

نام شاه داود خان و

PRESSURE ULCERS

تهیه و تنظیم: سمیه پلوان
کارشناس ارشد پرستاری

کمیته آموزش بیمارستان کوثر آستانه اشرفیه مهر 96

مقدمه:

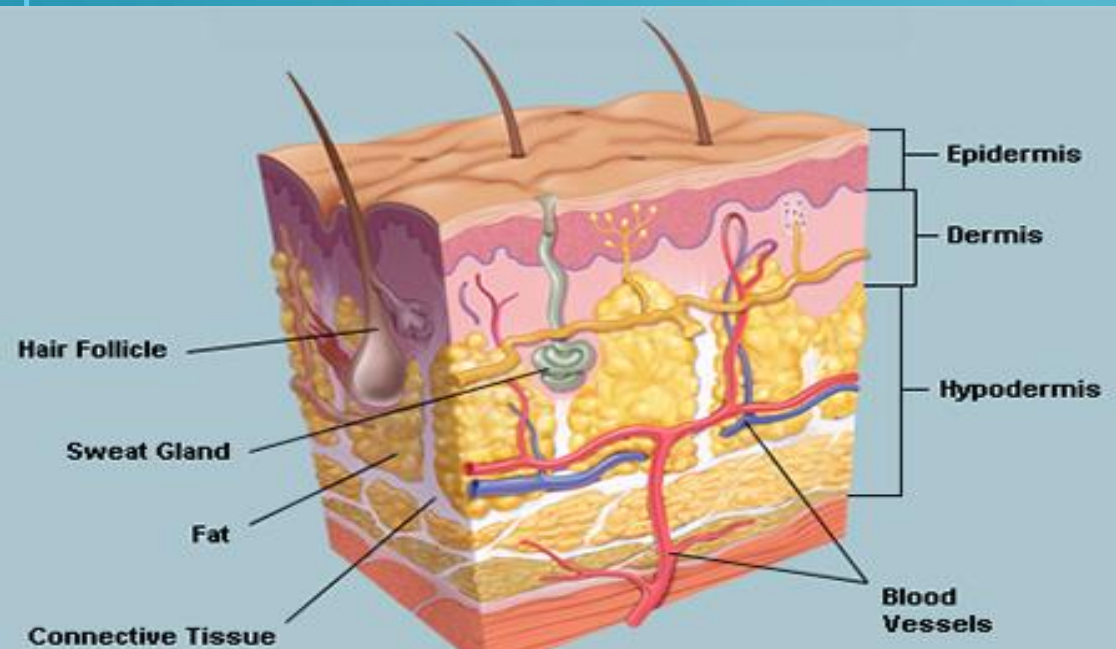
زخم های فشاری در بیمارانی که به علتی دچار بی حرکتی شده اند مثل ضایعات نخاعی عارضه مهمی به شمار می رود. علت عمده ایجاد زخم بستر مربوط به فشار طولانی مدت بر روی پوست و متعاقب آن عدم خونرسانی به این عضو است.

❖ پوست:

پوست بزرگترین اندام انسان است و یکی از اندامهایی است که به بیشترین میزان مورد دید قرار دارد.

پوست سدی بین اعضای داخلی و محیط خارجی است و در بسیاری از اعمال حیاتی بدن دخالت دارد.

پوست متشکل از سه لایه به نام های اپی درم، درم و هیپو درم است.



طبقه بندی زخمها بر اساس طول مدت التیام

❖ زخم حاد

❖ زخم مزمن

✓ زخم های حاد:



- 1- INCISION (بریدگی)
- 2- ABRASION (خراشیدگی)
- 3- PUNCTURE (سوراخ شدن)
- 4- LACERATION (کوفتگی)
- 5- CONTUSION (ضربیدگی)



✓ زخم های مزمن :

۱- زخم دیابتی (نوروپاتی، بیماری عروقی، تغییر شکل و عفونت)

