ICS 

点击此处添加中国标准文献分类号

|  |
| --- |
|  |

DB13

河北省地方标准

DB XX/ XXXXX—XXXX

|  |
| --- |
|  |

负压封闭引流术护理技术规范

（Technical code for nursing care of vacuum sealing drainage）

|  |
| --- |
|  |
|  |

XXXX - XX - XX发布

XXXX - XX - XX实施

河北省市场监督管理局   发布

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。

本文件由河北省卫生健康委员会提出。

本文件起草单位：沧州市中心医院。

本文件主要起草人：贾汝福、王亚飞、姚秀霞、尹桂梅、季珊珊、刘晓璇、冯肖。

本文件为首次发布。

负压封闭引流术护理技术规范

**1 范围**

本文件规定了负压封闭引流术（VSD）术语和定义、适应症、禁忌症、基本要求、护理要点和并发症预防及处理措施等。

本文件适用于河北省各级医院负压封闭引流术患者围手术期的护理。

**2 规范性引用文件**

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

WS/T 367 医疗机构消毒技术规范

WS/T 510-2016 病区医院感染管理规范

WS/T 313 医务人员手卫生规范

**3 术语和定义**

下列术语和定义适用于本文件。

**3.1**

**负压封闭引流术(Vacuum Sealing Drainage,VSD)**

负压封闭引流术是利用负压吸引装置与特殊创面敷料连接，持续地使创面保持在负压状态，能够彻底去除死腔和坏死组织，促进新鲜肉芽生长，加速伤口愈合的全新治疗方法。

**3.2**

**负压封闭引流装置（Vacuum Sealing Drainage Device,VSDD）**

负压封闭引流装置多以套装形式应用，不同产品或型号之间可能存在机构或外形的差异，其主要包括能够产生间歇或持续负压的负压吸引装置*（*或称负压源，（中心负压或电动负压均可）、引流管、三通接头、引流罐或引流袋、创面敷料（用于封闭伤口的透明黏性薄膜和填充敷料）等几个基本功能单元组成。

