

617.576/.577-007.3-057(:356.33)-084

PŘÍSPĚVEK K VČASNÉMU LÉČENÍ A PREVENCI HNISAVÝCH ONEMOCNĚNÍ PRSTŮ A RUKY U VOJÁKŮ

Major MUDr. Rudolf KRAUSPE,

Chirurgické oddělení vojenské nemocnice, Plzeň, náčelník plukovník CSc. MUDr. J. POPILKA

Stále jsme nuceni na chirurgických odděleních provádět amputace prstů u zanedbaných zánětů prstů a ruky. Je mnoho kostních panaritíí, kterým se mohlo předejít včasnou a účelnou léčbou. Proto v našem článku chceme upozornit na některá důležitá preventivní opatření a nastínit zásady správného ošetřování hnisavých onemocnění prstů a ruky, osvěžit vědomosti hlavních lékařů a také kriticky poukázat na některé chyby, kterých se dopouštějí. Dříve než přikročíme k vlastnímu tématu, uvedeme stručně některé etiologické a klinické poznámky. Zásadně se budeme držet učebnice Jirásky, na kterou čtenáře odkazujeme.

Příčinou hnisavých onemocnění prstů a ruky jsou nejčastěji poranění. Většinou jsou to drobná, nepatrná, někdy i povrchní poranění, kterým často nemocný ani lékař nevěnuje pozornost. Příležitost k poranění u vojáků je na denním pořádku, při cvičení se složitými zbraněmi, při opravě a čištění různých strojů a zbraní, při cvičení v terénu, hlavně v noci, při stavění stanů atd. Časté jsou záněty prstů a ruky při zanedbaných mozolech a stržených puchýřích. Pozorujeme panaritíia u kuchařů a pomocného personálu v kuchyni po píchnutí kostí, po pořezání, odření při strouhání a podobně. Hnisavý zánět vznikne, dojde-li k infekci rány ať poranujícím předmětem nebo z okolní kůže. Zvláště příhodnou půdou pro vstup infekce jsou rozpraskané a upracované ruce se změnami v oblasti mozolů. Z mikrobů způsobujících infekci jsou nejčastější stafylokoky, po nich streptokoky, pneumokoky, pyocyaneus atd. Infekce může být zanesena také mizní cestou nebo cestou krevní z jiného infikovaného ložiska, avšak tento způsob je vzácný.

K včasnému rozpoznání panaritíia je nutno znát klinický průběh. Diagnóza má především určit, že běží o hnisavou infekci, má stanovit její rozsah, období, popřípadě její postup. Příznaky můžeme rozdělit na celkové a místní.

Z celkových příznaků panaritíia jsou nejstálej-

ší nespavost, ochablost a malátnost, neklid, zimomřivost a únava. Často pozorujeme zvýšenou teplotu, někdy horečku předchází třesavka. Z objektivních celkových nálezů nacházíme někdy leukocytózu a zvýšenou sedimentaci červených krvinek.

Pro stanovení diagnózy jsou však nejcennější příznaky místní. Nemocný s panaritíem má vždy bolesti v postižené části. Bolest je přesně umístěná, stálá, škubavá, napjatá a prudká. Nemocný pociťuje bolestivé cukání v postiženém místě. Bolest nedovolí ruce klidně spočinout. Prudce probíhající a rychle se šířící záněty mohou být někdy bezbolestné, což je však nepříznivým znamením. Bolesti trvají ve stejné míře pokud se zánět šíří a pokud si postižená tkáň udržuje svou životnost. Jakmile však tkáň odumírá, nervy ztrácejí svoji vodivost, bolest mizí. Z dalších místních příznaků je obvykle přítomen otok postiženého místa. Při zánětu dlaně otéká více hřbetní strana. Bývá to někdy podkladem diagnostických rozpaků i léčebných omylů. Největší otok neukazuje sídlo hnisu, zato největší bolestivost ano. K otoku patří zarudnutí, jež je u povrchních zánětů mnohem více vyznačeno než u hlubokých. Pohmatem se přesvědčujeme jednak o lokalizaci bolestivosti, jednak o teplotě a napjatosti kůže. Je nutno vyšetřovat jemně a šetrně. O maximu bolestivosti se přesvědčíme nejlépe, vyšetřujeme-li kuličkovou sondou nebo koncem tupého nástroje. Někdy můžeme prokázat fluktuaci, na dorzální straně častější než na volární. Ostatní příznaky nebudeme rozvádět, přesahovalo by to rámec našeho sdělení.

Dříve než vytyčíme hlavní léčebné zásady, dovolíme si uvést některé závady a nedostatky, kterých se dopouštějí hlavní lékaři útvarů a kterých jsme si všimli za poslední období.

