

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



پرستاری بزرگسالان و سالمندان پوست و سوختگی

By: Esmail Maghsoodi
Ms.N, PhD Candidate

Smko.umsu@yahoo.com

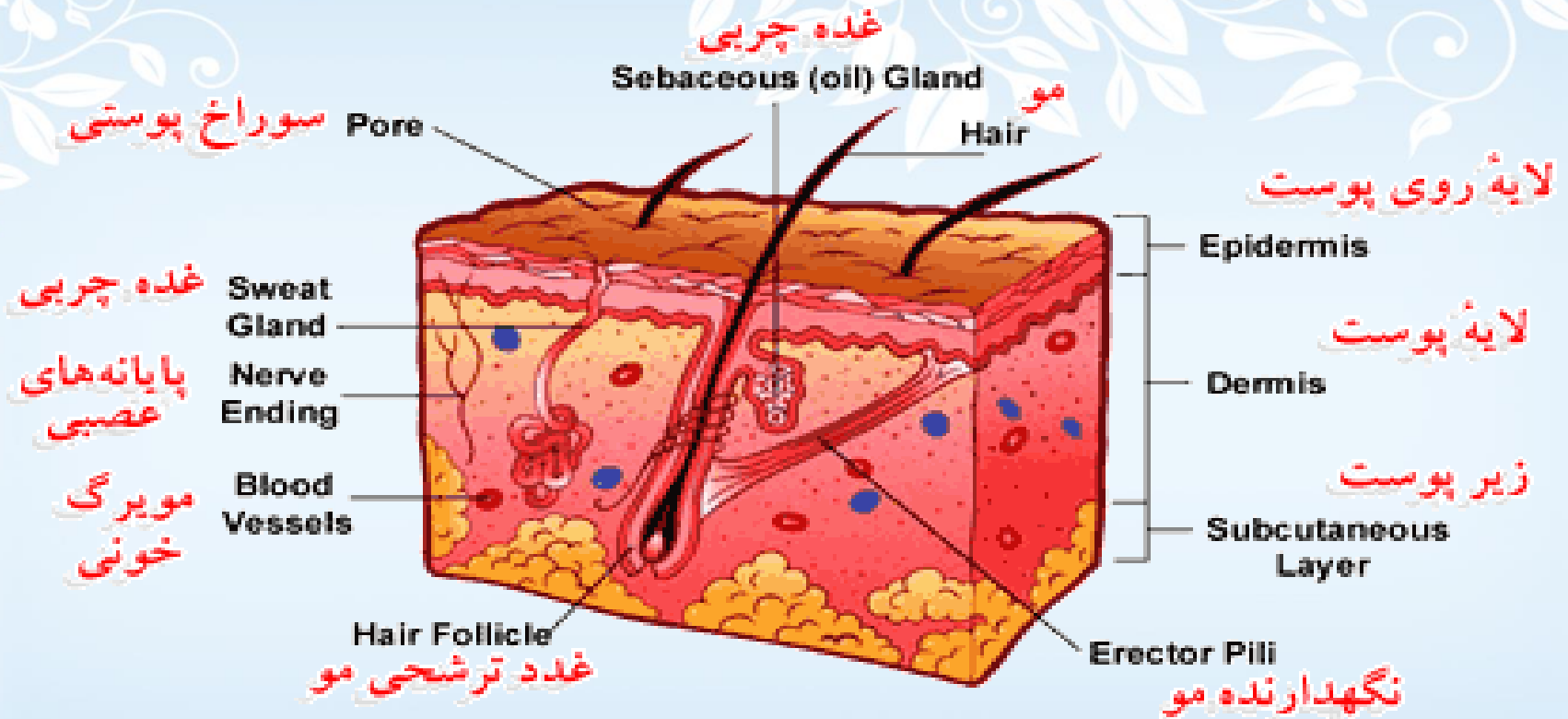
اهداف رفتاری

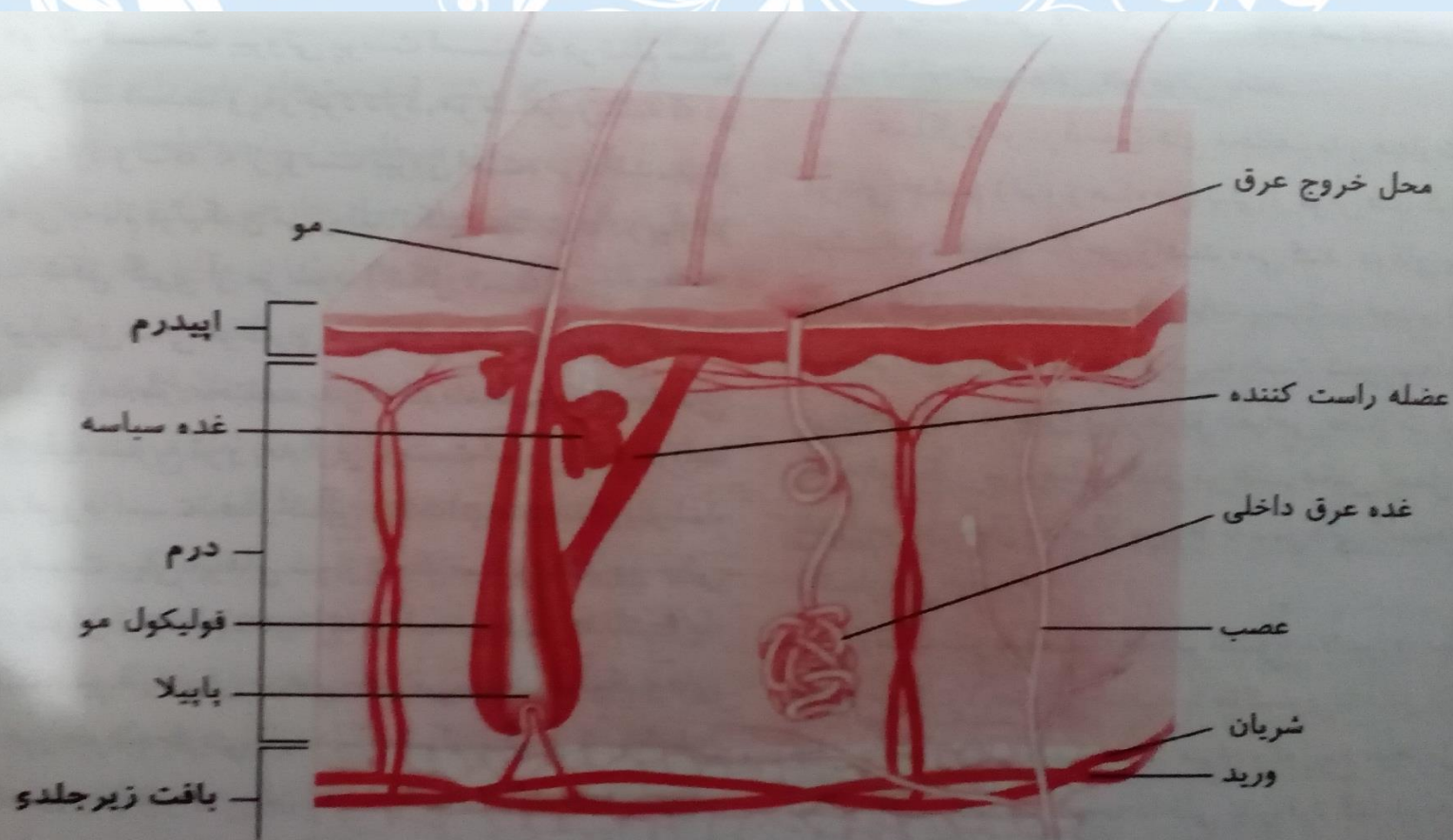
پس از پایان این مبحث دانشجو قادر باشد:

- آناتومی پوست را توضیح دهد.
- فیزیولوژی پوست را شرح دهد.
- با انجام مشاهده، مصاحبه و معاینه (تهیه تاریخچه سلامتی) علائم کلینیک پوست را بررسی نماید، موارد مثبت و منفی را تمیز دهد و نحوه ثبت علایم اختلالات پوست را شرح دهد.
- مشخصه های ضایعات اولیه و ثانویه را شرح دهد.
- آزمون های تشخیصی متداول در اختلالات پوستی را شرح دهد.

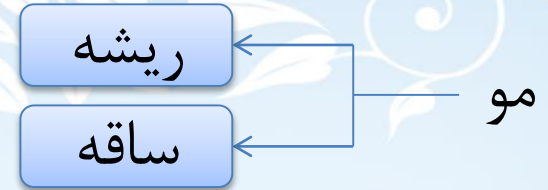
آناتومی پوست







مو و غدد پوستی



اعمال پوست

✓ محافظتی

✓ عمل حسی

✓ تعادل مایعات

✓ تنظیم درجه حرارت

✓ تولید ویتامین

✓ عملکرد پاسخ ایمنی

ارزیابی پوست

✓ تاریخچه بهداشتی

✓ بررسی ضایعات پوست

✓ معاینه فیزیکی

✓ بررسی وضعیت عروقی و هیدراتاسیون

✓ بررسی رنگ پوست

✓ بررسی ناخن ها

✓ بررسی راش

✓ بررسی مو

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه

Circumscribed, Flat, Nonpalpable
Changes in Skin Color



Macule—Small flat spot, up to 1.0 cm

Examples: freckle, petechia

Patch—Flat spot, 1.0 cm or larger

ماکول یا پچ

صاف با تغییر رنگ غیرقابل لمس

کک و مک، خال های صاف، پتشی،

اکیموز

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه

Palpable Elevated Solid Masses



Papule—Up to 1.0 cm.

Example: an elevated nevus

Plaque—Elevated superficial lesion 1.0 cm or larger, often formed by coalescence of papules

Nodule—Marble-like lesion larger than 0.5 cm, often deeper and firmer than a papule

Wheal—A somewhat irregular, relatively transient, superficial area of localized skin edema. Examples: mosquito bite, hive

پاپول یا پلاک: توده توپر،

قابل لمس با حاشیه مشخص مانند:

خال های برجسته تر از زگیلها

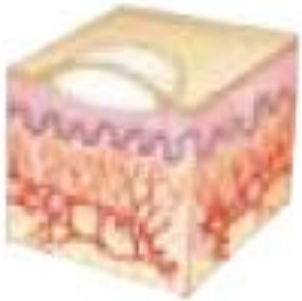
ندول

ویل: توده برجسته با محدوده ناپایدار

کھیر، نیش حشرات

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه

Circumscribed Superficial Elevations of the Skin Formed by Free Fluid in a Cavity Within the Skin Layers



Vesicle—Up to 1.0 cm; filled with serous fluid. Example: herpes simplex

Bulla—1.0 cm or larger; filled with serous fluid. Example: 2nd-degree burn

Pustule—Filled with pus. Examples: acne, impetigo

وزیکول، بول

توده برجسته با محدوده مشخص و حاوی

مایعات سرریزی

وزیکول: آبله مرغان، هرپس سیمپلکس

بول: پمفیگوس، تاول های سوختگی بزرگ

پوسچول: آکنه

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه

Loss of Skin Surface



Erosion—Loss of the superficial epidermis; surface is moist but does not bleed. Example: moist area after the rupture of a vesicle, as in chickenpox

Material on the Skin Surface



Crust—The dried residue of serum, pus, or blood. Example: impetigo

اروژن: ناحیه مرطوب، فرورفته به علت از بین رفتن سطح اپیدرم که تا درم نفوذ ندارد.

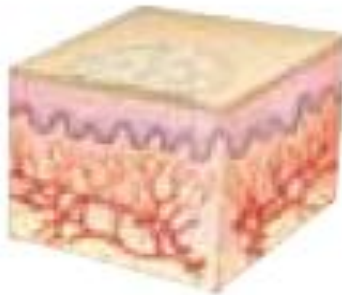
خراشیدگی، وزیکول های پاره شده.

کبره: بقایای سرم، خون یا چرک خشک شده در سطح پوست.

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه



Ulcer—A deeper loss of epidermis and dermis; may bleed and scar. Examples: stasis ulcer of venous insufficiency, syphilitic chancre



Scale—A thin flake of exfoliated epidermis. Examples: dandruff, dry skin, psoriasis

زخم: از بین رفتن پوست تا بعد از
اپیدرم، فاقد بافت نکروتیک مانند زخم

استازیس ناشی از نارسایی وریدی،

زخم فشاری

پوسته: پوسته های ثانویه به

پوسته ریزی مانند شوره سر،

پوست خشک

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه



Fissure—A linear crack in the skin. Example: athlete's foot

فیشر: شکاف خطی در پوست که

ممکن است تا درم امتداد یابد.

ترک روی لب ها یا دست ها.

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه



Lichenification—Thickening and roughening of the skin with increased visibility of the normal skin furrows.
Example: atopic dermatitis

لیکنیفیکاسیون: ضخیم و زبر شدن
پوست به علت تماس مکرر، تحریک
یا خاراندن مانند: درماتیت تماسی

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه



Atrophy—Thinning of the skin with loss of the normal skin furrows; the skin looks shinier and more translucent than normal. Example: arterial insufficiency

آتروفی: نمای نازک، خشک و شفاف
اپیدرم به علت از دست رفتن کلاژن
و بافت الاستیک مانند: پوست سالمندان
و نارسایی شریانی

ضایعات پوستی اولیه و ثانویه



Scar—Replacement of destroyed tissue by fibrous tissue. May be thick and pink (hypertrophic) or thin and white (atrophic), but does not extend beyond the injured area

اثری که بعد از التیام زخم به جای می ماند.

اسکار تازه: قرمز یا ارغوانی

اسکار قدیم: سفید یا براق

کلوئید: اسکار شدیدتر با تشکیل زیاد بافت

کلاژن به صورت برجسته و شکل نامنظم

ضایعات عروقی

پیشی



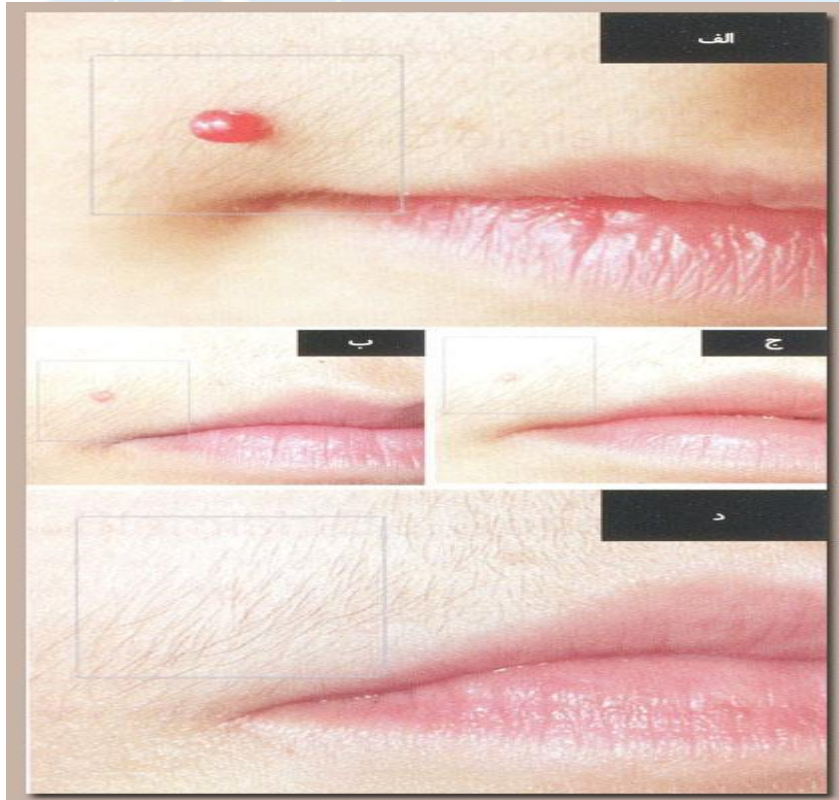
ضایعات عروقی

اکیموز



ضایعات عروقی

آنژیوم گیلانی



ضایعات عروقی

آنژیوم عنکبوتی

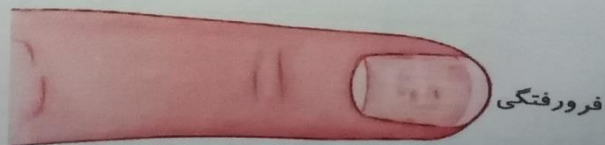
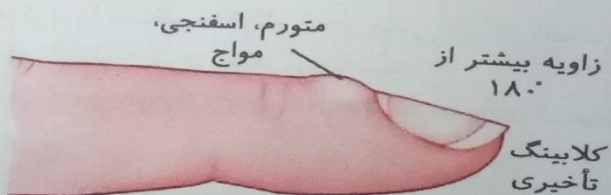
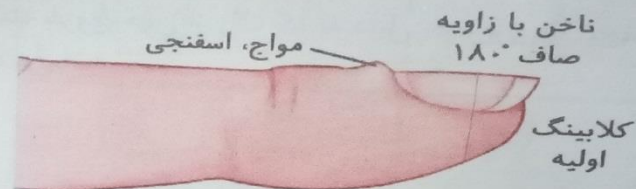
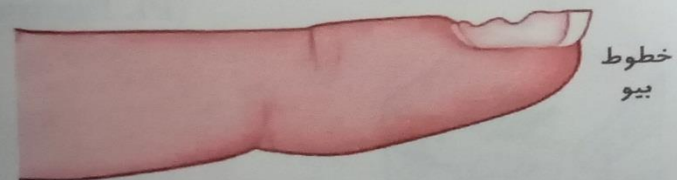
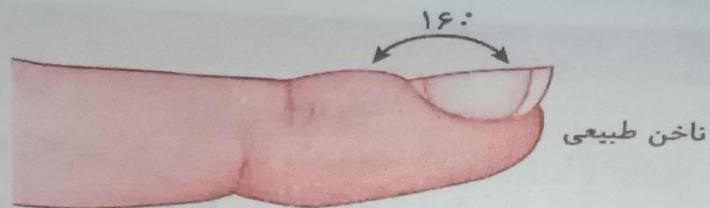


