# تعریف:

**زخم بستر زخمی مزمن است که در اثر فشار بر روی بافت بین برجستگی- های استخوانی و سطح سخت تخت و یا صندلی ایجاد می گردند و در نهایت سبب مختل شدن خونرسانی به بافت ، هیپوکسی و نکروز می گردند ( 1،2،4و6)**




# اهداف:

- ✓ **تشخیص زودرس زخم**
- ✓ **پیشگیری از گسترش زخم(3)**

# طبقه بندی:


Diabetic – non healing wound.6 month


5week-25x-day /week

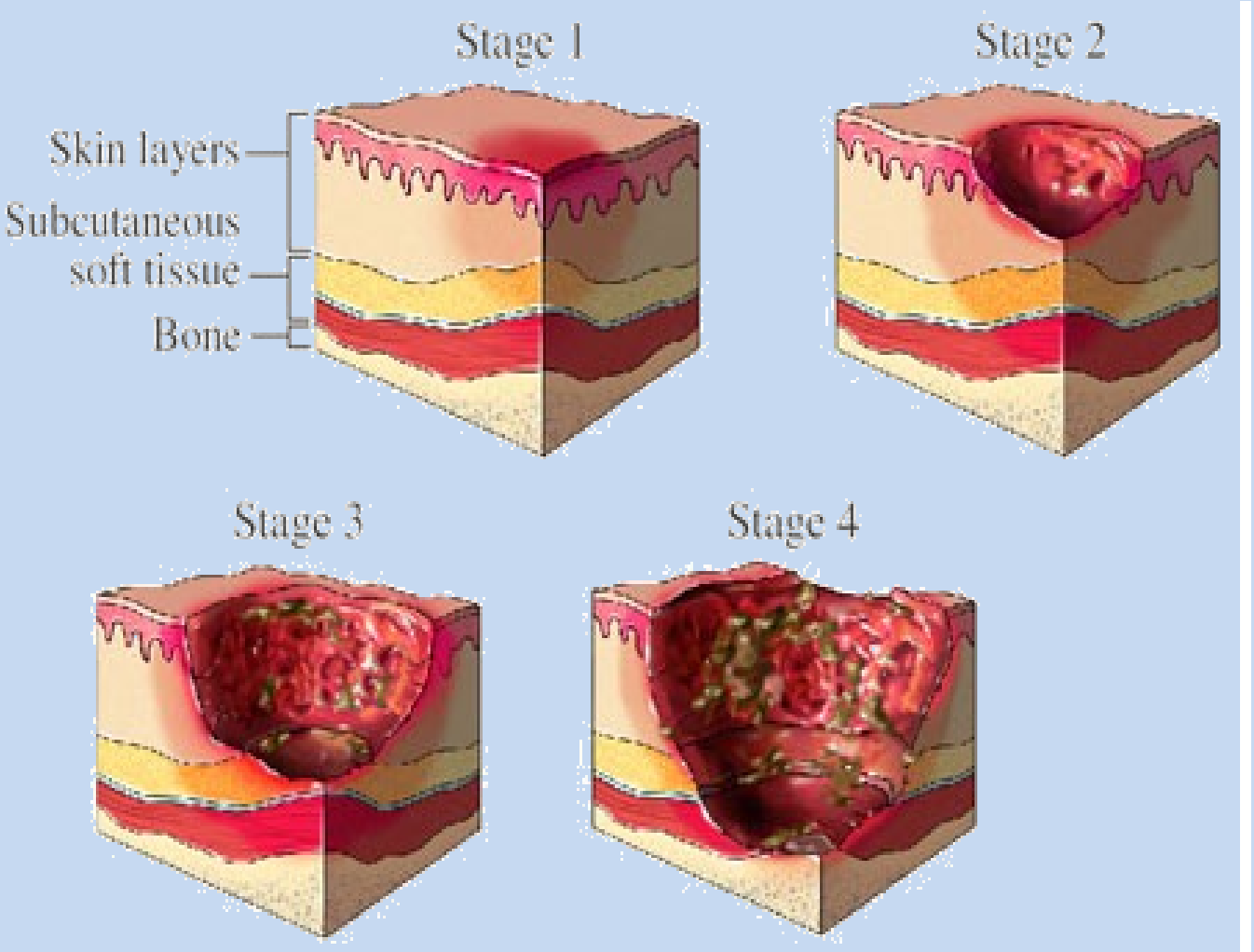

SKIN GRAFT 100% TAKE

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

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

III. درگیری تمام ضخامت پوست ، زخم با عمق بیش از 1 cm زخم ممکن است به صورت دهانه ای کوچک به نظر برسد ولی در زیر بافتها سالم ، حفره وجود داشته باشد و اندازه واقعی زخم به مراتب بزرگتر از ظاهر زخم و تخمین اولیه باشد، سلول های مرده نیز دیده می شوند.

**IV. درگیری تمام ضخامت پوست ، زخم بسیار عمیق ، احتمال آسیب بافتهای زیرین مثل تاندونها ، استخوانها و مفاصل ، سلولها و بافتهای مرده خیلی زیاد دیده می شوند. (1.2و6)**




**آمـــوزش به پرســـتار: درنمونه از ابزارهـــای ارزیـابی عوامل خطـرزا در زخم بسـتر:(4)جـدول بـراون: بررسی بیمـار بـرای هر دسـته یا گـروه و**

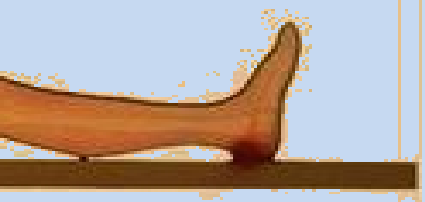
**تعیین نمره هر دسته و نمره کل نمـره 16 یا کمـتر در معرض خطر زخم بستر می باشد.**

| صدمه به پوست و جداشدگی | تغذیه | تحرک | فعالیت | رطوبت | درک حسی |
|---|---|---|---|---|---|