Nejčastější chyby, kterých se dopouštějí hlavní lékaři útvarů při ošetřování hnisavých onemocnění prstů a ruky, můžeme rozdělit asi takto:

1. opožděné odesílání do nemocnice k operacím,
2. nedostatečný nebo nevhodný operativní zákrok na ošetrovně útvaru,
3. pozdní diagnóza nebo nedbalost.

Ad 1. Velmi často jsou panaritíia léčena na ošetrovně u útvarů konzervativně. Lékaři přikládají ichtyolovou, sulfatiazolovou nebo jinou podobnou mast, aniž včas otevřeli hnisavé ložisko a současně podávali chemoterapeutika nebo antibiotika a končetinu patřičně imobilizovali. Nemocný bývá odeslán do nemocnice teprve tehdy, když se sám pro bolesti a nespavost dožaduje operace. Proto nemocní přicházejí k operaci pozdě. Infekce již přestoupila na kost, šlachy nebo kloub. Potom i sebedokonalejší chirurgický zásah v nemocnici nezabrání šíření infekce.

Ad 2. Mnohé operativní zákroky prováděné na ošetrovnách útvarů jsou nedostatečné. Hlavní lékaři, ať ze strachu, aby nepoškodili hrubší vrstvy tkáně, nebo z malé chirurgické erudice, provádějí incize nedostatečně nebo nevhodně. Někdy k tomu přispívá i špatné vybavení ošetrovny. První dva dny i po nedokonalém zákroku může nastat přechodné zlepšení. Obvykle se však choroba za několik dní znova ohlásí, často ještě ve větší intenzitě. Nakonec nemocný neujde řádnému chirurgickému ošetření.

Ad 3. Pozdní diagnózu uvádíme na posledním místě. U vyvinutého panaritíia nečiní potíže stanovit správnou diagnózu včas. Přesto pozorujeme časté komplikace pro pozdní diagnózy. Zadržaná tríska nebo malé píchnutí se často přehlédne. Až když prst nebo ruka začne bolet a otékat, hlásí se nemocný na ošetrovně a požádá o ichtyolovou mast. Ovlivněný zdravotní instruktor ji ochotně vydá, aniž se pečlivě prohlédne a hlásil lékaři. A tak se dopustí vážné chyby, která mnohdy končí kostním zánětem nebo také částečnou ztrátou prstu.

Pozdní diagnóza často souvisí s nedbalostí ošetřujícího personálu. Mnoho lékařů podceňuje vážnost onemocnění. Nevidí v počínajícím panaritíiu nebezpečí proto, že nejde o poškození důležitého orgánu, a tak nevěnují potřebnou léčebnou péči tomuto onemocnění.

Zásady léčení hnisavých onemocnění prstů a ruky lze vyjádřit asi takto:

Hlavní důraz klademe na prevenci drobných úrazů a poranění a prevenci infekce již vytvořeného poranění.

U panaritíia je pak důležitá včasná chirurgická léčba, doplněná vhodnou rehabilitací.

Vlastní chirurgické léčení hnisavých onemocnění prstů a ruky má být včasné a odborné. König říká: „Sotva při kterém onemocnění deně se vyskytující a tak zlém pro následky se tolik hřeší“. S. Sokolov o tom píše, že toto léčení nemá být přenecháváno začátečníkům ani při jednoduchém panaritíiu. Cílem operačního výkonu je otevřít hnisavé ložisko, nebo je vyříznout. Dobře tu vystihuje situaci slovo Lexerrovo: „Řez má být tak velký, jak je třeba, a tak

malý, jak je možné“. Operace musí být provedena v dokonalém umrtvení a bez krevnosti. Zásadou při operaci je řez ze strany a přerušování řezu. Řezy nesmí rušit anatomický a fyziologický ráz příslušné krajiny. Řezy musí dobře drénovat, nesmějí nikdy křížit ohybové rýhy v pravém úhlu, neboť to vede ke kontrakturám (Bunell). Nemůžeme však na tomto místě uvést všechny operační způsoby, které lze provádět při hnisavém onemocnění prstů a ruky, často si operativní taktiku vynutí druh zánětu samotný. Záleží zde na zkušenosti a důvtipu lékaře, který bude řez volit.

Z ostatních léčebných zásad nutno uvést dokonalou imobilizaci. Dosahujeme toho buď Kramerovou dlahou nebo dlahou sádrovou, kterou pokládáme za vhodnější. Dlahy nutno pokládat ve fyziologické poloze kloubu.

