

مسمومیت‌ها و صدمه‌های کوچک



ترجمه: دکتر ثریا منتظری

مقدمه

به دنبال سلسله مقالات کمک‌های اولیه، این مقاله ابتدا به درمان مسمومیت‌ها و سپس به نقش داروسازان در برخورد با برخی از صدمه‌های کوچک مثل زخم‌ها، خون‌ریزی‌ها و سوختگی‌ها می‌پردازد و در مورد آسیب‌های وارده به سر نیز بحث می‌شود.

مسمومیت

مسمومیت را می‌توان چنین تعریف کرد: قرار گرفتن در معرض یک ماده (مواد) به مقدار کافی به گونه‌ای که بتواند اثر سوء ایجاد کند (بلعیدن یک ماده بی‌اثر بیشتر به عنوان مواجهه غیر سمی تعریف می‌شود). مسمومیت می‌تواند به صورت عمدی یا

تصادفی باشد. نوع عمدی بیشتر نزد بالغین شایع است و حدود ۹۵ درصد همه افراد مسموم که در بیمارستان‌ها پذیرفته می‌شوند و حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد از پذیرش‌های حاد پزشکی را شامل می‌گردد. حداکثر سن وقوع خود-مسمومیتی (Self-poisoning) بین ۲۰ تا ۳۵ سال است و بیشتر نزد زنان شایع می‌باشد، در حالی که مسمومیت در بین خودکشی‌ها کمتر شایع است - حدود ۲-۱ درصد از بیماران در مدت ۱۲ ماه متوالی دست به خودکشی می‌زنند - بیمارانی که به طور موفقیت‌آمیز به حیات

بعد از ارزیابی بیمارانی که از دوره احیای استاندارد استفاده کرده باشند، باید به اورژانس اطلاع داد.

خود خاتمه می‌دهند، اغلب دارای سابقه قبلی خود آزاری هستند. به طور کلی، ۳۰ درصد موارد شامل مصرف بیش از یک دارو می‌باشد و در ۵۰ درصد موارد نیز بیمار الکل مصرف کرده است. قبل از پذیرش در بیمارستان، در اکثر

موارد مسمومیت دارویی عمدی، درمان‌های بالینی حمایتی هستند تا درمان خاص. برای مثال، آنتی‌دوت‌ها معمولاً در این مرحله استفاده نمی‌شوند. اصولاً اقدامات حمایتی بستگی به القاب‌های احیا (ABC) دارد و معمولاً هر داروسازی که با چنین وضعیتی برخورد می‌کند، ابتدا بیمار را با توجه به راه‌های تنفس و گردش خون ارزیابی می‌کند (نشریه رازی شماره ۱۰۰ صفحه ۴۹).

داروسازان آگاه به داروها و به‌ویژه دارو درمانی به هنگام توجه به الگوهای بالینی و داروهایی که ممکن است مصرف شوند، مفید هستند (جدول ۱).

با ارزیابی بیمارانی که از دوره احیای استاندارد استفاده کرده باشند، باید به اورژانس اطلاع داد، سپس دوباره به سراغ بیمار آمد تا کمک‌های بعدی برسد. نباید تحت هیچ شرایطی سعی در واداشتن بیمار به استقراغ نمود، چون به‌ندرت مؤثر بوده و می‌تواند باعث آسپیراسیون محتویات معده و بدتر شدن موقعیت بیمار شود. مسمومیت تصادفی بیشتر در کودکان ۵-۱ سال سال مشاهده می‌گردد و در چنین شرایطی

جدول ۱ - علائم بالینی بعضی از مسمومیت‌های معمول دارویی

علائم و نشانه‌ها	داروها
احساس ناخوشی، ضعف، تهوع، بی‌قراری اغما، کاهش فشارخون، بی‌حالی اغما، گشاد شدن مردمک، تاکیکاردی اختلالات رفتاری تشنج	متواکسیدکربن، سندرم قطع حلال، حشره‌کش‌ها مخدرها، بنزودیازپین‌ها، الکل، بتابلوکرها، غیره سه حلقه‌ای‌ها، فنوتیازین‌ها، آنتی‌کولی‌نرژیک‌ها داروهای سرخوشی آور، حلال‌ها، استروئیدها، آنتی‌کولی‌نرژیک‌ها سه حلقه‌ای‌ها، سندرم قطع الکل، بنزودیازپین‌ها، باربیتورات‌ها

پیشگیری بهتر از درمان است. آموزش والدین در مورد دسترسی به داروها و سایر مواد شیمیایی موجود در خانه‌ها، یک موضوع مهم آموزشی است.

