

ICS 11.020  
CCS C 50

# 团 体 标 准

T/GDNAS 007—2022

## 造口、伤口、失禁患者居家护理技术规范

Technical specification of home care for patients with Stoma, Wound and  
Incontinence

2022-11-28 发布

2023-01-01 实施

广东省护理学会 发布

## 目 次

前 言 .....	11
造口、伤口、失禁患者居家护理技术规范 .....	1
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 .....	2
5 伤口患者护理 .....	2
5.1 评估 .....	2
5.2 换药技术 .....	2
5.3 伤口患者及（或）照顾者居家健康教育 .....	4
6 肠造口患者护理 .....	5
6.1 评估 .....	5
6.2 造口护理用品的选择与使用 .....	5
6.3 肠造口患者居家心理护理 .....	5
6.4 患者教育 .....	5
6.5 常见肠造口及其周围并发症居家护理 .....	6
7 失禁相关性皮炎患者护理 .....	7
7.1 风险因素识别 .....	7
7.2 失禁患者的大小便管理 .....	7
7.3 失禁患者的居家皮肤清洁 .....	7
7.4 失禁相关性皮炎的居家预防及护理 .....	7
7.5 失禁患者的居家健康教育 .....	7
附 录 A （资料性） 压力性损伤分期 .....	9
附 录 B （资料性） 糖尿病足溃疡分级（Wagner 分级） .....	11
附 录 C （资料性） 烧伤面积及深度评估 .....	12
附 录 D （资料性） 压力力性损伤风险评估表(Braden .....	15
参考文献 .....	16

## 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。

本文件由广东省护理学会提出并归口。

本文件主要起草单位：广东省护理学会造口伤口失禁护理专业委员会、中山大学附属第三医院、中山大学附属第一医院、中山大学肿瘤防治中心、中山大学孙逸仙纪念医院、中山大学附属第六医院、南方医科大学南方医院、南方医科大学珠江医院、中国人民解放军南部战区总医院、广州市红十字会医院、广东医科大学附属第一医院。

本文件主要起草人：胡爱玲、刘媛、郑美春、黄漫容、叶新梅、吴仙蓉、甄莉、甘华秀、李海燕、康慧鑫、梁霞。

# 造口、伤口、失禁患者居家护理技术规范

## 1 范围

本文件规定了社区造口、伤口、失禁患者的居家护理技术规范，包括伤肠造口评估与护理、造口护理用品的选择与使用、患者教育；口评估、伤口清洗及清创、伤口敷料的选择与使用、伤口换药流程和患者教育；失禁相关性皮炎预防和护理的基本要求等内容。

本文件适用于各级各类医疗机构、具有执业资质的从业人员开展造口、伤口、失禁患者居家护理服务。

## 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

#### 伤口 wound

正常皮肤组织在致伤因子（如外科手术、外力、热、电流、化学物质、低温等）作用以及机体内在因素（如局部血流供应障碍等）作用下导致的损害。常伴有皮肤完整性的破坏以及一定量正常组织丢失的同时，皮肤的正常功能受损。

### 3.2

#### 压力性损伤 pressure injure, PI

发生在皮肤和/或潜在皮下组织的局限性损伤，通常发生在骨隆突处或与医疗器械或其它设备有关的损伤。表现为局部组织受损但表皮完整或开放性溃疡，可能伴疼痛感。损伤是由于强烈和/或长期存在的压力或压力联合剪切力导致。

