

压疮护理的评估

汇报人：xxx

20xx-03-18



目录

contents

- 压疮基本概念与流行病学
- 压疮风险评估方法与工具
- 皮肤检查与压疮识别技巧
- 护理干预策略制定与实施
- 效果评价及持续改进计划
- 患者教育与家属沟通策略

01

压疮基本概念与流行病学



压疮定义及分类

压疮，又称压力性溃疡或褥疮，是由于身体局部组织长时间受压，血液循环受阻，导致持续缺血、缺氧、营养不良而引起的组织溃烂坏死。

压疮定义

压疮分类

根据压疮的严重程度和表现形态，可分为淤血红润期、炎性浸润期、浅度溃疡期和坏死溃疡期。



流行病学现状分析



发病率

压疮在康复治疗和护理中是一个普遍存在的问题，尤其在老年、卧床、截瘫和慢性病患者中更为常见。

死亡率

据相关文献报道，压疮并发症的死亡率较高，每年约有数万人因此死亡。

地域差异

不同地区的压疮发病率和死亡率存在差异，可能与医疗水平、护理条件、患者群体特征等因素有关。



高危因素及预防措施

高危因素

长时间卧床、坐轮椅、使用石膏或夹板固定、营养不良、年龄大、感觉或运动功能障碍、血液循环不良等都是压疮发生的高危因素。

预防措施

定期翻身、使用气垫床或软垫、保持皮肤清洁干燥、增加营养摄入、加强健康教育等都是有效的压疮预防措施。同时，对于已经发生压疮的患者，应及时就医治疗，避免病情恶化。

02

压疮风险评估方法与工具



风险评估流程介绍

01



初步评估



对患者进行全面了解，包括年龄、营养状况、活动能力、感觉功能、潮湿程度等因素。

02



详细评估



通过体格检查，观察皮肤颜色、温度、硬度等变化，以及压疮的好发部位和分期。

03



动态评估



根据患者病情变化和治疗效果，及时调整评估方案，确保评估结果的准确性。



常用风险评估工具比较

BradenScale

包括感知、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力六个方面，适用于成年患者。



WaterlowScale

包括年龄、性别、体型、皮肤类型、控便能力、运动能力、食欲、大手术或创伤等多个方面，适用于多种患者群体。



NortonScale

包括身体状况、精神状况、活动能力、移动能力和排泄情况五个方面，适用于老年患者。





风险评估结果判断标准



01

高危

评分低于设定阈值，患者发生压疮的风险较高，需采取积极的预防措施。

02

中危

评分在设定范围内，患者存在一定程度的压疮风险，需加强观察和护理。

03

低危

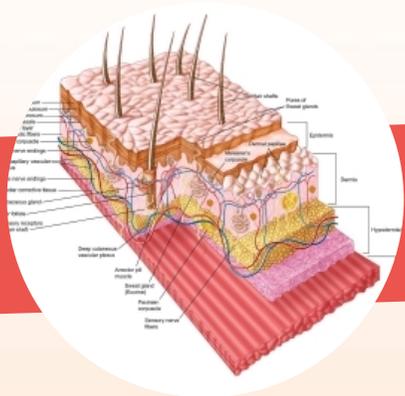
评分高于设定阈值，患者发生压疮的风险较低，但仍需保持警惕并进行常规护理。

03

皮肤检查与压疮识别技巧



皮肤正常生理结构及功能



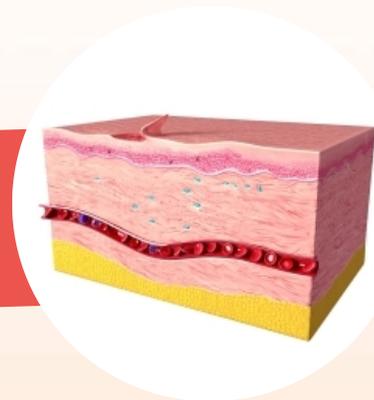
皮肤层次

皮肤由表皮、真皮和皮下组织构成，各层组织具有不同的生理功能和结构特点。



屏障作用

皮肤作为人体最大的器官，具有保护体内组织免受外界物理、化学和生物因素伤害的作用。

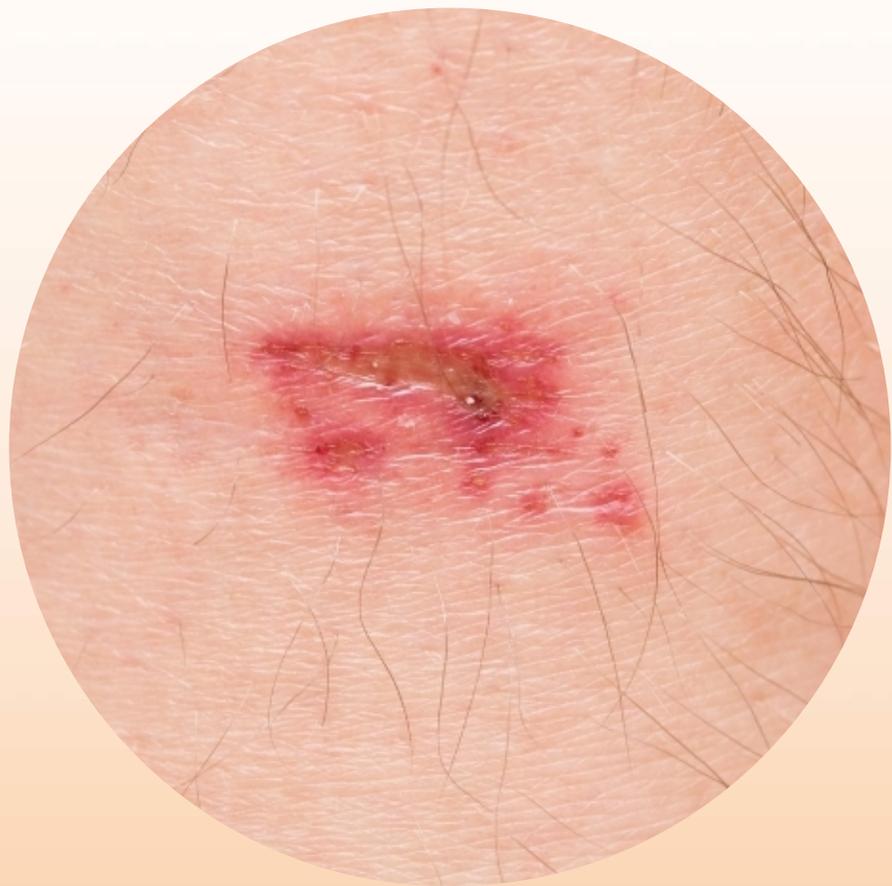


调节功能

皮肤通过排汗、散热等方式参与体温调节，同时还具有代谢和免疫调节功能。



压疮早期临床表现识别



皮肤颜色变化

受压部位皮肤可能出现红斑、发紫等颜色变化，提示局部血液循环受阻。

疼痛与不适

患者可能主诉受压部位疼痛、麻木或不适感，尤其在变换体位时更为明显。

皮肤温度与硬度异常

受压部位皮肤温度可能升高或降低，同时可能伴有皮肤硬度增加或水肿现象。

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/328042135007007005>