

دراسة العوامل المؤثرة على نكس العمل الجراحي بعد عمليات إغلاق شق الحنك

مازن زيناتي*

الملخص

الهدف من البحث: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل التي تؤثر في النكس بعد عمليات إغلاق شق الحنك.

المواد والطرائق: أنجزت المرحلة الأولى من البحث من خلال دراسة ملفات 80 مريضاً مصاباً بشق الحنك أجريت عملياتهم في مشفى جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان - جامعة دمشق بين الأعوام 2004 و2006، وبعد تحليل المرحلة الأولى من الدراسة استطعنا استنتاج بعض العوامل التي يمكن أن يكون لها تأثير في النكس بعد عمليات إغلاق شق الحنك.

أنجزت المرحلة الثانية من البحث خلال عام 2007 حيث أجريت 20 عملية شق حنك وقد حاولنا فيها توفير كل العوامل التي تؤدي إلى النجاح بناء على نتائج المرحلة الأولى من هذه الدراسة.

النتائج: وهكذا وبالنتيجة توصلنا إلى تحديد بعض العوامل التي يمكن أن تؤدي إلى النجاح التام عند توفيرها قبل عمليات إغلاق شق الحنك وفي أثنائها وبعدها.

الاستنتاج: إذا لم تتوافر عوامل وشروط محددة فسوف يكون هناك فشل في العمل الجراحي.

* أستاذ مساعد - قسم جراحة الفم والوجه والفكين - كلية طب الأسنان - جامعة دمشق.

A Study of the Factors that Influence on the Recurrence after Closing of Cleft Palate

Mazen Zenati*

Abstract

Aim of study: The aim of this study is to know the factors that influence on the recurrence after closing cleft palate.

Materials and methods: The first stage was performed by studying the files of 80 cleft palate patients whose operations were done in hospital of oral and maxillofacial surgery at Damascus University during the years 2004 -2006 , so after analyzing the first stage of study, we suspected some factors may be have influence in the recurrence after closing cleft palate.

The second stage was performed during 2007 by doing 20 operations for cleft palate patients and we emphasized on offering all factors that lead to the complete success according to the results of the first stage of this study.

Conclusion: in conclusion we identified some factors may be lead to a great success when offering them before, during, and after cleft palate surgery.

*Ass. Prof. in Dep. of Oral and Maxillofacial Surgery-Faculty of Dental Medicine – Damascus University

أولاً: الهدف من البحث:

انطلقت هذه الدراسة من واقع مرضى شق الحنك المراجعين لمستشفى جراحة الفم والفكين في كلية طب الأسنان بجامعة دمشق؛ فقد خضع عدد كبير من هؤلاء المراجعين لأكثر من عملية لإغلاق شق الحنك بسبب نكس العمل الجراحي، ومن هنا كان لابد لنا من هذه الدراسة التي تهدف إلى:

1- معرفة نسبة النكس عند إغلاق شق الحنك الكامل في عينة عشوائية خلال ثلاثة أعوام.

2- تحديد أهم العوامل المسؤولة عن نكس عمليات إغلاق شق الحنك الكامل.

3- تبني الإجراءات العملية التي تقودنا إلى نسبة نجاح عالية عند إنجاز عمليات شق الحنك الكامل.

ثانياً: المراجعة النظرية: Literature Review

تشير كلمة شق (Cleft) إلى فتحة أو فراغ (مسافة غير وظيفية)، مع اختلاف في الموقع والحجم، ويعدُّ شق الحنك من أكثر التشوهات الخلقية التي تصيب المنطقة الفموية.

إن إغلاق شق الحنك هو عمل مشترك ينجزه فريق عمل متكامل من أجل إخفاء التشوه ومتابعة التطور والقدرة على الكلام^(1,2).

إن مرضى شق الحنك يعانون من عدة مشاكل وهذا ما يحتم ضرورة معالجة مريض شق الحنك من قبل فريق عمل متعدد الاختصاصات. وعلى الرغم من عدم وجود إجماع على توقيت وتكنيك العمل الجراحي الذي يغلق شق الحنك فإن هناك إجماعاً على تحسين واقع الرعاية الطبية لمرضى شق الحنك.

