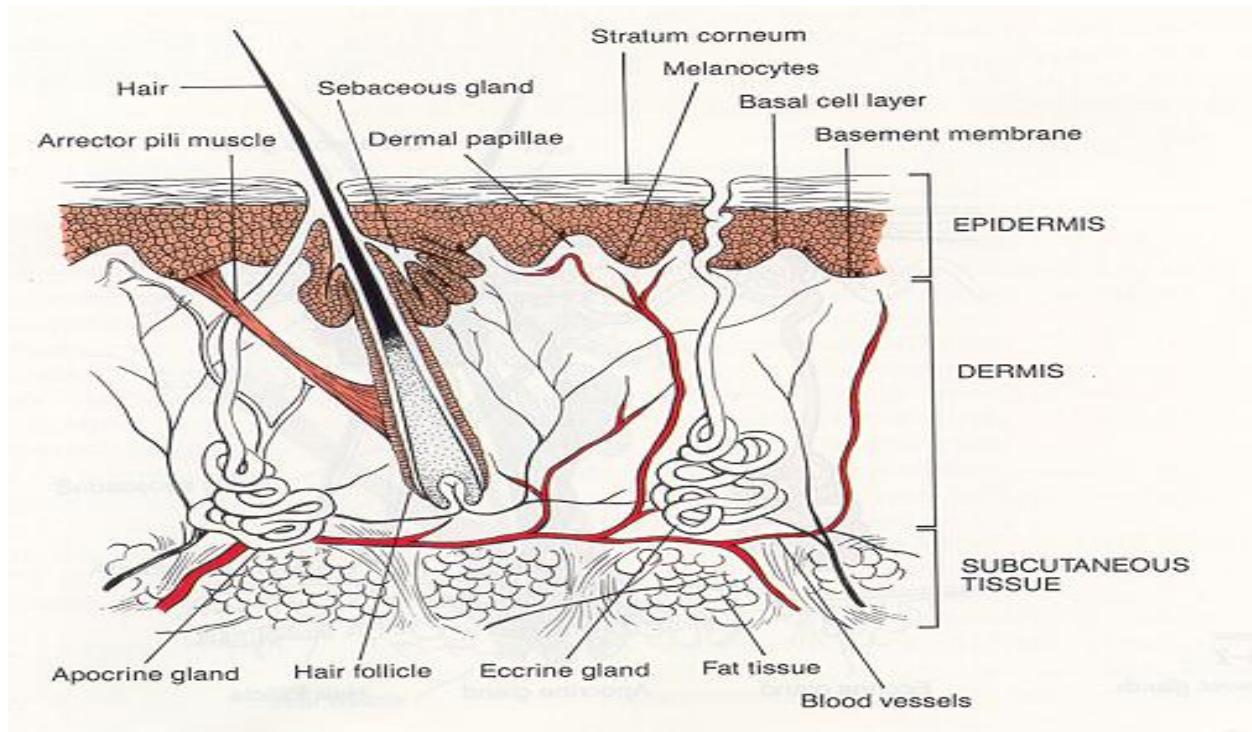


مروری بر آناتومی و فیزیولوژی پوست:



پوست تقریباً 15 تا 20 درصد وزن بدن را تشکیل می‌دهد که دارای 3 لایه اپیدرم، درم و هیپودرم می‌باشد.

● اپیدرم: لایه خارجی پوست شامل:

1- کراتینوسیت‌ها: دارای سلول‌های زنده در حال تقسیم مداوم که روی آنها با سلول‌های مرده‌ای که از درم بوجود می‌آید، پوشیده می‌شود. این سلول‌های مرده حاوی کراتین بوده و سد بیرونی پوست را تشکیل می‌دهند.

2- ملانوسیت‌ها: تولیدکننده ملانین و سازنده رنگ پوست و مو

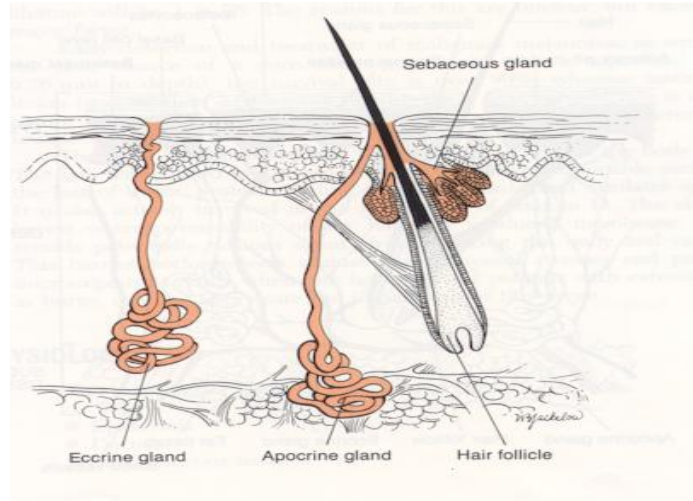
3- سلول‌های لانگرهانس: موثر در واکنش‌های ایمنی پوست

4- سلول‌های مرکل: انتقال‌دهنده تحریکات به آکسون از طریق یک سیناپس شیمیایی

● درم: شامل لایه پاپیلاری و رتیکولر - حاوی عروق خونی و لنفی، اعصاب، غدد چربی، غدد عرق و فولیکول‌های مو

● هیپودرم یا بافت زیر جلدی: موثر در افزایش تحریک پذیری پوست، شکل‌بندی طرح بدن، عایق‌بندی و تنظیم درجه حرارت بدن

ضمایم پوست نیز شامل غدد اکرین، غدد آپوکرین، غدد سباسه فولیکول های مو و ناخن ها می باشد.



اعمال پوست

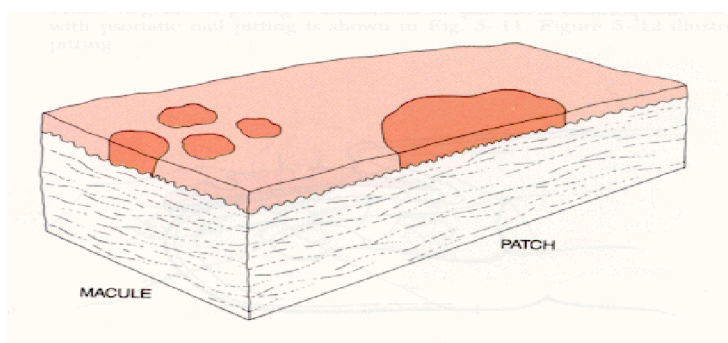
- 1- حفاظت خارجی بدن
- 2- تنظیم درجه حرارت
- 3- عضو حساس به درد و لمس
- 4- تولید ویتامین D
- 5- دفع مواد زائد بدن
- 6- برقرای تعادل مایعات بدن
- 7- موثر در پاسخ ایمنی
- 8- حفظ ظاهر بدن