۲- زخم های فشاری

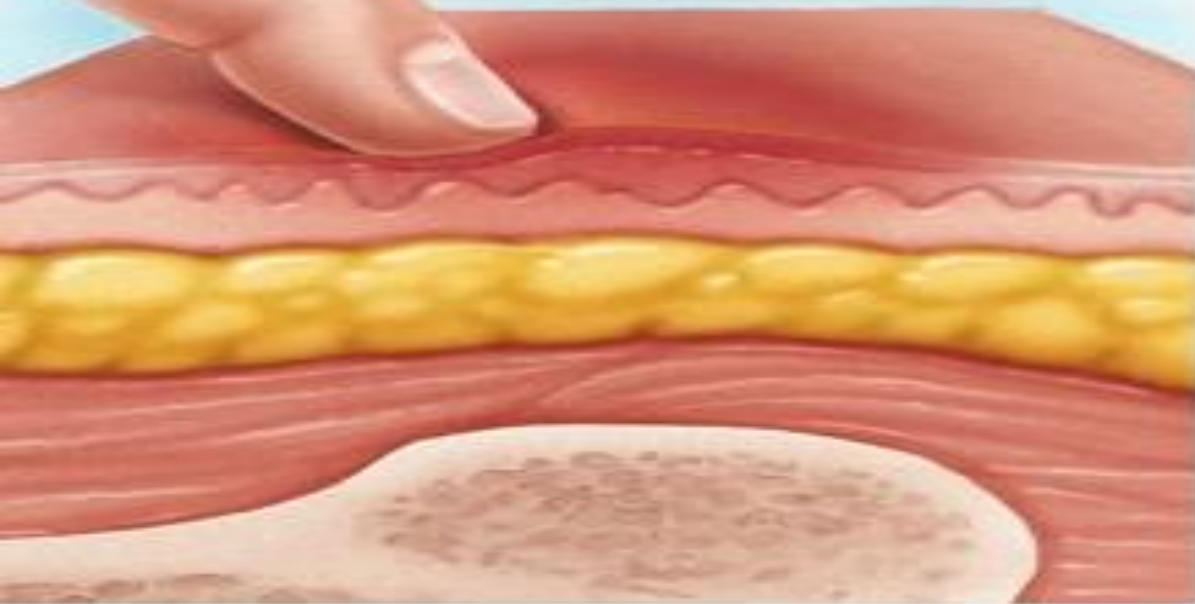
۳- زخم های شریانی

۴- زخم های وریدی



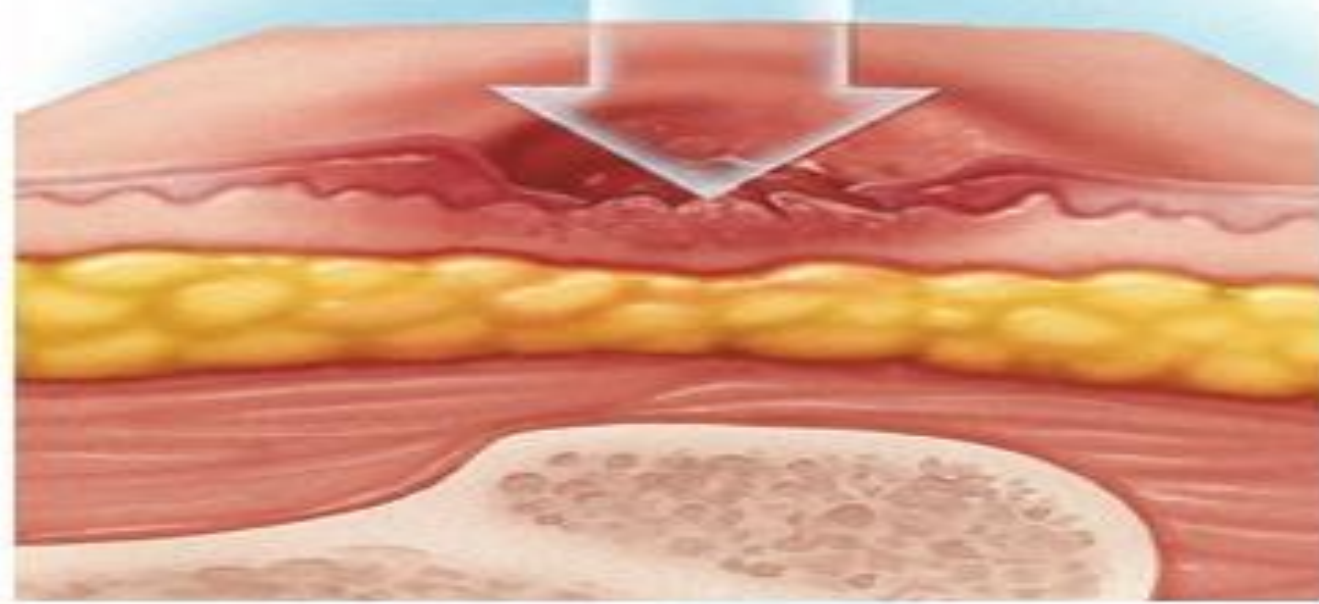
Stage 1

Skin is unbroken
but inflamed



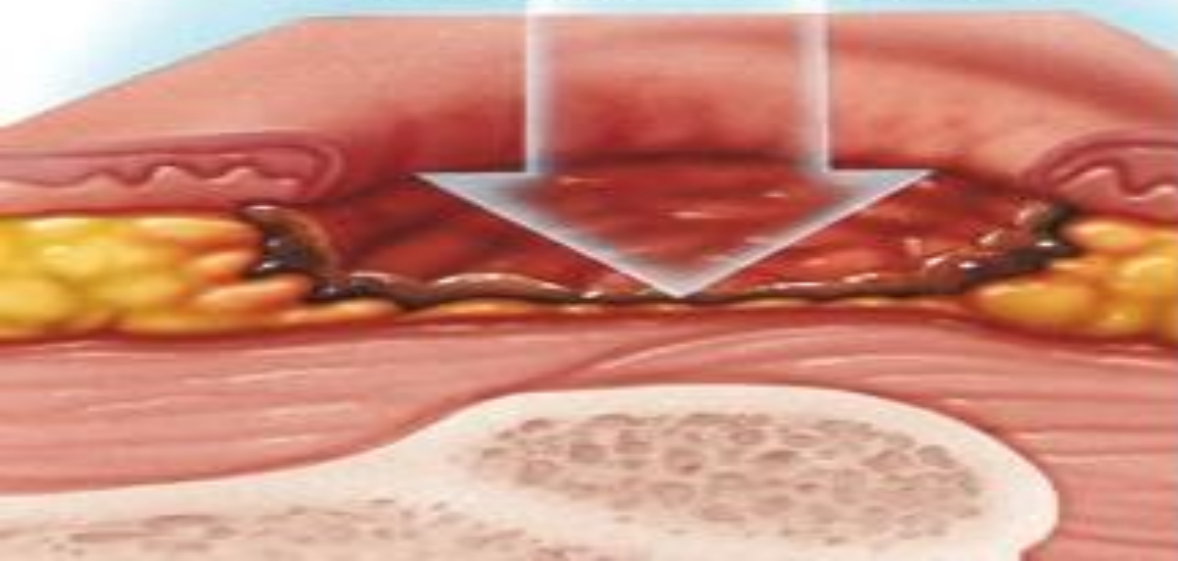
Stage 2

Skin is broken to
epidermis or dermis



Stage 3

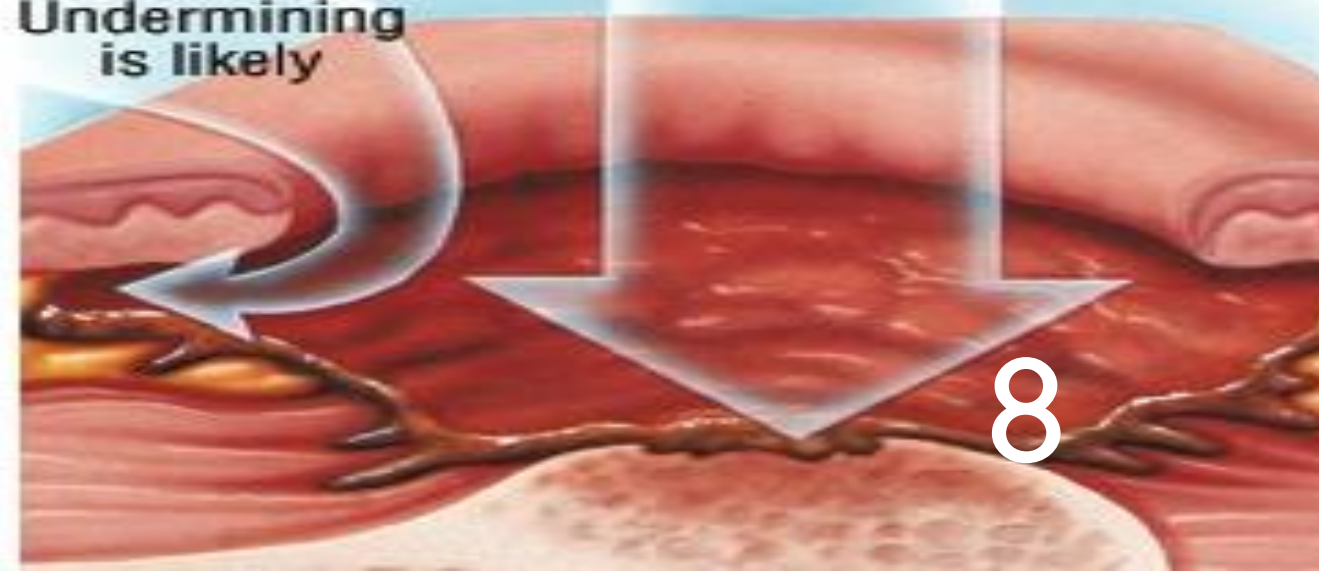
Ulcer extends to
subcutaneous fat layer



Stage 4

Ulcer extends to
muscle or bone

Undermining
is likely



✓ پیشینه ی تاریخی :

✓ قدمت زخم و درمان زخم به اندازه عمر بشر است.

✓ در گذشته با قانقاریا اشتباه گرفته می شد.

✓ این زخم ها بعلت بروز مکرر در بیماران بستری، زخم بستر یا BED-SORE نامیده می شود.

✓ از آنجاییکه عامل اصلی ایجاد زخم فشار است، واژه PRESSURE ULCER یا زخم فشاری صحیح ترین و مناسب ترین واژه برای توصیف این زخم ها می باشد.

✓ آنچه در سالهای اخیر در مراکز درمانی دنیا جزء نگرانی های مهم کادر درمانی به خصوص گروه پرستاری شده است ایجاد زخم بستر در بیمارانی است که به هر علت مجبور به اقامت طولانی در مراکز درمانی به ویژه در وضعیتهای بی حرکتی کامل ، بیهوشی و یا کاهش سطح هوشیاری در بستر می باشند.

✓ تعاریف:

✓ زخم فشاری به زخمی گفته می شود که به علت وارد آوردن فشاری بیش از فشار طبیعی مویرگها (۳۲ میلی متر جیوه) به مدت طولانی بر سطح پوست ایجاد می گردد که موجب نکروز ناحیه محدودی از بافتهای نرم می شود.

✓ زخم بستر یا BEDSORE یا زخم فشاری (PRESSURE SORE) زخمی مزمن است که در اثر فشار بر روی بافت بین برجستگی های استخوانی و سطح سخت تخت و یا صندلی ایجاد می گردد و در نهایت سبب مختل شدن خونسازی به بافت ،هایپوکسی و نکروز می گردد.

هزینه سالانه درمان زخم فشاری در ایالت متحده آمریکا ۳/۶ - ۲/۲ میلیارد دلار برآورد شده است. وجود زخم فشاری با افزایش خطر عفونت و مرگ و میر در افراد مسن همراه است. هر ساله تقریباً ۶/۲ میلیون نفر از پذیرشهای مراکز اورژانس، شامل افراد پیری هستند که در معرض توسعه زخم فشاری قرار دارند.

وجود زخم فشاری خطر مرگ در افراد مسن بستری در بخشهای ویژه را ۲ تا ۴ برابر افزایش میدهد. همچنین وقوع آن از لحاظ اجتماعی، روانی و فیزیکی بر فرد اثر گذاشته و در نهایت **کیفیت زندگی** را کاهش می دهد.

- ✓ دانمارک : ۴۳ نفر در هر ۱۰۰۰ / ۱۰۰ مدد جو .
- ✓ اسکاتلند : ۸۶ نفر در هر ۱۰۰۰ / ۱۰۰ مدد جو .
- ✓ آمریکا : تقریباً ۳ میلیون نفر از کل ۲۵۰ میلیون نفر جمعیت ، (سالانه ۶۰ هزار نفر آنها بدلیل عوارض این زخمها فوت میکنند) .
- ✓ ایران : در بخشهای جنرال ۵٪ ، بخش های ویژه ۱۰/۱ تا ۲۱ درصد و در مراکز نگهداری از معلولین تا ۳۸٪ .

همچنین شیوع زخم فشاری از ۱۳/۶ درصد برای بیماران با مراقبت حاد تا ۴۲/۱ درصد برای بیماران با مراقبت طولانی مدت و از صفر تا ۱۷ درصد در مراقبتهای منزل متغیر می باشد.



حتی در پیشرفته ترین جوامع از نظر مراقبتی و با ارائه بهترین
مراقبت‌های پرستاری آمار مرگ بالاست، به طوری که سالیانه حدود
۶۰۰۰ نفر به علت عوارض ناشی از زخم‌های فشاری در ایالت
متحده جان خود را از دست می دهند. در ایران آمار دقیقی در این
زمینه وجود ندارد.

❖ اهداف:

❖ تشخیص زودرس زخم

❖ پیشگیری از گسترش زخم

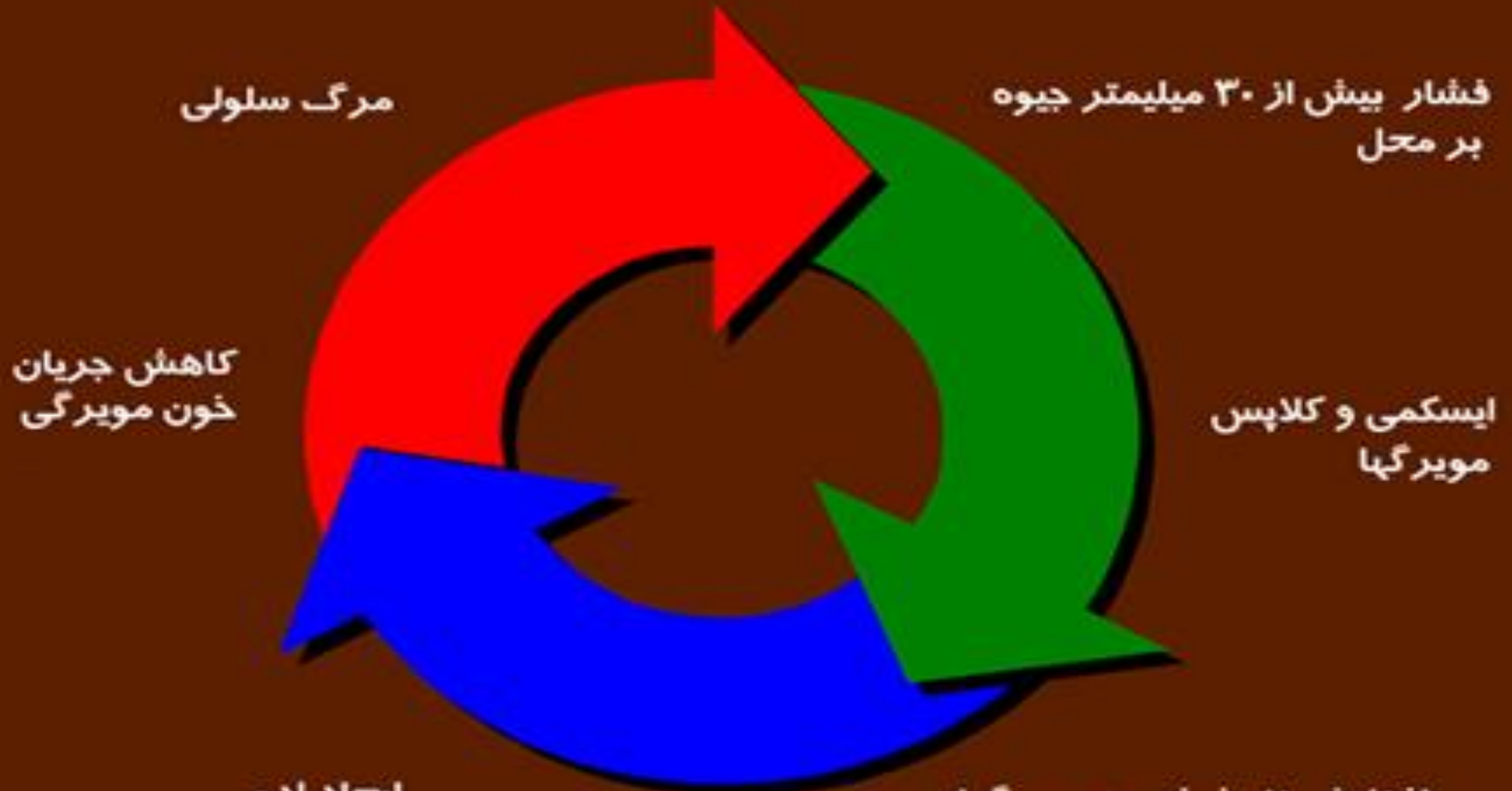
بطور کلی ۳ عامل زیردرایجاد زخم فشاری دخیل است :

