



临床护理管理丛书

伤口

护理指南

HULI ZHINAN

SHANGKOU

主编 卢根娣 席淑华



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

临床护理管理丛书

伤口护理指南

主 编 卢根娣 席淑华



第二军医大学出版社
Second Military Medical University Press

内 容 简 介

本书共分为三个章节，从伤口护理理论到常见伤口疾病的处置和操作流程，通过文字详细介绍并配彩色图片，形象生动，使读者易于学习和掌握，并能纠正在伤口护理方面的误区，对临床伤口护理有明确的指导作用。书末附有伤口护理工作的建设方案。本书可作为各级医院临床护士的培训教材，也可作为家庭伤口造口护理的指导手册。

图书在版编目(CIP)数据

伤口护理指南/卢根娣，席淑华主编. —上海：第二军医大学出版社，2014.4

(临床护理管理丛书/卢根娣，郑兴东，赵铮民主编)

ISBN 978-7-5481-0561-9

I. ①伤… II. ①卢… ②席… III. ①创伤外科学—
护理学—指南 IV. ①R473.6-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第316942号

出版人 陆小新
责任编辑 胡加飞

伤口护理指南

主 编 卢根娣 席淑华

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路800号 邮政编码 200433

发行科电话/传真：021-65493093

<http://www.smmup.cn>

全国各地新华书店经销

上海锦佳印刷有限公司印刷

开本：787×1092 1/16 印张：5.5 字数：13万字

2014年4月第1版 2014年4月第1次印刷

ISBN 978-7-5481-0561-9/R-1342

定价：70.00元

临床护理管理丛书编委会名单

主 编 卢根娣 郑兴东 赵铮民

副主编 席淑华 张晓萍 杨亚娟 王 蓓

岳立萍 乔安花

编 者 (按姓氏拼音排序)

陈 静 陈 瑶 戴晓洁 丁小萍

杜锦霞 费彩莲 高春燕 顾春红

洪涵涵 华 丽 皇慧丽 黄 歆

李 莉 李 蕊 李 歆 李玲玲

李舒玲 刘兰芬 卢根娣 陆 叶

吕 君 钱小洁 乔安花 邵小平

沈锡珊 盛 荣 宋杏花 万昌丽

王 蓓 王家美 王进华 王世英

王晓航 吴 英 席淑华 邢小红

羊海琴 杨亚娟 尹小林 于冬梅

俞美定 岳立萍 张 华 张 英

张宝胜 张晓萍 赵铮民 郑兴东

周雪琴 周燕燕

本书编委会名单

主 编 卢根娣 席淑华

副主编 张晓萍 杨亚娟 王 蓓

编 者 (按姓氏笔画排序)

马 静 王 蓓 卢根娣 乔安花

李 蕊 李晓静 张宝胜 张晓萍

杨亚娟 邵小平 岳立萍 俞美定

钱小洁 席淑华 崔宏冰

前 言

随着人类疾病谱的改变，各种复杂、难治的创面开始出现并明显增多，1%~2%的人一生中会罹患腿部溃疡。随着人口老龄化，该数目不断增加，在任何时间点都会有1%~1.5%的人承受着伤口带来的影响，伤口成为临床护士最常遇到的问题。自100多年前南丁格尔在克里米亚战场上成功地护理伤口以来，所涉及的内容和领域在逐渐丰富和广阔，而医疗水平的不断发展和人们对医疗资源需求的不断增加使得人们对伤口的预防和处理的需求远远超出伤口治疗本身。为了满足伤口者的护理需求，自20世纪80年代起，国内逐渐涌现出一批造口治疗师(ET)和伤口护理人员，2010年美国护士协会(American Nurses Association, ANA)已将伤口造口和失禁护理认证为“提供伤口造口和失禁护理和实践标准的护理实践专科”，自此，伤口造口和失禁护理由专业升格为专科。因此，为了介绍和传播伤口护理的新理念、满足护理人员工作的需求、提高伤口护理的质量，使每一位护士都能掌握伤口和伤口愈合的相关知识，我们在总结经验的基础上，参阅大量文献并在相关专业部门的指导下，编写了此书。

全书共分为三章，内容包括伤口护理总论、常见伤口疾病的处置和伤口护理操作流程等。在编著的过程中我们力求体现以下几个特点：①图文并茂。通过文字详细介绍并配彩色图片，形象生动，使读者易于学习和掌握。②内容新颖。参考最新的伤口护理文献，

