صوفه باندې ایښي وي او زنگون به ۹۰ درجې قات شوی وي. ازموینه کوونکی باید د Side له خوا Proximal tibia ته خلفي حرکت ورکړي که حرکت شته وي نو خلفي Cruciate لیگامنت ثبات نه لري. بل د Drawer test په دودیزه توګه ترسره کېږي. مثبت Drawer test څیرې کیدل تشخیصوي خو منفي تست یې څیری کیدل نه شي ردولای. د Lachman تست تر ټولو زیات د باور وړ دی په داسې حالت کې اجرا کېږي چې زنگون ۱۵-۲۰ درجې Flexion ولري تدوری ثبات یواځې د بی هوشی لاندې معلومیدای شي.



30,1

د زنگون د لیگامنتونو ازموینه کول:

د غیر نورمال حرکاتو د معلومولو لپاره په ازموینه کې د نیولو طریقی:

A. زنگون نیغ خواړخونه یې کاره کړی شوی دی.

B: د Collateral ligament Test د Flex زنگون سره

C: د قدامي Cruciate د کتلو لپاره د زنگون په ۲۰ درجې Flexion کې ازموینه.

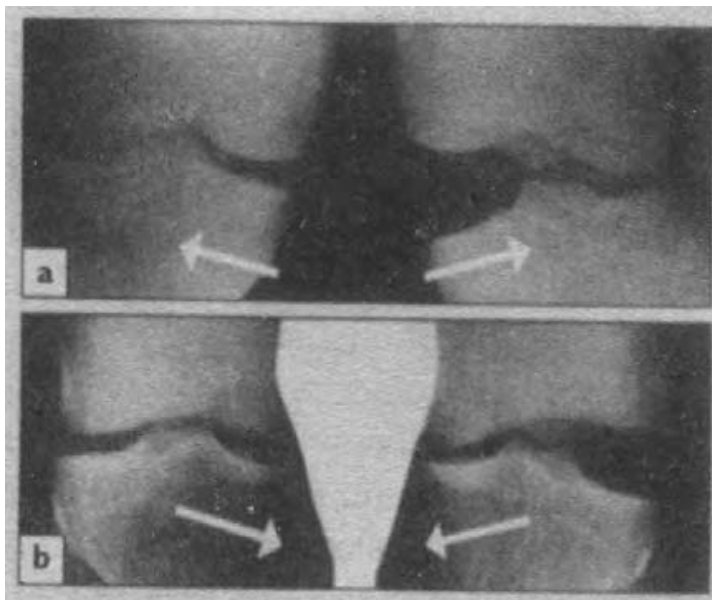
Imaging

Plain X-Ray کیدای شي دا وښايي چې Ligament د هډوکي یوه وړه ټوټه له خپله ځایه بې ځایه کړیده. انسي Ligament په دودیز ډول د ورون څخه ، وحشي یې د Fibula څخه ، قدامي Cruciate اړبطه یې د Tibia د Spine څخه او خلفي Cruciate lig یې د پورتنۍ Tibia د شا څخه هډوکینه پارچه بې ځایه کوي. د بې هوشۍ لاندې فشاري فلمونه یوې خواته د بند خلاصیدل ښايي. نیمگړی څیری کیدل د بشپړ څیرې کیدلو سره د فرق کولو لپاره باید MRI ترسره شي. MRI کیدای شي د هډوکي گریدل هم وښايي چې د درد یوه پټه سرچینه ده. د درې

ارخيزې CT ازموينې پواسطه د داخلي تثبيت څخه وړاندې د مفصلي هډوکي کسرونه معلوميدای شي.

Arthroscopy:

که Collateral ليگامنت او محفظه په شديد ډول څيرې شوی وي نو بايد Arthroscopy ترسره شي د مايعاتو راوتنه به تشخيص په شک کې واچوي او پروسبيجربه نورهم پيچلی شي. Arthroscopy هغه وخت استطباب لري څه وخت چې Cruciat lig په يواځې ډول څيری شوی وي او لږ غوندي sprain کې تر څو دنورو تپونو لکه د Meniscus څخه يې جداکړی شي.

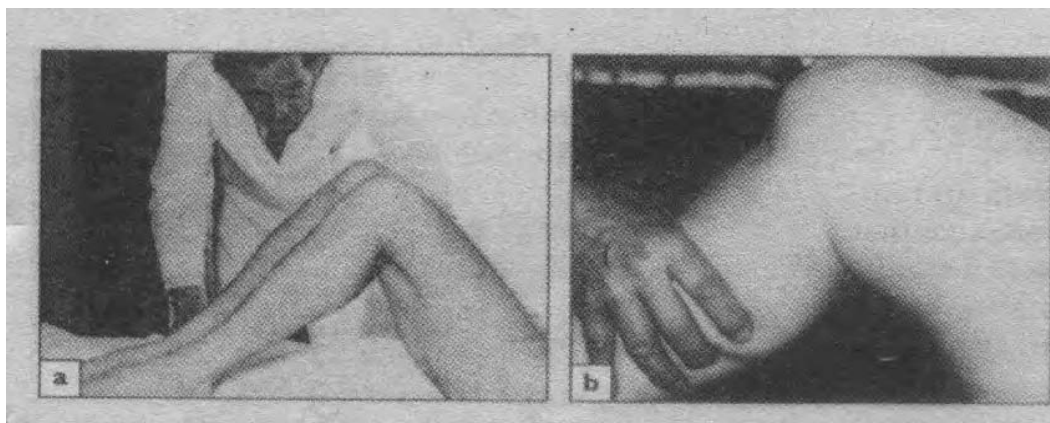


Post Cruciat ligamnet 30-2

A: جنبی منظره کوم چې د قصبې د پورتنۍ برخې شاتنۍ بې ځایه کیدنه پکې د ملاستې په حالت لیدل کیږي او کیدای شي

چې

B: د قصبې د شاته تیله کیدنې یو واسطه تائید شي.



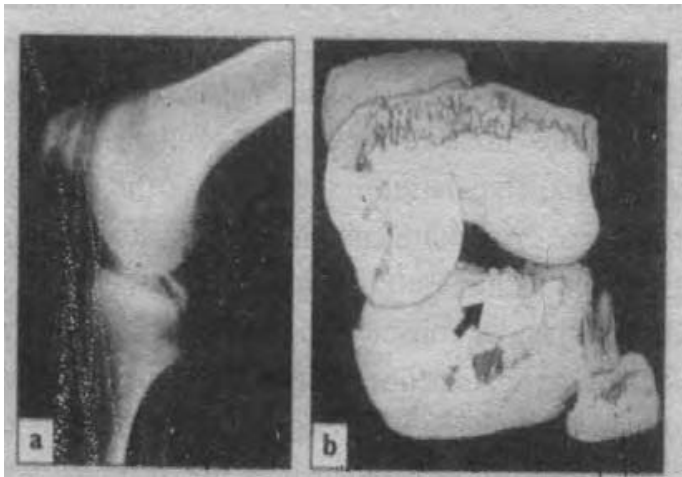
30,3

Stress X-

Stress فلم بنسټي چې

A: د چپ زنگانه انسي ليگامنت بشپړ څيرې شوی.

B: د دواړو وحشي ليگامنتونو بشپړ څيرې کيدل همدارنگه قدامي Cruciat ليگامنت هم څيرې شوی دی.



30,4

Other imaging

A: د خلفي lig Cruciat په سويه X-

ray يو Avulsion کسر بنسټي.

B: درې اړخيزه CT ازموينه چې

هډوکينه پارچه او دهغې د جدا کيدلو

ځای په څرگنده توگه بنسټي

درملنه :

۱- Sprain او نیمگړي څيرې کيدل: هغه ريشې چې په تماس کې وي د څيرې شوو ريشو (Fiber) لپاره د ميزابې په څير عمل کوي او زخم په خپله جوړېږي. خو تاوان يې دادی چې التصاقات ورکوي نو بايد د شروع څخه فعال تمرينات پيل شي. له بند څخه يوه اندازه اوبه راوويستل شي. د زنگون د پاسه د يخ ټوټې کيښودل شي او ځينې وخت په حساسه ساحه کې ځايي Anesthetic ټوکي زرق شي. ناروغ وزن وړای شي خوبايدد تدور او Angualltion څخه دزياتومالوچو د بنداز د تاوولو او يا د دنده ايز Brace د لگولو پواسطه وژغورل شي. بشپړ Plaster

cast ته هېڅ اړتيا نه شته او لاتاواني هم دی. ددې له کبله حرکات نهی کيږي او د تپ د اوونيزې ارزيايي څخه مخنيوی کوي او اوونيزه ارزيايي ناروغ د ناخاپي غلطي څخه ساتي. د تمرين د يوه ځانگړي پروگرام څخه وروسته ناروغ د (6-8) اونۍ وروسته خپل سپورتي فعاليت ترسره کولای شي.

۲- بشپړ څيري کيدنه (Complete Tears)

A: دانسي Collateral Ligament يواځې څيري کيدنه: که زنگون بشپړ غځيدلي حالت کې ثبات ولري نورغيدنه په خپل سر ترسره کيږي او نورمال دنده ايز حالت بيرته پيدا کيږي. عملياتي رغونه غير اړينه ده د ۶ اونيو لپاره بايد ناروغ Cast brace واغوندي او تدريجي تمرينات پيل کړي.

B: د وحشي Colateral ligament يواځيني څيري کيدنه: ددې ليگامنت څيري کيدل نادر دی خو که دڅيري کيدلو تشخيص يې يقيني وي نو بايد د انسي Collateral ليگامنت په څير په ساتونکې توگه يې درملنه وشي.

C: د قدامي Cruciat lig يواځيني څيري کيدنه: په نظرياتي توگه داڅيري کيدنه بايد د عمليات پواسطه درملنه شي د مسلکي سپورت کوونکو له خوا ددې د روغونې غوښتنه کيږي. که د قصبې Spine ورسره يوځای جدا شوی وي نو په غير مسلکي خلکو کې هم عمليات استطباب لري.

هډوکينه پارچه د قدامي Cruciat ليگامنت سره يوځای په خپل ځای د Arthroscopy تر کنترول لاندې تثبيت کيږي او زنگون تر ۶ اونيو پورې بې حرکت ساتل کيږي. په نورو ټولو پيښو کې بايد لکه پورته د ساتونکې درملنې څخه گټه واخيستل شي Cast Brace هغه وخت کارول کيږي څه وخت چې نښې له مينځه لاړې شي او له دې وروسته حرکاتو او عضلي تمريناتو ته تشويق کيږي. درملنه

نژدې ددې ناروغانو نيمایي ناروغان پوره روغتيا لاس ته راوړي او ددې څخه زياتې درملنې ته اړتيا نه لري او پاتې نيمایي د بيلابيلو درجو د غير ثباتي حالت څخه گيله کوي په کومو کې چې د ligament reconstruction شوی وي ممکن گټه يې تر لاسه کړي وي چې په وروستۍ ارزيايي کې به معلومه شي.

D: د خلفي Cruciat ليگامنت يواځير خيري کيدنه:

داخيري کيدنه په ساتونکي توگه درملنه کيږي په ډيري ناروغانو کې لږه اويا هيڅ د دندې ضياع نه پيدا کيږي خو ددې سره سره په يو څو ناروغانو کې هغه وخت بې ثباتي رامينځ ته کيږي کله چې په زينو خيږي او ځيني يې معذوره کيږي چې بايد بيرته ورغول شي.

E: Combined injuries يا گډ زخمونه: د زنگانه دناڅاپي ډيپرني ټپ له امله دليدو وړ دنده ايزه ضياع منځته راځي چې په دوديز ډول ديو څخه زيات جوړښتونه يې په بر کې نيولي وي. کله چې دقدامي Cruciat lig سره د Collateral lig ټپ رامينځ ته شي نو بايد يواځې Ant.Cruciat lig ورغول شي او د Collateral lig رغونې ته اړتيا نه شته. مقدم عمليات په بند کې Fibrosis رامينځ ته کوي نو بڼه به داوي چې دتداوي سره يوځای د بند ثبات او فزيوتراپي پيل شي او د Ant cruciat lig د رغونې مخکې حرکات بيرته بر حال شي. دخلفي Cruciat lig د رغولو لپاره هم د همدغسې طريقې څخه گټه اخيستل کيږي خو دلته ټول زيانمن شوي جوړښتونه بايد ورغول شي.

اختلاطات

۱- Adhesion: په نيمگړې خيږې کيدنه کې که زنگون ته فعال حرکات ورنه

کړل شي نو څيرې شوي Fiber د روغ Fiber او هډوکي سره تماس پيدا کوي. زنگون درد پيدا کوي ځايي حساسيت شته وي او درد دوحشي يا انسي تدور سره زياتيږي. د Meniscus د څيرې کيدلو سره التصاقات بايد د Grinding ټسټ پواسطه تفريقي تشخيص شي اويا بايد د بې هوشي لاندې د ستنې پواسطه تفريقي تشخيص شي که بيا هم د Meniscus د څيرې کيدو په اړه شک وي نو MRI او Arthroscopy استطباب لري.

۲- Ossification in the ligament (Pellegrini stiedas disease)

کله کله د يو تبعدي ټپه د انسي ليگامنت د تماس په پورتنۍ نقطه کې Ossification پيدا کيږي داد زنگون په X-ray کې تصادفا ليدل کيږي. instability -۳

زنگون خپل ثبات له لاسه ورکوي بي ثباتي ورځ په ورځ زياتيږي او همدا بي ثباتي د Osteoarthritis لپاره برابرونکي فکتور دی.

Chronic Ligamentous instability

د زنگون بي ثباتي د ټپ د رغيدلو څخه لږ وروسته بنکاره کيږي اويا کيدای شي ډير وروسته پيداشي. دابي ثباتي پر مخ تلوونکي حالت غوره کوي. که meniscectomy وشي ممکن دي ته هم زيان ورسپري او په هغو خلکو کې چې قوي سپورت کوونکي دي. گډاگانې کوي او نور بيلا بيل کارونه تر سره کوي بي ثباتي له شکايت پرته زغمل کيږي په شديدو اوږد مهالو پيښو کې په اخر کې Osteoarthritis پيدا کيږي.

Functional Pathology

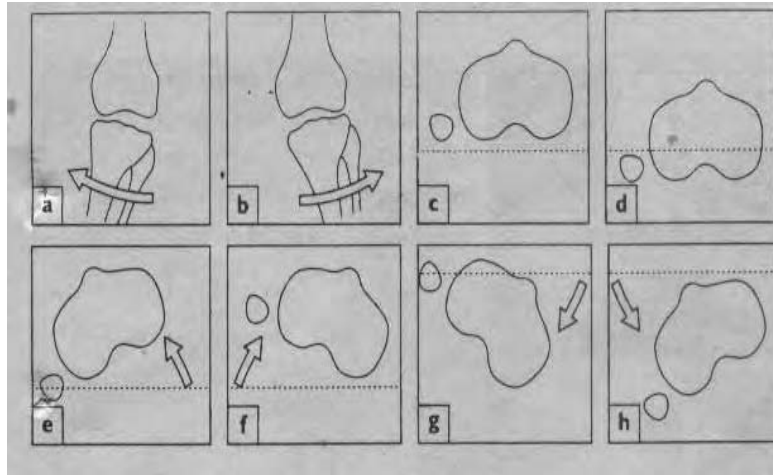
قصبی فخذی غیر ثباتی اړیکې ممکن غیر نورمال یو طرف ته کوروالی (abnormal sideways tilt) منځته راوړي لکه Varus یا Valgus قدام او خلف خواته تگ او حتی په مایل استقامت غیر طبعی تدور (internal or external) او یا دواړه وي.

ډیر نادراً دیو لیگامنت بی کفایتی شته وي. په نارمل حالت کې ثبات د Primary او Secondary ثبات ورکونکو په واسطه منځته راځي (بیدون له دې چې د دواړو عضلاتو ډینامیکي قوت څخه یادونه وشي).

په بیلابیلو وضعیتونو کې بیلابیل جوړښتونه عمل کوي Primary stabilizers دی. کله چې د وحشي یا انسي ثبات د پاره ازموینه ترسره کیږي نو د Varus او Valgus فشارونه باید په زنگانه په داسې وضعیت راوړي چې زنگون اول باید بشپړ بسط او بیا ۳۰ درجی Flexion وضعیت ولري.

په Tibia د Femur غیر نورمال تدور بله زیاته پیچلتیا ده. Anterior drawer sign د قدامي Cruciat لیگامنت د څیرې کیدو څخه مینځ ته راځي خو په یواځې ډول ددې لیگامنت څیرې کیدنه نادره ده. قدامي وحشي تدوري بې ثباتي هغه وخت پیدا کیږي کله چې د قدامي cruciat د څیرې کیدلو سره یو ځای وحشي Capsul او وحشي Collateral lig څیرې او یا کش شي. په دې حالت کې نه یواځې داچې قدامي Drawer test مثبت وی بلکه وحشي قصبی Condyl قدام خواته لږ بې ځایه کیږي او Tibia دانسي کونډیلونو په محور غیر نورمال تدور کوي. داد Pivot shift phenomenon اساس دي. که خلفي Cruciat lig څیری

شوی وی نو خلفی Drawer test به مثبت وی تپ څخه سمدستی وروسته ددی
 ازموینې ترسره کول گران دي تر څو چی وحشی Collateral لیگامنت Arcuate
 او Popliteus tendon نه وی څیرې شوی ددی دری ساختمانونو ځنډنې بې
 وسی چې ځنې وخت ورته Arcuate کمپلکس وایي مزمنه عدم کفایه خلفی
 وحشی تدوری بې ثباتی لامل کیږي که ټول خلفی ساختمانونه څیرې شي نو
 زنگون به Hyper extension حالت ولري.



30,5

د بې ثباتی ډولونه په شبه خلع یا Subluxation کې

A: په Varus کې کړیدل.

B: په Valgus کې کړیدل.

C: مخکې خواته ټیله شوی وي.

D: شاته تدوری شبه خلع.

E: قدامی انسي بې ثباتی.

F: قدامی وحشی بې ثباتی.

کلینیکي بڼه :

ناروغ د عدم تحفظ د احساس او دبی ثباتی څخه گیله کوي. د Collateral lig په بی ثباتی کې ناروغ ته لامل ښکاره وی خو په قدامي وحشي تدوري بی ثباتی کې گیلی ډیری ښکاره نه وي. کله چې ناروغ په ټپي ساحه باندي زور راولي نو زنگون په ناڅاپي توگه بې ثباته کیږي. Tricky په ۱۹۸۷ کال کې مشاهده کړي چې ناروغان دغه خوځیدونکی احساس د هډوکي یو په بل د لگیدلو له کبله پیدا کوي. تشریح یې داسې ده. چې کله زنگون د بشپړ غځیدلي حالت څخه لږ کم غځیدلي وي نو د قصبی وحشي کونډیل قدام خواته بې ځایه کیږي او کله چې بیرته زنگون Flexion حالت ته راشي نو Ilio tibial بانډ کونډیل بیرته شاته ارجاعي وضعیت ته راکش کوي او له دې څخه یو غږ پیدا کیږي د سپورت کوونکو لپاره دا حالت تکلیف ورکوونکی دی. د زنگون locking بې ثباتي نه ده او د Meniscus خیری کیدل راپه گوته کوي. که خلفي Cruciat lig خیری شوی وي نو گیلی ډیری لږې وي تر هغی چې Arcuate lig خیری او یا کشش لاندې رانه شي. بی ثباتي ځینې وخت یواځی په زینو دختلو وخت کې احساس کیږي. بندپه دودیز ډول نورمال ښکاري. حساسیت په ندرت سره لیدل کیږي او حرکات په یو یا ډیرو سمتونو تر سره کیدلای شي زنگون باید دنورمال زنگون سره پر تله شي دازموینې دودیزه مفیده طریقه داده چې زنگون لومړی باید د حرکي بې ثباتی لپاره بیا د Hyper extension لپاره بیا د Varus او Valgus حالت لپاره او بیا قدام او خلف ته دوتلو لپاره وکتل شي د Drawer او Lechman تستونه باید ترسره شي او په اخر کې د تدوري بی ثباتی لپاره ځانگړې ازموینې ترسره شي دناروغ زنگون باید د ولاړې او گرځیدو په حالت کې وکتل شي. ناروغ ته باید

وویل شي چې په یوه پښه ودریږي. هغه ناروغان چې شدیدې ثباتي ولري په ماوفه پښه نه شي ودریدای کیدای شي نور یې ودریږي. دزنگون فرط بسط حالت په داسې حالت کې Test کیږي چې ناروغ آرام ستون ستاغ او زنگون یې نیغ وي (غیځیدلی) وي. د هری پښی پونده په ترتیب سره پورته کړل شي او بیا دناروغ پښه په انسي خوا کې کلکله ونيول شي که قصبه خلف خواته حرکت او خارجي تدور وکړي نو ددې مانا به داوي چې خلفي Cruciat لیگامنت او خلفي وحشي Capsul دواړه خیری شوي.

په Coronal plane کې دثبات د تست کولو لپاره د ناروغ ورون باید په یو لاس کې ونيول شي او پښه یې باید په بل لاس ونيول شي او زنگون ته باید Valus & valgus حرکت ورکړل شي ددې عملیې په دوران کې لومړی باید زنگون وغځوي او وروسته ۳۰ درجې Flexion ورکړي. که پښه ډیره غټه وي او ډاکتر یې په لاس کې نه شي نیولی نو باید د تنی او مت تر منځ یې ونیسي او د لاسونو پواسطه Valgus او Varus فشارونه کنترول کړي په یوه بله طریقه کې زنگون باید ۹۰ درجې زاویه ولري پښی به صوفه باندي هموارې پرتې وي او پوندي په یوه خط پورته خواته وي Quadriceps عضلات استرخاء حالت ولري. ډاکتر باید په یوه اړخه ورته وگوري او د پورتنی قصبی د Tuberosity دکتلو پواسطه دپورتنی قصبی راوتلی برخې وگوري که خلفي راوتنه شته وي نو خلفي Cruciat لیگامنت سست شويدي.

وروسته باید ناروغ ته وویل شي چې خپله پښه له صوفی (Couch) څخه په قراره ښکته وښوي. پدې حالت کې Quadriceps عضلات تقلص کوي او قریبه قصبه قدام خواته حرکت کوي. بیا په داسې حال کې چې زنگون ۹۰ درجې Flex

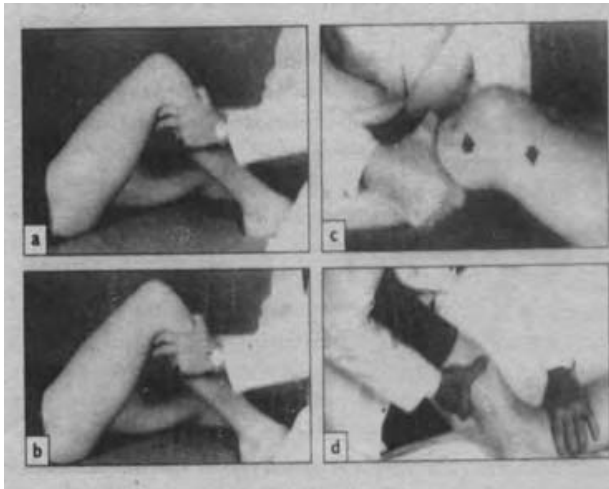
حالت ولري دواړه پښې يې په ځمکه هوارې ايسې وي، د Tibia پورتنۍ برخه يې په دواړو لاسو نيولې وي او متيقين اوسو چې د Hamstring استرخاء حالت ولري قدامي او خلفي حرکات ازموينه شي (Dioversion) د قدامي Cruciat د څيری کيدلو دپاره ښه پرته داده چې Knee دقبض په حالت کې ونیول شي. تدوري استحکام د بيلابيلو لارو په واسطه Test کولای شو.

۱- Modified drawer test : قدامي Drawer تست په داسې حالت کې ترسره کېږي چې قصبه دداخلي تدور ۳۰ درجې ولري که مثبت وي نو قدامي وحشي تدوري بې ثباتي شته ده که زنگون په خارجي تدوري حالت کې وي او Drawer تست مثبت شي نو قدامي انسي تدوري بې ثباتي راپه گوته کوي.

۲- Jerk test

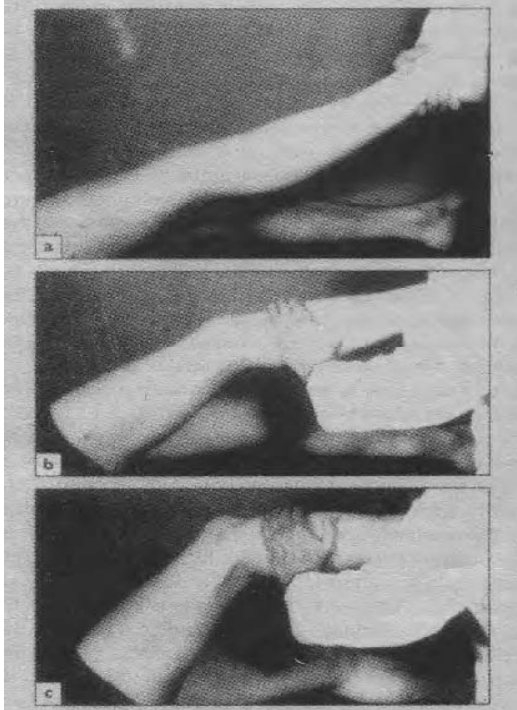
داتست Pivot shift phenemona ښکاره کوي ازموينه کوونکی زنگون دنوي درجې Flexion حالت کې نيسي او قصبی ته داخلي تدور ورکول کېږي زنگون ته په تدريجی ډول استرخاء ورکول کېږي په داسی حالت کې چې Valgus فشار پری تطبيقېږي که تست مثبت وي نو کله چې knee ۲۰-۳۰ درجو ته ورسېږي وحشي قصبی کونديل قدام خواته ښوېږي او ناڅاپي Jerk اوريدل کېږي (anterolateral rotatory subluxation) a modification of classic jerk test دقدامي اووحشي تدوري بی ثباتی د تشخیص لپاره هم کارول کېږي قصبه په خارجي تدوري حالت کې نیول کېږي او په زنگون باندې د Valgus فشار تطبيقېږي. کله چې زنگون د خلع شوي حالت څخه ارجاع شوی حالت ته راشي نو Clunk (ټک) اوريدل کېږي. (The reverse pivot shift) ۳- Macintosh test: په لومړی ځل دا تست دغه عالم په ډيره مشکله ترسره کړی وو خو که ناروغ ته بې هوشي ورکړای

شي نو په اسانۍ سره ترسره کيږي. زنگون بايد بشپړ غځيدلی وي او په تدريج سره Flexion ورکول کيږي څنگه چې زنگون په Flex کيدو پيل کوي په همدې وخت کې وحشي قصبې کونډيلونه قدام خواته بې ځايه کيږي او څومره چې Flexion زياتيږي (20-30) نو کونډيلونه بيرته خپل ځای ته راځي او په Jump سره ارجاع کيږي.



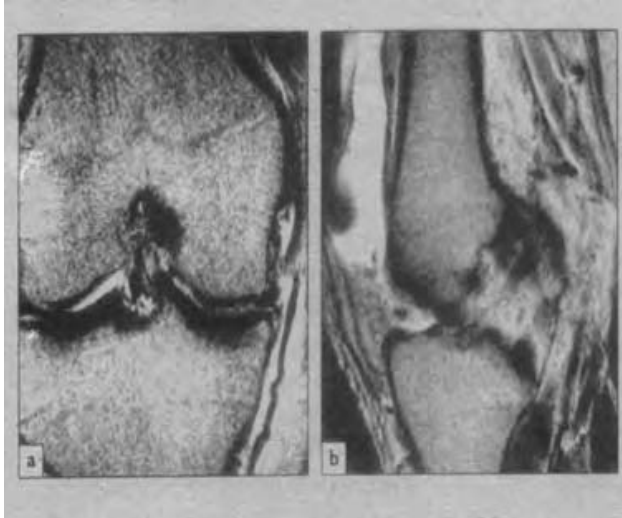
30,6

د Cruciat lig دڅيري کيدو تست کول.
A.B په نوي (90) درجې کې تست کول مثبت
Drawer test بنسټي مگر.
C. د Lechmans test ډير حساس دی.
D: د هغو جراحو لپاره چې کوچني لاسونه
لري دا تست په هغو ناروغانو کې چې پرمخ
وضعيت ولري بڼه ترسره کول



30,7

د Cruciat lig څيري کيدل د MacIntosh test
A: د پښې جگول چې زنگون مستقيم وي.
B: Fibula قدام ته تيله شوې که قدامي Cruciat
ليگامنت څيري شوی وي نو د قصبې وحشي کونډيل
قدام خواته بې ځايه کيږي.
C: Knee flexion لري او داپه قدام کې نيول کيږي د
30-40 درجو کې کونډيلونه د يو Jerk پواسطه ارجاع
کيږي دا عمليه کيدای شي دردناکه وي او متبادله
طريقه يې داده چې پښه نيغه پورته شي ننگون ته
Flexion ورکړای شي نو Jerk د ليدو وړ او بې درده وي.



30,8

د MRI پواسطه د زنگون دخيري

ليگامنتونو ليدل. A: Coronal T2

(Weighted) Coronal T2 Weighted

عکس چې دانسي جنبي ليگامنت خيري کيدل

دگرد چاپيره پرسوب او د بند

د Effusion سره يوځای نسيئ شوو

B: Sagittal T2 Weighted عکس: چې د

Curciat lig

خيري کيدل د ډير زيات مفصلي Effusion سره نسيئ

Imaging

د Meniscal او cruciat ligament د تپونو د تشخيص لپاره MRI د باور وړ

طريقه ده چې سل سلنه (100%) حساسه او د (90%) نوي سلني څخه زياته درستنه

ده.

Arthroscopy

د اتروسکوپي استطباب په لاندې ډول دی.

۱- کله چې د ليگامنت د تپ حد او تشخيص په شک کې وي.

۲- کله چې د Meniscal دخيري کيدو د غضروف د تپ او نورو افاتو شک شته

وي.

۳- جراحي درملني په همدې مهال کې بايدوشي نيمگړې Meniscectomy او د سست غضروف برخې ليري شي.

درملنه :

دځنډنې بې ثباتۍ سره ډيري ناروغان وړ دنده ايز فعاليت لري او عمليات ته اړتيا نه لري. لومړنۍ طريقه بايد تر نظارت لاندې وي. منظم او پرمخ تلونکي شديد تمرينات بايد د Quadriceps او Hamstring دغښتلي کولو لپاره ترسره شي. د شپږمې مياشتې په اخر کې ناروغ بايد دوباره ارزيايي شي د عمليات استطباب په لاندې ډول دي.

۱- ديباييا بلاک ښکاره کيدل او د MRI او د Athroscopy پواسطه د Meniscus د څيري کيدو تصديق.

۲- د بې ثباتۍ دهغو گيلو شتون چې له زغم څخه وتلې وي.

۳- په سپورت کوونکو او په همدې ډول په مسلکي خلکو کې د فعاليت کموالی.

۴- د بلوغ په وخت کې د ليگامنتونو د ټپونو شتون.

دقدامي Cruciat lig په نيمگړي څيري کيدنه کې د جراحي ضرورت تر ناندريو لاندې ده. د جراحي کړنه بايد د ليگامنت د ظاهري شکل په بنسټ نه بلکه د گيلو په شتون او دنده ايز فعاليت پورې تړلی وي. ځوان بالغ ناروغان چې دقدامی Cruciat ځنډنې بې وسي ولري او قسمی څيري والی يې موجود وي نو فعاليت يې کميږي او ثانوي پرابلمونه لکه د Meniscus افات، د غضروف زيان، پرمخ تلونکې بې ثباتي او دوهمي Osteoarthritis پکې پيدا کيږي. د محتاطی ارزيايي او تشخيص پواسطه لوی خطرونه بايد وپيژندل شي او د جراحي لپاره گام پورته شي.

عملیاتی درملنه:

ترخو چې د قدامی Cruciat lig خیری کیدل ورسره نه وي د انسي جنبي اربطې بې ډیره معذورتیا نه شي پیدا کولای خو که د Valgus بنکاره پر مخ تلونکې بې ثباتي ولیدل شي نو باید د Ligament قریبه یا بعیده نهایتو ته انکشاف ورکړای شي. د خلفی انسی کپسول قوه بیرته فعاله شي انسي ساختمانونه د Semimembranous tendon د پردوسره بیرته ورغول شي.

یواځی وحشي بی ثباتی لږه ده او گیلې یې دومره شدیدې نه دي چې جراحي ته اړتیا پیدا کړي خو که جراحي عملیې ته اړتیا پیدا شي نو باید په پورته ډول یاده شوی طریقو ترسره شي.

په یواځی ډول دخلفی Cruciat لیگامنت بې وسي نادره پیدا کیري ساتونکې درملنه یې کفایت کوي.

په یواځی ډول د قدامی Cruciat lig بې وسي نادره ده او د فزیو تراپی پواسطه یې درملنه کیري د وزن د زروړلو لپاره د Splint او Brace څخه گټه اخیستل کیدای شي. هغه ناروغان چی د سیالی او سپورتونو جاري ساتل غواړي یو څه نورو شیانو ته هم اړتیا لري. دیارغونی په جراحي عملیه کې د قدامی Cruciat اربطې په ځای د Patelet tendon څخه جوړ شوی Autologous graft کارول کیري چې دواړه نهایتونه یې د هډوکي سره په تماس وي.

Combined injuries: د بیارغونې د جراحي لپاره قدامی وحشي او قدامی انسي تدوري بې ثباتی دودیز لاملونه دي. کله چې د قدامی Cruciat lig سره یو ځای انسي او وحشي جنبي اربطې هم ځپل شوې وي نو یوازې د قدامی Cruciat lig رغونه بس دی. د خیری شوی قدامی Cruciat lig پر ځای Auto graft (په دودیز

ډول د Pateelar tendon څخه او کله کله د Hamstring tendon څخه ي
Allograft لگول کيږي. يو ښه مصنوعي Graft هم جوړ شويدي. وروسته د
عمليات څه حالت دنوي اړبڼې په تثبيت پورې اړه لري په ډيرو پيښو کې دلنډې
مودې لپاره د Splintage وروسته منظمه فزيوتراپي پيليري ترڅو د عضلاتو
کنترول وساتل شي او د شخې څخه مخنيوی وشي. ډيري ناروغان ۲ مياشتې
وروسته سپورت کولای شي.

دخلفي Cruciat ليگامنت د ټپونو درملنه چې نوري ورسره يوځای وي ورځ په
ورځ بدلون مومي. تر اوسه پورې دافکر کيده چې دا ناروغان ښه دنده لري
اودبيارغونې لپاره جراحي ته اړتيا نه لري خو نويو مطالعاتو ښودلې ده چې
Osteoarthritis د جراحي لپاره يو استطباب دی په ځانگړي ډول هغو ناروغانو
کې چې په Drawer test کې يې Tibia د ۱۰-۱۵ ملي متره خلفي تدور ولري.
دخلفي Cruciat lig سره يوځای ټول ټپونه بايد بيا ورغول شي.

Fractured Tibial inter condylar eminence or Spine

شديد Valgus يا Varus فشارونه او يا تاوونکي ټپونه کيدای شي د زنگون
اړبڼې په شدت سره کش کړي او د کونډيلونو تر منځ په بارزو کې کسر پيدا کړي
دا په حقيقت کې يو ډول د کشش بيلايل ټپونه دي چې په بالغانو کې چې
Cruciat lig يې خيري شوی. وي منځته راځي. داسې ويل کيږي چې په دوديز ډول
د باسيکل د ټکر څخه وروسته منځته راځي.

:Pathological Anatomy

دجداشوي هډوکي پارچه کيدای شي په خپل ځای پاتې شي او د رخوه انساجو

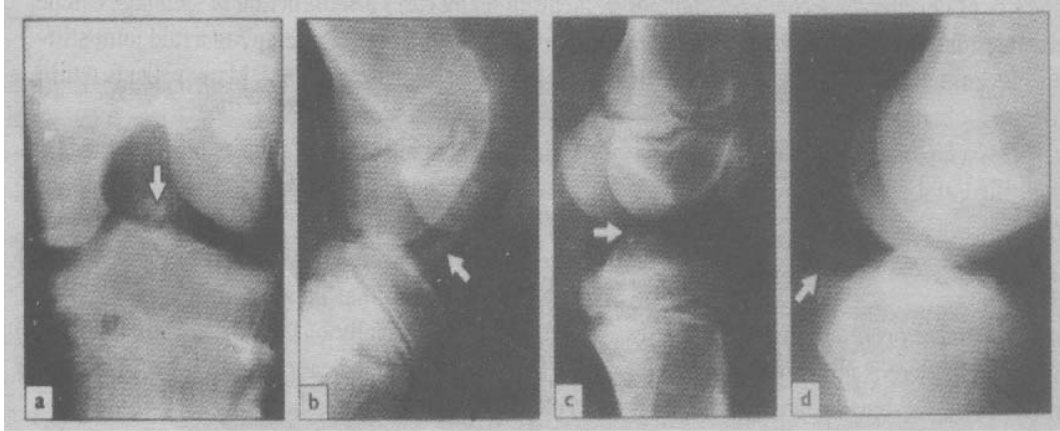
پواسطه په خپل موقعیت کې وساتل شي. کیدای شي په نیمګړې توګه قدامي نهایت یې بی ځایه شوی وي خو خلفي برخه یې نښتې وي او یا په بشپړه توګه جدا او بې ځایه شي. څرنګه چې د دې مفصلي سطحې د غضروف پواسطه پوښل شوي دي نو په X-Ray کې نه ښکاري. په X-Ray کې چې کوم خیال لیدل کېږي هغه به د حقيقي پارچې څخه وړوکی وي.

کلینیکي بڼه :

ناروغ چې په دودیزه توګه ماشوم یا بالغ وي زنگون یې بې حرکت او پرسیدلی وي. زنگون کش شوی، حساس او د خمیرې په څیر وي او د Aspiration (بذل) څخه یې Haemarthrosis ثابتېږي. د بې هوشۍ لاندې ازموینه کې لیدل کېږي چې بسط بلاک شوی، کیدای شي د نورو اړیکو تپونه ورسره یوځای وي دتل لپاره باید د Varus او Valgus ثبات او د Cruciat سستوالی وکتل شي.

X-Ray

X-ray دتل لپاره څرګنده نه وي او یوه وړوکی خلفي پارچه که X-ray په احتیاط ونه کتل شي کیدای شي له نظره پټه پاتې شي. د پارچه ډیری د کونډیلونو تر منځ بارزه وي چې په عکس کې به بې ځایه نه وي پورته خواته به ګرځېدې وي او یا به بشپړه له خپل ځای څخه بې ځایه شوې وي که د جنبي اړیکو د تپ شک شته وي باید د عمومي بې هوشۍ لاندې فشاري X-Ray واخیستل شي.



30-9

د Tibia د بارزې کسر

a.b دغه ځوان سپري خپل زنگون په فوتبال کې زخمي کړيدی او په X-ray کې يې يو غټه بې ځايه شوی Avulsion کسر ښکاري چې د Tibial spin دی.
 c. د Tibia د بارزې پر ځای کسر
 d. خلفي کسر چې خلفي Cruciat ليگامنت پکې Avulsion لری دا ډيری له نظره پټ پاتې کيږي.

درملنه :

د بې هوشۍ لاندې بند بذل کيږي او په ورو ډول بسط ورکول کيږي ډيری پارچه خپل ځای ته رسيږي او X-Ray ښيي چې کسر ارجاع شوی دی که پارچه تر لږه حده پورې پورته شوی وي او زنگون بشپړ بسط وکولای شي دغه وضعیت کيدای شي قابل دقبول وي. که زنگون بشپړه استرخانه شي کولای اويا ددهوکي پارچه ډيره بې ځايه شوي وي نو عملياتي ارجاع لازمه ده. پارچه ډيری څومره چي گمان کيږي دهغه څخه غټه وي. بايد بيرته په خپل ځای کې د Suturs پواسطه ولگول شي. که Physis تړل شوی وي کولای شو دواړه Screw په واسطه تثبيت وکړو. د تړلې يا خلاصې ارجاع څخه وروسته زنگون ته په مستقيم حالت کې پلاستر تطبيقيږي. داتر ۲ اونيو دوام کوي او له دې وروسته حرکاتو ته تشويق کيږي پايله يې ښه ده او په دريو مياشتو کې بشپړ حرکات تر لاسه کيږي. کيدای شي په

ازمونه کي لږ څه نور سستوالی هم ولیدل شي خو دا نادرا گیلې ورکوي.

