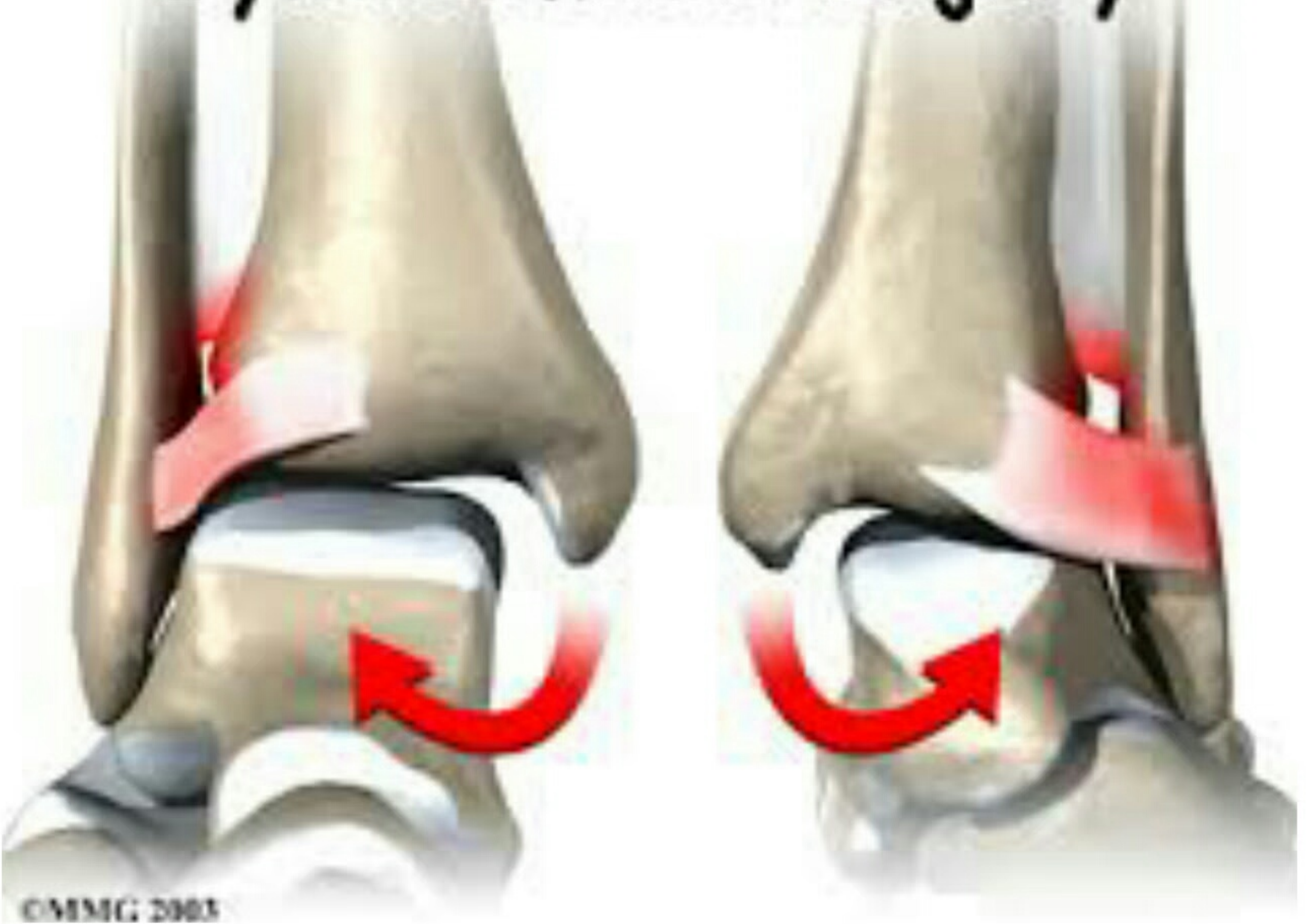


نبدأ بسم الله موضوع التواء الكاحل
أما أن يكون منخفض الإصابة و يقفل في حدود الكاحل
أي قد يكون هناك تمزق في الأربطة ذات اللون الأحمر
و هو يمثل أكثر من 90% من التواء الكاحل



أما التواء الكاحل عالي الإصابة يتعدى اربطة الكاحل إلى الأربطة بين عظمتي الساق و يمثل 10 % من التواء الكاحل كما في الصورة التالية

Syndesmosis Injury



من أشهر الأسباب ما يلي:

