

سوختگی دست

گردآوری:

دکتر علی اکبر محمدی

رئیس مرکز تحقیقات سوختگی شیراز

(عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

دکتر سید محمد جلال هاشمی نسب

به راهنمایی:

دکتر محمد حسن رجبیان

فوق تخصص جراحی پلاستیک، ترمیمی و سوختگی

(عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

انتشارات نوید شیراز



سرشناسه	: محمدی، علی اکبر، ۱۳۴۷-
عنوان و نام پدیدآور	: سوختگی دست / گردآوری علی اکبر محمدی، محمدجلال هاشمی نسب.
مشخصات نشر	: شیراز: نوید شیراز، ۱۳۹۰.
مشخصات ظاهری	: ۱۰۴ ص: مصور.
شابک	: ۹۷۸-۹۶۴-۳۵۸-۸۰۰-۷
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۹۴-۱۰۱.
موضوع	: سوختگی و تاول - درمان
موضوع	: دست‌ها - زخم‌ها و آسیب‌ها - درمان
شناسه افزوده	: هاشمی نسب، محمدجلال
رده بندی کنگره	: ۱۳۸۸ س ۹ ۱۳۸۸ RD۹۶/۴/م
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۱۱۰۶
شماره کتابشناسی ملی	: ۱۴۵۸۴۴۰



سوختگی دست

گردآوری: دکتر علی اکبر محمدی - دکتر سید محمد جلال هاشمی نسب

طرح جلد: سعید فضلی □ لیتوگرافی و چاپ: واصف □ تیراژ: ۱۵۰۰ جلد

چاپ اول: ۱۳۹۰ □ حق چاپ محفوظ

ناشر: انتشارات نوید شیراز

دفتر شیراز - تلفن: ۲۲۲۶۶۶۱-۶۲ نمابر ۲۲۲۹۶۷۶-۰۷۱۱-۰۷۱۱ ص.پ.: ۷۱۳۶۵/۶۶۶

دفتر تهران - تلفن: ۸۸۹۰۵۹۴۵ نمابر ۸۸۹۲۱۵۲۲-۰۲۱-۸۸۹۲

پست الکترونیکی: Navid_Publication@Yahoo.com

وب سایت: www.navidshiraz-pub.com

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۳۵۸-۸۰۰-۷ ISBN: 978-964-358-800-7

۲۲۰۰ تومان

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
..... مقدمه	۷
..... تاریخچه سوختگی	۱۳
..... آناتومی دست	۱۵
..... فیزیولوژی	۱۸
..... پاتوبیولوژی	۲۰
..... ارزیابی اولیه دست سوخته	۲۲
..... ارزیابی عمق سوختگی	۲۲
..... طبقه بندی زخم بر اساس عمق سوختگی	۲۳
..... بستری یا درمان سرپایی	۲۴
..... موارد خاص در سوختگی های دست	۲۸
..... سوختگی دست در اطفال	۲۸
..... سوختگی شیمیایی	۲۸
..... آسیب های ترکیبی حرارتی و له شدگی	۲۹
..... سوختگی درجه چهار دست	۳۰
..... اصول ششگانه در درمان سوختگی دست	۳۴
..... اصل اول: هیچ صدمه ای وارد نکنید	۳۴
..... اصل دوم: گردش خون را حفظ کنید	۳۵

۳۸	اصل سوم: از عفونت جلوگیری کنید
۳۹	اصل چهارم: پوشش زخم را فراهم سازید
۴۴	اصل پنجم: حفظ یا بازیابی حرکتی
۴۷	اصل ششم: بدست آوردن بازتوانی عملکردی
۵۲	درمان غیر جراحی سوختگی دست
۵۲	پانسمان در مراقبت از زخم
۵۵	اسکاروتومی
۵۸	درمان سوختگی حاد دست
۵۹	اسپلینت گذاری
۶۲	روشهای دیگر درمانی
۶۵	درمان جراحی در سوختگی های حاد دست
۶۵	چه وقت به جراحی نیاز است؟
۶۶	جراحی زود هنگام در مقایسه با جراحی تاخیری
۶۷	الگوریتم های درمان دست سوخته
۶۸	روشهای بستن زخم
۷۰	روشهای گرافت پوستی
۷۱	وضعیت دست در پیوند پوست
۷۲	درمان تاندونها یا مفاصل نمایان شده
۷۳	درمان خاص در سوختگی دست در کودکان
۷۳	درمان سوختگی های کف دست
۷۴	درمان سوختگی درجه چهار دست
۷۹	استفاده از اصل کرین در سوختگی درجه چهار
۷۹	ترمیم میکرو واسکولار در سوختگی حاد دست
۸۷	جراحی ترمیمی در سوختگی ها
۸۷	برنامه ریزی برای جراحی ترمیمی
۸۸	عوارض شایع در سوختگی

