



## 33

## 壓瘡照護

涂麗如



### 前言

壓瘡亦稱為褥瘡，主要是皮膚受到壓力（或是壓迫），而使局部血液供應不良，一段時間後導致皮膚受傷，甚至深及皮下組織、肌肉與骨頭。



### 高危險群

1. 活動能力不足、脊髓損傷、長期臥床、無法自行翻身的患者。
2. 糖尿病、水腫、血液循環較差的患者。
3. 皮膚潮濕、脆弱、敏感、遭受壓力、削力、磨擦力的患者。
4. 營養不良、貧血、血清白蛋白不足、體力衰弱、消瘦的患者。
5. 知覺剝削、年紀過大、意識不清、大小便失禁的患者。
6. 使用類固醇、以前曾經發生壓瘡的患者。



### 好發部位

當患者採取不同的姿勢時，其骨突與床褥間相互擠壓，形成壓迫點。不同姿勢的壓迫點不同，壓迫點所承受的壓力也不相同，這些壓迫點便是最容易形成壓瘡的部位。長期臥床患者壓瘡好發部位如圖 33-1。

1. 平躺時：壓迫點在枕骨、脊椎、肩胛骨、薦椎及腳後跟。
2. 側臥時：壓迫點在踝骨、內外踝骨、股骨大轉子、肋骨、肩峰及耳朵。
3. 伏臥時：壓迫點在大足趾、膝蓋、肩峰、面頰、耳朵、腳盤、男性生殖器及女性乳房。
4. 坐姿或半坐臥姿：壓迫點在坐骨結節、薦椎、臀部。
5. 各種管類（如鼻胃管、導尿管、引流管等）、護具（如頸圈、背架或支架）在患者身上所形成的壓迫點，以及任何固定導管的膠布邊緣與皮膚形成切割處，均是壓迫點。

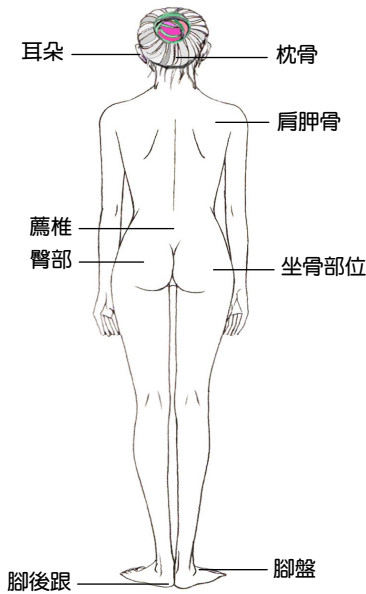


圖 33-1 長期臥床患者壓瘡好發部位。



## 發生因素

### 一、局部性因素

1. 表皮垂直壓力：長時間受到外界壓迫，而使局部循環受到阻礙，時間持續太久，細胞就會死亡，最常發生在身體骨頭最突出的部位。
2. 表皮水平剪力：當側臥或半坐臥時，薦椎處皮膚被繃緊，將供應皮膚的血管扯扁，導致皮膚缺氧及壞死。常見於皮膚與床單或衣服未拉平的接觸面。
3. 表皮摩擦力：一種機械力量壓迫表皮，造成上皮組織損傷。
4. 局部外傷及感染：會使組織對缺氧的耐受力降低，再加上局部壓力時，易發生壓瘡傷口。
5. 局部溫度升高：會使細胞氧氣需求及代謝率增加，而降低對缺氧的耐受性。
6. 局部濕度增加：常見於大小便失禁及局部透氣不良處，如穿紙尿褲。

### 二、全身性因素

1. 年齡增加：皮膚的彈性及循環因年齡增加而變差，組織對缺氧的耐受力也會降低。
2. 營養不良：長期營養不良、貧血者，會造成組織間液增加、皮膚彈性下降、阻礙細胞及營養的代謝，而使組織修復能力降低。
3. 疾病：如糖尿病、腦中風、脊髓損傷等患者。
4. 知覺、感受力下降：因自主感受力下降，影響患者尋求或自行更換姿勢的意願，如服用鎮靜相關藥物、神經病變等。
5. 吸菸：造成周邊血管收縮，影響血液循環。