\$الإصابات الرياضية و منها الرقص

& فقدان التوازن أثناء النزول من مستوى

زيادة في مرونة الأربطة و هذا في سن الأطفال

يعتبر اختلاف طبيعي لكن عند البالغين يعتبر مرضي

إصابة قديمة في الكاحل أو زيادة في الوزن متأخرة

ترافق هذه المشكلة بعض الأحيان ما يلي :

€ إصابة في غضروف الكاحل

€ إصابة في الاوتاد إضافة لاربطة (الوتد هو نهاية

العضلة يكون وتد) الأربطة هو نسيج يربط عادة بين

عظمتين

€ كسور خاصة في المشط الخامس أو أجنحة عظمة

الكعب أو العظمة الزورقية في الكاحل

هذه أهم الأربطة في الكاحل ويعتبر رقم 1 أكثرها إصابة و كلما زاد الالتواء أضيف رباط جديد حسب الترتيب 2 ثم 3 .
طبعا هذا في وضع الالتواء المشهور و الأكثر تكرر



أنواع التواء الكاحل و نسبتها



درجات التواء الكاحل

1 لا يوجد إصابة في الأربطة لكن شد في حويصلة المفصل و لا يوجد تغير للون الجلد و يمكن المشي
2 يوجد شد في الأربطة و تغير قليل في لون الجلد و مشي بألم مقبول

3 يوجد تمزق في الأربطة و تغير في لون الجلد إلى الأزرق مع ألم شديد و عدم قدرة على المشي
الأعراض الأخرى

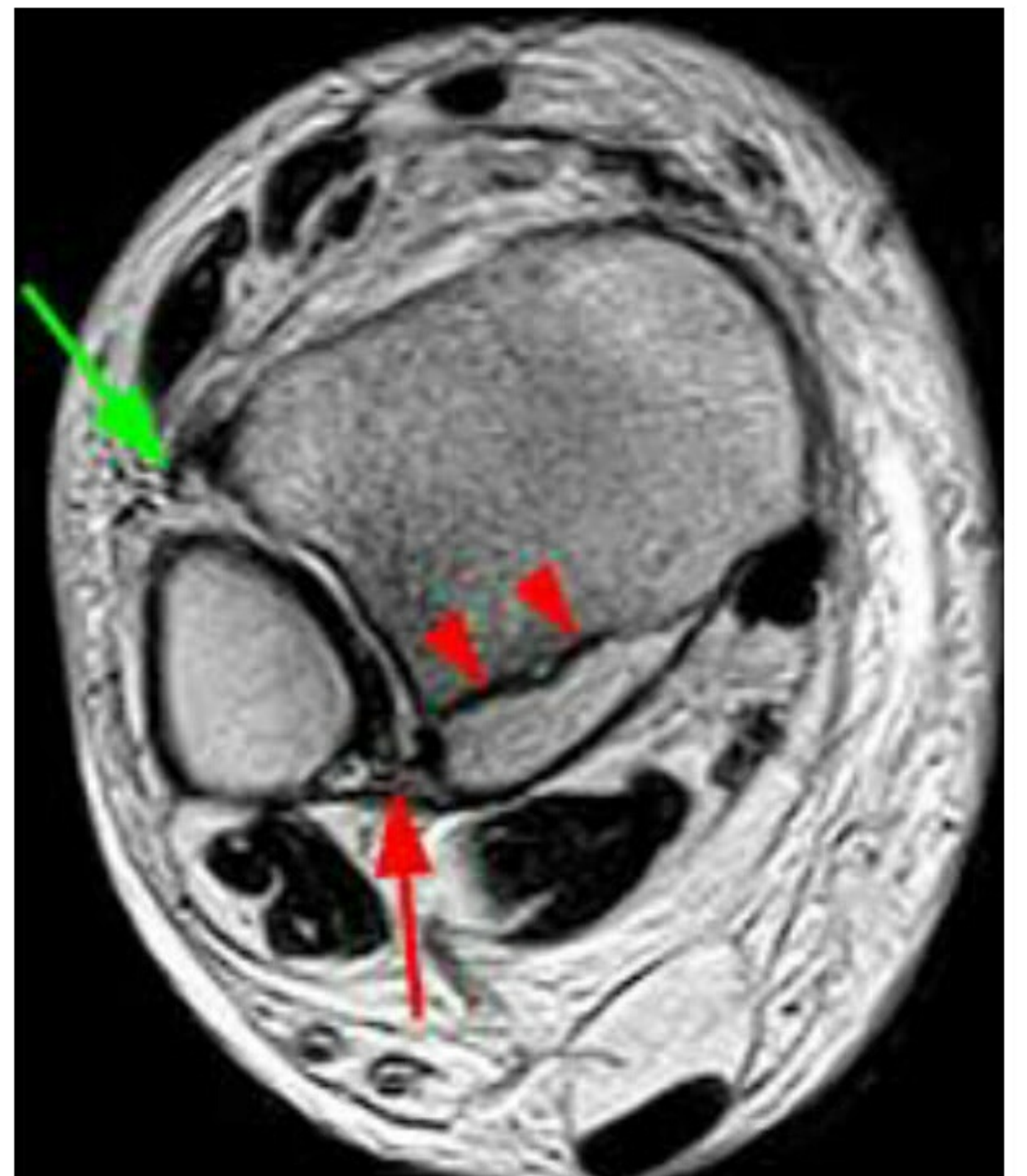
& عدم استقرار للكاحل على المدى الطويل اذا لم يعالج
& تكرار الالتواء بأسباب أقل
& في الفحص السريري يوجد آلام في الجانب الخارجي من الكاحل مع عدم استقرار