اختلاطات

۱ - Unreduced Fracture : کیدای شي تشخیص غلط شي او یا هډوکینه پارچه بې له ارجاع څخه پاتې شي. کله چې په څلورو میاشتو کې زنگون بشپړه استرخا لاس ته رانه وړه نو باید په پورتنیو دواړو حالاتو باندې شک اوسي او تشخیص باید د X-ray او CT سکن پواسطه تصدیق شي. درملنه یې ډیره گرانه ده. که بارز هډوکی غوڅ شي نو د Cruciat دندې ته زیان رسیږي خو معذورتیا ترې نه پیدا کیږي. هغه مهال چې اریبته تقلص وکړي نو پارچه له ځان سره کش کوي او ژوره نښلي.

۲ - Associated ligament injuries

همیشنی بې ثباتي د جنبي اریبې تپ راپه گوته کوي چې دهډوکی د تپ سره یوځای شتون لري فشاري X-ray د تشخیص سره مرسته کوي.

Dislocation of the Knee:

زنگون دکافي مقدار قوی پواسطه چې دسرک په ټکر کې لیدل کیږي بې ځایه کیږي Cruciat lig او یو یا دواړه جنبي اریبې هم څیرې کیږي.

کلینیکي بڼه:

په زنگون کې شدید Brusing پرسوب او سوء شکل وي. په پښه کې باید دوینې دوران وکتل شي ځکه چې کیدای شي Popliteal شریان بند شوی او یا څیری شوی وي. دعصبی ټپونو له پاره باید په بعیده برخو کې د حس قوه ارزیابي شي.

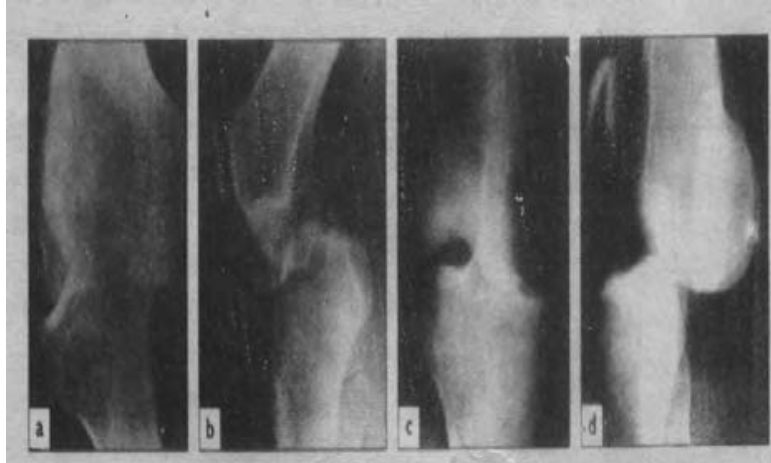
X-Ray

ځينې وخت د خلعې سره يوځای په X-ray کې د قصبې د بارزې کسر هم ليدل کيږي. که د وينې د دوران په اړه شک شته وي بايد Arterogram ترسره شي.

درملنه :

د بې هوشۍ لاندې ارجاع لازمي ده دا په دوديزه توگه داسې ترسره کيږي چې پنبه مستقيماً راکنبل کيږي خو بايد د فرط بسط څخه ځان وساتل شي ځکه چې کيدای شي Popliteal رگونو ته زيان ورسوي چې که ارجاع ترسره شوه نو پنبې ته د Back splint پواسطه استراحت ورکول کيږي. زنگون به ۱۵ درجې Flexion ولري. دوينې دوران بايد بيا بيا وکتل شي. که بند غير ثابت وي نو قدامي خارجي Fixator بايد تطبيق شي کله کله تړلې ارجاع ناکام کيږي ځکه چې انسي اړيکه د ورون او د قصبې د کونډيلونو تر منځ پرته ده بايد خلاصه ارجاع ترسره شي اړيکه په خپل ځای کې وگڼدل شي او محفظه ورغول شي همدارنگه که خلاص زخم شته وي او يا رگونه زخمي شوي وي نو عمليات ته ضرورت لري همدغه يې د ترميم موقع ده او په وروسته وخت کې بايد ورسره کار ونه لرل شي.

کله چې پرسوب له مينځه لاړ يو Cast بايد تطبيق او تر ۱۲ اونيو پورې وساتل شي له اول سر څخه بايد د څلور سرې عضلې تمرينات پيل شي. څومره ژر چې ناروغ پنبه پورته کولای شي همدومره ژر ناروغ وزن هم وړای شي کله چې پلاستر ليري شي د زنگون حرکات بيرته اعاده کيږي.



30,10
 دزنګا نه خلع a,b خلفي خلع c,d قدامي خلع .

30,11
 دزنګون خلع : a.b خلفي وحشي خلع c.d قدامي انسي خلع



۱۱ - ۳۰ دزنګون خلع او درګونو تروما

a.b داناروغ د خلع شوي زنگون سره روغتون ته داخل شوي وو او وروسته له ارجاع څخه

c .X-ray يې ايو Arterogram

چې دزنګون دپاسه د رګونو غوڅيدل بنسټي که داغوڅيدل ونه پېژندل شي او درملنه يې طميناني بنسټي نه کاريدده خو دوران اطميناني نه وو.

d . ونه شي کيدای Amputation ته اړتيا پيدا شي .

اختلاطات :

۱- لمړني ۲- وروستنی

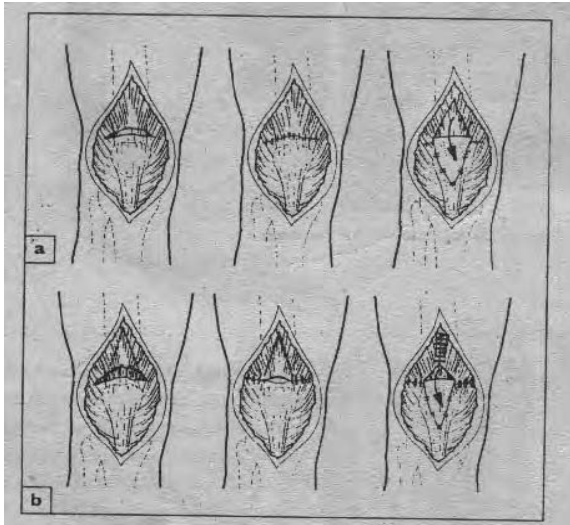
۱- لمړني اختلاطات : په دودیزه توګه په دوه ډوله دي .

الف : شرياني زيان : په دودیزه توګه په دې ټپونو کې Popliteal شريان زخمي کيږي او بېړنۍ رغونې ته اړتيا لري.

ب : Nerve injury : په دودیزه وحشي Popliteal عصب ټپي کيږي خو له نيکه مرغه دغه بیره په خپله رغيږي.

۲- وروستي اختلاط : په وروستيو اختلاطونو کې لاندې اختلاط شامل دي.
الف : Joint instability : قدامي خلفي يا وحشي تاويدنه شته وي خو څرنگه چې څلور سرې عضله ډيره قوي ده نو شديده معذورتيا نه پيدا کيږي.
ب : شخي : د غير متحرک کيدلو له کبله حرکات له مينځه ځي او زنگون شخي پيدا کوي. شخي کيدای شي د بې ثباتۍ په پرته زيات تکليف ورکړي.

Acute injuries of the Extensor apparatus
د څلور سرې عضلې په Tendon کې کيدای شي په extensor apparatus شلیدل رامینځ ته شي. داشلیدل د څلور سرې عضلې او د Patela د قریبه برخې په ساحه کې، د Patela او Rentinacular په وسعت کې، د Patela په اړيښه کې او د Patela د نښتلو په ځای کې یا د Tibia د توبرکل په ساحه کې رامینځ ته کيږي د Patelar لیگامنت ته ځینې وخت Patelar tendon وايي.



30-1

دڅلور سرې عضلې د وتر دڅيرې كيدلو رغول.
 A: ناڅاپي څيرې كيدل په دوديزه توگه د څلور سرې
 عضلې دوتر ديوې قسمي پيرې
 B: نو غونج شوي نهايات ديو پوره پير
 V شكله Flap پواسطه سره يو ځای كيږي

د Patela په ټول مستقيمو كسرونو كې د ټپ ميخانيكيت يو شان دى. د زنگون ناڅاپي استرخا د ټينگار په مقابل كې اويا ناڅاپي Passive flexion په داسې حال كې چې څلور سرې عضله تقلص لري ټپ رامينځ ته كوي - ناروغ په زينه د ختلو تاريخچه وايي يا د پښې دنښتلو تاريخچه وايي اويا وايي چې په خټو ككړ دروند او كلك فوټبال يې په لغته وهلى دى. ناروغي د پرمختگ تلونكي عمر سره يو ځای پيښيدو ته ميلان لري. دبلوغ په پړاو كې د Tibia دتوبركل د Avulsion كسرونه پيداكيږي ځوان بالغ Sportmans د Patela اربيطه څيرې كوي د منځني عمر بالغان د Patela كسر وركوي او زرو خلكو كې په ناڅاپي توگه د Quadriceps د وتر (Tendon) څيروالى پيداكيږي

Rupture of the Quadriceps tendon

ناروغ په دوديز ډول زور وي او كيدای شي د DM او Rheumatoid ناروغيو تاريخچه ولري او يا كيدای شي د Corticosteroid پواسطه درملنه شوى وي

همدارنگه په ځوان لوبغاړي کې په ناڅاپي توگه څيرې کيدل رامینځ ته کيدای شي د زخم څخه وروسته شديد درد پيدا کيږي او زنگون خپله دنده له لاسه ورکوي. Bruising او ځايي حساسيت موجود وي ځيني وخت د Patella قريبه برخه کې يو خالی ځای جس کيږي چې داخالی ځای د څيرې کيدلو په مانا ده ناروغ Leg ته Extension نه شي ورکولی چې د بشپړ څيرې کيدو په معنی ده اويا ضعيفه Extension ورکولای شي چې د نیمگړې څيرې کيدو په معنی ده تشخيص يې د MRI پواسطه تصدیق کيږي.

درملنه:

۱ - Partial tears : غير عملياتي درملنه کفايت کوي د ۲ اونيو لپاره Plaster cylinder تطبيقیږي چې د فزيوتراپي پواسطه تعقيبیږي اود فزيوتراپي موخه د زنگانه د Flexion فعالول او د څلور سرې عضلې قوي کول دي.

۲ - Complete tears : مقدم عمليات ته اړتيا ده او که ترسره نه شي نو څيرې شوي فايبرونه Retract کوي نو رغونه به بيا ډيره گرانه وي. د Quadriceps د Tendon د يوې مثلي توتې پواسطه چې قسمي پيروالی لري. End to end گنډل ترسره کيږي. که Tendon د Patella د قريبه قطب څخه ليري شوی وي نو بايد بيرته د کشش کوونکو سچورونو پواسطه ورسره وگنډل شي.

وروسته د عمليات څخه زنگون د بسط په حالت کې ۲ اونۍ په Cast کې ساتل کيږي او د فزيوتراپي پواسطه تعقيبیږي د ځنډني Rupture ترميم ډير گران دی ځکه چې نهايات غونج شوي وي د انسي او وحشي نهاياتو د تړلو پواسطه د دوي تر منځ فاصله کميدای شي اوپاتې شوی مرکزي خالی ځای د څلور سرې عضلې د

وتر د پوره پیر V.flap پواسطه پوښل کیږي. بهرته راویستل شوی یا Cerclage wire د رغونې ساتنه کوي.

د رغونې پایلې په بیړنۍ رغونه کې ښه دی او ډیری ناروغان په پوره قوت، پوره حرکت لاسته راوړي او یا به لږه غونډی عحیدلی پاتی شي د موخړې رغونې په اړوند وړاندوینه نه شي کیدای.

Rupture of the Patellar ligament

دایو غیر دودیز تپ ده چې په ځوانو لوبغاړو کې لیدل کیږي او څیرې کیدل همیشه په قریبه او یا بعیده تماسی نقاطو کې مینځ ته راځي ناروغ کیدای شي Tendinitis او ځایي کورتیزون انجکشن کارولي وي. ناروغ د ناڅاپي درد تاریخچه وایي چې د زنگانه دسبط په وخت کې ورته پیدا کیږي او د Bruising پواسطه تعقیبېږي. د Patela په ښکتنۍ څنډه او یا بعیده برخه کې حساسیت او پړسوب شتون لري. په X-ray کې Patela لوره ښکاري او ښکاري چې ددهډوکی یوه پارچه د اربیطې د تماس په قریبه یا بعیده برخو کې شته ده MRI د نیمگړې او بشپړې څیرې کیدنې توپیر کوي.

درملنه :

د نیمگړې څیرې کیدنې درملنه د Plaster cylinder د تطبیق پواسطه کیږي بشپړ څیرې کیدنه عملیاتي رغونې یا ددهډوکی دوباره تماس د Tendon سره عملیات ته اړتیا لري. Patela باندې باید ښکته خواته دیو Wire پواسطه فشار واچول شي او د قصبې د Tubersity خواته راکش شي ددې له کبله د Suture په

لیکه باندی فشار کمیږي. وروسته له عملیات څخه زنگون ۲ اونۍ د بسط په حالت کې بی حرکت ساتل کیږي. دمورخو پینسو درملنه گرانه ده ځکه چې Patela پورته خوا Retract شوې وي کیدای شي دوه پړاويز عملیات ته اړتیا پیداشي. لومړی باید غونج شوی انساج راخوشې شي او مستقیما په Patela کې ترکشن واچول شي او په وروستی پړاو کې د Patela اریطه رغیږي او د Fascia lata پواسطه قوي کیږي. دلته هم یو Wire ته اړتیا ده چې فشار له مینځه یوسي وروسته له عملیات څخه په پنبه کې یو اوږد Cast استعمالیږي او زنگون ۲ اونۍ بسط حالت کې ساتل کیږي اوداکار د Brace پواسطه تعقیبېږي تر څو زنگون بشپړ مستحکم شي دناڅاپي څیرې کیدلو مقدمه رغونه بڼې پایلې ورکوي. مورخه رغونه لږه کامیابي لري او کیدای شي دناروغ پنبه مستقله د بسط په حالت کې پاتی شي.

Fracture of the tibial tubercle

د Tibia د توبرکل کسر یا Avulsion په ځوانانو کې د سپورت د تپ په ډول پیداکیږي. کله چې څلور سرې عضله دتقلص په حال کې وي او زنگون په ناڅاپي توگه په Flexion مجبورشي نو د توبرکل څخه یوه پارچه یا کله کله apophysis له هډوکي څخه جداکیږي. تشخیص د تاریخچې پواسطه وړاندیز کیږي د Tubercal د پاسه ساحه پرسیدلې او حساسه وي اودفعال بسط له کبله درد پیداکیږي. په جنبي X-ray کې کسر ښکاري ځینی وخت Patela پورته شوی وي او د اتصال بعیده نقطه یې پریښی وي یو نیمگړی کسر په پنبه کې د اوږده Cast پواسطه د ۲ اونیو لپاره درملنه کیدای شي بشپړ کسر په خلاصې ارجاع او د Pins او Screw

پواسطه د تثبیت له لاری درملنه کیږي او Cast د ۲ اونيو لپاره تطبیق کیږي.

Osgood – schlatter's disease

که د Patela په اربطه باندي بیا بیا کشش او فشار شتون ولري. نو ددې له کبله د قصبې د توبرکل د پاسه درد، حساسیت او پرسوب لیدل کیږي. دا حالت په هغو بالغانو کې زیات دی کوم چې د سپورت مینه وال دي. درملنه یې د گیلوتر ورکیدلو پورې د سپورت پرینودل دي.

Fractuerd Patella

Patela یو Sesamoid هډوکی دی چې د Quadriceps د وتر او Patelar ligament سره په تماس کې دی د Patela په جنبی څنډو پورې د Vastus medialis او Latralis برخې هم نښتې دي. بسطی پټی دانسي او وحشي بسطي Retinaculum پواسطه بشپړه شویده کوم چې د Patela څخه تیریري او په قریبه Tibia پورې نښلي د Patela میخانیکي دنده داده چې د زنگون د تدور د مرکز څخه بسطي پټی لیرې وساتي او قدامي Lever arm اوږد کړي او دڅلور سری عضلی فعالیت زیات کړي. د Patela د کسر درملنې لپاره باید په ټول بسطي میکانیزم بشپړ پوه شو. که بسطی Retinaculum خپل تماس له لاسه ورنه کړي نو د Patela د کسر سره سره زنگون فعال بسط کولای شي.

Mechanism of injury & Pathological anatomy

Patella کیدای شي چې دمستقیمې قوې پواسطه چاود وکړی لکه Tile چې د خټک د ضربې لاندې راشي او یا د غیر مستقیم کش کیدونکې قوت پواسطه کسر

ورکړي او هډوکی سره جدا شي. کله کله ورسره Extensor شکيږي.
۱- نيغ په نيغه تپ: په دوديز ډول په زنگون باندې رالويدل او يا زنگون د موټر سره لگيدل يو پر ځای Crack پيدا کيږي يا Comminuted کسر مينځته راوړي (Stellate) خو بسطي جوړښتونو ته کوم شديد زيان نه رسيږي.
۲- indirect injury

داتپ هغه وخت پيدا کيږي کله چې يو څوک خپله پښه د لوييدو د مخنيوي په خاطر کلکه ونيسي نو څلور سري عضله قوي تقلص کوي او کسر پيدا کيږي. دا يو مستعرض کسر دی چې د پارچو ترمنځ يې واټن شتون لري.

کلينيکي بڼه:

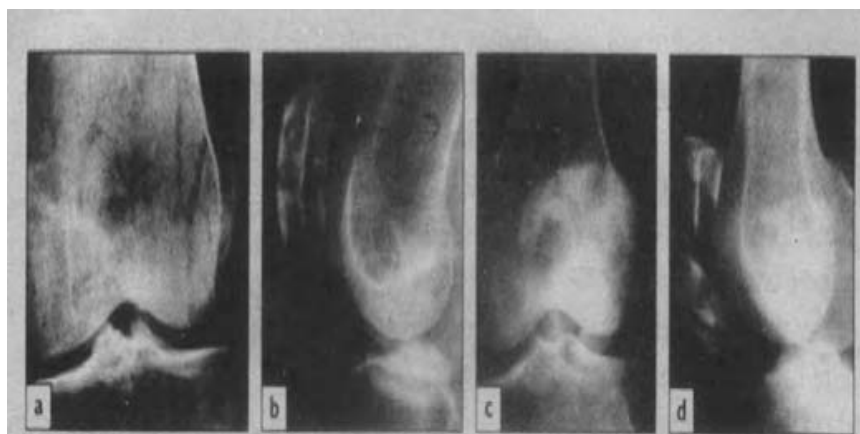
د ځانگړو تپونو څخه وروسته زنگون پړسيدلی او دردناک وي. د بند په تڼه باندې Bruising يا Abrasion شته وي. Patella حساس وي او ځيني وخت يو خالي ځای په کې احساس کيدای شي. د زنگون فعال بسطي حالت بايد وکتل شي. که ناروغ په غځولي حالت کې خپله پښه پورته کولای شي نو څلور سري عضله تر اوسه پورې فعاله ده که دامانوره ډيره دردناکه وي نو فعال بسط په داسې حالت کې ترسره کيدای شي چې ناروغ په يو اړخ باندې پروت وي. که Effusion شته وي نو د بدل پواسطه وينه او شحمي څاڅکي په کې معلوم کيږي.

: X-Ray

X-ray کې کيدای شي يو يا څو کسري خطونه د بې ځايه والي څخه پرته، ډير کسرونه د غير منظم بې ځايه والي سره او يا داسې مستعرض کسرونه چې د پارچو

ترمينخ يې واټن شته وي وليدل شي نورمال حالت دغير نورمالو څخه دتوپير کولو لپاره بايد د دواړو زنگونو پرتليزه X-ray واخيستل شي.

د Patella کسرونه د مستعرض، طولاني، قطبي اوڅو پارچه يي کسرونو په ډول ډل بندي شوي. په دوي کې هر يو کيدای شي بيځايه شوی اويا پر ځای وي. دپارچو جداوالی ارزښت لري ځکه که دا د Patella د بند سطحی له پاسه وي همداراز په مستعرضو کسرونو کې هم اهميت لري. خو د ۳ ملي مترو څخه کمه فاصله اهميت نه لري. يو کسري خط چی په مايله توگه د Patella په علوي وحشي کونج کې غځيدلی وي بايد ديوه هموار او منظم او نورمال Patellar line سره غلط نه شي. مخالف زنگون هم وگورۍ که چيرې Bipartite patela وي نو په نورمال زنگون کې به هم شته وي.

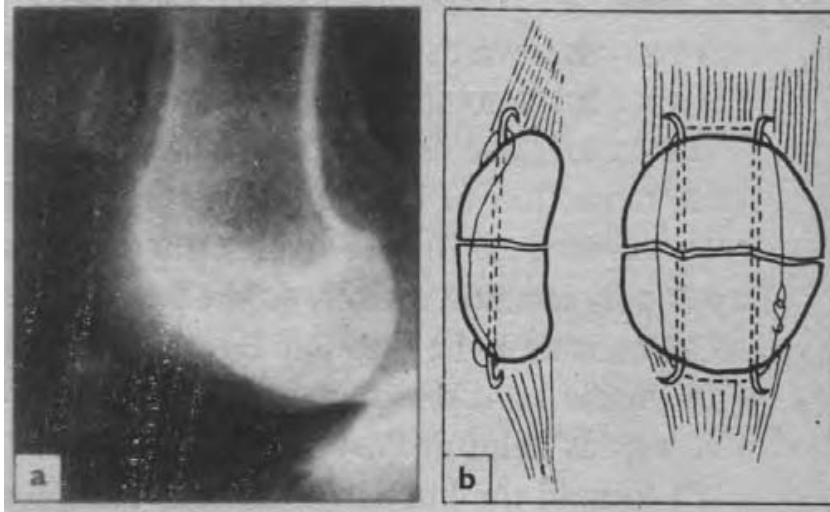


30,13

د Stellate Patella

A.b هغه کسر چی په کمه اندازه اويا هيڅ نه وي بې ځايه شوی کيدای شي د خلفي Slab plaster پواسطه يې درملنه و شي کوم چې د ورځې C.d. په شديد Commutation کې د Patella ويستل غوره درملنه ده ځينې جراچان فکر کوي چې ځينې پارچې بايد په خپل ځای کې که ممکن وي خوندي وساتل شي.

په بيلا بيلو وختونو کې دفعال تمرې



30,14

د *Patella* مستعرض کس

جداشوی پارچی

A: د K.wire پواسطه له دواړو طرفونو تثبیت شویډی اوقات کیدونکي وایر د K.wire دوتلو نهایتو څخه چاپیره شویډي او د Patella په سطح کلک تړل شوي دي. ن کولو لپاره خوشي یا ایسته کيږي.

درملنه

۱- په ځای او یا لږ بې ځایه شوي کسرونه: که بند کې وینه شته وي نو بذل ترسره کيږي. بسطی میخانیکیت په خپل حال دی او درملنه یې ساتونکي ده یو Plaster cylinder چې زنگون نیغ ساتي ۳-۴ اونيو لپاره اغوستل کيږي او په دی موده کی دڅلور سرې عضلې تمرینات هره ورځ ترسره کيږي.

۲- Comminuted or stellate fracture

extensor expansion بڼه سالم وي او ناروغ خپله پښه پورته کولای شي خود patella بڼکتني مفصلي سطح غیر منظمه وي او د Patella او د ورون بند ته د زیان د رسیدلو خطر شته وي. له همدې کبله ځینې خلک د Patelectomy طرفداران دي او د بې ځایه والي چندان پرواه نه کوي. نورو پوهانو ته دا خبره په

ځای بنکاري چې که پارچې ډیرې نه وي بې ځایه شوي نو Patella باید خوندي وساتل شي. یو شاتنی Slab باید تطبیق شي خو د تمرین لپاره باید دورځې خو ځلي لیری شي ترڅو پارچې سره یو ځای شي او فعالیت اعاده شي.

۳- Displaced transver fracture

وحشي جوړښتونه خیرې شوي او بسطی میکانیزم خرابه شوی. عملیات یې لازم دی د Longitudinal incision په واسطه پارچې ارجاع کیږي او د دوه سختو K.wire پواسطه تثبیت صورت نیسي. نرم وایر له دې وروسته د K.wire د وتلو برخو څخه کلک تاویږي او د Patella نه هم تاویږي په بسطی جوړښتونو کې خیریوالی لږ وروسته رغول کیږي. د خلف له خوا یو Slab پلستر تر هغې ور اغوستل کیږي ترڅو چې د زنگون فعال بسط لاس ته راشي. خلفي Slab پلستر کیدای شي هره ورځ لیری شي ترڅو زنگون ته د فعال Flexion حرکاتو اجازه ورکړي. د مفصلي سطحې پاتې شوني زیږوالی باید د فعالو حرکاتو پواسطه بنویه شي. که چیرې وروسته شدیدې گیلې او نښې پرمختګ وکړي نو Patella کیدای شي لږ وروسته وویستل شي د Post traumatic patellectomy په پرته پدې حالت کې زنگون په تیزی سره رغیږي.

Out come

ناروغان په دودیزه توګه خپله دنده بیرته لاس ته راوړي خو د زخم په شدت پورې اړه لري. ددې وروسته تر ټولو ارزښتناکه پیښه د Patela او Femur د Osteoarthritis پیښیدل دي.

د Patella خلع

داچی د Patella هډوکی په طبیعي ډول په وحشي طرف ټیله کیدلو ته میلان لري ځکه چې زنگون په نورمال ډول په کمه اندازه د Va I gus په حالت کې کورډوالی لري. د Patella وحشي کورډوالی د زنگانه د بسط په مهال کله چې د Quadriceps عضله تقلص کوي د یو شمیر فکتورونو پواسطه ساتل کیږي چې دغو فکتورونو کې اول داچې Patella د کونډیلونو ترمنځ په میزابه کې واقع ده اولې وحشي خواته غاړه یې نیولی ده. د Extensor عضلاتو د تقلص پواسطه په میزابه کې ساتل کیږي او دوهم داچې کله Patella د کونډیلو ترمنځ په میزابه کې حرکت کوي نو Extensor retinaculum او Patello femoral lig یې د مرکز خواته رهنمایی کوي. په انسی خوا کې انسي Patellofemoral اړیبه تر ټولو اهمه څارونکې اړیبه ده. د Patella د علوي انسي غاړې څخه دانسي ورون کونډیل ته لږ او یا ډیر واضح ساختمانونه په ژور ډول Vastus medialis څخه غځیدلي دي. په اضافي توګه د انسي Patello mensical، Patello tibial lig او دانسی Retinacular ریشو پواسطه patella ته قوت ورکړل شوی. په نورمال زنگون کې کافي قوې ته اړتیا ده چې Patella دخپل ځای څخه واپروي خو لدې سره سره که د کونډیلونو تر منځ میزابه پرته یانې ډکه وي یا Patella دخپل نورمال موقعیت څخه پورته موقعیت لري یا لیګامنتونه سست وي خلع واقع کیدای شي.

د جرحي ميخا نګيت:

کله چې زنگون د Flexion په حالت کې وي او څلور سرې عضله د استرخاء په حالت کې وي نو کيدای شي د مستقمی ضربی پواسطه Patella وحشی خواته تيله شي خودا کار نادراً پېښېږي په ډيری تروماتيکو پېښو کې خلع د غير مستقیمی قوی په واسطه پيدا کېږي چې په دې حالت کې زنگون غځيدلی او Valgus او خارجي تدوری حالت کې وي او څلور سرې عضله په ناخاپي توګه شديد تقلص کوي په ځانګړی توګه دا کار د لوبوپه ميدان کې پېښېږي کله چې منډه وهونکی يوې خواته کورې شي patela جنبي خواته بی ځايه کېږي او انسي Patellofemoral اربيطه او Retina cular fiber کيدای شي څيرې شي. مساعد کونکی فکتورونه د اناتوميک تغيراتو لکه Genovalgum ، د قصبې (High Tibiac torsion) (riding patela) او دکونډيلونو تر منځ ډکه ميزابه ده همدارنګه د عضلاتو کمزورتيا او داربطو د سستوالي له کبله د Patella د حرکاتو د حدود زيات والی هم مساعد کونکی فکتور دی.

کلينيکي بڼه:

د خلعي په لومړی وخت کې ناروغ د څيرې کيدلو احساس کوي او داسی فکر کوي چې زنگون د بند څخه وتلی دی او د منډی په مهال په ځمکه رالويږي. ډيری Patella په خپل سر خپل ځای ته ځي خو که بې له ارجاع پاتې شي نو واضح سوء شکل لري بی ځايه شوی Patella چې د زنگون په جنبي خوا کې يې ځای نيولې دی په اسانی سره نه شي مشاهده کيدای خو د ورون انسی کونډيل برجسته وي او د

Patella سره غلطیږي. فعال او منفعل دواړه حرکات امکان نه لري په نادر و داخل مفصلي خلعو کې Patella د کونډیلونو تر منځ نښتې وي او د زنگون په مخ واضحه برجستگي لیدل کیږي. که خلع په خپل سر ارجاع شي نو زنگون به پرسیدلی او Bruising ولري او په انسي اړخ کې به یې حساسیت شته وي که په بند کې مایع شته وي نو په بذل کې وینه راځي او که شحم په کې راغله نو هډوکینی غضروفي تخریب به شته وي. که خلع بیا بیا پیدا کیږي نو گیلې او نښې ډیرې خرگندې نه وي خوښه انزار نه لري د خپل سري ارجاع وروسته زنگون نورمال ښکاري خو د ادراک په واسطه معلومیدای شي.

تصویر:

د قدامي خلفي، جنبي او X-ray Tangential په کار ده چې واخیستل شي. په غیر ارجاع شوې خلع کې Patella جنبي خواته بی ځایه شوې او یا کور شوې وي خو په ۵% پینو کې ددې سره هډوکینی غضروفي کسر شته وي. د MRI پواسطه د رخوه انساجو افات د مفصلي غضروف افات او د هډوکي افات ښه معلومیدای شي.

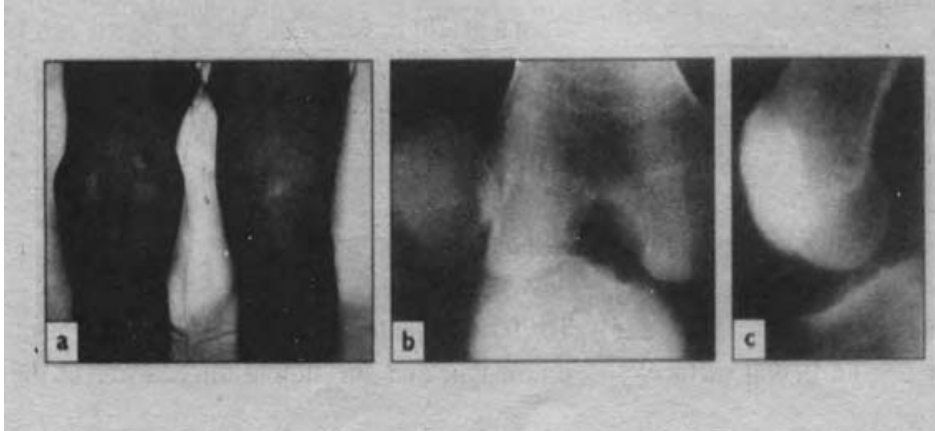
درملنه:

په ډیرو پینو کې Patella له ستونزې پرته شاخواته تپله کیدای شي بې هوشۍ ته همیشه اړتیا نه شته په غیر د داخلي مفصلي خلعي (intracondylar) چې وازې ارجاع ته اړتیا لري. که چیرې د رخوه انساجو د څیری کیدلو نښې نه وي پرسوب کم وي Bruising نه وي او لږ غونډې حساسیت شته وي نو په دودیز ډول Cast splintage کفایت کوي. بند باید بذل شي او بیا د بسط په حالت کې بې حرکته شي. د Patella په جنبي اړخ کې که لږه غونډی تپته کیښودل شي نو رخوه

انساج د استرخاء په حالت کې ساتي. Cast باید ۲-۳ اونيو پورې کينبودل شي او له دې وروسته ناروغ باید ۲-۳ میاشتو پورې دخلور سری عضلی تقویوی تمرینات پیل کړي همدا طریقه د شدیدو خلغو لپاره هم استعمال کارول کيږي که Bruising ، پړسوب او په انسي خوا کې حساسیت ډیر زیات وي نو غالباً Patellofemoral اړیطة او Retinacular انساج به خیری شوي وي نو باید ډیرنۍ جراحي پواسطه ارجاع او دیبا خلعی څخه مخنیوی وشي.

جراحی درملنه :

ساحه د انسي شق دلارې خلاصیږي. که Patello femoral اړیطة د ورون څخه بې ځایه شوې وي (Avulsion) نو په مناسبه طریقه بیرته ننبلول کيږي او که منځنۍ برخه یې خیرې شوی وي نو گندل کيږي. په همدې وخت کې که وحشي Retinaculum سخت وي یا ید سست کړل شي او که غټ تپ وي نو په ځای باید تثبیت شي. عضروفي هډوکینه پارچه که وړه وي باید لیرې شي. د عملیات څخه وروسته زنگون ته د بسط په حالت کې Cylindral cast تطبیق کيږي. د اتر ۲ اونيو پورې ساتل کيږي او چې پړسوب کم شو نو بدلول کيږي. د وزن وړل اجازت لري د Cast له لیرې کولو څخه وروسته د خلور سری عضلی تمریناتو ته هڅول کيږي.



۱۵ - ۳۰ د Patella خلع

A نبي خوا Patella جنبي خواته بي ځايه شويده او هموار بنکاره کيدل يې ځانگړنه ده.
c.d : د Patella د تروماتيکي خلعي قدامي خلفي او وحشي فلمونه.

غت اختلاطي د خلع بيا بيا پيښيدل دي. هغه ناروغان چې اوله خلع يې په غير عملياتي طريقه درملنه کيږي ۱۵-۲۰% واقعاتو کې بيا خلع ورکوي دا په دې پورې اړه لري چې نورې مساعدونکې اېنارملتي گانې شته او که نه د خلعو مخنيوی د ټولو شته او مساعد کونکو فکتورونو په له مينځه وړلو سره کيدای شي.

اختلاطات :

Osteo chondral injuries

هډوکيني غضروفي کسرونه او Osteochondritis dissecans د مفصلي سطحو Subchondral هډوکو يو ډول ټپونه دي دواړو حالتونو لپاره د زنگون بند يو دوديز ځای دی. افت په دوديزه توگه د ورون په کونډيلونو، د کونډيلونو تر منځ

په میزابه کې او یا د Patella په انسي مخ باندې پیدا کیږي او داسې فکر کیږي چې په مفصلی سطح باندې د Patella د سولیدو له کبله پیدا کیږي.

Chondral fractures

ناروغ د Patella د خلعی او یا دزنګون دپاسه د ضربی تاریخچه وایی مفصل پرسیدلی وي او په بذل کې وینه لرونکی مایع چی د شحم د خاڅکو سره یوځای وي راوځي. په معیاري قدامي خلفي او وحشي X-ray کې ابناړملتي په ندرت سره معلومیدلی شي. که د تشخیص گمان راځي نو په Tunnel او د Patella په Skyline منظرو سره باید X-ray واخیستل شي خوبیا هم د کسر لیدل ستونزمن دي ځکه چې افت په داخل مفصلی غضروف کې شتون لري. MRI او Arthroscopy په تشخیص کې ډیره مرسته کوي

درملنه :

ورې پارچې باید وویستل شي ځکه چې گیلی پیدا کوي، هغه غټې پارچې چې دوزن وړلو په نقاطو کې واقع وی باید بیرته د هموارو Pins یا Screw پواسطه سره ونښلول شي د عملیات څخه وروسته د ۶ اونیو لپاره په پښه کې یو اوږد Cast تطبیقېږي.

ځینې وخت د کونډیلونو تر منځ په قدام کې د Cartilage د نقصان یوه غټه ساحه یا یوه کنده پیدا کیږي. پخوا داسې فکر کیده چی ددغو برخو د تورلو څخه پرته هیڅ هم نه شي کیدای په اوسني وخت کې په دې ځایونو کې د غضروف پیوند لگول کیږي او ښې پایلې یې ورکړيدي.

Osteo chondritis dissecans

په Teen agers او ځوانو بالغانو کې چې د زنگون د وقفوي درد څخه گيله کوي ليدل شويدي چې د ورون دانسی کونډيل په وحشی اړخ کې په دوديزه توگه په يوه توتپه ځای کې هډوکينی غضروفي نیکروزس شته وي. دا غالباً يو تروماتیک افت دی چې د Overlying Patela د تماس اويا د قصبی د Lateau د دمجاوري څنډې د شکيدو له کبله پيدا کيږي.

Tibial plateau fractures

کله چې د محوري وزن ورلو سره د Varus يا Valgus قوی په يو ځای شي نو په قصبی Plateau کې کسرونه پيدا کيږي. دا پيښه ځيني وخت چې کله يو سرې پياده روان وي او دموتېر په واسطه ووهل شي (نو ځکه ورته Bumper هم وايي). خو په ډيری پيښو کې کله چې يو څوک د يوې لوړ ځای څخه په دا سي حالت کې راوغورځيږي چې زنگون په Varus او يا Valgus مجبور شي د Tibia کونډيل د ورون د کونډيل پواسطه ميده کيږي اويا جلا کيږي خو سره تماس لري.

Pathological anatomy

د کسر اندازه او دبی ځایه کيدنې درجه د قوې په سمت او د قصبی په پورتنی نهایت کې د هډوکي په ځانگړنو پورې اړه لري. تر ټولو غوره ډل بندي د Schatzker تصنيف بندي ده چې په لاندې ډول بيان شويدي.

1- Type 1 : Vertical split of the lateral condyle

دا هغه کسر دی چې په دوديزه توگه په ځوانانو او په متراکم هډوکي کې پيدا کيږي. دا کيدای شي چې په عمودي توگه په ځای وي اويا د فاني په شکل د کونډيل پارچه بنکته خواته تيله شوې او کره شوی وي. تخریب شوی وحشی Meniscus

کیدای شي چې په غاړه کې نښتی وي.

2- Type II : Vertical split of the lateral condyle combined with depression of adjacent load bearing part of the condyle.

ترجمه : دوحشي کونډیل عمودي کسر چې د کونډیل د وزن وړونکې برخې تر فشار لاندې راتللو سره یوځای واقع شي:

د فاني په شان پارچه چې جسامت یې د کونډیل د غاړې د وړې ټوټې څخه واخله د کونډیل تر یوې غټې برخې پورې توپیر کوي شتون لري او وحشي خواته بې ځایه شوې وي ، بند پراخه شوی وي او که ارجاع نه شي نو په وروسته وخت کې د Valgus سوء شکل پیدا کوي (دلته هم یوه مفصلي پارچه ښکته راغلې او هم وحشي مفصلي سطحه جدا شوی وي)..

3- Type III : Depression of the articular surface with an intact condylar rim

ترجمه : د کونډیل د غاړې د اتصال په موجودیت کې مفصلي سطحې تر فشار لاندې راتلل:

دا کسر د Plataeu تر ټولو دودیز کسر دی چې په زور Osteoporotic خلکو کې پیدا کېږي داد دودیزې تروما پواسطه مینځ ته راځي بند به په دودیزه توګه ثابت وي او حرکات زغملای شي.

4- Type IV : Fracture of the medial tibial condyl

په دې ډله کې دوه ډوله کسرونه شامل دي

A : په زرو Osteoporotic خلکو کې د رالويدو فشاري کسرونه.

B: دزیاتې قوې په واسطه پیداشوي کسرونه چې کونډیل په کې مات شوی وي او ماتیدل په مایله توګه د کونډیلونو د برجستگی څخه تر انسي Cortex پورې دوام

کوي د Varus کور حالت کيدای شي په شديدو توگه وحشي Collateral اړيکه
خيري کړي او دکشش له کبله Peroneal عصب ته زيان ورواړوي.
ددې کسرونو د شدت اندازه نه شي مالوميدای.

5- Type V: Fracture of both condyles

دواړه کونډيلونه ماتيري او دقصبې جسم د دوي تر منځ د فاني يا Wedge په
شکل معلوميري.

