

# 老年患者严重院前压疮的综合康复治疗效果观察

王淑英, 阮绮红, 余聪慧

**【摘要】** 目的:探讨为老年患者严重院前压疮进行综合康复治疗的效果。方法:将 60 例有严重压疮的老年患者采用随机分组法分为观察组和对照组各 30 例,2 组均正确评估创面,根据伤口局部情况选择适当的湿性愈合敷料换药,有潜在深洞者清创后予负压引流,观察组在此基础上配合微波治疗、低频电刺激治疗、电动站立斜床等。观察创面愈合情况,比较 2 组治疗后 2 周及 8 周后压疮愈合量表(PUSH)评分,记录伤口愈合时间,进行治疗总费用及满意度调查,并比较临床疗效。结果:治疗 2 周及 8 周后,2 组 PUSH 评分逐渐降低( $P < 0.05$ ),且各时间点观察组评分更低于对照组( $P < 0.05$ )。观察组的愈合时间明显短于对照组( $P < 0.01$ ),治疗总费用明显低于对照组( $P < 0.01$ ),患者满意度明显高于对照组( $P < 0.01$ )。治疗后,2 组临床疗效比较,观察组治愈率明显高于对照组( $P < 0.01$ )。结论:伤口换药、负压引流联合物理治疗为老年患者严重压疮进行综合康复治疗能促进伤口愈合、缩短病程,提高患者及家属的满意度,值得临床推广使用。

**【关键词】** 老年;严重院前压疮;综合康复治疗

**【中图分类号】** R49;R473.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.03.019

压疮是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、营养缺乏,致使皮肤失去正常功能而引起的组织破损和坏死<sup>[1]</sup>。近年来,随着社会日益老龄化和疾病谱的改变,压疮发生率不但没有下降反而呈上升趋势<sup>[2]</sup>。老年患者严重压疮治疗难度大,愈合缓慢,如果得不到有效的治疗和护理,随时会因创面扩大和感染危及生命。我科在临床工作中对老年患者严重压疮采取常规处理结合物理治疗的综合康复治疗及护理干预,取得了较好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2012 年 1 月~2015 年 6 月纳入我科老年严重压疮患者 60 例,男 28 例,女 32 例;血管性痴呆 23 例,中风后遗症 16 例,缺血缺氧性脑病 3 例,帕金森病 10 例,脊髓损伤 4 例,股骨颈骨折 4 例。入选标准:年龄 60~90 岁;符合美国压疮协会压疮分级标准<sup>[3]</sup>,Ⅳ期压疮或不可分期压疮;家属签署知情同意书。排除合并有严重的心、肝、肾及感染等疾病、合并糖尿病且血糖控制不佳、恶性肿瘤晚期、电极的放置区域有金属埋植剂、血栓形成急性期、胸部装有同步心脏起搏器者。随机将患者分为 2 组各 30 例。①观察组:男 14 例,女 16 例;年龄( $75.7 \pm 12.3$ )岁;病程( $59.7 \pm 18.9$ )d;压疮部位:骶尾部 27 处,髌部 11 处,坐骨结节 5 处,踝部 5 处,足跟 3 处;Ⅳ期压疮 21 处,不可分期

压疮 30 处。②对照组:男 14 例,女 16 例;年龄( $73.8 \pm 13.2$ )岁;病程( $57.4 \pm 20.3$ )d;压疮部位:骶尾部 26 处,髌部 9 处,坐骨结节 8 处,踝部 4 处,足跟 4 处;Ⅳ期压疮 22 处,不可分期压疮 29 处。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2 组均加强营养支持,指导患者进食高蛋白食物,局部有效减压,正确评估创面,根据伤口局部情况选择适当的湿性愈合敷料进行处理。观察组在此基础上配合其他治疗,①微波治疗抗感染:采用 CYP-1 型微波治疗仪,无热量,微波探头距创面 10cm,波长 33dm,频率 915MHz,每日 1 次,每次 10min<sup>[3]</sup>,治疗 2~3 周;②低频电刺激:应用 PHENIX8PLUS 系列神经肌肉刺激治疗仪,患者取平卧位,电极放置于双腹股沟股动脉及双足背动脉处,第 1 阶段选择 Moderate hemo. activation 程序行双下肢血动力激活,电流强度为 25mA,每次治疗 30min,每天 1 次,共 3 次;第 2 阶段选择 Intense hemo. acceleration 程序行血动力加速,电流为 16~22mA,每次治疗 30min,每天 1 次,共 3 次;第 3 阶段选择 Cicatrisation 程序行伤口愈合治疗,电流 14~22mA,每次治疗 30min,每天 1 次,共 10 次。③电动站立斜床促进血液循环治疗:根据患者全身情况,斜床倾斜角度由 30°逐渐增加到 90°,每天 1 次,每次 30min,持续到患者出院。

1.3 评定标准 ①压疮愈合量表(pressure ulcer scale for healing, PUSH)量表:由创面面积、渗出液量、组织形态三方面组成<sup>[4]</sup>,总分 0~17 分,分值越高表明创面状况越差。②比较 2 组开始创面处理到创面完全愈合的天数,比较 2 组各自治疗总费用及患者满

