اصـول درمـان سوختگـی شدیـد

مجله نظام پزشکی
سال هفتم ، شماره ۵ ، صفحه ۳۰۷ ، ۱۳۵۹

دکتر محمد حسن پارسا ـ دکتر فاطمه جهانمیری ـ دکتر حسن متقیان*

مقدمه :

دربین بیمارانی کـه دربخش سوختگی بیمـارستان سعدی شیراز بستری میشوند، علل‌سوختگی بترتیب شیوع عبارت ازشعله دراثر آتش یا انفجار ، آب داغ ، جریان برق ، بخـار داغ و مواد شیمیائی‌میباشد. سوختگی،سالخوردگان‌و کودکان‌وهر کس‌دیگری راکه دچار ضعف قوای بدنی ونیروی دفاعی باشد بیشتر، تهدید میکند. مرگ ناشی از سوختگی درکهولت ازسوختگی مشابه در سنین دیگر بیشتر دیده میشود. درمدت چهارسال گذشته درواحد بزرگسالان این بیمارستان، ۲۷۵ بیمار و دربخش کودکان ۱۶۶ بیمار مبتلا به سوختگی درمـان شده‌اند. ازاین تعداد ۳۴ بیمار بالاتر از ۵۰ سال داشته‌اند . همچنین آمار درمانگاه سوختگی این‌بیمارستان نشان‌میدهدکه بین تمام سوختگی‌ها ، کمتراز ۱۰٪ آنرا اطفال و۱۵٪ یا بیشتررا بزرگسالان تشکیل میدهد. عده‌ای ازآنهابه‌پیوندپوست احتیاج دارندکه پس‌ازآمادگی‌زخم یا بطور سرپائی عمل میشوند و یـا دربیمارستان بستری میگردند . عده زیادی ازبیماران‌سوخته‌قبلی که باناهنجاریهای‌حاصل ازسوختگی مراجعه میکنند، اعمال جراحی ترمیمی‌انجام میگیرد واین‌اعمال بیشترعبارت ازآزادکردن‌مفاصل بعلت‌اسکاروبرداشتن اسکارهای برجسته میباشد .

دراین‌مقاله روشی‌راکه دردرمان‌این‌بیماران‌بکاربرده‌شده ونتایج حاصله ازآن شرح داده میشود.

روش درمان:

اقدامات اولیه‌ای کـه هنگام پذیرش بیماران با سوختگی شدید انجام میگیرد به ترتیب اهمیت عبارتند از:

۱ـ توجـه به نفس‌کشیدن بیمار و رفع موانع تنفسی و همچنین کمکهای لازم برای تعویض گازهای تنفسی درحد طبیعی.

۲ـ رساندن آب و الکترولیت‌هـای لازم به بدن از راه تزریق وریدی با سرعت مناسب

۳ـ ازبین بردن درد بوسیله‌کمپرس آب سرد درمورد سوختگی تازه وسطحی‌محدود وداروهای ضددرد عمومی‌وبی‌حسی منطقه‌ای.

۴ـ توجه زخم بوسیله شستشو و برداشتن اجسام خارجی ونسوج سطحی مرده‌که بآسانی‌کنده میشوند و پانسمان.

۵ـ اندازه‌گیری حجم ادرار درهرساعت درصورت لزوم.

۶ـ تخلیه و شستشوی معده با آب معمولی ازطریق لوله معده.

۷ـ پیشگیری از ابتلاء به‌کزاز بوسیله تزریق سرم ویا واکسن و یا هردو اینهـا همچنین تزریق پنی‌سیلین با مقادیر زیاد . بعد از عفونت ، ضایعـات مجـاری تنفسی بـزرگترین علت مـرگ این بیماران است. ضایعات مجاری‌تنفسی بیشتر بعلت دوده ومواد شیمیائی مثل قیر ، خـاکستر وگازهای سمی مانند اکسیدکربن است (۵ ، ۶). با این وجود راههای تنفسی فوقانی از منفذ بینی تا نای ممکن‌است دراثر حرارت آسیب‌ببینند. بدین‌جهت تشخیص ضایعات تنفسی منوط به‌سابقه بیمار حاکی ازاستنشاق دود ، شعله

دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

در فضای بسته ، مجاورت با دود و شعله، وجود التهاب وقرمزی درمخاط بینی، حلق‌وحنجره میباشد. مثبت بودن این‌شواهدمستلزم اقدام فوری در درمان سوختگی‌دستگاه تنفسی بطریق زیراست. شستشوی مجاری تنفسی با محلول استریل رینگر لاکتات گرم (۳۷ درجه) بمقدار نیم تایك لیتر بمدت یك تا دو ساعت وتزریق حداکثر ۱۰ سانتی‌متر مکعب درهردفعه و بیرون آوردن این مایعات بوسیله سرفه بیمار یادستگاه مکنده انجام میگیرد. عمل شستشو ازطریق‌لوله برنکوسکوپ یا بوسیله لوله‌پلاستیکی نرمی که از راه بینی داخل نای گذاشته شده ویا ازطریق لوله کوچکی که ازفضای‌غشاء انگشتری ـ درقی (کریکوتیروئید) بداخل‌نای وارد شده انجام میشود. درهرحال بهتراست فواصل‌تزریق مایع و مکیدن آن بخارج وفواصل بین دوتزریق هرچه ممکن است طولانی‌تر باشد و در این فواصل اکسیژن زیاد به بیمار داده شود . پس از شستشو ۶ تا۸ میلی‌گرم دگزامتازون یا معادل آن ازاستروئیدهای دیگر درداخل نای‌تزریق شده سپس لوله برنکو-سکوپ یا لوله پلاستیکی ازداخل‌نای بیرون‌آورده شود . هوای اطاق چنین بیمارانی بوسیله دستگاه مرطوب کننده بحد اشباع مرطوب نگه داشته میشود تا در رقیق شدن و بیرون آمدن خلط به‌آنها کمك شود. چنانچه چنین‌دستگاهی وجودنداشته باشدبخار حاصل ازجوشاندن‌یك‌ظرف‌آب بطوردائم دراطاق‌بیمار به‌مرطوب کردن هوا ورقیق‌کردن اخلاط کمك میکند. مجاری تنفسی این بیماران را میتوان با گذاردن یك لوله پلاستیکی کوتاه و نازك آنجیوکت‌ازطریق‌غشاء انگشتری‌ـدرقی (اگر این‌ناحیه‌نسوخته باشد) و تزریق ۵ـ۱۰ سانتیمتر مکعب محلول رینگر لاکتات گرم شده درهرساعت مرطوب وخلط آنهارا سیال نگه داشت‌که با سرفه بیمار خلط بتواند خارج‌شود. این تزریق باعث تحریك سرفه‌هم میشود. درصورتیکه بیمار نتواند سرفه کندباید ازروشهای تحریکی برای ایجاد سرفه استفاده نمود ویا اخلاط را بوسیله دستگاه مکنده بیرون آورد. دربیمارانیکه ضایعات مجاری‌تنفسی دارند ، تجویز آنتی‌بیوتیك با طیف وسیع بمقدار زیاد در مدت ۵ روز تا دو هفته ممکن است ازبروز عفونتهای دستگاه تنفسی جلوگیری‌کند. فیزیوتراپی قفسه‌سینه ، دادن‌اکسیژن‌بوسیله‌لوله بینی یاماسك و درصورت‌لزوم ، تنفس مصنوعی ازراه لوله داخل نای باماشینهای تنفسی‌ممکن‌است ازبروزنارسائی‌تنفسی‌جلوگیری کند. حتی‌المقدور از بازکردن نای بخارج (تراکئوستومی) در بیماران سوخته باید خودداری‌کرد مخصوصاً وقتیکه جلوگردن یا نواحی نزدیك به آن سوخته باشد. درصورتیکه اخلاط بیمار آنقدر فراوان باشد که نتوان آنرا با دستگاه مکنده یا ازطریق لوله داخل نای خارج کرد ویا بعلت‌انسداد حلق و حنجره وغیره امکان لوله‌گذاری داخل نای نباشد ، تراکئوستومی مورد پیدا میکند. کیسه لاستیکی دور لوله تراکئوستومی یا داخل نای را تا حدی بوسیله هوا پر کرده تا درموقع دم بوسیله ماشین تنفسی کمی هوا ازدورلوله خارج‌شود. این کیسه‌را هر چند ساعت‌یکبار ازهوا خالی‌کرده و با تغییر محل لوله ببالا یا پائین محل فشار این کیسه روی مخاط نای تغییر داده میشود . قبل از خالی‌کردن کیسه هوا ، حلق بیماررا باماشین مکنده تمیز کرده تا ترشحات جمع شده دربالای کیسه هوا بداخل‌نای نرود. درصورتیکه بیمار به‌ماشین تنفسی احتیاج نداشته‌باشد، تزریق‌هوا دراین کیسه لازم نیست. بیمارانیکه نتوانند بوسیله استنشاق هوا و اکسیژن اضافی گازهای خون خودرا درحدقابل قبول نگهدارند (فشاراکسیژن بین ۷۰تا۱۰۰ میلی‌متر جیوه و فشارگاز کربنیك خون شریانی بین ۳۰ تا ۵۰ میلی‌متر جیوه) و اگر باوجود تمام‌کمکهای‌لازم تنفسی تعداد تنفس بالغین‌از۴۵ باردردقیقه بیشتر باشدازماشینهای تنفسی کمك گرفته میشود ، این کمك تنفسی ممکنست بطور دائم و یا متناوب‌باشدبسته به‌قدرت بیماراست‌که تاچه‌حد بتواندبانیروی عضلات تنفسی‌خود نفس‌بکشد وفشارگازهای‌خون‌را نزدیك به‌حد طبیعی نگهدارد. بهرحال درکلیه بیمارانی‌که باکمك‌ماشین تنفس میکنند سعی‌میشودکه هرچند ساعت یکبارآنها را ازماشین‌تنفسی جدا کرده واجازه‌دادتا به‌قدرت‌خودنفس‌بکشند. اینکار باعث حفظ نیروی عضلات‌تنفسی‌میشود . درغیراینصورت عضلات تنفسی ضعیف شده وهنگامیکه قراراشد بیمار را بطور دائم ازماشین جداکرد اینکار با اشکال روبروخواهد شد.