### 3.3

#### 糖尿病足溃疡 diabetic foot ulcer, DFU

因局部神经异常和下肢远端外周血管病变，导致的足部感染、溃疡和/或深层组织破坏。

### 3.4

#### 烧伤 burn

是指各种理化因素直接作用于机体皮肤和皮下组织所引起的组织损伤，致伤的理化因素包括热力、电能、化学物、放射线、光能等，其中以热力最常见。

### 3.5

#### 肠造口 stoma

出于治疗目的而将一段肠管拉出腹壁外所做的人工回/结肠开口，粪便/尿液由此排出体外。

### 3.6

### 失禁相关性皮炎 incontinence-associated dermatitis, IAD

暴露于尿液或粪便所造成的皮肤损伤，是一种发生在大小便失禁患者身上的接触性刺激性皮炎。

## 4 基本要求

- 4.1 在每次居家护理时进行伤口局部及患者身体整体的评估，及时发现伤口愈合过程中存在的问题。
- 4.2 应根据患者的伤口类型、伤口的特点选择合适的处理方案。
- 4.3 在每次居家护理时进行肠造口及其周围皮肤的评估，及时发现肠造口及周围皮肤并发症并予以处理。
- 4.4 协助肠造口患者选择合适的造口护理用品并教会其使用。
- 4.5 了解肠造口患者及其家属的心理状况，给予针对性心理辅导。
- 4.6 应在每次居家护理时进行排泄功能的评估，及时发现失禁相关性皮炎的风险因素，并予以预防指导。
- 4.7 指导失禁患者及家属正确的皮肤清洁方法。
- 4.8 协助失禁患者选择合适的皮肤护理用品并教会其使用。
- 4.9 应对患者及家属提出的问题给予正确指导。

## 5 伤口患者护理

### 5.1 评估

#### 5.1.1 一般状况评估

包括但不限于年龄、性别、生命体征、体型、营养状态、意识状态、面容与表情、体位、步态、心理状态等。

#### 5.1.2 全身情况评估

评估患者有无合并基础疾病及其治疗情况，包括代谢性疾病、血管性疾病、神经系统疾病、免疫状态、凝血功能、服用药物等情况。

#### 5.1.3 照顾技能评估

包括但不限于文化水平、家庭社会支持、对伤口的认知、伤口处理技能和照护能力评估等。

### 5.2 换药技术

#### 5.2.1 正确清除敷料。

#### 5.2.2 伤口评估

- a) 包括伤口类型、分级/分期（压力性损伤见附录 A、糖尿病足溃疡见附录 B、烧伤分级/分期见附录 C）；
- b) 伤口部位、伤口形成原因及形成时间；
- c) 伤口大小、深度，有无潜行、窦道、瘘管及其深度；
- d) 伤口的组织类型；
- e) 伤口渗液评估；
- f) 伤口边缘及周围皮肤情况；
- g) 伤口疼痛评估；
- h) 伤口有无感染；
- i) 伤口治疗经过及效果。

j) 始终选择同样的方法来评估，每周至少一次，2周内仍无明显变化，需再次整体评估，调整治疗方案。

### 5.2.3 伤口清洗/清创

- a) 非感染性伤口宜使用生理盐水或冷开水，从内向外进行清洗；
- b) 感染性伤口可选择合适的消毒、抗菌清洗液，从外向内进行清洗；必要时留取伤口细菌培养送检；
- c) 潜行或窦道可进行冲洗；
- d) 有坏死组织的伤口，居家社区患者宜选用自溶性清创、机械性清创等方式进行清创，需要进行外科清创或保守锐性清创时宜到医院进行。

### 5.2.4 伤口敷料的选择与使用

a) 根据伤口评估结果选择合适的伤口敷料。感染伤口宜使用抗菌敷料；渗液多的伤口宜使用吸收性较强的伤口敷料，如藻酸盐敷料、亲水性纤维敷料或泡沫敷料等；渗液少的伤口宜使用保持伤口湿润度的敷料，如水胶体敷料、水凝胶敷料等；