并采纳墨尼克最新研究成果的临床疗效，在多为国际造口治疗师的亲自指导下完成。③直观简练。尽管本书字数不多，但我们用最精练的语言和最形象的图片向大家展示伤口护理的新方法，便于理解和实施。书中内容可以纠正国内在伤口护理方面的一些误区，因此，本书对临床伤口护理工作有明确的指导作用。本书既可作为各级医院临床护士的培训教材，也可作为造口治疗师和伤口护理工作者的指导手册。

本书的顺利完成，得益于编写者的精诚合作。在本书编写的过程中由于时间仓促，经验有限，书中内容如有不成熟和疏漏之处，恳请读者批评和指正，也希望本书的出版能使更多的同行加入到伤口护理的队伍中，共同促进护理事业的发展。

编者

2013-11-14

目 录

第一章 伤口护理总论	1
一、湿性愈合和湿性疗法	2
二、伤口患者的活动指导	2
三、伤口患者的饮食指导	2
四、伤口的评估	3
五、伤口局部处理技术	9
六、伤口护理中的疼痛管理	12
七、健康教育	15
八、伤口患者的病历文件管理	15
九、伤口患者的影像学资料管理	16
第二章 常见伤口疾病的处置	17
一、糖尿病足及足溃疡的预防与护理	18
二、静脉性下肢溃疡的护理	22
三、静脉炎治疗护理	27
四、血管性溃疡防治护理	28

五、压疮预防与护理	29
六、造口护理	41
七、术后切口 I 期愈合护理	47
八、慢性伤口愈合护理	48
九、外科伤口护理操作	52
十、皮肤浸渍伤口愈合护理	55
十一、各种引流管护理	57

第三章 伤口护理操作流程 67

一、伤口护理洗手流程	68
二、伤口护理初诊流程	69
三、初诊评估流程	69
四、伤口处理流程	69
五、判断伤口愈合流程	69
六、签伤口清创同意书	72

附录 伤口护理小组工作建设方案 73

第一章

伤口护理总论



一、湿性愈合和湿性疗法

20世纪60年代,美国 Winter 博士首次证实了湿性环境更加有利于伤口愈合,提出了湿性愈合理论。此后不断有研究发现,适度湿润、微酸、接近伤口的环境是理想的愈合环境,提出了湿性治疗的概念。在伤口湿润愈合环境理论指导下,运用敷料或药物保持伤口适度湿润、微酸和温暖的环境,以促进愈合的策略和方法。

湿性愈合与干性愈合的区别?

1. 传统的干性愈合:以保持伤口干燥,伤口结痂为特征。缺点:常常容易出现痂下积液和感染现象而影响愈合。
2. 湿性愈合的优点:无痂形成,伤口适度湿润,疼痛减轻,愈合加速,愈合后瘢痕和色素减轻。

二、伤口患者的活动指导

1. 受伤后,肢体疼痛感明显,大多数患者不愿意活动。据文献报道,适当的活动有利于伤口愈合。
2. 建议下肢伤口患者,可以主动活动下肢抬高运动,每日4次,每次10分钟(注意:要避免有张力的活动!)。抬高患肢,坐位时也要采取此种姿势(动脉溃疡患者除外),每日采取间歇活动,即慢走半小时,抬高患肢半小时,两者交替进行,有利于改善下肢血液循环。
3. 腹部伤口患者,每日可平地行走1~2小时,根据体力逐渐增加。不能下床者每日可在床上活动3~4次,避免腹压较大的动作,如用力排便、上下楼梯、屏气等动作。咳嗽时最好捂住伤口,轻轻咳嗽。

三、伤口患者的饮食指导

总原则:新鲜、营养丰富、种类多、量适度,避免辛辣刺激食物。

1. 普通伤口患者:每日食谱(50~60 kg 体重者为例)。

早餐:牛奶300 ml,煮鸡蛋1个,主食50~100 g,蔬菜2个品种200~250 g。

中餐:鱼或虾(鲜活的)50 g,瘦肉50 g,主食50~100 g,蔬菜2个品种200~250 g,水果1个。

晚餐:蒸鸡蛋1个,豆制品25~50 g,主食50~100 g,蔬菜2个品种200~250 g,水果1个。

2. 糖尿病伤口患者:注意避免甜食和含糖蔬菜、水果改为黄瓜和番茄,监测血糖每周1~2次,餐前血糖 ≤ 7 mmol/L,餐后2小时血糖 ≤ 8 mmol/L,血糖过高引起伤口感染甚至坏死。

