



عنوان دوره آموزشی :

مفاهیم پایه و اصول پیشگیری از زخم

تابستان ۹۹

رسالة محمد بن عبد الله

گروه هدف: گروه شغلی پرستار - بهیار- ماما

اهداف آموزشی:

مروری بر تاریخچه مدیریت زخم
آشنایی با انواع زخم
آشنایی با حدود و مسئولیتهای قانونی در حیطه زخم
آشنای با روشهای پیشگیری از زخم های فشاری و اکتسابی بیمارستانی
آشنایی با مقیاسهای اندازه گیری زخم

روش و نحوه اجرای آموزش:

مدت دوره: ۱۰ ساعت

اجرای آموزش: کتابخوانی

نوع آزمون: کتابخوانی

روش آزمون: الکترونیک

فهرست

۵	مقدمه
۶	آناتومی پوست
۷	وظایف پوست
۸	تعریف زخم
۸	فازهای التیام زخم
۱۲	طبقه بندی زخم ها
۱۷	طبقه بندی زخم فشاری
۲۷	ارزیابی زخم

مقدمه:

زخم های فشاری، یکی از شایعترین اختلالات پوستی و بافتی هستند که هزینه های زیادی را بر سیستم مراقبت و خانواده تحمیل می کند و بار کاری مراقبین را افزایش می دهد. شیوع این زخم ها در ایالات متحده به طور تقریبی ۶,۵ میلیون نفر بوده که باعث صرف هزینه ۲۵ میلیارد دلاری برای درمان این زخم ها توسط سیستم های حفظ سلامتی می شود.

آموزش بیماران و مراقبین برای چگونگی پیشگیری از زخم های فشاری به یک برنامه جامع و سازماندهی شده نیاز دارد. در ابتدا مراقبت کنندگان بهداشتی باید اطلاعات پایه ای در اختیار بیماران و مراقبین قرار دهند، اطلاعاتی که اصطلاحات مربوطه را توضیح دهد، عوامل خطر را مشخص سازد، توضیح دهد زخم فشاری در کجا و چگونه بوجود می آید و به شرح انواع انتخاب ها و راهکارهای پیشگیری کننده بپردازد.

مداخله فعالانه می تواند از درد و ناراحتی غیر ضروری بیمار بکاهد، مانع تخریب بیشتر بافت شود، التیام زخم را تسریع نموده و بالاخره در هزینه های بهداشتی صرفه جویی نماید.

در میان اعضای تیم مراقبت، پرستاران در پیشگیری و درمان زخم های فشاری نقش کلیدی دارند، لذا آشنایی با این مشکل سلامتی برای تمام پرستاران ضروری به نظر می رسد.

آناتومی پوست:

پوست بزرگترین اندام بدن بوده و سرتاسر آن را پوشانده است و وزن تقریبی آن ۲,۵ تا ۳,۵ کیلوگرم می باشد.

پوست دارای سه لایه اپیدرم (روپوست)، درم (جلد)، هیپودرم (زیرجلد) می باشد.

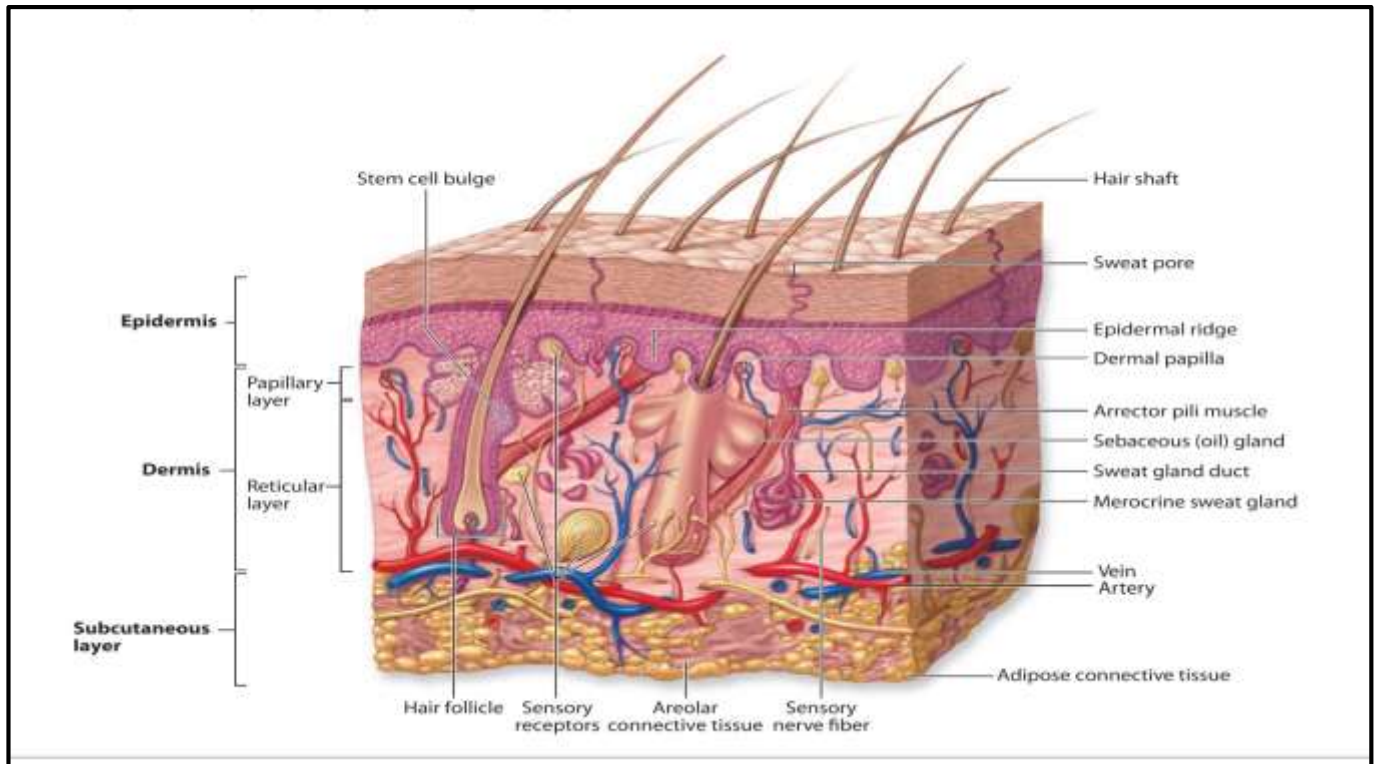
اپیدرم: خارجی ترین لایه پوست می باشد. این لایه از ۵ قسمت تشکیل شده است که در بعضی از نقاط بدن پوست ضخیم هست مانند کف دست ها و پاها ۵ لایه می باشد و در نقاطی که پوست نازک می باشد از ۴ لایه تشکیل شده است.

این لایه حاوی کراتینوسیت ها، ملانوسیت ها، سلول های لانگرهانس و مرکل سل ها می باشند که کراتینوسیت ها دائما در حال مهاجرت به سطح و جایگزینی هستند و نقش حفاظتی را بر عهده دارند و ملانوسیت ها عامل اصلی تعیین رنگ پوست و مو می باشد و سلول های لانگرهانس در ایمنی نقش دارند و مرکل سل ها در عملکرد لامسه نقش ایفا می کنند. لایه اپیدرم هر ۴ تا ۶ هفته یکبار دوباره زاییده و احیا می گردد.

درم: این لایه از فیبرهای کلاژن، فیبرهای الاستین و ماتریکس خارج سلولی تشکیل شده است. به دو زیر لایه پاپیلار و رتیکولار تقسیم بندی می شود که زیر لایه پاپیلاری خارجی ترین قسمت درم بوده و رتیکولار داخلی ترین قسمت درم بوده و به هیپودرم اتصال دارد. درم شامل عروق خونی، عروق لنفاوی، فیبرهای عصبی، فولیکول های مو، غدد عرق و سلول های فیبروبلاست می باشد.

سلول های فیبروبلاست در تولید کلاژن و الاستین نقش اصلی را بر عهده دارند و این لایه وظیفه تغذیه پوست را بر عهده دارد.

هیپودرم: این لایه از سلول های چربی و بافت های پیوندی تشکیل شده است. این لایه عروق خونی و اعصاب بزرگی را در خود جای داده است. این لایه نقش عایق و ضربه گیر را بر عهده دارد.



وظایف پوست:

- ✓ سد محافظتی در برابر میکروب ها و مواد خارجی
- ✓ حفاظت بدن در مقابل عفونت ها
- ✓ عایق بندی بدن در برابر انواع تروماهای مکانیکی
- ✓ پیشگیری از کمبود آب، الکترولیت ها و پروتئین ها
- ✓ اندام حسی برای درد، فشار، گرما، سرما و لمس
- ✓ جذب (داروها)
- ✓ ایفای نقش در ایمنی بدن
- ✓ ساخت ویتامین د
- ✓ تنظیم دمای بدن

تعریف زخم:

هرگونه تخریب ساختمان آناتومیکی (اختلال در یکپارچگی) و عملکردی پوست بعنوان زخم تعریف می شود.