- b) 妥善固定，松紧适宜，不影响肢体活动及血液循环。

### 5.2.5 准确记录伤口评估和处理的内容。

### 5.2.6 压力性损伤伤口居家护理

#### a) 1期压力性损伤

应立即减压，加强翻身，避免继续受压；避免局部按摩；可涂抹皮肤保护产品，或选择伤口敷料如水胶体和多层软硅酮泡沫敷料保护皮肤；

#### b) 2期压力性损伤

小水疱可让其自然吸收，大水疱使用无菌注射器抽吸后，宜保留水疱皮完整，并使用无菌敷料保护创面；根据创面情况选择适宜敷料，如水胶体或泡沫敷料；

#### c) 3期和4期压力性损伤

应清除坏死组织，合并感染可选用抗菌敷料；应做好渗液管理，根据创面情况选择合适的敷料或封闭负压技术等处理；

#### d) 不可分期压力性损伤

清除伤口内焦痂和坏死组织后确定分期；清创后，伤口处理可与3期和4期压力性损伤伤口处理方法相同；对踝部和足跟部稳定的焦痂，不宜清除；

#### e) 深部组织损伤

应观察局部皮肤的变化，血疱可按2期压力性损伤水疱处理方法；进展创面出现溃疡时，应根据深度进行相应处理；

- f) 对于3期及以上的压力性损伤，建议及时医院就诊。

### 5.2.7 各级糖尿病足溃疡患者居家伤口护理

a) Wagner 1级

应保持创面清洁，预防感染，根据渗液情况使用适宜敷料；

b) Wagner 2级

应控制感染，可使用抗菌敷料，必要时口服或静脉途径给予抗生素；骨骼、肌腱外露时，应做好保护；做好渗液管理；

c) Wagner 3级

深部组织感染应扩创引流，清除坏死组织，使用抗菌敷料及按需口服或静脉途径给予抗生素；对存在脓肿、气性坏疽或坏死性筋膜炎的足部感染者应转介医院治疗；骨骼、肌腱外露时，应做好保护；

d) Wagner 4级、5级

趾、跖骨坏死或全足坏死但不合并感染时不应处理，可用碘伏外敷控制感染，等待血管重建，勿加压包扎；

e) 转介指征

每次居家服务时进行评估，有下列情况之一者需要及时医院就诊：皮肤颜色的急剧变化、局部疼痛加剧并有红肿等炎症表现、原有的浅表溃疡恶化并累及软组织和（或）骨组织、播散性的蜂窝组织炎、全身感染征象、骨髓炎等。

### 5.3 伤口患者及（或）照顾者居家健康教育

5.3.1 妥善固定，保持伤口敷料清洁干燥，敷料卷边、脱落或弄湿需及时更换。

5.3.2 增加营养，尤其是蛋白质的摄入。

5.3.3 基础疾病的控制与治疗。

5.3.4 伤口处理后如出现出血、剧烈疼痛等应及时到医院就诊。

5.3.5 压力性损伤的预防：

a) 采用结构式风险评估量表进行压力性损伤风险评估（见附录D）；

b) 指导或协助患者定时改变体位；每次体位变换后要除减压护理，以消除压力和剪切力。

c) 指导或协助患者各种体位的正确姿势；

d) 根据病情选用合适的局部和全身减压装置；

e) 每日进行皮肤的检查和清洁；

f) 有效的照顾者赋能教育，制定压力性损伤家庭共照计划。

5.3.6 糖尿病足溃疡的预防：

a) 糖尿病的治疗与管理；

b) 应指导患者及家属做好足部的清洁，每天检查患者双足；

c) 指导患者做好足部的保暖和保护、定期修剪趾甲、正确处理胼胝/嵌甲/足癣等；

d) 指导患者及家属根据实际情况选择合适的减压装置或减压鞋。

## 6 肠造口患者护理

### 6.1 评估

居家护理时评估肠造口位置、类型、颜色、高度、形状、大小、周围皮肤颜色和完整性、肠造口周围腹壁形态及柔韧情况、排泄物的量、颜色、性状和气味等。

### 6.2 造口护理用品的选择与使用

#### 6.2.1 评估患者使用的造口用品是否合适：

排泄物稀薄时宜选开口袋；肠造口高出皮肤表面且周围皮肤无凹陷选平面底盘造口袋，肠造口回缩或肠造口的排泄口与皮肤平齐宜选凸面造口袋加腰带；手灵活性差的选预留孔径的造口袋等。

#### 6.2.2 造口袋更换时机：

造口底盘发白或卷边时宜尽快更换，造口底盘渗漏时应立即更换；宜在清晨空腹时更换造口袋，可取站立位、半坐位或坐位。造口袋内1/3~1/2满时，宜将造口袋排泄物进行排放。

