



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

الربطات والخياطات الجراحية

Surgical Nodes & Sutures

• الاطلاع على المراجع:

- **Ref1:** Browse introduction to the symptoms & signs of surgical Diseases 4th edition. P: 1-27.
- **Ref 2:** Lawrence W. way, Gerard M. Doherty, Current surgical diagnosis & treatment, 11th ed.2002.
- **Periodical:** The American journal of surgery

العناوين الرئيسية:

- 1 مقدمة
- 2 الخياطات الجراحية
- 3 الأدوات اللازمة للخياطة
- 4 الطرائق البديلة للخياطة

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

5.1. مقدمة:

تشكل الربطات الجراحية عنصراً مهماً من عناصر العمل الجراحي وبالتالي يجب على كل جراح تنفيذها بشكل

دقيق ومن فوائدها:

1- تؤمن الإلقاء.

2- تؤمن خياطة الشقوق الجراحية.

ومن المهم:

- أن تكون الربطة الجراحية بسيطة
- أن تجري بشكل جيد.

ولها نوعان: ربطة $\frac{1}{2}$ مفتاح (بطل استخدامها)، ربطة مستقيمة (الأكثر استخداماً) وهي تحقق تطابق طرفي

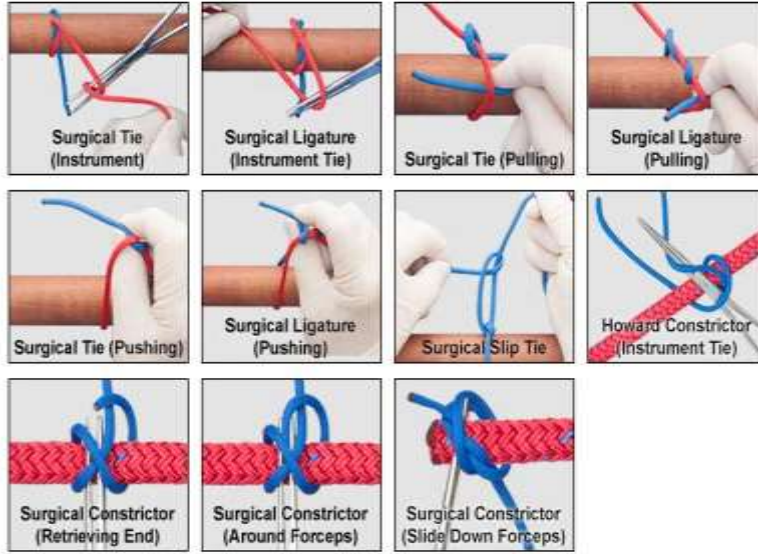
الخيوط في منطقة العقدة وبالتالي يكون الشد أكثر فعالية وقوة.

▪ العقد الجراحية: (Knots) الشكل (32)

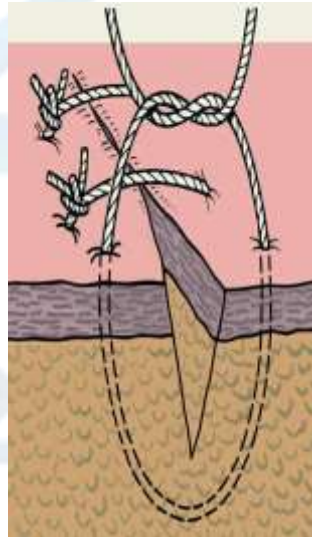


جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

Grog's Index of Surgical Knots



www.animatedknots.com



الشكل (32): الأنواع المختلفة للعقد الجراحية باستخدام الأداة (حامل الإبر غالباً) أو باستخدام الأصابع

جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

• أنواع العقد:

- 1- العقدة المربعة (Square Knot): وهي بسيطة وسهلة، وتتألف من عروتين متعاكستين حيث يتم إجراء عروة حول حامل الإبر من جهة وبعدها عروة ثانية حوله من الجهة المعاكسة. وتستخدم عندما تكون الشريحة مستقرة تلقائياً وحدها على العظم، (أفضل استخدام لها مع خيوط الكتكوت – الحرير).
- 2- العقدة المنزلقة (Slip knot): تشبه العقدة المربعة حيث تتكون من عروتين ولكنهما في الاتجاه نفسه. والهدف من هذه العقدة هو إمكانية شد العقدة إلى مدى أبعد نرغب به. ويمكن إضافة عروة أو أكثر بالاتجاه المعاكس لإحكام متانة العقدة ومنع انفكاكها.
- 3- عقد الجراح (Surgeon's knot): وهي العقدة الأساسية في الجراحة حول السنية وهي سهلة وسريعة، ويتم إجراؤها بعروة مضاعفة (لقتين) حول حامل الإبر من جهة واحدة وعروة واحدة من الاتجاه المعاكس، ويمكن إضافة عروة مفردة لمزيد من المتانة. هذه العقدة لا تنفك حتى وإن كانت تحت توتر، (ينصح بها عند الربط بخيوط البوليستر مثل الفيكريل والميرسليين).

• طرق بناء العقدة: الربط بالأداة، أو الربط باليدين، أو الربط باليد الواحدة.

- أ- الربط بالأداة (حامل الإبر) Instrument tie: تستخدم عندما تكون نهايات الخيط قصيرة جداً بالنسبة لربط اليدين أو عندما يكون الوصول إليها محدوداً.

