

压疮的预防护理研究进展

钟建群

(广西钦州市第一人民医院呼吸内科,钦州市 535000)

【关键词】 压疮;预防;护理

【中图分类号】 R 473.6;R 632.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1673-7768(2010)05-0537-03

压疮或压力性溃疡,是由于身体局部组织长期受压,血液循环障碍,组织营养缺乏,致使皮肤失去正常功能,而引起的组织破坏和坏死^[1]。美国全国压力性溃疡顾问小组2007年重新定义压疮:压疮是局部皮肤及/或皮下组织的损伤,通常在骨隆突处,由于受压力/压力+剪力/摩擦力的组合而引起。很多与压疮有关或混合的因素的重要性仍有待说明。压疮的发生不仅给患者带来痛苦,而且降低患者的生活质量。特大压疮常经久不愈,患者会出现严重感染,全身衰竭甚至危及生命^[2]。因此,通过有效的防治方法,避免压疮的发生,提高和缩短压疮的治疗时间,是防治压疮的关键。

1 压疮的认识

国内大多学者认为压疮完全可以预防,除不允许翻身的特殊患者外一律不得发生压疮,带压疮入院者不准扩大^[3]。国外观点:压疮在部分病人中是可以预防的,但并非全部,因软组织损耗失去保护作用,自身修复困难。神经疾病患者丧失感觉的部位营养不良、循环不良,很难防止压疮的发生。成人呼吸窘迫综合征患者如果改变体位可引起缺氧;心脏病患者翻身可引起心律不齐等。故认为护理不当可以发生压疮,但也不能把所有压疮都归咎于护理不当。有关人员对比压疮发生率有详尽的统计,一般医院压疮发生率为2.5%~8.8%;住院老年患者发生率在10%~25%;ICU内压疮发生率为14%~41%;家庭长期卧床与住院患者压疮发生率之比为9:1;压疮在老年和骨科康复领域发生率为14%~19%;脊髓损伤患者发生率25%~85%,8%与死亡有关。

2 压疮发生的危险因素

2.1 局部因素

2.1.1 压力 压力是最重要的致病因素,压力施加于骨隆凸处、坐骨结节、尾骶部、股骨转子、踝关节、足关节最易发生压疮,并且与压力的大小和受压时间长短有关。长达4 h的4.67 kPa以下的压力或不断变化压力下即使压力达25.3 kPa持续1 h也不至于出现组织改变。但是如果9.3 kPa的压力持续2 h就可能引起不可逆的细胞变化^[4]。

2.1.2 摩擦力 摩擦力是指人体处于不稳定体位持续倾滑的趋势时产生的力。力作用于上皮组织,会去除外层保

护性角质化皮肤,增加对压疮的易感性。床铺皱褶不平,有渣屑或搬动时拖、拉、拽、扯患者均产生较大的摩擦力^[5]。

2.1.3 剪切力 是指不同层次或部位的组织间发生向不同方向的一种力,压力与剪切力共存时,会切断较大区域的血液供应。患者平卧时应注意骶尾部、头后部、肩胛部、足跟压疮的预防。

2.1.4 潮湿 潮湿的主要原因是由于患者大小便失禁、引流液的污染、出汗、渗出性伤口所至,长期潮湿可引起皮肤软化,削弱皮肤的屏障作用。

2.2 全身性因素

2.2.1 体温 体温每升高1℃能增加组织代谢和氧需的10%,当持续压力引起组织缺血时任何温度的升高都将增加组织产生压疮的易发性^[6]。预防压疮的误区之一是使用烤灯,使用烤灯等可使皮肤干燥及皮肤温度升高,组织细胞代谢及耗氧量增加进而造成细胞缺血、甚至坏死。

2.2.2 营养、感觉、年龄及其他因素 大多数病人组织对一定程度压力有一定代偿能力,某些病患者则不然,糖尿病患者末梢神经感觉减退易发生压疮,神经系统疾病患者丧失感觉的部位营养及循环不良易发生压疮,四肢瘫痪、截肢时丧失交感性张力致使循环阻滞易发生压疮,还有癌症晚期、重度营养不良、心衰或各种疾病所致机体水肿及皮肤抵抗力下降、皮下脂肪减少等患者也好发压疮。老年人皮肤松弛、干燥、皮下脂肪萎缩、缺乏弹性、皮肤易损性增加,易发生压疮。

