

ICS 点击此处添加 ICS 号

点击此处添加中国标准文献分类号



中华人民共和国民政行业标准

XX/T XXXXX—XXXX

养老机构预防褥疮服务技术规范

Technical standard for bedsore prevention in senior care organization

(征求意见稿)

XXXX—XX—XX 发布

XXXX—XX—XX 实施

中华人民共和国民政部 发布

前言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由全国社会福利服务标准化技术委员会（SAC/TC315）归口并管理。

本标准起草单位：

本标准主要起草人：

目 次

1 范围.....	4
2 术语和定义.....	4
3 预防目标.....	4
4 预防对象及部位.....	4
5 风险评估.....	5
6 预防措施.....	5
7 禁忌.....	6
8 检查.....	6
9 鉴别与报告.....	7
10 记录.....	7
11 人员要求.....	7
附录 A（规范性附录） Braden 褥疮评估表.....	9
参考文献.....	10

养老机构预防褥疮服务技术规范

1 范围

本规范规定了预防入住养老机构服务对象发生褥疮的措施,在生活照料和护理操作中的各项预防规程和 workflow,实施人员资质技能和工作范围。

本规范适用于养老机构预防褥疮的发生。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

褥疮 bed sore

褥疮又称压力性溃疡、压疮等,是由于局部组织长期受压,发生持续缺血、缺氧、营养不良而致组织破损、溃烂、坏死。可致全身感染甚至死亡。

3 预防目标

3.1 通过本规范的执行,规范预防措施,防止入住养老机构的服务对象发生褥疮。

3.2 入住养老机构前已发生褥疮,入住后应执行本规范,预防身体其他部位发生褥疮。

4 预防对象及部位

4.1 入住养老机构的服务对象,符合下列情况 1 项应列入预防对象。

- 卧床,不能自主翻身或不能自主动作。
- 疾病晚期。
- 消瘦或水肿,重度营养不良。
- 意识障碍,自主动作受限。
- 手术后或医疗措施固定,体位或活动受限。
- 慢性疾病导致感知觉障碍或功能障碍。
- 大小便失禁,局部潮湿。
- 高龄老年人,反应迟钝,自主动作困难。
- 发热。

4.2 受压、缺乏脂肪组织保护、骨骼隆突为预防部位,下列部位应重点预防。

- 骶尾部。
- 髂前上棘。
- 肋缘突出部。
- 髌部。

- 脊椎体隆突处。
- 肩胛部。
- 枕骨粗隆。
- 耳廓。
- 肘部。
- 膝关节的内外侧。
- 内外踝。
- 足跟部。
- 脚趾。

5 风险评估

- 5.1 出现 4.1 中任何 1 项情形，应即时进行褥疮风险评估。
- 5.2 应按 Braden 表（附表）评估。
- 5.3 评估分值≤9 分为极高危，需每天评估；10-12 分为高危，需隔日评估；13-14 分为中度高危，需每周评估二次；15-18 分为低度高危，需每周评估一次。
- 5.4 发热期间，应在评估分值基础上提高 1 个高危等级。

6 预防措施

6.1 预防要领

- 应变换体位，减轻缺乏脂肪组织保护、骨骼隆突部位受压。
- 应保持皮肤清洁及干燥。
- 应保持皮肤完整，无破损，颜色不改变。
- 应减轻身体压力与摩擦力。
- 应促进血液循环。
- 应保证膳食营养。
- 应帮助治疗疾病。
- 应帮助完成康复疗程。

6.2 预防方法

6.2.1 清洁

- 床铺整理：每日应不低于 3 次，晨间、午间、晚间应整理各 1 次，应保持干燥、平整、无碎屑，外观清洁。
- 洗浴与擦浴：冬季洗浴宜每周不低于 1 次，夏季宜每日洗浴 1 次。手术、创伤、意识障碍等不适合洗浴的服务对象，应安排擦浴，间隔时间同洗浴。
- 便溺秽物清理：大小便失禁、呕吐及出汗等，应即时擦洗干净。尿布被服随湿随换，避免潮湿、摩擦及排泄物对局部皮肤的刺激。宜在便盆边缘上垫软纸或布垫，以防擦伤皮肤。应使用柔软手纸轻拭清洁，防止肉眼看不到的皮肤损伤，诱发褥疮。
- 伤口分泌物：浸湿被服应即时更换。

6.2.2 变换体位

——自主变换：督促、提醒、鼓励卧床服务对象经常更换体位，交替减轻骨骼隆突部位压迫。

——被动变换：帮助无自主翻身能力的服务对象翻身。

间隔时间应根据病情及局部受压情况而定。极高危风险者应每 0.5 小时翻身 1 次，高危风险者应 1 小时翻身 1 次，中度和低度高危风险者应 2 小时翻身 1 次。