التقنية:

- 1- يسحب الخيط عبر النسيج تاركاً نهاية حرة قصيرة بمقدار (2 سم) عادة.
- 2- تبدأ الربطة الأولى بوضع حامل الإبر فوق الخيط وتشكيل عروة بجزء الخيط المعلق بالإبرة حول الأداة بعكس اتجاه عقارب الساعة (عروة مفردة في العقدة المربعة، ومضاعفة في عقدة الجراح).
- 3- عندها يمسك حامل الإبر النهاية الحرة للخيط ويسحبها عبر العروة بينما تزلق السبابة اليسرى العروة عن حامل الإبر للأسفل حول النهاية الحرة للخيط.
- 4- يطبق التوتر على النهايتين الثابتة والحرة باتجاهات متعاكسة لبناء عقدة ثابتة تستلقي على جانب الجرح.

5- تعمل الربطة الثانية بلف الخيط المعلق بالإبرة حول حامل الإبر باتجاه عقارب الساعة أي عكس الربطة الأولى.

6- تمسك النهاية الحرة وتسحب عبر عروة الخيط.

7- يطبق التوتير باتجاه معاكس للربطة الأولى.

8- تضاف ربطات أخرى إضافية فوق العقدة الأولى بالطريقة نفسها.

ب- الربط باليدين (Tow-handed tie): تستخدم عندما تكون نهايات الخيط طويلة والوصول إليها ملائماً.

التقنية:

1- تمسك اليد اليسرى نهاية الخيط الحرة في باطن الأصابع، بينما تمسك النهاية المعلقة بالإبرة بين السبابة والإبهام في اليد اليمنى.

2- تمرر النهاية المعلقة بين السبابة اليسرى والوسطى بحيث تتقاطع مع النهاية الحرة فتشكل عروة بينهما بحيث تشكل السبابة والإبهام معاً جسراً عبر العروة.

3- تمرر النهاية المعلقة أسفل وخلال العروة وتحرر باليد اليمنى بحيث تبرز من خلال العروة وتسحب بشكل كامل وهكذا تتشكل الربطة الأولى.

4- يوتر طرفا الخيط لإحكام العقدة بحيث تستلقي على جانب الجرح.

5- توضع النهاية الحرة حول الإبهام الأيسر من جهة الظفر بينما تحيط به النهاية المعلقة من جهة باطن الإبهام.

6- تشكل السبابة مع الإبهام جسراً عبر العروة بحيث تبرز قمة السبابة من خلال العروة.

7- توجه النهاية المعلقة بالإبرة أعلى وخلال العروة وتحرر باليد اليمنى بحيث تبرز من خلال العروة وتسحب بشكل كامل وهكذا تتشكل العقدة.

8- يطبق التوتير لإحكام العقدة الثانية بحيث تستلقي على قمة العقدة الأولى.

أ- الربط باليد الواحدة (One handed tie):

1- تمرر النهاية الحرة عبر باطن أصابع اليد اليسرى بينما تمسك نهاية الخيط الأخرى بين السبابة والإبهام.

2- تمرر نهاية الخيط المعلقة بالإبرة بين السبابة اليسرى والوسطى.

3- تسحب النهاية المعلقة بالسبابة تحت النهاية الحرة ويتم عقد الخيط بعدها بسحب النهايتين.

4- تعاد الخطوات السابقة وتُسحب النهاية المعلقة تحت النهاية الحرة في هذه المرة بثني الإصبع الوسطى.

5- تسحب النهايتان ويطبق التوتير لإحكام العقدة. ويمكن إضافة عقد أخرى.

• العناية بعد الخياطة الجراحية وإزالة الخيوط:

إن واجب جراح الأسنان لا ينتهي بوضع الضماد أو إجراء الخياطة حيث يجب أن يتأكد من أن الفترة بعد الجراحية للمريض هي فترة خالية من الألم وهادئة قدر الإمكان حيث يجب وصف مسكن مناسب مع إعطاء التعليمات الضرورية للمريض.

• تضميد الجروح (Wound dressing):

الغاية منه التقليل من حدوث الانتان الذي ينجم عن دخول الجراثيم إليه ويجب أن يكون الضماد خفيفاً وناعماً ولديه القدرة على الامتصاص ومن أحسن المواد الشاش بحيث تطوى قطعة الشاش بطريقة تخبأ حواف الجرح بشكل كامل ويجب الانتباه كي لا تتشعب منها خيوط حتى لا تشكل أجساماً أجنبية ضمن الجرح فهذا يؤخر الالتئام.

يجب إعلام المريض بضرورة إبقاء الجروح التي تمت خياطتها في الحفرة الفموية نظيفة وذلك بالغسل اللطيف للخم بمحلول ملحي دافئ أو على الأقل بماء الصنبور النقي ولا سيما بعد الوجبات وقبل النوم، بالنسبة لجروح الوجه والشفة الحمراء يجب إبقاؤها خالية من الدم الجاف أو الفضلات الأخرى بالتنظيف اللطيف للجرح بالقطن المبلل بالماء الأوكسجيني مرتين في اليوم على الأقل ويمكن بعد ذلك تغطيتها بطبقة رقيقة من مرهم صاد حيوي.

• طريقة تغيير الضماد:

ينزع الضماد السابق باستعمال منقاش معقم، وإذا كان الضماد ملتصقاً بالجرح يستحسن صب مصل فيزيولوجي معقم عليه لتسهيل نزعها، ثم نقوم بتنظيف الجلد المحيط بالجرح بالشاش والكحول أما إذا كان الجرح متعفنًا

فيجب غسله من المركز إلى المحيط بمحلول مطهر (داكان، زيفيرول، ماء أوكسجين) ثم يمسح الجلد المجاور للجرح بالكحول، وفي النهاية يمسح الجرح من المركز وباتجاه المحيط باليود، ثم يطبق الشاش المعقم.