أ- المشاكل المرافقة لشق الحنك Problems associated with cleft palate

1- المشكلة النفسية.

2- مشكلة التغذية والإرضاع /Feeding/

3- المشاكل الأذنية⁽³⁾ Ear problems.

4- مشاكل الكلام/ صعوبات الكلام (5,6): Speech difficulties

5- سوء الإطباق (7) (Malocclusion)

6- المشاكل السنية (Dental problems)

7- المشاكل التنفسية وخطر الإصابة بالأخماج التنفسية العلوية بشكل متكرر

8- التشوه الأنفي (Nasal deformity)

9- التشوهات المرافقة (7) Associated anomalies

ب- فريق العمل المعالج:

إن معالجة وتدبير مرضى شق الحنك يجب أن تتم من خلال تعاون فريق طبي متعدد التخصصات، وذلك بسبب المشاكل العديدة المرافقة لشق الحنك، وإن تلك المشاكل المتعددة هي التي تجعل البدء بتدبير مشكلة شق الحنك يبدأ من مرحلة ما بعد الولادة مباشرة ويستمر إلى ما بعد انتهاء النمو (حتى عمر 22 سنة تقريباً).

إن فريق العمل يحتوي مجموعة من الاختصاصيين ليتعاملوا مع الطفل إذ إن مريض شق الحنك بحاجة إلى معالجة مركبة لا يستطيع اختصاصي واحد أن ينجزها^(8,9). وفكرة فريق العمل هي فكرة قديمة، ومنتشرة حالياً بشكل واسع؛ مع العلم أنه في القطر العربي السوري لا يوجد مركز يقدم فريق عمل متكامل في مكان واحد، وعلى كل حال فإن فريق العمل الذي يعالج مرضى شق الحنك يضم⁽¹¹⁾:

أولاً: المرشد الاجتماعي، الطبيب النفسي.

ثانياً: طبيب الأطفال.

ثالثاً: اختصاصي الجراحة (جراحة فم ووجه وفكين - جراحة أطفال - جراحة تجميلية)

رابعاً: اختصاصي الأنف والأذن والحنجرة.

خامساً: اختصاصي تقويم الأسنان والفكين.

سادساً: طبيب أسنان الأطفال.

سابعاً: اختصاصي النطق وإعادة تأهيل الكلام⁽⁵⁾

ثامناً: اختصاصي التعويضات الفكية الوجهية.

ج- توقيت إغلاق شق الحنك:

إن إغلاق شق الحنك موضع جدل كبير من حيث التوقيت وعلى كل حال فهناك 4 مدارس جراحية مشهورة حول العالم لإغلاق شقوق الحنك^(3, 7, 8):

1- الإغلاق المبكر الكامل: Early complete repair في عمر (3-9 أشهر)، حيث يعتقد أصحاب هذه المدرسة أنهم يحصلون على نتائج كلام ممتازة مع الاحتمال الكبير لحصول تثبيط نمو الثلث المتوسط للوجه وإحداث خلل إطباق واضح؛ إن هذا المنهج يفضل السيطرة على موضوع النطق، ومن ثمّ فيما بعد تتم السيطرة على موضوع نمو الوجه وتطوره.

2- الإغلاق المؤجل الكامل Delayed complete palatal repair في عمر 12-24 شهر؛ ويعتقد أصحاب هذه المدرسة أنهم يهدفون إلى الحصول على نتائج نطق مشابهة في الجودة للإغلاق المبكر مع كون آثار تثبيط النمو أقل من آثار اتباع رأي أصحاب المدرسة الأولى السابق ذكرها.

3- الإغلاق المتأخر الكامل: Late complete palatal repair في عمر (2-5 سنوات)، يهدف إلى تجنب تثبيط النمو الوجهي مع القبول بنتائج نطق أقل جودة؛ وهنا لابد من تطبيق الصفائح السادة (Obturator).

