作者：医学院 米冬雪

适用课程：基础护理学

一例老年多基础疾病患者骶尾部压力性损伤的护理

摘要：本案例为 64 岁女性患者，因骶尾部不可分期压力性损伤伴坏死、渗液及感染就诊。患者有 12 年糖尿病、20 年高血压病史，7 年前脑梗死遗留右侧肢体瘫痪，5 年前确诊阿尔兹海默病，长期卧床且生活不能自理。检查见患者神志不清，骶尾部伤口 4.5cm×3.5cm，深 2.5cm，基底全被坏死组织覆盖，伴黄色恶臭分泌物；实验室检查提示低蛋白血症、贫血，分泌物培养为奇异变形杆菌感染。患者食欲差，营养摄入不足，无自主活动能力。

关键词：糖尿病；高血压；脑梗死；阿尔兹海默病；压力性损伤；护理

一、背景介绍

压力性损伤是老年卧床患者常见并发症，尤其合并多种基础疾病时，发生率更高、愈合难度更大。随着人口老龄化加剧，此类复杂病例在临床中日益增多，对护理人员的综合护理能力提出了更高要求。

本案例中 64 岁女性患者，合并糖尿病、高血压、脑梗死后遗症及阿尔兹海默病，长期卧床且认知、生活能力完全丧失，骶尾部出现严重压力性损伤并感染。该案例典型呈现了多基础疾病对压力性损伤发生、发展的影响，为护理专业学习复杂创面护理、基础疾病协同管理及人文关怀提供了鲜活范例，有助于提升学生应对临床复杂病例的护理能力。

二、一例老年多基础疾病患者骶尾部压力性损伤的护理

（一）项目案例内容：

1.项目案例来源：临床实践（卜奎中医院）

2.项目案例内容：

患者，女，64岁。因骶尾部皮肤破溃3个月，伴渗液、异味就诊。患者G1P1，既往体健，12年前确诊糖尿病，血糖控制欠佳；20年前确诊高血压，血压波动较大。7年前因脑梗死遗留右侧肢体瘫痪、大小便失禁，5年前诊断阿尔兹海默病，逐渐出现四肢瘫痪，完全卧床，丧失生活自理及认知能力。

查体：神志不清，表情淡漠。体温37.8℃，脉搏92次/分，呼吸20次/分，血压150/100mmHg。骶尾部可见4.5cm×3.5cm创面，深2.5cm，基底100%被坏死组织覆盖，有大量黄色分泌物及明显臭味，周围皮肤可见陈旧性瘢痕。实验室检查：白蛋白28g/L，前白蛋白90mg/L，红细胞计数3.25×10^{12}/L，血红蛋白87g/L；伤口分泌物培养示奇异变形杆菌感染。患者长期鼻饲饮食，营养摄入不足，无自主翻身及活动能力。

3.项目案例工作流程

病例选取：筛选老年多基础疾病合并严重压力性损伤的典型病例，符合护理教学实践需求。

资料收集：整理患者基础疾病史、压力性损伤病程、查体结果、实验室检查数据等完整资料。

分析讨论：剖析疾病发生机制、临床表现及护理难点，聚焦多基础疾病与压力性损伤的相互影响。

方案制定：依据病例分析结果，制定涵盖伤口处理、基础疾病

管理、营养支持等的个性化护理方案。

实践应用：将护理方案应用于模拟护理场景，开展伤口评估、清创、换药等操作技能训练。

总结反馈：课后总结教学效果，收集学生及临床带教反馈，优化教学环节与案例应用方式。

4. 关键要点

（1）项目案例分析中的关键所在：

①系统收集患者基础疾病、营养状况、伤口情况等多维度资料，为护理方案制定提供全面依据。

②深入分析多基础疾病对压力性损伤愈合的影响，明确护理重点与难点。

③制定兼顾伤口愈合、基础疾病控制、并发症预防的综合护理方案，体现个性化护理理念。

（2）案例教学中的关键知识点、技能点、态度点等：

①知识点：压力性损伤的分期标准、愈合影响因素、清创与负压治疗的原理，以及糖尿病、高血压等基础疾病的协同管理要点。

②技能点：掌握伤口评估、锐性清创、敷料选择与更换、负压治疗设备操作等核心护理技能。

③态度点：培养对老年重症患者的关爱意识、严谨细致的工作态度及团队协作精神。

（二）教学使用：

1. 教学组织过程：本案例适用于护理专业《基础护理学 II》的课堂教学与临床实训，可作为案例讨论、技能训练的核心素材。通过引导学生分析复杂病情下的护理需求，将理论知识与临床实践紧密结合，提升学生解决实际问题的能力。同时，案例中老年患者的