ایجاد تنفس عمیق:

اغلب ماشینهای تنفسی درساعت چند بار بطور خودکار به بیمار تنفس عمیق میدهند تا قسمتهائی ازریه‌که با دم عادی بازنمیشوند منبسط گردند. درصورتیکه ماشین اینکاررا نکند بوسیله‌کیسه هوا لااقل دوبار درساعت وهردفعه ۱۰تا۱۵بارتنفس‌عمیق‌به‌بیمار داده میشود. درمواقعی‌که‌لازم‌است نای بیمار باماشین مکنده تمیزشود پنج‌دقیقه قبل وپنج‌دقیقه بعداز این‌عمل به‌بیماراکسیژن صد درصد تجویز میشود تا بیمار دچارکمبود اکسیژن نگردد.

جداکردن بیمار ازماشین:

پس‌ازآنکه معلوم‌شد بیمار میتواندگازهای خون را بکمك‌ماشین درحد طبیعی نگهدارد ، سعی میشود مقدار اکسیژن اضافی راکه به بیمار داده میشود بتدریج‌کم‌کرد تا وقتیکه بتوان بیمار را با هوای معمولی درحال تعادل‌گازهای تنفسی نگه داشت. سپس با زمانهای قابل تحمل ماشین‌را قطع و باکنترل تعداد تنفس ، نبض وگازهای خون تا حدی‌که ممکن‌است اینمدت را بتدریج آنقدر

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

طولانی کرد تا بیمار دیگر بماشین تنفسی احتیاج نداشته باشد. دراین حال میتوان لوله نای ویا لوله تراکئوستومی را از بیمار جدا کرد. درمان بافیزیوتراپی قفسه‌سینه ، آنتی‌بیوتیك، مرطوب کردن هوای‌تنفسی واکسیژن بموقع‌ممکن‌است ازلزوم ماشینهای تنفسی در درمان این بیماران بکاهد.

محلولهای داخل وریدی:

