



دانشگاه علوم پزشکی ایران

مرکز آموزشی درمانی روانپزشکی ایران



پیشگیری، مراقبت و درمان زخم فشاری

تهیه و تدوین:

دکتر فاطمه شیرزاد متخصص روانپزشکی و عضو هیات علمی دانشگاه

زهرا طالب نیا مدیر پرستاری

فریبا معصومی مطلوب سوپروایزر آموزشی

ملیحه رنجبر سوپروایزر کنترل عفونت و آموزش سلامت

فهرست مطالب

عنوان..... صفحه

مقدمه ۳

تعداد زخم فشاری در مرکز روانپزشکی ایران ۳

معیار ارزیابی ۵

اقدامات پیشگیرانه و درمانی ۶

رفرنس ۶

مقدمه

زخم فشاری یکی از مشکلات شایع بیماران بستری است، و به ضایعه ای گفته می شود که در اثر فشار مداوم به بافتها ایجاد شده و منجر به صدمه به بافتهای زیر پوست میگردد. تعدادی عوامل مستعد کننده و بی حرکتی بعنوان عارضه بعضی بیماریها در آن نقش دارد.

عوامل متعددی در ایجاد زخم بستر موثر هستند، از جمله مهمترین آن فشار خارجی است. به هر علتی فشار بر مویرگ زیاد باشد باعث انسداد مسیر مویرگها و لنف شده و محرومیت بافت ها از غذا و اکسیژن و اشکال در دفع مواد زاید باعث مرگ سلولها می شود. از سایر عوامل دیگر که باعث ایجاد زخم های فشاری میشود، بی حرکتی است که در افرادی که درد های شدید یا بی حسی عصبی دارند، یا از آرام بخش ها استفاده میکنند شایع تر است. (۳) البته سوزن تغذیه نیز عامل مهمی در پیشرفت زخم های فشاری به حساب می آید. (۴) افزایش درجه حرارت بدن به دلیل افزایش متابولیسم این روند را تسریع میکند همچنین با افزایش سن در نتیجه کاهش چربی زیر پوست و کاهش قدرت انعطاف پوست احتمال ایجاد زخم بستر در بیماران افزایش بیشتری دارد.

به دلیل بالا بودن هزینه درمان و پیامد های نامطلوب زخم بستر بهترین درمان آن پیشگیری از بروز آن میباشد. پیشگیری مستلزم شناخت صحیح زخم و دلایل آن، مراقبت های پرستاری کافی و استفاده از وسایل مناسب میباشد. پرستاران برای مراقبت از بیماران در جهت جلوگیری از ایجاد زخم بستر نیاز به کسب دانش و مهارتهای مرتبط در این زمینه دارند.

در مورد فراوانی و شیوع زخم بستر مطالعات مختلفی انجام شده است، در مطالعه هاگی سوا و بارنل که برای بررسی میزان شیوع زخم بستر روی ۲۷۵ بیمار در طول ۱۲ ماه انجام شد و در آن زخم بستر با معیار **Barden** سنجیده شد، میزان فراوانی زخم بستر در این مطالعه ۵/۱٪ برآورد شد، در مطالعه دیگری که در شیراز در بخش های جراحی و ارتوپدی انجام گردید، تعداد ۶۰۲ بیمار از نظر وجود زخم بستر معاینه شدند که نتایج نشاندهنده میزان بروز این زخم در ۱۹/۱٪ بیماران بود و ارتباط معنی داری با رطوبت پوست، تحرک بیمار در تخت و وضعیت تغذیه و سطح سلامت پوست داشت.

در بیماران روانپزشکی زخم بستر به ندرت دیده می شود و بیماران روانپزشکی معمولاً بی تحرکی شدید در حدی که منجر به زخم بستر بشود ندارند. موارد بی تحرکی شدید که ممکن است در اختلالاتی مانند کاتاتونیا دیده شود، امروزه با پیشرفت درمانهای روانپزشکی بندرت دیده می شود.

تعداد زخم بستر مرکز روانپزشکی ایران در سال ۱۴۰۰

ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
بخش												
اورژانس
یک مردان
دو مردان
سه مردان
زنان
مهر
جمع

معیار امتیاز دهی به وضعیت بیمار از نظر ابتلا یا عدم ابتلا به زخم بستر

اصطکاک و کشش	تغذیه	تحرک	فعالیت	رطوبت پوست	معیار درک حسی
	۱/ تغذیه خیلی ضعیف است	۱/ کاملاً بی حرکت است	۱/ محدود به تخت است	۱/ همیشه مرطوب است	۱/ عدم اختلال حسی
۱/ سایش مداوم وجود دارد	۲/ تغذیه احتمالاً ناکافیست	۲/ حرکت خیلی محدود است	۲/ محدود به صندلی است	۲/ اغلب خیلی مرطوب است	۲/ کاملاً محدود است
۲/ گاهی سایش وجود دارد	۳/ تغذیه کافی است	۳/ حرکت کمی محدود است	۳/ گاه گاه قدم میزند	۳/ گاهی کم مرطوب است	۳/ خیلی محدود است
۳/ اصلاً سایشی وجود ندارد	۴/ تغذیه عالی است	۴/ عدم محدودیت حرکت	۴/ همیشه قدم میزند	۴/ به ندرت مرطوب است	۴/ کمی محدود است

