

临床常见伤口护理



主 编：金丽芬 谢 琼 李红霞

副主编：戴 艺 常永琼 胡 刚 陈绍芬

太荣芬 许翔英

编 委：奎力元 龚近秋 秦利波 吕 丹

江莉霞 傅天彦 徐冬梅 保维莉

王 佳 马亚敏 田茹蓉


云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·



前 言

QIANYAN

随着社会的不断发展和人民生活水平的不断提高，由创伤和各种疾病导致的伤口创面也日益增多，已经成为危害人民身心健康、降低其生活和工作质量，以及增加社会医疗保障负担的重要原因。随着医学技术的飞速发展以及湿性理论的临床运用，伤口护理学方面的研究进展迅速。伤口护理是护士临床专科护理的一个重要组成部分，提高伤口护理质量、保障医疗护理安全并推动伤口护理学科的发展迫在眉睫，因此，伤口专科护士应运而生。目前，在我国发达地区（广州、北京、上海、成都等地）都有了造口、伤口专科护士培训学校，成都华西医院还与德国慢性伤口协会合办了“国际伤口治疗师的培训班”，同时国内多家医院还开设了伤口治疗门诊，以满足广大患者的需求。我院也培养了相关的专业护理人才，成立了伤口护理专业组，并负责全院的护理会诊、护理指导和教学工作。本书的编写由外科片区科护士长组织伤口护理专业小组成员，在临床实践中，收集资料，总结分析，历时一年的时间，倾注了专科护理人员的心血，从临床护理实践出发，联系理论知识编写了全书。本书从三个部分进行了阐述，尤其是在各论部分，有个案护理分析，现代敷料的应用，常见的记录表格等，力求为临床伤口护理的实际操作提供帮助，能成为伤口护士解决难题的钥匙、学习的材料和参考书。由于时间仓促和水平有限，本书难免有疏漏之处，我们将在今后的工作中不断的学习和完善。



目 录

MULU

绪 论

| | |
|-------------------------|----|
| 第一章 伤口护理发展现状····· | 3 |
| 第一节 伤口护理专业发展现状····· | 3 |
| 第二节 伤口专科护士····· | 7 |
| 第三节 伤口护理专家团队的建设和职责····· | 10 |
| 第四节 伤口护理相关的法律问题····· | 13 |

总 论

| | |
|--------------------------|----|
| 第二章 皮肤的结构和功能····· | 19 |
| 第一节 皮肤的解剖和生理····· | 19 |
| 第二节 皮肤相关性疾病的护理····· | 22 |
| 第三节 创缘周围皮肤的保护和护理····· | 25 |
| 第三章 伤口的类型与愈合····· | 29 |
| 第一节 伤口的分类····· | 29 |
| 第二节 急性伤口····· | 31 |
| 第三节 慢性伤口····· | 31 |
| 第四节 伤口愈合的病理生理····· | 32 |
| 第五节 影响伤口愈合的因素····· | 36 |
| 第六节 “伤口床准备”的理论及临床应用····· | 39 |
| 第七节 伤口愈合的营养支持····· | 41 |
| 第四章 伤口清洁与清创····· | 46 |
| 第一节 常用的伤口消毒溶液····· | 46 |
| 第二节 伤口清洁的方法····· | 49 |

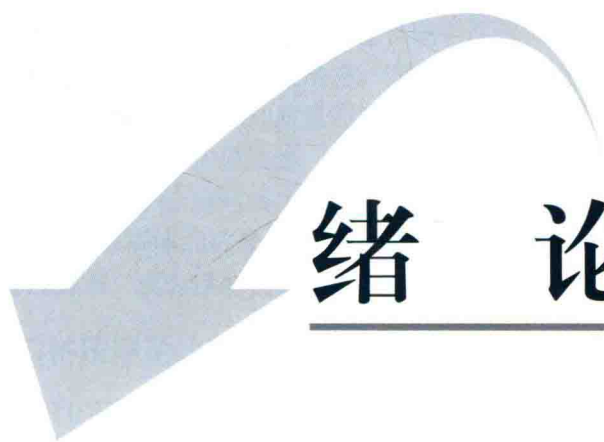


| | | |
|------------|--------------------------|-----|
| 第三节 | 伤口常用清创方法及注意事项 | 50 |
| 第四节 | 护理个案分析 | 52 |
| 第五章 | 伤口疼痛管理 | 55 |
| 第一节 | 伤口疼痛的流行病学 | 55 |
| 第二节 | 伤口疼痛的产生原因 | 56 |
| 第三节 | 伤口疼痛的评估及处理 | 57 |
| 第四节 | 伤口疼痛的管理 | 62 |
| 第六章 | 敷料的类型及功能特性 | 64 |
| 第一节 | 传统敷料 | 64 |
| 第二节 | 新型敷料的类型及功能 | 65 |
| 第三节 | 生物活性敷料 | 68 |
| 第七章 | 伤口评估与记录 | 70 |
| 概 述 | | 70 |
| 第一节 | 整体性评估 | 74 |
| 第二节 | 局部评估 | 77 |
| 第三节 | 伤口测量方法 | 80 |
| 第四节 | 伤口护理记录表格的建立 | 81 |
| 第八章 | 急性创伤护理 | 84 |
| 第一节 | 常见创伤伤口类型 | 84 |
| 第二节 | 急性创伤伤口评估与应急处理 | 89 |
| 第三节 | 动物性皮肤创伤的处理原则及护理措施 | 105 |
| 第九章 | 伤口渗液的管理 | 107 |
| 第一节 | 渗液形成的原因 | 107 |
| 第二节 | 渗液的评估 | 108 |
| 第三节 | 伤口渗液管理的方式 | 110 |
| 第四节 | 失禁性皮炎的护理 | 114 |
| 第十章 | 未来伤口护理的发展方向 | 133 |
| 第一节 | 循证护理在皮肤护理中的应用 | 133 |
| 第二节 | 皮肤与伤口护理的研究方向 | 139 |

