

## معالجة القرحة الانضغاطية الحوضية بالشرايح الجلدية العضلية في مشفى المواساة الجامعي

أنور الحسنية\*

### الملخص

خلفية البحث وهدفه: تعدّ القرحة الانضغاطية والحوضية منها بشكل خاص من المشكلات الطبية الصعبة المعالجة والشائعة عند المرضى المقعدين والمسبوتين ومرضى العناية والحروق. وتعدّ الشرايح الجلدية العضلية وسيلة المعالجة المثلى لتقليل النكس وإعادة تأهل المريض. دراسة أهمية استعمال الشرايح الجلدية العضلية في القرحة الانضغاطية الحوضية ومحاولة إيجاد بروتوكول متابعة ومعالجة لمرضى مشفى المواساة الجامعي. مواد البحث وطرائقه: أجريت الدراسة على 32 مريضاً مصاباً بقرحة انضغاطية حوضية في شعبة التجميل والحروق في مشفى المواساة الجامعي، عولج 18 مريضاً منهم بالشرايح الجلدية العضلية ومع أن الدراسة أجريت بطريقة راجع خلال المدة بين 2005/6/1 و2010/6/1، لكن المرضى جميعهم خضعوا للبروتوكول نفسه قبل الجراحة وبعدها. النتائج: استعملت الشرايح الجلدية العضلية عند 60% فقط من مرضى القرحة الانضغاطية الحوضية وكانت أكثر الشرايح استعمالاً هي شريحة Hamstring، أي شريحة العضلات الخلفية للفخذ والشريحة الأليوية العلوية وشريحة العضلة الموترة للفخذ، وقد حدث النكس عند مريضين فقط بنسبة 10% مع مدد متابعة طويلة تجاوزت السنتين لمعظم المرضى وكان نصف المرضى المعالجين بهذه الشرايح قد تعرضوا لعدة جراحات سابقة دون جدوى. الاستنتاج: إن استعمال الشرايح الجلدية العضلية في القرحة الانضغاطية الحوضية يخفض نسب النكس ويخفف معاناة المرضى، ويريح من الضمادات اليومية المستمرة عدة سنوات. ويؤدي شفاء القرحة إلى زيادة انخراط هؤلاء المرضى بين عائلاتهم وفي مجتمعهم. كلمات مفتاحية: قرحة انضغاطية - شرايح جلدية عضلية - الحوض.

\* مدرس - قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة دمشق.

## Treatment of Pelvic Pressure Sores with Musculo-Cutaneous Flaps

Anwar Alhassanieh\*

---

### Abstract

**Background & Objective:** Pressure sores (bed sores) are one of the medical problems which happen to disable patients, patients in coma and patients in the medical and surgical intensive care units, in addition to trauma and burns patients. These problems are difficult to treat.

This medical problem leads to the deterioration of patients' medical condition and increases the suffering of patients and families. It will lead to continuous draining of their financial and moral resources. Bradon<sup>(1)</sup> in a study from several hospitals in the year 2010, he estimated the cost of each hospitalisation patient being up to \$78,000.

Musculo-cutaneous flaps and muscle flaps are considered the treatment of choice to reduce the possibility of recurrence of pressure sores and to facilitate the rehabilitation of patients.

The aim of study was to find out the importance of the use of musculo-cutaneous flaps and muscle flaps in pelvic pressure sores at Mouassat University Hospital, and to find a suitable guideline.

**Methods & Materials:** The study looked at 32 patients with pelvic pressure sores in the plastic and reconstructive and burns unit at Mouassat University Hospital. 18 of these patients were managed with musculo-cutaneous flaps.

Although, the study was performed in a retrospective manner during the period between 01.06.2005 to 01.06.2010, all the patients were managed according to the same guideline of preparation and follow-up.

**Results:** Musculo-cutaneous flaps were used in 60% of patients with pelvic pressure sores, half of these patients previously underwent several procedures for the same reason. Most of the patients were followed up for more than two years. Recurrence happened in two cases only (less than 10% of cases) and this is an excellent ratio in comparison with international studies.

**Conclusion:** The recruitment of musculo-cutaneous flaps in managing the pelvic pressure sores reduces the risk of recurrence, and reduces the time of patient's stay in hospital and the total cost. The cure of the pressure sores will lead eventually to getting these patients involved again with their families and society.

