



压疮护理

韩斌如 王欣然 ■ 主编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

国家科学技术学术著作出版基金资助出版

压 疮 护 理

主 编 韩斌如 王欣然
副主编 赵晓维



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

图书在版编目(CIP)数据

压疮护理/韩斌如,王欣然主编. —北京:科学技术文献出版社,2013.1
ISBN 978-7-5023-7167-8

I. ①压… II. ①韩… ②王… III. ①褥疮-护理 IV. ①R473.6

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 009274 号

压疮护理

策划编辑:付秋玲 责任编辑:付秋玲 责任校对:张叫噪 责任出版:张志平

出 版 者	科学技术文献出版社
地 址	北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部	(010)58882938,58882087(传真)
发 行 部	(010)58882868,58882866(传真)
邮 购 部	(010)58882873
官 方 网 址	http://www.stdp.com.cn
淘宝旗舰店	http://stbook.taobao.com
发 行 者	科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者	富华印刷包装有限公司
版 次	2013 年 1 月第 1 版 2013 年 1 月第 1 次印刷
开 本	889×1194 1/16 开
字 数	540 千
印 张	20.25 彩插 40 面
书 号	ISBN 978-7-5023-7167-8
定 价	69.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书,凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

压疮,是由于身体局部组织长期受压,血液循环障碍,组织营养缺乏等原因,而引起的组织破损和坏死。压疮至今仍是护理学领域的难题,它不仅降低病人的生活质量,而且消耗了极多的医药、护理费用。为加大压疮的管理与研究,美国和欧洲分别设有压疮的防控组织体系,并在此领域展开了一系列的相关研究,这对压疮的防控起到了积极作用。然而,国内护理领域对于压疮的认识还相对滞后,相关知识尚未普及,从而导致知识更新速度慢,不能快捷地把新的理论有效运用到临床护理中。近年来国内许多护理人员已经意识到压疮的防控对于护理工作的重要性,相关知识、技能的学习需求越来越大。同时迫切需要压疮护理的专业书籍来指导临床护理工作。但目前压疮护理方面的书籍有限,本书正是针对临床这一迫切需求编写的一本压疮护理方面的专著,突出知识新与实用性强的特点,总结了多年临床护理实践与教学所做的系列研究及成功经验的同时,还参考了大量国内外相关资料,以图示、病例分享等方式高度概括、深入浅出地阐述并分析了压疮护理实践中的重点及难点问题。本书内容共分四篇 17 章,涵盖了目前压疮护理各方面内容。其中包括压疮概论、压疮的皮肤生理、形成机制、压疮的识别、愈合、敷料的选择与运用、感染、营养、风险评估、各级压疮的处理、防护、特殊患者的压疮预防、病例分析、健康教育、社区压疮预防、压疮的质量管理及压疮的护理研究等内容。本书更新了压疮护理理念,纠正在护理理论与实践中的误区,对临床压疮护理有着指导作用,也是护士规范化培训、在职教育、护理院校实习生临床实践的参考书。

本书在编写过程中,承蒙科学技术文献出版社给予的大力支持,在此表示衷心地感谢。为了保证本书的内容具有实用性和科学性,主编和编写者尽最大努力,反复斟酌、修改,但限于时间和水平,仍难免有欠缺之处,恳请读者指正。

首都医科大学宣武医院

韩斌如

编写人员名单

主 编 韩斌如 王欣然
副 主 编 赵晓维
编写人员 (按姓氏笔画为序)

王 玲	王 威	王 思	王会元
王欣然	王雅菁	石长瑞	冯新玮
朱晓红	刘 宁	刘大川	刘凤春
齐 颖	杨 洋	张 琰	陈 宏
陈欣欣	欧 洲	岳 鹏	赵晓维
侯丽敏	曹 峰	梁 潇	寇京莉
尉俊铮	韩景璐	韩斌如	景肖玲
姜红涛	鲍月红	穆 红	