مقدار دقیق ماده هضم شده در کودکان معمولاً مشخص نیست. حالت مرضی (Morbidity) از این طریق کم است. معمولاً کمتر از ۵ درصد کودکان علایمی را بروز می‌دهند و خوردن مواد پاک‌کننده به صورت پودر، جدی‌تر است. چون این مواد به صورت بالقوه در دهان و نای خورنده هستند. هم‌چنین بلع آنها مشکل‌تر از مواد مایع می‌باشد. ترکیبات دیگری که بلع آنها مشکل است (مانند قرص‌های استریل‌کننده و برخی مواد پاک‌کننده) می‌توانند سبب سوختگی حلق، حنجره و نای شوند. برای بیمارانی که یک ماده خورنده یا سوزآور (Caustic) بلعیده‌اند و هنوز کاملاً هوشیار هستند، تجویز جرعه‌های مکرر از حجم مقداری آب سرد یا شیر می‌تواند تا رسیدن کمک‌های بعدی مفید باشد.

درمان اولیه هر گونه آلودگی پوستی با مواد سمی، شستشو با مقادیر فراوان آب است.

درمان اولیه هر گونه آلودگی پوستی با مواد سمی، شستشو با مقادیر فراوان آب است.

مسمومیت صنعتی

بسیاری از سموم صنعتی به صورت بالقوه وجود دارند که می‌توانند به طور تصادفی

استنشاق، بلع یا جذب پوستی گردند. ایمنی فرد نجات‌دهنده در چنین مواقعی ارجح است. هر گونه روش رفع آلودگی را باید به گروه اورژانس واگذار کرد. باید از تنفس دهان به دهان در حضور سموم مانند سیانید، سولفید هیدروژن، مواد خورنده و ارگانو فسفره‌ها خودداری کرد. مقررات ایمنی و بهداشت، کارمندان را موظف می‌کند که احتیاط لازم را جهت به حداقل رساندن تماس با چنین موادی به کار بندند و معمولاً تجهیزات احیا کننده از جمله یک منبع ذخیره اکسیژن با غلظت زیاد در دسترس می‌باشد.

مسمومیت با سیانید صنعتی نادر است و اغلب با آلودگی پوستی یا تنفسی اتفاق می‌افتد. مسمومیت با این مواد سبب جلوگیری از استفاده سلولی اکسیژن می‌شود و در نتیجه هیپوکسمی شدید و اسیدوز هم‌زمان پیش می‌آید. کیت آنتی دوت سیانید برای موارد مسمومیت شدید آن در دسترس است. آنتی دوت منتخب ادتات دی کبالت (Dicobalt Edetate) وریدی می‌باشد. سودمندی استنشاق آمیل نیترات به‌عنوان کمک اولیه، مورد شک می‌باشد و این دارو ممکن است باعث کاهش جدی فشارخون شود، از این رو تجویز نمی‌گردد.

گیاهان سمی

در صورتی که بعضی از گیاهان سمی خورده شوند، پزشکان با دو مشکل روبرو خواهند بود: نخست، شناسایی دقیق گیاه مورد نظر و دوم، کمبود اطلاعات مربوط به چگونگی سم‌شناسی در مورد تعداد زیادی از گیاهان. قطعاً، ناخوشی و مرگ و میر در نتیجه مسمومیت گیاهی خیلی کم است. با این وجود هر

جایی که مظنون به مسمومیت گیاهی باشیم، پذیرش معمولی بیمارستانی و بررسی تجویز می‌گردد.

