

/

2019



版权©归欧洲压力性溃疡咨询委员会、美国压力性损伤咨询委员会和泛太平洋压力性损伤联盟所有。

ISBN 978-0-6480097-9-5

2009 年第一版

2014 年第二版

2019 年第三版

由欧洲压力性溃疡咨询委员会、美国压力性损伤咨询委员会和泛太平洋压力性损伤联盟发布

版权所有。除《版权法》允许的用于个人学习、研究或审查目的的公平使用外，未经书面许可，不得以任何形式或任何方式复制与模仿任何部分。如有复制信息的请求可通过电子邮件发送至：admin@internationalguideline.com。

建议引用格式：

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.

免责声明：

本快速参考指南由欧洲压力性溃疡咨询委员会、美国压力性损伤咨询委员会和泛太平洋压力性损伤联盟制订，在进行压力性损伤的评估、诊断、预防和治疗的相关文献检索之时，对最佳可用证据做出全面地回顾和评价。这些推荐意见是对合理临床实践的总体指导，由符合资质的卫生专业人员根据其对每个病例的临床判断，并考虑患者的个人偏好和可用资源来应用。本指南的执行应遵循“保护、参与、合作”的原则，在文化方面要注重理解和尊重。查阅临床实践指南全文版，以获得更深层的背景信息和注意事项。

本《快速参考指南》英文版可从以下网站订购并下载 PDF 版本：

美国压力性损伤咨询委员会 npiap.com

欧洲压力性溃疡咨询委员会 epuap.org

泛太平洋压力性损伤联盟 pppia.org

国际指南 internationalguideline.com

内 容 目 录

1 介绍

前言

本指南使用的局限性与适用性

证据等级与推荐强度

指南推荐意见和良好实践声明

获取指南及支持材料

2 指南制订者

3 致谢

4 赞助商致谢

5 推荐意见和良好实践声明

风险因素和风险评估

皮肤和组织评估

预防性皮肤护理

营养评估与治疗

体位变换和早期活动

足跟压力性损伤

支撑面

器械相关压力性损伤

压力性损伤的分类

压力性损伤评估和愈合监测

疼痛评估和治疗

清洗和清创

感染和生物膜

伤口敷料

生物敷料

生长因子

生物物理方法

压力性损伤的手术治疗

测量压力性损伤的患病率和发生率

在临床机构中实施最佳实践

医疗专业人员教育

生活质量、自我护理和教育

6 质量指标

7 常用的分类系统

介绍

【前言】

本快速参考指南概述了国际临床实践指南（2019 版）全文版中的推荐意见及良好实践声明。临床实践指南全文版提供了推荐意见和良好实践声明的详细分析，并包括重要的实施注意事项，为快速参考指南中所包含的声明提供了更深层的背景信息。快速参考指南是为那些需要在临床机构中快速参考的忙碌的卫生专业人员而设计的。**使用者不应该仅仅依赖于快速参考指南的摘要。**

本指南是欧洲压力性溃疡咨询委员会（EPUAP）、美国压力性损伤咨询委员会（NPIAP）和泛太平洋压力性损伤联盟（PPPIA）联合制订的。此外，来自 12 个国家的 14 个伤口组织在合作伙伴组织指南管理小组（Partner Organization Guideline Governance Group, GGG）和方法学家的指导和监督下，作为协作组织加入了本指南的项目制订。整个制订团队由 181 名压力性损伤领域的科研和临床专家组成，包括 12 名 GGG 成员、1 名方法学家及 168 名工作小组成员。

本指南在制订过程中使用了最新指南制订的方法学标准。该方法已经预先公布并经过了同行评议。通过文献检索，获得了截至 2018 年 8 月发表的研究，并进行了评判性质量评价和分析。本指南将新的研究与以前版本纳入的研究相结合，扩大了指南的范围，并基于最新证据提出推荐意见。第三版指南基于大量基础性研究提供了 115 条循证推荐意见，可帮助卫生专业人员在临床实践中实施这些推荐意见。我们对现有的研究进行详细分析和讨论，并对该领域的假设和知识进行评判性评估，以提供更深层的背景信息。

采用共识投票表决程序为每项推荐意见赋予一个推荐强度。推荐强度根据其改善患者预后的潜力来确定该推荐意见的重要性。它能够提示能有多大的信心认为该推荐意见的做法将利大于弊，并可以用来帮助确定压力性损伤相关的干预措施的优先顺序。也有许多与压力性损伤防治相关的课题尚未得到广泛的研究。为了缩短护理方面的差距，GGG 还制订了 61 条良好实践声明，旨在进一步协助卫生专业人员实施高质量的压力性损伤的预防和治疗。

在整个指南制订过程中，广泛纳入了患者、非正式照顾者（家属和朋友）和其他利益相关者。对患者和非正式照顾者进行了一项在线调查，以确定其护理目标、优先关注事项和教育需求。指南制订过程中充分考虑了来自世界各地的 1233 名患者及其家属的反馈。指南草案和支持性证据向世界各地登记的 699 个利益相关方（个人和组织）开放，用以审查上述文件。

【本指南使用的局限性与适用性】

- 本指南旨在帮助卫生专业人员、患者和非正式照顾者针对特定临床条件做出医疗护理决策，基于证据的推荐意见和良好实践声明可能并不适用于所有的情况。
- 采纳任何推荐意见的决定必须由多学科医疗团队与患者和非正式照顾者合作做出，并充分考虑到可及的资源和情境。本指南中的任何内容都不能取代针对特殊病例的医疗建议。
- 由于制订本指南采用了严格的方法，指南管理小组（GGG）成员认为指南推荐意见的支持研究都是准确的。我们已尽一切努力对本指南所纳入的研究进行严格评价，但我们不保证引用的每项研究的可靠性。
- 本指南的目的仅限于教育和提供信息。
- 本指南所含信息在出版之时是准确的。随着研究和技术日新月异，本指南所包括的循证推荐意见和良好实践声明可能与未来的进展并不一致，卫生专业人员有责任保持对可能影响其临床决策的相关研究和技术进展的知识更新。
- 本指南中使用了产品的通用名称，并保留了研究中对产品的描述。本指南中的任何内容均不对特定产品做推荐。
- 本指南中的任何内容均不作为有关认证标准、编码标准或报销规定的建议。

- 本指南中涉及的产品和设备并未提供完整的安全性和使用说明,但包含了基本的安全性和使用指导,所有产品均应按照制造商的说明书使用。

【证据等级与推荐强度】

根据研究设计为每项研究赋予证据等级,再根据证据数量、证据等级及其一致性,对支持每条推荐意见的证据体进行强度分析,采用共识投票表决程序赋予推荐强度。卫生专业人员可利用推荐强度来确定干预措施的优先顺序。参考临床实践指南全文版和/或国际指南网站来解释证据等级和推荐强度。