نسوج‌سوخته مانند هر نسج دیگری که آسیب می‌بیند مقدارزیادی آب ونمك بخود جذب میکند. جذب آب بعلت نفوذ پذیرشدن جدار سلولها و تجزیه مواد پروتئینی به ملکولهای اولیه میباشد که فشار اسمزی‌را بالا میبرد وباعث تورم شدید میگردد. انتقال آب ونمك به محل ضایعه ، ازمایعات و الکترولیتهای فعال بدن میکاهد و باعث تورم شدید نسج سوخته میگردد. درنتیجه خاصیت چسبندگی خون بالا رفته وخاصیت سیالیت کم میشود ، باین علت این‌بیماران حداقل در۲۴ ساعت اول بیشتر به‌آب ونمك احتیاج دارند نه به محلولهای کلوئیدی وخون. بعلت بالا بودن خاصیت چسبندگی‌خون دراین بیماران ممکن‌است فشار وریدی مرکزی بالا باشدکه با تزریق سریع آب و نمك این فشار پائین میافتد. حجم مایعی کـه بصورت محلولهای نمکی داخل وریدی به این بیماران تجویزشده است ، ۲ تا ۴ سانتی‌مترمکعب به ازاء درصد سوختگی × وزن بدن به کیلوگرم میباشد ودربیمارانی که بیشتر از چهارلیتر در۲۴ ساعت احتیاج‌دارند، ازمحلول رینگراستفاده شده‌است. سوختگیهای از۵۰ درصدبیالا ۵۰درصد حساب‌شده‌اند. کلیه بیماران باسوختگی تازه مخصوصاً آنهائیکه سدیم‌سرم آنها پائین‌تر از۱۳۵ میلی‌اکی‌والان درلیترمیباشد، محلول‌هیپرتونیك سدیم تجویز میشود. این محلول را بـا اضافه‌کردن ۹۰/ میلی اکی‌والانت استات‌سدیم به هرلیتر رینگرلاکتات ویا ۷۰/ میلی اکی‌والانت کلرور سدیم بهرلیتر سرم فیزیولوژیك تهیه میشود. یك سانتی‌متر مکعب ازمحلول هیپرتـونیك بازاء هرکیلوگـرم وزن بدن × درصدسوختگی تا۵۰٪ در۲۴ساعت‌اول تزریق‌میشود. بادادن این‌محلول ، الکترولیتهای‌خون بحدطبیعی وترشح‌ادرار بحدکافی خواهد رسید (۴). پس‌ازگذشت ۲۴ ساعت اول بعداز سوختگی ، برحسب مقدار ادرار ، پائین افتادن هماتوکریت ، الکترولیتهای‌خون وتغییرات علائم حیاتی ، مقدارآب والکترولیتهای ۲۴ ساعت‌بعدی تعیین میشودکه ممکن‌است برابر یاکمتر از۲۴ساعت اول باشد. محلول هیپرتونیك تا۴۸ساعت وحداکثر تا۷۲ ساعت بعداز سوختگی ادامه میابد. دربیماران باسوختگی وسیع ، بـا قلیائی‌کردن ادرار بتوسط اضافه‌کردن ۴۰ تا ۲۴۰ میلی اکی والانت بیکربنات سدیم به هرلیتر محلولهای داخل وریدی در۲۴ ساعت نتیجه میشودکه تاهموگلوبین ، میوگلوبین و مواد پروتئینی درلوله‌هـای ادراری رسوب پیدا نکند. قلیائی کردن ادرار تاوقتیکه درآن‌هموگلوبین ، میوگلوبین وپروتئین وجود دارد ادامه میابد. در صورت لزوم دربیماران مسن دیژیتالین تجویزمیشود تا با تقویت قلب بیمار حجم مایعات لازم را تحمل کند . درمان بیماران سالخورده با محلول‌هیپرتونیك کـه که ازآن حجم کمتری لازم است مناسبتر میباشد. معمولا از روز سوم ببعد بیماران آب و سدیمی را کـه در بافت سوخته جـذب کرده‌اند دفع مینمایند. بدینجهت ازآن‌به بعددادن‌آب وسدیم‌زیاد دیگرلزومی‌ندارد، مگر بیماردچارتب ویا تندی‌دفعات‌تنفس باشد. از روزسوم ببعد چنانچه‌گویچه‌های قرمزویا پروتئین‌های‌پلاسما تاحد زیادی‌پائین‌تر ازمقادیرطبیعی‌باشند، این مواد به مقدارلازم به‌بیمار تزریق‌میشود. اندازه‌گیری ادرارباید با دقت انجام شود زیرا درصورت‌کافی‌بودن آب‌بدن اگر ازمقدارعادی ادرارکاسته شود ، داروهـای دیورتیك تجویز میشود . معمولا ۴۰ میلی‌گرم فورسمید ازراه داخل وریدی تزریق میشود ، اگر جریان ادرار زیادنشود،هرساعت‌مقدار دیورتیك دوبرابرمیگردد. وقتی بمقدار یك‌گرم رسید و تأثیری نداشت افزایش دارو بی‌تأثیر است. در صورتیکه این بیماران ادرارنکنند ممکن است احتیاج به دیالیز صفاق یاخون باشد. دیالیزوقتی لازم است‌که اسیدیته خون خیلی زیاد وپتاسیم خون بالا باشد ونتوان آنرا باتنقیه مواد دفع‌کننده پتاسیم یا محلول‌گلوکز و انسولین داخل وریدی‌کم‌کرد. بروز عوارض افزایش ازت خون نیز ازموارد لزوم دیالیز است.

کاتترهای داخل‌وریدی این‌بیماران‌باید بارعایت‌تمام احتیاطهای ضد عفونی مانند یك عمل جراحی در داخل رگ قرار داده و با روش ضد عفونی نگهداری شوند.

سعی میشود که این‌کاتترها درنواحی ازبدن‌کـه پوست آن سالم است، دروریدقرارداد. اگر رگهای‌سطحی درنواحی‌پوست‌سالم وجود نداشته‌باشد، میتوان‌بوسیله تشریح وریدهای عمقی بدن در نواحی پوست سالم‌کاتتر داخل وریدی را قرار داد و ازعوارض عفونی‌شایع این‌کاتترها جلوگیری‌کرد. درصدسوختگی سطح‌بدن دربالغین بوسیله قانون ۹٪ (شکل یك) ویا بوسیله جدول شماره یك در بـالغین و اطفال تعیین میشود . ضمناً مشخصات هر بیمار پشت این ورقه ثبت میگردد.

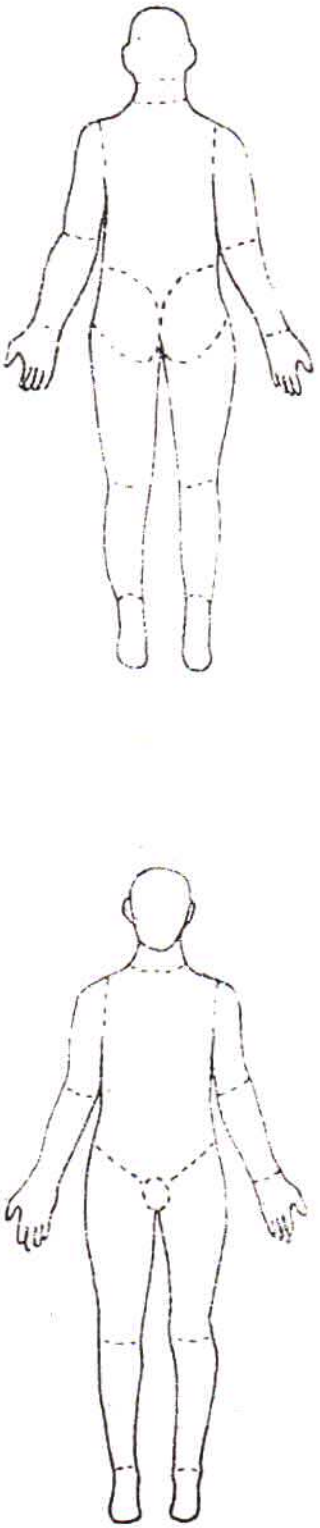
داروهای ضد درد در سوختگی:

برای ازبین بردن درد سوختگی بیماران سالخورده تا آنجاکه ممکن‌است از مصرف داروهای ضد درد مخدر (نارکوتیك) باید پرهیز کرد. زیرا این‌داروها اثر تضعیف کننده روی‌مراکز تنفسی درمغز دارند. برای ازبین بردن درد میتوان ازبیحسی ناحیه‌ای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول شماره یك