#### 6.2.3 揭除造口底盘时宜用一只手按住皮肤，另一只手由上而下轻柔揭除。

#### 6.2.4 肠造口及周围皮肤的清洁：

淋浴时直接使用花洒清洗肠造口及其周围皮肤，但需避免近距离和高压力冲洗造口，或者使用湿纸巾、蘸水后的擦手纸、纸巾、软布等由外向内清洁周围皮肤及肠造口，再用软布或柔软的卫生纸抹干肠造口周围皮肤。

#### 6.2.5 造口底盘的裁剪：

应按测量好的肠造口根部大小及形状裁剪造口底盘，直径大于肠造口根部1~2mm。

#### 6.2.6 造口底盘的粘贴：

粘贴造口底盘时，宜对准肠造口由下而上粘贴，轻压内侧周围，再由内向外轻轻加压。若肠造口周围皮肤凹陷，可使用凸面造口底盘或者使用防漏膏/条或防漏贴环进行填补。

### 6.3 肠造口患者居家心理护理

- a) 评估患者对肠造口的接受程度；
- b) 评估患者是否知晓肠造口护理知识；
- c) 根据患者的自我护理能力给予鼓励、协助或者帮助进行肠造口护理；
- d) 宜鼓励家人给予患者物质和精神上的帮助、朋友给予情感支持，可酌情安排肠造口同伴教育。

### 6.4 患者教育

#### 6.4.1 饮食和活动

a) 告知结肠造口患者术后无特殊饮食禁忌，回肠造口和发生肠造口狭窄者进食木耳、菌菇、芹菜等难消化及纤维过长易成团的食物时要充分咀嚼，同时注意烹调方式，避免引起肠造口食物堵塞，可适当控制进食易产气、异味、辛辣、生冷等食物；

