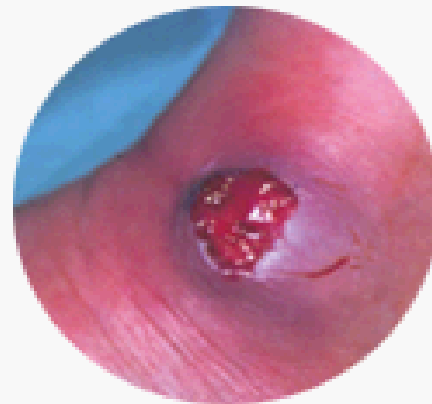




清洁护理技术 ——压疮的预防及护理



肇庆医学高等专科学校护理系 陈玉芳



【教学目标】

- 1、能解释压疮的概念
- 2、能说出压疮发生的原因
- 3、能指出压疮的易发部位
- 4、会给已发生的压疮进行分期
- 5、会预防压疮的形成及分期护理
- 6、正确进行皮肤按摩
- 7、能结合所给病例制定一份压疮的防治计划



“褥疮”-----压疮

近年来，**压力性溃疡**简称**压疮**已替代了“褥疮”（其拉丁文意思为“躺下”），因为它不仅发生于卧床病人，而且也发生在坐位病人。



压疮

- 是机体局部组织长时间受压,
 - 导致血液循环障碍,
 - 局部持续缺血、缺氧、营养不良
 - 而致的皮肤破损、软组织溃烂和坏死。
-
- 压疮病程发展快, 难以治愈及易复发的特点, 是否发生压疮已经成为护理质量的评价指标



概述

□ 压疮的预防和护理在护理领域仍是难题,其发生率并没有随着

□ 广东省医院分级管理评审标准中规定:从三级

□ 医院到一级医院,昏迷、截瘫病人年压疮发生

数为0

为0,市八院曾不准入。国外护理的观点认为压疮部力是可以预防的,但并非全部,有些患者禁止翻身,否则有生命危险.护理不当确实能发生压疮,但不能把所有压疮都归咎于护理不当。

压疮——发生率（国外有关资料统计）

- 住院老年人，发生率为10%~25%。
- 急救医院，发生率为9.2%。
- 一般医院的发生率为3%~14%。
- 患病未入院而在家中治疗发生率为50%
- 在美国23.7%到39.5%接受康复治疗的截瘫患者至少有一个部位发生压疮。
- 压疮病人的护理量增加50%。

压疮——转变率

- 如果事先做一个PU发生危险因素评估，凡认为存在危险因素而不采取措施的病人**100%**会发生PU。采取措施的病人只有**38.2%**会发生PU。通过培训病人体位摆放、减压设施的应用、增加护理人力、新的制度指导原则，PU发生率可降至**11.5%**。
- 有学者做了一项调查：已发生的PU中**95%**是可以预防的，而只有**5%**是属于不可避免的。

