

初级和二级护理中褥疮溃疡的预防与管理：NICE 指南摘要

英国医学杂志 (BMJ) 上一系列的指南摘要均立足于最有效的证据，本指南是其中一篇；BMJ 强烈推荐本指南用于临床实践，尤其是有争议的地方。

褥疮溃疡是严重、痛苦的，可见于任何年龄人群，不仅增加死亡率，延长住院时间，而且浪费大量的医疗资源，一些例子表明这些往往是可以避免的。有报告指出住院人群的发病率是 4.7%-32.1%，在养老院达 22%，英国国家医疗服务体系 (NHS) 当务之急就是预防这种情形发生。

如果发现及时，褥疮溃疡 1 期可以逆转，大多数褥疮溃疡 2 期和 3 期通过适当的护理可以愈合，这些需要有效和综合的管理。本指南有望降低国内褥疮溃疡发病率和改善褥疮溃疡病人的护理。该文章概括了 NICE 的最新指导意见，囊括所有年龄段的人群 完善了 2003 版指南的褥疮溃疡风险评估和预防以及 2005 版指南的褥疮溃疡处理。

推荐

NICE 建议基于系统评价，其拥有最有效的证据并且明显考虑到成本的影响。同时，最小的证据也是指南制定小组总结实践的经验 and 看法。方括号中斜体给出了推荐的证据级别。

完整的指南提供了确定高危人群五项详细的规则：高危、极高危成年人褥疮溃疡的预防；新生儿、婴儿、儿童和青少年压疮的预防；成年人褥疮溃疡的处理；新生儿、婴儿、儿童和青少年的压疮的处理。

专业术语定义

低危：临床诊断或有效风险评估量表（或两者）评估可能发展为褥疮溃疡；

高危：临床诊断或有效风险评估量表评估多种危险因素（如活动明显受限，营养不良，被迫体位，重度认知障碍），既往有褥疮溃疡病史或已患褥疮溃疡的患者。

一般情况

所以病人都可能发展成为褥疮溃疡患者。

成人预防

风险评估

开展和记录成人发展成为褥疮溃疡患者的危险因素：

二级护理或 NHS 护理；

在基层或社区保健机构、应急部门等接受 NHS 护理，假设他们有以下危险因素：活动明显受限（例如脊髓损伤）、被动体位、感觉丧失、既往或现有褥疮溃疡、营养不良、重度认知障碍；

根据危险因素采取有效量表支持临床诊断。

褥疮溃疡分期

1 期：皮肤完整，非苍白性发红

局部完整皮肤非苍白性红斑，常出现于骨凸处。皮肤变色、温暖、水肿、坚硬或局部疼痛。深色皮肤可能看不见苍白。相较邻近组织，这些区域疼痛、坚硬、柔软、温暖、冰冷。黝黑皮肤患者也许很难发现这些变化，这可能暗示病人有褥疮溃疡危险。

2 期：部分皮层受损或出现水泡

部分真皮层破损，开放性表浅溃疡，类似粉红色的伤口床，无结痂，也可为完整或破溃的血泡或水泡。干燥或有光泽表浅溃疡，无结痂，无破溃。这一类不应该诊断为皮肤渗液、烧伤，尿失禁相关的浸渍性皮炎或表皮脱落。

3 期：全层皮肤缺失（皮下脂肪可见）

全层皮肤缺失，皮下脂肪可见，但肌肉，肌腱和骨骼尚未暴露。可有结痂，溃疡可侵蚀至皮下。3 期溃疡的深度取决于解剖位置。鼻梁，耳，枕部和踝部没有（脂肪）皮下组织，此处溃疡表浅。相反，皮下组织丰富的部位可有极深的溃疡。骨骼和肌腱未见或不明显。

4 期：全层组织缺失（骨骼肌肉可见）

全层组织缺失伴有肌肉、肌腱和骨骼的暴露，常有结痂和焦痂、皮下窦道。4 期溃疡的深度取决于解剖位置。鼻梁，耳，枕部和踝部没有（脂肪）皮下组织，此处溃疡表浅。4 级溃疡可侵蚀肌肉和承重结构（如筋膜、肌腱、关节囊），可出现骨髓炎和骨炎。骨骼和肌腱明显可见。

