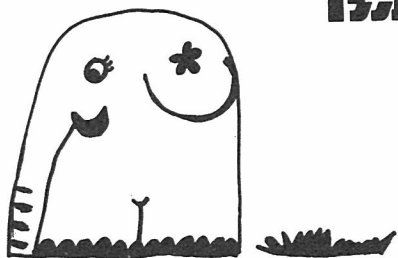


傷口護理

傷口護理

傷口護理



北醫附設醫院五樓護理長 楊勤榮

〈前言〉

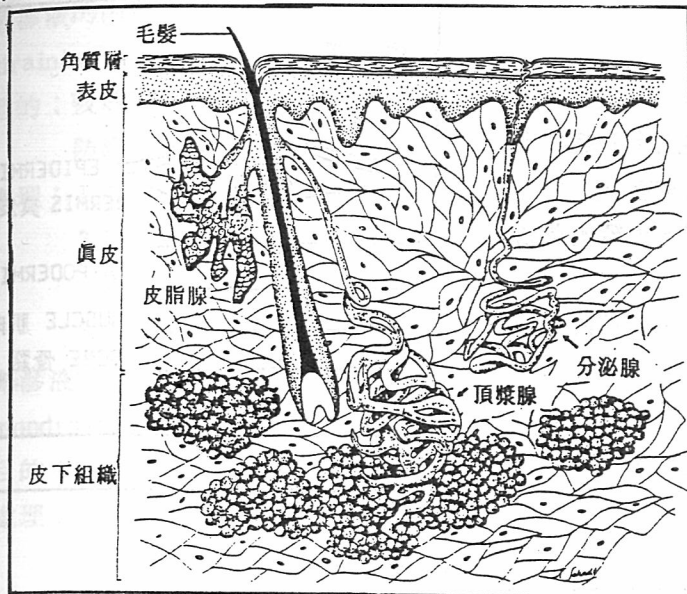
有人主張護理人員可以換藥，有人認為只有醫師才可以換藥，究竟誰最有資格替病人換藥呢？如果護理人員可以從事換藥工作，那麼護理人員是否真的具備了傷口評估處置的知識？為了解決這些疑惑，我設計了簡單的問卷，粗略測出護士、護生對傷口有關的知識、行為與態度，發現有83.3%以上的醫護人員曾做過傷口護理，而護理人員有88.9%曾照顧過褥瘡患者，但却有近一半人並沒有答對有關傷口評估的知識，而對褥瘡的概念也有部分偏差，對日新月異的敷料種類接觸亦不深。由以上結果可證明護理人員在臨床上的確有做傷口護理的需求，但由於教科書上提供傷口護理的知識不夠深入，故常造成傷口護理的瓶頸。有鑑於此，筆者綜和傷口護理研習會的資料與臨床傷口照顧的經驗為此文，願與護理人員共享，期能提高護理人員對傷口護理的專業技能。

皮膚的構造

皮膚覆蓋全身體表，是最大的身體器官，厚度因部位不同而有所別，最薄處在眼瞼及鼓膜，只有0.5 mm；最厚處在足底和上背部，約厚0.5 cm。皮膚含有三層，即表皮、真皮和皮下組織。

表皮（Epidermis）是一不含血管的角質化細胞構造，以擴散方式來獲得養份和排泄廢物。表皮分化為好幾層，最外層常自然凋謝及剝落，據統計人體隨便一抖動，自身上掉落下來的已死表皮顆粒，可以有上萬個之多。表皮主要含有角蛋白細胞和黑色素細胞，另外Vit D₃也在紫外線下於表皮合成。

真皮（Dermis）是皮膚的內層，主要由結締組織所構成，內含淋巴、神經及血管，是支持皮膚，賦予彈性，並供給營養的地方，同時也是抗拒感染，逐出異物，並且具有傷口癒合能力之處。真皮含有毛囊、汗腺、皮脂腺和感覺神經末梢。



圖一.皮膚的縱剖圖

皮下組織 (Subcutaneous) 位於真皮之下，主要成份為結締組織和脂肪組織，皮下組織不含血管，對於感染抵抗力小。

皮膚的功能

1. 保護和防止感染。
2. 調節體溫。
3. 感覺器官。
4. 防止體液流失。
5. 排泄器官。
6. 製造維生素 D。
7. 鑑別。

傷口癒合的階段

1. 發炎期：破壞或溶解受傷的物質和防止傷口的擴大。受傷時立即發生。
2. 纖維組織母細胞期：肉芽組織及上皮組織形成。作用時間為 4 ~ 20 天。
3. 成熟期：膠原退化，膠原形成。作用時間為 6 ~ 12 個月。之後傷口會收縮，即全部皮膚層移向缺口中心。

