

انواع زخم

زخم‌های وریدی

- ۲ تا ۱ درصد جمعیت را درگیر می‌سازد.
- در سالخورده‌گان و افراد چاق شایع است.
- شایعترین علت زخم اندام‌های تحتانی را تشکیل می‌دهد.
- در سیاهرگ‌های سطحی، عمقی (شایعترین) رخ می‌دهد.



This illustration shows deep and superficial veins of the lower extremities.

Deep leg veins

External iliac vein

Common femoral vein

Profunda femoris vein

Superficial femoral vein

Popliteal vein

Anterior tibial vein

Peroneal vein

Posterior tibial vein

Inferior vena cava

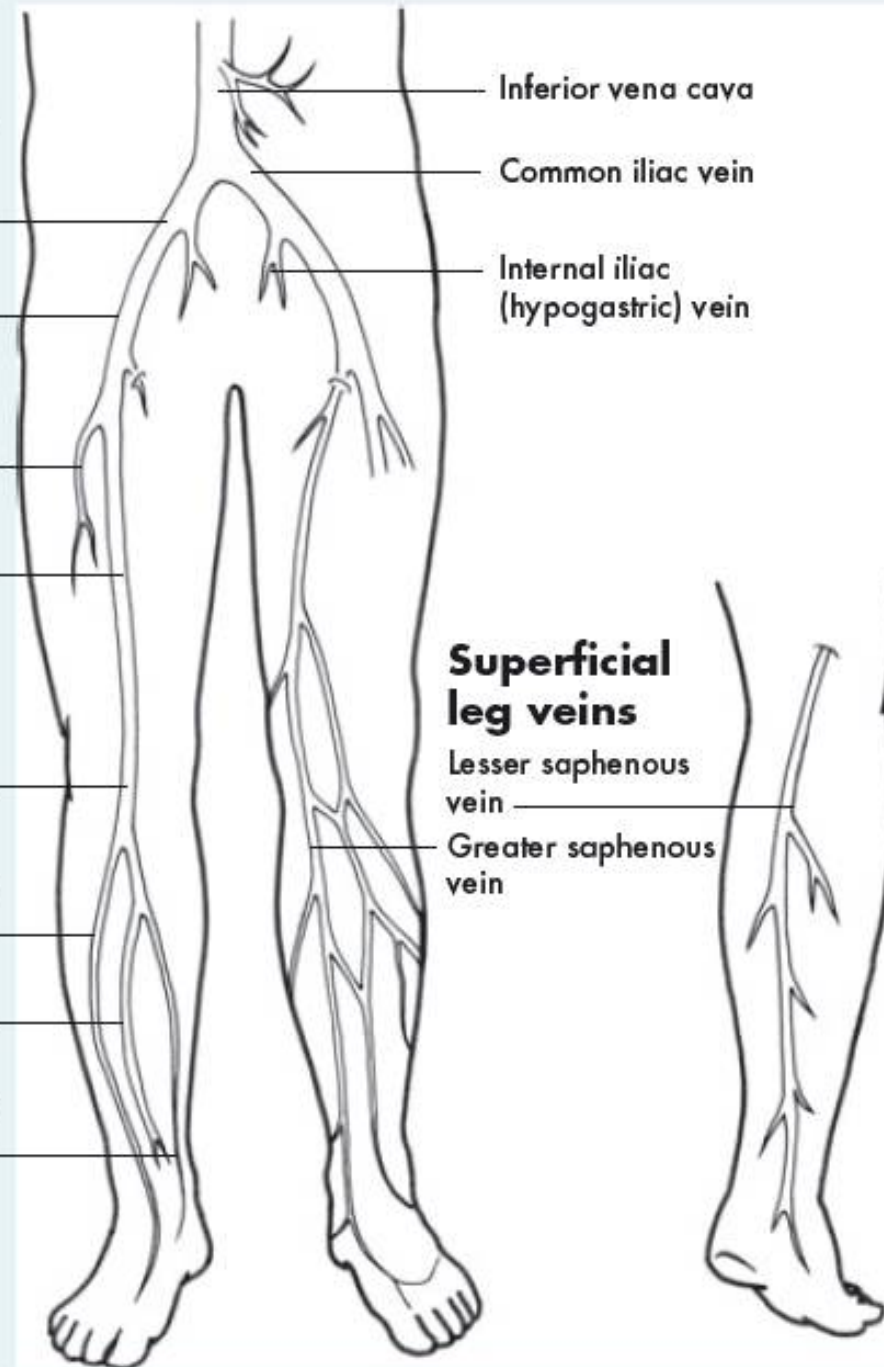
Common iliac vein

Internal iliac (hypogastric) vein

Superficial leg veins

Lesser saphenous vein

Greater saphenous vein



اتیولوژی: علت اصلی ناشناخته است.

