

پوست

بررسی کارکرد پوششی:

آناتومی پوست:

از ۳ لایه اپیدرم یا بشره، درم یا جلد، بافت زیر جلدی.

اپیدرم بیرونی‌ترین لایه است ← از سلول‌های کراتینوسیت تشکیل شده است. ملانوسیت نیز دارد که حاوی رنگ‌دانه‌های ملانین هستند. سلول‌های مرکل و لانگرهانس نیز در اپیدرم هستند.

درم بزرگ‌ترین قسمت پوست است و بافت پیوندی بین اپیدرم و بافت زیرجلدی است. با تشکیل کلاژن و رشته‌های الاستیک ساختار و استحکام پوست را فراهم می‌کند.

درم ۲ لایه دارد ← پاپیلاری و رتیکولار

بافت زیرجلدی ← داخلی‌ترین لایه و در اصل بافت چربی و همبند است که بین لایه‌های پوست و ماهیچه‌ها و استخوان‌ها قرار دارد. این لایه از ساختارهای عصبی و عروقی هم محافظت می‌کند.

مؤ فقط در کف دست و پا وجود ندارد.

ناخن‌ها از جنس کراتین هستند.

غدد چربی و غدد عرق ← غدد پوستی هستند.

اعمال پوست:

۱. عمل محافظتی:

مؤثر در مقابل هجوم باکتری‌ها و از مواد خارجی محافظت می‌کند. لایه شاخی که آخرین لایه اپیدرم است و مؤثرترین مانع برای اتلاف آب از بدن و ورود مواد مضر فراهم می‌کند.

۲. عمل حسی:

پایانه‌های گیرنده‌های عصبی در پوست بدن اجازه می‌دهند که به طور دائم و در هر لحظه وضعیت محیط پیرامون خودش را پایش کند.

۳. تعادل آب:

لایه شاخی ظرفیت جذب آب را دارد که از اتلاف آب و الکترولیت جلوگیری می‌کند و رطوبت را در بافت‌های زیرجلدی نگه می‌دارد.

۴. تنظیم درجه حرارت:

بدن در فرآیند تولید انرژی به طور پیوسته گرما تولید می‌کند. گرما از سطح پوست از طریق ۳ فرآیند تابش، رسانایی، همرفت خارج می‌شود.

۵. تولید ویتامین:

مثل تولید ویتامین D

۶. عملکرد پاسخ ایمنی:

سد دفاعی در برابر خطرات محیطی و ایجاد کننده پاسخ‌های ایمنی.

ملاحظات سالمندی:

پوست افراد سالمند با افزایش طبیعی سن دچار تغییراتی که روی عملکرد آن مؤثر است. مثل کاهش ضخامت پوست، تغییرات قابل رویت در پوست ← خشکی، چروکیدگی، لکه، ضایعه تکثیری، نازک شدن اتصال درم و اپیدرم. کاهش مواد بافت زیرجلدی مثل کلاژن، الاستین و چربی باعث کاهش قدرت حفاظتی و ضربه‌گیری از بافت‌ها و اعضای زیرین خودش می‌شود. کاهش توانایی نگهداری آب توسط لایه شاخی و کاهش تعداد و عملکرد غدد عرق و غدد چربی باعث خشکی و فلسی شدن پوست سالمندان می‌شود و موها نازک و رشد آن‌ها کم می‌شود.

بررسی:

تاریخچه سلامتی و معاینه فیزیکی

در مصاحبه ← چه فرآورده‌هایی برای پوست و مو استفاده می‌کند، هرگونه سابقه شخصی و خانوادگی مشکلات پوستی، واکنش‌های آلرژیک به مواد

پچ بیشتر از ۱ سانتی متر است. مثل کک و مک، خال‌های صاف، پتشی، روبلا، ویتیگو.

۲. پاپول و پلاک:

برجسته هستند. توده قابل لمس و دارای محدوده مشخص است، پلاک از پیوستن پاپول‌ها با نوک صاف ایجاد می‌شود. پاپول کمتر از ۵/۰ سانت و پلاک بیشتر از ۵/۰ سانتی متر است. پاپول مثل زگیل‌ها، خال‌های برجسته، لیکن پلان و پلاک مثل پوریازیس و یا اکتینیک کراتوزیس.

۳. ندول و تومور:

توده جامد و یا قابل لمس و برجسته، نسبت به پاپول بیشتر و به درون درم امتداد می‌یابد. ندول‌ها ۵/۲-۰ سانتی متر و محدوده مشخص دارند. اما تومور بیشتر از ۱-۲ سانتی متر و همیشه لبه‌های مشخص ندارد. ندول مثل لیپوما، کارسینوم سلول‌های پوششی، تومور مثل کارسینوماها.

۴. وزیکول، بولا:

محدوده مشخص، توده مشخص و برجسته قابل لمس و حاوی مایع سروزی هستند. وزیکول کمتر از ۵/۰ سانتی متر و بولا بیشتر از ۵/۰ سانتی متر است. وزیکول مثل تبخال، زونا، آبله مرغان، سوختگی درجه ۲ و تاول و بولا مثل پمفیگوس، درماتیت تماسی، تاول‌های بزرگ سوختگی و زرد زخم تاولی.

۵. ویل:

توده برجسته با لبه‌های موقت اغلب نامنظم، اندازه و رنگ متغیر به دلیل جابجایی مایع سروز به درون درم ایجاد می‌شود. حاوی مایع آزاد. مثل کهیر و نیش حشره.

۶. پوستول:

توده برجسته با لبه‌های موقت و اغلب نامنظم، اندازه و رنگ متغیر به دلیل جابجایی مایع سروز به

غذایی، داروها، مواد شیمیایی، سرطان، سابقه سلامتی درباره اطلاعات اختصاصی درباره شروع بیماری، علائم و نشانه‌ها، طول مدت درد، خارش بثورات و هر ناحیه دیگری که درگیر است.

معاینه فیزیکی:

بررسی پوست که شامل تمامی نواحی پوست است. در بررسی رنگ پوست گاهی تغییر رنگ‌ها ناشی از بیماری است مثل یرقان، سیانوز و آبی شدن به علت کاهش خون‌رسانی محیطی است.

سیانوز ← تغییر رنگ پوست به آبی که به علت کاهش اکسیژن رسانی در خون به وجود می‌آید. اکیموز ← ناشی از نشت خون به داخل پوست و به صورت تغییر رنگ‌های مختلف، بنفش و سیاه در می‌آید.

اریتم ← قرمزی پوست که در اثر گشادی مویرگ‌ها رخ می‌دهد.

یرقان ← زردی پوست که مستقیم در ارتباط با افزایش بیلی‌روبین است.

قهوه‌ای برنزی ← معمولاً در افرادی که نور خورشید به آن‌ها می‌خورد.

بررسی بثورات پوستی:

در مواردی که خارش وجود دارد بررسی می‌کنیم و پوست آن ناحیه را با ملایمت می‌کشیم تا از رنگ آن کم شود و بثورات دیده شوند.

بررسی ضایعات پوستی:

مهم‌ترین مشخصه بیماری‌های پوستی است اندازه و مکان زخم را تشخیص می‌دهیم. لبه‌های زخم را بررسی می‌کنیم. پوست اطراف زخم را بررسی می‌کنیم.

۱. ماکول و پچ:

ماکول وقتی توسعه می‌یابد پچ تولید می‌شود. معمولاً صاف هستند، تغییر رنگ پوستی اما غیرقابل لمس دارند. ماکول کمتر از ۱ سانتی متر و

بافت اسکار هایپرتروفی شده، ثانویه به تشکیل بیش از حد کلاژن در حین ترمیم زخم. برجسته، نامنظم، قرمز.

۱۵. آتروفی:

ظاهر شفاف، خشک و نازک اپیدرم، فقدان علائم و آثار سطحی، ثانویه به فقدان الاستین و کلاژن، رگ‌های زیرین شاید دیده شوند.

۱۶. ضخیم و سفت شدن:

مثل درماتیت تماسی

بررسی وضعیت آب‌رسانی و عروقی پوست:

۱. پتشی:

یک ماکول بنفش یا قرمز و گرد ۱-۲ میلی‌متر، ناشی از تراوش خون به خارج رگ همراه با تمایل به خون‌ریزی یا آمبولی پوست.

۲. اکیموز:

ضایعه ماکولایی گرد یا نامنظم بزرگتر از پتشی، رنگ متغیر، همراه با تمایل به خون‌ریزی در صورت ضربه خوردن.

۳. آنژیومای گیلای:

پاپولی یا گرد، قرمز یا بنفش، بیشتر در تنه یا انتهایها، ممکن است با فشار دادن سفید یا بی‌رنگ شوند. تغییر طبیعی ناشی از پیری پوست، از نظر بالینی اهمیت ندارد.

۴. آنژیومای عنکبوتی:

ضایعه شریانچه قرمز یک جسم مرکزی و شاخه‌های انشعابی، بیشتر در گردن، صورت، بازوها و تنه. معمولاً ناشی از کمبود ویتامین B و حاملگی.

۵. تلانژکتازی:

شکل متفاوت عنکبوت مانند یا خطی، رنگ مایل به آبی یا قرمز، هنگام فشار سفید نمی‌شود. روی پاها، قدام قفسه سینه و واریس دیده می‌شود.

درون درم ایجاد می‌شود. حاوی مایع آزاد مثل آکنه، زرد زخم و دمل.

۷. کیست:

توده نیمه جامد یا حاوی مایع داخل یک غلاف یا درون بافت زیرجلدی یا درم مثل کیست سباسه و کیست اپی‌درموئید.

ضایعات پوستی ثانویه:

۸. ساییدگی:

اروژن هم می‌گویند. از بین رفتن اپیدرم سطحی که تا درم امتداد ندارد. ناحیه مرطوب و فرورفته مثل وزیکول‌های پاره شده در جاهای خراشیدگی.

۹. اولسر:

از بین رفتن پوست تا عمق اپیدرم فاقد بافت نکروتیک که احتمال خون‌ریزی یا ماندن اثر زخم وجود دارد. مثل زخم‌های فشاری.

۱۰. شقاق:

فیشر، ترک یا شکاف خطی در پوست که ممکن است تا درم امتداد پیدا کند دست‌ها یا پاهای ترک خورده، مثل پای ورزشکاران.

۱۱. پوسته:

ورق‌های ناشی از پوسته ریزی، اپی‌تلیوم مرده که ورقه ورقه شده و سطح پوست باقی‌مانده، رنگش نقره‌ای سفید و بافتش متغیر است مثل پسوریازیس، شوره سر.

۱۲. کبره:

بقایای خشک شده سرم، خون یا چرک در سطح پوست. مثل اثر باقی‌مانده از وزیکول پاره شده در تبخال، زرد زخم و یا اگزما.

۱۳. اسکار:

اثر به جا مانده از زخم.

۱۴. کلوئید:

بررسی ناخن‌ها:

توجه به حالت رنگ و قوام ناخن‌ها.

فرورفتگی‌های عرضی روی ناخن که بیو گفته می‌شود ممکن است به دلیل تاخیر رشد در ریشه ناخن به دنبال ضربه موضعی یا یک بیماری سخت باشد.

زاویه بین ناخن طبیعی با قاعده آن ۱۶۰ درجه است و معمولاً قاعده ناخن در لمس محکم است. ناخن چماقی ← زاویه بزرگ‌تر از ۱۸۰ درجه است، متورم، ارتجاعی و متحرک است.

بررسی موی:

با لمس و مشاهده قابل رویت است.

افراد مبتلا به آلبینیسم، موهایشان سفید رنگ است.

آلوپسی ← ریزش موی سکه‌ای.

هیرسوتیسم ← رویش موی مردانه در زنان.

پیامدهای پوستی بیماری‌های سیستمی

برگزیده:

دیابت:

دیابت باعث تغییرات جریان خون می‌شود. این تغییرات جریان خون در عروق کوچک باعث اختلال می‌شود. در میوپاتی دیابتی لکه‌های پا یا ساق پا و یا پاپول‌های رنگدانه‌ای روی ساق پا دیده می‌شود.

درماتیت ناشی از رکود:

فوران و جوش اگزمایی که در قسمت تحتانی پاهای بیماران دچار نارسایی وریدی ایجاد می‌شود. در بیماران دیابتی شایع است. عروق بزرگ تخریب می‌شوند که اختلال خون در قسمت‌های تحتانی دست و پا ایجاد می‌کند.

عفونت‌های پوستی:

به صورت جوش‌های کوچک اطراف فولیکول‌های مو ظاهر می‌شوند که به آن فولیکولیت می‌گویند.

بیشترین مناطقی که مبتلا می‌شوند پاشن، پایین شکم و پایین پا. گاهی اوقات بزرگ می‌شوند و به دمل یا کورک تبدیل می‌شوند. عفونت‌های قارچی در نواحی که همیشه مرطوب هستند ایجاد می‌شود.

زخم‌های ساق پا و پا:

بیماران دیابتی به دلیل تغییرات اعصاب محیطی صدمات خفیف پاها و پایین پا را احساس نمی‌کنند و عفونت‌ها در صورت عدم درمان به زخم‌های بسیار بزرگی تبدیل می‌شوند.

بیماری‌های ویروسی نقص ایمنی انسانی:

تظاهرات پوستی ممکن است در بیماری‌های نقص

ایمنی بیشتر دیده شوند مثل HIV

ارزشیابی‌های تشخیصی در بیماری‌های

پوستی:

۱. بیوپسی پوست:

برای بدست آوردن بافت جهت معاینه میکروسکوپی انجام می‌شود.

۲. تست پیچ:

به منظور تعیین موادی که بیمار به آن‌ها حساسیت نشان می‌دهد.

۳. آزمون تراشیدن پوست:

ضایعات مشکوک به قارچ تراشیده می‌شود، از تیغ حاوی روغن استفاده می‌شود که پوست‌های تراشیده به تیغ بچسبند.

۴. اسمیرزانک:

برای آزمایش سلول‌های موجود در اختلالات پوستی تاول‌زا مثل تبخال، زونا، آبله‌مرغان و پمفیگوس به کار می‌رود.

۵. آزمون با لامپ وود:

یک نوع لامپ که پرتوهای فرابنفش با موج بلند تولید می‌کند. که منجر به فلورسنت آبی یا بنفش

۲. پانسمان‌های برهم کنشی:

ترشحات زخم را جذب می‌کند. رطوبت محیط را هم حفظ می‌کند و اجازه می‌دهد پوست اطراف زخم خشک بماند. مثل هیدروکلوئیدها و هیدروژل‌ها.

