

زخم‌های

تمام ضخامت

Reference :

Rijswijk K, L. Van, Janice, Z. Cuzzell : *Managing Full Thickness wounds*. *AJN*, June, 1991, P.P.18 - 22.

ترجمه: محمدرضا فرقانی

دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری داخلی - جراحی

اگر هیچ یک از موارد فوق میسر نبود، نظر پزشک را در مورد مواد شیمیایی که بردارنده نکروز است، جویا شوید. هنگامی که این مواد آنزیمی، بر روی دلمه به کار برده می‌شوند، موجب جدا شدن نسج مرده و تسهیل خروج آن می‌گردند.

پیشنهاد دیگر، عبارت از به کارگیری پانسمان مسدودکننده، همانند لایه‌های هیدروکلویید یا پلی‌اورتان، جهت نکروز برداری خود تخریبی می‌باشد. این نوع پانسمان مایعات زخم و باکتری را بر روی زخم نگه داشته، ولیکن آنزیم‌های طبیعی را بر سطح زخم آزاد می‌سازد. در صورت استفاده این نوع پانسمان، محل زخم را به دقت کنترل کنید زیرا مقاومت موضعی نسج ممکن است آنچنان قوی نباشد که در مقابل افزایش باکتری مقاومت کند.

هنگامی که نسج مرده خارج گردید، زخم را با پانسمان مرطوب - که دانه‌سازی را افزایش می‌دهد - پوشانیده و هنگام تعویض پانسمان، به نسج گرانوله آسیب نمی‌رسانیم، و بایستی به خاطر داشت که تغذیه مناسب، اقدامات برطرف‌کننده فشار و کنترل عفونت، بهبودی زخم را تسریع می‌بخشد.

بهبودی زخم‌های مزمن تمام ضخامت، می‌تواند از شش هفته تا شش ماه به طول انجامد، یا هیچ‌گاه بهبود نیابد.

زخم‌های عمیق را از گاز پر می‌کنند تا ترشح درون آن تجمع نیابد. گازی که جهت جذب

پوست نمی‌توانند به سمت داخل زخم پیشروی کنند و روند بهبودی آهسته می‌گردد.

زخم‌های نکروزه تمام ضخامت، محیط کشت خوبی برای باکتری‌ها محسوب می‌شوند. از این رو، می‌توانند منجر به عوارض خطرناکی چون استیومیلیت و سپتی سمی شوند. به هر حال، به خاطر داشته باشید، تمام زخم‌های باز، آلوده بوده و چندان به نتایج کشت، در مورد عدم آلودگی زخم نمی‌توان اتکاء نمود، بلکه بایستی علائم بالینی عفونت، مانند قرمزی، تورم، گرمی پوست اطراف زخم و تب را بیشتر جستجو کرد.

زخم‌های نکروزه تمام ضخامت، محیط کشت خوبی برای رشد باکتری‌ها محسوب می‌شوند.

بیماری که چنین علائمی دارد، بایستی آنتی‌بیوتیک عمومی دریافت دارد، بیماری که زخم وی استخوان را دربر گرفته، ممکن است نیازمند "اسکن استخوان" یا "بیوپسی" جهت رد نمودن خطر استیومیلیت باشد.

نکروز برداری و پانسمان

افزایش رشد نسج دانه‌دار سالم - که نسجی با ساختمان سنگفرشی و رنگ قرمز ناشی از ذخیره غنی خون است - هدف درمان زخم می‌باشد. به علت یکپارچگی نسج دانه‌دار سالم، رشد باکتری در سطح زخم محدود می‌گردد.

نسج مرده را باید پاک‌سازی نمود تا نسج گرانوله بتواند فضای زخم را پر کند. در صورتی که، دلمه زخم، ضخیم و چرمی باشد.

زخم‌های مزمن و عمیق که تمام ضخامت پوست را دربرمی‌گیرد، بیشتر بیماران ناتوانی را که دچار اختلال عروقی یا ایمنی هستند، مبتلا می‌سازد. زخم تمام ضخامت، از پوست به چربی زیر پوست و گاه عمیق‌تر، یعنی تا نیام عضله و حتی گاهی تا رباط و استخوان گسترش می‌یابد. چنین زخم‌هایی بسته به مرحله بهبودی، می‌توانند جوشگاه (اسکار) قهوه‌ای یا سیاه، نسج مرده زرد رنگ در حال جدا شدن، نسج دانه‌دار قرمز، یا هر نوع ترکیبی از انواع مذکور را دارا باشند.

