



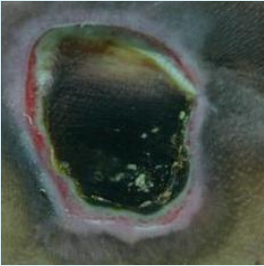





什麼是壓傷



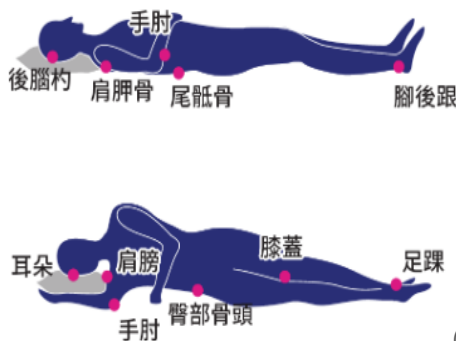
壓傷傷口的分級：

<p>第一級</p>  <p>Grade 1</p>	<p>在完整的皮膚上給予指壓時紅斑不會消失。或雖無紅斑但感覺、體溫、硬度上已和其他部位皮膚不同。</p>	<p>第二級</p>  <p>Grade 2</p>	<p>表淺開放的潰瘍，傷口呈粉紅或紅色濕潤的活性組織或水泡。不會看到皮下脂肪和較深部的組織，也不會有肉芽組織、腐肉及焦痂。</p>
<p>第三級</p>  <p>Grade 3</p>	<p>全層皮層缺損，可能出現腐肉、焦痂、潛行隧道傷口，但筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨頭無暴露。</p>	<p>第四級</p>  <p>Grade 4</p>	<p>全層皮層及組織缺損，傷口帶有裸露或可以直接觸及的筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨頭，可能見到腐肉或焦痂。</p>
<p>無法分級</p> 	<p>全層皮膚缺損，傷口底部被腐肉或痂皮覆蓋而無法判定受傷程度。</p>	<p>疑深層組織損傷</p> 	<p>完整或有缺損的皮膚，帶有局部持續性無法反白的褐色或紫色皮膚變色，或是表皮分離後顯露出深色傷口床或充滿血液的水泡。</p>

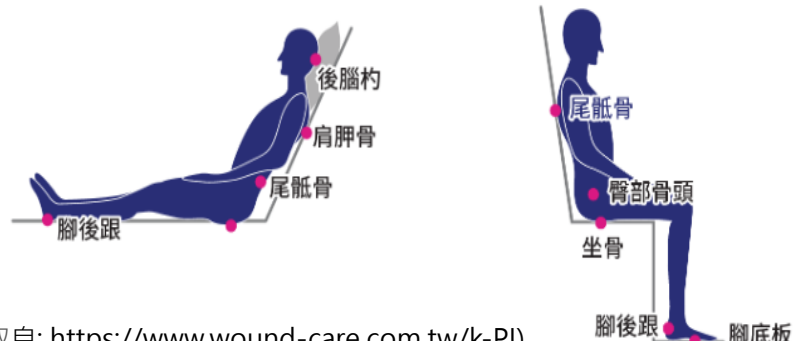
(圖片取自: woundmaster.blogspot.com/2010/03/npuap-2007.html)

壓傷好發部位：

躺姿好發部位 ▼



坐姿好發部位 ▼



(圖片取自: <https://www.wound-care.com.tw/k-PI>)



壓傷照護注意事項：

觀察壓傷的程度並紀錄

發紅程度有無

- 水泡、潰瘍
- 壞死
- 傷口深度
- 滲出液(量、顏色、性狀)

告知醫師或居家護理師

避免壓傷部位繼續受壓惡化

支托個案受壓部位

- 使用枕頭
- 使用氣墊床、減壓床墊
- 每二小時翻身

避免摩擦力及剪力

- 保持床單及衣物平整
- 仰臥時床頭抬高的角度需小於 30 度，避免產生剪力
- 側臥時應採和床面呈 30 度的半側臥姿
避免 90 度側臥且於兩腿間放置枕頭
- 坐姿時至少 15 分鐘變換身體重心，並使用減壓坐墊
- 移位時可使用翻身輔助墊、防尿墊或浴巾，勿直接拖拉

皮膚的清潔及保濕

- 使用乳液避免皮膚乾燥脫屑
- 勤換尿片或考慮使用尿套及大便失禁收集袋
- 避免皮膚過於潮濕
- 皮層過厚時應適當去角質

傷口修復

- 足夠營養及水分的補充，提供**高蛋白、高熱量、高維生素及礦物質鋅**的飲食，例如：魚肉、蛋奶、豆類及蔬菜水果
- 適度的按摩及關節運動可增加血液循環以利傷口癒合
- 換藥時須遵守無菌技術換藥，並於執行換藥前後洗手，且應依照醫院開立之藥膏或指示確實執行傷口換藥

參考文獻

王佳慧(2022)・傷口護理・於蘇麗智總編著，實用基本護理學(九版，568-601頁)・華杏。

呂美芬、江雅芬、邱春榕、潘玉玲、黃久美(2023)・運用組合式照護提升壓傷預防性照護之完整率・源遠護理，17(3)，44-52。https://doi.org/10.6530/YYN.202311_17(3).0006

鄭雅文、王蔚芸(2024)・長期照顧機構老人壓傷之評估與預防・源遠護理，18(1)，28-34。https://doi.org/10.6530/YYN.202403_18(1).0005

製作單位

居家護理所

聯絡電話

03-5527000#1175

