

✚ **زخم بستر** که ان را اصطلاحاً زخم فشاری نیز می نامند. عارضه ای است که بر اثر فشار مستمر، اصطلاحاً، رطوبت و دما و کهولت سن یا استعمال دارو بوجود می آید. زخم بستر در هر نقطه ای از بدن ایجاد میشود ولی بیشتر در قسمت های استخوانی و غضروفی بدن مانند آرنج، قوزک پا... مشاهده میشود.

✚ **زخم های بستر چهار مرحله را شامل می شوند:**

✚ **مرحله اول** سطحی ترین نوع آسیب دیدگی است که رنگ پوست قرمز میشود و با برداشتن فشار از روی آن قرمزی پوست کاهش نمی یابد.

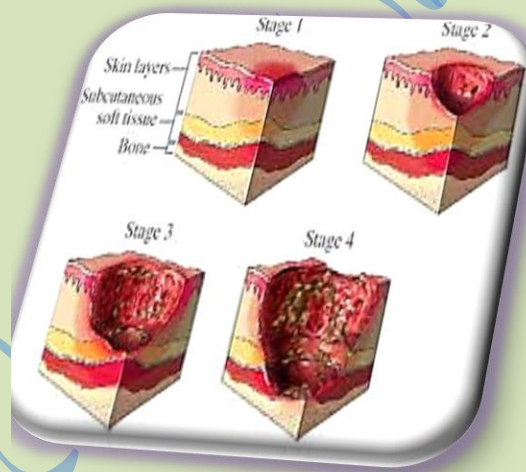
✚ ممکن است دمای پوست کمتر یا بیشتر از حد طبیعی باشد و بیمار احساس درد نماید.

✚ **مرحله دوم** این مرحله با آسیب دیدگی لایه سطحی پوست همراه است ولی آسیب دیدگی از لایه میانی پوست فراتر نمی رود. و ممکن است بصورت تاول یا ساییدگی ظاهر شود.

✚ **مرحله سوم** در این مرحله ضایعه تمامی لایه های پوست را متاثر میسازد و ممکن است به بافت های زیر جلدی نیز سرایت کند در این لایه جریان خون به کندی

صورت میگیرد و به همان دلیل درمان زخم به کندی صورت میگیرد. در این مرحله ممکن است زخم از داخل گسترش یافته و از آنچه در ظاهر دیده میشود خیلی بزرگتر باشد.

✚ **مرحله چهارم** در این مرحله زخم کاملاً عمقی است و ممکن است به درون عضلات و تاندونها یا حتی استخوان نفوذ نماید.



شناخت علل:

گفته میشود زخم های بستر را سه پدیده بافتی ایجاد میکنند:

۱. فشار یا تراکم بافت
۲. جریان ناکافی خون در بافت ها در مدت طولانی که باعث مرگ بافتها میشود.
۳. تنش برشی زمانی اتفاق می افتد که پوست بیمار در یک حالت ثابت می ماند در حالی که لایه های پوششی و و فیبری عمقی و عضلات اسکلتی تحت نیروی جاذبه پایین کشیده میشود.

➤ در ارتباط با زخم بستر دو نظریه وجود دارد:

➤ **نظریه اول:** نظریه آسیب عمقی بافت

که مدعی است ضایعه در اعماق بافت یعنی مجاورت استخوان ها شکل می گیرد و به بیرون گسترش می یابد. (این نظریه طرفداران

زیادی دارد.)

➤ **نظریه دوم:** کمتر مورد توجه است و

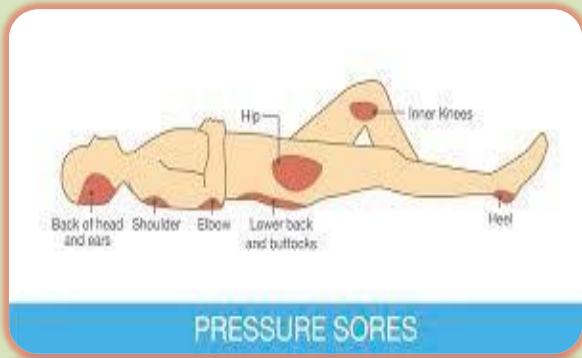
نظریه از سطح به درون است.



و الله اعلم بالصواب

بیمارستان امام صادق (ع) دلیجان

زخم بستر



تهیه و تنظیم : واحد آموزش

مراقبت صحیح :

- مهمترین مراقبت از بیمار مبتلا به زخم بستر این است که فشار از روی بافت های آسیب دیده برداشته شود. به محض مشاهده ایجاد زخم بستر باید فوراً فشار را از روی محل آسیب برداریم و حداقل هر دو ساعت یک بار بیمار را جابجا نماییم.

- با استفاده از سوند ادراری از خیس شدن

ملحفه خودداری کنیم

- از تشنگ مواج استفاده کنیم.

- افراد مراقب از بیمار باید کاملاً آموزش دیده باشند.

- انجام پانسمان بصورت روزانه زخم بستر انجام شود.

- انجام دبریدمان و تجویز آنتی بیوتیک در صورت تشخیص پزشک معالج

- زخم بستر در بیماران ICU به علت

آسیب پذیری بیشتر این بیماران شیوع بیشتری دارد و حدود ۴۰ - ۸۰٪ این بیماران دچار زخم بستر میشوند.

- خطر ابتلا به زخم بستر را می توان با استفاده

از **مقیاس برادن** پیش بینی نمود. این

مقیاس شش ریسک فاکتور را شامل میشود. که عبارتند از:

۱. درک حسی

۲. رطوبت

۳. فعالیت

۴. پویایی

۵. تغذیه

۶. اصطلاک و بریدگی

- عدد ۲۳ بهترین و ۶ بدترین نمره در مقیاس

فوق می باشد. بیماری که جمع نمرات او بیش

از ۱۱ باشد را خطر ابتلا به زخم بستر تهدید

میکند.