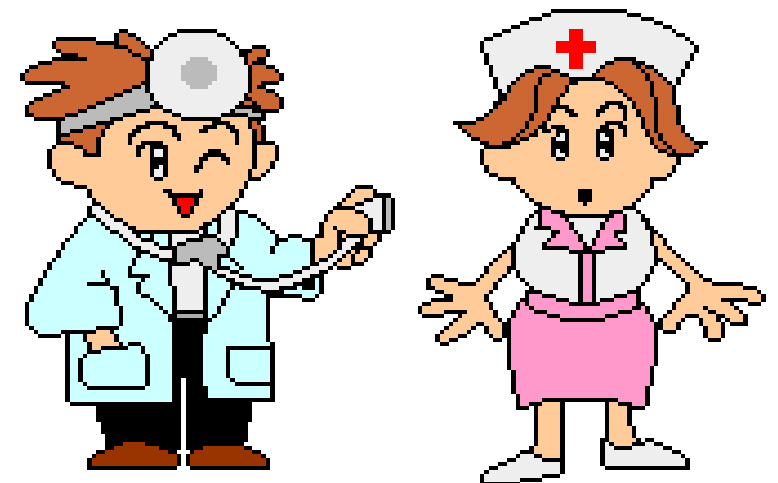
压疮

□ 我们该做些什么呢？

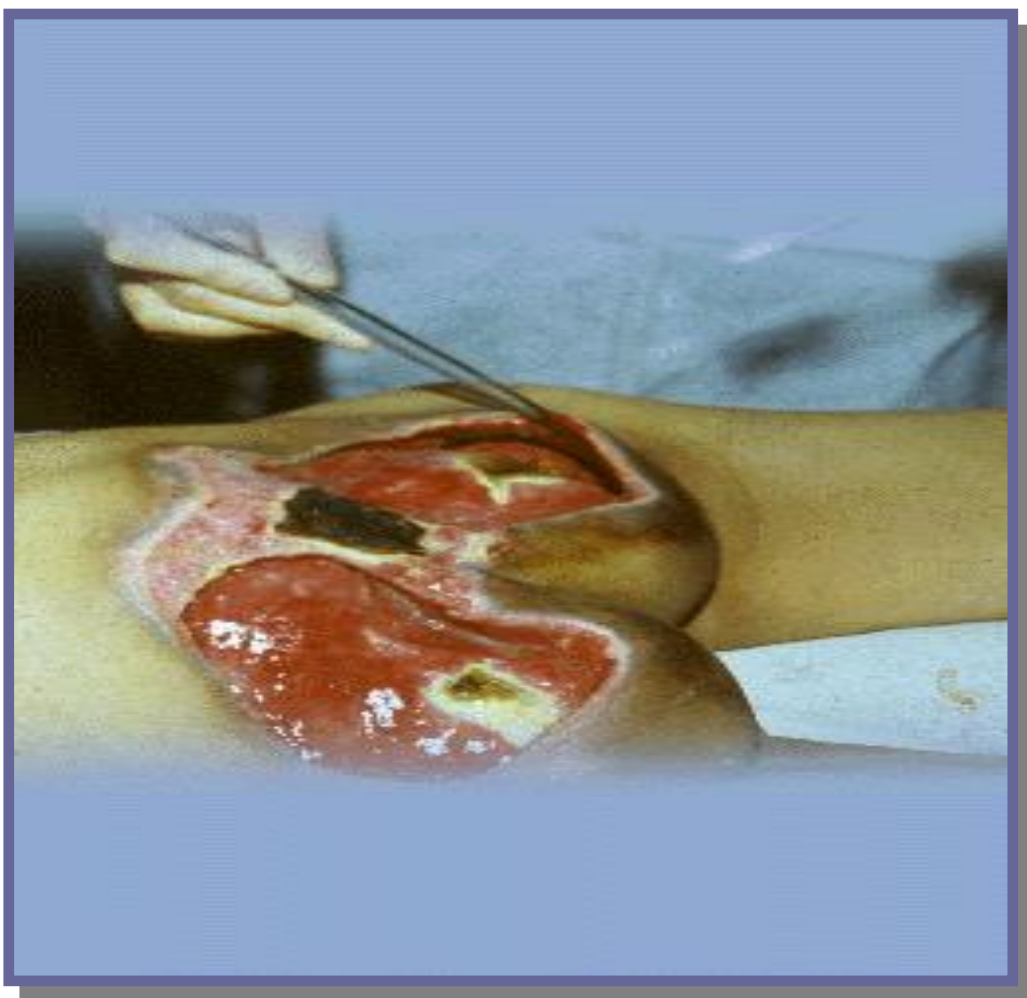


一、压疮发生的原因

- 1、局部组织受压过久
- 2、皮肤受潮湿、摩擦因素刺激
- 3、受限制的病人
- 4、全身营养不良
- 5、其他因素

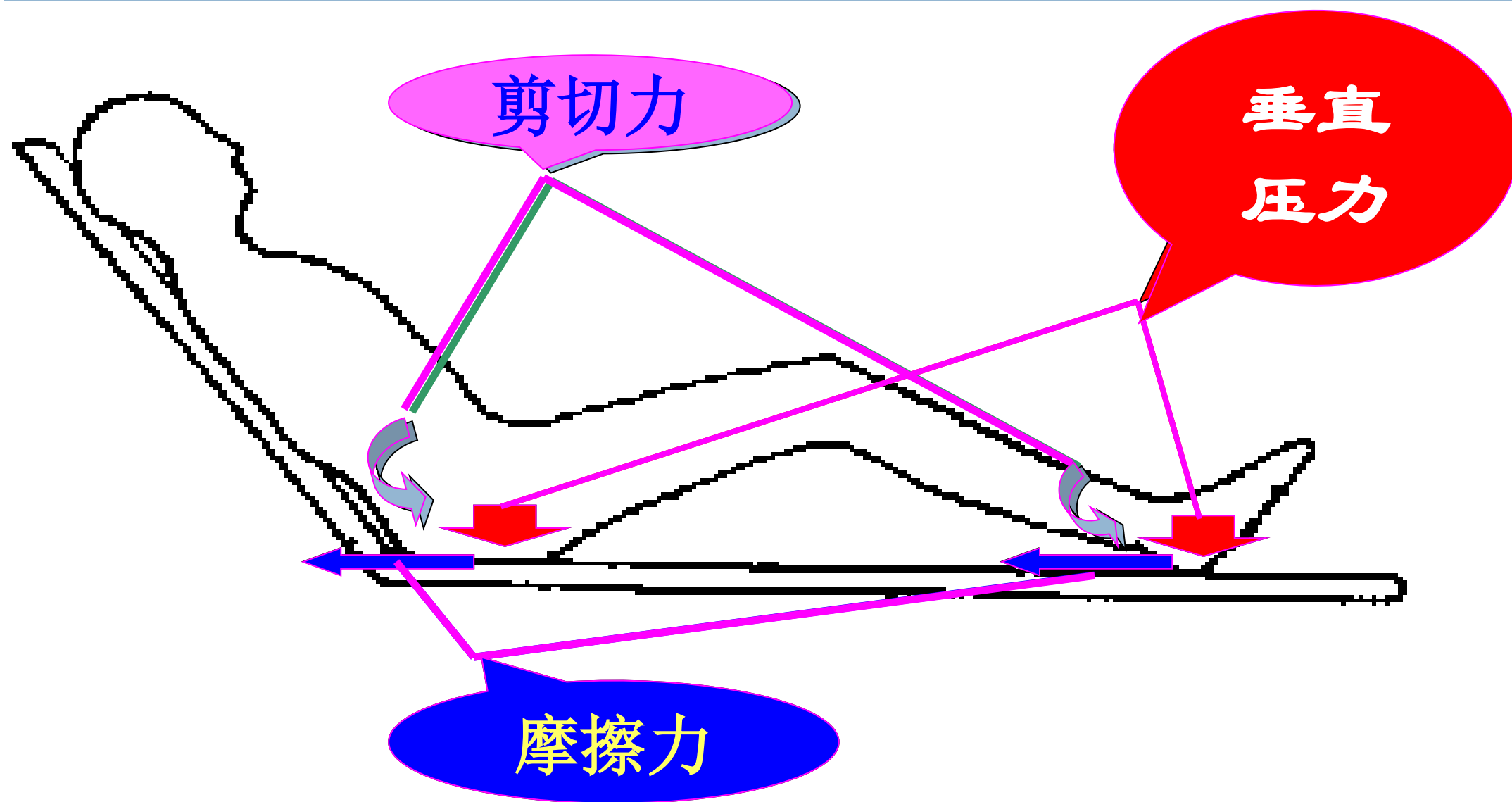


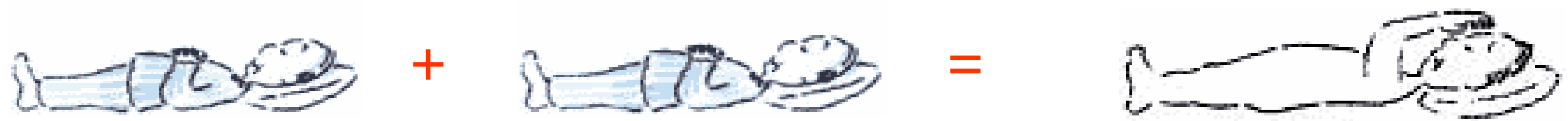
1.局部组织长期受压



1) 力学因素

力学因素

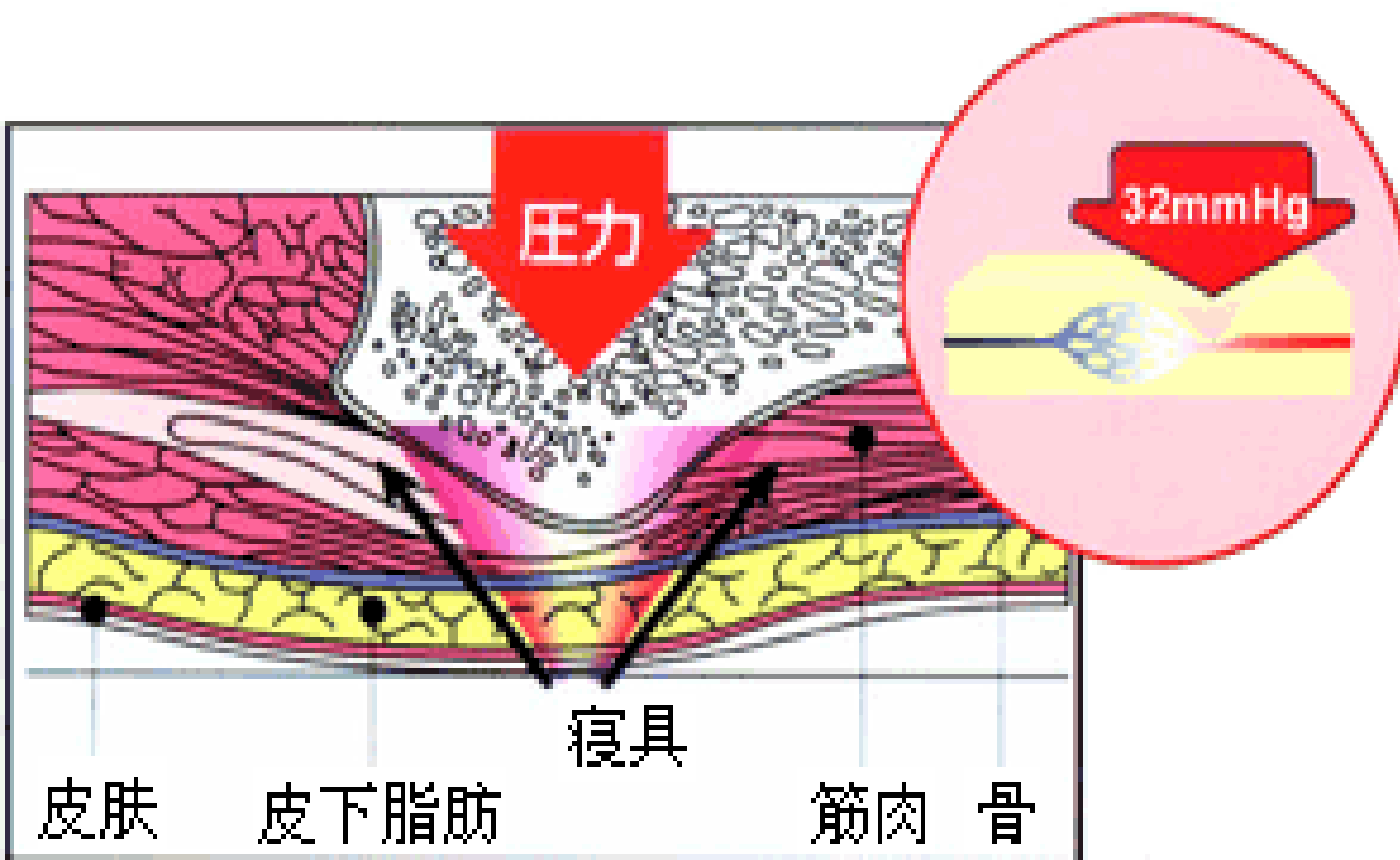




压力的强弱

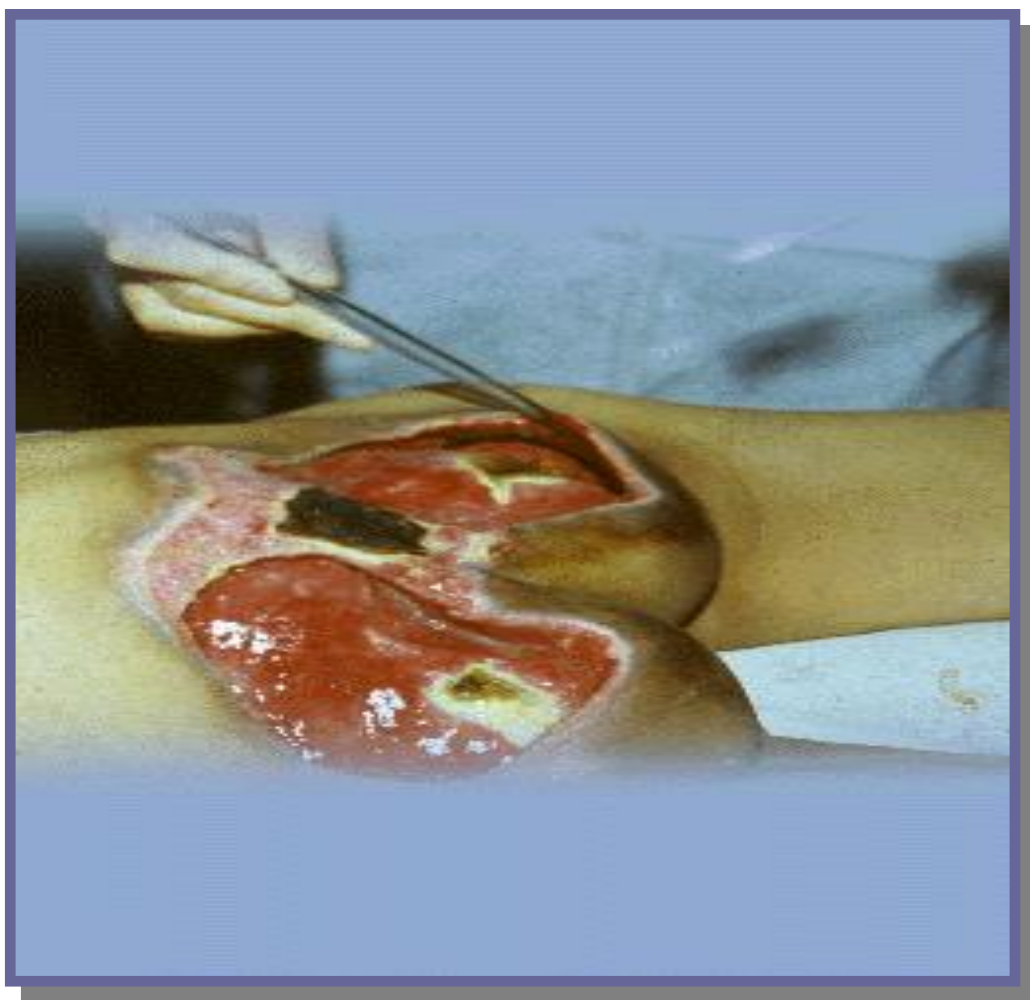
时间

褥疮产生



当人的毛细血管受到的
压力大于32mmHg时，
毛细血管呈闭塞状态
皮肤组织供血不足导致坏死

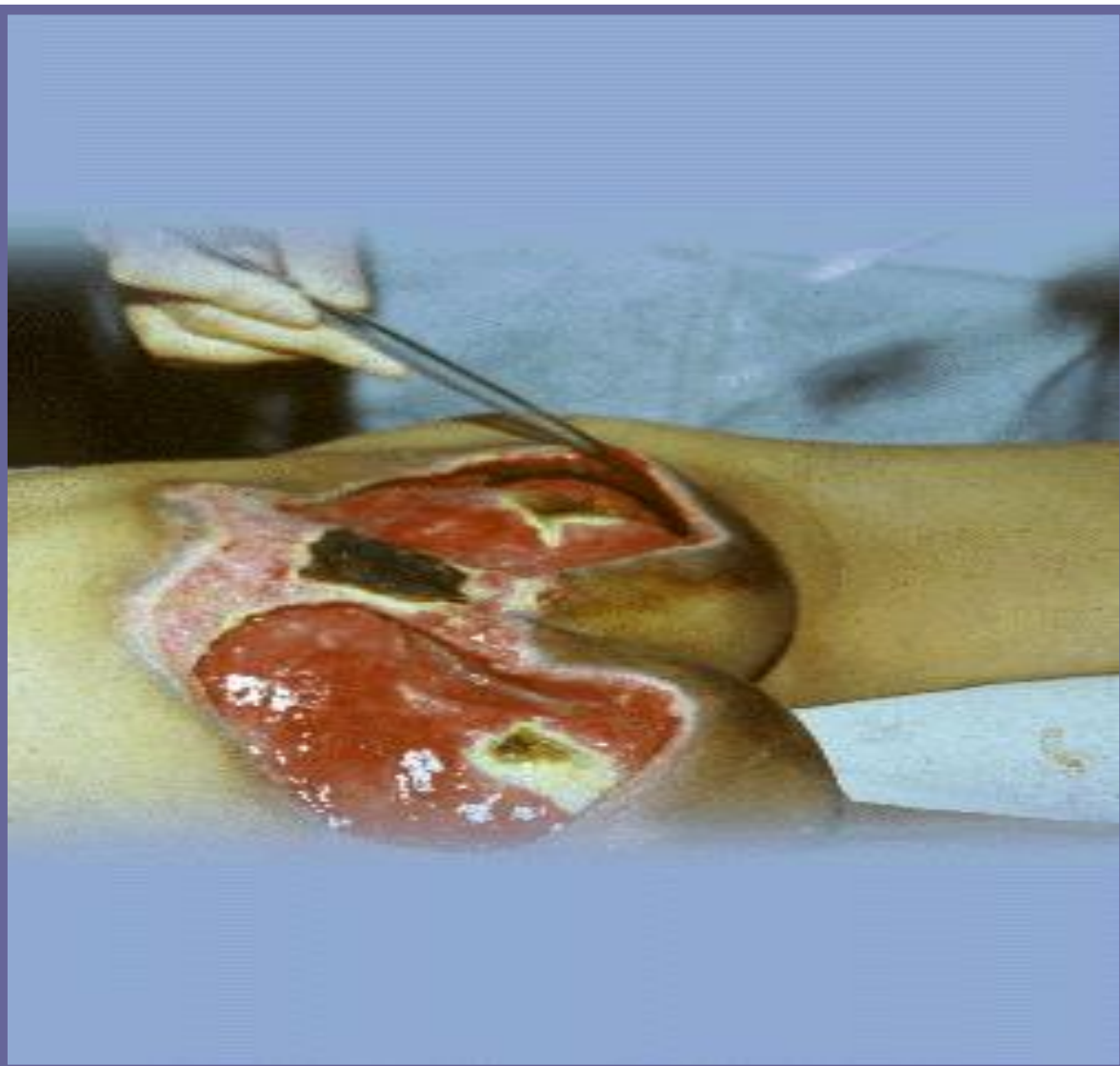
1.局部组织长期受压



1) 力学因素

① 垂直压力：
最主要原因

1.局部组织长期受压



1) 力学因素

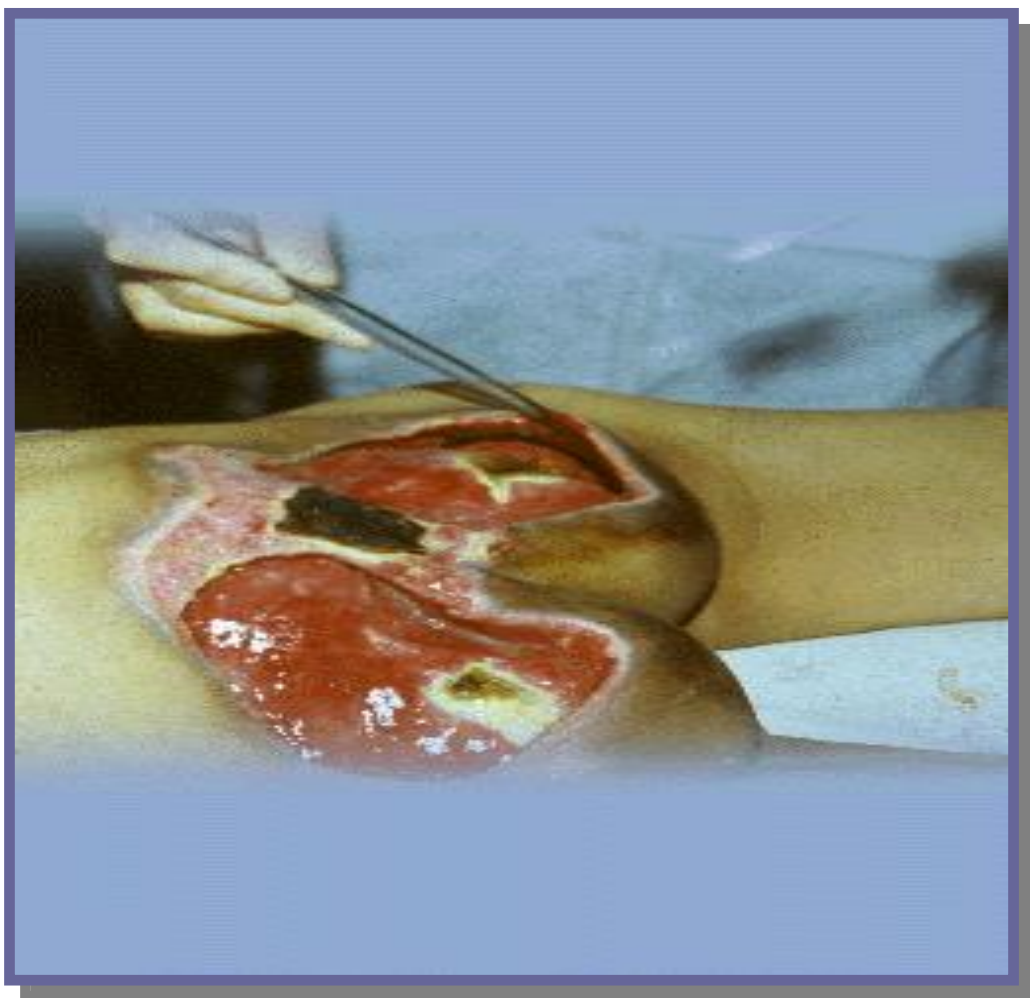
① 垂直压力

② 摩擦力

临床常见的摩擦力损害有：

- ① 半卧位姿势不正确
- ② 翻身方法不正确：推、拉、拖
- ③ 床单、衣服皱折不平、有渣屑
- ④ 坐轮椅下滑
- ⑤ 使用便器方法不当
- ⑥ 战时伤员运送途中
- ⑦ 不适当的清洗方法及反复擦拭，致机械性损伤

1. 局部组织长期受压



1) 力学因素

① 垂直压力

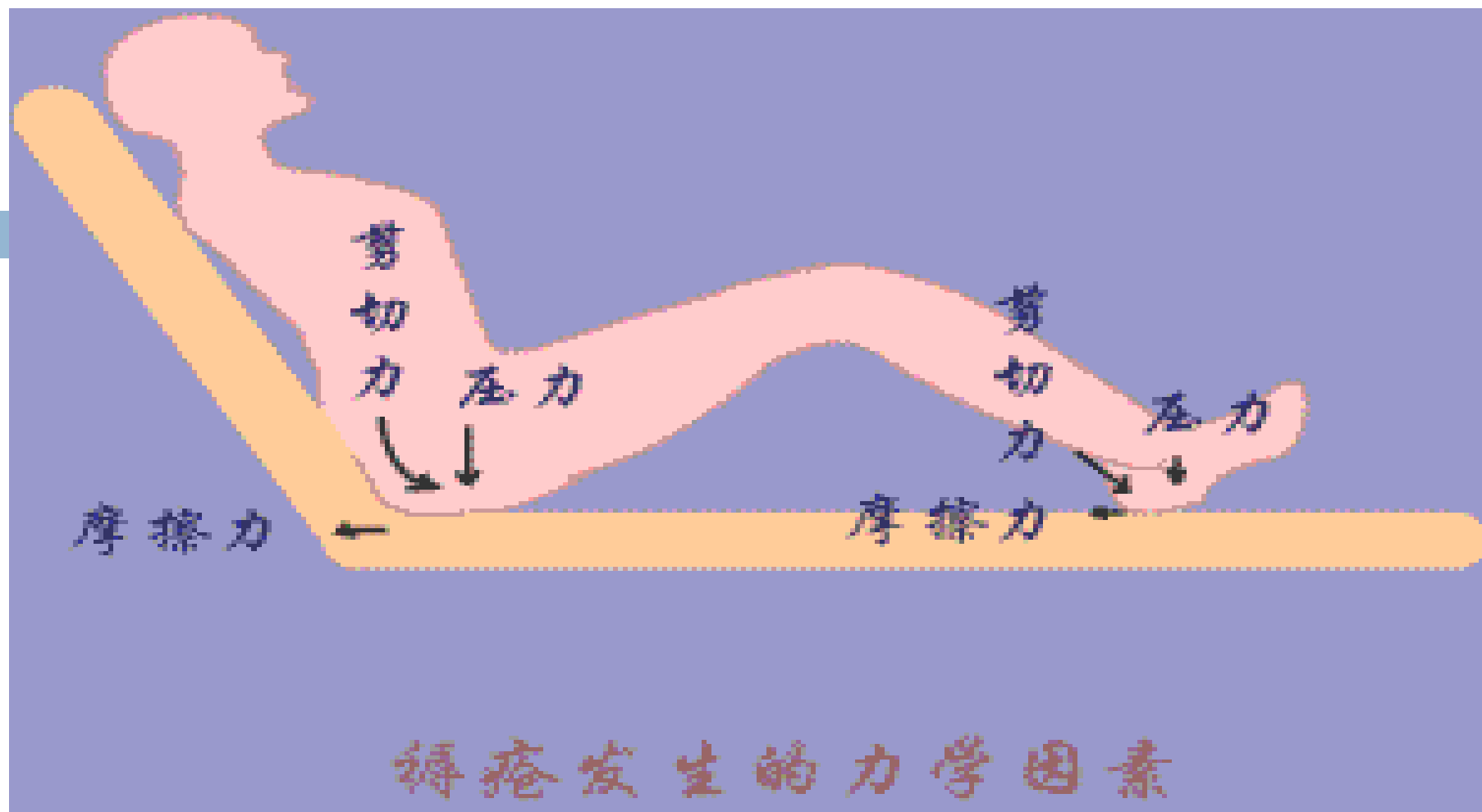
② 摩擦力

③ 剪切力

力学因素



剪切力的分析



剪切力是因两层组织相邻表面间的滑行，产生进行性的相对移位所引起的，是由摩擦力和压力相加而成，与体位关系甚密。

2.局部潮湿或排泄物刺激



2) 潮湿

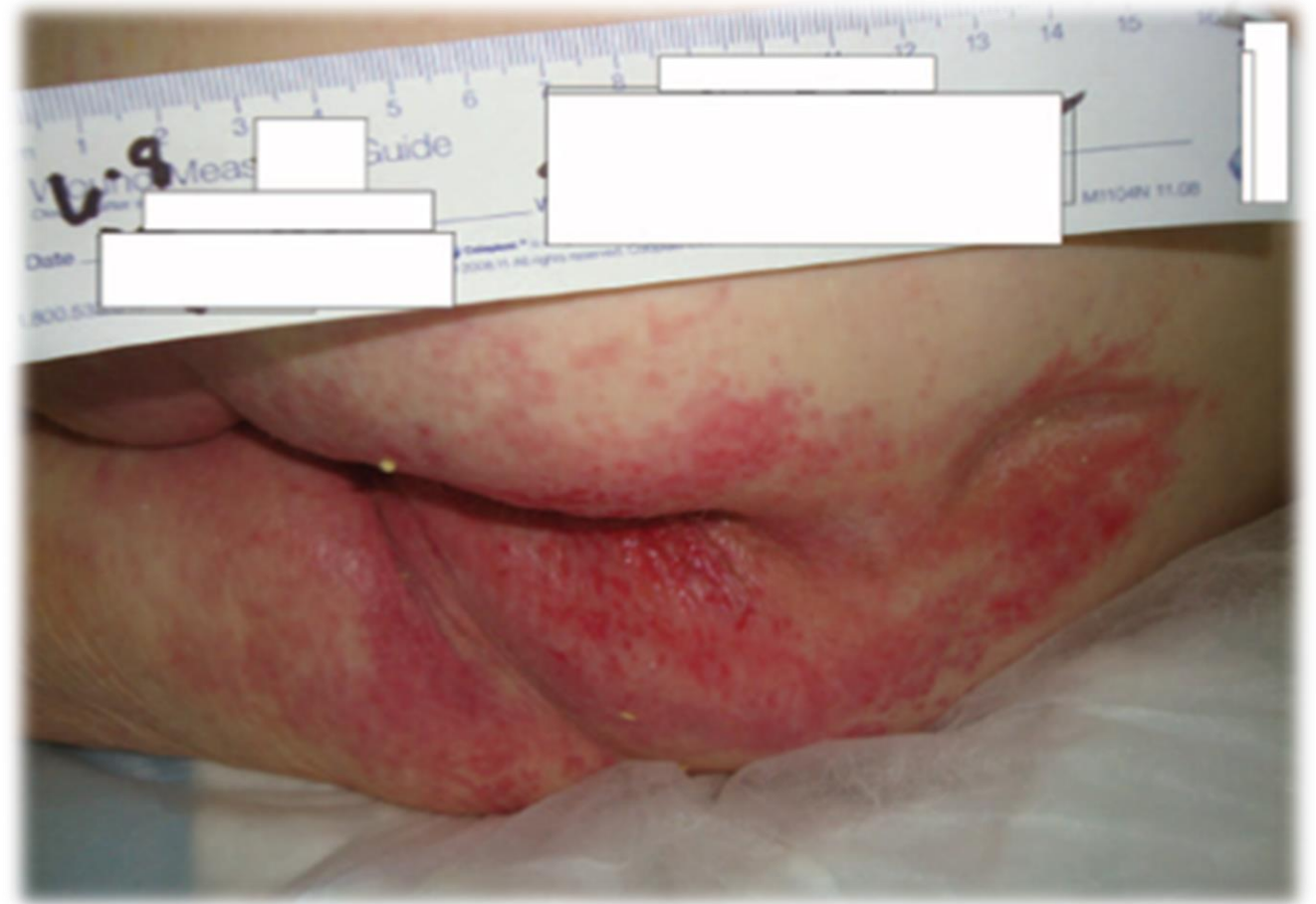
潮湿对皮肤的刺激



使用纸尿裤包裹，不透气；

2.局部潮湿或排泄物刺激

- 水样粪便呈碱性且含有大量蛋白水解酶和脂肪分解酶，削弱了皮肤角质层的防护作用。
- 粪便中还含有大量的大肠杆菌和各种真菌（如假丝酵母菌），易引起继发性感染。



卧床病人，压力与摩擦力在潮湿环境中成倍增长

汗液、尿液、渗出液

潮湿、酸碱

化学物、细菌

浸软皮肤角质层

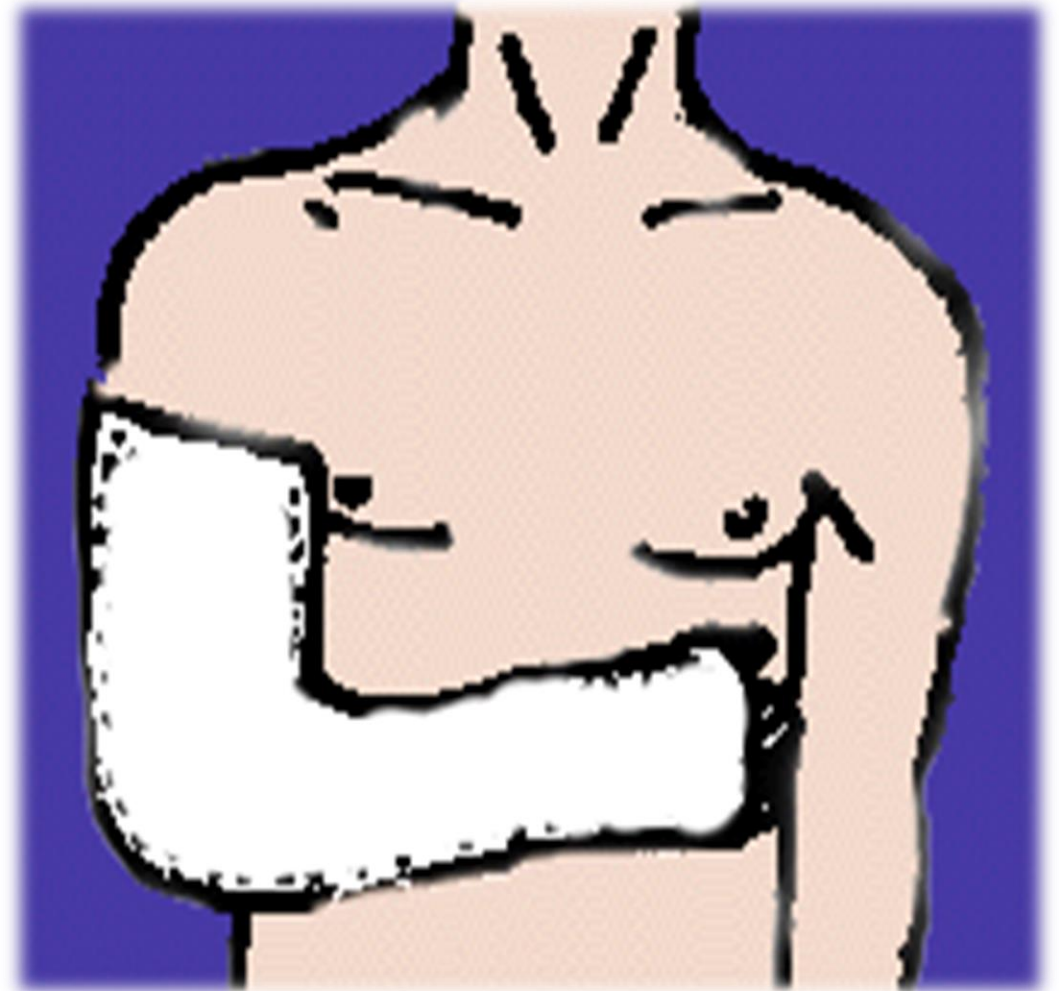
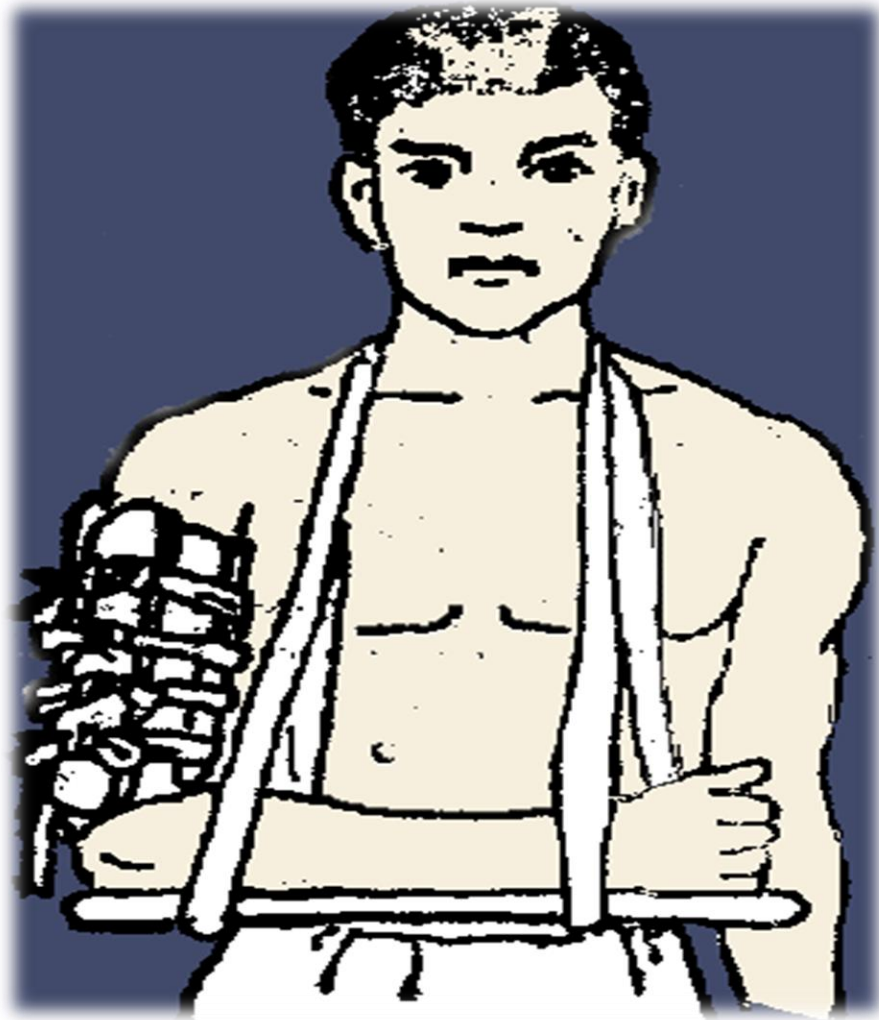
堵塞皮脂腺开口

角质层张力、皮肤抵抗力降低

皮肤易破损



3. 受限制的病人



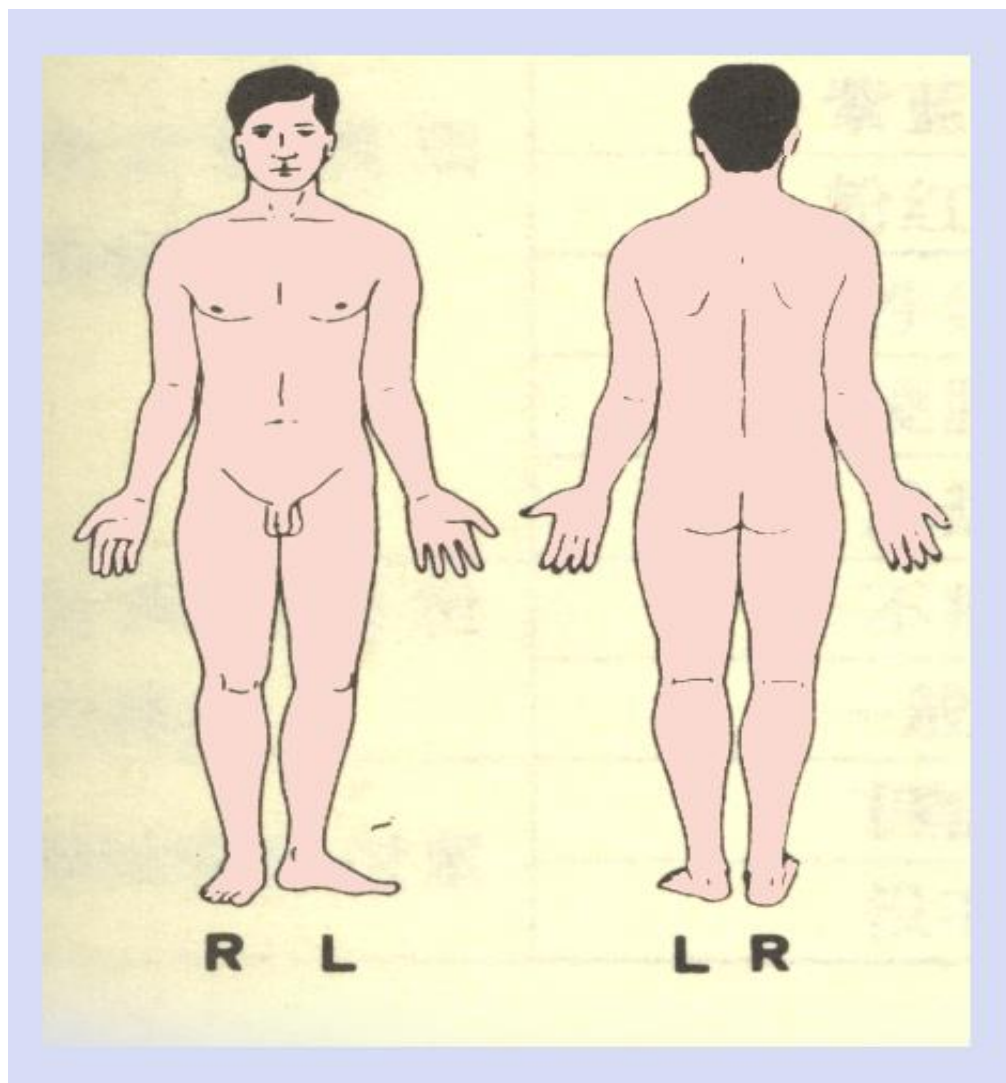
3) .石膏、夹板固定衬垫不当

3.受限制的病人



局部组织持续受压

4.全身因素



- 1) 营养不良
(主要内因)
- 2) 水肿

全身营养不良或水肿



全身营养障碍，营养摄入不足

血清白蛋白每
降低1g，褥疮
的发病率增加
三倍

蛋白质合成减少，负氮平衡

皮下脂肪减少，肌肉萎缩

受压

易发压（褥）疮

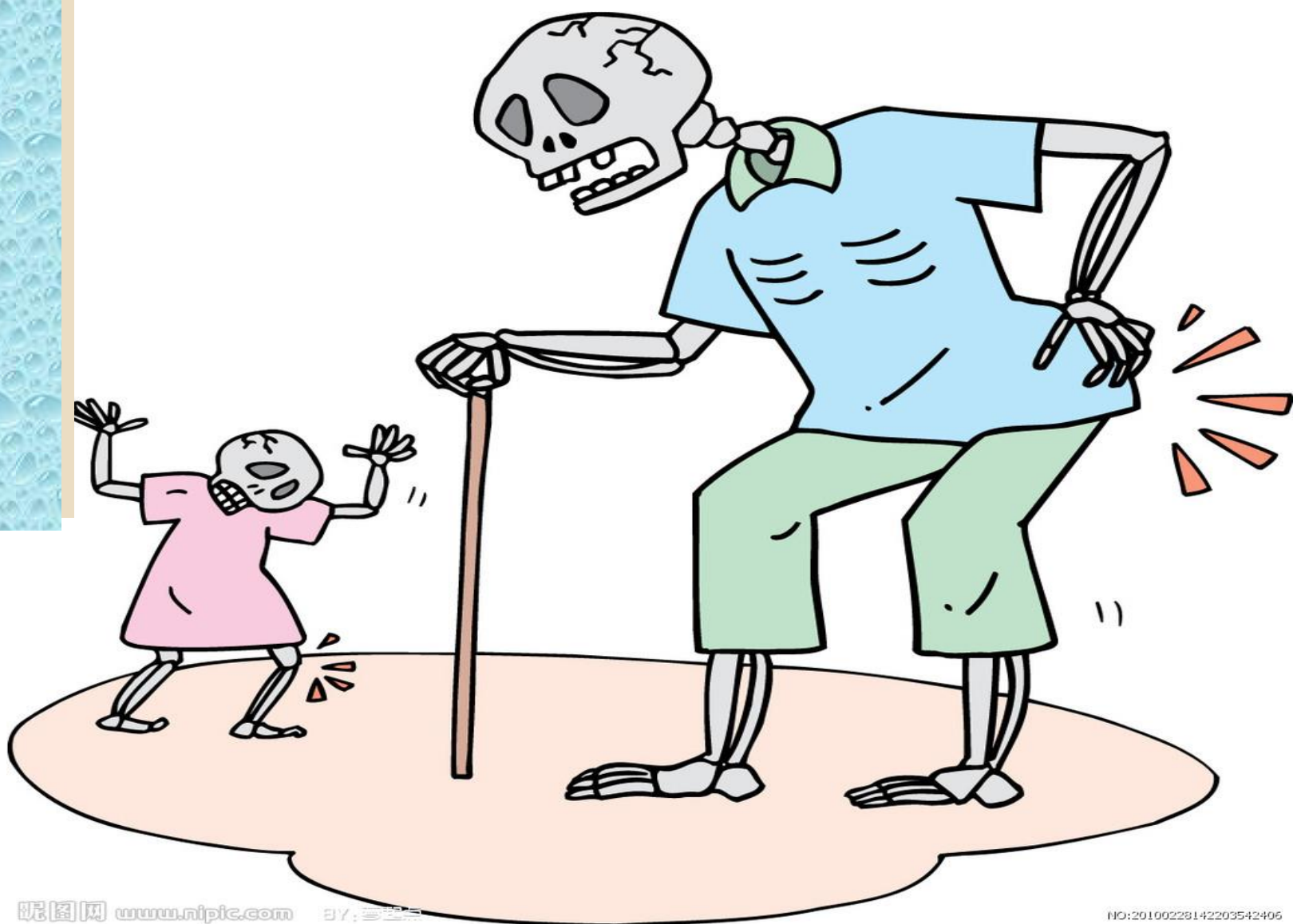


5.其他

(1) 感觉低下

(2) 年龄

(3) 体温



老年人皮下
脂肪萎缩变薄



皮肤松弛干燥，
缺乏弹性



皮肤易损性增加

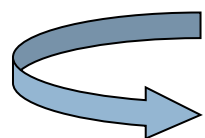
衰老、胶原蛋白合
成改变、



组织机械强度降低，
僵硬程度增加，



如何预防？



全面的**评估**成为预防压疮的**关键**。

- 长期以来，压疮的预防还处于经验性决策阶段，无科学设计的量化研究和循证护理，预防护理措施也无严格模式。只有在压疮发病后，根据临床表现进行分期，以判断压疮的严重程度，再依据分期进行换药及相应的护理干预，整个护理工作略显被动，针对性差。
- 随着对压疮的全面认识，对压疮发生的危险因素进行全面的评估成为预防压疮的关键。

三、压疮的预防

【评估】

1. 易患人群的评估
2. 危险因素的评估
3. 易患部位的评估

三、压疮的预防--护理评估

▣ 第一步：

■ 找出易发生压疮的高危人群。

① 第二步(局部)

① 进行皮肤情况的评估，检查皮肤有无破损、发红、水泡等。

1.易发生压疮的高危人群:



1.易发生褥疮的高危人群:

7. 石膏固定病人：翻身活动受限。
8. 大小便失禁病人：皮肤经常受到污物、潮湿的刺激。
9. 发热病人：排汗过多。
10. 使用镇静剂的病人：自身活动减少。
11. 强迫体位严格限制翻身；

2.危险因素的评估——Norton评分表

参数	身体状况				精神状况				活动能力				灵活性				失禁情况			
结果	好	一般	不好	极差	思维敏捷	无动于衷	不合逻辑	反应迟钝	可走动	在别人帮助下可走动	坐轮椅	卧床	行动自如	轻微受限	非常受限	不能活动	无失禁	偶尔失禁	一般情况下尿失禁	大小便失禁
分数	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1

- ◆有风险:24—25分
- ◆中等风险:19—23分
- ◆较高风险:14—18分
- ◆很高风险:9—13分

病例

患者张某，男，89岁，身高180cm，体重60kg，原有“高血压病”15年，“糖尿病”10年，“脑萎缩”3年，患者因脑萎缩继发癫痫而出现昏迷，大小便失禁，目前已持续半年余。

2.危险因素的评估——Norton评分表

参数	身体状况				精神状况				活动能力				灵活性				失禁情况			
结果	好	一般	不好	极差	思维敏捷	无动于衷	不合逻辑	反应迟钝	可走动	在别人帮助下可走动	坐轮椅	卧床	行动自如	轻微受限	非常受限	不能活动	无失禁	偶尔失禁	一般情况下尿失禁	大小便失禁
分数	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1	4	3	2	1

