

**زخم فشاری**

**(زخم بستر)**

**تاریخ تدوین:30/8/1402**

**تاریخ بازنگری:30/8/1403**

**واحداموزش به بیمار**

**کد BRAG10**



**تعریف زخم فشاری**

* زخم فشاری به زخمی گفته می شود که به علت وارد آوردن فشاری بیش از فشار طبیعی مویرگها(32میلیمتر جیوه )به مدت طولانی برسطح پوست ایجاد می گردد که موجب نکروز ناحیه محدودی از بافتهای نرم می شود .
* ازبین رفتن ساختمان آناتومیک وعملکرد نرمال پوست که درنتیجه فشار خارجی وارد بر برجستگی های استخوانی ایجاد می شود وطبق قاعده ای منظم ودر یک زمان معین بهبود نمی یابد .

**پاتوفیزیولوژی زخم فشاری**

از نظر پاتوفیزیولوزی سه عامل در پیدایش زخم های فشاری موثرند .

1.شدت فشار وفشار لازم جهت بسته شدن مویرگها

2.طول مدت فشار

3.تحمل بافت

فشاربیش از 32میلی مترجیوه سیستم مویرگی – شریانی – وریدی که مسئول تغذیه بافتها ودفع مواد زائد از انها می باشد را مسدود می کند ودرنتیجه موجب آنوکسی و وایکسمی بافتی می گردد بدین ترتیب وضعیت

متابولیسم بافت که به طور طبیعی به میزان دریافت اکسیژن از خون ودفع مواد حاصله از متابولیسم ودی اکسیدکردن بستگی دارد را متحمل ساخته ودر نتیجه موجب متابولیسم بی هوازی وپیدایش حالت اسیدوز بافتی گردیده متعاقب آن نفوذ پذیری مویرگها افزایش یافته وباعث ایجاد تورم وسرانجام سبب مرگ سلولی می شود ودر نهایت به صورت زخم فشاری تظاهر پیدا می کند .

به طور خلاصه می توان گفت :فشار کاهش یا قطع خونرسانی به بافتهای زیرین ، اختلال وضعیت متابولیسم بافت ،آنوکسی شکمی بافت ،نکروز بافتی ،خراشیدگی وزخم ،تهاجم میکروارگانیسم ها ،عفونت ، درگیری بافتهای زیرین شامل فاشیا ماهیچه واستخوان

**پوزیشن های در معرض خطر**

1.وضعیت خوابیده به پشت

استخوان پس سری و ستون های آرنج ساکروم ،دنبالچه ،پاشنه پا

2.وضعیت خوابیده به شکم ،استخوان پیشانی ،زانو

3.وضعیت خوابیده به پهلواستخوان کتف ،ایلیاک کرست ،برجستگی بزرگ ران ، قوزک های پا

4.وضعیت نشسته

به طور کلی شایع ترین محل زخمهای فشاری ،استخوان ساکروم ودنبالچه می باشد .

**تقسیم بندی زخم ها**

**مرحله 1.** فشارممکن است موجب قرمزی محل تحت فشار شود یا لایه ای نازک از اپیدرم دچار زخم گردد اما به درم محدود می شود به طوری که دراین مرحله دوم سالم باقی می ماند .

**مرحله 2 .**زخم تمام لایه های پوست را گرفتار می کند وبه درم نیز گسترش می یابد اما به داخل چربی زیر پوست دست اندازی نمی کند .

**مرحله 3.** زخم به عوامل چربی زیر پوست دست اندازی می کند اما به فاسیای عمقی محدود می گردد .

**مرحله 4 .**زخم هیچ محدودیتی ندارد وبه توده عضلانی گسترش می یابدبه طوری که گاهی اوقات استخوان نیز در معرض دید قرار می گیرد .