■ عواملی که منجر به عملکرد ناصحیح دریچه می‌شوند مانند چاقی، بارداری، ترومبوفلیبیتیس، ضربه به اندام تحتانی مانند شکستگی‌ها و وضعیت‌های ترمبوفیلیک (نقص در پروتئین C و S آنتی ترومبین^۳ (فاکتور لیدن)) هایپر تانسیون وریدی و تخریب مویرگها

■ عواملی که منجر به عملکرد ناصحیح عضلات می‌شوند مانند بی‌حرکی، ایستادن طولانی مدت، سن بالا، اختلالات استخوانی عضلانی و جراحیهای عضلات ساق پا

■ عواملی که ترمیم زخم را به تعویق می‌اندازد مانند دیابت، تنباکو، سوءتغذیه، کاهش وزن بدون برنامه، داروها، کم تحرکی و بیماریهای قلبی، عفونت.



ویژگی ها زخم وریدی:

- ۱- عمدتاً بالای ناحیه مالتوس داخلی
- ۲- لبه زخم شیب دار و نامنظم ، کم عمق
- ۳- زخم مرطوب پوشیده با لایه فیبرینی، وجود لئوپودر ماتو اسکروزیس (پیگمانتاسیون قهوه ای همراه با تحلیل چربی زیر پوست)
- ۴- وجود ادم بخصوص عصر (گوده گذار)
- ۵- معمولاً فاقد درد

درمان: فشار، پانسمان مرطوب

اولین درمان عبارت است از بهبود گردش خون. برای این کار: الویت پاها، پوشیدن جوراب‌های مخصوص واریس. خودداری از ایستادن یا نشستن طولانی. برای تسریع بهبود زخم دبرید مان زخم راه‌های بهبود زخم‌های پوستی (روزانه ۱۰۰۰ میلی گرم ویتامین C ، ویتامین E ، اسید فولیک بهبود دهنده گردش خون و درمان کننده زخم پوستی می‌باشد.)، مصرف زیاد غذاهای پروتئینی

اگر زخم ظرف چند ماه بهبود نیافت: مصرف آنتی بیوتیک، پیوند پوست، عمل جراحی ورید.

