
Z PRAXE

617.576-089.873

PŘÍSPĚVEK K NEÚPLNÝM TRAUMATICKÝM AMPUTACÍM RUKY

Jiří ZÁBRODSKÝ

Chirurgická klinika LFKU v Hradci Králové, přednosta prof. MUDr. Jaroslav PROCHÁZKA

Poraněná ruka a prsty ruky jsou nejčastěji ošetřovaným poraněním na všech chirurgických odděleních a ambulatoriích. Je to tím, že ruka je vystavena úrazům mnohem více než ostatní části těla. S růstem mechanizace v průmyslu a hlavně v zemědělství úrazů ruky stále přibývá a většinou jde o poranění komplikovaná, těžká. To nás nutí věnovat poraněním ruky co největší péči a pozornost. Nenecháme ošetřovat komplikovaná poranění nezkušenými pracovníky, kteří jsou někdy nuceni řešit některá poranění amputací nebo egalizací. Nejde nám totiž jenom o anatomickou rekonstrukci poraněných částí, ale hlavně o dobrý konečný funkční výsledek, který je pro zraněného nejdůležitější, aby se opět mohl dobře uplatnit v pracovním procesu.

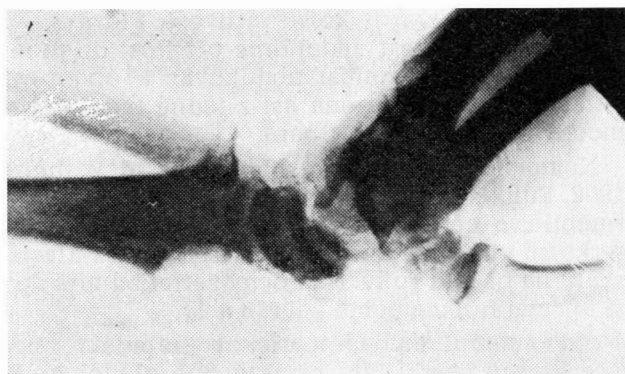
Z pracovišť pro plastickou chirurgii vyšlo mnoho prací o operační technice a metodách, bez nichž se nemůžeme obejít při ošetřování poranění ruky ani na odděleních všeobecné chirurgie. V našem sdělení nemáme však na mysli náhradné plastiky po ztrátových poraněních, nýbrž primární ošetření poranění.

Často přichází na chirurgické oddělení poranění ruky takového rázu, že jsme nuceni velmi pečlivě rozhodovat mezi radikálním řešením — amputací nebo konzervativním způsobem léčení. Jde hlavně o poranění, při nichž jsou porušeny nervy a cévy a hrozí odumrtí poraněné části ruky. I v některých těchto případech však je dobře se přiklonit ke konzervativnímu řešení, jak ukazuje uvedený případ.

Kolářský dělník J. H., osmnáctiletý, řezal dne 4. 3. 1960 těžká prkna na okružní pile. Při ma-

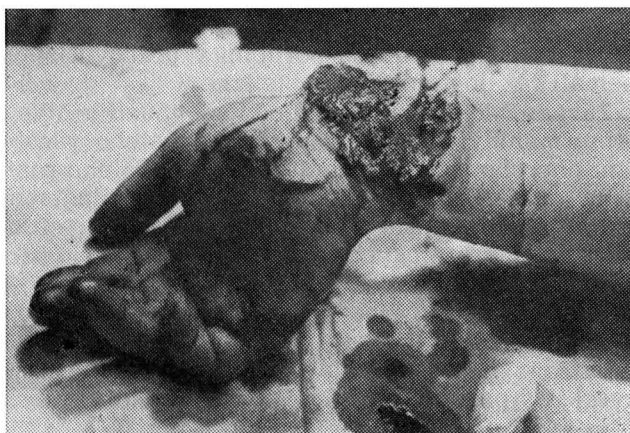
nipulaci s prknem se mu smekla pravá ruka a byla přitištěna přední plochou zápěstí na kotouč pily. Zraněnému byl přiložen obvaz se škrtidlem a ihned byl převezen na kliniku.

Při přijetí je zraněný při vědomí, lehce šokován. Přes celou volární plochu zápěstí v místě radiokarpálního skloubení probíhá zhmožděná hluboká rána, která zasahuje do distální epifýzy kosti vřetení a otvírá radiokarpální kloub. Obě tepny — a. radialis a a. ulnaris jsou přetaty, proximální pahýl a. radialis ještě drobně krvácí, pahýly a. ulnaris jsou kónicky staženy a ucpány krevními sraženinami. Rovněž n. medianus a n. ulnaris jsou přerušeny. Ze zhmožděných okrajů rány trčí pahýly šlach všech svalů na volární plo-



Obr. 1.