**Key Words:** Pressure sores – Musculo-cutaneous flaps - Pelvis

---

---

\* Assistant, Departement of Surgery, Faculty of Medicine, Damascus University.

الملازمة للعظم وتمتد حتى الجلد إلا أن الـ Grading system يصنف القرحات في مراحل أربع أو درجات أربع<sup>3</sup> وهي:

I- إصابة البشرة والأدمة تتميز باحمرار جلدي يستمر مدة ساعة بعد زوال الضغط.

II- تموت جلدي بسيط (انسلاخ أو فقاعة) دون إنتان تدل على وصول الأذية إلى ما بعد الأدمة.

III- تموت تحت الجلد قد يصل حتى العضلات مع إنتان أو من دونه.

IV- إصابة عظمية أو مفصلية مع إنتان أو من دونه.

**التوضع:** يتوضع 95% من القرحات تحت مستوى السرة، ويتوضع 75% حول الحوض، ويكون 2% منها متعدداً(4).

**التدبير:** إن التفكير بإمكانية حدوث هذه القرحات هو أهم ما في الوقاية التي تتطلب:

1-تقليل المريض كل ساعتين

2-العناية الدائمة بالجلد وتحاشي الرطوبة.

3-استعمال الأسرة الخاصة والهوائية.

4-الاهتمام بالحالة الغذائية والمناخية للمقعد

5-معالجة أي إنتان خاصة الإنتانات البولية والتنفسية.

6-معالجة التفتحات العضلية Muscle spactiaty

7-البحث عن أي إصابة قلبية، صدرية أو وعائية ومعالجتها.

8-إجراء صور شعاعية بحثاً عن أي ناسور أو تخرب عظمي.

**المعالجة الجراحية لقرحات الانضغاط:** يعتمد على شدة القرحة ومرحلتها وتوضعها وحالة المريض وخبرة الجراح. تعالج المراحل I و II بالطرائق المحافظة لتسريع التئدب العفوي.

تعتمد المعالجة الجراحية بالخاصة على تحضير المريض بالخطوات المذكورة سابقاً، وتتضمن تنظيف الأنسجة

**أهمية البحث وأهدافه:** هدف هذا البحث إلى دراسة أسباب القرحات الحوضية الانضغاطية وطريقة معالجتها بالشرايح الجلدية العضلية Myocutaneous flaps وتعدُّ هذه الدراسة الأولى من نوعها في مشافينا، وتهدف إلى إيجاد بروتوكول لتحضير المرضى ومعالجتهم ومتابعتهم وتقليل الكلفة الاقتصادية لهؤلاء المرضى التي قدرها برادون<sup>1</sup> Bradon بـ 87.000 دولار أمريكي لكل مريض في كل مكوث بالمشفى.

**مراجعة نظرية:** تعرف قرحات الانضغاط Pressure sores بأنها أذية الأنسجة الرخوة الناجمة عن الانضغاط المستمر فوق سطح عظمي، مما يؤدي إلى نقص تروية وتخرق وتموت تدريجي.

ولم يعد تعبير قرحات الانضغاط مستعملاً لأنه يوحي بأن هذه القرحات تحدث في وضعيات الانضغاط فقط وهذا ليس صحيحاً بالطبع. تبلغ نسبة حدوث قرحات الانضغاط 9% من عموم مرضى المشافي، ويوضح الجدول رقم 1- نسبة حدوث الإصابة في بعض الأمراض<sup>2</sup>.

جدول-1- نسبة حدوث القرحات الانضغاطية

الإصابة	نسبة الحدوث
الإصابات الطبية الحادة	11%
أمراض قلبية وعائية حادة	40%
أمراض عصبية	27%
إصابات رضية عظمية	15%
إصابات نخاع الشوكي	22-50%
مرضى المشافي عموماً	9%

ويعتقد أنه يوجد "2 مليون" مريض حول العالم مصابين بأذية نخاع شوكي، وأكثر من نصفهم تحت سن الثلاثين من العمر. وكان Landis(2) ومنذ العام 1932 قد أشار إلى أن ضغط الشعريات الدموية الشريانية والوريديية يتفاوت من 12-32 ملم زئبقي، وأن الضغط المستمر يؤدي إلى نقص شديد في التروية وحدث التأذي التدريجي. ويعتقد(2) Dinsdale أن الأذية تبدأ من المنطقة

مثل<sup>12</sup>Thigh transposition F و<sup>12</sup>Thigh Bipedicule F و<sup>14</sup>Gluteal thigh F و<sup>15</sup>Total thigh flap.

