

مراقبت‌های پرستاری در زخم فشاری

عاطفه جوينده
کارشناس ایمنی
مرکز آموزشی درمانی پژوهشی ولایت
سال ۱۴۰۰



سورة الفاتحة



تعریف

زخم بستر یا بد سور Bedsore یا زخم فشاری Pressure sore ضایعه ای است که در پوست و بافت های زیر پوستی و بر اثر فشار ممتد و طولانی مدت بر پوست ایجاد میشود. زخم بستر اغلب در نقاطی از بدن ایجاد میشود که پوست روی یک برجستگی استخوانی قرار گرفته و در بین آنها عضله ای وجود ندارد مانند پاشنه و بین باسن ها.



زخم بستر بیشتر در کسانی ایجاد میشوند که مجبورند برای مدت طولانی در یک وضعیت ثابت بخوابند و توانایی تغییر وضعیت خود در بستر را ندارند.

بد سور بسرعت ایجاد میشود.



علائم زخم بستر

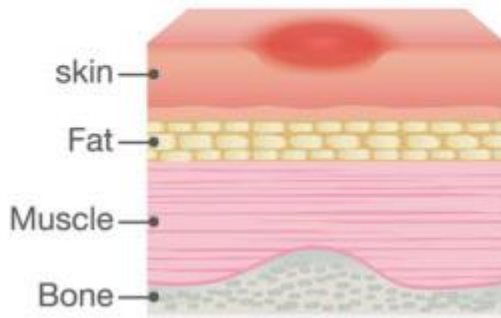
تشکیل زخم بستر شامل چهار مرحله می باشد.
در مراحل اول شدت آن کم بوده و در مراحل بعدی شدت
آن بیشتر میشود.
این مراحل بترتیب عبارتند از:



مرحله اول

پوست سالم است در کسانی که رنگ پوستشان روشن است پوست قرمز شده و وقتی با انگشت به آن فشار میاوریم سریع سفید نمیشود. پوست ممکن است دردناک، سفت، نرمتر از معمول، سردتر یا گرمتر از معمول شود.

Stage1



مرحله دوم

لایه رویی پوست (اپیدرم) از بین میرود. زخمی که کمی فرو رفته و به رنگ صورتی یا قرمز است در محل تشکیل میشود. ممکن است در محل تاول تشکیل شود.

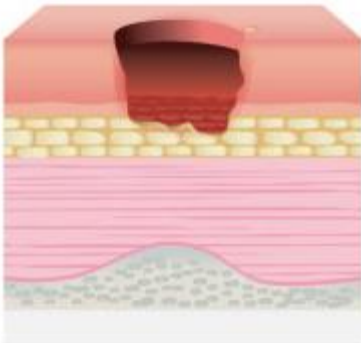
Stage2



مرحله سوم

چربی زیر پوست نمایان میشود زخم گود میشود ته زخم بافت مرده
زرد رنگی که ممکن آسیب به زیر پوست سالم هم برسد.

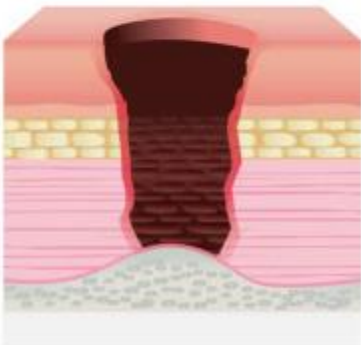
Stage3



مرحله چهارم

عضله، تاندون یا استخوان نمایان میشود کف زخم بافت مرده خشکیده هست آسیب وسعت یافته و به زیر پوست سالم هم گسترش یافته است.

Stage4



زخم بستر در چه محل هایی بیشتر دیده میشود

در کسانی که مدت زیادی در بستر در حالت درازکش به پشت قرار گرفته اند

-پشت سر

-پشت استخوان های کتف

-پشت استخوان خاجی درست بین دو برجستگی باسن

-پشت پاشنه



-در کسانی که مدت زیادی در حالت درازکش به شانه قرار گرفته اند .

