



第五章

清洁护理



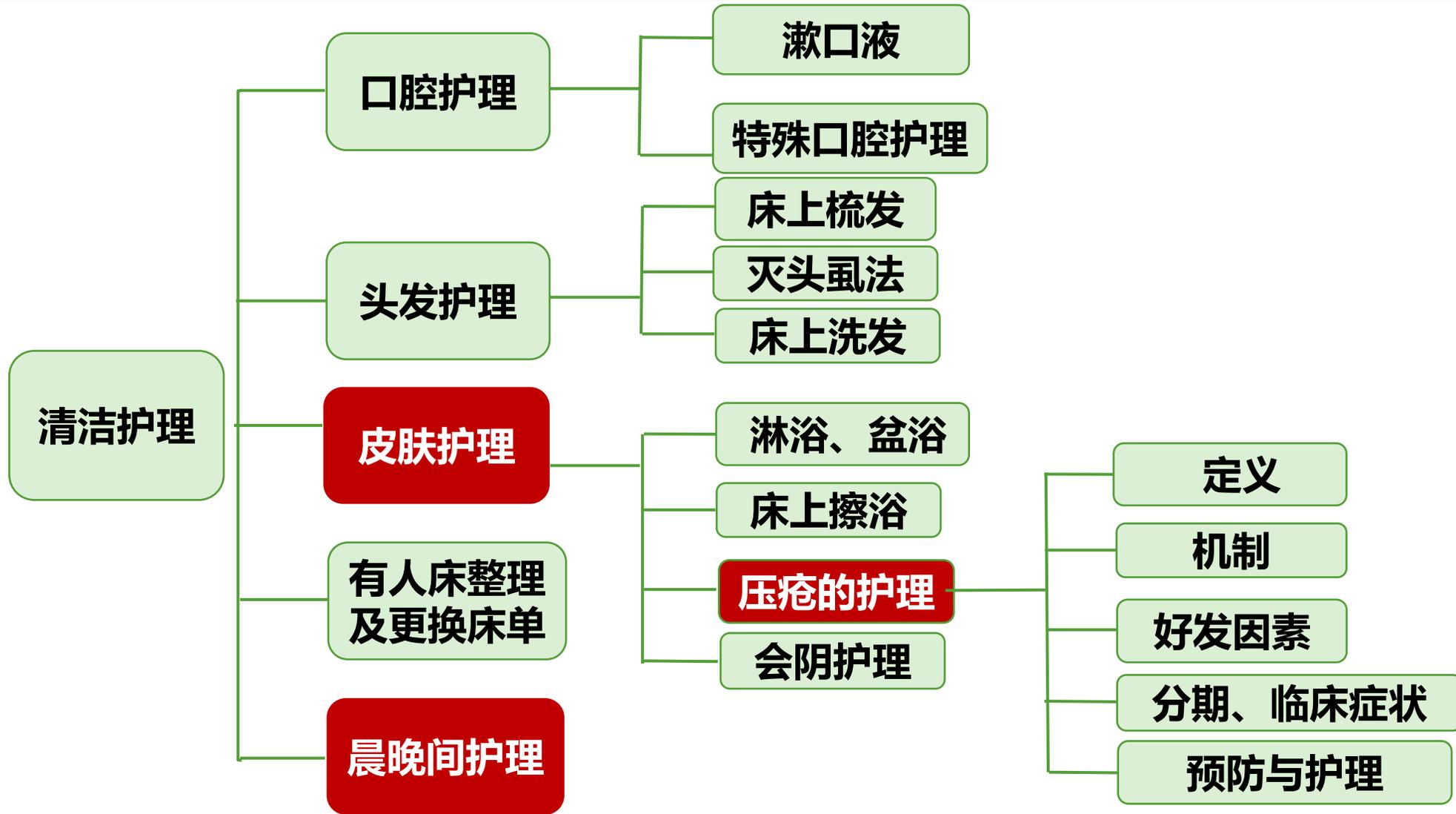
主讲人：陈亚静



单位：郑州澍青医学高等专科学校



本章框架



学 习 目 标

- ◆掌握压疮的概念、发生的原因、好发部位、预防、临床分期及其护理要点。
- ◆熟悉床上擦浴的操作步骤和注意事项；压疮发生的高危人群；晨晚间护理目的。
- ◆能正确实施床上擦浴、卧有病人床整理和更换床单法。
- ◆了解沐浴法。