۱- میزان فشار

۲- مدت فشار

۳- تحمل بافت

مکانیسم آسیب سلولی در زخم فشاری



شایع ترین محلهای گرفتاری

- ✓ ۹۶٪ زیر سطح ناف (بیش از همه در محل استخوان ساکروم و دنبالچه) .
- ✓ ۶۷٪ اطراف لگن .
- ✓ ۲۹٪ در اندام تحتانی .
- ✓ ۴٪ استخوان پس سر ، کتف ، پیشانی ، ترقوه ، مچ دست و ...

✓ ۷۱٪ مبتلایان : بالای ۷۰ سال دارند .

✓ ۶۸٪ مبتلایان : پاراپلژی هستند.

✓ ۱۵٪ مبتلایان : مشکلات ارتوپدی در پاها

دارند .

❑ عوارض زخم های فشاری

❑ عفونت پوست

❑ عفونت استخوان و مفاصل

❑ سپتی سمی

❑ سرطان

افراد مستعد:

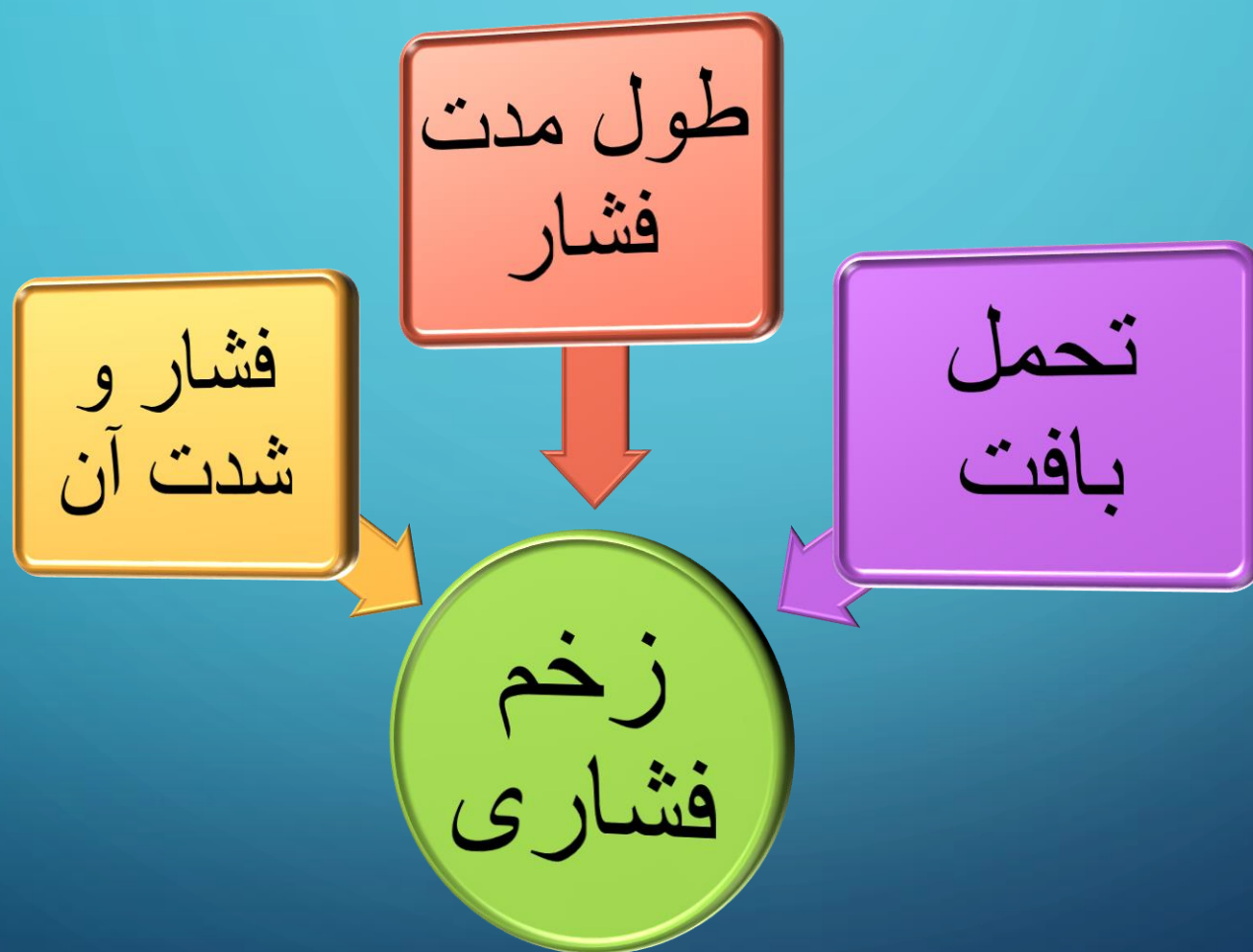
➤ افراد مبتلا به **ضایعات نخاعی** ، فلج عضلانی ، MS ، و دیگر مشکلات عصبی که منجر به کاهش حس درد در آنها شده .

➤ ۲. افراد با بستری طولانی مدت در **بخش مراقبت های ویژه**

➤ ۳. افراد با دوران نقاهت طولانی **پس از جراحی**

➤ ۴. افراد **سالمند** یا افراد دیگری که بهر دلیل و بدون کمک دیگران قادر به تغییر وضعیت بدن خود نیستند و یا از **صندلی چرخدار** استفاده می کنند .

پاتو فیزیولوژی



پاتو فیزیولوژی :

فشار بیش از ۲۲ میلی متر جیوه سیستم مویرگی شریانی -و ریدی را مسدود میکند در نتیجه موجب ANOXIA و یا ISCHEMIA بافتی میگردد. بدین ترتیب وضعیت متابولیسم بافت مختل شده در نتیجه موجب متابولیسم بی هوازی و پیدایش حالت اسیدوز بافتی گردیده متعاقب آن نفوذپذیری مویرگها افزایش یافته و باعث ایجاد تورم و در نهایت مرگ سلولی میشود که این روند در انتها بصورت زخم فشاری تظاهر پیدا می کند.

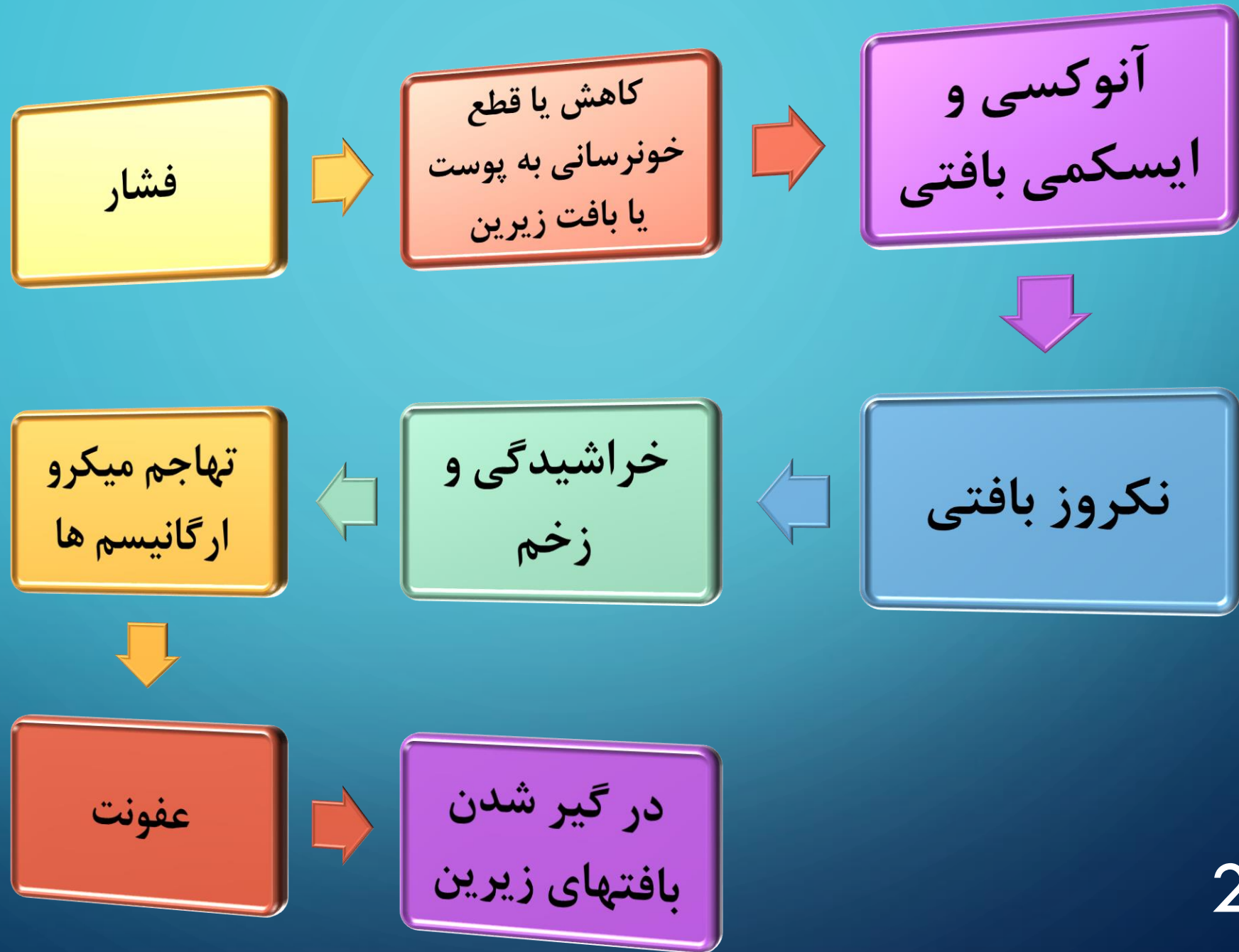
تغییر رنگ پوست ناحیه تحت فشار (BLANCHING) اولین علامت زخم فشاری است. بطوریکه پوست این نواحی بعلت کم شدن جریان خون در مقایسه با سایر نواحیر رنگ پریده و سفید میشود. در این حالت اگر فشار رفع شود NORMAL REACTIVE HYPEREMIA (واکنش نرمال خونی) که همراه با قرمزی و گرمی در موضع می باشد، ایجاد میشود که یک واکنش جبرانی است. حدودا یکساعت طول میکشد تا این واکنش برطرف شود. اگر فشار مدت زمان بیشتری طول بکشد باعث دفع حالت NORMAL REACTIVE HYPEREMIA میشود که بصورت اتساع بیش از حد و INDURATION (یک ناحیه ادم لوکالیزه در زیر پوست) میشود که این واکنش هم بیش از یکساعت تا دو هفته طول میکشد.