“推荐强度”指的是卫生专业人员能够确信遵守推荐将利大于弊的程度。

证据等级	
A	<ul style="list-style-type: none"> • 不止一项高质量的1级研究提供直接证据 • 证据体一致
B1	<ul style="list-style-type: none"> • 中等或低质量的1级研究提供直接证据 • 高或中质量的2级研究提供直接证据 • 大多数研究结果一致,不一致的结果能够解释
B2	<ul style="list-style-type: none"> • 低质量的2级研究提供直接证据 • 3级或4级研究(不考虑质量)提供直接证据 • 大多数研究结果一致,不一致的结果能够解释
C	<ul style="list-style-type: none"> • 5级研究(间接证据),例如在正常受试者、有其他类型慢性伤口的患者以及动物模型中进行的研究 • 证据体中不一致的结果无法解释,表明该主题确实存在不确定性
GPS	<p>良好实践声明</p> <ul style="list-style-type: none"> • GGG的声明没有上述证据体的支持,但被认为对临床实践具有重要意义

推荐强度	
↑↑	强正向推荐:一定要做
↑	弱正向推荐:可能要做
↔	非特定性推荐
↓	弱负向推荐:可能不要做
↓↓	强负向推荐:一定不要做

【指南推荐意见和良好实践声明】

指南推荐意见和良好的实践声明的制订是以循证为基础,系统地帮助卫生专业人员、患者和非正式护理人员就特定临床条件下为患者适当健康照护做出正确决策。这些推荐意见和良好实践声明不一定适合在所有背景、环境和情况下使用。所提供的指导不应视为针对具体案例的医疗建议。本指南和其中的任何推荐意见仅供教育和参考之用。提供了产品的通用名称。本指南中的任何内容均不作为特定产品的宣传。

本指南中的推荐意见和良好实践声明是指导适当的临床实践的一般性指南,应由合格的卫生专业人员根据其每个病例的临床判断,并考虑患者的偏好和可用资源来实施。应根据保护、参与和伙伴关系的原则,有文化意识并尊重文化差异的方式执行该指南。

本快速参考指南与临床实践指南全文版不分开使用。临床实践指南全文版包含证据总结,实施的注意事项和为这些推荐意见提供背景信息的证据讨论。

【获取指南及支持材料】

以下网站上提供临床实践指南的电子版和印刷版:

美国压力性损伤咨询委员会网站	npiap.com
欧洲压力性溃疡咨询委员会网站	epuap.org
泛太平洋压力性损伤联盟网站	pppia.org
国际指南网站	internationalguideline.com

国际压力性损伤指南网站（www.internationalguideline.com）在下一次修订前都可以查阅指南。该网站还提供其他支持材料和访问指南商店的途径。

快速参考指南的译文和有关翻译流程的信息可从 EPUAP 网站获得。如需更多信息，请联系 translation@internationalguideline.com。

有关本指南的使用，请查阅指南网站上的使用许可声明。如需更多信息，请联系 admin@internationalguideline.com。

指南制订者

指南管理小组（GGG）

Jan Kottner, PhD (EPUAP Chair)

Scientific Director Clinical Research, Clinical Research Center for Hair and Skin Science, Department of Dermatology and Allergy, Charité-Universitätsmedizin, Germany
Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences, Belgium

Janet Cuddigan, PhD (NPIAP Chair)

Professor, University of Nebraska Medical Center College of Nursing, USA

Keryln Carville, PhD (PPPIA Chair)

Professor, Primary Health Care and Community Nursing, Silver Chain Group and Curtin University, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Australia

Katrin Balzer, PhD

Professor, University of Lübeck, Nursing Research Unit, Germany

Dan Berlowitz, MD, MPH

Professor, Boston University School of Medicine, USA

Center for Healthcare Organization and Implementation Research (CHOIR), Bedford VA Hospital, USA

Yee Yee Chang

Singapore General Hospital, Singapore

Siu Ming Susan Law, MScN

Nurse Consultant, Princess Margaret Hospital, Hong Kong.

Mary Litchford, PhD

President, CASE Software & Books, Greensboro, NC USA.

Pamela Mitchell, MN

Clinical Nurse Consultant, Christchurch Hospital,
New Zealand.

Zena Moore, PhD

Professor, Royal College of Surgeons in Ireland, Ireland

Monash University, Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Australia

Ghent University, Department of Public Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, Belgium

Lida Institute, China

Cardiff University, Wales, UK

Joyce Pittman, PhD

Associate Professor, University of South Alabama, USA

Dominique Sigaud-Roussel, PhD

Director of Research, Laboratory of Tissue Biology and Therapeutic Engineering, National Scientific Research Center (CNRS), University of Lyon, France

方法学专家及主编

Emily Haesler, PhD

Adjunct Associate Professor, Curtin University, School of Nursing, Midwifery and Paramedicine, Australia

Australian National University, ANU Medical School, Academic Unit of General Practice, Australia

La Trobe University, Australian Centre for Evidence Based Aged Care, School of Nursing and Midwifery, Australia

