الجمهورية العربية السورية
جامعة حماة
كلية التمريض

تمريض البالغين
السنة الثانية
الفصل الثاني

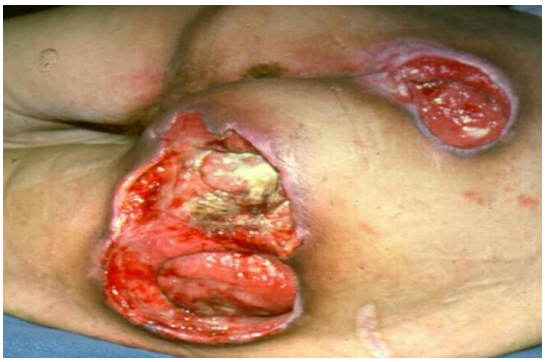
القرحات الانضغاطية
(الخشكريشة)

القرحات الانضغاطيّة

- وتدعى أيضاً قرحات الاضطجاع وقرحات الضغط وقرحات الفراش وقرحات التشوهات والخشكريشات.
- وهي كل آفة يحدثها الضغط المستمر على أي منطقة من الجسم وخاصة فوق النتوءات العظمية.
- معدل حدوثها في المشافي 3.5٪، (وذكر آخرون أنها تحدث لدى 9.2٪ من المرضى)[1].



خشكريشة ظهرية



خشكريشة أسفل الظهر والورك الأيمن



خشكريشة أسفل الظهر



خشكريشة في العَقِب

مجموعات المرضى المعرّضين لتشكّل القرحات الانضغاطيّة

- مرضى الكسور والأورتوبيديا (الجراحة العظميّة التقويميّة).
- المسنّين المقعدين بسبب كسور عظمية (كسور الفخذ).[2]
- المقيمين في دور المسنّين.
- مرضى الحوادث الوعائيّة الدماغيّة CVA.
- المصابين بأمراض عصبية مقعدة.

ملاحظة هامة

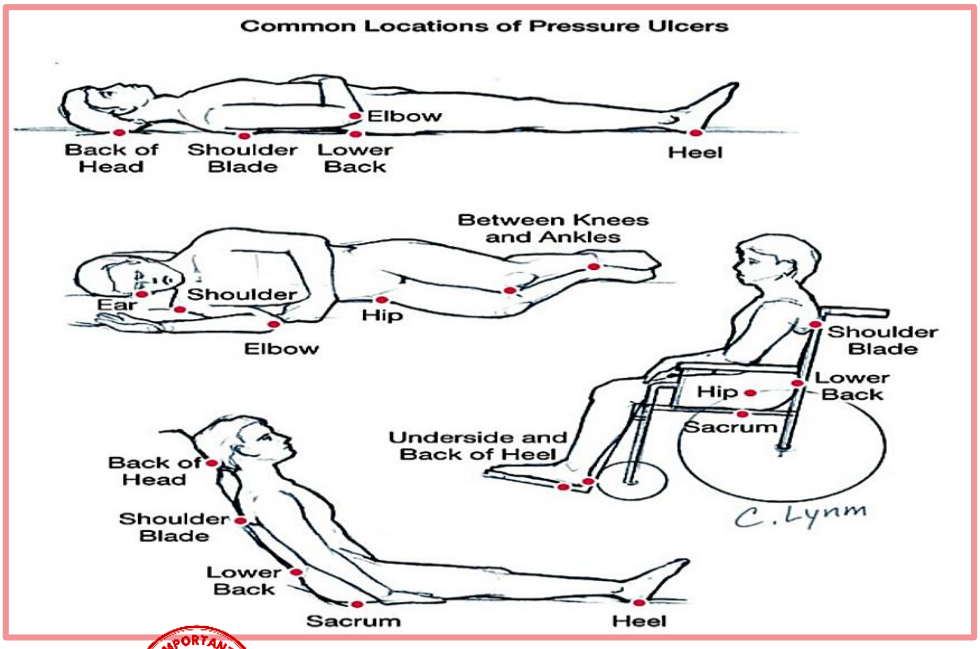
كما يزداد خطر الإصابة لدى مرضى السكري بسبب الاعتلال العصبي وضعف الدوران.

