

زخم فشاری

یکی از مسایل مهم در حوزه **ایمنی بیمار**، توجه به **زخم فشاری** است. بیماران، به خصوص آنهایی که بستری می‌شوند و یا بر روی ویلچر می‌نشینند، بیشتر در معرض این مشکل قرار دارند و توجه بیشتری را می‌طلبند.

زخم فشاری چیست؟

جراحت موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی، در نتیجه‌ی فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خرد کننده می‌باشد.

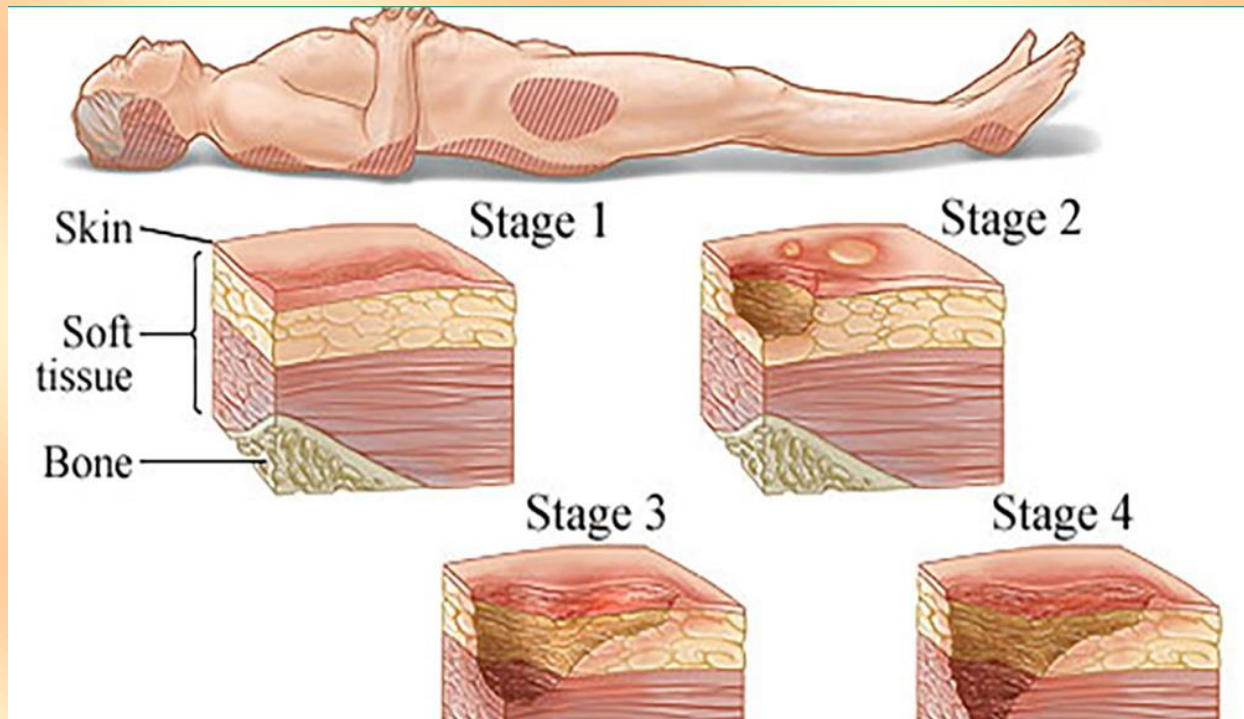
در واقع، مهم‌ترین اثر بی‌حرکتی بر روی پوست، ایجاد زخم فشاری می‌باشد.

چه زمان زخم فشاری ایجاد می‌شود؟

هنگامی که بافت‌های نرم بدن انسان در میان دو لایه‌ی حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت بدن) به مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می‌گردد.

حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در افراد مختلف، از نیم ساعت تا دو ساعت متغیر است.

دسته‌بندی زخم‌های فشاری



زخم‌های فشاری بر اساس عمق بافت آسیب‌دیده، شدت و سایر خصوصیات، به دو دسته تقسیم می‌شود:

۱. سطحی

- درجه ۱
- درجه ۲
- درجه ۳
- درجه ۴

۲. عمقی

زخم فشاری سطحی:

این زخم‌ها از پوست شروع می‌شوند و در صورت عدم درمان به بافت‌های زیرین گسترش می‌یابند و ۴ درجه مختلف دارند.

