

الله أكبر
الحمد لله رب العالمين
صلى الله على سيدنا محمد
وآله الطيبين الطاهرين
الطاهرين الأئمة
الرضا عليهم السلام
السلامة والبركات
والرحمة والنعمة
والعزة والكرامات
والجود والسخاء
والعفو والصفح
والغنى والفاخرات
والعز والبركات
والرحمة والنعمة
والعزة والكرامات
والجود والسخاء
والعفو والصفح
والغنى والفاخرات

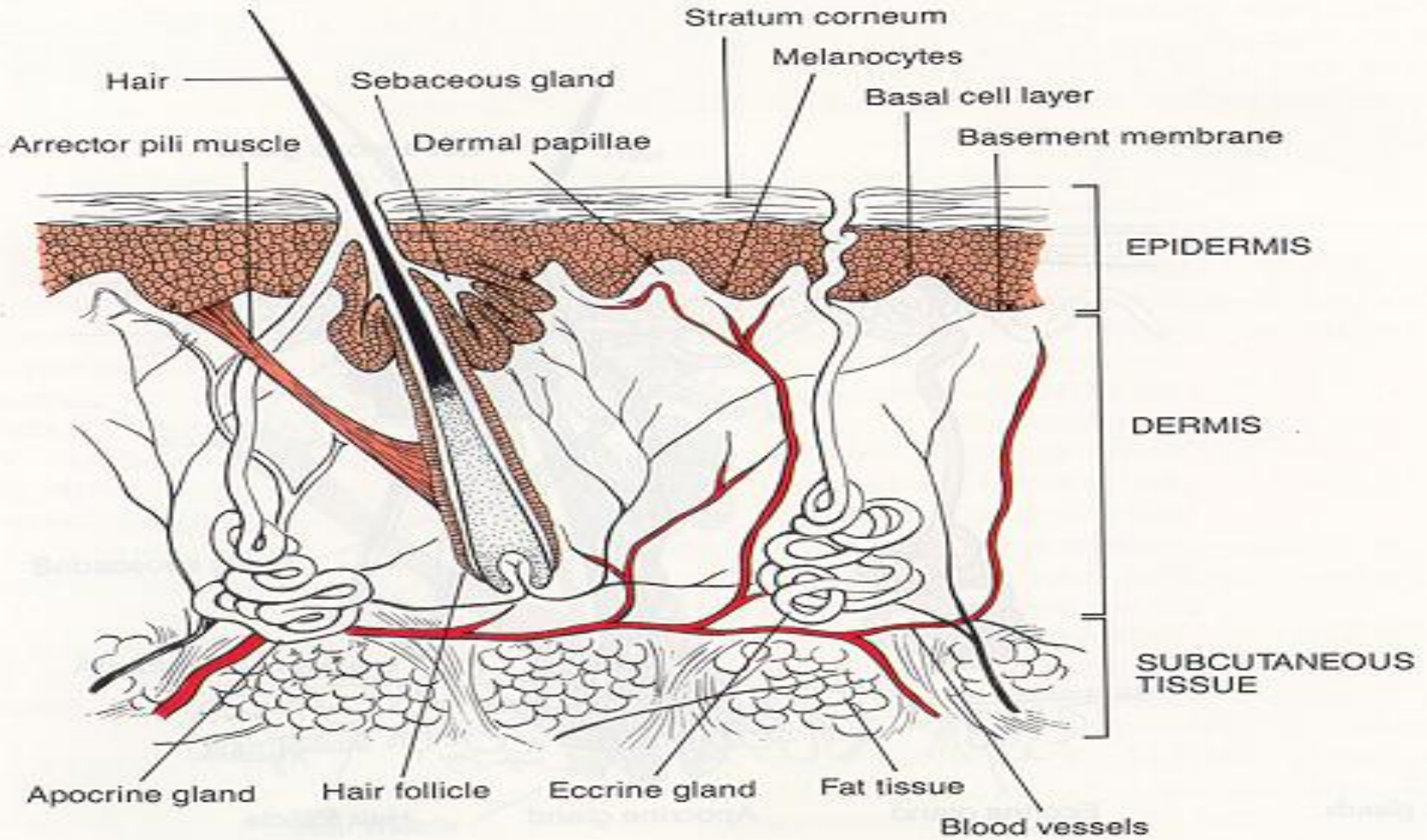


اهداف این جلسه:

- آشنایی مختصر با آناتومی و فیزیولوژی پوست
- بررسی و شناخت بیمار مبتلا به اختلالات پوستی
- آشنایی با بیماریهای التهابی پوست



Skin Anatomy



اپیدرم

۱- کراتینوسیت ها:

سلول های زنده در حال تقسیم مداوم - روی آنها با سلول های مرده ای که از درم بوجود می آید، پوشیده می شود.

این سلول های مرده حاوی کراتین بوده ← سد بیرونی پوست

۲- ملانوسیت ها

تولید کننده ملانین و سازنده رنگ پوست و مو

۳- سلول های لانگرهانس: نقش در واکنش های ایمنی پوست

۴- سلول های مرکل: انتقال دهنده تحریکات به آکسون از طریق یک سیناپس شیمیایی



2 لایه دیگر پوست

- **درم:**

شامل لایه پاپیلاری و رتیکولر

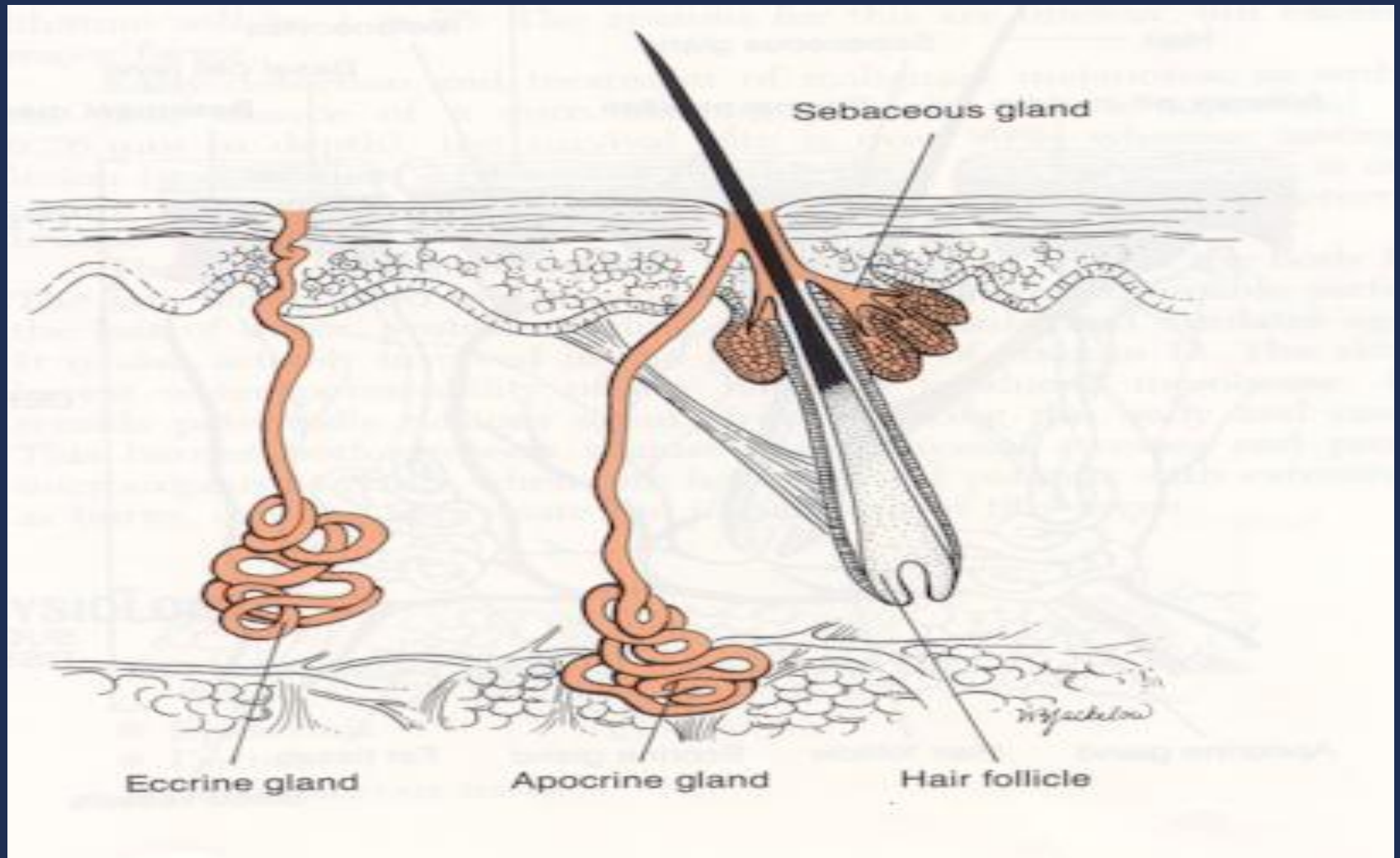
حاوی عروق خونی و لنفی، اعصاب، غدد چربی، غدد عرق و فولیکول های مو