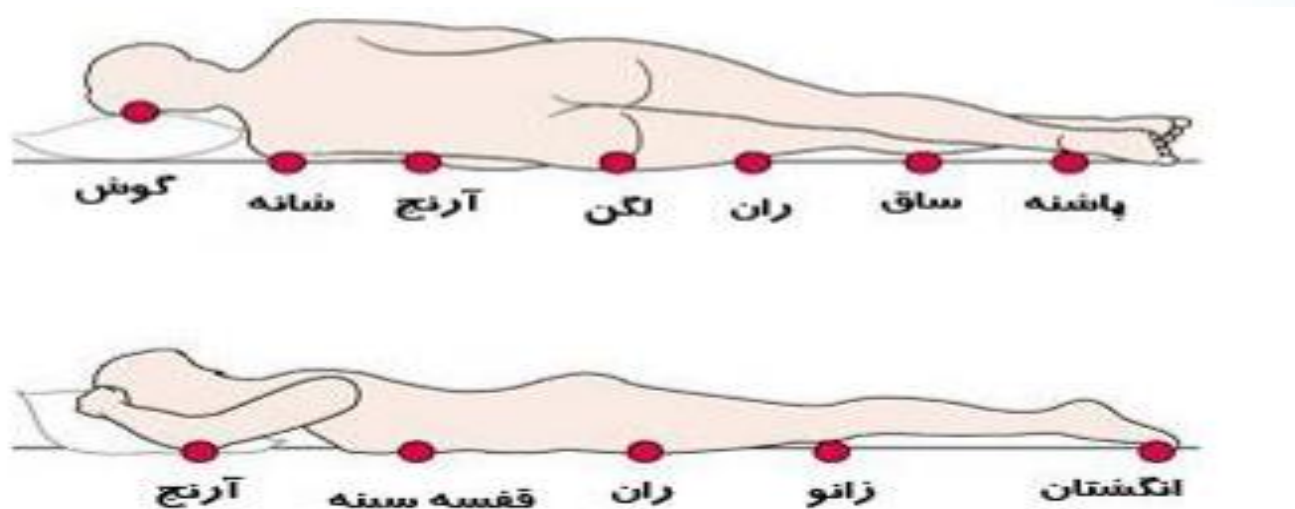
-کناره های سر

-گوشه لاله گوش

-روی برجستگی کناری لگن (تروکانتر بزرگ)

-روی برجستگی کناری زانو (پوست روی سراسنخوان نازک نی)

-روی پوست قوزک خارجی



در کسانی که مدت زیادی در ویلچر مینشینند زخم بستر میتواند در محل های زیر تشکیل شود:

- پشت استخوان خاجی درست بین دو برجستگی باسن یا روی برجستگی باسن

- پشت استخوان های کتف یا ستون مهره

- پوست روی ساعد یا ران در جاییکه روی صندلی تکیه میدهند.



نکته

در هر کسی که مدت زیادی در بستر میخوابد یا در ویلچر می نشیند و نمیتواند وضعیت خود را بطور مرتب عوض کرده و خود را جا به جا کند، جزئی از مراقبت روزانه وی بررسی مکرر پوست و نواحی ذکر شده برای دیدن علائم احتمالی تشکیل بد سور است.

به محض دیدن علائم ذکر شده باید با پزشک تماس گرفت.



فرآیند پرستاری در زخم های فشاری



۱- بررسی

انجام یک بررسی و شناخت جامع و کامل، همچنین مشخص کردن بیماران در معرض خطر، عوامل مستعد کننده و شواهد زخم های فشاری جزء اولویت های پرستاری محسوب میشوند.

یک رویکرد فعال برای پیشگیری از زخم های فشاری یا مراقبت از بیماری که قبلاً دچار اختلالات پوستی شده پر کردن فرم بررسی و شناخت خطر است. فرم باید قابل اطمینان باشد و استفاده از آن مقرون به صرفه باشد.



برای بررسی خطر چندین مقیاس درجه بندی مختلف وجود دارد که از آن جمله می توان :

الف: مقیاس نورتون

(وضعیت فیزیکی، وضعیت ذهنی، فعالیت تحرک و بی اختیاری)

ب: مقیاس برادن

(وضعیت ذهنی، بی اختیاری، تحرک، فعالیت و تغذیه) اشاره کرد.

