

## 伤口造口护理质量标准

### 第一节 结构质量标准

#### 一、制度与规范

##### (一) 组织管理

目前我国伤口造口失禁护理专科门诊工作开展模式大致分为三种：病房门诊一体化、门诊和住院部归属不同部门、多学科合作的伤口造口失禁护理中心，以伤口治疗中心 / 伤口护理门诊 / 换药室多见；住院部工作多以伤口小组 / 压疮小组的管理模式运作。

门诊和住院部伤口造口专科护士以专职或者兼职的形式服务全院病区，部分医院门诊专科护士承担压力性损伤 / 压疮质量管理工作，共同组成医院伤口造口护理专业组。

##### 1. 组织体系构建

具备三级护理管理组织体系。

(1) 伤口造口护理专业组在护理部的管理和指导下开展工作。专业组可下设继续教育小组、质量控制小组、科研管理小组等，各小组内设置组长、副组长、组员，各司其职。

(2) 组织管理架构详见图 9-1。

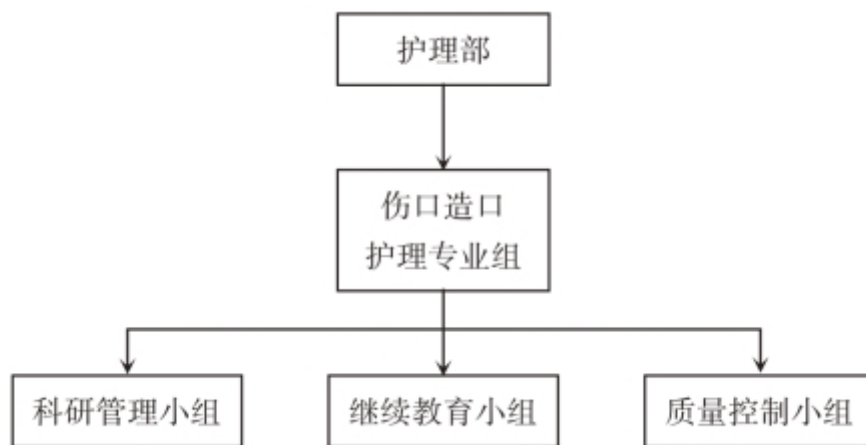


图 9-1 伤口造口护理专业组管理架构

##### 2. 工作职责

(1) 在护理部的领导下进行管理工作，做好全院压力性损伤预防、伤口、造口、失禁等的评估、指导、督导工作。

(2) 督促所负责病区护理人员认真执行各项压力性损伤护理措施,防止护理因素导致的压力性损伤发生,负责本病区压力性损伤的监控与记录。

(3) 负责院内各病区的压力性损伤访问及指导疑难伤口的处理。

(4) 科室上报压力性损伤后,压力性损伤管理小组在 24h 内查看患者,本着实事求是的原则,确认是否为难免压力性损伤,并提出进一步的防治措施。

(5) 对高危科室压力性损伤联络护士进行相关知识培训,积极推广已得到证实的压力性损伤预防及护理方法。

(6) 收集所负责病区有关压力性损伤护理方面的问题及信息。及时向压力性损伤联络护士反馈问题。

(7) 具体岗位说明详见表 9-1。

表 9-1 伤口造口护理专业组岗位说明

岗位名称	岗位职数	任职资格	工作权限	岗位职责
专科组长	1	学历:本科及以上 职称:副主任护师及以上 工作年限:相关科室 20 年以上、专科 8 年及以上	工作范围:医院 直接上级:护理部 直接下级:专科副组长	1.对患者进行全面、准确评估,启动有效决策,负责指导专科急危重症患者的护理计划实施;承担患者健康教育、伤口治疗;为患者提供专业领域的信息和建议。 2.承担全院新护士、专科护士、进修护士、实习生培训;举办专科培训、继续教育等学术活动。 3.承担专科领域科研任务。 4.修订专科护理质量评价标准;开展专科质量控制和持续质量改进工作;组织开展专科护理不良事件分析
专科副组长	1	学历:本科及以上 职称:主管护师及以上 工作年限:相关科室 15 年以上、专科 5 年及以上	工作范围:医院 直接上级:专科组长 直接下级:各分组组长	协助专科组长开展工作
秘书	1	学历:本科及以上 职称:护师及以上 工作年限:相关科室 5 年以上、专科 3 年及以上	工作范围:医院 直接上级:专科副组长	协助专科组长、副组长开展工作
治疗组组长	1	学历:本科及以上 职称:护师及以上 工作年限:相关科室 5 年以上、专科 3 年及以上	工作范围:医院 直接上级:专科副组长 直接下级:治疗护士	1.门诊坐诊。 2.院内护理会诊

续表 9-1

岗位名称	岗位职数	任职资格	工作权限	岗位职责
联络组组长	若干	各临床科室护士长	工作范围:本科室 直接上级:专科组长 直接下级:联络护士	科室压力性损伤管理
治疗护士	10	学历:本科及以上 职称:护师及以上 专科工作年限:3年及以上	工作范围:医院 直接上级:治疗组长	协助治疗组长开展工作
联络护士	若干	各科室压力性损伤联络员	工作范围:本科室 直接上级:联络组长	协助联络组长开展工作

## (二) 管理制度

### 1. 伤口治疗中心 / 伤口护理门诊 / 换药室工作制度

- (1) 严格遵守医院及门诊的各项规章制度，坚守工作岗位。
- (2) 热情接待就诊患者，耐心做好解释和宣传工作。
- (3) 保持环境清洁、整齐、安静，确保就诊有序。
- (4) 做好门诊患者的档案管理，注意保护患者隐私。
- (5) 备齐常用器械、物品、药品，并保持应急备用状态。
- (6) 各类物品归类放置，标签清晰，无菌物品、器械确保在有效期内，由专人负责，定期检查，及时补充。
- (7) 严格按操作规程和无菌原则进行各项治疗，防止交叉感染。
- (8) 严格执行查对制度，做好治疗登记，严防差错事故发生。
- (9) 认真填写门诊日志，建立账目，做好物品的登记、清点及交接工作。
- (10) 严格按规范处置医疗废弃物。