أما الشرائح العظمية والعظمية الجلدية المستعملة فهي:

1- الشريحة العظمية والعظمية الجلدية الأليوية الكبيرة قليلة الاستعمال<sup>10-11</sup>.

2- شريحة المتسعة الوحشية Vastus lateral M.C.F وليس لها قطاع جلدي واسع.

3- شريحة المستقيمة البطنية على الشريان الشرسوفي السفلي أو flag flap ذات تروية جيدة وقوس دوران وقطاع جلدي واسعين، ولكنها تضعف جدار البطن.

4- الـ Tenseur Facia Lata F. T.F.L شريحة عضلة اللفافة الموترة للخذ وهي الأكثر استعمالاً.

3- **القرحة الوركية Ischial U.**: أكثر القرحة الحوضية شيوعاً وتشكل 28% منها، وهي جراحية بامتياز وتخفي الفوهة المشاهدة عادة جوفاً واسعاً وذات عظم ونقي، وربما تخفي تتخراً وتشظياً عظماً ونواسير بولية ومستقيمة.

ونادراً ما تغلق مباشرة، وهي تحتاج إلى شرائح عظمية جلدية لملء الأجواف، وأهم الشرائح المستعملة:

1- شريحة العضلة الأليوية الكبيرة بقسمها السفلي، عضلية أو عضلية جلدية<sup>10-11</sup>.

2- شريحة العضلة الرشيقية Gracilis. F.

3- شرائح عظمية من الوجه الخلفي للخذ إذ يمكن استعمال:

a. شريحة عظمية من ذات الرأسين أو وترية النصف.

b. شريحة Hamstring، وهي شريحة جلدية عضلية VY، وهي الشريحة المفضلة لملء الجوف وتصنيع الثنية الأليوية الفخذية.

4- **القرحات العجانة Pereneale.U**<sup>16</sup>: وهي صعبة المعالجة تكثر فيها النواسير والإصابات العظمية، أمماً أهم الشرائح المستعملة فهي:

المتموتة، واستئصال مجرى النواسير والقطع العظمية المنفصلة -إن وجدت-، وإجراء الترميم الذي يمكن إجراؤه بالخياطة المباشرة أحياناً، أو بالتدب بالمقصد الثاني، ونادراً ما يلجأ للتطعيم الجلدي، وما زال كثير من الجراحين يلجأ للترميم بالشرائح الجلدية الموضعية والناحية إلا أن الشرائح الجلدية العظمية هي الوحيدة التي توفر فرصاً أكبر لملء الأجواف ومنع النكس، ونادراً ما يتطلب الأمر إجراء شريحة حرة<sup>5</sup>. وسنعرض فيما يأتي أهم الشرائح المستعملة لكل قرحة:

### 1- القرحة العجزية Sacral. U:

أ- الشرائح الجلدية الموضعية تترك ندبات بجوار القرحة مما يؤدي عادة إلى النكس، وهي لا تؤمن إغلاقاً جيداً ولا امتلاءً للأجواف، ولكنها تتميز بالسهولة والسرعة<sup>6</sup>.

ب- الشرائح الجلدية الناحية: تؤمن تغطية واسعة وقد تكون حسية، وأهمها شرائح الظهر المعترضة القطنية العجزية<sup>7</sup>، والشريحة الصدرية القطنية<sup>8</sup> العجزية، والشريحة بين الضلعية الوعائية العصبية الجلدية<sup>9</sup>.

ج- الشرائح العظمية والعظمية الجلدية: وتتميز بالتروية الغزيرة والمساحة الواسعة والقدرة على ملء الجوف وقلة إحداث النكس، وأهمها الشريحة العظمية أو العظمية الجلدية من العضلة الأليوية الكبيرة بأشكالها المتعددة<sup>10</sup> [على سويقة علوية- أو على سويقة سفلية]، ويمكن استعمال شرائح بشكل V-Y(11) و Sliding Gleuteous F.(11) والشرائح الدورانية أو شرائح الجزيرة ويمكن استعمال شريحتين في آن واحد<sup>11</sup>.

