



# 压疮的分级护理



汇报人：xxx

20xx-04-02





contents

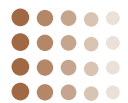
# 目录

- 压疮基本概念与危害
- 压疮风险评估与分级标准
- 常规护理方法与技术要求
- 药物治疗及ju部处理方法
- 并发症预防与处理方案
- 总结回顾与展望未来进展方向



PART 01

# 压疮基本概念与危害



# 压疮定义及形成原因



## 压疮定义

压疮，又称压力性溃疡或褥疮，是由于身体局部组织长期受压，血液循环受阻，持续缺血、缺氧、营养不良而导致的软组织溃烂和坏死。

## 形成原因

压疮主要是由于长期卧床、坐轮椅、使用石膏或夹板等医疗器械导致局部组织受压过久，进而引发血液循环障碍和神经营养紊乱。此外，年龄、营养不良、皮肤潮湿、摩擦力和剪切力等因素也可能增加压疮的发生风险。

# ●●●● 临床表现与分期

## 临床表现

压疮初期表现为局部红斑、水肿、疼痛或麻木感，随着病情发展可出现水疱、皮肤破损、溃疡和坏死等症状。严重时深达肌肉、骨骼甚至引起全身感染。

---

## 分期

压疮可分为四期，即淤血红润期、炎性浸润期、浅度溃疡期和坏死溃疡期。每期临床表现不同，治疗护理重点也有所区别。

---





# 危害性及预防措施

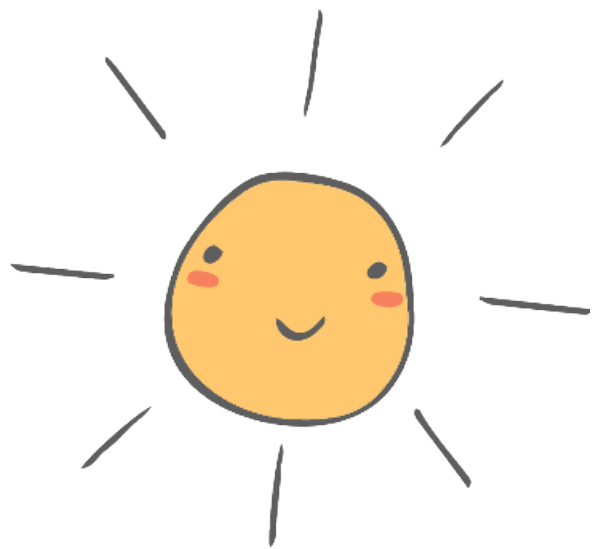
## 危害性

压疮不仅给患者带来极大的痛苦和不便，降低生活质量，还可能引发严重并发症如感染、败血症等，甚至危及生命。据相关文献报道，每年有大量患者因压疮并发症而死亡。

## 预防措施

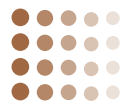
预防压疮的关键在于避免局部组织长期受压，保持皮肤清洁干燥，改善营养状况，增强皮肤抵抗力。具体措施包括定时翻身、使用气垫床或软垫、保持床单平整无皱褶、避免使用破损的便盆等医疗器械、加强营养支持等。