3. 痛风伤口患者:注意少吃海鲜、木耳、香菇、啤酒等高嘌呤食物,尿酸控制在正常范围,



否则易伤害肾功能并影响伤口愈合。

4. 吞咽困难伤口患者：家属将规定食谱的食物用粉碎机粉碎，每日分5~6次喂食，注意食物新鲜，喂食时注意咽下一口喂一口，切忌速度过快，以免误吸入肺，引起吸入性肺炎，不能进食者改用鼻饲。观察有无腹胀、腹泻等，及时调整。

四、伤口的评估

（一）伤口评估目的

1. 评估伤口部位、大小、深度及邻近组织的受损情况，以判断伤口的严重程度及其预后。
2. 分析伤口愈合中的有利因素和不利因素，在制定和实施伤口护理计划中，注意消除和避免不利因素的影响。
3. 为确定伤口护理目标和选择方法提供基础资料。
4. 为调整伤口护理目标与方法提供动态的反馈资料。

（二）伤口评估用具

用于评估伤口的工具有无菌棉签、米尺、手电筒、照相机、换药包、无菌手套及数字化疼痛评估表。

（三）伤口评估内容

1. 伤口形成的原因及持续时间（从伤口形成时开始计算，急性伤口按小时计算，慢性伤口按天计算）。
2. 曾接受治疗护理的详细情况：特别注意了解其方法、治疗护理的时间、效果，患者对伤口治疗的身心反应、态度、认识等。
3. 伤口局部状况：主要了解伤口部位、形状、所伤及皮层及其对周围组织的影响，伤口的范围（长、宽、深），有无腔洞或窦道，伤口有无感染，渗出情况，包括渗液量、性质、颜色、伤口外观的颜色、伤口的气味、细菌生长的种类及其药物敏感试验结果。
4. 全身状况：重点评估与伤口愈合密切相关的营养状况和心理状况。

（1）营养状况评估，包括既往营养状况（饮食习惯、饮食结构、有无酗酒、滥用药物史、患者手术史特别是胃肠道手术，近3个月内体重变化等），当前营养状况评估[体重指数（BMI）、血清总蛋白、清蛋白、纤维连接蛋白、前蛋白检查值、血红蛋白值等]。

（2）心理状况，主要了解患者因伤口而引起的负性心理及其对身体的影响，如食欲不振、睡眠不良，尽可能客观描述患者的心理状况，如患者担心伤口感染、伤口愈合或愈合后遗留瘢痕影响美观和功能、恐惧疼痛而限制活动等。



（四）伤口评估方法

在伤口评估中主要使用的方法有观察法、交谈法、测量法和实验室检查。

1. 观察法。这是通过对局部症状、体征的观察来获取相关信息资料的方法。观察内容包括伤口局部的颜色（除红、黄、黑、混合型外，还需观察分泌物的颜色、性状，例如绿色分泌物常表示有绿脓杆菌感染）、有无肿胀及肿胀的特征、有无伤口下积脓及脓液的特征、伤口的出血或渗血或渗液的方式、伤口是干燥还是湿润、伤口所在的部位及其对功能的影响、伤口的形状（圆形、椭圆形、不规则形等）及其愈合的方式、伤口所伤及的皮层（表皮、真皮、皮下组织、肌层，甚至累及骨质）及其肉芽生长的情况和上皮化的方式与速度。

2. 交谈法。即通过语言交流获取患者相关性主观资料的方法。主要采用的技巧有开放性提问与闭合性提问、诱导技巧、总结与归纳的技巧相结合的方法，与患者及其家属进行正式交谈（预先制定一个交谈计划，明确方法、技巧、步骤，在20分钟左右完成）和非正式交谈（每日询问患者的睡眠、饮食、伤口的感觉等），主要了解伤口形成的原因、持续时间及其在院内外所接受的治疗护理情况与效果。了解患者既往营养状况及当前身心反应，还要了解患者的期望、价值观和经济情况，以便于在制定伤口护理计划时综合考虑其可用资源。