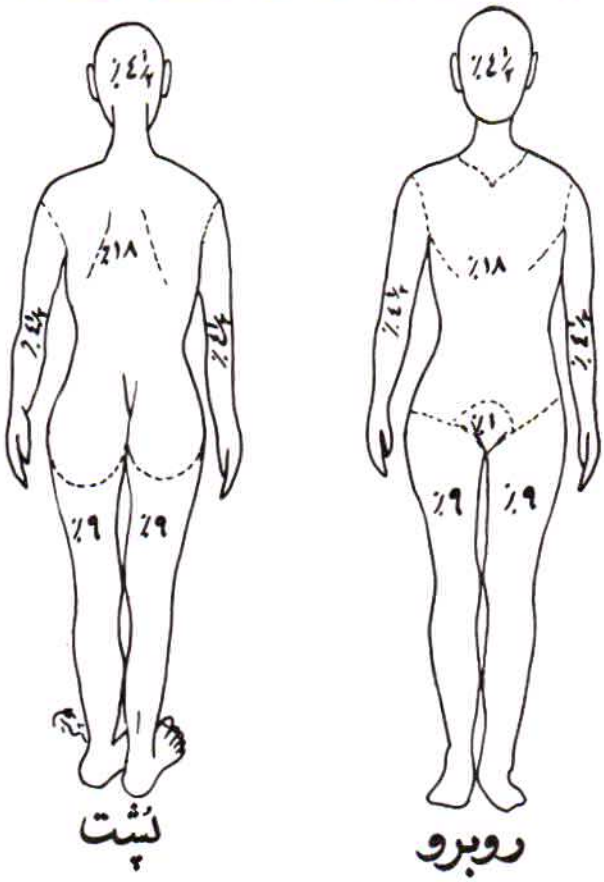
ناحیه	سن برحسب سال ۰-۱	۱-۴	۵-۹	۱۰-۱۵	بالغین	% ۲	% ۳	% جمع
سر	۱۹	۱۷	۱۳	۱۰	۷			
گردن	۲	۲	۲	۲	۲			
جلوی تنه	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳			
پشت تنه	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳	۱۳			
کپل راست	۲½	۲½	۲½	۲½	۲½			
کپل چپ	۲½	۲½	۲½	۲½	۲½			
ناحیه شرمگاهی	۱	۱	۱	۱	۱			
بالای بازوی راست	۴	۴	۴	۴	۴			
بالای بازوی چپ	۴	۴	۴	۴	۴			
پائین بازوی راست	۳	۳	۳	۳	۳			
پائین بازوی چپ	۳	۳	۳	۳	۳			
دست راست	۲½	۲½	۲½	۲½	۲½			
دست چپ	۲½	۲½	۲½	۲½	۲½			
ران راست	۵½	۶½	۸½	۸½	۹½			
ران چپ	۵½	۶½	۸½	۸½	۹½			
ساق پای راست	۵	۵	۵½	۶	۷			
ساق پای چپ	۵	۵	۵½	۶	۷			
پای راست	۳½	۳½	۳½	۳½	۳½			
پای چپ	۳½	۳½	۳½	۳½	۳½			
					جمع			



۱=  ۲=  ۳= 

قسمتهای سوخته را طبق هاشورهای بالا علامت بزنید و ازروی جدول مقدار آنرا حساب کنید .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]



شکل شماره ۱
تعیین درصد سوختگی بوسیله قانون ۹٪
این مقیاس بیشتر دربالغین صادق است و درکودکان بیشترازجدول شماره یك استفاده میشود .

توسط بلوك کردن شبکه‌های‌عصبی درصورتیکه این‌نواحی‌نسوخته باشند استفاده‌کرد. برای ازبین‌بردن دردبازوها ودستها ازبلوك کردن شبکه‌عصبی بازوئی توسط آنجیوکت شماره ۱۸ که ازبالای استخوان‌ترقوه درنزدیك شبکه‌بازوئی گذاشته‌میشودمیتوان‌استفاده کرد. هردو تا چهارساعت با تزریق ۱۵-۲۵ سانتی‌متر مکعب گزیلوکائین ۱٪ بیحسی‌دلخواه بوجود میآید. برای ازبین‌بردن دردپاها وشکم باگذاشتن‌کاتتراپی دورال درناحیه پشت وتزریق گزیلوکائین بمقادیر لازم استفاده میشود. با روش بلوك فقط درد بالاتنه را نمیتوان‌آرام‌کرد واحتیاج بداروهای ضد درد عمومی دارد.

درمانهای ثانویه سوختگی:

۱ـ تغذیه‌کافی بیمار.

۲ـ تزریق خون وپلاسما درصورت لزوم.

۳ـ ایجاد حرکت و فعالیت‌کافی برای جلوگیری از تغییرشکل اندامها و نگهداری آنها درحالتی‌که اگر مفاصل آن خشك شد آن عضو بتواند عمل خودرا بطور نسبی انجام بدهد.

۴ـ توجه به ریه‌ها و فیزیوتراپی قفسه سینه.

۵ـ جلوگیری از عفونتهای منتج ازکاتترهای داخل وریدی و ادراری با روش ضد عفونی.

۶ـ تجویز آنتی‌بیوتیکهای مناسب وبموقع‌حداکثر ۷تا۱۴ روز درصورت لزوم. دربیمارانیکه تب یا عفونت شدید دارند ازبافت سوخته نمونه‌برداری (بیوپسی) میگردد. قسمتی از نسج بیوپسی شده برای‌آسیب‌شناسی فرستاده میشود وقسمت دیگررابرای‌کشت میفرستند . بعلاوه ازکشت خون وخلط و ادرار برای تشخیص علت‌عفونت‌استفاده‌میشود تا آنتی‌بیوتیك‌مناسب برای بیمارانتخاب شود.

۷ـ پیوندپوستی زخمهای درجه‌سوم ودرجه دومی که بعلت‌عفونت تبدیل به درجه سوم شده‌اند.

۸ـ عملهای جراحی برای ترمیم نازیبائی‌ها و تغییرشکل‌ها .

۹ـ توانبخشی بدنی ، روانی و شغلی.

تغذیه:

پس‌ازانجام درمانهای‌اولیه سوختگی شدیدکه جزئی ازآن خالی کردن معده بوسیله لوله معده میباشد، ازروزسوم ببعد باید بفکر تغذیه کامل بیمار بود. معمولا بیشتر بیماران ۲۴ ساعت بعد از سوختگی قادرند موادغذائی‌کافی ازطریق دستگاه گوارش هضم و جذب نمایند. آنهائیکه قادربجویدن و یا بلع غذانیستند ازطریق لوله معده با غذاهای مایع تغذیه میشوند. باین ترتیب‌که بتناوب ۳ تا ۴ ساعت مقادیر ۳۰۰ تا ۴۰۰ سانتی‌متر مکعب موادغذائی درحال نیمه نشسته بداخل‌معده تزریق‌میشود و پس‌از تزریق‌مواد غذائی حداقل ۵۰ سانتی‌متر مکعب آب نیز بداخل لوله تزریق میگردد وبلافاصله لوله‌را بسته تاموادغذائی درداخل‌لوله نماند. درغیراینصورت اگر مواد غذائی درداخل لوله بماند ممکن‌است باعث رشدمیکربها و درنتیجه منجر به‌اسهال گردد. درصورتیکه بیمار تغذیه ازراه دستگاه‌گوارش‌را خوب تحمل نکند مقادیر یا دفعات‌دادن‌موادغذائی را کم ویانوع‌غذا عوض‌میشود. درصورتیکه بازهم تحمل‌نکند (استفراغ، درد، نفخ و اسهال) تغذیه‌را متوقف و از راه داخل وریدی باو غذا رسانده میشود. بیمارانیکه تغذیه ازراه معده‌را تحمل‌نمیکنند باید معده‌را هرساعت با ۳۰۰ـ۴۰۰ سانتی‌متر مکعب آب‌معمولی ازراه لوله‌معدی شستشو داد تا اسید آن‌رقیق وخارج‌شود . وباین‌ترتیب اززخمهای معده بعلت‌استرس جلوگیری بعمل آید. شستشوی معده با آب برتجویز داروهای ضداسید برتری‌دارد چون‌قلیائی‌کردن محیط معده محرك ترشح مجدد اسید میباشد. بنابراین اگرلازم باشدآنتی‌اسید داده شود. پس‌از شستشوی معده میتوان هر دو ساعت بمقدار ۵۰ تا ۱۰۰ سانتی‌متر مکعب محلول آنتی‌اسید را بداخل معده تزریق‌کرد. لوله معدی مسدود میگردد تا اینکه شستشوی بعدی شروع شود .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

توجه به زخم:

۱ـ کمپرس با محلول سرم فیزیولوژیك سرد درسوختگیهای درجه یك و دو بطور محدود درساعات اولیه .