**4 适应症**

包括但不限于以下内容：

**4.1 慢性创面**

包括糖尿病足溃疡、压力性损伤、下肢静脉性溃疡、手术后切口感染、外伤或创伤性伤口等。

**4.2 急性全层创面**

包括全层撕裂伤、切割伤、战创伤、开放性骨折、手术切口等。

**4.3 感染创面**

包括金黄色葡萄球菌、铜绿假单胞菌、大肠埃希菌、凝固酶阴性葡萄球菌、变形杆菌、阴沟杆菌、克雷伯菌、分枝杆菌、溶血性链球菌以及真菌感染。

**4.4 软组织创伤**

**4.5 烧伤创面**

包括成人或小儿深Ⅱ度烧伤创面、电烧伤创面、热压伤创面、肉芽创面等。

**5 禁忌症**

包括但不限于以下内容：

**5.1 绝对禁忌症**

5.1.1 恶性肿瘤伤口

5.1.2 感染后未进行相关治疗的骨髓炎

5.1.3 伴有血管、神经外露的伤口

5.1.4 活动性出血的伤口

5.1.5 凝血功能障碍

5.1.6 伴有坏死焦痂的Ⅲ度烧伤创面

**5.2 相对禁忌症**

5.2.1 合并厌氧菌、真菌感染伤口

5.2.2 气性坏疽伤口

5.2.3 急性骨髓炎

5.2.4 脓皮病创面

5.2.5 大面积烧伤休克期

**6 基本要求**

6.1 应对患者进行全面护理评估。

6.2 应在术后每班进行床头交接班，并落实常规护理措施，严格无菌操作。

6.3 宜建立由医师、护士、营养师、心理医师等组成的多学科团队共同管理患者。

**7 术前护理**

**7.1 术前评估**

7.1.1 应全面评估患者的健康状况、病史及药物过敏史，并严格掌握VSD禁忌症。

7.1.2 应遵医嘱常规检查血常规、凝血时间、凝血酶原时间、血型，必要时应做好配血准备。

7.1.3 应评估创面及创面周围皮肤情况。

7.1.4 应评估患者对VSD的了解情况、疼痛情况与接受程度。

7.1.5 应评估患者心理状况，并结合实际情况给予必要的护理措施。

**7.2 术前准备**

7.2.1 针对患者多毛发的部位，应给予备皮。

7.2.2 应准备好负压封闭引流装置、两把止血钳等，并确保负压吸引装置压力正常。

7.2.3 应根据麻醉情况指导患者禁食水时间。

**8 术后护理**

**8.1 病情观察与护理**

8.1.1 应对术毕返回病房的患者立即进行生命体征监测，并密切观察术后48小时内生命体征变化。

8.1.2 可使用垫枕（上可置护理垫）使患者创面处于悬空位，勿受压。

8.1.3 应预防患者压力性损伤，避免骶尾部、足跟等长时间受压，可使用纱布等将引流管及接头与患者局部皮肤隔开。

8.1.4 应合理选择疼痛评估工具，并根据患者的主诉和客观病情，科学评定患者的疼痛分值，及时给予相应处理。

8.1.5 禁止患者吸烟并注意保暖。

**8.2 负压封闭引流装置管理**

8.2.1 应确保负压封闭引流装置连接正确、紧密，无漏气现象。

8.2.2 应遵医嘱更换引流管、三通接头、创面敷料和填充敷料等，并确保搭配合理。

8.2.3 宜每日对负压封闭装置进行擦拭，保持清洁干净。

8.2.4 引流管护理

8.2.4.1 应做好管路标识。

8.3.4.2 应保持引流管出口处低于创面。

8.2.4.3 不可牵拉、压迫、折叠引流管。

8.2.5 引流罐（袋）管理

8.2.5.1 引流罐（袋）满2/3时，应及时更换。

8.2.5.2 更换时应保持局部负压状态，并注意观察患者的生命体征和主诉。

8.2.5.3 一周宜更换引流罐（袋）1-2次。

8.2.5.4 重复利用的引流罐宜用500mg/L的含氯消毒液浸泡30min后塞紧瓶塞备用，再次使用前应用生理盐水冲洗。

8.2.6 针对外出检查的患者，可使用两把带帽止血钳使VSD引流管保持夹闭状态。患者回病房后，打开止血钳，并检查负压引流装置是否正常。

**8.3 负压值及模式设定**

8.3.1 可选用移动式负压调控仪器或中央负压装置。使用中央负压装置时，负压值设定应稍大。

8.3.2 根据医嘱应选用正确的负压治疗模式，包含持续和间歇模式。

8.3.3 应根据医嘱并结合创面实际情况调节负压值，压力的大小以可见敷料内陷及管型，以患者无不适感为宜。一般成人负压值为－16.6～－59.85kPa（-125～-450mmHg），具体要求参照附录A。

8.3.4 针对高龄、消瘦、凝血功能异常、血管吻合术后等患者，初始负压应偏低，宜为17kPa（125mmHg）左右，后期逐渐增加。

8.3.5 当负压密封面积较大时，创面可能有微小的漏气，负压值应偏高，甚至＞59.85kPa（450mmHg）以满足创面的各个部位都能达到17kPa（125mmHg）以上的负压。