各 论

| | | |
|-------------|--------------------|-----|
| 第十一章 | 压疮的护理 | 145 |
| 第一节 | 压疮的成因及预防 | 145 |
| 第二节 | 压疮新的分级标准 | 154 |
| 第三节 | 压疮护理质量控制及管理 | 157 |
| 第四节 | 护理个案分析 | 160 |

| | | |
|------|-----------------|-----|
| 第十二章 | 下肢血管性溃疡的护理 | 172 |
| 第一节 | 下肢血管性溃疡的分类及诊断 | 172 |
| 第二节 | 下肢血管性溃疡的局部处理 | 173 |
| 第三节 | 下肢血管性溃疡的护理及健康指导 | 175 |
| 第四节 | 护理个案分析 | 177 |
| 第十三章 | 糖尿病足的护理 | 180 |
| 第一节 | 糖尿病足病因及分级 | 180 |
| 第二节 | 糖尿病足的预防及护理 | 182 |
| 第三节 | 护理个案分析 | 184 |
| 第十四章 | 手术伤口护理 | 186 |
| 第一节 | 手术切口的分类 | 186 |
| 第二节 | 手术伤口常见并发症的护理 | 187 |
| 第三节 | 护理个案分析 | 188 |
| 第十五章 | 穿刺伤口的护理 | 190 |
| 第一节 | 临床常见穿刺伤口 | 190 |
| 第二节 | 常见穿刺伤口的护理 | 191 |
| 第三节 | 护理个案 | 193 |
| 第十六章 | 体表脓肿切开引流术后伤口护理 | 195 |
| 第一节 | 体表脓肿的伤口评估 | 195 |
| 第二节 | 体表脓肿切开术后护理 | 195 |
| 第三节 | 护理个案分析 | 198 |
| 第十七章 | 癌症伤口护理 | 200 |
| 第一节 | 癌症伤口的特点 | 200 |
| 第二节 | 癌症伤口护理 | 201 |
| 第三节 | 护理案例 | 202 |
| 第十八章 | 化疗药物外渗损伤伤口的护理 | 203 |
| 第一节 | 化疗药物外渗的临床表现 | 203 |
| 第二节 | 化疗药物外渗的预防和处理 | 204 |
| 第三节 | 护理个案分析 | 206 |
| 参考文献 | | 207 |



绪论 XULUN

第一章

伤口护理发展现状

第一节 伤口护理专业发展现状

伤口、造口、失禁（Wound Continenence, WOC）护理是指以证据为基础、多方面的护理实践，将大量专业知识整合于临床工作，从而在疾病预防、健康维护、治疗干预、康复护理等方面为具有泌尿系、皮肤系统等结构功能紊乱的患者提供优质的照护。临床护理专科化发展是衡量护理专业化水平的重要标志，随着医学技术的飞速发展以及湿性理论的临床运用，伤口护理学方面的研究进展迅速。同时随着生活水平的提高，对健康的需求发生了巨大的变化，患者对医疗与护理质量的要求也越来越高。伤口护理是护士临床工作的一个重要组成部分，提高伤口护理质量、保障医疗护理安全并推动伤口护理学科的发展迫在眉睫，因此，伤口专科护士应运而生。但是，如何充分、合理地发挥伤口专科护士的多重角色作用^[4]，提高该群体的数量与质量，使我国的伤口造口失禁护理水平快速提高，以满足广大患者的需求，成为目前我国伤口学科发展亟待解决的问题。

一、伤口护理理论的演变

（一）伤口护理的萌芽

18世纪以前，人们用天然物品，如茶叶、羽毛、树叶和泥土等物质作为伤口敷料，来减轻伤口疼痛，促进伤口愈合。

（二）伤口护理的初期——无菌理念

路易·巴斯德于18世纪末开创无菌理念与细菌感染控制观念，才有如何避免伤口感染等伤口护理上新的突破。

（三）伤口护理——“棉纱布”时代

1. 1867年，约瑟夫·李斯特吸取了路易·巴斯德相关理论，将无菌术的概念引用到了手术切口以及相关创面的护理之上，他发明了棉纱布敷料对术后切口尽心覆盖以阻隔空气中细菌对创面的侵袭，获得了很好的疗效并很快在西方的医学界得到了应用。

2. 此之后的一百年，以干燥、透气为主要护理原则的材料不断出现，许多使用更加方便、性能更加出色的棉质敷料在世界范围内得到了普及。至此以棉纱布制品为代表的“干燥透气”理论成为当时的主流。

