

# 压疮护理评估

汇报人：xxx

20xx-03-22



# 目录

contents

- 压疮基本概念与流行病学
- 压疮风险评估方法
- 皮肤检查与损伤程度判断
- 个性化护理方案制定与实施
- 效果评价与持续改进计划
- 总结：提高压疮护理质量，保障患者安全

# 01

## 压疮基本概念与流行病学



# 压疮定义及分类

压疮是由于身体局部组织长时间受压，血液循环障碍，局部持续缺血、缺氧、营养不良而导致的软组织溃烂和坏死。

压疮定义

压疮分类

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



# 流行病学现状分析



## 发病率

压疮在卧床患者中发病率较高，尤其是老年卧床患者。

## 死亡率

压疮严重时可导致感染、败血症等并发症，甚至危及患者生命。据相关文献报道，压疮患者的死亡率较高。

## 影响因素

压疮的发生与多种因素有关，包括年龄、营养状况、卧床时间、疾病类型等。



# 高危人群识别与筛查

## 高危人群

长期卧床、营养不良、年迈体弱、大小便失禁、水肿、肥胖等患者是压疮的高危人群。

## 筛查工具

可使用压疮风险评估表等工具对高危人群进行筛查和评估，以便及时采取预防措施。

# 预防措施重要性

01



**减轻痛苦**



预防压疮的发生可以减轻患者的痛苦和不适，提高患者的生活质量。

02



**节约资源**



预防压疮可以减少医疗资源的浪费，降低医疗成本。

03



**提高治愈率**



预防压疮的发生可以降低压疮的严重程度，提高治愈率，减少并发症的发生。

02

# 压疮风险评估方法



# 主观评估工具介绍



## 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

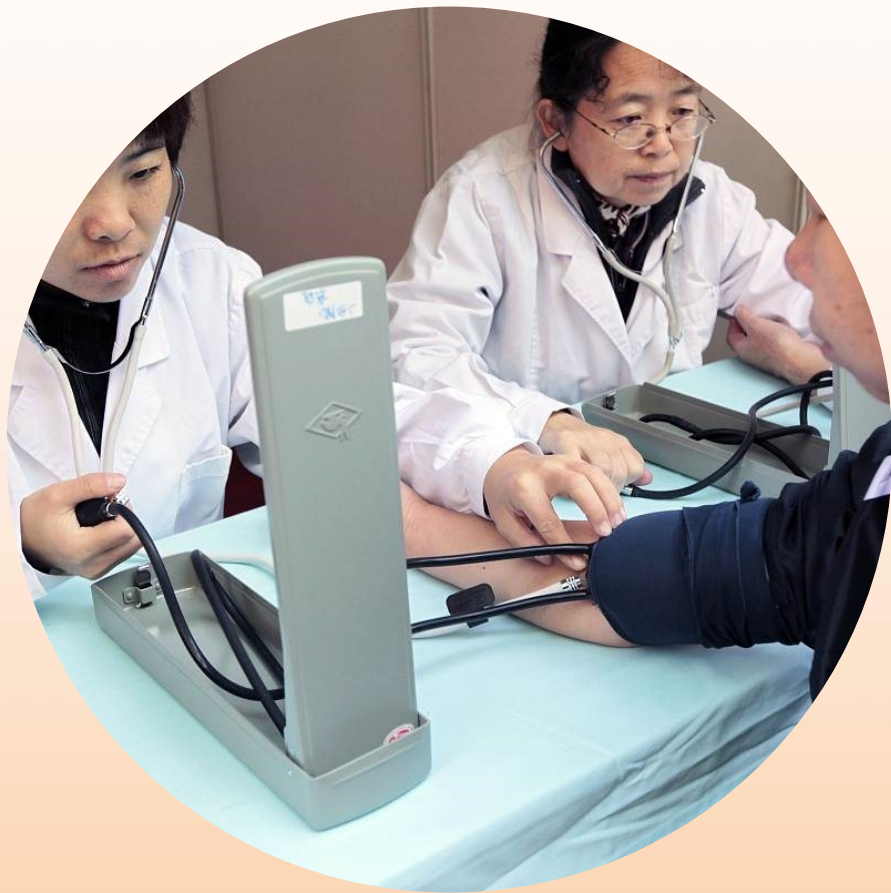
另一种压疮风险评估工具，主要评估身体状况、精神状况、活动能力、移动能力和排泄情况等因素。