به منظور ارزیابی زخم، ابتدا ابعاد آن یعنی طول و عرض بلندترین محور و عمق آن را اندازه‌گیری می‌کنیم. به عنوان یک قانون، "زخمی را تمام ضخامت می‌گوییم که حداقل یک سانتیمتر عمق داشته باشد". با وارد کردن یک اپلیکاتور پنبه‌ای استریل در عمیق‌ترین بخش زخم، می‌توان عمق زخم را کنترل نمود. با توجه به این که، پوست نواحی استخوان به خصوص در ناحیه قوزک پا و روی استخوان درشت نی، نازک می‌باشد. عمق زخم تمام ضخامت در این نواحی حتی می‌تواند کمتر از یک سانتیمتر باشد، حتی اگر زخم تا استخوان رسیده باشد.

برخلاف سایر زخم‌ها، زخم تمام ضخامت، جهت رشد اپی‌تلیوم جدید، فولیکول مو ندارد. به جای آن پس از برداشتن نسج مرده، نسج گرانوله ظاهر می‌گردد. همچنین زخم جمع شده و اپی‌تلیوم جدید از کناره‌های زخم شروع به رشد می‌نماید. وقتی رشد اپی‌تلیوم جدید به کناره‌های زخم محدود گردید، دیگر سلول‌های

ترومبوز یا در ۵۰ الی ۹۵ درصد موارد، تا موقع پیدایش آمبولی ریه، خود را نشان نمی دهد.

پروترومبین یا PTR^۲ اندازه گیری می شود. چنانچه خونریزی ناشی از وارفارین ایجاد شود، از ویتامین K به عنوان آنتی دوت استفاده می شود. ویتامین K برای تولید پروترومبین مورد نیاز است.

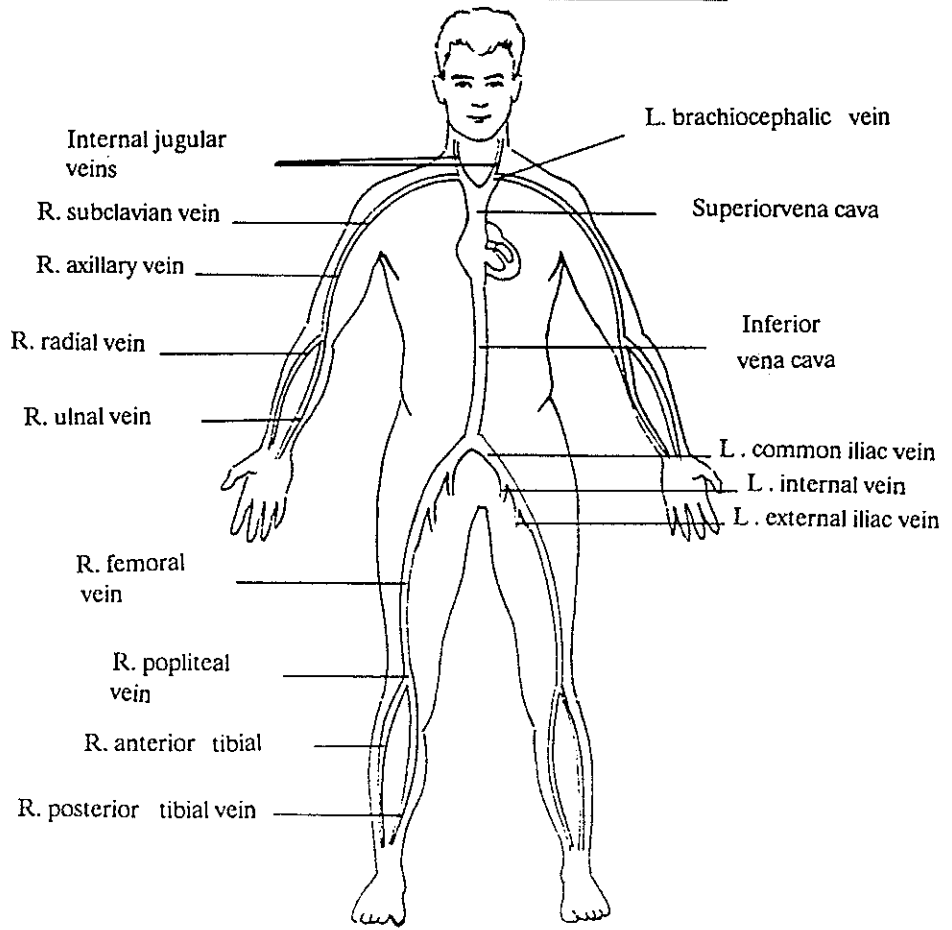
پرستاری: استراحت در تخت یا نشستن روی صندلی، نخستین اقدام مراقبتی است. بنابراین تمام مراقبت های پرستاری از یک بیمار بستری در تخت، (شامل پیشگیری از تشکیل مجدد ترومبوز) بایستی مدنظر قرار گیرد. برنامه های مراقبت پرستاری، در جدول شماره ۳ ارائه گردیده است.