۳. پانسمان‌های فعال:

روند بهبودی زخم را سرعت می‌بخشد. مثل پیوند پوست، محیط مرطوب.

۴. پانسمان‌های حصیری:

پانسمان‌های طناب ماندی هستند که برای کنترل مجاری سینوسی یا زخم‌های تحلیل برنده تا زیر بافت استفاده می‌شود.

۵. پانسمان‌های پرکننده:

برای زخم‌های عمیق تر بهترین نوع هستند.

۶. پانسمان پوششی:

برای زخم‌های سطحی و به عنوان پانسمان ثانویه روی پانسمان پرکننده قرار می‌گیرد.

قوانین ۵ گانه مراقبت از زخم:

اول: پانسمان‌ها را از دسته ژنریک آن یاد بگیریم و بعد اگر دسته جدیدی معرفی شد بتوانیم آن‌ها را مقایسه کنیم. پرستار باید موارد مصرف، منع مصرف و اثرات جانبی آن‌ها را کامل بشناسد.

دوم: انتخاب ← باید ایمن‌ترین، موثرترین، راحت‌ترین و مقرون به صرفه‌ترین پانسمان انتخاب شود.

سوم: تعویض پانسمان براساس بیمار، زخم و بررسی‌های خود پانسمان باید صورت بگیرد. یک عمل روتین نیست.

چهارم: تکامل، وقتی زخم بهبودی را طی می‌کند، روش پانسمان برای حداکثر بهبودی ممکن است تغییر کند.

تیره می‌شود. احتمال افتراق ضایعات درم و اپیدرم را محیا می‌کند.

۶. عکس‌های بالینی:

برای نشان دادن ماهیت و گستردگی اختلالات پوستی و برای بررسی، بهبود یا پیشرفت بیماری بعد از شروع درمان گرفته می‌شود. کاربردهای پرستاری:

پرستار مسئول اطمینان از کامل کردن برگه رضایت برای اقدامات جراحی، عکس‌های بالینی، جمع‌آوری نمونه و مراقبت از آن‌ها است.

مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات پوستی:

۱. مراقبت از پوست:

حفاظت از پوست:

هر ف ما از حفاظت این است که PH پوست را اسیدی نگه‌داریم، برای حفظ آبرسانی استفاده از کرم‌های مرطوب کننده احباری است. از صابون‌های ملایم و بدون چربی استفاده از صابون‌ها و شوینده‌های معطر ممنوع است. پیشگیری از عفونت ثانویه:

تا تشخیص قطعی ضایعات پوستی را باید عفونتی بالقوه در نظر بگیریم و احتیاطات لازم را در هنگام پانسمان در نظر داشته باشیم. عینک، گان، دستکش و ماسک.

مراقبت از پانسمان زخم:

۶ مورد باید مدنظرمان باشد، پانسمان کردن باید این ۶ آیتم را داشته باشد:

۱. پانسمان‌های غیرفعال:

صرفاً عملکرد حفاظتی دارند و عملکردشان حفظ رطوبت زخم است. مثل پانسمان‌های روزانه بیمارستان، هر ۱۲ ساعت باید عوض شود. در ۴۸ ساعت اول جراحی از این نوع استفاده می‌شود.

نمی‌شود و در بیماران مبتلا به دیابت با احتیاط مصرف شود و هر ۳ تا ۵ روز تعویض شود.

آلژینات کلسیم ← خون را بند می‌آورند بهترین عملکرد آن‌ها وقتی است که در یک حفره عمیق با ترشح زیاد قرار می‌گیرند. فاقد چسب هستند و به پانسمان ثانویه احتیاج دارند.

پانسمان‌های ضد میکروبی:

حاوی مواد ضد عفونی کننده هستند.

کلاژن‌ها:

بر پایه پروتئین و مشتق از منابع حیوانی هستند. باعث ارتقای زخم می‌شوند. برای زخم‌هایی با ضخامت نسبی یا کامل و ترشحات کم مثل آسیب‌های فشاری، زخم‌های دیابتی.

کامپوزیت‌ها:

این پانسمان‌ها ترکیبی از اجزای چندین نوع پانسمان هستند که جاذب هستند و از باکتری و مایعات هم محافظت می‌کنند.

لایه‌های تماسی:

نازک، غیر چسبنده و تطبیقی هستند که مستقیماً روی زخم‌ها استفاده می‌شوند. متخلخل هستند و اجازه می‌دهند اگرودا به پانسمان ثانویه تخلیه شود. برعکس فوم‌ها و هیدروکلئیدها.

پانسمان فیلم شفاف:

یک غشای پلیمری هستند که در برابر رطوبت و اکسیژن قابل نفوذ اما در برابر آب مایعات و باکتری‌ها غیرقابل نفوذ است، زخم به طور مستقیم دیده می‌شود.

تدابیر پزشکی در مراقبت از پوست:

دارو درمانی:

لوسیون‌ها:

اغلب برای تامین چربی یا تسکین خارش، هر ۳ تا ۴ ساعت مستقیم روی پوست استفاده می‌شود.

پنجم: تمرین ← تمرین با وسایل پانسمان برای یادگیری معیارهای پانسمان‌های خاص.

دبرید کردن خود تحلیلی:

یک فرآیند است که به منظور تجزیه بافت‌های نکروز، آنزیم‌های خود هضمی بدن را به کار می‌گیرد. زخم‌ها را با پانسمان‌های بسته مرطوب نگه می‌دارد و دبریدهای نکروزه نرم می‌شوند و از بستر زخم جدا می‌شوند.

طبقه‌بندی پانسمان‌ها:

پانسمان‌های بسته:

معمولاً به صورت تجاری با هزینه اندک و با استفاده از گازهای استریل استفاده می‌شود. از داروهای موضعی می‌توانیم استفاده کنیم. پانسمان‌های روزانه در بیمارستان معمولاً بیشتر از ۱۲ ساعت نباید استفاده شوند و در جراحی در ۴۸ ساعت اول از این‌ها استفاده می‌شود.

پانسمان‌های نگه‌دارنده رطوبت:

۴ دسته‌اند ← هیدروژل‌ها، هیدروکلئیدها، پانسمان‌های فوم، آلژینات‌های کلسیم ← همان عمل کمپرس‌های خیس را انجام می‌دهند. با محلول وازلین سالین، هیدروژل مرطوب شده‌اند. نیاز به پوشاندن پوست مرتفع می‌شود و از خیس خوردگی پوست اجتناب می‌شود. فایده مهم آن‌ها بهبود فیبرینولیز، تسریع دوباره سازی اپیدرم، کاهش درد، عفونت کمتر، اثر زخم کمتر، دبریدمان و خود تحلیلی ملایم و کاهش دفعات پانسمان کردن، اکثر پانسمان‌های نگه‌دارنده رطوبت به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت باید نگه‌داری شوند.

هیدروژل‌ها ← شفاف هستند و بدون برداشتن

پانسمان امکان مشاهده زخم وجود دارد.

هیدروکلئیدها ← را با اسم کامفیل می‌شناسیم.

هیدروکلئیدها برای زخم‌های عفونی توصیه

چون در دراز مدت باعث آب مروارید یا گلوکوم می‌شود. وجود عفونت‌های قارچی و ویروسی را هم مخفی می‌کند. کورتون‌های غلیظ یا همان فلوئوردار در روی صورت و چین‌های پوستی مثل زیر بغل یا کشاله ران هرگز استفاده نشود چون جذب سرعت بیشتری دارد.

درمان درون ضایعه‌ای:

عبارت از تزریق سوسپانسیون استریل که معمولاً کورتون به داخل یا درست زیر ضایعه تزریق می‌شود. (باعث آتروفی موضعی می‌شود) در درمان پسوریازیس، آکنه کیستی و کلوئیدها.

دارو درمانی سیستمیک:

در اختلالات پوستی داروهای عمومی هم تجویز می‌شوند مثل کورتون‌ها. پمفیگوس، ولگاریس ← مسکن‌ها و آرام بخش‌ها.

تدابیر پرستاری:

گرفتن هیستوری کامل، بررسی زخم و پوست، آموزش نحوه تمیز کردن ناحیه مبتلا، مصرف داروها، خشک کردن زخم، پوشاندن محل، بانداژ الاستیک، عوارض داروها.

آسیب فشاری:

ناحیه‌ای از بافت نرم نکرور و زمانی اتفاق می‌افتد که فشار وارد شده به پوست بیشتر از فشار طبیعی برای بسته شدن مویرگ‌ها که همان $mmHg 32$ است، در مدت زمان کافی برای ایجاد آسیب بافتی باشد. مثل بیماران بی حرکت، آتروفی‌های عضلانی. علامت اولیه فشار، اریتم یا قرمزی پوست است که ناشی از پرخونی واکنشی است که معمولاً در کمتر از یک ساعت برطرف می‌شود. فشار برطرف نشده باعث ایسکمی یا آنوکسی بافتی می‌شود. بافت‌ها شکننده یا تخریب می‌شوند که منجر به تخریب پیش‌رونده و نکرور بافت زیرین می‌شود و آسیب

۲ نوع دارد ← سوسپانسیون یا روغن‌های مالیدنی یا مرهم‌ها

سوسپانسیون‌ها ترکیب پودر و آب هر بار قبل از مصرف باید تکان داده شود. مثل کالامین ← خنک کنندگی دارد.

مرهم‌ها که روغن بیشتری دارند برای جلوگیری از ایجاد پوسته.

پودرها:

معمولاً ماده زمینه‌ای مثل تالک، اکسید روی، نشاسته ذرت به صورت غبار روی زخم استفاده می‌شود، بیشتر به عنوان جاذب رطوبت هوا برای کاهش سایش.

کرم‌ها:

روغن در آب (سوسپانسیون) یا امکلسیون‌های آب در روغن برای جلوگیری از رشد باکتری و قارچ.

ژل‌ها:

نیمه جامد، بعد از استفاده محو و ناپدید می‌شود، مورد پذیرش از نظر زیبایی.

خمیرها:

مخلوطی از پودرها و پمادها هستند و در اختلالات التهابی تاولی مصرف می‌شوند.

پمادها:

دفع آب را آهسته می‌کنند و پوست را نرم می‌کنند. ارجح در اختلالات مزمن و خشکی.

اسپری‌ها و آئروس‌ها:

در ضایعات وسیع استفاده می‌شود. تبخیر می‌شوند و متداول نیستند.

کورتیکواستروئیدهای موضعی:

به طور گسترده استفاده می‌شوند. ضد التهابی، ضد خارش، عوارض آن استریا و نازک شدن پوست، تلانژکتازی، افزایش قند خون و علائم سندرم کوشینگ. در اطراف چشم با احتیاط مصرف شود

نیروهای مکانیکی هم در ایجاد زخم‌های فشاری نقش دارند مثل نیروهای سایشی یا اصطکاک، مثلا کشیدن بیمار روی ملحفه، تخت، مقاومت بین بیمار با صندلی یا تخت، حین سر خوردن بیمار سمت پایین تخت رگ‌ها پیچ می‌خورند و خون‌رسانی کاهش می‌یابد. پوست مرطوب و تحریک شده در برابر شکنندگی ناشی از فشار آسیب پذیر می‌شود.

هشدار پرستاری:

صدمات فشاری با افزایش هزینه‌های درمان در طول مدت اقامت در بیمارستان و همچنین کاهش کیفیت زندگی در بیماران همراه است. ضروری است پرستاران برای هر بیمار بستری مرکز توان‌بخشی یا مراکز پرستاری برای بررسی پوست را انجام بدهند.

مقیاس برادن:

در رابطه با ادراک حسی، فرد را ارزیابی می‌کند که آیا توانایی درک دارد یا خیر. یک آیتم آن ادراک حسی، دیگر آیتم‌ها رطوبت، تغذیه، فعالیت، تحرک، سایش و اصطکاک است. هرکدام از این موارد ۱ تا ۴ نمره می‌گیرند. مثلا برای رطوبت ←

۱ دائما مرطوب

۲ خیلی مرطوب

۳ گاهی اوقات مرطوب

۴ بدون رطوبت

سایش و اصطکاک ←

۱ از این نظر مشکل دارد

۲ مشکل احتمالی دارد

۳ مشکل آشکار ندارد ← در این مورد امتیاز ۴ نداریم.

نمره کل این مقیاس ۲۳ است. بالاترین نمره یعنی بهترین وضعیت.

فشاری ناشی از آن دردناک و به کندی بهبود می‌یابد.

فرآیند پرستاری:

بررسی عوامل خطر:

ارزیابی هرکدام از عوامل ← سن بالا، بیماری‌هایی مثل دیابت، بیماری عروق محیطی، سرطان، سکتة مغزی، چاقی، اختلال شناختی، رطوبت بیش از حد مثل بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع، خشکی بیش از حد پوست، نیروهای سایشی، تروما، بیماران با شدت بالا مثل بیماران بخش ویژه، سابقه صدمات فشاری مکرر، اختلال در تحرک، از دست دادن رفلکس‌های محافظتی مثل نقص و فقدان حس، سوءتغذیه، هایپو پروتئینمی، کم‌خونی، تجهیزات پزشکی مثل گچ، مهار کننده‌ها، داروهای مسکن و آرام‌بخش، کاهش خون‌رسانی یا ادم، مشکلات قلبی و پوستی، بستری طولانی مدت و فشار طولانی مدت روی بافت، سیگار، جراحی‌های طولانی مدت و بیش‌تر از ۳ ساعت.

نواحی مستعد:

مثل ساکروم، دنبالچه، نواحی نشیمن‌گاه، تروکانتر بزرگ، پاشنه پا، زانو، کوندیل داخلی استخوان درشت‌نی، سر نازک‌نی، کتف و آرنج.

هر عاملی که گردش خون و تغذیه پوست و بافت زیرجلدی را کاهش بدهد خطر آسیب‌های فشاری را افزایش می‌دهد.

کم‌خونی صرف نظر از علت آن ظرفیا حمل اکسیژن را کاهش می‌دهد و بیمار مستعد آسیب‌های فشاری می‌کند.

سطح سرمی آلبومین و پره آلبومین شاخص‌های حساسی هستند که برای کمبود پروتئین کمک کننده هستند. سطح پره آلبومین نسبت به آلبومین شاخص‌های حساس‌تری برای وضعیت پروتئین بدن است.