——医嘱另有要求的遵医嘱。

6.2.3 局部保护

——卧姿时，可选用防褥疮床垫、翻身辅助垫。可在身体空隙处放置软垫（枕），降低骨骼隆突部位压力。

——坐姿时，可配备辅助放松坐垫，身体空隙处放置软垫。

——枕、垫使用时仍应按规定变更体位，浸湿后即时更换。

——可按医嘱要求使用护架：用护架抬高被毯，以避免局部受压。

——宜协助医务人员，使用外用敷贴、外用药品。

——宜协助医务人员，完成物理预防措施。

——宜协助完成中医预防保护措施。

6.2.4 营养摄入

应保证膳食营养摄入，鼓励、帮助服务对象进食，增强抵抗力和组织修复能力。

6.3 原发病治疗

疾病是诱发褥疮发生的主要原因，应采取治疗措施：

——安排就医，治疗原发疾病，按时安排复诊、按时给药，完成疗程。

——协助医务人员完成康复治疗疗程。

6.4 心理辅导

应提供心理辅导帮助，树立康复信心。

6.5 健康教育

应向服务对象和家属进行健康教育宣传预防褥疮知识。

7 禁忌

7.1 排泄后清洁、沐浴清洁不应留有死角。

7.2 身体各部位皮肤不应处于潮湿状态。

7.3 擦拭时不应揉搓皮肤，应用力均匀。

7.4 翻身和移动时应避免拖、拉、推等动作，防止擦破皮肤。

7.5 不应将服务对象直接卧于橡胶单或塑料布上。

7.6 不应使用破损的便盆，不应硬塞硬拉。

8 检查

8.1 入住检查

服务对象入住养老机构即应筛查。带入性褥疮或发生褥疮应遵医嘱执行褥疮护理规范。

8.2 交接检查

交接班时，交班与接班人员应一同检查褥疮高危风险各等级的服务对象，确认有无褥疮发生。

8.3 日常检查

极高危风险者，应每0.5小时检查1次；高危风险者，应1小时检查1次；中度和低度高危风险者，应2小时检查1次。宜在生活照料过程中同步进行。检查内容应包括皮肤是否干燥、完整，有无破损，颜色有无改变，尿布衣被等是否干燥平整。

8.4 每周检查

每周应对所有入住服务对象进行不低于1次的褥疮风险筛查，可在协助洗浴等服务过程中同步进行。评估是否应列入褥疮高危风险预防对象。

8.5 改进与纠正

应有持续改进与纠正项措施。

9 鉴别与报告

9.1 发现疑似褥疮，应即时向上一级管理人员报告。

9.2 疑似褥疮应即时安排就医。

9.3 应由临床医生诊断确诊。

9.4 确诊褥疮后应遵医嘱按褥疮护理规范执行。

10 记录

10.1 记录内容

- 入住养老机构服务对象应有褥疮筛查记录。带入性褥疮应有医学诊断、医嘱记录。
- 褥疮风险评估（Braden 评估）报告。
- 交接检查、日常检查、周检查记录。
- 对褥疮高危风险对象采取的预防手段、方案、使用设备、用品、药物书面记录。
- 褥疮高危风险对象转归情况书面记录。
- 疑似褥疮报告、就医、诊断、医嘱、复查书面记录。

10.2 记录保存

- 预防褥疮书面记录应列入服务对象个人健康档案保存。
- 宜有预防褥疮统计分析数据并保存。

11 人员要求

11.1 实施褥疮预防措施的人员应接受过岗前培训。

11.2 应由专人负责管理、检查预防褥疮措施的实施。

11.3 预防措施实施人员及管理人员应每年接受不低于 1 次预防褥疮专题知识更新教育。

附 录 A
(规范性附录)
Braden 褥疮评估表

居住区域		床号	姓名	性别	年龄						
评估标准				分值	评估日期(日/月)						
感知能力	完全受限	对疼痛刺激无反应。		1							
	非常受限	对疼痛刺激有反应，但不能用语言表达，只能用呻吟、烦躁不安表示。		2							
	轻微受限	对指令性语言有反应，但不能总是用语言表达不适，或部分肢体感受疼痛能力或不适能力受损。		3							
	无损害	对指令性语言有反应，无感觉受损。		4							
潮湿程度	持续潮湿	每次移动或翻动病人时总是看到皮肤被分泌物、尿液渍湿。		1							
	非常潮湿	床单由于频繁受潮至少每班更换一次。		2							
	偶尔潮湿	皮肤偶尔潮湿，床单约每日更换一次。		3							
	罕见潮湿	皮肤通常是干的，床单按常规时间更换。		4							
活动能力	卧床不起	被限制在床上。		1							
	能坐轮椅	不能步行活动，必须借助椅子或轮椅活动。		2							
	扶助行走	白天偶尔步行，但距离非常短。		3							
	活动自如	能自主活动，经常步行。		4							
移动能力	完全受限	病人在他人帮助下方能改变体位。		1							
	重度受限	偶尔能轻微改变身体或四肢的位置，但不能独立改变体位。		2							
	轻度受限	只是轻微改变身体或四肢位置，可经常移动且独立进行。		3							
	不受限	可独立进行随意体位的改变。		4							
营养摄取能力	非常差	从未吃过完整一餐，或禁食和（或）进无渣流质饮食。		1							
	可能不足	每餐很少吃完，偶尔加餐或少量流质饮食或管饲饮食。		2							
	充足	每餐大部分能吃完，但会常常加餐；不能经口进食病人能通过鼻饲或静脉营养补充大部分营养需求。		3							
	良好	三餐基本正常。		4							
摩擦力剪切力	存在问题	需要协助才能移动病人，移动病人时皮肤与床单表面没有完全托起，病人坐床上或椅子上经常会向下滑动。		1							
	潜在问题	很费力地移动病人，大部分时间能保持良好的体位，偶尔有向下滑动。		2							
	不存在问题	在床上或椅子里能够独立移动，并保持良好的体位。		3							
总得分											
评估者签名											
家属签名											

参 考 文 献

- [1] 世界卫生组织，董景五主译，疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本（ICD-10）第二版中文本，人民卫生出版社，2015
- [2] 李小寒，尚少梅，基础护理学（第5版），人民卫生出版社，2014
- [3] 养老机构基本规范GB/T 29353-2012
- [4] 老年人社会福利机构基本规范 MZ 008-2001
- [5] 皮肤消毒剂卫生要求GB 27951-2011
- [6] 医疗机构患者活动场所及坐卧设施安全要求 第2部分：坐卧设施 WS 444.2-2014
- [7] 护理分级 WS/T 431-2013
- [8] 临床营养风险筛查WS/T 427-2013
-