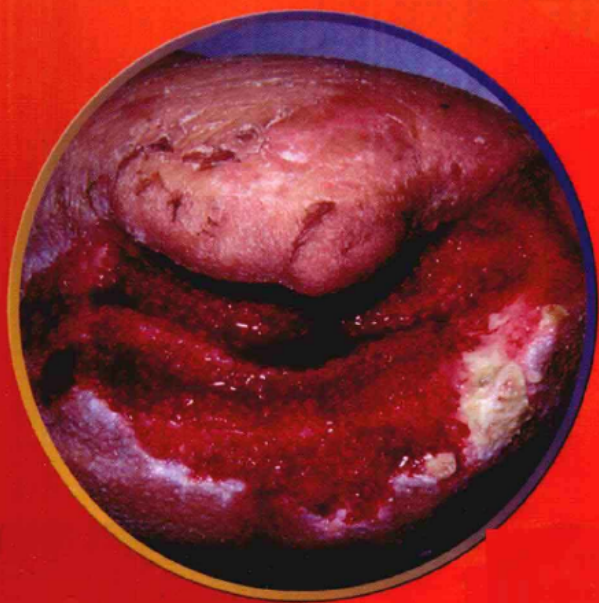


临床伤口护理

主编 宁 宁 廖灯彬 刘春娟



科学出版社

临床伤口护理

主 编 宁 宁 廖灯彬 刘春娟
副主编 戴 燕 曹 华 石玉兰

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书为适应现代伤口护理专业的飞速发展和实际需要,融合国际临床伤口治疗师和护理管理者的经验积累编写而成。全书共22章,分为绪论、总论、各论3个部分,绪论部分介绍了伤口护理的发展及现状;总论部分对伤口的基础理论、临床伤口管理、伤口护理科研及循证护理进行了深入探讨,涵盖了伤口愈合理论、伤口的分类、评估及处理过程,并对伤口治疗相关产品进行了较为系统的介绍;各论部分详细地阐述了临床不同类型伤口的相关知识、治疗及护理方式,并附有临床案例分析,具有较强的针对性和可操作性。此外,附录还介绍了临床常用的各种新型敷料的作用和特性,并对国内外较有代表性的敷料生产厂家的新型伤口敷料特点进行了客观的评价。

本书内容丰富、图文并茂,可供各级医院伤口护理工作人员和医学院校护理专业学生参考使用。

图书在版编目(CIP)数据

临床伤口护理/宁宁,廖灯彬,刘春娟主编. —北京:科学出版社,2013
ISBN 978-7-03-037197-3

I. 临… II. ①宁…②廖…③刘… III. 创伤外科学-护理学 IV. R473.6

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第056005号

责任编辑:戚东桂 熊 昕 / 责任校对:郭瑞芝

责任印制:肖 兴 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社 出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

北京天时彩色印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2013年4月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2013年4月第一次印刷 印张:14

字数:305 000

定价:78.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

《临床伤口护理》编写人员

主 编 宁 宁 廖灯彬 刘春娟

副主编 戴 燕 曹 华 石玉兰

编 者 (按姓氏汉语拼音排序)

曹 华 陈佳丽 陈忠兰 戴 燕 付红英

干春兰 何凌霄 何其英 黄建琼 李颜沁

廖灯彬 刘 欢 刘 敏 刘春娟 罗艳丽

吕 娟 马玉奎 宁 宁 荣卫平 石玉兰

王雅琴 吴直慧 杨小玲 叶 茂 叶 霞

袁 丽 郑 萍

秘 书 叶 霞 吕 娟

前 言

随着医学的发展和医疗技术水平的提高,人们对健康的需求越来越高,这对伤口护理工作也提出了更高的要求。近几年,随着湿性愈合理论和现代新型敷料的发展,在借鉴了国外伤口管理经验的基础上,伤口治疗与护理这一新兴领域在国内有了突飞猛进的发展,大量的新技术、新方法运用到临床伤口治疗中,并取得了良好的效果,给传统的伤口治疗带来了新的理念和发展思路。

本书针对临床实际情况,对绪论、总论、各论三个方面进行了介绍。从临床伤口护理和伤口教学、科研工作的实际需要出发,由临床从事伤口护理工作的国际伤口、造口治疗师、专科护士及护理管理者,结合国内外最新的资料和编者丰富的临床伤口处理经验,经过长期的总结与提炼,共同编写而成。

本书主要供全国各大医院伤口护理工作人员进行临床伤口治疗、管理和科研工作使用,也可作为医药院校师生教学用书。

本书理论与实践并重,内容翔实丰富,可读性较强,可作为临床常见伤口的处理指南,对伤口治疗实践具有指导意义。本书在编写过程中得到了编者所在医院和科室的无私帮助和大力支持,在此向他们表示诚挚的谢意!

