

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ

الرَّحِيمِ

# راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

## Prevention pressure ulcer guideline

بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت و درمان تدوین استاد مستوفیان

1400/6/27

زخم فشاری جراحی جراحی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در عبارت دیگر نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده

به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی

زخم های فشاری عمقی که از بافت زیر جلدي برجستگی های استخواني شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علايم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

زخم های فشاری سطحی که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند ، خود به 4 درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند :

1. زخم های فشاری درجه يك:

پرخونی پوست ، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود. ، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علايم و نشانه های زخم های فشاری درجه يك است.

2. زخم فشاری درجه دو:

زخم فشاری درجه 2 با تظاهر تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

3. زخم فشاری درجه سه:

فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدي و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علايم و نشانه های زخم فشاری درجه 3 است

4. زخم فشاری درجه چهار:

علايم و نشانه های زخم فشاری درجه 4 عبارت است از فقدان کامل پوست ، تخریب وسیع پوستي ، نکروز بافتي درگیری عضلات، استخوان ها و ساختارهای حمایتي نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتي، سختي و نکروز لبه های زخم

▶ بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن، احتمال ابتلاء به عفونت عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن) ، درد شدید، افسردگی، تعادل منفي نیتروژن، سیتی سمی ، استئومیلیت، آمیلوئیدوز و مرگ می شود

## اصول عمومي

□ وجود خط مشي در مرکز ارائه کننده خدمات سلامت بر اجرائی روشهای اجرائی ذیل در خصوص ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری

1. در مورد تمامی بیماران بستری در بخش های بیمارستانی خط  
مشی ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری را اجرا و با  
استفاده از معیار پیشگو کننده بیماران مستعد را غربالگری کنید.  
عوامل اتیولوژیک زخم های فشاری بر اساس دو مفهوم عوامل  
مرتبط به شدت و مدت فشار وارده بر پوست نظیر میزان تحرك،  
فعالیت و درك حسی مددجو و علل تغییر تحمل بافتی نسبت به  
فشار (عوامل داخلی و عوامل خارجی) دسته بندی می شوند

# از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری با توجه به عوامل داخلی به شرح ذیل استفاده نمایید.

- ▶ a) بی اختیاری ادرار و مدفوع
- ▶ b) فقدان درک حسی
- ▶ c) فاکتورهای عروقی
- ▶ d) سالمندی
- ▶ e) سوءتغذیه
- ▶ f) کاهش فشارخون شریانی
- ▶ g) افزایش درجه حرارت بدن
- ▶ h) کاهش مقاومت بدن به عفونت
- ▶ i) اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب و پوست اریتماتو
- ▶ j) محدودیت حرکتی به ویژه بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار (همی پلژی، پاراپلژی و کوادروپلژی)
- ▶ k) بیماری های مزمن: دیابت، سرطان و آنمی



## 2 از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری با توجه به عوامل خارجی به شرح

### ذیل استفاده نمایید

- ▶ 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
- ▶ (آنها مواری سطوح زیرین بیمار
- ▶ (وجود تکه های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

# از رویکرد ساختارمند مبتنی بر عوامل خطر زای اصلی زخم فشاری و قضاوت بالینی برای ارزیابی بیماران مستعد زخم فشاری استفاده کنید

I. شاخص های وضعیت تغذیه بیمار شامل آنمی، هموگلوبین، سطح آلبومین سرم، میزان دریافت مواد غذایی و وزن.

II. عوامل مؤثر بر تهویه و اکسیژناسیون بافتی شامل ابتلاء به دیابت، فاکتورهای عروقی، اختلالات قلبی عروقی، فشارخون پایین، و مصرف اکسیژن

III. اسن بالا

IV. کاهش مقاومت بدن به عفونت و ابتلاء به بیماریهای مزمن مانند سرطان و آنمی، سوءتغذیه، کاهش فشارخون شریانی

V. تأثیر بالقوه عوامل ذیل بر احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری

a) نیروهای ناشی از اصطکاک و شکست پوست

b) درک حسی

c) وضعیت عمومی سلامت

d) درجه حرارت بدن (افزایش درجه حرارت بدن)

3 با تغییر شرایط، بیمار را به لحاظ احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری ارزیابی مجدد نمایید

4 در پرونده بیمار نتیجه ارزیابی اولیه را ثبت نمایید. این کار می تواند توسط کادر پرستاری ذی صلاح با استفاده از "معیارهای پیشگو کننده ابتلاء به زخم فشاری" در بدو پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری و معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود.

امعیار نورتون یکی از معتبرترین معیارهای پیشگو کننده شانس ابتلاء به زخم فشاری است و بر اساس 5 زیر معیار وضعیت جسمانی، وضعیت مغزی، سطح فعالیت، میزان تحرک و بی اختیاری تنظیم شده است. معیار نورتون یک معیار نزولیست که حداکثر نمره اکتسابی در این معیار 20 و حداقل آن 5 می باشد

## رایج ترین ابزار ارزیابی پیش بینی زخم بستر

✓ معیار نورتون

✓ معیار بردن

✓ معیار واترلو

✓ (ابزار ارزیابی روند بهبود زخم) Push معیار

# معیار نورتون (Norton scale)

این معیار یکی از شایعترین سیستمهای ارزیابی بیماران در معرض خطر ایجاد زخم های فشاری می باشد و شامل موارد زیر است:

✓ وضعیت جسمانی

✓ سطح هوشیاری

✓ فعالیت

✓ تحرک

✓ بی اختیاری

به هر یک از فاکتورهای فوق از ۱ (خیلی بد) تا ۴ (خوب) نمره داده می شود. نمرات پایین نشانگر خطر بالا می باشد. بر اساس مجموع نمرات بدست آمده، بیماران به گروه های زیر دسته بندی می شوند:

