

مراقبت از

بافت های تحت فشار

علیرضا عسگری - غلامرضا نمادی وثوقی

حمیدرضا مسلمی دانشجویان ترم دوم کارشناسی

ناپیوسته پرستاری

پیشگیری بهتر از درمان است

اگر بخواهیم در امر پیشگیری از زخم فشاری موفق باشیم ، باید پرستاران و پرسنل مربوطه را از خطراتی که در اثر زخم بستر متوجه بیماری گردد ، آگاه کنیم. بخصوص در مورد افراد ساخورد ، اصول زیر باید همیشه مدنظر باشند :

- زخم های بستر از تظاهرات يك بیماری حاد می باشند . مشاهده شده است بسیاری از بیماران که بی حرکت هستند ، زخم بستر ندارند . مگر اینکه دچار تروما یا بیماری حاد دیگر شده باشند .

- از لحظه ای که مراقبت از يك بیمار به ما محول می گردد ، باید اقدامات پیشگیری کننده را آغاز کنیم :

۱- دوره حساس و خطرناک وقتی است که ، مرحله حاد يك بیماری شروع می شود ، نه زمانی که علائم آسیب ظاهر شده باشد .

۲- حتی يك ساعت غفلت می تواند به ایجاد زخم فشاری کمک کند .

زخم های فشاری ، یکی از عوارض ناخواسته درمانی بوده و اکثراً با درک هوشیاری و مراقبت بموقع قابل پیشگیری است . امروزه زخم های فشاری یا زخم بستر یکی از مسائل بفرنج درمانی محسوب می شود و این مسئله تا حد زیادی مربوط به این واقعیت است که ، تعداد بسیاری از بیماران ساخورد از بیماریهای جدی و حاد جان سالم بدر برده ولی به علت ساخوردگی و پاتولوژی عوامل چندگانه بیشتر در معرض ابتلاء به زخم های بستر می باشند . اما ، نویسنده مقاله معتقد است که : علت عمده در ایجاد زخم بستر بی توجهی و عدم بکارگیری اقدامات پیشگیری کننده است .

پرستاران از ایجاد زخم بستر در بیمارانشان ناراحت و شرمنده می شوند و در اغلب موارد مورد سرزنش قرار می گیرند . بنابر این وجود زخم های فشاری و بدتر شدن آنها در شرایط نامناسب کتمان می کنند .

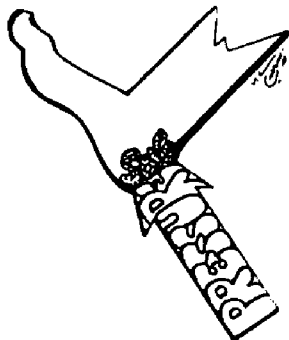


۳- زمان

فشاری کم در مدت طولانی، می تواند اثرات زیان بارتری نسبت به يك فشار زیاد در مدت زمان کم داشته باشد. تا زمانی که آسیبی به عروق وارد نشده باشد، بدن با افزایش تغذیه خونی بافت بصورت واکنشی، می تواند هیپوکسی بافت را جبران کند. اما اگر فشار آنقدر باشد که فشار مویرگی را در انتهای وریدی به ۸ تا ۱۲ میلی متر جیوه کاهش دهد، آنوقت احتقان ایجاد شده و به انتهای شریانی مویرگها نیز گسترش می یابد. این پدیده منجر به افزایش نفوذپذیری مویرگها، ایجاد ترومبوز و ایسکمی و نهایتاً مرگ نسج می شود. با ظهور نکروز حفره ای در نسج ظاهر می گردد.

۴- جریان خون

هرچه میزان گردش خون در يك بافت بهتر باشد، آسیب کمتری به آن وارد می شود و برعکس چنانچه



میزان گردش خون در يك بافت خوب نباشد، تخریب وارده بیشتر خواهد بود. می توان این را به لوله آبی تشبیه کرد که آب به مقدار کم از آن عبور بکند. در نتیجه نسبت به زمانی که آب به طور کامل عبور می کند فشار کمتری برای گسیختگی در آن وجود خواهد داشت.