特 邀 张剑峰(北京大学第一医院)、
周红(儿童医院)参与编写,特此感谢

目 录

第一篇 压疮相关基础知识

第一章 压疮概论	3	第五节 促进伤口愈合的因素	55
第一节 压疮的历史沿革	3	第六节 伤口愈合的评价	56
第二节 压疮的流行病学介绍	4	第六章 伤口敷料的选择与运用	60
第二章 皮肤生理	9	第一节 伤口敷料的历史演变	60
第一节 人体皮肤解剖和组织学基础	9	第二节 伤口敷料的种类	61
第二节 皮肤的生理功能	13	第三节 伤口敷料的选择	65
第三节 皮肤组织病理学概述	19	第四节 伤口敷料的运用	68
第三章 压疮的形成机制	22	第七章 压疮与感染	71
第一节 缺血性损伤学说	22	第一节 压疮感染的微生物学基础	71
第二节 再灌注损伤学说	25	第二节 压疮感染的诊断与治疗	74
第三节 细胞变形学说	28	第三节 微生物标本的采集	77
第四章 压疮的识别	32	第四节 感染伤口消毒液的选择	79
第一节 伤口的定义及分类	32	第五节 抗菌药物的合理使用	80
第二节 伤口的评估	33	第六节 预防感染的必要措施	85
第三节 压疮的分期与分型	36	第八章 压疮与营养	88
第四节 压疮的鉴别诊断	39	第一节 营养不良与压疮	88
第五章 压疮愈合	44	第二节 营养评估与营养筛查	89
第一节 再生与修复	44	第三节 正常成人的营养需求	94
第二节 伤口愈合的基本过程	49	第四节 压疮患者的营养治疗问题	96
第三节 伤口愈合的类型	52	第五节 能量消耗的评估	99
第四节 影响伤口愈合的因素	52	第六节 压疮患者的胃肠内营养支持	103
		第七节 压疮患者的胃肠外营养支持	107

第二篇 压疮的风险评估及处理

第九章 压疮风险评估 115

- 第一节 护理风险管理相关概念 115
- 第二节 压疮风险预警体系 116
- 第三节 压疮危险评估工具介绍 120
- 第四节 压疮风险评估过程中护理思维的培育 127

第十章 各级压疮的处理 130

- 第一节 I 期压疮的处理 130

- 第二节 II 期压疮的处理 133

- 第三节 创面床准备 134

- 第四节 III、IV 期压疮的处理 138

- 第五节 难以分期及可疑深度压疮的处理 141

- 第六节 压疮的手术治疗 142

- 第七节 重度压疮患者围术期的护理 ... 146

- 第八节 压疮的高压氧治疗 149

第三篇 压疮护理的临床实践

第十一章 压疮防护技术 157

- 第一节 患者清洁技术 157
- 第二节 协助患者移动转运技术 163
- 第三节 外固定压疮预防技术 175
- 第四节 压疮护理相关无菌技术 182

第十二章 特殊患者压疮预防及相关技术 ... 190

- 第一节 重症患者压疮的防护 190
- 第二节 手术患者术中压疮的防护 201
- 第三节 骨科患者压疮的预防 209
- 第四节 神经科患者压疮的防护 212
- 第五节 急诊患者压疮的防护 219
- 第六节 老年患者压疮的防护 221
- 第七节 小儿患者压疮的防护 223
- 第八节 尿失禁患者压疮的防护 226
- 第九节 大便失禁患者压疮的防护 233
- 第十节 伤口大量渗出患者压疮的防护 236
- 第十一节 心脏病患者压疮的防护 237
- 第十二节 糖尿病患者压疮的防护 240

- 第十三节 烧伤患者压疮的防护 243

- 第十四节 肥胖患者压疮的防护 246

第十三章 压疮护理病例分析 251

- 第一节 压疮风险评估与预防病例分析 251

- 第二节 I 期、II 期压疮处理病例分析 256

- 第三节 深度压疮处理病例分析 260

第十四章 压疮防护的健康教育 266

- 第一节 健康教育基本知识 266

- 第二节 针对患者的压疮防护健康教育 269

- 第三节 针对照顾者的压疮防护健康教育 272

第十五章 社区压疮预防及护理 275

- 第一节 社区护理学概述 275

- 第二节 压疮的社区预防及护理 278

- 第三节 社区压疮护理的完善与发展 ... 282

第四篇 压疮护理管理

第十六章 压疮护理的质量管理	287	第七节 压疮质量管理中的问题及 改进建议	301
第一节 护理质量管理评价指标	287	第十七章 压疮的研究	304
第二节 压疮护理管理体系的介绍	290	第一节 压疮防治网络资源的利用	304
第三节 压疮护理管理体系的建立	292	第二节 我国压疮临床研究方向 及趋势	308
第四节 压疮护理管理体系的运行	292	第三节 常用压疮实验动物模型	309
第五节 压疮质量管理效果评价	296		
第六节 专科护士培养	297		

