

درمان زخم بستر

برای درمان زخم بستر ، بسته به میزان پیشرفت زخم راههای مختلفی ارائه می شود

اما :

" مادامی که عامل فشار از روی زخم برداشته نشود هیچکدام از

راهها اثر قطعی ندارد "

زخم بستر ، پیشگیری و درمان

زخم بستر به آسیب وارد شده به قسمتی از پوست و بافت گفته می شود که معمولاً در اثر نشستن یا خوابیدن طولانی مدت در یک وضعیت ثابت ایجاد می شود. زمانی که شخصی وضعیت خود را تغییر ندهد فشار بیشتری بر قسمت های خاصی از بدن که در تماس با سطح قرار دارد وارد می شود. این زخم ها ممکن است از ساییدگی در صندلی یا بستر ، و یا کشیدگی با ملحفه ایجاد شوند .

زخم فشار ، زخم بستر یا Decubitus ulcer یکی از مشکلات شایع سالمندان می باشد که باعث درد ، عفونت و حتی مرگ به دنبال عفونت منتشر (سپتی سمی) ، بوی بد و آسیب

به کمر می شود . این مشکل برای کادر پرستاری ، زحمات زیاد و حتی آسیب های جسمی به دنبال دارد (مثل مشکلات کمر و ...)

چه کسانی بیشتر به زخم بستر دچار می شوند؟

افرادی بیشتر در معرض خطر ابتلا به زخم بستر قرار دارند که مدت زمان طولانی را در رختخواب ، صندلی یا صندلی چرخ دار می مانند. سایر افرادی که در معرض قرار دارند عبارتند از : کسانی که بدون کمک دیگران قادر به حرکت و تغییر وضعیت بدنشان نیستند شامل افراد مبتلا به فلجی ، کسانی که در حال کما بسر می برند ، یا دچار شکستگی شدید ران شده اند .

افرادی که در کنترل روده یا عملکرد مثانه مشکل دارند . کسانی که رژیم غذایی متعادلی ندارند . افرادی که بواسطه مصرف داروهای خاص یا بیهوشی هوشیاری ذهنی کمتری دارند . کسانی که بطور کلی وضعیت سلامتشان مناسب نیست .

زخم فشار نه تنها در سالمندان بستری دیده می شود ، بلکه طبق تحقیقات در سالمندانی که توانایی نشستن دارند ، بیشتر در معرض زخم فشار هستند . طبق تعریف ، نکرورز (سیاه شدگی و از بین رفتن بافت) که به دلیل انسداد جریان خون تغذیه کننده موضعی بوجود می آید . این مسأله می تواند در هر قسمتی از بدن که فشار خارجی بر روی برجستگی استخوان اعمال می شود ایجاد گردد . وجود عوامل مساعد کننده می تواند خطر زخم فشار را افزایش دهد . در واقع فشار باعث کاهش جریان خون (ایسکمی) و در نهایت درد می شود . به دنبال درد ، فرد ، موقعیت بدن خود و در نتیجه ناحیه فشار را تغییر می دهد . این کار باعث

ورود خون به ناحیه کم خون (ایسکمیک) شده و به بافت اجازه بهبود یا ترمیم می دهد .

محل ایجاد زخم

زخم بستر اغلب در بخش های استخوانی بدن ایجاد می شود زیرا در این قسمت ها فشار بیشتری بر پوست وارد می شود و چربی کمتری برای محافظت از این ناحیه وجود دارد. فرد و مراقبین او باید به هنگام بررسی پوست از نظر نشانه های زخم بستر توجه بیشتری به این قسمت ها داشته باشند .

امکان پیشگیری

در پاسخ به این سوال که آیا زخم بستر قابل پیشگیری است باید گفته بله به کمک برخی اقدامات این امکان وجود دارد :

تمیز نگه داشتن پوست: با یک تمیز کننده نرم (نه صابون که پوست را خشک می کند) پوست را تمیز کنید. سپس پوست را نه با کشیدن بلکه با حرکت آهسته خشک کنید. پیش از اقدام به تمیز کردن پوست / زخم یا هر گونه تماس با آن شخصی که این کار را انجام می دهد باید دست خود را خوب شستشو دهد. جلوگیری از خشک شدن پوست : بلافاصله پس از حمام یا شستشو ، از یک کرم مرطوب کننده مناسب استفاده کنید .