### 2. 伤口造口失禁护理专科护士准入制度

- (1) 掌握伤口治疗中心 / 伤口护理门诊工作制度及工作职责，掌握各种仪器及设备的放置、使用和保养方法，掌握常见伤口护理技能。
- (2) 掌握基础护理学知识，熟悉内外科系统中与伤口造口相关的常见疾病临床表现，主要护理问题和相关护理措施，熟悉整体护理和护理程序理论。
- (3) 经过院内重点科室轮转，能够正确、迅速、安全有效地从事各项护理工作，具有分析、判断、处理伤口造口相关常见问题的能力。
- (4) 具有较强的团队协作精神，能与相关科室工作人员同心协力。
- (5) 熟悉各伤口敷料性能、作用、正确的操作方法，使用后的效果评价。

(6) 掌握压力性损伤（压力性溃疡 / 压疮 / 褥疮）、糖尿病足溃疡、静脉溃疡、烧烫伤、皮肤外伤等急慢性、复合伤的处理等专科处理技能。

(7) 每年获得规定的专业继续教育学分。

(8) 以科室核心组为领导，由具有资质的伤口 / 造口治疗师制定伤口护理专业护士培训制度，确定培训计划、内容、方式、学时数，并组织实施。

(9) 由核心组成员进行相关理论、专业技术考核，成绩合格者方可独立从事伤口治疗中心 / 伤口护理门诊专业护士工作。

(10) 遵照执行主管卫生行政部门的相关规定。

### 3. 首诊负责制度

(1) 负责接诊患者的整体评估、伤口评估、问题分析和伤口处理、敷料选择、预约复诊和愈合后随访，并做好随访记录。

(2) 发现疑难复杂伤口及时协助多科联合会诊处理。

(3) 健康指导：初诊和治疗过程中针对患者问题进行个体化健康指导并解答患者及其家属的问题，及时完成健康教育记录单，并定期反馈效果。

(4) 记录伤口 / 造口评估和处理，负责每周质量检查记录一次，患者治疗结束后 3d 内及时将伤口记录整理后存档。

### 4. 护理会诊制度

(1) 会诊范围：全院病区。

(2) 会诊内容：各类复杂伤口的伤情判断和处理指导（压力性损伤、难愈伤口、术后感染伤口等）、压力性损伤预防指导。

(3) 会诊人员：伤口 / 造口治疗师。

(4) 会诊形式：由病区主管医生提交会诊申请（详见表 9-2），卧床患者由专科护士携带会诊箱到床边会诊，可行走患者由主管医生陪同携带病历到伤口治疗中心 / 伤口护理门诊会诊。

表 9-2 伤口治疗中心护理会诊申请单

伤口治疗中心护理会诊申请单					
科室:	床号:	姓名:	性别:	年龄:	住院号:
会诊类型:			<input type="checkbox"/> 紧急会诊	<input type="checkbox"/> 普通会诊	
临床诊断:					
会诊目的:					
申请医师:					
申请时间:		年	月	日	
会诊意见:					
会诊人员:					
会诊时间:		年	月	日	

### (5) 会诊等级

1) 紧急会诊: 将影响患者生命安全 / 病情 / 生活质量的急性伤口 / 造口问题, 病区提出紧急会诊申请, 伤口治疗中心将在 30min 派出专业人员到床边会诊。

2) 普通会诊: 不影响患者生命安全或病情的急慢性伤口, 病区提出普通会诊, 伤口治疗中心将在 24h 内派出专业人员会诊。

### 5. 消毒隔离制度

(1) 医务人员进入室内应衣帽整洁, 严格执行消毒灭菌原则和无菌技术操作规程, 非工作人员禁止入内。

(2) 室内布局合理, 清洁区, 污染区分区明确, 标识清楚。

(3) 换药用品均保持无菌, 并保证在有效日期内使用, 做到一人一用。

(4) 碘伏、酒精等应密闭保存, 每周更换。无菌溶液 (生理盐水) 及置于无菌储物槽中的灭菌物品 (棉球、纱布、棉签等) 一经打开, 使用时间不得超过 4h。

(5) 换药操作应按清洁伤口、感染伤口、隔离伤口依次进行; 特殊感染伤口如炭疽、气性坏疽、破伤风等应就地 (诊室或病室) 严格隔离。敷料应放入黄色防渗透的医疗废弃物袋内, 并贴有特殊感染标识, 由专人收集处理。