بررسی و شناخت بیمار مبتلا به اختلالات پوستی

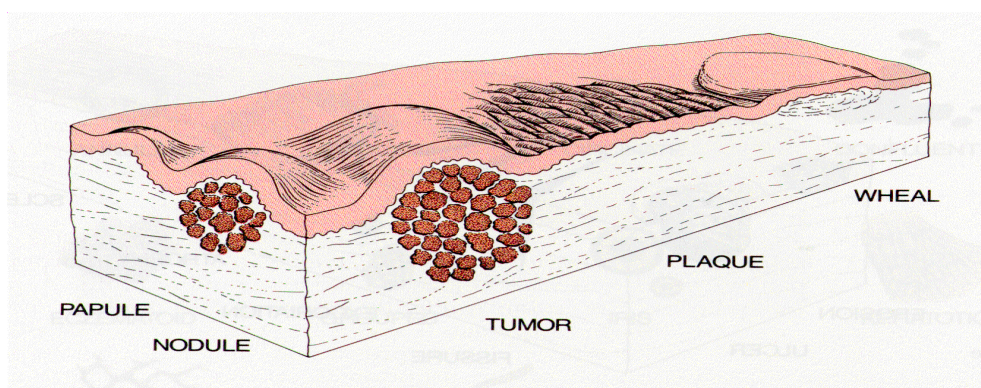
بررسی بیمار مبتلا به اختلالات پوستی، شامل سه مرحله تاریخچه، معاینه و تستهای تشخیصی می باشد. در این میان، معاینه و تشخیص صحیح اختلالات پوستی، بستگی به شناخت ضایعات یا تغییرات پوستی دارد که در اینجا به اختصار به مورفولوژی ضایعات پوستی اشاره می گردد:

● ماکول: ضایعه رنگی بدون برجستگی کمتر از 1cm مثل کک و مک یا خال

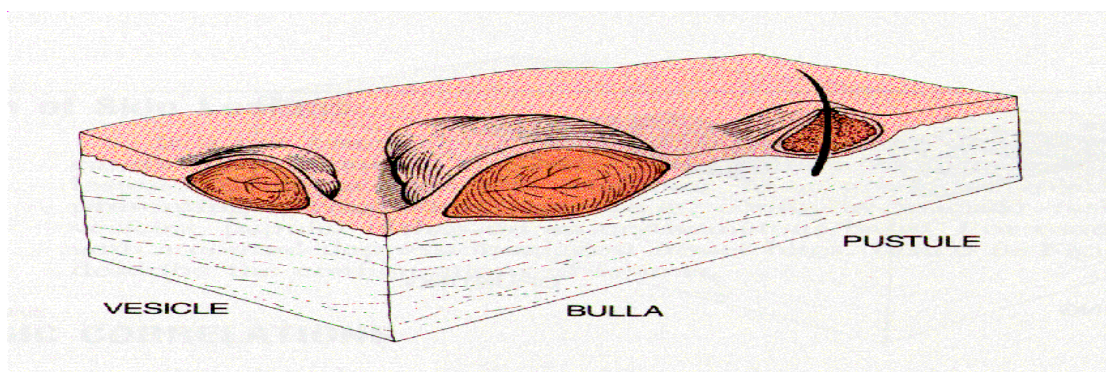
● پچ: شبیه ماکول ولی بزرگتر از 1cm مثل ماه گرفتگی



- پاپول: برجستگی توپر و کمتر از 1 cm مثل زگیل، جوش
- پلاک: شبیه پاپول ولی بزرگتر از 1 cm مثل اکزما
- ندول: توده سفت عمیق تر از پاپول که به داخل درم نفوذ کرده است. مثل خال رنگی
- تومور: توده سفت بزرگتر از ندول
- ویل: تجمع موضعی مایع در درم، برجسته و قرمز با شکل نامنظم مثل نیش حشره

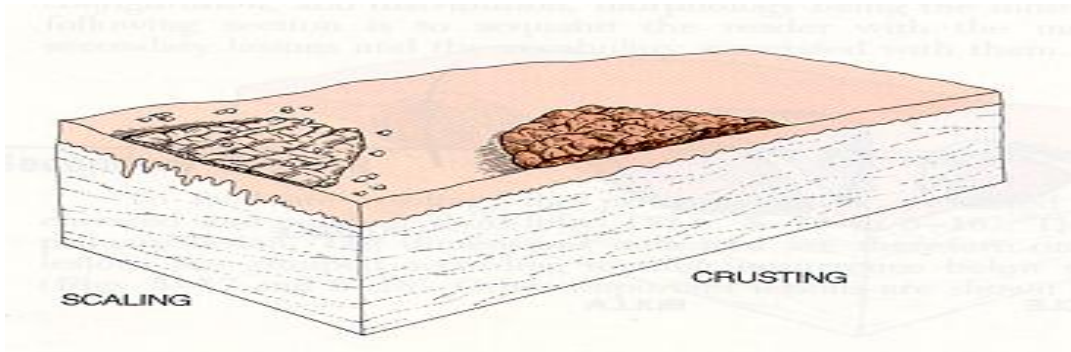


- وزیکول: برجستگی محدود حاوی مایع سرروزی یا خون کمتر از 1cm مثل آبله مرغان
- بول: وزیکولی که با مقدار زیادی ماده پر شده است.
- پوسچول: وزیکول یا بولی که با چرک پر شده است.



● پوسته: سلول های مرده و سفت شده اپیدرم که در حال جدا شدن هستند مثل شوره سر، پسوریازیس

● کبره: جرم یا سرم خشک شده در سطح بدن مثل زخم ناشی از ساییدگی



● آروزیون: از دست دادن تمام یا بخشی از اپیدرم مثل آبله بعد از پاره شدن

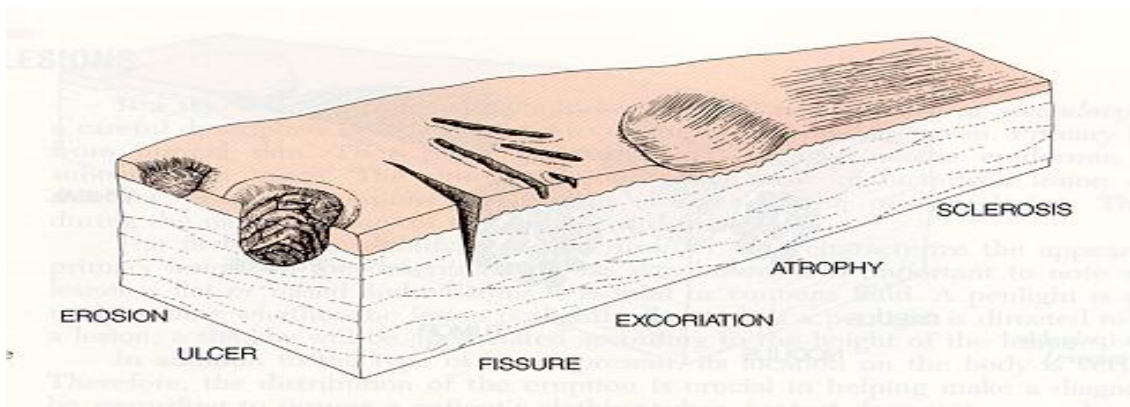
● اولسر: تشکیل زخم در درم

● فیشر (ترک): شکاف طولی مثل پای ورزشکار

● اکسکوریشن: آسیب سطحی پوست در اثر مالش یا اصطکاک

● آتروفی: کاهش حجم اپیدرم

● اسکار: تشکیل بافت همبند مثل زخم التیام یافته



تست‌های تشخیصی در اختلالات پوستی:

1- بیوپسی پوست: شامل 3 روش:

- پانچ بیوپسی: نمونه برداری با یک ابزار حلقوی با لبه های تیز و برنده
- بیوپسی با برش جراحی: مثلا جهت برداشتن ندول ها
- تراشیدن پوست با تیغ بیستوری یا قیچی

2- Patch testing (آزمون پچ): به منظور شناخت موادی که سبب پاسخ های حساسیتی پوست می شوند، انجام می شود.

