



욕창간호



욕창간호



학습목표

욕창을 정의한다.

욕창 발생원리를 설명한다.

욕창 발생에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

욕창예방 간호의 중요성을 설명한다.

체위에 따른 욕창 호발부위를 찾아낸다.

욕창진행의 4단계를 설명한다

욕창이 있는 대상자에게 간호과정을 적용한다.

욕창간호



1. 욕창의 병리적 변화

정의

- 장기간 부동으로 인한 합병증으로 발생한 세포의 괴사
- bed sore, pressure sore, decubitus ulcer

욕창 호발부위

- 뼈 돌출부위와 체중을 많이 받는 부위
- 대체로 지방조직이 적어 압박을 심히 받는 부위
- 환자의 자세에 따라 달라짐 [그림 13-18]

욕창간호



1. 욕창의 발생 원인

- 외부압박: 피하조직이 적게 분포된 뼈가 돌출된 부분에 발생
(M/C: 천골부위, 대퇴골 상부의 돌출부위, 발뒤꿈치 부위)
- shearing force (응전력): 피부의 한층이 다른 한층위로 미끄러질때 발생.
마찰과 중력에 의해 발생 ex) sacrum, coccyx
모세혈관 파열로 피부밑 조직 세포에 혈액순환 감소
(수평면에서 수직으로 가해지는 힘)
- 마찰력 : 두 표면이 비벼질 때 발생 ex) elbow, heels
주름진 시트위에 누워있는 대상자

욕창간호



1. 욕창의 발생 원인

- **부동**: 의식이 없거나 마비가 있는 환자
- **정신상태** : 무감각이나 혼돈, 혼수 등의 정신상태
- **인지기능 저하**: 마비, 뇌졸중, 기타 신경계 질환에 의한 신체감각 소실
- **노화** :고령의 대상자는 욕창의 위험군
- **부 적절한 영양** : 단백질과 열량, 영양부족인 사람들에게 high risk
- **피부의 습기와 온도** : 피부의 습기(실금)는 욕창발생을 5배 증가시킴
피부의 지속적인 습기는 외상에 대한 저항력을 떨어뜨림
온기는 세포의 산소요구량을 증가시킴

욕창간호



2. 욕창의 병리적 변화

욕창의 형성단계 [표13-5]

- 1단계 - 피부에 발적 (redness), 홍반 (erythema)과 부종, 표피만 손상
- 2단계 - 진피층까지 손상, 수포(blister) 형성, 통증이 심함
찰과상 (abrasion)
- 3단계 - 피하조직까지 손상, 냄새나는 분비물, 공동형성 (cavity)
- 4단계 - 근육, 건, 뼈까지 손상, 검은 가피 형성
공동형성, 분비물, 괴사 (necrosis)

욕창에 대한 간호과정



1. 사정

- 욕창형성의 가능성을 사정하는 도구 사용
표 13-6, 7 참고(Braden, Norton 척도)
- 간호력, 영양상태, 음식섭취 양상, 운동성, 습기와 실금 파악
- 피부와 욕창 발생 가능 부위를 주의 깊게 검사 (신체사정)
- 필요한 자원 사정

		전신신체상태	정신상태	활동정도	가동성정도	실금정도	
		우수 4 양호 3 불량 2 아주불량 1	정상 4 무감동 3 혼돈 2 혼미 1	보행기능 4 보행시 도움 3 휠체어사용 2 침대에 국한 1	정상 4 약간제한 3 상당히 제한 2 불가능 1	정상 4 가끔 실금 3 자주 실금 2 소변, 대변 실금 1	총 점수
성명	날짜						