3 易患人群及压疮危险因素的评估

3.1 预防压疮所使用的器材昂贵,若用之预防压疮的发生人力物力上均需付出较高的代价,故主张对压疮患者采取积极的预防措施。压疮患者的拟定是根据英国皮肤及伤口护理中心^[7]和美国国家压疮顾问委员会提供的资料并结合我国临床实际共同拟定的,具体如下:(1)意识不清、大小便失禁、感觉、活动力及运动力减弱或消失;(2)危急重症、严重的慢性或终末期疾病;(3)营养失调严重、中度以上贫血、极度瘦弱;(4)严重脱水、严重水肿;(5)疼痛及其他原因所致固定:如骨折、上支架、石膏等;(6)心血管疾病:心衰、糖尿病及其他疾病所致周围血管疾病;(7)腰以下手术、手术时间>2 h的手术;(8)组织创伤、烧伤等;(9)长期使用镇静剂、类固醇、毒性药物;(10)入院时已有压疮、陈旧性压疮史(1年以上),年龄≥65岁,非体检病人。

3.2 压疮危险因素评估:定时评估,入院时评估、3~7 d 评估1次、发生病情变化重新评估。最重要的是及时发现压疮高危患者,在临床上获得广泛认可及使用的压疮危险因素评估表有 Anderson 评分量表、Waterlow 评分量表、Noyton's 评分量表、Brachen 评分量表、Cubbin 和 Jackson 评分量表等^[8]。以下是我科使用的压疮危险因素评估表。

表1 压疮危险因素评估表

项目	1分	2分	3分	4分
1. 营养	好	一般	差	极差
2. 水肿	无	轻度	中度	重度
3. 神志	清醒	淡漠	模糊	昏迷
4. 活动度	活动自如	轻度受限	截瘫偏瘫	绝对制动
5. 活动能力	经常行走	扶助行走	依靠轮椅	卧床不起
6. 皮肤 (受压部位)	完整	皮疹	局部红肿	其他严重皮肤病或外伤皮肤
7. 排泄	正常	小便失禁	大便失禁	大小便失禁

评定标准:14~15分提示有轻度危险;16~17分提示有中度危险;18~19分提示高度危险;20分以上提示极度危险(病人在住院期间可能会发生难免压疮)。一个理想的评估量表应该是护理人员易于掌握和应用,即具有方便性、实用性、科学和准确性,易于确定危险程度的差异,能积极预测压疮的发生。

4 压疮的预防和护理措施

压疮的预防主要是加强支持疗法和护理健康教育,消除发生压疮的危险因素,采取局部和全身情况相结合的预防护理措施。

4.1 压力的缓解 压力是造成压疮最主要的原因,因此,预防压疮的发生除协助患者翻身、变换体位外还要合理使用减压器具如海绵垫、充气床垫、软枕、水床、水垫、筒易减压气囊等。橡胶气圈没有显示出能减压的作用,不建议使用,气垫圈、橡胶圈使局部血循环受阻,造成静脉充血与水肿,同时妨碍汗液蒸发而刺激皮肤,不宜使用。间歇性解除压力是预防压疮的关键,对病情允许翻身的患者,至少每2 h 翻身1次,必要时每1 h 翻身1次,长期使用座椅的患者,应每20~30 min 变换1次受压部位或每1 h 由护士协助换位和转换支撑点的压力,翻身或移动体位时,避免拖、拉、拽、扯、推等。可通过提起床单来抬高病人以减少摩擦力,受压部位粘帖水胶体敷料或透明薄膜。Guttman^[9]提出与侧卧位相比,将患者侧倾30°并用枕头支撑的这种体位,可使患者始终避开了自身骨突起部位,较好地分散压力,因此减低了压迫性溃疡的风险,几乎所有的实验研究都支持这种方法,并表明30°倾斜体位有利于某些解剖部位的压力分散和血液流动。平卧位抬高床头时不应超过30°,用膝枕、脚枕把剪切力减至最低。还有保持皮肤清洁、干净,避免潮湿刺激,使用防压疮皮肤护理液如赛肤润等,改善皮肤循环及营养状况,提高皮肤抵抗能力。预防压疮的误区:频繁过度清洁皮肤,用热水或酒精等消毒液擦拭皮肤,独自

搬动危重患者。建立翻身卡,落实翻身制度,采用正确的翻身方法,各班详细评估记录身体各部位皮肤情况及危险因素,并进行动态观察及严格床头交接班等均是预防压疮的有效措施。