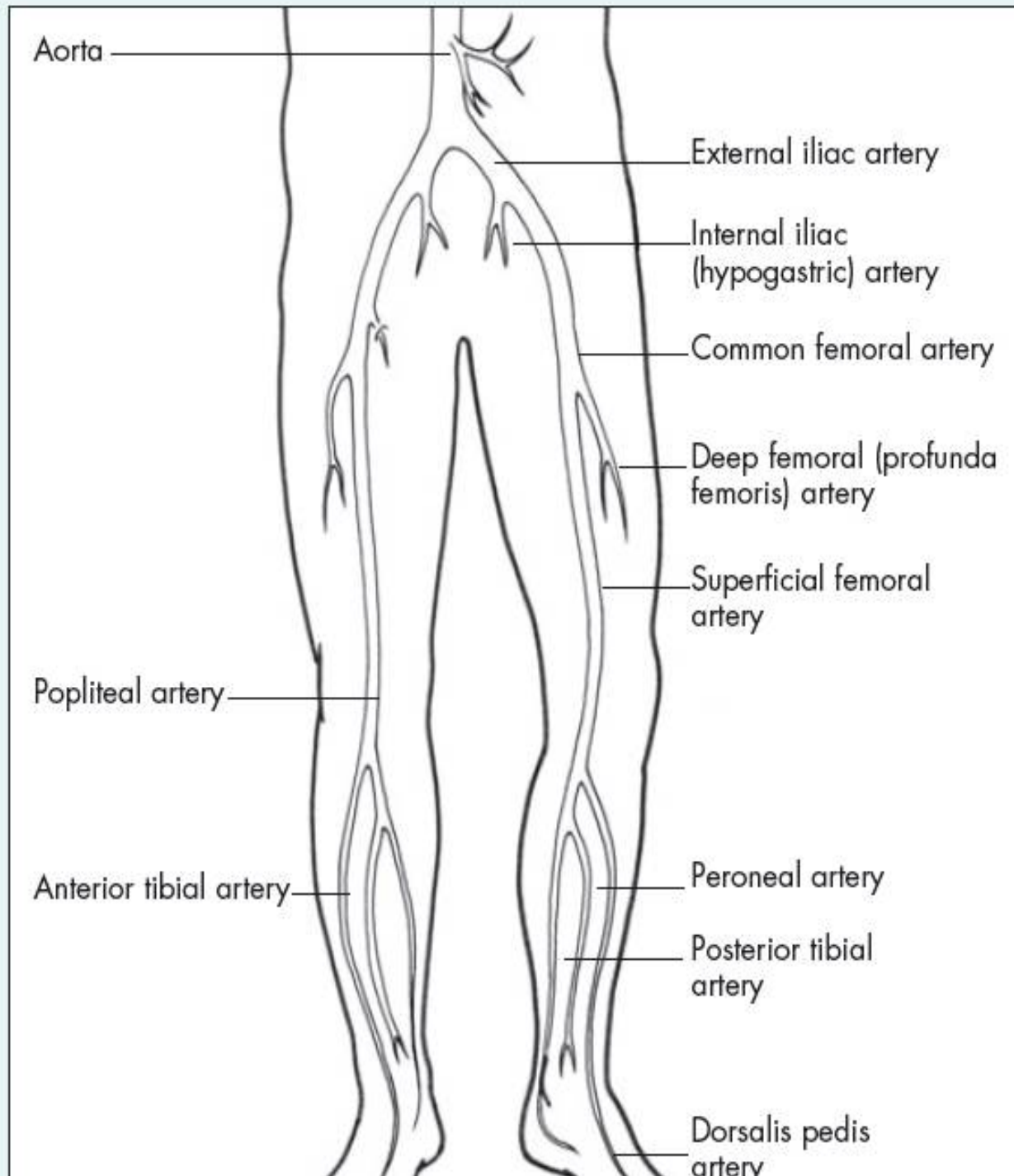
زخمهای شریانی

زخم شریانی (ایسکمیک) به علت کاهش خونرسانی بافت ،
بخصوص اندام تحتانی در اثر آرترواسکروزیس (شایعترین)،
ترومبوز، آمبولی، واسکولیتها، بیماری رینود، آنمی داسی
شکل و ...

بیماران در معرض خطر: سیگار کشیدن، دیابت، اختلالات چربی
خون، فشارخون بالا، میزان بالای هموسیستئین(ناتوانی اسید آمینه
هموسیستئین در تبدیل شدن به سیستئین که یک پروتئین مفید در
بدن است) نارسایی کلیوی، چاقی، بی‌حرکی، استرس

عوامل غیرقابل تغییر: سن بالا، جنس مذکر، یائسگی، سابقه خانوادگی مثبت

This illustration shows the major arteries of the lower extremities.





ویژگی زخم شریانی :

۱. زخم عمدتاً روی انگشتان، پاشنه، کناره های پا، پایین تر از مچ پا ایجاد میشود. در صورت تروما زخم های شریانی را بیشتر در مناطق پروکسیمال پا ایجاد کند که این امر می تواند منجر به تشخیص اشتباه بین زخم های وریدی و شریانی شود.
۲. زخم عمقی همراه با درگیری تاندون و یا عضلات
۳. بستر زخم رنگ پریده، غیر گرانوله و اغلب نکروتیک گاهی گانگرن
۴. پوست اطراف قرمز تیره، معمولاً فاقد ادم
۵. لمس پوست اطراف سرد، بی مو، براق
۶. دردناک (حتی بدون عفونت و در شب و یا استراحت)
۷. لنگیدن متناوب

تست برگر: اگر اندام الویت ۴۵ درجه داده شود برگشت رنگ ۱۵-۱۰ ثانیه طول میکشد.

تست dependent rubot : ۳۰ درجه الویت باعث رنگ پریدگی شده و آویزان کردن پا به رنگ قرمز تیره در می آید که نشانه ایسکمی شدید است.

Ankle Brachial Pressure Index (ABPI) شاخص فشار مچ پا
به بازو) که با سونوی کالر داپلر نسبت فشار خون انتهای پا را به فشار بازویی می سنجند و در بیماران اختلاف کمتر از ۰/۹ است. یعنی فشار مچ پا را به فشار بازو تقسیم میکنند که در صورت مشکل فشارخون مچ پا، عدد بدست آمده کاهش می یابد.

زخم‌های مختلط وریدی پا

این زخم‌ها هم به بیماری وریدی و هم شریانی مرتبط می‌شوند. اکثر بیماران با تشخیص زخم‌های مختلط پا، زخم‌هایی با منشاء وریدی دارند و نارسایی شریانی به مرور زمان ایجاد می‌شود. حدود ۲۰٪ از جمعیت بالای ۶۵ سال و ۵۰٪ جمعیت بالای ۸۰ سال درجات گوناگونی از بیماری‌های شریانی محیطی را تجربه می‌کنند که زخم وریدی را پیچیده‌تر می‌کند.

درمان زخم شریانی پا

- اولین راه موثر افزایش خونرسانی است. (جراحی عروق)
- درمان عفونت، در زخم‌های بسته بافت نکروتیک می‌توانند سدی در برابر باکتریهای خارجی باشند.

بنابراین بافت نکروز باید در موارد زیر برداشته نشود:

- خشک بودن زخم
- غیر عفونی بودن
- احتمال عدم بهبود زخم
- عدم خونرسانی

■ **انتخاب پانسمان مناسب:** زخم‌های شریانی معمولاً دارای حداقل میزان آگزدا و با احتمال عفونت بالا می‌باشند، بنابراین بهترین انتخاب برای این نوع زخم‌ها پانسمان‌های مرطوب با ویژگی آزادسازی **آنتی‌باکتریال‌ها** است و از آنجا که پوست اطراف این نوع زخم‌ها شکننده و حساس است بهتر است از نوع **غیر چسبنده** آن استفاده شود.