收稿日期:2016-03-02

作者单位:中山市人民医院康复医学科,广东 中山 528403

作者简介:王淑英(1975-),女,主管护师,主要从事康复护理方面的研究。

意度。③临床疗效:分愈合、显效、有效、无效4类。愈合为结痂并脱落;显效为创面缩小,无分泌物,肉芽组织生长良好;有效为渗出液减少,创面无扩大;无效为创面渗出液未减少,创面扩大<sup>[5]</sup>。

1.4 统计学方法 应用SPSS 13.0统计学软件进行统计学分析,计数资料用百分率表示, $\chi^2$ 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, $t$ 检验。当 $P < 0.05$ 时,为差异有统计学意义。

## 2 结果

治疗2周及8周后2组PUSH量表评分逐渐降低( $P < 0.05$ ),且各时间点观察组评分更低于对照组( $P < 0.05$ )。见表1。

观察组的愈合时间明显短于对照组( $P < 0.01$ ),治疗总费用明显低于对照组( $P < 0.01$ ),患者满意度明显高于对照组( $P < 0.01$ )。见表2。

治疗后,2组临床疗效比较,2组各有压疮51个,观察组治愈50个,显效1个,有效及无效0个,对照组分别为45、4、2、0个,观察组治愈率明显高于对照组(98.04%、88.23%, $P < 0.01$ )。

表1 2组患者治疗前后PUSH评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后2周	治疗后8周
观察组	30	14.00±1.86	6.00±0.36 <sup>ab</sup>	0.21±0.13 <sup>ab</sup>
对照组	30	13.51±2.13	9.12±0.47 <sup>a</sup>	2.34±0.75 <sup>a</sup>

与前一时间点比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与同时时间点对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

表2 2组患者创面愈合时间、总费用及患者满意度比较

组别	n	创面愈合时间(d)	总费用(元)	患者满意度%
观察组	30	37.0±11.5 <sup>a</sup>	9663.0±18.0 <sup>a</sup>	96.7 <sup>a</sup>
对照组	30	69.0±16.8	17823.3±13.4	83.3

与对照组比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$

## 3 讨论

随着社会日益老龄化和疾病谱的改变,近年来压疮发生率不但没有下降反而呈上升趋势<sup>[2]</sup>。近年来新型湿性愈合敷料及负压引流在严重压疮的治疗中取得了非常好的效果,但是由于老年人基础疾病多且复杂,高龄、营养不良、丧失感觉、运动受限、血液循环不良等原因,导致老年人不仅容易出现压疮而且治疗起来更加困难。另有报道显示Ⅱ期或更高等级的压疮创面中76.5%的压疮创面有细菌定植或感染<sup>[6]</sup>。长期不愈的严重压疮患者感染的情况更加严重,严重者会导致骨髓炎,甚至出现败血症而死亡。本文对照组全面评估

患者个体情况,采取常规系统治疗,虽然取得了比较好的效果,治愈率88.23%。但是治愈时间长达3个月,严重影响医院床位周转,造成医疗资源浪费。

本文观察组采用常规系统治疗联合微波治疗及PHENIX 8 PLUS治疗仪行神经肌肉低频电刺激、电动站立斜床等综合康复治疗措施。微波属于高频电疗法,透入组织较深,可达3~7cm,通过对机体产生的热效应使局部组织血管扩张、血液流速加快、代谢产物增加,加强物理代谢产物吸收,减轻局部炎症反应<sup>[7]</sup>。PHENIX 8 PLUS系列神经肌肉刺激治疗仪产生一种帆型波电流,该电流可促进体内平滑肌收缩,起到收缩血管和淋巴管的作用,加速血流,促进血液循环和淋巴回流,从而改善压疮局部微循环。电动站立斜床可以促进肠蠕动,增进食欲以及促进血液循环。观察组治愈率高于对照组,因愈合时间明显缩短,使得总治疗费用相应较对照组低。观察组PUSH评分在治疗2周后逐渐降低,并且明显低于对照组,观察组满意度也明显高于对照组。由此可见应用湿性愈合敷料联合低频电刺激等物理治疗能提高老年患者严重压疮的治愈率,降低治疗费用,缩短愈合时间,从而提高患者满意度,并且能节省医疗资源。当然,压疮预防的重要性远胜于治疗,在今后的工作中我们除了做好患者压疮的综合康复治疗及护理,还要加强对患者及照顾者的宣教、技术指导及出院后的随访,减少老年患者严重压疮的发生。

## 【参考文献】

- [1] 李晓寒,尚少梅.基础护理学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2012,67-67.
- [2] 刘艳春.压疮的预防及护理现状[J].天津护理,2011,19(6):365-366.
- [3] 孟玲.脊髓损伤后压疮的综合处理与康复护理[J].中国康复,2011,10(5):387-389.
- [4] 戴宝珍.实用症状护理学[M].第2版.上海:复旦大学出版社,2005,44-44.
- [5] 孙传兴.慢性溃疡诊断以及治愈好转标准[M].第2版.北京:人民军医出版社,1998,125.
- [6] Braga I A, Pirett CC, Ribas RM, et al. Bacterial colonization of pressure ulcers: assessment of risk for bloodstream infection and impact on patient outcomes[J]. J Hosp Infect, 2013, 83(4): 314-320.
- [7] 龙耀斌,郭利平.气管切开并发肺炎患者康复介入的疗效观察[J].中国康复,2012,27(6):454-455.