3. 测量法：

（1）伤口测量的内容：

1) 伤口大小：伤口可分为规则伤口和不规则伤口。测量规则伤口时，不管伤口在身体的任何部位，伤口的长度应沿身体长轴方向测量（图1-1），宽度沿着与长轴垂直的方向测量（图1-2）。测量不规则伤口时，可以根据伤口的情况分别测出不同的长和宽。

2) 伤口深度：伤口深度是以伤口的最深部为底部垂直于皮肤表面的深度。具体的测量步骤是将无菌细棉签垂直于伤口表面放入伤口的最深处（图1-3），用镊子平齐于伤口表面夹住棉签（图1-4），拿出棉签，测量棉签头到镊子的长度（图1-5）。

3) 潜行测量：伤口潜行，是指存在无法从伤口表面看到的深度被破坏的组织，通常在表面可见伤口边缘内卷、周围组织有炎症反应。测量时将无菌消毒长棉棒沿着伤口边缘深入至能到达的最深处，棉



图 1-1 伤口长度（平行于身体长轴）



图 1-2 伤口宽度（垂直于身体长轴）

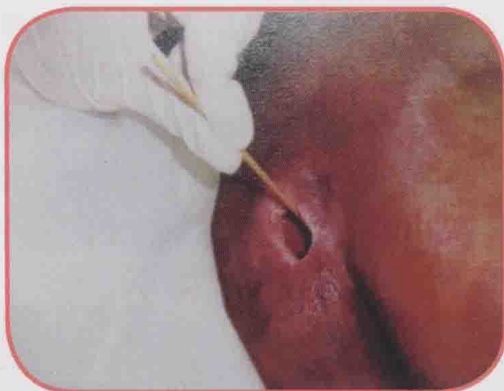


图 1-3 棉签垂直放入伤口最深处



图 1-4 用镊子齐伤口边缘夹住棉签



图 1-5 测量伤口深度

棒与皮肤表面平齐点到棉棒头的距离即为潜行深度。潜行基底部呈隧道型分布,以患者的头部为12点钟、足部为6点钟,按顺时针方向测量与记录(图1-6显示患者伤口在9点钟至12点钟之间有潜行)。

4) 窦道与瘘管: ① 窦道的方向与深度,探测盲端的方法时使用专用探针沿窦道方向深入直到盲端,用镊子夹住露在皮肤表面的探针再进行测量(图1-7)同时记录窦道位置的变化(方法同潜行测量)。② 瘘管,探测时无盲端,伤口表面与脏器相通。



图 1-6 潜行9点到12点、深度3 cm



图 1-7 3点位置的窦道深度6 cm



(2) 伤口测量的方法:

1) 线状测量的方法: 目前临床伤口护理中最常用的一种测量方法是使用一次性直尺测量并统一记录。以厘米 (cm) 为单位记录伤口表面的长度和宽度, 必要时可测量多个长度和宽度 (图 1-8)。

2) 伤口描绘法: 对于浅表伤口使用透明的敷料薄膜描绘法 (图 1-9)。操作简单易行, 但因接触伤口会引起伤口疼痛。另外, 当伤口弯曲较多时不易描绘。



图 1-8 线状测量法



图 1-9 伤口描绘法

3) 体表面积测量法: 使用带有格子的薄膜测量伤口, 以格子计算伤口表面积 (cm^2)。此方法快速且简便, 因无法测量真实的伤口外形测量结果往往比实际伤口大 (图 1-10, 伤口面积为 13 cm^2)。

4) 拍照法: 采用数码拍照、计算机处理数据的方法来测量伤口大小所得数据非常精确。在尊重患者隐私取得同意的前提下拍照, 相片上只能出现病历号但不要出现患者姓名。取景时应包括测量尺与伤口, 并且让测量尺尽可能靠近伤口以便取得真实数据 (图 1-11)。