فازهای التیام زخم:

فرآیند التیام زخم برای تمام زخم ها یکسان می باشد و از ۴ مرحله انعقادی، التهاب، تکثیر و بلوغ تشکیل شده است.

فاز انعقادی (Hemostasis):

زمانی که بافت آسیب می بیند سروتونین، هیستامین و پروستوگلاندین ها از عروق آسیب دیده به محل آسیب دیدگی مهاجرت می کنند. پلاکت ها لخته را تشکیل داده و فیبرین موجود در لخته، لبه های زخم را به هم پیوند می دهد.



فاز التهاب (Inflammation): لنفوسیت ها پاسخ التهابی را شروع می کنند و نفوذپذیری مویرگ ها را افزایش داده و لبه های زخم متورم می گردد. گلبول های سفید از عروق اطراف به محل آسیب دیدگی مهاجرت کرده و شروع به هضم باکتری ها و سلول های مرده می کند. در این مرحله قرمزی، گرما، تورم و درد ممکن است رخ دهد. پلاکت ها در ترشح فاکتور رشد نقش دارند.



فاز تکثیر (Proliferation): این فاز شامل آنژیوژنز (تشکیل عروق جدید)، تکثیر فیبروبلاست و ساخت اپی تلیوم می باشد. عروق جدید اکسیژن و مواد غذایی را به بافت های در حال ترمیم می رسانند. فیبروبلاست ها سبب تولید کلاژن و الاستین می شوند که به تدریج سبب تقویت بافت جدید می شوند.



فاز بلوغ (**Maturation**): این فاز به سرعت آغاز شده و برای ماه ها به طول می انجامد. در این مرحله، ساخت کلاژن توسط فیبروبلاست ها و با تحریک ماکروفاژها انجام می شود. فیبرهای کلاژن سبب تشکیل بافت اسکار می گردد.



فاکتورهای تاخیر در التیام زخم:

- ✓ سالمندی
- ✓ سوءتغذیه
- ✓ ادم
- ✓ تکنیک نامناسب پانسمان
- ✓ لاغری و چاقی بیش از حد
- ✓ هیپوولمی و خونرسانی ضعیف
- ✓ اختلالات دمای بدن
- ✓ مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی (شیمی درمانی، کورتون ها)
- ✓ استعمال دخانیات
- ✓ بی اختیاری
- ✓ شرایط نامناسب بستر زخم (وجود اجسام خارجی , تجمع خون ,تجمع درناژ و...)
- ✓ عوامل و بیماری های زمینه ای(دیابت, بیماریهای قلبی و ریوی , نارسایی کلیه و کبد و ...)
- ✓ رادیوتراپی
- ✓ بی تحرکی
- ✓ اکسیژناسیون ضعیف
- ✓ عفونت
- ✓ فشار خون پایین
- ✓ بافت ناکافی زیرجلدی

طبقه بندی زخم ها: زخم ها را معمولا به دو دسته حاد و مزمن تقسیم بندی می کنند.

زخم حاد (ACUTE WOUND): زخم هایی هستند که شروع ناگهانی دارند و روند بهبود در آن ها به

صورت طبیعی طی می شود و معمولا درمان این زخم ها کمتر از ۸ هفته طول می کشد.

انواع زخم های حاد: می توان زخم های حاد را به چهار گروه به شرح زیر طبقه بندی نمود:

۱. زخم های ناشی از حوادث (Traumatic wound): مثل بریدگی ها، پارگی ها و کوفتگی ها و ...

۲. زخم های ناشی از محل های دهنده پیوند (Donor site)

۳. زخم های جراحی (Surgical wound)

۴. سوختگی ها (Burns)



زخم مزمن (Chronic wound):

این زخم ها شروع آرام و نامحسوسی دارند و روند درمانی آن ها به دلیل عواملی نظیر عدم خون رسانی کافی، فشار موضعی، دیابت و اثر داروها و ... به تعویق افتاده یا متوقف شده است. در بعضی منابع ذکر شده است که درمان زخم های مزمن بیش از ۸ هفته طول می کشد.

۱. زخم های فشاری
۲. زخم های دیابتیک
۳. زخم های شریانی و وریدی
۴. سایر زخم های مزمن از جمله زخم های بدخیم و زخم های ناشی از آنمی سلول داسی شکل و ...





Diabetic ulceration with infection, great toe.



زخم های فشاری:

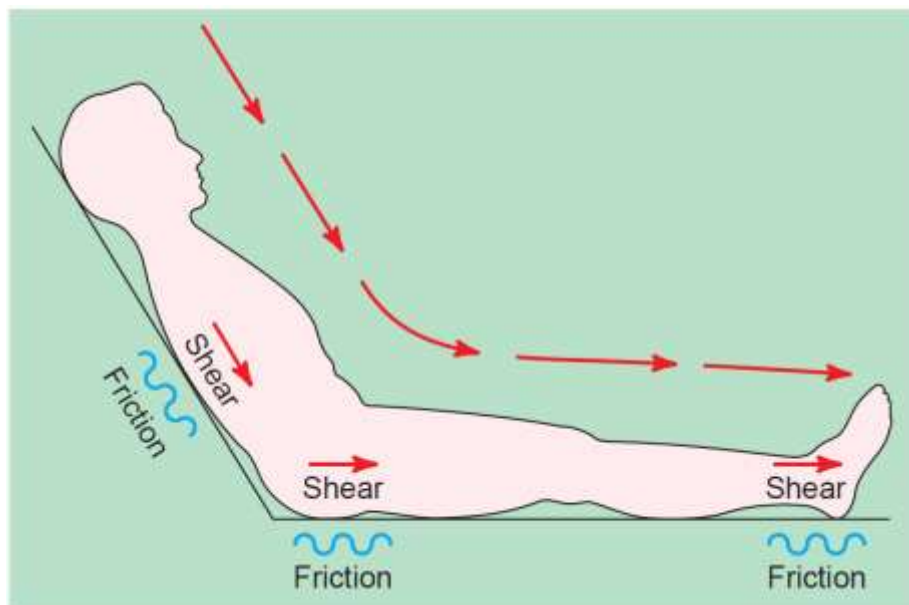
مهمترین عامل ایجاد این زخم ها فشار می باشد. این زخم ها در مناطق تحت فشار در بیماران استراحت مطلق یا افرادی که محدودیت حرکتی دارند، ایجاد می شود. بیماران دچار آسیب های نخاعی، بیماران کومایی و افرادی که به علت حوادث عروقی مغزی دچار فلج اندام ها شده اند، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، سالمندان و بیماران بی تحرک در خطر ابتلا به این نوع زخم ها می باشند.

۱. فشار (Pressure): زخم های فشاری زخم هایی هستند که بر اثر تحت فشار قرار گرفتن بافت بین برجستگی های استخوانی و سطح سفت تخت و یا صندلی و در نتیجه مختل شدن خونرسانی به این بافت و ایجاد نکروز بوجود می آیند. این زخم ها بیشتر روی برجستگی های استخوانی ایجاد می شوند نظیر ساکروم، پاشنه ها، خار ایللیاک، تروکانتر، آرنج و پس سر

بافت های مختلف تحمل فشار متفاوتی دارند. عضله و چربی به طور نسبی و در مقایسه با پوست فشار کمتری را می توانند تحمل کنند. تمام سلول ها صرف نظر از نوع بافت برای حیات وابسته به دریافت اکسیژن و مواد غذایی از طریق خونرسانی هستند. وارد شدن فشار به بافت ممکن است خونرسانی را کاهش دهد یا بطور کامل آن را قطع کند. نتیجه این وضعیت که ایسکمی نامیده می شود همان نرسیدن اکسیژن کافی به سلول هاست.

۲. نیروهای برشی (Shear): نیروهای افقی برشی می توانند سبب افزایش تاثیر مخرب نیروهای عمودی فشاری شوند. بطور مثال زمانیکه سرتخت بالا می باشد و بیمار به حالت نیمه نشسته است، بافت نرم مابین اسکلت بدن که تمایل به حرکت به سمت پایین دارد و تخت قرار می گیرد. این نیروها می تواند با فشار روی عروق خونی سبب انسداد، پارگی یا کشش آن ها شود. در این حالت فشار زیادی به ناحیه ساکرال و کوکسیژال وارد می گردد. این نیرو سبب ایجاد زخم هایی با تونل و نقب و عمیق تر شدن زخم می گردد.

۳. نیروهای سایشی (Friction): اصطکاک نیرویی است که زمانیکه دو سطح بر روی هم حرکت می کنند ایجاد می شود. زمانیکه بیمار بر روی سطح سختی دراز کشیده و بجای اینکه بلند شود بر روی بستر کشیده شود، پوست ممکن است در اثر اصطکاک آسیب ببیند. این مشکل در بیماران پیر و بیمارانی که حرکات غیر قابل کنترل دارند شایعتر است.



