



Designed by | @MR.AsadilB





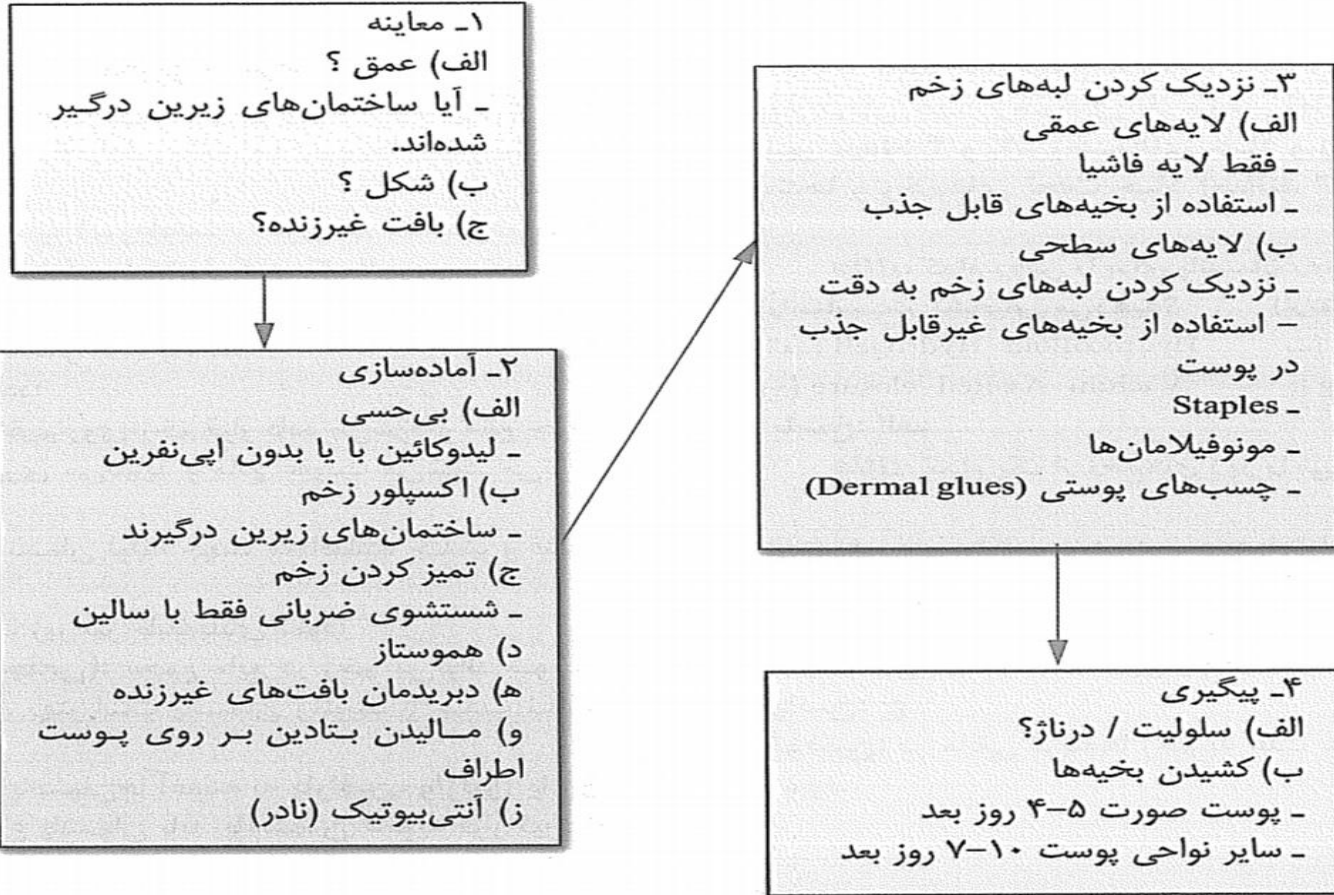
مبحث: انواع زخم

مدرس: سرکار خانم دکتر مہتاب خواجہ

انواع زخمها

- ▶ الف: حاد: ۱. زخمهای نافذ
- ▶ ۲. ساییدگی
- ▶ ۳. پارگی
- ▶ ۴. له شدگی
- ▶ ۵. سوختگی
- ▶ ۶. زخم های محل گرافت برداری
- ▶ ۷. گاز گرفتگی
- ▶ ۶. نیش زدگی

Management زخم‌های حاد



شکل ۶-۸. الگوریتم Management زخم‌های حاد

زخم های مزمن

- ▶ تعریف: زخم هایی که طی ۳ ماه التیام نیافته اند.
- ▶ اتیولوژی: تروماهای مکرر - پرفیوژن و کاهش اکسیژن رسانی - التهاب شدید بدخیمی در زخم های مزمن بیشتر است .
- سرطان های اسکواموس و بازال سل کارسینوما در زخم های مزمن ایجاد میشود.

