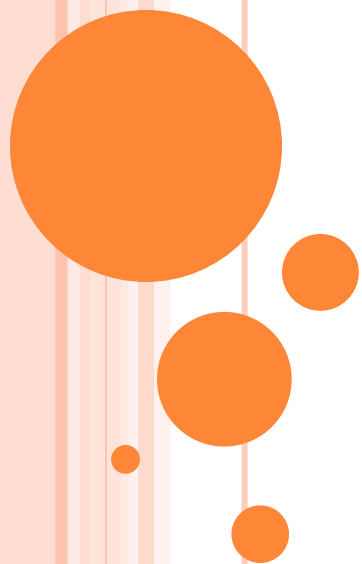


# 壓傷



# 想想看

- 怎樣診斷的病人，容易會有壓傷產生？
- 如果你是主護，你要評估什麼？



# 壓傷

## 評估

- 高危壓傷評估表 (Braden 評估表)、有無壓傷、活動情形、年紀
- 相關疾病：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_
- 皮膚特性：彈性、脫屑、乾燥、搔癢
- 營養相關 Data：RBC、WBC、Hb、Hct、Albumine、BUN、creatinine、BMI
- 水腫評估：+ \_\_\_\_\_、++ \_\_\_\_\_、+++ \_\_\_\_\_、++++ \_\_\_\_\_、
- 6P(寫出中英文)：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_
- CTMS 中英文：C \_\_\_\_\_、T \_\_\_\_\_、M \_\_\_\_\_、S \_\_\_\_\_
- MP 0：\_\_\_\_\_。
- 1：\_\_\_\_\_。
- 2：\_\_\_\_\_。
- 3：\_\_\_\_\_。
- 4：\_\_\_\_\_。
- 5：\_\_\_\_\_。

## 壓瘡分級：

(請寫出傷及哪一層組織)

第 1 期壓傷：\_\_\_\_\_

第 2 期壓傷：\_\_\_\_\_

第 3 期壓傷：\_\_\_\_\_

第 4 期壓傷：\_\_\_\_\_

無法分期：全層皮膚並組織缺損被覆蓋  
深層組織壓傷(DTI):持久並給予指壓時  
不會消失的深紅、栗色或紫色斑塊

傷口評估：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

有壓傷

## 無壓傷

## 壓傷

### 其他預防方法

1. 使用 \_\_\_\_\_ 性或弱 \_\_\_\_\_ 性清潔並採按壓方式
2. 使用 \_\_\_\_\_ 保護皮膚
3. 按摩但避免在骨突處脆弱皮膚按摩
4. 注意壓力、摩擦力與剪力
5. 鼓勵早期下床或 ROM
6. 減壓設備例如：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_
7. 足夠營養：\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

### 翻身擺位

### 傷口換藥注意事項

1. 紗布黏住打不開—  
\_\_\_\_\_
2. 傷口血流不止—  
\_\_\_\_\_
3. 傷口沾到糞便或太髒—  
\_\_\_\_\_

### 傷口換藥

詳見技術單

### 評估觀察與記錄：

傷口 \_\_\_\_\_、  
分泌物 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_、  
\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_

換藥過程病人反應

# 壓傷分級BRADEN評估表

	1分	2分	3分	4分	分數
<b>感覺知覺程度 (sensory perception)</b> 說明：對外來刺激能做出有意義的反應	完全昏迷對疼痛沒有反應	完全昏迷對疼痛沒有反應	清醒但部分感官受損	清醒正常	
<b>潮濕程度 (moisture)</b> 說明：皮膚暴露於潮溼環境的程度	皮膚持續潮濕	皮膚經常潮濕，更換中單/床單每天 ≤ 3 次	皮膚偶爾潮濕，更換中單/床單每天 1 次	乾燥、乾淨	
<b>活動力 (activity)</b> 說明：執行物理活動的程度	臥床不動	受限於輪椅	可偶爾下床行走	可經常下床行走	
<b>移動力 (mobility)</b> 說明：改變或控制身體姿勢的能力	完全無法自行翻身	完全無法自行翻身	少部分需他人協助翻身	可自行翻身	
<b>營養狀態 (nutrition)</b> 說明：一般的飲食狀況，以週為單位	禁食或進食清流質 5 天以上	攝取熱量每天小於 1200 卡	維持管灌可滿足大部分需求	正常飲食滿足需求量	
<b>摩擦力 / 剪力 (friction / shear)</b>	有此問題	有潛在的問題	沒有明顯問題		
<b>總分</b>					