4- الإغلاق الجراحي على مرحلتين: Two-stages

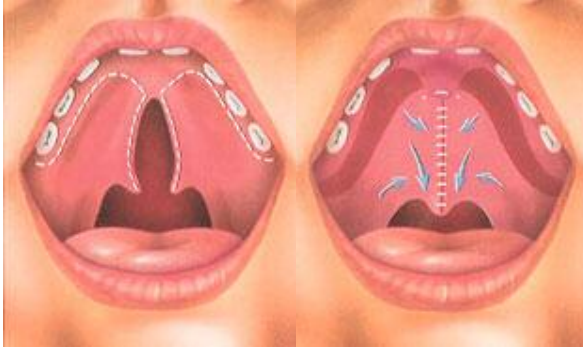
حيث يتم إغلاق الحنك الرخو بعمر مبكر وذلك مع إغلاق الشفة إن وجد (بعمر 2-9 أشهر)، وتأخير إغلاق الحنك الصلب للمرحلة التالية حتى نهاية السنة الرابعة من العمر بهدف اكتمال نمو الحنك بنسبة كبيرة وبذلك نتجنب سوء الإطباق، فالهدف من

هذه المدرسة عدم إعاقة نمو الفك العلوي قدر الإمكان، وتتشرط هذه المدرسة تطبيق الصفائح الحنكية السادة حتى يحين إغلاق الحنك الصلب.

د- تكتيك العمل الجراحي لإغلاق شق الحنك^(3،10):

هناك عدّة طرائق منها:

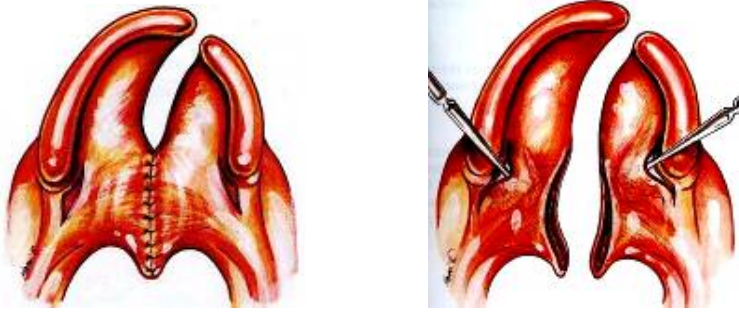
- فون لانغينبيك Vonlangenbeck.
- الشريحة المزدوجة أو المضاعفة في إغلاق شق الحنك Two-flap palatoplasty واستخدامها في إصلاح الشقوق أحادية الجانب، وثنائية الجانب. (شكل رقم 1)



الشكل رقم (1): الشريحة المضاعفة لإغلاق شق الحنك لمرحلة واحدة.

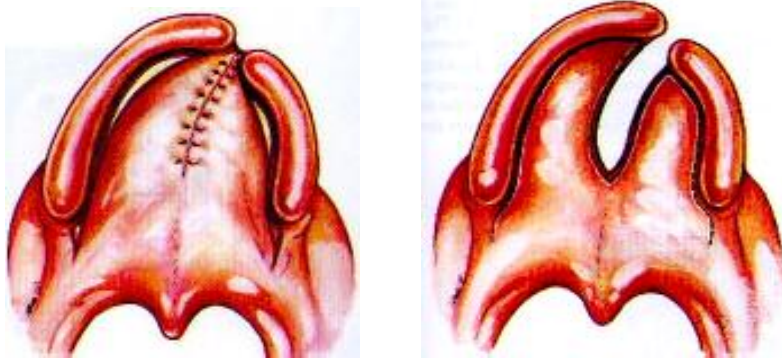
- تقنية Oxford.
- تقنية V-Y palatoplasty.
- تقنية الإغلاق الجراحي على مرحلتين (الشكل رقم 2)
Two-stage palatoplasty/schwechendiek's technique

المرحلة الأولى: إغلاق شراع الحنك



الشكل رقم (2).

المرحلة الثانية: إغلاق الحنك الصلب



الشكل رقم (2).

• تقنية Z-plasty.

• تقنية Oslo.

رغم من اختلاف التوقيت والتقنيك لإغلاق شق الحنك بين المدارس المختلفة فإن كل مركز لمرضى شق الشفة والحنك يتبع طريقة تميزه، فمركز University Of Iowa Cleft Palate Center⁽¹⁴⁾ مثلاً يوصي بعدم الإغلاق على مرحلتين لشق الحنك، ويشدد على استخدام الشريحة المزدوجة لإغلاق شق الحنك بمرحلة واحدة بعمر 12-24 شهراً وهذا شأن كثير من المراكز الأوروبية والأمريكية.

