

به نام حضرت دوست

درسنامه داخلی جراحی برونر سودارث ۲۰۱۸

بخش چهاردهم

پرستاری بیماری‌های پوست و سوختگی

ترجمه:

دکتر نیره رئیس دانا

عضو هیات علمی مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی سمنان

ویراستار:

دکتر معصومه نیشابوری

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

بهار ۱۳۹۷

سرشناسه	:	رئیس دانا، نیره. ۱۳۴۵
عنوان و نام پدیدآور	:	بیماری‌های پوست و سوختگی/ترجمه و تلخیص نیره رئیس دانا؛ با ویراستاری معصومه نیشابوری
مشخصات نشر	:	تهران: نشر و تبلیغ بشری
مشخصات ظاهری	:	۱۵۷ ص.: مصور، جدول.
فروست	:	پرستاری داخلی — جراحی برونر سودارث ۲۰۱۸، پوست و سوختگی
شابک	:	978-964-399-497-6
وضعیت فهرست نویسی	:	فیپا
یادداشت	:	کتاب حاضر بخشی از کتاب "Brunner & Suddarth's Handbook for medical-surgical nursing, 14th.ed, textbook of medical-surgical nursing, 14th.ed, " است.
یادداشت	:	بالای عنوان: درسنامه برونر و سودارث ۲۰۱۸
عنوان دیگر	:	پرستاری داخلی-جراحی.

نام کتاب: درسنامه داخلی جراحی برونر سودارث ۲۰۱۸- پرستاری بیماری‌های پوست و سوختگی
مترجم: دکتر نیره رئیس دانا
ویراستار: دکتر معصومه نیشابوری
ناشر: انتشارات بشری
تنظیم و صفحه‌آرایی م. آقایی
ناظر چاپ: سپیده کفاشی
نوبت چاپ: اول / ۱۳۹۷
شمارگان: ۱۰۰ نسخه
چاپ و صحافی: ارشد
قیمت: ۳۵۰۰۰۰ ریال

فروشگاه: تهران — خیابان انقلاب — ضلع شرقی دانشگاه تهران — خیابان قدس — پلاک ۳ — واحد ۴ و ۵
 تلفن: ۶۶۴۶۵۸۰۶، ۶۶۴۰۶۴۱۵ فکس: ۶۶۴۹۷۸۵۴
 دفتر مرکزی: تهران — خیابان انقلاب — ضلع شرقی دانشگاه تهران — خیابان قدس — پلاک ۳ — واحد ۵
 تلفن: ۶۶۴۹۸۲۸۵، ۶۶۴۱۰۲۵۶ فکس: ۶۶۹۵۵۹۱۶
 خرید اینترنتی از سایت www.mspc.ir مقدور می باشد.

این اثر، مشمول قانون حمایت مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف (ناشر) نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

تقدیم بہ روح تابناک پدرم

و

صوری مای مادرم

مقدمه

پوست به عنوان بزرگترین سیستم بدن که نقش مهمی در حفظ سلامت انسانها دارد، دچار بیماری های گوناگونی می شود و در معرض آسیب های عدیده ای قرار می گیرد. سلامت پوست و مو و ناخن ها که از قدیم به عنوان آینه سلامت عمومی بدن محسوب می شده است، نیاز به توجهی ویژه دارد. بدیهی است که پرستاران به عنوان بزرگترین سرمایه های انسانی شاغل در حیطه های بهداشت و درمان باید با بیماریهای این سیستم آشنایی پیدا کنند. کتاب حاضر که ترجمه بخش بیماریهای پوست و سوختگی ویراست چهاردهم درسنامه پرستاری برونر ۲۰۱۸ است، پرستاران را با بخشی از این بیماریها و اصول مراقبتی و درمانی آشنا می کند. امید می رود که خوانندگان گرامی با مطالعه کتاب حاضر بر گنجینه علم و معرفت خود افزوده و از نقایص احتمالی در گذرند.

دکتر نیره رئیس دانا

بهار ۱۳۹۷

پیشگفتار

مدرس‌ان و دانشجویان پرستاری بیش از ۵۰ سال است که از کتاب درس‌نامه داخلی - جراحی برونر و سودارث جهت کسب اطلاعات موردنیاز در زمینه‌ی مراقبت از بیمار را کسب می‌نمایند. این کتاب به‌طور جامع مفاهیم فیزیولوژیکی، پاتوفیزیولوژی و روان‌شناختی مربوط به مراقبت‌های پرستاری را ارائه می‌دهد. لذا کتاب درس‌نامه داخلی - جراحی برونر و سودارث، یکی از بهترین منابع موجود در زمینه‌ی آموزش پرستاری بیماری‌های پوست و سوختگی در جهان بوده و اکثر دانشگاه‌های کشور نیز از آن به‌عنوان یک مرجع معتبر استفاده می‌نمایند. این کتاب در ۳ فصل تنظیم شده و مباحث مربوط به مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های پوست و سوختگی به نحو مطلوبی در آن ارائه شده است.

تفاوت عمده این کتاب در مقایسه با نسخه قبلی (۲۰۱۴):

- اضافه شدن مباحث تکمیلی به ساختار و عملکرد پوست، مو و ناخن‌ها
- گزارش شیوع جدید پسروریازیس، سندرم استیونس - جانسون، سرطان و تومورهای بدخیم پوست در آمریکا بر اساس آمار جدید
- تغییر تدابیر درمانی در بیماری درماتوزهای چرب
- تغییر دارو درمانی در آکنه و لگاریس
- دستورالعمل تجویز واکسن در زونا
- عوارض، طبقه‌بندی و درمان پسروریازیس بر اساس آن
- عوامل خطر سرطان پوست
- شیوع انواع متفاوت سوختگی، عوارض و میزان بقا بعد از آن
- تغییر چک لیست مراقبت در منزل بیمار دچار صدمه سوختگی
- ارائه چالش‌های اخلاقی مراقبت انتهای زندگی در بیمار دچار سوختگی شدید
- افزوده شدن ژنتیک در عمل پرستاری جهت آشنایی بیشتر با زمینه‌های ژنتیکی بیماری‌ها
- افزوده شدن بخش تحقیقات در پرستاری جهت آشنایی دانشجویان به روند تحقیق
- ارائه تمرینات تفکر انتقادی در انتهای هر فصل که فرصتی برای تفکر مبتنی بر شواهد و اولویت‌بندی ارائه مراقبت‌های پرستاری را در اختیار دانشجویان پرستاری قرار می‌دهد.

معصومه نیشابوری
دکتری آموزش پرستاری

فهرست

بخش ۱۴- عملکرد سیستم محافظتی ۹

مطالعه موردی	۹
اداره کردن بیمار مبتلا به زخم فشاری	۹

فصل ۶۰- بررسی عملکرد پوست ۱۱

بررسی عملکرد محافظتی	۱۱
اهداف یادگیری	۱۱
واژه نامه	۱۱
آناتومی پوست، مو، ناخن ها و غدد پوست	۱۲
اعمال پوست	۱۵
ملاحظات سالمندی	۱۷
بررسی	۱۸
تاریخچه سلامتی	۱۸
معاینه فیزیکی	۱۹
بررسی رنگ پوست	۱۹
یرقان	۲۱
بررسی وضعیت عروقی و هیدراسیون	۲۶
پیآمدهای پوستی بیماریهای سیستمیک	۳۱
درماتیت استازی (رکودی)	۳۱
تمرین تفکر انتقادی	۳۳

فصل ۶۱- مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات پوستی ۳۵

اهداف یادگیری	۳۵
واژه نامه	۳۵
بیماران مبتلا به اختلالات پوستی	۳۶
مراقبت از پانسمان زخم در اختلالات پوستی	۳۷
پانسمان های بسته	۳۹
پانسمان های نگهدارنده رطوبت	۳۹
کورتیکواستروئیدهای موضعی	۴۲
خارش	۴۴
خارش پرینه و مقعد	۴۶
اختلالات ترشحاتی	۴۶
هیدرانیت چرکی	۴۶
درماتوزهای چرب (سبوره ئیک)	۴۷
آکنه ولگاریس	۴۸

۴۹	درمان تغذیه ای و بهداشتی
۵۱	درمان سیستمیک
۵۲	پیشگیری از باقی ماندن اثر زخم ها
۵۳	درماتوزهای عفونی
۵۳	زرد زخم
۵۴	فولیکولیت، کورک و کفگیرک
۵۶	عفونت های ویروسی پوست
۵۸	هرپس سیمپلکس (تب خال)
۵۸	عفونت های قارچی (مایکوزی) پوست
۵۸	آلودگی های انگلی پوست
۵۸	پدیکولوزیس: آلودگی با شپش
۶۰	شپش سر
۶۰	شپش بدن و ناحیه تناسلی
۶۱	گال (جرب)
۶۳	درماتوزهای التهابی غیر عفونی
۶۴	پسوریازیس
۶۸	ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه
۶۹	بیماری های تاولی
۷۰	پمفیگوس ولگاریس
۷۱	پمفیگوئید تاولی
۷۱	درماتیت هرپتی فورم
۷۳	نکروز کشنده ی اپیدرم و سندرم استیونس – جانسون
۷۵	فرآیند پرستاری بیمار مبتلا به نکروز سمی اپیدرم و نشانگان استیونس – جانسون
۷۸	تومورهای پوست
۷۸	تومورهای خوش خیم پوست
۷۸	کراتوزهای سبوره ئیک و آکتینیک
۷۸	زگیل ها
۷۹	آنژیوماها
۷۹	خالهای حاوی رنگدانه: مولها
۸۰	تومورهای بدخیم پوست
۸۰	کارسینوم سلول های بازال و سنگفرشی
۸۲	سایر روش های درمانی غیر جراحی
۸۳	ملانوم
۸۵	فرآیند پرستاری بیمار مبتلا به ملانوم
۸۷	ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه
۸۷	تومورهای متاستاز دهنده به پوست
۸۸	سارکوم کاپوزی
۸۸	روشهای پلاستیک، ترمیمی و زیبایی پوست
۸۸	پوشاندن زخم ها: گرافت ها و فلاپ ها
۹۰	فلاپ ها (زبانه های پوستی)

۹۰	 رویه های زیباسازی
۹۱	 لیزردرمانی درضایعات پوستی
۹۳	 تمرین تفکر انتقادی

فصل ۶۲- مراقبت از بیماران دچار آسیب سوختگی ۹۵

۹۵	 اهداف یادگیری
۹۵	 واژه نامه
۹۶	 مروری بر صدمه سوختگی
۱۰۰	 وسعت سطح آسیب دیده بدن
۱۰۳	 تغییرات قلبی عروقی
۱۰۴	 تغییرات مایعات و الکترولیتها
۱۰۴	 توجه مفهومی
۱۰۶	 درمان آسیب سوختگی
۱۰۷	 مرحله فوری / احیا
۱۱۲	 مرحله بینابینی / حاد
۱۱۸	 تمیز کردن زخم
۱۱۸	 درمان موضعی ضد باکتریایی
۱۱۹	 پانسمان زخم
۱۲۰	 دبریدمان زخم
۱۲۲	 پیوند زخم
۱۲۵	 مدیریت درد
۱۲۶	 تعدیل وضعیت هیپر متابولیسم
۱۲۶	 اعاده تعادل طبیعی مایعات
۱۲۷	 تعدیل وضعیت هیپرمتابولیسم
۱۲۸	 ارتقاء راهکارهای سازگاری
۱۲۸	 حمایت از بیمار و فرایندهای خانوادگی
۱۲۹	 پایش و درمان عوارض احتمالی
۱۳۰	 حمایت روانی
۱۳۱	 التیام غیرطبیعی زخم
۱۳۲	 فرآیند پرستاری بیمار در طی مرحله بازتوانی از سوختگی
۱۳۶	 مراقبت سرپایی از سوختگی
۱۳۷	 تمرین تفکر انتقادی

بخش ۱۴

عملکرد سیستم محافظتی

مطالعه موردی



اداره کردن بیمار مبتلا به زخم فشاری

پرستار در حال مراقبت از خانمی ۸۵ ساله است که در منزل با شوهرش زندگی می‌کند. بیمار در بخش داخلی برای استنشاق دود به دنبال آتش سوزی منزل پذیرش شده است. در حین انجام بررسی و شناخت صبحگاهی، پرستار متوجه شد و یادداشت نمود که بیمار زخم فشاری درجه دو در ناحیه خارجی دارد. در طی بررسی و شناخت موقع پذیرش به هیچ زخم فشاری اشاره نشده بود. بعد از جستجوهای بعدی، پرستار متوجه شد که سه بیمار دیگر بخش در دو ماه اخیر زخم فشاری درجه ۲ و درجه ۳ داشته‌اند که وجود آنها در هنگام پذیرش ثبت نشده بوده است.

QSEN^۱ تمرکز شایستگی: عملکرد مبتنی بر شواهد (EBP)

پیچیدگی‌های ذاتی سیستم مراقبت سلامت امروزی پرستاران را در نشان دادن شایستگی‌های بین رشته‌ای خاص با چالش‌هایی مواجه می‌کند. این شایستگی‌ها برای تامین مراقبت امن و با کیفیت از بیمار لازم است. آموزش کیفیت و ایمنی برای پروژه پرستاران چارچوبی برای دانش، مهارت و نگرش (KSA) لازم برای آنها در اثبات شایستگی در این حیطه‌های کلیدی ارائه می‌کند که شامل مراقبت بیمار محور، کار گروهی بین رشته‌ای و تشریک مساعی، عملکرد مبتنی بر شواهد، ارتقای کیفیت ایمنی و انفورماتیک می‌باشد.

تعریف عملکرد مبتنی بر شواهد: ادغام بهترین شواهد موجود با مهارت بالینی و ترجیحات بیمار/خانواده و ارزش‌ها برای ارائه مراقبت بهداشتی مطلوب

دانش، مهارت و نگرش منتخب قبل	کاربرد و بازتاب از صدور مجوز
دانش	
منابع قابل اعتماد برای قرار دادن گزارشات شواهد و دستورالعمل‌های کار در بالین را شرح می‌دهد.	منابعی که شما برای پیدا کردن گزارشات مستند و دستورالعمل‌های بالینی برای اداره کردن زخم‌های فشاری مرحله دو در این بیمار و نیز سایر بیماران پذیرفته شده در بخش‌های داخلی از آن استفاده خواهید کرد را مشخص می‌کند
مهارت	
تحقیق بنیادی و گزارشات مستند مربوط به حیطه بالین را می‌خواند. گزارشات مستند مربوط به موضوعات کار بالینی و دستورالعمل‌ها را در جای خود قرار می‌دهد.	منبع یا منابعی که شما مشخص کرده‌اید را بررسی می‌کند و تحقیق و گزارشات مستندی که بهترین مدیریت پوست دچار آسیب بیمار را شرح داده اند را پیدا می‌کند. نقاط قوت سند برای استراتژی‌های مدیریت زخم چیست؟ شما از چه معیاری برای قضاوت نقاط قوت سندی که مشخص کرده اید، استفاده خواهید کرد؟
نگرش	
اهمیت خواندن منظم مجلات حرفه‌ای مرتبط را درک می‌کند.	با انجام این تمرین، آنچه شما به او یاد داده اید را نشان می‌دهد. بهترین سندی که شما پیدا خواهید کرد ممکن است به مرور زمان تغییر کند. اگر شما بیمار دچار زخم فشاری مرحله ۲ را ده سال پیش درمان کرده‌اید، فکر می‌کنید که می‌توانید از همان دستورالعمل‌های مبتنی بر شواهد یا گزارشات برای هدایت کارتان استفاده کنید؟ چرا ماهیت کار بالین دستخوش تغییر می‌شود؟

فصل ۶۰

بررسی عملکرد پوست

بررسی عملکرد محافظتی

اهداف یادگیری

- در تکمیل این فصل، فراگیر قادر خواهد بود:
- ۱- ساختمان ها و اعمال پوست، مو و ناخن ها را بشناسد.
 - ۲- فرایند طبیعی پیری پوست و تغییرات شایع پوستی در بیماران سالمند را شرح دهد.
 - ۳- از مولفه های مناسب برای بررسی پوست، مو و ناخن ها استفاده کند.
 - ۴- ضایعات پوستی اولیه و ثانویه و الگو و توزیع آنها را با هم مقایسه نماید.
 - ۵- بثورات پوستی شایع پوستی و تظاهرات مرتبط با بیماری سیستمیک را تشخیص دهد.
 - ۶- آزمون های تشخیصی متداول و رویه های مورد استفاده در تشخیص اختلالات پوستی را مطرح کند.

واژه نامه

آلوپسی (alopecia): فقدان مو به هر علت

اریتم (erythema): قرمزی پوست به دلیل پرخونی مویرگ ها

هیرسوتیسم (hirsutism): وضعیتی که باعث رشد بیش از حد موها می شود.

هیپرپیگمانتاسیون (hyperpigmentation): افزایش ملانین پوست که باعث افزایش رنگدانه سازی می شود.

هیپوپپیگمانتاسیون (hypopigmentation): کاهش ملانین در پوست که باعث کاهش رنگدانه سازی می شود.

کراتین (keratin): پروتئین فیبروزی نامحلول که لایه خارجی پوست را تشکیل می دهد.

کراتینوسیت ها (keratinocytes): از داخلی ترین لایه اپیدرم ایجاد می شوند. پروتئین نامحلول کراتین را می سازد.

سلول های لانگرهانس (langerhans cells): سلول های روشن و استتاله داری در اپیدرم که حامل گیرنده های سطحی برای ایمنوگلوبین و کمپلمان ها هستند و به طور فعال در افزایش حساسیت تأخیری پوستی مشارکت می کنند.

ملانین (melanin): ماده ای که مسئول ایجاد رنگ پوست است.

ملانوسیت ها (melanocytes): سلول های تولید کننده ملانین در پوست

سلول های مرکل (merkel cells): نوعی از سلول های اپیدرم که در انتقال پیام های حسی نقش ایفا می کنند.

پتشی (petechiae): نقاط کوچک ته سنجاقی و قرمز رنگ بر روی پوست ناشی از نشت خون به داخل پوست

شیارهای تورینه ای (rete ridges): پیدایش چین و شکن هایی در محل تلاقی درم و اپیدرم که موجب اتصال این

دو لایه به یکدیگر می شود.

غدد سباسه (sebaceous glands): غدد موجود در اپیدرم که با ترشح سبوم، پوست را نرم و قابل انعطاف نگه می دارد.

سبوم (sebum): چربی مترشحه از غدد چربی

ویتیلیگو (vitiligo): وضعیتی موضعی یا منتشر که با تخریب ملانوسیت ها در سطوحی محدود و مشخص در پوست که موجب پیدایش لکه های سفید رنگی شود، مشخص می شود.

وود لایت (Wood's light): نور آبی که برای تشخیص بیماریهای پوستی استفاده می شود.

عبارت از لایه زایا^۱، لایه دانه دار^۲، لایه شفاف^۳ و لایه شاخی^۴ است. هر چه از لایه پایه به سمت خارجی ترین لایه یعنی لایه شاخی به سمت بالا برویم، هر لایه متمایز تر (یعنی بالغ و واجد اعمال تخصصی تر) می شود.

اپیدرم

اپیدرم، که در امتداد با غشاهای مخاطی و دیواره کانال گوش قرار می گیرد، مرکب از سلول های زنده در حال تقسیم مداومی موسوم به کراتینوسیت ها است که به که تمایز یافته و به طور تصادفی به سمت بالا مهاجرت می کنند. این سلولها کراتین تولید می کنند و در نهایت از نظر متابولیسی غیر فعال شده و لایه ضخیم و محافظتی خارجی را شکل می دهند. این لایه خارجی موسوم به استراتوم کورنئوم تقریباً هر ۳-۴ هفته به طور کامل تعویض می شود. سلول های مرده حاوی مقادیر زیاد کراتین، پروتئین فیبروزی نامحلول اند که سد خارجی پوست را تشکیل می دهد، و ظرفیت به دام انداختن عوامل بیماری زا و پیشگیری از اتلاف بیش از حد مایع از بدن را دارد. کراتین ماده سخت کننده اصلی مو و ناخن ها است.

ملانوسیت ها، سلول های تخصصی اپیدرم هستند که عمدتاً در تولید رنگدانه ملانین که به پوست و مو رنگ می دهد، دخالت دارند. رنگ پوست طبیعی هر فرد با مقدار ملانین تولید شده تعیین می شود. اکثر مناطق پوست افراد دارای پوست تیره و نواحی تیره تر پوست افراد دارای پوست روشن (نظیر نوک پستان ها) حاوی مقادیر زیادتری از ملانین است که ارتباطی با تعداد ملانوسیت ها ندارد. رنگ طبیعی پوست به نژاد بستگی داشته و از رنگ پریده، تقریباً عاجی تا قهوه ای تیره، و تقریباً سیاه خالص فرق می کند. بیماری سیستمیک نیز بر رنگ پوست تاثیر می گذارد. برای مثال، هنگام عدم کفایت اکسیژناسیون خون به رنگ کبود در می

در ایالات متحده، در هر زمان یک نفر از هر سه نفر اختلال یا بیماری پوستی دارد. در کار پرستاری غالباً در موقعیت های بستری یا سرپایی با اختلالات پوستی مواجه می شویم. بررسی پوست می تواند داده های مهمی در مورد سلامت عمومی بیمار یا سرنخ هایی از حالات سیستمیک که در پوست تظاهر می یابند، ارائه کند.

هر بیمار ممکن است به طور ناگهانی دچار خارش یا بثورات ناشی از رژیم درمانی شود. ممکن است استرس روانی بیماری یا مشکلات مختلف فردی و خانوادگی به صورت اختلالات پوستی نمایش داده شود. در حالات سیستمیک معینی نظیر هیپاتیت و برخی سرطان ها، تظاهرات پوستی می تواند اولین نشانه اختلال و دلیل اصلی جستجوی مراقبت بهداشتی باشد.

مروری بر آناتومی و فیزیولوژی

پوست بزرگترین سیستم بدن و برای زندگی انسان حیاتی است. پوست در بسیاری از اعمال حیاتی بدن مشارکت داشته، سدی بین محیط داخلی و خارجی تشکیل داده، بدن را از عوامل بیماری زا محافظت کرده، به تنظیم درجه حرارت و از دست دادن آب کمک نموده و درون داد حسی فراهم می کند.

آناتومی پوست، مو، ناخن ها و غدد پوست

پوست

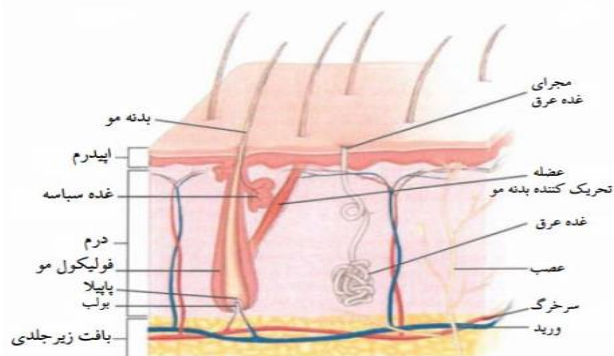
پوست از سه لایه تشکیل شده است: اپیدرم، درم و بافت زیرجلدی (شکل ۱-۶۰). اپیدرم خارجی ترین لایه سلول های مطبق اپی تلیال است که به طور عمده از کراتینوسیت ها تشکیل شده است. ضخامت اپیدرم از حدود ۰/۰۵ میلی متر در پلک ها تا حدود ۱/۵ میلی متر در کف دست و پاها متفاوت است. چهار لایه مجزای اپیدرم از داخلی ترین لایه

3 Stratum lucidum

4 Stratum corneum

1 Stratum germinativum

2 Stratum granulosum



شکل ۱-۶۰. ساختار آناتومی پوست

درم

درم، بافت همبند بین اپیدرم و بافت زیرجلدی است که بزرگ ترین بخش پوست را تشکیل می دهد. درم قدرت و ساختار پوست را در شکل فیبرهای کلاژن و الاستین تامین می کند. درم از دو لایه تشکیل شده است: پاپیلاری^۶ و رتیکولار^۷ (مشبک) الیاف کلاژن در درم پاپیلری به طور شلو در درم رتیکولر به طور محکم مرتب شده اند. درم همچنین دارای عروق خونی و لنفی، اعصاب، غدد عرق و چربی و ریشه های مو است.

بافت زیر جلدی

بافت زیرجلدی یا هیپودرم داخلی ترین لایه پوست است. این لایه به طور عمده از بافت چربی و همبند تشکیل شده که بالشتکی بین لایه های پوست، عضلات و استخوان ها فراهم می کند. این لایه هم چنین ساختارهای عروقی و عصبی که از آن عبور می کنند را محافظت می کند. این لایه باعث ارتقای تحرک پوست، شکل گیری طرح بدن وعایق شدن بدن می شود. بافت های زیرجلدی و مقدار چربی تجمع یافته عوامل مهمی در تنظیم دمای بدن می باشند.

مو

مو، رشد رو به خارج پوست در کل بدن است که در همه جای بدن به استثنای کف دست ها و پاها وجود دارد. مو مرکب از

آید، در افراد دچار یرقان زرد مایل به سبز و در هنگام التهاب یا تب قرمز یا برافروخته می شود.

تولید ملانین تحت تاثیر چند عامل از جمله هورمون مترشحه از هیپوتالاموس مغز موسوم به هورمون محرک ملانوسیت ها است. این اعتقاد وجود دارد که تولید ملانین در پاسخ به اشعه ماوراء بنفش نور خورشید نقش محافظتی دارد.

دو نوع سلول دیگر در اپیدرم وجود دارد: سلول های مرکل^۱ و لانگرهانس^۲. سلول های مرکل به خوبی شناخته نشده اند اما ممکن است به عنوان گیرنده هایی که تحریک وارده را از طریق یک سیناپس شیمیایی به آکسون منقل می کنند، نقش داشته باشند. عقیده بر این است که سلول های لانگرهانس نقش مهمی در واکنش های ایمنی پوستی بر عهده دارند. این ها سلول های کمی هستند که آنتی ژن های مهاجم به سیستم ایمنی را شناسایی نموده و با انتقال آنتی ژن ها به سیستم لنفی، لنفوسیت های T را فعال می کنند.

خصوصیات اپیدرم در نواحی مختلف بدن تفاوت می کند. اپیدرم روی کف دست ها و پاها ضخیم تر بوده و حاوی مقادیر زیادی کراتین است. ضخامت اپیدرم می تواند در اثر استفاده زیاد از حد، افزایش یافته و می تواند منجر به شکل گیری پینه^۳ روی دست ها یا میخچه^۴ در پاها شود.

محل اتصال اپیدرم و درم ناحیه فرورفته و برآمده ای موسوم به شبکه تورینه ای^۵ در طرف اپیدرم و درم پاپیلر در طرف درم است. این سطح، اپیدرم و درم را در کنار هم نگهداشته و امکان تبادل آزاد مواد غذایی ضروری بین این دو لایه را فراهم می کند. در هم رفتن بین درم و اپیدرم چین هایی را بر سطح پوست ایجاد می کند در نوک انگشتان، این چین ها به اثر انگشت موسوم اند. اثر انگشت انحصاری ترین ویژگی فردی بوده و در طی زمان به ندرت دستخوش تغییر می شوند.

- 5 Rete ridges
- 6 Dermis papillary
- 7 Reticular dermis

- 1 Merkel cell
- 2 Langerhans cell
- 3 Callus
- 4 Corn

مو در بخش های مختلف بدن، اعمال متفاوتی بر عهده دارد. موهای چشم (ابرو و مژه)، بینی و گوش ها ذرات گرد و غبار، حشرات و ذرات خارجی را تصفیه می کنند. موهای پوست بدن در حیوانات پست نقش عایق حرارتی دارند. این عملکرد باعث راست شدن موها در زمان سرما می شود. راست شدن مو به واسطه انقباض عضلات کوچکی که به فولیکول مو متصل هستند، ایجاد می شود. عکس العمل راست شدن موها در انسان احتمالاً مربوط به نسل های گذشته (انسان های اولیه) است.

رنگ مو توسط مقادیر متنوعی از ملانین موجود در ساقه مو تامین می شود. خاکستری یا سفید شدن موها در اثر از دست دادن رنگدانه ها ایجاد می شود. میزان و نحوه توزیع موها می تواند تحت تاثیر غدد مترشحه داخلی بدن قرار گیرد. برای مثال سندرم کوشینگ باعث رشد موهای زاید به ویژه در زنان می شود و هیپوتیروئیدی (یعنی تیروئید کم کار) باعث تغییراتی در بافت مو می شود. آلوپسی یا از دست دادن کل موهای سر در اثر عوامل مختلفی ایجاد می شود. شیمی درمانی و رادیوتراپی نازک و ضعیف شدن ساقه موها می شوند. اختلالات متعدد خودایمن از جمله لوپوس اریتماتوزی سیستمیکو آلپسی ناحیه ای باعث از دست دادن مو در نواحی مشخص کوچکتری از پوست سر می شوند. فولیکولیت پوست سر باعث التهاب ریشه مو و آلپسی از نوع اسکار دار می شود.

ناخن ها

در سطح پستی انگشتان دست و پا، صفحه سخت و شفاف کراتینی وجود دارد که ناخن نامیده می شود. ناخن، از ریشه ناخن که زیر چین کوچک پوستی به نام کوتیکول قرار دارد، رشد می کند. ناخن از انگشتان دست و پا با اعمال حسی بسیار پیشرفته، نظیر برداشتن اشیاء کوچک محافظت می کند.

ناخن در سراسر زندگی به طور مداوم و به طور متوسط روزانه ۰/۱ میلی متر رشد می کند. رشد ناخن های دست، سریع تر از پا است و با افزایش سن کم می شود. تجدید کامل ناخن دست حدود ۶ ماه به طول می انجامد. در حالی که بازسازی کامل ناخن پا تقریباً ۱۸ ماه طول می کشد.

ریشه که در درم قرار دارد ساقه مو است کهاز پوست بیرون می آید. مو در حفره ای به نم فولیکول مو رشد می کند. تکثیر سلولها در بخش پیازفولیکول باعث شکل گیری مو می شود (شکل ۱-۶۰ را ببینید).

فولیکول مو در تمام دوره زندگی فرد، دارای دوره های مداومی از رشد، تبدیل حالت و استراحت است. سرعت رشد متفاوت است. موی ریش سریع ترین رشد و بعد از آن موهای سر، زیر بغل، ران ها و ابروها قرار دارند. مرحله رشد (آنازن) ممکن است برای موهای سر ۲ تا ۶ سال، مرحله توان یابی (کاتاژن) ۲ تا ۳ هفته و مرحله استراحت (تلوژن) ۲ تا ۳ ماه طول بکشد. در طی مرحله تلوژن مو از بدن جدا می شود. فولیکول مو به طور خود به خودی وارد مرحله رشد می شود یا می توان این روند را با کندنموها القا کرد. ممکن است موهای در حال رشد و استراحت در کنار یکدیگر و در تمام قسمت های بدن روی دهد. در هر زمان در حدود ۹۰ تا ۹۵٪ فولیکولهای موی سر طبیعی در مرحله رشد (آنازن)، در حدود ۱٪ آنها در مرحله (کاتاژن) و ۵ تا ۱۰٪ آنها در حال ریزش (تلوژن) هستند. به طور معمول روزانه ۱۰۰ تار مو از پوست سر ریزش می کند.

در کنار هر فولیکول مو، برآمدگی ریزی وجود دارد که مکان سلولهای بنیادی است که با مهاجرت به سمت ریشه مو، دوره تولید مجدد ساقه مو را آغاز می کنند. این برآمدگی ها حاوی سلولهای بنیادی هستند که برای تولید مجدد پوست به سمت بالا مهاجرت می کنند. محل این سلولها در کنار ساقه مو تا در قاعده آن بودن، عاملی برای از دست دادن مو می باشد. در شرایطی که التهاب باعث آسیب به ریشه مو شود، رشد مجدد امکان پذیر است. با این وجود، اگر التهاب باعث آسیب به کنار فولیکول مو شود، سلولهای بنیادی تخریب شده و مو رشد نخواهد کرد.

در برخی مناطق معین بدن، رشد موها تحت کنترل هورمونهای جنسی است. واضح ترین مثال، رشد موهای صورت (یعنی ریش و سبیل)، قفسه سینه و پشت بدن است که تحت کنترل هورمونهای مردانه موسوم به آندروژن است. هم زنان. و هم مردان آندروژن اما در مقادیر متفاوت تولید می کنند و به آن نیاز دارند. زنان دارای مقادیر بالای آندروژن تستوسترون در نواحی که به طور کلی مردانه تلقی می شود نظیر صورت، قفسه سینه و پایین شکم دارای مو هستند. این امر اغلب تنوع ژنتیکی طبیعی دارد، اما اگر همراه با دوره های قاعدگی نامنظم تغییرات وزن باشد، می تواند دال بر عدم تعادل هورمونی باشد.

از ۱ میلی متر ضخامت نداشته اما حفاظ موثری در مقابل میکروب‌ها و سایر مواد خارجی فراهم می‌آورد. پوست ضخیم شده کف دست و پا، آن‌ها را در برابر ضربات مداومی که به آن‌ها وارد می‌شود، محافظت می‌کند.

استراتوم کورنئوم یا لایه شاخی، خارجی ترین لایه اپیدرم و موثرترین سد در مقابل از دست دادن آب و نفوذ عوامل محیطی، شیمیایی، میکروبی و نیش حشرات است.

چربی‌های مختلفی در لایه شاخی ساخته می‌شوند که اساس عملکرد محافظتی این لایه را موجب می‌شوند. این چربی‌ها دارای زنجیره بلند هستند که برای مقاومت در برابر آب، کلسترول و اسیدهای چرب آزاد مناسب هستند. این لایه چربی در لایه شاخی باعث می‌شود که سد نسبتاً نفوذ ناپذیری در برابر از دست دادن آب، ورود سموم، میکروب‌ها و سایر موادی که با سطح پوست در تماس هستند، ایجاد گردد.

برخی از مواد به داخل پوست نفوذ می‌کنند اما هنگام عبور از بین کانال‌های سلول‌های لایه شاخی با مقاومت رو به رو می‌شوند. میکروب‌ها و قارچ‌هایی که قسمتی از فلور طبیعی بدن هستند، قادر به نفوذ نیستند مگر اینکه این سد پوستی شکسته شود.

لایه بازال در محل اتصال درم به اپیدرم از کلاژن، الیاف و مولکول‌های درشت تشکیل شده است. لایه بازال چهار عمل انجام می‌دهد. مثل داربستی برای سازماندهی بافتی عمل می‌کند و محلی برای بازسازی است، نفوذپذیری انتخابی برای فیلتراسیون سرم داشته، سد فیزیکی بین انواع مختلف سلول‌ها است و اپی‌تلیوم را به سلول‌های لایه زیرین وصل می‌کند.

حس

گیرنده‌های پایانه‌های عصبی در پوست، به طور مداوم تاثیر شرایط محیط اطراف بدن را پایش می‌کنند. وظایف اصلی گیرنده‌های پوستی احساس حرارت، درد، لمس ملایم و فشار (یا لمس سنگین) است. پایانه‌های متفاوت اعصاب به هر یک از تحریکات مختلف پاسخ می‌دهند. اگرچه پایانه‌های عصبی در تمام بدن پراکنده اند اما در برخی از سطوح بیشتر متمرکز هستند. مثلاً در نوک انگشتان نسبت به پوست ناحیه پشت.

غدد پوست

دو نوع غده پوستی وجود دارد: غده چربی^۱ و غده عرق (شکل ۶۰-۱ را ببینید). غدد چربی با فولیکول‌های مو مرتبط می‌باشند. غده چربی، سبوم (ترشحات چرب) را به فضای بین فولیکول و ساقه مو تخلیه می‌کند و باعث لغزنده شدن مو و نرمی و انعطاف پذیری پوست می‌شود.

غدد عرق در پوست بیشتر نواحی بدن یافت می‌شود. اما در کف دست‌ها و پاها از تراکم بیشتری برخوردارند. تنها نوک آلت تناسلی مردانه، حاشیه لب‌ها، گوش خارجی و بستر ناخن‌ها عاری از این غدد می‌باشند. غدد عرق به دو نوع آپوکرین^۲ و اکرین^۳ طبقه بندی می‌شوند.

غدد عرق اکرین در تمام سطح پوست یافت می‌شوند و مجاری آن‌ها به طور مستقیم به سطح پوست باز می‌شود. ترشحات آبکی و رقیقی که عرق نامیده می‌شود، در قسمت پیچیده پایه غده تولید و وارد مجرای باریک غده می‌شود. ترکیب اصلی عرق را آب تشکیل می‌دهد و مقدار نمک آن نصف پلاسمای خون است. عرق در مقابل افزایش درجه حرارت محیط و داخل بدن از غدد اکرین آزاد می‌گردد. میزان ترشح عرق تحت کنترل سیستم عصبی سمپاتیک قرار دارد. افزایش ترشح عرق از کف دست‌ها و پاها، زیربغل، پیشانی و سایر سطوح ممکن است در پاسخ به درد و استرس باشد.

غدد عرق آپوکرین بزرگ‌تر از غدد اکرین بوده و در نواحی زیر بغل، اطراف ناف، نوک سینه‌ها، مقعد، اسکروتوم و لب‌های بزرگ دستگاه تناسلی زنانه قرار دارند. مجاری این غدد به طور کلی به داخل فولیکول‌های مو باز می‌شوند. غدد آپوکرین در زمان بلوغ فعال می‌شوند. در زنان با هر دوره قاعدگی، بزرگ و کوچک می‌شوند و ترشح شیرمانندی تولید می‌کنند که گاهی توسط باکتری‌هایی نظیر گونه‌های کورینه باکتریوم تجزیه شده و ویژگی بوی زیر بغل را ایجاد می‌کند. غدد آپوکرین تخصص عمل یافته‌ای نیز به نام سرومینوس^۴ در گوش خارجی وجود دارد که سرومن (یعنی واکس) تولید می‌کنند.

اعمال پوست

محافظت

پوستی که بیشتر قسمت‌های بدن ما را پوشانده است، بیش

3 Eccrine

4 Ceruminous

1 Sebaceous glands

2 Apocrine

تعادل مایع

استراتوم کورنثوم یا خارجی ترین لایه اپیدرم، توانایی جذب آب را دارا بوده و به این ترتیب از هدر رفتن آب و الکترولیت جلوگیری و رطوبت بافت زیر جلدی را تامین می کند. وقتی پوست مثلاً به دنبال سوختگی شدید آسیب می بیند، ممکن است مقدار زیادی آب و الکترولیت به سرعت از دست رفته و متعاقب آن کلاپس عروقی، شوک و مرگ حادث شود. پوست کاملاً نسبت به آب نفوذ ناپذیر نیست. مقدار کمی آب به طور مداوم از پوست تبخیر می شود. از این میزان تبخیر، به عنوان دفع نامحسوس یاد می شود. حداکثر این میزان در یک فرد بزرگسال معمولی، ۵۰۰ میلی لیتر در شبانه روز می باشد. میزان دفع نامحسوس با توجه به سطح بدن و درجه حرارت متفاوت است. در شخصی که تب دارد، از دست دادن آب به نحو قابل پیش بینی افزایش و تقریباً برای هر یک درجه سانتی گراد (۱٫۸ فارنهایت) افزایش درجه حرارت بدن به میزان ۱۲٪ افزایش پیدا می کند.

تنظیم درجه حرارت

بدن به طور مداوم در فرآیند تولید انرژی در نتیجه متابولیسم مواد غذایی حرارت تولید می کند. این گرما به طور عمده از طریق پوست دفع می شود. سه فرایند فیزیکی عمده برای از دست دادن حرارت بدن به محیط وجود دارد. فرایند اول تشعشع است^۱ که در آن بدن حرارت خود را از طریق پوست به اشیاء دورتر از خودش که حرارت کمتری دارند، منتقل می کند. فرایند دوم یعنی هدایت^۲ عبارت از انتقال گرما از بدن به شیء سردتری است که در تماس با آن قرار می گیرد. فرایند سوم همرفت^۳ یا جا به جایی است که بدن از طریق دور کردن مولکول های گرم، حرارت را به محیط اطراف منتقل می کند. تبخیر پوست با روش هدایت، به از دست دادن گرما کمک می کند. گرما از طریق پوست به مولکول های سطحی آب هدایت شده و موجب تبخیر آن می گردد. آب روی پوست ممکن است در نتیجه دفع نامحسوس، عرق کردن و یا از محیط باشد.

به طور طبیعی از تمامی این مکانیسم ها برای از دست دادن گرما استفاده می شود. با این وجود وقتی دمای محیطی بالا باشد، روش تشعشع و همرفتی موثر نبوده و تنها راه از دست دادن حرارت، تبخیر خواهد بود.

در شرایط طبیعی بین میزان تولید و از دست دادن حرارت تعادل وجود دارد و درجه حرارت بدن حداکثر در حد ۳۷ درجه سانتی گراد (۹۸٫۶ درجه فارنهایت) حفظ می شود. میزان از دست رفتن حرارت بدن به حرارت سطحی پوست بستگی دارد که حاصل عملکرد گردش خون پوستی است. در شرایط طبیعی میزان جریان گردش خون پوستی تقریباً ۴۵۰ میلی لیتر در دقیقه یا ۱۰ تا ۲۰ برابر خونی است که برای تامین نیاز متابولیک و اکسیژن پوست لازم است. گردش خون در عروق پوستی به طور عمده از طریق سیستم اعصاب سمپاتیک کنترل می شود. افزایش جریان خون پوست باعث انتقال گرمای بیشتری به پوست و از دست رفتن حرارت بیشتری می شود. در مقابل، کاهش جریان خون، با کاهش حرارت پوست به ذخیره دمای پوست کمک می کند. وقتی در یک روز سرد، دمای بدن پایین می آید، عروق پوستی منقبض شده و دفع حرارت بدن کاهش می یابد.

تعریق فرایند دیگری است که میزان دفع حرارت بدن را تنظیم می کند. تا زمانی که بدون توجه به درجه حرارت پوست، درجه حرارت بدن از ۳۷ درجه سانتی گراد (۹۸٫۶ درجه فارنهایت) بالاتر نرود، تعریق صورت نمی گیرد. ممکن است در یک محیط خیلی گرم، میزان عرق بیشتر از یک لیتر در ساعت باشد. در برخی شرایط (مثل استرس های روحی) ممکن است تعریق یک عکس العمل رفلکسی بوده و با نیاز به از دست دادن حرارت از بدن ارتباطی نداشته باشد.

تولید ویتامین

پوست در معرض اشعه ماوراء بنفش خورشید، قادر است مواد اولیه مورد نیاز برای ساخت ویتامین D (کوله کلسی فرول) را بسازد. ویتامین D برای پیشگیری از پوکی و نرمی استخوان که باعث تغییر شکل استخوان می شوند و در اثر کمبود ویتامین D، کلسیم و فسفر ایجاد می گردند، ضروری است. تخمین زده شده که اکثر مردم برای ساخته شدن این ویتامین نیاز به ۵ تا ۳۰ دقیقه تماس با خورشید دو بار در هفته دارند. با این وجود بنا به عوامل فردی و محیطی متعدد، توصیه یکسان دشوار خواهد بود. تاکنون هیچ مطالعه ای مشخص نکرده است آیا ساخته شدن ویتامین D در پوست می تواند بدون افزایش خطر سرطان پوست روی دهد. مقادیر کافی ویتامین D باید از رژیم غذایی سالم و مکمل ها تامین شود تا از تماس عمدی با خورشید.

نازک شدن لایه درم، پوست شفاف تر و شکننده تر می گردد. خونرسانی به پوست نیز با افزایش سن تغییر می کند. تعداد و اندازه عروق، مخصوصاً حلقه های مویرگی کاهش می یابد. این تغییرات عروقی منجر به تأخیر در التیام زخم ها شده که در سالمندان شایع است. خشکی و پوسته پوسته شدن پوست در سالمندی احتمالاً پی آمد کاهش احتباس آب در اثر آسیب لایه شاخی و کاهش در تعداد و ظرفیت عملکردی غدد عرق و چربی می باشد. تصور می شود افت سطح هورمونی آندروژن ها در کاهش عملکرد غدد سباسه دخالت دارد.



شکل ۲-۶۰. دست‌هایی با آتروفی شایع در اثر پیر شدن پوست

رشد مو مخصوصاً در نواحی پایین ساق ها و روی پشت پا به تدریج کاهش می یابد. نازک شدن موهای سر، زیر بغل و ناحیه تناسلی شایع است. سایر اعمال پوستی که تحت تأثیر پیری قرار می گیرند شامل عملکرد حفاظتی پوست، درک حسی و تنظیم درجه حرارت است.

پیری پوست در اثر نور خورشید یا آسیب ناشی از تماس مفرط با خورشید، اثرات زیان آوری بر پیری طبیعی پوست دارد. کار یا فعالیت های بیرون از منزل در دوران زندگی (به عنوان مثال در کارگران ساختمانی، نگهبان ها، حمام آفتاب گرفتن طولانی) بدون استفاده از البسه محافظ می تواند باعث چین و چروک قابل ملاحظه، از دست رفتن خاصیت الاستیسیته، لکه لکه شدن پوست و ایجاد سطوح رنگدانه‌ای، آتروفی پوست و ضایعات خوش خیم یا بدخیم شود.

تعداد زیادی از ضایعات پوستی جزء فرایند طبیعی سالمندی محسوب می شوند. تشخیص این ضایعات به فرد معاینه کننده این امکان را می دهد تا به کاهش اضطراب بیمار در خصوص تغییرات پوستی کمک کند. در چارت ۱-۶۰ برخی از ضایعات پوستی که احتمال می رود در سالمندی ایجاد

عملکرد پاسخ ایمنی

پوست نه تنها به عنوان سد دفاعی در برابر خطرات محیطی عمل می کند، بلکه هم چنین پاسخ ایمنی را تولید می کند. پوست ظرفیت تولید پاسخ های ایمنی ذاتی و سازشی را دارد. اعمال ایمنی ذاتی پوست شامل لایه های فشرده شده استراتوم کورنئوم، پاسخ التهابی غیر اختصاصی الگوی شناسایی گیرنده ها و محیط شیمیایی است که از تشکیل کلونی میکروبی ممانعت می کند. سلول های لانگرهانس پوست بخشی از ایمنی سازشی هستند. این سلول ها به عنوان سلول های معرفی کننده آنتی ژن با توانایی انتقال مواد خارجی به غدد لنفاوی مجاور برای عکس العمل ایمنی سلولی فعالیت می کنند.

ملاحظات سالمندی

پوست بدن تحت تغییرات فیزیولوژیک زیاد مرتبط با سالمندی طبیعی قرار می گیرد که عملکرد آن را تحت تأثیر قرار داده، ضخامت درم را کاهش داده، کلاژن را تحلیل داده، تولید چربی را کاهش داده و شکنندگی عروق را افزایش می دهد. سایر عوامل نظیر تماس بیش از حد با آفتاب در طول زندگی، بیماری های سیستمیک و تغذیه ضعیف می تواند میزان مشکلات پوستی و سرعت بروز آن ها را افزایش دهد. علاوه بر این برخی از داروها (مثل آنتی هیستامین ها، آنتی بیوتیک ها، دیورتیک ها) حساس کننده به نور بوده و آسیب ناشی از قرار گرفتن در معرض آفتاب را افزایش می دهند.

تغییرات مهم در پوست سالمندان عبارت از خشکی، چین و چروک، لکه های پوستی غیر ثابت و ضایعات پرولیفراتیو مختلف می باشد. تغییرات سلولی که با افزایش سن ایجاد می شود، شامل نازک شدن پوست در محل اتصال درم و اپیدرم است. نتیجه این نازک شدن، کمتر شدن محل تکیه-گاه دو لایه پوست است که به معنی آن است که ممکن است حتی با صدمات خفیف یا فشار کم اپیدرم از درم جدا شود. این پدیده ممکن است موجب آسیب پذیری بیشتر سالمندان به ضربات پوستی گردد. با افزایش سن، اپیدرم و درم نازک و کشیده شده و باعث ایجاد چین و چروک، افتادگی و روی هم افتادن چین های پوستی می شود (شکل ۲-۶۰).

از دست رفتن مواد موجود در بافت زیر جلدی مثل الاستین، کلاژن و چربی موجب کاهش نقش حفاظتی و حمایت اعضا و بافت های زیرین گردیده، تونوسیت عضلانی کم می شود و در نتیجه خاصیت عایق بودن چربی از بین می رود. روند جایگزینی سلول با افزایش سن کند می شود. به موازات

باشد. اسامی مواد آرایشی، صابون ها، شامپوها و سایر محصولات بهداشت فردی، در صورت وجود مشکل اخیر پس از مصرف آنها پرسیده می شود. چارت ۲- ۶۰ برخی از سوالات مناسب برای کسب اطلاعات مفید را فهرست نموده و چارت ۳- ۶۰ عوامل ژنتیکی موثر بر بیماری های پوستی را ارایه کرده است.

چارت ۲-۶۰. بررسی از لحاظ اختلالات پوستی

سابقه بیمار از لحاظ اختلالات پوستی را می توان با پرسش سوالات زیر به دست آورد:

- چه زمانی برای نخستین بار متوجه این مشکل شدید؟ (همینطور مدت دوام و شدت آن را جستجو کنید).
- آیا قبلا نیز اتفاق افتاده بود؟
- آیا نشانه های دیگری هم وجود دارند؟
- کدام محل، اول از همه مبتلا شد؟
- زمانی که بثورات یا ضایعات برای اولین بار ظاهر شدند، شبیه چه چیز بودند؟
- به کجا و با چه سرعتی گسترش یافت؟
- آیا احساس خارش، سوزش، قلقلک یا مورمور شدن دارید؟
- آیا هیچ فقدان حس وجود دارد؟
- آیا مشکل، در موقع یا فصل خاصی بدتر می شود؟
- به نظر شما چگونه شروع شد؟
- آیا سابقه ای از بیماری های تب یونجه، آسم، کهیر، اگزما یا هر نوع آلرژی دارید؟
- چه کسی در خانواده تان مشکلات یا بثورات پوستی دارد؟
- آیا بیرون ریزی بثورات به دنبال خوردن غذای خاصی ظاهر شد؟ کدام غذا؟
- آیا این اواخر قبل از بروز این مشکل، الکل مصرف کرده بودید؟
- فکر می کنید چه ارتباطی ممکن است بین طغیان بثورات یا ضایعه و واقعه خاص وجود داشته باشد؟
- چه داروهایی مصرف می کنید؟
- از چه داروی موضعی (پماد، کرم، مرهم) برای این ضایعه استفاده کرده اید؟ (شامل داروهای بدون نیاز به نسخه هم می شود).
- از کدام محصولات پوستی یا آرایشی استفاده می کنید؟
- شغل شما چیست؟
- احتمال دارد چه چیزی در محیط زندگی شما (گیاهان،

شوند، به اختصار آورده شده اند. این ضایعات طبیعی بوده و نیاز به توجه خاص ندارند، مگر اینکه پوست عفونی یا تحریک شود.

بررسی

هنگام مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات پوستی، پرستار از طریق اخذ تاریخچه سلامتی و مشاهدات مستقیم، اطلاعات مهم را به دست می آورد. مهارت پرستار در بررسی جسمانی و توجه به وضعیت آناتومیک پوست این اطمینان را ایجاد می کند که هر گونه انحراف از وضعیت طبیعی گزارش و ثبت گردد.

چارت ۱-۶۰. تغییرات خوش خیم پوست در

سالمدان

- آنژیوم شرابی (خال های قرمز روشن)
- کاهش موها به خصوص در سر و ناحیه تناسلی
- دیس کرومی (تغییرات رنگی)
 - لنتیگوهای خورشیدی (لکه های کبدی)
 - ملاسما (تغییر رنگ تیره پوست)
 - لنتیگو ها (کک و مک)
- نورودرماتیت (لکه های خارش دار)
- کراتوز سبوره ای (لکه های قهوه ای کبره مانند)
- آنژیوم های عنکبوتی
- تالانژکتازی (نقوش قرمز رنگ روی پوست به علت کشیدگی عروق خونی سطحی)
- چین و چروک
- گزروز (خشکی)
- گزانتالاسما (رسوبات مومی زرد رنگ بر روی پلک بالا و پایین)

تاریخچه سلامتی

هنگام مصاحبه تاریخچه سلامتی، پرستار در باره هر گونه سابقه شخصی و خانوادگی آلرژی های پوستی، عکس العمل های آلژیک نسبت به مواد غذایی، داروها، مواد شیمیایی، مشکلات قبلی پوست و سرطان پوست سوال می کند. تاریخچه سلامتی شامل اطلاعات خاصی در باره زمان شروع، علائم و نشانه ها، محل و زمان هر نوع درد، خارش، راش و یا دیگر ناراحتی هایی که برای بیمار به وجود آمده است، می

تولید ملانین در افراد دارای پوست تیره، بیشتر از افرادی است که پوست روشن دارند. پوست سالم تیره رنگ دارای یک زمینه قرمز رنگ است. مخاط دهان، زبان، لب ها و ناخن ها به طور طبیعی صورتی رنگ است. پوست نواحی باز خصوصا وقتی در معرض آفتاب و گرمای محیط باشد، بیشتر از سایر نواحی بدن پیگمانته می شود. تقریبا هر فرایندی که در پوست روی می دهد، تا حدودی باعث تغییر رنگ پوست می شود. برای مثال ممکن است بعد از ابتلا به عفونت قارچی، آگزم یا ویتیلیگو، هیپوپیگمانتاسیون و بعد از آسیب ناشی از آفتاب و در اثر پیری، هیپرپیگمانتاسیون ایجاد شود. رنگدانه تیره بعد از آسیب یا التهاب دچار تغییر رنگ می شود و افراد تیره پوست غالبا بعد از التهاب، بیشتر از افراد سفید پوست افزایش رنگدانه سازی را تجربه می کنند. هیپرپیگمانتاسیون نهایتا از بین می رود اما ممکن است نیاز به گذشت چند ماه باشد.

تغییرات رنگ پوست در افراد دارای پوست تیره بیشتر جلب توجه کرده و ممکن است باعث نگرانی شود چرا که تغییر رنگ با سهولت بیشتر قابل مشاهده است. به دلیل افزایش تعداد ملانوسیت ها در پوست تیره تر، ممکن است تغییر رنگدانه ای به وضوح قابل رویت شده و می تواند باعث ناراحتی های روحی زیادی گردد. برخی تغییرات رنگدانه ای پوست، طبیعی محسوب می شود. تغییرات رنگدانه ای اطراف پل بینی، رگه های پیگمانته در ناخن ها و لکه های پیگمانته روی سفیدی چشم مثال هایی از این موارد می باشند. اغلب خط تیره ای در امتداد خط وسط نیمه تحتانی شکم زنان باردار ایجاد می شود. جدول ۱-۶۰ تغییرات رنگ در افراد دارای پوست تیره و روشن را ارایه می کند.

سیانوز

سیانوز عبارت از تغییر رنگ مایل به آبی است که در اثر کاهش اکسیژن خون ایجاد می شود (شکل ۳-۶۰). سیانوز همراه با شوک و مشکلات تنفسی یا گردش خون اتفاق می افتد. در افراد دارای پوست روشن، سیانوز با آبی رنگ شدن نواحی لب ها، نوک انگشتان و بستر ناخن ها مشخص می شود. سایر مشخصه های کاهش پرفوزیون بافتی شامل پوست سرد و مرطوب، نبض سریع و نخی و تنفس سریع و سطحی می باشد.

ملتحمه پلکی را باید از نظر رنگ پریدگی و پتشی (یعنی نقاط قرمز ته سنجاقی که در اثر نشت خون به پوست ایجاد می- شود) معاینه کرد.

جانوران، مواد شیمیایی، عفونت ها) باعث بروز این مشکل شده باشد؟ آیا چیز جدیدی یا هر تغییری در محیط شما وجود دارد؟

- آیا هر چیزی که با پوست شما تماس پیدا کند، باعث بروز بثورات می شود؟
- این مشکل چه تاثیری بر شما یا زندگی شما داشته است؟
- آیا چیز دیگری وجود دارد که بخواهید در رابطه با این مشکل در مورد آن صحبت کنید؟

معاینه فیزیکی

بررسی پوست شامل تمام مناطق پوست از جمله غشاهای مخاطی، پوست سر، مو و ناخن ها می باشد. وضعیت پوست، جلوه ای از سلامتی کلی فرد است و تغییرات آن معمولا ناشی از بیماری های سایر سیستم ها می باشد. نگاه و لمس، از فنون رایج معاینه پوست هستند. اتاق باید روشن و گرم باشد. ممکن است برای واضح تر دیدن ضایعات از یک چراغ قوه استفاده شود. بیمار باید لباس های خود را به طور کامل درآورده و روی او تا حد کفایت پوشیده می شود. در طی معاینه پوست دستکش پوشیده می شود.

ظاهر عمومی پوست با مشاهده رنگ، درجه حرارت، رطوبت یا خشکی، قوام پوست (نرمی یا زبری)، ضایعات، خونسازی، تحرک و وضعیت مو و ناخن ها بررسی می شود. تورگور پوست، ادم احتمالی و الاستیسیته از طریق لمس کردن بررسی می شود.

سنایو بیمار Vincent Brody : قسمت ۲

وینسنت برادی را با بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD) از فصل ۴ به یاد بیاورید که بیشتر روز را روی صندلی تختخوابشو سیگار می کشید و به دلیل کوتاهی نفس مصرف ناچیز مواد غذایی داشت. او با تشدید بیماری مزمن انسدادی ریه در بیمارستان بستری شد. عوامل مرتبط با این تشخیص چیست؟ چه اطلاعات زمینه ای می تواند بر ترک خوردن پوست تاثیر داشته باشد؟ بررسی پوست انجام شده توسط پرستار را شرح دهید.

بررسی رنگ پوست

درجه بندی رنگ پوست در افراد دارای پوست تیره تا حد زیادی به طور ژنتیکی تعیین می شود و ممکن است با صفاتی مانند روشن، متوسط و تیره توصیف شود. میزان و سرعت

در فرد دارای پوست تیره، معمولاً پوست خاکستری رنگ می‌شود. لذا برای تشخیص سیانوز، باید نواحی اطراف دهان و لب‌ها و روی استخوان گونه و نرمه گوش‌ها را مشاهده کرد.

چارت ۳-۶۰. ژنتیک در عمل پرستاری: وضعیت های سیستم محافظتی

وضعیت های محافظتی که تحت تاثیر عوامل ژنتیکی قرار می‌گیرد به شرح زیر می‌باشند:

اتوزوم غالب:	اتوزوم مغلوب:
• اهلرز- دانلس	• آلبینیسم
• سندرم Legius	• ایکتیوز مادرزادی
• سندرم Loey-Dietz	• وابسته به کروموزوم ایکس
• نوروفیبروماتوز نوع ۱	• غالب:
• توبروز اسکروز	• Incontinentia Pigmenti
	• وابسته به کروموزوم ایکس
	• مغلوب:
	• دیسپلازی اکتودرمال
	• هیپوهیدروتیک
	• پسودوگزانتوم الاستیکوم

الگوی توارث واضح نیست. با این وجود استعداد ژنتیکی برای بیماری وجود دارد:

- دیسپلازی اکتودرمال
- اگزما
- لکه های شرابی
- پسوریازیس

بررسی و شناخت پرستاری

بررسی تاریخچه خانوادگی مخصوص اختلالات

پوستی

- اعضای خانواده سه نسل گذشته را از نظر ابتلا به آسیب یا ناهنجاری های پوستی بررسی کنید.
- در مورد ماهیت و نوع ضایعات پوستی و سن فرد در شروع بیماری شوال کنید (به طور مثال: درگیری پوستی با Incontinentia Pigmenti که در چند هفته اول زندگی با تاول زدن پوست شروع شده، در حالیکه ضایعات نوروفیبروماتوز نوع ۱ ممکن است از ابتدای کودکی تا بزرگسالی ظاهر شود).
- به جنسیت فرد مبتلا توجه کنید (به طور مثال بیشتر افراد دچار Incontinentia Pigmenti مونث و

- بیشتر افراد دیسپلازی اکتودرمال مذکر هستند).
- در مورد وجود سایر تظاهرات بالینی نظیر وجود مو، دندان و ناخن های غیر معمول، ترومبوسیتوپنی، عفونت های مکرر سوال کنید.

بررسی و شناخت بیمار

- برای تظاهرات بالینی مرتبط نظیر تنک بودن ابروها و مژه ها، شکل غیر طبیعی دندان ها، طاسی، غیر طبیعی بودن ناخن (مثل دیسپلازی اکتودرمال هیپوهیدروتیک) بررسی کنید
- برای تغییرات مرتبط با بینایی نظیر نیستاگموس یا لوچی، آلبینیسم، غیر طبیعی بودن شبکیه (مثل پسودوگزانتوم الاستیکوم)، ندول های لیش و یا گلیوم اپتیک (نوروفیبروماتوز نوع ۱) بررسی کنید.
- بررسی کاملی از پوست به عمل آورید.
- در مورد حساسیت به آفتاب سوال کنید.
- تاریخچه زخم ها و به تاخیر افتادن التیام زخم ها را به دست آورید.
- برای پسرقت خط لثه (چنانچه در اهلرز دانلس دیده می‌شود)، بررسی کنید.
- محل و اندازه ضایعات پوستی (مثل لکه های شیر-قهوه، لکه های شرابی، کبودی ها) را بررسی و ثبت کنید.
- ضربات شکمی یا اتساع شکم را بررسی کنید (آنوریسم شکمی در سندرم Loey-Dietz شایع است).
- پوست را برای وجود و محل کک و مک بررسی کنید (کک و مک های زیر بغل با اختلالات ژنتیکی همراه هستند). سوال کنید که آیا کک و مک ها از بدو تولد وجود داشته اند و آیا مقدار و محل آنها رشد داشته است.

اریتم

اریتم، قرمز شدن پوست است که به علت اتساع مویرگ‌ها ایجاد می‌شود. در افراد سفید پوست به راحتی قابل مشاهده است. برای تشخیص التهاب احتمالی باید پوست را از نظر افزایش گرما و نرمی (یعنی ادم) یا سفتی (یعنی انفیلتراسیون داخل سلولی) لمس نمود. به دلیل این که در فرایند التهاب، پوست به رنگ ارغوانی-خاکستری در می‌آید، ممکن است تشخیص اریتم دشوار باشد.

بیلی روبین سرم خون مربوط می باشد و غالبا اول در سفیدی چشم و غشاهای مخاطی دیده می شود (شکل ۳-۶۰).

یرقان

یرقان عبارت است از زرد شدن پوست که مستقیما به افزایش



شکل ۳-۶۰. مثالهایی از تغییر رنگ پوست: زمینه آبی تیره سیانوز (چپ) و رنگ زرد یرقان (راست)

جدول ۱-۶۰. تغییرات رنگ در پوست تیره و روشن

علت	پوست روشن	پوست تیره
رنگ پریدگی کم خونی- کاهش هماتوکریت شوگ- کاهش پرفوزیون، انقباض عروق	رنگ پریدگی عمومی	پوست قهوه ای به رنگ زرد- قهوه ای و کدر ظاهر می شود. (سطوحی که رنگدانه کمتر دارند مثل ملتحمه و غشاهای مخاطی را مشاهده کنید).
نارسایی موضعی شریانی	رنگ پریدگی مشخص موضعی (اندام های تحتانی، مخصوصا وقتی بالا آورده شوند).	خاکستری، کدر، سرد در لمس
زالی- فقدان کامل رنگدانه ویتیلیگو- وضعیتی که با تخریب ملانوسیت ها در یک منطقه محدود پوست مشخص می شود (ممکن است موضعی یا منتشر باشد).	سفید صورتی لکه های سفید شیری، غالبا قرینه و دوطرفه	برنزه، کرم، سفید شبه پوست روشن
سیانوز افزایش میزان هموگلوبین فاقد اکسیژن	آبی تیره	تیره ولی کدر، بی جان، فقط سیانوز شدید در پوست ظاهر می شود. (ملتحمه، مخاط دهان و بستر ناخن ها را مشاهده کنید).
مرکزی- بیماری مزمن قلبی و ریوی که باعث کاهش درصد اشباع شریانی شود. محیطی- قرار گرفتن در معرض سرما، اضطراب	تیرگی بستر ناخن ها	
اریتم پرخونی- افزایش جریان خون در رگ	قرمز، صورتی روشن	بنفش کم رنگ، اما مشاهددهان دشوار

های شریانی متسع، مثلاً در التهاب، تب، مصرف الکل و هنگام خجالت	است (لمس برای بررسی، افزایش گرما و التهاب، سفتی پوست و سفتی بافت های عمقی)
پلی سیتی- افزایش گلبول های قرمز خون، رکود خون در مویرگ ها	رنگ آبی قرمز در صورت، مخاط دهان، ملنحه و دست ها و پاها
مسمومیت با مونواکسید کربن	قرمز آلبالویی روشن در صورت و بالا تنه
استاز وریدی- کاهش جریان گردش خون در سیاهرگ های کوچک متسع	آبی قرمز رنگ در صورت و بالای تنه قرمز تیره در اندام های انتهایی مبتلا (مقدمه نکروز با زخم فشاری)
یرقان افزایش غلظت آلبومین سرم (بیشتر از ۲ میلی گرم در ۱۰۰ میلی لیتر) به دنبال نارسایی کبد یا همولیز مثلاً بعد از سوختگی شدید یا برخی عفونت ها	زردی ابتدا در سفیدی چشم، کام سخت، غشاء مخاطی و بعد روی پوست
کاروتنمی- افزایش سطح کاروتن سرم به علت مصرف مواد غذایی سرشار از کاروتن	زرد و نارنجی روشن در پیشانی، کف دست ها و پاها و چین های بینی- لبی اما زردی در سفیدی چشم و غشاء مخاطی دیده نمی شود.
اورمی- نارسایی کلیه موجب احتباس رنگدانه های اوروکرومی در خون می شود.	نارنجی- سبز یا خاکستری همراه با رنگ پریدگی ناشی از آنمی، ممکن است اکیموز و پورپورا وجود داشته باشد.
قهوه ای- برنزه بیماری آدیسون- کمبود کورتیزول، تولید ملانین را تحریک می کند.	نمای برنزی (برنزه شدن مناطق خارجی) بیشتر در اطراف نوک پستان ها، پرینه، ناحیه تناسلی و نقاط تحت فشار (قسمت داخل ران، باسن، آرنج ها، زیر بغل)
لکه های شیر- قهوه که به علت افزایش رنگدانه ملانین در لایه سلول های بازال ایجاد می شوند.	برنزه تا قهوه ای روشن، با شکل نامنظم، لکه های بیضوی با حدود مشخص که اغلب در افرادی که پوست خیلی تیره دارند مشاهده نمی شود.

بررسی راش

در صورت خارش، از بیمار بخواهید نواحی مبتلا را نشان دهد. سپس پوست را به آرامی بکشید تا با کاهش قرمزی پوست، راش بهتر دیده شود. ممکن است با تاباندن نور چراغ قوه به طور مایل از یک سمت، راش واضح تر شده و مشاهده آن با سهولت بیشتری امکان پذیر گردد. اختلاف در قوام پوست را می توان با حرکت آرام نوک انگشت بر روی پوست بررسی نمود. ممکن است کناره های راش قابل لمس باشد. باید دهان و گوش های بیمار را معاینه نمود (سرخک و سرخچه باعث ایجاد اجسام قالبی قرمز روی گوش ها می شوند و سرطان های پوست در لاله گوش ها شایع اند). درجه حرارت بیمار بررسی شده و غدد لنفاوی مخصوصا در زیر بغل، کشاله ران و پشت زانو ها (ناحیه پوپلیته) نیز لمس شوند.

بررسی ضایعات پوستی

ضایعات پوستی بارزترین ویژگی بیماری های پوستی هستند. آنها از لحاظ شکل، اندازه و علت متفاوت بوده و براساس نمای ظاهری، و منشاء ایجادشان طبقه بندی می شوند. ضایعات پوست را می توان به انواع اولیه و ثانویه طبقه بندی کرد. ضایعات اولیه، ضایعات ابتدایی و از مشخصات خود بیماری هستند. ضایعه ثانویه در نتیجه تغییر در ضایعه اولیه در اثر مواردی نظیر خراشیدگی، ضربه، عفونت ها یا تغییرات ناشی از التیام زخم ها ایجاد می شوند. بسته به مرحله رشد، در مرحله بعد ضایعات پوستی بر طبق ظاهر و نوع آنها طبقه بندی می شوند (جدول ۲-۶).

بررسی مقدماتی بثورات یا ضایعه به تشخیص نوع درماتوز و اینکه آیا اولیه یا ثانویه است، کمک می کند. در همان زمان، باید توزیع آناتومیک بثورات یا ضایعه مشاهده شود، زیرا برخی از بیماری ها در نقاط خاصی از بدن ایجاد شده با شکل و الگوی خاص منتشر می شوند (تصاویر ۴-۶۰ و ۵-۶۰). به منظور تعیین وسعت توزیع ناحیه ای، سمت چپ و راست بدن

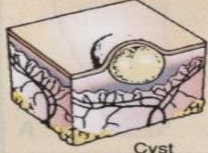
از نظر رنگ و شکل ضایعه با هم مقایسه می شوند. درجه پیگمانتاسیون پوست بر ظاهر فرد تاثیر گذار است. ممکن است در افرادی که پوست تیره دارند، ضایعات به رنگ های سیاه، ارغوانی یا خاکستری و در افراد دارای پوست روشن، برنزه یا قرمز باشند. برای تعیین وسعت ضایعه از یک خط کش یا مقیاس متریک استفاده می شود. بنابراین اندازه پایه هر ضایعه تعیین و با اندازه گیری های بعدی مقایسه می شود. بعد از مشاهده، ضایعه از نظر قوام، شکل، حاشیه ها، نرمی، حاوی مایع بودن، سختی و ثابت بودن به بافت اطراف بررسی می شود.

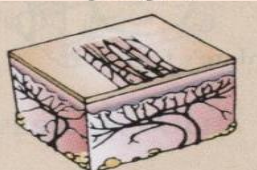
ضایعات پوستی باید واضح و همراه با جزئیات و با استفاده از واژه های قابل فهم در پرونده ثبت گردند:

- رنگ ضایعه
- هرگونه قرمزی، گرمی، درد یا تورم
- اندازه و محل ناحیه مبتلا
- الگوی بثورات (مثلا ماکولی، پاپولی، پوسته ای بودن، تراوشی، منفرد، گروهی)
- نحوه توزیع ضایعه (مثلا دو طرفه، قرینه، خطی، دایره ای)
- اگر در هنگام مشاهده پوست، زخم باز حاد یا ضایعات مشاهده شوند، باید بررسی جامع انجام شده و ثبت گردد. در این ارزیابی باید موارد زیر بررسی شود:
- بستر زخم: از نظر بافت نکروتیک، گرانوله، اپی تلیوم، اگزودا، رنگ و بو
- لبه ها و حاشیه های زخم: زیر زخم را نگاه کنید (میزان وسعت زخم زیر سطح پوست) و ارزیابی وضعیت
- اندازه زخم: اندازه زخم را به تناسب برحسب میلی متر و سانتی متر تعیین کنید و عمق و قطر زخم و اریتم اطراف را مشخص نمایید.
- پوست اطراف زخم: از نظر رنگ، خون رسانی، رطوبت، تحریک شدگی و پوسته ریزی بررسی کنید.