第一篇 压舱相关基础知识

第一章 压疮概论

压疮(pressure sore)是由于肢体突出部位组织受长期压迫导致局部组织持续缺血、缺氧、营养不良而致组织坏死形成的软组织溃疡。压疮是长期卧床病人在临床上常见的并发症,也是护理工作中较为棘手的问题。

第一节 压疮的历史沿革

在中医典籍中,“席疮”是与“压疮”雷同的名词。最早记载有关压疮的医书为明代申斗垣的《外科启玄》,其中记载“席疮乃久病之人挨擦磨破而成”。在清代顾世澄编著的《疡医大全》第三十五卷中,更明确记载压疮的好发对象、部位及难治程度,曰:“席疮乃久病着床之人,挨擦磨破而成。上而背脊,下而尾间,当用马屁勃软衬,庶不致损而又损,昼夜呻吟也。病患但见席疮,死之征也”;“席疮乃大病后久而生眠疮也,乃皮肉先死,不治”。清代钱襄撰著的《侍疾要语》,是现存古代中医文献中,最早较全面论述中医护理的专书,它历述长期卧床的患者预防席疮的具体措施如“久病消瘦,皮肤或碎,须垫以灯草圈则痛处不着褥席”。

自1590年,压疮被称为褥疮,“褥疮”一词来源于拉丁文,意为“躺下”。“褥疮”是一种形象的命名,其把压疮的发生与长期卧床紧密联系在一起,是一种传统习惯的称法,直至今日“褥疮”这一术语仍然在使用。但是若是因久坐原因在坐骨结节处发生溃疡或因站立、行走发生的足底溃疡称之为褥疮显然不太合适,因为在实践中人们发现,这种溃疡不仅发生于卧位,也发生于坐位,并非仅仅是“躺卧引起的溃疡”。因此,“褥疮”一词正逐渐被“压疮”或“压力性溃疡”(pressure ulcer)所替代。因为

“压疮”或“压力性溃疡”从病因、病理生理学角度,更准确概括压疮的实质,反映出受压而引起的病理学变化,更具有科学性。

而“压疮”和“压力性溃疡”这两个命名相比较,又以“压疮”更为恰当、准确,因为“压疮”更能反映其病理特征,即指与局部受压有关的压力性损害,又表明其具有慢性溃疡改变的病变特征;更能反映其临床特征,即与受压部位有关的骨隆突处的局限性损伤,无论患者处于任何体位(卧位、坐位),只要局部有难以释放的压力且引起了皮肤及皮下组织不可逆性的损害,即可命名为压疮,而不仅仅是卧床时才会发生的皮肤损害(褥疮)。此外,“压疮”的命名更为简短并避免与其他部位的溃疡混淆,如被认为与应激有关的十二指肠球部溃疡(人们也习惯于将应激称为“压力”,因而十二指肠溃疡有时也被称为应激性溃疡或压力性溃疡)。将 pressure ulcer 命名为“压疮”,既能反映其病理和临床特征,又能避免与其他概念混淆,是一种较为恰当的命名。

随着命名的改变,新加坡卫生部压疮预测和预防临床护理实践指南工作组2001年将压疮定义修正为“由于切割、摩擦和压迫骨性隆起而造成的局部皮肤、肌肉和肌肉下层组织的损坏”。2007年美国国家压疮专家组(NPUAP)将压疮的定义更新为:“压疮是皮肤或皮下组织由于压力、剪切力或摩擦力而导致的皮肤、肌肉和皮下组织的局限性损伤,常发生在骨隆突处。有很多相关因素或影响因素与压疮有关,但这些因素对压疮发生的重要性仍有待于探索(NPUAP,2007)。”

