

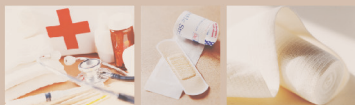


前言

皮膚是人體最大的器官，也是身體的第一道防禦線，保護著身體免於受細菌、病毒、物理與化學物質的傷害，防止體內水分及電解質的流失，活化維生素D，並有調節體溫等功能。當身體受到各種因素導致皮膚受損，小如切割傷，大如燙燒傷、壓力性損傷、下肢潰瘍性傷口或是惡性葷狀傷口（腫瘤傷口），皆會使身體面臨不同程度的疼痛，也因皮膚完整性受損，體液電解質由此皮膚損傷之處流失而影響身體細胞微環境的平衡，若是無適切護理照護處置，個案不僅面臨體液電解質不平衡，也因身體第一道防禦線遭受破壞，可能面臨菌血症、敗血症甚而休克死亡的嚴重威脅。

十八世紀以前，傷口照護處置大部分使用茶葉、羽毛、樹葉等作為傷口敷料。直到 1857 年，科學家路易·巴斯德(Louis Pasteur, 1822~ 1895)發現細菌致病並發明消毒殺菌的方法，使用乾敷料蓋住傷口，以保持傷口乾燥，避免細菌感染，成為主要的傷口護理原則，這是乾燥傷口癒合觀念的開始；1878 年，Robert Wood Johnson 利用碘來殺菌；奧蘭(Odland)在 1958 年發現保持完整的水泡傷口比刺破水泡可以讓傷口癒合的速度更快；英國喬治溫特(George Winter, 1927~1981)，在 1962 年提出傷口癒合應維持傷口床在一個溫暖、潮濕的癒合環境概念後，Robson 於 1997 年提出當每公克傷口床組織的細菌量大於 100,000($>10^5$)時，會影響傷口癒合；傷口照護處置有了新的概念典範，「維持濕潤(moist)的癒合環境有利於傷口癒合」是目前全球傷口照護專業人員重要的共識，為達此目標，醫療人員因而應用不同傷口敷料產品於傷口床互動。

隨著科技日新月異，陸續有許多敷料產品不斷問世，漸漸地造成臨床照護人員在選擇敷料時的困惑。Flangan 與 Sibbald (2000)有感於「醫護人員在傷口照護時僅著重於傷口敷料產品



選用，卻未重視傷口床的評估，忽略準備傷口癒合所需的傷口床環境」的臨床窘境，進而提出「傷口床準備(wound bed preparation；WBP)」之傷口照護新典範。所謂傷口床準備(WBP)的定義乃「爲了要恢復傷口床生物化學及細胞學功能特性，透過系統性、整體性傷口評估過程（特別是病人傷口出現時間超過 4~6 週的慢性傷口），如病人身體評估、藥物治療、營養狀況、臨床檢驗數值、心理狀態、社會安適狀況、家庭經濟狀況、家庭支持系統及社會資源可應用性等多層面影響傷口癒合的內外在因素，採取移除影響傷口癒合的障礙：如不健康或缺損組織(non viable or deficient tissue；T)、感染或發炎(infection or inflammation；I)、潮濕不平衡(moisture imbalance；M)、以及非癒合的傷口邊緣(non advancing wound edge；E)之傷口照護處置，並持續不斷地進行傷口評估，建立有利於傷口癒合環境。因此，在進行傷口處置照護之際，專業照護人員應先進行病人疾病史及傷口的評估，檢視傷口癒合過程可能影響的相關因素，透過傷口處置建立或維持溫暖、潮濕的傷口癒合環境，同時刺激形成傷口癒合重要成分，如生長因素，而不是單純的僅維持傷口癒合潮濕環境而已。目前傷口照護概念已由潮濕移轉爲傷口床準備，此概念近 20 年廣爲歐美傷口照護專家極力推行及應用在臨床照護中，期望藉由整體性的傷口管理策略，降低醫療成本的耗費及增進病人的生活品質。透過此概念，護理人員可以依據病人的問題擬定整體性的照護計畫，進而提供高品質的傷口照護。