بعد الفحص السريري و التاريخ المرضي نطلب الأشعة
العادية في وضع العادي للبحث عن الكسور و قد تعاد
بالوضع الديناميكي بعد أن يخف الألم
الصورة الثانية للوضع الديناميكي



و قد نطلب أشعة رنين مغناطيسي للتفاصيل الدقيقة و التخطيط للعملية الجراحية أن لزم تظهر الأسهم مكان الأربطة الممكن إصابتها مع التواء الكاحل



ان علاج التواء الكاحل تغير مفهومه لزيادة المعرفة به
طبيا خلال السنوات العشر الماضية
ينقسم العلاج إلى تحفظي و جراحي
و نبدأ بالتحفظي و لا ننسى أننا سبق أن قسمنا مقدار
الالتواء إلى ثلاث درجات يحددها و ضع الرباط الجانبي
للكاحل ويمكن الرجوع للصور المرفقة سابقا

العلاج التحفظي :

بعد الاصابة مباشرة يحسن ربط الكاحل برابط ضاغط لتخفيف التورم مع وضع كمادات الثلج ورفع القدم .

و ضع الجبيرة الخلفية و استخدام العكاز للمساعدة على المشي اذا كان فيه ألم شديد ويكون ذلك لمدة أسبوع أو عشرة أيام .

المهم في العلاج التحفظي الحديث ما يلي :
¥ أن لا تزيد مدة تثبيت الكاحل بالجبيرة أو غيرها عن أسبوعين

¥ البدء بتحريك الكاحل مباشرة بعد أن يقل الألم
¥ المشي بالداعم البلاستيكي بعد عشرة أيام من الإصابة ما دام أن ليس هناك كسر حتى لو كان الرباط مقطوع بالكامل

لماذا هذا التغير في فكرة العلاج :

ان هذه الأربطة عندما تتمزق يتأثر معها العصب الحسي
المسؤول عن تحديد حال و تضاريس الأرض حال
الحركة.

لذا ان الطريقة القديمة و مازال هناك من يتبعها بعض
أطباء العظام من لم يصلهم العلم الحديث ،الطريقة
القديمة هي أن يبقى الإنسان في الجبس شهر أو شهر و
نصف لها مضاعفات خطيرة .

أولا يفقد الرباط مطاطيته و مرونته لطول وقت
الجبس فيصبح مثل الحبل المتليف و ينقل جميع الشد
أثناء الحركة للعظم بدل أن يمتصه

ثانيا أن العصب الحسي بعد أن يصاب يبلغ الدماغ
بذلك فيعمل على توليف أعصاب مجاورة للقيام بمهمة
العصب المصاب لكن هذا حال أن حافظنا على حركة
الكاحل و المشي عليه لكن إذا تم وضع الجبيرة لمدة
طويلة لا يقوم الدماغ بهذه المهمة كردة فعل مباشرة
لكن يحتاج لفترة تدريب طويلة بسبب انقطاع الحركة .
أتمنى اني بسطت و وضحت الفكرة