分析更新的压疮定义,压力、剪切力或摩擦力的联合作用是形成压疮的主要原因,主要受累部位是骨隆突处。更新的定义有助于将骨隆突处的剪



切伤和摩擦伤也归类于压疮,以避免以前将压疮主要归咎于受压,而造成压疮被低估。在临床护理中常会遇到发生在非受压部位的压疮,护理人员应该更加致力于对剪切力和摩擦力的干预,而不是将注意力只集中在分析受压原因上。压疮的干预重在预防,而压疮一旦形成,重要的是采取有效措施进行处理。

第二节 压疮的流行病学介绍

一、流行病学概述

流行病学(epidemiology)是研究特定人群中疾病、健康状况的分布及其决定因素,并研究防治疾病及促进健康的策略和措施的科学。流行病学是预防医学的一个重要学科,通过对疾病分布的描述,可帮助人们认识疾病的流行规律和探索疾病病因的基础,为临床诊断和治疗等提供重要信息;同时,通过对疾病分布规律及其决定因素的分析,可为合理地制定疾病的预防控制策略及措施,以及评价干预措施实施的效果提供科学依据。

流行病学的研究内容包括疾病、伤害和健康三个层次。流行病学任务分三个阶段:第一阶段的任务是“揭示现象”,即揭示流行或分布(其他疾病、伤害与健康)的现象;第二阶段为“找出原因”,即从分析现象入手找出流行与分布的规律与原因;第三阶段为“提供措施”,即合理利用前两阶段的结果,导出预防或处置的策略与措施。流行病学的三大要素为原理、方法和应用。而流行病学应用的范畴包括重大公共卫生问题的确定;突发事件的应急与处理;疾病相关监测;疾病病因和危险因素研究;疾病的自然史研究和疾病防治的效果评价。

二、压疮流行病学研究方法

(一)描述性研究

是压疮流行病学研究的基础,主要方法为现况研究,通过调查描述压疮的分布和各种可疑致病因素的关系,提出病因假说。

(二)分析性研究

选择一个特定的人群,对由描述性研究提出的病因或流行因素的假设进行分析检验。

(三)实验法

流行病学实验是在人群现场中进行的,将观察人群随机分为试验组和对照组,给试验组施加某种干预措施,通过随访观察,判定对压疮的干预措施的效果,进一步验证假说。

三、压疮流行病学调查研究的基本步骤

(一)制定调查设计方案

包括资料搜集、整理和分析资料的计划。搜集资料的计划在整个设计中占主要地位,包括以下内容:

1. 明确调查目的和指标

明确调查目的是了解参数,用以说明总体的特征,还是研究事物或现象之间的关系。前者包括了解某医院或某病区压疮发病及患病情况。后者用以探求人群健康的有关因素或探索病因,如研究压疮的发病原因和相关因素。将调查目的具体化为指标。

2. 确定研究对象和观察单位

调查对象是根据研究目的确定调查总体的同质范围。观察单位是要调查的总体中的个体,也是统计计算的单位。如研究总体是全市综合性三级甲等医院所有 ICU 护士。个体是 ICU 护理工作时间 ≥ 6 个月的护士。

3. 选择调查方法

调查方法按调查范围,可分为全面调查和非全面调查。全面调查是对总体中每个个体都进行调查,如某医院压疮的普查。非全面调查又有典型调查和抽样调查。典型调查是有意识选择好的、中间型的或差的典型进行调查;抽样调查是从总体中随机抽出一部分进行调查,是医学研究中常用的方法。

4. 决定采取的调查方式

有直接观察、采访、填表和通信四种调查方式。前两种方式由调查人员亲自参与和记录,调查质量可靠。后两种方式由被调查者自己填写,若被调查者文化水平高,素质高,乐意配合调查,也可以得到可靠的资料。

5. 设计调查项目和调查表

调查项目包括备查项目和分析项目。备查项目用于核查资料,如被调查者的姓名、性别、住址、



电话以及调查者和调查日期。分析项目用于计算统计指标,分析压疮相关因素或病因。备查项目不可过多,但是必要的分析项目不能少。将调查项目按逻辑顺序排列即可成调查表。

6. 估计样本含量

若进行抽样调查,须估计样本含量,其方法有查表法和公式计算法。

(二)制定调查实施方案

包括人、财、物的准备,调查人员的培训,统一调查方法。最好开展预调查,获得经验,完善调查方案。如“护士对湿性愈合治疗压疮认知度的调查”,调查表设计后,先进行预调查,随机抽取 20 例样本,进行内容一致性信度检验,证明该问卷具有较好的信度后,即可以用于正式调查。