خوردن «قارچ جادویی» Magic Mushroom که باعث اثرات توهمی می‌گردد، در بین نوجوانان نسبتاً شایع است. قارچ Liberty cap Mushroom گونه‌ای شایع است که در پارکها و سایر فضاهاى باز در فصل پاییز دیده می‌شود.

واکنش فردی به دنبال مصرف این قارچها متغیر است، ولی بیشتر به صورت تغییرات رفتاری و مشاهدات پیچیده است. برخورد عمومی با این بیماران اغلب اوقات به صورت مشاهدات معمولی و مراقبت تا زمان بهبودی کامل می‌باشد.

یادآوری می‌شود که دسته پیچیده‌ای از گیاهان کشنده گیاه، حشره‌کش‌ها و بارورکنندگان اغلب برای پرورش گیاهان و بخصوص برگ آنها به کار می‌رود.

در واقع، این مواد آلی ممکن است نخستین علت علائم در بیماران باشند و یا باعث بدتر شدن این علائم گردند.

مسمومیت با منواکسیدکربن

منواکسیدکربن یکی از مهم‌ترین علل مرگ بر اثر مسمومیت در انگلستان است. دو منبع شایع این گاز در مسمومیت‌های حاد، دود آگزوز اتومبیل‌ها (یک منبع مکرر از خود مسمومیت عمدی) و آتش‌خانه‌ها می‌باشد. از منابع همیشگی مسمومیت مزمن با منواکسیدکربن که باعث مشکلات زیاد در تشخیص می‌شود، بد نصب کردن گاز خانگی برای گرم کردن از جمله

مسدود شدن منافذ دودکش است.

مسمومیت با منواکسیدکربن باعث هیپوکسی سلولی از طریق تعدادی از مکانیسم‌های پیچیده می‌گردد. علائم اولیه این مسمومیت، اختصاصی نمی‌باشند و شامل سردرد، سرگیجه، تهوع و استفراغ است. اگر بیش از یک نفر از اعضای خانواده این علائم را نشان دهند، ممکن است باعث تشخیص نادرست و اشتباه با عفونت‌های ویروسی گردد. همان‌طور که تماس با منواکسیدکربن افزایش می‌یابد، از میزان هوشیاری کاسته می‌شود. در بیماران بی‌هوش، چنانچه این افراد قبل از تشخیص، برای مدت چند ساعت از پا افتاده باشند، پوست ممکن است تاول بزند و در مقایسه با رنگ معمولی «گیلاسی-ارغوانی»، بیشتر سیانوزه (آبی) است چنان‌که این اصطلاح به صورت غلط به کار می‌رود.

**مسمومیت با سیانید صنعتی
نادر است و اغلب توسط
آلودگی پوستی یا تنفسی
اتفاق می‌افتد.**

درمان اولیه این بیماران شامل بیرون بردن آنها از فضای مسموم و تجویز اکسیژن با غلظت زیاد از طریق ماسک کاملاً مجذوب در راه بیمارستان می‌باشد.

زخم‌ها و سایر صدمه‌ها

زخم عبارت از هرگونه صدمه‌ای است که به تخریب پوست بیانجامد. خراشیدگی (abrasion) هنگامی اتفاق می‌افتد که لایه سطحی پوست (اپی

درم) تخریب شود، بدوز، این که لایه زیرین (درم) آسیب ببیند. خراشیدگی ممکن است در نتیجه حرکات مالشی بین پوست و یک شیئی و یا بر اثر فشاری ساده رخ دهد.

بریدگی (Incised wound) عبارت است از برش تمیز لبه‌ها با شیئی تیز مانند چاقو یا قطعه‌ای از شیشه. چنین زخم‌هایی می‌توانند به خوبی از پارگی (Laceration) تشخیص داده شوند که در این نوع لهیدگی یا پارگی سطوح پوست اتفاق می‌افتد و باعث تخریب بافتی بیشتری می‌شود. پارگی‌ها بیشتر از بریدگی‌ها باعث عفونت می‌گردند. نوع شایعی از پارگی در ساق پای بیمار مسنی وجود دارد. به خاطر خون رسانی نسبتاً ضعیف پوست منطقه ساق پا، چنین زخم‌هایی خیلی آهسته بهبود می‌یابند و ممکن است به چند هفته باندپیچی نیاز داشته باشند.