- ◆有风险:24—25分
- ◆中等风险:19—23分
- ◆较高风险:14—18分
- ◆很高风险:9—13分

三、压疮的预防--护理评估

▣ 第一步：

■ 找出易发生压疮的**高危人群**。

① 第二步（**局部**）

① 进行皮肤情况的评估，检查皮肤有**无破损、发红、水泡**等。

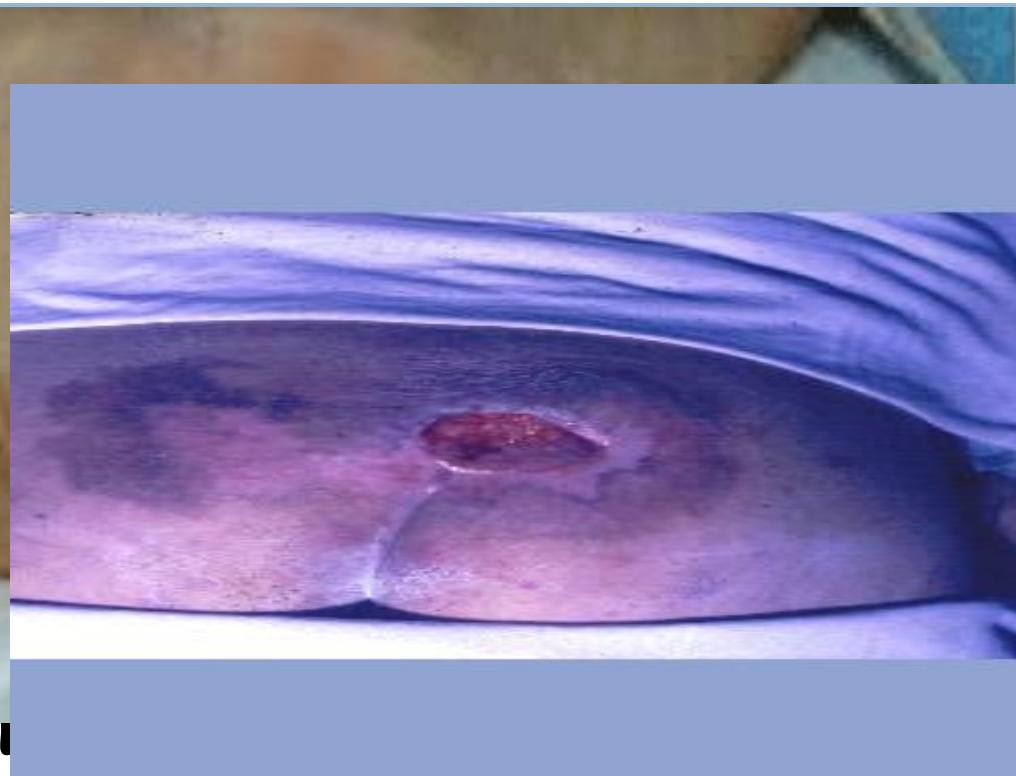
二、褥疮好发的部位

1、与卧

Ⓒ 好发

2、与局

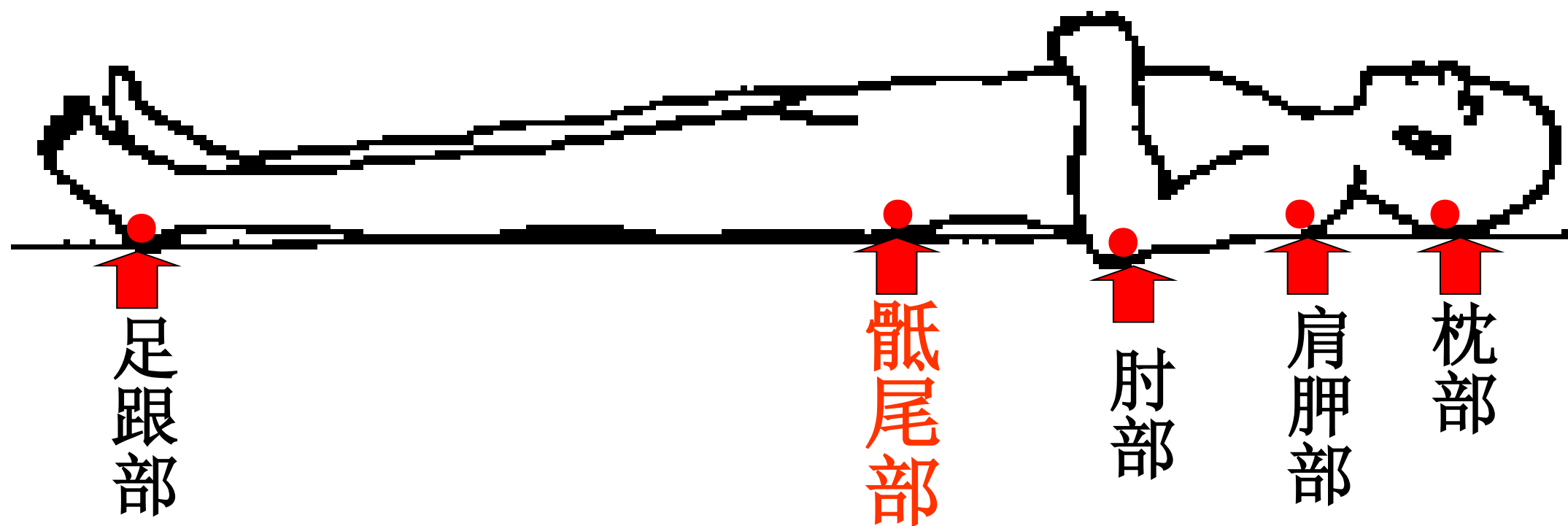
解剖结构有关



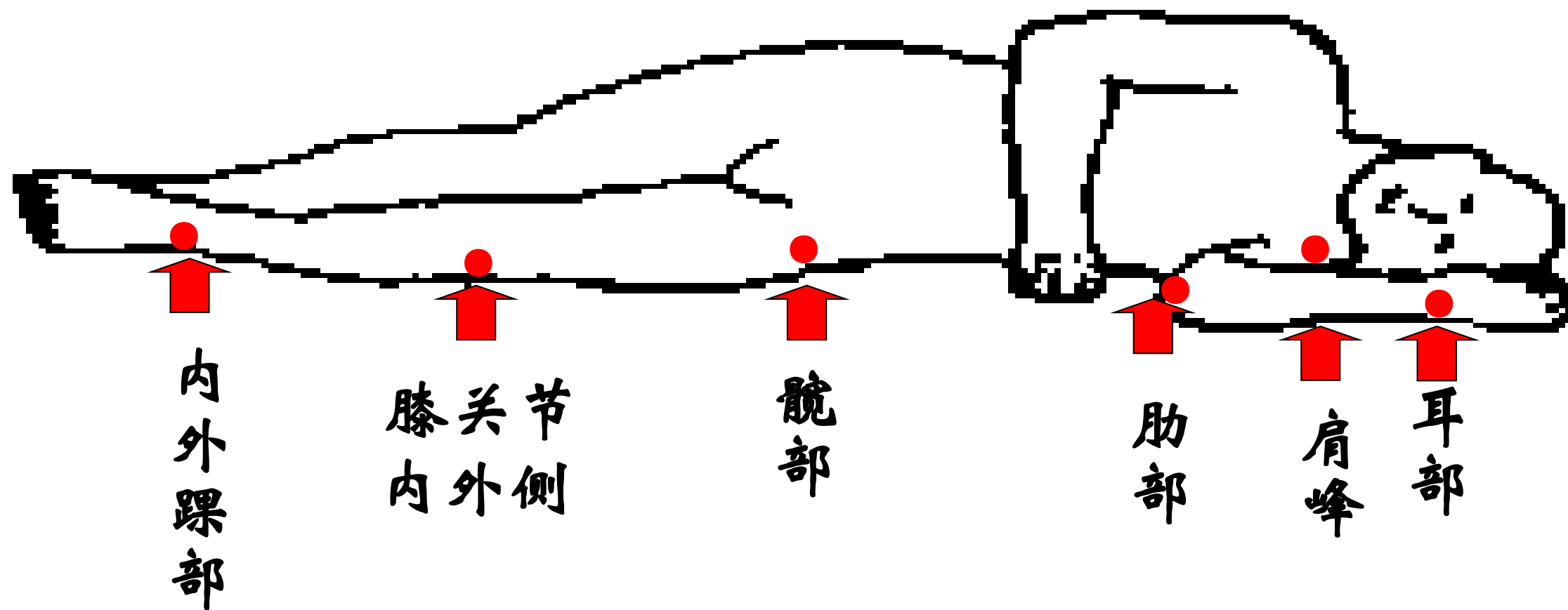
Ⓒ 好发于缺乏脂肪组织保护，

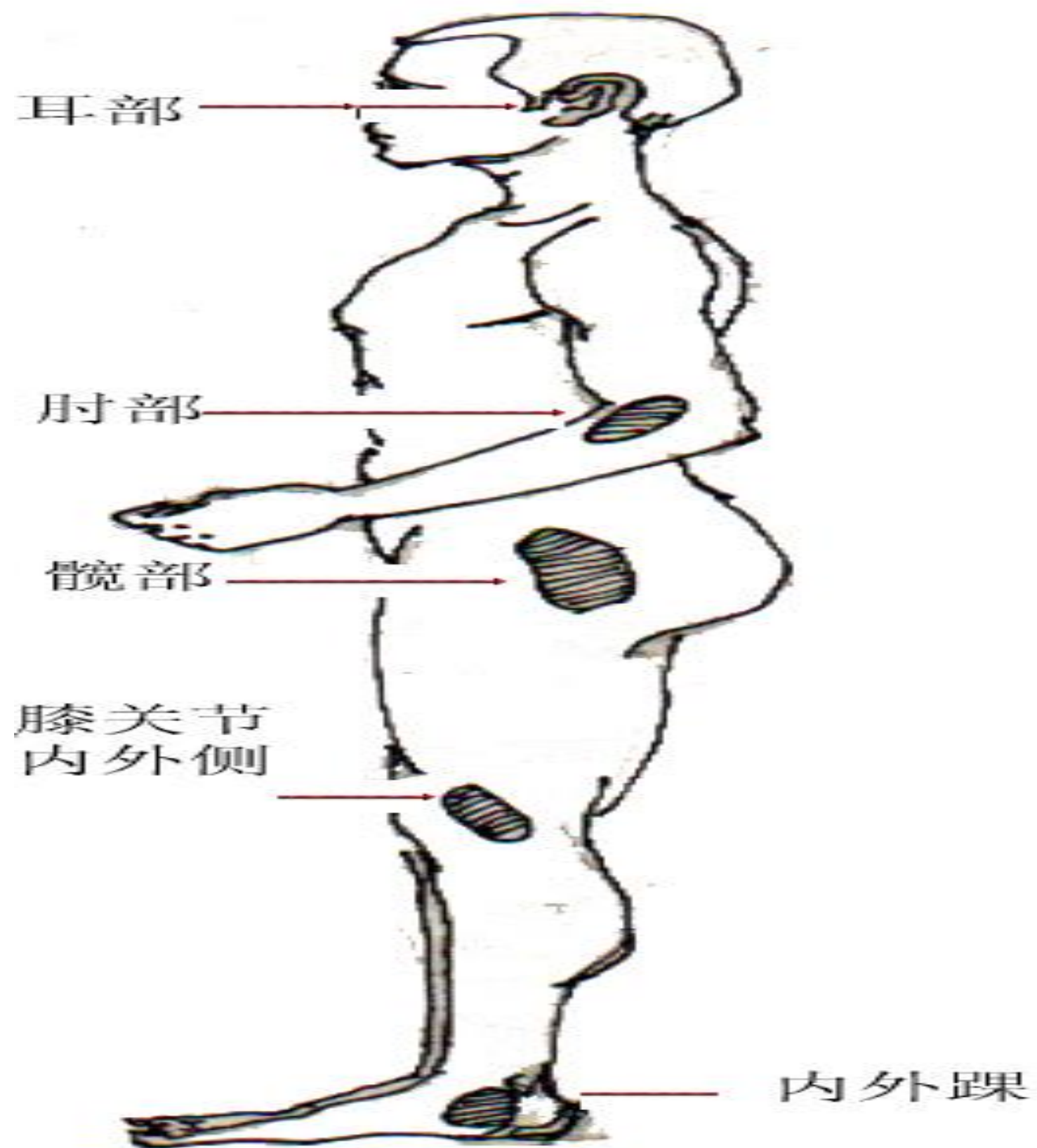
Ⓒ 无肌肉包裹或肌层较薄的骨突处。

1. 仰卧位

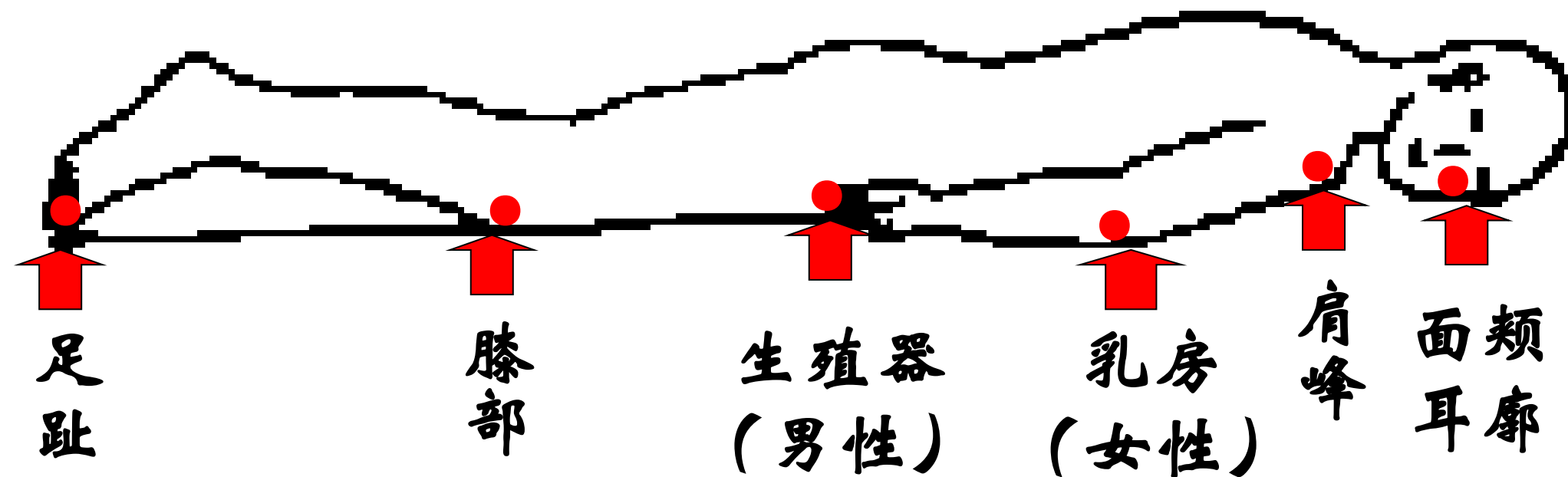


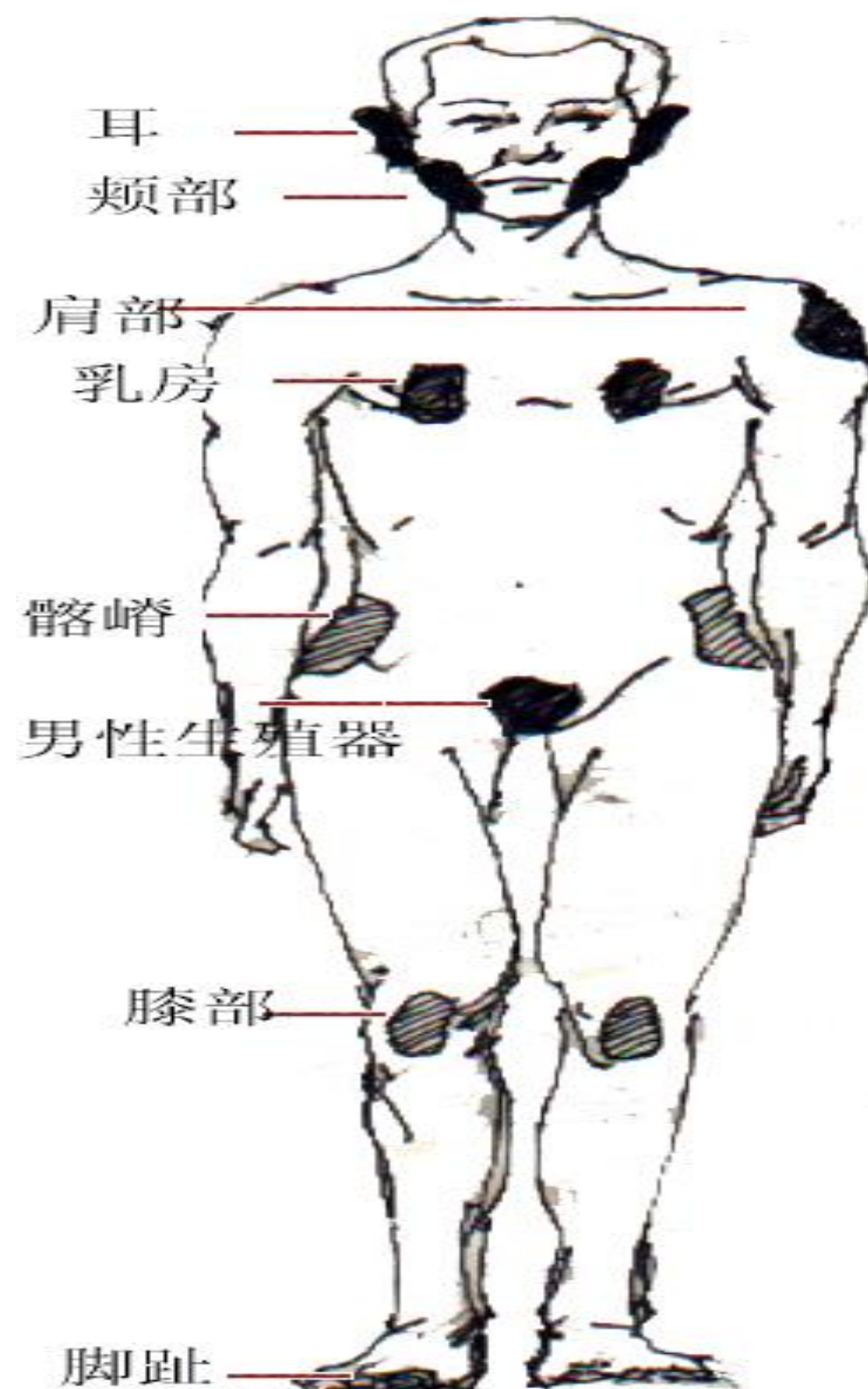
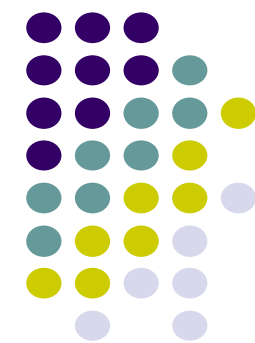
2.侧卧位

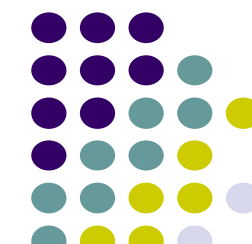




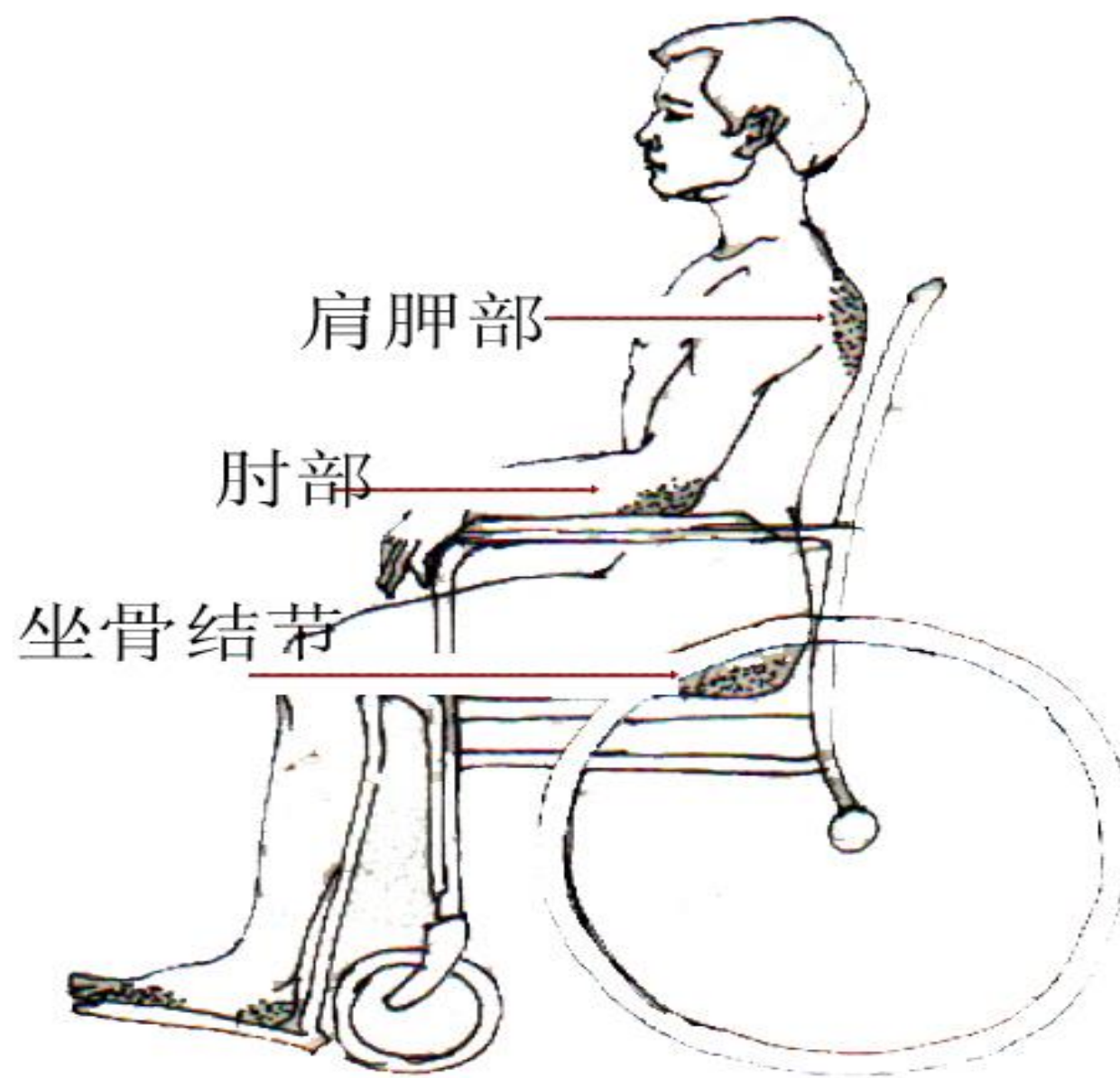
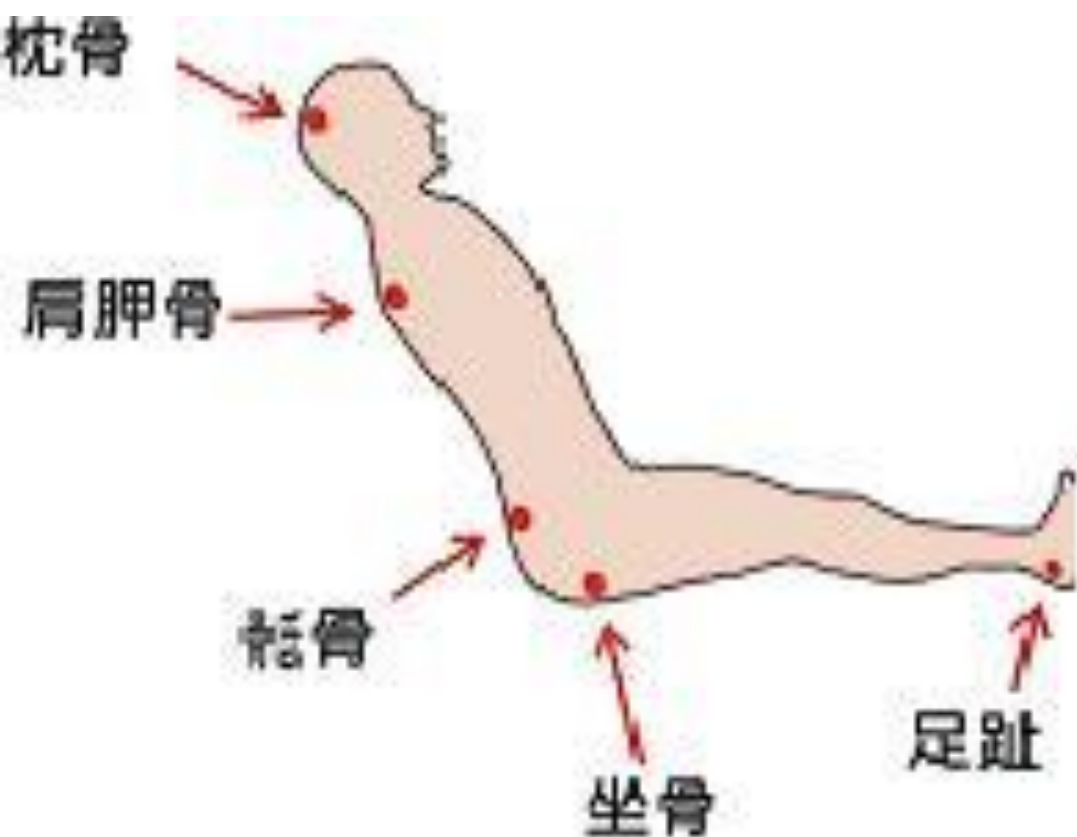
3. 俯卧位





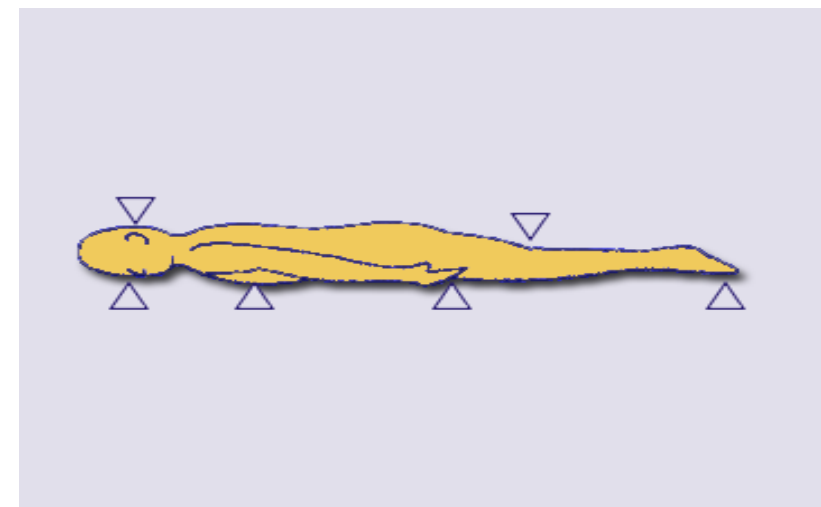
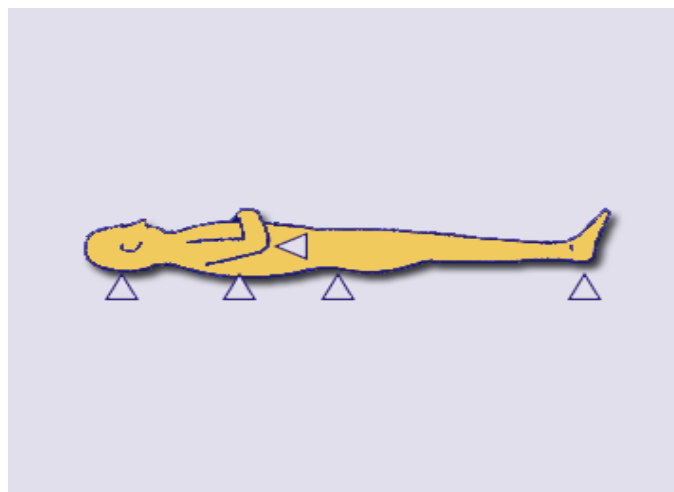
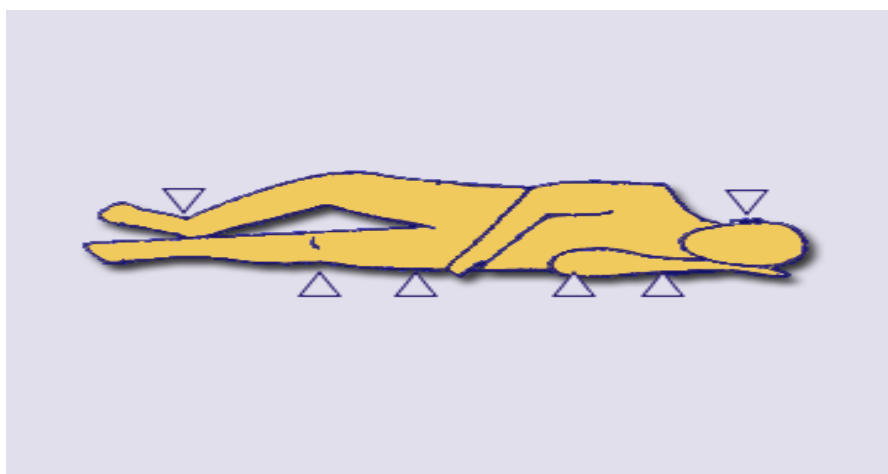
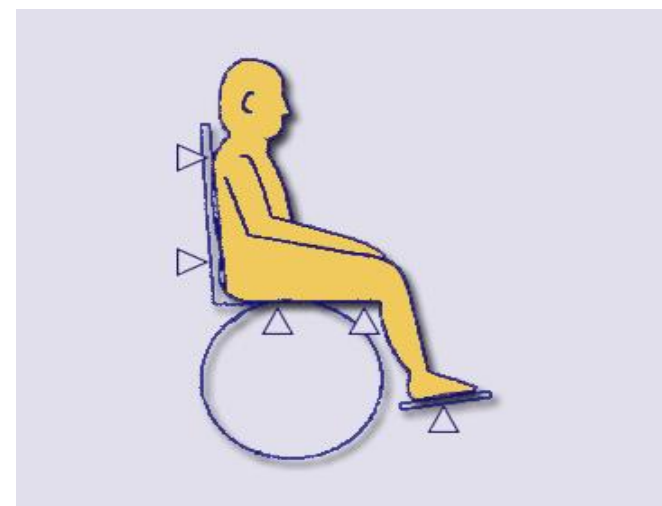