(三)正式调查

调查时把好质量关,调查者了解调查目的、意义、方法,掌握调查对象纳入标准,保证收集的资料完整、准确、及时。

(四)整理、分析资料,写出调查报告

四、常用指标及统计方法

流行病学调查结果进行分析比较时,不能直接应用收集来的绝对数值,而是计算出概率,这里简要地介绍了几种常用的指标及其统计方法。

(一)压疮发生率

压疮发生率是指在一定时间和一定人群中新发生压疮的频率。观察时间一般以年为单位。用作描述疾病的分布,通过比较不同人群的压疮发生率,来帮助确定可能的病因,探讨发生因素,提出病因假说,评价防治措施的效果。发生率的准确性取决于疾病报告,登记制度以及诊断的正确。其计算公式为:

$$\text{压疮发生率}(\%) = \frac{(\text{同一时期内})\text{新发生压疮的例数}}{(\text{同一时期内})\text{处于危险中的人数}} \times 100\%$$

$$\text{或} = \frac{\text{同期新发生压疮的例数}}{\text{同期住院病人数(或出院病人数)}} \times 100\%$$

(二)压疮例次发生率

在压疮监测中,一个患者可能多部位发生压疮,所以还必须计算压疮例次的发生率。压疮例次发生率常高于(病例)发生率,因此在压疮的有关报道中应指出是发生率还是例次率,以便于分析和比较。其计算公式为:

$$\text{压疮例次发生率} = \frac{\text{同期新发生压疮的例次数}}{\text{同期处于危险中的人数}} \times 100\%$$

(三)压疮罹患率

压疮罹患率用来统计处于危险人群中新发生压疮的频率,其分母必须是具有压疮风险的人群数,分子必须是该人群的一部分,常用于表示较短时间和小范围内压疮的发生情况。观察时间的单位可以是日、周或月。其优点是可以根据暴露程度精确测量的发病几率。适用于研究局部地区压疮的情况。其计算公式为:

$$\text{压疮罹患率} = \frac{\text{同期新发生压疮的例数}}{\text{观察期间具有压疮风险的人数}} \times 100\%$$

(四)压疮患病率

压疮患病率也称现患率,是指在一定的时间或时期内,在一定的危险人群中实际发生压疮(新、旧压疮)例数所占的百分比。观察的时间可以是一天或一个时间点,称为时点患病率,若是在一段时间内则称为期间患病率。其计算公式为:

$$\text{压疮患病率} = \frac{(\text{特定时间})\text{存在的压疮例数}}{\text{观察期内处于压疮危险中的人数}} \times 100\%$$

压疮患病率与压疮发生率不同,主要区别在于分子上,发生率是指在某一期间某一人群中新发生压疮的例数所占的比率,而患病率是指某一时间某一人群中所有存在的压疮病例所占的比率;只要观察期间仍未痊愈的压疮均为统计对象,而不管其发生的时间。患病率通常都高于发生率。进行现患率调查必须强调实查率,只有实查率达到 90%~100%,统计分析的材料才有意义和说服力。实查率的计算公式为:

$$\text{实查率}(\%) = \frac{\text{实际调查病人数}}{\text{调查期间住院病人数}} \times 100\%$$

五、压疮流行病学概况

(一)压疮的发生率及治疗费用

在我国,认为压疮完全可以预防的观点占统治地位,使大家不敢上报。隐瞒不报致使大量的压疮患者得不到及时、规范的治疗护理,致使国内尚无权威性的压疮发生率、患病率和压疮治疗护理相关的医疗费用统计数据,也未见有整个机构的压疮发生率和患病率的调查报告。近年来,医疗护理质量管理得到进一步规范。我国亦有文献报道,压疮的发生率为 2.5%~8.8%,有的甚至高达 11.6%。胡宏鸯等参照 Kathy Whittington 于 2005 年进行



了浙江邵逸夫医院压疮发生率和患病率预调查,调查中显示,在患病率调查中,观察病例数 875 例,其中 10 例存在压疮,患病率为 1.14%;发生率调查中,观察病例数 1493 例,14 人出现压疮,发生率为 0.94%。我国亦有文献报道,中国某儿童医院的压疮发生率为 17.56%,而成人压疮发生率为 2.7%~38.0%。

