

壓瘡照護

一、定義：

壓瘡又叫褥瘡，是因皮膚長期受到壓力，使組織缺乏血液供應形成缺血，引發局部炎性反應導致外界病菌入侵，產生局部感染而使組織壞死，形成潰爛傷口。壓瘡多出現於骨突處、皮膚失去知覺的部位和肢體萎縮的位置。好發於腦中風、癌症末期、脊椎損傷、四肢癱瘓、營養不良、長時間手術、服用鎮靜安眠劑等病人。

二、症狀：

壓瘡分級分四期：

1. 第一期：皮膚發紅，當壓力解除後 30 分鐘，皮膚仍稍呈紫紅色，**皮膚尚完整**。
2. 第二期：皮膚初見損傷，在表皮或真皮層呈現表淺性潰瘍，可看到擦傷、水泡、淺的火山口狀傷口，有部份皮層可能喪失，但未到皮下組織。
3. 第三期：整個皮層喪失，傷口損傷侵入皮下組織，尚未侵犯肌膜，會出現硬結、焦痂組織及化膿感染的情形。
4. 第四期：組織被破壞或壞死深及肌肉層、骨骼，外表像一個深的噴火口，亦會有化膿感染瘻管的形成。

三、照護方法：

1. 定時幫病人更換位置，**固定每一至兩小時翻身一次為佳**，並檢查皮膚尤其是骨突處有無發紅、破皮。第一期壓瘡皮膚發紅是個提醒，經常減輕局部壓力，就可以緩解，避免惡化。避免壓瘡的出現是照護品質的指標。
2. 穿著合身、舒適衣服，保持床鋪平整，避免因皺摺間接使皮膚受到壓迫。
3. 身體骨突處如足跟、足踝，則須用**枕頭或毛巾予適當支托**，懸空。
4. 採用適當的輔助工具，例如長期坐立者，需要有合適的**中空氣圈坐墊**減壓，可避免行成壓瘡；**睡氣墊床**可以減少長時間壓迫同一個骨突，但仍須持續翻身；關節受壓處用保護墊、水墊、水球等減壓。
5. 假如傷口潰瘍已形成，需清潔及選用適當藥膏和敷料換藥。
6. 皮膚照顧：保持皮膚乾燥及清潔，尿濕或弄髒時，需**勤加更換紙尿片**，避免因潮濕而使皮膚浸潤。大小便後立即以清水清潔，並以輕拍拭乾後，若沒傷口時塗凡士林於肛門口周圍皮膚，以隔絕糞便刺激；若有紅臀以水清洗後，用吹風機吹乾且促進血循，盡量紅臀處保持通風。擦乳液改善乾燥的皮膚，但不要使用在破損的皮膚部位。按摩可促進皮膚血液循環，不要在受壓發紅的皮膚按摩。

四、參考文獻：

1. 章蓓貞 (2003)·**基本護理技術手冊**·台北：文京。
2. 許研鈺 (2008)·一位外籍看護工照顧臥床病人出院準備服務之經驗·**長期照護雜誌**，12 (3)，301-311。