- **هیپودرم یا بافت زیر جلدی**

موثر در افزایش تحرک پذیری پوست، شکل بندی طرح بدن، عایق بندی و تنظیم T بدن



Skin Appendages



Skin Functions

- حفاظت خارجی بدن
- تنظیم درجه حرارت
- عضو حساس به درد و لمس
- تولید ویتامین D
- دفع مواد زاید بدن
- برقرای تعادل مایعات بدن
- موثر در پاسخ ایمنی



بررسی و شناخت بیمار مبتلا به اختلالات پوستی

- **History**
- **Examination**
- **Laboratory tests**



Laboratory tests

1- بیوپسی پوست:

3 روش:

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



۲- تست پچ (Patch)

تعیین حساسیت بیمار به مواد

- پاسخ آزمایشی به شکل بروز قرمزی، تاول های کوچک یا خارش ← **مثبت ضعیف**
- تاول های بزرگ تر یا پاپول همراه با خارش شدید ← **مثبت متوسط**
- تاول های خیلی بزرگ و زخم شدن ← **مثبت شدید**



۳- Skin Scraping:

تراشیدن پوست جهت ضایعات مشکوک به قارچ با تیغ بیستوری

۴- Zank Smear:

تهیه اسمیر از مایع وزیکول

۵- Woods Light

جهت بررسی ضایعات قارچی - ظهور رنگ سبز یا درخشان در تاباندن اشعه اولترا ویوله به پوست دارای ضایعات قارچی

۶- آزمایش KOH

جهت بررسی ضایعات قارچی



جستجوی علمی:

مراقبت از بیماران دچار مشکلات پوستی

سوالات :

- ۱- بهترین پانسمان در مراقبت از پوست ملتهب و ترشح دار کدامست؟
- ۲- کدامیک از انواع پانسمان های آماده، محیط مرطوبی را برای زخم فراهم کرده و در کدامیک از پیوند پوستی استفاده می شود؟
- ۳- جهت تسهیل فرایند طبیعی بهبودی زخم های مزمن و حاد، بهتر است چه مدتی زخم پوشیده بماند؟
- ۴- استفاده از رطوبت در بهبودی زخم بیشتر تأثیر دارد یا گذاشتن آن در معرض هوا؟
- ۵- استفاده از کدامیک از پانسمان های آماده در زخم های دردناک، آرام بخش بوده و کدامیک در بهبودی زخم های مزمن بکار می رود؟
- ۶- چرا در درمان بیماریهای پوستی اغلب از داروهای موضعی استفاده می شود؟
- ۷- انواع داروهای مورد استفاده در بیماریهای پوستی را نام برده و مختصری توضیح دهید.
- ۸- نکته مراقبتی مهم جهت جذب بهتر کورتون های موضعی چیست؟
- ۹- استفاده درازمدت از کورتونهای موضعی در اطراف چشم سبب بروز چه مشکلی می شود؟
- ۱۰- نام دیگر حمام درمانی و کاربرد آنرا بیان کنید.
- ۱۱- نکته مهم در تعویض پانسمانی که کورتون موضعی بکار رفته، چیست؟

مروری بر بیماریهای شایع پوست

اختلالات التهابی

پسوریازیس

- ▶ یکی از شایع ترین بیماریهای پوستی
- ▶ بیماری التهابی غیر عفونی پوست همراه با افزایش سرعت تولید سلول های اپیدرم (۶ تا ۹ 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.

پسوریازیس



علائم 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.



Psoriasis

Symptoms, Causes and Treatment



[VIEW SLIDESHOW](#) ▶▶

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 اصل درمان:

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

۲- دارودرمانی (با چهار روش استاندارد)

۳- فتو کموتراپی

دارودرمانی (چهارروش 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.

فتوکموتراپی

- ▶ دادن یک داروی 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
- ▶ ۲ تا ۳ بار در هفته تا زمان برطرف شدن بیماری
- ▶ فواصل بین این درمان حتما ۴۸ 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 داروی نرم کننده کافی است.

▶ اجتناب از کندن یا خاراندن نواحی مبتلا.

▶ توجهاتی در مورد استفاده از کورتون ها:

1. استفاده از کورتون های ضعیف برای صورت، زیر بغل و کشاله ران در طولانی مدت.

2. مصرف داروی کورتون قوی فقط برای دوره ۴ هفته ای و ۲ 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 علایم هیپرکلسمی (زیرا از مشتقات ویتامین D3 است.)
- ▶ در طی مصرف رتینوئیدها: توجه به حساسیت نسبت به آفتاب و اینکه فرد باردار نباشد.

سوالات بحث گروهی:

۱- بهترین پانسمان در مراقبت از پوست ملتهب و ترشح دار کدامست؟

▶ **پانسمان مرطوب**

۲- کدامیک از انواع پانسمان های آماده، محیط مرطوبی را برای زخم فراهم کرده و در کدامیک از پیوند پوستی استفاده می شود؟

▶ **Active - Interactive , Active**

۳- جهت تسهیل فرایند طبیعی بهبودی زخم های مزمن و حاد ، بهتر است چه مدتی زخم پوشیده بماند؟

▶ **زخم های حاد: ۲۴ ساعت و زخم های مزمن: ۴۸ تا ۷۲ ساعت**

۴- استفاده از رطوبت در بهبودی زخم بیشتر تأثیر دارد یا گذاشتن آن در معرض هوا؟

▶ **رطوبت**

۵- استفاده از کدامیک از پانسمان های آماده در زخم های دردناک، آرام بخش بوده و کدامیک در بهبودی زخم های مزمن بکار می رود؟

▶ **- به ترتیب: هیدروژل ها و هیدروکلئیدها**

۶- چرا در درمان بیماریهای پوستی اغلب از داروهای موضعی استفاده می شود؟

▶ به علت جذب عمومی کمتر و در نتیجه عوارض جانبی کمتر

۷- انواع داروهای مورد استفاده در بیماریهای پوستی را نام برده و مختصری توضیح دهید.

▶ لوسیون ها - پودرها - کرم ها - ژل ها - خمیرها - اسپری ها و آئروسل ها

۸- نکته مراقبتی مهم جهت جذب بهتر کورتون های موضعی چیست؟

▶ مرطوب کردن پوست یا پوشاندن آن با یک پانسمان بسته یا نگهدارنده رطوبت

۹- استفاده درازمدت از کورتونهای موضعی در اطراف چشم سبب بروز چه مشکلی می شود؟

▶ کاتاراکت و گلوکوم

۱۰- نام دیگر حمام درمانی و کاربرد آنرا بیان کنید.

▶ بالنئوترپی - در درمان ضایعات وسیع جهت کندن ترشحات خشک شده، پوسته

ها و بقایای داروهای قبلی و رفع التهاب و خارش در درماتیت های حاد

۱۱- نکته مهم در تعویض پانسمانی که کورتون موضعی بکار رفته، چیست؟

▶ حداقل ۲ بار در ۲۴ ساعت پانسمان را برداشت.

درماتیت

- ▶ هرگونه واکنش التهابی پوست نسبت به عوامل فیزیکی، شیمیایی یا بیولوژیک که منجر به آسیب اپیدرم شود.
- ▶ گاهی اوقات اگزما معادل درماتیت بکار می رود ولی معمولاً در مواردی که عامل خارجی مسبب التهاب باشد، درماتیت گویند.
- ▶ اگر بیماری اندوژن باشد = اگزما
- ▶ انواع مهمترین درماتیت ها عبارتند از: تماسی ، سبورئیک ، آتوپیک

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.



درماتیت تماسی

- ▶ به دو دسته تقسیم می شود: درماتیت تماسی تحریکی و درماتیت تماسی آلرژیک
- ▶ درماتیت تماسی فقط سطح پوست را تحت تاثیر قرار می دهد.
- ▶ فقط وقتی به طور کامل از بین می رود که پوست دیگر به هیچ وجه در تماس با ماده حساسیت زا یا محرک قرار نگیرد.
- ▶ معمولاً نقاط خارش داری را برجا می گذارد که سطح وسیعی را درگیر می کند و حالت سوختگی ایجاد می شود. در این حالت، سطحی که بیشتر با ماده محرک در تماس بوده، بیشتر درگیر می شود.

