توجه کنید: نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که عوامل خطر بروز زخم بستر در بیماران جراحی مغز و اعصاب و سایر کشورها، و اثرات احتمالی برای بیشترین از این مطالعه بستگی به طبیعت حاد و/or مزمن فشار ایجاد می‌شود. بنابراین، باید از این عوامل معلم و مورد استفاده قرار گیرد تا پیشگیری از این مشکل بتواند. بنابراین، باید از این عوامل معلم و مورد استفاده قرار گیرد تا پیشگیری از این مشکل بتواند.
روش کار مطالعه به صورت مقطعی - تحلیلی انجام شد.

نحوه نمونه‌گیری به صورت سرشماری به دو مدت به صورت مداوم به طول انجامید. (30/68) به طور کلی بیماران در دو گروه آسم نخاع و ضربه مغز مورد بررسی و معاینه قرار گرفتند. ااطلاعات مربوط به بیماران زمینه‌های از طریق اخذ شرح حال و بررسی یافته‌های پاک‌پلیسی جمع آوری می‌شد. ضایعات عصبی بیمار نیز از طریق معاینه کشف و توسط روش‌های تصویربرداری تایید می‌گردید. در بیماران ضربه مغزی سطح هوشیاری بیماران در بدو پذیرش تیم شد، سپس مجدداً سه هفته بعد از آن زمان و 27 ساعت مورد ارزیابی قرار گرفت. این عبارت می‌گوید مثابه بیماران در حال روز اول پذیرش از نظر وجود زخم بستر توسط مشاهده گرد می‌گردید، سپس در هر 88 هفته بعد از نظر ایجاد و پیشرفت زخم و یا بهبود مورد تعیین مجدد قرار گرفت. به طور کلی بیماران با استفاده از معاویه بردن از مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. این عبارت شرکت در می‌کند، میزان رطوبت، محصولات حجمی، توان راه رفتن و وضعیت نگهداری و وجود تیروهای خلاف جهت و اصطکاکی می‌باشد. نهایتاً رابطه بین زخم بستر و معاینه بردن به عنوان عامل خطر ایجاد کننده زخم بستر، نوع نشک مورد استفاده سیم، محل آمپ آلوهه می‌تواند (به مدت یک بی‌ستون تقریب) و سطح هوشیاری بیمار (واسسیبر قرمی گالاگوس) با استفاده از آزمون‌های تی، کا، دو و رگسیون لوجیستیک مورد تحلیل آماری قرار گرفت.

نتایج

در این مطالعه تعداد 188 بیمار بستر در بخش‌های مراقبت‌های بهروز جراحی مغز و اعصاب و ستوان تقریبات بیمارستان شهید بهشتی کرمان که به علت ضایعات 1/28/68 تا 1/28/68 بررسی 1 - Braden.

مقدمه

زخم بستر عبارت است از صدمه ایسکمیک بر روی یک چهارم به تعداد بیماران مورد بررسی، در عضله بافت نرم، ضایعه و اندازه‌ها را در گروه بعد. زخم بستر را می‌توان محاسبه به صورت نواحی قرمز رنگ بودن تغییر پوست یا به صورت نواحی با دست رفت ابتدای و در دمیده می‌شود و ممکن است که به بافت‌های زیر جلدی و اعضا و استخوان گشته یا بهذین و گوش‌ها نیز دیده می‌شوند. بنابراین به‌نواحی که در مطالعه تغییرات در بالاتر بی‌کناروش (ظاهر نخاع و زخم مغزی) نمود که در سطحی تحت فشار بی‌گیری (ظاهر نخاع و زخم مغزی) ممکن است دچار زخم شود (2). این زخم‌ها در کنار بافت‌های میزان و محفظه قلبی متغیر متغیر دیده می‌شود. برخی عوامل خطر زخم بستر عبارتند از: هر کسی سبک هوشیاری؛ بی‌ایجاد اداری و مفهومی (3)؛ افزایش رطوبت؛ سطح پایین هموگلوبین، همانتوکریت، پروتئین تام و آلومین سر؛ دیابت (4)؛ فشار خون سیستولیک و دیاستولیک یا ویژه و دمای بالای بدن (5)؛ سیگار کنیده، پوست حساس (6)؛ آمیزه کردن بهداشتی؛ دیس و رفک می‌توانند اساسی بودن شدید؛ الکلیسم و استرس عاطفی (7).

مطالعات متعددی بر روی عوامل خطر و شیوع زخم بستر مؤسس سالم‌مانند، مارک جراحی قلب و جراحی بالاستیک صورت گرفته است (7, 10). در این مطالعه بررسی سطح و قرار گرفت به این نشانه که عوامل خطر ایجاد زخم بستر را مطالعه نموده‌اند. اما دیگر مطالعات جدیدی که عوامل خطر ایجاد زخم بستر را در بیماران ضربه مغزی و ضایعه نخاعی در بخش‌های مراقبت‌های بهروز جراحی مغز و اعصاب و ستوان تقریبات پیمان‌مان شهید بهشت کرمان که به علت ضایعات 1/28/68 تا 1/28/68 بررسی 1 - Braden.