۱۴ > کم خطر

۱۳-۱۴ خطر متوسط

۱۰-۱۲ پر خطر

۹ < خیلی پر خطر

## معیار نورتون

بی اختیاری	تحرک	فعالیت	وضعیت ذهنی	وضعیت جسمانی	
ندارد	کامل	متحرک	آگاه	خوب	۴
گهگاه	محدودیت جزئی	قدم زدن با کمک	بی تفاوت	متوسط	۳
معمولا دارد	خیلی محدود	محدود به صندلی	مغشوش	ضعیف	۲
مدفوع و ادرار	بی حرکت	محدود به بستر	گیج کند ذهن	خیلی بد	۱

# معیار بردن ( Braden scale )

معیار بردن شامل موارد زیر است:

- ✓ فعالیت
- ✓ تحرک
- ✓ درک حسی
- ✓ تغذیه
- ✓ رطوبت
- ✓ برش/اصطکاک

هر حوزه در معیار بردن از ۴ (خوب) تا ۱ (خیلی بد) نمره بندی می شود. نمرات پائین نشانگر بالاترین خطر هستند.

بر اساس نمره بیماران به صورت زیر دسته بندی میشوند

کم خطر ۱۸-۱۶

خطر متوسط ۱۵-۱۳

پرخطر ۱۲-۱۰

خیلی پرخطر کمتر از ۱۰



# معیار بردن

کشش	تغذیه	تحرک	فعالیت	رطوبت	درک حسی	
	عالی	بدون محدودیت	اغلب راه می‌رود	به ندرت مرطوب	فاقد اختلال	۴
بدون مشکل واضح	کافی	محدودیت جزئی	گاه‌گاه راه می‌رود	گاه‌گاه مرطوب	محدودیت جزئی	۳
مشکل بالقوه	احتمالاً ناکافی	خیلی محدود	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی مرطوب	خیلی محدود	۲
مشکل	خیلی ضعیف	کاملاً بی حرکت	وابسته (محدود) به تخت	مداوم مرطوب	کاملاً محدود	۱

## نتایج ارزیابی با ابزار برادن

۶-۹	خطر بسیار بالا
۱۲-۱۰	خطر بالا
۱۴-۱۳	متوسط
۱۸-۱۵	پیشگیرانه
۲۳-۱۹	بدون خطر

# معیار و اثر لو

معیار و اثر لو شامل موارد زیر است:

✓ وزن

✓ بی‌اختیاری

✓ نوع پوست

✓ تحرک

✓ جنس

✓ سن

✓ اشتها

✓ خطرهای ویژه (سوء تغذیه، نقص عصبی، جراحی/تروما و درمان دارویی) نمرات پایین بیانگر خطر کم است.

بر اساس نمره بیماران بر اساس زیر دسته بندی میشوند

کم خطر کمتر از ۱۰

خطر متوسط ۱۰-۱۵

پرخطر ۱۵-۲۰

2/7/2018

12

خیلی پرخطر بیشتر از ۲۰

# معیار واترلو در پیش بینی زخم های فشاری

موارد ارزیابی	جنس	سن	جثه	اشتها	بررسی بصری از مناطق در معرض خطر پوست	تحرک
عوامل	مرد	بالای ۸۰ سال	متوسط	پایین متوسط	از هم گسیخته	فاقد حرکت
نمره	۱	۵	۰	۲	۲	۲
	زن	۷۵-۸۰	بالای متوسط	متوسط	کامل	۰
	۱۴-۴۹	۶۵-۷۴	متوسط	ضعیف	بی رنگ	۲
	۵۰-۶۴	۷۵-۸۰	بالای متوسط	لوله معده-فقط مایعات	سابقه زخم یا اسکار	۲
	۶۵-۷۴	۷۵-۸۰	پایین متوسط	اشتها-NPO	سرد و چسبناک	۱
	۷۵-۸۰	۷۵-۸۰	متوسط	سالم	انماکوز	۱
	۱۴-۴۹	۶۵-۷۴	بالای متوسط	نوزک و شکننده	خشک	۱
	۵۰-۶۴	۶۵-۷۴	متوسط	خشک	بی رنگ	۲
	۶۵-۷۴	۷۵-۸۰	بالای متوسط	نوزک و شکننده	از هم گسیخته	۲
	۷۵-۸۰	۷۵-۸۰	متوسط	سالم	کامل	۰
	۱۴-۴۹	۶۵-۷۴	بالای متوسط	ضعیف	بیقرار	۱
	۵۰-۶۴	۶۵-۷۴	بالای متوسط	لوله معده-فقط مایعات	آرام و بی تفاوت	۲
	۶۵-۷۴	۷۵-۸۰	پایین متوسط	اشتها-NPO	محدود	۲
	۷۵-۸۰	۷۵-۸۰	متوسط	سالم	فاقد حرکت	۲

## ابزار ارزیابی روند بهبودی زخم بستر (پوش)

نمره	۵	۴	۳	۲	۱	۰	اندازه (cm) زخم طول * عرض
	۲/۱-۳	۱/۱-۲	۰/۷-۱	۰/۳-۰/۶	کمتر از ۳/۰	۰	
	۱۰	۹	۸	۷	۶		
	بیشتر از ۲۴	۱۲/۱-۲۴	۸/۱-۱۲	۴/۱-۸	۳/۱-۴		
نمره			۳	۲	۱	۰	مقدار انزودا
			زیاد	متوسط	کم	ندارد	
نمره		۴	۳	۲	۱	۰	نوع بافت
نمره کل		بافت نکروز	بافت اسلاف	بافت گرانوله	بافت اپیتلیال	بافت بسته	