8.3.6 儿童负压值应低于成人，负压设定原则不应超过儿童动脉收缩压。

**8.4 创面观察与护理**

8.4.1 每班应对创面进行评估，防止敷料变干、变硬，并避免按压敷料。

8.4.2 应保持有效的负压，负压的大小以能吸引出积血、积液，且不使引流管阻塞为宜。

8.4.3 应及时观察吸引物是否正常，吸引物应为非鲜红色血性、脓性液或伴有少量腐肉。

8.4.4 应保持透明黏性薄膜膜的完整性，防止潮湿，避免尖锐物品刺破等原因造成的缺损。

8.4.5 应保持创面敷料明显塌陷，紧贴创面，创面干燥无液体积聚，内管形态凸显。

8.4.6 应严密观察创面周围皮肤色泽、温度、足背等动脉搏动情况。

8.4.7 应严密观察负压装置周围血液循环及肿胀情况。

**8.5 引流液观察**

8.5.1应严密观察引流液的颜色、性质、气味、量，如有大量新鲜血液被吸引出时，应立即停止吸引，仔细检查创面内是否有活动性出血。

8.5.2应记录24h引流液的量及性质。

8.5.3如进行持续冲洗，应遵医嘱调节滴速，量出为入，记录引流量，并观察伤口负压情况。

**8.6 营养支持**

8.6.1 应评估患者营养状况并指导患者加强营养。

8.6.2 宜指导患者进食高蛋白、高热量、富含维生素的食物。

8.6.3 必要时可遵医嘱进行肠内肠外等营养支持。

**8.7 心理护理**

应关注患者心理问题，并根据实际情况给予相应的护理措施。

**8.8 康复锻炼**

8.8.1 应指导患者进行早期局部肌肉锻炼。

8.8.2 应指导患者进行关节主被动运动、远端关节的屈伸旋转联系及肌肉张收缩运动等。

8.8.3 应指导脊柱VSD引流患者进行主动或被动双下肢直腿抬高、踝泵运动。

8.8.4 锻炼情况和锻炼量可视患者具体恢复情况而定。

**8.9 患者教育**

8.9.1 应告知患者或家属不要自行拔开引流管。意外脱管或外出检查时，应立即通知护士。

8.9.2 应告知患者或家属防止引流管打折、弯曲、受压、脱出等情况，保持引流通畅。

8.9.3 应告知患者或家属引流罐（或引流袋）低于创面，防止逆行感染。

8.9.4 应告知患者或家属不可自行调节负压，有异常应立即通知护士。

8.9.5 引流袋应保持膨胀状态，如有被负压抽瘪现象或管路有漏气，应通知护士。

8.9.6 引流管突然有大量新鲜血液流出，要立即关闭引流管夹，通知护士进一步处理，警惕活动性出血的发生。

**9 并发症预防及处理措施**

**9.1 创面敷料干结变硬**

9.1.1 应评估负压封闭引流装置是否严密。

9.1.2 应评估创面液性引流物是否已被吸引干净。

9.1.3 如封闭前48小时VSD敷料干结变硬，可从引流管状缓慢注入生理盐水，浸泡VSD敷料使其重新变软。

9.1.4 如48小时后变硬，引流管中引流正常，此时可不做处理。

**9.2 漏气或敷料鼓起**

9.2.1 应评估贴膜密闭情况和引流管连接情况。最常见的漏气部位为引流管或固定钉的系膜处、三通接头处、皮肤褶皱处、边缘有液体渗出处。

9.2.2 根据评估原因，应及时更换创面敷料或引流装置。

**9.3 活动性出血**

当发现有大量新鲜血液被吸出，应立即通知医生，查看创面内是否有活动出血，并应做相应的处理。

**9.4 引流不畅**

9.4.1应评估引流管是否通畅，敷料固定是否良好，负压装置是否有效等。

9.4.2可逆行缓慢注入生理盐水浸泡，堵塞的引流物变软后，重新接通负压源。

**附录A**

**（资料性附录）**

**成人负压引流术不同类型创面的推荐压力参数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **创面类型** | **负压值[kpa(mmHg)]** |  |
| 创伤创面 |  |  |
| 急性创面 | －8.0～－5.3(－60～－40) | 持续，或间歇（吸引2～3 min，暂停1～2 min） |
| 慢性创面 | －16.0～－9.3(－120～－70) | 持续，或间歇（吸引3～5 min，暂停1～3 min） |
| 急性糖尿病足 | －12.0～－8.0(－90～－60) | 间歇（吸引2～3 min，暂停1 min） |
| 慢性糖尿病足 | －9.3～－6.6(－70～－50) | 间歇（吸引2～3 min，暂停1 min） |
| 其它慢性溃疡 | －16.0～－9.3(－120～－70) | 持续，或间歇（吸引3～4 min，暂停1～2 min） |
| 烧伤创面 |  |  |
| 急性期深Ⅱ度烧伤 | －12.0～－5.3(－90～－40) | 持续，或间歇（吸引3～5 min，暂停1～2 min） |
| 非急性期深Ⅱ度烧伤 | －12.0～－8.0(－90～－60) | 持续，或间歇（吸引3～5 min，暂停1～2 min） |
| 电烧伤创面 | －12.0～－8.0(－90～－60) | 间歇（吸引2～3 min，暂停1 min） |
| 热压伤创面 | －12.0～－8.0(－90～－60) | 间歇（吸引2～3 min，暂停1 min） |
| 植皮创面 | －10.6～－6.6(－80～－50) | 持续2～3 d，再间歇(吸引4～6 min，暂停1～2 min) |

注：1 mmHg＝0.133 kPa

**参考文献**

[1] 裘华德,宋九宏.负压封闭引流技术[M].第二版.北京:人民卫生出版社,2008：22.

[2] 蒋琪霞.负压封闭伤口治疗理论与实践[M].北京:人民卫生出版社,2018.6.

[3] 吴欣娟,高娜.骨科护理工作指南[M].北京:人民卫生出版社,2016:76-78.

[4] 中华医学会烧伤外科学分会,《中华烧伤杂志》编辑委员会.负压封闭引流技术在烧伤外科应用的全国专家共识(2017版)[J].中华烧伤杂志,2017,33(3):129-135.

[5] 中国海峡两岸医药卫生交流协会烧创伤暨组织修复专委会.负压封闭引流技术在糖尿病足创面治疗中的应用全国专家共识（2021版）[J].中华烧伤杂志,2021,37(6):508-518.

[6] 刘小柳,杨磊.负压封闭引流术在烧伤护理中的应用效果分析[J].中国急救医学,2018,38(z1):333-334.

[7] 周业平.负压技术用于伤口治疗的现状.[J]中华烧伤杂志, 2011,27(4):253-254.

[8] 白翠翠,高栋梁,白淑娟.负压封闭引流术在54例烧伤患者治疗及护理中疗效观察[J].延安大学学报（医学科学版）,2020,18(1):104-105.

[9] 卢一华,李素艺.负压封闭引流术(VSD)在骨科感染创面治疗中的应用及护理分析[J].中外医疗,2021,40(6):157-159.

[10] 梁燕,王小琴.封闭负压引流术治疗下肢骨折骨外露伴大面积软组织损伤患者的护理[J].护理学报,2011,18(6):38-40.

[11] 张亚军,裴益明,王引侠,韩健.负压封闭引流术在骨科感染创面治疗中的应用及护理研究[J].实用临床医药杂志,2016,20(6):80-82.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_