

皮膚及傷口照護指引

分享者：呂郁芳

社團法人台中市居家護理聯盟協會理事長



目的

- ◆ 提供傷口的照護方式，期望對居家護理師照護18歲及以上有皮膚傷口問題之居家個案的參考



照護目標

- (一) 個案皮膚傷口的問題緩解
- (二) 提升個案及照顧者的皮膚傷口自我照顧知識與技能。
- (三) 增進個案及照顧者的生活品質。



傷口評估要點與原則

◆造成傷口的原因

1. 物理因素引起：擦傷，撕裂傷.....
2. 溫度引起
3. 化學物質引起
4. 放射線引起



影響傷口癒合的原因

傷口評估要點與原則

◆ 影響傷口癒合的原因

A、系統性因素

1. 年紀：老年人之癒合能力較年輕人慢
2. 慢性疾病：如糖尿病，慢性肝臟，會影響傷口癒合
3. 營養狀況：營養不足的情況會影響傷口癒合能力
4. 周邊血液循環狀況：若有周邊血液循環疾病，需先改善血液循環狀況
5. 神經系統：神經系統受損後，會影響局部血流
6. 藥物的使用：長期使用類固醇....
7. 免疫系統受損的狀況：免疫系統功能不全會影響傷口癒合
8. 放射線治療：放射線造成的破壞與劑量有關
9. 是否有慢性潛在因素或習慣：如皮膚癌、吸菸、喝酒。



影響傷口癒合的原因

B. 局部性因素

1. 傷口及周邊是否承受到過大之摩擦力、剪力、壓力
2. 傷口基部過度乾燥：在潮溼之環境下，傷口癒合速度較乾燥環境下快，且較不痛
3. 傷口基部及周邊皮膚組織過度水腫：會影響細胞間氧氣及養分之傳送
4. 傷口基部與周圍組織是否有微生物的感染
5. 傷口有黑色結痂、壞死組織或外物的侵入
6. 傷口基部血循情形：血循不良，傷口組織易缺氧且易造成感染



全人照護模式之傷口評估

A、個案的評估

1. 病史
2. 傷口史
3. 理學檢查及檢驗
4. 失禁狀況
5. 營養狀況評估
6. 身心層面



全人照護模式之傷口評估

B. 傷口的評估

1. 傷口位置：

(1) 傷口出現的部位可找出影響傷口癒合潛在因素

表1 急性與慢性傷口之病因學、部位、特性一覽表。

種類	病因學	部位	特性
急性傷口	燒傷	任何部位	熱源導致皮膚完整性受損
	外科手術傷口	外科手術部位	外科手術產生機械性外力，導致皮膚完整性受損
	撕除傷	任何部位	因外力(膠布撕除、碰撞)所產生傷口
慢性傷口	壓瘡傷口	骨突處、受壓點	長期過度的壓力施壓在皮膚，導致組織缺血、壞死，進而造成皮膚潰瘍
	動脈潰瘍傷口	外踝、足趾、下肢部位	長期動脈血流供應不足，造成組織缺氧壞死
	靜脈潰瘍傷口	近身體側之下肢和踝部	靜脈瓣膜功能缺損，導致下肢靜脈高壓，進而造成皮膚潰瘍
	神經病變潰瘍傷口	足底、蹠骨、足跟等壓力點	原發性疾病導致病患感覺神經傳導功能下降，產生潰瘍傷口
	惡性傷口	腫瘤轉移之身體任何部位	原發性癌症或遠處轉移性癌細胞滲透，穿透表皮細胞形成傷口



全人照護模式之傷口評估

B. 傷口的評估

(2) 使用圖表去記錄傷口位置是不錯的方式

壓瘡傷口評估與護理記錄單(正面)