۲. از دست دادن پوست با ضخامت نسبی همراه با درم برهنه شده. پارگی درم بدون یا با حضور تاول.
۳. از دست دادن پوست با ضخامت کامل، پوسته و اسکار مشاهده می‌شود. مناطق چاق زخم‌های عمیق ایجاد می‌شود، فاشی، عضله، تاندون و استخوان در معرض مشاهده قرار نمی‌گیرند.
۴. از دست دادن تمام ضخامت پوست و بافت ← تاندون، عه و استخوان قابل مشاهده است.

آسیب فشاری غیرقابل مرحله بندی:
از دست دادن پنهان شده بافت و پوست با ضخامت کامل که در آن نمی‌شود میزان آسیب بافتی در داخل زخم را به علت پوشانده شدن زخم توسط پوسته و اسکار تعیین کنیم. چنانچه پوسته‌ها یا اسکار برداشته شوند آسیب فشاری مرحله ۳ یا ۴ آشکار می‌شود.

درمان:

مرحله ۱ ← فشار باید برای افزایش پرفیوژن بافتی برداشته شود.
مرحله ۲ ← علاوه بر اقدامات مرحله یک، محیط مرطوب که در آن مهاجرت سلول‌های اپیدرمی سطح آسیب با سرعت بیشتری انجام می‌شود. باید برای کمک به بهبود زخم در مرحله ۲ فراهم شود. یعنی نیاز به پانسمان‌های هیدروکلوئیدی و فوم است.
مرحله ۳ ← تمیز و مرتفع کردن زخم.
مرحله ۴ ← مداخلات جراحی

خارش:

خارش عمومی:

خارش اولیه ← ممکن است بدون بثورات و ضایعات باشد. شروع سریع دارو و در فعالیت‌های روزمره بیمار اختلال ایجاد می‌کند.

خارش ممکن است نخستین علامت بیماری‌های عمومی (داخلی) مثل دیابت، اختلالات خونی و

روند افزایش سن باعث کاهش ضخامت اپیدرم و کلاژن پوستی و خاصیت ارتجاعی بافت می‌شود. در نتیجه کاهش فعالیت چربی و غدد عرق، پوست خشک‌تر می‌شود
آتروفی عضلانی در ساختار استخوانی برجسته‌تر می‌شود.

تشخیص پرستاری:

خطر اختلال در تمامیت پوستی در رابطه با بی حرکتی، کاهش ادراک حسی، کاشه پرفیوژن، نیروهای اصطکاک و سایش، رطوبت بیش از حد، کاهش وضعیت تغذیه، افزایش سن، بالا بردن سر تخت بیش از ۳۰ درجه درست نیست.

هشدار پرستاری:

برای جلوگیری از نیروهای سایشی در هنگام وضعیت دهی مجدد بیماران، پرستار باید بیمار را بلند کند و از کشیدن بیمار خودداری کند. و برای جلوگیری از صدمات شغلی باید از وسایل بالابر استفاده کنیم.

مراحل ایجاد آسیب‌های فشاری:

آسیب‌های فشاری بافت عصبی:

یعنی تغییر رنگ مدام به قرمز تیره، قهوه‌ای یا بنفش غیرقابل سفید شدن، تغییر درد و تغییر دما قبل از تغییر رنگ وجود دارد. ناش یاز فشار طولانی مدت به سرعت پیشرفت می‌کند. اگر فاشیا، استخوان و عضله مشخص باشند این آسیب با ضخامت کامل است.

۱. اریتم غیرقابل سفید شدن پوست سالم ← با ناحیه موضعی غیرقابل سفید شدن ظاهر می‌شود. تغییرات رنگ شامل بنفش یا قهوه‌ای نمی‌شود چون این‌ها می‌توانند نشان دهنده آسیب فشاری بافت عمقی باشند.

هموروئید، کرمک. ← توصیه‌های بهداشتی را رعایت کنند، لباس تنگ و الیاف مصنوعی نپوشد.

اختلالات ترشحاتی:

عمل اصلی ترشحاتی پوست توسط غدد عرق اتفاق می‌افتد که به تنظیم درجه حرارت بدن کمک می‌کند. عرق طبیعی بو ندارد. به عنوان یک قاعده، پوست مرطوب گرم و مرطوب خشک سرد است.

هیدرآدنیت چرکی:

یا همان فولکولیت مزمن پرینه، زیر بغل، زیر پستان‌ها هم به آن می‌گویند. می‌تواند باعث ایجاد آبسه، سینوس یا همراه اسکار شود. بعد از بلوغ به وجود می‌آید.

پاتوفیزبولوژی:

اختلال اولیه از انسداد فولیکولار است منجر به تشکیل بافت اسکار هایپرتروفیک در غدد عرق در یک قسمت از بدن می‌شود.

تظاهرات بالینی:

در زیر بغل بیشتر رخ می‌دهد. با ندول سفت به اندازه نخود که موجب ناراحتی می‌شود. یا تاریخچه‌ای از ندول‌هایی که پاره شده و ترشحات چرکی از آن‌ها خارج می‌شود.

مدیریت این بیماری:

آموزش به بیمار که کمپرس گرم و لباس‌های گشاد کمک کننده است. آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی، داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی، پانسمان آغشته به آلزینات نقره برای بعضی از ضایعات مفید است. برش و ترشح خارج کردن از ندول‌های بزرگ.

درماتیت سبورهای:

سبوره به معنی تولید بیش از حد سبوم یا چربی است که در مناطقی از بدن رخ می‌دهد که غدد چربی با تعداد زیاد یافت می‌شود مثل صورت، ابرو،

سرطان باشد. ممکن است با بیماری‌های کبدی، کلیوی و تیروئید باشد.

داروهای خوراکی مثل آسپرین، آنتی‌بیوتیک‌ها، هورمون‌ها و مواد مخدر مثل مورفین و کوکائین، پرتودرمانی.

ملاحظات سالمندی:

در سالمندان اغلب ناشی از خشکی پوست یا بدخیمی‌های مخفی است.

پاتوفیزبولوژی:

خاراندن نواحی دچار خارش باعث آزاد شدن هیستامین از سلول‌های ملتهب و پایانه‌های اعصاب می‌شود که باعث خارش بیشتر می‌شوند که در نتیجه یک چرخه معیوب خاراندن ایجاد می‌شود. یعنی با خاراندن خارش بیشتر می‌شود.

تدابیر پزشکی:

هیستوری دقیق، معاینه دقیق، بررسی دلایل خارش، حساسیت‌ها، علت که مشخص می‌شود درمان آن علت باعث تسکین می‌شود. از شستشو با آب داغ اجتناب کند.

درمان دارویی:

لیدوکائین یا پروپاکائین موضعی، کورتون‌های موضعی، کورتون‌های موضعی، آنتی‌هیستامین خوراکی.

تدابیر پرستاری:

باید اثر بخشی درمان را بسنجیم. حمام با آب ولرم، نواحی چین خورده تمیز شود، مالش آرام حوله، استفاده از بخور در هوای خشک.

خارش مقعد و پرینه:

معمولا به علت جا ماندن ذرات کوچک مدفوع در چین‌های مقعد یا چسباندن به موهای آن ناحیه، ناشی از رطوبت، خاراندن، ضایعات موضعی مثل

در نواحی صورت، گردن و بالاتنه دیده می‌شود. مشخصه آن کم‌دون یا ضایعات اولیه آکنه است. ۲نوع باز و بسته دارد ← بسته: سرسفید / باز: سرسیاه متداول‌ترین مشکل پوستی است.

تدابیر پزشکی:

اهداف کاهش فعالیت باکتری‌ها، کاهش فعالیت غدد چربی، پیشگیری از انسداد مجاری فولیکول‌ها، کاهش التهاب، مبارزه با عفونت ثانویه، به حداقل رساندن آثار ضایعات و رفع عوامل مستعد کننده. ارتباطی بین آکنه و تغذیه را ثابت نکرده‌اند اما فرآورده‌های لبنی، سرخ‌کردنی، شکلات می‌تواند موثر باشد.

درمان دارویی ← موضعی و سیستمیک. ۸ تا ۱۲ هفته بعد از مصرف داروهای موضعی معمولاً بهبودی اتفاق می‌افتد.

درمان سیستمی ← تحویر آنتی‌بیوتیک‌های خوراکی در مقادیر کم و طولانی مدت در آکنه‌های خیلی شدید مثل تتراسایکلین، ماینوسایکلین، داکسی‌سایکلین در مادران باردار منع مصرف دارد. عوارض ← اسهال، تهوع، واژینیت

فوتوتراپی:

استفاده از آنتی‌بیوتیک مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌دهد. از فوتوتراپی استفاده می‌کنیم. در آکنه خفیف تا متوسط، در خانه انجام می‌شود. ۲ بار در روز به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه به مدت ۵ هفته.

تدابیر جراحی:

تخلیه جوش‌ها، تزریق کورتون به داخل ضایعات ملتهب.

تدابیر پرستاری:

شامل مدیریت عوارض بالقوه، درمان‌های پوستی، آموزش به ویژه در مورد روش‌های مراقبت از پوست، عوارض احتمالی و درمان اختلالات پوستی، آموزش

پلک، پوست سر، لب بالا، زیر بغل، گوش‌ها، زیرپستان، کشاله ران و چین گلوتهال باسن. درماتیت سبورهای ← اختلال پوستی همراه با تولید بیش از چربی.

تظاهرات بالینی:

۲نوع چرب و خشک دارد:

نوع چرب:

به صورت لکه‌های زرد با ظاهری چرب با یا بدون پوسته و کمی قرمزی روی پیشانی، چین لب، بینی، ریش، جوش‌های چرکی ریز مثل مثل آکنه روی تنه ظاهر می‌شود.

نوع خشک:

ورقه‌هایی از سلول‌های پوششی جدا شده از پوست سر به صورت پوسته‌های نرم و پودر شده و خیلی زیاد مثل شوره.

تدابیر پزشکی:

هدف درمان کنترل آن است. کرم‌های موضعی کورتونی در اطراف پلک با احتیاط مصرف شود، پوست در معرض هوا باشد. در شوره سر شامپوی صحیح و هر ۳ بار حمام در هفته ۵ تا ۱۰ دقیقه بر سر بماند.

تدابیر پرستاری:

به بیمار آموزش می‌دهیم که درماتیت سبورهای یک وضعیت مزمن است و هدف کنترل این بیماری است. توصیه می‌شود فرد خودش را از محرک‌ها، تعریق، گرمای خیلی زیاد، مالش و خاراندن که وضعیت را بدتر می‌کند دوری کند.

آکنه ولگاریس:

یک اختلال شایع فولیکولی که روی واحدهای فولیکول‌های مستعد مو و غدد سباسه اثر می‌گذارد.

وقتی علائم سیستمیک مثل قلب باشد ← از آنتی بیوتیک های سیستمی استفاده می شود.

تدابیر پرستاری:

آموزش می دهیم که حداقل روزی یکبار با صابون ضد میکروبی حمام بگیرند با رعایت بهداشت مناسب از انتقال آن به مناطق دیگر جلوگیری کنند. **فولیکولیت، دمل و کورک:**

یک وضعیت التهابی سلول های داخل دیواره و روزنه فولیکول های مو است که در اثر عفونت باکتریایی قارچی و ویروسی یا انگلی ایجاد می شود. ضایعات یا سطحی اند یا عمقی و به صورت پاپول ها یا جوش های چرکی منفرد نزدیک فولیکول مو ظاهر می شوند.

دمل ← یا همان فرونکل که یک التهاب حاد عمقی در فولیکول یک یا چند مو است که به درم اطراف خودش گسترش پیدا می کند. دمل نوع عمیق تر فولیکولیت است.

فرانکولوزیس ← چند دمل کنار هم. کورک ← آبه در پوست و بافت زیر جلدی که نمایانگر گسترش دمل با حمله به چندین فولیکول بوده و بزرگتر و عمیق تر است. علت آن استافیلوکوک و بیشترین نواحی ظهور آن ← در قسمت هایی از بدن که پوست ضخیم و کم انعطاف دارند.

دمل و کورک بیشتر در بیماران سالمند ایجاد می شود که دچار یک بیماری زمینه ای مثل دیابت یا امراض بدخیم خونی و یا تحت درمان سرکوب کننده های سیستم ایمنی هستند.

تدابیر پزشکی:

پیشگیری از ماندن جای آکنه ← هدف نهایی درمان است ← دارو نباید یکباره قطع شود، چون با شدت بیشتری برمی گردد.

درماتوزهای عفونی:

عفونت های باکتریایی پوست:

به ۲ دسته زرد زخم و فولیکولیت، دمل و کورک تقسیم می شود.

زرد زخم:

عفونت سطحی پوست که توسط استافیلوکوک ها، استرپتوکوک ها یا چندین نوع باکتری ایجاد می شود. زرد زخم تاولی که عفونت عمیق تری در پوست به به وسیله استافیلوکوک به وجود می آورد و مشخصه آن تولید بولا یا همان تاول بزرگ پراز مایع است. در صورت، دست، گردن و اندام ها ایجاد می شود، مصری است. سایر اعضای بدن را مبتلا می کند.

تظاهرات بالینی:

این ضایعه بیشتر در صورت و اندام ها دیده می شود. به شکل ماکول های قرمز و کوچک ظاهر می شوند که به سرعت به وزیکول های منفرد با دیواره نازک تبدیل می شوند. به زودی این وزیکول ها پاره می شوند و با ترشحات زرد رنگ چسبیده پوشانده می شود.

تدابیر پزشکی:

وقتی بیمه محدود به یک ناحیه کوچک باشد از درمان ضد میکروبی به نوع موضعی مثل موپیرو سین و راتاپامولین استفاده می شود. البته برای درمان موضعی لازم است که دارو چندبار در روز و به مدت ۵ تا ۷ روز استفاده شود. وقتی درمان موضعی تجویز می شود ضایعات با محلول صابون شسته می شوند تا محل رشد مرکزی میکروب کننده و برداشته شود و آنتی بیوتیک موضعی به آن برسد.

روز طول می‌کشد و طی ۴۸ ساعت مشخص می‌شود.

مرحله بروز ضایعات حاد با ظهور مناطق قرمز لکه‌دار یک طرفه در ناحیه درماتوم مبتلا ایجاد می‌شود. وزیکول تولید می‌شود. وزیکول‌ها ابتدا شفاف هستند بعد کدر می‌شوند، پاره می‌شوند و دلمه تولید می‌کنند. این مرحله ۱۰ تا ۱۵ روز طول می‌کشد.

مرحله پایانی از نظر شدت درد و زمان آن متغیر است و ۶۰ روز ممکن است طول بکشد.