با این ابزارها برای هر فردی که تحت بررسی قرار گرفته نمره ای اختصاصی می دهید و درجه خطر برحسب نمره کل بیمار تعیین می گردد.



ابزار برادن در ارزیابی زخم بستر (Braden Scale)

مقایس برادن برترین سیستم نمره گذاری است که خطر توسعه زخم فشاری را در بیمار ارزیابی میکند. و باید در زمان پذیرش و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود. این ابزار (مقایس) دارای شش معیار ارزیابی سیستماتیک است (هر حیطه از نمره، یک (خیلی بد) تا چهار (خوب) نمره گذاری میشود).
نمرات پایینتر نشانگر بالاترین شرایط خطر است.

این ابزار در راستای خط مشی ارتقاء ایمنی بیماران و ارزیابی مستمر و یکپارچه بیماران میباشد.



A

ارزیابی سطح هوشیاری Sensory Perception

امتیاز	معیارهای ارزیابی برادر	جمله ابزار برادر
۱	کاملاً محدود: عدم پاسخ به محرک دردناک (به دلیل کاهش هوشیاری - دریافت سباتیو - کاهش توانایی احساس درد در بدن)	A ارزیابی سطح هوشیاری Sensory Perception
۲	خیلی محدود: پاسخ به تحریکات دردناک (عدم برقراری ارتباط - بی قراری - محدودیت در احساس درد بیش از نصف بدن)	
۳	کمی محدود: گاهی به دستورات کلامی پاسخ میدهد.	
۴	بدون محدودیت: به دستورات کلامی پاسخ داده و در در بیان میکند.	



B ارزیابی رطوبت پوست Moisture

۱	رطوبت مداوم : ملحفه و لباس بیمار، همواره مرطوب میباشد.	B ارزیابی رطوبت پوست Moisture
۲	خیلی مرطوب : ملحفه ها در هر شیفต์ به دلیل خیس بودن تعویض میشود.	
۳	گاهی مرطوب : ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن، تعویض میشود.	
۴	بندرت مرطوب : پوست معمولاً خشک است، ملحفه ها طبق روتین بدون خیس بودن تعویض میشود.	



C ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی Activity

۱	محدود به تخت: استراحت مطلق (CBR) - بدون تحرک	C ارزیابی میزان فعالیت فیزیکی Activity
۲	محدود به صندلی: باید با کمک صندلی چرخدار حرکت کند.	
۳	گاهی راه می رود: گاهی در طول روز با کمک راه می رود (اکثر ساعات را در تخت می گذراند).	
۴	مکرراً راه می رود: مرتباً به طور مستقل راه می رود.	



D ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن Mobility

۱	کاملاً بی حرکت: بدون کمک حتی قادر به تغییرات اندک در وضعیت بدن یا اعضا نمی باشد.	D ارزیابی توانایی در تغییر پوزیشن Mobility
۲	حرکت بسیار محدود: گاهی تغییرات کمی را به بدن یا اعضا با کمک می دهد.	
۳	اندکی محدود: بدون کمک تغییرات اندکی را بطور مکرر در بدن و اعضایش ایجاد می کند.	
۴	بدون محدودیت: بدون کمک مکرراً و مستقل پوزیشن خود را تغییر می دهد.	



E

ارزیابی تغذیه

Nutrition

۱	بسیار کم: تغذیه بیمار کاملاً ناکافی است ممکن است روزها NPO باشد.	E ارزیابی تغذیه Nutrition
۲	ناکافی: تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT	
۳	کافی: تغذیه کافی به طوری که بیش از نصف غذایش را میخورد.	
۴	عالی: تغذیه کاملاً خوب، همه وعده های غذایی را به طور کامل میخورد.	



