

【临床护理】

# 实施“三早”管理方法在压疮防治中的作用

许雪华

(佛山市中医院 内科, 广东 佛山 528000)

**[摘要]** 笔者报道运用及早评估、及早确认、及早报告的“三早”管理方法在压疮防治中的作用。对新入院、转院、转科、手术或病危病人, 护士运用压疮危险因素评估表进行及早评估, 对压疮情况作客观评估描述, 医生、护士、家属在高危压疮知情同意书或皮肤压疮知情同意书上签字确认, 及早确认后护士填写病人皮肤压疮情况记录表, 及时向护士长报告, 病区护士长检查、填写具体意见, 向护理部报告及送表。形成从临床一线的护理人员、护士长到护理部的3级人员管理网络, 并发挥压疮小组的管理指导作用。2003年9月-2006年1月共有1345例评估为出现压疮可能性(压疮危险评分在12~14分)病人, 压疮的发生率为零; 申报难免压疮362例, 复审为难免压疮346例, 发生难免压疮5例; 收治压疮病例416例(含院内发生难免压疮5例), 治愈398例, 其余18例为自动出院或死亡。因压疮发生的护患纠纷事件为零。实施“三早”管理方法在压疮的防治中收到良好的效果。

**[关键词]** 压疮; 管理方法; 防治措施

**[中图分类号]** R472; R473.5 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-9969(2006)07-0051-02

压疮的防治一直是困扰临床医务人员的难题, 它不仅增加病人的痛苦和经济负担, 造成医疗资源的浪费而且影响疾病的康复<sup>[1]</sup>。护理中应及时、快速识别压疮发生的高危人群, 积极采取有效手段加以控制<sup>[2]</sup>。如何加强质量管理, 防止住院病人压疮的发生, 有效控制和治疗院外压疮, 使压疮防治措施能够最早、最快、最好地落实。我院于2003年9月-2006年1月实施“三早”压疮管理方法, 通过临床实践, 收到了良好效果, 现介绍如下。

## 1 实施方法

### 1.1 及早评估

1.1.1 评估 对新入院、转院、转科、手术或病危病人常规用压疮危险因素评估表进行评估, 带入压疮病人则用病人皮肤压疮情况记录表进行逐项评估。

1.1.2 相关表格 (1) 压疮危险因素评估表(见表1): 采用诺顿皮肤评分法(见表2), 通过评分的方式, 对病人发生压疮的危险性进行评估, 并根据总评分划分危险等级, 评分在12~14分可能出现压疮, 评分<12分为患压疮可能性非常高的危险群(在对应的危险等级内打勾)。分数越低, 发生压疮的危险性越高。(2) 病人皮肤压疮情况记录表(见表3): 用于有压疮的病人。观察皮肤压疮的部位、范围, 根据压疮的性质逐项评估。

表1 压疮危险因素评估表

患者姓名:	年龄:	病室	床号:	病案号:
入院诊断:		入院日期:		
危险等级				
评估日期	诺顿皮肤评分	出现压疮可能性	压疮出现可能性非常高	
		(12~14分)	(小于12分)	
备注: 在对应的危险等级内打勾		评估者签名:		

表2 诺顿皮肤评分表

项目	分值			
	4	3	2	1
身体状况	好	一般	差	非常差
心智状况	清醒	冷漠	混乱	木僵
活动	下床走路	协助走路	椅子活动	床上活动
移动力	安全	轻微受限	非常受限	固定不动
失禁	没有	偶尔	常常/尿	常常/尿、大便
备注: 在对应的分值打勾		评估者签名:		

表3 病人皮肤压疮情况记录表

项目	内容
压疮分期	、 、 、
气味	无、温和、强烈
分泌物量	+ (有少许渗液)、 ++ (浸湿1块4cm <sup>2</sup> 薄纱)、 +++ (浸湿2块4cm <sup>2</sup> 薄纱)、 ++++ (浸湿3块以上4cm <sup>2</sup> 薄纱)
分泌物性质	无、清澈、血性、脓性
范围与深度	表皮、皮下、肌层、窦道
创面色泽	粉红色、红色、白色、黄色、黑色
创面周围皮肤	干燥/健康、红斑、水肿、湿软
压疮的部位	采用形象的人体素描图, 分为正面及背面, 在压疮的易发部位标示固定代码, 如发生压疮的部位图中没有列出的则以文字表达。
备注: 在相应的内容打勾 记录者签名:	

1.2 及早确认 护士进行评估后如危险等级评分<14分或有带入压疮的病人, 护士对压疮情况作客观评估描述后及时报告医生, 由医生向病人及其家属

[收稿日期] 2006-04-12

[作者简介] 许雪华(1969-), 女, 广东佛山人, 大专学历, 主管护师, 病区护士长。

解释病情并让家属在高危压疮知情同意书或皮肤压疮知情同意书上签字确认,医生、护士一同签字确认;护士在病人床头贴上预防压疮的标志,以引起医护人员的注意;设置翻身卡,作好交班工作。

1.3 及早报告 对已经发生压疮的入院病人,护士填写病人皮肤压疮情况记录表后,及时向护士长报告,护士长根据护士评估记录情况,查看病人,审阅护士制定的相关护理措施,在评估表上病区护士长检查情况及意见栏内填写具体意见,及早向护理部报告及送表,护理部立即派工作人员查看病人,并给予具体指导,将指导意见填写在评估表上。要求从护士评估到报告护理部这过程不超过3d,如超过3d则由护理部在医院内网上通报,如节假日或护士长外出期间,护士可越级上报护理部。

#### 1.4 管理方法

1.4.1 压疮危险因素评估 运用压疮危险因素评估表对病人发生压疮的危险性进行评估,1次/周,并制定落实相应的预防措施,避免压疮的发生,如果危险因素消失、诺顿评分>14分停止评估,遇病情变化及时恢复评估,压疮危险因素评估表放在科室保存。

1.4.2 病人皮肤压疮情况记录表 按照记录表内容进行记录1次/周,护士及时对病人进行效果评估,调整相应的护理措施。在防治压疮中存在的疑难问题,难以解决,由病区写护理会诊单交护理部,护理部提请压疮管理小组成员进行会诊,提出指导意见,并定期检查。压疮痊愈或病人出院后,护士填写压疮痊愈情况,在1周内把记录表上交护理部备案。

1.4.3 难免压疮的申报 难免压疮是指虽经精心护理,但因患者的一些自身条件,还是难免要发生的压疮。易发生压疮的病人,例如:昏迷、高度水肿、肝肾功能衰竭、强迫性体位、恶液病质、极度消瘦、高龄、大小便失禁等<sup>[3]</sup>,病区对存在上述情况且压疮危险因素评估<12分的病人向护理部提出申请,由护理部工作人员对申报难免压疮病人进行复核,确定是否为难免压疮病人。如果确定为难免压疮病人,由护理部备案,每周跟踪随访1次,直至危险因素消除或压疮危险因素评估>12分为止。病区则按“三早”压疮管理方法对病人做好压疮防治工作。

1.4.4 压疮管理小组的职责及作用 在护理部直接领导下全院各科选派有丰富防治压疮经验的临床护

理骨干组成,负责对全院压疮防治中的疑难问题进行会诊,提出具体的会诊意见,定期观察疗效的变化;参与护理部制定压疮管理办法;提供新的压疮防治信息,如伤口护理方法的改进、预防压疮药物信息、防压疮护理用具的更新等。

## 2 结果

2003年9月-2006年1月共有1345例评估为出现压疮可能性(压疮危险因素评分在12-14分)病人,压疮的发生率为零;申报难免压疮病人362例,复审为难免压疮346例,发生难免压疮5例;收治压疮病人416例(含院内发生难免压疮5例),治愈398例,其余18例为自动出院或死亡。因压疮发生的护患纠纷事件为零。

## 3 讨论

3.1 防治压疮是一项重要的护理工作 长期以来,由于各种原因,防治压疮一直未取得满意的效果,实施压疮“三早”管理,加强护士责任心,提高了护士防范压疮意识,增强自觉性及主动性,使压疮管理规范化、程序化。病区护士-护士长-护理部及时有效的联系沟通,有利于3级监控,落实护理措施,使病人获得最佳的压疮防治,压疮的治愈率明显提高。

3.2 减少护患纠纷 目前病人的自我保护意识增强,对发生压疮感到不理解。由于病人入院时护士及时检查评估,把病人皮肤情况告知家属,并共同签字确认,避免了护患之间不必要的纠纷。

3.3 利于护士开展科研活动 应用压疮评估表对病人实施动态管理,对压疮的防治提供了依据,有重要的指导作用。护士通过对压疮的动态观察管理,及时总结实践经验,进行护理研究,利于开展科研活动。

#### [参 考 文 献]

- [1] 谢小燕,刘雪琴.对护士压疮防治相关知识现状的调查[J].中华护理杂志,2005,40(1):67-68.
- [2] 张晓明,杜燕,于艳涛.急性应激应对与褥疮发生相关因素分析[J].南方护理学报,2002,9(2):2-7.
- [3] 张学敏,余菁,钱红姿,等.褥疮三级控制制度的实施体会[J].南方护理学报,2004,11(9):25-26.

[本文编辑:杨玩华]



衷心感谢各位作者、读者对本刊一如既往的支持!  
《护理学报》将承载您的梦想,与您一同扬帆远航!