3- Skin Scraping: تراشیدن پوست جهت ضایعات مشکوک به قارچ با تیغ بیستوری

4- Tzanck Smear: بررسی میکروسکوپی مایعات حاصل از وزیکول ها یا تاول ها

5- Woods Light: جهت بررسی ضایعات قارچی - ظهور رنگ سبز یا درخشان در تاباندن اشعه ماورا بنفش با طول موج زیاد به پوست دارای ضایعات قارچی

6- آزمایش KOH (هیدروکلرید پتاسیم): جهت بررسی ضایعات قارچی

دسته بندی اختلالات شایع پوستی

❖ اختلالات التهابی (درماتیت ها و پسوریازیس)

❖ اختلالات ترشحي (آکنه ولگاریس)

❖ عفونت های باکتریایی (زرد زخم، فولیکولیت)

❖ عفونت های ویروسی (زونا)

❖ عفونت های قارچی و انگلی

❖ اختلالات تاولی

❖ بدخیمی های پوستی

❖ اختلالات التهابی

درماتیت

هرگونه واکنش التهابی پوست نسبت به عوامل فیزیکی، شیمیایی یا بیولوژیک که منجر به آسیب اپیدرم شود. انواع درماتیت عبارتند از: تماسی، سبورئیک، اتوپیک

درماتیت تماسی

- تحریک بواسطه تماس پوست با مواد محرک آلرژیک یا غیر آلرژیک.
- علل شایع: مواد پاک کننده، آرایشی، گرما یا سرمای شدید و....
- علائم: ایجاد خارش، سوزش، قرمزی در محل تماس.
- در مرحله تحت حاد: خشکی، ترک، پوسته ریزی
- سپس در مرحله حاد و به دنبال خارش و دستکاری، ادم، پاپول، وزیکول، ترشح و عفونت ثانویه.



درمان و مراقبت

- استراحت دادن به پوست و عدم تماس با عامل محرک.
- عدم استفاده از شستشو دهنده ها.
- استفاده از لوسیونهای ملایم.
- در صورت وزیکول: پانسمان سرد و مرطوب.
- کورتیکواستروئیدهای موضعی و در صورت تشدید، غیر موضعی.
- عدم استفاده از نرم کننده های لباس.

درماتوز سبورئیک

- تولید بیش از حد سبوم در مناطقی که غدد چربی زیادند مانند صورت، سر، ابرو، پلک، زیربغل، سینه ها، ناحیه تناسلی و باسن.
- بیماری التهابی مزمن عود کننده. (انواع: چرب و خشک)
- چرب: ایجاد لکه های زرد چرب با یا بدون پوسته و قرمز.
- خشک: جدا شدن پوسته هایی از اپیدرم از پوست سر (شوره)
- اغلب همراه خارش: خراشیدگی و در نتیجه عفونت.
- عوامل: ژنتیک، هورمونی، تغذیه، عفونت، استرس.

درمان

- هدف: کنترل علائم و ترمیم پوست.
- چرب: کورتیکواستروئید موضعی؛ به علت احتمال عفونت های قارچی در چین و شکن ها: تمیز و خشک نگه داشتن.
- خشک: شامپو کردن صحیح روزانه یا یک روز در میان؛ استفاده از شامپوهای مختلف برای جلوگیری از مقاومت. انواع شامپوها: سلنیوم سولفاید، زینک، اسید سالیسیلیک و ترکیبات گوگرد.

مراقبت پرستاری

- دوری از محرکها
- قرار دادن پوست در معرض هوا
- شامپوی صحیح: 5 تا 10 دقیقه بماند. مالش آرام و سپس آبکشی.

پسوریازیس

یکی از شایع ترین بیماریهای پوستی، بیماری التهابی غیر عفونی پوست همراه با افزایش سرعت تولید سلول های اپیدرم (6 تا 9 برابر)

سلول ها در لایه زیرین پوست به سرعت تکثیر یافته و سلول های جدید خیلی سریع به سطح پوست می رسند، بطوریکه بصورت پوسته های فراوان به نظر می رسند.

علت اصلی: ناشناخته - ژنتیک و محیط نقش دارند.

- اضطراب و استرس شدید باعث تشدید علایم می شود.

علایم پسوریازیس : ضایعات پوستی به شکل لکه های قرمز برجسته که پوسته های نقره ای آنرا می پوشاند؛ شاید همراه با خارش

بیشترین نواحی درگیر: پوست سر، روی آرنج و زانو و استخوان ساکروم - ضایعات دوطرفه

ربع بیماران مبتلا به پسوریازیس ناخن می شوند.

عوارض پسوریازیس : همراهی بیماری با آرتریت های متعدد - گسترش پسوریازیس به تمام سطح بدن (پسوریازیس اریترودرمیک)

درمان پسوریازیس ▶

درمان اصلی: ناشناخته

هدف: کاهش سرعت رشد و تخریب سلول های پوست و از بین بردن ضایعات بدون تاثیر بر سایر بافت ها.

مهمترین اصول درمان:

1- برداشتن ملایم پوسته ها بعد از یک حمام روغنی (روغن زیتون، روغن های معدنی یا محلول های تجاری آماده (Aveeno))

2- دارودرمانی (با چهار روش استاندارد)

3- فتوکموتراپی

دارودرمانی (چهار روش استاندارد)

- ▶ موضعی: استفاده از فراورده های تار، آنترالین، اسید سالیسیلیک، کورتیکواستروئیدها و کلسی پوترین به صورت پماد، لوسیون، خمیر و شامپو.
- ▶ درون ضایعه ای: تزریق مستقیم تریامسینولون استوناید جهت لکه های پسوریازیس خیلی مشهود یا مقاوم به درمان با سایر روش ها.
- ▶ خوراکی: مثل رتینوئیدها
- ▶ تزریقی: مثل متوتروکسات جهت مهار کردن DNA در سلول های اپیدرم در مواردی که به درمان های دیگر پاسخ ندهد.