욕창사정도구

Norton 욕창사정도구

욕창에 대한 간호과정



1. 사정

대상자 성명 _____	평가자 성명 _____	사 정 일			
감각지각상태 욕창과 관련된 불편감에 의미 있게 반응하는 능력	1. 완전히 제한됨 통증있는 자리에 전혀 반응하지 않음(신음하거나 움찔하거나 잡는 능력 없음). 의식상태 저하 또는 진정상태와 관련됨 또는 신체전반에 통증을 느끼는 능력이 제한됨	2. 상당히 제한됨 통증있는 자리에만 반응 신음하거나 안절부절하며 불편감을 호소함 또는 통증을 느끼는 능력이 저하된 감각 손상이 있거나 신체의 반이상이 불편감을 느낌	3. 약간 제한됨 말로 하는 명령에 반응할 수 있으나 불편감이나 체위변경의 필요를 항상 표현할 수 없음 또는 약간의 감각손상으로 인해 통증을 느끼는 능력이 제한이 있거나 하나 또는 두개의 사지에 불편감 느낌	4. 전혀 손상 없음 말로 하는 명령에 반응. 감각손상이 없음	
습기 정도 피부가 습기에 노출되는 정도	1. 계속적으로 습기 있음 피부는 거의 지속적으로 땀, 소변 등에 의해 축축함, 대상자이동이나 체위변경할 때마다 습기가 있음	2. 습기 피부는 가끔(항상은 아닌) 축축함 흠이붙은 적어도 매 근무시간마다 교환해야 한다.	3. 가끔 습기 있음 피부는 가끔 축축함, 거의 하루에 한번 여분의 흠이붙 교환이 필요함	4. 거의 습기 없음 피부는 항상 건조함. 흠이붙 교환은 정규적인 간격으로 함	
활동상태 신체활동 정도	1. 침대에 누워 있음 침대에 국한	2. 휠체어에 앉아 있음 보행능력이 심하게 제한되거나 없음. 자신의 체중을 지탱할 수 없고 의자나 휠체어에 의해 지지됨	3. 가끔 보행 도움받거나 도움없이 매우 짧은 거리만 가끔씩 낮에 보행함. 대부분 침대나 의자에서 보냄	4. 자주 보행 깨어있는 동안에 적어도 하루에 2번 병실바깥을 보행하고 적어도 2시간에 한번씩은 병실안을 보행함	
이동 체위를 조정하거나 변경할 수 있는 능력	1. 완전불가능 도움 없이는 몸이나 사지를 약간이라도 체위변경할 수 없음	2. 상당히 제한 가끔 몸이나 사지에 약간의 체위변경을 할 수 있으나 독립적으로 자주 체위를 변경할 수 없음	3. 약간 제한 몸이나 사지에 약간의 체위변경이 지만 독립적으로 자주 체위변경할 수 있음	4. 정상 도움 없이 자주 체위변경을 함	
영양상태 일상적인 음식 섭취 형태	1. 상당히 불량 항상 음식을 남긴다. 매일 제공된 음식의 1/3 이상 먹는 것이 드물다. 고기나 유제품의 단백질 2번 또는 더 적게 먹음. 수분섭취가 불량, 유동식 보충식이를 섭취하지 않거나 또는 금식, 맑은 유동식을 섭취하거나 5일 이상 정맥주입을 함	2. 불충분 식사를 완전히 먹는 것이 드물고 일반적으로 제공된 음식의 약 1/2 정도만 먹음. 단백질 섭취는 매일 고기나 유제품을 3번 정도만 섭취함, 가끔 유동식 보충식이를 섭취할 것임 또는 유동식이나 위관영양시 처방된 양 보다 적은 양을 섭취함	3. 충분 식사량의 반 이상을 먹음 매일 단백질(고기나 유제품)을 4번 먹음 가끔 식사를 거절하나 보통 제공된 음식을 잘 먹음 또는 영양요구량의 대부분이 포함된 위관영양이나 경장영양을 함	4. 우수 매 식사의 대부분을 섭취함 식사를 거절할 적이 없음 보통 고기와 유제품 섭취를 총 4회 이상 섭취함 가끔 식사사이에 먹음 보충식이를 요구하지 않음	
마찰과 응전력	1. 문제 움직임 때 중등도에서 최고의 도움이 필요. 밀지않고 그냥 들어올리는 것은 불가능. 침대나 의자에서 자주 미끄러져 최고의 도움으로 자주 체위변경이 필요. 감적, 구축, 흥분 등은 마찰이 지속되도록 유도한다.	2. 잠재적 문제 힘 없이 움직이고 최소의 도움이 필요. 움직이는 동안 피부는 흠이 붙. 의자, 억제대, 그의 다른 기구에 대하여 다소 미끄러진다. 비교적 좋은 체위로 침대나 의자에 있을 수 있고 가끔 미끄러진다.	3. 실제적인 문제 없음 침대와 의자에서 독립적으로 움직임. 움직이는 동안 완전히 들어올리기 위해 충분한 근육힘이 있음. 침대나 의자에서 좋은 체위를 유지한다.		
총점수					