- اگر چه اخلاق پرستاری نقش عمده ای در موفقیت طرحهای پیشگیری از زخم بستر دارد، با این وجود همکاری سایر پرسنل نیز الزامی است. برای آنکه پرسنل قادر باشند يك برنامه پیشگیری موثر ارائه دهند، لازم است مدیران هر رده از آنان حمایت نمایند. کمبود تجهیزات، به اندازه فقدان آگاهی می تواند سبب بی کفایتی امر مراقبت گردد.

زخم های بستر در نتیجه فشار بوجود می آیند، اما، فرآیند واقعی ایجاد آن بسیار پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد:

۱- فشار مستقیم (۱)

وارد آمدن فشار زیاد به يك نقطه از بدن باعث توقف جریان خون مویرگی در آن ناحیه و عدم دسترسی بافت به اکسیژن و مواد غذایی می گردد. این، مانند حالتی است که يك نفر پای خود را روی يك لوله لاستیکی گذاشته و از جریان آب جلوگیری کند.

۲- تغییر شکل یا نیروی لغزشی:

اصطكاك، سبب توقف لغزش پوست و لایه های عمقی بافت شده بطوریکه ارتباط آنان بایکدیگر قطع می شود. عروق خونی تحریک شده و تراوش مواد از عروق به بافت افزایش می یابد، که منجر به احتقان و ترومبوز شده و در نتیجه فقدان مبادله متابولیتها بین بافت و مویرگها، نسج نکروزه شده و می میرد. چنین زخم هایی از بدو ایجاد، عمیق بوده و باعث ایجاد مخروطی از نسج نکروزه می شود.



فاکتورهای مساعدکننده :

(۱) کاهش جریان خون در اثر :

(a) مشکلات گردش خون

(b) شوک جراحی

(c) هیپوترمی

(d) استعمال دخانیات

(۲) پرفوزیون بد یا تغذیه بد نسوج

(a) آنمی

(b) اختلالات متابولیکی

(c) اختلالات تنفسی

(d) دهیدراتاسیون

(e) استروئیدها یا داروهای سایتوتوکسیک

(۳) ناتوانی درد درک و پاسخ حرکتی به

احساس ناراحتی :

(a) تیرگی شعور

(b) اغما

(c) فلج

(d) نوروپاتی محیطی

(e) درد

(f) داروهای مسکن

(۴) فقدان لایه خارجی محافظ در اثر:

(a) رطوبت زیاد پوست

(b) ضربه و طاول

(c) زخم های ناشی از اصطکاک

(۵) تاثیر سن

(a) از دست دادن خاصیت انعطاف پذیری در سنین

بالا همراه با علائم دیگرمانند: سوء تغذیه و

دهیدراتاسیون .

(۶) افزایش خطر فشار یا تغییر شکل پوست

و بافت زیر آن در اثر :

(a) وضعیت تخت های بیمارستان

(b) تخت های x-Ray یا اطاق عمل

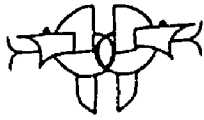
(c) صندلی چرخ دار و صندلی های مخصوص

ساختوردگان

البته برخی از بیمارها را نیز باید به این لیست افزود . اگر چه بدن به هر شرایطی عادت می کند ، لیکن ، يك اتفاق جدید سبب پیشرفت زخم فشاری می-گردد .

« بررسی جهت پیشگیری از زخم بستر »

روشهای بررسی استانداردهای قابل درکی را برای همه پرسنل فراهم می کند . اولین ابزار ارزیابی ، مقیاس « نورتون » (۱) می باشد . با وجود نقص هایی که در این درجه بندی وجود دارد ، اما ، امروزه مورد استفاده قرار می گیرد . در این شاخص درجه ۱۶ یا کمتر نشاندهنده در معرض خطر ابتلاء به زخم بستر می باشد . مقیاس واترلو (۲) چندین فاکتور اضافه دارد . این روش مورد تحقیق و تصدیق قرار گرفته ، بنابراین به روش قبلی ارجح می باشد . البته روش های دیگری نیز وجود دارد . انتخاب هر روش به روتین بیمارستان و بخش بستگی دارد . کلیه بیماراران را باید در هنگام پذیرش از لحاظ وجود زخم فشاری ارزیابی نموده و این ارزیابی را هر هفته ، و یا هر وقت که تغییری در وضعیت بیمار ایجاد شد ، تکرار نمود مثلاً در هنگام عفونت ، جراحی ، کلاپس ،



برقراری تراکشن و یا وخامت حال عمومی بیمار غرض
ارزیابی اناسی برای اقدامات پیشگیری کننده
می باشد .