جدول ۲-۶۰. ضایعات پوستی اولیه و ثانویه

ضایعه	توصیف	مثال ها
ضایعات اولیه ماکول، لکه	صاف، تغییر رنگ غیر قابل لمس پوست (رنگ ممکن است قهوه ای، سفید، برنزه، ارغوانی یا قرمز باشد) • ماکول: کوچکتر از ۱ سانتی متر با محدوده مشخص • لکه: بزرگ تر از ۱ سانتی متر، ممکن است حاشیه های منظم داشته باشد.	کک و مک، خال های صاف، پتشی، سرخچه، ویتیلیگو، لکه های شرابی رنگ، اکیموز
پاپول، پلاک	توده توپر، برجسته و قابل لمس با حاشیه مشخص ممکن است از به هم پیوستن پاپول ها، پلاکی با قله صاف ایجاد شود. • پاپول: کمتر از ۰/۵ سانتی متر • پلاک: بزرگتر از ۰/۵ سانتی متر	پاپول ها: خال های برجسته، زگیل ها، لیکن پلان ها پلاک ها: پسوریازیس، کراتوز آکتینیک
ندول، تومور	توده برجسته، توپر، قابل لمس که نسبت به پاپول بیشتر به عمق درم نفوذ می کند. • ندول: ۰/۵ تا ۲ سانتی متر با حدود مشخص • تومور: بزرگتر از ۱ تا ۲ سانتی متر (تومورها همیشه لبه مشخص ندارند)	ندول ها: لیپوم، کارسینوم سلول سنگفرشی، جذب ضعیف تزریقات، درماتوفیبروم تومورها: لیپوم های بزرگ تر، کارسینوما
وزیکول، بول	توده برجسته، قابل لمس، با محدوده مشخص و حاوی مایعات سeroزی • وزیکول: کوچکتر از ۰/۵ سانتی متر • تاول (بول): بزرگتر از ۰/۵ سانتی متر	وزیکول ها: هرپس سیمپلکس/ زونا، آبله مرغان، پیچک سمی، سوختگی درجه ۲ (تاول) بول: پمفیگوس، درماتیت تماسی، تاول های بزرگ سوختگی، پیچک سمی، زرد زخم تاولی
ویل	توده برجسته با محدوده ناپایدار، غالباً نامنظم و در رنگ و اندازه متفاوت. به علت حرکت مایع سeroزی به داخل درم ایجاد می شود، مثل وزیکول حاوی مایع آزاد در داخل حفره نیست.	کهیر، نیش حشرات
پوستول	وزیکول یا بول حاوی چرک	آکنه، زرد زخم، کورک، کفگیرک
کیست	توده نیمه جامد یا کپسول محتوی مایع که در بافت	کیست سباسه، کیست اپیدرموئید

زیرجلدی یا درم قرار دارد.	 Cyst
از بین رفتن سطحی اپیدرم که تا درم نفوذ نداشته، فرو رفته و مرطوب است. وزیکول های پاره شده، خطوط خراشیدگی	ضایعات ثانویه خراشیدگی (زخم سطحی)  Erosion
از بین رفتن پوست که اپیدرم می گذرد، فاقد بافت نکروتیک با احتمال خونریزی یا باقی ماندن اسکار زخم استازی ناشی از نارسایی وریدی، زخم فشاری	زخم  Ulcer
شکاف خطی در پوست که ممکن است تا درم امتداد یابد. ترک روی لب ها یا دست ها، پای ورزشکار	شقاق  Fissure
پوسته های ثانویه به پوسته ریزی، اپی تلیوم مرده که ممکن است به سطح پوست چسبیده باشد. در رنگ های مختلف (نقره ای، سفید) و ساختار متفاوت (کلفت، نازک) شوره سر، پسوریازیس، پوست خشک، پتیریازیس روزه آ	پوسته  Scales
بقایای سرم، خون یا چرک خشک شده در سطح پوست، کبره بزرگ و چسبیده به پوست دلمه (scab) می باشد. بقایای بعد از پارگی وزیکول، زردزخم، هرپس، اگزما	کبره  Erosion
اثری که بعد از التیام زخم یا ضایعه بر روی پوست باقی می ماند و نشانه جایگزینی بافت پیوندی صدمه دیده است. محل التیام زخم یا برش جراحی	جوشگاه، سیکاتریکس

• اسکارهای تازه: قرمز یا ارغوانی • اسکارهای قدیمی: سفید یا براق	 Scar
بافت های اسکار با هیپرتروفی ثانویه به تشکیل بیش از حد کلاژن در طی روند التیام، به صورت برجسته با شکل نامنظم و قرمز رنگ شیوع بیشتر در آفریقایی-آمریکایی ها	کلوئید  Keloid
نمای نازک، خشک و شفاف اپیدرم، از دست رفتن خطوط سطحی پوست ثانویه به از دست رفتن کلاژن و الاستین، ممکن است عروق زیری قابل رویت باشد.	آتروفی  Atrophy
ضخیم و زبر شدن پوست یا واضح شدن خطوط پوستی که معمولاً به طور ثانویه به علت تماس مکرر، تحریک یا خاراندن ایجاد می شود.	لیکنی شدن  Lichenification

برای بررسی تورگور پوست باید به ملایمت پوست را بین انگشت شست و اشاره نیشگون بگیرید. پست از نظر مدتی که طول می کشد تا به حالت اولیه برگردد مورد بررسی قرار می گیرد. افرادی که دهیدراته هستند یا کسانی که پوست خشک دارند، کاهش تورگور پوست را نشان خواهند داد، پوست بعد از نیشگون گرفتن به جای آنکه بلافاصله به حالت اول برگردد، تقریباً چروکیده خواهد ماند. هنگامی که پوست سفت و درخشان به نظر برسد، هنگامی که فشار ملایم انگشت به داخل پوست فرو رفتگی یا گودی باقی بگذارد، ادم وجود دارد. بررسی عمق گودی و طول مدت برطرف شدن آن وسعت ادم را مشخص می کند.

بررسی وضعیت عروقی و هیدراسیون

بعد از ارزیابی رنگ پوست و مشاهده ضایعه، بررسی تغییرات عروقی پوست انجام می شود. تغییرات عروقی باید از نظر محل، گسترش، رنگ، اندازه و وجود ضربان توصیف شوند. عروقی رایج شامل پتشی^۱، اکیموز^۲، تلانژکتازی^۳ (ستاره ویدی) و آنژیوما است (جدول ۳-۶۰).

رطوبت پوست، درجه حرارت و قوام پوست به طور عمده از طریق لمس بررسی می شوند. تورگور (الاستیسیته) پوست که با افزایش سن به طور طبیعی کاهش می یابد، ممکن است عاملی برای بررسی وضعیت هیدراسیون بیمار باشد.

3 Telangiectases

1 Petechiae
2 Ecchymoses

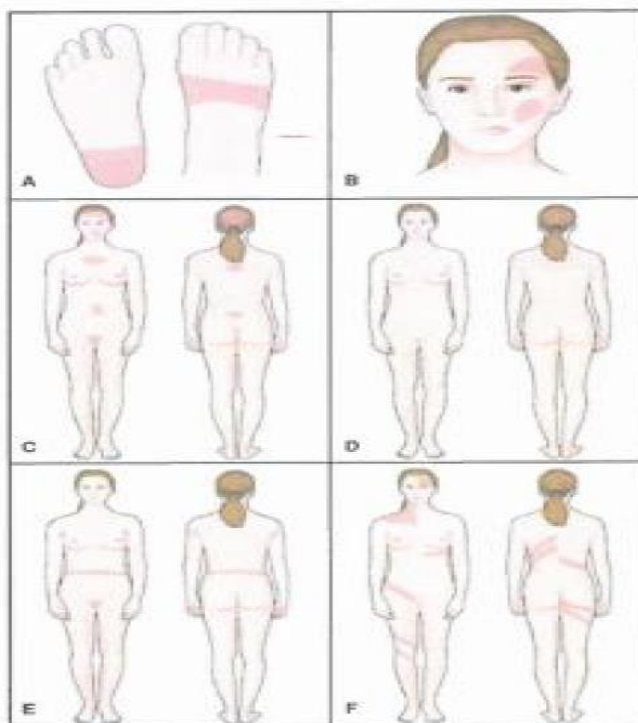
شدن زاویه بین ناخن و قاعده آن (۱۸۰ درجه یا بیشتر) و نرمی قاعده آن مشخص می گردد. نواخی نرم در لمس، مشابه اسفنج می باشد. کلابینگ می تواند حالتی طبیعی باشد اما اغلب با بیماری ریوی مرتبط بوده و می تواند نشانه هیپوکسی مزمن باشد.

بررسی مو

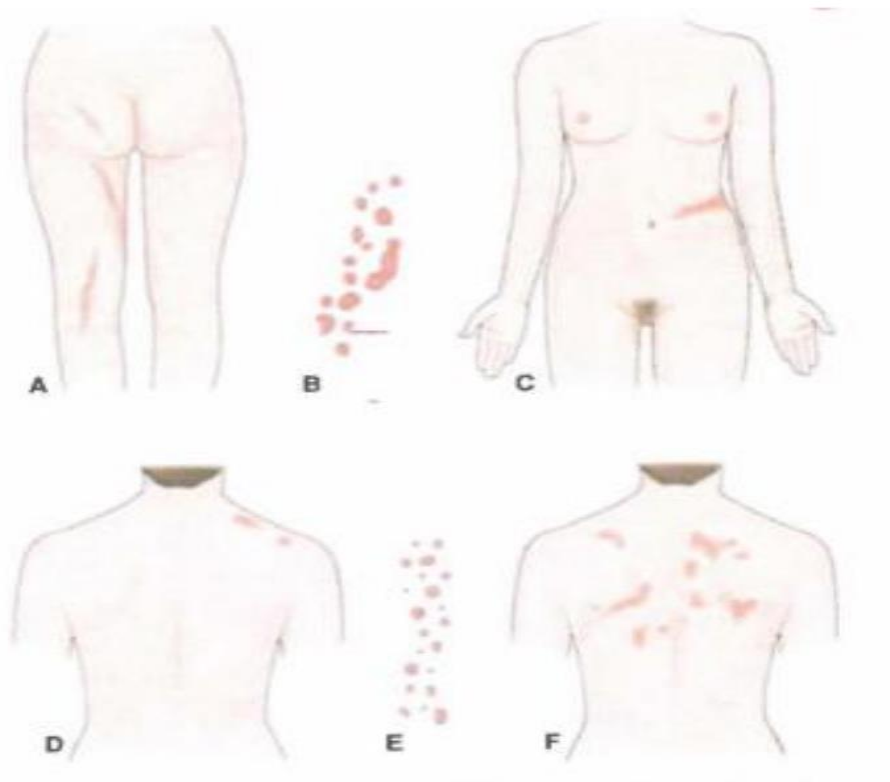
بررسی موها با نگاه و لمس انجام می شود. معاینه کننده دستکش پوشیده و در یک اتاق دارای نور خوب موها را معاینه می کند. موها را باید طوری از هم باز کرد تا سطح پوست زیر موها به راحتی مشاهده شده و پرستار رنگ، بافت و چگونگی توزیع موها را بررسی می کند. می توان با استفاده از انتهای چوبی یک سوآب پنبه ای موها را به دسته های کوچکی تقسیم کرد تا بتوان پوست سر را مشاهده کرد. هر نوع ضایعه غیر طبیعی، شواهد خارش، التهاب، پوسته ریزی یا نشانه های وجود آلوگی (شپش یا مایت) ثبت می شود.

بررسی ناخن ها

مشاهده مختصر ناخن ها شامل بررسی شکل، رنگ و استحکام می باشد. بسیاری از تغییرات ناخن یا بستر آن مربوط به پیشرفت موارد غیر طبیعی موضعی یا عمومی و یا در نتیجه اتفاقات گذشته است (شکل ۶۰-۶). فرورفتگی های عرضی ناخن که خطوط بیوانامیده می شود، ممکن است به دلیل تاخیر رشد ریشه ناخن ناشی از بیماری شدید یا شایع تر از آن به دلیل ضربات موضعی باشد. شیاردار شدن، هیپرتروفی و تغییرات دیگر نیز ممکن است ناشی از ضربات موضعی باشد. پارونیشیا^۲ یا التهاب پوست اطراف ناخن، معمولاً با قرمزی و تندرns مشخص می شود. سطوح فرورفته روی ناخن ها مشخصه قطعی پسوریازیس است. ناخن قاشقی همچنین می تواند به دلیل آنمی شدید فقر آهن باشد. زاویه بین ناخن و قاعده آن به طور طبیعی ۱۶۰ درجه است. به هنگام لمس، معمولاً ناخن سفت است. کلابینگ ناخن ها که می تواند در اثر هیپوکسی ایجاد شود، با صاف



شکل ۶۰-۴. نحوه توزیع آناتومیک اختلالات شایع پوستی. (A) درماتیت تماسی (ناشی از کفش). (B) درماتیت تماسی (ناشی از مواد آرایشی، عطریات و گوشواره). (C) درماتیت سبوریه ای. (D) آکنه. (E) گال. (F) هرپس زوستر (زونا)



شکل ۵-۶۰. آرایش ضایعات پوستی. (A) خطی (در یک امتداد). (B) حلقوی یا کمانی (قوسی یا دایره ای). (C) زوسترشی شکل (خطی در امتداد مسیر عصب). (D) گروهی (خوشه ای). (E) مجزا (جدا و واضح). (F) متصل به یکدیگر (به هم پیوسته).

رنگ و ساختار مو

رنگ طبیعی مو از سفید تا سیاه متغیر است. با افزایش سن و در حدود دهه سوم عمر، یعنی زمانی که تظاهرات کاهش ملانین آشکار می گردد، موها شروع به سفید شدن می کنند. با این وجود خاکستری شدن موها در افراد جوان تر در نتیجه عوامل ارثی نیز غیر معمول نیست. افراد زال (فقدان کامل یا نسبی رنگدانه ها) از بدو تولد زمینه ژنتیکی سفیدی موها را دارند. وضعیت طبیعی موها را می توان با استفاده از رنگ مو، رنگ برها و مجعد یا

صاف کننده ها تغییر داد. استفاده از این محصولات بسته به خصوصیات طبیعی مو، تأثیرات متفاوتی بر مو دارد. برای مثال استفاده از مواد شیمیایی صاف کننده بر موی اکثر افراد می تواند باعث شکستن و از دست دادن موها شود. ممکن است ساختار موهای سر از نرم تا خشن، ابریشمی تا شکننده، چرب تا خشک، براق تا کدر متغیر بوده و حالت مو ممکن است صاف یا مجعد یا فر باشد. ممکن است خشکی و شکنندگی موها ناشی از مصرف مواد آرایشی، سشوار، فر زدن یا ناشی از اختلالات غدد مترشحه درونی مثل بدکاری تیروئید باشد. موهای چرب معمولاً به دلیل افزایش فعالیت

نواحی خاص محدود باشد. موهای پوست سر ممکن است در یک منطقه به طور موضعی یا لکه ای ریخته یا ممکن است به صورت عمومی نازک شده یا به طور کامل ریخته باشد. در بررسی علل ریزش موی سر مهم است که علت زمینه ای آن با بیمار بررسی شود. ریزش لکه ای موها در یک منطقه می تواند به دنبال کشیدن یا پیچاندن عادت موها و آویزان کردن وسایل از آن ها (محکم بافتن آن ها)، استفاده بی رویه از رنگ ها، صاف کننده ها، روغن ها و مواد شیمی درمانی (مثل دوکسوروبیسین) آدریامایسین [، سیکلوفسفامید] سیتوکسان])، عفونت های باکتریایی یا قارچی، ضایعات پوستی و خال ها باشد. لکه های ریزش مو با حدود واضح دال بر وضعیتی به نام ریزش موی منطقه ای است. مکانیزم دقیق آن مشخص نیست اما ممکن است به دنبال برهم کنش عوامل ژنتیک و محیطی شروع شود. رشد مجدد موها ممکن است به طور خود به خودی و در طی ۱ تا ۳ ماه صورت گیرد، هر چند در برخی موارد نادر ریزش موها عود کرده و حتی دائمی باشد.

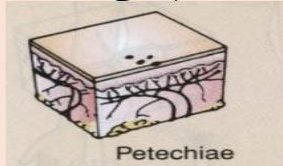
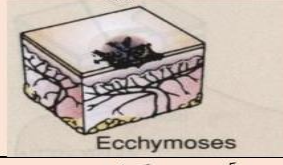
غدد سباسه نزدیک به پوست سر می باشد. در صورتی که بیمار در این اواخر تغییراتی را در بافت موهایش گزارش کند، باید علت زمینه ای آن بررسی شود. این تغییرات ممکن است به دلیل مصرف زیاد فرآورده های تجاری مو و یا استفاده از یک شامپوی جدید باشد.

توزیع موها

توزیع موهای بدن برحسب محل آن متفاوت است. موهای بیشتر نقاط بدن نرم است، به جز نواحی زیربغل و ناحیه تناسلی که خشن است. موهای ناحیه تناسلی که در زمان بلوغ شروع به رشد می کند، در پسران و مردان به شکل لوزی به سمت بالا تا ناف گسترش می یابد. موهای این ناحیه در زنان به شکل مثلث وراونه است. الگوی رویش موها به فرم جنس مخالف، ممکن است به دلیل مشکلات غدد اندوکرین باشد که مستلزم بررسی است. تفاوت های نژادی در موها قابل انتظار است. مثلا موهای صاف بیشتر در نژاد آسیایی و موهای زبر و مجعد بیشتر در نژاد آفریقایی وجود دارد. در مردان موهای صورت و بدن نسبت به زنان بیشتر است. ریزش موها یا آلوپسی می تواند در کل بدن باشد و یا به

ریزش مو

جدول ۳-۶۰. ضایعات عروقی

ضایعه	تعریف
پتشی  Petechiaie	ماکول های گرد قرمز یا ارغوانی کوچک: ۱ تا ۲ میلی متر ثانویه به نشت خون از رگ به دلیل استعداد خونریزی یا ایجاد آمبولی در پوست
اکیموز  Ecchymoses	ضایعه ماکولی گرد، یا نامنظم که از پتشی بزرگ تر است. رنگ های متفاوت دارد: سیاه، زرد یا سبز به دنبال نشت خون از رگ به دلیل ضربه یا استعداد خونریزی
آنژیوم گیلانی	ضایعه پاپولی گرد، به رنگ قرمز یا ارغوانی در تنه و اندام ها ممکن است با فشار سفید شود. تغییر طبیعی ناشی از پیری که معمولا از نظر بالینی بی اهمیت است.



Cherry angioma

آنژیوم عنکبوتی



Spider angioma

تلانژکتازی (ستاره وریدی)



Telangiectasia

ضایعات قرمز رنگ شریانچه ها دارای جسم مرکزی و شاخه هایی در اطراف روی صورت، گردن، بازوها و تنه ایجاد می شود. ممکن است با فشار سفید شود. همراه با بیماری کبدی، بارداری، کمبود ویتامین ب

با اشکال متفاوت شبیه عنکبوت یا به شکل خطی مایل به آبی یا قرمز با فشار سفید نمی شود. بیشتر در ساق پا ها و قسمت قدام قفسه سینه دیده می شود. ثانویه به اتساع سطحی مویرگ ها و وریدها. همراه با افزایش فشار وریدی است (وریدهای واریسی)



شکل ۶-۶۰. اختلالات شایع ناخن

موهای ناحیه قله و تاج سر به طور کامل می ریزد. الگوی معمول ریزش موی مردانه در شکل ۷-۱ نشان داده شده است. اگرچه آلوپسی آندروژنیک اختلالی مردانه در نظر گرفته می شود، میلیون ها زن ریزش موی با الگوی زنانه را تجربه می کنند که به طور معمول با سایر علایم افزایش هورمون

شایع ترین علت ریزش مو در مردان الگوی طاسی (یعنی آلوپسی آندروژنیک) است که بیش از نیمی از جمعیت مردان را گرفتار کرده و با توارث، سن و میزان آندروژن (هورمون مردانه) در ارتباط است. آندروژن برای پیشرفت الگوی طاسی مردانه ضروری است. این طرح ریزش مو از خط گیجگاهی شروع شده و به تدریج موهای نواحی پیشانی نازک شده و

آندروژن دیده نمی شود. در بیشتر زنان تمایل به حفظ موهای پیشانی وجود داشته و به طور کامل طاس نمی شوند.



شکل ۶۰-۷. پیشرفت طاسی با الگوی مردانه

تنفر در خود غلبه نماید. در برخورد با این بیماران نشانه ای از احساس تردید و بیزاری نشان ندهد، زیرا چنین رفتاری فقط سبب افزایش ضربه روحی ناشی از بیماری می شود.

پیآمدهای پوستی بیماری‌های سیستمیک

دیابت قندی

به دلیل این که دیابت موجب تغییرات گردش خون و تغذیه سلولی می شود، می تواند تاثیر زیادی بر وضعیت پوست بگذارد. برخی از مشکلات رایج تر پوستی که بیماران دیابتی با آن مواجه می شوند در اینجا بحث می شود.

درموپاتی دیابتی

درموپاتی دیابتی^۱ (لکه های ساق پا) در حدود ۵۰ درصد از بیماران دیابتی ایجاد می شود. این ضایعات در قسمت قدامی پایین پاها، ساعدها، ران ها و برجستگی های استخوان دیده می شوند. این ضایعات به علت پاره شدن عروق خونی کوچک مسئول خونرسانی پوست ایجاد می شوند. هر لکه به صورت یک برآمدگی قرمز کدر که کوچک تر از پاک کن مداد است، شروع می شود. این ضایعات به آهستگی تا حد یک اینچ پخش شده (اندازه یک سکه کوچک)، پوسته پوسته و در نهایت یک اسکار قهوه ای رنگ با فرورفتگی مختصر روی پوست باقی می گذارند.

درماتیت استازی (رکودی)

درماتیت استازیبثورات اگزمایی است که روی پایین ساق بیماران دچار نارسایی وریدی ایجاد می شود. این عارضه در بیماران مبتلا به دیابت خیلی شایع است. عروق بزرگ دچار آسیب شده و گردش خون قسمت های انتهایی بازوها و ساق

سایر تغییرات

الگوی توزیع موی مردانه ممکن است در برخی از زنان هنگام یائسگی یعنی زمانی که هورمون استروژن توسط تخمدان ها تولید نمی شود، ایجاد گردد. در زنان دچار هیپوسیتسم، ممکن است موهای زاید در صورت، قفسه سینه، شانه ها و ناحیه زهار رشد کنند. در صورت رد شدن یائسگی به عنوان علت زمینه ای باید فرد را از نظر آنومالی های مربوط به هیپوفیز یا اختلال عملکرد غده آدرنال بررسی کرد.

به دلیل اینکه به بیماران دچار مشکلات پوستی اغلب با دید منفی نگریده می شود، ممکن است این افراد دچار آشفتگی شده و از تعامل با سایرین خودداری کنند. مشکلات پوستی می تواند منجر به بدشکلی، انزوا، از دست دادن شغل یا مشکلات اقتصادی شود.

برخی مشکلات ممکن است منجر به احساس افسردگی، ناامیدی، کم توجهی به خود، شکل ذهنی ضعیف از خود و واپس زنی شود. ممکن است خارش و تحریک پوست که در بسیاری از مشکلات پوستی وجود دارد، از آزارهای دایمی باشند. ناراحتی های پوستی می توانند موجب کم خوابی، اضطراب و افسردگی شوند که جملگی باعث دیسترس عمومی و خستگی می شوند که غالبا با مشکلات پوستی همراه هستند.

لازم است پرستار بیمارانی را که از مشکلات جسمی و روحی رنج می برند درک نموده، پیرامون مشکل آنها توضیحات و آموزش های مناسبی در رابطه با درمان در اختیار قرار داده، حمایت پرستاری و تشویق لازم را فراهم نماید. همچنین به هنگام مراقبت از بیمارانی که دچار اختلالات پوستی ناخوشایند هستند، پرستار باید به هرگونه احساس بیزاری و

1 Diabetic Dermopathy

جواب نمی دهند، علت منجر به پای دیابتی و قطع اندام می باشند.

بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی

علائم پوستی ممکن است اولین علامت ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) بوده که در بیش از ۹۰ درصد افراد آلوده با HIV با زوال عملکرد ایمنی دیده می شود. این علائم پوستی با کاهش شمارش CD4 رابطه دارد. در برخی اختلالات از جمله سارکوم کاپوزی، لوکوپلازی مویی دهان^۱، مولوسکوم کوتناژیوزوم^۲ صورت و کاندیدای دهانی ممکن است شمارش CD4 کمتر از ۲۰۰ تا ۳۰۰ سلول در میکرولیتر باشد. عفونت های پوست، هم از نوع باکتریایی و هم ویروسی شایع بوددهو شدیدتر از حد انتظار ظاهر می شوند. شعله ور شدن حاد حالات مزمن نظیر سبوره یا آکنه ممکن است دال بر عفونت جدید باشد. حساس بودن به این تغییرات می تواند پرستار را آگاه نماید تا بتوان به موقع مداخلات را شروع کرد.

ارزیابی تشخیصی

طیف وسیعی از مطالعات تشخیصی در بیماران مبتلا به عملکرد محافظتی انجام می شوند. پرستار قبل از انجام آزمون به بیمار در مورد هدف، آنچه انتظار می رود و هر اثرات جانبی ممکن در رابطه با این معاینات آموزش می دهد. پرستار هم چنین به روند نتایج توجه می کند، زیرا اطلاعاتی در مورد اولیه یا ثانویه بودن ضایعات، پیشرفت بیماری و پاسخ بیمار به درمان را فراهم می کند.

نمونه برداری پوست

بیوپسی با برداشتن قسمتی کوچکی از بافت به وسیله تیغ جراحی یا از طریق ابزار سوراخ کننده برای معاینه میکروسکوپی انجام می شود. بیوپسی پوستی روی ندول ها، پلاک ها، تاول ها و سایر ضایعات به منظور رد بدخیمی، کمک در تشخیص و انجام آزمون های دیگر نظیر رنگ آمیزی گرم برای باکتری یا اسید-شیف (PAS)^۳ دوره ای برای عناصر قارچی انجام می شود.

تست پیچ

تست پیچ^۴ برای تعیین موادی که بیمار به آنها آلرژی دارد انجام می شود. تست پیچ شامل قرار دادن مواد آلرژی زای مشکوک نظیر نیکل یا عطرها روی پوست طبیعی زیر تکه های (وصله های) بسته می باشد. تکه های نواری شکل برای ۴۸ ساعت روی پشت بدن بیماران قرار گرفته و ناحیه

ها به مخاطره می افتد. به دلیل عدم تامین مواد غذایی، پوست خشک و شکننده می شود. آسیب های کوچک به کندی ترمیم و به آسانی به زخم مبدل می گردند. این عارضه در ابتدا با درجات متغیری از قرمزی و پوسته و خارش تظاهر می کند. وقتی به فرم مزمن در می آید، منجر تغییرات دایمی در رنگ پوست، هیپر یا هیپوپیگمانتاسیون و شکننده یا ضخیم تر شدن پوست (فیبروز) می شود.

عفونت های پوست

عفونت های باکتریایی ممکن است به صورت برآمدگی های کوچک اطراف فولیکول های مو (مثل فولیکولیت) به نظر برسد. شایع ترین مناطق شامل: قسمت پایین ساق ها، پایین شکم و باسن می باشد. گاهی اوقات این ضایعات بزرگ شده و به کورک و کفگیر تبدیل می شوند. کورک از یک فولیکول مو آغاز شده، به طور فزاینده بزرگ شده و با تهاجم عمقی تر به بافت تشکیل آبسه می دهد. کفگیر از ضایعات آلوده متعدد تشکیل می شود. پوست بیماران دیابتی مستعد عفونت های باکتریایی و قارچی است. اگر سطح گلوکز خون خوب کنترل نشود ممکن است این عفونت ها خیلی کند التیام یابند.

عفونت های قارچی در سطوح دارای رطوبت دایمی (زیر سینه ها، کشاله ران، زیر بغل) شایع است. عفونت های کاندیدیایی (مثل مخمر) ظاهر قرمز گوشتی داشته و پوستول هایی کوچک در اطراف آن وجود دارد و پوست مرطوب و سرد به نظر می رسد.

عفونت های درماتوفیتی، به صورت ضایعاتی خشک با حداقل قرمزی و بیشتر پوسته دار می باشند. محل شایع آن ها ناخن های پاها و پاها می باشد.

پرستاران باید نسبت به علائم این عفونت ها هشیار بوده و در صورت لزوم بیمار را به پزشک معرفی نموده، روش های اصلی نگهداری از پوست را به بیمار و خانواده اش آموزش دهند.

زخم های ساق پا و پا

به دلیل تغییرات اعصاب محیطی بیماران دیابتی غالباً آسیب های کوچک پایین ساق ها و پاها را حس نمی کنند. عفونت ایجاد شده و در صورتی که بدون درمان رها شود، ممکن است به زخم تبدیل گردند. اغلب موارد زخم ها قبل از آن که به آنها توجه شود بزرگ می شوند. زخم هایی که به درمان

3 Periodic acid-Schiff

4 Patch test

1 Oral hairy leukoplakia

2 Facial molluscum contagiosum

نمونه‌های جمع‌آوری شده بدون تاخیر و مطابق با پروتکل‌ها مدیریت می‌شوند و نتایج به موقع از آزمایشگاه دریافت می‌شوند، می‌باشد. پرستار به بیمار در مورد مراقبت مناسب محل‌های جراحی و معانی نتایج تست‌ها آموزش می‌دهد.

تمرین تفکر انتقادی

۱. یکی از همسایه‌های شما به شما می‌گوید که دختران دو قلو ۸ ساله وی به تیم شنایی ملحق شده‌اند که به استخر محل زندگی شما وابسته است. او به دنبال گذراندن اوقاتی خوش با دخترانش در استخر است، اما نگران است که دچار آفتاب سوختگی شود. او به شما می‌گوید که در مورد برنزه کردن خود در سالن‌های برنزه‌کننده قبل از اینکه با دخترش به استخر برود فکر می‌کند. آیا این توصیه‌ای است که ممکن است خطر آفتاب سوختگی او یا سرطان پوست گرفتن وی را کم کند؟ اقدامات مبتنی بر شواهدی که بتواند خطر آفتاب سوختگی و ابتلای آتی وی به سرطان پوست را کم کند، را شرح دهید

۲. مرد مسن ۷۹ ساله‌ای که در یک مرکز بازتوانی حاد پذیرش شده بود، برای مراقبت توسط دختر ۴۰ ساله خود در حال ترخیص از مرکز می‌باشد. شما شک می‌کنید که دختر بیمار با تغییرات پوست در سالمندان آشنا نباشد. هنگام کمک به پدر در فعالیت‌های روزانه زندگی چه تغییرات مهمی را باید تشخیص دهد؟ چه تغییراتی برای سن او طبیعی هستند؟ چه علایم پوستی می‌تواند برای او مهم باشد که به مراقبت‌دهنده اولیه پدرش گزارش کند؟

۳. خانم مسن ۵۵ ساله‌ای به درمانگاه مراقبت خانواده‌ای که شما به عنوان پرستار مسئول در آنجا کار می‌کنید برای غربالگری دوره‌ای سلامت آمده است. او به شما می‌گوید که از زمان آخرین غربالگری قبلی سالم بوده است، اما تذکر می‌دهد که از ریزش موهایش نگران است، همانطور که مادرش در همان سن بود. بررسی مو بخش مهمی از ارزیابی پوست است. در مورد سوالات مهمی که شما برای جمع‌آوری داده‌ها برای تاریخچه سلامتی وی خواهید پرسید، بحث کنید. تمرکز مهم بررسی جسمانی و روانی-اجتماعی وی را شرح دهید.

پس از ۷۲ ساعت بررسی می‌شود. در صورت ایجاد قرمزی، برجستگی‌های کوچک و وجود خارش، پاسخ آزمایش، مثبت ضعیف محسوب می‌شود. تاول‌های کوچک، پاپول‌ها و خارش شدید بر واکنش مثبت متوسط دلالت داشته، درد و زخم دلیل بر پاسخ مثبت قوی می‌باشد. پرستار به بیماران دچار واکنش مثبت در مورد اجتناب از عوامل آلرژی‌زا که اغلب به دلیل وفور زیاد عوامل آلرژی‌زا دشوار است آموزش می‌دهد.

تراشیدن پوست

نمونه‌های بافت توسط تیغ جراحی آغشته به روغن از قسمت‌های مشکوک به قارچ تراشیده شده و به تیغ می‌چسبند. مواد برداشته شده روی لام شیشه‌ای قرار گرفته و مورد مطالعه میکروسکوپی قرار می‌گیرد. هاگ‌ها، رشته‌های تشکیل‌دهنده قارچی و عفونت‌های درماتوفیتی و همچنین آلودگی‌هایی نظیر گال را می‌توان مشاهده کرد.

اسمیر تزانک

اسمیر تزانک^۱ برای معاینه سلولهای ضایعات تاولی پوست از قبیل زونا، آبله مرغان، تب خال و تمام انواع پمفیگوس به کار می‌رود. ترشحات ضایعات مشکوک را بر روی لام شیشه‌ای قرار داده و پس از رنگ آمیزی آزمایش می‌کنند.

آزمایش وودلایت

وودلامت، لامپ مخصوصی است که امواج ماوراء بنفش با طول موج بلند تولید می‌کند که به صورت نور فلورسنت ارغوانی تیره درمی‌آید. رنگ فلورسنت ارغوانی در اتاق تاریک بهتر دیده شده و امکان افتراق اپیدرم طبیعی از غیرطبیعی و ضایعه با رنگدانه کم از زیاد، بهتر امکان پذیر می‌شود. به بیمار اطمینان داده می‌شود که این نور برای پوست یا چشم ضرری ندارد. ضایعات ملانین دار تقریباً زیر نور ماوراء بنفش از بین می‌روند، در حالی که ضایعات فاقد ملانین زیر این نور سفیدتر می‌شوند.

عکس‌های بالینی

عکس به منظور ثبت ماهیت و وسعت ضایعات پوستی و بررسی پیشرفت یا بهبود ناشی از درمان گرفته می‌شود. این عکس‌ها گاهی اوقات برای نشان دادن تغییر وضعیت خال‌ها در طی زمان گرفته می‌شوند.

تدابیر پرستاری

پرستار مسئول اطمینان از تکمیل رضایت‌نامه‌ها برای انجام رویه‌های جراحی و عکسبرداری‌های بالینی و اینکه تمام

1 Tzank smear

فصل ۶۱

مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات پوستی

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این فصل فراگیر قادر خواهد بود:

۱. تدابیر درمانی بیمار مبتلا به زخم، خارش یا اختلالات ثانویه پوستی را شرح دهد.
۲. تدابیر درمانی و مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به عفونت های پوست یا بیماریهای انگلی پوست را بیان کند.
۳. تدابیر درمانی و مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به درماتوزهای غیر عفونی پوست از جمله درماتیت تماسی یا پسوریازیس را بشناسد.
۴. از فرآیند پرستاری به عنوان چارچوبی برای مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات تاولی از جمله نکروز سمی پوست و سندرم استیونس- جانسون استفاده نماید.
۵. نحوه رسیدگی و مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به تومورهای پوست (خوش خیم، بدخیم و متاستاتیک) را شرح دهد.
۶. فرآیند پرستاری را به عنوان چارچوبی برای مراقبت از بیمار مبتلا به ملانوم بکار بندد.
۷. انواع مختلف رویه های جراحی ترمیمی پلاستیک و پوستی را مقایسه کند.
۸. مراقبت پرستاری از بیمارانی که تحت رویه های ترمیمی پلاستیک و زیبایی قرار می گیرند را بشناسد.

واژه نامه

آکانتولیز (acantholysis): از هم گسیختگی سلول های اپیدرم از یکدیگر به علت آسیب یا غیر طبیعی بودن مواد داخل سلولی

بولا (bullae): تاول های بزرگ پر از مایع

کاربونکل (carbuncle): عفونت موضعی پوست در برگیرنده چند فولیکول مو

شیلیت (cheilitis): التهاب لب ها (هنگامی که ترک های پوستی خشک و ملتهب در گوشه های دهان باشد، شیلیت زاویه ای [آنگولار] گفته می شود. اگر به علت قرار گرفتن در معرض آفتاب باشد، شیلیت خورشیدی [سولار] گفته می شود).

کومدون (comedones): ضایعات اولیه آکنه که به علت احتباس سبوم (چربی) در فولیکول مو ایجاد می گردد.

سیتوتوکسیک (cytotoxic): منهدم کننده سلول ها

دبریدمان (debridement): حذف مواد مرده یا نکروزه با روش های مکانیکی، جراحی و یا اتولیتیک

درماتیت (dermatitis): هر نوع التهاب پوستی

درماتوز (dermatosis): هر نوع ضایعه غیرطبیعی پوست

اپیدرموپوئیز (epidermopoiesis): توسعه سلول های اپیدرم

فورونکل (Furuncle): کورک، عفونت موضعی پوست در یک فولیکول مو، هم چنین به عنوان جوش شناخته می شود. **هیدروفیلیک (hydrophilic):** موادی که جاذب رطوبت هستند. **هیدروفوبیک (hydrophobic):** موادی که دافع رطوبت هستند. **هیگروسکوپیک (hygroscopic):** موادی که رطوبت هوا را جذب می کنند. **لیکنیفیکاسیون (lichenification):** ضخیم شدن لایه شاخی پوست، هم چنین به عنوان چرمی شدن نیز شناخته می شود. **لینی منت (liniments):** لوسیون هایی که برای افزایش نرم کنندگی پوست به آنها روغن اضافه شده **خارش (Pruritus):** خارش **پیودرما (pyodermas):** عفونت های باکتریایی که چرک تولید می کنند. **استریا (striae):** رگه های نوار مانند روی پوست که با رنگ، ساختار، فرورفتگی و برجستگی از بافتی که روی آن هستند، مشخص می شوند. معمولا ارغوانی یا سفید هستند. **سوسپانسیون (suspensions):** ترکیب مایعی که حاوی ذرات معلق پودر است و باید قبل از مصرف تکان داده شود. **تینه آ (tinea):** عفونت قارچی سطحی که در نواحی سر یا بدن ایجاد می شود. کرم حلقوی نیز نامیده می شود. **گزروزیس (xerosis):** خشکی بیش از حد پوست

- استفاده از صابون یا جانشین های صابون از نوع ملایم و بدون چربی (مثل Dove برای پوست حساس، Vanicream, Cerave, Cetaphil)
- آبکشی کامل ناحیه مبتلا و خشک کردن آن ناحیه با پارچه ای نرم
- اجتناب از صابون های دئودورانت
- استفاده از ضد عفونی کننده های رختشویی و نرم کننده های فاقد عطر
- هنگام تعویض پانسمان ها، توجه خاص مبذول شود. پارچه های آغشته به روغن، سرم فیزیولوژی استریل یا سایر محلول های تجویز شده، به شل شدن دلمه ها، برداشت آگزوداها و برداشتن پانسمان های چسبنده و خشک مفید واقع می شوند.

پیشگیری از عفونت ثانویه

ضایعات پوستی باید بالقوه عفونی تلقی شوند و احتیاط های مناسب تا زمان قطعی شدن تشخیص صورت گیرد. اکثر ضایعات دارای ترشحات چرکی حاوی مواد عفونی هستند. پرستار و پزشک باید احتیاط های استاندارد را رعایت کرده و هنگام معاینه یا تعویض پانسمان ها از دستکش تمیز یا استریل استفاده نمایند. استفاده از لوازم محافظت فردی استاندارد (PPE) و دور انداختن مناسب هر پانسمان آلوده

پرستاران به طور مکرر در موقعیت های بالینی مختلف با اختلالات پوستی رو به رو می شوند. مراقبت پرستاری در بیماران مبتلا به مشکلات پوستی شامل دادن داروهای عمومی و موضعی و مدیریت پانسمان آنها می شود. پرستار هم چنین به عنوان واسطه ای برای آموزش بیماران در مورد چگونگی مراقبت از پوست می باشد. اهداف مداخلات پرستاری عبارتند از پیشگیری از وارد آمدن صدمات اضافی، پیشگیری از عفونت ثانویه، تغییر دادن فرآیند التهابی و تخفیف نشانه های بیماری است.

بیماران مبتلا به اختلالات پوستی

برخی از مشکلات پوستی در صورت استفاده از آب و صابون به طور قابل توجهی تشدید می شوند و به همین دلیل در حمام معمول روزمره این افراد بر اساس مشکل مربوطه، تغییراتی داده می شود. پوست قسمت هایی از بدن که لایه پوششی آن از بین رفته است، چه کوچک و چه بزرگ، استعداد زیادی برای صدمات ناشی از مواد شیمیایی، ضربه و حتی حمام کردن دارد. مالش شدید حوله بر پوست، برای ایجاد یک واکنش سریع التهابی کافی است تا موجب برانگیختگی و گسترش ضایعه موجود بر پوست گردد.

حفاظت از پوست

اساس مراقبت از پوست بیمار مبتلا به اختلال پوستی در طی استحمام به شرح زیر است:

محصولات مراقبت از زخم، انتخاب محصول باید به دقت صورت گیرد. در برآورد موفقیت محصول برای یک زخم خاص باید هم به اثر بخشی بالینی و هم به پی آمدهای مرتبط با سلامتی آن محصول (نظیر کاهش درد، افزایش تحرک) توجه نمود. با رعایت اصول و قوانین معین، حتی با وجود دسترسی به انواع وسیعی از پانسمان ها، می توان به انتخاب مناسبی دست یافت. این اصول، قوانین پنج گانه مراقبت از زخم نامیده می شوند:

قانون ۱: دسته بندی. پرستار پانسمان ها را از روی گروه ژنریک فراگرفته و محصولات جدید را با آن هایی که فعلاً در این گروه هستند، مقایسه می کند. او با موارد استفاده، موارد منع مصرف و اثرات جانبی این محصولات آشنا می شود. ممکن است بهترین نوع پانسمان، از ترکیب محصولاتی از چند گروه مختلف به دست آید که در یک زمان، دستیابی به اهداف چندگانه را میسر سازد. این گروه ها متعاقباً مورد بحث قرار خواهند گرفت.

قانون ۲: انتخاب. پرستار ایمن ترین و مؤثر ترین، راحت ترین برای استفاده و مقرون به صرفه ترین پانسمان ممکن را انتخاب می کند. در بیشتر موارد، پرستاران دستورات پزشک در مورد پانسمان را اجرا می کنند اما آن ها باید آماده بازخورد دادن به پزشک درباره اثر پانسمان روی زخم، راحتی استفاده برای بیمار و سایر ملاحظات عملی باشند.

قانون ۳: تعویض. پرستار پانسمان ها را بر اساس بیمار، زخم و ارزیابی خود پانسمان انجام می دهد نه بر اساس رویه های معمول استاندارد شده.

قانون ۴: تکامل. با طی شدن مراحل بهبود زخم، روش پانسمان به منظور بهبودی مطلوب زخم تغییر می کند. به ندرت، خصوصاً در زخم های مزمن، پانسمان مصرفی برای تمامی مراحل و روند بهبودی زخم مناسب است. پرستار به بیمار یا مراقبین او مراقبت از زخم را آموزش می دهد و اطمینان حاصل می کند که خانواده بیمار به پانسمان مناسب انتخابی دسترسی دارند.

قانون ۵: تمرین. برای پرستار واجب است تا با تمرین با وسایل پانسمان معیارهای عملی هر پانسمان های خاص را یاد گیرد. کسب مهارت در به کار بردن پانسمان مناسب و درست و شناختن محصولات جدید پانسمانی از مسئولیت های ضروری برای یک پرستار است. تعویض پانسمان نباید

مطابق با مقررات اداره بهداشت و ایمنی شغلی (OSHA)^۱ انجام شود.

وارونه کردن فرآیند التهابی

معمولاً نوع ضایعه پوستی (نظیر تراوش داشتن، عفونی بودن یا خشک بودن) نوع داروی موضعی یا درمان تجویزی را تعیین می کند. به عنوان یک قانون، اگر پوست به شدت ملتهب شده (یعنی گرم، قرمز و متورم) و ترشح داشته باشد، بهتر است از لوسیون های تسکین دهنده استفاده شود. در حالات مزمن که سطح پوست، خشک و پوسته پوسته شده باشد از امولسیون های محول در آب، کرم ها، پمادها و خمیرها استفاده می شود. روش درمان برحسب پاسخ پوست تغییر داده می شود. پرستار و بیمار باید به تحریک شدن پوست توسط عواملی نظیر دارو، چسب یا پانسمان توجه کنند.

مراقبت از پانسمان زخم در اختلالات پوستی

پانسمان های زخم سه نوع هستند: غیر فعال، بر هم کنشی^۲ و فعال. پانسمان های غیر فعال صرفاً عملکرد حفاظتی داشته و محیط را برای التیام طبیعی زخم مرطوب نگه می دارند. این پانسمان ها شامل محصولاتی هستند که فقط زخم را می پوشانند (مانند دئودرم^۳، تگادرم^۴) و ممکن است برای چند روز در محل باقی بمانند. پانسمان های بر هم کنشی قادر به جذب اگرودای زخم می باشند. این در حالی است که (۱) محیط زخم را مرطوب نگه می دارند و (۲) اجازه می دهند تا پوست اطراف خشک بماند. محصولات این گروه شامل هیدروکلوئیدها، آلژینات و هیدروژل هستند. اعتقاد بر این است که پانسمان های بر هم کنشی به واسطه دستکاری و تحریک فعالیت سلولی و ترشح عامل رشد قادر به تغییر فیزیولوژی محیط زخم می باشد. پانسمان های فعال موجب پیشرفت و کوتاه شدن مدت زمان فرآیند التیام زخم می شوند. این گروه پانسمان ها عبارت از پیوند های پوستی و جایگزین های بیولوژیک پوستی می باشند. هر دوی پانسمان های بر هم کنشی و فعال در محل تماس زخم با پانسمان محیط مرطوبی فراهم می کنند.

از آنجا که فرآورده های مراقبت از زخم بسیار زیادی موجود است، در اغلب موارد انتخاب مناسب ترین فرآورده برای یک زخم خاص، دشوار است. به دلیل قیمت بالای اغلب

به پرسنل فاقد گواهی نامه واگذار شود، زیرا این فنون به ای نیاز دارد. اطلاعات پایه و مهارت های بررسی و ارزیابی پرستاران حرفه

انواع پانسمان ها

جدول ۱-۶۱ راهنمایی برای طبقه بندی و کارکرد هر یک از پانسمان های زخم است.

عملکرد	اثر	مثال
جذبی	ترشحات را جذب می کند	آلژیناتها، پانسمان های مرکب، فوم ها، گازها، هیدروکلوئیدها، هیدروژل ها
پاک کننده	ترشحات چرکی، ذرات خارجی و بافت های مرده را برمی دارد.	پاک کننده های زخم
دبرید کننده	اتولیتیک: روی زخم را می پوشاند و به آنزیمها اجازه می دهد بافت های مرده را هضم کنند	دانه های جاذب، خمیرها، پودرها؛ آلژیناتها، پانسمان های مرکب، فوم ها؛ گازهای خیس، هیدروژل ها، هیدروکلوئیدها، ورقه های شفاف، سیستم های مراقبت از زخم
	آنزیمی یا شیمیایی: به طور موضعی برای تحلیل بافت های مرده استعمال می شود.	عوامل دبرید کننده آنزیمی
	مکانیکی: بافت های مرده را با نیروی مکانیکی بر می دارد.	پاک کننده های زخم، گاز (خیس تا خشک)، جکوزی ^۱
دیاترمی ^۲	با تولید جریان الکتریکی، افزایش گرما و رشد بافت جدید را ارتقا می دهد.	
آب رسانی (هیدراسیون)	به زخم رطوبت می رساند.	گاز (خیس شده یا محلول سالین)، هیدروژل ها، سیستم های مراقبت از زخم
حافظ محیط مرطوب	میزان رطوبت زخم را مدیریت کرده و محیط را مرطوب نگه می دارد.	پانسمان های مرکب، لایه های تماسی، فوم ها، گاز (آغشته شده یا خیس شده)، هیدروژل ها، هیدروکلوئیدها، ورقه های شفاف، سیستم های مراقبت از زخم
درمان کننده زخم های پر ترشح	مقادیر بیش از حد اگزودا را کنترل می کند.	سیستم های دارای کیسه
پر کننده فضای مرده	از بسته شدن زودرس زخم جلوگیری می کند یا نواحی کم عمق را پر می کند و ترشحات را جذب می کند.	دانه های جاذب، پودرها، خمیرها، آلژیناتها، پانسمان های مرکب، فوم ها، گازها (آغشته یا غیر آغشته)
حفاظتی و پوشاننده زخم	زخم را از محیط خارج محافظت می کند.	پانسمان های مرکب، بانداژ یا پوشش های فشاری، فوم ها، پانسمان با گاز، هیدروژل ها، هیدروکلوئیدها، پانسمان با ورقه های شفاف
حفاظت کننده پوست اطراف	از رطوبت یا صدمات مکانیکی وارده از بافت شکننده اطراف زخم جلوگیری می کند.	پانسمان های مرکب، فوم ها، هیدروکلوئیدها، سیستم های کیسه دار، پوشاننده های پوست،

۲ Diathermy

1 Whirlpool

زخم	پانسمان‌های شفاف
فشار آورنده	باندازهای فشاری، نوارها، جوراب های فشاری درجه
های درمانی	رکود خون وریدی فراهمی کند. بندی شده

دبرید کردن خود تحلیلی

دبرید کردن خود تحلیلی^۱، فرآیندی است که از آنزیم های هضم کننده خود بدن برای برداشتن بافت های نکروزه، استفاده می کند. زخم با پانسمان های بسته مرطوب نگه داشته می شود. ذرات بیجان نکروزه و بافت اسکار، نرم و آبکی شده و از بستر زخم جدا می شوند.

محصولات تجارتي مختلفی که دارای آنزیم های مشابه آنزیم های بدن می باشند، در دسترس هستند. به این محصولات عوامل دبرید کننده آنزیمی گفته می شوند کلاژناز (سانتیل)^۲ یک نمونه از این محصولات است. استفاده از این عوامل، سرعت کندن شدن بافت نکروزه را از زخم افزایش می دهد. بکار گیری این روش، اگر چه آهسته تر از دبریدمان های جراحی است، دقت تمیز بیشتری در برداشت بافت داشته و به بافت سالم اطراف زخم آسیب نمی رساند. زمانی که عامل دبرید کننده آنزیمی زیر یک پانسمان بسته، به کار برده شود، به دلیل تجزیه ذرات بیجان سلولی بوی نامطلوبی تولید می شود. این بو نشان دهنده عفونی شدن زخم نیست. پرستار باید انتظار این واکنش را داشته باشد و به بیمار و خانواده اش کمک کند تا علت تولید این بو را درک نمایند.

پانسمان های بسته

این پانسمان ها هم به صورت تجاری تولید می شوند و هم می توانند با استفاده از گازهای مربع شکل استریل یا غیر استریل ارزاقیمت ساخته شوند. پانسمان های بسته روی داروهای موضعی به کار رفته برای ضایعات پوستی را می پوشانند. ناحیه مورد نظر با استفاده از لایه پلاستیکی (نظیر ورقه پلاستیک) نسبت به هوا غیر قابل نفوذ می شود. لایه های پلاستیکی نازک بوده و به راحتی با هر اندازه، هر شکل و هر سطح از پوست قابل انطباق اند. به طور کلی، نباید از

ورقه های پلاستیکی بیش از ۱۲ ساعت در هر روز استفاده کرد. نوار چسب های پلاستیکی جراحی حاوی یک کورتیکوستروئید در لایه چسب دار خود بوده و می توان آن ها را به اندازه دلخواه برید و روی هر یک از ضایعات قرار داد.

پانسمان های نگهدارنده رطوبت

پانسمانهای تجاری نگهدارنده رطوبت به دلیل بالا بودن سرعت تبدیل رطوبت به بخار در برداشتن آگزودا کارایی دارند. برخی از انواع آن دارای مخزنی برای نگهداری ترشحات اضافی هستند. بعضی از پانسمان های نگهدارنده رطوبت از قبل با موادی مثل محلول سالین، پترولاتوم^۳، محلول سالین- روی، هیدروژل و مواد ضد میکروبی آغشته شده و به همین دلیل نیازی به پوشاندن پوست برای جلوگیری از از لیچ افتادن^۴ وجود ندارد. فواید مهم پانسمانهای نگهدارنده رطوبت

بهبود فیبرینولیز، تسریع دوباره سازی اپیدرم، کاهش درد، فونت کمتر، بافت جوشگاه کمتر، دبریدمان اتولیتیک (خود تحلیلی) ملایم و کاهش دفعات تعویض پانسمان می باشد. بر حسب محصول مورد استفاده و نوع اختلال پوستی موجود، اکثر پانسمان های نگهدارنده رطوبت به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت در محل مورد استفاده باقی گذاشته می شوند، برخی از انواع آن ها را می توان تا یک هفته در محل باقی گذاشت.

هیدروژل ها

هیدروژل ها، پلیمرهایی با محتوای ۹۰ تا ۹۵ درصد آب هستند و به صورت ورقه های آغشته شده به ژل یا ژلوجود دارند. رطوبت زیاد موجود در این محصولات، آنها را برای دبریدمان اتولیتیک زخم ها ایده آل می سازد. این ژل ها نیمه شفاف اند و بدون برداشتن پانسمان امکان معاینه زخم وجود دارد. این پانسمان ها راحتی بخش بوده و تسکین دهنده زخم

1 Autolytic Debridement

۲ Santyl

3 Occlusive dressings

4 Petrolatum

5 Maceration

های دردناک می باشند. برای نگه داری این ژل ها در محل زخم، به پانسمان ثانویه نیاز است. هیدورژل ها برای زخم های سطحی که سرور زیاد ترشح می کنند نظیر خراشیدگی ها، محل های پیوند پوست و زخم های وریدی ترشح دار مناسب اند.

هیدروکلوئیدها

هیدروکلوئیدها از لایه خارجی پلی اورتان غیر قابل نفوذ به آب که آنها را با مواد هیدروکلوئید از سطح زخم جدا می کند، تشکیل شده اند. این پانسمان ها چسبنده و نسبت به بخار آب و اکسیژن غیر قابل نفوذ هستند. با تبخیر آب زخم، پانسمان آن را جذب نموده و با افزایش جذب آب، پانسمان نرم شده و تغییر رنگ می دهد. این پانسمان را می توان بدون صدمه زدن به زخم برداشت. به تدریج که این پانسمان آب را جذب می کند، بوی بدی تولید کرده و پوشش زرد رنگی روی زخم ایجاد می شود. این واکنش متقابل شیمیایی طبیعی بین پانسمان و اگزودای زخم است که نباید با ترشحات چرکی از زخم اشتباه گرفته شود. متأسفانه، اکثر پانسمان های هیدروکلوئید شفاف نیستند و معاینه زخم بدون داشتن پانسمان امکانپذیر نیست.

این پانسمان ها به صورت ورقه ای یا فرم ژل در دسترس بوده و انتخاب خوبی برای زخم های حاد و دارای اگزودای می باشند. استفاده از آنها آسان و راحتی بخش است و به پیشبرد دبریدمان و تشکیل بافت گرانولاسیون کمک می کنند. اکثر آنها را می توان تا ۷ روز در محل زخم باقی گذاشت و نیازی نیست در موقع حمام کردن یا دوش گرفتن برداشته شوند. پانسمان های هیدروکلوئید از پانسمان با گاز مرطوب به سالیان یا گاز پارافینه برای التیام کامل زخم های مزمن موثرتر هستند.

پانسمان های فوم^۱

پانسمان های فوم مرکب از یک لایه پلی اورتان با منافذ بسیار ریز با یک سطح هیدروفیلیک (جاذب آب) هستند که روی زخم را می پوشاند و پشت آن یک لایه هیدروفوبیک (دافع آب) است که از تراوش اگزودا به خارج از پانسمان جلوگیری می کند. فوم ها غیر چسبنده بوده و برای ثابت ماندن در محل نیاز به پانسمان ثانویه دارند. رطوبت، جذب لایه فوم شده و جذب بیش از حد آب توسط بافت اطراف زخم (لیچ افتادن) کاهش می یابد. چون محیط زخم مرطوب می ماند، برداشت پانسمان به زخم آسیب نمی رساند. فوم ها

شفاف نبوده و برای بررسی زخم، باید برداشته شوند. این نوع پانسمان ها برای زخم های دارای اگزودا انتخاب خوبی هستند. مخصوصاً به دلیل محافظت کردن از وارد آمدن فشار در نواحی دارای برجستگی استخوانی، مفید واقع می شوند.

آلژینات های کلسیم

آلژینات های کلسیم^۲ از جلبک های دریایی گرفته شده و دارای مقادیر بسیار زیادی از رشته های آلژینات های کلسیم بسیار جاذب هستند. این مواد خون را بند می آورند و قابلیت جذب شدن توسط بدن را دارند و می توانند به صورت ورقه ای، یا رشته های ماده جاذب مورد استفاده قرار گیرند. رشته های این نوع پانسمان با جذب اگزودای زخم به هیدورژل غلیظی تبدیل می شوند. این پانسمانها برای بافت هایی که زیاد تحریک شده اند یا آب بیش از حد جذب کرده اند مفید می باشند. پانسمان های آلژینات یک پاکت مرطوب بر روی زخم تشکیل می دهند، در حالی که پوست اطراف زخم خشک باقی می ماند. این مواد هم چنین با ترشحات زخم واکنش داده و پوششی بد بو ایجاد می کنند. هنگامی که در داخل حفره عمیق زخم یا مجرای سینوسی با ترشحات زیاد قرار بگیرند، به خوبی عمل می کنند. این پانسمان ها غیر چسبنده بوده و نیاز به پانسمان ثانویه دارند. اجماع نظر اخیر متخصصان زخم حاکی از آن است که برای دبرید زخم های نکروتیک آلژینات ها نسبت به سایر پانسمان های نوین در صدر قرار دارند.

تدابیر درمانی

درمان طبی اختلالات پوستی شامل درمانهای تجویزی شده یا بدون نسخه است.

درمان دارویی

برای درمان وضعیت های پوستی اغلب از داروهای موضعی استفاده می شود. غلظت بالای برخی از داروها را می توان به طور مستقیم با جذب سیستمیک کم و در نتیجه با اثرات جانبی سیستمیک ناچیز روی ناحیه گرفتار استعمال نمود. با این وجود برخی از داروها به سهولت از طریق پوست جذب شده و می توانند اثرات سیستمیک ایجاد کنند. به دلیل آنکه ترکیبات موضعی ممکن است در افراد حساس درماتیت (التهاب پوست) تماسی آلرژیک ایجاد کنند. هر پاسخ نامساعد باید بدون درنگ گزارش و دارو قطع گردد.

لوسيون های دارویی، کرم ها، پمادها، ژل ها و پودرها به طور مکرر در درمان ضایعات پوستی مورد استفاده قرار می گیرند.

کرم ها

ممکن است کرم ها، سوسپانسیون هایی از روغن در آب یا امولوسیون هایی از آب در روغن باشند که موادی برای جلوگیری از رشد باکتری ها و قارچ ها را در خود دارند. هر دو نوع آن می تواند موجب واکنش حساسیت زا مثل درماتیت تماسی شود. کرم های روغن در آب، استعمال آسانی داشته و از نظر زیبایی بیشترین پذیرش را در بین بیماران دارند. اگرچه این نوع کرم ها را می توان روی صورت به کار برد ولی تمایل به ایجاد خشکی دارند. امولوسیون های آب در روغن، چرب تر بوده و برای درماتوزهای همراه با پوسته و خشکی ترجیح داده می شوند. کرم ها را معمولاً با دست روی پوست می مالند و از آنها برای اثرات مرطوب کنندگی و نرم کنندگی استفاده می شود.

جدول ۶۱-۲ داروها و فرآورده های موضعی متداول	
فرآورده	نام محصول
کرم های مرطوب کننده	کرم اسیدمانتل، کرم کورل، درماسیل، اوسرین، لوبری درم، کرم پوستی نوکسما
پمادهای مرطوب کننده	پماد آکوافور، کرم پوستی اوترا سوئیس، پماد وازلین
بی حس کننده های موضعی	لیدوکائین (گزیلوکائین) با غلظت های مختلف در اشکال اسپری، پماد، ژل، کرم EMLA (لیدوکائین ۲/۵٪ و پریلوکائین ۲/۵٪)
آنتی بیوتیک- های موضعی	باسیتراکسین، باسیتراکسین همراه با پلی میکسین B (پلیسپورین)، موپیروسین ۲٪ (پماد یا کرم باکتروبان)، اریتروماکسین ۲٪ (ایمژل، و محلول اری درم)، کلیندامایسین فسفات ۱٪ (کرم، ژل یا محلول کلئوسین)، سولفات جنتامایسین ۱٪ (کرم یا پماد گارامایسین)، کرم سولفادایازین نقره ۱٪ (سیلوان)

ژل ها

ژل ها امولوسیون های نیمه جامدی هستند که پس از استعمال بر روی پوست بدن یا پوست سر به صورت مایع

به طور کلی، پانسمان های نگهدارنده رطوبت با یا بدون دارو در مرحله حاد و لوسیون ها و کرم ها برای مرحله تحت حاد و پمادها هنگام مزمن شدن التهاب و خشکی پوست با پوسته ریزی یا چرمی شدن پوست (ضخیم شدن لایه شاخی پوست) به کار می روند.

در تمام انواع داروهای موضعی، به بیمار آموزش داده می شود که دارو را به ملایمت اما به طور کامل بمالد و در صورت لزوم دارو را برای محافظت لباس خود با پانسمان بپوشاند. جدول ۶۱-۲ فرآورده ها و داروهای موضعی که به طور شایع مورد استفاده قرار می گیرند را فهرست می کند.

لوسیون ها

از لوسیون ها اغلب برای تامین چربی از دست رفته پوست و یا تسکین خارش استفاده می شود. برای حفظ تاثیر درمانی لوسیون ها، باید هر ۳ الی ۴ ساعت آن ها را مورد استعمال قرار داد. معمولاً به طور مستقیم روی پوست استعمال می شوند، ولی می توان یک پانسمان خیس شده در لوسیون را روی ناحیه مبتلا قرار داد. به هر حال، در صورتی که به مدت طولانی در موضع مبتلا باقی بمانند، خشک شده و رویه ای بر سطح پوست تشکیل می دهند.

لوسیون ها دو نوع دارند: سوسپانسیون ها و لینامنت ها^۱. سوسپانسیون ها ترکیبی از یک پودر در آب بوده و ظرف حاوی آن قبل از مصرف باید تکان داده شود و محلول های شفاف حاوی مواد فعالی هستند که به طور کامل حل شده اند. سوسپانسیونی نظیر لوسیون کالامین^۲، اثر خنک کنندگی و خشک کنندگی سریع بر پوست داشته و پس از تبخیر، یک لایه نازک از پودر در ناحیه مبتلا باقی می گذارد. لینامنت ها، لوسیون هایی هستند که برای جلوگیری از ایجاد رویه، به آنها روغن اضافه می شود. به دلیل آسان بودن استفاده از لوسیون ها، در مجموع پذیرش بالایی دارند.

پودرها

پودرها معمولاً ماده پایه ای نظیر تالک، اکسید روی، بنتونیت یا نشاسته ذرت دارند و توسط اسفنج های کتان یا وسایل دیگر به صورت غبار بر روی پوست استعمال می شوند. اگرچه پودر ها عمل درمانی مختصری دارند، به عنوان مواد جاذب رطوبت که باعث جذب و نگهداری رطوبت هوا و کاهش مالش بین سطوح پوست و لباس و رختخواب عمل می کنند.

2 Calamine

1 Linaments

درمی آیند. به دلیل آنکه بعد از استفاده محو و ناپیدا می شوند و بی رنگ و فاقد چربی هستند از نظر زیبایی مورد پذیرش بیماران می باشند. ژل های جدیدتر که اساس آن ها را آب تشکیل می دهد، ظاهراً به طور مؤثرتری در پوست نفوذ کرده و موقع استعمال موجب سوزش کمتر می شوند. ژل ها به خصوص برای درمانیت حاد که ترشح زیاد اگزودا دارند (مثل پیچک سمی) مفید واقع می شوند.

خمیرها

خمیرها مخلوطی از پودرها و پمادها هستند و در حالات تاولی التهابی مورد استفاده قرار می گیرند. آنها به پوست می چسبند و ممکن است برداشتن آنها بدون استفاده از یک ماده روغنی (مثل روغن زیتون یا روغن معدنی) مشکل باشد. برای مالیدن خمیرها از چوب زبان یا با دست دستکش پوشیده استفاده می شود.

پمادها

پمادها دفع آب را آهسته و کند کرده و پوست را نرم نموده و از آن محافظت می کنند. آنها وسیله ارجح در رساندن دارو به مشکلات پوستی مزمن یا خشکی موضعی مانند اگزما یا پسوریازیس می باشند. پمادها با استفاده از چوب زبان یا با دستکش روی پوست مالیده می شوند.

اسپری ها و آئروسول ها

در ضایعات وسیع پوستی ممکن است از اسپری ها آئروسول ها استفاده شود. این مواد در محل تماس تخیخ شده و استفاده از آن ها متداول نیست.

کورتیکواستروئیدهای موضعی

از کورتیکواستروئیدها به طور گسترده ای در درمان اختلالات پوستی برای تامین اثرات ضد التهابی، ضد خارش و تنگ کننده رگی استفاده می شود. به بیمار آموزش داده می شود که این دارو را دقیقاً طبق دستور مصرف کند و از آنها به مقدار کم ولی به طور کامل بر روی ناحیه مبتلای تجویز شده بمالد. جذب کورتیکواستروئیدهای موضعی وقتی بیشتر می شود که پوست مرطوب باشد یا با یک پانسمان بسته یا نگهدارنده رطوبت پوشانده شود. استفاده نادرست از کورتیکواستروئیدهای موضعی می تواند موجب بروز عوارض جانبی موضعی یا عمومی شود به خصوص وقتی که دارو از

پوست خراشیده یا ملتهب جذب شده و یا روی آن پانسمان بسته باشد و یا هنگامی که دارو برای مدتی طولانی روی نواحی حساس مورد استفاده قرار گیرد. عوارض جانبی موضعی عبارتند از: آتروفی و نازک شدن پوست، استریا (رگه های نواری شکل) و تلانژکتازی (عروق خونی متسع). نازک شدن پوست ناشی از توانایی کورتیکواستروئیدها در مهار کردن تولید کلاژن پوست است. روند نازک شدن پوست، با قطع مصرف دارو برگشت پذیر است، اما استریا و تلانژکتازی دائمی خواهند بود. عوارض جانبی عمومی این داروها عبارتند از: افزایش قند خون و علائم سندرم کوشینگ (فصل ۵۲ را ببینید). هنگام استعمال کورتیکواستروئیدها در اطراف چشم ها باید احتیاط کرد: زیرا استفاده دراز مدت از آنها ممکن است باعث آب مروارید یا آب سیاه (گلوکوم) شود و ممکن است اثرات ضد التهابی کورتیکواستروئیدها وجود عفونت های ویروسی یا قارچ را مخفی نگه دارد.

کورتیکواستروئیدهای غلیظ (فلوئوردار) هرگز روی صورت و نواحی سه وجهی بدن^۱ (زیر بغل و کشاله ران) استفاده نمی شوند، چون این مناطق دارای لایه شاخی نازک تری هستند و جذب دارو بیشتری نسبت به مثلاً ساعد و ساق پاها افزایش می یابد. استفاده مداوم از کورتیکواستروئیدهای موضعی غلیظ در هر جای بدن ممکن است موجب بروز درمانیت شبه آکنه (معروف به آکنه ناشی از استروئید) و هیپرتریکوز^۲ (رشد بیش از حد موها) گردد. به دلیل آنکه برخی از فرآورده های کورتیکواستروئیدی بدون نسخه پزشک قابل دستیابی هستند، باید به بیماران درباره استفاده نادرست و طولانی مدت این داروها هشدار داده شود. جدول ۳-۲ فرآورده های کورتیکواستروئیدی موضعی را بر حسب قدرت آن ها نشان می دهد.

درمان درون ضایعه ای

درمان داخل ضایعه شامل تزریق یک سوسپانسیون دارویی استریل (معمولاً یک کورتیکواستروئید) به داخل یا درست زیر یک ضایعه است. اگر چه این نوع درمان می تواند اثر ضد التهابی داشته باشد ولی ممکن است در صورت انجام تزریق در بافت چربی زیر جلدی، منجر به آتروفی موضعی و تغییر رنگ پوست شود. ضایعات پوستی که به این شکل تحت درمان قرار می گیرند عبارتند از: پسوریازیس، کلوئیدها و آکنه کیستی. گاهی برای دادن داروهای ایمنی درمانی و ضد قارچی نیز از روش تزریق داخل ضایعه می شود.

^۲ Hypertrichosis

^۱ Intertriginous

دارو درمانی سیستمیک

داروهای سیستمیک نیز برای اختلالات پوستی تجویز می شوند. این داروها شامل کورتیکواستروئیدها برای درمان کوتاه مدت درماتیت تماسی یا برای درمان طولانی مدت درماتوز مزمن مثل پمفیگوس و لگاریس است. سایر داروهای سیستمیکی که غالباً استفاده می شوند شامل آنتی بیوتیک ها، ضد قارچ ها، آنتی هیستامین ها، مسکن ها و آرام بخش ها، ضد دردها و عوامل سیتوتوکسیک (تخریب کننده سلول ها) و عوامل سرکوب کننده ایمنی می باشند.

تدابیر پرستاری

تدابیر م با اخذ تاریخچه بهداشتی، مشاهده مستقیم و معاینه جسمانی کامل آغاز می شود. (فصل ۱ را ببینید). به دلیل در معرض دید بودن بیماری های پوستی، به سختی می توان آنها را از دید سایرین مخفی کرد و به همین دلیل برای بیمار

ناراحتی عاطفی ایجاد می شود. اهداف اصلی برای بیمار، می تواند شامل حفظ تمامیت پوست، رفع ناراحتی، بهبود وضعیت خواب راحت، پذیرش خود، دانش در مورد مراقبت از پوست و اجتناب از عوارض جانبی باشد. مراقبت پرستاری در بیمارانی که باید خودشان از مشکلات پوستی شان نظیر استعمال داروها و پانسمان کردن مراقبت نمایند، عمدتاً بر آموزش چگونگی شستشوی نواحی مبتلا و خشک کردن آن نواحی، مالیدن دارو بر ضایعه هنگامی که پوست هنوز مرطوب است، پوشانیدن موضع با پوشش پلاستیکی (مثل پد تلفا، پوشش پلاستیکی، دستکش وینیل، کیسه پلاستیکی) در صورت توصیه شدن و پوشاندن آن با بانداژ الاستیک، پانسمان یا نوار کاغذی برای بستن انتهای آن متمرکز می باشد. پانسمان هایی حاوی یا پوشاننده کورتیکواستروئید باید برای پیشگیری از حوادث زیان آور، ۱۲ ساعت از ۲۴ ساعت برداشته شوند.

جدول ۳-۶۱. قدرت اثر: کورتیکواستروئیدهای موضعی

Potency	Topical Corticosteroid	preparations
بدون نیاز به نسخه	0.5-1% hydrocortisone	cr, lot, oint
ضعیف ترین	Dexamethasone 0.1% (Decaderm)	cr, oint, aerosol, gel
	Alclometasone 0.05% (Aclovate)	cr, oint,
	Hydrocortisone 2.5% (Hytone)	cr, lot, oint,
	Desonide 0.05% (DesOwen, Tridesilon)	cr, lot, oint,
	Fluocinolone acetonide 0.025% (Synalar)	cr, solution
پایین تا متوسط	Hydrocortisone valerate 0.2% (Westcort)	cr, solution
	Betamethasone valerate 0.1% (Valisone)	Cr, oint,
	Fluticasonepropionate 0.05% (Cutivate)	Cr, oint,
	Triamcinolone acetonide 0.1-0.5% (Aristocort)	Cr, oint, lot
	Fluocinonide 0.05% (Lidex)	Cr, oint, gel
قدرت متوسط	Desoximetasone 0.05-0.25% (Topicort)	Cr, oint, gel
	Fluocinolone 0.2% (Synalar)	Cr, oint,
	Diflorasone diacetate 0.05% (Psorcon)	Cr, oint,
	Clobetasol propionate 0.05% (Temovate)	Cr, oint, gel
	Betamethasone dipropionate 0.05% (Diprolene)	Cr, oint, gel
خیلی قوی	Halobetasole propionate 0.05% (Ultravate)	Cr, oint,

cr: cream; lot: lotion; oint: ointment; OCT: over the counter

همراه با بیماریهای کلیوی، کبدی و تیروئیدی نیز همراه باشد (چارت ۱-۶۱ را ببینید). برخی داروهای خوراکی متداول مثل آسپرین، آنتی بیوتیکها، هورمون ها (استروژن ها، تستوسترون یا ضد بارداری های خوراکی) و اپیوئیدها (مورفین) نیز ممکن است مستقیماً یا از طریق افزایش حساسیت به نور ماوراء بنفش باعث خارش شوند. برخی از صابونها و مواد شیمیایی، پرتو درمانی، عرق سوز ناشی از گرما (میلیاریا) و تماس با لباسهای پشمی نیز باعث خارش می گردد. ممکن است خارش در اثر عوامل روانی مثل استرس بیش از حد در محل کار یا در خانواده نیز ایجاد شود که به آن پسکودرماتوز می گویند.

