



بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

بیمارستان شهید دکتر بهشتی بندرانزلی

## زخم بستر



تعریف زخم فشاری: صدمه و ایسکمی بافتی به علت فشار بر طرف نشده روی برجستگی استخوانی و پوست

اتیولوژی:

۱- فشار

۲- نیروهای شریک شونده (رطوبت)

۳- اصطحاک (پوست بیمار بر روی ملحفه کشیده شود)

پاتوفیزیولوژی:

• فشار زیاد بر روی برجستگی استخوانی

• توقف جریان خون مویرگی

• محرومیت بافت از اکسیژن و خون و تغذیه

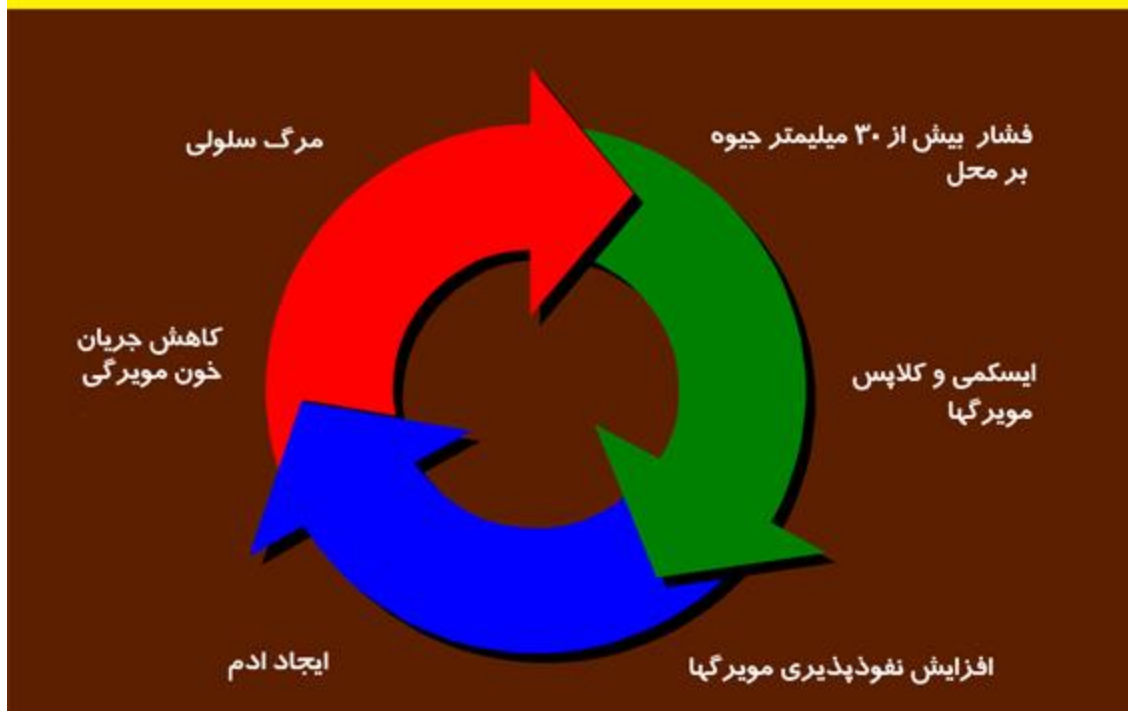
• ایجاد زخم

• نکروز سلول

• فشار بیش از ۷۲ میلیمتر جیوه برای مدت ۲ ساعت صدمات غیر قابل برگشت ایجاد میکند

• فشار زیاد در مدت کم و فشار کم در مدت طولانی باعث ایجاد زخم میشود.