ضایعات عروقی

تلانژکتازی



اختلالات شایع ناخن



اثرات ناشی از برخی اختلالات سیستمیک

□ دیابت

- درماتوپاتی دیابتی
- درماتیت استازیس
- عفونت های پوست
- زخم های پا

□ علایم پوستی در ایدز

ارزیابی تشخیصی

✓ نمونه برداری پوست

✓ ایمونوفلورسانس

✓ تست پچ (Patch testing)

✓ تست تراشیدن پوست

✓ اسمیر زانگ

✓ آزمایش وودلایت (Wood's Light Examination)

✓ عکس های بالینی

نمونه برداری پوست



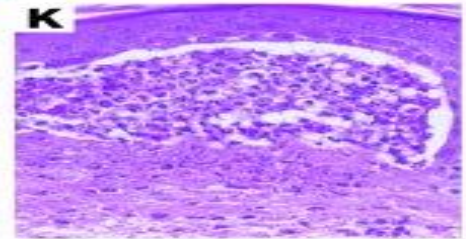
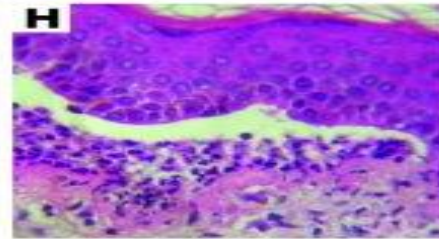
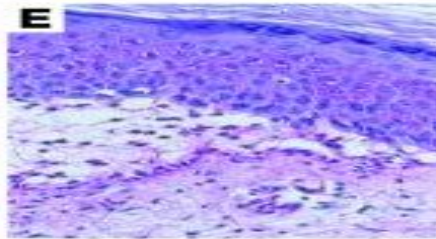
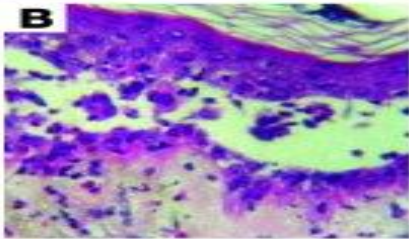
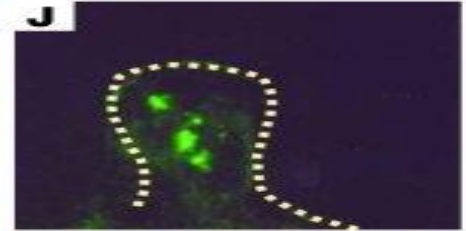
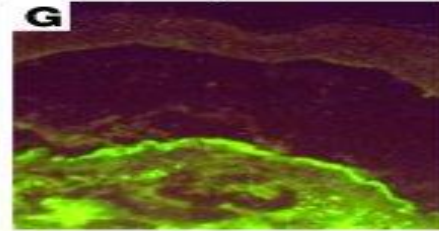
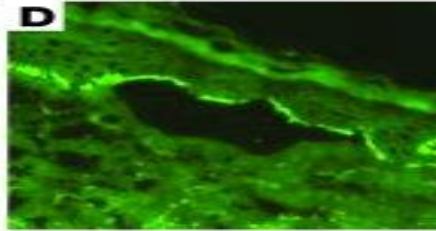
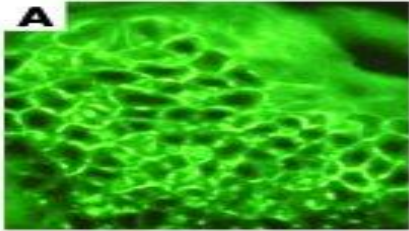
ایمونوفلورسانس

Pemphigus

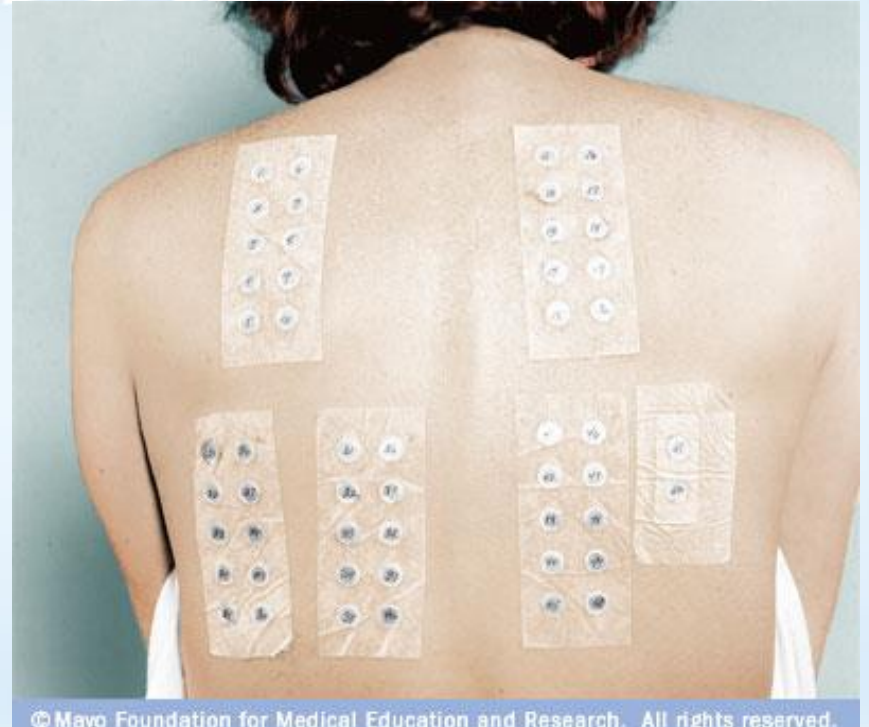
Pemphigoid

Epidermolysis
bullosa
acquisita

Dermatitis
herpetiformis



تست پیچ



وودلايت



مراقبت های پوستی در بیماران مبتلا به مشکلات پوستی

✓ محافظت از پوست

✓ پیشگیری از عفونت های ثانویه

✓ بهبود فرآیند التهابی

مراقبت از زخم در مشکلات پوستی

➤ پانسمان زخم:

✓ غیر فعال

✓ تعاملی

✓ فعال

➤ دبریدمان اتولیتیک

قوانین مراقبت از زخم

✓ قانون ۱: طبقه بندی

✓ قانون ۲: انتخاب

✓ قانون ۳: تعویض

✓ قانون ۴: ارزشیابی

✓ قانون ۵: تمرین

انواع پانسمان ها

➤ پانسمان های بسته

➤ پانسمان های مرطوب

➤ پانسمان های نگهدارنده رطوبت

هیدروژل ها

هیدروکلوئیدها

پانسمان های فوم

آلژینات های کلسیم

تدابیر طبی

درمان های دارویی

حمام های درمانی (بالئوتراپی)

درون ضایعه ای

اسپریها
آئروسل
ها

پماد ها

خمیر ها

ژل ها

کرم ها

پودر ها

لوسیون
ها

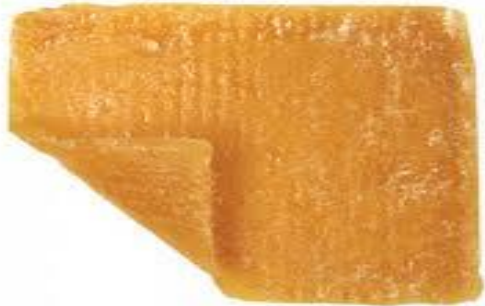
کورتیکواستروئیدها

دارودرمانی سیستمیک

تدابیر پرستاری

- حفظ تمامیت پوستی
- رفع ناراحتی
- بهبود وضعیت خواب
- پذیرش خود
- افزایش آگاهی در مراقبت پوست
- پیشگیری از عوارض جانبی
- آموزش خودمراقبتی
- آموزش نحوه تعویض پانسمان
- آموزش نحوه استعمال داروهای موضعی
- آموزش پوشش محل آسیب
- حمایت روحی و روانی

انواع پانسمان ها



انواع مشکلات و بیماری های پوستی

□ خارش ها

- خارش عمومی
- خارش نامیه ژنیتال

□ اختلالات ترشحي

- هیدرادنیت پری
- درماتوز های سبورئیک
- آکنه و لگاریس

□ درماتوزهای عفونی

- عفونت های باکتریال
- عفونت های ویروسی
- عفونت های قارچی
- آلودگی های انگلی پوست

□ درماتیت تماسی

□ درماتوزهای التهابی غیر عفونی

□ بیماری های تاولی

انواع مشکلات و بیماری های پوستی

□ نکروز اپیدرمال سمی (TEN) و
سندرم استیونس-جانسون (SJS)

□ زخم ها

□ تومورهای پوستی

- تومورهای خوش خیم
- تومورهای بدخیم
- کارسینوم سلول های بازال و سنگفرشی
- ملانوم بدخیم
- سارکوم کاپوزی
- تومورهای متاستاز دهنده به پوست

خارش ها

➤ خارش عمومی:

پاتوفیزیولوژی:

بیماری های سیستمیک

بیماری های تیروئیدی، کبدی و کلیوی

بعضی داروها : آسپرین، هورمون ها، مخدرها،

کورتون ها، آنتی بیوتیک ها

مشکلات عصبی- روانی

مواد شیمیایی و عوامل فیزیکی

خاراندن ← ترشح هیستامین ← خارش

ترشح هیستامین از ماست سل های آسیب

دیده توسط خاراندن است.

تدابیر طبی:

بررسی و تاریخچه

مذف علل بوجود آورنده

ممانع سرد یا کمپرس سرد

درمانهای دارویی

کورتیکواستروئید ها

آنتی هیستامین ها

کلرفنیرامین، هیدروکسی زین،

فکسوفنادین

ضد افسردگی های سه حلقه ای

دوکسپین

خارش ها

➤ خارش عمومی:

تدابیر پرستاری:

- آموزش حمام درمانی
- استفاده از لوسیون ها
- کاهش تماس با مواد شیمیایی
- کاهش محرک های فیزیکی
- نهاراندن پوست
- پرهیز از فعالیت هایی که باعث عرق کردن و اتساع عروق می شود

خارش ها

➤ خارش پرینه و اطراف مقعد: تدابیر درمانی:

- عدم رعایت بهداشت
- آسیب پوست ناحیه
- مصرف داروهای کاهنده مقاومت پوست

تدابیر پرستاری:

- آموزش بهداشت
- حذف محرک های شیمیایی و فیزیکی
- لوسیون ها و کرم های مرطوب کننده
- حمام سرد
- گال، شپش
- ضایعات موضعی
- هموروئید
- عفونت ها
- ایدیوپاتیک

اختلالات ترشحي

➤ هیدرادنیت چرکی (Hidradenitis Suppurative):

پاتوفیزیولوژی:

- فولیکولیت چرکی ناحیه پرینه، زیر بغل، ناحیه ژنیتال، زیر برست
- انسداد غیر طبیعی غدد عرق ←
- تشکیل نوارهای هیپرترروفیک بافت اسکار
- ایدیوپاتیک
- زمینه ژنتیکی

درمان و تدابیر پرستاری:

کمپرس داغ

آنتی بیوتیک تراپی

ایزوترتینوئین

تخلیه ترشحات

جراحی

آموزش بهداشت



اختلالات ترشحي

➤ **درماتوز های سبورئیک :**

پاتوفیزیولوژی:

تظاهرات بالینی:

نوع چرب:

- لکه های پوستی زرد و چرب با یا بدون پوسته و اریتم
- پیشانی، پوست سر، شیار لب ها و بینی، زیر بغل و کشاله ران
- پوستچول کوچک

نوع خشک:

- پوسته هایی از سلول های پوششی پوست سر
- خارش

علل: زمینه ارثی، هورمون ها، تغذیه، استرس ها

• سبوره ← تولید بیش از حد سبوم

• بیماری التهابی مزمن در نواحی با غدد

سبابه زیاد یا پایین چین های پوستی

• محل تجمع باکتری های بیشتر

اختلالات ترشحي

تدابیر پرستاری:

- رعایت بهداشت
- حذف محرک های فیزیکی و شیمیایی
- آموزش روش های درمانی
- آموزش پیگیری درمان
- حمایت روانی



تدابیر طبی:

- کنترل اختلال
- کرم های کورتیکواستروئید موضعی
- درمان اصلی شوره: شامپو زدن مکرر



اختلالات ترشحي

یافته های تشخیصی:

- تاریخچه
- مشاهده
- چربی پوست نواحی مرکزی صورت



➤ آکنه ولگاریس:

پاتوفیزیولوژی:

اختلال شایع فولیکولار

کومدون های بسته و باز، پاپول، پوستچول، ندول و کیست

علل: ژنتیکی، هورمونی، باکتریال

ازدیاد ترشح غدد سبابه ← انسداد مجرا ← ایجاد آکنه

تظاهرات بالینی:

کومدون ها ضایعات اولیه

بسته ← سر سفید

باز ← سر سیاه

اختلالات ترشحی

تدابیر طبی:

- داروهای سیستمیک
- آنتی بیوتیک های خوراکی
- تتراسایکلین، داکسی سایکلین
- ویتامین A صناعی (رتینوئید)
- ایزوتریتینوئین
- استروژن درمانی
- درمان جراحی

تدابیر طبی:

- هدف درمان: کاهش کلنی های باکتریایی، کاهش فعالیت غدد سبابه...
- درمان های تغذیه ای و بهداشتی
- درمان دارویی
- داروهای جلدی
- اسید سالیسیلیک، بنزوئیل پروکساید
- بنزوئیل اریترومايسين
- سولفورینزوئیل
- اسید ویتامین A (تریتینوئین)
- آنتی بیوتیک های جلدی

اختلالات ترشحات

تدابیر پرستاری:

- کنترل عوارض بالقوه ناشی از درمان
- آموزش نحوه مصرف و طول درمان
- تقویت مثبت روانی
- رعایت بهداشت
- پرهیز از دستکاری آکنه
- پیشگیری از اسکار

عفونت های باکتریال

➤ زرد زخم (Impetigo):

تظاهرات بالینی:

پاتوفیزیولوژی:

- وزیکول های منفرد با دیواره نازک ← بعد از پاره شدن دلمه شل و چسبنده زردرنگ قرار می گیرد.
- سطح زیر دلمه قرمز، نرم و مرطوب
- در پوست سر باعث نرم و کرکی شدن موها



- عفونت سطحی پوست
- استافیلوکوک، استرپتوکوک
- زرد زخم (طاول ز) (عفونت پوستی عمیق)
- ← استافیلوکوک اورئوس
- مشخصه: بول با منشأ وزیکول
- مسری است
- به دنبال آلودگی با شپش سر، گال، هرپس سیمپلکس و...
- بهداشت ضعیف
- سوء تغذیه

عفونت های باکتریال

تدابیر طبی:

آنتی بیوتیک تراپی سیستمیک

زردخم غیرتاولی

بنزاتین پنی سیلین

پنی سیلین فوراکی

زردخم تاولی

پنی سیلین های مقاوم به پنی سیلیناز

کلوزاسیلین

اریترومایسین

آنتی بیوتیک تراپی موضعی

موپیروسین

تدابیر پرستاری:

✓ آموزش رعایت بهداشت

✓ وسایل بهداشتی شخصی

✓ آموزش نحوه مصرف داروها

✓ آگاهی کردن بیماران و خانواده ها

✓ حمایت روانی

عفونت های باکتریال

➤ فولیکولیت کوری، کفگیری :

پاتوفیزیولوژی و تظاهرات بالینی :

• عفونت باکتریال یا قارچی با منشأ فولیکول های مو

• فولیکولیت کاذب باربی

• واکنش التهابی ناشی از تراشیدن

• کوری یا فورنکل

• التهاب ماد فولیکول مو به شکل بول

• در مناطق با عرق زیاد مثل زیر بغل، پشت گردن و باسن ها

• عامل ← استافیلوکوک

• کفگیری یا کربانکل

• آبسه پوستی

• پیشرفت فورنکل



عفونت های باکتریال

تدابیر طبی:

- عدم ترکاندن یا خاراندن دیواره کانون عفونت
- آنتی بیوتیک تراپی سیستمیک
 - کلوزاسیلین
 - سفالوسپورین ها
 - اریترومايسين
 - میکرو سرجری

تدابیر پرستاری:

- ✓ اقدامات جهت کاهش تب
- ✓ آموزش مصرف دارو
- ✓ آموزش رعایت بهداشت
- ✓ حمایت روانی
- ✓ آموزش عوارض جانبی داروها

عفونت های ویروسی پوست

تظاهرات بالینی:

➤ هرپس زوستر (زونا) :

- عفونت ناشی از ویروس واریسلا زوستر به شکل وزیکول پاتوفیزیولوژی:
- فعال شدن دوباره ویروس در بیمارانی که قبلاً دچار آبله مرغان شدند.
- پس از عفونت اولیه با ویروس ← باقی ماندن ویروس در ریشه عصب دورسال، اعصاب نخاعی و اعصاب حسی جمجمه ای ← اختلال ایمنی ← فعال شدن دوباره ویروس
- ✓ مرحله ۱: تشکیل وزیکول های حاوی سرم در درماتوم های سینه ای و افتالمیک جمجمه ای روی پوست متورم و قرمز
- ✓ مرحله ۲: پاره شدن وزیکول ها و تولید کبره، شروع درد و خارش
- ✓ سیر بالینی: ۱ تا ۳ هفته
- ✓ درگیری چشم: درد چشم
- ✓ درگیری نوار اعصاب قفسه سینه، گردن یا مغز: درد مربوط به تمام منطقه ای که اعصاب درگیر آن را عصب دهی می کنند.
- ✓ درد: سوزشی، تیرکشنده چاقویی یا مبهم
- ✓ خستگی، اختلال گوارشی قبل از بروز ضایعه

عفونت های ویروسی پوست

ارزیابی تشخیصی:

تست Tzanck = یک وزیکول سالم جدید را برداشته و پایه آن را با یک کورت کوچک می برند.
تشخیص قطعی: کشت ترشحات

تدابیر طبی:

تمریک عصب از راه پوست برای مهار نورالژی پس هرپسی

کمپرس سرد ← کاهش خارش و التهاب

دراوهای ضد ویروس

آسیکلوویر، فاسیکلوویر و والاسیکلوویر

کورتیکواستروئیدها

تریامسینولون

ضدافسردگی های سه حلقه ای و مسکن ها



عفونت های ویروسی پوست

تدابیر پرستاری:

- ✓ کنترل درد، سوزش و پaresthesia
- ✓ استراحت، کمپرس سرد و مرطوب و مسکن
- ✓ پیشگیری از انتقال به دیگران
- ✓ آموزش نحوه مصرف داروها
- ✓ حمایت روانی
- ✓ آموزش رعایت بهداشت فردی



عفونت های ویروسی پوست

➤ هرپس سیمپلکس :

ریسک فاکتور های مستعد:

- عفونتی ویروسی به شکل خوشه هایی
- از ضایعات وزیکولی بر روی پایه قرمزی
- ایجاد می شود.
- تنش عاطفی
- قاعدگی
- تماس با نور آفتاب، سرما و باد
- ترومای فیزیکی
- ضعف سیستم ایمنی
- تب شدید

تب خال دهانی-لبی:

هرپس نوع I

هرپس ناحیه تناسلی:

هرپس نوع II



عفونت های ویروسی پوست

ارزیابی و یافته های تشخیصی: تدابیر طبی:

بررسی و شناخت

نمونه برداری و کشت

عوارض:

اگزمای هرپتیکوم

عقربک هرپسی

هرپس نوزادی

ضد آفتاب روی لب ها و صورت

آسیکلوویر ← ۲۰۰ میلی گرم در ۵ دوز در روز شروع تا پنج روز

در بیمارانی که ۶ عود در سال دارند، درمان با آسیکلوویر و والاسیکلوویر

جهت کاهش عفونت در بیماران حامله ←
داروهای سرکوب کننده در سه ماهه سوم
حاملگی

زنان حامله مبتلا ← سزارین

درمان سرکوب کننده ← آسیکلوویر وریدی

عفونت های قارچی پوست

- شایع ترین: کچلی (تینه آ) ← ارزیابی تشخیصی:
 - نمونه برداری
 - هود لایت ← نمونه موی عفونی به صورت براق ظاهر می شود.
- استفاده از حمام های عمومی
- استخر ها
- عفونت حاد یا مزمن در کف پا، بین انگشتان، ناخن ها
- بثورات پوسته دار پیچ افتاده و چاک خورده هیپرکراتوز پوسته دار
- بثورات وزیکولی
- در او های ضدقارچی موضعی:
 - میکونازول
 - کلوتریمازول
- تدابیر پرستاری: خشک نگهداشتن محل، جوراب های پنبه ای، پودر تالک یا پودر ضدقارچ

آلودگی های انگلی

➤ پدیکلوزیس :

تظاهرات بالینی:

مشاهده تخم ها ← اجسامی بیضوی، درخشانده و
نقره ای

خارش ← گزش حشره و دفع مایع گوارشی

عفونت ثانویه ← زرد زخم یا دمل ← خارش

شپش سر:

کاپیتیس

شپش بدن:

کورپوریس

عانه:

فیتروس

شپش ماده تخم هایش را نزدیک پوست سر می

گذارد ← تخم ها توسط یک ماده قوی به

ساقه موها می چسبند ← گزش حشره و دفع

مایع گوارشی ← خارش



آلودگی های انگلی

تدابیر طبی:

- ✓ شستشوی سر با شامپوی حاوی لیندان یا ترکیبات پیرترین یا بوتوکسید پیرونیل
- ✓ شانه موها با شانه دندانه ریز
- ✓ شستشوی سر و شانه با سرکه
- ✓ شستشوی لباس ها و وسایل شخصی در آب گرم ۵۴ درجه

درمان دارویی:

- ✓ داروهای ضد خارش
- ✓ آنتی بیوتیک عمومی
- ✓ کورتیکواستروئیدهای موضعی

تدابیر پرستاری:

جلوگیری از اپیدمی های مدرسه ای
مصرف صمغ شامپوی لیندان ←
سمیت سیستم عصبی مرکزی
آموزش رعایت بهداشت فردی



آلودگی های انگلی

تظاهرات بالینی:

- شروع علائم: تا ۴ هفته بعد
- خارش شدید مخصوصاً در طول شب
- نقب های نخ مانند خطی مایل به قهوه ای با طول ۱ سانتی متر
- بین انگشتان و روی ساعد
- ساییدگی پوست در اثر خارش

تشخیص:

- ✓ خارش پوست با اسکالپ ۱۵ و مشاهده تخم یا خود انگل
- ✓ ریختن جوهر و پاک کردن آن

➤ گال (جرب):

عفونت پوست توسط تخم جرب
سارکوپتیس اسکابیس
زندگی در وضعیت پایین تر از استاندارد
انتقال از طریق تماس جنسی
تماس دست

پاتوفیزیولوژی:

انگل ماده بارور ← زدن نقب ← رفتن
به زیر لایه شاخی ← شروع خارش در
میزبان با تأخیر چندماهه

آلودگی های انگلی

تدابیر پرستاری:

- ✓ آموزش شستشوی لباس ها در آب داغ و خشک کردن داغ
- ✓ آموزش عوارض جانبی داروها
- ✓ نگه داشتن لباس ها در نایلون به مدت ۴۸ ساعت
- ✓ آگاه کردن بیمار نسبت به باقی ماندن خارش تا ۴ هفته بعد از درمان



تدابیر طبی:

حمام گرم و صابون

کورتیکواستروئید

آنتی هیستامین

لوسيون ها ی ضد جرب

لیندان، کروتامیتون، پرمترین ۰.۵٪

از گردن به پایین یک لایه نازک از لوسيون پوست خشک باشد تا جذب سیستمیک نشود.

مصرف طولانی مدت و باقی گذاشتن طولانی

مدت باعث مسمومیت با دارو و تشنج می

شود.

درماتیت تماسی

تدابیر طبی:

- حذف عامل محرک
- عدم استفاده از صابون
- پانسمان سرد و مرطوب
- پماد کورتیکواستروئید
- داروهای سیستمیک



پاتوفیزیولوژی:

- واکنش التهابی پوست به عوامل فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیک
- تحریکی اولیه: واکنش غیر آلرژیک پوست با یک شیء
- واکنش آلرژیک: در اثر تماس با آلرژن های محرک
- علل: مواد فیزیکی و شیمیایی

تظاهرات بالینی:

بثورات پوستی

خارش

اریتم

لکه ← وزیکول و خروج ترشحات

درماتوزهای التهابی غیر عفونی

➤ **پسوریازیس:**

بیماری غیر عفونی پوست با پاپول های اریتمی و پلاک هایی پوشانده شده با پوسته صدف رنگ

یک نقص ژنتیکی که باعث تولید زیاد کراتین می شود.

پاتوفیزیولوژی:

سابقه مثبت خانوادگی

تنش عاطفی، تروما، بیماری سیستمیک، تأخیرات فصلی و هورمونی

← رشد زیاد سلول های بازال اپیدرم

جدا شدن سلول ها به صورت پوسته های زیاد یا

← پلاک های بافت اپیدرم

عدم تشکیل لایه های محافظ طبیعی پوست



درماتوزهای التهابی غیر عفونی

تظاهرات بالینی:

ضایعات به صورت تکه های پوست بالا آمده و پوشیده شده از پوسته های قرمز یا نقره ای در صورت جدا شدن پوسته ها، ایجاد نقاط خونریزی
خارش

قسمت های شایع: آرنج و زانوها، قسمت پایین کمر و ناحیه تناسلی درگیری اعضا دوطرفه است.

عوارض:

آرتريت مفاصل

پسوریاز اريترودرميك

یافته های تشخیصی:

- بررسی و شناخت
- آزمایش کامل خون
- بیوپسی به علت تأخیر بافت شناسایی سلول ها کمک زیادی نمی کند.



درماتوزهای التهابی غیر عفونی

تدابیر پرستاری:

- ✓ آموزش اصول مراقبت از پوست
- ✓ چرب نگهداشتن پوست
- ✓ خشک کردن با گذاشتن و برداشتن حوله
- ✓ استحمام در آب ولرم
- ✓ تغذیه، ورزش و استراحت
- ✓ آموزش موارد محرک و مستعد
- ✓ روش های کنترل عفونت ثانویه

تدابیر طبی:

درمان غیر دارویی:

برداشتن آرام پوسته ها به وسیله حمام
استفاده از روغن ها به فصوص روغن زیتون
کره های نرم کننده: اسید سالیسیلیک
پانسمان بسته

درمان دارویی:

کورتیکواستروئیدها
آنترالین
فرآورده های قطران
تزریق داخل ضایعه ای تریامسینولون
دارو های خوراکی: متوترکسات
ترمینات: کنترل مشکلات کبدی و فونی

درماتوزهای التهابی غیر عفونی

تظاهرات بالینی:

اریتماتوز منتشر
پوسته ریزی توأم با خارش
علائم گوارشی

تب

لرز

سستی



➤ درماتیت اکسفولیاتیو:

بیماری پوستی با التهاب پیشرفته،
اریتم و پوسته ریزی

پاتوفیزیولوژی:

- ممکن است عکس العمل ثانویه نسبت به یک بیماری پوستی زمینه ای یا بیماری سیستمیک باشد
- به عنوان واکنش شدید به داروها مانند پنی سیلین

درماتوزهای التهابی غیر عفونی

تدابیر طبی:

حفظ مایعات و الکترولیت ها

پیشگیری از عفونت

تجویز حجم زیاد پلاسما

تدابیر پرستاری:

مونیتورینگ بیمار

آموزش نحوه مصرف داروها

آموزش عوارض داروها

حمایت روانی



بیماری های تاولی

➤ پمفیگوس

➤ پمفیگوئید تاولی

➤ درماتیت هرپتی فرم

پمفیگوس

یک بیماری اتوایمون تاولی پوست است

پاتوفیزیولوژی:

علت اصلی آن هنوز شناخته نشده

همراهی آن با بعضی بیماری ها نظیر میاستنی گراو

مصرف بعضی داروها نظیر پنی سیلامین

تاولهای اینترا اپیدرمال بعلت آکانتولیز ایجاد میشود

آکانتولیز: جدا شدن سلولهای اپیدرم از هم بدلیل آسیب دیدگی با غیر طبیعی بودن ماده بین سلولی .

تاول بعلت از بین رفتن پیوستگی داخل اپیدرمی یا چسبندگی بین درم و اپیدرم ایجاد میشود که می تواند همراه با تجمع مایع باشد .



- ✓ ضایعات دهانی اولین تظاهر بیماری بوده.
- ✓ مرحله تاولی منتشر در بیشتر بیماران حدود ۵ ماه یا بیشتر بعد از شروع ضایعات دهانی رخ میدهد.
- ✓ ضایعه اصلی در پوست تاول نسبتاً شل با دیواره نازکی است که سریعاً پاره شده و منجر به تشکیل آروزیون گسترده میگردد.
- ✓ نواحی شایع شامل صورت ، تنه ، نقاط تحت فشار، کشاله ران و زیر بغل هستند.
- ✓ علامت نیکولسکی مثبت: یعنی با فشار تاول دیده میشود که ضایعه از طرف محیط به پوست ظاهراً سالم اطراف گسترش می یابد.
- ✓ در بیماری وسیع ممکن است میزان قابل توجهی مایع و پروئین از راه آروزیون های پوست از دست رفته و منجر به اختلال شدید الکترولیتی، هیپوالبومینی و یا بروز عفونت های باکتریال ثانویه شدید گردد.

پمفیگوس

تدابیر طبی:

- ۱- مصرف صحیح دارو
- ۲- رعایت کامل بهداشت
- ۳- رعایت رژیم غذایی مناسب

کورتیکواستروئید ها

داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی

آزاتیوپرین

سیکلوفسفامید

تزریق پلاسمافرز: جهت کاهش موقت آنتی بادی سرم



پمفیگوئید تاولی

پاتوفیزیولوژی:

- بیماری تاولی اکتسابی اتوایمیون پوست با تاول های شل در زمینه پوست سالم یا اریتماتوز
- در سالمندان رایج تر است.
- خارش شدید قبل از ایجاد تاول

تدابیر طبی:

کورتیکواستروئیدها
پردنیزولون
درمانهای حمایتی



درماتیت هرپتی فرم

پاتوفیزیولوژی:

تدابیر طبی:

دایسون

دایسون در صورت کمبود آنزیم گلوکز ۶ فسفات
دهیدروژناز باعث همولیز شدید می شود.
رژیم عاری از گلوتن

□ بیماری خارش دار مزمن

□ تاول های کوچک و سفت به طور
قرینه

□ بیماران نقص در متابولیسم گلوتن
دارند.



تدابیر پرستاری در بیماری های تاولی

- ✓ تسکین ناراحتی دهان: رعایت بهداشت دهان، مرطوب نگهداشتن لب ها، استفاده از بخور سرد
- ✓ بهبودی یکپارچگی پوست و تسکین ناراحتی: استفاده از پانسمان های مرطوب و سرد، مسکن
- ✓ پیشگیری از عوارض احتمالی: عفونت های ثانویه
- ✓ مراقبت از زخم ها
- ✓ تعادل آب و الکترولیت ها
- ✓ حمایت روانی
- ✓ آموزش و آگاهی دادن به بیمار و خانواده وی

نکروز اپیدرمال سمی و سندرم استیونس-جانسون

بیماری شدید و خطرناک پوستی و شدیدترین
تظاهرات بالینی:

مولتی فرم قرمز است.

