

# Nursing care of 1 cases of closed degree III bedsore in elderly patients in a vegetative state

Ma Qing-hua, FU Yu-ping, LI Qing-li, WANG Xiao-yue, LI Jia-ning, GUO Fang

1<sup>st</sup> surgery, Shandong Provincial Tumor Hospital, Jinan, Shandong, China

Received: Jun 12, 2014

Accepted: Jun 27, 2014

Published: Jul 18, 2014

DOI:10.14725/gjgn.v2n1a553

URL:<http://dx.doi.org/10.14725/gjgn.v2n1a553>

This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## Abstract

Patients in a vegetative state due to nervous system injury loss cognitive ability, and have no autonomous behavior ability. They lie in bed perennial, unable to turn over, unconscious painless, and can't put the discomfort message to others. Their partial body because of long time compression, poor blood circulation, which cause cell necrosis, and lead to decubitus. Especially the closed bedsore, not easy to find, and seriously affect the treatment and rehabilitation of vegetables, even threaten the life of patients. We should closely observe the patient nursing daily, to reduce the occurrence of complications by careful nursing. The article summarized the nursing of elderly patients in 1 cases, and provided experience for clinical nursing.

## Key words

Vegetative patients; Closed bedsore; Nursing care

## 1 例闭合性III度褥疮老年植物人患者的护理

马清华, 付玉萍, 李庆莉, 王小玥, 李嘉宁, 郭芳

山东省肿瘤医院外一科, 山东济南, 中国

通讯作者: 马清华, E-mail: [maqhu8866@sohu.com](mailto:maqhu8866@sohu.com)

**【摘要】** 植物人因神经系统损伤, 完全丧失认知能力, 无自主行为能力, 常年卧床, 无法自主翻身, 无知觉无痛感, 无法把身体不适的信息传递给他人, 身体局部因长时受压, 血液循环不畅, 造成细胞坏死, 极易发生褥疮。特别是闭合性褥疮, 不容易发现, 严重影响植物人的治疗和康复, 甚至威胁患者的生命。日常护理中应密切观察患者病情, 精心护理可减少并发症的发生。本文内容是对1例老年患者的护理总结, 为临床护理提供经验。

**【关键词】** 植物人; 闭合性褥疮; 护理

褥疮是因局部组织长时间受压, 血液循环障碍, 持续缺血、缺氧、营养不良而致软组织溃烂和坏死<sup>[1]</sup>。闭合性褥疮, 即内部组织已经坏死, 但皮肤看上去似乎完好<sup>[1]</sup>。植物人患者极易产生褥疮。本文所述是对1例老年植物人且伴有闭合性III度褥疮患者的护理。

### 1 病例资料

患者, 女, 81岁, 因脑干梗塞成植物人, 出院后在家康复期间, 右脚跟部出现一紫色水泡, 已结痂干燥, 未引起家属重视, 3d后, 下按紫痂有波动感, 随就医会诊。会诊所见: 患者呈昏迷状态, 行鼻饲饮食, 消瘦, 皮肤弹性差; 右脚跟部一1.5×2cm紫色结痂, 按之, 皮下有波动感, 其他部位皮肤完好。

### 2 护理

#### 2.1 褥疮护理

2.1.1 清创 严格无菌条件下剪开皮肤, 颜色呈灰白色, 剪去坏死皮肤和皮下组织。发现坏死组织达筋膜, 形成一个口小腔大的洞, 创面1.5×1.5×2.0cm。用生理盐水和双氧水彻底清创, 碘伏消毒后包扎。

2.1.2 保护创面 避免局部连续受压,患者平卧或侧卧时,避免脚跟部与床面接触。根据患者脚跟大小,缝制适合大小的棉制减压圈,垫脚跟部,架空脚踝,在脚踝部垫柔软小枕,保护创面。

2.1.3 加强局部换药 每日用碘伏给创面消毒,随后用注射器抽取适量双氧水消毒液,注入腔内。双氧水消毒液过氧化氧平均含量32.3%。以双氧水消毒液原液作用1min,对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌杀灭率为99.99%;作用30min对白色念珠菌的杀灭率为99.41%;作用90min对枯草杆菌黑色变种芽孢杀灭率为99.92%以上<sup>[2]</sup>。局部产生气泡,有利于消除脓块、血块及坏死组织;清除双氧水后,再用干棉球用力擦创面内壁,直至内壁出现鲜血。用碘伏棉球擦拭干净,最后用康复新液浸湿棉球,填于创面内,一定与创面充分接触,剪一块小纱布,遮住创口,用大于覆盖纱布的透明敷贴固定。康复新液能显著促进肉芽组织生长,促进血管新生,加速坏死组织脱落,迅速修复各类溃疡及创伤创面。第2d换药时,发现创面内颜色部分已经由灰白色变为暗红色,用无菌剪刀清除剩余灰白色组织,给予彻底清创,同上述方法包扎伤口。待创面颜色转红润,显示有新肉芽长出,减少换药次数,由每周2次,逐渐减为每周1次。在此期间保持辅料固定,特别是透明敷贴保持与皮肤紧密接触,使创面保持一定的湿度,利于伤口愈合。丹麦Magnus Agren医学博士指出:在创面处使用闭合敷料时,伤口不会结痂,闭合敷料可以加快角质细胞的游动而促进浅表伤口的上皮形成。而暴露伤口创面上的胶原纤维会阻止皮细胞的迁移,同时当使用闭合敷料时能创造湿性的愈合环境,通过提高生长因子的活性而加快细胞的增殖<sup>[3]</sup>。