- درمان جراحی چسبندگی های اسکار سوختگی ۸۹
- ضخامت گرافت و چسبندگی ها ۹۰
- پوشش مجدد دست با فلپ ها ۹۱
- انتخاب فلپ آزاد برای ترمیم دست ۹۲
- جراحی در دفرمیتی های خاص ۹۷
- اختلالات مزمن مفصلی بعد از سوختگی ۹۷
- چسبندگی سطح کف انگشتان ۹۷
- چسبندگی پره بین انگشتی ۹۸
- دفرمیتی بوتونیر ۹۹
- چسبندگی اداکمیون دست ۹۹

مقدمه

سوختگی دست منحصراً بفرده است، و علیرغم سطح دو و نیم درصدی دست نسبت به کل بدن،^۱ کمیت سوختگی آمریکا^۲ آنرا به عنوان سوختگی مازور طبقه بندی نموده است. این طبقه بندی حاکی از نقش فعالیت دستهای انسان در زندگی روزمره و اجتماع می باشد. در اکثر موارد، دست دچار سوختگی مجزا می گردد، از سوی دیگر در سوختگی های بیش از ۶۰٪ سطح بدن بندرت دستها از آسیب های سوختگی در امان می مانند.^۳ ۸٪ از آسیب های مراجعه کنندگان به اورژانس را سوختگی دست تشکیل می دهند^۵ و معمولاً اندیکاسیون برای ارجاع به مراکز سوختگی دارند.^۶

معمولاً سوختگی های دست، بر اثر آسیب های شغلی رخ داده^۷ و سوختگی های دست اکثراً در مردها اتفاق می افتد.^۸

آسیب های شغلی بیشتر با شعله آتش و سوختگی های الکتریکی است.^{۱۰} حوادث خانگی که منجر به سوختگی می شوند شامل سوختگی با آب جوش^{۱۱} و انفجار یا شعله می باشند.^{۱۰} سوختگیهای تماسی دست بیشتر در کودکان اتفاق می افتد.^{۱۱}

ترددت و همکارانش^۴ در یک مطالعه، ۱۷۰۵ آسیب سوختگی را در مدت ده سال ارزیابی و بروز سوختگیهای دست و اندام فوقانی را ۵۴٪ گزارش کردند.^{۱۳} ۸۰٪ از مبتلایان به سوختگی دست مذکر و یک سوم آنها نیز کودک بودند. نیمی از بیماران در زمان حادثه شاغل بوده، و یک سوم آنها در محل کار دچار آسیب سوختگی شدند. متوسط وسعت سوختگی تقریباً ۱۵٪ از کل

-
- ABA
 - Scald
 - ◆ Tredget et al

سطح بدن گزارش شد. در سه چهارم موارد آسیبه‌های سوختگی دست‌ها و اندام‌ها، وسعتی کمتر از ۲۰٪ از کل سطح بدن را داشتند.

سوختگی با شعله ۶۰٪، سوختگی با آب جوش ۱۹٪ و سوختگی الکتریکی ۷٪ از موارد سوختگی را تشکیل می‌دادند. ۱۴٪ بقیه عوامل جراحتهای سوختگی، شامل قیر، روغن، خراشیدگی و اصطکاک و مواد شیمیایی بودند. تردگت تأکید کرد که جراحتهای سوختگی نوعی شایع از ترومای اندام فوقانی است.