اصول مراقبتی برای بیماران با زخم‌های شریانی

۱. **معاینه** روزانه ساقهای پا و پاها توسط فرد، بررسی منظم پا و ناخن توسط متخصص مربوطه (مخصوصا بیماران مبتلا به بیماری شریانی به همراه دیابت ملیتوس و آرتریت روماتوئید توسط متخصص)
۲. استراحت دادن به پا در وضعیت dependant به منظور افزایش جریان خون شریانی به پاها
۳. اجتناب از **ترومای** مکانیکال ، **کفش** مناسب (کفش تنگ ایجاد زخم و کفش گشاد ایجاد تاول میکند)
۴. حفظ **بهداشت** پوست و رطوبت‌دهی مجدد به پوست خشک
۵. ترک یا کاهش **سیگار**
۶. **درمان فشاری** زیر نظر متخصص مربوطه (مخصوصا در اندکس پایین
مج پا به بازو)

تفاوت زخم‌های شریانی و وریدی

مقایسه اولسر وریدی با اولسر شریانی

ویژگی	اولسر وریدی	اولسر شریانی
شیوع	۷۰ تا ۹۰ درصد زخم‌های اعضای تحتانی	۵ تا ۲۰ درصد تمام زخم‌های اعضای تحتانی
روند ایجاد	به آهستگی ایجاد میشود	به سرعت ایجاد میشود
سابقه پزشکی	DVT، قلبیت، واریس وریدی	بیماری عروق محیطی، بیماری ایسکمیک قلبی
درد	کرامپ، درد خفیف (در افراد متفاوت است)	لنگش متناوب، درد زیاد، حتی در شب
نبض	وجود دارد	ضعیف یا وجود ندارد
پوست اطراف زخم	هایپرپیگمانتاسیون (قرمز یا آبی، قهوه ای)، واریسی، گرم، آگزما	خشک و براق، سرد، آبی در حین استراحت، سفید در صورت الویت، بدون مو
عمق زخم	سطحی، حاشیه کم عمق، بافت عمیق درگیر نیست	عمقی همراه با درگیری تاندون و یا عضلات
ادم	ادم وجود دارد و در روز تشدید میشود	ادم در صورتی وجود دارد که بیمار بی حرکت باشد
محل زخم	قوزک داخلی یا روی پا	روی انگشتان، پاشنه، کناره های پا، پایین تر از مچ پا
ABPI	بیش از ۱/۹	کمتر از ۱/۹

زخم لنفاوی:

رگهای لنفاوی مسئول برداشت پروتئین، چربی، سلولها و مایعات اضافی بافتهاست.

- علت زخم لنفاوی:

به علت عدم بازگشت مایع لنفی به گردش خون ناشی از لنفودما صدمه به منطقه مبتلا به لنف ادما ناشی از زخم لنفاتیک

- عوامل مستعد کننده زخم:

- فشار روی مویرگها (سفت و فیبروتیک شدن بافت ناحیه)
- رطوبت و خیس خوردگی پوست ناشی از چین خوردگی به علت تورم شدید.

- تروما به سطح پوست ناحیه مبتلا

- ویژگیها:

- زخم کم عمق، مترشح و مرطوب و گاهی تاول.

- ادم غیر گوده گذار

- پوست اطراف سفت فیبروتیک و ضخیم





سوختگی

سوختگی

ضایعاتی که در اثر حرارت ، مواد شیمیایی ، جریان برق ، مواد رادیو اکتیو در بافت های مختلف ایجاد می شود .

سوختگیها را می توان بر اساس عامل ایجاد کننده آن طبقه بندی کرد

- شیمیایی
- الکتریکی
- حرارتی
- نورانی
- تشعشعی (اتمی)

سوختگی با گرما:

-در سوختگی با آتش نکته مهم سوختگی مسیر تنفسی و مسمومیت با منو اکسید کربن باید مورد توجه قرار گیرد.

-در این موارد آسیب های بافتی به سرعت روی می دهد. سریعترین کاری که در این موارد باید انجام داد کاهش درجه حرارت است. سرد کردن ممکن است شدت ضایعه را بسیار کم کند و به سرعت سبب کاهش درد می شود. نکته مورد توجه این است که در سوختگی با قییر ، هرگز قییر را بر ندارید و فقط محل سوختگی را بلافاصله با آب سرد خنک کنید.

-**سوختگی ناشی از الکتریسیته** : در این نوع سوختگی اگر چه ممکن است اثر سوختگی بر روی پوست به صورت یک ناحیه کوچک باشد ولی آسیب وارد بر بافت های زیر پوست می تواند بسیار وسیع باشد

- کم ولتاژ ، با ولتاژ بالا و تشعشع همیشه دو نقطه سوختگی وجود دارد. نقطه ورود جریان برق به بدن و نقطه خروج برق از بدن به زمین

برق در مسیر اعصاب و عروق حرکت میکند. شدت سوختگی به شدت جریان (آمپر) برق بستگی دارد. به ولتاژ خیلی مرتبط نیست
باید نوار قلب گرفته شود حتی در صورت طبیعی بودن ، باز هم باید به منظور مونیتورینگ قلبی ۲۴ ساعت بیمار تحت نظر باشد.

درجه بندی سوختگی:

درجه I: سوختگی لایه اپیدرم درد، قرمزی، ادم موضعی

درجه II :

- سطحی: اپیدرم و قسمت بالایی درم. تاول، درد

- عمقی: اپیدرم و قسمت عمده درم

- ادم، رنگ زخم سفید - مومی، فولیکول سالم

- درد ندارد یا بسیار کم.

