

# 應用緩和傷口照護於末期病人 四級壓瘡之傷口護理經驗

曹文昱 許美玉\*

## 中文摘要

本文探討一位末期老年病人尾薦骨四級壓瘡傷口護理經驗。經整體性傷口評估發現：多量滲液、惡臭及感染的不癒合傷口，造成病人生理心理的困擾。照顧者接受到不同傷口護理訊息感到困惑；對執行傷口護理缺乏信心而感到壓力。醫護團隊運用緩和性傷口照護概念及壓瘡照護實證指引介入，依據病人及照顧者需求，提供傷口症狀控制護理措施，緩解病人生理痛苦；穩定傷口，避免壓瘡再發生。以主動接觸、陪伴、傾聽及溝通，鼓勵照顧者分享感受，且引導傷口照護決策、教導傷口照護知識與技能，緩解其壓力，進而能夠於居家執行傷口照護計劃。(志為護理, 2015; 14:5, 82-92)

關鍵詞：末期病人、壓瘡、四級、緩合性傷口照護

## 前言

壓瘡是末期病人最常面臨的皮膚照護問題之一。根據研究指出，末期病人至死亡期間，平均每人會發生1.8個傷口，其中1/2的病人會發生壓瘡(Maida, Corbo, Dolzhykov, Ennis, Irani, Trozzolo, & McManus, 2008)。原因在於病人臨終前的2-6週，血液灌注主要分配至腦、心臟等主要器官，皮膚容易因血流灌注不足而破損

(Sibbald, Krasner, & Lutz, 2010)。一旦末期病人發生壓瘡，要讓傷口癒合是一困難達成的目標(Woo & Sibbald, 2010)。病人在與不癒合傷口共存期間，所產生的症狀干擾，影響身心靈的安適狀態；同時家屬因不忍病人受苦且需面臨傷口照護而產生壓力，衝擊生活品質甚劇。此時醫護團隊如何以病人與家屬的期望及最大利益為基礎，提供有效的傷口護理以控制傷口症狀，維持病人的生活品質(Woo &

慈濟技術學院護理系講師 佛教慈濟綜合醫院傷口造口護理師\*

接受刊載：2014年11月16日

通訊作者地址：許美玉 花蓮市中央路三段707號 護理部

電話：886-3-8561825 #2807 電子信箱：my\_shu@tzuchi.com.tw

Sibbald, 2010)，是一極具挑戰性的職責。故，本文旨在描述面對一位末期腎性病變老人尾薦骨四級壓瘡，應用緩和傷口照護概念協助緩解病人因傷口所導致的身心痛苦，在生命最後旅程中，維護其生活品質之傷口護理經驗。

## 文獻查證

### 一、緩和傷口照護概念

緩和傷口照護概念緣起1980年代，最初應用在末期病人的壓瘡傷口照護(Emmons & Lachman, 2010)。如今擴展於無法治癒的疾病，如：進展性或轉移性癌症、血液灌流不足、慢性骨髓炎、嚴重貧血與營養不良、服用高劑量免疫抑制劑、重要器官衰竭及惡化性老年癡呆症等，因病程進展導致傷口無法癒合時之傷口照護模式(Woo & Sibbald, 2010)。不同於傳統傷口照護以「癒合」為目標導向；緩和傷口照護旨在使末期病人與傷口共存的餘生，傷口症狀能獲得50%以上的「改善」，即為良好的傷口照護成效(Navaid, Melvin, Berube, & Dotson, 2010)。此概念主張傷口照護應採取多團隊及整體性的照護介入，以病人與家屬需求為中心，導以具科學基礎的傷口照護原則，提供症狀處理，並將其導入日常生活的實踐，維護身心健康狀態(Emmons & Lachman, 2010)。包括：(1)引導有效的溝通、決策及照護的介入；(2)穩定傷口狀況、預防惡化；(3)保護傷口，減少感染；(4)控制傷口疼痛、異味與滲出液；(5)預

防傷口及周圍皮膚創傷(Navaid et al., 2010)。

### 二、以實證為基礎的壓瘡預防照護與傷口症狀控制策略

末期病人的壓瘡傷口照護目標在改善無法癒合傷口之症狀，但在照護傷口的同時，應關注皮膚的狀況。雖然末期病人的皮膚容易受損，但不同於其他慢性傷口，壓瘡可藉由皮膚的滋潤與減壓措施預防其發生(Navaid et al., 2010)。對於已發生壓瘡者，仍需導入預防措施，防止其他傷口的發生(Letizia, Uebelhor, & Paddack, 2010)。故「改善」傷口症狀與「預防」新壓瘡產生為末期病人壓瘡傷口照護目標。即便是面對末期病人，仍應提供具有安全性、非傷害的照護，以促進目標的達成(Stephen-Haynes, 2012)。因此導以證據為基礎的傷口護理為緩和性傷口照護必要要素(Graves, 2013)。