در صورتی که طیف وسیعی از واکنش های

پوستی-مخاطی داشته باشد، سندرم

استیونس-جانسون نام دارد.

پاتوفیزیولوژی:

شروع به دنبال واکنش دارویی

دراوهای آنتی بیوتیک ها: سولفونامید

ها

ضد تشنج و NSAID ها

✓ سوزش یا خارش ملتمه

✓ حساسیت به لمس

✓ تب، سردرد، خستگی

✓ سرفه و زخم گلو

✓ قرمزی ناگهانی در بیشتر سطوح

پوست و غشاء مخاطی

✓ تاول های بزرگ که زیر آن کنده

شده و درم زیر آن نمایان می شود.

✓ سطح پوست شبیه به سوختگی

نکروز اپیدرمال سمی و سندرم استیونس-جانسون

عوارض:

- سپتی سمی
- اشکال در بینایی
- التهاب ملتحمه و پوست
- اسکار و زخم های قرنیه

یافته های تشخیصی:

- بررسی و شناخت
- ایمنوفلورسانس: برای کشف اتو آنتی بادی آتیپیک اپیدرم
- مطالعات هیستولوژیک سلول های منجمد پوست

تدابیر طبی:

- قطع داروهای عامل
- کورتیکواستروئیدها
- ایمنوگلوبولین وریدی
- عوامل ضدباکتریال موضعی
- دبریدمان به روش جراحی یا هیدروتراپی
- کشت ترشحات مختلف بدن
- حفظ تعادل آب و الکترولیت ها
- پانسمان بیولوژیک

تدابیر پرستاری در TEN و SJS



- ✓ کنترل عوارض عمومی داروها
- ✓ کنترل وزن روزانه
- ✓ مراقبت از پوست و غشاهای آسیب دیده
- ✓ حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها
- ✓ پیشگیری از اقلاف حرارت و کاهش درجه حرارت
- ✓ تسکین درد
- ✓ کاهش اضطراب
- ✓ مراقبت چشم ها
- ✓ کنترل و مراقبت از عوارض بیماری
- ✓ حمایت روانی

زخم ها

✓ زخم های سوختگی

✓ زخم های ناشی از مشکلات گردش خون شریانی

✓ زخم های فشاری

زخم های ناشی از مشکلات گردش خون شریانی پاتوفیزیولوژی:

توسط گردش خون ضعیف که باعث زخم پوست می شود و اغلب توسط sloughing کردن بافت ملتهب همراه است.

زخم های وریدی

زخم های وریدی یک زخم سطحی ناشی از نارسایی وریدی یا گردش خون ضعیف از پاها به قلب

رنگ قهوه ای با ترشحات زرد رنگ

وسعت کمتر

زخم های شریانی

همانند زخم های وریدی ولی با عمق بیشتر

رنگ قرمز و وسیع تر



زخم های ناشی از مشکلات گردش خون شریانی

تدابیر طبی:

- پانسمان های مدرن
- آنتی بیوتیک تراپی
- رفتارهای اصلاحی: الویشن در زخم وریدی
- جراحی
- گرافت پوستی و وریدی
- اندوواسکولار در زخم شریانی برای اصلاح گردش خون

تدابیر پرستاری:

- ✓ رعایت بهداشت
- ✓ آموزش مصرف داروها
- ✓ حمایت روانی
- ✓ آموزش ورزش و تحرک
- ✓ برقراری الویشن اندام های تحتانی
- ✓ مراقبت از محل زخم

زخم های فشاری

تعریف: به علت وارد آوردن فشاری بیش از فشار طبیعی

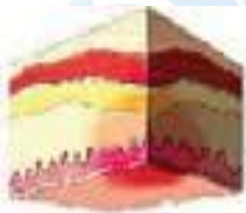
مویرگها (۳۲ میلی متر جیوه) به مدت طولانی بر سطح پوست ایجاد می گردد که موجب نکروز نامیه محدودی از بافتهای نرم می شود.

پاتوفیزیولوژی:

- افزایش فشار
- کاهش یا قطع خورسانی به پوست یا بافتهای زیرین
- اختلال وضعیت متابولیسم بافت
- آنوکسی و ایسکمی بافت
- نکروز بافتی
- خراشیدگی و زخم
- تهاجم میکروارگانیزم ها
- عفونت
- درگیری بافتهای زیرین شامل فاسیا، ماهیچه و استخوان

درجه بندی زخم های فشاری

درجه ۱: این مرحله با قرمزی پوست مشخص میشود. پوست سالم است و زخم سطحی است.



۱. در مرحله ابتدایی آن،
سطحی ترین نوع آسیب
دیدگی به صورت جلدی
است و رنگ پوست قرمز
می شود

درجه ۲: مشخصه این مرحله تاول های سالم یا ترکیده است. قسمتی از لایه های پوست صدمه دیده است و آسیب دیگر در سطح نیست.



۲. این مرحله با آسیب دیدگی
لایه سطحی پوست همراه
است ولی این آسیب دیدگی
از لایه میانی پوست فراتر
نمی رود

درجه ۳: در این مرحله زخم تمام لایه های پوست را درگیر میکند. این نوع زخم محلی مناسب برای بوجود آمدن عفونت است.



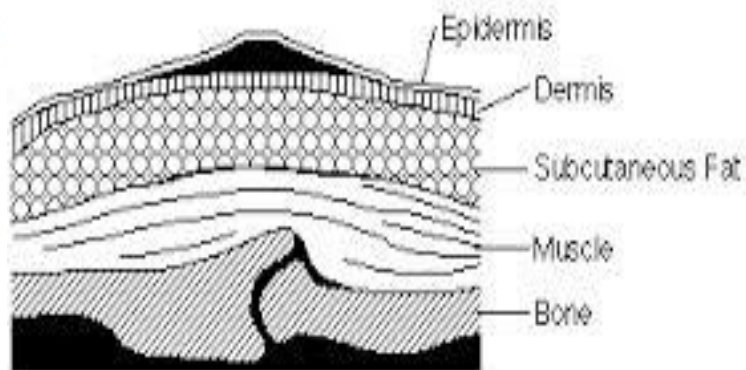
۳. در مرحله سوم، شاید
تمامی لایه های پوست را
متاثر می سازد و ممکن است
به بافت های زیر جلدی نیز
صدمه بزند

درجه ۴: زخم بستر درجه چهار از پوست تا عضلات زیرین - تاندونها و استخوان گسترده است. عمق زخم بیش از قطر آن اهمیت دارد.



۴. در مرحله چهارم، زخم
کاملاً عمقی است و به درون
عضلات، تاندونها یا حتی
استخوانها نفوذ پیدا می کند

زخم فشاری درجه ۱



- حذف فشار

- تغییر پوزیشن متناوب

- بهبود تغذیه شامل

مصرف ویتامین ث

مصرف پروتئین کافی

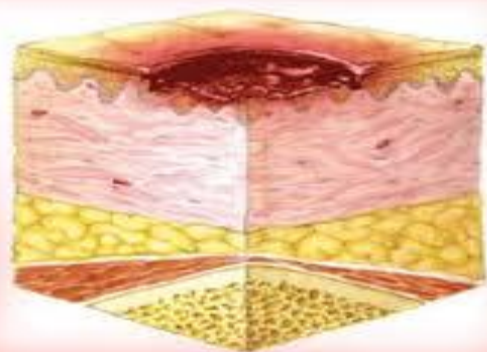
مصرف مایعات کافی



زخم فشاری درجه ۲



- اقدامات زخم بستر درجه ۱
- پوشاندن محافظت و تمیزی سطح
- استفاده لوسیونها و نرم کننده های پوست



زخم فشاری درجه ۳

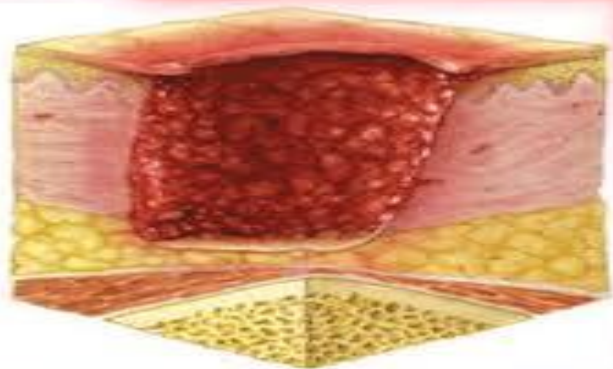
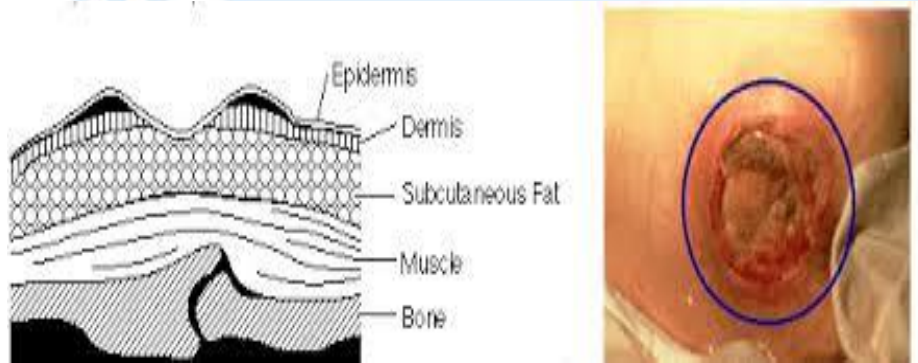
- این نوع زخم محلی مناسب برای بوجود آمدن عفونت است.

- اقدامات زخم بستر درجه ۱

- پوشاندن محافظت و تمیزی سطح

- استفاده لوسیونها و نرم کننده های پوست

- پانسمان های مدرن



STAGE 3

زخم فشاری درجه ۴

- این نوع زخم محلی مناسب برای عفونت تهدید کننده حیات است.

- اقدامات زخم بستر درجه ۱

- پوشاندن محافظت و تمیزی سطح

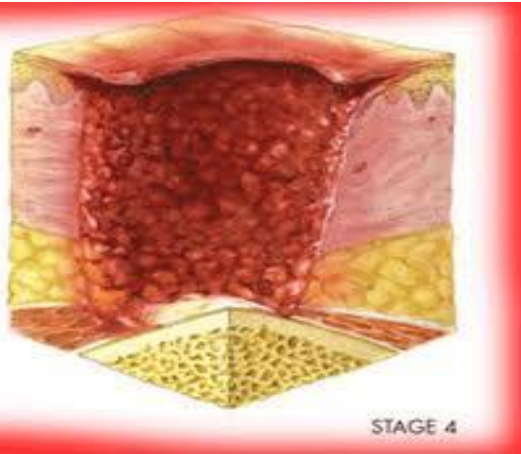
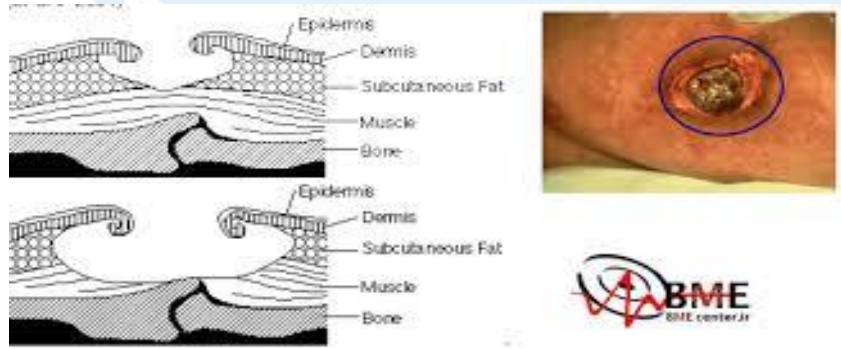
- استفاده لوسیونها و نرم کننده های پوست

- پانسمان های مدرن

- دبریدمان زخم

- جراحی

- آمپوتاسیون



تومور های پوست

تومورهای بدخیم (کانسر پوست):

- BCC
- SCC
- ملانوم بدخیم
 - ملانوم با انتشار سطحی
 - ملانوم لنتیگو ملینگا
 - ملانوم ندولر
 - ملانوم آکرال لنتی جینوس
- تومورهای متاستاز دهنده به پوست
- سارکوم کاپوزی

تومورهای خوش خیم:

- کیست ها
- کراتوز های سبورئیک و آکتینیک
- زگیل
- آنژیوماها
- خال های رنگدانه ای (مول ها)
- کلوئید ها
- درماتوفیبروم
- نوروفیبروماتوز (بیماری ون رکلینگ هاوزن)

کیست ها

- حفره هایی با پوشش سلول های اپی
تلیال
- کیست های پیلار (کیست تری
پیلمال)

- حاوی مایع یا مواد جامع
- کیست های اپیدرمال (کیست
اپیدرموئید)
- در پوست سر
- با منشأ قسمت میانی فولیکول مو
سلول های غلاف خارجی ریشه مو

- رشد آهسته
- برجسته و سفت



درمان: برداشتن به روش جراحی

کراتوزهای سبورئیک و اکتینیک

- ضایعات خوش خیم
- زگیل مانند
- قهوه ای تا سیاه
- صورت، شانه ها، سینه و پشت
- در سنین میانسالی و سالمندی شایع اند
- ایدیوپاتیک
- کراتوز های سیاه ممکن است با ملانوم های بدخیم اشتباه گرفته شوند.
- جراحی، سوزاندن با الکتریسیته، تراشیدن با کورت
- کراتوزهای اکتینیک:
- با قابلیت بدخیمی
- ظهور در مناطق در معرض آفتاب
- شکل: لکه های زبر پوسته دار در زمینه قرمز
- درمان: کرایوتراپی
- تراشیدن سطحی



زگیل

- تومور خوش خیم شایع پوستی
- در اثر ابتلا به ویروس پاپیلومای انسانی
- بدون علامت اند
- ایجاد در سطوح تحمل کننده وزن
- درمان:
 - لیزر تراپی
 - نیتروژن مایع
 - چسب های حاوی سالیسیلیک اسید
 - سوزاندن با جریان الکتریسیته
- زگیل های ژنیتال:
- کوندیلوما آکومیناتا
- ممکن است یک بیماری TSD باشند
- زمینه ساز کancer دهانه رحم



آنژیوماها

- تومورهای عروقی خوش خیم
- درگیری پوست و بافت های زیرجلدی
- آنژیومای شرابی (لکه های صاف بنفش رنگ)
- آنژیومای توت فرنگی (ندولر برجسته قرمز روشن)
- درمان: لیزر آرگون
- در نوع توت فرنگی بعد از تولد هرچه زودتر درمان شروع شود موفقیت آمیزتر است.

خال های رنگدانه ای (مول ها)

• علایم تخییر به سوی بدفیمی:

- تخییر در اندازه یا رنگ
- علامت دار (فارش)
- ماشیه نامنظم
- لبه های دندان دار
- اندازه بالای ۱ سانتی متر
- لزوم انجام بافت شناسی همه خال های برداشته شده



• تومورهای شایع پوستی

- اندازه های مختلف
- رنگ: زرد قهوه ای تا سیاه
- شکل:
 - ضایعات صاف
 - ماکولار یا پاپولای برجسته
 - ندول های حاوی مو
- به ندرت بدفیم می شوند.
- خال های رنگدانه دار اکثراً بی ضررند.