由于时间仓促,书中难免有不成熟和疏漏之处,敬请各位同仁予以指正!

编 者

2012年12月8日

目 录

绪 论

第一章 伤口护理发展现状	(1)
第一节 国际伤口护理专业发展现状	(1)
第二节 国内伤口护理专业发展现状	(4)
第三节 伤口护理专业学术机构介绍	(7)
第四节 伤口护士在伤口治疗中的角色和作用	(9)

总 论

第二章 伤口分类	(13)
第一节 病程分类	(13)
第二节 RYB 分类	(15)
第三节 致伤原因分类	(17)
第四节 污染程度分类	(21)
第五节 愈合类型分类	(22)
第三章 伤口愈合	(25)
第一节 伤口愈合的病理生理	(25)
第二节 伤口愈合的判断标准	(29)
第三节 影响伤口愈合的因素	(30)
第四节 伤口床准备的理论及技巧	(31)
第五节 营养与伤口愈合	(34)
第四章 伤口评估	(38)
第一节 整体评估	(38)
第二节 局部评估	(40)
第三节 伤口测量	(41)
第四节 伤口分泌物培养方法及程序	(43)
第五节 致病菌的识别与诊断	(43)
第五章 伤口清洁与清洗	(45)
第一节 伤口清洁溶液的类型与选择	(45)
第二节 伤口消毒溶液的类型与选择	(46)
第三节 伤口清洁方法	(47)

第六章 伤口清创	(49)
第一节 伤口清创概述	(49)
第二节 常用清创方法及注意事项	(49)
第七章 伤口局部用药	(53)
第一节 伤口局部用药种类	(53)
第二节 伤口局部用药方法	(53)
第三节 伤口局部用药的护理	(55)
第八章 伤口疼痛管理	(58)
第一节 伤口疼痛的流行病学	(58)
第二节 伤口疼痛的产生原因	(58)
第三节 伤口疼痛的处理	(59)
第九章 敷料类型及特性	(63)
第一节 敷料发展史	(63)
第二节 传统敷料	(63)
第三节 新型功能性敷料	(64)
第四节 生物活性敷料	(74)
第五节 其他敷料	(76)
第十章 负压封闭引流技术	(80)
第一节 负压封闭引流技术的原理及适应证	(80)
第二节 负压封闭引流技术临床护理	(82)
第十一章 伤口护理科研	(84)
第一节 临床伤口科研的伦理	(84)
第二节 伤口护理科研文献检索	(86)
第三节 伤口护理科研原则和常见的科研设计方案	(88)
第四节 伤口护理科研常用的统计方法	(95)
第十二章 循证护理与伤口护理	(100)
第一节 循证护理概述	(100)
第二节 伤口护理与循证护理的发展	(102)

各 论

第十三章 压疮的治疗及护理	(104)
第一节 压疮的病因及防治	(104)
第二节 压疮护理进展	(109)
第三节 压疮护理质量控制及管理	(111)
第四节 典型案例分析	(112)
第十四章 糖尿病足的治疗及护理	(114)
第一节 糖尿病足的病因及全身治疗	(114)