(6) 落实每日清洁的消毒制度, 地面湿式清扫, 抹布、拖把等卫生用具专用, 室内环境应达到“III类卫生环境”标准。

### 6. 伤口造口护理专业组业务范围

(1) 各类急慢性伤口

1) 慢性顽固性伤口：各种难愈伤口，包括糖尿病足溃疡，下肢静脉性溃疡，3、4期压力性损伤等。

2) 皮肤缺损：包括各种外伤性及医源性皮肤缺损，如大面积皮肤撕脱伤、烧烫伤、擦伤、刀砍伤、巨大皮肤肿物切除术后等。

3) 术后伤口及各类感染性伤口：蜂窝组织炎、疔、坏死性筋膜炎、手术后切口感染不愈、创面脓毒症等。

4) 其他伤口：癌性伤口、鼻咽瘘、肠瘘等。

## (2) 造口

1) 胃造口、肠造口、泌尿造口护理，造口及其周围皮肤相关并发症（造口旁疝、出血、皮肤黏膜分离、粪水性 / 刺激性皮炎、增生、肉芽肿等）的专业处理。

2) 造口患者及其家属的教育指导，定期随访。

3) 造口用品的选择与维护。

(3) 大小便失禁及相关皮肤问题处理。

(4) 留置管道的处理及穿刺口处理。

(5) 膀胱造瘘管、腹腔引流管、胆道引流管的处理及维护。

## 二、人力资源

### (一) 人员配置

#### 1. 素质要求建议

(1) 热爱护理工作，有较强的责任心，有组织、沟通能力，具备良好的职业道德素养。

(2) 学历：大专及以上。

(3) 职称：护师及以上。

(4) 工作年限：3年及以上。

(5) 伤口 / 造口相关外科科室工作经历：3年及以上。

(6) 具备伤口造口护理专科护士资质。

#### 2. 人员编配原则

各级医院按照实际情况，依据医院性质、规模、伤口治疗中心 / 门诊运作模式等条件，遵从功能需要、以人为本、能级对应、结构合理、动态调整的原则。

## （二）人员培训

### 1. 理论培训要求

（1）皮肤结构与皮肤护理：掌握皮肤的结构和功能，熟悉慢性伤口皮肤的典型变化以及皮肤护理、伤口边缘护理的重要性，最终能够使伤口治疗成功。

（2）伤口管理与交流：掌握交流的技巧及步骤，最终能够与患者、工作团体进行有效的交流，促进和谐团队建设。

（3）伤口类型和伤口愈合：掌握伤口的分类、慢性伤口的特点以及影响伤口愈合紊乱的各种原因，最终能够根据伤口类型选择最佳的治疗方案。

（4）伤口评估和伤口记录：掌握伤口评估的内容及要点，了解与伤口记录相关的内容以及记录形式，最终能够在记录文件中使用正确的术语并对伤口既往病史进行归档。

（5）卫生与敷料更换：了解典型的感染源和感染环节，能够在住院患者与门诊患者更换敷料时执行卫生指南，并且能够专业地进行标本采集，在进行检查时为鉴别细菌提供帮助。

（6）临床营养支持与伤口愈合：了解各营养素及营养支持治疗对伤口愈合的影响，能够基于患者情况合理地选择最佳的营养支持方案，能够选择正确的输入途径并且根据动态监测结果有序地加以调整。

（7）疼痛：掌握疼痛评估的方法与技巧、WHO 疼痛三阶梯药物治疗及 5 项原则，在更换敷料期间避免引起患者的疼痛，达到减轻患者疼痛，提高舒适度的目的。

（8）压力性损伤与预防：掌握欧洲压力性溃疡咨询小组（European Pressure Ulcer Advisory Panel, EPUAP）/ 美国压力性溃疡咨询小组（National Pressure Ulcer Advisory Panel, NPUAP）分级体系，能够在临床实践中执行包括全身性评估在内的风险性评估（风险量表），最终能够专业地应用减压措施以及进一步的预防措施，并为患者制订进一步的身体活动计划。

（9）敷料的选用与治疗：了解常用消毒剂的作用原理、适应证及清创术的操作，掌握各阶段伤口治疗的原则及伤口治疗常用技巧。最终能够依据患者的伤口状况和生活状况使用敷料，并在经济方面进行控制。

(10) 糖尿病足综合征 (Diabetic Foot Syndrome, DFS) : 了解糖尿病足综合征的原因、表现以及后果, 掌握 Wagner 分级方法及基本的糖尿病足综合征诊断措施, 掌握防治及护理要点, 最终能够采用专业的方法选择减压措施以及进一步的预防措施, 并对患者的足部护理、足部检查、足部包扎以及鞋袜穿着提出建议。

(11) 下肢静脉溃疡的预防及压力治疗: 了解血管性下肢溃疡的原因、表现以及预后, 掌握严重性分级及基本的诊断措施, 掌握各种加压技术和加压系统, 掌握预防腿部溃疡的特殊措施。

(12) 与伤口治疗有关的法律问题: 熟悉与伤口护理相关的法律规定, 并在法律界定的范围内给患者予以伤口护理, 保证治疗安全, 降低医疗风险。

师资要求: 具有丰富的临床经验, 热心教育, 能够对伤口造口学科发展提出建设性意见, 富于创新精神, 并具有较高科研水平的临床医疗高级职称、国际认证的造口治疗师 / 伤口治疗师、本科学历及以上的护士长都是培训教师的主要选择。

## 2. 实践培训要求

在完成理论课程的基础上, 需制订详细的轮转计划, 循序渐进地培训。

(1) 熟悉工作环境, 了解伤口、造口处理流程, 学会网上检索相关资料。

(2) 熟悉伤口、造口处理流程及各种敷料的作用、适应证, 掌握典型个案病例的资料收集方法。

(3) 准确进行压力性损伤分期和选择敷料与处理方法, 完成一篇拓展性读书报告。

(4) 独立处理简单伤口或造口, 完成个案护理报告。

(5) 在指导教师带教下处理复杂伤口、造口操作考核。内容涉及湿性愈合理念、换药流程、无菌技术、伤口评估、敷料选择、伤口包扎、拆线方法, 以及下肢溃疡、糖尿病足、恶性肿瘤伤口等慢性伤口的基本护理方法, 常见造口并发症的护理, 造口患者的健康教育等。

按培训计划和护士学习进展情况, 结合病例提出问题, 让护士进行资料查询和检索, 完成相关作业内容, 并通过小组讨论、分享、带教点评来补充加深理解和记忆, 对特殊伤口与疑难病例采取疑难病例讨论模式。