فتوگموتراپی

دادن یک داری حساس کننده به نور به بیمار و چک سطح سرمی دارو تا حداکثر آن و سپس قرار دادن بیمار در معرض تابش پرتو فرابنفش با طول موج بلند جهت کاهش تکثیر سلولی - 2 تا 3 بار در هفته تا زمان برطرف شدن بیماری - فواصل بین این درمان حتما 48 ساعت باشد. فکر می کنید چرا؟

مراقبتهای پرستاری در پسوریازیس

- توضیح در مورد عدم وجود درمان قطعی و لزوم ادامه درمان تا پایان عمر.

- توضیح در مورد عوامل ایجادکننده آن:

1. تحریک یا صدمه به پوست نظیر بریدگی، ساییدگی یا آفتاب سوختگی

2. ابتلا به بیماری عفونی مثل عفونت استرپتوکوکی گلو

3. فشارهای روحی - روانی و اضطراب

4. محیط زیست نامساعد (سردسیر)

5. مصرف برخی داروها مثل لیتیوم و بتابلوکرها

- توضیح در مورد بکارگیری روش های درمانی مناسب بسته به شدت بیماری؛ بعنوان مثال در برخی از حالات خفیف بیماری محدود به زانوها و آرنج ها، استعمال یک داری نرم کننده کافی است.

- اجتناب از کندن یا خاراندن نواحی مبتلا.

- توجهاتی در مورد استفاده از کورتون ها:

1. استفاده از کورتوهای ضعیف برای صورت، زیر بغل و کشاله ران در طولانی مدت.
2. مصرف داروی کورتون قوی فقط برای دوره 4 هفته ای و 2 بار در روز
3. در درگیری های وسیع و گسترده بدن: عدم استفاده از کورتون ها - درمان جایگزین: داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی یا اشعه فرابنفش

- طی مصرف کلسی پوترین: بررسی بیمار از نظر علائم هیپرکلسمی (زیرا از مشتقات ویتامین D3 است).

- در طی مصرف رتینوئیدها: توجه به حساسیت آفتاب و اینکه فرد باردار نباشد.

(2) اختلالات ترشحي (آکنه ولگاریس)

آکنه ولگاریس

- اختلالی شایع در فولیکولهای مو ناحیه صورت، گردن و بالاتنه.
- ایجاد ضایعات اولیه آکنه (کومدون). دو نوع: بسته یا جوش سرسفید. باز یا جوش سرسیاه.
- ایجاد پاپول، ندول و کیست.
- در هر دو جنس به یک میزان اما در دخترها زودتر.
- ژنتیک، هورمونها و باکتری.

تظاهرات

- با بلوغ و فعال شدن آندروژن ها، غدد سبوم تحریک و بزرگ شده و سبوم بیشتری ترشح و از محل فولیکول مو به سطح پوست می ریزند. اگر فولیکول مو به دلیل تجمع سبوم مسدود شوند، آکنه یا جوش ایجاد می شود.
- سرسفید: تجمع چربی و کراتین و تورم.
- سرسیاه: تجمع چربی و باکتری و سلولهای پوششی مرده.

- گاهی پارگی فولیکولها منجر به واکنش التهابی ناشی از باکتری پروپیونی باکتریوم موجود در فولیکول مو.
- تبدیل تری گلیسیرید به اسید چرب و گلیسرین.
- خفیف متوسط و شدید.



درمان

- غذا نقش مهمی ندارد اما برخی مانند شکلات، کولا، سرخ کردنی و لبنیات موجب تشدید.
- خفیف: روزی دو بار شستشو با صابون حاوی اسید سالیسیلیک و بنزوئیل پراکسید.
- داروهای موضعی: بنزوئیل پراکسید، ترتینوئین، تتراسایکلین و اریتروماپسین و کلیندامایسین.
- سیستمیک: تتراسایکلین، داکسی پین، رتینوئیدهای خوراکی (آکوتان).
- استروژن تراپی در خانمها.
- جراحی: تخلیه جوشها و تزریق موضعی کورتیکواستروئیدها. کریوتراپی با نیتروژن مایع. ساییدن پوست.

مراقبتهای پرستاری

- آموزش در مورد داروها:
- تترا: ممنوعیت در خانمهای باردار و کودکان. حساسیت به نور تهوع و اسهال و التهاب واژن در زنان.
- رتینوئیدها: التهاب لبها، خشکی و ترک پوست، تراتوژنیک بودن.
- استروژن: بزرگی سینه ها و ریزش مو در مردان.

3) عفونت های باکتریال پوست

عفونت های باکتریال پوست: پیودرم (Pyoderma) _ بیشترین عامل: ارگانیزم های گرم مثبت

شایع ترین نوع عفونت ها: 1 - زرد زخم 2 - فولیکولیت

1 - زرد زخم یا Impetigo

عفونت سطحی پوست با استرپتوکوکها یا استافیلوکوکها

یک نوع عفونت عمقی: زرد زخم تاولی - ناشی از استرپتوکوک طلایی همراه با تاول های بزرگ و پر از مایع

- بیشتر در کودکان با شرایط بهداشتی نامناسب

► علائم بالینی زرد زخم:

دارای ضایعه پوستی با مشخصات زیر: 1) ماکول قرمز 2) تبدیل به وزیکول با دیواره نازک 3) پاره شدن وزیکول و ایجاد دلمه

زرد عسلی رنگ

درمان زرد زخم:

- آنتی بیوتیک سیستمیک و موضعی

- آموزش رعایت بهداشت فردی در خانواده

2- فولیکولیت: درگیری سطحی فولیکول مو در لایه اپیدرم

بیشتر ناشی از استافیلوکوک - گاهی همراه با مصرف روغن های سر یا روغن حمام

3- دمل: نوع عمیق تر فولیکولیت - التهاب حاد عمقی یک یا چند فولیکول مو که به درم گسترش می یابد.

4- فرونکل: ضایعات متعدد و عمقی برگشت پذیر - ناشی از محیط گرم و مرطوب در قسمت های پوشیده از مو و عرق دار

5- کورک: گرفتاری چند فولیکول مو به صورت آبسه پوستی - درگیری بافت زیر جلدی - بیشتر در پشت گردن و باسن -

همراه با تب شدید و درد و خطر سپتی سمی

6- گل مژه: فولیکولیت عمقی پلک ها

● درمان عفونتهای باکتریال پوست:

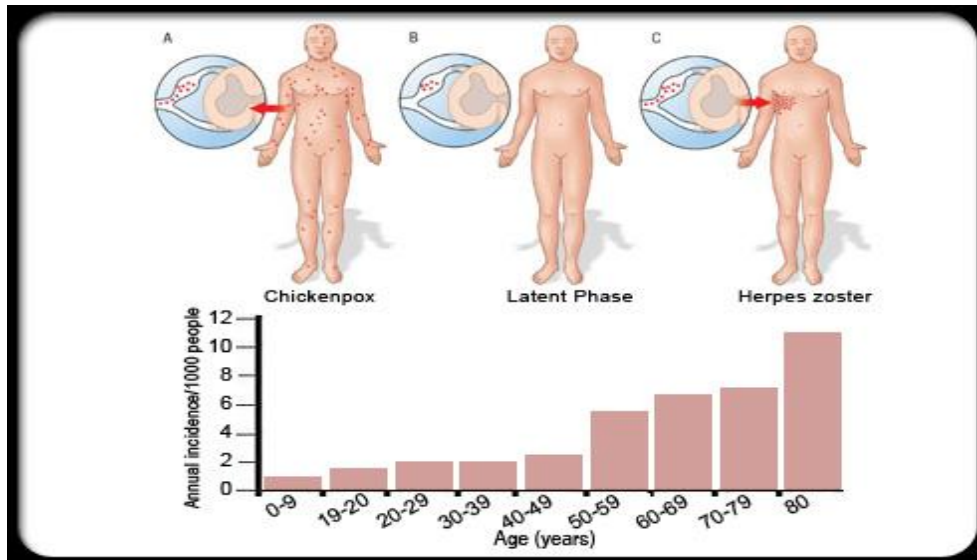
- 1- نباید جوش فشار داده شود.
- 2- آنتی بیوتیک تراپی سیستمیک
- 3- کمپرس گرم و مرطوب
- 4- تمیز کردن پوست با آب و صابون و مصرف پماد آنتی بیوتیک.
- 5- آموزش افزایش مقاومت بیمار، تامین محیط بهداشتی و مصرف مناسب داروها

(4) عفونت های ویروسی پوست

1- زونا یا هرپس زوستر

ناشی از واریسلا زوستر بصورت وزیکول های یکطرفه در مسیر درماتوزوم های عصبی.

علت: فعالیت مجدد ویروس آبله مرغان در اثر ضعف سیستم ایمنی.



علایم:

- درد خفیف تا عمیق قبل یا همراه با ظهور بثورات (50٪ موارد درد تا سالها باقی می ماند).

- در $\frac{2}{3}$ موارد ضایعات روی قفسه سینه و در $\frac{1}{3}$ موارد درگیری عصب سه قلو

- خارش

مشخصه دیگر ضایعات: اگر بثورات 1 تا 2 روز بعد از بروز درد ظاهر شوند، 2 تا 3 هفته بعد رفع می شوند ولی اگر 1 هفته پس از درد ظاهر شوند، بیماری طولانی تر خواهد بود.

درمان:

کنترل درد با مسکن در مرحله حاد بیماری

کورتون های سیستمیک

داروهای ضد ویروس مثل آسیکلوویر (حداکثر زمان شروع دارو: 24 ساعت از ظهور بثورات)

2- تب خال

عفونت شایع پوستی ناشی از ویروس هرپس سیمپلکس_ به صورت وزیکول های گروهی در زمینه قرمز روی لب ها یا ناحیه تناسلی.

نوع 1: تب خال دهانی

نوع 2: تب خال تناسلی

تب خال تناسلی در عفونت های شدید ، وزیکول های گروهی قرینه در زمینه ای قرمز ابتدا در واژن، رکتوم یا پرینه همراه با لنفادنوپاتی موضعی - تب و علایم آنفولانزا .

علل شروع کننده: آفتاب، تنش زیاد

تشخیص: مشاهده ظاهر پوست - نمونه برداری از رویه های زخم

درمان: بهبود خودبخودی - فقط در صورت شدت داشتن بطور متناوب: آسیکلوویر

یک نکته درمانی:

در بیماران با بیش از 6 بار عود: درمان سرکوب کننده با آسیکلوویر

3- زگیل (Wart)

هیپرتروفی سلول های اپیدرم به علت عفونت ویروسی

درمان خاصی ندارد. گاهی استفاده از انجماد درمانی (کرایوسرجری) و سوزاندن (الکترو دسیکاسیون)

5) عفونت های قارچی پوست

1- Tinea : عفونت قارچی شایع پوست به شکل کرم حلقه ای در هر نقطه ای از بدن

تشخیص: تست KOH و بررسی با لامپ وود

شایع ترین نوع: قارچ پاها (بویژه در کف پاها یا بین انگشتان به دلیل تعریق زیاد)

سایر محل ها: بدن - سر - ناحیه تناسلی (بخصوص در دیابتی ها) - ناخن

درمان عفونت قارچی پا:

- ▶ خشک نگهداشتن پاها
- ▶ استفاده از جوراب نخی
- ▶ عدم استفاده از کفش های با تخت پلاستیکی
- ▶ گذاشتن پنبه بین انگشتان
- ▶ زدن پودر ضد قارچ بعد از خشک کردن پاها
- ▶ در مرحله حاد: استفاده از محلول نمکی و پرمنگنات پتاسیم جهت تمیز کردن دلمه ها و پوسته ها و استفاده از داروهای ضد قارچ.

6) عفونت های انگلی پوست

1- شپش: آلودگی سر، بدن یا ناحیه تناسلی با شپش

علامت: خارش موها

درمان: شستن موها با شامپوی حاوی لیندان یا ترکیبات Permethrin

2- گال (Scabies)

آلودگی پوستی توسط حشره ای با نام سارکوپتس اسکیبی

علامت: 4 هفته پس از تماس با این انگل علائم ظاهر می شود:

خارش شدید بخصوص در شب (علامت کلاسیک گال)

حفره زیر پوستی صاف یا موج قهوه ای یا سیاه و ضایعات نخعی شکل بین انگشتان و مچ های دست

▶ تشخیص: مشاهده حشره در پوست توسط روش شیو بیوپسی

▶ مراقبت و درمان گال:

✓ حمام با صابون برای خشکاندن پوسته ها و حشرات

✓ داروهای ضد گال در تمام نواحی بدن (بجز صورت و سر که مبتلا به گال نمی شود).

✓ کورتون ها: پس از پایان دوره درمان بر روی ضایعات

✓ آموزش به بیمار:

✓ یادآوری لزوم درمان تمام اعضای خانواده بیمار با یا بدون علامت.

✓ تعویض ملحفه ها و لباس ها و شستن با آب بسیار داغ و خشک کردن با حرارت بالا.

7) اختلالات تاوولی پوست (پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوئید تاوولی، درماتیت هرپتی فرم)

1- پمفیگوس ولگاریس

یک بیماری نادر پوستی - ظهور تاوول های پوستی بزرگ و بدبو که مدتی بعد پاره شده و زخم دردناک و دارای ترشح بجای گذاشته و روی زخم ها را دلمه می پوشاند. علامت نیکولسکی (Nikolsky Sign): در صورت فشار به پوست تاوول ایجاد می شود.

