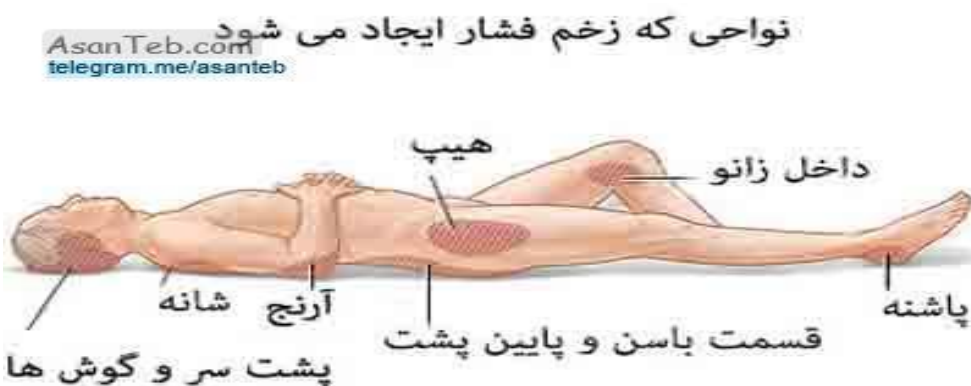


راهنمای پیش گیری از زخم فشاری



اصول عمومی

۱ - ارزیابی عوامل خطر داخلی و خارجی ابتلاء به زخم فشاری در تمام بیماران بستری در بخش های بیمارستانی و غربالگری بیماران مستعد :

○ عوامل داخلی : بی اختیاری ادرار و مدفوع، فقدان درک حسی، فاکتورهای عروقی، سوء تغذیه، کاهش فشارخون شریانی، افزایش درجه حرارت بدن، کاهش مقاومت بدن به عفونت، اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب و پوست اریتماتو، محدودیت حرکتی به ویژه بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار، بیماری های مزمن مانند دیابت، سرطان و آنمی

○ عوامل خارجی : فشار، نیروهای ناشی از اصطکاک، نیروهای خرد کننده، عدم رعایت بهداشت، جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به روش غلط، وضعیت نامطلوب بیمار در بستر، تزییقات مکرر در یک ناحیه از پوست، سختی و ناهمواری سطوح زیرین بیمار، وجود تکه های ریز غذا و مواد زائد مختلف در تخت بیمار

۲ - ارزیابی مجدد بیمار با تغییر شرایط به لحاظ احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری

۳ - ثبت ارزیابی اولیه در پرونده بیمار توسط کادر پرستاری به عنوان معیارهای پیش گو کننده ابتلا به زخم فشاری در بدو پذیرش بیمار

۴ - معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج (با استفاده از معیار نورتون براساس ۵ معیار وضعیت جسمانی، وضعیت مغزی، سطح فعالیت، میزان تحرک و بی اختیاری)

برنامه ریزی و اجرای اقدامات پیشگیرانه / درمانی در بیماران مستعد براساس میزان خطر با رویکرد تیمی

ارزیابی جامع و کامل پوست، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم :

تکنیک شناسایی پاسخ به تغییر رنگ به سفید شدن در قبال فشار انگشت در موضع، گرما، ادم و سفتی موضعی

ارزیابی بیماران در خصوص هرگونه درد و ناراحتی مرتبط با خطر ایجاد زخم فشاری

بررسی پوست بیمار به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کاتترها، لوله اکسیژن، لوله ونتیلاتور، بريس گردنی سفت و...

ثبت یافته های ارزیابی جامع پوست جهت ارزیابی میزان پیشرفت بیمار

اقدامات پیشگیرانه

مراقبت از پوست :



- خودداری از تغییر وضعیت بیمار بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است
- عدم استفاده از ماساژ برای پیش گیری از ابتلا به زخم فشاری
- عدم استفاده از آب داغ جهت تمیز نمودن سطح پوست
- مرطوب نگه داشتن پوست با استفاده از امولسیون های مرطوب کننده
- محافظت از پوست در قبال رطوبت زیاد

○ بهبود وضعیت تغذیه :

- ارزیابی و غربالگری وضعیت تغذیه ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلا به زخم فشاری
- برآورد نیازهای تغذیه ای و برنامه ریزی جهت مشاوره تغذیه ای
- مقایسه دریافت مواد مغذی با نیازهای تغذیه ای بیمار
- فراهم آوردن مداخلات مناسب تغذیه ای مبتنی بر راه تغذیه ای مناسب
- رژیم غذایی سرشار از فرآورده های آهن، ویتامین ث، ب و آ، مواد معدنی روی و سولفور و دریافت مکمل های غذایی در صورت نیاز
- در نظر گرفتن پروتئین و مایعات لازم بسته به نیاز فرد
- پایش و ارزشیابی مکرر وضعیت تغذیه ای بیماران در دوره های منظم