特殊状况，有助于培养学生的人文关怀素养，使其在护理实践中注重患者尊严与舒适。

2. 过程设计：课前发放案例预习资料，布置基础疾病与压力性损伤相关知识的预习任务，设置“如何评估该患者的伤口愈合风险”等问题引导思考。课堂上，教师通过案例讲解梳理病情脉络，组织学生分组讨论护理方案，随后进行模拟操作演练，教师针对操作要点精讲点评。课后要求学生完成案例分析报告，重点阐述护理措施的人文内涵。

3. 考核方法：采用小组角色扮演考核，分配医生、护士、家属等角色，模拟患者护理全过程。学生需完成伤口评估、清创换药、基础疾病监测等操作，录制演练视频。考核重点关注操作规范性、护理方案合理性及沟通表达能力。

4. 教学效果：学生通过案例学习，能更直观理解复杂病例的护理逻辑，深化对压力性损伤护理知识的掌握。模拟操作训练提升了临床实践技能，案例中的人文元素培养了学生的职业同理心与责任感，增强了团队协作与临床思维能力。

（三）其他相关说明和附件：

Norton 压疮风险评估表

床号　病人姓名　　住院号　科室　评分日期

评估要素	分值	评　估　说　明	得分
身体状况	4 分	良好：身体状况稳定，看起来很健康，营养状态很好	
	3 分	尚好：身体状况大致稳定，看起来健康尚好	
	2 分	虚弱：身体状况不稳定，看起来健康尚可	
	1 分	非常差：身体状况危险，急性病容	
精神状况	4 分	清醒的：对人、事、地点、方向感非常清楚，对周围事物敏感	
	3 分	淡漠的：对人、事、地点、方向感只有 2—3 项清楚，反应迟钝、被动	
	2 分	混淆的：对人、事、地点、方向感只有 1—2 项清楚，经常对答不切题	
	1 分	木僵的：常常不能回答，嗜睡的	
活动力	4 分	可走动的：能独立走动，包括使用手杖或扶车	
	3 分	行走需要协助的：无人协助则无法走动	
	2 分	依赖轮椅：由于病情或医嘱，仅能走上轮椅并以轮椅代步	
	1 分	卧床：因病情或医嘱限制留在床上	
移动力	4 分	完全自主：可随心所欲地、独立的移动，控制四肢	
	3 分	轻微受限：可移动、控制四肢，但需人稍微协助才能变换体位	
	2 分	非常受限：无人协助下无法变换体位，移动时能稍微主动用力，肢体轻瘫、痉挛	
	1 分	完全受限：无能力移动，不能变换体位	
失禁	4 分	无失禁：指大小便完全自控（除了诊断性试验）或已留置尿管，无大便失禁者	
	3 分	偶尔失禁：24 小时内出现 1—2 次尿或大便失禁（与轻泻剂或灌肠无关），留置尿套或尿管仍能控制大便	
	2 分	经常失禁：在过去 24h 之内有 3　6 次小便失禁或腹泻	
	1 分	完全失禁：无法控制大小便，24h 内有 7—10 次失禁发生	
总分			

说明：

评分≤14 分，病人有发生压疮的危险，科内一般预警，并采取有效预防措施。

评分≤8 分，病人有发生压疮的极高度危险，科室需采取特别预警，填写“压疮预警报告表”上交总护士长，总护士长现场查看或组织造口伤口护理小组会诊，制定及落实个体化的预防措施。

评分护士签名：

护士长签名：

患者/家属签名：