5 در بیماران مستعد بر اساس میزان خطر الزامی است با  
رویکرد تیمی اقدامات مراقبتی پیشگیرانه / درمانی برنامه ریزی  
و اجرا کنید

۱. با توجه به عوامل خطر زای شناسایی شده در ارزیابی  
بیمار به لحاظ استعداد ابتلاء به زخم فشاری به منظور  
به حداقل رسانیدن تأثیر متغیرها برنامه درمانی  
اختصاصی پیش بینی نمایید

II. به برجستگی های استخوانی بیمار در وضعیت های مختلف توجه نمایید

A. نقاط فشاری در وضعیت خوابیده به پشت:

پشت سر، ساکروم، باسن، آرنج ها، و پاشنه های پاها

B. نقاط فشاری در وضعیت طرفی

لاله گوش، شانه، قسمت قدامی خار خاصره ای، تروکانتر، قسمت داخلی زانو، ساق پا، پشت پا در

ناحیه زانو، لبه خارجی پا، قوزک میانی و خارجی اندام تحتانی

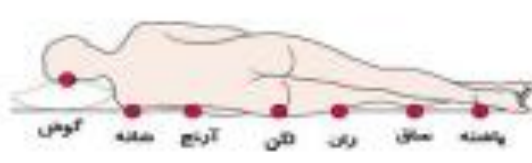
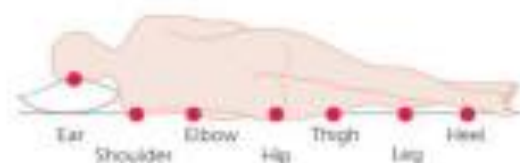
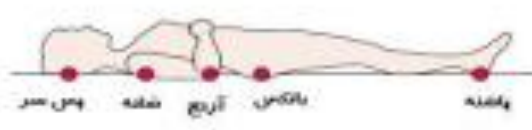
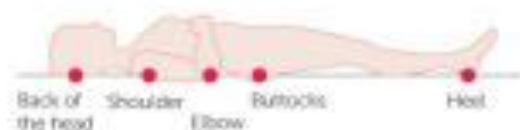
C. نقاط فشاری در وضعیت دمر

گونه ها، آرنج ها، جلوی پا، خار خاصره ای، زواید دنده ای، پستان ها، ناحیه تناسلی خارجی در مردان



## محل‌های مستعد زخم بستر:

غالباً بخش‌های استخوانی که چربی کمتری برای محافظت دارند و فشار بیشتری بر آنها اعمال میشود مانند لگن ، ستون مهره ها ، قسمت تحتانی کمر ، شانه ها ، آرنج ، سرین ها ، قوزک پا ، پاشنه پا مستعد تر می باشند



Cancer Research UK  
Original diagram by the Tissue Viability Society

نواحی که زخم فشار ایجاد می شود



Cancer Research UK  
Original diagram by the Tissue Viability Society



|||مددجویان در معرض خطر زخم فشاری عبارتند از گروه های ذیل که اجرای برنامه مراقبتی پیشگیرانه از ابتلاء به زخم فشاری برای آنان الزامی است:.

a) سالمندان

b) افراد چاق و یا فوق العاده لاغر

c) مبتلایان به ضایعات عصبی

d) بیماران فوق العاده کم تحرک که از فعالیت جسمانی اندکی برخوردارند و یا بیماران آژیته که مهار فیزیکی شده اند

e) بیماران با کاهش سطح هوشیاری و کمایی

f) بیماران با اختلالات بی اختیاری ادرار و مدفوع

g) بیماران با اختلالات ارتوپدی نظیر بیماران تحت درمان با گچ، کشش و یا بریس

h) بیماران ادماتو که دچار کمبود ویتامین و یا پروتیین

i) مبتلایان به سوء تغذیه و کم خونی

j) مبتلایان به بیماری های مزمن نظیر نارسایی احتقانی قلب، اختلالات کلیوی، گوارشی ، دیابت و سرطان ها

k) بیماران با اختلالات حرکتی اعم از بیماران همی پلژی، پاراپلژی و کوادرپلژی

l) بیماران با تب بالا

m) بیماران با اختلالات شدید مغزی نظیر کتوتونیا و عقب ماندگی ذهنی

n) بیماران با دردهای شدید

o) بیماران بستری در بخش ICU

## 6 ارزیابی جامع و کامل پوست، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری باشد

- ▶ ارزیابی جامع پوست شامل تکنیک شناسایی پاسخ به تغییر رنگ به سفیدشدن در قبال فشار انگشتت در موضع، گرما، ادم و سفیدی موضعی را به متخصصین آموزش دهید.
- ▶ ابا توجه به این که قرمزی موضع در بیماران رنگین پوست به خوبی قابل شناسایی نیست، در بیماران در معرض خطر ابتلاء به ویژه در صورت وخامت شرایط کلی بیمار، به طور فعال در دوره های زمانی کوتاه نواحی مختلف پوست را به لحاظ قرمزی جستجو نمایید
- ▶ a) به خاطر بسپارید که کشف به موقع علائم از پیشروی سریع زخم کمک می نماید.
- ▶ b) جستجوی پوست بیمار به لحاظ گرما، ادم و سفیدی موضعی به ویژه در بیمارانی که دارای پوستی تیره بوده به لحاظ کشف سریع علائم زخم فشاری درجه یک بسیار حائز اهمیت است.
- ▶ c) از بیماران در خصوص وجود هر گونه درد یا ناراحتی که می تواند به شناسایی آسیب ناشی از زخم فشاری کمک نماید، پرسید.
- ▶ d) پوست بیمار را به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کانتورها، لوله اکسیژن، لوله ونتیلاتور و بریس گردنی سفت و غیره بررسی نمایید.
- ▶ e) یافته های ارزیابی جامع پوست را به دقت و به طور صحیح ثبت کنید تا بتوان بر اساس آن ها میزان پیشرفت بیمار را ارزیابی نمود

# اقدامات پیشگیری

## A. مراقبت پوست

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

2. از ماساژ برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید.