درجه III : اپیدرم، درم و لایه های زیرین

- درد ندارد، زخم خشک، به رنگ سفید، قهوه ای یا سیاه

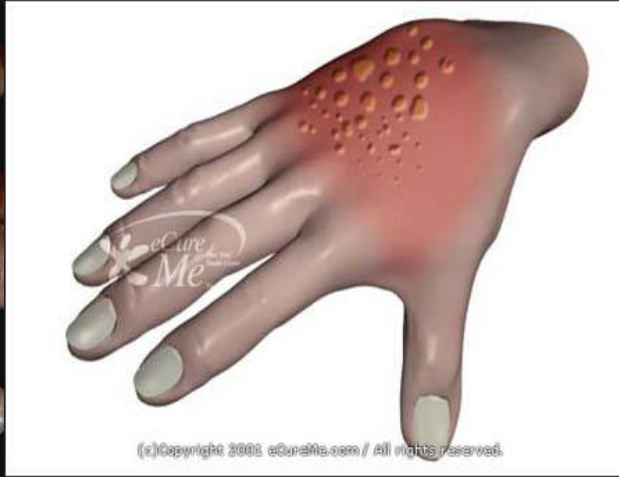
درجه V : علاوه بر لایه های پوست، لایه ریز جلدی و ساختمانهای عمقی

مانند عضلات و استخوانها هم سوخته است. در اثر سوختگی های

الکتریکی، تماسی و سوختگی در افراد بیهوش شایع است



درجه II عمقی



درجه II سطحی



درجه I :



درجه V



درجه III



Head = 9%
(front and back)

Back = 18%

Chest = 18%

Right arm = 9%

Left arm = 9%

Perineum = 1%

Right leg = 18%

Left leg = 18%

Adult

Head = 18%
(front and back)

Back = 18%

Chest = 18%

Right arm = 9%

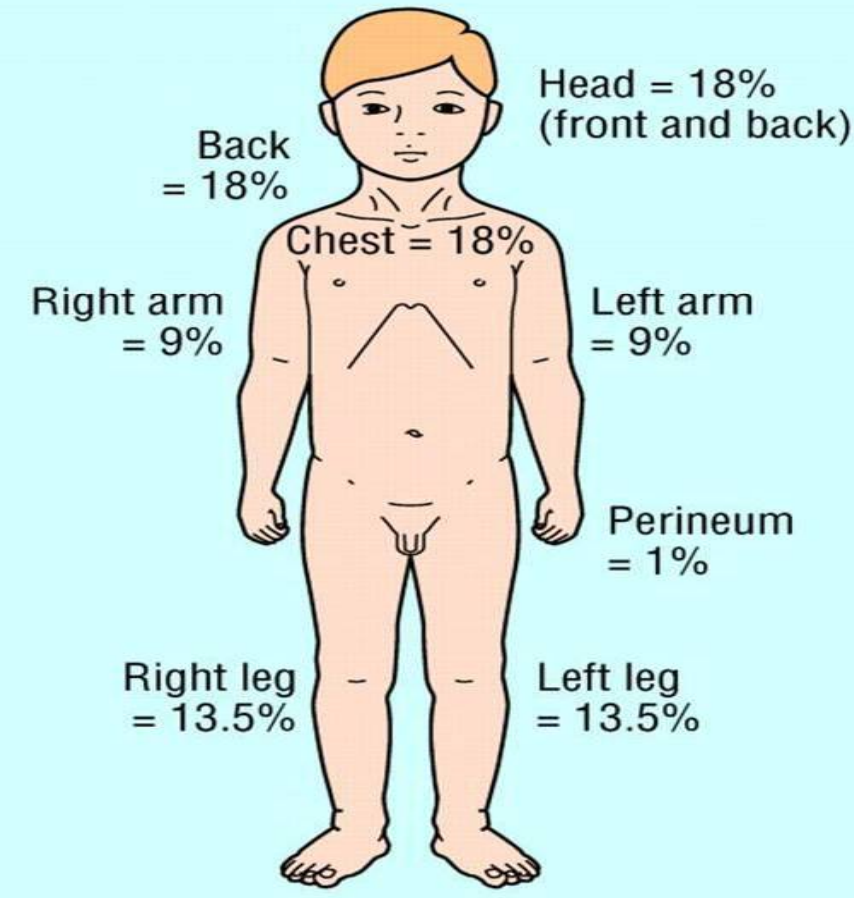
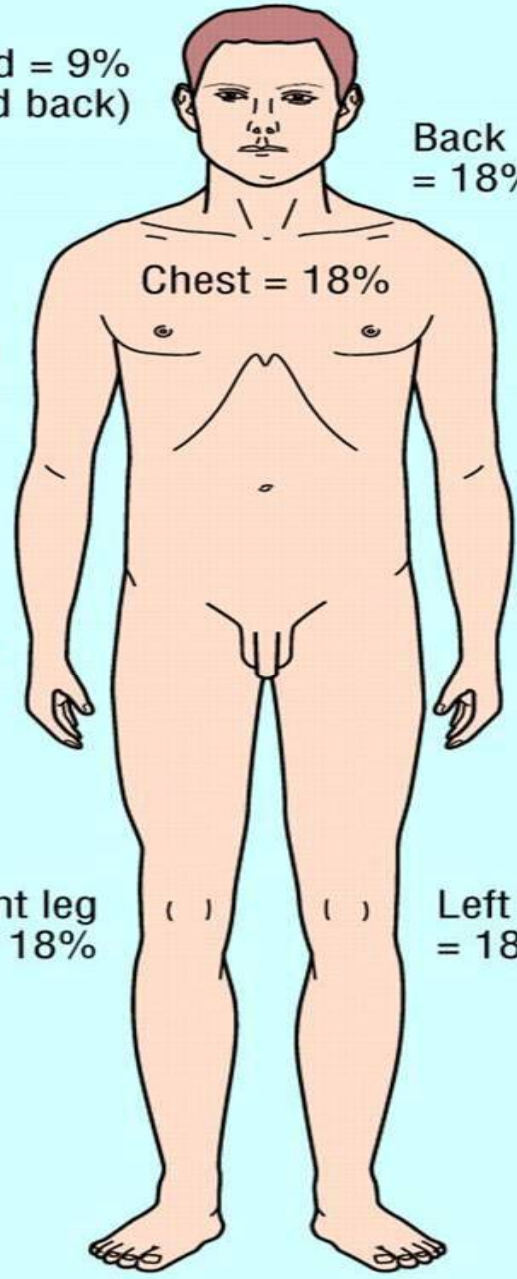
Left arm = 9%