第二节	糖尿病足的预防及护理	(119)
第三节	典型案例分析	(120)
第十五章	下肢血管性溃疡的治疗及护理	(122)
第一节	血管的解剖与生理	(122)
第二节	下肢血管性溃疡的分类及诊断	(126)
第三节	下肢血管性溃疡的局部处理	(129)
第四节	下肢血管性溃疡的治疗	(131)
第五节	典型案例分析	(133)
第十六章	手术切口治疗及护理	(135)
第一节	手术切口分类	(135)
第二节	手术切口护理	(136)
第三节	手术切口常见并发症护理	(137)
第四节	典型案例分析	(139)
第十七章	创伤护理	(142)
第一节	常见创伤伤口类型	(142)
第二节	创伤伤口评估与护理	(143)
第三节	特殊创伤伤口护理	(144)
第四节	典型案例分析	(146)
第十八章	烧伤护理	(148)
第一节	烧伤概述	(148)
第二节	烧伤评估	(149)
第三节	烧伤创面的护理	(150)
第四节	典型案例分析	(154)
第十九章	穿刺伤口护理	(156)
第一节	临床常见手术穿刺伤口护理	(156)
第二节	典型案例分析	(159)
第二十章	体表脓肿切开引流术后伤口护理	(160)
第一节	体表脓肿概述	(160)
第二节	体表脓肿切开引流术后伤口评估	(160)
第三节	体表脓肿切开引流术后伤口护理	(161)
第四节	典型案例分析	(162)
第二十一章	失禁护理	(164)
第一节	临床常见失禁分类	(164)
第二节	失禁病因学及全身治疗	(166)
第三节	失禁护理	(169)
第四节	典型案例分析	(172)
第二十二章	造口护理	(174)
第一节	造口概述	(174)

第二节 造口分类	(175)
第三节 造口护理	(177)
第四节 造口并发症护理	(180)
第五节 典型案例分析	(186)
附录 常见敷料厂家产品特性介绍	(188)
附录一 保赫曼集团产品特性介绍	(188)
附录二 施乐辉公司产品特性介绍	(192)
附录三 Moniker 公司产品特性介绍	(195)
附录四 3M 公司产品特性介绍	(199)
附录五 康乐保(中国)医疗用品有限公司产品特性介绍	(204)



绪 论

第一章 伤口护理发展现状

第一节 国际伤口护理专业发展现状

近年来,伤口护理备受瞩目,从研究促进伤口愈合的各种方法和最佳愈合环境,到各种新型敷料的问世,伤口护理领域发生了革命性的飞跃。此节将从伤口湿润环境理论、伤口新型敷料、伤口专业人才发展等方面介绍伤口护理在国际的专业发展现状。

一、伤口愈合理论的发展

18 世纪以前,人们主要凭借个人经验处理伤口,18 世纪末开始应用暴露疗法或薄层透气敷料遮挡的干燥愈合理念处理伤口,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,而透气性敷料才能使伤口获得足够氧气,以供细胞生长和各种生化反应所需,缺点是伤口愈合环境差,结痂造成伤口疼痛,敷料更换时造成创面损伤,愈合速度慢。希腊医生 Galen(公元 120 ~ 201 年)根据个人经验,很早就提出伤口在湿润的环境中愈合比较容易。但是在后来几千年的临床治疗中,医师都错误地将湿润和感染联系在一起,而将保持创面干燥作为处理伤口的主导理念。20 世纪 50 年代 Odland 发现水疱完整的伤口比水疱破溃的伤口愈合速度明显加快。直到 1962 年,英国动物生物学家 George. Winter 用幼猪做实验,发现用聚乙烯膜覆盖在猪的伤口上,其伤口愈合的时间比暴露伤口疗法缩短 50%,之后人们认识到干燥的环境可以造成细胞皱缩和组织坏死,并开始逐步重新认识湿润环境对伤口愈合的重要性。1963 年,科学家 Hinman 与 Maibach 的研究也证实了伤口愈合在湿润环境比在干性环境里快,这些发现促进了伤口湿性愈合理论的诞生和发展。随后 Rovee 于 1972 年再次证实了清洁无痂的湿润伤口其上皮细胞爬行和增生明显快于结痂伤口。此后,湿性愈合理念和湿性疗法在国外被广泛应用于临床各种伤口,如手术切口、烧伤、压疮等。1981 年,有研究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压存在时的 6 倍,新血管的增生随着伤口大气氧含量的降低而增加。1990 年,Turner 研究证实伤口在使用封闭敷料后有明显的清洁效果,其免疫功能也大大增强。随后 Kington 和 Dunn 等证实封闭敷料能形成创面的微酸环境,可刺激毛细血管增生和生长,促进细胞增生,还可抑制金黄色葡萄球菌和铜绿假单胞菌的生长,从而促进伤口愈合。经过半个多世纪的临床研究和发