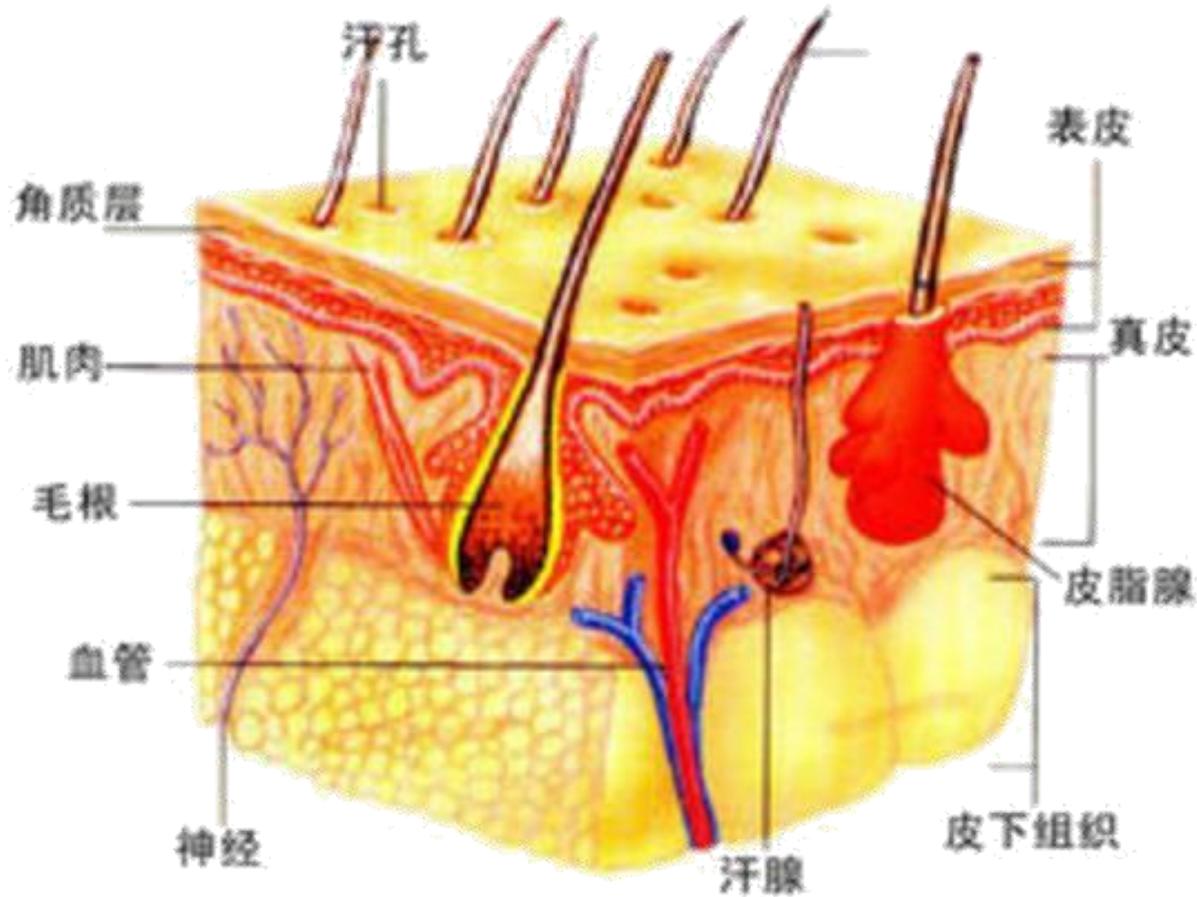


第三节

皮肤护理



你认识我们的“**皮肤**”吗？



组成：

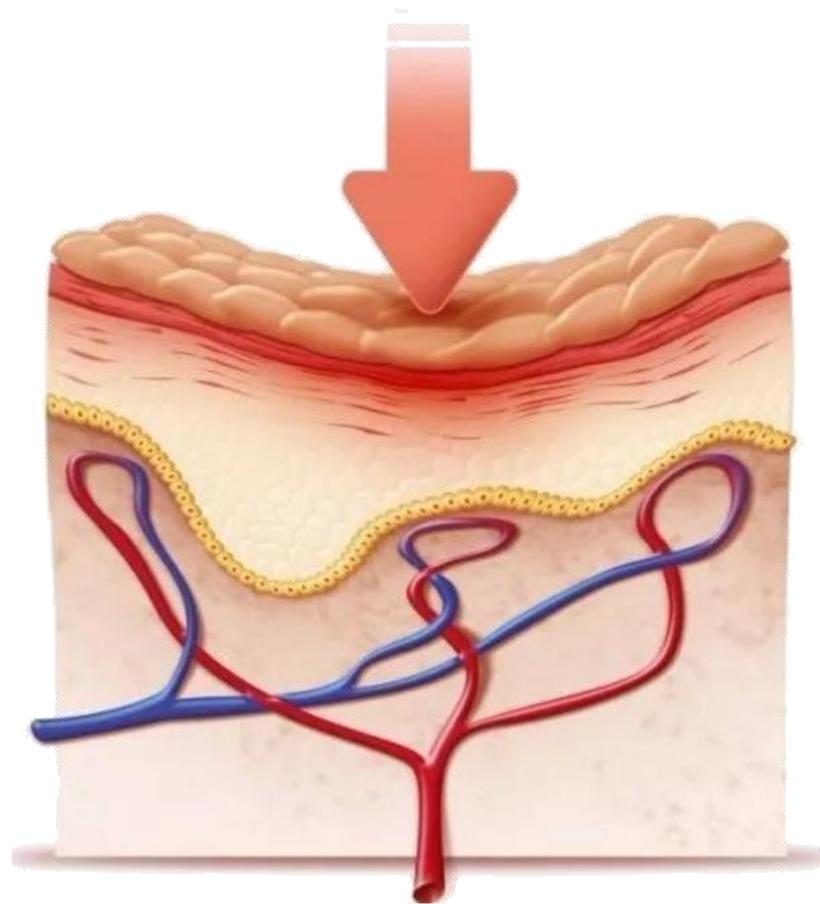
表皮、真皮、皮下组织和附属器

作用：

保护机体、体温调节、分泌、吸收
排泄、感觉等。



一、皮肤清洁护理



二、压疮的预防及护理



一、皮肤清洁护理——淋浴和盆浴



目的

- ◆去除污垢，保持皮肤清洁、干燥，使病人舒适。
- ◆促进血液循环，增强皮肤排泄功能，预防并发症。
- ◆观察全身有无异常，为临床诊治提供依据。
- ◆放松肌肉，保持精神状态。





一、皮肤清洁护理——淋浴和盆浴



操作程序

评估□□□□ 计划□□□□ 实施□□□□ 评价

- ◆ 调节室温 24°C 左右，水温 $40-45^{\circ}\text{C}$
- ◆ 防止湿手接触电源开关。
- ◆ 防止病人意外跌倒。
- ◆ 不宜关门，可悬挂“正在使用”警示牌。
- ◆ 盆浴水位不可超过心脏位置，避免引起胸闷。





一、皮肤清洁护理——淋浴和盆浴



注意事项

- ◆饭后1h才可洗浴，以免影响消化。
- ◆防止病人受凉、晕厥、烫伤、滑跌等情况发生。
- ◆妊娠7个月以上禁用盆浴；
- ◆衰弱、创伤和患心脏病需要休息的病人，不宜淋浴或盆浴。
- ◆传染病患者，据病情按照隔离原则进行隔离。



一、皮肤清洁护理——床上擦浴

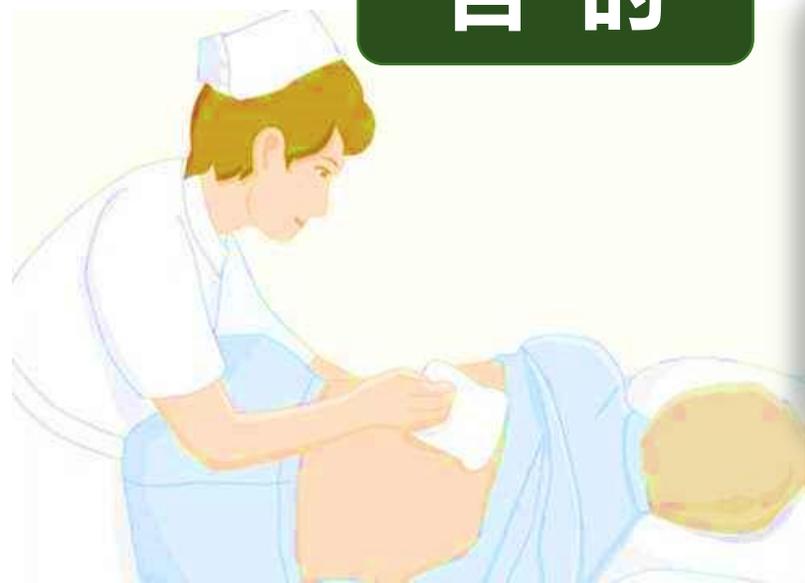


适用范围

适用于病情较重、长期卧床、活动受限、身体虚弱而不能自理的患者。

目的

- 去除皮肤污垢，保持皮肤清洁，增进患者舒适。
- 促进皮肤的血液循环，增强皮肤的排泄功能，预防感染和压疮等并发症的发生。
- 观察患者的一般情况，提供疾病信息
- 活动肢体，防止肌肉挛缩和关节僵硬等并发症。





一、皮肤清洁护理——床上擦浴



准备

- 根据患者的病情、个人习惯、自理状况进行擦浴准备。
- **水温50-52℃；室温22-26℃**
- 保护病人隐私，避免受凉，擦拭过程中避免弄湿床单被罩。
- 避免交叉感染。





一、皮肤清洁护理——床上擦浴



眼内眦
↓
眼外眦
↓
额部
↓
鼻翼
↓
面部

颈部
↑
下颌
↑
耳后

双上肢
↓
胸腹部
↓
后颈
↓
背部
↓
臀部

双下肢
↓
脚部

基本原则:
先脱近侧
后脱对侧

如有外伤:
先脱健侧
后脱患侧

基本原则:
先穿对侧
后穿近侧

如有外伤:
先穿患侧
后穿健侧





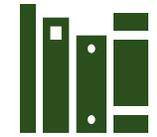
一、皮肤清洁护理——床上擦浴



注意事项

- ◆ **操作过程中遵循节力原则**，降低重心，减少体力消耗。
- ◆ 及时更换温水，**腋窝、腹股沟等皮肤褶皱处擦洗干净。**
- ◆ 动作轻柔，防止受凉，保护病人隐私。
- ◆ 观察患者病情变化。**如出现寒战、面色苍白等立即停止擦洗并及时处理。**
- ◆ 操作时应体贴、尊重患者个人习惯。