F

ارزیابی اصطکاک و سایش پوست

Shear&Friction

۱	مشکل دار : همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده میشود.	F: ارزیابی اصطکاک
۲	مشکل احتمالی : موقع جابجایی گاهی کمک میکند ولی باز هم قسمتهایی از بدن بیمار روی ملحفه کشیده میشود.	وسایش پوست
۳	بدون مشکل : به طور کامل قادر به بلند کردن بدن خود میباشد و روی ملحفه سائیده نمیشود.	Shear & Friction



نتایج ارزیابی با ابزار برادن

کمتر یا مساوی ۱۶	امتیاز در بیماران عادی	(امتیاز در بیماران مختلف جهت تشخیص خطر ایجاد زخم فشاری)	۶-۹	خطر بسیار بالا	نتایج ارزیابی با ابزار برادن
کمتر یا مساوی ۱۵	امتیاز در بیماران بخشهای ویژه		۱۲-۱۰	خطر بالا	
کمتر یا مساوی ۱۸	امتیاز در بیماران مسن		۱۴-۱۳	متوسط	
توجه: نتیجه ارزیابی ریسک ایجاد زخم بستر در کاردکس بیمار ثبت شود.			۱۸-۱۵	پیشگیرانه	
ارزیابی ریسک در کلیه شیفتها قابل پیگیری است و امکان تغییر آن با توجه به شرایط متغیر مددجو را باید مد نظر قرار داد.			۲۳-۱۹	بدون خطر	



۲- شرح حال پرستاری

در مورد وضعیت ظاهری پوست و فعالیت های بیمار است که میتواند در پیدایش زخم های فشاری نقش داشته باشد.

پرستار از بیمار و خانواده در مورد تغییرات جدیدی که در ظاهر یا وضعیت پوست رخ داده و همچنین در مورد مراقبت پوست، فعالیت تغذیه الگوی دفع، وضعیت شناختی و وجود درد توام با تغییرات سلامت پوست سوال میکند.



۳- تشخیص پرستاری

مرحله زخم فشاری عامل تعیین کننده تشخیص های پرستاری است

الف: زخم های فشاری مرحله ۱ و ۲

آسیب دیدگی پوست سطحی است. بنابراین تشخیص پرستاری انتخابی جهت این زخم فشاری:

«اختلال در سلامت و یکپارچگی پوست»



ب: زخم های فشاری مرحله ۳ و ۴

از بین رفتن ضخامت پوست و آسیب به بافت های زیرین است بنابراین
تشخیص پرستاری انتخاب جهت این زخم های فشاری:

«اختلال در سلامت و یکپارچگی بافت است»



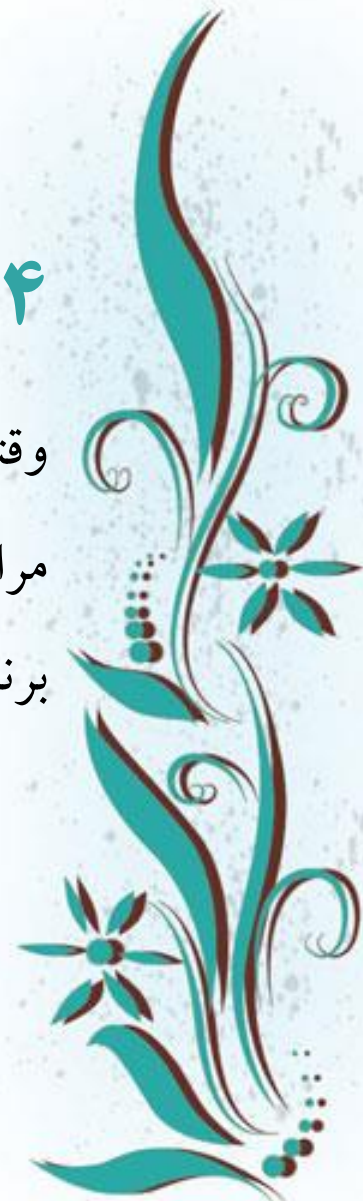
نمونه هایی از تشخیص پرستاری ناندا در رابطه با زخم های فشاری