ثالثاً: المواد والطرائق: Materials and Methods

أجريت الدراسة على مرحلتين درستا بشكل متعاقب، فالمرحلة الأولى تمت فيها دراسة أضاير مجموعة عشوائية من مرضى شق الحنك المراجعين لمشفى جراحة الفم والفكين بكلية طب الأسنان في جامعة دمشق وذلك في الفترة الممتدة من بداية عام 2004 حتى نهاية عام 2006 وقد شملت العينة 80 مريضاً من الذين أجري لهم العمل الجراحي في مشفى جراحة الفم و الفكين أول مرة ولم يتعرضوا لعملية سابقة في مشفى آخر من قبل إذ إنَّ بعضهم أجرى عملية في القسم قبل عام 2004، وتم تنفيذ المرحلة الثانية من العمل بين الأعوام 2004 و 2006 (بعد أن أصبح عمر الطفل أكثر من أربع سنوات عندما كان الإغلاق الجراحي على مرحلتين هو المتبع) أو أنَّ بعضهم كان الشق الأولي قد أغلق لديه بشكل كامل على مرحلة واحدة بين الأعوام 2004-2006 و بذلك فإنَّ هؤلاء المرضى تم توزيعهم على مجموعتين وذلك حسب نموذج العمل الجراحي الذي أغلق شق الحنك:

المجموعة الأولى: إغلاق شق الحنك على مرحلتين Two stages palatoplasty
وقد شملت العينة 48 مريضاً.

المجموعة الثانية: إغلاق شق الحنك بمرحلة واحدة Two flaps palatoplasty
وقد شملت العينة 32 مريضاً.

وفي هذه المرحلة الأولى من البحث تراوحت أعمار المرضى المدروسين بين 9 أشهر و 10 سنوات.

تم توثيق كل حالة باستمارة خاصة تتضمن معلومات عن: هوية الطفل الذاتية والمرضية - تصنيف الشق - السوابق الجراحية على مستوى الفم والفكين ونموذج العمل الجراحي الذي أغلق شق الحنك (إغلاق بمرحلة واحدة أو على مرحلتين) - المعالجة التقويمية (إن وجدت).

تركزت الدراسة على الاهتمام بتحري نجاح العمل الجراحي لمرضى المجموعتين إذ إنَّ نجاح العمل الجراحي يعني (عدم حدوث الناسور أو انفتاح الشق - عدم تكرار العمل الجراحي الواحد)

رابعاً: النتائج: Results

حُسِبَت النسبة المئوية لنكس العمل الجراحي من أجل المجموعة الأولى والمجموعة الثانية.

حالات النكس	العدد الكلي	المجموعة (نموذج الإغلاق الجراحي)
29	48	المجموعة الأولى (إغلاق على مرحلتين)
5	32	المجموعة الثانية (إغلاق بمرحلة واحدة)

الجدول رقم (1): يظهر حالات النكس في كل مجموعة.

النسبة المئوية للنكس	المجموعة (نموذج الإغلاق الجراحي)
60.42%	المجموعة الأولى (إغلاق على مرحلتين)
15.62%	المجموعة الثانية (إغلاق بمرحلة واحدة)

الجدول رقم (2): يظهر نسبة النكس في كل مجموعة.

ملاحظة: المجموعة الأولى هي المجموعة الكبرى لأن طريقة الإغلاق على مرحلتين هي الأكثر شيوعاً في مشفى جراحة الفم والوجه والفكين. وهكذا فإننا نلاحظ التفاوت الشديد بين النسب المئوية وهذا كافٍ ووافٍ للدلالة الإحصائية على أنَّ الإغلاق على مرحلة واحدة هو من العوامل المؤهبة لنجاح العمل الجراحي وعدم النكس، وبالطبع ليس هو العامل الوحيد لذلك جرى الرجوع إلى الاستمارات وتحليلها من ناحية ملاحظة العوامل الأخرى فوجدنا ما يأتي:

1- كانت ملاحظة أن الشرائح قد خيطت بشكل متوتر هي قاسم مشترك في كل حالات النكس في المجموعتين تقريباً، وإن كانت توجد حالات ناجحة ذكر فيها أنَّ الخياطة تمت بشكل متوتر. إلا أننا في هذا البحث نجمع العوامل والقواسم المشتركة ونتحدّث

عن مجموعة مؤشرات بصورة عامة مما يدفعنا إلى القول: إنَّ خياطة الشرائح بشكل متوتّر هو من عوامل النكس.