۴. **رطوبت (Moisture):** خطر ایجاد زخم فشاری (زخم بستر) در پوست مرطوب ۵ برابر پوست خشک است. رطوبت ممکن است سبب خیس خوردگی پوست و شل شدن بافت همبند شود و در نتیجه اپیدرم خیلی راحت تر از پوست جدا شود. بعلاوه رطوبت ممکن است سبب چسبیدن محکم پوست به بستر و در نهایت افزایش اصطکاک شود.

طبقه بندی زخم فشاری:

زخم های فشاری بر مبنای مشاهده درجه آسیب بافتی از نظر عمق و وسعت بافت آسیب دیده طبقه بندی می شوند.

زخم فشاری درجه ۱: در این مرحله لایه اپیدرم هنوز تخریب نشده است ولی پوست قرمز رنگ به نظر می رسد و ممکن است در لمس سفت تر از حد معمول باشد. در این مرحله ممکن است به جای قرمزی شاهد رنگ پریدگی پوست باشیم و در لمس پوست گرم تر یا سردتر از سایر نقاط باشد.



زخم فشاری درجه ۲: در این مرحله اپیدرم به طور کامل تخریب می شود و آسیب به بخشی از درم نیز نفوذ می کند. زخم هنوز سطحی است و ممکن است ساییدگی و تاول نیز مشاهده شود و زخم کمی ترشح دارد.



زخم فشاری درجه ۳: در این مرحله تمام ضخامت پوست درگیر می شود و آسیب پوست علاوه بر اپیدرم و درم به بخش هایی از لایه هیپودرم نیز می رسد.



زخم فشاری درجه ۴: در این مرحله تمام لایه های پوست شامل اپیدرم و درم و هیپودرم از بین می رود و آسیب بافتی به عضله زیرین، تاندون، استخوان و یا مفصل می رسد.



در بعضی از منابع دو مرحله دیگر علاوه بر مراحل فوق ذکر شده است:

زخم فشاری غیر قابل درجه بندی (**Unstageable**): در این مرحله زخم با بافت نکروز سیاه چرمی شکل خشک و معمولاً بدون ترشح نمایان می شود که پس از دبیریدمان (برداشتن بافت های مرده) امکان ارزیابی و طبقه بندی زخم به ۴ مرحله فوق میسر خواهد بود



(Deep Tissue Injury): در این مرحله پوست سالم می باشد و به رنگ ارغوانی یا آبی دیده می شود و در بافت های زیرین این زخم ها صدمات عمیقی وجود دارد. این زخم ها ممکن است دردناک، گرم تر یا سردتر و خمیر مانند باشند.

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 بدن)، درد شدید، افسردگی، تعادل منفی نیتروژن، سپتی سمی، استئومیلیت، آمیلوئیدوز و مرگ می شود.

عوامل داخلی موثر در بروز زخم های فشاری:

- ✓ بی اختیاری ادرار و مدفوع
- ✓ فقدان درک حسی
- ✓ فاکتورهای عروقی
- ✓ سالمندی
- ✓ سوء تغذیه
- ✓ کاهش فشار خون شریانی
- ✓ افزایش درجه حرارت بدن
- ✓ کاهش مقاومت بدن به عفونت
- ✓ اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب
- ✓ محدودیت حرکتی
- ✓ بیماری های مزمن: دیابت، سرطان و آنمی

عوامل خارجی موثر در بروز زخم های فشاری:

- ✓ فشار
- ✓ نیروهای ناشی از اصطکاک
- ✓ نیروهای خرد کننده
- ✓ عدم رعایت بهداشت
- ✓ جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به روش نادرست
- ✓ وضعیت نامطلوب بیمار در بستر
- ✓ تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست
- ✓ سختی سطوح زیرین بیمار
- ✓ ناهمواری سطوح زیرین بیمار
- ✓ وجود تکه های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

ارزیابی بیمار مبتلا به زخم شامل دو جزء است:

- ✓ ارزیابی بیمار
- ✓ ارزیابی زخم

در ارزیابی بیمار موارد زیر را بررسی می شود:

۱. تاریخچه بالینی بیمار

۲. وضعیت سیستم ایمنی بیمار

۳. سطح گلوکز خون

۴. وضعیت هیدراتاسیون

۵. اکسیژن و خون رسانی

۱. تاریخچه بالینی:

- کشف علت آسیب بافتی

- وجود سایر بیماریهای زمینه ای بیمار (دیابت، بیماری عروقی، اختلال سیستم ایمنی و)

- بررسی داروهای مصرفی بیمار

- بررسی وضعیت تغذیه بیمار

- مصرف سیگار

- مصرف الکل

- بررسی وضعیت تحرک بیمار

یکی از موارد بسیار مهم در ارزیابی بیمار به وضعیت تغذیه ای وی برمی گردد. هرگونه کمبود در میزان و

کیفیت مواد غذایی می تواند ترمیم زخم را به تاخیر بیندازد. گلوکز، چربی، پروتئین ها و ویتامین ها (آ-ب

کمپلکس- ث-آی) و مواد معدنی (مس و آهن) برای ترمیم زخم ضروری می باشند.

۲. وضعیت سیستم ایمنی:

- اختلال در سیستم ایمنی بدن بیمار بدلیل:

✓ بیماری (ایدز)

✓ مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی

✓ رادیوتراپی

سیستم ایمنی نقش اساسی در ترمیم زخم بازی می کند و در صورت اختلال در این سیستم در شرایطی مانند ایدز، مصرف داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی (کورتیکواستروئیدها و داروهای شیمی درمانی) و رادیوتراپی ترمیم زخم به تاخیر می افتد (مواد رادیو اکتیو سرکوب کننده سیستم ایمنی هستند).

۳. سطح گلوکز خون بیمار:

- قند خون کمتر از 200mg/dl برای ترمیم زخم با یک سرعت مطلوب ضروری است.
- میزان قند خون بالاتر از 200mg/dl سبب اختلال در عملکرد WBC و تاخیر در ترمیم زخم می شود.
- HbA_{1c} (نشانه‌دهنده میانگین سطح گلوکز خون در ۳ ماه گذشته): مقادیر زیر ۷ درصد نشان دهنده موفقیت درمان ها در کنترل دیابت بیماران می باشد و مقادیر بالاتر نشان از ضعف درمان ها داشته و عامل منفی در درمان زخم محسوب می شود.

صرفنظر از عامل ایجاد زخم، برای ترمیم زخم با یک سرعت مطلوب سطح قند خون باید زیر 200mg/dl باشد. سطوح بالاتر از این میزان سبب اختلال عملکرد گلوبول های سفید شده و ترمیم به تاخیر می افتد. دیابت علاوه بر ایجاد مشکلات عروقی که سبب هایپوکسی بافتی می شود، بدلیل ایجاد هایپرگلیسمی و با ایجاد اختلال در کموتاکسی، فاگوسیتوز و عملکرد کمپلمان ها سبب تضعیف نقش نوتروفیل ها و ماکروفاژها شده و ترمیم زخم را به تاخیر می اندازد.

HbA1c نیر نشاندهنده سطح متوسط گلوکز خون در ۳ ماهه گذشته و تاثیر درمان ضد دیابت می باشد. بالا بودن آن نتایجی مشابه بالا بودن سطح قند خون خواهد داشت.

۴. هیدراتاسیون:

• دهیدراتاسیون اثرات خود را بصورت کند شدن متابولیسم بدن و در نتیجه اختلال در ترمیم زخم و همچنین کم شدن تورگور پوستی و در نتیجه ایجاد زخم های جدید نشان می دهد.

۵. اکسیژن و خونسازی:

- اختلال در تبادلات گازی
- پایین بودن هموگلوبین خون بیمار
- پایین بودن فشار خون بیمار
- مصرف سیگار توسط بیمار
- مصرف نیکوتین (منقبض کننده عروق) توسط بیمار
- آسیب بافت ریه
- مصرف داروهای وازوپرسور (نوراپی نفرین و ...)

ارزیابی زخم:

۱. محل زخم
۲. سایز و عمق زخم
۳. بستر زخم
۴. اگزودا/ بو
۵. وضعیت لبه ها و پوست اطراف زخم
۶. علائم عفونت زخم
۷. درد

۱. محل زخم:

- اهمیت بررسی محل زخم از دو جنبه مهم می باشد:
 ۱. سرعت ترمیم زخم
 ۲. علت شناسی زخم
- سرعت کمتر ترمیم زخم های واقع در مناطق در معرض تحرک زیاد، ساییدگی، فشار و یا نیروهای کششی (نزدیک مفاصل یا بر روی ساکروم).
- سرعت بیشتر ترمیم زخم های واقع در مناطق با خونرسانی خوب نسبت به زخمهای واقع در مناطق محیطی بدن.
- با توجه به محل زخم معمولا می توان علت ایجاد زخم را پیش بینی کرد.
- زخم های وریدی پا: عموما در سطح داخلی ساق پا بالای قوزک داخلی ایجاد می شوند.
- زخم های نوروپاتیکی دیابتی: عموما روی منطقه کف پا وجود دارند.