چارت ۱-۶۱. اختلالات سیستمیک همراه با خارش عمومی

- بیماری مزمن کلیوی
- بیماری غدد مترشحه داخلی (تیروتوکسیکوز، هیپوتیروئیدی، دیابت شیرین)
- التهاب فولیکول مو (باکتریایی، کاندیدیایی، درماتوفیتی)
- اختلالات خونی (آنمی فقر آهن)
- آلودگی انگلی پوست (گال، شپش و سایر حشرات)
- بدخیمی ها (پلی سایتمی ورا، لنفوم هوچکینی، لنفوم، لوسمی، میلوم متعدد، مایکوزهای فونگوئیدی^۲ و سرطان های ریه، پستان، دستگاه اعصاب مرکزی و دستگاه گوارش)
- اختلالات نورولوژیک (اسکلروز متعدد، آبسه مغزی، تومور مغزی)
- بیماری انسدادی صفراوی (سیروز صفراوی اولیه، انسداد صفراوی خارج کبدی، توقف جریان صفراوی ناشی از دارو)
- خارش حاملگی، یا پول های کهیری خارش دار حاملگی (PUPP)^۳، کلسناز حاملگی، پمفیگوتید حاملگی)
- اختلالات روانی (تنش عاطفی، اضطراب، نوروز، فوبی ها)
- مشکلات پوستی (درماتیت سبور، فولیکولیت، کم خونی فقر آهن، درماتیت اتوپیک)

سایر انواع پانسمان هامثل آنهایی که برای پوشاندن داروهای موضعی به کار می روند، شامل پانسمان های پنبه ای نرم و قابل ارتجاع (سرجی تیوب، تیوب گاز) است که می توان برای انگشتان دست و پا، دست ها و پاها استفاده نمود. دست را می توان با دستکش های وینیل یا پلی اتیلن یک بار مصرف که تا روی میج را می پوشاند، پانسمان کرد. پاها را هم می توان به همین صورت در کیسه های پلاستیکی پیچیده که با جوراب های پنبه ای پوشانده می شوند. دستکش و جوراب هایی آغشته به نرم کننده ها که استفاده آن ها را در دست ها و پاها راحت تر می کنند، نیز موجود هستند. هنگامی که قصد پوشاندن نواحی بیشتر و بزرگ تری را داشته باشیم باید از لباس های پنبه ای ارتجاعی کشاف استفاده کنیم. پوشک های یک بار مصرف یا پارچه های تا شده به شکل پوشک برای پانسمان کشاله ران و ناحیه پرینه مفید هستند. برای پانسمان زیر بغل می توان یک پارچه پنبه ای یا پانسمان آماده تجارتی را با چسب یا روکش در محل قرار داد. یک کلاه حمام پلاستیکی یا لاستیکی هم برای حفظ پانسمان روی پوست سر مناسب است. ماسک صورت که از گاز تهیه شده و دارای سوراخ هایی برای چشم ها، بینی و دهان است، را می توان با باندی که از چهار سوراخ در اطراف ماسک می گذرد، روی محل قرار داد.

خارش

خارش عمومی

خارش^۱ یکی از شایع ترین شکایات در بیماران دچار مشکلات پوستی است. گیرنده های خارش فاقد میلین و برس مانند بوده که منحصرأ در پوست، دیواره های مخاطی و قرنیه یافت می شوند. اگر چه معمولأخارش در اثر بیماری اولیه پوستی و با بثورات یا ضایعات همراه است ولی ممکن است فاقد بثورات یا ضایعات پوستی باشد. به این حالت خارش اولیه (اساسی) اطلاق می شود که عموماً شروع سریع داشته و ممکن است شدید بوده و با فعالیتهای روزمره طبیعی بیمار تداخل کند.

خارش ممکن است اولین علامت بیماری های عمومی داخلی نظیر دیابت شیرین، اختلالات خونی یا سرطان (بدخیمی مخفی پستان، کولون یا لنفوم) باشد. هم چنین ممکن است

۳ Pruritic Urticarial Papules of Pregnancy

۱ Pruritus

۲ Mycosis fungoides

مرطوب می تواند خشکی پوست را کنترل کند. ممکن است به کار بردن کمپرس سرد، قطعات یخ یا مواد خنک کننده حاوی نعناع و کافور (که موجب انقباض عروق خونی می شوند)، به تسکین خارش کمک نماید.

درمان دارویی

عوامل ضد خارش موضعی (مثل لیدوکائین، پریلوکائین) یا کرم کاپسایسین ممکن است در تسکین خارش موضعی مفید باشند. کورتیکواستروئیدهای موضعی به دلیل اثرات ضد التهابی می توانند در تسکین خارش مفید باشند. آنتی هیستامین های خوراکی به کرات تجویز میشوند و ممکن است در صورت خارش شبانه مفید باشند. به خصوص آنتی هیستامین هایی نظیر دیفن هیدرامین (بنادریل) یا هیدروکسی زین (آتاراکس) که خاصیت خواب آوری هم دارند می توانند باعث خوابی راحت و آسوده شوند. سایر آنتی هیستامین های فاقد اثر خواب آوری در برطرف کردن خارش سودمند نیستند. ضدافسردگی های انتخابی مهار کننده بازجذب سروتونین (نظیر فلوکستین [پروزاک]، سرتالین [زولوفت]) ممکن است به ویژه در بیماران دچار خارش ثانوی به کلاستاز یا اورمی ناشی از نارسایی مزمن کلیه موثر باشند.

تدابیر پرستاری

پرستار دلایل رژیم درمانی تجویز شده را تقویت نموده و به بیماران در مورد نکات اختصاصی مراقبت آموزش می دهد. اثبخشی درمان ممکن است با پرسش از بیمار در مورد میزان وسعت خارش در قبل و بعد از درمان با مقیاس دیداری (VAS). فصل ۲۰، جدول ۳-۲۰ برای مثالی از VAS را ببینید. در صورت تجویز حمام، به بیمار خاطر نشان می شود که از آب ولرم (نه داغ) استفاده کند و آب اضافی بدن خود را بتکاند و بین نواحی سه وجهی بدن (چین های بدن) خود را با یک حوله خشک نماید. به دلیل تحریم بیش از حد پوست که باعث خارش بیشتر می شود از مالش شدید حوله اجتناب کند. این اقدام همچنین باعث برداشته شدن آب از لایه شاخی می شود. بلافاصله بعد از استحمام، برای حفظ رطوبت بایستی پوست را با امولوسیون چرب کرد.

به بیمار آموزش داده می شود که از موقعیتهایی که باعث اتساع عروق می شود، دوری کند. مواجهه با محیط های خیلی گرم و نوشیدن الکل یا مایعات و غذاهای داغ مثال هایی از این موارد هستند که همگی می توانند باعث خارش یا تشدید

ملاحظات سالمندی

خارش در سالمندان به طور عمده در نتیجه خشکی پوست روی می دهد. هم چنین ممکن است سالمندان بیماری سیستمیکی داشته باشند که باعث تشدید خارش شود، در معرض خطر بدخیمی مخفی باشند و احتمال بیشتری وجود دارد که داروهای متعددی را نسبت به افراد جوان تر دریافت نمایند. تمام این عوامل بروز خارش در افراد پیر را افزایش می دهد.

پاتوفیزیولوژی

خاراندن ناحیه دچار خارش، موجب آزاد شدن هیستامین از سلول های ملتهب و پایانه های اعصاب شده که منجر به خارش بیشتر شده و چرخه معیوب خارش- خاراندن ایجاد می شود. اگر بیمار پاسخ خارش را با خاراندن بدهد، امکان دارد تمامیت و یکپارچگی پوست دستخوش تغییر شده و باعث خراشیدگی، قرمزی، برآمدگی (ویل^۱)، عفونت یا تغییراتی در رنگدانه سازی شود. خارش معمولاً در شب شدیدتر است و در ساعات بیداری کمتر اظهار می گردد، احتمال دارد معطوف شدن حواس بیمار به فعالیت های روزانه علت آن باشد. در شب هنگامی که اشتغال شخص کمتر است، حتی یک خارش ناچیز به سادگی قابل اغماض نخواهد بود. خارش شدید می تواند وضعیتی ناتوان کننده باشد.

تدابیر درمانی

گرفتن یک تاریخچه کامل و انجام معاینه جسمانی، معمولاً سرخ هایی هایی را برای یافتن علت زمینه ای خارش نظیر تب یونجه، آلرژی، مصرف اخیر داروی جدید یا تغییر مواد آرایشی و صابون ها فراهم می آورد. تعیین علت خارش و سپس درمان علت آن باعث تسکین خارش خواهد شد. علایم عفونت و عوامل محیطی مثل گرما، هوای خشک یا تحریک ناشی از ملحفه ها باید شناسایی شوند. به طور کلی باید از شستشو با آب داغ و صابون اجتناب شود. ممکن است روغن های حمام حاوی سورفاکتانت (مثل Lubath و Alpha - Keri) که می توان آنها را به آب حمام برای تمیز شدن کافی باشند با این وجود به دلیل ایجاد خطر لغزش در حمام، برای افراد پیر و افراد مبتلا به اختلالات تعادلی نباید این روغن ها به آب وان افزوده شوند. یک حمام گرم با یک صابون ملایم و پس از آن استعمال یک امولوسیون نرم کننده روی پوست

^۱ Wheals

چنین باید از عوامل گشاد کننده عروق یا عوامل محرک (مثل الکل و کافئین) و تحریک کننده های مکانیکی نظیر البسه پشمی یا خشن اجتناب کند. رژیم غذایی که حاوی فیبر کافی باشد، ممکن است به حفظ نرمی مدفوع کمک نموده و از ضربه های جزئی به مخاط مقعد پیشگیری کند.

اختلالات ترشحات

عمل ترشحات اصلی پوست، توسط غدد مولد عرق صورت می گیرد که به تنظیم درجه حرارت بدن کمک می کنند. این غدد عرق تولید می کنند که با تبخیر آن از سطح پوست، بدن خنک می شود. غدد عرق در مناطق مختلف بدن قرار داشته و به محرک های متفاوتی پاسخ می دهند. آن هایی که روی تنه هستند معمولاً به تحریکات حرارتی پاسخ داده، آن هایی که در کف دست ها و کف پاها قرار دارد به تحریکات عصبی پاسخ داده و آن هایی که در زیر بغل و پیشانی هستند به هر دو نوع این تحریکات جواب می دهند. عرق طبیعی فاقد بو است. بوی بدن به دلیل زیاد شدن باکتری ها روی پوست و تأثیر متقابل مواد زائد میکروبی با مواد شیمیایی عرق ایجاد می شود. به عنوان یک قاعده، پوست مرطوب، گرم و پوست خشک، سرد خواهد بود. البته این قاعده همواره صادق نیست چون مشاهده پوست گرم و خشک در افراد دهیدراته و پوست داغ و خشک به خصوص در بعضی حالات تب، غیر معمول نیست.

به طور طبیعی، عرق را می توان با استفاده از ضد عرق ها و خوشبو کننده ها کنترل نمود. اکثر ضد عرق ها حاوی املاح آلومینیوم هستند که منافذ مجاری عرق را مسدود می کنند. خوشبو کننده های خالص واقعی مانع رشد باکتری ها شده و متابولیسم عرق را مهار می کنند و فاقد اثر ضد عرق می باشند. برای افرادی که پوست حساس دارند، خوشبوکننده های عاری از مواد معطر وجود دارد.

هیدرآدنیت چرکی

هیدرآدنیت چرکی^۱، فولیکولیت مزمن چرکی پرینه، زیر بغل، ناحیه تناسلی و زیر پستان ها است. این حالت بعد از بلوغ به وجود می آید و می تواند سبب تشکیل آبسه یا سینوس هایی توأم با اسکار شود. این عارضه بعد از بلوغ ایجاد شده و بروز آن بعد از سن ۵۰ سالگی کاهش می یابد. آفریقایی های آمریکایی در معرض بیشترین خطر هیدرآدنیت چرکی هستند.

آن شوند. در صورت خشکی محیط، استفاده از مرطوب کننده مفید می باشد. فعالیت هایی که منجر به تعریق می شوند باید به دلیل آنکه تعریق تحریک کننده بوده و خارش را بیشتر کند، محدود شوند. اگر بیمار به هنگام شب با خارش که با خواب وی تداخل دارد، مشکل دارد، پرستار می تواند پوشیدن البسه کتان را به جای البسه از جنس مواد صنعتی توصیه نماید. اتاق باید خنک و مرطوب نگه داشته شود. از خاراندن شدید پوست باید اجتنای شود و باید برای پیشگیری از آسیب پوست و عفونت ناخن ها کوتاه شوند. هنگامی که علت اصلی خارش ناشناخته بوده و نیاز به انجام آزمایشات بعدی باشد، پرستار هر آزمایش و نتایج مورد انتظار را شرح می دهد.

خارش پرینه و مقعد

خارش ناحیه تناسلی و مقعد ممکن است در اثر وجود ذرات کوچک مواد مدفوعی در چین های ظریف اطراف مقعد یا چسبیده به موهای مقعد ایجاد شود. از طرف دیگر ممکن است در اثر آسیب پوست اطراف مقعد به دنبال خارش، رطوبت و کاهش مقاوت پوست در نتیجه درمان با کورتیکواستروئید یا آنتی بیوتیک ایجاد شود. سایر علل احتمالی خارش اطراف مقعد شامل ضایعات موضعی نظیر هموروئید، عفونت های قارچی یا مخمری و آلودگی با کرمک می باشد. حالاتی که در چارت ۱-۲ مرور شده اند نیز ممکن است باعث خارش شوند. در برخی موارد هیچ علتی برای خارش مشخص نمی شود.

تدابیر پرستاری

به بیمار آموزش داده می شود که نظافت را رعایت نموده و درمانهای خودسرانه و خانگی را قطع نماید. ناحیه اطراف مقعد را با آب ولرم ساده شستشو نموده و به ملایمت با گلوله های پنبه خشک نماید. می توان بعد از اجابت مزاج از دستمال هایی که از قبل مرطوب شده اند، استفاده کرد. می توان از نشاسته ذرت در نواحی چین های پوستی برای جذب تعریق استفاده کرد.

به عنوان بخشی از آموزش بهداشت، پرستار به بیمار آموزش می دهد تا از آب خیلی گرم و کف حین استحمام، بی کربنات سدیم و صابون های ضد عفونی کننده که همگی باعث تشدید خشکی پوست می شوند، اجتناب کند. ناحیه پرینه یا پوست ناحیه مقعد را تا حد امکان خشک نگهدارد و از پوشیدن لباس زیر ساخته شده از الیاف مصنوعی خودداری کند. بیمار هم

1 Hydradenitis suppurativa

نیاز به گرافت پوستی باشد (مبحث بعدی را ببینید) و به عنوان آخرین راه چاره انجام می شود. جراحی با لیزر دی اکسید کربن (مبحث بعدی را ببینید) ممکن است از شیوه جراحی از طریق برش دادن موثرتر باشد.

درماتوزهای چرب (سبورئیک)

سبورئیک به معنی تولید بیش از حد سبوم (از غدد مولد چربی)، در منطقی از بدن که به طور طبیعی تعداد این غدد زیاد است مثل صورت، پوست سر، ابروها، پلک ها، اطراف بینی، لب بالا، گونه ها، گوش ها، زیر بغل، زیر پستان ها، ناحیه تناسلی و چین باسن می باشد. درماتیت چرب یک بیماری التهابی مزمن پوست بوده و تمایل به بروز در مناطق دارای غدد چربی زیاد و یا مابین چین های پوستی با تعداد باکتری های بیشتر، دارد.

تظاهرات بالینی

درماتوزهای سبورئیک دو نوع چرب و خشک دارد. هر دو نوع ممکن است از کودکی شروع شده و در تمام عمر ادامه یابند. نوع چرب دارای ظاهری مرطوب یا چرب است که ممکن است به صورت لکه های زرد با ظاهری چرب، یا بدون پوسته و اندکی قرمزی اغلب روی پیشانی، چین بینی - لبی، ناحیه ریش، پوست سر و بین سطوح پوستی مجاور هم در نواحی زیر بغل، ناحیه تناسلی و پستان ها، ایجاد شود. احتمال دارد جوش های چرکی ریز یا جوش های پاپولی چرکی مشابه آکنه، روی تنه ظاهر گردد. در نوع خشک، ورقه هایی از سلول های پوششی جدا شده از پوست سر به صورت پوسته های نرم و پودر مانند و فراوان مشاهده می شود که اصطلاحاً شوره^۲ نامیده می شود. انواع خفیف این بیماری فاقد علامت است. وقتی پوسته ریزی ایجاد شود اغلب با خارش همراه است که ممکن است منجر به خاراندن و عفونت ها و خراشیدگی های ثانوی شود.

درماتیت چرب دارای عامل مستعد کننده ژنتیکی است. هورمون ها، وضعیت تغذیه، عفونت و تنش های عاطفی بر سیر این بیماری تاثیر می گذارند. باید سکوت و تشدید این وضعیت به بیمار توضیح داده شود. اگر قبلاً این حالت برای بیمار تشخیص داده نشده باشد و به طور ناگهانی با طغیان شدید ظاهر شود، باید تاریخچه و معاینه فیزیکی کامل از او انجام شود.

علاوه بر آن، مردان در معرض خطر بیشتری برای هیدرآدنیت آنوژیتال هستند، در حالی که زنان در معرض خطر بیشتر هیدرآدنیت چرکی زیر بغل هستند. علت آن ناشناخته است، ولی به نظر می رسد که زیر بنای ژنتیکی داشته باشد.

پاتوفیزیولوژی

برای چندین سال تصور می شد که هیدرآدنیت چرکی در اثر انسداد غیرطبیعی و عفونت غدد عرق ایجاد می شود. با این وجود، مدارک اخیر مطرح می کند که هیدرآدنیت چرکی اختلال اولیه انسداد فولیکولار است که باعث تشکیل بافت اسکار هیپرتروفیک در ناحیه غدد عرق می شود.

تظاهرات بالینی

این حالت اکثر اوقات در زیر بغل روی می دهد، اما همچنین در کشاله ران، برجستگی عانه، اطراف باسن، آرئول سینه، چین زیر سینه، پشت گردن و شانه ها هم ظاهر می شود. ممکن است بیمار یک ندول سفت به اندازه نخود داشته باشد که باعث ناراحتی است و یا سابقه این نوع از ندول را داشته که بعداً پاره شده و ترشحات چرکی بیرون ریخته است. پس از آن، ندول بزرگ تر شده و ندول های متعدد مشابه در نزدیکی ندول اولیه تشکیل شده اند. این ندول ها عمقی بوده، پاره می شوند و اسکار باقی می گذارند. ممکن است ندول ها به هم ملحق شده یا برآمدگی تشکیل دهند، عفونی شوند و باعث تشکیل آبسه شوند. همچنان که آنها به هم می پیوندند می شوند بیمار از درد پایدار شکایت خواهد نمود.

تدابیر درمانی

به بیمار آموزش داده می شود تا از کمپرس گرم استفاده کند یا روی محل ندول ها و ضایعات البسه گشاد بپوشد. معمولاً عوامل آنتی بیوتیکی خوراکی مثل اریترومایسین (ای میسین)، تتراسایکلین، مینوسایکلین (مینوسین) و داکسی سایکلین (ویبرامایسین) تجویز می شوند. ممکن است برای تسکین درد داروهای ضد التهاب غیراستروئیدی (NSAIDs) به کار برده شوند. ممکن است پانسمان آلژینات حاوی نقره برای برخی ضایعات مفید باشند. ممکن است ایجاد شکاف و تخلیه ضایعات چرکی بزرگ و قرار دادن تکه های گاز برای تسهیل تخلیه ترشحات ضروری باشد. در موارد نادر، کل ناحیه مبتلا برش داده شده و بافت اسکار و تمامی عفونت برداشته می شود. این جراحی بسیار دشوار بوده و ممکن است

تدابیر درمانی

از آن جا که درمان شناخته شده ای برای سیوره وجود ندارد، هدف درمان، کنترل این اختلال و دادن فرصت به پوست برای ترمیم خودش می باشد. درمانیت چرب تنه و صورت ممکن است به استفاده از کرم های موضعی کورتیکوسترئوئید جواب دهد که این خود از پاسخ التهابی ثانویه می کاهد. با این وجود، استفاده از این دارو در اطراف پلک ها باید با احتیاط صورت گیرد زیرا می تواند موجب گلوکرم و آب مروارید در افراد مستعد گردد. به عنوان یک روش درمانی دیگر، بیمار می تواند پلک های خود را با شامپوی بچه و گلوله های پنبه بشوید.

بیماران مبتلا به درمانیت چرب ممکن است در چین و شکن های بدن دچار عفونت ثانوی کاندیدیایی (مخمیری) گردند. برای پیشگیری باید به بیماران توصیه شود که تا حد امکان پوست خود را در معرض هوا قرار داده و هم چنین چین و شکن های پوست را به دقت تمیز کنند. افراد دچار عفونت پایدار کاندیدیایی باید از نظر دیابت ارزیابی شوند.

کار اصلی در درمان شوره سر، شامپو کردن صحیح و مکرر است که باید (حداقل ۳ بار در هفته) با شامپوهای طبی انجام گیرد. برای جلوگیری از مقاوم شدن سیوره نسبت به یک شامپوی خاص می بایست از دو یا سه شامپوی مختلف به طور متناوب استفاده شود. بیمار باید پس از آغشته کردن موها به شامپو آن را به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه به حال خود بگذارد. با بهتر شدن این ناراحتی در پوست سر، از تکرار درمان می توان کم کرد. شامپوهای ضد سیوره شامل آن هایی که حاوی سوسپانسیون سولفید سلنیوم، زینک پیری تیون^۱، اسید سالیسیلیک و ترکیبات گوگرد و شامپوهای تار حاوی گوگرد یا اسید سالیسیک هستند.

تدابیر پرستاری

به بیمار آموزش داده می شود که درمانیت سیوره بیک وضعیت مزمنی است که تمایل به عود دارد. هدف تحت کنترل درآوردن بیماری از طریق مشارکت وی در برنامه درمانی است. به بیمار توصیه می شود که از مواد محرک خارجی، گرمای خیلی زیاد، تعریق، مالش و خاراندن خود که این اختلال را طولانی تر می کند، اجتناب ورزد. برای دوری کردن از عفونت های ثانوی، بیمار باید پوست خود را در

معرض هوا قرار داده و چین های پوستی را تمیز و خشک نگه دارد.

دستورالعمل های مربوط به استفاده از شامپوهای طبی به بیماران دچار که نیاز به درمان دارند، داده می شود. شامپو کردن مکرر، مخالف با رسوم بعضی از فرهنگ ها است، پرستار باید در زمان آموزش مراقبت در منزل به بیمار، نسبت به این تفاوت ها حساس باشد.

آکنه و لگاریس

آکنه و لگاریس^۲ اختلال شایعی است که بر فولیکولهای مستعد مو، بیشتر از همه در نواحی صورت، پشت، قفسه سینه و بالای بازوها تاثیر می گذارد. آکنه درماتوز مزمنی است که با کومدوها^۳ (یا ضایعات اولیه آکنه) هم نوع بسته و باز و به صورت پاپول، جوش های چرکی، ندول و کیست تظاهر می یابد.

آکنه متداول ترین مشکل پوستی است که بیش از ۸۰ درصد آمریکایی ها را در دوره ای از زندگی شان گرفتار می کند. وفور آکنه بیشتر در طی نوجوانی در بین جنس مذکر است اما وفور آن در جنس مونث در طی بزرگسالی بیشتر است. با این وجود، در سن ۴۵ سالگی، بیش از ۵ درصد بزرگسالان داشتن آکنه را گزارش می کنند. به نظر می رسد آکنه از بر هم کنش عوامل ژنتیک، هورمونی و باکتریایی ریشه می گیرد.

پاتوفیزیولوژی

در طی بلوغ، آندروژن ها با تحریک غدد سباسه، باعث بزرگ شدن این غدد و ترشح روغن طبیعی (سبوم) می شوند که به سمت بالای فولیکول مو بالا آمده و به سطح پوست جریان می یابد. در نوجوانانی که دچار آکنه می شوند، تحریک آندورژنی منجر به افزایش پاسخ غدد چربی می گردد. هنگام تجمع مواد چرب در مجاری پیلوسباسه، آکنه ایجاد می شود. سپس تجمع چربی باعث پاسخ التهابی موضعی می شود.

تظاهرات بالینی

ضایعات اولیه آکنه، کومدو ها هستند. کومدوهای بسته (سرسفید) ضایعاتی انسدادی بوده که به دلیل تراکم چربی ها یا روغن ها و کراتین سفت شده در فولیکول مو تشکیل می گردند. ممکن است کومدوهای بسته به کومدوهای باز (سر سیاه) تبدیل شوند. محتویات موجود در مجاری کومدوهای

۳ Comedo (plural=Comedone)

۱ Zinc pyrithione

2 Acne vulgaris

درمان تغذیه ای و بهداشتی

ارتباط بین رژیم غذایی و آکنه اثبات نشده است. به ویژه، ارتباط بین آکنه و فرآورده های شیر، شکلات و غذاهای سرخ کردنی نیز اثبات نشده است. با این حال به نظر می رسد که وابستگی متقابلی بین غذاهای غنی از شکر تصفیه شده و آکنه وجود دارد، بنابراین از مصرف این مواد غذایی باید اجتناب شود. به طور کلی، حفظ تغذیه خوب سیستم ایمنی را برای وارد عمل شدن به طور موثر بر علیه باکتری و عفونت مجهز می کند.

برای موارد خفیف آکنه، شستشوی دو بار در روز با صابون پاک کننده و استفاده از محصولات بدون نیاز به نسخه ای که حاوی بنزوئیل پراکسید یا اسید سالیسیلیک (مبحث بعدی را ببینید) می باشند، ممکن است تمام چیزی باشد که مورد نیاز است. مواد آرایشی و کرم ها باید از نوع بدون روغن انتخاب شوند. این محصولات معمولاً برای پوست های مستعد آکنه در نظر گرفته می شوند.

درمان دارویی

درمان های دارویی آکنه براساس شدت آکنه است. جدول ۴-۶ روش های درمان خط اول آکنه و لگاریس را براساس شدت آکنه خلاصه کرده است.

درمان موضعی

داروهایی که بدون نسخه برای درمان آکنه فروخته می شوند حاوی بنزوئیل پراکسید هستند که در رفع انسداد فولیکولی غدد سباسه بسیار مؤثر می باشد. فرآورده های بنزوئیل پراکسید باعث کاهش سریع و با دوام ضایعات التهابی می شوند. این فرآورده ها موجب کاهش تولید سبوم شده و انسداد داخل مجاری فولیکولی را ارتقا بخشیده و اثر ضد باکتری دارند. مصرف بنزوئیل پراکسید در ابتدا موجب قرمزی و پوسته ریزی شده ولی معمولاً پوست خیلی سریع باآسازگار می شود. البته، پوست بعضی از افراد به این فرآورده ها حساس است و می تواند باعث تحریک یا خشکی بیش از حد شود، خصوصاً. هنگامی که با برخی از داروهای موضعی تجویز شده به کار روند. باید به بیمار آموزش داده شود که در صورت تحریک شدید پوست، مصرف آن فرآورده را قطع نماید. به طور معمول بیمار ژل بنزوئیل پراکسید را روزی یک بار استفاده می کند. در بسیاری از موارد، این تنها درمان مورد نیاز است.

باز با محیط خارج در ارتباط هستند. رنگ کومدوهای باز (سرسپاه) ناشی از تجمع لیپیدها و ذرات باکتریایی و اپی تلیالی است. بعضی از جوش های سر سفید ممکن است پاره شده و به دلیل تراوش محتویات فولیکول (نظیرسبوم، کراتین، باکتری) به داخل درم، واکنش التهابی ایجاد گردد. التهاب ایجاد شده از نظر بالینی به صورت پاپول های قرمز، جوش های چرکی ملتهب و کیست های ملتهب دیده می شود. پاپول ها و کیست های کوچک تخلیه شده و بدون درمان بهبود می یابند. کیست ها و پاپول های عمقی تر ممکن است آثاری از خود روی پوست بر جا گذارند. آکنه معمولاً بر اساس تعداد و نوع ضایعات به انواع خفیف، متوسط یا شدید درجه بندی می شود.

بررسی و یافته های تشخیصی

تشخیص آکنه بر اساس اخذ شرح حال و معاینات بالینی، وجود ضایعات مشخص آکنه و سن فرد صورت می گیرد. ممکن است در زنان تاریخچه برون ریزی ضایعات چند روز قبل از عادت ماهیانه روی دهد. وجود کومدوهای معمول همراه با پوست بسیار چرب مشخصه آکنه است. چرب بودن پوست بیشتر در نواحی میانی صورت واضح بوده و سایر مناطق صورت ممکن است خشک به نظر برسد. اتفاق نظر در مورد تظاهراتی که معادل آکنه خفیف، متوسط و شدید باشد، وجود ندارد، به بیان کلی، آکنه خفیف با وجود کومدوها و تعدادی پاپول های چرکی مشخص می شود، آکنه متوسط با تعداد بیشتری از پاپولهای چرکی و کومدوها به همراه وجود پوستول های التهابی مشخص می شود و آکنه شدید با وجود کیست هایی که قطر آنها بزرگتر از ۵ میلی متر است (ندول یا کیست های ندولی نیز نامیده می شوند)، مشخص می شود.

تدابیر درمانی

اهداف درمان عبارتند از: کاهش تجمع باکتری ها، کاهش فعالیت غدد چربی، پیشگیری از انسداد مجاری فولیکول ها، کاهش التهاب، مبارزه با عفونت ثانویه، به حداقل رساندن آثار ضایعات و برطرف کردن عوامل مستعد کننده فرد به آکنه. رژیم درمانی به نوع ضایعه (جوشی، پاپولی، چرکی، کیستی) بستگی دارد. طول مدت درمان بستگی به وسعت و شدت آکنه دارد. در موارد شدید، ممکن است درمان برای چند سال ادامه یابد.

طولانی برای مبتلایان به آکنه استفاده می شده است، اثربخشی آنها در کارآزمایی های بالینی باثبات نشده است. عوامل موضعی دیگری که برای سالها تجویز می شوند اما اثر بخشی آنها در کارآزمایی های بالینی ثابت نشده است عبارتند از روی، گوگرد و رزورسینول و بنابراین برای درمان توصیه نمی شوند.

استعمال موضعی اسید ویتامین A (مثل تره تینوئین [Retin-A]، آداپالن [Differin]، تازاروتن [Tazorac] برای پاک شدن مجاری پیلوباسه از کراتین به کار می روند. بیمار باید آگاه باشد که ممکن است علایم در ممکن است در هفته های اول درمان به دلیل ایجاد التهاب، قرمزی و پوسته ریزی، علایم اش بدتر شود. به بیمار در مورد تماس با آفتاب در هنگام استعمال داروهای موضعی هشدار داده می شود، زیرا ممکن است باعث آفتاب سوختگی شدید گردد. دستورات بروشور دارو باید به طور دقیق رعایت شوند.

ممکن است بهبودی ۱۲-۸ هفته به طول انجامد. برخی از بیمارانی که ممکن است از تحت درمان قرار گرفتن با یک رتینوئید و بنزوئیل پراکسید سود ببرند و ممکن است ژل ترکیبی موضعی (مثل آداپالن و بنزوئیل پراکسید [Epiduo] تجویز شود. درمان آنتی بیوتیک موضعی برای آکنه متداول است. آنتی بیوتیک های موضعی رشد باکتری را سرکوب نموده، میزان اسیدهای چرب آزاد سطحی را کاهش داده، کومدو ها، پاپول ها و پوستول ها را کاهش داده و اثرات جانبی سیستمیک ندارند. شایع ترین داروهای تجویز شده شامل کلیندامایسین (کلئوسین تی) و اریترومایسین (اریترا درم) می باشد. ژل های موضعی ترکیبی که شامل بنزوئیل پراکسید و آنتی بیوتیک است (مثل بنزوئیل اریترومایسین [بنزامایسین] به طور شایع تجویز شده و می توانند درمان خیلی موثری باشند.

سایر عوامل موضعی کمتر شایع که ممکن است در درمان آکنه ولگاریس موثر باشند، شامل اسید آزلائیک (آزلکس) و ژل داپسون (اکزون) می باشند. اسید آزلائیک اثرات کومدولیتیک، ضد باکتری و ضد التهابی دارد. ممکن است همچنین می تواند روی پوست که در اثر آکنه هیپرپیگمانته شده باشد، اثر روشن کننده داشته باشد داپسون ضایعات التهابی را کم کرده و بنا به دلیلی که به روشنی معلوم نیست، به نظر می رسد که در بیماران بالغ مونث از نوجوانان یا بیماران مذکر بهتر عمل کند.

جدول ۴-۶۱	درمان های خط اول مورد استفاده برای آکنه ولگاریس
طبقه بندی	عوامل درمانی تجویز شده
آکنه خفیف	بنزوئیل پراکسید یا رتینول موضعی یا ترکیب آنتی بیوتیک موضعی و بنزوئیل پراکسید یا ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید یا ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید و آنتی بیوتیک موضعی
آکنه متوسط	ترکیب آنتی بیوتیک موضعی و بنزوئیل پراکسید یا ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید یا ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید و آنتی بیوتیک موضعی یا آنتی بیوتیک خوراکی و ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید یا آنتی بیوتیک خوراکی و ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید و آنتی بیوتیک موضعی
آکنه شدید	آنتی بیوتیک خوراکی و ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید یا آنتی بیوتیک خوراکی و ترکیب آنتی بیوتیک موضعی و بنزوئیل پراکسید یا آنتی بیوتیک خوراکی و ترکیب رتینول موضعی و بنزوئیل پراکسید و آنتی بیوتیک موضعی یا آنتی بیوتیک خوراکی و ایزوتره تینوئین خوراکی

فرآورده های بدون نیاز به نسخه اسید سالیسیلیک نیز برای استفاده بیماران مبتلا به نوع خفیف آکنه موجود هستند. اثرات این عوامل شبیه محصولات بنزوئیل پراکسید می باشد. اگر چه استفاده از محصولات اسید سالیسیلیک از مدت های

رود. ترکیبات ضدبارداری خوراکی با استروژن بالا ممکن است به صورت رژیم دوره ای تجویز گردد. استروژن به دلیل اثرات جانبی نامطلوب نظیر بزرگ شدن سینه ها و کاهش موهای بدن به مردان داده نمی شود.

درمان جراحی

درمان جراحی آکنه شامل تخلیه جوش ها؛ تزریق کورتیکوستروئیدها به داخل ضایعات ملتهب؛ بریدن و تخلیه ضایعات بزرگ دارای نوسان (حرکت مویی قابل لمس)، ندولی کیستی است. احتمال دارد بیماران دارای آثار عمیق زخم یا درمان ساینده عمیق (پوست سای) ۲) درمان شوند که در آن اپیدرم و قسمت سطحی درم تا سطح اثر زخم برداشته می شود.

جوش ها را می توان با ابزار خاصی موسوم به تخلیه کننده جوش^۳ تخلیه کرد. ابتدا ناحیه مورد نظر را با الکل پاک کرده و بعد دهانه ابزار مخصوص را روی ضایعه قرار داده و با اعمال فشار مستقیم موجب خروج عامل انسداد از میان ابزار می شوند. برداشتن جوش ها باعث قرمزی ناحیه شده که ممکن است تا برطرف شدن آن چندین هفته طول بکشد. عود مجدد جوش ها پس از تخلیه آنها امری شایع است.

تدابیر پرستاری

مراقبت پرستاری از بیمار مبتلا به آکنه شامل پایش و مراقبت عوارض جانبی درمان های پوستی به عمل آمده است. فعالیت های اصلی پرستاری شامل آموزش بیمار، به خصوص در مورد روش های درست مراقبت از پوست و نحوه رسیدگی به مشکلات احتمالی مربوط به درمان یا اختلال پوستی است. ایجاد اطمینان مثبت، گوش کردن با دقت و توجه کردن به احساسات بیمار مبتلا به آکنه، برای بهبودی روانی بیمار و درک بیماری و طرح درمانی ضروری است. داشتن آکنه، به ویژه اگر تا بزرگسالی به طول بینجامد، می تواند بر احساس خوب بودن از نظر روانی تأثیر سوء داشته باشد. به خصوص زنان مبتلا به آکنه به طور مکرر، افت کیفیت زندگی، اضطراب بیشتر و افسردگی را گزارش می کنند. (چارت ۲-۶۱ را ببینید).

چارت ۲-۶۱. مشخصات تحقیق پرستاری

۳ Comedo extractor

درمان سیستمیک

آنتی بیوتیک های خوراکی در مقادیر کم و به مدت طولانی در درمان بیماری که آکنه متوسط یا شدید دارند به خصوص وقتی که آکنه التهابی بوده و موجب جوش های چرکی، آبسه و جوشگاه شود، بسیار مؤثر است. درمان ممکن است ماه ها یا سال ها ادامه داشته باشد. آنتی بیوتیک هایی که بیشتر انتخاب می شوند شامل خانواده تتراسایکلین ها (مثل تتراسایکلین، داکسی سایکلین، مینوسایکلین) هستند. خانواده تتراسایکلین ها خانم های باردار ممنوعیت دارند. اثرات جانبی تتراسایکلین ها عبارتند از: حساسیت به نور، تهوع، اسهال، عفونت پوستی در هر دو جنس و التهاب واژن در زنان. آنتی بیوتیک های دیگری از جمله اریترومايسين، آزیترومایسین (Zitromax) و تری متوپریم-سولفامتوکسازول (Bactrim) نیز ممکن است انتخاب شوند.

استفاده از رتینول های خوراکی (مثل ایزوتره تینوئین [Claravis] در درمان بیماران مبتلا به آکنه ندولی-کیستی که به درمان های مرسوم پاسخ نمی دهند، اثرات خیلی خوبی دارد. ممکن است این دارو از تشکیل اسکار ناشی از تشکیل کیست جلوگیری کند. رتینوئیدها اندازه غدد چربی را کاهش داده و از تولید چربی ممانعت به عمل می آورند. آنها هم چنین می توانند باعث ریزش اپیدرم (پوسته ریزی اپیدرم) و در نتیجه عدم تشکیل جوشگاه و دفع جوش های موجود گردند. شایع ترین عارضه جانبی این دارو شیلیت^۱ (التهاب لبها) است. خشکی و ترک خوردن پوست و غشاهای مخاطی از اثرات جانبی با تکرار زیاد هستند. این تغییرات با قطع دارو برگشت پذیرند. رتینوئیدها تراژونیک هستند. به این معنی که می توانند باعث نقائص جنینی شوند. روش های پیشگیرانه مؤثر برای خانم هایی که در سن باروری قرار دارند، در طی دوره درمان و ۴ تا ۸ هفته پس از آن، الزامی می باشد. برای اجتناب از اثرات سمی این دارو به بیمار هشدار داده می شود تا از مصرف مکمل های ویتامین A در حین مصرف ایزوتره تینوئین خودداری کند.

درمان با استروژن (از جمله فرآورده های استروژن - پروژسترون) تولید سبوم را سرکوب نموده و چرب شدن پوست را کاهش می دهد. این روش معمولاً در زنان جوانی که آکنه قدری دیرتر از معمول در آنها آغاز شده و تمایل به بروز در زمان های معینی از دوره ماهیانه دارد، به کار می

۱ Cheilitis

۲ Dermabrasion

گورلیک و همکاران (۲۰۱۵) کیفیت زندگی در زنان دچار آکنه را بررسی نمودند.

هدف

آکنه ولگاریس درماتوز مزمن شایعی است که از قدیم به عنوان اختلال نوجوانی در نظر گرفته می شده است. با این وجود، آکنه غالباً تا بزرگسالی طول کشیده، و فور آن در بین بزرگسالان در دهه سوم زندگی ۴۳٪ تخمین زده شده است. زنان بیشتر از مردان و زنان رنگین پوست بیشتر از زنان قفقازی مبتلا می شوند. آکنه همچنین با افسردگی، دیسترس روحی و کیفیت پایین تر زندگی همراه است. با این وجود، در مورد اثرات آکنه بر کیفیت زندگی در بین زنان گروههای نژادی مختلف کمتر می دانیم. هدف این مطالعه تشریح کیفیت زندگی زنان دچار آکنه صورت و اینکه آیا تفاوتی در کیفیت زندگی مشارکت کنندگان براساس زمینه نژادی خود وجود دارد، می باشد.

روش مطالعه

این مطالعه ای مقطعی مبتنی بر وب می باشد که مشارکت کنندگان آن بخشی از جمعیت ثبت نام کرده در فهرست YouGov ایالات متحده بودند. این مطالعه قبل از دعوت آینده نگر مشارکت کنندگان برای پیوستن به مطالعه توسط هیات بازبینی موسسه مرکزی تایید شده است. معیارهای ورود عبارت بود از: زنان بین ۲۵ و ۴۵ سال سن با آدرس فعال ایمیل که قادر به خواندن و درک انگلیسی بوده و براساس گزارش خود حداقل ۲۵ ضایعه قابل مشاهده آکنه در صورت خود داشتند. پس از غربالگری، از مشارکت کنندگان مناسب برای تکمیل پرسشنامه آنلاین دعوت شد که حاوی اطلاعات اقتصادی- اجتماعی، وضعیت های سلامتی همراه با آکنه، ویژگی های بالینی آکنه و گزارشات خود ارزیابی از کار یا خلایق در مدرسه بود. پرسشنامه مخصوص آکنه (Acne-QQL) بخشی از این مطالعه بود که علایم پسیکولوژیک را با مواردی از پرسشنامه سلامت بیمار-۴ (PHQ-4) اندازه گیری می کرد.

یافته ها

مشارکت کنندگان (N=۳۱۲) از نژادهای مختلف از جمله قفقازی (۳۴/۳٪)، آفریقایی آمریکایی (۳۰/۸٪)، اسپانیایی (۱۷/۶٪) و آسیایی آمریکایی (۱۷/۳٪) بودند. میانگین سن نمونه ها ۳۵/۳ سال (SD ۵/۹) بود. مشارکت کنندگان قفقازی نگرانی بیشتری با ضایعات (یعنی جوش ها یا

برآمدگی ها) داشتند، در حالی که مشارکت کنندگان آفریقایی آمریکایی ها، اسپانیایی و آسیایی آمریکایی ها علاوه بر ضایعات، نگرانی بیشتری با هیپرپیگمانتاسیون بعد از التهاب داشتند. مشارکت کنندگان قفقازی اضطراب، افسردگی، و میگردن را بیشتر از مشارکت کنندگان سایر گروههای نژادی گزارش کردند. مشارکت کنندگان تمام گروههای نژادی گزارش کردند که آکنه کیفیت زندگی آنها را مختل کرده و بیش از یک سوم آنها علایم متوسط تا شدید اضطراب و افسردگی را گزارش کردند. آکنه همچنین بر توانایی مشارکت کنندگان تمام گروههای نژادی در تمرکز بر کار و مدرسه تاثیر منفی داشت.

کاربردهای پرستاری

نتایج این مطالعه نشان می دهد که داشتن آکنه تاثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد. به خصوص زنان دچار آکنه ممکن است بسته به زمینه نژادی یا نوع پوست خود نگرانی های متفاوتی داشته باشند. آفریقایی آمریکایی ها، اسپانیایی و آسیایی آمریکایی ها بیشتر مستعد نتایج منفی هیپرپیگمانتاسیون ناشی از ضایعات هستند. نتایج این مطالعه ثابت می کند که این نگرانی اصلی این زنان مبتلا به آکنه است، در حالی که زنان قفقازی عمدتاً در مورد ظاهر ضایعات نگران بودند. برعکس، زنان قفقازی علایم موافق با افسردگی و اضطراب در رابطه با داشتن آکنه را نسبت به زنان سایر نژادهایان می کردند. پرستاران می توانند از اطلاعات این مطالعه برای طراحی مراقبت فردی برای زنان مبتلا به آکنه استفاده کنند.

Gorelick, J., Daniels, S. R., Kawata, A. K., et al. (2015). Acne related quality of life among female adults of different races/ethnicities. *Journal of the Dermatology Nurse Association*, 7 (3), 154-13

پیشگیری از باقی ماندن اثر زخم ها

پیشگیری از برجا ماندن اثر زخم ها، هدف نهایی درمان است. احتمال ماندن اثر زخم با شدت درجه آکنه، زیاد می شود. آکنه شدید معمولاً به درمان دراز مدت تر با آنتی بیوتیک های عمومی و سایر درمانها که ممکن است شامل ترکیب عوامل موضعی یا ایزوتره تینوئین باشد، نیاز دارد (جدول ۴-۲ را ببینید). بیماران باید مطلع شوند که قطع این داروها می تواند منجر به بیرون ریختن بیشتر جوش ها و افزایش احتمال به جا ماندن آثار عمیق زخم ها گردد. علاوه بر این، دستکاری

ارگانیزم، ایجاد می شوند. عفونت های ثانویه پوستی از یک اختلال پوستی یا مختل شدن تمامیت پوست در اثر جراحی یا عمل جراحی، ظاهر می شوند. در هر دو مورد، ممکن است میکروارگانیزم های متعددی دخیل باشند (مثل استافیلوکوک طلایی یا استرپتوکوک های گروه A). شایع ترین عفونت های پوستی باکتریایی اولیه زرد زخم و فولیکولیت است. فولیکولیت ممکن است منجر به کورک^۲ یا کفگیرک^۳ شود.

زرد زخم

زرد زخم^۴ یک عفونت سطحی پوست است که توسط استافیلوکوک، استرپتوکوک یا چندین نوع باکتری ایجاد می شود. زرد زخم تاوولی، عفونت عمیق تری در پوست است که به وسیله استافیلوکوک طلایی به وجود آمده و مشخصه آن تشکیل بول (تاول های بزرگ و پراز مایع) از وزیکول های اولیه است. پاره شدن بول، ناحیه ای قرمز و بدون پوست بر جا می گذارد. تقریباً ۷۰٪ موارد را زرد زخم غیر تاوولی تشکیل می دهد. این نوع زرد زخم تمایل به درگیر کردن پوست مناطقی که قبلاً در اثر بریدگی ها، خراشیدگی ها، گاز گرفتگی ها یا سایر انواع ضربات دچار آسیب شده اند، دارد. استافیلوکوک طلایی از جمله استافیلوکوک طلایی مقاوم به متی سیلین (MSRA^۵) و استافیلوکوک پیوژن نیز به طور شایع در این نوع دخیل هستند.

مناطق باز بدن مثل صورت، دست ها، گردن و انتهای بیشتر مبتلا می شوند. زرد زخم مسری بوده و ممکن است به سایر مناطق پوست بیمار یا به سایر اعضای خانواده که بیمار را لمس می کنند یا از طریق حوله یا شانه آلوده به ترشحات ضایعه، منتقل گردد.

زرد زخم در همه سنین دیده می شود. زرد زخم در میان کودکانی که در شرایط بهداشتی نامناسبی زندگی می کنند شیوع بیشتری دارد. مشکلات بهداشتی مزمن، بهداشت نامناسب و سوء تغذیه ممکن است افراد بزرگسال را مستعد ابتلا به زرد زخم کند. این بیماری بیشتر در آب و هوای گرم و مرطوب بروز می کند بنابراین بیشتر در جنوب ایالات متحده دیده می شود تا در اقلیم شمالی.

جوش ها، پاپول ها و پوستول ها، احتمال به جا گذاشتن اثر زخم ها را زیاد می کند.

هنگامی که جراحی آکنه، برای بیرون کشیدن جوش ها عمقی یا ضایعات ملتهب یا بریدن و تخلیه کردن ضایعات کیستی تجویز شده باشد، مداخله فرد می تواند باعث بر جا ماندن اثر زخم گردد. ممکن است پوست سایی، که بافت اسکار موجود را مسطح می نیز باعث افزایش اثر زخم شود، امکان افزایش یا کاهش رنگدانه سازی در بافتی که تحت این عمل قرار گرفته نیز وجود دارد. بیمار باید قبل از انتخاب مداخله جراحی برای آکنه، از این نتایج احتمالی آگاه گردد.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: علاوه بر دادن دستور العمل های مصرف داروها، باید به بیماران آموزش داده شود که صورت و سایر مناطق مبتلا را روزی دو بار با آب و صابونی ملایم بشویند تا چربی های سطحی پوست پاک شده و از انسداد غدد چربی جلوگیری گردد. صابون های ساینده ملایم و عوامل خشک کننده برای برطرف کردن احساس چربی که برخی بیماران را با مشکل مواجه می کند، تجویز می شود. در همان زمان به این بیماران گفته می شود که از ساییدن بیش از حد پوست که آکنه را بدتر می کند، خودداری کنند.

از هر نوع مالش و ضربه مثل تکیه دادن صورت به دست ها، استفاده از لباس های یقه تنگ و کلاه ایمنی باید اجتناب گردد. بیماران باید یاد بگیرند که جوش های سر سیاه را دستکاری نکنند. فشار دادن جوش هافقط مشکل را بدتر می کند زیرا قسمتی از محتویات آن را به درون پوست می راند که ممکن است موجب پارگی فولیکول شود. از آنجایی که مواد آرایشی، خمیر ریش ها و لوسیون ها می توانند آکنه را تشدید کنند، بهتر است از استفاده آنها اجتناب شود.

درماتوزهای عفونی

عفونت های باکتریایی پوست

عفونت های میکروبی پوست یا پیودرم^۱ که موجب عفونت های باکتریایی چرک زای پوست می شوند، ممکن است اولیه یا ثانویه باشند. عفونت های اولیه پوستی، در پوستی که قبلاً ظاهری طبیعی داشته ایجاد می شود و معمولاً در اثر یک

4 Impetigo
5 Methicillin-resistant Staphylococcus aureus

1 Pyoderma
2 Furuncles
3 Carbuncles

شکل ۱-۶۱ زرد زخم پره بینی

ممکن است آموکسی سیلین-کلاولانات (اوگمنتین)^۲، کلوزاسیلین (کلوزاپین)^۳ یا دی کلوزاسیلین (دیناپن)^۴ تجویز شوند. در موارد وجود استافیلوکوک طلائی مقاوم به متی سیلین، آنتی بیوتیک‌هایی از جمله کلیندامایسین (کلوسین)^۵، تری متوپریم-سولفامتوکسازول (باکتریم)، لووفلوکساسین (لواکوئین)^۶ یا سیپروفلوکساسین (سیپرو) تجویز می شود.

تدابیر پرستاری

پرستار، به بیمار و خانواده اش می آموزد تا حداقل روزی یک بار با صابون ضد میکروبی استحمام کنند. پاکیزگی و بهداشت مناسب به جلوگیری از انتشار ضایعات به مناطق دیگر بدن و نیز انتقال از یک فرد به سایرین کمک می کند. به ویژه، به بیمار و خانواده اش باید آموزش داد تا هر زمان بعد از لمس ضایعات نظافت دست ها را انجام دهند. هر شخصی باید حوله و لیف جداگانه داشته باشد. به دلیل مسری بودن زرد زخم، افراد عفونی باید تا بهبودی ضایعات از تماس با افراد دیگر اجتناب نمایند.

فولیکولیت، کورک و کفگیرک

فولیکولیت وضعیت التهابی سلولهای درون دیواره و مدخل فولیکول های مو است که ممکن است در اثر عفونت باکتریایی، ویروسی، قارچی یا انگلی ایجاد شود. ضایعات آن ممکن است سطحی یا عمقی باشند. پایول ها یا جوش های چرکی منفرد یا چند تایی در نزدیکی فولیکول موها ظاهر می شوند. فولیکولیت به طور متداول در محل ریش مردان و پاهای زنان که موها تراشیده می شوند مشاهده می گردد. سایر مناطق شامل زیر بغل، تنه و باسن است.

تظاهرات بالینی

ضایعات زرد زخم بیشتر از همه در صورت و اندام های انتهایی دیده می شوند. ضایعات به شکل ماکول های قرمز و کوچک ظاهر شده که به سرعت به وزیکول های منفرد با دیواره نازکی تبدیل می شوند که پاره شده و با ترشحات زرد عسلی چسبنده ای پوشیده می شوند (شکل ۱-۶۱). این ترشحات خشک شده، به آسانی کنده شده و سطح قرمز، نرم و مرطوب زیر آن ها نمایان می گردد که خیلی زود با ترشحات جدید جایگزین می شوند.

تدابیر درمانی

هنگامی که بیماری محدود به ناحیه ای کوچک باشد، درمان با آنتی بیوتیک موضعی (مثل موپیروسین [باکتروبان]، رتاپامولین [آلتاباکس]^۱) به طور معمول تجویز می شود. دارو باید چند بار در روز برای ۵ تا ۷ روز روی ضایعات استعمال شود. هنگام تجویز درمان موضعی، ابتدا ضایعات با محلول صابونی خیس یا شسته می شوند تا محل مرکزی رشد میکروب برداشته شده و امکان رسیدن آنتی بیوتیک موضعی به محل عفونی ایجاد گردد. بعد از برداشتن ترشحات خشک شده، از یک کرم آنتی بیوتیک موضعی، استفاده می شود. هنگام مراقبت از بیمار باید از دستکش استفاده کرد. ممکن است برای درمان عفونت های گسترش یافته یا در مواردی که تظاهرات سیستمیک (مثل تب) وجود دارد، آنتی بیوتیک های سیستمیک تجویز شوند. آنتی بیوتیک ها انتشار عفونت را کاهش داده، عفونت های عمقی را درمان کرده و از گلودرولونفریت حاد (عفونت کلیوی) که ممکن است به دنبال بیماری های استرپتوکوکی پوست ایجاد شود، پیشگیری می کنند.



- 4 Dicloxacillin (Dynapen)
- 5 Clindamycin (Cleocin)
- 6 Levofloxacin (Levaquin)

- 1 Retapamulin (Altabax)
- 2 Amoxicillin-clavulanate (Augmentin)
- 3 Cloxacillin (Cloxapen)

درد، افزایش گلبول های سفید خون و حتی انتشار عفونت به جریان خون می گردد.

کورک و کفگیرک بیشتر در بیمارانی ایجاد می شوند که دچار یک بیماری زمینه ایسیستمیک مثل دیابت یا امراض بدخیم خونی بوده و یا تحت درمان های سرکوب ایمنی قرار دارند. کورک و کفگیرک در مناطق گرم، به خصوص در آن قسمت از پوست که زیر لباس های تنگ و بسته قرار می گیرد، شیوع بیشتری دارند.



شکل ۲-۶۱ کورک دردناک روی ران

تدابیر درمانی

نکته قابل توجه در درمان عفونت های استافیلوکوکی، آن است که دیواره ناحیه برآمده ای که عفونت در آنجا تجمع یافته است پاره نشده یا آسیب نبیند. دمل یا جوش را هرگز نباید فشار داد. به طور کلی از آنتی بیوتیک های سیستمیک که از طریق کشت و آنتی بیوگرام انتخاب می شوند، برای درمان استفاده می شود. دی کلوزاسیلین خوراکی و سفالوسپوین ها داروی خط اول هستند. در صورت شک به استافیلوکوک طلایی مقاوم به متی سیلین ممکن است آنتی بیوتیک هایی از جمله کلیندامایسین، تری متوپریم-سولفامتوکسازول یا مینوسایکلین استفاده شوند. وقتی که چرک در یک محل متمرکز شده و حالت موج و لرزان به خود بگیرد، با ایجاد یک برش کوچک با تیغ جراحی می توان موجب کاهش فشار، تخلیه مستقیم چرک و سلول های مرده و در نتیجه سرعت بخشیدن به تخلیه دمل یا کورک، گردید. به بیمار آموزش داده می شود که روی ضایعه ترشح دار را با پانسمان بپوشاند.

فولیکولیت کاذب آرایش^۱ (برآمدگی های ناشی از اصلاح کردن) غالباً در صورت آفریقایی آمریکایی ها و سایر مردان دارای موهای مجعد به دنبال تراشیدن موها ایجاد می شود. موهای تیزی که رشد رو به داخل دارند، ریشه ای خمیده دارند که با زاویه بسته تری رشد نموده و به درون پوست نفوذ می نمایند و در نتیجه واکنشی التهابی را به وجود می آورند. تنها راه مؤثر درمانی، اجتناب از تراشیدن موها است. سایر درمانها عبارتند از: استفاده از لوسیون های مخصوص یا آنتی بیوتیک ها یا استفاده از یک برس دستی برای بیرون کشیدن مو به طور مکانیکی است. اگر بیمار باید موهای صورت خود را بر طرف کند، می تواند از کرم موبر یا ریش تراش برقی استفاده کند.

کورک (دمل) التهاب حاد عمقی در یک یا بیش از یک فولیکول مو است که به درم اطراف انتشار می یابد (شکل ۲-۶۱). التهاب شکل عمقی فولیکولیت است. فورونکولوزیس به ضایعات متعدد یا بر گشت کننده اطلاق می شود. دمل ها ممکن است در هر جای بدن ایجاد شوند اما در نواحی مورد تحریک، فشار، مالش و تعریق زیاد مثل پشت گردن، زیر بغل یا باسن شیوع بیشتری دارند.

در ابتدا ممکن است دمل مثل یک جوش کوچک، قرمز و برجسته و دردناک باشد که غالباً عفونت، پیش روی کرده و پوست و بافت چربی زیر جلدی را گرفتار و موجب درد، حساس شدن و التهاب سلول های اطراف می شود. ناحیه قرمز و سفت، معرف تلاش بدن برای محصور نگه داشتن عفونت است. باکتری ها (معمولاً استافیلوکوک ها) موجب نکرور بافت مورد تهاجم شده که در طی چند روز نقطه مشخص دمل ظاهر می گردد و پس از این مرحله، مرکز دمل زرد یا سیاه می شود که به قول عوام می گویند دمل "رسیده" است.

کفگیرک، آبسه ای در پوست و بافت زیر جلدی است که نشان دهنده گسترش دمل با حمله به چندین فولیکول بوده و بزرگ تر و عمیق تر می باشد. علت آن معمولاً استافیلوکوک است و بیشترین مناطق ظهور آن، در قسمت هایی از بدن است که پوست کلفت و کم انعطاف دارد. مناطق متداول شامل پشت گردن و باسن است. کفگیرک به دلیل وسعت التهاب، اغلب به طور کامل محصور نشده و به دنبال جذب شدن محتوای آن توسط بدن، منحصر به تب شدید،

1 Pseudofolliculitis barbae

DNA است ایجاد می شود. این بیماری با ایجاد وزیکول هایی دردناک در مسیر توزیع اعصاب حسی (درماتوم) که از یک یا چند گره عصبی پشتی می آیند، مشخص می شود. پس از طی شدن ابتلا به بیماری آبله مرغان یا واریسلای اولیه، ویروس های واریسلای زوستر که مسئول طغیان زونا است در داخل سلول های عصبی نزدیک به مغز و نخاع به حالت غیر فعال قرار می گیرند و بعدها وقتی این ویروس ها در نتیجه کاهش ایمنی سولی دوباره فعال می شوند از طریق اعصاب محیطی به پوست رفته، تکثیر شده و ایجاد بثورات تاوی قرمز و کوچک پر از مایعی را می نمایند.

این اعتقاد وجود دارد که در طی فرایند سالمندی، ایمنی طبیعی نسبت به ویروس واریسلای رو به نقصان گذاشته و امکان فعال شدن مجدد ویروس فراهم می شود. معمولاً حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد بزرگسالانی که در اوایل زندگی خود دچار آبله مرغان شده بوده اند، معمولاً در ۵۰ سالگی دچار زونا می شوند. میزان وقوع زونا در مردان و زنان یکسان بوده اما در قفقازی ها در مقایسه با آفریقایی آمریکایی ها مختصری بالاتر است.

حملات بیماری تمایل دارند که موضعی باقی بمانند و اثرات ناچیزی برجا می گذارند. در مقایسه با قفقازی ها، آفریقایی-آمریکایی ها کمتر کمتر دچار زونا شده اما اغلب در سنین پایین تر مبتلا می شوند. تکرار عفونت هرپس زوستر در بیماران دچار ضعف سیستم ایمنی از جمله در آن هایی که دچار عفونت ویروس نقص ایمنی (HIV) هستند و در مبتلایان به سرطان بیشتر است. عفونت در این بیماران می تواند گسترده شده و باعث عوارض قابل ملاحظه ای شود.

تظاهرات بالینی

به طور معمول، تظاهرات زونا در سه مرحله پیش از بثورات، بثرات حاد و نورالژی پس از زونا (PHN) روی می دهد. در مرحله پیش از بثورات ویروس های خاموش واریسلای-زوستر در گانگلیون ریشه پشتی طتاب نخاعی دوباره فعال می شوند. تظاهرات بیماری تمایل به پخش شدن در درماتوم منطبق با گانگلیونی دارد که ویروس در آن فعال شده است. معمولاً بیمار از درد یا گاهی اوقات خارش یا پارستزی روی منطقه تحت پوشش درماتوم شکایت دارد. این مرحله از ۱ تا ۱۰ روز طول می کشد که در ظرف ۴۸ ساعت مشخص می شود.

مرحله بثورات حاد با ناحیه لکه ای قرمز رنگ یک طرفه در ناحیه درماتوم درگیر آغاز می شود. وزیکول هایی که ایجاد

هشدار پرستاری کیفیت و ایمنی

پرستاران باید هنگام مراقبت از دمل های صورت احتیاط خاصی مبذول نمایند، زیرا خون پوست این ناحیه به طور مستقیم به داخل سینوس های وریدی مجمله ای تخلیه می شود. به دنبال دستکاری دمل های این ناحیه، امکان بروز ترومبوز سینوسی وجود دارد. عفونت می تواند با عبور از مجاری سینوسی و با نفوذ به حفره مغز، موجب آبسه مغزی گردد.

تدابیر پرستاری

برای بیماران بسیار بد حال در اثر عفونت، از اقداماتی نظیر دادن مایعات وریدی، کاستن از تب و سایر درمان های حمایتی استفاده می گردد. کمپرس های گرم و مرطوب موجب تسریع تحلیل رفتن کورک یا کفگیرک می شوند. پوست اطراف ضایعه را می توان با یک صابون ضد میکروبی با ملایمت تمیز کرد و سپس روی آن پماد آنتی باکتریال استعمال نمود. پانسمان آلوده باید مطابق احتیاطات استاندارد دور انداخته شود. پرسنل پرستاری باید با رعایت دقیق احتیاط های استاندارد از ناقل استافیلوکوک شدن پیشگیری نمایند.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: برای پیشگیری و کنترل عفونت های استافیلوکوکی پوست مثل دمل و کفگیرک باید استافیلوکوک مولد بیماری را از روی پوست و محیط زندگی دفع کرد. تلاش ها باید در جهت فراهم کردن محیطی بهداشتی صورت گیرد. در صورت وجود ضایعاتی با ترشح فعال، باید تشک و بالش با روکش پلاستیک پوشانیده شده و روزانه با مواد ضد عفونی کننده تمیز شوند. همچنین ملحفه ها، حوله ها و لباس ها باید بعد از هر بار استفاده خشک شویی شده و بیمار نیز باید. برای مدتی نامعین، اغلب چند ماه با صابون و شامپوی ضد باکتری استحمام کند.

عفونت های ویروسی پوست

هرپس زوستر

هرپس زوستر یا زونا^۱ عفونتی است که توسط ویروس واریسلای-زوستر (VZV)^۲ که از خانواده ویروس های دارای

2 Varicell-zoster

1 Herpes zoster-shingles

شوند، می‌توان عفونت هرپس زوستر را متوقف نمود. ممکن است تزریق وریدی آسیکلوویر در بیماران دچار بی‌کفایتی ایمنی ضرورت یابد.

اهداف درمان زونا شامل تسکین درد و کاهش یا اجتناب از عوارض بیماری از جمله عفونت، اثر زخم، نورالژی پس از هرپس و مشکلات چشمی می‌باشد. درد با مسکن‌ها کنترل می‌شود و کنترل مؤثر درد در طی مرحله حاد بیماری به پیشگیری از دردهای دایمی کمک خواهد کرد. ممکن است در بیماران بیشتر از ۵۰ سال به منظور کاهش وقوع و مدت ابتلا به نورالژی پس از زونا کورتیکواستروئیدهای سیستمیک تجویز شوند. معمولاً سرعت التیام در افرادی که کورتیکواستروئید دریافت کرده‌اند بیشتر است. استفاده از تزریق زیر جلدی تریامسینولون (آریستوکورت، کناکورت، کنالوگ)^۴ در موضع دردناک به عنوان عامل ضد التهابی مؤثر است. بیماران دچار زونا چشمی نیاز به درمان فوری توسط چشم پزشک دارند.

شخصی که قبلاً به دنبال عفونت اولیه یا واکسیناسیون دچار آبله مرغان شده باشد، بعد از تماس با بیماران دچار هرپس زوستر، در معرض خطر عفونت آبله مرغان نخواهد بود.

از ۱۹۹۵ واکسیناسیون گسترده اطفال با واکسن وایروس واریسلا زوستر (Varivax) منجر به کاهش قابل در بروز آبله مرغان اولیه شد که در نهایت باعث کاهش قابل توجه موارد هرپس زوستر خواهد شد. واکسن وایروس واریسلا زوستر (Zostavax) برای تقویت ایمنی سلولی برعلیه وایروس واریسلا زوستر در بزرگسالان بالای ۵۰ سال ساخته شده است. این واکسیناسیون در حال حاضر به عنوان بخشی از خط مشی پیشگیری در بزرگسالانی که دچار بی‌کفایتی ایمنی نیستند از جمله افراد دارای سابقه هرپس زوستر، به دلیل احتمال عود، توصیه می‌شود.

تدابیر پرستاری

به بیمار و خانواده اش درباره اهمیت مصرف داروهای ضد وایروس تجویز شده و پیروی از توصیه‌های مراقبین بهداشتی آموزش داده می‌شود. پرستار، ناراحتی بیمار و پاسخ او به داروها را ارزیابی کرده و برای هماهنگی دستورات درمانی همکاری لازم را با پزشک به عمل می‌آورد. چگونگی انجام پانسمان مرطوب و استعمال داروها بر روی ضایعات و پیروی

می‌شوند در ابتدا شفاف به نظر می‌رسند و سپس تیره و در نهایت پاره شده و دلمه می‌بندند (شکل ۳-۶۱). درد این مرحله به طور معمول شدید و غیر قابل تسکین است. این مرحله به طور معمول بین ۱۰ تا ۱۵ روز طول می‌کشد.

مرحله آخر-PHN از نظر مدت و تظاهرات متغیر است. درد به طور معمول محدود به درماتوم مبتلا است. در حدود ۵۰٪ بزرگسالان بالای ۶۰ سال دچار زونا، نورالژی پس از زونا را برای بیش از ۶۰ روز تجربه می‌کنند.

هرپس زوستر چشمی (HZO) نوعی نادر از هرپس زوستر است که باعث پی آمدهای شدیدی می‌شود. به طور معمول در زونای چشمی یکی از شاخه‌های عصب سه قلو که به ساختارهای چشم و اطراف چشم عصب دهی می‌کند، گرفتار می‌شود. این امر ممکن است باعث درد قابل ملاحظه و عوارض ناتوان کننده چشمی از جمله نابینایی شود.



شکل ۳-۶۱. زونا

تدابیر درمانی

در صورتی که تا ۲۴ ساعت پس از ظهور بثورات، داروهای خوراکی ضد وایروس مثل آسیکلوویر (زوویراکس)^۱، والاسیکلوویر (والترکس)^۲ یا فام سیکلوویر (فامویر)^۳ تجویز

4 Triamcinolone (Aristocort, kenacort, kenalog)

1 Acyclovir (zovirax)
2 Valacyclovir (valtrex)
3 Famcyclovir (famvir)

شایع ترین اختلال قارچی پوست تینه آ^۴ است که به دلیل ویژگی های ظاهری شبیه حلقه یا تونل مدور زیر پوست به آن کرم حلقه ای^۵ می گویند. عفونت تینه آ می تواند سر، بدن، کشاله ران، پاها و ناخن ها را مبتلا نماید. جدول ۵-۶ عفونت های قارچی و درمان آنها را به طور خلاصه نشان می دهد. برای به دست آوردن نمونه به منظور تشخیص، محل ضایعه تمیز شده و از یک تیغ جراحی یا لام شیشه ای برای برداشت پوسته ها از لبه ضایعه استفاده می شود. پوسته ها روی یک لام گذاشته شده و به آن ها هیدروکسید پتاسیم افزوده می شود. تشخیص با مطالعه میکروسکوپی پوسته های عفونی از نظر وجود اسپور و ریشه یا با جدا کردن قارچ در کشت، انجام می شود. زیر چراغ وود، نمونه ای از موی عفونی، فلورسنت یا درخشان به نظر می رسد. این روش ممکن است برای تشخیص بعضی از موارد قارچ سر کمک کننده باشد.

آلودگی های انگلی پوست

این آلودگی ها شامل آلودگی های پوست با شپش (پدیکولوز) و خارش ناشی از مایت (جرب) است.

پدیکولوزیس: آلودگی با شپش

آلودگی با شپش می تواند در همه سنین ایجاد شود. سه نوع شپش انسان را آلوده می کند: شپش سر^۴ شپش بدن^۵ و شپش ناحیه تناسلی. چون شپش ها بر سطح خارجی بدن میزبان خود زندگی می کنند آن ها را انگل خارجی^۶ می نامند. این انگل ها برای تغذیه به میزبان خود وابسته بوده و به طور تقریبی روزی پنج بار از خون انسان به عنوان منبع غذایی استفاده میکنند. با وارد شدن شیره های گوارشی و مواد دفعی انگل به داخل پوست، خارش شدیدی ایجاد می گردد.

از شستن صحیح دست ها و اجتناب از گسترش عفونت به بیمار یاد داده می شود.

بیمار به فعالیت های تفریحی و روش های تن آرامی برای کاهش ناراحتی و تأمین خواب راحت تر ترغیب می شود. ممکن است لازم شود مراقبت دهنده در تعویض پانسمان به ویژه در سالمندانی که قادر به این کار نیستند، کمک نماید. آماده کردن غذا برای بیمارانی که قادر به مراقبت از خود نبوده و یا قادر به تهیه غذای مقوی نیستند، باید تدارک دیده شود.

هرپس سیمپلکس (تب خال)

هرپس سیمپلکس^۱ یک عفونت شایع پوستی است. دو نوع ویروس ایجاد کننده تب خال شناسایی شده است. به طور کلی تب خال نوع ۱ در پوست لب ها، دهان، لثه یا زبان (یا پوست اطراف دهان) و نوع ۲ در ناحیه تناسلی رخ می دهد. اما ممکن است هر دو نوع ویروس را در هر دو محل پیدا کرد.

عفونت های قارچی (مایکوزی) پوست

قارچ ها، نمایندگان کوچکی از گیاهان اند که روی مواد آلی رشد می کنند و مسبب عفونت های شایع پوستی گوناگونی می باشند. در برخی موارد، فقط بر پوست و ضمایم آن (مو و ناخن) اثر گذاشته و در برخی موارد اعضای داخلی را مبتلا نموده و بیماری هایی ایجاد می کنند که می تواند حیات فرد را تهدید کند. عفونت های سطحی حتی به ندرت موجب ناتوانی موقتی شده و به آسانی به درمان جواب می دهند. ممکن است عفونت ثانویه به وسیله باکتری ها یا کاندیدا و یا هر دوی آن ها ایجاد شود.

4 Pediculus humanus capitis (head louse)
5 Pediculus humanus corporis (body louse)
6 Ectoparasites

1 Herpes simplex
2 Tinea
3 Ring worm

جدول ۵-۶۱. عفونت های تینه آ (کرم حلقوی)		
نوع و محل	تظاهرات بالینی	درمان
کچلی سر عفونت قارچی مسری ساقه مو	• لکه های قرمز، بیضوی و پوسته دار • پوستول ها یا پاپول های کوچک روی پوست سر • موهای ترد که به راحتی می-شکنند، آلوپسی لکه ای.	• گریزئوفلووین برای ۴ تا ۶ هفته • شامپو کردن موها دو بار در هفته باسلنیوم سولفید برای ۲ هفته
کچلی بدن	• با ماکول های قرمز آغاز می شود که به صورت حلقه ای از پاپول یا وزیکول با پاک شدن از مرکز گسترش می یابد. • ضایعات خوشه ای، برخی از آنها به مو، پوست سر یا ناخن ها انتشار می یابند. • خارش شکایتی شایع است.	• عفونت های موضعی-کرم های موضعی ضد قارچ یک یا دو بار در روز (مثل کلوتریمازول، اکونازول، کتوکونازول) • عفونت های وسیع یا تینه آ همزمان سر یا حالات سرکوب کننده ایمنی (مثل نئوپلاسم فعال)- داروهای ضد قارچ خوراکی (مثل فلوکونازول برای ۲ تا ۴ هفته، ایتراکونازول برای ۱ هفته، تربینافین برای ۲ هفته)
کچلی کشاله ران (خارش سوارکار)	• با لکه های پوسته قرمز و کوچک آغاز می شود که به شکل پلاک های حلقوی و برجسته گسترش می یابند. • خارش زیاد • ممکن است خوشه هایی از پوستول ها در اطراف حواشی دیده شوند.	• عفونت های موضعی-درمان کچلی بدن را ببینید. • عفونت های وسیع یا کچلی همزمان پا یا حالات سرکوب کننده ایمنی (مثل نئوپلاسم فعال) - درمان کچلی بدن را ببینید. • به بیمار آموزش دهید از پوشیدن البسه تنگ در ناحیه کشاله ران خودداری کند بیماران باید پس از استحمام پوست خود را با ملایمت و به طور کامل خشک کنند (از مالش اجتناب کنند و از حوله جداگانه برای کشاله ران و سایر بخش های بدن استفاده کنند).
کچلی پا (پای ورزشکار)	• کف یک یا هر دو پا کمی قرمز و دارای پوسته همراه با لیج افتادگی پره بین انگشتان • عفونت های حادتر ممکن است دسته ای از وزیکول های شفاف در زمینه تیره داشته باشند.	• عفونت های موضعی:-درمان کچلی بدن را ببینید. • عفونت های وسیع یا کچلی همزمان پا یا حالات سرکوب کننده ایمنی (مثل نئوپلاسم فعال)-درمان کچلی بدن را ببینید. • به بیماران آموزش دهید: • قبل از پوشیدن لباس زیر، برای جلوگیری از آلودگی متقاطع کشاله ران، جوراب به پا کند. • برای پیشگیری از عفونت مجدد، کفش های قدیمی خود را دور انداخته یا آنها را با پودر ضد قارچ رفع آلودگی کند • در استخرهای عمومی یا وان پاپوش های محافظ بپوشد.
کچلی ناخن	• ناخن های ضخیم که به راحتی	• داروهای ضد قارچ خوراکی برای ۱۲ هفته (مثل

(ناخن های پا، اونیکومایکوز)	شکسته و فاقد جلا هستند. • ممکن است تمام ناخن از بین برود. • در صورت عدم درمانی تواند باعث درد، از دست دادن تعادل و عفونت کاندیدایی شود.
ایتراکونازول، تربینافین) با یا بدون مصرف همزمان لاک ناخن سیکلوپیروکس اولانین. • ممکن است کشیدن ناخن به صورت جراحی یا شیمیایی با ترکیبات اوره ۴۰-۵۰٪ ضرورت یابد	

مشخص به صورت نقطه نقطه می شود. خارش شدید و خاراندن ممکن است منجر به خراشیدگی وسیع پوست به خصوص در ناحیه گردن و تنه گردد. در میان ضایعات ثانویه می توان از خراش های خطی موازی و اگزمای خفیف نام برد. در موارد آلودگی دراز مدت، پوست ممکن است ضخیم، خشک، پوسته دار و دارای نواحی تیره رنگ بشود. خارش، به خصوص در شب، شایع ترین نشانه آلودگی با شپش ناحیه تناسلی است. غباری به رنگ قرمز مایل به قهوه ای (مواد دفعی این حشره) را می توان در داخل لباس زیر مشاهده کرد. ناحیه تناسلی باید با یک ذره بین از نظر وجود شپش که به سمت ساقه مو می خزد و یا در محل اتصال مو به پوست معاینه شود. آلودگی با شپش ناحیه تناسلی ممکن است با ابتلای سایر بیماری های مقاربتی (STI) نظیر سوزاک، سیفلیس، هرپس همراه باشد. این شپش می تواند موهای سینه، زیر بغل، ریش و مژه ها را نیز آلوده کند. گاهی ممکن است ماکول هایی به رنگ آبی- خاکستری در نواحی تنه، ران ها و زیر بغل دیده شوند که به دلیل واکنش بزاق حشره با بیلی روبین (تبدیل بیلی روبین به بیلی وردین) یا به علت مواد دفعی تولید شده توسط غدد بزاقی شپش می باشد.

