

روش اجرایی (Documented Procedure)

عنوان روش اجرایی : ملاحظات و برنامه مربوط به مراقبت و درمان و کنترل ریسک در بیماران در معرض خطر زخم فشاری			کد سند : PRO-CC-2
تاریخ تدوین : 95/8/10	تاریخ ابلاغ : آذر ماه 1401	تاریخ بازنگری : آبان ماه 1401	شماره ویرایش : پنجم

شیوه انجام کار : (ترتیب و توالی منطقی از آغاز تا پایان با ذکر مسئول انجام هر سطح) :

تعریف: زخم‌های فشاری شامل جراحتهایی است که پوست را به تنهایی یا به همراه لایه های زیرین پوست درگیر می کنند و به طور معمول بر روی برجستگی های استخوانی ایجاد می گردد و حاصل فشار بر ناحیه یا اصطکاک ناشی از حرکت است.

روش اجرا:

- 1-پرستار در ارزیابی اولیه و بررسی تمامیت پوست بیمار با رعایت حفظ حریم خصوصی در بدو پذیرش و ارزیابی در هر شیفت، به وسیله ابزار برادن میزان احتمال ابتلای بیمار به زخم فشاری را تعیین کرده و بیماران در معرض خطر را شناسایی می کند.
- 2- پرستار بر اساس ارزیابی بیمار، در صورت احتمال ابتلای بیمار به زخم فشاری با ثبت شاخص احتمال بروز زخم فشاری در HIS تمهیدات لازم جهت پیشگیری را با کمک، کمک بهیار به شرح ذیل انجام می دهد.

کاهش فشار مداوم روی بافت نرم بین استخوان برجسته و یک سطح سفت :

تغییر پوزیشن هر سه ساعت بر اساس جدول تغییر پوزیشن موجود در بخش ها توسط پرستار و کمک بهیار بخش انجام می گردد.

در مورد بیماران فاقد تحرک و بیماران با محدودیت حرکتی از تشک های موج استفاده می شود و کارکرد آن در هر شیفت کنترل می گردد.

کمک بهیاران در پوزیشن های لترال بین دو پا و پشت بیمار بالش قرار می دهند .

کاهش رطوبت یا خشکی بیش از حد پوست:

لباس ها و ملحفه های بیمار خشک، تمیز و بدون چین و چروک نگه داشته می شود و لباسها و ملحفه های خیس شده با هر نوع ترشحات بلافاصله توسط کمک بهیاران تعویض می شود .

پوشاک بیماران با ناتوانی کنترل دفع حتی در صورت عدم کارکرد شکمی هر 8 ساعت توسط کمک بهیاران تعویض می گردد .

جهت بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری پس از اطلاع به پزشک و ثبت دستور توسط ایشان سوند فولی و یا سوند اکسترنال توسط پرستاران همگن در صورت امکان تعبیه می شود.

در صورت لزوم جهت جذب ترشحات زخم ها و درن ها، پدهای اضافی در اطراف پانسمان توسط کمک بهیاران چیده شده و بلافاصله پس از برطرف شدن مشکل پدهای خیس شده دور انداخته می شود .(در صورت نبود پانسمان های جاذب اگزودای زخم که در این صورت پس از اشباع پانسمان تعویض می شود).

پرستار پانسمان های مرطوب را بلافاصله با پانسمان های جدید و خشک تعویض می نماید .

✚ برای حفظ رطوبت معمول پوست و جلوگیری از آسیب آن لوسیون‌های مرطوب کننده بدون الکل مالیده می‌شود و از پودر بچه استفاده نمی‌شود.

✚ از ماساژ برای پیش‌گیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نمی‌شود.

کاهش نیروهای کششی و اصطکاک :

✚ دروشت‌های (پارچه های برزنتی) استفاده شده بابت جابجایی بیماران از اتاق عمل به بخشها بلافاصله پس از انتقال بیماران به تخت توسط کمک بهیاران با احتیاط لازم برداشته می شود .

✚ هنگام انتقال بیمار از روی برانکارد به تخت از تکنیک جابجایی بیمار با ملافه استفاده می‌شود و از کشیدن بیمار روی سطوح خودداری می‌شود .

✚ از باقی ماندن اشیاء و تجهیزات مان‌ند تکه‌های غذا و سرنگ و... در تخت بیمار جلوگیری می شود .