욕창사정도구

Braden 욕창사정도구

욕창 사정



- ❖ 길이 (length) x 넓이 (width) x 깊이 (depth)로 측정
단위는 mm, or cm
- ❖ 기저부의 상태:
 - pink: epithelialization (상피형성)
 - red : granulation (새살나기)
 - yellow: slough/ infection tissue
 - black : necrotic tissue
 - green : 녹농균 발생 (상처치료 잘 안됨)
- ❖ 형태: 장액성, 혈장성, 혈액성, 화농성
양, 색깔, 냄새, 점도
- ❖ 주위피부상태: discoloration, erythema, edema 등
- ❖ 상처가장 자리 (edge): undermining or sinus tract 유무
- ❖ 상처감염 (wound infection): pain, heat, edema, erythema, exudate

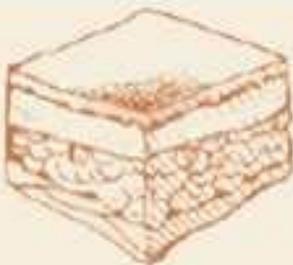
욕창에 대한 간호과정



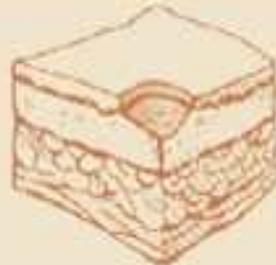
2. 진단

- 피부손상 위험성 (1, 2 단계)
- 조직 통합성 장애 (3, 4 단계)
- 통증

욕창의 4단계분류법



1단계 :
표피는 정상이나 표피에 생긴 홍반이 30분 이내에 없어지지 않을 때



2단계 :
표피 또는 진피를 포함한 부분적인 피부 손상이 있을 때



3단계 :
진피와 피하조직을 포함한 피부 전체에 손상이 있을 때



4단계 :
피하조직과 근막, 근육, 뼈나 관절을 포함한 심부조직의 손상이 있을 때

욕창에 대한 간호과정



3. 계획

피부건강을 유지하고 균형 잡힌 영양 섭취량을 증가 시키며,
좋은 신체선열을 유지할 수 있는 계획

욕창에 대한 간호과정



4. 중재

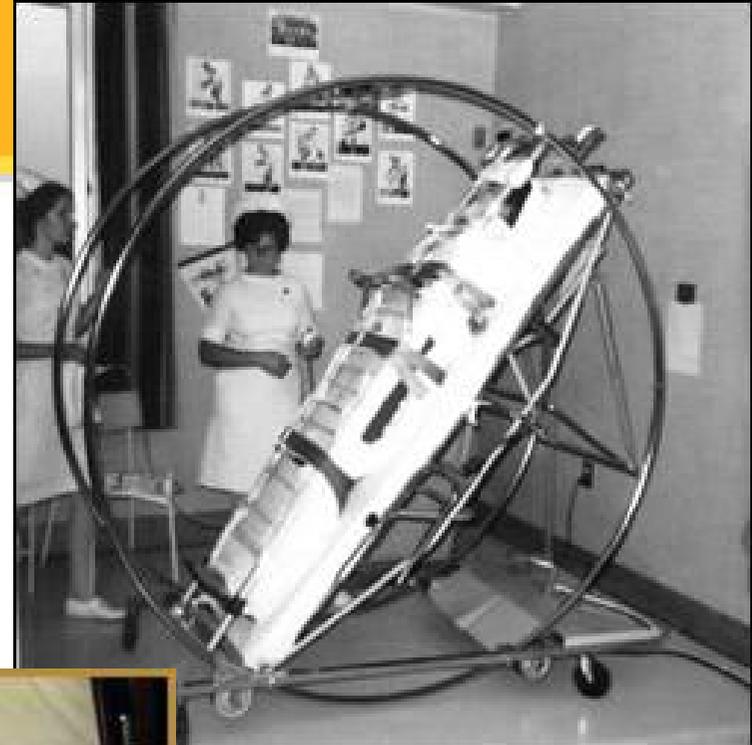
욕창 예방 : 간호 지침 (p. 320)