• إزالة الخيوط:

قبل إزالة الخيوط يجب فحص الجرح لنرى فيما إذا كان قد شفي بشكل مناسب فالجروح لا تشفى جميعها في نفس الإطار الزمني وبشكل عام تزال الخيوط في أقرب وقت ممكن لتجنب مشاكل التلوث والإنتان وتطور الندبات الناتجة عن الخياطة (ندبات مسار الخيوط).

• مواعيد إزالة الخيوط:

خياطة جلد الوجه: تزال خلال 3 – 5 أيام (ونضع بدلاً عنها شريطاً لاصقاً).

(الإزالة المبكرة تجعل الندبة الناتجة عن الخياطة أصغر).

خياطة فروة الرأس: تزال خلال 6 – 7 أيام.

خياطة الجلد عامة: تزال خلال 4 – 5 أيام.

الخياطة داخل فموية عامة: تزال خلال 5 – 7 أيام.

خياطة اللسان: تزال خلال 4 أيام.

• طريقة فك القطب:

أ- قبل إزالة الخيوط يجب تنظيف الفضلات التي تجمعت عليها بأي محلول معقم مناسب.

ب- يقبض على العقدة بملقط وتشد قليلاً بحيث يظهر جزء من الخيط الموجود ضمن النسيج.

ت- يقص الخيط تماماً تحت العقدة في هذه النقطة التي كانت داخل النسيج.

ث- يسحب الخيط المقصوب بعد ذلك باتجاه خط الجرح لمنع انفتاحه.

ج- نتجنب تلوث الجرح باتباع هذه الطريقة بانزلاق مادة الخيط الملوثة داخل النسيج.

بعد مرور أسبوع على الخياطة تتشرب الخيوط داخل الفموية بفضلات الطعام فإذا قطعت مباشرة تحت

العقدة، فإن الجرح سوف يتلوث عند سحب الخيط خلال النسيج. هذا الاختلاط يتم تجنبه عند قطع الخيط

مباشرة تحت مكان دخوله النسيج.

5.2. الخياطات الجراحية:

الغاية: تقريب شفاه الجرح بحيث تصبح بتماس بعضها وذلك لتسريع التئامها.

المبادئ العامة للخياطة: الشكل 33(B)

- يجب أولاً وقبل أي شيء إيقاف النزف في المنطقة المراد خياطتها بحيث تصبح حواف الجرح مرئية بشكل واضح.
- ثم يمسك حامل الإبر بالبنصر والإبهام، والسبابة تستند على المقبض للاستقرار والتحكم.
- يقبض على الإبرة بحامل الإبر عند منتصف أو $4/3$ المسافة بعيداً عن الرأس أي أمام ثقب الإبرة بقليل، يجب عدم مسك الإبرة أبداً من ثقبها أو رأسها شكل (A 33).