تشخیص های پرستاری	عوامل مرتبط	ویژگیهای مشخصه
اختلال در سلامت و یکپارچگی پوست	هر وضعیتی که منجر به از بین رفتن درم، اپیدرم و بافت زیر جلدی شود مثل فشار، اصطکاک، کشش یا تغییر جریان خون	وجود زخم های فشاری مرحله ۳ یا ۴
خونرسانی غیر موثر بافتی: محیطی	هروضعیتی که اکسیژن رسانی به بافت های محیطی را کاهش دهد مثل فشار طولانی مدت	«من نمی توانم بدنم را روی صندلی چرخدار حرکت دهم» «روی پاشنه پایم زخمی ایجاد شده است» وجود زخم روی پاشنه پا
درد مزمن	هر وضعیتی که منجر به آسیب دیدگی کنونی یا احتمالی بافت ها همراه با درد شده و مداوم و یا عود کننده باشد و یا پایانی غیر قابل پیش بینی داشته باشد و بیشتر از ۶ ماه به طول انجامد، مثل زخم های مزمن یا فشاری	«این درد غیر قابل تحمل را یکسال است دارم» «از این دردمداوم که مانع خوابم می شود خسته شده ام» «کارهایی که قبلا انجام میدادم الان نمیتوانم انجام دهم چون بیش از حد باعث درد و ناراحتی ام می شوند» وجود زخم فشاری برای طولانی مدت



۴- تعیین برآیند ها و برنامه ریزی

وقتی پرستاران از بیماران در معرض خطر اختلال در سلامت پوست و بافت مراقبت میکنند در آن صورت باید اقدامات و مداخلات پرستاری را به گونه ای برنامه ریزی و اجرا نمایند که بیمار به برآیندهای زیر دست یابد:



الف: انجام اقدامات مراقبت از خود به منظور پیشگیری از بروز زخم های فشاری و کمک به التیام زخم

ب: مشخص شدن بهبود پیشرونده ی زخم فشاری

ج: مشخص شدن افزایش خون بدن و اندازه عضلات

د: دور ماندن محل زخم فشاری از عفونت

ه: عدم وجود مناطق جدید تخریب پوستی



۵-اجراء

مراقبت های پرستاری با هدف پیشگیری از تشکیل زخم های فشاری و یا در صورت پیدایش زخم فشاری کمک به التیام آن و جلوگیری از بروز عوارض انجام میگیرد.



مراقبت های پرستاری در زخم های فشاری



مراقبت های پرستاری

*بررسی مداوم پوست (حداقل روزی یکبار) به خصوص نواحی که بیشتر مستعد زخم فشاری هستند.

*افزایش تعداد دفعات استحمام (استفاده از عوامل شوینده ملایم و اجتناب از آب داغ و مالش بیش از حد)

*بررسی و معالجه بی اختیاری، رعایت بهداشت به موقع پوست و استفاده از پد های جاذب که سریعاً یک سطح خشک را برای پوست به وجود می آورند کمک کننده است.

*بررسی و اندازه گیری روزانه زخم برای بررسی وضعیت بهبودی شامل طول عرض و عمق زخم

*استفاده از وسایل رفع فشار جهت کاهش هرچه بیشتر فشار بر روی پوست و برجستگی های استخوانی



مراقبت های پرستاری

* استفاده از مرطوب کننده ها برای پوست خشک و به حداقل رساندن فاکتورهای محیطی که منجر به خشکی پوست می شود از جمله کاهش رطوبت سردی هوا

* استفاده از لوبریکانت (روغن) یا پوششهای حمایتی به منظور کاهش آسیب ناشی از اصطکاک

* بهتر است ماساژ بر روی برجستگی های استخوانی انجام نشود. به علاوه انجام ماساژ خود می تواند منجر به ترومای عمیق بافتی شود

* استفاده از تکنیک های صحیح چرخش، انتقال و پوزیشن دادن

* در صورتیکه بیمار مستعد راه رفتن و تحرک است شروع به فعالیت های بازتوانی برای بیمار.