2 - في كل حالات النكس في المجموعتين ذكر أنّ المريض يعاني من نقص في الوزن وأخماج أذنية متكررة، وأخماج في الجهاز التنفسي العلوي ونقص في الشهية، مما يدل على أنّ الحالة الصحيّة العامة للمريض إن كانت سيئة أصلاً فهي من أحد عوامل النكس الرئيسية، ولكن أيضاً ذكر في 3 حالات أخرى من الحالات الناجحة أنّ المريض ذو صحة عامة سيئة، ومع ذلك فإنّ النجاح كان مصير تلك الأعمال الجراحية، ولكن أذكر هنا أننا في هذا البحث نتحدث عن مجموعة عوامل ومؤشرات وليس عن عامل معيّن بمفرده.

3 - في كل حالات النكس ذكر أنّ أهل المريض لم يكونوا متعاونين من حيث قيامهم بتقديم أطعمة صلبة للمريض خلال الأسبوع الأول بعد العملية (خاصة عندما يكون الطفل كبيراً نسبياً) وكذلك ذكر أنّ الحليب بصورة خاصة كان يترك طبقة واضحة عالقة بقطب الخياطة، وقد يكون تخمّر هذه الفضلات الطعميّة وعدم عناية الأهل أو الطبيب بالتنظيف اليومي المتكرر لمنطقة الخياطة من العوامل الأساسية لانتفاخ الجرح.

4 - لم يكن لوضع قطع بيضويّة ملفوفة من الشاش (أو ما يدعى بالزيتونات الشاشيّة) في مكان الشقوق المحررة فوق العظم العاري دوراً في منع حدوث النكس، فقد لوحظ أنّها كانت توضع في كل العمليات الناكسة، أو غير الناكسة مما يدل على أنّه ليس لها دور حاسم في تخفيف توتر الشرائح أو منع حدوث النكس.

5 - لم يكن لنوع الخيطان المستخدمة في خياطة المخاطية الفموية دوراً في منع حدوث النكس، فقد لوحظ أنّ الطبقة الخارجية للجرح قد خبطت في عدد من الحالات بخيوط حرير 3 أصفار وفي حالات أخرى بخيوط قابلة للامتصاص من نوع ديكسون 3 أصفار، وكانت هناك حالات ناكسة كثيرة في الحالتين مما يدل على أنّه ليس لنوع

الخيطان دور واضح في حدوث النكس أو عدمه (و أذكر دائماً بأننا نتحدث عن مجموعة عوامل قد تعطي دلالات إحصائية وليس عن عوامل مفردة بحد ذاتها).
6- بالنسبة لاستعمال صفيحة أكريلية واقية لقبة الحنك الصلبة بعد الانتهاء من العملية وجدنا أنها وبشكل غير متوقع كانت تؤدي إلى أرجحية للنكس، حيث بلغ عدد الحالات الناكسة المستعمل بها تلك الصفيحة الأكريلية 18 عملية من أصل 34 عملية ناكسة في كلتا المجموعتين، مما يدل على أن ليس لها دور في منع حدوث النكس إن لم يكن العكس.

7- بالنسبة لعرض شق الحنك لم يذكر في الاستمارات أرقام لقياس عرض الشق، وكان يكتفى بعبارات أن الشق ضيق أو أن الشق عريض، وقد وجدنا أنه رغم وجود حالات ذكر فيها أن الشق عريض إلا أنه لم يكن هناك نكس للعمل الجراحي، وبالمقابل فعلى الرغم من وجود حالات كثيرة ذكر فيها أن الشق ضيق إلا أن النكس كان مصير تلك العمليات؛ مما يدل على أن عرض الشق لا يؤدي دوراً حاسماً في موضوع النكس (وسنفسر هذا لاحقاً في المناقشة).