- زخم های فشاری: عموماً در مناطق برجسته استخوانی (ساکروم).

محل زخم به عنوان عامل تعیین کننده مهمی در علت شناسی زخم نیز می تواند تلقی گردد، بطور مثال یک زخم در ناحیه ساق پا به احتمال زیاد یک زخم فشاری نیست.

محل زخم باید تا حد امکان با استفاده از اصطلاحات آناتومیکی دقیقاً مشخص شود. بعنوان مثال: در قسمت خارجی اندام تحتانی چپ، ۱۰ سانتی متری دیستال زانو

۲. سایز و عمق زخم

در اندازه گیری ابعاد زخم به دو روش اشاره میگرد.

۱. اندازه گیری به وسیله نوار اندازه گیری (Tape Measure):

- طول زخم: بزرگترین قطر زخم صرفنظر از جهت آن
- عرض زخم: قطر عمود بر طول زخم
- عمق زخم: عمیق ترین قسمت زخم

با بررسی سایز اولیه زخم می توان به طور تقریبی زمان بهبود را تخمین زد. عموماً زمان درمان در زخم های عمیق و بزرگ نسبت به زخم های کوچک و سطحی طولانی تر است.

و دیگر اینکه اندازه گیری و ثبت مداوم سایز زخم در طول دوره درمان می تواند بیانگر آن باشد که زخم تا چه حد روند مناسب درمان را طی کرده است.

ثبت مداوم مساحت زخم تعیین کننده کوچکتر شدن یا نشدن سایز آن در طی یک دوره زمانی است.

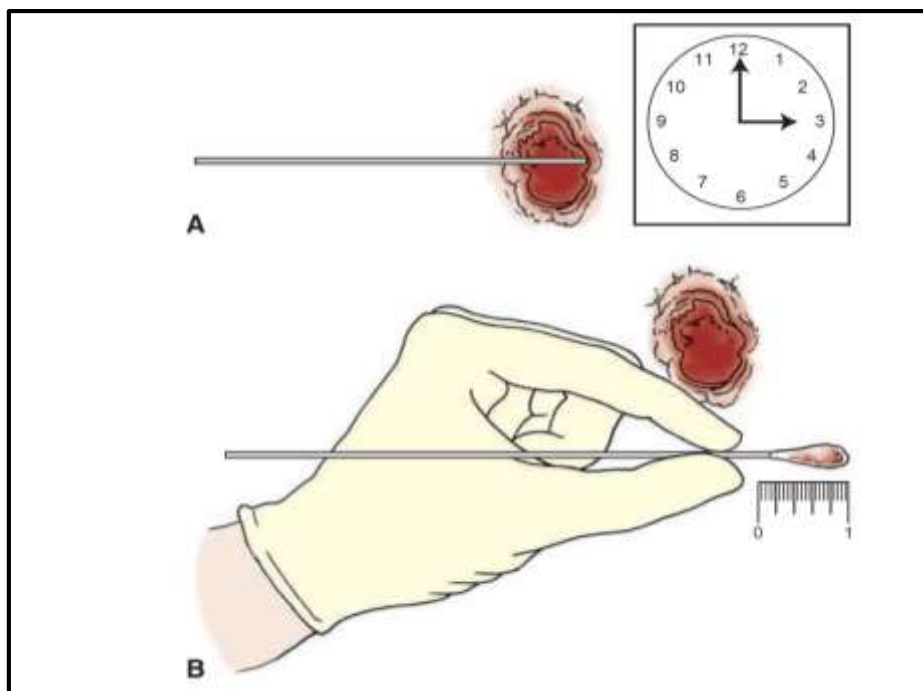
اندازه گیری تونل ها، سینوس ها (امتداد بستر زخم به بافت اطراف) و نقب ها(نواحی بستر زخم که به زیر پوست امتداد می یابد) نیز بسیار مهم است.

در این روش اندازه گیری با استفاده از نوارهای اندازه گیری یا **tape measure** ها هستند که مثل خط کش باریک و درجه بندی شده هستند.

بزرگترین قطر زخم صرفنظر از جهت آن به عنوان طول زخم اندازه گیری بگیرید و قطر عمود بر آن را به عنوان عرض زخم در نظر گرفته و اندازه بگیرید.

برای سنجش عمق زخم باید عمیق ترین قسمت زخم اندازه گیری گرفته شود.

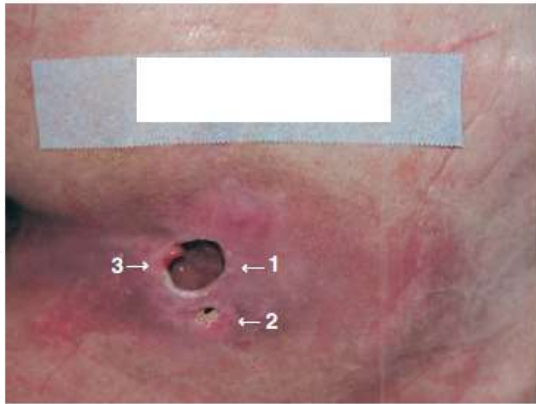




۲. اندازه گیری به وسیله صفحه های اندازه گیری:

در این روش با استفاده از صفحه های اندازه گیری می توانیم شکل زخم را روی صفحه ثبت کرده و به مرور کوچکتر شدن سطح زخم رو مشاهده کنیم.

ثبت مداوم اندازه زخم و مستند سازی روند بهبودی می تواند نشان دهنده روند بهبود زخم با سرعت مطلوب و مورد انتظار باشد.



در زخمهای تونل دارو حفره ای ، اندازه واقعی زخم ممکن است بسیار کمتر از میزان واقعی برآورد گردد. لذا در ارزیابی چنین زخمهایی با استفاده از سواب استریل نسبت به بررسی ابعاد واقعی زخم باید اقدام گردد. سواب استریل باید دارای پوشش پنبه ای در نوک خود بوده و قبل از استفاده با نرمال سالین مرطوب گردد تا احتمال باقی ماندن رشته های پنبه ای داخل زخم کاهش یابد.

۳. بستر زخم:

- در بستر زخم ۴ رنگ سیاه- زرد- قرمز- صورتی ممکن است دیده شود:
- **رنگ سیاه:** در بافت نکروز دیده می شود که نیاز به دبریدمان دارد. این بافت مرده می باشد و اکثرا به شکل چرمی و خشک مشاهده می شود ولی اگر هیدراته شود و رطوبت جذب کند، می تواند به رنگ قهوه ای یا خاکستری درآید. برای شروع ترمیم زخم، باید بافت نکروتیک را از زخم خارج نمود. اگر بافت نکروز در محل زخم باقی بماند ترمیم زخم به تاخیر می افتد.
- **رنگ زرد:** در بافت اسلاف دیده می شود که نیاز به دبریرمان دارد. این بافت به بستر زخم اتصال محکمی دارد و به آسانی قابل خارج شدن نیست. بافت اسلاف حاوی سلول های مرده و دبریس های زخم است که برای شروع ترمیم زخم باید آن ها را خارج نمود.

- **رنگ قرمز:** در بافت گرانوله و تازه دیده می شود. از آنجایی که دیواره مویرگ ها بسیار ظریف و نازک است، این زخم ها مستعد خون ریزی های شدیدی هستند.
- **رنگ صورتی:** در زخم در مرحله بلوغ و در مراحل انتهایی درمان دیده می شود. وضعیت بستر زخم نیز می تواند بیانگر روند پیشرفت بهبود زخم و موثر بودن درمان باشد. براساس رنگ زخم که سیاه-زرد-قرمز و یا صورتی باشد می توانیم فاز درمانی زخم را مشخص کنیم. وجود بافت گرانوله سالم به رنگ قرمز نشان می دهد که زخم با روند طبیعی درمان می شود. هدف این مرحله از درمان تمیز و محفوظ نگهداشتن زخم و فراهم آوردن محیط درمانی مرطوب است. بعضی زخم ها ممکن است هر ۴ رنگ را داشته باشند که نشان می دهد قسمت های مختلف زخم در فاز های مختلف درمان قرار دارند.

۴. اگزودا:

- پاسخی به پروسه طبیعی در طی پاکسازی زخم است.
- برای رطوبت بستر زخم و در نتیجه فعالیت و حرکت فیبروبلاست ها و کراتینوسیت ها اگزودا مفید می باشد.

ویژگی های لازم برای بررسی اگزودا:

- مقدار
- رنگ
- قوام و بو

اگزودا پاسخ طبیعی بدن به فاز های التهابی زخم در طی پاکسازی است و به میزان طبیعی برای رطوبت بستر زخم و در نتیجه فعالیت و حرکت فیبروبلاست ها و کراتینوسیت ها لازم است، ولی در اثر برخی عوامل مثل

عفونت میزان اگزودا به طور غیر طبیعی افزایش یافته و ممکن است بوی بدی در زخم ایجاد کند که نشانگر وجود باکتری های بی هوازی در زخم است. زخم تمیز و غیر عفونی بویی ندارد. به طور کلی اگزودا معمولا با ویژگی هایی همچون مقدار، رنگ، قوام و بو توصیف می شود.

