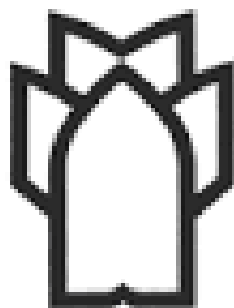


بنام خالق یکتا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان

راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

Prevention Pressure Ulser Guideline

زخم فشاری یا زخم بستر چیست

- ▶ زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده ی استخوانی یا غضروفی می باشد که این فشارها باعث انسداد عروق خونی ان ناحیه شده و در نهایت موجب زخم فشاری می گردد.
 - ▶ حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان از نیم تا دو ساعت متغیر است.
 - ▶ زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته عمقی و سطحی تقسیم می شوند.
1. زخم های فشاری عمقی از بافت زیر جلدی برجستگیهای استخوانی شروع می شود و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابد که علایم آن ایجاد توده ای سفتر زیر پوست و تغییر رنگ پوست بصورت بنفش رنگ می باشد.
 2. **زخمهای فشاری سطحی** از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافتهای زیرین گسترش می یابد و خود به 4 دسته تقسیم می گردد.

Bed sores – how they develop

STAGES

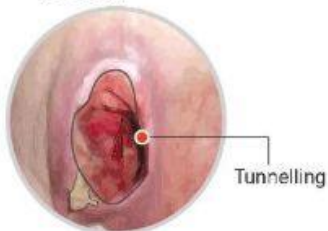
1 A bit of redness that doesn't lighten when pressed. Site might be painful, especially when touched.



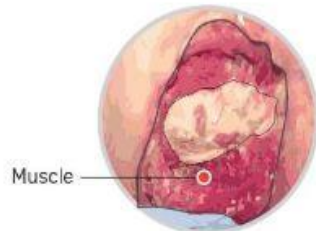
2 Part of the skin might have peeled off. The area looks like a blister, or a blister that has burst.



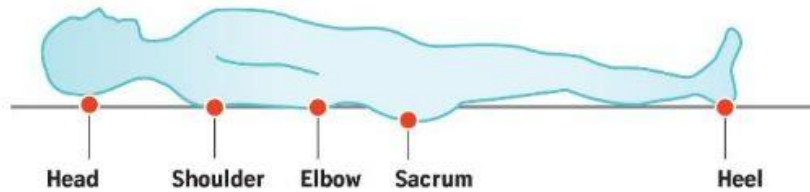
3 By now, it is a deep wound, often with some fat exposed. It looks like a crater, possibly with yellowish dead tissue at the bottom. If there is tunnelling, the wound would be deeper than what can be seen.



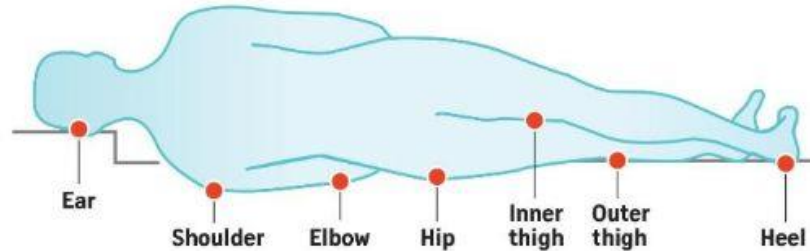
4 The wound is so deep that muscle, bone and tendon are exposed, with a significant amount of dead tissue at the base, either yellowish, or even dark and crusty.



WHERE THEY DEVELOP



Results from pressure, shearing force and friction.



Common sites are bony, prominent parts of the body.