اهداف این اقدامات شامل موارد زیر است :

۱- اصلاح و بهبود وضعیت عمومی بیمار .

۲- تحرك و برخاستن از بستر در اسرع وقت .

۳- بهبود وضعیت تغذیه ای .

۴- کاهش فشار از روی نقاط مستعد .

هدف از دارو درمانی بهبود شرایط ویژه می باشد.

البته در بیماریهای مزمن و افراد پیر که دارای جنبه
های پاتولوژیک هستند نباید تجویز گردد .

باید از روز اول بیمار را تشویق به حرکت نمود .
این حرکت صرفاً شامل راه رفتن نیست ، بلکه هرگونه
حرکت در بستر و یا در روی صندلی را نیز دربر
می گیرد . يك بیمار بیقرار کمتر از يك بیمار آرام
در معرض ابتلاء به زخم بستر قرار دارد .

نقش فیزیوتراپیست در پیشگیری ، فراهم
آوردن نحوه درمان مثبت و مناسب در بخش
می باشد.

به خود بیماران نیز باید آموزش داده شود .
حتی ، زمانی که در بستر هستند ، مداوم حرکت
داشته و تغییر پوزیشن بدهند . اهمیت این مسئله نیز
به آنها گوشزد شود . اکثر بیماران سالخورده و
ناتوان ، که تحت مراقبت ما قرار می گیرند احتمالاً در
گذشته دچار سوء تغذیه بوده و نسوج بدن آنان دچار
تخریب شده است . هر بیماری ، با ضربه ، مستلزم
تغذیه خوب کافی بوده و باید تعادلی بین غذا

مایعات مورد نیاز بیمار برقرار گردد . آیا بیمار
غذایش را کاملاً میل می کند یا نه ؟

رژیم غذایی پرکالری و پرتروئین از اجزاء اصلی
درمان می باشد .

کاهش فشار براساس دواصل بنا شده است :

dispersion (1) توزیع وزن

redistribution (2) توزیع فشار

توزیع وزن یعنی پخش کردن وزن بدن در سطح وسیع .

بدین منظور تشك هایی ساخته شده اند که ، حالت
شناور داشته و این منظور را تامین می نماید .
تشك هایی هستند که درون آنها از آب پر شده و
میزان وزن بدن در ارتباط با مقدار آب جابجا شده
درون تشك می باشد . این تشك ها ایده آل هستند
البته پوشش تشك از این خاصیت تاحدی جلوگیری
می کند . نوع تشك هر چه باشد ، باید نرم و با
خاصیت ارتجاعی باشد تا منظور را برآورده سازد .
لیکن تشك های استاندارد بیمارستانها نه نرم هستند
و نه خاصیت ارتجاعی کافی دارند . البته این عیب
در مورد ترائی های رادیوگرافی و صندلی های چرخ
دار و تخت اطاق عمل نیز صدق می کند ، در
سالهای اخیر متوجه شده اند ، که این ترائی ها نیز
در ایجاد زخم بستر موثر هستند .

امروزه تخت های مناسب قوی در دسترس
می باشند . برخی بیماران پوست گوسفند را بعنوان
زیرانداز مناسب و راحت می دانند . پوست گوسفند
دارای اصطكاك کمتر بوده ، و نیز رطوبت را که
باعث خیس خوردن پوست و در نتیجه ضعیف شدن آن