اگر مدت زمان فشار از این مرحله هم طولانی تر شود مرگ سلولی و سپس نکروز پوستی را خواهیم داشت.

پاتوفیزیولوژی :

با شکافته شدن پوست که مهم ترین سد دفاعی بدن می باشد، میکرواورگانیزم هایی از قبیل استرپتوکوک، استافیلوکوک، پseudomonas و عفونت های ثانوی در محل زخم نفوذ میکنند که در این حالت مقابله با آن مشکل است و حتی ممکن است عمیق تر گردیده و به عضله و استخوان راه یابد و حتی موجب انتقال عفونت از طریق جریان خون به تمام نقاط بدن شود.

بطور کلی میتوان گفت پوست در شرایط طبیعی بمدت ۲ ساعت میتواند فشار و کاهش اکسیژن رسانی به سلول را تحمل نماید البته این زمان تا حدودی به مقدار فشار وارده بر پوست بستگی دارد.



پوزیشن های در معرض خطر:

۱- وضعیت خوابیده به پشت (SUPINE POSITION)

❖ استخوان پس سری (OCCIPITAL BONE)

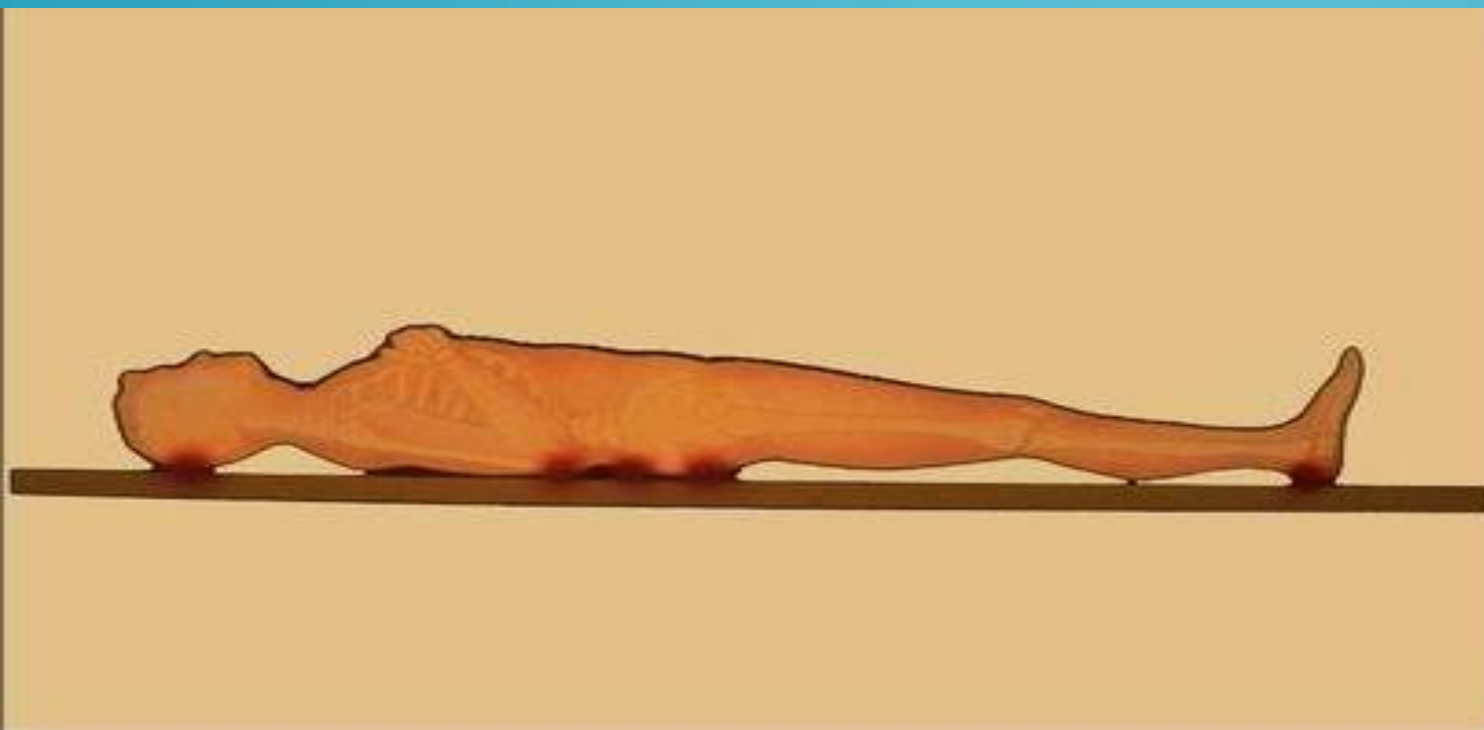
❖ ستون مهره ها (VERTEBRAE)

❖ آرنج (ELBOW)

❖ ساکروم

❖ دنبالچه

❖ پاشنه پا



۲- وضعیت خوابیده به شکم (PRONE POSITION)

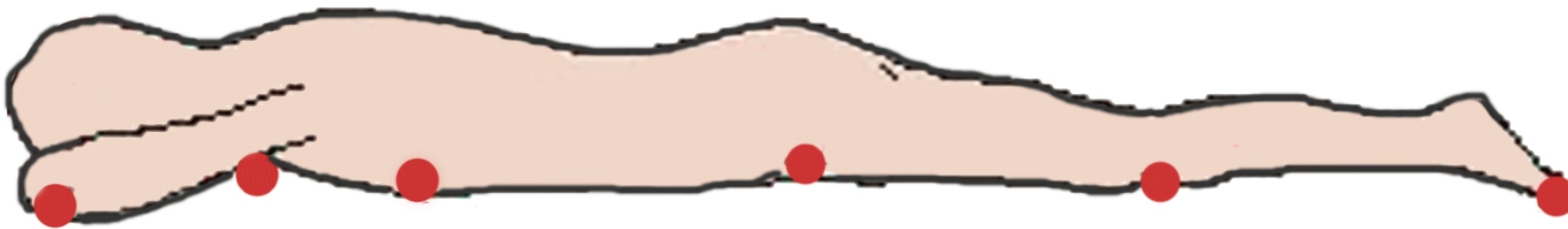
❖ استخوان پیشانی (FRONTAL BONE)

❖ استرنوم،

❖ زانو،

❖ برجستگی های لگن

❖ انگشتان پا



۳- وضعیت خوابیده به پهلو (LATERAL POSITION)