تدابیر درمانی

درمان شپش سر و عانه شامل، شامل شستشوی موها با شامپوی حاوی پیرترین یا ترکیبات پیرترین با پایپرونیل بوتوکساید^۲ (RID or R&C shampoo) یا آبکشی با پر مترین (Nix) می باشد. اگرچه لیندان^۳ (Kwell) برای چند سال درمان خط اول بوده است، به دلیل اثرات جانبی نوروتوکسیک توصیه نمی شود. به بیمار آموزش داده می شود که سر و موهای خود را طبق دستورالعمل محصول بشوید. پس از آبکشی کامل مو، موها را با شانه دندان ریز آغشته به سرکه برای برداشتن رشک های باقیمانده یا پوسته رشک

شپش سر

عبارت از آلودگی پوست سر با شپش می باشد. شپش ماده، تخم های خود را نزدیک پوست سر می گذارد. این تخم ها را رشک^۱ نیز می نامند. رشک ها با ماده چسبنده ای محکم به ساقه موها متصل می شوند. پس از حدود ۱۰ روز نوزاد شپش از تخم خارج شده و در طی دو هفته بالغ می شود. شپش ممکن است به طور مستقیم از طریق تماس بدنی و یا به طور غیرمستقیم از طریق شانه، برس، کلاه گیس، کلاه و رختخواب فرد آلوده انتقال یابد.

شپش بدن و ناحیه تناسلی

شپش بدن، آلودگی تنه با شپش بدن است. این بیماری خاص افرادی است که در اماکن بسته زندگی می کنند شپش ناحیه تناسلی بسیار شایع است. محل ابتلا عموماً در ناحیه تناسلی است و عمدتاً از راه تماس جنسی انتقال می یابد.

تظاهرات بالینی

شپش سر بیشتر از همه در پشت سر و پشت گوش ها یافت می شود. تخم شپش با چشم غیر مسلح به صورت اجسام بیضوی، نقره ای و براق دیده می شود. گزش حشره موجب خارش شدید می شود و خراشیدگی های حاصله از خارش، اغلب منجر به عفونت ثانویه میکروبی مثل زرد زخم یا فورونکولوز می شود. این آلودگی در بچه ها و افراد دارای موهای بلند شایع تر است.

در مورد شپش بدن، نواحی از پوست که به طور عمده در تماس نزدیک با لباس زیر قرار می گیرند (یعنی گردن، تنه ران ها) مبتلا می شوند. شپش بدن اصولاً در درز البسه و لباس زیر زندگی کرده و با خرطوم خود پوست را سوراخ می کند. گزش این انگل موجب خون ریزی های کوچک و

2 Lindane

1 Nit

1 Pyrethrin piperonyl butoxide

استفاده نکنند. آنها باید حداقل به مدت دو هفته تحت معاینه روزانه برای شپش سر قرار بگیرند. در بروشور محصول آمده است، استفاده شود، می تواند سمی باشد.

درمان اعضای خانواده و شرکای جنسی بیمار آلوده با شپش بدن و ناحیه تناسلی ضروری است. پرستار به آن ها در مورد بهداشت فردی و روش های جلوگیری یا کنترل این آلودگی آموزش می دهد. بیمار و شریک جنسی اش باید از نظر وجود هم زمان سایر بیماری های مقاربتی معاینه شوند.

گال (جرب)

گال^۲ نوعی آلودگی پوستی است توسط حشره ای به نام سارکوپتس اسکبئی^۳ ایجاد می شود. این بیماری در افرادی که در شرایط بهداشتی زیر استاندارد به سر می برند یافت می شود، مایت ها غالباً انگشتان دست را گرفتار کرده و تماس دستی می تواند موجب انتقال آلودگی شود.

تظاهرات بالینی

از زمان تماس تا ظاهر شدن علائم، تقریباً ۴ هفته وقت لازم است. بیمار از خارش شدیدی شاکی است که به دلیل واکنش تأخیری ایمنولوژیک نسبت به حشره یا مدفوع آن می باشد. هنگام معاینه از بیمار سؤال می شود که خارش در کجا شدید تر است، سپس با یک ذره بین و چراغ قوه ای کهبه طور مایل سطح پوست را روشن کرده، به دنبال نقب (تونل)^۴ های کوچک و برجسته می گردند. ممکن است تونل ها چند تایی، صاف یا موج، قهوه ای یا سیاه و به صورت ضایعات نخی شکل بوده و بیشتر هم در بین انگشتان دست و مچ ها مشاهده می شوند. سایر مناطق مورد ابتلا عبارت از سطوح باز شونده آرنج ها، زانو ها، کنار پاها، سطح داخل آرنج ها، اطراف نوک سینه ها، چین های زیر بغل، زیر پستان های آویزان، نزدیک کشاله ران یا چین باسن، آلت تناسلی مرد و یا کیسه بیضه ها می باشد. معمولاً بثورات قرمز خارش داری در بین نواحی پوستی مجاور ظاهر می گردد. با این حال، تونل ها همیشه قابل مشاهده نیستند.

یکی از علائم کلاسیک گال، افزایش خارش در طی شب است که شاید به دلیل افزایش گرمای پوست که اثر تحریکی بر انگل دارد، باشد. ازدیاد حساسیت نسبت به حشره و فضولات آن نیز ممکن است در ایجاد خارش دخیل باشد. در

های جداسده از ساقه مو، شانه کند. این کار بسیار مشکل بوده و ممکن است لازم شود که با ناخن های انگشتان دست، آن ها را یکی یکی از جای خود جدا کند.

به بیمار مبتلا به شپش بدن، آموزش داده می شود که با آب و صابون استحمام کند. به طور معمول برای وجود شپش زنده در البسه بیمار دارویی لازم نیست. داروهای موضعی برای درمان شپش سر و بدن ممکن است برای البسه به کار روند، به ویژه در درز جوراب ها (مبحث بعدی در مورد اقدامات بهداشت عمومی را ببینید). در صورت ابتلای مژه ها می توان لایه ضخیمی از پترولاتوم را روزی دو بار به مدت ۸ روز استعمال کرد و رشک ها را به طور مکانیکی از مژه ها جدا کرد.

تمامی وسایل، البسه حوله و رختخواب را که ممکن است حاوی شپش یا رشک باشند را باید برای جلوگیری از آلودگی مجدد فرد در آب داغ، حداقل ۵۴ درجه سانتی گراد (۱۳۰ درجه فارنهایت) شسته و یا خشک شویی کرد. روکش مبل ها، فرش ها و کف اتاق ها را باید چند بار با جاروی برقی تمیز نمود. شانه ها و برس ها را نیز باید باشامپوی شد شپش ضد عفونی کرد. همه اعضای خانواده و افرادی که با بیمار تماس نزدیک داشته اند، نیز درمان می شوند.

عوارضی نظیر خارش شدید، پیودرم و درماتیت را با استفاده از داروهای ضد خارش، آنتی بیوتیک های سیستمیک و کورتیکواستروئیدهای موضعی، تحت درمان قرار می دهند. شپش بدن توانایی انتقال بیماری های ریکتزایی اپیدمیک مثل تیفوس اپیدمیک، تب راجعه^۱، تب خندق^۲ را در بدن انسان دارد. این ارگانیسم ها ممکن است در دستگاه گوارش حشره وجود داشته و بر سطح پوست فرد آلوده دفع شوند.

تدابیر پرستاری

پرستار به بیمار اطمینان می دهد که هر کسی ممکن است دچار آلودگی با شپش و این بیماری دلیل بر کثیف بودن شخص نمی باشد. به دلیل انتقال سریع این آلودگی باید درمان را فوری آغاز نمود. اپیدمی در بین کسانی که در اقامتگاههای شلوغ زندگی می کنند (مثل شبانه روزی ها، پادگان های نظامی) ممکن است با شستشوی موی همه افراد در یک شب مدیریت نمود. شرکای جنسی و اعضای خانواده باید آگاه شوند که از شانه، برس و یا کلاه به طور مشترک

2 *Sarcoptes scabiei* (itch mite)
3 Burrow

3 Relapsing fever
4 Trench fever
1 Scabies

تدابیر درمانی

به بیمار آموزش داده شود که برای پاک شدن پوسته ها و ترشحات خشک شده از سطح پوستش، با صابون و آب گرم استحمام کرده یا دوش بگیرد و سپس خود را کاملاً خشک کرده و اجازه دهد تا پوست خنک شود. داروی ضدگال پرمترین ۵٪ داروی انتخابی است. این دارو به صورت لایه ای نازک از گردن به پایین مالیده می شود و فقط روی صورت و سر (که مبتلا به گال نمی شود) استعمال نمی گردد. دارو به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت بر پوست بدن مانده و به بیمار آموزش داده می شود که پس از این مدت باید دارو به طور کامل شسته شود. یک بار استفاده از دارو برای درمان کفایت می کند ولی توصیه می شود که استعمال آن یک هفته بعد تکرار شود.

تدابیر پرستاری

بیمار باید لباس های تمیز پوشیده و برای خوابیدن از ملحفه های تمیزی که به تازگی شسته شده اند، استفاده نماید. همه البسه و رختخواب ها باید با آب بسیار داغ شسته شده و با حرارت زیاد خشک شوند. در صورت عدم امکان شستشوی البسه و ملحفه ها با آب داغ، باید آنها را خشکشویی نمود. بعد از تکمیل درمان، به دلیل اثر تحریکی داروهای ضد گال بر پوست، بیمار باید پمادی مثل کورتیکوستروئید موضعی روی ضایعات بمالد. با نابود شدن عامل بیماری، پاسخ ازدیاد حساسیتی بدن بلافاصله متوقف نشده و خارش به عنوان تظاهراتی از ازدیاد حساسیت به ویژه در افراد آلرژیک، ممکن است تا چند هفته باقی بماند. بنابراین خارش، دلیل نا موفق بودن درمان نیست و به بیمار آموزش داده می شود تا از مصرف بیشتر داروی ضدگال به دلیل افزایش تحریک و خارش استفاده نکند و از دوش گرفتن مکرر با آب داغ به دلیل خشک شدن پوست و تولید خارش، پرهیز نماید. آنتی هیستامین های خوراکی مانند دیفن هیدرامین یا هیدروکسی زین به کنترل خارش کمک می کنند. در صورت عفونت ثانویه، ممکن است درمان با آنتی بیوتیک های خوراکی ضرورت یابد.

برای ریشه کردن انگل ها باید تمام اعضای خانواده و کسانی که در تماس نزدیک با بیمار بوده اند، به طور هم زمان تحت درمان قرار گیرند. برخی از داروهای ضدگال برای استفاده در نوزادان و زنان باردار تایید شده اند. اگر گال از طریق تماس جنسی انتقال یافته باشد ممکن است بررسی بیمار از نظر سایر بیماری های مقاربتی لازم باشد. ممکن است گال به طور

صورت گسترش عفونت، سایر اعضای خانواده و دوستان نزدیک بیمار نیز در حدود یک ماه بعد، از خارش شکایت خواهند داشت.

ضایعات ثانویه در این عفونت کاملاً شایع بوده و شامل وزیکول، پاپول، خراشیدگی و ترشحات خشک شده می باشد. خراشیدگی تونل ها و پاپول ها می تواند منجر به افزوده شدن عفونت باکتریایی گردد.

ملاحظات سالمندی

بیماران سالمندی که مقیم خانه سالمندان هستند، به دلیل زندگی در مکان بسته، پایین بودن سطح بهداشت به دلیل محدودیت توانایی جسمی و احتمال پخش تصادفی ارگانیسم بیماری از توسط کارکنان پرستاری بیشتر مستعد ابتلا به گال هستند. اگر چه ممکن است خارش در این افراد شدید باشد، عکس العمل واضح التهابی که در افراد جوان وجود دارد، به ندرت در آنها روی می دهد. خاراندن مکانیزم موثری است که به طور نسبی آلودگی با مایت را ریشه کن می کند. بنابراین در انواع شدیدتر دیده می شود. روی ضایعات کبره می بندد (گال کبره دار) و ممکن است لایه شاخی ضخیم شود.

در موسسات مراقبت توسعه یافته، پرسنل مراقبت بهداشتی باید هنگام ارایه مراقبت دستی از بیماری که مشکوک به گال است تا زمان تشخیص قطعی و انجام درمان، از دستکش استفاده نمایند. توصیه می شود که تمام افراد مقیم در این مراکز، پرسنل و اعضای خانواده که با شخص مبتلا سر و کار داشته اند همزمان با بیمار تحت درمان قرار گیرند تا از عفونت مجدد پیشگیری شود. از آنجا که ممکن است بیماران سالمند نسبت به عوارض جانبی داروهای ضد گال حساس تر باشند، باید از نظر این واکنش ها به دقت نظر قرار بگیرند. پوسته های موجود با گال کبره دار را باید برداشت به طوری که داروهای ضد گال بتوانند موثر واقع شوند. می توان کبره ها را با خیساندن در آب گرم و مالیدن اسید سالیسیلیک ۵٪ در کرم پترولا توم برداشت.

بررسی و یافته های تشخیصی

تشخیص بیماری با کشف انگل یا محصولات فرعی حشره از پوست، قطعی می گردد. برای این منظور با یک تیغ جراحی نازک نمونه ای از لایه سطحی اپیدرم راس تونل ها یا پاپول ها برداشته شده و روی صفحه میکروسکوپ با درشت نمایی کم قرار داده می شود تا وجود شواهدی از مایت به اثبات برسد.

شده و کنار گذاشته می شود. باید از تحریکات موضعی اجتناب شده و به طور معمول تا زمان بهبودی از صابون استفاده نمی شود.

فرآورده های زیادی برای تسکین درماتیت وجود دارند. به طور کلی، یک کرم محافظ که حاوی سرامید (مثل Impruv, Cera Ve) یا دایمیتیکون (مثل Cataphil) باشد، برای برای لکه های کوچک قرمزی پوست استفاده می شود اگرچه اثربخشی کورتیکواستروئیدها در تحقیق اثبات نشده است، اما به طور شایع لایه نازکی از کرم یا پماد حاوی کورتیکواستروئید به کار برده می شود. بیمار در مورد نحوه درمان و پیشگیری از درماتیت تماسی در آینده آموزش می بیند (چارت ۳-۶۱).

چارت ۳-۶۱. آموزش به بیمار

راهکارهایی برای اجتناب از درماتیت تماسی

احتیاطات زیر می تواند به جلوگیری از موارد تکراری درماتیت تماسی کمک کند. دستورات زیر را حداقل به مدت ۴ ماه بعد از التیام کامل پوست ادامه دهید:

- محل و الگوی درماتیت خود را بررسی کنید و فکر کنید چه چیزهایی با پوست شما در تماس بوده اند و چه چیزهایی ممکن است این مشکل را ایجاد کرده باشد. سعی کنید از تماس با این مواد اجتناب نمایید.
- از گرما، استفاده از صابون هاو مالش پوست که همگی از مواد تحریک کننده خارجی محسوب می شوند، دوری کنید.
- صابون های حمام، مواد رختشویی و مواد آرایشی خود را از نوعی انتخاب کنید که عاری از اسانس های معطر باشد.
- از نرم کننده های خشک شویی البسه (مثل freeBounce, Cling) استفاده نکنید. از نرم کننده هایی که به ماشین لباسشویی اضافه می شوند، استفاده کنید.
- از داروهای موضعی، لوسیون ها یا پماد به جز آن هایی که به طور خاص برای وضعیت شما تجویز شده اند اجتناب کنید.
- پوست خود را بلافاصله پس از تماس با مواد محرک احتمالی به طور کامل بشوید.
- وقتی دستکش می پوشید (مثلا برای شستن ظرف

هم زمان با آلودگی با شپش نیز وجود داشته باشد.

درماتوزهای التهابی غیر عفونی

درماتیت تماسی تحریکی

درماتیت تماسی (اگرما نیز نامیده می شود)، عبارت از واکنش التهابی پوست نسبت به عوامل فیزیکی، شیمیایی یا بیولوژیک می باشد. اپیدرم به وسیله تحریکات مکرر فیزیکی و شیمیایی دچار آسیب می شود. درماتیت تماسی ممکن است از نوع تحریکی اولیه باشد که عکس العمل غیرآلرژیک ناشی از تماس با ماده ای محرک است یا ممکن است از نوع آلرژیک باشد که ناشی از قرار گرفتن شخص حساس در معرض آلرژن های تماسی می باشد (فصل ۳۷ را ببینید).

علل شایع درماتیت تماسی تحریکی شامل صابون ها، پاک کننده ها، مواد نظافتی و مواد شیمیایی صناعی می باشند. عوامل مستعدکننده شامل گرما و سرمای شدید، تماس مکرر با آب و صابون و بیماری پوستی قبلی می باشند. افراد در معرض خطر شامل افرادی است که به دلیل شغل خود نیاز به شستن مکرر دست هایشان دارند (مثل پرستاران) یا در معرض تماس مکرر با آلرژن های غذا یا سایر محرک ها هستند (مثل نظافتچی ها، آرایشگران، کارگران تهیه اغذیه). زنان بیشتر از مردان مبتلا می شوند.

تظاهرات بالینی

بثورات هنگامی آغاز می شود که پوست در معرض تماس با عوامل مسبب قرار گیرد. اولین واکنش ها عبارتند از خارش، سوزش و قرمزی که به زودی به دنبال آن ادم، پاپول، وزیکول و نشت یا تراوش مایع ایجاد می گردد. در مرحله تحت حاد، تغییرات وزیکولی کمتر مشخص بوده و بیشتر به صورت ترشحات دلمه بسته، خشکی، ترک و پوست اندازی می باشد. در صورت عکس العمل مکرر یا خاراندن مداوم پوست توسط بیمار، پوست ضخیم و تیره می شود. به دنبال تهاجم ثانویه میکروارگانیسم ها امکان عفونت ثانویه باکتریایی نیز وجود دارد.

تدابیر درمانی

اهداف درمان، شامل استراحت دادن و التیام پوست ناحیه مبتلا و جلوگیری از صدمه بیشتر است. به منظور افتراق بین درماتیت تماسی تحریکی با نوع آلرژیک آن، نحوه توزیع واکنش تعیین گردیده و شرح حال دقیقی از بیمار گرفته می شود. در صورت امکان ماده محرک مسئول بیماری مشخص

یا نظافت کلی) دقت کنید آستر نخی داشته باشد و در هر نوبت بیش از ۱۵ تا ۲۰ دقیقه نپوشید.

پسوریازیس

پسوریازیس اختلال چند سیستمی التهابی مزمن پوستی است که تقریباً ۳٫۲٪ از آمریکایی ها را گرفتار می کند. اگر چه تظاهرات این بیماری غیر قابل سرایت تمایل به درگیری پوست دارد، ممکن است پسوریازیس حفره دهان، چشم ها (از جمله پلک ها، ملتحمه و قرنیه) و مفاصل را درگیر نماید. پسوریازیس به طور معمول با ظهور پلاک های قره ای مشخص می شود که به طور شایع روی پوست آرنج، زانو ها، پایین پشت و باسن ها ظاهر می شود. آغاز بیماری در هر سنی ممکن است و سن متوسط بیماری ۲۸ سالگی است. فراوانی بیماری در بین زنان و قفقازی ها بیشتر است. تصور می شود که اکثر بیماران دچار پسوریازیس، استعداد ژنتیکی به ایجاد این بیماری دارند. پسوریازیس با دوره های برطرف شدن و شعله ور شدن در سراسر زندگی مشخص می شود.

پاتوفیزیولوژی

شواهد موجود، از منشاء اتوایمون برای پسوریازیس حمایت می کند. دوره های فشار روحی و اضطراب این اختلال را تشدید کرده و صدمات وارده، عفونت ها، تغییرات هورمونی و فصلی نیز از عوامل برانگیزاننده بیماری هستند. در این بیماری، اپیدرم با سلولهای T و سیتوکین ها انفیلتره شده که منجر به جذب عروقی و تکثیر سریع کراتینوسیت ها می شود. در نتیجه این وقایع، اپیدرم دچار هیپرپلازی می شود. سلولهای اپیدرمی به طور نامتناسب تمایل به نگهداری هسته دارند که بر توانایی آنها در آزاد کردن چربی.... نموده و باعث چسبندگی سلولی می شود. این روند باعث تکثیر و بلوغ سریع سلولهایی می شود که به طور ضعیف بالغ شده اند و به خوبی به یکدیگر متصل نمی باشند که باعث نمای کلاسیک ضایعات شبیه پلاک با ظاهری قره ای، پوسته دار و فلسی می شود.

تظاهرات بالینی

شدت پسوریازیس ممکن است از منبعی برای تضییع زیبایی تا اختلال ناتوان کننده جسمانی و بدشکلی متفاوت باشد. ضایعات این بیماری به صورت لکه های قرمز و برجسته پوستی که با پوسته های قره ای پوشیده شده اند ظاهر می

شود. لکه های پوسته دار، از پوست زنده و مرده تشکیل شده (شکل ۴-۶۱). اگر پوسته های روی ضایعه تراشیده شوند، زمینه ی قرمز تیره با نقاط خونریزی دهنده متعدد ظاهر می شود. این لکه ها مرطوب نبوده و ممکن است خارش داشته باشند. در بسیاری موارد، ناخن ها نیز به صورت فرورفتگی ها، تغییر رنگ، خرد شدن لبه آزاد ناخن ها و جدا شدن ناخن از بستر خود درگیر می باشند. در صورتی که پلاک ها کمتر از ۵٪ سطح بدن را گرفتار کرده باشند، پسوریازیس به نوع خفیف، اگر بین ۵ تا ۱۰٪ سطح بدن را گرفتار کرده باشند، به نوع متوسط و اگر بیش از ۱۰٪ بدن را گرفتار کرده باشد، به نوع شدید طبقه بندی می شود.

عوارض

این بیماری ممکن است با التهاب غیر قرینه مفاصل بدون وجود فاکتور روماتوئید در چندین مفصل در حدود ۴۲٪ از اشخاص مبتلا به پسوریازیس شود که بیشتر بعد از ظهور ضایعات پوستی روی می دهد. بیشترین مفاصل گرفتار شامل مفاصل دست ها یا پاها است. هرچند گاهی اوقات، مفاصل بزرگ تر نظیر آرنج ها، زانو ها یا ران ها نیز ممکن است گرفتار شوند. باید برای کمک و درمان طولانی مدت این اختلال با متخصص روماتولوژی مشورت شود. فصل ۳۸ را برای بحث اسپوندیلوآرتروپاتی ها از جمله آرتریت پسوریاتیک ببینید. درمانیت پوسته دهنده منتشر که اریترودرما نیز نامیده می شود، ممکن است در اثر پسوریازیس ایجاد شود.

بررسی و یافته های تشخیصی

وجود ضایعات کلاسیک پلاک مانند عموماً تشخیص پسوریازیس را قطعی می کند. در صورت تردید در تشخیص، ارایه کننده مراقبت بهداشتی باید به بررسی علایم ابتلای ناخن و پوست سر و تاریخچه مثبت خانوادگی بپردازد. بیوپسی پوست ارزش تشخیصی اندکی دارد. برای محاسبه میزان درگیری سطح پوست، باید ظاهر و وسعت پلاک ها به دقت بررسی شوند.

تدابیر درمانی

اهداف درمان عبارت از آهسته کردن سرعت تغییرات سلولی اپیدرم، پیش برد برطرف شدن ضایعات پسوریاتیک و کنترل دوره های طبیعی این بیماری است. معالجه شناخته شده ای برای پسوریازیس وجود ندارد.

دارو درمانی

به طور شایع از سه روش درمانی استفاده می شود: درمان موضعی، فتوترپی و درمان سیستمیک. عوامل موضعی احتمالاً همراه با فتوترپی برای بیماری خفیف توصیه می شوند. بیماران دچار بیماری متوسط تا شدید باید عوامل موضعی، فتوترپی و درمان سیستمیک دریافت کنند.

عوامل موضعی

عوامل موضعی، برای کند کردن فعالیت بیش از حد اپیدرم مورد استفاده قرار می گیرند. ممکن است از کورتیکواستروئیدهای موضعی برای اثرات ضد التهابی که دارند، استفاده شود (جدول ۳-۶۱). انتخاب کورتیکواستروئیدی با قدرت متناسب با ناحیه مبتلا و انتخاب مؤثرترین وسیله و شکل دارویی از جنبه های مهم درمان موضعی هستند. به طور کلی، کورتیکواستروئیدهای موضعی خیلی قوی نباید روی صورت و پوست نواحی چین خورده (سه وجهی) بدن استفاده شوند و استفاده آن ها روی سایر نواحی باید به یک دوره ۴ هفته ای و دو بار در روز محدود شوند. یک وقفه ۴ هفته ای باید قبل از تکرار درمان با کورتیکواستروئید قوی داده شود. برای درمان طولانی مدت از کورتیکواستروئیدهای دارای قدرت متوسط استفاده می شود. برای مصارف طولانی روی صورت و پوست نواحی چین خورده، فقط از کورتیکواستروئیدهای ضعیف استفاده می شود. ممکن است برای افزایش اثر کورتیکواستروئیدها از پانسمان های بسته استفاده شود. برای بیمار بستری می توان از کیسه های پلاستیکی بزرگ استفاده کرد، می توان از یک کیسه برای بالای بدن با ایجاد سوراخ هایی برای سر و از یک کیسه برای پایین بدن که شکافی برای بیرون آمدن پاها دارد، استفاده کرد. از تاقه های بزرگی از پلاستیک لوله ای شکل مثل روکش های پلاستیکی می توان برای پوشاندن دست ها و پاها استفاده کرد گزینه دیگر، استفاده از لباس ورزشی از جنس وینیل است. در این صورت پس از استعمال دارو، لباس روی آن پوشیده می شود. دست ها را می توان با دستکش، پاها را با کیسه های پلاستیکی و سر را با کلاه حمام پوشانید. پانسمان های بسته را نباید به مدت طولانی و بیش از ۸ ساعت در محل نگه داشت. پوست باید از نظر آتروفی، کاهش رنگدانه سازی، ترک های پوستی (استریا) و تالانژکتازی که از عوارض کورتیکواستروئیدها می باشند به دقت زیر نظر گرفته شود.



شکل ۴-۶۱. پسوریازیس

روش درمان باید به گونه ای باشد که برای بیمار قابل فهم بوده و از نظر زیبایی قابل قبول باشد و همچنین روند زندگی او را خیلی برهم نزند. بیمار و در صورت امکان خانواده اش باید از نظر وقت گذاشتن و پیگیری درمان، متعهد شوند. تمام عوامل مستعد کننده و تشدید کننده بیماری باید شناخته شوند. از آنجایی که پسوریازیس به طور قابل ملاحظه ای از استرس تاثیر می پذیرد. سبک زندگی بیمار باید مورد بررسی قرار گیرد. اداره کردن عوامل احساسی باید بخشی از درمان کلی پسوریازیس باشد. بیمار آگاه می شود که درمان پسوریازیس شدید می تواند وقت گیر، پرهزینه و از نظر زیبایی ناخوشایند باشد. برخی از بیماران از دشواری پیوستن به طرح های درمانی بنا به دلایل مربوط به صرف وقت و یا عدم پاسخ به درمان شکایت می کنند.

مهم ترین اصل در درمان پسوریازیس، برداشتن ملایم پوسته ها است. این کار را می توان با مدد استحمام با روغن هایی (نظیر روغن زیتون، روغن معدنی) ترکیبات کلوئیدی جوی دو سر یا فرآورده های کول تار انجام داد. ممکن است از یک برس نرم برای برداشتن ملایم پوسته ها از پلاک های پستوریاتیک استفاده کرد. استعمال کرم های نرم کننده حاوی اسید های آلفا هیدروکسی (Lac-Hydrin, penederm) یا اسید سالیسیلیک پس از استحمام باعث نرم شدن پوسته های ضخیم می شود. بیمار و خانواده اش باید ترغیب شوند تا یک روش منظم روزانه برای مراقبت از پوست داشته باشند و حتی وقتی پسوریازیس در مرحله حاد خود نیست بتوانند آن روش را حفظ کنند.

۱ Alfa- hydroxy acid (Lac-hydrin)

عبارتند از سوختگی، قرمزی، ایجاد تحریک در محل استعمال و بدتر شدن پسوریازیس. در روش تزریق داخل ضایعه می‌توان تریامسینولون استوناید (Aristocort) که یک کورتیکواستروئید است را به طور مستقیم به داخل پلاک‌های خیلی مشهود یا منفرد پسوریازیس که به سایر انواع درمان مقاوم اند، انجام داد. باید دقت کرد که دارو در پوست سالم تزریق نشود.

فتوتراپی

برای بیمارانی که به عوامل موضعی خوب پاسخ ندهند، درمان فتوتراپی با استفاده از اشعه ماورای بنفش B با طیف باریک (UVB) ممکن است به عنوان روش تک درمانی موثر باشد. با این وجود، به طور کلی فتوتراپی هنگامی که اشعه ماورای بنفش (AUV) به همراه داروی خوراکی حساس کننده به نور داده شود، موثر تر خواهد بود (این ترکیب به PUVA موسوم است). در این روش درمانی یک داروی حساس کننده به نور (مثل پسورالن) را در مقدار استاندارد به بیمار داده و وقتی سطح پلاسمایی دارو به حداکثر رسید، بیمار را در معرض تابش پرتوی فرابنفش با طول موج بلند قرار می‌دهند. تصور می‌شود که هنگامی که پوست درمان شده با پسورالن در مقابل اشعه ماورای بنفش A قرار می‌گیرد، پسورالن به DNA متصل شده و تکثیر سلولی را کاهش می‌دهد. PUVA با خطرات طولانی مدت سرطان پوست، آب مروارید و پیری زودرس پوست مرتبط است.

معمولاً بیمار دو یا سه بار در هفته با این روش تحت درمان قرار می‌گیرد تا پسوریازیس بر طرف گردد. رعایت فواصل زمانی ۴۸ ساعته در بین دفعات تابش لازم است تا هرگونه سوختگی ناشی از PUVA در این فاصله شناسایی شود. پس از برطرف شدن پسوریازیس، بیمار روی برنامه نگه دارنده قرار داده می‌شود. وقتی که بیماری برطرف شد یا خیلی محدود شد، از درمان‌های کم قدرت تری برای تحت کنترل درآوردن شعله‌ور شدن جزئی بیماری استفاده می‌گردد.

داروهای سیستمیک

اگر چه استفاده از کورتیکواستروئیدهای سیستمیک ممکن است موجب بهبودی سریع پسوریازیس شود، خطرات معمول آن‌ها و احتمال شروع یک برافروختگی شدید در هنگام قطع دارو، کاربرد آن‌ها را محدود می‌کند. این داورها برای درمان پسوریازیس کاربرد ندارند.

در صورتی که پسوریازیس مناطق وسیعی از بدن را گرفتار کرده باشد، درمان باکورتیکواستروئیدهای موضعی گران تمام می‌شود و خطراتی برای کل بدن در بر دارد. این احتمال وجود دارد که استعمال موضعی برخی از کورتیکواستروئیدهای قوی بر سطح وسیعی از بدن و جذب پوستی آن‌ها، باعث تضعیف عمل غده فوق کلیوی شود. در این حالت، ممکن است برای کاهش نیاز به کورتیکواستروئیدها از سایر روش‌های درمانی (مثل داروهای موضعی غیر استروئیدی یا اشعه ماوراء بنفش) ممکن است به تنهایی یا ترکیب با سایر روش‌ها استفاده گردد.

درمان با عوامل ضد التهاب غیر استروئیدی مثل کلسی پوترین (دوونکس)^۱ و تازاروتن (تازوراک)^۲ می‌تواند تولید سلول‌های اپیدرم را سرکوب کند (یعنی رشد سلول‌های اپیدرم) و باعث جدا شدن سلول‌های اپیدرم دارای رشد سریع می‌شوند. کلسی پوترین ۰/۰۵٪ از ویتامین D2 گرفته می‌شود و اثر آن کم کردن تغییرات میتوتیک پلاک‌های پسوریازیس است. شایع ترین عارضه ی جانبی آن بروز تحریکات موضعی است و باید از استفاده آن‌ها در صورت و نواحی پوستی چین خورده اجتناب کرد. بیمار باید از نظر علایم افزایش کلسیم خون پایش شود. این دارو به شکل کرم برای استعمال روی بدن و محلول برای پوست سر موجود می‌باشد. کلسی پوترین برای افراد سالمند که پوست شکننده‌تری دارند یا برای خانم‌های باردار یا بانوان شیرده توصیه نمی‌شود.

تازاروتن، یک رتینوئید است که باعث جدا شدن پوسته‌های روی پلاک‌های پسوریازیس می‌شود. این در او مثل همه رتینوئید ها به واسطه از دست رفتن لایه خارجی پوست موجب افزایش حساسیت به آفتاب می‌گردد. لذا باید به بیمار هشدار داده شود که از یک ضد آفتاب مؤثر استفاده کرده و از استعمال سایر مواد حساس کننده به نور (مثل تتراسایکلین، آنتی هیستامین ها) اجتناب کند. گزارشات موجود حاکی از آن است که احتمال خطر برای جنین و خطر استفاده در زنان باردار به وضوح از فواید احتمالی این دارو در این گروه‌ها بیشی می‌گیرد. تازاروتن در طی بارداری در فهرست داروهای گروه X قرار می‌گیرد، یعنی باید قبل از شروع مصرف، نتیجه آزمایش بارداری منفی باشد و در حین مصرف دارو نیز حتماً از روش ضد بارداری مؤثر استفاده شود. اثرات جانبی تازاروتن

۲ Tazarotene (Tazorac)

۱ Calcipotriene (Dovonex)

فاکتور نکروز تومور عمل می‌کند. این مواد بیولوژیکی عوارض جدی در بر داشته و پایش دقیق آن‌ها اساسی است.

تدابیر پرستاری

پسوریازیس می‌تواند برای بیمار یاس و نوبیدی به همراه داشته باشد، چرا که افرادی که او را مشاهده می‌کنند ممکن است به او خیره شده، توصیه‌هایی بکنند و پرسش‌هایی مطرح کنند که او را شرمگین نماید و یا حتی از او دوری کنند. این بیماری ممکن است در نهایت باعث از دست رفتن منابع حمایتی فرد شده، شغل او را تحت تاثیر قرار داده و بر جنبه‌های مختلف زندگی اثرات منفی بر جای گذارد.

پرستار تاثیر بیماری بر بیمار و روش‌های تطابقی به کار رفته برای انجام فعالیت‌های روزمره و روابط متقابل او با خانواده و دوستان را بررسی می‌کند. بسیاری از بیماران نیاز دارند که در مورد عفونی نبودن، ناشی از فقر بهداشتی نبودن و سرطانی نبودن این حالت به آنها اطمینان داده شود. پرستار می‌تواند محیطی را فراهم کند که بیمار در زمان بحث پیرامون مسایل با اهمیت کیفیت زندگی، موضوعات مرتبط با پاسخ جسمی و روانی به این بیماری مزمن احساس را حتی کند.

پرستار با رعایت حساسیت لازم، به بیمار توضیح می‌دهد که اگر چه در حال حاضر درمان قطعی برای پسوریازیس وجود نداشته و مراقبت و رسیدگی در تمام عمر ضرورت دارد ولی این حالت را معمولاً می‌توان تحت کنترل درآورد. با مرور پاتوفیزیولوژی پسوریازیس، عوامل ایجاد کننده آن یعنی تحریک یا صدمه به پوست (مثل بریدگی، ساییدگی، آفتاب سوختگی)، بیماری فعلی (مثل عفونت استرپتوکوکی گلو) و فشارهای روحی بیان می‌شود. بر این مسئله تاکید می‌شود که صدمات مکرر به پوست و محیط نامساعد (مثل سرما) ممکن است پسوریازیس را بدتر کنند. به بیمار در مورد مصرف داروهای تجویز نشده هشدار داده شود، زیرا بعضی از داروها ممکن است پسوریازیس خفیف را تشدید کنند. هم چنین به بیمار توصیه می‌شود برای بیماری‌های حاد یا حالت مزمن برای به حداقل رساندن احتمال تجویز داروهایی که ممکن است با یکدیگر تداخل داشته باشند، به یک ارایه کننده مراقبت مراجعه کند.

توضیح و مرور روش درمانی برای اطمینان از پذیرش بیمار ضرورت دارد. مثلاً اگر بیمار حالت خفیفی از بیماری را دارد

متوترکسات، یک داروی سیتوتوکسیک عمومی، داروی خط اول برای درمان پسوریازیس متوسط تا شدید است. به نظر می‌رسد که متوترکسات از سنتز DNA در سلولهای اپیدرم جلوگیری می‌کند و از این طریق زمان دگرگونی اپیدرم دچار پسوریازیس را کاهش می‌دهد. با این وجود، این دارو می‌تواند خصوصاً برای کبد، کلیه‌ها و مغز استخوان سمی باشد. برای اطمینان از کفایت عملکرد کبد، سیستم خونساز و کلیوی باید مطالعات آزمایشگاهی مورد پایش قرار گیرند. بیمار باید هنگام دریافت متوترکسات از نوشیدن الکل خودداری کند زیرا مصرف الکل احتمال آسیب کبدی را افزایش می‌دهد. این دارو تراتوژن است و بنابراین نباید به زنان باردار داده شود.

سیکلواسپورین (نئورال) یکسکروپ کننده ایمنی دارای پیتید حلقوی است که ممکن است برای درمان مواردی از پسوریازیس مقاوم به درمان و شدید، به کار رود. هرچند که کاربرد آن به دلیل اثرات جانبی نظیر فشار خون بالا و اثر سمی بر کلیه محدود می‌شود و تنها برای استفاده کوتاه مدت که عموماً بیشتر از ۳ تا ۶ ماه نیست، مصرف می‌شود.

خط دیگر درمان برای پسوریازیس شامل گروهی تحت عنوان عوامل بیولوژیک است. زیرا این عوامل از تعدیل کننده های ایمنی و پروتئین های مهندسی زیستی (نظیر آنتی بادی ها یا سیتوکین های نوترکیب) تهیه می شوند و به طور مستقیم سلول های T را هدف گیری می کنند. این داروها از طریق مهار فعالیت و مهاجرت و حذف کامل سلول های T، آهسته کردن ترشح سیتوکین ها و یا القای انحراف ایمنی عمل می کنند.

اینفلکسیماب^۱ (رمیکاد) نوعی آنتی بادی مونوکلونال است که با عامل آلفای نکروز تومور (TNF-alpha) باند شده و فقط به شکل تزریق مداوم وریدی تجویز می‌شود. یوستکینوماب^۲ (استلارا) نیز یک آنتی بادی مونو کلونال است که به طر اختصاصی با اثر اینترلوکین‌ها خصوصاً IL-12 و IL-23 مداخله می‌کند. اتانرسپت^۳ (انبرل) پروتئین متراکم شده‌ای است که با TNF-alpha قابل حل باند شده و امکان تعامل با گیرنده های سطح سلول را از بین می برد. آلفاسپت^۴ (آمه ویو) پروتئین متراکمی است که تکثیر سلول های T را مهار می کند. آدالیموماب^۵ (هیومیرا) یک آنتی بادی مونوکلونال ایمونوگلوبولین انسانی نوترکیب G1 (IgG1) است که علیه

4 -Alefacept (Amevive)
5 Adalimumab (Humira)

1 Infliximab (Remicade)
2 Ustekinumab (Stelara)
3 Etanercept (Enbrel)

که احتمال بروز کاتاراکت (آب مروارید) وجود دارد. راهنمایی های دقیق برای استعمال این داروها باید مورد تاکید قرار گیرد زیرا استفاده زیاد آنها می تواند منجر به آتروفی پوست، استریا و مقاومت دارویی شود.

PUVA که برای پسیوریازیس متوسط تا شدید استفاده می شود، موجب بروز حساسیت به نور می گردد. در صورتی که نتوان از قرارگرفتن در معرض خورشید اجتناب کرد، باید پوست را با مواد حفاظتی و البسه پوشانید. برای محافظت چشم در حین و بعد از درمان باید از عینک آفتابی دودی تیره یا سبز تیره که کناره داشته باشد استفاده گردد و نیز معاینات چشم پزشکی در فواصل منظم انجام شود.

در صورت لزوم، ممکن است بیمار به متخصص بهداشت روان که بتواند در برطرف شدن فشار عاطفی به بیمار کمک نموده و از او حمایت کند، معرفی شود. تعلق داشتن به گروه حمایتی ممکن است همچنین به بیمار کمک می کند تا تصدیق کند که در تجربه تطابق با این بیماری مزمن و قابل رویت تنها نیستند. بنیاد ملی پسیوریازیس در ایالات متحده بولتن هایی را به طور دوره ای درباره پیشرفت های جدید این بیماری منتشر می کند.

درماتیت ورقه ای منتشر

درماتیت ورقه ای منتشر^۱ که اریتمودرما نامیده می شود با التهاب پیش رونده ای که در آن قرمزی و پوسته ریزی عمومی ایجاد می شود، مشخص می شود که ممکن است بیش از ۹۰٪ پوست را گرفتار کند. این بیماری ممکن است در نتیجه فرایند واکنشی (مثل آلرژی دارویی) روی دهد یا ممکن است ثانویه به بیماری پوستی دیگری (مثل پسیوریازیس، سرطان، درماتیت، درماتیت آتوپیک) یا بیماری سیستمیک (مثل لنفوم، لوسمی) باشد. علت این بیماری در ۱۶٪ موارد ایدیوپاتیک (یعنی ناشناخته) است. درماتیت منتشر ورقه ای ایدیوپاتیک به سندرم مرد قرمز موسوم است اگرچه درماتیت ورقه ای منتشر ممکن است در هر سنی روی دهد، اما به نظر می رسد در افراد بین ۴۱ تا ۶۱ سال شایع تر باشد. این بیماری دو تا چهار بار در مردان نسبت به زنان شایع تر است.

تظاهرات بالینی

این اختلال به صورتی حاد با بثورات اریتماتوی لکه ای یا عمومی شروع شده و با تب، بی حالی و لرز همراه می باشد.

که محدود به مناطقی مثل آرنج ها و زانو ها باشد، استعمال یک داروی نرم کننده برای حفظ نرمی و به حداقل رساندن پوسته ها ممکن است حداکثر کاری باشد که لازم است انجام گیرد. اکثر بیماران به یک برنامه مراقبتی قابل درک که محدود آن از داروهای موضعی و شامپوها تا درمان های طولانی تر و پیچیده تر با دارو های غیر موضعی و فوتوکموتراپی مثل درمان با PUVA باشد، نیاز دارند. مطالب آموزش به بیمار که شامل شرح درمان و راهنمایی های خاص است، مفید بوده ولی نمی تواند جایگزین بحث چهره به چهره درباره برنامه درمانی شود.

برای جلوگیری از جراحات پوست به بیمار توصیه می شود که از کندن یا خاراندن نواحی مبتلا خودداری کند. بیمار به استفاده از اقدامات پیشگیری کننده از خشکی ترغیب می شود چرا که خشکی پوست پسیوریازیس را بدتر می کند. شستشوی بیش از حد نیز موجب افزایش ناراحتی و پوسته ها می شود. آب مورد استفاده باید گرم باشد نه داغ و پوست باید به جای مالیدن حوله به بدن، با گذاشتن و برداشتن آن خشک شود. نرم کننده ها اثر مرطوب کننده داشته و با ایجاد لایه ای روی پوست مانع از اتلاف طبیعی آب شده و در نتیجه لایه استراتوم کورنئوم را پر آب نگه می دارند. یک حمام روغنی یا ماده پاک و نرم کننده می تواند باعث راحتی پوست زخمی و پوسته شده شود. نرم کردن پوست می تواند مانع از ترک خوردن آن گردد.

رابطه درمانی بین کارکنان واحد بهداشتی و بیمار مبتلا به پسیوریازیس مبتنی بر آموزش و حمایت است. آشنا کردن بیمار با تدابیر موفقیت آمیزی که سایر افراد مبتلا به پسیوریازیس برای تطبیق و کنار آمدن با این بیماری از آن استفاده کرده اند و همچنین ارائه پیشنهاد هایی برای کاهش یا کنار آمدن با شرایط تنش زا در خانه، مدرسه یا محل کار می تواند نگرش مثبت تری ایجاد نموده و پذیرش ماهیت مزمن این بیماری را تسهیل نماید.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: مطالب آموزشی چایی را می توان برای تقویت بحث چهره به چهره درباره دستورالعمل های درمانی و سایر موارد، ارائه کرد. بیمارانی که از فرآورده های کورتیکواستروئیدی به طور مکرر روی صورت و اطراف چشم ها استفاده می کنند، باید آگاه شوند

پوست باید تعادل مایعات و الکترولیت ها حفظ گردد. ممکن است استفاده از افزایش دهنده های حجم پلاسما ضرورت پیدا کند. ممکن است برای بیماران دچار تعادل منفی نیتروژن درمان روده ای یا وریدی تجویز شود.

تدابیر پرستاری

بررسی پرستاری مداوم برای کشف عفونت انجام می شود. پوست مرطوب، قرمز و از هم گسیخته مستعد عفونت و تجمع ارگانیسم های بیماری زا می باشد که باعث بیشتر شدن التهاب می شوند. در صورت وجود عفونت بر اساس آزمایش کشت و آنتی بیوگرام، اقدام به تجویز آنتی بیوتیک می گردد. به دلیل افزایش جریان خون پوست و ازدیاد دفع آب از پوست که منجر به اتلاف حرارت بدن از راه های تابشی، هدایتی و تبخیری می شود، احتمال وقوع هیپوترمی وجود دارد. تغییرات

علایم حیاتی به طور دقیق پایش و گزارش می شود. برای تسکین علایم بیماری از درمان موضعی استفاده می شود. حمام های آرام بخش، کمپرس ها و امولسیون های نرم کننده برای درمان درماتیت وسیع به کار می روند. کورتیکواستروئیدهای موضعی پایه درمان هستند (جدول ۳-۶۱). به دلیل خارش شدید ممکن است که بیمار بی نهایت تحریک پذیر باشد. ممکن است قبل از خواب برای تسکین خارش و ارتقای خواب، آنتی هیستامین های دارای اثر خواب آوری (مثل هیدروکسی زین [آتاراکس، ویستاریل]) تجویز شوند.

ممکن است استفاده از کورتیکواستروئیدهای خوراکی یا تزریقی تجویز شوند، با این حال استفاده از آنها مورد مناقشه است. هنگامی که علت این وضعیت شناخته نشده باشد یا ثانویه به بیماری پوستی نظیر پسوریازیس باشد، این داروها منع استفاده دارند. هنگامی که درماتیت ورقه ای منتشر به عنوان عارضه پسوریازیس روی دهد، استفاده از کورتیکواستروئید سیستمیک می تواند وضعیت را بدتر کند. در صورت شناسایی علت خاص، احتمال دارد از درمان اختصاصی تری استفاده شود. به بیمار توصیه می شود که از تمام مواد تحریک کننده به خصوص داروهایی که در ایجاد بیماری نقش دارند، در آینده نیز اجتناب نماید.

بیماری های تاولی

تاول های پوستی بنا به علل متعددی ایجاد می شوند. عفونت های باکتریایی، قارچی یا ویروسی، واکنش های آلرژیک ناشی از تماس، اختلالات متابولیک و واکنش های دستگاه

رنگ پوست از صورتی به قرمز تیره تغییر یافته و بعد از آن، پوست اندازی به طور مشخصی آغاز می گردد. پوسته ها معمولاً به شکل فلس های نازکی بوده که پس از کنده شدن، بستری قرمز و صاف زیر خود باقی گذاشته و سپس پوسته های جدیدی جای آن ها را می گیرند. این اختلال ممکن است با لرز، تب، درماندگی و خارش شدید مرتبط باشد. فقدان چشم گیر لایه استراتوم کورنئوم (خارجی ترین لایه ی پوست)، موجب تراوش مویرگی، کاهش پروتئین خون و تعادل منفی نیتروژن می شود. به علت گشاد شدن گسترده عروق پوستی، مقادیر زیادی از گرمای بدن از دست می رود. ممکن است این اختلال با ریزش مو همراه باشد. پیشرفت تظاهرات بالینی بسته به علت ایجاد کننده فرق می کند. برای مثال، هنگامی که درماتیت ورقه ای منتشر ناشی از واکنش دارویی باشد، پیشرفت از تب و پوسته ریزی ممکن است حاد باشد و پیشرفت در طی چند ساعت یا چند روز صورت گیرد یا ممکن است هنگامی که ثانویه به بیماری پوستی نظیر پسوریازیس باشد، بی سروصدا باشد و ظرف چند هفته پیشرفت کند.

بررسی و یافته های تشخیصی

وجود درماتیت اریتماتوی پوسته دهنده، به ویژه هنگامی که در همراهی با بیماری شناخته شده پوستی یا تجویز یک داروی جدید روی می دهد، شک اینکه ممکن است تشخیص درماتیت ورقه ای منتشر داده شود را افزایش می دهد. بیمار غالباً با کاهش آلبومین خون و تعادل منفی نیتروژن که قبلاً شرح داده شد، هم چنین افزایش سرعت رسوب گلبولهای قرمز با فرایند التهابی حاد سازگار است نشان می دهد. به دلیل آنکه بیوپسی پوست می تواند علت ایجاد کننده و تشخیص را ثابت کند، انجام می شود.

تدابیر درمانی

اهداف درمان عبارت از تمیز دادن و درمان اختلال اولیه برای حفظ تعادل آب و الکترولیت ها و پیشگیری از عفونت است. درمان به صورت حمایتی و انفرادی بوده و باید به محض تشخیص بیماری آغاز شود.

ممکن است بیمار در بیمارستان بستری شود. تمامی داروهایی که احتمال دارد در بروز بیماری نقشی داشته باشند، قطع می گردند. حرارت اتاق باید در حد راحتی بخش تنظیم شود، زیرا بیمار قدرت کنترل و تنظیم طبیعی حرارت خود را به دلیل نوسانات ناشی از اتساع عروقی و از دست دادن آب در اثر تبخیر ندارد. به علت دفع قابل ملاحظه آب و پروتئین از سطح

بررسی و یافته های تشخیصی

اکثر بیماران در ابتدا دچار ضایعاتی در دهان می شوند که دردناک بوده، به سادگی خونریزی کرده و به کندی بهبود می یابد. تاول های پوستی بزرگ شده، پاره شده و مناطق ساییده و دردناکی را بر جای می گذارند که همراه با تراوش و ترشحات خشک شده می باشد. از سرم تراوش شده و تاول، بوی زننده مشخصی متصاعد می گردد. اعمال کمترین فشار بر پوست سالم باعث ایجاد تاول یا کنده شدن پوست می گردد (علامت نیکولسکی)^۲. پوست ساییده شده به کندی بهبود می یابد و سرانجام مناطق وسیعی از بدن گرفتار بیماری می شوند.

نمونه ای از تاول و پوست اطراف آن، آکانتولیز^۱ (جدایی سلول های اپیدرم از یکدیگر به علت صدمه یا یک ناهنجاری ماده بین سلولی) و مطالعات ایمونوفلورسنت، وجود ایمونو گلوبولین G را نشان می دهد.

شایع ترین عارضه پمفیگوس وقتی ظاهر می شود که روند بیماری گسترش یافته باشد. باکتری های سطح پوست به سهولت به تاول دسترسی پیدا می کنند و تاول ها دچار تراوش، پارگی شده و پوست برهنه و در معرض تماس با محیط قرار می گیرد. عدم تعادل آب و الکترولیت ها به دنبال پاره شدن تاول ها و از دست رفتن آب و پروتئین ایجاد می شود

تدابیر درمانی

اهداف درمان عبارتند از: تحت کنترل در آوردن هر چه سریع تر بیماری، جلوگیری از دفع سرم و بروز عفونت ثانویه، افزایش اپی تلیال سازی مجدد پوست (یعنی تشکیل دوباره بافت اپی تلیال).

انواع کورتیکواستروئیدها در دوزهای بالا، به منظور کنترل بیماری و رها کردن پوست از تاول ها به کار می روند. استفاده از مقادیر زیاد دارو تا فروکش کردن علائم بیماری ادامه می یابد.

داروهای سرکوب کننده ایمنی (مثل آزاتیوپرین) [ایموران] و میکوفنولات مافتیل [سل سپت] در ابتدای بیماری برای کمک به کنترل بیماری و برای کاهش مقدار کورتیکواستروئیدهای مصرفی تجویز می شوند. ممکن است آنتی بادی منوکلونال ریتوکسی ماب (ریتوکسان) و نیز

ایمنی (خودایمنی) برخی از این علل می باشند. برخی از این موارد (مثل تب خال و زونا، درماتیت تماسی) قبلاً مورد بحث قرار گرفته اند.

در گذشته، بیماریهای تاولی که در اثر واکنش های خودایمنی به واسطه ایمونوگلوبین (IgG) ایجاد می شدند، به طور کلی به عنوان پمفیگوس طبقه بندی می شدند. در حال حاضر، سه زیر مجموعه شناخته شده اختلالات پوستی به واسطه IgG از جمله پمفیگوس ولگاریس، پمفیگوس فولیاسه و پمفیگوس پارائتوپلاستیک وجود دارند. پمفیگوس ولگاریس مسئول ۷۰٪ این بیماریهای تاولی است در حالی که سایر بیماریها از شیوع کمتری برخوردارند. پمفیگوئید تاولی، نوع دیگری از اختلالات تاولی به واسطه IgG ویژگی های متمایزی دارد که این بیماری را از اختلالات پمفیگوس جدا می کند. ممکن است هم چنین بیماریهای تاولی ناشی از پاسخ های خودایمنی دیگر نیز روی دهد. برای مثال، درماتیت هرپتی فورم در نتیجه پاسخ ایمونوگلوبین (AIGA) ناشی از حساسیت به گلوتن روی می دهد. تشخیص این نوع از اختلال توسط متخصص پاتولوژیست بیماریهای پوستی براساس معاینه هیستولوژیک نمونه بیوپسی صورت می گیرد.

پمفیگوس ولگاریس

پمفیگوس ولگاریس با ظهور تاول های بزرگ (بولا)^۱ در اندازه های مختلف بر روی پوست به ظاهر سالم یا بر غشاهای مخاطی مشخص می گردد. پمفیگوس ولگاریس یک بیماری خود ایمنی است که در آن آنتی بادی IgG بر علیه آنتی ژن سطحی سلولهای اپیدرم ایجاد می شود. تشکیل تاول از یک واکنش آنتی ژن - آنتی بادی ناشی می گردد. میزان سطح سرمی آنتی بادی، پیش گویی کننده شدت بیماری است. عوامل ژنتیک نیز ممکن است در بروز بیماری نقشی داشته باشند و بیشترین تعداد وقوع این بیماری در نژاد یهود یا مدیترانه ای دیده می شود. این اختلال به طور معمول در مردان و زنانی که در دوره میانسالی یا پیری قرار دارند، ایجاد می گردد. این وضعیت ممکن است با سایر بیماریهای خودایمنی همزمان، بیشتر از همه با میاستنی گراو مرتبط باشد.

2 Acantholysis

۱ Bullae (blisters)

۲ Nikolsky's sign

به بهبودی دست می یابند، هر چند ممکن است برای دستیابی به آن به ۶ تا ۶۰ ماه درمان نیاز باشد.

درماتیت هرپتی فورم

درماتیت هرپتی فورم^۲، بیماری مزمنی با خارش شدید است که با تاول های کوچک سفت که به طور قریبه روی سطوح باز شونده آرنج ها، زانوها، باسن و پشت ایجاد می شوند، تظاهر می کند. این بیماری در هر سنی می تواند بروز کند، ولی بیشترین شیوع آن بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی است. این بیماری در ساکنین شمال اروپا شایع تر است و شیوع آن در مردان مختصری بالاتر است. بیماران مبتلا به این درماتیت، دارای نقص در سوخت و ساز گلوتن و برخی به طور همزمان بیماری سلیاک دارند.

بررسی و یافته های تشخیصی

بیماران به طور معمول پاپول های قرمز با وزیکول های کوچک خوشه ای (یعنی شبیه هرپس) دارند که تمایل به توزیع متقارن روی سطوح بازشونده پوست نواحی درگیر دارند. ممکن است سائیدگی ها و دلمه هایی نیز دیده شوند که ممکن است ناشی از خراشیدگی و زخم های سطحی در نتیجه واکنش به خارش شدید باشند. مطالعات ایمونوفلورسنت نمونه های بیوپسی پوست بیماران مبتلا به درماتیت هرپتی فورم الگوی ته نشینی ذره ای IGA را در درم پاپیلری نشان می دهد.

تدابیر درمانی

بیشتر بیماران به داپسون^۳ (آکزون) و رژیم غذایی عاری از گلوتن پاسخ می دهند. تمام بیماران باید از نظر کمبود آنزیم گلوکز - ۶ فسفات دهیدروژناز (G6PD) بررسی شوند، زیرا داپسون می تواند باعث همولیز شدید در افراد دچار کمبود آن شود. انجام مشاوره تغذیه ای برای بیماران مفید خواهد بود زیرا محدودیت های غذایی برای تمام عمر بوده و حفظ یک رژیم غذایی عاری از گلوتن اغلب مشکل است. افراد مبتلا به این بیماری برای تطبیق با یادگیری عادات جدید و پذیرش تغییرات عمده در زندگی شان، نیاز به حمایت روحی دارند.

ایمونوگلوبین وریدی (IVIG) به عنوان داروی جایگزین انتخاب شوند ممکن است در صورت شکست سایر داروها در برطرف کردن بیماری، داروی سرکوب کننده ایمنی (سیکلوفسفامید) استفاده شود.

پمفیگوئید تاولی

پمفیگوئید تاولی^۱ یک بیماری مزمن است که با دوره های شعله ور شدن و برطرف شدن مشخص می شود. در صورت عدم درمان، می تواند کشنده باشد. بیشتر از همه در سالمندان دیده می شود و اوج بروز آن در حدود ۶۵ سالگی است. هیچ تمایل جنسیتی یا نژادی وجود نداشته و بیماری می تواند در سراسر جهان یافت شود.

بررسی و یافته های تشخیصی

پمفیگوئید تاولی بیشتر از همه با نمای عمومی تاول های سفت مشخص می شود که تمایل خاصی به ظهور روی سطوح خم شونده دست ها دارند پس از ترکیدن تاول ها، روی پوست سائیدگی های کم عمقی به وجود آمده که نسبتاً سریع التیام می یابند. خارش شدید ممکن است حتی قبل از ظهور تاول ها وجود داشته باشد.

مطالعات ایمونوفلورسنت از نمونه های بیوپسی پوست بیماران مبتلا به پمفیگوئید تاولی وجود IgG و کمپلمان C3 در محل اتصال درم و اپیدرم را نشان می دهد.

تدابیر درمانی

درمان طبی شامل استفاده از کورتیکواستروئید های موضعی برای بثورات محدود به یک ناحیه و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک در موارد ابتلای گسترده می باشد. کورتیکواستروئیدهای سیستمیک (مثل پردنیزون (ممکن است برای چند ماه با مقادیر متغیر بر حسب روز مورد استفاده قرار گیرد. لازم است که بیمار عوارض مصرف کورتیکواستروئیدها در دراز مدت را درک کند.

ممکن است تتراسایکلین نه به دلیل اثربخشی ضد میکروبی اش، بلکه به دلیل توانایی های ضد التهابی اش تجویز شود. این عقیده وجود دارد که تتراسایکلین به ویژه در درمان این اختلالات موثر است. ممکن است سایر داروها از جمله عوامل سرکوب کننده ایمنی (نظیر آزاتیوپورین) یا آنتی بادیهای مونوکلونال (نظیر ریتوکسیماب) استفاده شوند. اکثر بیماران

^۳ Dapsone (Aczone)

^۱ Bullous pemphigoid
¹ Dermatitis Herpetiformis

فرایند پرستاری بیمار مبتلا به بیماری های تاولی

بررسی

بیماران مبتلا به اختلالات تاولی ممکن است تا حد قابل توجهی ناتوان گردند. در مناطق برهنه شده پوست، خارش مداوم و احتمالاً درد وجود دارد. همچنین ممکن است در همین نواحی ترشحات بد بو خارج گردد. بررسی مؤثر و توجهات پرستاری به این بیماران نیاز به تلاش زیادی دارد. فعالیت بیماری از نظر بالینی با معاینه‌ی پوست برای ظهور تاول های جدید که نشانه‌ای از فعالیت بیماری است مورد پایش قرار می‌گیرد. توجه خاصی به بررسی علایم و نشانه‌های عفونت معطوف می‌شود. ممکن است در نواحی تاول‌های بهبود یافته علایم افزایش رنگدانه مشاهده گردد.

تشخیص های پرستاری

بر اساس اطلاعات به دست آمده از بررسی، تشخیص های پرستاری عبارتند از:

۱. درد حاد در حفره دهان و پوست در رابطه با ایجاد تاول و زخم های سطحی
۲. صدمه به تمامیت پوست در رابطه با تاول های پاره شده و مناطق برهنه پوستی
۳. شکل ذهنی مختل در رابطه با ظاهر پوست
۴. خطر عفونت در رابطه با از دست دادن سد محافظتی پوست و غشای مخاطی
۵. کمبود حجم مایعات در رابطه با اتلاف مایعات بافتی

برنامه ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای این بیماران، می‌تواند شامل تسکین و برطرف کردن ناراحتی ناشی از ضایعات، التیام پوست، بهبود شکل ذهنی، عدم عفونت، دستیابی به تعادل مایع و الکترولیت‌ها.

اقدامات پرستاری

کاهش ناراحتی دهان

بسته به اختلال پوستی، احتمال دارد تمام حفره دهان بیمار دچار زخم‌های سطحی و سطوح برهنه باشد. ممکن است بافت های مرده روی این مناطق را پوشانده و بر ناراحتی بیمار افزوده و با غذا خوردن بیمار تداخل نماید. در نتیجه ممکن است کاهش وزن و کاهش پروتئین خون عارض شود. رعایت دقیق بهداشت دهان و تمیز نگه داشتن مخاط آن

برای بازسازی مجدد اپی تلیوم حائز اهمیت است. آبکشی مکرر دهان با محلول دهان شویه کلرهگزیدین برای تمیز کردن دهان از بافت‌های مرده و تسکین مناطق زخمی تجویز می‌گردد. از استفاده محلول‌های دهان شویه تجاری اجتناب شود. لب با استفاده از پترولاتوم مرطوب نگه داشته می‌شود. درمان با بخار آب سرد، به مرطوب کردن هوای اطراف کمک می‌کند.

افزایش تمامیت پوست و تسکین ناراحتی

بیماری که ضایعات دردناک و وسیع دارد باید قبل از انجام مراقبت های پوستی، داروی مسکن دریافت کند. بیماران دارای نواحی وسیع تاول دار، بوی مشخص دارند که با کنترل عفونت ثانویه کاهش می‌یابد. پس از استحمام، بدن بیمار به دقت خشک شده و از پودری غیر محرک (مثل نشاسته ذرت) استفاده می‌شود تا امکان حرکت راحت روی تخت را داشته باشد. استعمال مقدار بیشتر پودر برای جلوگیری از چسبیدن پوست بیمار به ملحفه ها لازم است. هرگز نباید روی پوست از نوار چسب استفاده شود زیرا امکان ایجاد تاول های بیشتر وجود دارد. کاهش درجه حرارت بدن امری متداول است و روش های گرم نگه داشتن و ایجاد راحتی در بیمار بر سایر فعالیت های پرستاری اولویت دارد. مراقبت های پرستاری از بیمارانی که دچار بیماری های تاولی پوست هستند، مشابه این مراقبت ها در افراد مبتلا به سوختگی های وسیع می‌باشد.

پیشگیری از عفونت

به علت بی کفایتی عملکرد حفاظتی پوست، بیمار مستعد عفونت می‌شود. خود تاول نیز استعداد عفونی شدن دارد و احتمال سپتی سمی نیز به دنبال آن وجود دارد (فصل ۱۴ را ببینید). برای پیشگیری از عفونت، باید پوست را تمیز نگه داشته و بافت های مرده را از روی آن پاک کرد.

هشدار پرستاری کیفیت و ایمنی

به دلیل آنکه عفونت، علت منجر به مرگ در بیماران دچار بیماریهای تاولی است، لازم است علایم و نشانه های موضعی و سیستمیک عفونت به طور رقیق بررسی شوند. به دلیل آنکه کورتیکواستروئیدها می‌توانند علایم و نشانه های عفونت را مخفی نگه داشته یا تغییر دهند، باید ناچیز ترین شکایات یا تغییرات مورد رسیدگی قرار بگیرد.

امکان دارد که عفونت های ثانویه با بوی زننده ضایعات

ارزشیابی

- نتایج مورد انتظار بیمار ممکن است شامل موارد زیر باشد:
۱. تسکین درد ناشی از ضایعات دهانی را گزارش کند.
 - الف) درمان‌های کاهنده درد را بیان می‌کند.
 - ب) از دهان شویه‌ها و اسپری بی‌حس‌کننده و ضد عفونی‌کننده دهانی استفاده می‌کند.
 - ج) هر دو ساعت یک بار مایعات خنک می‌نوشد.
 ۲. به التیام پوست دست می‌یابد.
 - الف) هدف از رژیم درمانی را بیان می‌کند.
 - ب) رژیم شستشو و استحمام را به کار می‌بندد.
 - ج) استعمال مقادیر کافی پودر غیر محرک روی ملحفه‌ها را به کارکنان واحد درمانی یادآوری می‌کند.
 ۳. بهبود شکل ذهنی را گزارش می‌کند.
 - الف) نگرانی‌هایش را درباره بیماری، خودش و ارتباط با دیگران بیان می‌کند.
 - ب) در مراقبت از خودش مشارکت می‌نماید.
 ۴. عاری از عفونت و سپسیس است.
 - الف) کشت میکروبی از تاول‌ها، پوست و مجاری بدن از نظر ارگانیسم‌های بیماری‌زا منفی است.
 - ب) تخلیه ترشحات چرکی وجود ندارد.
 - ج) علائم تمیزی پوست را نشان می‌دهد.
 - د) درجه حرارت بدن طبیعی است.
 ۵. تعادل مایع و الکترولیت‌ها را حفظ می‌کند.
 - الف) دریافت مایعات را برای اطمینان از کافی بودن و طبیعی بودن تعادل آب و الکترولیت‌ها ثبت می‌کند.
 - ب) دلایل درمان با مایعات تزریقی را بیان می‌کند.
 - ج) دفع ادرار در حد ۰/۵ میلی‌لیتر به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در هر ساعت دارد.
 - د) آزمایش‌های شیمی خون و مقادیر هموگلوبین و هماتوکریت در حد طبیعی است.

نکرولیز کشنده‌ی اپیدرم^۱ و سندرم استیونس-جانسون^۲

نکرولیز کشنده‌ی اپیدرم (TEN) و سندرم استیونس — جانسون (SJS) بیماری‌های پوستی بالقوه مهلک حاد پوست هستند

پوست یا دهان همراه شوند. در بیماران تحت درمان با مقادیر زیاد کورتیکواستروئید اغلب عفونت کاندیدیایی دهان (یعنی برفک) دیده می‌شود. حفره دهان باید به طور روزانه مورد مشاهده قرار گرفته و هر گونه تغییری گزارش شود. ضایعات دهانی به آرامی بهبود می‌یابند.

علائم حیاتی بیمار پایش شده و نوسانات درجه حرارت ثبت می‌شود بیمار از نظر لرز بررسی گردیده و کلیه مواد ترش‌حی و دفعی بیمار باید از نظر تغییرات مطرح‌کننده عفونت پایش شود. داروهای ضد میکروبی طبق دستور تجویز شده و پاسخ به درمان بررسی می‌شود. کارکنان واحد درمانی باید روش‌های صحیح دست شستن را به کار برده و از دستکش استفاده کنند.

در بیماران بستری در بیمارستان، آلودگی‌های محیطی باید تا حد امکان کاهش داده شود. ممکن است از روش‌های جداسازی حفاظتی استفاده شده و احتیاط‌های استاندارد نیز به مورد اجرا گذاشته شود. فصل ۳۶، چارت ۵-۳۶ را برای توضیح احتیاطات استاندارد ببینید.

بهبود تعادل مایع

فقدان وسیع پوست منجر به عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها به دلیل اتلاف قابل توجه مایعات بافتی و کلرید سدیم از پوست می‌شود. کاهش کلرید سدیم علت بسیاری از نشانه‌های سیستمیک ناشی از این بیماری بوده و با تزریق وریدی محلول سالین درمان می‌شود.

مقادیر زیادی پروتئین و خون از مناطق برهنه پوستی دفع می‌شود. ممکن است برای حفظ حجم خون و پروتئین پلاسما و میزان هموگلوبین از تزریق اجزای خون استفاده شود. مقدار هموگلوبین، هماتوکریت، پروتئین و آلبومین سرم پایش می‌شود.

بیمار به مصرف کافی مایعات خوراکی تشویق می‌شود. استفاده از مایعات خنک و غیر محرک برای حفظ هیدراسیون ترغیب می‌شود. برای کمک به حفظ وضعیت تغذیه‌ای بیمار از وعده‌های غذایی کوچک و به دفعات بیشتر که حاوی پروتئین زیاد و کالری فراوان باشد (مثل مکمل‌های غذایی خوراکی، زرده تخم مرغ، شیر بستنی) استفاده می‌گردد. در صورت عدم توانایی بیمار در خوردن غذای کافی، از تغذیه تزریقی استفاده می‌شود.

^۲ Stevens- Johnson syndrome (SJS)

^۱ Toxic epidermal necrosis (TEN)

سپسیس و MODS می توانند زندگی افراد مبتلا را در معرض تهدید قرار دهند.

بررسی و یافته های تشخیصی

مطالعات بافت شناسی روی سلول های پوستی منجمد شده به دست آمده از یک ضایعه تازه و سلول های جمع آوری شده از ناحیه ای که به تازگی برهنه شده برای تشخیص انجام می شود. سابقه مصرف داروهایی که معلوم شده TEN و SJS را می آغازند، امکان بروز این دو بیماری را در اثر واکنش دارویی به عنوان علت زمینه ای مطرح می کند، خصوصا اگر داروها ظرف ۴ هفته قبل از شروع بیماری تجویز شده باشند.

نتایج شمارش کامل گلبولی (CBC) ممکن است لکونی و آنمی نورموکروم نورموسیت را نشان دهد. نتایج بیوپسی پوست تشخیص را اثبات می کند، کراتینوسیت های مرده با نکروز تمام ضخامت اپی تلیال را نشان می دهد.

تدابیر درمانی

اهداف درمان عبارت از کنترل تعادل آب و الکترولیت ها، پیشگیری از سپسیس و پیشگیری از عوارض چشمی است. مراقبت حمایتی، محور اصلی درمان است.

هر دارویی که ممکن است باعث TEN و SJS شده باشد، فورا قطع می شود. در صورت امکان، به دلیل لزوم درمان هر چه سریع تر مشابه آنچه برای سوختگی لازم است، بیمار در یک مرکز سوختگی محلی تحت درمان قرار می گیرد.

برای شناسایی عوامل بیماری زا، نمونه هایی جهت انجام کشت میکروبی از بینی و حلق، چشم ها، گوش ها، خون، ادرار، پوست و تاول های پاره نشده گرفته می شود. برای برقراری تعادل مایع و الکترولیت ها، با استفاده از پارامترهایی شبیه آنچه برای هدایت مراقبت از بیماران دچار سوختگی استفاده می شود، مایعات کریستالوئیدی وریدی تجویز می شود. به طور مشابه، دستورالعمل های تنظیم درجه حرارت، مراقبت از زخم و مدیریت درد مورد استفاده برای بیماران دچار سوختگی برای این عده هم استفاده می شود. بیماران غالبا نیاز به حمایت تغذیه ای و متابولیک با تغذیه تام وریدی دارند.

درمان زودهنگام با کورتیکواستروئیدهای سیستمیک (مثل متیل پردنیزولون [سولومدرول]) اگرچه به طور مکرر استفاده می شوند، مورد مناقشه و اختلاف نظر است. در بیشتر موارد، خطر ایجاد عفونت، عدم تعادل مایع و الکترولیت ها، تأخیر

که با تشکیل اریتم گسترده، ماکول و تاول مشخص می شوند که باعث کنده شدن اپیدرم یا پوست اندازی و تشکیل زخم های سطحی می شوند. عقیده بر این است که این دو بیماری یکی و مشابه هم هستند اما تظاهرات آنها طیفی از واکنش ها است و TEN شدیدتر است. میزان مرگ و میر ناشی از TEN 25 تا ۳۵ درصد و مرگ و میر SJS 1 تا ۵ درصد است. تا ۷۵٪ موارد TEN و SJS در اثر واکنش به داروها، با آنتی بیوتیک ها (خصوصا سولفانامیدها)، ضد تشنج ها، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs)، آلوپورینول (زالیوریم) و ضد التهاب های غیر استروئیدی کام (مثل ملوکسیکام) آغاز می شود.

TEN و SJS در تمام سنین و هر دو جنس با مختصری افزایش در زنان روی می دهند. میانگین سنی بیماران دچار TEN و SJS بین ۴۶ و ۶۳ سال گزارش شده است. با این وجود ممکن است افراد مسنی که چند دارو مصرف می کنند، در معرض خطر بیشتری باشند. به نظر می رسد یک جزء ز نتیکی برای ایجاد این دو بیماری وجود داشته باشد. به نظر می رسد مکانیسم منجر به TEN و SJS واکنش سیتوتوکسیک با واسطه سلولی باشد.

تظاهرات بالینی

TEN و SJS در ابتدا با سوزش یا خارش ملتحمه، حساس شدن پوست، تب، سرفه، گلودرد، سردرد، کسالت شدید و میالژی (یعنی درد عضلات) آغاز می شوند. به دنبال این علائم، حمله سریع اریتم، پوست و غشای مخاطی دهان، ملتحمه و ناحیه تناسلی را درگیر می کند. در موارد شدید ابتلای مخاط، ممکن است خطر آسیب و زخم حنجره، برونش ها یا مری وجود داشته باشد. تاول های بزرگ و شل در بعضی نقاط ایجاد شده و در مناطق دیگر ورقه ای بزرگ اپیدرم کنده می شود به طوری که لایه درم زیرین آن پدیدار می گردد. ناخن های دست و پا، ابروها و مژه ها ممکن است همگی همراه با لایه اپیدرم اطراف آن ها کنده شده و بیفتند. پوست به طور آزار دهنده ای حساس شده و از دست رفتن آن، نواحی ترشح داری را بر جای می گذارد که مشابه سوختگی با ضخامت نسبی سراسر بدن است.

عوارض

کراتوکونژنکتیویت، سپسیس و سندرم از کار افتادن چند اندام (MODS) از عوارض احتمالی TEN و SJS می باشند. کراتوکونژنکتیویت می تواند به بینایی فرد آسیب رسانیده و منجر به کشیدگی ملتحمه، زخم و ضایعات قرنیه گردد. ایجاد

بایش می‌شود. محل ورود کاتترهای وریدی از نظر علایم موضعی عفونت بررسی می‌گردد. وزن بیمار به طور روزانه ثبت می‌شود.

از بیمار درخواست می‌شود که میزان درد و خستگی خود را بیان کند و میزان اضطراب بیمار نیز ارزیابی می‌گردد. سازوکارهای اصلی تطابقی بیمار مورد بررسی قرار گرفته و شیوه‌های مؤثر تطابقی بیمار تعیین می‌شود.

تشخیص‌های پرستاری

بر اساس اطلاعات به دست آمده از بررسی، تشخیص‌های اصلی پرستاری شامل موارد زیر است:

۱. صدمه به تمامیت بافت (یعنی دهان، چشم و پوست) در رابطه با ریزش اپیدرم
۲. کاهش حجم مایعات و از دست رفتن الکترولیت‌ها در رابطه با اتلاف مایعات از مناطق فاقد پوست
۳. خطر عدم تعادل درجه حرارت بدن (یعنی کاهش درجه حرارت) در رابطه با اتلاف گرما ثانوی به از دست رفتن پوست
۴. درد حاد در رابطه با پوست فاقد پوشش و ضایعات دهانی
۵. اضطراب در رابطه با ظاهر فیزیکی پوست و پیش آگهی بیماری

مشکلات همراه/عوارض احتمالی

ممکن است عوارض احتمالی شامل موارد زیر باشد::

- سپسیس
- کشیدگی ملتحمه، ایجاد اسکار و ضایعات قرینه

برنامه ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای این بیمار ممکن است شامل التیام پوست و بافت دهان، دستیابی به تعادل مایعات، جلوگیری از اتلاف گرما، تسکین درد، کاهش اضطراب و فقدان عوارض باشد.

اقدامات پرستاری

حفظ تمامیت پوست و غشای مخاطی

مراقبت موضعی از پوست از اقدامات مهم پرستاری است، پوست خصوصا هنگام کشیدن یا چرخیدن بیمار در تخت به آسانی کنده می‌شود. پرستل پرستاری باید برای اجتناب از سایش پوست هنگام حرکت بیمار در تخت، از او مراقبت خاص به عمل آورند. بعد از هر تغییر وضعیت بدن، پوست

در روند بهبودی و مشکل در شروع کورتیکواستروئیدهای خوراکی در ابتدای سیر بیماری، از فواید آن پیشی می‌گیرد. تجویز ایمونوگلوبولین وریدی (IVIG) می‌تواند موجب بهبود سریع و التیام پوست در مقادیر 1 g/kg/day در روز برای ۴ روز شود. سایر داروهایی که ممکن است موثر باشند شامل عوامل سرکوب کننده ایمنی سیکلوسپورین و سیکلوفسفامید می‌باشند.

محافظت پوست با داروهای موضعی، اقدامی ضروری است. داروهای مختلف ضد باکتری موضعی و داروهای بی حس کننده گوناگونی برای جلوگیری از عفونت زخم و کمک به کنترل درد به کار برده می‌شوند. ممکن است تا بازسازی اپی تلیوم از پانسمان‌های بیولوژیک موقت (مثل پوست خوک و پرده آمینون) یا پوشش‌های نیمه تراوای پلاستیکی (مثل ویگیلون)^۱ به منظور کاهش درد، کاهش تبخیر پوستی و جلوگیری از عفونت استفاده شود. هنگام درگیری غشاهای مخاطی و چشم‌ها، مراقبت دقیق اروفرانکس و چشم ضروری است.

فرآیند پرستاری بیمار مبتلا به نکروزلیز سمی اپیدرم و نشانگان استیونس - جانسون

بررسی

معاینه دقیق پوستی، شامل ظاهر و وسعت نواحی مبتلا انجام می‌شود. پوست مناطق سالم نیز برای تعیین ظهور نواحی دارای تاول‌های جدید به دقت مشاهده می‌شود. ترشح از تاول‌ها از نظر مقدار، رنگ و بو پایش می‌شود. معاینه روزانه حفره دهان از نظر تاول و ضایعات سایشی انجام گرفته و بیمار به طور روزانه برای خارش، سوزش و خشکی چشم‌ها بررسی می‌شود. توانایی بیمار در بلع و نوشیدن مایعات و صحبت کردن به طور طبیعی تعیین می‌گردد.

علائم حیاتی بیمار پایش شده و توجه خاصی به وجود تب و مشخصات آن، تنفس از نظر تعداد، عمق و ریتم و وجود سرفه معطوف می‌گردد. خصوصیات و مقدار ترشحات تنفسی مورد توجه قرار می‌گیرد. ارزیابی بیمار از نظر تب بالا، افزایش ضربانات قلب، ضعف شدید و خستگی ضروری است، زیرا این موارد بر روند نکرور اپیدرم، افزایش نیازهای سوخت و ساز بدن، احتمال کنده شدن مخاط دستگاه تنفسی و گوارشی دلالت می‌کنند. ادرار از نظر حجم، وزن مخصوص و رنگ

^۱ Vigilon

حرارت بدن مفید خواهند بود. هنگامی که سطح بزرگی از زخم ها برای انجام مراقبت در معرض هوا قرار می گیرد، پرستار برای به حداقل رساندن لرز و اتلاف گرما، باید کارها را به سرعت و به طور مؤثر انجام دهد. درجه حرارت بدن بیمار به طور مداوم کنترل می شود.

تسکین درد

پرستار بیمار را از نظر وجود درد و مشخصات آن، عوامل مؤثر بر درد و پاسخ های رفتاری به درد بررسی می کند. داروهای مسکن تجویز شده، طبق برنامه منظم به بیمار داده شده و پرستار تسکین درد و هر گونه عارضه جانبی را ثبت می نماید. ضد دردها قبل از انجام درمان های دردناک داده می شوند. ارایه توضیحات مناسب و آرام صحبت کردن با بیمار در حین انجام رویه های درمانی می تواند اضطراب بیمار که موجب تشدید درد می شود را تخفیف دهد. حمایت روحی، دلداری دادن و انجام مداخلاتی برای تامین خواب و استراحت کافی برای دستیابی به کنترل درد اساسی می باشند. هنگامی که درد کاهش یافته و بیمار انرژی جسمی و روحی بیشتری داشته باشد، می توان روش های خود کنترلی برای تسکین درد نظیر تن آرامی پیش رونده عضلانی و تجسم سازی^۳ را به وی آموزش داد.

کاهش اضطراب

از آنجایی که نحوه زندگی بیماران مبتلا به TEN و SJS به طور ناگهانی تبدیل به یک وابستگی کامل شده است، در بررسی وضعیت روحی آن ها ممکن است اضطراب، افسردگی و ترس از مرگ دیده شود. می توان به بیمار اطمینان خاطر داد که این واکنش های روحی طبیعی است. بیمار همچنین به حمایت پرستار، ارتباط صادقانه و امید به بهتر شدن وضعیت خود نیاز دارد. بیمار ترغیب می شود که احساساتش را بیان نماید. گوش کردن به نگرانی های بیمار و برای انجام مراقبت ها با مهربانی و مهارت کامل به سرعت در دسترس آن ها بودن، مداخلات مهمی در جهت رفع اضطراب بیماران می باشند. حمایت روحی توسط یک روان پرستار، یک روحانی، روانشناس یا روانپزشک ممکن است به بهبود تطابق در طی درمان دراز مدت کمک نماید.

پایش و درمان عوارض احتمالی

سپسیس. علت اصلی مرگ ناشی از TEN، سپسیس است. پایش دقیق علایم حیاتی و هر تغییر نامطلوب در عملکرد

بیمار باید از لحاظ ظاهر شدن ناحیه ای که به تازگی کنده شده، کنترل شود. برای کاهش جمعیت باکتری ها، پرستار داروهای موضعی تجویز شده را روی سطح پوست استعمال می کند. چنانچه کمپرس گرم تجویز شده باشد، باید با ملایمت بر نواحی که پوستشان کنده شده، گذاشته شوند. داروهای ضد میکروبی موضعی ممکن است همراه با هیدروتراپی در تانک، وان یا دوش استفاده گردند. پرستار وضعیت بیمار را حین درمان پایش نموده و بیمار را به حرکت دادن اندام ها در حین هیدروتراپی تشویق می کند. ضایعات دردناک دهانی، بهداشت دهان را با اشکال رو به رو می کند. برای حفظ تمیزی مخاط دهان باید بهداشت دهان به دقت رعایت شود. از محلول های دهان شویه های کلرهگزیدین، بی حس کننده ها و یا پوشش دهنده های تجویز شده غالباً برای خلاصی دهان از ذرات بی جان، تسکین نواحی زخمی و کنترل بوی بد دهان به به کار می روند. حفره دهان روزانه چند بار مورد معاینه قرار گرفته و هر گونه تغییری در آن ثبت و گزارش می گردد. روی لب ها وازلین یا پماد تجویز شده دیگری مالیده می شود.

دستیابی به تعادل مایعات

علایم حیاتی بیمار، مقدار دفع ادرار و وضعیت ذهنی بیمار از نظر علایم دال بر کاهش حجم خون مورد توجه قرار می گیرند. بروز تغییرات ذهنی ممکن است ناشی از عدم تعادل مایعات و الکترولیت ها، افزایش بار حسی^۱ یا محرومیت حسی^۲ باشد. نتایج آزمون های آزمایشگاهی مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج غیر طبیعی گزارش می شوند. وزن بیمار روزانه اندازه گیری می شود.

ضایعات دهانی می توانند باعث دشواری بلع شده و تغذیه از راه لوله یا استفاده از روش تغذیه کامل غیر دهانی را تا وقتی بتواند غذا خوردن از راه دهان را تحمل کند، ضروری می سازد. محاسبه کالری روزانه و ثبت دقیق جذب و دفع مایعات ضروری است.

پیشگیری از کاهش درجه حرارت

بیمار مبتلا به TEN مستعد لرزیدن است. ممکن است کم آبی بیمار، همراه با قرار گرفتن پوست کنده شده در معرض جریان هوای گرم و مداوم بدتر شود. معمولاً بیمار به تغییرات حرارت اتاق حساس است. مشابه مراقبت در بیماران دچار سوختگی، استفاده از پتوهای نخی، لامپ های گرمای جاسازی شده در سقف اتاق، پوشش های گرمازا برای حفظ

3 Imagery

1 sensory overload
2 sensory deprivation

آموزش داده می شود و به آن ها برای تهیه لوازم پانسمان در منزل کمک خواهد شد.

همچنین به بیمار و خانواده اش در زمینه اداره درد، تغذیه و شیوه های افزایش تحرک و پیشگیری از عوارضی همچون عفونت آموزش داده می شود. علائم و نشانه های عوارض و زمانی که لازم است ارایه دهندگان مراقبت سلامتی را مطلع سازند، نیز به آنان یاد داده می شود. در صورت صلاح دید، این آموزش ها به صورت کتبی در اختیار بیمار و اعضای خانواده اش قرار گیرد، تا آن ها بتوانند در دفعات بعد، در صورت لزوم به این آموزش ها مراجعه نمایند.

تداوم مراقبت: به منظور اطمینان از ادامه بهبود بیمار، مراقبت پی گیرانه میان رشته ای حتمی و ضروری است. برخی از بیماران قبل از بازگشت به منزل، نیاز به مراقبت در مرکز بازتوانی دارند. سایرین نیازمند دریافت درمان جسمی سرپایی و کاردرمانی برای دوره ی طولانی می باشند. هنگامی که بیمار به منزل بر می گردد، پرستار مراقبت در منزل، مراقبت های ارائه شده توسط اعضای گوناگون گروه مراقبت بهداشتی (پزشک، فیزیوتراپ، کاردرمان و متخصص تغذیه) را هماهنگ می نماید. هم چنین پرستار پیشرفت بیمار را مورد پایش قرار داده و برای تعیین عوارض ایجاد شده، ارزیابی مداومی به عمل آورده و مشارکت بیمار در طرح برنامه مراقبتی را بررسی می نماید. سازگاری بیمار با محیط مراقبتی منزل و نیاز بیمار و اعضای خانواده اش به حمایت و کمک نیز ارزیابی می شود. در صورت مناسبت داشتن، به انجمن های موجود در سطح جامعه ارجاع داده می شوند.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار در بیمار می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱. دستیابی به التیام رو به جلوی پوست و بافت دهان (الف) مناطق التیام یافته پوست را نشان می دهد.
- ب) مایعات می نوشد و به خوبی صحبت می کند.
۲. به تعادل مایعات دست می یابد.
- الف) نتایج آزمایشگاهی در محدوده طبیعی است.
- ب) حجم و وزن مخصوص ادرار در حد قابل قبول حفظ می شود.
- ج) ثبات علائم حیاتی را نشان می دهد.
- د) بدون ناراحتی، دریافت مایعات از راه دهان را بیشتر می نماید.
- ه) وزن خود را حفظ یا در صورت لزوم وزن خود را اضافه می

دستگاه تنفسی، کلیوی و گوارشی ممکن است شروع یک عفونت را خیلی زود آشکار کند. در حین انجام مراقبت های معمول پوستی همیشه از روش های آسپتیک دقیق استفاده می شود. شستشوی دست ها و پوشیدن دستکش های استریل هنگام انجام مراقبت ها ضروری است. ملاقات کنندگان باید روپوش محافظ بپوشند و دست هایشان را قبل و بعد از تماس با بیمار بشویند. افرادی که مبتلا به هر نوع عفونت یا بیماری عفونی باشند تا وقتی که برای بیمار خطری ایجاد می کنند نباید به ملاقات او بیایند. پرستار در تشخیص علائم و نشانه های اولیه عفونت و اعلام آن به پزشک نقش قطعی دارد. آنتی بیوتیک ها تا زمانی که دلیلی برای استفاده آنها نباشد، تجویز نمی شوند.

کشیدگی ملتحمه، باقی ماندن اثر زخم و ضایعات

قرنیه. چشم های بیمار به طور روزانه از نظر خارش، سوزش و خشکی که ممکن است دلیل بر پیشرفت بیماری به سمت ایجاد کراتوکونژنکتیویت به عنوان عارضه اصلی چشمی باشد، مورد معاینه قرار می گیرند. استفاده از یک پارچه خنک و مرطوب بر روی چشم ها می تواند احساس سوزش را تسکین دهد. چشم های بیمار تمیز نگه داشته شده و از نظر علائم ترشح یا ناراحتی معاینه می شوند و پیشرفت علائم ثبت و گزارش می گردد. استعمال یک ماده نرم کننده چشمی در صورت تجویز، ممکن است به بر طرف شدن خشکی چشم کمک کرده و از ساییدگی قرینه پیشگیری نماید. استفاده از چشم بند یا یادآوری پلک زدن مکرر به بیمار می تواند با خشکی چشم مقابله کند. باید به بیمار آموزش داده شود که از مالیدن چشم هایش پرهیز و از استفاده از هر دارویی بدون تجویز یا تایید پزشک برای چشم هایش خودداری کند.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: بیماران مبتلا به TEN یا SJS که نواحی وسیعی از پوست آن ها مبتلا شده است، نیازمند مراقبتی مشابه مراقبت بیماران دچار سوختگی حرارتی می باشند. با سپری شدن مرحله حاد بستری بودن در بیمارستان تمرکز به سمت بازتوانی یا مراقبت سرپایی یا مراقبت در مرکز توان بخشی معطوف خواهد شد. در طی این مدت باید بیمار و اعضای خانواده وی را در مراقبت شرکت داده شده و روش هایی همچون مراقبت از زخم، تعویض پانسمان که لازم است در منزل ادامه داده شوند، به آن ها

کند.

۳. درجه حرارت بدنش تنظیم است.

(الف) درجه حرارت بدن را در محدوده طبیعی ثبت می کند.

(ب) لرز را گزارش نمی کند.

۴. به تسکین درد دست می یابد.

(الف) از داروهای مسکن طبق دستور استفاده می کند.

(ب) از روش های خود کنترلی برای تخفیف درد استفاده می کند.

۵. اضطراب کمتری را گزارش می کند..

(الف) درباره ی نگرانی هایش به راحتی بحث می کند.

(ب) به طور فزاینده، مدت زمان طولانی تری می خوابد.

۶. عوارضی نظیر سپسیس و آسیب بینایی وجود ندارد.

(الف) درجه حرارت بدن در حد طبیعی است.

(ب) نتایج آزمایشگاهی در حد طبیعی است.

(ج) ترشح غیر طبیعی یا علامتی از عفونت ندارد.

(د) حدت بینایی او در همان حد سابق است.

(ه) علامتی از التهاب قرینه و ملتحمه نشان نمی دهد.

تومورهای پوست

تومورهای پوست شایع بوده و از طیفی از تومورهای خوش خیم تا آنهایی که خیلی بدخیم هستند، روی می دهند.

تومورهای خوش خیم پوست

کیست ها

کیست های پوستی، حفره هایی پوشیده با سلول های اپی تلیال و حاوی مایع یا مواد جامد می باشند. کیست های اپیدرمال (کیست اپیدرموئید)^۱ متداول بوده و ممکن است به صورت تومورهایی با رشد آهسته، سفت و برآمده باشند که بیشتر از همه در نواحی صورت، گردن، بالای قفسه سینه و پشت دیده می شوند. درمان کیست ها، برداشتن آن هاست. کیست های پیلار^۲ (کیست تری چیلمال)^۳ که در سابق بر این، کیست های چربی نامیده می شدند، اغلب در پوست سر

دیده می شوند. منشاء این کیست ها، قسمت میانی فولیکول مو و سلول های غلاف خارجی ریشه مو است. برای درمان، کیست را با روش جراحی بر می دارند.

کراتوزهای سبورئیک و آکتینیک

کراتوزهای سبورئیک ضایعاتی خوش خیم و زگیل مانند هستند که به اندازه ها و رنگ های مختلف از قهوه ای روشن تا سیاه می باشند. محل این ضایعات معمولاً در صورت، شانه ها، قفسه سینه و پشت می باشد و شایع ترین تومورهای پوستی در میان سالی و سالمندی هستند. اگر چه این ضایعات خوش خیم هستند، باید به طور دوره ای از نظر تغییر در ظاهر که ممکن است مطرح کننده تبدیل شدن به بدخیمی باشند، بررسی شوند. این ضایعات ممکن است از نظر زیبایی برای بیمار قابل پذیرش نباشند. درمان شامل برداشت بافت های توموری توسط جراحی، خشک کردن با برق^۴ (تخریب ضایعات پوستی به وسیله جریان الکتریسیته یک قطبی با فرکانس بالا)، تراشیدن با کورت^۵ و یا استفاده از دی اکسید کربن یا نیتروژن مایع است.

کراتوزهای آکتینیک^۶ ضایعات پوستی با قابلیت بدخیم شدن بوده و در مناطقی از بدن که به طور مزمن در معرض آفتاب قرار داشته اند ظاهر می گردد. این ضایعات به صورت لکه های زبر و پوسته دار در زمینه ای قرمز رنگ ظاهر می شوند. ممکن است این ضایعات به تدریج به سرطان سلول های پوششی^۷ تبدیل شوند. این ضایعات را معمولاً با منجمد^۸ کردن، برداشتن توسط جریان الکتریسیته یا لیزر برمی دارند یا با کرم های شیمی درمانی موضعی (مثل کرم ۵-فلورواوراسیل) درمان می کنند.

زگیل ها

زگیل ها^۹، تومورهای خوش خیم و شایعی می باشند که توسط ویروس پاپیلومای انسانی که از خانواده ویروس های DNA دار است، ایجاد می شوند. امکان ابتلای تمام گروه های سنی وجود دارد، ولی به طور غالب بین سنین ۱۲ تا ۱۶ سال دیده می شود. انواع زیادی از زگیل ها وجود دارد.

۵ Curettage

3 Actinic keratoses

۷ Squamous cell carcinoma (SCC)

۸ Cryotherapy

6 Verrucae:warts

۱ Epidermoid cysts

۲ Pilar

۳ Trichilemmal cysts

۴ Electrodesication

دهند یا علامت دار شوند (خارش) یا لکه های دانه دار پیدا کنند باید برای تعیین وقوع تغییرات بدخیم برداشته شوند. خال هایی که در مناطق غیر معمول ایجاد شوند باید به دقت از نظر هر نوع بی قاعدگی و دانه دار شدن لکه ها و تغییر در رنگ مورد بررسی قرار گیرند. ملانوم اولیه ممکن است تا حدودی قرمزی، تحریک و مناطقی از پیگمانتاسیون آبی رنگ در جایی که سلول های حاوی رنگدانه بیشتر در عمق پوست نفوذ کرده اند، را نشان دهد. ملانوم ها ی مراحل نهایی دارای نواحی از رنگ پریدگی هستند که در آنجا سلول های حاوی رنگدانه تولید ملانین را متوقف کرده اند. خال های بزرگ تر از ۵ میلی متر باید به دقت معاینه شوند و خال برداشته شده باید از نظر هیستولوژی مورد آزمایش قرار گیرند.

کلوئیدها

کلوئیدها^۵ به دنبال رشد بیش از حد و خوش خیم بافت فیبروز در نواحی صدمه دیده یا محل به جا مانده از زخم ها ایجاد می شوند. به نظر می رسد در افراد سیاه پوست شایع تر باشند. کلوئیدها فاقد علامت بوده، اما ممکن است سبب بدشکلی و لطمه به زیبایی شوند. درمان آن ها که همیشه رضایت بخش نیست و شامل جراحی، تزریق درون ضایعه ای کورتیکواستروئیدها و پرتو درمانی می باشد.

درماتوفیبروما

درماتوفیبروما^۶ شایع و خوش خیم بافت همبند است که غالباً روی اندام ها ایجاد می شود. درماتوفیبروم به صورت پاپول یا ندول گنبدی شکل و سفت بوده که ممکن است به رنگ پوست یا قهوه ای متمایل به صورتی می باشد. درمان توصیه شده، بریدن و برداشتن آن است.

چارت ۴-۶۱. عوامل خطر ساز سرطان پوست

- بالغین کمتر از ۳۰ سال و بیشتر از ۵۰ سال
- مواجهه مزمن با اشعه ماورای بنفش / آفتاب
- سابقه خانوادگی سرطان پوست
- داشتن تعداد زیادی خال
- تاریخچه برنزه کردن در محل بسته
- سابقه آفتاب سوختگی

- 1 Pigmented Nevi
- 2 Keloids
- 3 Dermatofibroma

به عنوان یک قاعده، زگیل ها بدون علامت می باشند، به جز وقتی که در مناطق تحمل کننده وزن مثل کف پاها ایجاد شوند. ممکن است به صورت موضعی یا استفاده از لیزر، نیتروژن مایع، برچسب های حاوی اسید سالیسیلیک، خشک کردن با برق درمان شوند.

زگیل هایی که در ناحیه تناسلی و اطراف مخرج ایجاد می شوند با نام کوندیلوماتا^۱ آکومیناتا شناخته شده و ممکن است از طریق تماس جنسی انتقال یابند. درمان آنها با استفاده از نیتروژن مایع، جراحی با روش انجماد، الکتروسرجری، استعمال موضعی اسید تری کلرواستیک و تراشیدن انجام می گیرد. بیشتر کوندیلوماتاهایی که گردن رحم را مبتلا می کنند بیمار را مستعد به سرطان گردن رحم می نمایند.

آنژیوماها

آنژیوماها^۲ تومورهای عروقی خوش خیمی هستند که پوست و بافت های زیر جلدی را مبتلا می کنند. آنژیوماها از زمان تولد وجود داشته و ممکن است به شکل لکه های صاف با رنگ قرمز- بنفش (آنژیومای شرابی) یا به صورت ضایعات ندولار برجسته با رنگ قرمز روشن (آنژیومای نوزادی که سابقاً به عنوان آنژیوم توت فرنگی شناخته می شد) باشند. آنژیومای توت فرنگی^۳ در طی چند سال اول زندگی ممکن است تمایل به بهبود خود به خودی داشته باشد، اما آنژیوم شرابی معمولاً بدون تغییر باقی می ماند. اغلب بیماران برای پوشاندن این ضایعات از لوازم آرایشی استفاده می کنند. آنژیوم شرابی پاپولی عمقی، نرم، قرمز و کوچک است که در تنه اکثر بزرگسالان با بیش از ۳۰ سال سن دیده می شود. آنژیوم شرابی خوش خیم بوده و به طور کلی از نظر زیبایی مشکل ساز نیست.

خال های حاوی رنگدانه: مولها

خال ها^۴ تومورهای شایع پوستی بوده که اندازه های مختلف و رنگ هایی از زرد- قهوه ای تا سیاه دارند. آن ها ممکن است به صورت ضایعات صاف، ماکولار، پاپول های برجسته یا ندول هایی باشند که گاهی دارای مو هستند. اکثر خال های حاوی رنگ دانه، ضایعاتی بی ضررند. با این وجود در موارد نادر، تغییرات بدخیمی رخ داده و در محل خال یک ملانوما ظاهر می گردد. خال هایی که تغییری در رنگ یا اندازه نشان

- ۱ Condylomata acuminata
- ۸ Angiomas
- 9 Strawberry angioma

کارسینوم سلول های بازال و سنگفرشی

کارسینوم سلول های بازال (BCC) فراوان ترین سرطان پوست در ایالات متحده است. این سرطان به نرت با هر گونه ناتوانی مرتبط بوده و به ندرت باعث مرگ می شود. تخمین زده می شود که تا ۸۰٪ از سرطان های غیر ملانومایی پوست در بین مردان و تا ۹۰٪ از سرطان های غیر ملانومایی پوست در زنان از نوع سرطان سلول پایه باشد. اگرچه سرطان سلول سنگفرشی شیوع کمتری از سرطان سلول پایه دارد، اما دومین سرطان شایع در ایالات متحده است. اگر چه کمتر از ملانوم تهاجمی است اما این اعتقاد وجود دارد که هر ساله مسئول حداقل ۴۰۰۰ مرگ است.

تظاهرات بالینی

به طور کلی سرطان سلول های بازال (BCC) در نواحی در معرض تماس با آفتاب نظیر صورت، گردن، دست ها و پوست سر ظاهر می شود. BCC معمولاً به صورت ندول کوچک مومی با حاشیه های گرد و شفاف و مرواریدی رنگ آغاز شده و ممکن است تلائزکتازی مشهود باشد. همراه با رشد تومور، قسمت مرکزی آن زخمی شده و گاهی اوقات روی آن دلمه می بندد (شکل 61-5A). این تومور بیشتر در ناحیه ی صورت ظاهر می گردد. از مشخصات آن تهاجم و خوردگی بافت های مبتلا است. متاستاز این تومور نادر، ولی عود آن شایع است. البته، نادیده گرفتن ضایعه می تواند موجب از دست رفتن بینی، گوش یا لب گردد. انواع دیگر این سرطان ممکن است به شکل پلاک هایی صاف، براق، خاکستری یا زرد ظاهر شوند.

کارسینوم سلول های سنگفرشی (SCC) یک تکثیر بدخیم با منشأ اپیدرم می باشد. به طور معمول کراتوز آکتینیک پیشقراول آن است. اگر چه معمولاً در نواحی تحت تابش آفتاب پوست بروز می کند، ولی ممکن است از پوست سالم یا ضایعات پوستی قبلی منشأ بگیرد. این بدخیمی نگران کننده تر از سرطان سلول های بازال می باشد، زیرا واقعاً یک کارسینوم مهاجم بوده و در ۸-۴٪ موارد به وسیله جریان خون یا لنف متاستاز می دهد.

• سرکوب ایمنی

- افراد دارای پوست روشن، موی بلوند یا قرمز یا دارای چشمان آبی یا سبز
- این موارد عوامل خطر ساز خاص ملانوم هستند

نوروفیبروماتوز: بیماری وونرکلینگ هاوزن^۱

نوروفیبروماتوز اختلالی ارثی است که با لکه های رنگدانه دار (ماکول های شیرقهوه)^۲، کک و مک در زیر بغل و نوروفیبرومای پوستی در اندازه های مختلف تظاهر می کند. ممکن است تغییرات پیشرونده ای در سیستم عصبی، عضلات و استخوان ایجاد گردد. در برخی از بیماران تغییر شکل بدخیم نوروفیبروما روی می دهد.

تومورهای بدخیم پوست

سرطان پوست شایع ترین سرطان در ایالات متحده است. هر ساله تقریباً ۵ میلیون نفر در آمریکا برای سرطان پوست تحت درمان قرار می گیرند که هزینه سالیانه آن تقریباً ۱٫۸ بلیون دلار می شود (دپارتمان سلامت و خدمات انسانی). به علت قابل مشاهده بودن پوست، سرطان آن به آسانی مشخص شده و می توان به موقع مداخله کرد. با این وجود خدمات پیشگیرانه ایالات متحده اشاره می کند که یک شکاف در متون مبتنی بر شواهد در حمایت از این ادعا که کشف به موقع، میزان سرطان پوست را کم می کند وجود داشته و مطالعات بیشتری در این رابطه لازم است. مواجهه با اشعه ماورای بنفش (UV) از جمله خورشید و اشعه مصنوعی ماورای بنفش (مثل تخت های برنزه کننده علت قابل پیشگیری سرطان پوست است. میزان بروز آن با مقدار کل تماس با خورشید مرتبط است. آسیب خورشید تجمعی است و اثرات مضر ممکن است تا ۲۰ سال شدید باشد. اکثر سرطان های پوست بعد از یک دوره طولانی ۲۰ تا ۵۰ ساله بعد از مواجهه با اشعه ماورای بنفش ظاهر می شوند. بیش از ۹۵٪ تمام سرطان های پوست از جمله ملانوم و دو تا از شایع ترین سرطان های غیر ملانومایی (NMSCs) یعنی سرطان سلول پایه (BCC) و سرطان سلول پوشششی (SCC) می باشند.

^۲ Café' -au-lait macules

^۱ Von Recklinghausen's disease

ایجاد متاستاز به غدد لنفاوی بستگی دارد. درمان این دو سرطان شامل برداشت تومور با جراحیکه شامل جراحی میکروگرافیک^۱ Mohs، جراحی با جریان الکتریسیته، جراحی با انجماد می باشد. در بیمارانی که نامزد جراحی نیستند، راههای دیگری نظیر درمان با اشعه، فوتو دینامیک درمانی (PDT)^۲ یا کرم های شیمی درمانی موضعی از گزینه های موجود هستند.

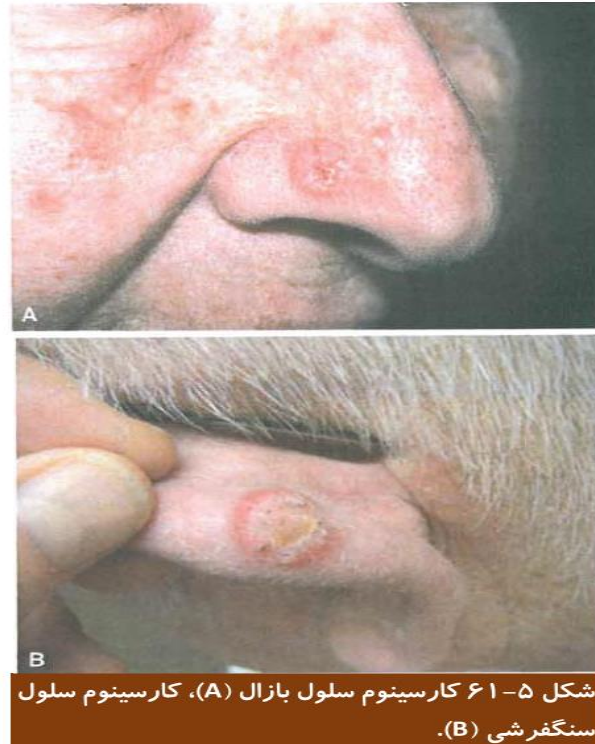
درمان جراحی

هدف اولیه برداشتن کامل تومور است. بهترین روش جهت حفظ زیبایی، برش جراحی در امتداد خطوط کشش پوست و مسیر خطوط آناتومیک طبیعی بدن است که از این طریق اثر زخم ها کمتر مشخص می شود. اندازه برش بستگی به اندازه و محل تومور داشته اما معمولاً نسبت طول به عرض آن ۳ به ۱ است.

کافی بودن اندازه برش جراحی با مطالعات میکروسکوپی نمونه های بریده شده تایید می گردد. در صورتی که تومور بزرگ باشد ممکن است جراحی ترمیمی با استفاده از پیوند پوست یا فلاپ پوستی انجام گیرد. محل برش لایه به لایه به هم دوخته می شود تا نتیجه بهتری از نظر زیبایی داشته باشد. برای محافظت زخم، از یک پانسمان فشاری روی آن استفاده می شود. اگر در حین جراحی، از روش های آسپتیک به طور صحیح استفاده شود معمولاً عفونت پس از برش ساده شایع نیست.

جراحی میکروگرافیک Mohs

این جراحی دقیق ترین روش جراحی است و به بهترین وجه بافت های سالم را حفظ می کند. در این روش، تومور لایه به لایه برداشته می شود. اولین لایه ای که برداشته می شود شامل تمام قسمت های قابل مشاهده تومور و حاشیه ی کوچکی از بافت های به ظاهر طبیعی اطراف آن است. نمونه باید منجمد شود و مورد بررسی قرار گیرد تا تعیین شود آیا تمام تومور برداشته شده است یا نه. در غیر این صورت، لایه های بیشتری بریده می شود. بنابراین جراحی موهز روشی است که برای نگهداری هر چه بیشتر بافت های سالم توصیه می گردد. میزان موارد معالجه شده SCC و BCC با این روش بالا بوده و از این جهت درمان انتخابی محسوب می گردد. این روش جراحی برای برداشتن تومورهای اطراف چشم، بینی، لب بالا، گوش و اطراف آن مؤثرترین شیوه است.



شکل ۵-۶۱ کارسینوم سلول بازال (A)، کارسینوم سلول سنگفرشی (B).

SCC به صورت توموری زبر، ضخیم و پوسته داربه نظر رسیده یا ممکن است بدون علامت بوده و یا همراه با خون ریزی باشد (شکل 2-5 B). حاشیه آن نسبت به تومور سلول های بازال پهن تر، با انفیلتراسیون بیشتر و ملتهب تر می باشد. عفونت ثانویه نیز ممکن است رخ دهد. مناطق باز بدن به خصوص اندام های فوقانی و صورت، لب پایین، گوش ها، بینی و پیشانی از نواحی شایع ابتلا هستند. پیش آگهی SCC به میزان ایجاد متاستازها بستگی دارد که خود با نوع بافت شناختی و میزان یا عمق تهاجم مرتبط می باشد. غدد لنفاوی منطقه مبتلا باید از نظر متاستاز بررسی شوند.

تدابیر درمانی

هدف از درمان ریشه کن کردن تومور است. روش درمان به نوع سلول، محل تومور و عمق آن، خواسته های بیمار در مورد زیبایی، تاریخچه درمان قبلی، مهاجم بودن تومور و

الکتروسر جری

این روش به مفهوم تخریب یا برداشتن بافت با استفاده از انرژی الکتریکی است به طوری که جریان برق به گرما تبدیل شده و توسط یک الکتروود سرد به بافت منتقل می گردد. ممکن است این روش با کورتاژ (برداشتن تومور پوستی با تراشیدن سطح آن توسط کورت) انجام شود. سپس با به کار بردن الکتروسیسته، خون ریزی را متوقف کرده و سلول های بدخیم باقیمانده در کف زخم یا لبه های آن را می سوزانند. این روش برای ضایعات با قطر کوچک تر از ۲-۱ سانتی متر (۰/۴ تا ۰/۸ اینچ) مفید واقع می شود.

در این روش، از این واقعیت بهره گرفته می شود که تومور همیشه نرم تر از بافت های اطراف خود است و می توان با کورت، وسعت ناحیه مبتلا را احساس و معین کرد. پس از برداشتن تومور، کف زخم را سوزانده و این فرایند دو بار تکرار می شود. به طور معمول التیام ظرف یک ماه حاصل می گردد.

جراحی با انجماد

در این روش تومور را با انجماد شدید بافت نابود می کنند. به این طریق که یک وسیله سوزنی ترموکوپل دار را داخل پوست قرار داده شده و نیتروژن مایع را به وسیله آن به طور مستقیم به مرکز تومور می فرستند تا دمای قاعده تومور به ۴۰- تا ۶۰- درجه سانتی گراد (۴۰- تا ۷۶- درجه فارنهایت) برسد. حسن نیتروژن مایع در این است که کمترین نقطه جوش را نسبت به سایر مواد منجمد کننده داشته، ارزان است و به آسانی تهیه می شود. در این روش ابتدا بافت توموری را منجمد کرده و اجازه می دهند تا ذوب شود و سپس دوباره آن را منجمد می کنند. دوباره منجمد می کنند. با این کار، ناحیه مورد عمل، ذوب شده و حالت ژلاتینی پیدا می کند که بعدا خود به خود بهبود می یابد. به دنبال عمل انجماد، تورم و ادم ایجاد می شود. ضایعه به وجود آمده ظاهری گوناگون دارد. التیام طبیعی ممکن است ۴ تا ۶ هفته به طول بینجامد و در مناطقی که خون رسانی خوبی دارند، سریع تر صورت می گیرد.

سایر روش های درمانی غیر جراحی

ممکن است برخی از بیماران سالمند، گزینه های درمان جراحی را به تعویق اندازند. به علاوه در برخی موارد ممکن است ضایعات وسیع بوده یا در محل هایی واقع شده باشند که برش جراحی بزرگ قابل انجام نباشد (مثل سرطان پلک، نوک بینی). در این موارد ممکن است درمان موضعی با اشعه

(فصل ۱۵ را ببینید) یا فوتودینامیک درمانی گزینه های موجه دیگری باشند. فوتو دینامیک درمانی عبارت از مالیدن (ALA_PDT-5) (Aminolevulinic acid) به ضایعه است، که متعاقبا با فعال سازی نوری با نور آبی برای تقریبا یک ساعت دنبال می شود. این اقدام اثر تخریب موضعی بر سلولهای نئوپلاستیک با نتایج خوب از نظر زیبایی دارد. استعمال موضعی کرم ۵- فلورواوراسیل (یک عامل شیمی درمانی) می تواند به عنوان یک راه دیگر برای درمان سرطان سطحی سلول پایه به کار رود.

بیمار باید از احتمال تاول زدن و قرمز شدن پوست بعد از هر یک از این درمان ها آگاه گردد. با تجویز پزشک می توان از یک پماد نرم کننده پوست برای تسکین ناراحتی استفاده نمود. باید به بیمار هشدار لازم برای اجتناب از آفتاب داده شود.

تدابیر پرستاری

به دلیل آن که بیشتر سرطان های پوست با روش جراحی برداشته می شوند. معمولا بیماران در بخش های جراحی سرپایی تحت درمان قرار می گیرند. نقش پرستار آموزش به بیمار برای پیشگیری از سرطان پوست (چارت ۵-۶۱) و مراقبت از خود بعد از درمان می باشد.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: معمولا جهت محافظت زخم از صدمات فیزیکی، محرک های خارجی و آلودگی ها آن را با یک پانسمان می پوشانند. به بیمار توصیه می شود که چه وقت برای تعویض پانسمان حاضر شود یا به او به طور کتبی و شفاهی در مورد چگونگی تعویض پانسمان از جمله نوع پانسمانی که باید تهیه نماید، چگونگی برداشت پانسمان قبلی، روش گذاشتن پانسمان جدید و اهمیت شستن دست ها قبل و بعد از تعویض پانسمان اطلاعات داده می شود.

به بیمار توصیه شود تا به خونریزی زیاد از موضع و سفت شدن پانسمان، که گردش خون محل را به مخاطره می اندازد، توجه نماید. در صورتی که ضایعه در اطراف دهان باشد، به بیمار گفته می شود تا مایعات را به وسیله نی نوشیده و حرکت صورت و صحبت کردن را محدود نماید. باید از انجام اقدامات درمانی روی دندان ها تا زمان التیام کامل ناحیه خودداری شود.

پس از کشیدن بخیه ها، ممکن است از یک کرم نرم کننده

کلاه های لبه پهن)

- هنگامی که بیرون هستید، به دنبال سایه بگردید.
- مراقب برف و آب به دلیل انعکاس اشعه آفتاب باشید.
- از ضد آفتاب استفاده کنید:
- از ضد آفتاب با فاکتور حفاظت آفتاب 15 (SPF) یا بالاتر در برابر اشعه ماورای بنفش A و B استفاده کنید.
- به طور کلی ضد آفتاب را ۲۰ دقیقه قبل از تماس با آفتاب (مثل بیرون رفتن از منزل) بمالید.
- هر دو ساعت یکبار و بلافاصله بعد از شنا کردن آن را دوباره بمالید.
- از ضد آفتاب های مخصوص لب با SPF 15 یا بالاتر استفاده کنید.
- از منابع مصنوعی اشعه ماورای بنفش (مثل تخت ها یا حمام های برنزه کننده) استفاده نکنید.
- به طور منظم پوست را کنترل کنید.
- خود آزمایی را هر ماه انجام دهید.
- در صورتی که بیشتر از ۵۰ سال سن دارید، ترتیب معاینه سالیانه توسط پزشک را بدهید.

ملانوم می تواند به یکی از شکل های مختلف: ملانوم با گسترش سطحی (SSM)، ملانوم لنتیگویی آکرال (LMN)، ملانوم ندولر (NM)، ملانوم لنتیگویی آکرال (ALM) و ملانوم لنتیگویی مخاطی (MLM) روی دهد (شکل ۶-۶۱). انواع ملانوم ویژگی های بافت شناسی خاصی دارند. با این وجود گزینه های درمانی را تعیین نمی کنند و با پیش آگهی های متفاوت مرتبط نیستند. در برخی موارد نادر ممکن است مانوم در چشم یا مخاط دستگاه گوارش یا ادراری-تناسلی ایجاد شود.

ملانوم ها در دو مرحله رشدی پخش می شوند: شعاعی و عمودی. در طی مرحله نخست رشد یعنی رشد شعاعی، ملانوم های پوستی تمایل به پخش به صورت شعاعی در لایه اپیدرم دارند. در این مرحله از رشد شعاعی تومور بیشترین پاسخ را به درمان می دهد. مرحله رشدی دوم یعنی رشد عمودی با رشد رو به پایین تومور به داخل لایه درم و سرانجام متاستاز مشخص می شود. ملانوم هایی که با سرعت بیشتری از رشد شعاعی به سمت رشد عمودی پیشرفت می کنند، انواع تهاجم تری بوده و پیش آگهی ضعیف تری دارند.

برای کمک به کاهش خشکی استفاده شود. اگر بیمار اوقاتش را در هوای آزاد می گذراند، برای جلوگیری از افزایش رنگدانه ها در موضع عمل شده، استفاده از موارد محافظ آفتاب در روی زخم توصیه می گردد.

پی گیری معاینات باید در فواصل زمانی منظم (معمولاً هر ۳ ماه یک بار برای مدت یک سال) انجام گیرد و باید شامل لمس غدد لنفاوی مجاور موضع عمل باشد. هم چنین باید به بیمار باید گفته شود که برای درمان هر خالی که در معرض تحریک و تماس مداوم قرار دارد، اقدام نماید و به علایم احتمالی بدخیمی خال ها که قبلاً توضیح داده شده است، توجه داشته باشد. اهمیت پی گیری ارزیابی ها در تمام مدت عمر مورد تاکید قرار می گیرد.

ملانوم

ملانوم، نئوپلاسم سرطانی است که با وجود سلول های رنگدانه ساز غیر طبیعی در اپیدرم و درم (وگاهی اوقات در سلول های زیر جلدی) مشخص می شود. اگرچه فقط مسئول ۲٪ از تمام سرطانهای پوست است، در اکثر موارد کشنده و مسئول تقریباً ۱۰۰۰۰ مرگ در سال است. اگر چه ممکن است بزرگسالان را در هر سنی گرفتار کند اما متوسط سن در هنگام تشخیص ۵۷ سال است. وفور آن در ۵۰ سالگی در بین زنان از مردان بیشتر است و با رسیدن به ۶۵ سالگی، در بین مردان دو برابر زنان است. عوامل خطر ساز ملانوم در چارت ۴-۶۱ اشاره شده است.

تظاهرات بالینی

ممکن است ملانوم به صورت تغییری در خال یا رشد جدید روی پوست که از ملانوسیت های اپیدرم پوست ناشی می شود خود را نشان دهد. ملانوم بدخیم به رنگ تیره، قرمز یا آبی و یا ترکیبی از این رنگ ها و با شکل نامنظم است و ممکن است با خارش، رشد سریع، زخم یا خونریزی همراه باشد. این نوع از بدخیمی غالباً در اندامهای انتهایی زنان و در تنه، گردن یا سر مردان دیده می شود.

چارت ۵-۶۱. ارتقاء سلامتی

پیشگیری از سرطان پوست

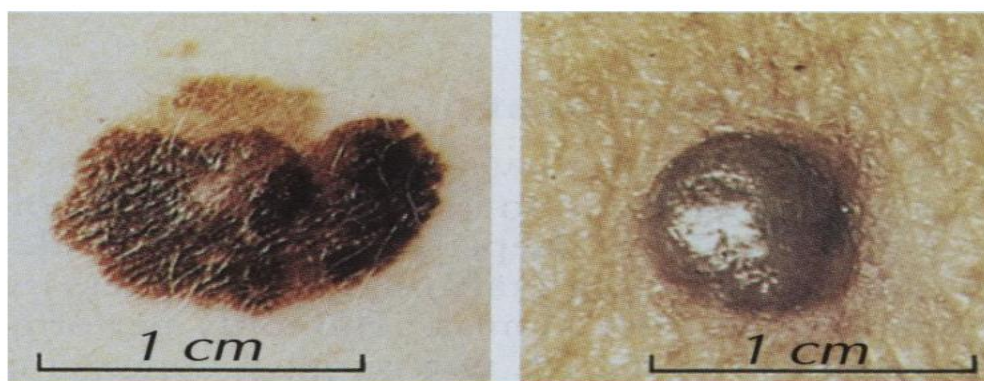
تماس با آفتاب را به حداقل برسانید:

- تا حد امکان بین ساعات ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر از آفتاب دوری کنید.
- البسه محافظ بپوشید (مثل لباس های آستین بلند،

بررسی و یافته های تشخیصی

نتایج بیوپسی، وجود ملانوم را تایید می نماید. نمونه بیوپسی که به طریق جراحی برداشته می شود، اطلاعاتی در مورد نوع، میزان تهاجم و ضخامت تومور فراهم می کند. نمونه برداشته شده باید دارای ۱ تا ۲ سانتی متر حاشیه از بافت سالم و قسمتی از بافت چربی زیر جلدی باشد تا برای مرحله

بندی تومور به مراحل درجا یا ملانوم اولیه و غیر مهاجم کفایت کند. زمانی که ضایعه مشکوک بزرگ تر از آن باشد که بتوان آن را با اطمینان و بدون به جا گذاشتن اثری وسیع برداشت، باید از بیوپسی به روش بریدن با چاقوی جراحی استفاده کرد. نمونه های به دست آمده از طریق تراشیدن یا کشیدن با سوزن از نظر بافت شناختی قابل اعتماد نمی باشند.



شکل ۶-۱ دو نوع از ملانوم بدخیم: ملانوم با انتشار سطحی (چپ) و ملانوم ندولی (راست).

مرحله ۱ بیماری (یعنی تومور کوچک تر از ۲ میلی متر ضخامت و بدون درگیری غدد لنفاوی یا متاستاز) بعد از تشخیص بقای پنج ساله بیش از ۹۲٪ دارند. در حالی که بیماران در مرحله ۲ بیماری (یعنی تومور کوچک تر از ۴ میلی متر ضخامت و بدون درگیری غدد لنفاوی یا متاستازها) و مرحله ۳ بیماری (یعنی تومور با هر ضخامت با درگیری غدد لنفاوی ولی بدون متاستاز) به ترتیب احتمال بقای پنج ساله بین ۵۳٪ و ۸۱٪ و بین ۴۰٪ و ۷۸٪ بعد از تشخیص بیماری دارند. پیش آگهی برای بیمارانی که در مرحله ۴ بیماری هستند (یعنی تومور با متاستازهای مرتبط دوردست) شوم است و بقای پنج ساله کمتر از ۲۰٪ است.

چارت ۶-۱. ارزیابی ABCDs خال ها

بررسی ABCDEs خال ها

ممکن است با استفاده از ویژگی های زیر ملانوم از خال خوش خیم تمیز داده شود.

A. برای عدم تقارن (assymetry)

دو طرف ضایعه یک جور به نظر نمی رسد. اگر یک خط

گرفتن یک شرح حال کامل و انجام معاینات بالینی باید شامل معاینه تمام پوست و لمس غدد لنفاوی تخلیه کننده موضع مبتلا باشد. به دلیل وقوع ملانوم در افراد یک خانواده، سابقه خانوادگی مثبت از نظر ملانوم مورد بررسی قرار گرفته و بستگان درجه اول او که ممکن است در معرض خطر ابتلا به ملانوم باشند، باید از نظر ضایعات غیر طبیعی، مورد ارزیابی قرار می گیرند. پس از اثبات تشخیص ملانوم، معمولاً گرفتن یک عکس از قفسه سینه، شمارش کامل گلبول های خون، پانل کامل شیمی خون با کراتی نین، آزمایشات عملکرد کبدی و لاکتات دهیدروژناز (LDH) انجام می شود. ممکن است در حضور بیماری متاستاتیک میزان لاکتات دهیدروژناز بالا باشد. بسته به نتایج این آزمایشات، ممکن است شکل برداری رزونانس مغناطیسی مغز، اسکن توموگرافی کامپیوتری قفسه سینه، شکم یا لگن و اسکن توموگرافی ساطع شدن پوزیترون از لنفاتیک ها برای تعیین وسعت بیماری ضرورت یابند.

مرحله بندی تومور از سیستم طبقه بندی TNM (تومور، غدد لنفاوی و متاستازها) تبعیت می کند و برای تعیین درمان مناسب و پیش آگهی مورد استفاده قرار می گیرد. بیماران در

تدابیر درمانی

درمان ملانوم به میزان تهاجم و عمق ضایعه بستگی دارد. برداشتن ضایعه با جراحی، روش انتخابی در ضایعات سطحی و کوچک است. ضایعات عمیق تر نیاز به جراحی وسیع تری در موضع مبتلا دارند که پس از آن ممکن است پیوند پیوست ضرورت یابد.

در این اواخر، درک بیشتر سلولهای بنیادی ملانوم اشاره می کند که درمانهای موثر باید برای هر بیمار فردی باشد. مشاهده اینکه ۱٪ از تمام بیماران مبتلا به ملانوم جهش ژنتیکی BRAF داشته اند در راهنمایی هدف گیری درمان مفید واقع شده است. مشاهدات بالینی موید این است که درمان های تک دارویی به ندرت قادر به ایجاد اثرات بالینی چشم گیر و مفید می باشند. زیرا ماهیت مولکولی ملانوم پیچیده بوده و نیاز به تعریف جدیدی از تغییرات سلولی در افراد داریم.

بیماران دچار مرحله ۲ یا ۳ تومور در معرض خطر عود محسوب شده و برای آنها به طور معمول مقادیر بالای اینترفرون آلفا-۲ به طور وریدی برای ۴ هفته که متعاقبا برای ۴۸ هفته دیگر با دوز زیر جلدی ادامه می یابد، تجویز می شود. این عامل ایمنی درمانی مکمل با کاهش میزان عود و بهبود بقای کلی همراه است. تعدادی از بیماران دچار مرحله ۳ تومور ممکن است از دریافت آنتی بادی منوکلونال، ایپی لیموماب^۱ نفع ببرند این دارو سلولهای T بیمار را مجهز می کند. به طوری که آنها در شناسایی و کشتن سلولهای توموری ماهر تر می شوند.

آنتی بادی های منوکلونال برای مراحل بعدی تومورها (یعنی آخر مرحله ۳ و مرحله ۴) شامل پمبرولیزوماب^۲ و نیوولوماب^۳ می باشد. این داروها با رگرسیون تومور مرتبط اند. سایر درمانها ممکن است شامل عوامل شیمی درمانی سنتی نظیر داکاربازین یا درمانهای بیماران دچار بیماری پیشرفته از جمله اینترلوکین ۲ و عامل محرک کلونی گرانولوسیتی-ماکروفاژی باشد.

فرایند پرستاری بیمار مبتلا به ملانوم

بررسی

بررسی بیمار مبتلا به ملانوم بدخیم مبتنی بر تاریخچه بیمار و علائم بیماری است. از بیمار به طور خاص در مورد خارش،

فرضی از وسط ضایعه به پایین کشیده شود، دو نیمه آن شبیه یکدیگر نخواهند بود.

ضایعه دارای سطحی نامنظم با برآمدگی های متغیر قابل لمس و قابل مشاهده است (توپوگرافی نامنظم).. هر تغییری در سطح ضایعه (از نرم شدن تا پوسته ریزی) باید مورد توجه قرار گیرد.

B. برای حاشیه نامنظم (Border)

فرورفتگی های زاویه دار یا دندانهای متعدد در حاشیه ضایعه وجود دارد.

حاشیه ضایعه نامعلوم و نامشخص است. مثل اینکه با مداد پاک کن پاک آن را محو کرده باشند.

C. برای تنوع رنگ (Color)

خال های طبیعی معمولا رنگی یکنواخت از قهوه ای روشن تا متوسط دارند. تیره تر بودن رنگ دال بر نفوذ عمیق تر ملانوسیت ها به داخل درم است.

رنگ هایی که اگر در یک ضایعه منفرد با هم دیده شوند، ممکن است دال بر بدخیمی باشند عبارت از درجاتی از قرمز، سفید و آبی است. رنگ های آبی را شوم و بدفراجم تلقی می کنند.

نواحی سفید در یک ضایعه رنگدانه دار، مشکوک به حساب می آیند.

با این حال، برخی از ملانوم های بدخیم رنگ های مختلف نداشته و دارای رنگی یکدست هستند که ممکن است آبی - سیاه، آبی - خاکستری یا آبی - قرمز باشند.

D. برای قطر (Diameter)

قطر بیشتر از ۶ میلی متر (درحدود اندازه پاک کن ته مداد) مشکوک تر به حساب می آید، اگرچه این یافته بدون سایر علائم اهمیتی ندارد. بسیاری از خال های خوش خیم بیشتر از ۶ میلی متر رشد می کنند، درحالی که برخی از ملانوم های اولیه کوچک تر از این اندازه هستند.

3 Nivolumab (Opdivo)

1 Ipilimumab (Yervoy)

2 Pembrolizumab (Keytruda)

انتشار متاستاز را افزایش می دهد و توجه خاصی را اقتضا می کند. مراقبت پرستاری از بیمار تحت جراحی در این نواحی، در فصول مربوط شرح داده شده است.

اقدامات پرستاری پس از عمل جراحی ملانوم بدخیم، به این دلیل که احتمال دارد جراحی وسیع باشد، بر پیشبرد راحتی بیمار متمرکز است. در صورتی که برداشت ملانوم با جراحی نقایص بزرگی ایجاد کرده باشد، ممکن است پیوند پوستی با ضخامت نسبی یا پیوند تمام ضخامت پوستی ضرورت پیدا کند. پیش بینی نیاز بیمار به مسکن مناسب و در اختیار قرار دادن آن حائز اهمیت است.

کاهش اضطراب

در صورتی که به دنبال جراحی، بدشکلی ایجاد شود، حمایت روانی از بیمار ضرورت دارد. این حمایت ها شامل اجازه به بیمار برای بیان احساساتش درباره وخامت نتوپیلاسم پوستی، درک کردن خشم و افسردگی بیمار و ابراز درک این احساسات به بیمار می باشد. در طی مراحل تشخیصی و تعیین عمق، نوع و وسعت تومور، پرستار به سوالات بیمار پاسخ داده، اطلاعات ارایه می کند و به زدودن تصورات غلط از ذهن او کمک می کند. دانستن این که او مبتلا به ملانوم است، موجب ترس و خشم قابل توجهی در بیمار می شود. تعیین منابع حامی بیمار، سازوکار های تطابقی مؤثر وی در گذشته و سیستم های حمایت اجتماعی به بیمار کمک می کند با تشخیص بیماری خود، نیاز به درمان و تداوم پیگیری- های بعدی سازش حاصل کند. اعضای خانواده بیمار باید در تمام جلسات حضور داشته باشند تا روشنی اطلاعات ارایه شده را تایید کنند، سوالاتی را که بیمار میلی به پرسیدن آنها ندارد را مطرح کنند و از بیمار حمایت عاطفی به عمل آورند.

پایش و مدیریت عوارض احتمالی

متاستاز ارتباط تنگاتنگی با پیش آگهی ملانوم دارد، به طوری که هر قدر ملانوم عویق تر و ضخیم تر (ضخامت بیشتر از ۴ میلی متر) باشد، احتمال متاستاز نیز بیشتر است. نقش پرستار در مراقبت از بیمار دچار متاستاز، فراهم آوردن مراقبتی جامع است. پرستار باید درباره مؤثر ترین درمان های متداول اطلاعاتی داشته باشد و باید مراقبتی توأم با حمایت ارایه کند. اطلاعات روشنی درباره ی درمان و دلایل منطقی تحت درمان قرار دادن بیماری ارایه کند و اثرات جانبی احتمالی درمان و راه های کنترل آن ها را مشخص نماید. همچنین بیمار و خانواده اش را از نتایج مورد انتظار درمان آگاه کند. پرستار نشانه هایی را که ممکن است دلالت بر متاستاز داشته باشند را تحت نظر گرفته و ثبت می نماید که این نشانه ها

حساسیت و درد که از مشخصات خال های خوش خیم نیست، سوال می شود. هم چنین از بیمار در مورد تغییرات در خال های قبلی خود یا ایجاد خال ها یا ضایعات پیگمانته جدید سوال می شود. افراد در معرض خطر به دقت بررسی می شوند.

از عدسی بزرگ کننده و نور خوب برای مشاهده پوست از نظر نامنظمی و تغییرات در خال ها استفاده می شود. نشانه هایی که مطرح کننده تغییرات بدخیم هستند، مطابق ABCDs خال ها می باشند (چارت ۶-۶۱).

محل های شایع ملانوم عبارت از پوست پشت و ساق ها (خصوصاً در زنان)، بین انگشتان و روی پا، صورت، پوست سر، ناخن انگشتان و پشت دست ها است. در افراد تیره پوست، بیشتر احتمال دارد که ملانوم در محال هایی که رنگدانه کمتری دارند مثل کف دست ها، کف پاها، نواحی زیرناخن و غشاهای مخاطی، ایجاد شود. ضایعات اقماری (یعنی آنهایی که نزدیک خال هستند) مورد مشاهده قرار می گیرند.

تشخیص های پرستاری

بر اساس داده های به دست آمده از بررسی پرستاری، ممکن است تشخیص های اصلی پرستاری شامل موارد زیر باشد:

۱. درد حاد در رابطه با جراحی و پیوند پوستی
۲. اضطراب در رابطه با احتمال بروز عواقب تهدید کننده ملانوم برای زندگی و بد شکلی ظاهری
۳. کمبود آگاهی در مورد علایم اولیه ملانوم

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی

عوارض احتمالی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- متاستاز

برنامه ریزی و اهداف

اهداف اصلی بیمار می تواند شامل تسکین درد و ناراحتی، کاهش اضطراب، افزایش آگاهی از علایم اولیه ملانوم و فقدان عوارض باشد.

اقدامات پرستاری

تسکین درد و ناراحتی

برداشتن ملانوم نواحی مختلف بدن با روش جراحی با چالش های گوناگونی رو به رو است. برداشتن ملانوم اولیه که باید از عروق لنفاویک و عقده های لنفاوی جدا شود، احتمال

۲. کمتر مضطرب است.
 الف) ترس ها و تخیلات خود را بیان می کند.
 ب) در مورد وضعیت پزشکی خود سوالاتی می کند.
 پ) درخواست بیان حقایق مربوط به ملانوم را دارد.
 ت) حمایت و آسایش فراهم شده توسط اعضای خانواده و سایر افراد ارزشمند را درک می کند.
 ۳. درک خود از راه های تشخیص و پیشگیری از ملانوم را نشان می دهد.
 الف) چگونگی انجام خودآزمایی ماهیانه پوست را نمایش می دهد.
 ب) علایم خطر ملانوم را به شرح زیر بیان می کند:
 تغییر در اندازه، رنگ، شکل یا حاشیه ها، سطح یا پوست اطراف خال
 پ) روش های محافظت خود از مواجهه با آفتاب را می شناسد.

۴. عدم وجود عوارض را تجربه می کند.
 الف) علائم و نشانه های غیر طبیعی را که باید به پزشک اطلاع دهد را می شناسد.
 ب) روش های توصیه شده برای پی گیری و راه های پیشگیری را می پذیرد و رعایت می کند.

تومورهای متاستاز دهنده به پوست

پوست، محلی مهم ولی غیر شایع برای سرطان های متاستازدهنده است. تمام انواع سرطان ها ممکن است به پوست متاستاز بدهند. سرطان هایی با تمایل متاستاز به پوست عبارتند از: ملانوما و سرطان های سینه، سینوس های بینی، حنجره و حفره دهان. از بین اینها، متاستازهای پوستی از سرطان سینه بیش از همه مشاهده می شود که مسئول ۳۰٪ از تمام موارد است. نمای بالینی ضایعات متاستاز یافته به پوست، اختصاصی نیست و شاید فقط در بعضی از موارد سرطان پستان، پوست ناحیه مبتلا به طور پراکنده سفت و توپر می شود. در اغلب موارد، ضایعات متاستاز یافته به پوست به صورت ندول های متعدد جلدی و زیر جلدی و با اندازه های متفاوت بوده که ممکن است به رنگ پوست یا درجات مختلفی از رنگ قرمز باشند.

در ریه عبارتند از (تنفس مشکل، کوتاهی نفس، افزایش سرفه)، در استخوان (درد، کاهش حرکت و عملکرد، شکستگی های مرضی) و در کبد (تغییر در مقادیر آنزیم های کبدی، درد، زردی). مراقبت پرستاری مطابق با نشانه های بیمار و نیازهای عاطفی وی برنامه ریزی می شود. اگرچه امکان معالجه ی ملانوم بدخیم متاستاز یافته، ضعیف است، پرستار ضمن حفظ نگرش واقع بینانه نسبت به بیماری و نتیجه نهایی، بیمار را به امید داشتن ترغیب می کند. گذشته از آن، پرستار فرصتی را برای بیمار فراهم می آورد تا او ترس ها و نگرانی هایش را درمورد فعالیت ها روابط آینده اش بیان کند و اطلاعاتی در مورد گروه های حمایتی و افرادی که می تواند با آنها تماس برقرار نماید، ارایه کرده و در صورت لزوم، ترتیبی برای مراقبت تسکینی و رفتن به آسایشگاه های مخصوص بیمارانی که روزهای آخر زندگی را می گذرانند، می دهد.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: آموزش به بیماران برای توجه به علایم زودرس سرطان پوست، بهترین امید برای کاهش بروز آن است. بیماران در معرض خطر باید یاد بگیرند که پوست سر و بدن خود را ماهیانه و با روشی منظم مورد معاینه قرار دهند و در صورت کشف هر تغییر، درصدد رسیدگی فوری برآیندآکادمی درماتولوژی آمریکا (AAD) منابع چند رسانه ای را در مورد خودآزمایی پوست ارایه می کند (بخش منابع در انتهای این فصل را ببینید). پرستار هم چنین باید خاطر نشان کند که عامل کلیدی در ایجاد ملانوم بدخیم قرار گرفتن در معرض آفتاب است. از آنجایی که تصور می شود ملانوم زمینه ژنتیکی دارد، افراد خانواده بیمار نیز باید مثل او راه های اجتناب از قرار گرفتن در معرض آفتاب و اهمیت بررسی سالانه توسط ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی را یاد بگیرند.

ارزشیابی

نتایج مورد انتظار ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. تسکین درد و ناراحتی را تجربه می کند.
- الف) کم شدن درد را بیان می کند.
- ب) التیام زخم جراحی را بدون علایمی از گرما، قرمزی یا تورم نشان می دهد.

سارکوم کاپوزی

سارکوم کاپوزی^۱ (KS) بدخیمی سلول‌های اندوتلیال عروق خونی کوچک است. KS از لحاظ بالینی با ضایعاتی مشخص می‌شود که روی پوست، حفره دهان، مجرای گوارشی و ریه ها ظاهر می‌گردند. ضایعات پوستی به اشکال ماکول، پلاک یا ندول‌های قرمز ارغوانی تا آبی تیره هستند. KS به چهار دسته زیر تقسیم می‌شود:

- سارکوم کاپوزی کلاسیک که بیشتر در مردان مسن نواحی مدیترانه یا نژاد یهودی دیده می‌شود. بیشتر این بیماران دارای ندول‌ها یا پلاک‌هایی در اندام‌های تحتانی هستند که به ندرت از محل خود متاستاز می‌دهند. سارکوم کاپوزی کلاسیک مزمن، نسبتاً خوش خیم و به ندرت کشنده است.

- KS آندمیک (آفریقایی) که بیشتر در ساکنین نیمه شرقی آفریقا و نزدیک به خط استوا مشاهده می‌گردد. اغلب مردان بیشتر از زنان مبتلا می‌شوند و کودکان نیز می‌توانند به این بیماری دچار شوند. این نوع سارکوم کاپوزی ممکن است شبیه به سارکوم کاپوزی کلاسیک باشد و یا ممکن است نفوذ کرده و به اشکال دچار لنفاد نوپاتی پیشرفت نماید.

- سارکوم کاپوزی ایاتروژنیک/ مرتبط با پیوند عضو در دریافت کنندگان عضو و در بیماران دریافت کننده طولانی مدت داروهای سرکوب کننده‌های ایمنی نظیر آزاتیوپورین، سیکلوسپورین یا کورتیکواستروئیدها (مثل پردنیزون) ایجاد می‌شود.

- سارکوم کاپوزی مرتبط با ایدز یا اپیدمیک در افراد دچار ایدز روی می‌دهد. همراه با سیستم ایمنی تضعیف شده، در بیماران پیوندی و در بیماران مبتلا به ایدز روی می‌دهد. این نوع از سارکوم کاپوزی با ضایعات موضعی پوستی و بیماری‌های پوستی-مخاطی و احشایی منتشر، مشخص می‌شود. این نوع از بیماری نسبت به سایر انواع تهاجمی‌ترین نوع تومور است. اطلاعات بیشتر در مورد سارکوم کاپوزی مرتبط با ایدز را در فصل ۳۶ ببینید.

روش‌های پلاستیک، ترمیمی و زیبایی پوست

واژه پلاستیک از کلمه یونانی به معنی درست کردن و شکل دادن گرفته شده است. رویه‌های جراحی پلاستیک یا به

منظور ترمیم یا برای رفع نقایص مادرزادی یا اکتسابی و اعاده یا بهبود عملکرد و شکل بدن انجام می‌گیرد. اغلب، واژه‌های جراحی پلاستیک و جراحی ترمیمی به جای هم به کار می‌روند. این نوع جراحی شامل بستن زخم‌ها، برداشتن تومورهای پوستی، ترمیم سوختگی یا صدمات بافت نرم، اصلاح تغییر شکل‌ها و ترمیم نقایص زیبایی می‌باشد. از جراحی پلاستیک می‌توان در ترمیم بسیاری از قسمت‌های بدن و شماری از ساختارهای آن همانند استخوان، غضروف، چربی، فاسیا، غشای مخاطی، عضله، عصب و ساختارهای پوست استفاده کرد. پیوند و کار گذاشتن استخوان برای تغییر شکل‌ها و جوش نخوردن استخوان انجام می‌شود. عضله را می‌توان جابه‌جا کرد، عصب را می‌توان ترمیم و پیوند نمود و غضروف را می‌توان تعویض کرد. یکی دیگر از این اعمال مهم، جراحی ترمیم بافت‌های پوستی اطراف گردن و صورت است که معمولاً به آن جراحی زیبایی^۲ گفته می‌شود.

پوشاندن زخم‌ها: گرافت‌ها و فلاپ‌ها

از روش‌های جراحی مختلفی شامل گرافت (پیوند)^۳ و فلاپ (زبانه‌های پوستی)^۴ پوستی برای پوشاندن زخم‌های پوستی استفاده می‌شود.