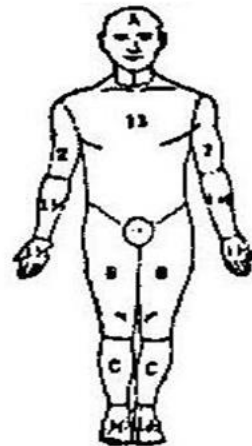
姓名：	性別：	年齡：
-----	-----	-----

壓瘡發生部位圖

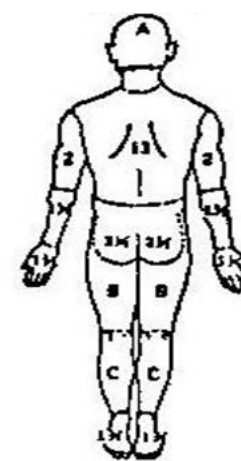
部位：

- | | |
|---------|--------------|
| 1. 耳朵 | 11. 脊椎 |
| 2. 肩胛骨 | 12. 尾骶骨 |
| 3. 手肘 | 13. 腳趾 |
| 4. 股骨粗隆 | 14. 其他 _____ |
| 5. 膝外側 | 15. 其他 _____ |
| 6. 膝內側 | 16. 其他 _____ |
| 7. 外側足踝 | |
| 8. 內側足踝 | |
| 9. 足跟 | |
| 10. 枕骨 | |

(正面)



(反面)



44



全人照護模式之傷口評估

◆ B. 傷口的評估

2. 傷口大小的測量

(1) 傷口表面的測量：一般使用以公分為單位的直尺，測量
傷口的最長徑及最寬徑的垂直線

(2) 傷口深度的測量：

a. 一般傷口

b. 傷口出現隧道及坑道：運用時鐘方位記錄法



全人照護模式之傷口評估

B. 傷口的評估

3. 傷口三角評估法

- (1)傷口床：評估傷口的組織型態、滲液、及是否有感染
- (2)傷口邊緣：評估傷口邊緣及表皮生長狀況
- (3)傷口周圍皮膚：評估傷口周圍皮膚，記錄其顏色、溫度、及範圍



壓瘡分級系統

壓力性損傷(pressure injury)定義

係指皮膚或皮下軟組織局部損傷，通常位於骨突處或/與醫源性設備有關。


此損傷病灶可能是完整的皮膚或開放性傷口，也可能伴隨有疼痛感。

損傷的發生來自於強烈和/或長期的壓力或壓力合併剪力

美國國家壓瘡諮詢委員會(NPUAP)於2016年修正及更新壓力性損傷之定義與分級內容



壓力性損傷分級

分級	特徵	圖示
第1級	皮膚完整，有無法反白的紅斑，膚色較深者可能會有不同顏色的呈現。在顏色變化前，可能會先出現可反白的紅斑或感覺、溫度及硬度上的改變。	

壓力性損傷分級

照顧措施。

1. 密切觀察受損皮膚及傷口的變化。
2. 加強翻身。
3. 保護骨突處如：使用矽膠材質泡棉或羊毛氈等敷料保護及使用各式大小翻身枕，協助翻身及骨突出處墊高，避免骨突處受到摩擦及壓迫。



在腳後跟放置枕頭





壓力性損傷分級

<p>第2級。</p>	<p>部分皮層缺損併有真皮層暴露，傷口床呈現粉紅色或紅色，組織溼潤，可以是充滿漿液而完整或破掉的水泡。2級壓力性損傷不會看到皮下脂肪(脂肪)和深部組織，也不會有肉芽組織、腐肉及焦痂。</p>	
<p>照顧措施。</p>	<p>以生理食鹽水清潔傷口，以纖維或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。</p>	



壓力性損傷分級

<p>第3級</p>	<p>全層皮層缺損，此級病灶因已呈現全層皮層受損狀態，在傷口中可見皮下脂肪(脂肪)和肉芽組織，且常會呈現捲狀邊(捲狀的傷口邊緣)。也許會出現腐肉和/或焦痂。不會暴露筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨和/或骨頭。</p>	
<p>照顧措施</p>	<p>以生理食鹽水清潔傷口，若有壞死組織，可能需要清創，使用纖維敷料或溼紗填塞，外面再用紗布覆蓋，溼紗填塞每天要更換2-3次，使用纖維或泡棉敷料，則視分泌物狀況2-3天更換。</p>	

