



مراقبت پرستاری در زخم های فشاری

مریم فدایی

سوپروایزر آموزشی بیمارستان فارسان

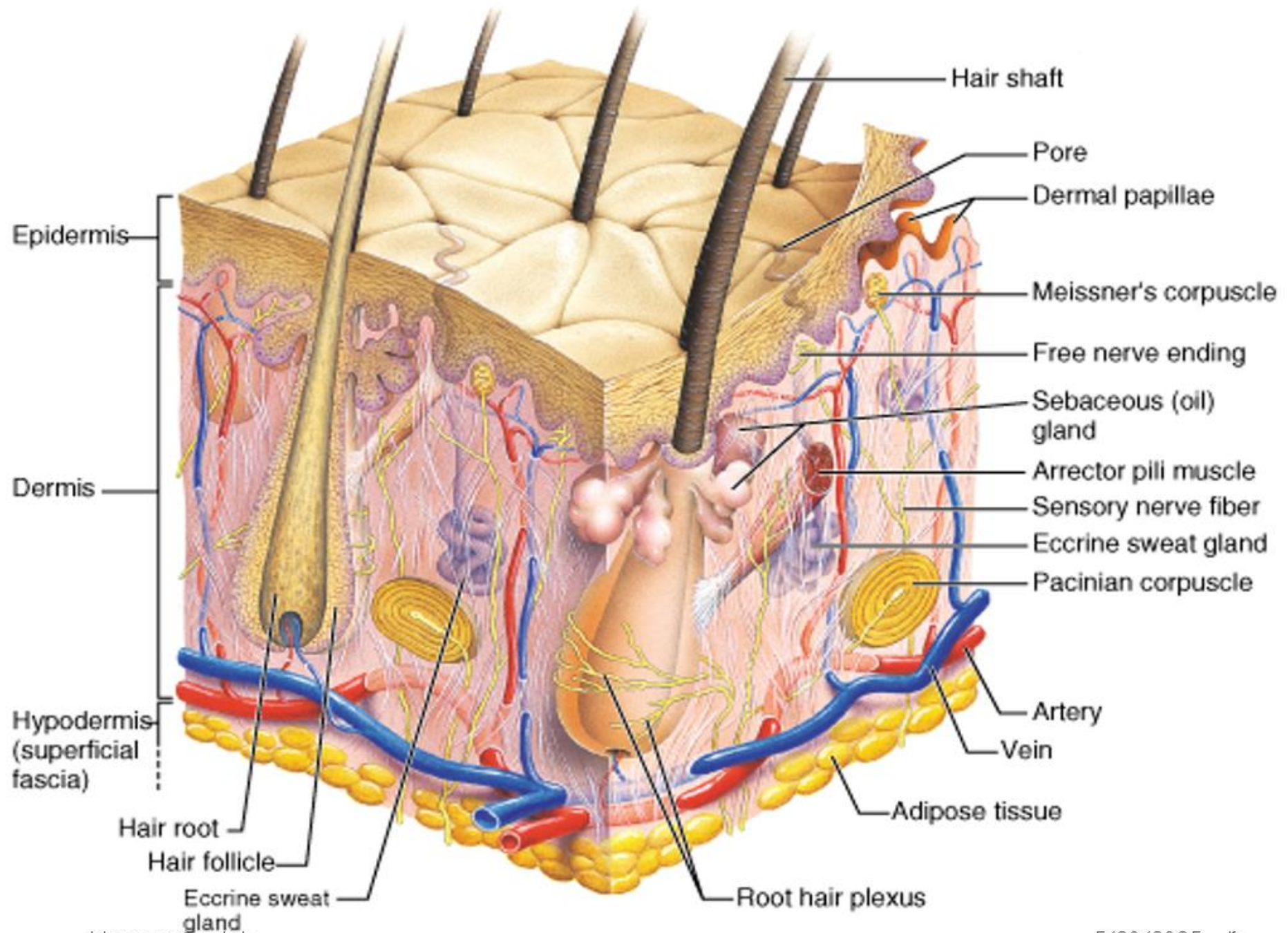
آناتومی پوست

Epidermis (thinner outer layer of skin)

Dermis (thicker connective tissue layer)

Hypodermis (subcutaneous layer or Sub-Q)

Muscle and bone



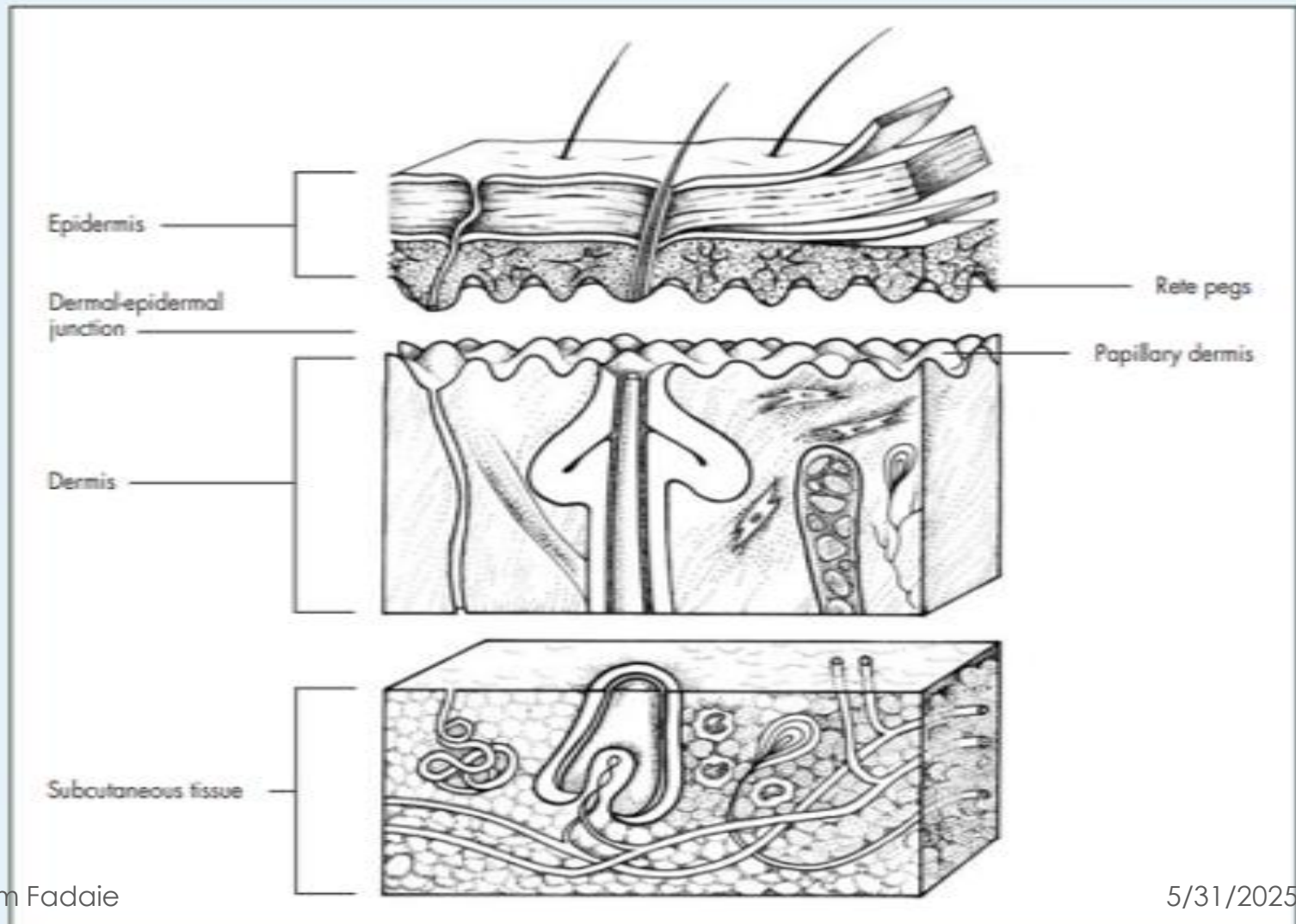
Skin layer functions

The chart below shows characteristics and general functions of each layer of the skin.

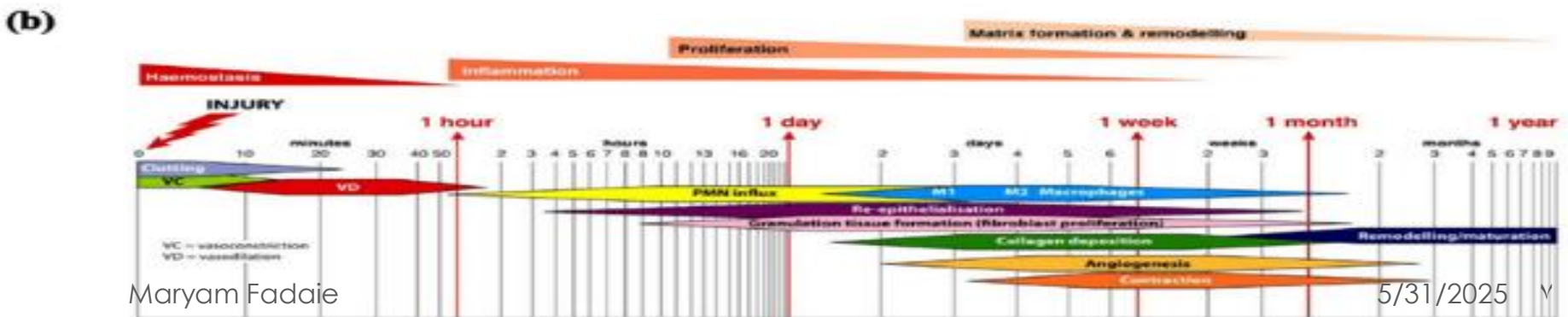
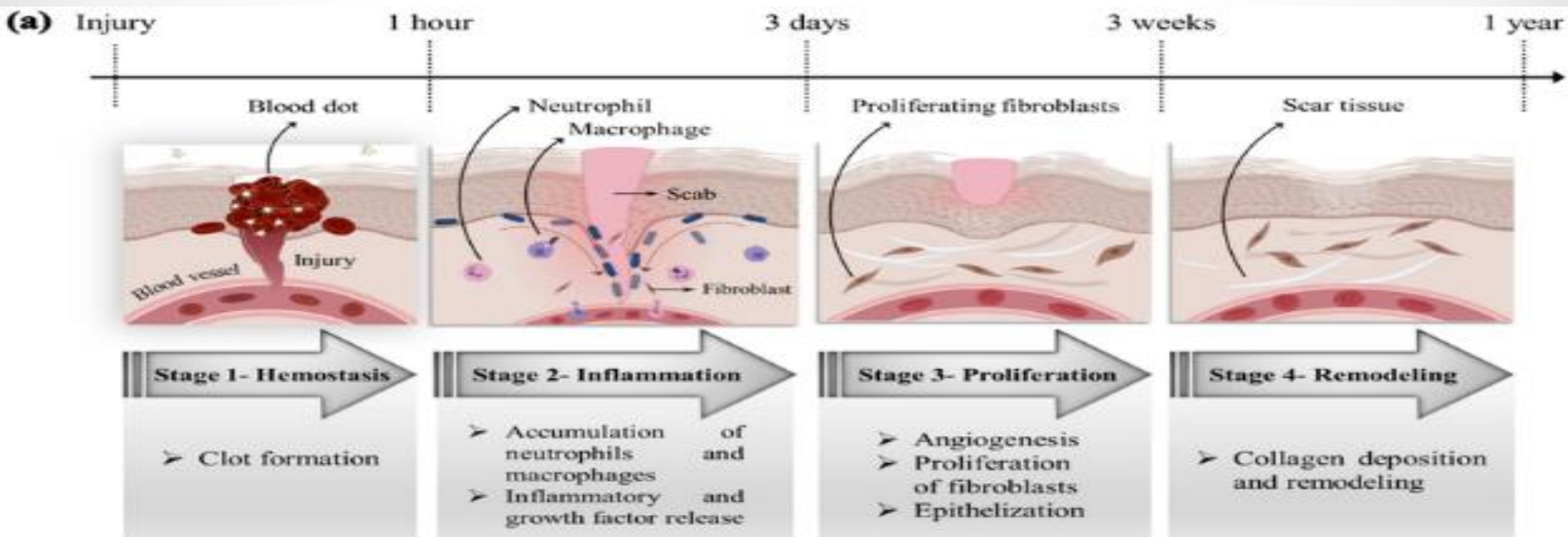
Skin layer	Characteristics	General function
Epidermis	- Outer layer of skin - Consists of five layers (or strata): corneum, lucidum, granulosum, spinosum, and basale (or germinativum) - Repairs and regenerates itself every 28 days	- Protective barrier (sun damage, transepidermal water loss) - Organization of cell content - Synthesis of vitamin D and cytokines - Division and mobilization of cells - Maintaining contact with dermis - Pigmentation (contains melanocytes) - Allergen recognition (contains Langerhans cells) - Differentiates into hair, nails, sweat glands, and sebaceous glands
Dermis	- Consists of two layers—papillary dermis and reticular dermis—composed of collagen, reticulum, and elastin fibers - Contains a network of nerve endings, blood vessels, lymphatics, capillaries, sweat and sebaceous glands, and hair follicles	- Supports structure - Mechanical strength - Supplies nutrition - Resists shearing forces - Inflammatory response
Subcutaneous tissue (hypodermis)	- Composed of adipose and connective tissue - Contains major blood vessels, nerves, and lymphatic vessels	- Attaches to underlying structure - Thermal insulation - Storage of calories (energy) - Controls body shape - Mechanical “shock absorber”

Layers of the skin

Two distinct layers of skin, the epidermis and dermis, lie above a layer of subcutaneous fatty tissue (also called the hypodermis). The dermal-epidermal junction (also called the basement membrane zone) lies between the dermis and epidermis.