نكس المرحلة الثانية من العمل
الجراحي الذي يغلق شق الحنك على
مرحلتين



الشكل رقم (4): نكس بسبب
سوء العناية الفموية بعد العمل
الجراحي

وهكذا وبناء على تحليل ودراسة المرحلة الأولى من هذا البحث واستنتاج مجمل العوامل التي قد تؤدي دوراً في نكس العمل الجراحي، قمنا بتنفيذ المرحلة الثانية من

البحث خلال عام 2007 وأجرينا 20 عملية شق حنك كامل أحادي الجانب راعينا فيها ما يأتي:

كانت مجموعة أعمار المرضى بين 9 و21 شهراً، وقد تم رفض إجراء العمل الجراحي لسبعة مرضى بسبب نقص الوزن الزائد لديهم و تكرار أختلاجهم التنفسية وسوء الصحة العامة، ومن ثم جرى عودة قبول 4 منهم بعد عدة أشهر وذلك بعد تحسن حالتهم الصحية العامة بفضل الإشراف الطبي الدقيق من قبل اختصاصي الأطفال، وقد أغلق الشق على مرحلة واحدة بطريقة Two flaps palatoplasty وقد كان عرض الشق متراوحاً بين 12 و20 ملم (وذلك بقياس المسافة بين شوكة الأنف الخلفيين بعد تحديدهما بالجس والسبر) وبذلك تراوح عرض الشق بين الضيق والعريض، وقد روعي عدم خياطة الشرائح بشكل متوتر إطلاقاً وذلك عن طريق بذل عناية كبيرة بالتسليخ الجيد للشرائح والعضلات عن مرتكزاتها العظمية مع إحداث شقوق خفيفة بالمشروط في المنطقة الخلفية لتخفيف التوتر بعد الانتهاء من الخياطة، ولم يتم وضع الضمادات الشاشية البيضوية على العظم العاري بعد الانتهاء من الخياطة حيث إنَّ الشرائح كانت مدعومة بشكل غير متوتر بفضل القطب الداعم وليس بسبب تلك القطع الشاشية، هذا وقد تمت خياطة المخاطية الفموية في عشر حالات بخيوط حرير 3 أصفار وفي عشر حالات أخرى بخيوط ديكسون 3 أصفار. وبعد الانتهاء من العمل الجراحي كان هناك اهتمام فائق بالعناية بنظافة الجرح حيث كان يتم الغسل 3 مرات يومياً بمحلول بوفيدون (مع مراعاة أن لا يبلع الطفل المحلول عن طريق وضع قطعة قطن وسحب السائل بالماص الجراحي) حيث تم إبقاء الأطفال في المشفى خلال الأسبوع الأول لضمان العناية الجيدة بالجرح وتم التأكيد على الأهل بعدم إدخال أي طعام إلى فم الطفل، حيث كان يقدم الطعام من قبل الأهل بإشراف الطبيب في المشفى وهو عبارة عن سوائل وشوربات و أطعمة مهروسة، علماً بأننا لم نستعمل الصفيحة الأكريلية الواقية بعد أي من العمليات المجراة.

وهكذا وبعد إجراء عشرين عملية بالشروط سابقة الذكر ومراقبتنا للمرضى في الأسابيع والأشهر التالية للعملية وجدنا أنه لم تحصل لدينا أي حالة نكس في هذه المجموعة من المرضى.

خامساً: المناقشة:

يبدو لنا من نتائج دراسة المرحلة الأولى من البحث أن الإغلاق بمرحلة واحدة قد أعطى نتائج مشجعة للغاية، ويبدو أن لذلك علاقة بأن التسليخ الكامل لقبة الحنك الصلبة والرخوة معاً يخفف من توتر الشرائح ويعطي حرية كاملة لتقريب الشرائح والتحكم بها دون أن تكون مشدودة من طرف معين، ولأسبباً أننا لاحظنا أنه في الحالات الناكسة غالباً ما يكون الناسور في منطقة التقاء قبة الحنك الصلبة مع الرخوة على الخط الأوسط، وهذا ما لم نلاحظه في الحالات التي جرى فيها الإغلاق على مرحلة واحدة (مع التذكير أننا ناقش الموضوع من وجهة نظر نكس العمل الجراحي أو عدمه وليس من وجهة نظر مساوئ الإغلاق ومحاسنه على مرحلة واحدة أو مرحلتين).

