

DB3206

南 通 市 地 方 标 准

DB3206/T 1116—2025

养老机构预防压力性损伤照护服务规范

Specifications for pressureinjury prevention care services in elderly care institutions

2025-06-23 发布

2025-06-23 实施

南通市市场监督管理局 发 布

目 次

1 范围 1

2 规范性引用文件 1

3 术语和定义 1

4 基本要求 1

5 压力性损伤分期及表象 1

6 压力性损伤的评估 2

7 压力性损伤预防 2

8 压力性损伤护理 3

9 心理支持 3

10 健康教育 3

附录 A（资料性） 压力性损伤分期及表象 4

附录 B（资料性） 压力性损伤危险因素评估表 5

参考文献 6

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由南通好时健康养老有限公司提出。

本文件由南通市民政局归口。

本文件起草单位：南通好时健康养老有限公司、海安市民政局。

本文件主要起草人：陈浩、王景雯、于俊卿、张志远、周玉兰、薛建。

养老机构预防压力性损伤照护服务规范

1 范围

本文件规定了养老机构老年人压力性损伤护理规范术语和定义,基本要求,压力性损伤分期及表象,压力性损伤的评估,压力性损伤预防,压力性损伤护理,心理支持,健康教育。

本文件适用于各类养老机构老年人压力性损伤预防与护理。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

压力性损伤 pressure injury, PI

皮肤和/或皮下组织的局限性损伤,由压力或压力合并剪切力作用所致,通常发生在骨隆突处部位,也可能与医疗器械或其他物体有关。

3.2

器械相关性压力性损伤 medical device-related pressure injury, MDRPI

以使用诊断或治疗为目的的器械所致的,或非医疗器械(如床上杂物、家居)持续接触皮肤和皮下组织造成的压力性损伤,通常与器械的样式或形状符合。

3.3

剪切力 shear force

皮肤与其支撑面相互作用产生的力,一般作用于深层组织,引起组织的相对位移,能切断较大区域的小血管血液供应,导致组织氧张力下降。

4 基本要求

4.1 预防为主,早发现,早干预。

4.2 护理应做到五勤:勤翻身、勤擦洗、勤按摩、勤整理床单元、勤更换被服衣物等。

4.3 根据老年人健康状况制定个体化护理方案。

4.4 多学科协作,护理人员、营养师、康复师等共同参与。

5 压力性损伤分期及表象

具体内容见附录A。

6 压力性损伤的评估

6.1 风险因素与风险评估

评估压力性损伤风险时需考虑移动和活动受限情况、承受的摩擦力和剪切力情况,还需考虑压力性损伤史、有无压力点疼痛、是否患有糖尿病、是否使用医疗器械以及营养状态和皮肤潮湿度等。