[1] لم يذكرها الدكتور هذا العام.

[2] كل مسنّ يحدث عنده كسر يجبره على الاستلقاء لشهرين أو شهرين ونصف يتعرض لخشكريشات.

أشيع الأماكن لحدوث قرحات الانضغاط:

- في وضعيّة الاستلقاء الظّهري: عند العجز – مؤخّرة الرأس (القذال).
- في وضعيّة الاستلقاء الجانبي: عند عظم الورك – الكاحل.



صورة توضح أماكن حدوث قرحات الانضغاط في وضعيتي الجلوس والاستلقاء.

الأسباب

- **انحشار النسج بين سطحين صلبين:** (الفراش والعظم) مما يؤدي لنقص التروية والأكسجة وتغذية الخلايا في المنطقة فينتهي بتموّت النسج.
- **عامل الاحتكاك:** عندما نسحب مريض في سريره للأعلى يكشط الجلد بالاحتكاك مما يجعله عرضة للتخرب.
- **قوّة الحز:** عندما يجلس المريض في سريره بوضعيّة نصف الجلوس (وضعيّة فولر) فيميل الجسم للانزلاق للأسفل، حيث يكون الجلد والطبقات السطحية مثبتين نسبياً إلى سطح السرير بينما تكون النسج العميقة مرتبطة بثبات بالهيكل العظمي وتتحرك للأسفل مما يحدث قوة حز في منطقة اتصال النسج السطحية بالعميقة تؤدي إلى أذية الأوعية الدموية والنسج في المنطقة.

عوامل الخطورة

عدم الحركة	انعدام الفعاليات	نقص التغذية
السلس البولي والغائطي	اضطراب الحالة العقلية	نقص الحس
الشيخوخة	ارتفاع حرارة الجسم	وعوامل أخرى

1. عدم الحركة:

- كما في حالات الشلل، الضعف الشديد، التثبيت بسبب التمديد في الكسور فقد لا يستطيع المريض تغيير وضعيته وتخفيف الضغط.

2. انعدام الفعاليات:

- بعض المسنّين، المصابون بأمراض عصبية عضلية، قلبية، تنفسية.

3. نقص التغذية:

- مما يؤدي لنقص الوزن وضمور العضلات وفقد النسيج الخلوي تحت الجلد، والوذمة الحاصلة بسبب نقص البروتينات تجعل الجلد أكثر عرضة للأذية، وكذلك نقص السكريات وفيتامين C.

4. السلس البولي والغائطي:

- الرطوبة تؤهب الجلد للتعطن وتجعل كشط البشرة أسهل، الخمائر الهاضمة في البراز تسحج الجلد، تهيّج الجلد بتراكم المفرزات والبراز مما يجعله أكثر عرضة للخمج والتخرب.

5. اضطراب الحالة العقلية:

- يكون المريض أقل قدرة على تمييز الألم الناتج عن الضغط المديد والاستجابة له.

6. نقص الحس:

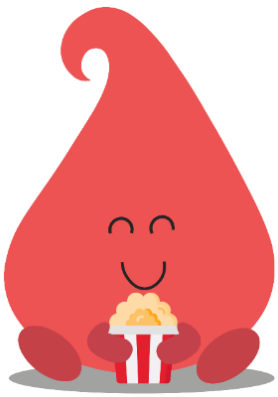
- كما في الشلل والإصابات العصبية الأخرى.

7. ارتفاع حرارة الجسم:

- لأنه يزيد الاستقلاب وبالتالي حاجة الخلايا للأوكسجين مما يزيد النسج المعرضة للضغط سوءاً.