گرافت‌های پوستی

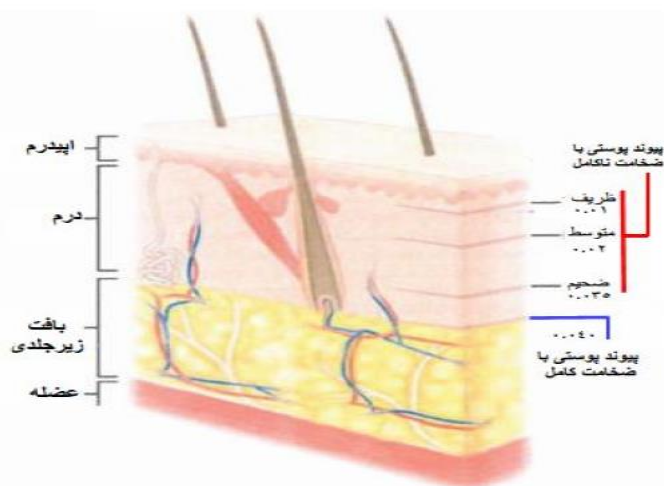
پیوند پوستی روشی است که در طی آن قطعه‌ای از پوست از بستر عروقی خود جدا شده و به عنوان بافتی آزاد به ناحیه‌ای دورتر (ناحیه گیرنده) منتقل می‌گردد. تقریباً برای ترمیم هر نوع زخمی می‌توان از گرافت پوست استفاده کرد و شایع‌ترین شکل جراحی ترمیمی، استفاده از گرافت است. از گرافت‌های پوستی به طور شایع برای ترمیم نقایص جراحی نظیر نقایص ناشی از برداشتن تومورهای پوست، پوشاندن نواحی فاقد پوست و ترمیم زخم‌هایی که پوست موضع خودشان برای بستن آن ناحیه کافی نیست (مثل سوختگی‌ها) استفاده می‌شود. هم‌چنین در مواردی که زود بسته شدن زخم خطر ایجاد بعضی از عوارض را افزایش می‌دهد و یا با عملکرد عضو تداخل می‌یابد نیز به کار می‌رود. گرافت‌های پوستی را می‌توان به انواع اتوگرافت^۵ (پیوند

4 Flaps
1 Autograft

1 Kaposi's sarcoma
2 Cosmetic surgery
3 Grafts

دیگر این پیوند، آلوژنیک یا آلوگرافت است. پیوند گزنوگرافت یا هتروگرافت، بافت گرفته شده از سایر گونه ها است. گزنوگرافت متداول برای انسان از خوک به دست می آید.

خودی)، هوموگرافت^۱ (پیوند همگون) و گزنوگرافت یا^۲ (پیوند ناهمگون) طبقه بندی کرد. پیوند خودی بافتی است که از پوست خود بیمار برداشته شده است. پیوندهای همگون عبارت از بافت گرفته شده از عضوی از همان گونه است. نام



شکل ۶۱-۷ لایه های مناسب پوست برای پیوند با ضخامت نسبی و پیوند تمام ضخامت

کارگذاری گرافت

گرافت پوست، از دهنده یا بخشی از پوست میزبان گرفته شده و روی محل مورد نظر موسوم به محل گیرنده یا بستر گرافت گذاشته می شود. برای آن که گرافت زنده مانده و موثر واقع شود، شرایط خاصی باید برآورده شود:

- محل گیرنده باید خون رسانی کافی داشته باشد تا قادر به از سرگیری عملکرد فیزیولوژیک طبیعی باشد.
- گرافت باید در تماس نزدیک با بستر خود قرار گیرد تا از تجمع خون یا مایع بین گرافت و محل گیرنده جلوگیری شود.
- گرافت باید به طور محکم ثابت شود (بی حرکت شود) تا در محل گیرنده گرافت باقی بماند.
- ناحیه باید عاری از عفونت باشد.

پیوندها را همچنین می توان بر اساس ضخامتشان نامگذاری کرد. گرافت پوستی ممکن است بسته به مقدار درم موجود در نمونه برداشته شده با ضخامت نسبی (یعنی نازک، متوسط و کلفت) یا تمام ضخامت باشد. گرافت با ضخامت ناکامل (نسبی) را می توان در ضخامت های مختلف برید و معمولاً برای پوشاندن زخم ها یا نقایص بزرگی که استفاده از پیوند تمام ضخامت یا فلاپ غیر عملی باشد، استفاده کرد (تصویر ۶۱-۷). پیوند تمام ضخامت، شامل اپیدرم و تمامی درم بدون چربی زیرجلدی است و در پوشاندن زخم هایی که بزرگتر از حدی باشند که نتوان با کشیدن لبه زخم آن ها را به طور مستقیم بست، به کار می رود.

انتخاب محل دهنده

محلی که پوست سالم از آن گرفته می شود، محل دهنده نامیده می شود. انتخاب محل دهنده پوست براساس جور شدن رنگ و ساختار پوست محل جراحی و تا حد امکان باقی گذاشتن حداقل اسکار انجام می شود.

3 Xenograft (Heterograft)

2 Allograft

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

هم محل دهنده و هم محل گرافت شده باید به دلیل حساس بودن خصوصا نسبت به آسیب های حرارتی، باید از تغییر شدید درجه حرارت، ضربات وارده و نور خورشید محافظت شوند.

هنگامی که گرافت در محل گیرنده گذاشته شد، ممکن است بخیه زده شود یا ممکن است سوراخ دار شده و کشیده شود تا ناحیه وسیع تری را بپوشاند. فرایند بازسازی عروقی (برقراری جریان خون) و الحاق گرافت پوستی به بستر گیرنده به گرفتن پیوند موسوم است. پس از قرار دادن یک گرافت در محل، ممکن است روی آن باز گذاشته شود (در نواحی که بی حرکت کردن موضع غیر ممکن است) یا با پانسمان سبک یا پانسمان فشاری بسته به ناحیه ای از بدن که در آنجا قرار گرفته‌اند، پوشانده شود.

تدابیر پرستاری

پرستار باید مطمئن شود که هر دو محل جراحی شده و محل دهنده، تحت مراقبت دقیق پس از عمل قرار گیرند. محل جراحی شده با پوست به دست آمده پوشانده شده و محل دهنده از طریق ایی تلیزاسیون مجدد درم التیام می یابد. هر دو محل در حین التیام با پانسمان هایی پوشانده می شوند. پیشگیری از عفونت در تمام مراحل های جراحی شده اساسی است. هر دو موضع را می توان با کرم (مثل لانولین) نرم و انعطاف پذیر نگه داشت.

فلاپ ها (زبانه های پوستی)

نوع دیگری از پوشش زخم به وسیله ی فلاپ ها فراهم می گردد. فلاپ قطعه ای از بافت است که یک انتهای آن (به نام پایه یا ساقه)^۱ در محل خود متصل باقی مانده و انتهای دیگر به محل گیرنده حرکت داده می شود. بقای فلاپ به عملکرد شریان ها و وریدها برای خونرسانی و تخلیه لنفاوی از طریق پایه یا ساقه آن وابسته می باشد. تفاوت فلاپ و گرافت در این است که قسمتی از فلاپ به بافت منشاء خود متصل است تا خونرسانی آن حفظ گردد به استثنای فلاپ آزاد که بعدا شرح داده می شود.

فلاپ ها ممکن است شامل پوست، مخاط، عضله، بافت چربی، صفاق و استخوان باشند. از آن ها برای پوشاندن زخم و جبران بافت از دست رفته به ویژه وقتی استخوان، زردپی، رگ های خونی و اعصاب نمایان شده باشند، استفاده می شود. فلاپ ها برای ترمیم نقایص مادر زادی، نقایص ناشی از صدمات یا به دنبال برداشتن تومور (معمولا توسط بریدن) در بافت های مجاور آن، به کار می روند.

فلاپ ها راه حلی برای زیبایی هستند، زیرا یک فلاپ رنگ و بافت ناحیه دهنده را حفظ نموده، احتمال بقاء آن بیشتر از گرافت است و با آن می توان اعصاب، تاندون ها و عروق خونی را پوشاند. با این وجود برای انتقال یک فلاپ معمولا چند عمل جراحی لازم است. عارضه اصلی فلاپ گذاری، نکروز پایه یا ساقه آن به دلیل نارسایی گردش خون می باشد. استفاده از فلاپ های آزاد^۲ یا انتقال بافت آزاد، پیشرفت نوینی در جراحی ترمیمی بوده که با استفاده از روش های میکروسکوپی پیوند عروق صورت می گیرد. فلاپ آزاد بافتی است که به طور کامل از موضع خود جدا شده و به محل دیگری از بدن منتقل می شود، سپس عروق آن با عروق محل گیرنده به طور میکروسکوپی پیوند داده می شود تا خونرسانی اولیه آن تامین گردد. در این روش، تمامی عملیات در یک مرحله انجام شده و نیازی به جراحی های پیاپی برای انتقال فلاپ نمی باشد. جراحی میکروسکوپی پیوند به جراح امکان می دهد از مناطق دهنده گوناگون برای بازسازی کردن بافت های صدمه دیده استفاده نمایند.

رویه های زیباسازی

لایه برداری پوست صورت با مواد شیمیایی^۳

این روش عبارت از استعمال ترکیب شیمیایی روی صورت است که به منظور تخریب سطحی اپیدرم و لایه های بالایی درم برای درمان چروک های ظریف، کراتوزها و مشکلات مربوط به رنگدانه استفاده می شود. این روش به خصوص برای چروک های اطراف لب بالا و پایین، پیشانی و دور چشم مفید است. نوع ماده شیمیایی بستگی به عمق در نظر گرفته شده برای لایه برداری دارد. بیمار هوشیار بوده و احساس سوزشی می کند که برای ۲۴-۱۲ ساعت ادامه خواهد داشت. شایع ترین عارضه انجام این رویه، عبارت از تغییر رنگ پوست، عفونت ناحیه دچار سوختگی، تغییرات حسی پایدار یا

^۳ Chemical face peeling

^۱ Bass or pedicle

^۲ Free flaps

می گذارد، عمل بازسازی اغلب تجربه احساسی بزرگی برای بیمار محسوب می شود.

پوست کشتی صورت^۴

ریتیدکتومی^۳ (کشیدن پوست صورت)، نوعی رویه جراحی است که چین خوردگی های بافت نرم را بر طرف کرده و چروک های پوستی را به حداقل می رساند. این عمل برای جوان تر شدن صورت می گیرد. دادن آمادگی روحی و روانی به بیمار برای درک محدودیت های این جراحی و این واقعیت که معجزه ی جوانی دوباره، رخ نخواهد داد، ضرورت دارد. همچنین به بیمار آگاهی داده می شود که پس از برداشتن پانسمان ها، صورت وی ظاهری کبود و متورم دارد و ممکن است چند هفته طول بکشد تا ورم آن فروکش کند. بعد از عمل ممکن است برای به حداقل رساندن ادم، کورتیکواستروئیدها (مثل متیل پردنیزولون) و ویتامین ث تجویز شوند. ممکن است هم چنین پس از عمل، آنتی بیوتیک های پیشگیرانه نظیر سفالکسین (کفلکس) داده می شوند.

لیزر درمانی در ضایعات پوستی

لیزر، ابزاری است که انرژی بسیار تخصصی را تولید یا آن را تشدید می کند. وقتی در یک دامنه باریک متمرکز شوند، قادر به به حرکت درآوردن گرما و انرژی بوده و ابزارهای با ارزشی در انجام رویه های درمانی پوستی می باشند. انواع لیزرهایی که امروزه برای این هدف به کار می روند عبارتند از: لیزر دی اکسید کربن، لیزر پالس دی اکسید کربن، لیزر پالس دی اکسید کربن، لیزر پالس اربیوم/یتریوم-آلومینیوم (Er:YAG)، لیزر فراکشنال Er:YAG، لیزر ترکیبی دی اکسید کربن و Er:YAG و لیزر فراکشنال فوتوترمولیز.

هر کدام از این لیزرها، ابزار جراحی دقیقی هستند که برای بخار کردن و برداشتن بافت با حداقل آسیب به کار می روند. به دلیل توانایی اشعه لیزر در بستن عروق خونی و لنفی و ایجاد موضعی خشک، انجام بسیاری از رویه های جراحی را سریع تر و آسان تر می کند. به همین دلیل استفاده از آن در بیمارانی که اختلالات خونریزی دهنده دارند یا داروهای ضد انعقاد دریافت می کنند ایمن می باشد. از لیزر به طور اولیه برای بهبود ظاهر چروک های صورت استفاده می شود، هر چند برای برداشتن خال های اپیدرم، خالکوبی ها، برخی از

خارش و در پاره های موارد باقی ماندن دائمی اسکار روی پوست است.

پوست سایي

پوست سایي^۱ نوعی تراشیدن پوست است که برای اصلاح آثار آکنه، پیری و صدمات پوستی ناشی از آفتاب به کار می رود. برای انجام این کار از وسایل مخصوص (برس سیمی برقی، صفحات دنداندار الماسی یا چرخ های دنداندار) استفاده می شود، به طوری که اپیدرم و قسمت سطحی از درم برداشته می شود و مقدار کافی از درم برای اپی تلیال سازی مجدد مناطق ساییده شده، بر جای خود باقی گذاشته می شود. بهترین نتایج این روش در ناحیه صورت دیده می شود که از نظر عناصر اپی تلیالی داخل درمی سازی، غنی می باشد.

به طور معمول برای بیماران با سابقه عفونت ویروسی هرپس سیمپلکس، قبل از انجام این رویه از داروهای ضد ویروس پیشگیرانه (مثل والاسیکلوویر[والترکس]) تجویز می شود تا استرس انجام رویه باعث بروز بثورات پوستی هرپس نگردد. ممکن است کرم تره تینوئین (Renova) با دستور استفاده از ۲-۳ هفته قبل از عمل تجویز شود. این کرم با تسهیل تشکیل مجدد اپیتلیال متعاقب پوست سایي ارتباط دارد. قبل از انجام این رویه باید به بیماران در مورد چگونگی تعویض پانسمان بعد از عمل و هنگام مراجعه برای تعویض پانسمان توسط پزشک آموزش داده شود.

جراحی ترمیمی صورت

رویه های ترمیمی روی صورت، به فراخور نیاز بیمار و نتایج مورد نظر انجام می شوند. این رویه ها برای ترمیم بدشکلی ها یا اعاده عملکرد طبیعی انجام می شوند. تنوع این روش ها از پوشاندن نقائص کوچک تا رویه های پیچیده ای که شامل کار گذاشتن وسایل مصنوعی برای پنهان کردن یک نقص بزرگ یا دوباره سازی قسمت از بین رفته صورت (نظیر بینی، گوش یا فک پایین) متغیر است. هر رویه جراحی، متناسب با بیمار و در خواست او بوده و مشتمل بر تعدادی برش، گرافت و فلاپ می باشد. ممکن است از رویه های جراحی متعددی استفاده شود.

فرایند بازسازی صورت اغلب آهسته و تدریجی است. از آنجا که ظاهر چهره فرد تا حد زیادی بر احترام به نفس او تاثیر

4 Rhytidectomy

2 Dermabrasion

3 Face lift

زگیل ها، سرطان پوست، رشد رو به داخل ناخن های پا و کلویدها استفاده می شود. برش های ایجاد شده توسط لیزر شبیه برش های ناشی از تیغ جراحی بهبود می یابد. بیماران دچار سابقه عفونت ویروسی هرپس سیمپلکس به طور معمول قبل از انجام رویه داروی ضد ویروس دریافت می کنند.

تدابیر پرستاری

اکثریت رویه های درماتولوژیک و بازسازی کننده در مطب پزشک یا در دپارتمان جراحی سرپایی انجام می شود، بنابراین بیشتر مراقبت ها در منزل صورت می گیرد. اکثر رویه ها، به جز بازسازی های خیلی وسیع تحت بی حسی موضعی یا بی دردی متوسط انجام می شوند، بنابراین به مدت زمان کمی برای بهبودی نیاز دارند. به جز مواردی که عوارضی پیش آید، نیازی به بستری کردن بیمار نیست. پرستار باید هم بیمار و هم خانواده اش را برای آن چه باید در طی دوره بهبودی انتظارش را بکشند، آماده کند. جدول ۶-۶۱ تعدادی از توجهات پرستاری که باید در آموزش بیمار و خانواده اش مرور شود، را فهرست می کند.

جدول ۶-۶۱. توجهات پرستاری در انجام رویه های زیبایی

توجهات پرستاری	مداخلات و آموزش به بیمار
حفظ راه هوایی و عملکرد ریوی	جراحی های زیبایی صورت و گردن، باعث تورم قابل ملاحظه ای می شوند. بانداژ کردن این نواحی می تواند نفس کشیدن و غذا خوردن را محدود کند. پانسمان ها را به طور مکرر کنترل کنید و اطمینان یابید که با تشدید تورم، هیچ محدودیتی ایجاد نشده باشد.
تسکین درد و دستیابی به آسایش	در انجام رویه هایی که منطقه وسیعی را در برمی گیرد، درد قابل توجهی نیز ایجاد می شود. کمپرس سرد یا کیف یخ موجب تسکین سوزش ناشی از لایه برداری شیمیایی پوست یا پوست سای می شود. بایستی مسکن های خوراکی به طور منظم برای کنترل درد داده شوند.
حفظ	هنگامی که صورت درگیر باشد، ممکن

تغذیه کافی	است بیمار نتواند دهان خود را به طور کامل باز کند و ممکن است جویدن دردناک باشد. برای کمک به التیام، رژیم نرم یا مایع غنی از پروتئین برای فراهم کنید.
افزایش سطح ارتباط	بسته به نوع رویه زیبایی انجام شده، ممکن است تا برطرف شدن درد و تورم استفاده از نوعی از ارتباط غیرکلامی ضروری باشد.
بهبود مفهوم خود	زمان بهبودی از رویه های زیبایی، آهسته است. چند هفته طول می کشد تا نتایج مورد انتظار ظاهر شود. رنگین پوستان افزایش رنگدانه سازی را برای مدت های طولانی پس از التیام اولیه زخم تجربه می کنند. کمک به بیماران برای درک انتظارات پس از عمل به آنها امکان می دهد با فرایند التیام احساس راحتی بیشتری کنند.
ارتقای تطابق خانواده	اکثر رویه های زیبایی در مراکز سرپایی انجام می شوند. بنابراین اعضای خانواده در مراقبت پس از عمل دخیل هستند. آنها باید بدانند پس از بیرون آمدن بیمار از اتاق انجام کار، انتظار چه چیزی را داشته باشند و نیز نوع پانسمانهایی که انجام شده است، طرح مراقبت از پوست تجویز شده و چگونگی سازگاری با درد بیمار را درک نمایند.
پایش و اداره عوارض احتمالی	عفونت شایع ترین عارضه است، اما درد شدید، آسیب عصبی و تنش عاطفی در مورد ظاهر نیز شایع می باشند. در صورت استفاده از مخدرها، ممکن است عوارض معدی - روده ای، تغییرات وضعیت ذهنی یا واکنش آلرژیک به دارو پیش آید. مراقبین بیمار را از علائم این عوارض و چگونگی و زمانی که باید این تغییرات را گزارش کنند، آگاه کنید.

دارو چطور برای بیماری من نیز اثر می کند؟" چه پاسخی به بیمار می دهید؟ قدرت شواهدی که متوترکسات در درمان پسوریازیس متوسط تا شدید موثر است، چیست؟ اجزای طرح خود را برای آموزش این خانم در مدیریت شخصی بیماری اش شرح دهید.

۳- یک کارگر ساختمانی ۴۴ ساله به درمانگاه خانواده که شما در آن کار می کنید، آمده و می گوید که پدرش ملانوم داشته و او در مورد ضایعات پیگمانته متعدد روی گردن و دستهایش نگران است. او هم چنین ضایعات قرمز پوسته دهنده ای که التیام نمی یابند روی سر و صورتش دارد. تمرکز اولویت های بررسی و شناخت و مداخلات را شرح دهید. اولویت ها برای آموزش پیشگیری از ملانوم و انجام خودآزمایی پوست که شما باید به این بیمار ارائه کنید، چیست؟.

تمرین تفکر انتقادی

۱- شما از خانم ۱۸ ساله ای که دانشجوی دانشگاه است و آکنه مزمن کیستی دارد، مراقبت می کنید. برای او ایزوتره تینوئین تجویز شده است. کدام عوارض جانبی را باید با او مرور کنید؟ قبل از شروع استفاده ایزوتره تینوئین چه نوع غربالگری هایی باید انجام شود؟ برخی از استراتژی های مراقبت از خود که توصیه خواهید کرد، کدامند؟

۲- شما در درمانگاه بیماریهای پوست کار می کنید. خانم ۴۶ ساله ای که دچار شروع جدید پلاک های قره ای است به درمانگاه آمده و برای او پسوریازیس متوسط تشخیص داده شده است. متخصص پوست درمان با متوترکسات تجویز می کند. بیمار به شما می گوید "دختر من این دارو را برای بیماری کرون مصرف می کند. این

فصل ۶۲

مراقبت از بیماران دچار آسیب سوختگی

اهداف یادگیری

پس از مطالعه این فصل فراگیر قادر خواهد بود:

- ۱- میزان بروز آسیب سوختگی در ایالات متحده را بشناسد.
- ۲- عوامل تاثیر گذار بر شدت آسیب سوختگی را شرح دهد.
- ۳- اثرات موضعی و عمومی آسیب سوختگی عمده را توصیف کند.
- ۴- اولویت های مراقبت و عوارض احتمالی هر مرحله از بهبودی سوختگی را مقایسه کند.
- ۵- احتیاجات جایگزینی مایع در طی مرحله اورژانسی / احیای آسیب سوختگی را طرح ریزی کند.
- ۶- در مورد نقش پرستار در زمینه مراقبت از زخم سوختگی در طی مرحله حاد/ بینابینی مراقبت سوختگی بحث کند.
- ۷- از فرایند پرستاری به عنوان چارچوبی برای مراقبت از بیماران دچار سوختگی استفاده کند
- ۸- چالش های روانی-اجتماعی مرتبط با آسیب سوختگی را تشخیص داده و شیو های مداخله را مشخص کند.

واژه نامه

اتوگرافت (autograft): گرافتی که از یک بخش از بدن بیمار برداشته شده و برای بخش دیگری از بدن همان فرد استفاده می شود.

کربوکسی هموگلوبین (carboxyhemoglobin): ترکیب مونواکسید کربن و هموگلوبین که به علت تماس فرد با مونواکسید کربن در خون تشکیل می شود.

کلاژن (collagen): پروتئینی که در پوست، تاندون، استخوان، غضروف و بافت همبند وجود دارد.

کنتراکچر (contracture): جمع شدگی اسکار سوختگی به دنبال بلوغ کلاژن

دبریدمان (debridement): جدا کردن ذرات خارجی و بافت مرده تا وقتی که بافت سالم اطراف مشخص شود.

محل دهنده (donor site): محلی که پوست آن ناحیه برای پیوند زدن به ناحیه دیگری از بدن برداشته می شود.

جوشگاه (eschar): بافت مرده حاصل از سوختگی یا زخم

اسکاروتومی (escharotomy): برش خطی که به منظور کاهش فشار به بافت های زیرین روی اسکار زده می شود.

برش (excision): جدا نمودن بافت از طریق جراحی

فاسیوتومی (fasciotomy): برشی که بر روی فاسیا داده می شود تا فشار روی عضلات زیرین کاهش یابد.

هوموگرافت (homograft): گرافتی که از انسان دیگری (زنده یا جسد) برای پیوند به انسان دیگری برداشته می شود. به آن آلوگرافت هم می گویند.

گزنوگرافت (Xenograft): گرافتی است که از گونه یا جانور دیگری متفاوت با دریافت کننده پیوند (مثل پوست خوک) برداشته می شود. به آن هتروگرافت هم می گویند.

متعدد جراحی، کنترل شدید درد، بی حرکت کردن و بازتوانی و رژیم های طولانی مدت داروهای وریدی، به ویژه با آنتی بیوتیک ها و مخدرها دارند. ویراواگو و همکارانش در سال ۲۰۱۵ بیش از ۵۰۰۰۰۰ پذیرش از پایگاه داده های ملی صدمات سوختگی را از ۱۹۸۸ تا ۲۰۰۸ مرور کردند که ۲/۵٪ افزایش در طول مدت اقامت به ازای هر یک درصد از سطح کل سوخته بدن، ۰/۹٪ افزایش سطح کل سوخته بدن به ازای هر سال از سن بیمار و ۳۳٪ افزایش برای آنهایی که دچار آسیب استنشاقی بودند را نشان می داد. براساس مرور اخیر ۳۰۷ بیمار در شش مرکز سوختگی، بزرگسالان با سوختگی بیش از ۴۰٪ سطح کل بدن، در معرض خطر بالای ناتوانی و مرگ و میر بودند.

ملاحظات مربوط به سالمندی

تغییرات مرتبط با سن نظیر کاهش تحرک، ثبات وضعیت بدنی، قدرت، هماهنگی، حس کردن، تغییرات بینایی و ضعف حافظه، افراد سالمند را در معرض خطر بیشتری برای سوختگی قرار می دهد. داده های مرکز ثبت از ۲۰۳۴۲۲ بیمار سوخته بستری در دوره ده ساله مطرح می کند که ۱۳٪ از صدمات سوختگی نیاز به بستری شدن در بیماران ۱ ساله و بالاتر اتفاق می افتد. در سوختگی های مشابه از نظر شدت، میزان ناتوانی و مرگ و میر ناشی از سوختگی ها در بیماران سالمند نسبت به جوان ترها بیشتر است. مرگ و میر کلی سوختگی در بزرگسالان ۱ ساله و بالاتر تقریباً ۱۲٪ در مقایسه با ۳/۲٪ مرگ و میر کلی برای تمام سنین بوده است. آتش / شعله شایع ترین علت سوختگی در سالمندان و مسئول ۵۶٪ از صدمات گزارش شده است. در بین بیماران ۱ ساله و بالاتر دچار سوختگی، ۲٪ مذکر هستند. عوارض مرتبط با صدمات سوختگی نیز در بیماران ۱ ساله و بالاتر، بیشتر هستند. از تمام عوارض گزارش شده، پنومونی شایع ترین آنها بوده و عفونت دستگاه ادراری در ردیف بعدی و خیلی نزدیک به آن قرار دارد. سایر عوارض گزارش شده شامل نارسایی تنفسی، سپتی سمی، سلولیت، عفونت زخم، آسیب کلیوی، دیس ریتمی، سپتی سمی و سایر عفونت ها هستند.

صدمات سوختگی دردناک، پر هزینه و منجر به تغییر شکل بوده و نیاز به بازتوانی ویژه و فراگیر داشته و اغلب با ناتوانی طولانی مدت همراه هستند. پیشرفت ها در زمینه مراقبت از سوختگی که شامل احیای مطلوب مایع، کنترل عفونت، برش به موقع و گرافت پوستی، رویکرد تیمی ارتقا یافته و ایجاد مراکز تخصصی سوختگی است، باعث بهبود قابل ملاحظه در ناتوانی و مرگ و میر بیماران دچار سوختگی شده است. نقش پرستار در تیم چند رشته ای درمان شامل سرپرستی مراقبت مبتنی بر شواهد در طی تمام مراحل بهبود صدمه سوختگی تا به حد مطلوب رساندن برایندهای بیمار است.

مروری بر صدمه سوختگی

شیوع

سوختگی می تواند تمام گروه های سنی و تمام گروه های اقتصادی - اجتماعی را درگیر کند. هر ساله به طور تخمینی ۴۸۱۰۰ نفر به علت سوختگی تحت درمان قرار می گیرند و تقریباً ۴۰۰۰۰ نفر در بیمارستان ها بستری می شوند. (انجمن سوختگی آمریکا، ۲۰۱۵). گزارش شده است که بزرگ ترین سهم یعنی ۴۳٪ مرتبط با شعله، ۳۴٪ مایعات داغ، ۹٪ از تماس مستقیم با منبع، ۴٪ الکتریکی، ۳٪ شیمیایی، ۲٪ فقط استنشاقی و بقیه ۵٪ در اثر طبقات نامشخص و یا متفرقه می باشد. از آن عده ای که در مراکز سوختگی پذیرش می شوند، شیوع سوختگی در مردان بیش از دو برابر زنان است و فراوان ترین گروه سنی هم برای مردان و هم برای زنان، بین ۲۰ تا ۳۰ سال می باشد. مراکز سوختگی در ایالات متحده گزارش کرده اند که نژاد و قومیت بیماران درمان شده به شرح زیر بوده است: ۵۹٪ قفقازی، ۲۰٪ آفریقایی-آمریکایی، ۱۴٪ اسپانیایی، ۳٪ آسیایی-آمریکایی، ۱٪ بومی آمریکا و ۳٪ سایر موارد بوده است. ۷۳٪ صدماتی داشته اند که در منزل اتفاق افتاده است، ۸٪ صدمات مرتبط با صنعت داشته اند، ۵٪ صدماتی در ارتباط با تفریحات خود داشته اند و ۱۴٪ باقی مانده صدماتی از سایر منابع داشته اند.

بیماران دچار سوختگی، به ویژه اقامت طولانی مدت در بیمارستان (LOS) دارند. برخی از بیماران نیاز به مداخلات

از مرحله بهبودی حاد دخالت داشت. پرستاران نیاز به بررسی توانایی بیماران مسن و خانواده هایشان. برای تعدیل محیط برای تامین ایمن و در صورت لزوم ارجاع دادن آنها دارند.

پیشگیری

سوختگی ها قابل پیشگیری هستند. هدف مهم پرستاران در جامعه و محل زندگی، ارایه آموزش در مورد پیشگیری از صدمه سوختگی است (چارت ۲-۶۲). پرستاران باید از لحظات برای آموزش استفاده کنند. به دنبال آموزش بعد از یک حادثه اخیر احتمال بیشتری وجود دارد که مردم پذیرای قبول دستورالعمل در مورد چگونگی تغییر رفتار خود برای اجتناب از صدمه آینده باشند. رفتارهای پر خطر نظیر مصرف الکل و سوء مصرف الکل اغلب پیش درآمد بسیاری از صدمات سوختگی است. در ایالات متحده، مواد دخانه به ویژه سیگار علت منجر به مرگ آتش است (سازمان بهداشت جهانی (WHO) بالا بردن آگاهی در خصوص بار صدمه سوختگی و عوامل خطر ساز، امری ضروری در تدوین برنامه پیشگیری از سوختگی می باشد.

نگاهی به بقا و بهبودی

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۴ تخمین زده است که ۲۶۵۰۰۰ مرگ در سراسر جهان در اثر سوختگی ایجاد می شود که اکثریت آنها در جمعیت با درآمد متوسط تا پایین روی می دهد. در حالی که سوختگی های غیر کشنده علت منجر به ناتوانی از جمله بدشکلی، ناتوانی و انگ اجتماعی هستند. میزان کلی مرگ و میر برای تمام سوختگی های سطح کل بدن در ایالات متحده ۳/۲٪ است (ABA NBR.2015). قوی ترین پیشگو برای مرگ و میر در صدمات سوختگی شامل افزایش درصد سطح کل سوخته بدن، وجود آسیب استنشاقی و افزایش سن است. تدارک مراقبت جامع نگر چند رشته ای مبتنی بر شواهد برای ارتقای بقا، بهبودی و به حد اعلی رساندن برگشت مجدد بقا یافتگان به جامعه قطعی است.

پیشرفت های بزرگ تحقیقی به افزایش بقای بیماران دچار آسیب های سوختگی کمک کرده اند. به دلیل بقای بیماران دچار سوختگی های بسیار وسیع از صدمات وارده، نتایج بلند مدت این تحقیق ها را می توان ارزیابی کرد. ارتقای احیای مایعات، کنترل عفونت، تغذیه، برش به موقع سوختگی (یعنی برداشتن بافت با جراحی)، بستن زخم، تعدیل پاسخ متابولیک و توسعه مراکز سوختگی در توانایی بقا و بهبودی از صدمات سوختگی سهمیم بوده اند. برای تداوم پیشرفت در مراقبت از

پوست سالمندان نازک تر بوده و انعطاف پذیری کمتری دارد که این مساله بر عمق آسیب وارده و توان پوست برای التیام تاثیر گذار می باشد. پوست سالمندان نازک تر بوده و انعطاف پذیری کمتری دارد که این مساله بر عمق آسیب وارده و توان پوست برای التیام تاثیر گذار می باشد. تاخیر در التیام زخم، پی آمد دیگر سالمندی با ناتوانی و مرگ و میر بالاتری همراه است. با افزایش سن، عملکرد ریوی دچار آسیب می شود. به همین دلیل ممکن است تبادل راه هوایی، انعطاف پذیری ریه و تهویه تغییر کند و می تواند با سابقه مصرف سیگار تشدید شود.

کاهش عملکرد قلبی، بیماری عروق کرونر و کاهش پاسخ جبرانی قلبی- عروقی می تواند خطر عوارض در بیماران مسن تر دچار صدمه سوختگی را افزایش دهد. در اینجا یک خط باریک بین احیای کافی مایع و اضافه بار مایع در این بیماران وجود دارد. کاهش عملکرد کلیه و کبد می تواند به دلیل تغییر پاکسازی داروها بر دوز داروها تاثیر بگذارد. سوء تغذیه می تواند بر ناتوانی و مرگ و میر سالمندان خصوصا کسانی که در موسسات بستری می شوند، تاثیر بگذارد. به علاوه، بیماران سالمند ممکن است هنگام پذیرش یا در طی دوره مراقبت، درجات متفاوتی از قوای ذهنی داشته باشند که بررسی درد، اضطراب و دلیریوم را برای تیم سوختگی با چالش رو به رو کند.

مرور گذشته نگر ۱۴۲ بیمار دچار سوختگی پذیرش شده در یک مرکز سوختگی بین ۲۰۰۶ و ۲۰۱۵ آشکار کرد که دوز کشنده ۵۰ (LD50) (یعنی دوز سوختگی کشنده) برای بیماران بالای ۶۵ سال، سوختگی ۳۵٪ سطح کل بدن است که علی رغم پیشرفت در مراقبت از سوختگی در طی ۳۰ سال گذشته بدون تغییر مانده است. اگرچه هیچ تفاوت قابل ملاحظه ای در بروز پنومونی، باکتری، سپسیس، عفونت زخم، آسیب کلیوی، سندرم کمپارتمان شکمی (ACS)، سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS)، یا ترومبوز ورید عمقی (DVT)، وجود نداشت، هنگامی که با بیماران کمتر از ۶۵ ساله مقایسه شد، افزایش آماری در LOS، خونریزی گوارشی (GI) و مرگ و میر وجود داشت. علاوه بر این، بیماران مسن تر آسیب توانایی التیام زخم، آسیب پاسخ ایمن d، افزایش خطر نارسایی چند عضوی، عدم توانایی پاسخ به عوامل استرس زا و تغییرات برجسته در متابولیسم را نشان دادند.

ناتوانی های همراه و درمان چند دارویی ناشی از آن (یعنی نیاز به تجویز داروهای متعدد) در عوارض بیمارستانی و نیز افزایش نیاز به ترخیص به موسسه دیگر غیر از خانه بیمار بعد

- که با منبع آتش در تماس قرار می گیرند، باشند.
- توصیه کنید در منزل، دستگاه اطفای حریق داشته و نحوه استفاده از آن را یاد بگیرند.

سوختگی در حوزه‌های مراقبت ویژه، نوتوانی، مسایل روانی - اجتماعی و درمان جوشگاه، تداوم در پژوهش امری حیاتی است

چارت ۱-۶۲: ارتقای سلامت

پیشگیری از سوختگی

- توصیه کنید کبریت ها و فندک ها دور از دسترس کودکان نگه داری شوند.
- بر اهمیت تنها نگذاشتن کودکان در مجاورت آتش یا داخل حمام و وان تاکید کنید.
- در مورد نصب دستگاه های اعلام دود در تمام طبقات خانه و تعویض باتری آنها در سالگرد نصب شان آموزش دهید.
- توصیه کنید در زمانی که تمام افراد خانواده حضور دارند، تمرین فرار از آتش سوزی اجرا شود.
- از تنظیم درجه حرارت آب در حد کمتر از ۴۸/۹ درجه سانتی گراد (۱۲۰ درجه فارنهایت) حمایت کنید.
- آموزش دهید که از سیگار کشیدن در رختخواب، هنگام استفاده از اکسیژن در منزل و یا به خواب رفتن حین سیگار کشیدن خودداری کنند.
- تذکر دهید که از ریختن مایعات قابل اشتعال به وسایلی که از قبل روشن هستند، خودداری کنند.
- احتیاط لازم هنگام برداشتن درپوش رادیاتور هنگامی که موتور ماشین داغ است، صورت گیرد.
- توصیه کنید هنگام کار در فضای باز، از سیم های الکتریسیته ای که در بالای سر یا کف زمین قرار دارند، دوری کنند.
- توصیه کنید اتوهای داغ و وسایل فرکننده مو از دسترس اطفال دور نگه داشته شوند.
- احتیاط شود که سیم های جریان الکتریسیته در زیر قالیچه یا فرش قرار نگیرند.
- توصیه کنید مایعات به خوبی از منابع آتش نظیر شعله پیلوت دور نگه داشته شوند.
- تذکر دهید هنگام آشپزی مراقب لباس های آویزانی

شدت

شدت آسیب ناشی از سوختگی توسط عوامل مختلفی تعیین می شود. این عوامل شامل سن بیمار، عمق سوختگی، مقدار سطحی از بدن که سوخته است، وجود آسیب استنشاقی، وجود سایر آسیب ها، ایجاد سوختگی در نواحی نیازمند مراقبت خاص نظیر صورت، پرینه، دست ها و پاها و سابقه مشکلات قبلی می باشد. حتی در مراکز تخصصی سوختگی، بزرگسالان با سوختگی بیش از ۴۰ سطح بدن در معرض خطر بالای ناتوانی و مرگ و میر هستند. بررسی دقیق تیم سوختگی را قادر می سازد تا احتمال بقا را برآورد نموده و طرح انحصاری برای مراقبت از هر بیمار تدوین کنند.

سن

بالا تر بودن ناتوانی و مرگ و میر در بچه های کوچک و سالمندان در مقایسه با سایر گروه های سنی در صدمات مشابه هم چنان بیشتر است و چالشی را برای مراقبت از سوختگی ایجاد می کند. سن عامل مهمی در هنگام تعیین شدت صدمه و نتیجه احتمالی برای بیمار می باشد.

عمق سوختگی

سوختگی ها براساس عمق بافت تخریب شده به صورتی که در جدول ۱-۶۲ نشان داده شده است، طبقه بندی می شوند. سوختگی های درجه یک صدمات سطحی هستند که تنها خارجی ترین لایه پوست را درگیر کرده اند. این سوختگی ها قرمز هستند، اما اپیدرم سالم است. در صورتی که مالش داده شوند، بافت سوخته از درم زیر خود جدا نمی شود. این به عنوان نشانه نیکولسکی منفی شناخته می شود. آفتاب سوختگی یا مایع داغ سطحی یک زخم معمول درجه یک است.

سوختگی درجه دو، شامل کل اپیدرم و سهم های متفاوتی از درم است. این سوختگی ها دردناک بوده و به طور معمول با تشکیل تاول همراهند. زمان التیام به عمق آسیب درم بستگی داشته و به طور معمول ۲ تا ۳ هفته به طول می انجامد. فولیکول های مو و ضمام پوست سالم هستند.

جدول ۱- ۶۲. مشخصات سوختگی‌ها براساس عمق سوختگی				
عمق سوختگی	درگیری پوست	نشانه‌ها	ظاهر زخم	سیر بهبودی و التیام
سوختگی درجه یک (سطحی)				
آفتاب سوختگی شعله کم شدت پاشیدن سطحی مایعات داغ	اپیدرم	سوزش، (حساسیت بالا)، دردی که با خنک کردن کاهش می یابد. خارش	قرمزی، با فشار دادن رنگ می‌بازد. خشک است. ادم ندارد یا کم است. تاول‌های احتمالی	در طی چند روز ترمیم کامل می‌شود. داروهای ضد درد خوراکی، کمپرس سرد، چرب کننده پوست (مثل پمادها، نرم کننده‌ها)، آنتی بیوتیک‌های موضعی لازم نیستند.
درجه دو (ضخامت نسبی)				
مایعات داغ شعله آتش تماسی	اپیدرم، بخشی از درم	درد، هیپرستزی، حساس به جریان هوا	تاول دار، زمینه قرمز لکه لکه، اپیدرم تخریب شده، سطح دارای تراوش، ادم	بهبودی در طی ۳-۲ هفته با احتمال مقداری اسکار و دیپگمانته شدن، ممکن است نیاز به گرافت باشد.
درجه سه (تمام ضخامت)				
شعله تماس طولانی با مایعات داغ جریان الکتریکی شیمیایی تماسی	اپیدرم، درم و برخی اوقات بافت زیر جلدی. ممکن است بافت همبند، عضله و استخوان را درگیر کند.	شدید شوک میوگلوبینوری (رنگدانه قرمز در ادرار) و احتمالا همولیز (تخریب سلول‌های خون) احتمال نقاط تماس (زخم محل ورود و خروج سوختگی الکتریکی)	خشک، سفید رنگ پریده، چرمی یا ذغالی ممکن است عروق آسیب دیده قابل مشاهده باشد ادم	اسکار جدا می‌شود. پیوند پوست ضرورت دارد. اسکار و از دست دادن طرح و عملکرد
درجه چهار (تمام ضخامت که شامل چربی، فاسیا، عضله و استخوان می‌شود)				
تماس طولانی یا صدمه الکتریکی با ولتاژ بالا	بافت عمقی، عضله و استخوان	شوک میوگلوبینوری (رنگدانه قرمز در ادرار) و احتمالا همولیز سلول‌های خون)	شبیه ذغال	احتمال آمپوتاسیون گرافت فایده‌ای ندارد به شدت و عمق سوختگی بستگی دارد



شکل ۱-۶۲: سوختگی درجه سه بازو و قمست فوقانی پشت با سوختگی درجه دوم در اطراف آن

سوختگی درجه سه (تمام ضخامت) شامل تخریب کامل اپیدرم، درم و در برخی موارد آسیب به بافت زیر است. رنگ زخم از طیف وسیعی از سفید کم رنگ تا قرمز، قهوه‌ای یا سیاه متغیر است. به دلیل تخریب فیبرهای عصبی، ناحیه سوخته فاقد درد است. ظاهر زخم شبیه چرم بوده و فولیکول‌های مو و غدد عرق تخریب شده‌اند. شدت سوختگی غالباً برای بیماران گیج‌کننده است، چراکه در محل آسیب دیده دردی احساس نمی‌کنند (شکل ۱-۶۲).

قانون اعداد نه

متداول ترین روش مورد استفاده برای تخمین وسعت سوختگی در بزرگسالان، قانون اعداد نه است (شکل ۳-۶۲) است. این سیستم براساس نواحی آناتومیک بدن است که هر یک تقریباً ۹٪ از سطح کل بدن است و به متخصصان امکان می دهد به سرعت تخمینی از اندازه سوختگی به عمل آورند. در صورتی که یک ناحیه آناتومیک بدن سوخته باشد، سطح کل سوخته بدن مطابق آن محاسبه می شود. برای مثال اگر تقریباً نیمی از یک اندام فوانی سوخته شده باشد، سطح کل سوخته بدن ۴٫۵٪ خواهد بود.

چارت ۲-۶۲. معیار انجمن سوختگی آمریکا برای ارجاع به مرکز سوختگی

- سوختگی های با ضخامت نسبی که ۱۰٪ یا بیشتر از ۱۰٪ سطح کل بدن را پوشانده باشد.
- سوختگی در بردارنده صورت، دست ها، پاها، ناحیه تناسلی یا مفاصل بزرگ
- سوختگی های درجه سه
- سوختگی های الکتریکی از جمله صدمات خفیف
- سوختگی های شیمیایی
- آسیب استنشاقی
- صدمه سوختگی در بیماران اختلالات پزشکی از قبل موجود
- هر بیمار با سوختگی و ترومای همزمان
- اطفال با صدمات سوختگی در موسساتی که مخصوص مراقبت از کودکان نیستند.
- بیمارانی که به بازتوانی اجتماعی، عاطفی یا طولانی مدت نیاز دارند.

روش لاند و براودر

روش دقیق تری برای برآورد وسعت سوختگی، روش لاند و براودر است که درصد نواحی مختلف آناتومیک به ویژه سر و پاها که با رشد تغییر می کنند را با توجه به سن بیمار مشخص می کند. با تقسیم بدن به نواحی خیلی کوچک و ارایه نسبت سطح تخمینی کل بدن (TBSA)، متخصصان بالینی می توانند برآورد قابل اعتمادی از سطح کل سوخته بدن به دست آورند. ارزیابی اولیه در زمان ورود بیمار به بیمارستان به عمل

سوختگی های درجه چهار شامل (نکروز سوختگی عمیق) صدماتی است که به بافت، عضله یا استخوان توسعه یافته اند (شکل ۲-۶۲).

عمق سوختگی تعیین کننده این است که آیا اپی تلیزاسیون روی خواهد داد. تعیین عمق سوختگی حتی برای مراقبت کنندگان دارای تجربه هم دشوار است. در تعیین عمق سوختگی باید به این که آسیب وارده چگونه روی داده است، عامل ایجاد کننده چیست. مثل شعله یا مایعات داغ، دمای عامل سوزاننده، مدت زمان تماس با عامل سوزاننده و ضخامت پوست در محل صدمه توجه نمود.

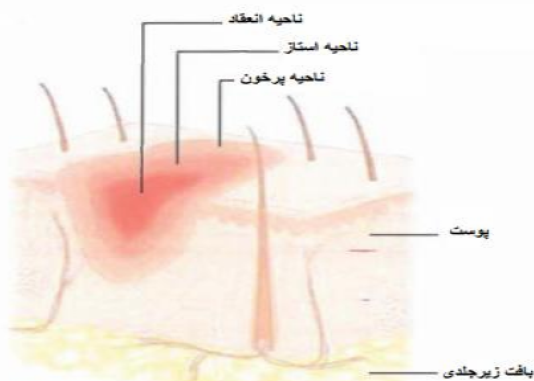


شکل ۲-۶۲: سوختگی درجه چهار انگشت دوم.

وسعت سطح آسیب دیده بدن

برای تعیین ناحیه ای از سطح کل بدن (TBSA) که دچار سوختگی شده است، از روش های مختلفی استفاده می شود. از این بین، قانون نه ها، روش لاند و براودر ۱ و روش کف دستی را می توان نام برد. این روش ها به تیم درمان در خصوص تصمیم گیری در مورد طرح درمان که ممکن است شامل انتقال بیمار به مرکز سوختگی باشد، کمک می کنند. مراکز سوختگی بیمارستانی بوده و برای درمان بیماران دچار سوختگی از زمان ایجاد صدمه تا بازتوانی به طور تخصصی با منابع و پرسنل تجهیز می شوند طراحی مراکز سوختگی تحت نظارت سوختگی آمریکا و دانشکده جراحان آمریکا صورت می گیرد.

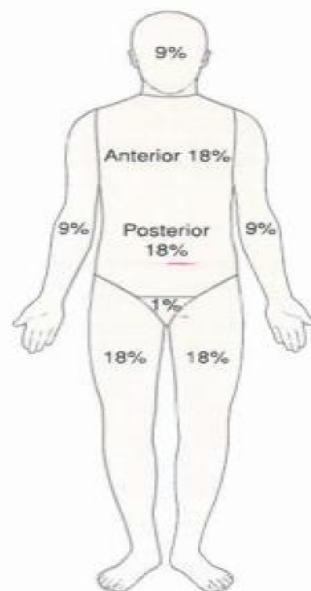
یونیزه شدن محتویات سلول است. زخم سوختگی یکنواخت نبوده، نکروز بافتی در مرکز صدمه روی داده و بافت های اطراف به طور متغیر درگیر می شوند. ناحیه مرکزی زخم به دلیل ویژگی های انعقاد نکروزی سلولها زخم اصطلاحاً ناحیه انعقادی گفته می شود (شکل ۴-۶۲). ناحیه اطراف، منطقه رکودی معرف ناحیه صدمه دیده ای است که ممکن است سلولهای آسیب زنده مانده اما ایسکمی ماندگار داشته باشند که در طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت دچار نکروز خواهند شد. خارجی ترین ناحیه، ناحیه پرخونی است که متحمل حداقل آسیب شده و ممکن است در طی زمان به طور کامل به طور خود به خودی بهبود یابد.



شکل ۴-۶۲. مناطق صدمه بافتی. هر ناحیه سوخته سه منطقه صدمه دارد. منطقه انعقادی (داخلی ترین ناحیه که در آن مرگ سلولی اتفاق افتاده) که متحمل بیشترین آسیب شده است. منطقه رکودی (ناحیه میانی) که جریان خون آن به مخاطره افتاده و التهاب و صدمه بافتی وجود دارد. منطقه پرخونی (خارجی ترین ناحیه) که متحمل حداقل آسیب است.

پوست و مخاط راه هوایی فوقانی شایع ترین محل های تخریب بافتی هستند، هرچند بافت های عمقی از جمله احشاء، ممکن است در اثر سوختگی الکتریکی یا تماس طولانی با منبع حرارتی یا شیمیایی آسیب ببینند (چارت ۳-۶۲). آزاد شدن واسطه های موضعی و تغییر در جریان خون، ادم بافتی و عفونت می تواند باعث پیشرفت آسیب سوختگی شود.

آمده و در طی ۷۲ ساعت بعد از سوختگی، مجدداً محاسبه می شود، زیرا معمولاً تا قبل از این زمان، وسعت و حدود سوختگی به خوبی مشخص نیست. چارت لاند و براودر به سهولت در اشکال چاپی و الکترونیک در دسترس می باشد.



شکل ۳-۶۲ قانون نه ها: تخمین درصد ناحیه ای از سطح کل بدن (TBSA) در بزرگسالان از طریق تقسیم بندی سطح بدن به نواحی با ارزش عددی مضاربی از نه انجام می شود. (توجه: قسمت قدامی و خلفی سر در مجموع ۹ درصد سطح کل بدن می باشد).

روش کف دستی

در بیمارانی که سوختگی پراکنده دارند، ممکن است برای برآورد وسعت سوختگی از روش کف دستی استفاده شود. اندازه کف دست که شامل سطح انگشتان فرد نیز می شود، نزدیک به ۱ درصد از سطح کل بدن است.

پاتوفیزیولوژی

به دلیل آنکه صدمه اولیه سوختگی می تواند توسعه یافته و در طی زمان بدتر شود، صدمات سوختگی از صدمات خیلی آسیب زنده هستند. صدمه سوختگی نتیجه آسیب شیمیایی یا انتقال حرارت از یک طرف به طرف دیگر است که باعث تخریب بافت به واسطه انعقاد و تغییر شکل پروتئین ها یا

سوختگی های حرارتی با معاینه چشمی نمی توان اندازه و شدت آن را تعیین نمود. آگاهی از مکانیسم حادثه برای پیش بینی صدمات بافتی و عوارض احتمالی سوختگی های الکتریکی مفید است. در معاینه فیزیکی، سوختگی های سطحی خود را به صورت نقاط تماس یافته نشان می دهند. ممکن است صدمات بافت های عمقی که در نمای بالینی اولیه قابل مشاهده نباشند، اما در بسیاری موارد باید با فرض بر وجود آنها مداخلات را به موقع آغاز نمود. مکانیسم صدمه شامل جرقه، انتقال و صاعقه می باشد.

صدمه ناشی از جرقه

جرقه الکتریکی نور و گرما تولید می کند. صدمه در اثر گرمای تولید شده به نواحی در معرض تماس یا در اثر آتش گرفتن البسه ایجاد می شود. سوختگی های جرقه سوختگی های حرارتی بوده و عوارض کمتری دارند. دوره اقامت بیماران دچار سوختگی جرقه در بیمارستان نسبت به سوختگی های انتقالی کمتر است.

صدمات انتقالی

صدمه سوختگی انتقالی زمانی ایجاد می شود که جریان برق بر مقاومت پوست غلبه و از بدن عبور کند. میزان و شدت صدمه وارده به طور مستقیم با نیروی جریان برق (ولتاژ)، طول مدت تماس با منبع الکتریکی، اندام هایی که در مسیر عبور جریان برق قرار گرفته اند و با مستقیم یا متناوب بودن جریان برق ارتباط دارد. انتقال برق از طریق اعصاب و عروق و در امتداد خارج استخوانها گرما تولید می کند که باعث آسیب به بافتهای مجاور و صدمه مستقیم به اعصاب محیطی می شود. وجود صدمه عمقی به عضله ممکن است بدون صدمه به عضلات سطحی وجود داشته و وسعت واقعی صدمه را مخفی کند. علاوه بر این، جریان برق بلافاصله عضلات را منقبض نموده و همچنانکه از بدن عبور می کند در تماس با جریان با ولتاژ بالا باعث صدمات اسکلتی و مفصلی می شود. اگرچه اکثریت صدمات الکتریکی گزارش شده صدمات با ولتاژ بالا (بیشتر از هزار ولت) هستند، ناتوانی های قابل ملاحظه جسمی و روانی با صدمات کم ولتاژ (کمتر از هزار ولت) نیز روی می دهند.

زخم های محل ورود و خروج یا نقاط تماس می تواند به شناسایی مسیر احتمالی جریان و بنابراین پیش بینی بافت های

مکانیزم احتمالی دیگر صدمه سوختگی، تماس تشعشعی است. این حالت به دلیل خطر تروریسم و حوادث اخیر در جهان مورد توجه قرار گرفته است. صدمات تشعشعی دو اثر زیان آور ایجاد می کنند. اولی اثر گرمایی است که باعث صدمه سوختگی پوستی می شود. اثر دوم آسیب به داکسی ریبونوکلوئید اسید (DNA) سلولی است که می تواند موضعی بوده یا کل بدن را تحت تاثیر قرار دهد. مرگ و میر و ناتوانی به دوز تشعشع بستگی دارد (فصل ۷۳ را ببینید). درمان آسیب پوستی مشابه سایر سوختگی هایی است که در این فصل مورد بحث قرار می گیرد.

عمق سوختگی به دمای عامل سوزاننده و مدت زمان تماس با آن بستگی دارد. به طور مثال در سوختگی بزرگسالان با مایعات داغ، یک ثانیه تماس با آب داغی که دمای ۵۴ درجه سانتی گراد (۱۳۰ درجه فارنهایت) برای ۳۰ ثانیه باعث صدمه سوختگی می شود. در ۱ درجه سانتی گراد (۱۴۰ درجه فارنهایت) تخریب بافت در طی ۵ ثانیه ایجاد می شود (این درجه حرارت تنظیم دستگاه های گرمایشی آب منازل است). در ۷۱ درجه سانتی گراد (۱۱۱ درجه فارنهایت) یا بالاتر از آن سوختگی تمام ضخامت بلافاصله روی خواهد داد.

صدمات سوختگی بزرگ که بیش از ۳۰٪ سطح بدن را درگیر می کند، باعث اثرات موضعی و سیستمیک می شود که با ادم زخم، ادم عمومی در بافت فاقد آسیب، افزایش میزان متابولیسم (هیپر متابولیسم)، گردش خون هیپر دینامیک، افزایش مصرف اکسیژن و گلوکز، کاتابولیسم عضله و استخوان، اختلال عملکرد ایمنی، مقاومت به انسولین و آسیب پرفوزیون اندام ها می شود.

شدت صدمات سرانجام باعث ایجاد تغییراتی در پاتوفیزیولوژی تمام سیستم های بدن می شود که در جدول ۲-۶۲ نشان داده شده است. در ابتدا، این پاسخ ها پاسخ های سازشی جبرانی به صدمه سوختگی هستند، اما به سرعت به وقایع زیان آوری تبدیل می شوند که تاثیر منفی بر التیام دارد. این پاسخ های پاتوفیزیولوژیک در تروما نیز دیده می شوند اما دامنه، مدت و شدت آنها در صدمات سوختگی به نحو قابل ملاحظه ای بیشتر است.

چارت ۲-۶۲: سوختگی های الکتریکی

سوختگی های الکتریکی از مخرب ترین و بغرنج ترین سوختگی ها هستند. گرمای تولید شده توسط الکتریسیته مسئول مستقیم صدمه بافتی است، اما برخلاف سایر

بوده و در صورت عدم درمان می تواند باعث نارسایی کلیه شود. ممکن است تیتراسیون مایع وریدی تجویز شده برای برون ده ادراری بالاتر در هر ساعت نسبت به حالت معمول تا زمانی که ادرار دیگر قرمز رنگ نباشد، ضرورت داشته باشد. اضافه کردن ۵۰ میلی اکلی والان بیکربنات سدیم در هر لیتر مایع وریدی برای کمک به قلیایی شدن ادرار اقدامی شایع است. مقدار میوگلوبین سرم و ادرار برای پایش نیاز به تداوم احیای مایعات پایش می شود.

سرانجام، درمان جراحی صدمه الکتریکی به سختی خود صدمه است. عروق به طور شایع گرفتار می شوند و بنابراین در طی زمان نکروز پیشرونده بافت روی می دهد. ممکن است به دربریدمان متوالی جراحی با احتیاط برای حفظ بافت زنده نیاز باشد.

تغییرات قلبی عروقی

هنگامی که صدمه سوختگی اتفاق می افتد، کاهش فوری در برون ده قلب در اثر از دست رفتن حجم پلاسما ایجاد می شود، هر چند مکانیزم دقیق چرایی آن ناشناخته است. در اثر پاسخ های جبرانی تنگ کننده عروقی ثانویه به از دست دادن حجم پلاسما، بار کاری قلب و نیاز به اکسیژن افزایش می یابد.

هیپوولمی، پی آمد فوری از دست رفتن پلاسما است و باعث کاهش خونرسانی و تحویل اکسیژن می شود. درحالی که دفع مایعات در اثر نشت از مویرگ ها ادامه دارد و حجم عروقی کاهش می یابد، برون ده قلبی همچنان کمتر شده و فشار خون افت می کند. این آغاز شوک سوختگی است. شوک سوختگی در ابتدا از نوع شوک هیپوولمیک است. التهاب سیستمیک باعث آزاد شدن رادیکالهای آزاد اکسیژن می شود که نفوذپذیری مویرگ ها را افزایش داده و باعث افزایش از دست رفتن پلاسما و در نتیجه باعث ادم محیطی می شوند. در نتیجه پاسخ جبرانی به از دست رفتن مایع داخل عروقی، سیستم عصبی سمپاتیک کاتکول آمین ها را آزاد می کند که باعث افزایش مقاومت محیطی (تنگ شدن عر. وق) و افزایش تعداد ضربان قلب می شوند که باعث کاهش بعدی خونرسانی بافتی می شود.

احیای سریع و مناسب مایعات سبب حفظ فشار خون در محدوده پایین تا طبیعی می گردد و برون ده قلبی را بهبود می بخشد (مبحث بعدی را ببینید). علی رغم کافی بودن

و اندام های درگیر کمک کند. جریان برق مستقیم (DC) در یک راستا عبور می کند و ممکن است با انفجار و ضربات احتمالی وارده به بدن در اثر پرت شدن همراه باشد. جریان برق متناوب (AC) در محل تماس با عبور از بدن بین بدن و منبع برق چند بار در ثانیه به عقب و جلو رفته و می تواند قربانی را متصل به منبع نگه داشته و به همین دلیل مدت تماس با جریان برق افزایش می یابد. در صدمات الکتریکی، سندرم کمپارتمان به دلیل ادم ناشی از بافت صدمه دیده با مقادیر زیاد مایع مورد نیاز برای احیا به منظور پیشگیری از نارسایی کلیه شایع است. در نتیجه، ممکن است انجام درمانهای تهاجمی برداشت فشار نظیر فاسیوتومی، آزادسازی عصب، آزاد سازی هایی که از طریق مشاهده با چشم صورت می گیرد و لاپاراتومی باشد.

صدمه ناشی از صاعقه

صدمات ناشی از صاعقه می تواند در اثر اصابت مستقیم، صدمه جریان مستقیم یا ولتاژ بالا که معمولاً کشنده است یا جرقه ای که پس از برخورد صاعقه به یک شیء نزدیک و پرتاب آن به مصدوم برخورد می کند، ایجاد شود. جرقه های پرتابی شایع ترین علت صدمه بوده و باعث پلاریزاسیون عمقی فوری در کل میوکارد با احتمال ایست قلبی می شود. هم چنین احتمال ایست تنفسی به دلیل آنکه جریان الکتریکی می تواند به طور موقت مرکز تنفسی مغز را غیر فعال کند، وجود دارد. هر ساله ۴۹ نفر در اثر صاعقه کشته می شوند و صدها نفر مصدوم می شوند. افراد تحت اصابت صاعقه ممکن است از علایم جدی ناتوان کننده ای از جمله از دست دادن حافظه، نقصان توجه، اختلالات خواب، درد مزمن، بیحسی، سرگیجه، سفتی مفاصل، تحریک پذیری، خستگی، ضعف، اسپاسم های عضلات و افسردگی رنج ببرند.

مدیریت

در صدمات الکتریکی انتقالی از جمله برخی صدمات ناشی از صاعقه زدگی، محاسبه مایع مورد نیاز برحسب مقدار سطح سوخته کل بدن نادرست است. تعیین وسعت صدمات بافتی بدون بررسی جراحی به دلیل آنکه ممکن است صدمه در معاینه فیزیکی قابل مشاهده نباشد، دشوار است. میزان کراتین کیناز سرم در تعیین درجه صدمه عضله در مراحل اولیه مراقبت مفید است. میوگلوبینوری با آسیب عضله شایع

توجه مفهومی

پرستاران بایستی برای بیماران در مرحله اضطرابی یا احیاء، بررسی اولیه به عمل آورده و گردش خون را پایش نمایند. به عنوان یک اصل، بافت سوخته نسبت به ادم ایجاد شده در زیر خود منبسط نشده و مثل تورنیکت عمل می کند، خصوصا اگر سوختگی حلقوی باشد. با افزایش ادم، فشار روی عروق کوچک در انتهای اندام ها باعث انسداد جریان خونی متعاقب آنایسکمی بافتی و سندرم کمپارتمان می شود. فصل ۴۲ را برای بحث سندرم کمپارتمان ببینید. بیماران در مرحله حاد/ میانی باید برای ایجاد ترومبوآمبولی وریدی (VTE) پایش شوند.

درمان ادم ممکن است شامل بالا بردن اندام یا در موارد شدید، برداشتن بافت اسکار (یعنی بافت مرده) یا برداشتن فشار تشکیل ادم از طریق فاسیوتومی (یعنی برش جراحی برای برطرف کردن عضلات منقبض شده) برای برگشتن پرفوزیون بافتی باشد (شکل ۵-۶۲ و ۶-۶۲).

بازجذب ادم در حدود ۴ ساعت بعد از صدمه آغاز شده و در طی ۴ روز بعد از صدمه کامل می شود. با این وجود میزان بازجذب به عمق صدمه وارده به بافت بستگی دارد. اگرچه احیای کافی مایعات برای حفظ پرفوزیون بافتی اهمیت زیادی دارد، تجویز مفرط مایع تشکیل ادم را هم در بافت سوخته و هم در بافت های سالم افزایش داده و باعث ایسکمی و نکروز می شود.

بلافاصله بعد از سوختگی به علت تخریب گسترده، هیپوکالمی (افزایش پتاسیم) سلولی به وجود می آید. بعدا به علت جا به جایی مایعات و جایگزینی ناکافی پتاسیم، ممکن است هیپوکالمی (کاهش پتاسیم) روی دهد. میزان سدیم سرم در پاسخ به احیای مایعات متغیر خواهد بود. ممکن است بعدا در نتیجه از دست دادن پلاسما هیپوناترمی (تخلیه سرم سدیم) روی دهد، یا ممکن است در طی هفته اول مرحله حاد که جا به جایی مایع از فضای بین بافتی به فضای عروقی صورت می گیرد، ایجاد شود.

در زمان صدمه سوختگی، ممکن است تعدادی از گلبولهای قرمز تخریب شوند و تعدادی نیز آسیب ببینند و کم خونی ایجاد شود. با این وجود ممکن است هماتوکریت به دلیل از دست رفتن پلاسما بالا باشد. ناهنجاری در انعقاد، از جمله کاهش پلاکت ها (ترومبوسیتوپنی) و طولانی شدن لخته

مایعات جبران شده، فشارهای پرشدن قلبی (فشار ورید مرکزی، فشار شریان ریوی و فشار وج شریان ریوی) در طی دوره ابتدای شوک سوختگی پائین می مانند. برخلاف صدمات ناشی از تروما که اغلب با از دست دادن خون مشخص می شوند، در صدمه سوختگی فقط پلاسما از دست می رود. در صورت عدم کفایت احیای مایعات برای حفظ حجم عروقی، شوک توزیعی^۱ اتفاق می افتد.

جدول ۲-۶۲. تغییرات پاتوفیزیولوژیک در سوختگی های شدید

سیستم	تغییرات فیزیولوژیک
بدن	
قلبی-عروقی	دپرسیون قلبی، ادم، هیپوولمی
ریوی	انقباض عروقی، ادم
گوارشی	مختل شدن تحرک و جذب، انقباض عروقی، از دست دادن سد عملکردی برای جابجایی باکتریایی، افزایش اسیدیته
کلیوی	انقباض عروقی
سایر	تغییر تنظیم حرارت، سرکوب ایمنی، هیپرمتابولیسم

تغییرات مایعات و الکترولیتها

پس از آسیب سوختگی، به سرعت ادم ایجاد می شود. سوختگی سطحی در طی ۴ ساعت پس از آسیب دیدن سبب ایجاد ادم می شود، درحالی که در سوختگی عمیق تر تشکیل ادم در مدت بیشتری در دوره زمانی ۱۸ ساعته پس از آسیب روی می دهد. ادم به علت افزایش گردش خون به ناحیه آسیب دیده رخ می دهد و انعکاسی از میزان آسیب عروقی و لنفاتیکی به بافت است. در سوختگی های بیش از ۳۰٪ سطح کل بدن، واسطه های شیمیایی، واکنش های موضعی و سیستمیک را تحریک می کنند که باعث جا به جایی وسیع مایع داخل عروقی، الکترولیت ها و پروتئین ها به بافت های اطراف می شود.

1 Distributive shock

شدن خون و زمان پروترومبین نیز اتفاق می افتد.

رادیوگرافی اولیه قفسه سینه طبیعی باشد، برونکوسکوپی آزمون استاندارد برای تشخیص قطعی در نظر گرفته می شود. وسعت صدمه به طور مستقیم با درجه حرارت و غلظت گازهای سمی مرتبط است.

صدمه راه هوایی فوقانی

صدمه راه هوایی فوقانی انسدادی است و در اثر ادم شدید راه هوایی فوقانی در اثر صدمه حرارتی مستقیم یا ادم ثانویه ناشی از سوختگی صورت و گردن در اوایل دوره بعد از سوختگی اتفاق می افتد. به دلیل اثر خنک کنندگی تبخیر سریع در اوروفارنکس، به طور طبیعی صدمه مستقیم حرارتی زیر سطح گلو ت اتفاق نمی افتد. با این حال، در تماس با بخار، صدمه حرارتی به راه هوایی تحتانی به دلیل اینکه راه هوایی فوقانی نمی تواند به طور موثری از راه هوایی تحتانی در برابر بخار محافظت کند، محتمل است.

صدمه راه هوایی تحتانی

آسیب استنشاقی زیر گلو ت از استنشاق محصولات احتراق ناقص گازهای سمی ناشی می شود و اغلب منبع مرگ در صحنه آتش سوزی است. صدمه استنشاق دود باعث از دست رفتن عمل مژکی شده و پاسخ التهابی را تحریک می کند که باعث افزایش ترشح و ایجاد ادم مخاطی شدید و برونکواسپاسم احتمالی می شود. کاهش تولید سورفاکتانت آلونولی منجر به آتلکتازی (کلاپس آلونولی) می شود. دفع ذرات کربن در خلط شاه علامت این صدمه است.

گازهای سمی نظیر مونواکسید کربن و سیانید هیدروژن در صدمات راه هوایی تحتانی دخالت دارند. مسمومیت با مونواکسید کربن عامل دخیل در اکثر مرگ ها در صحنه آتش سوزی است. تمایل هموگلوبین برای متصل شدن با مونواکسید کربن ۲۰۰ بزرگ تر از تمایل آن برای اتصال با اکسیژن است و اگر مقادیر قابل ملاحظه ای از مونواکسید کربن وجود داشته باشد، هیپوکسی بافتی روی خواهد داد. درمان عبارت از دادن اکسیژن ۱۰۰٪ است تا مولکولهای مونواکسید کربن را از اتصال با هموگلوبین جا به جا کند. سیانید هیدروژن یک توکسین سیستمیک است که با مرگ و میر مرتبط است. علائم و نشانه های هیپوکسی در فشار طبیعی اکسیژن شریانی (PaO_2) شاخصی برای مسمومیت با سیانید است.

تغییرات کلیوی

در نتیجه کاهش حجم خون متعاقب صدمه سوختگی در اثر



شکل ۵-۶۲. اسکاروتومی ساعد



شکل ۶-۶۲. فاسیوتومی بازو

تغییرات ریوی

آسیب استنشاقی در اثر استنشاق محرک های حرارتی یا شیمیایی روی می دهد. آسیب های استنشاقی، به آسیب راه هوایی فوقانی (بالای گلو ت) یا آسیب استنشاقی تحتانی (زیر گلو ت) طبقه بندی می شوند. صدمات بالای تارهای صوتی می تواند حرارتی یا شیمیایی باشد، در حالی که صدمات زیر تارهای صوتی معمولاً شیمیایی هستند. تقریباً ۳۰-۶۰٪ بیماران پذیرش شده در مراکز سوختگی، آسیب استنشاقی دارند. تشخیص وجود آسیب استنشاقی از اهمیت برخوردار است. تاریخچه صدمه نظیر صدمه ناشی از شعله که در فضای بسته روی داده باشد و علائم بالینی نظیر سوختن موهایی صورت یا خلط حاوی کربن باید به عنوان شاخصی از وجود صدمه استنشاقی دود در نظر گرفته شود. در صورتی که

حفظ دمای بدن بیمار کمک می کند. بعد از چند ساعت اول، افزایش پایدار درجه حرارت مرکزی به عنوان بخشی از پاسخ فیزیولوژیک و متابولیک به صدمه سوختگی ایجاد می شود.

تغییرات گوارشی

بیمارانی که دچار بیماری شدید هستند از جمله بیماران دچار سوختگی، در معرض تغییر تحرک دستگاه گوارش هستند. آسیب اعصاب روده و عملکرد عضلات صاف، التهاب، جراحی، داروهایی نظیر تنگ کننده های عروق و عدم خونرسانی کافی بافتی برخی از علت های سوء عملکرد گوارشی هستند. شاخص های ایسکمی اندام گوارش شامل افزایش فشار مثانه، افزایش لاکتات سرم و عدم تحمل غذا می باشند. سه تا از شایع ترین تغییرات گوارشی در بیماران دچار سوختگی عبارتند از ایلئوس فلجی (فقدان حرکات دودی روده ها)، زخم کرلینگ و جا به جایی باکتریایی. کاهش حرکات دودی و صداهای روده تظاهرات ایلئوس فلجی هستند. اتساع معده و تهوع ممکن است منجر به استفراغ شود. بنابراین برداشتن فشار از روی معده توصیه می شود. خونریزی معده ثانوی به استرس فیزیولوژیک شدید، ممکن است از طریق وجود خون مخفی در مدفوع، رگورژیتاسیون مواد قهوه مانند (coffee-ground) از معده یا استفراغ خونی مشخص گردد. این علائم نشانه زخم سطحی دئودنوم یا معده (زخم کرلینگ) می باشد.

بیمارانی که زخم های سوختگی بزرگ سطح کل بدن دارند، به دلیل مقادیر زیاد مایع برای احیای مایعات، مایع جا به جا شده به فضای میان بافتی که باعث تشکیل ادم می شود و کاهش پذیرش دیواره شکم ثانوی به تشکیل اسکار در معرض خطر سندرم کمپارتمان شکمی (ACS)^۲ هستند. افزایش فشار در حفره شکم در ایسکمی دستگاه گوارش و اندام های شکمی دخالت دارند.

درمان آسیب سوختگی

به طور معمول، مراقبت از سوختگی به سه مرحله مراقبتی تقسیم می شود. مرحله فوری یا احیا، مرحله حاد یا میانی و مرحله بازتوانی. هر چند هر مرحله دارای اولویت هایی است اما بررسی و مدیریت مشکلات و عوارض یکدیگر را پوشش می دهند. جدول ۳-۶ اولویت های مراقبت هر مرحله را به اختصار نشان می دهد.