1) 체위변경

- 변형된 30도 측위
- 매 2시간마다 체위변경

2) 보조기구 사용

- 베개, 압력 감소 부츠, 썬 모양의 폼 등의 도구들
- 종아리 아래에 베개 사용
- 동그란 링 모양의 쿠션 사용 금지 (정맥압을 증가시키므로)
- 침대 머리쪽을 올리는 시간 줄임으로써 응전력 최소화
- cradle, stryker frame, 특수침요 등 이용



Stryker frame



Gel mattress



욕창에 대한 간호과정



4. 중재

욕창 간호

- 욕창 세척: 0.9% 생리식염수로 부드럽게 세척
- 욕창드레싱: 궤양조직은 축축하게 유지, 주위피부는 건조하게
wet-to-dry 드레싱 이용 (가피제거시 사용)
삼출물을 흡수하는 드레싱
상처의 동공에 패킹시 느슨하게 채우기
- 감염 통제: 표준격리 지침 따르기
깨끗한 장갑과 의복
Aseptic technique (가피제거시)

욕창에 대한 간호과정



4. 중재

가정에서 욕창간호

대상자와 간호제공자들을 간호계획에 포함
용어 설명, 욕창 발생, 감염에 대한 기본 정보 교육
여러가지 예방 전략과 선택적 치료에 대해 설명
학습자에 맞춘 유인물 준비
드레싱 교환시 필요하면 진통제 투여
오염된 드레싱 제거시 손으로 만지지 않도록 교육
영양의 중요성, 각종용품의 사용, 상처 치료과정에 대한 상담

욕창에 대한 간호과정



4. 중재

기타치료

- 외과적 수술: 상처 폐쇄, 피부 이식등
- 전기자극
- 고압 산소 요법
- 레이저 방사
- 초음파
- 국소 및 전신 약물투여

욕창에 대한 간호과정



5. 평가

- 1) 예방과 치료법에 대한 효과적인 참여
- 2) 더 이상의 피부손상 예방
- 3) 욕창의 점진적인 치료효과
- 4) 전반적 신체상태의 향상
- 5) 욕창부위의 감염이 없음
- 6) 보완적인 지지환경의 필요성



상처 간호



상처간호



학습목표

상처에 따른 드레싱 방법을 선택할 수 있다.
상처를 가진 대상자에게 간호과정을 적용할 수 있다.

간호과정 - 중재



1) 상처의 응급처치

- ❖ 지혈 - 멸균 드레싱 후 상처 압박
- ❖ 청결 - 감염의 원인이 되는 오염물을 제거
- ❖ 보호 - 환부 고정

간호과정 - 중재



2) 드레싱

목적

- 기계적인 손상이나 미생물 오염으로부터 상처보호
- 지혈을 돕는다 - 압박 드레싱
- 삼출물 흡수와 괴사조직 제거
- 상처부위를 지지 - 운동이나 동작 시 지지
- 체열방출을 차단함으로써 치유촉진
- 상처치유를 위한 습기 유지

간호과정 - 중재



2) 드레싱 교환

물품

- 소독제: 0.9%의 생리식염수가 안전
- 드레싱의 종류
 - : 절개선은 멸균 바세린 거즈나, Telfa 드레싱
 - 거즈 드레싱은 보통 상처를 덮는데 사용
 - 특수 거즈 드레싱 (softwick)은 배액관이나 튜브에 맞게
- 테이프: 1/2-4 inch로 다양
 - 재질: 접착식 면 테이프, 종이, 플라스틱, 아세테이트, 면재질의 비알레르기성 테이프