指南组织

合作伙伴组织

欧洲压力性溃疡咨询委员会

美国压力性损伤咨询委员会

泛太平洋压力性损伤联盟

协作组织

巴西造口治疗师协会：伤口、造口和失禁护理

加拿大造口治疗和加拿大失禁与伤口治疗专科护士合作组织

中华护理学会

印尼伤口护理医师协会与印尼伤口造口失禁护理协会合作组织

日本压力性溃疡协会

江苏省护理学会

韩国伤口造口失禁护理协会

马来西亚伤口护理专业人员协会

菲律宾伤口护理协会

沙特造口治疗分会

台湾造口伤口失禁护理学会

泰国造口治疗协会

工作小组（SWG）成员

病因: Amit Gefen, David Brienza, Laura Edsberg, Wendy Milton, Christine Murphy, Cees W. J. Oomens, Lin Perry, Yunita Sari • **特殊人群的压力性损伤相关需求（指南中的章节和推荐意见）:** Jill Cox(leader), Ann Marie Nie(leader), Tracy Nowicki (leader), Mary Ellen Posthauer (leader), MaaritAhtiala, BoonchuenAimmak, Rehab Al-Dossari, Paulo Alves, Yufitriana Amir, Carina Bååth, Katrin Balzer, Terrie Beeson, Margaret Birdsong, Carmel Boylan, Jill Campbell, Fiona Coyer, Amy Darvall, Erik De Laat, Christantie Effendy, Aimee Garcia, Ailing Hu, Budi Anna Keliat, Sandra Korge, Janet Kuhnke, Siew Ling Lim, Mary Litchford, Sheau Lan Loh, Jeanine Maguire, Ambili Nair, Sun Young Nam, Paula Cristina Nogueira, GordanaPetkovska, Rina Pijpker, Wendy Sansom, Emil Schmidt, Emer Shanley, Aamir Siddiqui, Mary Sieggreen, Khristina Simon, Sue Templeton, Ann Tescher, Valentina Vanzi, JaraspasWongviseskarn • **风险因素和风险评估:** Jane Nixon (leader), Susanne Coleman, Emily Haesler, Katrin Balzer, Virginia Capasso, Janet Cuddigan, Claudia Rutherford, Lisette Schoonhoven, Nancy Stotts • **皮肤和组织评估:** Mary Jo Conley (leader), Ida Marie Bredeesen, Reba J. Giles, Nanthakumahrie D/OGunasegaran, Ulrika Källman, Eleanor Letran, KathrenPuyk, Yajuan Weng, HuoXiaorong • **预防性皮肤护理:** Mary Jo Conley (leader), Ida Marie Bredeesen, Reba J. Giles, Nanthakumahrie D/O Gunasegaran, Ulrika Källman, Eleanor Letran, KathrenPuyk, Yajuan Weng, HuoXiaorong • **压力性损伤预防和护理中的营养:** Emanuele Cereda (co-leader), Nancy Munoz (co-leader), Merrilyn Banks, Angela Liew, Mary Ellen PosthauerSiriluckSiripanyawat, Jos Schols • **体位变换和早期活动:** Tracey Yap (leader), LiesbetDemarré, Lena Gunningberg, Susan Kennerly, Linda Norton, Sofia Macedo, Shuk Yi Pang, Johanna Van Rooyen • **足跟压力性损伤:** Jill Cox (leader), Sarah Dallimore, Barbara Delmore, Marie-Line Gaubert-Dahan, Manfred Mak, Tina Meyers, Reynaldo Rey-Matias • **支撑面:** David Brienza (leader), Virginia Capasso, Misako Dai, Qixia Jiang, Sue Monaro, Katherine Rae, Steven Smet, Peter R. Worsley • **器械相关性压力性损伤:** Rachel M. Walker (leader), Elizabeth A. Ayello, Suk Chu Chan, Aihua Chen, Ann Marie Nie, Valentina Vanzi, Peter R. Worsley • **压力性损伤的分类:** Hin Moon Chong, Idramsya, Yun Jin Lee, Andrea Pokorná, Catherine Ratliff, Mary Sieggreen, Nicole Walsh • **压力性损伤的评估和愈合监测:** Kerrie Coleman, Patricia Davies, SuhaidaBinte Ramli, Ann Marie Nie, Catherine Ratliff • **疼痛评估和处理:** Clarissa Young (leader), Widasari Sri Gitarja, ChakHau Pang, Barbara Pieper, Tina Meyers, Andrea Pokorná, Valentina Vanzi • **伤口清洗和清创:** Shan Bergin, Patricia Davies, Rosemary Hill, Harikrishna Nair, Wan Yin Ping, Pamela Scarborough, David Voegeli • **感染和生物膜:** Robyn Rayner (leader), Evan Call, Emma Daza, Jeannie Donnelly, Dea Kent, GojiroNakagami, Lea Whittington • **伤口敷料:** Maria Ten Hove (leader), Mikyung Cho, Reba J. Giles, David Voegeli, Tan Wei Xian, Saldy Yusuf • **生物敷料:** Laura Edsberg (leader), Michelle Carr, Elizabeth Faust, Eun Jin Han, Takafumi Kadono, Anna Polak, Jakub Taradaj, Quek Yanting • **生长因子:** Laura Edsberg (leader), Michelle Carr, Elizabeth Faust, Eun Jin Han, Takafumi Kadono, Anna Polak, Jakub Taradaj, Quek Yanting • **生物物理方法:** Sharon Boxall, Anna Polak, Hiske Smart, Gregory M. Toy • **压力性损伤的手术治疗:** Emily Haesler (leader), Aamir Siddiqui, Rebecca Iseli, Julie Jordan-O'brien • **测量压力性损伤的患病率与发病率:** Dan Berlowitz, Janet Cuddigan, Emily Haesler • **临床机构中实施最佳实践:** Kimberly Le Blanc (leader), Dimitri Beeckman, Maria Helena LarcherCaliri, Kathleen Finlayson, Bonnie Fraser, PatríciaHomem-Silver, Hongyang Hu, Mei-Yu Hsu, Wen- Pei Huang, Crystal McCallum, Jill Trelease, Louise Webber, Tracey Yap • **医疗专业人员教育:** Emily Haesler (leader), Katie Capitolo, Margaret Edmondson, Ednalda Maria Franck, Aimee Garcia, PatríciaHomem-Silva, Jung Yoon Kim, Tamara Page, Diane Maydick Youngberg • **生活质量、自我护理及教育:** Emily Haesler (leader), Bernadette McNally, SivagameManiya, Lena Gunningberg, Denise Hibbert, Ann Marie Kassab, YuwadeeKestsumpun, Lynn Tabor • **质量指标:** Joyce Pittman, Emily Haesler, Ruud Halfens

致谢

致谢与贡献

特别感谢 2009 和 2014 指南制订组以及来自 EPUAP、NPIAP 和 PPPIA 的小型工作组成员制订了前两版指南，此版国际指南是建立在前期指南开发团队评估和总结的研究基础上。

Emily Haesler, PhD

方法学家（负责此版指南制订期间[2013 年-2017 年]的文献更新、回顾和分析）

Jan Kottner, PhD

指南管理组的主要组织者和召集人

Paul Haesler, BSc (Hons)

指南管理和证据评价在线平台、患者调查、利益相关者审查流程以及推荐强度在线平台的网络开发和信息技术支持

McKenna Management

指南行政管理与市场营销

La Trobe University, Australia

电子数据库、期刊获取和馆际互借服务

Australian National University, Australia

患者调查的伦理审查

特别感谢 Emily Haesler，在处理复杂的、国际化、全方位的研究文献系统综述工作方面做出了非凡贡献，并制订了这一经修订和扩展的压力性损伤预防与治疗指南。

翻译

以下专家完成了英文以外语言论文的数据提取：

Jan Kottner

Takafumi Kadono

Maria Helena Larcher Caliri

患者与利益相关者

特别感谢 1200 多名患者及其非正式/家庭照顾者，他们通过参与国际患者调查的方式为指南的制订做出了贡献。

特别感谢许多利益相关者审查了指南的制订流程和草案，GGG 审查了所有利益相关者的意见，并根据收到的意见进行了修订。我们感谢来自世界各地的卫生专业人员、研究人员、教育者和厂商的投入，他们花时间分享他们的专业知识和深思熟虑的评论。

赞助商致谢

欧洲压力性溃疡咨询委员会（EPUAP）、美国压力性损伤咨询委员会（NPIAP）和泛太平洋压力性损伤联盟（PPPIA）衷心感谢下列个人和团体在资金上支持本指南的出台和传播。所有的资金捐助都是在指南制订之后作出的，绝不影响指南的制订或其最终内容。目前正在利用捐助资金印刷和传播本指南和相关的教育产品。下列公司提供了不受限制的教育补助金：

金牌赞助商

Mölnlycke®

银牌赞助商

ARJO

Medela, LLC

Smith + Nephew

推荐意见和良好实践声明

以下指南推荐意见和良好实践声明摘录自临床实践指南全文版，以方便在临床实践中使用。本指南推荐意见和良好实践声明不适合在没有查阅与思考完整指南中所包含的证据总结、实施注意事项和证据讨论的情况下使用。