سطوح ریسک زخم بستر	امتیاز
خطر زخم بستر برای بیمار وجود ندارد	۲۳-۱۹
نیاز به آموزشهای پیشگیری وجود دارد	۱۸-۱۵
خطر ایجاد زخم بستر متوسط است	۱۴-۱۳
خطر ایجاد زخم بستر بالاست	۱۲-۱۰
بسیار خطرناک است و نیاز به مداخلات پیشگیرانه ویژه دارد	۹-۶

اقدامات پیشگیری و مراقبت و درمان :

۱. شناسایی بیماران در معرض خطر زخم بستر توسط پرستار در بدو بستری انجام و در فرم ارزیابی اولیه و گزارش بدو ورود بر اساس معیار برادن انجام و در صورت ریسک ۱۹ به بالا به پزشک اطلاع رسانی می شود.
۲. در صورت ریسک ۱۹ به بالا دستبند زرد با شماره ۱۹ جهت بیمار نصب و آموزش موارد احتیاطی به بیمار توسط کادر پرستاری داده می شود.
۳. تدابیر کلی درمانی به شرح ذیل برای بیمار انجام می شود:

ا. بهبود وضعیت تغذیه برای پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری :

- ✓ از آن جا که سوء تغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می رود، وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نماید.
- ✓ فرم غربالگری وضعیت تغذیه افراد در معرض خطر توسط پرستاران ارزیابی و ثبت می شود.
- ✓ برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری توسط پزشک معالج، مشاوره تغذیه ای درخواست می شود.
- ✓ مشاوره تغذیه توسط کارشناس تغذیه انجام و در صورت نیاز برای افراد مستعد به ابتلا به زخم فشاری و احتمال خطر سوء تغذیه حمایت تغذیه ای در نظر گرفته می شود که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

ب. در بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع:

- ✓ در مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یک بار توسط کادر پرستاری سوال و کمک می شود.
- ✓ در صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون توسط کمک پرستار شسته می شود و ملحفه های بیمار را سریعاً تعویض می گردد.

ت. تغییر وضعیت:

- ✓ در تمامی افراد در معرض خطر، تغییر وضعیت به عنوان جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر توسط کادر پرستاری انجام می شود.
- ✓ در صورت لزوم از تشک مواج برای بیمار استفاده می شود.

ث. سطوح حمایتی :

- ✓ بستر بیماران را توسط کمک بهیار عاری از مواد زاید و تکه های ریز غذا نگاه داری می شود.
- ✓ توسط کمک بهیار ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگاه داری می شود.
- ✓ پرستاران از تزریق مکرر در یک ناحیه از پوست بیماران خود داری می نمایند.
- ✓ از وسایلی نظیر بالش و حوله های تا شده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانو ها و قوزک ها بر روی یکدیگر پیش گیری توسط کادر پرستاری پیشگیری می شود.
- ✓ با استفاده از پدهای محافظ ، لایه ای اضافی متناسب یا وزن بدن مددجو در زیر ساکروم، تروکانترها، پاشنه ها، آرنج، خارکتف و پشت سر توسط کادر پرستاری ایجاد می شود.
- ✓ با قرار دادن قوزک های پا، در بین پلی از دو بالش از بروز زخم فشاری در پاشنه های پای بیمار توسط کادر پرستاری پیشگیری می شود.
- ✓ به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان، کادر پرستاری ناخن های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زینت آلات را از دست خود خارج می نمایند

۴. تمهیدات ویژه :

- ✓ در صورت نیاز به انجام مشاوره توسط متخصصین خارج از مرکز، دستور مشاوره در پرونده توسط پزشک معالج ثبت می شود.
- ✓ مشاوره و اعزام بیمار طبق دستورالعمل اعزام و مشاوره توسط کادر پرستاری انجام می شود.
- ✓ نتایج دستورات پزشکان مشاوره توسط پزشک معالج بررسی و دستورات لازم در پرونده بیمار ثبت و توسط پرستاران انجام می شود.
- ✓ سیر بهبود زخم فشاری مستمرا توسط پزشک و پرستار بررسی و اقدامات لازم انجام و ثبت می شود.

منابع:

۱. **Piper, B. (1997). Pressure ulcer prevention within 72 hours of admission in a rehabilitation setting. Ostomy Wound Management. 43(8), 14-18.**
۲. **pipper, B. (1998). Risk factors prevention methods and wound care for patient with pressure ulcer. Clinical nurse specialist. 12(1), 7-12.**
۳. محبوبه مقارئی، ناهید ظریف صنایعی. بررسی بروز و تعیین عوامل مستعد کننده زخم بستر در بیماران بستری در بخش های داخلی، جراحی و اورتوپدی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۷۹-۱۳۷۸. نشریه پرستاری ایران. ۲۰۰۳ Jul;16(34):8-13.
۴. جمند، اکابریان، شرافت، خرم رودی، روزیتا، پولادی، حاجی وندی، عبدالله، باقرزاده، غریبی، یزدانخواه. بررسی ارزش معیارهای پیش بینی کننده **Braden** در بروز زخم بستر در بیماران بستری در بیمارستانهای فاطمه الزهرا (س) و سلمان فارسی بوشهر.
۵. ورعی شکوه، شیرینیگی لیلا، فراهانی لیلا، اسلامی حسن آبادی زینب، شمسی زاده مرتضی. مقایسه تاثیر ماساژ با روغن زیتون و روغن بادام شیرین در پیشگیری از زخم فشاری در بیماران بستری در بخش آی سی یو: یک مطالعه کارآزمایی بالینی.