Skiagram při přijetí 4. 3. 1960; porušení epifýzy rádia s kostní drtí v okolí.



Obr. 2.

Stav při přijetí 4. 3. 1960

še předloktí. Ruka je v dorzální flexi, prsty v semi-flexi. Kůže prstů bledá, chladnější než předloktí, není však vysloveně studená (viz obr. 1 a 2).

Rozhodujeme se pro primární steh šlach, steh nervů odložen vzhledem k tomu, že pahýly nervů jsou značně zhmožděné. Z rány odstraněna kostní drť z distální epifýzy rádia a pahýly obou tepen podvázány. Steh rány bez drénu. Po skončení výkonu je hybnost prstů obnovena, kůže zůstává chladnější než na předloktí. Fixace sádrovým obvazem ve flexi v zápěstí i prstů.

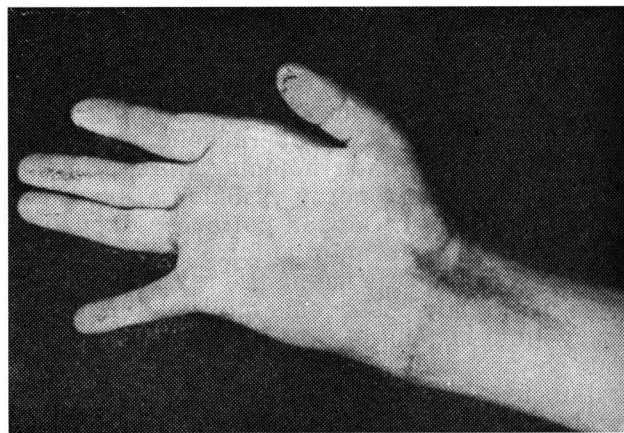
Pooperační průběh: Do 4. dne zvýšená teplota, potom afebrilní. Nemocný dostával celkově penicilín a streptomycin do 11. dne po operaci. Při prvním převazu 14. dne je rána klidná, pohyblivost 3.—5. prstu normální, palec a ukazováku omezená. Kožní citlivost porušena. Prokrvení prstů je dostatečné. Od 21. dne zahájena intenzivní rehabilitace. Flexe palce není možná.

19. 4. 1960 operační revize: Z mohutné jizvy vypreparovány pahýly obou nervů a po snesení nekrotických částí sešity. Vypreparována šlacha flexoru palce a znovu sešita. Fixace palce sádrovým obvazem na 3 týdny. 14. 5. 1960 zraněný propuštěn do domácího léčení a doporučena rehabilitace.

Při kontrole 2. 2. 1961: Prokrvení prstů dobré, začíná se obnovovat kožní citlivost. Flexe 3.—5. prstu dobrá, 2. prst nedotáhne při flexi do dlaně o 1 cm. Palec nemůže abdukovat a oponovat. Funkce zápěstí omezena asi z jedné třetiny. Nemocný nastoupil zaměstnání.

Nemocného jsme kontrolovali ještě v únoru 1962. Funkce pravé ruky a prstů se podstatně nezměnila, o něco se zvýšila síla svalová, zlepšila se kožní citlivost. Dosud jsou však patrné atrofie svalů na hřbetu ruky. Nemocný zatím odmítá další úpravu funkce palce (obr. 3 a 4).

Šlo o neúplnou traumatickou amputaci ruky, kde kromě šlach byly přetaty obě hlavní tepny a n. radialis a n. ulnaris. Z výsledku léčení je



Obr. 3 a 4.

Kontrola za 11 měsíců po poranění

zřejmé, že je vždy nutno individuálně uvážit způsob ošetření a postup léčení. Byla zde otázka, zda provést primární suturu šlach vzhledem ke značnému zhmoždění rány a okolní tkáně. Většina autorů, kteří se věnovali této otázce, však míní, že primární steh má mnoho předností. Dubrov se domnívá, že aktivní ošetření rány a primární steh šlachy je operací volby při léčení čerstvých ran.

Z popsaného případu vyplývá, že ani při současném přerušení a. radialis a a. ulnaris není akrální část ruky vždy ztracena, kolaterální oběh stačí k zásobení ruky a prstů.

I když konečný funkční výsledek není zcela ideální, nemocný je zatím spokojen a za 11 měsíců po poranění mohl být opět zařazen do zaměstnání.

Písemnictví

1. Burian F.: Fysiologické operování, Praha 1945.
2. Bunnell S.: Surgery of the Hand, 1947.
3. Dubrov G.: Plastika šlach flexorů ruky, Medgiz, Moskva 1945.
4. Hellmuth K.: Acta Chir. Orthop. Traumat. Cech., 23, 2, 89—90. 1956.
5. Rozov V. I.: Poranění šlach ruky a prstů a jejich léčení, Praha 1955.