湿润环境愈合理论发展越来越成熟,已经被欧美国家普遍认可和接受。

二、伤口敷料的发展

纱布、棉垫等传统敷料具有简单保护、防止感染的单一功能,但是这些传统敷料由于其明显的缺点在实际临床工作中越来越受限:敷料因吸附渗液干燥后黏附于组织,换药时引起患者的巨大疼痛,而且易使新生上皮脱落,而传统敷料导致的局部干燥使新生上皮细胞迁移困难,同时敷料上的碎屑和脱落细胞可阻塞在组织内,可引起刺激导致异物炎症反应。因此随着湿性环境愈合理论的研究不断被深入,人们逐渐认识到使用敷料不仅仅覆盖创面,还应促进伤口愈合,为愈合创造最佳的环境。到20世纪下半叶,根据临床湿性愈合的证据,有制造商开始生产以聚合纺织材料为支架的保持创面湿润的敷料。1974年诞生了全球第一块由英国Smith研制生产的密闭性敷料安舒妥,这块敷料的问世起源于护理实践,它的出现改变了人们对伤口护理的观念,对其他敷料的发展和使用时起到了积极的推动作用。1977年第一块水胶体敷料的诞生源自肠造口护士Norma Gill用封闭袋护理伤口却未发生感染的经验总结。1898年藻酸盐敷料问世。1992年水凝胶敷料诞生。这之后很多欧美国家的生产商都开始了新型敷料的生产,在产品的性质和功能性方面做了大量的科学试验和临床研究,以期在敷料市场占有一席之地,如瑞典的Monike公司、美国的3M公司、德国的Hartmann、丹麦的Coloplast公司等。医用敷料由最开始的普通纱布到生物材料的广泛应用,其种类繁多,最具代表性的敷料有透明薄膜类敷料、水胶体敷料、水凝胶敷料、藻酸盐敷料、泡沫类敷料、银离子敷料等。现代敷料不仅能够封闭创面,阻止外界污染,而且加入了生物活性物质,可以起到加速表皮再生、刺激胶原蛋白合成,创造低氧环境以利于创面微血管再生的诸多作用。此外,湿性敷料的应用也大大减轻了患者的疼痛感,而且敷料顺应性好,基本不需要每天换药,减轻了医护人员的工作强度。

三、伤口换药的进展

伤口换药是伤口治疗的重要组成部分,在伤口不同时期,不同创面采取相应的换药措施,使伤口及时愈合。伤口换药首先是彻底清创,去除污染物和坏死组织。但不管是伤口炎症还是进行伤口敷料的包扎,都有可能威胁到创面周围正常皮肤屏障的完整性,尤其是过度潮湿、渗液中的蛋白酶和敷料粘连会造成比较严重的损害。创缘也经常由于创面使用局部制剂而发生接触性皮炎等问题,因此在伤口换药的过程还应该注意创缘的保护。

常见伤口敷料换药进展如下:①医用纱布:虽然有很多证据证明湿性敷料对愈合伤口、缩短疗程和减轻花费有非常明显的的作用,但是有不少临床医师依然坚持使用纱布。在伤口换药中,医用纱布可以做成片状或者带状,薄型的纱布用以治疗深部伤口和窦道比较适宜,可利用手术器械塞入,但是伤口肉芽组织是由底部向上生长,因此在使用纱布时必须尽量接近窦道顶部,以防止死腔和脓肿的形成。但是由于纱布的柔软性和顺应性没有湿性敷料好,因此在填塞时要避免过紧而导致局部缺血和伤口扩大。②透明薄膜类敷料:此类敷料

