

# 预见性护理在ICU预防压力性损伤中的应用效果

刘 伟

北京北亚骨科医院 北京 102445

**摘要:** **目的:** 分析预见性护理在ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者预防压力性损伤中的应用效果。**方法:** 纳入我院治疗的ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者作为研究对象,共46例,时间2020年1月至2021年12月,采取随机方法分组为对照组(23例)、研究组(23例),分别给予两组患者ICU重症常规护理以及预见性护理,观察两组护理,在预防患者压力性损伤中的效果。**结果:** 经过护理,研究组患者的压力性损伤发生率低于对照组,皮肤发红人数少于对照组,减压后皮肤发红消退率高于对照组,感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力以及摩擦力和剪切力六项评分均高于对照组,压力损伤风险低于对照组,血糖水平低于对照组,躯体功能、心理功能及社会功能生活质量评分高于对照组, $P<0.05$ 。物质生活状态评分两者差异不明显, $P>0.05$ 。**结论:** 对ICU重症颅脑损伤合并,糖尿病患者实施预见护理具有较好的压力性损伤预防效果,其能控制患者的压力性损伤风险因素,改善患者血糖,推荐应用。

**关键词:** 预见性护理; ICU; 重症颅脑损伤; 糖尿病; 压力性损伤

压力性损伤指的是患者身体长期受压、营养不良以及持续性缺血缺氧而溃烂坏死的并发症<sup>[1]</sup>。近些年来,糖尿病发病率升高,这使得ICU重症颅脑损伤患者中合并了糖尿病的患者人数也明显增多。该类患者在ICU中需要绝对卧床,同时因为存在糖尿病受其影响,是压力性损伤的高发人群,并且该类患者一旦发生压力性损伤,不仅会影响治疗效果,还给患者带来较大的痛苦,危害甚大<sup>[2]</sup>。因此如何预防ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者发生压力性损伤已成为该类患者护理工作的重点,本文就探讨分析了预见性护理对ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者的压力性损伤预防效果,内容如下:

## 一、资料与方法

### 1. 基线资料

研究资料来自我院治疗的46例ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者,资料纳入时间2020年1月至2021年12月,采取随机方法分组为对照组(23例)、研究组(23例)。其中对照组患者男15例、女8例,年龄45~72岁、平均(57.6±4.4)岁。研究组患者男13例、女10例,年龄42~75岁、平均(55.8±4.3)岁。基线资料两组相比: $P>0.05$ ,可比较。

### 2. 方法

对照组接受常规护理,包括严密监测生命体征,定

时检查身体状况,保持皮肤清洁干燥,及时给予翻身以及身体卫生护理,防止尿液粪便污染,定时翻身,1~2h/次,进行血糖监测,给予气垫床。

研究组患者接受预见性护理。对患者实施护理前,护理人员先接受了ICU危重患者压疮的主动预防和临床护理培训,并通过总结临床经验查阅相关资料等方式制定了ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者预防压力性损伤的预见性护理对策。接着是具体的预见性护理内容:首先要给予患者压力性损伤的危险因素评估及监测,并以Braden评分表进行患者的压力损伤危险因素动态评估,感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力以及摩擦力和剪切力六个项目总分24分,18分以上为正常,15~18分为压力性损伤低风险,13~14分为压力性损伤中风险,10~12分压力性损伤高风险,9分及以下为极高风险。总结患者发生压力损伤的内外在因素,包括患者身体组织或皮肤受到一定的压力摩擦力及剪力,皮肤所处环境潮湿,以及患者缺乏营养导致血液循环障碍身体抵抗力减弱,皮肤抵抗力减弱,长期卧床肌肉萎缩功能下降,等等。然后,对根据风险评级和因素分析对患者进行压力损伤预防护理,高风险及极高风险患者实施24h的动态管理与预防。一方面要给予患者潮湿管理、摩擦力剪切力管理,定时为患者翻身,1~2小时/次,给予合适体位,以30°侧卧位并且床头抬高低于30°为宜,出汗以或潮湿环境的患者要半个小时~1个小时翻身一次,勤更换床单与被罩,勤清洁身体皮肤,特别是