3. 棉纱布敷料粘连创面组织所带来的换药痛苦、二次创伤以及对于溃疡等难愈性创面治疗上的不足之处也逐渐在临床的实践过程中越来越明显，都促使着人们不断地追求着



新材料的研发。

（四）伤口护理——“生物材料”时代

1. 1962年，Winter.R博士提出了以保持创面“无菌、湿润、封闭”的全干湿性疗法理论，突破了李斯特时代的理论局限。随着这种理念的发展以及材料科学的不断进步，敷料的材质也发生了根本的变化，各种具有保湿功能的大分子物质在伤口护理领域展现出了很强大的生命力。这一理论的诞生，代表着生物材料与全新伤口护理理念时代的开始。

2. “湿性疗法”的核心观念，其实是模拟人体皮肤组织的生理环境，为伤口的愈合过程提供一个良好的基础。需要敷料产品具有“生物相容、抗菌、保湿、促进组织生长”等特殊功效，然而在当时很难找到一种材料能够真正满足“湿性疗法”的全部要求，可以说材料科学的发展限制着“湿性疗法”的推广与应用。

（五）现代伤口护理理念——仿生理念

湿性疗法经过了几代人的研究与发展，以“湿性疗法”理念为基础的各种伤口护理材料层出不穷，其卓越的临床效果与详实的实验数据也逐渐得到了众多医护人员的接受和患者的广泛认同。美国药品监督管理局（FDA）在最新公布的《创面医疗用品行业指南》中将“湿性疗法”确定为对创面护理的标准疗法。湿性疗法已走过了半个多世纪的路程，它所代表的是人们对于创伤护理理念的不断追求以及对患者人文关怀的不断提升，将创面的愈合的要求从简单的“防止感染”提升到了“防止疤痕、促进愈合、止痛舒适”的更加关爱、人文的高度。

二、伤口愈合理论的进展

（一）干性愈合理论

18世纪后期至20世纪中叶。伤口干性愈合理论盛行。该理论认为，伤口愈合需干燥环境，有大气氧的参与可以促进伤口愈合，因而透气的敷料才能使伤口获得足够氧气，以供细胞生长的各种生化反应所需。其缺点是伤口愈合环境差，结痂造成伤口疼痛，更换敷料时损伤创面，愈合速度慢，不能隔绝细菌的侵入，易造成痂下脓肿。

（二）湿性愈合理论

1. 1958年，Odland首先发现被保持完整的水疱其皮肤愈合的速度比水疱破裂的创面愈合速度快。1962年，Winter以猪做实验发现，湿性环境的伤口愈合速度比干性愈合快一倍；皮肤表皮的水疱如果不予刺破而保持完整时，将避免结痂的形成，且能促进上皮表层细胞的移行。从而利于伤口的愈合。1963年，Hinman和Maibach的人体试验显示，相同的结果即密封湿润伤口使表皮再生速度提高约40%会发生在人身上。1981年，Knighton等首次发现伤口的含氧量与血管增生的关系，无大气氧存在下的血管增生速度为大气氧存在时的6倍，新血管的增生随伤口大气氧含量的降低而增加。从此确认，伤口必须呼吸的观念是不正确的。原因之一为伤口愈合所需的氧分子来源于血液中血红蛋白所携带的氧分子而非来自大气；第二为人类并非两栖动物，其表皮伤口无法具有肺泡般的换气作用，无法从大气中获得氧气。

2. 湿性愈合基本原理为：湿润环境可加快表皮细胞迁移速度，无结痂形成，避免表皮细胞绕经痂皮下迁移而延长愈合时间，从而促进伤口愈合；湿润和低氧环境能维持创缘

到创面中央正常的电压梯度,刺激毛细血管的生成,促进成纤维细胞和内皮细胞的生长,促进角质细胞的增殖,还促使更多的生长因子受体与生长因子结合,从而促进创面愈合;密闭环境能有效预防伤口渗液粘连创面,避免新生肉芽组织再次受到机械性损伤,从而减轻疼痛、促进创面愈合;保留在创面中的渗液释放并激活多种酶和酶活化因子,促进坏死组织与纤维蛋白的溶解;渗液能有效地维持细胞的存活,促进多种生长因子的释放,刺激细胞增殖,并且可能参与生长因子的传递和旁分泌过程;密闭状态下的微酸环境,能直接抑制细菌生长,并有利于白细胞繁殖及发挥功能,同时防止细菌透过,预防和控制感染。

三、伤口敷料的研究进展

1. 纱布、棉垫等传统敷料虽然是目前临床上使用的主要敷料,但其明显的缺点也早已引起医护人员及患者的重视:因敷料吸附大量渗出物并干燥,敷料常与组织黏连,更换时黏连可引起病人疼痛、使新生上皮脱落。有时,敷料上脱落的微粒和纤维碎屑可阻塞在组织内,刺激异物炎症反应,局部干燥使新生上皮细胞移行困难,还可破坏或杀死新生上皮细胞。