二、压疮的预防及护理——概念



认识压疮

身体局部组织长期受压，血液循环障碍，局部组织持续缺血、缺氧、营养不良，导致皮肤失去正常功能而引起的局限性组织溃烂和坏死。

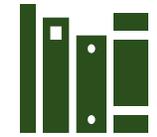




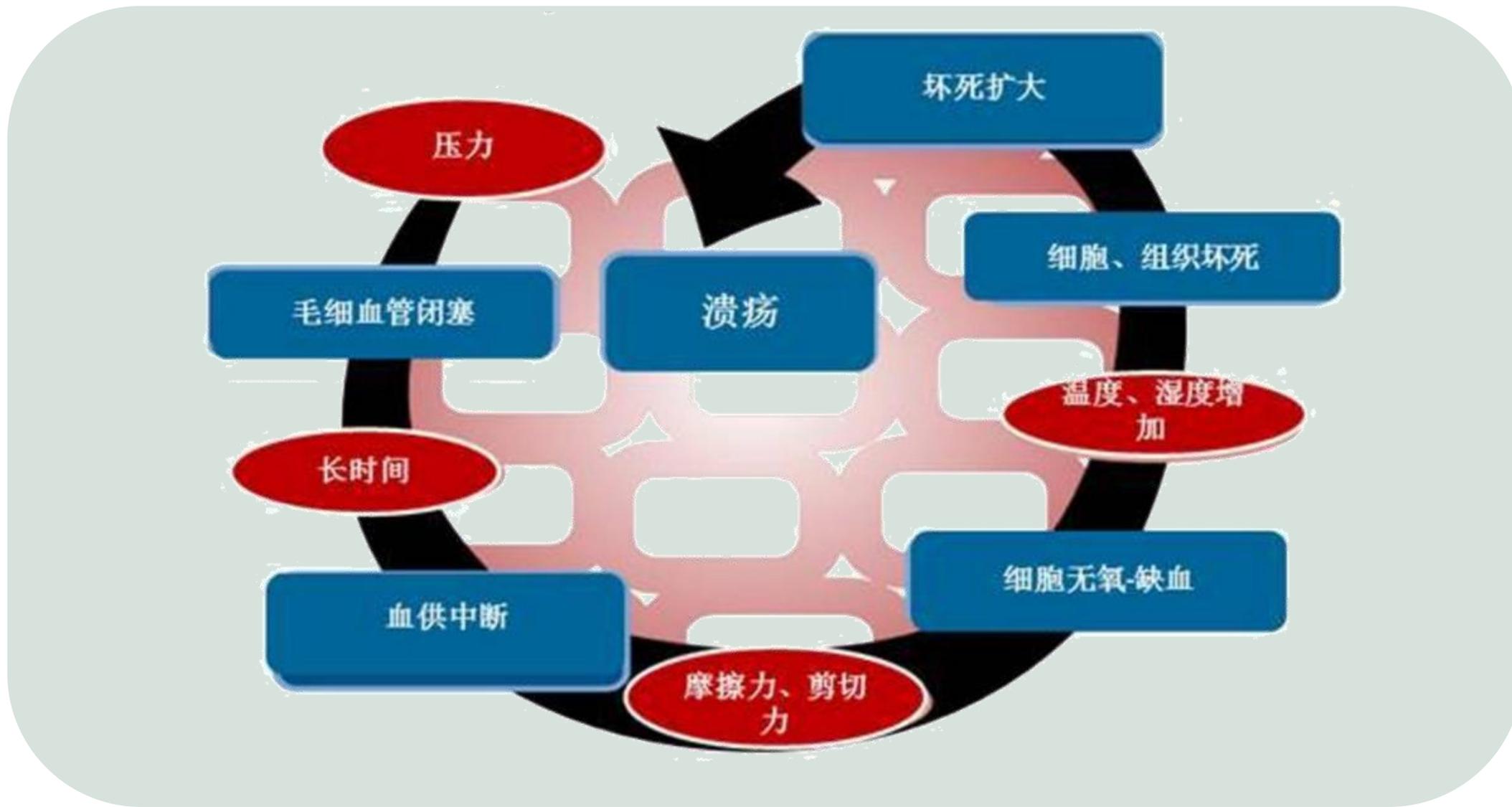
认识压疮

- ◆ 局部组织承受持续性压力，也称为“压力性溃疡”。
- ◆ 是一种继发症状
- ◆ 一般由于患者得病后未妥善护理而发生。
- ◆ 易加重病情，引发败血症等。





二、压疮的预防及护理——压疮形成的机制





二、压疮的预防及护理——压疮形成的原因



01 力学因素

02 局部潮湿或排泄物刺激

03 营养不良或水肿

04 医疗器械使用不当



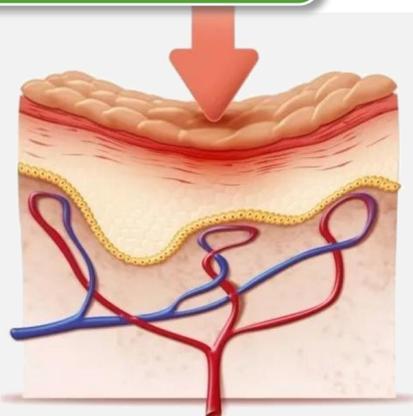


二、压疮的预防及护理——压疮形成的原因



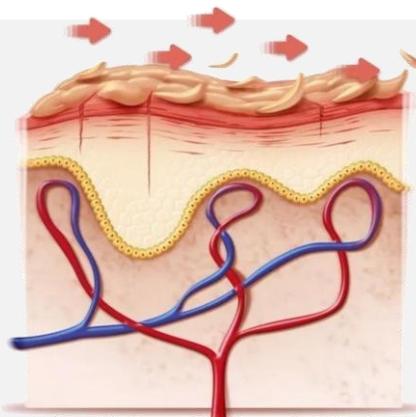
01

力学因素



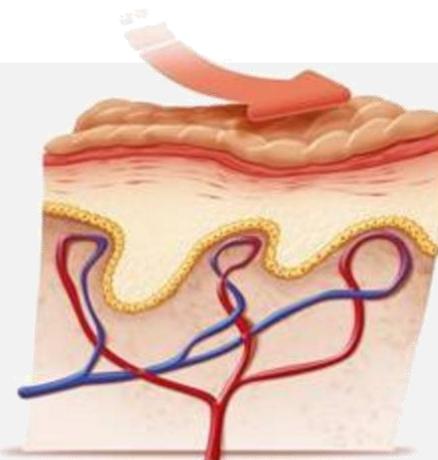
压力

- ◆ 局部组织遭受的垂直压力
- ◆ 单位面积压力越大，产生压疮越快
- ◆ 持续**2h**以上，可引起**不可逆**损害



摩擦力

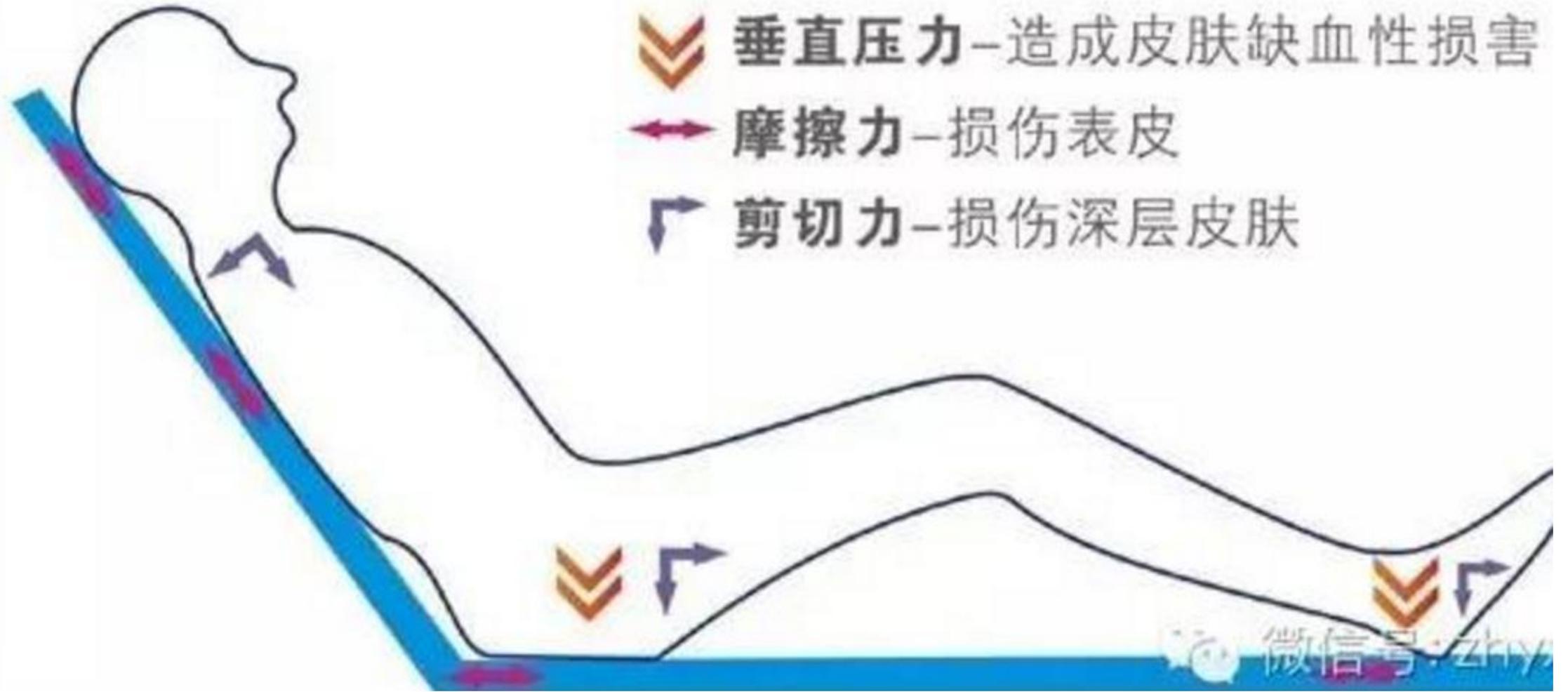
- ◆ 相互接触的两物体表面发生阻碍相对运动的力
- ◆ 皮肤和床单或轮椅表面的逆行阻力摩擦