| صفر مشکلی ندارد | 4 عالی | صفر اشکالی وجود ندارد | صفر راه می رود | 4 به ندرت مرطوب | صفر اشکالی وجود ندارد |
| 2 مشکل اساسی ندارد | 3 کافی | 4 کمی محدود است | 4 مکررا راه می رود | 3 گاهی مرطوب | 4 اندکی تخریب شده است |
| 1 مشکل ندارد | 2 به ندرت کافی | 3 محدود | 3 گاهی راه می رود | 2 مرطوب | 3 محدود شده |
| | | 2 خیلی محدود | 2 محدود به صندلی | 1 دائما مرطوب | 2 خیلی محدود شده |
| | | 1 بی حرکت | 1 بستری | | 1 کاملا محدود |

**جدول نورتون: نمره 14 یا کمتر نشان دهنده در معرض خطر زخم فشاری می باشد و نمـره زیـر 12 نشان دهنده خطر بالای زخم فشاری است.**

| بی | تحرک | فعالیت | وضـــــعیت | وضعیت |
|---|---|---|---|---|

| اختیاری ادرار و مدفوع | | | ذهنی | جسمی |
|---|---|---|---|---|
| 4. خوب | 4. کـــاملا تحرک دارد | 4. راه می رود | 4. هوشیار | 4. خوب |
| 3. گـــاهی بی اختیـــاری دارد | 3.کمی محـــدودیت دارد | 3. با کمک راه می رود | 3. بی تفاوت | 3. نســـبتا خوب |
| 2. مکـررا بی اختیـــاری دارد | 2.خیلی محـــــدود است | 2. وابســـته به صندلی | 2. گیجی | 2. ضعیف |
| 1. بی اختیار ادرار و مدفوع | 1. بی حرکتی | 1. بستری در تخت | 1. خواب آلودگی | 1.خیلی ضعیف |



**1- آمـــوزش به پرســـتار: در بررسی فـــیزیکی، ارزیابی پوست شامل مراحل زیر اسـت: تعـیین محل زخم یا ضایعه- تخمین مراحل زخم- تعـیین اندازه زخم شامل طـول ، عـرض و عمـق( با یک سـوآپ آغشـته به نرمـال سـالین با زاویه 90 به**