افرادی که بیشتر در معرض خطر ترومبوز ورید عمقی قرار دارند، عبارتند از:

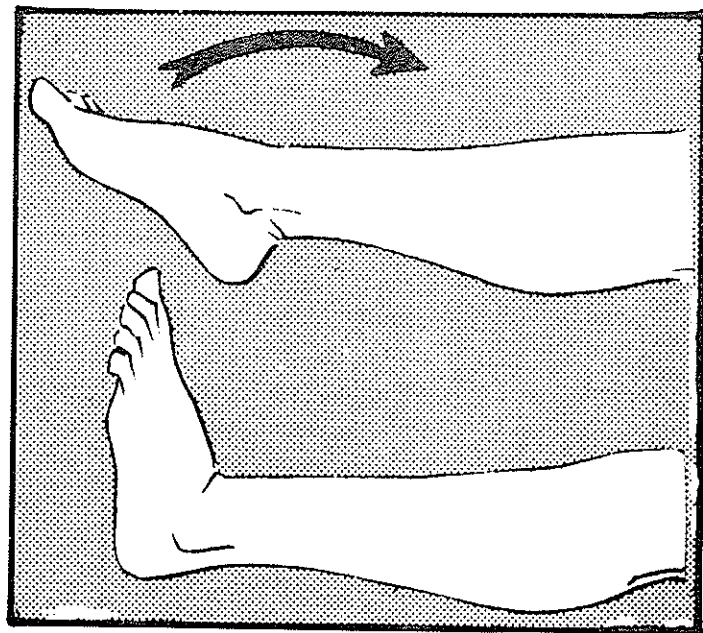
- ✱ خانم های سالمند (به نسبت آقایان بیشتر گرفتار می شوند).
- ✱ بیماران قلبی - عروقی (۱/۳ بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد، دچار ترومبوز می شوند).
- ✱ بیماران عروقی مغز (۴۵ الی ۷۵ درصد موارد بیماران مبتلا به ضایعات مغزی - عروقی حاد، در اندام فلج شده دچار ترومبوز می شوند).
- ✱ بیمارانی که جراحی شده اند و یا دچار صدمه گشته اند (۲۵ الی ۳۰ درصد بالای سن ۴۰ سالگی، پس از جراحی دچار ترومبوز می شوند).
- ✱ مبتلایان به سرطان (۱۴ بیمار از ۳۷ بیمار مبتلا به کارسینوم برونش دچار ترومبوز شده اند).

عوارض: عوارض مهم ترومبوز ورید عمقی عبارتند از: آمبولی ریه، سندرم پس از فلیت و ترومبوز ورید عمقی عودکننده و نیز عوارض ناشی از مصرف ضد انعقادها نظیر خونریزی. سندرم پس از فلیت، به طور معمول در بیمارانی که یک یا چند بار، دچار ترومبوز وریدی عمقی شده اند، به صورت تغییرات غیر قابل برگشت در ورید ایجاد می شود و بیماری ادامه می یابد.

ترومبوز وریدی حاد اغلب موجب انسداد و تخریب دریچه های وریدی شده و از بین رفتن



شکل ۱ - وریدهای عمقی بدن



شکل ۲ - علامت هومان - با خم کردن پا به عقب درد ایجاد می شود

مکانیسم دریچه‌ای در سیستم وریدی عمقی ، جریان خون را به مسیرهای غیرطبیعی می‌کشانند و در طی چند سال با افزایش فشار وریدی و مسویرگی ، ادم و پارگی وریده‌های سطحی کوچک مجاور وریده‌های سوراخ‌کننده ایجاد می‌شود و خونریزی زیر جلدی ، فیروز زیر جلدی ، آتروفی پوست و انسداد لنفاتیک ایجاد می‌شود ، و در نهایت این تغییرات منجر به ایجاد زخم‌های ناشی از اختلال خون‌رسانی می‌گردد ، که درمان آن بسیار مشکل است .

جدول شماره ۲ : مراحل انعقاد طبیعی

- ۱- پروترومیین غیرفعال + کلسیم + ترومبوپلاستین (ناشی از صدمات بافتی) = ترومیین فعال
 - ۲- ترومیین + فیبرینوژن غیرفعال = فیبرین (رشته‌های نازک)
 - ۳- فیبرین + سلول‌های خونی = لخته
- (این سه مرحله بایستی به ترتیب و بی‌دری اتفاق بیفتند تا خون لخته شود)

طرح مراقبتی از بیمار مبتلا به ترومبوز ورید عمقی

تاریخ	شماره	مشکلات بیمار	هدف	برنامه و اجرا	ارزشیابی
	۱	تشخیص ترومبوز ورید عمقی است و درمان ضدانعقاد شروع شده است .	از بین بردن لخته	۱- بازکردن رگ و شروع هپارین به صورت تزریق وریدی . ۲- متعاقب شروع هپارین و در ادامه درمان ۱۰ میلی‌گرم دارفارین خوارکی روزانه به مدت سه روز داده می‌شود . نماین دور بعدی دارو بستگی به نسبت پروترومیین بیمار دارد .	۱- بررسی محل تزریق هر ۲ ساعت بکار . ۲- اطمینان از تجویز مرتب هپارین طبق دستور . ۳- گزارش نسبت پروترومیین .
	۲	انعقاد غیرطبیعی	پیشگیری	۱- تخمین میزان پروترومیین روزانه بوسیله پزشک ۲- کنترل ادرار و مدفوع از نظر وجود خون ۳- بررسی پوست از نظر پتیش	ارزشیابی روزانه موارد مذکور
	۳	احتمال تشکیل ترومبوز ورید عمقی مجدد وجود دارد	پیشگیری	۱- استفاده از جوراب‌های الاستیکی در پای سالم و سپس هر دو پا . ۲- انجام فعالیت‌های غیرفعال اندام‌های سالم . ۳- ممانعت از فشار پتو روی محل ضایعه . ۴- بالاتر قراردادن پاها ، از سطح بدن . ۵- در صورت تشکیل ترومبوز ، به حداقل رسانیدن حرکت بیمار .	مشاهده علائم و نشانه‌های ترومبوز ورید عمقی .
	۴	احتمال وقوع آمبولی ریه وجود دارد .	پیشگیری	۱- استراحت در تخت و حداقل فعالیت بیمار محدود به حالت نیمه نشسته در تخت به مدت ۴۸ ساعت باشد . ۲- حداقل وزن و فشار روی قسمت (دچار ضایعه) باشد .	بررسی و گزارش علائم آمبولی ریه مثل تنگی نفس و درد و ...

نظری و نگرش عمیق نسبت به فرد، در مقایسه با مهارت‌های عملی، از اهمیت کمتری برخوردار است.

ما به عنوان پیشروان احترام به شأن و عظمت وجود انسان، که آن را در تعالیم عالیة اسلام یافته‌ایم، معتقدیم که برخورد با انسان به عنوان یک جسم و تجزیه وجود او، مخالف با حرمت انسانی است و پرستاران ما مسوولند با تمام وجود و توان تلاش کنند تا نوعی از پرستاری را آموزش و ارایه نمایند که هدف فوق را برآورده سازد.

آنچه در حال حاضر مشاهده می‌گردد، جواب مبهم برنامه‌ریزان بهداشت و درمان کشور ما به این پرسش است که سرانجام کدام دیدگاه را بایستی انتخاب نمود؟!