6- Type VI: Combined condylar & subcondylar fractures.

دا د زياتې قوې د کارونې له کبله پيداشوی تپ ده چی شديد Commutation
مينځ ته راوړي. د قصبې جسم په بنکاره توگه دقصبې د کونډيلونو څخه جداشوی
وي.

کلينيکي پڼه:

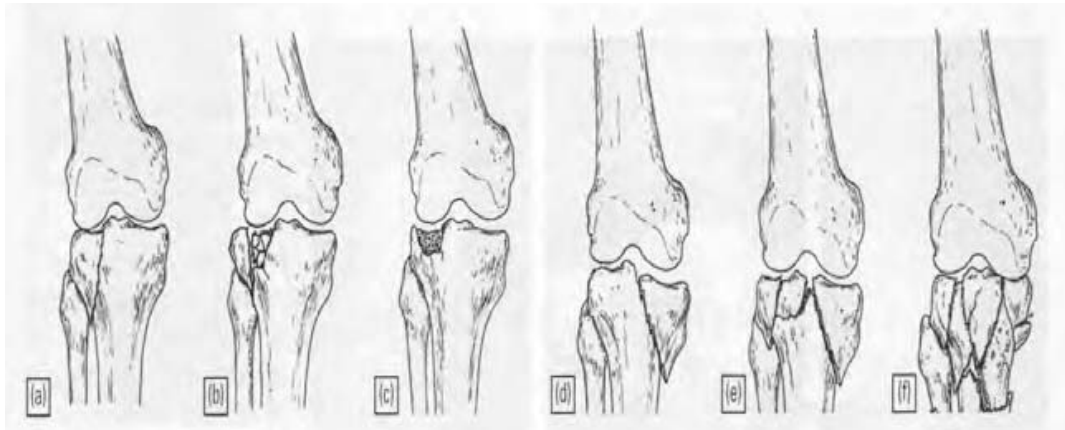
زنگون پرسيدلی او کيدای شي سوء شکل ولري وسيع Bruising شته وي او په
بند کې د وينې د توليدو له کبله انساج په جس سره د خميري په شکل احساس
کيري.

په احتياط سره ازموينه (دبې هوشي لاندی ازموينه) کې ليدل کيري چې انسي
اویا وحشي بې ثباتي شته ټوله پڼه بايد په احتياط سره د رگونو او عصبی ټپونو
لپاره وکتل شي د Peroneal او Tibial عصب ټپونه دوديز دي او دا ډير ارزښت
لري چې له عمليات مخکې له دې ټپونو څخه خبر اوسو.

X-Ray

قدامي خلفي، وحشي او مايله X-ray عموماً کسر بنیي خو د
Communion مقدار اویا د Plaque تر فشار لاندې راتلل د Tomography څخه

په غیر نه لیدل کیږي د CT د کتنی پواسطه له هره محوره عکس اخیستل کیدای شي باید چې د زیاتی قوی په کونډیل کسرونو کې خلفی کونډیلی برجستگی له نظره پته پاتی نه شي ځکه چې دا ممکن د Int. Fixation لپاره جدا خلفی انسی یا خلفی وحشی خلاصولو ته ضرورت ولري. ځینی وخت فشاری منظری د کسر د ثبات د درجی د معلومولو لپاره مرسته کوي که وحشی کونډیل تخریب شوی وي نو انسی اړبطه روغه وي خو دانسی کونډیل د تخریب سره وحشی اړبطه اکثراً خیری شوی.



30,16

د Tibia د Plateau کسرونه

Type I:A دو حشی کونډیل ساده کسر

Type I:B د وحشی کونډیل کسر چې د مرکزی ساحی تخریب ورسره یوځای دی.

Type III:C دو حشی کونډیل تخریب چې غاړه یې روغه ده.

Type IV:D د انسی کونډیل کسر

Type V:E د دواړو کونډیلونو کسر چې د Metaphys مرکزي برخه د Tibia د جسم سره نښتی ده.

Type VI:F د کونډیل او Subcondyl مشترک کسرونه د Metaphys د جسم څخه په واضحه توگه جدا شوی دی.

درملنه:

د ترکشن په واسطه تداوي ساده ده او ددې له کبله د زنگون حرکات بيرته اعاده کيږي خو کورډوالي هم عام دی له بلی خوا د جراحی عملیه ده چی تپته شوی سطح بيرته خپل حالت ته راولي او په X-Ray کې ښه منظره ورکوي خو په دې کې هم د زنگون شخوالي یوه لویه لاینجه ده په ځانگړی ډول کله چې د عملیات څخه وروسته زنگون د ډیر وخت لپاره بی حرکت پاتی شي.

۱- د 1 - Type کسرونو درملنه:

په ځای Type-1 کسرونه په محافظوي طریقه تداوي کيږي په مفصل کې موجوده وینه بذل کيږي او فشاري بینداژ تطبیقيږي. پښی ته د Continus passive motion (CPM) ماشین پواسطه استراحت ورکول کيږي او د زنگانه حرکات شروع کيږي څه وخت چې درد او پرسوب له مینځه لاړل یو چپ راس Cast brace تطبیق کيږي او ناروغ ته د پاخیدلو اجازه ورکول کيږي خو تر ۳ اونيو پورې وزن باید پرې رانه شي له دې وروسته په قسمی توگه وزن پرې راوړي خو مکمل وزن باید له ۸ اونيو وروسته پرې راوړي بی ځایه شوي کسرونه باید د خلاصی ارجاع او Int Fixation پواسطه تداوی شي کونډیلي سطحی باید معاینه شي نښتی پارچی ازادی او یا راوویستل شي د مکملی ارجاع هدف د حصول په خاطر په عمومي توگه په Fixation کې دوه Screw ته ضرورت دی.

۲- Type-II کسرونو تداوي:

که تخریب لږ وي یا ۵mm څخه کم وي او زنگون ثابت وي یا ناروغ زړو او

Osteoprotic وي نو کسر په ترلی طریقه د حرکت او دندی د اعاده کولو لپاره تداوي کيږي او اناتومي په نظر کې نه نیول کيږي. د بډل او فشاري بنداز د تاوولو څخه وروسته د یو (رخه دار) Pin پواسطه چې په Tibia کې د کسر څخه (7cm) اووه ساتي لاندې تیر شوی وي Skeletal ترکشن تطبیقيږي. د کونډیلونو اصلی شکل ته د راوستلو کوشش باید وشي وروسته زنگون ته Flexion ورکول کيږي او ددې په خاطر چې پورتنې قصبه په مخالف فحذی کونډیل باندي ځای (mold) ونیسي څو واری بسط ورکول کيږي. پنبه د بالښتونو دپاسه ایښودل کيږي او د 5kg وزن په موجودیت کې هره ورځ فعال تمرینات اجرا کيږي. په متبادله توگه زنگون له بهر څخه د CPM په ماشین تداوي کيږي او حرکات هره ورځ زیاتيږي. له دې یوه اونۍ وروسته ماشین لیری کيږي او فعال تمرینات پیل کيږي. کله چې کسر سره یوځای شي (3-4w) نو د ترکشن Pin لیری کيږي او پر ځای (دچپ راس لرونکی) Cast brace تطبیق کيږي ناروغ د Crutches سره گرځیدای شي خو تر نورو شپږو اونيو باید مکمل وزن په طرف رانه وږي. په ځوانو ناروغانو کې یا په هغو ناروغانو کې چې مرکزي فرورفتگی د 5mm څخه زیات وي د Plaque دپورته کولو سره یوځای خلاصی ارجاع او د Buttress palate سره Int. Fixation ته ضرورت دی.

دانسې شق له لارې ساحه ډیره بڼه خلاصیږي او ددې په څنگ کې د ارجاع د خواصو دکتلو لپاره او دمفصل د داخلی برخو د کافی لوڅولو لپاره د mid line incision سره د وحشي Meniscus لاندی مستعرضه Arthrotoy اجرا کيږي د پورته شوو ټوټو د ثبات لپاره د هډوکي graft د پورته شوي ټوټې د تقوی لپاره ضروری دی. کسر د Buttress plate پواسطه تثبیت کيږي خو که دوه

Cannulated screws د Sub chondral هډو کي لاندې او يوه Screw د وحشي فانوی پارچي په څوکه ولگول شي هم تثبيت تر سره کيدلای شي د عمليات څخه وروسته زنگون په CPM ماشين تداوي کيږي يو څو ورځي وروسته فعال تمرينات شروع کيږي او دوه اونۍ وروسته په Cast brace کې دپورته کيدو اجازه ورکول کيږي Cast brace بايد د کسر تر التيام پورې موجود وي.

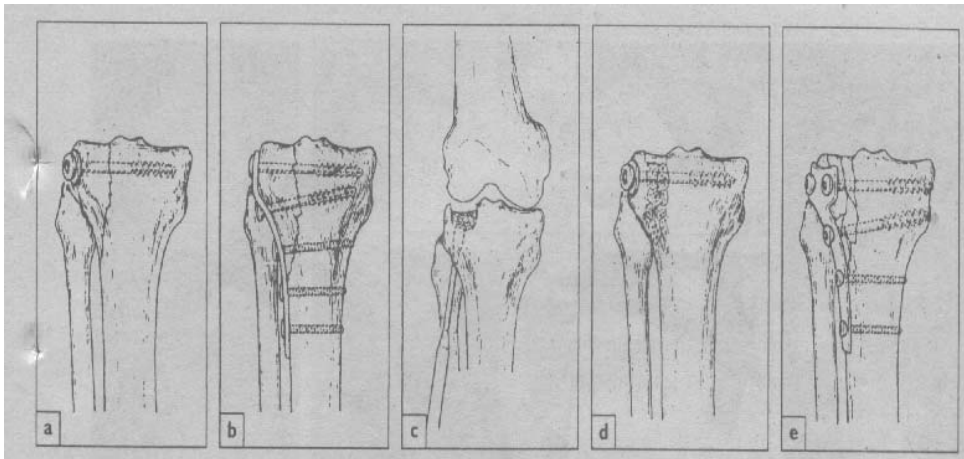
۳- Type III کسرونو تداوي:

ددې کسرونو تداوي د Type II کسرونو د تداوي په اصولو تر سره کيږي. څرنگه چې د کونډيل وحشي غاړه روغه وي. نو عموماً زنگون ثابت حالت لري او اطمیناني نتایج وړاندوینه کيدلای شي. هغه بنکته شوی پارچه دهغه کرکۍ د لارې چې په Metaphysis کې جوړه شوی جگيږي. ارجاع بايد د X-ray اويا Arthroscopy پواسطه وکتل شي. پورته شوی پارچي د Bone graft پواسطه تقويه کيږي او ټول Segment د Screw اويا Butterss plate پواسطه په خپل موقعيت کې تثبيت کيږي دعمليات څخه وروسته څومره ژر چې ممکنه وي تمرينات پيل کيږي او دوه اونۍ وروسته ناروغ ته Cast brace تطبيق کيږي چې د کسر تر جوړيدلو پورې دوام کوي.

۴- Type IV کسرونو تداوي:

دانسې Plateu د Osteoprotic ميده شوو پارچو ارجاع مشکله ده د اوږد وخت لپاره ناروغ بايد تر يو څو درجو Varus سوء شکل سره پريښودل شي. د تداوي اصول يې د وحشي Plate د Crush fracture په شان دې دانسې کونډيل کسرونه

اکثر په ځوانانو کې د قوي تروما پواسطه پيدا کېږي. مخکې له ارجاع څخه بايد د وحشي اربطی زیان ته پام وکړو ځکه چې ترمیم ته کيدای شي ضرورت پيدا کړي. کسر د ليدلو پواسطه لږ خو په حقيقت کې ډير پيچلی وي کيدای شي په خلف کې يو دوهم کسر موجود وي چې په معیاري قدامی لاره نه شي تثبیت کيدای د کسر د انداز د معلومولو لپاره نسی جنبي X-Ray او CT ته ضرورت دی. که کسر بی ځايه شوی نه وي نو په تړلی طریقه تداوی کېږي او که بی ځايه شوی وي خلاصی ارجاع او Int.fixation ته ضرورت لري. که لازمه وي په عين وخت کې بايد وحشي اربطه هم ترمیم شي.

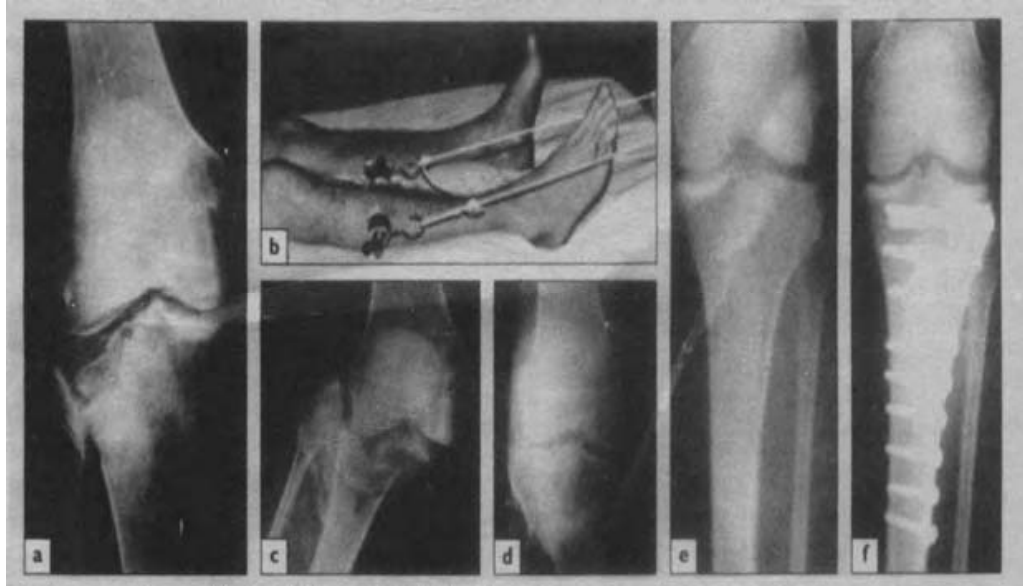


30,17

د کسرونو تداوی

A-D: د دې کسرونو په ارجاع کې د قصبی څخه لږ لاندې د ترکشن اچول ډیره موثره طریقه ده په ځانگړی ډول کله چې مقدم حرکات اجراشي کيدای شي لږ غوندي کوروالی په کې مینځ ته راشي خو د کلینیک له نظره ډیر اهمیت نه لري.

E-F: متبادله طریقه یې داخلي تثبیت دې چې د X-Ray نتیجه یې



30,18

د Tibia د Plateau د کسرونو Fixation

A: د ساده کسر لپاره یو یا دوه Screw کفایت کوي اگر چې

B: Plate او Screw کارونه ډیره محفوظه طریقه ده.

C: هغه Type II کسرونه چې د پنځه ملي مترو څخه زیات تخریب ولري له لاندې څخه د پورته کولو پواسطه تداوي کيږي او

D: د هډوکي د Graft او تثبیت پواسطه ثابت ساتل کيږي.

E: Type III کسرونه د ترمیم لپاره د وارو تخنیکونو ته ضرورت مستقیمه ارجاع د تخریب شوي ساحې پورته کول

د هډوکي د Graft او د Buttress plate پواسطه تثبیت ټول

کارول کيږي.



30,19

د Tibia د Plateau کسرونو Fixation

A: د Tomograph پواسطه ډیر تخریب او یو څه

وحشی بی ځایه والی لیدل کيږي.

B: خلاصه ارجاع او داخلي تثبیت ترسره شويدي.

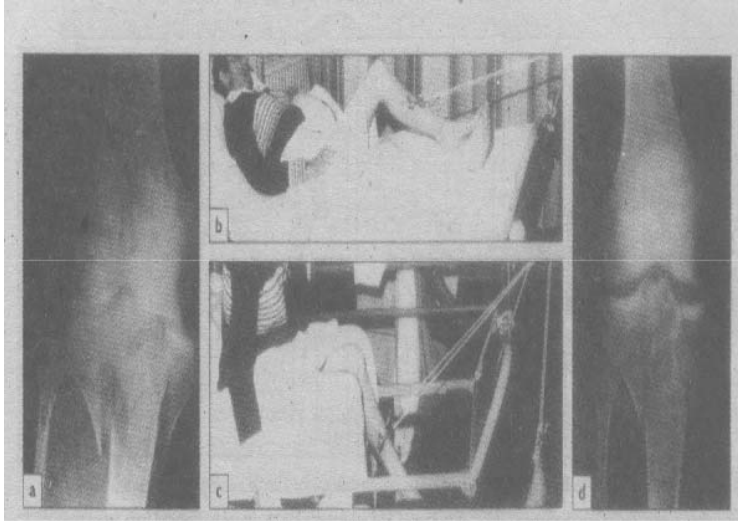
۵- Type V & VI Fractur Treatment

دانشدیدی جراحی دی چې د Compartment سندروم خطر په کې موجود وي. د دواړو کونډیلونو ساده کسر په زاړه ناروغ کې ترکشن پواسطه ارجاع کیدای شي او ناروغ له دې وروسته د Type II جرحو په شان تداوي کيږي چې کیدای شي تر یو څه حده کوروالی ورکړي. هغه کسرونه چې پیچلی او څو پارچه یې وي خصوصاً په ځوانانو کې د عملیات په واسطه بڼه تداوی کیدای شي خو خطر یې دادې چې دواړو کونډیلونو ته د رسیدو په خاطر د زیاتې ساحې خلاصولو ته ضرورت دی او ثباتی رخوه انساج په کې له منځه ځي د همدې له کبله زخم خرابيږي Nonunion او Malunion ورکوي. دوه عدده Buttress plate باید ونه کارول شي ددې پر ځای Screw حلقوي Ext.fixation سره یوځای وکارول شي.

Principles of reduction & Fixation

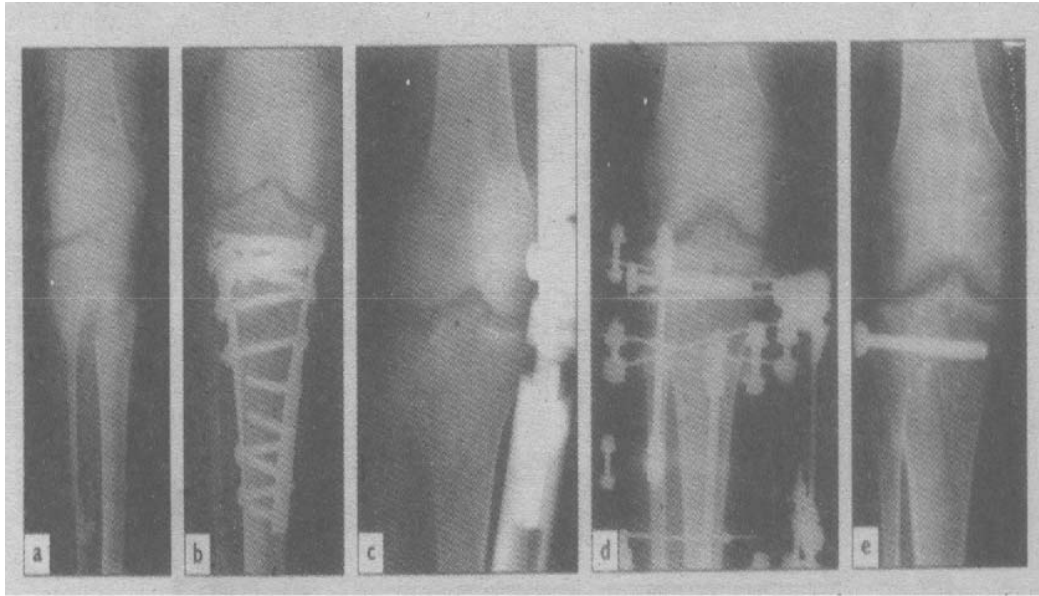
د کسر د خلاصولو څخه پرته د زیاتې ارجاع په خاطر باید کش کول تر سره شي دا عمل د زنگون په دواړو خواوو کې د هډوکي د کش کوونکو الاتو پواسطه (Bone distractor) تر سره کیدای شي او یا د Traction table له پاسه د ترکشن د تطبیق کولو له لارې اجرا کیدای شي ډیری پارچې چې په رخوه انساجو پورې نښتی وي په دې طریقه په خپل سره ارجاع کيږي. که مستقیمی ارجاع ته ضرورت وي نو باید په احتیاط سره عملیات ته ترتیب ونيول شي په صحیح توګه د کسر د مالومولو لپاره وصفي عکسونو ته اړتیا ده د Plaque د کسرونو تثبیت کول باید اسان ونه ګڼل شي عملیات باید هغه وخت تر سره شي چې لارم مهارتونه او الات په لاس کې ولرو. معیاری طریقه د Para patellar له لارې د طولاني شق اجرا کول دی. مکسوره Plaque باید لوڅه شي او Meniscus باید وساتل شي او ډاکار د

Meniscus لاندې د مستعرض Capsular شق پواسطه مفصل ته د ننوتو له لارې ترسره کيدای شي.



30,20
 د Plateau د پیچلو کسرونو غیر
 عملیاتي درملنه
 A: د دواړو کونډیلونو په دغه
 پیچلی کسر کې غیر عملیاتي
 طریقه د
 B.C: د Pin traction او مقدم
 حرکات ممکن دی.
 D: لس ورځې وروسته X-Ray
 ډیره ښه ارجاع ښیي او پایله یې
 ډیره ښه ده.

که د وحشي او انسی دواړو Compartments لوخولو ته ضرورت وي نو Patellar tendon باید د (Z) په طریقه قطع شي یوه غټه واحد پارچه باید خپل وضعیت ته راوړل شي او د Screw او واشر پواسطه تینګه شي Buttress plate هم د ښی محافظی دپاره تثبیت شي خو پارچه یې ښکته شوی کسرونه یا د پارچو کتله له ښکته څخه پورته خواته د اوچتولو پواسطه تیله شي عظمی مفصلی سطح د Cortico cancellous graft پواسطه ثابته ساتل کیږي graft د پارچی څخه په پاتی شوی خالی ځای کې ایښودل کیږي چې د Iliac fossa څخه اخیستل شوی وي او د تینګولو لپاره یې د هډوکی په اړخ کې Screw او Buttress plate لګول کیږي.



30,21

د Tibia د Plateau د پیچلو کسرونو Fixation: د زیاتی قوی له کبله په پیدا شوو کسرونو کې
A.B: که دوه Plates وکارول شي نو د X-Ray پایله یې ښه ده خو په دې واقعه کې زخم تخریب شوی او په انتان
اخته شوی ښه طریقه داده چې د ارجاع غیر مستقیم تخنیکونه وکارول شي یو خارجي Fixter په موقتي توگه
دمفصل له پاسه ایښودل شوي.

C: داد رخوه انساجو پر سوب کنترولوي او Compartment سندروم په اسانی سره نیگراني کوي وروسته تخریب
شوی پارچی پورته شوی دی د هلوکي Graft اجراشوی دی او د پښو د Screw پواسطه او خارجي Fixter پواسطه
تثبیت اجراشوی دی.

D: دغه تطبیق شوی طریقه د زنگون مقدمو حرکاتو ته اجازه ورکوي ددې زخم رغیدلو څوارلس اونۍ اخیستی.
د محافظی د ترمیم په وخت کې باید Meniscus که خیری شوی وي په خپل ځای
کې وگنډل شي په Sagital او Coronal پلان کې د بی ځایه شوو کسرونو د قدامی
طریقی پواسطه ارجاع او تثبیتول مشکل دی باید له یو دوهم خلفی انسی یا خلفی
وحشي لارې څخه کار واخیستل شي. د زیاتو Communated کسرونو وسیع
خلاصول ځینی وخت د ډاکتر د ماتې معنی لري ډاکسرونه کیدای شي چې په تړلی
طریقه په ترکشن کې ارجاع شي او یا د خارجي Fixation پواسطه چې حلقوی

خارجی چوکاټ ولري بڼه تداوی شي د عملیات طریقه اهمه خبره نه ده چې په هره لار کې چې کیږي ثبات اهمه خبره ده چې باید مفصل ته د مقدمو حرکاتو اجازه ورکړي. که X-ray بڼه نتیجه بڼي او زنگون شیخ شي نو دابی گټی کار دی. د عملیات څخه وروسته طرف میزا به او پورته ساتو تر څو پرسوب له مینځه لاړ شي حرکات او فعال تمرینات څومره ژر چې ممکنه وي پیل کیږي د شپږمۍ اونی په اخر کې ناروغ د Crutches سره قسمی وزن وړای شي مکمل وزن د زخم تر جوړیدو یانی د ۱۲-۱۲ اونی وروسته وړای شي.

اختلاطات

د اکسرونه دوه ډوله اختلاطات ورکوي.

۱- مقدم اختلاطات

۲- موخر اختلاطات

۱- مقدم اختلاطات: پدې اختلاطونو کې Compartment سندروم شامل دی چې په تړلو Type 5-6 کسرونو کې د پښی په داخل کې د وینې بهیدنی او پرسوب له کبله پیدا کیږي ټوله پښه باید په متکرر ډول د اعراضو او علایمو لپاره وکتل شي.

۲- موخر اختلاطات: په موخرو اختلاطونو کې لاندې اختلاطات شامل دي:

الف: Joint Stiffness: په شدیدو Communated کسرونو او د پیچلو عملیاتو څخه وروسته د زنگون د شخیدو شدید خطر موجود دی له دې څخه د غیر متحرک کیدلو د وخت د رالښودو او د فعالو تمریناتو هر څومره ژر چې ممکنه

وي شروع شي..

ب: Deformity : که کسر مکمل اويا قسمی ارجاع شوی وي او يا د درملنی په دوران کې بیرته بې ځایه شوی وي نود Varus او Valgus سوء اشکال عام دی. په لږه اندازه سوء شکل کې دنده بڼه تر سره کیدای شي خو که په یوه برخه (Compartment) زیات فشار راشي نو په وروسته ژوند کې د Osteoarthritis خطر موجود دی.

ج: Osteoarthritis : که د تداوی په اخر کې د Plateau شدید تیت والی موجود وي زنگون سوء شکل ولري او يا د اربطی بی ثباتی موجود وي 5-10 کاله وروسته Osteoarthritis پیدا کیږي چې بیا د تداوي لپاره جراحي ته اړتیا لري.

Fracture Separation of the Proximal Tibial Ephyphysis

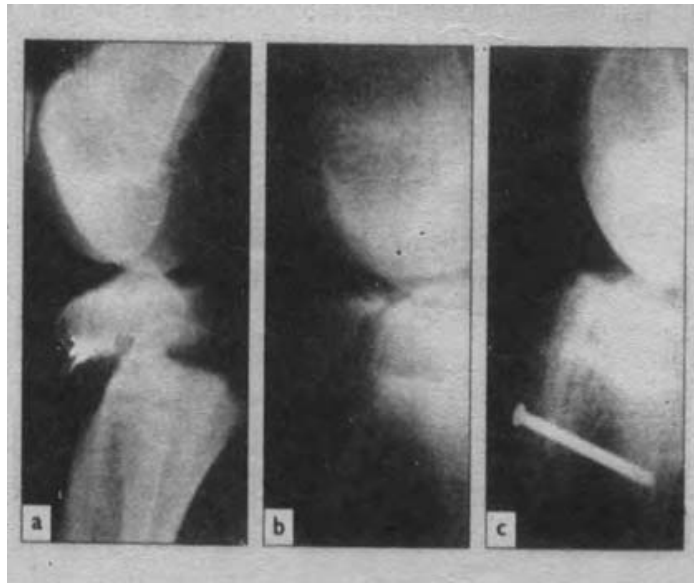
دایوه غیر معموله جرحه ده چې شدید فرط بسط او د Valgus د فشار له کبله پیدا کیږي. Ephyphysis قدام او وحشي خواته بی ځایه کیږي او کله کله Metaphys یوه وره تپه له ځان سره جدا کوي (Salter harris type 2 injury) څرنګه چې Popliteal شریان د قصبی په خلف کې واقع دی نو ددی شریان د زخمی کیدو خطر موجود دی.

کلینیکي بڼه

زنگون پرسیدلی اوډیر زیات حساس وي که Epiphysis بی ځایه شوی وي نو د Valgus او یا فرط بسط سوء اشکال لیدل کیږي ټول حرکات له مینځه تللی دی.

X-Ray

Salter hariss Type I-II زخمونه کیدای شي نه وي بی ځایه شوي او په X-ray کې یې لیدل ستونزمن دی. د Epiphysis سره نږدی یو څو وړی پارچی کیدای شي ولیدل شي په ډیرو شدیدو جرحو کې د Tibia ټول پورتنی Epiphysis کیدای شي قدام یا جنب خواته کور شوی وي.



30,22

د کسر پواسطه د قریبه قصبی د Epiphysis جداوالی.

A: د فرط بسط دغه کسر عاجلی ارجاع ته ضرورت لري ځکه چې Poplital شریان تر خطر لاندی دی.

B: د Flexion له کبله پیداشوی کسر چی د 4-Salter hariss type کسر ته ورته دی په دې حالت کې ارجاع د

Int.Fixation پواسطه ساتل شوید

درملنه :

دبی هوشی لاندې په ترلی طریقه ارجاع لاس ته راوړای شو د کوروالی سمت د جرحی میخانیکیت بنی. په احتیاط سره د ترکشن پواسطه چې د عامله قوی په مخالف جهت صورت نیسي کیدای شي ارجاع شي. که کسر بی ثباته وي نو د صاف K.Wire او یا Screw پواسطه Fixation ته ضرورت دی. کله چې د Tibia ټول Ephyphysis په ترلی طریقه نه شي ارجاع کیدای نو د عملیات پواسطه خپل ځای ته راوستل کیږي او د Screw پواسطه ساتل کیږي د -3 Salter hariss type 4 کسرونه هم خلاصی ارجاع او Fixation ته ضرورت لري. د ترلی او خلاصی ارجاع دواړو څخه وروسته په پنبه کې یو اوږد Cast تطبیق کیږي د فرط بسط په کسرونو کې پنبی ته ۳۰ درجی Flexion ورکول کیږي او د Flexion او Varus په جرحو کې چې ډیر واقع کیږي پنبه په Hyperextension حالت کې (نیغه) ساتل کیږي. Cast ۲-۸ اونيو پورې پا تي کیږي او ناروغ قسمی وزن وړای شي کله چې Cast لیری شي د زنگون حرکات بیرته اعاده کیږي.

اختلاطات

په ځوانو ماشومانو کې د Epiphysis کسرونه ځینی وخت د علوی برخی زاویوي کوروالی او سو شکل پیداکوي چې وروسته بیا عملیاتي اصلاح ته ضرورت لري. که په لوړه درجه جرحه رامینځ ته شوی وي نو د قریبه قصبی د ودی په ټپه د دریدو خطر موجود دی. که له 2.5cm څخه زیات لنډوالی رامینځ ته شي نو کیدای شي د قصبی اوږدوالی او یا د بل طرف Epiphysiodesis ته ضرورت

پیداشي.

Fracture of the Proximal end of the Fibula

د Fibula د قریبه نهایت کسر د مستقیمې جرحی او یا د ښکتنی طرف د غیر مستقیمې تاویدونکی جرحی پواسطه پیدا کیږي. په یواځی ډول د قریبه Fibula کسر نادر دی. دا کسر د پښی د وسیع تدوری جرحی څخه پیدا کیږي د Ankle د کسرونو باغث ، او یا اربطو ته په کی نقصان رسیږي. د تل لپاره باید د قدم X-ray واخیستل شي ، کسر ډیر لږ حرکت لري او تداوی ته ضرورت نه لري خو نوری جرحی ورسره غالباً موجودی وي او دوامداری بی ثباتی پیدا کوي.

اختلاط:

په دې کسرونو کې د کسر سره نوری جرحی پیدا کیږي چې په لاندې ډول دي.

۱- د Ankle صدمات.

۲- د Peroneal عصب صدمه.

۳- د Colateral lig جرحه.

۴- Peroneal nerve entrapment

پورتنی ټول حالات خاصی تداوی ته ضرورت لري.

Dislocation of the Proxiaml Tibiofibular Joint

ضربه او یا تاوه وونکی جرحه کیدای شي د قریبه Tibio fibular joint خلع یا نیمه خلع رامینځ ته کړي - یوه جرحه نادره وي - دا خلعی د پراشوټ پواسطه د راکیوتلو په دوران کې پیدا کیږي ځینی وخت د اربطو د سستوالی له کبله په

عاداتی توگه خلعی پیدا کیری. د Fibula سر پورته خواته قدامی وحشی او یا خلفی انسی خواته بی خایه کیری. درد او حساسیت موجود وي د زنگون په وحشی اړخ کې اېنارملتی لیدل کیری ، کله چی دواړه زنگونونه د ۹۰ درجو په حالت کې قبض وي ناروغ پروت وي د زنگون په وحشی کې یوه غیر نورماله خنډه وکتل شي د Peroneal عصب جرحه باید په نظر کې ونیول شي.

X-Ray

د زنگون په قدامی خلفی X-ray کې د Fibula سر د Tibia وحشی کونډیل ته ورغاری وتلی بڼکاری په خلع کی ځینی وخت د Fibula سر د Tibia څخه واضح بڼکاری په اړخیزه منظره د Fibula سر قدام خواته بی خایه شوی.

درملنه :

زنگون ته ۹۰ درجی Flexion ورکول کیری او Fibula داس د فشار پواسطه ارجاع کیری Cylinder پلاستر باید تر ۴ اونيو پورې تطبیق شي که بیا بیا خلع پیدا کیری د Fibula سر باید غوڅ شي.

Fractures fo the Tibia and Fibula

څرنګه چی قصبه د پوستکی لاندی واقع دي نو د قصبی کسرونه ډیر عمومیت لري او په عمومی توګه دنورو اوږدو هډوکو په نسبت خلاص کسرونه په کې ډیر مینځ ته راځي.

Mechanism of the injury

یوه تاوه وونکی قوه د دواړو پښو په هډوکو کې په مختلفو سطحو حلزونی کسر پیدا کوي همدارنګه زاویه وئي قوه په همدی سویه مستعرض او لنډ مایل

کسرونه پیداکوي غير مستقيمی جرحی عموماً د کمی قوی د استعمال په اساس مینځ ته راځي چې حلزونی یا اوږده مایل کسرونه پیداکوي . د هډوکی پارچی کیدای شي پوستکیسوري کړي ددا خل نه بیر ون ته. مستقيمی جرحی د کسر لپاسه پوستکی تخریب او یا سره جلا کوي دا عموماً د زیاتی قوی د استعمال له کبله پیداکړي او دموتیرسایکلونو په ټکرو کې زیات لیدل کیږي.

Pathological Anatomy

ددې جرحو ځانگړتیاوی او دتداوی انتخاب په لاندیو فکتورونو پورې اړه لري.
A: د رخوه اقسامو حالت : د اختلاطاتو خطر او د کسر د رغیدلو پر مخ تگ دواړه په مستقیمه توگه د رخوه انساجو په زیان پورې اړه لري ترلی کسرونه Tscherne's په ډیره بڼه طریقه تصنیف بندی کړیدی.

خلاص کسرونه Gustilo په مفیده طریقه په ۱۹۹۰ کال کې تصنیف بندی کړیدی - د انساجو د تخریب او دانتان وقوعات په 1 Gustilo type کې یو فیصد او په 3c Type کې دیرش فیصد دی.

The Severity of the bone injury :B

د زیاتی قوی له کبله پیداشوی کسرونه ډیر زیان پیداکوونکي او د کمی قوی د کسرونو په پرتله په اوږده وخت کې التیام کوي- او داپه دې پورې اړه نه لري چې کسر خلاص دی که ترلی. د کمی قوی څخه پیداشوی کسرونه ترلی حلزونی او Gustilo type 1-2 کسرونه دي. دزیاتی قوی د استعمال له کبله پیداشوی کسرونه چې عموماً د مستقيمی تروما له کبله پیداکړي خلاص مستعرض او (Gustilo III B or III C) W comminuted دي

Stability of the Fractur : C

اوردده مايل كسرونه لنډيدوته ميلان لري او هغه كسرونه چې Butterfly پارچي يې وركړي وي د Butterfly خواته كړيږي شديد Communated كسرونه تر ټولو زيات بي ثباته كسرونه وي او ميخانيكي تثبيت ته اړتيا لري.

كلينيكي بڼه :

پښه بايد په احتياط سره د رخوه انساجو د تخريب Brusing ، شديد پرسوب ، د پوستکي د ميده كيدلو ، د خلاصی جرحی د دوراني تغيراتو ، د کمزوري يا معدوم نبض او د حسيت کميدو د مينځه تللو او د گوتو دخوځولو د عدم توانايي له پاره وکتل شي هر سوء شکل بايد مشاهده شي او کسر ته بايد حرکت ور نه کړل شي دتل لپاره بايد Compartment سندروم د پيدا کيدو لپاره ځيرک اوسو.

X-Ray

د Tibia او Fibula ټول اوردوالي او ددې سره د زنگون او پوندې مفصلونه بايد په X-Ray کې وکتل شي د کسر نوعه سويه- د زاويی درجه او بی ځايه والی بايد Record شي تدوری سوء شکل د Tibia او Fibula تر مينځ د کسر نه لاندې او پورته دفاصلی د مقياس په اساس معلومېږي. حلزونی كسرونه چې Communation نه لري د لږې قوی د استعمال له کبله پيدا کيږي. مستعرض لنډه مايل او خو پارچي کسرونه خصوصاً چې بي ځايه شوي وي دزياتي قوی داستعمال له کبله پيدا کيږي.

Management

د تدابي غټ اهداف په لاندې ډول دي.

- ۱- درخوه انساجو دزيان راکمول او دپوستکي چې عظم پټ کړای شي.
- ۲- Compartment swiling پيژندنه او ورڅخه مخنيوی.

۳- د هډوکي داستقامت حصول او دهغی ساتنه.

۴- دوزن مقدم وړل (فشار ترمیم سریع کوي)

۵- خومره ژر چې امکان ولري دمفصل حرکات اجراکول.

لومړی باید د زخم د خواصو په اړه هر څه روښانه شي چې ځینی خلک ورته د کسر مشخصات وایي Uncommunated حلزونی کسرونه چې د رخوه انساجو د ډیر لږ زیان سره یوځای وي (including open injuries up to Gustilo II) د تکلیف څخه پرته په ډیر کم وخت کې رغیږي او ترڅو چې د جراحی واضح استطباب نه وي موجود په محافظوي ډول تداوي کیږي هغه کسرونه چې د رخوه انساجو د شدید زیان سره یوځای وي هغه که خلاص او که تړلی وي د اختلاطاتو دمخنیوي په خاطر محتاطي توجه ته ضرورت لري.

۱- دکمی قوی د استعمال له کبله پیداشوي کسرونه

A: محافظوي تداوي : دکمی قوی داستعمال له کبله پیداشوي کسرونه په شمول د 1-2 Gustilo زخمونو ته د توجه وروسته په محافظوي طریقه تداوي کیږي که کسر بی ځایه شوی نه وي او یا لږ غونډی بی ځایه شوی وي نو په داسی حال کې چې زنگون لږ Flexion لري او پونده په قایمه زاویه وي د پورتنی ورون د Metatarsal تر غاړو پورې پوره اوږد Cast تطبیقېږي. د Fibula دکسر بی ځایه والی ډیر اهمیت نه لري که کسر بی ځایه شوی وي نو د عمومي بی هوشی ورکولو او د X-ray کنترول لاندې ارجاع کیږي هډوکی باید یو بل ته مخامخ صحیح ځای پر ځای شي استقامت باید مکمل یا مکمل ته نږدی وي (د ۷ درجو څخه زاویه باید زیاته نه وي) او تدور یې باید مطلق مکمل وي یواوږد د Cast دغیر بی ځایه شوو کسرونو دپاره تطبیق کیږي که د Ankle زاویه صفر شي د کسر بی ځایه والی

لامل گرځي نو بهتره ده که لږ شاتته Equinus حالت ولري. وضعیت د X-ray په واسطه کتل کيږي که لږ غونډی کوروالی پیداشوی وی نو په Cast کې مستعرضه کړکی جوړول کيږي او دهغی له لارې غلطی اصلاح کيږي. پنبه باید جگه شي او ناروغ د ۴۸-۷۲ ساعتو پورې تر مشاهدې لاندې نیول کيږي که ډیر زیات پرسوب رامینځ ته شو نو Cast جلاکيږي ناروغان په دوهمه اودریمه ورځ گرځیدای شي او د Crutch سره قسمی وزن هم وړای شي په عاجل ډول باید پلاستر ونه لگول شي که د پوستکی اروا مشکوکه وي په دې حالت کې دیو څو ورځو لپاره Skin traction گټه رسوي دوه اونۍ وروسته وضعیت د X-ray پواسطه کتل کيږي. Cast د زخم تر التیام پورې سست شوی وي قوي کيږي چې په ماشومانو کې اته هفتی او په غټانو کې څوارلس هفتی وخت نیسي.