2- **القرحة المدورية trochanter U.**: وتشكل 19% من قرحات الحوض بحسب دراسة على 604 مريضاً لـ Dansereau<sup>12</sup> وهي تحمل خطراً شديداً بإحداث التهاب مفصل الورك القيجي وتعالج حالاتها البسيطة بالتدب بالمقصد الثاني ويتحاشى فيها الشرائح الجلدية الموضعية<sup>6</sup>، ويمكن استعمال شرائح جلدية ناحية

- 1- شرائح من الصفن.  
2- شريحة T.F.L.  
3- شرائح من العضلة الرشيقة- جيدة التروية، سهلة التكنيك وتعطي سطح جلدي 4×6سم.  
4- شريحة المستقيمة البطنية على سويقة سفلية (16).-5- شريحة العضلة المستقيمة الإنسية للخذ.  
**أهم اختلاطات القرحات الانضغاطية وجراحتها:** الورم المصلي، وتموت الشرائح، والإنتانات الموضعية والبولية والمعمنة، وتفتق الخياطة وتأخر الاندمال، وانكشاف رأس الفخذ وتموته، والنكس بعد الجراحة وقد يحدث بعد 10-20 سنة عند مرضى الشلل الرباعي والتصلب اللويحي، وأخيراً التسرطن على الندبات القديمة.  
**الدراسة العملية:**  
**هدف الدراسة:** معرفة أسباب القرحات الانضغاطية في مشفى المواساة الجامعي، ودراسة أكثر الشرائح استعمالاً، ومعرفة نسب النكس وأسبابه، للوصول إلى بروتوكول موحد للمعالجة.  
**المواد والطرائق:** درس 32 مريضاً خلال المدة 2005/6/1-2010/6/1 بشكل راجع في مرضى شعبة التجميل والحروق (الجدول-3). وقد طبقت الشرائح الجلدية العضلية في 18 مريضاً في حين عولج 4 مرضى بالطعوم الجلدية، و8 مرضى بسرائح جلدية موضعية، واستعملت طريقة الإغلاق المباشرة في حالتين.  
مع أن الدراسة كانت بالطريق الراجع إلا أن مرضى الشرائح العضلية جميعهم خضعوا لبروتوكول المعالجة نفسه والتحضير قبل الجراحة. وتوزع العمر في 18 مريضاً عولجوا بالسرائح العضلية الجلدية كما يأتي:  
8 مرضى أعمارهم 5-24 سنة. 9 مرضى أعمارهم 25-50 سنة. مريض واحد أكثر من 50 سنة.  
وكان 13 من المصابين رجالاً (72%)، و5 من المصابين نساءً (28%).
- أسباب القرحات:** 1- إصابات عناية طبية طويلة الأمد 1 حالة واحدة (5%).  
2- إصابة نخاع شوكة: أ- 18/10 حادث سير (56%) - ب- 18/4 حادث رضي (22%) - ج- 18/3 قبلة نخاعية ولادية (17%). الشكل رقم (1)  
وكان المرضى جميعهم مصابين بشكل نصفي حسي وحركي كامل ما عدا حالتين الأولى هي مريض العناية المشددة، والثانية كانت المريضة أ. ع. أ. مصابة بشلل نصفي مع حركة جزئية بالطرفين السفليين.  
**توضع القرحات:** قرحات وركية 9 قرحات 50% قرحات عجزية 5 قرحات 28%. قرحات مدورية 4 حالات 22% قرحات مشتركة متعددة 6 مرضى 33% تعرض 7 مرضى أي 39% من الحالات لعمليتين جراحيتين سابقين أو أكثر بسرائح جلدية موضعية أو طعوم جلدية مع حدوث نكس سريع.  
**المعالجة:** اتبع البروتوكول الآتي لتحضير المرضى:  
1- قبول في المشفى قبل العمل الجراحي بأسبوع.  
2- زرع جرثومي مرة على الأقل.  
3- ضماد مرتين يومياً مع غسيل للأجواف باليوديون السائل 4%. 4- تغطية بالصادات بحسب الزرع.  
5- نقل دم وبروتينات بحسب الحاجة. 6- البحث عن إنتان بولي أو صدري ومعالجته.  
7- صور أشعة للمنطقة المصابة.  
وقد وجد إنتان في القرحات المعالجة كلها، وتوزعت الجراثيم المسببة كما يأتي:  
عنقوديات مذهبة 9 مرضى - عصيات زرق 4 مرضى - عنقديات 3 مرضى - كولونيات 2 مريضين أي إنَّ العنقوديات المذهبة هي أكثر الإنتانات شيوعاً، وهذا مماثل لنسب عالمية مذكورة كما في دراسة لـ Sandy.L على زروعات لـ 33 مريضاً<sup>17</sup>.