ترمیم ایده آل یک زخم مزمن فشاری یا دیابتیک در یک محیط مرطوب (و نه خیس و دارای ترشحات زیاد) رخ می دهد لذا در صورت خشکی زخم از پانسمانهای حفظ کننده رطوبت و در صورت ترشحات اضافی در زخم از پانسمانهای جاذب ترشحات استفاده می شود.

انواع اگزودا:

۱. سروزی (Serous) به رنگ شفاف یا زرد رنگ، رقیق و آبکی
۲. خونی (Sanguineous) : قرمز، رقیق
۳. خونابه (Serosanguineous): صورتی تا قرمز کم رنگ، رقیق و آبکی
۴. چرکی (Purulent) زرد مایل به کرم، سبز، سفید، یا قهوه ای پر رنگ، غلیظ

اگزودای بیش از حد:

- نشانگر ادم کنترل نشده یا افزایش میزان باکتری است و نیاز به درمان دارد.
- در زخم مزمن: مانع تکثیر و فعالیت فیبروبلاست ها و کراتینوسیت ها می شود.
- منجر به خیس خوردگی اطراف زخم می شود.
- اگزودای بیش از اندازه زخم تاثیراتی منفی بر روی درمان دارد
- جهت دستیابی به حداکثر میزان درمان ، اگزودای اضافی باید حذف شود.

۵. لبه های زخم و پوست اطراف آن:

- رنگ سفید: خیس خوردگی که بعلت رطوبت و ترشحات زیاد زخم می باشد.
- رنگ قرمز: التهاب، آسیب پوستی و عفونت
- کبود: ضربه و احتمال له شدگی بافت

پوست اطراف زخم را بررسی می کنیم که ببینیم اتصال آن به زخم در چه حدی است، کانال ها و نقب ها خود منبعی برای تجمع باکتری ها و ایجاد عفونت بوده و باید حذف شود.

از نظر رنگ ظاهری بررسی می کنیم

اگر کبود باشد احتمال له شدگی وجود دارد. اگر قرمز باشد احتمال التهاب وجود دارد و یا اگر سفید باشد ممکن است پوست *macerea* (خیس خورده) شده باشد که مانعی برای اپیتلیزاسیون می باشد.

ضخامت و استحکام لبه های زخم نیز بررسی می شود.

در مورد زخم هایی که پوست اطراف آنها شکننده و تحریک پذیر است (مانند دیابتی ها) باید دقت کنیم که کمترین تحریک در هنگام شستشو یا تعویض پانسمان به پوست اطراف زخم وارد شود.

لبه های زخم در زخم های مختلف متفاوت می باشد.

- ✓ زخم های وریدی پا: حاشیه نامنظم دارند.
- ✓ زخم های شریانی: اغلب حاشیه منظم و متمایز دارند.
- ✓ زخم های نوروپاتیک: عموماً حاشیه سفت و بی حس و پینه مانند دارند.
- ✓ زخم های فشاری: اغلب دارای کانال زیر لبه زخم می باشند.

۶. علایم عفونت زخم:

- افزایش درد در نواحی اطراف زخم
- قرمزی (اریتم) یا رنگ تیره در پوست پیرامون دهانه زخم
- ادم
- گرمای ناحیه مجاور زخم و تفاوت دمای اطراف آن با نقاط دورتر
- ترشحات چرکی و بدبو
- آبسه
- سلولیت
- توقف یا تاخیر در درمان زخم
- تغییر رنگ زخم
- بافت گرانوله خونریزی دهنده و شکننده
- حساسیت/ درد غیر منتظره
- ایجاد حفره / پل در بستر زخم

هنگامی که علایم عفونت کاملا مشهود نیست، برای اطمینان بیشتر می توان از کشت زخم کمک گرفت. نکته قابل توجه این است که در بیشتر زخمهای مزمن تمامی علائم با هم وجود ندارند و حتی ممکن است تاخیر غیر طبیعی در التیام زخم تنها یافته دال بر عفونت باشد.

۷. درد: ارزیابی درد ناشی از زخم نیز از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. کنترل درد بیماران منجر به افزایش سرعت ترمیم زخم خواهد شد.

تمامی موارد بررسی شده زخم و بیمار و همچنین اقدامات انجام شده به همراه

مشخصات پانسمان مورد استفاده باید به شیوه مناسب و دقیق ثبت

گردد. وجود یا عدم وجود زخم و نتایج بررسی باید در زمان پذیرش بیمار در

مرکز ثبت گردد. از آنجایی که زخمهای فشاری بعنوان موارد قابل پیشگیری در

نظر گرفته می شوند لذا در صورت ایجاد یا پیشرفت زخم فشاری در طی

بستری، ارزیابی کیفیت خدمات مراقبتی را ممکن است تحت تاثیر قرار دهد.

تشخیص های پرستاری بیمار دارای زخم حاد یا مزمن:

- * درد حاد مرتبط با دبریدمان و مراقبت از زخم
- * خونرسانی غیر موثر بافت محیطی مرتبط با عدم تحرک، ادم، عفونت یا کاهش برون ده قلبی
- * اختلال پیوستگی بافتی مرتبط با اتیولوژی یا عوامل دخیل در پیشرفت زخم
- * تغذیه نامتعادل کمتر از نیاز بدن
- * خطر عفونت مرتبط با تغییر در پیوستگی پوست
- * اختلال در تصویر ذهنی از بدن مرتبط با زخم باز غیر عملکردی، اسکار یا آمپوتاسیون
- * خطر عدم تعادل مایعات بدن مرتبط با تغییرات متابولیک
- * خطر عدم تعادل الکترولیت مرتبط با تغییرات متابولیک
- * اختلال در تحرک جسمی مرتبط با زخم

برخی راهکارهای مهم پیشگیری از ایجاد زخم فشاری:

راهکارهای پیشگیری از ایجاد زخم بیشتر معطوف به کنترل عوامل ایجاد کننده و مستعد کننده زخم می باشد. در واقع با کنترل یا حذف ریسک فاکتورهای دخیل در ایجاد زخم می توان از بروز یا پیشرفت زخم پیشگیری نمود.

* بررسی ریسک ایجاد زخم

* تغذیه و هیدراتاسیون مناسب بیمار

* استفاده از روشهای کاهش و کنترل فشار روی پوست

* کمک به تحرک بیمار

* مراقبت عمومی پوست

* بررسی ریسک ایجاد زخم

بررسی بیمار بستری با یک ابزار معتبر از نظر ریسک ایجاد زخم بستر نقش مهمی در شروع استراتژی های مراقبتی پیشگیرانه دارد. بیشتر زخمهای فشاری در افراد مستعد ایجاد می شود که با شناخت هرچه سریع تر این افراد می توان با بکارگیری اقدامات مناسب پرستاری و کار تیمی از ایجاد زخم فشاری پیشگیری نمود. نتایج بررسی نشان خواهد داد کدام بیماران به اقدامات پیشگیرانه نیاز دارند. در مورد زخم فشاری ، بررسی ریسک ایجاد زخم توسط ابزارهای مختلفی انجام می گیرد که در اینجا به ابزار برادن اشاره شده است. در این ابزار به هریک از عوامل موثر در ایجاد زخم فشاری امتیاز خاص داده شده است و در نهایت با جمع بندی امتیازات می توان بیمار را در گروههای مختلف خطر قرار داده و برنامه مراقبتی اختصاصی برای هر بیمار را اجرا نمود.



FIGURE 9.19 Sidelying position. Note the pillow between the knees.