۲ـ برداشتن تمام نسوج مرده باوسائل مکانیکی غیراز تاول‌هائیکه عفونی نشده‌اند.

میتوان مایع داخل تاولهای بزرگ را باسرنگ و سوزن سترون (استریل) شده خارج کرد تا پوشش روی تاولها مانند پانسمان بیولوژیك روی ناحیه تاول را بپوشاند .

۳ـ بکار بردن یك کرم آنتی‌بیوتیك روی زخم مـانند سیلوادین (۱ ، ۲ ، ۳).

۴ـ باز گذاردن زخم ویا پوشش آن بوسیله پانسمان تمیز .

۵ـ تعویض پانسمان حداقل دوبار درروز درصورت درمان زخم با روش بسته.

۶ـ پانسمانهای بیولوژیك (پوست نعش ، پوست خوك وپرده‌های جفت) درصورت موجود بودن.

۷ـ برداشتن نسوج سوخته وپوست بطوراولیه درسوختگی درجه سوم پشت دستها وجاهای محدود بدن.

روش این گروه درتوجه به زخمها شامل موارد ۱ تا ۵ میباشد. در ساعات اولیه سوختگی با بکاربردن کمپرس آب و یا محلول سرم فیزیولوژیك‌سرد میتوان ازشدت درد سوختگی درجه یك و دو بمقدار قابل ملاحظه‌ای کاست. علت‌اصلی اینگونه دردها تجزیه موادپروتئینی دراثررهاشدن آنزیمهای‌تجزیه کننده موادپروتئینی داخل سلولی وایجاد پپتیدها میباشد. آب‌سرد ازتجزیه این‌مواد پروتئینی جلوگیری میکند و ازشدت درد میکاهد. قسمتی از شوك اولیه سوختگی ممکن است بعلت آزاد شدن مقدار زیـادی پپتید باشد. زخمهای کثیفی که نسوج‌مرده زیادداشته‌باشند، پس‌ازتزریق مواد ضد درد با برداشتن مواد اضافی تمیز میگردند. بکاربردن کرم سیلوادین روی‌زخمهای سوختگی‌بما نشان داده‌است که این آنتی‌بیوتیك موضعی ازدیگر روغنها و کرم‌ها ومحلولهای آنتی‌ـ بیوتیك موضعی دیگر (بتادین ، سولفامیدها ، نیترات دارژان و غیره) مؤثرتر است. غلظت سیلوادین ۱٪ میباشدکه با این غلظت اثر سمی آن روی کلیه بسیار کم است . مکانیسم اثر آنتی‌بیوتیك این کرم بعلت نقره‌ای است که با ازت سولفامید ترکیب شده و نقره به‌کروموزوم میکرب‌متصل وازتقسیم وتکثیر آنهاجلوگیری میکند. این کرم‌را در۲۴ساعت معمولا یکبار پس‌ازحمام وشستشو روی زخم مالش میدهند بطوریکه ۲ تا ۳ میلیمتر کرم روی زخم بماند وبعد یك یا دو لایه‌گازروی‌کرم‌گذارده تا ازجذب آن به ملافه‌های بیمار جلوگیری شود.



شکل شماره ۲

تعیین درجه سوختگی:
در سوختگی درجه یك فقط پوست قرمز است : مثل التهاب آفتاب سوختگی.
درسوختگی درجه دوپوست تاول زده‌است و بسیار دردناك میباشد. درسوختگی درجه دوعمیق، دردکمتر است.
درسوختگی درجه سه تمام ضخامت پوست از بین رفته و درد هم ندارد.

زخمهای‌سوختگی ممکن‌است از نوع درجه یك (قرمزی‌پوست) ، درجه دو (تاول) و درجه سه (بی درد) باشد (شکل ۲).

مواردیکه آنتی‌بیوتیکهای عمومی بکار برده میشوند عبارتنداز:

الف. بعنوان پیشگیری عفونت.

۱ـ سوختگی‌های راههای تنفسی وقرنیه.

۲ـ وجود بیماریهـای دیگر همراه سوختگی مانند بیماریهـای کلیوی، دیابت، قلبی، ریوی، خونی ، کبدی و کمبود قوه دفاعی و نارسائی عروقی.

۳ـ سن کمتراز ۵ سال وبالاتراز ۵۰ سال وبیماران خیلی چاق و لاغر.

۴ـ بعداز پیوند پوست وقتیکه در محل پیوند استافیلوکوك گرم مثبت باکوآگولاز مثبت پیدا شود.

۵ـ کمبود جریان‌خون دراندام تحتانی درپیران بعلت‌بیماریهای شریانی.

ب: برای درمان عفونت موجود درهرقسمت ازبدن.

۱ـ زخم عفونی شده همراه درد وتب .

۲ـ سپتی سمی.

۳ـ عفونت دستگاه تنفسی و ادراری.

زخمهای سوختگی درجه‌دوم اگرعفونی نشوند بعداز۲ تا ۴ هفته بدون پیوند پوست جوش میخورند.

یکی ازعلل عفونی شدن سوختگی‌هـای درجه دوم خوابیدن ویا تکیه کردن بیمار روی‌ناحیه سوخته‌است. بنابراین حتی‌المقدور باید ازتکیه کردن بیمار روی‌ناحیه سوخته جلوگیری کرد. مگر اینکه سوختگی دور تا دور بدن باشد که درآنصورت باید بیمار

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

را درجهات مختلف ساعت بساعت چرخاند بجز ساعاتی که بیمار درخواب است دراین ساعات‌میتوان ازتشکهای بادی که قسمتهای مختلف‌آن بطورمتناوب پروخالی میشوند استفاده کرد. زخمهای درجه سوم درصورتیکه عفونی‌نشوند در۳ تا ۶ هفته تمیزمیشوند و آماده پیوند پوستی خواهند بود. متداول است که بجـای کرم آنتی‌بیوتیك پرده‌های آمنیوتیك ، پوست خوك ویا پوست نعش را برای‌پوشش این‌زخمها بکارمیبرند که تصورمیشود بغیرازپانسمان زخم بـاعث پیشگیری از عفونت نیز میشونـد . اخیراً مشاهـده شده است کـه اگر پـرده آمنیوتیك در محلول نیترات نقره ۱٪ گذاشته شود وبعد روی سوختگی قرارگیرد اثر آنتی‌بیوتیك‌آن بیشتراست. برای اینکار پرده‌را بطورتمیز جداکرده و درمحلول ساولن استریل شسته و بعـد با محلـول کلراکس ضد عفـونی کـرده وتا موقع مصرف درمحلول ۱٪ نیترات نقـره دریخچال بطوراستریل نگهداری‌میشود. تهیه این‌نوع‌پانسمان برای‌بیماران درایران بسیارمناسب ومنطقی بنظرمیرسد. پس‌ازآماده شدن زخم درجه سوم برای‌دریافت پیوند، توسط جراح ازپوست‌نواحی‌سالم بدن روی نواحی سوخته قرار میگیرد. معمولا پیوند پوست اگر بازگذاشته شود بهترجوش‌میخورد. درصورتیکه پیوند تحت‌تأثیر قوه ثقل باشد ویا بیمار همکاری لازم را نکند مجبور به پوشاندن روی پیوند خواهند بود.

