

اصول درمان سوختگی‌ها

* دکتر عزت الله حضرتی

مجله علمی نظام پزشکی

شماره ۱، صفحه ۳۲، ۱۳۴۸

واژگون شدن چراغهای خوراک پزی یا کتری آب جوش و برگشتن ظرف غذای داغ یا سماور جوشان پیدا می‌شود.^۱ در سال ۱۳۴۷ بین ۴۸۴ بیمار با سوختگی شدید که به مرکز جراحی پلاستیک ارتش در تهران مراجعه نموده‌اند تعداد ۱۲۴ نفر اطفال یک تادوازده سال بوده‌اند. در درمان سوختگی‌ها یک نکته است که بعقیده اینجانب بایستی روی آن خیلی تکیه کرد: سوختگی یک جراحت تروماتیک است که با کلیه خدمات و جراحات و امراض دیگر فرق فوق العاده دارد. در اینجا دارو و جراحی بخصوصی وجود ندارد و اینجانب عقیده دارد که درمان سوختگی‌ها را بایستی به طبیعت واگذار نمود و وظیفه ماینست که از اثر سایر عناصر خارجی که سبب توقف این سیر طبیعی درمانی شوند جلوگیری کنیم مثلاً نگذاریم محل سوخته با پر بدهای مجدد یا فشار بدین یا پاسماهی‌ای متعدد بی‌مورد نختم شود و همچنین از ورود میکروب و ایجاد عفونت جلوگیری بعمل آید و همچنین درمواردی که این سیر طبیعی درمانی بدن کافی نباشد مثلاً درمورد عدم تعادل الکتروولیتی مایعات و املاح بدن و کم خونی این مواد به بیمار داده شود و در مورد سوختگی‌های درجه سوم که از شنج اپی تلیال چیزی برای رشد و پوشش باقی نمانده باشد و بایستی پیوند پوستی شود به این سیر طبیعی کمک می‌کنیم.

کمک طبیعی بدن از لحاظ الکتروولیت‌ها: در هر حادثه تروماتیک مثل ایجاد سوختگی‌های وسیع - شکستگی استخوانها - از دست دادن خون زیاد وغیره پدیده‌ای بعنوان دفاع بدن ایجاد می‌شود که آنرا Stress Reaction گویند و بشرح زیر عمل می‌نماید.
۱- در اثر حادثه قسمت مرکزی غده فوق‌کلیوی ترشح آدرنالین

سوختگی یک جراحت تروماتیک است که بواسیله اثر حرارت شدید روی پوشش حفاظتی بدن یعنی پوست ایجاد و سبب صدمه یا تخریب کامل پوست ونسوچ زیر آن و عدم تعادل عروقی وبالآخره ناراحتی شدید یا خفیف مزاحی بیمار می‌شود.

سوختگی شدید یک فوریت جراحی است که ممکن است بیمار را در بدو تولید جراحت و یا بعداً در موقع ایجاد شوک و توکسیم و یا عفونت شدید از بین ببرد.

مرگ و میر بیماران سوخته در اثر حریق یا انفجار وغیره آنلور که باید و شاید مورد نظر قرار نگرفته و بهمین دلیل اقدام مجدانه‌ای برای جلوگیری این بلیه‌ملی و اجتماعی اتخاذ نشده است. فعالیت‌های تعلیماتی در بعضی کشورهای متقدم بطور قطعی از میزان تلفات بواسیله سوختگی کاسته است.

تعلیماتی که بواسیله سازمان دفاع غیر نظامی ایران داده می‌شود کمک بزرگی برای جلوگیری از آتش سوزیها و اطلاعات مهمی درباره مواظبت‌های اولیه سوختگان است - معذلک اقدامات وسیعتری در کشورها بایستی در زمینه دادن اطلاعات زیادتری به مردم و کمک دهنده‌گان نخستین بعمل آید که چه کارهایی را بایستی درباره سوختگان بگذرانند و چه کارهایی را انجام دهند و کلیه کارمندان بیمارستانها اعم از جراح و پزشک و پرستار بایستی از آخرین اطلاعات در زمینه معالجه سوخته‌ها باخبر باشند و بیمارستانها بایستی به بخش‌های درمان سوختگی مجهز بوده باشند که در موقع مصیبت‌های زمان جنگ وصلح کمک‌های ارزنده‌ای انجام دهند. در اثر حادثه ایران سوختگی بیشتر درین افراد خانواده افسران و درجه داران مخصوصاً اطفال درجه داران است و معمولاً بواسطه

* بخش جراحی پلاستیک ارتش - تهران.