**طرف پـایین به داخل زخم وارد کنیـد، سـوآپ را علامت گذاری کـرده و سـپس با خط کش انـدازه گیری کنید)- حضور هر گونه مجاری غیر طـبیعی در زخم که نشان دهنده عفونت است.(4)**

**-2 تست ها تشخیصی جهت تشـــــــخیص زخم بستر شامل موارد زیر است:**

**کشت زخم، اندازه گیری آلبومین سـرم، کشت خـــــون جهت بررسی بـــــاکتریمی و ســـــپتی سمی( عوارض خطرناک زخم بسـتر) ، بیوپسی از عمق زخم یا اســـــتخوان ، گـــــرافی، MRI و یا اسـکن اسـتخوان از نـواحی مبتلا جهت بررسی استئومیلیت.(2)**

**آموزش به بیمار: هریک از پروسیجرها ، اهداف، احساس طبیعی احتمالی و مراقبتهـای قبل و بعد از پروسیجر را برای بیمار شرح دهید.(2)**

**-3 آمـــوزش به بیمـــار:علل زمینه ســـاز و عوامل موثر در ایجـاد زخم و افـراد در معـرض خطر این زخم ها را به بیمار بشناسانید.(2)**

**علل زمینه ســـاز: سن بـــالا ، ســـوء تغذیه ، بی حرکتی ، خراشیدگی پوسـت، اختلالات حسی ، بی اختیاری ادرار و مدفوع ، بیماری هـای مثل دیـابت شیرین، اسهال و بیماری های عـــروقی محیطی.( 2.4و6)**

**افـراد در معـرض خطـر:افـراد نـاتوان ، افـراد مسن، بیماران را آسیبهای طناب نخاعی، بیماران غیر هوشیار ، بیمـاران ضـعیفی که بی حرکـتی در آنها در حال افزایش است.(2.4و6)**

**4- آموزش به بیمار:در مـورد شناسـایی مرحله ی زخم به بیمار توضیح دهید.(2)**

**5- معاینه پوست:**

**آمــوزش به پرســتار: روزانه پوست را معاینه کنید و به نــواحی قرمز روی برجســتگی هــای استخوانی توجه کنید.(2)**

**آمــوزش به بیمــار:به اهمیت مشــاهدات منظم ( روزانه بیش از3 بـار یا بیشـتر) برجسـتگی هـای استخوانی و حفظ سلامت پوست از طریق تمیز و خشک نگه داشتن آن تاکید کنید.(2)**

**6- آموزش به بیمار:علائم و شکایاتی را که باید به پزشک و پرستار گزارش شوند ، همـراه با بیمـار مرور کنید.(2)**
**علائم: کــاهش وزن ، افــزایش ترشح از زخم، افــزایش درجه حــرارت ، افــزایش نکــروز در اطـراف زخم، بـوی بد از پانسـمان، قرمز شـدن نواحی در سایر نقاط تحت فشار، آسـیب بیشـتر پوست در اطراف زخم.(1.2و4)**

**7- شست و شو و تعویض پانسمان:**

**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 شامل موارد زیر هستند:**

- **شست و شوی پوست همراه با صابونهای ملایم هر 8 ساعت(جهت به حداقل رساندن خشکی و آزردگی پوست) و سپس خشک کردن کامل محل.**
- **برای شست و شو از آب داغ استفاده نکنید بلکه می توان از سدیم کلراید9/% استفاده کرد.**
- **برای پیشگیری از خشکی پوست هوای اتاق را سرد نکنید.**

**( هوای سرد سبب خشکی بیشتر می شود).**

- **رطوبت اتاق را بیش از 40% حفظ کنید.**
- **از پانسمان هایی استفاده کنید که به طور دائم زخم را مرطوب نگه می دارد.**
- **مقدار نوار چسبی که باید استفاده شود را به حداقل رسانده و از استفاده از چسب مستقیما روی پوست پرهیز شود.**
- **مواد پانسمانی نباید یه طور متراکم و حجیم در درون زخم انباشته شوند( پر کردن بیش**