### 三、环境

#### （一）环境布局

伤口治疗中心 / 伤口护理门诊 / 换药室的布局应当便于患者换药，减少污染概率，减少人员及已发出的物品进入清洁区。

门诊换药就诊的患者多，流动性大，各种伤口患者均有，其中开放性伤口为医院感染的易感者，为防止交叉感染，伤口中心 / 换药室布局必须合理，区分清楚。要求宽敞明亮，光线充足，温湿度适宜，设有无菌伤口换药间和感染伤口换药间，有完善的卫生及消毒设施，如空气消毒机和污水排放设施等。具体分为无菌区、清洁区、污染区。

#### （二）环境管理标准

1. 进入换药室的人员均须戴口罩、帽子。

2. 换药室放置物品的柜子表面、换药车每日用消毒湿巾擦拭。上、下午由保洁人员打扫地面和桌面、窗台、门框、治疗床等，要求每日上下班前用消毒液清理地面。

3. 时刻保持换药室通风换气，定期消毒空气，每日 2~3 次：早晨 8:00、中午 12:00 和下午 17:00，使用等离子空气消毒或紫外线照射消毒，每次持续 0.5~1h。

4. 换药前 30min 停止清洁工作。

5. 加强换药室人员的管理，控制换药人数，减少医疗区域人员密度，每次换药只允许 1 名患者进入，小儿可由 1~2 名家属陪护，以降低交叉感染的发生率。

6. 设立独立的更衣室和流水洗手台。严格控制人员出入，凡进入换药室的人员均要进行彻底严格的手卫生。

7. 备有专用换药车，污物垃圾桶（桶内置一次性塑料袋）2 个（医用垃圾、生活垃圾桶），换下的脏敷料由专人定时清理。

#### （三）环境监测标准

定期对换药室空气、物表、手卫生、无菌物品、消毒液等进行细菌监测，确保微生物污染指标符合感控管理要求。

### 四、仪器与设备

伤口治疗中心 / 伤口护理门诊 / 换药室的仪器和设备因医院规模和业务各异，大致分为五类：

1. 办公设备

电脑、打印机、电话等。

2. 消毒净化类

等离子空气消毒机、紫外线空气消毒机、床单元臭氧消毒机等。

3. 创面评估类

相机、创面评估扫描仪等。

4. 清创类

超声清创机、水刀系统、伤口负压吸引仪等仪器。

5. 创面治疗类

红蓝光治疗仪、威伐光治疗仪、中频电疗仪等光电子治疗设备，瘢痕治疗仪等。

具体管理要求参见第二章第四节相关内容。

## 五、物品管理

### （一）器械

1. 一次性使用无菌医疗用品应存放于阴凉干燥、通风良好的置物架上，距地面 20~25cm，距天花板 $\geq$ 50cm，距墙壁 $\geq$ 5cm。

2. 无菌物品、换药包、切开包、缝合包、拆线包等，按失效日期先后顺序摆放，禁止与其他物品混放。

3. 一次性使用无菌棉球、无菌敷料推荐采用小包装。

4. 用后的锐利器械如针头、刀片均放入锐器盒中，集中销毁。

5. 未使用的物品如换药包、切开包等应固定存放于清洁区专用柜内，并注明灭菌时间，随时保持消毒物品的无菌存放，使用和发放必须由专人负责。

6. 科室所用医疗器械、医疗用品全部集中于消毒供应中心清洗、消毒、灭菌处理。

### （二）耗材

1. 科室储备一周用的物品基数，每日用后由白班护士清点，并及时向库房请领、补齐，做好出入库记录。

2. 每月定期清点物资 1~2 次。耗材库备最低储备量，达到预警及时领取、补充。消耗大的耗材预警值设为不低于 50% 的最低储备量，消耗少的耗材预警值设置不低于 30% 的最低储备量。

3. 每次入库时及时登记耗材有效期，对半年内即将过期的物品做出标识，避免使用过期物品。

### （三）敷料

1. 敷料须提前一周由科室向设备科提交申请计划，设备科办理进货。

2. 一般敷料与科室负责人沟通协调，额定每月安全库存量，每周盘点现库存量，预警值设为不低于 20% 的安全库存量，及时做出领用计划；月底进行盘点核查。

3. 消耗少的高值敷料，与设备科沟通协商后，采取急用急购的方式。

4. 根据医院实际情况，及时做好当月高值敷料实际使用登记，在不影响使用的情况下，尽量减少库存量，节约支出，减少敷料积压。

## 六、感染控制管理

### （一）伤口造口治疗中心的感控管理

与病区管理一致，详见第二章第四节相关内容。

### （二）传染病的消毒隔离

适用接触隔离、飞沫隔离、空气隔离和保护性隔离标准操作规程，具体参见第二章第四节相关内容。

### （三）医疗废物的管理

#### 1. 垃圾分类放置管理

（1）凡是接触患者皮肤、伤口及体液的一次性用物（一次性中单、尿垫、敷料、棉签、手套、引流管及袋、造口底盘及造口袋、注射器等）均属于医疗垃圾，必须放置于医疗垃圾桶内。凡是未接触患者皮肤、伤口及体液的一次性用物（药盒、包装袋等）属于生活垃圾，放置于生活垃圾桶内。医疗废物如一次性手套、一次性治疗巾、一次性导尿管等与生活垃圾不可混放。