備註：

分數 ≥ 16 分為低危險：建議每日皮膚評估一次

分數 12 ~ 15 分為中等危險：建議每 2 小時翻身拍背一次並進行皮膚評估

分數 ≤ 11 分為高危險：每 2 小時翻身拍背一次、進行皮膚評估並搭配氣墊床使用



# CTMS/6P

## CTMS :

Color肢體顏色、 Temperature溫度、  
Motion活動力、 Sensory感覺

## 6P :

疼痛(Pain)

蒼白(Pallor)

麻痺(Paralysis)

脈搏消失(Pulselessness)

感覺異常(Paresthesia)

溫度改變(Poikilothermic)

# 肌力 MUSCLE POWER (MP)

- 0：完全無法運動，無肌力收縮。
- 1：僅可見輕微之肌肉收縮，無關節運動。
- 2：可做水平運動，無法抗地心引力。
- 3：可抗重力活動，但無法抵抗外力。
- 4：可抗重力外，可部分抵抗阻力。
- 5：正常。



# 水腫評估

	定義
+	凹陷深度2mm，很快可恢復
++	凹陷深度4mm，需經較長時間才可恢復。
+++	凹陷深度6mm，在身體較低部位出現凹陷水腫，通常腫脹的肢體其周徑是正常時的1.5倍。
+++ +	凹陷深度8mm，全身均出現很嚴重凹陷之水腫，同時合併腹水。

# 壓傷分級

第1期壓傷：完整的皮膚上有**紅斑**，指壓時不會消失

第2期壓傷：部分皮層皮膚缺損，並**真皮層**露出

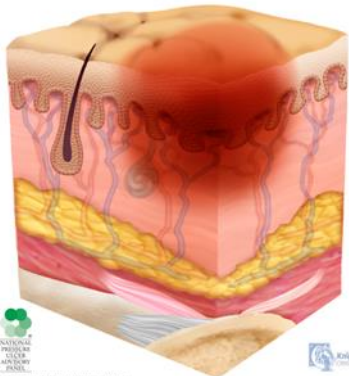
第3期壓傷：**深及皮下組織**

第4期壓傷：**深及肌肉骨骼**

無法分期的壓傷：全層皮膚並組織缺損被覆蓋

深層組織壓傷(DTI):**持久**並給予指壓時不會消失的**深紅、栗色或紫色斑塊**

Stage 1 Pressure Injury - Lightly Pigmented



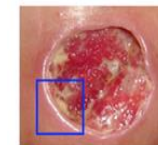
Stage 2 Pressure Injury



Stage 3 Pressure Injury



Stage 3 Pressure Injury with Epibole

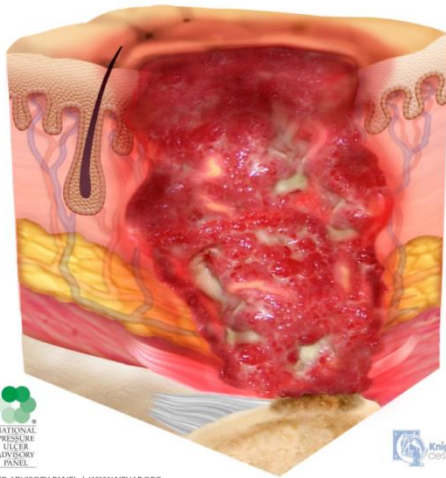


Area of Focus





## Stage 4 Pressure Injury



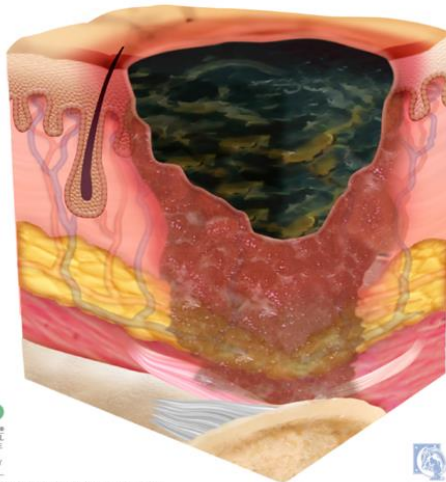
©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