ومن جهة أخرى ظهر لنا واضحاً في هذا البحث أثر سوء الصحة العامة وما لهذا الأمر من انعكاس واضح على شفاء الجروح ولأسبباً عند وجود أخماج تنفسية علوية لأنّ المفرزات الغزيرة قد يكون لها دور واضح في حل خيوط القطب ومن ثمّ انفتاح الجرح.

وكذلك فقد ظهر لنا واضحاً أن سوء العناية الدقيقة بالجرح بعد العمل الجراحي له أثر حاسم في النجاح إذ إنّ الفضلات العالقة بالخيوط سوف تتخمر وتحل الخيطان وتعمل على انفتاح الجرح ولأسبباً إذا كان الأهل على درجة من سوء الوعي بحيث يسمحون للطفل بمسك قطع الطعام القاسي كالنقّاح أو البطاطا الشيبس أو إلى غير ذلك من الأطعمة التي قد تؤدي إلى أذية مكان الخياطة.

وقد بدا لنا أيضاً (من خلال دراسة المرحلة الأولى من هذا البحث) أنّ القطع الشاشية التي توضع لستر العظم العاري في مكان الشقوق المحررة لم يكن لها أثر في منع النكس، ومن ثمّ فإنّ دورها الداعم للشرائح مشكوك فيه وهذا ما أثبت في المرحلة الثانية من البحث بحيث إنّ جميع العمليات المجراة في تلك المرحلة لم توضع فيها هذه القطع الشاشية، ومع ذلك لم يحصل معنا حينذاك أيّ حالة نكس.

وكذلك وجدنا أنّ نوع الخيطان الذي تخاط به المخاطية الفموية لم يكن له دور حاسم في النكس أو عدمه. وقد ثبت هذا من خلال المرحلة الثانية، حيث أجرينا عشر عمليات تمت خياطة الجرح فيها بخيوط حرير 3 أصفار وعشر عمليات تمت الخياطة فيها بخيوط الديكسون 3 أصفار، ولم يحصل نكس في الحالتين.

وقد كان مفاجئاً لنا في هذا البحث أنّ استعمال الصفيحة الأكريلية لوقاية قبة الحنك الصلبة بعد الانتهاء من العملية قد أدّى إلى أرجحية للنكس أكثر من النجاح، وربما يكون السبب هو التخمرات التي تحصل تحتها بينها وبين الجرح، وكذلك يجب أن لا ننسى أثر الحرارة الموضعية التي تصبح بتماس الجرح فضلاً عن أنّ الطبيب قد يتق بوقايتها للجرح، ومن ثمّ يهمل موضوع العناية الشديدة بتنظيف الجرح، وكل هذا قد يكون مدعاة لانفتاح الجرح ونكس العمل الجراحي.

وأيضاً كان مفاجئاً لنا أن لا يؤدي عرض الشق دوراً حاسماً في موضوع النكس أو عدمه، ويبدو أنّ هذا عائد إلى أنّ الشكل المحدّب للشرائح وهي مغطّية لقبة الحنك المشقوق يتحوّل بعد تسليخ الشرائح عن مرتكزاتها العظمية وتقريبها ومن ثمّ الخياطة إلى شكل مسطح، وبذلك فإنّ هناك عرضاً مكتسباً بعد التسليخ. وهذا يقلل من دور عرض شق الحنك في النكس، وقد ثبت لنا هذا من خلال إجراء عمليات في المرحلة الثانية من البحث كان عرض الشق فيها 18 و 20 ملم، ولم يحصل نكس ممّا يوجب لفت الانتباه والتركيز على العوامل الأخرى التي ثبت أنّها تؤدي إلى النكس.

سادسا: الاستنتاجات والتوصيات: Conclusion & Recommendations

من أجل تقليل احتمال نكس العمل الجراحي بعد عمليات إغلاق شق الحنك يوصى - إن أمكن - باتباع ما يأتي:

1 - عدم إجراء العمل الجراحي للطفل إذا كان ذا صحة عامة سيئة، وتوجيه الاهتمام في هذه الحالة إلى تحسين الحالة الصحية العامة قبل إغلاق الشق، وذلك بالتعاون مع اختصاصي طب الأطفال.