		证据等级	推荐强度
风险因素和风险评估			
1.1	考虑移动受限、限制活动及有高摩擦力和剪切力隐患的患者均存在发生压力性损伤的风险。	A	↑↑
1.2	考虑有Ⅰ类/期压力性损伤的患者存在发展为Ⅱ类/期及更严重压力性损伤的风险。	A	↑↑
1.3	考虑现存压力性损伤（任何分类/期）对再发压力性损伤的潜在影响。	C	↑
1.4	考虑既往压力性损伤对再发压力性损伤的潜在影响。	GPS	
1.5	考虑受压部位皮肤状态变化对发生压力性损伤风险的潜在影响。	GPS	
1.6	考虑受压部位疼痛对发生压力性损伤风险的潜在影响。	GPS	
1.7	考虑糖尿病对发生压力性损伤风险的影响。	A	↑↑
1.8	考虑灌注和循环不足对发生压力性损伤风险的影响。	B1	↑
1.9	考虑氧合不足对发生压力性损伤风险的影响。	C	↑
1.10	考虑营养状况受损对发生压力性损伤风险的影响。	C	↑
1.11	考虑皮肤潮湿对发生压力性损伤风险的潜在影响。	C	↑
1.12	考虑体温升高对发生压力性损伤风险的影响。	B1	↑
1.13	考虑高龄对发生压力性损伤风险的潜在影响。	C	↑
1.14	考虑感知觉受损对发生压力性损伤风险的潜在影响。	C	↑
1.15	考虑血液检验指标对发生压力性损伤风险的潜在影响。	C	↔
1.16	考虑总体健康状况和精神状况对发生压力性损伤风险的潜在影响。	GPS	
1.17	考虑术前制动时间、手术持续时间及美国麻醉医师学会（ASA）身体状况分类对手术相关压力性损伤发生风险的影响。	B2	↑
1.18	考虑下列额外的风险因素对危重症患者发生压力性损伤的影响： •重症监护持续时间； •机械通气； •血管抑制剂的使用； •急性生理与慢性健康状况评估（APACHEⅡ）分数。	GPS	
1.19	考虑皮肤成熟度、灌注、氧合作用以及医疗器械对新生儿和儿童发生压力性损伤风险的影响。	B1	↑↑
1.20	考虑疾病严重程度和在重症监护室治疗时间对新生儿和儿童发生压力性损伤风险的影响。	B2	↑
1.21	患者入院后尽快进行压力性损伤风险筛查，并定期识别存在发生压力性损伤风险的人群。	GPS	

		证据等级	推荐强度
1.22	入院后及病情变化时，根据筛查结果进行全面的压力性损伤风险评估。	GPS	
1.23	对识别出的存在压力性损伤风险的患者制订和实施基于风险的预防计划。	GPS	
1.24	在进行压力性损伤风险评估时，应当： <ul style="list-style-type: none"> •使用结构化风险评估工具； •包括全面的皮肤评估； •评估额外的风险因素对使用的风险评估工具进行补充； •使用临床判断解释评估结果。 	GPS	
皮肤和组织评估			
2.1	对于所有存在发生压力性损伤风险的患者，进行全面的皮肤和组织评估： <ul style="list-style-type: none"> •在入院/转到医疗服务机构后尽快进行； •作为每次风险评估的一部分； •根据患者发生压力性损伤的风险程度定期进行； •患者出院前评估。 	GPS	
2.2	检查有发生压力性损伤风险患者的皮肤，确认有无红斑。	A	↑↑
2.3	使用指压法或透明压板法鉴别红斑是否压之变白，并评估红斑的范围。	B1	↑↑
2.4	评估皮肤和软组织的温度。	B1	↑
2.5	评估水肿及与周围组织的一致性改变。	GPS	
2.6	考虑使用皮肤下水分或水肿测量设备作为常规临床皮肤评估的辅助方法。	B2	↔
2.7	当评估肤色较深的皮肤时，考虑评估皮温和表皮下水分作为重要的辅助评估策略。	B2	↑
2.8	进行皮肤评估时，使用色卡对肤色进行客观评估。	B2	↔
预防性皮肤护理			
3.1	实施皮肤护理方案，包括： <ul style="list-style-type: none"> •保持皮肤清洁和适度湿润； •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免受潮湿。 	B2	↑↑
3.2	对有发生压力性损伤风险的患者，避免用力摩擦皮肤。	GPS	
3.3	对尿失禁伴有压力性损伤或发生风险的患者，使用高吸收性的失禁产品保护皮肤。	B1	↑
3.4	对有压力性损伤或发生风险的患者，考虑使用低摩擦系数的纺织品。	B1	↑
3.5	对有发生压力性损伤风险的患者，使用多层软硅酮泡沫敷料保护皮肤。	B1	↑
营养评估与治疗			
4.1	对于有发生压力性损伤风险的患者进行营养筛查。	B1	↑↑

		证据等级	推荐强度
4.2	对于有压力性损伤和发生压力性损伤风险的成人患者进行全面的营养评估，筛查营养不良的风险。	B2	↑↑
4.3	对于有营养不良或营养不良风险且有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者，制订和实施个性化营养护理计划。	B2	↑↑
4.4	对于有营养不良或营养不良风险的有发生压力性损伤风险的患者，优化能量的摄入。	B2	↑
4.5	对于有营养不良或营养不良风险的有发生压力性损伤风险的患者，调整蛋白质的摄入。	GPS	
4.6	对于有营养不良或营养不良风险的有压力性损伤的成人患者，每天按每公斤体重提供 30~35kcal 的能量。	B1	↑
4.7	对于有营养不良或营养不良风险的有压力性损伤的成人患者，每天按每公斤体重提供 1.2~1.5g 蛋白质。	B1	↑↑
4.8	如果日常饮食摄入无法达到营养需求，对于有发生压力性损伤风险且有营养不良或营养不良风险的成人患者，除日常饮食外，提供高能量、高蛋白质强化食品和/或营养补充剂。	C	↑
4.9	如果日常饮食摄入无法达到营养需求，对于有压力性损伤且有营养不良或营养不良风险的成人患者，除日常饮食外，提供高能量、高蛋白质营养补充剂。	B1	↑↑
4.10	对于有Ⅱ类/期或以上压力性损伤且有营养不良或营养不良风险的成人患者，提供高能量、高蛋白、精氨酸、锌和抗氧化剂的经口营养补充剂或肠内营养配方。	B1	↑
4.11	对于通过口服营养干预仍无法满足营养需求的有发生压力性损伤风险的患者，根据个人偏好和护理目标，讨论肠内或肠外营养对支持整体健康的利弊。	GPS	
4.12	对于通过口服营养干预仍无法满足营养需求的有压力性损伤的患者，根据个人偏好和护理目标，讨论肠内或肠外营养对支持压力性损伤治疗的利弊。	B1	↑
4.13	对于有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者，在护理目标和临床状况相符时，提供和鼓励充分的水/液体摄入以进行水化。	GPS	
4.14	对于有发生压力性损伤风险的新生儿和儿童进行恰当的营养筛查和评估。	GPS	
4.15	对于有压力性损伤或发生压力性损伤风险且无充分口服摄入的新生儿和儿童，考虑强化食物、适龄营养补充剂或肠内/外营养支持。	GPS	
体位变换和早期活动			
5.1	除非有禁忌证，否则所有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者均应根据个性化时刻表进行体位变换。	B1	↑↑
5.2	当确定体位变换频率时，考虑患者活动能力、移动水平及独立变换体位的能力。	B2	↑↑
5.3	当确定体位变换频率时，考虑到患者的：	GPS	