## مکانیسم آسیب سلولی در زخم فشاری



### ریسک فاکتورهای ایجاد زخم:

- بی حرکتی (بیماران وابسته به تخت و صندلی)
- رطوبت (بی اختیاری ادرار و مدفوع)
- تغذیه نامناسب
- دیابت
- چاقی بیش از حد و لاغری مفرط
- بهداشت نامناسب
- مردان
- آسیب حسی
- اپیدمولوژی:
- 40% • بیماران قلبی عروقی
- 26% • کوادری پلژی
- 20% • پاراپلژی
- 27% • نرولوژیک

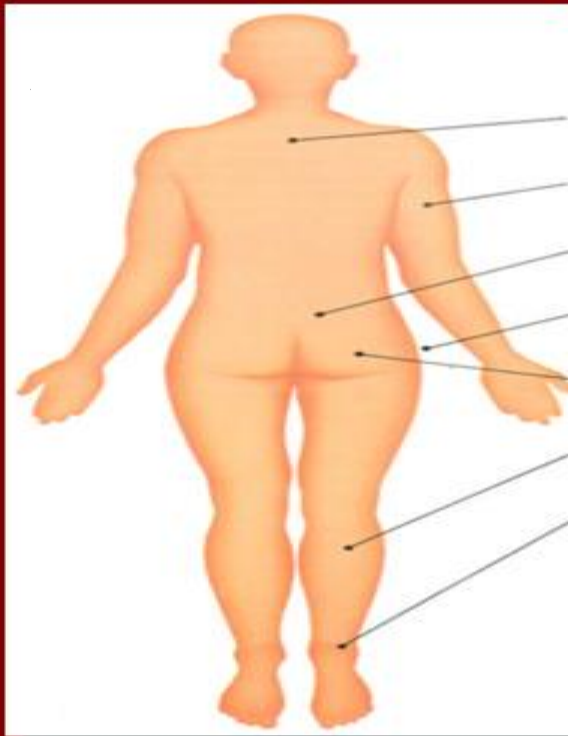
15% ارتوپدی

9% بیماران بستری

محل ایجاد زخم فشاری:

- 1- بیشترین محل زخم ساکروم (در پوزیشن سمی فالرز-بیماران وابسته به صندلی
- 2- پاشنه پا (در پوزیشن خوابیده به پشت-در بیماران دیابتی-تراکشن پا-بیحرکت)
- 3- تروکانتر (هیپ) (در پوزیشن لترال)
- 4- ایسکیوم (نشیمگاهی) (در پوزیشن نشسته-در پاراپلژی)
- 5- محل‌های غیر شایع (گوش-سر-پس سر-بینی)
- 6- محل بریس-سند اکسیژن-لوله معده-لوله تراشه