○ تغییر وضعیت :

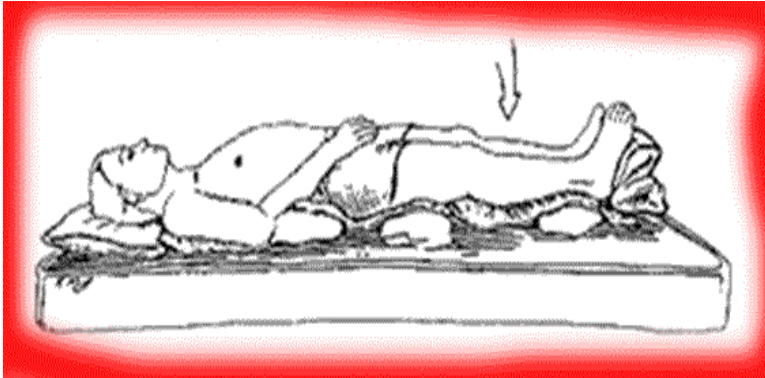
- تغییر وضعیت به نحوی که فشار از روی موضع برداشته یا توزیع مجدد شود
- جدا کردن کامل بیمار از تخت و خودداری از کشیدن بیمار بی حرکت در تخت جهت جابجایی
- استفاده از ملحفه جهت سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت (وابسته به تخت)
- خودداری از جاگذاری بیمار بر روی زائده موجود استخوانی یا اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود
- اجتناب از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از ۳۰ درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت در صورت امکان
- پیش گیری لغزیدن و از اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم با گذاردن تخته پایین تخت و در کف پای بیمار در وضعیت نیمه نشسته
- قرار دادن بیمار در وضعیتی که از نظر وی راحت است

توجه : ماساژ استراتژی توصیه شده در پیشگیری از ابتلاء به زخم فشاری نیست

تدابیر کلی

- اجتناب از استفاده چسب های طبی در یک ناحیه از پوست به صورت مستمر
- تمیز نگه داشتن بستر بیماران از مواد زاید و تکه های ریز غذا
- عدم تزییق در یک ناحیه از پوست بیماران به صورت مکرر
- کوتاه کردن ناخن ها و خروج انگشتی یا سایر زیور آلات به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان
- آموزش تغییر وضعیت و اهمیت آن در پیش گیری از زخم فشاری به تمام کادر بالینی دخیل در مراقبت از فرد مستعد
- استفاده از تشک های کم فشار (تشک های با فشار متناوب و یا مواج)
- پیش گیری از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانو ها و قوزک ها روی یکدیگر با استفاده از بالش، حوله های تا شده و...
- در بیماران دچار بی اختیاری ادرار و مدفوع : پرسش از نیاز به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یک بار و تعویض سریع ملحفه بیمار و شست و شوی ناحیه پرینه با آب و صابون در صورت وقوع بی اختیاری

تکنیک تغییر وضعیت :



- با در نظر گرفتن راحتی ، حرمت و توانایی عملکردی بیمار تغییر وضعیت وی بایستی انجام شود .

- در هنگام تغییر وضعیت بیمار باید وی را کاملاً از سطح تخت جدا کرده و سپس جابجا نمایید . (از کشیدن بیمار در تخت اجتناب 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 کاتتر جابجا نکنید .

- از قراردادن بیمار بر روی زائده موجود استخوانی با اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید .

- بیمار را بصورت متناوب در وضعیت دراز کشیده ۳۰ درجه متمایل به سمت طرفی (چپ و راست) و دراز کشیده به پشت قرار دهید و یا در صورت تحمل بیمار را در وضعیت دمر قرار دهید .

- از وضعیتهایی که میزان فشار را در مواضع خاصی می افزاید نظیر دراز کشیده به پهلو ، نیمه نشسته یا نشسته در وضعیت ۹۰ درجه اجتناب کنید .

- در صورت نیاز به وضعیت نیمه نشسته بیمار در بستر ، با گزاردن تخته پایین تخت و در کف پای بیمار از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم پیش گیری 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 .

منبع : Prevention Pressur Ulcer Guideline

تدوین فرناز مستوفیان

کارشناس مسئول برنامه های کشوری ایمنی بیمار