تدابیر پزشکی:

داروهای ضد ویروسی خوراکی مثل آسیکلوویر، ۷۲ ساعت بعد از شروع علائم حاد تجویز می‌شوند. داروها ۷ تا ۱۰ روز باید مصرف شوند.

هدف درمان شامل تسکین درد، کاهش یا اجتناب از عوارض بیماری مثل عفونت جای زخم، درد عصب بعد از هرپس و مشکلات چشمی است. درد را با NSAID ها و استامینوفن، نورالژی را با گاباپنتین یا پرگابالین، ضد افسردگی سه حلقه‌ای هم کمک کننده است.

زونا در چشم یک اورژانس پزشکی است. واکسن زونا هم کمک کننده است VIV.

تدابیر پرستاری:

اهمیت مصرف داروها طبق تجویز، پیگیری ویزیت‌های بعدی، استفاده از پانسمان‌های مرطوب به مدت ۳۰ تا ۶۰ دقیقه، ۴ بار در روز.

تبخال:

عفونت خیلی شایع پوستی، ۲ نوع ویروس ایجاد کننده تبخال شناسایی شده است یکی در لب و دهان و یک نوع در ناحیه تناسلی ایجاد می‌شود.

کووید-۱۹:

در درمان عفونت استافیلوکوک نکته مهم این است که دیواره محافظ و محصور کننده عفونت پاره یا نابود نشود. هرگز نباید آن‌ها را فشار دهیم.

تدابیر پرستاری:

برای بیماران بدحال دادن مایعات وریدی، کاهش تب، سایر درمان‌های حمایتی و کمپرس گرم.

هشدار پرستاری:

پرستاران باید در مورد مراقبت از دمل‌های صورت احتیاط خاص داشته باشند چون تخلیه پوست این ناحیه به طور مستقیم داخل سینوس‌های سیاهرگی جمجمه صورت می‌گیرد و امکان بروز ترومبوز سینوسی بعد از دست کاری دمل صورت وجود دارد. علاوه بر این عفونت از مجرای سینوس بگذرد و بر حفره مغزی نفوذ کند و موجب بروز آبسه مغزی هم بشود.

عفونت‌های ویروسی پوست:

زونا:

توسط ویروس DNA دار به نام واریسلا زوستر ایجاد می‌شود. این بیماری با تشکیل وزیکول‌های دردناک در مسیر درماتوم‌ها (همان اعصاب حسی که از یک یا چند گره عصب پشتی می‌آیند) مشخص می‌شود. اعتقاد بر این است که بعد از طی شدن سیر این بیماری آبله مرغان و ویروس‌ها در سلول‌های عصبی مغز و نخاع غیرفعال می‌شوند و وقتی که سیستم ایمنی را ضعیف می‌کند زونا بروز می‌کند.

تظاهرات بالینی:

۳ مرحله قبل بثورات، بثورات حاد و نورالژی بعد از هرپس از درد، خارش، اختلالات حسی روی درماتوم مبتلا شکایت دارند این مرحله از ۱۰ تا ۱۰

پدیکولوزیس یا شپش:

همه سنین را درگیر می‌کند. ۳ نوع سر، بدن و ناحیه تناسلی دارد. شپش‌ها بایک ماده چسبناک به ریشه مو متصل می‌شود. بعد از ۶ تا ۹ روز نوزاد شپش از تخم خارج و طی ۷ روز بالغ می‌شود. مستقیم از طریق تماس یا غیرمستقیم مثل شانه آلوده منتقل می‌شود.

تظاهرات بالینی:

شپش سر بیشتر در پشت گوش‌ها یافت می‌شود. تخم شپش با چشم غیر مسلح دیده می‌شود. باعث خارش می‌شود و خاراندن آن منجر به بروز عفونت ثانویه مثل زرد زخم و دمل می‌شود. در موی بلند شایع‌تر است.

در شپش بدن نواحی مورد ابتلا پوست بیشتر نواحی که در تماس نزدیک با لباس زیر قرار دارند. گردن، تنه و ران، بیشتر در درز لباس‌ها زندگی می‌کند و با خرطوم خود پوست را سوراخ می‌کند. خارش شدید باعث خراشیدگی وسیع پوست به ویژه در ناحیه گردن و تنه می‌شود.

* شایع‌ترین علامت شپش سر و تنه و ناحیه تناسلی خارش آن هم در زمان شب است، که در شپش ناحیه تناسلی هم شایع‌تر است.

تدابیر پزشکی:

شپش سر و عانه شستشوی موها با شامپو حاوی ترکیب پریترین یا پایرونیل بوتوکساید و آبکشی با پرمترین. به بیمار آموزش می‌دهیم که طبق دستور داخل بروشور شامپو بشوید و با شانه دندانه ریز آغشته به سرکه بقایای شپش‌ها را از مو جدا کند. برای رشک بدن آموزش می‌دهیم که با آب و صابون استحمام کند و به طور معمول هیچ داروی دیگری استفاده نمی‌شود. در صورت شپش مژه‌ها،

تظاهرات بالینی و پوستی قابل توجهی را به وجود آورده است. احساس سرما در ضایعات نوک انگشتان دست و پا که بعد از این بیماری مبتلا شده‌اند.

عفونت‌های قارچی پوست:

قارچ‌ها میکروارگانیسم‌های یوکاریوتی هستند که نه به قلمروی گیاهی و نه جانوری تعلق ندارند. مسئول واکنش‌های عفونی پوستی گوناگون هستند.

۱. شایع‌ترین عفونت قارچی پوستی کچلی است که کرم حلقوی نیز نامیده می‌شود. مثل قارچ ریش و سیبیل که یک ضایعات قرمز و ملتهب و آبسه مانند هستند که پوسته پوسته می‌شوند. درمان با گریزوفولین ۴ تا ۶ هفته.

۲. قارچ سر ← یک لکه‌های بیضی قرمز و پوسته دار است. به شکل پاپول یا جوش‌های قرمز هم هستند. ۳. قارچ تنه ← به شکل ماکول‌های قرمز حلقه‌ای، در پوست ناحیه تنه که در مو و ناخن هم می‌تواند باشد. ← کلوتیمازول، کتوکونازول.

۴. قارچ ناحیه تناسلی ← به صورت لکه‌های قرمز و پوسته دار کوچک به شکل پلاک‌های دایره‌ای خارش زیاد دارند و جوش‌های چرکی می‌زنند. در ضعف سیستم ایمنی ایجاد می‌شود. شستشو و خشک نگه داشتن مهم است.

۵. قارچ پا ← معمولا بین انگشتان پا، پوسته پوسته و قرمز ← رعایت بهداشت.

۶. قارچ ناخن ← باعث ضخیم، شکننده شدن و کدر شدن ناخن می‌شود.

آلودگی‌های انگلی پوست:

دست زدن به بیماران مشکوک به گال تا زمان تایید از دستکش استفاده کنند تا مبتلا نشوند.

بررسی و تشخیص:

کشف محصولات فرعی کنه و یا خودشان روی پوست، تایید تشخیص است.

تدابیر پزشکی:

آموزش می‌دهیم که حمام گرم با صابون بگیرند که پوسته‌ها و ترشحات خشک شده از پوست پاک شوند. خودش را خشک کند، داروی ضدگال انتخابی، پرمترین ۵ درصد است ← روی سر و صورت نباید استعمال شود. ۱۲ تا ۲۴ ساعت روی پوست بماند.

تدابیر پرستاری:

بیمار باید از لباس‌ها و ملحفه‌های تمیز استفاده کند. همه وسایل مصرفی با آب خیلی داغ شسته شوند. برای این بیماری همه افرادی که با فرد مبتلا در تماس هستند باید داروی ضد گال بگیرند.

درماتوزهای التهابی غیر عفونی:

۱. درماتیت تماسی تحریک کننده:

یا همان اگرما عبارت است از واکنش التهابی پوست نسبت به عوامل فیزیکی، شیمیایی به طوری که اپیدرم به علت تحریکات مکرر آسیب می‌بیند. مثل صابون‌ها، پاک کننده‌ها و مواد شیمیایی.

تظاهرات بالینی:

اولین واکنش‌ها سوزش، خارش و قرمزی که به زودی به دنبال آن ادم، پاپول، وریکول و تراوش هم ایجاد می‌شود.

درمان:

اهداف تسکین و التیام ناحیه مبتلا و جلوگیری از آسیب بیشتر است. دقیق مشخص کنیم که عوامل ایجاد کننده چیست و نحوه واکنش چیست. کرم‌های محافظ و کورتون‌ها.

می‌توانیم از وازلین روزی ۲ بار به مدت ۸ روز استفاده کنیم و رشک‌ها را به صورت مکانیکی جدا کنیم. همه وسایل اعم از لباس، حوله، رختخواب و غیره باید با آب داغ ۵۴ درجه یا خشکشویی تمیز شوند.

تدابیر پرستاری:

به بیمار اطمینان دهیم که هر کسی می‌تواند به این بیماری مبتلا شود. به علت انتقال سریع درمان باید فوراً شروع شود. اپیدمی‌ها در افرادی که در مکان‌های عمومی مثل خوابگاه‌ها، پادگان‌ها و اردوگاه‌ها شایع‌تر است.

درمان حداقل ۲ هفته باید انجام شود و در حین درمان معاینه هم انجام شود.

گال یا جرب:

گال توسط حشره‌ای به اسم سارکوبتیس skg ایجاد می‌شود. در شرایط بهداشتی نامناسب و افرادی که از نظر جنسی فعال هستند شایع‌تر است.

تظاهرات بالینی:

از زمان تماس تا ظاهر شدن علائم تقریباً ۴ هفته زمان لازم است. بیمار از خارش شدید شاکی است که به علت واکنش تاخیری ایمنولوژیک نسبت به گال یا مدفوع آن است. در حین معاینه از بیمار سوال می‌شود که خارش در کجا بیشتر است. با چراغ قوه دانه‌های آن‌ها دیده می‌شود. یک سری ضایعات نخی شکل بین انگشتان دست و مچ پا دیده می‌شود.

یکی از علائم کلاسیک گال افزایش خارش است که در ساعات غروب بیشتر اتفاق می‌افتد.

ملاحظات سالمندی:

بیماران سالمند مقیم در خانه سالمندان بیشتر مستعد هستند. کارکنان مراکز سلامت باید حین

۲. پسوریازیس:

یک اختلال مزمن چند سیستمی التهابی پوستی است. سرایت به بدن خود فرد است نه به دیگران. ویژگی خاص پسوریازیس وجود پلاک نقره‌ای که معمولاً روی پوست آرنج، زانو، سر و باسن ایجاد می‌شود.

پاتوفیزیولوژی:

خود ایمنی، استرس، اضطراب، عواملی مثل تغییرات هورمونی فصلی و صدمات.

تظاهرات بالینی:

از نظر شدت، دامنه‌ای از صدمه به زیبایی تا ناتوانی جسمی و تخریب ظاهر متفاوت است. ضایعه‌ای این بیماری به صورت لکه‌های قرمز و برجسته پوستی‌اند که توسط پوسته‌های نقره‌ای پوشیده شده‌اند.

اگر پلاک‌ها در سطح بدن کمتر از ۵٪ سطح بدن باشد ← پسوریازیس خفیف

اگر بین ۵-۱۰٪ سطح بدن باشد ← متوسط

اگر بیشتر از ۱۰٪ سطح بدن ← شدید

عوارض:

عامل روماتوئید غیرقرینه و منفی بودن فاکتور روماتوئید در ۴۲٪ از افراد. مفاصل دست و پا بیشتر درگیر می‌شوند

تشخیص:

ضایعات پلاک گونه کلاسیک وجود پسوریازیس را قطعی می‌کند.

درمان:

اهداف درمان عبارت‌اند از کاهش سرعت تغییرات سلولی اپیدرم. پیشبرد رفع ضایعات پسوریاتیک و کنترل دوره‌های طبیعی این بیماری، معالجه شناخته شده‌ای ندارد.

عوامل روحی روانی باید مورد توجه قرار بگیرد. برداشتن آهسته پوسته‌ها اصل عمده درمان پسوریازیس است ← حمام با روغن‌های اضافه شده.

دارودرمانی موضعی:

برای کاهش فعالیت بیش از حد اپیدرم به کار می‌رود. از کورتون‌های موضعی برای ضدالتهاب، پانسمان‌های بسته برای افزایش اثر کورتون استفاده می‌شود.

وقتی مناطق زیادی از بدن درگیر شود. کورتون‌های موضعی جوابگو نیست باید داروهای سیستمیک داده شود یا فتوترپی هم استفاده می‌شود. از داروهای اپیدرموپوئز (سرکوب کننده سلول‌های اپیدرم) استفاده می‌کنند.

به بیمارانی که درمان موضعی جواب نمی‌دهد فتوترپی با اشعه ماوراءبنفش استفاده می‌شود. ۳ تا ۲ بار در هفته هر ۴۸ ساعت یکبار.

درمان عمومی:

کورتون‌های عمومی ← خطرات معمول هم دارند. متوتروکسات که داروی شیمی درمانی هست هم استفاده می‌شود. متوتروکسات مانع تکثیر سلول‌های DNA در سلول‌های اپیدرم می‌شود.

تدابیر پرستاری:

باید تاثیر بیماری را روی بیمار بسنجیم. توضیح می‌دهیم که این بیماری درمان قطعی ندارد. از کندن و خارش نواحی مبتلا خودداری کند. از خشکی پوست اجتناب کند.

۳. درماتیت ورقه‌ای منتشر:

اریترو درما هم گفته می‌شود. به وسیله پوسته ریزی و قرمزی که می‌تواند خیلی بیشتر از ۹۰٪ پوست را درگیر کند مشخص می‌شود، علت‌های مختلفی دارد.

تظاهرات بالینی:

با لکه‌های اریتماتوز تکه‌ای یا عمومی شروع می‌شود و با درد، تب و کسالت، ناراحتی، خارش شدید و لرز همراه است.

تشخیص:

وجود اریتماتوز پوسته پوسته به ویژه زمانی که با یک بیماری شدید دیگر مراجعه می‌کنند. یا تجویز یک داروی جدید رخ بدهد، شک را برای بروز این بیماری بیشتر می‌کند.

بیمار مکرراً با کاهش آلبومین خون و یا تعادل منفی نیتروژن مراجعه می‌کند. این افراد ESR بالا را هم تجربه می‌کنند.