Dalším důležitým léčebným doplňkem jsou chemoterapeutika a antibiotika. Osvědčila se nám místní aplikace penicilinu k dosažení vyšší koncentrace v zánětlivém ložisku. Podávali jsme penicilin s prokainem podle návodu Šlapoberského. Metoda spočívá v nitrožilně podávaném prokainu s penicilinem, retrográdně, na končetině stažené Esmarchovým obinadlem, přiloženým nad radiokarpální skloubení. Do jedné z žil na hřbet ruky se podává 20–40 ml 0,5 % prokainu se 100 000 až 200 000 jednotkami penicilinu. Nemocný pociťuje krátkou dobu napjatou bolest v prstech. Pozorujeme současně mapovitá, růžově fialová zbarvení kůže. Obinadlo ponecháváme 10 min. Zároveň se dostaví za tuto dobu dobrá anestézie celé ruky od místa stažení, takže je možné provést i případný operační zákrok.

Rovněž se nám osvědčila metoda laváže v lávkách s penicilinem, navržená Málkem. Je škoda, že se tyto lávky těžko dostanou. Bylo by vhodné je v dostatečném množství vyrábět. Avšak léčbu antibiotiky nesmíme pokládat za náhradu operačního zákroku.

Z místně užívaných léků většinou vystačíme s obyčejnou vazelinou nebo někdy přikládáme Višněvského emulzi. K podpoře epitelizace dáváme perubalzám. Co se týče převazů, o kterých se často diskutuje, zastáváme a doporučujeme stanovisko individualizace. Nelze určit termín převazu. Je nutné řídit se stavem nemocného a rány. Čím více dopřejeme ráně klidu, tím více jí prospějeme. Při trvání subjektivních potíží, hlavně bolesti a nespavosti, převazujeme ji i po 12 hodinách, jinak ponecháváme obvaz 4 až 5 dní bez převazu.

Za velmi důležitý léčebný doplněk považujeme včasnou rehabilitaci. Vhodné aktivní i pasivní pohyby zabraňují ztuhlosti a kontrakturám. Lze je velmi dobře provádět i na ošetrovnách útvarů. Upozorňujeme, že není dovoleno při rozcvičování používat násilí ani horkých nebo studených koupelí.

Závěrem chceme připomenout, že každé hnisavé onemocnění prstů a ruky vyžaduje klid na lůžku. Nepovažujeme za správné ponechávat nemocné s panaritíiem u roty. Zvláštní pozornosti zasluhují panaritíia kuchařů a pomocného personálu v kuchyni, kteří nejsou ohroženi jenom

sami, ale při kolektivním stravování ohrožují i ostatní zanesením infekce do potravin.

Naše snažení však musí směřovat, jak již bylo řečeno, hlavně k předejití hnisavých onemocnění prstů a ruky u vojáků. Hlavní lékař útvaru může na tomto poli učinit hodně, i když není jediným činitelem, který má vliv na snížení počtu hnisavých onemocnění prstů a ruky u svého útvaru. Velmi mnoho mohou pomoci velitelé čet a rot, kteří jsou při každém druhu zaměstnání svých podřízených. Zejména lze snížením úrazovosti podstatně omezit jednu z nejčastějších příčin hnisavých onemocnění prstů a ruky těmito zásadami:

1. správná péče o ruce;
2. ochrana před úrazy;
3. nutnost ošetřit odborně každé, i sebemenší poranění.

Výchova mužstva ke správné péči o ruce se musí stát jednou z důležitých povinností nejen hlavního lékaře, ale i všech přímých nadřízených.

Péči o ruce je nutno vštípit každému vojákov, musí být součástí všeobecné výchovy-osobní hygieny. Tak jako je nepřijatelné, aby voják měl rezavou pušku, tak by se mělo stát zákonem, že nesmí mít špinavé ruce, neostříhané nehty apod. Bohužel často se však přesvědčujeme, že mnoho našich vojáků má velmi zanedbané ruce. Zvláště u řidičů, tankistů, ženistů a dělostřelců se setkáváme s tímto stavem. Je pochopitelné, že na takto zanedbané kůži se stafylokokům velmi daří. Potom stačí i malá oděrka, které není věnována pozornost, aby bakterie vnikly do tkáně a způsobily zánět.

Dalším důležitým faktorem v prevenci hnisavých onemocnění prstů ruky je boj proti úrazovosti. Ročně jenom na našem oddělení ošetříme několik set různých úrazů prstů a ruky. Připočteme-li k tomu úrazy neošetřené a přepočteme-li je pak na naše obyvatelstvo, dopočítáme se miliónových čísel. Snad není člověka na světě, který by si během svého života nepřivodil nějaké zranění prstů a ruky. Uvědomíme-li si tuto skutečnost, pochopíme, jak je důležitý boj proti úrazovosti.