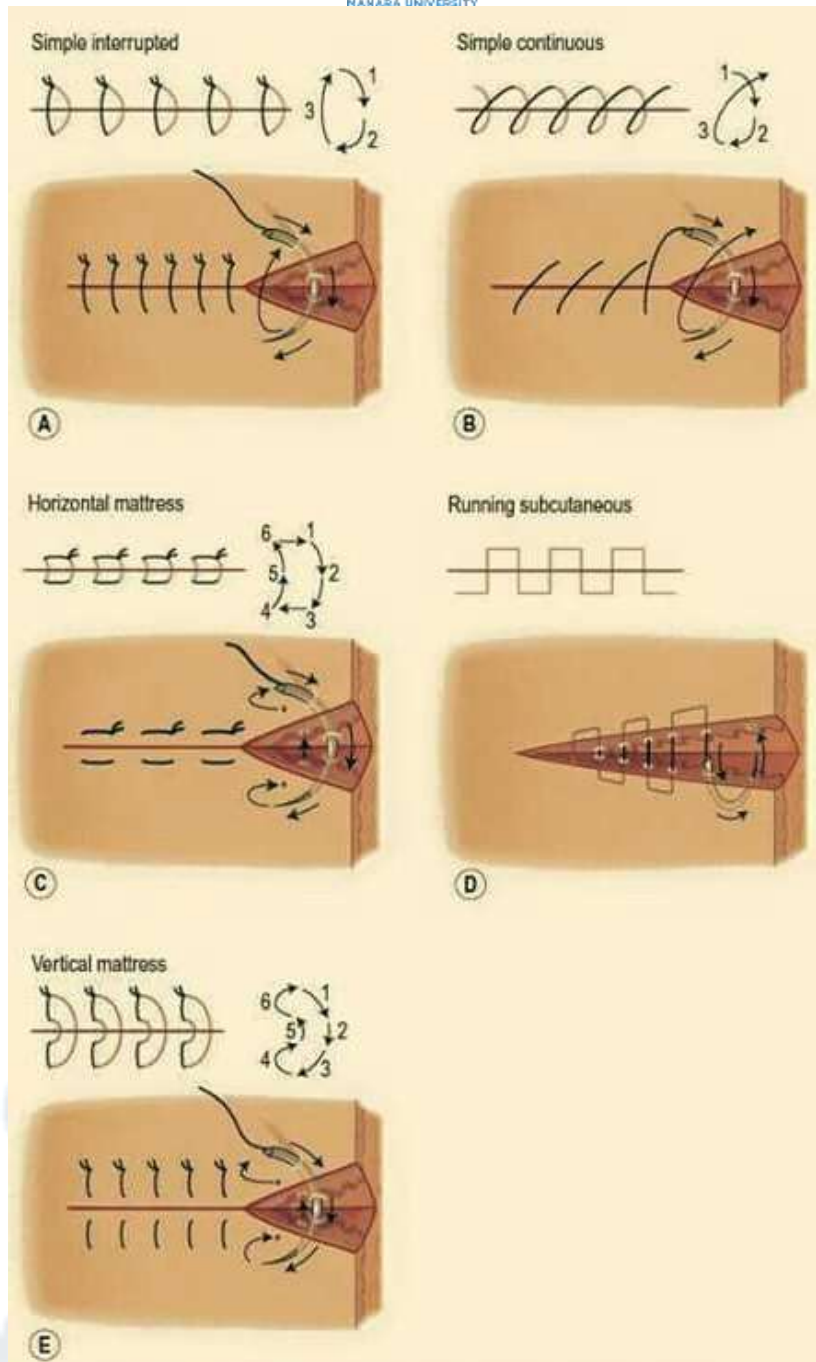


الشكل (A 33): كيفية القبض على الإبرة بحامل الإبر

- يجب أن تدخل الإبرة عمودياً على النسيج وتدفع خلاله تبعاً لانحناء الإبرة مع إدارة المعصم فقط وليس الذراع، وخلال مسير الإبرة يجب عدم تطبيق أي قوة حتى لا تنحني أو تنكسر.
- يجب أن يتوضع الخيط على بعد متساوٍ من حافة الجرح (2-3 ملم) وعمق متساوٍ أيضاً إذا أمكن ذلك، ولكن في الحالة التي تكون فيها حواف الجرح في مستويات مختلفة عندها يمكن أن نجعلها في نفس المستوى وذلك بتمرير الإبرة بشكل أعمق في الجانب الأخفض.

- إذا كان أحد طرفي الجرح متحركاً والآخر ثابتاً فالإبرة يجب أن تعبر من الجانب المتحرك إلى الثابت حيث يمسك النسيج القابل للحركة بلطف بالملقط السني لتثبيته أثناء دفع الإبرة خلاله.
- إذا كانت حواف الجرح متقاربة فإنه من الممكن أن تعبر الإبرة جانبي الجرح معاً، (المتحرك والثابت) بخطوة واحدة أما إذا كان هناك مسافة كبيرة فإنه من الأفضل أن تمرر الإبرة في كل طرف على حدة كإجراء ذي خطوتين لأنه في حال محاولة شد النسيج المتحركة لتصل إلى الجانب المقابل من الجرح أو الشق فإن الإبرة سوف تقتلع من خلال النسيج ويحدث شرم في حافة الجرح.
- يجب توخي الحذر حتى لا يدخل رأس الإبرة داخل العظم لتجنب كسر أو انحناء الإبرة ويكون ذلك صعباً أحياناً عند تمرير الإبرة خلال اللثة الملتصقة ففي هذه الحالات تسلخ حافة اللثة برافعة السمحاق قبل إدخال الإبرة.
- عندما تظهر الإبرة من خلال النسيج، يحرر حامل الإبر ثم يقبض على الإبرة من الجانب الآخر وتسحب.
- يجب شد الخيط قبل ربطه للتأكد من تقارب حافتي الجرح بشكل صحيح، فإذا لم تتخذ الشريحة الوضع المطلوب بعد تطبيق الشد، يجب أن يسحب الخيط ويدخل مجدداً في وضع مناسب أكثر.
- عند استعمال المقصات فإنها كأى أداة ممفصلة، يجب أن تمسك بحيث تكون سبابة المعالج فوق المفصل للحصول على استقرار أعظمي، وعند استخدامها في الفم فإن خطر تأذي الشفة يكون بحده الأدنى عند فتح النصلين عمودياً بدلاً من فتحهما أفقياً.
- عند استعمال الخيوط التي تحافظ على العقد بشكل جيد كالحرير يقص الخيط فوق العقدة مباشرة ولكن بشكل عام يقص الخيط فوق العقدة بحوالي 2-3 ملم.
- إن عدد القطب يجب أن يكون محدوداً تبعاً لضرورة إغلاق الجرح بالشكل المناسب فأى عدد مفرط للقطب يعني مواداً أجنبية أكثر ويسبب أذية أكبر ويطيل وقت الإجراء ويفرط بمواد الخيط.
- يجب أن تبعد القطب عن بعضها البعض بـ 2-3 ملم تقريباً لأنها إذا وضعت قريبة جداً فإنها سوف تخنق النسيج وتتدخل في تسرب المصل أو النتحة الالتهابية.