•	رسمك هاي ريزه	•	سن - جنس	•	مشاهده وضعیت پرست	•	وزن و چاقی
•	سوء تغذیه باقی	1	مذکر	•	پرست وضعیت سالی دارد	•	متوسط
8	کاشکسی	2	موت	1	پرست خشک است	1	بیشتر از متوسط
5	نارسایی قلب	1	۱۴-۴۹ سالگی			2	چاق
5	بیماری عروق محیطی	2	۶۴-۵۰ سالگی	1	پرست ادم دارد	3	زیر متوسط
2	کم خونی	3	۷۴-۶۵ سالگی	1	پرست تر و چسبناک است	•	continence
1	استعمال دغایات	4	۸۰-۷۴ سالگی	2	پرست رنگ پریده است	•	کنترل کامل ادرار (سندازیا
•	نقص های عصبی	5	بیشتر از ۸۰ سالگی	3	ترك خوردگی وجود دارد		کنترل خود بیمار)
4-6	دبایت، CVA، M.S، فلج حسی، حرکتی		اشتها	•	تحرک بیمار		بیمارگاهی قادر به کنترل دفع
	پاراپلژی	•	متوسط	•	تحرک زیادی دارد	1	ادرار و مدفوع نیست
	جراحیهای بزرگ - تروما	1	ضعیف	1	فقط این قرار است		بیمار قادر به کنترل دفع مدفوع
5	جراحیهای ارتوپدیک دریاتین تراز ناحیه کمری و ناعمری	2	سند مده و محدود به معاینات	2	این تمارت است	2	نیست
5	تحت بیهوشی و بیشتر از ۲ ساعت	3	بی اشتها بی کامل	3	فعالیت محدود دارد		عدم کنترل دفع مدفوع و
	دارو درمانی	4			بیمار بی حرکت است	3	ادرار تواماً وجود دارد.
	استروئیدها				بیمار دائماً محدود به صندلی		
4	سایتوتوکسیک ها			5	(چرخدار) است .		
	دوزبالای ضد التهاب ها						

« جدول واترلو جهت پیشگیری و درمان زخم فشار »





می شود بخود جذب می کند . لیکن ، پوست گوسفند نمی تواند فشار را تخفیف دهد .

بیمارانی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری هستند ، باید در تخت ، پرستاری از آنها بعمل آید و يك تا دو بار در روز به آنها اجازه توزین وزن داده شود .

در هنگام نشستن بر روی صندلی ، اندازه صندلی باید طوری باشد که ، کف پای بیمار به راحتی روی زمین قرار گرفته و ساق پا نسبت به زمین و ران حالت 90° و قائم داشته باشد . صندلی های مخصوص سالخوردهگان اجازه نمی دهد که وزن بین نشیمنگاه و پشت متمرکز شود . برخی از کارخانه های تخت سازی و تشك سازی ، کوسن هایی را نیز برای نشستن می سازند که بسیار با اهمیت می باشند . (1) توزیع فشار یعنی تحمل فشار ناشی از وزن بدن بوسیله قسمت های مختلف بدن به طور متناوب : این کار به قسمت های تحت فشار امکان می دهد تا با پرخونی بهبود حاصل کنند . جهت این کار تشك هایی مجهز با فشار متناوب ساخته شده شده است .

مراقبت پرستاری ، درمورد بیمارانی که در معرض ابتلاء به زخم فشاری قرار دارند ، شامل تغییر پوزیشن به طور متناوب می باشد . برنامه ریزی باید براساس نیازهای بیمار ، روش زندگی و صلاحدید وی طرح ریزی شود . در بافت سالم و با پرفوزیون خوب ، ساعت های متمادی هیچ تخریب سلولی ایجاد نخواهد شد . اما ، برای افراد سالخورده که گردش خون

(1) redistribution

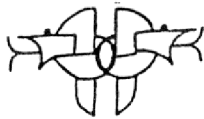
مناسبی ندارند ، درعرض کمتر از یکساعت تخریب بافتی ایجاد می شود . برای مثال : يك بیمار همی پلژيك می تواند بر روی طرف سالم به مدت طولانی تری قرار گیرد ، بدون آنکه آسیب به آن بافت وارد شود .