إذا بعد الإصابة اذا لم نستطع المشي نعمل كما في
الصورة التالية



لكن ان خف الألم و الانتفاخ نستخدم ما يلي :
اذا كانت الأربطة فيها شد شديد من غير تمزق و يحدد
ذلك الفحص السريري في الزيارة الثانية بعد الاصابة
نستخدم مثبت الكاحل المرن كما في الصورة التالية
ويلبس عليه الحذاء و يمشي من غير عكاز و أخذ
المسكن لأن هناك ألم لكن نحتاج أن يلتحم الرباط أثناء
الحركة فيبقى مطاطي مرن



أما إذا كان هناك تمزق في الرباط رقم 1 أو 1 ونصف
2 كما في الصورة اول المحاضرة فيستخدم مثبت
الكاحل النصف مرن و الذي يسمح للكاحل في الحركة
في المحور الرئيسي كما في الصورة التالية
وأياضا يمشي المريض و يتحرك من غير عكاز
المهم أن تبقى الحركة و استخدام الكاحل في المشي
لأن اذا فاتت الفترة الذهبية ولم يعاد برمجة الدماغ مع
الكاحل سيكون هناك اضطراب في الإحساس بتضاريس
الطريق و أيضا الاستجابة السريعة عند التغير المفاجئ
في حال المشي مثل أرض زلقة أو طرق وعرة غير
مستقرة



بعد الثلاث أسابيع تقل أو تزيد على حسب الدرجة نبدأ
العلاج الوظيفي في الكاحل كما في الصور المرفقة و
هذا إضافة على استمرار المشي و الحركة