پاسخ جبرانی به از دست رفتن حجم داخل عروقی، ممکن است عملکرد کلیوی دستخوش تغییر شود. جایگزینی کافی حجم مایعات، جریان خون کلیوی را برقرار نموده و میزان فیلتراسیون گلومرولی و حجم ادرار را افزایش می دهد. به علاوه، تخریب گلبول های قرمز خون در محل آسیب دیده، باعث دفع هموگلوبین آزاد در ادرار می گردد. اگر تخریب عضلانی (به عنوان مثال به دلیل سوختگی های الکتریکی) روی دهد، میوگلوبین از سلول های عضلانی آزاد شده و توسط کلیه ها دفع می گردد. اگر جریان خون از طریق کلیه ها کافی نباشد، هموگلوبین و میوگلوبین، لوله های کلیوی را مسدود نموده و باعث نکروز حاد لوله ای و نارسایی کلیوی می گردد. (فصل ۵۴ را ببینید). افزایش فشار شکمی ناشی از صدمه نیز می تواند باعث ایسکمی کلیه ها شود.

تغییرات ایمونولوژیک

دفاع های ایمونولوژیک بدن در اثر سوختگی تغییرات عمده ای پیدا می کنند. پوست، بزرگ ترین مانع در برابر عفونت است و در صورت بی کفایتی، بیمار به طور مداوم در مواجهه با محیط قرار می گیرد. صدمه سوختگی باعث آزادسازی سیتوکین ها و سایر موادی می شود که باعث اختلال عملکرد لکوسیت ها و سلول های اندوتلیال می شود. مراکز سوختگی برای محافظت بیمار و به حداقل رساندن تماس با ارگانیسم های بالقوه خطرناک، محیطی کنترل شده از نظر عفونت فراهم می کنند.

تغییرات در تنظیم دما

از بین رفتن پوست، هم چنین باعث ناتوانی در تنظیم دمای بدن می گردد. به همین جهت بیماران سوخته در ساعات اولیه بعد از سوختگی ممکن است کاهش دمای بدن را نشان دهند. Hostler و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که هیپوترمی (یعنی درجه حرارت مرکزی کمتر از ۳۶،۵ درجه سانتی گراد) در ۷،۹۷ درجه فانهایت^۱ در هنگام پذیرش بیماران در بیمارستان پیشگویی کننده مستقل مرگ و میر می باشد. هیپوترمی حین عمل با برهنه بودن و در طی جراحی های طولانی تشدید شده و در ترکیب با بیهوشی عمومی پاسخ های متابولیک و نورولوژیک را کند کرده و هم چنین چالش هایی را در درمان موفقیت آمیز بیماران دچار سوختگی های بزرگ ایجاد می کند. مراکز سوختگی دارای شبکه های گرمایی در کنار تخت و منابع حرارتی اضافی هستند که به

2 Abdominal compartment syndrome

1 Coffe-ground

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

در طی دقایق اولیه مراقبت اورژانس، باید باز بودن راه هوایی و تنفس بیمار بررسی شود. درمان فوری معطوف به حفظ راه هوایی و استفاده از اکسیژن مرطوب ۱۰۰ درصد می باشد. در صورت وجود پرسنل ماهر و وسایل کافی و وجود ادم در راه هوایی مصدوم یا دیسترس تنفسی شدید، امدادگران باید با کار گذاری لوله تراشه، تهویه دستی را آغاز نمایند.

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

هیچ گونه غذا یا مایعات از طریق دهان داده نمی شود و بیمار در وضعیتی قرار داده می شود که از آسپیراسیون مواد مستقرغه جلوگیری شود. زیرا ممکن است تهوع و استفراغ ایجاد شود و محافظت راه هوایی همیشه یک اولویت است.

بررسی دوم بر اخذ شرح حال، تکمیل بررسی همه سیستم های بدن، احیای ابتدایی مایعات و ارایه حمایت روحی از بیمار هوشیار می باشد.

مرحله فوری/ احیا**مراقبت در محل حادثه**

اولین گام درمانی، دور کردن بیمار از منبع صدمه و متوقف کردن فرایند سوختگی در حالی که از وارد آمدن صدمه به امدادگران پیشگیری می شود، است. اولویت های امدادگران شامل برقرار کردن راه هوایی، دادن اکسیژن (در صورت شک به مسمومیت با مونواکسید کربن، دادن اکسیژن ۱۰۰٪)، کارگذاری حداقل یک خط وریدی با سوراخ درشت و پوشاندن زخم با گاز یا پارچه تمیز و خشک است. شستشوی مداوم صدمه شیمیایی باید فوراً شروع شود. چارت ۳-۴ رویه ها و مراقبت لازم در صحنه سوختگی را نشان می دهد. ظاهر فیزیکی فرد دچار سوختگی اغلب ناراحت کننده است اما اثرات سیستمیک داخلی است که تهدید بزرگ تری برای زندگی ایجاد می کند.

بررسی اولیه فوری بیمار برای بررسی ABCDEs است: راه هوایی (A) با اعمال توجه به محافظت از مهره های گردنی، تبادل گازیا تنفس (B)، وضعیت گردش خون یا قلب (C)، ناتوانی (D) از جمله نقایص نورولوژیک و برهنه کردن و معاینه کردن (E) در محیط گرم است.

جدول ۳-۶۲. مراحل مراقبت از سوختگی

مرحله	طول مدت	اولویت ها
فوری/ احیا	از زمان شروع آسیب تا اتمام احیای مایعات	• بررسی اولیه: A, B, C, D, E • پیشگیری از شوک • پیشگیری از دیسترس تنفسی • کشف و درمان آسیب های هم زمان • بررسی زخم و مراقبت ابتدایی
حاد / بینابینی	از شروع دیورز تا نزدیک به تکمیل بسته شدن زخم	• بستن زخم و مراقبت از آن • پیشگیری و درمان عوارضی نظیر عفونت • حمایت تغذیه ای
بازتوانی	از بسته شدن زخم اصلی تا برگشت فرد به سطح ایده آل سازگاری جسمانی و روانی اجتماعی	• پیشگیری از تشکیل اسکارها و جمع شدگی ها • بازتوانی جسمی، حرفه ای و شغلی • ترمیم از نظر زیبایی و عملکرد • مشاوره روانی اجتماعی

تدابیر درمانی

نتایج طولانی مدت تحت تاثیر کیفیت مراقبت دریافت شده در چند ساعت اول پس از حادثه است. در ابتدا، بیمار به نزدیک ترین دپارتمان اورژانس (ED) منتقل می شود تا بتوان اقدامات نجات بخش را شروع کرد و در صورت لزوم ارجاع به موقع به مرکز سوختگی صورت گیرد.

اقدامات اولیه در دپارتمان اورژانس عبارت از راه هوایی، تنفس و گردش خون است. برای صدمه خفیف ریوی، اکسیژن مرطوب ۱۰۰٪ داده می شود و بیمار تشویق به سرفه کردن می شود تا ترشحات خارج شوند یا با ساکشن کردن خارج می شوند. برای وضعیت های شدیدتر، ممکن است برداشتن ترشحات با ساکشن برونشیل صورت گیرد و عوامل گشادکننده برونش و خلط آور داده شوند. وزن پایه و آزمون های آزمایشگاهی گرفته می شود و این پارامترها باید در دوره بلافاصله بعد از سوختگی (احیا) به دقت پایش شوند. احیای مایع بیشتر از حد یا کمتر از حد لازم با نتایج ضعیف مرتبط هستند. شوک، عوارض ایسکمیک و سندرم سوء عملکرد چند عضوی (MODS) در احیای کمتر از حد روی می دهند. نارسایی قلبی و ادم ریوی در احیای بیشتر از حد روی می دهند.

در ابتدا برای تسهیل تجویز مایعات، ممکن است راه وریدی محیطی گرفته شود. با این وجود در سوختگی های وسیع، به دلیل میزان زیاد مایع مورد نیاز راه وریدی مرکزی توصیه می شود. سطح کل سوخته بدن محاسبه می شود و می توان احیای مایع را با رینگر لاکتات (LR) با استفاده از فرمول احیای مایع انجمن سوختگی آمریکا آغاز نمود. رینگر لاکتات محلول کریستالوئیدی انتخابی است زیرا اسیدیته و اسمولالیتی آن بیشتر از همه شبیه پلاسما انسان است. فرمول احیای مایعات انجمن سوختگی آمریکا (۲۰۱۱) در ۲۴ ساعت اول بعد از سوختگی حرارتی یا شیمیایی به شرح زیر است:

۲ میلی لیتر رینگر لاکتات × وزن بیمار بر حسب کیلوگرم × درصد کل سوخته بدن از سوختگی درجه دوم، سوم و چهارم برای بزرگسالان دچار سوختگی الکتریکی:

۴ میلی لیتر رینگر لاکتات × وزن بیمار بر حسب کیلوگرم × درصد کل سوخته بدن از سوختگی درجه دوم، سوم و چهارم زمان یکی از مهم ترین توجهات در محاسبه نیازهای مایع در ۲۴ ساعت اول بعد از سوختگی است. نقطه شروع، زمان صدمه است نه زمان ورود به موسسه درمانی. انفوزیون به

نحوی تنظیم می شود که نیمی از کل حجم محاسبه شده در ۸ ساعت اول سوختگی داده شود. نیمی دیگر حجم محاسبه شده در طی ۱۶ ساعت بعدی داده می شود.

این فرمول ها تنها راهنما هستند. بدیهی است که در صورت لزوم میزان انفوزیون هر ساعت با پایش فیزیولوژیک پاسخ بیمار تیتتر می شود. برای بزرگسالان، برون ده ادراری $1-5/0 \text{ ml/kg/hr}$ به عنوان شاخص احیای مناسب در صدمات حرارتی و شیمیایی به کار می رود. در حالی که هدف در صدمات الکتریکی، برون ده ادراری $100-75 \text{ ml/kg/hr}$ است. سایر شاخص ها نظیر فشار خون و تعداد ضربان قلب در بررسی کفایت حجم داخل وریدی در بیماران دچار سوختگی های بزرگ مفید نیستند.

بعد از تثبیت نمودن عملکرد کافی تنفسی و وضعیت گردش خون، در صورتی که بیمار دچار صدمه تروماتیک یا الکتریکی شده باشد، از نظر صدمه به مهره های گردنی و صدمات سر بررسی می شود. تمامی جواهرات و البسه بیمار درآورده می شوند، زیرا ممکن است حاوی مواد شیمیایی باشند، گرما را نگه دارند و یا در اثر ایجاد سریع ادم بر اندام ها فشار وارد آورند. در سوختگی های شیمیایی، شستشوی نواحی آسیب دیده با مقادیر زیادی از آب ساده ادامه پیدا می کند. بیمار از نظر استفاده از لنزهای تماسی بررسی می شود. در صورت وقوع سوختگی در ناحیه صورت یا ورود مواد شیمیایی به چشم ها، لنزها باید سریعاً خارج گردند. علاوه بر این، چشم ها فوراً برای صدمه به قرنیه معاینه می شوند. ممکن است برای بررسی کامل از نظر آسیب قرنیه با رنگ آمیزی فلورسین با چشم پزشکی مشاوره داده شود.

درجه حرارت بیمار باید به دلیل امکان ایجاد سزیه هیپوترمی پایش شود و ممکن است دستکاری محیط ضروری باشد. درجه حرارت کمتر از ۳۵ درجه سانتی گراد (۹۵ درجه فارنهایت) باعث انقباض عروقی می شود که ممکن است ایسکمی بافت و نکروز را افزایش دهد.

معتبر کردن سناریوی سوختگی توسط بیمار، شاهدان حاضر در صحنه و نخستین کمک کننده ها از اهمیت برخوردار است. اطلاعات باید حاوی زمان و منبع صدمه سوختگی، محل وقوع صدمه (به ویژه اگر بیمار در محیط بسته بوده است)، مدت تماس، درمان قبلی و سابقه صدمه تروماتیک همزمان باشد. تاریخچه وضعیت های پزشکی قبلی، آلرژی ها، داروها و استفاده از دارو، الکل و تنباکو برای کمک به طرح ریزی درمان اخذ می شود.

کاتتر ادراری ماندنی برای امکان پایش دقیق برون ده ادراری

چارت ۴-۶۲. اقدامات فوری در محل وقوع سوختگی

- **خاموش کردن آتش یا دور کردن از منبع.** در صورتی که لباس ها آتش گرفته باشد، می توان با خواباندن فرد بر روی زمین و غلتاندن وی آتش را خاموش کرد (ایستادن، خواباندن روی زمین و غلتاندن) و از هر چیزی که در دسترس است مثل پتو، قالیچه یا کت برای کاهش شعله ها استفاده کرد. باید به سالمندان و کسانی که آسیب تحرک دارند برای پیشگیری از صدمات همزمان عضلانی- استخوانی دستور "توقف، نشستن و غلتیدن" داد. ایستادن باعث تقویت استنشاق دود و شعله توسط فرد شده و دویدن سبب شعله ور شدن آتش می گردد. اگر منشاء سوختگی، الکتریکی است باید قبل از حرکت دادن بیمار، جریان الکتریسیته قطع شود.
- **سرد کردن محل سوختگی.** پس از خاموش کردن شعله ها، ناحیه سوخته و لباس های چسبیده به بدن با آب خیس می شود تا زخم سرد شده و فرایند سوختگی متوقف شود. با این حال هرگز نباید یخ را به طور مستقیم روی ناحیه سوخته قرار داد و نباید بیمار را در یخ پیچید و خیس کردن پانسمان ها یا بدن با آب سرد نباید بیش از چند دقیقه به طول بینجامد. چنین اقداماتی در بیمارانی که سوختگی های بزرگ دارند، می تواند تخریب بافتی را تشدید و سبب هیپوترمی شود.
- **خارج کردن اجسام فشارنده.** در صورت امکان، سریعاً لباس های بیمار را در آورید. لباس هایی که به بدن بیمار چسبیده اند، تا زمانی که خنک شوند در محل باقی گذاشته می شوند. سایر لباس ها و تمام جواهرات از جمله تمام جواهرات آویزان شده به بدن^۱ را باید خارج نمود تا امکان بررسی فراهم شده و از ایجاد فشار بر روی عضو که به دنبال ادم سریع به وجود می آید، جلوگیری شود.
- **پوشاندن زخم.** زخم سوختگی را باید هر چه سریع تر پوشاند تا آلودگی باکتریایی به حداقل رسیده، درجه حرارت بدن حفظ شده و از طریق جلوگیری از تماس هوا با سطح سوخته، درد بیمار نیز کاهش یابد. از هر نوع پارچه

و اندازه گیری عملکرد کلیه و نیازهای مایع برای بیماران دچار سوختگی های متوسط تا شدید کار گذاشته می شود. در صورتی که وسعت سوختگی بیش از ۲۰ تا ۲۵ درصد سطح کل بدن باشد، باید اقدام به کارگذاری لوله بینی- معده ای نموده و به ساکشن متناوب با فشار کم وصل نمود. برای تمام بیمارانی که لوله تراشه گذاشته شده است، جهت کاهش فشار شکمی و پیشگیری از استفراغ باید لوله بینی معده ای گذاشته شود. اغلب، بیماران دچار سوختگی های بزرگ در اثر اثرات گوارشی صدمه سوختگی نظیر ایلئوس فلجی و اثرات داروهایی مثل مخدرها دچار حالت تهوع می شوند.

برای پیشگیری از آلودگی زخم سوختگی، حفظ دمای بدن و کاهش درد ناشی از تماس جریان هوا با پایانه های عصبی فاقد پوشش، رو و زیر بیمار ملحفه های تمیز انداخته می شود. باید قد و وزن پایه بیمار، گازهای خون شریانی، هماتوکریت، الکترولیت های سرم، میزان الکل خون، داروهای مصرفی، آزمایش ساده ادرار و عکس قفسه سینه گرفته شود. به دلیل خونرسانی ضعیف بافتی همراه با صدمه سوختگی، فقط ضد دردهای وریدی در مقادیر کم و تکراری که برای کاهش درد در مرحله اورژانس حیاتی است، داده می شود. در صورتی که بیمار سوختگی الکتریکی داشته باشد، یک الکتروکاردیوگرام پایه نیز گرفته می شود و پایش مداوم قلب آغاز می شود. به دلیل آنکه سوختگی ها، زخم هایی آلوده هستند، در صورتی که وضعیت ایمنسازی بیمار نامشخص باشد یا واکسیناسیون معمول صورت نگرفته باشد، پروفیلاکسی کزاز داده می شود.

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

در صورت لزوم، می توان کاف فشار سنج را بر روی اندام سوخته قرار داد. اندازه کاف باید متناسب با اندازه ادم باشد.

هر چند تمرکز اصلی مراقبت ها در طی مرحله اورژانس، پایداری و ثبات جسمی بیمار است، ولی پرستار باید به نیازهای روانی بیمار و خانواده او نیز توجه نماید. اضطراب، همراه با صدمه سوختگی وجود داشته و باید براساس روند رو به جلو بررسی شود. سوختگی یک بحران است و باعث پاسخ های روانی مختلفی می شود

خشک و تمیز می توان به عنوان پانسمان استفاده کرد. نباید از پماد یا مرهم استفاده کرد. در صحنه حادثه به غیر از پانسمان، نباید از دارو یا ماده دیگری بر روی زخم سوخته استفاده نمود.

• **شستشوی سوختگی های شیمیایی.** سوختگی های شیمیایی که به علت تماس با مواد خورنده ایجاد می شوند را باید سریعاً شستشو داد. در اکثر آزمایشگاه های شیمی دوش های پرفشار برای استفاده در موارد اورژانسی وجود دارد. اگر آسیب شیمیایی در منزل اتفاق افتاده باشد، عوامل شیمیایی را با برس پاک نموده، لباس های بیمار را سریعاً خارج کرده و تمام نواحی بدن فرد که در تماس با مواد شیمیایی بوده، را شستشو دهید. ممکن است شستشو با دوش یا هر نوع آب جاری انجام شود. در صورت ورود مواد شیمیایی به چشم یا ریختن آن در اطراف چشم، باید چشم ها را سریعاً با آب سرد و خنک شستشو داد. نتایج بیمارانی که سوختگی شیمیایی دارند به نحو قابل ملاحظه ای با شستشوی سریع و مداوم در محل وقوع حادثه بهبود می یابد.

که می تواند باعث کشمکش هایی شود که منجر به چالش اخلاقی شود (چارت ۵-۶۲). توانایی های تطابقی بیمار و خانواده اش و دسترسی به منابع حمایتی بررسی می شود. در هنگام مراقبت، وقایع پیرامون سوختگی باید ملاحظه و مورد توجه خاص قرار گیرد. مراقبت پرستاری از بیمار در طی مرحله اورژانسی/ احیای صدمه سوختگی در چارت ۶-۳ ذکر شده است.

چارت ۵-۶۲: چالش اخلاقی

مراقبت تسلی بخش چیست و تا چه حد کفایت می کند؟

شرح یک مورد. مرد ۶۶ ساله ای به نزدیک ترین مرکز سوختگی که شما در آن به عنوان پرستار کار می کنید، منتقل شده است. او آبجو نوشیده و در حال طبخ استیک روی اجاق بوده است. او به طرز غیر قابل توضیحی مایع آتش زا را روی اجاق ریخته و شعله بالای تنه و صورت وی را فراگرفته است. او متحمل سوختگی تمام ضخامت ۴۲٪ بدن (صورت، گردن، هر دو بازو و قفسه سینه) شده است. او در صحنه حادثه هنگام

ورود امدادگران بیدار بوده است و به سابقه پرفشاری خون، بالا بودن کلسترول خون و نقرس اشاره کرده است. او در آن زمان به دلیل عمق صدمه سوختگی درد کمی داشته است. با این حال از تیم سوالاتی در مورد زنده ماندن از این حادثه پرسیده است "دارم می میرم؟".

با توجه به وسعت سوختگی صورت، در بدو پذیرش به مرکز سوختگی لوله گذاری صورت گرفت. با ورود خانواده به مرکز سوختگی، جراح سوختگی وسعت صدمه را تشریح نمود. براساس مراقبت و بررسی پیشرفت وضعیت بیمار بعد از احیاء تصمیم گیری به عمل آمد. آنها برای تصمیم بعدی در مورد قطع مراقبت در صورت بی نتیجه بودن آنها برای زنده ماندن بیمارشان آماده شدند.

احیای اولیه صورت گرفت و حدود ۴ روز بعد از سوختگی، بیمار شروع به نشان دادن علایم آسیب کلیوی کرد. او یک جراحی برای دبریدمان و گرافت به قفسه سینه داشت و اگرچه گرافت ها دست نخورده بودند، سالم به نظر نمی رسیدند. او در حال نشان دادن علایم افزایش ناراحتی و درد به دلیل عمل جراحی و اضافه شدن یک زخم دیگر (محل جدید دهنده پوست) بود. به دنبال ملاقات خانواده با تیم درمانی، خانواده تصمیم گرفت که آنها نمی خواهند همودایلیز برای بیمارشان شروع شود و بنابر این بیمار روی انجام اقدامات راحتی بخش قرارداد شد. تقریباً ۳ روز بعد او تحت انجام مراقبت راحتی بخش و افزایش علایم بیقراری و درد بود. شما در حال مراقبت از بیمار هستید و درخواست می کنید که پزشک داروی ضد درد مورفین را از ۵ میلی گرم به ۸ میلی گرم مورفین وریدی افزایش دهد. در طی ۲ ساعت بعد از تجویز، بیمار دیگر ناراحتی احساس نمی کند. شش ماه بعد موسسه از طریق وکیل به شما اعلام می کند که خانواده دست به اقدام قانونی بر علیه شما و پزشک برای انجام اتانازی روی بیمار زده است.

بحث

متخصصان بالینی در تیم سوختگی به طور شایع با این نوع معضلات اخلاقی مواجه می شوند. هر زمان امکان پذیر باشد، تیم باید سعی کنند تا در اسرع وقت خواسته های بیمار از جمله وصیت نامه را استخراج نمایند. برقراری ارتباط و تشریک مساعی با خانواده در مورد خاتمه دادن به مراقبت از اهمیت برخوردار است. اگرچه خانواده با مراقبت راحتی بخش موافق است، ممکن است در مورد آن ابهام داشته باشند. مساله در این مورد آن است که در اثر نبود درد، برای بیمار درک شدت صدمه سوختگی دشوار است. بیمار با شروع

با آگاهی از ناهنجاریهای مورد انتظار موافق با صدمه سوختگی نظیر تکیکاردی و تاکی پنه به دقت پایش می شوند.

در صورتی که تمام اندام ها دچار سوختگی شده باشند، ممکن است تعیین فشار خون دشوار باشد. قرار دادن پانسمان تمیز زیر کاف فشار سنج، از آلودگی زخم پیشگیری می کند. از آنجایی که افزایش ادم مانع از سمع صدا در حین اندازه گیری فشار خون می شود، ممکن است استفاده از یک ابزار داپلر (اولتراسوند) یا ابزار الکترونیکی غیر تهاجمی فشار خون مفید باشد. در بیماران دچار سوختگی شدید، یک کاتتر شریانی برای اندازه گیری فشار خون و جمع آوری نمونه های خون مورد استفاده قرار می گیرد. نبض های محیطی اندام های سوخته به طور مکرر یا با لمس یا در صورت نیاز با داپلر کنترل می شوند. بالاتر از سطح قلب قرار دادن اندام ها برای کاهش ادم ضروری است. کاتترهای با مجرای درشت (۱۴ تا ۱۸) و تعبیه کاتتر ادراری ماندنی اگر قبلا تعبیه نشده باشد صورت گرفته و بررسی پرستاری باید شامل بررسی جذب و دفع باشد.

قرمز رنگ بودن ادرار مطرح کننده وجود هموگلوبینوژن ناشی از صدمه به گلبولهای قرمز و میوگلوبین ناشی از صدمه به عضلات می باشد. این دو مورد با سوختگی های عمیق ایجاد شده با صدمه الکتریکی یا تماس طولانی با گرما و شعله مرتبط هستند. گلیکوزوری یافته شایعی در ساعات اولیه بعد از سوختگی در اثر آزاد شدن ذخائر گلیکوژن در پاسخ به استرس است.

پرستار با محاسبه مایع مورد نیاز بیمار و پایش پاسخ به احیای مایعات کمک می کند. پروتکل های احیا با کمک پرستار، نتایج بیمار را در مرحله فوری/ احیا ارتقا می دهد. مسئولیت های پرستار شامل تجویز مایعات، پایش دقیق جذب و مایع، پایش پاسخ بیمار و اعلام یافته های با اهمیت بررسی و مقادیر غیر طبیعی آزمایشات بیمار به تیم درمانی است.

برای کمک به هدایت درمان، موارد زیر ضروری هستند: ثبت درجه حرارت بیمار، وزن بدن و وزن قبل از سوختگی، سابقه حساسیت ها، واکسیناسیون کزاز، تاریخچه قبلیداخلی و جراحی و بیماری های کنونی و فهرست داروهای کنونی. یک بررسی سر تا پا با تمرکز بر علائم و نشانه های بیماری همزمان، صدمه همراه و عوارض حاصله انجام می شود. بررسی وسعت زخم سوختگی با استفاده از قانون اعداد نه یا تسهیل شده با دیاگرام های آناتومیک (قبلا توضیح داده شده) انجام می شود. علاوه بر این، پرستار با پزشک در بررسی

مراقبت ها شروع به تجربه افزایش درد و افزایش داروی مورد نیاز می کند. با افزایش دارو برای تسکین درد و رنج، مرگ واقع می شود، تز اثر مضاعف به واقعیت می پیوندد. داروی داده شده باعث تسکین درد و رنج می شود، اما اثر بد آن یعنی مرگ به وقوع می پیوندد. در این گونه موارد، ممکن است نتیجه قابل پیش بینی باشد، اما قصدی در آن درکار نبوده است.

تحلیل

اصول اخلاقی که در این مورد در تعارض هستند را شرح دهید. در هنگام کار با خانواده کدام اصل باید برتری داشته باشد؟

نقش خودتان را در این مورد به عنوان مشارکت در خودکشی کمک شده، اتانازی فعال یا تسکین دادن شرح دهید. چه فرقی می کند؟ آیا بین این سه اقدام فرقی وجود دارد؟ آیا معتقدید که این صدمه قابل زنده ماندن است؟

شرح دهید که اصول اخلاقی خودمختاری، سودرساندن و عدم آسیب رساندن ممکن است در این مورد با هم در تعارض اند یا با هم مغایر هستند.

شرح دهید که به عنوان عضو تیم سوختگی هنگام ورود بیمار به موسسه شما، چه کار متفاوتی برای تامین خودمختاری بیمار قبل از تعبیه لوله هوایی انجام خواهید داد؟

در این مورد چه تعدهایی وجود داشتند؟ چگونه ممکن است تعمد، ابزاری برای انجام اقدام تعیین دوز دارو برای تسکین شود که از نظر اخلاقی قابل دفاع باشد؟ آیا این مداخله پرستاری، مطابق اصل اثر مضاعف از نظر اخلاقی قابل دفاع است (فصل ۳، چارت ۳-۳ را ببینید)؟

توجه داشته باشید که انجمن پرستاری آمریکا (۲۰۱۵) به صراحت بیان می کند که پرستاران نباید از روی تعمد باعث مرگ بیمار شوند.

تدابیر پرستاری

بررسی پرستاری در مرحله فوری صدمه سوختگی بر اولویت های اصلی هر بیمار ترومایی یعنی متمرکز بوده، زخم سوختگی توجه ثانوی به تثبیت راه هوایی، تنفس و گردش خون است. وضعیت تنفسی به دقتپایش می شود و ضربانات نبض به ویژه در نواحی دچار سوختگی حلقوی اندام ها ارزیابی می گردند. در ابتدای امر اگر بیمار سابقه بیماری قلبی، صدمه الکتریکی یا بیماریهای تنفسی داشته باشد، پایش قلبی ضروری است. علائم حیاتی و وضعیت همودینامیک به دقت

اولیه بالینی نواحی صدمه با ضخامت نسبی و کامل همکاری می‌کند. توجهات روانشناختی بیمار و خانواده و ارتباط با تیم درمانی در سیر مراقبت قطعی می‌باشد. مراقبت پرستاری از بیمار در طی مرحله فوری/احیای صدمه سوختگی در چارت ۶-۶۲ تشریح شده است.

مرحله بینابینی/حاد

مرحله حاد/بینابینی مراقبت سوختگی متعاقب مرحله اورژانس/احیا بوده و ۷۲-۴۸ ساعت پس از آسیب سوختگی آغاز می‌شود. در طی این مرحله، توجه به سمت تداوم بررسی ها و حفظ وضعیت تنفسی و گردش خون، تعادل مایع و الکترولیت ها و عملکرد دستگاه گوارش و کلیه ها است. پیشگیری از عفونت، مراقبت از زخم سوختگی (یعنی پاکسازی زخم و دبریدمان، درمان ضد میکروبی موضعی، پانسمان کردن زخم و گرافت زخم)، اداره کردن درد، تعدیل پاسخ هیپرمتابولیک، وضعیت دهی و تحرک به موقع بدن از اولویت های این مرحله بوده و در بخش های بعدی به تفصیل مورد بحث قرار می گیرند.

تدابیر درمانی

عوارض ریوی در صدمه سوختگی شایع هستند. انسداد راه هوایی در اثر ادم راه هوایی فوقانی می‌تواند بعد از ۴۸ ساعت ایجاد شود. تغییرات آشکار شده با اشعه ایکس و آنالیز گازهای خون شریانی ممکن است در اثر احیای مایع و واکنش های شیمیایی مواد موجود در دود با بافت های ریه هویدا شود. تشخیص تا حد زیادی به سابقه و نمای بالینی، پایش گازهای خون شریانی با میزان کربوکسی هموگلوبین و مشاهده مستقیم راه هوایی با برونکوسکپی فیبراپتیک دارد. برای کم کردن اثرات ادم راه هوایی فوقانی ممکن است بالا بردن سر تخت بیمار مفید باشد. ممکن است استریدور و تنگی نفس به دلیل آنکه علایم تاخیری انسداد قریب الوقوع راه هوایی هستند، مشهود نباشند. به دلیل آنکه ممکن است انسداد خیلی سریع روی دهد، لوله گذاری محافظتی به موقع برای حفظ باز بودن راه هوایی مد توجه قرار گیرد. با این حال، لوله گذاری و تهویه مکانیکی از عوامل مهم دخیل در عفونت ریوی هستند. به طور ایده آل، بهترین اقدام برداشتن هرچه سریع تر لوله داخل تراشه تا حد امکان است به طوری که عوامل بیماری زا نتوانند به ریه ها دستیابی پیدا کنند.

عوارض تاخیری ریوی ثانوی به صدمه استنشاقی شامل پوسته شدن غشای مخاطی راه هوایی و تشکیل اجسام غالی از ذرات سلولی است که می‌تواند منجر به انسداد، افزایش ترشحات، التهاب، آتلکتازی، زخم راه هوایی، ادم ریوی و هیپوکسی بافتی شود. پنومونی، آسیب حاد ریوی (ALI) و سندرم دیسترس تنفسی حاد (ARDS) نیز محتمل می‌باشند. پنومونی مرتبط با دستگاه تهویه مصنوعی^۱ (VAP) یک عارضه برای تمام بیماران بستری در بیمارستان که تحت تهویه مکانیکی قرار می‌گیرند، می‌باشد و به ویژه در بیماران دچار آسیب استنشاقی تشدید می‌شود. این عارضه ۲۰-۱۰ درصد بیماران تحت تهویه مکانیکی طولانی تر از ۴۸ ساعت را گرفتار می‌کند. فصل ۲۱، چارت ۱۱-۲۱ را برای مبحث استراتژی های "bundled" برای پیشگیری از VAP و فصل ۲۳ را برای مبحث نارسایی تنفسی و ARDS ببینید.

با به دست آمدن مجدد تمامیت مویبرگی، ۴۸ ساعت یا بیشتر از زمان سوختگی، مایع از میان بافتی به بخش داخل عروقی حرکت کرده و دیورز داخلی آغاز می‌شود. اگر عملکرد قلب یا کلیه ناکافی باشد، ممکن است اضافه بار مایع روی داده و علایم نارسایی قلبی ایجاد شود. در طی این مرحله از مراقبت از سوختگی در اثر جابجایی مایع، از دست دادن مایع در اثر تبخیر و پاسخ فیزیولوژیک به صدمه سوختگی روی می‌دهد. اجزای خون در صورت لزوم برای درمان از دست دادن خون در اثر جراحی و کم خونی داده می‌شود. بعد از برطرف شدن شوک سوختگی، هیپرترمی شایع است. تنظیم مجدد درجه حرارت مرکزی بدن در بیمارانی که به شدت دچار سوختگی شده اند، باعث می‌شود تا چند هفته پس از سوختگی درجه حرارت بدن چند درجه بالاتر از طبیعی باشد. این می‌تواند با افزایش درجه حرارت در اثر سپسیس اشتباه شود.

ممکن است کاتترهای ورید مرکزی، شریان محیطی یا کاتترهای تخصصی برای پایش همودینامیک لازم باشد. برای بیماران دچار سوختگی های بزرگ به دلیل مقدار و زمان لازم برای دادن داروها و مایع، داشتن چند وریدی ناشایع نیست. در صورت امکان، باید از کارگذاری خطوط وریدی در نواحی سوخته بدن اجتناب شود.

برش زود هنگام یکی از مهم ترین مداخلات پزشکی برای بیماران دچار سوختگی که تاثیر مثبتی بر مرگ و میر بیماران دارد. از طریق برش جراحی، بافت نکروتیک برداشته می‌شود

عفونت از طریق التهاب شدید و آسیب به بافت مانع از التیام زخم سوختگی می شود. علایم بالینی عفونت شامل اریتم پیشرونده، گرمی، حساسیت به لمس و اگزودای بدبو است. در پیشگیری و کنترل عفونت زخم سوختگی، رویکرد چندگانه اساسی است. این استراتژی ها شامل:

- استفاده از تکنیک های سد کننده (مثل گان، دستکش، محافظ چشم و ماسک در صورت لزوم)
 - تمیز کردن محیط با کشت های دوره ای از لوازم مراقبت از بیمار (با توجه خاص به تجهیزات آب درمانی)
 - استعمال عوامل مناسب ضد میکروبی به طور موضعی
 - استفاده مناسب از آنتی بیوتیک های سیستمیک و عوامل ضد قارچ (استفاده دقیق و پایش دقیق حساسیت های کشت های به عمل آمده در اثر افزایش چالش های مقاومت آنتی بیوتیکی در محیط های مراقبت بهداشتی)
 - برش زود هنگام و بستن زخم سوختگی
 - کنترل هیپرگلیسمی (در صورت لزوم با انسولین، حتی در بیمار فاقد تشخیص قبلی دیابت)
 - مدیریت پاسخ هیپرمتابولیک
- اقدامات متنوعی در انجمن سوختگی در مورد کشت های گرفته شده از محیط و بیماران برای نظارت وجود دارد. در برخی مراکز سوختگی باید در هنگام پذیرش برای غربالگری وجود استافیلوکوک طلایی مقاوم به متی سیلین و انتروکوک های مقاوم به ونکومایسین از بیمار کشت گرفته شود. به طور کلی از زخم ها در هنگام پذیرش با هر مورد جراحی و برای شک بالینی به عفونت کشت گرفته می شود. درمان ضد میکروبی براساس کشت صورت می گیرد.

و بافت زنده زیر آن حفظ می شود. برش زود هنگام بافت مرده با بستن زخم یا به کار بردن پوشش سنتتیک یا بیولوژیک زخم اثرات واسطه های شیمیایی که باعث ناهنجاریهای پاتوفیزیولوژیک می شوند را کم می کند.

کنترل عفونت

دلیل اینکه بیماران دچار سوختگی در معرض بالاترین خطر برای عفونت های مرتبط با مراقبت بهداشتی (HAIs) هستند، چند عاملی است. این دلایل ممکن است شامل از دست رفتن عمل سد مانند پوست برای محافظت در برابر میکروارگانیسم های مهاجم، بافت نکروتیک موجود در اسکار سوختگی که در ترکیب با پروتئین های سرم محیط مساعدی برای رشد باکتری فراهم می کنند و اثرات صدمه حرارتی که هر دوی ایمنی سلولی و ایمنی سیستمیک داخلی را بی کفایت می کند و باعث ایجاد محیطی برای تکثیر پاتوژن ها می شود، باشد. عوامل بیماری زا می توانند به طور مستقیم توسط پرسنل مراقبت بهداشتی از طریق تماس یا قطرات، یا به طور غیر مستقیم از طریق محیط یا تجهیزات منتقل شوند. بنابراین پرستار باید پیشگیری از عفونت را در طرح مراقبت خود در اولویت قرار دهد.

عوامل مسبب عفونت سوختگی می تواند شامل باکتری، قارچ یا ویروس ها باشد. منابع شایع آلودگی احتمالی در بخش سوختگی که نیاز به مواظبت زیاد دارند عبارتند از: تجهیزات آب درمانی، آلودگی مستقیم یا غیر مستقیم از دست مراقبت دهندگان، سطوح محیطی و جا به جایی میکروارگانیسم ها از سایر سیستم های بدن که قابل توجه ترین آنها دستگاه گوارش است. زخم سوختگی چه در حال التیام خود به خودی از طریق تشکیل مجدد اپی تلیال باشد یا برای گرافت پوستی آماده می شود، باید از عوامل بیماری زا محافظت شود.

چارت ۶-۶۲. فرایند پرستاری بیمار در طی مرحله اورژانس / احیای صدمه سوختگی

تشخیص پرستاری: آسیب تبادل گازی در رابطه با مسمومیت با مونوکسید کربن، استنشاق دود و انسداد راه هوایی فوقانی
هدف: نگهداری اکسیژناسیون کافی بافتی

مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) اکسیژن مرطوب٪ فراهم کنید. (۲) صداهای تنفسی، تعداد و ریتم و عمق و قرینه بودن تنفس را بررسی کنید. بیمار را از نظر علائم هیپوکسی پایش کنید. (۳) موارد زیر را مشاهده کنید: الف) قرمزی یا تاول لب ها یا مخاط گونه ب) سوختگی موهای بینی ج) سوختگی های صورت، گردن و یا قفسه سینه د) افزایش خشونت صدا ه) وجود دوده در خلط یا بافت نای در ترشحات تنفسی (۴) مقادیر گازهای خون شریانی، یافته های پالس اکسی متری و میزان کربوکسی هموگلوبین را پایش کنید. (۵) تنفس های سخت، کاهش عمق تنفس یا علائم هیپوکسی را سریعاً به پزشک گزارش کنید.	(۱) اکسیژن مرطوب، بافت های آسیب دیده را مرطوب نگه داشته، اکسیژن مکمل اکسیژن رسانی آئوتولی را افزایش می دهد. (۲) این عوامل اطلاعات پایه جهت بررسی های بعدی و دلایل افزایش اختلال تنفسی را فراهم می کند. (۳) این نشانه ها دال بر احتمال آسیب استنشاقی و خطر اختلال در عملکرد تنفسی است.	● فقدان تنگی نفس ● اشباع اکسیژن شریانی بیش از ۹۵٪ توسط پالس اکسی متر ● میزان گازهای خون شریانی در محدوده طبیعی ● تعداد تنفس، الگو و صداهای تنفسی طبیعی هستند.

تشخیص پرستاری: ناپاکی غیرموثر راه هوایی در رابطه با دود و اثرات استنشاق دود

هدف: بازنگه داشتن راه هوایی و پاکی کافی راه هوایی

مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) راه هوایی بیمار را از طریق قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب، خارج کردن ترشحات و در صورت لزوم استفاده از راه هوایی مصنوعی باز نگه دارید. (۲) در صورت تجویز، اکسیژن مرطوب ارایه کنید.	(۱) باز بودن راه هوایی برای تنفس لازم است. (۲) رطوبت ترشحات را رقیق نموده و خروج آن ها را آسان می کند.	● راه هوایی باز است. ● ترشحات تنفسی رقیق، بی رنگ و در حداقل مقدار است.

(۳) بیمار را به چرخیدن، سرفه و تنفس عمیق ترغیب کنید. بیمار را به استفاده از اسپرومتری تشویق نموده و در صورت لزوم ساکشن کنید.		
تشخیص پرستاری: کمبود حجم مایعات در رابطه با افزایش نفوذپذیری مویرگی و تبخیر مایعات از طریق زخم سوختگی هدف: حفظ تعادل مطلوب مایعات و الکترولیت ها و خونرسانی اندام های حیاتی		
مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) علائم حیاتی، وضعیت همودینامیک و برون ده اداری و نیز جذب و دفع دقیق و وزن روزانه را پایش کنید. (۲) خطوط وریدی را حفظ نموده و مایعات را به میزان مناسب تجویز شده تنظیم کنید. (۳) برای نشانه های کمبود یا افزایش سدیم، پتاسیم، کلسیم، فسفر و بی کرینات سرم مشاهده کنید. (۴) سرتخت بیمار را بالا ببرید و اندام های سوخته را بالا نگه دارید. (۵) در صورت کاهش برون ده ادرار و تغییرات همودینامیک سریعاً به پزشک اطلاع دهید.	(۱) هیپوولمی خطر اصلی و فوری بعد از سوختگی است. جبران زیاد از حد مایعات باعث اضافه بار مایعات می گردد. (۲) مایعات کافی برای حفظ تعادل مایع و الکترولیت ها و خونرسانی به اندام های حیاتی لازم است. (۴) جا به جایی سریع مایعات و الکترولیت ها در دوره بعد از سوختگی اتفاق می افتد. (۴) بالا نگه داشتن اندام برگشت وریدی را تامین می کند. (۵) برای پیشگیری از عوارض، جا به جایی سریع مایع باید به موقع کشف شود.	برون ده ادرار بین ۰/۵ ml/kg/hr و ۱، در صدمه سوختگی الکتریکی ۷۵-۱۰۰ ml/hr فشار متوسط شریانی مساوی یا بیشتر از ۱ میلی متر جیوه دفع ادرار زرد شفاف با وزن مخصوص در محدوده طبیعی الکترولیت های سرم در محدوده طبیعی است.
تشخیص پرستاری: هیپوترمی در رابطه با از بین رفتن گردش خون عروق کوچک پوست و زخم های باز هدف: حفظ دمای کافی پوست		
مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) درجه حرارت بدن را به طور مکرر بررسی کنید. (۲) در صورت لزوم با افزایش درجه حرارت اتاق یا سایر درمانهای فرعی (گرم کننده های بالایی تخت، پتو، لامپ مولد گرما و غیره) محیطی گرم فراهم کنید. (۳) هنگام باز کردن زخم ها، سریع کار کنید.	(۱) بررسی های مکرر دما به کشف هیپوترمی در حال پیشرفت کمک می کند. (۲) مصرف انرژی را به حداقل می رساند. (۳) هرچه زخم کمتر باز نگه داشته شود، دفع حرارت از طریق زخم کاهش می یابد.	دمای بدن بالاتر از ۳۷ درجه سانتی گراد (۹۸/۶) درجه فارنهایت) می ماند. عدم وجود لرز
تشخیص پرستاری: درد حاد در رابطه با آسیب عصبی و بافتی هدف: کنترل درد		
مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) برای بررسی درد از مقیاس شدت درد استفاده کنید. بیقراری ناشی از درد با	(۱) سطح درد، اطلاعات پایه جهت ارزشیابی موثر بودن روش های کاهش درد را فراهم	بیان می کند که سطح درد کاهش یافته است و برای هدف درد بیمار

بیقراری ناشی از هیپوکسی را افتراق دهید.	می کند. هیپوکسی می تواند با علایم مشابهی همراه باشد و قبل از آغاز درمان با مسکن ها، باید رد شود.	قابل قبول است. فقدان نشانه های غیرکلامی درد
(۲) ضد دردهای مخدر وریدی را طبق تجویز به بیمار بدهید و اثر بخشی آنها را بررسی کنید.	(۲) به علت تغییر در خونرسانی بافتی حاصل از سوختگی، باید تجویز داروها از راه وریدی صورت گیرد.	
(۳) از بیمار حمایت عاطفی به عمل آورید و به او قوت قلب بدهید.	(۳) ترس و اضطراب، درک درد را افزایش می دهد.	

تشخیص پرستاری: اضطراب در رابطه با ترس و تاثیر روانی آسیب سوختگی

هدف: به حداقل رساندن اضطراب بیمار و خانواده او

مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
(۱) درک بیمار و خانواده او را از سوختگی، مهارت های مقابله ای و پویایی خانوادگی بررسی کنید.	(۱) می توان از استراتژی های سازگارانه موفقیت آمیز قبلی در بحران های کنونی استفاده کرد. بررسی، برنامه ریزی برای مداخلات اختصاصی برای هر فرد را ممکن می سازد.	● بیمار و خانواده اش درک خود را از مراقبت پرستاری اورژانس بیان می کنند.
(۲) تمام اقدامات را با عبارات ساده و شفاف به بیمار و خانواده او توضیح دهید.	(۲) افزایش درک سبب کاهش ترس از ناشناخته ها می گردد. اضطراب شدید مانع فهم مطالب پیچیده می گردد.	● اضطراب بیمار و خانواده اش به حداقل خواهد رسید.
(۳) اگر بیمار علی رغم مداخلات غیردارویی، اضطراب شدیدی دارد، استفاده از داروهای ضد اضطراب تجویز شده را مدنظر قرار دهید.	(۳) اضطراب بیمار در حین مرحله اورژانس ممکن است بر توانایی سازگاری بیمار غلبه کند.	

تشخیص پرستاری: نارسایی تنفسی حاد، شوک منتشر، نارسایی حاد کلیوی، سندرم کمپارتمان، ایلئوس فلجی، زخم کرلینگ

هدف: فقدان عوارض

مداخلات پرستاری	دلیل	برایندهای مورد انتظار
نارسایی تنفسی حاد		
(۱) از نظر افزایش تنگی نفس، استریدور و تغییر در الگوهای تنفسی بررسی کنید.	(۱) چنین علایمی، نشانه بدتر شدن وضعیت تنفسی است.	● به طور خود به خودی با حجم جاری کافی نفس می کشد.
(۲) نتایج گازهای خون شریانی و پالس اکسی متری را پایش کنید.	(۲) یافته های غیر طبیعی می تواند دال بر نارسایی تنفسی باشد.	● نتایج گازهای خون شریانی در محدوده قابل قبول است.
(۳) نتایج رادیوگرافی قفسه صدری را پایش کنید.	(۳) پرتو ایکس می تواند آسیب ریوی را آشکار کند.	● یافته های رادیوگرافی قفسه سینه طبیعی است.
(۴) بیقراری، حواس پرتی، مشکل در تمرکز روی سوالات مطرح شده و کاهش سطح هوشیاری را بررسی نمایید.	(۴) چنین تظاهراتی ممکن است نشانه هیپوکسی مغزی باشد	● فقدان علایم مغزی هیپوکسی
(۵) بدتر شدن وضعیت تنفسی را بلافاصله به پزشک گزارش دهید.		
(۶) در صورت لزوم جهت کمک به انجام انتوباسیون یا اسکاروتومی آماده شوید.	(۵) نارسایی حاد تنفسی تهدیدکننده است و مداخله سریع ضروری است.	
	(۶) انتوباسیون، تهویه مکانیکی را ممکن می	

سازد. اسکاروتومی باعث بهبود حرکات قفسه سینه می شود.

شوگ مخرب

(۱) از نظر کاهش برون ده ادرار و تغییرات علائم حیاتی و همودینامیک بررسی کنید. (۲) اگر جا به جایی مایعات اتفاق افتاده است از نظر ادم منتشر بررسی کنید. (۳) مایعات جایگزین در پاسخ به یافته های فیزیولوژیک و با همکاری پزشک تنظیم شود.	(۱) چنین علائم و نشانه هایی می تواند دال بر شوگ منتشر و ناکافی بودن حجم داخل عروقی باشد. (۲) در شوگ سوختگی، جا به جایی مایعات به فضای بینابینی اتفاق می افتد، ادم ایجاد می شود و ممکن است خونرسانی بافتی مختل شود. (۳) جایگزینی مطلوب مایعات از شوگ منتشر جلوگیری نموده و نتایج را بهبود می بخشد.	• دفع ادرار $1-0.5 \text{ ml/kg/hr}$ • $30-50 \text{ ml/hr}$; $100-150 \text{ ml/hr}$ در سوختگی الکتریکی) • فشار خون در محدوده طبیعی برای بیمار است. • همودینامیک در محدوده طبیعی می ماند. • علائم و نشانه آسیب خونرسانی وجود ندارد.
--	--	---

نارسایی حاد کلیوی

(۱) این نتایج بیانگر عملکرد کلیوی است. (۲) این نتایج آزمایشگاهی دال بر نارسایی احتمالی کلیوی است. (۳) وجود هموگلوبین یا میوگلوبین در ادرار بیانگر افزایش خطر نارسایی کلیوی است. مایعات به شستشوی هموگلوبین و میوگلوبین از لوله های کلیوی کمک می کند.	(۱) برون ده ادرار و ازت اوره خون و مقدار کراتی نین سرم را پیش کنید. (۲) کاهش برون ده ادرار یا افزایش ازت اوره خون و کراتی نین را به پزشک گزارش کنید. (۳) ادرار را از نظر هموگلوبین یا میوگلوبین بررسی کنید. در صورت تجویز، دستور مایع اضافه شده را اجرا کنید.	• کافی بودن برون ده ادرار • نتایج کراتی نین سرم و BUN در محدوده طبیعی باقی می ماند.
---	--	--

سندرم کمپارتمان

(۱) بررسی نبض برای بررسی کفایت خونرسانی اساسی است. (۲) این بررسی ها، ممکن است بدتر شدن خونرسانی محیطی را نشان دهند. (۳) کاف در اندام های متورم، مثل تورنیکت عمل می کند. (۴) بالا نگه داشتن عضو، تشکیل ادم را کاهش می دهد. (۵) این علائم و نشانه ها، بیانگر خونرسانی ناکافی بافتی است. (۶) اسکاروتومی، محدودیت ایجاد شده توسط ادم را برطرف می کند.	(۱) در صورت نیاز، نبض های محیطی را به طور مکرر با داپلر اولتراسوند بررسی کنید. (۲) گرمی، برگشت مویرگی، حس و حرکت اندام را به طور مکرر بررسی نمایید. اندام مبتلا را با اندام سالم مقایسه کنید. (۳) بعد از هر بار اندازه گیری فشار خون، کاف فشارسنج را باز کنید. (۴) اندام های سوخته شده را بالا نگه دارید. (۵) فقدان نبض، حس یا وجود درد را سریعاً به پزشک گزارش کنید. (۶) جهت کمک به اسکاروتومی آماده باشید.	• نبض های محیطی قابل لمس • علائم خونرسانی محیطی
---	--	--

ایلئوس فلجی

- (۱) اتساع شکمی و صداهای روده ای بیمار را سمع کنید.
 (۲) تا زمان برگشت صداهای روده ای، لوله بینی= معده ای با ساکشن متناوب کم فشار را باقی نگه دارید.
 (۱) وجود صداهای روده دال بر حرکات دودی طبیعی است. اتساع شکم نشانه برطرف کردن ناکافی فشار است.
 (۲) این اقدام، اتساع شکمی و معدی را کاهش می دهد.

زخم کرلینگ

- (۱) ترشحات آسپیره شده معده و مدفوع را از نظر خون بررسی کنید.
 (۲) وقفه دهنده های هیستامینی -۲ و یا آنتی هیستامین های تجویز شده را به کار ببرید.
 (۱) وجود خون در مدفوع، نشانه زخم دئودنوم یا معده است.
 (۲) این داروها اسیدیتة معده و خطر ایجاد زخم را کاهش می دهند.

پرستار فرصتی برای آموزش می دهد. ترغیب به حضور خانواده در طی مراقبت زخم می تواند رضایت بیمار و خانواده اش را، ارتباط پرستار را بهبود بخشیده و نتایج بیمار را به حداکثر برساند (چارت ۷-۶۲).

در طی درمان بیمار به طور مداوم از نظر علایم هیپوترمی بررسی می شود. برای پیشگیری از هیپوترمی دمای آب باید در حد $37/8$ درجه سانتیگراد (100 درجه فارنهایت) و دمای اتاق بین $26/6$ و $29/4$ درجه سانتیگراد ($85-80$ درجه فارنهایت) حفظ شود. سایر توجهات بررسی بیمار شامل خستگی بیمار، تغییر در وضعیت همودینامیک و برطرف نشدن درد با ضد دردهای مخدر یا تکنیک های آرامسازی است.

درمان موضعی ضد باکتریایی

روش های مراقبت موضعی از زخم برای زخم های سوخته غیر جراحی در مراکز مختلف سوختگی متنوع بوده و انتخاب براساس نیازهای فردی هر بیمار صورت می گیرد. هدف استفاده از درمان موضعی، فراهم نمودن پانسمانی با ویژگی های زیر است:

- بر علیه ارگانیسم های گرم مثبت و گرم منفی و قارچ ها موثر باشد.
- به داخل اسکار نفوذ کند ولی به لحاظ سیستمیک سمی نباشد.
- مقرون به صرفه، در دسترس و قابل قبول برای بیمار باشد.
- قرار دادن و برداشتن آن راحت بوده و تعداد دفعات تعویض پانسمان را کم کرده، درد را کاهش داده و مدت پرستاری را به حداقل برساند.

تمیز کردن زخم

برای پیشگیری از بدتر شدن زخم، مدیریت مناسب زخم سوختگی لازم است. هدف مراقبت از زخم بر داشتن بافت غیر زنده و اغزودای زخم و برطرف کردن عوامل موضعی که قبلاً مالیده شده اند، می باشد. پاکسازی ملایم با صابون ملایم، آب و لیف می تواند با کاهش باکتری ها و ذرات بیجان از روی سطح زخم، از عفونت پیشگیری کند. موی رو و اطراف ناحیه سوخته به جز ابروها باید کوتاه یا تراشیده شود. فرایندهای متفاوتی برای پاکسازی زخم سوختگی به کار می روند. ممکن است زخم بیمارانی که از نظر همودینامیک ناپایدار هستند درخت شسته شود، در حالی که برای بیمارانی که قادر به حرکت هستند ممکن استاز دوش استفاده شود. در بیمارانی بی حرکت جهت تمیز نمودن زخم می توان از دوش های سیار- برانکاردهای سیار-با دیواره های قابل حرکت و سوراخ های تخلیه و قابلیت وضعیت دهی به بیمار استفاده کرد. دوش هایی با شلنگ های قابل برگشت نصب شده روی دیوار یا آویزان از سقف به پرستار کمک می کند که شستشوی زخم را به راحتی انجام دهد. ازهر روشی که استفاده شود، هدف محافظت زخم از تکثیر حاد ارگانیسم بیمای را در سطح و دست اندازی به بافت های عمقی تر تا دستیابی به التیام خود به خودی یا گرافت پوستیاست. استراتژی های پیشگیری از آلودگی متقاطع شامل استفاده از آسترهای پلاستیکی، فیلترهای آب و رفع آلودگی کامل از تجهیزات است.

راحتی بیمار و توانایی مشارکت در درمان تجویز شده از توجهات مهم است. در طی التیام، بیمار ترغیب به مشارکت برای ارتقای فعالیت اندام های انتهایی می شود. در زمان پاکسازی زخم، تمام پوست برای هر گونه علامتی از قرمزی، از هم گسیختگی یا عفونت موضعی بررسی می شود. این به

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

در صورتی که پانسمان خیلی سفت بسته شود، ممکن است جریان خون ناحیه را مختل نماید. نبض های محیطی باید به طور مکرر بررسی شوند و اندام های سوخته بالاتر قرار داده شوند. ضعیف شدن نبض، وضعیتی بحرانی است و باید بلافاصله به آن رسیدگی شود.

پانسمان هایی که به زخم چسبیده اند را می توان با مرطوب کردن پانسمان با آب ساده بدون ناراحتی و بدون آسیب به بافت در حال التیام برداشت. پانسمان های باقی مانده به دقت و با آهستگی برداشت. بیمار ممکن است در جدا کردن پانسمان ها، مشارکت کند و تا حدی بر انجام این رویه دردناک کنترل داشته باشد. پس از آن زخم ها جهت برداشتن داروهای موضعی باقیمانده، آگزودا و پوست مرده تمیز و دبرید می شوند. برای چیدن اسکارهای شل و جداسدن پوست مرده می توان از قیچی ها و فورسپس های استریل استفاده کرد. در طی انجام این رویه، زخم و پوست اطراف به دقت بررسی می شود رنگ، بو، اندازه، آگزودا، علایم تشکیل بافت پوششی و سایر ویژگی های کلیدی باید ثبت شوند.

چارت ۷-۶۲: مشخصات تحقیق پرستاری

بیشاپ و اسپوواک (۲۰۱۳) در یک مطالعه تاثیر حضور خانواده در طی تعویض پانسمان در بخش سوختگی را بررسی نمودند.

هدف

صدمات سوختگی شدید اغلب حوادث. هستند که می توانند پویایی خانواده را مختل کنند. هر چند هم انجمن آمریکایی پرستاران مراقبت حاد و هم کالج آمریکایی طب مراقبت حاد حضور خانواده را در طی انجام رویه های مراقبتی توصیه می کنند، پرسنلی که در بخش های سوختگی کار می کنند به طور مرسوم در طی تعویض پانسمان مانع از ملاقات خانواده می شوند. با این وجود هیچ شواهدی که نشان دهد حضور خانواده در طی تعویض پانسمان ها ی بخش های سوختگی تاثیری بر رضایت بیمار از مراقبت داشته باشد، وجود ندارد. این پروژه ارتقای کیفیت در صدد پاسخ به اینکه آیا حضور خانواده در طی تعویض پانسمان ها هیچ ارتباطی با رضایت

• هیچ داروی موضعی برای همه زخمها موثر نیست و ممکن است در دوره بعد از سوختگی استفاده از عوامل مختلف در زمان های متفاوت ضروری باشد.

هشدار پرستاری ایمنی و کیفیت

استفاده و تغییر عوامل ضد میکروبی می تواند باعث کاهش گونه های مقاوم باکتری ها، اثر بخشی بیشتر دارو و کاهش خطر سپسیس شود. جدول ۴-۶۲ عوامل ضد میکروبی موضعی منتخب را تشریح می کند.

پانسمان زخم

پس از مالیدن عوامل موضعی، زخم با چند لایه پانسمان پوشیده می شود. بر روی نواحی مفصلی، از پانسمان سبک استفاده می شود تا امکان حرکت دادن مفاصل فراهم شود. برای نواحی که جهت ثابت ماندن شکل و وضعیت مناسب بدن، آتل بندی شده است، نیز نیاز به تعدیل پانسمان باشد. پانسمان های دایره ای باید به منظور ارتقای برگشت مایع اضافی به گردش خون مرکزی از قسمت انتهایی اندام به قسمت ابتدایی اندام انجام شود. در صورتی که دست و پا سوخته باشد، انگشتان دست ها و پاها باید برای ارتقای تحرک و عملکرد در حین التیام به صورت جداگانه پوشیده شوند.

در سوختگی های صورت، بعد از تمیز کردن و استفاده از داروی موضعی، ممکن است صورت باز نگه داشته شود. توجه دقیق باید صورت گیرد تا اطمینان حاصل شود داروی موضعی وارد چشم ها یا دهان نشود. در صورت لزوم می توان برای جذب آگزودا یک پانسمان سبک روی صورت قرار داد. ممکن است برای محافظت پیوند و ایجاد شرایط مطلوب جهت چسبندگی گرافت به محل گیرنده پیوند، روی نواحی که به تازگی پیوند پوست شده اند از پانسمان بسته، گاز و داروی موضعی ضد میکروبی استفاده شود به طور مطلوب این پانسمان ها ۳ تا ۵ روز در محل باقی می مانند تا زمانی که جهت معاینه گرافت برداشته می شوند. در هنگام استفاده از پانسمان های بسته، جهت پیشگیری از تماس ۲ سطح بدن مثل انگشتان دست ها یا پاها، گوش و پوست سر، نواحی زیر پستان ها و مناطقی که خم می شوند، یا بین چین های ناحیه تناسلی باید احتیاط لازم صورت گیرد. وضعیت قرارگیری عملکردی بدن با استفاده از آتل یا تغییر وضعیت بدن به طور منظم حفظ می شود.

کاربردهای پرستاری

نتایج این پروژه ارتقای کیفیت از تداوم مطالعه حضور خانواده در طی تعویض پانسمان در بخش های سوختگی حمایت می کند. حضور خانواده در طی تعویض پانسمان می تواند به طور بالقوه اضطراب بیماران را کاهش دهد که قادر به تسکین درد تجربه شده توسط بیمار می باشد به علاوه، اکثر بیماران دچار سوختگی می توانند به اعضای خانواده شان در کمک به تعویض پانسمان هایشان بعد از ترخیص از بیمارستان تکیه کنند. درگیر کردن زودتر اعضای خانواده در فرایند تعویض پانسمان، راحتی آنها را در قبول مسئولیت حیاتی مهم مراقبت تسهیل می کند.

Bishop, S.M., & Spivak, I.M. (2013). Family presence in the adult burn intensive care unit during dressing changes. *Critical Care Nurse*, 33(1), 14-23.

دبریدمان زخم

اهداف دبریدمان یا به عبارتی برداشتن بافت مرده عبارتند از:

- جدا نمودن بافت مرده یا اسکار سوختگی جهت آماده نمودن زخم برای گرافت و التیام زخم
- برداشتن بافت های آلوده شده توسط باکتری و اجسام خارجی که بدین وسیله بیمار از تهاجم باکتری ها محافظت شود.

چهار نوع دبریدمان (طبیعی، مکانیکی، شیمیایی و جراحی) وجود دارد.

دبریدمان طبیعی

در دبریدمان طبیعی، بافت مرده به طور خود به خودی از بافت زنده زیری جدا می شود. باکتری های موجود در حفاصل بافت سوخته و بافت های زنده زیرین، به تدریج رشته های کلاژنی که اسکار را در محل خود نگه می دارند، به حالت مایع تبدیل می کنند. کلاژن پروتئین موجود در پوست است، تاندون، استخوان، غضروف و بافت همبند است. آنزیم های پروتئولیتیک و سایر آنزیم های طبیعی باعث ایجاد این پدیده می باشند. این فرایند ممکن است در طی چند هفته تا چند ماه روی دهد.

بیمار و میزان عفونت ها دارد، می باشد.

روش مطالعه

محل انجام این پروژه ارتقای کیفیت، بخش ۵ تخته مراقبت ویژه سوختگی واقع در مرکز ترومای ۴۰۴ تخته سطح ۱ شهری که به طور متوسط هر ساله ۱۳۰ بیمار دچار سوختگی را پذیرش می کند، بود. این مرکز پزشکی دانشگاهی از مدل بیمار و خانواده محور (PFCC) استفاده می کند. انگاره مرکزی این مدل این است که بیمار جلوه ای از واحد خانواده است و خانواده، مرکزیتی برای خوب شدن بیمار است. مفاهیم ذاتی مستتر در این مدل شامل کرامت و احترام، تشریک مساعی، مشارکت و تبادل اطلاعات است. اگرچه هیچ شواهدی برخاسته از تحقیق برای اثبات اینکه حضور خانواده در طی تعویض پانسمان ها رضایت بیمار را ارتقا دهد، وجود ندارد، انگاره های مدل PFCC از این امر حمایت می کند. بیمار و اعضای خانواده اش دعوت به مشاهده تعویض پانسمان ها می شوند و در صورت موافقت آنها، پروتکل های مناسب کنترل عفونت به آنها آموزش داده می شود. امتیازات رضایت بیمار در مقیاس لیکرت Ganey قبل و بعد از تعویض پانسمان برای اینکه آیا رضایت بیمار را بعد از مداخله را ارتقا می دهد، مورد استفاده قرار گرفت. به همین ترتیب، میزان عفونت های مرتبط با مراقبت بیمارستانی (HAIs) در قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته ها

نتایج ۳۷ پرسشنامه رضایت بیمار گرفته شده بعد از مداخله (از مارس ۲۰۰۹ تا دسامبر ۲۰۱۱) با نتایج ۳۵ پرسشنامه به دست آمده قبل از مداخله (ژانویه ۲۰۰۷ تا فوریه ۲۰۰۹) مورد مقایسه قرار گرفت. هر یک از شش مقیاس انتخاب شده به عنوان شاخص رضایت از جمله "رفتار پرسنل با ملاقاتی ها"، "مطلع نگهداشتن بیمار توسط پرستاران"، "امتیاز کلی مراقبت پرستاری"، دخالت دادن در تصمیم گیری های مربوط به درمان"، "آموزش دادن برای مراقبت در منزل"، و "میزان احساس آمادگی برای ترخیص" در بعد از مداخله بالاتر بودند. میزان عفونت های مرتبط با مراقبت بیمارستانی از ۱۳/۵ در ۱۰۰۰ بیمار روز در سال ۲۰۰۸ به ۶/۲۵ در هر ۱۰۰۰ بیمار روز در سال ۲۰۱۱ تقلیل یافت.

جدول ۴-۶۲. مروری بر داروهای ضد باکتری موضعی مورد استفاده در زخمهای سوختگی

دارو	موارد کاربرد/ توصیه	نحوه استفاده	مداخلات پرستاری
عوامل عمومی			
پماد ضد میکروب	پوشش ضد میکروبی و ارتقای محیطی مرطوب برای زخم	با دستکش لایه ای به ضخامت ۱/۱۶ اینچ مالیده شود.	قبل از مالیدن پماد جدید، از برداشته شدن پماد قبلی در طی تمیز کردن زخم مطمئن شوید. به دقت از نظر علائم و نشانه های عفونت موضعی پایش کنید.
عوامل اختصاصی			
کرم محلول در آب سیلور سولفادیازین ۱٪ (سیلوان)	داروی باکتریسید برای بسیاری از ارگانیسم های گرم مثبت و گرم منفی، همچنین مخمر و کاندیدا آلبیکن	لایه ای از کرم به ضخامت ۱/۱۶ اینچ با دستکش استریل ۱ تا ۳ بار در روز به کار می رود.	پیش بینی تشکیل اسکار کاذب (ژل پروتئیناسئوس) که می توان آن را برداشت.
محلول یا کرم با پایه هیدروفیلیک استات مافناید ۵٪ تا ۱۰٪ (سولفامایلون)	داروی ضد میکروب بر علیه ارگانیسم های گرم منفی و گرم مثبت به سرعت از طریق اسکار و بافت فاقد عروق (مثل غضروف) منتشر می شود.	۲ بار در روز با دستکش طبق تجویز مالیده می شود.	یک مهارکننده قوی انهیدراز کربنیک است که می تواند باعث اسیدوز متابولیک شود. استعمال آن می تواند باعث درد قابل ملاحظه ای شود.
محلول آبی نیترات ۵٪/۵	موثر بر علیه گونه های استافیلوکوک و پسودومونا و ممکن است بر برخی ارگانیسم های گرم منفی موثر باشد. به داخل اسکار نفوذ نمی کند.	محلول روی گاز پانسمان ریخته شده و روی زخم قرار داده می شود. پانسمان مرطوب نگه داشته شده ولی از گاز خشک و پدهای خشک بر روی پانسمان استفاده می شود تا تبخیر کاهش یابد.	مقادیر سدیم و پتاسیم سرم پایش شده و در صورت تجویز، جایگزین می شوند. محلول نیترات نقره هیپوتونیک است و سدیم و پتاسیم را جذب می کند. ملحفه ها و لباس های بیمار از تماس با این محلول محافظت شود، زیرا هر چیزی که با آن تماس داشته باشد را سیاه می کند.
پانسمان آغشته شده به نقره (ورقه یا مش)	اثرات وسیع ضد میکروبی (بسته به محصول)، غلظت یکنواخت ضد میکروبی یونهای نقره برای زخم سوختگی فراهم می کند.	به طور مستقیم روی زخم به کار می رود. در صورت نیاز با پانسمان جاذب ثانویه پوشانده می شود.	ممکن است پس از استعمال اسکار کاذب نقره ایجاد کند. می تواند بسته به محصول برای چند روز در محل بماند.

دبریدمان مکانیکی

دبریدمان مکانیکی شامل استفاده از ابزار جراحی جهت جداکردن و برداشتن اسکار می باشد. این تکنیک می تواند توسط پزشکان، پرستاران آموزش دیده یا فیزیوتراپیست های ماهر انجام شود و معمولاً هنگام تعویض روزانه پانسمان ها

انجام می شود. در صورت ایجاد خونریزی می توان با استفاده از فشار یا عوامل بند آورنده خون، خونریزی عروق کوچک را متوقف کرد. تعویض پانسمان و تمیز کردن زخم به برداشته شدن پوسته ها از زخم کمک می کند. پانسمان های مرطوب به خشک (wet-to-dry) در زخم سوختگی توصیه نمی

پوشانده می شود تا بستر زخم مرطوب مانده و فرایند تشکیل بافت گرانوله تسریع شود.

پیوند زخم

بیمار دارای زخم با ضخامت نسبی عمیق یا تمام ضخامت ممکن است برای کاهش خطر عفونت، پیشگیری از اتلاف پروتئین، مایع و الکترولیت از خلال زخم و به حداقل رساندن از دست دادن حرارت از طریق تبخیر، نامزد گرافت پوستی باشد. هنگام گرافت صورت (به دلایل زیبایی، عملکردی و روانی)، نواحی دارای عملکرد نظیر دست ها و پاها و نواحی دارای مفصل باید توجه خاصی مبذول داشت. انجام گرافت، باعث دستیابی سریع تر به توانایی عملکردی و کاهش جمع شدگی های زخم (چروکیده شدن اسکار سوختگی در اثر بلوغ کلاژن) می شود. هنگامی که سوختگی ها خیلی وسیع باشند، ترتیب انجام گرافت براساس توانایی دستیابی هر چه سریع تر به بسته شدن زخم انتخاب می شود و بنابراین ممکن است در ابتدا قفسه سینه یا شکم یا پشت قفسه سینه و شکم گرافت شوند تا سطح سوختگی کاهش یابد.

اتوگرافت ها

اتوگرافت ها کماکان جهت پوشاندن زخم سوختگی بعد از برداشت بافت مرده ترجیح داده می شوند. اتوگرافت ها، راهکاری ایده آل جهت پوشاندن زخم های سوختگی هستند، چرا که از پوست خود بیمار بوده و توسط سیستم ایمنی بیمار رد نمی شوند. این گرافت ها می توانند دارای ضخامت نسبی، تمام ضخامت یا گرافت های اپی تلیال باشند. به دلیل آنکه محل دهنده (ناحیه ای که پوست آن برای اتوگرافت برداشته می شود) برای گرافت های تمام ضخامت شامل اپیدرم و درم می باشد، استفاده از آن باید با احتیاط صورت گیرد، زیرا محل دهنده نمی توان به طور خود به خودی التیام یابد. اتوگرافت های با ضخامت نسبی شایع ترین گرافت های مورد استفاده هستند و می توان آنها را به صورت ورقه ای (شکل ۷-۶۲) به کار برد یا می توانند بعد از مش کردن (توری شدن) روی سطح بزرگ تری از محل دهنده را پوشش دهند (شکل ۸-۶۲).

شوند زیرا احتمال جدا کردن سلول های زنده همراه با بافت نکروتیک وجود دارد.

دبریدمان شیمیایی

عوامل دبرید کننده آنزیمی موضعی نیز برای ارتقای دبریدمان زخم های سوخته وجود دارد. از آنجا که این عوامل معمولاً فاقد خاصیت ضد میکروبی هستند، باید همراه با درمان آنتی باکتریال موضعی استفاده شوند تا بیمار را از تهاجم باکتریایی محافظت کنند. فلزات سنگین مثل نقره، عوامل دبرید کننده را غیرفعال می سازند. بنابراین باید از عدم تداخل عامل دبرید کننده با عامل آنتی باکتریال موضعی اطمینان حاصل کرد. می توان تغییر دادن داروهای موضعی با تعویض پانسمان را نیز مد نظر قرار داد.

دبریدمان جراحی

در حال حاضر، برش زود هنگام جراحی جهت برداشت بافت های مرده همراه با بستن زود هنگام زخم سوختگی، به عنوان یکی از مهم ترین عوامل در حفظ جان بیماران با سوختگی های بزرگ شناخته می شود. اکسیژون زود هنگام (برداشت جراحی بافت) قبل از آن که اجازه جدا شدن طبیعی اسکار داده شود، انجام می شود. این اقدام را می توان هر چه زودتر بعد از سوختگی، زمانی که بیمار از نظر همودینامیک در وضعیت پایدار بوده و ادم کم شده باشد، انجام داد. به طور ایده آل، زخم در صورت لزوم سریعاً با گرافت پوستی یا پانسمان بسته پوشانده می شود. اگر در زمان اکسیژون، بستر زخم برای گرافت پوستی آماده نباشد، ممکن است تا زمانی که در جراحی بعدی بتوان از گرافت پوستی استفاده کرد، از پانسمان بیولوژیک موقتی استفاده گردد.

انجام اکسیژون جراحی به خصوص در سوختگی های بزرگ توام خطرات و عوارضی در بردارد. این رویه، خطر بالای اتلاف شدید خون و طولانی شدن مدت عمل و بیهوشی را دارد. علاوه بر این، از دست دادن خون در طی رویه های جراحی، مراقبت از زخم و همولیز پیشرونده باعث تشدید کم خونی می شود. ممکن است برای حمل اکسیژن به میوکارد نیاز به انتقال دوره ای خون باشد.