**مرحله 5 .**زخم به صورت یک سوراخ یا حفره بسته شده ای نمایان می شود که لایه های پوستی روی این حفره رابسته است وبه صورت ضایعه کوچکی به سطح پوست باز می شود دراین مرحله تعیین وسعت ناحیه آسیب دیده مشکل می باشد زیرا به راستی قابل دسترسی نیست .

تقسیم بندی زخم توسط انجمن بین المللی مشاوره زخم های فشاری که بیشتر به خصوصیت زخم از نظر بالینی پرداخته است .

مرحله 1 .اریتمایی که با فشار انگشت سفید نمی شود ،در محل تحت فشار ،نشان از زخم فشاری در آینده می دهد همچنین علایم دیگری نظیر لکه های پوستی (کبودی ) کرمی وسفتی ممکن است ظاهر شود بررسی این مرحله در افرادی که پوست تیره دارند مشکل می باشد .

مرحله 2 .دراثر از بین رفتن اپیدرم ،درم ویا هردو ضخامت پوست جزئی کاهش می یابد زخم سطحی است واز نظر بالینی به صورت یک خراشیدگی ،تاول ویا گودی کم عمق مشخص می شود . دراین مرحله معمولازخم دردناک است .

مرحله 3 .ضخامت پوست که کاملا ازبین میرودکه شامل آسیب ویا

گچ ، تراکشن ،وسایل ارتوپدی و سایر تجهیزات : گچ و تراکشن حرکت بیمار را به خصوص در انتها ها کاهش می دهد در فردی که عضوی را گچ گرفته نیروی اصطکاک بین سطح گچ وپوست محل وجود دارد همچنین نیروی مکانیکی فشاری است که از سوی گچ و پوست اعمال می شود خصوصا اگر گچ تنگ باشد ویا انتها ها متورم شوند که این نیروها پوست را در معرض خطر قرار می دهند هر وسیله ای که روی پوست اعمال فشار کند میتواند منجر به زخم فشاری شود.

**پیشگیری از زخم های فشاری**

* 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 سریعا 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 روی برجستگی ها استخوانی را مالش ندهید.
* استفاده از تکنیک های صحیح چرخش ،انتقال و پوزیشن دادن به بیمار به منظور به حداقل رساندن آسیب ایجاد شده به وسیله اططکاک و نیروی شرینگ به پوست
* استفاده از لوبرکانت (روغن ) یا پوشش های حمایتی به منظور کاهش اسیب ناشی از اصطکاک شناسایی و تصحیح عوامل آن دریافت پروتئین ودریافت کالری و توجه به مکمل های غذایی و حمایت تغذیه ای افراد
* ایجاد یک برنامه نو توانی به منظور نگهداری یا بهبود حرکت و فعالیت
* استفاده از بالش روی برجستگی های استخوانی از جمله زانوها و قوزک های پا را از تماس مستقیم با یکدیگر حفظ کنند
* اجتناب از پوزیشن های که فشار مستقیما بر روی تروکانترها وارد می شود..

نکروز بافت زیر جلدی است که به طرف پایین تا فاشیا گسترش می یابد .زخم از نظر بالینی در این مرحله به صورت یک گودی عمیق است که گاهی همراه با گسترش به بافتهای اطراف می باشد .بهبودی زخم در این مرحله ماهها به طول می انجامد .

مرحله 4 .ضخامت پوست به طور کامل ازبین می رود که همراه با بافت نکروز بافتی ،آسیب به ماهیچه ها ،استخوان وساختمان های مربوط به آن نظیر تاندون ها وکپسول مفصلی وجود دارد بهبودی در این مرحله ماهها وگاه تا سالها به طول می انجامد.

**عوامل خطر سازی در پیدایش زخمهای فشاری**

**بی حرکتی :**فردی که به مدت طولانی می نشیند یادراز می کشد مستعد زخم های فشاری است زیرا بی حرکتی موجب فشار به مدت طولانی روی بعضی از نقاط خاص بدن می شود وبه همین دلیل انسان درهنگام خواب تمایل به حرکت دارد . بیمارانی که در تغییر پوزیشن به طور مستقل ناتوان هستند مانندافراد فلج در معرض خطر قرار دارند این بیماران می توانند فشار را درک کنند اما به طور مستقل قادر به تغیر پوزیشن نیستند تا فشار وارد را رفع کنند .