坐位：坐骨结节



压力所致压疮的多发部位

- ✓ 压疮最多发生在受压迫和剪力及有骨性突起部位。
- ✓ 压疮的常见部位为：**坐骨（24%）**
- ✓ **骶尾骨（23%）**、跟（11%）、
- ✓ 外踝（7%）、髌前上棘（4%）



病例

患者张某，男，89岁，身高180cm，
体重60kg，原有“高血压病”15年，
“糖尿病”10年，“脑萎缩”3年，
患者因脑萎缩继发癫痫而出现昏迷，
大小便失禁，目前已持续半年余。

(三) 护理措施：预防措施

□ 预防压疮的关键在于消除发生的诱因

(1) 避免局部组织长期受压

① 不能自主更换体位者，定时更换体位：

(是最简单有效的方法)

- 建立翻身卡，每2小时翻身一次
- 必要时30min至1h翻身一次
- 翻身时应将病人抬起，避免拖、拉、推

避免局部组织长期受压一定时翻身



翻身记录卡

姓名： 王晓

床号： 5

日期/时间	卧位	皮肤情况及备注	执行者
13/4 8AM	左侧卧位	皮肤完整性良好	赵兰
13/4 10AM	平卧位	局部皮肤无发红	赵兰
13/4 12AM	右侧卧位	良好	赵兰
13/4 1PM	平卧位	良好	赵兰
13/4 3PM	左侧卧位	良好	赵兰

(1) 避免局部组织长期受压

① 不能自主更换体位者， 定时更换体位：
(是最简单有效的方法)

- 建立翻身卡， 每2小时翻身一次
- 翻身时应将病人抬起， 避免拖、拉、推

② 正确使用石膏、 绷带及夹板固定，

- 衬垫应平整、 松软、 注意末梢循环

(1) 避免局部组织长期受压

② 正确使用石膏绷带及夹板固定

衬垫平整、松软适度，密切观察观察局部指（趾）端的皮肤颜色、温度、运动及感觉



(1) 避免局部组织长期受压

① 不能自主更换体位者，定时更换体位：
(是最简单有效的方法)

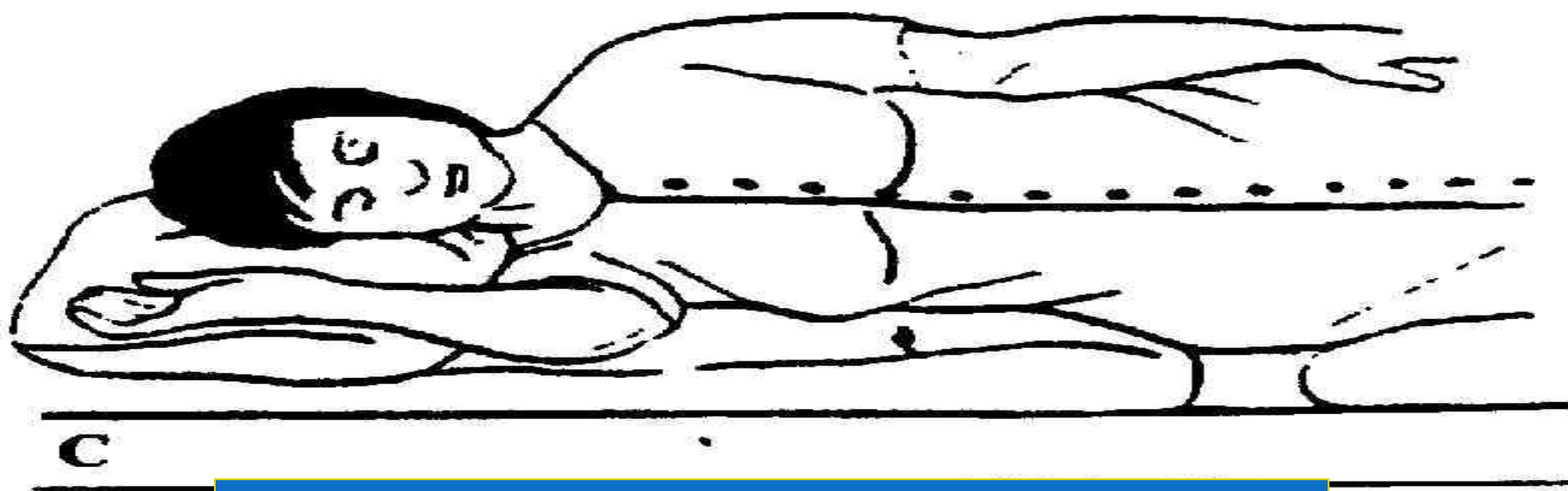
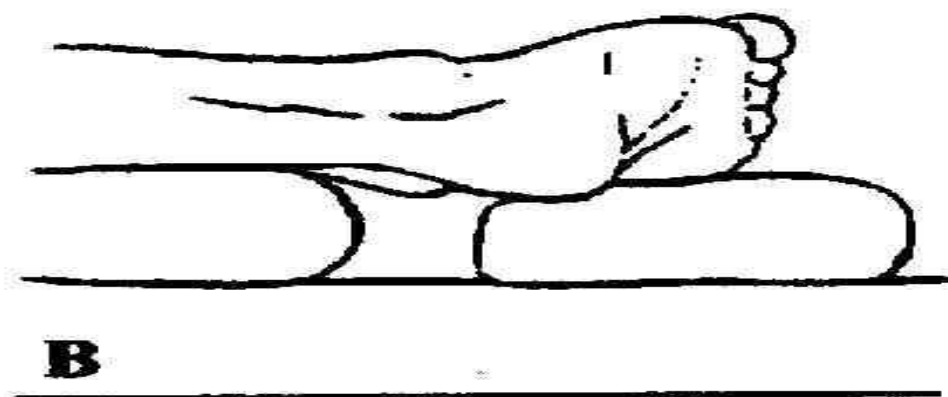
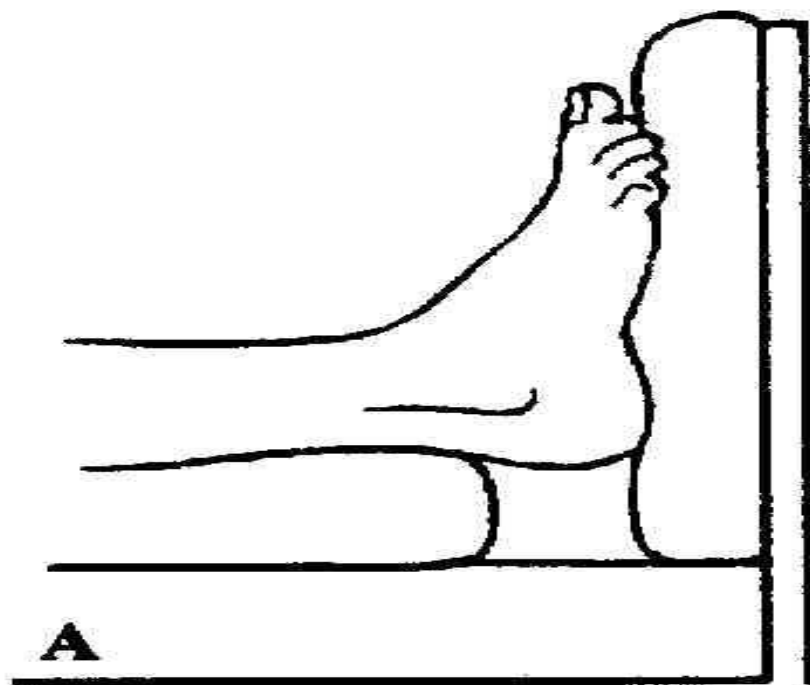
- 建立翻身卡，每2小时翻身一次

② 正确使用石膏、绷带及夹板固定，

- 发现石膏绷带凹凸不平，应立即报告医生

③ 保护骨隆突处和支持身体空隙处

- 棉垫、水垫、支被架



用枕头、软垫架空骨隆突处



防褥疮座垫（圆型/方型）
颈椎牵引器



气垫圈



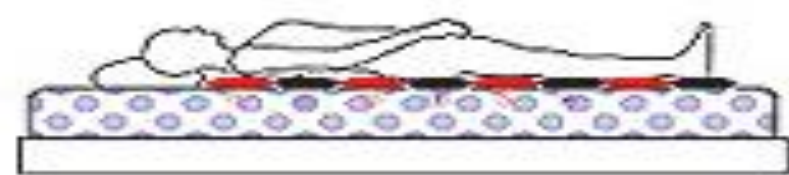
电动气垫



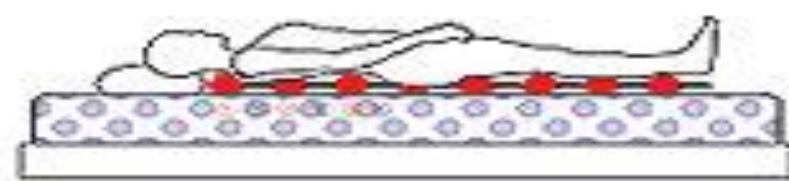
按摩床垫由多条气道平行排列而成，通过给气道交替充气及排气使卧于其上的患者受压部位定时得到变换（1次/8min），避免局部长时间受到压迫，有效改善受压部位的血液循环，达到防治褥疮的目的。



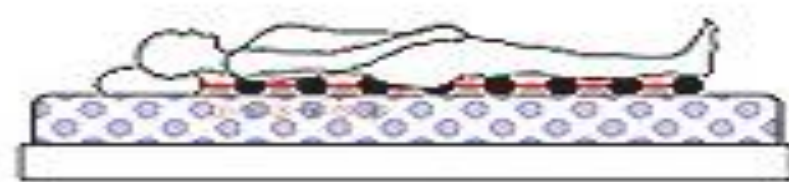
按摩床垫工作状态示意图



(一)未充气



(二)单气道充满



(三)双气道充满

二、使用方法

- 1、将控制器置于平坦干燥的地上或桌上，使电源开关置于“关”位，接通220伏交流电源。
- 2、将床垫平整放于床上，翻身、按摩床垫可分开使用，若组合使用时，则翻身床垫在下，按摩床垫在上。
- 3、检查气管是否打结，否则不能正常工作。
- 4、将床垫输气管与控制器相对应的气管接头正常连接。
- 5、把控制器上功能选择按钮置于所需功能档位。
- 6、打开电源开关，开始工作。
- 7、使用翻身档时，根据患者舒适度，调整角度旋钮至适当位置。

(1) 避免局部组织长期受压

① 不能自主更换体位者， 定时更换体位：

(是最简单有效的方法)

② 正确使用石膏、 绷带及夹板固定，

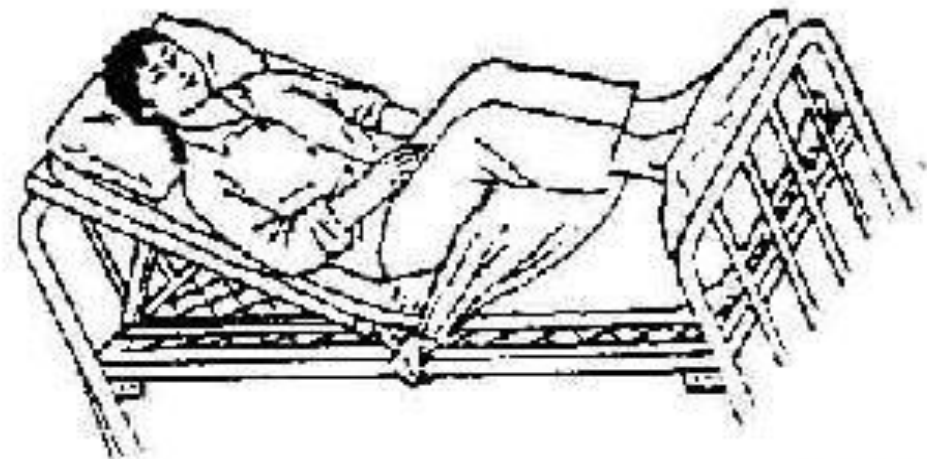
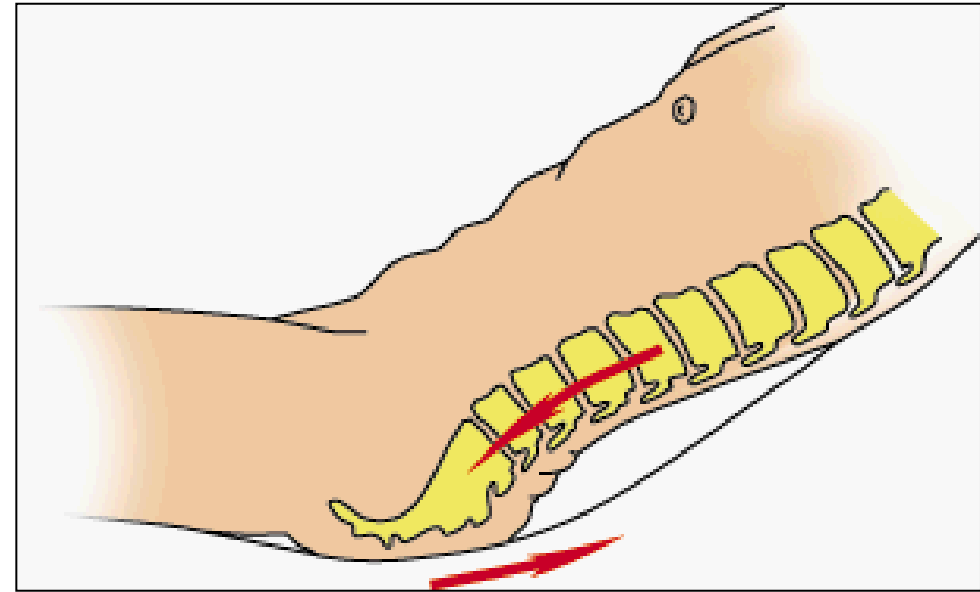
③ 保护骨隆突处和支持身体空隙处