مصرف غذاهای سالم: تغذیه مناسب برای بهبودی ضرورت دارد. رژیم غذایی نامناسب منجر به تاخیر روند بهبود ، افزایش مدت زمان ماندن در بیمارستان و افزایش احتمال عفونت می شود. در زمان وجود زخم ، بدن نیاز به کالری بیشتری برای کمک به درمان دارد. خوردن غذاهای پر کالری و پروتئین مانند پنیر ، بادام زمینی ، مرغ ، گوشت و ماهی مفید است.

علاوه بر یک رژیم متعادل ، ممکن است بدن فرد به مکمل های ویتامینی ، املاح معدنی یا دیگر مکمل های غذایی نیاز داشته باشد .

جلوگیری از مرطوب شدن زیاد پوست: زمانی که پوست خیلی مرطوب شود که این حالت معمولا ماسراسیون نام دارد احتمال آسیب پذیری آن بیشتر است. پوست ممکن است به علت تماس مستقیم با عرق ، ادرار ، مدفوع یا ترشحات زخم خیلی مرطوب شود.

در صورتی که رطوبت مربوط به مشکل عدم کنترل روده یا مثانه باشد باید اقدامات لازم سریعتر انجام شود :

هرچه زودتر پوست تمیز شود ، با استفاده از یک کرم ضد رطوبت از مایعات بدن حفاظت شود ، و پد های (بالشتک های زخم بندی) جاذب باسطحی که سریعاً خشک کننده است برای حفظ پوست از رطوبت بکار رود . در صورت ایجاد زخم بستر ، باید از وخیم تر شدن آن جلوگیری کرد. درمان زخم بستر شامل کاهش فشاری که موجب ایجاد زخم شده ، درمان خود زخم ، و بهبود رژیم غذایی و رعایت سایر نکات جهت کمک به بهبود زخم می شود .

نکاتی برای قرار گرفتن و حرکت در بستر

برای کسی که باید در بستر بماند توجه به برخی نکات ضروری است :

وضعیت پوست را حداقل یکبار در روز باید بررسی کرد. هر دو ساعت یکبار باید تغییر وضعیت داد. (در صورت لزوم به کمک فردی دیگر . در صورت امکان کمی تغییر موقعیت وزن بدن هر ۱۵ دقیقه یکبار مفید است . بجای کشیدن بدن روی سطح رختخواب یا صندلی

۴

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. وضعیت دراز کشیدن با زاویه ۳۰ درجه بهترین موقعیت را ایجاد می کند. به این منظور بالش ها را بالا بیاورید طوری که سنگینی بدن روی قسمت گوشتی ران بجای استخوان آن بیفتد . برای جلوگیری از سر خوردن به طرف داخل بستر ، تا آنجا که ممکن است باید قسمت سر بستر را مدت کمتری بالا نگه داشت. (نه بیش از ۳۰ درجه از سطح افق) سر بستر را می توان در زمان صرف غذا بالا آورد تا از احتمال پریدن غذا در گلو جلوگیری شود. این قسمت را پس از یک ساعت از غذا خوردن به حالت افقی یا نیمه خوابیده قرار داد . زمانی که فرد به پشت خوابیده است با استفاده از یک بالش تک نرم که زیر پا در قسمت وسط ساق تا قوزک قرار می گیرد ، پاشنه پا را باید بالاتر از سطح بستر نگه داشت . بالش تک یا بالش نباید مستقیماً و فقط زیر زانو قرار داده شوند زیرا این حالت جریان خون به قسمت های انتهایی پا را کاهش می دهد . باید از بالش یا بالش تک های نرم کوچکی هایی استفاده کرد که از تماس زانو ها و قوزک ها را جلوگیری کند. حتی الامکان باید از پارچه های ضد چروک استفاده کرد. اگر ملافه بستر کثیف شده لازم است ، هرچه زودتر مراقب مطلع شود تا آن را تعویض کند .