زخم‌هایی که در اثر یک شیئی نوک تیز به وجود آمده‌اند (Puncture wounds) عمیق‌تر از زخم‌های گسترده هستند. این زخم‌ها شامل زخم‌های سوزن، افتادن روی شیشه شکسته یا نشستن اتفاقی بر روی یک شیئی تیز می‌باشد. زخم‌های تیز معمولاً بر ساختارهای زیرین مانند تاندون‌ها و اعصاب صدمه می‌زنند و پاک کردن آنها به میزان کافی چندان آسان نیست. در نتیجه خطر بالای عفونت در آنها وجود دارد.

بیشتر زخم‌ها کم و بیش از مقدار جزئی تا کشنده دچار خون ریزی می‌شوند. خون ریزیهای شریانی با جهش خون در هر انقباض قلب مشخص می‌شوند. نسبت به اندازه رگ صدمه دیده، بیمار ممکن است

مقدار زیادی خون در زمان کوتاهی از دست بدهد.

خون وریدی که مقدار کمی اکسیژن دارد، تیره‌تر است و در حالت ثابت متمایل به لجن است. کنترل بیشتر خون ریزیهای وریدی مشکلتر از خون ریزیهای شریانی است و از آنجایی که به ظاهر کمتر ناراحت کننده است، مقدار کلی خون از دست رفته به طور جدی در نظر گرفته نمی‌شود. اگر خون ریزی ادامه یابد، بیمار علائم و نشانه‌های شوک کاهش حجم خون (Hypovolaemic) را بروز می‌دهد. معمولاً در یک بیمار بالغ سالم، از دست دادن تا ۱۵ درصد از حجم کلی خون، قابل تحمل است. چنان که خون ریزی ادامه یابد، بیمار دارای نبض سریع، رنگ پریده و پوست سرد و مرطوب می‌باشد. نفس کوتاه و کوتاه‌تر می‌شود و ممکن است از ضعف، سرگیجه خفیف، تهوع و تشنگی شکایت کند. با ادامه خون ریزی، بیمار بیشتر بی‌قرار شده و دچار علائم عدم هوشیاری و احتمالاً بی‌هوشی می‌گردد. بیماری که بر اثر خون ریزی کاملاً بی‌هوش است، احتمالاً حدود ۵۰ درصد از حجم خون خود را از دست داده است.

نقش داروسازان در انجام کمک‌های اولیه در بیمارانی که دچار خونریزی شده‌اند، عبارت است از:

■ اگر بیمار علامت و یا نشانه‌ای از شوک نشان می‌دهد، او را بخوابانید و پاهایش را بالا بگیرید، هر گونه لباس سفت را از تن وی خارج کنید، با انگشت‌هایتان روی زخم فشار مستقیم وارد آورید (ترجیحاً با یک گاز یا پد استریل) و قسمت صدمه دیده را بالا بگیرید.

■ بلافاصله کمک بخواهید و به طرف شخص حادثه دیده برگشته و موقعیت او را ارزیابی نمایید.

■ اگر بیمار هوشیاری خود را از دست داده است، الفبای احیا (ABC) را پی‌گیری نمایید.

باید به خاطر داشت که خطر بالقوه عفونت را با پوشیدن دستکش استریل در صورت امکان به حداقل برسانید، بخصوص اگر شما (در نقش نجات دهنده) هر نوع زخمی در دست‌ها مانند بریدگی، خراشیدگی یا مشکلات پوستی مانند اکزما داشته باشید.

خون ریزی داخلی

بدیهی است که در صورت ضربه‌های قابل توجه، ممکن است خون‌ریزی بر اثر شکستگی و یا در حفره‌های اصلی بدن مانند سینه و شکم اتفاق بیفتد. تشخیص چنین خون‌ریزی داخلی گاهی مشکل است، ولی علائم بالینی شوک کاهش حجم خون همان طور که قبلاً ذکر گردید، ممکن است بدون هیچ‌گونه عامل خارجی برای از دست دادن خون، گسترش یابد.