په ثابتو کسرونو کې ۴-۶ اونۍ وروسته د پوره اوږد Cast ځای دزنګون لاندې وظیفوي Cast یا Brace لگول کيږي کوم چې په Tibia شوی Tibia په علوی برخې یا Patela. Tendon باندې وزن راشي. دا زنگون ازادوي او وزن وړلو ته اجازه ورکوي باید په سسته طریقه وتړل شي او څومره چې پرسوب له مینځه ځي پټی یې ټینګول کيږي له ابتدا څخه ناروغ ته د پنبې قدم او زنگون تمرینات توصیه کيږي کله چې ناروغ راپورته شي نو دپلستر د پاسه یو بوت (Rocker پونده داره) وراغوستل کيږي او دهماغه پواسطه ناروغ ته سم گرځیدل بنودل کيږي کله چې پلاستر لیری شو نو Crepe بنداژ تطبیق کيږي او دهمدی سره ناروغ ته دپنبې جګول تمرینات او گرځیدل بنودل کيږي ناروغ باید ډیر زیات هسی ونه کړی چې پنبه ځورنده وساتي.

B: Skeletal Fixation استطبایات :

په هغو روغتونو کې چېرته چې د عملیاتي Skeletal fixation لپاره اسانتیاوې وي او طبي مهارت موجود نه وي نو په غیر عملیاتي تداوی نه یواځې داچې اسانه ده بلکه ایجاب هم کوي په دې خبره باید پوه شو چې د عملیاتي تداوی په نسبت ناروغ په روغتون کې لږ وخت پاتې کېږي خو تعقیب یې زیات او باید د اوږد وخت لپاره وشي په محافظوي تداوی کې د موخر تعضم او Malunion خطر ونه هم موجود دي. که یو څوک په غیر عملیاتي طریقه تداوي شي او د X-ray نتایج یې اطمیناني نه وي پلاستر باید لیری کړل شي او کسر باید ارجاع او تثبیت شي ډیر جراحان داسې فکر کوي چې غیر ثابت کسرونه د خارج له خوا د Skeletal fixation پواسطه بڼه تداوي کیدای شي.

Closed intramedullary nailing :C

دا د داخلی تثبیت لپاره انتخابی طریقه ده کسر د X-ray کنترول لاندې ارجاع کېږي. د Tibia قریبه برخه لوڅیږي او مخی قنات ته یو لارښود تیرېږي او کانال ریم کېږي د مناسب ساینز او شکل یو nail د قریبه نهایت څخه د کسر ساحې ته ورتیرېږي او په قریبه او بعیده نهایتو کې بندونکی مستعرض Screw لگول کېږي د عملیات څخه ورسوته ناروغ په قسمی ډول وزن څومره چې ممکنه وي وړای شي د Diaphis په کسرونو کې په ۹۵% واقعاتو کې د Union توقع کیدای شي. د Nailing طریقه د هډوکی د نهایتو په کسرونو کې ډیره مناسبه طریقه نه

۵۵



30,25

د Tibia او Fibula په کسرونو کې داخل مخی

Nailing

د قصبی د بې ثباته کسرونو په تداوي کې د ترلی داخلی مخی Nail کارول غوره طریقه ده د کسرونو د X-Ray دغه سلسله مخکې او وروسته د Nailing د حالت شونده کوي د عملیات څخه وروسته قسمی وزن ورنه او فعال حرکات پیل شويدي.

Plate fixation :D

Plate د Metaphys په هغو کسرونو کې چې د Nailing لپاره مناسب نه وي بهتر انتخاب دی او ځینی وخت په ماشومانو کې د کمي قوی د استعمال له کبله د پیداشوو بی ثباته کسرونو په تداوي کې هم کارول کيږي disadvantages يي په لاندې ډول دي:

- ۱- د کسری ساحی د لوڅولو ضرورت
 - ۲- د عظم د کسری ساحی گرد چاپیره لوڅول د رځو انساڅو څخه.
 - ۳- د اتاناتو د ننوتلو د خطر زیاتیدل.
 - ۴- ضعیفه تثبیت او دوزن په وړلو کې تاخیر.
- ۲-۸ اونۍ وروسته ناروغ په قسمي ډول وزن وړای شي خو د التیام د مکمل کیدو پورې باید ساتونکی Cast واغوندي.

External Fixation :E

دا د ترلی Nailing د طریقی یوه بڼه متبادله طریقه ده دا د کسری ساحی د لوڅولو څخه مخنیوی کوي او د نورو تطابقاتو لپاره لار برابر وي په قسمی توگه دوزن وړل مجاز دی او کله چی د Union نښی ولیدل شي د خارجی Fixeter پر

ځای Functional brace عوض کيږي په جديډو Fixeters کې په عمومي توګه دې خبرې ضرورت نه شته ځکه چې په کسري ساحې دوزن راتلل د Fixeter پواسطه کنټرول کيږي.

۲- دزياتي قوی د استعمال له کبله پيداشوي کسرونه :

په ابتدايي توګه تر ټولو اهمه خبره چې په نظر کې نيول کيږي د ماوفه رخوه انساجو د ژوندي والي او دهغي لاندې هډوکي ته د رسيدلي زيان څخه عبارت دی د کسر څخه ګرد چاپيره انساج چې څومره لږ ممکن وي تخریب شي او د خلاصو عملياتو څخه بايد ډډه وشي په غير دهغي که يو خلاص زخم د مخکي څخه موجود وي. مستعرض کسرونه عموماً د ارجاع وروسته ثابت وي داکسرونه په تړلي طريقه تداوي کيږي خو داختلطاتو اعراض او علايم په احتياط سره تر مشاهدې لاندې نيول کيږي خو پارچه ي او Segmental کسرونه او هغه کسرونه چې د هډوکي ضياع په کې موجوده وي او هغه کسرونه چې دزياتي قوی د استعمال له کبله غير ثابت وي مقدم جراحي استحکام ته ضرورت لري په خلاصو کسرونو کې Ext. Fixation انتخابي تداوي ده. دتړلو کسرونو لپاره خارجي تثبيت او تړلي Nailing دواړه يو قسم اهميت لري په دواړو واقعاتو کې د کسر ګرد چاپيره انساجو سره کار نه لري کيږي که د هډوکي ضياع مينځ ته راغلی وي نو بايد د هډوکي د موخر Graft پواسطه اصلاح شي خو که د هډوکي د ضياع ساحه لويه وي نو بايد د هډوکي د Transport او يا Compression destruction په طريقه د خارجي Fixeter له لارې تداوي کيږي دقصبې دخلاصو کسرونو دتداوي لپاره يو پرله پسې طريقه په لاندې ډول ده.

Antibiotics - ۱

Debridement - ۲

Stabilization - ۳

Soft tissue Cover - ۴

Rehabilitation - ۵

انتی بیوتیک په عاجله توگه ورکول کیږي د Gastilo 1-3A زخمونو لپاره دوهم جنیریشن سفالوسپورین مناسب انتی بیوتیک دي. همدارنگه د شدیدې درجې کسرونه Gram negative infection د Aminoglycoside لکه Gentamicin په واسطه تداوي کیږي که زخم دکرنې په ځمکه یا دکرنې د الاتوله کبله پیداشوی وي نو Metronidazol ناروغ ته ورکړل شي د قصبې په خلاصو کسرونو کې د انتی بیوتیک ورکړه مختلفه ده خو اکثر جراحان دمکملې تداوي کورس توصیه کوي. ۳-۵ ورځو پورې انتی بیوتیک ورکړه غوره گڼي په عاجل اطاق کې باید د Polarid کمري پواسطه په اول معاینه کې د زخم عکس واخیستل شي او بیا په معقمه طریقه Dressing اجراشي لازياته ارزيايي په عملیات خانه کې دمیز په سر اجرا کیږي. که ابتدایي زخم ته وسعت ورکړل شي نو صحیح Debridement امکان لري خو ددې سره سره د پوستکي ډیره لږه برخه باید غوڅه شي او د زخم پراخول باید دپلاستيکي جراح سره تر مشورې وروسته اجرا شي. چې د پوستکي پیوند ته که موضعي او یا Fre skin flap که ضرورت ښکاري نو دپلاستيکي جراح مشورې ته باید غوږ کینودل شي د علاج ښه طریقه به هغه وي په کومه کې چې عملیات اورتوپیدی جراح او پلاستيکي جراح په یوځای ترسره کړي ټول مړه او خارجي

اجسام باید لیری شي په دې کې هغه هډوکي هم شامل دي کوم چې رخوه انساج پرې نه وي نښتی مشکوک انساج دکتلو دپاره تر نورو ۴۸ ساعتو پورې پرینښودل کیږي.

له دې نه وروسته زخم او کسری ساحه په زیات مقدار سلین منخل کیږي که شدید جروحات موجود وي نو ۱۰ لیتره سالین استعمالیږي. د باکتریايي کلچر لپاره Swab اخیستل کیږي او که ضرورت وو د عملیات څخه وروسته د زیات مناسب انټي بیوتیک شروع کیږي. دا خبره باید په یاد ولرو چې کیدای شي هغه اتان چې په زخم کې نمو کوي د کلچر د اتان سره توپیر ولري نو باید په متکرر ډول Swabs د کلچر لپاره ولیږل شي د Gastilo اولی درجی جرحی په ابتدای توگه بندولای شي او د ترلو جرحو په خیر تداوي کیږي. شدید جرحی خلاصی پرینښودل کیږي او ۴۸ ساعتو نه وروسته بیا کتل کیږي که ضرورت موجود وو بیایي Debredement اجرا کیږي. په عمومي توگه هدف باید ۳-۴ ورځو کې د زخم تړل وي اودا کار د پوستکي د (free flaps, fasciocutaneous flaps or Grafting) او یا د local muscle flaps او یا د Flap cover پواسطه تر سره کیدای شي د کسر مستحکم کول ډیر اهمیت لري د Gastilio په ډول د وهم او 3A زخمونو کې Locked intramedullary nailing په مخصوصو Unites کې د 3B درجی کسرونه هم کامیابی سره د Locked nailing پواسطه تداوی شوي دي خو هغه Unites چې د شدید جرحی د خلاصو کسرونو په تداوی کې پوره تجزیه نه لري باید د خارجي تثبیت څخه کار واخلي. او زخم باید د کتلو اودرملني لپاره ازاد پریږدي.

د عملیات څخه وروسته اهما مات :

د قصبی د کسرونو څخه وروسته پرسوب عام دی حتی د Skeletal fixation څخه وروسته رخوه انساج دخو ورځو لپاره پرسیري پنبه باید پورته شي او هر وخت باید د Compartment سندروم د ننبو لپاره وکتل شي د مستعرضو او لنډو مایلو کسرونو د Nailing لپاره وکتل شي. دمستعرضو او لنډو مایلو کسرونو د Nailing څخه وروسته د وزن وړل په یوڅو ورځو کې پیل کیږي. که کم وزن وړل نښه د تحمل وړه ورو ورو په طرف وزن زیات ترڅو مکمل وزن په طرف راوړل شي په Segmental او Communitated کسرونو کې ترڅو چې په X-ray کې Collus ونه لیدل شي نو قسمی وزن باید په طرف راوړل شي ځکه چې ټول وزن په Nail راځي. که د پلیټ په واسطه تثبیت اجراشوی وي نو د Cast په واسطه نور هم باید تقویه او بیا قسمی وزن په طرف راوړل شي. او که نه وي نو باید تر ۲ اونيو پورې وزن ونه وړل شي. هغه کسرونه چې د داخلی مخی Nail پواسطه تداوی شوی په هغو کې Collus ډیر وروسته لیدل کیږي نو باید په طرف د وزن وړل ژر زیات نه شي هغه ناروغان چې Ext.fixation او خارجی تثبیت په کې اجراشوی وي او دهلوکي کومه ضیاع ونه لري په قسمی توګه وزن په مقدم ډول وړای شي ځکه چې په هغو Ext.fixation کې چې Controled dynamization لرونکی دوزن سیالی ته اجازه ورکوي په غیر دهغی چې طول او یا Aligmmnet په کې ضیاع شي نه عظم لنډیږي او نه کېږي. کله چې په X-ray کې Collus ولیدل شي نو په قصبه باندي دوزن وړل په تدریجې توګه زیاتیري او کله چې Collus په Consolidation پیل وکړي نو د Ext.Fixation مکمل Dynamic کیږي او ترڅو چې Collus کې یو څه Collaps

منځته راشي دهغه وروسته Ext. Fixation ليري کيږي اودهغی پرځای وظيفوي
Brace اچول کيږي که د Pin ځايونه په خراب حالت کې وي اويا سست وي
وظيفوي Brace ډيره مرسته کوي.

اختلاطات :

د Tibia جرحی او کسرونه په دوه ډوله اختلاطات ورکوي.

۱- مقدم اختلاطات

۲- موخر اختلاطات

۱- مقدم اختلاطات : په مقدمو اختلاطونو کې لاندې اختلاطات شامل دي.

الف : Vascular injury : د قصبی د قریبه نیمایي برخی کسرونه کیدای شي
Popliteal شریان زخمی کړي دایوه عاجله واقعه ده چې چټک خلاصولو او ترمیم
ته اړتیا لري.

ب : Compartment syndrome : د قصبی ټول خلاص او تړلی کسرونه او د داخل
مخی Nail تطبیقول په پنبه کې د Compartement سندروم عمومي اسباب دي. د
انساجو اذیما او د عضلاتو په داخل کې وینه بهیدنه د عضلاتو په کمپارتمنت کې
د پړسوب لامل ګرځي او ددې له کبله Ischemia ته زمينه برابريږي. اضافي خطري
فکتورونه یې دځوانو ناروغانو شدیدو جرحو، په درملنه کې تاخیر هیموراژیک
شاک، اوږده او سخت عملیاتونه او د عملیات په وخت کې د Traction څخه
عبارت دي. په کلینیکي اساس یې تشخیص مشکوک دی د کمپارتمنت سندروم
خبرونکی اعراض د زیاتیدونکی درد، د کلکوالي او Bruising احساس، او په
leg یا پنبه کې د Numbness څخه عبارت دی دا شکایات باید جدي واخیستل

شي او دمحتاطی او متکرری معاینی پواسطه تعقیب شي د عضلاتو رابنګل او Lose of sensibility باید وکتل شي. د Compartment syndrome مقدم تشخیص ډیر زیات اهمیت لري. همدا علت دی چې ځینی جراحان په دې عقیده دي چې دقصبی په ټولو کسرونو کې باید په پرله پسې ډول دکمپارتمنت فشار تر مشاهدی لاندی ونيول شي دا کار په هغو ناروغانو کې چې زیاتی جرحی ولري، بی هوشه پراته وي او یا معمولي واقعاتو کې هم ددې فشار معلومول د مقدم خبرونکی معنی لري د پنبی په قدامی Compartment کې یو Split tip 20 gauge کتیر تنویستل کیږي او کسری ساحی ته نږدی فشار اندازه کیږي که چیرې د Diastolic فشار او د Compartment فشار تر منځ د 30mm تر منځ لږ توپیر موجود وي نو دا یو خطرناک حالت دی او د Compartment د فشار دلیری کیدو لپاره یو استطباب ګنل کیږي فشار باید په ټولو څلورو وارو Compartments کې وکتل شي خو دا عملي طریقہ نه ده که کلینیکي حالت د Compartment سندروم بنودنه کوي او د قدامی Comp فشار نورمال یا نورمال ته نږدی وي نو باید په نورو Compartments کې فشار اندازه شي.



30,26

Compartment Syndrome

A: په دې ډول کسر کې جراح باید په مستقیمه توګه د Compartment syndrom نښو نښانو ته متوجه وي دا ناروغ د پلاستر پواسطه تداوی شوی وو درد یې شدید شو او کله چې پلاستر لیری شو نو پنبه پرسیدلی وه.

B: دقصبی د Compartment د فشار رابنګته کول.

C: په پنبه کې د هر Compartment د لژمی Fasciotomy بنودنه

Fasciotomy & Decompression

کله چې تشخیص وضع شو نو باید بهی له ځنډه Decompression اجراشي او ټول څلور واړه Compartments په اول عملیات کې Decompress شي او دا عملیه په بڼه طریقه د دوه شقونو یانی قدامی وحشی او خلفی انسی له لارې تر سره کیدای شي قدامی وحشی شق د قدامی او وحشی Compartment تر منځ په بین العضلی حجاب کې تر سره کیږي چې د Fibula له غاړې څخه تر وحشی Malleus پورې ازادېږي. Fascia د هر Comp په اوږدو کې غوڅیږي او Perional عصب باید د تخریب څخه وساتل شي همدارنگه یو شق په خلف کې د Tibia د Medle crest پ خلف کې اجرا کیږي د سطحی خلفی کمپارتمنټ Fascia غوڅیږي او د سطحی Compartment عضلات خلف ته کش کیږي ددې له کبله د ژور خلفی کمپارتمنټ Fascial لفافه لوڅیږي هغه شریانونه چې د قصبی شریان څخه منشاء اخلي او Fascia سوری کوي باید د پوستکي د موضوعی Flap لپاره روغ وساتل شي - شق خلاص پرېښودل کیږي بڼه Dressing اجرا کیږي او پښه په طبیعی وضعیت کې میزابه کیږي - کسر د Grade III خلاصی جرحی په شان د Ext.Fixation په واسطه تداوي کیږي شق د موخر ترلو او یا د Skin graft په واسطه تداوي کیږي.

outcome

هغه Comp. Syn چې فشار یې د اعراضو د شروع کیدو په 6hr دننه کې راکم کړای شي مکمل صحت یافت کیږي په ځنډ سره د فشار راکمول د دایمي Dysfunction لامل گرځي چې حدود یې دمعمولی حسی او حرکی زیان څخه واخله تر شدید عضلی او عصبی نقصان پورې رسیږي مفصل تقلصی حالت نیسي او په پښه کې تغیرات پیدا کیږي.

ج : Infection (اتان)

خلاص کسرونه تر خطر لاندې دې یوه وړوکی خلاصه ساحه هم باید په ښه طریقه تداوي، Debrid او وروسته زخم وتړل شي که تشخیص مشکوک وي د زخم څخه باید Swab یا دوینې Simple واخیستل شي او د بهتر داخل وریدي اتی بیوتیک له لاری باید تداوي شي. کله چې د لابراتوار نتایج راشي ناروغ ته بیا همغه خاص اتی بیوتیک ورکول کیږي. که System ثابت وي او Infection منع ته راغلی وي نو Skeletal Fixation باید لیری نه شي که Fixation په ښه طریقه اجراشوی وي نو دانتان کنترول او دکسر التیام دواړه په یو شان پرمخ درومي که غرس شوی الات سست وي باید لیری شي او پرځای یې Ext.Fixation اجراشي.

۲- موخر اختلافات

په موخرو اختلافاتو کې لاندې اختلافات شامل دي.

الف : Malunion

لږ لنډوالی لږ مشکلات پېښوي خو تدور او د زاویوی سوء شکل اگر چې په ظاهره لږ ښکاري خو معذورونکی دی ځکه چې زنگون او قدم په یو پلان کې حرکت نه شي کولای Angulation څخه باید په هره مرحله کې مخنیوی وشي د ۷ درجو څخه زیات کوروالی چې د قدم د شخوالی سره یوځای وي په کسری ساحه باندې د گرځیدو په وخت کې شکوونکی فشار راولي او دهمدی له کبله Refractur او یا Non union مینځ ته راځي. د Varus او Valgus زاویه Ankle او زنگون د وزن دوړلو محور بدلوي او په مفصل کې په ځینو نقاطو زیات فشار راځي او دهمدی له کبله په ثانوي ډول Osteoarthritis پیدا کیږي. خصوصاً چې دزاویه مفصل ته نږدې کیږي. خو اوږدو مطالعاتو ښودلی ده چې د هډوکی په

منحنی دریمه برخه کې په Modrat سوء اشکالو کې پورتنی عمل مینځ ته نه راځي
 تدوری سوء شکل باید نه وي او یا نورمال ته نږدی وي دا کار د تړلو طریقو سره
 لاس ته نه راځي او د داخلی مخی Nail له کبله منځ ته راتللی شي موخر سوء اشکال
 که واضح وي د قصبی د Osteotomy پواسطه اصلاح کیږي.

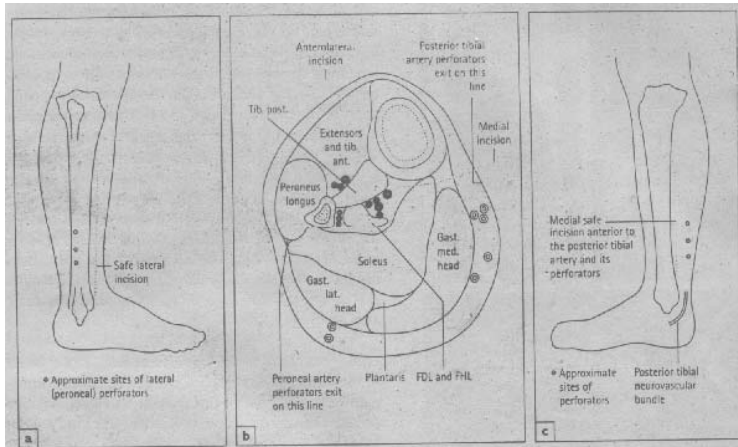
30,27

د Compartment د فشار د بنکته کولو لپاره Fasciectomy د تگلاری بنودنه

a: لومړی شق عموماً قدامی وحشي دی چې قدامی او وحشي Compartment ته لاره پیدا کوي خو کافي نه دی
 ځکه چې سطحی او خلفی Comps هم باید خلاص شي د دوی وضعیت په B کې بنودل شويدي.

b: دینبې عرضاني مقطع دایو
 دوهم شق ته ضرورت لري.

b.c: داشق د گوتی د عرض په
 اندازه د قصبی په خلفی انسي
 برخه کې اجراشوی دواړه شقونه
 لکه څرنګه چې بنودل شوي
 باید یو له بل څخه ۷ سانتی
 متره لیری وي ترڅو د پوستکي
 پواسطه بندولو ته اجازه ورکړي.



b: Delyed Union

دزیاتی قوی پواسطه منځ ته راغلی کسر چې په تاخر سره رغیږي او رغیدو ته
 میل لري او که Nail استعمال شي نو Fatigue failur ته به لار شي. همدا وجه ده
 چې دمخنیوي په توګه د رخوه انساجو د رغیدو وروسته د هډوکي Graft
 اجرا کیږي. یو متبادله طریقه یې داده چې په ۱۲ اونیو کې هم د قصبی په

شاوخوا د X-Ray په فلم کې د Callus نښې ونه لیدل شي نو Nail باید بدل شي. کانال برمه کېږي او د پخواني Nail پر ځای غټ Nail تطبیق کېږي که Fibula د Tibia څخه مخکې التیام وکړي نو د کسری پارچو د بهتری مخامخ کیدو او په فشار سره د نږدې کیدو لپاره باید Osteomatized Fibula شي.

ج : Non Union

کیدای شي Non union د هډوکي د ضیاع، د ژور اتان او عموماً د غلطی تداوی څخه وروسته مینځ ته راشي. کیدای شي میزابه ژر لیری کړای شوی وي او یا نارغ په داسی حال کې حرکت کړی وي چې قدم یې شخ او پښه یې Equinus حالت ولري او زخم یې په همدغه وخت کې التیام کړی وي نو ددې ټولو له کبله Nonunion پیدا کېږي.

Hyper tropic nonunion د داخلي مخی Nail او فشاری Plate پواسطه تداوي کېږي او Atropic non union د پورتنیو شیانو سره د هډوکي Graft ته هم اړتیا لري. که Fibula التیام کړی وي نو د قصبی پارچو فشار ته داجازی لپاره باید د Fibula یوه وړه برخه غوڅه او لری شي. Intrctable واقعات په هیڅ شي سره ځواب نه وایي په غیر د Radical ilizarove تخنیک څخه.

د : Joint stiffness

په Cast کې د اوږدې مودی لپاره بې حرکت کول د قدم او پښې شخوالی رامینځ ته کوي چې د فعالو تمریناتو سره سره دولس میاشتې دوام کوي که د Cast پر ځای (4-6w) اونیو کې وظیفوي Brace ولگول شي نو ددې اختلاط څخه مخنیوی کیدای شي.

ه : Osteoprosis

دبعیده پارچو Osteoprosis دهری تداوی سره سره دومره عام دې چې اوس د قصبی دکسرونو یوه نورمال نتیجه گڼلای شي محوری وزن برداری په قصبه کې ډیر اهمیت لري او څومره ژر چې امکان ولري وزن باید په ټولو نقاطو یو برابر راشي. داوړد مهاله Ext.Fixation څخه وروسته دبعیده پارچی د فشاری کسر د مخنیوي لپاره باید ځانگړی پاملرنه وشي.

و : Algo dystrophy

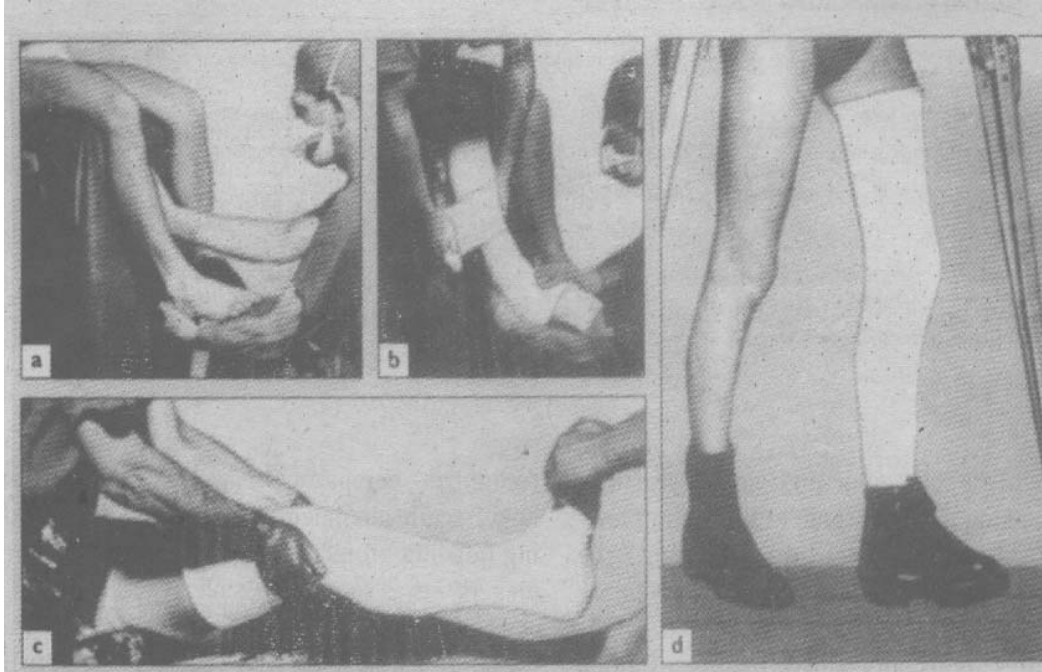
دبعیده دریمی برخی په کسرونو کې Algo dystrophy یو عام اختلاط دی د تداوی په ټوله موده کې ناروغ باید تمریناتو ته وهڅول شي.

په ټولو کسرونو کې د پوستکي د افاتو لپاره د T.Schern تصنیف بندي

IC1	No skin lesion
IC2	No skin Laceration but contusion
IC3	Circumscribed degloving
IC4	Extensive closed degloving
IC5	Necrosis form contusion

دخلاصو كسرونو لپاره د Gastilo تصنيف بندي

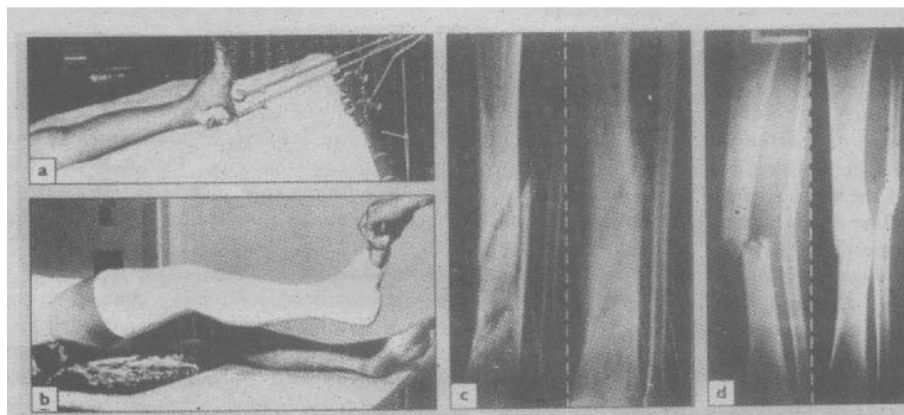
Grade	Wound	Soft tissue injury	Bone injury
I	Less than 1cm long	Minimal	Simple low energy fractures
II	Greater than 1cm long	Moderate, some muscle damage	Moderate comminution
IIIA	Usually greater than 1cm long	Sever deep contusion, ± Compartment syndome	High energy fracture possible
IIIB	Usually greater than 10cm long	Severe loss of soft tissue cover	Requires soft tissue reconstruction for cover
IIIC	Usually greater than 10cm long	All IIIB with need for Vascular repair	Requires of tissue reconstruction for cover



30,23

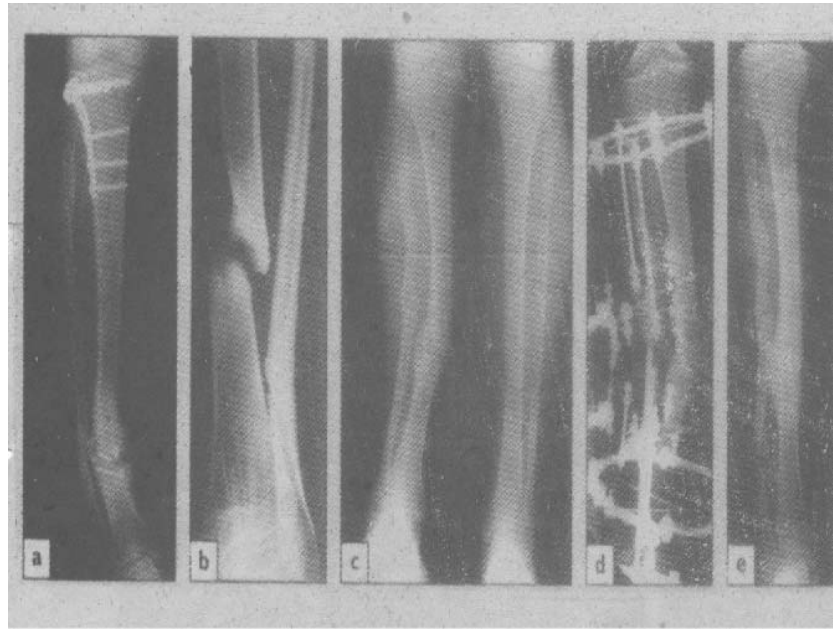
د Tibia او Fibula د کسرونو تر لې تداوي.

- a: دمیز له پاسه د زنگون دکړلو پواسطه ارجاع ته اساتتیا ورکول شوی ده نورماله پښه د مقایسی لپاره په څنگ کې ورسره ځورنیده وه.
- b: جراح وضعیت نیولی مرستیال یې ښکته په زنگون کې پلاستر تطبیق کوي.
- c: کله چې پلاستر ولگول شو پښه نیغیرې او دپورتنې زنگون پلاستر مکمل دی.
- d: پښه Plentigrade ده زنگون لږ غوندي راقات شوی او د پلاستر د Patela له گرد چاپیره تاوشوی او په پښه کې دگرځیدو لپاره د لوړ تلی لرونکی بوت په پښو کړای شوی دی.



دقصبی او Fibula د کسرونو ترلی تداوی:

a : د تیرویر هډوکي د ارجاع لپاره Skeletal ترکشن کارول شوی او د متیممی تداوی په خاطر د پوستکی لپاره پلاستر تطبیق شوی وروسته د 30,23 شکل تخنیکونه کارول شويدي یواځی Skeletal pin د پلاستر تر برابریدو پورې نه دې لگول شي.
c,d : د حلزوني او مستعرضو کسرونو مثالونه بنودلي شويدي.



د مکسوره قصبی او Fibula موخر اختلافات

a : Hypertropic non union د بې کاره Callus جوړیدل او د کسر د رغیدلو مایوس مراحل
b : Atropic Nonunion په مکسوره ساحه کې د حیاتي فعالیت ډیر لږ علایم لیدل کیږي.
c : Mal union : په تدریجي توګه په d او e کې د ILL Zerov Fixeter پواسطه اصلاح شوی.

Fracture of the Tibia Alone

مستقیمه ضربه لکه په لغته وهل او یا په لرګي (ډنډه) وهل کیدای شي په لګیدلي ځای کې په قصبه کې مستعرض یا لږ غونډې مایل کسر پیدا کړي ماشومان ځنې وخت د تاوه وونکي صدمی له کبله حلزوني کسرونه پیدا کوي

خودا پېښه په بالغانو کې نادره ده. موضوعي گريدل او پرسوب واضح وي خو د زنگون او قدم حرکات اجراکيدای شي. هغه ماشومان چې حلزوني کسرونه ولري په پښه ودریدای شي کسر په قدامي خلفي عکس کې غالباً نه لیدل کېږي باید په دوه مناظرو عکس واخیستل شي که نه وي نو کسر له نظره پټ پاتی کېږي خو ورځې وروسته میندې خپل ماشومان دیوې غوټې سره چې Callus وي ډاکتر ته راوړي مستعرض او مایل کسرونه په X-ray کې په اسانې سره لیدل کېږي خو بی ځایه والی ډیر لږ لیدل کېږي.

درملنه :

که کسر بې ځایه شوی وي نو دارجاع لپاره یې باید کوشش وشي د زنگون له پورته د دواړو هډوکو د کسر په څیر پلاستر تطبیق کېږي. لومړی هغه پلاستر چې مینځ کې په اوږدو قطع شویدی او وروسته مکمل پلاستر تطبیق کېږي دقصبی یواځینی کسر دالتیام لپاره هومره وخت نیسي لکه دواړه هډوکي چه مات شوي وي نو Consolidation یې د ۱۲ اونيو او یاله دې زیات وخت ته ضرورت دي. د ماشومانو حلزوني کسرونه ۶ اونيو ته ضرورت لري او ښه کېږي که د قصبی د جسم په منځنی برخه کې مستعرض کسر موجود وي نو جراح د زنگانه نه پورته پلاستر په لنډ پلاستر بدلوي (که ارجاع صحیح وي)

اختلاطات :

الف: Delayed union

یواځی دقصبی کسرونه چې په لاندنی دریمه برخه کې واقع وي ژر نه یوځای کېږي حتی لږ غونډې بې ځایه والی هم په تاخیر سره Union کوي نو خلاصی

ارجاع او Int.Fixation ته غالباً ترجیح ورکول کېږي. که د کسر رغیدل په ځای ودرېږي نو ځینې وخت ۲.۵ ساتي متره Fibula باید غوڅ شي تر څو د Tibia پارچو ته د کلک تماس اجازه ورکړي.

Fractur of the Fibula alone

د Fibula یواځینی حلزوني کسرونو ته باید د شک په نظر ونه کتل شي ځکه چې دا دنورو جرحو سره یوځای وي نو بڼه به داوي چې د X-ray په فلم کې قدم او زنگون راوستل شي. مستعرض اولنډی مایل کسرونه د مستقیمې ضربې له کبله پیدا کېږي موضوعي حساسیت موجود وي خو ناروغ په زنگون او قدم ودریدای او حرکت کولای شي درد د Analgesic دوا پواسطه کنټرولېږي او ناروغ د الاستیک بنډاژ څخه زیات څه ته ضرورت نه لري چې دا زنگون څخه تر ګوتو پورې د ۲-۳ اونيو لپاره تاوشي په ځینو واقعاتو کې چې درد ډیر شدید وي د زنگون نه لاندی باید Cast تطبیق شي په ځینو ناروغانو کې چې Osteomyelitis او دهېوکي تومورونه لري د Fibula پتالوژیک کسرونه پیدا کېږي چې د تداوي له نظره د عامل په نظر کې نیولو سره کوم تشخیص شویدی تداوي شي.

Fatigue Fracturs

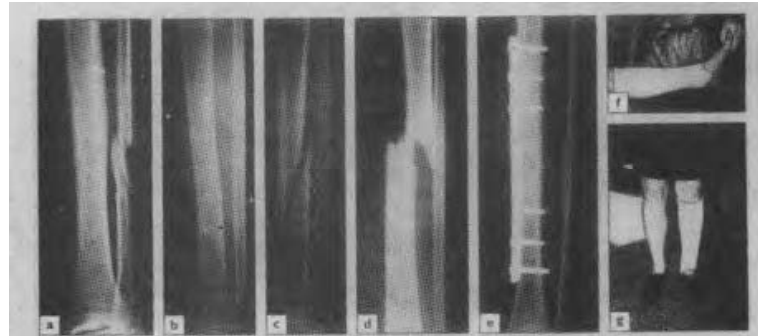
متکرر فشار په قصبه او Fibula کې د Fatigue کسرونو د پیداکیدو سبب
گرځي دا کسرونه د وسله وال فوځ په سرتیرو، دمنډی وهلو په لوبغاړو او مسلکي
نڅاگرو کې زیات لیدل کیږي داخلک د پښې له درد څخه گيله کوي لږ غونډې
پرسوب او موضوعي حساسیت موجود وي دا حالت کیدای شي د Comp.
syndrome سره غلط شي.

X-Ray

په اولو څلورو هفتو کې په X-ray کې هیڅ غیر نورمال شي نه ښکاري خو
دهډو کې Scan کې فعالیت زیاتوالی لیدل کیږي خو اونی وروسته د Periost په
واسطه نوی هډوکی جوړیدل لیدل کیږي چې په Cortex کې وړوکی مستعرضه
نقیصه موجود وي د X-Ray دغه تظاهرات د Osteosarcoma سره غلطیږي چې
دردناک نتایج لري. که د فشاري کسرونو تشخیص په ذهن کې وساتل شي له دغی
غلطی څخه مخنیوی کیدای شي.

درملنه :

ناروغ ته توصیه وکړي چې د ثقیلو فعالیتونو څخه ځان وساتي معمولاً ۲-۱۰ اونیو کې اعراض دمنځه ځي یو لنډ پلستر چې ورسره وگرځیدای شي او د راحت لپاره تطبیق کیدای شي.



یواځی دیوه هله وکي کسر

A: د Fibula یواځینی کسر

B.C: ددی ماشوم په پښه کې حلزوني کسر د قصبی په یوه منظره کې ښکاري.

D: په یو بالغ د قصبی مستعرض کسر چې Plates په کې لگول شوی.

E: اوس دومره ثابت شویده چې د پلاستر یوه وره پوټه ترې تاوشوی.

F.G: یواځی ساتنی ته ضرورت دی نن سبا د داخلي مخی nail کارول د تثبیت غوره طریقه ده.