		证据等级	推荐强度
	<ul style="list-style-type: none"> • 皮肤和组织耐受度; • 总体医疗状况; • 总体治疗目标; • 舒适与疼痛; 		
5.4	实施体位变换提醒策略,以促进其依从性。	B1	↑
5.5	变换体位时,尽可能减少骨隆突处受压,并最大限度使压力再分布。	GPS	
5.6	通过体位变换解除压力或使压力再分布,使用人工辅助技术和设备降低摩擦力和剪切力。	B2	↑
5.7	考虑使用持续床旁压力监测图作为指导体位变换的可视化工具。	C	↔
5.8	在安置体位时,采取侧卧位 30° 优于 90°。	C	↑
5.9	尽可能保持床头是水平的。	B1	↔
5.10	除非患者医疗状况管理需要,否则应避免长时间采取俯卧位。	B1	↔
5.11	督促患者下床坐在合适的椅子或轮椅上,但要限制时间。	B1	↑
5.12	为患者选择后倾坐姿并抬高下肢。如果患者坐在椅子或轮椅上不合适或无法后倾时,应坐直并确保双足得到很好的支撑或使用搁脚物。	B2	↑
5.13	将椅子或轮椅调整到倾斜位置,防止患者向前滑落。	B2	↑
5.14	教会并鼓励长时间保持坐姿的患者进行缓解压力的动作。	C	↑
5.15	实施早期活动计划,在可耐受的范围内增加活动和移动能力。	C	↑
5.16	对于坐骨或骶骨处有压力性损伤的患者,评估卧床休息对促进愈合的益处、可能导致新发或原有压力性损伤恶化的风险及对生活方式、生理和情绪健康的影响。	GPS	
5.17	对于病情不稳定的重症患者,变换体位时需缓慢、逐步进行,确保血流动力学和氧合状态的稳定时间。	GPS	
5.18	对于病情非常不稳定无法常规变换体位的重症患者,尝试频繁的小范围的体位变换,并以此作为常规体位变换的补充措施。	C	↑
5.19	给手术患者安置体位时,将压力分布在更大的身体表面区域并避免骨隆突处受压,以降低发生压力性损伤的风险。	GPS	
足跟压力性损伤			
6.1	进行皮肤和组织评估时,评估下肢、足跟和足部的血管/灌注状态,并作为风险评估的组成部分。	B2	↑↑
6.2	对于有足跟压力性损伤风险和/或有 I 或 II 类/期压力性损伤的患者,使用专门设计的足跟托起装置或枕头/泡沫垫抬高足跟,可使腿部重量沿小腿分布,完全解除足跟部压力,避免跟腱和腘静脉受压。	B1	↑↑

		证据等级	推荐强度
6.3	对于有Ⅲ类/期或更严重的足跟压力性损伤的患者,使用专门设计的足跟托起装置抬高足跟,可使腿部重量沿小腿分布,完全解除足跟部压力,避免跟腱和腘静脉受压。	GPS	
6.4	使用预防性敷料作为足跟减压和预防足跟压力性损伤策略的辅助措施。	B1	↑
支撑面			
7.1	根据以下因素选择符合患者压力再分布需求的支撑面: <ul style="list-style-type: none"> • 移动和活动受限的程度; • 对控制微环境和降低剪切力的需求; • 患者的体型和体重; • 现有压力性损伤的数量、严重程度和位置; • 新发压力性损伤的风险。 	GPS	
7.2	确保床面足够宽,患者翻身时不会接触床栏杆。	C	↑
7.3	对于肥胖患者,选择增强压力再分布、降低剪切力、控制微环境的支撑面。	GPS	
7.4	对于有发生压力性损伤风险的患者,使用高规格特定感应单层泡沫床垫或床罩而不是非高规格特定泡沫床垫。	B1	↑
7.5	对于有发生压力性损伤风险的患者,考虑使用感应空气床垫或床罩。	C	↑
7.6	对于有发生压力性损伤风险的患者,评估使用医用级别羊皮垫的相对益处。	B1	↔
7.7	对于有发生压力性损伤风险的患者,评估使用交替压力充气床垫或床罩的相对益处。	B1	↑
7.8	对于有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者进行手术时,在手术台上使用压力再分布支撑面。	B1	↑
7.9	对于有压力性损伤的患者,若存在以下情况时考虑更换成特定支撑面: <ul style="list-style-type: none"> • 安置体位时无法避开现有压力性损伤; • 已有 2 个或以上的受力面(如骶骨和股骨转子处)存在压力性损伤,限制了可选择的翻身位; • 尽管已进行合适的综合治疗,但压力性损伤不愈合或加重; • 再发压力性损伤高风险; • 已进行皮瓣或植皮手术; • 不舒适; • 现有支撑面受压后触底变形。 	GPS	
7.10	对Ⅲ或Ⅳ类/期压力性损伤患者,评估使用空气流动床促进愈合,同时降低皮肤温度和过度水化的相对益处。	B1	↑
7.11	选择符合患者压力再分布需求的坐姿和坐位支撑面时,要考虑到: <ul style="list-style-type: none"> • 体型和体态; • 姿势和畸形对压力再分布的影响; • 活动和生活方式的需求。 	GPS	
7.12	对于长期坐椅子或轮椅的高风险患者,尤其是无法进行	B1	↑

		证据等级	推荐强度
	减压的患者，使用压力再分布垫预防压力性损伤。		
7.13	对于长期坐椅子或轮椅的患者，尤其是无法进行减压的患者，评估使用交替压力充气垫对压力性损伤愈合的相对益处。	B1	↑
7.14	为肥胖患者使用个性化设计的坐位压力再分布垫。	C	↑
7.15	对于有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者，考虑在转运期间使用压力再分布支撑面。	GPS	
7.16	收入急救护理单元后，咨询有资质的医疗专业人员，尽快将患者从硬脊板或背板上搬离。	C	↑
器械相关压力性损伤			
8.1	为降低医疗器械相关压力性损伤的风险，审查和选择医疗器械时，应考虑： <ul style="list-style-type: none"> • 器械使组织损伤降到最低的能力； • 为患者选择正确尺寸或形状的器械； • 能按照生产商说明正确使用器械的能力； • 能正确固定器械的能力。 	C	↑↑
8.2	定期监控医疗器械固定的张力，并尽可能让患者对舒适度进行自我评估。	C	↑
8.3	将评估医疗器械下及周围皮肤是否有压力相关性损伤迹象作为常规皮肤评估的一部分。	GPS	
8.4	通过以下方式降低和/或再分布皮肤-器械接触面的压力： <ul style="list-style-type: none"> • 定期转动或重置医疗器械和/或患者体位； • 为医疗器械提供物理支持，以使接触面压力和剪切力降到最低； • 医疗情况允许后，尽快移除医疗器械。 	GPS	
8.5	在医疗器械下使用预防性敷料，以降低发生压力性损伤的风险。	B1	↑
8.6	对于接受氧气治疗的新生儿，如果合适且安全，应交替使用正确佩戴面罩和鼻导管给氧，以降低鼻部和面部压力性损伤的严重程度。	B1	↑
8.7	对于接受氧气治疗的年长儿童和成人，如果合适且安全，应交替使用正确佩戴面罩和鼻导管给氧，以降低鼻部和面部压力性损伤的严重程度。	GPS	
8.8	咨询有资质的医疗专业人员，尽可能用急救硬质颈圈取代可脱卸颈圈，并根据临床状况尽早取下颈圈。	C	↑
压力性损伤的分类			
9.1	鉴别压力性损伤和其他类型的伤口。	GPS	
9.2	使用压力性损伤分类系统对组织缺失程度进行分类并记录。	GPS	
9.3	确认负责压力性损伤分类的医疗专业人员对压力性损伤的分类一致。	GPS	
压力性损伤评估及愈合监测			

