	文件類別	衛教單張	文件編號	3-063-036		
	文件名稱	壓瘡(壓傷)的預防 及居家護理	版次	2	頁次	Page 1 of 3
制定日期			2011/10/05			
修訂日期			2017/06/15			

一、什麼是壓瘡：

壓瘡是因為皮膚局部受到壓力(或是壓迫)、摩擦所導致皮下組織、肌肉或骨頭受傷的情形，尤其骨頭突出處更易發生。

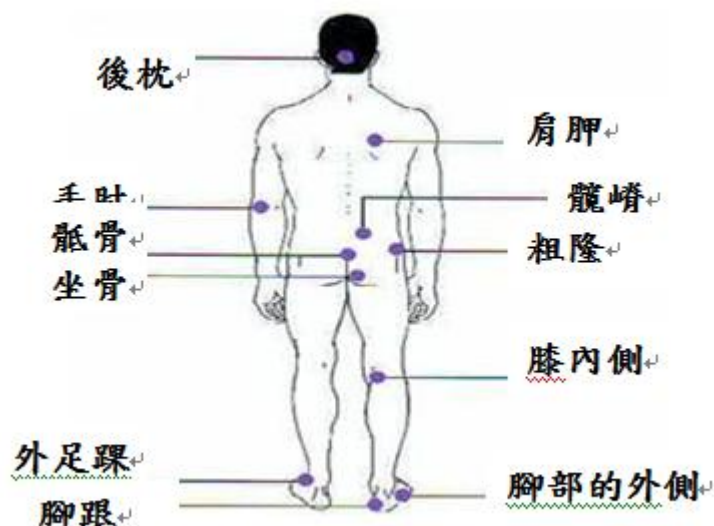
二、壓瘡的導因：


1. 壓力：造成壓瘡的最主要原因就是持續的壓力，壓力會造成局部的缺血，引起周邊血管擴張反應。人體周邊小動脈壓是 32 mmHg，四肢的微血管靜脈壓是 12 mmHg，當皮膚受到持續壓力 70 mmHg 達兩小時，就會出現不可逆的改變，而且皮膚若長期持續受到較低的壓力，所產生的傷害要大於高壓在短時間所造成的傷害。
2. 剪力：剪力是一種對於骨突處所產生的平行拉力。當剪力產生會造成表皮的牽扯，皮下組織和比較深層的血管也會受到牽扯，使得此處血循減少，依序造成肌肉層、皮下組織，最後是表皮的缺血反應。
3. 摩擦力：表皮的角質會因為摩擦脫去，造成表皮間起水泡和一些皮膚傷害。
4. 潮濕：潮濕會浸潤皮膚組織，造成局部皮膚水腫，使得上皮組織更容易受到損傷，而引起壓瘡的產生。

三、發生壓瘡之高危險因子：

1. 意識不清者。
2. 長期臥床者(如植物人、腿部骨折)。
3. 體質虛弱者。
4. 老年人。
5. 癌症末期者。
6. 患有神經系統疾病或神經損傷者(如：中風、脊髓損傷、肢體麻痺)

四、常見壓瘡部位：




	文件類別	衛教單張	文件編號	3-063-036		
			版次	2	頁次	Page 2 of 3
	文件名稱	壓瘡(壓傷)的預防 及居家護理	制定日期	2011/10/05		
			修訂日期	2017/06/15		

五、壓瘡的分級：

分級	壓瘡程度
第一階段	皮膚變紅，可能沒有破皮或只是單純的表皮受損，軟組織發炎
第二階段	部分皮膚開始有變厚情形，破皮情形可能至表皮和真皮。皮膚潰瘍處只出現在表皮而已，臨床可能會看到病人出現破皮、小水泡，或是一個小凹痛的傷口
第三階段	皮膚已經完全變厚，而且已經深及皮下組織，可能出現壞死但尚未傷及肌膜。臨床表徵是皮膚出現明顯的潰瘍，可能涉及周圍組織，也有些沒有
第四階段	皮膚完全變厚，而且潰瘍已經深入肌肉層、骨頭，甚至周邊的支持組織（例如：肌腱、關節囊）

六、照護注意事項：

1. 原則上每 1-2 小時翻身改變臥姿(如：左、中、右側)，並避免壓迫傷口處，但循環功能較差者，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. 翻身調整病人位置時，須抬高病人身體勿以拉拖方式，減少皮膚的拉扯而導致破皮。
4. 避免將床頭抬高於 30°，若需抬高病人，則以床單加墊，兩人共同抬高病人。
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，宜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，可擦拭凡士林等保護油，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

	文件類別	衛教單張	文件編號	3-063-036		
			版次	2	頁次	Page 3 of 3
	文件名稱	壓瘡(壓傷)的預防 及居家護理	制定日期	2011/10/05		
			修訂日期	2017/06/15		

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. 飲食需均衡及熱量足夠，足夠的熱量、蛋白質、維生素及礦物質
可促進傷口癒合。
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。