**کاهش درک حسی :**فردی که می تواند درد وفشار را احساس کند متقابلا پی در پی این درد واحساس فشار خود به خود جابجا می شود وتغییر پوزیشن می دهد ویا از دیگران تقاضای کمک می کند اما فردی که حس در کش در مقابل درد وفشار کاهش می یابد در معرض خطر زخمهای فشاری قرار می گیرد .

**کاهش سطح هوشیاری :**در حالت هشیاری به وسیله تغییر رنگ پوزیشن وبهداشت تمامیت پوست خود را حفظ می کند .بیماران گیج وافرادی که سطح هوشیاریشان کاهش یافته است قادر به حفاظت خود در برابر زخمهای فشاری نیستند بیماران گیج ممکن است قادر به درک فشار باشند اما نمیتوانند بفهمند چگونه آن را مرتفع کنند اما بیمارانی که در کما هستند حتی قادر به درک فشار نیز نمی باشند بیماران بیهوش یا بیماران بخش های ICU اگر به مدت طولانی در یک پوزیشن در تخت قرار بگیرند در معرض خطر هستند.

مرحله 3 .ضخامت پوست که کاملا ازبین می رود که شامل آسیب ویا نکروز بافت زیر جلدی است که به طرف پایین تا فاشیا گسترش می یابد .زخم از نظر بالینی در این مرحله به صورت یک گودی عمیق است که گاهی همراه با گسترش به بافتهای اطراف می باشد .بهبودی زخم در این مرحله ماهها به طول می انجامد .

مرحله 4 .ضخامت پوست به طور کامل ازبین می رود که همراه با بافت نکروز بافتی ،آسیب به ماهیچه ها ،استخوان وساختمان های مربوط به آن نظیر تاندون ها وکپسول مفصلی وجود دارد بهبودی در این مرحله ماهها وگاه تا سالها به طول می انجامد.

**عوامل خطر سازی در پیدایش زخمهای فشاری**

* بی حرکتی **:**فردی که به مدت طولانی می نشیند یادراز می کشد مستعد زخم های فشاری است زیرا بی حرکتی موجب فشار به مدت طولانی روی بعضی از نقاط خاص بدن می شود وبه همین دلیل انسان درهنگام خواب تمایل به حرکت دارد . بیمارانی که در تغییر پوزیشن به طور مستقل ناتوان هستند مانندافراد فلج در معرض خطر قرار دارند این بیماران می توانند فشار را درک کنند اما به طور مستقل قادر به تغیر پوزیشن نیستند تا فشار وارد را رفع کنند .
* کاهش درک حسی :فردی که می تواند درد وفشار را احساس کند متقابلا پی در پی این درد واحساس فشار خود به خود جابجا می شود وتغییر پوزیشن می دهد ویا از دیگران تقاضای کمک می کند اما فردی که حس در کش در مقابل درد وفشار کاهش می یابد در معرض خطر زخمهای فشاری قرار می گیرد .
* کاهش سطح هوشیاری :در حالت هشیاری به وسیله تغییر رنگ پوزیشن وبهداشت تمامیت پوست خود را حفظ می کند .بیماران گیج وافرادی که سطح هوشیاریشان کاهش یافته است قادر به حفاظت خود در برابر زخمهای فشاری نیستند بیماران گیج ممکن است قادر به درک فشار باشند اما نمیتوانند بفهمند چگونه آن را مرتفع کنند اما بیمارانی که در کما هتند حتی قادر به درک فشار نیز نمی باشند بیماران بیهوش یا بیماران بخش های ICU اگر به مدت طولانی در یک پوزیشن در تخت قرار بگیرند در معرض خطر هستند.