皮肤评估

专业医护人员参与评估高危成年人，评估包括疼痛、主诉及皮肤检查。

- 1 褥疮溃疡区域皮肤完整性，
- 2 颜色改变（医护人员应该明白，非苍白性发红会出现颜色改变，特别是深色皮肤人群），
- 3 热量、硬度和湿度改变（如尿失禁，水肿，皮肤发干或发炎）。

变动体位

鼓励高危成人经常变动体位，至少每隔六个小时变动一次。假如他们不能自主变换，家人应提供帮助，必要时需借助适当的辅助工具。记录变动体位的频次。

预防压疮的设备

初级和社区护理的高危成年人，予以二级护理，使用高规格泡沫床垫。（低质量的诊断研究，RCT 试验的低质量证据，GDG 的经验和观点）

新生儿、婴儿、儿童和青少年褥疮溃疡的预防

风险评估

开展和记录新生儿、婴儿、儿童和青少年发展成为褥疮溃疡患者的危险因素：
二级护理或三级护理

基层或社区保健机构、应急部门等接受 NHS 护理，如果存在以下危险因素：
活动明显受限，被动体位，感觉丧失，既往或现在有褥疮溃疡，营养缺乏，重度
认知障碍；

采取有效量表支持临床诊断。

皮肤评估

专业医护人员评估高危人群，考虑：枕部皮肤颜色改变，皮温，皮肤烫伤样
红斑或变色。

变动体位

高危新生儿和婴儿应该至少每四个小时变动体位一次。记录次数。

鼓励高危儿童与青少年变大于四个小时一次的频率变动体位。假如他们不能
自主变换，予以提供帮助，必要时借助适当的辅助工具。记录次数。（Delphi
专家组的意见和看法）

护理计划

对高危的各年龄段人群，制定和完善个性化护理计划，考虑以下因素：危险
因素与皮肤评估的结果，要求缓解危险部位的附加压力，患者自我活动能力，其
他合并症，患者喜好。

医护人员的培训与教育

预防褥疮溃疡上，给予医务人员的培训，其中包括：最有可能进展为褥疮溃
疡的患者，如何判断褥疮溃疡的病变，如何防止进一步褥疮溃疡病变和新褥疮溃
疡形成，搜集下一步信息和措施的人员。

当高危人群发展成为褥疮溃疡，应对负责的医护人员进行进一步的培训，其
中包括：怎样进行风险评估和判断皮肤改变，怎样正确变换体位，了解重新分散
褥疮溃疡患者压力的设备，如何与病人及照顾者探讨预防褥疮溃疡的内容，建议
与支持的具体信息来源。

各年龄段的管理

利用有效的测量手段记录所有褥疮溃疡患者表面面积。

记录所有褥疮溃疡侵蚀深度及范围的估计值（皮下窦道不能直接观察），无
需常规测量褥疮溃疡的体积。

初期利用有效的分类工具（如国际 NPUAP - EPUAP 2009 压疮分类系统）
对压疮分类，指导预防和处理。重复并记录每次评估褥疮溃疡后的结果。

不要常规褥疮溃疡治疗压疮伤口。

不应常规使用局部抗菌剂。

敷料

治疗 2、3、4 期褥疮溃疡，使用敷料来保温保湿，促进伤口愈合。

不使用纱布敷料。

高压氧治疗和电疗

不使用高压氧治疗和电疗。

成人营养和水合处理

营养不良的褥疮溃疡患者应提供营养支持。

营养足够的褥疮溃疡患者无需提供营养支持。

不要皮下或静脉输液来治疗液体充足的褥疮溃疡成年人。

分散压力设备

成年人褥疮溃疡使用高规格泡沫床垫。如果还不足以分压，考虑使用动态支撑表面。

成年人褥疮溃疡不能使用标准规格泡沫床垫。

清创

评估清创因素，主要为以下方面：坏死组织的量，褥疮溃疡的分级、大小、范围，病人耐受性，各种合并症。

褥疮溃疡病人常规不使用以下手段：幼虫（蛆）疗法，酶清创。

考虑幼虫治疗，伴有严格清创禁忌症、相关血管功能障碍。

全身应用抗生素

治疗成人褥疮溃疡无需全身应用抗生素。

成人褥疮溃疡伤口细菌培养阳性，但无临床感染证据，不应全身使用抗生素。

新生儿、婴幼儿、儿童和青少年褥疮溃疡处理

敷料

新生儿褥疮溃疡治疗不使用碘敷料。

伴有临床指征的新生儿，婴儿，儿童和青少年，考虑外用抗菌敷料治疗褥疮溃疡，例如，急性蜂窝组织炎。

清创

坏死组织予以自溶清创并用适当的敷料。如果自溶清创失败，专业人员予以严格外科清创。

全身应用抗生素

新生儿，婴儿，儿童和青少年的褥疮溃疡，伴有局部或全身性感染的临床证据，考虑全身应用抗生素。

营养

建议给予新生儿，婴儿，儿童和青少年阶段的褥疮溃疡患者，提供足够的营养促进生长和愈合。

分散压力设备

所有新生儿，婴儿，儿童和青少年阶段的褥疮溃疡患者应使用高规格的婴儿床或床垫。

克服障碍

在某些情况下，任何年龄段人都可以进展成为褥疮溃疡患者。因此，所有的医疗环境都需要制定针对褥疮溃疡的预防和管理系统。这需要一个系统的方法，应时刻警惕系统的疏忽和私人改变，即使系统方法短暂失效也可以引起褥疮溃疡，而这需要数周或数月才能愈合。

每个病人有权要求安全护理，其中包括正确预防可避免的褥疮溃疡。通过提高认识和端正态度，许多机构都大大减少褥疮溃疡的发生率。实现这一方针将需要所有医疗机构的临床医生认识到预防褥疮溃疡是可行的，应该予以重视。

指南最新报告

临床有很多措施和实践来预防和治疗褥疮溃疡，但普遍没有达到最佳标准。这些可靠证据有望减少褥疮溃疡发病率和改善褥疮溃疡患者的护理。指南包含两部分：预防和处理。成年人与未成年人的预防和处理方式也不一样。褥疮溃疡的处理包括处理方法、分类、分压、营养、水化、附加治疗、清创、全身抗炎、局部抗炎、消毒和敷料。

方法

指南制定小组（GDG）参照 NICE 的指南发展方法。GDG 包括一个血管外科医生，两个专业护士、一个高护，一个皮肤科专家，一个职业治疗师，一个专业营养师，一个脊柱外科专家，一个内科专家，一个儿童风湿病专业护士，两个病人，还包括一个物理治疗师。

该小组提出临床问题，收集和评价临床证据，按照系统综述和原始资料进行干预，评估干预的成本效益，用 GRADE 方法学进行定性分析，通过效果来评定证据的质量，而不是临床研究的可靠性。由于新生儿、婴儿、儿童和年轻人缺乏大量证据，同时考虑到小儿科临床专业的限制，标准的方法难以应用。对于这类人群，推荐使用 Delphi 的修正意见。

该指南草案经历了严格的随访，病人也参与讨论其中。指南出版之前，GDG 考虑了所有的评价。伴随 NICE 指南的发展与完善，该指南也会更新。

NICE 指南有三个版本：全文版，综述版，非专业版（适宜病人、家属等社会人员）。所有这些版本和制定指南的过程都可以在 NICE 网站浏览。指南也会定期更新。

与 Belgian 医疗保健知识中心合作使指南得到进一步完善，该中心正在与国家临床指南中心制定褥疮溃疡的预防与处理指南。双方使用相同的方法总结证据以促进发展进步，分享各自的指导意见，双方同时都各自探讨指南并进一步完善。

成本效益分析

NHS 和私人服务机构开展成本效益模型，对比每四个小时变换体位和两个小时、四个小时交替变换体位，分析预防褥疮溃疡的成本效益。每年愿意花费 2000 加元改善生命质量的人，每四个小时变换体位是最具经济有效的。褥疮溃疡患者负压伤口治疗与标准敷料护理效益对比也在进行。由于 GDG 认为基于经济模式下未有充足的证据，所以该分析不考虑临床证据。负压伤口治疗比标准敷料护理花费更大，无法对比临床效益，故不能认为负压伤口治疗褥疮溃疡是经济有效的。

深入研究

GDG 认为以下方面值得进一步研究：

新生儿、婴儿、儿童和年轻人中，哪种工具能够最有效预测褥疮溃疡的危险因素。

对于危险人群减压方法的有效性。

危险人群的最佳体位及变动体位的最佳频率。

对于营养充足的褥疮溃疡患者，进一步营养支持是否有助于褥疮溃疡的治愈。

在成年褥疮溃疡患者的治愈率上，酶清创与外科清创坏死组织两种方式的相对效应。

在成年褥疮溃疡患者的治愈率上，敷料加负压伤口治疗是否比单独敷料治疗更为有效。