Perineum = 1%

Right leg = 13.5%

Left leg = 13.5%

Child



سوختگی با مواد شیمیایی: در اینجا مهمترین کار این است که فوراً محل سوخته را زیر شیر آب بگیرید.

-اسید:

نکروز انعقادی و دناتوره شدن پروتئین
دردناکند

سوختگی با مواد اسیدی سطحی تر ولی وسعت زیاد است.

-قلیاء:

نکروز میعانی، عمیق

- درد تأخیری

- سوختگی با مواد قلیایی عمیق تر ولی وسعت کمتر است.

-سوختگی با مواد قلیایی از اسیدها خطرناکتر است چون در پوست بیشتر نفوذ می‌کند و مدت طولانی تری فعال باقی می‌مانند.

-سوختگی با پرتو تابی: آفتاب سوختگی، نور درمانی، پرتو درمانی

-سوختگی با سموم : خود سم سلولهای پوست را از بین میبرد.



(c) University Erlangen,
Department of Dermatology
Phone: (+49) 9131-85-2727



سایر زخمها

علل کمتر شایع زخم:

۱ - **بدخیمی:** ۱۰ - ۶ درصد بیماران سرطانی رشد سریع همراه با تهاجم، ایجاد سینوس یا فستیول
ویژگی:

بوی بد: به علت رشد باکتری های هوازی و بی هوازی در بافت نکروزه زخم
خونریزی: زخم شکننده و اختلال انعقادی
اگزودا: به علت نشت فیبرینوژن، کولونئیدها و فعالیت آنزیمهای باکتریها
خارش: به علت کشیدگی پوست و تحریک اعصاب محیطی
درد: فشار تومورها روی اعصاب

۲- بیماری های التهابی:

پیودرما گانگرونوزوم، بیماری برگر، کلسی پلکسیس، اپیدرمولیزبولوس

۳ - **داروها:** هیدروکسی کارما باید که در درمان بیماری میلوپرولیفراتیو باعث زخم دردناک روی مالتوس میانی میشود.

زخم فشاری:

- زخم ناشی از فشار و فشردگی طولانی مدت بافت نرم بین برجستگی استخوانی و سطوح خارجی

عوامل مهم ایجاد کننده:

کاهش حرکت

کاهش وضعیت تغذیه ای

سن بالا

اثرات انمی سلامت عمومی (بیماری مزمن)، کاهش سطح هوشیاری، نقص حسی یا نورولوژیک

بی اختیاری ادرار و مدفوع

رطوبت یا خشکی پوست

جریان خون ناکافی و افت فشار خون

جراحی

چاقی

عفونت

وضعیت روانی

زخم دیابتیک:

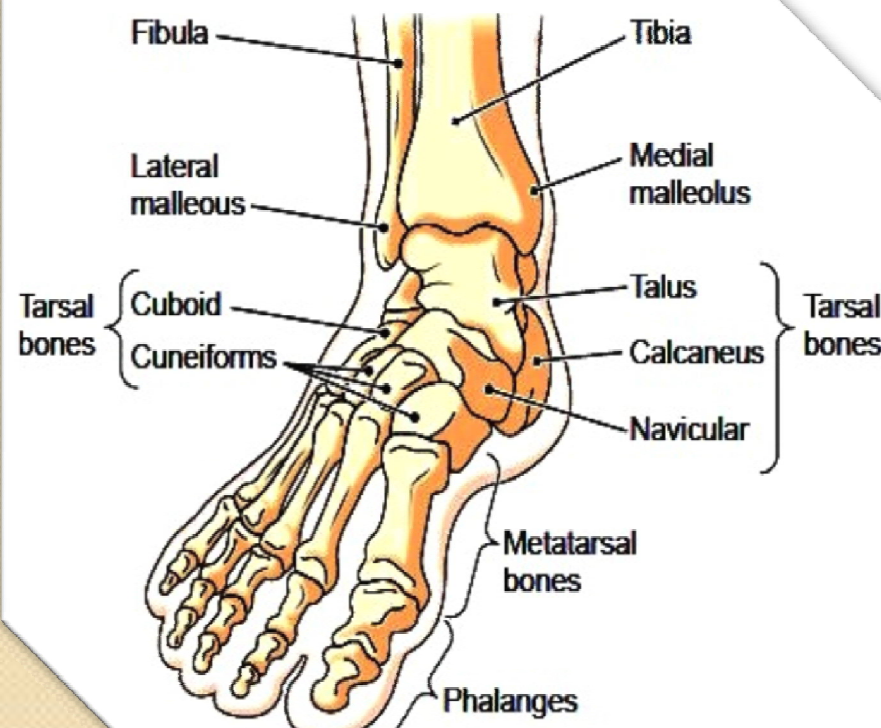
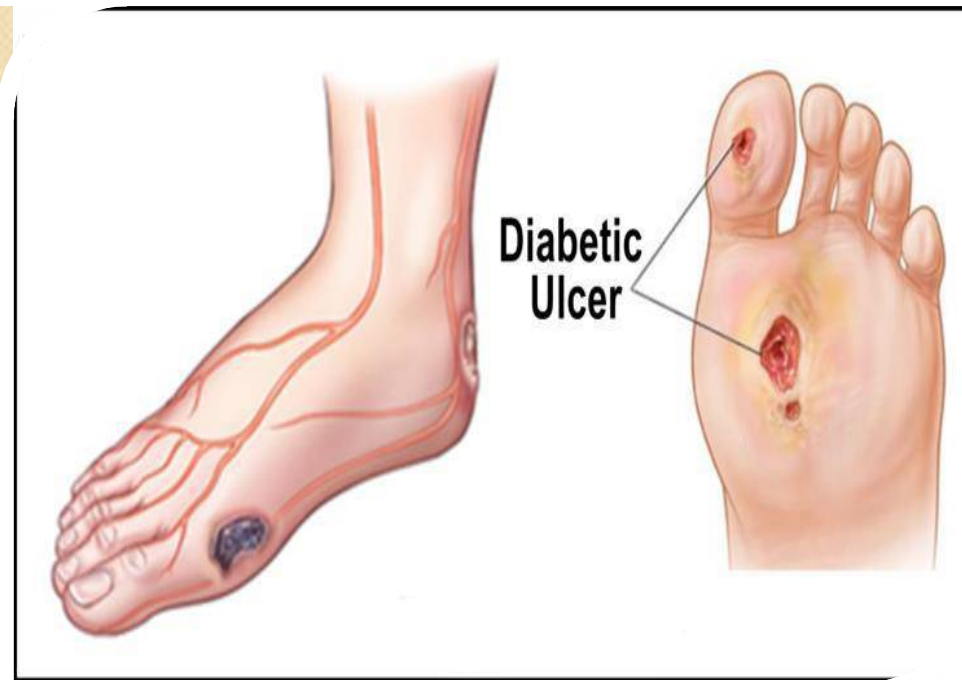
-خطر وقوع زخم پا در مبتلایان به دیابت ۲۰٪ است
-علت ۵۰٪ آمپوتاسیونهای غیر تروماتیک اندام تحتانی زخم پای دیابتیک است.

-خطر آمپوتاسیون اندام تحتانی در افراد دیابتیک ۴۶ - ۱۵ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتیک است

۸۰٪ افراد مبتلا به زخم پای دیابتیک، نوروپاتی(حسی و حرکتی) دارند و ۲۰٪ در نتیجه ایسکمی نوروپاتی:

حسی: شایعترین، باعث تغییر شکل ساختمانی زخم پا است.
حرکتی: باعث افزایش قوس کف پا و انگشت شست که منجر به خطر صدمه و زخم پا میشود.

خودکار: اختلال در خون رسانی، خشکی و ترک خوردن پوست



زخم نوروپاتیک پا

معمولا کف، زیر سر متاتارس ها یا در کف پا زیر انگشتان ایجاد میشود و وجود پینه به علت ترومای مکرر دیده میشود.

زخم ایسکمیک پا

اغلب **حاشیه پا** بخصوص سطح میانی اولین مفصل متاتارسوفالانژیال و روی ناحیه طرفی پنجمین مفصل متاتارسوفالانژیال دیده میشود.

اولین نشانه: در پای نوروپاتیک قرمزی و در پای ایسکمیک تاول است.

روشهای طبقه بندی زخم دیابتیک:

روش واگنر-مگیت: براساس عمق زخم به ۶ درجه طبقه بندی شده است.