سال هم/شماره 2 /تاسیسات 1387/1387/20

References

1 - Braden.
تعیین عوامل خطر ایجاد زخم بر میزان ضربه گرفته‌ی... 

دکتر حامد ریحانی کرمانی و همکاران

عنوان معیار در نظر گرفته شد نسبت شانس به ۷/۲ می‌رسد.

و در نظر گرفته ۱۴ روز نسبت شانس عادل ۱/۸ را به دست می‌دهد. نشانگر این است که طولانی‌سازی زمان بستری بیماران با خطر بروز زخم بستر رابطه پیکوناکتیوی دارد.

بررسی می‌تواند این را به عنوان عامل خطر ایجاد کند. زخم برخی نها در دو منفی‌دهک و توانایی حرکت بین گروه دارای زخم و فاقد زخم تفاوت معنی‌دار داشت (جدول ۴ و ۴). منظره را رفت و وضعیت تغذیه در دو گروه بیمار تفاوت معنی‌داری نداشت.

در بررسی رابطه نوع تشک بیمار با زخم بستر، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. لذا استفاده از تشک معمولی یا تشک مواج به عنوان عامل خطر ایجاد کندن زخم نمی‌باشد.

از ۱۹۸ بیمار تعداد ۱۲۳ بیمار دچار آسیب ناحیه کراتانی یک یا بیش از ۵۵ بیمار در وضعیت کمی بردن و ۶۸ بیمار سطح هوشیاری یا بیش از ۹ داشته. GCS کمی ۱۱ بیمار دچار زخم بستر شدند در حالت ۴۵ بیمار کمی. ۳۱ بیمار دچار زخم بستر شدند در حالت GCS بالای ۳، فقط ۵ بیمار دچار حالت شدند که تفاوت معنی‌دار بین دو گروه یک بستر وجود دارد (OR=۴/۸ و RR=۴/۸) (جدول ۵).

بررسی منفی‌می‌شود، به عنوان یک عامل احتمالی خطر نشان داد که میانگین میان در بیماران ایجاد زخم و فاقد زخم تفاوت معنی‌داری نداشت و همچنین نسبت بروز زخم در دهه‌های مختلف شبهه به هم و از نظر آماری بدون تفاوت معنی‌دار است. بررسی منفی‌می‌شود که در نتیجه توزیع افزایشی (مزرعه) سه تا پنجم با توزیع افزایشی به ۱۰ روز نشان داد. هنگامی که همه منفی‌می‌شود، را در یک مدل رگرسیون لجستیک وارد کنن تا نتایج حاصل به شرح جدول ۵ به دست می‌آید. در این جدول طول مدت بستری بیش از ۱۰ روز به عنوان عامل خطر در نظر گرفته‌شده است.
جدول 2. مقایسه نسبت بروز زخم در بیماران بر حسب طول مدت بستری

<table>
<thead>
<tr>
<th>مدت بستری</th>
<th>بیماران</th>
<th>بروز زخم</th>
<th>CI95%</th>
<th>OR CI95%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>پیش از 5 روز</td>
<td>28/1</td>
<td>4/5</td>
<td>8/4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5 تا 9 روز</td>
<td>34/9</td>
<td>8/8</td>
<td>10/4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10 تا 14 روز</td>
<td>33/8</td>
<td>8/8</td>
<td>9/5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بیش از 14 روز</td>
<td>33/5</td>
<td>16/5</td>
<td>8/5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>30/5</td>
<td>8/4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3. مقایسه نسبت بروز زخم در بیماران با میزان درگ حسی

<table>
<thead>
<tr>
<th>درگ حسی</th>
<th>مقدار محدود</th>
<th>خلیف محدود</th>
<th>کامل محدود</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بدون محدودیت مختصر</td>
<td>18/5</td>
<td>12/5</td>
<td>9/5</td>
</tr>
<tr>
<td>تحت تعداد</td>
<td>32/10 (68)</td>
<td>51/10 (80)</td>
<td>48/10 (80)</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>30/5</td>
<td>8/4</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 4. مقایسه نسبت بروز زخم در بیماران با میزان توانایی حرکت

<table>
<thead>
<tr>
<th>درگ حسی</th>
<th>مقدار محدود</th>
<th>خلیف محدود</th>
<th>کامل محدود</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>بدون محدودیت مختصر</td>
<td>18/5</td>
<td>12/5</td>
<td>9/5</td>
</tr>
<tr>
<td>تحت تعداد</td>
<td>32/10 (68)</td>
<td>51/10 (80)</td>
<td>48/10 (80)</td>
</tr>
<tr>
<td>جمع</td>
<td>100</td>
<td>30/5</td>
<td>8/4</td>
</tr>
</tbody>
</table>
جدول 5. مقایسه شاخص‌های ریسک در متغیرهای مختلف به عنوان عامل خطر ایجاد کننده زخم بستر