تدابیر پزشکی:

پرستار باید در حین این بیماری تاثیر بیماری را روی بیمار بسنجد. تطابق‌های آن‌ها را بسنجد. تشخیص و درمان هر اختلال زمینه‌ای، حفظ تعادل آب و الکترولیت و پیشگیری از عفونت است. گاهی نیاز است بعضی از این بیماران بستری و تب و لرز آن‌ها کنترل شود.

تدابیر پرستاری:

بررسی پرستاری مداوم برای پیشگیری از عفونت، پوست قرمز، مرطوب و از هم گسیخته مستعد عفونت و تجمع عوامل بیماری‌زا و التهاب در آن بیشتر است. در صورت وجود عفونت آنتی‌بیوتیک‌های صحیح داده شود. باید مراقب دمای بدن نیز باشیم. اگر کورتون خوراکی یا موضعی می‌دهیم مراقب عوارض آن هم باشیم.

بیماری‌های تاولی پوست:

۱. پمفیگوس ولگاریس:

بیماری‌های تاولی پوست به واسطه ایمونوگلوبولین نوع G یا همان IgG به عنوان پمفیگوس طبقه‌بندی می‌شود.

این بیماری با ظهور تاول‌هایی مثل بولا در اندازه‌های مختلف روی پوست که ظاهر سالمی دارد و روی غشای مخاطی مشخص می‌شود. خودایمنی است و سلول‌های اپیدرم را درگیر می‌کند و یک تاول بزرگ در آن ایجاد می‌شود.

تشخیص:

معمولاً اکثر این بیماران دچار ضایعات دهانی هستند که به شکل ساییدگی‌های نامنظم و دردناک است که به سادگی خون‌ریزی می‌کنند و به سختی بهبود می‌یابند.

تاول‌های پوستی بزرگ پاره می‌شوند و مناطق ساییدگی و دردناکی را همراه با ترشحات زیاد به وجود می‌آورند که به آن علامت نیکول کی می‌گویند.

شایع‌ترین عارضه پمفیگوس وقتی ظاهر می‌شود که روند بیماری گسترش پیدا کرده باشد. عفونت و از دست رفتن آب و الکترولیت و پروتئین دارد.

درمان:

هدف درمان کنترل هرچه سریع‌تر بیماری، جلوگیری از دفع سرم و بروز عفونت ثانویه است. کورتون‌ها برای کنترل بیماری و رهایی پوست از تاول‌ها به کار می‌رود. تا زمان فروکش کردن علائم بیماری ادامه دارد. سرکوب کننده‌های سیستم ایمنی نیز کمک کننده هستند. IVIG و داروهای شیمی‌درمانی سیکلوفسفاماید هم کمک کننده است.

۲. پمفیگوس تاولی:

یک بیماری مزمن است که با دوره‌هایی از عود و خاموشی مشخص می‌شود. در صورت عدم درمان کشنده است.

تشخیص:

به وسیله ظهور تاول‌های سفت که تمایل به بروز در سطح بدن دارند و در نواحی خم شونده بازوها بیشتر دیده می‌شوند. زمانی که تاول‌ها می‌ترکند ساییدگی‌ها را به شکل کم عمق روی پوست به وجود می‌آورند که زود خوب می‌شوند اما خارش شدیدی را به جا می‌گذارند. درگیری IgG در آن زیاد است.

درمان:

کورتون‌های موضعی و سیستمیک، تتراسایکلین، داروی شیمی درمانی، سرکوب کننده‌های سیستم ایمنی مثل آزاتیوپرین.

۳. درماتیت هرپتی فرم:

یک بیماری مزمن با خارش شدید که با تاول‌های کوچک سفت ظهور می‌کند. این تاول‌ها در سطح باز کننده آرنج، زانو، گردن و پشت باسن دیده می‌شوند. تشخیص معمولاً با پاپول‌های قرمز و وزیکول‌های کوچک خوشه‌ای به صورت قرینه در سطح بازکننده پوست دیده می‌شود. ساییدگی و دلمه هم در آن ناحیه دیده می‌شود.

ایمونوگلوبولین IgA درگیر است.

درمان:

معمولاً رژیم غذایی عاری از گلوتن کمک کننده است.

فرآیند پرستاری در این بیماری‌ها:

-درد حاد در حفره دهان و پوست به دلیل ساییدگی و تاول‌زایی -هدف رفع ناراحتی، استفاده از محلول‌های مناسب دهانشویه.

-صدمه به یکپارچگی پوست در رابطه با تاول‌های پاره شده و مناطق برهنه پوستی -هدف افزایش یکپارچگی پوست و کاهش ناراحتی -بعد از

استحمام کامل خود را خشک کند، از چسب روی تاول‌ها استفاده نکند، گرم نگه داریم.

-اختلال در تصویر از خود در رابطه با وضعیت ظاهری پوست -هدف بهبود تصویر مثبت از خود، توجه به نیازهای روانی بیمار مستلزم گوش دادن به بیمار است، انجام مراقبت‌های ماهرانه، آموزش به بیمار و خانواده‌اش.

-خطر عفونت در رابطه با از بین رفتن سد محافظتی پوست و غشاهای مخاطی -هدف پیشگیری از عفونت، به علت بروز اختلال در عمل محافظتی بیمار، مستعد عفونت است. خود تاول استعداد عفونی شدن دارد. احتمال سپتی سمی هست، بزای پیشگیری از عفونت باید پوست را تمیز نگه داریم و بافت‌های مرده را پاک کنیم -در بیماران مبتلا به بیماری‌های تاولی علت اصلی مرگ بروز عفونت است. توجه به تمامی علائم عفونت. احتمال پوشاندن علائم عفونت توسط کورتون‌ها باید ناچیز ترین تغییری اهمیت داده شود.

-کاهش حجم مایعات در رابطه با اتلاف مایعات بافتی -هدف حفظ تعادل مایعات.

نکرولیز کشنده اپیدرمی و سندروم استیونس

جانسون:

بیماری حاد پوستی بالقوه کشنده و با اریتم وسیع، تشکیل ماکولا همراه با تاول که منجر به جدا شدن اپیدرم یا کنده شدن و سایش آن می‌شود، مشخص می‌شوند. اعتقاد بر این است که این بیماری‌ها یکی هستند و در طیفی از واکنش‌ها ظاهر می‌شوند. نکرولیز اپیدرمی از نوع سمی، شدیدترین آن‌هاست.

تظاهرات بالینی:

علائم اولیه و مشخص کننده نکرولیز کشنده اپیدرم با سوزش و خارش ملتحمه، حساس شدن پوست، تب، سرفه، گلودرد، سردرد، کسالت شدید و درد

- کاهش حجم مایعات در رابطه با ائتلاف مایعات از مناطق فاقد پوست -> هدف دستیابی به تعادل مایعات، چک علائم حیاتی، چک I/O، وضعیت ذهنی، کاهش حجم خون، محرومیت حدودی ضایعات دهانی باعث بلع سخت می‌شوند پس باید در صورت نیاز NGT بگذاریم.

- خطر کاهش درجه حرارت در رابطه با ائتلاف گرما به دنبال فقدان پوست -> هدف پیشگیری از هایپوترمی، مستعد لرز و کم آبی هستند، به تغییرات حرارتی اتاق حساس هستند. پتوهای نخی و چراغ‌های گرمازا استفاده کنیم.

- درد حاد در رابطه با وجود مناطق فاقد پوست، ضایعات دهانی -> تسکین درد، بیمار را از نظر وجود درد و عوامل موثر روی آن و پاسخ‌های رفتاری را بررسی می‌کنیم، طبق برنامه مسکن می‌دهیم.

- اضطراب در رابطه با تغییر در ظاهر پوست و پیش آگهی بیماری -> هدف کاهش اضطراب. آموزش به بیمار و توضیح و بررسی اضطراب، وضعیت روحی و ترس از مرگ.

عوارض:

سپسیس که علت اصلی مرگ در این بیماران است و پایش علائم حیاتی و هرگونه تغییرات نامطلوب در دستگاه گوارش، کلیه، ریه شروع عفونت را زودتر آشکار می‌کند.

عارضه بعدی تو کشیدگی ملتحمه، جای طخم و ضایعات قرنیه است که معاینات چشم از نظر خارش، سوزش و خشکی می‌تواند به صورت روزانه، التهاب قرنیه و ملتحمه را که عارضه اصلی چشمی است را به ما نشان بدهد.

عضلانی مشخص می‌شود. بعد از آن حمله سریع اریتم با قرمزی پوست ایجاد می‌شود که بیشتر دهان، ملتحمه و ناحیه تناسلی را درگیر می‌کند. خطر آسیب به حنجره، برونش‌ها و مری هم مثل زخم وجود دارد.

عوارض:

کراتو کونژکتیویت، سپسیس و اختلال عملکرد چند ارگانی.

تشخیص:

بافت شناسی و نمونه گرفت، چک CBC و آنمی نورموکروم.

تدابیر پزشکی:

هدف درمان پیشگیری از عفونت و جلوگیری از ائتلاف آب و الکترولیت است. پیشگیری از عوارض چشمی، داروهایی که باعث ایجاد این بیماری هستند را سریع قطع می‌کنیم. در صورت امکان بیمار در مراکز سوختگی تحت درمان قرار می‌گیرد. درمان‌های تهاجمی مثل درمان‌های سوختگی انجام می‌گیرد. شناسایی عوامل بیماری‌زا با کشت از حلق، چشم، گوش، خون، ادرار و تاول می‌گیریم. شروع درمان با کورتیکواستروئیدهای سیستمی است مثل متیل پردنیزلون و حفظ تعادل آب و الکترولیت و دادن ایمونوگلوبولین، سرکوب کننده‌های سیستم ایمنی مثل سیکلوسپورین.

فرآیند پرستاری:

تشخیص:

- صدمه به تمامیت بافت در رابطه با ریزش اپیدرم -> حفظ تمامیت پوست و غشای مخاطی با مراقبت موضعی از پوست، جابجایی صحیح، کمپرس گرم، داروهای ضد باکتری، استفاده از دهانشویه

تومورهای پوست:

به دو دسته خوش خیم و بدخیم تقسیم می شود.

تومورهای خوش خیم:

۱. کیست ها:

کیست های پوستی حفره های پوشیده با سلول های اپی تلیال و حاوی مایع یا مواد جامد هستند و اغلب در نواحی گردن، صورت، بالای قفسه سینه و پشت دیده می شود مثل کیست اپی درموئید.

۲. کراتوزهای سبورئیک و آکتینیک:

ضایعات خوش خیم و زگیل مانند که به اندازه ها و رنگ های مختلف از برنزی روشن تا سیاه هستند. محل این ضایعات معمولاً صورت، شانه، پشت و قفسه سینه

۳. زگیل ها:

تومورهای شایع و خوش خیم توسط ویروس پاپیلومای انسانی از گروه ویروس های DNA دار تشکیل می شوند، بدون علامت هستند مگر در جایی باشند که متحمل وزن بدن هستند.

۴. آنژیوماها:

تومورهای عروقی خوش خیم هستند که پوست و بافت های زیرجلدی را مبتلا می کنند و هنگام تولد وجود دارند. نوع توت فرنگی رنگ آن در چندسال ابتدایی تمایل به بهبود خود به خودی دارد.

۵. خال های رنگی:

تومورهای شایع پوستی گاهاً موهم می توانند داشته باشند و در موارد نادر بدخیم بشوند.

۶. کلوئیدها:

به دنبال رشد بیش از حد و خوش خیم بافت صدمه دیده و بافت فیبروز یا محل جای زخم ایجاد می شوند، فاقد علامت هستند. برای زیبایی مقداری نگرانی ایجاد می کنند.

۷. درماتوفیبروم ها:

تومور شایع و خوش خیم بافت همبند، اغلب روی اندام تحتانی ایجاد می شود. معمولاً نیاز به درمان ندارد.

۸. نوروفیبروماتوز یا وون رکلینگ هاوزن:

یک اختلال ژنتیکی غالب است که با لکه های رنگدانه ای، کک و مک در زیر بغل آشکار می شود. در معرض خطر ساید تومورهای خوش خیم یا بدخیم هستند.

تومورهای بدخیم پوست:

۱. کارسینوم سلول های قاعده ای و سنگفرشی: متداول ترین سرطان پوست است و ندرتاً باعث مرگ و ناخوشی می شود.

عوامل خطر:

افراد زیر ۳۰ سال و بالای ۵۰ سال، سابقه خانوادگی سرطان پوست، خال های متعدد زیاد، ایمنی سرکوب شده، قرار گرفتن در معرض اشعه ماوراءبنفش، مرد بودن، موهای قرمز و بلوند، چشم های سبز و آبی.

تظاهرات بالینی:

سرطان سلول های قاعده ای معمولاً در نواحی در معرض نور آفتاب مثل صورت و گردن، دست ها و پوست و مو ظاهر می شود، به شکل ندول های کوچک و حاشیه گرد، زخم و دلمه، کارسینوم سلول های سنگفرشی یک کارسینوم بدخیم با منشا اپیدرم است. پیش ساز آن کراتوز آرسینیک است معمولاً در نواحی تحت تابش بروز می کند. توموری زیر، ضخیم، پوسته دار، ممکن است بدون علامت و یا با خونریزی باشد.

تدابیر پزشکی:

هدف درمان ریشه کن کردن تومور است. روش درمان به مواردی مثل محل تومور، نوع سلول و موقعیت و عمق آن بستگی دارد.

روش جراحی ← برداشتن تومور به طور کامل بهترین روش برای حفظ زیبایی برش در امتداد خطوط طبیعی کشش پوست.

جراحی میکروگرافیک، جراحی با برق، جراحی با انجماد

درمان‌های غیر جراحی ← بیشتر در افراد سالمند که درمان را به تعویق انداخته اند استفاده، اشعه درمانی، فتودیناموتراپی

تدابیر پرستاری:

بیشتر نقش پرستار آموزش جهت پیشگیری از سرطان پوست است ← تا حد امکان در معرض نور خورشید نباشیم، از ۱۰ صبح تا ۴ بعد از ظهر وسایل حفاظتی داشته باشیم. مواد محافظتی با عیار محافظتی ۱۵ به بالا استفاده کنیم. ۲۰ دقیقه قبل از قرار گرفتن در معرض نور خورشید ضد آفتاب بزنند، هر ۲ ساعت یا بعد از عرق کردن باید تمدید شود.

ملانوما:

نئوپلاسم بدخیمی که در ملانوسیت‌های سرطانی غیرطبیعی در اپیدرم، درم و در مواردی هم هایپودرم ظاهر می‌شوند، نادر اما کشنده است.

