

压力性损伤的预防与护理

□肖会美

随着人口老龄化程度的进一步加深,传统家庭养老面临挑战,老年人居家照护问题日益突出。患有慢性病及行动不便的老年人,由于长期卧床,不注意体位的改变,局部组织长期受压,再加上营养不良等因素,很容易形成压力性损伤,也就是我们常说的褥疮。我们应该如何预防压力性损伤的发生呢?发生压力性损伤后,我们该如何应对呢?

一、压力性损伤发生的因素

1.外源性因素

压力,皮肤长期受压会造成皮肤缺血性损害;摩擦力,损伤表皮;剪切力,损伤深部皮肤;潮湿,产生细菌并入侵皮肤。

2.内源性因素

皮肤脆弱、营养不良、药物不良反应、大小便失禁、活动能力缺失等。

二、压力性损伤的预防

1.皮肤护理

保护皮肤可以有效降低压力性损伤的发生率,在受压部位使用薄膜敷料、水胶体敷料、泡沫敷料均可以减小卧床者皮肤承受的剪切力,从而预防压力性损伤的发生。同时,应关注黏胶类敷料对皮肤的损害,硅胶敷料比水胶体敷料和薄膜敷料对皮肤角质层的损坏更小。保持皮肤清洁和适度湿润可以保护皮肤,有利于预防压力性损伤。对大小便失禁患者及时清洁皮肤或使用皮肤保护剂,避免皮肤潮湿、发红,预防压力性损伤的发生。另外,应禁止对受压部位用力按摩。

2.局部减压

变换体位是最常用的局部减压方法。侧卧位时尽量选择30度侧卧位,可使用30度体位垫(R形垫)或枕头支撑;充分抬高足跟,可在小腿下方垫一个软枕;除非病情需要,应避免长时间摇高床头超过30度体位、半坐卧位和90度侧卧位。因病情需要,必须摇高床头超过30度体位、半坐卧位时,先摇高床尾至一定高度,再摇高床头,避免在骶尾部形成较大的剪

切力;没有条件摇高床尾时,可在臀部下方垫一个支撑物,比如软枕等。所有高危人群都应该定时变换体位,以减少身体易受压部位承受压力的时间。变换体位的频率应该根据患者的病情、皮肤耐受程度、移动能力和所用支撑面的材质决定。协助卧床者进行体位变换和移动时,应抬起卧床者的身体,尽量减少摩擦力和剪切力,避免拖、拉、拽。有条件的可以运用转运辅助设备和转运技巧减少摩擦力和剪切力,包括过床板、转移单、机械抬起装置、双人或四人抬起装置以及病床上的辅助翻身装置。

体位安置与变换时,应使压力、摩擦力和剪切力减到最小,同时能够维持适宜的活动;使用靠背可以往后倾斜的椅子,将双腿平放于支撑物上,悬空足跟或双腿下垂,双足可放于支撑面上;可将座椅靠背向后倾斜20度或使用支撑物,在患者腰部使用靠垫,在轮椅座面使用减压垫。

患者坐在没有减压装置椅子上的时间,每次最长不超过2小时;患者骶尾部或坐

骨已经发生压力性损伤时,每天坐立次数要少于3次,每次持续时间少于1小时。

患者坐轮椅时,应采用正确的自我减压方法,应每15分~30分减压15秒~30秒,每1小时需要减压60秒。自我减压方法包括:①使用支撑面的材质决定。协助卧床者进行体位变换和移动时,应抬起卧床者的身体,尽量减少摩擦力和剪切力,避免拖、拉、拽。有条件的可以运用转运辅助设备和转运技巧减少摩擦力和剪切力,包括过床板、转移单、机械抬起装置、双人或四人抬起装置以及病床上的辅助翻身装置。

3.营养
确保患者进食方式正确,提供足够的能量、蛋白质、维生素和营养。如果患者有营养不良的症状,要对患者进行健康教育,并让其在进餐期间服用口服营养补充剂,定期检查患者的血白蛋白和血色素。不能自主进食者,要保证肠外营养的供给。

4.潮湿的预防
排便后,用温水清洗患者会阴及肛周并擦干;合理使用造口粉和皮肤保护膜;用纯棉的布垫,以保护皮肤;用尿不湿和透气性好的护理垫;持续吹干,保持皮肤干燥清洁。

三、压力性损伤的分期和处理

1期压力性损伤

临床表现:局部组织表皮完整,出现非苍白性红斑,深肤色人群可能有不同的表现。局部出现红斑或异常感觉,温度或硬度的变化可能先于视觉的变化。

处理原则:去除危险因素、减压避免病情发展。1.改善局部供血供氧。2.减少摩擦,减轻局部压力。3.吸收皮肤分泌物,保持皮肤的pH(酸碱度)值。4.维持适宜温度。

可选择敷料:赛肤润、水胶体敷料、泡沫敷料

2期压力性损伤

临床表现:部分真皮层缺失,伤口床是有活力的,基底面为粉红色或红色,可能会出现完整或破裂的浆液性水泡。

处理原则:保护皮肤、预防感染。

直径小于5毫米的水泡:减少摩擦,防止破裂,促进其自行吸收。直径大于5毫米的水泡:可用无菌注射器抽出疱内液体,消毒局部皮肤,再使用敷料包扎。可选择敷料:渗液量较少时,可使用水胶体敷料;渗液量中等或较多时,可使用泡沫敷料+水胶体油纱。

3期压力性损伤

临床表现:全层皮肤缺损,溃疡内可见脂肪、肉芽组织和坏死组织(创面边缘会有卷边),也可见腐肉和(或)焦痂。不同位置的组织损

伤的深度也存在差异;脂肪较多的部位可能会出现较深的创面。潜行和窦道也可能存在。

处理原则:清洁创面、预防感染、促进愈合。

4期压力性损伤

临床表现:全层皮肤和组织缺损,溃疡面可见筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨等。

处理原则:清除坏死组织、预防感染、促进愈合。

不可分期压力性损伤

临床表现:全层皮肤和组织的缺损,因腐肉或焦痂掩盖,不能确定组织损伤的程度。腐肉和坏死组织被清除后,才能判断是3期压力性损伤或4期压力性损伤。缺血性肢体或足跟的焦痂(即干燥、附着、完整,无红斑或波动感),不应去除。

处理原则:没有红肿、浮动或渗出的,保留干痂;一旦出现红肿、浮动或渗出时,及时清创。

深部组织压力性损伤

临床表现:完整或非完整的皮肤局部出现持续的深红色、栗色或紫色变色或表皮分离后出现深红色伤口或血疱。在发生颜色改变前,往往会有疼痛和温度变化。在深肤色人群中,变色也可能有所不同。

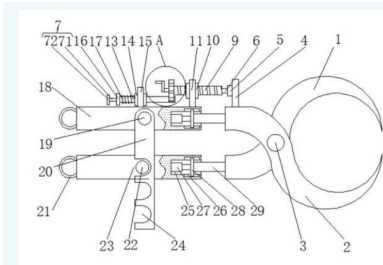
处理原则:皮肤完整时,局部减压。坏死组织分离后,清创,确定分期,并按分期处理。

小结

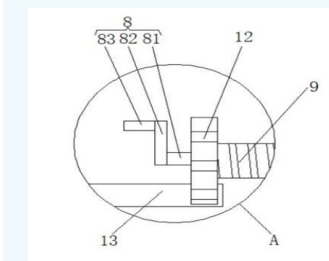
1.压力性损伤重在预防。2.保证各项护理措施的有效落实是关键。3.针对长期卧床者,有压力性损伤的发生,重视是基础。要掌握发生压力性损伤的危险因素,实施有针对性的护理措施。4.配合是手段,做好宣教工作,使各个环节紧密相扣,才能有效防止压力性损伤的发生。

(作者供职于河南省人民医院)

小发明



剖面结构示意图



部分放大结构示意图

1.第一钳头;2.第二钳头;3.第一销轴;4.第一固定板;5.轴承;6.转轴;7.把手;71.第一支撑杆;72.第一手柄;8.转动装置;81.固定柱;82.第二支撑杆;83.第二手柄;9.螺旋柱;10.螺旋帽;11.第二固定板;12.齿轮;13.滑杆;14.滑套;15.支撑板;16.固定块;17.弹簧;18.第一钳臂;19.第二销轴;20.活动板;21.指环;22.卡块;23.第二钳臂;24.卡槽;25.四槽;26.滑槽;27.伸缩杆;28.滑块;29.支撑柱。

复位钳作为常用的医疗器械,常用于断骨复位。在手术过程中,针对不同的骨头,需要使用不同长度的复位钳,这不仅增加了术后医疗器械的清洗、消毒与储藏难度,还增加了医务人员的工作量。

针对现有技术的不足,我们制作了一种骨科复位钳,解决了临床上存在的一些问题。

该骨科复位钳包括第一钳头,其正面通过第一销轴与第二钳头的背面活动连接,且第二钳头的上表面与第一固定板的下表面固定连接;第一固定板的左侧面卡接轴承,且轴承的内部套接转轴;转轴的左端与螺旋柱的右端固定连接;转轴的外表面与螺旋帽的内表面螺纹连接。

该骨科复位钳具备以下有益效果:

1.通过第二手柄、第二支撑杆、固定柱、齿轮、螺旋柱、螺旋帽、伸缩杆、滑套、支撑柱和第一固定板之间的配合,通过转动第二手柄,使第二支撑杆通过固定柱带动齿轮旋转,齿轮带动螺旋柱旋转,螺旋柱在与螺旋帽的螺纹作用下带动转轴向左移动,使第二钳头和第一钳头向右移动至合适的位置,从而使医务人员根据需要改变其长度,方便术后医疗器械的清洗、消毒和储藏,减少了医务人员的工作量,提高了医务人员的工作效率。

2.通过第一手柄、第一支撑杆、固定和弹簧之间的配合,通过拉动第一手柄,使固定块带动滑杆向左移动至滑杆与齿轮分离,松开第一手柄,弹簧通过收缩带动固定块向右移动,使固定块带动滑杆向右移动至滑杆与齿轮完成卡接,从而完成对齿轮的固定。

3.通过活动板、卡槽和卡块之间的配合,将活动板向左翻转,使卡槽和卡块卡接,从而完成对第一钳头和第二钳头的角度固定。这种骨科复位钳结构紧凑,设计合理,实用性强。

(作者供职于河南省洛阳正骨医院)

一种骨科复位钳

□马文龙 范克杰 陈柯文/图



药学大咖相聚云端 共谋药学事业发展

聚焦2022 C4第五届华中心血管病大会——药学论坛

□米晓娟 许冬冬 文/图



7月9日,第五届华中心血管病大会以“协同·融合·跨越”为主题,采用线上+线下方式举行。近500名国内外知名专家、学者齐论心血管领域尖端话题,31个论坛涵盖心血管病诊疗研究的各个方面,400余场学术报告的高强度输出,云集一场2022年心血管领域的标杆性会议。

7月10日,首次加入C4大会的药学论坛举办。来自全国各地的知名医院管理者、药学专家、学者齐聚“云端”,就药政管理、药学发展、科技创新和药师培养等热点问题进行了深入交流和探讨。

河南省人民医院党委书记、阜外华中心血管病医院党

委书记邵凤民及河南心血管病中心(国家心血管病中心华中分中心)党委书记、阜外华中心血管病医院院长郭智萍参加论坛并致辞;阜外华中心血管病医院副院长高传玉主持开幕式。

河南省人民医院药部主任马培志、郑州大学第一附属医院药部主任张晓坚等药学专家主持专题讲座;阜外华中心血管病医院药部主任王爱凤担任论坛主席。

邵凤民说,阜外华中心血管病医院、国家心血管病中心华中分中心是省部共建的重大民生项目,是河南引进国家优质医疗资源、医研融合、一体化发展的示范性医院,2020年10月正式成为首批国家区域医疗中心试点单位。医院与分中心医研融合、协同共进,心血管疾病预防治疗取得初步成效。药学部2020年荣获河南省药房标准化建设示范单位,2021年荣获河南省药学工作先进单位

和郑州市“两品一械”四项监测工作先进单位。药学论坛的举办恰逢其时,希望药学人员通过此次论坛,聚焦当下药学服务热点问题以及药学学科发展方向,推动药学服务创新,加强药学专科建设,助力药事业高质量发展。

郭智萍说,医院建立了药事管理组织,完善了工作制度

和流程,构建了基于信息化、智能化全生命周期监管体系下的临床药师制度。获得国家临床药师培训证书的20名药师实现了全院35个病区专业化药学服务的全覆盖,并于2019年4月获批成为“全国临床药师规范化培训中心”。药理实验室拥有较为齐全的检测及研究设备,近年来承担及参与国家自然科学基金项目3项、省部级项目5项、厅级项目10余项,在国内外核心期刊发表论文30余篇,SCI(科学引文索引)收录论文10余篇。广大药师以安全用药为己任,加强药品质量安全控制管理,严格执行“三级质控”;院内引进合理用药信息系统,实现全院医嘱前置审核。

在“河南药政引领药事业高质量发展”主题讲座中,针对未来医院药学发展,河南省卫生健康委药政处处长孙威提出以下建议:加快药学服务体系建设,完善药师管理体系,制定药学服务的标准、规范和流程,推进药学服务路径建立,构建符合国情的药学服务体系,确保药师提供同质化、高质量的药学服务;进一步体现药学服务价值,设立药事服务费,卫生健康部门和医保部门应该协同加强药师队伍建设,建立合理、有效的激励机制,不断提升药学服务的专业化水平,广泛吸引更多优秀人才加入药师队伍,促进药学服务体系向中高端技术服务发展,实现“同病同治、同质同价”的医保支付方式改革的终极目标,推进药学服务体系建设与医疗保障协同发展。

随后,中国医学科学院阜外医院药事部主任郑英丽、南京鼓楼医院药部主任葛卫红、上海市儿童医院药学部副主任李志玲、河南省人民医院急危重症医学科主任秦秉玉、中南大学湘雅三医院药学教研室主任刘世坤、四川大学华西医院临床药学部副主任金朝辉、中山大学附属第一医院药学部副主任陈杰、复旦大学附属中山医院药剂科主任李晓宇、郑州大学第一附属医院内

科副主任医师郑颖颖、北京协和医院药剂科副主任赵彬分别做了“抗凝患者全程化管理经验分享”“未来药学部愿景”“如何打造有特色接地气的好科普”“血液制品的临床应用”“落子无悔,矢志前行——科研型药学服务助力高质量发展”

等专题讲座。在专题讨论环节,河南省药学会副理事长兼秘书长史艳玲,河南省肿瘤医院总药师张文周,郑州人民医院总药师陈楠,郑州大学第一附属医院主任药师李军,郑州大学第三附属医院药部主任任艳丽,新乡医学院第一附属医院药部主任张永恒,河南省儿童医院主任药师马姝丽等专家就“药学现状与发展”开展主题讨论。

史艳玲说,河南省药学会作为社会组织,其业务范围除了举办药学术会议、培训、举荐人才外,还成立了药学科普工作委员会和专委会。药学科普志愿者服务队有4000余人,经常组织志愿者深入病区、社区、学校、农村,通过现场、直播网络平台、网站、公众号等渠道,为患者和老百姓宣传合理用药知识,大幅提升药学人员的科普宣传能力和对社会科普宣传的辐射力、影响力,进一步促进药师成长。

李军认为,药学服务应以

患者为中心,广大药师以解决临床实际问题为目的,从调剂、临床药学、药物咨询、慢性病管理、中药服务、临床药理研究、科研等方面进行药学能力的全方位发展。

张文周就河南省肿瘤医院总药师制度推行进行了经验分享。他说,总药师制度既是机遇,也是挑战,一方面有利于医院药事工作的推进,人才梯队的建立,另一方面也对药学服务提出了更高的要求,从患者的角度出发提供更好的药学服务。

陈楠就药学事业发展、药学未来发展方向、智慧药学及药学科普工作发表见解,同时强调培养人才、提升药师影响力、发挥药师社会责任的重要性。

“省内外专家分享的新思想、新理念,聚焦药学服务和学科建设新热点。药学同道线上线下共谋药事业的发展,共话药师的责任与担当,共同推进医院药学服务高质量发展!相信大家都有所获。”王爱凤说,本次论坛是一次难得的药学盛宴,为药学同仁提供了很好的学习交流机会和交流平台。

