



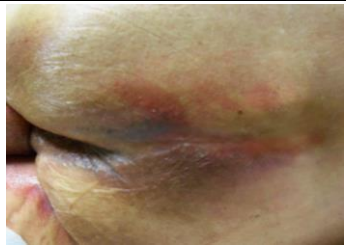





皮膚護理/壓力性損傷衛教指導

在老人或長期慢性照護中常會發生壓傷的問題，壓傷是人體組織因過長時間之局部壓力而影響血液循環，導致皮層發生變化，從輕微到嚴重程度都有。壓傷不僅造成病人局部及全身之不適外，亦造成病人代謝之負擔，也增加病人感染併發症之風險，如局部膿瘍、菌(敗)血症、骨髓炎或進一步威脅到生命。

❖ 壓力性損傷傷口照護

1. 每 1-2 小時翻身改變臥姿(如：左、中、右側)，並避免壓迫傷口處，循環功能較差者，應勤翻身。每次翻身，可予骨突處背部按摩，觀察皮膚顏色及完整情形。
2. 長期臥床者建議使用氣墊床，但仍需按時翻身。若無氣墊床，則需選擇較柔軟床墊，禁止睡木板床。
3. 避免將床頭抬高大於 30 度，調整病人位置時，須以床單加墊抬高病人身體，勿以拉拖方式，減少皮膚的拉扯而導致破皮。
5. 保持床單及衣服乾淨、乾燥、平整、無皺摺。床上不可留有異物，避免病人躺在不平處，造成皮膚受壓損傷。
6. 若大小便失禁者，宜使用看護墊代替紙尿褲。並隨時處理排泄物，以吸乾或輕拍方式擦拭，保持會陰部及肛門口周圍乾燥與清潔。
7. 避免皮膚乾裂，可擦拭乳液等保護油，以增加皮膚柔軟及彈性。
8. 穿著易吸汗的棉質衣服並時常更換。
9. 宜加強觀察皮膚皺摺處(腋下、腹股溝、臀部、肛門口周圍等)，並保持乾燥及清潔。
10. 冷熱水使用，宜注意溫度適當，避免對皮膚造成過度刺激。
11. 鼓勵早期下床活動，促進血液循環，使傷口癒合較快。
12. 可多補充蛋白質含量高食物及蔬菜水果，促進傷口癒合。
13. 隨時觀察皮膚有無發紅、水泡等情形；若皮膚已產生水泡或有傷口、滲液及臭味時，請返院求醫。

❖ 壓力性損傷傷口分級

分級	外觀	圖例
I	皮膚完整，但手指壓發紅處不會變白	
II	可能出現漿液性水泡或破皮	
III	傷口可見腐肉，但不會完全覆蓋住基部，可能有潛型隧道，但骨頭或韌帶不會被看到或觸摸到	
IV	傷口基部呈現腐肉或痂皮，通常有潛型或隧道，可看見骨骼或肌健暴露或可直接觸摸到。	
無法分級	無法測量深度，除非大部份的腐肉/或焦痂被移除，傷口基部暴露，才可判別實際的損傷的深度	
深層組織傷害	可能演變成有一層薄的水泡覆蓋在傷口上，甚至進展到被薄的痂皮覆蓋。即使有適當的傷口照護，還是有可能快速地進展侵犯到其他組織	

參考文獻：

林貴滿(2014)·皮膚系統病人的護理·於林貴滿等編著，內外科護理技術(八版·442-453頁)·
台北市：華杏。