درماتیت تماسی تحریکی : (Irritant contact dermatitis)

- ▶ شایع ترین نوع درماتیت است (حدود ۸۰ درصد درماتیت‌ها)
- ▶ نتیجه تماس مزمن با ماده محرک فیزیکی شیمیایی یا بیولوژیک از قبیل تماس با اسید و قلیا و ... باشد و منجر به آسیب اپیدرم میگردد.
- ▶ درماتیت زمانی رخ می دهد که محرکها به مدت و غلظت کافی به کار روند. تماس مکرر پوست با آب، مواد شوینده، حلال‌ها و مواد شیمیایی، صابون، لوازم آرایشی یا دئودورانت‌ها.

علايم

- ▶ اولين واکنش ايجاد قرمزی، سوزش و خارش در پوست می شود (معمولاً کف دستها) چون این مواد، چربی و موانع محافظت کننده را از سطح پوست حذف می کند.
- ▶ به دنبال آن ادم، پاپول و زیکول و تراوش.
- ▶ در مرحله تحت حاد: تغییرات وزیکولی کمتر بوده و بیشتر به صورت ترشحات خشک شده، خشکی، ترک و پوست اندازی خواهد بود.
- ▶ در صورت عکس العمل مکرر و خاراندن مداوم پوست = ضخیم شدن و تیره شدن پوست
- ▶ در موارد شدیدتر، **تاولهای شدید و زخمهای باز**.



درمان

- ▶ مراقبت پوست :امولسیونها و کورتیکواستروئیدها ی موضعی برای پیشگیری از وخیم شدن پوست
- ▶ دوری از قرار گرفتن در معرض محرکها: هوای سرد/صابونها /مواد شوینده /پولیش /حلالها و هر داروی تمیز کننده دیگر.
- ▶ شستشوی دست و استفاده از مرطوب کننده: همیشه دستها را با آب ولرم بشوئید. از صابون استفاده نکنید.
- ▶ دستها را با یک حوله نرم خشک کنید.
- ▶ برای مراقبت از دستها از یک دستکش کتانی استفاده کنید. از پوشیدن دستکش پشمی بعلت تحریک پوست اجتناب کنید چنانچه ممکن است برای کارهای بارطوبت وزمانی که در تماس با هر ماده تحریک کننده هستند دستکش پلاستیکی بپوشید.
- ▶ زیر دستکشهای پلاستیکی جهت جلوگیری از تعریق زیاد دستکش کتانی پوشیده شود

درماتیت تماسی آلرژیک (Allergic contact dermatitis) :

- ▶ اولین تماس با ماده آلرژیک از مشکل فوری ایجاد نمی نماید. بعد از مدتی که ماده آلرژیک در پوست ساکن شد باعث یک پاسخ ایمنی می شود که در طولانی مدت بدنبال قرار گرفتن در معرض این ماده یک واکنش التهابی آگزمایی رخ می دهد
- ▶ انواع مختلف داروها، آفت کش ها، لوازم آرایشی، افزودنی های غذایی، مواد شیمیایی تجاری، مواد پلاستیکی و لاتکس و تمام موادی که به نوعی باعث بروز حساسیت می شوند، می توانند باعث بروز این نوع درماتیت شوند. مواد الکلی، نیکل، جواهرات، عطر، لاستیک، رنگ مو.



www.ACGIH.IR

اپیدمیولوژی و درماتیت های پوستی



Photo courtesy of Jere Mammimo, DO

علايم

▶ قرمزی پوست به همراه خارش و سوزش

▶ تشخیص : **تست پیچ**

درمان و مراقبت

- ▶ استراحت دادن به پوست و عدم تماس با عامل محرک.
- ▶ عدم استفاده از شستشودهنده 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.

2- درماتوز سبورئیک

(Seborrhoeic dermatitis)

- ▶ تولید بیش از حد سبوم در مناطقی که غدد چربی زیادند مانند صورت، سر، ابرو، پلک، زیر بغل، سینه ها، ناحیه تناسلی و باسن.
- ▶ یک 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 عفونتهای 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

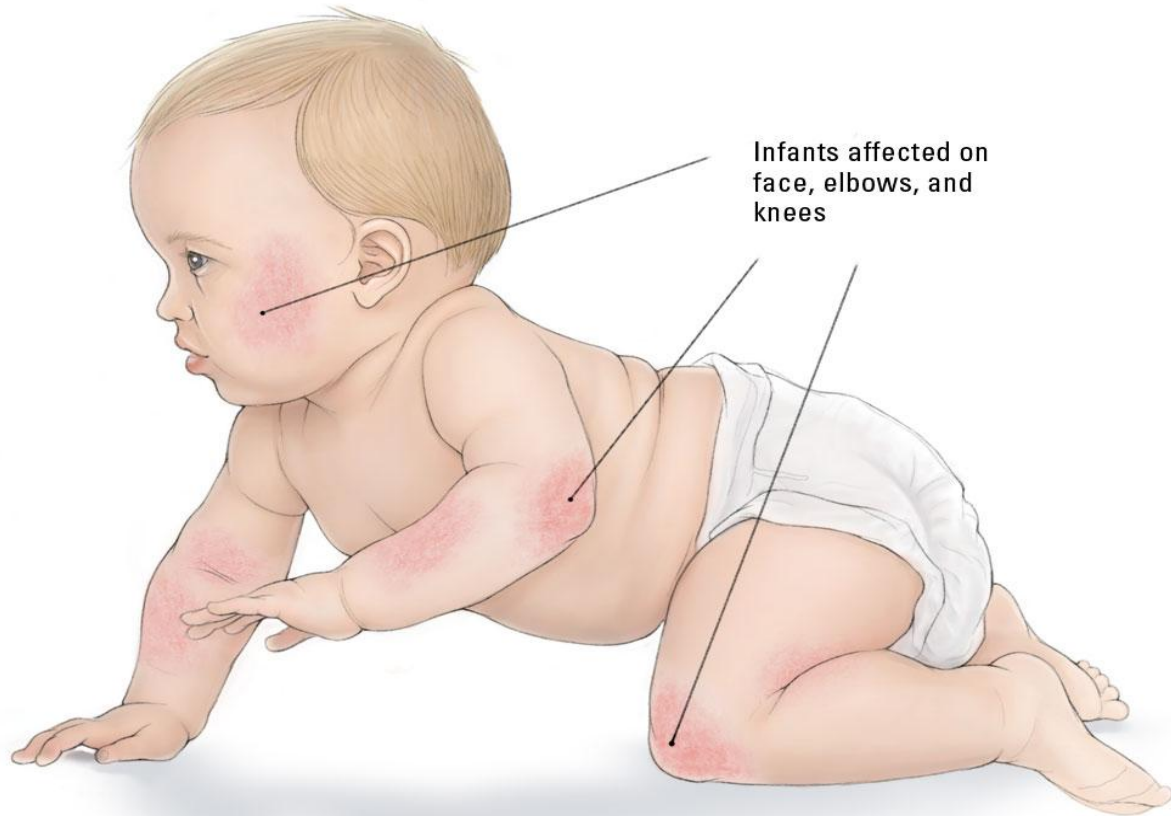
- ▶ دوری از محرکها
- ▶ قرار دادن پوست در معرض هوا
- ▶ شامپوی صحیح: 5 تا 10 دقیقه بماند. مالش آرام و سپس آبکشی.

درماتیت اتوپیک (Atopic dermatitis) :

- ▶ در کودکان شایع (حدود ۲۰٪ در کودکان ۷ساله و سپس در افراد بالای ۳۰ سال)
- ▶ احتمالاً ارثی - تقریباً همیشه سابقه خانوادگی درماتیت یا آسم در این افراد وجود دارد.
- ▶ بطور کلی، درماتیت اتوپیک رفت و برگشتی است و غالباً بر اساس یک فاکتور محیطی ایجاد می شود. اگر چه علت آن نا مشخص است ولی مشکل اصلی پاسخ غیر طبیعی سیستم ایمنی بدن می باشد.

- ▶ با خارش مزمن، عود کننده و دانه های خیلی خارش دار در کودکانی مشخص می شود.
- ▶ بیشتر موارد این بیماری با افزایش سن بر طرف می شود.
- ▶ خشکی پوست به همراه خارش، بثورات بر روی صورت، داخل آرنج، پشت زانوها و بر روی دست ها و پاها.
- ▶ خارش پوست موجب قرمزی، ورم، ترک، خروج مایع، کلفتی پوست و پوسته اندازی می شود.