نکاتی برای قرار گرفتن و حرکت مناسب در صندلی

لازم است بررسی پوست لاقط روزی یکبار انجام شود . بهتر است همیشه برای کاهش فشار بر سطوح نشستن که با صندلی در تماس است از کوسن های مناسب استفاده شود. از کوسنهایی که دوناتی شکل هستند باید پرهیز کرد چرا که استفاده از آنها باعث کاهش جریان خون به بافت و سبب تورم آن می شوند.



کوسن دوناتی شکل

۵

هر یکساعت یکبار تغییر وضعیت لازم است . هر ۱۵ دقیقه بلند کردن بدن از روی صندلی نیز سودمند است. بسته به قدرت فرد استفاده از یکی از سه روش زیر و نگه داشتن بدن حداقل به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه در این وضع توصیه می شود:

۱- دست ها را روی دسته صندلی گذاشته بدن از روی صندلی بلند شود .

۲- آرنج روی دسته صندلی فشار داده شده و آن سمت بدن از روی صندلی بلند شود ، سپس این کار در سمت دیگر بدن انجام شود .

۳- با انحراف بدن به یک سمت ، سنگینی بدن را روی سمت مخالف قرار گیرد و سپس در سمت دیگر همین حرکت انجام شود . بالای ران ها کمی به سمت جلو کج شده و از بالش یا کوسن های نرم برای جلوگیری از تماس زانو ها و قوزک های پا با یکدیگر استفاده شود . پا ها راحت روی زمین یا پایه صندلی قرار گیرد . آرنج ، ساعد و مچ دست روی دسته صندلی چرخ دار قرار گیرد.

عوامل ایجاد کننده

چندین عامل بالقوه ، زمینه ساز بروز آن در یک فرد می باشند و به ۳ دسته عوامل داخلی ، بیرونی و بیمارستانی تقسیم می شوند .

عوامل داخلی

اینها مجموعه عناصر داخلی هستند که پاسخ بدن را کاهش میدهند و فرد را مستعد ابتلا به زخم فشار می کنند . چندین عامل داخلی وجود دارد که شامل : سوء تغذیه ، اختلالات عصبی

6

(نورولوژیک) کاهش حرکت و فعالیت ، افزایش سن ، بی اختیاری و رطوبت پوست ، وضعیت ذهنی ، وضعیت پوست و مصرف دارو می باشد . سوء تغذیه می تواند توسط عواملی مثل کاهش اشتها ، اشکال در خوردن به هر علتی مثلاً دندانهای نامناسب و عدم توانایی در غذاخوردن بدون کمک و حتی اشکال در بلع به عللی مثل سکته مغزی (CVA) بوجود بیاید . اختلالات عصبی هم باعث عدم درک بیمار از احساس درد شده و همچنین توانایی جابجایی را نیز تحت تأثیر قرار میدهند . افزایش سن باعث کاهش ساخت کلاژن شده و باعث نازک تر شدن و کاهش خاصیت ارتجاعی پوست می شود . بی اختیاری ادرار و رطوبت پوست نیز احتمال ایجاد زخم فشار را افزایش می دهند . وضعیت ذهنی بیمار نیز نقش مهمی در ایجاد زخم فشار دارد . مصرف دارو نیز باعث کاهش هشیاری بیمار می شود و در نتیجه به طور طبیعی ، حرکات نیز کمتر می شوند.

فاکتورهای بیرونی

شامل فشار ، اصطکاک و نیروهای کششی می باشند . این ۳ عامل خصوصاً در فرد نشسته مهم هستند.