	证据等级	推荐强度
10.1 对于有压力性损伤的患者，进行全面的初始评估。	GPS	
10.2 制订的治疗目标需与患者的价值观和目标一致，可通过患者的非正式照顾者收集信息，并制订支持其价值观和目标的 ₁ 治疗计划。	GPS	
10.3 对于有压力性损伤的患者，尽管给予合适的局部伤口护理、压力再分布和营养支持，但 2 周内仍未表现出愈合迹象的，应再次进行综合性评估。	B2	↑↑
10.4 对压力性损伤进行初始评估后，至少每周再评估一次，以监测愈合进度。	GPS	
10.5 始终选择统一的方法测量压力性损伤的大小和面积，有利于比较不同时期的伤口情况。	B2	↑↑
10.6 每次进行压力性损伤的评估时，均评估伤口床及周围皮肤和软组织的物理特征。	GPS	
10.7 监测压力性损伤的愈合进度。	GPS	
10.8 考虑使用有效的工具来监测压力性损伤的愈合。	B2	↑
疼痛评估和治疗		
11.1 对于有压力性损伤的患者，进行全面的疼痛评估。	B1	↑↑
11.2 使用非药物疼痛管理策略作为一线策略和辅助治疗，以降低与压力性损伤有关的疼痛。	GPS	
11.3 考虑使用体位变换技术和设备预防及管理压力性损伤的疼痛。	GPS	
11.4 使用湿性伤口愈合原则减轻压力性损伤的疼痛。	GPS	
11.5 如患者需要且无禁忌证时，考虑局部应用阿片类药物管理压力性损伤处的急性疼痛。	B1	↔
11.6 定期给予镇痛药物控制压力性损伤的疼痛。	GPS	
清洗和清创		
12.1 清洗压力性损伤伤口。	B1	↑
12.2 对于疑似或确认感染的压力性损伤伤口，使用含有抗菌剂的清洗液清洗。	GPS	
12.3 清洁压力性损伤周围的皮肤。	B2	↑
12.4 除非疑似感染，否则应避免破坏缺血的四肢和足跟部稳固、坚硬、干燥的焦痂。	B2	↑↑
12.5 清除压力性损伤的失活组织及疑似或确认的生物膜，并持续清创，直到创面无失活组织并被肉芽组织覆盖。	B2	↑↑
感染和生物膜		
13.1 高度怀疑压力性损伤局部感染的情况有： <ul style="list-style-type: none"> •延迟愈合； •尽管给予恰当的治疗，在前 2 周无愈合迹象； •伤口更大和/或更深； •伤口破裂/裂开； •出现坏死组织； •出现脆弱的肉芽组织； 	B1	↔

		证据等级	推荐强度
	<ul style="list-style-type: none"> • 伤口床出现口袋状或桥接状； • 渗液量增多或渗液性状改变； • 周围组织温度升高； • 疼痛加重； • 恶臭。 		
13.2	<p>高度疑似压力性损伤存在生物膜的情况有：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 给予恰当的抗生素治疗后仍未愈合； • 对恰当的抗生素治疗有耐药性； • 尽管采用最佳治疗手段，愈合仍延迟； • 渗液量增多； • 不良的肉芽组织或脆弱的肉芽组织过长增多； • 轻度红肿和/或轻度慢性炎症； • 继发感染迹象。 	GPS	
13.3	<p>考虑压力性损伤患者诊断为急性播散性感染，根据但不限于以下局部和/或全身的急性感染的征象：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 延迟愈合； • 从溃疡边缘扩展的红肿； • 伤口破裂或裂开； • 硬化； • 周围皮肤有捻发音、波动感或变色； • 淋巴管炎； • 倦怠或无精打采； • 意识模糊/谵妄和厌食（特别是老年人）。 	GPS	
13.4	通过组织活检或半定量拭子技术和显微镜测定压力性损伤的微生物负荷。	GPS	
13.5	通过组织活检和高分辨率显微镜测定压力性损伤生物膜的存在。	GPS	
13.6	对于压力性损伤有外露的骨骼和/或感觉骨骼粗糙或柔软，或压力性损伤经过恰当治疗后未愈合，评估是否发生骨髓炎。	B2	↑
13.7	<p>优化愈合潜力措施如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 评估患者的营养状况和解决营养缺陷； • 评估患者的并发症并促进疾病控制； • 尽可能减少患者的免疫抑制剂治疗； • 防止压力性损伤的污染； • 通过清洗和清创准备创面。 	GPS	
13.8	使用适用于组织强度的局部抗菌剂控制微生物负荷，并促进延迟愈合的压力性损伤愈合。	B1	↑
13.9	使用适用于组织强度的对生物膜具有活性的局部抗菌剂，并定期进行清创，以控制和清除延迟愈合的压力性损伤中疑似或确认的生物膜。	C	↑
13.10	对于有压力性损伤和全身感染的临床证据的患者，全身应用抗生素以控制和清除感染。	GPS	

	证据等级	推荐强度
伤口敷料		
14.1 对于所有的压力性损伤,根据患者和/或主要照顾者的目标和自我护理能力,并基于临床评估选择合适的伤口敷料,包括: •压力性损伤的直径、形状和深度; •解决微生物负荷的需求; •保持伤口床湿润的能力; •伤口渗液的性状和量; •伤口床的组织状况; •伤口周围皮肤状况; •存在窦道和/或潜行; •疼痛。	GPS	
14.2 评估所在地区伤口敷料的成本效益,并考虑对医疗保健系统及有压力性损伤的患者的直接和间接费用。促进湿性愈合的新型伤口敷料,由于更短的愈合时间和较少的换药频率,更可能具有成本效益。	GPS	
14.3 根据压力性损伤的临床状况,将水胶体敷料用于未感染的II类/期压力性损伤。	B1	↑
14.4 根据压力性损伤的临床状况,将水凝胶敷料用于未感染的II类/期压力性损伤。	B1	↑
14.5 根据压力性损伤的临床状况,将聚合物敷料用于未感染的II类/期压力性损伤。	B1	↑
14.6 对于未感染的III和IV类/期且渗液量少的压力性损伤,使用水凝胶敷料。	B1	↑
14.7 对于有中度渗液量的III和IV类/期压力性损伤,使用藻酸钙敷料。	B1	↑
14.8 对于有中或重度渗液量的II类/期和面积较大的压力性损伤,使用泡沫(包括氢化聚合物)敷料。	B1	↑
14.9 使用具有高吸收能力的伤口敷料管理有重度渗液的压力性损伤。	B2	↑
14.10 当不能使用新型伤口敷料时,使用潮湿的纱布敷料以保持伤口适度湿润。	B1	↔
14.11 当不能使用新型伤口敷料时,使用半透膜敷料作为辅助敷料。	B1	↔
14.12 在缺乏资源的地区选择敷料时,考虑根据现有证据和指南使用本地伤口敷料。	GPS	
生物敷料		
15.1 考虑应用胶原蛋白敷料提高不愈压力性损伤的愈合率,并降低伤口感染的迹象和症状。	B1	↑
生长因子		
16.1 考虑应用富含血小板的血浆促进压力性损伤的愈合。	B1	↔
16.2 考虑应用血小板衍生生长因子促进III和IV类/期压力性损伤的愈合。	B1	↔