Zásady prevence úrazu můžeme stručně vyjádřit takto: pozornost při práci, používání všech vhodných ochranných prostředků, dokonalá organizace práce a pořádek na pracovišti. Neopatrností při práci, nepozorností, uspěchaností, někdy přílišným sebevědomím, jindy nezkušeností a neohrabaností je zaviněno mnoho vážných úrazů prstů a ruky. Organizace práce a pořádek na pracovišti je rovněž důležitý preventivní požadavek. Nedostatečné osvětlení, porucha strojů, nedostatek místa atd. jsou velmi často příčinou zbytečných zranění. Velmi málo se používá při práci ochranných prostředků. Při hrubé a špinavé práci dobře chrání gumové pracovní rukavice, které jsou běžně dostupné. To vše, co bylo řečeno o úrazovosti, bylo by možno shrnout pod společného ukazatele, to jest ukázněnost. Kázeň je nejdokonalším prostředkem, jak předejít mnoha úrazům.

Avšak i při sebezpozornější práci a dokonalém vybavení dojde často k úrazu. Zde je nutno chránit poraněný prst před vznikem panaritíu tím, že každou, i sebemenší ránu správně asepticky ošetříme. Na každé ošetřovně jsou k tomu dostatečné prostředky. Stručně uvedeme zásady ošetřování běžných poranění prstů a ruky, nevyžadujících složitějších chirurgických zákroků, které lze provádět na ošetřovnách útvaru.

Oděrky na prstech očistíme teplou mýdlovou vodou, okolí rány dezinfikujeme 3% až 5% jodovou tinkturou nebo podobným dezinfekčním roztokem. Jsou-li oděrky zcela povrchní a ne příliš velkého rozsahu, přikládáme malý čtvereček mulu s krycí masťou a připevníme leukoplasty nebo obvazem. Hlubší oděrky ošetřujeme v místním nebo svodném znečistlivění 1% prokainem, pochopitelně po předchozí přípravě operačního pole (oholení, očištění a dezinfekce okolí rány). Ránu revidujeme, pohmožděné okraje pečlivě excidujeme, šetříme každý kousek zdravé kůže. Revize rány nám umožní odstranit znečišťující tělíska a rozpoznat oděrky od znečištěné a slepené tržně zhmožděné rány, která by mohla být přehlédnuta a zapříčinila by hnisání. Okraje rány sešíváme a při rozsáhlejším poranění podáváme preventivně penicilin a ATS. Při každém poranění prstů a ruky, porušujícím celistvost kůže, musí lékař myslet na možnost poranění šlachy, proto je důležité vyšetřit pohyblivost prstů a ruky. Považujeme za nutné upozornit na možnost diagnostických omylů při narušení celistvosti šlach tam, kde poranění kůže ostrým předmětem při normální poloze prstů, ruky je mnohdy poměrně vzdáleno od místa poranění šlachy, jestliže došlo k poranění ve flekčním postavení prstů. Hlavní lékař útvaru musí vždy bedlivě zvážit své možnosti a zkušenosti při ošetřování poranění, aby jednak neodesílal na chirurgické oddělení každé drobné poranění a na druhé straně, aby sebezprecenění nevedlo k zanedbání správného ošetření. Každá rána na prstech a ruce porušující šlachy musí být okamžitě odeslána na chirurgické oddělení i v tom případě, ošetřuje-li prvotně ránu na ošetřovně útvaru lékař s chirurgickou erudicí. Je velkou chybou, když přetvří šlach je na ošetřovně útvaru ošetřeno jako povrchní rána. Je však špatnou vizitkou hlavního lékaře, když v pozdních hodinách nočních odesílá z 60km vzdálenosti povrchní oděrku nebo řeznou ránu do nemocnice k chirurgickému ošetření. Každý lékař útvaru je odpovědný za to, aby poranění prstů a ruky u jeho útvaru bylo správně prvotně chirurgicky ošetřeno a další léčení zařízeno podle rozsahu a vážnosti rány.

Zvláštní péče zasluhují poranění způsobená ostrým, špičatým předmětem, která zasahují do značné hloubky a porušují pouze malý okrsek kůže. U těchto poranění je nebezpečí zavlečení infekce do hloubky. Zvláště, je-li kůže nebo poranující předmět znečištěn. Podobná poranění se musí bedlivě pozorovat, aby včasná diagnóza tvořícího se panaritíu nebyla přehlédnuta. Při podobných poraněních může být inkubační doba

panaritia dlouhá, někdy i po 12—14 dnech se může vytvořit zánět kostního článku.

Závěrem chceme zdůraznit, že v boji proti hnisavých onemocnění prstů a ruky je zvláště důležitá úzká spolupráce lékaře s velitelem. Časté úrazy u jednotky jsou špatnou vizitkou velitele útvaru, časté hnisání a pozdní diagnózy panaritíu pak hlavního lékaře.

Jsme si vědomi toho, že v našem sdělení neuvádíme nové názory na ošetření hnisavých onemocnění prstů a ruky. Chceme však zdůraznit, že u těchto chirurgických onemocnění víc než kde jinde má veliký význam prevence. Důležitými preventivními opatřeními proti hnisavým onemocněním prstů a ruky je boj proti úrazům a správná péče o ruce.