لا تتجاوز 35-40% في الدول المتقدمة بحسب دراسات عديدة<sup>2,3</sup>.

2. إن معظم مرضانا -للأسف- في عمر الشباب تحت سن الخمسين، أي في سن العمل حيث تكثر حوادث المرور والعمل، في حين تكثر القرحات الانضغاطية في الدول المتقدمة في سنوات العمر المتقدمة بسبب المكوث في أقسام العناية الطبية والجراحية.

3. إن نسبة استعمال الشرائح العظمية عند مرضانا قليلة 32/18 أي 56% مقارنة بدراسات عالمية حيث تستعمل هذه الشرائح بنسب عالية 75% وحتى 100% من مرضى القرحات بحسب ما جاء في دراسة لـ Antony<sup>18</sup> التي امتدت على مدار 12 سنة على عدد كبير من المرضى، إذ أدى استعمال هذه الشرائح إلى إنقاص عدد العمليات الجراحية المجراة على القرحات الانضغاطية من 2.9 إلى 1.1 لكل قرحة، وانخفضت مدة الاستشفاء من 12.8 أسبوعاً إلى 4.8 أسبوعاً.

4. نسبة الاختلاطات عند مرضانا قليلة ونسبة النكس 11%.

#### المناقشة:

تحمل الشرائح الجلدية العظمية مقارنة بالشرائح الجلدية الموضعية نسيجاً سميكاً موعى بشدة يحسن التوعية ويسرع الشفاء ويقلل النكس ولا يحدث ندبات مجاورة ويملاً الأجواف.

وقع خيارنا الأول في القرحة العجزية على الشريحة الجلدية العظمية الألبوية الكبيرة لأنها تقدم حجماً كبيراً لملء الجوف، ومساحة جلدية واسعة، ولا تؤدي إلى أي عجز وظيفي عند استعمال أحد نصفها.

وكان خيارنا الأول في القرحة المدورية هو شريحة T.F.L لأنها تقدم مساحة واسعة وسهلة التسليخ، ولا يؤثر قطفها في الوظيفة، أو في الشرائح الأخرى، ولا تؤدي إلى ندبات على السطوح المجاورة.

العوامل التي أثرت في اختيار التكنيك الجراحي: 1- موقع القرحة ومساحتها.

2- وجود إصابات مرافقة كقدرة المريض على الحركة، ووجود إصابة نخاع تامة أو جراحات سابقة.

أنواع الشرائح الجلدية العظمية أو العظمية المستعملة: الشكل (3)

في القرحات العجزية: شرائح جلدية عظمية اليوية علوية. في القرحات المدورية: 4 شرائح جلدية عظمية من اللفافة المتوترة للخذ.

في القرحات الوركية: 6 شرائح Hamstring وهي شريحة جلدية عظمية على عضلات الفخذ الخلفية وخاصة ذات الرأسين - وشريحتان على سويقة سفلية من العضلة الإليوية - شريحة من ذات الرأسين عظمية وأجري استئصال للقطع العظمية المنفصلة في خمس من القرحات الوركية.

العناية بعد العمل الجراحي: اتبع البروتوكول الآتي للمرضى جميعهم:

- 1- صادات 10-14 يوماً.
- 2- عدم إحداث ضغط على الشريحة 14-20 يوماً.
- 3- نزع المفجرات بعد أسبوع عادة.
- 4- مراقبة الحالة الدموية والغذائية للمريض.
- 5- مدة المكوث في المشفى 16 يوماً وسطياً.

الاختلاطات: الإبتان حالتان 11%- تأخر الاندمال 3 حالات 16%- النكس حالتان 11%.

الحالة الأولى المريض أ. م قرحة وركية عولجت بشريحة هامسترغ، سبب النكس قطعة عظمية منفصلة. أمّا الحالة الثانية: المريض غ. ح فقرحة مدورية واسعة عولجت بشريحة TFL، سبب النكس عدم معالجة التفتع العضلي.