b) 告知患者宜穿稍宽松的衣服，系裤（皮带）带时，应避免肠造口的位置；

c) 告知患者可根据自身爱好和身体的耐受力逐渐恢复力所能及的运动，不宜进行易发生肠造口碰撞的运动或增加腹压的运动等；

d) 宜鼓励患者体力恢复后积极参加社会娱乐活动、造口人联谊会等。

#### 6.4.2 沐浴和游泳

a) 告知患者待手术切口愈合、体力恢复，可沐浴和游泳；

b) 告知患者沐浴当日更换造口袋者，可将造口袋揭除后沐浴；沐浴当日不需更换造口袋者，应将造口袋排空后沐浴，沐浴后抹干造口袋并检查造口袋有无松脱；

c) 告知患者游泳前应排空造口袋或更换新的造口袋，造口袋周围可粘贴防水胶布或弹力胶贴；结肠造口患者可选择迷你型造口袋。

#### 6.4.3 工作和社交

a) 告知患者当伤口愈合、体力恢复后，可回归工作和社交，但应避免从事搬运、建筑等重体力劳动；

b) 告知患者参加工作和社交活动前宜排空造口袋或更换新的造口袋并随身携带造口护理用品。

#### 6.4.4 性和亲密问题

a) 告知患者体力恢复后可尝试恢复性生活；

b) 告知患者性生活前排空造口袋或更换新的造口袋，并检查造口袋的密闭性；

c) 告知患者应禁止通过肠造口进行性交；

d) 告知患者性生活存在障碍时，宜向医师或伤口造口失禁专科护士寻求帮助。

### 6.5 常见肠造口及其周围并发症居家护理

#### 6.5.1 肠造口周围皮肤并发症

a) 居家护理时应评估肠造口周围皮肤损伤的类型、部位、颜色、程度、范围、渗液情况等；

b) 潮湿相关性皮肤损伤，可使用造口护肤粉和无刺激皮肤保护膜或水胶体敷料等来修复受损皮肤；

c) 过敏性接触性皮炎应停止使用含过敏源的造口护理用品，可在局部遵医嘱使用皮质类固醇药物；严重过敏者宜请皮肤科医师会诊；

d) 机械性皮肤损伤，在揭除造口底盘时，应动作轻柔，必要时可使用黏胶剥离剂。若为黏胶相关性皮肤损伤，宜选择无胶带封边的造口底盘；若为压力性损伤，去除压力源。

#### 6.5.2 肠造口出血

应评估出血部位、量。浅表渗血可进行压迫止血，若压迫无效可撒涂造口护肤粉或使用藻酸盐敷料按压。如持续出血，应到医院向外科医生或伤口造口专科护士寻求帮助。

#### 6.5.3 肠造口水肿

a) 应评估肠造口水肿发生的时间、原因、肠造口血运、肿胀程度及排泄情况等；

b) 肿瘤晚期者因腹腔盆腔肿瘤压迫而导致的水肿，宜选用较大的造口袋，并指导患者和家属注意观察肠造口的血运和排泄情况。

#### 6.5.4 肠造口回缩

应评估肠造口回缩的程度、造口底盘和周围皮肤的浸渍情况，可使用凸面底盘并佩戴造口腰带或造口腹带固定。

#### 6.5.5 肠造口狭窄

a) 应评估患者肠造口狭窄的表现及程度，指导患者及其家属注意观察肠造口排泄情况，出现排便困难等梗阻症状要到医院就诊；

b) 应告知患者减少不溶性纤维摄入，增加液体摄入量，可使用粪便软化剂或暂时性使用“扩肛”。

#### 6.5.6 肠造口脱垂

- a) 应评估患者肠管脱出时间、长度、套叠、水肿、血供等情况；
- b) 指导患者平卧且肠造口回纳后更换造口袋，并佩戴弹力腹带后才起床；
- c) 若脱垂不能手法回纳时，宜选择一件式造口袋并调整造口底盘的开口大小；
- d) 密切观察肠造口黏膜的颜色，若脱垂伴缺血坏死时，尽快回医院就诊。

### 6.5.7 造口旁疝

- a) 应评估患者平卧时造口旁疝是否可还纳，如发生嵌顿，尽快回医院就诊；
- b) 可使用造口腹带或无孔腹带包扎，指导患者注意观察肠造口排泄情况，一旦出现腹痛、腹胀、无排便、排气等梗阻症状时应及时就诊。

## 7 失禁相关性皮炎患者护理

### 7.1 风险因素识别

包括失禁类型、失禁频率、皮肤状况差（如衰老/糖尿病/使用类固醇药物）、移动能力受限、认知意识下降、个人卫生无法自理、疼痛、体温升高、服用的药物（抗生素、免疫抑制剂）、营养状况差、严重疾病。

### 7.2 失禁患者的大小便管理

- a) 出现大/小便失禁，应及时采取措施，以减少/防止皮肤继续暴露于尿液和粪便中；
- b) 根据大便的性状、排泄的频率和量，宜选择非侵入性方法（肛门粘贴造口袋，穿着纸尿裤、纸尿裤）进行大便管理；
- c) 根据尿失禁的种类、失禁的尿量和频率，可选择侵入性方法（留置导尿管、间歇性导尿）或非侵入性方法（尿套、纸尿裤、纸尿裤等）进行尿液管理。

### 7.3 失禁患者的居家皮肤清洁

- a) 指导患者及照顾者每天清洗和每次排便后及时清洗；
- b) 宜使用失禁专用湿纸巾或不含酒精等消毒液的湿纸巾、柔软的毛巾进行清洗；
- c) 宜选用失禁专用的免冲洗的洁肤液，可使用 PH 微酸性的沐浴液或温水进行清洁，不宜使用碱性肥皂等清洗剂；
- d) 应采用温和、最小摩擦力进行清洗，并用柔软毛巾或纸巾轻轻拭干皮肤；
- e) 女性患者清洁顺序宜先清洁尿道周围，再清洁大小阴唇、最后清洁肛门周围皮肤；男性患者应从尿道开口处开始清洗，再清洗阴茎、阴茎根部及阴囊，最后清洁肛门周围皮肤；
- f) 清洁会阴部时，应由前向后擦拭，或者从较干净的部位先擦拭。