REFERENCES AND FURTHER READING

- Apley AG (1979) Fractures of the tibial plateau. *Orthopedic Clinics of North America* 10, 61-74
- BOA/BAPS Working Party Report on Severe Tibial Injuries (1993) The early management of severe tibial fractures: the need for combined plastic and orthopaedic management. British Orthopaedic Association, London
- Conlan T, Garth WP Jr, Lemons JE (1993) Evaluation of the medial soft-tissue restraints of the extensor mechanism of the knee. *Journal of Bone and Joint Surgery* 75A, 682-693
- Daniel DM, Stone ML, Barnett P, Sachs R (1988) Use of the quadriceps active test to diagnose posterior cruciate ligament disruption and measure posterior laxity of the knee. *Journal of Bone and Joint Surgery* 70A, 386-391
- Feagin JA, Cooke TDV (1989) Prone examination for anterior cruciate ligament insufficiency. *Journal of Bone and Joint Surgery* 71B, 863
- Fruensgaard S, Johannsen HV (1989) Incomplete ruptures of the anterior cruciate ligament. *Journal of Bone and Joint Surgery* 71B, 526-530
- Galway HR, MacIntosh DL (1983) The lateral pivot shift: a symptom and sign of anterior cruciate ligament insufficiency. *Clinical Orthopaedics and Related Research* 147, 45-50
- Gustilo RB, Merkow RL, Templeman D (1990) The management of open fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 72A, 299-304
- Heckman MM, Whitesides TE Jr, Grewe SR, Rooks MD (1994) Compartment pressure in association with closed tibial fractures. The relationship between tissue pressure, compartment and the distance from the site of the fracture. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 1285-1292
- Hooper GJ, Keddell RC, Penny JD (1991) Conservative management or closed nailing for tibial shaft fractures. A randomised prospective trial. *Journal of Bone and Joint Surgery* 73B, 83-85
- Keating JK, Blachut PA, O'Brien PJ, Court-Brown CM (2000) Reamed nailing of Gustilo grade-IIIB tibial fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 82B, 1113-1116
- Losée RE, Johnson TR, Southwick WD (1978) Anterior subluxation of the lateral tibial plateau. A diagnostic test and operative repair. *Journal of Bone and Joint Surgery* 60A, 1015-1030
- McQueen MM, Christie J, Court-Brown CM (1996) Acute compartment syndrome in tibial diaphyseal fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 78B, 95-98
- Merchant TC, Dietz FR (1989) Long-term follow-up after fractures of the tibial and fibular shafts. *Journal of Bone and Joint Surgery* 71A, 599-606
- Sandberg R, Balkfors B, Nilsson B, Westlin N (1987) Operative versus non-operative treatment of recent injuries to the ligaments of the knee: a prospective randomized study. *Journal of Bone and Joint Surgery* 69A, 1120-1126
- Sarmiento A, Gersten LM, Sobol PA et al (1989) Tibial shaft fractures treated with functional braces. *Journal of Bone and Joint Surgery* 71B, 602-609
- Schatzker J (1987) Fractures of the tibial plateau. In *The Rationale of Operative Fracture Care* (eds Schatzker J, Tile M). Springer, Berlin, pp279-296
- Trickey EI (1987) Soft tissue injuries of the knee - clinical evaluation. *Current Orthopaedics* 1, 135-139
- Tscherne H (1984) The management of open fractures. In *Fractures with Soft Tissue Injuries* (eds Tscherne H, Gotzen L). Springer, Berlin, pp10-32
- Watson JT (1994) Treatment of unstable fractures of the shaft of the tibia. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 1575-1584

د قدم د بند او پښي جروحات

پونده زلفی (اوسپنی قلف) ته ورته ترلی ساختمان دی چې دوه برخې لري او دواړه برخې يې یو بل کې نښلی یا بندېږي. پورتنی برخه يې د قصبی او Fibula دبعیده نهایتو پواسطه او ښکتنی برخه يې د Talus د هډوکي د برنې برخې پواسطه جوړه شویده پورتنې هډوکي د SyndISmusis په څیر د بین العظمی بعیده Tibofibular اربطو پواسطه کلک شویدی او د Talus هډوکي د ښویدو څخه د انسی او وحشي Lig Collateral او د مشترکه کپسول پواسطه مخنیوی کېږي یعنی په خپل ځای ټینګ نیول کېږي.

پونده یواځې Flexion او Extension کولای شي او جنبی حرکات د Mallulus او Colletral اربطو پواسطه مخنیوی کېږي که Tallus په تدور یا قاتیدو مجبور شي نو اربطی یا Mallelus او یا دواړو ته تاوان رسیږي. کله چې د Mallulus کسر ولیدل شي نو ارو مرو د اربطو جرحی هم په نظر کې نیول کېږي.

د قدم د لیګا میتو نو جروحات :

اگر چې دپوندې د اربطو جرحی د سپورت په فعالیتونو کې منځ ته راځي په عامه توګه د جرحی د پخو د تکلیف لرونکو ډیرو ګرځیدونکو کوم چې زینه باندې ختوخت کې ټکان خوري عامی دي. دپوندې ناڅاپه تاویدل دمفصل د ګردچاپیره ساختمانونو په کشیدو کې زیاتوالی راولي، ددې له کبله د رخوه انسا جو شديده تاویدنه مینځ ته راځي چې دې ته Sprined پونده وایي که چیرې ډیره شديده قوه پرې تطبیق شي نو کیدای شي چې اربطی د څیرې کیدلو تر نقطی پورې کش شي په قسمی څیرې کیدنه کې اربطه روغه پاتی کېږي او کله چې جوړه شوه نو د وجود

وزن منلی او تحمل کولای شي په مکمله څیرې کیدنه کې کیدای شي اړبطه جوړه شي خو اصلي شکل ته بیرته نه راځي او مفصل به غالباً بې ثباته وي.

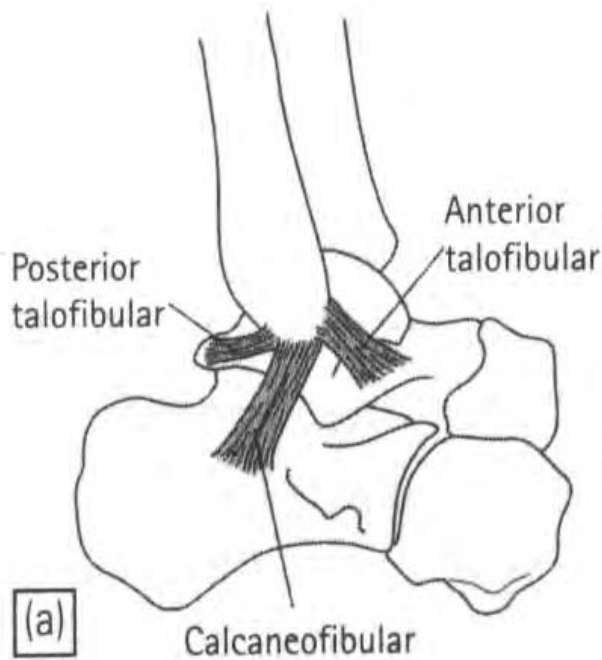
:Functional Anatomy

په وحشی جنبی اړبطو کې قدامی Talofibular ، خلفی Tulofibular او د دوی تر منځ Calcaneofibular اړبطی شاملی دي قدامی Talofibular لیگامنت د وحشی Mallulus د غاړې څخه تر Talus پورې په قدامی غاړه کې په افقي توګه غځیدلی دی. دا اړبطه په Dorsi Flexion کې استرخاء کوي او په Planter flexion کې تر فشار لاندې راځي.

Calcaneofibular اړبطه د وحشی Mallelus له څوکي څخه د Calcaneus دخلفی وحشی برخې پورې غځیدلی ده او د Sub talar مفصل په استحکام کې کومک کوي د پوندې په Dorsi Flexion او Enversion کې د شدید فشار لاندې راځي خلفی Talofibular اړبطه د وحشی Malelus د خلفی غاړې څخه د Talus تر خلفی برخې پورې غځیدلی ده انسی جنبی اړبطه د Deltoid lig په سطحی او ژورو برخو ویشل شوي دي. سطحی الیاف یې د پکي په شان د انسی Malelus څخه په قدام کې تر Naviculare پورې او په سفلي سطح کې د Calcaneus او Talus پورې غځیدلی دی ددې اصلی دنده د خلفی پښی د Eversion څخه مخنیوی کول دي. ژوره برخه یې داخلی مفصلی ده چې مستقیماً د انسی Malulus څخه د Talus په انسی سطح باندې ارتکاز کوي ددې اساسی دنده د Talus د خارجی تدور څخه مخنیوی دي. څرنګه چې انسی Colletral اړبطه د پوندې د Eversion او Ext. rotation څخه مخنیوی کوي نو د Ankle مفصل د

ترلو زیاته ثباتی اربطه ده بعیده Tibofibulo مفصل دڅلورو لیگامنتونو پواسطه په خپل ځای کې نیول شوی چې په ترتیب سره د قدامی، خلفی، سفلی مستعرض او بین العظمی لیگامنتونو څخه عبارت دي چې بین العظمی لیگامنت یې په وضعیت کې د interoseos membrane ضخیمه برخه ده.

د لیگامنتونو دغه قوی جوړښت د Tibofibula مفصل ته د Flexion او Extension په دوران کې یو څه حرکاتو ته اجازه ورکوي.



31,1

د پوندې د پوندې Lateral لیگامنتونه

د پوندې درې غټ لیگامنتونه په جنبي خوا کې قدامي Talofibular اربطه خلفي Talofibular اربطه او د دوی

ت دی. که قدامي Talofibular اربطه خیري شي نو جنبي

په مینځ کې Calcaneofibular لیگامن

قدامي خلفي بی ثباتي رامینځته کيږي ثبات په خپل ځای کې پاتی کيږي خو.

Injuries of the Lateral Ligaments

د اربطو په (90%) واقعاتو کې جنبي Complex ته چې عموماً قدامي Talofibular او Calcaneofibular اربطې په کې شاملې دي زیان رسیږي. یواځې په ډیرو شدیدو جرحو کې خلفي Talofibular اربطه څیري کیږي.

Mechanism of the Injury & Pathology

کله چې پونده Planter flexion او inversion په حالت کې وي نو که غیر متوازن وزن پرې راشي تاویږي او جرحه پیدا کوي لومړي قدامي Talofibular lig او وروسته Calcaneofibular اربطه تر فشار لاندې راځي ځینې وخت Talocalcaneo lig هم زخمی کیږي که الیاف وشلیږي نو په رخوه انساجو کې وینه بهیدنه مینځ ته راځي او په ځینو واقعاتو کې Peroneal tendon هم زخمی کیږي.

کلینیکي بڼه :

د تاوه وونکی جرحی تاریخچه چې د درد او پرسوب پواسطه تعقیب شوی وي. دمعمولي Spavin څخه واخله تر کسر پوری حالت لپاره وړاندوینه کوي که ناروغ گړځیدای شي او لږ غوندي Brusing یې په پوستکي کې بنکاري نو دا غالباً یو Spavin مینځ ته راغلی که ډیر زیات Brusing موجود وي او ناروغ په پښه وزن نه شي زغملای نو دا دیوی شدیدې جرحی علامه ده حساسیت اکثر د جنبي malleal په Distal او لږ غوندي قدامی قسمت کې موجود دی. که پوندي ته لږ غوندي Inversion passive ورکړای شي نو شدید دردناکه وي دموضوعي او عمومي بې هوشي څخه پرته معاینه ناممکنه ده ترڅو غیر نورمال حرکات ولیدل شي. د پوندي په ټولو جرحو کې باید مکمله پښه وکتل شي ځکه چې د Fibula پر

ځای کسرونه (undisplaced) او Metatarsal هډوکو کسرونه په اسانۍ سره له پامه پټ پاتی کیږي همدارنگه د بعیده Tibofibular مفصل او Perioneal tendon داسې اعراض ورکوي چې د اربطو کشش ته ورته وي.

X-ray

په ټولو واقعاتو کې باید قدامي خلفي جنبی او په ۳۰ درجی مایل منظره X-ray واخیستل شي خو په ډیرو عادي واقعاتو کې ۴۵ درجی مایله منظره هم مرسته کوي د رخوه انساجو موضوعي پرسوب او په ځینی واقعاتو کې د وحشي Mallulus دڅوکی یا د Talus د قدامي وحشي سطحو بی ځایه کیدل د جنبی اربطو د جرحی نښی دي په تفریقي تشخیص کې د fibula په ځای کسرونه او د Tibo fibular syndesmis د Diastasis حالت باید په نظر کې ونیول شي که حساسیت تر پښې پورې خپور شوی وي او یا پرسوب دومره شدید وي چې د پښې صحیح معاینه نه شي کیدای نو د پښې باید اضافي X-Ray واخیستل شي په حادو واقعاتو کې د بی ثباتی د معلومولو لپاره د فشاري Stress ته اړتیا نشته مگر هغه وخت چې د عملیات په واسطه ترمیم په نظر کې وي عمومي او موضوعي بی هوشي ته ضرورت دی.

MRI

د جنبی اربطو ناڅاپي څیری کیدنه د MRI پواسطه معلومیدای شي خو دا عملیه باید هغه وخت اجراشي کله چې ابتدایي ترمیم ته ضرورت وي.
درملنه :

۱- Strain او Sprain : Partial Tear د فعالیت پواسطه تداوی کیرې یو الاستیک بنداز تطبیقیرې او ژر تر ژره فعال حرکات شروع کیرې او د پوره حرکاتو ترلاسته راتلو پورې دوام ورکول کیرې. ناروغ د پښې څخه باید تر هغی پورې بنداز لیرې نه کړي ترڅو پرسوب نه وي له مینځه تللی که ناروغ گرځیدای شي نو دوزن ورلو اجازت شته ناروغ ته باید ونښودل شي چې په سمه توگه د پوندی او پنجی په انداز وگرځي د اوږد مهاله درد یو معمول سبب د پښو بی ثباته جوړښت یا د عضلاتو د کمزورتیا له کبله متکرر فشار دی.

۲- Complet tear : په نخاگرو او پیژندل شوو لوبغاړو کې د څیري شوي اربطی عملیاتي ترمیم بڼه خبره ده په اکثر ناروغانو کې جرحه د Cast په واسطه د غیر متحرک کیدلو له کبله چې د زنگون څخه ښکته د پښې تر پنجی پورې غځیدلی وي تداوی کیرې که پرسوب موجود وي نو Cast لیري کیرې او چی پرسوب ختم شي بیا اچول کیرې شپږ اونۍ وروسته د Cast پرځای لیري کیدونکی Brace تطبیق کیرې او فزیوتراپی شروع کیرې د اربطی جوړیدل ۱۰ اونۍ وخت نیسي لس اونۍ وروسته میزابه لیري کیرې او ناروغ نورمال فعالیت تر سره کولو دپاره هڅول کیرې.

Out come

په اکثره واقعاتو کې اربطه رغیزی او اعراض په تدریجی ډول له مینځه ځي خو ځینی ناروغان د فشار پواسطه د پوندې د درد څخه شکایت کوي کیدای شي په Peroneal tendon کې کمزورتیا پاتی شي تر ټولو جدی اختلاط یې د پوندې مزمنه بی ثباتی ده.

Recurrent Lateral instability

کلینیکي بڼه :

ناروغ د Sprian پوندې تاریخچه وایي چې هیڅ کله نه وي روغه شوی ناروغ وایي کله چې په څیره سطح باندې روان وي نو د بی ثباتی احساس کوي دا د جنبي وحشي اربطی د څیرې کیدو په ۲۰% واقعاتو کې لیدل کیږي. پونده نورماله بنکاري او غیر فعال (Passive) حرکات یې صحیح وي فشاري تستونه په Sagittal پلان کې د جنبي اربطی سستوالی او د Talus کوروالی بنیي او په Coronal پلان کې قدامي بی ځایه والی بنیي په مزمنو حالاتو کې دا تست بی درده وي او د لاس پواسطه او یا د یو خاص ماشین فشاری الی پواسطه اجرا کیدای شي نورماله او غیر نورماله دواړه پوندې باید د پرتلی لپاره وکتل شي.

د Talar tilt test : پدې تست کې پونده طبعی وضعیت لري معاینه کوونکي د یو لاس پواسطه د پنبې د نیولو لارې قصبی ته ثبات ورکوي او د بل لاس پواسطه پوندې ته د زیات نه زیات inversion ورکوي د حرکاتو توان د کلینیک له نظره اندازه کیږي او دنورمالي پوندې سره مقایسه کیږي د Talus د کوروالی صحیح درجه د X-ray پواسطه معلومیدای شي چې د پوندې په ۳۰ درجی داخلي تدور

کې اخیستل کېږي که Talus ۱۵ درجې کوروي نو پونده غیر نورماله ده د
Inversion سستوالی د Calcanofibular او قدامي Talofibular اربطو د جرحو

بنودنه کوي.

31,2

د پوندي Sprain

معمولترینه جرحه د جنبي اربطی قسمي خیري کیدل دي.

a: تداوي کې یو Crap bandage

b: د نښتونکی Strap په پرتله بڼه دنده ترسره کوي متوازنه

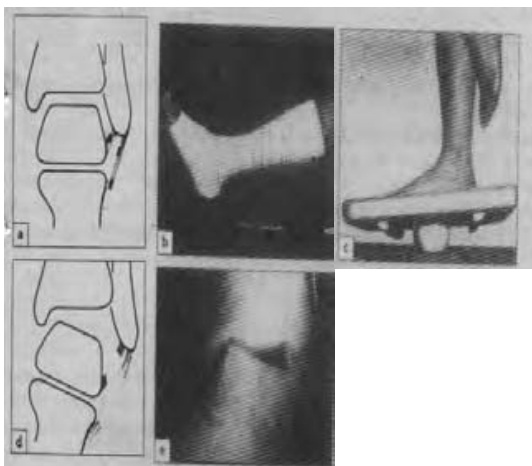
تخته.

c: د عضلاتو د قوی کولو لپاره یو گټوره طریقه ده د جنبي

اربطی مکمله خیری کیدنه.

dT: کیدای شي دنده په کې له لاسه لاړه شي په یو Strain

عکس کې د alus کریدل بنودل شويدي.



۲- Anterior Drawer test : دناروغ زنگون مکمل Flexion حالت کې نیول
کېږي او پونده لس درجې Planter flexion حالت لري د یو لاس پواسطه ښکتنی
پښه نیول کېږي او دوهم لاس پواسطه د ناروغ پوندي ته قدام خواته د Tibia لاندې
تیل وهل کېږي د Talus وضعیت د جنبي X-ray پواسطه کتل کېږي د 10mm په
اندازه قدامي بی ځایه والی د قدامي Talofibular اربطی د غیر نورمال حالت
بنودنه کوي په یواځی ډول قدامی Talofibular اربطه خیری شوي وي نو کیدای
شي د Drawer test مثبت وي او د Talus غیر نورمال کوروالی نه وي موجود.

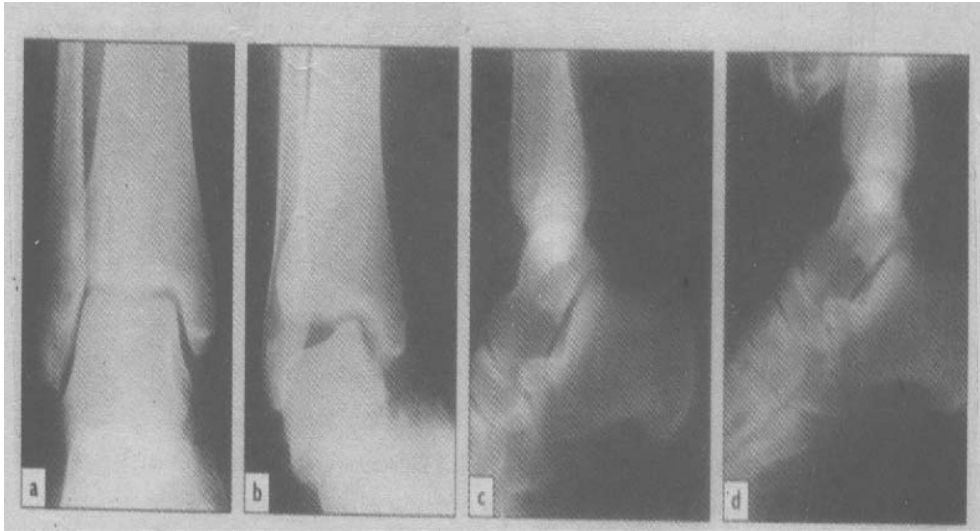
درملنه :

د وظیفې د لاسه د ورکولو مخنیوی دپوندې د خارجی اړخ د پورته کولو او وحشي خوانه د غځولو پواسطه تر سره کیږي د Perional د عضلاتو د قوت له پاره دپوندې تمرین مرسته کوي او د فشاري فعالیتونو په وخت کې باید یو سپک Brace واغوستل شي که ددې اقداماتو سره سره ناروغ بیا هم بی ثباتی احساسوي نو باید جنبي اربطه ورغول شي ډیر عملیاتونه ذکر شويدي او په عمومي ډول په دوه گروپونو ویشل شويدي.

الف : هغه عملیاتونه چې هدف یې د اربطې ترمیم او کلک کول وي.

ب: هغه عملیاتونه چې د بې ثباته حرکاتو څخه د مخنیوي لپاره د نگراني په ډول اجرا کیږي.

Brostromkarlsson عملیات لومړی ډول عملیات دې قدامي Talofibular او Calcanofibular اربطې د لوڅولو څخه وروسته ترمیمېږي په دوهم ډول عملیات کې د Peroneus brevis څخه یوه اربطه جوړېږي چې د Tendoesis په څیر عمل کوي او د Varus د ناڅاپي حرکت څخه مخنیوي کوي وروسته د عملیات څخه پونده د دوه اونیو لپاره بی حرکته کیږي او د نورو څلورو اونیو لپاره د زنگون لاندې Cast تطبیقېږي په دې دوران کې ناروغ وزن وړای شي او تمریناتو ته تشویقېږي دري میاشتی وروسته brace لیری کیږي. خو د سپورتي فعالیتونو لپاره بیرته اغوستل کیدای شي.



31,3

د پوند د بې ثباتۍ تستونه

د Talus د کړېدلو تست فشاري X-ray د Talus وضعیت بڼې اهم

a: په خپل ځای کې

b: د قوي فشار له کبله د Inversion په حالت ۱۵ درجې کوروالی تشخیصیه اهمیت لري

قدامی Drawer تست Talus قدام ته د بې ځایه کولو لپاره پونده په قدم کې د Tibia لاندې راکش شویده جنبي X-ray وضعیت بڼې.

c: په خپل ځای کې.

d: د قدامي Traction په دوران کې د Talus بې ځایه والی دنورمال وضعیت سره په مقایسوي ډول وگوری.

Deltoid ligament tears

د Deltoid lig څیری کیدنه په عمومي ډول د Fibula د بعیده برخې د کسر او یا

د Tibofibular اړبې د بعیده برخې د څیری کیدلو سره یو ځای لیدل کیږي ددې

له کبله Talus بې ثباته کیږي او په Eversion او خارجي تدور کې حرکت کوي

تشخیص د X-ray پواسطه سرته رسیږي دمفصل په انسی برخه کې پراخوالی

موجود وي. ځینی وخت د Talus کوروالی موجود وي او کیدای شي چې په

Tibofibular مفصل کې Diastasis واضح وی.

درملنه :

ددې سره سره چې کله د انسی مفصل تر مینځ ساحه راکمه شي اربطه رغیږي د Fibular کسر Diastasis باید په صحیح توګه ارجاع شي او که ضرورت وي نو د خلاصی ارجاع او Int.Fixation څخه ګټه واخیستل شي ځینی وخت د انسی مفصل تر منځ فاصله نه ارجاع کیږي نو ددې له خاطره باید ساحه خلاصه شي او که رخوه انساج په کې نښتی وي باید د وویستل شي د زنگون نه لاندې Cast باید تطبیق او تر ۸ اونيو پورې وساتل شي.

Dislocation of the Peroneal tendon

د Peroneal tendon ناڅاپي خلع کيدای شي د جنبي ليگامنت د فشار سره مغالطه او يا کيدای شي ورسره يوځای رامینځ ته شي په X-ray کې د وحشي Malullus مایل کسر چې Telltate نښه په کې مثبتته وي ليدل کيږي او يا په جنبي برخه کې پرته د هډوکي يوه وړه پارچه ليري ليدل کيږي که د زنگون لاندې د ۶ اونيو لپاره Cast تطبيق شي نو په نيمایي واقعاتو کې کاميابي تر لاسه کيږي پاتی نور ناروغان يې د اعراضو څخه گيله من وي. متکرري خلعي نه غلطیږي ځکه چې ناروغ دا بنودلی شي چې Peroneal tendon د Eversion او Dorsi Flexion په وخت کې له Fibula له پاسه قدام خواته بی ځایه کيږي. تداوي يې عملياتي ده او په دی مشاهده ولاړه ده چې د Fibula په مخ د Periost سره د Retinaculum نښتلیو له بل څخه ليري کيږي يو خالی ځای په کې مينځ ته راځي او Tendon په همدې کې بی ځایه کيږي په هډوکي کې د سوري د ويستلو پواسطه او د غير قابل جذب تار د سپورونو پواسطه نارمله اناتومي بيرته اعاده کيږي او نقيصه له مينځه ځي.

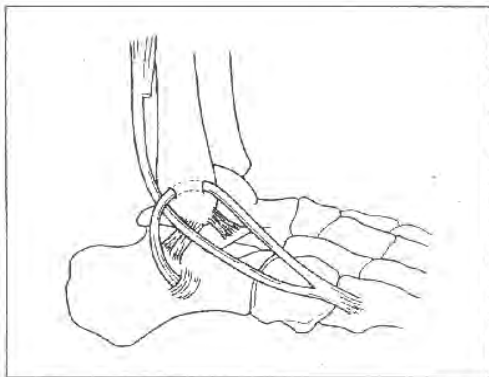
31,4

د متکرري جنبي بی ثباتي عملياتي تداوي.

د جنبي اړيکی د قوی کولو يوه لاز داده چې

Peroneus braves وتر په ښه لار راتاو کړای شي

او د نگران په توگه دنده اجرا کړي.

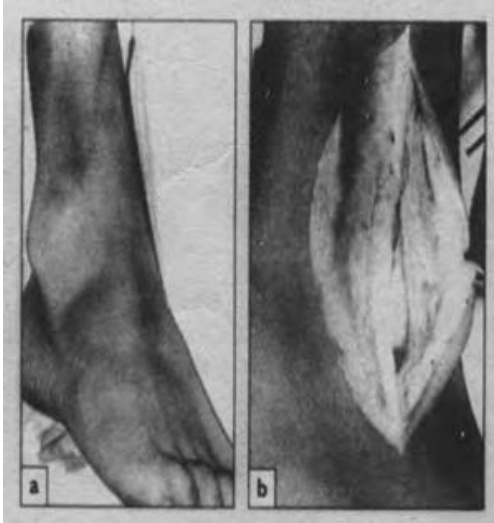


د *Peroneal tendon* خلع

a: د پوندې د حرکت پواسطه *Peroneal* وتر د وحشي *malus*

پاسه قدام خواته بنو: د پړي.

b قدامي برخ *Retina culum* ه بیرته رغول شوی ده.



Tears of the inferior tibofibular ligaments

سفلي *Tibofibular* اربطه کيدای شي خیری شي او په *Tibofibular*

مفصل کې قسمي او یا مکمل بی خایه والی رامینځ ته کړي په مکمل بی خایه والي کې قدامي او خلفي دواړه ډوله الیاف خیری کيږي او یو شدید *Abduction* فشار رامینځ ته کوي په قسمی بی خایه کیدنه کې چې یواځې قدامي الیاف خیری شوي داد خارجي تدوری قوت له کبله پیدا کيږي دا جرحی کیدای شي په جدا ډول واقع شي. خو په عمومي توگه د *Malullus* د کسرونو او د *Colletral* لیگامنت د خیری کیدو سره یو ځای وي.

کلینیکي بڼه :

دیوې تاووه ونکی جرحی څخه وروسته ناروغ د پوندې په قدام د جرحی څخه گيله کوي د سفلي *Tibofibular* مفصل له پاسه پرسوب او واضح حساسیت موجود وي کله چې په پنبه باندي د پوندې له پاسه کلک فشار وارد شي نو ناروغ د

Sandymosis له پاسه درد احساسوي دی ته Squeeze test وایي نو د Test د اجراکولو مخکې کسر ته باید پام شي ځکه چې د کسر په موجودیت کې تست نه اجراکېږي.

په قسمي څیری کیدنه کې Fibula خپل ځای کې وي او X-ray نورماله بنکاري په مکمله څیری کیدنه کې Tibofibular joint جداشوی وي او د Ankle څنډی پراخه شوی وي ځینی وخت کله چې د abduction په حالت کې په بنینگری بڼه فشار راوړل شي نو پورتنی پراخوالی واضح بنکاره کیدای شي له دې سره له بعیده Tibia او یا Fibula کسرونه او یا لږ پورته یواځی د Fibula کسر موجود وي.

درملنه:

قسمي څیری کیدنه د ۲-۳ اونیولپاره په صحیح توګه د بنداز د تاوولو پواسطه تداوي کيږي اوله دې وروسته تمرینات شروع کيږي مکملی جرحی د مفصل د پاسه د مستعرض Screw پواسطه د Int. Fixation له لارې تداوي کيږي دا عملیه زرتزره باید تر سره شي ځکه چې په Tibofibular ساحه کې Hematom او Fibrosis tissue تشکیل کوي که ناروغ په وروستیو مراحلو کې رجوع کړي وي او بنینگری بڼه دردناکه او بې ثباته وي نو په خلاصه طریقه باندې د Sandymosis پاکول او مستعرض Screw Fixation باید اجراشي پونده د ۸ اونیولپاره په پلاستر کې بې حرکت ساتل کيږي څلور اونۍ وروسته Screw لیږي کیدای شي تر څه حده پورې بې ثباتی دايمي پاتی کيږي.

Fractur of the Ankle

د بنینگری بند کسرونه او کسر د بې ځایه والي سره عام دی. داسې یوه جرحه په ۱۷۲۸ کال د Percival poot پواسطه ذکر شوی وه او د اوږد وخت لپاره یې دی

جرحو ته د Poot's کسرونه ویل کیدل داجروحات ډیر واضح دیو یا دواړه Mallelus کسرونه دي که اربطه ورسره یوځای خیری شوي وي د تشویش وړ خبره

۵۵

Mechanism of Injury

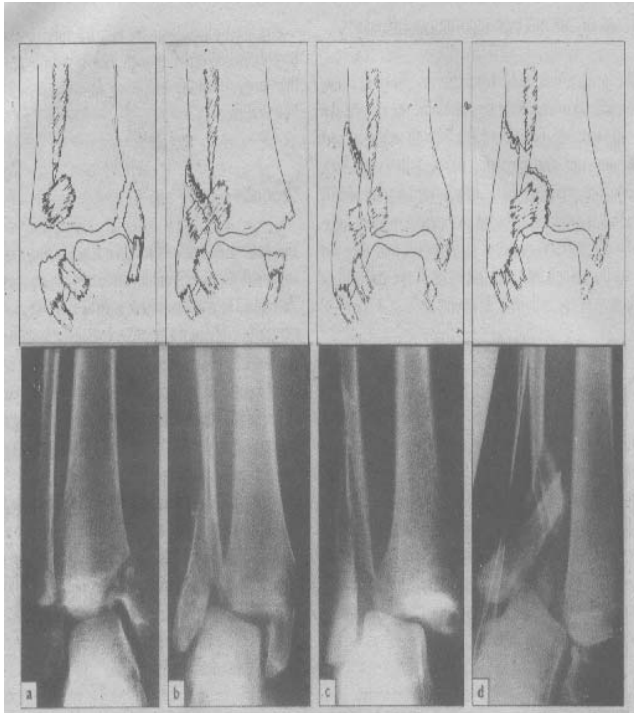
کسر په داسې حالت کې پیدا کیږي چې ناروغ په ځمکه راولویږي پنبه یې ونښلي او جسم یې قدام خواته لاړ شي. پونده تاویږي او Tallus په خپله زلفي (Mortise) کې تدور کوي او په یو یا دواړه Malellus کې یو وړوکی کسر پیدا کیږي کیدای شي د اربطو جرحی ورسره یو ځای وي یا نه که Mallelus ته تپله ورکړل شي نو مایل کسر په کې پیدا کیږي او که راکش شي نو مستعرض کسر په کې پیدا کیږي د کسر اصلي نقشه الف : د پنبې په وضعیت ب: د جرحی په وخت کې دقوی په سمت پورې اړه لري کیدای شي چې Pron او یا Supin وضعیت ولري او د Talus له پاسه قوه د تبعه ، تقرب او خارجي تدور په طریقه وارده شي.

Pathological Anatomy

دپوندې دکسرونو یقني او مکمله تصنیف بندي نه شته Lauge Hanson دغه جرحی د پنبې د وضعیت او دکسر په وخت کې دقوی د سمت په اساس او دکسر سره یوځای د اربطو د جرحو بنودنه کوي خو ځینی خلک فکر کوي چې دایوه پیچلی تصنیف بندي ده Denes او weber په ۱۹۹۱ کې یو ساده تصنیف بندي وړاندې کړه چې د Fibula په کسرونو متمرکزه ده Type-A کسرونه د Tibial مستعرض کسرونه دي چې د Tibofibular syndimasis څخه لاندې واقع کیږي او د Medal malellus مایل او عمودي کسرونه ورسره یوځای موجود وي دا

تقریباً یوه تقریبي جرحه ده . Type B په Sagital پلان کې د Fibula مایل کسرونه دي چې د Syndemosis په سویه واقع ده او په انسی خوا کې یوه Avulsion جرحه موجوده وي دا غالباً یوه خارجي تدوری جرحه ده چې د قدامي Tibofibular lig د خیرې کیدو سره یوځای وي. Type C ډیر شدیدې جرحې دي چې د Syndemosis له سویې پورته واقع دي او د Tibofibular lig او بین العظمي غشا یوه برخه خیری شوي وي دا د شدید Abduction او یا د Abduction او Ext rotation له کبله پیدا کیږي له دې سره دانسي Malellus د Avulsion کسر او دخلفي Malellus کسر او Tibofibular joint جداوالی موجود وي.

کلینیکي بڼه : د پوندې کسرونه د Skie په لوبغاړو، فوټبالرانو او دغره په ختونکو کې لیدل کیږي همدارنگه په Post menophosal زړو بڼو کې لیدل کیږي دیوې شدیدې تاویدني تاریخچه چې د شدید درد پواسطه تعقیب کیږي موجود وي ناروغ په پښه نه شي ودریدای. بڼینگری پرسیدلی وي ، سوء شکل یې واضح وي حساسیت ډیر اهمیت لري که په انسي او وحشي دواړو خواوو کې حساسیت موجود وي نو د هډوکي او اربطې په دواړو جرحو باندي باید مشکوک شو.



31,6

ټولګۍ ویشنه

د Danis weber تصنیف بندی اساس د Fibula د کسرونو سویه یا سطح ده

Type A :a

Ankle fracture

a: د Syndesmosis نه لاندې د Fibula کسر او د انسي Malellus مایل کسر کوم چې په قوت سره د پښې د Supination او adduction له کبله پیداشوی.

b: Type B : په Syndesmosis کې کسر زیات وخت د Tibiofibular اړبټې د قدامي الیافو د خیرې کیدلو او دخلفي کسر یا د انسي Malellus کسر یا دانسي اړبټې د خیرې کیدلو سره یوځای وي کوم چې د فشاري Supination او Ext.rotation پواسطه پیداشوی.

c: Type C : د Syndesmosis د پاسه د Fibula کسر چې د Tibio fibular اړبټې ورسره لازماً خیرې شوی وي یا نور.

d: د اړبټې پواسطه د قصبې وړې پارچې تاوېږي دلته بیا د مفصل په انسي طرف کې تخریب یا دانسي Mallela کسر یا د Deltoid lig خیرې کیدنه پیداکېږي.

X-Ray

د X-ray لپاره قدامي خلفي، جنبي او ۳۰ درجی مایلو منظرو ته ضرورت دي د Fibula د کسر سویه په جنبي عکس کي بڼه لیدل کیږي Diastasis په ۳۰ درجی مایله منظره کې بڼه لیدل کیږي د Fibula د قریبه برخې د کسر د لیدلو لپاره نورو X-ray ته ضرورت دي د X-ray د دقیقې مطالعې څخه د جرحی په میکانیزم پوهیدای شو.

درملنه :

د تداوي څلور لارښود اصول په لاندې ډول دي:

۱- ځنډ مه کوی.

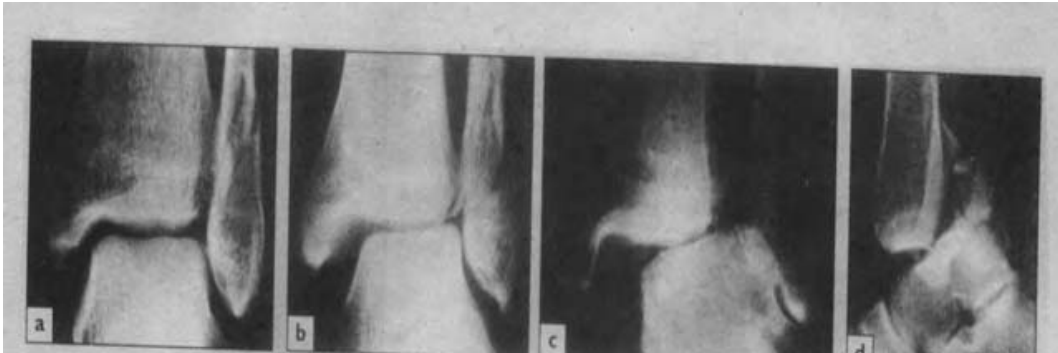
۲- یواځی کسر نه بلکه ټوله جرحه تداوي کړی.

۳- صحیح ارجاع تر سره کړی.

۴- ارجاع بیا وگوری او برقراره یې وساتی.

پرسوب عموماً سریع او شدید وي که جرحه په یو څو ساعتونو کې تداوي نه شي نو کیدای شي بیا د تداوي لپاره ډیر وخت وغواړي ځکه چی تر څو پرسوب موجود وي تداوی نه شي تر سره کیدای د پرسوب د کموالي لپاره پښه باید پورته و نیول شي او د Foot pump څخه کار اخیستی شو کسرونه په X-ray کې واضح وي خو اربطی ډیری واضح نه وي هر عمل څخه مخکی باید د Tibofibular joint پراخوالی د Talotibial ساحی غیر متناظر والی دانسې مفصل د ساحی پراخوالی او د Talus کوزوالی په نظر کې و نیول شي - دنورو د اخل مفصلي جرحو په شان د بنینگری کسرونه هم باید صحیح ارجاع شي او په خپل ځای کې وساتل شي تر

خو میخانیکي وظیفوي خرابوالی له مینځه لاړ شي د Talus مستقل بی ځایه والی او یا په مفصلی سطح کې لږ ننوتل فشار زیاتوي او په پای کې په ثانوي ډول Osteoarthritis پیدا کوي دارجاع دسموالي د ارزیابي لپاره څلور شیان ضروري دي



31,7

د Ankle باثباته یا بی ثباته کسرونه

a: باثباته کسر په دغه Danis werber type B کسر کې Tibofibular syndemosis یې نیولی دي. د Tibia او Talus سطح په صحیح توګه موازی دي او دمفصل مصافی پراخوالی په علوی انسی دواړو خواو کې منظم دی.

b: لږه غونډې نیمه یا شبه خلع: Syndemosis روغ دی خو د Talus د Fibula د بعیده پرچی سره وحشي خواته حرکت کړیدی دمفصل انسی ساحه ډیره پراخه ده او د Deltoid اربطی څیری کیدنه بڼیې دارجاع څخه وروسته د Fibula کسر دانسي مفصلی ساحی نارمل حالت کتل حیاتي اهمیت لري. که داسې ونه شي نو اربطه په مفصل کې نښتی پاتی شي د Talus دمکمل وضعیت ورکولو لپاره اربطه باید ازاده شي.

c: Fractur dislocation: پدې لوړ Fibular کسر کې Syndemosis له مینځه تللی دی انسي Colletral لیګامنت څیری شوی. Talus بی ځایه شوی او کوږ دی Fibula باید په خپل ټول اوږدوالی کې تثبیت شي او Tibofibular مفصل باید دپوندې څخه مخکی مستحکم شي.

d: خلفي کسری خلع: که د Tibia خلفي غاړه ماته شوي وي نو Talus به پورته خواته بی ځایه شوي وي پارچه باید پر ځای او Fix ش.