## میزان ابتلا به زخم در نقاط مختلف بدن



تنه ۴٪

اندام فوقانی ۳٪

ساکروم ۳۱٪

تروکانتر ۱۰٪

پاتکس ۲۷٪

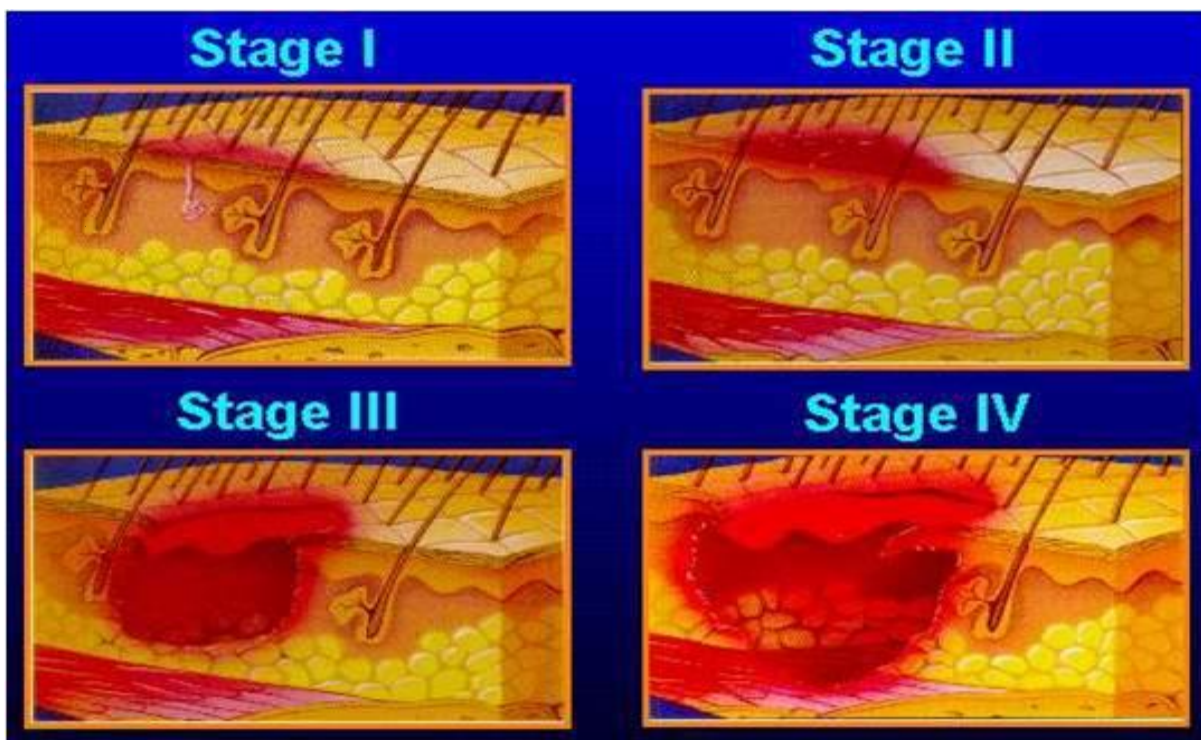
اندام تحتانی ۵٪

پاشنه پا ۲۰٪

مراحل زخم فشاری:

معیار استرلینگ

- 1- قرمزی و گرمی پوست - (اپیدرم گرفتار است)
- 2- از دست رفتن ضخامت نسبی پوست و بافتها (اپیدرم و کمی از درم گرفتار است)
- 3- از دست رفتن ضخامت کامل پوست و بافتها (اپیدرم - درم تا بافتهای زیر جلد) همراه با ترشح
- 4- از دست رفتن ضخامت کامل پوست و بافتها (اپیدرم - درم تا فاسیا - عضله)



### پیشگیری از زخم فشاری:

۱- بررسی و ارزیابی بیمار در بدو پذیرش از نظر ریسک فاکتورها (بیحرکتی-بی اختیاری ادرار یا مدفوع-لوله معده و تراشه-بریس-تاریخچه زخم بستر-رطوبت-تعریق-اسیب حسی-تغذیه نامناسب

۲- کاهش فشار (اساس پیشگیری است) (تغییر پوزیشن بیمار هر ۲ ساعت در بیماران در تخت و در بیماران با صندلی هر ۵/۰ ساعت-پوزیشن صحیح به بیمار-استفاده از تشک موج-فیزیوتراپی اندامها)

۳- مراقبت پوست (مشاهده روزانه پوست از نظر بروز زخم در بیماران پر خطر-توجه به نواحی پرینه-زیر بغل-تمیز نگه داشتن پوست و رعایت بهداشت پوست در بیمار-برطرف کردن رطوبت یا خشکی-تمیز بودن ملحفه و بدون چروک بودن آن-پرهیز از ماساژ بر روی نواحی قرمز شده و یا برجستگی-ماساژ نواحی سالم بصورت دورانی و ملایم)

۴- تغذیه مناسب بیمار (پروتئین و ویتامین کافی) مایعات کافی

۵- تمیز نگه داشتن پوست (تمیز کردن با اب ولرم و صابون ملایم- استفاده از پنپرز و مواد قابل جذب در بیماران بی اختیار)

پانسمان زخم:

- انتخاب پانسمان (به زخم چسبندگی ندهد- سطح زخم را مرطوب نگه دارد- ترشحات را جذب کند)

- پانسمان با نرمال سالین

- عدم استفاده از مواد آنتی سبتیک در پانسمان زخم در درجات پایین زخم شستشو زخم با سرنگ