### 7.4 失禁相关性皮炎的居家预防及护理

- a) 宜使用皮肤保护剂如皮肤保护粉、皮肤保护膜、液体状丙烯酸、氧化锌软膏等，对受累区域进行隔离保护；
- b) 如出现皮炎，根据创面的深度、大小、渗液情况、有无感染等选用合适的敷料进行处理，如造口护肤粉、藻酸盐敷料、亲水性纤维敷料、水胶体敷料、泡沫敷料等；
- c) 失禁受累区域疑似真菌感染者，应转介皮肤科专科就诊，给予确诊及应用抗真菌药物如达克宁粉进行处理。

### 7.5 失禁患者的居家健康教育

- a) 应告知患者和家属皮肤清洁、保护的重要性，以及正确的皮肤清洁方法；
- b) 指导患者及家属选购合适的皮肤清洗及保护用品；
- c) 指导家属及时更换纸尿裤和或纸尿裤、失禁垫，最大限度地减少皮肤与尿液和粪便的直接接触；
- d) 告知患者家属失禁相关性皮炎可能发生的部位，包括会阴部、腹股沟、下腹部/耻骨上、大腿内侧、肛周、臀部、大腿后部等（见图1、图2），并每天至少检查一次相关部位的皮肤情况。
- e) 失禁相关性皮炎在实施适当的皮肤护理方案后 1~2 天，皮肤状况应有明显的改善，疼痛减轻，并在 1~2 周内得到完全愈合。如果没有好转或加重应及时向居家护理的专科护士反馈。

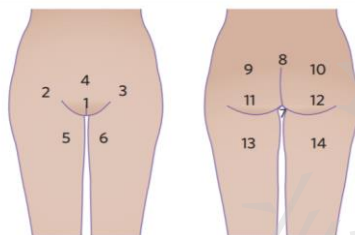


图1 女性失禁相关性皮炎可能发生的部位图示

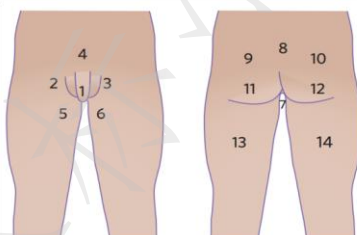


图2 男性失禁相关性皮炎可能发生的部位图示

附 录 A  
(资料性)  
压力性损伤分期

压力性损伤分期见表A.1。

表A.1 压力性损伤分期

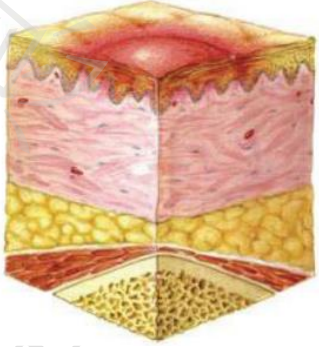
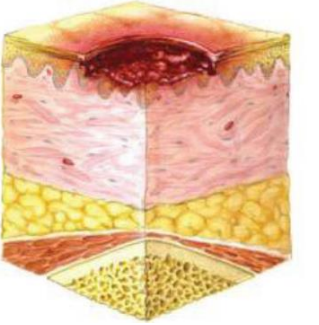
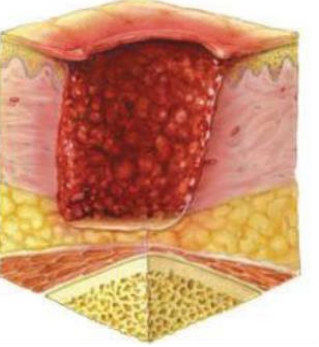
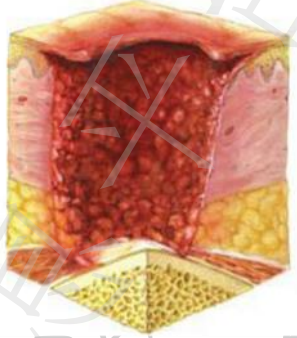