علائم و نشانه‌های زخم فشاری سطحی: (درجه ۱)

- سفید نشدن پوست پس از اعمال فشار
- افزایش درجه حرارت موضعی
- احتقان و تورم موضعی پوست
- پرخونی پوست
- درد

علائم و نشانه‌های زخم فشاری سطحی: (درجه ۲)

- تاول
- خراشیدگی
- تورم
- کراتر

- ترومبوزیس
- ادم
- نکروز
- تراوش سلولی اپیدرم
- قرمزی لبه‌های زخم

علائم و نشانه‌های زخم فشاری سطحی: (درجه ۲)

- فقدان کامل پوست
- صدمه و نکروز زیر جلدی
- ایجاد یک حفره عمیق، در موضع مبتلا

علائم و نشانه‌های زخم فشاری سطحی: (درجه ۳)

- سفتی، سختی و نکروز لبه‌های زخم
- نکروز بافتی و درگیری استخوان‌ها، عضلات و ساختارهای حمایتی (مثل تاندون یا کپسول مفاصل)
- تخریب وسیع پوستی
- فقدان کامل پوست

زخم‌های فشاری عمقی:

این نوع زخم، از بافت زیر جلدی برجستگی‌های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه‌های فوقانی پوست، گسترش می‌یابند.

علائم: ایجاد توده‌ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به رنگ بنفش

ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری

خط مشی ارزیابی احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری باید در مورد تمام بیماران بستری در بخش‌ها اجرا شود و بیماران مستعد باید بر اساس معیارهای پیشگویی کننده، غربالگری شود.

عوامل اتیولوژیک زخم‌های فشاری بر اساس ۲ مفهوم دسته‌بندی می‌شوند:

- عوامل مرتبط با شدت و مدت فشار وارده بر پوست (نظیر میزان تحرک، فعالیت و درک حسی بیمار)
- علل تغییر تحمل بافتی نسبت به فشار (شامل عوامل داخلی و خارجی)

ارزیابی وضعیت بیماران با توجه به عوامل:

الف) داخلی ب) خارجی

عوامل داخلی:

- فاکتورهای عروقی
- سوء تغذیه
- کاهش فشار خون شریانی
- سالمندی
- افزایش درجه حرارت بدن
- بی‌اختیاری ادرار و مدفوع
- کاهش مقاومت بدن به عفونت
- اختلالات رطوبتی پوست مثل پوست بسیار خشک و یا بسیار مرطوب
- بیماری‌های مزمن مثل دیابت، سرطان و آنمی
- محدودیت حرکتی مخصوصاً در بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار

عوامل خارجی:

- عدم رعایت بهداشت
- فشار
- نیروهای خردکننده
- نیروهای ناشی از اصطکاک
- سختی سطوح زیرین بیمار
- ناهمواری سطوح زیرین بیمار
- جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به غلط
- وضعیت نامطلوب بیمار در بستر
- تزییقات مکرر در یک ناحیه از پوست
- وجود تکه‌های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

معیارهای پیشگویی کننده احتمال به زخم فشاری:

ارزیابی بیماران با استفاده از معیار پیشگویی کننده ابتلاء به زخم فشاری (معیار برادن) باید در بدو پذیرش بیمار انجام گردد. این ارزیابی باید توسط کادر پرستاری ذی صلاح و همچنین معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود.

معیار برادن:

این معیار، یکی از معتبرترین معیارهای پیشگویی کننده احتمال ابتلاء به زخم فشاری است و شامل **۶ زیر معیار** است:

- درک حسی
- رطوبت
- فعالیت
- تحرک
- تغذیه

درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحرک	تغذیه	کشش / سایش
(۱) کاملاً مختل	(۱) دائماً خیس	(۱) وابسته به تخت	(۱) کاملاً بی حرکت	(۱) خیلی مختل	(۱) سر خوردن مکرر
(۲) خیلی مختل	(۲) اکثراً خیس	(۲) وابسته به صندلی	(۲) تحرک خیلی محدود	(۲) خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	(۲) خودداری نسبی از سر خوردن
(۳) نسبتاً مختل	(۳) گاهاً خیس	(۳) راه رفتن با کمک	(۳) تحرک نسبتاً محدود	(۳) خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	(۳) خودداری از سر خوردن
(۴) کاملاً سالم	(۴) خشک	(۴) راه رفتن بدون کمک	(۴) کاملاً متحرک	(۴) تغذیه کامل	-

ریسک خیلی بالا <9 ۱۰-۱۲ ریسک بالا ۱۳-۱۴ ریسک متوسط ۱۵-۱۸ ریسک پایین <۱۹ کنترل معمولی

- پس از ارزیابی احتمال ابتلای بیمار به زخم فشاری، حتماً باید نتیجه ارزیابی اولیه در پرونده بیمار ثبت شود.