Atopic Dermatitis





تشخیص:

آزمای بیمار از طریق تاریخچه بیماری و تاریخچه خانوادگی و علائم ضایعات پوستی

درمان:

▶ اولین خط درمان:

۱-دوری از فاکتورهای آزار دهنده

۲-حمام کردن و استفاده از کرم های نرم کننده

۳-استفاده از آنتی بیوتیک های سیستمیک برای عفونت های باکتریال ثانویه

۴-کورتیکواستروئیدهای موضعی

۵-آنتی هیستامین ها

۶-حمایت روانی بیمار

۷-استفاده از تار و مواد ضد عفونی کننده موضعی پوست(بعلت اثرات ضد خارش در آگزما)

۸-استفاده از پانسمان: بانداژ یکی از درمانهای کمکی در آگزما می باشد. استفاده از بانداژها با مواد خمیری و خیس بیشتر در کودکان دارای آگزمای آتوپیک استفاده می شود.

دومین خط درمان:

- ▶ استفاده از بالشها و لحافهای پنبه بجای پر
- ▶ پوشش دادن تشکها با پوشش های پلاستیکی
- ▶ -ازملحفه ها وپرده های کتانی استفاده گردد و آنها در درجه حرارت ۵۰درجه مرتبا شستشو داده شود.
- ▶ -پوشاندن کف و دیوار اتاق با موادی که به راحتی بایک پارچه مرطوب بنوان تمیز کرد .
- ▶ -شستشوی مرتب اسباب بازیهای مورد علاقه کودک بادرجه حرارت بالا
- ▶ -تهویه مطلوب اتاق
- ▶ ۲-محدودیت های غذایی :رژیم غذایی بطور کلی فقط هنگامی به کار می رود که تاریخچه بیمار بطور قوی آلرژی به یک غذای خاص را نشان دهد. در مجموع محدودیت غذایی در بزرگسالان ونوجوانان با اگزمای غیر معمول کم اهمیت یا بدون اهمیت است.
- ▶ یک رژیم غذایی باید انرژی کافی برای رشد بچه را فراهم کند.
- ▶ غذاهای معمولی که می تواند در فرد ایجاد واکنش نمائید:
- ▶ عبارتند از: **آجیل ها/ ماهی/ صدف وتخم مرغ** /میزان عکس العمل از یک کھیر تا آنافیلاکسی متفاوت است.
- ▶ درمان معمولا به آنتی هیستامین یا تزریق آدرنالین برای واکنش شدید /فتوتراپی وفتو کموتراپی نیاز خواهد داشت.
- ▶ سایر داروها:ازاتیوپرین /سیکلوسپورین واینترفرون

اختلالات ترشحات

آکنه و لگاریس

▶ 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.

▶ می تواند همراه با ایجاد پاپول، ندول و کیست باشد.

▶ در هر دو جنس به یک میزان اما در دخترها زودتر.

▶ علت: تأثیر متقابل ژنتیک، هورمونها و باکتری.



تظاهرات بالینی

- ▶ 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.
- ▶ انواع: خفیف، متوسط و شدید



درمان

- ▶ غذا نقش مهمی ندارد اما برخی مواد مانند شکلات، کولا، سرخ کردنی و لبنیات موجب تشدید آن می شود.
- ▶ خفیف: روزی دو بار شستشو با صابون حاوی اسید سالیسیلیک و بنزوئیل پراکسید (جهت رفع انسداد فولیکولی غدد سباسه).
- ▶ داروهای موضعی: بنزوئیل پراکسید، تریتینوئین، تتراسایکلین و اریترومایسین و کلیندامایسین.
- ▶ سیستمیک: تتراسایکلین، داکسیپین، رتینوئیدهای خوراکی (آکوتان).
- ▶ استروژن تراپی در خانمها.
- ▶ جراحی: تخلیه جوشها و تزریق موضعی کورتیکواستروئیدها. کرایوتراپی با نیتروژن مایع. ساییدن پوست.

مراقبت 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.
- آموزش شستن صورت با آب و صابون ملایم روزی 2 بار
- پرهیز از هرگونه مالش یا ضربه به صورت
- عدم دستکاری جوشها
- خودداری از مصرف مواد آرایشی و لوسیون ها

الف) عفونت های باکتریال پوست

▶ عفونت های باکتریال پوست: پیودرم (Pyoderma)

▶ بیشترین عامل: ارگانیسم های گرم مثبت

▶ شایع ترین نوع عفونت ها: - زرد زخم - فولیکولیت

زرد زخم یا Impetigo

- ▶ عفونت سطحی پوست با استرپتوکوکها یا استافیلوکوکها
 - ▶ یک نوع عفونت عمقی: زرد زخم تاولی
- ناشی از استرپتوکوک طلائی همراه با تاول های بزرگ و پیراز مایع
بیشتر در کودکان با شرایط بهداشتی نامناسب.





▶ علایم 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

▶ فولیکولیت:

درگیری سطحی فولیکول مو در لایه اپیدرم
بیشتر ناشی از استافیلوکوک . گاهی همراه با مصرف روغن های سر یا روغن حمام

▶ دمل:

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

▶ فرونکل:

ضایعات متعدد و عمقی برگشت پذیر. ناشی از محیط گرم و مرطوب در قسمت‌های پوشیده از مو و عرق دار

▶ 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

▶ گل مژه:

فولیکولیت عمقی پلک ها

درمان:

- 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

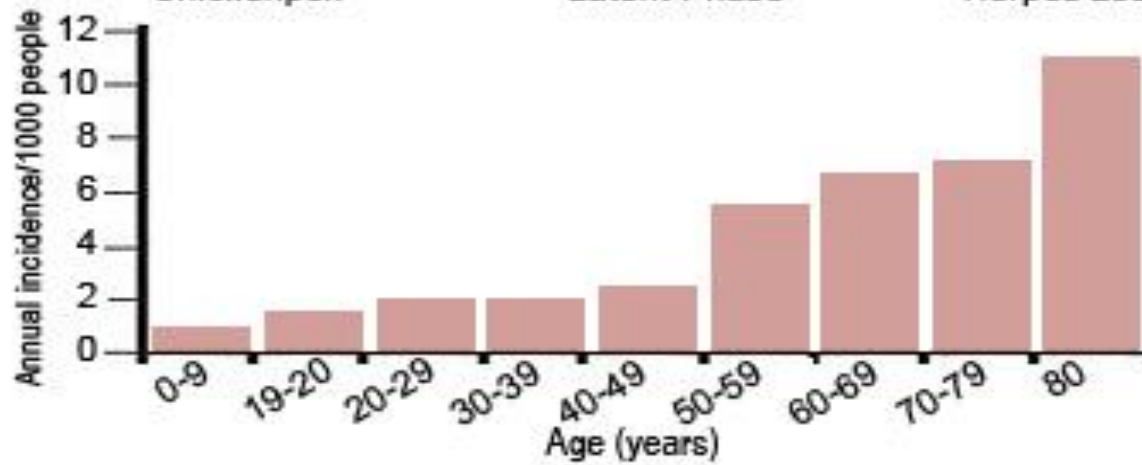
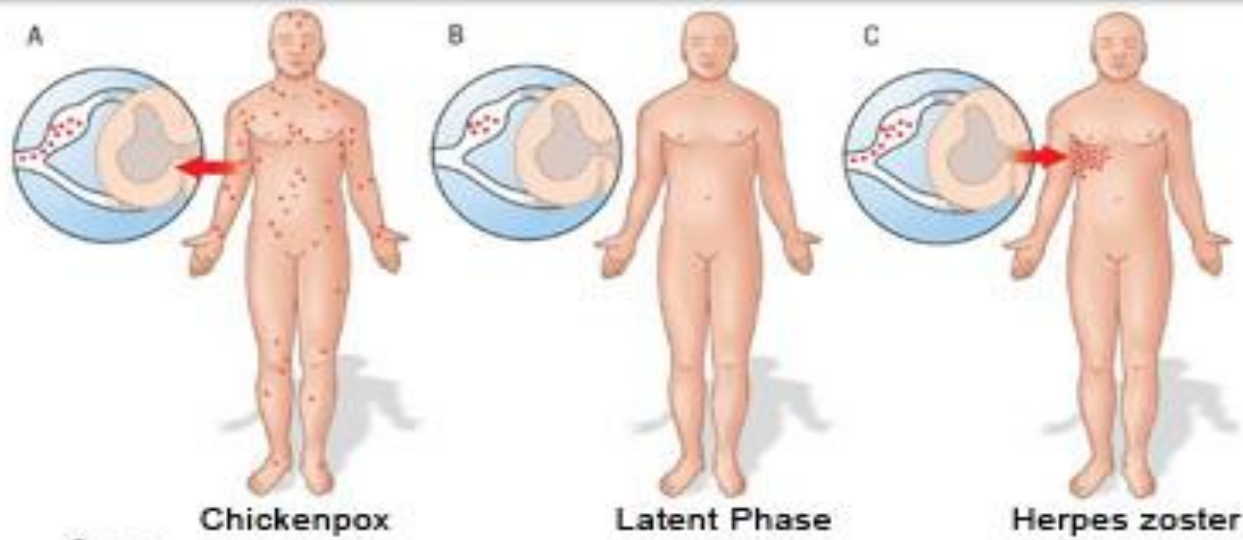
ب) عفونت های ویروسی پوست