8. الشيخوخة:

- يؤدي التقدم في السن إلى التبدلات التالية في الجلد والنسج الداعمة مما يجعل المسنّ أكثر عرضة لتأذي الجلد:
  - فقدان كتلة الجسم الداعمة.
  - رقة البشرة عموماً.
  - نقص قوة ومرونة الجلد.
  - نقص تروية الأدمة.
  - زيادة جفاف الجلد وتقشّره.
  - نقص حسّ الألم.

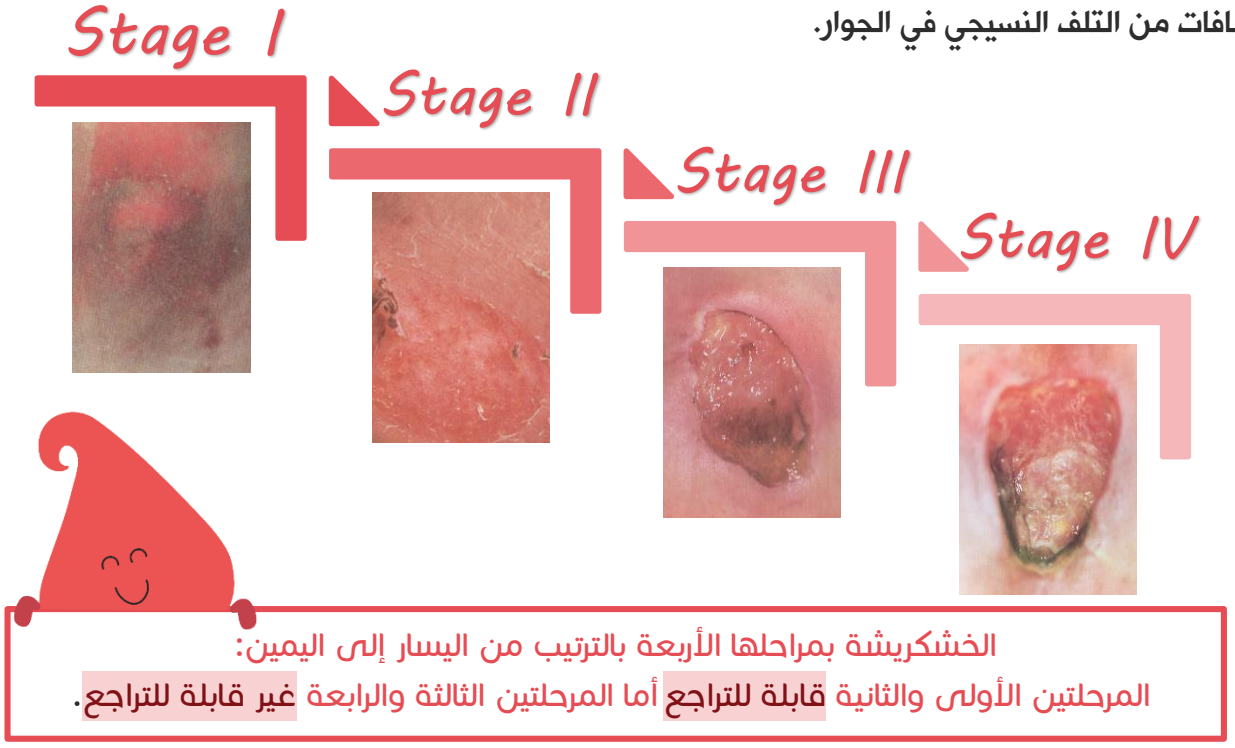


عوامل أخرى:

- طُرُق رفع المريض السيئة.
- الوضعيّات غير الصحيحة.
- تكرار الحقن في نفس المنطقة[3] وخاصة حقن المواد المخرشة (مثل ديكلوفيناك الصوديوم).
  - يجب الانتباه في حالة حقن المواد المخرشة أيضاً إلى طول الإبرة المستخدمة بحيث يكون كافياً للدخول ضمن الكتلة العضلية وضمان عدم الحقن ضمن النسيج الشحمي عن طريق الخطأ مما يؤدي إلى نخرة شحمية ثم قرحة.
- الجلوس على مناطق صلبة.