压疮不仅导致了患者的生理及心理伤害,而且也加大了卫生医疗的负担。美国每年有近 100 万名患者发生压疮,治疗费用达到 85 亿美金,治疗 1 例压疮约花费 500~50000 美元,花费金额与压疮的严重程度呈正相关。而来自欧洲压疮顾问小组(EPUAP)的权威数据提示高达 18% 的住院患者发生压疮。在英国,每年用于压疮治疗的资金约为 118 亿~312 亿英镑,而用于预防的经费也在 118 亿~715 亿英镑。而荷兰大于 1% 的卫生保健经费用于压疮的防治或支付压疮所致的住院费用。国外的护理观点认为压疮大部分是可以预防的,但并非全部。Hibbs 认为在已经发生的压疮中,5% 属于不可避免的压疮。如严重负氮平衡的恶液质患者、神经科丧失感觉的患者、营养和循环不良的患者,均易导致压疮的发生。

(二)压疮的年龄分布

老年患者压疮发生率呈直线上升,其中 70% 发生在住院 2 周内。根据美国的相关资料统计,压疮患病率与年龄呈正相关,71% 的压疮出现在 70 岁以上的老年人。据 Perheger 等对 2373 名患者所做的观察显示,40 岁以上患者较 40 岁以下患者压疮患病率高出 6~7 倍。Ketts R 报道,住院患者中老年人的压疮发生率为 10%~25%;护理院老年人第一年压疮的发生率为 9.5%;第二年为 21.6%。压疮和患者的死亡率相关,有研究表明患压疮的老年人出院后的死亡率高达 60%。美国老年患者每年以治疗压疮为主的住院日占到了 53.2 万个,每年可因压疮并发症导致约 6000 例患者死亡。

我国有文献报道,压疮发生率与年龄呈正相关,在被调查的发生压疮的人群中,65 岁以上老人占到 50%。在住院老年人中,压疮发生率为 10%~25%,其中高龄患者压疮发生率可增加到 20%~32%,发生压疮的老年人较无压疮的老年人死亡率

增加 6 倍。

(三)压疮发生地点分布

美国一项压疮患病率的调查显示,在综合性医院为 10%~18%;在长期护理机构为 2.3%~28%,家庭护理中为 9%~29%。而 Ketts R 称,美国一般医院的患者压疮发生率为 2.5%~11.6%,护理之家的被护人员中有 3%~24% 发生压疮。亦有文献报道在养老院压疮的发生率是 4%~24%,在养老院二期压疮发生率是 10.8%~13.3%,一期压疮的发生率上升至 28%。在急救医院,压疮的患病率为 9.2%。老人护理院入院时患病率 17.4%。患病未入院而在家中治疗发生压疮的为 50%,而住院期间压疮的发生率为 42%。整形外科发生率为 15%。加拿大最近的一项研究调查了 45 所医疗机构的 1.4 万例患者,结果显示压疮的发生率在急性病病房为 25.1%,在家庭病房和康疗中心为 29.9%,在综合性医院为 15.1%,所有医疗机构平均的压疮发生率为 26.2%。

我国文献报道,急诊压疮发生率为 9.2%,专科和福利院的压疮发生率为 23%~27.5%,住院老年人的压疮发生率为 10%~25%。

(四)压疮病因及部位分布

Barton 的研究报道,500 例危重患者压疮发生率约占 45%,有压疮的患者护理量增加 50%。Ketts R 报道昏迷、截瘫患者的压疮发生率为 24%~48%,;神经科、慢性病压疮发生率达 30%~60%。另有国外文献统计,手术中压疮发生率在 3%~5%。

我国亦有文献报道,脊髓损伤患者的压疮发生率在 25%~85%,且 8% 与死亡有关。股骨骨折的老人压疮发生率高达 66%;神经科患者压疮的发生率达 30%~60%。

