

DOI: 10.12209/CAIM202406260023

· 中西医结合临床案例 ·

新型敷料改善 1 例足跟深部组织压力性损伤的护理

朱春芳, 姚梅梅, 尹 君, 张凌霞, 潘婷婷

(上海市浦东新区惠南社区卫生服务中心 护理部, 上海, 201399)

摘要: 本文详细总结 1 例高龄卧床患者足跟深部组织压力性损伤, 运用 TIME 湿性愈合理论促进伤口愈合的护理体会。针对不同阶段选用适宜的敷料, 配合控制感染、渗液管理、促进上皮爬行、减压护理及营养支持等综合治疗, 经过 90 d 的精心护理, 伤口完全愈合, 提高了患者的生活质量。

关键词: 深部组织压力性损伤; 新型敷料; TIME 湿性愈合理论

Nursing care of a case of deep heel tissue pressure injury improved by a new dressing

ZHU Chunfang, YAO Meimei, YIN Jun, ZHANG Lingxia, PAN Tingting

(Department of Nursing, Shanghai Pudong New Area Hui Nan Community Health Service Center, Shanghai, 201399)

ABSTRACT: This article provides a detailed summary of the nursing experience of a case of pressure injury to deep heel tissue in an elderly bedridden patient, and the application of TIME wet healing theory to promote wound healing. Suitable dressings were selected for different stages, combined with comprehensive treatments such as infection control, exudate management, promotion of epithelial crawling, decompression care, and nutritional support. After 90 days of careful care, the wound fully healed and the patient's quality of life was improved.

KEY WORDS: deep tissue pressure injury; new dressing; TIME wet healing theory

压力性损伤是全球卫生机构共同面临的难题, 一旦发生会增加患者的痛苦及感染风险。按照国际美国压疮专家组/欧洲压疮咨询专家组(NPAP/EPUAP)压力性损伤分级系统^[1-2], 压疮可分为以下 6 期, 即 I 期压力性损伤、II 期压力性损伤、III 期压力性损伤、IV 期压力性损伤、不可分期压力性损伤和深部组织压力性损伤。深部组织损伤(tissue lesion)^[3]是压力性损伤的一种, 其特征是在完整皮肤下出现坏死的组织块。将其描述为皮肤完整或不完整, 局部呈现持续指压不变白的深红色、栗色、紫色、或表皮分离后可见黑色创基或充血性水泡^[4], 具有早期隐匿性强, 结局差异性大, 严重者可发展至全层皮肤和组织缺损且进展迅速, 若处理不当, 不仅会延误伤口的治疗, 更易引起家属和患者的不理解, 造成医疗纠纷。在临床中并不常见, 国外数据显示仅占压力性损伤总数的 0.4%~4.0%^[5-6], 这使得护理人员缺乏相关

经验, 临床实践中存在困惑。本文现介绍 1 例足跟部深部组织损伤病例, 建立起预警识别机制, 以观察、减压和保护为原则, 防范医疗纠纷为目的, 共同以患者的康复为目标, 提高患者的生活质量。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者女, 96 岁, 主因“反复胸闷胸痛 5 月余, 发热、少尿 1 d 伴纳差”于 2023 年 8 月 3 日来院就诊。患者神志清, 精神弱, 伴全身乏力, 长期卧床, 发现左足跟出现 3.5 cm×4.5 cm 的大水泡, 内层发黑发紫的深部组织压力性损伤。既往史: 脑梗死病史 50 年余, 无肢体活动障碍; 高血压病史 40 余年, 最高血压(BP)200/110 mm Hg, 平素自行监测血压, 自诉血压(BP)130/80 mm Hg 左右, 未规律服药; 胆囊炎、胆囊结石病史 40 余年, 甲状腺功能减退 4 月余, 骨质疏松史 40 余年。

收稿日期: 2024-06-26

通信作者: 姚梅梅, E-mail: 499802006@qq.com

OPEN ACCESS

<https://case.jcme.net.cn>

1.2 查体

入院查示患者体温(T)38.3℃,脉搏(P)88次/min,呼吸(R)23次/min,血压(BP)160/80 mm Hg。患者神志清,精神软,呼吸平,食欲欠佳,睡眠障碍,长期卧床,长期便秘,小便少,包尿不湿,双侧肢体水肿,检查不合作,无自理活动能力,Barthel评分低于40分(重度依赖),Braden评分为8分(极度危险)。