	证据等级	推荐强度
生物物理方法		
17.1 对于难愈性Ⅱ类/期压力性损伤及所有Ⅲ或Ⅳ类/期压力性损伤采用脉冲电流电刺激促进伤口愈合。	A	↑
17.2 对于Ⅲ和Ⅳ类/期压力性损伤和可疑深部组织损伤,考虑使用非接触式低频超声疗法作为辅助疗法促进愈合。	B2	↔
17.3 对于Ⅲ和Ⅳ类/期压力性损伤,考虑使用 1MHz 高频超声疗法作为辅助疗法促进愈合。	B1	↔
17.4 对于Ⅲ和Ⅳ类/期压力性损伤,考虑负压治疗作为减少伤口大小和深度的早期辅助疗法。	B1	↑
压力性损伤的手术治疗		
18.1 有以下情况的压力性损伤患者考虑予以手术治疗: •有进展的蜂窝织炎或疑似败血症; •有潜行、窦道、瘘管和/或广泛的通过保守清创不易清除的坏死组织; •为Ⅲ或Ⅳ类/期,且无法通过保守治疗关闭。	GPS	
18.2 评估压力性损伤手术治疗适应证时,考虑到以下因素: •非手术治疗与手术干预的愈合可能性比较; •患者的护理目标; •患者的临床状况; •患者遵守治疗方案的积极性和能力; •手术给患者带来的风险。	GPS	
18.3 评估并缓解可能损害手术伤口愈合或影响压力性损伤再发的生理和心理社会因素。	B2	↑
18.4 充分清除压力性损伤,包括异常的皮肤、肉芽和坏死组织、窦道、囊腔和可能受累的骨组织。	B2	↑
18.5 在设计皮瓣时: •选择血液供应良好的组织; •使用复合组织增加耐用性; •使用尽可能大的皮瓣; •减少对邻近皮肤和组织的损害; •将缝合线置于远离直接受压的区域; •降低切口闭合时的张力。	GPS	
18.6 定期监测伤口,发现皮瓣失活迹象立即报告。	GPS	
18.7 术后早期使用特定的支撑面。	B1	↑
18.8 安置体位和转移患者时,避免对手术部位施加压力和产生破坏。	GPS	
18.9 当手术部位完全愈合后,实施渐进式坐起方案。	B1	↑
测量压力性损伤的患病率和发生率		
19.1 在进行和报告压力性损伤患病率和发生率研究时,使用严格的方法学设计和统一的测量变量。	GPS	
在临床机构中实施最佳实践		
20.1 在医疗机构层面,评估和最大限度改善员工特征作为质量改进计划的组成部分,以降低压力性损伤的发生率。	C	↑

		证据等级	推荐强度
20.2	在医疗机构层面，评估医疗专业人员压力性损伤的知识水平，以便实施教育和质量改进计划。	B1	↑
20.3	在医疗机构层面，评估和最大限度改善员工的态度和凝聚力，以便促进实施质量改进计划。	GPS	
20.4	在医疗机构层面，评估和最大限度改善设备及其使用标准的可用性和质量作为质量改进计划的组成部分，以降低压力性损伤的发生率。	B1	↑↑
20.5	在医疗机构层面，制订并实施一项结构化、定制的多层面质量改进计划，以降低压力性损伤的发生率。	A	↑↑
20.6	在医疗机构层面，让所有主要利益相关者参与质量改进计划的监督和实施，以降低压力性损伤的发生率。	B1	↑↑
20.7	在医疗机构层面，将循证的政策、流程和条例及标准化文件系统作为质量改进计划的组成部分，以降低压力性损伤的发生率。	B1	↑↑
20.8	在医疗机构层面，提供临床决策支持工具作为质量改进计划的组成部分，以降低压力性损伤的发生率。	B1	↑↑
20.9	提供压力性损伤预防和治疗的临床领导小组作为质量改进计划的组成部分，以减少压力性损伤的发生。	B1	↑↑
20.10	在专业层面，提供压力性损伤预防和治疗的培训作为质量改进计划的组成部分，以降低压力性损伤的发生率。	A	↑↑
20.11	在医疗机构层面，定期监测、分析和评价压力性损伤预防和治疗的指标情况。	B1	↑↑
20.12	在医疗机构层面，使用反馈和提醒系统向利益相关者传达质量改进计划及其结果。	B2	↑
医疗专业人员教育			
21.1	在医疗机构层面，评估医疗专业人员具备的关于压力性损伤的知识，以促进教育和质量改进计划的实施。	B1	↑↑
21.2	在医疗机构层面，制订并实施多层面的压力性损伤预防和治疗教育计划。	B2	↑↑
生活质量、自我护理和教育			
22.1	评估有压力性损伤或发生压力性损伤风险患者的健康相关生活质量、知识和自我护理技能，以促进压力性损伤护理计划和教育计划的制订。	GPS	
22.2	对于有压力性损伤或发生压力性损伤风险的患者，提供压力性损伤教育、技能培训和心理社会支持。	C	↑