مراحل ترمیم زخم



مراحل ترمیم زخم

۱- انعقاد (hemostasis):

هموستاز فرآیند فیزیولوژیکی توقف خونریزی است و از بدن در برابر از دست رفتن بی رویه خون ناشی از خونریزی داخلی یا خارجی محافظت می کند و گردش خون را در رگ های خونی ترمیم می کند. چند دقیقه بعد از آسیب شروع می شود

هموستاز اولیه فرآیند تشکیل لخته های پلاکتی نرم

هموستاز ثانویه فرآیند تشکیل فیبر فیبرین است که لخته نرم پلاکتی را به یک لخته فیبرینی سخت و قوی تبدیل می کند.

شرایط بسیاری می توانند با تشکیل لخته در زمان هموستاز مانند **نارسایی وریدی، دیابت، ترومبوسیتوپنی و سایر اختلالات خون** تداخل داشته باشند.

این شرایط منجر به بهبود ضعیف زخم می شوند بنابراین مدیریت دقیق این شرایط در روند طبیعی زخم مهم خواهد بود.

۲ - التهابی (inflammatory):

۵-۲ روز طول می کشد. چند ساعت پس از تشکیل لخته، نوتروفیل ها در محل آسیب به دیواره سلولی آندوتلیوم عروق آسیب دیده پیوند می خورند. تعداد آنها ۲۴-۴۸ ساعت بعد از آسیب به اوج می رسد. وظیفه مهم آنها تخریب باکتری ها با پدیده فاگوسیتوز است. نوتروفیل ها عمر کوتاهی دارند و در یک زخم تمیز و غیر عفونی تعداد آنها بعد از ۳ روز سریع کاهش می یابد. نوتروفیل ها توسط ماکروفاژها، جایگزین می شوند.

وظایف ماکروفاژها: ماکروفاژها ۲-۳ روز بعد از آسیب ، مانند نوتروفیل ها باکتری ها را از طریق فاگوسیتوز از بین می برند. هم چنین حاوی سیتوکین و فاکتورهای رشد و آنزیم های پروتئاز هستند که در پروسه ترمیم زخم ضروری هستند.

ترشح فاکتورهای رشد باعث پیشرفت ترمیم زخم به مرحله proliferation می شود.

نکته: استفاده از NSAID بعد از عمل جراحی به خاطر جلوگیری از التهاب می تواند باعث تاخیر در ترمیم زخم شود.

آموزش به بیمار: قرمزی، تورم، سفتی، ناراحتی، گرمی در طول مرحله التهابی جزئی از روند طبیعی زخم محسوب شده و علائم عفونت نیست

۳- تکثیر (proliferative/repair phase):

۳ روز بعد از آسیب شروع می شود و سه هفته یا بیشتر به طول می انجامد. خصوصیات این مرحله: آنژیوژنز- تشکیل بافت گرانوله- اپیتلیزاسیون و جمع شدن زخم است.

در طول مرحله تکثیر، حفظ محیط زخم مرطوب و حفاظت از بافت های جدید در حال رشد بسیار مهم است. هر فرآیند یا شرایطی که با هر کدام از اینها تداخل داشته باشد، ممکن است باعث افزایش طول مرحله تکثیر شود.

آموزش به بیمار: بیمارانی که تحت عمل جراحی شکم قرار گرفته اند در طول ۳ هفته اول در معرض خطر باز شدن شکم و بیرون زدگی احشا هستند بنابراین آموزش های لازم در خصوص هیچ وقت بافت ترمیم شده قدرت اولیه را نخواهد داشت، موقع سرفه شکم خود را حمایت کنند و از بلند کردن اجسام سنگین خودداری نمایند

۴- فاز ترمیمی (maturation/remodeling phase):

۷ روز بعد از آسیب شروع شده و یک سال یا بیشتر بسته به سائز زخم طول می کشد. در این مرحله بازسازی، تولید و بازسازی کلاژن رخ می دهد. استحکام کششی پوست افزایش می یابد، اما هیچ گاه به استحکام قبل از آسیب دیدن نمی رسد. **در بهترین حالت استحکام کششی پوست ممکن است تا ۸۰٪ سابق باشد.**

نکته: این قضیه در زخم های فشاری حائز اهمیت است. مثلاً ناحیه ساکروم قبلاً دچار زخم فشاری شده و ترمیم شده است در صورتی که مجدداً فشار به این ناحیه وارد شود زودتر دچار زخم های فشاری می شود.

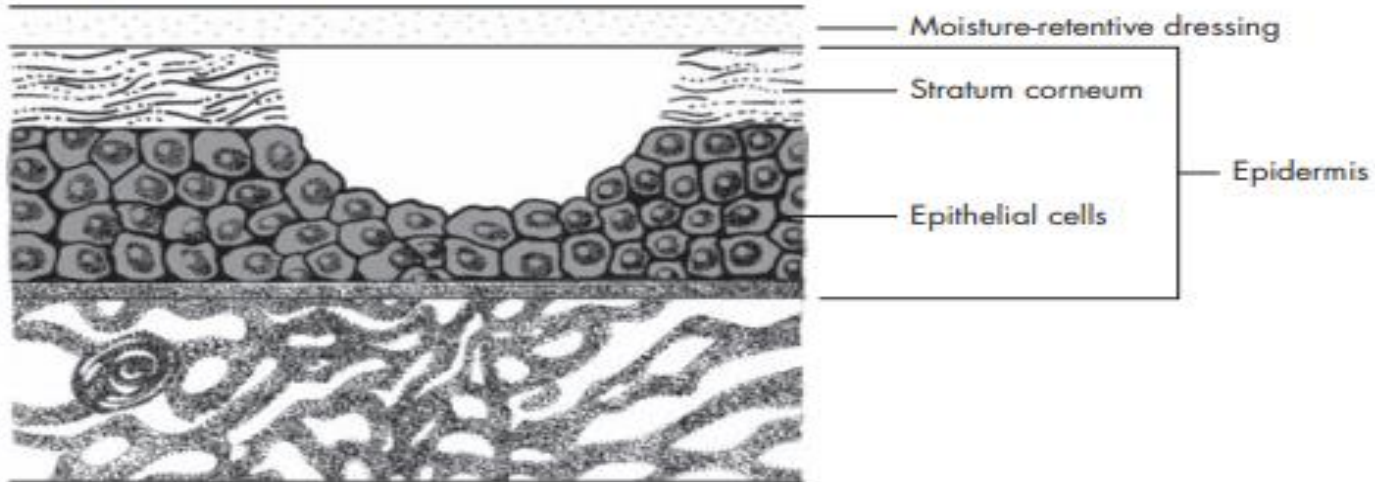
عوامل موثر بر ترمیم زخم

۱- عوامل موضعی:

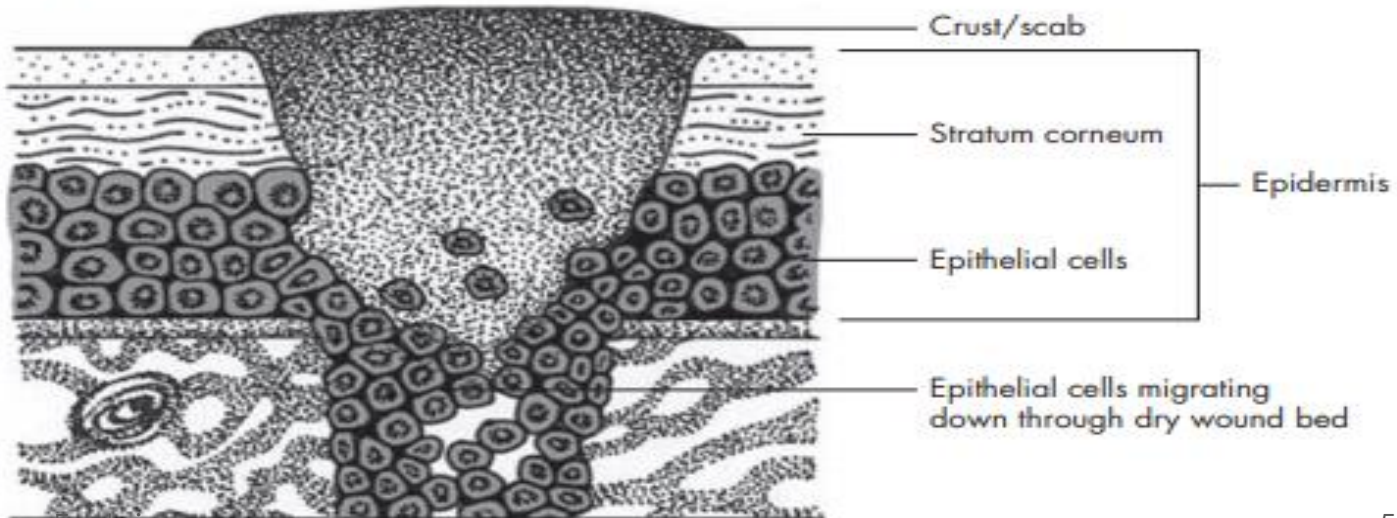
- عدم کفایت خورسانی باعث کاهش گلبول های سفید. انتقال ناکافی اکسیژن و مواد غذایی
- افزایش کشش پوست
- جراحی نامناسب
- باز شدن لبه های زخم
- وجود اجسام خارجی و واکنش های مربوط به آن
- میزان رطوبت سطح زخم
- دمای زخم
- عفونت
- حرکت بیش از اندازه مفاصل

Epithelial cell migration in an open wound

In a moist environment, epithelial cells can migrate on the wound bed surface to close the wound, as shown below.



In a dry wound bed, epithelial cells burrow underneath the wound bed, as shown below.



نکته مهم:

دمای بدن (۳۷ درجه) مناسب ترین دما جهت تقسیم سلولی و تسریع بهبود زخم است

دمای پایین زخم باعث انقباض عروق و کاهش گلبول سفید ، اختلال در گرانولاسیون و کاهش اکسیژن رسانی و مواد غذایی به زخم می شود.

۲- عوامل سیستمیک:

- ✓ افزایش سن و کاهش کلاژن
- ✓ ایمونوساپرسیوها و تاثیر بر سیستم ایمنی
- ✓ چاقی (افزایش فشار موضعی)
- ✓ استعمال سیگار (کاهش خونسازی به ناحیه)
- ✓ سوءتغذیه، کمبود ویتامین ها
- ✓ بدخیمی ها
- ✓ شوک به هر علت
- ✓ شیمی درمانی و رادیو تراپی
- ✓ اختلالات ارثی نوتروفیل ها
- ✓ بیماری های زمینه ای

بررسی زخم

در بررسی زخم باید بستر زخم، لبه ها و پوست اطراف آن مورد ارزیابی قرار گیرد

بستر زخم

نوع بافت ، اگزودا و عفونت مورد بررسی قرار می گیرد
اگزودا:

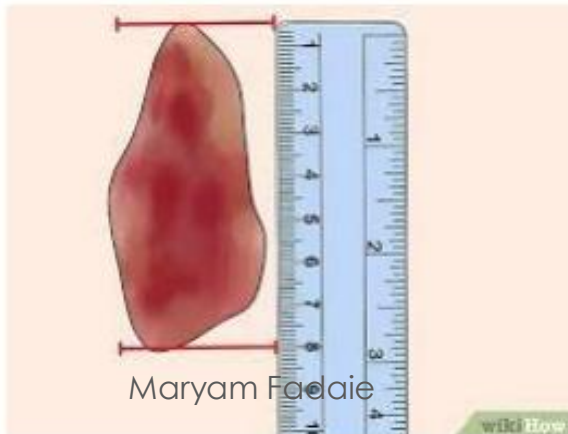
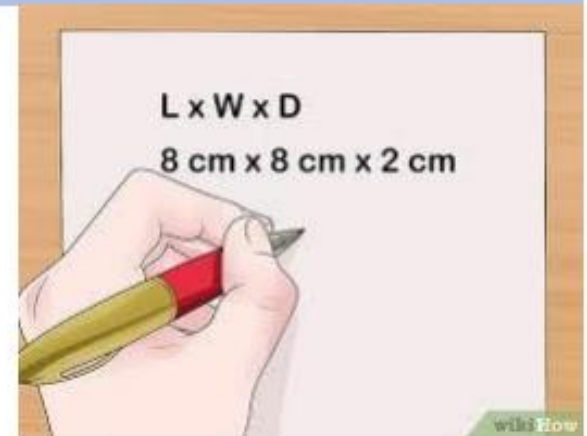
مایع مترشحه زخم ، در فرآیند طبیعی ترمیم زخم در مرحله التهابی افزایش می یابد
تا زخم را تمیز کند و یک محیط مرطوب جهت افزایش ترمیم زخم فراهم کند.