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

# اقدامات پیشگیری

## A. مراقبت پوست

3. از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید.

(a) مالش شدید پوست می تواند سبب تخریب لایه های پوست، افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن ضعیف گردد. (b) به منظور بهبود جریان خون موضعی، بعد از تغییر وضعیت بیمار پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید. (c) از ماساژ نواحی قرمز پوست به دلیل صدمه بیشتر پیش گیری نمایید. (d) برای تمیز نمودن پوست از مواد تمیز کننده با خاصیت اسیدی ملایم استفاده نمایید و سپس آن را خشک نموده و با لوسیون ماساژ ملایم دهید. (e) جهت تمیز نمودن پوست از آب داغ استفاده نکنید.

# اقدامات پیشگیری

## A. مراقبت پوست

4. به منظور کاهش احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولسیون های مرطوب کننده ، پوست را مرطوب نگاهدارید.
5. از آن جا که رطوبت زیاد و تغییر دمای ناشی از آن سبب از بین رفتن ویژگی های مکانیکی لایه شاخی پوست می شود. به منظور کاهش احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت نمایید

# اقدامات پیشگیری

- ▶ بهبود وضعیت تغذیه برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری :
- ▶ 1. 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 ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.
- ▶ 2. 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.
- ▶ 3. برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه ای را برنامه ریزی نمایید.
- ▶ 4. برای افراد مستعد به ابتلا 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.

# اقدامات پیشگیری

- ▶ بهبود وضعیت تغذیه برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری :
- ▶ 5. با توجه به این که بیماران در طی دوره بیماری می توانند به روش های درمانی متفاوت نیاز داشته باشند، پیامدهای تغذیه ای بیمار را با ارزیابی مکرر وضعیت تغذیه ای وی در دوره های زمانی منظم پایش و ارزشیابی نمایید.
- ▶ ماساژ استراتژی توصیه شده در پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری نیست.
- ▶ 6. برای بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری که مشکلات تغذیه ای داشته یا در معرض خطر سوء تغذیه می باشند تغذیه روده ای در نظر بگیرید.
- ▶ 7. برای افرادی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری و سوء تغذیه می باشند، روزانه حداقل 30-35 kcal به ازای هر کیلو وزن بدن با 1.25-1.5 g/kg/day پروتئین و 1 میلی لیتر دریافت مایعات به ازای هر kcal روزانه در نظر بگیرید.
- ▶ 8. رژیم غذایی سرشار از فرآورده های آهن، ویتامین "ث"، "آ"، "ب"، و موادمعدنی روی و سولفور در پیش گیری از زخم فشاری مؤثر است

# اقدامات پیشگیری

- ▶ 9 در بیماران با بی اختیاری ادراری و مدفوع:
- ▶ ادر مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر 2 ساعت یک بار سؤال نمایید.
- ▶ ادر صورت وقوع بی اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون بشویید، ملحفه های بیمار را سریعاً تعویض نمایید



# اقدامات پیشگیری

▶ توصیه های اختصاصی

- ▶ علاوه بر رژیم غذایی معمول برای بیمارانی که به علت بیماری حاد یا مزمن یا پس از مداخلات جراحی در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری و سوءتغذیه می باشند، مکمل های ترکیبی غذایی پر پروتئین را به صورت خوراکی از راه دهان یا از راه لوله بدهید.
- ▶ به یاد داشته باشید که تغذیه از راه دهان روش ارجح دریافت مواد غذایی است و دریافت مکمل های مواد غذایی در بیماران مستعد ابتلاء به زخم فشاری در کاهش میزان بروز زخم فشاری بسیار مفید بوده است

# اقدامات پیشگیری

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.

▶ ا. به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار پذیر را تغییر وضعیت دهید.

▶ || نسبت تغییر وضعیت فرد بستگی به تحمل بافتی، سطح فعالیت فرد، وضعیت عمومی و ارزیابی وضعیت پوست بیمار دارد.

▶ ||| نسبت تغییر وضعیت بیمار بستگی مستقیم به سطوح حمایتی مورد استفاده دارد.

▶ V. تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی به نسبت تشک توزیع کننده فشار بایستی بیشتر باشد

# اقدامات پیشگیری

- ▶ تکنیک تغییر وضعیت:
- ▶ I. ابا در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد بایستی تغییر وضعیت انجام شود.
- ▶ II. بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع یا برداشته شود یا توزیع مجدد شود.
- ▶ III. 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.
- ▶ IV. برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیمار ان کاملاً بی حرکت (وابسته به تخت) می توان از ملحفه استفاده نمود.
- ▶ V. بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی نظیر لوله ها و کاتتر ها جابجا نکنید.
- ▶ VI. از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تروکانتر بزرگ در وضعیت طرفی پرهیزید.
- ▶ VII. از جاگذاری بیمار بر روی زائده موجود استخوانی با اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید.

# اقدامات پیشگیری

▶ تکنیک تغییر وضعیت:

▶ VIII. بیمار را به صورت متناوب در وضعیت دراز کشیده متمایل به سمت طرفی (چپ و راست) و دراز کشیده به پشت قرار دهید. یا در صورت تحمل بیمار او را در وضعیت دمر قرار دهید. از وضعیت هایی که میزان فشار را در مواضع خاصی می افزاید نظیر دراز کشیده به سمت طرفی، نیمه نشسته یا نشسته در وضعیت 90 درجه اجتناب نمایید.