质量指标



常用的分类系统

以下压力性损伤分类系统被用于不同地区。临床实践指南全文版包括压力性损伤分类/阶段的照片和插图以及更广泛的常用压力性损伤分类系统列表。

国际NPUAP/EPUAP压力性损伤分类系统（2009,2014）	WHO ICD-11（2018）	NPUAP 分类系统（2016.4）
I类/期压力性损伤：不变白的红斑	EH90.0 压力性损伤 1 级	1 期压力性损伤：皮肤完整，不变白的红斑
皮肤完整，局部区域有不变白的红斑，通常在骨隆突处。深色皮肤可能没有明显的变白，其颜色可能与周围区域不同。与邻近组织相比，该区域可能有疼痛、坚硬、柔软、更热或更凉。在深色皮肤的人身上可能不易察觉此期。可预示“处于危险中”的个体（危险的预兆）。	压力性损伤 1 级是皮肤损伤的前兆。皮肤完整，局部区域有不变白的红斑，通常在骨隆突处。与邻近组织相比，该区域可能有疼痛、坚硬、柔软、更热或更凉。在深色皮肤上可能不易察觉，但受影响区域的颜色可能与周围皮肤不同。1 级压力性损伤的存在可能提示患者有进展为开放性损伤的风险。	皮肤完整，局部出现不变白的红斑，在深色皮肤上的表现可能不同。在出现可见的变化之前，可能出现可变白的红斑或有皮肤感觉、温度或硬度的改变。颜色变化不包括可能提示存在深部组织压力性损伤的紫色或栗色改变。
II类/期压力性损伤：部分皮层缺失	EH90.1 压力性损伤 2 级	2 期压力性损伤：部分皮层缺失，伴有真皮层暴露
真皮层部分缺失，表现为表浅的开放性损伤，伤口床呈粉红色，无腐肉；也可表现为完整或破损的浆液性水泡。此类/期表现为有光泽或干燥的浅表性损伤，无腐肉或淤伤*，不用于描述皮肤撕脱伤、烧伤、会阴部皮炎、浸渍或表皮剥脱。 *瘀伤提示可疑深部组织损伤。	真皮层部分缺失，表现为表浅的开放性损伤，伤口床呈红色或粉红色，无腐肉，也可表现为完整或破损的充满血清或浆液的水泡。此类别不用于描述皮肤撕脱伤、烧伤、失禁相关性皮炎、浸渍或表皮脱落。	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泡。脂肪和深层组织不可见，无肉芽组织、腐肉和焦痂。损伤通常是由骨盆处皮肤的不良微环境和剪切力及足跟处的剪切力所致。此期不应用于描述包括失禁相关性皮炎（IAD）在内的潮湿相关性皮炎（MASD）、摩擦性皮炎（ITD）、医用黏胶相关性皮肤损伤（MARS）或创伤性伤口（皮肤撕裂、烧伤、擦伤）。
III类/期压力性损伤：全层皮肤缺失	EH90.2 压力性损伤 3 级	3 期压力性损伤：全层皮肤缺失
全层组织缺失，可见皮下脂肪，但未见骨骼、肌腱或肌肉。可有腐肉，但并不影响观察组织缺失的深度；也可有潜行和窦道。此类/期损伤的深度因解剖位置而异，鼻梁、耳、枕部和足踝处没	全层皮肤缺失，可见皮下脂肪，但未见骨骼、肌腱或肌肉。可有腐肉，但并不影响观察组织缺失的深度；也可有潜行和窦道。此期损伤的深度因解剖位置而异：在皮下脂肪少或没有的部位（如	全层皮肤缺失，损伤处可见脂肪，常见肉芽组织和表皮组织（伤口卷边），可有腐肉和/或焦痂存在。组织损伤的深度因解剖位置而异；脂肪丰富的区域会发展成深的伤口。可能存在潜行和窦道，

国际NPUAP/EPUAP压力性溃疡分类系统（2009,2014）	WHO ICD-11（2018）	NPUAP 分类系统（2016.4）
有皮下组织，溃疡可能较浅；相反，脂肪丰富的区域可发展为极深的溃疡。骨骼/肌腱不可见或不能直接触及。	鼻梁、耳、枕部和足踝）溃疡可能较浅；相反，脂肪丰富的区域可发展为极深的溃疡。	筋膜、肌肉、肌腱、韧带、软骨和/或骨骼未暴露。如果腐肉或焦痂掩盖了组织缺失的深度，属于不可分期压力性损伤。
IV类/期压力性溃疡：全层组织缺失	EH90.3 压力性溃疡 4 级	4 期压力性损伤：全层皮肤和组织缺失
全层组织缺失，暴露骨骼、肌腱或肌肉。伤口床的某些部位可能会有腐肉或焦痂，通常存在潜行和窦道。此类/期损伤的深度因解剖位置而异。鼻梁、耳、枕部和足踝处没有皮下组织，溃疡可能较浅。可发展至肌肉和/或支撑结构（如筋膜、肌腱或关节囊）而可能导致骨髓炎的发生。可见或可直接触及外露的骨骼/肌腱。	皮肤和皮下组织全层缺失，可见或可直接触及肌肉、肌腱或骨骼。可有腐肉或焦痂。此期溃疡的深度因解剖位置而异：在皮下脂肪很少或没有的区域（如鼻梁、耳、枕部和足踝）可能较浅，但在脂肪丰富的区域可发展成较深的溃疡，且常常破坏或穿透邻近组织。	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。组织损伤的深度因解剖位置而异。如果腐肉或焦痂掩盖了组织缺失的深度，属于不可分期压力性损伤。
不可分期：深度未知	EH90.5 压力性溃疡不可分级	不可分期压力性损伤：被覆盖的全层皮肤和组织缺失
全层组织缺失，溃疡基底部被腐肉（黄色、褐色、灰色、绿色或棕色）和/或焦痂（褐色、棕色或黑色）覆盖。只有彻底去除腐肉和/或焦痂，才能确定真正的深度，因此无法确定分类/期。足跟部稳定的焦痂（干燥、粘附、完好、无红斑或波动）可作为“身体的天然（生物）覆盖物”，不应去除。	压力性溃疡伴全层皮肤缺失，溃疡的实际深度完全被腐肉（黄色、褐色、灰色、绿色或棕色）和/或焦痂（褐色、棕色或黑色）所掩盖。只有彻底去除腐肉和/或焦痂，才能确定是 3 级还是 4 级压力性溃疡。	全层皮肤和组织缺失，由于被腐肉或焦痂覆盖，无法确定组织损伤的程度。如果清除腐肉或焦痂，就会显示 3 期或 4 期的压力性损伤。位于足跟或缺血肢体上稳定的焦痂（即干燥、黏附、完整而无红斑或波动）不应软化或去除。
可疑深部组织损伤：深度未知	EH90.4 可疑深部组织压力性损伤，深度未知	深部组织压力性损伤：持续不变的深红色、栗色或紫色改变
由于压力和/或剪切力造成的皮下组织损伤，局部完整的皮肤出现紫色或褐红色改变，或充血性水泡。与邻近组织相比，该区域可有疼痛、坚硬、松软、潮湿、更热或更凉。深部组织损伤可能很难在肤色深的个体中发现。深色的伤口床可发展形成一个薄薄的水泡，进一步被薄痂覆盖。即使采取很好的治疗，也可能迅速发展至多层组织暴露。	由于压力或剪切力造成的软组织损伤，预计会发展为深部压力性溃疡，但尚未发生。受影响的皮肤通常会变为紫色或栗色，并可能出现充血性水泡。可能会有疼痛和水肿。与邻近组织相比，可能更热或更凉。即使采取很好的治疗，也会迅速发展成深度溃疡。	皮肤完整或部分缺失，局部区域有持续不褪色的深红色、栗色、紫色改变，或表皮分离后暴露暗色的伤口床或充血性水泡。在皮肤颜色变化之前，通常有疼痛和皮温的改变。深色皮肤的颜色改变可能不同。这种损伤是由于骨-肌肉交界面受到强烈和/或长时间的压力和剪切力造成的。伤口可能迅速发展并暴露组织损伤的实际程度，也可能在不伴有组织损伤的情况下愈合。如果可见坏死组织、皮下组织、肉芽组织、筋

国际NPUAP/EPUAP压力性溃疡 分类系统（2009,2014）	WHO ICD-11（2018）	NPUAP 分类系统（2016.4）
		膜、肌肉或其他底层结构，则表明是全层压力性损伤（不可分期、3 期或 4 期）。不要用深部组织压力性损伤描述血管性、创伤性、神经性病变或皮肤病。



www.internationalguideline.com