影響傷口癒合的因素

1. 外來物質：如木屑、玻璃或顆粒性抗生素均會阻礙傷口癒合過程。

2. 年齡：年齡小傷口癒合快，年齡超過七十歲以後傷口癒合較差。

3. 體液：受傷處常聚有體液，體液內有許多生長因子會促進傷口癒合。

4. 氧氣：血管、組織內氧氣含量大，可促進傷口癒合。因此燙傷病人有時也使用高壓氧療法治療傷口。

5. 類固醇藥物：會抑制炎症反應，阻礙傷口癒合的過程。

6. 營養：白蛋白低則傷口癒合差，外科做傷口擴創或植皮，病人白蛋白的值要在 3 以上才易成功。

7. 病史：病人若有糖尿病，粥狀血管硬化等病史，其傷口癒合速率較緩慢。

傷口護理一般預防的標準

1. 減少摩擦。
2. 收集滲出物。
3. 解除壓力。
4. 保持乾燥的環境。

褥瘡分級

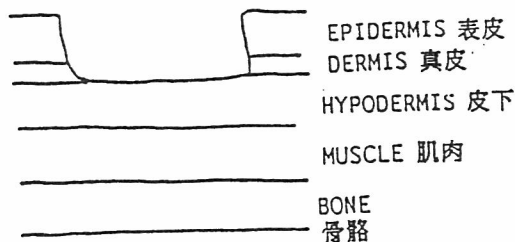
第一級：完整表皮，在三十分鐘內發紅的皮膚無法恢復。

第二級：喪失部分皮層，組織的傷害局限在表皮或真皮。

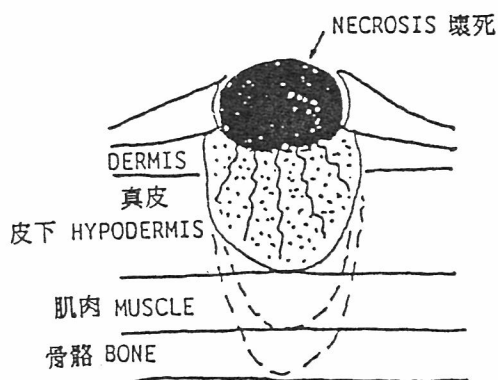
第三級：喪失整個皮層，延伸經過真皮至皮下組織。

第四級：組織的傷害延伸經過皮下組織到筋膜至肌肉層、關節或骨頭。

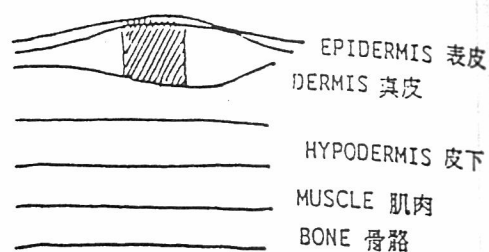
第二級



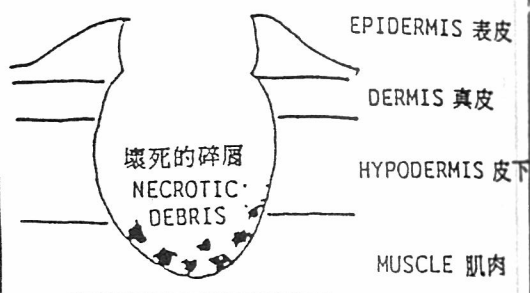
第三級



第一級



第四級



傷口的分類與處理原則

一、無滲液的肉芽傷口 (Granular undraining wound)

目的：提供溼的環境

處理：1. 透明敷料—如 op site, Tegaderm。

2. 親水性貼布 (hydrocolloid dressing)

3. 軟膏—如凡士林。

4. 溼的敷料—如紗布加生理食鹽水溼敷 Bid。

三、有滲液的肉芽傷口 (Granular draining wound)

目的：吸收滲出物保護周圍皮膚，預防感染。

- 處理：1. 具吸收性的產品—如棉墊。
2. 親水性貼布 (hydrocolloid dressing)。
3. 填塞—塞紗條或 Idoform。

三、無滲液的壞死傷口 (Necrotic nondraining wound)