**از حد زخم سـبب افـزایش فشـار گردیـده و مانع التیام بافت می شود).**

- **قبل از تمـاس با پوست بیمـار حتما دسـتهای خود را جهت جلوگیری از عفونت بشویید.**

**آموزش به بیمـار: به بیمـار بگویید که اسـتفاده از محصولات آسیب زننده به پوست مثل صابونهای تند ، لوسـیونهای حـاوی الکل و.... اجتنـاب کند (سـبب تخـریب سـلولهایی که در حـال التیـام هسـتند می شوند).**

**تکنیک هـای مناسب شسـتن دست و نحـوه تعـویض پانسمان را به بیمار نشان دهید. منابع :2.3و4**

**8- ماساژ پوست :**

**آموزش به پرسـتار:ماسـاژ پوست را به آرامی برای افزایش گردش خون انجام دهید؛ از مـالش شدید و ماساژ نـواحی قرمز شـده و برجسـتگی های استخوانی بپرهیزید.**

**آموزش به بیمـار:ماسـاژ آرام و ملایم اطـراف برجسـتگی هـای اسـتخوانی ( نه روی آن) و مالش ملایم پشت با یک لوسـیون نـرم کننـده را آمـوزش دهیـد.(ماسـاژ روز برجسـتگی هـای اسـتخوانی ممکن است بـاعث تخـریب و آسـیب نسوج نرم شود).**

**منابع:2و5**

## 9- استفاده از وسایل محافظتی:

**آمـــوزش به پرســـتار: از پـــدها و تشک هـــای محـافظتی مخصـوص به روش صـحیح و در سـایر مناطق تحت فشار بدن استفاده کنیـد. زیر پاشـنه پا و برجستگی های استخوانی بالش قـرار دهید تا عضو به حالت شـناور در آمـده و تحت فشـار قـرار نگیرد.**

**آمـوزش به بیمـار:به بیمـار بگویید که از پـدهای سنگین یا پد بیش از اندازه استفاده نکند؛ زیرا می تواند سبب افـزایش تعریق و تحریک پوست گـردد. به بیمار برای محافظت و حمایت از پاشنه های پا، آرنج ، پشت سـر، سـتیغ خاصـره ای، اسـکروم و دنبالچه در مقابل آســـیب پوست با اســـتفاده از پدهای اسفنجی آموزش دهید. منابع:2و3**

## 10- جابجایی و تغییر پوزیشن:

**آموزش به پرستار:زمانیکه بیمار بر روی صندلی با در تخت قـــرار دارد باید هر یک تا دو ســـاعت تغیـــیر پوزیشن داده شـــودتا فشـــار به نـــواحی مبتلا وارد نشود. جهت جابجایی بیمار از ملحفه استفاد کنید.**

**آمـوزش به بیمـار:بیمـار را تشـویق کیند تا بر روی ناحیه غیر مبتلای خود قرار گیرد. جهت بلند کـردن یا چرخانـدن بیمـار ، به بیمـار و خـانواده وی آمـوزش دهیـد. به بیمـار و خـانواده وی آمـــوزش دهید تا جهت چرخاندن و جابجـایی بیمـار از ملحفه استفاده کنند. در مـــورد اهمیت افـــزایش فعالیتها بر اســـاس تحمل بیمـار توضـیح دهیـد. نحـوه انجـــام تمرینـــات دامنه حرکتی فعال و غیر فعال را برای تمـامی انـدامها به بیمار آموزش دهید. به بیمار بگویید که این تمرینـات باید هر4 ساعت انجام شود. به بیمار توصـیه کنید تا نرمشـــهای کششی و ایزومتریک را انجـــام دهد ( ورزش از طریق افزایش جریان خون روند بهبودی را تسریع می کند). منابع:2و5**