درجه ۰: پوست سالم، زخم ترمیم شده و وجود **دفورمیتی** استخوان

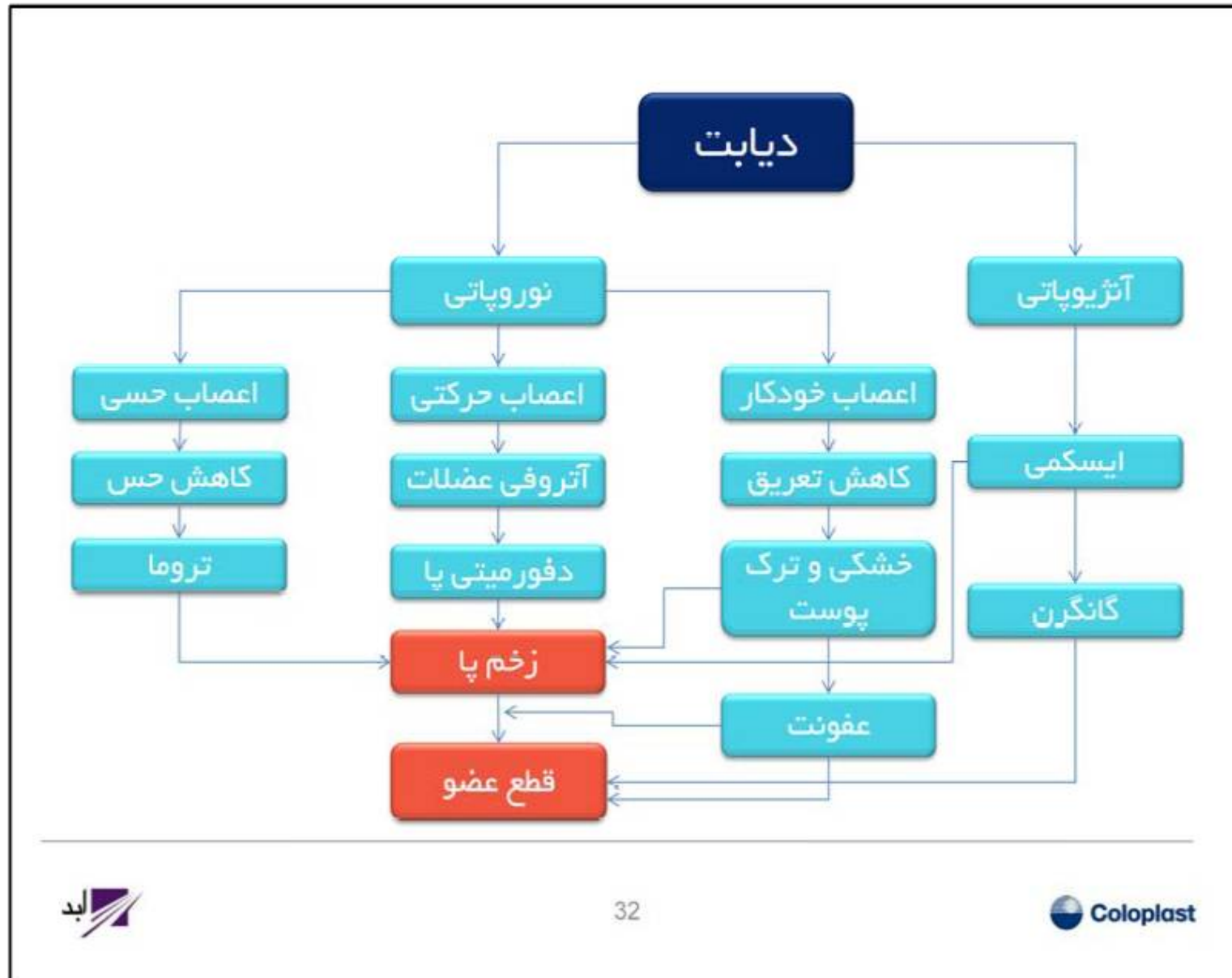
درجه ۱: **زخم سطحی**

درجه ۲: **زخم عمیق** همراه با درگیری ارگانهای زیرین

درجه ۳: زخم عمیق همراه با **آبسه یا استئومیلیت**

درجه ۴: **گانگرن جلوی پا**

درجه ۵: **گانگرن تمام پا** که نیاز به **آمپوتاسیون** دارد.



مقایسه زخم های دیابتیک و ایسکمیک

ویژگی	زخم دیابتیک	زخم ایسکمیک
دفورمیتی پا	انگشتان چنگکی، پای شارکو، قوس زیاد	وجود ندارد، فقدان انگشتان در اثر امپوتاسیون
نبض	نبض جهنده، ورید برجسته و متسع	ممکن است وجود نداشته باشد
دمای پوست	گرم	سرد
حس	فقدان یا کاهش حس	نرمال یا افزایش یافته
درد، شکل	بدون درد، دایره ، با پینه	دردناک، نکروز یا اسلاف، حاشیه قرمز
رفلکس مچ پا	معمولا فقدان یا کاهش حس	معمولا وجود دارد
رنگ پوست	نرمال یا قرمز	نرمال یا قرمز، قرمز در آویزان، سفید در الویت
وضعیت پوست	خشک و ترک خورده	نازک، شکننده، تاول، ناخنهای غیر طبیعی
محل زخم	کف پا	کناره های پا
کالوس(پینه)	در نقاط فشاری و عموما ضخیم	معمولا دیده نمیشود



از توجّهتان متشکرم

www.Por.Ir