（2）特殊感染伤口的敷料应当放置在双层黄色垃圾袋内，鹅颈式结扎封闭，贴上专用标识，送医院医疗垃圾集中存放点，由专门机构焚烧处理。

（3）其他相关内容详见第二章第四节。

## 2. 回收物品预处理

所有须回收的伤口处理用品必须进行预处理：用纱布擦拭干净剪刀、镊子、弯盘和血管钳上的血迹、分泌物，放入专用箱后由专人回收交消毒供应中心。

其他相关内容详见第二章第四节。

## 第二节 过程质量标准

### 一、安全管理

#### （一）防范与减少压力性损伤发生

##### 1. 建立压力性损伤风险评估与报告制度和程序

（1）压力性损伤风险评估：在入院 8h 内，对所有入院患者需进行 Braden 风险评估，根据分级进行动态评估。

（2）压力性损伤上报制度和程序：一旦科室发生压力性损伤，要逐一上报护理部。轻、中度风险向护士长报告，高度风险向护理部上报。

##### 2. 认真实施有效的压力性损伤防范制度与措施。

（1）制定明确的压力性损伤预防措施：针对不同程度的压力性损伤风险，制定相应的预防措施，包括体位转换、减少摩擦力和剪切力、压力减缓用具的使用、皮肤护理、营养支持、健康宣教等。对高危患者实行重点预防。

（2）压力性损伤预防措施的落实：病区或科内组织护理查房，必要时请专科小组到床边指导，制定个体化的预防措施并实施。

##### 3. 有压力性损伤诊疗与护理规范实施措施

（1）压力性损伤监控与管理制度的建立：有完善的压力性损伤上报、会诊、处理制度，压力性损伤预防与治疗效果的跟踪。

（2）建立与落实压力性损伤会诊制度。

（3）伤口疑难病例会诊：压力性损伤上报患者，必要时专科护士到床边指导，制定个体化的预防和治疗措施，同时对疑难病例护理部组织讨论，提出建设性意见。

（4）难免压力性损伤定性会诊：皮肤高危患者发生院内压力性损伤时，应组织会诊，对其压力性损伤发生进行定性，讨论并最终确定为难免压力性损伤或可避免压力性损伤。

(5) 按照伤口处理原则处理压力性损伤，并规范记录。1、2 期压力性损伤由临床护士在上级会诊护师的指导下处理，3 期及以上的压力性损伤由会诊成员跟踪处理，必要时联系整形科、烧伤科医师会诊，进行手术治疗。

#### (二) 降低伤口感染的发生率

1. 在进行换药过程中严格遵循无菌操作规范，确保临床操作的安全性。
2. 进行有创操作时，环境消毒应当遵循医院感染控制的基本要求。
3. 使用合格的消毒用品及伤口敷料。
4. 根据伤口评估情况，正确应用伤口敷料。
5. 根据伤口渗液情况，掌握伤口敷料更换的频率。

#### (三) 提高清创的效果与安全性

1. 全面评估患者全身及局部情况，选用正确的清创方法，掌握清创的时机。
2. 注意保护肌腱、血管、神经等重要组织。
3. 掌握清创的适应证。
4. 清创过程如出现出血应及时给予处理，必要时请医生协诊。

#### (四) 预防医源性皮肤损伤的发生

1. 掌握胶带的粘贴与移除技巧。
2. 正确使用热水袋。
3. 加强输液患者的管理，预防渗漏；出现局部组织损伤或坏死应及时请伤口小组成员会诊处理，并做好上报。

4. 安全使用电极，电极潮湿后及时更换。
5. 正确使用各种消毒溶液，预防高浓度溶液的化学性皮肤损伤。
6. 正确使用便盆，避免因使用不当造成患者皮肤损伤。
7. 备皮过程中注意保护皮肤，以免术野皮肤损伤。

#### (五) 提高伤口敷料应用的准确性与安全性

1. 正确进行伤口评估。
2. 掌握敷料的特性，根据伤口情况选用合适的敷料。如感染伤口不能使用密闭性敷料（如透明敷料、水胶体片状敷料等）。

#### (六) 避免或减少失禁患者皮肤损伤

1. 保持皮肤清洁，使用温和的清洗液清洁皮肤，保护皮肤表面的弱酸性环境以保持皮肤的保护功能。

2. 根据患者失禁和皮肤的具体情况选用恰当的皮肤保护方法

(1) 对于持续大便失禁患者，可使用肛管接床边尿袋等方法收集粪便。

(2) 肛周皮肤喷或涂上 1~2 层伤口保护膜或粘贴透明敷料，防止或减少大小便失禁对周围皮肤的浸渍。

(3) 当局部皮肤已发生皮炎或溃疡时，使用水胶体敷料。

(4) 非留置尿管的失禁患者可使用吸湿性用品如纸尿裤、尿片等，男性尿失禁者使用尿套来收集尿液；但避免使用不透气的尿片。

3. 避免因反复擦拭引起机械性皮肤损伤。

(七) 预防造口或造口周围皮肤并发症

1. 制定造口护理操作流程。

2. 加强培训，如造口袋的换袋技巧、造口用品的特性及使用方法、常见并发症的预防和处理等。

3. 正确评估造口情况及患者自我护理能力，为患者提供针对性的护理指导。

4. 根据造口及其周围情况选用恰当的造口用品，预防或减少粪水性皮炎的发生。

5. 撕除造口底盘时，注意皮肤的保护，避免引起周围皮肤的机械性损伤。

6. 指导患者及其家属掌握造口护理方法。

7. 做好造口患者的健康宣教和出院指导。

(八) 提高造口清洁灌肠的安全性

1. 制定造口清洁灌肠的操作流程。

2. 培训护士掌握清洁灌肠的操作技能及注意事项。

3. 操作者必须明确患者灌肠的目的。

4. 使用肛管或尿管进行灌肠，注意防止肠穿孔的发生。

## 二、技术标准

技术操作须由经国家认证和考核并接受过专业培训的、具备专科护士资质的伤口造口专科护士完成。标准中涉及的核心制度、手卫生制度及医疗废物处理同基础护理操作要求。

## (一) 伤口治疗技术

### 1. 伤口换药

伤口换药又称敷料更换,包括伤口评估、去除分泌物、清洁伤口和覆盖敷料。

#### (1) 目的

保持伤口清洁,预防和控制伤口感染,促进伤口愈合。

#### (2) 评估与准备

1) 评估:伤口评估是一个动态的监测过程,包括伤口局部评估和患者全身情况评估,具体内容详见表 9-3。

表 9-3 伤口评估及护理记录单

科室: 床号: 姓名: 性别: 男 女 年龄: 岁 住院号:

1. 伤口类型: <input type="checkbox"/> 压力性损伤 <input type="checkbox"/> 下肢血管性溃烂 <input type="checkbox"/> 糖尿病足 <input type="checkbox"/> 术后不愈 <input type="checkbox"/> 烧烫伤 <input type="checkbox"/> 其他			
2. 伤口时间:			
3. 评估日期/时间		伤口评估记录	
4. 伤口部位*			
5. 伤口损伤程度(分期)*			
6. 伤口大小(cm)*	长		
	宽		
	深		
	窦道方向		
	窦道深度		
	潜行方向		
	潜行深度		
7. 基底颜色(%) (RYB分类)	红色		
	黄色		
	黑色		
	混合型		
8. 伤口渗液 (Mulder标准)	色/质	血性	
		血清性	
		浆液性	
		脓性	
	量	无	
		少量	
		中量	
		大量	
9. 边缘及周围皮肤	正常		
	边缘内卷		
	色素沉着		
	皮炎/湿疹		
	红肿热痛		
	苍白		
		浸渍	
10. 伤口气味*			
11. 疼痛评分(VAS;0-10分)			
12. 影响伤口愈合因素*			
13. 处理方法*			
14. 健康宣教*			
15. 换药频率*			
16. 评估者签名			
17. 特殊情况说明			

备注: 填表说明

一、此表描述慢性伤口患者的伤口护理记录,需存入病历。

二、“\*”部分填写均用数字或符号代表，具体示意及描述如下：

(一) 伤口部位

1: 头部 2: 胸部 3: 腹部 4: 背部 5: 髌部 6: 骶部 7: 坐骨部 8: 臀部 9: 上肢 10: 下肢 11: 踝部 12: 足部 13: 其他

(二) 伤口损伤程度(分期)

1. 一般伤口(除 2、3、4): 1: 第一期伤口: 皮肤完整, 出现以指压不会变白的红斑印。2: 第二期伤口: 表皮或真皮部分损失, 尚未穿透真皮层, 伤口底部呈潮湿红润状, 疼痛, 无坏死组织, 出现表层的破皮, 水泡或有效浅坑。3: 第三期伤口: 表皮及真皮完全受损, 涉及皮下组织, 出现较深凹洞, 伤口基底无疼痛感。没有影响筋膜及肌肉层。可能有坏死组织、死腔、渗出液或感染。4: 第四期伤口: 广泛的破坏, 穿透皮下脂肪至筋膜、肌肉或骨头, 可能有坏死组织, 潜行深度、瘘管、渗出液或感染。伤口底部不痛。

2. 压力性损伤: 1: 1 期 2: 2 期 3: 3 期 4: 4 期 5: 深部组织损伤 6: 不可分期。3. 糖尿病足溃疡(Wagner 分级): 0: 0 级 1: 1 级 2: 2 级 3: 3 级 4: 4 级 5: 5 级。4. 下肢静脉性溃疡:(Widmer 分级): 1: I 级 2: II 级 3: III a 级 4: III b 级

(三) 伤口大小

1. 伤口大小描述: 长、宽、深(含窦道及潜行深度)只使用阿拉伯数字, 单位均为 cm; 深度为区间时, 使用“:”连接, 如: 2~3.5, 代表深度为 2cm~3.5cm;

2. 窦道、潜行及瘘管方向描述举例:

- (1) 窦道方向: 4, 代表 4 点方向的窦道;
- (2) 潜行方向: 6-9, 代表 6 点至 9 点方向有潜行;
- (3) 瘘管: 10, 代表 10 点方向有瘘管。

(四) 伤口渗液(对应项打“√”)

1. 色/质

- (1) 血性: 渗液通常为红色, 主要成分为红细胞, 含有血液的其他成分;
- (2) 血清性: 渗液清亮透明, 主要成分为血清, 含少量细胞;
- (3) 浆液性: 渗液为淡红色清亮液体, 主要成分为红细胞;



(4) 脓性：渗出液为黄绿色粘稠液体，主要成分为白细胞吞噬后的残留物及微生物。

## 2. 量

(1) 无渗出：24 小时更换的纱布干燥；

(2) 少量渗出：指渗出量少于 5ml / 24h；

(3) 中等渗出：指渗出量在 5mL / 24h~10mL / 24h，每天至少需要一块纱布，但不超过三块；

(4) 大量渗出：指渗出量超过 10mL / 24h，每天需要三块或更多纱布。

## (五) 伤口气味

0：一进屋 / 病房 / 诊室就能闻到 1：进入屋内就能闻到 2：与患者一个手臂距离能闻到 3：敷料存在时可闻到 4：移除敷料后可闻到 5：无气味

## (六) 影响伤口愈合的因素

1：压力剪切力 2：糖尿病 3：动脉性 4：静脉性 5：营养不良 6：药物 7：放疗 8：吸烟 9：肿瘤 10：外伤 11：结核 12：手术（感染 / 脂肪液化 / 皮瓣坏死 / 异物反应） 13：高龄 14：其他