انواع زخم های مزمن

دیابتیک: در ۱۰ تا ۲۵٪ بیماران دیابتیک

علل مهم: ۱. نوروپاتی (۶۰ تا ۷۰٪) ۲. ایسکمی (۱۵ تا ۲۰٪) ۳. دفورمیتی

انواع نوروپاتی: ۱: حسی: به علت کاهش عملکرد حسی آسیب ناشی از تنگی کفش ها و اجسام خارجی یا سایر تروماها تشخیص داده نمیشود.

۲: حرکتی: پای شارکوت باعث کلاپس و دررفتگی مفاصل انگشتان میشود.

:

ادامه زخم های دیابتیک

- ▶ درمان: ۱: اصلاح قندخون
 - ▶ ۲: ریشه کن کردن عفونت با انتی بیوتیک
 - ▶ ۳: دبیریدمان بافت های عفونی و نکروتیک
 - ▶ ۴. کاهش بار و فشار روی منطقه زخم با استفاده از کفش های مخصوص ارتوپدی
 - ▶ وفاکتور محرک گرانولوست-ماکروفاژ PDGF
 - ▶ ۵: استعمال موضعی
- پیشگیری و مراقبت از پا نقش مهمی در درمان پای دیابتی دارد

زخم های شریانی ایسکمیک

▶ علت: کمبود خونرسانی

▶ علایم: درد در زمان بروز

لنگیدن متناوب

درد در زمان استراحت و درد شبانه

تغییر رنگ

پوست خشک و بدون مو

پوسته ریزی و رنگ پریدگی

کناره های زخم صاف و کم عمق است

در معاینه: نبض ضعیف یا عدم وجود نبض همراه با کاهش شاخص مچ پا- بازویی

زخم های شریانی ایسکمیک

▶ مکان زخم های شریانی: در بخش دیستال تر اندام های

انتهایی مانند شکاف بین انگشتان

درمان: دوقست دارد: ۱. عروقی سازی مجدد

۲. مراقبت زخم

پیشگیری در بیماران مبتلا به ایسکمی اندام بسیار مهم است

بسیار مهم است ICU جابجا کردن مکرر بویژه در بیماران

زخم های استاز وریدی

- ▶ ناشی از استاز وریدی و فشار برگشتی هستند.
- ▶ زخم های وریدی مزمن معمولا دردناک نیستند
- ▶ زخم های استازی بیشتر در بالای قوزک میانی < بالای
COCKETT سوراخ ایجاد میشوند.
- ▶ زخمها معمولا کم عمق و مسطح هستند و کناره ها نامنظم و پوست اطراف پیگمانته است

درمان

- ▶ بهترین درمان: درمان فشاری با بانداژ غیر الاستیک اغشته به روی اکسید
- ▶ مرطوب نگه داشتن زخم به وسیله کلویید ها
- ▶ روش جدید: استفاده از مواد وازواکتیوو فاکتور رشدو جایگزین های پوست
- ▶ بانداژ چهار لایه

زخم بستر یا فشاری

- ▶ تعریف: ناحیه ای لوکالیزه از بافت نکروتیک که وقتی بافت نرم بین برجستگی استخوان و و یک سطح خارجی تحت فشار قرار میگیرد ایجاد میشود.
- ▶ علل: سایش-رطوبت-بیحرکتی-تغییر شرایط روانی- تغییر شرایط تغذیه ای

زخم بستر یا فشاری

- ▶ مراحل تشکیل زخم بستر:
- ▶ ۱: اریتم غیر قابل سفید شدن در پوست سالم
- ▶ ۲: از بین رفتن نیمی از ضخامت پوست شامل اپیدرم یا درم یا هر دو
- ▶ ۳: زخم پوست با ضخامت کامل ولی بدون درگیری فاسیا
- ▶ ۴: زخم پوستی با ضخامت کامل بادرگیری وسیع عضله و استخوان

درمان

- ▶ دبریدمان جراحی تمام بافت نکروتیک
- ▶ ایجاد و حفظ رطوبتی مطلوب در محیط زخم
- ▶ برداشتن فشار

تغذیه مناسب و ایجاد پرفیوژن مناسب

مرطوب نگه داشتن زخم با پانسمانی مناسب

عوامل موثر در ترمیم زخم

الف: سیستمیک: سن - تغذیه - تروما - بیماری های متابولیک-سیگار - سرکوب ایمنی-چاقی

ب: موضعی: جسم خارجی - عفونت - صدمات مکانیکی - ادم-رادیاسیون...