2. 随着对伤口愈合研究的不断深入,人们认识到使用敷料的目的不仅是为了覆盖创面,还要帮助伤口愈合,创造促进伤口愈合的最佳环境。1962年Winter首次报道了略湿润的表浅创口愈合较快,提出了“伤口湿性愈合学说”,奠定了采用新型敷料处理创面的理论基础。20世纪80年代诞生了第一代的现代新型保湿性水胶体敷料,1990年材料技术得到更大发展。到只前,具有的代表性新型敷料有透明薄膜类敷料、水胶体敷料、藻酸盐类敷料、泡沫类(海绵类)敷料、软硅酮类敷料、银离子敷料、脂质水胶体敷料、含碳敷料、水凝胶等。其共性包括提供湿性愈合环境、不粘连创面、促进创面愈合;维持适宜温度、促进肉芽组织生长;维持低氧环境、促进血管及上皮组织的生成;吸收渗液、防止浸渍,保护周围皮肤;透气,隔菌抑菌,降低感染发生率;有效止血;溶解坏死组织,预防瘢痕形成;减轻疼痛,提高患者生活质量;使用方便安全,无毒副作用,患者易接受。其特性包括密闭性保湿敷料有较强的自黏性,对皮肤无刺激无过敏反应;防水,允许水蒸气透过,不允许液态水通过,患者可自由洗浴;新型片状敷料裁剪方便,外表有栏格,便于计算创面大小,根据创面大小灵活使用,减轻患者经济负担;粘贴、包扎简捷美观,顺应性好,肢体功能不受影响;一般伤口3~7 d换药一次,省时省力,减轻医护人员工作强度。现已公认,绝大多数创口均可用人工合成物质的新型敷料代替动植物原料的敷料。与传统纱布敷料比较,闭塞性更舒适,更能解除疼痛,这可能由于它们可保护暴露的皮肤神经末梢。

四、伤口换药处理的进展

1. 伤口换药,首先是彻底清创,去除污染,切除坏死、无生机及污染严重的组织。对于早期轻度污染创面的清洗换药,应避免进一步的感染,达到I期愈合。传统的伤口换药,伤口一旦发生感染,全身或局部应用抗生素是临床医护人员研究的一个重点,但是其效果却有待考证。

2. 现在,慢性伤口中抗菌液和次氯酸盐的使用已逐渐被单纯伤口清洗所取代,并且证实最高效的清洗液是温和的等渗盐水。由于伤口渗出液中含有的细胞和化学物质具有抗

感染作用，少量的渗出液具有促进伤口愈合的作用。

3. 新型敷料的不断发展，也为临床伤口处理提供了更多的选择空间。根据伤口的状况和不同愈合阶段选择适当的新型敷料是临床伤口换药工作中一项重要改变。

五、伤口护理专业发展的历史

1. 1988年，在Health Management Publications（现在更名为HMPCommunications）的发动下，召开了第一年度的高级伤口护理论坛（Symposium on Advanced Wound Care, SAWC），成为了全球第一个发起伤口护理教育的组织。而在1991年，英国成立了全球第一个伤口护理研究性的协会伤口愈合研究协会（Wound Healing Research Unit, WHRU），推动了伤口护理的进一步发展。WHRU的教育活动涉足范围广泛，包括国家学术组织、国际会议、本地学校学习、药厂短期培训（3~5天）。WHRU的培训对象包括初级外科医生、护士、伤口愈合和组织修复硕士研究生以及相关领域代表。WHRU的教育形式多样，包括网络教学、远程教育、学校教育以及短期培训。

2. 目前，在欧洲、加拿大、美国、澳大利亚的伤口护理教育发展比较成熟，其中欧洲有23个国家成立了国家伤口护理组织以促进伤口护理教育。亚洲的伤口护理发展比较落后，仅有土耳其成立了国家伤口护理组织。欧洲伤口管理协会（European Wound Management Association, EWMA）的教育理念是创建、推行跨学科的灵活的伤口管理教育体制，并研究各种伤口的流行病学、病理学、诊断学、预防以及伤口管理方法。加拿大伤口护理协会（Canadian Association of Wound Care, CAWC）的教育理念是提供基于循证的专业伤口管理教育，研究有效的公众伤口管理预防方法、政策，以提高伤口护理的专业理论知识、临床技能，改善公众的生活质量。美国高级伤口护理协会（Association for the Advancement of Wound Care, AAWC）的教育理念是基于多学科的思维，致力于提升学员的伤口护理临床决策能力，而非单纯的理论知识，并且不断地进行自我更新以保持其教育质量与世界最先进的伤口护理技术、伤口国际指南、伤口研究、伤口护理产品相适应的水平。此外，国际慢性伤口委员会（ICW）经过讨论，在26个国家机构成员的参与下从2008年6月开始执行慢性伤口的国际专家标准，最终在2009年2月协议成立，从而为国际伤口治疗师的认证奠定了基础。

3. 美国伤口造口失禁护士协会（Wound, Ostomy & Continence Nurses Society, WOCNS）是统一培训、管理WOCN的学术组织，创建于1900年，当时以造口护理为主，称为美国造口协会。1961年，分别在美国克利夫兰诊所和哈瑞斯伯格医院建立了世界第1所和第2所造口治疗师学校，主要针对造口护理制订造口治疗师（ET）的培养计划和实践标准。1969年更名为北美造口治疗师协会（NAAET），1980年开始增加并强调伤口和失禁护理项目与内容。1991年起，改进培养ET的核心课程。形成了伤口造口和失禁护理（Wound, Ostomy and Continence, WOC）3个专业，课程内容根据美国各类伤口数量不断增加的特点，分别设置为伤口护理（占40%）、造口护理（占30%）、失禁护理和专业发展（各占15%）。1992年该组织再次更名，改为目前使用的名称，即WOCNS，该组织的资质认证委员会也更名为伤口造口和失禁护理资质认证委员会（Wound, Ostomy & Continence Nursing Certification Board, WOCNCB）。1994年，WOCNS在培训计划和临床实