برخلاف پا که به صورت یک قطعه انتهایی بصورت بی حرکت نیز قادر به ایفای نقش خود است، عملکرد دست‌ها وابسته به ثبات، حس، حرکت، زبردستی و قابلیت کنترل می باشد. برای این منظور پوشش پوستی پایدار، ساختار اسکلتی وفق پذیر و هماهنگی تاندونها و قدرت ماهیچه‌ها مورد نیاز است. توانایی هر دست بستگی به نحوه استفاده از آن دارد. دست‌های ما عضوی از بدن هستند که در عملکرد فرد و زیبایی سهیم می باشند و ارتباط ما را با محیط و دیگران میسر می سازند. بعنوان عضوی که در ارتباطات اجتماعی دخالت دارند، دست‌ها باید هم در ظاهر و هم در هنگام لمس طبیعی باشند تا از ناخوشایندیهای اجتماعی جلوگیری گردد. یکی از شایعترین موانع ارتباط اجتماعی برای بیماران سوختگی، بخصوص اگر دست قطع شده باشد، دست دادن برای احترام و سلام کردن به دیگران است. به دلیل دفرمیتی دست، خیلی از بیماران سوختگی سالیان طولانی را با دست‌ان مخفی شده در جیب‌هایشان می گذرانند تا بدینوسیله دست‌های ناقص خود را از دید عموم پنهان دارند.^{۱۵}

دست تواناییهای حساس، از یک لمس ساده تا محکم گرفتن یا حس کردن و قدرت را دارد. از بین رفتن عملکرد دست، تأثیر منفی بر روی شغل بیمار، فعالیت‌های روزمره و اعتماد به نفس بیمار دارد.^{۱۶ و ۱۷} و باعث ۹۵٪ اختلال در عملکرد اندام مربوطه و ۵۷٪ اختلال در فعالیت شخص می شود.^{۱۸ و ۱۹} از دست دادن شست منجر به ۵۰٪ اختلال در عملکرد تمام دست می گردد.^{۱۹}

در موارد شدید، سوختگیهای دست منجر به ناتوانی و معلولیت بیماران در محیط کار و یا حتی مراقبتهای شخصی می گردند. بنابراین هدف از درمان سوختگی دست، پوشش پایدار بافت نرم آن می باشد تا تواناییهای مطلوب خود را به دست آورد. این توانایی شامل حرکات ظریف تا مشت کردن دست‌ها می باشد که بر اساس نیاز بیمار مشخص می گردد.

در این فصل ابتدا به سوختگی دست توجه شده است ولی باید یادآور شد که کارآیی دست قسمتی از توانایی اندام فوقانی محسوب می گردد. به طوری که اگر چسبندگی در آرنج و یا زیر بغل وجود داشته باشد حتی حرکت کامل دست نیز بی فایده خواهد بود چراکه دیگر دست را نمی توان در موقعیت مناسب قرار داد تا کارآیی لازم را داشته باشد. بنابراین بازتوانی باید تمام اندام فوقانی را در بر گیرد و برای این منظور تلاش تیمی لازم است. این تیم شامل پزشک، پرستار، فیزیوتراپیست، متخصص طب کار، مشاور باز توانی و مددکار اجتماعی می باشد.

www.ketab.ir

References

1. Rossiter ND , Chapman P , Haywood IA. How big is a hand ? Burns 1996;22:230-1.
2. Lund CC, Browder NC. The estimation of areas of burns. Surg Gynecol Obstet 1994; 79: 352-8.
3. Belliappa PP, McCabe SJ. The burned hand. Hand Clin 1993;9(2).
4. Pruitt BA. Epidemiology and general consideration. In: Salisbury RE, Pruitt BA, eds. Burns of the upper extremity. Philadelphia, PA:WB Saunders, 1976.
5. Bhende MS, Dandrea LA, Davis HW. Hand injuries in children presenting to a pediatric emergency department Ann Emerg Med 1993 ; 22(10): 1512-3.
6. Gultespide et al, ABA Criteria for referral to a regional burn center, in Advanced Burn Life Support Course, 2000.
7. Griffin P , Leitch I. Burns to the hand. Australian Family Physician Vol. 24, No. 2, February 1995; 166-72.
8. Salisbury RE, Dingeldein GP. The burned hand and upper extremity. In: Green, ed. Operative hand surgery. Churchill Livingstone, 1993, Chap 55, 2007-31.
9. Robson MC, Smith DJ. Burned Hand. In: MJ Jurkiewicz Ed., Plastic Surgery: Principles and Practices. St. Louis: Cv Mosby, 1990.
10. Vidal- Treca G, et al. Differences between burns in rural and in urban areas Burns 2000;26 (4): 351-8.
11. Bucek S. The primary treatment of severe burn hand by flap plastic. ACTA Chirurgiae Plasticae 1995 ; 37(3):83-8.
12. Salisbury RE, Pruitt BA. Burns of the Upper Extremity. Philadelphia: WB Saunders, 1976.