عوامل بیمارستانی

عوامل خارجی ، بخصوص هنگامی که فرد در بیمارستان بستری است ، اهمیت پیدا می کنند . این عوامل شامل : ماندن روی تریلی بیمارستان یا تخت اتاق عمل به مدت چندین ساعت - عدم وجود سیستم های بهبود فشار ، روی تخت های استاندارد بیمارستانی - عدم وجود سیستم های کاهشده فشار و یا جابجا کردن نادرست بیمار بر روی صندلی ، بی حرکت کردن بیمار از طریق ابزاری مثل تراکشن و اسپلینت - روشهای نادرست جابجا کردن بیمار .

7

روشهای نوین مدیریت

زخم

ترمیم زخم به روش مرطوب





8

بررسی پوست بیمار

- پوست بیمار باید از نظر وجود ادم محیطی ، تورگور پوست و میزان تعریق مورد بررسی قرار گیرد .
- وجود استوما در سطح پوست نظیر کلستومی و ایلئوستومی باید مورد توجه خاص قرار گیرد . زیرا ترشحات این استوماها بسیار قلیایی و سوزاننده است و به سرعت می تواند موجب بروز التهاب و زخم سوختگی در سطح بدن شود .
- جراحات و زخمهای مربوط به انسزیون جراحی باید از نظر خونریزی و ترشحات مورد بررسی قرار گیرد . در صورت خروج ترشحات چرکی از زخم ، حتماً باید کشت برداری شود . پانسمان استریل و دقیق این زخمها و گزارش وضعیت آنها جزء وظایف اصلی پرستاران است .
- فشار لوله تراشه به کناره دهان بیمار می تواند منجر به بروز زخم فشاری در کنار لب شود . لذا باید به طور مرتب محل قرارگیری لوله از یک سمت دهان به طرف دیگر آن تغییر مکان داده شود .

- پوست بیمار باید از نظر بروز زخم بستروسایر زخمهای فشاری مورد بررسی دقیقی قرار گیرد .

علل ایجاد زخم فشاری

به عنوان نمونه مهمترین علل ایجاد زخمهای فشاری در بخش ICU شامل موارد زیر است :

- 1- تحت فشار قرار گرفتن بافتهای نرم روی برجستگی های استخوانی و سطوح خارجی مثل تخت .
- 2- قرار گرفتن در یک پوزیشن به مدت طولانی و به دنبال آن ایسکمی موضعی .

9

- 3- تاشدگی اعضاء به خصوص زمانی که سرتخت بیش از 30 درجه بالا آورده شود .
- 4- سرخوردن و اصطکاک بدن روی ملافه به دلیل بالا کشیدن بیمار روی ملافه تخت . (به دلیل آنکه پوست با ملافه در تماس است ؛ به آن چسبیده با کشیدن بیمار روی تخت ، از روی بافت زیرین خود سرخورده ، دور می شود ، در نتیجه آرتریولها کشیده و پاره شده منجر به بروز یک زخم شکافی می شود .)
- 5- رطوبت بیش از حد پوست : در اثر رطوبت دیواره سلولی پوست ضعیف و خراب می شود و سلولهای اشباع از آب به آسانی سوراخ یا پاره می شوند شامل بی اختیاری ، تعریق و ترشحات درن ها هستند .
- 6- سوء تغذیه ، به خصوص در بیمارانی که به مدت طولانی باید NPO باشند .
- 7- بی اختیاری ، به خصوص عدم کنترل دفع مدفوع .

تعیین عمق زخم فشاری

Stage I : قرمز شدن پوست ، به طوری که با فشار انگشت ، ناحیه تغییر رنگ ندهد (رنگ پریده نشود) .

Stage II : از بین رفتن نسبی پوست شامل اپیدرم یا درم .

Stage III : از بین رفتن کامل پوست شامل صدمه یا نکروز بافت زیرجلد که ممکن است تا فاشیا گسترش داشته باشد .

Stage IV : از بین رفتن کامل پوست ، با تخریب وسیع ، نکروز شدن بافتها ، آسیب به عضله و استخوان .