践中首次引入循证实践概念 (Evidence based practice, EBP)。1998年, WOCNS与伤口愈合协会 (Wound Healing Society, WHS) 合作出版了第1版《伤口护理指南》, 成为北美和全球实施伤口护理从业人员的口袋书。1999年, 为了更好地开展研究和循证实践, 成立了临床研究中心 (Center for Clinical Investigation, CCI)。2002~2005年, WOCNS出版了一系列以循证为基础的伤口临床实践指南, 包括《动脉溃疡实践指南》(2002年初版, 2008年更新)、《压疮实践指南》(2003年初版, 2010年更新)、《神经病变性溃疡实践指南》(2004年初版)、《静脉溃疡实践指南》(2005年初版)、《高级实践资质认证》(2005年初版)、《粪便失禁造口实践指南》(2010年初版), 共计6本, 作为WOCN临床实践标准和继续教育及再注册的教材。2000~2010年, WOCNS在弗吉尼亚大学、华盛顿大学和各个州的州立大学中均有WOC护理培训项目。2010年, 美国护士协会 (American Nurses Association, ANA) 将WOC护理认证为“提供伤口造口和失禁护理和实践标准的护理实践专科”, 截至2010年, WOCNS有4700名会员, 均为CWOCN, 以北美国国家为主, 活跃在临床、教学和研究领域, 旗下有SCI源杂志《伤口造口和失禁护理杂志》(JWOCN)。通过一个多世纪、几代人的不断努力, WOCNS已成为国际WOC护理领域有权威影响力的学术组织, 其根据专科护理发展进程不断改进专科护理课程, 制定专科护理实践指南和标准。通过规范的培训造就了一批理论扎实、技术精良、敬业钻研和一丝不苟的临床WOC专科护士, 取得了令人瞩目的成就, 使美国的WOC护理处于国际领先水平。

第二节 伤口专科护士

一、相关定义

专科护士, 英文为Clinical Nurse Specialist, CNS or nurse specialist, 国内有的译为临床护理专家, 目前国内对于专科护士的定义多, 有临床护理专家、高级临床护士、专科护士、专业护士、注册护士、资深护士和胜任护士等。均是指在护理的某一专科或疾病领域内, 具有较高水平的理论知识和实践技能, 有丰富临床经验的高级护理人才。经仔细分析, 可将伤口护士分为专科护士和临床护理专家两个层次。

(一) 专科护士 (specialty nurse, SN)

日本护理协会对SN的定义是: 在某个特定的护理领域内熟练掌握护理技术及专业知识的人员, 对病人个体以及某一群体通过熟练的护理技术提供高水平的护理实践服务, 并在护理实践工作中对其他护理人员给予指导和接受咨询。在我国, SN指经过某专科系统培训后获得某专科资格证书的护士, 并不包括中专、专科或本科护理院校毕业后虽然在某专科医院或某专科工作, 但未经过专科培训的护士。伤口专科护士, 在国内还并未有统一的定义。我们认为伤口专科护士是指在各种急慢性伤口护理领域内, 具有较高水平的理论知识和实践技能, 有丰富临床经验的高级护理人才。伤口专科护士通过专科培训, 可从事基础的伤口工作, 成为其他伤口工作者的好助手。

(二) 临床护理专家 (clinical nursing specialist, CNS)

1980年美国护理学会将CNS定义为在护理专业的某一特殊领域内。通过学习和实践达

到硕士研究生或博士水平，具有较高水平的专门护理知识和技能、具有丰富的临床实践经验的专家型临床护理人员。日本将CNS定义为具有硕士研究生或医生学历并在某个特定的护理领域中被认为是具有卓越护理实践能力的护理人员。在我国，对CNS的要求是具有硕士研究生或博士学位的注册护士，并有丰富的临床实践经验且精通某专科特殊领域的知识和技能，并有较高护理学术水平，同时要经过相关的资格认证。伤口CNS拥有丰富的经验，可开展伤口会诊、教育、科研等工作，促进伤口学科发展。

二、角色功能

关于伤口专科护士的角色尚未达成共识，但是伤口专科护士在伤口的评估和管理中扮演的独立角色已得到了肯定。

（一）临床护理专家

姜晓丽等运用问卷咨询的方法，表明临床工作能力是临床护理专家最基本、最重要的业务能力。伤口专科护士应具有丰富的临床经验、独立判断病情和鉴别各种危险性的能力、深厚的专科护理知识功底和全面的疾病预防、康复知识，通过正确的护理诊断、完善的护理计划、有效的护理措施取得最佳的护理效果。伤口护士在伤口评估、测量、敷料的选择和制定伤口管理方案等方面有重要作用。尤其在敷料选择方面的责任重大，要了解产品的特性、作用、禁忌证和注意事项等，不能单凭经验和个人偏爱，要以专业知识为基础，根据伤口情况并结合其他因素综合选择，用恰当的敷料治疗伤口，从而达到最佳愈合效果。伤口护士的工作时间比较长，包括轮转所有的班次，以便在病人住院期间随时为病人提供床旁的专业服务。经过专科的伤口管理，可减少敷料更换的频率，降低疼痛感以及提供持续优质服务。