استخوان کتف

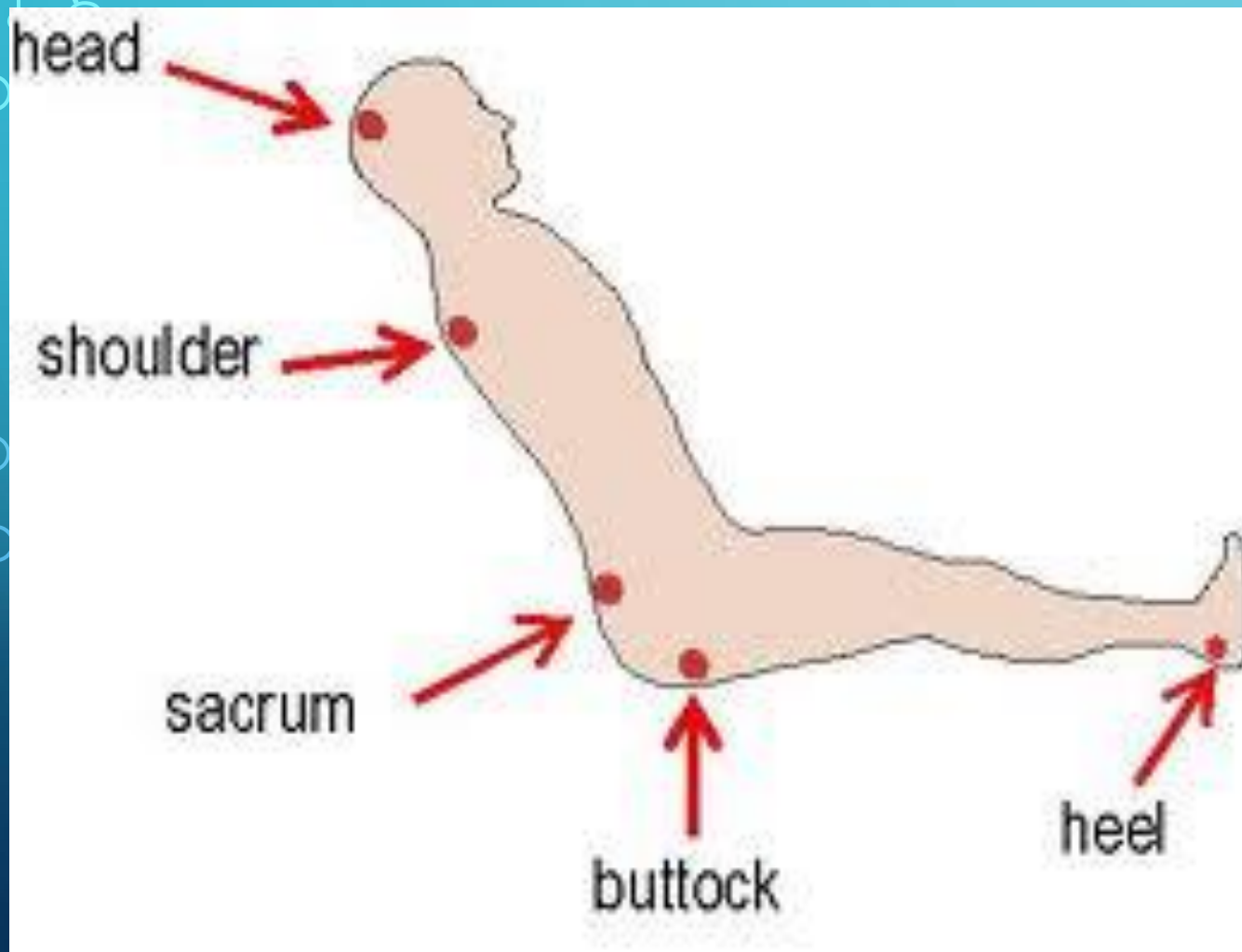
ایلیاک کمرست

برجستگی بزرگ استخوان ران

قوزک های پا

زانوها

۴- وضعیت نشسته (SITTING POSITION)



❖ سر

❖ شانه ها

❖ برجستگی های استخوان عانه

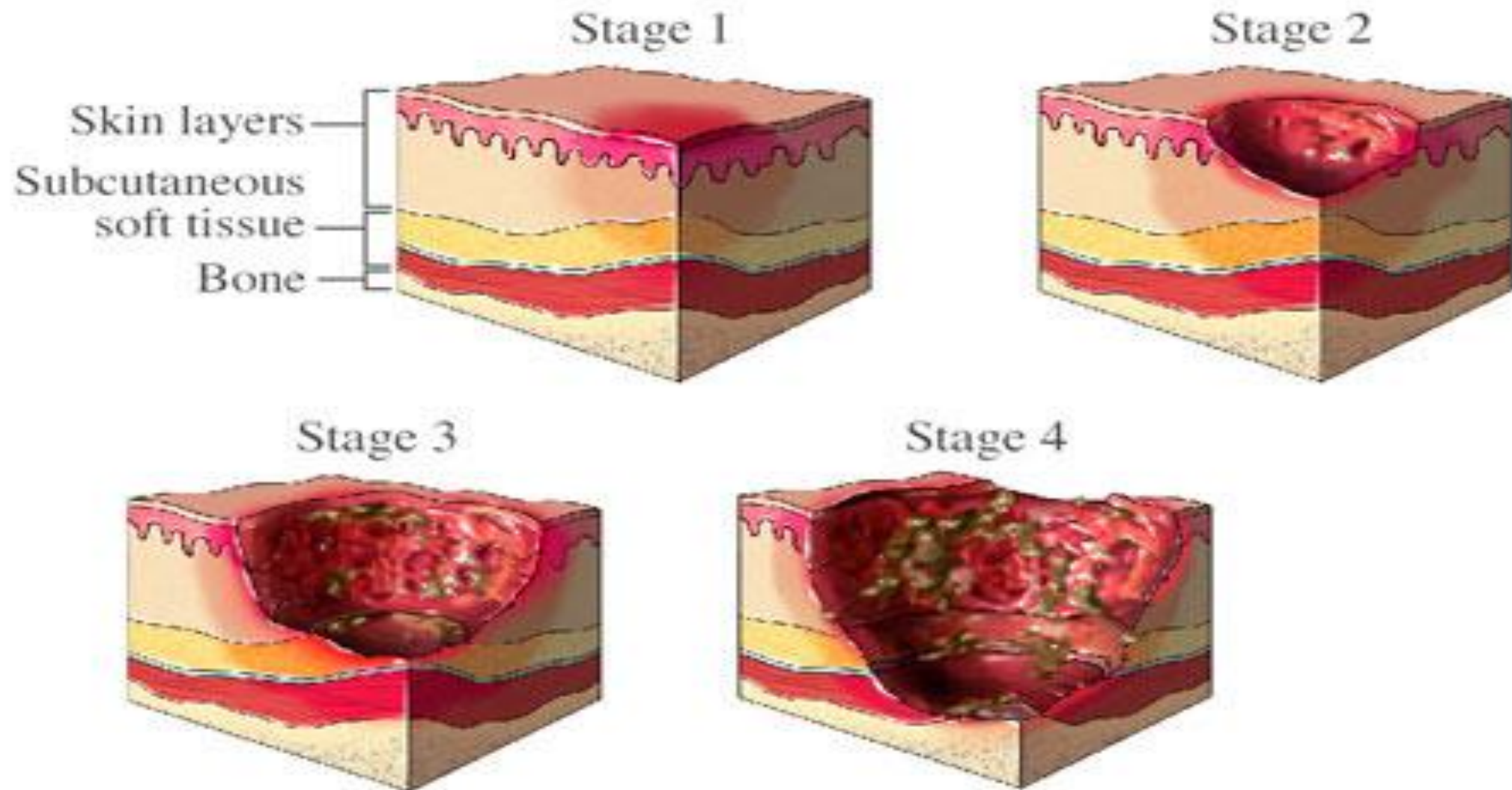
❖ ساکروم

❖ پاشنه ها

✓ به طور کلی شایع ترین محل زخم‌های فشاری، استخوان ساکروم و دنبالچه می باشد.

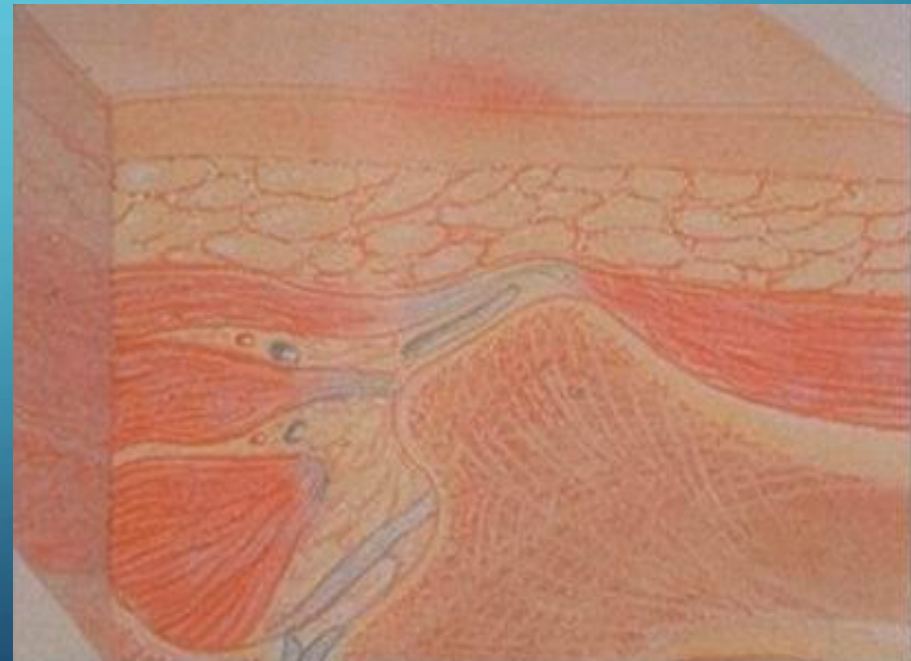
❖ به ترتیب زیر سطح ناف (UMBILICUS)، اطراف ناحیه لگن (PELVIC) و اندام تحتانی بالاترین آمار زخم های فشاری را دارند.

تقسیم بندی زخمهای فشاری:



سطح ۱: قرمزی پوست:

ساییدگی، پوست صورتی رنگ و گرمتر نسبت به سایر نقاط، ممکن است پوست در لمس کمی سخت تر از حد معمول باشد.



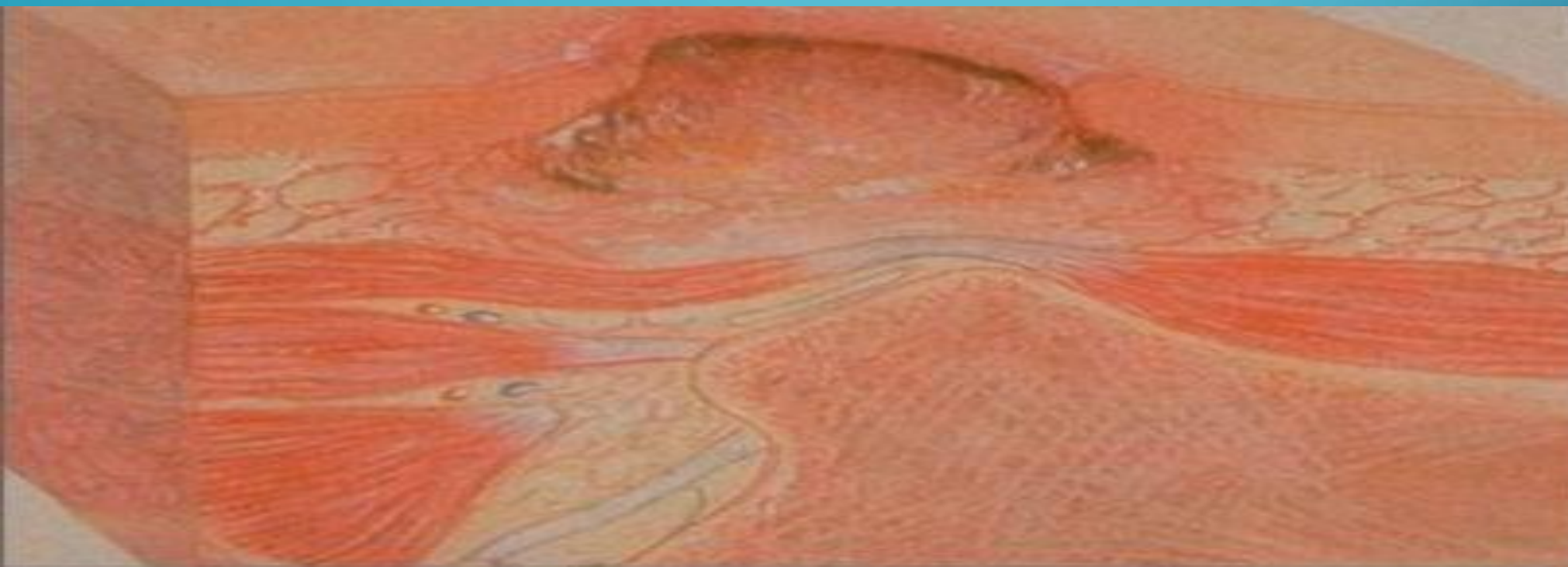
سطح ۲: از بین رفتن لایه های پوستی شامل اپیدرم:

تخریب کامل اپی درم پیش رونده به سمت درم، پوست قرمز رنگ، ترشح کم، احتمال دارد تاول هم دیده شود.