Ankle Sprain Exercises



Towel stretch



Standing calf stretch



Standing soleus stretch



Ankle range of motion



Resisted dorsiflexion



Resisted plantar flexion



Heel raises



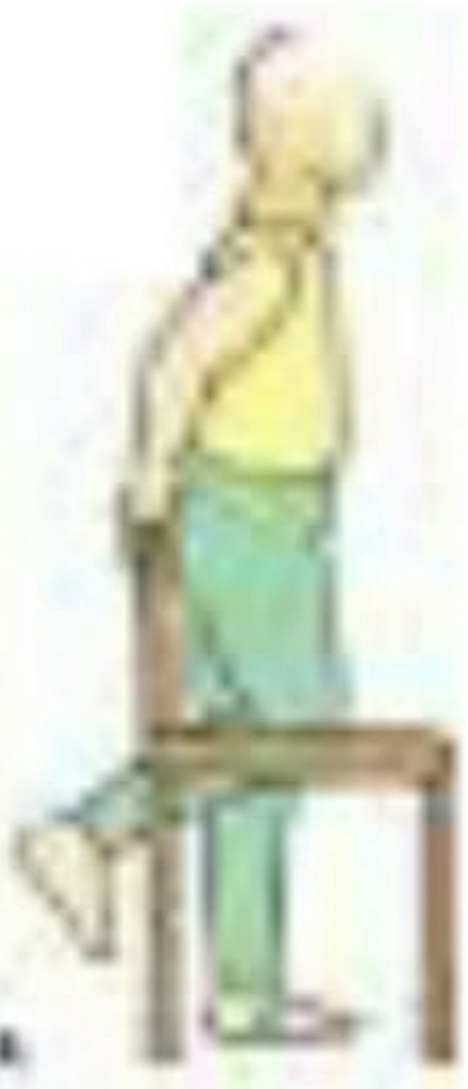
Step-up



Resisted inversion



Resisted eversion



Static and dynamic balance exercises



Jump rope

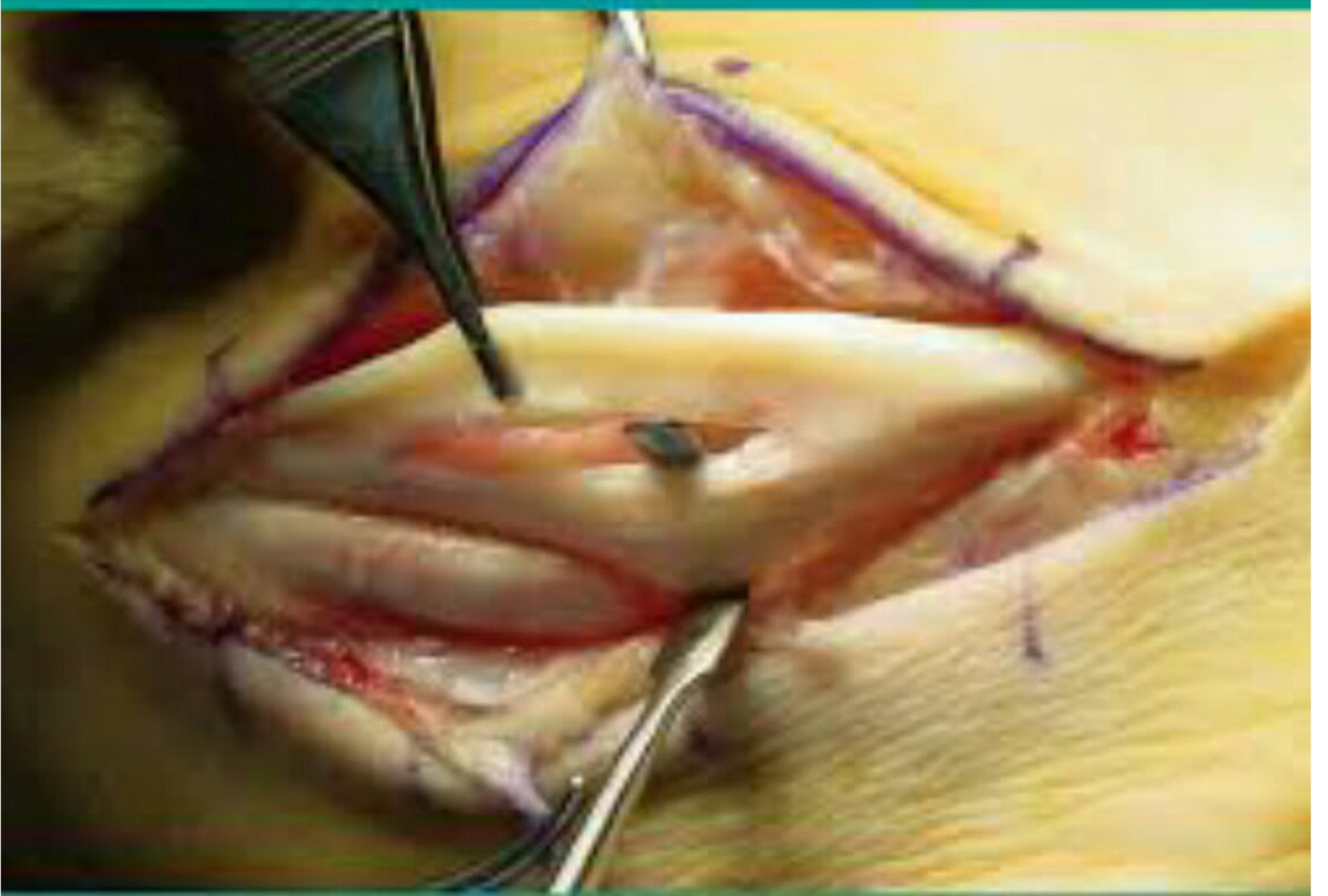
نكمل العلاج الجراحي :

متى يكون العلاج الجراحي بالفتح :

& فشل العلاج التحفظي الصحيح في الوقت و النوع
& التأخر في العلاج التحفظي و تجاوز الفترة الذهبية
لالتحام الأربطة

& في حال كان هناك كسر مع إصابة الرباط أي أن
الرباط لم ينقطع لكن خلع جزء من العظمة معه

العلاج الجراحي بالفتح على حسب أي رباط مقطوع و هل هو قديم أو حديث لكن في حدود مجموعتنا اقول أما أن نأخذ دعم من رباط غير مقطوع و ندعم به المقطوع عادة نأخذ من رقم 2 لدعم رقم 1 كما في الصورة التالية (تركيزيا من هم في المجال الصحي حتى الصيادلة)

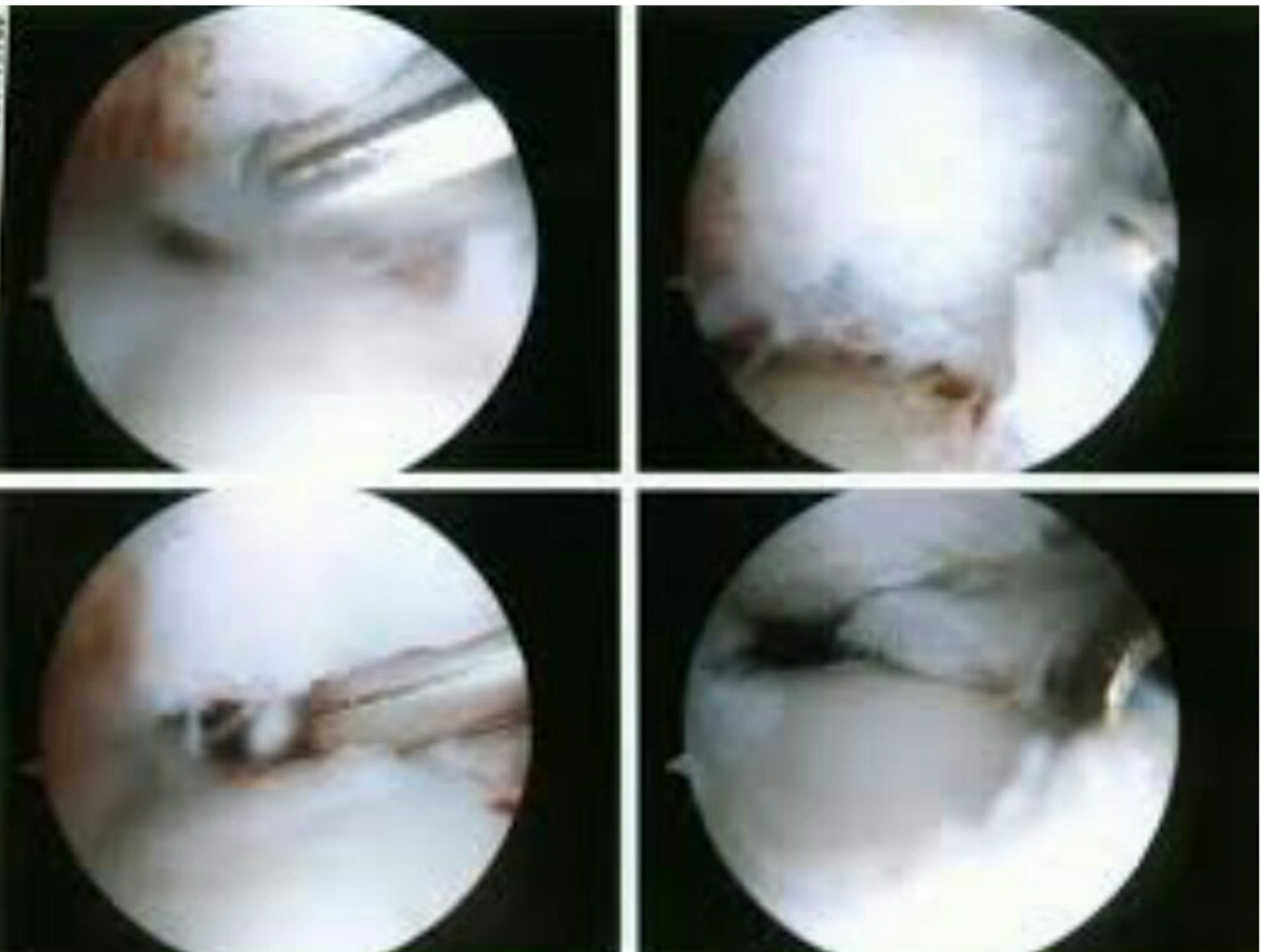


This photo shows a split peroneal tendon tear posterior to the fibula. The author points out that it is rare to see a complete peroneal tendon tear.

أو في حال كان القطع قديماً و متليف نأخذ رقعة رباط
من مكان آخر معروف طبيياً ونعمل ترميم كامل للرباط
كما في الصورة التالية



هناك أيضا علاج جراحي بالمنظار لكن متى ؟
المنظار يكون في حال حصل تليف و تكلس لرباط
معين بعد اصابة و جمود في العلاج كاستخدام الجبس
لمدة ستة أسابيع أو أكثر وهذا ما قد لا يكون ذنب
المريض بل محدودية علم و اجتهاد الطبيب .
لذا لا يكون هناك قطع بل ما ذكر اعلاه



مثال للتكلس و التليف المراد ازالته.

هذا التليف و التكلس يسبب ما يلي :

إحساس بعدم استقرار الكاحل رغم أن الأربطة غير مقطوعة لكن تعطي إشارات للدماغ عن حال الأرض و الطريق غير حقيقية بسبب حال الكاحل وليس الطريق.

تأكل للمفصل لديمومة الاحتكاك بينه و بين التكلس.

لكن ليكن معلوما أن منظار و عمليات الكاحل تخصص

دقيق و ليس كل طبيب عظام مطلوب منه أن يحسنه.

لذا يحسن استشارة المتخصص .

أتمنى لكم السلامة و العافية

دمتم في صحة

www.OrthopedicClub.com

انتهى