۲۰-۵۰ سی سی و سرسوزن ۱۹ با فشار ملایم

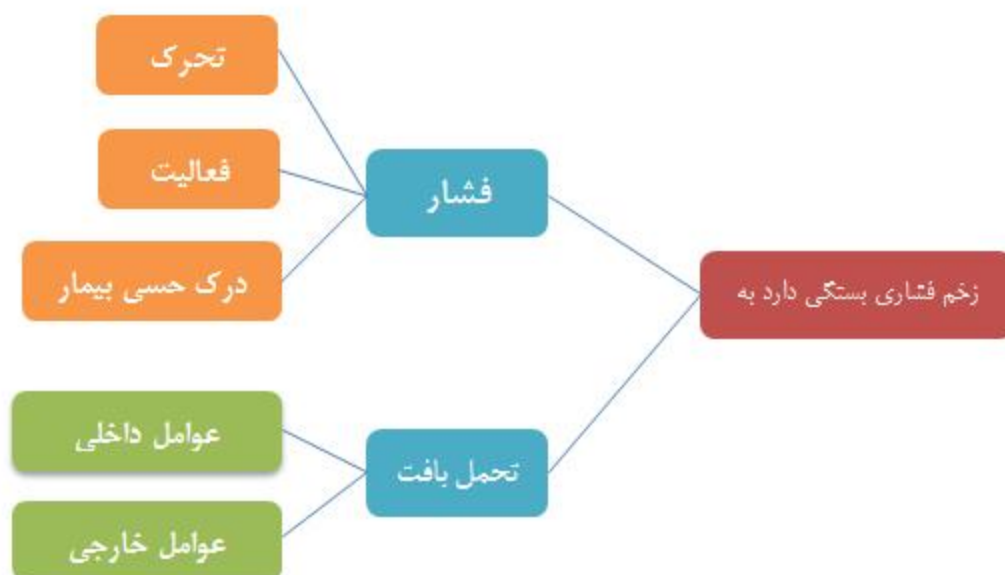
- استفاده مناسب از پانسمان هیدروکلئید- هیدروژل- ترانس پانت- الژینات

- دبریدمان صحیح زخم در صورت نیاز (مکانیکی- شیمیائی- جراحی)

- عمل جراحی و فلاپ پوستی

ارزیابی خطر زخم فشاری با ابزار برادن:

در این روش ارزیابی بوسیله ابزاری با ۶ دسته ملاک ، خطر زخم بستر در بیمار مشخص و با عدد تعیین می گردد. نمره کلی در این ارزیابی ۲۳ است و چنانچه نتیجه بدست آمده عددی کمتر از ۱۸ باشد بیمار در معرض خطر ابتلا به زخم بستر می باشد. هر بیمار هر ۲۴ ساعت یکبار بهتر است با این ابزار بررسی شود.



## زیر طبقه های ابزار برادن Scale Braden

۱- ادراک حسی

۲- رطوبت

۳- فعالیت

۴- تحرک

۵- تغذیه

۶- سایش و کشش



## ادراک حسی:

توانایی بیمار به پاسخ معنی دار به فشاری که ایجاد ناراحتی می کند.

به هر آیتم نمره ۴-۱ داده داده می شود.

نمره یک : محدودیت دارد. پاسخ نمی دهد احساس درد ندارد مانند بیمار دیابتی

نمره ۲: اختلال حسی دارد. در حد ناله هوشیاری دارد.

نمره ۳: محدودیت خفیف . مشکل حسی قابل توجه دارد.

نمره ۴: بدون محدودیت و قدرت گفتن درد

## رطوبت:

نمره ۱: دائما پوست مرطوب دارند. تعریق زیاد، بی اختیاری مدفوع و ادرار

نمره ۲: مرطوب نیاز به تعویض ملحفه هر شیفیت

نمره ۳: گاهی مرطوب . لایه روین ملافه مرطوب بوده و نیاز به تعویض روزانه دارد

نمره ۴: پوست خشک تعویض ملحفه بصورت روتین

## فعالیت بیمار: خروج از تخت

نمره ۱: وابسته به تخت و بدون خروج از تخت

نمره ۲: در حد پایین آمدن از تخت و نشستن روی صندلی با کمک

نمره ۳: قدم زدن گاه گاه توسط خود بیمار

نمره ۴: بدون محدودیت و در حال حرکت حداقل ۲ بار در روز از اتاق خارج می شود.