剪切力

- ◆ 两层组织相邻表面间的滑行
- ◆ 压力和摩擦力共同作用的结果
- ◆ 与体位密切相关

- 垂直压力-造成皮肤缺血性损害
- 摩擦力-损伤表皮
- 剪切力-损伤深层皮肤



微信号: zhyy

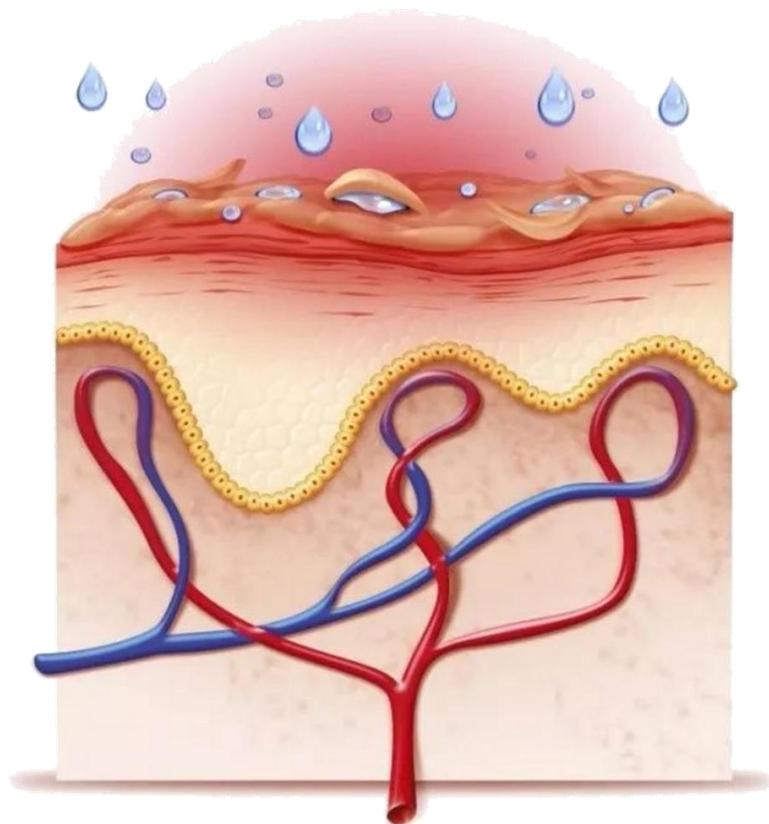


二、压疮的预防及护理——压疮形成的原因



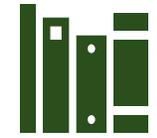
02

局部潮湿或排泄物刺激



皮肤酸碱度改变 受到潮湿刺激

- ◆ 大、小便失禁
- ◆ 伤口分泌物增多
- ◆ 引流渗出液
- ◆ 出汗



二、压疮的预防及护理——压疮形成的原因



03

营养不良或水肿

- ◆ 营养不良是影响压疮的一个重要因素
- ◆ 水肿皮肤弹性及顺应性下降

04

医疗器械使用不当

- ◆ 石膏、夹板、牵引时，衬垫不当，松紧不适宜，导致局部血液循环障碍



压疮发生的原因不包括

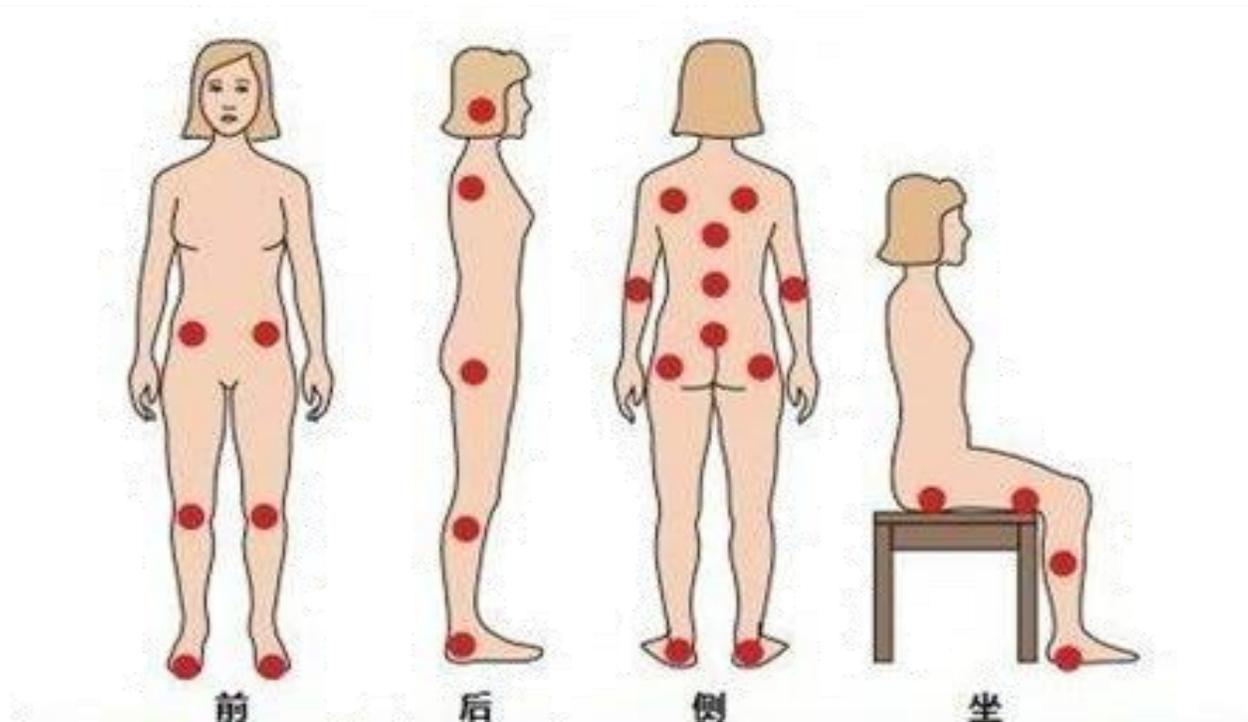
- A 局部组织长期受压
- B 使用石膏绷带衬垫不当
- C 全身营养缺乏
- D 局部皮肤经常受排泄物刺激
- E 肌肉软弱萎缩

提交



二、压疮的预防及护理——好发部位

压疮好发于经常受压和无肌肉包裹或肌层较薄、缺乏脂肪组织保护的骨隆突处。





二、压疮的预防及护理——好发部位

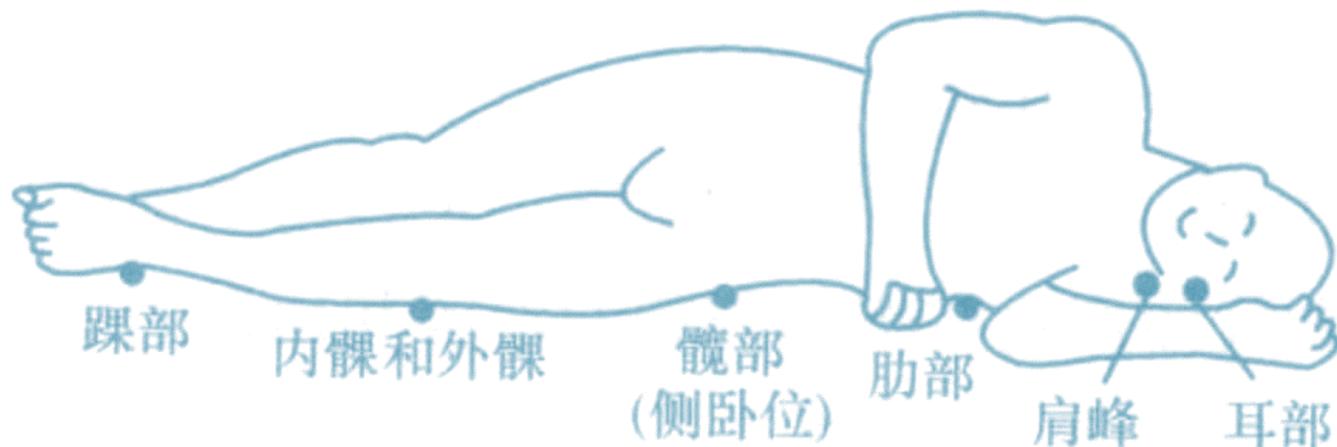
压疮与卧位有密切关系。

根据卧位不同，受压点不同，好发部位也不同。临床上95%的压疮发生在下半身的骨隆突上，比较典型的压疮发生部位为**骶尾部、股骨大转子、坐骨结节、足跟及外踝**。





二、压疮的预防及护理——好发部位



坐姿





二、压疮的预防及护理——危险因素及高危人群的评估



降低压疮发生率的关键——

早评估、早发现、早预防

- ◆ 充分认识压疮的危险因素
- ◆ 对患者压疮发生的危险性进行有效评估。



二、压疮的预防及护理——危险因素及高危人群的评估



Braden危险因素评估表

项目/分组	1	2	3	4
感觉：对压力相关不适的感受能力	完全受限	非常受限	轻度受限	未受限
潮湿：皮肤暴露于潮湿环境的程度	持续潮湿	非常潮湿	有时潮湿	很少潮湿
活动力：身体活动程度	限制卧床	坐位	偶尔行走	经常行走
移动力：改变和控制体位的能力	完善无法移动	严重受限	轻度受限	未受限
营养：日常食物摄取状态	非常差	可能缺乏	充足	丰富
摩擦力和剪切力	有问题	有潜在问题	无明显问题	