从压疮的发生部位来看,骶尾部仍然是压疮的最高发部位,分别在患病率调查中占 50% 的比例,在发生率调查中占 64.3% 的比例。

六、压疮流行病学研究的几点启示

(一)我国压疮的流行病学监测数据亟待完善

随着医学研究的不断深入,国内外对压疮的防治有了长足的发展。但是,从全球范围来看,压疮的发生率与 15 年前相比没有下降的趋势,至今仍



是护理学领域的难题,它不仅降低患者的生活质量,而且大量消耗医药护理费用,增加患者的痛苦和经济负担,影响疾病的康复,甚至危及患者的生命,还会激化护患之间矛盾。多年来我国有关压疮发生率的数据都在引用国外的统计数据,一直没有多中心、大样本的可靠数据来说明我国各级各类医院压疮的发生率和患病率等指标。因此,要想切实提高压疮的防治水平,实施科学的压疮流行病学指标监测已迫在眉睫。

(二) 提高护理人员对压疮的认知水平尤为重要

护士的知识和态度对临床压疮预防十分重要。在过去的30年里,压疮防治理念发生了巨大的变化。治疗不再是热灯烘烤,PVP消毒,干燥伤口愈合理念已经不是临床处理压疮的标准,取而代之的是湿润伤口愈合理念。然而先进的压疮防治护理始终未渗透到床边和社区医疗卫生服务中,而医生在此方面的认知更为欠缺。在芬兰一项调查结果显示:医护人员对压疮知识了解不足和医护人员人力不足与压疮的增加存在相关性。谢小燕等人通过调查发现护士的压疮防治相关知识相当缺乏,及格率仅为11.7%。另有研究结果显示:压疮常被错误的分类,护士不能正确使用压疮评估表,评分后不能正确判断结果,不知道如何评价措施的有效性。临床上仍在广泛地使用按摩、气圈减压、烤灯等措施。为此应对医护人员进行有循证理论和方法支持的压疮预防教育,更新陈旧的知识结构和理念,使其明白压疮预防的重要性及其操作方法,并获得组织的

支持。

(三) 压疮风险预测及防范能力有待提高

压疮护理最重要的环节是预测和预防,使用风险评估工具发现压疮高危患者,对其进行客观性评估并采取相应的预防措施是预防压疮关键性的一步。目前各类压疮评估工具已逐渐引进临床,但是应用水平却参差不齐,压疮风险预测结果的科学性、可信性、提示性均有待进一步提高,而针对预测结果实施防范措施还存在随意性、经验性、传统性的诸多问题,护理措施落实的情况也难令人满意,急需进一步改进。

(四) 大力推进社区压疮的防治工作

社区公共卫生服务是我国医疗改革的重点,绝大多数慢性病在社区诊治成为趋势,要求医护人员提高技能,深入家庭开展卫生服务工作。有研究表明社区老年慢性患者由于缺少有效的护理和专业性指导,导致院外压疮发生率较高。说明当前社区护理人员急需在压疮防治方面开展更为有效的工作。充分调研以了解社区护士压疮防治观念、知识水平、临床实践状况、社区压疮患者治疗现况,是提高社区护士压疮防治知识和技能的可行途径和方法,也是实施有效压疮防治的前提。

针对以上的问题,希望通过压疮流行病学的研究,更好地帮助人们认识压疮的流行规律和探索压疮的危险因素,为合理地制定压疮的预防控制策略及措施,以及评价干预措施实施的效果提供科学依据。

参 考 文 献

- [1] Amlung, Stephanie R, Miller, Wendy L, Bosley, Linda M. 1999 National Pressure Ulcer Prevalence Survey: A benchmarking approach. ADV SKIN WOUND CARE, 2001, 14: 297~301
- [2] 谢小燕, 刘雪琴. 对护士压疮防治相关知识现状的调查. 中华护理杂志, 2005, 1(40): 67~65.
- [3] 于青, 于兰. 压力性溃疡危险因素的评估[J]. 护士进修杂志, 1996, 11(2): 7~8.
- [4] 张世民. 压疮研究新进展[J]. 国外医学·护理学分册, 1995, 14(5): 193~195.
- [5] 李旭, 杨家林. 国内外护理新进展[M]. 长春: 吉林人民出版社, 2004: 16.
- [6] 沈小芳, 沈艳婷, 汪琪, 等. 压疮预防评估表的设计与应用[J]. 护理学杂志, 2007, 22(2): 44.
- [7] 李晓蓉. 循证护理在骨科患者压疮预防中的应用[J]. 中国实用护理杂志, 2007, 7(23): 14.
- [8] 吴金花. 压疮预防及治疗的进展[J]. 实用护理杂志, 1997, 156(12): 619~620.
- [9] 张长惠. 采用评分法针对危险因素预防褥疮[J]. 国外医学·护理学分册, 1996, 15(5): 202.