تظاهرات بالینی:

تغییر در خال‌ها یا رشد سلول‌های جدید در پوست با منشا سلول‌های ملانین دار است. به رنگ تیره قرمز یا آبی یا ترکیبی از این رنگ‌هاست، نامنظم است. همراه با خون‌ریزی است، بیشتر در اندام‌های تحتانی زنان و سروگردن مردان.

تشخیص:

بیوپسی، ملانوم را تایید می‌کند.

تدابیر پزشکی:

بستگی به مرحله و نوع آن دارد، جراحی روش انتخابی است، پیوند پوست در جراحی‌های با توده‌های عمیق ضرورت پیدا می‌کند. شیمی‌درمانی و رادیوتراپی.

تدابیر پرستاری:

بهترین امید برای کاهش بروز ملانوم پیشرفته روی آموزش بیماران برای تشخیص علامت اولیه و زمانی که قابل درمان است اهمیت دارد. به بیمار در معض خطر آموزش می‌دهیم که پوست خود را همراه چک کند و در صورت بروز هرگونه تغییر به پزشک اطلاع بدهد.

تومورهای متاستاز دهنده به پوست:

پوست یک محل مهم ولی غیرشایع برای سرطان‌ها متاستاز دهنده است. همه انواع سرطان ممکن است به پوست متاستاز بدهند ← شامل ملانوما، سرطان سینه، سینوس‌های بینی و حنجره و حفره دهان.

سارکوم کاپوزی:

بدخیمی سلول‌های اندوتلیال عروق خونی کوچک است از لحاظ بالینی با ضایعاتی مشخص می‌شود که روی پوست، حفره دهان، مجرای گوارش و ریه ظاهر می‌شوند. به اشکال ماکول، پلاک سا ندول‌های قرمز ارغوانی و آبی تیره.

۳ زیر گروه ← سارکوم کاپوزی کلاسیک، سارکوم کاپوزی آندمیک آفریقایی، سارکوم کاپوزی درمان زاد یا مرتبط با پیوند اعضا که به علت سرکوب کننده‌های سیستم ایمنی. سارکوم کاپوزی مرتبط به ایدز.

پروسیژرهای پلاستیک، ترمیمی و زیبایی:

پوشاندن زخم‌ها ← پیوندها و فلپ‌ها:

۱. پیوندهای پوستی ← برای ترمیم هر نوع زخمی
۲. فلپ‌ها ← یک راه برای حفظ زیبایی
- پروسیجرهای زیبایی ← لایه برداری شیمیایی
- صورت، پوست سایی، جراحی ترمیمی صورت،
پوست کشی صورت.
- لیزر درمانی در ضایعات پوستی:
- در مطب پزشک و سرپایی است. مراقبت‌ها در منزل
انجام می‌شود. تحت بی‌حسی موضعی، تسکین درد،
رعایت رژیم درمانی و دارویی.

پرستار موفق

مدیریت بیماران دچار سوختگی:

درد، حساسیت شدید، تاول دارد، اپیدرم تخریب می‌شود، خیس است ادم دارد و تا ۲ یا ۳ هفته بعد بهبود می‌یابد. کمی اسکار بجای می‌گذارد. احتمال احتیاج به پیوند وجود دارد.

۳. **درجه سه** ← ضامن کامل، شعله آتش، تماس طولانی با آب جوش، موادشیمیایی، جریان برق، اپیدرم، تمام درم، گاه بافت زیرجلدی، همبند و ماهیچه می‌تواند درگیر شود. بدون درد است، حس ندارد، فرد دچار شک می‌شود، میوگلوبینوری دارد، احتمال همولیز، زخم‌های ورودی و خروجی در برق گرفتگی، تخریب بافت، زخم خشک چرم مانند ذغالی، عروق لخته شده‌اند، ادم دارند، جای زخم پوسته می‌شود، لزوم پیوند وجود دارد.

۴. **درجه ۴** ← تمام ضخامت شامل عضله، فاشیا، عصب و یا استخوان را درگیر می‌کند. مواجه طولانی با منبع سوختگی، سوختگی با برق ولتاژ بالا، فرد شوک و میوگلوبینوری دارد. احتمال همولیز، آمپوتاسیون و پیوند با توجه به عمق بافت بی فایده است و معمولاً فرد فوت خواهد کرد.

وسعت سطح صدمه دیده در بدن:

۳ روش دارد:

۱. **قانون ۹:**

دست‌ها هر کدام پشت و رو ← ۹٪ (هر دو ۱۸٪)
پاها هر کدام پشت و رو ← ۱۸٪ (مثال، فقط روی پا ۹٪)

پرینه ← ۱٪

سر و صورت و گردن ← ۹٪

قسمت خلفی تنه ← ۱۸٪

قسمت قدامی تنه ← ۱۸٪

۲. **روش لاند و برودر (توضیح خاصی در کتاب ندارد)**

مروری بر آسیب سوختگی:

۱. **بروز سوختگی:**

می‌تواند تمام سنین را درگیر کند. تمامی طبقات اجتماعی، مدت بستری زیاد

۲. **ملاحظات سالمندی:**

تغییرات مرتبط با سن مثل حرکات کم جسمی، ثبات وضعیت و قدرت، هماهنگی حس، حدت بینایی و کاهش حافظه از عواملی است که فرد را برای سوختگی مستعد می‌کند. عوارض در این بیماران نیز بیشتر دیده می‌شود ← پنومونی و UTI بیشترین عارضه هستند.

۳. **پیشگیری:**

تمامی سوختگی‌ها قابل پیشگیری هستند.

۴. **میزان بهبود و بقا:**

میزان مرگ بعد از سوختگی‌ها در کل سطح بدن در USA ۳٪ گزارش شده.

۵. **شدت سوختگی:**

تحت تاثیر عوامل متعددی است ← سن، عمق سوختگی، وسعت سطح صدمه به بدن.

عمق سوختگی:

براساس میزان نفوذ سوختگی به بافت بدن به ۴ درجه تقسیم می‌شود:

۱. **درجه یک** ← سطح سوختگی سطحی است، آفتاب سوختگی یا شعله کم ← اپیدرم را درگیر می‌کند، سوزش دارد، حساس شدن شدید، دردی که با خنک کردن آرام می‌شود، پوست اندازی و خارش دارد، قرمز و خشک، ادم ندارد، ممکن است تاول بزند و در طول چندروز خوب می‌شود.

۲. **درجه دو** ← ضخامت ناکامل، شعله آتش، آب جوش، اپیدرم و قسمتی از درم را درگیر می‌کند،

۳. روش کف دستی:

کف دست خود بیمار از کف دست تا نوک انگشتان را ۱٪ در نظر می‌گیرد.

پاتوفیزیولوژی سوختگی:

سوختگی‌ها جزو آسیب‌های تروماتیک محسوب می‌شوند چون ضایعه به مرور توسعه پیدا می‌کند و با مرور زمان بدتر می‌شود. آسیب بافت‌ها ناشی از انعقاد، تغییر ماهیت پروتئین‌ها و همینطور یونیزه شدن اجزای سلولی است. زخم سوختگی یکنواخت نیست و نکروز بافتی در مرکز زخم دیده می‌شود و سایر تغییرات در بافت‌های اطراف آن استاز گفته می‌شود. بیرونی‌ترین ناحیه را ناحیه پر خون می‌گویند. سوختگی بیشتر از ۲۰٪ سطح بدن، سوختگی شدید محسوب می‌شود. چون اثرات موضعی و سیستمیک ایجاد می‌کند.

تغییرات سیستمیک سوختگی‌ها:

۱. قلب و عروق:

در حین آسیب‌های سوختگی برون‌ده قلبی بلافاصله کاهش پیدا می‌کند. ادم محیطی روی می‌دهد. افزایش ضربان قلب، به علت پاسخ‌های جبرانی تنگ کننده عروق بعد از کاهش حجم پلاسما به دنبال نشت مویرگی بارکاری قلب و تقاضای O₂ بدن افزایش می‌یابد.

*هیپوولومی نتیجه فوری کاهش حجم پلاسما است که به دنبال آن خون‌رسانی و اکسیژن رسانی به بافت‌ها کاهش پیدا می‌کند. برون‌ده قلبی و فشار خون کاهش می‌یابد که خود نشان دهنده شروع شوک در سوختگی است ← شوک سوختگی جزو شوک‌های هیپوولومیک محسوب می‌شود.

در صدمات سوختگی تنها پلاسما است که ز دست می‌رود. اگر این کاهش حجم جبران نشه شوک هایپوولومیک به شوک توزیعی تبدیل می‌شود.

به طور کلی بیشترین تراوش مایع در ۲۴ تا ۳۶ ساعت اول بعد از سوختگی است. اوج آن در ۸ تا ۱۶ ساعت اول است.

۲. تغییرات آب و الکترولیت:

ادم سریعاً اتفاق می‌افتد. در سوختگی‌های سطحی بعد از ۴ ساعت و در سوختگی‌های عمیق بعد از ۱۸ ساعت ادم اتفاق می‌افتد. علت ادم هم افزایش خون‌رسانی ناحیه آسیب دیده در حضور افزایش نفوذپذیری مویرگ‌ها و همینطور آسیب عروق خونی و لنفاوی بافت‌هاست.

در درمان ادم که باعث اختلال الکترولیتی می‌شود باید اندام‌ها را الویت کنیم اگر جواب نداد باید ادم و بافت مرده را از طریق اسکاروتومی از طریق جراحی یا حتی فاشیوتومی کنیم. فشار از روی عروق کوچک برداشته شود. جذب محدود مایعات بعد از ۶ ساعت از شروع سوختگی شروع می‌شود و تقریباً ۴ روز بعد از سوختگی کامل می‌شود. میزان جذب مایعات به آسیب‌های بافتی بستگی دارد. مایعات بیش از حد می‌تواند باعث افزایش ادم در بافت‌های سوخته و غیر سوخته و در نتیجه کاهش خون‌رسانی و نکروز شود.

*بلافاصله بعد از سوختگی بیمار دچار هایپر کالمی می‌شود که علت آن نیز تخریب وسیع سلولی است. و بعداً به علت جابجایی مایعات و دریافت ناکافی پتاسیم این اکترولیت کم می‌شود. مقدار سدیم سرم در پاسخ به جبران مایعات تغییر پیدا می‌کند. هایپوناترمی به دنبال از دست رفتن پلاسما ایجاد می‌شود. کاهش سدیم در هفته اول مرحله حاد وجود دارد چون آب از فضای بین سلولی به بستر عروق انتقال می‌یابد حین سوختگی بعضی از گلبول‌های قرمز از بین می‌روند و بعضی هم آسیب می‌بینند با وجود این وضعیت، هماتوکریت به علت

۴. تغییرات کلیوی:

به خاطر کاهش حجم خون در اثر آسیب سوختگی، عملکرد کلیه تغییر می‌کند. حجم ادرار افزایش می‌یابد. علاوه بر این تخریب گلبول‌های قرمز در محل سوختگی باعث ورود هموگلوبین آزاد به ادرار می‌شود و باعث صدمه کلیوی حاد می‌شود.

۵. تغییرات سیستم ایمنی:

دفاع تغییر عمده‌ای می‌کند. پوست مهم‌ترین سد دفاعی بدن است و در اثر سوختگی بیمار به طور مداوم در معرض محیط قرار دارد. صدمات سوختگی باعث آزاد شدن سایتوکاین‌های سیستمیک و یک سوی مواد دیگر می‌شود. باعث اختلال در WBC ها می‌شود. بیماران سوختگی از ایزولاسیون معکوس استفاده می‌کنند.

۶. تغییرات تنظیم درجه حرارت بدن:

فردی که پوست را از دست می‌دهد در تنظیم درجه حرارت ناتوان می‌شود. بیمار دچار سوختگی معمولاً در ساعات اولیه بعد از صدمه دچار هایپوترمی می‌شود. به دلیل تحويز مایعات، وسعت سطح سوخته و از دست رفتن گرما به علت تاخیر هایپوترمی رخ می‌دهد.

۷. تغییرات دستگاه گوارش:

بیماری که به شرایط وخیم مبتلا است مستعد اختلال گوارش است. اختلال در عملکرد عضلات روده، التاب، اعصاب روده‌ای و خون‌رسانی ناکافی بافتی این اختلالات را ایجاد می‌کند. عدم تحمل تغذیه، افزایش فشار مثانه، افزایش لاكتات سرم ← علائم خون‌رسانی ناکافی به بافت هستند. ۳ عارضه شایع گوارشی در بیماران سوختگی ← فلج ایلئوس که عضلات روده فقدان حرکات دودی دارند، رشد باکتری‌ها و زخم کرلینگ.

از دست رفتن پلاسما افزایش می‌یابد. اختلال انعقادی مثل ترومبوسایتوپنی (کاهش پلاکت) افزایش زمان انعقاد و پروترومبین هم می‌شود.

*برای بیمارانی که در مرحله اضطرابی یا احیا قرار دارند پرستار باید بررسی اولیه را انجام دهند و گردش خون را پایش کنند. از آنجایی که بافت سفت و سوخته نسبت به زیر خودش مثل تورنیکه عمل می‌کند معمولاً جریان خون برقرار نمی‌شود و با افزایش ادم فشار عروق در نواحی انتهایی اندام باعث انسداد جریان خون و در نتیجه کم خونی بافتی و سندرم کمپارتمان می‌شود.

۳. تغییرات ریوی:

به دو قسمت آسیب راه‌های هوایی فوقانی و تحتانی تقسیم می‌شود.

فوقانی ← باعث انسداد در این مسیر ناشی از ادم شدید می‌شود. یا به علت ادم ثانویه صورت و گردن رخ می‌دهد. در اغلب اوقات اینتوباسیون پیشگیرانه ضرورت دارد.

تحتانی ← صدمات تنفسی که زیر گلو ت باشد در اثر استنشاق مواد ناشی از احتراق ناقص یا گازهای مضر ایجاد و اغلب علت مرگ در آتش سوزی همین مورد است. باعث از بین رفتن سلول‌های مژکدار می‌شود ← ادم شدید و برونکو اسپاسم، آتلکتازی، ایجاد می‌کند.

*دفع ذرات کربن با خلط علامت برجسته آسیب استنشاقی راه هوایی تحتانی است. پاکسازی از خلط چسبناک برای بازماندن راه هوایی مهم و حیاتی است.

تمایل هموگلوبین برای ترکیب با CO₂ ۲۰۰ بار بیشتر از میل آن برای ترکیب با O₂ است.