## (七) 处理方法

1：清洗消毒 2：清除坏死组织 3：保守锐性清创 4：止血 5：渗液管理 6：加压 7：包扎 8：拆线 9：缝合 10：给予引流

## (八) 健康宣教

1：减压措施 2：翻身 / 小时（个性化） 3：皮肤护理 4：避免物理刺激 5：营养支持 6：综合治疗 7：其他

## (九) 换药频率

1：1 天 1 次； 2：1 天 2 次； 3：1 天 3 次； 4：隔日 1 次； 5：每周 2 次； 6：每周 1 次

## (十) 特殊情况

记录伤口、其他变化及清创后有无不良反应（如：清创过程是否顺利，有无出血，生命体征是否平稳等）。

2) 用物准备：换药车上层置一次性换药包（止血钳或镊子 2 把、无菌换药碗 2 个、棉球数个、纱布 2

块)、无菌剪刀、敷料、0.9%氯化钠溶液、0.5%碘伏、清洁弯盘、3%双氧水、清洁手套、一次性无菌手套、一次性治疗巾或中单、绷带、胶布、速干手消毒剂、剪刀、直尺和相机,必要时备冲洗用注射器。换药车下层备有生活垃圾桶、医疗废物桶和锐器盒。

### (3) 操作要点

标准化伤口处理流程详见图 9-2。

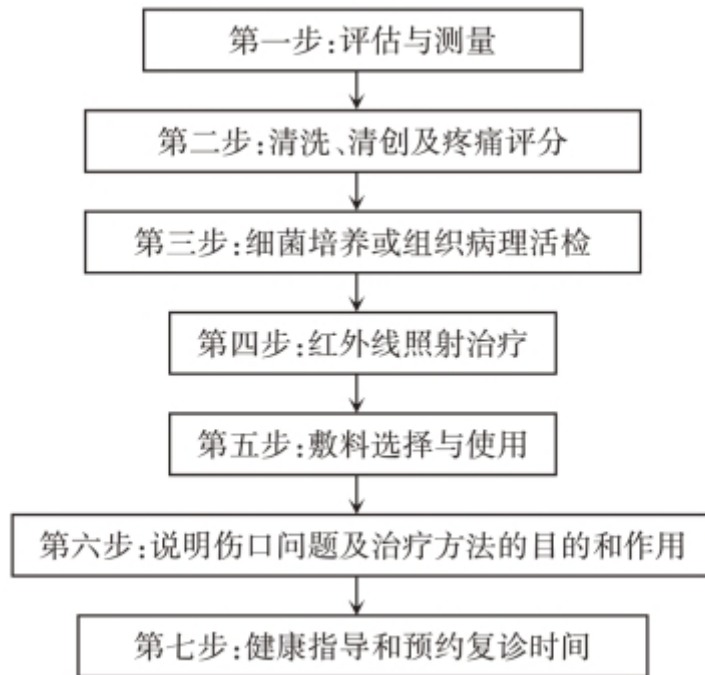


图 9-2 标准化伤口处理流程

1) 换药前:换药室环境应清洁、宽敞,温湿度适宜,光线充足,注意保护患者隐私。确定换药的时间、所需溶液、药物及敷料等。向患者解释目的及过程,取得其配合;协助患者摆放舒适、便于换药的体位。初步检查并评估伤口,评估所需敷料种类、大小与数量。

2) 换药时:①暴露伤口,将治疗巾置于伤口部位之下。②将弯盘放于患者近治疗部位。③洗手,戴清洁手套,一手固定皮肤,一手轻撕下胶布(必要时用酒精去除胶布痕迹),将胶布丢入医疗废物桶。④揭下伤口敷料的最外层,脱下手套时将敷料包裹在手套内一并丢入医疗废物桶。期间应观察伤口渗液的性状、量及气味,如外层敷料粘连皮肤较紧,可使用 0.9%氯化钠溶液湿润后再移除。⑤洗手,打开换药包,戴一次性无菌手套,取出一把止血钳或镊子,分别夹取棉球

若干置于两个换药碗内，倒入适量 0.9%氯化钠溶液和碘伏。⑥手持止血钳或镊子揭去伤口内层敷料。⑦

观察患者伤口及周围皮肤，包括伤口的位置、大小、气味、渗液，有无潜行、窦道或瘘管，周围皮肤有无浸渍及颜色异常等。⑧使用清洁的止血钳或镊子夹取浸有碘伏的棉球，从伤口外向中间环形擦拭伤口周围皮肤，擦拭范围包括伤口及周围 5cm 的皮肤，一个棉球只能使用 1 次，消毒次数根据伤口分泌物情况决定，保证至少消毒 2 次；最后用蘸有 0.9%氯化钠溶液的棉球清洁。应正确使用两把止血钳或镊子，不得交叉使用或互相触碰。⑨再次评估患者伤口，测量伤口大小，经患者同意后由助手留取影像资料。⑩必要时遵医嘱取患者伤口分泌物进行培养。用无菌干纱布擦干患者伤口，再用另一块无菌纱布擦干伤口周围皮肤。在伤口内放置所需填充的敷料后盖上外层敷料。自粘性敷料应用双手按压 2~3min 直至服贴，需用胶布或绷带固定非自粘性敷料时，胶布粘贴方向应与身体纵轴垂直。操作完毕后垃圾分类处理，未污染的敷料外包装袋放入生活垃圾桶，污染的医疗废弃物放入医疗废物桶。

3) 换药后：对患者进行健康教育，应包括但不限于以下内容。换药间隔及下次换药时间；伤口不能沾水，不能自行揭下敷料；敷料脱落应随时更换；当发生伤口出血、渗出多、红肿等情况时，应及时报告医务人员；应注意控制饮食，合理补充高蛋白饮食；按时用药，监测血糖及血压变化；减少患肢活动，必要时制动；应保持身体各部位清洁、干燥。填写伤口评估及护理记录单。