در صورتی که ضربه‌ای وجود نداشته باشد، معمول‌ترین علت خون‌ریزی، خون‌ریزی دستگاه معدی - روده‌ای است که معلول شریاطی مانند بیماری زخم اثنی عشر، گاستریت و خون‌ریزی واریس مری می‌باشد. در چنین شریاطی، بیمار ممکن است خون استفراغ کند و یا ممکن است دارای سابقه‌ای از مدفوع سیاه رنگ (Melaena) باشد.

در همه این شرایط بیمار را باید همان گونه که ذکر گردید، درمان کرد و فوراً او را به بیمارستان منتقل نمود.

خون ریزی بینی

خون ریزی از بینی یکی از شکایات متداول است که اغلب به خاطر پارگی مویرگهای خونی دیواره بینی (ناحیه کوچک) روی می‌دهد. این مسأله ممکن است بر اثر فین شدید و عطسه کردن باشد و یا در رابطه با عفونت راههای تنفسی فوقانی ایجاد شود. برای کنترل خون‌ریزی، بیمار را به انجام کارهای زیر ترغیب نمایید:

■ بنشینید و سرش را به طرف جلو بگیرد.

■ قسمت نرم بینی خود را از زیر قسمت سخت بین انگشت سبابه و شست به مدت ۱۰ دقیقه بگیرد.

■ مراقب باشد که سرفه یا عطسه نکند.

■ از طریق دهان نفس بکشد.

بعد از ۱۰ دقیقه، چنانچه خون‌ریزی ادامه یابد، مراتب مذکور را تکرار کنید.

اگر دندانان به طور کامل از جای خود کنده شده باشد، می‌توان آن را با موفقیت در جای خود کاشت، ولی زمان در این کار نقش اساسی دارد.

اگر بعد از ۳۰ دقیقه خون‌ریزی ادامه یابد، باید به دنبال توصیه‌های پزشکی باشید. هر گاه خون‌ریزی قطع گردد، به بیمار توصیه کنید که عطسه یا فین نکند و از مصرف نوشیدنی‌های داغ خودداری نماید، چون این کارها سبب خون‌ریزی می‌شوند.

در افراد مسن، کنترل خون‌ریزی بینی

مشکل‌تر است، چون منشأ خونریزی معمولاً به گذرگاه بینی برمی‌گردد. احتمال بیماریهای مخفی بخصوص فشارخون و مشکلات خونی، در بیماران مسن بیشتر است. به علاوه، بیماران مسن از نظر فیزیولوژیک نسبت به خونریزی کمتر مقاوم هستند و بنابراین ممکن است حد آستانه پایین‌تری برای اخذ درمان‌های پزشکی داشته باشند.

حفرات دندانی

خونریزی از حفره دندانی یک مشکل معمول پس از کشیدن دندان است. توصیه می‌شود که قبل از بررسی مجدد وضعیت، حداقل به مدت ۱۰ دقیقه بر روی یک تکه گاز با دندان فشار آورده شود. باز هم چنانچه برای مدت بیشتر از نیم ساعت خونریزی ادامه پیدا کند، بایستی به سراغ کمک‌های دندانپزشکی رفت.

اگر دندانی به طور کامل از جای خود کنده شده باشد، می‌توان آن را با موفقیت در جای خود کاشت ولی زمان در این کار نقش اساسی دارد. اگر دندان پیدا نشود، آن را باید با دقت در جای مناسب قرار داد و مطمئن شد که بیمار درمان فوری دندانپزشکی را انجام دهد.