**作者简介:** 刘伟(1990-01),女,汉族,辽宁省绥中县人,本科学历,职称:主管护师。

大小便失禁的患者要立即清洁皮肤, 并避免使用碱性肥皂和清洁剂, 避免用力摩擦皮肤。必要时给予抗菌消炎药物进行皮肤微循环的改善, 摩擦力剪切力较大的部位给予合适的减压装置或减压垫<sup>[3]</sup>。另一方面, 则根据患者病情与身体情况, 新陈代谢以及饮食偏好制定针对性的饮食方案, 确保患者每日摄入的营养物质达标, 给予蛋白质补充, 保证蛋白质摄入量, 通常, 存在压力性损伤风险因素的患者每天需保障摄入30~35kcal/kg的能量, 外加蛋白质1.25~1.5g/kg, 不能自主进食的患者以鼻饲或肠外营养方式给予营养补给, 一般为4个小时1次, 同时还要定时监测患者的血糖, 判定给予患者的胰岛素够用与否。最后, 还要加强血糖管理, 合理选择血糖监测频率, 4h监测一次患者血糖, 血糖异常升高者2h监测一次, 根据学堂情况选择合理的肠内外营养制剂, 定时给予胰岛素和降糖药配合使, 优化血糖管理。

### 3. 观察指标与评价标准

首先观察两组患者的压力性损伤预防效果, 比较两组患者压力性损伤发生率、压力前期情况以及护理后的压力损伤风险评级。其中压力前期情况包括皮肤发红和减压后退色情况。压力损伤风险评级以Braden评分表为评价标准, 包括感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力以及摩擦力和剪切力6个项目, 每个项目评分1~4分, 分值越低表示患者这方面的压力损伤风险越高。

其次观察两组患者的生活质量, 对比评分。评定标准参照生活质量综合评定问卷(GQOLI-74), 该问卷包括躯体功能, 心理功能, 社会功能, 物质生活状态, 4个维度, 每个维度评分0~30分, 分值越高, 表示患者生活质量越好。

最后比较两组患者的血糖水平, 评价时间为护理后。

### 4. 统计学方法

以SPSS 26.0软件处理样本数据, 压力性损伤发生率和压力前期情况数据为计数资料, 以“n(%)”形式表示, 行卡方检验; Braden评分、血糖水平以及生活质量评分数据为计量资料, 以“ $\bar{x} \pm s$ ”形式表示, 行t检验。检验结果以P<0.05表示具统计学差异意义。

## 二、结果

### 1. 压力性损伤发生率

经过护理, 研究组患者无1例发生压力性损伤, 发生率为0, 对照组患者有4例发生了压力性损伤, 发生率为17.39%, 两组对比研究组更低, 统计学检验P<0.05 ( $\chi^2=4.381$ , P=0.036)。

### 2. 压力前期情况

研究组患者皮肤发红人数少于对照组P<0.05; 减压后皮肤发红消退率高于对照组, 详见表1:

表1 压力前期情况

组别	皮肤发红人数	减压后皮肤发红消退率
研究组 (n=23)	4 (17.39%)	4 (100%)
对照组 (n=23)	12 (52.17%)	7 (58.33%)
$\chi^2$	4.847	/
P	0.028	/

### 3. 压力损伤风险评级

接受护理后研究组患者的感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力以及摩擦力和剪切力六项评分均高于对照组 (P<0.05), 压力损伤风险低于对照组, 详见表2:

表2 压力损伤风险评级

组别	感知能力	潮湿程度	活动能力	移动能力	营养摄取能力	摩擦力和剪切力
研究组 (n=23)	3.4 ± 0.5	3.5 ± 0.2	2.8 ± 0.6	2.2 ± 0.6	3.1 ± 0.7	2.6 ± 0.8
对照组 (n=23)	2.8 ± 0.4	3.0 ± 0.6	2.1 ± 0.7	1.5 ± 0.9	2.6 ± 0.5	1.7 ± 0.4
t	4.494	3.791	3.641	3.104	2.788	4.826
P	0.000	0.001	0.001	0.003	0.007	0.000

### 4. 血糖水平和生活质量评分

血糖水平研究组低于对照组, 躯体功能、心理功能、社会功能生活质量评分研究组均高于对照组, P<0.05; 物质生活状态评分两者差异不明显, P>0.05。详见表3:

表3 血糖水平和生活质量评分

组别	血糖水平 (mmol/L)	生活质量评分			
		括躯体功能	心理功能	社会功能	物质生活状态
研究组 (n=23)	7.1 ± 2.2	21.5 ± 2.1	24.4 ± 1.9	22.4 ± 2.1	22.5 ± 2.3
对照组 (n=23)	9.3 ± 2.7	16.7 ± 2.8	18.6 ± 1.5	17.5 ± 2.8	21.4 ± 2.7
t	3.029	6.577	11.491	6.714	1.487
P	0.004	0.000	0.000	0.000	0.144