2.2 饮食护理 患者需要鼻饲饮食,严格掌握每次喂食量,防止喂食过量引起患者呛咳导致窒息或肺部感染,同时也要防止喂食量过少、营养不全面引起营养不良。根据患者患病前的进食量,定时定量喂食,同时根据患者血生化检测结果了解饮食是否合适,确保糖、盐、蛋白质合理搭配。此患者喂食最多的是:骨头汤或鱼汤、鸡汤放入奶粉或麦片或饼干,加入鸡蛋,做成流质食物,每天进食4次,每次250~270ml,晚睡前喂食230g酸奶;定时定量喂水、果汁、或菜汁,每天喂3~4次,每次200~250ml。通过1个多月的喂养,患者面色红润,皮肤弹性增强。

2.3 皮肤护理 患者长期卧床,皮肤护理尤为重要,保持床铺平整无渣屑。为更好保护患者皮肤,减轻为患者翻身的负担,给患者睡气垫床。气垫床每个气囊交换充气,一方面,使患者受压部位交替受压,另一方面,对患者皮肤形成按摩。气垫床能有效减小卧床患者严重受压局部的垂直压力及受压面积,对预防压疮有积极作用<sup>[4]</sup>。延长给患者翻身间隔时间,平卧时,1次/4h;侧卧时,1次/2h,既有效预防褥疮,也很大程度减轻陪护人员的负担,每次翻身都要有效拍背,防止坠积性肺炎的发生。此患者比较瘦,髂前上脊和底尾部受压2h即可发红。鉴于此情况,制作不同型号的柔软棉布圈,内填充棉花,根据患者不同体位分别垫于骨突部位。平卧时,借助工具支起足趾部的棉被,防止压伤足趾皮肤。不要给患者穿纸尿裤,因其透气性差,易导致皮炎,出现皮疹及水泡;给患者垫棉质成人尿不湿褥子,并及时更换尿布。通过以上护理,患者皮肤未出现红肿及水泡现象。

2.4 做好基础护理 每日清洗会阴部,口腔护理2次/日,每日用棉签蘸生理盐水擦拭鼻腔,同时观察口腔和鼻腔黏膜情况,特别是置鼻饲管的鼻腔,仔细观察鼻黏膜有无红肿和溃疡现象,同时牢固固定鼻导管,减少对鼻黏膜的刺激。患者张口呼吸时,用生理盐水纱布遮盖口腔。隔日擦浴1次,每周洗头1次,随时给患者修剪指甲,防止划伤皮肤。因患者丧失知觉,无法感知温度,应根据温度情况给患者适当增减被子。护理时,用手触摸患者足部,根据患者足部温度增减被子。足部温热,说明温度适宜,足部比较凉,则需要加盖被子。观察患者肛门情况,肛门有扩张迹象,表明患者需要解大便,戴橡胶手套协助患者排便。为减少对肛门创伤,手套需涂抹石蜡油。便后用温水清洗肛门,涂湿润烧伤膏或红霉素药膏保护局部。

2.5 密切观察病情,注意患者体温变化 给患者测体温2次/日,发现患者有感冒症状及体温升高时,及时通知医生对症处理。

2.6 眼睛护理 本患者眼睛大部分时间是闭合的,睁开时,需用生理盐水湿纱布遮盖眼睛。眼角分泌物多时,滴氯霉素眼药水或涂抹红霉素眼药膏,保护眼角膜不受损伤。

该患者通过以上各方面的护理,没有出现新褥疮,没有出现感染现象,皮肤弹性增加。40d后,患者的脚跟部褥疮基本愈合。

作为护理工作者,工作中除完成常规治疗护理外,做好对患者的病情观察和基础护理更为重要。严格床头交接班,交接好基础护理完成情况、患者皮肤情况。特别是对处于植物状态或昏迷的患者,因患者自己无法表达,更要密切观察其病情,基础护理要到位。对这类患者,更体现出护理工作的重要性。护士是患者生命的守护者,日常工作中除做好患者的系统化整体护理外,还要做好患者家属的心理护理,使家属配合医护人员共同护理好患者。同时,护士还要传授陪护家属基础护理知识,以便患者出院后得到专业的家庭护理。

### 【参考文献】

- [1] 李小萍.基础护理学,第2版[M].北京:人民卫生出版社,2008:111,113.
- [2] 郭地,张亚尼,宋晖.双氧水消毒液部分性能的实验研究[J].中国消毒学杂志,2007,24(01):81-82.  
doi:10.3969/j.issn.1001-7658.2007.01.033.
- [3] Magnus Agren. 湿性愈合环境理论.丹麦.
- [4] 叶磊,廖燕.气垫床对卧床患者局部受压程度的影响[J].中华护理杂志,2007,(04):369-370.