## Deep Tissue Pressure Injury



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

## Unstageable Pressure Injury - Dark Eschar



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

## Unstageable Pressure Injury - Slough and Eschar



©2016 NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL | WWW.NPUAP.ORG

# 請評估 傷口分級

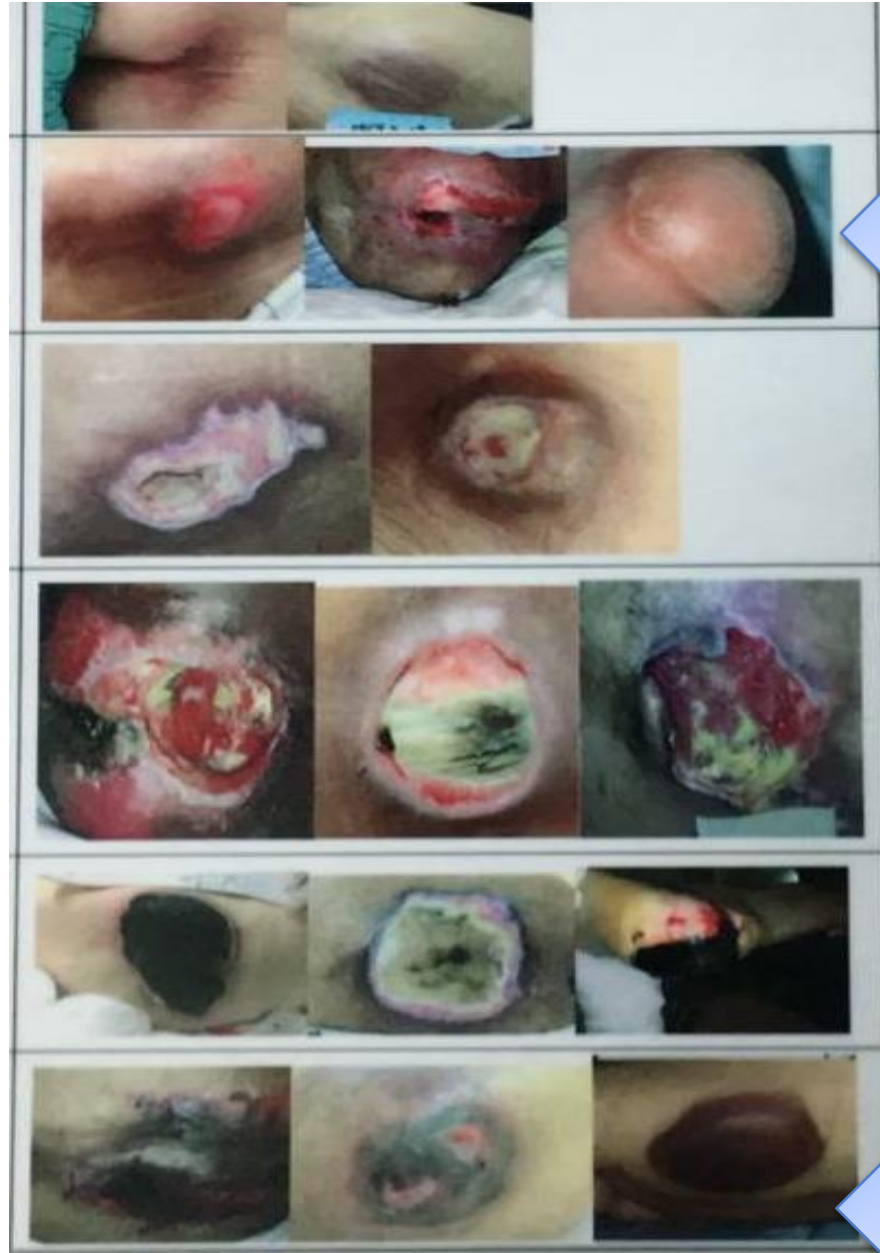
第二度

第三度

第四度

無法分期

DTI



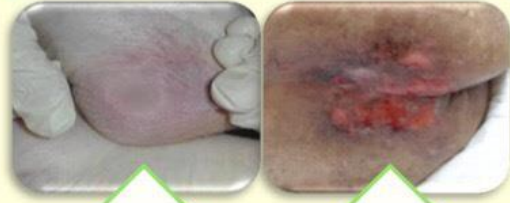
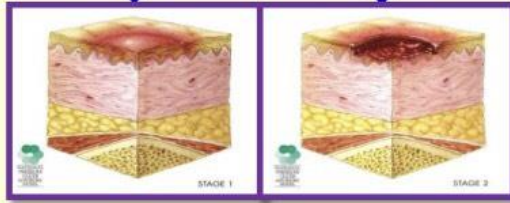
水泡

血泡

# 壓瘡分級與處理

**第一期**  
皮膚完整無破損，但是在局部(多見於骨突處)出現按壓後不會變白的發紅。

**第二期**  
表淺開放的潰瘍傷口，傷口底部是紅色或粉紅，或為血清液的水泡，但是沒有腐肉。



請參考壓瘡預防衛教單張並密切觀察受損皮膚及傷口的變化。建議保護骨突處，如：使用矽膠材質泡棉等敷料保護，避免骨突處受到摩擦壓迫。

以生理食鹽水清潔傷口，以泡棉敷料或厚人工皮覆蓋，外層可視需要使用防水性敷料加強固定，2-3天或視傷口情況，需要時更換。

**第三期**  
較深的潰瘍傷口，可能看到皮下脂肪，但是肌肉、骨頭、或韌帶並沒有暴露。

**第四期**  
全層皮膚缺損，並可以見骨頭、韌帶或肌肉暴露。