## 三、讨论

颅脑损伤通常是由于间接或直接的暴力因素使得颅内组织受到严重创伤的情况, 其中的重症患者受伤后会长时间昏迷, 出现意识障碍, 而糖尿病则是一种功能障碍代谢性疾病。当重症颅脑损伤患者合并糖尿病, 具有较高的压力性损伤并发症风险, 当患者出现压力性损伤后, 先会导致其脂肪和肌肉组织的颜色改变, 然后会出

现红肿麻木、灼热、溃烂等症状,严重影响患者生活质量,甚至影响患者治疗。对于ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者高发压力性损伤的原因,一方面是受糖尿病影响,另一方面因为该类患者存在严重的行动障碍并且治疗周期长需要长时间卧床,身体营养状况差,部分身体组织长期受压,导致患者局部循环差持续缺血缺氧,引起组织坏死<sup>[4]</sup>。因此本院根据这一情况给予了患者针对性的预见护理,结果显示:经过预见性护理,研究组患者的压力性损伤发生率低于对照组,皮肤发红人数少于对照组,减压后皮肤发红消退率高于对照组,感知能力、潮湿程度、活动能力、移动能力、营养摄取能力以及摩擦力和剪切力六项评分均高于对照组,压力损伤风险低于对照组,血糖水平低于对照组,躯体功能、心理功能及社会功能生活质量评分高于对照组,  $P < 0.05$ 。物质生活状态评分两者差异不明显,  $P > 0.05$ 。这充分说明了预见性护理对预防ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者压力性损伤效果显著。具体来讲,预见性护理指的是护理人员在给予患者护理前、护理中,对可能出现压力性损伤的情况进行预测分析,并在问题出现之前采取预防措施,包括常规的翻身、皮肤护理卫生护理,以及给予营养饮食护理,血糖监测等护理措施,这能够有效控制ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者压力性损伤危险因素<sup>[5]</sup>,全方位减少损伤发生。该护理模式相较于常规护理具有针对性和前瞻性<sup>[6]</sup>,相对于常规护理更具目的性和科学性,通过对压力性损伤发生风险及危险因素进行评估,并根据其开展一系列具有防范性的护理措施,因此预防效果更好。对于压力性损伤,虽然护理不能做到完全预防,但评估和消除患者压力性损伤的危险因素,然后对患者进行科学的护理,能将压力性损伤的发生率降到最低。因此,压力性损伤的护理原则为防大于治,这也是实施预见性护理效果显著的原因。能够这就要求护理人员重视预防,正确认识正确评估患者的实际情况,并在护理

过程中关注患者皮肤、皮下温度、水肿、硬度、疼痛等情况,进行压力性损伤的动态预防与管理。

综上所述可得结论:对ICU重症颅脑损伤合并糖尿病患者实施预见性护理,能够帮助患者控制压力性损伤高危因素、改善血糖,能较好地控制患者的压力性损伤风险因素,降低压力性损伤发生率,推荐应用。

#### 参考文献:

- [1]刘恬,陈哲颖,吴晓蓉.受压界面皮肤温度变化与压力性损伤关系的研究进展[J].护理学杂志,2019,34(1):4.
- [2]刘宇宇,文兵.临床护理路径在ICU重症颅脑损伤患者护理中的应用[J].饮食保健,2019,006(048):4-5.
- [3]林小清.优质护理干预在ICU颅脑损伤合并糖尿病患者中的应用价值研究[J].糖尿病新世界,2019,22(8):2.
- [4]常丽娟.压疮预警护理干预对重症颅脑损伤患者压疮发生的影响[J].皮肤病与性病,2020,42(1):3.
- [5]张利.预见性护理在重症颅脑损伤合并糖尿病患者压疮预防中的应用[J].糖尿病天地·教育(上旬),2019,016(009):25.
- [6]田圳坤,张美霞,谢莉,等.重型颅脑损伤病人继发性压疮的护理干预[J].中国临床神经外科杂志,2019,24(2):3.
- [7]杨林璇.ICU重症颅脑损伤患者的临床护理体会[J].养生保健指南,2019,000(024):37.
- [8]董晶兵,郑丽娜,程亚丽.探究循证护理在预防ICU危重症患者压疮的临床应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2020(22):2.
- [9]董晶兵,郑丽娜,程亚丽.探究循证护理在预防ICU危重症患者压疮的临床应用效果[J].世界最新医学信息文摘,2020(22):2.
- [10]王冲.ICU危重患者压疮的主动预防和临床护理[J].2021.