



压疮护理相关知识

汇报人：xxx

20xx-03-19

目录

CONTENTS

- 压疮基本概念与流行病学
- 压疮风险评估与识别方法
- 皮肤保护与伤口处理方法
- 营养支持与饮食调整建议
- 康复锻炼与日常活动指导
- 心理护理及社会支持网络构建



01

压疮基本概念与流行病学

压疮定义及别名

压疮是一种由于局部组织长期受压而导致的病症，也被称为压力性溃疡或褥疮。

这种病症是由于持续缺血、缺氧和营养不良，导致组织溃烂坏死。



发病原因与机制



发病原因

长时间的压力作用于同一部位，使得该部位的血液循环受阻，zu织缺氧、营养供应不足。



发病机制

压力导致ju部zu织变形，血管受压，血流减少，细胞缺氧、代谢障碍，最终导致zu织坏死。



流行病学现状及危害



流行病学现状

压疮在康复治疗、护理中是一个普遍性的问题，尤其在老年、卧床、截瘫等患者中更为常见。

危害

压疮不仅给患者带来身体上的痛苦，还可能导致感染、败血症等严重并发症，甚至危及生命。



预防措施重要性

01

预防压疮的发生是减轻患者痛苦、提高生活质量的重要措施。

02

通过定期翻身、使用减压垫等预防措施，可以有效降低压疮的发生率。

03

对于已经发生压疮的患者，及时采取治疗措施也是非常重要的。



02

压疮风险评估与识别方法

风险评估工具介绍



BradenScale

一种常用的压疮风险评估工具，通过评估感觉、潮湿、活动、移动、营养、摩擦力和剪切力等因素来预测压疮风险。



NortonScale

另一种压疮风险评估工具，主要评估患者的身体状况、精神状态、活动能力、移动能力和排泄情况等因素。



WaterlowScale

一种更为详细的压疮风险评估工具，包括年龄、性别、体型、皮肤类型、控便能力、食欲、组织营养等多个方面的评估。



早期识别技巧与策略



定期皮肤检查

对患者进行定期皮肤检查，特别是骨突部位，以便及时发现皮肤红斑、水肿等早期压疮迹象。

疼痛评估

压疮早期患者可能会出现疼痛不适，通过疼痛评估可以及时发现并处理潜在的压疮问题。

体位变换

定期变换患者的体位，避免长时间压迫同一部位，以减轻局部组织压力。



高危人群筛查及干预措施

01

高龄、瘦弱、营养不良者

这些人群皮肤薄、抵抗力差，更容易发生压疮，应加强营养支持和皮肤护理。

02

长期卧床、瘫痪者

这类患者活动能力受限，ju部zu织长期受压，应定期翻身、使用气垫床等减压设备。

03

大小便失禁、出汗多者

这些患者皮肤潮湿、易受刺激，应保持皮肤清洁干燥，及时更换尿布、床单等物品。

持续改进在风险评估中应用

定期评估

对患者进行定期压疮风险评估，以便及时发现和处理潜在的压疮问题。

反馈机制

建立有效的反馈机制，将评估结果及时反馈给医护人员和患者家属，共同制定并实施针对性的干预措施。

质量监控

通过质量监控来评估压疮风险评估和干预措施的效果，以便不断改进和优化护理方案。



03

皮肤保护与伤口处理方法



皮肤清洁与保湿措施

皮肤清洁

使用温和的清洁剂，避免使用刺激性强的肥皂或沐浴露，保持皮肤清洁干燥，减少细菌滋生。

保湿措施

使用保湿霜或乳液，保持皮肤水分，防止皮肤干燥、开裂，有助于预防压疮的发生。



伤口分类及愈合过程简述

伤口分类

压疮伤口可分为浅表性、溃疡性和坏死性，根据伤口的严重程度和深度进行分类。

愈合过程

压疮的愈合过程包括炎症期、增生期和重塑期，需要合理的护理和治疗措施来促进伤口愈合。





局部用药选择原则及注意事项

ju部用药选择原则

根据压疮的严重程度、伤口类型、细菌培养结果等因素，选择合适的ju部用药，如抗生素、生长因子等。

注意事项

在使用ju部用药时，需注意药物的剂量、使用方法和使用时间，避免药物过敏或不良反应的发生。

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/365114341012012010>