راهنمای ارجاع به مراکز سوختگی

۱. سوختگی های با ضخامت نسبی بیشتر از ۱۰٪
۲. سوختگیهایی که پاها - صورت - دستها - ژنیتالیا - پرینه یا مفاصل بزرگ را درگیر کند
۳. سوختگی های درجه ۳ با هرگروه سنی
۴. سوختگی های الکتریکی - صاعقه زدگی
۵. سوختگی شیمیایی
۶. سوختگی استنشاقی
۷. سوختگی در فردی با بیماری زمینه ای
۸. کودکان دچار سوختگی در بیمارستان بدون پرسنل مجرب برای مراقبت اطفال
۹. سوختگی در بیارانی که از لحاظ اجتماعی پایین هستند

عوارض التيام زخم

عفونت

بازشدن زخم

خونریزی...

ارزیابی اولیه در سوختگی

۱. مدیریت راه هوایی: در سوختگی اطراف دهان و موهای بینی ارزیابی بیشتر حفره دهان و فارنکس لازم است
۲. علایم قطع قریب الوقوع تنفس: خشونت صدا-ویزینگیا استریدور-ذیس پنه—که باید سریعاً انتوباسیون اندوتراکیال الکتیو شوند.
- ۳ ارزیابی سایر آسیبها: بیماران سوختگی در ابتدا باید به عنوان تروما در نظر گرفته شوند.
برای احیا باید کاتتر وریدی محیطی با قطر بالا تعبیه شود
در سوختگی بیشتر از ۴۰٪ باید دو کاتتر وریدی با قطر بالا تعبیه شود.

ادامه ارزیابی

- ▶ در سوختگی کمتر از ۱۵٪ به ندرت نیاز به کاتتر وریدی میشود.
- ▶ در صورت عدم دسترسی به مسیر وریدی در اطفال با سوختگی بیشتر از ۱۵٪ برای احیا مایعات ممکن است دسترسی درون استخوانی اورژانس نیاز باشد.
- ▶ هیپوترمی از عوارض شایع میباشد که باید در حین انتقال بیمار با پتوهای تمیز پوشانده شود. در سوختگی های بیشتر از ۲۰٪ باید از پتوهای خنک کننده پرهیز کرد.

ادامه ارزیابی

- ▶ بیماران با سوختگی حاد نباید انتی بیوتیک پروفیلاکتیک دریافت کنند زیرا موجب عفونت با قارچ و ارگانیزم‌های مقاوم می‌شود
- ▶ یادآور کزاز باید در اورژانس تزریق شود
- ▶ کنترل درد و اضطراب طولانی مدت باید با یک ضد اضطراب مثل بنزودیازپین و نارکوتیک انجام شود.

انواع ترمیم زخم

اولیه: هنگامی که یگ زخم جراحی تمیز با بخیه بسته میشود.

ثانویه: در الودگی های باکتریال واز بین رفتن بافت زخم باز نگه داشته میشود تا از طریق تشکیل بافت گرانولاسیون و انقباض التیام یابد.

ثالثیه: با بستن اولیه تاخیری: ترکیبی از دو روش فوق است و زخم برای چند روز باز نگه داشته میشود و سپس بخیه زده میشود.

اسکار هاپر تروفیک

اسکار هاپر تروفیک در محل زخم میماند ولی کلویید از محدوده زخم جدا میشود
اسکار هاپر تروفیک خود به خود جذب میشود ولی اسکار هاپر تروفیک به ندرت خود به خود جذب میشود
اسکار هاپر تروفیک ۴ هفته پس از تروما روی میدهد و حداکثر ۴ میلی متر از سطح پوست بالا می رود و در سطوح فلکسور میباشد.

کلویید:

در افراد با پوست تیره و پیگمانته ۱۵ برابر شایع تر است
در زنان و مردان یکسان است
اسیب های کوچک میتواند باعث کلویید های وسیع شود

بعد از ۳ ماه یا سالها پس از اسیب بوجود می آید

علل: جراحی- سوختگی- ابله مرغان- اکنه- زونا- واکسیناسیون- خالکوبی- تزریق- کزیدگی
حشرات و...

مناطق شایع: لاله گوش- دلتویید- پره استرنال- منطقه فوقانی پشت

اسکار کلویڈ

- ▶ ہردو سوزش و خارشو تندرئس دارند
- ▶ درمان: ۱. اکسیزیون تنها
- ▶ ۲. شیت سیلیکون موضعی
- ▶ ۳. تزریق کورتیکو استروئید ہر ۲ تا ۳ ہفتہ یکبار
- ▶ ۴. رادیوتراپی
- ▶ ۵. رتینوئید موضعی - اینترفرون گاما - فلورواوراسیل یا بلیو مایسین