因为其透明性可以随时观察伤口变化,可根据需要进行伤口换药而不必遵循固定的换药周期。薄膜敷料还具有半透性,可以使潮湿下降,因此在干燥的创缘有着良好的黏合度,可以最大限度地减少更换敷料时造成的二次损伤,另外,薄膜也很容易从新生的表皮区域剥离,使敷料更换更加容易。③水凝胶和水胶体敷料:两种敷料在伤口换药时有效避免了伤口的二次损伤,减轻了患者的疼痛感。尽管水胶体对湿润创面的黏附力不强,但对于干燥的创缘却有较强的粘连,可导致创缘坏死,因此需要采取必要措施以减少更换敷料时对创缘的损伤。④藻酸盐敷料:藻酸盐敷料可制成带索状和片状,由于缺乏黏附,因此需要两层敷料进行固定。在更换时,只需要用盐水就可以冲洗掉,几乎没有创面的二次损伤。但是,由于吸水性很强,在创缘的覆盖处常造成组织浸泡而坏死,因此必须严格控制敷料与创面的形状符合程度。使用藻酸盐敷料后会在伤口遗留一些纤维碎片,尽管有研究者认为这些纤维碎片是可以生物降解的,但仍有报道表明其具有长期的异物排斥反应。⑤泡沫敷料:泡沫敷料非黏附的表面使得在伤口敷料更换时几乎没有再次创伤。和水胶体一样,泡沫敷料也因其产生难闻的恶臭而不得不经常更换敷料,常使得伤口治疗人员对伤口感染的判断造成困惑,由此导致的治疗延误会对患者造成不必要的麻烦。⑥银离子敷料:此类敷料需要接触溶液才能发挥其杀菌作用,因此常与其他敷料(纱布、水胶体、藻酸盐等)配合使用。

四、伤口专业人才的的发展

在国外,伤口专科护士和其他专科护士一样,呈现出专业护理的特性,即在护理专业化进程中发展起来的在某一医学专科领域具有专家专业能力的注册护士,我们称之为高级实践注册护士(advanced practice registered nurse, APNRs)。2009年,ICN(The International Council of Nurse)定义APN为具有专业知识储备、临床决策技能、扩展实践的能力并且符合国家、地区的要求。硕士学历是一个基本条件。但是伤口护理更倾向于提供一种由于损伤或者手术等造成的伤口护理,是医疗环境中不可或缺的一部分。美国目前已有包括伤口-造口-尿失禁在内的30多个不同的专科护理组织。Hamric等将高级专业人才的的发展划分为三个阶段:第一阶段是在实践中的专科发展,主要因新技术在医疗行业中的引进、患者需要、人力资源的改变导致专科的发展,护士将在实践中获得的技术,扩展其实践范围以补充医师人力的不足;第二阶段为有组织的专科培训,早期的专科教育是以工作中徒弟式培训并结合部分的授课为特征,后来,医院或部分教育机构逐步建立证书培训项目,但这些项目不规范,质量不统一;第三阶段为规范化和硕士教育的出现,随着专科知识的发展和专科培训的扩大,规范化教育和专科技术的培训变得越来越迫切,专科护理逐步从证书水平的培训形式过渡到正规的硕士教育水平形式,使护理专业化从专科水平上升到高级实践水平。20世纪90年代后期,高级实践护理专科的基本教育为硕士教育,伤口-造口-尿失禁专科护理人才的培养也逐步走向硕士水平的教育。

五、国外伤口护理的工作模式

1996年,Gottrup教授在哥本哈根成立了世界上首家专业的创面修复临床治疗机构——

哥本哈根创面修复中心(Copenhagen Wound Healing Center),在探索创面修复中心的建设方面做了大量工作,为伤口工作的开展起到了先驱作用。之后,越来越多的国家和地区根据自己的实际情况进行了探索和实践,在湿性愈合理论的指引下不断推陈出新。同时随着国际上新型的多学科协作(Multi-Disciplinary Team, MDT)诊治模式的出现,采用既高度分化又高度综合,并以高度综合为主的多学科协作模式解决问题是未来医学发展的趋势。多年的临床伤口治疗经验提示,伤口治疗是需要多个学科共同协作的工作。因此,国际上众多的伤口中心提出了多学科协助的工作模式,利用MDT方式进行伤口处理,如丹麦的伤口中心由烧伤科教授领衔,感染科、创伤骨科、皮肤科等医师及伤口治疗师共同组成。悉尼的糖尿病足中心由内分泌医师、糖尿病足治疗师、血管外科医师等组成。这些中心均采用多学科的合作模式对伤口进行处理,取得了较好的临床效果。