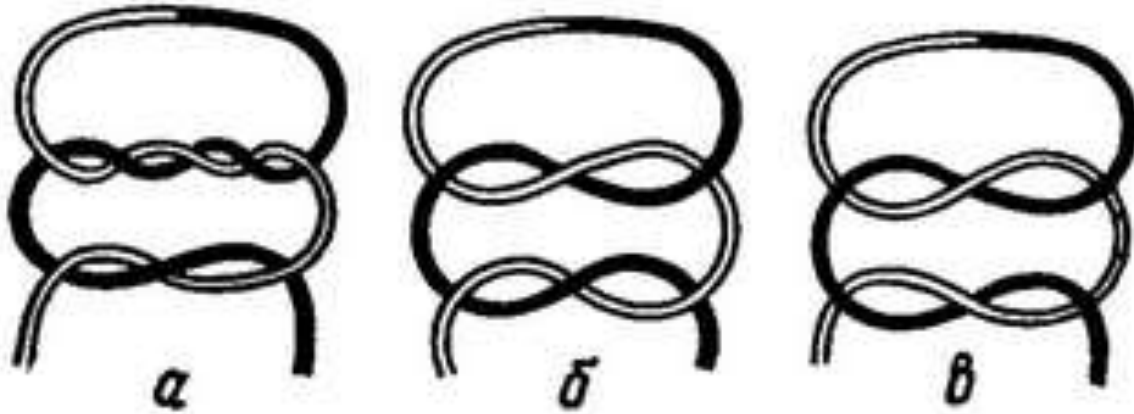
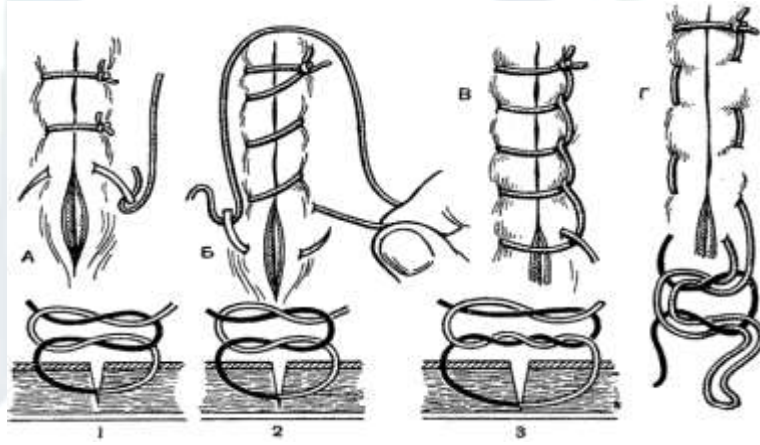
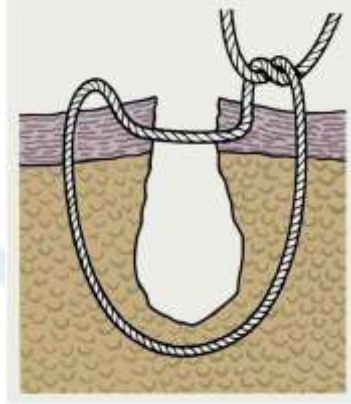
- يجب في حال الجروح الناتجة عن القلع أن تتوضع القطب عبر الحليمات السنية وليس في وسط التجويف السني لأن حواف الجرح ستكون عندها غير مدعومة بالعظم.
- يجب عند الخياطة في المنطقة الوجهية وضع الإبرة في راحة اليد أثناء ربط الخيط لمنعها من دخول عين المريض.
- ح- عند خياطة الشريحة ثلاثية الزوايا يغلق بشكل منفصل الشق العمودي المحرر (شق تفرغ الشحنة) ، حيث تعمل القطبة الأولى في زاوية الشريحة عبر الحليمة مكان إجراء الشق العمودي بعد تسليخ طرف اللثة المتصلة المقابل لتسهيل مرور الإبرة، وعادة تكفي قطبتين لإغلاق النهاية العمودية بشكل مناسب.



الشكل 33(B): ملاحظات هامة عند تنفيذ الخياطة



جامعة
المنارة
NAMARA UNIVERSITY



الشكل (34) تقنيات مختلفة من الخياطات الجراحية:

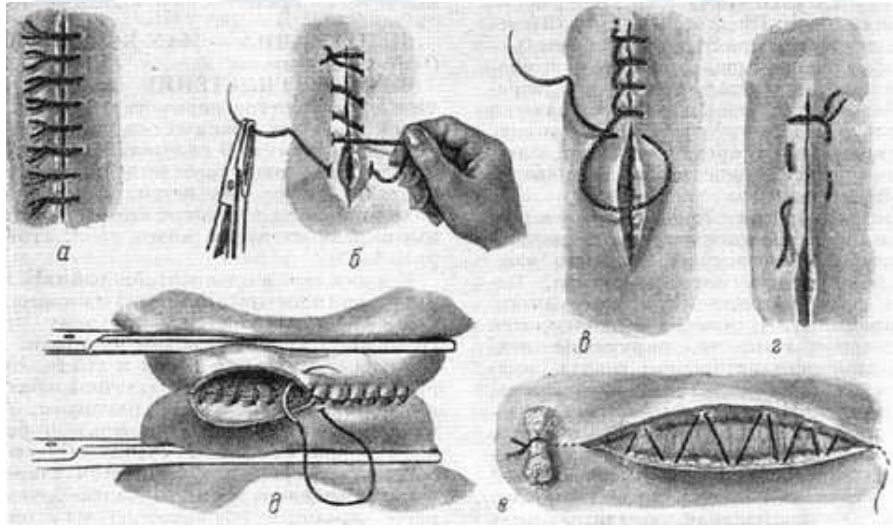
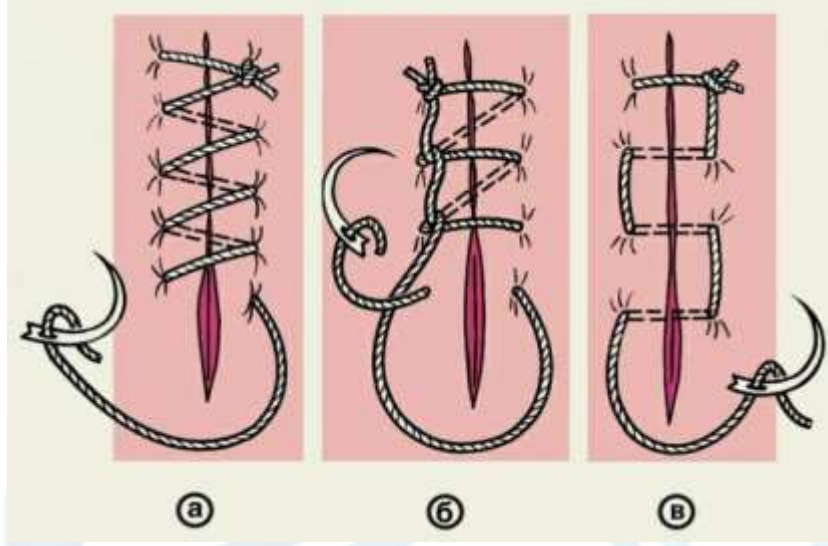
أ- خياطة ذات غرز متفرقة بسيطة (A) - ب - خياطة شلالية (متواصلة) بسيطة (B)