کلوئید ها



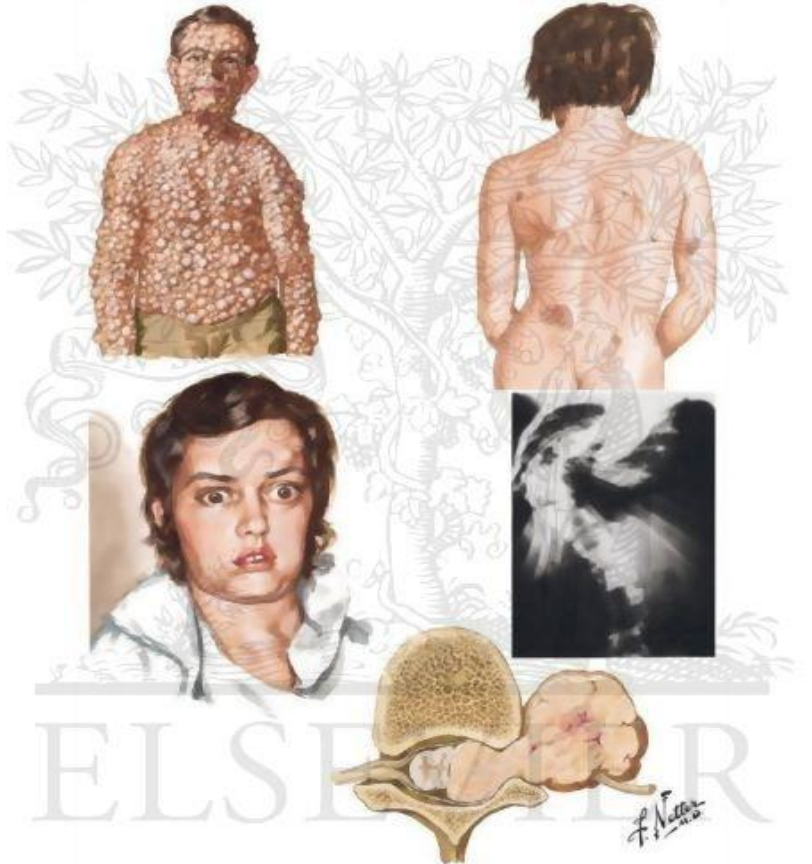
- نتیجه رشد بیش از حد و خوش خیم بافت فیبروزه در محل اسکار یا صدمه پوستی
- درمان:
 - جراحی
 - اشعه درمانی
 - تزریق درون ضایعه ای کورتیکواستروئید

درماتوفیبروم



- تومور خوش خیم بافت همبند
- شکل: پاپول گنبدی شکل، ندول مانند
- رنگ: صورتی، قهوه ای یا پوست مانند
- درمان:
بریدن و برداشتن

نوروفیبروماتوز (Von Recklinghausen's Disease)



- اختلال ارثی
- شکل: لکه های رنگدانه دار (ماکول های شیرقهوه ای، تک و مک)
- محل: اغلب زیربغل و هر جای پوست
- امکان ایجاد تخریفات پیشرونده سیستم عصبی، اسکلتی عضلانی

سرطان پوست

• شایع ترین سرطان در آمریکا • انواع:

• شیوع بیشتر در نژاد سفید پوست – SCC

• پیش آگهی خوب – BCC

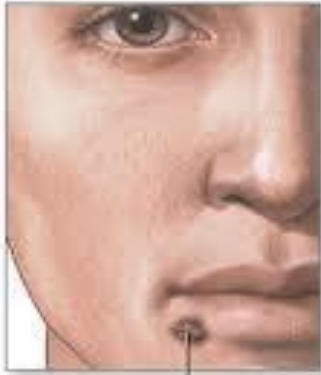
• عوامل: – ملانوم بدخیم

– در معرض آفتاب قرار گرفتن – تومورهای متاستازدهنده به پوست

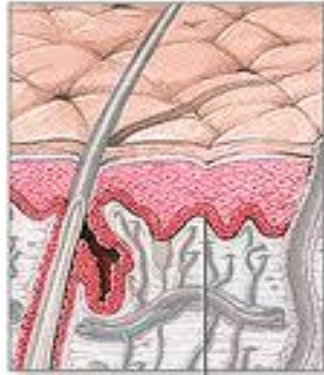
– تغییر سبک زندگی – سارکوم کاپوزی

– لوازم آرایشی شیمیایی

کارسینوم سلول های بازال



Basal cell cancer



Basal skin cell layer

ADAM

- شایع ترین سرطان پوست
- بروز در نواحی باز بدن که در معرض نور آفتاب هستند
- نسبت مستقیم با سن
- نسبت معکوس با میزان ملانین پوست
- مشخصات تومور:
 - ندول نرم و کوچک، لبه های گرد با رنگ مات و صدفی
 - ممکن است تلانژکتازی وجود داشته باشد
- همزمان با رشد تومور ← ایجاد زخم در مرکز ← بستن دلمه روی زخم
- اغلب روی صورت ایجاد می شود
- حمله و فرسایش بافت های مجاور

کارسینوم سلول های سنگفرشی (Squamous cell carcinoma)

Squamous cell carcinoma



- تکثیر بدفیم اپیدرم
- بروز در نواحی در معرض آفتاب
- خطرناک تر از BCC ← متاستاز از طریق سیستم خون یا لنف
- متاستازها مسئول ۷۵٪ مرگ های ناشی از SCC
- ضایعات اولیه در پوست و غشاء مخاطی
 - کراتوز اکتینیک (پوست در معرض آفتاب)
 - لکوپلاکیا (ضایعات اولیه کانسر در غشاء مخاطی)
- شکل: تومور زبر، ضخیم و پوسته پوسته بدون علامت یا همراه خونریزی
- حاشیه های ضایعه پهن تر، نفوذ کننده تر و ملتهب تر از BCC
- عفونت ثانویه ایجاد می شود

✓ پیش آگهی BCC بهتر از SCC است

✓ تدابیر طبی:

✓ هدف درمان ریشه کن کردن تومور است

✓ جراحی

✓ جراحی میکروگرافیک موس (Mohs)

✓ الکتروسرجری

✓ انجماد درمانی

✓ پرتو درمانی

Basal cell carcinoma



Squamous cell carcinoma



©Healthwire Incorporated

تدابیر پرستاری

- آموزش مراقبت از خود به بیماران
- آموزش در مورد پیشگیری
- حمایت روانی

ملانوم بدخیم

Normal Mole	Melanoma	Sign	Characteristic
		Asymmetry	when half of the mole does not match the other half
		Border	when the border (edges) of the mole are ragged or irregular
		Color	when the color of the mole varies throughout
		Diameter	if the mole's diameter is larger than a pencil's eraser

Photographs Used By Permission: National Cancer Institute

- تومور های بدخیم با ملانوسیت های غیر طبیعی در اپیدرم و درم
- کشنده ترین سرطان پوست
- علت: ناشناخته، قرار گیری در معرض آفتاب و اشعه ماوراء بنفش
- ریسک فاکتور ها:
- نژاد
- خال های دیس پلاستیک
- فقدان یکی از ژن های روی کروموزوم 9p

تظاهرات بالینی در ملانوم بدخیم

- ملانوم با انتشار سطحی
- ملانوم لنتیگو ملیگنا
- ملانوم ندولر
- ملانوم آکرال لنتی جینوس

ملانوم با انتشار سطحی

- شایع ترین نوع ملانوم
- منتشر در کل سطح بدن
- شیوع بیشتر در میانسانی
- درگیری بیشتر مناطق تنه و اندام های تحتانی
- ضایعات گرد و دارای قسمت خارجی نامنظم و قابل لمس
- رنگ ترکیبی : برنزه، خرمایی، سیاه و آبی و سفید

ملانوم لنتیگو ملیگنا (Lentigo-Maligna)

✓ ضایعات رنگدانه دار در نواحی باز پوست

✓ بروز در افراد سالمند

✓ ابتدا ضایعات صاف و خرمایی و به مرور تغییر می یابند



ملانوم ندولر



- کروی شکل
- سطح صاف و یکنواخت
- رنگ آبی-سیاه
- گاهی به صورت پلاک های نامنظم
- توصیف بیمار به صورت تاول خونی
- که از بین نمی رود
- درم اطراف خود را درگیر می کند

ملانوم آکرال لنتی جینوس (Acral-Lentiginous)

ظهور در مناطقی که در معرض نور
آفتاب قرار ندارند و فولیکول مو وجود
ندارد.

کف دست ها و پاها، بستر ناخن ها و
غشاء مخاطی افراد سیاه پوست

شکل: ماکول های پیگمانته نامنظم ←

ندول



Figure 6: Acral Lentiginous Melanoma—Here shown on the sole, acral lentiginous melanoma is the least common melanoma subtype, representing only 2% to 8% of melanoma in whites, although it accounts for 29% to 72% of melanoma in dark-complexioned individuals.

ارزیابی و یافته های تشخیصی

✓ تشخیص قطعی ← بیوپسی
پیش آگهی:

- ✓ بررسی و شرح حال بیمار
- ✓ سابقه فامیلی
- ✓ سی تی اسکن
- ✓ تست های خونی
- ✓ ایکس ری
- ضخامت بیشتر از ۱/۵ cm و درگیری غدد لنفاوی، بقای ۵ ساله ضعیف است.
- بدون درگیری غدد لنفاوی شانس بقاء بالاست
- ملانوم روی دست، پا یا پوست سر پیش آگهی بهتری دارند.

تدابیر طبی

- ✓ درمان بستگی به میزان تهاجم و عمق ضایعه دارد.
- ✓ جراحی درمان انتخابی در ضایعات کوچک با انتشار سطحی



- ✓ درمان سیستمیک
- ✓ شیمی درمانی
- ✓ داکاربازین
- ✓ نیتروزاوره
- ✓ سیس پلاتین
- ✓ داروهای پایین آورنده چربی
- ✓ پرفیوژن مستقیم شیمی درمانی

تدابیر پرستاری

✓ ارزیابی

✓ بررسی خال ها با فرمت ABCD

✓ کاهش درد و ناراحتی

✓ کاهش اضطراب و افسردگی

✓ پایش و درمان عوارض احتمالی

✓ ارتقاء سطح خودمراقبتی



تومورهای متاستاز دهنده به پوست

✓ کارسینوم برست در خانم ها

✓ کانسر روده بزرگ

✓ تخمدان ها

✓ ریه ها

✓ در مردان شایع ترین کانسر های متاستاز دهنده به

پوست:

✓ ریه ها

✓ روده بزرگ

✓ حفره دهان

✓ کلیه ها

✓ معده

شکل ضایعات:

ندول های جلدی یا زیر

جلدی

به رنگ پوست یا درجاتی

از قرمزی

سارکوم کاپوزی



✓ بیماری بدخیم سلول های اندوتلیال مسیر رگ های خونی کوچک

✓ ضایعات پلاک، ندول یا ماکول قرمز متمایل به بنفش و آبی تیره در حفره دهان، پوست، ریه ها

✓ سارکوم کاپوزی کلاسیک: ضایعات ندولر یا پلاک مانند در اندام تحتانی

✓ سارکوم کاپوزی آندمیک: شبیه نوع اول همراه درگیری غدد لنفاوی

✓ سارکوم کاپوزی مرتبط با درمان های تضعیف کننده سیستم ایمنی: ضایعات موضعی پوستی، ضایعات منتشر





سوختگی

Burns

سوختگی

- *Results in 10-20 thousand deaths annually*
- *Survival best at ages 15-45*
- *Children, elderly, and diabetics*
- *Survival best burns cover less than 20% of TBA*

سوختگی

Wounds caused by exposure to:

1. excessive heat
2. Chemicals
3. fire/steam
4. radiation
5. electricity

انواع سوختگی

- **Thermal**
exposure to flame or a hot object
- **Chemical**
exposure to acid, alkali or organic substances
- **Electrical**
result from the conversion of electrical energy into heat.
Extent of injury depends on the type of current, the pathway of flow, local tissue resistance, and duration of contact
- **Radiation**
result from radiant energy being transferred to the body
resulting in production of cellular toxins

سوفتگی شیمیایی



سوفتگی الکتریکی



بررسی زخم های سوختگی

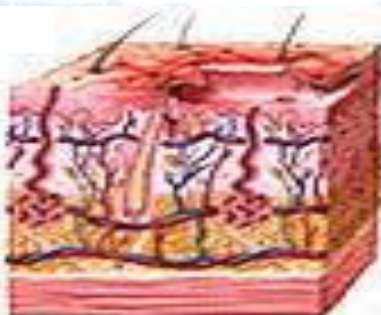
- طبقه بندی بر اساس عمق زخم و وسعت سطح درگیر
- تمایز زخم های سوختگی بر اساس درگیری بافت جلد و زیر جلد

□ درجه ۱- سطحی

□ درجه ۲- عمقی

□ درجه ۳ و ۴- درگیری کل ضخامت پوست و بافت های زیر جلد

Epidermis
Dermis
Hypodermis



First degree
burn



Second degree
burn



Third degree
burn



سوختگی درجه ۱

- Epidermal tissue only affected
- Erythema, blanching on pressure, mild swelling
no vesicles or blister initially
- Not serious unless large areas involved
- i.e. sunburn

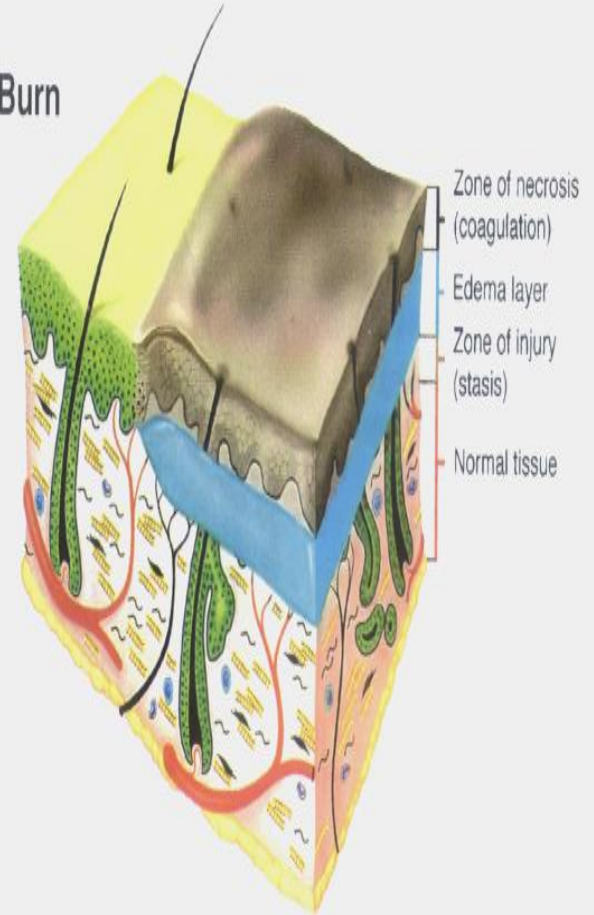




Superficial Dermal Burn

Characteristics

1. Necrosis confined to upper third of dermis
2. Zone of necrosis lifted off viable wound by edema
3. Small zone of injury



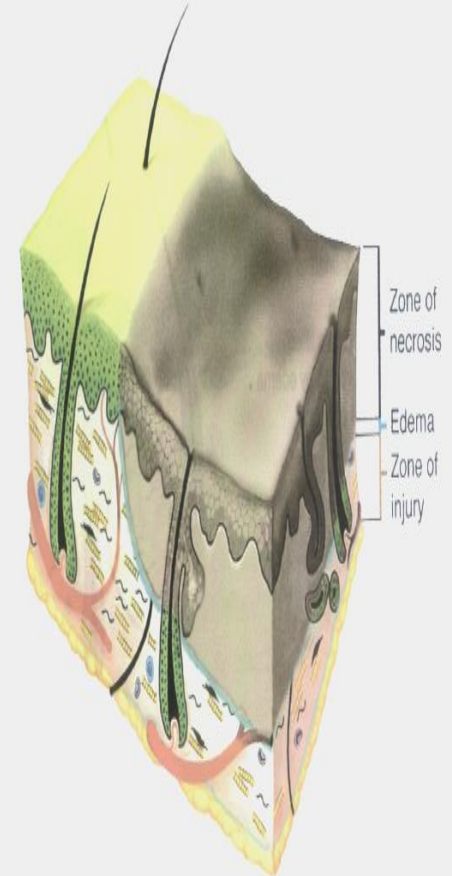
سوختگی درجه ۲

- *Involves the epidermis and deep layer of the dermis
- Fluid-filled vesicles -red, shiny, wet, severe pain
- Hospitalization required if over 25% of body surface involved
- i.e. tar burn, flame