2 - إغلاق الشق على مرحلة واحدة مع ضرورة المتابعة التقويمية الدقيقة بسبب الأثر السلبي في النمو العرضي للفك العلوي.

3 - ضرورة الاهتمام الفائق بالتسليخ الجيد للشرائح عن مرتكزاتها العظمية لكي تتم الخياطة دون توتر دون الاعتماد على تخفيف هذا التوتر عن طريق الدعم بالقطع الشاشية في مكان الشقوق الجانبية (بغض النظر عن دورها في ستر العظم العاري مؤقتاً).

4 - لا داعي لاستعمال الصفيحة الأكريلية الواقية لقبة الحنك الصلبة بعد العملية، وتوجيه الاهتمام نحو العناية بالتنظيف المنتظم للجرح، ومراقبة نوعية الطعام المتناول من قبل الطفل دون الركون إلى دور الصفيحة المفترض في الحماية.

5 - ضرورة العناية الفائقة بالجرح ونظافته في الأيام والأسابيع الأولى التالية للعمل الجراحي.

6 - ضرورة تثقيف الأهل و توعيتهم بشكل جيد قبل العملية و بعدها ليكونوا متعاونين لأجل مصلحة الطفل ولا سيما من ناحية تقديم الغذاء المناسب في الوقت المناسب.

7 - التوصية بتأسيس مركز متخصص لتدبير مرضى شقوق قبة الحنك يضم فريق عمل متكاملًا للعناية بهؤلاء المرضى، ويضم هذا الفريق جميع الاختصاصيين لتقديم الخدمات العلاجية اللازمة كلها.

المراجع

- 1-Broen PA, Moller MT, Carlstrom J, Doyle SS, Devers M, and Keenan KM: Comparison of the hearing histories of children with and without cleft palate. Cleft-Palate-Craniofacial Journal 33:127-133, 1996.
- 2-Butow Kurt – W. Treatment of facial cleft deformities , Tokyo 1995.
- 3- Cutting,C.B. Cleft lip and palate repair techniques.Text book of plastic surgery Volume1:Chapter 5:324-341, 2007.
- 4-Dhillon RS, The middle ear in cleft palate children pre and post palatal closure, JR SOC Med, Dec 1988.
- 5- McWilliams,B.J.,Morris,H.L., and Shelton,R.L. Cleft Palate Speech. Philadelphia: Decker ,2005.
- 6 - McWilliams,B.J. Randall,P.,LaRossa,D.,et al.Speech characteristics associated with the Furlow palatoplasty as compared with other surgical techniques. Journal of Plast.Reconstr.Surg 98:610,2007.
- 7-Morris,H.L., Glaser,E.R. Operative treatment of difficult cases of palate defects after infancy Oral Surg Oral Med Oral Pathol 2006; 184:37-42.
- 8-Posnick JC: The treatment of secondary and residual dentofacial deformities in the cleft patient: Surgical and orthodontic therapy. Clinics in Plastic Surgery: Secondary Management of Craniofacial Disorders 24: 583-597, 1997.
- 9- Precious DS, Delaire J. Clinical observations of cleft lip and palate. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1993; 75: 41-51.
- 10- Salyer and Baradach , Atlas of craniofacial and cleft surgery volume 2: Chapter 15: Cleft –Palate Repair.1999
- 11-Samuel Berkowitz. Cleft lip and palate perspectives in management. Volume 1: Chapter 1(Team Management) 1996.
- 12-Scherer NJ, and D'Antonio LL: Parent Questionnaire for screening early language development in children with cleft palate. Cleft palate-Graniofacial Journal 32:7-13, 1995.
- 13- Shprintzen RJ , Baradach J , eds. Cleft palate speech management.st.Louis: Mosby , 1995
- 14- University of Utah Health Sciences Center, [American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons](#) ,Kevin Taylor ,Medical Content (1-7)last Reviewed April 2003.

تاريخ ورود البحث إلى مجلة جامعة دمشق: 2008/3/9.

تاريخ قبوله للنشر: 2008/11/26.