ج - خياطة بشكل حصيرة أفقية (C)



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

د - خيطات أخرى (متواصلة تحت جلدية - بشكل حصيرة عمودية)



(A)

الشكل (35): خيطات متواصلة لاحظ:

- أ- في الخياطة المتواصلة يجب إجراء المطالبة (تمرر إبرة نهاية الخياطة في العروة التي قبلها
- ب- يقوم مساعد الجراح بشد خيط الخياطة وذلك وقايةً من ارتخائها أو انحلالها
- ت- في الخياطة ذات الغرز المتفرقة تتوضع عقد الغرز على أحد جانبي الجرح



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY

• تقنيات الخياطة الشكليين (34، 35):

1- الخياطة المستمرة.

2- خياطة الحصيرة (التنجيدية) (خياطة دوناتي بلير).

3- خياطة بشكل الرقم (8).

4- خياطة ضمن الأدمة.

1- الخياطة البسيطة المتقطعة (Simple Interrupted Suture):

وهي شائعة الاستخدام في الجراحة السنية السنخية والجراحة الجلدية، من مزاياها أنها تؤمن تقريباً دقيقاً لحواف الجرح أكثر مما هو عليه مع الخياطة المستمرة. كما أننا نحتاج لإزالة القطب المعدنية فقط في حال خمج الجرح وهكذا نحافظ على سلامة الجرح وإغلاقه بالقطب المتفرقة الأخرى. ومن مساوئها طول الوقت اللازم لإجرائها، وخطورة أكبر لتطور ندبات على طول مسارات الخيوط (Suture tracks) وهذا يمكن تقليله بإزالة الخيوط مبكراً.

التقنية: يمرر الخيط من أحد جانبي الجرح ويخرج من الطرف الآخر ومن ثم تجرى العقدة ويقص الخيط ثم نجري القطب الأخرى بالطريقة نفسها وهكذا، أي يتم عقد كل قطبة بشكل منفصل.

2- الخياطة المستمرة (Running or Continuous Suture):

تستخدم لإصلاح الجروح الخطية والطويلة وخصوصاً في فروة الرأس، من مزاياها أنها سهلة وسريعة حيث نحتاج فقط لوضع عقدتين على طرفي الجرح، وكذلك تدعم الارقاء لذلك تستخدم في الجروح النازة، كما أنها تستوعب الوذمة الحاصلة على حواف الجرح أثناء الشفاء بينما تبقى أبعاد القطب المتقطعة ثابتة وضاغطة على النسيج المتوذمة، وأيضاً إن احتمال حدوث ندبات على مسار الخيوط أقل مما هو عليه في المتقطعة لأن العقد أقل. ومن مساوئها انقطاع الخيط الذي يؤدي لانفلات كامل الخياطة، وقد تسبب ندبات دائمة إذا تم شد الخيط بقوة. واحتمالية التقريب السيء لحواف الجرح كبيرة مع هذه الخياطة. وكذلك هناك خطر زائد من إضعاف التروية الدموية المحيطة بالجرح وخنق النسيج.

وتستعمل هذه الطريقة أيضاً في خياطة الأحشاء ويفضل الإقلال من استعمالها في الأحشاء المجوفة الأنبوبية قدر الإمكان وإجراء الخياطة بالغرز المتفرقة لأنها مسؤولة عن إحداث التضيقات في لمعة الأحشاء المخاطة إضافة إلى خطر انقطاعها في نقطة من نقاطها وبالتالي تفكك الخياطة كلياً.

التقنية: يمكن إجراء الخياطة المستمرة بطريقتين:

خ- الخياطة المستمرة البسيطة (Simple Continuous Suture):

وتتم بإدخال الخيط من أحد طرفي الجرح وإخراجه من الطرف الآخر وإجراء العقدة الأولى ومن ثم ندخله من الطرف الأول مجدداً وهكذا بشكل مائل ومستمر حتى نهاية الجرح وفي القطبة الأخيرة لا نسحب الخيط بشكل كامل بل نحافظ على العروة حيث نستخدمها لبناء العقدة الأخيرة (الشكل 35).