## WaterlowScale

一种更为详细的压疮风险评估工具，涵盖了年龄、性别、体重、身高、皮肤类型、营养状况、控便能力、运动能力、食欲、组织耐受力等多个方面。



# 客观检查手段应用



## 皮肤观察

观察皮肤颜色、温度、湿度、完整性及有无红斑、水泡、破损等迹象。

## 体位评估

评估患者体位是否正确，有无长时间压迫同一部位的情况。

## 辅助检查

如超声波、红外线等检查手段，可以检测皮肤下层组织的变化，早期发现压疮风险。



# 综合评估策略制定



## 01

结合主观评估和客观检查结果，制定个性化的压疮风险评估策略。

## 02

根据患者病情、营养状况、活动能力等因素，动态调整评估策略。

## 03

加强医护团队协作，共同关注患者压疮风险，确保评估结果的准确性和及时性。





# 风险评估结果解读



根据评估结果，将压疮风险分为高、中、低三个等级，并制定相应的护理措施。



对高风险患者，应加强皮肤护理、定期翻身、使用减压垫等措施，降低压疮发生率。



对中低风险患者，应定期进行压疮风险评估，及时发现并处理压疮风险因素。

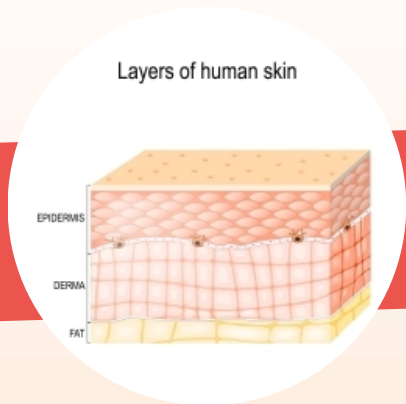


# 03

## 皮肤检查与损伤程度判断

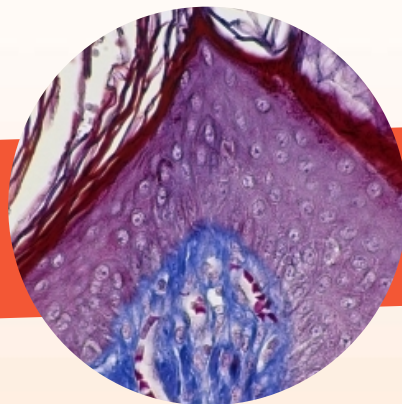


# 皮肤正常生理结构复习



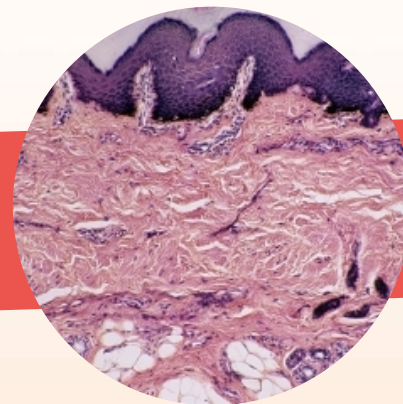
## 表皮层

了解表皮层的厚度、细胞构成及角质层的作用。



## 真皮层

熟悉真皮层的结缔组织、血管、神经和附属器官等结构。



## 皮下组织

了解皮下组织的构成及其在皮肤功能中的作用。



## 损伤程度分级标准掌握

### 轻度压疮

表现为皮肤局部红斑、水肿，但无破损。

### 中度压疮

皮肤表层破损，形成浅表性溃疡，伴有渗出液。



### 重度压疮

皮肤全层受损，形成深在性溃疡，甚至累及肌肉、骨骼等深层组织。



# 局部血液循环观察技巧



01

## 观察皮肤颜色

注意皮肤是否出现苍白、发红、发绀等异常颜色。

02

## 触摸皮肤温度

感受皮肤温度是否异常升高或降低。

03

## 检查毛细血管充盈时间

按压皮肤后观察毛细血管充盈速度，判断局部血液循环状况。



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/538043024007007005>