总分值为6-23，分值越少，提示发生压疮的危险性越高。

评分≤18分，提示有病人发生压疮的危险，建议采取预防措施。



二、压疮的预防及护理——危险因素及高危人群的评估



Norton 压疮危险因素评估表

项目/分组	4	3	2	1
身体状况	良好	一般	不好	极差
精神状态	思维敏捷	无动于衷	不合逻辑	昏迷
活动能力	可以走动	需协助	坐轮椅	卧床
灵活程度	行动自如	轻微受限	非常受限	不能活动
失禁情况	无失禁	偶有失禁	经常失禁	二便失禁

总分为5~20分，分值越少，提示发生压疮的危险性越高。

评分≤14分，提示有病人发生压疮的危险，建议采取预防措施。

目前公认的用于预测压疮发生有效评分方法，特别适合老年病人。



二、压疮的预防及护理——危险因素及高危人群的评估





二、压疮的预防及护理——压疮的分期



压疮的发生是一个渐进性过程

I 期 淤血红润期

暂时性血液循环障碍

II 期 炎性浸润期

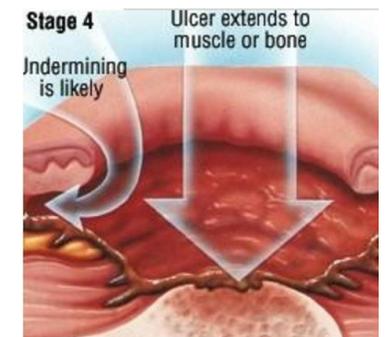
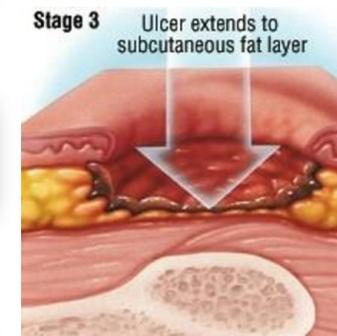
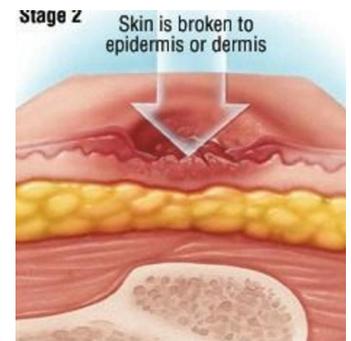
静脉回流受阻，局部静脉淤血

III 期 浅度溃疡期

组织持续缺血、缺氧

IV 期 坏死溃疡期

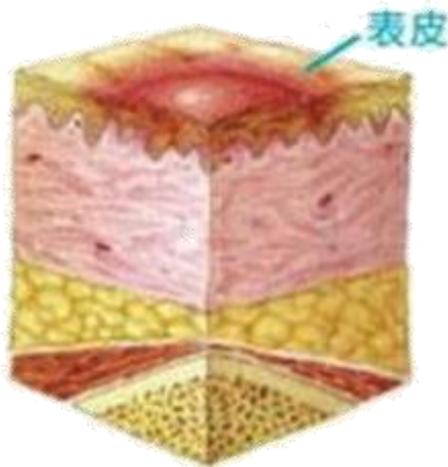
细胞、组织发生溃疡、坏死



二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

I 期 淤血红润期

第一级



暂时性血液循环障碍

- ◆ 红、肿、热、痛或麻木
- ◆ 解压30min后，皮肤颜色不能恢复正常。
- ◆ 皮肤完整性未破坏
- ◆ 及时去除诱因，加强预防措施，可逆性改变。

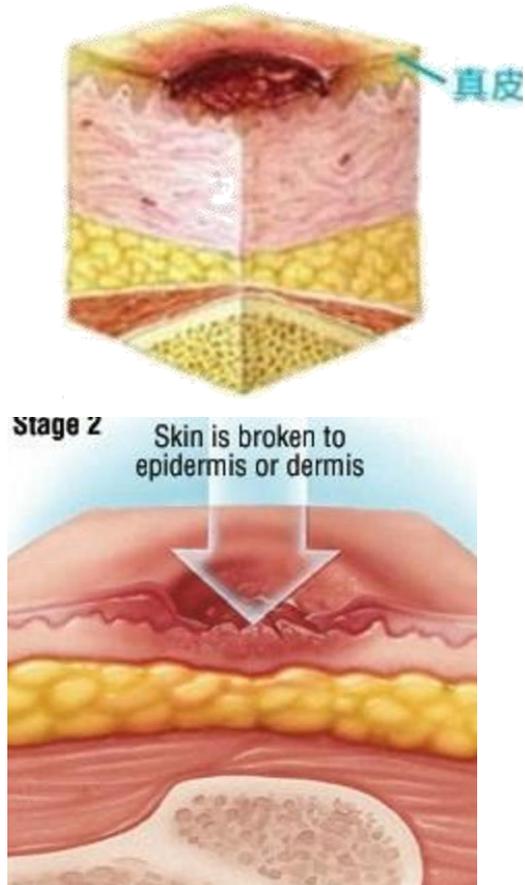
治疗和护理措施

- ◆ 去除致病因素，增加翻身次数，避免继续受压。
- ◆ 避免摩擦、潮湿等。
- ◆ 可用半透明或水胶体敷料保护。

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

II期 炎性浸润期

第二级



静脉回流受阻，局部静脉淤血

治疗和护理措施

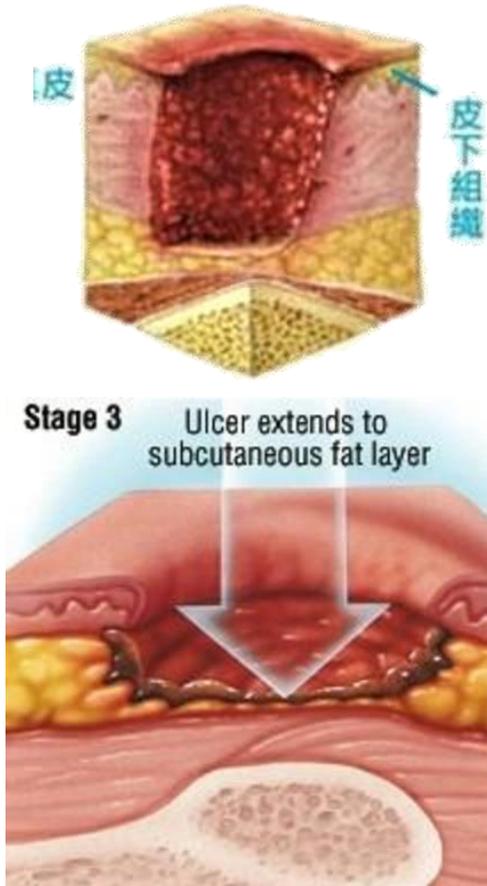
- ◆ 皮肤**表皮层、真皮层或两者均**损伤或坏死。
- ◆ **受压部位呈紫红色，皮下产生硬结，有水泡，易破溃**
- ◆ 水泡破溃后表皮层脱落，病人有疼痛感。
- ◆ 及时解除受压，改善血液循环，仍可防止进一步进展。

- ◆ **保护皮肤，避免感染。**
- ◆ 未破小水疱用无菌纱布包扎
- ◆ 未破大水疱使用无菌注射器抽出液体，消毒并包扎
- ◆ 破裂水疱，消毒包扎。

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

Ⅲ期 浅度溃疡期

第三級



组织持续缺血、缺氧

- ◆ 全层皮肤破坏，损伤达皮下组织和深层组织。
- ◆ 主要表现为表皮水疱逐渐扩大、破溃，真皮层创面有黄色渗出液，感染后有脓液。
- ◆ 浅层组织坏死，形成溃疡。
- ◆ 疼痛感加重