میزان ترشحات: خشک/کم/متوسط/زیاد

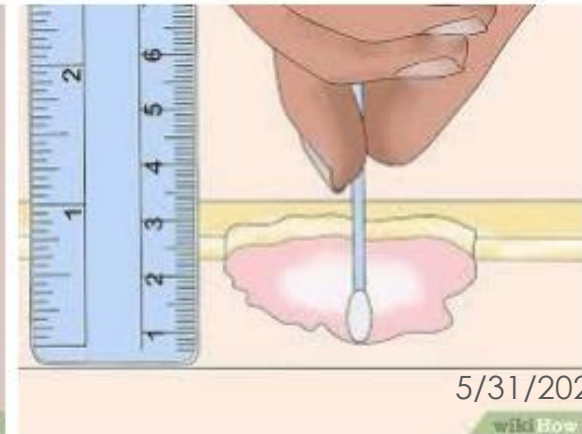
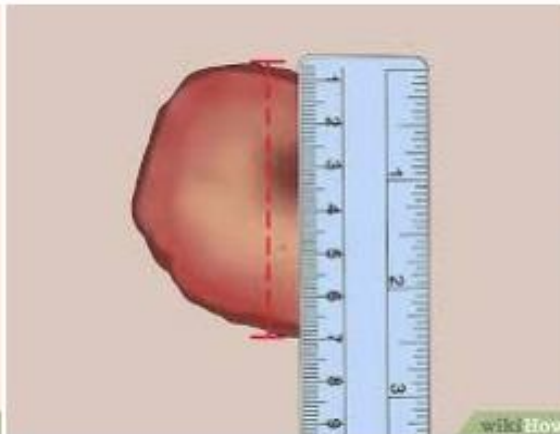
نوع ترشحات: thin/watery-cloudy-thick-purulent-clear-
pink/red

DOCUMENT SIZE

- **Measure in centimeters :**
- ALWAYS Document:
 - **Length × Width × Depth**
 - Length = head to toe direction
 - Width = hip to hip direction
 - Depth = measure deepest part of visible wound bed.



Maryam Fadaie



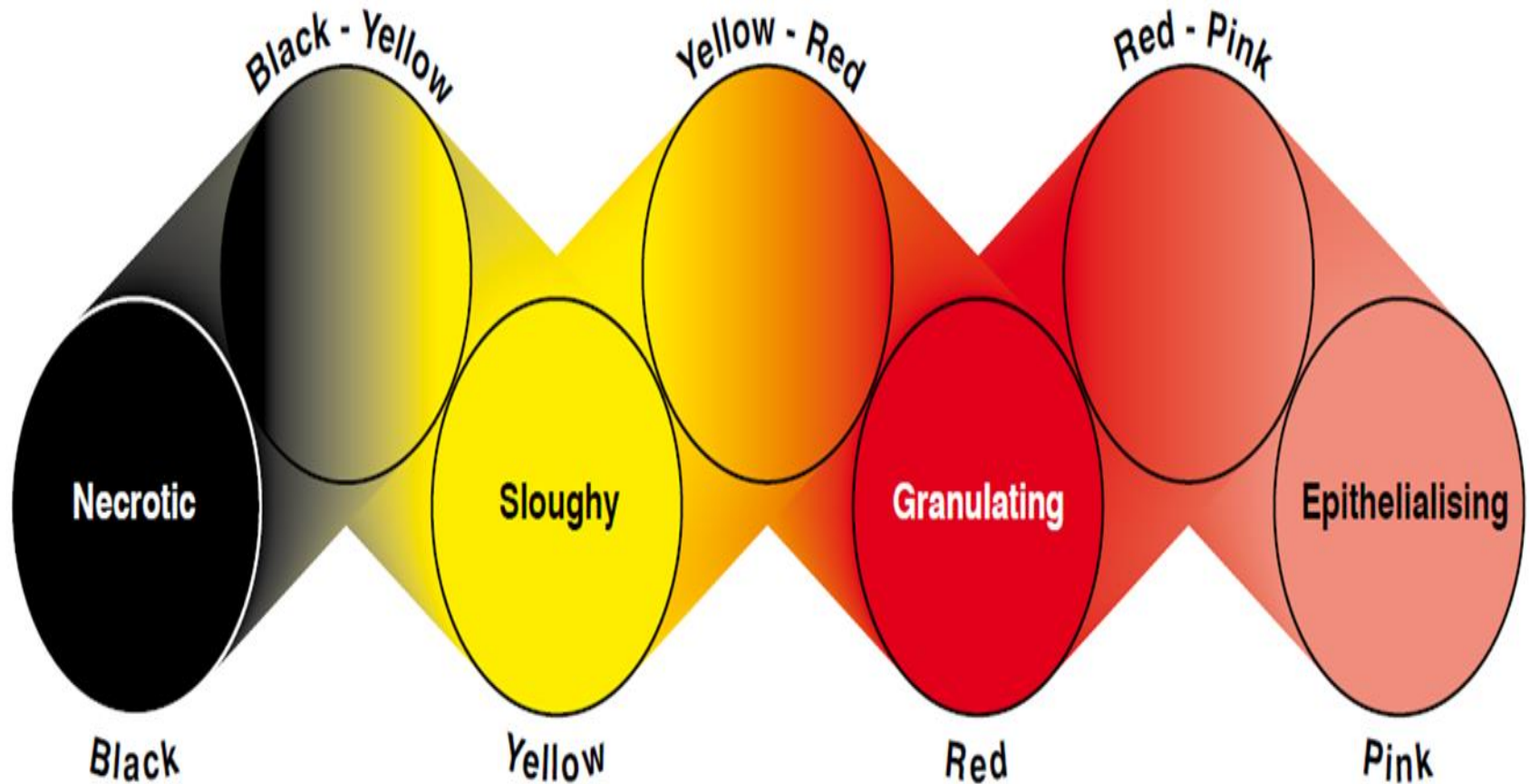
عفونت:

علائم کلینیکی عفونت در بیمارانی که داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی مصرف می کنند، ممکن است وجود نداشته باشد

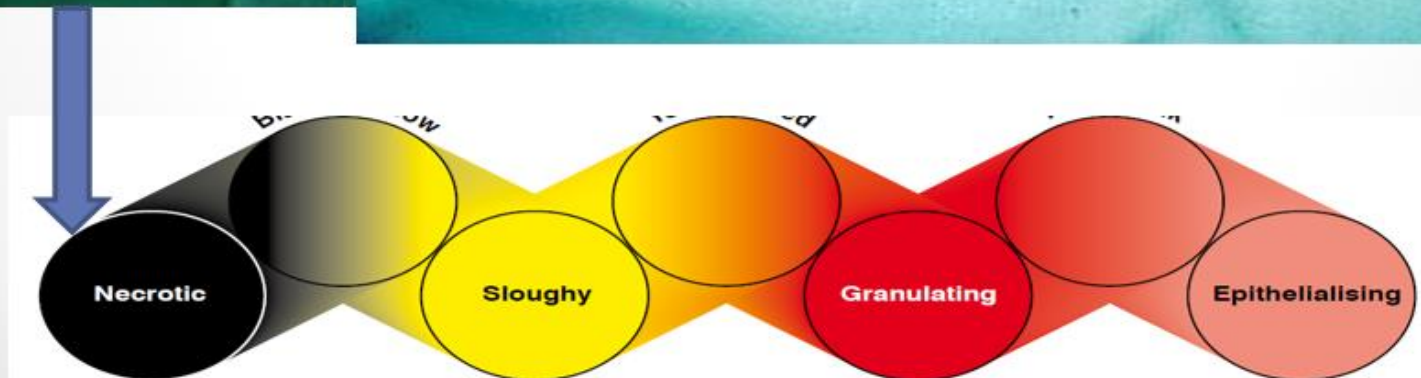
علائم موضعی: افزایش درد، اریتم، گرمی موضعی، ادم، افزایش اگزودا، تاخیر در ترمیم زخم، بافت گرانوله شکننده، بوی بد، پاکتی شدن زخم

علائم سیستمیک: افزایش اریتم، تب، شکننده شدن زخم، آبسه/چرک، سلولیت، بی حالی عمومی، افزایش شمارش گلبول های سفید