د- الخياطة المستمرة المتصلبة (Continuous Locking Suture):

وهي خياطة مستمرة مغلقة ذاتياً حيث ندخل الخيط من الطرف الأول ونخرجه من الطرف الآخر ولكن لا نسحب الخيط بشكل كامل بل نمرر الإبرة تحت عروة القطبة السابقة، ثم نشد الخيط وهكذا مع عمل عقدتين في الأول والأخير.

ملاحظة: في كلا الحالتين يبدأ الطبيب بالإغلاق من زاوية الجرح البعيدة عنه ويستمر بالخياطة إلى الجهة القريبة منه.

3- خياطة الحصيرة (Mattress Suture):

هي عبارة عن قطبة مزدوجة تعمل بشكل متوازٍ (الحصيرة الأفقية) أو متعامد (الحصيرة العمودية) بالنسبة لحواف الجرح. من مزاياها قوة التقريب حيث تخترق كل قطبة كل من جانبي الجرح مرتين كما أنها تدخل عمقاً ضمن النسيج، كما أنها مفيدة عندما تكون الحواف متفاوتة الثخانة أو مقلوبة. وكذلك تساعد في تثبيت الشريحة بتماس جيد مع العظم. من مساوئها أنها تزيد من إمكانية حدوث ندبات على مسار الخيوط بسبب وجود 4 نقاط دخول وخروج للإبرة عبر الجلد لذلك تستخدم في المناطق غير المهمة تجميلياً. كما أنها تؤثر في تروية

النسج بشكل أكبر لذلك يجب الانتباه لعدم شدها بشكل كبير لتجنب التموت الموضوعي للأنسجة. ولهذه الخياطة

نوعان:

- الحصيرة العمودية (Vertical mattress):

هي شكل مختلف من أشكال الخياطة المتقطعة، حيث تتألف من قطبة بسيطة تتوضع بشكل عميق وعريض بالنسبة لحواف الجرح وقطبة أخرى أكثر سطحية وأقل عرضاً توضع أقرب لحواف الجرح وبالاتجاه المعاكس. وبشكل مفصل تتم الخياطة بالشكل التالي: تدخل الإبرة من أحد جانبي الجرح وبعمق 1-1.5 سم تقريباً بالنسبة لحافة الجرح وتسير عبر الجرح إلى عمق مكافئ على الطرف الآخر، تقلب الإبرة عندها وتدخل من الطرف الثاني نفسه وبعمق 1-2 ملم، ولكن أقرب إلى حافة الجرح لتخرج من طرف دخولها الأول وبعدها نعقد الخيط.

- الحصيرة الأفقية (Horizontal mattress):

قد تكون مستمرة أو متقطعة وتتم بإدخال الخيط على بعد (0.5-1 سم) من حافة الجرح ومن ثم يعبر الخيط عميقاً إلى الجانب المعاكس ويخرج عبر النسيج بنفس البعد عن حافة الجرح، تدخل الإبرة مرة أخرى من نفس الجانب الذي خرجت منه وعلى بعد (0.5-1 سم) من نقطة الخروج ومن حافة الجرح وتعتبر النسج لتخرج من الطرف الأول ومن ثم تربط العقدة (إذا كانت مستمرة تتوضع العقد في الأول والأخير).

-4 الخياطة بشكل الرقم (8) (Figure of eight Suture):

تستخدم لمنع النزف من النسيج الرخو عندما لا توجد أوعية ظاهرة لربطها. وفي طب الأسنان تستخدم للحفاظ على العلقة أو الأضمة الموجودة في السنخ الفارغ بعد قلع الأسنان مثلاً. من مزاياها: تقليل عدد العقد، كما أنها أقل ميلاً للانفلات من الخياطات المنتظمة.

التقنية: تجرى هذه الخياطة بطريقتين:

- الطريقة الأولى: تدخل الإبرة من الحليمة الدهليزية ثم تخرج من الحليمة الحنكية الموافقة بعدها تدخل الإبرة من الحليمة الدهليزية المجاورة وتخرج عبر الحليمة الحنكية الثانية وبعدها يعقد الخيط على الدهليزي مكان الدخول الأول للإبرة.

- الطريقة الثانية: تدخل الإبرة من الحليمة الدهليزية (الأنسية مثلاً) وتخرج من الحليمة الدهليزية المجاورة ومن ثم تدخل الإبرة عبر الحليمة الحنكية الأنسية وتخرج من الحليمة الحنكية الوحشية ثم يعقد الخيط على الدهليزي مكان الدخول الأول.

5- الخياطة ضمن الأدمة (Intradermic Suture):

وهي خياطة مستمرة تجميلية ضمن الأدمة، تستخدم فيها خيوط قابلة للامتصاص وإبرة مركبة. تستخدم لدى المرضى المعرضين لتشكيل الندب، الأطفال الذين يخافون من إزالة القطب، الأشخاص الذين يصعب عليهم الحضور لإزالة القطب. وعند استخدام خيوط غير ممتصة يجب أن تخرج الخيوط عبر الجلد من نهايتي الجرح وكذلك كل 3 سم لتسهيل إزالة الخيوط. من مساوئها: الحاجة إلى إزالة كامل الخياطة مع إعادة فتح الجرح في حال وجود خمج موضعي.