توجه به این نکته ضروری است که:

حتماً باید با تغییر شرایط، بیمار را به لحاظ احتمال خطر ابتلا به زخم فشاری، ارزیابی مجدد نمایند.

توجه به نقاط فشاری بیمار در حالات مختلف

پس از ارزیابی بیماران به لحاظ احتمال ابتلا به زخم‌های فشاری، باید به منظور به حداقل رساندن متغیرهای موثر مختلف، برای آنها برنامه درمانی اختصاصی پیش‌بینی نماید. هنگام برنامه ریزی اقدامات مراقبتی، به برجستگی‌های استخوانی و نقاط فشاری بیمار در وضعیت‌های مختلف توجه نماید.

نقاط فشاری بیمار در وضعیت خوابیده به پشت:

- پشت سر
- کتف‌ها

- استخوان دنبالچه
- باسن و استخوان‌های لگن
- آرنج‌ها
- پاشنه‌ی پاها

نقاط فشاری بیمار در وضعیت خوابیده به طرفین:

- طرفین سر
- لاله‌گوش‌ها
- شانه‌ها
- قسمت قدامی
- خار خاصره‌ای
- تروکانتر
- قسمت داخلی زانوها
- پشت پا در ناحیه زانو
- ساق پا
- لبه خارجی پا
- قوزک میانی و خارجی پا

نقاط فشاری بیمار در وضعیت خوابیده به دمر:

- گونه‌ها
- آرنج‌ها
- خار خاصره‌ای
- جلو پاها

- ناحیه خارجی تناسلی در مردان
- زوائد دنده‌ای
- پستان‌ها

آیا ماساژ دادن برای پیشگیری از زخم فشار یا درمان آن مفید است؟!

از ماساژ، برای پیشگیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید. مخصوصاً به هیچ وجه موضعی از پوست را که به صورت حاد دچار التهاب است یا احتمال آسیب عروق خونی موضعی می‌رود، ماساژ ندهید.

مالش شدید پوست، می‌تواند سبب تخریب لایه‌های پوست و افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن و ضعیف گردد. اما به منظور بهبود جریان خون موضعی، می‌توانید بعد از تغییر وضعیت بیمار، پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید.

هشدار: از ماساژ نواحی قرمز پوست به شدت خودداری نمایید.

تکنیک‌های تغییر وضعیت بیمار (حالت خوابیده)

- تغییر وضعیت باید با در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد انجام شود.
- بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع، یا برداشته شود و یا توزیع مجدد شود.
- در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت و بستری در تخت، از کشیدن وی روی تخت، اجتناب نمایید. ابتدا بیمار را کاملاً از سطح جدا کرده و سپس جابجا نمایید.
- برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت و وابسته به تخت، می‌توان از ملحفه استفاده نمود.
- هرگز بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی، نظیر لوله‌ها و کاتترها جابجا نکنید.
- بیمار را به صورت متناوب، ۳۰ درجه متمایل به سمت یکی از طرفین و دراز کشیده به پشت، قرار دهید و یا در صورت تحمل بیمار، او را در وضعیت دمر قرار دهید.
- در صورت امکان، از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از ۳۰ درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت، در بیماران بستری اجتناب نمایید.
- در صورت نیاز به وضعیت نشسته‌ی بیمار در بستر، با گذاردن تخته در پایین تخت و در کف پای بیمار، از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم، پیشگیری نمایید.