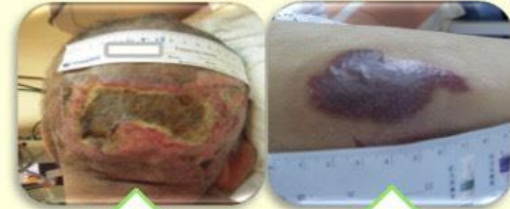


以生理食鹽水清潔傷口，若有壞死組織，可能需要清創。病人住院中，醫護人員將視情況照會整形外科或傷口造口護理師；若已出院，亦可於整形外科門診及外科門診旁的「傷口造口治療室」尋求協助。

同第三期壓瘡處理

**無法分期**  
全層皮膚缺損，傷口底部被腐肉或瘀皮覆蓋，無法觀察傷口的深度。

**疑似深部組織損傷**  
完整的皮膚出現局部紫色或紫褐色的區塊，或血泡。



同第三期壓瘡處理

以生理食鹽水清潔傷口，建議以矽膠材質泡棉敷料覆蓋，外層可視需要使用防水性敷料加強固定，2-3天或視傷口情況，需要時更換。

上述壓瘡分期彩繪圖下載自  
<http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/pressure-ulcer-categorystaging-illustrations/>  
免費提供教學之用



# 傷口評估

- 傷口位置
- 傷口大小、深度
- 傷口分泌物：量、色、性質、氣味

那在臨床上你可以運用什麼用物來評估？

傷口尺、棉棒、紗布、敷料外包裝

# 傷口換藥注意事項

## 1. 紗布黏住打不開

先使用生理食鹽水滴在紗布上

## 2. 傷口血流不止

使用乾淨敷料直接加壓止血5-15分鐘

## 3. 傷口沾到糞便或是傷口分泌物過多

有糞便先清潔，若分泌物太多，先使用生理食鹽水沖洗

完整版傷口換藥技術詳見技術單

# 其他預防壓傷的方法

1. 皮膚清潔中性或弱酸性清潔按壓方式
2. 使用乳液保護皮膚
3. 鼓勵早期下床或ROM
4. 注意壓力、摩擦力與剪力
5. 減壓設備例如:氣墊床、水球
6. 按摩但避免在骨突處脆弱皮膚按摩
7. 足夠營養:蛋白質、維生素C、適當的水分