6.2 评估频次

应在老年人入住养老机构的当天进行评估,7天内跟进观察,保存评估记录,将评估结果告知相关工作人员。

6.3 评估工具

使用压力性损伤风险评估表,具体内容见附录B。

6.4 持续评估

6.4.1 高风险者每日进行评估,中风险者每周2次评估,低风险者每周1次。

6.4.2 病情变化、术后、发热等特殊情况需重新评估。

6.5 易患部位

6.5.1 仰卧位:好发于枕骨粗隆、肩胛部、肘部、脊椎体隆突处、骶尾部及足跟部。

6.5.2 侧卧位:好发于耳郭、肩峰、肋骨、肘部、髌部、膝关节内外侧及内外踝处。

6.5.3 俯卧位:好发于面颊部、耳郭、肩部、女性乳房、男性生殖器、髂嵴、膝部及足尖处。

6.5.4 坐位:好发于坐骨结节处。

7 压力性损伤预防

7.1 体位管理

7.1.1 鼓励、提醒并协助有自理能力的老年人经常更换体位,避免骨隆突部位长期受压从而形成压力性损伤。

7.1.2 帮助长期卧床的老年人应至少2h翻身拍背1次,情况严重者适量增加翻身频次,提高受压部位血液循环。

7.1.3 使用轮椅的老年人应0.5h变换姿势1次。

7.1.4 翻身和移动时,需掌握移动技巧或借助辅具,避免拖、拉、推等动作,避免皮肤受到摩擦力和剪切力作用。

7.2 清洁卫生

7.2.1 保持床单元干燥、平整、无碎屑。

7.2.2 帮助老年人进行洗浴或擦浴时应用力均匀,避免揉搓皮肤。冬季每周不少于1次,夏季每日1次,且时间不宜过长。

7.2.3 及时帮助老年人清理食物碎屑、汗渍、呕吐物、大小便等渗出液,保持身体各部位皮肤清洁干燥。

7.2.4 协助老年人使用便盆时，应抬高臀部并在便盆边缘上垫软纸或布垫，使用便盆动作轻柔，防止损伤皮肤。

7.2.5 对于使用石膏、绷带、夹板等医疗器械的老年人，应保持衬垫平整、柔软、松紧度适宜、位置合适，尤要注意骨隆突处的衬垫，观察局部皮肤及肢体末端的颜色变化。

7.3 营养与膳食

在病情允许的情况下，给予高风险老年人摄入高蛋白、高热量、高维生素膳食。增强身体抵抗力和皮肤修复能力。

7.4 辅具使用

7.4.1 长期卧床老人可选用选用气垫床、翻身辅助垫、软垫枕，降低骨骼隆突部位压迫。

7.4.2 使用轮椅的老人可选用辅助坐垫，软垫枕。

7.4.3 辅具浸湿后需更换。

8 压力性损伤护理

8.1 护理过程中应做到勤观察、勤翻身、勤按摩、勤擦洗、勤整理及勤更换。

8.2 建立压力性损伤风险护理计划，明确翻身时间、采取减压、保湿、敷料保护等措施，在隐私保护的前提下拍照存档并记录损伤分期。

8.3 完整填写《压力性损伤危险因素评估表》《翻身记录》《皮肤检查记录》。

8.4 出现皮肤破损或感染，应上报医生由护士遵医嘱进行处理，情况严重者联系家属转诊至上级医院。

8.5 每月汇总分析压力性损伤发生率及危险人群干预效果。针对月会议中提出的问题及时改进。

9 心理支持

应向服务对象提供心理辅导。

10 健康教育

确保老年人和家属的知情权,使其了解自身皮肤状态及压力性损伤的风险与害,指导其常握预防压力性损伤的知识和技能,如营养知识、翻身技巧及预防皮肤损伤的技巧等,而鼓励老年人及家属有效参与或独立采取预防压力性损伤的措施。

附 录 A
(资料性)
压力性损伤分期及表象

表A. 1给出了压力性损伤分期及表象。

表 A. 1 压力性损伤分期及表象

分期	特点	表述
I 期	指压不变白的红斑, 皮肤完整	局部皮肤完好, 出现压之不褪色的局限性红斑, 通常位于骨隆突处。与周围组织相比, 该区域可有疼痛、坚硬或松软, 皮温升高或降低。肤色较深者因不易观察到明显红斑而难以识别, 可根据其颜色与周围皮肤不同来判断。
II 期	部分皮层缺损	部分表皮缺损伴真皮层暴露。表现为浅表开放性溃疡, 创面呈粉红色、无腐肉; 也可表现为完整或破损的浆液性水泡。
III期	全层皮肤缺损	可见皮下脂肪, 但无筋膜、肌腱/肌肉、韧带、软骨/骨骼暴露。见腐肉和/或焦痂, 但未掩盖组织缺失的深度。可有潜行或窦道。此期压力性损伤的深度依解剖学位置不同而表现各异, 鼻、耳、枕骨和踝部因皮下组织缺乏可表现为表浅溃疡; 臀部等脂肪丰富部位可发展成深部伤口。
IV 期	全层皮肤和组织缺损, 伴骨骼、肌腱或肌肉外露	创面基底部可有腐肉和焦痂覆盖, 常伴有潜行或窦道。与III期类似, 此期压力性损伤的深度取决于解剖位置, 可扩展至肌肉和/或筋膜、肌腱或关节囊, 严重时可导致骨髓炎。
深部组织损伤	皮肤完整或破损	皮肤完整或破损, 局部出现持续的指压不变白, 皮肤呈深红色、栗色或紫色, 或表皮分离后出现暗红色伤口或充血性水泡。可伴疼痛、坚硬、糜烂、松软、潮湿、皮温升高或降低。肤色较深者难以识别深层组织损伤。
不可分期	全层皮肤和组织缺损	因创面基底部被腐肉和/或焦痂掩盖而无法确认组织缺失程度。需去除腐肉和/或焦痂后方可判断损伤程度。

附录 B
(资料性)
压力性损伤危险因素评估表

表B.1给出了压力性损伤危险因素评估表。

表 B.1 压力性损伤危险因素评估表

居住区域：床号：姓名：性别：年龄：				
评估内容			分值	评分
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，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	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，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，移动时皮肤与床单表面没有完全托起，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，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	在床上或椅子上能够独立移动，并保持良好的体位。	3	
评估分值				
评估者签字：		评估日期：		
注： 评估分值最高23分，最低6分。评估分值越低压力性损伤风险越高。评估分值≤9分为极高危风险，10-12分为高危 风险，13-14分为中度高危风险，15-18分为低度高危风险。低度高危风险，宜每周评估1次；风险越高，评估周期越短。				

参 考 文 献

- [1]MZ/T-132-2019 《养老机构预防压力性损伤服务规范》
 - [2]T/CNAS 29-2023 《术中获得性压力性损伤预防》
-