تشخیص: 1. بیوپسی از تاوول و مشاهده فرایند آکانتولیز (Acantholysis): یعنی جدا شدن سلول های اپیدرم از یکدیگر و تجمع مایع بین آنها 2. وجود آنتی بادی های IgG

درمان:

- انتخابی: کورتون تراپی سیستمیک با دوز بالا تا فروکش کردن علائم بالینی و سپس کورتون خوراکی
- دیگر درمان ها: ایمونوساپرسنتها مثل ایموران (آزاتیوپرین)
- درمان با طلا همراه با کورتون ها در اشکال مزمن بیماری
- پلاسمافرز جهت کاهش سطح سرمی پلاسما از آنتی بادی ها
- درمان موضعی با سولفادایزین نقره یا زایلوکابین

مراقبتهای پرستاری در پمفیگوس ولگاریس

- ✓ تغییر پوزیشن و تشک هوا
- ✓ کمپرس ضایعات با محلول Dakin
- ✓ کنترل عفونت و پیشگیری از آن بعد از اافت سیستم ایمنی (بویژه دهان)
- ✓ جبران مایعات و الکترولیت ها
- ✓ رژیم پرپروتئین
- ✓ حمایت روانی و بهبود تصویر ذهنی

2- پمفیگوئید تاولی

اختلال مزمن تاولی در زیر اپیدرم - علت: اتوایمیون - ایجاد تاول بزرگ و شل ساب درمال عمدتاً در کشاله ران، زیر بغل، فلکسور ساعد و پاها در سنین بالا. خارش شدید قبل از ظهور تاول
یک بیماری خوش خیم - طی 5 تا 6 سال درمان می شود. البته بدون درمان سرکوب سیستم ایمنی و کورتون ها، کشنده است.

3- درماتیت هرپتی فرم

یک بیماری مزمن با خارش شدید همراه با تاول های کوچک و سفت در هر سنی - بیشتر 20 تا 40 سالگی
ضایعات قرینه با اشکال مختلف پاپول، وزیکول و وزیکوبولوس و اکثراً در بیماران با نقص در متابولیسم گلوتن وجود دارد.
درمان: داپسون (ترکیب تتراسیکلین + نیکوتینامید) و رژیم غذایی بدون گلوتن
● مراقبت پرستاری در درماتیت هرپتی فرم:

1. چک بیمار از نظر کمبود G6PD ، زیرا داپسون سبب همولیز شدید در افراد دچار کمبود G6PD می شود.

2. حذف گلوتن از رژیم غذایی

8) بدخیمی های پوست

2 نوع است، شامل: کارسینوم سلولهای بازال و پوششی

سرطان سلولهای بازال: شایعتر. نواحی آفتاب دیده. رابطه مستقیم با سن و در معرض آفتاب بودن. معکوس با ملانین پوست.
ندولهای کوچک و نرم لبه های مات و صدفی. بزرگی عروق ناحیه. قسمت مرکزی رشد تومور و ترشحات خشک. بیشتر در ناحیه صورت.

کارسینوم سلولهای پوششی

• تکثیر بدخیم سلولهای اپیدرم. در نواحی تحت تابش بیشتر. بعلت متاستاتیک بودن بوسیله خون یا لنف و تهاجم شدید خطرناک ترند. می تواند اولیه یا ثانویه به عوارضی مانند زخم، اسکار، لکوپلاکیا و... باشد. زیر، ضخیم و پوسته دار. ممکن است خونریزی بدهد.

تعریف سوختگی:

ضایعاتی که در نتیجه تماس مستقیم یا قرار گرفتن در معرض منابع حرارتی، شیمیایی، الکتریکی یا تابشی ایجاد می شود. عمق سوختگی بستگی به عملکرد عامل حرارتی و طول مدت در معرض قرار گرفتن با آن دارد.

◎ اتیولوژی سوختگی:

بر حسب مکانیزم ایجاد صدمه:

1- سوختگی های حرارتی مثل آب، آتش و مواد داغ

2- سوختگی های شیمیایی مثل اسید یا قلیاهای قوی

3- سوختگی های الکتریکی

4- سوختگی های تابشی

طبقه بندی دیگر سوختگی : بر حسب عمق و شدت ضایعه بافتی:

● ضخامت نسبی سطحی (شبيه درجه 1):

● ضخامت نسبی عمقی (شبيه درجه 2):

● ضخامت کامل (شبيه درجه 3):

1- ضخامت نسبی سطحی (شبيه درجه 1):

● آسیب اپیدرم یا از بین رفتن آن و آسیب بخشی از درم (شاید)

● ظاهر پوست: قرمز، دردناک و خشک و احتمالاً دارای تاول.

● زخم تا یک هفته بهبود می یابد بدون ماندن اثر زخم.

● علت: آفتاب، شعله کوچک

2- ضخامت نسبی عمقی (شبيه درجه 2):

● آسیب اپیدرم و بخش های بالایی و پایینی درم

- علایم: درد، قرمزی و ترشح آگزودا همراه با ادم - بهبودی 2 تا 4 هفته - اثر زخم (اسکار) بجا می ماند.
- علل: آب جوش ، شعله آتش.

3- ضخامت کامل (شبهه درجه 3):

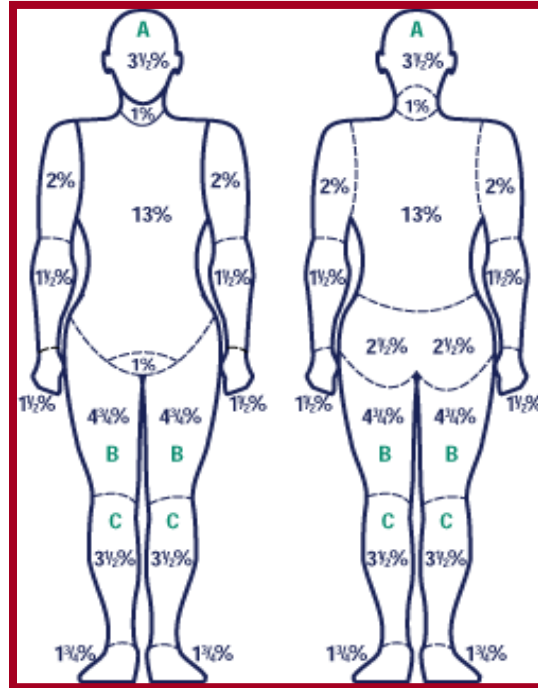
- نابودی درم و اپیدرم و بافتهای زیرین (بافت زیر جلدی، عضله و استخوان)
- علایم: زخم بدون درد، خشک، رنگ پریده، تخریب پوست و نمایان شدن چربی - لزوم پیوند پوست.

تعیین سطح صدمه دیده بدن

روش اول: قانون 9

مضاربی از عدد 9 بصورت درصد به سطوح اصلی بدن اختصاص می یابد. جهت محاسبه مقدار مایع جایگزین بدن بکار می رود.

جدید ترین روش تعیین درصد سوختگی



روش دوم: روش کف دستی: در بیمار با سوختگی های پراکنده ، اندازه کف دست تقریبا 1٪ کل سطح بدن است.

روش سوم: قانون لاند و برودر: تعیین سطح سوختگی طبق یک جدول برحسب سن و سطح بدن.

◎ پاتوفیزیولوژی سوختگی:

سوختگی منجر به از بین رفتن عملکرد پوست شده و تغییراتی را در آن ایجاد می کند:

1- کاهش نقش محافظتی در برابر عفونت

2- فرار مایعات بدن

3- عدم کنترل درجه حرارت

4- تخریب غدد سباسه و عرق

5- تخریب گیرنده های حسی

سوختگی های کمتر از 25٪ منجر به ایجاد پاسخ موضعی اولیه می گردد.