سطح ۳: از بین رفتن وسیع پوست تا بافت زیر درم:

درگیری تمام ضخامت پوست، زخم با عمق بیش از 1 CM، زخم ممکن است بصورت دهانه ای کوچک به نظر برسد ولی در زیر بافت های سالم، حفره وجود داشته باشد و اندازه واقعی زخم به مراتب بزرگتر از ظاهر زخم و تخمین اولیه باشد.

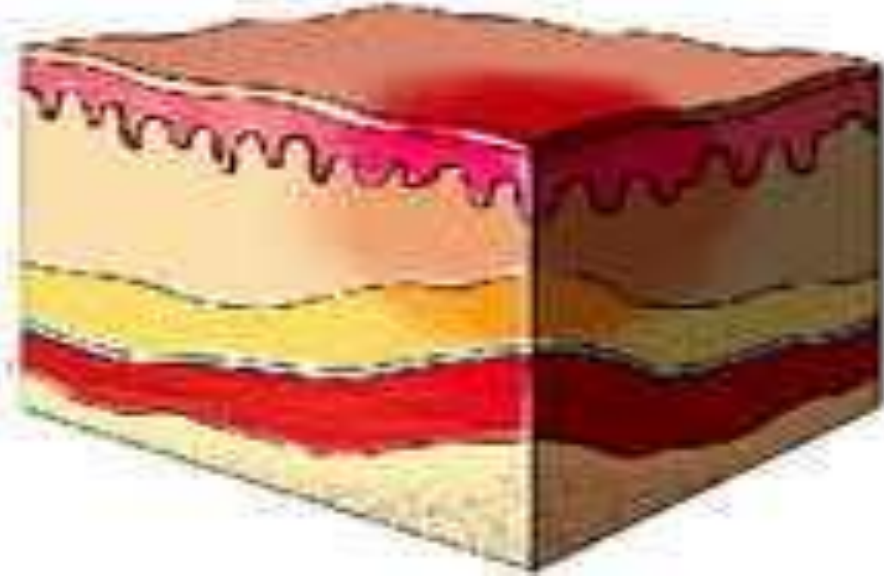


سطح ۴: تخریب عمیق بافت، از بافت زیر پوست تا فاشیا توسعه می یابد و ممکن است شامل عضله و یا همچنین استخوان باشد.

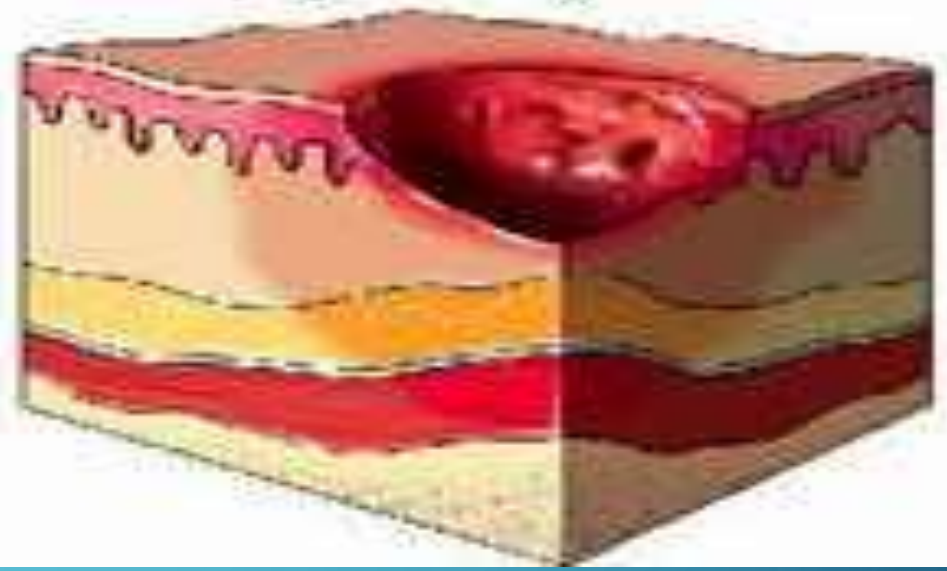
درگیری تمام ضخامت پوست، زخم بسیار عمیق، احتمال آسیب بافت‌های زیرین مثل تاندونها، استخوان‌ها و مفاصل، سلول‌ها و بافت‌های مرده خیلی زیاد دیده می شود.



مرحله اول



مرحله دوم



مرحله سوم



مرحله چهارم



❑ عوامل موثر در پیدایش زخم های فشاری

- ۱- عوامل خطر ساز در پیدایش زخم های فشاری
- ۲- فاکتورهای زمینه ساز

❖ عوامل خطر ساز در پیدایش زخم های فشاری:

- (A) بی حرکتی
- (B) کاهش درک حسی
- (C) کاهش سطح هوشیاری
- (D) گچ، تراکشن، وسایل ارتوپدی و سایر تجهیزات
- (E) جراحی با طول مدت ۴ ساعت یا بیشتر
- (F) مدت قرار گرفتن شخص در یک وضعیت
- (G) بیماری های نورولوژیک

۲- فاکتورهای زمینه ساز:

(A) نیروی شرینگ

نیروی شرینگ سبب می شود که عروق خونی زیر جلد تحت فشار قرار بگیرند و در نتیجه سبب انسداد جریان خون و نکروز در آن ناحیه می شود.

(B) نیروی اصطکاک

اصطکاک در حقیقت نیروی مکانیکی خارجی است که هنگامیکه پوست بر روی سطح خنثی کشیده می شود ایجاد می شود. جدا شدن اپیدرم و ایجاد خراش در پوست .

فاکتورهای زمینه ساز:

(C) رطوبت

رطوبت خطر تشکیل زخمهای فشاری را ۵ برابر می کند. پوست در معرض رطوبت در اثر جذب آب نرم و نازک می شود و در نتیجه مقاومتش در برابر فاکتورهای فیزیکی مثل فشار نیروی شرینگ کاهش می یابد.

(D) سوء تغذیه

در بیمارانی که دچار سوء تغذیه هستند اغلب آتروفی عضلانی شدید و کاهش در بافت زیرجلدی دیده می شود

. کاهش آلبومین سرم کاهش سطح پروتئین توتال فشار اسموتیک کلئیدی را کاهش داده که منجر به تجمع مایع در فضای میان بافتی و کاهش اکسیژن رسانی به بافتها می گردد.

. سوء تغذیه همچنین تعادل آب و الکترولیت بدن را بر هم می زند و فرد را مستعد زخم می کند.

کاهش ویتامین C

(E) **آنمی**

کاهش اکسیژن قابل تحویل به بافتها

کاهش متابولیسم سلولی

تاخیر بهبودی زخمها

(F) **کاشکسی**

حالت لاغری مفرط بوده که در بیماریهای شدید مثل **کanser** و مراحل نهایی **بیماریهای قلبی ریوی** دیده می شود. بیمار کاشکسیک بافت چربی لازم جهت محافظت از برجستگی ها استخوانی را در برابر فشار از دست می دهد.

(G) **چاقی**

عروق خونی کمتری دارند و در نتیجه در برابر آسیبهای ایسکمیک زودتر تخریب می شوند

(h) عفونت

افزایش نیازهای متابولیک بدن

ایجاد هیپوکسیک

تب ناشی از عفونت نیز منجر به تعریق زیاد می شود که رطوبت پوست را افزایش داده

(i) اختلال در گردش خون محیطی

هیپوکسی

مستعد تخریب ایسکمیک

(j) سن

تقلیل چربی بافت زیرجلدی، پوست چروکیده دارند و مستعد زخمهای فشاری هستند.

(K) بیماریها

دیابت ملیتوس

بیماریها قلبی عروقی

آنمی

نوروپاتی ها

بیماریهای کلیوی

نقص سیستم ایمنی

بیماریهای ریوی

التهاب حاد مفاصل

(L) وضعیت روانی

اضطرابهای عاطفی روانی نیز موجب بروز زخم های فشاری می شود. زیرا میزان گلوکوکورتیکواستروئیدها را افزایش داده و تشکیل کلاژن را محدود می کند.



Treatment Start Date: July 14, 09



❖ پیشگیری از زخمهای فشاری:

انجام و ثبت یک **مشاهده سیستمیک پوستی** با توجه بخصوص به محل برآمدگی استخوان ها افزایش تعداد دفعات حمام شخصی ، استفاده از عوامل **شوینده ملایم** و اجتناب از آب داغ و مالش بیش از حد

بررسی و معالجه بی اختیاری ، رعایت بهداشت به موقع پوست و استفاده از پدهای جاذب که سریعاً یک سطح خشک را برای پوست به وجود می آورند کمک کننده است.