在伤口治疗的多学科协作模式的开展过程中,团队成员职责的界定关系伤口治疗效果的优劣。其主要的团队成员如下。

1. 团队负责人 团队负责人是整个团队中的核心人物,其职责主要是负责项目管理、团队的运作发展,包括组建团队、选择团队成员、建立培训机制、创建团队文化等工作。

2. 团队联络人 团队联络人由具有一定医学背景的人员承担,其工作职责主要是负责伤口治疗MDT成员的工作联系,包括MDT会诊、学术研讨、随访接待、组织与人事协调、数据处理、会议纪要等工作。

3. 伤口治疗专家团队 伤口治疗专家团队是伤口治疗的主体人员,由伤口治疗师、创伤外科医师、内分泌科医师、疼痛科医师、皮肤科及营养科专家等成员组成。其职责是负责伤口治疗方案的制定及数据库的开发管理,开展临床科研及伤口治疗培训等工作,随着专业的发展,团队专家成员还可逐步扩大。

4. 团队其他相关人员 除以上核心成员外,伤口治疗MDT团队还需要大量的随访人员、信息数据收集管理人员等,负责伤口治疗过程中数据的收集、影像资料的留取、数据库开发与管理等任务,保证了信息的及时性及互动性,为后续的伤口科研奠定基础。

第二节 国内伤口护理专业发展现状

在我国历史上关于伤口的处理早有记载,从最初始的模糊处理到现代伤口护理新技术的发展,经历了漫长的改良和创新。在国外,从20世纪60年代开始,预防伤口感染的“干性愈合”理念已经逐渐被“湿性愈合”理念所取代。但是直到20世纪80年代,我国的医护人员才逐步开始了解和接受“湿性愈合”理论,与伤口相关的新技术、新业务才得以缓慢发展。

一、国内伤口愈合理论

在18世纪以前,人们主要是凭借个人经验来处理伤口,主要处理方式为采用各种止血生肌的中草药来治疗伤口。18世纪后,干性愈合理论成为国内伤口处理的主要指导理论,在接下来的数十年中,Winter、Hinman等在大量的临床研究报告证明,运用湿性愈合理论治疗伤口大大缩短了伤口愈合的时间,降低了潜在并发症发生的危险。因此,该理念在国外

被广泛的运用于临床各种伤口及慢性难愈合伤口的处理中。

虽然伤口湿性愈合理论在国外已有将近 30 多年的历史,但是直到 20 世纪 90 年代随着新型敷料引进中国,国内的医护人员才开始对湿性愈合理论有所了解。而事实上,在我国仍然有很大部分人以干性愈合理论作为处理伤口的指导理论,2009 年陈佳丽等在关于四川省伤口治疗护理人员现状的研究中发现,四川省各级医院伤口治疗的指导理论大多为干性愈合理论,占 85.0%,而采用湿性理论的仅占 15.0%,可见新的伤口愈合湿性理论仍然没有得到广泛的宣传,更新理念将是一项任重而道远的艰巨任务。

二、伤口处理的方法

由于伤口湿性愈合理论没有得到全面的普及,国内许多地区仍然是以干性愈合理论为指导思想,因此与之对应的暴露疗法或是烤灯治疗仍在使用。在敷料的选择上,国内许多地方仍然采用传统敷料进行伤口护理。

传统敷料如各种纱布、棉垫、绷带等,由于成本低,原料来源广泛,质地柔软,有较强的吸收能力并可防止创面渗液积聚,对伤口有一定的保护作用,至今仍得到广泛的应用。但随着对伤口愈合的进一步发展和成熟,传统敷料已日益显出它的局限性,如对创面愈合无促进、无保湿作用,肉芽组织容易长入纱布网眼中致粘连、结痂,并且当敷料渗透时也容易导致外源性感染。