压 疮 护 理

- [10]Pokorny ME, Koldjeski D, Swanson M. Skin Care Intervention for Patients Having Cardiac Surgery[J]. Am J Crit Care, 2003, 12(6): 535~544.
- [11]Cuddigan J, Berlowitz DR, Ayello EA. Pressure ulcers in

America: Prevalence, incidence, and implications for the future [J]. Adv Skin Wound Care, 2001, 14 (4): 208~215.

第二章 皮肤生理

第一节 人体皮肤解剖和组织学基础

皮肤被覆于体表并与外界环境直接接触,是人体一种具有重要解剖学和生理学功能的器官。

一、皮肤解剖

皮肤为人体最大的器官,它的总重量约占个体体重的16%。从面积上说,成人皮肤总面积一般为 $1.5\sim 2.0\text{m}^2$,新生儿约为 0.21m^2 。皮肤的厚度随年龄、部位不同而存在较大的差异,皮肤的厚度约为 $0.5\sim 4\text{mm}$ (不包括皮下组织),表皮的厚度一般为 0.1mm ,真皮的厚度是表皮的15~40倍。乳房、外阴、眼睑等处的皮肤最薄,而枕后、项背、臀及掌跖部位的皮肤最厚。皮肤的颜色因人而异,与性别、年龄、种族以及外界环境等因素均密切相关,即使同一人体的皮肤,在不同部位颜色的深浅也不同(彩图1-2-1-1)。

皮肤的表面有许多纤细致密的多走向沟纹称为皮沟(skin grooves),皮沟将皮肤划分为细长而略隆起的皮嵴(skin ridges),较深的皮沟又构成三角形、菱形或多边形的微小区域称为皮野(skin field)。掌跖及指(趾)屈侧的皮沟、皮嵴平行排列并构成特殊的涡纹状图样,称为指(趾)纹,其形态由遗传因素决定,在一生中稳定不变且个体之间存在差别,因此可作为鉴别个体的可靠根据之一。指(趾)纹通常可分为四种类型,即祥形、涡形、拱形(弓形)和混合形。

皮肤的结构分为表皮、真皮和皮下组织三层,表皮与真皮之间由基底膜带相连接。除了本身的

结构外,还含有丰富的血管、淋巴管、神经、肌肉及各种皮肤附属器如毛发、皮脂腺、汗腺和甲等。皮肤的毛发分布很广,但掌跖、指(趾)屈侧面、唇红、乳头、包皮内侧、小阴唇、大阴唇内侧等处皮肤称为无毛皮肤,其他区域的皮肤则有长短不一的毛发覆盖称为有毛皮肤。

二、皮肤组织学

皮肤由三部分组成,由外往里依次为表皮、真皮和皮下组织。

(一)表皮

表皮在组织学上属于复层扁平上皮,主要由角质形成细胞、黑素细胞、朗格汉斯细胞和麦克尔细胞等构成(图1-2-1-2)。

1. 角质形成细胞(keratinocyte)

是由外胚层分化而来的上皮细胞,在其分化过程中可产生具有保护作用的角蛋白。角质形成细胞是构成表皮的主要细胞,占表皮细胞数量的80%以上。根据角质细胞形成分化的不同特点,表皮的角质形成细胞由深至浅依次分为基底层(stratum basale)、棘层(stratum spinosum)、颗粒层(stratum granulosum)、透明层(stratum lucidum)和角质层(stratum corneum)。

(1)基底层:位于表皮的最下层,是一层立方形或圆柱状细胞,排列于深面的基膜上。胞核卵圆形,核仁明显,胞质嗜碱性,常可见核分裂象。胞质内含有从黑素细胞获得的黑素颗粒,电镜下基底细胞的胞质内可见许多张力细丝。基底层细胞底部借半桥粒与基底膜带相附着。

正常情况下,基底层细胞不断分裂并逐渐分化成熟为新的角质层细胞并最终由皮肤表面脱落,所