## حرک: تغییر پوزیشن و کنترل پوزیشن

نمره ۱: کاملاً بی حرکت

نمره ۲: محدودیت زیاد. حرکات گاه گاه و ناتوان در انجام حرکت

نمره ۳: خفیف. مداوم در تخت حرکت می کند

نمره ۴: بدون محدودیت. بدون کمک دیگران تغییر پوزیشن می دهد.

## تغذیه:

نمره ۱: خیلی ضعیف. هیچ وقت نمی تواند غذای کامل مصرف کند. NPO است. مایعات کافی نمی گیرد. بیماری که بیش از ۵ روز NPO است.

نمره ۲: احتمال ناکافی. ندرتاً غذای کافی می گیرد. گاهی مکمل استفاده می کند.

نمره ۳: کافی. تغذیه با NG Tub یا TPN

نمره ۴: عالی. مصرف همه انواع غذا و بدون نیاز به مکمل

## کشش و سایش:

نمره ۱: فرد برای حرکت نیاز به کمک دیگران دارد. مستقل نیست (بیمار بی قرار)

نمره ۲: حداقل کمک را برای جابجا شدن در تخت نیاز دارد.

نمره ۳: راحت در تغییر پوزیشن و حرکت

## ■ نتایج ارزشیابی با ابزار برادن

میزان خطر	نمره
بدون خطر	۱۹-۲۳
خطر متوسط	۱۵-۱۸
پر خطر	۱۳-۱۴
خیلی پر خطر	۱۰-۱۲

بیمارانی که به علت اختلال حسی - حرکتی یا عدم هوشیاری در بستر می باشند، در معرض آسیب پوست و بافت ها قرار دارند.

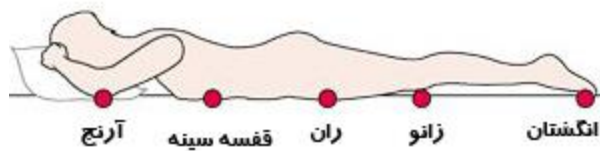
آسیب پوست و بافت زیر پوستی به دلیل تحت فشار قرار گرفتن پوست بین یک استخوان (مثل استخوان لگن) و یک سطح خارجی (مثل بستر) برای مدت طولانی، را زخم بستر می نامند.

زخم بستر از یک قرمزی ساده شروع شده و تا زخم عمیقی که به استخوان می رسد به سرعت گسترش می یابد.



نواحی شایع ایجاد زخم بستر: قوزک پا، پاشنه پا، زیر باسن، بین دو باسن، مهره های کمر، مهره های گردن، زیر آرنج و زیر کتف.

### نقاط در معرض خطر زخم فشاری



عوامل خطر بروز زخم بستر:

حمام نکردن بیمار

جا به جا نکردن و ماساژ ندادن بیمار

ملحفه خیس یا تاخورده یا چروک شده

پوشش پلاستیکی زیر بیمار

بی اختیاری ادرار و مدفوع

تشک نامناسب

تغذیه نامناسب

هر وسیله ای که زیر بیمار قرار گیرد و روی آن نقطه فشار آورد

بررسی مکرر پوست و رعایت نکات زیر به پیشگیری از ایجاد شکنندگی پوست و زخم بستر کمک می کند.

### استحمام

سعی کنید بیمار را هر روز حمام کنید. اگر امکان این مسئله وجود ندارد، حداقل روزی یک بار تمام بدن را با آب گرم پاک کنید.



برای حمام در بستر، باید هر قسمت از بدن به صورت جداگانه شسته و خشک شود مثلاً ابتدا دست ها، سپس پاها، شکم و بقیه اندام.

با همکاری یک فرد دیگر یک لگن از پشت زیر گردن بیمار قرار دهید و سر و گردن و موهای بیمار را بشویید.



