

MZ

中华人民共和国民政行业标准

MZ/T 132—2019

养老机构预防压疮服务规范

Pressure ulcer prevention for senior care organization

2019 - 12 - 12 发布

2019 - 12 - 12 实施

中华人民共和国民政部 发布

目 次

前言.....	II
1 范围.....	1
2 术语和定义.....	1
3 评估.....	1
4 预防方法.....	2
5 管理要求.....	3
附录 A（资料性附录） 表 A.1 压疮风险评估表.....	4
参考文献.....	5

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由中华人民共和国民政部提出。

本标准由全国社会福利服务标准化技术委员会（SAC/TC 315）归口。

本标准起草单位：苏州市社会福利总院、民政部社会福利中心、北京市第一社会福利院、北京市朝阳区寸草春晖养老院、天津市老人院、广州市老人院。

本标准主要起草人：张陆、甄炳亮、雷洋、马雅欣、高文钊、祝恺、常华、王小龙、贾金凤、孙兆元、王习宇、李星震。

养老机构预防压疮服务规范

1 范围

本标准规定了养老机构预防压疮服务的评估、预防方法和管理要求。
本标准适用于养老机构服务对象发生压疮的预防。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1

压疮 *pressure ulcer*

由于人体局部组织长期受压，发生持续缺血、缺氧等而致的组织破损、溃烂、坏死。

3 评估

3.1 评估对象及部位

3.1.1 入住养老机构的服务对象，只要符合下列任何 1 项应列入评估对象：

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

3.1.2 易发部位包括受压、缺乏脂肪组织保护、骨骼隆突，应重点评估下列部位：

- 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；
- 大脚趾骨关节突出处。

3.2 评估要求

- 3.2.1 应在服务对象入住养老机构的当天进行评估，7日内跟进观察。
- 3.2.2 出现3.1.1中任何1项情形，应进行压疮风险等级评估，参见附录A。
- 3.2.3 发热期间，应在评估分值基础上提高1个风险等级。
- 3.2.4 出现压疮风险时宜书面告知相关第三方。

4 预防方法

4.1 变换体位

当压疮风险评估为有低度高危及以上风险时，应变换体位，要求如下：

- 自主变换，督促、提醒、鼓励卧床服务对象经常变换体位，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，应至少2h翻身1次；
- 使用轮椅的服务对象应0.5h变换姿势1次；
- 翻身和移动时，应避免拖、拉、推等动作，防止擦破皮肤。

4.2 辅具保护

当压疮风险评估为中度高危及以上风险时，宜使用辅具，要求如下：

- 卧姿时，可选用防压疮床垫、翻身辅助垫等辅具，在身体空隙处放置软垫（枕），降低骨骼隆突部位压力；
- 坐姿时，可配备辅助坐垫，身体空隙处放置软垫；
- 可按医嘱要求使用护架，用护架抬高被、毯，避免局部受压；
- 应按辅具使用规定变换体位，浸湿后即时更换。

4.3 清洁

在服务过程中：

- 床铺应保持干燥、平整、无碎屑；
- 身体各部位皮肤应保持干燥；
- 洗浴与擦浴，浴后应擦拭干净皮肤；
- 手术、创伤、意识障碍等不适合洗浴的服务对象，应安排擦浴；
- 擦拭时应用力均匀，避免揉搓皮肤；
- 被服等被伤口分泌物浸湿时，应即时更换；
- 便溺秽物、大小便失禁、呕吐及出汗等，应即时轻拭清洁，尿布、被服随湿随换；宜用温清水清洗会阴部，并擦干；
- 应使用无破损的便器，避免硬塞硬拉；宜在便盆边缘上垫软纸或布垫；
- 应避免服务对象直接卧于橡胶单或塑料布上。

4.4 营养摄入

应向服务对象提供增强抵抗力和组织修复能力的膳食，鼓励、帮助其进食。

4.5 原发病处置

应安排服务对象就医，治疗原发疾病，按时复诊、按时给药、帮助完成康复疗程。

4.6 心理支持

应向服务对象提供心理辅导。

4.7 健康教育

应向服务对象和家属宣传预防压疮的相关知识。

5 管理要求

5.1 检查

5.1.1 检查宜在生活照料过程中同步进行。

5.1.2 检查内容应包括皮肤是否干燥、完好，有无破损，颜色有无改变，尿布衣被等是否干燥平整。

5.1.3 交接班时，应一同检查压疮高危风险各等级的服务对象，确认有无压疮发生。

5.2 记录

5.2.1 记录内容宜包括：

——入住养老机构服务对象的压疮筛查记录；

——压疮风险评估记录；

——压疮高危风险者转归情况书面记录；

——交接班检查及翻身记录；

——对压疮高危风险者采取的预防措施记录；

——使用辅具、药物的书面记录。

5.2.2 宜将记录列入服务对象健康档案。

5.3 培训

5.3.1 应将预防压疮知识纳入养老护理员岗前培训内容中。

5.3.2 养老机构应每年开展不低于1次预防压疮专题知识培训。

附 录 A
(资料性附录)
表 A.1 压疮风险评估表

居住区域	床号	姓名	性别	年龄		
评估内容					分值	得分
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	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						

评估者签名：

评估日期：

表注：评估分值最高 23 分，最低 6 分。评估分值越低压疮风险越高。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] 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
-