간호과정 - 중재



Telfa Dressing



Transparent dressing

간호과정 - 중재



상처소독 및 관리

방법

- 무균술 실시
- 소독솜은 1회만 사용, 오염이 안된 부위 → 오염이 심한쪽
절개부위 → 배액관 쪽, 배액관 가까이에서 시작하여 밖을 향해 원을 그리며 실시
- 상처에 직접 설치된 배액관 (penrose): 봉합하지 않으며 바깥부위에 안전핀 부착
드레싱 교환시 배액관과 고정핀 위치 확인
- 폐쇄식 배액관 (그림 13-8b)
- 상처세척과 패킹
 - 개방상처 세척시 멸균물품과 멸균용액
 - 육아조직 형성과 치유증진 위해 패킹 (packing)

간호과정 - 중재



2) 특별상처 간호

- 배액상처: 상처간호 전 처방된 진통제 투여
상처 주변의 피부보호가 중요
- 감염상처 : p. 309 감염된 상처 드레싱 교환법
- 개방상처: 습기 있는 드레싱이 효과적
(wet to dry)
- 만성상처: 수분 함유 드레싱
음압상처 치료법 (vacuum-assisted closure therapy)
- 음압상처 치료법: 상처의 dead space를 줄여주면 상피세포가 빠르게 증식,
육아조직 형성, 치유 시작
(세포의 증식과 성장, 새로운 혈관증식의 자극)
ex) 만성개방 상처, 열개된 수술상처, 3,4단계의 욕창상처

간호과정 - 중재



2) 드레싱



드레싱

Hydrocolloid dressing

간호과정 - 중재



2) 드레싱



드레싱

Alginate dressing

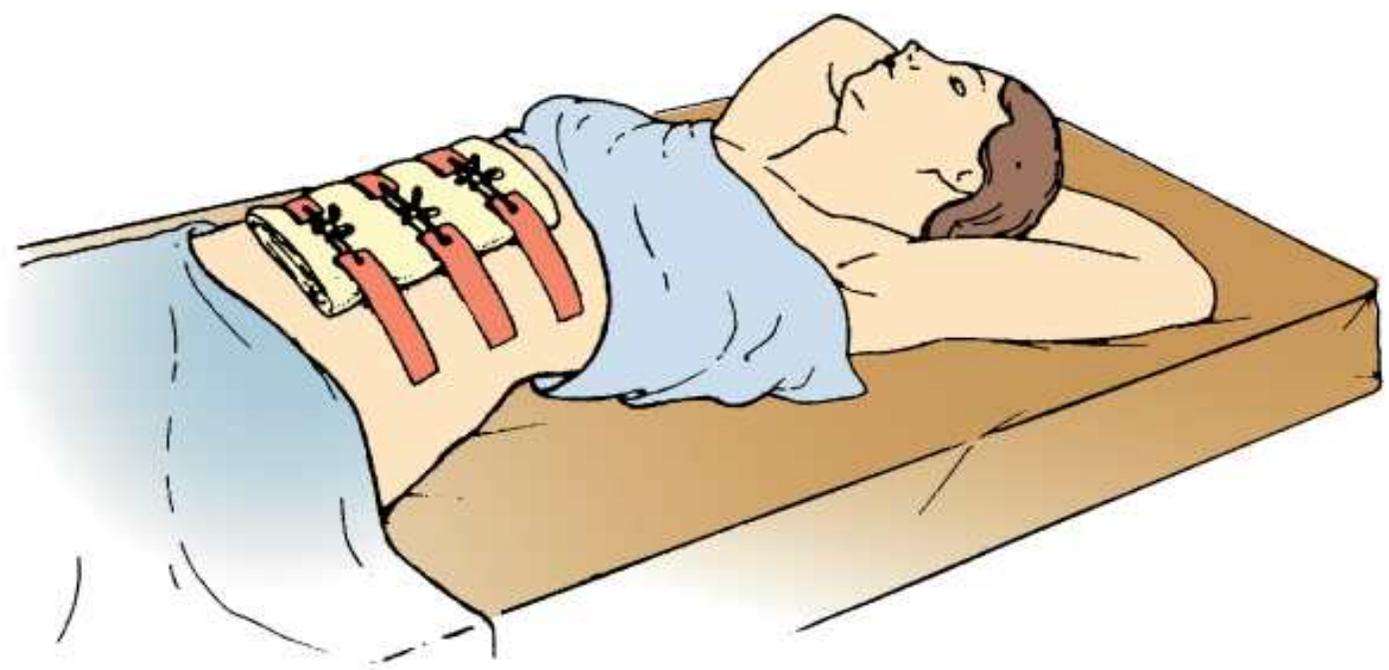


Figure 28-4 Montgomery straps.