جواب ما به سؤال فوق واضح است. و آن این که نه به سبب دنباله‌روی از تحول پرستاری در غرب، بلکه به عنوان پیشروان احترام به شأن و عظمت وجود انسان، که آن را در تعالیم عالیة اسلام یافته‌ایم، معتقدیم که برخورد با انسان به عنوان یک جسم و تجزیه وجود او، مخالف با حرمت انسانی است و پرستاران ما مسوولند، با تمام وجود و توان تلاش کنند تا نوعی از پرستاری را آموزش و ارایه نمایند که هدف فوق را برآورده سازد.

برای دستیابی به این مهم، چاره‌ای متصور نیست جز توسعه مدلی انسانی - اسلامی برای پرستاری کشور که آن نیز، تنها با تحقیق و تلاش علمی پرستاران آگاه و فعال کشور حاصل می‌گردد.

تحقیق در زمینه ایجاد مدل پرستاری، کاری صرفاً کتابخانه‌ای نیست. باید این مدل را در حیطة عمل آزمود. بنابراین برای پیشرفت در این زمینه، ضروری است که بخش‌های بیمارستان‌های آموزشی به محلی برای تحقیقات پرستاری مبدل شود.

به محض مطرح نمودن چنین پیشنهادی، با جواب کمیبود امکانات و پرسنل مواجه می‌شویم که به هیچ وجه نمی‌تواند قانع‌کننده باشد. تحقیق را می‌توان منحصر به بعضی از بخش‌ها نمود و در آن بخش‌ها، پرسنلی را گماشت که:

اولاً - تعدادشان به میزان استاندارد جهانی باشد. ثانیاً - روحیه تحقیق و پژوهش در آنها وجود داشته باشد.

ثالثاً - از لحاظ دستمزد، درصدی بیش از بخش‌های غیرپژوهشی برای آنها در نظر گرفت تا از حداکثر انرژی فکری و عملی آنها استفاده گردد.

نتیجه تحقیق در چنین بخش‌هایی، ارایه مدلی است که با نیازهای فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و مذهبی جامعه ما سازگار بوده و به این ترتیب برنامه‌ریزی آموزشی و درسی در زمینه پرستاری بر اساس نتایج این تحقیق صورت خواهد گرفت.

توسعه مقاطع بالای تحصیل پرستاری و تعیین وظیفه رفع نیازهای صرفاً فیزیکی بیماران، دو مقوله متضاد در برنامه درسی پرستاران است و احیاناً تمام مشکلات از آنجا ناشی می‌شود که، در پرستاری موجود کشور مدل خاصی حاکم نبوده و نیست تا در جهت اهداف آن بتوان وظیفه دانشجو، استاد، پرستار، دانشکده و بیمارستان را مشخص نمود.

و به واقع گفتنی است که، سیاست‌گذاری‌های درازمدت در جهت رفع معضلات بهداشتی و درمانی کشور، آن زمان شمرتمر واقع خواهند شد که کلیه اعضاء تیم بهداشتی و درمانی، از جمله پرستاران را به گونه‌ای در خدمت بیماران قرار دهند که همگی دوشادوش یکدیگر هدف معینی را دنبال کنند، هدفی که در آن بیمار، محور اساسی و به عنوان "انسان" و آن هم "انسان غیرقابل تجزیه" قرار گرفته است.

- 1 . Biomedical Modle
- 2 . Homeostasis

★★★★★

الف) تعیین کارآیی و تأثیر دارو

بر این منظور، به پیشرفت بیمار در جهت نیل به اهداف موردانتظار از دارودرمانی، توجه می‌شود. در این زمینه وضعیت بیمار بعد از مصرف دارو و قبل از آن، با هم مقایسه می‌گردد. در میان گذاردن نتایج ارزشیابی با پزشک، کمک بزرگی در تنظیم نوع و مقدار داروی نوبت بعدی بیمار می‌نماید.

ب) تحت نظر گرفتن بیمار از نظر پیدایش عوارض جانبی دارو

چنانچه بیماری برای اولین بار داروی جدیدی که نیمه‌عمر طولانی داشته و از نظر قدرت و کارآیی در سطح بالایی است، مصرف می‌نماید، بایستی تحت نظارت بیشتری قرار بگیرد. هوشیاری پرستار در تشخیص به موقع واکنش‌های سوء دارویی، از عوارض خطرناک بعدی، جلوگیری می‌کند.