تکنیک‌های تغییر وضعیت بیمار (حالت نشسته)

- بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که امکان فعالیت کامل او حفظ شود.
- هنگامی که در وضعیت نشسته، پای فرد به زمین نمی‌رسد، از زیر پای استفاده کنید؛ به نحوی که لگن، کمی خم شده و ران‌ها کمی پایین تر از وضعیت افقی، قرار گیرند.
- با توجه به اینکه در وضعیت نشسته، بیشترین فشار بر روی "توبرزیته ایسکیال" وارد می‌شود و از آنجا که سطح این ناحیه، بسیار کوچک است، لذا فشار بسیار زیادی در زمانی کوتاه، وارد خواهد شد که در صورت عدم تغییر وضعیت بیمار، سریعاً منجر به ایجاد زخم فشاری می‌گردد.
- به تمامی کادر بالینی که در مراقبت از افراد در خطر ابتلا به زخم فشاری دخیل می‌باشند، تغییر وضعیت و اهمیت آن را در پیشگیری از زخم فشاری، آموزش دهید.
- برنامه تغییر وضعیت بیمار (به ویژه تکرر، وضعیت‌های داده شده و پیامدهای آن) را ثبت نمایید.
- و در نهایت بیمار را در وضعیتی قرار دهید که از نظر وی راحت است.

تمهیدات ویژه در بیماران تحت عمل جراحی جهت جلوگیری از زخم فشاری:

- بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی بر روی تشک کم فشار قرار دهید.
- بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی در وضعیتی قرار دهید که با وضعیت وی در حین عمل، متفاوت باشد.
- بیمار را حین جراحی، در وضعیتی قرار دهید که از احتمال بروز زخم فشاری کاسته شود.
- بر روی تخت عمل جراحی تمامی بیمارانی که در معرض ابتلا به زخم فشاری می‌باشند، از تشک‌های توزیع کننده‌ی فشار استفاده نمایید.
- پاشنه‌های پای بیمار را از سطح تخت کمی بلند کنید و زانوهای بیمار را کمی خم نمایید؛ به نحوی که وزن بدن بیمار، بدون اینکه بر روی تاندون آشیل قرار گیرد بر روی تمامی ساق پای وی، توزیع شود.
- با در نظر گرفتن عوامل زیر، میزان احتمال بروز زخم فشاری در بیماران را ارزیابی کنید:

○ طول عمل

○ افزایش دوره‌های کاهش فشار خون شریانی در طی عمل

○ کاهش درجه حرارت بدن

○ کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز اول پس از عمل

بهبود وضعیت تغذیه برای پیشگیری از زخم فشاری

- از آنجا که سو تغذیه، از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری به شمار می‌رود، وضعیت تغذیه‌ی تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری را باید ارزیابی و غربالگری نمایید.
- برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری، مشاوره تغذیه‌ای را برنامه‌ریزی نمایید.
- برای افراد مستعد ابتلا به زخم فشاری و یا سو تغذیه، حمایت تغذیه‌ای در نظر بگیرید که شامل موارد زیر باشد:
- - ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای
 - برآورد نیازهای تغذیه‌ای
 - مقایسه‌ی دریافت مواد مغذی با نیازهای تغذیه‌ای بیمار
 - انجام مداخلات مناسب تغذیه‌ای مبتنی بر راه تغذیه‌ای مناسب
- با توجه به اینکه بیماران در طی دوره بیماری، ممکن است به روش‌های درمانی متفاوت نیاز داشته باشند، پیامدهای تغذیه‌ای را با ارزیابی مکرر وضعیت تغذیه‌ای بیمار در دوره‌های زمانی منظم، پایش و ارزشیابی نمایید.
- برای کلیه بیمارانی که در معرض ابتلا به زخم فشاری و سو تغذیه هستند، به‌طور روزانه و متناسب با وزن آنها، پروتئین و مایعات کافی فراهم کنید.
- رژیم غذایی حاوی مواد زیر، می‌تواند برای جلوگیری از ابتلا به زخم فشاری کمک نماید:

- ویتامین A

- ویتامین B

- ویتامین C

- آهن

- روی

- سولفور

تدابیر کلی برای پیشگیری از زخم فشاری

- به طور مکرر در یک ناحیه از پوست بیماران، تزریق ننمایید.
- در یک ناحیه از پوست بیمار، به صورت مستمر از چسب‌های طبی استفاده ننمایید.
- بستر بیماران را عاری از مواد زائد و تکه‌های ریز غذا نگه دارید.
- به منظور پیشگیری از صدمه به پوست بیماران، ناخن‌های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زیورآلات را از دست خود، خارج نمایید.
- ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگهدارید.
- تا زمانی که بیماران، در وضعیت خطر زخم فشاری هستند، باید برای آنها از سطوح حمایتی و تشک‌های مخصوص استفاده شود.