التقنية: تدخل الإبرة من قاعدة الجرح في جانب واحد وتخرج من الملتقى البشري – تحت البشري ثم تدخل في الجانب المقابل من الملتقى البشري – تحت البشري وتخرج من قاعدة الجرح ثم تربط العروة المتشكلة بوساطة عقدة ضمن الجرح بعيداً عن سطح الجلد وبعد أن يقطع الطبيب النهاية الحرة للخيط يستخدم الخيط المتصل بالإبرة للاستمرار بإغلاق الجرح حيث تمرر القطبة الثانية بشكل أفقي عبر الأدمة ثم تدخل في الجانب المقابل وتمرر أفقياً وهكذا مع الشد اللطيف المستمر على الخيط وفي القطبة النهائية نمرر الخيط أفقياً نحو نهاية الجرح ثم نخرجه وندخله مجدداً في نفس مكان الخروج مع الاستمرار بمسك الخيط بحيث تشكل عروة تستخدم لبناء العقدة الأخيرة وبعد تمرير الخيط عبر الحافة الأخرى نستخدم كلاً من نهاية الخيط والعروة الطويلة لإنشاء العقدة الثابتة النهائية. تقريب حواف الجلد يمكن إجراؤه بالشرائط أو اللواصق.

إن الخياطة المفضلة في الجراحة الفموية والوجهية الفكية هي الخياطة البسيطة المتقطعة أو خياطة الحصيرة الأفقية المتقطعة.

- أنواع الخياطة من الناحية الزمنية:

1- الخياطة البدئية Primary Suturing:

زمن إجرائها:

بعد حدوث الجرح مباشرةً أو خلال الساعات الثمانية الأولى.

ظروف الجرح:

الجرح نظيف – منتظم الحواف – حديث الحدوث.

2- الخياطة الثانوية Secondary Suturing:

زمن إجرائها:

بعد مضي أكثر من 12 ساعة على حدوث الجرح.

ظروف الجرح:

الجرح ملوث – مهتك الحواف – يوجد ضياع مادي – جرح رضي واسع.

في هذه الحال نقوم بـ:

✓ ينظف الجرح من الأوساخ.

✓ يطهر الجرح.

✓ يضمده وهو مفتوح.

أما قبل الخياطة نجري ما يأتي:

نأخذ مفرزات الجرح ونزرعها فإذا كانت عقيمة نقوم بتنضير الجرح (قطع الأنسجة المتموتة عمًا هو تحتها حتى نصل إلى نسيج حي دام) ثم يسلك الجلد وبالأحرى ما تحت الجلد بحيث يمكن تقريب حواف الجرح لتصبح بتماس بعضها بشكل مريح ودون شد أو توتير.

5.3. الأدوات اللازمة للخياطة:

- أدوات التخدير الموضعي (سرنغ، إبر، محلول)

- قفازات معقمة مطاوية.

- رفادات معقمة (أو رفادة مثقوبة معقمة).

- شاش طبي معقم.

- لاصق طبي وأربطة.

- ملقط إرقاء.

- ملقط تسليخ.

- حامل إبر.

- خيوط جراحية.

- إبر جراحية.

- مقص تسليخ.

- مقص خيوط.

- محاليل مطهرة.

• أشكال الخيوط الأخرى:

1- الخياطة بشكل حرف U.

2- خياطة القطب المتفرقة بشكل X.

3- الخياطة بشكل Z.

5.4 الطرائق البديلة للخياطة:

تبقى الخياطة الطريقة الأقدم والأكثر استخداماً لإغلاق الجروح إلا في الطرق البديلة: وتتضمن الغرزات وشرائط إغلاق الجرح ولاصقات النسيج يمكن استخدامها في بعض الحالات الانتقائية.

1- الغرزات المعدنية Staples: (الشكل 36).



بعد إغلاق الجرح بالغرزات سريعاً (أسرع بأربع مرات من الإغلاق بالخيطان) واقتصادياً (الكلفة الاجمالية أقل من الخياطة بقليل) وتعتبر الغرزات المعدنية أقل تسبباً في ارتكاس النسج. والعائق الواضح لاستخدامها هو عدم توفر الميزة الجمالية للجرح حيث تتشكل ندبات بشكل أكبر. تتوفر أجهزة خاصة للغرز ولنزع الغرزات. يجب استخدام ملاقط النسج لتقريب حواف الجرح ورفضها قبل الغرز، (تم تطوير غرزات قابلة للامتصاص تستخدم لمرة واحدة)، تستخدم الغرزات لإغلاق جلد منطقة الرقبة في الجراحة الفكية الوجهية.

2- الشرائط المغلقة للجرح (Skin – Closure Tapes).

تستخدم كبديل عن الخياطة والغرزات لإغلاق الجروح أو قد تستخدم لتحقيق دعم إضافي بعد إزالة الغرزات أو الخيوط. وتعتبر الشرائط الأقل ارتكاساً من جميع مواد إغلاق الجروح، وهي لا تحتاج للتخدير، كما أن نزعها لا يتطلب من المريض العودة إلى الطبيب. تستخدم الشرائط على الجروح الخطية الجافة غير المتحركة والمعرضة لتوتر خفيف فإذا طبقت بالشكل المناسب تعطي أفضل النتائج التجميلية.

3- لاصقات النسج (Tissue Adhesive):

وهي عبارة (Cyanoacrylate)، وآلية تأثيرها: تكون بتشكيل طبقة لاصقة على سطح ظهارية سليمة تجمع الحافتين إلى بعضهما.



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY



جامعة
المنارة
MANARA UNIVERSITY