جای خالی دندان را شستشو ندهید چون ممکن است این کار سبب کنده شدن لخته خون شود و نیز نباید با شدت دندان را پاک کرد چون هر دوی این اقدامات ممکن است شانس موفقیت در جایگزینی دندان را کاهش دهد. اما اگر آلودگی دندان خیلی شدید باشد، کثیفی سطح دندان را می‌توان با شستشو با

آب از بین برد. اگر نتوان دندان را در جای خود قرار داد، باید آن را درون مقدار کمی شیر نگهداری کرد و فوراً به دنبال توصیه‌های دندانپزشکی رفت.

خونریزی از گوش

خونریزی از گوش اغلب به سبب ضربه‌های موضعی کوچک درون گوش و یا مجرای خارجی شنوایی می‌باشد. به صورت معمول، این مسأله می‌تواند در نتیجه ضربه‌های متأثر از فشار مانند سیلی زدن به گوش باشد که منتج به سوراخ شدن پرده گوش می‌گردد. اگر چنین اتفاقی بیفتد، بیمار باید به کاهش شنوایی در سمت آسیب دیده توجه کند.

در صورتی که خونریزی از گوش در نتیجه ضربه مغزی باشد، ممکن است پایه جمجمه شکسته باشد و به دنبال آن باید به بیمار هشدار داد که حادثه‌ای اتفاق افتاده و فوراً به بخش اورژانس مراجعه کند.

واریس وریدی

خونریزی از وریدهای واریسی (کشاد شده) که‌گاه می‌تواند مشکل‌زا باشد. این امر معمولاً در نتیجه صدمه‌های جزئی از محل واریس است که ممکن است دچار خونریزی زیاد شود. در این موارد، باید فشار مستقیم با گاز استریل و باندپیچی از انگشت تا زانو و بالا نگه داشتن پا انجام گیرد. هم چنین اقدامات پزشکی به عمل آید.

صدمه‌های ماهیچه‌ها و مفاصل

صدمه‌های بافت‌های نرم (ماهیچه، تاندون و

لیگامان) بسیار شایع است و بخش عمده‌ای از صدمه‌ها و فوریت‌ها در انگلستان به شمار می‌آید. چنین صدمه‌هایی می‌تواند فشاری (بر اثر کوفتگی «bruising» پوست یا ماهیچه) و یا کششی (در نتیجه کشش ماهیچه یا پیچیدگی مفصل همراه با پارگی نسبی بعضی از لیگامان‌ها) باشد.

چنانچه صدمه‌های بافت نرم درمان نشود، در اثر تولید اتصال‌های فیبری و تشکیل اسکار (جای زخم) بهبود می‌یابد و منجر به سفتی و تمایل به صدمه آتی می‌شود. افراد مصدوم مسلماً نیاز به درمان ویژه طبی دارند ولی در طی ۲۸ ساعت اولیه بعد از آسیب، رژیم استاندارد RICE به شرح زیر مفید می‌باشد:

■ **استراحت (Rest)** و بی‌حرکتی: این کار باعث می‌گردد که به طور مؤثر، درد تحت کنترل درآید و روند بهبودی آغاز شود. این مرحله باید کوتاه باشد (از دو روز تجاوز نکند) مگر این‌که برای صدمه خاصی، بی‌حرکتی لازم باشد.

■ **یخ (Ice)**: کاربرد یخ در یک عضو صدمه دیده، فواید چندی در بردارد: یخ باعث تنگ شدن عروق در محل می‌شود که منجر به رفلکس گشاد شدن عروق در قسمت‌های عمیق‌تر شده، جریان خون را بهبود بخشیده و روند بهبودی را تسریع می‌کند.

کاربرد سرما، هم چنین اثر بی‌حس‌کنندگی دارد که به بیمار اجازه حرکت دادن عضو مصدوم را در مراحل اولیه می‌دهد.

■ **فشار (Compression)**: باندپیچی فشاری با باند کرپ یا الاستیک سبب راحتی شده، ورم را کاهش می‌دهد و روند بهبودی بعدی را تسریع می‌کند.

■ **بالاگرفتن (Elevation)**: بالاگرفتن عضو مصدوم سبب کاهش ورم و سختی مفاصل مربوط می‌گردد.

همه صدمه‌های بافت‌های نرم باید به دقت تشخیص داده شده و به بیمار توصیه گردد که دستورات پزشکی را به طور کامل به کار بندد.