## 11- تغذیه و داروها:

**آمـوزش به پرسـتار:جهت بهبـود تغذیه و کمک به ترمیم پوست اسـتفاده از مکمل هـای غـذایی ضروری است.**

**آموزش به بیمار: هدف، مقدار، زمان، و روش مصرف هر یک از داروهای تجویز شده و عوارض**

**جانبی که باید به پزشک یا پرستار گـزارش شـود را به بیمار توضیح دهید. در مورد هدف اسـتفاده از مکمل های ویتـامینی مثل ویتـامین C مولـتی ویتـامین و زینک اکسـید توضـیح دهیـد. بیمـار را بـرای اسـتفاده از یک رژیم غـذایی پرکـالری و پرپروتـئین تشـویق کنید و در صـورتی که منعی وجـود نـدارد توصـیه کنید تا مایعـات به مقـدار کافی بنوشند. به بیمار توصـیه کنید تا خـود را به طور منظم وزن کند و در صورتی که افـزایش یا کاهش وزن بیشـتر از 10 پوند در طی شش مـاه باشد پزشک را مطلع کند. منابع:2و5**

**12- آمــوزش به پرســتار و بیمــار:اگر بیمــار بی اختیاری ادراری دارد و یا زیـاد عـرق می کند باید لباسها و ملحفه وی مکررا تعویض شود.(2)**

**13- آمـوزش به پرسـتار:سر تخت را بیشـتر از 30 درجه بلند نکنید (سـبب لغـزش بیمـار به سـمت پایین و چروکیده شدن ملحفه می گردد).(5)**
**آمـوزش به بیمـار:به بیمـار آمـوزش دهید روی ملحفه ها نلغــزد- ملحفه ها باید بــدون چــروک باشند.(2)**



**14- آمـوزش به بیمـار:با بیمـار در مـورد رعـایت بهداشت روزانه برای جلوگیری از عفـونت زخم و از هم گسیختگی پوست صحبت کنید.(2)**

**15- آموزش به پرستار:قبل از انجـام دبریـدمان در مرحله 3و4 زخم بسـتر ، از مسـکن اسـتفاده کنیـدو بعد از دبریـدمان زخم را از نظر انـدازه ، رنگ، بو و ترشحات مشاهده کرده و اطلاعـات را ثبت کنیـد. بعد از دبریـدمان گـازی را به نرمـال سالین آغشته کرده و درون زخم بگذارید.**

**آموزش به بیمار:قبل از انجام دبریـدمان پوست در مورد آن به بیمار توضیح دهید. منابع:2و3**

**16- مراقبت از سالمندان:**

**آمـوزش به پرسـتار:تـرمیم پوست به دلیل نـواقص عملکـردی که از قبل در افـراد مسن وجود دارد و با بیماریهای مزمن که سبب کاهش حرکت و تغذیه مناسب می گردد- بیمـاران مسن**

**تحمل بافتی کمتری دارند و باید در صورت وجود قرمزی در برجستگی های استخوانی به دفعــات بیشتری جابجا شوند.**

**آمــوزش به بیمــار:به بیمــار آمــوزش دهید که تغیرات طبیعی وابسته به سن در میزان چربی و عضلات بدن وی را مستعد ابتلا به زخم بستر می کند. منابع:2و4**



# منابع:

1) س. اسـملترز، سـوزان و دیگـران. ترجمه اسماعیل شـریعت و دیگـران. پرسـتاری داخلی جراحی برونر و سـودارث(پوست و سـوختگی). تهران: سالمی،1386 .
2) کانـابیو، مـاری. ترجمه خدیجه نصـیریانی و دیگـران. هنـدبوک آمـوزش به بیمـار. تهـران: سالمی،1387 .
3) مـیرزابیگی،غضـنفر و دیگـران. اسـتانداردهای خـدمات پرسـتاری. تهـران : سـازمان نظـام پرسـتاری جمهـوری اسـلامی ایران،1385 .
4) تیلور، کارول و دیگران. ترجمه فاطمه احمد لاریجـانی و دیگـران. اصـول پرسـتاری تـایلور. تهران: بشری،1382 .
5) www.nursingcare.com
6) www.coloplast.ir

# تهیه کنندگان:

**مهدیه محمدی**

**علی قنبری**

**ملیحه شهرکی**

**جواد یوسف نژاد**

**سلیمه صفری**

**مهدی زنده روان**

**فائزه سربیشه ای**

**صادق ملازاده**