目的：軟化和去除痂疤。

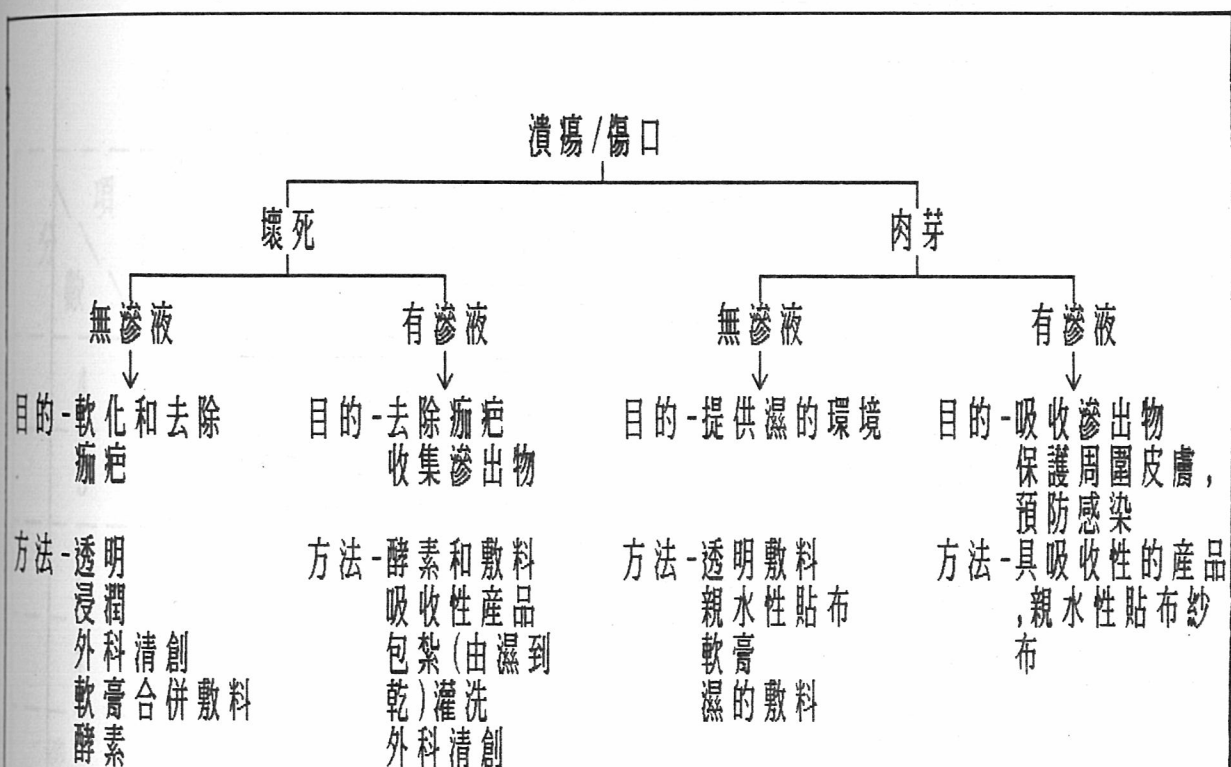
- 處理：1. 透明敷料。
2. 浸潤—即溼敷 (wet dressing)
3. 軟膏合併敷料。
4. 酵素—如 Varidas, Frac-tin T powder.

5. 外科清創。

四、有滲液的壞死傷口 (Necrotic draining wound)

目的：去除痂疤，收集滲出物。

- 處理：1. 酵素和敷料。
2. 吸收性產品。
3. 包紮—①溼到乾的敷料更換方式 (wet to dry)。
②持續保溼如紗布加 N.S 滴注。
③乾敷料使用。
4. 灌洗—適用於外小內大的傷口，用空針抽 N.S 距離傷口 5 ~ 6 吋沖洗。
5. 外科清創。