✚ محل اتصال سوندها و لوله‌ها به سطح پوست با توجه به اینکه در طولانی مدت ایجاد زخم فشاری می کند در صورت نیاز و طبق روتین مرکز تعویض می گردد .

✚ در تحویل بیماران به شیفت‌های بعدی در مورد وجود یا عدم وجود زخم فشاری و مراقبت‌های لازم بین پرستاران رد و بدل شده و در گزارشات پرستاری دقیقاً اشاره می شود .

بهبود وضعیت تغذیه برای پیش‌گیری از ابتلاء به زخم فشاری:

✚ مشاوره تغذیه با دستور پزشک جهت در نظر گرفتن رژیم پرکالری، پر پروتئین و حاوی ویتامین C انجام می شود.

✚ مایعات دریافتی مددجو روزانه حداقل 2500CC باشد. مگر اینکه این شرایط برای بیمار مضر باشد.

* جهت بیماران مستعد زخم فشاری لیبل زرد بر روی دستبند شناسایی بیمار الصاق می شود.

3- سرپرستار بر ارزیابی اولیه و ارزیابی‌های هر شیفت پرستاران از بیماران و مراقبت‌های ارائه شده به بیماران در معرض خطر زخم فشاری نظارت می کند.

4- پرستار به خانواده بیمار نکات آموزشی لازم جهت بررسی مداوم پوست بیمار و همکاری با پرسنل بخش در پیشگیری یا مراقبت از زخم و نحوه مراقبت در منزل را ارائه داده و در پرونده بیمار ثبت می نماید.

5- پرستار در صورت مشاهده علائم و نشانه‌های اختلال در پوست مانند ادم، قرمزی و آسیب ایجاد شده در بخش و یا وجود در بدو پذیرش) به پزشک معالج اطلاع داده و در صورت لزوم با کارشناس زخم مرکز مشاوره درخواست شود و علائم (شامل محل زخم، ابعاد زخم، میزان و نوع ترشحات در صورت وجود، درجه زخم و پوست اطراف زخم) آن را به صورت دقیق در گزارش پرستاری ثبت می نماید.

* پرستار تجهیزات مورد نیاز را قبل از شروع اقدامات مورد نیاز از جمله شستشوی زخم و پانسمان را آماده می‌کند.(تجهیزات: ست شستشوی استریل، محلول شستشو که به اندازه ی دمای بدن گرم شده یا با نظر پزشک، سرنگ 20 یا 60 سی سی استریل،

پانسمان نوین با توجه به نوع زخم در صورت وجود، دستکش تمیز و استریل، زیر انداز ضد آب (دروشیت)، وسایل احتیاطات استاندارد برای محافظت شخصی در صورت نیاز از جمله: عینک، گان، ماسک).

- * قبل از شروع کار پرستار خود را به بیمار (بیماران هوشیار) معرفی نماید و هویت مددجو را به روش شناسایی فعال شناسایی می کند و به بیمار نوع فعالیت، ضرورت انجام کار و چگونگی همکاری بیمار را توضیح می دهد.
- * پرستار و کمک بهیار بهداشت دست ها و سایر فرآیندهای پیشگیری از عفونت را انجام می دهند.
- * پرستار حریم خصوصی مددجو را رعایت می کند.
- * پرستار زخم را از تمیزترین قسمت (داخل) به سمت نسبتاً تمیز (خارج) پاکسازی می کند. اگر زخم گرد است باید از مرکز به بیرون تمیز می کند و اگر خطی است از بالا به انتها و به این شکل از میانه شروع کرده و به سمت کنارها پیش می رود.
- * در صورت امکان شستشو را در زمانی که مددجو راحت تر است انجام می دهد.
- * اگر مددجو پیش از انجام فرآیند نیاز به دریافت مسکن یا انجام سایر تکنیک های تسکین درد دارد، مشخص می کند و با دستور پزشک استفاده می کند.

طبقه بندی زخم های فشاری و نوع پانسمان (نوین):

درجه 1: قرمزی پوست که با اعمال فشار رو به برطرف و طبیعی شدن نرود.

در این مرحله پرستار زخم را با نرمال سالین شستشو داده و از پماد محافظت کننده و ترمیم کننده روی زخم استفاده می کند و در این مرحله از فیلم شفاف هم می توان استفاده کرد.

درجه 2: از دست رفتن نسبی ضخامت پوست (مثل ساییدگی، تاول، حفره سطحی) در برگیرنده ی اپیدرم و احتمالاً درم.