▶ X. در صورت امکان از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از 30 درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت در بیماران بستری اجتناب نمایید.

▶ X. در صورت نیاز به وضعیت نیمه نشسته بیمار در بستر، با گذاردن تخته پایین تخت و در کف پای بیمار از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم پیش گیری نمایید.

▶ XI. در صورت قرار گرفتن بیمار در وضعیت نیمه نشسته در تخت از بلند کردن سر تخت و یا در وضعیت مچاله که باعث افزایش فشار در ناحیه ساکرال و کوکسی می شود اجتناب نمایید

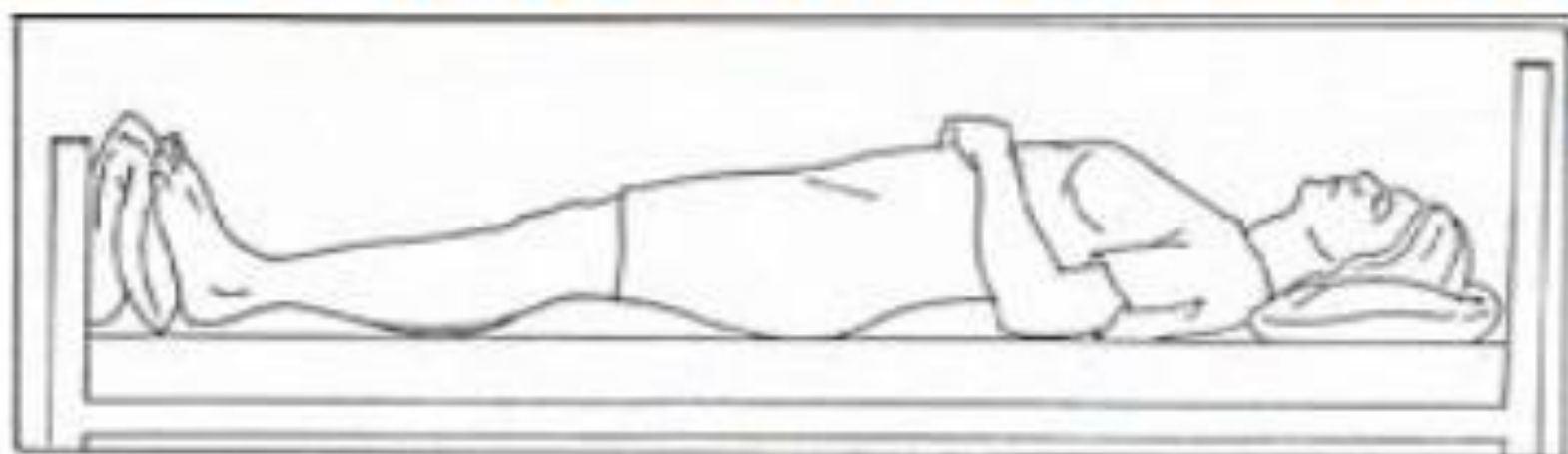
# اقدامات پیشگیری

- ▶ تغییر وضعیت فرد نشسته:
- ▶ ا. بیمار را به نحوی وضعیت دهید که امکان فعالیت کامل او حفظ شود.
- ▶ ب. بیمار را در وضعیتی قرار دهید که از نظر وی راحت است.
- ▶ ج. در هنگامی که در وضعیت نشسته پای فرد به زمین نمی رسد در از زیر پایی برای وی استفاده کنید، به نحوی که لگن کمی خم شده و ران ها کمی پایین تر از وضعیت افقی قرار گیرند.
- ▶ د. با توجه به این که در وضعیت نشسته بیشترین فشار بر روی توبرزیته ایسکیال وارد می شود و از آن جا که سطح بسیار کوچکی است ، لذا فشار فوق العاد زیاد در زمان کوتاهی خواهد بود که در صورت عدم تغییر وضعیت بیمار منجر به زخم فشاری سریع خواهد شد.
- ▶ ه. برنامه تغییر وضعیت بیمار به ویژه تکرر و وضعیت های داده شده و پیامد های آن را ثبت نمایید.
- ▶ و. به تمامی کادر بالینی که در مراقبت از افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری دخیل می باشند، تغییر وضعیت و اهمیت آن را در پیش گیری از زخم فشاری آموزش دهید

راهنمای زمانبندی تغییر وضعیت بیماران مستعد زخم بستر  
(پیشگیری از زخم بستر)