در سوختگی درجه سه دور تا دور تنه یا اندامها اسکار سوختگی ممکن‌است بقدری‌سخت شودکه جریان خون‌را دراعضاء کم‌کند. بعلاوه سوختگی‌های دور تا دور قفسه‌سینه میتواند تنفس‌را مشکل سازد. دراینگونه‌سوختگی‌ها برش‌های‌طولی وعرضی در نسج‌سوخته داده میشود تا این فشار ازبین برود. این برشها درطول طرفین تنه ، اعضاء و انگشتان و در محیط دیافراگم میباشد (شکل ۳).

اعمال‌جراحی‌که ممکن‌است دربیماران‌سوخته انجام‌گیرد بقرار زیر است :

۱ـ بازکردن‌وریدها برای‌واردکردن‌لوله‌های پلاستیکی‌نازك‌در درون آنها برای تزریق مایعات.

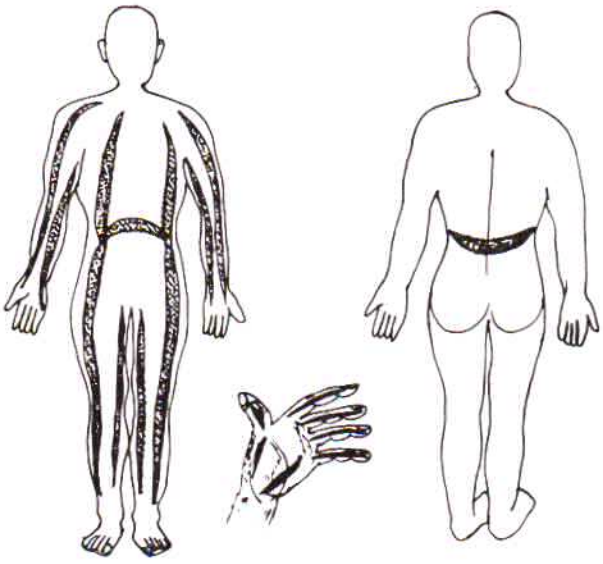
۲ـ برداشتن‌مواد اضافی.

۳ـ بازکردن مجرای نای بخارج (تراکئوستومی).

۴ـ اعمال جراحی‌شکم برای خونریزی غیرقابل کنترل وسوراخ شدن زخم معده و دوازدهه.

۵ـ برشهای‌پوستی برای‌کم‌کردن فشار زیرآن وبرداشتن‌نسوج سوخته درصورتیکه زیرآنها چرك باشد.

۶ـ پیوندهای‌پوستی برای پوشاندن‌محل سوختگی ، این‌پیوندها بشکل یك تکه یا تکه‌های‌کوچك ویا سوراخ سوراخ شده بطور



شکل شماره ۳

مسیر برشهای سطحی دربافت سوخته وقتیکه نسج سوخته روی نسوج زیرفشار میآورد :

سوختگی‌های دورتا دوری درتنه باعث محدودشدن حرکات‌تنفسی و دراندامها باعث بدآمدن‌جریان خون میشوند. برشهای تنه درطرفین ودور تادورمحیط دیافراگم است. روی خط وسط جناغ سینه‌هم میشود برش‌داد . در اندامها برشها طولی است فقط درناحیه داخلی‌آرنج مسیربرش را ازعصب زند اسفلی دور میکنیم ودرناحیه طرفی زانو برش‌را از عصب نازك نی دورمیسریم. در طرفین انگشتان‌دست‌و‌پا هم بطرف پشت‌دست ویاکف دست برش‌را قرارمیدهیم تا عروق و اعصاب انگشتان راکه در خط میانی طرفین انگشتان هستند آسیب نرسانیم .

آزاد وباز روی زخم گذاشته‌میشوند. فقط وقتیکه به‌بیماراطمینان نباشد ویا پیوند درجهت‌مخالف قوه‌ثقل باشد، روی‌آن‌ها پانسمان میشود.

۷ـ اگر پس‌از برداشتن یا برش اسکارهای برجسته و نازیبا که درمدت یك سال بطور خودبخود یا تحت فشار بهترنشده باشند پیوند پوستی انجام میگیرد .

۸ـ برش دادن ویا برداشتن اسکار و آزادکردن حرکات‌مفاصل نزدیك اسکار با پیوند پوست.

۹ـ جوش دادن مفاصلی‌که ازکار افتاده‌اند درحالت فونکسیونل.

۱۰ـ دوختن پلکهای چشم برای درمان سوختگی قرنیه و پشت پلکها.

۱۱ـ برداشتن غضروف‌گوش وبینی ازراه برش پوستی درصورت سوختگی وعفونت آنها.

۱۲ـ اعمال جراحی ترمیمی برای موزونی و زیبائی.

۱۳ـ اعمال جراحی برای سوختگی شیمیائـی ، الکتریکی و ضایعات ناشی ازتصادفات همراه سوختگی.

۱۴ـ قطع عضو در سوختگی الکتریکی با ولتاژ بالا و سوختگی اندام تحتانی‌که بعلت انسداد شریانی دچارکمبود جریان خون میباشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

کارهای اولیه‌ای‌که افرادعادی باید درموردبیمار سوخته‌انجام دهند :

۱ـ خاموش کردن شعله آتش بوسیله آب یا غلطاندن بیمار روی زمین.

۲ـ برداشتن مواد سوخته شده ، داغ و اجسام خارجی از روی سطح بدن در ناحیه سوختگی.

۳ـ نگذاردن مواد روغنی روی زخم سوخته.

۴ـ پیچاندن بیمار در یك ملافه تمیز.

۵ـ رساندن هرچه سریعتر بیمار به بیمارستان.

کارهائی که باید در بیمارستانهای‌عمومی (غیر تخصصی) دردرمان سوختگی انجام دهند:

۱ـ بعهده گرفتن‌درمان سوختگی‌های‌درجه ۲ ببالا وسوختگیهای کمتراز ۲۰٪ سطح بدن بجز سوختگی دستها ، پاها ، ناحیه سر و صورت ، ناحیه میان دو راه و سوختگی‌های کمتر از ۱۵٪ در اطفال و سالخوردگان.

۲ـ اعزام سوختگی‌های بیشتر از ۲۰٪ یا سوختگی‌های نواحی ذکرشده بالا به‌بیمارستانهای تخصصی‌دردرمان سوختگی.

۳ـ اطمینان حاصل کردن از موجودی تخت در بیمارستان قبل‌از انتقال بیمار.

۴ـ درصورت لزوم تزریق آنتی‌بیوتیك

۵ـ برقراری تزریق داخل وریدی مایعات لازم.

۶ـ تسکین درد.

۷ـ تزریق سرم انسانی ضدکزاز و یا واکسن‌کزاز و یا هردو.

جلوگیری از سوختگی:

۱ـ مراقبت دائم از پیران و خردسالان وکسانی‌که در برابر سوختگی قادر به دفاع ازخود نیستند.

۲ـ محدود نگهداشتن هرشعله بطوریکه در تماس با لباس قرار نگیرد.

۳ـ احتراز از پوشیدن لباسهای پرحجم ، چین‌دار ، طویل و یا تنگ و از طرفی پوشیدن لباسهـای پشمی ونخی‌که دیرتر آتش میگیرند بجای نایلون که زودتر شعله‌ور شده و ذوب میگردد.

