

2010年基础护理学辅导：对褥疮病人的护理护士资格考试

PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/0/2021_2022_2010_E5_B9_B4_E5_9F_BA_c21_241.htm

肝癌病人长期卧床，消瘦，全身乏力，易导致褥疮的发生。造成褥疮发生的原因有：局部的压力摩擦及测移；局部组织缺血坏死；局部潮湿，受排泄物刺激；摄人营养不足。褥疮的出现按时间先后主要表现为淤血红润，红疹，水泡，破溃，局部组织坏死，甚至溃烂，最后侵袭肌膜。肌肉。骨骼等深层组织。一旦发生褥疮，不仅给病人增加痛苦，加重病情，延长病程，严重时可因继发感染引起败血症而危及生命。因此，必须加强基础护理，杜绝褥疮的发生。褥疮的有无是判断护理质量好坏的重要标准之一。

（一）护理目标

- 1、预防褥疮的发生或恶化。
- 2、促使褥疮伤口愈合。

（二）护理措施

- 1、预防褥疮

 - （1）促使病人活动或移动。不能移动的病人，协助其翻身，每2小时一次；稍能活动的病人鼓励在床上活动，或在家属帮助下进行肢体锻炼。
 - （2）指导病人正确的翻身方法，勿拖动，以免摩擦使皮肤破损。
 - （3）久卧或久坐时，应在骨突处置小垫，以防局部受压，可用纱布垫架空脚跟。
 - （4）每天用红花乙醇按摩骨突处，预防褥疮的发生。来源：考试大的美女编辑们
 - （5）保护皮肤清洁，每天用温水拭净皮肤，对被排泄物和汗液弄脏的衣服应及时更换。皮肤干燥者可用滋润霜涂擦。
 - （6）必要时可用水垫或气垫床。来源：考试大的美女编辑们
 - （7）给予充足的营养。给予高蛋白。高热量饮食，不能进食者可用鼻饲法或静脉外营养。

- 2、促使褥疮愈合

 - （1）I期褥疮：用红花乙醇按摩局部皮肤，每天2次。应用气垫

架空淤血部位，避免局部再受压，指导病人在床上进行肢体锻炼。（2） 期褥疮；用红汞涂擦破溃处，以收敛皮肤，促进局部皮肤愈合。或用鸡蛋膜覆盖破溃处。有水泡者用无菌针筒抽吸水泡内液体，消毒针眼处并用无菌纱布覆盖。

（3） 、 期褥疮：应伤口换药。选择合适的敷料盖住伤口，在伤口处直接加压。以免病人出血不止（肝癌病人凝血功能差）。每日用油性抗生素伤口换药，并观察伤口愈合情况，如一星期内无好转可作伤口细菌培养，以寻找敏感抗生素。更多信息请访问：百考试题护士网校 护士论坛 护士在线题库 百考试题执业护士加入收藏 相关推荐：2010年基础护理学辅导：褥疮病人的护理办法 2010年基础护理学辅导：护理褥疮病人的十个要点 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com