وضعیت خوابیده به پشت: Supine Position

بیمار در وضعیت کاملاً صاف که سر و مهره های گردن و قفسه سینه در یک راستا باشد



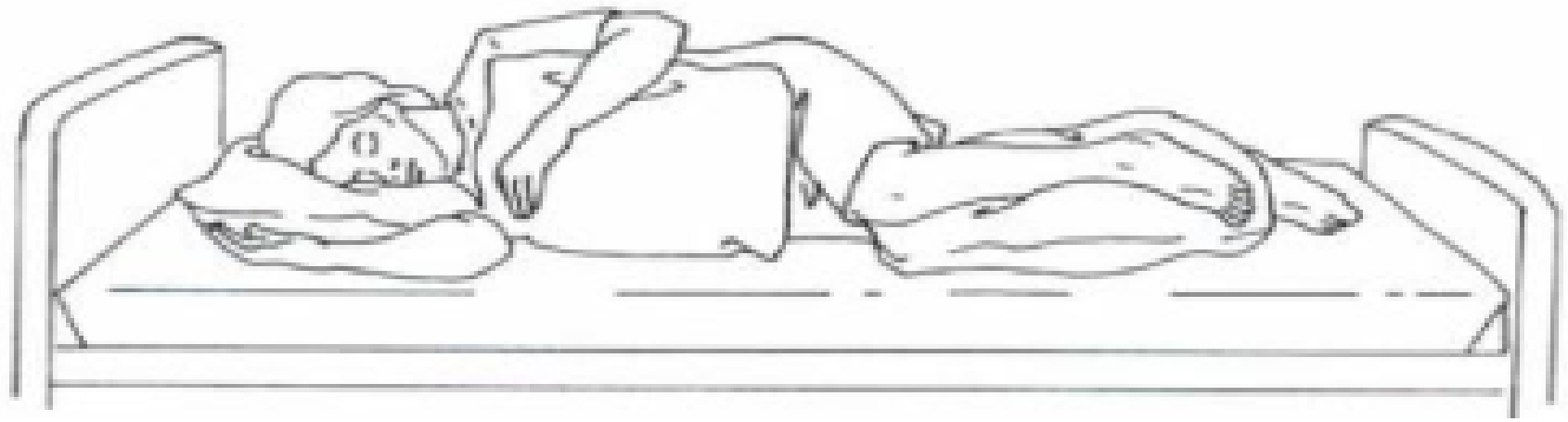
ساعات تغییر وضعیت: ۳:۰۰-۲۱:۰۰-۱۵:۰۰-۹:۰۰



**Lateral Position(Right): وضعیت خوابیده به پهلوئی راست**

**Lateral Position(Left) : وضعیت خوابیده به پهلوئی چپ**

**بیمار در این وضعیت باید باسن او کمی عقبتر از خط شانه و دستهایش جلوی سینه باشد**



**ساعات تغییر وضعیت (پهلوئی راست): ۱۲:۰۰-۲۴:۰۰**

**ساعات تغییر وضعیت (پهلوئی چپ): ۱۸:۰۰-۰۶:۰۰**



# اقدامات پیشگیری

▶ □ تدابیر کلی:

▶ I. در يك ناحیه از پوست بیمار به صورت مستمر از چسب های طبي استفاده ننمایید.

▶ II. البستر بیماران را عاری از مواد زاید و تکه های ریز غذا نگاهدارید.

▶ III. در يك ناحیه از پوست بیماران به طور مکرر تزریق ننمایید.

▶ IV. به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان ناخن های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زینت آلات را از دست خود خارج ننمایید.

▶ V. ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروك نگاهدارید



# اقدامات پیشگیری

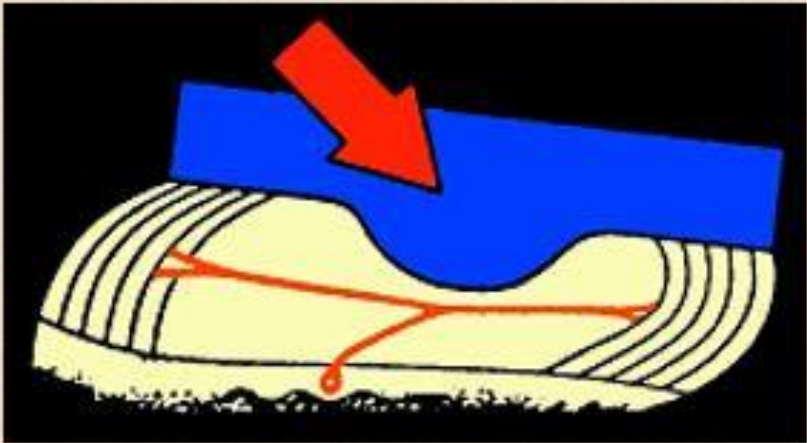
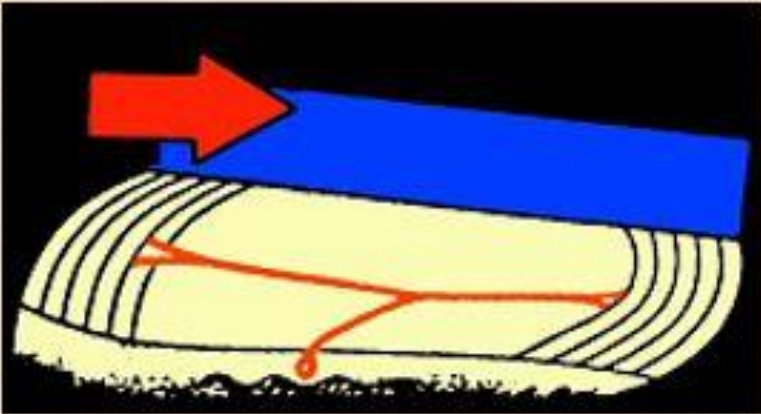
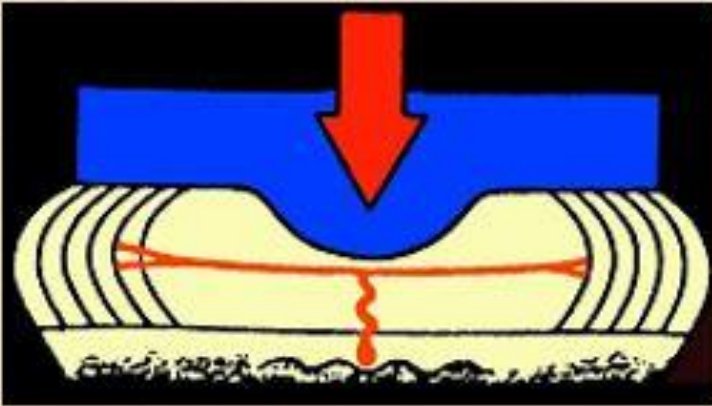
▶ سطوح حمایتی :