壓力性損傷分級

<p>第4級。</p>	<p>全皮層及組織損傷，係指傷口處裸露或<u>直接可觸及其筋膜、肌肉、肌腱、韌帶、軟骨或骨頭</u>，傷口可見到腐肉和/<u>或焦痂</u>。</p>	
<p>照顧措施。</p>	<p>同第三級的壓傷處理方式。</p> <ul style="list-style-type: none">+++++	



壓力性損傷分級

<p>無法分級的壓力性損傷。</p>	<p>皮層及組織缺損被覆蓋，因腐肉或焦痂覆蓋導致傷口無法確認分級。如果清除腐肉或焦痂則會顯現為第3級或第4級壓力性損傷。</p>	
<p>照顧措施</p>	<p>同第三級的壓傷處理方式</p> <ul style="list-style-type: none">←←←←←←←	



壓力性損傷分級

<p>深部組織 壓力性損 傷。</p>	<p>皮膚持續性呈現無法反白的深紅色、褐色或紫色。</p> <p>病灶可能皮膚完整或不完整，局部存在有持續性無法反白之深紅色、褐色或紫色的皮膚變色，或是表皮分離，顯示出暗黑色的傷口床或充血的水泡。</p>	
<p>照顧措施。</p>	<p><u>避免患側再受壓</u>，外層可以用<u>羊毛氈</u>或<u>泡棉材質</u>或<u>紗布</u><u>保護患側</u>，減少患處再壓迫。</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p> <p>+</p>	



傷口換藥護理指導要點

◆ 傷口處理原則

A. 急性傷口處理原則

1. 止血
2. 止痛
3. 清潔
4. 傷口剖開探查
5. 移除無活性或污染的組織及異物
6. 組織保留
7. 溫和的組織處理
8. 傷口閉合
9. 敷料的選擇



敷料的選擇

- ◆ 實驗證實傷口在潮溼的環境下，肉芽組織生長及上皮組織移行快，故傷口癒合較快。
◦ 適當的敷料選擇可以提供此理想環境，
加速傷口癒合



敷料種類及使用原則

種類	圖片	使用時機
親水性凝膠 Hydrogel		"提供傷口濕潤或清創 <u>適用偏乾、有腐肉或結痂的淺層或有腔洞的傷口</u> "。
"親水性敷料 Hydrocolloid"	 <p>人工皮-薄片</p>	治療表淺或 <u>少量滲液傷口</u> ，或可作為皮膚保護，避免傷口感染。
	 <p>人工皮-厚片</p>	可提供密閉、濕潤的環境，治療少量至中量滲出液的慢性(如 <u>壓傷、足部潰瘍</u>)和急性傷口(如 <u>輕微燒傷、取皮區或擦傷</u>)。

敷料種類及使用原則

	 <p><u>AquacelAgFoam</u> <u>含銀泡棉敷料 無黏邊</u></p>	<p>感染或具感染風險之傷口、可吸收中至大量滲液。可作為第一層或第二層敷料"</p>
	 <p><u>AquacelAgFoam</u> <u>含銀泡棉敷料矽膠黏邊</u></p>	



傷口換藥護理指導要點

◆ 傷口處理原則

B、慢性傷口處理原則

1. 控制或去除致病原因
2. 控制或去除存在的及潛在的相輔因素
3. 提供合適的生理性環境



基本傷口換藥技術

A. 無菌原則及技術

B. 無菌換藥技術

C. 傷口清潔及消毒液



評值

皮膚及傷口照顧居家護理指導紀錄

- 一、皮膚狀況及傷口評估（見傷口評估紀錄）。
- 二、指導內容（見指導單張）。
- 三、評值結果。

項目	指導內容	評值日期及評值結果*			
		/ /	/ /	/ /	/ /
知識	能說出造成皮膚受損之危險因子。				
	能說出影響傷口癒合的因子。				
	能說出發炎之症狀。				
	能說出需立即就診之情形。				
	能說出營養與傷口癒合之關係。				
	能說出傷口換藥洗手時機及重要性。				
	能說出傷口換藥時之注意事項。				
	能正確執行傷口換藥技術。				
	能觀察傷口、傷口邊緣、傷口周圍皮				



分享完畢！