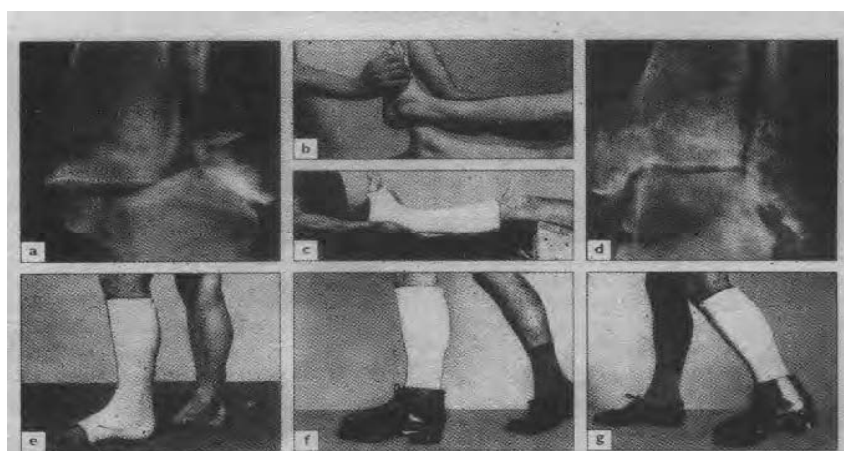
- ۱- Fibula باید په خپل ټول اوږدوالي کې په خپل ځای شي.
- ۲- Talus باید خپلی زلفی (Mortis) ته ورسېږي او د Talus او Tibia مفصلی سطح باید موازی وي.
- ۳- دانسي مفصل ساحه باید نورمال عرض ولري چې د Tibotular ساحی سره برابر وي.
- ۴- په مایله X-ray کې باید ولیدل شي چې د Tibia او Fibula تر مینځ Distasis وجود نه لري دپوندې کسرونه اکثراً بی ثباته وي که ارجاع او تثبیت په هره طریقه هم اجرا شوی وي وضعیت باید د رغیدلو په وخت کې د X-ray پواسطه وکتل شي.

۱- Undisplaced fractures

په اوله مرحله کې باید دافیصله وشي چې کسر ثابت که بی ثباته دی یو جدا په خپل ځای A-Weber Type کسر ثابت دی او که نه کمی میزابی ته ضرورت لري د کسر د رغیدلو او آرام لپاره یو صحیح بنډاژ او پلاستر Slab ضرورت دی.

پرځای Type B کسرونه چې Tibofibular lig ورسره څیری شوی وي یا Aulsion یې کړی وي او یایي د کسر سره یو ځای دانسي اړخ جرحه موجود وي نو یوې بې ثباته کسر دی. که دا کسر موجود وي نو دزنګون لاندې یو Cast تطبیقېږي او پونډه په طبیعي وضعیت کې وي. کله چې پرسوب له مینځه لاړ شي پلاستر لیری کیږي دوه اونۍ وروسته د کسر په ځای والی او بی ځایه والی لپاره یوه X-ray اخیستل کیږي او یو لوړ بوت د پښو کولو وروسته ناروغ ته د ګرځیدو چل ښودل

کیرې Cast د ۲-۸ اونۍ وروسته لیرې کیرې فعال تمرینات شروع کیرې پنبه باید بې کاره پرې نه بنودل شي باید پورته شي او تمرین وکړي په ځای Type C کسرونه غولونکي کسرونه دي په ظاهره بڼه بنکاري خو په حقیقت کې دانسي مفصل د ساختمانو تخریب Tibofibular syndemiasis او د داخل العظمی غشا تخریب ورسره یوځای وي دانقیصی هغه وخت بڼه تظاهر کوي کله چې کسر د Cast په دننه کې بې ځایه شي همداسبب دی Type-C کسرونه له بهر څخه بڼه تثبیت کیرې.



31,8

د پوندې د کسرونو ترلې تدوي

یو Supin خارجی تدوری کسر

a: دهغه ترکشن چې د داخلي تدور پواسطه تعقیب شوی ارجاع شویده.

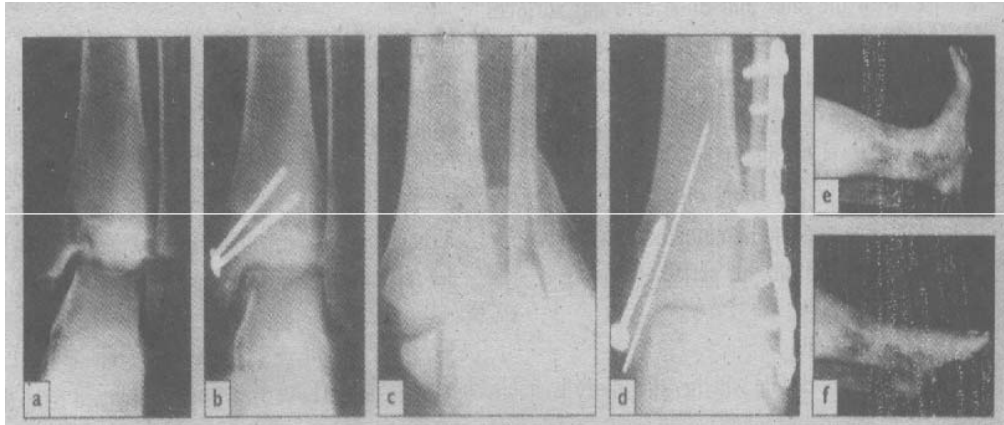
b: د زنگون لاندې پلاستر تطبیق شوی او تر کامل برابریدو پورې همالته پاتی شوي.

c: ارجاع د X-ray پواسطه بیا کتل شوی.

d: پلاستر باید Plantegrade شي.

e: دلور بوت پواسطه نورمال تگ بنودل شویدی.

: f.g



31,9

دپوندي د کسرونو خلاصه تدای

a.b: Danis weber type A اکثرأ محافظوي تدای کیري خو که دانسي Mallelus پارجه دمفصلی سطحی غتبه برخه جوړه کړي وي نو بهتره ده چې دخلاصی ارجاع او داخلي Fixation پواسطه تدای شي.

c.d: یوه بې ثباته کسري خلع چې همیشه خلاصی ارجاع او int.fixation ته ضرورت لري Fibula باید په ټول اوږدوالي کې صحیح تثبیت شي په دې واقعه کې انسي Mallelus هم Int.Fixation شوی دی. E او F عملیات څخه وروسته دپوندي دحرکاتو اندازه بنودل شویده

۲- Displaced fractures

پدې کسرونو کې له هر ډول تدای څخه مخکې باید ارجاع اجراشي که د کسر اسباب معلوم وي نو د ترلی ارجاع د اجراکولو په طریقه کې مرسته کوي. دارجاع د ساتلو لپاره Int. Fixation ته ضرورت دی خو دارنگه ټول کسرونه جراحي ته ضرورت نه لري.

A: بې ځایه شوی Weber Type A کسرونه:

دانسي Malellus کسر تقریباً عمودی وي او د ترلی ارجاع وروسته بې ثباته پاتی

کیرې نو باید د Malelus د پارچو له پاسه د بنینگری د مفصل سره موازی یوه یا دوه Screws پواسطه Int.Fixation اجراشي د مکملی ارجاع هدف دادی چې د Tibia مفصلی سطح بیرته خپل خای ته راشي سستی عظمی پارچی لیری کیرې دوحشي Malellus کسر تر هغه چی مخکی نه په صحیح توگه ارجاع او ثابت وي باید د Plate او Screw د Tension wire پواسطه تثبیت شي د عملیات څخه وروسته د شپږو اونيو لپاره Walking cast تطبیقیرې.

B: بې خایه شوي Weber type B کسرونه :

په دې ډله کې تر ټولو عام کسرونه د Fibula حلزوني کسر او د انسي Malellus مایل کسر دی سبب یې په داسې حال کې چې پنبه په Supin وضعیت نیول شوی وي د پوندې خارجی تدور دی ترلی ارجاع یې ترکشن او بیا د پنبې داخلی تدور ته اړتیا لري. که ترلی ارجاع کامیابه شوه نو Cast تطبیق کیرې که ترلی ارجاع ناکامه شوه نو په هغه صورت کې چې انسي اربطه خیری شوی او د Talus او انسي Maliol په منخ کې قرار ولري نو بیا عملیاتي تدوي ته ضرورت دی. Type B کسرونه د abduction پواسطه هم پیدا کیرې چې اکثراً د Fibula وحشي اړخ Communated وي او کسري خط افقي وي د صحیح ارجاع سره سره دا کسرونه بې ثباته او په Cast کې نه کنترولیرې نو داخلی تثبیت ته اړتیا لري.

C: بې خایه شوي Weber type C کسرونه :

د Fibula کسر د Syndemosis له پاسه وي او اکثراً د Malellus د خلفي او انسي پارچو سره یوځای وي.

که په یوځای ډول د Fibular type C کسر موجود وي نو په Syndemosis کې

د يو غټ ليگامنت د څيری کيدو شک زياتیږي تقريباً ټول Type C کسرونه به ثباته وي. خلاصی ارجاع او Int.Fixation ته ضرورت پيدا کوي. په لومړی مرحله کې بايد Fibula ارجاع او اوږدوالی او استقامت يې وساتل شي او کسر بايد د Plate او Screw پواسطه مستحکم شي که په انسي برخه کې هم کسر موجود وي تثبیتيږي. وروسته د يوې کونډی پواسطه Fibula وحشي خواته کش کيږي او Syndemosis کتل کيږي که مفصل بيخي خلاص وي معنی يې داده چې اربطه څيری شویده د Tibia او Fibula تر مينځ Screw لگول کيږي د Screw د دنويستلو په وخت کې بايد بنينگری ۱۰ درجی Dorsi Flexion وضعیت ولري.



31.

,10

دپوندي دبی خایه ش کسرونو خلاصه تد اوي.

- a : په دغه Type B کسر کی بعیده Tibiofibular syndesmosis په قسمي توگه تخریب شوی.
- b: تد اوي يې د انسي او وحشي تثبيت او Tibiofibular screw پواسطه اجرا شوی.
- c: يو Type کسر چی Tibiofibular lig خیری کوي پدې واقع کې انسي Mallelus صحيح دی خو Deltoid اربطه خیری شويده.
- d: د Screw پواسطه Fibular کسر Fix شوی پونده په مکمله توگه ارجاع شوی او د Deltoid اربطی تفتیش ته ضرورت نه شته.
- e: دې ناروغ له زخم وروسته ۵ ورځی تیری کېدی د Diastasis سره يې Deltoid اربطی تخریب هم درلوده.
- f: په دې واقعه کې دپوندي د ارجاع کسرونو خلاصه تد اوي.
- . صحيح دی خو Deltoid اربطه خیری شويده.
- d: د Screw پواسطه Fibular کسر Fix شوی پونده په مکمله توگه ارجاع شوی او د Deltoid اربطی تفتیش ته ضرورت نه شته.
- e: دې ناروغ له زخم وروسته ۵ ورځی تیری کېدی د Diastasis سره يې Deltoid اربطی تخریب هم درلوده.
- f: په دې واقعه کې دپوندي د ارجاع کسرونو خلاصه تد اوي.

ځنډول شوی درملنه :

په خلع شوی کسرونو چې دیوې اونۍ څخه زیاته موده تیره شوی وي ارجاع یې ستونزمن بریښي علت یې په Syndesmas

Post operative management

دبښنگری د کسرونو د خلاصې ارجاع او تثبیت څخه وروسته مخکې له دې چې دزنګون لاندې Plaster cast ولګول شي باید حرکات لاس ته راشي ناروغ د Crutches سره قسمي وزن وړای شي د کسر تر Consolidation پورې Cast برقرار ساتل کیږي (۲-۱۲ هفتي) که مستعرضه Tibofibular screw لګول شوی وي باید درې میاشتی وروسته لیری شي.

Open Fracture

دبښنگری خلاص کسرونه خاص پرابلمونه مینځ ته راوړي. که کسر ارجاع نه شي او په اوله مرحله کې ثابت پاتی نه شي نو اناتومي بیرته لاس ته نه راځي له همدې کبله بې ثباته جرحی باید د Int.Fixation پواسطه تداوي شي که خلاصه جرحه هم موجود وي خوکه رخوه انساج ډیر تخریب نه وي او جرحه منتنه نه وي که int.Fixation خطرناک ښکاري نو باید Ext.Fixation څخه کار واخیستل شي د درملنې نور اساسات په ۲۳ چپتر کې ذکر شوي.

اختلاطات :

داکسرونه دوه نوعه اختلاطات ورکوي.

۱- مقدم اختلاطات.

۲- موخر اختلاطات.

۱- مقدم کې لاندې اختلاطات شامل دي.

الف: Vascular injury : په شدید کسری خلع کې نبضونه ورک کيږي بنینگری باید په عاجله توګه ارجاع شي او د ځانګړې تداوي تر شروع پورې باید میزابه کې وساتل شي.

ب: Wound break down & infection : د Diabet ناروغان په لوړه کچه د زخم د غاړو د Necrosis او ژور اتان تر خطر لاندې دي د بې ځایه شوو کسرونو په درملنه کې دغه خطرونه ته Conservative درملنې په پرتله خاصه توجه وشي د پوستکي په پرابلمونو کې Cast هم برخه لري که چیرې دغه Cast بڼه ونه تړل شي که په صحیح طریقه تطبیق نه شي نو Malunion پیدا کيږي.

۲- Delayed Complication

الف: incomplet reduction : دا اختلاط عام دي او ترڅو چې Talus په خپله کونډه کې ونه نښلي Degenerative تغییرات پیدا کیدای شي د اصلاحي Osteotomy پواسطه یې مخنیوي کیدای شي.

ب: Non Union : ځینې وخت انسي Malellus - union نه کوي ځکه چې د Periost یوه ټوټه د قصبی او انسي Malellus تر منځ نښلي له دې څخه د عملیاتي ارجاع او د Screw د تثبیت پواسطه مخنیوی کیدای شي.

ج: Joint Stiffness : کله چې د بنینګری بند په تداوي کې رخوه انساج له نظره

و غورځول شي نو پرسوب او شخوالی پیدا کيږي ناروغ باید په پلاستر کې صحیح وگرځي او کله چې پلاستر لیری شو نو Crap بنډاژ باید واغوندي پنبه باید پورته کړی فزیوتراپی هم مرسته کوي.

د : Algo dystrophy اکثره د پوندي د کسرونو په تعقیب پیدا کيږي ناروغ په پنبه کې د درد څخه شکایت کوي پرسوب او خپور حساسیت موجود او بالاخره شدید Osteoprosis د dystrophic تغیراتو سره یوځای پیدا کيږي.

ه : Osteoarthritis : د Malunion او نا مکملی ارجاع څخه وروسته په دوهمی ډول د بنینگری بند Osteoarthritis پیدا کيږي که اعراض شدید شو نو Arthrodesis ته ضرورت پیدا کوي

PILON FRACTURES

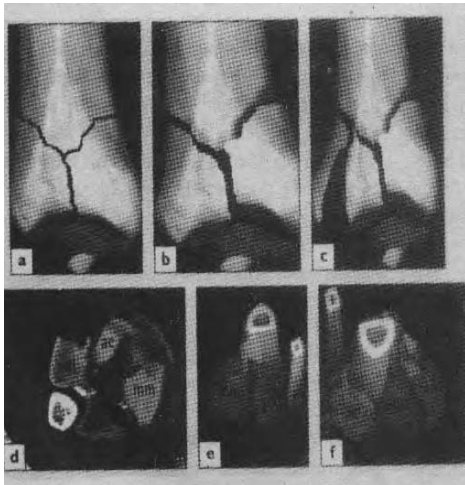
د تاوه وونکو جرحو برخلاف چې په پونده کې عام کسرونه پیدا کيږي د پوندي ډاکسرهغه وخت واقع کيږي څه وخت چی یوه غټه قوه Talus پورته د قصبی خواته تپله کوي لکه په هوان توپ کې چې مرمی واچول شي او بیرته په فشار ترې راووځی مفصلی غضروف ته ډیر زیات زیان رسیږي او د غضروف لاندې هډوکی په خو پارچو ماتيږي او Communion تر څو حده د قصبی جسم ته رسیږي.

کلینیکی بڼه :

په ابتدایي توگه لږ غوندي پرسوب موجود وي چې په تیزی سره په کې بدلون راځي او په مکسوره ساحه کې به ځای پر ځای پرسوب موجود وي بنینگری به سوء شکل لري او بې ځایه شوی به وي په تیزی سره باید ارجاع شي.

X-Ray

دا دقصبی د بعیده نهایت یو څو پارچه یي کسر دی چې دپوندې تر مفصل پورې غځیدلی دی دا کسر د بې ځایه والي او Communion په اساس تصنیف بندي کیدای شي او د CT سکن پواسطه بند تعریف کیدای شي Ruedi type-1 یو داخلي مفصلی کسر دی چې پارچې یې لږ یا هیڅ بې ځایه والي نه لري. په Type II کسر کې مفصلي سطحی زیاتی تخریب شوی وي او واضح Communion په کې نه لیدل کیږي. په Type-III کسر کې شدید Communion موجود وي پارچې بې ځایه شوی وي او دمفصل غیر منظم والی په سترگو لیدل کیږي په شدیدو جرحو کې د CT څخه په غیر د پارچو صحیح توضیح ناممکنه ده باید درې اړخیزه CT سکن اجراشي.



د Pilon د کسرونو عکسونه

a: پر ځای Type-1 کسر.

b: لږ غوندي بې ځایه شوی Type-III کسر.

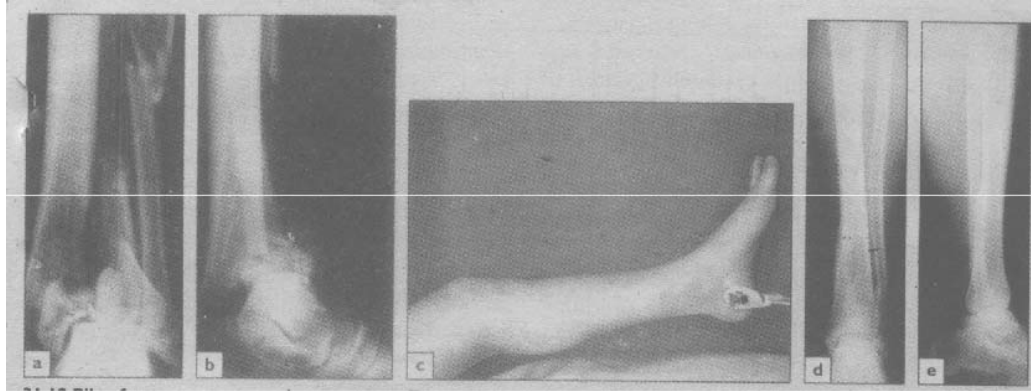
c: ډیر بې ځایه شوی Type-III کسر.

d: په قدامي وحشي قدامي وسطی کې او قدامی انسي

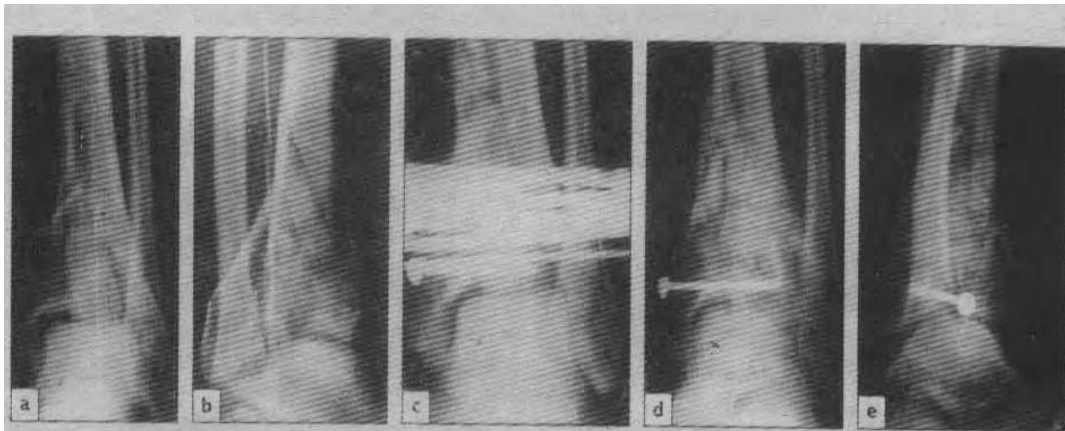
کې پنځه غټی قصبی پارچې ښودل شوي. همدارنگه انسي

Malullus او خلفي پارچه هم ښودل شويده دغه شیان د درې

اړخیزی CT معاینی پواسطه بڼه لیدل کیدای شي.



د Pilon د کسرونو محافظوي تداوي
 دغه مغلق کسر a.b تداوي شوی وو.
 Traction او حرکاتو پواسطه په دولسمه اونۍ کې کسر جوړ شو.
 د کسر يو کال وروسته X-ray بنودل شوی ده. d.e



31,13
 د Pilon د کسرونو عملياتي تداوي
 دزياتي قوی داستعمال له کبله د Pilon کسرونه a.b دخلاصی ارجاع او plate پواسطه تداوی شي نو د زخم
 دتخریب او اتتان خطر موجود دی دا ارجاع غیر مستقیم تخنیک د لږ داخلي تشیت سره بڼه زغملای شوی دی
 دا کار د گرد چاپیره خارجي Fexeter سره یوځای تر سره کیدای شي.
 د Union تر وقوع پوې ارجاع برقراره ساتل شوی.
 د په دې واقعه کې تداوي ۱۴ اونۍ دوام کړی. d.e

درملنه :

په لومړي قدم کې بايد درخوه انساجو پرسوب کنترول شي او دا کار د Calcanal د ترکشن کولو او د بنينگري مفصل دپاڅه Ex-Fixation د تطبيق کولو له لارې ترسره کيدای شي دا کار ۲-۳ اونۍ وخت اخلي چې په همدې وخت کې د بې ځايه کسرونو لپاره د جراحي عملي ترتيبات نيول کيږي.

له بده مرغه په اکثره واقعاتو کې ارجاع او تثبيت ته ضرورت پيدا کيږي يوځل چې پوستکي جوړشو نو بيا خلاصه ارجاع او د Plate او Screw پواسطه تثبيت ممکن دی. ډيری شديدی جرحی د Plate لگولو اوږدی جراحی عملي نه شي زغملاي دزخم د بيا خرابيدلو او اتان کچه د ۱۸-۳۷% پورې ده. دغير مستقيمی ارجاع د تخنيکونو پواسطه دبنو تتايجو راپور ورکړ شويدي په موجوده وخت کې دا جراحی دغير مستقيمی ارجاع او د Screw پواسطه د مفصلی پارچو د نيولو له لارې په کاميابی سره تداوی شويدي. په Methaphysis کې د نقيصو د اصلاح لپاره ددهډوکي د Graft څخه گټه اخيستل شوی او د Tibia د استحکام لپاره د گرد چاپيره fixitor څخه کار اخيستل شوی ددې جرحو په تعقيب لازماً د رخوه انساجو پرسوب پيدا کيږي د تثبيت څخه وروسته د پښې پورته کول او مقدم حرکات د پرسوب په کمولو کې مرسته کوي که دپښې تلی ته وريدي شريانی موجی اله تطبيق شي داهم مرستندويه ده کسرونه د رغيدو لپاره د ۱۲-۱۶ اونۍ وخت نيسي spilon د پرسوب دکموالي او حرکاتو لپاره بايدفيزيوتراپي اجراشي په لومړيو اونيو کې بايد وزن ونه وړل شي ځکه چې د بې ځايه کيدو خطر موجود دی. که چيرې کسر د گرد چاپيره خارجي Fexeter پواسطه تداوی شوی وی نو له شپږمی اونۍ وروسته په قسمي توگه دوزن وړلو اجازت شته چې په دې وخت کې

مفصلي پارچو کافي رغيدنه سرته رسيدلي وي او دېې ځايه والي خطر کم شوی وي Plate شوی کسرونه د اوږدی مودی لپاره دوزن پورته کولو اجازت نه لري.

پایلی :

پورته ذکر شوو طریقو غټو اختلاطو لکه اتان او Nonunion خطر راکم کړیدی خو داوږدی مودی پایلی لا تر اوسه نه دی معلومی هډوکي Union کړیدی خو دمفصل تقدیر د غضروف په زیان پورې تړلی دی په ثانوي ډول Osteoarthritis په اکثر و واقعاتو کې موخر اختلاط دی.

Ankle fractures in Children

Physeal جروحات په ماشومانو کې ډیری عام دي چې دریمه برخه یې د قدم په شاوخوا کې واقع کیږي.

Mechanism of injury

پښه په ځمکه تثبیت وی او یا په یوشي کې ونښلي یوی یا بلی خواته تاو شي د قصبی او یا Physis (Fibula) هم تاوشي او په پای کې Salter haress type-I یا Type-II کسر پیدا کیږي د شدید خارجي تدور یا تبعده له کبله د Fibula په قریبه برخه کې هم کسر پیدا کیږي د Tibia د میتافیز خلفي برجستگي کیدای شي هم له خلفي، وحشي او خلفي انسي له خوا ماته شي موقعیت یې د جرحی د میخانیکیت پواسطه معلومیږي او د ارجاع د طریقې لاره رانښيي په تقریبي جرحو کې د Fibula سر کیدای شي له خپله ځایه لیری شي Type-3 او Type-4 کسرونه غیر معمول دي دا کسرونه د تقریبي Supin قوی له کبله پیدا کیږي Epiphysis په

عمودی توگه چاود کوي او کيدای شي يوه توتیه يې بی حایه شي د وده کوونکي Ankle غیر معمولي جرحی د Tillaux او Notorious triplane کسرونو څخه عبارت دي د Tillaux کسر دقدامي tibofibular اربطی پواسطه دقصبی د یوی پارچی د لیری کولو له کبله مینځ ته راځي په ماشومانو یا بالغانو کې دغه پارچه د Epiphysis وحشي برخه جوړوي او له همدې کبله دایو Salter haress type III کسر دی. د Triplane کسر دقصبی په انسي مخ باندي پیدا کيږي او دا د Salter haress type II-III کسرونو مجموعه ده. کسري خطونه په Sagittal ، Coronal او Transver درې وارو پلانونو کې ښکاري. د Physis د جرحی له کبله کيدای شي غیر متناظر نشوونما مینځ ته راشي او یا په تپه ودریږي.

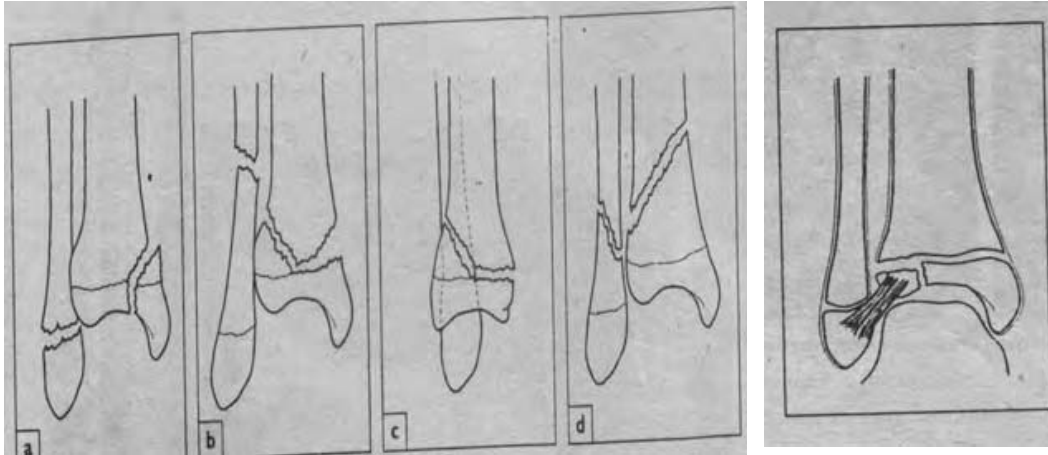
کلینکي ښه

د یو Sprian په تعقیب پونده دردناکه وي پرسیدلی وي Brusing لري او په ناڅاپي توگه حساسیت پیدا کوي کيدای شي واضح سوء شکل موجود وي خو ځینی وخت جرحه معمولی ښکاري او سپری په غلطی کی اچوي.

X-ray

د Physis په حای کسرونه په ځانگړي ډول هغه چې په بعیده Fibula کې پیدا شوي وي په اسانی له نظره پت پاتی کيږي که په Physel کې د پراخیدو معمولی اشاره هم ولیدل شي باید د شک په نظر ورته وکتل شي او ماشوم یوه هفته بعد بیا X-ray شي په شیدو خوړونکو ماشومانو کې Physel حالت یواځی په تقریبي توگه اندازه کيدای شي خو یو څو اونۍ وروسته کيدای شي د نوی

Periost هډوکي جوړيدل وليدل شي په Triplane کسرونو کې کيدای شي د Epiphysis Tibia په يو پلان کې مات شوی او Metaphys په بل پلان کې نو په X-ray کې د دواړو کسرونو ليدل ستونزمن کيږي CT سکين په دې کسرونو او نورو Type-3 کسرونو کې مرسته کوي



31,14



31,15

stillafractur يا گرام چه غير معمولي جرحه په کي بنودل شوي ده.

31,16

په ماشومانو کې د Ankle کسرونه

a: د ارجاع خخه وروسته Salter harriss جرحه

جرحه

b: په نارمله توگه وده مخ په پر وړاندی تللی.

c: Salter harris type-3 جرحه.

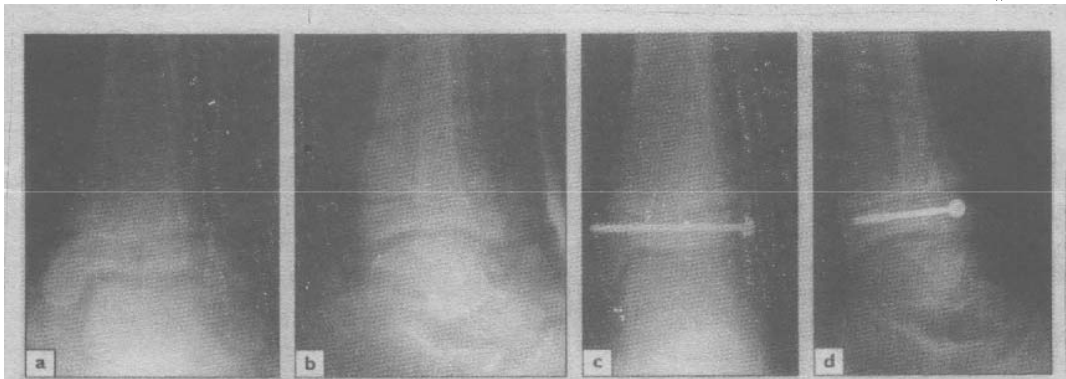
d: د Epiphysis انسې برخې په بی مودی ډول سره نښتی وي چې نتیجه یې د ودی خرابوالی

درملنه :

Salter harress type I-II جرحی په ترلی طریقه تداوي کيږي که بی ځایه شوی وي نو د عمومي بی هوشی لاندې په ورو ډول ارجاع کيږي او پنبه د دريو اونیو لپاره په پوره اوږد Cast کې بې حرکت کيږي او د نورو ۳ اونیو لپاره د زنگون لاندې دگرځیدو Cast تطبیق کيږي خو که د Periost پارچه موجوده او صحیح ارجاع څخه مخنیوی کوي باید جراحی ته اقدام وشي Type 3-4 کسرونه که بی ځایه شوي نه وي په همدی طریقه تداوي کيږي خو ددې په خاطر چې پارچی له خپله ځایه کځیدلی نه وي دبنینگری بند باید هر ۵ ورځی وروسته X-ray شي بی ځایه شوی کسرونه ځینی وخت دهغه قوی د لیری کولو پواسطه چی کسریې مینځ ته راوړی ارجاع کیدای شي خو که ترلی ارجاع ناکامه شوه نو کسر باید په خلاصه طریقه ارجاع او د Screw پواسطه باید تثبیت شي چې د Physis سره موازی لگول کيږي. وروسته له عملیات څخه پنبه د زنگون لاندې Cast کې د شپږو اونیو لپاره بې حرکت کيږي د Tillaux کسرونه د Type-3 کسرونو په شان تداوي کيږي Triplane کسرونه که بی ځایه شوي نه وي په ترلی طریقه تداوي کيږي خو د وروستنی بی ځایه والي لپاره چابکی ارزیابي ته اړتیا لري بی ځایه شوي کسرونه باید ارجاع او تثبیت شي.

اختلاطات :

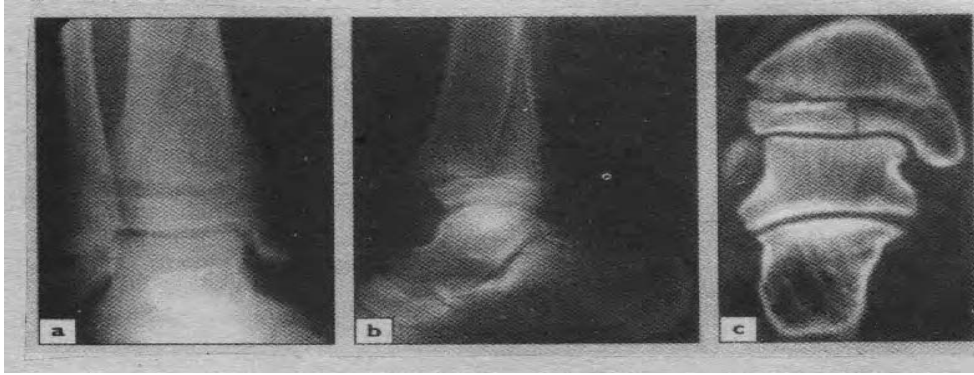
۱ - Mal Union : نا مکمله ارجاع کیدای شي په پونده کې سوء شکل او Valgus پیدا کړي هغه ماشومان چې له لسو کلو کم عمر لري په هغو کې د معمولي سوء اشکالو سره دودې او Modelling پواسطه توافق کيږي خو په غټو ماشومانو کې سوء شکل باید Supra mallular closing wedge osteotomy پواسطه اصلاح شي.



31,17

د Tilluax کسر

د Physis دوحشي برخي دغه Aulsion کسر ارجاع شوی او تشبیت شوی دی.



۳۱-۱۸

The triplane fracture نوع کسرونه چه په یوه کلیشه کې نه بنکا ری خوپه خو تصوي رونو کې کتلاي شودغه تصویر کې دنشوو نما غضروف یوا ځي په coronal plan کې واضحه بنکا ری.

۲- Asymmetrical growth : د Epiphysis کسرونه کیدای شي په موضوعي توگه Physis سره ونښلوي، هډوکینی پول د Growth plate په انسي نیمایي کې واقع دی نو وحشي نیمایي برخه یې وده کوي او بعیده Tibia په تدریجي ډول Varus پیدا کوي او د MRI او CT سکن پواسطه هغه ځایونه ډیر بڼه بنودل کیږي چیرته چې د Epiphysis وده په تپه ولاړه ده.

که هډوکنی پول وړوکی وي د Physeal د عمومي عرض د ۳% څخه کم وي باید غوڅ شي او ددې په ځای د شحم یوه توتیه په دې امید کینودل شي چې Physeal وده بیرته پیل شي که Epiphysis نیمایي برخې څخه زیاته په افت اخته شوی او یا ماشوم د ودې په اخی مرحله کې وي نو Supra Malleolar closing wedge osteotomy استطباب لري.

۳- Shorting یا لنډوالی:

هغه ماشومان چې د بعيده قصبی جرحی ولري تقریبا په ۲۰% واقعاتو کې Epiphysis يې په مقدم ډول تړل کيږي. له نيکه مرغه د پنبی لنډوالی ډير معمولی وی. که لنډوالی د ۲ ساتي مترو څخه زیات وي او ماشوم وړوکی وي نو په مخالفه پنبه کې قریبه قصبی د Epiphysodesis پواسطه اصلاح کيږي که سوء شکل ډير زیات وي او یا ماشوم د ودی په اخري پړاو کې وي نو دهمدې پنبې اوږدوالی استطباب لري

د Triplne (triplne کسر)

ددی کسر پلانونه په یوه X-ray کې نه شي لیدل کیدای خو دڅو عکسونو په یو ځای کولو سره لیدل کیدای شي په دې واقعه کې د Epiphysis کسر په واضحه توگه د CT سکن پواسطه په Coronal پلان کې لیدل کيږي.

Principles in managing injuries of the foot

د پنبو له جرحی څخه وروسته زیات پاتی شونی اعراض او د دندې ضیاع پیدا کيږي چې د ابتدایي تروما څخه زیات وي. شدیدې جرحی ټوله پنبه اغیزمنه کوي که هر هډوکی هم مات شوی وي ددې جرحو د درملنې لپاره یوې سمی تگلارې ته ضرورت دی او هدف يې باید دادوی چې له درد پرته په پنبه پوره وزن یوړل شي.

کلینیکي ارزیابي:

که جرحه په هره نقطه کې وي خو ټوله پنبه باید په Systemic ډول وکتل شي Multiple کسرونه او د کسرونو او خلعو یو ځای والی اکثره له نظره پت پاتی کيږي اروا او اعصاب باید په احتیاط سره ارزیابي شي که پنبه بی حسه یا

Ischemic پاتی شي نو ښه ارجاع شوی کسر هیڅ معنی نه لري که کسرونه او خلعی کیدای شي پوستکی میړي میړي کړی دادتل لپاره یوه بده ښه ده ځکه که په ارجاع کې تاخیر وشي نو دپوستکي د Necrosis خطر موجود دی.

:Imaging

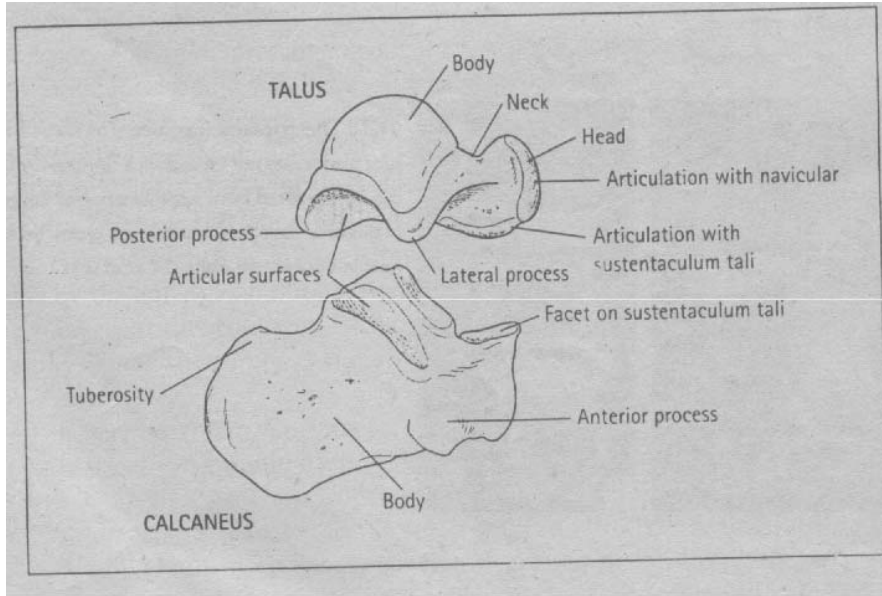
د پښې باید قدامي خلفي جنبي او مایلی X-ray په روتین ډول واخیستل شي که د Talus یا Calcanus په کسر او یا د پښې د منځنی Tarsal مفصل کسر او بې ځایه والی باندی شک وشي نو خاص تدابیر باید و نیول شي د Calcanus د کسرونو په ارزیابي کي CT سکن گټوره معاینه ده او د Talus د عظمی غضروفي کسرونو د تشخیص لپاره MRI مرسته کوي د پښې د وروستنی برخی د کسرونو د تشخیص لپاره د Talus او Calcanus له اناتومي ځان خبرول لازمي دی.

درملنه:

پرسوب د تل لپاره يوه ستونزه ده داځکه چې نه يواځې چې کلينيکي معاینه مشکله وي بلکه په خاصه تداوی کې هم ځنډ راولي کله کله د درملنې ځانگړی لحظه هم له منځه ځي په پرسیدلي پنبه کې د کسرونو او خلعي ارجاع مشکله ده با ید په تیزی سره کار وکړي پنبه میزابه کړی نیغه (پورته) یې کړي او ورباندې د واورې ټوټې کیږدي- تشخیص وکړی څومره زر چې ممکن وي پرځای علاج تر سره کړی . که پنبه مو بی حرکته کړه نو ازادو مفاصلو ته تمرین ورکړي څومره زر چې ناروغ یې زغملی شي وزن پرې یوسی پدې شرط چې د وزن وړل ارجاع په خطر کې وانه چوي که د یو Removable Splint پواسطه دا مقصد تر سره کیدای شي نو وي کړی نو کوشش وشي چې ژر تر ژره د وزن څخه غیر تمرین شروع د اوږدې مودې لپاره د پنبې بی حرکته کول Osteoporosis او Reflex symphathetic dystropy ته زمینه مساعدوي.