表一. 傷口的分類與處理原則

傷口感染的表徵和症狀

1. 大量滲出液。
2. 傷口周邊皮膚發紅。
3. 傷口部位發熱。
4. 發燒。
5. 白血球數值增加。
6. 有惡臭味。

傷口狀況的描述

Partial Thickness 指表皮的破裂。

Full Thickness 指深的皮膚破裂，通常已侵入皮下組織。

Maceration 浸潤，指皮膚被水浸泡過泛白的現象。

Erythema 發紅，泛指皮膚發紅，如

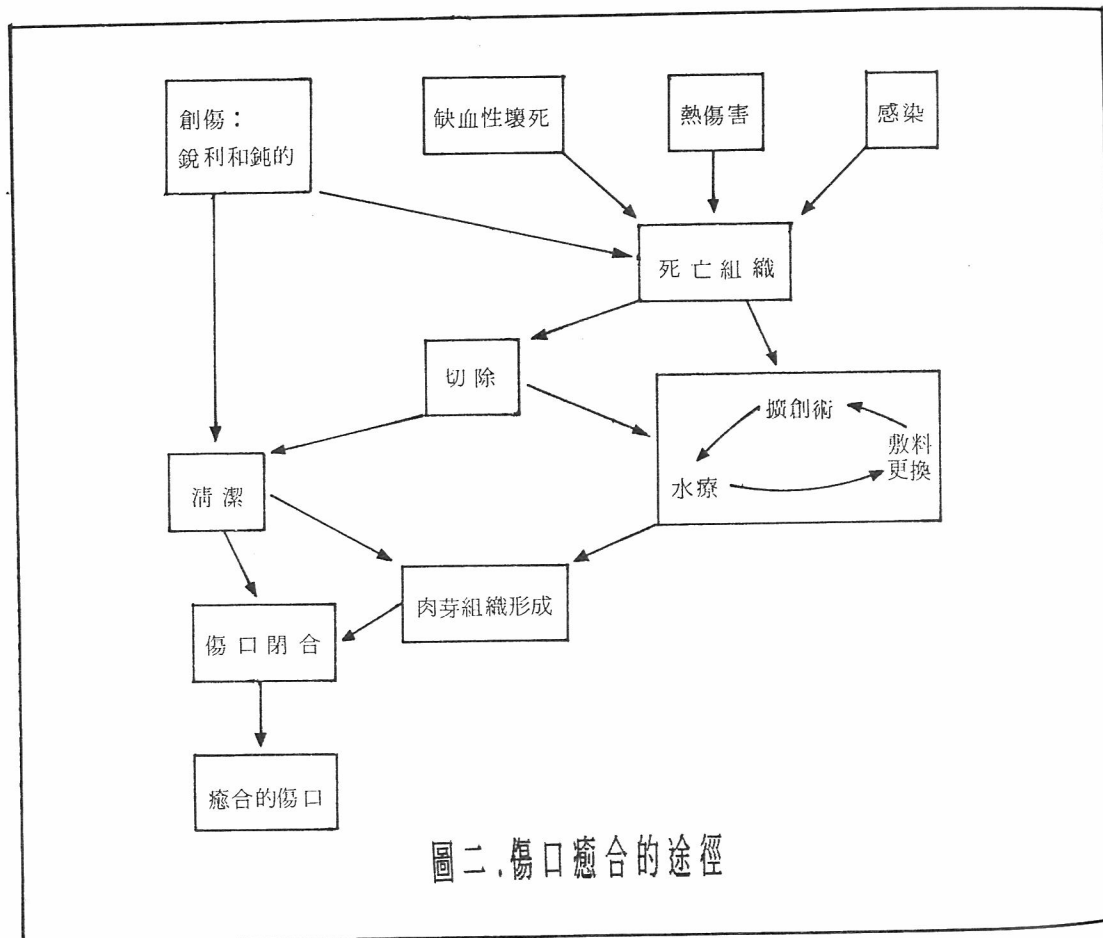
皮膚受壓後發紅，或傷口感染周邊皮膚發紅等。

Necrotic 壞死組織，可依程度不同分三種情況：

- ① slough 腐皮，指傷口上有白色一層壞死組織，通常是較表淺。
- ② Eschar 焦痂，指傷口上有黑色硬皮的現象。
- ③ Debris 碎屑，指傷口表面，在中央有黃白色壞死組織的現象。

傷口護理的三大步驟

1. 擴創 Debridement.
2. 肉芽增生 Granulation.
3. 上皮化 Epidermization.



表二，壓瘡危險性評估表

分數 項目	4分	3分	2分	1分
精神狀態 (Mental Status)	清醒 (alert)	淡漠 (Apathetic)	混亂 (confused)	木僵或昏迷 (stuporous or comatose)
排便情形 (Continence)	能控制 (continent on Foley)	尿失禁 不用 Foley	大便失禁 (Incontinence of feces)	大小便失禁 (Incontinence of urine & feces)
可動性 (Mobility)	完全能動 (fully mobile)	些微限制 (slightly limited)	很多限制 (very limited)	不能動 (Immobile)
活動性 (Activity)	可以移動 (Ambulatory)	走路時需要協助。	坐輪椅 (wheelchair)	臥床不動 (Bedridden)
營養 (Nutrition)	營養好 (good)	合理的 (fair)	營養差 (poor)	惡病質 (cachectic)
循環 (Circulation)	微血管快速填滿	微血管延遲填滿	輕微水腫 (mild edema)	中度~嚴重的水腫
溫度 (Temperature)	98°-99°F (36.6-37.2°C)	99°-100°F (37.2-37.7°C)	100-101°F (37.7-38.3°C)	>101°F (>38.3°C)
藥物 (medication)	未使用鎮痛、鎮靜劑 或類固醇製劑。	有以上一種	有以上二種。	全有