مراقبت های پرستاری

- * حفظ سطح فعالیت ، تحرک و محدوده حرکات
- * آموزش به افرادی که محدود به صندلی که هر ۱۵ دقیقه وزن بدن را به قسمتی دیگر منتقل کنند
- * استفاده از بالشت روی برجستگی های استخوانی (زانوها و قوزک های پا) بمنظور پیشگیری از تماس مستقیم با یکدیگر
- * اجتناب از پوزیشن هایی که فشار مستقیمی بر روی تروکانترها وارد می شود



مراقبت های پرستاری

*شناسایی سوء تغذیه در افراد به ظاهر سالم و تدابیر لازم در جهت مرتفع نمودن آن از طریق:

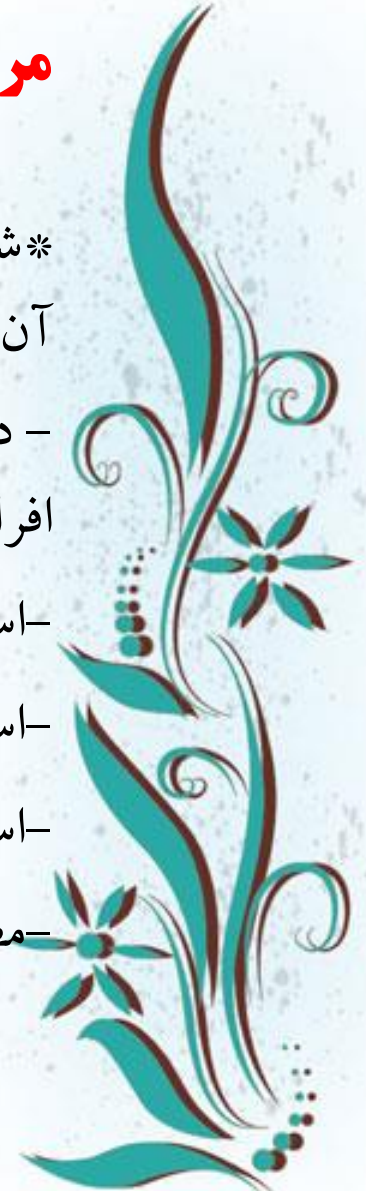
- دریافت پروتئین و کالری و توجه به مکمل های غذایی و حمایت تغذیه ای افراد.

- استفاده از برنامه تغذیه ای کامل

- استفاده از تغذیه روده ای و وریدی

- استفاده از ویتامین ها و آهن کافی

- مصرف مایعات کافی جهت جلوگیری از دهیدراتاسیون و خشکی پوست



مراقبت های پرستاری

- * برطرف نمودن فشار در پاشنه ها در بیماران بیحرکت
- * استفاده از وسایل بالابرنده مانند ذوذنقه ورزشی یا ملحفه
- * تحریک یا تغییر وضعیت بیمار بیحرکت هر ۱ یا ۲ ساعت ۱ بار
- * مکان نشستن بیمار و تخت بیمار را عاری از هرگونه چین خوردگی و چروک نگه دارید.
- * تغییر پوزیشن، جابه جایی و چرخش مددجو باید به صورت صحیح انجام گیرد. تغییر پوزیشن مددجو به صورت جزئی باعث تغییر نقاط فشار میشود.
- * در هنگام تغییر پوزیشن مددجو باید سعی شود مددجو روی تخت کشیده نشود. کلیه مددجویان محدود به تخت باید هر دو ساعت تغییر پوزیشن داده شوند.



مراقبت های پرستاری

* استفاده از وسایل رفع فشار در تخت مانند:

- تشک موج

- ژل یا تشک های آبی

* پانسمان با هدف کاهش بروز زخم بستر و ارتقاء سلامت

* استفاده از یک طرح و برنامه برای مراقبت از بیماران در معرض خطر شامل همه مراقبین بهداشتی، بیماران و خانواده آنها



منابع

*تایلور ۲۰۱۵/ اصول و مهارت‌های پرستاری روش های کار/ ترجمه احمد علی
اسدی نوقابی، فریباتباری/ چاپ اول-۱۳۹۴

*تایلور/ مفاهیم پرستاری بخش دوم/ ترجمه افسانه افتخاری منش، فاطمه احمد
لاریجانی/ چاپ اول -۱۳۷۸

www.isarsci.ir*

www.slideshare.net*



A vibrant tropical scene featuring a bright sun in the center of a clear blue sky, with palm fronds framing the top and sides. The sun's rays create a lens flare effect. Below the sky, a calm blue ocean stretches to the horizon. The overall mood is peaceful and sunny.

باتشکر از توجه شما