



康复科压疮病人的 护理



演讲人：

日期：



目录

- 压疮基本概念与发病原因
- 康复科压疮患者评估方法
- 康复科压疮治疗原则及方案制定
- 康复科压疮患者日常护理要点
- 康复科团队协作在压疮护理中作用
- 总结：提高康复科压疮病人护理质量策略





01

压疮基本概念与发病原因



压疮定义及分类

压疮定义

压疮又称压力性溃疡、褥疮，是由于局部组织长期受压，发生持续缺血、缺氧、营养不良而致组织溃烂坏死。

压疮分类

根据压疮的严重程度可分为四期，即红斑期、水泡期、溃疡期和坏死期。



发病原因与危险因素



发病原因

长期卧床、久坐、局部受压、血液循环障碍等

。



危险因素

高龄、消瘦、瘫痪、意识不清、大小便失禁、营养不良、糖尿病等。

临床表现与诊断依据



临床表现

受压部位出现红斑、水泡、溃疡、坏死等，严重时可伴有感染、败血症等。

诊断依据

根据病史、临床表现及体格检查，结合实验室检查和其他影像学检查进行诊断。

预防措施重要性

01

预防压疮发生

针对危险因素进行干预，如减轻局部压力、改善血液循环、保持皮肤清洁等。

02

减轻病情和痛苦

预防压疮的恶化，减轻患者的疼痛和不适，促进康复。

03

降低医疗成本

预防压疮的发生和恶化，可以减少医疗资源的浪费，降低医疗成本。





02

康复科压疮患者评估方法



全面身体检查



生命体征监测

包括体温、脉搏、呼吸、血压等指标。



营养状况评估

观察患者有无贫血、消瘦、低蛋白血症等营养不良症状。



皮肤状况检查

观察患者全身皮肤情况，特别是受压部位有无压疮、红斑、水肿等。

局部伤口评估技巧



● 伤口类型判断

根据伤口颜色、渗出液、组织形态等判断伤口类型。

● 伤口大小测量

使用专业工具准确测量伤口的长度、宽度、深度等。

● 伤口感染评估

观察伤口有无红肿、疼痛、渗出液增多等感染迹象。

疼痛程度和功能受限情况分析



疼痛程度评估

采用疼痛评分量表评估患者的疼痛程度。



功能受限分析

评估压疮对患者日常生活、行动能力的影响。

心理状态和社会支持网络了解

心理状态评估

观察患者有无焦虑、抑郁等心理问题。

社会支持网络了解

了解患者的家庭、朋友、同事等社会关系，评估其社会支持程度。





03

康复科压疮治疗原则及方案制定



局部伤口处理策略

创面清洁

采用生理盐水或适合的伤口清洁剂，轻柔地清洁伤口，去除坏死组织和分泌物。

选用合适的敷料

根据伤口情况，选择具有吸收渗液、保持伤口湿润、促进愈合的敷料。



伤口评估

定期评估伤口的大小、深度、颜色及渗出物等，以了解愈合情况。

。

预防感染

遵循无菌操作原则，定期更换敷料，防止交叉感染。

疼痛管理和控制技巧



疼痛评估

采用疼痛评估工具，评估患者的疼痛程度和性质。

药物镇痛

根据疼痛评估结果，遵医嘱使用镇痛药物，如非甾体抗炎药、阿片类药物等。

非药物镇痛

采用按摩、冷敷、热敷等非药物方法，缓解疼痛和肌肉紧张。

心理支持

提供心理支持，帮助患者树立战胜疾病的信心，减轻疼痛感受。

营养支持和饮食调整建议

01

高蛋白饮食

增加蛋白质摄入，促进组织修复和伤口愈合。

02

维生素和矿物质补充

多吃新鲜蔬菜和水果，补充维生素和矿物质，提高身体免疫力。

03

少量多餐

保持饮食均衡，避免过度饥饿或暴饮暴食，以免影响伤口愈合。

04

忌刺激性食物

避免辛辣、油腻等刺激性食物，防止伤口感染。

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/676144231010011015>