

عوامل خطر زا و راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

زخم فشاری :

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خرد کننده می باشد . به عبارت دیگر 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 . زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند : عمقی و سطحی

۱. زخم های فشاری عمقی :

که از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علائم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود .

۲. زخم های فشاری سطحی :

که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند و به ۴ درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند :

*** زخم های فشاری درجه یک :** پرخونی پوست ، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود ، احتقان و تورم موضعی پوست ، افزایش درجه حرارت موضعی و درد از علائم و نشانه های زخم فشاری درجه یک است .

*** زخم های فشاری درجه دو :** با تظاهر تاول ، خراشیدگی ، نکروز ، ترومبوزیس ، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم ، تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود .

*** زخم های فشاری درجه سه :** فقدان کامل پوست ، صدمه و نکروز زیر جلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علائم و نشانه های زخم فشاری درجه سه است .

*** زخم های فشاری درجه چهار :** فقدان کامل پوست ، تخریب وسیع پوستی ، نکروز بافتی ، درگیری عضلات ، استخوان ها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی ، سختی و نکروز لبه های زخم

عوامل خطر زا در بخش بستری :

عوامل خطر زای داخلی :

۱. بی اختیاری ادرار و مدفوع ۲. فقدان درک حسی ۳. فاکتورهای عروقی ۴. سالمندی ۵. سوء تغذیه ۶. کاهش فشار خون شریانی ۷. افزایش درجه حرارت بدن ۸. کاهش مقاومت بدن به عفونت ۹. اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب و پوست اریتماتو ۱۰. محدودیت حرکتی به ویژه بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخ دار (همی پلژی ، پاراپلژی ، کوادروپلژی) ۱۱. بیماری های مزمن : دیابت ، سرطان و آنمی

عوامل خطر زای خارجی :

۱. فشار ۲. نیروهای ناشی از اصطکاک ۳. نیروهای خرد کننده ۴. عدم رعایت بهداشت ۵. جا به جایی و تغییر وضعیت بیمار به روش غلط ۶. وضعیت نامطلوب بیمار در بستر ۷. تریزیقات مکرر در یک ناحیه از پوست ۸. سختی سطوح زیرین بیمار ۹. ناهمواری سطوح زیرین بیمار ۱۰. وجود تکه های ریز غذا و مواد زائد مختلف در تخت بیماران

مراقبت پوست :

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

عوامل خطر زا و راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

- ii. از ماساژ برای پیشگیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید .
- iii. از مالش شدید پوست در افراد مستعد ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید .
- iv. به منظور کاهش ابتلاء احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولسیون های مرطوب کننده ، پوست را مرطوب نگاهدارید .
- v. از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت نمایید .

اقدامات پیشگیری :

۱. **بهبود وضعیت تغذیه :** وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را طبق ابزار **BMI** ارزیابی ، غربالگری و برای مشاوره تغذیه ای برنامه ریزی و در دوره های زمانی منظم ، وضعیت تغذیه ای وی را پایش و ارزشیابی نمایید .

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

۳. تغییر وضعیت :

- به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار ، بیمار را تغییر وضعیت دهید .
- بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع یا برداشته شود یا توزیع مجدد شود .
- 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 .
- برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً" بی حرکت (وابسته به تخت) می توان از ملحفه استفاده نمود .
- بیمار را مستقیماً" بر روی وسایل درمانی متصل به وی نظیر لوله ها و کاتترها جابجا نکنید .
- از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تروکانتر بزرگ در وضعیت طرفی بپرهیزید .
- از جاگذاری بیمار بر روی زائده موجود استخوانی یا اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید .
- 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 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 پیشگیری نمایید .
- 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 .

تدابیر کلی :

- در یک ناحیه از پوست بیمار به صورت مستمر از چسب های طبی استفاده ننمایید .
- بستر بیماران را عاری از مواد زائد و تکه های ریز غذا نگاهدارید .
- در یک ناحیه از پوست بیماران به طور مکرر تزریق ننمایید .
- به منظور پیشگیری از صدمه به پوست مددجویان ، ناخن های خود را کوتاه و انگشت و یا سایر زیور آلات را از دست خود خارج ننمایید .
- ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگاهدارید .