

2019 版《压疮/压力性损伤的预防和治疗:临床实践指南》解读

陈丽娟,孙林利,刘丽红,程雨虹,赵瑞华,孟美芬

摘要:从压力性损伤的定义和分类、压力性损伤的特殊人群、压力性损伤的预防、压力性损伤预防和治疗共同措施、压力性损伤的治疗方面对 2019 版《压疮/压力性损伤的预防和治疗:临床实践指南》的更新进行解读,旨在让临床护理人员了解国际压力性损伤的新进展,从而提高压力性损伤预防 and 治疗的护理质量,减轻患者的痛苦。

关键词:压力性损伤; 压疮; 临床实践指南; 解读

中图分类号:R472 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.13.041

An interpretation of the International Clinical Practice Guideline for the prevention and treatment of pressure ulcers/injuries 2019

Chen Lijuan, Sun Linli, Liu Lihong, Cheng Yuhong, Zhao Ruihua, Meng Meifen. Department of Burn, The Second Affiliated Hospital of Kunming Medical University, Kunming 650101, China

Abstract: We analyzed the updated International Clinical Practice Guideline for the prevention and treatment of pressure ulcers/injuries 2019, including definition and classification, vulnerable population, prevention, shared interventions for prevention and treatment, and treatment, so as to help clinical nurses acquire advanced knowledge of pressure injury and improve quality of care for prevention and treatment of pressure injury and for relief of pain in patients.

Key words: pressure injury; pressure ulcer; clinical practice guideline; interpretation

压力性损伤不仅增加患者的痛苦,也增加护理难度,在国际上是一个不可忽视的问题。相关护理指南的发布对于提高压力性损伤预防 and 治疗的护理质量可起到重要的指导作用。2009 年,美国国家压力性损伤咨询小组(National Pressure Injury Advisory Panel,NPIAP)和欧洲压疮咨询小组(European Pressure Ulcer Advisory Panel,EPUAP)联合发布了第 1 份国际压力性损伤指南。之后,在 NPIAP、EPUAP 和泛太平洋压力性损伤联合会(Pan Pacific Pressure Injury Alliance,PPPIA)的共同合作下,第 2 版、第 3 版国际压力性损伤指南分别于 2014 年 10 月、2019 年 11 月发布。2019 年发布的《压疮/压力性损伤的预防和治疗:临床实践指南》(下称新指南)^[1]共包括 5 个章节、27 项主题、115 条基于证据的建议和 61 条良好实践声明(Good Practice Statement,GPS,指缺乏系列证据支持,但指南管理小组认为对临床实践有重要意义),对证据强度的分级由强到弱包括 A、B1、B2、C 和 GPS,对推荐强度的分级包括强正向推荐(↑↑)、弱正向推荐(↑)、非特异性推荐(↔)、弱负向推荐(↓)、强负向推荐(↓↓)。与旧指南相比,新指南给出的推荐意见更加清晰简洁,推荐意见的证据强度普遍较旧指南高,同时对推荐意见的讨论更加丰富,更易被读者阅读。新指南的整体框架变化不大,但各个章节实施细则的更新彰显了近五年压力性损伤预防 and 治疗的新进展。我们对新指南进行介绍和评述,以

期临床护理工作更好地使用该指南,提高压力性损伤预防 and 治疗的护理质量。

1 新指南整体框架的更新

新指南指出部分特殊人群的压力性损伤相关需求是对一般推荐意见的补充,而不是替代,所以将“特殊人群”这一章节的内容融入到了各个相关的章节中。新指南共包括 5 个章节,分别是背景、压力性损伤的预防、压力性损伤预防 and 治疗的共同措施、压力性损伤的治疗以及指南的实施策略。

2 新指南实施细则的更新

2.1 压力性损伤的定义和分类 压力性损伤是指由压力或压力联合剪切力导致的皮肤和/或皮下组织的局部损伤,通常位于骨隆突处,但也可能与医疗器械或其他物体有关。新指南强调了压力性损伤可能与医疗器械相关,压力性损伤的发生不仅局限于体表皮,也可能发生在黏膜上、黏膜内或黏膜下。黏膜(呼吸道、胃肠道和泌尿生殖道黏膜)压力性损伤主要与医疗器械有关。在临床中,医务人员不应只关注体表皮,也应重视医疗器械引起的黏膜压力性损伤。

新指南采用的是 NPIAP/EPUAP 压力性损伤分类系统(1 期、2 期、3 期、4 期、不可分期、可疑深部组织损伤),并概述了世界上常用的分类系统,建议确保在医疗专业人员中使用相同的压力性损伤分类系统(GPS)。器械相关性压力性损伤和黏膜相关性压力性损伤是两个特殊的类别,器械相关性描述的是压力性损伤的原因,对其分期应使用公认的常规分类系统,而目前,还没有公认的黏膜压力性损伤分类系统。Reaper 等^[2]设计了口腔黏膜压力性损伤量表(ROM-PIS),将黏膜压力性损伤分为了 3 个阶段,但该量表

作者单位:昆明医科大学第二附属医院烧伤科(云南 昆明,650101)

陈丽娟:女,硕士在读,学生

通信作者:孟美芬,1391590159@qq.com

收稿:2020-02-18;修回:2020-04-11

仍在验证和改进中。

2.2 有压力性损伤风险的特殊人群 在前往或往返于医疗机构(如救护车或在急诊室等待入院)的患者处于长时间不动的状态,可能有较高的压力性损伤风险,这一点在临床工作中易被忽略。新指南在有压力性损伤风险的特殊人群中新增了“转运途中的患者”,提示应加强医务人员对转运途中的患者也可能发生压力性损伤的意识,并尽快将患者从硬板床转移到普通病床上。其他有压力性损伤风险的特殊人群包括重症患者,脊髓损伤患者,姑息治疗患者,肥胖患者,新生儿和儿童,社区、老年护理和康复机构的患者及手术室患者。

2.3 压力性损伤的预防

2.3.1 风险因素与风险评估 新指南丰富了压力性损伤风险因素的推荐意见,考虑移动受限、活动受限、承受摩擦力和剪切力大的患者(A, ↑ ↑),既往的压力性损伤史(GPS)或压力点疼痛(GPS)的患者以及糖尿病患者(A, ↑ ↑)有压力性损伤的风险。新增的推荐意见提醒临床工作者需关注有压力性损伤史以及压力点疼痛的患者。新指南将糖尿病作为一条正式推荐意见,证据强度和推荐强度均为最高等级,提示在临床工作中,对糖尿病患者应尤为重视压力性损伤的发生。新指南对压力性损伤风险评估的过程给出了具体的推荐意见,建议尽快对患者进行压力性损伤风险因素的筛查,并制定基于风险的预防计划。风险评估工具提供了一个结构化的评估方法,但随着压力性损伤危险因素的不断更新,目前还没有一种能反映所有相关风险因素的评估工具,对压力性损伤发生的危险程度的估计需结合专业人员的临床判断。

2.3.2 皮肤和组织评估 新指南首次提出了可考虑使用皮下湿度/水肿测量装置作为常规临床皮肤评估的辅助方法(B2, ↔),在讨论部分也提到了多种皮肤评估的新技术,包括超声、激光多普勒血流测定等,随着新技术的产生,相信对患者的皮肤评估会越来越准确。有研究指出,皮肤颜色较深的患者2~4期压力性损伤的发生率显著高于皮肤颜色浅的患者^[3],这可能与皮肤颜色较深难以观察到1期肤色的变化有关。新指南建议在评估颜色深的皮肤时,将皮肤温度和皮下湿度作为重要的辅助评估策略(B2, ↑),并密切观察受检部位的水肿、硬度和疼痛变化,也可考虑使用颜色图标对肤色进行客观评估(B2, ↔)。

2.3.3 预防性皮肤护理 新指南在该部分纳入了旧指南“压疮预防的新兴疗法”的内容,除删除了考虑在脊髓损伤患者中使用电刺激预防压力性损伤发生的推荐意见外,其余部分无特别改动。预防性皮肤护理方案仍包括:保持皮肤清洁并适当保湿,大小便失禁后立即清洁皮肤,避免使用碱性肥皂和清洁剂,使用隔离产品保护皮肤不受潮(B2, ↑ ↑),避免用力摩擦皮肤(GPS),并建议使用高吸收性尿失禁产品(B1,

↑)、低摩擦系数的纺织品(B1, ↑)以及硅胶泡沫敷料(B1, ↑)保护有压力性损伤风险的皮肤。

2.4 压力性损伤预防和治疗共同措施

2.4.1 营养 越来越多的研究指出,营养不良与压力性损伤的发生、严重程度以及愈合时间有关^[4-5]。新指南强调对有压力性损伤风险或有压力性损伤的患者进行全面营养评估以及制定个性化的营养护理计划,推荐强度均由弱正向推荐改为强正向推荐,提示营养问题应得到临床医务人员的重视。详细的营养问题建议咨询专业的营养师或查询权威的营养指南,而对于口服不能满足营养需求的患者,建议根据患者个人意愿和护理目标,讨论肠内或肠外营养对预防压力性损伤发生的益处和危害(GPS),以及对压力性损伤治疗的益处和危害(B1, ↑)。新指南中总结了一部分经过验证研究的营养筛选工具,包括微型营养评估(Mini Nutrition Assessment, MNA)、营养不良通用筛查工具(Malnutrition Universal Screening Tool, MUST)、营养风险筛查2002(Nutrition Risk Screening 2002, NRS 2002)等。新生儿和儿童的营养管理与成人不同,新指南只是建议对其进行适龄的营养筛查和评估(GPS),对有压力性损伤危险的新生儿和儿童,考虑强化食品、适龄营养补充剂、肠内或肠外营养支持(GPS),没有涉及更多的具体推荐意见。新生儿和儿童与成人营养需求不同,营养不良的表现也不同,新指南整理了部分针对儿科患者的营养筛查工具,包括主观整体营养评估(Subjective Global Assessment of Nutrition, SGNA)、儿科营养筛查工具(Pediatric nutrition Screening Tool, PNST)、儿科营养不良筛查工具(Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics, STAMP)等。

2.4.2 体位变换和早期活动 患者的翻身频率应个性化,需根据个人的活动水平、灵活性和独立进行体位变化的能力(B2, ↑ ↑),皮肤和组织耐受性,总体健康状况,整体治疗目标,舒适感和疼痛感(GPS)来确定。对患者实施体位变换时,新指南指出应使所有骨隆突处的压力最小化,并使压力得到最大限度地重新分配(GPS),并强调对足跟的释压,对镇静中的新生儿或婴儿头部受压部位的改变,避免患者与医疗设备直接接触,保证患者在侧卧位时骶尾部和大转子不受压。实时直观监测患者皮肤与支撑面间的压力分布,可能有利于对压力性损伤的预防。新指南首次提出考虑使用床旁压力图作为可视化工具指导体位变换(C, ↔),但该项目仍需进一步的研究。

对于卧床患者,新指南明确提出30°侧卧位优于90°侧卧位(C, ↑),且保持患者床头尽可能平放(B1, ↔),鼓励可以自主进行体位变换的患者以20~30°的侧卧位睡觉,必须抬高床头时(如预防呼吸机相关性肺炎),保持30°或更低的高度。新指南也鼓励长期卧床的患者在合适的椅子或轮椅上就座,但时间不能过

长(B1, ↑)。对于手术室患者,新指南以图片的形式展现了常用的不同手术体位(如仰卧位、俯卧位、截石位等)需要特别考虑的压力点,使医护人员能更加直观清楚地了解受压部位,并据此实施相应的预防措施。

2.4.3 足跟的压力性损伤 足跟部是压力性损伤最常见的部位之一^[1],临床中应予以重视。新指南建议对足跟有压力性损伤风险和(或)有 1 期、2 期压力性损伤的患者,使用专门设计的足跟悬挂装置、枕头或泡沫垫悬置足跟(B1, ↑↑),而对于足跟有 3 期或更严重的压力性损伤患者,只建议使用专门设计的足跟悬挂装置抬高足跟(GPS),这三种方法都需使足跟完全减压,使压力沿着小腿分散,从而不会对跟腱和腘静脉产生压力。使用枕头或泡沫垫是最简单抬高足跟的方法,而对于躁动、痴呆的患者,使用足跟悬挂装置可能更有用。新指南增加了预防足跟压力性损伤新的辅助措施——预防性敷料(B1, ↑),指出在可行的情况下,对足跟有压力性损伤高风险的患者尽早使用预防性敷料,且强调该措施只是预防足跟压力性损伤的辅助方法,仍需抬高患者足跟,每天评估足跟处皮肤。

2.4.4 支撑面 与旧指南相比,新指南提出了更多具体的新型支撑面的推荐意见,如对有压力性损伤风险的患者,考虑使用反应性空气床垫或覆盖物(C, ↑),评估使用医用级别羊皮的益处(B1, ↔),评估使用交替压力空气床垫或覆盖物的益处(B1, ↑),对 3 期或 4 期压力性损伤患者评估使用空气流化床在降低皮肤温度和过多水分的同时促进愈合的益处(B1, ↑)。这些推荐意见的证据强度和推荐强度较低,需要更多高质量研究的支撑。

转运途中的患者也可能发生压力性损伤,这在国内研究较少,临床工作者应予以重视。新指南指出对转运途中已存在或有压力性损伤风险的患者,考虑使用压力再分配支撑面(GPS),疑似脊柱损伤的患者急诊入院后,在咨询了合格的健康专业人员后,尽快将患者从脊柱硬板床上转移下来(C, ↑)。

2.4.5 器械相关性压力性损伤 新指南扩大了器械相关性压力性损伤的范围,不局限于医疗器械导致的压力性损伤,也包括手机、笔等日常用品导致的压力性损伤,该主题的题名也由“医疗器械相关压力性损伤”改为“器械相关性压力性损伤”。新指南指出要定期监测医疗器械的松紧度,如果患者病情允许,可询问患者的舒适度(C, ↑),同时建议使用预防性敷料降低医疗器械相关压力性损伤风险(B1, ↑),并强调不要在医疗器械下方使用过多的预防性敷料而增加医疗器械处的压力。新指南首次提出在对新生儿(B1, ↑)、儿童和成年人(GPS)进行氧疗时,在保障安全的情况下,建议采用面罩和鼻塞交替给氧的方式以降低鼻、面部压力性损伤程度。建议在咨询合格的医疗人

员后,对脊髓损伤的患者尽快用坚硬的颈托代替可脱卸的颈托,并根据临床情况尽快移除颈托(C, ↑)。

2.5 压力性损伤的治疗

2.5.1 压力性损伤评估与愈合监测 新指南强调对进行了适当的局部伤口护理、压力再分配和营养支持的压力性损伤,若 2 周内没有愈合迹象,需要对患者进行全面的重新评估(B2, ↑↑),并且在测量压力性损伤大小和面积时,采用相同的方法以便对不同时间的测量结果进行有意义的比较(B2, ↑↑)。建议制定与患者意愿一致的治疗目标,同时考虑照护者提供的信息,并以此制定相应的治疗计划(GPS)。指南指出在对姑息患者/临终关怀患者设定治疗目标时,根据患者意愿,可以制定提高生活质量的目标而不是压力性损伤创面的愈合。在临床工作中,医护人员不仅只是为患者进行治疗操作,更多的是应该考虑患者的感受,尽可能地尊重患者的意愿。

2.5.2 疼痛评估和治疗 压力性损伤为患者带来最直接的影响是伤口疼痛,在制定该指南时,对患者和照护者进行了以确定护理目标为目的的国际调查,结果显示,与照护者相比,有更多的患者将疼痛管理作为护理目标,这表示患者比照护者更加重视压力性损伤的疼痛,提示临床工作者不可忽视压力性损伤患者的疼痛体验。新指南强调需对压力性损伤患者进行全面的疼痛评估(B1, ↑↑),除使用疼痛评估工具外还需关注患者的肢体语言,在为患者翻身时尽量减轻患者伤口处的疼痛,也可采用湿性愈合原则,在伤口处使用预热至室温的吸收能力好的敷料以减轻疼痛感。新指南建议使用非药物治疗作为减轻压力性损伤疼痛的首要方法(GPS),包括与患者交谈、冥想法和音乐疗法等,必要时可考虑使用阿片类药物处理伤口处的急性疼痛(B1, ↔)或定期使用镇痛药控制疼痛(GPS)。

2.5.3 清洗与清创 对压力性损伤清洗和/或清创有利于创面的愈合,指南建议清洗压力性损伤(B1, ↑)和创面周围的皮肤(B2, ↑),对怀疑或已有感染的创面使用有抗菌作用的清洗剂(GPS)。指南强调除非是创面出现感染,否则不要破坏缺血型四肢和足跟稳定、坚硬、干燥的焦痂(B2, ↑↑),也强调需清除失活的组织和疑似或已确认的生物膜,持续清创直至创面覆盖新的肉芽组织(B2, ↑↑)。

2.5.4 感染和生物膜 对于压力性损伤的创面感染和生物膜覆盖,最重要的是及时发现,尽早对症处理,从而促进创面愈合。指南指出,若出现以下现象则高度怀疑局部感染:创面愈合延迟,适当治疗后 2 周没有愈合迹象,创面深或面积大,伤口破裂,存在坏死组织,肉芽组织易碎,伤口床出现袋状或桥接,渗出物增多或性状改变,周围组织温度升高,疼痛,恶臭(B1, ↔)。出现以下现象则高度怀疑创面有生物膜:适当

(下转第 51 页)