Injuries of the Talus

دتالوس کسرونه او د بی ځایه والی پینې نسبتا کمی دی. داپه عمومي توگه دزیاتې شدیدې ضربې له کبله د موټرو په ټکرو کې پیدا کیږي. په ټکرو کې ناست خلک مخامخ د موټر په Fram لږیږي او کسر پیدا کیږي د ارتفاع څخه غورځیدل او په شدت سره دپوندی تاویدل هم



31,19

د Talus/و Calcaneus بنودنه

ددی دوه هلوکو غتی برخی او د دوی ترمنځ اړیکې بنودل شویدی.

د تالوس کسر منځ ته راوړي پدې کې د تالوس د سر، غاړې، جسم او هلوکونی بارزو کسرونه شامل دی همدارنگه د تالوس د گرد چاپیرو مفاصلو عظمی غضروفي کسرونه د پورتنی مفصلی سطحی کسر او Avulsion کسرونه هم په کې دي په ډیرو شدیدو جرحوي اهمیت د دوه دلایلو په اساس د ارزښت وړ دی.

الف: Talus تر ټولو غټ وزن وړونکی ساختمان دی (دمفصل علوی سطح د بدن نورو ټول قسمتونو په پرتله د وزن اخستلو نسبت په هر ساحه Load/unit باندي مني).

ب: د Talus دوینې اروا زیاته ده نسبتا د Truma څخه وروسته Ischemia ،

Necrosis لپاره مساعد ځای دی د وینې او عیبی هډوکۍ ته د قدامي قصبی شریان خلفي قصبی شریان او Peroneal شریانونو څخه رانتوزي همدارنگه د گردچاپیره کپسول او اربطو څخه هم تفمیبی شریانونه هډوکۍ ته رانتوزی د Talus سر په لوره کچه د بین العظمی او عیو پواسطه اروا شویدی د Talus جسم دهغو شریانونو پواسطه د تالوس د غاری څخه Tarsal کنار اوله قدامي څخه خلفی خواته سیر کوي اروا شویدی د Talus د غاری په کسرونو کې د غه او عیبی شکیرې که کسر بیخایه شوی وي نو خارجی عظمی Plexus هم زیانمن کیږي او د Talus جسم په Ischemia اخته کیږي.

Mechanism of injury

د Talus د غاری کسر دپوندی بند د شدید فرط بسط (hyperextension) له کبله پیدا کیږي د Talus غاره د قصبی په قدامی څنډه لگیږي که قوه همداسی دوام وکړي کسر بی خایه کیږي او گرد چاپیره مفاصل هم لږ بی خایه کیږي او یا مکمله خلع کیږي د Talus د جسم کسر عموماً یو فشاری کسر دی چی د ارتفاع څخه د رالویدو له کبله پیدا کیږي Aulsion کسرونه د Ankle په گرد چاپیره کې د اربطو د Starin سره یوځای وي.

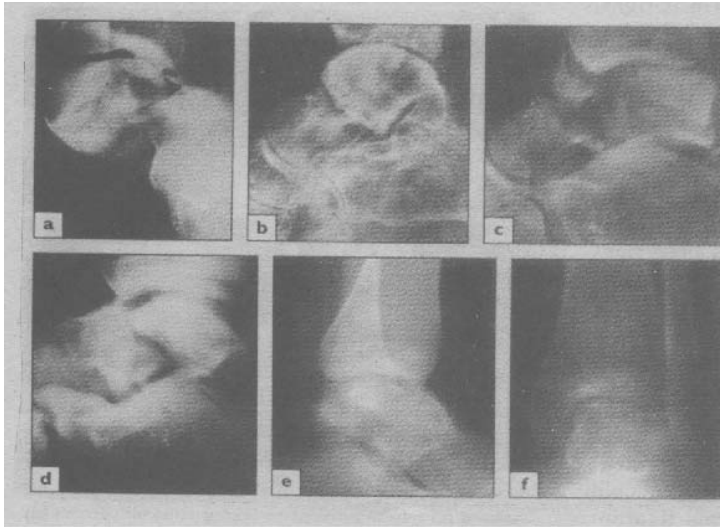
کلینیکي پڼه:

ناروغ عموماً د موټر ټکر کړی وي یا دیوی ارتفاع څخه رالویدلی وي پڼه او دپڼې بند (Ankle) پرسیدلی او دردناک وي که کسر بی خایه شوی وي نو واضح سوء شکل موجود وي او د پاسه پرې پوستکی هم کیدای شي شلیدلې وي د

پوستکی پرسیدل یوه خطرناکه نښه ده که کسر یا خلع په ډیره بیره ارجاع نه شي نو
پوستکی کیدای شي احتقاني او متنن شي نبض باید وکتل شي او دروغی پښی
سره پرتله شي.

X-Ray

د Talus په کسرونو کې قدامي خلفي جنبي او مایلی منظری لازمی دي. دپښې
او Ankle د نورو جرحو د ردولو لپاره باید په نورو مناظرو هم X-Ray واخیستل
شي په X-ray کې باید دواړه Mallelus هډوکي د Ankle زلفی Talus اوله دوی
سره Tarsal هډوکي د لیدلو وړ وی. په ځای کسرونه او دهغوی لیدل اسان کار نه
دی او ځینی وخت خو بی ځایه شوی کسرونه هم ځکه له نظره پټ پاتی کیږي چې
ډاکتر په X-ray کې دپښی د نورمال ظهور سره بلدتیا نه لري. د Talus د جسم د
کسرونو لپاره CT مرستندویه معاینه ده د Talus د سر کسرونه نادر دی او عموماً
د Talu navicular بند په کسر کې اخته کیږي د Talus د غاړی کسرونه په لاندې
توگه تصنیف بندی شوي دي.



31,20

Talus د جرحو *X-ray*

a: Talocalcaneal کسر او خلع

b: د *Talus* د غاړې پر ځای کسر

c: د غاړې Type-3 کسر.

d: د *Talus* د جسم بی ځایه شوی کسر.

e: د جسم د دغه کسر په اړه فکر کیده چې بڼه ارجاع شوی خو په قدامی خلفي منظره کې.

f: دوه یو دبل د پاسه خطونه لیدل کیږي له دې څخه ظاهرېږي چې پارچې تدور کړی دی

۱ - Type-I په ځای کسرونه.

۲ - Type-II که څه هم ډیر کم وي خو دا بی ځایه شوي کسرونه دي چې د Sub.

Talar joint د خلعي او *Subluxation* سره یوځای وي.

۳ - Type-III بی ځایه شوي کسرونه چې د *Ankle joint* څخه د *Talus* د جسم د

خلعي سره یوځای وي.

د *Talus* د جسم کسرونه غیر معمول دي دا اکثره بی ځایه وي او د

Talocalcanus مفصل د تخریب سبب گرځي د *X-ray plaine* د معاینې پواسطه د

پارچو تدورې بی استقامی لیدل گران کار دی. داسو شکل د درې اړخیزې CT

سکن معاینی پواسطه بنه لیدل کیږي د خلفي او وحشي بارزو کسرونه عموماً د Ankle د اربطو د Strain سره یوځای وي. ځینی وخت د خلفي بارزی د کسر او د نورمال هډوکني Trigonum تر منځ تفریقي تشخیص مشکل وي یو ساده قاعده په دې اړه داده چې که اعراض یې نه وي ورکړي او ناروغ نه په عذابوي نو دهر ځای کسر چې وي مهم نه دی. د تروما څخه وروسته په عمومي توگه عظمی غضروفي کسرونه د Talus د گنبدی په وحشي برخه کې پیداکیږي په لومړی ځل باندې تشخیص نه کیږي تشخیص یواځی د CT سکن او MRI پواسطه کیږي.

درملنه :

دپښې د تداوي عمومي اصول مخکی بیان شويدي د Talus د کسرونو په تداوي اوس رڼا اچوو:

۱- Undisplaced fractur

دزنگون تر لاندې پورې پلاستر تطبیق کیږي اویا په کی درز جوړیږي چې ټول عمق پلستر یې نیولی وي کله چې پرسوب له منځه لاړ نو ددې پر ځای یو مکمل Cast په داسی حالت کې اچول کیږي چې پښه Planter flexed وي د اولو څلورو اونیو لپاره دوزن وړل منع دی له دې وروسته پلاستر لیری کیږي د کسر وضعیت د X-ray پواسطه لیدل کیږي نوی Cast تطبیق کیږي او په تدریجي ډول وزن وړلو ته اجازه ورکول کیږي په نورو پلاسترونو کې پښه په ورو ډول Plantegrade وضعیت ته راوړل کیږي په ۸ اونۍ کې Cast لیری کیږي او دپښی دنده دنورمال ورځنی استفادی له طریقه اعاده کیږي.

۲- Displaced fractur of the neck

لږ غوندي بی ځایه والی کسر هم Type-2 کسر کې راځي چې ارجاع ته ضرورت

لري که پوستکی د پاسه کلک وي نو ارجاع باید عاجله اجراشي ځکه د پوستکي د نیکروزس خطر موجود دی ارجاع باید مکمله وي ځکه چې :

الف: دا خبره یقیني کړی چې Sub talar مفصل په میخانیکي توگه قوی دی.

ب: چې د Avascular necrosis مواقع راکمی کړي.

په Type-2 کسرونو کې باید ترلی ارجاع د عمومي بی هوشی لاندې اجرا شي په داسې حالت کې Traction تطبیق کيږي چې Ankle Planter flexion حالت لري له دې وروسته پښه د Eversion یا Inversion حالت ته راوړل کيږي تر څو هغه بی ځایه والی چې په X-ray کې لیدل کيږي اصلاح شي.

ارجاع د X-ray پواسطه بیا کتل کيږي او هیڅ اناتومیکی لنډوالی د منلو وړ نه دی د زنگون لاندې Cast تطبیق کيږي او د څلورو اونیو لپاره د وزن وړل مجاز نه دي له دې وروسته د Cast د بدلولو په مهال پښه تدریجاً Plantegrade حالت ته راوړل کيږي خو وزن وړل مجاز نه دي تر څو چې د Union د جوړښت څخه مطمین شو ۸-۱۲ اونۍ پوري که ترلی ارجاع ناکامه شي خلاصه ارجاع لږمه ده دیو قدامي انسي شق له لارې کسر خلاصیږي او خپل وضعیت ته راوړل کيږي د انسي Mallulus د Osteomytisation پواسطه په پراخه توگه کسری ساحی ته رسیده گې کيږي د هډوکي وضعیت د X-ray پواسطه کتل کيږي او کسر د دوه K.wire اود پښې د Screw پواسطه تثبیت کيږي د عملیات څخه وروسته د زنگون لاندې Cast تطبیق کيږي د (۸-۱۲) اونیو لپاره زور نه شي وړای. Type-III کسرونه او خلعی عاجلی خلاصی ارجاع او Int.Fixation ته ضرورت لري کسر ته د رسیدو لپاره دخلفي انسي لارې څخه کار اخیستل کيږي انسي Mallelus دیو AO Mallolar screw لپاره له مخکی څخه برمه کيږي او Osteomatized کيږي او د

Deltoid اربطی د زخمی کولو څخه پرته دواړو خواو ته کش کيږي دغه پراخه خلاصونه لږمه ده ترڅو په Ankle مفصل کې پارچې راوويستل شي او د سترگو تر نظر لاندې د Talus بې ځايه شوی جسم ارجاع شي وضعیت د X-ray پواسطه کتل کيږي او وروسته کسر د K.wire او Screw پواسطه Fixed کيږي که د پوستکي د حالت په باره کې لږ شک هم موجود وي نو کسر باید واز پريښودل شي او ابتدايي تړل په پنځمه ورځ اجراشي د عمليات څخه وروسته پنبه ميزابه کيږي او تر هغې پورته ساتل کيږي ترڅو چې پرسوب له مينځه لاړشي له دې وروسته د Type-2 کسرونو د درملنې په څير د زنگون لاندې Cast تطبيق کيږي.

۳- Displaced fractures of the Body

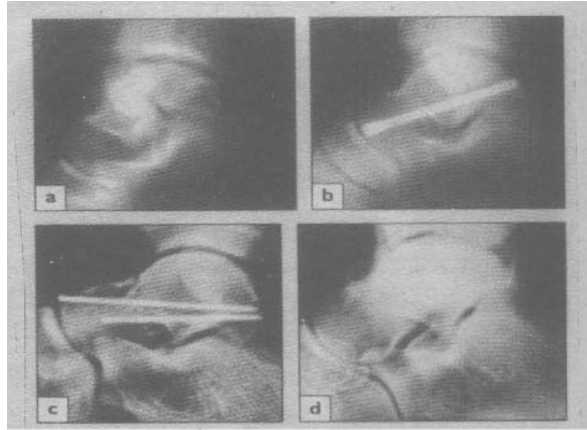
Talus د جسم کسرونه په عمومي توگه بې ځايه شوي خو پارچه يي او د Ankle او Talocalcanal مفصل سره يوځای وي. ځينی وخت خو پارچې په مکمله توگه بې ځايه شوي وي لږغوندي بې ځايه والی د منلو وړ دی د زنگون لاندې Cast د ۶- اونيو پورې تطبيقيږي خو د وزن وړل مجاز نه دي له دې وروسته د نورو څلورو اونيو لپاره وزن وړونکی Cast تطبيقيږي افقی کسرونه چې د Ankle او Subtalar کسرونو سره يوځای نه وي د تړلی ارجاع او Cast پواسطه دغیر متحرک کيدلو له لارې تداوي کيږي.

دمتعلقو مفاصلو د خلعي سره يوځای بې ځايه شوي کسرونه باید په صحيح طريقه ارجاع شي په ټولو واقعاتو کې خلاصی ارجاع او Int.Fixation ته ضرورت دی د Talus د سم لوڅوالی لپاره دانسي Osteotomy malleolus باید اجراشي Osteotomy Mallolus څخه مخکې برمه کيږي او وروسته د Talus د کسر د

درملنی څخه په خپل موقعیت کې بیرته لگول کیږي. ددې کسرونو انزار ډیر خراب دي Malunion دمفاصلو بی نظمي Avascular نیکروزس او د Ankle یا Talo calcanal مفصل Secondary osteoarthritis په لوړه کچه پیدا کیږي.

۴- Displaced fractur of the head

غټه مسله د Talonavicular مفصل جرحه ده که پارچی غټی وي نو وازه ارجاع او Int.Fixation پواسطه تداوي اجرا کیږي که زیات Communation موجود وي نو بهتره ده چې ډیرې وړې پارچی لری شي د عملیات څخه وروسته د Talus د نورو کسرونو په شان پنبه بی حرکت کولای شي.



31,21

د Talus د کسرونو تداوي

a: دابی ځایه شوي کسر ارجاع شوی او د Counter sunk seven په واسطه تثبیت شوی.

b: یوه مکمله نتیجه یې ورکړې د غاړې کسرونه که بڼه هم ارجاع شوي.

c: د Ischemic نیکروزس تر خطر لاندې دی.

۵- Fractur of the Talar Process

که چیرې کسري پارچه کافي اندازه لویه وي نو خلاصه ارجاع او د Krisher wire یا کوچني Screw په واسطه Fixation یې غوره درملنه ده کوچني پارچی هغه وخت ویستل کیږي چې اعراض پیدا کړي.

۶ - Osteo chondral fracturs

دا د Talus د گنبدی برخی واره سطحی کسرونه د Ankle په Sprain او Sub talar خلغو کې منع ته راضي. اکثراً حاد افات د ۴-۶ اونيو لپاره د غیر متحرک Cast پواسطه تداوي کيږي ځيني بي ځايه شوي کسرونه ډير غټ وي او د Herberts screw پواسطه int.Fixation ته ضرورت لري که عظمی پارچه ډيره وږه وي اوله خپل بستر څخه جدا شوی وي نو بايد لری شي لوخ هډوکی بيا برمه کيږي ترڅو د Fibrocartilage د تنهه پواسطه تداوي شي.

۷ - Open Fracturs

د Talus کسرونه اکثره د پوستکي د شلیدلو جرحو سره يو ځای وي ځيني واقعاتو کې کله چې پرسیدلي پوستکی وچوي نو کسر خلاصیږي په دې کسرونو کې دانتان خطر زیات او د مخنيوي لپاره يې بايد انتي بیوتیک وکارول شي جرحه د عاجلی واقعی په توگه تداوي کيږي د عمومي بی هوشی لاندی زخم پاک Debred کيږي او Necrotic انساج لیری کيږي له دې وروسته زخم د تړلو جرحو غوندې تداوي کيږي خو په ځينو واقعاتو کې خلاص پریښودل کيږي او د موخرو سپورونو او یا د پوستکي د Graft پواسطه د ۵-۷ ورځی وروسته کله چې پرسوب له مینځه لاړ شي تړل کيږي او دا خبره يقيني کيږي چې انتان نه شته ځيني وخت په خلاصو جرحو کې Talus مکمل جدا شوی او په جرحه کې پروت وي وروسته له پاکولو او Debrdement څخه Talus په خپله کونډه کې ولگول شي او د K.wire پواسطه تینگ شي.

اختلاطات :

لاندي اختلاطات ورکوي

۱- Mal union : په صحيح ارجاع باندي زيات ټينگار کيږي Malunion مفصلي سطح تخريبيوي حرکات محدودوي او دوزن د پورته کولو په وخت کې درد پيدا کوي که په تعقيب X-ray کې د پارچو بي ځايه والي وليدل شي نو ارجاع بايد بيا ترسره شي اوږدمحالي malunion د Osteoarthritis لپاره زمينه مساعدوي.

۲- Avascular necrosis : د Talus د جسم Avascular نیکروزس د Talus د غاړې په بي ځايه شوو کسرونو کې پيدا کيږي واقعات يې د بي ځايه والي دزيات والي پورې مربوط دي په Type-1 کسرونو کې له لس فيصد څخه لږ په Type II ۳۰-۴۰% پورې په Type III کې د ۹۰% فيصد څخه زيات وي.

په مقدمه X-ray تر ۲ اونيو پورې د Avascular برخي کثافت زيات شوي وي په حقيقت کې ټول Talus دعدم استعمال له کبله سوري سوري بنکاري او Avascular برخه نه متاثره کيږي او کثيفه په نظر راځي که د Talus گنبده Osteoprotic شي او دا د اروا معنی لري نو Osteonecrosis په کې نه پيدا کيږي دا Hawkin sign اساس دی چې د جرحی نه ۲-۸ اونی وروسته پيدا کيږي که Osteonecrosis واقع شي نو دنوی هډوکي د جوړیدو له کبله د Talus جسم بالاخره متکاثف او Sclerotic کيږي چې په S عکسوي شکل د نوی هډوکي د جوړیدو له سببه سره له دې چې نکروزس منځته راغلی وي هډوکي ممکن جوړ شي او دمداخلی له کبله په کې مزاحمت ونه شي په هر حالت دوزن ورل باید په ځنډ واچول شي ځکه چی د هډوکي سطح تر اوسه پورې هواره نه ده. که Talus هموار وي یا پارچی ولري که درد ولري او معذورتیا تری پيدا شي نو کيدای شي Ankle

arthrodosis ته ضرورت پيداشي.

۳- Secondary Osteoarthritis

هغه ناروغان چې د Talus د غاړې کسرونه ولري په ۵۰% کې يې د جرحی څخه خو کاله وروسته په Ankle او Sub talar joint کې Osteoarthritis پيدا کيږي داڅو وجوهات لري لکه د ابتدايي تروما څخه وروسته د مفصلی سطح تخریب، Malunion او Avascular necrosis درد او شخوالي په عمومي توگه د مناسبو انلجزيکو دواگانو په ورکولو او ارتوپيډکو تمريناتو اصلاح کيږي عملياتي تداوي څخه بايد ډډه وشي ځکه چې د يوه مفصل Fusion په بل مفصل کې دا عراضو د پيدا کيدو لامل گرځي.

. د کلکا نوس ماتيدنه:

Calcanus په قدم کې تر ټولو زيات ماتيدونکی هډوکي دی په ۵-۱۰% واقعاتو کې دواړه پوندي په يو ځای زخمی کيږي د ټکر جرحی اګر چې په حياتي طريقه جوړيږي خو په تعقيب يې د اوږدې مودې معذورتيا رامینځ ته کيږي.

د جرحي ميخا نکيت:

په اکثره واقعاتو کې ناروغان د يوې ارتفاع څخه رالويږي چې اکثراً د زیني څخه په يوه اويا دواړو پونديو رالويږي Calcanus پورته خواته د Talus سره لگيږي کسر په کې پيدا کيږي يا ميده کيږي چې د ۲۰% څخه زيات ناروغانو کې د دې سره د Spin, Pelves, او Hip جرحی هم موجودی وي. ځينی وخت د Avulsion کسرونو

په تعقيب د Aschel وتر او Ankle اړبطو د کشيدو له کبله پيدا کيږي او کله کله

هډوکی د

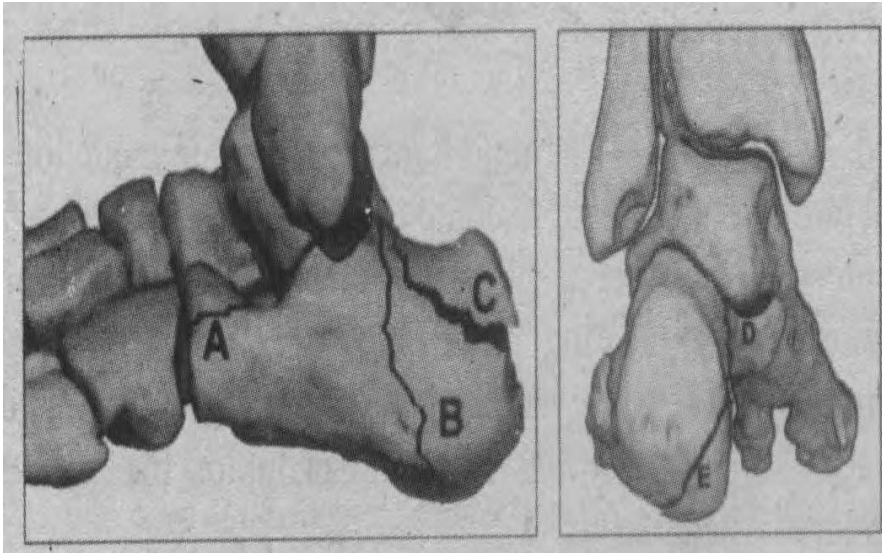
مستقيمی

ضربې په

واسطه

میده میده

کيږي



۲۲.۳۱

Calcanus خارجي مفصلي کسرونه.

کسر کيدای شي چې :

a: د قدمی بارزی له لارې.

b: د جسم له لارې.

c: د Tuberosity له لارې.

d: د Sustentaculum tali له لارې.

e: د انسي Tubercul له لارې واقع شي.

که پارچه غټه او بی ځایه شوی نو تړلی تداوي ته ضرورت لري او بیرته باید په خپل موقعیت کې تثبیت شي

Patholoical Anatom

په ۱۹۴۸ کال کې د Palmer او په ۱۹۵۲ کې د Aessex Iopresti د کار په اساس

د رواج په توگه د Calcanus کسرونه په دوه ډوله ویشل شوي دي چې لومړی یې

خارج مفصلي چې دهغه سره د Calcanus مختلف Process او جسم هغه برخه چې

د Talocalcan مفصل خلف ته واقع دی متاثره کيږي او دوهم يې داخلي مفصلي دې چې د Talocalcanus د مفصل سره جدا کيږي.

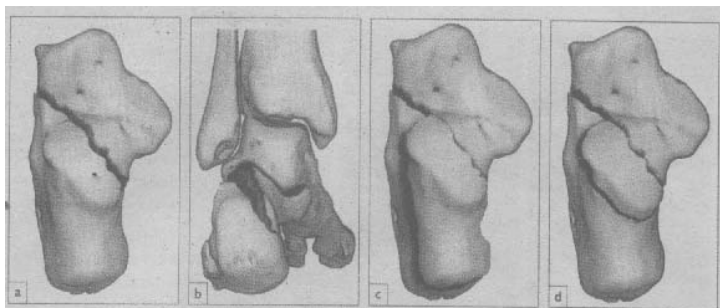
۱- Extra articular fractures

د اکسرونه د Calcanus د جرحو ۲۵% واقعات جوړوي د اکسرونه په ساده انداز واقع کيږي چې په کسر کې د قدامي بارزی - The - Sustentaculum tali tuberity or interomedial process کسرونه معمولاً منځ ته راځي. د جسم دخلفی برخې کسرونه د فشار پواسطه مينځ ته راځي دخارجی مفصلي کسرونو تداوي اسانه ده او بڼه انزار لري.

Intra articular fractures

د اجرحی ډیری پيچلی او د پایلو وړاندوینه يې نه شي کيدای پدې کسر کې کسري خط په مايله توگه دخلفي مفصلي اړخ پوری او د جسم دخلفی انسي خخه تر قدامي وحشي پورې غځيدلی وي. خه وخت چې کسر پيداشي نو دخلفي مفصلي اړخ د زور راوړلو له پاره د پښې په وضعیت پورې اړه لري که پونده د Valgas په حالت کې وي نو کسر په وحشي برخه کې دې او که پونده د Varus په حالت کې وي نو کسر ډیر انسی دي دا کيدای شي د ټولی جرحی مکمل حدود وي پورتنی کسر د خلفی وحشي غټی ټوتی او قدامي انسي وړی ټوتی درلودونکی دی. ډيرو واقعاتو کې په خلفي وحشي ټوته کې يو دوهمی کسري خط ښکاره کيږي چې کسر په دريو برخو ويشي دا دوهمی کسر په عمومي توگه د دوه کسری خطونو تر مينځ يو هډوکی جوړوي. چې Tongue type ورته ويل کيږي او دمفصل فشاري کسرونه هم ورته وايي په Tongue typ کسر کې چاود په خلفي توگه د Crucialangle خخه

Tuberosity ته غځيدلی وي او په جنبي X-ray کې ژبې ته ورته جوړښت جوړوي. په مفصلي فشاري کسر کې چاود د مفصلي اړخ څخه راچاپيره کيږي او د Calcanus د هډوکي Thalmic برخه د يوې وړې ټوټې په شکل د مفصلي اړخ وحشي برخې سره يوځای کيږي په دواړو نوغو کسرونو کې جنبي X-ray کوروالی او يا د Calcanus د Thalmic برخې له پاسه فشار ښئي وحشي ټوټه خلفي وحشي خواته تاوېږي - د Calcanus جسم پورته خواته کش کيږي او انسي Sustanticular پارچه د Talus سره برقرارې اړيکې لري. وحشي پارچه کيدای شي ځينی وخت د Calcanus په جسم کې ښتې وي او د ارجاع لپاره د جسم وحشي جدار بايد چې Osteomatized شي د Calcanus جسم پورته خواته بی ځايه والی په X-ray کې د فشاري کسر کلاسيکه ښه Depressed Fracture ورکوي د خلفي مفصلي سطحی او د پورتنی سطحی تر منځ زاويه همواره وي. د CT سکن انکشاف او د عملياتي ارجاع او تثبیت ميلان د Calcanus کسرونو اړونده ستونزې کمې کړيدي ځکه چې د دغه پيچلو کسرونو په اړه زموږ په پوهه کې زياتوالی راغلی دی په اکثره واقعاتو کې د دريو څخه زياتی پارچې موجود دی چې دبی ځايه والی اندازه يې متغيره وي کسر اکثراً د قدامي مخ څخه تر Calcanocubiod مفصل پورې غځيدلی وي د Calcanus وحشي جدار کيدای شي Comunated وي او خلفي مفصلي سطح ځينی وخت په دريو يا زياتو ټوټو جداشوی وي د جسم جنبي بی ځايه والی پونده پراخوي او د دې له کبله د Fibula خوکه وحشي جدار خواته تيل وهل کيږي او په Perioneal tendon باندې فشار راوړي.

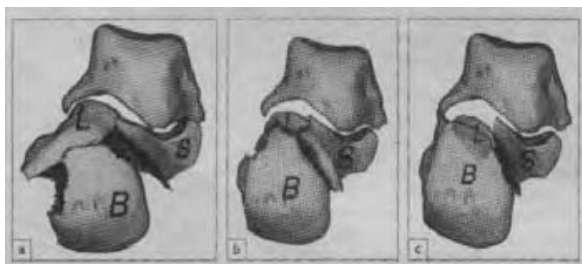


۲۳، ۳۱

د *Calcanus* داخلي مفصلي كسرونه

د كسر ابتدايي خط

a, b په *Talus* باندې د *Calcanus* د كيناستلو په نقطه كې دى او دخلفي انسي څخه قدامي وحشي ته غځيدلى دى دوهمي كسري خطونه د *Tongue* شكل جوړوي.
 c: فشارى مفصل چې تخریب شوى.
 d: د كسر په اندازه كې تغيرات.



31,24

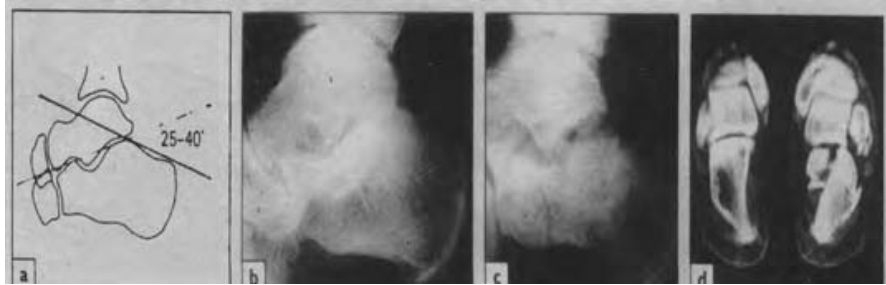
د *Calcanus* داخلي مفصلي كسرونه

د CT سکن معاینې پواسطه د كسر په اناتومي بڼه پوهيدای شو د *Coronal CT* پواسطه په اكیرو داخل مفصلي كسرونو كې درې غټې پارچې پيژندل كېږي چې (L) يې *Lateral* (S) يې *Sustoin triculuntali* (B) يې د *Body* پارچې دى.

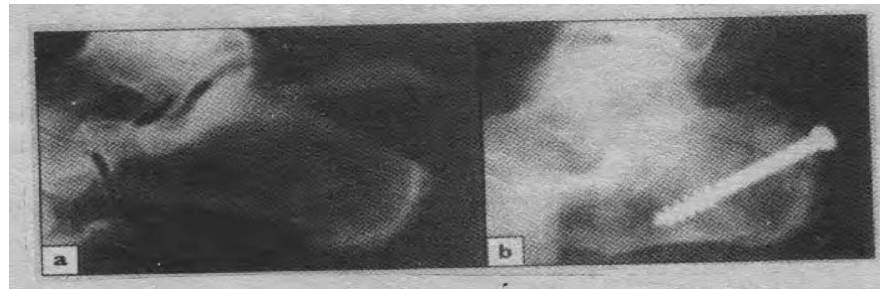
a: دمفصل وحشي پارچه په *Valgus* كې خو جسم په *Varus* كې دى په *Type-2* كسرونو كې.

b: *Sustantaculum tali* په *Varus* كې دى وحشي مفصلي پارچه پورته شوى ده په *Type-3* كسرونو كې.

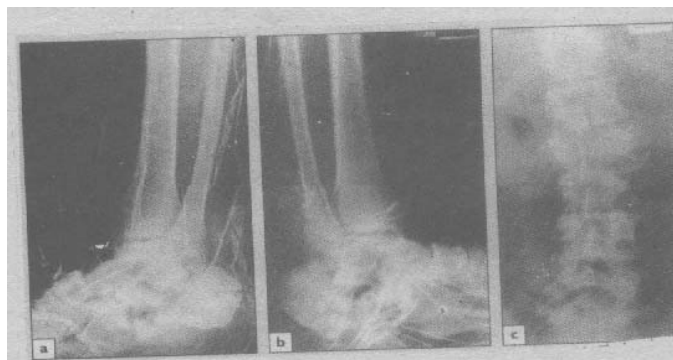
c: وحشي مفصلي ټوټه په خپل ځاى دجسم په ټوټه كې غرس شویده.



31,25
 د
 Calcanu
 s
 د کسرونو
 عکسونه
 د a.b

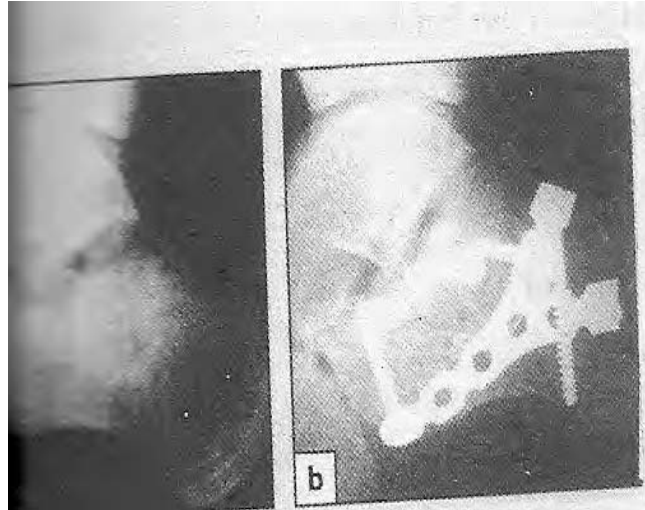


Bohler د زاويې اندازه کول او د نورمال پښې د X-ray پواسطه ښودل.
 c: په مکسوره Calcanus کې د Bohler د زاويې همواروالی.
 d: د CT سکڼ دمعاينې پواسطه ښودل شوی دی چې مفصلي پارچې څنگه يو له بله جدا دی.



31,26
 د Calcanus د کسر عکسونه
 د دوه طرفه کسرونه دي
 ab: دا کسرونه د يوې ارتفاع څخه په پوندو باندې درالويدو له کبله يا له ښکته څخه دپورته جگيدو ورو بيرته
 درالويدو له کبله پيداشوي دي په هر حالت کې فقرات مات شويدي.
 c:c

31,27 A د خلفي علوي برخي اولټرن کسرونه
 B چه د سکرو په واسطه تثبیت شوي دي
 د کلکا نوس د خارج مفصلي کسرونو تداوي



31,28

د کلکا نوس کسرونه جراحي تداوي a، د کلکا نوس په دي بي ځايه شوو کسرونو کي د بولر زاويه مكملا همواره شويده B، دواز عمليات اود اخلي تثبیت څخه وروسته نور ما له بېرته خپل حالت ته راغله.

کلينيکي پښه :

که ناروغ په هوش کې وي نو د يوې ارتفاع څخه د رالويدو تاريخچه وايي په زړو Osteoprotic خلکو کې يوه وړه صدمه د Calcaneus کسر مينځ ته اوړای شي پښه دردناکه پرسيدلی او د پوندې په وحشي اړخ کې ډير شينوالي موجود وي پونده پراخه بنکاري گردچاپيره انساج حساس وي اود وحشي mallolus مقعریت له مينځه تللی وي. Sub talar مفصل حرکت نه شي کولای خو Ankle مفصل حرکت کولای شي د تل لپاره پښه د Comp. Syn دنښو لپاره ولټوی.

X-Ray

په X-ray Plain کې باید وحشي، مایل او محوری منظری راویستل شي
خارجی مفصلي کسرونه واضح وي او داخلي مفصلي کسرونه هم اکثره په عکس
کي پیژندل کیږي - که د پارچو جداوالی موجود وي نو په جنبي منظره کې Tuber
joint زاویي [bhr angle] همواری لیدل کیږي د داخلي مفصلي کسرونو لاندو
معلوماتو لپاره CT لازمه معاینه ده ځکه چې دا معاینه د کسره نندسه واضحه بنیي
او داخلي مفصلي کسرونو تشخیص ته پری رسیږو په شدیدو جرحو په ځانگړی
ډول دوه اړخیزو کسرونو کې لازمه ده چی د زنگون، حوصلی او X-ray Spin
واخیستل شي.

درملنه :

د ځینی ډیرو ورو جرحو څخه پرته ناروغ په روغتون کې بستر کیږي پنبه یې پورته
کیږي او د واورو د توتو پواسطه تداوي کیږي تر څو پرسوب له مینځه لاړ شي د دې
عمل له کبله د X-ray او CT سکن لپاره هم وخت په لاس راځي.

۱ - Extra articular کسرونه :

د خارجی مفصلي کسرونو په تداوي کې اصلی ټکی دادې چې حرکت او دنده
داناتومیکی وضعیت څخه زیات اهمیت لري. ډیر ناروغان په غیر عملیاتي طریقو
او دفشاری بنداز د واورو د توتو او پرسوب تر ختمیدو پورې د پنبې د جگولو
پواسطه تداوي کیږي په اولو څلورو اونیو کې دوزن تحمل کولو اجازت نه شته خو

په وروستیو څلورو اونيو کې قسمی وزن وړای شي له پورتنی لارې څخه د تداوي بدلون د جرحی په خواصو پورې اړه لري.

الف : Fractur of the Anterior process

اکثره یې Aulsion کسرونه دي او د Ankle د Sprian سره مغالطه کېږي د مایل X-ray پواسطه کسر ښودل کېږي چې د تل لپاره Calcanocubiod مفصل په کسر کې دخیل وي. که لویه بی ځایه شوی پارچه موجود وي نو داخلي تثبیت ته ضرورت دی چې د تړلو دمعمول طریقې پواسطه سرته رسیږي.

ب : Fracturs of the Tuborosity

داد Achel وتر له کبله پیداشوی Aulsion کسرونه دي. کلینیکي علایم د Achel وتر څیروالی ته ورته دی. که پارچه بی ځایه شوی وي باید ارجاع د Screw پواسطه تثبیت شي او په Achel وتر باندې د فشار کمولو په خاطر پښه بی حرکته کړای شي څلور اونۍ وروسته د وزن وړل مجاز دی.

ج : Fracturs of the body

په دې کسرونو کې Sub talar مفصل نه دی دخیل نو انترار یې ښه دې او کسر د معمول تړلی طریقې پواسطه تداوي کېږي خو اړخیز بی ځایه والي او دپوندی پراخوالی زیات وي نو دلاس پواسطه د تړلی ارجاع لپاره باید هڅه وشي ۲-۸ اونيو لپاره وزن نه شي وړای.

د Cast پواسطه بی حرکت کولو ته ضرورت نه شته خو په هغه حالت کې چې دواړه پوندې په کسر اخته شوی او یا ناروغ د Crutch سره په یوه پنبه نه شي گرځیدای باید Cast تطبیق شي

۲ - Intra articular fracturs

الف : Undisplaced fractur

اکثراً دا کسرونه دخارجی مفصلی کسرونو په شان تداوي کيږي يانی دفشاري بنډاز تړل، ديخ ټوټی په تعقیب تمرین د پنبې پورته کول او د ۲-۸ اونۍ دوزن نه وړل په تداوي کې شامل دي. که له عمودی فشار څخه داوږد وخت لپاره وساتل شي نو کسر نه بی ځایه کيږي د Cast پواسطه بی حرکت کولو ته ضرورت نه شته کیدای شي چې تاواني ثابت شي ځکه چی د شخوالي او Reflex sympathetic dystrophy خطر زیاتوي په یوه پلټنی کې چې په ۱۹۹۳ د Crosboy او Fitzigobon پواسطه سرته رسیدلي او د CT سکن په واسطه تعقیب شوي بنډول شوي- چې دغه کسرونه په ۹۰% واقعاتو کې بڼه نتیجه ورکوي.

ب : Displaced fracturs

کله چې پرسوب له مینځه لاړ شي نو بی ځایه شوی کسرونه خلاصی ارجاع او Int. Fixation پواسطه بڼه تداوي کيږي CT سکن ددې تگلارې سره ډیره مرسته کوي ځکه چې انسي او وحشي پارچی په اسانی سره بنکاري او دمناسبو نقشو پواسطه د جراحی عملی لپاره محتاطانه پلان نیول کیدای شي.