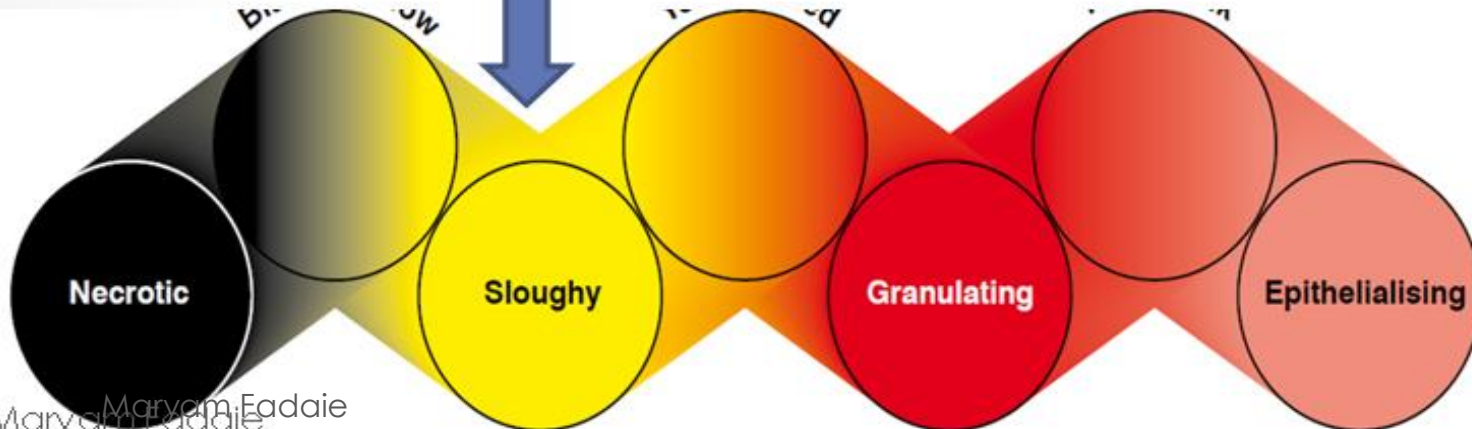
Tissue Types



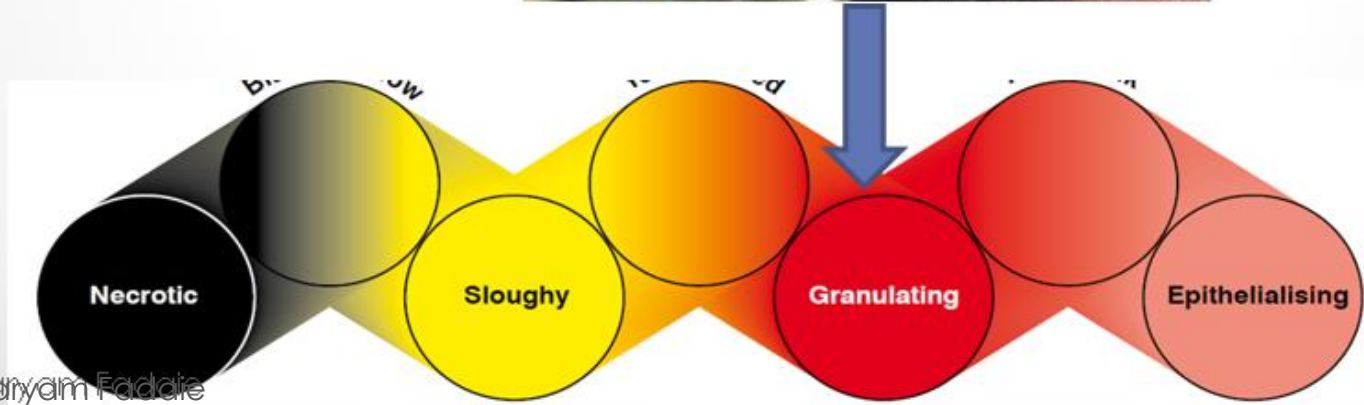
Necrosis



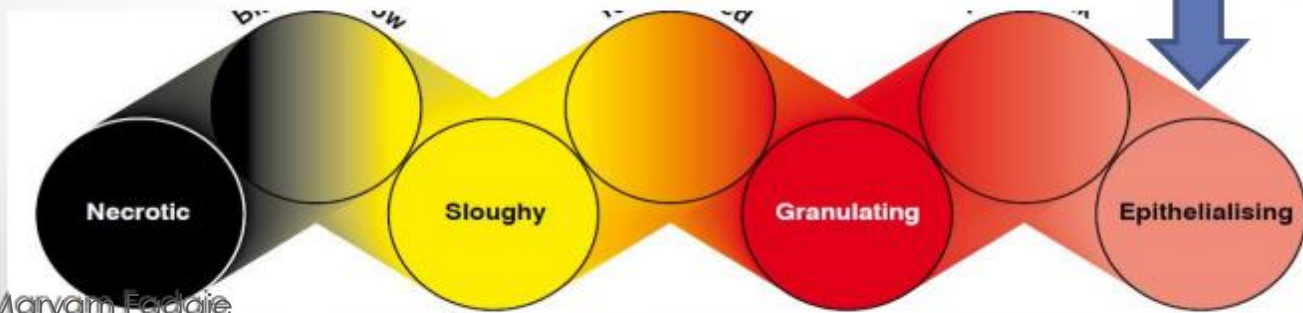
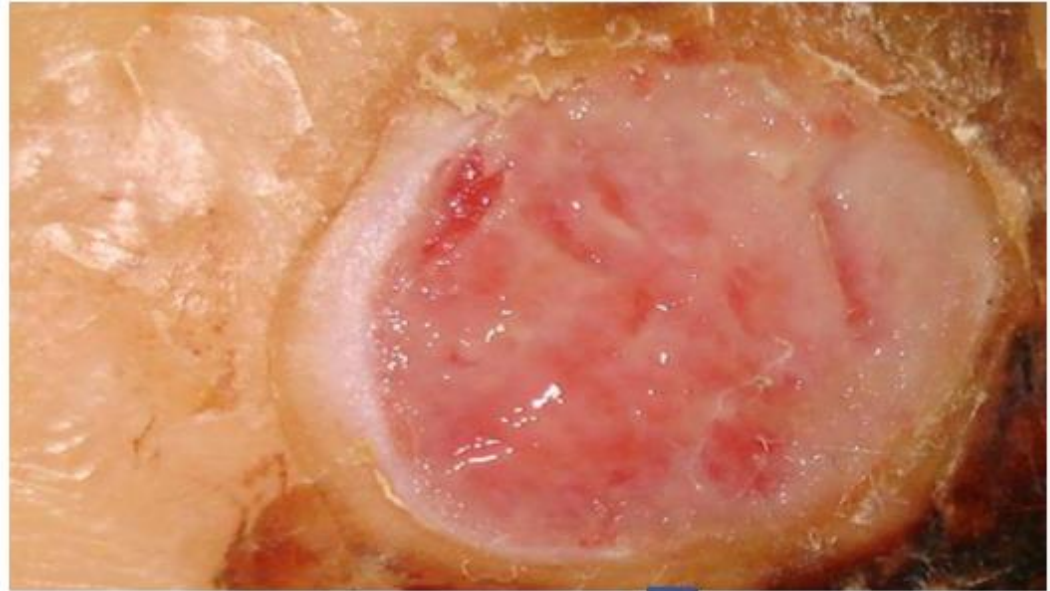
sloughy



Granulation



Epithelialising



بررسی لبه زخم:

Undermining ☐

dehydration ☐

maceration ☐

Thickened/rolled edge ☐

پوست اطراف زخم:

maceration ☐

Dry skin ☐

Hyperkeratosis ☐

Callus ☐

Eczema ☐

TIME Framework

The TIME summarizes four main components of wound bed preparation:

Tissue management

Control of **Infection and Inflammation**

Moisture imbalance

Advancement of the epithelial **Edge** of the wound

طبقه بندی زخم

زخم مزمن
chronic wound

pressure ulcers
leg ulcers, foot ulcers

زخم حاد
acute wound

burn / surgical wounds
abrasions, skin tears

زخم مزمن chronic wound

pressure ulcers

foot ulcers

leg ulcers

- **زخم: هر نوع گسستگی در ساختار و عملکرد طبیعی پوست**

- **زخم حاد:** ناشی از تروما یا جراحی زخم حاد باید به درستی درمان شود تا از بروز عفونت، التهاب و فشار ثابت، پیشگیری شود. هر زخم حاد، اگر در چارچوب زمانی مورد انتظار، بهبود نیابد و یا در پی بهداشت ضعیف و جریان خون ضعیف، اکسیژن و مواد مغذی لازم را دریافت نکند و زمان بهبود زخم به تاخیر بیفتد، می تواند به زخم مزمن تبدیل شود.

- **زخم مزمن:**

زخمی که در طی مراحل بهبودی، که به طور منظم و به موقع انجام شده، هیچ پیشرفتی در درمان آن حاصل نشود. زخم مزمن در طی ۳۰ روز درمان، پیشرفت قابل توجهی در بهبودی ندارد. یکی از نشانه های مهم زخم مزمن، عدم پیشرفت بهبود زخم است. اغلب اطراف زخم ملتهب بوده و این التهاب می تواند بر درمان، تاثیر منفی داشته باشد.

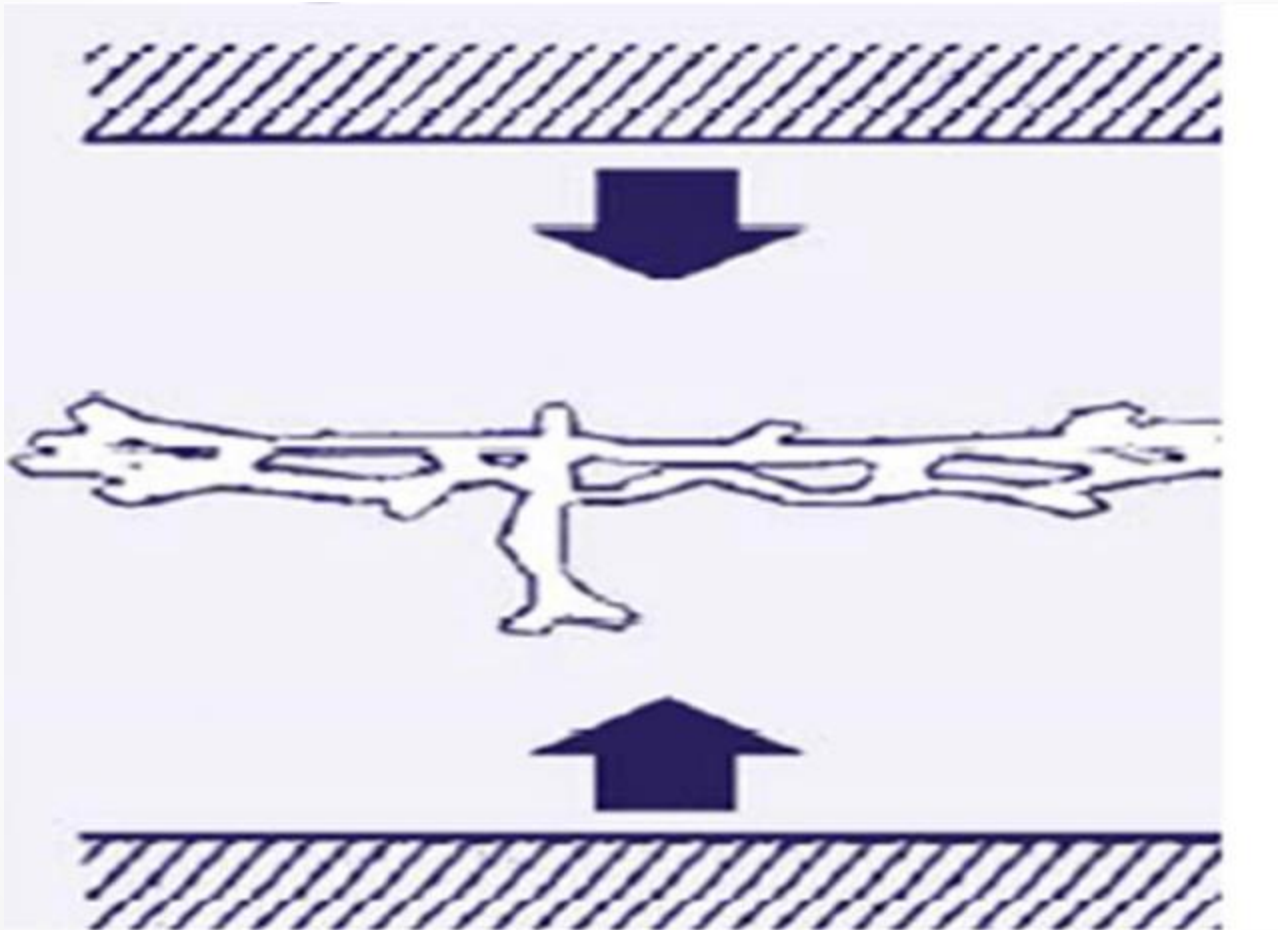
Pressure Ulcers/ Injuries

Pressure ulcers/injuries are localized damage to the skin and/or underlying tissue, usually over a bony prominences or related to a medical or other devices, resulting from prolonged pressure or pressure in combination with shear. The lesion can present below intact skin or as an open ulcer, which may be painful. Synonyms for this condition include, **bedsores**, **decubitus ulcers**, **pressure sores** and many more

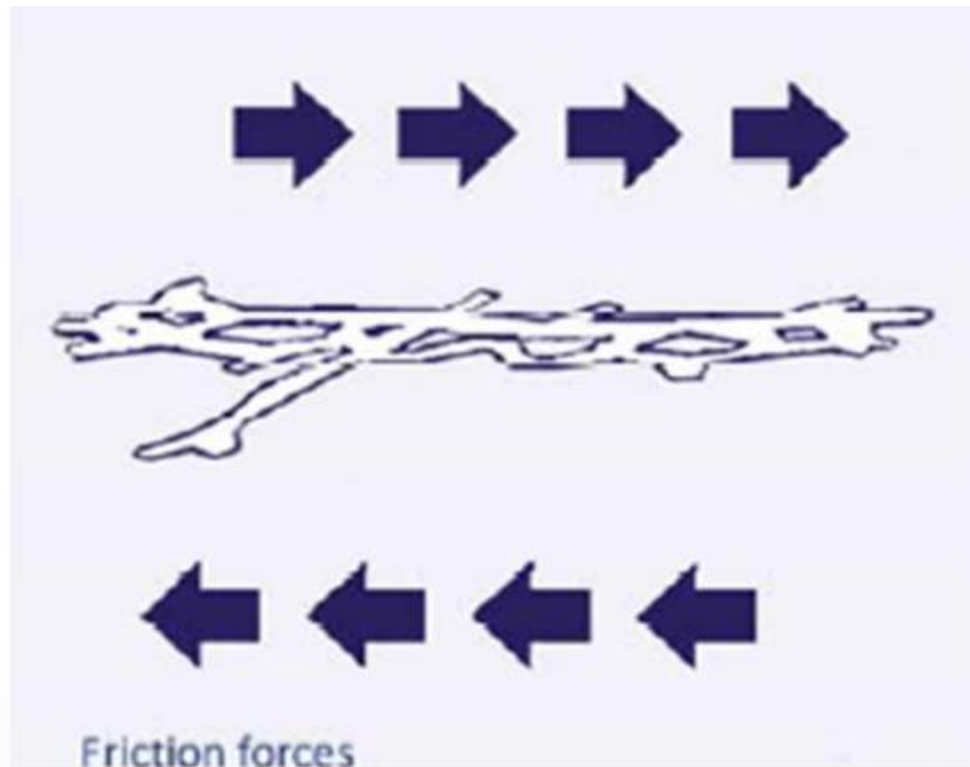
۳ عامل مهم ایجاد کننده:

- فشار زیاد و طولانی مدت
- اصطکاک (friction)
- شکندگی (shear)

pressure

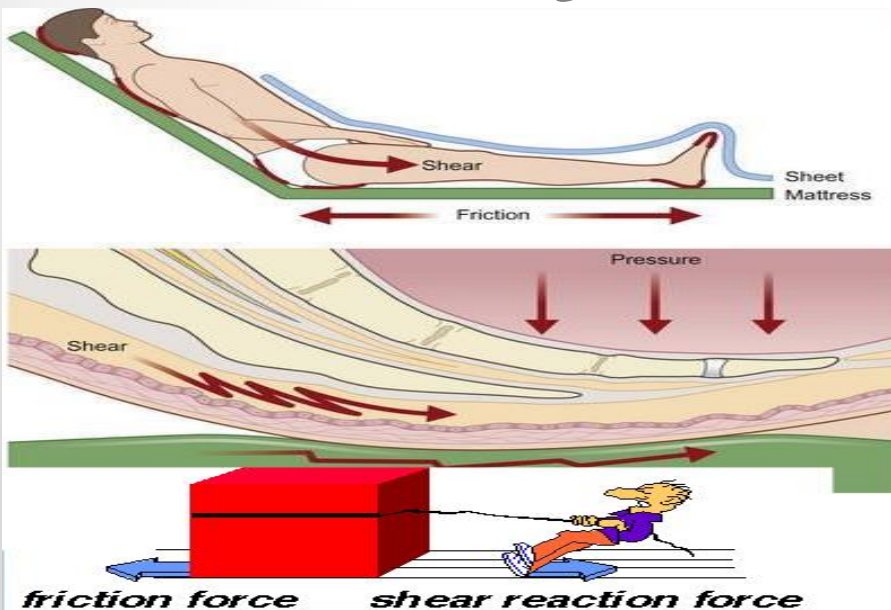


اصطكاك (friction)



برش (shear)

- نیروی مکانیکی ناشی از ترکیب جاذبه و اصطکاک (friction) به برش (shear) معروف است.
- جاذبه باعث کشیده شدن بدن به سمت پایین می شود. استخوان و فاشیای زیرین در زیر پوست لغزیده می شود، در حالی که پوست و فاشیای سطحی که به درم متصل هستند ثابت باقی می مانند و این باعث ترومبوز و مرگ سلولی می شود که به صورت نکروز لایه های عمیق تر ظاهر می شود.



ریسک فاکتورهای عمده

- ✓ افزایش سن
- ✓ سگته
- ✓ شکستگی لگن
- ✓ آسیب به نخاع
- ✓ بی حرکتی
- ✓ تماس با رطوبت بیش از حد
- ✓ سوءتغذیه
- ✓ بیماری های زمینه ای
- ✓ داروها (استروئیدها و منقبض کننده های عروقی)
- ✓ بیماری های حاد شدید مثل سپسیس و ...

The most common sites

Depends on resting position:

Supine:

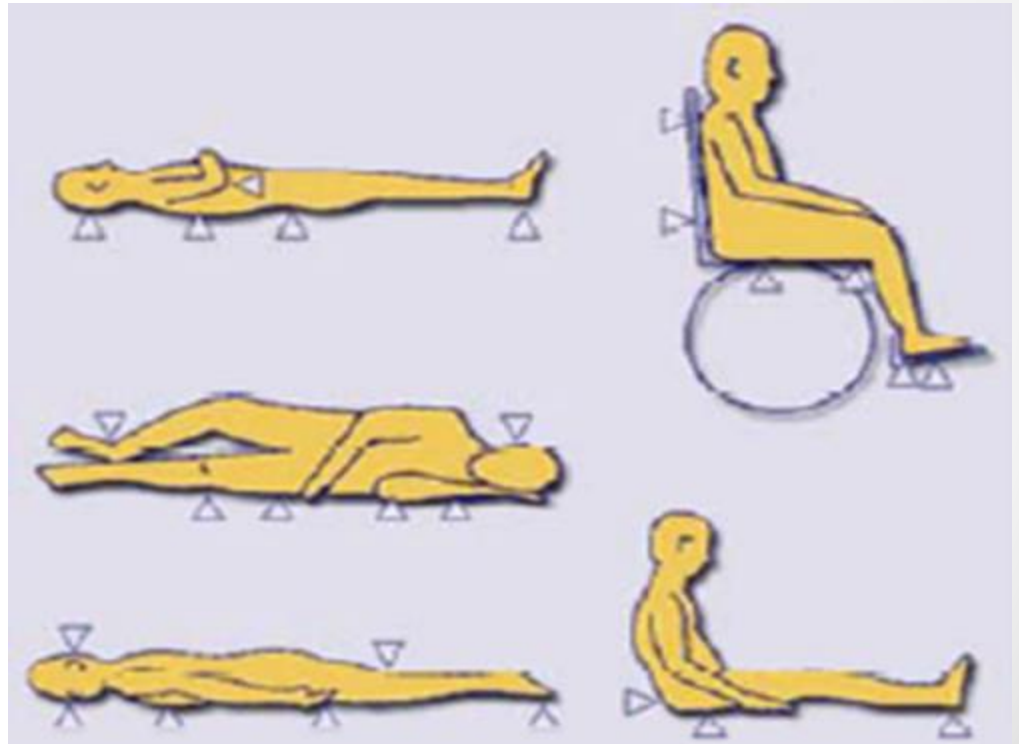
sacro-coccygeal

Sitting:

Ischium

Lateral:

Trochanter



The updated staging system includes:

۴ درجه:

مرحله 1

مرحله 2

مرحله 3

مرحله 4

چهار نوع خاص:

Unstageable pressure injury

Deep Tissue Pressure Injuries(DTPIs)

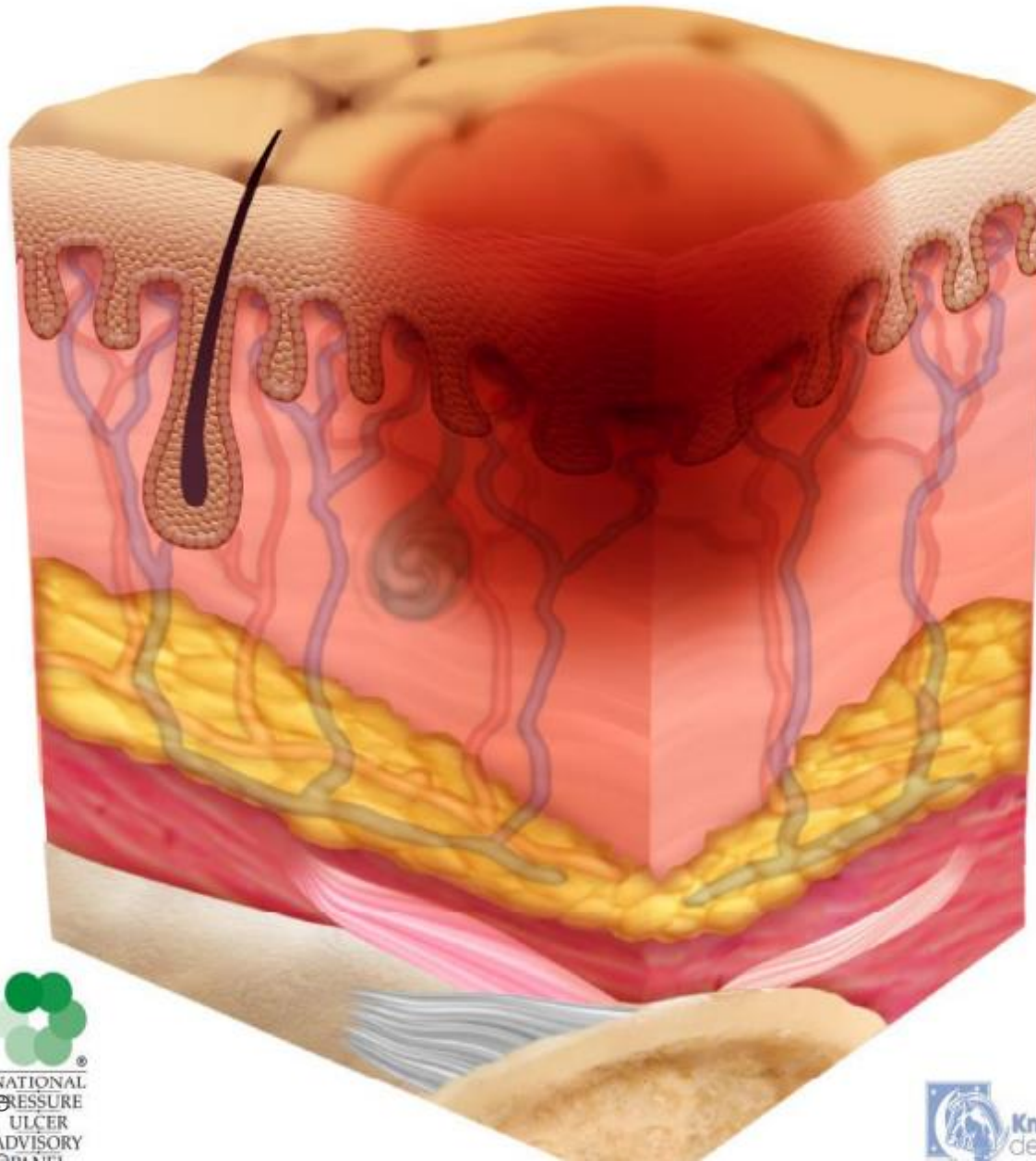
Medical device related pressure injury

Mucosal Membrane pressure injury

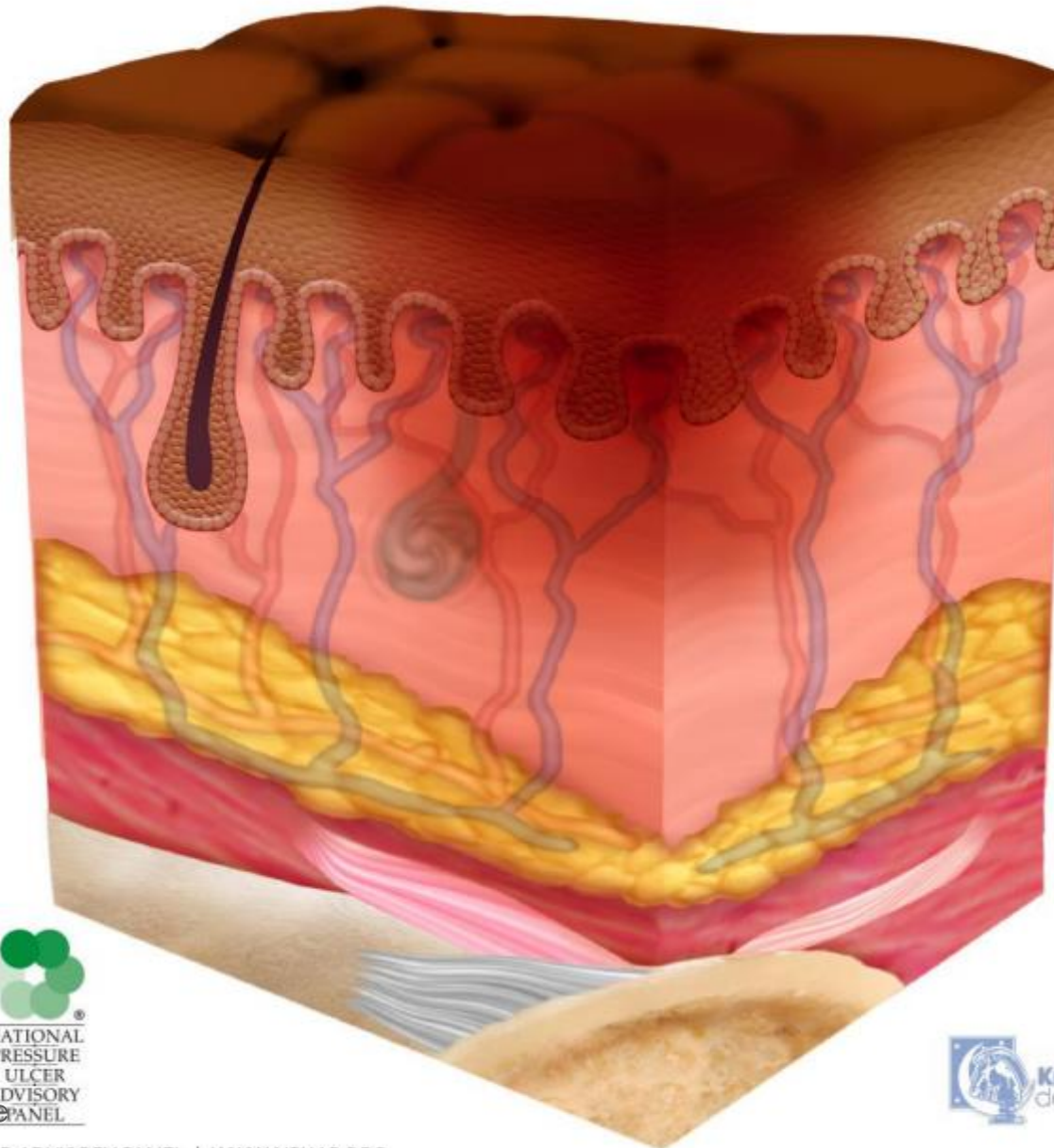
Stage1

- پوست سالم با تغییرات التهابی سطحی
- قرمزی **nonblanchable**
- ناحیه ممکن است دردناک، سفت، گرمتر یا سردتر از پوست اطراف باشد
- در صورت برداشتن فشار (**off-load**) به آسانی بهبود می یابد
- تشخیص آن در افراد با پوست تیره کمی سخت می باشد