مراحل تشكّل القرحة الانضغاطيّة

- **الحمامى التي لا تزول بزوال الضغط عليها:** وهي علامة منذرة بتشكّل القرحة الجلدية[4].
- **ضياع جلدي (تقرح جلدي) صغير:** يشمل البشرة و/أو الأدمة، تظهر بشكل سحجة أو فقاعة أو فوهة قليلة العمق.
- **ضياع كامل طبقات الجلد:** تنخّر النسيج تحت الجلد والذي قد يمتد حتى الصفاق دون أن يصيبه، وتظهر بشكل تجويف عميق مع أو بدون تلف النسج المحيطة.
- **ضياع جلدي كامل مع تهدّم شديد وتنخر النسج:** العضلات، العظام ... وغيرها، ويشاهد أيضاً جيوب ومسافات من التلف النسيجي في الجوار.



الخشكريشة بمراحلها الأربعة بالترتيب من اليسار إلى اليمين:
المرحلتين الأولى والثانية قابلة للتراجع أما المرحلتين الثالثة والرابعة غير قابلة للتراجع.

[3] خاصة في الحقن العضلي (عميقاً ضمن العضلة) قد يؤدي إلى تنخر وخراج.

[4] ويجب أن نقوم بالعلاج الوقائي قبل تشكلها.

عوامل الخطورة لسلامة الجلد وتشكّل القرحات الاضطجاعية

- **عوامل خارجية:** عدم الحركة /حرارة زائدة أو برودة زائدة / عوامل كيماوية (سلس بول أو براز مثلاً) / عوامل ميكانيكية (قوى الحز – الضغط – التقييد و الشد) / الإشعاع / وجود المفرزات والمفرغات / أدوية.
- **عوامل داخلية:** اضطرابات التغذية (هزال – بدانة) / تغيّر في الدوران / اضطراب الاستقلاب / نقص الحس / مرونة الجلد / اكتناز الجلد / خلل مناعي / نتوءات عظمية / وذمات.

عند تقييم القرحات الانضغاطيّة يجب علينا [5]

1. فحص كل مواضع الانضغاط الشائعة بدقّة.
2. تقييم كل قرحة انضغاطية موجودة.
3. تمييز المرضى المعرضين للخطر باستخدام وسائل تقدير الخطورة وذلك بتقييم المعايير التالية:

المعيار	التقييم
الحالة الجسدية	جيدة – ضعيفة – سيئة – سيئة جداً.
الحالة العقلية	يقظ – غير مبال – تخليط ذهني – مذهول.
الفعاليات والقدرة على الحركة	يستطيع التنقل – يسير بمساعدة – مقعد على كرسي – مقعد في الفراش.
السلس البولي و/أو الغائطي	لا يوجد – خفيف – غير مستمسك للبول – سلس بولي وغائطي.
الدوران الدموي الموضعي	يعود امتلاء الأوعية الدموية مباشرة بعد زوال الضغط / تأخر امتلاء الأوعية / وذمة خفيفة / وذمة معتدلة إلى شديدة.
الحرارة	طبيعية – مرتفعة قليلاً – مرتفعة بشدة.
الأدوية المستعملة	مسكنات – مهدئات – ستيروئيدات.
التغذية	جيدة – قليلة – سيئة – مدنف.
الاستجابة الحسية	طبيعية – محددة بشكل خفيف – محددة بشكل شديد – مفقودة.
الرطوبة	نادرة – أحياناً – غالباً – دائماً.
قوى الاحتكاك والحز	قليلاً – قد تشكّل مشكلة – تشكّل مشكلة واقعة.

[5] إن هذه الفقرة من الأرشيف ولم ترد هذا العام ولا العام الماضي ولم يتطرق لها الدكتور، ولكنها أُبقيَت للاستزادة.