۴ـ باز گذاردن پنجره آشپزخانه ومحل آبگرمکن گازی بطور دائم‌تادرصورتیکه گازاز آنهاخارج بشود فوراً درهوا پخش گردد.

۵ـ باز گذاردن درب‌تنورهای گازی موقعیکه روشن‌نیستند تا در صورت خارج شدن‌گاز این ماده درداخل‌آنها جمع نگردد.

۶ـ بکاربردن اجاق و آبگرمکن‌های گازی پیلوت‌دار.

۷ـ باز کردن گاز بوسیله گازسوز بعداز روشن کردن کبریت.

۸ـ خالی گذاردن‌قسمتی‌ازظرفهائیکه درآن‌آب‌یا هرمایع‌دیگری میجوشد تا درموقع جوش‌آمدن مایع سرنرود وشعله اجاق گازی را خاموش ننماید تاگاز درفضا پخش نشود.

۹ـ باز کردن شیرآب سرد قبل‌از آب گرم وبستن شیرآب گرم قبل‌از آب سرد درموقع حمام گرفتن.

۱۰ـ اجتناب ویا بکار بردن احتیاط و دانش لازم درتماس وبکار بردن مواد منفجره و محترقه.

۱۱ـ اجتناب ازبکاربردن فشارزیاد دردیگها و چراغهای فشاری.

۱۲ـ دردسترس نگذاشتن مواد شیمیائی سوزاننده .

۱۳ـ محافظت واستفاده‌صحیح ازسیمهای برق ووسائل الکتریکی.

۱۴ـ رعایت اصول واحتیاط لازم درجلوگیری و خاموش کردن آتش سوزی درمکانهای عمومی.

۱۵ـ اجتناب ازجرقه زدن درمجاورت‌گازها و مواد محترقه.

۱۶ـ نکشیدن سیگار در رختخواب ودرموقع خواب‌آلودگی.

بحث :

درمدت چهارسال‌گذشته‌تعداد ۲۷۵ بیماربالغ ودرسه سال‌گذشته ۱۶۶ کودك درواحد سوختگی بیمارستان سعدی شیراز با روشی که شرح داده شد، درمان شده‌اند. نتایج درمان این بیماران در جدولهای (۲ و۳) نشان داده‌شده‌است سی وچهارتن از بیماران،

جدول شماره ۲

آمار سه‌ساله واحد سوختگی بخش کودکان

بیمارستان سعدی شیراز : از سال ۵۶ تا آخر سال ۵۸

دهه	تعداد	پسر	دختر	متوسط ٪ سوختگی درجه ۲ و۳	متوسط اقامت‌در بیمارستان (برحسب‌روز)	بهبودیافته	فوت شده
اول	۱۳۶	۷۳	۶۳	۳۰	۳۵	۹۷	۳۹
دوم	۳۰	۲۳	۷	۲۸	۵۰	۲۹	۱
مجموع	۱۶۶	۹۶	۷۰			۱۲۶	۴۰

مرگ ومیر دراین گروه ۲۴٪ بوده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

جدول شماره ۳
آمار چهار ساله واحد سوختگی بزرگسالان
بیمارستان سعدی شیراز : از سال ۵۵ تا آخر سال ۵۸

دهه	تعداد	مرد	زن	متوسط ٪ سوختگی درجه ۲ و ۳	متوسط اقامت در بیمارستان برحسب روز	بهبود یافته	فوت شده
دوم	۸۴	۴۷	۳۷	۳۱	۳۳	۶۵	۱۹
سوم	۸۷	۴۶	۴۱	۴۲	۳۱	۵۷	۳۰
چهارم	۴۵	۲۶	۱۹	۴۱	۲۱	۲۴	۲۱
پنجم	۲۵	۱۳	۱۲	۳۶	۲۶	۱۳	۱۲
ششم	۲۲	۱۱	۱۱	۴۴	۲۷	۱۴	۸
هفتم	۵	–	۵	۵۰	۲۵	۲	۳
هشتم	۵	۲	۳	۵۴	۱۲	۲	۳
نهم	۲	–	۲	۶۰	۳	–	۲
مجموع	۲۷۵	۱۴۵	۱۳۰			۱۷۷	۹۸

مرگ ومیر دراین گروه ۳۵/۵٪ بوده است . میانگین مرگ ومیر بزرگسالان و کودکان تقریباً ۳۱٪ میباشد .

بالاتر از ۵۰ سال داشته‌اند که تعداد ۱۶ تن آنها فوت کرده‌اند. سوختگی اغلب بیماران فوت شده از ۴۰٪ بیالا بوده‌است. باآشنا کردن مردم باصول درمانهای اولیه سوختگی وانتقال سریع این بیماران به بیمارستان ودرمان صحیح سوختگی دریك بخش جداگانه میتوان بهترین درمان را به این بیماران داد و حداکثر امکان برگشت سلامتی آنهارا تأمین کرد. دربیماران سالخورده ازبدو سوختگی با دادن آنتی بیوتیکهای لازم بمقدارکافی وتغذیه ازهر راهی که ممکن باشد باتوجه کامل بدستگاه تنفسی وتحریك سرفه بیمار ورعایت اصول ضدعفونی میتوان بیشتر آنها را نجات داد.

درموردکاتترهای وریدی ولوله‌های ادراری بایدحداکثر دقت‌را کرد که آلوده نشوند وایجاد عفونت ننمایند. محل عبورکاتترهای وریدی ازپوست بایدمرتب بامحلول ضدعفونی تمیزشود وپانسمان استریل روی آنها نگهداشته‌شود. لوله‌های‌مثانه باید بطوراستریل گذارده شوند و از کشش روی لوله‌های مثانه باید جلوگیری بعمل‌آید. اینکار با چسباندن لوله به ران بیمار وقراردادن یك لوله‌ادراری درازتر بطرف‌مثانه بیمار انجام میشود. کیسه ادراری را همسطح تخت بیمار آویزان کرده تا در انتهای لوله ادراری درداخل مثانه بیمار فشار منفی زیاد نشود. چنانچه کیسه ادراری روی زمین قرارگیرد فشارمنفی مخاط مثانه را به داخل لوله ادراری‌میمکد وباین‌ترتیب‌ایجاد زخم‌وخونریزی مخاطی‌میکند.

درصورتیکه اندازه‌گیری حجم ادرار ، هریك تا دوساعت مورد نیازنیست لوله را هرچهار ساعت به‌چهار ساعت مسدود کرده تا مثانه پرشود . در اثر پرشدن مثانه چینهای آن باز میشود و موادی‌که لابلای چینها جمع شده باشند در ادرار شناور میشوند وبا بازکردن لوله وفشار روی‌مثانه‌باجریان‌ادرارخارج‌میشوند. باین طریق شستشوی داخلی وبسته مثانه انجام میگیرد. اطراف سوراخ مجرای ادرار روزی‌سه مرتبه بامحلول ضد عفونی‌بتادین تمیز کرده وکمی کرم سیلوادین‌روی آن گذاشته ودرمردیك گاز ۴×۴ دورآن پیچیده شود. لوله ادراری را هرهفته یکبار باید عوض کرد .

موارد استعمال سند ادراری برای بیماران مبتلا به‌سوختگی :

۱ـ عدم جریان کافی ادرار واحتیاج به‌اندازه‌گیری مکررودقیق مقدار ادرار .

۲ـ بیمارانیکه نتوانند ادرار خود را نگه دارند .

۳ـ بیماریکه دچار تنگی مجاری ادراری است ونمیتواند ادرار کند .