ارزیابی احتمال ابتلاء به زخم فشاری در بیمار بستری بر اساس ابزار Braden

امتیاز	بررسی بالینی بیمار	معیارهای ارزیابی
1	عدم پاسخ به محرک دردناک	سطح هوشیاری (دامنه 1-4)
2	پاسخ به تحریکات دردناک	
3	گاهها به دستورات کلامی پاسخ می دهد.	
4	به دستورات کلامی پاسخ داده و درد را بیان می کند.	
1	ملحفه و لباس بیمار همواره مرطوب می باشد.	رطوبت پوست بدن بیمار (دامنه 1-4)
2	ملحفه در هر شیفت به دلیل خیس بودن تعویض می شود.	
3	ملحفه ها حداقل یکبار در روز به دلیل خیس بودن تعویض می شود.	
4	ملحفه طبق روتین بدون خیس بودن تعویض می شود.	
1	محدودیت در تخت، اجازه خروج از تخت را ندارد. (CBR)	میزان فعالیت فیزیکی بیمار (دامنه 1-4)
2	با صندلی چرخدار حرکت می کند. نمی تواند روی پایش بایستد.	
3	مسافت کوتاه را با یا بدون کمک گاهها راه می رود. (اکثر مواقع در تخت است)	
4	به طور مستقل حداقل 2 بار در روز خارج اتاق و 2 بار در روز داخل اتاق راه می رود.	
1	کاملا بدون حرکت می باشد.	توانایی در تغییر پوزیشن (دامنه 1-4)
2	گاهی تحرک خیلی محدود در تخت (عدم توانایی تغییر مکرر یا بارز بدون کمک)	
3	محدودیت حرکتی کم در تخت (تحرک مکرر ولی محدود بدون وابستگی)	
4	حرکت مستقل و بدون کمک در تخت بصورت مکرر	
1	تغذیه بیمار کاملا ناکافی است (روزها NPO باشد یا فقط رژیم مایعات صاف شده دریافت نماید/ بندرت بیش از یک سوم غذایش را می خورد.	تغذیه Nutrition (دامنه 1-4)
2	تغذیه ناکافی از راه دهان یا از طریق NGT/ ندرتا یک وعده را کامل می خورد (نصف هر وعده ی غذایی را میخورد)	
3	تغذیه کافی بطوری که معمولا بیش از نصف غذایش را می خورد. (تغذیه TPN یا NGT کافی)	
4	تغذیه کاملا خوب. همه وعده های غذایی را بطور کامل می خورد. (هیچ غذایی را پس نمی زند)	
1	همواره موقع جابجایی روی ملحفه کشیده می شود. اکثرا پوزیشن مناسب دارد (به کمک متوسط تا زیاد نیازمند است)	اصطحکاک و سایش پوست (دامنه 1-3)
2	موقع جابجایی گاهها کمک می کند ولی باز قسمت هایی از بدن روی ملحفه، صندلی و ... سائیده می شود.	
3	بطور کامل قادر به بلند کردن بدن خود در تخت یا صندلی می باشد در همه مواقع پوزیشن مناسب را حفظ میکند.	
23	جمع امتیاز	

امتیاز کسب شده	میزان خطر ابتلاء به زخم فشاری
6-9	بسیار بالا
10-12	خطر بالا
13-14	خطر متوسط
15-18	مداخلات پیشگیرانه
19-23	بدون خطر

* تغذیه و هیدراتاسیون مناسب بیمار

برای حفظ سلامت پوست و بهبود روند ترمیم، بیمار باید تغذیه مناسب برخوردار باشد. نیازهای تغذیه ای بیمار باید هرچه زودتر در زمان پذیرش بیمار در بخش ارزیابی شود تا فرصت ایده آل و محیط مناسب برای ترمیم زخم فراهم گردد. میزان و شدت سوء تغذیه ارتباط مستقیمی با میزان ایجاد زخم دارد. به خصوص در موارد کمبود پروتئین این امر بیشتر مشهود است. برای ترمیم مناسب نیز، بدن به مقادیر کافی از کربوهیدرات ها، چربی ها، پروتئین ها، مواد معدنی، کالری، ویتامین ها و هیدراتاسیون نیاز دارد. پروتئین ها جزء اساسی همه فعالیت های سلولی هستند که بدون آنها فرآیند التهابی مختل شده و خطر عفونت افزایش می یابد. پروتئینها در حفظ فشار اونکوتیک و پیشگیری از ایجاد ادم نقش دارند. اگرچه پروتئینها جزء اصلی فرآیند ترمیم زخم هستند ولی سایر مواد مغذی نیز نقش مهمی در زمینه مدیریت زخم دارند. دریافت میزان کافی کالری نیز برای ترمیم زخم ضروری است. میزان کالری مورد نیاز یک فرد نرمال بالغ ۲۵ تا ۴۰ کیلو کالری به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز می باشد. البته میزان نیاز کالری با توجه به شرایط بیمار مانند وسعت زخم، وجود تب، عفونت و... متفاوت و بیشتر خواهد بود. میزان نیاز پروتئین فرد بالغ ۰٫۸ گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن در روز است. در شرایط افزایش نیازهای متابولیکی ممکن است یک فرد به ۱٫۵ تا ۲ گرم پروتئین به ازای کیلوگرم وزن بدن در روز نیاز داشته باشد. مراقبت تغذیه ای بیمار با اخذ مشاوره از متخصص تغذیه و بررسی دقیق بیمار به همراه نتایج آزمایشات بهترین نتایج را بدنبال خواهد داشت. میزان سطح سرمی آلبومین و پره آلبومین و سطح کل سرمی پروتئین به عنوان شاخص آزمایشگاهی بررسی وضعیت پروتئین بدن مورد استفاده قرار می گیرد. باید توجه داشت که سطح سرمی پروتئین سرم نیز همانند آلبومین با توجه به سنین مختلف متغیر خواهد بود. میزان نیاز چربی کمتر از ۳۰ درصد کل کالری دریافتی می باشد. میزان نیاز آب ۳۰ میلی لیتر به ازای هر کیلو گرم وزن بدن یا یک لیتر به ازای هر ۱۰۰۰ کالری دریافتی است. بیمارانی که بیش از ۴۸ ساعت NPO می باشند، در معرض خطر تاخیر ترمیم زخم قرار

دارند. شروع هرچه زودتر تغذيه انترال يا در صورت عدم امکان، بصورت پارانترال نقش مهمی در بهبود فرآیند ترمیم خواهد داشت. تغذیه دهانی در صورت امکان روش ارجح برای بیماران است.

مواد مغذی مورد نیاز ترمیم زخم		
مواد مغذی	عملکرد	نتایج کمبود
پروتئین ها	<ul style="list-style-type: none"> * بازیافت و ترمیم زخم * تولید فاکتورهای لخته * تولید و مهاجرت سلولهای سفید خون * فاگوسیتوز * پروليفراسيون فيروبلاستها * عروق سازی جدید * پروليفراسيون سلولهای اپیتلیال * استحکام زخم 	<ul style="list-style-type: none"> * ترمیم ضعیف بافت * کمبود آلبومین و ادم که موجب آهسته کردن انتشار اکسیژن و مکانیسمهای متابولیک می گردد * لنفوپنی * اختلال در ایمنی سلولی
کربوهیدرات ها	<ul style="list-style-type: none"> * منبع انرژی سلولی * حفظ پروتئین 	<ul style="list-style-type: none"> * استفاده بدن از پروتئین های احشایی و عضلات برای تولید انرژی
چربی ها	<ul style="list-style-type: none"> * منبع انرژی سلولی * منبع اسدهای چرب اصلی * ساختار غشای سلولی * تولید پروستاگلاندین 	<ul style="list-style-type: none"> * مهار ترمیم بافت * استفاده بدن از پروتئین های احشایی و عضلات برای تولید انرژی

<ul style="list-style-type: none"> * ترمیم ضعیف زخم * اختلال ایمنی 	<ul style="list-style-type: none"> * تولید کلاژن * پوست سازی (اپیتلیزاسیون) 	ویتامین A
<ul style="list-style-type: none"> * ترمیم ضعیف زخم * اختلال ایمنی * شکنندگی مویرگی 	<ul style="list-style-type: none"> * پیوستگی غشا * آنتی اکسیدان 	ویتامین C
<ul style="list-style-type: none"> * افزایش احتمال خونریزی و تشکیل هماتوم 	<ul style="list-style-type: none"> * فرایند لخته شدن طبیعی 	ویتامین K
<ul style="list-style-type: none"> * کم خونی منجر به افزایش خطر ایسکمی موضعی بافت * ضعف در قدرت کشسانی 	<ul style="list-style-type: none"> * تولید کلاژن * بهبود فعالیت لوکوسیتی * تولید هموگلوبین 	آهن
<ul style="list-style-type: none"> * اختلال مرتبط با کلاژن * ترمیم آهسته * تغییر در چشایی * بی اشتهاپی * اختلال در ایمنی 	<ul style="list-style-type: none"> * پرولیفراسیون سلول * کوفاکتور برای آنزیم ها * استفاده ویتامین A 	روی
<ul style="list-style-type: none"> * کاهش تولید کلاژن * کم خونی 	<ul style="list-style-type: none"> * عملکرد کلاژن * تولید سلول های قرمز خون 	مس
<ul style="list-style-type: none"> * کاهش مقاومت به عفونت * اختلال ترمیم زخم 	<ul style="list-style-type: none"> * تولید انرژی * ایمنی سلولی * تولید سلول های قرمز خون 	پیریدوکسین و ریبوفلاوین تیامین

آرژینین	* افزایش ایمنی موضعی زخم * کفایت نیتروژن * کلاژن سازی	* کاهش ایمنی موضعی سلول
گلوتامین	* سوخت اولیه برای فیبروبلاست ها * حفظ توده بدن	* سوخت کمتر برای فیبروبلاست ها

* استفاده از روشهای کاهش و کنترل فشار روی پوست

بیماران کم تحرک به دلیل ایجاد فشار بر روی پوست و ایجاد ایسکمی موضعی در معرض خطر زخم فشاری هستند. در صورتی که این بیماران نتوانند بطور مستقل تغییر وضعیت داده و از خود مراقبت کنند، باید مراقبین سلامت طبق یک برنامه مشخص اقدام به استفاده از روشهای کاهش فشار نمایند.