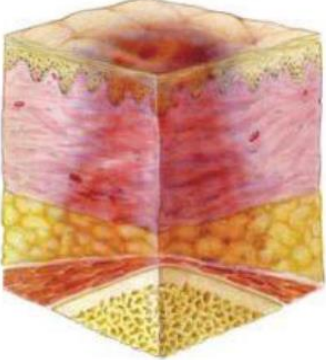
分期	特征	示意图
<p style="text-align: center;"><b>1 期压力性损伤</b> (Stage 1 Pressure Injury)</p>	<p>皮肤完整，局部区域出现压之不变白的红斑，在深色皮肤上的表现可能不同。在可见的变化之前，皮肤可能会出现压之变白的红斑，或出现感觉、温度或硬度的改变。</p>	
<p style="text-align: center;"><b>2 期压力性损伤：部分皮层缺失，真皮层暴露</b> (Stage 2 Pressure Injury: Partial-Thickness Skin Loss With Exposed Dermis)</p>	<p>部分皮层缺失，伴有真皮层暴露。伤口床是有活力的，呈粉红色或红色，湿润，也可表现为完整或破损的浆液性水疱。脂肪组织和更深层的组织不可见，无肉芽组织、腐肉和焦痂。</p>	
<p style="text-align: center;"><b>3 期压力性损伤：全层皮肤缺失</b> (Stage 3 Pressure Injury: Full-Thickness Skin Loss)</p>	<p>全层皮肤缺失，溃疡处可见脂肪，常见肉芽组织及伤口卷边，可能存在腐肉和/或焦痂。组织损伤的深度因解剖位置而异，脂肪厚的区域会形成很深的伤口，可能存在窦道和潜行，筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨或骨骼均不可见。</p>	




表 A.1 压力性损伤分期（续表）

分期	特征	示意图
<p>4 期压力性损伤：全层皮肤和组织缺失 ( Stage 4 Pressure Injury: Full-Thickness Skin and Tissue Loss)</p>	<p>全层皮肤和组织缺失，溃疡处可见或可直接触及筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨或骨骼。可见腐肉和/或焦痂，常出现卷边、潜行和/或窦道。解剖位置不同，损伤的深度也不同。</p>	
<p>不可分期的压力性损伤：无法判断的全层皮肤和组织缺失 ( Unstageable Full-Thickness Pressure Injury: Obscured Full-Thickness Skin and Tissue Loss)</p>	<p>全层皮肤和组织缺失，由于被腐肉或焦痂覆盖，无法确定溃疡处组织损伤的程度。如果清除腐肉或焦痂，就会显示出 3 期或 4 期压力性损伤。</p>	
<p>深部组织压力性损伤 ( Deep Tissue Pressure Injury: Persistent Nonblanchable Deep Red, Maroon, or Purple Discoloration)</p>	<p>皮肤表现为完整或部分缺失，局部区域有持续压之不褪色的深红色、褐红色、紫色改变，或表皮分离后暴露暗色的伤口床或充血性水疱。</p>	

附 录 B  
(资料性)  
糖尿病足溃疡分级 (Wagner 分级)

糖尿病足溃疡分级 (Wagner 分级) 见表B.1。

表B.1 糖尿病足溃疡分级 (Wagner 分级)

分级	临床表现	示意图
0 级	有发生足溃疡危险因素，目前无溃疡	
1 级	表面溃疡，临床无感染	
2 级	较深的溃疡，可深及肌腱、骨骼或关节囊。 常合并软组织炎，无脓肿或骨的感染	

表B.1 糖尿病足溃疡分级（Wagner 分级）（续表）

分级	临床表现	示意图
3级	深度感染，伴有骨髓炎、脓肿或肌腱炎	
4级	局限性坏疽(趾、足跟或前足背)	
5级	全足坏疽或至少行膝下截肢的坏疽	

## 烧伤面积及深度评估

## C.1 烧伤面积评估

烧伤面积评估见表C.1。



表C.1 烧伤面积评估

评估方法	具体计算方法
中国新九分法	头面颈为9%（1个9%）、双上肢为18%（2个9%）、躯干（包括会阴）为27%（3个9%）、双下肢（包括臀部）为46%（4个9%+1%）；儿童按照头颈部面积= $[9+(12-\text{年龄})]$ %，双下肢面积= $[46-(12-\text{年龄})]$ %。
手掌法	不论年龄或性别，（患者自己的手掌）若将五指并拢、单掌的掌面面积占体表面积的1%。