التشخيص

➢ عند وجود قرحة الضغط يجب أن نحدد ما يلي:

1. **مكان القرحة:** تظهر القرحة الانضغاطية على أماكن الارتكاز، بالتالي فإنها لا تظهر أعلى منطقة الكتف[6].
2. **أبعاد القرحة الثلاثية:** الطول، العرض، العمق.
3. مرحلة القرحة.
4. لون أرضيّة القرحة وتوضّع التنخّر.
5. حالة حواف الجرح.
6. سلامة الجلد المحيط بالآفة.
7. **علامات الخمج (الالتهاب) السريرية:** الاحمرار / الحرارة الموضعيّة / التورّم / النتحة / الرائحة الكريهة.
8. عمر الآفة.
9. السوابق العلاجية.
10. **الأمراض المرافقة:** كالسكري مثلاً وفي هذه الحالة تكون غير قابلة للتراجع حتى في المراحل الأولى.



إذا كان التشخيص التمريضي هو عدم سلامة الجلد فيجب أن يكون الهدف التمريضي هو شفاء الجرح تدريجياً واستعادة سلامة الجلد.

فالنتيجة النهائية لإهمال الخشكريشة هي تجرثم الدم Septicemia الذي يقود إلى صدمة إنتانية والصدمة الإنتانية لا عكوسة وبالتالي يفقد المرض حياته خلال 3 أيام.

الفرق بين القرحة الاضطجاعية والغنغرينا:

- تختلف **القرحات الاضطجاعية** عن الغنغرينا بالسبب ومكان الإصابة حيث تتشكل القرحات بسبب انضغاط النسج بين سطحين صلبين غالباً (بروز عظمي وسطح صلب آخر)، بالإضافة لذلك تظهر القرحات غالباً في أماكن الارتكاز.
- أما **الغنغرينا** فتتشكل لعدة أسباب منها القدم السكرية أو الجروح المعرضة للإصابة الجرثومية (بشل عام عدوى النسج الرخوة والجلدية) وتظهر الغنغرينا في الأطراف.



[6] توضيح: عُدْ إلى الصورة في الصفحة 3 ولاحظ أماكن تشكل الخشكريشات الكتفية (لاحظ أنها تتشكل خلفَ الكتف ووحشيه ولا تتشكل أعلاهُ).

الوقاية

- بما يلي:

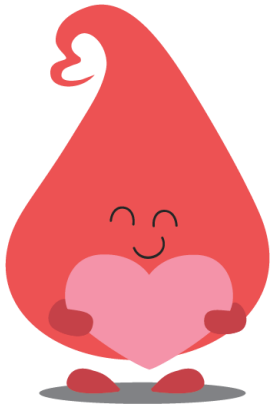
1) **الحفاظ على صحة الجلد:** بأن يبقى نظيفاً، جافاً[7]، محمياً من التخريش.
2) **تجنب رض الجلد:** ترتيب مكان الجلوس – تغيير وضعية المريض بالشكل الصحيح (عدم الحز) والمتكرر (تقليب المريض).
3) **استخدام الأدوات الداعمة**، وهي:

- الفرشة الإضافية
  - مثالها فرشة قفص البيض
- الفراش البديل
  - محشواً بمادة غروية مع الهلام
- الأسرّة المتخصصة وهي الأفضل
  - الأسرة الهوائية ذات الضغط المرتفع
  - الأسرة الهوائية ذات الضغط المنخفض
  - الأسرة التي تقوم بالمعالجة الحركية

مبدأ الأسرّة الهوائية التي تقوم بالمعالجة الحركية:

- يكون الفراش مقسّماً إلى حجيرات مرقّمة وموصولة بجهاز نفخ آلي؛ يقوم هذا الجهاز كل فترة زمنيّة معيّنة بإفراغ الهواء من الحجيرات المرقّمة بأرقام زوجيّة وإملاء الحجيرات ذات الأرقام الفرديّة بالهواء ثم بالعكس بعد فترة زمنيّة أخرى، وبذلك تقوم هذه الأسرّة بتوزيع الضغط وكأن الأمر أشبه بتقليب المريض.