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented



Stage 1 Pressure Injury – Darkly Pigmented



Maryam Fadaie



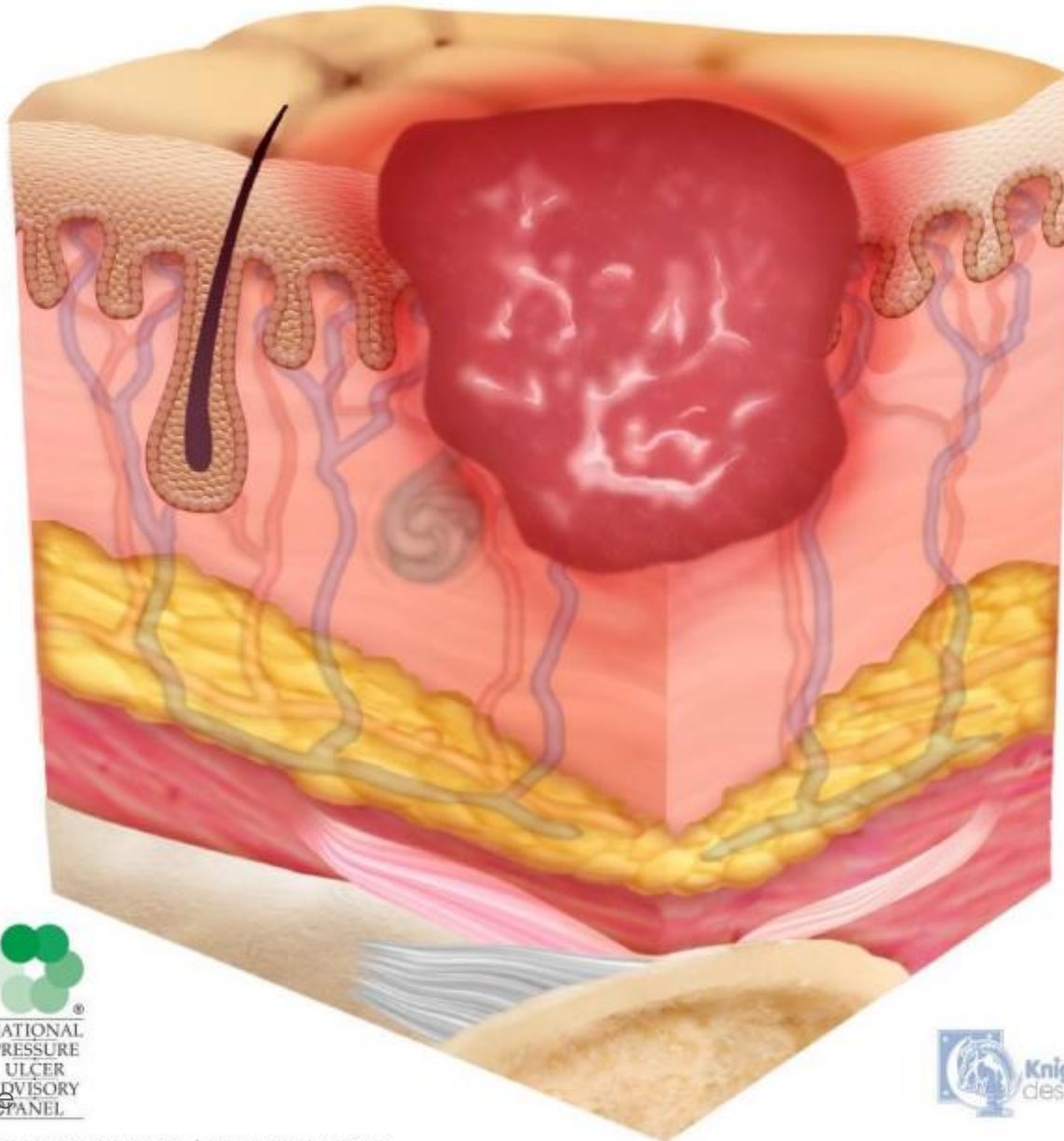
12/30/2025



Stage2

- آسیب با ضخامت نسبی
- درم expose
- معمولاً اسلاف و نکروز وجود ندارد
- تاول ممکن است وجود داشته باشد ، سالم یا پاره شده است
- تاول حاوی ترشحات سروز یا سروز خونی است
- بافت چربی قابل رویت نیست
- این مرحله نباید با ساییدگی پوست، آسیب پوست ناشی از چسب،
درماتیت ناشی از بی اختیاری ادرار یا کندی و maceration نباید
اشتباه گرفته شود

Stage 2 Pressure Injury

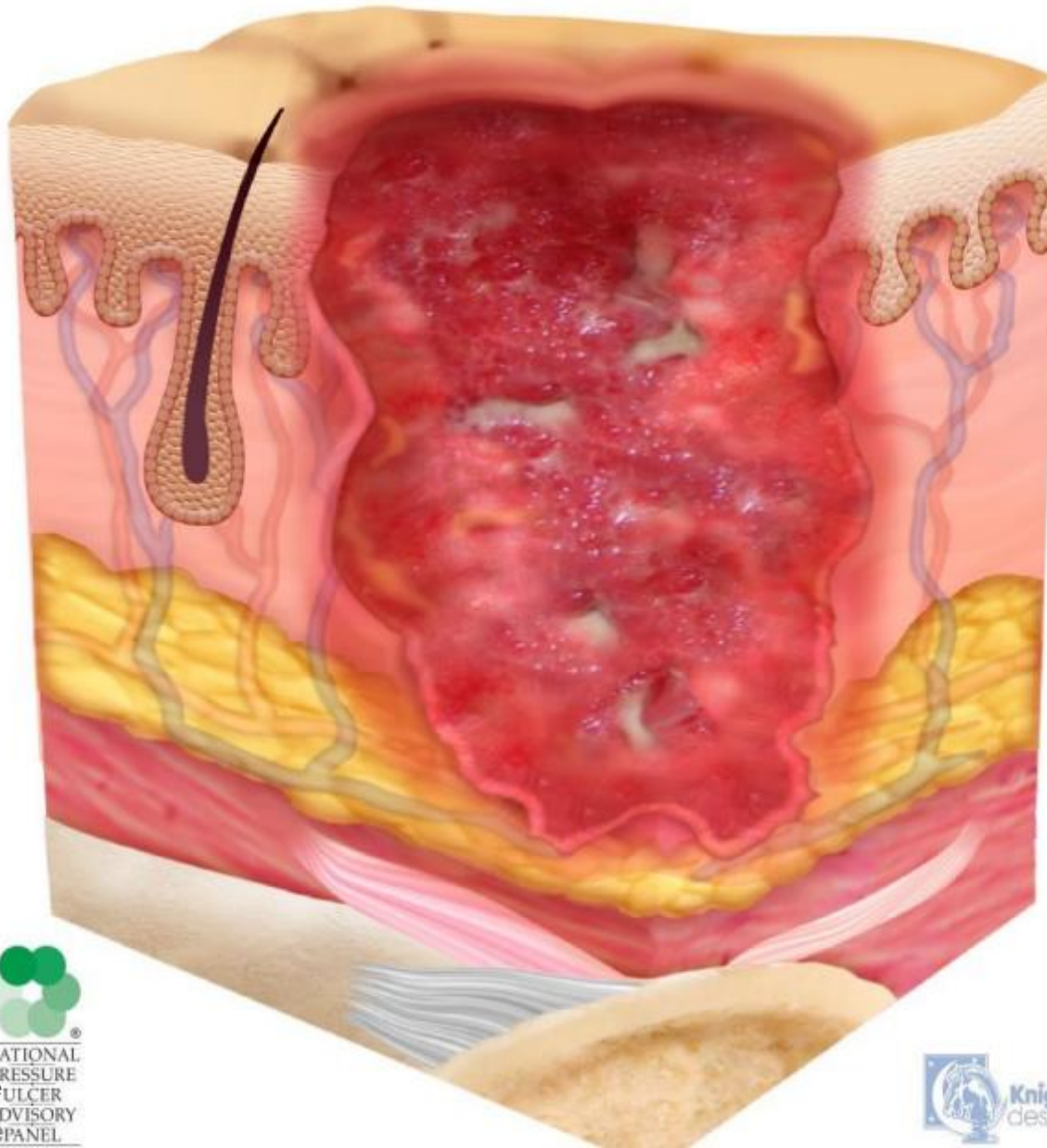




Stage3

- از دست رفتن ضخامت پوست به طور کامل
- بافت چربی قابل مشاهده ولی استخوان، ماهیچه، تاندون و غضروف قابل مشاهده نیست
- بافت **گرانوله**، **اسلاف** و **اشکار** ممکن است وجود داشته باشد
- **لبه ها ممکن است رول شده باشند (epibole)**
- **Undermining and tunneling**
- نکته مهم: این فضاهاى كاذب موقع بررسى زخم باید شناسایی شوند