در صورت انجام دبریدمان در زمان مناسب و روش صحیح، اکسیژون جراحی باعث کوتاه تر شدن مدت اقامت در بیمارستان و احتمال کاهش خطر عوارض ناشی از سپسیس مهاجم زخم سوختگی می شود. زمانی که دبرید انجام شد، بافت گرانوله فضای ایجاد شده در زخم را پر می کند و سدی در برابر باکتری ها ایجاد می شود و به عنوان بستری برای رشد سلولهای اپی تلیال عمل می کند. پس از آن روی زخم



شکل ۶۲-۸. گرافت توری با ضخامت نسبی



شکل ۶۲-۷. گرافت ورقه ای با ضخامت نسبی

اتوگرافت های اپی تلیال کشت داده شده (CEA^۱) به عنوان رویه ای مهم در مدیریت سوختگی های وسیع مطرح شده است. در سوختگی های بیشتر از ۹۰٪ سطح بدن، به دلیل آنکه پوست سالم محل دهنده برای گرافت کافی نیست، ممکن است CEA تنها گزینه باشد. CEA شامل گرفتن بیوپسی های تمام ضخامت از پوست سالم بیمار است که برای رشد کراتینوسیت ها کشت داده می شوند. محصول نهایی تقریباً ۳ هفته بعد برای گرافت آماده می شود (شکل ۹-۳ را ببینید). به دلیل شکنندگی و احتمال از دست رفتن گرافت، توجه ویژه ای برای استفاده از CEA روی سطح بدن لازم است. استفاده مطلوب CEA نیاز به کاربرد زود هنگام و سریع آلوگرافت برای آماده سازی و محافظت از بستر زخم دارد. CEA گران قیمت بوده است.



شکل ۶۲-۹. قراردادن گرفت های اپی تلیالی کشت داده شده اتولوگ

توری کردن پوست جراح را قادر می سازد تا سوراخ های ظریفی بر روی ورقه ای از پوست دهنده ایجاد کرده و امکان پوشاندن نواحی بزرگ تری با مقادیر کوچک تری از پوست دهنده میسر می شود. پوست مش شده راحت تر از گرافت های ورقه ای بر روی محل گیرنده پوست می چسبد و از تجمع خون، سرم، هوا یا مواد چرکی در زیر گرافت که می توانند از تشکیل مجدد عروق و چسبندگی جلوگیری کنند، جلوگیری می شود. هرچند به دنبال هر نوع گرافتی به جز گرافت ورقه ای، در زمان التیام، اسکار ایجاد می شود. در زخم های بزرگ ممکن است استفاده از گرافت های وسعت یافته با مش کردن لازم باشد. اما باید از نظر زیبایی به عنوان یک لطمه در نظر گرفته شود.

در صورتی که خون، سرم، هوا، چربی یا بافت مرده بین محل گیرنده و گرافت قرار گیرد، احتمال از بین رفتن جزئی یا کامل گرافت وجود دارد. عفونت یا دستکاری نامناسب گرافت و تروما در حین تعویض پانسمان ها، از دیگر علل مهم از بین رفتن گرافت های پوستی هستند. امکان باقی ماندن غدد عرق و فولیکول های مو در محل دهنده با استفاده از گرافت های با ضخامت نسبی، وجود داشته و زمان بهبودی محل دهنده کاهش می یابد.

مراقبت از محل گرافت.

پس از عمل جراحی، هدف کلیدی در مراقبت از گرافت

پوستی محافظت از آن می باشد. بعد از انجام گرافت، جهت ثابت کردن آن و حمایت از محیط مرطوب معمولاً از پانسمان های بسته استفاده می شود. استفاده از درمان گرهای حرفه ای به منظور ساخت آتل برای ثابت نمودن نواحی که به تازگی گرافت شده اند کمک کننده است. ممکن است از پانسمان های سنتتیک، هترو گرافت ها و هموگرافت ها نیز برای محافظت از گرافت ها استفاده کرد.

معمولاً اولین تعویض پانسمان ۲ تا ۵ روز بعد از جراحی، یا زودتر از آن در صورت عدم وجود علائم بالینی عفونت یا خونریزی صورت می گیرد. عفونت، خونریزی زیر گرافت و نیروهای قیچی کننده شایع ترین دلایل از دست رفتن گرافت در اوایل دوره بعد از عمل است.

در حین تغییر وضعیت و چرخاندن بیمار، احتیاط لازم جهت جلوگیری از وارد آمدن فشار بر روی محل گرافت اعمال می گردد. اگر یکی از اندام ها گرافت شده است، برای به حداقل رساندن ادم بالاتر نگه داشته می شود. بیمار ۵ تا ۷ روز بعد از انجام گرافت می تواند ناحیه گرافت شده را ورزش دهد. این می تواند براساس خط مشی هر مرکز متفاوت باشد.

مراقبت از محل دهنده.

محل دهنده گرافت، زخم تمیزی است که در محیط جراحی ایجاد می شود. پس از برداشت پوست دهنده، ممکن است یک عامل بند آورنده خون مثل ترومبین یا ایپی نفرین مستقیماً برای تسهیل بند آمدن خون بر روی محل به کار برده شود. پانسمان های بی شماری برای پوشاندن محل دهنده موجود هستند. محل های دهنده باید خشک و تمیز و بدون وارد آمدن فشار باشند. به دلیل آن که محل دهنده، یک زخم با ضخامت نسبی است، خیلی دردناک بوده و محل دیگری برای عفونت است. محل دهنده در فرد بزرگسالی که قبلاً سالم بوده و سیگار نمی کشیده است با مراقبت مناسب به طور خود به خودی در طی ۷ تا ۱۴ روز بهبود می یابد.

هوموگرافت ها و هتروگرافت ها

هوموگرافت ها (یا آلوگرافت ها) و گزنوگرافت ها (یا هتروگرافت ها) که به آنها پانسمان های بیولوژیک نیز اطلاق می شود برای پوشش موقت زخم در نظر گرفته می شوند. هوموگرافت ها، پوست گرفته شده از فردی است که به تازگی فوت شده یا از انسان زنده ای غیر از خود بیمار است. گزنوگرافت شامل پوست گرفته شده از حیوانات (معمولاً خوک) است. بنابراین پاسخ ایمنی بدن سرانجام آنها را به عنوان ماده خارجی دفع می کند.

پانسمان های بیولوژیک زخم را از ترومای فیزیکی و از دست دادن مایع، پروتئین و گرما محافظت نموده، باعث تسکین درد شده و تشکیل مجدد اپی تلیال و بنابراین التیام را تسریع می کنند. در سوختگی های وسیع پوشش موقتی برای زخم فراهم کرده تا زمانی که امکان گرافت خودی میسر شود از بافت گرانوله محافظت می کنند. هم چنین از این پانسمان ها می توان به عنوان یک گرافت آزمایشی جهت تعیین آمادگی پوست در پذیرش گرافت پوستی خود بیمار در تعیین اینکه آیا بستر گرافت را خواهد پذیرفت، استفاده کرد. موقعی که به نظر رسید پانسمان بیولوژیک گرفته شده است یا حداقل اگرودا به سطح گرانوله زیر خود چسبیده است، بیمار برای پیوند پوست اتولوگ آماده است. به عنوان پانسمان موقت، تبخیر آبی از دست رفتن پروتئین را کاهش داده، سد موثری برای ورود باکتری فراهم نموده و با محافظت از پایانه های عصبی درد را کاهش می دهند. مواد بیولوژیک را می توان باز نگه داشت یا روی آن ها را پوشاند. این پانسمان ها برای مدت زمان متفاوتی باقی گذاشته شده و در صورت وجود عفونت یا پس زدن باید برداشته شوند. یک مزیت دیگر برای بیمار آن است که این پانسمان ها، غالباً نیازمند تعویض کمتری هستند.

هوموگرافت ها، گران ترین پانسمان های بیولوژیک هستند. این پانسمان ها از طریق بانک های پوست به اشکال تازه و منجمد (یخ زده) در دسترس هستند. تصور می شود هوموگرافت ها در بین تمام پانسمان های بیولوژیک یا بیوسنتتیک بهتر از همه عفونت را کنترل می کنند. تشکیل عروق جدید در طی ۴۸ ساعت اتفاق می افتد و ممکن است گرافت برای چندین هفته در محل باقی بماند.

پوست خوک از طریق فروشندگان تجاری در دسترس می باشد و به شکل تازه، منجمد یا لیوفیلیزه (منجمد-خشک شده) با تاریخ مصرف طولانی در دسترس هستند. پوست خوک به طور گسترده جهت پوشش موقتی زخم های تمیز مثل زخم های سطحی با ضخامت نسبی و محل های دهنده استفاده می شود. اگرچه پوست خوک عروق ایجاد نمی کند ولی به زخم های سطحی تمیز می چسبد و باعث کنترل درد و کاهش از دست دادن مایع از طریق تبخیر می شود، درحالی که در زخم زیرین، سلول های پوششیدار حال تشکیل هستند. هنگامی که انجام گرافت غیر ممکن باشد، جانشین شونده های پوست به طریقه جراحی برای موقت یا دائم جایگزین ابیدرم و درم می شوند. هر یک از جانشین های پوست فواید و مضاری دارند که مهم است در هنگام انتخاب به آنها توجه

شود.

پانسمان های بیوسنتتیک و سنتتیک

مشکلات مربوط به دسترسی، استریل بودن و هزینه باعث انجام تحقیق در زمینه جانشین های بیوسنتتیک و سنتتیک پوست که ممکن است جایگزین پانسمان های بیولوژیک به عنوان پوشش های موقتی زخم باشند، گردید. پانسمان دولایه سنتتیک بیوبران (Biobrane) که از نایلون و سیلیکون ساخته شده است، یکی از این پانسمان ها است که به طور وسیع استفاده می شود. این پانسمان متخلخل، نیمه شفاف و استریل است. تاریخ مصرف نامحدودی داشته و از هموگرافت یا پوست خوک ارزان تر است. بیوبران مثل پانسمان های بیولوژیک زخم را از اتلاف مایعات و تهاجم باکتریایی محافظتو درد ناحیه را کم می کند. بیوبران را می توان تا زمان اپی تلیزاسیون خود به خودی و ترمیم زخم، در محل باقی نگه داشته و به این ترتیب از درد مرتبط با تعویض مکرر پانسمان کاسته خواهد شد. بیوبران را می توان بر روی اتوگرافتی که به شکل توری پهن شده است قرار داد تا از زخم تا زمانی که اپی تلیوم اتوگرافت رشد نموده و فضاهای موجود در بین گرافت مش شده را پر کند. با جدا شدن تدریجی کناره های آن، می توان آن را چید تا زخم ترمیم یافته، نمایان شود (شکل ۱۰-۶۲).



شکل ۱۰-۶۲. استفاده از پانسمان بیوبران روی دست و ساعد

مدیریت درد

آسیب سوختگی یکی از دردناک ترین انواع آسیب ها است

که بیمار با آن رو به رو می شود. ماهیت آسیب می تواند به پایانه های عصبی صدمه بزند و بیمار نیازمند اقدامات متعددی مشتمل بر دبریدمان، جراحی و درمان است. تحرک، تغییر وضعیت و دریافت خدمات کار درمانی و درمان فیزیکی سبب ناراحتی بیشتر می شود. مدیریت کافی درد باید به درد زمینه ای، درد مربوط به اقدامات و پیشرفت غیرمنتظره درد توجه کند.

درد زمینه ای^۱، ناراحتی مداومی است که حتی در حالت غیرفعال بودن بیمار یا عدم انجام هر رویه مراقبتی برای وی نیز وجود دارد. هدف از درمان، فراهم نمودن بی دردی بلندمدتی است که حتی این ناراحتی بلند مدت نیز را نیز پوشش دهد. هنگام شروع درمان، استفاده از مقادیر به تدریج افزایشنده دارو برای دستیابی به سطح مورد قبولی از کنترل درد برای بیمار و موسسات دخیل در بهبودی او، مفید است. استفاده از مسکن کنترل شده توسط بیمار^۲، به او کمک می کند که به این هدف دست یابد. درد زمینه ای به صورت دردی حاد، شدید و دوره ای توصیف می شود. این درد عموماً به فعالیت یا تحرک ناحیه درگیر بستگی دارد. داروهای کوتاه اثر به همراه درمان پایه ای درد بیمار برای کنترل درد زمینه ای مورد استفاده قرار می گیرند. درد ناشی از انجام رویه های مراقبتی، احساس ناراحتی است که با اقداماتی نظیر درمان روزانه زخم، تعبیه مسیرهای عروقی تهاجمی و درمان جسمی و کار درمانی روی می دهد. هدف، برنامه ریزی برای تسکین درد به شکل مناسبی است که بیمار را در حین انجام اقدامات در وضعیت راحتی قرار دهد.

درمان دارویی برای کنترل درد سوختگی شامل استفاده از مخدرها، داروهای ضد التهاب غیر استروئیدی (NSAIDs)، ضد اضطراب ها و عوامل بی حسی دهنده می باشند. این داروها و سایر راه کارهای کنترل درد در فصل ۱۲ مورد بحث قرار گرفته اند. ممکن است درمان اضطراب با بنزودیازپین ها توام با مخدرها صورت گیرد. استفاده از بی حسی کننده ها در موارد غیرجراحی (برای تسکین متوسط) باید توسط پرسنل مجرب صورت گیرد. پیشرفت های جدید شامل استفاده از داروهایی با شروع سریع و مدت اثر کوتاه است که در کنترل درد در هنگام یک اقدام برنامه ریزی شده بسیار موثر می باشد. در سایه مرقبت کل نگر از بیمار، استفاده از مداخلات غیر دارویی درد و اضطراب نباید مورد غفلت قرار گیرد. کنترل درد به روش غیر دارویی با استفاده از روش های تن آرامی،

انحراف فکر، تصور هدایت شده هیپنوز، لمس درمانی، مزاج، موسیقی درمانی و به تازگی فنون واقعیت مجازی حاصل می شود.

تعدیل وضعیت هیپر متابولیسم

سوختگی ها از طریق تشدید پاسخ استرس به آسیب وارده، اختلالات متابولیک شدیدی را ایجاد می کنند. پاسخ های بدن به سه دسته هیپر دینامیک، هیپر متابولیک و هیپر کاتابولیک طبقه بندی می شوند. افزایش متابولیسم از طریق افزایش خطر عفونت و کاهش سرعت بهبودی، میزان مرگ و میر و ناتوانی را بالا می برد. حمایت زودهنگام تغذیه ای برای بهبودی بیماران دچار سوختگی به منظور تضعیف هیپر کاتابولیسم و هایپر متابولیسم ضروری است. ارتقای دفاع سلولی و عملکرد سد موکوسی دستگاه گوارش و کاهش التهاب با حمایت تغذیه ای تعدیل کننده ایمنی مشاهده شده است.

تغذیه باید در موقع ورود به مرکز سوختگی انجام شود و ممکن است به تعبیه لوله تغذیه برای تحویل کالری کافی نیاز باشد. ممکن است تغذیه بیمارانی که دچار بیماری بحرانی هستند در صورت محافظت از راه هوایی حتی در طی عمل جراحی ادامه پیدا کند. چندین فرمول برای برآورد مصرف متابولیک روزانه و کالری های مورد نیاز بیماران دچار صدمات سوختگی وجود دارد. کربوهیدرات ها مهم ترین منبع انرژی بوده و برای کاهش کاتابولیسم پروتئین ها، باید ۵۵٪ تا ۱٪ از غذای تحویل شده را تشکیل دهند. چربی، اگر چه یک ماده غذایی مورد نیاز است، باید در مقادیر محدودتر داده شود. هنگام تغذیه از راه دهان، غذاها و مکمل های پر پروتئین و پر کالری داده می شوند. مشاوره های تغذیه ای در کمک به برآورده شدن نیازهای تغذیه ای مفید هستند. شمارش کالری روزانه در بررسی کفایت دریافت مواد غذایی کمک می کند. برداشت زودهنگام بافت و گرافت پوستی زخم سوخته یکی از مهم ترین عوامل در اصلاح هایپر متابولیسم با برداشت اسکار است که به دنبال این اقدام طریق از اثرات واسطه های التهابی کاسته می شود. دستکاری مناسب درجه حرارت محیط می تواند انرژی مصرفی بیمار را کاهش دهد. انسولین درمانی در بیماران دچار سوختگی برای درمان هیپر گلیسمی که در اثر تشدید گلوکونئوز روی می دهد و در سنتز پروتئین عضله مفید است، لازم می باشد. اکساندرولون (اکساندرین) که یک استروئید آنابولیک است به طور شایع در بیماران دچار سوختگی برای بهبود سنتز پروتئین و متابولیسم داده می شود.

تجویز پروپرانولول (ایندرال) که یک بتا بلوکر است، تعداد ضربان قلب را کم کرده و اثرات مضر کاتکول آمین ها را بلوک می کند. در آخر، ورزش به عنوان جزء ضروری در طرح مراقبت از بیماران دچار سوختگی به دلیل تضعیف پاسخ هایپر متابولیک و افزایش توده بدن چربی عضله تجویز می شود.

تدابیر پرستاری

تدابیر پرستاری بیمار در مرحله حاد/ بینابینی بر اولویت های زیر متمرکز است: اعاده تعادل مایعات، پیشگیری از عفونت، تعدیل هایپر متابولیسم، ارتقای تمامیت پوست، برطرف کردن درد و ناراحتی؛ ارتقای تحرک، تقویت استراتژی های مقابله ای، حمایت از فرایندهای بیمار و خانواده و پایش و مدیریت عوارض.

اعاده تعادل طبیعی مایعات

به منظور کاهش خطر اضافه بار مایعات و ادم ریوی و نارسایی قلبی متعاقب آن، توزین روزانه و محاسبه دقیق جذب و دفع اندازه گیری شده برای راهنمای درمان به کار می رود. تغییرات در بررسی جسمانی و شاخص های همودینامیک نیز در ارزیابی پاسخ بیمار به درمان مفید هستند.

پیشگیری از عفونت

بیمار دچار سوختگی از منابع متعدد در معرض خطر عفونت می باشد که ممکن است شامل زخم های باز، صدمه ریوی، ایسکمی دستگاه گوارش و کاتترهای ماندنی در بدن باشد. مداخلات درمانی به دلیل تغییر وضعیت فیزیولوژیک پیچیده هستند. علائم عفونت از جمله افزایش درجه حرارت، تاکی کاردی، تاکی پنه و لکوسیتوز ممکن است در بیماران دچار سوختگی بدون فاقد عفونت هم وجود داشته باشد که تشخیص عفونت را دشوارتر می سازد.

بخش مهمی از نقش پرستار در طی مرحله حاد مراقبت از سوختگی، تشخیص و پیشگیری از عفونت است. پرستار، مسئول فراهم نمودن محیطی تمیز از جمله ارتقای مداخلات ایزولاسیون محافظتی است. پرستار بیمار را از منابع آلودگی از جمله سایر بیماران، پرسنل، ملاقاتی ها و تجهیزات محافظت می کند. ممکن است بیماران به طور غیر عمدی از طریق لمس زخم ها یا پانسمان ها میکروارگانیسم ها را از یک ناحیه سوختگی به ناحیه دیگر منتقل کنند. ملحفه ها نیز از طریق کلونیزاسیون با میکروارگانیسم های زخم یا آلودگی

خونریزی، بافت گرانوله، وضعیت گرفتارها و التیام محل دهنده و وضعیت پوست اطراف زخم می باشد. هر گونه تغییرات مهم در زخم به پزشک گزارش داده می شود، زیرا این تغییرات معمولا دال بر عفونت بوده و نیازمند مداخله فوری است.

پرستار هم چنین از طریق آموزش، حمایت و تشویق بیمار و خانواده اش، جهت پذیرش نقش فعال در تعویض پانسمان ها و مراقبت از زخم در مواقع لازم کمک می کند. نیازهای طرح ترخیص برای مراقبت از زخم در اوایل دوره مراقبت از سوختگی پیش بینی می شود و نقاط قوت بیمار و خانواده اش بررسی شده و در آماده شدن جهت ترخیص نهایی بیمار و مراقبت در منزل استفاده می شود حضور خانواده در طی تعویض پانسمان احساسات آمادگی برای ترخیص را ارتقا می دهد (چارت ۷-۶۲).

تسکین درد و ناراحتی

مدیریت درد، در طی مرحله حاد بهبودی از سوختگی همچنان یک اولویت باقی می ماند. بررسی مکرر درد لازم است و داروهای ضد درد و برطرف کننده اضطراب طبق تجویز داده می شوند داروهای ضد درد قبل از شدید شدن درد به کار برده می شوند تا اثربخشی آن ها افزایش یابد. مداخلات غیر دارویی را می توان برای تغییر ادراک و پاسخ بیمار به درد به کار برد. بررسی مکرر پاسخ به مداخلات دارویی و غیر دارویی واجب است.

خارش بعد از سوختگی تقریبا تمام بیماران دچار سوختگی را گرفتار می کند و یکی از ناراحت کننده ترین علائم در دوره بعد از سوختگی است. داروهای ضدخارش خوراکی، شرایط محیط، نرم کردن مکرر پوست با آب یا لوسیون حاوی سیلیکا و اقدامات همگی به ارتقای راحتی در این مرحله کمک می کنند. دستورالعمل "فشار بده و نخاران" باید با بیمار به منظور پیشگیری از ناراحتی بعدی و عوارض عفونی مورد تاکید قرار گیرد. اگرچه گاباپنتین (نورونتین) برای درمان درد و خارش تجویز می شده است، کارآزمایی های تصادفی کنترل شده از این اثربخشی حمایت نمی کنند.

عدم خواب و استراحت با التیام، راحتی و ذخیره سازی انرژی تداخل می کنند. در صورت لزوم، علاوه بر داروهای ضد درد و ضد اضطراب، کمک کننده های خواب براساس روند منظم تجویز می شوند.

بهبود تحرک جسمی

با مدفوع باعث انتشار عفونت می شوند. حمام منظم نواحی سالم و تعویض ملحفه ها می تواند به پیشگیری از عفونت کمک کند. آوردن گیاهان و گل های تازه و سبدهای میوه تازه به دلیل خطر رشد میکروارگانیسم ها در اتاق بیمار ممنوع می باشد. مسیرهای ورودی و لوله های تهجمی باید به طور روتین مطابق توصیه های مرکز کنترل بیماری ها (CDC) تعویض شوند و خارج کردن فوری تمام کاتترهای ماندنی هنگامی که دلیلی برای باقی ماندن آنها وجود ندارد می تواند از عفونت های ناشی از مراقبت های بهداشتی کم کند.

تعدیل وضعیت هیپرمتابولیسم

پرستار با متخصص رژیم یا تیم تغذیه برای تدوین طرحی برای برآورده شدن نیازهای بیمار تشریک مساعی می کند. ممکن است اعضای خانواده به آوردن مواد غذایی و غذاهای مورد علاقه به بیمارستان ترغیب شوند. ممکن است مکمل های تغذیه ای پر کالری ضرورت یابند. دریافت مواد غذایی باید به طور صحیح ثبت گردد. ممکن است مکمل های معدنی و ویتامینی تجویز شوند.

در صورتی که نتوان اهداف کالری را از طریق تغذیه دهانی برآورده کرد، لوله تغذیه ای کار گذاشته شده و برای تغذیه مداوم یا منقطع فرمول های خاص مورد استفاده قرار می گیرند. برای اطمینان از جذب، حجم ترشحات باقیمانده معدی باید چک شود. بیمار باید هر روز وزن شده و نتایج آن بایستی برای بررسی تناسب شاخص های وزنی و کاهش کاتابولیسم توده بدون چربی عضله ترسیم شود.

بهبود تمامیت پوست

بعد از مرحله اورژانس، مراقبت از زخم معمولا وقت گیرترین جزء مراقبت از سوختگی می باشد. پزشک عوامل ضدباکتریایی موضعی مطلوب و پوشش دهنده های بیولوژیک، بیوسنتتیک یا سنتتیک زخم را تجویز نموده و جهت برداشت بافت توسط جراحی و گرافت برنامه ریزی می کند. لازم است پرستار، وضعیت زخم را به طور دقیق بررسی نموده، از رویکردهای خلاق در پانسمان زخم استفاده کند و از بیمار در طی دیسترس روحی و تجربه خیلی دردناک مراقبت از زخم حمایت کند.

ارزیابی زخم سوختگی نیازمند چشمانی با تجربه، دست و بویایی حساس است. موارد مهم در بررسی زخم شامل اندازه، رنگ، بو، وجود اسکار و آگزودا، جوانه های اپی تللیال (خوشه های کوچک مروارید مانند از سلول ها بر روی سطح زخم)،

حتی به علت زنده ماندن فرد در حالی که افراد مورد علاقه وی فوت نموده اند. خشم ممکن است هم چنین رو به بیرون و به سمت کسانی باشد که در حال حاضر مراقبت از او را انجام می دهند. یک راه برای کمک به بیمار در کنترل این احساسات، معرفی فردی است که بیمار بدون آن که ترس از تلافی داشته باشد، احساسات خود را بروز دهد. پرستار، مددکار اجتماعی، روان پرستار، یا یک شخص روحانی که مستقیماً درگیر فعالیت های مراقبتی نیستند ممکن است این نقش را به طور موفقیت آمیزی انجام دهند.

بیمار دچار آسیب های سوختگی در طی دوران طولانی درمان و بهبودی، به اعضای تیم مراقبت وابستگی خیلی زیادی پیدا می کند. البته، حتی وقتی که بیمار از نظر جسمی قادر به مراقبت از خود نیست، بایستی او را در تصمیم گیری های مربوط به مراقبت شرکت داد تا منحصر به فرد بودن خود را در غالب اولویت ها و شناخت هویت یکتای خود اظهار کند. هنگامی که بیمار از نظر تحرک و قدرت، توانایی بهتری پیدا می کند، پرستار با بیمار کار می کند تا انتظارات واقعی مراقبت از خود از قبیل تغذیه خود، کمک به روش های مراقبت از زخم، ورزش و برنامه ریزی برای آینده را تنظیم نماید. بسیاری از بیماران با استفاده از توافق های قراردادی و سایر تدابیری که استقلال آنها را به رسمیت می شناسد، انتظارات رفتاری آنها را مشخص می کند و ارتباط مثبت را تشویق می کند، پاسخ مثبت می دهند.

حمایت از بیمار و فرایندهای خانوادگی

صدمات سوختگی اثر مهیب روانی بر اقتصاد و تغییر دهنده زندگی بر بیمار و خانواده اش دارد. پرستار ابزاری در ارائه حمایت از بیمار و خانواده در حین سازگاری با صدمه سوختگی می باشد. در صورت مناسب داشتن باید ارجاع به خدمات اجتماعی یا مشاوره روانی صورت گیرد. این حمایت در مرحله بازتوانی نیز تداوم پیدا می کند. برخی مراکز سوختگی یک برنامه ساختارمند حمایت همتا دارند که شامل ملاقات بیمار بستری توسط یک فرد نجات یافته از سوختگی برای ارائه حمایت روانی از بیمار است. بسیاری از بیماران از فرصت به اشتراک گذاشتن تجربه خویش با فرد دیگری که صدمه سوختگی داشته است، احساس خشنودی می کنند.

بیمارانی که سوختگی های بزرگ دارند معمولاً به مراکز سوختگی که از خانه فرد دور هستند، فرستاده می شوند. از آنجا که سوختگی، ناگهانی و غیر منتظره است، نقش های خانواده مختل شده اند. اگر سرپرست یا کسی که روزمزد کار

اولویت اولیه، پیشگیری از عوارض بی حرکتی است. تنفس عمیق، چرخیدن و قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب از اعمال ضروری پرستاری هستند که از آتلکتازی و پنومونی پیشگیری کرده، ادم را کنترل نموده و از جمع شدگی ها و زخم های فشاری جلوگیری می کنند. ممکن است تخت های مخصوص مفید باشند و تحرک زودهنگام قویاً مورد تشویق قرار می گیرد. در صورت سوختگی اندام های تحتانی قبل از این که بیمار در وضعیت قائم قرار داده شود، باید باندهای فشاری الاستیک بسته شوند. این بانداژ، برگشت وریدی را بهبود بخشیده و تشکیل ادم را به حداقل می رسانند. مرور بیش از ۳۱۰۰ بیمار دچار سوختگی، میزان ترومبوز ورید عمقی را ۸/۰٪ نشان داد. عوامل خطر ساز مشخص شده عبارت از سوختگی بیش از ۲۰٪ سطح کل بدن، سابقه قبلی ترومبوز ورید عمقی، نژاد آفریقایی - آمریکایی و استفاده از انتقال خون و تهویه مکانیکی بودند.

زخم سوخته حداقل تا ۱ سال بعد از بسته شدن زخم، حالت پویا دارد. در طی این زمان، باید تلاش های قاطع جهت پیشگیری از جمع شدگی و اسکار هیپرتروفیک صورت گیرد. از همان روز پذیرش برای حفظ دامنه حرکتی، هر دو نوع ورزش های فعال و غیرفعال شروع شده و تا بعد از گرافت و با در نظر گرفتن محدودیت های توصیه شده ادامه می یابد. پرستار ناحیه آتل گذاری شده را از نظر علائم عدم کفایت عروقی و فشار بر روی عصب و گسیختگی پوست پایش می کند. به منظور انجام برنامه ریزی ویژه مراقبت در سراسر مدت بستری و بهبودی، از مشاوره با کاردرمان و فیزیوتراپیست کمک گرفته می شود.

ارتقاء راهکارهای سازگاری

اکثر انرژی بیماران در هفته های اول بعد از سوختگی صرف حفظ و نگهداری اعمال جسمی حیاتی و التیام زخم می شود و انرژی روحی کمی جهت سازگاری با رویه موثر باقی می ماند. اندوه، افسردگی، خشم، پشیمانی و رفتارهای تصنعی، پاسخ های شایع بیماران دچار سوختگی است. خودداری از مشارکت در درمان های مورد نیاز و برگشت به عقب از جمله رفتارهایی اند که باید با این فهم و درک به آنها نگاه شود که برخی رفتارها ممکن است به تطابق بیمار با وقایع استرس زا کمک کنند.

ممکن است بیمار احساسات خشم را تجربه کند. خشم ممکن است به دفعات، مستقیماً به دلیل احساس گناه متوجه خود فرد شود، شاید به این علت که عامل آتش سوزی بوده و یا

تروماها ممنوعیت نداشته باشد) قرار می گیرد تا تبادل گازها و اتساع ریوی تامین گردد. مدیریت این عارضه شامل: ارایه اکسیژن مکمل، تجویز دیورتیک های وریدی، بررسی دقیق پاسخ بیمار و اگر کاربرد داشته باشد فراهم نمودن داروهای گشادکننده عروق می باشد.

سپسیس

سپسیس علت منجر به ناتوانی و مرگ و میر در بیماران دچار سوختگی است. علایم زودهنگام سپسیس موزیانه بوده و مستلزم شک زیاد و پایش خیلی دقیق تغییرات در وضعیت بیمار است. یکی از چالش ها در شناسایی سپسیس فقدان تعریف سپسیس در جمعیت بیماران دچار سوختگی است. به دلیل آنکه بیماران دچار سوختگی، دچار افزایش متابولیسم هستند، دچار تاکی کاردی، تاکی پنه و افزایش درجه حرارت می باشند. این هنجارهای فیزیولوژیک در بیماران دچار سوختگی تشخیص سپسیس را با چالش بیشتری رو به رو می کند. مطالعه گذشته نگر اخیر روی پذیرش بیماران سوختگی در یک دوره ۵ ساله نشان داد که درجه حرارت کمتر از ۳۶ درجه سانتی گراد (۹۶/۸ درجه فارنهایت)، ضربان قلب بیش از ۱۳۰ بار در دقیقه، کمبود باز کمتر از ۶- میلی اکسی والان در لیتر، فشار متوسط شریانی کمتر از ۱ میلی متر جیوه، گلوکز خون بیشتر از ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر و استفاده از تنگ کننده های عروقی پیشگویی کننده سپسیس در بیماران دچار سوختگی می باشد.

مرحله بازتوانی

بازتوانی بلافاصله بعد از سوختگی شروع شده و تا چند سال بعد از سوختگی ادامه می یابد. این مرحله برای پرستارانی که از بیماران دچار سوختگی مراقبت می کنند چالش تر بوده و به کار جسمانی بیشتری نیاز دارد. یک تمرکز مهم تیم سوختگی ارزیابی دقیق بیمار برای عوارض تاخیری مرتبط با صدمات است که در جدول ۵-۶۲ شرح داده شده است. بازتوانی سوختگی جامع و پیچیده بوده و نیاز به رویکرد چند رشته ای برای به حداکثر رساندن بهبودی جسمانی و روانی بیمار در ارتباط با صدمه سوختگی دارد. با آغاز بهبودی بیماران، آنها از صدمات و چالش های فراروی خود بیشتر آگاه می شوند. طرح های مراقبت فردی اختصاصی برای شدت و محل صدمه تدوین شده و هر چند وقت یکبار مجدداً ارزیابی می شوند. افزایش بقای بیماران دچار سوختگی قابل ملاحظه به نیاز برای برنامه های اضافی و جامع بازتوانی سوختگی در سراسر جهان ترجمه شده است. هدف نهایی بازگشت بیماران

می کند، صدمه دیده باشد، ممکن است نقش او تغییر یابد و استرس بیشتری به خانواده وارد آید. بنابراین هم بیمار و هم خانواده نیازمند اطلاعاتی درباره مراقبت از سوختگی بیمار و دوره درمانی موردانتظار هستند. موانع یادگیری و سبک های یادگیری ترجیحی بررسی و مورد توجه قرار می گیرند. این اطلاعات جهت تدوین فعالیت های آموزشی استفاده می شوند. آموزش بیمار و خانواده یک اولویت است و با استفاده از شیوه چند رسانه ای بهتر ارایه می شود.

پایش و درمان عوارض احتمالی

نارسایی حاد تنفسی و سندرم زجر تنفسی حاد

وضعیت تنفسی بیمار به دقت از نظر دشواری تنفس، تغییر در الگوی تنفسی یا شروع اصوات اضافی (غیرطبیعی) تنفسی پایش می گردد. به طور معمول، در این مرحله، علایم و نشانه های آسیب دستگاه تنفس آشکار می گردد. همان طور که قبلاً توضیح داده شد، علایم هیپوکسی (کاهش اکسیژن به بافت ها)، کاهش اصوات تنفسی، ویزینگ، تاکی پنه، استریدور و خلط آلوده به دود (یا در برخی موارد حاوی خلط ریوی کننده شده) در بین بسیاری از یافته های احتمالی هستند. درمان طبی بیماری که نارسایی تنفسی حاد دارد، لوله گذاری و تنفس مکانیکی است (اگر قبلاً استفاده نشده است). در صورتی که سندرم زجر تنفسی حاد ایجاد شود، دادن اکسیژن با مقادیر بیشتر، فشار مثبت انتهای بازدم و حمایت فشاری همراه با تهویه مکانیکی برای ارتقای تبادل گازی از طریق غشا مویرگی ریوی صورت گیرد (فصول ۲۱ و ۲۳ را ببینید).

نارسایی قلبی و ادم ریوی

در صورتی که با برگشت مایع به فضای داخل عروق سیستم های کلیوی و قلبی قادر به جبران افزایش حجم مایعات نباشند، ممکن است نارسایی قلبی و ادم ریوی ایجاد شود. بیمار از نظر علایم نارسایی قلبی از جمله کاهش برون ده قلبی، اولیگوری، اتساع ورید ژوگولار، ادم و ایجاد صداهای ۳ یا ۴ قلبی بررسی می شود. در صورت استفاده از پایش تهجمی همودینامیک استفاده می شود، افزایش فشار ورید مرکزی، شریان ریوی و فشار وج شریان ریوی دال بر افزایش حجم مایعات است.

وجود کراکل در ریه ها و افزایش دشواری در تنفس ممکن است دال بر ادم ریوی باشد که باید سریعاً به پزشک گزارش گردد. در این زمان، بیمار در وضعیت راحت در حالی که سر تخت بالا برده شده است (اگر به علت سایر آسیب ها و

اگرچه اختلالات روانی در همه صدمات سوختگی نقش ندارند، ماهیت تغییردهنده زندگی صدمات سوختگی تقریباً همیشه باعث آسیب موقتی یا دائمی سازگاری روانی می شوند.

در مرحله حاد صدمه، شوک حاد، وحشت، کفرگویی، گیجی و اضطراب شایع هستند. ممکن بیماران در معرض خطر دلیریوم باشند و ممکن است پسیکوز زودگذر را تجربه کنند. ممکن است بیماران در اثر داروهای دریافتی گیج باشند، اما حس ترس، اضطراب و درد را دارند. مشاوره به موقع با حرفه های سلامت روان به بهتر برآورده شدن نیازهای فرد که ممکن است شامل مداخلات دارویی با مشاوره همزمان باشد، کمک خواهد کرد.

به بالاترین سطح عملکرد ممکن در متن صدمات وارده است. حضور کاردرمانگران و فیزیوتراپ ها برای به حداکثر رساندن اهداف و نتایج بیمار ضروری هستند.

حمایت روانی

ظاهر بیمار، انگیزه و سیستم حمایتی برای احساس خوب بودن و توانایی پیشرفت در طول مرحله بازتوانی، دارای اهمیت هستند. سوختگی هایی که خود فرد باعث آن شده، اقدام به خودکشی یا سوء رفتار عمدی یک نفر بر روی دیگری مثال هایی از این دست هستند. این موارد، مثال هایی هستند که نیاز به منابع روانی در بهبودی سوختگی را نشان می دهند.

جدول ۵-۶۲. عوارض در مرحله نوتوانی مراقبت از سوختگی

عوارض	عوامل مداخله گر	مداخلات
نوروپاتی، و تحت فشار قرار گرفتن عصب	آسیب الکتریکی، سوختگی عمیق و بزرگ، وضعیتهای بدنی نامناسب، ادم، بافت اسکار	نبض های محیطی و حس را بررسی کنید (بررسی های عصبی عروقی). با بالا نگه داشتن عضو و قرار دادن در وضعیت مناسب و پیشگیری از کاربرد پانسمان های فشارنده از ایجاد ادم و فشار جلوگیری کنید. آتل ها را از نظر کاربرد و تناسب اندازه شان بررسی کنید. با کاردرمانگر (OT) و فیزیوتراپ (PT) برای قرار دادن بیمار در وضعیت مناسب مشاوره کنید.
از هم گسیختگی پوست و یا تشکیل زخم فشاری	قیچی شدن، فشار و تغذیه ناکافی	زخم را از فشار و نیروهای قیچی کننده محافظت کنید. درباره اهمیت تغذیه مناسب به بیمار آموزش دهید.
اسکارهای هیپرتروفیک	سوختگی های تمام ضخامت و ضخامت نسبی	پوست را نرم و انعطاف پذیر نگه دارید. در صورت تجویز از لباس های فشاری استفاده شود. ماساژ بدهید.
جمع شدگی (کنتراکچر)	سوختگی های تمام ضخامت و ضخامت نسبی	وضعیت مفاصل در راستای مناسب حفظ گردد. تمرینات سبک دامنه حرکتی را انجام دهید. با فیزیوتراپیست و کاردرمان برای تمرینات و توصیه های وضعیت دهی مشاوره کنید.
ناپایداری مفصلی	زخم سوختگی، اسکار سوختگی و جمع شدگی	وضعیت مناسب مفصل را با آتل گذاری مناسب حفظ کنید. اگر مورد دارد، پین گذاری در مفصل را پایش کنید.
درد مرکب	تروما و سوختگی	درد را به طور کافی مدیریت کنید. با دیارتمان کاردرمانی و فیزیوتراپی برای تمرینات و حساسیت زدایی مشورت کنید. حرکات ملایم اندام های تحت تاثیر درد را ارتقا دهید.

واقعیت و تاثیر صدمه باعث می شود که بیماران تصدیق کنند که می توان انتظار زنده ماندن داشت. ممکن است بیماران

ممکن است چالش هایی در مرحله بازتوانی وجود داشته باشد. در حالی که بیمار از نظر جسمانی در حال بهبودی است،

تعاملات به بیمار و خانواده اش اجازه می دهد تا ببینند که سازش با صدمه سوختگی ممکن است. سازمان هایی که از بازگشت بیمار به جامعه حمایت می کنند، قادر به ارائه آموزش و تعلیمات اختصاصی برای بیماران دچار سوختگی می باشند. کارگاه های آموزشی برای استفاده از آرایش برای کاهش ظاهر اسکارها برای افراد دارای اسکار قابل مشاهده صورت فقط یک مثال از راهکارهای موجود برای کمک به بیماران دچار سوختگی است که اختلال در شکل ذهنی دارند. تاثیرات فرهنگی عامل قوی در این فرایند است، زیرا برخی فرهنگ ها به ظاهر جسمانی حساسیت ویژه ای دارند که با جریانات رسانه ای تقویت می شود. نقش پرستار ترغیب بیماران به بیان نگرانی هایشان، همدلی کردن و فراهم نمودن منابع کمکی برای آنها می باشد.

التیام غیرطبیعی زخم

زخم های با ضخامت نسبی که اپیدرم و بخش سطحی درم را درگیر می کنند، تمایل به التیام یافتن بدون ایجاد اسکار دارند. احتمال می رود که زخم های عمیق تر، اسکارهایی با درجات متفاوت برجا بگذارند. مثل سایر اختلالات، می توان عوامل خطر ساز را به قابل تعدیل و غیر قابل تعدیل طبقه بندی کرد. برای مثال ارت یک عامل خطر ساز غیر قابل تعدیل برای تشکیل اسکار می باشد، زیرا برخی بیماران به سادگی استعداد بیشتری برای تشکیل اسکار هیپرتروفیک دارند. تمرکز آموزش بیمار برای پرستار باید بر چگونگی بهترین شیوه تغییر یا سازش با عوامل خطر قابل تعدیل باشد. بیماران باید به طور جدی به پی گیری توصیه های کاردرمانگر برای پیشگیری و مدیریت اسکار ترغیب شوند. اسکار طبیعی در صدمه بافتی سطحی ایجاد شده و ظرف ۷ تا ۱۰ روز بعد از صدمه شروع و در طی ۶ تا ۱۲ ماه آتی پیشرفت می کند. اسکار غیر طبیعی بعد از دوره طولانی تری از التیام زخم روی داده و ممکن است به صورت اسکار هیپرتروفیک یا اسکار کلئوئید باشد.

اسکار های حجیم و کلئوئید

اسکار های حجیم در حواشی زخم اولیه تشکیل می شوند و لبه های زخم را به خارج می کشند. این اسکارها، در نواحی روی مفصل و در افراد جوان تر شایع تر هستند. این اسکارها قرمز (به دلیل ماهیت پر عروق خود)، برآمده و سخت می شوند. کلئوئید، اسکاری نامنظمی است که از حدود زخم اصلی فراتر

سوک و فقدان ویران کننده ای را تجربه کنند. حس فقدان ممکن است از صدمه جسمانی، از دست دادن کنترل از وابستگی تحمیلی به سایرین برای مراقبت یا از دست دادن اعضای خانواده/دوستان که ممکن است در صدمه تلف شده باشند، منشاء بگیرد. در آتش سوزی منازل سکونی زندگی، نجات یافتگان خانه و تمام اسباب زندگی خود را از دست می دهند.

اختلال استرس بعد از سانحه (PTSD) شایع ترین اختلال روانی در بازماندگان سوختگی است که وفور آن ۸ تا ۳۰ درصد می باشد. سایر اختلالات روانی که ممکن است بیماران دچار سوختگی تجربه کنند شامل اضطراب، افسردگی و آشفتگی خواب می باشد. نشانه ها و پاسخ های روانی به استرس در فصل ۶ مورد بحث قرار گرفته اند.

با پیشرفت بهبودی، طرح ترخیص باید شامل استراتژی هایی برای کمک به بیمار در بازگشت به خانه، جامعه، محل کار و مدرسه باشد.

در این برهه از بهبودی، برای برخی از بیماران، معضلاتی در مورد کیفیت زندگی ممکن است خیلی واقعی باشد. زمانی که بیمار و خانواده اش شروع به زندگی با محدودیت های جسمی جدید و چالش هایی در روابط خود می کنند، زمان حساسی است. علاوه بر تدارک سیستم حمایتی برای بیمار، بیمار و خانواده اش باید نیز برای واکنش به غریبه ها آماده شوند.

سازمان هایی نظیر انجمن بازماندگان سوختگی فونیکس، یک گروه بین المللی حمایت از بازماندگان سوختگی است که منابع کمکی متنوع، آموزش، فرصت هایی برای حمایت همتایان و راهکارهایی برای بازگشت به زندگی ارائه می کند. انجمن فونیکس توسط آلن برسلاو در سال ۱۹۹۷ که یک نجات یافته از صدمات سوختگی که به اهمیت حمایت همتایان در بهبودی روانی صحنه گذاشت، تاسیس شد. حمایت همتا فرصت هایی برای تامل و رشد فردی فراهم نموده و معنی جدیدی برای بیمار دچار سوختگی از طریق به اشتراک گذاشتن تجارب با سایر افرادی که صدمات سوختگی مشابه دارند، می دهد. انجمن فونیکس، هر سال میزبان کنگره جهانی سوختگی است که کنفرانسی برای نجات یافتگان، خانواده هایشان، مراقبت دهندگان، حرفه های مراقبت از سوختگی و آتش نشانان است. این هم اندیشی آموزشی بوده و نیز فرصتی برای بیماران دچار سوختگی و خانواده هایشان است تا با کسانی که حوادث تغییر دهنده زندگی مشابهی را تجربه کرده اند، ارتباط برقرار کنند. این

می رود. کلوئیدها بزرگ، گره ای و ریسمان مانند بوده و غالباً با خارش و حساسیت به لمس همراه می باشند. کلوئیدها در تیره پوستان شایعتر و در اطفال و سالمندان ناشایعاند و زمینه خانوادگی دارند.

پیشگیری و درمان اسکارها

برای پیشگیری از جمع شدگی های اسکار و بافت حجیم از روش های درمانی متعددی استفاده می شود. این شیوه ها پیش از این در درمان زخم سوختگی معرفی شده اند. بانداژ با باند کشی در ابتدا برای کمک به بهبود خورسائی کافی مورد استفاده قرار می گیرد و بعد از آن به شکل باندهای لوله ای لاستیک تا زمانی که بیمار بتواند از لباس های فشاری استفاده کند، به کار می رود. به کار گیری البسه الاستیک فشاری، سبب شل شدن الیاف کلاژن و موازی شدن کلاژن با سطح پوست می شود. با تداوم فشار در طول زمان، الیاف کلاژن بازسازی شده و کاهش رگ زایی و سلول زایی رخ می دهد. اگرچه این درمان تا حدی مورد اختلاف نظر است، نشان داده شده است که فشار می تواند در کنترل تشکیل اسکار، مفید باشد. لباس های فشاری به طور مداوم پوشیده می شوند (یعنی ۲۳ ساعت از روز).

فشردن برخی از نواحی بدن، به علت موقعیت آسیب مشکل است. صفحات سیلیکونی برای چنین نواحی پر دردرسی کمک کننده هستند و برای افزایش فشار بر اسکار، زیر لباس تعبیه می شوند. ماساژ آرام و سطحی اسکار با یک مرطوب کننده، چندین بار در روز انجام می شود.

بازسازی سوختگی پس از بلوغ تمامی اسکارها، یک گزینه درمانی بوده و در چند سال اول پس از آسیب، مورد بحث و بررسی قرار می گیرد. این تصمیم گیری نیازمند برنامه ریزی فردی، انتظارات واقع بینانه و شکیبایی است. در نهایت، تیم درمانی و بیمار در مورد بهترین رویکرد از نظر عملکردی و زیبایی دراز مدت تصمیم گیری خواهند کرد.

فرآیند پرستاری بیمار در طی مرحله بازتوانی از سوختگی

بررسی

پرستار در ابتدای کار اطلاعاتی در مورد سطح تحصیلات بیمار، شغل، فعالیت های اوقات فراغت، زمینه فرهنگی، مذهب و تعاملات خانوادگی جمع آوری می کند. مفهوم خود بیمار، وضعیت ذهنی، پاسخ عاطفی به آسیب و بستری شدن

متعاقب آن، سطح عملکرد ذهنی، سابقه بستری قبلی، پاسخ به درد و روش های کاهش درد و الگوی خواب نیز از اجزای اساسی یک بررسی جامع هستند. کسب اطلاعات درباره مفهوم کلی بیمار از خود، اعتماد به نفس و تدابیر مقابله ای قبلی، در تعیین نیازهای روحی بیمار ارزشمند است.

بررسی های جسمی بعدی در رابطه با اهداف بازتوانی مشتمل بر دامنه حرکتی مفاصل گرفتار، توانایی های عملکردی در انجام فعالیت های روزانه، علایم اولیه تخریب پوستی ناشی از آتل ها یا وسایل کمک حرکتی، علایم نوروپاتی (آسیب عصبی)، تحمل فعالیت و کیفیت یا وضعیت پوست التیام یافته می باشد. مشارکت بیمار در مراقبت و توانایی نشان دادن مراقبت از خود در مواردی مثل حرکت کردن، خوردن، تمیز کردن زخم، و به کار بردن پوشش های فشاری، به صورت منظم ثبت می شوند.

تشخیص های پرستاری

بر اساس داده های حاصل از بررسی، در مرحله بازتوانی طولانی مدت، اولویت تشخیص های پرستاری در مراقبت از سوختگی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

۱. عدم تحمل فعالیت در رابطه با درد هنگام ورزش، تحرک مفصلی محدود شده، تحلیل عضلانی و محدود شدن میزان تحمل
۲. اختلال در شکل ذهنی در رابطه با تغییر ظاهر جسمی و مفهوم خود
۳. آسیب تحرک بدنی در اثر جمع شدگی ها یا اسکارهای حجیم
۴. کمبود دانش در زمینه مراقبت بعد از ترخیص در منزل و نیازهای مرحله بهبودی

مشکلات همراه/ عوارض احتمالی

عوارض احتمالی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- سازگاری روانی ناکافی با آسیب سوختگی

برنامه ریزی و اهداف

اهداف اصلی برای بیمار شامل افزایش تحرک و مشارکت در فعالیت های روزانه زندگی، سازگاری و تطابق با تغییرات در شکل ذهنی، مفهوم خود و سبک زندگی، افزایش درک و دانش در مورد صدمه، درمان و مراقبت پی گیری در نظر گرفته شده و فقدان عوارض می باشد.

تدابیر پرستاری

ارتقای تحمل فعالیت

است؟ حالا کجا باید زندگی کنم؟ هنگام مراقبت از بیمار دچار آسیب سوختگی، پرستار باید از پیش دآوری ها و تعبیرهای نادرست جامعه درباره بیماران سوخته آگاه باشد. فرصت ها و امکاناتی که برای افراد دیگر موجود است، اغلب برای افرادی که دچار بدشکلی می شوند، وجود ندارد. این امکانات و فرصت ها شامل فعالیت اجتماعی، استخدام، شهرت و اعتبار، نقش های مختلف و مقام اجتماعی می باشد. تیم مراقبت کننده باید فعالانه مفهوم خود و شکل ذهنی سالمی را در بیماران سوخته به وجود آورند به طوری که آن ها بتوانند ادراکات دیگران در مورد بدشکلی و ناتوانی خود را قبول نموده یا به چالش بکشند. نجات یافتگان از سوختگی، خودشان باید به دیگران نشان دهند که چه کسی هستند، چطور اعمالشان را انجام می دهند و چطور می خواهند درمان شوند.

ارتقاء تحرک بدنی از طریق پیشگیری از جمع شدگی یا تشکیل اسکارهای حجیم

با انجام فیزیوتراپی و کاردرمانی زود هنگام و قاطع، عارضه جمع شدگی یا اسکارهای حجیم به ندرت طولانی مدت خواهد بود. با این وجود، در صورت عدم حصول به دامنه حرکتی کامل در بیمار سوخته، مداخله جراحی کاربرد دارد. فصل ۱۰ را برای بحث در مورد پیشگیری از جمع شدگی ها و تغییر شکل ها ببینید.

پایش و درمان عوارض احتمالی

اختلال در سازگاری روانی با آسیب سوختگی. برخی از بیماران، به خصوص آن هایی که مهارت های سازگاری محدودی دارند یا کسانی که قبل از سوختگی اختلال در عملکرد روانی یا سابقه مشکلات روانی داشته اند، ممکن است به سازگاری روانی کافی با آسیب سوختگی دست پیدا نکنند. به منظور بررسی وضعیت روحی بیمار، مشاوره روانشناسی یا ارجاع به روان پزشک انجام می شود تا به بیمار کمک کند مهارت های سازگاری خویش را توسعه داده و در صورت بروز مشکل روانی بزرگ یا مقابله غیر موثر، مداخله صورت گیرد.

ارتقاء سطح مراقبت در منزل و جامعه

آموزش مراقبت از خود به بیمار: با کوتاه تر شدن زمان بستری در بیمارستان، تمرکز مداخلات بازتوانی به سمت مراقبت سرپایی، مراقبت در منزل یا مراقبت در مرکز بازتوانی هدایت می شود. این اقدامات شامل مراقبت از زخم، تعویض پانسمان، اداره کردن درد، تغذیه مناسب، پیشگیری از عوارض

بازتوانی جامع بدنی می تواند برای بیمار شدید و دردناک باشد. اتخاذ تدابیری برای حفظ انگیزه و مشارکت می تواند در طی این مرحله بحرانی مفید باشد. پرستار، برای پیشگیری از آتروفی عضلانی و حفظ تحرک لازم برای فعالیت های روزانه، تمرینات فیزیکی و کار درمانی را در مراقبت از بیمار می گنجاند. در صورتی که این فعالیت ها در طی دوره های طولانی سیر فزاینده داشته باشد، به تدریج تحمل فعالیت، قدرت و تحمل بیمار زیاد می شود. خستگی و تحمل درد پایش شده و برای تعیین میزان فعالیتی که باید در هر روز انجام شود، به کار می رود. فعالیت هایی نظیر ملاقات با خانواده و تفریح درمانی (مثل بازیهای ویدیویی، رادیو، تلویزیون) می تواند باعث تفریح شده، دورنمای بیمار را بهبود داده و تحمل فعالیت جسمانی را افزایش دهد. در بیماران مسن تر و افرادی که دچار بیماریهای مزمن و ناتوانی هستند، بازتوانی باید توانایی های عملکردی بیمار و محدودیت هایش را در نظر بگیرد.

پرستار باید مراقبت را طوری برنامه ریزی کند که بیمار، دوره های استراحت و خواب بدون وقفه داشته باشد. زمان مناسب برای در نظر گرفتن استراحت بیمار، بعد از تعویض پانسمان ها و تمرینات بدنی می باشد که مسکن ها و مداخلات کنترل درد هنوز موثر هستند. این برنامه باید با اعضای خانواده و سایر مراقبین هماهنگ گردد. ممکن است بیمار به علت کابوس های شبانه مربوط به سوختگی یا ترس ها و اضطراب های دیگر مربوط به سرانجام سوختگی، دچار بی خوابی باشد. پرستار به بیمار اطمینان خاطر داده و در صورت تجویز داروهای خواب آور برای بهبود خواب این داروها را به بیمار می دهد. کاهش استرس های متابولیک از طریق کاهش درد، جلوگیری از لرز و تب و تامین تمامیت فیزیکی سیستم های بدن به بیمار کمک می کند تا انرژی خود را برای التیام زخم و فعالیت های درمانی حفظ کند.

بهبود شکل ذهنی و مفهوم خود

بیمارانی که بعد از سوختگی زنده مانده اند، ممکن است فاقد سوگ قابل پیش بینی که اغلب در بیماران نیازمند جراحی یا مواجهه با بیماری انتهایی عزیز خود مشاهده می شود، باشند با پیشرفت مراقبت، بیماری که در حال بهبودی از سوختگی است، از پیشرفت روزانه خود آگاه شده و نگرانی های اساسی خود را بروز می دهد: آیا من زشت یا ناتوان خواهم شد؟ چه مدت در بیمارستان خواهم بود؟ شغل و خانواده من چه می شود؟ آیا دوباره مستقل خواهم شد؟ چطور می توانم از خود مراقبت کنم؟ آیا سوختگی من نتیجه بی احتیاطی خودم بوده

و سایر نیازهای مراقبتی است. اطلاعات و تعلیمات نوشتاری در زمینه تمرینات بدنی خاص و استفاده از البسه فشاری و آتل ها ارایه می شود. به بیمار و خانواده اش در جهت کمک به آنها در نیازهای مراقبتی ادامه دار پس از ترخیص آموزش داده می شود (چارت ۸-۶۲).

تداوم مراقبت: پس از ترخیص، مراقبت توسط یک تیم چند رشته ای مراقبت از سوختگی ضروری است. ممکن است برخی بیماران قبل از برگشت به خانه، نیاز به خدماتی در مراکز بازتوانی بستری داشته باشند. هنگامی که امکان پذیر باشد، بیمارانی که در مراکز سوختگی مراقبت شده اند معمولاً به صورت دوره ای به مراکز یا کلینیک های سوختگی مراجعه می کنند تا توسط تیم سوختگی ارزیابی شوند، دستورات مراقبت در منزل تعدیل شود و برای جراحی ترمیمی آن ها برنامه ریزی شود. برخی از بیماران به کاردرمانی و فیزیوتراپی سرپایی برای چند بار در هفته نیاز دارند. اغلب، پرستار مسئول هماهنگی تمام جنبه های مراقبت بوده و از برآورده شدن نیازهای بیمار اطمینان حاصل می کند. این هماهنگی، جنبه مهمی از کمک به بیمار برای کسب استقلال است.

ممکن است برخی بیماران برای مراقبت گذرا پس از ترخیص ارجاع داده شوند. پرستار وضعیت جسمی و روانی بیمار و نیز کفایت ایمنی منزل و مراقبت کافی از بیمار را بررسی می کند. پرستار پیشرفت بیمار را پایش نموده، مشارکت در طرح مراقبت را بررسی می کند و با بیمار و خانواده اش در مراقبت از زخم، انجام تمرینات و سایر نیازهای فیزیکی کمک می کند. بیمارانی که اشکالاتی در تطابق روانی را تجربه می کنند شناسایی شده و به طور مناسب ارجاع می شوند.

چارت ۸-۶۲. چک لیست مراقبت در منزل بیمار دچار صدمه سوختگی

بعد از اتمام آموزش بیمار یا مراقب او قادر خواهد بود:

- اثر صدمه سوختگی و درمان را بر عملکرد فیزیولوژیک، ADL، IADL، نقش ها و ارتباطات بحث کند.
- چگونگی تماس با اعضای تیم درمانی (نظیر تیم چند رشته ای سوختگی، ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی، حرفه های مراقبت در منزل و فروشندگان لوازم پزشکی با دوام) را بیان کند.
- نام، مقدار، اثرات و زمان بندی مصرف تمام داروها

را بیان کند.

• سازگاری روانی و پیوستن به اجتماعی را از طریق بیان درک موارد زیر نشان دهد:

• تغییرات درسیک زندگی و تطابق احساسی با صدمه نیاز به زمان دارد. گزارش کابوس های شبانه یا "فلاش بک" از صدمه برای بیماران ناشایع نیست. در صورتی که این موارد مخرب شوند باید با تیم درمانی به بحث گذاشته شود.

• به تدریج علائق و فعالیت های قبلی را از سر می گیرد.

• جامعه و سایر منابع نظیر گروه های حمایت از سوختگی را مورد توجه قرار می دهد. کتاب ها، ویدئوها و وب سایت های زیادی وجود دارند که ممکن است در کمک به التیام سوختگی با ارزش باشند.

• برنامه هایی برای کمک به برگشت به مدرسه و کار وجود دارند. در صورت ضرورت باید با تیم درمانی مشورت شود.

• ممکن است مراقبت از سوختگی (تعویض پانسمان، داروها، درمان ها) خیلی گران باشند. ممکن است در صورت نیاز مددکار اجتماعی یا اداره کننده مراقبت، برنامه های کمک مالی را بیابد.

• سازگاری محیط منزل را نشان می دهد. در صورت لزوم توسط اعضای تیم (مثل مددکار اجتماعی، اداره کننده مراقبت) کمک می شود.

• اقدامات احتیاطی از پوست سوخته را بیان می کند:

• جهت محافظت پوست سوخته شده از نور خورشید، از ضدآفتاب با حداکثر عیار حفاظتی (SPF) استفاده می کند. ممکن است البسه روشن، شلوار های بلند و بلوزهای آستین بلند برای محافظت از آفتاب ضروری باشند.

• اگر صورت یا گوش ها دچار سوختگی شده اند، به منظور محافظت ناحیه از نور خورشید از کلاه های لبه پهن استفاده می کند.

• از وارد آمدن ترومای بیشتر به پوست سوخته

- در هر تعویض پانسمان به دقت زخم را برای علایم عفونت از جمله افزایش قرمزی، تورم، ترشح و بوی بد مشاهده می کند.
- وضع تمرینات و فعالیت های روزانه زندگی را بیان می کند:
- تا حد توان خود آنها را انجام می دهد.
- به رژیم فعالیتی داده شده توسط درمانگران وفادار است.
- اگرچه بازتوانی جسمی وقت گیر است، مشارکت روزانه در آن ضروری است.
- برای خواب و استراحت کافی برنامه دارد.
- هنگام استراحت، اندام های متورم را باید بالا ببرد.
- رویکردهای کنترل درد (مثل مصرف ضددردها طبق تجویز، استفاده از مداخلات غیر دارویی) را شرح می دهد.
- تغییرات ضروری در رژیم غذایی برای ارتقای سلامت (مثل غذاهای مغذی به جای غذاهای صرفا پرکالری) را بیان می کند.
- تغییرات در دریافت مایعات مورد نیاز برای پیشگیری از یبوست مرتبط با استفاده از داروهای ضد درد را بیان می کند.
- در مورد اداره کردن اسکار سوختگی بحث می کند:
- ماساژ با لوسیون یا کرم ملایم برای کشش پوست برای حفظ یا افزایش الاستیسیته آن.
- پوشیدن البسه فشاری ۲۳ ساعت روز اگر دستور داده شده باشد.
- تغییر رنگ پوست به عنوان بخشی از التیام، تا چند ماه طبیعی در نظر گرفته می شود.
- در مورد از سرگیری فعالیت های جنسی بحث می کند:
- از سرگیری ارتباطات جنسی به جای یک استثناء یک قانون است و باید هنگام راحت بودن برای همه از سر گرفته شود.
- اگر اطراف نواحی تناسلی دچار سوختگی شده است،

- جلوگیری می کند؛ تاول های سالم را پاره نمی کند.
- پوست سوخته و التیام یافته را با لوسیون ضعیف (در صورت تجویز) چرب کرده و از خاراندن اجتناب می کند.
- تنها از لوسیون و صابون ملایم (یعنی محصولات فاقد عطر) بر روی نواحی سوخته استفاده می کند. در مجموع، تمیز نگه داشتن پوست برای حمایت از بهداشت خوب و پیشگیری از عفونت از اهمیت برخوردار است.
- از پوشیدن البسه تنگ روی نواحی دچار سوختگی برای محدود نکردن حرکت یا صدمه به نواحی تازه التیام یافته پوست اجتناب می کند.
- لباس های راحت و سفید انتخاب می کند چون رنگ موجود در لباس ها، باعث تحریک پوست التیام یافته می گردد.
- برای محافظت پوست التیام یافته از خراش ها، ضربات و کبودی های غیر ضروری، از البسه و دستکش استفاده می کند.
- آگاه است که ممکن است تحمل درجه حرارت های شدید را نداشته باشد.
- خارش بخشی طبیعی و ناراحت کننده از التیام و بهبودی سوختگی است. برای کاهش خارش و خشکی ناحیه سوخته، از خاراندن خودداری کرده، ناحیه را با ملایمت فشار داده و مرطوب کننده ملایم می مالد. داروهای مورد استفاده برای خارش باید با تیم درمانی به بحث گذاشته شود.
- فنون مراقبت از زخم را نمایش می دهد:
- در صورت لزوم برای دستیابی به حداکثر اثر بخشی داروهای ضد درد را ۳۰ دقیقه قبل از مراقبت از زخم مصرف می کند.
- برای تمیز کردن زخم از صابون ملایم، آب و لیف تمیز استفاده می کند.
- داروهای موضعی و پانسمان ها را طبق تعلیمات داده شده، استفاده می کند.

ب) به منابعی که ممکن است عملکرد و ظاهر بدن او را بهبود بخشند، (مثل لوازم آرایشی، کلاه گیس و پروتزهای مناسب) علاقه نشان می دهد.

ج) با افراد مهم، همتایان و گروه های معمول اجتماع خود ارتباط اجتماعی برقرار می کند.

د) در صدد برگشت به نقش خانوادگی، مدرسه و جامعه را به عنوان یک عضو مشارکت کننده بر آمده و به آن دستیابی پیدا می کند.

۳- تحرک بدنی کافی برای انجام فعالیت های روزانه زندگی نشان می دهد.

الف) دامنه حرکت مناسب با صدمه وارده را نشان می دهد.

ب) عارضه ای در رابطه با التیام زخم وجود ندارد.

۴- دانش مورد نیاز برای مراقبت از خود و پی گیری مراقبت ها را نشان می دهد.

الف) جزئیات طرح مراقبت پی گیرانه را بیان می کند.

ب) توانایی انجام مراقبت از زخم و تمرینات تجویز شده را نشان می دهد.

ج) طبق برنامه جهت قرار ملاقات های پی گیری درمان مراجعه می کند.

د) منابع انسانی و آژانس هایی را برای برقراری تماس برای مشکلات خاص شناسایی می کند.

۵- هیچ عارضه ای را نشان نمی دهد.

الف) سازگاری روانی با صدمه سوختگی را نشان می دهد.

ب) بیان می کند که تشخیص و طرح درمان را درک می کند.

مراقبت سرپایی از سوختگی

افزایش دسترسی به جراحی سرپایی و دستیابی به مراقبت سوختگی متبحرانه در مراکز سرپایی، این گزینه را در درمان سوختگی های کوچک و نیز پی گیری بیماران با سوختگی های شدیدتری که ترخیص می شوند، امکان پذیر ساخته است. اهداف درمان در بخش سرپایی می تواند مشتمل بر درمان زخم سوختگی، کنترل درد، مراقبت از اسکار و درمان ترمیمی، مراقبت روحی و بازتوانی باشد. با این وجود، برای تعیین مناسب بودن مراقبت سرپایی باید به عوامل متعددی نظیر سن، سابقه پزشکی قبلی، وسعت و عمق سوختگی، موقعیت زخم سوختگی، دسترسی به سیستم های حمایت خانواده و منابع اجتماعی، پذیرش بیمار و فاصله تا منزل و دسترسی به وسایل حمل و نقل از منزل تا بخش سرپایی توجه نمود.

دفعات ملاقات های پی گیری برای هر بیمار اختصاصی

تا چند ماه انتظار حساسیت این نواحی را داشته باشد.

- استفاده صحیح از وسایل پزشکی را بیان می کند:
 - تعلیمات کاردرمانگر را در مورد استفاده از آتل و تمیز کردن آن دنبال می کند.
 - از عصا، واکر یا سایر ابزارهای کمکی مطابق تعلیمات داده شده استفاده می کند.
 - در صورتی نیاز به ابزاری نظیر صندلی حمام یا میله هایی برای گرفتن با دست در منزل، باید قبل از ترخیص ترتیب آنها داده شده است.
 - زمان و تاریخ قرار ملاقات های پی گیری، درمان و آزمایشات را بیان می کند:
 - فهرستی از سوالات برای پرسش از اعضای تیم دارد.
 - داروهای خود یا فهرستی از داروهای کنونی خود را برای مرور توسط تیم در هر ملاقات می آورد.
 - منابع حمایتی (نظیر دوستان، بستگان، خیریه، گروه های حمایت از سوختگی، انجمن فونیکس، حمایت مراقبت دهنده) را شناسایی می کند.
 - نیاز به ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و اقدامات غربالگری را تشخیص می دهد.
- ADL: فعالیت های زندگی روزانه، IADL: فعالیت های مستقل زندگی روزانه

ارزشیابی

برآیندهای مورد انتظار در بیمار ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- ۱- تحمل فعالیت کافی را نشان می دهد.
- الف) انرژی کافی برای انجام فعالیت های روزانه دارد.
- ب) افزایش تدریجی تحمل و پایداری در فعالیت های بدنی را نشان می دهد.
- ج) روزانه به مقدار کافی خواب و استراحت می کند.
- ۲- با تغییر ایجاد شده در شکل ذهنی سازگار شده است.
- الف) توصیف دقیقی از تغییرات ایجاد شده در شکل ذهنی از بدن خود را بیان می کند و ظاهر جسمانی خود را می پذیرد.

ترین مرکز سوختگی را با تاخیر مواجه ساخته است. اولویت های نخستین امدادگران در صحنه چه باید باشد؟ در ورود به موسسه درمانی، درجه حرارت بیمار ۳۵/۲ درجه سانتی گراد (۹۵/۳ درجه فارنهایت) و وزن او ۳ کیلوگرم (۱۳۷ پوند) است. اولویت های تیم درمانی در موسسه درمان سوختگی برای مراقبت از این بیمار چه خواهد بود؟

۲- یک خانم ۳۴ ساله برای مراسم شکرگذاری در حال سرخ کردن بوقلمون بود. در جریان بیرون آوردن بوقلمون از داخل فر، روغن سینی فر روی دست ها و ساعد و هر دو ساق و پاهایش پاشیده می شود. او توسط سرویس پزشکی اورژانس برای مراقبت به بیمارستان منتقل می شود. با استفاده از قانون اعداد نه، سطح کل سوخته بدن وی چقدر تخمین زده می شود؟ براساس بهترین شواهد موجود، چه نوع مایعی برای احیای او استفاده شود و چرا؟ برای محاسبه میزان مایع مورد نیاز در مرحله فوری/احیا به چه اطلاعات دیگری نیاز دارید؟

۳- مرد مسن ۶۹ ساله روی زمین افتاده ای توسط آتش نشانان در راهروی آپارتمان خود پیدا شد که پس از فراخوانده شدن به صحنه توسط همسایه اش در ساختمان پر از دود بیرون آورده شد. او سوختگی پوستی مشهودی نداشت. در طی مصاحبه و معاینه، او دچار تاکی پنه بوده و هنگام صحبت خشونت صدانشان می داد. شما متوجه سوختگی موهای بینی و سوختگی لب های او شدید. فوری ترین نگرانی شما چیست؟ شما انتظار دارید پزشک در ابتدا چه درمانی تجویز کند؟ براساس بهترین شواهد موجود، بیشتر احتمال دارد چه آزمون ها یا چه اقداماتی برای کمک به تشخیص و مدیریت اوضاع این بیمار تجویز شود؟

است. ملاقات اولیه سرپایی برای یک بیمار دچار سوختگی که ترخیص شده است، معمولاً ۲-۳ روز پس از ترخیص از بیمارستان صورت می گیرد. قرار ملاقات های پی گیری متفاوت خواهد بود و به مرور زمان تعداد ملاقات ها براساس نیاز بیمار کاهش خواهد یافت. آموزش بیمار و خانواده بسیار مهم است و باید شامل دستورالعمل های گفتاری و نوشتاری و نیز باید نشان دهنده لزوم بازگشت برای مراقبت از سوختگی یا مراقبت از اسکار باشد. اهمیت اطلاع دادن به بخش سرپایی در مورد عوارض زودرس و حفظ قرار ملاقات های پی گیرانه برای بیمار و خانواده وی مورد تاکید قرار می گیرد. فیزیوتراپی و کاردرمانی غالباً در بخش سرپایی انجام می شود. اهداف بازتوانی شامل افزایش دامنه تحرک، تقویت عضلات و ایجاد قدرت تحملدر بیمار است. این هدف با اتخاذ برنامه اختصاصی مراقبت تکمیل می شود و شامل ملاقات هایی است که معمولاً تا ۲ سال پس از آسیب انجام می شود. انطباق با تغییرات سبک زندگی و وضعیت روانی باید در ملاقات های سرپایی ارزیابی شود و ارجاع مناسبی به بخش های مشاوره صورت گیرد. تصدیق این بررسی ها به علت منظم نبودن ملاقات ها مشکل است و به همین دلیل به حساب آوردن پاسخ و تعامل خانواده در این بررسی ها کمک کننده است. تیم مراقبت بهداشتی باید هم چنین از مسائل مربوط به سوء مصرف مواد، مسایل ایمنی، افکار خودکشی، افسردگی و بیماری استرس پس از حادثه (PTSD)^۱ آگاه باشند.

تمرین تفکر انتقادی

۱- خانم ۴۵ ساله ای هنگام کار در سکوی نفتی دریایی خلیج مکزیک دچار سوختگی با بخار شده است. او دچار سوختگی درجه سه بیش از ۶۵٪ سطح بدن خود شده است. نامساعد بودن وضعیت جوی انتقال او به نزدیک