- 1 . Nursing Process
- 2 . Assessment
- 3 . Pro re nata (L) as required whenever necessary
- 4 . Nursing Diagnosis
- 5 . Essential Hypertension
- 6 . Orthostatic Hyper
- 7 . Nursing Intervention
- 8 . Planning
- 9 . 1. Right Patient
2. Right drug
3. Right dose
4. Right route
5. Right time
6. Right technique
7. Right approach
- 10 . Patient Teaching
- 11 . Evaluation

☆☆☆☆☆

گزارشاتی که توسط والدین دانش آموزان دیده و امضاء می‌شد، قید نمودند. این برنامه بسیار مؤثر بود. بچه‌ها اغلب، تنها فرد باسواد در دهکده بودند که این پیام‌ها را به منزل می‌بردند. آنها حتی می‌توانستند بستگان خود را که مبتلا به بیماری روانی بودند، تشخیص دهند و آنان را به کلینیک بهداشتی بیاورند. (مانند داستان واقعی که در شروع این مقاله ذکر شد). بعد از این برنامه میزان پذیرش مراکز خدماتی بهداشت در این روستا افزایش یافت.

بیمارستان‌های روانی، اکثراً نسبت به خانواده و جامعه حالت ایزوله داشته‌اند، حالت و روندی که اینک در کشورهای مدیترانه شرقی تغییر کرده است.

بخش‌های عمومی بیمارستان‌های روانی، در حال حاضر اعضاء خانواده را تشویق به ماندن در کنار بیمار می‌نمایند. این رویکرد در مصر، پاکستان، سودان و بعضی کشورهای دیگر نیز اتفاق افتاده است. در حقیقت وجود بستگان بیمار روانی در بخش‌ها، کمک بزرگی از نقطه نظر مراقبت پرستاری محدود، می‌باشد. به علاوه این بیماران و بستگان‌شان نمونه مناسبی هستند از یک "جامعه درمانی".

از قدرت خانواده در ارائه خدمات بهداشتی به طور کامل استفاده نشده است، در حالی که درگیر نمودن خانواده نه تنها، در مورد بیماری‌های روانی سخت بلکه، در عقب‌افتادگی‌های ذهنی و در مراقبت از افراد مسن نیز حایز اهمیت است.

پیشرفت دیگری که در خاورمیانه صورت گرفته، استفاده از مؤسسات مذهبی در برنامه مراقبت بهداشتی، مخصوصاً در زمینه ترک اعتیاد است. در کشورهای نظیر مصر، ایران، پاکستان، سودان از مبلغین مذهبی و مساجد در این برنامه‌ها استفاده شده است. در سودان همکاری نزدیکی بین افراد حرفه‌ای بهداشت روانی و رهبران مذهبی وجود دارد. در دهکده‌ای نزدیک "وادمانی"، هر هفته یک تیم بهداشت روانی شامل روانپزشک، پزشک عمومی، روانشناس، پرستار و مددکار اجتماعی از مراکز خدماتی دیدن می‌کردند. پس از مشاوره در کلینیک، بعضی از بیماران در پی مداوی مذهبی به خانه شیخ - که رهبر مذهبی شناخته شده آن جامعه بود - می‌رفتند. این نمونه، مثال

مناسبی از هماهنگی و نوآیند این ارتباط دو جانبه بین خدمات پزشکی جدید و مداوای قدیم، می‌باشد.

در کشورهای صنعتی مدیترانه شرقی یک حالت امیدواری تازه و نوآم با خوش بینی نسبت به خدمات اولیه بهداشتی پدیدار گشته است. اگر معتقد باشیم که بیماری‌های روانی علاج پذیرند، آن‌گاه بی‌توجهی و ترس از آنها نیز کاهش می‌یابد؛ که این مساله در کلینیک‌های خدمات اولیه بهداشتی، بدون جدایی از خانواده امکان پذیر است.

در حال حاضر بیشتر کشورها، به دلیل مشاهده اهمیت فاکتورهای روانی - اجتماعی و رفتاری در تکامل انسان و بهداشت، مایل هستند که به بهداشت روانی اولویت بدهند. از اینروست که در برنامه‌های بهداشتی کشورها، چنین شعاری دیده می‌شود:

« بدون بهداشت روانی، بهداشت وجود ندارد. بهداشت روانی به کیفیت زندگی می‌افزاید ».