随着国外新型敷料的引进,我国伤口治疗敷料的选择也从传统敷料逐渐向新型敷料过渡。新型敷料能够更好地满足伤口愈合的生物学需求,提供湿性环境,吸收伤口渗液,保护新生组织,防止细菌污染,同时也减少了医护人员更换敷料的频率,减轻患者的痛苦,能够加速伤口愈合的速度。2002 年李亚洁关于密闭性敷料的研究和展望的综述,是国内对密闭型敷料最早的非商业性阐述。2003 年胡爱玲指出了临床上常见的密闭型敷料的使用不当,并列出了正确的使用方法。随着人们对伤口湿性愈合理论与敷料的种类及其作用的不断深入认识,新型密闭伤口敷料近 10 年来在国内各大医院逐渐应用于临床各种慢性伤口护理中,大量的文献也报道了新型医用敷料在不同的慢性伤口中的应用效果。

三、国内伤口专科护士的培养

专科护士(clinical nurse specialist, CNS)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。“专科护士”一词源于美国,最早开始于麻醉科护士的培养,后来逐渐扩展到临床的许多专业。

我国大陆 CNS 的培养和资格认证尚处于起步阶段。2001 年由中山大学肿瘤医院、中山大学护理学院、香港大学专业进修学院和香港造瘘治疗师学会联合在广州开办了中国大陆第一所造口治疗师学校。2004 年 4 月第二所造口治疗师学校在北京大学医学部成立。之后上海、南京和温州也相继开办造口治疗师培训学校。这些学校的培训内容包括造口护理、伤口护理、大小便失禁护理及专业发展等方面的理论知识和护理技术。2010 年 3 月我国第一所国际伤口治疗师培训学校——中-德国际伤口治疗师培训学校在四川大学华西医

院正式成立,该学校由华西医院、国际慢性伤口委员会(ICW)、欧洲技术监督协会(TUV)联合主办,迄今为止,该学校已培养伤口专科护士73名,国际伤口治疗师46名。

四、国内伤口护理工作模式

相比于国外而言,国内伤口护理的工作模式尚处于探索当中,经过近几年的实施与总结,国内目前开展的伤口护理工作模式有如下几种。

1. 护理部直接领导下的伤口工作模式 伤口工作由护理部直接领导,伤口护士为各临床科室提供伤口护理支持,收入由医院支付,与各科室无直接关系,工作岗位固定、工作职责明确,工作流程较为流畅。2005年,南京大学医学院附属鼓楼医院在护理部的领导下成立了伤口造口护理小组,主要工作内容包括人员培训、制定工作制度和流程、积极进行压疮预防和治疗、为造口患者提供全面护理和指导以及开展护理会诊。伤口造口护理组的成立使全院范围内系统地进行皮肤管理和压疮监控成为可能。

2. 挂靠在某一专科下的伤口工作模式 伤口护士负责专科患者的伤口护理,收入由各专科支付,专科特色突出,但专业能力不够全面。2009年8月,兰州军区兰州总医院依托于烧伤整形外科中心建立伤口治疗中心,人员包括1名烧伤整形外科医师、2名专职护士、1~2名轮转护士,采取“专业护士接诊-专科医师诊视、评估伤口,提出处理方案-专业护士处理”的工作模式,提高了床位使用率、患者满意度、治疗水平和修复水平,促进了烧伤整形学科的发展。

3. 以门诊换药治疗中心为主的伤口治疗模式 模式的可行性强,患者来源充足、伤口种类多,伤口护士可积累较丰富的伤口护理经验,但对临床科室伤口治疗的支持力度不够。四川大学华西医院依托于医院建立的门诊伤口治疗中心,组成人员包括伤口治疗中心主任、伤口治疗师、伤口专科护士及助手四级网络,以伤口治疗中心为依托,开展临床培训、伤口治疗科研及临床伤口治疗等,促进了患者和医院的“双赢”。

4. 健康教育中心或专科护理中心下的工作模式 伤口护士并不隶属于某一专科,工作内容主要以培训医院其他护理人员为主,对伤口护士综合能力要求较高,节约人力,但是伤口处理效果不理想。2000年,浙江邵逸夫医院设立临床伤口/造口专科护士的角色,在这一专科领域中充当医师、护士、患者/家属的咨询者、协调者和教育者,同时参与其专科领域的质量改进和科研活动,发挥了在医疗护理工作中的桥梁作用。

