

2021

راهنمای تکمیل فرم گزارش و مراقبت از زخم فشاری

تهیه شده در کارگروه تخصصی "پیشگیری، مراقبت و درمان زخم فشاری" دانشگاه علوم پزشکی شیراز با همکاری:

خانم لیلا هاشمی زاده فرد حقیقی: مدیر پرستاری دانشگاه

خانم زهرا جمشیدی: دکترای پرستاری، معاون مدیریت پرستاری دانشگاه

خانم زهره هادیان: کارشناس مسئول نظارت بالینی مدیریت پرستاری دانشگاه

خانم زهرا دوکوهکی: کارشناس زخم مرکز آموزشی و درمانی نمازی

آقای محسن محمدی: کارشناس زخم بیمارستان شهید رجایی



راهنمای تکمیل فرم گزارش و مراقبت از زخم فشاری

فرم گزارش زخم فشاری جهت شناسایی بیماران مبتلا به زخم فشاری، طراحی شده است. بدیهی است که تنها در مواردی که زخم فشاری مورد تایید باشد بایستی این فرم تکمیل گردد:

۱- جدول مشخصات بیمار:

الف- مشخصات بیمار باید توسط اولین پرستاری که فرم را تکمیل می کند به صورت کامل و خوانا نوشته شود. (کلمات با حروف فارسی و اعداد با انگلیسی نوشته شود).

ب- اگر بیمار با زخم فشاری از منزل به بیمارستان مراجعه کرده باشد باید همراه بیمار در قسمت مشخص شده در جدول انتهایی فرم، موارد تکمیل شده را با امضا و اثر انگشت تایید نماید.

۲- جدول مشخصات زخم:

الف- محل زخم به تفکیک:

- ✓ باید محل زخم با توجه به تصاویر شماتیک و محل های مشخص شده، شماره گذاری و قید شود. به عنوان مثال اگر بیمار در نواحی ساکروم و ایسکیوم چپ زخم فشاری دارد باید در این قسمت نوشته شود: ۱- ساکروم ۲- ایسکیوم چپ
- ✓ اعداد نوشته شده بر روی شکل فقط برای مشخص کردن نام محل برجستگی استخوانی مورد نظر در تصویر و وضعیت های مختلف است که کاربرد دیگری در تکمیل فرم گزارش ندارد.
- ✓ در صورتی که تعداد زخم ها بیشتر از ۶ مورد باشد، باید فرم دیگری به آن پیوست شود.

ب- عمق و طول و عرض :

- ✓ به ترتیب از چپ به راست نوشته شود.
- ✓ بزرگترین طول و عرض و بیشترین عمق زخم (در صورت داشتن عمق) با استفاده از خط کش یک بار مصرف کاغذی (با حفظ قوانین کنترل عفونت) به سانتی متر اندازه گیری شود و به صورت عمق*عرض* طول ، ثبت نمایید. از تعیین اندازه زخم به روش تخمینی اجتناب شود.
- ✓ عمق زخم در صورتی که مشهود باشد با استفاده از اپلیکاتور استریل و خط کش یک بار مصرف اندازه گیری و ثبت شود.

ج- درجه زخم:

درجه زخم که بر اساس سیستم درجه بندی NPUAP تعیین شده است، ثبت شود.

- توجه داشته باشید در صورتی که بر روی یک برجستگی استخوانی چندین درجه زخم مشاهده شود، بالاترین درجه بر اساس درجه بندی NPUAP در نظر گرفته شود. مثال: اگر در ناحیه ساکروم، زخم پوست رفتگی با ابعاد ۵*۵ و قرمزی اطراف آن با ابعاد 10*10 باشد، "درجه زخم درجه 2 و ابعاد آن 10*10" است.
- هرگز نباید زخم های فشاری به صورت معکوس در هنگام ترمیم، درجه بندی شوند. برای تمایز زخم فشاری ترمیم یافته باید به صورت درجه اولیه زخم که ترمیم یافته است ذکر شود مثلا نوشته شود "درجه 2 ترمیم یافته".

د- ویژگی های بافت بستر زخم :

بستر زخم می تواند از بافت های زنده و طبیعی گرانوله (قرمز رنگ) یا اپیتلیاله (صورتی) یا بافت های غیر طبیعی، مرده، نکروز (سیاه یا زرد متمایل به خاکستری)، یا اسلاف (بافت زرد رنگ) تشکیل شده باشد. که باید نوع و مقدار (به درصد) هر یک از این بافت ها که مشاهده است، ثبت شود.