▶ 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 قلو³

▶ . خارش







روز اول



روز دوم



روز پنجم



روز هشتم

▶ 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)



100% NATURAL
COLLOIDAL OATMEAL

SOOTHING BATH TREATMENT

HYPOALLERGENIC, NON-TOXIC, NON-SCALDING

DERMATOLOGIST RECOMMENDED

RELIEVES ITCHES
IRRITATED SKIN DUE TO
POISON IVY, BURN, SUNBURN, WINDY,
WARM, COLD, AIR POLLUTE

SOOTHES

pruritic heat, chafing, pain, stings, sores, rashes



FRAGRANCE FREE
8.5 oz (240 g) net wt
100% NATURAL COLLOIDAL OATMEAL

CALAMINE
Topical Suspension Lotion

SKIN PROTECTANT

Poison Ivy, Oak,
Sumac Dry-Off Lotion

6 FL OZ (177 mL)

یک سوال

آیا زونا، یک بیماری واگیردار است؟



2- تب خال

- ▶ عفونت شایع پوستی ناشی از ویروس هرپس سیمپلکس
- ▶ به صورت وزیکول های گروهی در زمینه قرمزروی 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 آنفولا آنزا .
- ▶ 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 با 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)

ج) عفونت های قارچی پوست

Tinea -1 : 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

و اما درمان: ...



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.

د) 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**



▶ علایم: 4 هفته پس از تماس با این انگل علایم ظاهر می شود:

▶ خارش شدید بخصوص در شب (علامت کلاسیک گال)

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



راش های گال در 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.

بیماریهای تاوولی پوست

1- پمفیگوس ولگاریس

2- پمفیگوئید تاوولی

3- درماتیت هرپتی فرم

1- پمفیگوس ولگاریس

- ▶ بیماری نادر پوستی
- ▶ ظهور تاول 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 تاول ایجاد می شود.

تشخیص و درمان

1. بیوپسی از قاول 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 علایم بالینی و سپس کورتون خوراکی
- ▶ دیگر درمان ها: ایمونوساپرستنها مثل ایمیوران (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 سولفادیازین نقره یا زایلوکابین

تصاویری از پمفیگوس و لگاریس





مراقبتهای پرستاری در پمفیگوس و لگاریس

- ▶ تغییر پوزیشن و تشک هوا
- ▶ کمپرس ضایعات با محلول Dakin
- ▶ کنترل عفونت و پیشگیری از آن بعد از اذیت 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

فکر می کنید چرا؟

زیرا داپسون سبب همولیز شدید در افراد دچار کمبود G6PD می شود.

2. حذف گلوتن از رژیم غذایی

سوالات بحث گروهی

- ▶ انواع کیست های پوستی را فقط نام برده و درمان اصلی آنها را نام ببرید.
- ▶ آیا کراتوز های سبورئیک سیاه بدخیم هستند، چرا؟
- ▶ کدامیک از ضایعات پوستی زیر احتمال بدخیم شدن بیشتری دارند؟
 - الف) کراتوز های سبورئیک
 - ب) کراتوز های آکتینیک
 - ج) کیست های اپیدرمال
 - د) کیست های پیلار
- ▶ کدامیک از ضایعات خوش خیم پوستی، عامل ویروسی دارد؟ چه ویروسی؟
- ▶ در چه صورتی خال های رنگی، حتماً بایستی برداشته شوند؟

- ▶ عوامل خطرزای ایجاد سرطان پوست را فقط نام ببرید.
- ▶ علت اصلی بروز سرطان پوست چیست؟

- ▶ انواع سرطان های پوست را نام برده و شایع ترین آنها را نام ببرید.
- ▶ SCC پیش آگهی بدتری دارد یا BCC؟ چرا؟

- ▶ چهار مورد از تفاوت های ظاهری BCC و SCC را بیان کنید.

- ▶ عوامل موثر در درمان سرطان پوست کدامند؟

- ▶ چهار راهکار مهم در پیشگیری از سرطان پوست را نام ببرید.

مراقبت در سوختگی

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

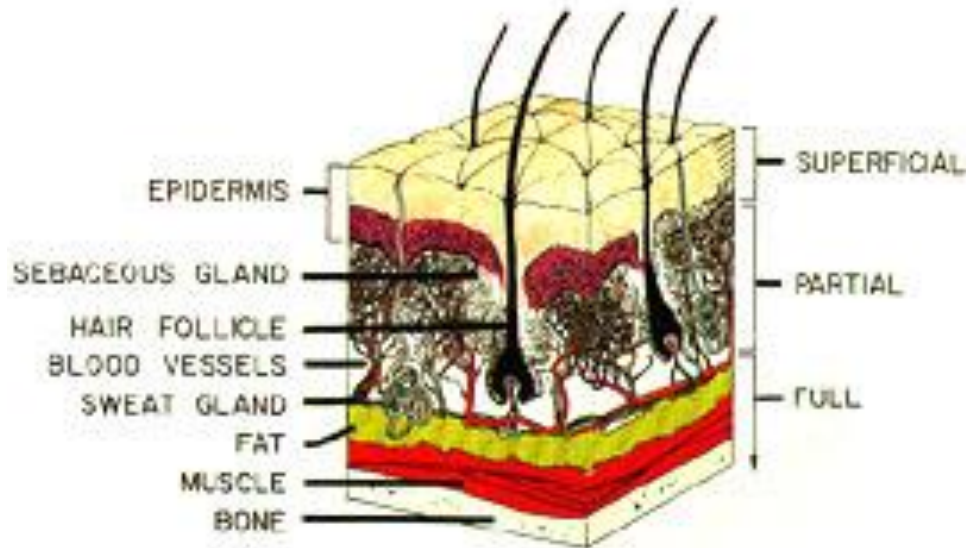
طبقه بندی دیگر سوختگی

بر حسب عمق و شدت ضایعه بافتی:

⊙ ضخامت نسبی سطحی (شبهه درجه 1):

⊙ ضخامت نسبی عمقی (شبهه درجه 2):

⊙ ضخامت کامل (شبهه درجه 3):



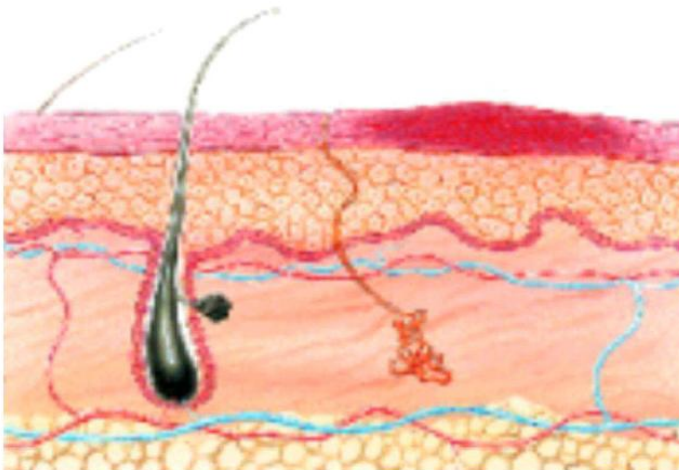
ضخامت نسبی سطحی (شبهه درجه 1):

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

○ ظاهر پوست: قرمز، دردناک و خشک و احتمالا دارای تاول.

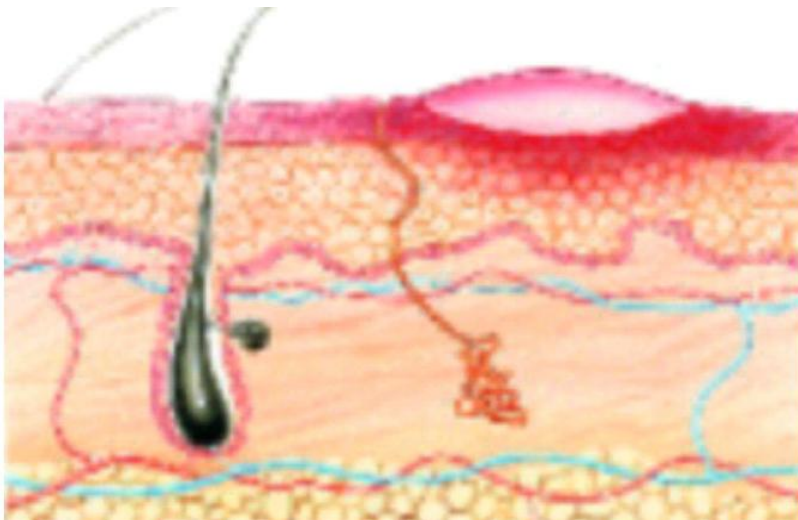
○ زخم تا یک هفته بهبود می یابد بدون ماندن اثر زخم.