سوختگی‌ها

نخستین کمک اولیه برای هر نوع سوختگی خارجی، فرو بردن اعضای سوخته در آب سرد در جریان می‌باشد. اثرات مفید این عمل به شرح زیر است:

■ سرد شدن سریع پوست که منجر به کاهش عمق سوختگی می‌شود.

■ درد کاهش می‌یابد.

■ در سوختگی‌های شیمیایی، آب مواد سمی را رقیق کرده و خارج می‌کند.

به دلیل این‌که عفونت از علل عمده ناخوشی بعدی در سوختگی‌ها می‌باشد، تماس با منطقه سوخته باید به حداقل برسد.

ارزیابی دقیق عمق و وسعت سوختگی‌ها مشکل است. «قانون ۹» که به طور معمول به کار می‌رود، یک ارزیابی معقول اولیه از میزان سطح کلی بدن به دست می‌دهد. در بالغین، سر و گردن ۹ درصد، هر یک از اندام‌های فوقانی ۹ درصد، هر یک از اندام‌های تحتانی ۱۸ درصد، جلوی تنه ۱۸ درصد و پشت نیز ۱۸ درصد محسوب می‌شود. کف دست بیمار تقریباً ۱ درصد از سطح بدن را تشکیل می‌دهد. به طور سنتی، عمق سوختگی‌ها به درجه ۱، ۲ و ۳ تقسیم

می‌گردد. اخیراً اصطلاحات ضخامت نسبی و ضخامت کلی به ترتیب برای تشریح سوختگی درجه ۲ و ۲ به کار می‌رود. در حال حاضر، هر دو اصطلاح به طور معمول استفاده می‌شوند.

سوختگی درجه یک

فقط شامل اپی درم است و با اریتم (سرخی) ساده که با فشار بی‌رنگ می‌شود، مشخص می‌گردد. این نوع سوختگی دردناک است ولی پوست تاول نمی‌زند یا جدا نمی‌شود. سوختگی درجه یک در مدت ۲ تا ۵ روز بهبود می‌یابد و اثر زخم (اسکار) باقی نمی‌ماند.

سوختگی درجه دو (سوختگی نسبی ضخامت)

منجر به تخریب اپی درم می‌گردد و تا وسعت متغیری در لایه زیرین جلد گسترش می‌یابد و اغلب به عنوان سطحی و عمقی تقسیم می‌شود. سوختگی درجه دوم سطحی، نیمه خارجی پوست را در بر می‌گیرد که با فشار بی‌رنگ می‌گردد. دردناک بوده و معمولاً تاول می‌زند. با هر گونه تماس، لایه زیرپوست به صورت تپیک تا اندازه‌ای براق، سفت یا نمناک می‌باشد. این سوختگی معمولاً در عرض ۲ هفته بدون برجا گذاشتن اثر زیادی از زخم، بهبود می‌یابد.

سوختگی درجه دوم عمقی، نیمه داخلی پوست را در بر می‌گیرد و می‌تواند همراه و یا بدون درد باشد و با فشار بی‌رنگ نمی‌شود، ممکن است مرطوب یا خشک به نظر برسد و بسیار مشکل است که از ظاهر ضخامت کامل

آسیب مشخص گردد. چند هفته طول می‌کشد تا این سوختگی بهبود یابد و جای زخم قابل توجهی بر جای می‌گذارد.

سوختگی درجه سه (سوختگی کامل ضخامت)

این سوختگی باعث تخریب کامل اپی درم و درم می‌شود و معمولاً تا بافت‌های زیر جلدی گسترش می‌یابد. این سوختگی بدون درد است و با فشار بی‌رنگ نمی‌گردد. ممکن است رنگ پریده یا سفید به نظر برسد و اغلب به عنوان سخت، قهوه‌ای سوخته یا چرمی توصیف می‌شود. بهبودی خیلی کند صورت می‌پذیرد و حتماً از خود اثر برجا می‌گذارد.