#### النتائج:

1. إن معظم أسباب القرحات الانضغاطية (الشكل رقم- 1) عندنا تعود للأسباب الرضية بنسبة 78% في حين هي

بينما كان خيارنا الأول في القرحة الوركية هو شريحة العضلات الخلفية للفخذ لأنها تصيب المقعدين ولا يؤدي قطفها إلى أي عجز وظيفي، وتروية هذه العضلات ممتازة، وحجمها كافٍ لملء الجوف الكبير للقرحة. وقد استعملت شريحة العضلة الأليوية الكبيرة السفلية في حالتين بسبب صغر القرحة.

واستعملت ذات الرأسين منفردة عند المريضة أ.ع للحفاظ على الحركة البسيطة التي كانت تتمتع بها عضلات الفخذ الخلفية. ومقارنة ببعض الدراسات العالمية فإن التوزيع بحسب الجنس مشابه لكثير من الدراسات كدراسة Robert Foster(3) على 201 مريضاً، إذ بلغت نسبة الرجال 201/130، أي (64%)، والنساء 201/71 (36%)، في حين كانت نسبة المرضى الشباب في دراستنا أكبر بكثير كما أشرنا سابقاً.

وكما ذكرنا فإن نسبة النكس عند مرضانا قليلة لا تتجاوز 11%، وكذلك نسبة الاختلاطات، وربما يعود السبب إلى أن معظم مرضانا من الشباب واختيروا بشروط معينة، ويتمتعون بصحة جيدة عموماً، ولا يحملون نسب خطورة عالية. وقد شوهد المرضى كلهم بعد أكثر من سنة على الجراحة دون وجود نكس. وقد بلغت نسبة النكس في بعض الدراسات العالمية أكثر من 50%، وأشار Keys(19) في دراسة على أكثر من 200 مريض أن نسبة النكس بلغت 39%.

إن اختيار المريض بدقة وعناية وإتباع بروتوكول مناسب قبل الجراحة وبعدها يقلل نسب النكس، ويسمح باستعمال

جدول-2- أهم عوامل الخطورة في مرضى القرحة الانضغاطية (Keska19)

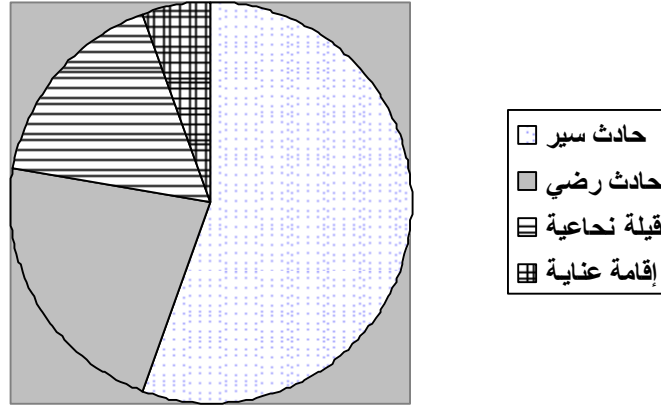
1-العمر <65	5-إنتان الجرح	9-نقص البروتين
2-السكري	6-الإنتان المعمم	10-اضطرابات الدورة الدموية
3-التخثر	7-وجود تشيع سابق	11-زيادة الوزن الشديدة
4-القصور الكلوي	8-نقص عوامل المناعة	

ونظراً إلى أن العوامل (1-2-4-6-7-8-10-11) لم تكن موجودة عند مرضانا وعولجت العوامل (5-9) فقد حذفنا معظم عوامل الخطورة وقلت نسبة النكس إلى حدودها الدنيا.

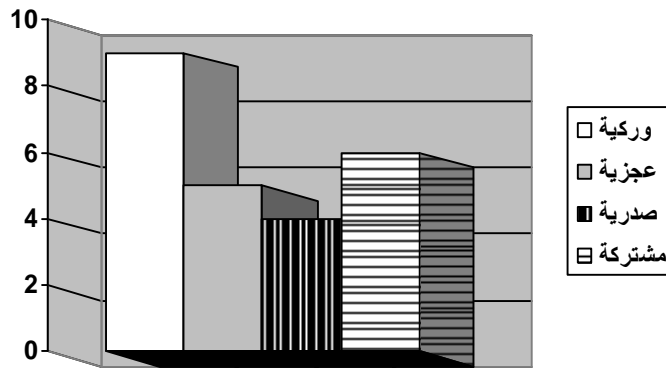
وقد ذكر Kaver<sup>21</sup> أن نسبة النكس باستعمال الشرائح الجلدية العضلية تصل حتى 30% إذا كانت العوامل 1-2-10-11 موجودة، أي عند مرضى العناية الطبية بالأعمار المتقدمة.