當傷口未符合臨床照護者預期時間癒合之際，護理人員應先進行整體性傷口評估及了解可能造成延遲癒合的相關內外在因素，選擇適切方法移除癒合障礙因素。在此之前應先了解急性與慢性分類、傷口細胞學組成差異，以作爲臨床決策的依據。



傷口種類

傷口(wound)依其發生的原因、時間、定義而有不同的種類，常見傷口種類說明如下所述。

依據導致傷口的原因分類

任何損傷導致皮膚完整性受到破壞即稱之為傷口，常見造成傷口的原因有：

1. 創傷性(traumatic)傷口：包括機械性、化學性及物理性等因素，如刀傷、槍傷、電灼傷。
2. 目的性 (intentional)傷口：如採外科手術方式進行移除或是修復組織，如心臟繞道手術傷口、植皮手術。
3. 缺血性(ischemia)傷口：組織因血管血流供應不足所引發的皮膚損傷，如動脈性潰瘍傷口。
4. 壓力性損傷(pressure)傷口：組織承受壓力所導致缺損，如壓力性損傷傷口。

以上所述，創傷性及目的性二種傷口型態，都涉及血管的破壞而造成出血；而缺血性及壓力性損傷傷口則源自於局部組織微血管血流供應受阻，當潰瘍傷口形成後隨之發生壞死性傷口。

依據傷口癒合的定義分類：初級、次級或是三級癒合

Brunner 和 Suddarth(1992)將傷口癒合方式分為初級癒合(primary intention)、次級癒合(secondary intention)或是三級癒合(tertiary intention)等三種形式：

1. 初級癒合：指的是傷口形成後，可以透過手術縫線、外科黏著劑等促進癒合，通常其為表淺性小傷口，癒合的時間較短，若無感染情況下通常會出現小的疤痕，如剖腹手術縫線傷口。



2. 次級癒合：傷口範圍可能深及真皮或是較深一點的組織，有時指開放性、凹陷性傷口，如壓力性損傷傷口或是下肢潰瘍傷口，通常是藉助傷口邊緣縮合(contraction)方式進行傷口癒合，但是常見傷口出現感染現象，故需要進行對這一類病人的傷口進行傷口處置照護。
3. 三級癒合：主要發生在手術傷口周圍出現不健康組織，嚴重時出現傷口爆裂，常見於手術傷口感染或是需要再進行手術確認或是移除相關原因，如血腫塊、傷口出現大量膿瘍等。

依據傷口癒合的時間分類：急性傷口與慢性傷口

傷口依其癒合時間通常區分為急性傷口(the acute wound)與慢性傷口(the chronic wound) (圖 1)：

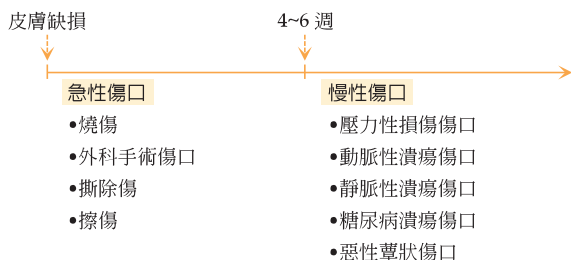
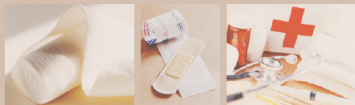


圖 1 急性與慢性傷口癒合時間差異

1. 急性傷口：主要的特色就是在提供適當的照護、減少感染機會及提供傷口癒合所需環境之下，即可依據傷口癒合生理機轉：炎症期、增生期、成熟期，進行傷口傷口床縮合。其特性如下：
 - (1)特色：癒合時間較短，約 4~6 週。
 - (2)外來性因素：如切傷、刀傷、刺傷、燒燙傷、咬傷及創傷有關。
 - (3)身體性因素：外科手術傷口。



2. 慢性傷口：指的是任何傷口未依傷口癒合的生理機轉進行，超出預期時間癒合或癒合停留在某一個階段超過 4~6 週以上稱之。由於這一類傷口通常有感染傾向，且因為其較長的炎症期(inflammation stage)，因此會出現較多的滲液。慢性傷口因其部位及病因可區分為壓力性損傷(pressure injury)傷口、動脈潰瘍(arterial ulcer)傷口、靜脈潰瘍(venous ulcer)傷口、糖尿病潰瘍傷口（神經病變潰瘍傷口）(diabetic foot ulceration)及惡性蕈狀傷口(malignant fungating wound)。