# 翻身技術

- 1.核對及解釋目的
- 2.將個案移向要翻之對側
- 3.站在欲轉向之床側，注意床欄
- 4.協助個案翻身前擺位
- 5.護理人員將一手至髖部，另一手至肩部，將個案轉向近側
- 6.協助墊枕頭，保持身體一直線，臀部及腳跟懸空
- 7.整理床褥
- 8.記錄



## 壓傷

### 評估(8-35)

- **高壓傷評估表** (Braden 評估表)、有無壓傷、活動情形、年紀
- **相關疾病**：糖尿病、腎功能不全
- **皮膚特性**：彈性、脫屑、乾燥、搔癢
- **營養相關 Data**：RBC、WBC、Hb、Hct、Albumine、BUN、creatinine、BMI
- **水腫評估**：+2mm、++4mm、+++6mm、++++8mm、
- **6P**：疼痛 (pain)、蒼白 (pallor)、麻痺 (Paralysis)、脈搏消失 (Pulselessness)、感覺異常 (Paresthesia) 及溫度改變 (Poikilothermic)、
- **CTMS**：Color 肢體顏色、Temperature 溫度、Motion 活動力、Sensory 感覺 (8-28)
- **MP**
  - 0：完全無法運動，無肌力收縮。
  - 1：僅可見輕微肌肉收縮，無關節運動。
  - 2：可做水平運動，無法抗地心引力。
  - 3：可抗重力，但無法抵抗外力。
  - 4：可抗重力外，亦可部分抵抗施測者所施之阻力。
  - 5：正常。(8-5)

### 壓瘡分級(8-39)：(請寫出傷及哪一層組織)

第1期壓傷：

完整的皮膚上有紅斑，給予指壓時不會消失

第2期壓傷：

部分皮層皮膚缺損，並真皮層露出

第3期壓傷：全層皮膚缺損

第4期壓傷：全層皮膚並組織缺損

無法分期的壓傷：全層皮膚並組織缺損被覆蓋

深層組織壓傷(DTI)：持久並給予指壓時不會

消失的深紅、栗色或紫色斑塊

**傷口評估**：(5-39-5-42)

傷口位置、大小、深度、分泌物

有壓傷

## 無壓傷

## 壓傷

### 其他預防方法

1. 使用中性或弱酸性清潔並採按壓方式
2. 使用乳液保護皮膚
3. 按摩但避免在骨突處脆弱皮膚按摩
4. 注意壓力、摩擦力與剪力
5. 鼓勵早期下床或 ROM
6. 減壓設備例如：氣墊床、水球
7. 足夠營養：蛋白質、維生素 C、適當的水分

### 翻身擺位

### 傷口換藥注意事項

1. 紗布黏住打不開—  
生理食鹽水先潤濕紗布
2. 傷口血流不止—  
乾淨敷料先加壓止血  
5-15 分鐘
3. 傷口沾到糞便或太髒—  
生理食鹽水清潔

### 傷口換藥

詳見技術單張

評估觀察與記錄：  
傷口大小、分泌物  
量、色、性質、氣味  
換藥過程病人反應



# 延伸思考

## 1. 臨床上可協助翻身之用物？

枕頭、棉被、水球、中單（翻身單）

## 2. 約束注意事項？

要醫囑

鬆緊度為 1-2 指寬

每小 15 分鐘檢視部位並評估 CTMS 或 6P

每兩小時鬆開約束帶一次，並協助活動及按摩  
(8-28)



# 延伸思考

3.何為摩擦力與剪力？壓力？怎情況下容易發生，可以如何預防？

預防方式：

壓力－

檢視病人股突處或有無導管受壓

摩擦力－

翻身時需抬高勿直接拖拉

剪力－

注意床單平整，先搖床尾再搖床頭