1.3 诊断

中医诊断:胸痹心痛,中风,胁痛病(肝胆湿热证),便秘,不寐病,感冒;西医诊断:冠心病,稳定性心绞痛,脑梗死后遗症,高血压3级,甲状腺功能减退,胆囊结石,便秘,睡眠障碍,急性上呼吸道感染。

1.4 治疗

①诊疗计划:内护2级,低盐低脂饮食,监测血压,2次/d,气垫床,发放健康教育处方。②药物治疗:患者胸闷胸痛较前频繁、活动后明显,现入院后予“灯盏生脉胶囊”活血化瘀、“螺内酯”利尿减轻心负荷治疗。患者目前胃纳差,伴全身乏力,入院后予“氯化钠+维生素C+维生素B6+氯化钾”营养补液治疗。余根据既往病史,予“阿托伐他汀钙片”调脂稳斑,“碳酸钙颗粒、骨松宝颗粒”补钙止痛,“地衣芽孢杆菌活菌颗粒”调节胃肠道菌群、“左甲状腺素钠片”对症治疗。③非药物治疗:运用穴位按摩及耳穴治疗等,积极完善相关检查(血常规、尿常规、粪常规+OB试验,肝肾功能,血脂,电解质,甲状腺三项,空腹血糖等),患者为老年女性,结合冠心病史予以完善BNP、心电图及腹部B超检查,详见表1。运用物理降温等改善体温变化,根据伤口大小予左足跟换药处理。

表1 实验室检查(异常检查结果)

检查指标	检查结果	参考范围
红细胞计数	$3.22 \times 10^{12}/L$	$3.50 \sim 5.50 \times 10^{12}/L$
血红蛋白	97 g/L ↓	110 ~ 150 g/L
总蛋白	54.4 g/L ↓	64.0 ~ 85.0 g/L
白蛋白	30.8 g/L ↓	40.0 ~ 55.0 g/L
中性粒细胞百分含量	76.6% ↑	45.0% ~ 75.0%
C-反应蛋白	192.0 mg/L ↑	0 ~ 10 mg/L

2 护理

2.1 护理评估

2.1.1 全身评估

患者为96岁高龄女性,因患者卧床,无法测

量BMI,测得臂围18 cm,提示营养不良。患有多种慢性疾病,包括冠心病、稳定性心绞痛、脑梗死后遗症、高血压、甲状腺功能减退、胆囊结石、便秘及睡眠障碍等,需要密切关注各项生命体征和病情进展。查体结果示血压偏高,需定期监测并记录血压变化。患者精神状况不佳,长期卧床,生活无法自理,提示存在认知障碍和身体功能障碍,需要加强生活照料和安全防护。Barthel评分低于40分,显示重度依赖,Breden评分8分,表明患者存在极高的压力性损伤的风险,护理时要特别注意压伤的发生和发展。

2.1.2 心理社会评估

患者由于长期卧床、生活无法自理,睡眠障碍,可能伴随有情绪低落、焦虑或抑郁等心理问题,需要予以关注并进行适当的心理疏导。焦虑评估采用焦虑自评量表(SAS)对患者的焦虑程度进行评估,总分为0~80分,评分越高,表明焦虑程度越严重,本例患者评分为50分,属正常。

2.1.3 睡眠质量评估

采用睡眠评估量表(PSQI)评估患者睡眠质量,总分范围为0~21分,得分越高,表示睡眠质量越差,PSQI≥8为睡眠质量差。本例患者评分为16分,存在严重睡眠障碍,长期服用“艾司唑仑片”改善睡眠情况。

2.1.4 压伤状况评估

患者左足跟深部组织损伤,提示压伤情况严重,有感染和高风险并发症的可能性。压伤部位的皮肤状况需每日观察,特别注意有无红肿、渗液、异味等感染迹象,同时保持压伤部位清洁干燥,以促进愈合。2023年8月3日,患者左足跟伤口属深部组织损伤,伤口面积为3.5 cm×4.5 cm,基底颜色为黑紫色,伤口边缘发红,无伤口渗液,无气味,疼痛评分为1分。

2.2 护理诊断

清理呼吸道无效与患者乏力、咳嗽及痰液黏稠不易咳出有关;存在感染风险与上呼吸道感染及左足跟皮肤破损有关;营养失调,低于机体需要量与贫血有关;有皮肤完整性受损的危险,与长期卧床有关,包尿不湿有关;患者及陪护人员缺乏疾病相关知识,缺乏如何预防压伤及调整饮食等知识。