1. Eastern Mediterranean Region
2. Dr. Tigani EL Mahi
3. Mubbashar
4. Wadmadni

بقیه از صفحه ۷

سیستم لیمبیک و تشدید اثر مواد شبه مخدر درون‌زا، نامیدی را از بین می‌برد. داروهای روان‌افزا و آنتی‌کولیزژیک باعث پرنوشتی می‌شوند (به خاطر خشکی دهان).

فیزیولوژی مسمومیت با آب:

گذشته از علت یا علایم موجود، مکانیسم "مسمومیت با آب" را می‌توان به اختلال در تعادل اسمزی نسبت داد. هرگونه تغییر نسبت آب و دیگر اجزاء خونی، به ویژه سدیم که منجر به کاهش نسبت آب موجود گردد، به وسیله سلول‌های هیپوناتالموس شناسایی می‌شود. سپس این سلول‌ها ADH تولید می‌کنند که وارد جریان خون شده و سبب تغییر در نفوذپذیری سلول‌های لوله جمع‌کننده ادراری می‌شود. که منتهی به بازجذب بیشتر آب و رقیق شدن سرم می‌شود.

در بسیاری از اشکال مخفی هیپوناترمی و هیپواسمولالیته - مگر مواردی که عوارضی نظیر نارسایی احتقانی قلب ایجاد شده باشد - سندرم ترشح نابجا ADH، از نظر کلینیکی تشخیص داده نمی‌شود.

در "سندرم ترشح نابجا ADH"، وزن مخصوص ادرار پایین و اسمولالیته متغیر است، ولی نسبت اسمولالیته ادرار، اغلب بیشتر از سرم است. و دقیقاً عکس آن چیزی است که در سرم رقیق انتظار داریم. در نتیجه کاهش اسمولالیته سرم، مایع از داخل عروق به داخل نسج بینایی و در نتیجه به داخل سلول‌ها شیفست می‌کند. وقتی این شیفست در سلول‌های عصبی اتفاق می‌افتد، ادم مغزی عارض می‌شود که اگر ناگهانی باشد (یعنی سدیم سرم به طور ناگهانی در عرض ۲۴ ساعت به ۱۲۰ میلی‌اکی‌والان در لیتر برسد)، دچار تشنج عمومی می‌شود و در صورت عدم درمان، بیمار به سمت اغماء، فتق مغزی و سرانجام مرگ پیش می‌رود.

1. Vera Brown
2. Amy Carlson
3. Phenytoin - DiLantin
4. Carl Emory
5. [SIADH]
6. Psychogenic Polydipsia

ترشحات به کار می‌رود در صورت استفاده غیر صحیح، می‌تواند تشکیل نسج دانه‌دار را به تأخیر اندازد.

در صورت استنده از گاز، زخم راشل بسته و اجازه ندهید گاز در فواصل پانسمان‌ها خشک گردد.

بهبودی زخم‌های مزمن تمام ضخامت، می‌تواند از شش هفته تا شش ماه به طول بیانجامد. یا هیچ‌گاه بهبود نیابد. اگر مشکل زمینه‌ای بیمار حل نگردد، ممکن است زخم به طور موقت بهبود یافته و دوباره عود کند. بهترین راه تجربی بر اساس مطالعه اخیر، به صورت زیر می‌باشد:

اگر روند معمول درمان زخم، مبین کاهش قطر زخم پس از ۲ تا ۴ هفته نباشد، ارزیابی وضعیت کلی مددجو و دقت نظر در برنامه درمانی جهت یافتن هر عامل به تأخیراندازنده بهبودی، ضروری می‌باشد.

به خاطر داشته باشید، راهنمایی‌های ارائه شده در این بحث شامل سوختگی‌های تمام ضخامت نمی‌شوند، زیرا که وسعت آسیب در سوختگی، نیاز فوری به جراحی و پیوند پوست، برای پیشگیری از عوارض بلندمدت را ایجاد می‌کند.

1. Full Thickness
2. Occlusive
3. Hydro colloid or Poly urethane

ترشحات غیر صحیح