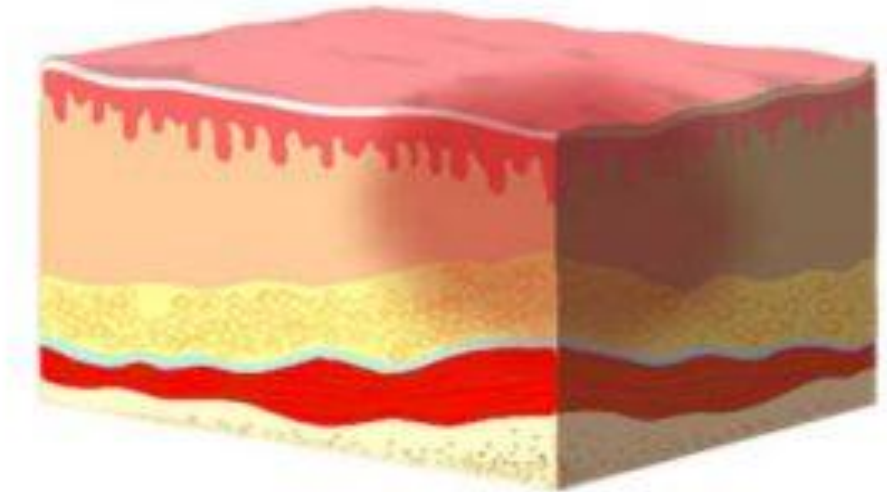
PREVENTION AND TREATMENT

- Turn patient every two hours.
- Get patient out of bed – to walk or sit.
- Ensure sufficient nutrition and water intake.
- Change diapers at least every four hours.
- Apply moisturiser and cream that protects against moist.
- Use cushions to reduce pressure.

زخم فشاری درجه یک

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

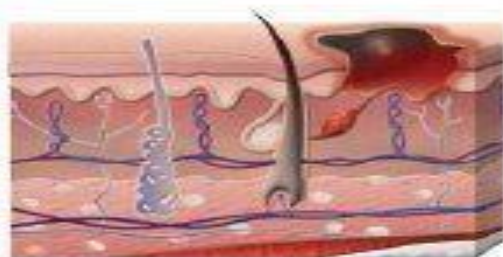
مرحله یک



زخم فشاری درجه دو
لایه رویی پوست (اپیدرم) از بین میرود.
ممکن است در محل تاول تشکیل شود.
یک زخم کمی فرو رفته به رنگ صورتی یا قرمز در محل تشکیل
میشود.

غیر عفونی

درجه II



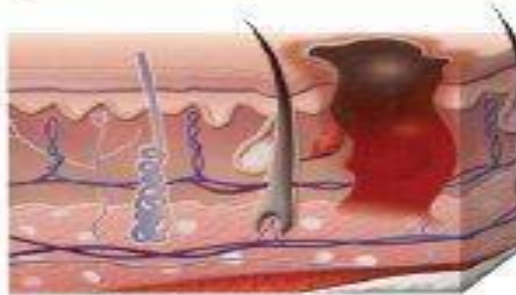
از دست دادن جزئی ضخامت پوست
با نمای خشک و براق
زخم بدون بافت اسلاف زرد و یا تیره
(کبودی نشانه درگیری بافت‌های عمقی است)
میزان ترشح ضایعه را کنترل کنید

❖ زخم فشاری درجه سه

زخم گود میشود.
چربی زیر پوست نمایان میشود.
ته زخم بافت مرده زرد رنگی هست.
آسیب ممکن است به زیر پوست سالم هم گسترش یابد.

غیر عفونی

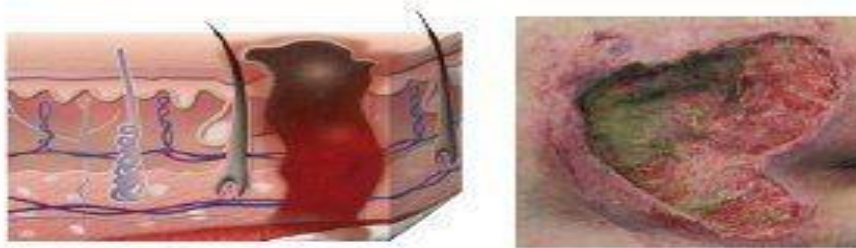
درجه III



آسیب تمام ضخامت پوست
ممکن است چربی زیر پوست دیده شود ولی
استخوان و تاندون قابل مشاهده نیست.
بافت اسلاف ممکن است دیده شود ولی بیانگر
عمق آسیب بافت نیست.