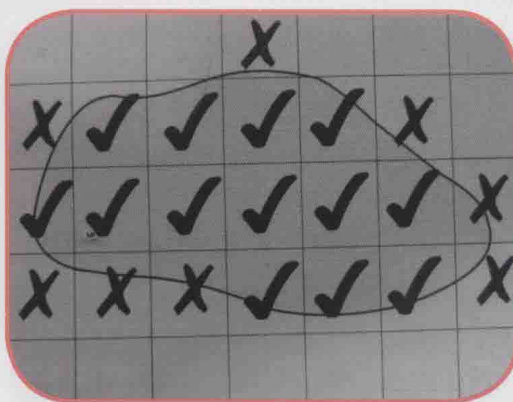


图 1-10 体表面积测量法

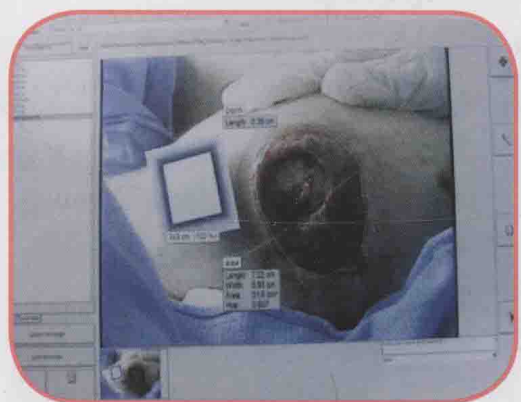


图 1-11 数码拍照法测量伤口

5) 容积测量法: 先确定伤口内没有瘘管存在, 再注入液体并测量液体体积。容积测量法受到患者体位的影响而且液体容易滞留在体内, 可能造成污染或潜在组织损伤, 有时还会引起伤口疼痛。当伤口内坏死的组织较多时无法采用容积法测量。



4. 实验室检查：定期抽血（急性伤口每周1次，慢性伤口每2周1次），检查血清清蛋白、前蛋白、纤维连接蛋白及血红蛋白，以了解患者的营养状况及评价干预的效果，这些参数与伤口愈合密切相关，因此需要动态监测检查。为评估伤口有无感染、感染的细菌种类及药物敏感结果，需每周做一次伤口细菌培养。收集伤口分泌液时需用无菌棉签，采用“十点法”采样，如图1-12所示：

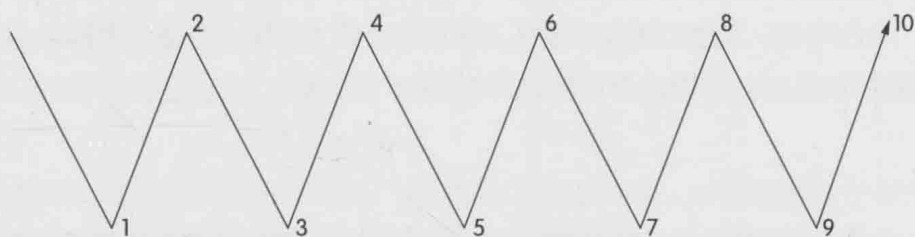


图 1-12 “十点法”采样示意图

（五）评估结果与记录

通过上述评估，可对伤口当前状况和预后做出判断。如急性期红色浅层伤口，如果各项营养评估指标均正常，伤口培养无菌生长或无致病菌生长，那么可以判断其愈合时间为7~10天。如果是混合型全层伤口，伤口培养为二重感染或多重感染，即使营养指标正常，至少也需2~3个月才能以瘢痕方式愈合。如果营养指标均提示有营养不良，则愈合时间一般大于4个月，甚至可迁延不愈半年以上，有的可激发全身病情加重、营养衰竭、皮肤衰竭导致死亡。

1. 一般性描述与记录：伤口的部位、性状、颜色、范围及深度，如骶尾部（部位）、不规则形、黑黄红混合型伤口、范围5 cm × 6 cm × 1.5 cm。

2. 钟表式描述及记录：除了一般性描述外，重点描述伤口的特征，特别适用于有窦道和腔洞的伤口，如把伤口作为一个钟表面，将头端方向的伤口顶点设定为12点钟，相反方向的顶点为6点钟，连接两点水平平分连接线的顶点分别为3点钟和9点钟，示意图如图1-13所示。