در این مرحله اگر زخم ترشح نداشته باشد پرستار (بعد از شستشوی ملایم با شوینده های غیرتوکسیک و بدون اعمال فشار مثل نرمال سالین) با هیدروکلوئیدها پانسمان می کند و اگر ترشحات داشته باشد از پانسمان های جاذب ترشح بر حسب مقدار ترشح استفاده می کند.

درجه 3: از بین رفتن ضخامت کامل پوست شامل آسیب یا نکروز بافت زیر پوست که ممکن است به فاشیا نیز گسترش یابد.

در این مرحله، اگر شرایط بیمار اجازه دهد طبق نظر پزشک معالج دبیردما جراحی در اتاق عمل انجام و سپس ادامه ترمیم و مراقبت با توجه به شرایط زخم اعم از گرید، مقدار ترشح و... انجام می شود. ولی اگر وضعیت عمومی بیمار مناسب دبیردما جراحی در اتاق

عمل نمی باشد از سایر روش های دبیردما مانند دبیردما اتولیتیک و شارپ. (کارشناس زخم) بعد از ایجاد خراش سطحی صرفاً در روی بافت نکروزه (با رعایت احتیاطات لازم)، دو سوم زخم را با هیدروژل پر میکند و با استفاده از یک پانسمان ثانویه خم را می پوشاند.

درجه 4: از بین رفتن ضخامت کامل پوست یا نکروز بافتی یا آسیب به عضله و استخوان و بافت های حمایتی مثل تاندون ها یا کپسول مفصلی.

زخم غیر قابل درجه بندی: از دست رفتن ضخامت کامل پوست یا بافت، عمق نامعلوم: عمق واقعی بخاطر وجود اسلاف (زرد، قهوه‌ای مایل

به زرد، خاکستری و یا قهوه‌ای) و اسکار (قهوه‌ای مایل به زرد، قهوه‌ای یا سیاه) در بستر زخم به طور کامل مبهم است.

در زخم‌های درجه 4 و زخم غیر قابل درجه بندی اگر شرایط بیمار اجازه دهد طبق نظر پزشک معالج دبریدمان جراحی در اتاق عمل انجام و سپس ادامه ترمیم و مراقبت با توجه به شرایط زخم اعم از گرید، مقدار ترشح و... انجام می‌شود. ولی اگر وضعیت عمومی بیمار مناسب دبریدمان جراحی در اتاق عمل نمی‌باشد از سایر روش‌های دبریدمان مانند دبریدمان اتولیتیک و شارپ (کارشناس زخم) بعد از ایجاد خراش سطحی صرفاً در روی بافت نکروزه (با رعایت احتیاطات لازم)، اگر دارای ترشحات چرکی باشد از پانسمان‌های آنتی باکتریال و جاذب‌اگزودا و یک پانسمان ثانویه استفاده می‌کند.

جراحات مشکوک بافت عمقی با عمق نامعلوم: ناحیه‌ی موضعی از پوست تغییر رنگ داده و دست نخورده به رنگ بنفش یا خرمایی یا تاول

پر شده از خون ناشی از صدمه دیدن بافت‌های زیرین از فشار یا برش وارد شده.

پزشک معالج درخواست مشاوره جراحی جهت بررسی از نظر فیستول می‌کند و اقدامات طبق نظر جراح انجام می‌شود.

دستورالعمل پانسمان سنتی:

پرستار بعد از آماده سازی تجهیزات مورد نیاز اشاره شده در بالا و رعایت احتیاطات استاندارد برای محافظت شخصی پانسمان‌های

سنتی به شرح

ذیل انجام می‌دهد:

الف) پانسمان مرطوب به خشک:

مورد استفاده: تمیز کردن زخم‌های آلوده و عفونی.

تکنیک: یک گاز پانسمان را با محلول مرطوب کرده و فشار دهید تا مایع اضافه خارج شود. گاز باید مرطوب باشد (نه کاملاً خیس). گاز را باز کرده و به صورت مجاله شده روی زخم قرار دهید. نیازی به لایه‌های زیادی از گاز نیست. یک گاز خشک را روی آن قرار داده و فرصت دهید تا گاز مرطوب خشک شود و هنگام برداشتن آن نسوج مرده موجود در زخم هم برداشته خواهد شد (دبریدمان). در صورتی که پانسمان به زخم چسبندگی داشته باشد. می‌توان پانسمان را مقداری مرطوب نمود سپس آنرا برداشت.