درمان

درمان سوختگی درجه یک علامتی است و پانسمان آن لازم نیست. قسمت کوچکی از سوختگی نسبی ضخامت را می‌توان با پانسمان غیر چسبنده پوشاند و باید مراقبت پزشکی مناسب انجام گیرد. هیچ‌گونه کرم یا پمادی نباید استفاده شود چون ارزیابی بعدی منطقه سوخته را دچار اشکال می‌کند.

سوختگی بر اثر برق نیاز به بررسی ویژه دارد. این نوع معمولاً با ولتاژ کم در نتیجه حوادث خانگی رخ می‌دهد. قبل از نزدیک شدن به بیمار، مطمئن شوید که برق قطع گردیده است. تمام قربانیان صدمه‌های برقی نیاز به ارزیابی دقیق پزشکی دارند، چون حتی صدمه با ولتاژ پایین می‌تواند منجر به آسیب ماهیچه‌ها، اعصاب، رگهای خونی، آریتمی قلبی

یا حتی مرگ شود. اغلب به نظر می‌رسد که بروز سوختگی با برق جزئی باشد ولی در اکثر مواقع صدمه‌های زیرین جدی‌تری را می‌پوشاند. سوختگی‌های واقعی با برق، اغلب با ضخامت کامل می‌باشند و باید به صورت تخصصی درمان گردند.

صدمه‌هایی که با ولتاژ بالا ایجاد می‌شوند (بیش از ۱۰۰۰ ولت) مانند کابل‌های فشار قوی، معمولاً خیلی جدی هستند. کودکان اغلب قربانیان چنین حوادثی هستند چون از خطر آن

مسمومیت با متواکسیدکربن

باعث هیپوکسی سلولی از

طریق تعدادی از

مکانیسم‌های پیچیده

می‌گردد.

آگاه نیستند و چنین جریان‌هایی برای ایجاد قوس الکتریکی (مانند پریدن) بین کابل و یک شیئی بر روی زمین مانند تکه‌ای چوب که در دست یک بچه نگه داشته شده، توانایی دارند.

صدمه‌های وارده به سر

صدمه‌های وارده به سر رایج‌ترین نوع آسیب‌های منجر به مرگ نزد جوانان است. سالانه تقریباً یک میلیون نفر در انگلستان به بخش فوریت‌ها و حوادث به علت آسیب مغزی، مراجعه می‌کنند و ۱۵۰۰۰۰ نفر آنها در بیمارستان بستری می‌شوند. ۴ درصد این بیماران بعداً به بخش جراحی مغز و اعصاب منتقل می‌گردند.

صدمه‌های وارده به سر ممکن است در نتیجه افتادن، حمله، حوادث رانندگی جاده‌ها و غیره باشد. خونریزی زخم سر را باید به طور معمول باندپیچی کرد، همان گونه که قبلاً ذکر شد. شاید مفیدترین اقدامی که باید قبل از انتقال به بیمارستان انجام گیرد، در صورت امکان ارزیابی بیمار از طریق حرف زدن با وی باشد. چنانچه بیمار نتواند پاسخ دهد، باید الفبای احیا را به کار برد. اگر بیمار یکی از علائم زیر را دارا باشد، باید برای ارزیابی و اقدامات بعدی به بیمارستان منتقل شود:

- از دست دادن هوشیاری یا فراموشی در هر زمان
 - سردرد، تهوع، استفراغ یا اختلال دید
 - اغتشاش شعور
 - خون مردگی یا ورم پوست سر
 - هر گونه خون‌ریزی یا سایر تخلیه‌ها از بینی یا گوش
 - هر گونه صدمه فرو رونده مشکوک مانند حمله با یک وسیله تیز.
- پس از انجام اقدام‌های اولیه، جهت اطمینان یا حمایت از بیمار، همراه وی بمانید. ارزیابی اولیه چنین بیماری ممکن است گمراه کننده باشد و باید مطمئن شوید که بیمار تحت درمان قرار گرفته است.

منبع:

1. Grant P. Poisoning and minor trauma. Pharmaceut J. 1996; 257; 797 - 801.