4.2 正确按摩 以往认为对受压部位、骨隆突处进行按摩可以促进血液循环,但国外护理界不主张对受压部位进行按摩预防压疮。按摩无助于防治压疮,因软组织受压变红是正常皮肤保护性反应,解除压力后一般30~40 min 会自动褪色,不会形成压疮,如持续发红,则表明软组织损伤,按摩必将加重损伤程度^[10]。局部按摩使骨突处组织血流量下降,组织活检显示该处组织水肿,分离,因此应避免以按摩作为各级压疮的处理措施。但按摩法可以应用于皮肤无发红的部位。康惠尔水胶体敷料或透明薄膜等保护贴可应用于皮肤发红部位及受压部位,改善局部的供血、供氧,减少受压部位摩擦力和剪切力,还能吸收分泌物,保持皮肤适宜温度及正常pH值。预防压疮的误区:涂抹凡士林、氧化锌软膏等油性剂,因这些药物无透气性,亦无呼吸功能,其水分蒸发量维持在一个较低水平上,远低于正常皮肤的水分蒸发量,导致皮肤浸渍。

5 压疮的治疗与护理

5.1 压疮的分期 不要忽视压疮的分期,正确的评估对创面的转归、愈合时间和治疗费用有一定的预测作用。国内分四期。I期(淤血红润期):局部组织持续性发红或发展为红斑。II期(炎性浸润期):真皮受损,出现水泡、糜烂、浅表溃疡。III期(浅表性溃疡期):受损组织深达真皮层以下,累及皮下脂肪层。IV期(坏死溃疡期):皮肤缺损,广泛性损伤,伴有组织坏死或肌肉、肌腱、关节囊及骨的损伤。美国全国压力性溃疡顾问小组2007年重新定义分期:(1)怀疑深层组织损伤:潜在的软组织受压力或剪切力的损害,充血明显,与周围的组织相比,这些区域的软组织之前可能有疼痛、坚硬、潮湿、发热或冰冷。(2)I期:处在危险中(潮红期),血流受阻,皮肤完整,出现指压不会变白的红印,或压力解除30 min 后局部皮肤仍发红。(3)II期:水泡期,表皮或真皮受损,但尚未穿透真皮层,有疼痛,有渗液,但无坏死组织。(4)III期:浅度溃疡期,表皮或真皮全部受损,穿入皮下组织,但未穿透筋膜及肌肉层,有的部位可能是表浅的,如枕部、踝部等;有坏死组织,出现凹陷。(5)IV期:深度溃疡期,全皮层损害,涉及肌肉、骨骼,有潜行、深洞、坏死组织、有渗出、臭味。(6)无法界定的分期:失去正常皮肤组织,伤口被不同颜色的腐痂和痂皮覆盖,只有将腐痂或痂皮充分剥落后,才能确定真正的深度和分期。踝部和足跟部的焦痂是稳定的(干燥的,粘附牢固的,完整且无红斑或波动的)可作为身体自然屏障,不应去除。

5.2 治疗与护理 (1)伤口的评估:“五步法”评估伤口,一视,二嗅,三触,四量,五摄。四量:测量表面最长处最宽处,以头坐标,纵轴为长,横向为宽。护理记录单应描述压疮的部位、长宽、宽度、创面、类型等。(2)I期压疮:用赛肤

润按摩,(适用于皮肤营养差及长期卧床的病人),水胶体敷料,透明薄膜粘贴,特别消瘦的病人适用泡沫敷料。(3) II期压疮:水泡的处理原则是保护皮肤,避免感染。如小水泡 < 5 mm,应减少摩擦,防感染,让其自行吸收,可贴水胶体敷料或泡沫敷料,5~7 d 更换 1 次。如水泡 > 5 mm,消毒,水泡低位剪,抽吸渗液,涂皮维碘-优拓-方纱,每天或隔天更换,2~3 d 后消毒后贴水胶体敷料或泡沫敷料,5~7 d 更换 1 次。(4) II期压疮创面的处理:创面无渗液或渗液少,贴水胶体敷料,5~7 d 更换,创面渗液多,贴藻酸盐敷料、泡沫敷料,2~7 d 更换。(5) III、IV期压疮创面处理:应遵循 TIME 原则,T:清除坏死组织,尽快清除黑痂或腐烂组织,清洗,用刀片在焦痂上划 V 形痕迹,贴水胶体,达到自溶性清创。清洗,剪除黄色腐烂肉,贴藻酸盐敷料或泡沫敷料。I:控制感染,使用银离子敷料。M:促进肉芽生长,新的观点认为,伤口湿性愈合 = 适度湿润的环境 + 密闭的环境,因此不主张每天换药和使用烤灯。E:促进上皮爬行,使用水胶体或透明薄膜,促进上皮爬行,保护新生的上皮组织。