2.3 护理计划

全身护理方面,协助翻身拍背,抬高床头,保持呼吸道通畅,鼓励多饮水,稀释痰液;预防和控

制感染,予营养支持,少食多餐,增加营养及能量摄入;减少造成压力性损伤的外在及内在因素,减少摩擦,做好周围皮肤护理;局部伤口处理予清除坏死组织,即采用自溶性清创与外科机械清创相结合;控制感染,予渗液管理,创面床准备,促进上皮爬行;予健康宣教及知识普及,帮助家属掌握预防压力性损伤的翻身技巧及注意点。

2.4 护理措施

临床上治疗压力性损伤的方法与敷料种类繁多,本案例选择TIME湿性愈合理论^[7],并运用新型敷料^[8]等措施,以促进患者压力性损伤的尽快痊愈。

2.4.1 首次伤口处理(2023年8月3日)

处理目标:减少摩擦、减压,抽出水疱内液体,清除坏死疱皮,自溶性清创。伤口床处理方式:生理盐水棉球清洗伤口表面,用5 mL针筒抽出水疱内液体;清除表层坏死疱皮,露出发黑发紫基底,因患者年龄大、病情重且蛋白低,暂不外科清创,内层敷料采用水凝胶自溶性清创,外层根据渗液量决定更换频率。健康宣教:告知家属及陪护加强抬高患肢,避免局部摩擦及受压,加强营养支持,补充优质蛋白。

2.4.2 第二次伤口处理(2023年8月24日)

处理目标:控制感染,减压,清除坏死组织,吸收渗液。伤口床处理方式:生理盐水棉球清洗伤口表面,采用外科机械清创+水凝胶自溶性清创,清除表面失活的坏死组织;伤口细菌培养及药敏结果显示溶血性葡萄球菌,支持选择抗菌敷料,采用银离子抗菌^[9],藻酸钙吸收渗液;根据伤口渗液情况可选用泡沫敷料,并根据外层渗液量决定更换频率。感染伤口不能使用密闭型敷料。健康宣教:告知家属及陪护应定期抬高患肢,避免局部长期受压,发现敷料脱落或移位应及时告知,并及时更换。

2.4.3 第三次伤口处理(2023年10月14日)

处理目标:继续减压,减少摩擦,促进肉芽组织生长,保护创面。伤口床处理方式:生理盐水棉球清洗伤口,外用表皮生长因子外喷,有利于肉芽组织生长,泡沫敷料外敷,医用无菌敷料外固定,每隔3 d换药一次。健康宣教:告知家属及陪护加强足部抬高,避免局部长期受压,予营养支持,改善全身营养状况。

2.4.4 第四次伤口处理(2023年10月31日)

处理目标:减压,减少摩擦,上皮爬行,促进创面愈合。伤口床处理方式:生理盐水棉球清洗伤

口,外用表皮生长因子外喷,表皮形成阶段,可选用水胶体敷料或硅酮黏胶泡沫敷料覆盖自创面至创周2 cm处的健康皮肤,6~7 d更换一次。健康宣教:告知家属及陪护继续加强足部抬高,避免局部长期受压,予营养支持,改善全身营养状况。

2.4.5 其他护理措施

通过伤口换药治疗,有效控制感染。实施健康指导干预,讲解翻身减压的重要性,示范正确翻身及转换体位的方法,指导家属协助患者每2 h翻身一次,轮流左右侧卧,避免压力性损伤部位再次受压,提高预见性。在变换体位或活动时注意保护伤口敷料,避免移位或脱落。指导家属在患者病情允许的情况下予高蛋白、高维生素饮食。通过讲解压力性损伤相关知识及治疗效果,增强患者及家属的信心。经继续治疗3周至2023年11月21日,患者左足跟结痂,痂皮脱落,创面完全愈合。患者情况好转,全身机体有所恢复,纳差乏力好转。

2.5 护理评价

通过对患者的全身治疗,遵医嘱合理使用抗菌药物及营养支持,提高患者的机体抵抗力,注意保暖、多饮水,保持呼吸道通畅等,患者疾病症状好转。疾病治疗全程家属参与,给予患者更多的关爱,增加患者安全感,保持心情愉悦,睡眠质量好转。予患者伤口局部治疗,运用新型敷料以控制伤口感染,配合使用渗液管理、促进上皮爬行及减压护理等,经过90 d精心护理,直至伤口完全愈合,详见表2及图1。护理人员严密观察患者全身情况,加强皮肤护理,通过健康宣教,家属掌握预防压力性损伤的翻身技巧及注意点,保持肛周皮肤清洁及干燥,患者未再发生其他部位压力性损伤。