تعداد دفعات در روز: روزانه 2 تا 3 بار باید به صورت ایده آل انجام شود. برای زخم‌هایی که نیاز به دبریدمان دارند به دفعات بیشتری و برای زخم‌های تمیزتر تعداد دفعات کمتری مورد نیاز است. هنگامی که زخم به زخم تمیز تبدیل شد، از پانسمان مرطوب به مرطوب و یا پمادهای آنتی بیوتیک استفاده شود.

ب) پانسمان مرطوب به مرطوب:

مورد استفاده: برای تمیز نگهداشتن یک زخم تمیز و جلوگیری از تشکیل اگزودا.

تکنیک: یک گاز پانسمان را مرطوب کرده و کمی فشار دهید تا مایع اضافه خارج شود (به حدی که خیس نباشد). گاز را کاملاً باز کرده و بر سطح زخم قرار دهید و یک گاز خشک روی آن بگذارید. قبل از اینکه گاز کاملاً خشک شده باشد و یا به زخم بچسبد آنرا بردارید.

تعداد دفعات در روز: بصورت ایده آل 3 تا 4 بار در روز

پانسمان خیلی خشک شد مقداری نرمال سالین بر روی آن بریزید تا گاز مرطوب بماند.



چک لیست ارزیابی احتمال بروز زخم فشاری (Braden Scale)					
تاریخ بازدید:	شیفت:	بخش:	شماره پرونده:		
درک حسی	امتیاز	امتیاز مکتسبه	رطوبت	امتیاز	امتیاز مکتسبه
کاملاً مختل	۱		دائماً خیس	۱	
خیلی مختل	۲		اکثراً خیس	۲	
نسبتاً مختل	۳		گاهها "خیس"	۳	
کاملاً سالم	۴		خشک	۴	
تحریک	امتیاز	امتیاز مکتسبه	تحرک	امتیاز	امتیاز مکتسبه
وابسته به تخت	۱		کاملاً بی حرکت	۱	
وابسته به صندلی	۲		تحرک خیلی محدود	۲	
راه رفتن با کمک	۳		تحرک نسبتاً محدود	۳	
راه رفتن بدون کمک	۴		کاملاً متحرک	۴	
تغذیه	امتیاز	امتیاز مکتسبه	گشای / سایشی	امتیاز	امتیاز مکتسبه
خیلی مختل	۱		سر خوردن مکرر	۱	
خوردن کمتر از نصف نیاز روزانه	۲		خودداری نسبی از سر خوردن	۲	
خوردن بیشترین میزان نیاز روزانه	۳		خودداری از سر خوردن	۳	
تغذیه کامل	۴				
جمع امتیاز:					
ریسک خیلی بالا > ۴	ریسک بالا ۱۰ - ۱۲	ریسک متوسط ۱۳ - ۱۴	ریسک پایین ۱۵ - ۱۸	کنترل معمول > ۱۹	

منابع:

اصول پرستاری کوزیر 2018 (مفاهیم، فرآیندها، اقدامات) جلد چهارم- راهنمای پیشگیری از زخم فشاری فرناز مستوفیان 1394

Prevention Pressure Ulcer Guideline

-مراقبتهای پرستاری در بخش های ویژه، مارینو 2- کتاب مرجع مراقبت های پرستاری ویژه در بخش های CCU، ICU و دیالیز. محمدرضا عسگری

محسن سلیمانی 2- برگرفته از کتاب HELP (Health Education Low-coast Publication)

امکانات مرتبط: تشک مواج، برنامه زمانی تغییر وضعیت، ملحفه و بالش، ست شستشوی استریل، محلول شستشو که به اندازه ی دمای بدن گرم

شده یا با نظر پزشک، سرنگ 20 یا 60 سی سی استریل، دستکش تمیز و استریل، زیر انداز ضد آب (دروشیت)، وسایل احتیاطات استاندارد

برای محافظت شخصی در صورت نیاز از جمله: عینک، گان، ماسک.

نام و نام خانوادگی و سمت تهیه کننده/تهیه کنندگان:	نام و نام خانوادگی و سمت تأیید کننده:	نام و نام خانوادگی و سمت تصویب کننده:
اعظم مظفری سرپرستار	مریم بهرام نژاد کارشناس زخم	دکتر امیراحمد عرب زاده رئیس مرکز
واحد علائی سوپروایزر آموزشی	دکتر عزیز زادفتاح مسئول فنی/ایمنی مرکز	
مهناز داوری کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار		
فریبا ساقی سرپرستار ICUOH		