در اولین فرصت‌که به برقراری سندهای ادراری نیازی نباشد ، بیرون آورده شوند .

وقتیکه عده زیادی بیمار سوخته را باهم به بیمارستان بیاورند در مرحله اول گروه بندی شوند .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

۱ـ گروه درمان فوری که عبارت است از سوختگی‌های ۲۰ـ۴۰٪ .
۲ـ گروه درمان سرپائی که عبارت از سوختگیهای نواحی عادی بدن که کمتر از ۲۰٪ باشد .
۳ـ بیمارانیکه بیشتر از ۴۰٪ بدنشان سوخته است، آخر ازهمه درمان میشوند چون احتمال زنده ماندن انها از دو گروه قبلی خیلی کمتر است .

درمانهای سرپائی بیماران سوخته باید روزانه در درمانگاه بوسیله گروه سوختگی انجام گیرد و چنین درمانگاهی جزء لازم بخش سوختگی میباشد وباین ترتیب این بیماران فقط در موقع پیوند پوست بطور موقت چند روزی بستری میشوند و در عین حال بسیاری از پیوندهای پوستی را میتوان بطور سرپائی در بیمار انجام داد .

پیوندهای پوستی را که روی محل سوختگی انجام میگیرد حتی‌المقدور بازنگه داشته شده وفقط وقتیکه بهمکاری بیمار اطمینان نباشد باید پوشانده شوند . دراینگونه بیماران روزی یکبار پانسمان را عوض کرده وپیوند پوستی مورد بررسی قرار میگیرد. محلی‌را که پوست ازآنجا برداشته میشود،فقط بایك‌لایه گاز ظریف پوشانده و در معرض هوا گذاشته میشود ، تا خشك شود . پیوندهای پوستی را که برای رها کردن حرکات مفاصل ویادر محل‌اسکارهای برجسته انجام میگیرد ودارای زخم‌جراحی استریل می‌باشند، میتوان تاپنج روز پوشانده نگهداشت وپس از آن پانسمان را بازکرد . در نواحی بازبدن سعی میشود پیوند پوستی را یك تکه انجام داد که نتیجه زیبائی آن بهتر است .

سوختگی درجه سوم پشت دستها ونواحی محدود بدن را میتوان تاوقتیکه به‌نسج سالم برسد بطور اولیه و سطحی برید و برداشت وبعد بلافاصله محل‌آنرا پیوند کرد اینکارتاسه روزبعدازسوختگی هم‌انجام میگیرد ونتایج آن خوب بوده است .

مرگ ومیر بزرگسالان۳۵/۵٪ وکودکان۲۴٪ وبطور کلی۳۱٪ بوده که نسبت به بعضی کشورهای پیشرفته بالاتر است . مسلماً پس از ایجاد یك واحد جداگانه سوختگی تعداد مرگ‌و میر از ارقام بالاکمتر خواهدشد . علل دیگر مرگ ومیر بالادر این بیمارستان بیشتر مربوط بدیر مراجعه کردن بیماران به بیمارستان است‌زیرا موقع مراجعه اغلب آنها زخم عفونی‌دارند. دیگر اینکه اغلب بیماران با ۲۰٪ سوختگی وگاهی با درصد بیشتری هم بستری نمیشوندکه قابل توجه است .

مهمترین عوامل نجات یك بیمار باسوختگی شدید دادن مایعات داخل وریدی لازم بموقع وباسرعت کافی و رعایت ضد عفونی میباشد . باید باین بیماران حتی‌الامکان بادست شسته وتمیز دست زد ورعایت استریلیته‌بحدکافی‌انجام گیرد. نباید سرخود را زیاد به‌زخم بیمار نزدیك‌کرد. اگر زخم‌آنها باز است حتماً ازماسك وکلاه استفاده کرد

تعداد افراد ودفعات ملاقات باآنها را بحداقل ممکن تقلیل داد واجازه تماس بدنی بین ملاقاتی و بیمار نباید داده شود .

خلاصه و نتیجه :

باایجاد یك گروه متخصص در درمان سوختگی و اطاقهای مجزا برای‌این بیماران دربیمارستان‌سعدی تعدادمرگ ومیروعوارض ناشی از سوختگی نسبت به قبل بطور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است .

ایجاد یك واحد مجزا قدم مؤثر بعدی خواهد بودکه مرگ و میررا دراین بیماران‌کم خواهدکرد .

مواردیکه در درمان بیماران سوختگی شدید اهمیت دارد وباید تاکید بشوند عبارتند از :

۱ـ دادن محلولهای داخل وریدی بموقع وبمقدار وسرعت‌کافی.
۲ـ توجه بدستگاه تنفسی ، اگر آسیبی بآن رسیده باشد .
۳ـ درصورت لزوم بکاربردن آنتی‌بیوتیکهای لازم از راه‌عمومی.
۴ـ رعایت‌کامل اصول‌استریلیته درموقع دستکاری زخم بیماران .
۵ـ بکار بردن یك‌کرم آنتی‌بیوتیك که از میان آنها این‌گروه بهترین نتیجه را ازکرم سیلوادین‌گرفته است .
۶ـ تغذیه کافی یا ازراه دستگاه‌گوارش ویا بطورداخل وریدی.
۷ـ ورزش وفعالیت‌کافی برای جلوگیری از محدود شدن‌حرکات وخشك شدن مفاصل .
۸ـ قراردادن اعضاء در وضعیت عملی آن عضو تا اگر مفاصل خشك شوند آن عضو بتواند ظاهر تقریباً طبیعی داشته باشدوکار خود را حتی‌المقدور انجام دهد .
۹ـ پوشاندن سوختگی‌های درجه سوم بوسیله پیوند پوست بیمار دراولین فرصت ممکن .
۱۰ـ امید اینستکه این بخش سوختگی ، هسته‌ای برای ایجاد یك مرکز سوختگی برای استان فارس و جنوب ایران و حتی برای تمام ایران باشد . بابوجود آوردن سرویسهای سریع هواپیما ، هلی‌کوپتر وآمبولانس بتوان حداکثر درظرف چند ساعت پس از سوختگی این بیماران را بهاین مراکز سوختگی منتقل نمود .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]

REFERENCES:

1- Baxter, CR.: Topical use of 1.0% silver sulfadiazine. PP. 217-225. In: Polk HC Jr., Stone HH, Ed. contemporary burns management. Boston, Little, Brown and Co., 1971.

2- Fox, CL. Jr: Silver sulfadiazine a new topical therapy for pseudomonas in burns. Therapy of pseudomonas infection in burns. Arch. Surg. (Chicago) 96: 184-8, 1968.

3- Hummel, RP., MacMillan, BG., Altemeier, WA.: Topical and systemic antibacterial agents in the treatment of burns. Ann. Surg. 172: 370-84, 1970.

4- Monafo, WW., Chuntrasakul, C., Ayvazian, VH.: Hypertonic sodium solutions in the treatment of burn shock. Am. J. Surg. 126: 778-83, 1973.

5- Pruitt, BA Jr., Flemma, RJ., Divincenti, FC., et al.: Pulmonary Complications in burn patients. A comparative study of 697 patients. J. Thor. Cardiovas. Surg. 59: 7-20, 1970.

6- Stone, HH., Martin, JD Jr., Claydon, CT: Management of the pulmonary burn. Amer. Surg. 33: 616-20, 1967.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-12]