دکتر عزت‌الله حضرتی : اصول درمان سوختگی‌ها

مجله علمی نظام پزشکی

های چرب پوشانیده با گاز و گاز پنبه و بانداستریل می‌بندیم و روی همه آنها را از پارچه استریل پوشانیده با سنجاق قفلی می‌بندیم - متداخلاج باز را هیچوقت بکار نمی‌بریم زیرا آب وهوای کشور ایران فوق العاده خشک است و کروت‌های ضخیم بسرعت روی نرم تشکیل می‌شود که زیر آنها محل بسیار خوبی برای رشد و نمو میکری و تولید چرک است. فاصله پانسمانهای اولیه ۵ الی ۲ روز است و با همان یک پانسمان در حدود ۹۰ الی ۱۰۰ سوختگی‌های درجه اول و دوم بهبودی می‌یابند. پانسمانهای متعدد باعث ناراحتی بیمار و ضربه و ضغطه محل سوخته و از بین رفتن و کندگی نسوج اپی تلیال تازه و همچنین باعث عفونت و آسودگی مکرر می‌شود .

در سوختگی‌های درجه سوم بمحض مشخص شدن سطح و عمق سوختگی و اجرای عمل در بیماران نسوج مرده پیوند پوست بکار می‌بریم - باید دقیق کرد که ابتدا منطقه لخت اطراف مفصل‌ها و مناطق متخرک مثل زیر بغل و گردن و غیره پوست گذاری شود. خلاصه و نتیجه : سوختگی، درمان جراحی و طبی ویژه‌ای ندارد و بایستی درمان آنرا به طبیعت واگذار نمود و وظیفه ماجلو گیری از دخالت علل خارجی دیگر مثل ضربه‌های ثانوی (عمل نداشتن تخت استرایکر و پانسمانهای متعدد) و یا عفونت در این سیر طبیعی است . همچنین در مرور سوختگی‌های وسیع و عمیق که بدن قادر به ترمیم طبیعی خود نمی‌باشد باید به آن کمک کنیم مثل در مرور عدم تعادل الکترولیتی شدید بدن و یا بدون پوست ماندن نسج در مرور سوختگی‌های درجه سوم باید پیوند پوستی گذارده شود .

می‌نماید که در جریان خون وارد باعث رنگ پریدگی آنی مصدوم شده و ضمناً غده هیپوفیز را تحریک مینماید و باعث ترشح A.C.T.H. می‌شود که این ماده بنویه خود قسمت محیطی غده فوق کلبوی را تحریک و استرئوئیدهای متعددی از آن ترشح و وارد خون می‌شود. بعضی از این مواد باعث احتباس آب و نمک در بدن شده و بالطبع حجم خون را بالا می‌برد و بعضی دیگر باعث خردشدن ملکولهای پروتئین در بدن شده و آنرا تبدیل به گلوکز می‌نماید و از این راه انرژی به بدن می‌رسد ولی در مورد سوختگی‌های شدید این عکس العمل طبیعی بدن کافی برای زنده نگهداشتن بیمار نبوده و باعستی به بیمار مایعات والکترولیت و گلوکز اضافی رسانید و همچنین تجویز پلاسمای تازه و پروتئین هیدرولیزه بسیار مفید است. در ۲۴ ساعت اولیه خون به بیمار نمی‌دهیم ولی از آن پی بعد از خون‌جز و بر نامه است و در موارد استفراغ‌های شدید محلول بیکر بذاته از راه خوراکی یا تزریق داخل وریدی تجویز می‌شود و آذتی بیوتیک و ویتامین‌ها بر حسب احتیاج اضافه می‌گردد. پانسمان: بعد از انجام کمک‌های اولیه و نجات بیمار از شوک و مرگ بیمار را بوسیله تخت روان بساط اپانسمان می‌بریم و مثل اینکه عمل جراحی تمیزی بخواهیم انجام دهیم باعستی جراح و دستیارش ماسک به دهان بگذارند و دستکش استریل بپوشند لباس‌های اباقیچی بپوشند و جدایی کنیم که محل‌های سوخته آسودگی بیشتری پیدا نکند اطراف محل‌های سوخته را با Phiso-hex می‌شوئیم ولی در روی محل‌های سوخته هیچ داروئی مالیه نمی‌شود و طاوله‌ها را هم دست نمیز نیم آنوقت محل‌های سوخته را با گاز آغشته به فور اسین یامش-