بررسی بیمار از نظر استعداد برای ایجاد زخم فشاری

فرم بررسی بیمارانی که دارای درجاتی از عدم تحرک هستند از نظر بروز زخم فشاری به صورت جدول زیر است .

10

امتیاز	وضعیت
	وضعیت تغذیه
1	1- همه چیز می خورد
2	2- خیلی کم می خورد (کم اشتها)
3	3- اغلب از خوردن امتناع می کند
4	4- تغذیه از راه NGT
5	5- تغذیه وریدی
	وضعیت هوشیاری
1	1- هوشیار و آگاه
2	2- گیج
3	3- عدم شناسایی زمان و مکان مشخص
4	4- استوپور
5	5- بیهوش
	وضعیت تحرک
1	1- با کمک می تواند راه برود
2	2- تحرک بیمار محدود به تخت و صندلی است
4	3- تحرک با کمک محدود به تخت است
4	4- بدون تحرک در تخت
	وضعیت کنترل ادرار و مدفوع

1	1- قادر به کنترل خود است
2	2- بی اختیاری ادرار
3	3- بی اختیاری مدفوع
4	4- بی اختیاری کامل
وضعیت پوست	
1	1- تورگوپوست مناسب ، پوست گرم و مرطوب
2	2- تورگو پوست کم ، پوست سرد و خشک
3	3- وجود نواحی رنگی ، حساس قرمز یا زخم شده

- امتیاز 5 تا 9 : خطر کمتر از نظر بروز زخم فشاری

- امتیاز 10 به بالا : خطر زیاد بروز زخم فشاری

11

مداخلات پرستاری جهت پیشگیری از بروز زخم فشاری براساس عوامل خطرزا

ریسک فاکتور I

بی حرکتی

• مداخلات پرستاری

- 1- تنظیم برنامه تغییر پوزیشن بیمار
- تغییر پوزیشن مرتب حداقل هر 2 ساعت
- اگر ناحیه ای که ملتهب و قرمز شده ، با فشار انگشت تغییررنگ نمی دهد (رنگ پریده نمی شود) ، باید بیمار را بیشتر تغییر پوزیشن داد .
- کاهش سطح تماس با دادن پوزیشن یک پهلو . دراین پوزیشن باید بین تروکانتر و سطح تخت ، زاویه 30 درجه وجودداشته باشد و مفصل هیپ وزانوها باید خم شود .
- اگر بیمار در پوزیشن طاق باز است ، توسط یک بالش ، پاشنه های پا باید بالاتر از سطح تشک قرار گیرد .

2- جهت بالا کشیدن بیمار در تخت از یک دروشیت یا ملافه استفاده شود (بیمار روی تخت کشیده نشود) .

3- فراهم نمودن سطح کم فشار توسط تشکهای بادی .

ریسک فاکتور II

عدم فعالیت

• مداخلات پرستاری

1- انجام ورزشهای پاسیو به خصوص در ناحیه پاها

2- کنترل نبضهای پدال در هر شیفت

3- کنترل درجه حرارت پاها (از نظر ایجاد ترومبوفلیت)

12

ریسک فاکتور III

بی اختیاری

• مداخلات پرستاری

1- تمیز و خشک کردن پوست بعد از هر بار دفع .

2- جهت حفاظت از پوست بیمار بی اختیار، پس از شستشو و خشک کردن ناحیه پرینه ،

کشاله ران و باتکس ، از یک لایه نازک اکسیددوژنگ استفاده شود (روی نواحی

قرمز شده نباید اکسیددوژنگ زده شود) .

ریسک فاکتور IV

سوء تغذیه

• مداخلات پرستاری

1- فراهم کردن تغذیه و مایعات به میزان کافی

2- مشورت با متخصص تغذیه به منظور ارزیابی وضعیت تغذیه .

3- کنترل آلبومین سرم (باید بین 5 gr % - 3/5 باشد) .