تغییر وضعیت بیمار یکی از موثرترین راهکارهای پیشگیرانه تمامی خط مشی های مراکز برای جلوگیری از ایجاد زخم فشاری است. تغییر وضعیت بیمار باید هر ۲ ساعت انجام گیرد. در تغییر وضعیت، کل بدن بیمار باید به سمت مورد نظر تحرک و تغییر داده شود. بیماران دچار آسیب حاد طناب نخاعی به علت اختلال عملکرد میکرو واسکولار ممکن است نیاز به تغییر وضعیت در فواصل کمتر از دو ساعت نیز داشته باشند. قرار دادن بیمار بصورت ۳۰ درجه لترال به نظر می رسد توصیه بهتری نسبت به قرار دادن بیمار به حالت لترال ۹۰ درجه باشد. در حالت ۹۰ درجه لترال فشار بیشتری روی ناحیه تروکانتر وارد شده و ریسک آسیب بیشتر است. البته تحمل این وضعیت ممکن است برای برخی بیماران سخت باشد.

در زمانی که بیمار در وضعیت طاقباز قرار داده می شود، سر تخت حدود ۳۰ درجه بالا آورده شود. بالا آوردن بیشتر از ۳۰ درجه موجب افزایش فشار در ناحیه ساکروم و افزایش نیروهای سایشی و برشی بین پوست بیمار و

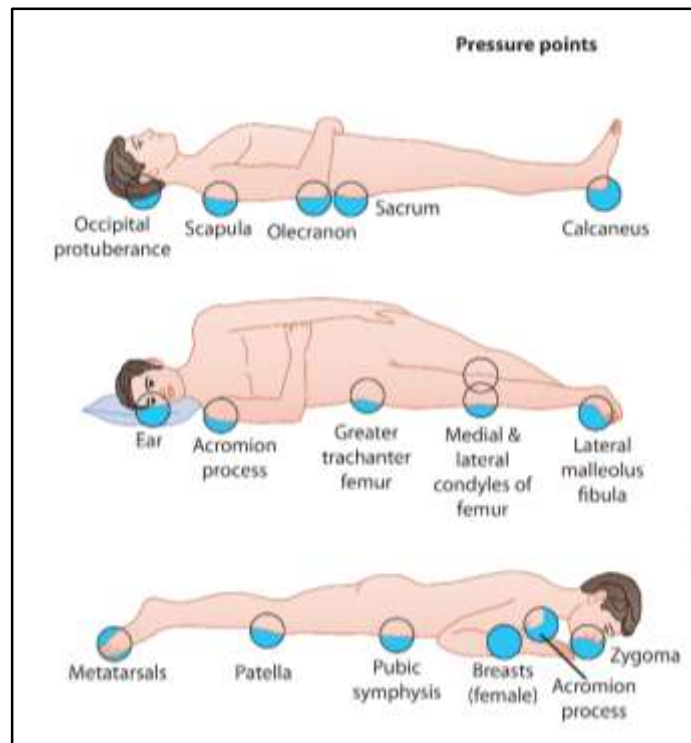
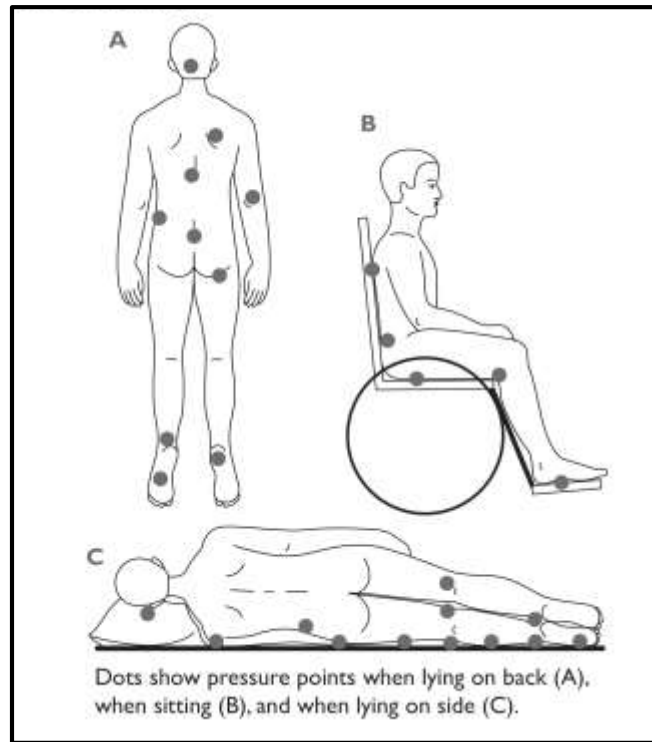
سطح تخت و در نتیجه افزایش احتمال زخم می گردد. بالا آوردن سر تخت کمتر از ۳۰ درجه در بیماران تحت ونتیلاتور موجب مستعد شدن بیمار به پنومونی ناشی از ونتیلاتور می گردد.

پوزیشن بیمار باید با استفاده از تعداد کافی بالش و ابزارهای حمایتی صورت گیرد. بالشها باید نواحی بین پاها، زیر دست و سر و پشت را حمایت کنند.

در جابجایی بیمار روی تخت از دروشیت، ملافه و ابزارهای مختلف جهت کاهش نیروهای سایشی و اصطکاک پوست بیمار با سطح تشک استفاده گردد. بهتر است جهت صرفه جویی در زمان و سهولت عملکرد کارکنان، تغییر وضعیت در صورت امکان توسط دو نفر صورت گیرد. امروزه تختهای با تکنولوژی پیشرفته تر جهت سهولت وضعیت دهی بیماران طراحی و ساخته شده است.

استفاده از تختهای مخصوص دارای تشک توزیع فشار نیز می تواند کمک بیشتری در پیشگیری از زخم فشاری نماید ولی استفاده از این تختها بیمار را از انجام تغییر وضعیت بی نیاز نمی کند.

آگاهی پرستار از نقاط حساس تحت فشار در هر وضعیت می تواند راهنمای خوبی برای بررسی بیمار از نظر زخم فشاری باشد. این نقاط فشار بیشتر در نواحی برجستگی های استخوانی قرار دارند. هر وضعیت قرارگیری بیمار دارای نقاط حساس فشاری مختص خود است. به عنوان مثال در وضعیت خوابیده به پشت نواحی ساکروم، ستیغ ایلیاک، پشت کتفها، ناحیه پس سری و پشت پاشنه پاها از نقاط حساس فشاری هستند که بیشتر در معرض خطر قرار دارند.



اکثر بیماران بدحال بخشهای ویژه می توانند تغییر وضعیت را تحمل نمایند. حتی مطالعات متعددی نشان داده است که بیماران بعد جراحی قلب هر دو ساعت می توانند بدون تغییر عمده در شاخص های فیزیولوژیک بصورت لترال ۳۰ درجه تغییر وضعیت داده شوند. در صورتی که بدلیل ناپایداری وضعیت یا شرایط خاص بیمار امکان تغییر وضعیت وجود نداشته باشد، دو راهکار اساسی باید مدنظر قرار گیرد. اول اینکه از تشکهای مخصوص توزیع فشار استفاده گردد و دوم اینکه پرستار بصورت مکرر بیمار را از نظر آمادگی برای تغییر وضعیت بررسی نماید.

در زمان تغییر وضعیت و جابجایی بیمار در تخت باید از تکنیک های مناسب استفاده شود تا بیمار بر روی ملافه کشیده نشود.