نواحی که زیاد عرق می کند مثل کشاله ران، بین دو باسن و زیر بغل را به خوبی با آب و صابون بشویید.

به محض اینکه بیمار مدفوع کرد، تعویض شود و ناحیه را با آب گرم و صابون بشویید و خشک کنید.

در صورتی که در اثر مدفوع بدن بیمار قرمز شد، بعد از شستشوی ناحیه آن را با پماد اکسید دوزنگ چرب نمایید.

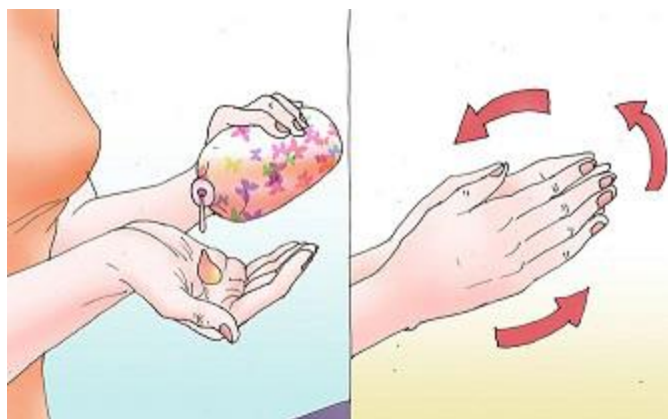
بعد از هر بار حمام کردن برای جلوگیری از خشک و حساس شدن پوست، بدن بیمار را می توانید با لوسیون بچه، روغن زیتون یا روغن بادام ماساژ دهید.

### ماساژ پشت

دست ها را بشویید.

بیمار را به پهلو یا شکم قرار دهید.

لوسیون را با کف دست های خود گرم کنید.



دست ها را کنار هم در قسمت پایین ستون مهره ها قرار دهید و به طرف بالا با حرکت ملایم و دورانی ماساژ دهید.



سپس با حرکت آرام به طرف باسن برگردید. ماساژ را ۳ دقیقه ادامه دهید.

تمام پشت، ناحیه دنبالچه، شانه ها، گردن و بازوها را با حرکات

دورانی ماساژ دهید و چند دقیقه آن را ادامه دهید.

پوست مددجو را به آرامی و با حرکت ملایم چنگ بزنید.

سپس با حرکت ملایم ماساژ را کامل کنید.

لوسیون های اضافه را با حوله از روی پوست پاک کنید.

ملحفه

ملحفه بیمار را روزانه عوض کنید.

جنس ملحفه را از نخ یا پنبه انتخاب کنید.

در صورتی که ملحفه بیمار خیس شد، بلافاصله آن را عوض کنید.



از ملحفه مرطوب استفاده ننمایید.

از تاخوردن و چروک شدن ملحفه زیر بیمار جلوگیری کنید.

ملحفه ها را ضدعفونی کرده و حتماً در آفتاب یا با اتو خشک گردد.

در صورتی که بیمار دارای بی اختیاری ادرار یا مدفوع می باشد می توانید از پوشش های پلاستیکی زیر بیمار استفاده نمایید، اما به شرطی که روی آن یک ملحفه نخی پهن شود.

### تشک مواج

تشک مواج در بیمارانی استفاده می شود که باید به مدت طولانی در بستر استراحت کنند.

جنس تشک مواج باید نرم و انعطاف پذیری کافی داشته که خود محرک پوست بیمار نشود.





قبل از خواباندن بیمار بر روی تشک موج، تشک به موتور آن وصل شود و کاملاً باید باد شده باشد.

چک کنید که تشک همیشه به برق وصل باشد.

هرگز شیء تیزی در تشک فرو نکنید. در صورت سوراخ شدگی کارایی خود را از دست می دهد.

تشک روکش ضد آب دارد. برای ضد عفونی کردن آن از آب و وایتکس استفاده نمایید.