如图1-1和图1-2所示为骶尾部的一个压疮伤口，1点钟至2点钟之间有0.5 cm × 0.5 cm（宽、

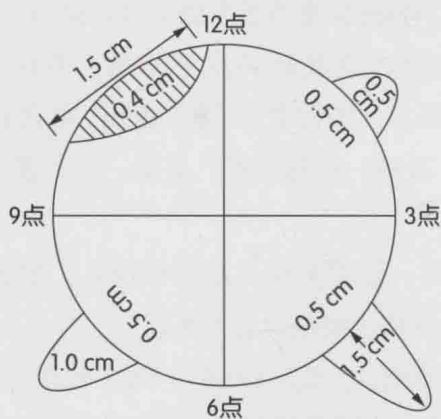


图 1-13 钟表式描述伤口示意图



深度)的较小窦道,4点钟至5点钟之间有 $0.5\text{ cm} \times 1.5\text{ cm}$ 的较深窦道,7点钟至8点钟之间有 $0.5\text{ cm} \times 1.0\text{ cm}$ 的窦道,9点钟至12点钟之间有 $1.5\text{ cm} \times 0.4\text{ cm}$ 的片状黑痂。其余创面呈红黄相间,有恶臭,伤口总面积及深度约 $10\text{ cm} \times 12\text{ cm} \times 1.8\text{ cm}$,尾骨外露,肌筋膜及肌肉坏死呈暗紫色。采用此法可将伤口的特征很形象、客观的描述清楚。

3. 伤口渗出液的描述:性状(血性、浆液性、脓性),颜色(黑色、红色、淡红色、淡黄色、黄色、黄绿色、绿色等),气味(腥臭、恶臭、腐臭),量(少量、中量、大量):24小时伤口渗出液量小于 5 ml 为少量, $5 \sim 10\text{ ml}$ 为中量,大于 10 ml 为大量。

(六) 评估分类标准

1. 按伤口外观颜色评估分类:1991年Christensen提出根据伤口颜色将伤口分为红色、黄色、黑色和混合型4类,其评估标准分别为:

(1) 红色肉芽肿:指治疗过程中处炎症期或增生期的伤口,外观有红色新鲜肉芽,边缘整齐。

(2) 黄色肉芽肿:指伤口出现坏死残留物,如皮下脂肪液产生渗出液、因感染而产生脓性分泌物等,伤口基底呈黄色。

(3) 黑色伤口:指伤口覆盖有焦痂或无血管组织的坏死组织。

(4) 混合伤口:①黑黄色混合伤口,指伤口基底既有坏死黑痂,又有黄色分泌物和坏死残留物的伤口。②红黄色混合伤口,指伤口基底既有黄色分泌物和坏死残留物,又有散在红色肉芽岛的伤口。此评估标准直观,可操作性强,简便易学,适用于各种伤口。1995年以来,我们将此评估方法用于压疮、糖尿病足溃疡、药物性溃疡、浅表烫伤、放射性皮肤损伤等伤口的评估中,便于分类处理,对伤口护理的临床实践有积极的指导意义。

2. 按伤口深度评估分类:这也是一种较为常用的伤口评估方法,特别受到医师及危重、急症监护护士的欢迎。此方法依据皮肤的构造和损伤的皮层,将伤口分为两类:浅层伤口(又称部分厚度伤口)和全层伤口(又称全厚度伤口)。

(1) 浅层伤口:指不波及皮肤全层,有残存毛囊的伤口,如 $\text{I}^\circ \sim \text{浅II}^\circ$ 的烫伤/烧伤/电弧伤/放射性损伤, $\text{I}^\circ \sim \text{II}^\circ$ 压疮,Wagner I级足溃疡(浅表溃疡)。

(2) 全层伤口:指从真皮层一直蔓延到皮下脂肪,有时深及筋膜和肌肉,甚至侵犯肌腱和骨骼,伤口深度至少 1 cm 以上,如深 $\text{II}^\circ \sim \text{III}^\circ$ 烫伤/电击伤/化学烧伤, $\text{III}^\circ \sim \text{IV}^\circ$ 压疮,Wagner II~V级糖尿病足溃疡(II级:深部溃疡;III级:深部溃疡伴脓肿形成或感染;IV级:部分足坏疽;V级:全足坏疽)。

3. 按伤口发展阶段评估分类:随着对伤口研究的深入,发现有些伤口有明确的发展阶段,Joseph与1960年提出用6个阶段评估压疮伤口更为客观。

(1) 第一阶段:相当于 I° 压疮,于受压后 $48 \sim 72$ 小时表皮发红,水肿,局部皮肤温度升高,科形成水疱,看似浅 II° 烫伤,但真皮层完整无损,因此认为此阶段的损害是可逆的。