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

درجه IV غیر عفونی



از دست دادن تمام ضخامت بافت
استخوان ، تاندون و ماهیچه ها قابل مشاهده اند
اسلاف یا بافت مرده ممکن است دیده شود.
اغلب همراه با ایجاد کانال داخل زخم یا جدا شدن
لبه زخم از پوست

✓ وجود زخم فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن و ایجاد عفونت و.. می شود لذا ارزیابی بیماران از نظر خطر ابتلا به زخم فشاری خصوصا در بخش های ویژه اهمیت دارد دراین ارزیابی عوامل داخلی و خارجی بایستی شناسایی و کنترل شوند.

عوامل داخلی شامل:

- 1) بی اختیاری ادرار و مدفوع
- 2) فقدان درک حسی
- 3) فاکتورهای عروقی
- 4) سالمندی
- 5) سوء تغذیه
- 6) کاهش فشارخون شریانی
- 7) افزایش درجه حرارت بدن
- 8) کاهش مقاومت بدن به عفونت
- 9) رطوبت پوست
- 10) محدودیت حرکتی
- 11) تغییر پوزیشن به روش غلط
- 12) نیروهای ناشی از اصطحکاک

عوامل خارجی موثر در زخم فشاری :

- (a) فشار
- (b) نیروهای ناشی از اصطکاک
- (c) نیروهای خرد کننده
- (d) عدم رعایت بهداشت
- (e) جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به روش غلط
- (f) وضعیت نامطلوب بیمار در بستر
- (g) تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست
- (h) سختی سطوح زیرین بیمار
- (i) ناهمواری سطوح زیرین بیمار
- (j) وجود تکه های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

(a) مراقبت پوست

تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است برنگردانید.

(b) از ماساژ برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید.

(c) به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می رود ، ماساژ ندهید.

(d) از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید.

- ▶ بهبود وضعیت تغذیه برای پیشگیری از زخم فشاری
- ▶ از آن جا که سوءتغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود، وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.
- ▶ از ابزار تأیید شده و پایا که هم برای کارکنان قابل استفاده باشد و هم مورد پذیرش بیماران باشد ، برای غربالگری وضعیت تغذیه افراد در معرض خطر استفاده نمایید.
- ▶ برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای را برنامه ریزی نمایید.
- ▶ برای افراد مستعد به ابتلاء به زخم فشاری و احتمال خطر سوء تغذیه حمایت تغذیه ای در نظر بگیرید که بایستی شامل موارد ذیل باشد:
- ▶ (a) ارزیابی وضعیت تغذیه ای
- ▶ (b) برآورد نیازهای تغذیه ای
- ▶ (c) مقایسه دریافت مواد مغذی با نیاز های تغذیه ای بیمار
- ▶ (d) برای بیماران مداخلات مناسب تغذیه ای مبتنی بر راه تغذیه ای مناسب فراهم نمایید.

تغییر وضعیت:

- در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان می باشند.
- ۱. به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- ۲. نسبت تغییر وضعیت فرد بستگی به تحمل بافتی، سطح فعالیت فرد، وضعیت عمومی و ارزیابی وضعیت پوست بیمار دارد.
- ۳. نسبت تغییر وضعیت بیمار بستگی مستقیم به سطوح حمایتی مورد استفاده دارد.
- ۴. تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی به نسبت تشک توزیع کننده فشار بایستی بیشتر باشد.

▣ تکنیک تغییر وضعیت:

- ▶ ۱. با در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد بایستی تغییر وضعیت انجام شود.
- ▶ ۲. بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع یا برداشته شود یا توزیع مجدد شود.
- ▶ ۳. در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت بستری در تخت یا وابسته به صندلی، از کشیدن وی در تخت اجتناب نموده و وی را کاملاً از سطح تخت جدا کرده و سپس جابجا نمایید.
- ▶ ۴. برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت (وابسته به تخت می توان از ملحفه استفاده نمود).
- ▶ ۵. بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی نظیر لوله ها و کاتتر ها جابجا نکنید.
- ▶ ۶. از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تروکانتر بزرگ در وضعیت طرفی بپرهیزید.
- ▶ ۷. از جاگذاری بیمار بر روی زائده موجود استخوانی با اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید.

▶ تهیه و تدوین :

▶ با نظارت آقای مسعود فلاحی (سوپروایزر زخم بیمارستان امام رضا ع)