سوختگی های بیش از 25٪ منجر به ایجاد پاسخ موضعی و عمومی می شود. پاسخ عمومی با آزاد شدن سیتوکین ها و واسطه های دیگر در جریان خون بوقوع می پیوندد.

اولین اتفاق سیستمیک بعد از سوختگی های بزرگ: ناپایداری وضعیت همودینامیک - علت آن: از بین رفتن یکپارچگی مویرگها و جابجایی مایعات، سدیم و پروتئین ها از فضای داخل عروقی به فضای بین سلولی و بدنبال آن کاهش CO₂، کاهش BP و خطر شوک می باشد.

نکته: بیشترین میزان تراوش مایع به فضای میان بافتی: 24 تا 36 ساعت اول پس از سوختگی

تغییرات سیستمیک پس از سوختگی

- تغییرات آب و الکترولیت: هیپوولمی - هیپوناترمی - هیپرکالمی (به علت تخریب زیاد سلول های بدن)
- تغییرات خونی: کم خونی (به علت آسیب RBCها - ولی معمولا Hct به دلیل از دست رفتن پلاسما افزایش می یابد).
- تغییرات تنفسی: صدمات تنفسی به صورت هیپوکسی و انسداد راه هوایی.
- قلبی - عروقی: تضعیف میوکارد و کاهش برون ده قلبی، سپس کاهش پرفیوژن بافتی و نهایتا اسیدوز.
- تغییرات گوارشی: فلج روده و زخم کرلینگ (زخم سطحی دوازدهه یا معده) ناشی از استرس فیزیولوژیک سوختگی
- تغییرات کلیوی: نارسایی کلیه
- تغییرات کبد و طحال: نارسایی کبد و طحال
- تغییرات درجه حرارت: هیپوترمی در ابتدا و سپس هیپرترمی - فکر می کنید چرا؟ به علت افزایش سوخت و ساز بدن

مراقبت از بیمار مبتلا به صدمات سوختگی:

3 مرحله دارد:

- 1- مرحله احیاء فوری (اورژانسی): از شروع صدمات تا کامل شدن جایگزینی مایعات
- 2- مرحله میانی یا حاد: از شروع ادرار کردن تا حدود تکمیل بسته شدن زخم
- 3- مرحله بازتوانی: از بسته شدن زخم اصلی تا بازگشت فرد به سطح مطلوب سازگاری جسمی و روانی

1 - مرحله احیاء فوری در محل حادثه

- ▶ دور کردن بیمار از منبع ایجاد ضایعه
- ▶ متوقف کردن روند سوختگی (با لحاف یا پتو یا آب و گرنه خوابانیدن بیمار روی زمین و غلطاندن روی زمین)
- ▶ در آوردن کلیه لباسها در اسرع وقت
- ▶ خارج کردن کلیه وسایل زینتی، ساعت و کمر بند
- ▶ ریختن آب تمیز بطور مستقیم در ناحیه صدمه دیده و سرد کردن سریع آن محل (نکته: توجه به هیپوترمی بیمار) - عدم استفاده از یخ یا کیسه یخ.
- ▶ توجه به نکات خاص در سوختگی های شیمیایی یا الکتریکی

در سوختگی های شیمیایی:

- ▶ در آوردن کلیه لباس ها
- ▶ برس کشیدن بدن و پاک کردن مواد شیمیایی که به شکل پودر هستند.
- ▶ شستشوی محل ضایعه با مقدار زیادی آب (حداقل 15 تا 30 دقیقه) تا از بین رفتن سوزش و درد
- (خنثی کردن مواد شیمیایی ممنوع است).
- ▶ در آسیب چشمی، استفاده از قطره بیحس کننده چشم، سپس شستشو با سرم فیزیولوژی به صورت سقوط آزاد 0.5 تا 1 ساعت.

برخورد با بیمار سوخته در محل:

الف) اقدامات و ارزیابی اولیه:

- 1- دادن اکسیژن مرطوب 100٪ به تمام بیماران (حتی در بیماران بدون آسیب تنفسی)
در صدمات خفیف فقط مرطوب سازی هوای دمی.
- 2- بررسی راه هوایی و در صورت لزوم گذاشتن لوله تراشه (برای بیماران بیهوش یا ادم شدید گلوت)
- 3- بررسی قفسه سینه (آیا می تواند خوب باز شود یا نه) و در صورت لزوم اسکاروتومی

4- کنترل BP (گاهی مشکل بوده و کنترل نبض مفیدتر است).

5_ بیحرکت سازی گردن در احتمال آسیب گردنی (بویژه با برق فشار قوی)

6- مانیتور قلب در برق گرفتگی ها به مدت حداقل 24 ساعت.

(ب) اقدامات و ارزیابی ثانویه:

1. بررسی دقیق سر تا نوک پا و تعیین ضایعات
2. بررسی سابقه بیماری قبلی، داروهای مصرفی و آلرژی و علت وقوع حادثه
3. گرفتن برانول و تزریق رینگر لاکتات (500 cc در ساعت در بزرگسالان و 250cc در ساعت در کودکان بالای 5 سال.
4. پوشاندن محل سوختگی با پارچه تمیز و رسیدگی به زخم ها به روش آسپتیک
5. تجویز مسکن برای درد به طریق وریدی با دوز کم. فکر می کنید چرا؟
- به علت وجود مایع در فضای سوم، تزریق زیر جلدی و عضلانی دارو خوب جذب نخواهد شد.
6. عدم استفاده از هر گونه مواد سنتی یا پمادهای موضعی در محل مثل خمیر دندان یا سیب زمینی
7. پوشاندن بیمار با پتو جهت حفظ درجه حرارت بدن
8. NPO نمودن بیمار

درمان طبی فوری در بیمارستان

در اصل اقدامات، مشابه با اقداماتی است که قبل از انتقال بیمار به بیمارستان صورت می گیرد و تنها فرق آن، امکانات و اقدامات بیشتر در بخش اورژانس است که مانند سایر تروماها است:

1- ABC و برقراری راه هوایی

2- بی حرکتی گردن

3- بررسی دقیق سر تا نوک پا (خارج کردن لنزها و ادامه شستشوی شیمیایی زخمها)

4- بررسی ضایعات استنشاقی

5- معاینه دقیق عصبی

6- انجام آزمایشات روتین (BS – BUN – Cr و الکترولیتها)؛ بررسی ریه ها (ABG)، عکس قفسه سینه و اندازه گیری کربوکسی هموگلوبین (UA)؛ وجد قند در ادرار، یک یافته عادی در ساعات اولیه بعد از سوختگی است. علت چیست؟

پاسخ: آزاد شدن گلوکز ذخیره شده در کبد در پاسخ به استرس.

7- معاینه دقیق اندام های انتهایی از نظر داشتن نبض بخصوص در مواقع سوختگی دورتا دور اندام؛ همچنین بررسی بیمار از نظر سردی، سفتی، رنگ پریدگی و ادم شدید اندام.