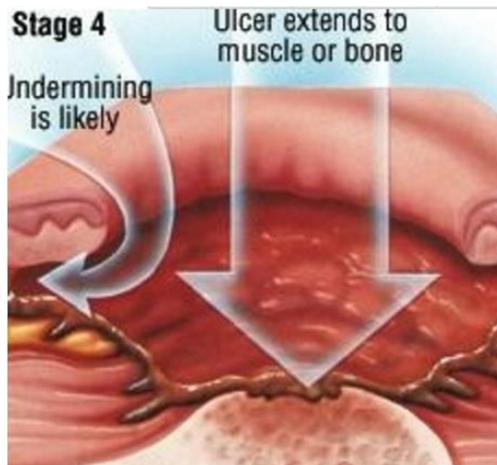
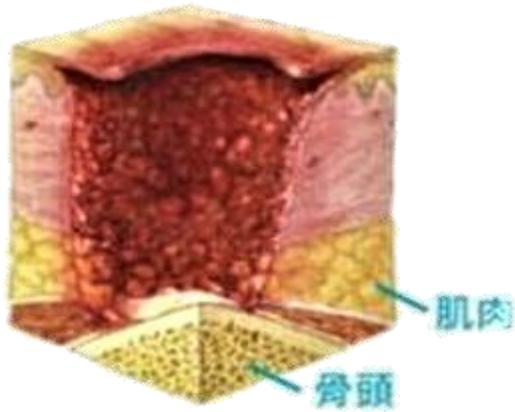
治疗和护理措施

- ◆ **清洁创面，消除坏死组织，处理伤口渗出液，促进肉芽组织生长并预防感染。**
- ◆ 根据伤口类型选择清洗液
- ◆ 根据患者情况选择清创方式
- ◆ 根据渗出液的特点选择敷料和更换频率。

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

IV期 坏死溃疡期

第四级



细胞、组织发生溃疡、坏死

治疗和护理措施

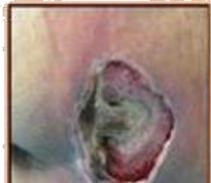
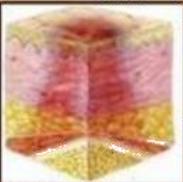
- ◆ 侵入真皮下层和肌肉层，感染向周围及深部组织扩展，可深达骨骼。
- ◆ 发黑，脓性分泌物增多，有臭味。
- ◆ 严重者细菌及毒素侵入血液循环，引起脓毒败血症，造成全身感染。

- ◆ 去腐生肌。（Ⅲ期治疗和护理措施基础上）
- ◆ 清创术-清除焦痂和腐肉。
- ◆ 减少无效腔-处理伤口潜行或窦道。
- ◆ 保护暴露骨骼、肌腱和肌肉。

压疮淤血红润期的局部表现是

- A 受压部位呈紫红色
- B 局部皮肤出现红、肿、热、麻木或触痛
- C 浅层组织感染
- D 溃疡形成
- E 皮下硬结产生

提交

压疮分期	压疮各期描述	图片对照	
I 期	皮肤完整、发红，与周围皮肤界限清楚，压之不褪色		
II 期	部分表皮缺损，皮肤表浅溃疡，基底红，无结痂，也可为完整或破溃的血泡。		
III 期	全层皮肤缺失，但肌肉、肌腱和骨骼尚未暴露，可有结痂、皮下隧道。		
IV 期	全层皮肤缺失伴有肌肉、肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和皮下隧道。		
可疑深部组织损伤	由于压力或剪力造成皮下软组织损伤引起的局部皮肤颜色的改变（如变紫、变红），但皮肤完整。		
不可分期	全层皮肤缺失但溃疡基底部覆有腐痂和（或）痂皮。		

2014年国际NPUAP/EPUAP 压疮分类系统

- ◆ 对于深达骨质、久治不愈等压疮可采取外科手术治疗（皮瓣移植、植皮修补等）
- ◆ 对于不可分期压疮和深部组织损伤类的压疮，需进一步评估，采取必要的清创措施，根据损伤程度选择相应的护理方法。



二、压疮的预防及护理



控制压疮的关键在于预防

预防的关键在于去除病因

“七勤” 勤观察、勤翻身、勤擦洗、
勤按摩、勤更换、勤整理、勤交班





二、压疮的预防及护理

01 保护皮肤避免外界机械力的作用

02 避免局部的理化因素的刺激

03 促进局部血液循环

04 改善机体营养状况

05 鼓励病人活动

06 健康教育



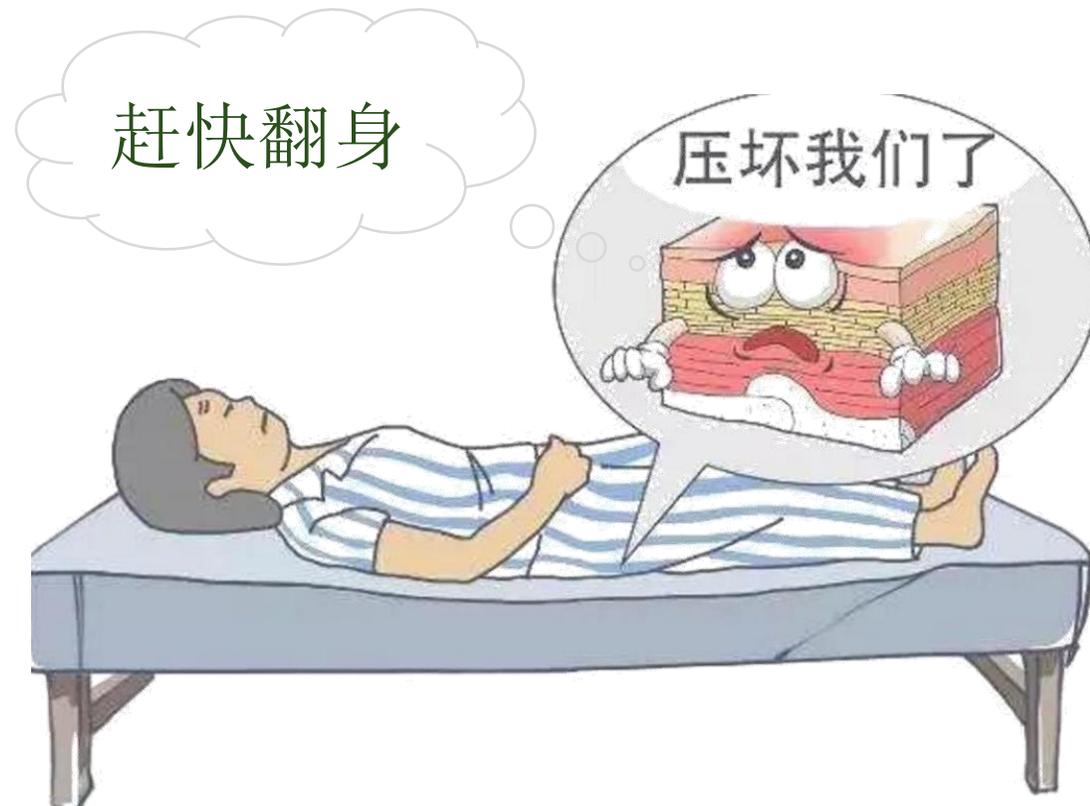


二、压疮的预防及护理



01 保护皮肤避免外界机械力的作用——经常更换卧位

- ◆ 鼓励和协助病人更换体位是预防压疮最有效的方法，至少每2h翻身一次。
- ◆ 利用支撑工具协助取30° 倾斜侧卧（左、右、仰卧位交替）。
- ◆ 避免90° 侧卧或半坐卧位。（压力增大）





二、压疮的预防及护理



01 保护皮肤避免外界机械力的作用—保护骨突、支持身体空隙

- ◆ 体位安置妥当后，在骨突处或易受压部位垫海绵垫褥、水褥、气垫褥等。
- ◆ 身体空隙处垫软枕、海绵垫等，增加支撑面。
- ◆ 也可采用**支被架**抬高被毯，防止受压。





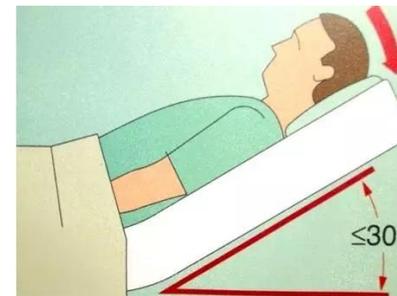
二、压疮的预防及护理



01 保护皮肤避免外界机械力的作用—避免摩擦力和剪切力



- ◆ 抬离床面时，避免拖、拉、推等。
- ◆ 床头抬高不超过 30° ，减少剪切力。



01 保护皮肤避免外界机械力的作用—正确使用医疗用具





二、压疮的预防及护理



02

避免局部的理化因素的刺激

- ◆（采用温水或中性溶液清洁皮肤，避免碱性肥皂、含乙醇用品等）
- ◆保持床单及保持皮肤清洁、干燥。被褥整洁、干燥、无碎屑。严禁让患者直接卧于橡胶单或塑料布上。