4) **التغذية:** كفاية الوارد الحروري، البروتيني، الحديد، الزنك، فيتامين C للمحافظة على سلامة الجلد.
5) **التثقيف الصحي:** للمريض والأهل والمجتمع.



[7] كأن نستخدم بودرة مثلاً.

المعالجة

1. إزالة الضغط المباشر على القرحة بتغيير وضعية المريض كل ساعتين على الأقل
2. تنظيف القرحة
3. تطهير وتضميد القرحة
4. تنضير القرحة؛ أي استئصال الأنسجة الميتة منها بعد تطهيرها، نتحرى في التنضير نهاية الأنسجة الميتة وذلك بالوصول إلى طبقة نازفة تكون حية، كما نلجأ في القرحات الشديدة
5. إذا حدث إنتان أو قيح تؤخذ عينة من النز للزرع والتحسّس للصادات ثم إعطاء الصادات حسب الزرع
6. إنقاص الاحتكاك بوضع المريض بالاستلقاء أو بزاوية 30 على الأكثر ووضع نشاء الذرة أو البودرة على أغطية السرير
7. استخدام وسائل تخفيف الضغط عن القرحة (كالفرشة الهوائية)
8. إذا كانت حالة المريض تسمح بالحركة والتنقل أو الجلوس في الكرسي، وإجراء التمارين الفيزيائية

تمّ حديثاً معالجة قرحات الانضغاط بواسطة مركّب الألترازيل الذي أعطى نتائج فعّالة خلال فترة زمنيّة قصيرة بعد المعالجة.

الألترازيل Altrazeal ((للاطلاع))

- عبارة عن بودرة تتحول إلى ضماد لدى اتصالها بالجروح.
- تتكوّن من مسحوق أبيض عقيم من بولي أكريلات.
- وزنها من رتبة الغرام.
- يتم تطبيقها على القرحة بعد معالجتها وتطهيرها وزوال الإنتان بشكل نهائي.

ملاحظة:

- نتأكّد من زوال الإنتان بشكل نهائي عند زوال المفرزات القيحيّة وغياب الرّائحة الكريهة.

آليّة عمل الألترازيل:

تكوّن حبيبات الألترازيل عند وضعها على القرحة طبقة كتيمة مثل الجلد تماماً تأخذ شكل الجرح، حيث ترتص جزيئات البودرة نتيجة امتصاص الرطوبة فتخلق شبكة نانو مسامية؛ والتي بدورها تمنع دخول البكتريا وتسمح بدخول الأوكسجين إلى داخل الجرح وخروج السائل النتحي خارج الجرح عن طريق تحوله إلى بخار (تسبّب ضغط سلبي)، مما يسرّع من تشكّل الطّبقة الظّهارية للجلد.

وأيضاً يخفف الألم بآلية فيزيائية بنسبة 80-90٪ عبر تغطية النهايات العصبية في الجرح.

طريقة التّطبيق:

ترشّ البودرة على القرحة بعد تنظيفها ثمّ يرشّ فوقها سيروم ملحي بشكل بسيط فتتشكّل طبقة فوق القرحة، يتم نزعها بعد 14 يوم بنفس طريقة التطبيق حيث يرشّ سيروم ملحي فوقها ثمّ تزال ببطئ، كما يمكن إبقاؤها حتى 30 يوم وذلك حسب شدة القرحة.

فيديو توضيحي عن مستحضر ألترازيل

فيديو توضيحي عن السرير الهوائي

overview

مجموعة المرضى المعرضين لتشكل القرحات:

- مرضى الكسور.
- المسنين المقعدين بسبب كسر.
- مرضى الحوادث الدماغية.
- المصابون بأمراض عصبية معقدة.
- المقيمين بدور المسنين.
- مرضى السكري.