（二）教育者

伤口专科护士可在临床工作中评价技术的使用状况，积累经验，开展相关教育工作。一方面需要对护士和护生进行指导，如编写教材、进行课程设计、开展伤口研讨班、更新继续教育的内容；另一方面，需要执行科室教育者的职责，对象有病人、家属及其他医务人员，可通过开展健康教育会，了解病人及家属对伤口治疗效果、伤口护士工作效果的评价；通过开展慢性伤口病友会，为慢性伤口病人提供相互交流的平台，提高慢性伤口病人的生活质量；通过定期在医务人员中举办伤口治疗沙龙，进行多学科的交叉协作，为医护人员提供伤口治疗沟通平台。

（三）研究者

伤口专科护士工作的最终目的是提高护理质量，推动护理学的发展。因此，伤口专科护士一方面要着重于解决临床护理问题，通过对临床实践中的问题进行研究，建立伤口护理管理指南，使伤口护理规范化；另一方面，因为工作与许多学科存在交叉，要注重边缘问题的研究和探索，指导护理革新，将研究的新成果推广至临床，并给予正确的评价。

（四）管理者

Kirk的研究表明，管理是护士的一种角色，对沟通能力和临床决策能力的要求高。Makinen等通过对比研究证明了经过专业培训可以提高护士的管理能力，伤口专科护士逐渐成为医生和医院管理者之间的桥梁，伤口专科护士在创伤小组中担当着管理的核心地

位。Wuster等的研究显示,拥有自主性的伤口专科护士一方面可以提高团队在病人中的印象,另一方面可以巩固组织凝聚力、促进有效沟通和构建良好的团队关系。

(五) 顾问者

通过开展院内及院外会诊工作,建立电话、邮件等多形式的咨询途径或系统,伤口专科护士可在其他医疗团队需要时提供专业意见及服务,为病人提供专科护理服务,弥补常规医护工作的不足,提高伤口治疗工作的效率和成效。顾问工作的开展,意味着伤口专科护士需要进行决策。

(六) 沟通联络者

为病人提供优质的伤口治疗,需要多学科、多部门的合作,伤口专科护士应该作为医生和病人沟通的桥梁,实现需要时的转诊服务,通过与医生和病人的密切沟通,共同探讨,取得最优化的伤口治疗方案,使得治疗方案有利于维护医院和病人的双重利益。

(七) 变革者

作为伤口护理团队的一员,伤口护士通过不断的临床实践及经验总结,对现行的伤口治疗方法及医护伤口协作模式进行思考和挑战,同时开展创新性的实践,形成利于我国国情及医护工作模式的新型伤口治疗模式,为伤口学科的发展做出贡献。

三、伤口专科护士发展中面对的困难和挑战

伤口专科护士的出现与发展对提高专科护理质量和护理水平起到了十分重要的作用,但在实际工作和发展中还有许多需要不断研究和完善的问题。

(一) 缺乏明确的法律保障

我国开展伤口工作处于起步阶段,伤口专科护士的工作有相当大的独立性,可以是独立于常规临床护理分工的工作人员,但是我国对于伤口专科护士尚缺乏明确的法律保护,对学历、角色等方面未以法律的形式确定,没有明确的资格认证体制,伤口护士承担的角色太多,难以平衡,工作职责模糊。这些造成了伤口护士在开展工作中的不确定性。

(二) 严谨科学的管理运作系统是稳步发展的保证

伤口种类的多样性,使伤口专科护士的工作范围涉及医院的各个部门,需要做好与各层医生、护士和管理人员的协调工作,同时还要加强自身的学习。

对伤口专科护士的个人能力要求较高,需要良好的沟通能力,得到管理人员的理解、接纳,为伤口专科护士在开展工作的初期奠定良好的基础。

(三) 地位低,提出的意见和建议缺乏权威性

随着学科发展,对伤口专科护士咨询、教育角色的需求将会增加,但自主权的缺乏是伤口专科护士开展工作的阻碍之一。伤口专科护士虽然对伤口的处理上有自主思考的能力,进行相关的咨询工作,但是因没有处方权,提出的意见或建议缺乏权威性,均需通过医生的认可,即便是正确的先进观念,只要医生无法理解,均不能开展。

(四) 角色概念模糊

概念是人类思维形式最基本的组成单位,概念的确定有助于明确对伤口专科护士工作职责的确定,利于工作的开展。角色概念的模糊,导致了对伤口专科护士的认识不清、工作职责的模糊。Elin等在研究专科护士工作内容时,将15 min为一个活动统计时间段,