- 扩大支撑面， 减轻局部组织受压

(2) 避免或减少磨擦力和剪切力

① 避免剪切力

- 抬高床头，一般不超过 30° 。
- 半卧位时，防病人下滑，
- 可在足底放一木垫，
- 屈髋 30° ，腘窝下垫一软枕，
- 坐轮椅时，屈膝 90° 。



(2) 避免或减少磨擦力和剪切力

② 避免或减少磨擦力

- 不可使用破损的便盆
- 翻身避免拖、拉、拽

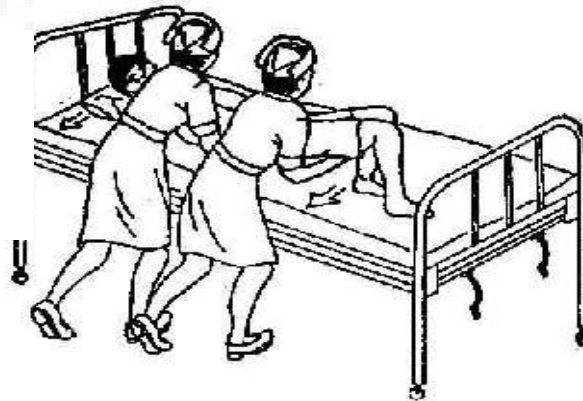


圖三 置入便盆動作

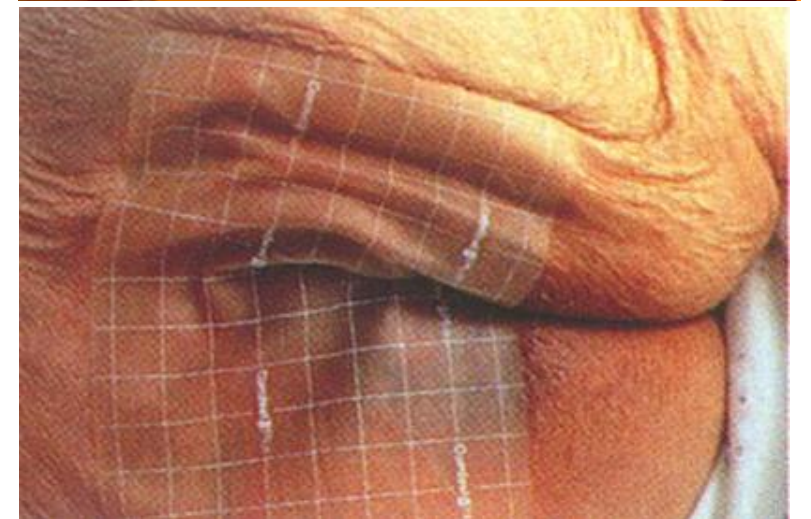
预防摩擦力的正确做法



翻身床



正确的翻身手法



水胶体敷料



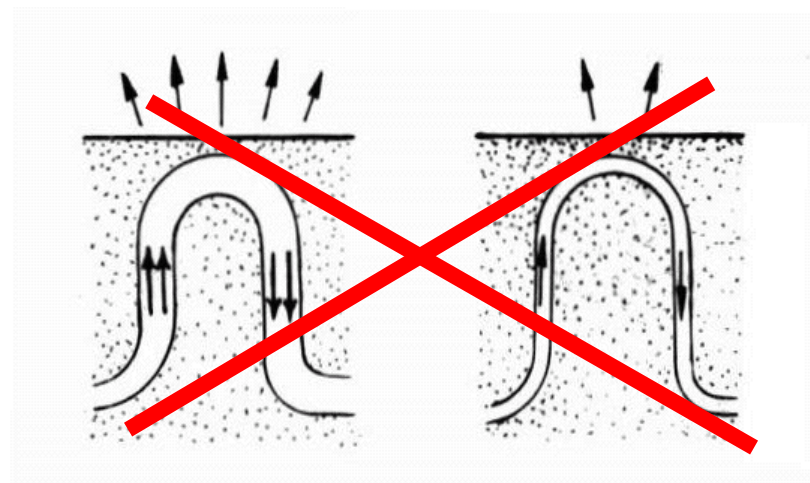
胶布移除后损伤

失禁性皮炎

压疮

(3) 避免局部理化因素的刺激

- ①保持皮肤清洁、干燥、1次/日擦洗，
- ②保持床单、被褥清洁、干燥、平整
- ③避免使用肥皂或含乙醇的清洁用品
- ④高热病人出汗及时擦干，更换衣裤



酒精等消毒剂擦拭皮肤



独自搬动危重患者

(3) 避免局部理化因素的刺激

- ①保持皮肤清洁、干燥、1次/日擦洗，
- ②保持床单、被褥清洁、干燥、平整
- ③避免使用肥皂或含乙醇的清洁用品
- ④高热病人出汗及时擦干，更换衣裤
- ⑤大小便失禁病人用温水擦拭，局部用皮肤保护剂



(3) 避免局部理化因素的刺激

缓解由于压力、浸渍、摩擦力等引起的症状，同时保护危险部位的皮肤

缓解由于压力、浸渍、
摩擦力等引起的症状，
同时保护危险部位的皮肤

SANYRENE
赛肤润 液体敷料

¥88.20





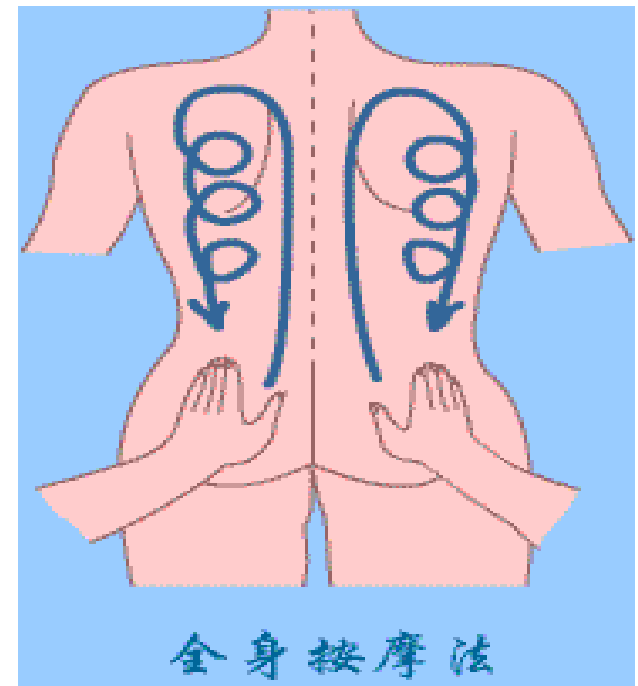
(3) 避免局部理化因素的刺激

- ①保持皮肤清洁、干燥、1次/日擦洗,
- ②保持床单、被褥清洁、干燥、平整
- ③避免使用肥皂或含乙醇的清洁用品
- ④高热病人出汗及时擦干, 更换衣裤
- ⑤大小便失禁病人用温水擦拭, 局部用皮肤保护剂
- ⑥严禁病人直接卧于橡胶单或塑料布上



(4) 促进局部血液循环

- ① 定期为患者进行温水擦浴，促进血液循环
- ② 定期检查受压部位给予按摩：
 - 局部按摩
 - 全背部按摩：50%乙醇
- ③ 长期卧床者，每日进行全范围关节运动，促进肢体血液循环



受压处局部按摩：

- 蘸少许50%乙醇，
- 以手掌大小鱼际部分紧贴皮肤，
- 压力均匀的按向心方向按摩，
- 由轻到重，再由重到轻，每次3~5分钟。
- 对于因受压而出现反应性充血^①的皮肤组织
则不主张按摩。

(5) 改善机体营养状况

1. 给予**高蛋白、高热量、高维生素**饮食
2. 补充适量的VitC和锌
3. 水肿病人应限制水和盐的摄入
4. 脱水病人应及时补充水和电解质



(5) 增加患者及其家属有关健康的知识

- 了解活动及各预防措施的重要意义
- 学会检查易发褥疮部位皮肤情况并作出判断
- 学会用简单的方法减轻皮肤受压程度
- 能按计划进行身体的活动
- 使病人及家属能积极参与自我护理



压疮——转变率

- 如果事先做一个PU发生危险因素评估，凡认为存在危险因素而不采取措施的病人**100%**会发生PU。采取措施的病人只有**38.2%**会发生PU。通过培训病人体位摆放、减压设施的应用、增加护理人力、新的制度指导原则，PU发生率可降至**11.5%**。
- 有学者做了一项调查：已发生的PU中**95%**是可以预防的，而只有**5%**是属于不可避免的。

压疮

- 面对这些，
- 我们该怎样做？





四、压疮的分期及处理

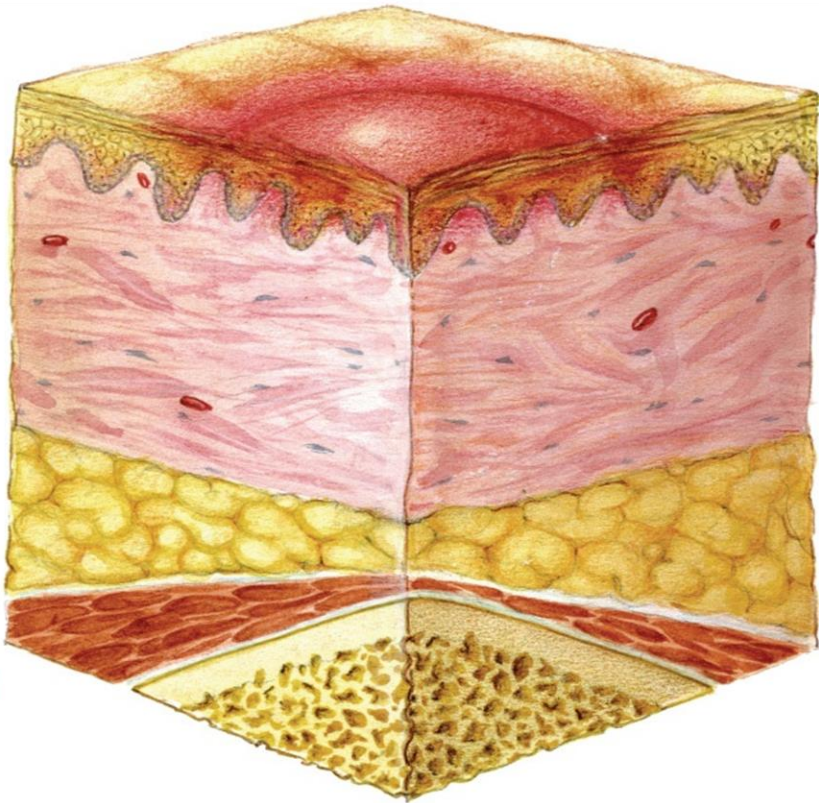
(一) 评估：压疮的分期

压疮分四期，即：

- I 瘀血红润期
- II 炎性浸润期
- III 浅度溃疡期
- IV 坏死溃疡期

I期：瘀血红润期

- 皮肤是完整的，在骨隆突的局部区域有红色，压之不退色，颜色与周围组织不同。



I期：瘀血红润期

[临床表现]

红、肿、热、触
痛、麻木

原则：

解除局部受压，改善血液循环。



I 期：瘀血红润期

局部治疗护理：

- 1、驱除危险因素，增加翻身次数。
- 2、避免潮湿、磨擦和排泄物刺激
- 3、由于皮肤易受损，故不提倡局部按摩
- 4、损伤部位可用透明或水胶体辅料包扎

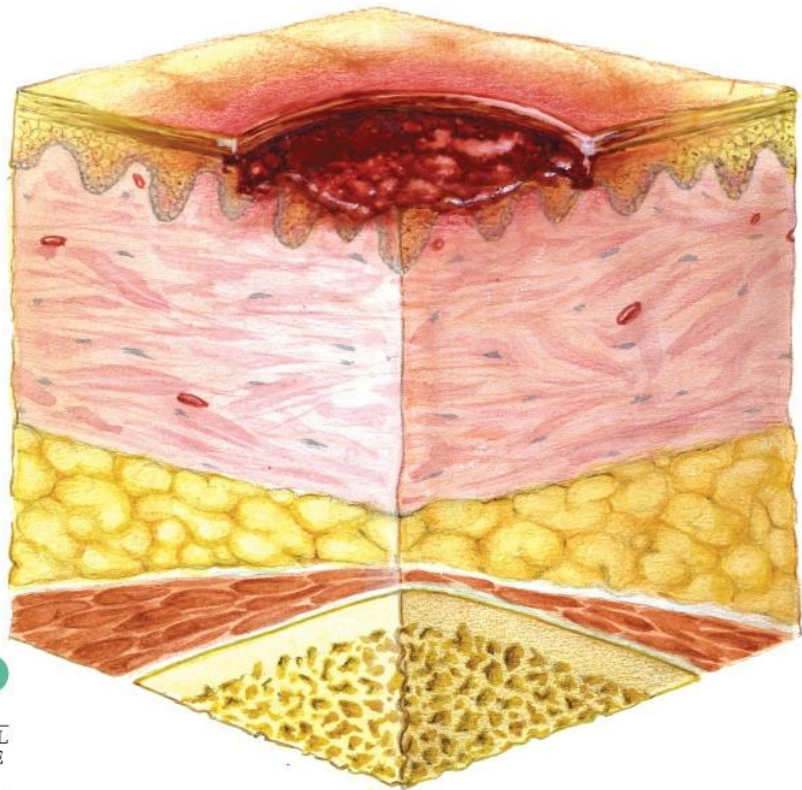
预防潮湿的误区

- 使用烤灯等使皮肤干燥→组织细胞代谢及需氧量增加进而造成细胞缺血、甚至坏死。
- 不要使用粉剂（滑石粉）拍到皮肤皱折处



II 期：炎性浸润期

表皮和真皮缺失，在临床可表现为紫红色的擦伤、完整的或开放/破裂的充血性水泡或者表浅的溃疡。



II 期：炎性浸润期

[临床表现]

皮肤转**紫红色**,

皮下产生硬结;

水疱形成、极易破溃;

破溃露出**红润的创面**



原则：

防水泡破裂, 预防感染、保护创面

Ⅱ 期：炎性浸润期

护理措施：

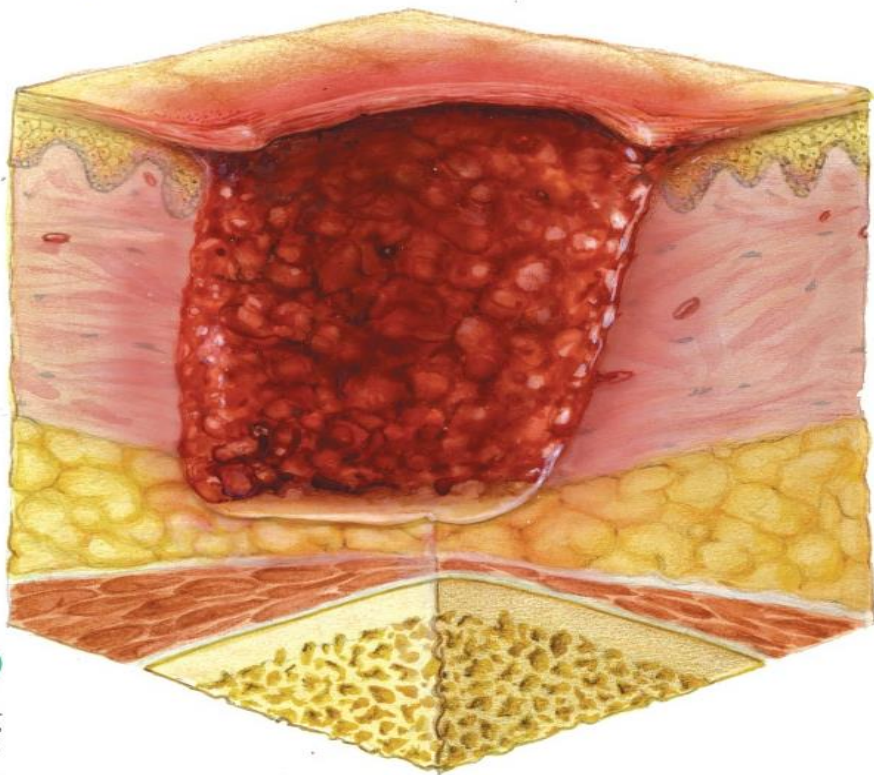
（在一期褥疮护理基础上增加下列措施）

1. 未破**小水泡**，减少摩擦，使其**自行吸收**。
2. **大水泡**，在无菌操作下**抽液**、涂消毒液包扎



III期：浅度溃疡期

- 全层伤口，失去全层皮肤组织，除了骨、肌腱或肌肉尚未暴露外，可见皮下脂肪组织，有坏死组织脱落，但坏死组织的深度不太明确。可能有潜行和窦道。



III期：浅度溃疡期

[临床表现]