5.3 水胶体敷料使用注意事项 伤口位于背部或其他易摩擦部位,可用胶布四周固定,延长使用时间,一般 5~7 d,并标明时间。如有渗液流出或卷边,请及时更换。当水胶体敷料吸收伤口渗液后,水胶体敷料膨胀变色,变成柔软的水凝胶,勿需认为是伤口感染。

5.4 营养及心理护理 加强营养,给予患者富有营养易消化的高蛋白、高热量、高维生素饮食,对不能进食的病人,给予鼻饲,低蛋白血症患者可静脉输入血浆和人血白蛋白,以增加机体抵抗力。护理人员应采取各种沟通技巧和患者沟通,细心耐心安慰,提高患者承受能力。对病人和家属进行知识宣教,使他们了解引起压疮的因素及其危害、预防措施、营养的重要性、定期复查血红蛋白及白蛋白等的必要性。对家属、病人、护工和护士等进行教育是成功预防压疮和处理已发生压疮的关键所在。

· 病例报告 ·

甲状腺髓样癌多脏器转移 1 例

曾国群

(武警广西总队医院肿瘤内科,广西南宁市 530003)

【关键词】 甲状腺髓样癌;手术;化疗治疗;预后

【中图分类号】 R 736.1 【文献标识码】 B 【文章编号】 1673-7768(2010)05-0539-02

甲状腺髓样癌(MTC)多脏器转移病变少见,国内外文献报道不多,我科 2009 年收治 1 例,现报告如下。

1 临床资料

患者 男性,36 岁,发现颈部无痛性肿物 2 d 于 2008 年 9 月 17 日入院,门诊 B 超发现甲状腺左叶实质性占位。查

6 小 结

压疮预防的费用仅仅是治疗费用的四分之一,降低压疮发生率重在预防。使用新型敷料价格相对传统纱布类敷料偏高,但病人换药时痛苦轻,换药次数少,综合治疗费用少,能明显降低护士的劳动强度,使得复杂的换药操作变得简单易行。现代伤口愈合理论认为,伤口愈合 = 湿润环境 + 密闭的环境。

参 考 文 献

- [1] 殷 磊. 护理学基础[M]. 北京:人民卫生出版社,2003:216-217.
- [2] 刘光维. 压疮的防治进展[J]. 护理学研究,2005,19(10):2082-2084.
- [3] 刘俊玲. 预防压疮的护理研究进展[J]. 当代护士(学术版),2008,(11):6-8.
- [4] 何华英,杜 峻,王素芳,等. 压疮危险因素预测及预防护理研究进展[J]. 护士进修杂志,2005,20(9):803-805.
- [5] 陆 薇,温 嫔,谢 晖,等. 临床压疮护理预防及基础循证研究[J]. 国际护理学杂志,2006,25(4):247-49.
- [6] 何华英,杜 峻,王素芳,等. 压疮危险因素预测及预防护理研究进展[J]. 护士进修杂志,2005,20(9):803-805.
- [7] Marten Butcher NICE Clinical Guidelins: Pressure ulcer risk assessment And prevention - a review[M]. Wood wide wounds, UK, July, 2001:996-997.
- [8] 谢小燕,刘雪琴. 对护士压疮防治相关知识现状的调查[J]. 中华护理学杂志,2005,40(1)67-68.
- [9] 沈雅芬,王晓黎. 临床护理评估活动中的误区和对策[J]. 中华护理学杂志,2003,38(7):575.
- [10] 苏春燕. ICU 患者压疮危险因素及其评估工具[J]. 护理研究,2005,19(9):1695-1697.

(收稿日期:2010-07-04 修回日期:2010-09-12)

体:颈部不对称左甲状腺隆起一包块,圆形,直径约 3 cm,局部无红肿,质硬,边缘清楚,可随吞咽移动,心肺正常,肝脾肋下未触及,甲状腺功能、肝功能、B 超、肝脾胆胰肾均未见异常。行甲状腺大部分切除术 + 双侧淋巴结清扫。病理:甲状腺髓样癌(色素型)。免疫组化:MelanA(+),降钙素(+),S-100(+),HMB45(+). 术后消炎对症治疗,出院