#### الاستنتاج:

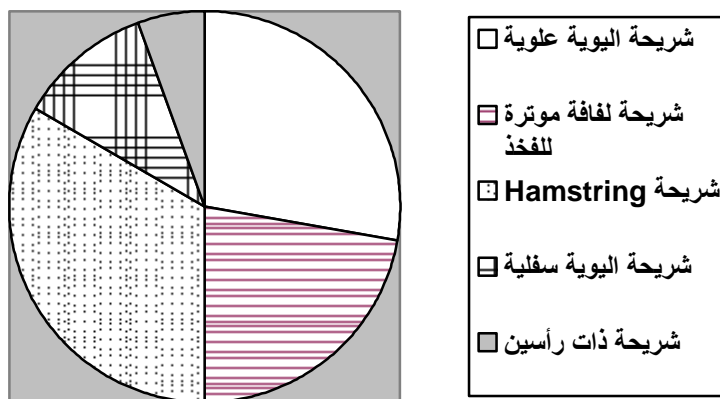
أظهر البحث ضرورة اختيار المريض وتحضيره جيداً، واختيار الشريحة الجلدية العضلية المناسبة لمعالجة القرحة الانضغاطية الحوضية في كل حالة مستطبة، وفي الحالات الناكسة كلها، وضرورة وجود متابعة خاصة ومناسبة للمصابين بالشلل النصفي السفلي لتفادي حدوث النكس وتخفيف معاناة المرضى وذويهم.



الشكل (1) أسباب القرحة



الشكل-2-توضع القرحة



الشكل-3-أنواع الشرائح المستعملة





قرحة مدوربة عرطلة - قبل المعالجة بشريحة العضلة الموترة للفخذ T.F.L وبعدها



قرحة عجزية قبل المعالجة بشريحة عضلة إلبوية دورانية وبعدها



قرحة وركية مزمنة قبل المعالجة بشريحة Hamstring وبعدها

جدول-3- المرضى المعالجون بالشرائح الجلدية العضلية

اختلاطات	مدة المكث	المعالجة	سبب القرحة	توضع القرحة	العمر	
تأخر اندمال	25	ش إلبوية علوية	إصابة نخاع شوكي حادث رضوي	عجزية	19	1- غ.دا
-	15	T.F.L	إصابة نخاع شوكي حادث رضوي	مدوربة يمني	19	2- غ.دا
-	15	إلبوية كبيرة علوية	إصابة نخاع شوكي حادث رضوي	مدوربة يسرى	18	3- ع.اس
-	15	إلبوية كبيرة سفلية	إصابة نخاع شوكي حادث رضوي	وركية يمني	18	4- ع.اس
إنتان	20	Hamstring	إصابة نخاع شوكي حادث سير	وركية يسرى	49	5- أ.دو
	15	ذات الرأسين	قيلة نخاعية ولادية	وركية يسرى	31	6- أ.ع.أ
إنتان	25	إلبوية سفلية	قيلة نخاعية ولادية	وركية يمني	32	7- أ.ع.أ
-	20	T.F.L	حادث سير	مدوربة يمني	14	8- ن.ع
تأخر اندمال	25	T.F.L	حادث سير	مدوربة يمني	16	9- م.أ
-	15	إلبوية علوية	حادث سير	عجزية	16	10- م.أ
-	15	Hamstring	حادث سير	وركية يمني	47	11- أ.م
ناسور عدم التئام	30	Hamstring	حادث سير	وركية يسرى	48	12- أ.م
-	14	إلبوية علوية	حادث سير	عجزية	14	13- س.س
-	20	Hamstring	قيلة نخاعية	وركية يسرى	9	14- و.ص
	10	Hamstring	حادث سير	وركية يسرى	40	15- غ.أ
-	10	Hamstring	حادث سير	وركية يمني	40	16- ع.أ
نكس	15	T.F.L	حادث سير	مدوربة	25	17- ت.م
-	15	إلبوية علوية	إقامة عناية قلبية	عجزية	70	18- طف