ریسک فاکتور V

کاهش حس یا کاهش سطح هوشیاری

• مداخلات پرستاری

1- مراقبت کامل از نواحی فاقد حس

ریسک فاکتور VI

از بین رفتن تمامیت پوست

• مداخلات پرستاری

1- کاهش سطح فشار

2- عدم استفاده از رینگهای بادی

13

3- استفاده از پماد اکسیددوژنگ روی پوست نواحی سالم (نه نواحی قرمز شده)

4- عدم ماساژ نواحی قرمز شده

5- عدم استفاده از Heat Lamp

اقدامات پرستاری زمانی که پیشگیری با شکست مواجه شود

هدف اصلی از این اقدامات عبارتست از :

1- برداشتن فشار از روی زخم

2- کنترل زخم و ثبت اندازه آن به طور روزانه این اقدامات شامل موارد زیر است :

1- تمیز کردن و شستشوی زخمها

فقط باید از محلول نرمال سالین یا سرم فیزیولوژی جهت شستشوی زخم استفاده شود .

2- دبرید کردن زخم

الف) می توان سطح زخم را با گاز خشک پانسمان کرد و یا داخل زخم را با گاز خیس پر نمود . هنگام تعویض پانسمان ، نسوج مرده نیز کنده می شوند .

ب) دبرید کردن زخم توسط پزشک به وسیله کندن نسوج مرده (قبلاً حتماً باید CT ، Pt و PTT بیمار کنترل شود) .

3- پانسمان زخم

الف) روی زخمهای سطحی را باید توسط یک گاز خشک پانسمان نمود . این کار رطوبت زخم را حفظ می کند و از خشکی و شکنندگی سلولها تا حدی جلوگیری می نماید .

ب) داخل زخمهای عمیق باید با گاز آغشته به نرمال سالین پر شود و متناوباً پانسمان باید تعویض گردد . اطراف زخمهای عمیق باید خشک نگه داشته شود .

14

• نکات مهم در مورد زخم فشاری

- 1- هر ماده شیمیایی که برای چشم زیان آور باشد ، برای زخم فشاری نیز زیان آور است .
- 2- جهت ماساژ مطلقاً از هیدروکسید آلومینیم یا شیرمنیزی استفاده نکنید ، زیرا PH سطح پوست را قلیایی کرده ، پوست را مستعد ابتلا به عفونت می کند .
- 3- نواحی قرمز شده روی سطح استخوانهای برجسته را ماساژ ندهید ، بلکه اطراف آنها را ماساژ دهید .
- 4- مطلقاً از پودر تالک استفاده نکنید ، زیرا علاوه بر خشک کردن پوست ، منافذ آن را نیز مسدود می کند .
- 5- مطلقاً از الکل جهت ماساژ دادن استفاده نکنید ، زیرا پوست را به شدت خشک می کند .
- 6- از تاباندن Heat Lamp روی زخم مطلقاً اجتناب نمایید ، زیرا مصرف اکسیژن

ناحیه را به شدت بالا برده هایپوکسی موضعی ایجاد می کند .

7- بتادین ، هگزاکلرفن ، پراکسید هیدروژن و سایر محلولهای ضد عفونی ، برای

سلولهای آسیب دیده توکسیک هستند و سرعت التیام زخم را به تاخیر می اندازند .

8- جهت شستشوی زخم فشاری ، فقط از محلول سرم فیزیولوژی یا نرمال سالین استفاده

کنید .

9- زخمهای عمیق باید توسط سرنگ 50 سی سی با سرسوزن شماره 19 به آرامی

شستشو داده شوند .

10- پماد اکسیددوژنگ را مطلقاً روی نواحی قرمز شده نمالید ، بلکه فقط به عنوان

محافظ روی پوست نواحی سالم بمالید (قبل از بروز زخم) .

منابع

1. www.iranmania.com

2. www.irib.ir

3. <http://mvm.special.ir>

4. بررسی و مراقبتهای پرستاری از بیمار تحت ونتیلاتور

زخم بستری

بیسگیری و

درمان

تهیه کننده :

فاطمه رادبه- سوپروایزر آموزشی بیمارستان شهدا بندرلنگه