تدابیر پزشکی:

ابتدا بمیار به نزدیک‌ترین محل اعزام شود. اولین اولویت‌ها در اورژانس نیز همان اولویت‌های محل حادثه است. برای تخلیه ترشحات بیمار تشویق به سرفه یا با ساکشن انجام شود، در حالات شدیدتر داروای برونکودیلاتور ضروری است.

پایش مداوم باز بودن راه هوایی ضروری است چون با افزایش ادم و استنشاق دود باعث تخریب سلول‌های راه هوایی می‌شود. جایگزینی مایعات باید شروع شود. جایگزینی مایعات در سوختگی‌های بیش از ۲۰٪ کل سطح بدن برای خون‌رسانی بافت و اندام‌ها با کمترین مقدار باید آغاز شود. اندازه‌گیری روزانه وزن ضرورت دارد.

در صورت عدم دسترسی به ورید CV-LINE طبعیه می‌شود.

مقدار سطح سوخته بدن باید محاسبه شود. و جایگزینی مایعات با استفاده از فرمول احیای مایعات انجمن سوختگی آمریکا یا ABA و محلول رینگر لاکتات آغاز شود. چون ترکیب آن بسیار شبیه به پلاسما است.

ABA:

این فرمول برای بزرگسالان طی ۲۴ ساعت اول سوختگی حرارتی یا شیمیایی و الکتریکی محاسبه می‌شود.

● در سوختگی حرارتی و شیمیایی در

سوختگی‌های درجه ۲ و ۳ و ۴:

درصد سوختگی × وزن بر حسب $\text{Kg} \times \text{CC}2$ رینگر لاکتات

مثال:

در بیمار با ۲۰٪ سوختگی و ۱۰۰ کیلوگرم وزن $\leftarrow \text{CC}4000$ سرم

گرما به خودی خود باعث آسیب کبدی می‌شود که با مقاومت انسولین، ادم کبدی، آپوپتوزیس یا همان خودکشی سلولی همراه با اختلال الکترولیتی و گسترش کبد چرب نمایان می‌شود. در سوختگی‌های شدید التهاب حاد پانکراس شایع است که به شکل افزایش ۳ برابری آمیلاز و لیپاز و عدم تحمل تغذیه و درد شکم خود را بروز می‌دهد. دریافت مایع باعث شیفت مایع به سمت حفره شکمی باعث افزایش ادم شکمی و کاهش ظرفیت پذیرش دیواره شکم می‌شود که علت آن وجود اسکار است.

مدیریت صدمات ناشی از سوختگی:

۱. مرحله فوری یا احیا در سوختگی:

به آن مراقبت در محل حادثه هم می‌گویند. شامل دور کردن بیمار از محل سوختگی و متوقف کردن فرآیند سوختگی است.

اولویت اقدامات توسط امدادگران برقراری راه هوایی، تامین اکسیژن ۱۰۰٪، گرفتن دو عدد IV، پوشاندن زخم با گاز یا پارچه تمیز و خشک، شستشوی مداوم محل سوختگی شیمیایی، برای راه هوایی مراقب تروماهای عمده هم باشیم.

ABCDE

A ← راه هوایی

B ← تنفس و تبادلات گازی

C ← وضعیت قلب و گردش خون

D ← ناتوانی از جمله نقایص نورولوژی

E ← معاینه با تأمین محیط گرم

* در صورت نیاز تهویه مکانیکی می‌تواند آغاز شود. هیچ مایع و غذایی از راه دهان نباید داده شود. بیمار در وضعیتی قرار می‌گیرد که از آسپیراسیون جلوگیری شود چون استفراغ ممکن است رخ دهد. باز بودن ده هوایی همیشه یک اولویت است.

در سوختگی‌های متوسط تا شدید سوند فولی برای کنترل I/O، عملکرد کلیوی و مقادیر مورد نیاز مایع تعبیه می‌شود. در صورتی که سوختگی ۲۰-۲۵٪ سطح بدن باشد هم NGT می‌گذاریم و به ساکشن با فشار پایین وصلش می‌کنیم. تهوع در بیماران سوختگی وجود دارد. از ملحفه‌های تمیز برای زیر و روی بیمار استفاده می‌شود. BS, ABG, هماتوکریت، الکترولیت‌ها، CXR، تحلیل ادرار و دارو باید چک شود.

هشدار پرستاری:

در صورت لزوم کاف فشار سنج را می‌توانیم در اطراف عضو سوخته قرار بدهیم. کاف باید از نظر اندازه با ادم سوختگی تناسب داشته باشد. تدابیر پرستاری در مرحله اول:

تشخیص‌ها:

۱. اختلال تبادل گازی در رابطه با مسمومیت با CO₂ و استنشاق دود و انسداد راه هوایی فوقانی ← هدف حفظ اکسیژن رسانی کافی به بافت ← دادن اکسیژن صد درصد، صداهای تنفسی، عمق تنفس، تعداد و ریتم و تقارن قفسه سینه را از هایپوکسی بررسی می‌کنیم. قرمزی یا تاول روی لب و مخاط دهان، موهای بینی سوخته، سوختگی گردن، سینه و افزایش خشونت صدا و وجود دوده در خلط و ترشحات تنفسی نشان دهنده درگیر بودن سیستم تنفسی است. ABG و هموگلوبین را چک می‌کنیم.

۲. پاکسازی راه هوایی ناکافی در رابطه با استنشاق دود ← هدف بازنگه داشتن راه هوایی ← وضعیت بدنی مناسب، اکسیژن مرطوب، تخلیه ترشحات، تشویق به سرفه، اسپرومتری.

۳. کمبود حجم مایعات بدن در رابطه با افزایش نفوذپذیری مویرگی و اتلاف ناشی از تبخیر در

در بیمار با ۷۰٪ سوختگی و ۹۰ کیلوگرم وزن ← CC۱۲۶۰۰ سرم

● در سوختگی الکتریکی ← در

سوختگی‌های درجه ۲ و ۳:

درصد سوختگی × وزن بر حسب Kg × CC۴ رینگر لاکتات
مثال:

در بیمار ۴۰٪ سوختگی با ۱۱۰ کیلوگرم وزن ← CC۱۷۶۰۰ سرم

زمان در تزریق سرم خیلی مهم است. نقطه شروع زمان یعنی زمان صدمه نه زمان رسیدن به مرکز درمانی.

نیمی از مایعات تجویز شده باید در ۸ ساعت اول شروع سوختگی و نیم دیگر در ۱۶ ساعت بعدی بگیرد.

مثلاً ← ۴۰۰۰ ← ۲ لیتر در ۸ ساعت اول و ۲ لیتر دیگر در ۱۶ ساعت بعدی بدهیم.

برای دستیابی به نتایج مطلوب درمان اختصاصی بر اساس پاسخ آن صورت می‌گیرد. در بررسی پاسخ بیمار به احیای مایعات برون‌ده ادراری یک معیار استاندارد است. هدف از احیای مایعات در سوختگی‌های حرارتی و شیمیایی بزرگسالان برون‌ده ادراری ۱ CC تا ۰/۵ CC در هر ساعت است. و در سوختگی‌های الکتریکی برون‌ده ادراری ۷۵ تا ۱۰۰ cc/kg استاندارد است.

بعد از تثبیت بیمار از نظر گردش خون و تنفس بیمار از نظر سایر صدمات نیز باید بررسی شود. لباس‌های تنگ و زیورآلات را خارج می‌کنیم. در سوختگی‌های شیمیایی شستشو با آب تمیز باید ادامه پیدا کند. لنزهای تماسی را از چشم خارج می‌کنیم. چشم‌ها معاینه و شسته شود. دمای بدن کنترل شود.

۴. سندروم کمپارتمان:

مکرر نبض‌های محیطی را با دستگاه اولتراسوند بررسی می‌کنیم. گرمی و پرشدگی مویرگ‌ها، حس و حرکت اندام‌ها را بررسی می‌کنیم. فشارسنج را باز می‌کنیم. هرگونه تغییری را گزارش می‌دهیم.

۵. فلج روده:

صداهای روده را کنترل می‌کنیم. NGT را به دستگاه فشار ساکشن وصل می‌کنیم.

۶. زخم کرلینگ:

مرتبا باید ترشحات معده و مدفوع را از نظر خون چک کنیم. وجود خون نشان‌دهنده خون‌ریزی زخم‌های معده و دئودنوم است. مهارکننده هیستامین و آنتی‌اسید را طبق تجویز می‌دهیم. اسیدپته معده را کنترل و چک می‌کنیم.

۲. مرحله میانی و حاد در سوختگی:

این مرحله بعد از مرحله اول رخ می‌دهد و ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از سوختگی آغاز می‌شود. در این مرحله ادامه بررسی بیمار حفظ وضعیت تنفسی و همینطور گردش خون، تعادل آب و الکترولیت و عملکرد کلیوی و گوارشی مورد توجه است. در این مرحله جلوگیری و کنترل عفونت، مراقبت از زخم سوخته، مدیریت درد و اصلاح افزایش متابولیسم، وضعیت دادن و حرکت به موقع اولویت دارد.

تدابیر پزشکی:

عوارض ریوی در سوختگی شایع است. انسداد مجاری ناشی از ادم راه هوایی فوقانی می‌تواند در ۴۸ ساعت بروز کند. تشخیص این صدمات استنشاقی راه هوایی تحتانی از هیستوری، علائم بالینی، ABG و مشاهده با برونکوسکوپ اتفاق می‌افتد. استریدور و تنگی نفس علائم دیررس انسداد راه هوایی‌اند و علائم خوشایندی نیستند. لوله‌گذاری نیز با ریسک عفونت همراه است.

سطح زخم سوخته ← حفظ تعادل مایعات و الکترولیت‌ها ← پایش علائم حیاتی، چک I/O، توزین روزانه، تزریق مایعات، علائم الکترولیت‌ها را چک می‌کنیم، بالا دادن سر تخت در صورت امکان. ۴. کاهش دمای بدن در رابطه با از بین رفتن گردش خون کوچک پوستی و وجود زخم‌های باز ← هدف حفظ دمای بدن در حد کفایت ← چک حرارت مرتب، گرم نگه‌داشتن محیط، پانسمان زخم‌ها.

۵. درد حاد در رابطه با آسیب‌های شیمیایی و فیزیکی ← هدف کنترل درد ← شدت درد را می‌سنجیم، حمایت عاطفی و تزریق وریدی ضد دردها.

۶. اضطراب در رابطه با ترس و تاثیر روانی سوختگی ← هدف کاهش اضطراب ← درک او را از سوختگی پایش می‌کنیم. ساده و روشن پروسیجرها را توضیح می‌دهیم، روش‌های غیردارویی برای کنترل اضطراب را استفاده می‌کنیم.

عوارض همراه در مرحله ۱:

۱. نارسایی حاد تنفسی:

تنگی نفس و خرخر کردن را بررسی می‌کنیم، پالس اکسی متری، CXR، حواس پرتی، گیجی و LOC مهم است. تغییرات تنفسی، آماده برای اینتوباسیون.

۲. شوک توزیعی:

برون‌ده ادراری و علائم حیاتی بررسی می‌کنیم، ادم پیش‌رونده، مایعات تزریق می‌کنیم.

۳. آسیب حاد کلیوی:

برون‌ده ادراری، BUN, Cr چک می‌کنیم. از نظر وجود هموگلوبین و میوگلوبین در ادرار نیز بررسی می‌کنیم.

و پاک کردن داروهای موضعی قبلی است. شوینده ملایم بشوییم. موهای اطراف سوختگی جز ابروها باید کوتاه شود چون ابرو در بادی ایمنج بیمار تاثیر دارد. در زمان تمیز کردن زخم علائم هایپوترمی کنترل شود. دمای آب مناسب باشد (۳۷/۸ درجه) و دمای اتاق ۲۹/۴ تا ۲۶/۶ درجه باشد مناسب است.

۴. درمان ضد میکروبی موضعی:

درمان موضعی مختلفی انجام می شود. هدف از درمان موضعی فراهم کردن پانسمان با مشخصات زیر است ←

۱. در مقابل میکروارگانیزم های گرم منفی، مثبت و قارچ موثر باشد.
۲. در اسکار نفوذ کند و اثرات سمی سیستمی نداشته باشد.
۳. مقرون به صرفه است و در دسترس بیمار است.
۴. کاربرد و برداشت از آن آسان است. دفعات انجام راحت و درد آن کم است.

هشدار پرستاری:

استفاده عاقلانه و بجا و تغییر داروهای ضد میکروبی باعث ایجاد مقاومت کمتر در باکتری، تاثیرات بیشتر داروها و کاهش خطر سپسیس می شود. پمادهای عمومی به شکل ضد میکروبی که پوشش ضد باکتری دارند و رطوبت زخم را هم بالا می برند. مثل سیلور، محلول یا کرم جاذب آب، استات مافناید مکثر بر گرم مثبت و منفی. محلول مایع نیترات نقره نیم درصد روی انواع استافیلوکوک سودومونا گرم منفی اثر دارد. پانسمان آغشته به نقره که اثرات ضد میکروبی خیلی خاصی دارد.

۵. پانسمان کردن زخم:

بعد از تجویز محلول موضعی زخم را با چند لایه پانسمان می پوشانیم. روی مفاصل پانسمان

پنومونی ناشی از اینتوباسیون عارضه اکثر بیماران در تهویه مکانیکی است و معمولا در ضایعات استنشاقی شدیدتر هم است. ARDS هم شایع است.

۴۸ ساعت بعد از سوختگی وقتی که مویرگها تمامیت خودشان را پیدا کنند، مایعات از فضای بین سلولی به بیشتر عروق وارد می شوند و در دفع ادرار برای بیمار صورت می گیرد. اگر برون ده ادراری کافی نباشد باعث نارسایی احتقانی قلب می شود. اگر برون ده ادراری کافی نباشد باعث نارسایی احتقانی قلب می شود.

دادن مایعات باید با احتیاط ادامه پیدا کند، در صورت لزوم فرآورده های خونی نیز استفاده می شود. هایپوترمی در بیماران سوختگی بعد از برطرف شدن شوک و سوختگی شایع است.

۲. پیشگیری از عفونت و کنترل آن:

به چند دلیل در معرض خطر عفونت اند ← پاسخ عمومی به آسیب های سوختگی معمولا به اختلال در سیستم ایمنی بدن منجر می شود.