### Reference

- 1-Bardon. J. Wilhelmi, Lars. M. Vistness, Pressure Sores, Surgical Treatment and Principles 29 Jan-2010. <http://emedicine.medscape.com/article/1293724>. (تاريخ الدخول للموقع 2011/1/28)
- 2-John D. Bauer, Johns and Linda G. Phillips, Pressure Sores chp.74. in Grabb Smith's. Wolters Kluwer- Ed. New York 2010 (p722-729).
- 3-Robert D. Foster Pressure sores chapt157 in Mathes- plastic surgery- vol.6 Philadelphia Ed. 2010. p(1317-1353)
- 4-Marc Revol, J.M. Servant, Escarres, Manuel de chirurgie Plastique reconstructrice et esthetique Ed. Pradel-Paris- 1993 p(221-228).
- 5-T.R. Heinz- L.O Vasconez, Free Microvascular Postero- lateral Thigh flaps- chapter 465 in Grabbs Encyclopedia of Flaps- Lippincott-Raven Ed. New York 2009 p1706-1707.
- 6-J.G. Hehn, Limbrg, Skin Flap chapter. 444 in Grabbs Encyclopedia of Flaps. Lippincott- Raven Ed. New York 2009 p(1283-1285).
- 7-Mimis Cohen, Sais Ramasastry- Pressure Sores Lombosacral Back Flap, Plastic Surgery Secret Plus, chapter 95- Mosby Philadelphia Ed. 2010 659-662.
- 8-J.H. Pinns, S.C Vyas, Thoraco lumbar Sacral Flap chapt 449 in Grabbs. Encyclopedia. Of Flap. Lippincott Raven Ed. New York 2009 (p1-p2)
- 9-Kerrigan CL. Daniel RK, The Intercostal Neurovascular Islan skin flap, Ann. Pla. Surg. 1979-2-411-415.
- 10- McRau and Arnold's, Trunk Reconstruction Vol.2 Atlas of Muscle and Musculocutaneous flaps- Hampton Press Publishing Company- Virginia 1997. p: 281-303.
- 11- O.M. Ramirez, The Sliding Plication gluteus Maximus M.C.flap Ann. Plast. Surg. 1990-24-(223-2291)
- 12- Dansereau J.G. Conway. H. Glosure of decubitus ulcer in paraplegics, Plast. Reconstr. Surg. 1964-330(447-451).
- 13- M.B.Constanlian, Thight Transposition and Rotation skin flap. Chapt 462 in Grabbs, Encyclopdia Of flaps. Lippincott Raven Ed. New York 2009. p(1334-1336).
- 14- Hurwitz D.J. Gluteal Thigh flap, Plast. Reconstr. Surg. 1981, 68, (521-525)
- 15- Royer, J. Total Thigt flap, Plast. Reconstr. Surg. 1969, 444, (109-115).
- 16- A.Wilk, C. Bruant, C. Meyer, Traitement Chirurgical des escarres chap 45-165 in E.M.C Elsvier Ed. Paris 2008 p. 1-30.
- 17- Sandy L. Walton R.L. Eradication of Methicellin Resistant Staphylococcus aureus from Pressure Sores, Surgical Infection. J. March 2004. 4, (1) 53-55.
- 18- Anthony JP, Levin LA changing trends in the management of peluic pressure ulcers: a 12 year review. <http://www.ncbi.nih.gov/ubmed> 1992- may 5(3)44-7,50-1 (2011/1/15 تاريخ الدخول للموقع)
- 19- Keys KA, Danial, N. Multivatiatate Predicatore of failure after flap coverge of pressure ulcers, Plast. Reconstr. Surg. 2010 Jun. 125(6) 1725-34.
- 20- Riou JP, Chon JR, Johnson H. JR Facticeure influencing wound dehiscence. Am. J. Surg. Vol. 1- 1992- (163-324).
- 21- Kauer Christiane- Chirugie des Escarres, Pases, Present, Future, 10 eme Conference Natinale des Plaies et cicatrisation. 15-17 Janvier 2006- Paris, E.M.C Elsvier Ed. Paris 2008 p.31-35.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق 2011/3/13.

تاريخ قبوله للنشر 2011/7/14.