二、压疮的预防及护理



03

促进局部血液循环

- ◆ 关节活动度练习，促进肢体血液循环。
- ◆ 定期为病人**温水擦浴**。
- ◆ 局部受压部位适当按摩。（受压出现反应性充血的皮肤不主张按摩）





二、压疮的预防及护理



04

改善机体营养状况

- ◆ 高蛋白、高热量、高维生素饮食和适当补充硫酸锌。
- ◆ 不能进食病人采用鼻饲或静脉营养。
- ◆ 水肿病人限制水和盐的摄入。
- ◆ 脱水病人及时补充水和电解质。



二、压疮的预防及护理—治疗和护理

全身治疗

- ◆ 积极治疗原发病，补充营养和全身抗感染治疗。
- ◆ 平衡饮食，增加蛋白质、维生素和微量元素的摄入。
- ◆ 长期不愈者，可静注复方氨基酸溶液。
- ◆ 低蛋白血症病人可输入血浆或人血清蛋白。
- ◆ 抗感染治疗，预防败血症。

各期的治疗

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

I期 淤血红润期 (第一级)

暂时性血液循环障碍

治疗 and 护理措施

- ◆ 红、肿、热、痛或麻木
- ◆ 解压30min后，皮肤颜色不能恢复正常
- ◆ 皮肤完整性未破坏
- ◆ 及时去除诱因，加强预防措施，可逆性改变

◆ 去除致病因素，增加翻身次数，避免继续受压

◆ 避免摩擦、潮湿

◆ 可用半透明或水胶体敷料保护

郑州澍青医学高等专科学校

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

II期 炎性浸润期 (第二级)

静脉回流受阻，局部静脉淤血

治疗 and 护理措施

- ◆ 皮肤表皮层、真皮层或两者均损伤或坏死
- ◆ 受压部位呈紫红色，皮下产生硬结，有水疱，易破溃
- ◆ 水疱破溃后表皮脱落，病人有疼痛感
- ◆ 及时解除受压，改善血液循环，仍可防止进一步进展

◆ 保护皮肤，避免感染

◆ 未破小水疱用无菌纱布包扎

◆ 未破大水疱使用无菌注射器抽出液体，消毒并包扎

◆ 破裂水疱，消毒包扎

郑州澍青医学高等专科学校

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

III期 浅度溃疡期 (第三级)

组织持续缺血、缺氧

治疗 and 护理措施

- ◆ 全层皮肤破坏，损伤达皮下组织和深层组织
- ◆ 主要表现为表皮水疱逐渐扩大、破溃，真皮层创面有黄色渗出液，感染后有脓液
- ◆ 浅层组织坏死，形成溃疡，疼痛感加重

◆ 清创创面，清除坏死组织，处理伤口渗液，促进肉芽组织生长并预防感染

◆ 根据伤口类型选择清洗液

◆ 根据患者情况选择清创方式

◆ 根据渗出液的特点选择敷料和更换频率

郑州澍青医学高等专科学校

二、压疮的预防及护理—压疮各期临床表现及治疗护理

IV期 坏死溃疡期 (第四级)

细胞、组织发生溃疡、坏死

治疗 and 护理措施

- ◆ 侵入真皮下层和肌肉层，感染向周围及深部组织扩展，可深达骨髓
- ◆ 发黑，脓性分泌物增多，有臭味
- ◆ 严重者细菌及毒素侵入血液循环，引起败血症，造成全身感染

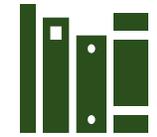
◆ 去腐生肌。(III期治疗和护理措施基础上)

◆ 清创术：清除焦痂和腐肉

◆ 减少无效腔：处理伤口潜行或窦道

◆ 保护暴露骨、肌腱和肌肉

郑州澍青医学高等专科学校



第五节

晨晚间护理



为什么要为患者进行晨晚间护理？

昏迷、瘫痪、高热、大手术后或年老体弱等危重症患者，由于病痛、自理能力丧失或减弱，需护士进行晨、晚间生活护理。
满足身、心两方面的需要，促进舒适、休息与睡眠。





一、晨间护理



目的

- ◆ 使患者清洁舒适，预防压疮、肺炎等并发症。
- ◆ 观察和了解病情，及时发现病人存在的问题。
- ◆ 保持病室整洁、美观。
- ◆ 增进护患交流，满足病人的身心需要。