19个被研究者中表示同时参与2种活动的为19个,同时参加3种活动为11个,同时参加4种活动为6个。因而有人认为伤口专科护士是全能人才,工作中可以身兼数职,导致了部分伤口专科护士在工作时间中大部分时间集中在了非直接的护理行为上,如教育,或是没有独立搞伤口工作,还要负责病房内非伤口病人的护理工作,使伤口专科护士的有效价值没有得到最大程度的发挥。此外,虽然有研究表明,伤口小组的建立有助于提高病人的护理,但是医生和伤口护士之间应建立什么样的关系及其他护理人员的配合问题,依然难以界定,有护士处于为医生提供资料的辅助地位,也有护士处于伤口管理主导地位的。

(五) 规范培训体制需完善

我国伤口专科护士以专科护士为主,经过医院的挑选,具有丰富的临床经验的护士送入专科医院、短期培训班或国外培训之后,在医院内逐步开展伤口工作。国内尚未对伤口护士培训的课程、周期、达到的学历水平、技能和素质培训重点做出明确的规定。需在伤口护士的等级及工作职责角色的划分上做进一步的研究。

第三节 伤口护理专家团队的建设和职责

一、国外伤口护理专家团队的建设和职责

国外针对伤口、造口和失禁有一系列专业人员,其共同特点是CWOCN与外科医生、临床护理专家(CNS)、开业护士(NP)及物理治疗师等组成多学科合作小组,形成既有分工又有合作的团队合作模式,根据患者需要随时进行联合会诊或团队讨论,每月组织一次小组会议,多以午餐会(lunch meeting)形式进行,会前CWOCN将对全院WOC患者的基本情况和专科问题列表打印,参会者人手一份,开会时由CWOCN简单汇报患者的处理经过和主要存在问题。参会人员根据其专业范围分工处理患者的问题。如当创伤后涉及到早期功能锻炼问题由腓负责处理,当患者有压疮发生危险时由CNS负责督促和检查临床护士实施压疮预防方案,当有坏死组织需要器械或手术清创时由外科医生负责等等。这种团队合作模式有助于提高服务质量及操作安全。提高工作效率和个人责任感与解决问题的能力,为患者提供优质高效的服务。且每家医院都有相当于我国医院内局域网的内联网(Intranet)和互联网(Internet),CWOCN可随时下载有关伤口造口失禁护理的EBP指南或实践标准,作为制订和实施护理措施的依据,将WOCNS制定的各个指南和实践标准分解为若干条目。建立了伤口造口失禁护理循证护理数据库(WOCN evidence. Basednursing database),CWOCN可以从数据库中提取经过循证评价(evidence-based evaluation)的专科护理措施条目作为护嘱,如此既可保证护嘱的科学合理性,又可提高护理安全性。我国当前也有一些医院正在试行建立护嘱库,旨在规范护理行为和提高护理的有效性,国外医院WOC专科护理循证护理数据库的做法值得借鉴。

二、国内外伤口护理专家团队的建设和职责的差异

(一) 学历要求的差异

1. 美国WOCN培养始于1961年,由世界首位造口治疗师诺玛·基尔和罗伯特·坦波

尔医生在美国克利夫兰创办了第一所造口治疗师学校，50多年来WOCNCB为全美共培养认证了8400名CWOCN，硕士和博士稍多于学士，这可能与美国“学历与待遇相关”的政策有关。例如Indiana大学Methodist医院持博士学位的CWOCN拥有个人办公室、每周2d下病房处理WOC病人（24h）、1d在办公室处理研究文件和召开网上会议等（12h），工资待遇比注册护士高60%，比硕士学位的CWOCN高10%左右，退休年龄延长至70岁（学士和硕士学位的CWOCN 65岁退休）。

2. 我国由WCET认证的ET培养始于2001年，10多年来持证ET达400人，各医院选拔ET培养人选的学历均为专科，更注重的是能力如必须具备丰富的临床经验、有独立解决问题的能力、有良好人际关系和协调能力、有责任心和奉献精神，有创新意识等，因而我国ET整体学历层次低于美国，特别是ET培养初期（2001~2005年）中专学历占19.15%，专科学历占46.81%，本科学历占27.66%，硕士仅占6.38%。近5年以专科和本科学历为主（分别占45.98%和39.08%），但硕士学历者仍然很少。学历层次偏低制约了我国ET参与国际学术交流和与国际同行间的相互学习，这可能是影响我国ET的专科护理水平提高及临床护理专科化发展一个不可忽视的因素。

（二）培训教材、课程内容设置、脱产学习和临床实践时间的差异

1. 美国每名参加WOCN课程班学员将得到WOCNCB统一标准各培训中心编印的WOC护理教材3本和1本复习考试年刊，课程设置内容分别为伤口护理占40%、造口护理占30%、失禁护理和专业发展各占15%，提倡以自学为主，脱产学习仅40 h，其中伤口护理17 h、造口护理13 h、失禁护理和专业发展讨论分别5 h，回医院临床实践3个月~4个月，分析此课程设计可能与美国人口WOC病人发病趋势有关：①伤口发病率高与“三多”有关，即肥胖者占总人口的30%，由此引发的下肢静脉曲张和淋巴水肿或皮肤破溃病人多；糖尿病发病率高于总人口10%，由此引发的糖尿病足溃疡多；心脑血管疾病发病率高以及老龄化的快速增长引发的压疮病人多。②造口病人主要与大肠癌发病率高，由此所致的永久性造口多和严重腹部创伤所需的临时造口有关。③尿失禁主要与肥胖、多生育及老龄有关，仅少数为病情严重所致的便失禁。分析临床实践时间较长的原因可能与美国各医院聘用的CWOCN所担负的工作任务要求高（要求必须独立分析判断和处理病人的专科问题并使病人满意）和WOC护理是一项实践性很强的专科护理技能，需要在临床实践中掌握和提高有关。对比我国ET培训教材为各造口治疗师学校根据授课老师的课件自编，缺乏统一教材。