ه- عفونت یا التهاب زخم:

علامت های بالینی التهاب زخم می تواند شامل موارد زیر باشد:

- درد، اریتما، ادم، گرما، ترشحات عفونی، تاخیر در ترمیم زخم، تغییر رنگ بافت گرانوله، بافت گرانوله خونریزی دهنده، وجود حفره های کوچک صاف غیر گرانوله در بافت زخم که توسط بافت گرانوله قرمز و سالم احاطه شده است (Pocketing at base of wound)، بوی ناخوشایند و متعفن زخم.
- (نکته: بعضی از پانسمان ها یا محلول های موضعی می توانند بر روی بوی زخم تاثیر بگذارند).
- علائم عفونت و التهاب در بسیاری از موارد مشابه است. افتراق این علائم ضروری می باشد .
بهترین راه شناسایی عفونت، تهیه نمونه کشت از زخم است.
- مهمترین روش جهت تعیین عفونت زخم، گرفتن نمونه کشت از زخم است. دقیق ترین روش کشت گرفتن از نمونه بافتی است اما چون نیازی به تجهیزات پیشرفته دارد متداول نیست. متداول ترین روش، کشت با سواب است که مهمترین آن کشت با سواب به روش Levine می باشد (شامل چرخاندن سواب همراه با فشار کافی، بر روی 1 سانتی متر مربع از زخم، جهت بیرون آمدن مایع)، قبل از گرفتن کشت، زخم باید

تمیز باشد و نمونه باید از بافت زنده گرفته شود. همچنین باید مراقب بود که نمونه از دبیرس و بافت اسکار یا نکروز گرفته نشود.

ی- اگزودا یا ترشحات زخم:

✓ برای توصیف مقدار ترشح از واژه هایی همانند " بدون ترشح / ترشح کم / ترشح متوسط / ترشح زیاد" استفاده کنید.

✓ مقدار ترشحات پس از برداشتن پانسمان باید اندازه گیری شود.

✓ اگر میزان ترشحات کمتر از 1.3 پانسمان را اشباع کرده باشد، مقدار آن " کم" ثبت شود.

✓ اگر میزان ترشحات 1.3 تا 2.3 پانسمان را اشباع کرده باشد، مقدار آن "متوسط" ثبت شود.

✓ اگر میزان ترشحات بیشتر از 2.3 پانسمان را اشباع کرده باشد، مقدار آن "زیاد" ثبت شود.

*برای توصیف ویژگی های ترشحات از واژه هایی همانند سروزی، خونی، سروزی خونی یا عفونی استفاده شود.

ن- لبه زخم:

• لبه زخم به سه صورت ثبت شود: لبه های چسبیده به زخم، لبه های تو رفته، لبه های جدا شده از بستر زخم. **دقت کنید** اگر در لبه های زخم بافت اسکار، نکروز، اریتما و یا لیچ افتادگی وجود داشته باشد، حتماً در پرونده ثبت شود.

ز- دستورالعمل بررسی بهبود زخم با استفاده از معیار PUSH TOOL :

این ابزار با اندازه گیری ابعاد زخم، تعیین مقدار اگزودا و نوع بافت زخم، مقیاس مناسبی جهت تبدیل داده

های کیفی به کمی بوده و پیشرفت زخم را تعیین می کند. برای تکمیل این قسمت از جدول راهنمای

اندازه گیری " PUSH TOOL" استفاده شود.

قسمت اول " ابعاد زخم": با استفاده از یک خط کش، بزرگترین طول و بزرگترین عرض زخم اندازه گیری گردد.

این دو اندازه در یکدیگر ضرب شود(عدد حاصل به سانتی متر مربع می باشد)، سپس عدد به دست آمده را از

جدول راهنمای PUSH TOOL (در پایین فرم) پیدا کنید. همیشه از خط کش و از یک روش اندازه گیری واحد

استفاده شود و از حدس زدن اجتناب گردد.

قسمت دوم "مقدار اگزودا": مقدار اگزودای زخم را بعد از برداشتن پانسمان و قبل از گذاشتن پانسمان دیگر تخمین زده شود.

نکته: در مورد زخم فشاری درجه یک، تاول با پوست سالم، زخم با بافت نکروز خشک، امتیاز مربوطه صفر میشود.

- اگر میزان ترشحات به گونه ای باشد که کمتر از 1.3 پانسمان را اشباع کرده " **امتیاز 1** " تعلق می گیرد.

- اگر بین 1.3 تا 2.3 را اشباع کرده باشد " **امتیاز 2** " تعلق می گیرد.

- اگر بیش از 2.3 پانسمان را پر کرده باشد " **امتیاز 3** " به آن تعلق می گیرد.