晨晚间护理一般于清晨诊疗工作前完成



一、晨间护理

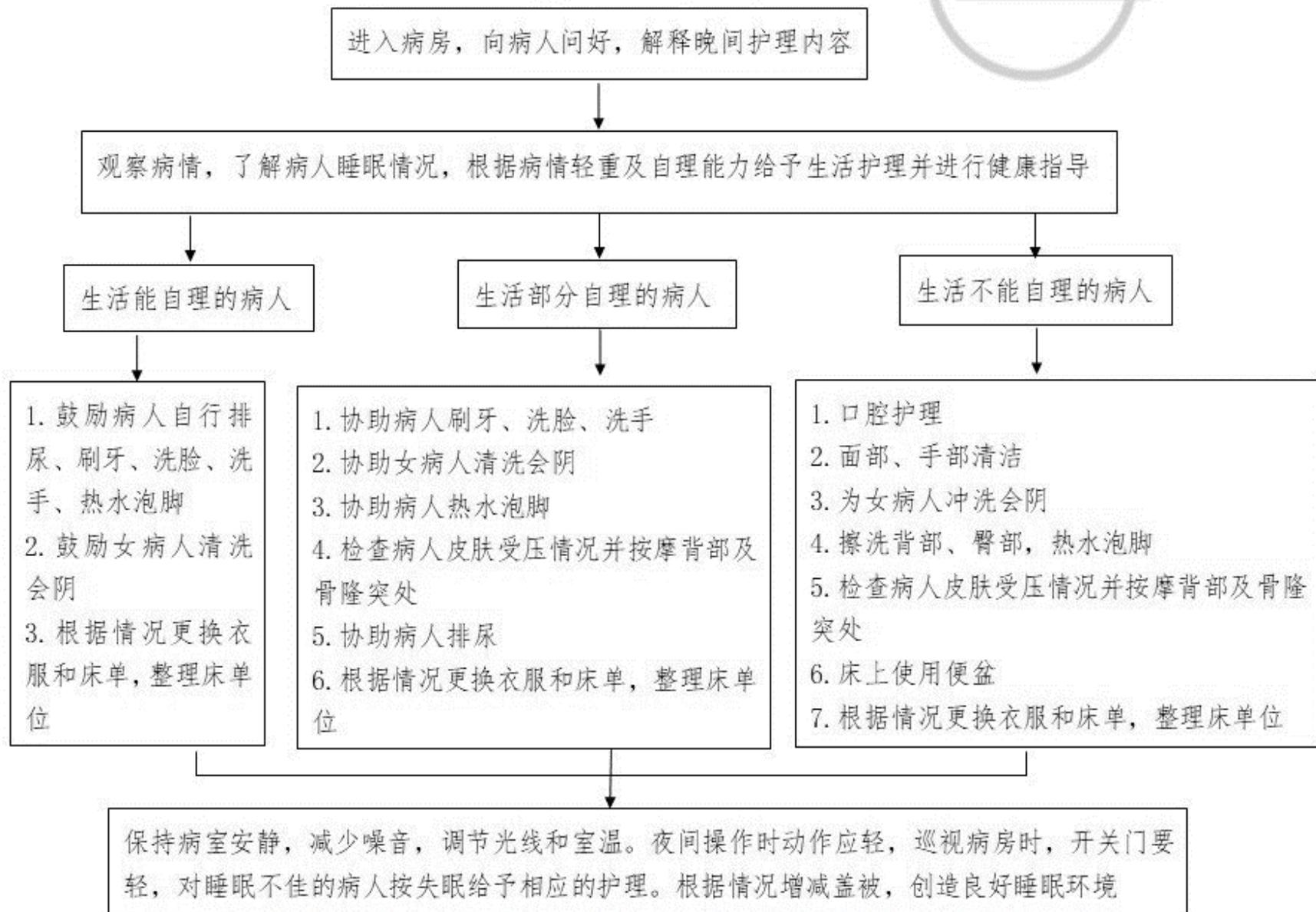


内容

- ◆ 生活护理。
- ◆ 整理床单位，及时更换衣服和床上用品。
- ◆ 观察病情，进行心理护理和健康教育。
- ◆ 整理病室，酌情开窗通风。



晨间护理工作流程





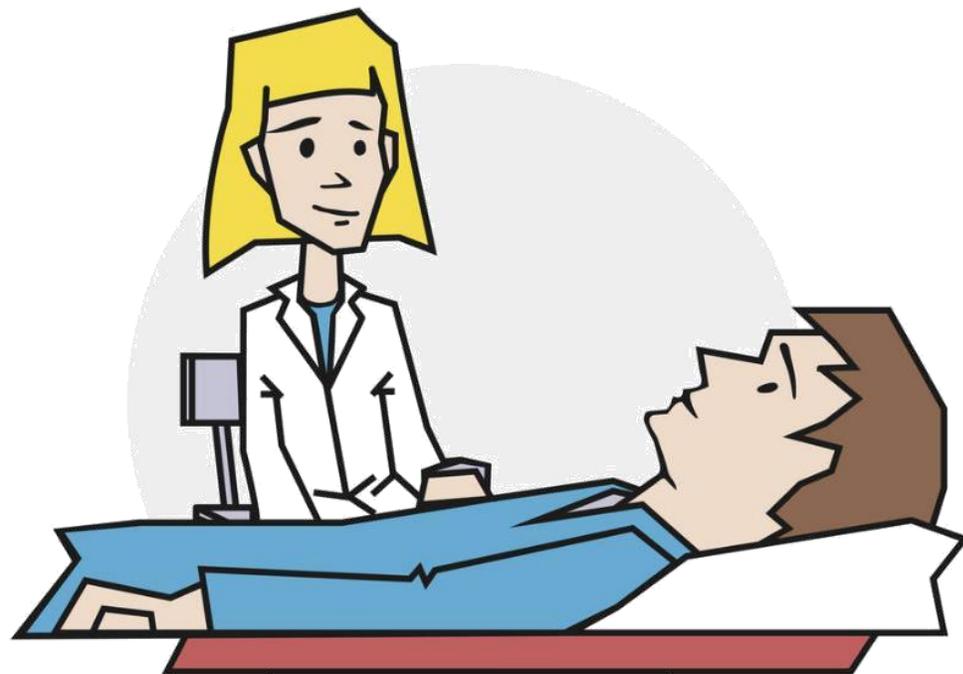
二、晚间护理



目的

- ◆ 保持病室安静、整洁，使病人清洁、舒适，易于入睡。
- ◆ 观察和了解病情。
- ◆ 预防并发症的发生。

晚间护理一般于患者睡觉前完成





二、晚间护理

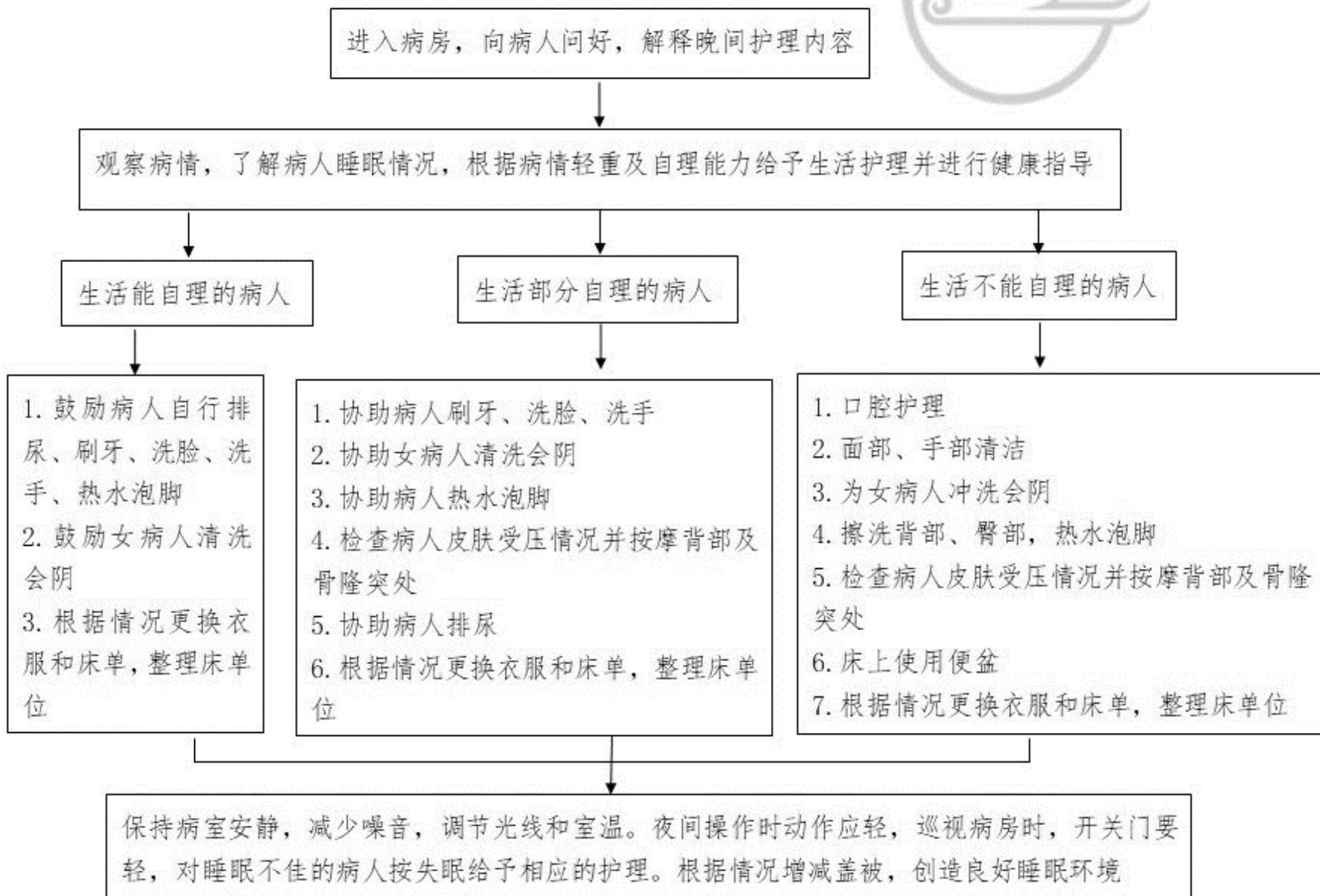


内容

- ◆ 协助病人口腔护理，洗脸、手、擦洗背部和臀部，热水泡脚等。
- ◆ 检查身体受压部位，按摩背部或骨隆突处。
- ◆ 整理床铺。
- ◆ 创造良好的睡眠环境
 - (1) 为病人创造安静、舒适环境；
 - (2) 减少疾病带给病人的痛苦与不适；
 - (3) 指导病人养成好的睡眠习惯；
 - (4) 解除病人心理压力



晚间护理工作流程





第四节

卧有病人床整理及更换床单法



- 目的

 - 保持病床和病人整洁、美观、舒适
 - 预防压疮等并发症
- 评估

 - 病人的病情、合作程度
 - 有无导管，肢体活动度
 - 病单位的清洁程度
- 准备

 - 核对解释
 - 移开床椅
 - 松被翻身
- 实施

 - （注意导管通畅及安全）
 - 松单扫床（关注病人感受）
 - 整理盖被
 - 整理枕头
 - 摇高床头
 - 整理用物
- 评价

 - 松单扫
- 注意事项

 - 整理盖被
 - 整理用物



卧有人床更换床单法

侧卧更换床单法

仰卧更换床单法

评价

注意事项

核对解释→移开桌椅
 （注意导管通畅及安全）
 床（关注病人感受）→
 移枕翻身→铺对侧单
 →整理用物

核对解释→移开桌椅
 翻身→翻身
 铺对侧单
 好更前被套
 套→整理用物

防病人感觉不适
 操作时动作轻柔
 床单被褥每周更换2次，如有污染，随
 时更换
 患者沟通有效、病人满意

护士为一级护理患者行晨、晚间护理的适宜时间分别是

- A 诊疗开始前,晚饭后
- B 诊疗开始后,晚饭前
- C 诊疗开始后,晚饭后
- D 诊疗开始前,下午4时后
- E 诊疗间隙中进行,临睡前

提交

患者，女，78岁。脑卒中卧床半年，患者骶尾部皮肤有压疮，大小为2cm×3cm，水疱破溃，创面脓性分泌物较多。判断该患者压疮的临床分期是（ ）

- A 淤血红润期
- B 炎性红润期
- C 炎性浸润期
- D 浅度溃疡期
- E 坏死溃疡期

提交

The background features a complex, abstract design in various shades of green. It consists of overlapping low-poly, faceted shapes that resemble crystalline structures or stylized foliage. A fine, light-colored grid of dots is visible in the background, particularly in the upper and lower sections. The overall aesthetic is modern and digital.

谢谢观看