PART 02

## 压疮风险评估与分级标准



# 风险评估方法介绍

## BradenScale

评估压疮风险的常用工具，包括感知、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力等六个方面。



## WaterlowScale

综合评估工具，包括年龄、性别、体型、控便能力、食欲、zu织类型及营养状况、大手术或创伤等多个项目。

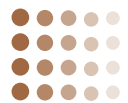


## NortonScale

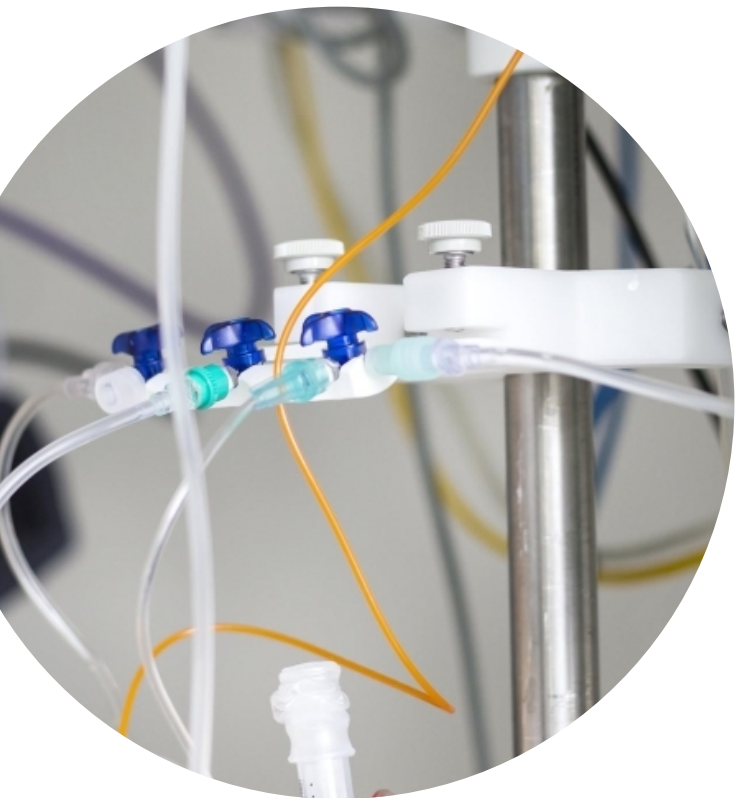
另一种评估工具，主要考虑身体状况、精神状况、活动能力、移动能力和排泄能力等因素。







# 分级标准概述



## 轻度压疮（I期）

皮肤完整，但出现指压不会变白的红印。

## 中度压疮（II期）

表皮和部分真皮缺失，表现为浅表的开放性溃疡，创面呈粉红色，无腐肉。

## 重度压疮（III期）

全层皮肤组织缺失，可见皮下脂肪，但骨骼、肌腱或肌肉尚未暴露，可有腐肉，但未涉及深部组织。

## 极重度压疮（IV期）

全层皮肤组织缺失，伴有骨骼、肌腱或肌肉的暴露，局部出现坏死组织或焦痂，通常伴有潜行和窦道。

# 各级别特点与对应护理措施

## 轻度压疮（I期）

加强翻身，避免ju部长时间受压；使用气垫床或软垫等减压设备；保持皮肤清洁干燥。

## 中度压疮（II期）

保护创面，避免感染；使用水胶体敷料、泡沫敷料等促进愈合；继续加强翻身和减压措施。

## 重度压疮（III期）

清除腐肉和坏死zu织；使用抗生素控制感染；选择适当的敷料促进愈合；必要时进行手术治疗。

## 极重度压疮（IV期）

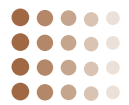
积极控制感染，防止败血症等严重并发症；加强全身营养支持；选择适当的敷料和手术治疗方式；密切监测病情变化。





PART 03

## 常规护理方法与技术要求



# 皮肤清洁与干燥保持策略



## 每日进行皮肤检查

定期检查皮肤状况，及时发现压疮风险区域。



## 温和清洁皮肤

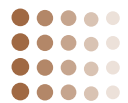
使用温和的清洁剂和柔软毛巾轻轻清洁皮肤，避免使用刺激性强的化学清洁剂。



## 保持皮肤干燥

清洗后确保皮肤完全干燥，可使用柔软干净的毛巾轻轻拍干或使用吹风机低温档吹干。





# 体位变换和减轻压力技巧

01



## 定时变换体位



根据病情和患者耐受能力，每2小时或更短时间变换一次体位，以减轻局部组织受压。

02



## 使用减压装置



如气垫床、泡沫敷料等，以减轻局部压力，降低压疮风险。

03



## 避免长时间受压



对于不能自行变换体位的患者，应协助其进行被动运动或使用支具等辅助器具。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/288044056007007005>