8- جلوگیری از شوک (مهم و ضروری)

9- اسکاروتومی قفسه سینه (پس از تزریق مسکن با کمک تیغ بیستوری) - گاهی انسزیون مید آگزیلار که به علت خطر خونریزی نباید به زیر جلد وارد شود.

10- مانیتور نبض تا 48 ساعت

11- بالا نگهداشتن اندام سوخته (بسیار مهم)

جایگزینی مایعات بدن

● فوری ترین ضرورت جلوگیری از بروز شوک برگشت ناپذیر: مایع درمانی

● هدف از مایع درمانی: جایگزینی آب و الکترولیتها جهت افزایش BP سیستولیک به بیش از 100 میلی متر جیوه و نبض کمتر از 110 و برون ده ادراری 30 تا 50 میلی لیتر در ساعت

● مایعات مورد استفاده: کلوئیدها (خون کامل، پلاسما و آلبومین) و کریستالوئیدها (نرمال سالین یا رینگر لاکتات)

تعیین میزان مایع لازم در بالغین دچار سوختگی

در 24 ساعت اول: درصد سوختگی * 2 ml / kg تا 4

نیمی از مایعات طی 8 ساعت اول و نیم دیگر طی 16 ساعت بعدی.

در 24 ساعت دوم: مجموعاً نصف مایعات روز اول یا 0.5 ml / kg

نکته مهم: مقدار و حجم تزریق باید بر اساس پاسخ و واکنش بیمار تنظیم گردد.

در سوختگی های بزرگ، صدمات ناشی از برق گرفتگی، صدمات تنفسی و مسمومیت با الکل و تأخیر در جایگزینی مایعات؛ بایستی مایعات تجویزی بیشتر باشد.

● معیارهای مهم در جایگزینی مایعات

معیارمهم: برون ده ادراری 30 تا 50 میلی لیتر در ساعت

معیارهای دیگر: Hb و Hct و سدیم خون

در صورت کاهش Hb و Hct و برون ده بیشتر از 50 میلی لیتر در ساعت باید سرم کاهش یابد.

آغاز فاز دیورتیک: 24 تا 48 ساعت پس از سوختگی

2- مرحله میانی یا حاد در مراقبت سوختگی

● از 48 تا 72 ساعت بعد از سوختگی شروع می شود.

● توجه به موارد مهم:

1- انسداد مجاری تنفسی: ناشی از ادم بخش فوقانی راه هوایی - بررسی تنفس بیمار و مایعات بدن بیشترین اولویت را در شناسایی عوارض دارد.

2- شروع دیورز بعد از سوختگی: ناشی از برگشت نفوذ پذیری عروقی

3- کنترل عوارض قلبی و عفونت (سپتی سمی)

سپتی سمی: بیشترین علت مرگ در بیماران با سوختگی بالای 25٪ - علائم اولیه سپسیس: افزایش درجه حرارت، نبض و فشار نبض و برافروختگی پوست نواحی سوخته

4- عفونت محل زخم سوختگی: 10^5 باکتری در هر گرم بافت در کشت زخم - التهاب - تراوش رگه های خونی درم -

منابع ایجاد عفونت باکتریال: دستگاه روده ای و سپس محیط اطراف بیمار

مراقبت از زخم سوختگی

● شامل دبریدمان روزانه و پانسمان

● هیدروتراپی (یک روش تمیز کردن زخم - نباید بیش از 30 دقیقه طول بکشد).

● استفاده از پماد موضعی - چرا؟ - زیرا محل سوخته عروق مناسبی ندارد و آنتی بیوتیک به آن قسمت نمی رسد. آنتی بیوتیک سیستمیک بیشتر جنبه پروفیلاکسی دارد.

داروهای موضعی مورد استفاده در درمان سوختگی:

- 1- سیلور سولفادیازین: باکتری کش - درد کمتری نسبت به سایر داروها دارد.
- 2- استات فناید (سولفامیلون): از اسکار زخم هم نفوذ می کند. قبل از استفاده به بیمار مسکن داده شود (به علت سوزش دردناک و شدید به مدت 20 دقیقه)
- 3- نیترات نقره: کمتر بکار می رود.

● نکات مهم در پانسمان زخم سوختگی

- ▶ داروی موضعی بعد از پاک کردن و خشک کردن نواحی سوخته مالیده شود و روی آن با چند لایه پانسمان پوشانیده شود.
- ▶ پانسمان در محل مفاصل سبک باشد.
- ▶ در صورت سوختگی دست و پا، انگشتان جدا جدا پیچیده شوند.
- ▶ در نواحی پرینه، صورت و گردن، پانسمان باز انجام شود.
- ▶ پانسمان بسته بیشتر در نواحی پیوند پوست انجام می شود.
- ▶ تعویض پانسمان 20 دقیقه بعد از تجویز مسکن باشد.
- ▶ دبریدمان زخم می تواند به روش مکانیکی (طبیعی) یا جراحی باشد.

پیوند در زخم سوختگی

اندیکاسیون: زخم های تمام ضخامت و وسیع

انواع روش های پیوند پوست:

الف) روش های بیولوژیک:

- 1- آلوگرافت: پوست بدست آمده از انسان زنده یا تازه مرده یا کیسه جنینی - یک روش گران قیمت ولی کیفیت بالایی دارد.

2- زئوگرافت: پوست بدست مده از حیوانات مثل خوک

3- اتوگرافت: پوست بدست آمده از خود بیمار

ب) روش های بیوسنتتیک یا سنتتیک: مثل بیوبران (Biobrane): ترکیبی از کلاژن و نایلون - ارزان قیمت - قابل نگهداری برای مدت زمان طولانی در بسته های استریل

⊙ اتوگرافت

مطلوب ترین روش پیوند پوست به علت عدم رد پیوند توسط سیستم ایمنی بیمار.

⊙ مراقبت از پوست اتوگرافت شده:

1- بیحرکت کردن پیوند

2- استفاده از پانسمان بسته، آتل و پانسمان بیولوژیک یا سنتتیک

3- جلوگیری از فشار به محل پیوند شده (دقت در تغییر پوزیشن بیمار)

4- بالا نگه داشتن عضو در پیوند اندام تحتانی جهت پیشگیری از ادم

5- ورزش محل پیوند 5 تا 7 روز بعد از پیوند

⊙ مراقبت از محل دهنده پیوند:

1. خشک و تمیز نگهداشتن محل دهنده پیوند

2. جلوگیری از اعمال فشار

3. کنترل درد

4. پانسمان مرطوب حین جراحی روی محل برداشتن پیوند و سپس استفاده موضعی از مواد ترومبوآستاتیک مثل اپی

نفرین.

3- مرحله باز توانی در مراقبت سوختگی

بلافاصله بعد از سوختگی شروع شده و تا سال ها بعد ادامه می یابد. زخم ها 1.5 تا 2 سال در حالت پویا هستند که اگر روش های صحیحی بکار گرفته شود ، بافت اسکار قرمزی و نرمی خودش را از دست می دهد. برای جلوگیری از اسکار هیپرتروفیک، استفاده از لباس های فشارنده مفید است.