水泡扩大、破溃，
创面有黄色渗出液、
有脓液覆盖、感染，
溃疡形成



原则：解除压迫，清洁疮面，清除坏死组织，
促进创面愈合，预防和控制感染。

III期：浅度溃疡期

冲洗创面

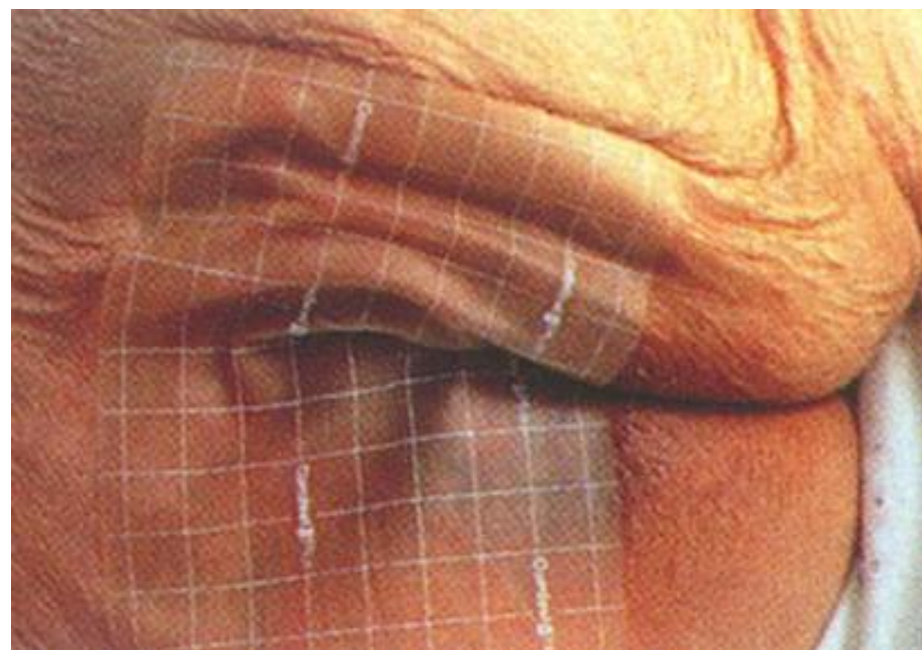


III期：浅度溃疡期

治疗护理：

创面无感染用NS 冲洗创面，

□ 创面还可采用纤维蛋白膜、安普贴等贴于创面治疗



III期：浅度溃疡期

治疗护理：（在一期褥疮的护理基础上增加措施）

1. 患处架空，清洗创面，
2. 可用生理盐水、0.02%呋喃西林、清洗疮面
3. 溃疡深者用3%过氧化氢溶液冲洗、
防止厌氧菌感染。
4. 修剪坏死组织：选用水凝胶类辅料溶解和软化
坏死组织

现在新主张2——自溶性清创

1. 概念：即用封闭敷料封闭伤口，截住伤口渗液，使坏死组织软化，同时伤口渗液中释放并激活多种酶以及酶的活化因子，特别是蛋白酶和尿激酶，这些酶能促进纤维蛋白和坏死组织溶解。渗液中含有吞噬细胞和中性粒细胞，其自身产生溶解素，能特别有效地溶解失活组织。溶解的坏死组织随每次更换敷料时被清除出伤口，有效地发挥了清创作用。
2. 现代敷料中水凝胶可加速自溶性清创。

III期：浅度溃疡期

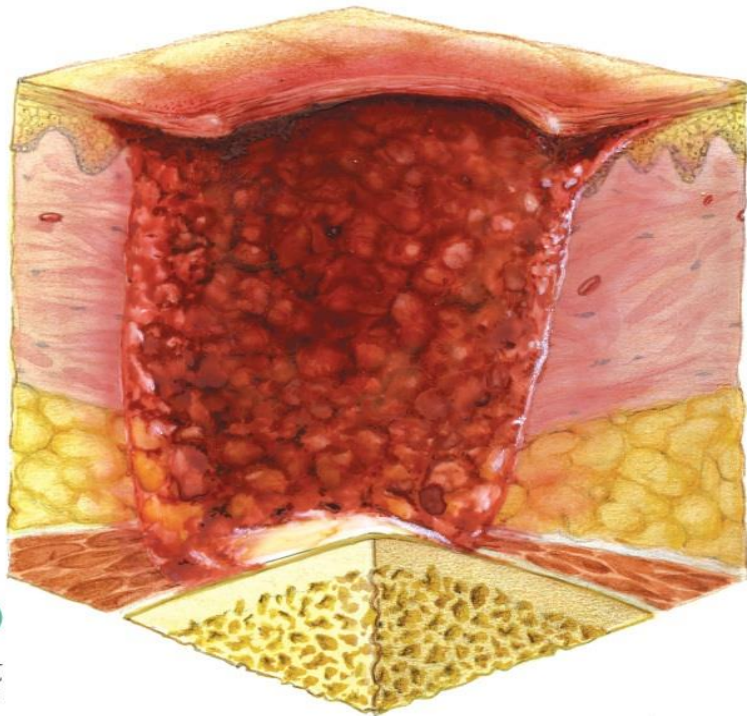
□ 创面基底呈红色：水胶体辅料



填塞各类疑难伤口及深部伤口。

IV期：坏死溃疡期

■ 全层伤口，失去全层皮肤组织伴骨、肌腱或肌肉外露。局部可出现坏死组织脱落或焦痂，通常有潜行和窦道。



IV期：坏死溃疡期

[临床表现]

**感染达肌肉、骨膜
组织溃烂，
创面大，脓液多，
坏死组织呈黑色，
有臭味，甚至败血症。**



原则： 控制感染，去除坏死组织，
保持引流通畅，促进创面的愈合。

IV期：坏死溃疡期

治疗护理：（在一期褥疮的护理基础上增加措施）

1. 患处架空，清洗创面，
2. 可用生理盐水、0.02%呋喃西林、清洗疮面，
3. 溃疡深者用3%过氧化氢溶液冲洗、防止厌氧菌感染。
- 4、修剪坏死组织：选用水凝胶类辅料溶解和软化坏死组织

IV期：坏死溃疡期

4. 外加敷料覆盖。透膜 藻酸类、泡沫类



德湿康™由纯天然海藻提取，不添加任何药物成分。



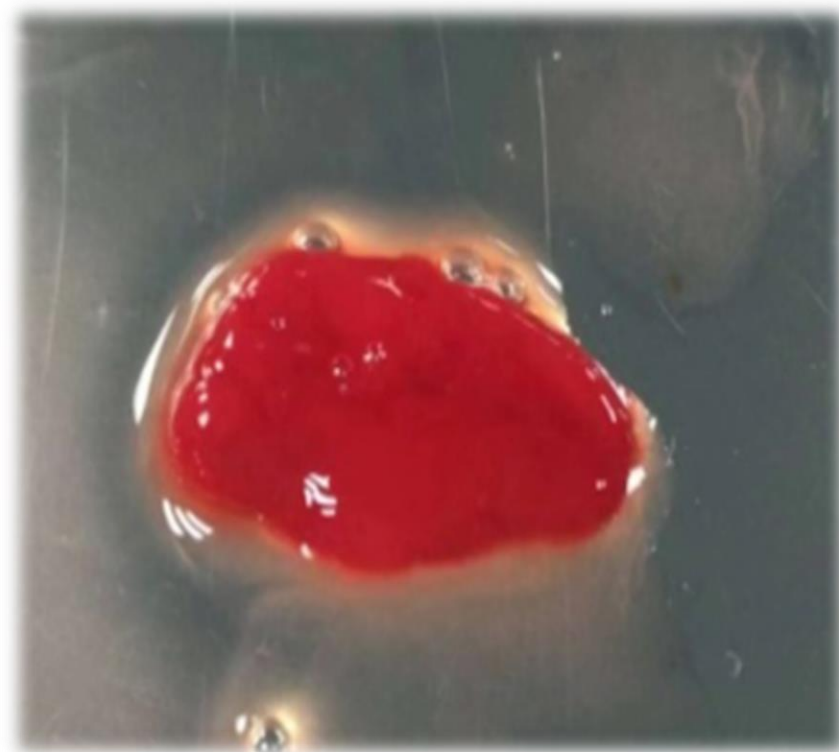
敷料极为柔软。顺应性好。可任意填塞各类疑难伤口及深部伤口。



580062311

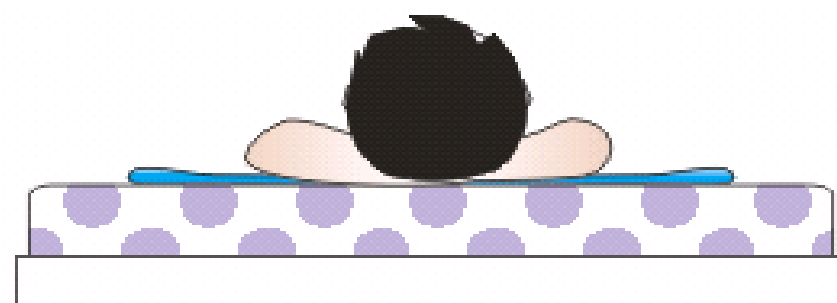
自体富血小板血浆 (PRP)

- PRP的主要成分是富集的血小板细胞，是来自于抽取病人自身的血液，并从中提取出高浓度复合型的生长因子，制成特殊的“生物敷料”，敷在伤口处，能营造一个促进组织再生修复的微环境，加速创面自然愈合，将三四周的创面愈合时间缩短到一至两周。



全身治疗

- 1、积极治疗原发病
- 2、增加全身营养 增加蛋白质、维生素
- 3、全身抗感染治疗
- 4、心理护理

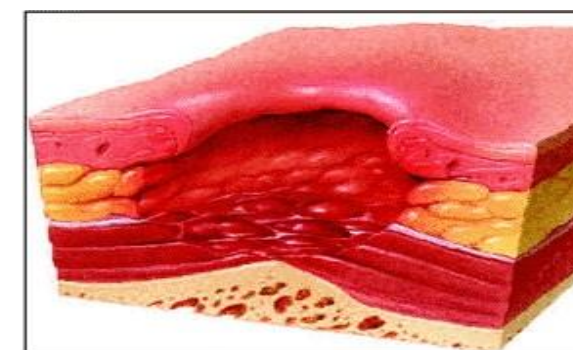
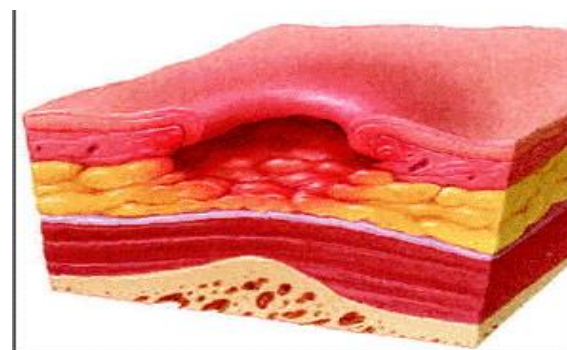
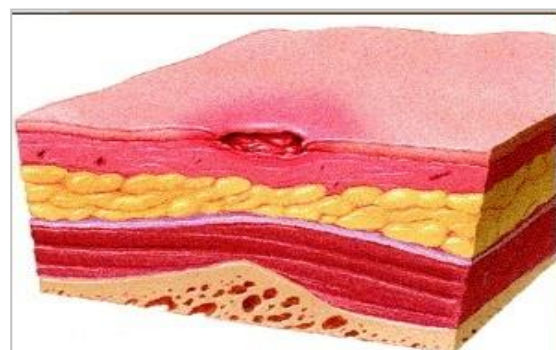
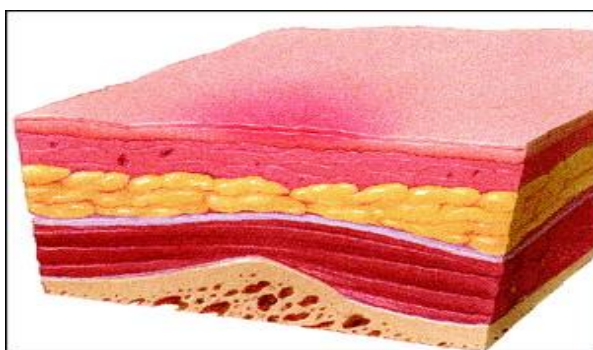
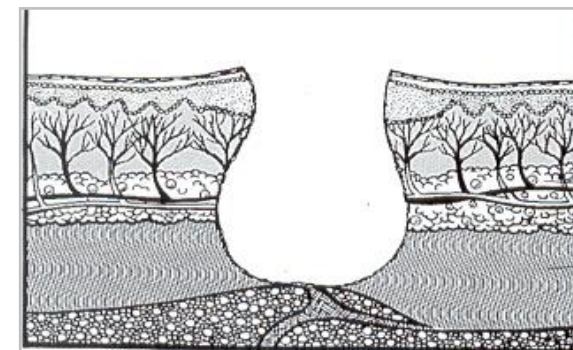
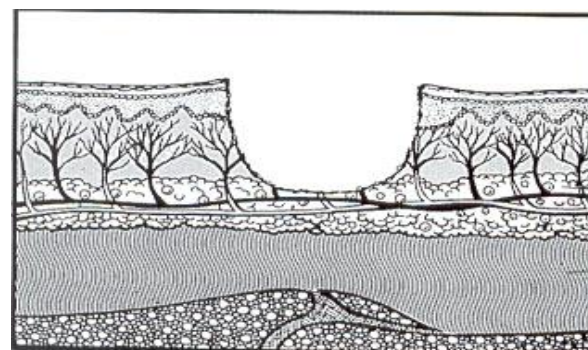
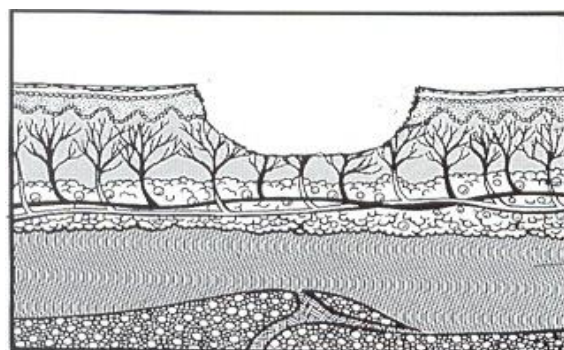
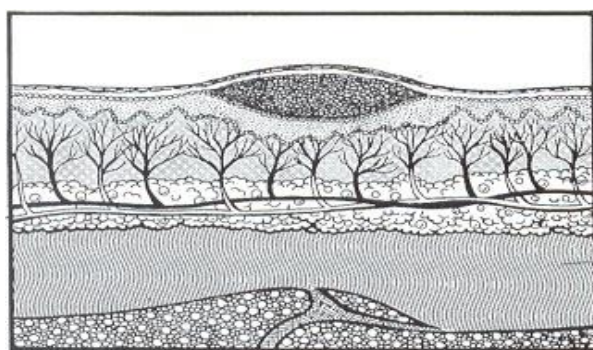


平躺0°

压疮的分级——国际分级方法

National Pressure Ulcer Advisory Panel (1989) 标准分级

- Stage 1: 皮肤完整, 在受压发红区手指下压, 皮肤颜色没有变白.
- Stage 2: 皮肤损失表皮或真皮, 成表浅性溃疡. (水泡, 擦伤等)
- Stage 3: 伤口侵入皮下组织, 但尚未侵犯肌膜. (火山状伤口)
- Stage 4: 伤口坏死至肌肉层, 骨骼, 肌腱等





现代护理的发展方向

- 提高护理效率、护理质量
- 着重效果、节省成本

预防胜于治疗

难以分期的压疮

■ 全层伤口，失去全层皮肤组织，溃疡的底部腐痂(黄色、黄褐色、灰色、绿色和褐色)和痂皮(黄色、褐色或黑色)覆盖。