## 傷口分級

壓瘡依嚴重性不同，傷口可分為四級，請見表 33-1。

**表 33-1 壓瘡傷口分級**

層級	組織深度	臨床症狀
第一層級	皮膚完整沒有破損，但表面發紅、發腫	疼痛，受壓皮膚下壓不會變白
第二層級	表皮或真皮受損，但尚未穿透真皮層	疼痛、破皮、水泡、紅疹或小淺坑
第三層級	表皮及真皮層全部受損，穿入皮下組織，但未穿透肌膜及肌肉層	有不規則形狀的深凹，傷口基部與傷口邊緣連接處可能有淺行凹洞、壞死組織及滲液，且傷口基部無疼痛感
第四層級	皮膚廣泛性的破壞，傷口深至筋膜、肌肉或骨頭	肌肉或骨頭暴露，可能有壞死組織、淺行深洞瘻管、滲出液，且傷口基部無疼痛感



## 注意事項

所謂預防勝於治療，多一點小心防範就可降低壓瘡發生的風險，提高照護品質。

### 一、儘量減少壓力產生

1. 長期臥床及無自主移動能力的患者，可使用氣墊床來減輕壓力，並視其皮膚情況給予適時翻身，建議至少每 2 小時翻身一次，避免臥向患側。
2. 避免皺摺處變成壓力點，儘量維持床單、被褥及衣服的平整及乾爽。
3. 採坐姿時，每 15~20 分鐘由他人協助撐起身體或改變姿勢 10~20 秒。
4. 可使用枕頭墊背腰處以便在易受壓部分懸空，如薦椎、臀部兩側；肩膀及骨頭較突出處，應注意與床面的角度勿大於 30~40 度，以免直接受壓。
5. 按摩易受壓或發紅部位。

### 二、進行皮膚觀察

照顧者須於每日翻身時，觀察患者的皮膚狀況，尤其是骨突處有無出現發紅及破皮現象。

### 三、保持皮膚最佳狀態

1. 使用弱酸性清潔液和清水清洗全身皮膚，並擦拭乾淨，以保持皮膚清潔及乾燥。
2. 每天清洗身體皺摺處以維持清潔、乾燥。

3. 皮膚出現紅疹或破皮時，應儘快就醫。
4. 選用不含香精及保濕成分較高的乳液或乳霜來擦拭全身。
5. 手指甲及腳趾甲應經常修剪，避免抓傷皮膚或形成甲溝炎。
6. 長期臥床及大小便失禁患者，應定時予以更換尿布或尿套。
7. 可著吸汗棉質衣物保持皮膚乾爽。

#### 四、一般性的預防原則

1. 保持均衡的營養，尤其是蛋白質（如蛋、奶、魚肉類等）、維生素（如柑橘類、奇異果、綠葉蔬菜、全穀類食品）等，維持組織正常代謝，以加速傷口癒合。
2. 減少刺激性飲食，如咖啡、菸、酒、茶、辣椒、油炸食物等。
3. 繼續練習復建後的動作，增加組織耐受力。
4. 小心感染及其他重大疾病。
5. 建立主要照顧者的正確觀念。



#### 33-7 準備用物（圖 33-2）

1. 無菌生理食鹽水。
2. 水溶性優碘。
3. 無菌棉枝。
4. 醫師處方藥膏：如抗生素藥膏。
5. 無菌紗布。
6. 透氣紙膠。
7. 視情況依醫師處方準備人工皮。



 33-2 傷口消毒用物。



#### 33-8 照護步驟

1. 用物備齊，先用肥皂及流動的清水把雙手洗淨（圖 33-3）。
2. 協助患者適當露出壓瘡傷口，以及保持舒適與適當擺位，並注意隱私。
3. 一手固定紙膠附近皮膚，另一手自紙膠邊緣撕起，由紙膠兩側順著敷料中心方向輕輕撕下，避免損傷皮膚及牽扯壓瘡部位。