Deep Dermal Burn

Characteristics

1. Necrosis involving majority of skin layers
2. Zone of necrosis adherent to zone of injury
3. Smaller edema layer





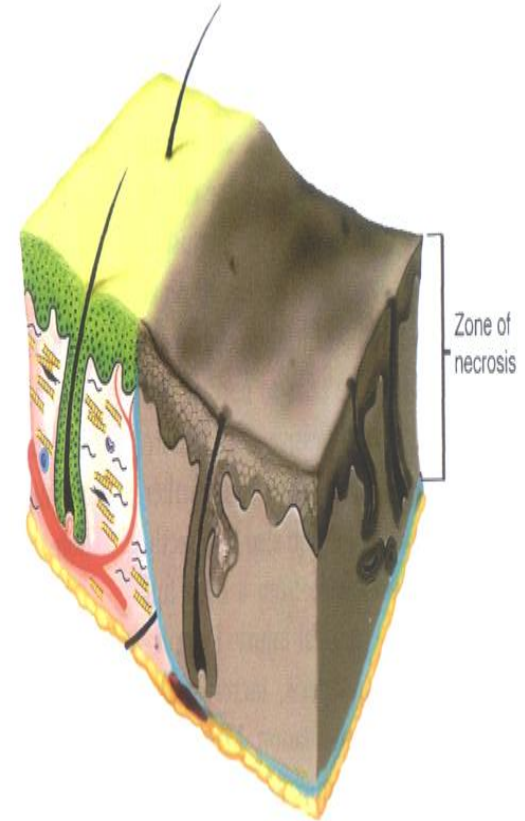
سوختگی درجه ۳

- Destruction of all skin layers
- Requires immediate hospitalization
- Dry, waxy white, leathery, or hard skin, no pain
- Exposure to flames, electricity or chemicals can cause 3rd degree burns

Full Thickness Burn

Characteristic

No remaining
viable dermis





مناطق آسیب سوختگی

سه منطقه آسیب:

مرگ سلولی اتفاق افتاده است

منطقه انعقاد:

جریان خون مختل، التهاب و آسیب بافتی

منطقه رکود:

منطقه پرفزون، متحمل کمترین آسیب

منطقه پرخون:

محاسبه میزان سطح سوختگی

- **TOTAL BODY SURFACE AREA (TBSA):**
- Lund and Browder Chart is the most accurate because it adjusts for age
- Rule of nines divides the body - adequate for initial assessment for adult burns

Superficial burns are not involved in the calculation

Lund Browder Chart used for determining BSA

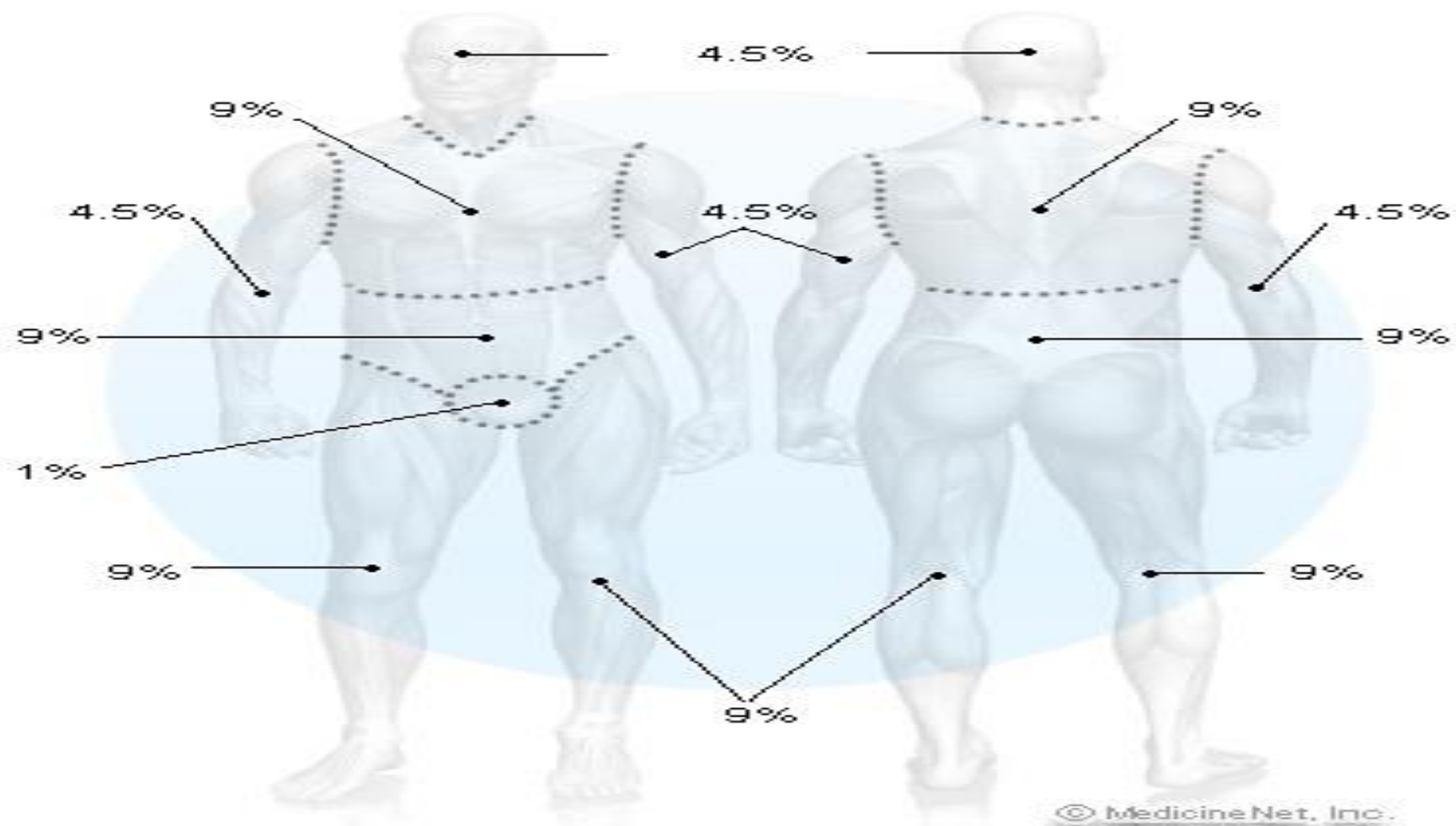
Lund-Browder Chart									
Area	0-1 Years	1-4 Years	5-9 Years	10-14 Years	15 Years	Adult	% 2nd	% 3rd	% TOTAL
Head	19	17	13	11	9	7			
Neck	2	2	2	2	2	2			
Ant. Trunk	13	13	13	13	13	13			
Post. Trunk	13	13	13	13	13	13			
R. Buttock	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
L. Buttock	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
Genitalia	1	1	1	1	1	1			
R.U. Arm	4	4	4	4	4	4			
L.U. Arm	4	4	4	4	4	4			
R.L. Arm	3	3	3	3	3	3			
L.L. Arm	3	3	3	3	3	3			
R. Hand	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
L. Hand	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5			
R. Thigh	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
L. Thigh	5.5	6.5	8	8.5	9	9.5			
R.L. Leg	5	5	5.5	6	6.5	7			
L.L. Leg	5	5	5.5	6	6.5	7			
R. Foot	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			
L. Foot	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5	3.5			

From the Medical University of South Carolina Children's Hospital Pediatric Burn Intake Form. (Charleston, SC)

RULES OF NINES

- Head & Neck = 9%
- Each upper extremity (Arms) = 9%
- Each lower extremity (Legs) = 18%
- Anterior trunk = 18%
- Posterior trunk = 18%
- Genitalia (perineum) = 1%

Burn Percentage in Adults: Rule of Nines



پاتوفیزیولوژی سوختگی

- ❖ سوختگی ← عبور گرما از یک محل به محل دیگر
- ❖ باعث تخریب بافتی، مرگ سلولی
- ❖ اختلال سیستم های بدن از جمله:
 - ❖ آب و الکترولیت
 - ❖ قلبی و عروقی
 - ❖ سیستم ریوی
 - ❖ کلیه ها

اولین واقعه عمومی بعد از سوختگی وسیع ناپایداری همودینامیک است.

تغییرات قلبی عروقی

- دفع مایعات ← کاهش حجم خون ← کاهش خون رسانی و اکسیژن رسانی ↓
- برون ده قلبی شوک سوختگی
- بیشترین نشت حجم مایعات در ۲۴ تا ۳۶ ساعت اول و حداکثر آن در ۶ تا ۸ ساعت اول رخ می دهد.
- ایجاد آنمی
- افزایش هماتوکریت به علت دفع پلاسما
- ایجاد اختلالات انعقادی:
- ترومبوسیتوپنی
- افزایش PT

اقدام مناسب:

سرمد تراپی

ترانسفوزیون دوره ای خون

تغییرات مایعات و الکترولیت ها

- ایجاد ادم به سرعت
- ادم ← افزایش گردش خون به ناحیه آسیب دیده
- بازتابی از میزان آسیب عروقی و لنفاتیک به بافت
- شروع بازجذب پس از ۴ ساعت و کامل شدن پس از ۴ روز
- سوختگی مدور ← شبیه سندرم کمپارتمان
- کاهش حجم خون در گردش
- افزایش تبخیر مایعات از طریق زخم سوخته
- ایجاد هیپوناترمی
- ایجاد هیپرکالمی بلافاصله بعد از سوختگی
- ایجاد هیپوکالمی بعد از درمان

اقدام مناسب:

اسکاروتومی در سوختگی مدور
اصلاح مایعات و الکترولیت ها



تغییرات ریوی

- پس از اختلال مایعات و الکترولیت ها در سوختگی های استنشاقی، صدمات تنفسی مهمترین عامل مرگ و میر هستند.

انقباض برونش ها
محدودیت حرکتی قفسه صدري
هیپوکسی

در سوختگی های استنشاقی

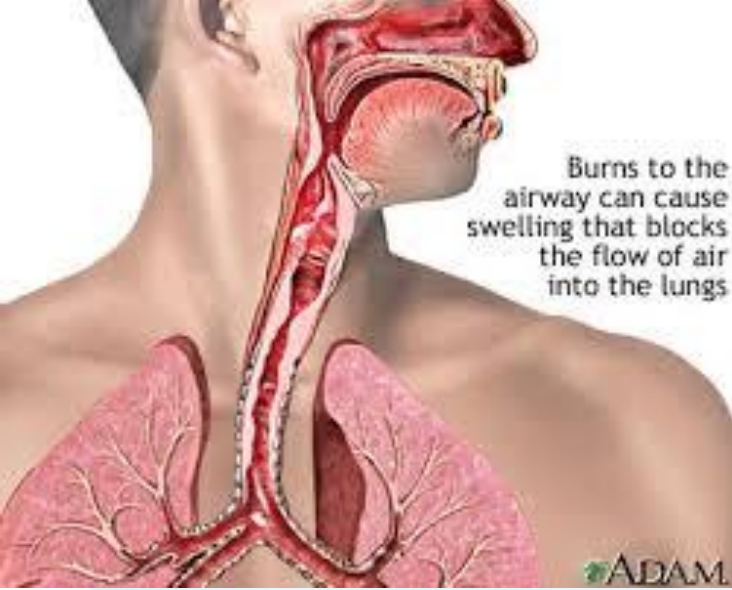
انسداد مکانیکی آسیب راه هوایی فوقانی

افتلال عملکرد مژگ های تنفسی
ادم مفاطی شدید
برونکواسپاسم
کاهش سورفکتانت ریوی
آتלקتازی

مشفصه: دفع فلف همراه ذرات کربن علامت اصلی

آسیب استنشاقی

راه هوایی
آسیب های ریوی



تغییرات ریوی

- اختلالات ریوی به سرعت آشکار نمی شوند.
- روش های تشخیصی اختلال ریوی:

- مشاهده
- برونکوسکپی
- ABG
- آزمایشات

درمان:

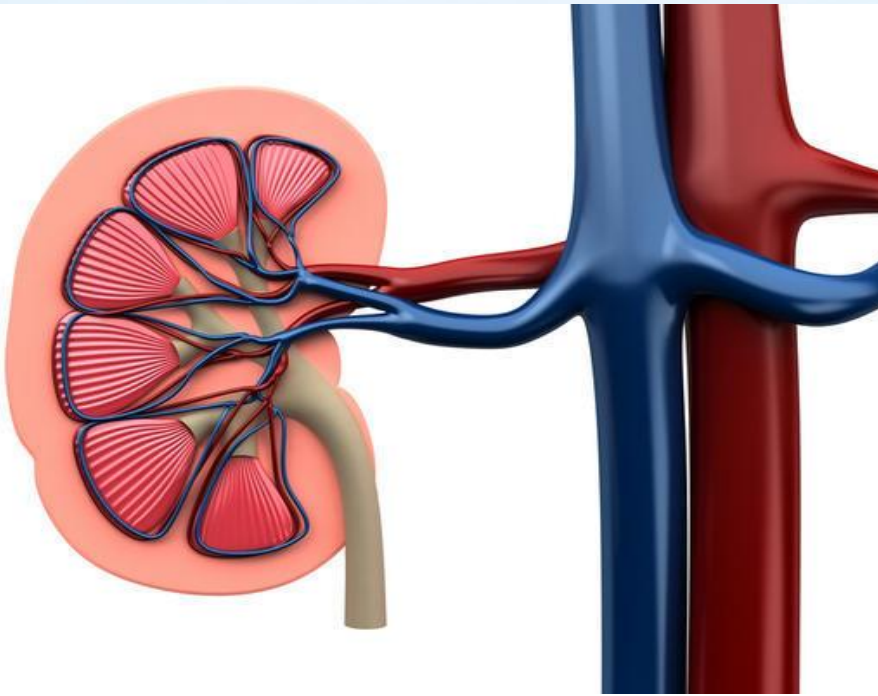
- ✓ اکسیژن درمانی
- ✓ اینتوباسیون
- ✓ تهویه مکانیکی



Deep facial burns & respiratory burns

تغییرات کلیوی

- کاهش سیرکولیشن کلیه ها
- تخریب RBC ها و سلول های عضلانی ← رابدومیولیز و
- ATN
- درمان:
- اصلاح مایعات و الکترولیت ها



تغییرات ایمنولوژیک

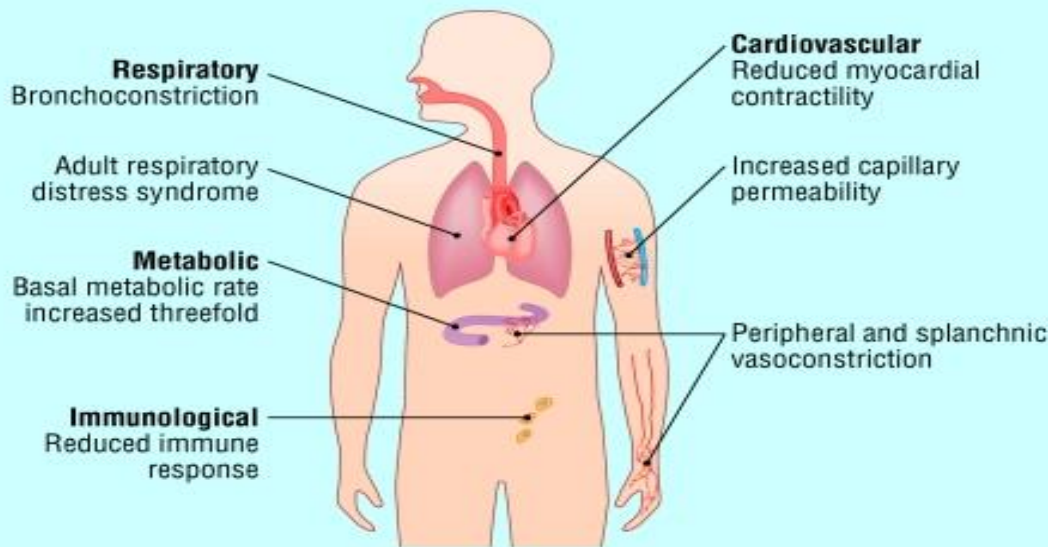
✓ از بین رفتن تمامیت پوست به عنوان سد دفاعی