2. 课程设置与美国稍有差异，而且国内各造口治疗师学校之间也有不同，分析差异的原因可能与认证机构不同有关，目前我国ET的认证机构是WCET，面向全球培养ET，所设置的课程需要兼顾全球各国特点和需求。我国ET工作现状是综合性医院以各类伤口护理为多，肿瘤专科医院以造口护理为多。我国ET培训理论学习时间长于美国，但临床实践时间仅是美国的一半，我们认为由于前10年ET入选学历偏低，因此加强专科和基础理论学习、夯实基础是必要的。但随着学历层次提高，理论学习时间可相对缩短，提倡提高自学能力和在工作中学习。实践方式和时间也有待于改进，我们在ET毕业后的工作反馈中了解到，很多ET毕业后遇到复杂的伤口造口护理问题缺乏实践经验和应对处理的方法，常常不知所措。

3. 我国人口老龄化快速发展和疾病谱的改变以及人们对生活质量要求的增高, 迫切需要我们思考如何根据我国国情和参照美国的成功经验, 统一编写培训教材、修正课程内容设置、改变理论学习和临床实践时间及其方式等, 使之更加符合我国临床的需要。

(三) 授课和带教老师来源及其教学方式的差异

1. 美国WOCN课程班理论授课者均为在WOC护理领域工作多年、有丰富经验的资深CWOCN, 授课老师4人或5人, 每人1个或2个专题, 有的专长于伤口和瘘管护理, 有的专攻造口护理, 有的专门研究失禁护理。授课形式多样, 如多媒体、板书、角色扮演、操作示教、分组讨论和2人一组操作练习、工作坊(workshop)等。注重实践能力的培养, 如实验课安排很多, 有造口定位实验课、清创实验课、敷料选择和减压技术实验课、专业实践文献检索课等。还注意充分调动学员的主动学习积极性, 学习期间所有老师留下联系方式, 互相联系, 只要需要随时能找到。带教者也是WOC护理中有工作经验的CWOCN, 一带一的带教要求可以使学习者有充分的动手机会, 并有利于带教老师及时纠正不当的操作。特别强调禁止任何产品销售商进入课堂, 要求每位CWOCN必须掌握WOC护理用品的种类、特性、适应证和副反应等, 便于在实践中正确选择和使用。

2. 而我国ET课程班理论授课45d, 有50~60名老师授课, 有大学专职教师、临床医生、ET、营养师和产品经销商等。授课形式大多数是多媒体、少数有操作示教和参加义诊学习实践, 由于授课人员多, 很多人讲完就走, 形成了各讲各的内容、彼此间缺乏联系的“零散格局”, 学员并不能完全理解和掌握所讲内容但也无法找老师解答, 影响实践时的应用。我国由指定的ET“一带二”带教与美国“一带一”带教的效果相似, 可以保留。

(四) 服务对象、工作内容和模式及工作时间的差异

1. 美国CWOCN大部分为全职, 少数为兼职, 兼任WOCN专职教育工作。医院内CWOCN的服务对象是住院病人和长期护理机构中的居住者, 主要提供咨询和技术服务, 如印第安纳州最大的教会集团医院St. Vincent医疗系统7名CWOCN和乔治亚州Emory大学医疗系统的5名CWOCN, 除了要为全院住院病人服务外, 每天有1名或2名CWOCN轮流去医院所管辖的1家或2家老人护理院或临终关怀院提供专业护理服务, 每人每周工作时间36~40h。

2. 而我国ET服务对象为住院病人和门诊病人, 尚未扩大至社区。每人每周从事ET工作时间 ≥ 10 h占66.67%, < 10 h者占24.14%, 偶尔从事者占8.04%, 从不参与者占1.15%。由此可见, 我国ET从事专业护理时间少于美国CWOCN, 分析原因, 主要与我国ET多为兼职有关, 从另一个角度也说明要提高我国的伤口造口失禁护理专科水平, 需要大量的全职ET投入专科护士工作。

3. 美国CWOCN的工作内容和模式为: 每天从医院内联网下载打印当日全院各科上报需要处理的WOC病人名单, 然后根据当日在班的CWOCN人数进行分工, 每名CWOCN每日处理10~15例病人, 当遇到复杂疑难的病例时采取团队合作模式处理, 合作的成员有物理治疗师(physical therapist, PT)、临床护理专家(clinical nurse specialist, CNS)、持证伤口专家(certified wound specialist, CWS)、足踝外科医生等。如St. Vincent医院和St. Vincent伤口专科医院、Emory大学附属医院、印第安纳大学附属的3所医院(Methodist医院、肿瘤和器官移植专科医院)和Riley儿童专科医院都有这样的合作模式和团队, 既可有