عملیات په عمومي توگه دیو واحد پراخه وحشي شق له لارې رسیده گي کیدای شي ارجاع ترسره کیدای شي او دیوال بیرته رغیدای شي مختلفي پارچی د Screw

پواسطه نیول کیږي او دنقایصو د اصلاح لپاره د هډوکي Graft څخه گټه اخیستل کیږي د Calcanus قدامي او Calcanocubiodal مفصل هم پاملرنی ته اړتیا لري. پارچی ارجاع او تثبیت کیږي وروسته د ټولو پارچو د نیولو لپاره د conter plat څخه گټه اخیستل کیږي او دا د Calcanus په وحشي برخه کې ایښودل کیږي ترڅو ټولی پارچی ونیول شي.

زخم وټرل شي او درن کینبودل شي دایوه تخصصی جراحی عملیه ده چې بی تجربی جراح باید گوتی په کې ونه وهي.

د عملیات څخه وروسته پښه میزابه کیږي او لږه غوندي پورته کیږي (۲-۳ اونۍ) وروسته چې درد له مینځه لاړ شي نو تمرین باید پیل شي او Cotches سره تللی شي او وزن باید یونه سي وزن هغه وخت وړلی شي چې کسر مکمل جوړ شي چې دا موده تقریباً تر دولس اونيو پورې رسیږي د دندی بیرته لاس ته راتلل ۶-۱۲ میاشتو ته اړتیا لري.

Out come

خارج مفصلی او پرځای داخلي مفصلی کسرونه که په بڼه طریقه تداوي شي بنی پایلی ورکوي -خو ناروغ باید وپوهول شي چې دوظیفی اعاده کیدل ۶-۱۲ میاشتو ته اړتیا لري. په ۱۰% واقعاتو کې کله چې ناروغ په خپل کار پیل وکړي یا په ځیږو سطحو او یا په غیر متوازن حالت کې په زینو وڅیږي ځینې پاتی شونی اعراض رابرسیره کیږي. د داخلي مفصلی بی ځایه شوو کسرونو د پایلو په اړه وړاندوینه نه شي کیدای د عملیاتي تداوي پایلی په لوړه کچه د کسر په شدت او جراح په مهارت پورې اړه لري -د باتجربه لاسونو لپاره دا د انتخاب طریقه ده او په ۷۰% واقعاتو کې بنی پایلی لري ترڅو چې مناسب مهارتونه او اساتیاوی په لاس

کې ونلرو ناروغ باید ځانگړی مرکز ته ولیږو . که څه هم ددې کسرونو بله تداوي ترلی ارجاع ده خو بنی پایلی نه لري په هغه څپر نه کې چې د Krosbay او Fitzgibotis (۱۹۹۳) کې ترسره شوي په ۳۰ ناروغانو کې چې ترلی ارجاع ورته اجرا شو ه ولیدل شو ددغو ناروغانو ۵۰% چې د جرحی نه وروسته د څلورو کالو په موده کې ورته Arthrodesis اجرا شو. یواځی په ۱۰ ناروغانو کې دوه ناروغان بنی پایلی لري. هغه ناروغان چې Communicated کسرونه لرل حتی حالات یې خراب هم شو او د ټولو پایلی بنی نه وی.

اختلاطات :

دا کسرونه دوه نوعه اختلاطات ورکوي .

الف : مقدم اختلاطات ب : موخر اختلاطات

۱- مقدم اختلاطات : دا اختلاطات په لاندې ډول دي:

الف : Swelling & Blistering

شدید پرسوب او ټناکی عملیاتي تداوي په خطر کې واچوي پنبه باید له ځنډ پرته پورته شي.

ب : Compartment Syndrom

په لس فیصدو ناروغانو کې د شدید فشار اعراض پیدا کیږي - د مکمل Compartment syndrom خطر دمقدمی درملنی پواسطه کمیدای شي - که د عملیات په وخت کې د فشار د راکمولو کوشش وشي نو کسر به بڼه او سم جوړ شي.

۲- موخر اختلاطات : لاندې اختلاطات په کې گډون لري:

الف: Malunion: دبی ځایه شوو کسرونو ترلی تداوی کی او یا دخلاصی ارجاع وروسته بی اندازی وزن پورته کول د Malunion سبب گرځي پونده پراخه کیږي او په ناروغ کې خپلی تنگیږي پښه د Valgus حالت ته راځي او په تگ کې مشکلات پیدا کیږي.

ب: Peroneal tendon impingement: د Calcanus دجسم وحشي خواته بیځای کیدل کیدای شي - Peroneal tendon دوحشي Malleolus سره ولگوتر فشار لاندې راشي او شدید درد به کوي.

تداوي يې دعمليات د لارې د Calcanus دوحشي جدار سره د Protuberant جوړه کول دي.

ج: Achill tendon insufficiency: دپوندي د لوروالي ضیاع داشیل Tendon د فعالیت دکموالي سبب کیږي چې په تگ کې مشکلات پیدا کوي. تداوي يې دهډوکي د بلاک پواسطه Subtalar Arthrodesis دی د: Talo calcaneal stiffness and osteoarthritis

بیځایه شوی داخل المفصلي کسرونه دمفصل شخوالي په اخر کې Osteoarthritis ورکوي داپه محافظوي طریقه تداوي کیدای شي خود شدید درد په حالتو کې باید Subtalar arthrodesis باید تر سره شي کله که Calcano cubide مفصل هم په افت کې دخیل وي نو Triple arthrodeses ته ضرورت پیدا کوی،

Mid Tarsal Injuries

ددې ساحی جرحی د وړی کش کیدنی څخه واخله تر شدیدو کسری خلغو پورې

چې د پښې ژوند ته تاوان رسوي تغیر کوي. میخانیکیت یې د سلیمو تاوونکو جرحو څخه واخله تر میده کوونکی قوی پورې چې په رخوه انساجو کی شدید زیان رامنځ ته کوي بدلون مومي. د پښې په Facial compartment کې خونریزي کیدای شي د وصفی Compartment syndrom سبب شي د Navicular- Cubid یا coniform هډوکو یوازنی جرحی نادری دي ددې ساحی جرحی په ګډه ډول واقع کیږي او یا د جرحی سره یو ځای خلعی موجودی دي.

Pathological anatomy

ددې کسرونو په اړه تر ټولو اهمه تصنیفبندي په ۱۹۷۵ کې Main او Jowett کړیده چې د جرحی په میکانیزم ولاړه ده انسي فشاري جرحی د پښې د شدید Inversion پواسطه پیدا کیږي چې شدت یې د Mid tarsal مفصل د Sprin څخه واخله تر کسر او یا د خلعی او کسر پورې چې په Talo navicular مفصل کې یا Mid tarsal مفصل کې پیدا کیږي تغیر کوي. طولاني فشاري جرحی ډیری عامی دي دا په داسی حال کې چې پښه په Planter flexion حالت کې وي د شدیدی طولاني قوی پواسطه رامنځ ته کیږي Nevaculer د Coniform او Talus تر منځ د فشار لاندې راځي چې په نتیجه کې د Nevacular کسر او د Mild tarsal مفصل نیمه خلع پیدا کیږي. وختي فشاري کسرونه عموماً د داسې غورځیدو له کبله پیدا کیږي چې پښه په کې په Valgus مجبوره شوی وي پدې جرحو کې د Cobid کسری خلع او Calcanus د قدامی برخی کسر او د پښی په انسي برخه کې Avolsion کسرونه شامل دي Planter فشاری کسرونه د داسې غورځیدو له کبله پیدا کیږي چې پښه په کې تاو ه شي او د وجود لاندې ونښلي پدې کسرونو کې

ظهري Avulsion جرحی اويا کسرونه او د Calcaneubid مفصلکسری
Subluxation شامل دی په میده کوونکو جرحو کې د Mid tarsal ساحی
Communated کسرونه شامل دی.

کلینیکي پڼه :

پڼه شنه او پرسیدلی وی. په منحنی برخه کې حساسیت موجود وی د Mid
tarsal انسي Disluction دناخاپي پیداشوی Clubfoot په شان وي او وحشي
Dislucation د Valgus دسوء شکل په شان وي په طولاني فشاری کسرونو کې
واضح سوء شکل نه لیدل کیږي حرکت دردناک وي بعیده Ischemia او Comp.
Syn لپاره باید تفتیش وشي.

X-Ray

د جرحی د وسعت دمعلومولو لپاره په ډیرو مناظرو X-ray ته ضرورت دی ځان
باید یقیني کړو چې ټول Tarsal هډوکي واضح بنکاري که پڼه خلف خواته لاړه
شي نو د Tarso meta tarsal مفاصلو خلعی له نظره پتی پاتی کیږي که چیری په
Tars هډوکو کې اويا د Meta tars په قاعدو کې کسرونه ولیدل شي نو باید جراح
خلعی هم له نظره ونه باسي.

درملنه:

د تداوي له نظره دا کسرونه په لاندې ډولو ویشل شويدي ۱- Ligamimtus
starin : د درد تر ختمیدلو پورې پڼه باید په بنداز وټرل شي او لدې وروسته

ناروغ حرکاتو ته تشویق کیږي.

۲- Undisplaced fractures : د پړسوب د مقابلی له پاره پنبه باید پورته وساتل شي درې نه تر څلور ورځی وروسته د زنگون لاندې Cast تطبیق کیږي او ناروغ د Crutch سره گرځیدای او قسمي وزن وړای شي پلاستر د ۴-۶ اونيو لپاره برقرار ساتل کیږي.

۳- Displaced fractures : بی ځایوالی د Navicular او Cubid په هډوکو کی پیدا کیږي او باید د خلاصی ارجاع او Screw fixation پواسطه تداوي شي.

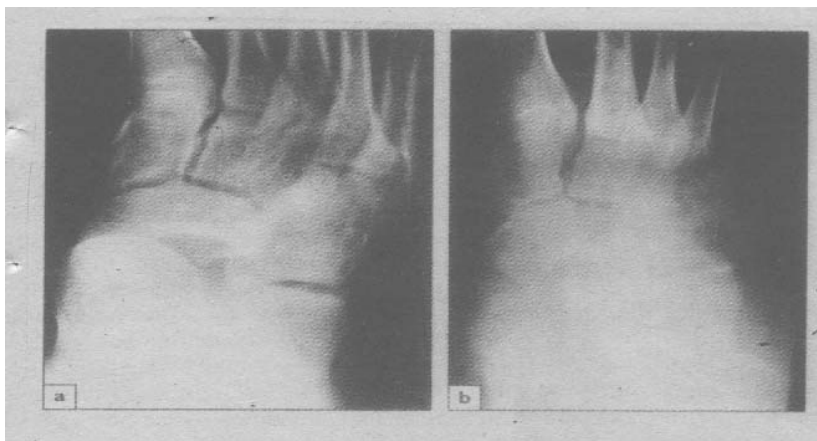
۴- Fractur dislocation : داشدید زخمونه دې چې د عمومي انستیزی لاندې معمولاً کیدای شي د ترلی مانوری پواسطه خلع ارجاع شي خو د ارجاع ساتل به ستونزمن وي که چیری په کمه اندازه میلان دوباره بی ځایه کیدني ته موجود وي د جلد د مفصل څخه K.wire تیرېږي ترڅو هډوکي خپل وضعیت کې تثبیت شي. پنبه د زنگون لاندې Cast پواسطه د ۶-۷ اونيو پورې بی حرکت ساتل کیږي تمرین لدې وروسته شروع کیږي او باید منظم عملی شي کیدای شي ۶-۸ میاشتو نه مخکی وظیفه دوباره اعاده شي که چیرې سمه ارجاع د ترلی مانور پواسطه حاصله نشي لدې وروسته خلاصی ارجاع او Screw fixation ته ضرورت دې د اناتومیکی ارجاع په اهمیت باندې باید زیات تاکید ونشي.

له نظره پټ پاتی شوي کسرونه د خلاصی ارجاع پواسطه په هغو ناروغانو کې چې روغتون ته وروسته مراجعه کوي (۳ اونۍ وروسته د جرحی څخه) د اصلاح د نه رامنځته کیدو یو پټ سبب دی.

۵- Communitated fructrues

شدید Communitated کسرونه د ارجاع مانع گرځي رخوه انساجو ته باید خاصه

پاملرنه وشي حكه چي د Ischemia خطر موجود دي پنبه په بڼه وضعیت کي
 ميزابه کيږي او د پرسوب تر ختمیدو پوري پورته ساتل کيږي د طولاني قوس د
 ساتلو سره سره دمقدم Arthrodysis مشوره ورکړل شويده.



۲۹-۳۱

Tarso meta tarsal جرحی

د دوه ناروغانو ایکسری چي

A: Talo nevicular خلع او

B: د Nevicular هډوکي کي طولاني فشاري کسر بنودنه کوي.

Out come

په Mid tarsal جرحو کي یو لوی مشکل دادی چي په اوله معاینه کي په کثرت
 سره کسرونه او خلعي له نظره پتی پاتی کيږي او بنی پایلی نه لري د mid tarsal په
 کسرونو او خلعو کي د صحیح ارجاع سره سره په ۵۰% ناروغانو کي د تروما خخه
 وروسته Osteo arthritis پیدا کيږي او ناروغان نارمل حالت لاس ته نه راوړي که
 اعراض دوام وکړي او ناروغ په تکلیف کي وي Arthrodysis استطباب لري.

Tarso meta tarsal injuries

پنځه Tarso meta tarsal مفصلونه یو مغلق ساختمان جوړوي چې قسمي ډول دگوتو تر منځ د مفصل پواسطه او په قسمي ډول د Meta tars هډوکو تر منځ اړېتو پواسطه سره کلک تړل شويدي او همدارنگه د پښې دمنځني برخې د Tars هډوکو سره نښتي دي ددې هډوکو Sprains عام دي خو خلعي يې نادري دي معمولي اسباب تاويدونیکي او ميده کوونکي جرحي دي د سريع موټر د ټکر څخه وروسته هغه خلک چې په پښه کې درد او پرسوب ولري مونږ بايد په هغو کې د Tarso meta tarsal خلغو لپاره شکمن واوسو د ايکسري پواسطه توضيح مشکله ده ځيني وخت په ايکسري کې يو شی غلط ښکاري خو مونږ نه شو ويلاي دا څه شی دی د مختلفو منظرو ايکسري بايد واخيستل شي او دنارملی پښی سره مقایسه شي په دريم او څلورم Meta tars باندي په معاینه کې زیات فشار راوستل شي د دویم میتاتارس انیسي غاړه بايد د دویم Coniform سره په یوه لیکه کې وي او د څلورم میتاتارس انسي غاړه بايد د Cubid هډوکي انسی غاړی سره په یوه لیکه کې وي که کسر دخلعی سره موجود وي کیدای شي په خپله ارجاع شي.

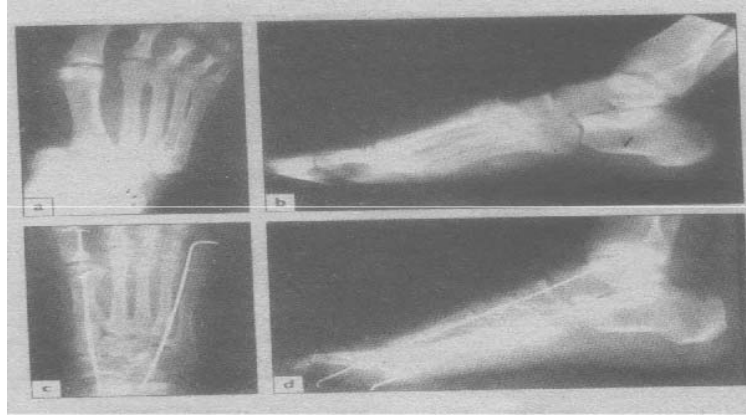
درملنه:

دتداوي طريقه د جرحی په شدت پورې اړه لري په ځای Sprins د ۴-۶ اونيو لپاره د Cast پواسطه بی حرکت کولو ته ضرورت لري خلعي او نیمه خلعي صحیح ارجاع ته ضرورت لري او داکار د بی هوشی لاندې د Traction او مانورو پواسطه تر سره کیدای شي وضعیت د پوستکي لاندې K.Wire یا Screw کارول کيږي کله

چی پرسوب له منځه لاړ شي په Cast بدلېږي ۲-۸ اونيو لپاره وزن وروسته لری کيږي او بيا د رغونې لپاره تمرين اجرا کيږي که ترلی ارجاع ناکامه شي نو خلاصه ارجاع لازمی ده د کاميابي کلی دوهم Tarso metarsal مفصل دی د يو طولاني شق پواسطه دوهم ميتاتارس قاعده خلاصیږي او دلاس پواسطه مفصل ارجاع کيږي دپاتی حصو ارجاع ډير مشکل کار نه دې هډوکي د پوستکي لاندې K.wire يا Screw پواسطه تثبيت کيږي او پنبه بی حرکته کيږي که ثبات لاس ته رانغی نو Ext. Fixation ته اړتيا ده.

اختلاطات:

Compartment Syndrom : يوه شديده پرسيدلی پنبه کيدای شي Comp. Synd ورکړي او ددې له کبله Ischemic، غونجيدل منځته راشي که ددې په اړه شک پيداشو نو بايد د Comp په داخل کې فشار اندازه شي تداوي بايد په منډه او



31,30

Tarsometatarsal جراحی

ab: د پښی X-ray چې د Tarso metatarsal کسری خلع په کې بنودل شویدی دغه جرحه د خلاصی ارجاع او K.wire پواسطه د Int.Fixation له لارې تداوی شویدی.



31,31

Tarsometatarsal جرحو اختلاطات

a: دغه شدید جرحه د پښی په رخوه انساجو کې وینه ورکوي.
 b: په دې ناروغ کې Compartment. Syndrom پیدا شو او د Volkman ischemia خطر یې درلود د عاجل شق او Decompression پواسطه د افت څخه مخنیوی وشو.

موثره وي دیو انسي طولاني شق دلارې باید Compartment ته ځان ورسوو او

فشار يې کم کړو زخم د پرسوب تر ختمیدو پورې خلاص پریښودل کیږي او پوستکی باید د فشاره خلاص شي.

دمیتا تارس جروحات:

Metatarsal کسرونه نسبتاً کم او په څلورو ډولو ویشل شوي دي.

۱- دمستقیمې ضربې پواسطه میده کړې شوي کسرونه.

۲- د تاوه وونکی جرحی پواسطه د جسم حلزوني کسرونه.

۳- د اربطو د Strain پواسطه Avulsion کسرونه.

۴- د متکرر فشار پواسطه د عدم کفایي کسرونه.

کلینیکي پڼه: په ناڅاپي (حادو) جرحو کې د پښې درد پرسوب او شینوالی واضح لیدل کیږي په فشاري کسونو کې اعراض او علایم ډیر واضح نه وي پښه باید په معمول ډول قدامي خلفي، مایل او جنبی X-ray شي پر ځای کسرونه لیدل مشکل کار دی او فشاری کسرونه هیڅ نه ښکاری تر څو پورې چې یو څو اونۍ ونه وځي.

درملنه:

تداوی د کسر په نوعی د جرحی په ځای او د بی ځایه والي په درجی پورې اړه لري.

۱- Undisplaced & minimally displaced fractures

د اکسرونه د زنگون لاندې Cast، بی حرکت کولو د ۳ اونيو لپاره دوزن نه وړلو او دنورو دریو اونيو لپاره دوزن وړونکی میزابی پواسطه تداوی کیږي ددې په اخر کې ناروغ نورمال فعالیت ته هڅول کیږي که دا طریقه خپله شي نو ناروغ د ۴۸

ساعتونو لپاره مشاهدهې لاندې ساتل کېږي ترڅو درخوه انساجو پرسوب او زیان وکتل شي یوه متبادله تگلاره یې د مقدم حرکت او وظیفوي فعالیت هدف لري. پښه میزابه او پورته کېږي په عاجله توګه حرکات پیل کېږي او چی پرسوب له مینځه لاړ صحیح پتی تری چاپیره کېږي ناروغ ته غټ بوت وړکول کېږي او ګرځیدلو ته هڅول کېږي یوځل چې حرکت شروع شو لږ غونډې Malunion نادراً معذورتیا منځته راوړي.

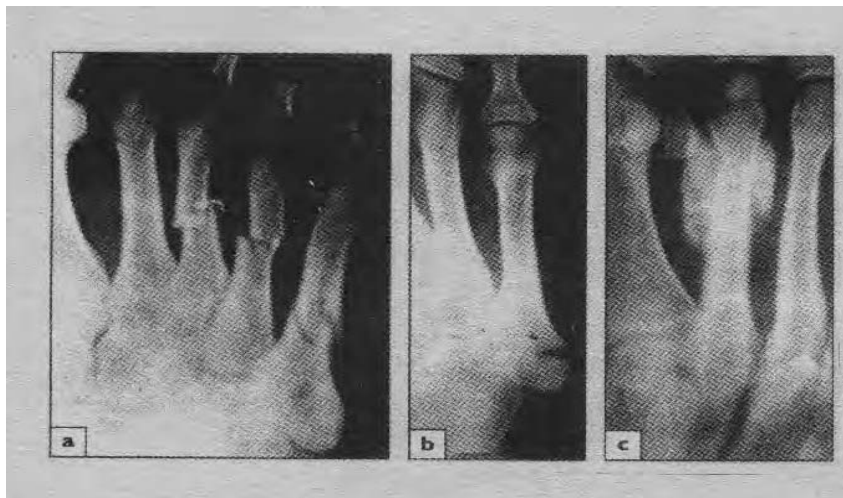
۲- Displaced fractures

بی ځایه شوي کسرونه په تړلی طریقه تداوي کېږي د پرسوب ترختمیدو پورې پښه پورته کېږي کسر د بی هوشی لاندې د ترکشن پواسطه ارجاع کېږي پښه په Cast کې بی حرکت کېږي او د څلورو اونیولپاره د وزن وړل مجاز نه دي. ددې وخت په اخر کی د قسمی وزن وړلو اجازت شته خو Cast د دوه نورو اونیولپاره برقرار ساتل کېږي او یا هم د کسر د جوړیدو پورې که دوهمه ارجاع ناکامه شوه نو د دوهم او پنځم Metatars د بی ځایه والي په Coronal plane کیدای شي ونیول شي او پورته ذکر شوی تړلی تداوی کفایت کوي. خوکه په Sagittal پلان کې ډیر زیات بی ځایه والي مینځ ته راغلی وي نو باید خلاصه ارجاع او د K.wire پواسطه Int.Fixation تداوي ترسره شي د زنگون لاندې Cast تطبیقېږي او د ۳ اونیولپاره وزن نه شي وړای او پښه د نورو څلورو اونیولپاره په وزن وړونکی میزابه کې اچول کېږي لدې وروسته K.w لیری کېږي د Metatars د غاری کسرونه بی ځایه کیدلو او بیا بی ځایه کیدلو ته میلان لري نو که تداوی په تړلی طریقه ترسره شوی وي نو باید وضعیت په تکراري ډول وکتل شي وضعیت د پوستکی لاندې د K.wire پواسطه ساتل کیدای شي خو که دی

طریقی هم کار ورنه کرو نو خلاصه ارجاع او داخل مخی K.wire پواسطه باید Int.Fixation ترسره شی درې اونۍ پورې په Cast کې بی حرکت ساتل کیږي Traction injury د قوی پواسطه دپنځې Inversion د پنځم Metatars د قاعدی Avulsion مینځ ته راوړي. د Ankle د Sprain درد کیدای شي ددې درد سره مغالطه شي د پنځم Metatars د برجستگی مستقیمه معاینه (حساسیت) په تفریقي تشخیص کې مرسته کوي ځکه په همدې ځای کې د جس پواسطه درد موجود وی X-ray د Metatars په قاعده کې یو مستعرض کسر بڼی او یوه وړه غونډې پارچه لږه غونډې بی ځایه شوی وي ځینی وخت یو وړوکی نارمل Perionealossicl په همدې ساحه کې د کسر سره غلطیږي خو د بلی نارملی پښې د X-ray پواسطه توپیر واضح معلومیږي ځکه هلته هم عین منظره په X-ray کې موجوده وي. که چیری درد شدید اوسي د څو ورځو لپاره پښه بی حرکت او پورته ساتل کیږي وروسته له دې ناروغ هڅول کیږي چې په نارمله طریقه وگرځي او حتی کولای شي په عادي بوتانو کی وگرځي مکمله بی درده وظیفوي اعاده ډیر ژر صورت نیسي.

که چیری بی ځایه شوی پارچه بنکاره جداشي دردناک Malunion منځ ته راتلای شي چې دغه حالت د Inter fragmentary screw د Fixation په واسطه تداوی کیدای شي. که پارچه ډیره بی ځایه شوی وي نو د Screw پواسطه تثبیت کیدای شي stress fracture یا March fracture په ځوانو بالغانو کې خصوصاً دوسله وال پوځ په نوو داخل شوو سرتیرو کې او یا په نرسانو کې کیدای شي پښه دزیات استعمال له کبله دردناکه او لږه غونډی وپرسپیږي د Metatarsal هډوکي په جسم په Mid برخه کې یوه حساسه غوته د جس وړ وی. دوهم Metatars زیات اغیزمن

کیرې X-ray په اول سر کې نورماله وي خو Radio istopscan دزیات فعالیت ساحه په هډوکي معلوموي په وروسته وخت کې د وینسته په څیر نری چاود یا د callus کتله لیدل کیرې.



31,32

د metatars جرحی

- a: د درې Metatars هډوکو د جسم کسرونه چې مستعرض کسری خط لري.
 b: د پنځم Metatars د قاعدی Avulsion کسر چې Robert jons کسر هم ورته وایي.
 c: د دوهم Metatars فشاری کسر او Callus

په زړو Osteoprotic خلکو کې یو نامعلوم درد کیدای شي له همدې کبله مینځ ته راشي د X-ray پواسطه تشخیص مشکل دی ځکه Metatars په امتداد کې د نازکه پریوست عکس العمل پرته بل څه نه ښکاري د Keller د عملیات څخه وروسته د نږدې Metatars د فشاری کسر له کبله کیدای شي په بل Metatars کې درد پیداشي چې پښه نوره هم د فشار سره مخ کوي هیڅ بی ځایه والی نه واقع کیرې هیڅ ارجاع او میزابی ته ضرورت نه شته د قدامی پښی څخه باید بنداز

تاوشی او ناروغ په نورمال ډول وگرځي.

Injuries of the Metatarso phlangeal joints

ددغو مفاصلو Sprains او خلعي په نخاگرو او لوبغاړو کي عامي دي يو ساده Sprain د سپکي ميزابي ياديوي اونۍ لپاره دپنښي څخه پتي تاوه ولونه زيات څه ته اړتيا نه لري. که پنجه بي ځايه شوي وي نو د ترکشن او لاس پواسطه بايد ارجاع شي او وروسته ديو څو اونيو لپاره په لنډ Cast کې وساتل شي ناروغ گرځيدای شي.

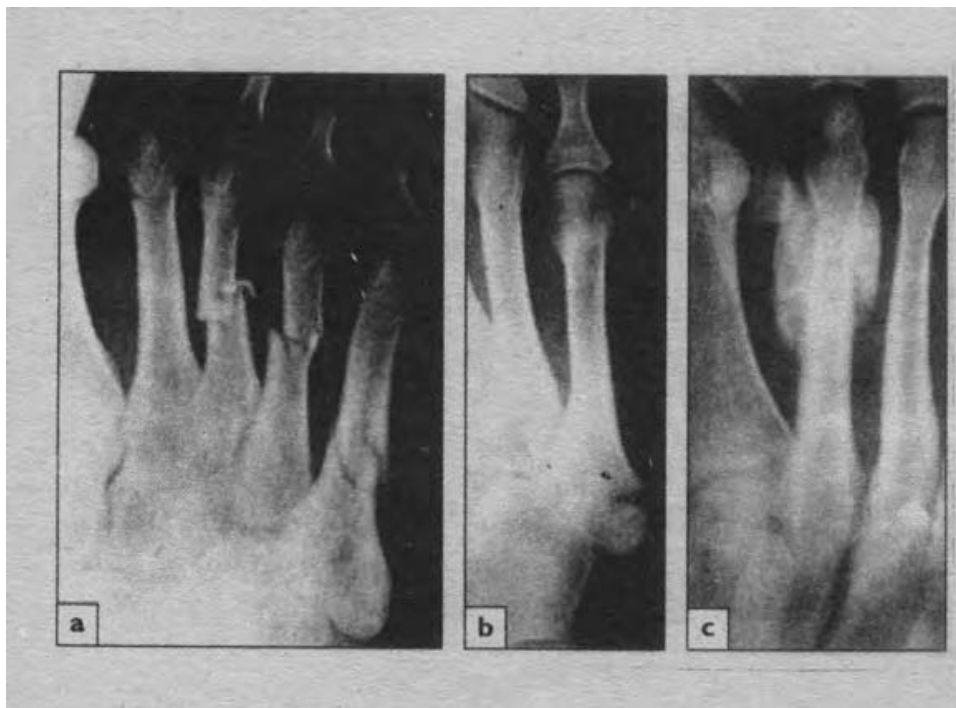
:Fractured toes

که يو دروند جسم په پنجه راولويږي نو په Plalanges کې کسر پيدا کيږي که پوستکي تخریب شوي وي بايد په معقمه توگه Dressing اجراشي کسر ته پاملرنه نه کيږي او ناروغ په بوتانو کې گرځيدای شي که درد زيات شو نو پنجه بايد د ۲- ۳ اونيو لپاره د پتي تاوه ولو پواسطه ميزابه شي.

:Fractured sesamoid

د Sesamoid څخه يو چي عموماً انسي کيدای شي د مستقيمي جرحي پواسطه او يا د ناڅاپي ترکشن پواسطه په کسر اخته شي مزمن او متکرر فشار په نخاگرو او منډه وهونکو کې زيات ليدل شوي او د همدې له کبله د اضافي هډوکي کسر پيدا کيږي ناروغ مستقيماً د Sesamoid د پاسه درد احساسوي په همدې ځای کې حساسه نقطه موجوده وي او ځيني وخت د پني د منفعل بسط پواسطه درد

زیاتیرې X-ray عموماً کسر بنیې smoth edge bipartits sesmoid څخه فرق کیدای شي - تداوي ته اکثرأ ضرورت نه پیدا کیرې د درد لپاره په موضوعي توگه Lignocain زرق کیرې که نارامي زیاته شوه پنبه باید د ۲-۳ اونيو لپاره په یو لنډه گرځیدونکي Cast کې واچول شي که بیا بیا اعراض پیدا کیدل نو هډوکی باید غوڅ شي باید فکر مو وي چې دغتی flexor attachment - proximal جوړښتونو ته زیان ونه رسیږي او که ورسیده نو کیدای شي چې په پنجه کې Varus ، Valgus او یا Cock up سوء شکل په غټه گوته کی پیدا شي.



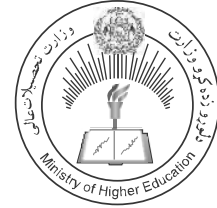
31,32

REFERENCES AND FURTHER READING

- Åström L (1966) Sprained ankles. Surgical treatment of 'chronic' ligament ruptures. *Acta Chirurgica Scandinavica* 132, 551-565
- Cherry RE, Meek RN (1992) Comparison of open versus closed reduction of intra-articular calcaneal fractures: a matched cohort in workmen. *Journal of Orthopaedic Trauma* 6, 216-222
- Clunan OD, Snook GA (1969) Reconstruction of lateral ligament tears of the ankle: an experimental study and clinical evaluation of seven patients treated by a new modification of the Elmslie procedure. *Journal of Bone and Joint Surgery* 51A, 904-912
- Colville MR (1994) Reconstruction of the lateral ankle ligaments. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76A, 1092-1102
- Crosby LA, Fitzgibbons T (1993) Intra-articular calcaneal fractures: Results of closed treatment. *Clinical Orthopaedics* 290, 46-54
- Das De S, Balasubramaniam P (1985) A repair operation for recurrent dislocation of the peroneal tendons. *Journal of Bone and Joint Surgery* 67B, 585-587
- Dias LS, Tachdjian MO (1978) Physeal injuries of the ankle in children. *Clinical Orthopaedics* 136, 230
- Eastwood DM, Gregg PJ, Atkins RM (1993a) Intra-articular fractures of the calcaneum. Part 1: Pathological anatomy and classification. *Journal of Bone and Joint Surgery* 75B, 183-188
- Eastwood DM, Langkamer VG, Atkins RM (1993b) Intra-articular fractures of the calcaneum. Part 2: Open reduction and internal fixation by the extended lateral transcalcaneal approach. *Journal of Bone and Joint Surgery* 75B, 189-195
- Essex-Lopresti P (1952) The mechanism, reduction technique and results in fractures of the os calcis. *British Journal of Surgery* 39, 395-419
- Hawkins LG (1970) Fractures of the neck of the talus. *Journal of Bone and Joint Surgery* 52A, 991-1002
- Hopkinson WJ, St Pierre P, Ryan JB *et al* (1990) Syndesmosis sprains of the ankle. *Foot Ankle* 10, 325
- Karlsson J, Bergsten T, Lansinger O *et al* (1989). Surgical treatment of chronic lateral instability of the ankle joint. A new procedure. *American Journal of Sports Medicine* 17, 268-274
- Langdon LJ, Kerr PS, Atkins RM (1994) Fractures of the calcaneum: the anterolateral fragment. *Journal of Bone and Joint Surgery* 76B, 303-305
- Lauge-Hansen N (1950) Fractures of the ankle. II. Combined experimental-surgical and experimental-roentgenologic investigations. *Archives of Surgery* 60, 957-985
- Lowrie IG, Finlay DB, Brenkel IJ, Gregg PJ (1988) Computerised tomographic assessment of the subtalar joint in calcaneal fractures. *Journal of Bone and Joint Surgery* 70B, 247-250
- Main BJ, Jowett RL (1975) Injuries of the midtarsal joint. *Journal of Bone and Joint Surgery* 57B, 89-97
- Müller ME, Allgöwer M, Schneider R, Willenegger H (1991) *Manual of Internal Fixation* 3rd edition. Springer, Berlin, pp598-600
- Palmer I (1948) The mechanism and treatment of fractures of the calcaneus. *Journal of Bone and Joint Surgery* 30A, 2-8
- Rüedi TP, Allgöwer M (1979) The operative treatment of intra-articular fractures of the lower end of the tibia. *Clinical Orthopaedics* 138, 105-110
- Sanders R, Gregory P (1995) Operative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus. *Orthopaedic Clinics of North America* 26, 203-214
- Teeny SM, Wiss DA (1993) Open reduction and internal fixation of tibial plafond fractures. *Clinical Orthopaedics* 292, 108-117
- Vander Griend R, Michelson JD, Bone LB (1996) Fractures of the ankle and distal part of the tibia. *Journal of Bone and Joint Surgery* 78A, 1772-1783

Message from the Ministry of Higher Education

In history, books have played a very important role in gaining, keeping and spreading knowledge and science, and they are the fundamental units of educational curriculum which can also play an effective role in improving the quality of higher education. Therefore, keeping in mind the needs of



the society and today's requirements and based on educational standards, new learning materials and textbooks should be provided and published for the students.

I appreciate the efforts of the lecturers and authors, and I am very thankful to those who have worked for many years and have written or translated textbooks in their fields. They have offered their national duty, and they have motivated the motor of improvement.

I also warmly welcome more lecturers to prepare and publish textbooks in their respective fields so that, after publication, they should be distributed among the students to take full advantage of them. This will be a good step in the improvement of the quality of higher education and educational process.

The Ministry of Higher Education has the responsibility to make available new and standard learning materials in different fields in order to better educate our students.

Finally I am very grateful to German Aid for Afghan Children and our colleague Dr. Yahya Wardak that have provided opportunities for publishing textbooks of our lecturers and authors.

I am hopeful that this project should be continued and increased in order to have at least one standard textbook for each subject, in the near future.

Sincerely,
Prof. Dr. Farida Momand
Minister of Higher Education
Kabul, 2016

Publishing Textbooks

Honorable lecturers and dear students!

The lack of quality textbooks in the universities of Afghanistan is a serious issue, which is repeatedly challenging students and teachers alike. To tackle this issue, we have initiated the process of providing textbooks to the students of medicine. For this reason, we have published 223 different textbooks of Medicine, Engineering, Science, Economics and Agriculture (96 medical books funded by German Academic Exchange Service, 100 medical with 20 non-medical books funded by German Aid for Afghan Children and 4 non-medical books funded by German-Afghan University Society) from Nangarhar, Khost, Kandahar, Herat, Balkh, Kapisa, Kabul and Kabul Medical universities. It should be mentioned that all these books have been distributed among the medical and non-medical colleges of the country for free. All the published textbooks can be downloaded from www.ecampus-afghanistan.org.

The Afghan National Higher Education Strategy (2010-2014) states:

“Funds will be made available to encourage the writing and publication of textbooks in Dari and Pashto. Especially in priority areas, to improve the quality of teaching and learning and give students access to state-of-the-art information. In the meantime, translation of English language textbooks and journals into Dari and Pashto is a major challenge for curriculum reform. Without this facility it would not be possible for university students and faculty to access modern developments as knowledge in all disciplines accumulates at a rapid and exponential pace, in particular this is a huge obstacle for establishing a research culture. The Ministry of Higher Education together with the universities will examine strategies to overcome this deficit.”

The book you are holding in your hands is a sample of a printed textbook. We would like to continue this project and to end the method of manual notes and papers. Based on the request of higher education institutions, there is the need to publish about 100 different textbooks each year.

I would like to ask all the lecturers to write new textbooks, translate or revise their lecture notes or written books and share them with us to be published. We will ensure quality composition, printing and distribution to Afghan universities free of charge. I would like the students to encourage and assist their lecturers in this regard. We welcome any recommendations and suggestions for improvement.

It is worth mentioning that the authors and publishers tried to prepare the books according to the international standards, but if there is any problem in the book, we kindly request the readers to send their comments to us or the authors in order to be corrected for future revised editions.

We are very thankful to **Kinderhilfe-Afghanistan** (German Aid for Afghan Children) and its director Dr Eroes, who has provided fund for this book. We would also like to mention that he has provided funds for 100 medical and 20 non-medical textbooks in the past.

I am especially grateful to **GIZ** (German Society for International Cooperation) and **CIM** (Centre for International Migration & Development) for providing working opportunities for me during the past five years in Afghanistan.

In our ministry, I would like to cordially thank Minister of Higher Education Prof Dr Farida Momand, Academic Deputy Minister Prof M Osman Babury, Deputy Minister for Administrative & Financial Affairs Prof Dr Gul Hassan Walizai, and lecturers for their continuous cooperation and support for this project.

I am also thankful to all those lecturers who encouraged us and gave us all these books to be published and distributed all over Afghanistan. Finally I would like to express my appreciation for the efforts of my colleagues Hekmatullah Aziz, Ahmad Fahim Habibi and Fazel Rahim in the office for publishing books.

Dr Yahya Wardak
CIM-Expert & Advisor at the Ministry of Higher Education
Kabul, Afghanistan, April, 2016
Office: 0756014640
Email: textbooks@afghanic.org



نوم: سيد بهاء (كريمى)

د پلار نوم سيد كريم

د ننگرهار ولايت د بهسودو ولسوالى او سيدونكى او فعلاً د جلال اباد بنار ۳ ناحيه

علمى رتبه: پوهندوى

زېږيدو كال: ۱۳۳۲

فراغت كال د ننگرهار عالي لىسى څخه په ۱۳۵۴ كال او د ننگرهار د طب پوهنځي څخه ۱۳۶۳ د
ننگرهار په صحت عامه د جراحي په څانگه كې وظيفه تر سره كړې. ۱۳۷۵ كال كې د جراحي
سرويس په كدر كې داخل شويم.

American orthopedic overcis ۱۳۷۱ كال كې تقيب كړى او فعلاً د ننگرهار پوهنتون

تدريسي روغتون د ارتوپيدى څانگه كې وظيفه اجرا كوم

Book Name Orthopaedics
Author Prof Dr Sayed Baha Karimi
Publisher Nangarhar University, Medical Faculty
Website www.nu.edu.af
Copies 1000
Published 2016, First Edition
Download www.ecampus-afghanistan.org



This Publication was financed by German Aid for Afghan Children, a private initiative of the Eroes family in Germany.

Administrative and technical support by Afghanic.

The contents and textual structure of this book have been developed by concerning author and relevant faculty and being responsible for it. Funding and supporting agencies are not holding any responsibilities.

If you want to publish your textbooks please contact us:
Dr. Yahya Wardak, Ministry of Higher Education, Kabul
Office 0756014640
Email textbooks@afghanic.org

All rights reserved with the author.

Printed in Afghanistan 2016

Sahar Printing Press

ISBN 978-9936-620-14-8