4. 用鑷子或棉枝將紗布及敷料輕輕取下，若紗布及敷料與壓瘡傷口粘連時，用無菌生理食鹽水沾濕紗布及敷料，再輕輕取下紗布及敷料，以免造成壓瘡傷口組織受損。
5. 觀察紗布及敷料上有無分泌物（圖 33-4）。
6. 換藥前，以肉眼觀察壓瘡傷口，如壓瘡傷口大小是否有改變、分泌物的量、顏色、性質、味道、發炎現象（紅、腫、熱、痛）、癒合程度、四周皮膚顏色變化等，並以皮尺及照相機記錄壓瘡傷口的變化（圖 33-5）。
7. 打開無菌生理食鹽水瓶，蓋裡朝上置於桌面，先倒掉一些無菌生理食鹽水溶液沖洗瓶口。
8. 取無菌棉枝末端，倒適量的無菌生理食鹽水溶液於無菌棉枝上使其呈飽和、潤溼狀態，持無菌棉枝時保持溼端朝下，並蓋上無菌生理食鹽水瓶蓋。
9. 以無菌生理食鹽水棉枝由壓瘡傷口中心以螺旋方式由內往外清洗，擦拭範圍需大於壓瘡傷口外圍 5 公分，勿來回擦拭，換藥過程需觀察患者的反應（圖 33-6）。



圖 33-3 用物備齊，洗手。



圖 33-4 將紗布及敷料輕輕取下，並觀察紗布及敷料上有無分泌物。

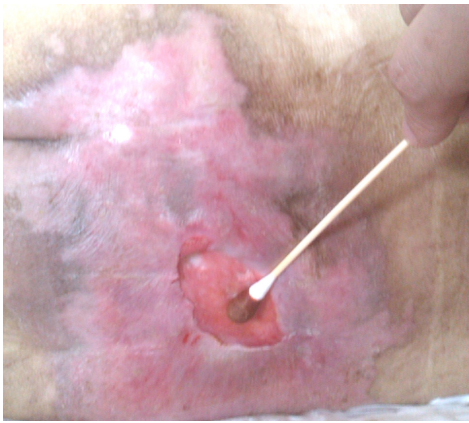


圖 33-5 換藥前，以肉眼觀察傷口性質，並以皮尺及照相機記錄傷口變化。



圖 33-6 先將無菌棉枝沾溼無菌生理食鹽水，由傷口中心以螺旋方式向外清洗，勿來回擦拭，換藥過程觀察患者的反應。

10. 接著同步驟 7~8，以無菌棉枝沾水溶性優碘，由壓瘡傷口中心以螺旋的方式由內往外消毒，擦拭範圍需大於壓瘡傷口外圍 5 公分，勿來回擦拭，換藥過程需觀察患者的反應（圖 33-7）。
11. 等待 30 秒或水溶性優碘乾燥後，重複步驟 7~9，以無菌生理食鹽水棉枝消毒壓瘡傷口。
12. 視壓瘡傷口情況，依醫囑使用抗生素藥膏，以無菌棉枝塗抹薄薄一層藥膏於壓瘡傷口（圖 33-8）。
13. 以無菌紗布整個覆蓋住壓瘡傷口，並以透氣紙膠固定（圖 33-9）。
14. 將患者呈適當擺位，避免再度壓迫壓瘡傷口（圖 33-10）。
15. 整理用物及環境，洗淨雙手。



**圖 33-7** 使用無菌棉枝沾水溶性優碘，由傷口中心以螺旋方式向外消毒，勿來回擦拭，換藥過程需觀察患者的反應。



**圖 33-8** 視傷口情況，依醫囑使用抗生素藥膏，以無菌棉枝塗抹薄薄一層藥膏於壓瘡傷口。



**圖 33-9** 覆蓋無菌紗布於傷口外部，並以透氣紙膠固定。



**圖 33-10** 將患者呈適當擺位，避免再度壓迫壓瘡傷口。