عوامل الخطورة

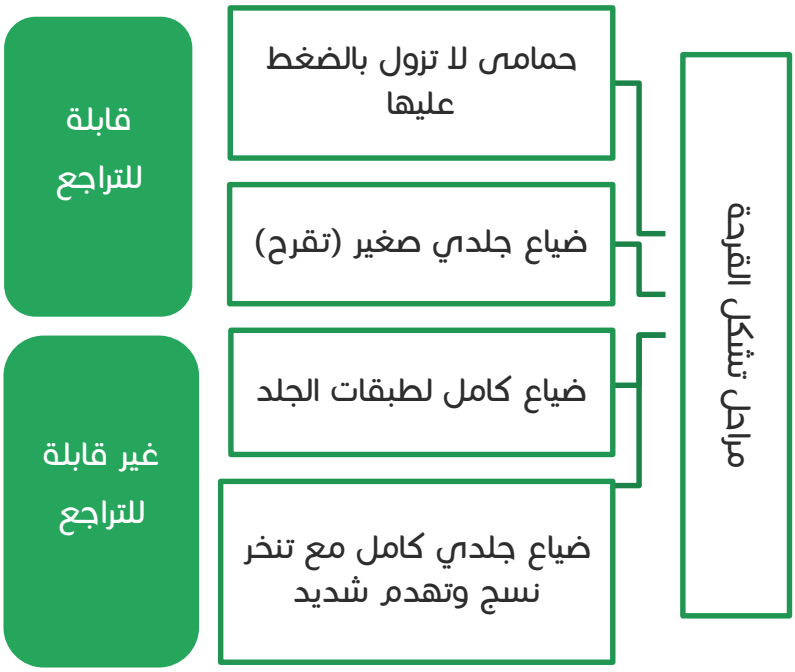


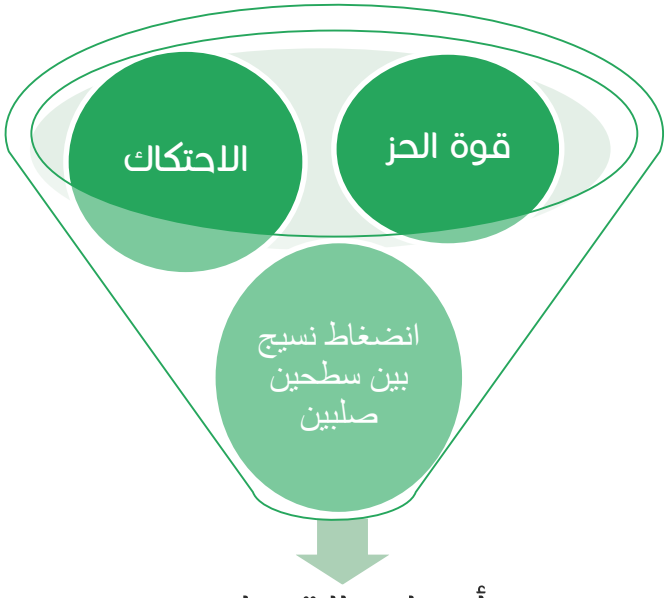
- عدم الحركة.
- انعدام الفعاليات.
- نقص تغذية.
- سلسل بولي أو غائطي.
- اضطراب الحالة العقلية.
- نقص الحس.
- شيخوخة.
- ارتفاع حرارة الجسم.
- عوامل أخرى: حقن مواد مخرشة باستمرار والجلوس على أماكن صلبة..إلخ.

الوقاية

- حفاظ على صحة الجلد.
- تغذية.
- تثقيف صحي.
- تجنب رض الجلد.
- استخدام أدوات داعمة وأهمها الأسرة الهوائية.

عودة لصفحة 6 لمراجعة فقرة التشخيص.
عودة لصفحة 8 لمراجعة فقرة المعالجة





أسباب القرحات

دوّن ملاحظاتك