✓ کاهش مقاومت بدن در برابر میکروارگانیسم ها

✓ تغییر و تضعیف ایمنوگلوبین ها و سیستم کمپلمان
ایمنی

✓ افزایش خطر سپسیس

سرکوب سیستم



تغییرات مرکز تنظیم حرارت

✓ از بین رفتن تمامیت پوست به عنوان تنظیم کننده دما

هیپوترمی

✓ در ساعات اولیه ←

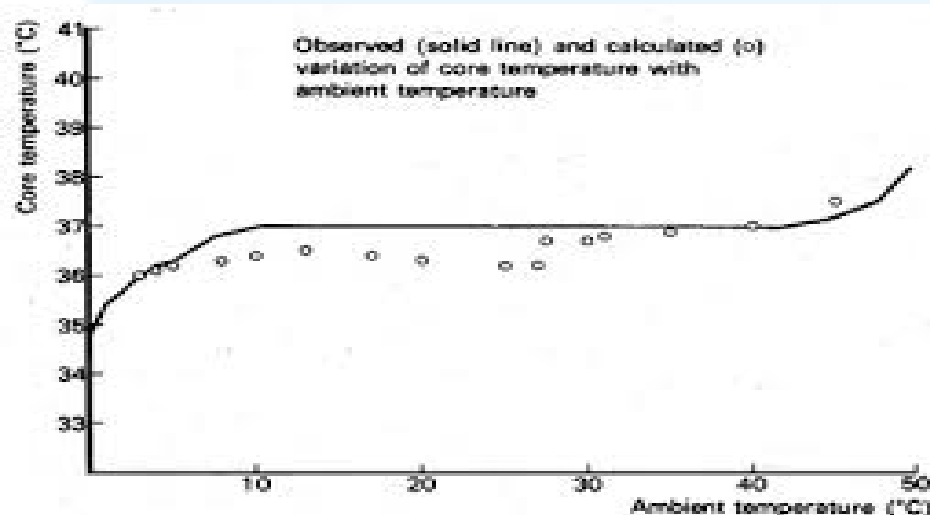
هیپرترمی

هیپرمتابولیسم ←

✓ بعد از گذشت زمان ←

هیپوترم

✓ در طولانی مدت ←

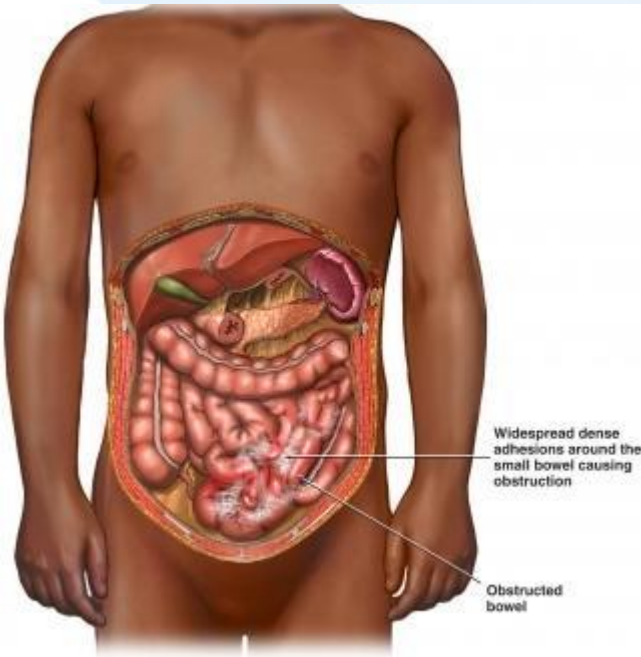


تغییرات گوارشی

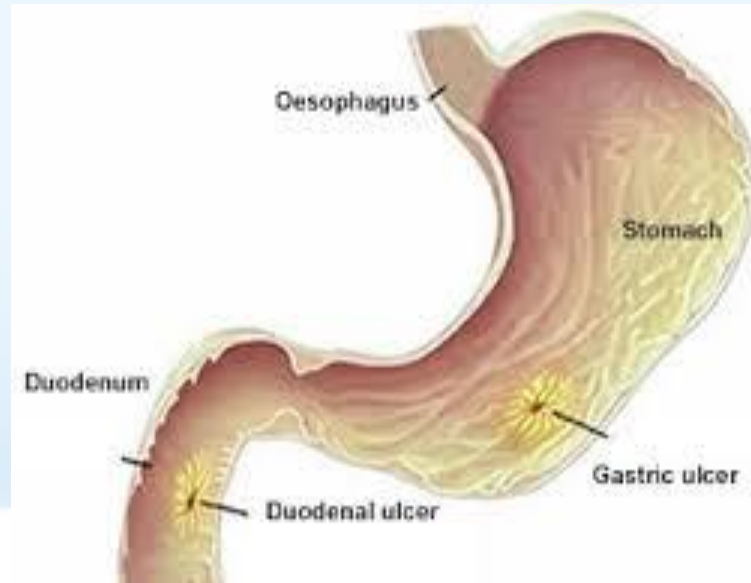
✓ ایلئوس پارالیتیک

▪ کاهش حرکات دودی و صداهای روده ای

✓ زخم کرلینگ



Cut-away view of abdomen



CURLING'S ULCER زخم کرلینگ

- Acute ulcerative gastro duodenal disease
- Occur within 24 hours after burn
- Due to reduced GI blood flow and mucosal damage
- Treat clients with H₂ blockers, mucoprotectants, and early enteral nutrition
- Watch for sudden drop in hemoglobin

مراحل مراقبتی در سوختگی

❖ فوری (اورژانسی)

❖ ماد

❖ بازتوانی

مرحله احیاء / در صحنه سوختگی

- **فاموش کردن آتش** (اختادن روی زمین و غلط خوردن سبب فاموش شدن شعله آتش می شود، استفاده از پتو -تقالیچه مناسب است-دویدن آتش را شعله ور می کند)
- **سرد کردن سوختگی** (برای سرد کردن زخم و توقف خراپند سوختگی ،ناهیه سوخته با آب خنک سرد شود)
- **برداشتن وسایل محدودکننده** (خوراً لباس بیمار، زیور آلات، انگشتر در آورده شود)
- **شستشوی سوختگیهای شیمیایی** (عامل شیمیایی پاک، لباس در آورده شود، نواحی در تماس با مواد شیمیایی با آب فراوان شستشو شود)

اقدامات مرحله فوری در بخش اورژانس

- باز کردن مسیر راه هوایی
- دادن اکسیژن ۱۰۰٪
- در صورت ادم لوله تراشه لوله گذاری داخل نای لازم می شود
- NPO نگه داشتن بیمار
- سرم تراپی (درصد سوختگی $\times$ وزن بیمار $\times$ ضریب ۲ تا ۴) نصف در ۸ ساعت اول، الباقی در ۱۶ ساعت دوم)
- تسکین درد و حفظ درجه حرارت بیمار
- گذاشتن NGTube در سوختگی بالای ۲۰ تا ۲۵٪

فاز اورژانسی

*Immediate problem is fluid loss, edema, reduced blood flow (fluid and electrolyte shifts)

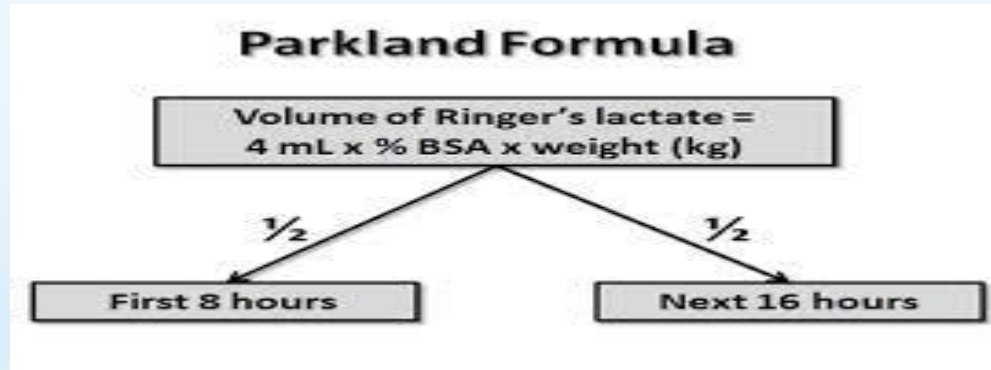
- Goals:

1. secure airway
2. support circulation by fluid replacement
3. keep the client comfortable with analgesics
4. prevent infection through wound care
5. maintain body temperature
6. provide emotional support

امیاء مایعات

- مایعات مورد استفاده:

- کلوئیدها: خون، پلاسما و افزایش دهنده حجم پلاسما
- کریستالوئیدها و الکترولیت ها
- محلول های الکترولیتی هیپرتونیک ← افزایش اسمولاریته خون
- سرم تراپی بر اساس فرمول پارکلند



Phases of management of burn injury

Emergent Phase

Begins at the time of injury, the time duration between 36-48 hrs

Management

The primary goal at this stage is to prevent hypovolemia causing edema and shock

Acute Phase

Begins when patients hemodynamically stable, capillary permeability is restored, and diuresis has begun
48-72hrs after the time of injury

Management

The goals at this stage are to prevent infection, provide metabolic support, wound care, wound cleansing, and restorative therapy
Continues until wound closes

Rehabilitative Phase

Recovery represents the final care of burn injury
Overlaps acute phase and extends beyond hospitalization

Management

The goals are designed for maximal functional and emotional recovery such as wound healing, increase physical strength and function, provide emotional support

مرحله حاد

- مرحله حاد یا متوسط مراقبت سوختگی، بدنبال مرحله امیاء یا فوری اتفاق می افتد.
- از ۴۸ تا ۷۲ ساعت بعد از سوختگی شروع می شود
- در این مرحله ادامه بررسی و حفظ وضعیت جریان خون
- تنفس بیمار
- تعادل مایع و الکترولیت
- پیشگیری از عفونت
- عملکرد گوارشی
- مراقبت از زخم سوخته (تعویض پانسمان، دبریدمان زخم و گرافت زخم)
- تسکین درد

علل بالا بودن عفونت در سوختگی ها

- از بین رفتن سد دفاعی بدن
- سیستم ایمنی ضعیف
- عفونت های بیمارستانی
- کثرت روشهای تهاجمی
- عدم خونرسانی به بافت اسکار (بافت مرده سطح پوست)
- ارگانیزم های شایع:
 - استافیلوکوک طلایی
 - آسینتوباکتر
- انتروکوک مقاوم به ونکومايسين
- کاندیدا آلبیکانس (عفونت قارچی)

مراقبت از زخم در مرحله ماد

- تمییز کردن زخم
 - هیدروتراپی با روش آسپتیک
- درمان موضعی ضد باکتریایی
- پانسمان زخم
- دبیریدمان زخم
- پیوند زخم

درمان موضعی ضد باکتریایی

هدف از درمان موضعی:

- ✓ تأثیر بر ارگانیسم های گرم منفی و مثبت و حتی قارچ ها
- ✓ به داخل اسکار نفوذ کند ولی سمیت سیستمیک نداشته باشد.
- ✓ پایداری تأثیر و جلوگیری از عفونتی دیگر
- ✓ مقرون به صرفه، در دسترس بیمار
- ✓ استفاده راحت

- سیلور سولفادیازین
- سیلور نیترات
- استات مفناید
- پماد پوویدون آیودین
- سولفات جنتامایسین
- نیتروفورازون
- محلول داکین
- اسید استیک
- داروهای ضد قارچی

– مایکونازول، کلوتریمازول، موپیروسین

پانسمان زخم

✓ اولین پانسمان در سوختگی اهمیت ویژه دارد

✓ ابتدا زخم تمییز شسته می شود

✓ سپس خشک می شود

✓ توسط داروهای موضعی سطح زخم آغشته می شود

✓ در اندام های بی حرکت یا کم حرکت چند لایه پانسمان گذاشته می شود

✓ روی مفاصل، زخم های محل گرافت و اندام های پر حرکت پانسمان سبک گذاشته می شود



پانسمان زخم



✓ در سوختگی های بین انگشتان تماس انگشتان توسط پانسمان حذف می شود

✓ در سوختگی های صورت نیازی به پانسمان نیست، آغشته کردن صورت به داروهای موضعی کافیت

✓ پانسمان های نگهدارنده روی زخم محل گرافت ها و سوختگی نواحی تماس کاربرد دارد

✓ برای برداشتن پانسمان های چسپیده به زخم بایستی کاملاً خیس شده و با کمک مددجو برداشته شوند



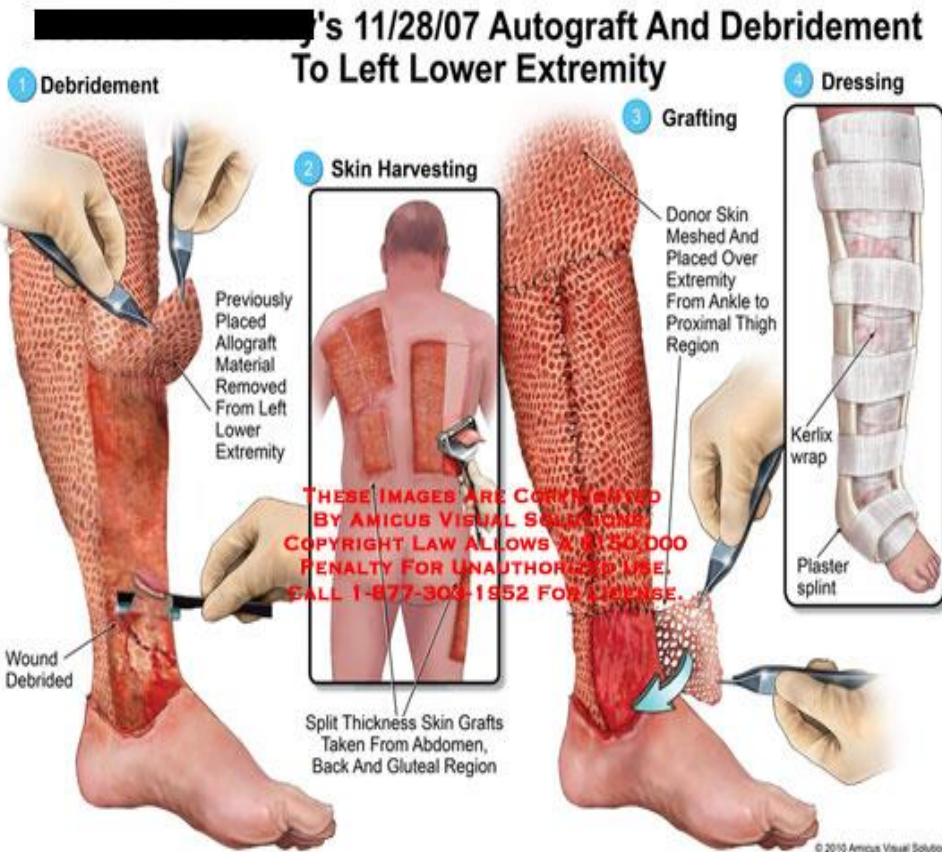
دبریدمان زخم

هدف از دبریدمان:

- برداشتن بافت های آلوده شده
- جدا نمودن بافت نکروزه جهت آماده نمودن زخم برای گرافت و التیام

انواع دبریدمان:

- دبریدمان طبیعی
- دبریدمان مکانیکی
- دبریدمان جراحی

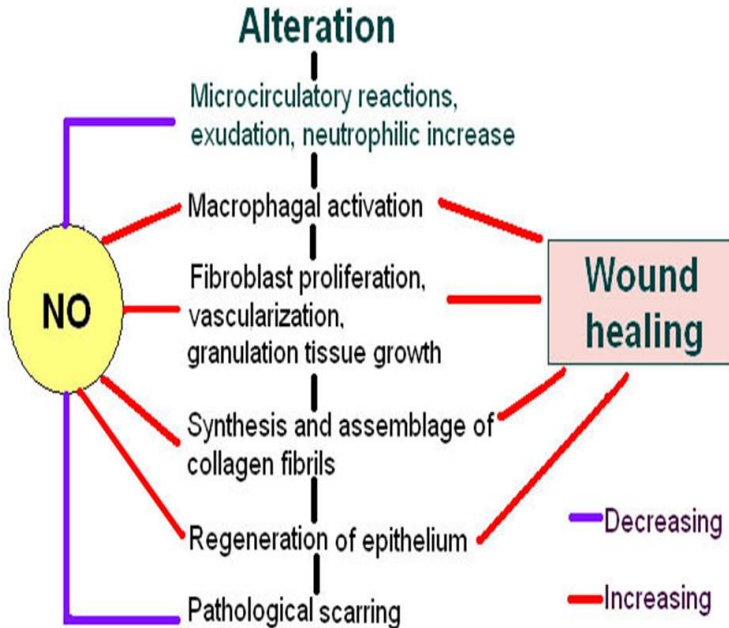


ترمیم زخم

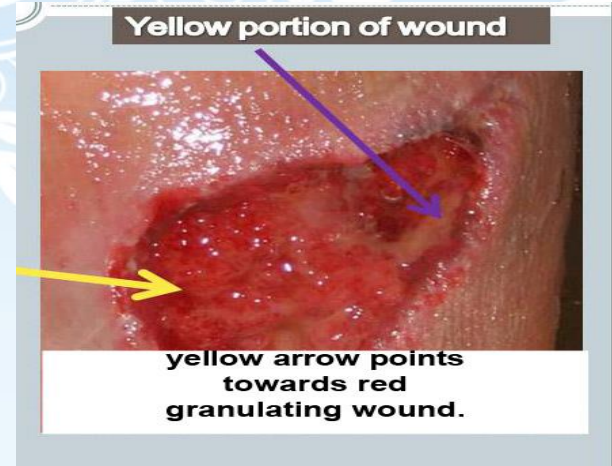
الف. ترمیم اولیه:

در این نوع ترمیم زخم به صورت اولیه بقیه می شود یا از گرفت پوستی یا فلپ ها برای بستن زخم ها استفاده می گردد.