استفاده از مرطوب کننده ها برای پوست خشک و به حداقل رساندن فاکتورهای محیطی که منجر به خشکی پوست می شود از جمله کاهش رطوبت سردی هوا
اجتناب از دادن ماساژ بر روی زواید استخوانی

استفاده از تکنیکهای صحیح چرخش، انتقال و پوزیشن دادن به بیمار به منظور به حداقل رساندن آسیب ایجاد شده بوسیله اصطکاک و نیروی شرینگ به پوست
استفاده از لوبرکانت (روغن) یا پوششهای حمایتی به منظور کاهش آسیب ناشی از اصطکاک

ایجاد یک برنامه نوتوانی به منظور نگهداری یا بهبود حرکت و فعالیت
استفاده از بالشت روی برجستگی های استخوانی از جمله زانوها و قوزک های پا را از
تماس مستقیم با یکدیگر حفظ کنند.

اجتناب از پوزیشن هایی که فشار مستقیماً بر روی تروکانترها وارد می شود
آموزش به افرادی محدود در صندلی که توانایی دارند و قادرند هر ۱۵ دقیقه وزن بدن را به
قسمتی دیگر منتقل کنند.

- **شناسایی سوتغذیه** در در افراد به ظاهر سالم و تدابیر لازم در جهت مرتفع نمودن آن از طریق:

- دریافت پروتئین و کالری و توجه به مکملهای غذایی و حمایت تغذیه ای افراد.

- استفاده از برنامه تغذیه ای کامل

- استفاده از تغذیه روده ای و وریدی

- در صورتیکه بیمار مستعد راه افتادن و تحرک است شروع فعالیت های بازتوانی برای بیمار.

- **حفظ سطح فعالیت**، تحرک و محدوده حرکات

پیشگیری در برابر فشارهای مکانیکی و سطوح حفاظتی:

۱- تغییر وضعیت بیمار به صورت مداوم

۲- جلوگیری از تماس مستقیم زواید استخوانی با وسایل کمکی

۳- برطرف نمودن فشار در پاشنه ها در بیماران بی حرکت

۴- در هنگام خوابیدن به پهلو در بستر از چرخاندن بیمار روی تروکانتر خوداری شود

۵- بالا بردن سر تخت بیش از ۳۰ درجه تا حد ممکن به حداقل برسد

۶- استفاده از وسایل بالا برنده مانند دوزنقه ورزشی یا ملحفه

۷- استفاده از وسایل رفع فشار در تخت مانند:

تشک موج

ژل یا تشک های آبی

۸- **تغییر وضعیت حداقل دو ساعت یکبار** در بیماران وابسته به تخت و صندلی.

۹- افراد قادر به حرکت هر **۱۵ دقیقه یکبار** جابجا شوند.

۱۱- تغییر وضعیت افراد وابسته به صندلی یا صندلی چرخدار

تناسب وضعیتی

توزیع وزن

تعادل و ثبات

رفع فشار

✓ نکات مهم در تغییر وضعیت بیمار:

حد اقل هر دو ساعت یکبار باید وضعیت دراز کشیدن تغییر کند.

استفاده از میله ها و دستگیره ها در بالای سر بیمار

بعضی انواع بالشک که با آب، ژل یا هوا پر میشوند میتوانند به توزیع بهتر فشار کمک کنند.

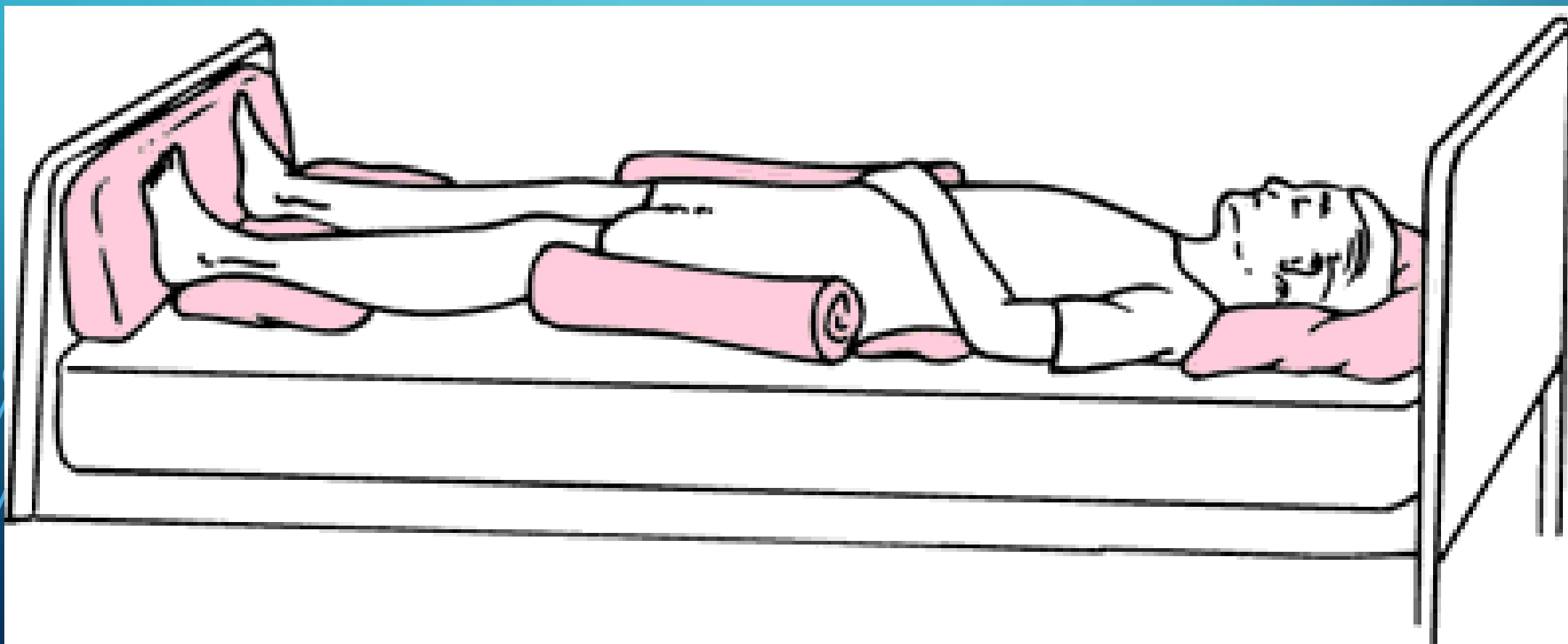
نباید بالای سر تخت بیمار با بیش از سی درجه بالا آورد

وضعیت دراز کشیدن بیمار و استفاده از بالشک ها را طوری در نظر میگیریم که قسمت های حساس به زخم بستر کمتر تحت فشار قرار گیرند.

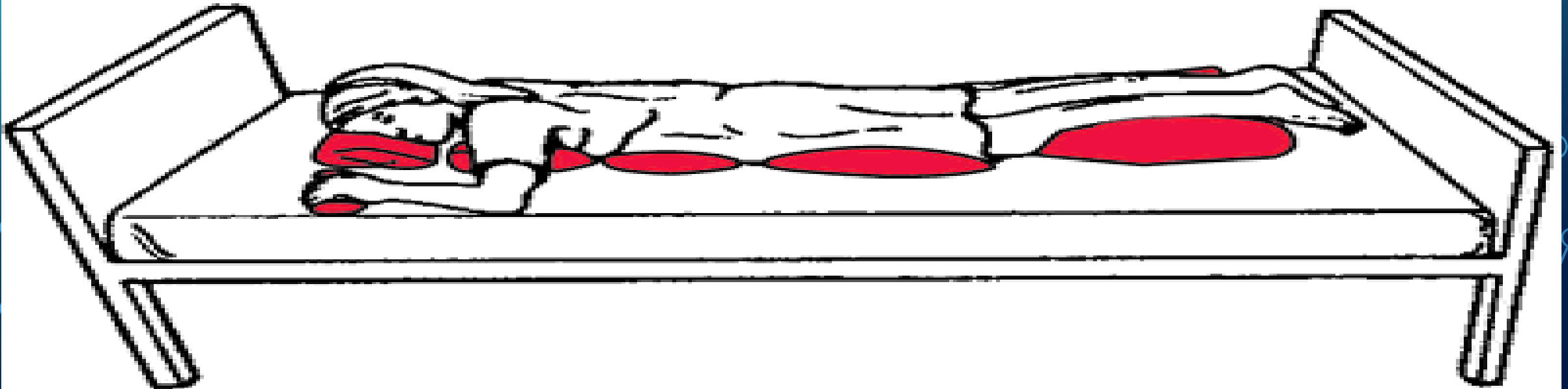
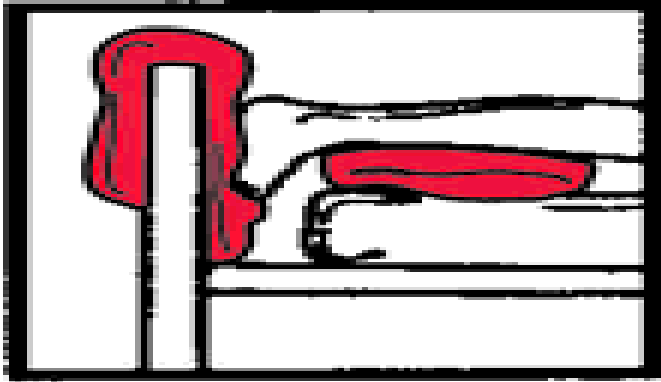
گاهی اوقات استفاده از تشک های موج که فشار را در نقاط مختلف پوست مرتبا تغییر میدهند کمک کننده است.