○ علت: آفتاب، شعله کوچک



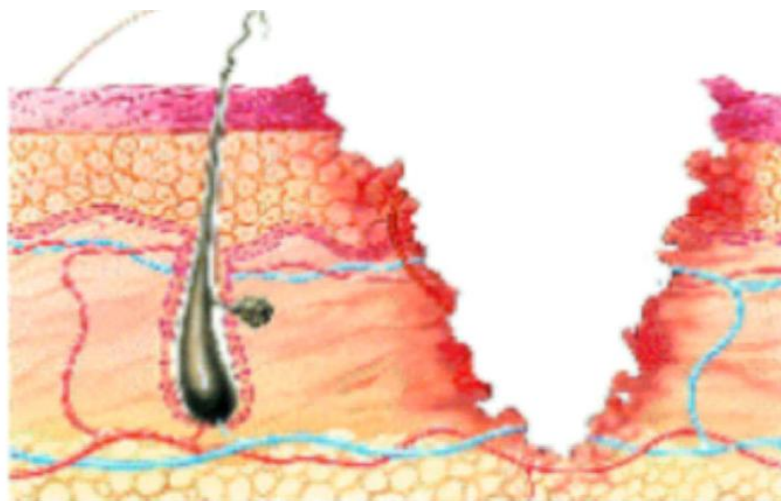
ضخامت نسبی عمقی (شبه درجه 2):

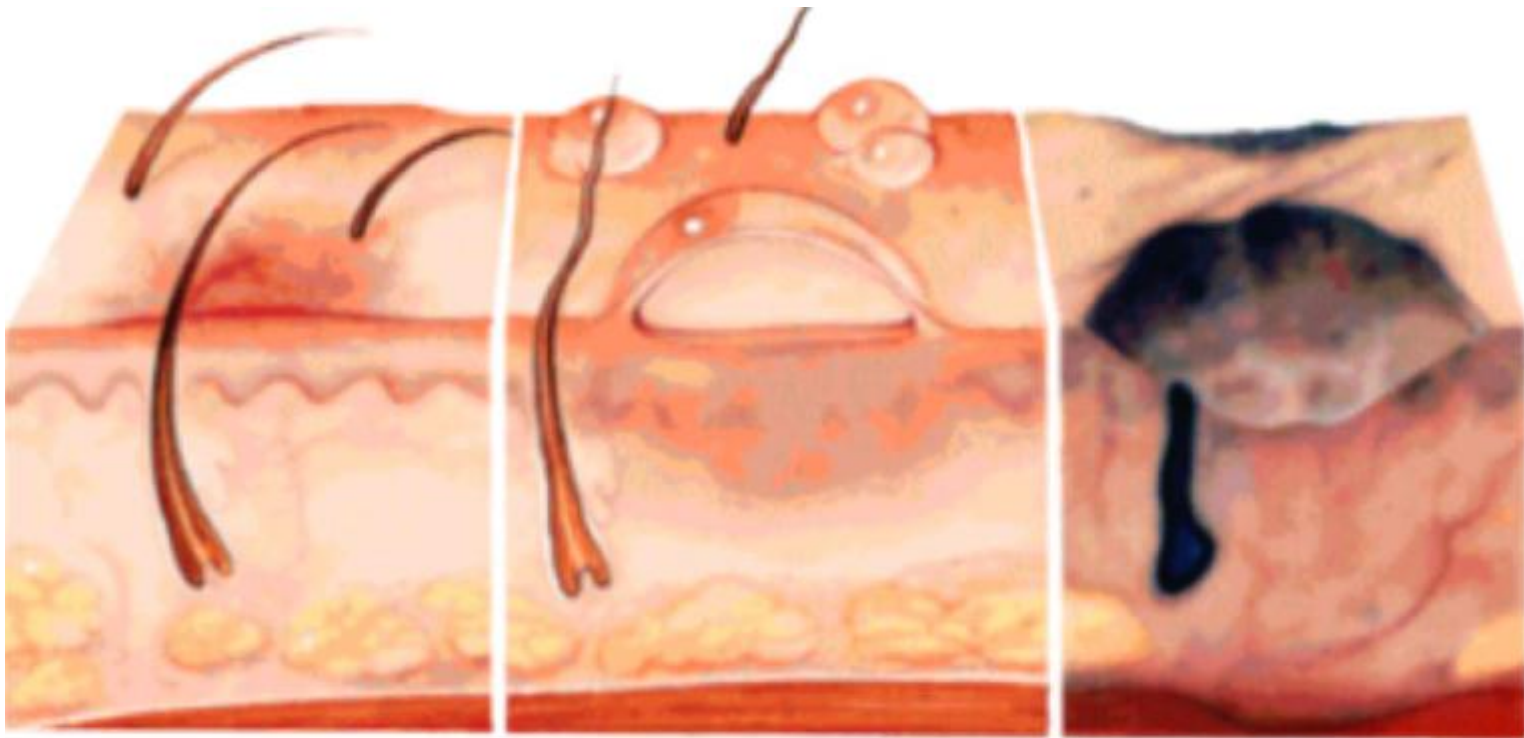
- آسیب اپیدرم و بخش های بالایی و پایینی درم
- علایم: درد، قرمزی و ترشح آگزودا همراه با ادم
- بهبودی 2 تا 4 هفته
- اثرزخم (اسکار) بجا می ماند.
- علل: آب جوش ، شعله آتش.



ضخامت کامل (شبه 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.





تصاویری از انواع سوختگی



سوختگی درجه 1. آفتاب سوختگی

سوختگی درجه 2



سوختگی درجه 2 . الکتریکی



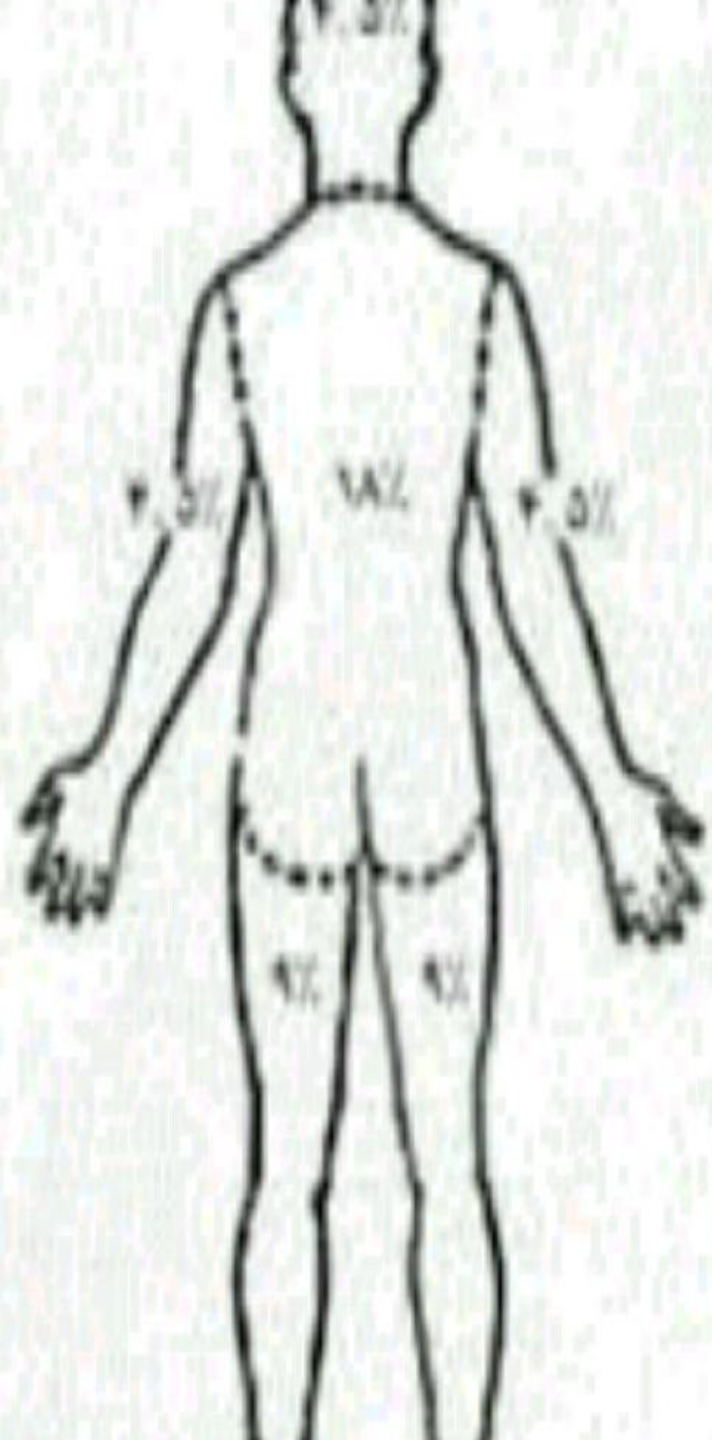
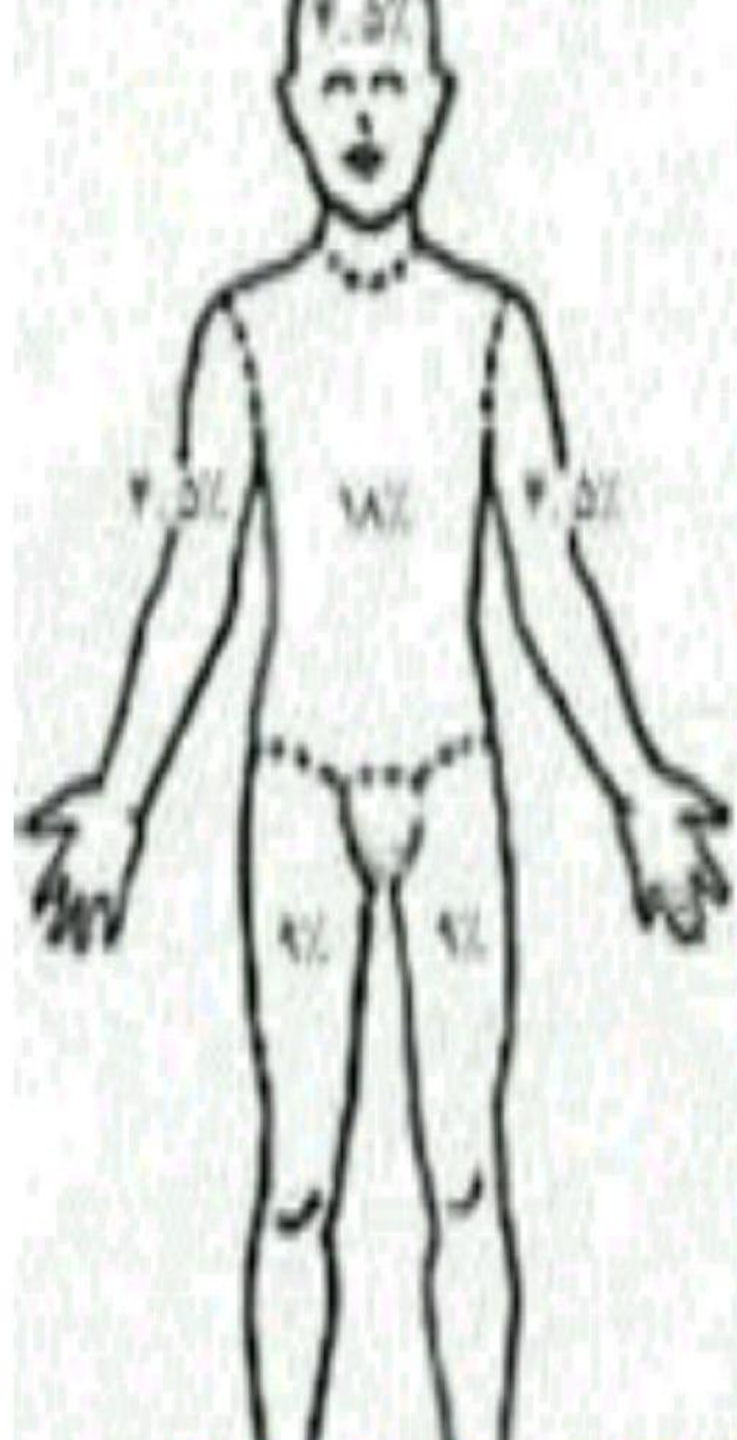
سوختگی درجه 3 انگشت



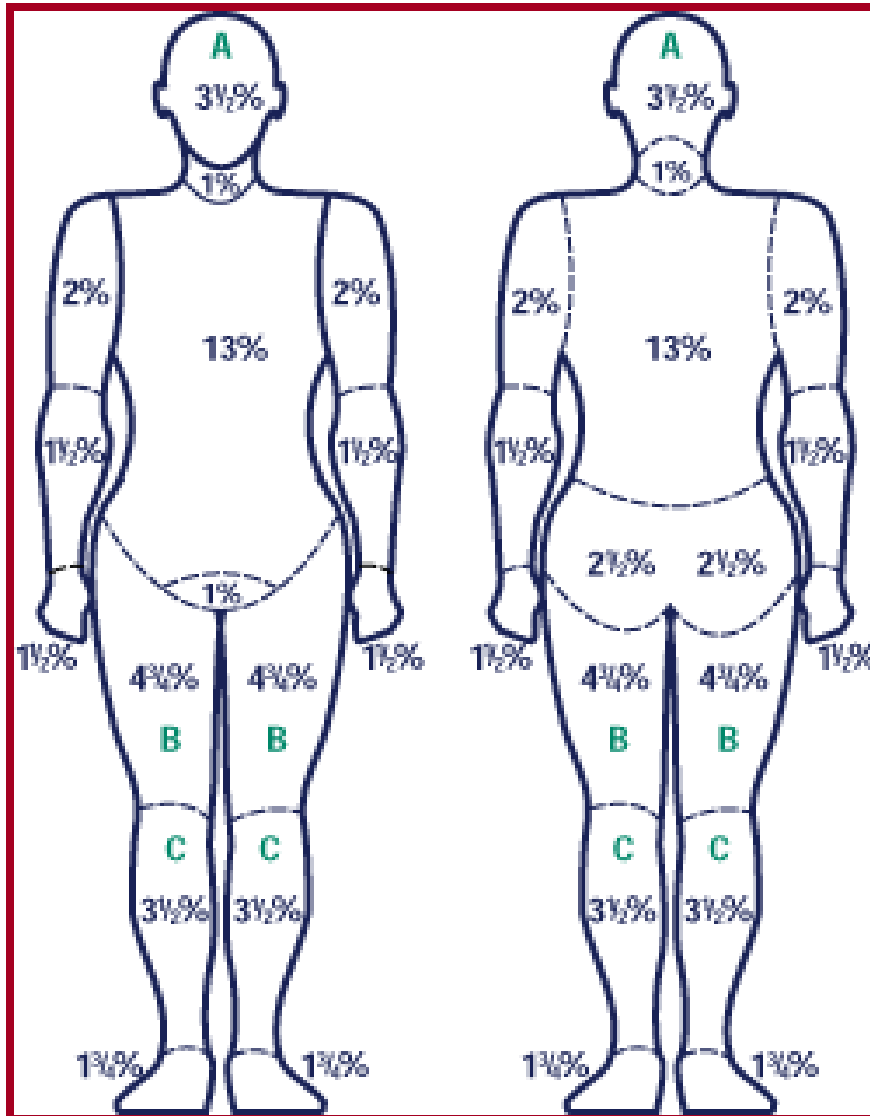
تعیین سطح صدمه دیده بدن

3 روش دارد:

- ⊙ 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 ۱٪
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:

- ۱- کاهش نقش محافظتی در برابر عفونت
- ۲- فرار مایعات بدن
- ۳- عدم کنترل درجه حرارت
- ۴- تخریب غدد سباسه و عرق
- ۵- تخریب گیرنده های حسی

- سوختگی های کمتر از ۲۵٪ ← پاسخ موضعی اولیه
- سوختگی های بیش از ۲۵٪ ← ایجاد پاسخ موضعی و عمومی

آزاد شدن سیتوکین ها و واسطه های دیگر در جریان خون

- اولین اتفاق سیستمیک بعد از سوختگی های بزرگ: **ناپایداری وضعیت همودینامیک**

علت: از بین رفتن یکپارچگی مویرگها و جابجایی مایعات، سدیم و پروتئین ها از فضای داخل عروقی به فضای بین سلولی

خطر شوک → کاهش BP → کاهش CO

⊙ 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 میوکارده ← کاهش برون ده قلبی ← کاهش پرفیوژن بافتی ← اسیدوز

○ **تغییرات گوارشی:** فلج روده و زخم کرلینگ (زخم سطحی دوازدهه یا معده) ناشی از استرس فیزیولوژیک سوختگی