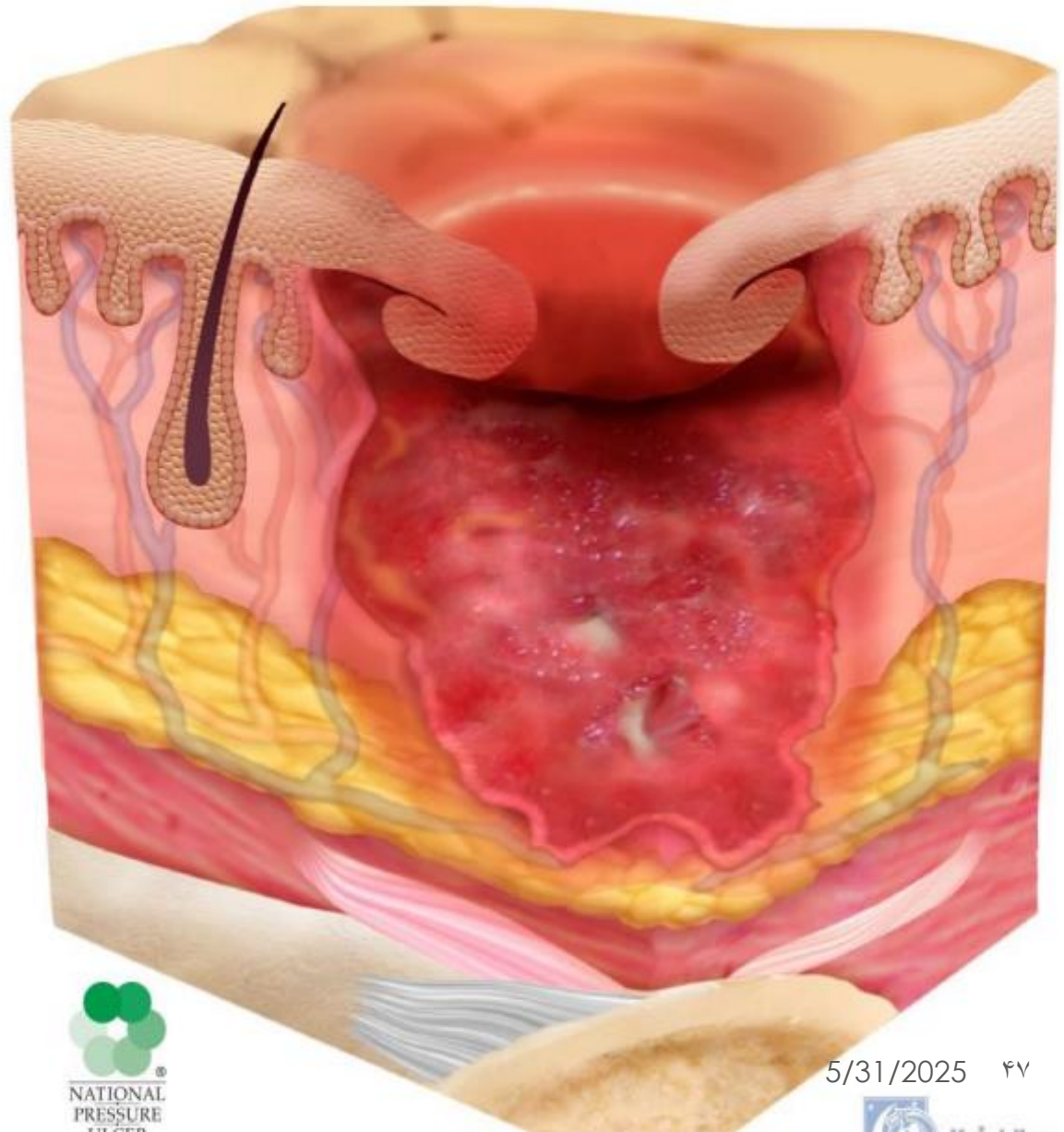
Stage 3 Pressure Injury



Stage 3 Pressure Injury with Epibole



Area of Focus



Undermining



Stage4

❖ تخریب بافت به طور کامل

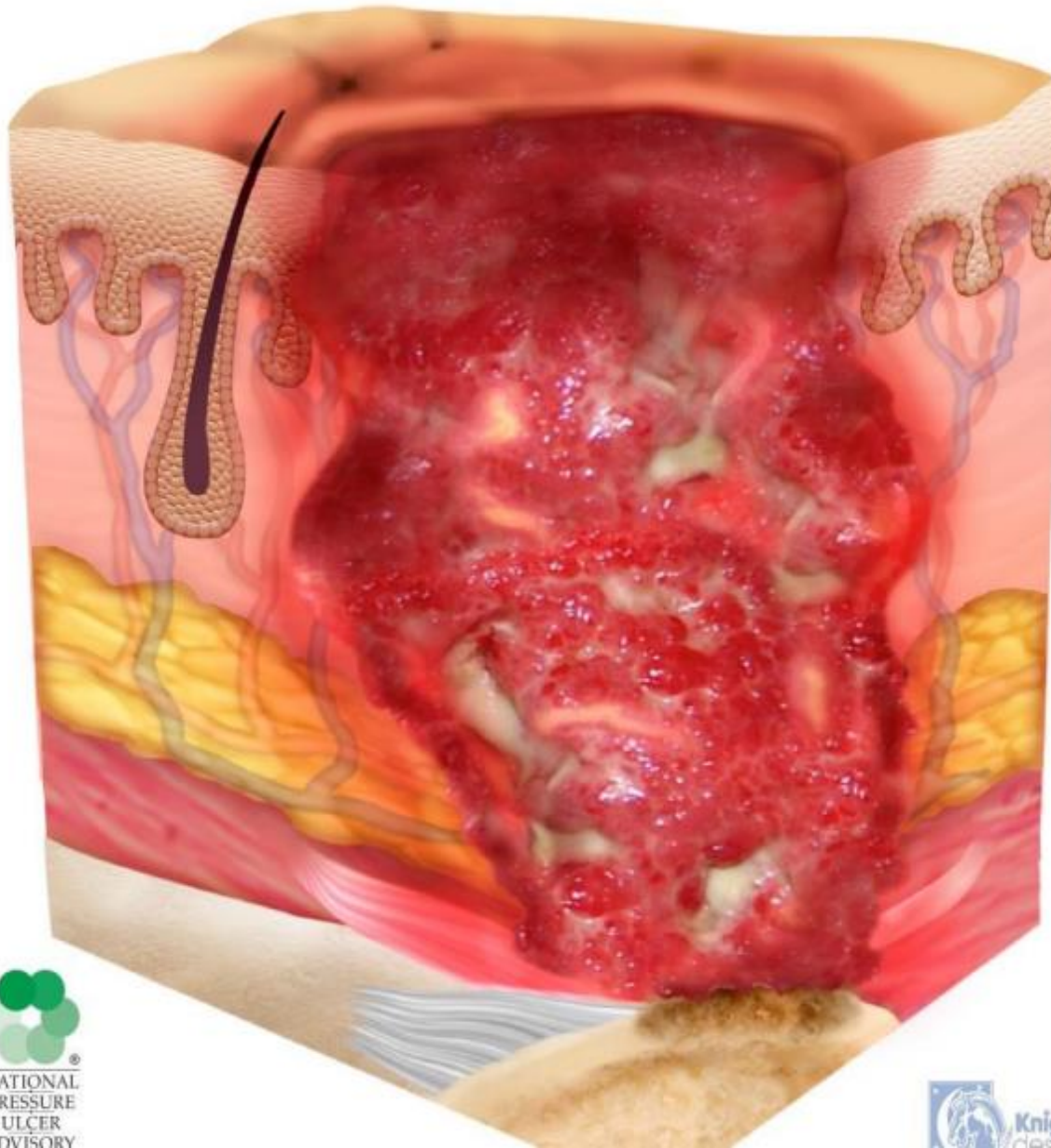
❖ استخوان، تاندون، غضروف، لیگامان و ماهیچه قابل مشاهده است

❖ اسلاف و اشکار ممکن است دیده شود

❖ **Undermining and tunneling**

❖ گسترش عفونت می تواند باعث استئومیلیت و یا التهاب استخوان (osteitis)

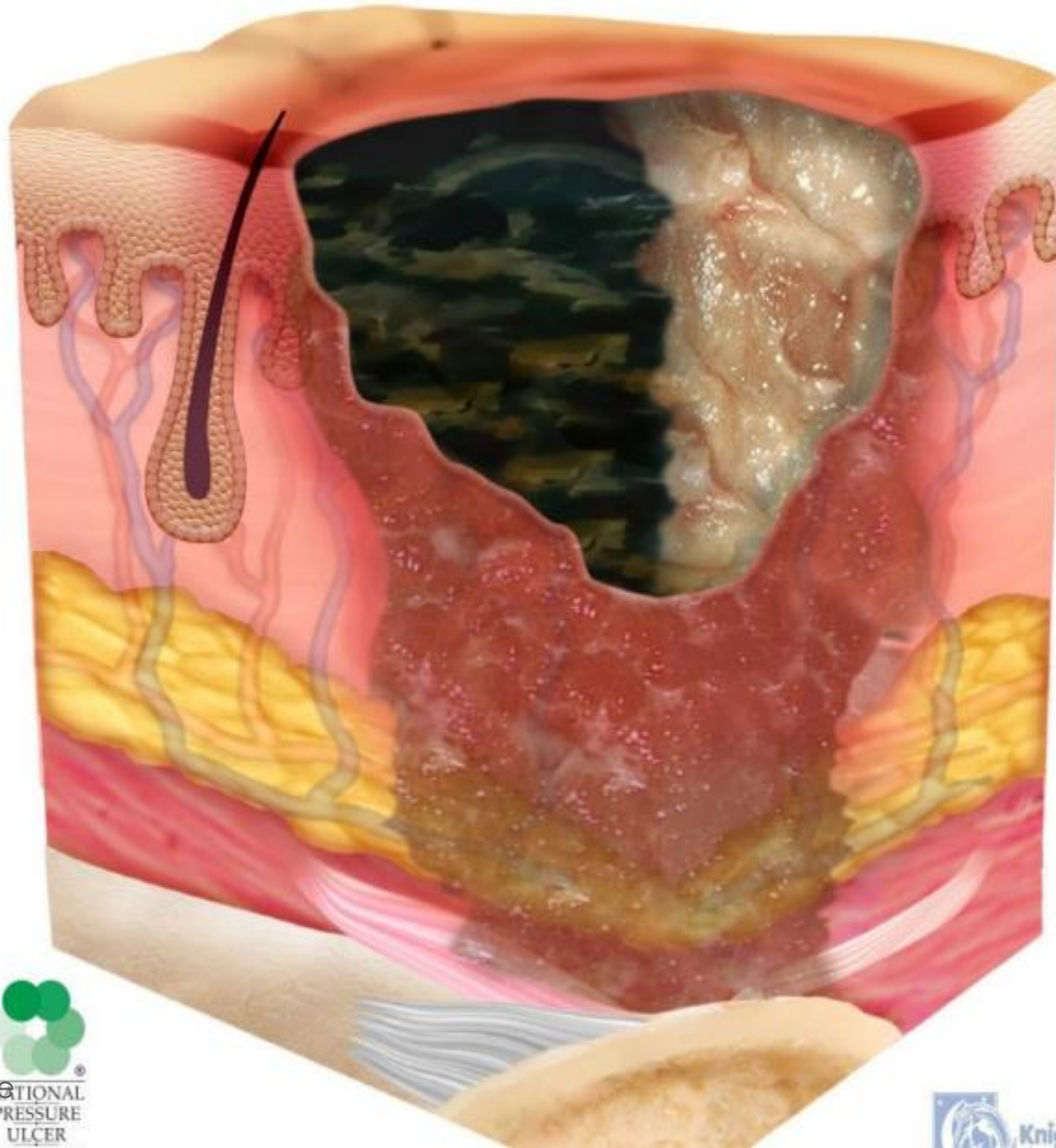
Stage 4 Pressure Injury



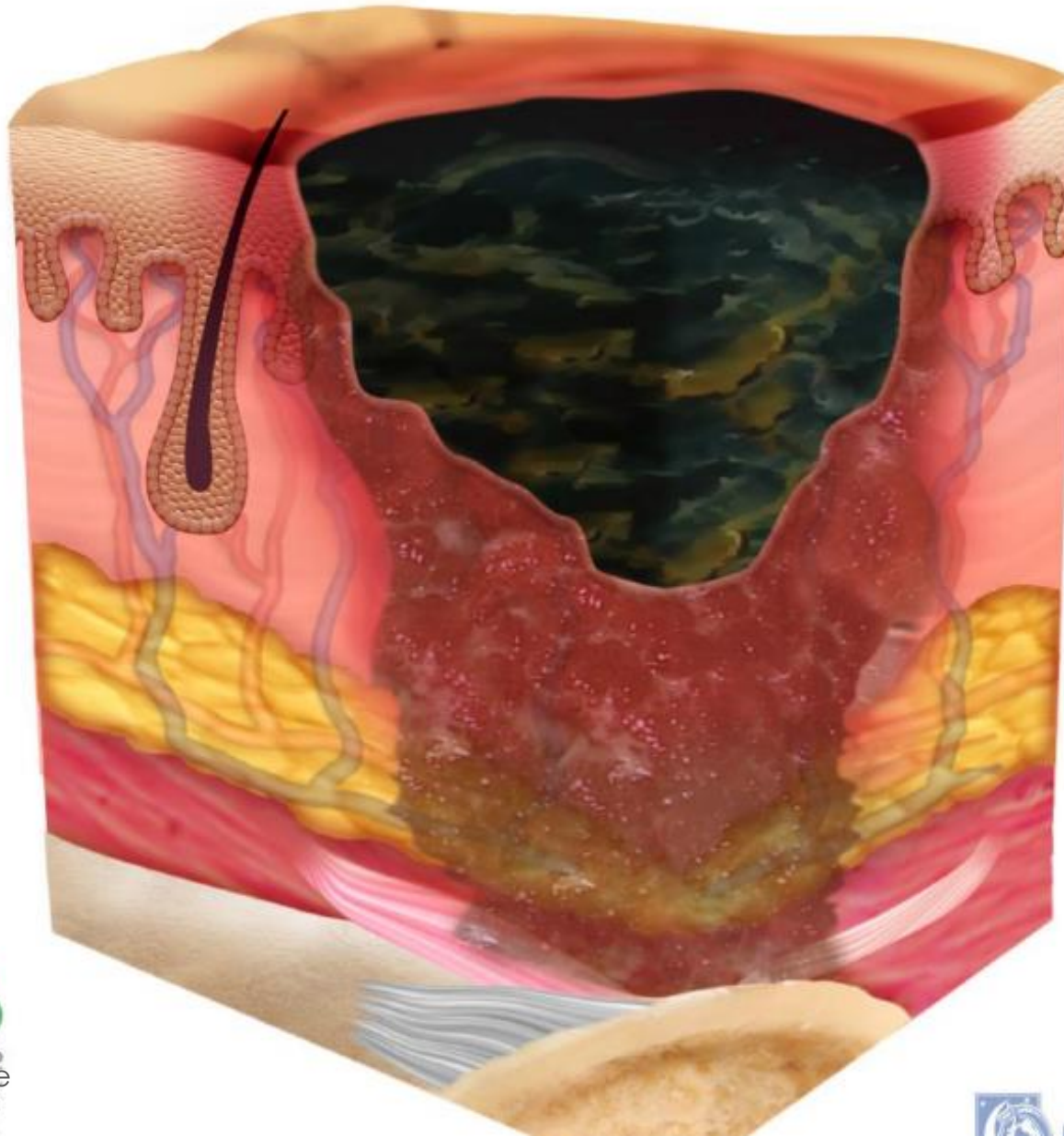
Unstageable

- بافت با ضخامت کامل از دست رفته اما
- عمق زخم به علت وجود اسلاف و اشکار در بستر زخم به طور کامل مشخص نیست اما زخم مرحله 3 یا 4 می باشد
- باید بافت نکروز جهت تعیین عمق زخم دبرید شود.

Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar



Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar

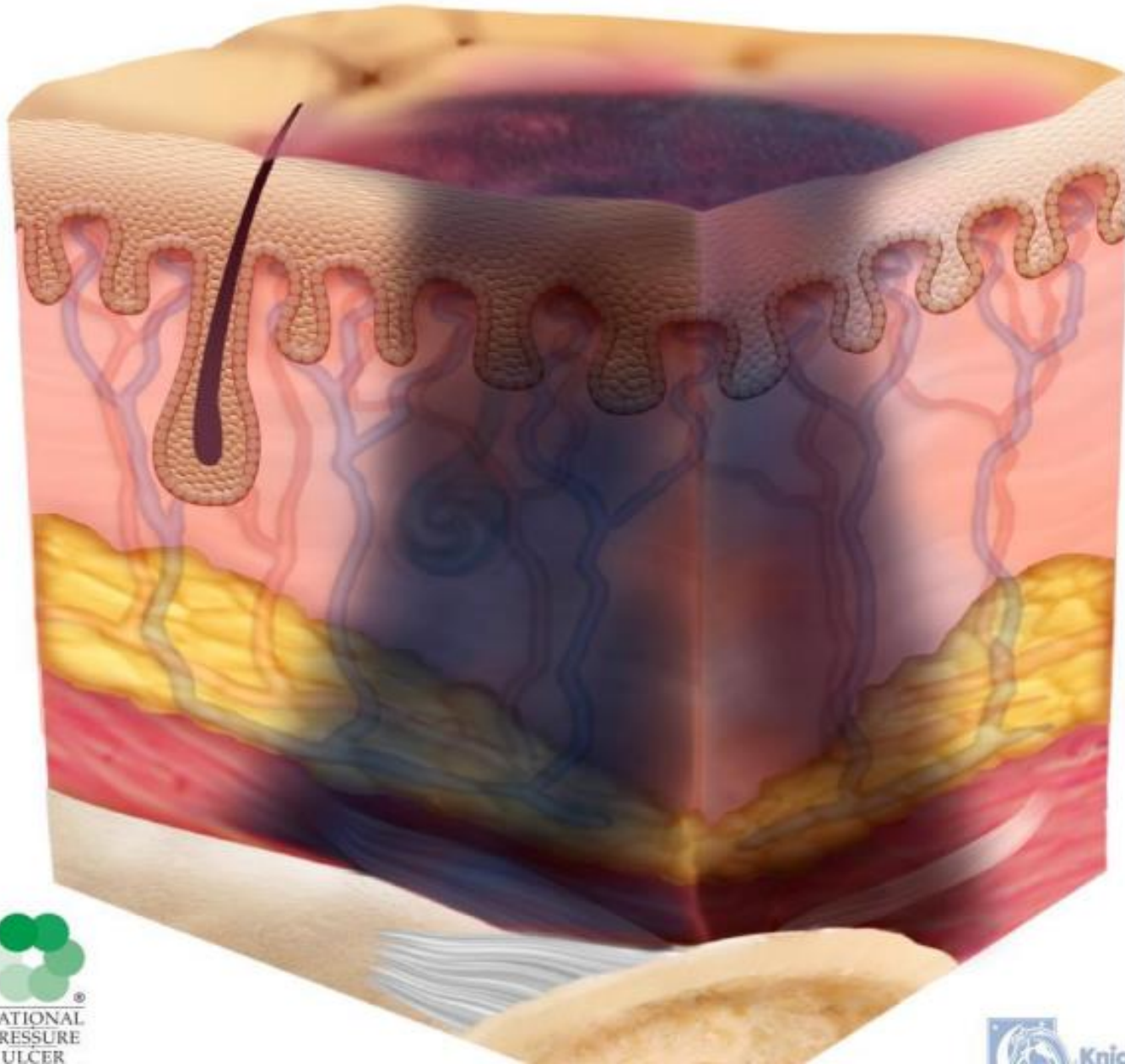




آسیب فشاری بافتی عمیق Deep Tissue Pressure Injuries

- آسیب به بافت زیرین به علت فشار طولانی مدت و شکنندگی روی برجستگی استخوانی
- پوست سالم یا آسیب دیده
- بافت دردناک، سفت، خمیر مانند یا باتلاقی، گرمتر یا سردتر از بافت مجاور
- کوفتگی عمقی ارغوانی یا قرمز آلبالویی
- تاول خونی زیر پوست سالم
- شایع ترین محل ایجاد پاشنه (۴۰٪) و سپس ساکروم (۱۹٪)
- درمان: برداشتن فشار و تجویز آنتی بیوتیک
- در صورت عدم **off-loading** سریع پیشرفت کرده و تبدیل به یک زخم با ضخامت کامل می شود

Deep Tissue Pressure Injury





Medical Device Related Pressure Injury

❖ در مخاط یا پوست اتفاق می افتد

❖ آسیب های مخاط مرحله بندی ندارد **Mucosal Membrane Pressure Injury**

❖ آسیب های پوست مرحله بندی دارند و بسته به مکان ایجاد معمولاً درجه III یا IV هستند

❖ شایع ترین تجهیزات، **کانولای اکسیژن (۳۲٪)** که هم گوش و هم بینی را درگیر می کند

❖ شایع ترین محل در بدن، **سر و صورت (۵۱٪)**

تجهيزات :

- لوله تراشه
- NG-Tube
- گچ
- کاتولای بینی
- ماسک CPAP
- کولار گردنی
- تراکئوستومی
- بانداژ الاستیک در صورت بسته شدن نادرست
- Bedpan
- و.....

cervical collar that caused the pressure injuries on the patient's neck



pressure injury from a thromboembolismdeterrent
stocking.





NG-TUBE



Oxygen Tubing



CPAP Mask



Trach ties



Bedpan

Prevention

- انتخاب سایز مناسب وسیله
- حمایت پوست با پانسمان ها (فوم، هیدروکلئید و ...) در مناطق حساس مثل پل بینی یا استفاده از پنبه و ویبریل
- چک پوست زیر تجهیزات و پوست اطراف آن **حداقل دو بار در روز**
- خودداری از فیکس کردن وسایل بر روی محل آسیب قبلی
- آموزش به پرسنل جهت استفاده صحیح از وسایل
- توجه به علائم خطر مثل **ادم بافت** زیر وسیله
- توجه به بیماران حساس به آسیب ناشی از تجهیزات مثل **نوزادان، کودکان، سالمندان، بیماران بدحال، بیماران دارای ادم ژنرالیزه**
- آموزش گذاشتن bedpan زیر بیمار به صورت صحیح

Pressure Injuries in Neonatal and pediatric

- شیوع ۲۰-۲۷ درصدی در NICU و PICU
- بیش تر از ۵۰% زخم ها در نوزادان به علت **تجهیزات پزشکی** است
- پروپ پالس اکسی متری، ماسک CPAP، کاف فشار سنج، تراکئوستومی و کاست ها، و چکمه های گچی مهم ترین تجهیزات ایجاد کننده آسیب در نوزادان هستند
- **اکسی پوت** بزرگترین برجستگی استخوانی و شایع ترین محل برای ایجاد زخم در نوزادان و کودکان زیر ۳ سال می باشد
- بررسی تخت نوزاد و کودک از نظر عدم وجود ست میکروست، سیم تجهیزات و سرنگ در هر شیفت باید صورت گیرد.
- **تغییر پوزیشن هر ۴ ساعت** صورت گیرد

The infant lay on IV tubing that caused the pressure injuries on his face and head





Tracheostomy Plate

Maryam Faddale



Oxygen Saturation
Probe

5/31/2025 97

SKINCARE Pressure Injury Prevention Bundle

Support surfaces

Keeper repositioning

Incontinence care

Nutrition and hydration

Check medical devices

Assess risk and skin daily

Reduce head of bed $< 30^{\circ}$

Elevate heels

- تشک مواج هیچ وقت جایگزین چرخاندن و تغییر پوزیشن نمی باشد
- برای ماساژ پوست اطراف آسیب مرحله 1 می توان در صورت خشک بودن پوست از روغن زیتون و یا ویتامین A+D برای ماساژ استفاده کرد.
- در پوست مرطوب می توان از پودر به مقدار کم به طوری که فقط دست آغشته شود استفاده کرد
- روی ناحیه استخوانی (کتف، تروکانتر و ...) ماساژ ممنوع است.
- ماساژ باید به آرامی صورت گیرد و دست روی پوست حرکت کند
- ماساژ محکم می تواند Shear ایجاد کند

- **عدم استفاده از دونات (ring)**
- کشیدن بیمار روی تخت ممنوع
- بررسی تشک مواج از نظر کارکرد در ابتدای هر شیفت
- توجه به **قد و وزن** بیمار موقع انتخاب تشک مواج
- تغییر پوزیشن بیمار هر دو ساعت، در ویلچر هر یک ساعت
- استفاده از دستکش آب زیر پاشنه ممنوع، کل ساق یا الویت شود
- **در پوست های تیره** به دنبال تغییر در **تون پوست**، **دمای پوست** و **یکپارچگی بافت** در مقایسه با پوست مجاور باشیم
- زمانی که بیمار پوزیشن کمتر از ۳۰ درجه را تحمل نمی کند حتما یک پانسمان فوم در ناحیه ساکروم قرار گیرد

- جهت ترمیم زخم ها **off-loading** مد نظر قرار گیرد
- توجه به وضعیت تغذیه بیمار از اهمیت خاصی برخوردار است
- درخواست مشاوره تغذیه
- رفع مشکل کم خونی جهت تسریع در بهبودی زخم بیمار
- توجه به دریافت ویتامین ها و مواد معدنی (ویتامین C، روی و مس و...)
- توجه به دهیدراتاسیون بیمار

Heel Elevation



بهترین پوزیشن جهت جلوگیری از وارد شدن فشار بر تروکانتر و ساکروم (۳۰ درجه لترال)



- **MDRPI** انتهاها و یا انگشتان دست و پا در بیماران با مصرف **Vasopressors** شایع است
- **MDRPI 74%** تا زمانی که به درجه 3، 4 و **Unstageable** نرسیده اند، تشخیص داده نمی شوند.
- در ۶۳% موارد هیچ مستندی در مورد بررسی پوست، برداشتن فشار و برداشتن وسیله در هر شیفت وجود ندارد

زخم فشاری در اتاق عمل

- بروز ضایعات فشاری در بیماران تحت عمل جراحی از ۴% تا ۴۵% گزارش شده است.
- پروسیجرهای طولانی تر از ۳ ساعت
- پروسیجرهای قلبی، عروقی (شایع ترین) ، ارتوپدی، پیوند اعضا، bariatric
- $19 > BMI > 40$
- بیماران وابسته به تخت و ویلچر
- بیماران با اختلال درک حسی
- تاریخچه قبلی زخم فشاری و وجود آسیب به پوست
- زمان بیهوشی یا بی حسی اسپینال
- استفاده از داروهای vasopressors

Patient assessment tools:

Norton scale

Braden scale

Waterloo score

Braden Scale

امتیاز	درک حسی	رطوبت	فعالیت	تحریک	تغذیه	برش / اصطکاک
4	فاقد اختلال	به ندرت مرطوب	اغلب راه می رود	بدون محدودیت	عالی	
3	محدودیت جزئی	گاهگاه مرطوب	گاهگاه راه می رود	محدودیت جزئی	کافی	بدون مشکل واضح
2	خیلی محدود	خیلی مرطوب	وابسته (محدود) به صندلی	خیلی محدود	احتمالاً ناکافی	مشکل بالقوه
1	کاملاً محدود	به طور مداوم مرطوب	وابسته (محدود) به تخت	کاملاً بی حرکت	خیلی ضعیف	مشکل

16 - 18 کم خطر

13 - 15 خطر متوسط

10 - 12 پرخطر

< 9 خیلی پرخطر

Least score 6

Maximum score 23

مستندسازی زخم فشاری

- آیا بیمار هنگام مراجعه و پذیرش زخم فشاری داشته است یا اینکه در بیمارستان دچار زخم شده است؟. عدم ثبت زخم هایی که بیمار هنگام پذیرش دارد می تواند منجر به شکایت علیه پرستار شود
- زمانی که بیمار با زخم فشاری بستری می شود ثبت محل زخم، ظاهر، اندازه، عمق، رنگ و ظاهر اگزودای خارج شده از زخم
- عوامل خطر ایجاد کننده زخم فشاری مانند چاقی، وضعیت بد تغذیه ای، کاهش سطح هموگلوبین، بی تحرکی، عفونت، بی اختیاری و شکستگی ها باید بررسی شده و در صورت وجود ثبت شود.
- در بیماران پرخطر معیار برادن در هر شیفت با اقدامات انجام شده در گزارش پرستاری قید شود

QUESTION?











منابع

-WWW.NPIAP.org

-Baronoski Sh, Ayello E. Wound care essentials . Third edition