زخم سوختگی، با توجه به اینکه سد دفاعی بدن از بین می رود ← باکتری، قارچ، ویروس علائم ← قرمزی پیش رونده، گرمی، حساسیت به لمس، ترشحات بدبو

تجهیزات حفاظتی مثل گان، دستکش، ماسک، شیلد داشته باشیم، پاکسازی محیط ضد میکروبی، آنتی بیوتیک های مناسب، ضد قارچ ها، دبریدمان به موقع، کنترل هایپرگلاسیسمی با انسولین و واکنش هایپر متابولیک کنترل شود.

۳. تمیز کردن زخم:

مدیریت صحیح زخم های سوختگی برای پیشگیری از بدتر شدن زخم اندامی است. اهداف مراقبت از زخم شامل برداشتن بافت های مرده، ترشحات زخم

تمیز کردن زخم به پاکسازی و برداشتن بافت مرده زخم کمک می‌کند.

۳. پاکسازی شیمیایی ← یک سری مواد شیمیایی پاک کننده موضعی در دسترس هستند. اثر ضد میکروبی ندارند و با یک داروی موضعی ضد میکروبی استفاده می‌شود. مثل نقره که سنگین است و مواد دبرید کننده را بی اثر می‌کند.

۴. پاکسازی جراحی ← انجام جراحی زودهنگام برای برداشتن بافت‌های مرده همراه با بستن زود هنگام زخم‌های سوختگی یکی از مهم‌ترین عوامل زنده ماندن بیماران با صدمات سوختگی وسیع است. پاکسازی جراحی قبل از جدا شدن طبیعی بافت اسکار در اثر تخریب رشته‌های کلاژن توسط باکتری‌ها صورت می‌گیرد.

۷. پیوند زخم در سوختگی:

در سوختگی‌ها با ضخامت نسبی و یا سوختگی‌ها با ضخامت کامل دارند. باعث کاهش خطر عفونت، جلوگیری از اتلاف پروتئین، مایعات و الکترولیت‌ها از زخم می‌شود.

اتوگرافت ← یک شیوه ارجح برای بستن قطعی زخم. از پ ست خود بیمار استفاده می‌شود. در پیوند با ضخامت کامل هم درم و هم اپیدرم از محل دهنده استفاده می‌شود. پیوند با ضخامت‌های نسبی متداول‌تر است.

اگر خون، سرم، چربی یا هوا بین محل گیرندل و پیوند قرار گیرد احتمال دارد قسمتی یا همه پیوند از بین برود.

مراقبت از محل پیوند:

محافظت و عدم تحرک کلید اصلی است. معمولاً بعد از پیوند ابتدا پانسمان‌های بسته که روکش‌های گازی حجیم دارند برای بی حرکت کردن نواحی مفصلی به کار می‌رود. از پانسمان‌های همگون،

سبک‌تری جهت تسهیل حرکت می‌گذاریم. هنگامی که آتل یا ابزار وضعیت دهی وجود دارد نیاز است که پانسمان‌ها تعدیل شوند. پانسمان دور تا دور باید از پایین به بالا انجام شود تا مایع اضافه به گردش خون مرکزی برگردد. انگشتان جدا از هم پانسمان شود. داروهای موضعی به چشم و دهان وارد نشود. روی پیوند از پانسمان بسته به مدت ۳ تا ۵ روز استفاده می‌کنیم که امکان رشد عروق خونی کوچک به داخل بافت پیوند شده را فراهم کند.

هشدار پرستاری:

در صورت محکم بودت پانسمان گردش خون کاهش پیدا می‌کند و نبض‌های محیطی مکرر کنترل شود و اندام‌ها را در وضعیت بالتر قرار دهیم.

۶. دبریدمان زخم:

اهداف دبریدمان ← برداشتن بافت مرده یا اسکار سوختگی برای ایجاد آمادگی پیوند و التیام زخم، برداشتن بافت‌های آلوده به میکروب و اجسام خارجی که از هجوم باکتری فرد را نجات بدهیم.

۴. نوع روش پاکسازی داریم ←

۱. پاکسازی طبیعی ← در این روش بافت‌های غیر زنده از بافت‌های زنده زیر خود جدا می‌شوند. باکتری موجود به تدریج کلاژن پوست را تبدیل به مایع می‌کنند و آنزیم‌های طبیعی این پدیده را باعث می‌شوند.

۲. پاکسازی مکانیکی ← از ابزار جراحی برای برداشتن بافت اسکار استفاده می‌شود یا توسط پزشک یا پرستار یا فیزیوتراپ ماهر در حین پانسمان روزانه انجام می‌شود در صورتی که خون‌ریزی بدهد از داروهای بند آورنده خون‌ریزی یا فشار مستقیم استفاده می‌کنیم. پانسمان زخم و

مدیریت درد و تعدیل افزایش سوخت و ساز می‌شود. پانسمان‌هایی هستند که از بافت زنده گرفته نشده و سنتز کارخانه هستند.

مدیریت درد در مرحله میانی <درد زمینه‌ای> سطح مداومی از ناراحتی که در بی‌فعالیتی و عدم تحرک هم وجود دارد <استفاده از داروهای ضد درد.

درد پیش‌رونده <درد حاد و شدید دوره‌ای> وابسته به فعالیت و حرکت عضو مبتلاست. در صورت نیاز از داروها با هدف دستیابی به کنترل درد استفاده می‌شود.

سوختگی‌های سطحی و نسبی درد شدیدی دارند. کنترل درد با مخدرها، ضدالتهاب‌های غیراستروئیدی، کاهنده‌های اضطراب و عوامل بی‌حس کننده است.

تعدیل افزایش سوخت و ساز:

آسیب‌های سوختگی معمولاً از طریق پاسخ‌های اغراق آمیز تنیدگی به صدمات باعث ایجاد ناهنجاری‌های شدید سوخت و ساز می‌شوند. پاسخ بدن به ۳ شکل است <

هایپر دینامیک
هایپرمتابولیک
هایپرکاتابولیک

به محض ورود به مرکز درمانی تغذیه بیمار باید آغاز شود تا کالری دریافت کند و احتمالاً نیاز به NGT دارد. در بیماران با شرایط بحرانی حتی همین عمل هم شاید نیاز به تغذیه داشته باشد.

*کربوهیدرات‌ها مهم‌ترین منبع انرژی برای بیماران با سوختگی شدید هستند. مصرف چربی محدود شود <رژیم پرکربوهیدرات و کم چربی.

وقتی بیمار توانست از راه دهان چیزی بخورد <پرپروتئین و پرکالری

ناهمگون یا مشبک و صناعی برای پیوندهای سست استفاده می‌شود. اولین تعویض پانسمان معمولاً ۳ تا ۵ روز بعد از جراحی استفاده می‌شود. از شایع‌ترین دلایل از دست رفتن پیوند در روزهای اول بعد از جراحی می‌تواند عفونت و خون‌ریزی و نیروهای برشی مثل حرکت دادن شدید باشد. ۵ تا ۷ روز بعد از پیوند فعالیت و ورزش فعال ناحیه پیوند را آغاز می‌کند.

مراقبت از محل دهنده:

یک زخم تمیز و سطحی است. بعد از برداشتن در محل یک دارو مثل ترومبین و اپی‌نفرین برای افزایش انعقاد مستقیم روی ناحیه دهنده استفاده می‌شود. بعد از بند آمدن خون‌ریزی پانسمان هم می‌گذارند و ۷ تا ۱۴ روز باید مراقب آن باشد.

پیوندهای همگون و ناهمگون:

به پانسمان‌های بیولوژیکی اطلاق می‌شود که به طور موقت سطح را می‌پوشاند و پیوند همگون از جسد فرد تازه فوت شده و یا انسان زنده دیگر گرفته می‌شود و در پیوند ناهمگون پوست از حیوانات مثل خوک برداشته می‌شود. در سوختگی‌های وسیع پانسمان بیولوژیکی می‌کنند و تا زمانی که پیوند از خود فرد امکان پذیر باشد گرانولوسیون را در بافت حفظ می‌کند.

پانسمان‌های بیولوژیک <پوشش موقت هستند که از تبخیر آب و اتلاف پروتئین از زخم جلوگیری می‌کند و سدی در برابر ورود باکتری و عوامل آلوده محسوب می‌شوند و از پایانه‌های عصبی محافظت و از حس درد کم می‌کنند. این پانسمان‌ها جهت آماده‌سازی پیوند از خود بیمار به عنوان پیوند آزمایشی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

پانسمان‌های بیوسنتتیک و مصنوعی:

تدابیر پرستاری در مرحله میانی:

-بازیابی تعادل طبیعی مایعات ← مراقب ادم ریه و نارسایی احتقانی قلب باشیم و توزین روزانه.

-پیشگیری از عفونت ← بسیار مهم است علائم عفونت را بشناسیم.

-تعدیل افزایش سوخت و ساز ← پرستار با همکاری مشاور تغذیه برنامه تغذیه را تنظیم می‌کند.

-افزایش تمامیت و یکپارچگی پوست ← وقت گیر ترین مراقبت بعد از مرحله فوری در سوختگی است. داروهای ضد میکروبی مناسب، پانسمان مناسب و پیوند مناسب برای هموار طی کردن این مرحله کمک کننده هستند. بررسی زخم سوختگی نیازمند چشم‌های باتجربه، دست‌ها و حس بویایی قوی است. تا سریع عوامل ناراحتی و عفونت رل شناسایی کنیم.

-تسکین درد و ناراحتی ← مدیریت درد در مرحله حاد اولویت دارد. تجویز داروها طبق تجویز پزشک. همه بیماران بعد از سوختگی خارش را تجربه می‌کنند.

-افزایش تحرک جسمی ← یکی از اولین اقدامات جلوگیری ناشی از بی‌حرکی همین افزایش تحرک است. تنفس عمیق، فعالیت، تغییر پوزیشن.

-تقویت راهبردهای تطابقی ← انرژی زیادی صرف این مرحله می‌شود. تطابق فرد با این مرحله با واکنش‌های اندوه، خشم، برگشت را صحیح و درست انجام دهد.

حمایت از بیمار و خانواده ← بسیار اهمیت دارد. روانی، اقتصادی، اجتماعی باید حمایتی را به آن‌ها معرفی کنیم.

پایش و مدیریت عوارض احتمالی:

۱. نارسایی حاد تنفسی و سندروم دیسترس تنفسی حاد:

سختی تنفس، صداهای غیرطبیعی ABG

۲. نارسایی احتقانی قلب و ادم ریه:

سریع درمان شود، این دو سیستم (قلبی و کلیوی) اگر نتوانند حجم زیاد داخل عروق را نتوانند مدیریت کنند دچار نارسایی می‌شوند و ادرار کم می‌شود.

۳. سپسیس:

علت عمده ناخوشی و مرگ است. علائم اولیه نامحسوس هستند و باید مراقب این علائم باشیم.

۴. دلیریوم:

یک حالت گذرا و برگشت پذیر است. از اختلالات حاد مغزی به صورت تغییر در هوشیاری یا عملکرد شناختی با توجه به وضعیت اولیه بیمار ظاهر می‌شود.

۳. مرحله حاد یا توان بخشی:

بلافاصله بعد از سوختگی باید آغاز شود و تا سال‌ها ادامه دارد.

هدف از توان بخشی ← بازگشت بیمار به بالاترین سطح عملکرد در زمینه آسیب‌ها است.

۱. حمایت روان شناختی:

نگرش، انگیزه و سیستم حمایتی بیمار برای بهبود کلی و توانایی پیشرفت او در طول مرحله توان بخشی عناصر مهمی هستند.

۲. عوارض در مرحله توان بخشی:

نوروپاتی ← عوامل دخیل در سوختگی‌های الکتریکی، ادم، وضعیت غیر صحیح و اسکار می‌تواند عامل آن باشد. باید عضو را فوراً الویت کنیم. نبض‌ها را چک کنیم. آتل مناسب و فیزیوتراپی کنیم.

در روز ۲۳ ساعت پوشیده شود و فقط برای استحمام خارج شود.

فرآیند پرستاری:

تشخیص‌ها:

-عدم تحمل فعالیت در رابطه با بروز درد هنگام ورزش، محدودیت حرکت مفاصل، تحلیل رفتن ماهیچه‌ها و استقامت محدود-افزایش تحمل فعالیت

-آشفستگی در تصویر ذهنی در رابطه با کشیدگی پوست یا تشکیل اسکار حجیم-بهبود تحرک جسمی

-کمبود آگاهی در ارتباط با مراقبت بعد از ترخیص در خانه و نیازهای دوره بهبودی -مدیریت آموزش و آگاهی بعد از ترخیص.

عوارض همراه-سازگاری روانی ناکافی با صدمات ناشی از سوختگی -آموزش و مراجعه به روانپزشک و روان‌درمانگر.

از هم گسیختگی زخم و زخم فشاری- عامل آن کشیدگی، تغذیه ناکافی.

اسکار هایپرتروفی-علت سوختگی‌های نسبی و ضخامت کامل است. پوست را با کرم‌های نرم کننده صاف کنیم، لباس‌های فشارنده طبق دستور بیوشانیم. ماساژ دهیم.

کنتراکچر یا جمع شدگی و کشیدگی-در اثر سوختگی کامل یا نسبی ایجاد می‌شود. باید مفصل را در یک راستا نگه داریم. ورزش‌های سبک، پوزیشن مناسب.

نامایداری مفصل-زخم سوخته، اسکار سوختگی و بروز انقباضات عامل آن است. آتل مناسب ببندیم. درد پیچیده-به علت تروما و سوختگی-روش کنترل درد، کاردرمانی و فیزیوتراپی.

۳. التیام غیرطبیعی زخم:

زخم‌های عمیق باعث شکل گیری اسکار با لشکال ناهنجاری می‌شود.

اسکار حجیم شده و کلوئید-داخل مرزهای زخم اولیه شکل می‌گیرد و به سمت خارج و پیرامون زخم فشار وارد می‌کند. این اسکار در مفاصل و افراد جوان تر شایع تر است. قرمز و برآمده و سفت است. اسکار کلوئیدی به طور نامنظم ایجاد می‌شود و از حاشیه زخم فراتر هم می‌رود. بزرگ است برآمده و رشته مانند و همراه با خارش و حساسیت به لمس است. این نوع اسکار در تیره پوست‌ها و کودکان و سالمندان شایع تر است.

پیشگیری و درمان اسکارها-درمان پیشگیرانه برای جمع شدگی و کنتراکچر برای اسکار، فشرده سازی در درمان سوخته زود شروع شود. پیچیدن بانداژ کشی از ابتدا انجام شود. در مجموع باید طوری باشد که فرم بدن حفظ شود. لباس فشارنده