5. 三级阶梯式医护一体化伤口治疗工作模式 三级阶梯式伤口治疗模式是四川大学华西医院中德伤口治疗中心探索的一项新型的临床伤口工作模式,主要内容为在组建伤口治疗团队的基础上,按照伤口疑难程度将其分为三级,每一级的伤口由团队中能力相当的伤口治疗人员进行相应处理。即一般择期手术切口等伤口由具备处理此类伤口资格的伤口专科护士及住院医师共同处理;慢性伤口由国际伤口治疗师负责处理;而疑难重症伤口、大面积烧伤、创伤伤口由伤口治疗师与主管医师共同完成。根据伤口疑难程度,科室伤口治疗团队成员承担各自相应的责任,相互协作,确保科室伤口治疗工作高效开展。

第三节 伤口护理专业学术机构介绍

伤口护理学科的发展及新模式的探索过程中,伤口人才的培养是关键所在。国外针对专业的伤口治疗人员设立了进阶体系,形成了系统的考评机制,伤口治疗教育水平较高,课程体系较为完善。但课程的培训仅仅是人才培养的一部分,而伤口相关的学术团体成为人才培养的另一个重要部分。目前,发达国家或地区已经形成了专业的伤口护理学术团体,其发展宗旨、发展目标概况介绍如下。

一、美国伤口造口失禁护士协会

美国伤口造口失禁护士协会(WOCN)成立于1968年,是北美乃至全球的权威伤口造口和失禁护理学术组织,该协会在弗吉尼亚大学、华盛顿大学和各个州州立大学中均有伤口和造口培训项目,主要为培养造口治疗师制定伤口造口和失禁护理(WOC)3个专业的核心课程;该组织的资质认证委员会(Wound, Ostomy & Continence Nursing Certification Board, WOCNCB)负责认证全美和北美国家伤口造口和失禁护理护士资质,目前已在北美国家培养认证WOC护士4700名,旗下有SCI源杂志《伤口造口和失禁护理杂志》,2002~2010年WOCN出版了以循证为基础的伤口造口失禁护理临床实践指南6本。

二、世界造口治疗师协会

世界造口治疗师协会(WCET)成立于1978年,有全球性的网络支持,旗下有向全球发行的杂志《世界造口治疗师杂志》,向全世界各国提供广泛的临床实践信息和教育项目,包括造口护理创始人诺玛·吉尔奖学金项目,用于资助ET护士参加WCET主办的国际性学术会议。WCET从1978年开始每2年在全球各地举办学术年会,培训认证的ET护士已超过10000人,遍及全世界各国。

三、高级伤口护理论坛

1988年,在Health Management Publications(现在更名为HMP Communications)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。

四、伤口愈合研究协会

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 Unite, 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师、护士、伤口愈合/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。

五、欧洲伤口管理协会

欧洲伤口管理协会(European Wound Management Association, EWMA)成立于1991年,是将真正对伤口管理感兴趣的个人和组织召集到一起,在欧洲和多学科小组之间以伞式组织的形式连接的伤口管理协会。该机构致力于促进教育和科研的进步,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,同时还负责组织欧洲伤口管理方面的相关会议,安排多中心、跨专业的关于局部伤口愈合的培训课程等。

六、加拿大伤口护理协会

加拿大伤口护理协会(Canadian Association of Wound Care, CAWC)是一个非营利性的组织,其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。自1995年以来,CAWC通过在加拿大各大地区举办年度专业会议和教育活动提高其伤口管理的技能和伤口专业知识,现工作领域主要表现在专业健康教育、研究如何有效提高伤口的管理和预防,以及伤口的公共信息管理等三个方面。

七、美国高级伤口护理协会

美国高级伤口护理协会(Association for the Advancement of Wound Care, AAWC)从1995年开始致力于传播先进的伤口理念和以循证为基础的伤口护理教育,其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。

八、美国伤口管理学院

美国伤口管理学院(American Academy of Wound Care, AAWC)成立于2003年,是一个由临床伤口专家、院士和研究员等多层次伤口治疗人士共同组成的义务的、非盈利性的组织,其职责是负责对美国伤口治疗师的资格认证,对伤口治疗工作质量进行持续性评价,同时进行伤口政策研究和开展一些科研工作。

九、国际慢性伤口委员会

国际慢性伤口委员会(intiative chronic wound, ICW)成立于1958年,从2008年1~6