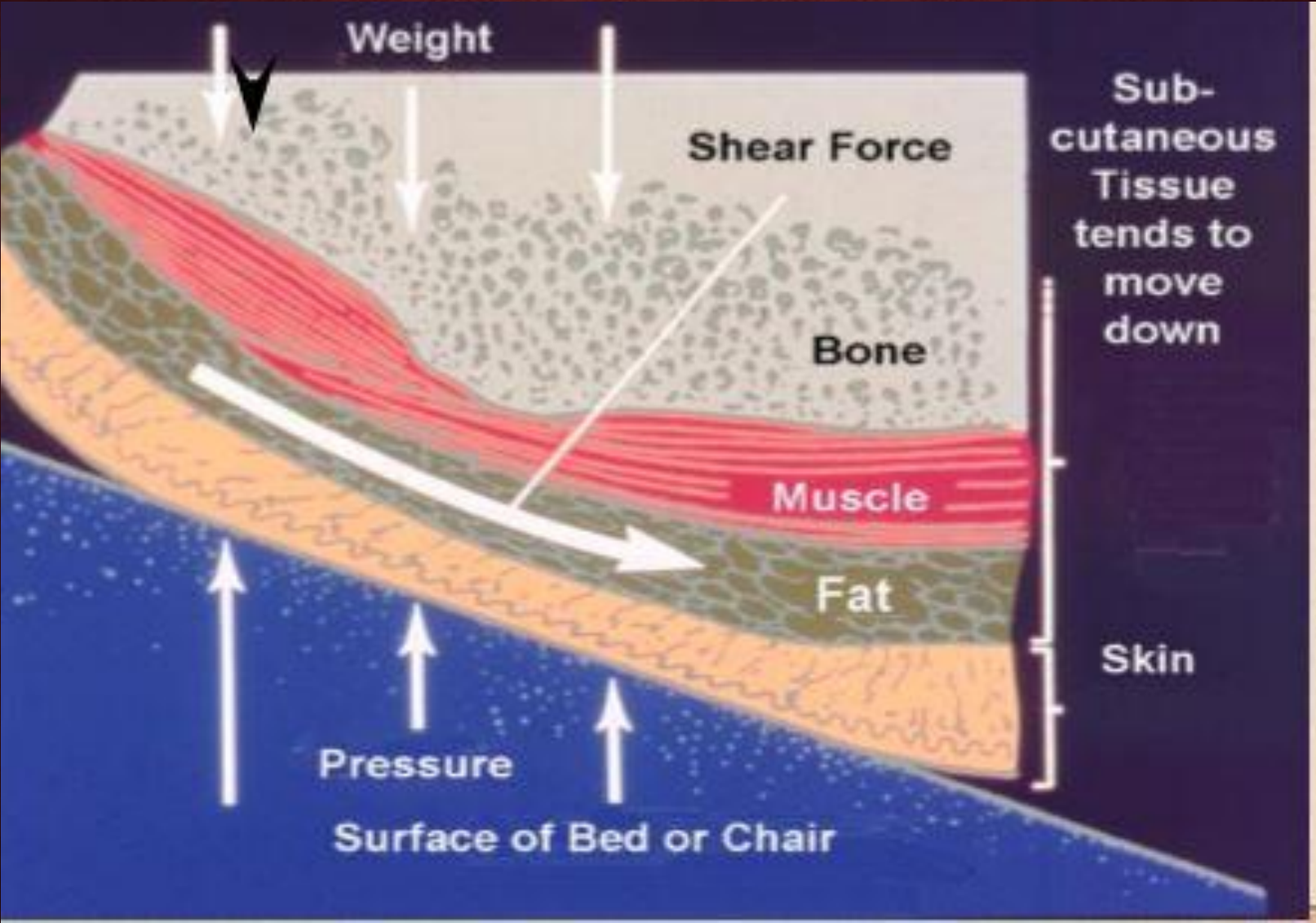
- ▶ 1. تا زمانی که بیمار در معرض خطر زخم فشاری می باشند بایستی از سطوح حمایتی برای آنان استفاده شود.
- ▶ 2. در تعیین سطح حمایتی مورد نیاز بیمار، بایستی سطح حرکتی بیمار و راحتی را در نظر گرفت.
- ▶ 3. از تشک های کم فشار ( تشک های با فشار متناوب و یا مواج) استفاده نمایید.
- ▶ 4. با استفاده از وسایلی نظیر بالش و حوله های تاشده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانوها و قوزک ها بر روی یکدیگر پیش گیری نمایید.
- ▶ 5. با استفاده از پد های محافظ ، لایه ای اضافی متناسب با وزن بدن مددجو در زیر ساکروم، تروکانترها، پاشنه ها، آرنج، خارکتف و پشت سر ایجاد کنید.
- ▶ 6. با استفاده از گهواره روی تخت از میزان فشار وارده بر انگشتان پای مددجو بکاهید.
- ▶ 7. از پشم گوسفند در پیش گیری از زخم فشاری می توان استفاده نمود.
- ▶ 8. با قرار دادن قوزک های پا در بین پلی از دو بالش از بروز زخم فشاری در پاشنه های پای بیمار پیش گیری نمایید.
- ▶ 9. از قرار دادن بیمار بر روی تشک های هوایی حلقه ای اجتناب نمایید