## C.2 烧伤深度评估

烧伤深度评估见表C.2。

表C.2 烧伤深度评估

评分法	分度	临床表现	临床图片
三度四分法	I度	仅伤及表皮，基底层健在，再生能力强。局部呈现红肿，有疼痛和烧灼感，皮温稍增高，干燥，无水疱。	
	浅II度	可伤及基底层甚至真皮乳头层。局部红肿明显，大小不一的水疱形成，内含淡黄色澄清液体，疱壁薄，创面基底潮红，剧痛和感觉过敏。	

表C.2 烧伤深度评估（续表）

评分法	分度	临床表现	临床图片
三度四分法	深Ⅱ度	伤及真皮层，尚残留皮肤附件。水肿明显，痛觉迟钝，拔毛试验微痛；水疱较小，疱壁较厚，创面基底发白或者红白相间。	
	Ⅲ度	伤及皮肤全层，甚至可深达皮下脂肪、肌肉、骨骼等。创面无水疱，蜡白或焦黄皮肤坏死，脱水后可形成焦痂，可见树枝状栓塞血管，触之如皮革，甚至已炭化。痛觉消失，皮温低。	

## 附录 D

(资料性)

## 压力性损伤风险评估表(Braden)

压力性损伤风险评估表(Braden)

项目	评估要素	分值	评估标准	得分
感知能力	完全受限	1	对疼痛刺激无反应。	
	非常受限	2	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。	
	轻微受限	3	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。	
	无损害	4	对指令性语言有反应,无感觉受损。	
潮湿程度	持续潮湿	1	每次移动或翻动病人时总是看到皮肤被汗液、尿液等渍湿。	
	非常潮湿	2	床单由于频繁受潮至少每班更换一次。	
	偶尔潮湿	3	皮肤偶尔潮湿,床单约每日更换一次。	
	罕见潮湿	4	皮肤通常是干的,床单按常规时间更换。	
活动能力	卧床不起	1	被限制在床上。	
	能坐轮椅	2	不能步行活动,必须借助椅子或轮椅活动。	
	扶助行走	3	白天偶尔步行,但距离非常短。	
	活动自如	4	能自主活动,经常步行。	
移动能力	完全受限	1	病人在他人帮助下方能改变体位。	
	重度受限	2	偶尔能轻微改变身体或四肢的位置,但不能独立改变体位。	
	轻度受限	3	只是轻微改变身体或四肢位置,可经常移动且独立进行。	
	不受限	4	可独立进行随意体位的改变。	
营养摄取能力	非常差	1	从未吃过完整一餐,或禁食和(或)进无渣流质饮食(或)静脉输液超过4天。	
	可能不足	2	每餐很少吃完,偶尔摄入膳食补充剂,或摄入略低于理想量的流质或管饲饮食。	
	充足	3	每餐大部分能吃完,通常摄入膳食补充剂;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。	
	良好	4	三餐基本正常。	
摩擦力剪切力	存在问题	1	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。	
	潜在问题	2	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。	
	不存在问题	3	在床上或椅子上能够独立移动,并保持良好的体位。	
总得分				
评估值:最多23分,最低6分,14-18分为轻度危险,13-14分为中度危险,10-12分为高度危险,9分以下为极度危险。				

### 参 考 文 献

- [1] T/CHAS 10-2-9-2018 中国医院质量安全管理第2-9部分：患者服务 手术服务
  - [2] T/CNAS 07-2019 成人肠造口护理标准
  - [3] 结直肠癌诊疗规范（国卫医医便函〔2015〕292号）
  - [4] 糖尿病足合并难愈性创面外科治疗全国专家共识(2020版)
  - [5] 成人失禁相关性皮炎护理实践专家共识
  - [6] Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries:clinical practice guideline. 2019
-