3 结果与随访

针对不同阶段选用适宜的敷料,配合控制感染、渗液管理、促进上皮爬行、减压护理及营养支持等综合治疗,经过90 d精心护理,伤口完全愈合,患者及家属表示满意。患者已于2023年11月18日出院,出院后将患者纳入重点管理人群,建立微信群,指导家属翻身、拍背小技巧和皮肤护理等,保持伤口愈合处干燥。每月予定期电话随访一次,2023年12月10日电话随访,患者全身及伤口部位未发生压力性损伤。2024年1月10日再次予电话随访,患者未发生压力性损伤,嘱家属翻身时注意保暖,提高机体抵抗力。

表2 左足跟伤口评估及愈合情况

评估时间	伤口面积	基底颜色	伤口边缘	渗液	气味评估	疼痛评估
8月3日	3.5 cm×4.5 cm	100% 黑紫色	红	无	0分	1分
8月24日	3 cm×4 cm×2.5 cm	75% 黄, 25% 红	浸渍、发白	黄色、渗漏	3分	3分
10月14日	3 cm×3 cm×1 cm	25% 黄, 75% 红	发白	潮湿	4分	3分
10月31日	1.5 cm×2 cm	100% 红	红	湿润	5分	2分
11月15日	0.8 cm×0.5 cm	100% 红	红	无	5分	1分
11月21日	愈合	正常	正常	无	5分	0分



图1 左足跟伤口改善情况

4 讨论

本案例患者年龄偏大,自身机体疾病复杂,伤口床过度老化,基底 100% 黑紫色。通过应用 TIME 湿性愈合理论,在创面愈合过程中运用新型敷料,缩短压力性损伤愈合时间、减少换药次数及提高压力性损伤治愈率等方面有一定优势。伤口敷料的选择根据创面情况而定,有效管理伤口渗液,防止伤口浸渍,避免伤口湿度失衡引起渗漏、发臭,增加伤口恶化和疼痛,可选用藻酸钙或泡沫敷料。清除坏死组织和焦痂时,可选用保持湿润促进自溶的水凝胶或水胶体敷料,持续杀菌、控制感染,不损伤肉芽组织可选用银离子敷料。为缓减压力,保持皮肤的完整,可使用透明薄膜敷料、软聚硅酮泡沫敷料等新型敷料。根据伤口愈合的进度,随时评估最合适的伤口敷料,促进伤口完全愈合。

减轻压力是预防深部组织损伤的有效方法,护理人员应积极了解压力获得的时间与性质,当压力长时间产生时,处于深部的骨骼肌将先期发生损伤,逐渐进展至皮肤,是由里及表的过程^[10]。就皮肤全层而言,骨骼肌较之皮肤和皮下脂肪对机械负荷的耐受性差。护理以持续减压、有效保护和密切观察为原则。务必解除肢体的直接受

压,定时更换患者体位。

营养支持也是促进伤口愈合的关键,营养不良是压力性损伤发生的内因及影响创面愈合的因素之一^[11]。全身营养障碍时皮下脂肪减少,肌肉萎缩,皮肤受压时,受压处因缺乏脂肪和肌肉组织的保护,容易引起缺血缺氧,从而引发压力性损伤^[12],而压力性损伤长期未愈也将增加机体营养物质的消耗,引起继发性营养不良^[13]。患者血红蛋白 97 g/L,白蛋白 30.8 g/L,在不与患者治疗目标冲突的情况下,每日提供蛋白质,以保持正氮平衡,改善全身营养状况。良好的营养是创面愈合的重要条件,可增强机体的抵抗力及免疫力,有利于创面的愈合。

随着老龄化社会的发展,特别是对突然发生活动障碍的人群,因家属缺乏照护经验,发生深部组织损伤的可能性极高。通过 TIME 湿性愈合新理念,运用新型敷料的治疗,大大缩短痊愈时间与费用,减轻医护人员及人力物力资源的耗用,提高患者的生活质量。同时,将预防措施从医院逐步推行至社区,加大健康宣教,做到早预防、早发现、早治疗,将患者的损害降至最低。