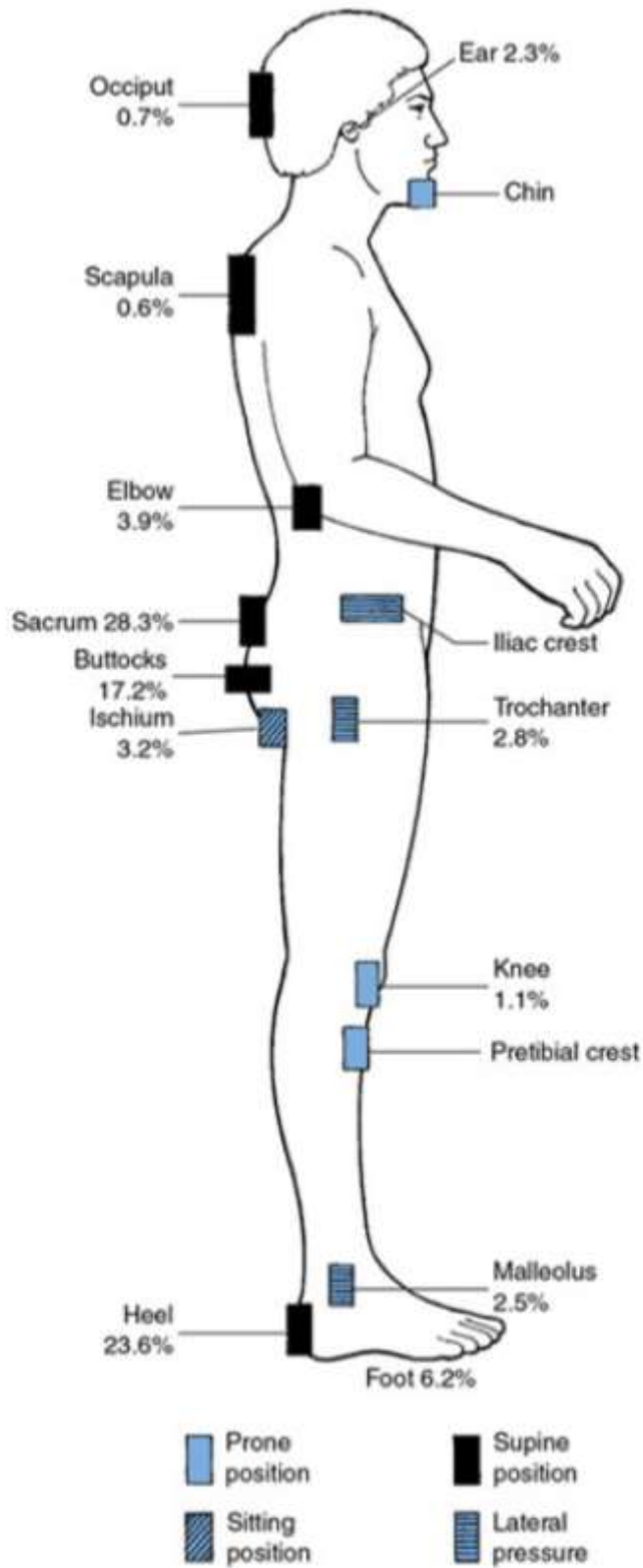


FIGURE 7-1 Sites for pressure ulcers and frequency of ulceration per site (N 5 85,838). Note: Sites for device-related pressure ulcers, which may not involve bony prominences, are not included. Source: (Data from Van Gilder C et al: Results of the 2008–



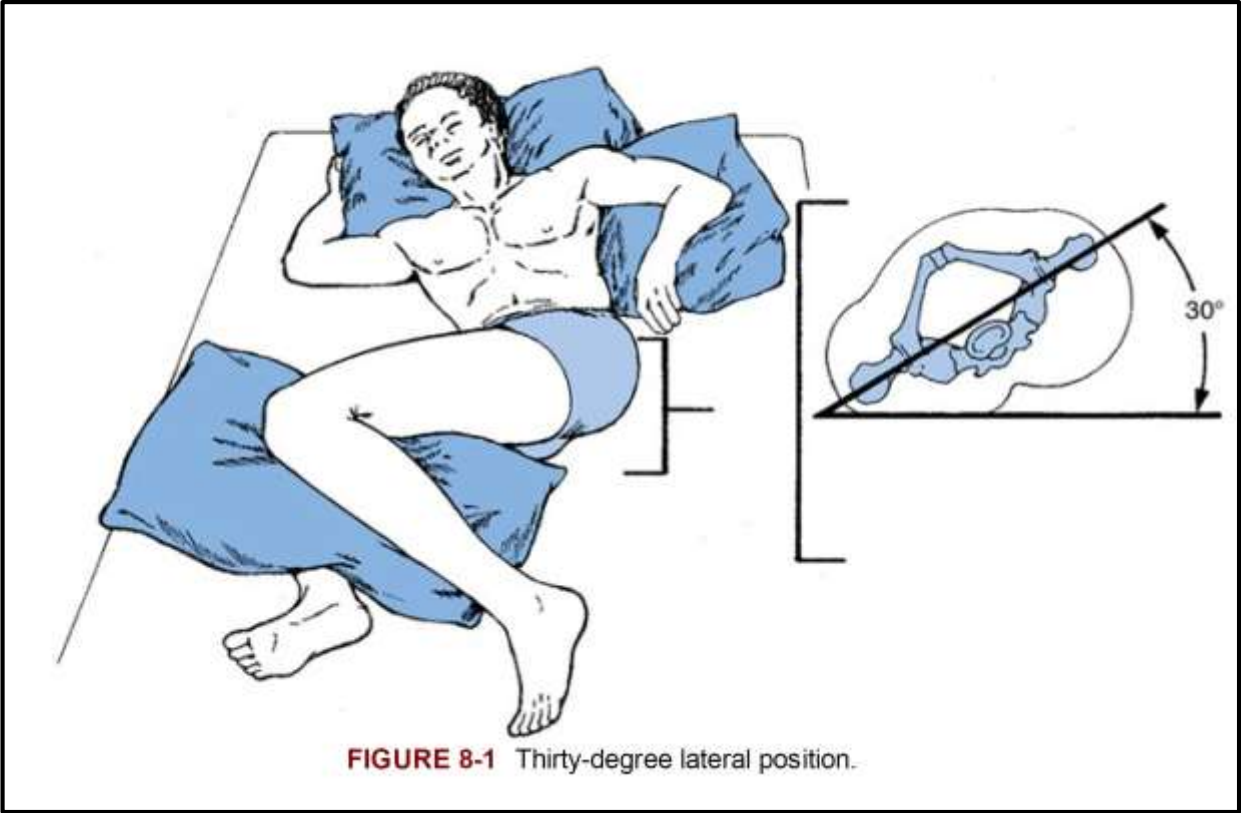


FIGURE 8-1 Thirty-degree lateral position.

* کمک به تحرک بیمار

تحرک هرچه بیشتر بیمار می تواند به خونرسانی بهتر نواحی زیرجلد و کاهش احتمال زخم فشاری کمک نماید. می توان با آموزش به بیماران دارای توانایی و قدرت حرکت از آنها خواست که در فواصل منظم نسبت به تحرک در تخت اقدام نمایند. در بیماران استفاده کننده از ویلچر می توان از آنها خواست تا در صندلی خود با استفاده از قدرت اندامهای فوقانی خود را بالا بکشند. در تختهای بیمارستانی می توان با استفاده از چهارچوب های مخصوص دستگیره دار در قسمت بالای تخت امکان کمک گرفتن بیمار از آنها را برای جابجایی مستقل فراهم نمود.



* مراقبت عمومی پوست

یکی از مهمترین اقدامات در مراقبت پوست از نظر پیشگیری بروز زخم شامل مدیریت رطوبت بیمار در تخت است. منابع رطوبت بیمار در تخت می تواند ادرار , مدفوع , عرق , ترشحات و... باشد. رطوبت باعث کاهش مقاومت پوست در مقابل نیروهای سایشی می گردد. بررسی بیمار دارای رطوبت باید بر اساس علت ایجاد کننده آن صورت گیرد. برای بیماران دچار بی اختیاری می توان بر حسب مورد از استراتژی های رفتاری , حفظ بهداشت پوست و استفاده از محصولات تجاری مختلف برای جذب یا مانع شدن از تماس پوست با رطوبت استفاده کرد.

از دیگر استراتژی های مهم در مراقبت پوست بررسی مرتب و مکرر پوست بیمار از نظر هرگونه علائم اولیه آسیب پوستی است. نواحی قرمز شده پوست نباید ماساژ داده شوند چرا که می تواند موجب آسیب بیشتر به بافت و عروق گردد.

نواحی پرینه بیمار باید بعد از هر اجابت مزاج بطور کامل توسط شوینده های مناسب تمیز گردد. همانگونه که رطوبت می تواند پوست را در معرض خطر زخم قرار دهد , خشکی و پوسته شدن پوست نیز می تواند به پوست آسیب برساند. استفاده از آب گرم و صابون سازگار با پوست می تواند به حفظ بهداشت این نواحی کمک کند. حمام روزانه برای سالمندان ممکن است موجب خشکی پوست و آسیب گردد. تمیز کردن مناسب نواحی پرینه , زیر بغل و پاها کافی است. حمام بصورت یک روز در میان یا دو بار در هفته برای این بیماران به نظر مناسب است. استفاده مناسب از مرطوب کننده های پوست می تواند به حفظ رطوبت پوست کمک کند. سه نوع معمول مرطوب کننده پوستی مورد استفاده قرار می گیرند که شامل لوسیونها , کرم و پماد هستند. لوسیونها دارای بیشترین محتوای آب بوده و برای تاثیر باید بصورت مکرر استفاده شوند. کرمها مخلوط آب و روغن بوده و برای تاثیر بهتر باید ۴ بار در روز استفاده شوند. پمادها کمترین میزان آب را داشته و حفاظت مانعی بیشتری ایجاد کرده و فعالیت مرطوب کنندگی طولانی تری دارند.

REFERENCES:

١. Core curriculum wound management-Dorothy B.Doughty-٢٠١٤
٢. text and atlas of wound diagnosis and treatment-Rose L HAMM-٢٠١٥
٣. WOUND CARE A collaborative practice manual for health professionals –Carrie
sussman -٢٠١٢
٤. ACUTE AND CHRONIC WOUNDS – RUTH A.BRYANT-DENISE P.NIX
٥. WOUND CARE ESSENTIALS – Sharon baranoski -٢٠١٢
٦. fast facts for wound care nursing – zelia ann kifer -٢٠١٢
٧. critical care nursing A HOLISTIC APPROACH – patricia gonce Morton - ٢٠١٣