قسمت سوم "نوع بافت زخم":

- در صورتی که هر نوع بافت نکروز وجود داشته باشد به زخم " **نمره 4** " داده شود.

- در صورت وجود هر نوع بافت اسلاف " **نمره 3** " داده شود.

- در صورت وجود بافت گرانوله قرمز رنگ به زخم " **نمره 2** " داده شود.

- در صورت سطحی شدن زخم و وجود بافت اپی تلیاله " **نمره 1** " داده شود.

نکته: به زخم فشاری درجه یک " **امتیاز 0** " و به زخم فشاری درجه دو در این قسمت " **امتیاز 1** " داده شود.

(زیرا ترمیم زخم فشاری درجه دو از طریق فرایند اپیتلیالیزاسیون می باشد) به زخم فشاری درجه سه ، چهار و

غیر قابل درجه بندی بر اساس نوع بافت مشاهده شده امتیاز داده شود . توجه داشته باشید که اگر به عنوان مثال

در یک زخم درجه 4 حتی یک درصد هم بافت نکروز وجود داشته باشد باید " **امتیاز 4** " بدهید .

۳- جدول بررسی عوامل خطر بروز زخم فشاری:

هدف از بررسی ریسک فاکتورهای بروز زخم فشاری، فراهم کردن امکان فوری تشخیص بیماران در معرض خطر و

به دنبال آن اجرای استراتژی های فوری پیشگیرانه می باشد. مهمترین ریسک فاکتورها در این لیست تعیین شده

است و در صورتی که در زمان تکمیل فرم هریک از آیتم ها، در مورد بیمار صدق کند، باید انتخاب شود، همچنین

اگر ریسک فاکتور دیگری به غیر از موارد لیست شده در بیمار شناسایی شد، در قسمت سایر ذکر گردد.

۴- جدول تایید کنندگان فرم:

- مهر و امضای پرستار بخش مبداء :

در صورتی که زخم فشاری مربوط به بیمارستان / بخش / یا مرکز درمانی دیگری باشد، پرستار

تحويل دهنده بیمار لازم است این قسمت را با مهر و امضای خویش تایید کند.

- مهر و امضای پرستار بخش مقصد:

- منظور از پرستار بخش مقصد پرستار گزارش دهنده زخم فشاری است. چه زخم فشاری، مربوط به بخش خودش باشد چه مربوط به سایر بخش ها/ بیمارستان ها و مراکز
- امضا و اثر انگشت همراه بیمار:
- در صورتی که بروز زخم فشاری در منزل/ یا سایر مراکز و بیمارستان ها ایجاد شده باشد این قسمت باید توسط همراه بیمار با امضا و اثر انگشت تایید شود.
- لازم به ذکر است در مواردی که گزارش زخم فشاری مربوط به بخش های درون بیمارستانی است نیاز به امضای همراه بیمار نمی باشد.
- بدیهی است در صورتی که بیمار از بیمارستان دیگری با زخم فشاری ترخیص شده باشد ، از زمان ترخیص تا حداکثر ۲۴ ساعت پس از ترخیص به هر علتی به بیمارستان دیگری مراجعه کند، باید موارد تکمیل شده توسط همراه بیمار ، با امضا و اثر انگشت تایید گردد.
- مهر و امضای کارشناس زخم یا سوپروایزر بالینی :
- اگر کارشناس زخم زمان تکمیل فرم گزارش زخم فشاری حضور نداشته باشد ، این قسمت باید توسط سوپروایزر بالینی کشیک ، با مهر و امضای ایشان ، تایید گردد.
- تاریخ و ساعت گزارش: باید تاریخ و ساعت تکمیل فرم توسط پرستار بخش مقصد ثبت گردد.
- تاریخ و ساعت تایید: بایستی تاریخ و ساعت تایید فرم توسط کارشناس زخم یا سوپروایزر بالینی ثبت گردد.
- مهر بخش : این قسمت باید فقط با مهر بخش مقصد، مهور گردد.

***دقت شود با توجه به اینکه فرم گزارش زخم ، سند قانونی محسوب می شود، آیتم ها به صورت کامل، خوانا، دقیق تکمیل گردد.**

۵-جدول ارزیابی و مدیریت زخم فشاری:

- این جدول در صفحه دوم، پشت فرم گزارش زخم طراحی شده است و باید توسط کارشناس زخم بیمارستان تکمیل گردد .
- موارد مربوط به ارزیابی زخم، باید در "ارزیابی اولیه" و با هر توالی تعیین شده جهت "ارزیابی مجدد" توسط کارشناس زخم تکمیل شود.
- همه زخم ها ممکن است نیاز به بررسی و ارزیابی مجدد نداشته باشند.