Copyright © 2005 Lippincott Williams & Wilkins. Instructor's Resource CD-ROM to Accompany *Timby's Fundamental Nursing Skills and Concepts*, Eighth Edition, by Diana L. Rupert and GERALYN FRANDSEN.

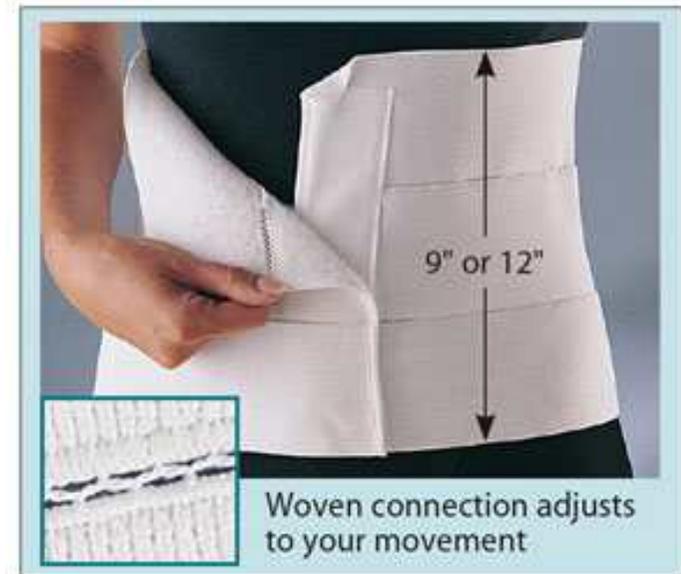
간호과정 - 중재



3) 붕대와 바인더(binder)

구분

- 붕대
: 다양한 폭의 두루마리로 천이나 거즈로 되어있음
- 바인더 (지지대)
: 특정 신체부위를 감쌀 수 있도록 고안
: 가슴, 복부, 삼각, T자형 바인더 등



간호과정 - 중재



3) 붕대와 바인더(binder)

목적

- 일정 부위의 압박
- 운동제한
- 상처의 지지
- 부종 예방 및 감소
- 부목을 지지

간호과정 - 중재



3) 붕대와 바인더(binder)

적용 원칙 [p. 302]

- 상처부위는 덮기 전에 건조시킴
- 정상적인 기능적 체위로
- 피부 사이의 마찰을 예방
- 사지는 말초부터 감아 올림
- 붕대가 모든 부위에 균등한 압력으로 감아지도록
- 고정 시에는 상처 위는 피함
- 감은 후 혈액순환과 편안함 체크

간호과정 - 중재



3) 붕대와 바인더(binder)

붕대와 복대 적용 시 간호사의 책임

- 피부에 상처가 있는지, 가장자리가 노출 되었는지 확인
- 노출된 상처는 멸균드레싱으로 덮어 줌
- 붕대 감기 전 드레싱 교환
- 붕대 적용 후 혈액순환 장애유무 사정

종류

- 붕대법: 환행대, 나선대, 나선 절전대, 8자대, 회귀대
- 바인더: 삼각건, 가슴, 복부, T자형 바인더

간호과정 - 중재



4) 가정에서의 상처간호

- 외래 수술의 증가와 조기퇴원의 증가로 가정에서 상처간호의 중요성 대두
- 감염예방과 치유촉진을 위해 대상자와 가족에게 교육실시

5) 평가

- 감염은 없는지
- 상처가 호전되고 있는지
- 대상자와 가족들이 필요한 지식과 기술을 잘 습득하고 있는지