急性與慢性傷口細胞學組成差異

傷口依其癒合時間分為急性傷口與慢性傷口，以下分別針對急性傷口癒合過程及慢性傷口細胞學特性進行說明（表 1）。

表 1 急性與慢性傷口之病因學、部位、特性一覽表

種類	病因學	部位	特性
急性傷口	撕除傷	任何部位	因外力（膠布撕除、碰撞）所產生傷口
	外科手術傷口	外科手術部位	外科手術產生機械性外力導致皮膚完整性受損
	燒傷	任何部位	熱源導致皮膚完整性受損
慢性傷口	壓力性損傷傷口	骨突處、受壓點	長期過度的壓力施壓在皮膚導致組織缺血、壞死，進而造成皮膚潰瘍
	動脈潰瘍傷口	外踝、足趾下肢部位	長期動脈血流供應不足，造成組織缺氧壞死
	靜脈潰瘍傷口	近身體側之下肢和踝部	靜脈瓣膜功能缺損導致下肢靜脈高壓，進而造成皮膚潰瘍傷口
	糖尿病潰瘍傷口	足底、鰭骨、足跟等壓力點	因糖尿病源發性疾病導致病人感覺神經傳導下降，產生潰瘍傷口
	惡性蕈狀傷口	腫瘤轉移身體任何部位	源發性癌症或遠處轉移性癌細胞滲透增生穿透表皮細胞形成傷口



急性傷口癒合過程

急性傷口癒合過程包含三個主要階段：炎症期、增生期、成熟期，以下分別就三個階段一一詳述（圖 2）。

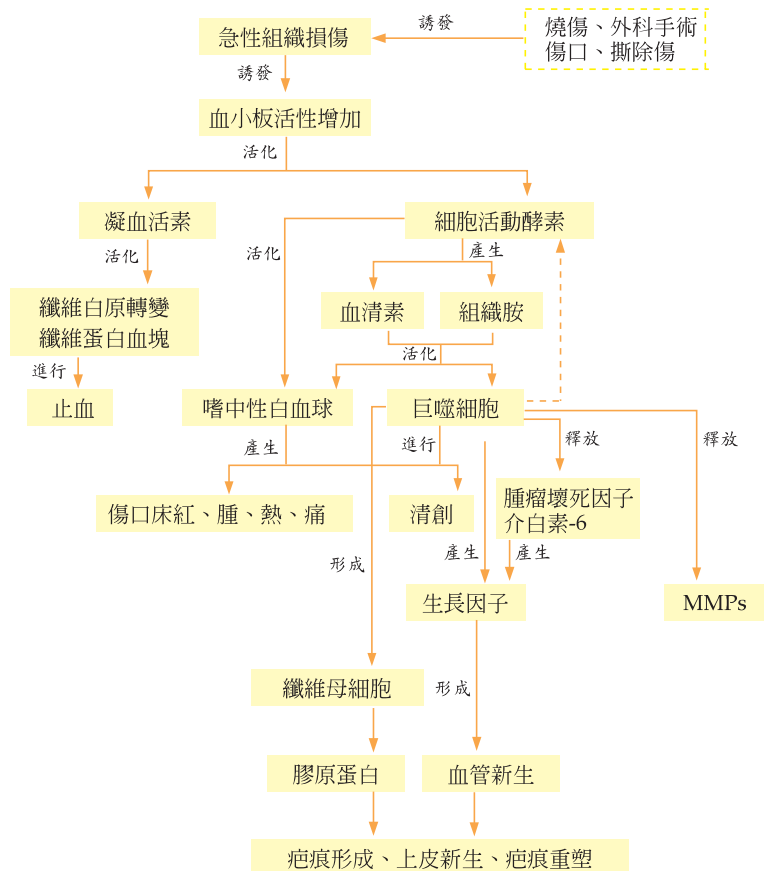


圖 2 急性傷口癒合過程