#### (4) 注意事项

1) 质量标准：①评估仔细、全面，描述正确。②用物准备齐全，无菌物品均在有效期内。③核对，仔细查看，全面了解病情。④严格三查七对，护患沟通良好，环境适宜。⑤患者体位舒适，操作台准备合理。⑥动作轻柔，方法正确，评估渗液与气味。⑦照片清晰，有测量尺寸。⑧无菌观念强，消毒顺序正确，未跨越无菌区域。⑨敷料选择合理，外敷料固定牢固、美观。⑩垃圾分类规范合理。⑪处理过程记录全面、真实，使用专业术语。⑫合理收费，无漏记、多记账。⑬宣教全面，患者接受良好。

2) 根据不同伤口类型确定消毒顺序。消毒及清洗伤口方法：

①清洁伤口：用消毒液消毒 2 遍伤口，方向是缝合伤口自上而下消毒，然后开始螺旋式向外消毒周围皮肤。

②污染伤口：先用消毒液消毒2遍伤口周围皮肤，方向是从伤口边缘螺旋向外消毒，生理盐水冲洗或擦拭伤口，再次消毒伤口周围皮肤（国际标准：用生理盐水或冲洗液清洗伤口及周围皮肤）。

③感染伤口：先用碘伏消毒2遍伤口周围皮肤，方向是从外向里螺旋消毒至伤口边缘。生理盐水冲洗或擦拭伤口及窦道、潜行，并清除坏死组织。再次消毒伤口周围皮肤（国际标准：用生理盐水或冲洗液清洗伤口及周围皮肤）。

### 3) 适应证及禁忌证

适应证：急性伤口、慢性伤口。

禁忌证：病情危重需随时抢救、生命体征不平稳的患者，如休克，防止因换药影响患者的抢救或者因疼痛加重病情；皮肤过敏或者合并其他皮肤科疾病者，建议皮肤科会诊后处理。

4) 如患者有多个伤口，切勿同时暴露，应依照先清洁、后感染的原则按顺序处理伤口。

5) 如伤口需要填塞，必须选用合适的敷料，敷料末段必须保留在伤口外，记录引流条数量。

6) 若伤口需要注洗，应由有经验的护士施行。选用合适的无菌注射器。注洗时力度适宜，避免过度冲击致伤口受损。注洗后必须将注洗液引出。

7) 护士在清创及处理伤口时必须遵循护理安全的原则。为了降低风险，严把质量关，在加强技术管理的基础上，注意完善各种治疗文书书写记录并制定伤口清创同意书。换药过程中涉及伤口清创情况时，局部麻醉、伤口切开及缝合由医师完成，伤口/造口专科护士在进行保守锐性清创（详见图9-3）时须签署《伤口清创术知情同意书》，详见表9-4。

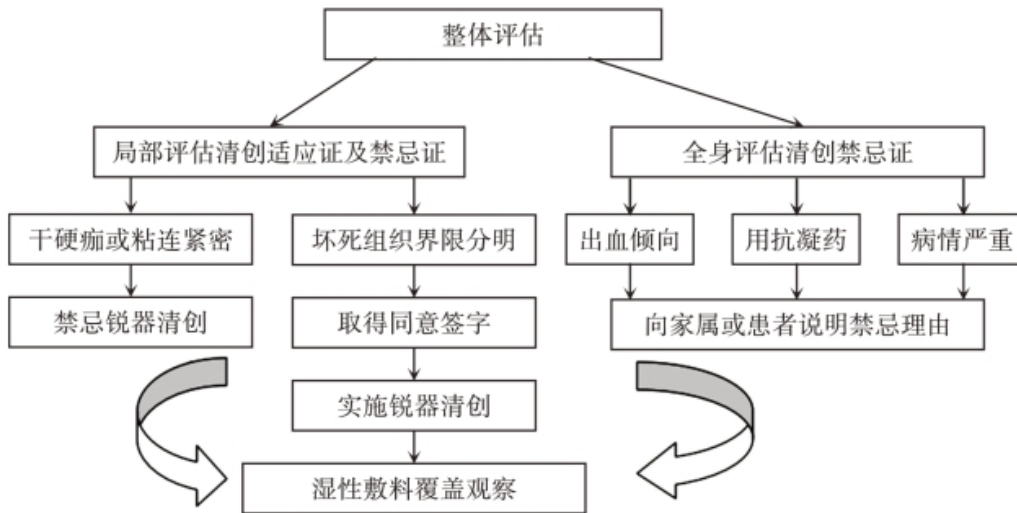


图 9-3 保守性锐器清创流程图

## 2. 伤口微生物培养

伤口疑似感染时，可以进行伤口的微生物培养。

### (1) 目的

确认伤口感染微生物类型，指导局部及全身抗感染治疗。

### (2) 评估与准备

1) 评估：伤口外观情况，如是否有红、肿、热、痛、脓性分泌物并伴有异味；伤口愈合时间，是否延迟愈合、久治不愈；伤口内是否有异物或者坏死组织残留较多。

2) 用物准备：治疗盘、无菌棉棒 / 棉球、无菌培养瓶 / 盒 / 试管、无菌换药包、生理盐水、消毒剂、无菌敷料、无菌手套、治疗巾。

### (3) 操作要点

1) 伤口清洁方法同伤口换药。

2) 戴无菌手套，用无菌棉棒 / 棉球以顺时针或者逆时针方向旋转，由伤口的一边至另一边，采用“十字法”或者“之字形”由上到下涂抹取样，部位不重复，使棉棒 / 棉球沾到伤口深部渗液，注意棉棒 / 棉球不可沾到伤口周围皮肤。

3) 将棉棒 / 棉球放置于无菌培养瓶 / 盒 / 试管内，不可触及容器外部，尽快送至微生物室进行培养。

### (4) 注意事项

1) 厌氧菌需要使用特殊培养试管，取样后的棉棒 / 棉球需要与底部的二氧化碳包或者氮气包接触。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。

如要下载或阅读全文，请访问：

<https://d.book118.com/328004017061006103>