○ استفاده مناسب از تشک های معمولی و تشک های
مواج میتواند مانع ایجاد زخم بستر شود:

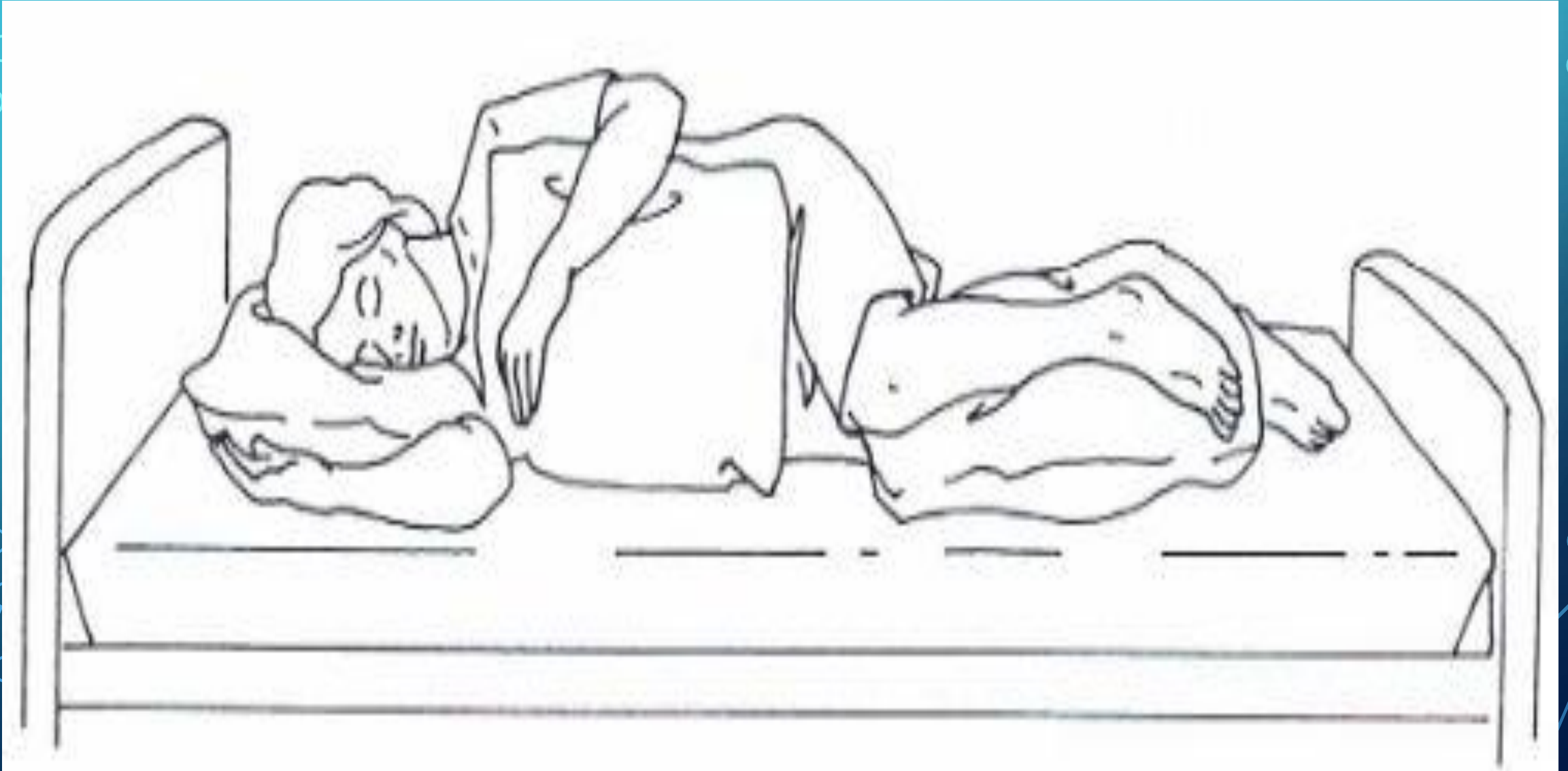
وضعیت خوابیده به پشت (SUPINE)



وضعیت خوابیده به شکم (PRONE) :



وضعیت خوابیده به پهلو (LATERAL) :



❖ درمان زخم بستری:

❖ حذف فشار

❖ برداشتن بافت مرده (دبرید زخم)

❖ تمیز کردن و پانسمان مرتب زخم

❖ درمان دارویی

❖ درمان جراحی

پانسمان ایده آل:

- ❖ بهترین شرایط را برای التیام زخم فراهم سازد.
- ❖ زیر پانسمان محیط مرطوب حفظ شود.
- ❖ اجازه تبادل گازهایی مانند اکسیژن، دی اکسید کربن و بخار آب را بدهد.
- ❖ حرارت مناسب را حفظ نماید.
- ❖ نسبت به میگروارگانیسم ها نفوذ ناپذیر باشد.
- ❖ در زخم ذرات ریز و باقیمانده به جای نگذارد.
- ❖ استفاده از آنها سالم و بی خطر باشد
- ❖ برای بیمار قابل قبول باشد.

پانسمان ایده آل:

- ❖ ظرفیت جذب بالایی داشته باشد.
- ❖ مقرون به صرفه باشد.
- ❖ مشاهده و بررسی زخم با وجود آنها ساده باشد.
- ❖ زخم را از آسیب مکانیکی محافظت کند.
- ❖ استریل باشد.
- ❖ راحت و در دسترس باشد.
- ❖ نیاز به تعویض مکرر نداشته باشد.

انواع پانسمان:

❖ پانسمان سنتی

❖ پانسمان های مدرن

❖ پانسمان های شفاف

❖ هیدروژل ها

❖ هیدرو کلوئیدها

➤ آموزش به پرستار:

- ❖ در بررسی فیزیکی، ارزیابی پوست شامل مراحل زیر است:
- ❖ تعیین محل زخم یا ضایعه
- ❖ تخمین مراحل زخم
- ❖ تعیین اندازه زخم شامل طول، عرض و عمق (با یک سوآپ آغشته به نرمال سالین با زاویه ۹۰ درجه به طرف پایین به داخل زخم وارد کنید، سوآپ را علامت گذاری کرده و سپس با خط کش اندازه گیری کنید).
- ❖ حضور هر گونه مجاری غیرطبیعی در زخم که نشان دهنده عفونت است.
- ❖ روزانه پوست را معاینه کنید و به نواحی قرمز روی برجستگی های استخوانی توجه کنید.

➤ آموزش به پرستار:

❖ تست های تشخیصی جهت تشخیص زخم بستر شامل موارد زیر است:

❖ کشت زخم

❖ اندازه گیری آلبومین سرم

❖ کشت خون جهت بررسی باکتری می و سپتی سمی

❖ بیوپسی از عمق زخم یا استخوان

❖ گرافی

❖ MRI و یا اسکن استخوان از نواحی مبتلا جهت بررسی استئومیلیت

➤ آموزش به پرستار:

❖ آنچه که هنگام پانسمان زخم بستر به عنوان یک قانون اهمیت دارد مرطوب نگه داشتن بافت زخم و خشک نگه داشتن پوست اطراف زخم می باشد. توصیه ها در این مورد:

❖ قبل از تماس با پوست بیمار حتما دست های خود را جهت جلوگیری از عفونت بشوید.

❖ شست و شوی پوست همراه با صابونهای ملایم هر ۸ ساعت (جهت به حداقل رساندن خشکی و آلودگی پوست).
و سپس خشک کردن محل.

❖ برای شستشو از آب داغ استفاده نکنید بلکه میتوان از سدیم کلراید ۰.۹٪ استفاده نمود.

❖ برای پیشگیری از خشکی پوست هوای اتاق را سرد نکنید.

❖ از پانسمانهایی استفاده کنید که بطور دائم زخم را مرطوب نگه می دارد.

❖ مقدار نوار چسبی که باید استفاده شود را به حداقل رسانده و از استفاده از چسب مستقیماً روی پوست پرهیز شود.

❖ مواد پانسمانی نباید به طور متراکم و حجیم در درون زخم انباشته شوند (پر کردن بیش از حد زخم سبب

افزایش فشار گردیده و مانع التیام بافت می شود).

➤ آموزش به پرستار:

- ❖ از پدها و تشک های محافظتی مخصوص به روش صحیح و در مناطق تحت فشار بدن استفاده کنید.
- ❖ زیر پاشنه پا و برجستگی های استخوانی بالش قرار دهید تا عضو به حالت شناور در آمده و تحت فشار قرار نگیرد.
- ❖ زمانیکه بیمار بر روی ویلچر یا در تخت قرار دارد باید هر یک تا دو ساعت تغییر پوزیشن داده شود تا فشار به نواحی مستعد یا مبتلا وارد نشود.
- ❖ جهت جابجایی بیمار از ملحفه استفاده کنید.
- ❖ اگر بیمار بی اختیاری ادراری دارد و یا زیاد عرق می کند باید لباسها و ملحفه وی مکررا تعویض شود.
- ❖ سر تخت را بیشتر از ۳۰ درجه بلند نکنید. (سبب لغزش بیمار به سمت پایین و چروکیده شدن ملحفه میشود).
- ❖ ماساژ پوست را به آرامی برای افزایش گردش خون انجام دهید. از مالش شدید و ماساژ نواحی قرمز شده و برجستگی های استخوانی پرهیزید.

□ آموزش به بیمار:

- ❖ در مورد شناسایی زخم به بیمار آموزش دهید.
- ❖ به اهمیت مشاهدات منظم (روزانه بیش از ۳ بار یا بیشتر) برجستگی های استخوانی و همچنین حفظ سلامت پوست از طریق تمیز و خشک نگه داشتن آن تاکید کنید.
- ❖ علایم و شکایاتی را که باید به پزشک و پرستار گزارش دهد به بیمار آموزش داده و با هم مرور کنید. (علایم: التهاب و یا قرمزی غیرطبیعی در نقاط تحت فشار، افزایش ترشح از زخم، افزایش درجه حرارت، بوی بد از پانسمان و ...)
- ❖ به بیمار بگویید که از استفاده از محصولات آسیب زننده به پوست مثل صابونهای تند، لوسیونهای حاوی الکل و ... اجتناب کند.
- ❖ تکنیک های مناسب شستن دست و نحوه تعویض پانسمان را به بیمار یا مراقب وی نشان دهید.

□ آموزش به بیمار:

ماساژ آرام و ملایم اطراف برجستگی های استخوانی (نه روی آن) و مالش ملایم پشت با یک لوسیون نرم کننده را به بیمار یا مراقب وی آموزش دهید.

بیمار را تشویق کنید تا بر روی ناحیه غیر مبتلای خود قرار گیرد.

به خانواده و مراقبین بیمار آموزش دهید جهت بلند کردن یا چرخاندن بیمار از ملحفه استفاده نمایند.

به بیمار آموزش دهید روی ملحفه ها نلغزد. ملحفه ها باید بدون چروک باشد.

با بیمار در مورد رعایت بهداشت روزانه برای جلوگیری از عفونت زخم و از هم گسیختگی پوست صحبت کنید.



از حسن توجه شما سپاسگزارم