患者知情同意:病例报告公开得到患者或家属的知情同意。

利益冲突声明:作者声明本文无利益冲突。

参考文献

- [1] 王晶. 老年患者压力性损伤护理及分级治疗研究现状[J]. 现代消化及介入诊疗, 2019, 24(S2): 1479-1480.
WANG J. Research status of nursing care and graded treatment of pressure injury in elderly patients[J]. Mod Interv Diagn Treat Gastroenterol, 2019, 24(S2): 1479-1480. (in Chinese)
- [2] HAISLEY M, SØRENSEN J A, SOLLIE M. Post-operative pressure injuries in adults having surgery under general anaesthesia: systematic review of peri-operative risk factors[J]. Br J Surg, 2020, 107(4): 338-347.
- [3] 刘璐, 屈云. 压力性损伤亚专业小组干预策略在预防重症肺炎合并呼吸衰竭机械通气患者面部压疮的应用[J]. 川北医学院学报, 2023, 38(7): 999-1002.
LIU L, QU Y. Application of subspecialty group on stress injuries intervention strategies in preventing facial pressure sores in patients with severe pneumonia complicated with respiratory failure undergoing mechanical ventilation [J]. J N Sichuan Med Coll, 2023, 38(7): 999-1002. (in Chinese)
- [4] 褚万立, 郝岱峰. 美国国家压疮咨询委员会 2016 年压力性损伤的定义和分期解读[J]. 中华损伤与修复杂志(电子版), 2018, 13(1): 64-68.
CHU W L, HAO D F. Interpretation of pressure injury's definition and staging system of National Pressure Ulcer Advisory Panel in 2016[J]. Chin J Inj Repair Wound Heal Electron Ed, 2018, 13(1): 64-68. (in Chinese)
- [5] KOTTNER J, DASSEN T, LAHMANN N. Prevalence of deep tissue injuries in hospitals and nursing homes: two cross-sectional studies [J]. Int J Nurs Stud, 2010, 47(6): 665-670.
- [6] VANGILDER C, MACFARLANE G, MEYER S, et al. Body mass index, weight, and pressure ulcer prevalence: an analysis of the 2006-2007 international pressure ulcer prevalence surveys[J]. J Nurs Care Qual, 2009, 24(2): 127-135.
- [7] 姚鸿, 陈立红. 伤口湿性愈合理论的临床应用进展[J]. 中华护理杂志, 2008, 43(11): 1050-1052.
YAO H, CHEN L H. Overview of nursing in moist wound healing [J]. Chin J Nurs, 2008, 43(11): 1050-1052. (in Chinese)
- [8] 陈丽红, 骆燕, 阎微. 密闭性敷料在伤口治疗中的研究进展[J]. 中华现代护理杂志, 2008, 14(14): 1609-1611.
CHEN L H, LUO Y, YAN W. Research progress of closed dressing in wound treatment[J]. Chin J Mod Nurs, 2008, 14(14): 1609-1611. (in Chinese)
- [9] 张世民. 压疮研究新进展[J]. 国外医学. 护理学分册, 1995, 14(5): 49-51.
ZHANG S M. New progress in the study of pressure ulcers[J]. Int J Nurs, 1995, 14(5): 49-51. (in Chinese)
- [10] LINDER-GANZ E, SHABSHIN N, GEFEN A. Patient-specific modeling of deep tissue injury biomechanics in an unconscious patient who developed myonecrosis after prolonged lying[J]. J Tissue Viability, 2009, 18(3): 62-71.
- [11] 廖春燕. 压疮发生的相关危险因素及护理进展[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22(5): 49-51.
LIAO C Y. Related risk factors and nursing progress of pressure ulcer[J]. J Qilu Nurs, 2016, 22(5): 49-51. (in Chinese)
- [12] 韩斌如, 王欣然. 压疮护理[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2013: 88-9.
- [13] 笪俊, 杨明莹, 刘桂兰, 等. 老年慢性伤口患者营养状况研究进展[J]. 成都医学院学报, 2017, 12(4): 525-528.
DA J, YANG M Y, LIU G L, et al. Research progress on nutritional status of elderly patients with chronic wounds[J]. J Chengdu Med Coll, 2017, 12(4): 525-528. (in Chinese)

声明: 此案例经过本平台同行评议, 全文开放获取, 采用知识共享(CC 4.0 BY-NC-ND)许可协议, 作者可在其他媒体再次发表。