● نمودار لوتیان Lowthian

يك نمودار به نام لوتیان که به نام چارت چرخشی نامیده می شود ، برای هر بیمار لازم است . بهتراست از روش پهلوی به پهلوی اجتناب شود زیرا فشارمستقیم به تروکانتر وارد می گردد . روش چرخش 30° موثرتر است . گردش 30° را روی صندلی نیز می توان در حالت نشسته انجام داد و برای این کار می توان از بالش استفاده کرد . می توان ، با گذاشتن بالش در طول پا و تروکانترها ، از زخم پاشنه پا و مالتولوس جلوگیری کرد . بهداشت و مراقبت از پوست ، فقط ، مستلزم تمیزی پوست است . هیچ گرم و لوسیونی از زخم بستر جلوگیری نمی کند . فقط در مورد بیمارانی که دچار عدم کنترل ادرار هستند ، روغن کرچك و پمادرومی (زینك) می تواند موثر باشد .

تخریب غیرقابل برگشت :

پس از طرح ریزی ، اجرای طرح مهم است . حتی اگر يك بار تغییر پوزیشن فراموش شود ، همین می تواند ، موجب تخریب غیر قابل برگشت شود . ارزیابی و معاینه عبارتند از : مشاهده پوست در هرتغییر پوزیشن . دراین صورت است که ، زخم فشاری را در مرحله اول می توان تشخیص داد ، تا

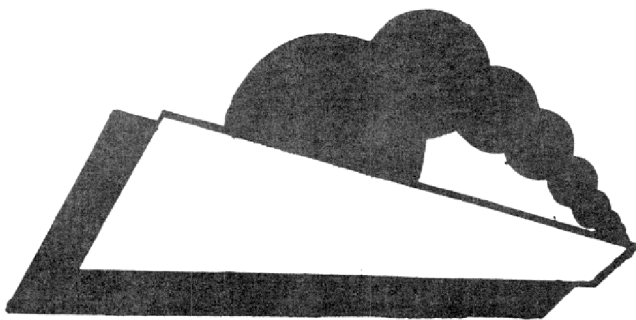


- ایجاد کند از قبیل : تلاشهای قبلی برای ترمیم -
شدت عارضه - سلامتی زن و مهارت و تجربه جراح .
۳- عود فیستول به علت عوامل مختلف میزان
موفقیت بین ۵۸-۹۰٪ را نشان داده است .
۴- در این مطالعات تعداد بیمارانی که جهت ترمیم
معرفی شدند ولی نیاز به جراحی نداشتند مشخص
نیست .
۵- تغییرات دستگاه ادراری نادر به نظر می رسد و
این در کشورهای در حال توسعه گاهی قابل قبول
نیست .

(۷) Fistula unit

(۸) Royal

john kelly , fistula of obstetric origin :
Midwifery
june (1991) , Vol , 7 P: 71-73



زمانیکه کاملاً بافت تخریب نشده و پرخونی واکنشی
ایجاد شود . لازمه امر ، تشخیص و رفع فشار
در مراحل اولیه است .

بی رنگ شدن پوست بیشتر حالت قرمزی و صورتی
دارد ، (اریتم) و با گذاشتن انگشت ، بی رنگ شدن
پوست (تغییر رنگ پوست) پس از برداشتن انگشت
رخ نمی دهد و قرمز می ماند پس از $\frac{1}{4}$ الی $\frac{3}{4}$
زمانی که انگشت را در آن منطقه فشار دادیم ،
پوست باید به حالت اول برگردد، ولی، در صورتیکه زخم
بستر باشد بین $\frac{1}{4}$ تا $\frac{3}{4}$ زمان فشار به حالت
اول بر می گردد . در همین مرحله اول باید مسئله
جدی تلقی شده و به صورت اورژانسی با آن برخورد
کنیم . ما باید در همین مرحله طرح خودمان را مجدداً
دوره کنیم .

اگر انجام کارهای فوق ، نتایج مثبت را نشان نداد
یا طرح ما غلط بوده و یا طرح خوب اجرا نشده است
و اگر زخم فشاری فوری شناسائی شود ، در مرحله
اول، بدن آنرا خودبخود ترمیم می کند .

در تمام بیماران از همه این موارد کمک گرفته تا پی
به اهمیت کاربرده و طوری باید با بیمار برخورد کرد،
تا موجب افزایش هیجان مریض نشود .

Prevention Is Better Than
Cure , Nursing , The Elderly ,
May , June 1991 P: 17-20