ب. ترمیم ثانویه:



ترميم زخم



پیوند زخم

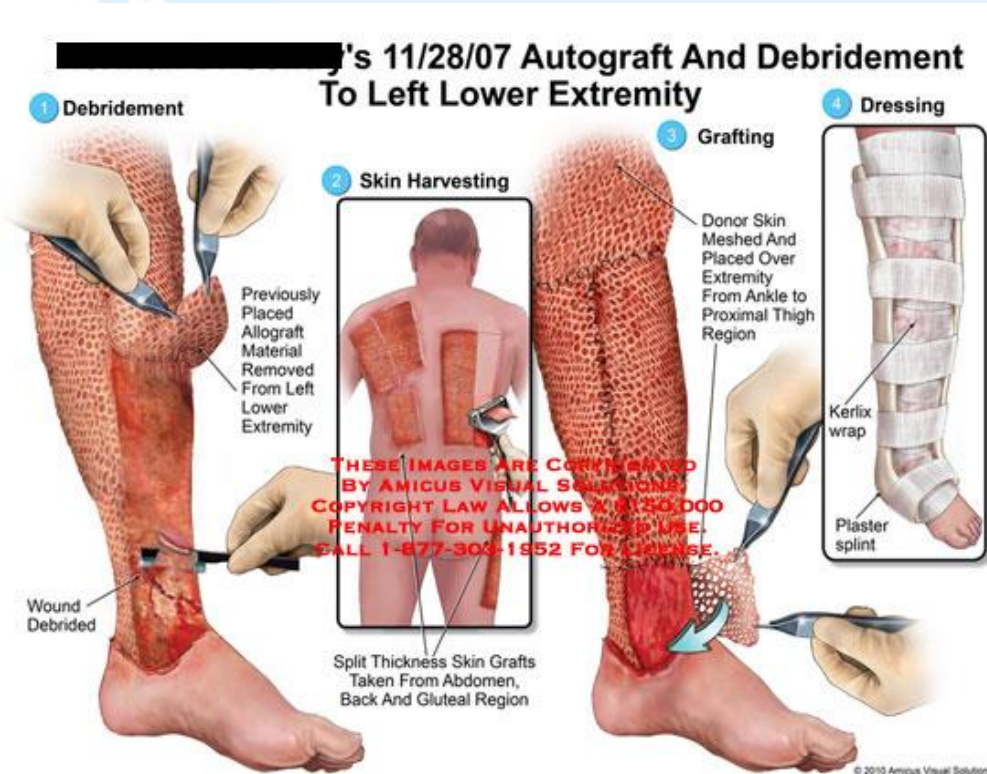
- پیوند زخم در زخم های عمیق و زخم هایی که امکان ترمیم خودبخودی ندارند انجام می شود.

- پوشش های زخم:

- بیولوژیک
- بیوسنتتیک
- سنتتیک
- اتولوگ

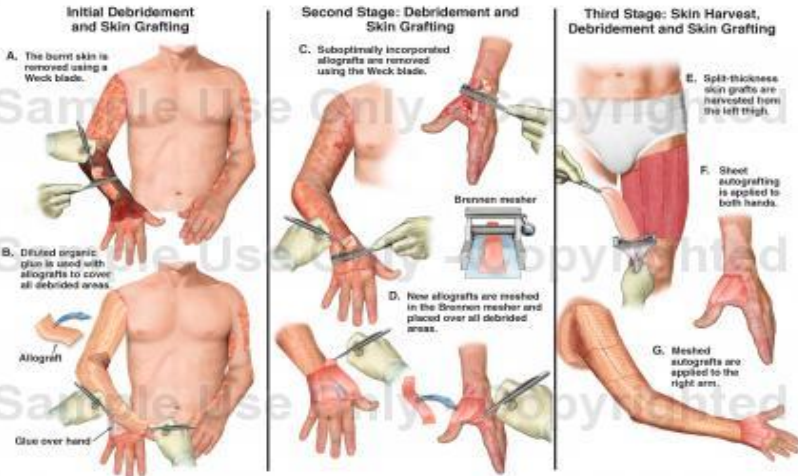
- نواحی اصلی برای انجام گرافت پوستی:

- صورت
- نواحی عملکردی (دست ها و پاها)
- نواحی مفصلی



پانسمان های بیولوژیک (هموگرافت و هتروگرافت ها)

Multiple Skin Grafting Procedures



- پوست های تازه انسانی (آلو گرافت) یا پوست های تازه و منجمد حیوانی (زنو گرافت)
- به صورت موقت روی زخم به عنوان پانسمان قرار می گیرند.
- نقش های پوست طبیعی را انجام می دهند.
- باعث کاهش درد می شوند
- نسبت به پانسمان های معمولی مدت زمان بیشتری می مانند و نیاز به تعویض ندارند.
- به صورت سرپایی قابل مصرف هستند.
- مرحله ای قبل از گرفت اتولوگ هستند.



پانسمان های بیوسنتتیک و سنتتیک

• بیوبران

- ترکیب نایلون و غشاء سیلاستیک با مشتقات کلاژن
- نیمه شفاف، استریل، بدون تاریخ مصرف، ارزان

• ماتریکس BCG

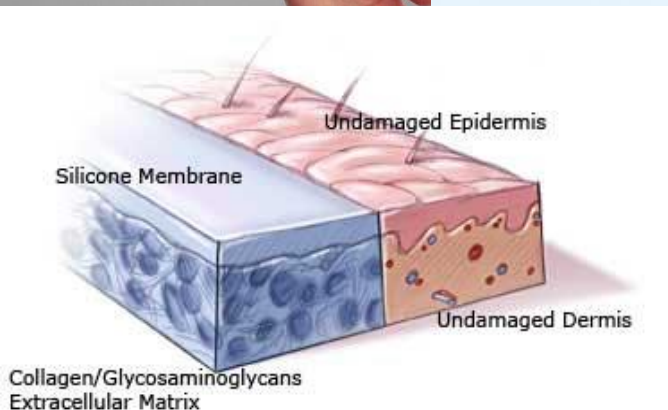
- مکانیسم: ترکیب بتاگلوکاگون با کلاژن زخم تقویت شده با پانسمان مشی

- پوشش موقتی برای محل های دهنده و زخم های با ضخامت نسبی

• Op-site

- یک لایه نازک و شفاف الاستیکی از پلی اورتان و نفوذپذیر به هوا و بخار آب

• Tegaderm ، N-terface ، Duoderm



جایگزین های پوستی

Figure 3: Approximately 5 weeks post INTEGRA graft placement. Graft had incorporated however, there was persistent fibrotic slough and resistant Pseudomonal infection.



• اتوگرافت اپیتلیال کشت داده شده (CEA)

- کشت آزمایشگاهی سلول های اپی تلیال
- پوشش دائمی برای زخم های بزرگ

• اینتگرا

- آنالوگ درم
- دارای دو لایه : اپیدرم سیلیکونی، درم از جنس کلاژن حیوانی
- پوشش دائمی
- ایجاد کنتراکچر از اثرات طولانی مدت آن

• آلودرم

- درم که از پوست انسان مرده فرآوری می شود
- جایگزین دائمی لایه درم

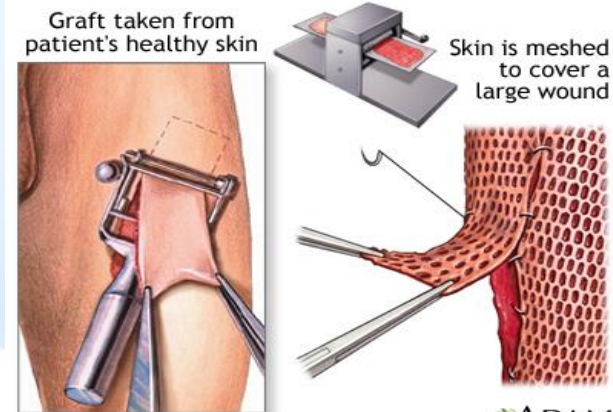
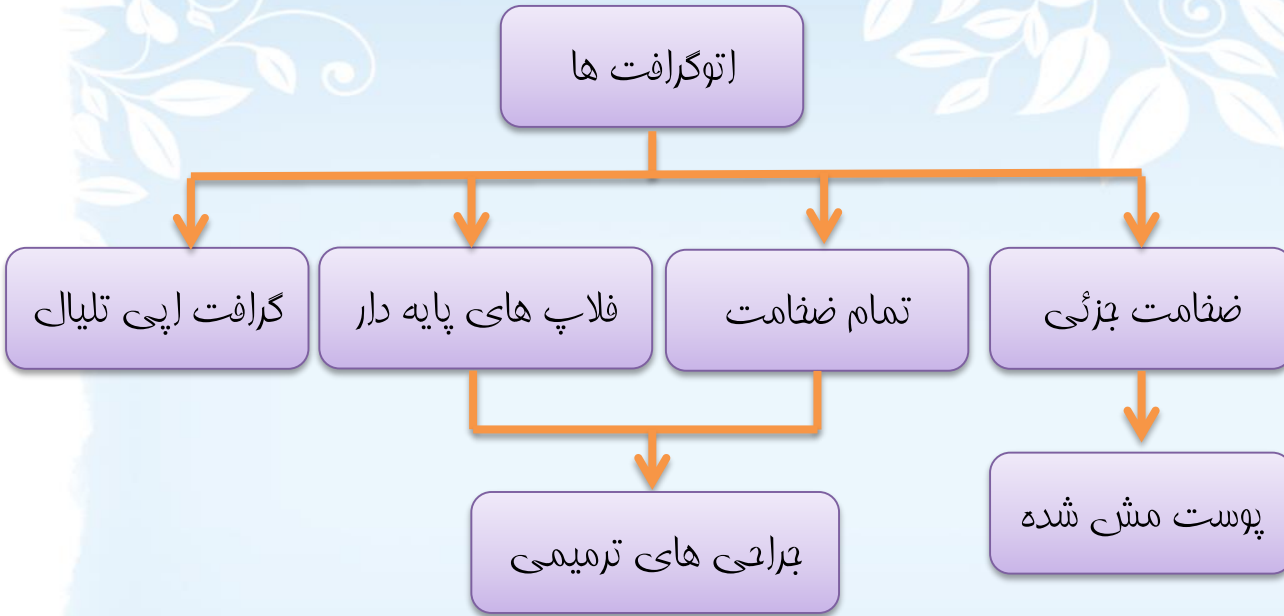


جایگزین های پوستی

علل از بین رفتن گرافت های پوستی:

تجمع خون، سرم، هوا، چربی
و بافت مرده بین محل
گیرنده و گرافت
عفونت

دستکاری نامناسب گرافت



مراقبت از بیمار با گرافت

مراقبت از محل گرافت:

- ✓ استفاده از پانسمان های نگهدارنده
- ✓ مراقبت توسط فرد ماهر
- ✓ استفاده از آتل جهت کاهش جابجایی
- ✓ نوامی گرافت شده
- ✓ اولین تعویض پانسمان محل گرافت
- ✓ ۲ تا ۵ روز بعد از عمل
- ✓ جلوگیری از وارد آمدن فشار به محل گرافت
- ✓ الیویشن اندام گرافت شده
- ✓ انجام ورزش ۵ تا ۷ روز بعد از گرافت

مراقبت از محل دهنده:

- ✓ زخم تازه و تمییز و دردناک
- ✓ بهبودی سریع
- ✓ پانسمان مرطوب فشاری محل
- ✓ بهبودی با مراقبت مناسب در طول ۷ تا ۱۴ روز
- ✓ استفاده از یک عامل ترومبواستاتیک (اپی نفرین، ترومبین)

تدابیر پرستاری در مرحله حاد



- کنترل درد
- حمایت تغذیه ای
- حفظ تعادل مایعات و الکترولیت ها
- پیشگیری از عفونت
- تأمین تمامیت پوستی
- تأمین تحرک جسمی
- تقویت راهکارهای سازگاری
- حمایت روانی

مرحله بازتوانی

- بلافاصله بعد از سوختگی شروع می شود
- بازتوانی مرحله نهایی مراقبت
- تأکید کم بر بازتوانی زودرس
- تمرکز بر عوارض بلندمدت
- بازتوانی بستگی به شدت و موقعیت آسیب و همچنین نیازها و اهداف بیمار دارد
- اهداف زمان بستری:

- حفظ محدوده حرکت (ROM)
- پیشگیری از کنتراکچر
- کاهش ادم
- پیشگیری از آسیب پوستی





مرحله بازتوانی (حمایت روانی)

- بهبود روانی دارای سه مرحله پایه است:
- مرحله بحرانی:
 - به علت درمان هایی که می گیرند گیج هستند، اما احساس ترس، نگرانی و درد دارند.
- مرحله حاد:
 - در میابند که می توانند به بقا بیندیشند.
 - دوره های افسردگی دارند.
 - ۳۰٪ به PTSD دچار می شوند.
- مرحله عاطفی:
 - بهبود روانی در مدت ۱ تا ۲ سال
 - حمایت های اجتماعی
 - سازگاری با محدودیت ها
 - بهبود کیفیت زندگی
 - ارزیابی و پرداختن به نیاز های خانواده



ترمیم غیرطبیعی زخم

در زخم های عمیق با درگیری درم و بافت زیر جلد ، اسکار ناشی از ترمیم غیر طبیعی بوجود می آید.

اسکار های هیپرتروفیک و کلوئید:

- در مرزهای زخم اولیه تشکیل می شود.
- در نواحی روی مفصلی و در افراد جوان شایع اند
- ممکن است هیپو یا هیپر پیگمانته باشند
- کلوئید، اسکار فراتر رفته از حدود زخم اصلی
- کلوئید ها: خارش دار و حساس به لمس

• پیشگیری و درمان اسکار ها
پیشگیری:

- اعمال فشار در مراحل اولیه درمان سوختگی
- بانداژ کشسان

درمان:

- فشار
- سیلیکون موضعی
- ماساژ اسکار
- تزریق استروئید

**Hypertrophic
Scar**



**Compression Therapy
using Garments**



**After Compression
Therapy**



مراقبت سرپایی از سوختگی

- اهداف درمان در بخش سرپایی:

- درمان زخم سوختگی

- کنترل درد

- مراقبت از اسکار و بافت بازسازی شده

- بازتوانی

- اهداف پس از ترخیص:

- پیگیری مراجعات جهت درمان

- پیشگیری از اسکار

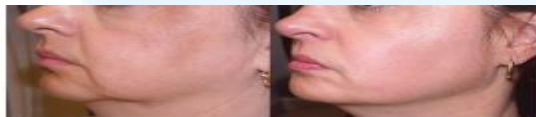
- حمایت روانی

- آموزش خانواده و مددجو



روش های درمانی جراحی پوست

- جراحی ترمیمی و پلاستیک پوستی
- گرافت ها :
- اتوگرافت
- آلوگرافت
- زنوگرافت
- فلاپ ها:
- پیوند قسمتی از یک بافت که یک انتهای آن به محل اصلی خود وصل است
- پوست، مخاط، چربی، عضله، استخوان
- در حفظ زیبایی بهتر از گرافت هستند
- برای تشکیل یک فلاپ چند عمل لازم است
- عارضه مهم: نکروز ساقه یا پایه فلاپ
- روش های زیبایی:
- لایه برداری پوست
- پوست سایی
- جراحی ترمیم صورت
- لیفتینگ
- لیزر درمانی:
- لیزر آرگون
- لیزر دی اکسید کربن
- لیزر با نوسان رنگ



Thermage before and after



Eyes by Thermage before and after



Thermage before and after



Body by Thermage before and after



Body by Thermage before and after



- Forehead Lifting
- Malar Fold
- Nasolabial Fold
- Melo-Mental Fold
- Infra Orbital Wrinkles
- V line
- Jaw Lifting
- V chin
- Sub-mental Fold



ما ساس از بدل توجه شما

