

قدم چهارم = درمان اولیه (بیماران ترومایی)

<ul style="list-style-type: none"> • منطقه اطراف زخم را پاک کرده و بپوشانید. • زخم را با جریان سریع آب بشویید. • در صورت نیاز، دبریدمان انجام دهید. • زخم ها را پانسمان کنید. 	<ul style="list-style-type: none"> • زخم های باز را باید آلوده در نظر گرفت حتی اگر هیچ ماده رادیواکتیوی به چشم دیده نشود. 	<p>زخم های باز</p>
<ul style="list-style-type: none"> • این بیماران، ممکن است لکوپنیک، ترومبوسیتوپنیک یا آنمیک شوند و ممکن است نقص ایمنی پیدا کنند. • حداکثر وخامت این وقایع، در 2 تا 3 هفته بعدی، رخ خواهد داد. مگر این که، بیمار خونریزی شدید داشته و مقدار زیادی خون از دست داده باشد. • زمان ترمیم این زخم ها در بیماران فوق، طولانی تر از سایر افراد است. • جوش خوردن شکستگی ها در این افراد، با تأخیر صورت می گیرد. • احتمال رخ داد عوارض دیگر نیز، در این افراد بیش از دیگران است. 	<ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار نیاز به جراحی دارد و علائم و نشانه های سندرم رادیاسیون حاد را هم نشان می دهد باید در 48 تا 72 ساعت اول بعد از وارد آمدن آسیب پرتوی جراحی لازم برای بیمار انجام شود. 	<p>جراحی</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ترومای شدید یا هر استرس دیگری می تواند منجر به بروز یک لنفوسیتوز اولیه در بیماران شود که به دنبال آن و به فاصله چند ساعت یک لنفوپنی نیز رخ می دهد. • سایر علائم و نشانه های سندرم رادیاسیون حاد (سر درد، خستگی مفرط، تهوع، استفراغ، اریتم و تب) نیز ممکن است دیده شوند. • در بیمارانی که در شوک هستند، درد شدید دارند یا واکنش دارویی در بدن آن ها رخ داده است، تهوع استفراغ نمی تواند شاخص خوبی از دوز پرتوهای دریافتی و سندرم رادیاسیون حاد تلقی شود. 	<ul style="list-style-type: none"> • نکته مهم: در بیماران ترومایی، دوزیمتری با استفاده از لنفوسیت ها اعتبار کمتری دارد چون پاسخ های فیزیولوژیک به تروما و آسیب های حرارتی، ترقیق یا تغلیظ خون، تزریق خون و غیره روی تعداد لنفوسیت های شمارش شده در هر میکرولیتر تأثیر دارند. 	<p>سندرم رادیاسیون حاد</p>

اصول تعیین تکلیف (بیماران ترومایی)

انتقال بیماران	<p>تصمیم گیری برای انتقال یا عدم انتقال بیمار به یک مرکز دیگر به عوامل زیر بستگی دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسیب هایی که دیده است • وضعیت بالینی بیمار • سن بیمار • تعداد بیماران • امکانات بیمارستان
	<ul style="list-style-type: none"> • اگر بیمار نیاز به مراقبت های تخصصی پیدا کند، باید به مرکز تخصصی مثلاً مرکزی که دارای بخش فوق تخصصی خون باشد، یک مرکز سوختگی، یک مرکز فوق تخصصی جراحی و... منتقل شود. لازم است این انتقال در همان 72 ساعت بعد از مواجهه با پرتوها انجام شود.
جراحی بیماران	<ul style="list-style-type: none"> • در بیمارانی که نیاز به جراحی دارند، لازم است جراحی در همان 72 ساعت اول بعد از مواجهه و قبل از استقرار آسیب های ناشی از پرتوهای یونیزان، در قالب سندرم رادیاسیون حاد انجام شود.
بیماران با وضعیت بسیار وخیم	<ul style="list-style-type: none"> • اگر بیماری، هم ترومای شدید و قابل توجه با پیش آگهی دارد و هم دوز بسیار بالایی از پرتو را دریافت نموده، به نحوی که هم از بابت تروما و هم از بابت سندرم رادیاسیون حاد، پیش آگهی بسیار بدی برای او مورد انتظار است، باید فقط تحت درمان های مراقبتی و حمایتی قرار داده شود. • مثل هر حادثه دیگری، در حوادث پرتوی نیز باید جهت تلاش ها به سمت نجات دادن کسانی باشد که احتمال زنده ماندن آن ها بیشتر است. در غیر این صورت با تخصیص منابع به بیماران با پیش آگهی بدتر، عملاً شانس زنده مانده از بیماران خوش حال تر گرفته می شود.
بیمار پرتودیده با ترومای همزمان یا سوختگی بالای 10%	<ul style="list-style-type: none"> • این بیمار، نیاز به مراقبت نزدیک پزشکی دارد. ولی می تواند مراقبت های مورد نیاز خود را خارج از بیمارستان نیز دریافت نماید. • اگر تعداد نوتروفیل ها و پلاکت های بیمار پایین هستند، بیمار دچار عفونت شده است، بیماری زمینه ای جدی دارد یا هر عامل عارضه رسان دیگری وضعیت بیمار را تهدید می کند بیمار باید حتماً در بیمارستان بستری شود. • در هر صورت این بیماران را باید از نظر بروز پان سیتوپنی و نقص ایمنی مورد پی گیری و نظارت دقیق قرار داد. این بیمار باید ایزوله معکوس باشد.
بیماران پرتودیده با شکستگی در اندام ها	<ul style="list-style-type: none"> • بیمارانی که دچار شکستگی های ساده هستند را، بعد از پایدارسازی و آلودگی زدایی، باید بر اساس وضعیت پرتودیدگی و با توجه به علائم و نشانه های سندرم رادیاسیون حاد اولویت بندی کرده و مورد مراقبت های لازم قرار داد.