此乃Shannon 應用1973年 Gosnell 發表的 Rating scale for decubitus ulcer formation 表修正而成。

表三， Norton Scale

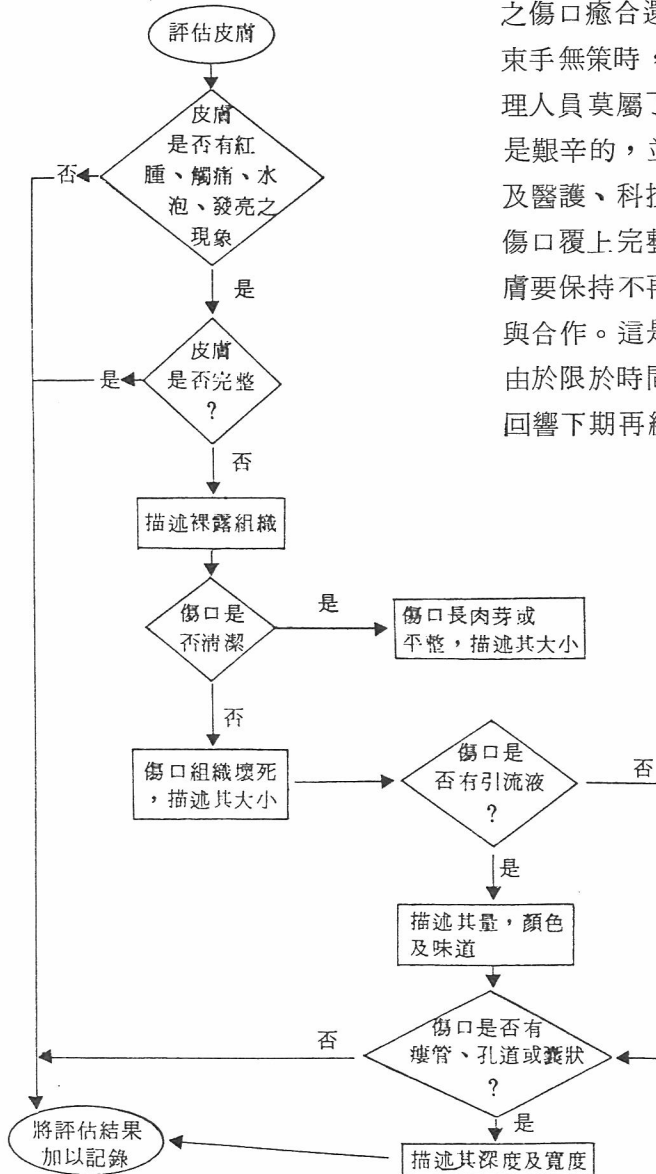
1966 Dr. Dereen Norton

分數 項目	健康情形 Physical Condition	精神意識程度 Mental Condition	活動力 Activity	可動性 Mobility	失禁 Incontinent
4	好	清醒	可以活動	完全能動	沒有失禁
3	適中	淡漠	走路時須協助	些微限制	有時失禁
2	差	混亂	坐輪椅	很多限制	小便失禁
1	非常糟	木僵	臥床不動	不能動	大小便均失禁
總分					

總分20分，若低於16分則有產生褥瘡的危險性。

〈結語〉

人身肉做，難免會有或大或小的傷口，只要身體狀況良好，不需做任何處理，奇妙的生命力就會使傷口自然的癒合，所以只有極少數的傷口需要到醫院求助治療，但這些傷口往往是很複雜不易處理的，若在醫院中醫生可利用手術、植皮等而使之傷口癒合還屬萬幸，若困難到連醫生都束手無策時，剩下的唯一救命菩薩就非護理人員莫屬了，當然這種傷口的護理過程是艱辛的，並且要考慮病人整體身心狀況及醫護、科技產品的配合，才能讓病人的傷口覆上完整的表皮，而這再造的完整皮膚要保持不再破，更重要的是家屬的照顧與合作。這是筆者在臨床上深刻的體驗，由於限於時間與篇幅，暫在此打住，若有回響下期再續。



圖二， 皮膚完整性評估流程圖