○ **تغییرات کلیوی:** نارسایی کلیه

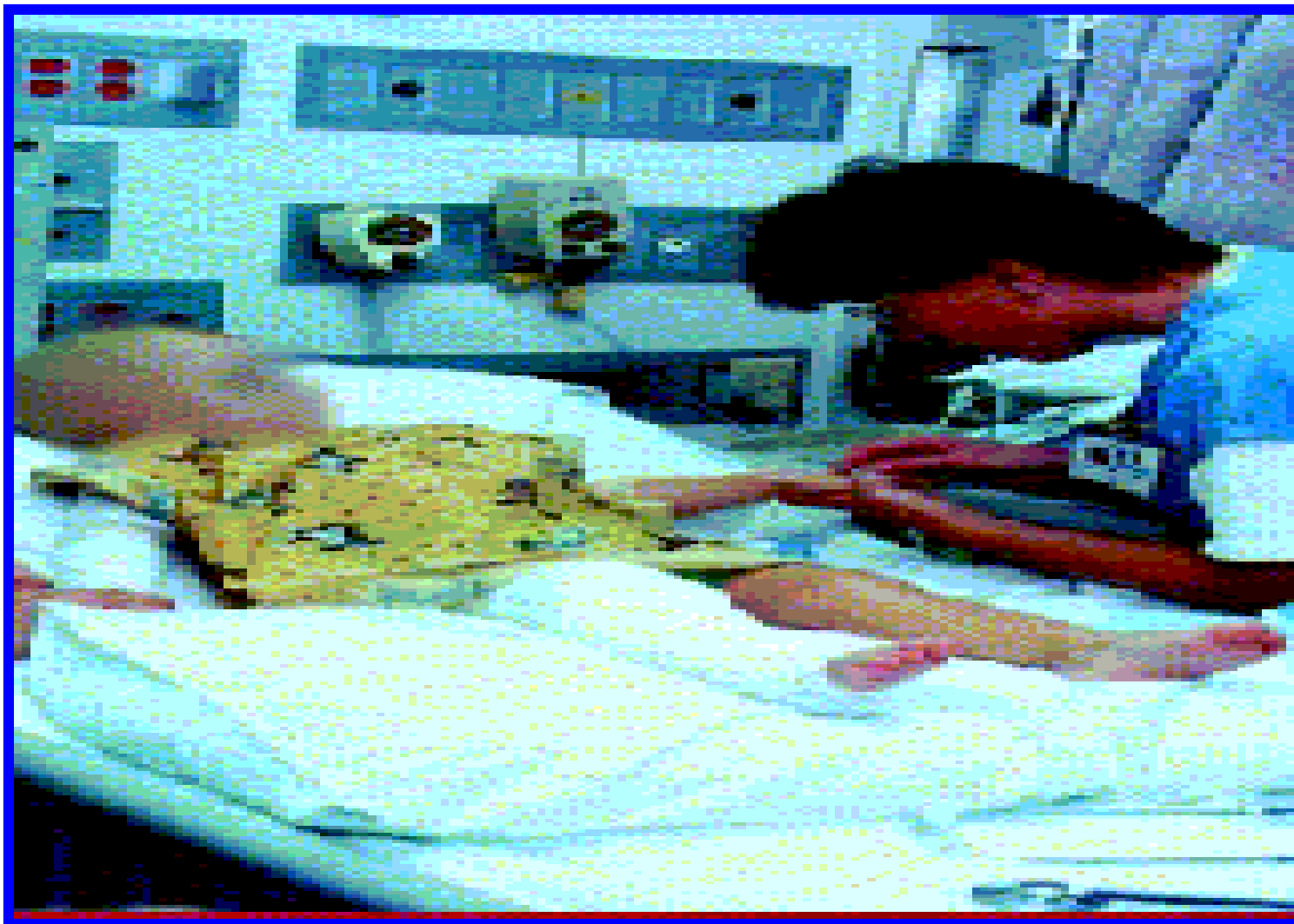
○ **تغییرات کبد و طحال:** نارسایی کبد و طحال

○ **تغییرات درجه حرارت:** هیپوترمی در ابتدا و سپس هیپرترمی

فکر می کنید چرا؟

به علت افزایش سوخت و ساز بدن

مراقبت‌های سوختگی



مراقبت از بیمار مبتلا به صدمات سوختگی:

○ ۳ مرحله دارد:

۱- مرحله احیاء فوری (اورژانسی):

از شروع صدمات تا کامل شدن جایگزینی مایعات

۲- مرحله میانی یا حاد:

از شروع ادرار کردن تا حدود تکمیل بسته شدن زخم

۳- مرحله بازتوانی:

از بسته شدن زخم اصلی تا بازگشت فرد به سطح مطلوب سازگاری
جسمی و روانی

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

مرحله احیاء فوری در محل حادثه

- 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 ۱۵ تا ۳۰ 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 ۰.۵ تا ۱ ساعت.

مرحله احیا فوری در محل حادثه

○ در سوختگی های الکتریکی:

○ قطع جریان برق و جدا نمودن بیمار با یک وسیله عایق از منبع الکتریکی

○ احیاء قلبی . ریوی در صورت لزوم

برخورد با بیمار سوخته در محل:

الف) اقدامات و ارزیابی اولیه:

- ۱- دادن اکسیژن مرطوب ۱۰۰٪ به تمام بیماران (حتی در بیماران بدون آسیب تنفسی)
در صدمات خفیف فقط مرطوب سازی هوای دمی.
- ۲- بررسی راه هوایی و در صورت لزوم گذاشتن لوله تراشه (برای بیماران بیهوش یا ادم شدید گلوت)
- ۳- بررسی قفسه سینه (آیا می تواند خوب باز شود یا نه) و در صورت لزوم اسکاروتومی
- ۴- کنترل BP (گاهی مشکل بوده و کنترل نبض مفیدتر است).
- ۵- بیکرکت سازی گردن در احتمال آسیب گردنی (بویژه با برق فشار قوی)
- ۶- مانیتور قلب در برق گرفتگی ها به مدت حداقل ۲۴ ساعت.

الف) 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 (CC ۵۰۰ در ساعت در بزرگسالان و CC ۲۵۰ در ساعت در کودکان بالای ۵ سال.
 4. پوشاندن محل سوختگی با پارچه تمیز و رسیدگی به زخم ها به روش آستیک
 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: وجود 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- اسکارتومی 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 نگه داشتن اندام سوخته (بسیار مهم)

12- ارزیابی زخم ها با روش تمیز:

- تزریق مسکن وریدی

- تمیز کردن زخم ها با آب و صابون یا بتادین رقیق شده

- جدا کردن پوست های شل و کنده شده.

تاول های کوچک به حال خود گذاشته شوند ولی تاول های پاره شده و یا حاوی مایع کدر یا خونی را بر می داریم (در سوختگی های شیمیایی حتماً تاول ها بطور کامل برداشته شود). تاول های بسیار بزرگ می توان اسپیره کرد و پوست را بعنوان پوشش حفظ نمود.

- پانسمان زخم ها با مواد آنتی باکتریال موضعی مثل پماد نیتروفورازون، سیلور سولفادیازین یا استفاده از پوشش های بیولوژیک یا سنتتیک.

- تعیین درصد سوختگی با قانون 9 یا قانون لاند و برودریا کف دستی

13- گذاشتن سوند فولی . ادرار شرابی رنگ نشانگر وجود هموکروموژن و میوگلوبین ناشی از آسیب های عضلانی است.

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 ۱۰۰ میلی متر جیوه و نبض کمتر از
۱۱۰ و برون ده ادراری ۳۰ تا ۵۰ 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 ۲۴ ساعت اول:

درصد سوختگی * ml / kg ۲ تا ۴
نیمی از مایعات طی ۸ ساعت اول و نیم دیگر طی ۱۶ ساعت بعدی.

⊙ در ۲۴ ساعت دوم:

مجموعاً نصف مایعات روز اول یا ml / kg ۰.۵.

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

⊙ معیار مهم: 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 ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از سوختگی شروع می شود.

○ توجه به موارد مهم:

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

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

۳- کنترل عوارض قلبی و عفونت (سپتی سمی)

○ سپتی سمی: بیشترین علت مرگ در بیماران با سوختگی بالای ۲۵٪

○ علایم اولیه سپسیس: افزایش درجه حرارت، نبض و فشار نبض و برافروختگی پوست نواحی سوخته

○ عفونت محل زخم سوختگی: باکتری در هر گرم بافت در 10^5 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 آمده 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 . چرا؟
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:

⊙ خشک و تمیز نگه داشتن محل دهنده پیوند

⊙ جلوگیری از اعمال فشار

⊙ کنترل درد

⊙ پانسمان مرطوب حین جراحی روی محل برداشتن پیوند و سپس استفاده موضعی از مواد ترومبواستاتیک مثل اپی نفرین.

مرحله بازتوانی 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.