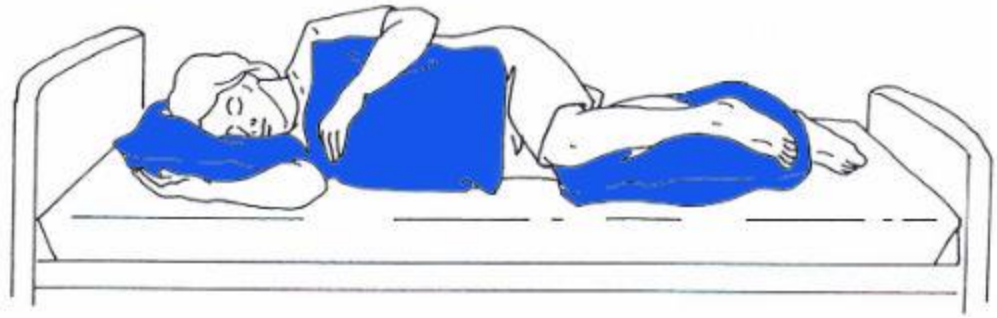
روکش پلاستیکی به طور مستقیم با بدن بیمار تماس نداشته باشد

و روی آن را فقط یک لایه ملحفه نخی بکشید.

پشت تشک وسیله ای است که موتور دستگاه است. از ضربه زدن و خیس کردن آن خودداری کنید.

### تغییر وضعیت و جابه جا کردن

حتی در صورتی که از تشک موج استفاده می کنید باید هر ۲ ساعت یک بار بیمار را در تخت جا به جا کنید.



در صورتی که بیمار به یک پهلو دراز می کشد، تخت در حالی که کاملاً صاف است با زاویه ۳۰ درجه نسبت به زمین قرار بگیرد تا فشار مستقیم روی استخوان لگن نباشد.

بین مچ، پاها و زانوی بیمارستان یک بالش کوچک قرار دهید تا به این نواحی فشار وارد نشود.

پاشنه بیمارستان نیاز به توجه خاص دارد، می توانید بالشی را زیر ساق پاهای بیمارستان قرار دهید تا پاشنه بیمارستان بلند شده و با زمین در تماس نباشد.

سر بیمارستان را بیش از اندازه بلندتر از بستر قرار ندهید.

بجای کشیدن بدن روی سطح رختخواب یا صندلی بهتر است برای جابجایی به کمک دست، آن را بلند کرد.

به هنگام قرار گرفتن به پهلو باید از خوابیدن مستقیم روی استخوان ران پرهیز کرد.

مواظب باشید سیم های رابط متصل به تشک پاره نشوند یا از دستگاہ جدا نگردند.

اقدامات اولیه در بیماری که دچار زخم بستر شده چیست؟

در صورتی که متوجه هر گونه قرمزی در پوست بیمار شدید باید بلافاصله اقدامات درمانی را شروع کنید چون در عرض چند روز این زخم تمام بافت را از بین می برد.

بر روی ناحیه مبتلا به زخم هیچ گونه فشاری وارد نسازید.

نواحی قرمز شده روی سطح استخوان های برجسته را ماساژ ندهید بلکه اطراف آنها را ماساژ دهید.

اجازه ندهید ناحیه قرمز شده در تماس با ملحفه، پتو و غیره باشد.

جهت شستشوی زخم فشاری، فقط از محلول سرم فیزیولوژی یا آب گرم استفاده شود.

از بتادین و سایر محلول های ضد عفونی کننده برای شستشوی زخم استفاده نکنید.

مطلقاً از پودر تالک استفاده نکنید. زیرا علاوه بر خشک کردن پوست، منافذ آن را نیز مسدود می کند.

مطلقاً از الکل جهت ماساژ دادن استفاده نکنید، زیرا پوست را به شدت خشک می کند.

پماد اکسید دوزنگ بر روی نواحی زخم شده نمالید.



اگر پوست بیمار تاول زد، آن را پاره نکنید. ناحیه تاول زده را در معرض هوا قرار دهید تا خوب شود.

درمان زخم بستر شامل کاهش فشاری که موجب ایجاد زخم شده، درمان خود زخم، بهبود رژیم غذایی و رعایت سایر نکات جهت کمک به بهبود زخم می شود.

گروه ایمنی بیمار