<table>
<thead>
<tr>
<th>متغیر</th>
<th>P براي CI95%</th>
<th>OR</th>
<th>P اصلاح‌شده</th>
<th>CI95%</th>
<th>OR اصلاح‌شده</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>درک حسی کاهش‌یافته</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.54-2.0</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.33-2.3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>حرکت محدود</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.52-3.2</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.39-3.2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح هوشیاری (کم)</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.55-3.6</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.43-3.9</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>متغیر بستری بیش از 10 روز</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.51-3.8</td>
<td>&lt; 0.01</td>
<td>0.42-3.7</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

بحث

در این مطالعه 32 درصد از 169 بیمار آسیب نخاعی و 27 درصد از 169 بیمار ضربه مغزی دچار خطر بستر شدند. در مجموع از 169 بیمار، 84 بیمار که معادل 21.7 درصد از جمعیت بیماران و 84 بیمار که معادل 27.4 درصد از جمعیت بیماران، در طول زمان بستری بیماران به عنوان یک جفت خطر برای بروز خطر ایجاد زخم بستر در نظر گرفته شدند. برای راهکارهایی که می‌تواند در این مطالعه مطرح شود، لذا به عنوان ریسک‌ها و فاکتورهای مربوط به عنوان مطرح می‌شود.

در این مطالعه اختلال در کنترل عامل خطر بستر شکسته شد. در صورتی که دو عامل اختلال در کنترل حس و حرکت را باعث کاهش نشان داد باعث می‌گردد سه در دو بیماران و 50 سال بوده‌اند. در مطالعه ما بررسی شده که این عوامل خطر ایجاد نشان داد که در بیماران با اضافه زخم زخم است. در مطالعه که در کنترل منجر به بهبود 

در بیماران که حرکت‌ناپذیر محدود بوده است به حدود 1/46 برابر می‌شود. لذا اختلالات نامحسوس و حرکت که همگون در بیماران آسیب نخاعی وجود دارد در اثر اینکه بستری زخم بستر می‌باشد. این یافته با این مطالعات مطابقت دارد (18-19).

شایع ترین محل زخم در بیماران آسیب نخاعی ناحیه ایسکوکسوم و ساکروم می‌باشد (14، 19). اما در این مطالعه شایع ترین محل شکاف آنگرولتال و بعد از آن به ترتیب ساکروم و بانس بوده است.

내용

5. Mc Gregor JC. An audit of mortality in patients with pressure sores admitted to a
Determination of bed sore risk factors in craniospinal trauma patients in intensive care units

Reihani Kermani H2, Haghiri A3

Abstract

Introduction: Decubitus ulcer is a pressure-induced tissue injury that may affect skin, muscle, connective tissue, cartilage and bone. The present study was designed to find out risk factors of decubitus ulcer in head and spinal cord injured patient admitted to intensive care units (ICU).

Materials and Methods: In this cross-sectional analytical study all consecutive craniospinal trauma patients admitted to intensive care unit were included. Upon arrival at the hospital and every 48 hours, all patients were examined for existence of bed sore. Braden scale, age, kind of mattress, site of primary injury and level of consciousness were used to determine risk factors. Data was analyzed using T and Chi square tests and logistic regression.

Results: Among 198 patients (171 male, 27 female with mean age of 31.4±19.8), 166 patients (3.8%) had cranial and 32 (16.2%) patients had spinal trauma. Of samples, 45 (22.7%) patients had 67 sores in 13 different sites. Incidence of bed sore was 22.7% (in cranial and spinal injured patients was 4.54% and 18.18% respectively). The most common sites were intergluteal cleft (33.3%) and sacral regions (28.9%). Bed sores were observed more frequently in immobile patients and those with impaired sensation, the difference were statistically significant (p<0.005 and p<0.005 respectively) hence immobility and impaired sensation are known as risk factors. Patient’s sores were not influenced by age, moisture, activity, nutrition and type of mattress variables. Time of hospital stay in patients with bed sore was significantly more than those without bed sore (P<0.00001). Coma patients (GCS≤8) had developed bed sore more frequently than conscious ones (OR=6.1, RR=4.4, P=0.00001).

Conclusion: Results show that risk factors of deubitus ulcers in ICU admitted craniospinal trauma patients were; decreased sensation, activity and level of consciousness and length of hospital stay.

Key word: Bed sore, risk factor, head injury, spinal cord injury, Intensive Care Unit

2 - Associate professor, neurosurgeon, Kerman University of medical sciences.
3 - General Practitioner.