# اقدامات پیشگیری

- ▶ بیماران تحت عمل جراحی
- ▶ ا.با در نظر گرفتن عواملی از جمله طول عمل، افزایش دوره های کاهش فشارخون شریانی در طی عمل، کاهش درجه حرارت بدن و کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز اول پس از عمل که باعث افزایش خطر احتمال بروز زخم فشاری در بیماران کاندیدای عمل جراحی می شود، میزان احتمال بروز زخم فشاری را در بیمار ارزیابی کنید.
- ▶ ا.از تشک های توزیع کننده فشار بر روی تخت عمل جراحی برای تمامی بیمارانی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری می باشند استفاده نمایید.
- ▶ ا.بیمار را حین جراحی به نحوی وضعیت دهید که از احتمال خطر بروز زخم فشاری کاسته شود.
- ▶ ا.پاشنه های پای بیمار را از سطح تخت بلند کنید و زانو های بیمار کمی خم نمایید به نحوی که وزن بدن بیمار بدون این که بر روی تاندون آشیل قرار گیرد بر روی تمامی ساق پای وی توزیع شود، با این عمل از هیپر اکستansیون زانو که می تواند سبب انسداد ورید پوبلیته آل شده و فرد را در معرض ترومبوز وریدهای عمقی قرار دهد نیز اجتناب می شود.
- ▶ ا.بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی بر روی تشک کم فشار قرار دهید.
- ▶ ا.بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی به نحوی وضعیت دهید که با وضعیت وی در حین عمل متفاوت باشد.

# Pressure and shear





Check that you are on a supportive **S**urface.

Check that your **S**kin isn't sore or discolouring.

Keep moving, change position a lot.

If you are **I**ncontinent, stay clean and dry.

Check that your **N**utrition is good and drink frequently.



# آموزش به بیمار یا همراه

- هریک از پروسیجرها ، اهداف، احساس طبیعی احتمالی و مراقبتهای قبل و بعد از پروسیجر را برای بیمار شرح دهید.
  - علل زمینه ساز و عوامل موثر در ایجاد زخم و افراد در معرض خطر این زخم ها را به بیمار بشناسانید.
  - در مورد شناسایی مرحله ی زخم به بیمار توضیح دهید.
  - به اهمیت مشاهدات منظم ( روزانه بیش از 3 بار یا بیشتر) برجستگی های استخوانی و حفظ سلامت پوست از طریق تمیز و خشک نگه داشتن آن تاکید کنید.
  - علائم و شکایاتی را که باید به پزشک و پرستار گزارش شوند ، همراه با بیمار مرور کنید
- ✓ علائم: کاهش وزن ، افزایش ترشح از زخم، افزایش درجه حرارت ، افزایش نکروز در اطراف زخم، بوی بد از پانسمان، قرمز شدن نواحی در سایر نقاط تحت فشار، آسیب بیشتر پوست در اطراف زخم.

## آموزش به بیمار یا همراه

- به بیمار بگویید که استفاده از محصولات آسیب زننده به پوست مثل صابونهای تند ، لوسیونهای حاوی الکل و.... اجتناب کند (سبب تخریب سلولهایی که در حال التیام هستند می شوند).
- ✓ تکنیک های مناسب شستن دست و نحوه تعویض پانسمان را به بیمار نشان دهید.
- ماساژ آرام و ملایم اطراف برجستگی های استخوانی ( نه روی آن) و مالش ملایم پشت با یک لوسیون نرم کننده را آموزش دهید.(ماساژ روز برجستگی های استخوانی ممکن است باعث تخریب و آسیب نسوج نرم شود).
- به بیمار بگویید که از پدهای سنگین یا پد بیش از اندازه استفاده نکند؛ زیرا می تواند سبب افزایش تعریق و تحریک پوست گردد. به بیمار برای محافظت و حمایت از پاشنه های پا، آرنج ، پشت سر، ستیغ خاصره ای، اسکروم و دنبالچه در مقابل آسیب پوست با استفاده از پدهای اسفنجی آموزش دهید.

## آموزش به بیمار یا همراه

- بیمار را تشویق کنید تا بر روی ناحیه غیر مبتلای خود قرار گیرد. جهت بلند کردن یا چرخاندن بیمار ، به بیمار و خانواده وی آموزش دهید. به بیمار و خانواده وی آموزش دهید تا جهت چرخاندن و جابجایی بیمار از ملحفه استفاده کنند. در مورد اهمیت افزایش فعالیتها بر اساس تحمل بیمار توضیح دهید. نحوه انجام تمرینات دامنه حرکتی فعال و غیر فعال را برای تمامی اندامها به بیمار آموزش دهید. به بیمار بگویید که این تمرینات باید هر 4 ساعت انجام شود. به بیمار توصیه کنید تا نرمشهای کششی و ایزومتریک را انجام دهد ( ورزش از طریق افزایش جریان خون روند بهبودی را تسریع می کند). .
- هدف، مقدار، زمان، و روش مصرف هر یک از داروهای تجویز شده و عوارض جانبی که باید به پزشک یا پرستار گزارش شود را به بیمار توضیح دهید. در مورد هدف استفاده از مکمل های ویتامینی مثل ویتامین C مولتی ویتامین و زینک اکسید توضیح دهید. بیمار را برای استفاده از یک رژیم غذایی پرکالری و پرپروتئین تشویق کنید و در صورتی که منعی وجود ندارد توصیه کنید تا مایعات به مقدار کافی بنوشند. به بیمار توصیه کنید تا خود را به طور منظم وزن کند و در صورتی که افزایش یا کاهش وزن بیشتر از 10 پوند در طی شش ماه باشد پزشک را مطلع کند.



## آموزش به بیمار یا همراه

- اگر بیمار بی اختیاری ادراری دارد و یا زیاد عرق می کند باید لباسها و ملحفه وی مکررا تعویض شود
- به بیمار آموزش دهید روی ملحفه ها نلغزد- ملحفه ها باید بدون چروک باشند
- با بیمار در مورد رعایت بهداشت روزانه برای جلوگیری از عفونت زخم و از هم گسیختگی پوست صحبت کنید



**THANKS FOR YOUR ATTENTION**

2/7/2018

31