針對「預防」壓瘡產生，壓瘡預防指引建議：可使用Braden量表評估病人危險因子，針對暴露因子提供個別性的預防措施(European Pressure Ulcer Advisory Panel [EPUAP], 2009；National Guideline Clearinghouse [NGC], 2010)。包括：翻身、減壓支持輔具的提供；在病人可接受與耐受的情況下鼓勵活動，維持最大可度動的範圍。每日執行皮膚清潔及使用乳液滋潤皮膚，並保持肛門及會陰部位皮膚的清潔與乾燥等(EPUAP, 2009)。

當病人發生四級壓瘡，其皮膚組織會廣泛性的破壞至肌肉、骨骼及支持結構。傷口可能呈現腐肉或痂皮，並合併潛行或隧道式腔洞(EPUAP, 2009)。疼痛、惡臭的量多滲出液、感染及出血等為常見四級壓瘡傷口症狀。此時應系統性的收集影響傷口癒合因子，包括：疾病史、家庭史、用藥、營養、實驗檢查值、失禁狀況等生理性傷口評估，及傷口對心理層面影響(羅、胡，2007)。可應用傷口床準備概念(wound bed preparation, WBP)的「TIME」模式評估傷口，發掘影響癒合的障礙，導入照護策略(Chrisman, 2010)。包括：(一)組織(tissue)：評估傷口組織狀況。壞死組織應予以移除以降低感染及惡臭。積極手術清創不合宜，恐造成疼痛、出血及擴大細菌侵犯風險(Delmore & Duran, 2009)。可採取保守性的清創，如：高壓沖洗傷口及濕到乾的濕敷法之機械性清創；或以保濕型敷料促自體清創，包括：親水性銀纖維(hydrofiber)或水凝膠(hydrogel)等(NGC, 2009)。(二)感染或發炎(Infection/Inflammation)：密切觀察局部與系統性的感染徵候。局部傷口感染，可使用含抗菌成份的磺胺劑乳膏(silver sulfadiazine)或銀親水性纖維敷料(hydrofiber Ag) (NGC, 2009)。(三)濕潤(moisture)：評估傷口濕潤平衡狀態。傷口組織過度潮濕或周圍皮膚浸潤，可選用高吸收性的親水性纖維或藻膠敷料填塞腔洞(NGC, 2009)。(四)傷口邊緣(edge of wound)：評估傷口邊緣黏著度，有無肉芽增生或潛行

狀況。傷口範圍大並合併死腔，可以生理食鹽水紗布，鬆散方式填塞(NGC, 2010)。此外，傷口照護過程中，清潔、敷料移除技巧及頻繁更換敷料等，為引發傷口疼痛常見因素(Letizia, Uebelhor, & Paddack, 2010)。應定期以一致性的工具評估疼痛狀況外，可藉由藥物使用、正確的傷口照護技巧、適當的選用保濕敷料、減少更換頻率等，降低病人不舒適感(Delmore & Duran, 2009；NGC, 2009)。傷口症狀的評值，可採用壓瘡癒合量表(pressure ulcer scale for healing)每2週定期評估(NGC, 2009)。

### 護理經驗

病人至本院行血液透析時，皮膚診視發現尾薦骨有 $15 \times 8 \times 5 \text{cm}^3$ 的四級壓瘡，開始介入照護。護理期間自2011年5月25日至7月6日。

#### 一、個案簡介與疾病史

邱女士78歲，已婚，其夫已逝，不識字。以臺語及客語溝通，信仰道教。之前經營生意，現已退休。育有3男2女，目前與長男同住。

罹患第二型糖尿病及高血壓十多年，持續藥物控制。2006年因足糖尿病足合併周邊血管動脈病變，行右膝上截肢；2009年跌倒導致左股骨骨折行骨內固定術，同年診斷末期腎性病變，開始執行血液透析。2010年至2011年期間有四次因胸痛至急診求治，診斷為充血性心衰竭。2011年2月左足周邊動脈病變至某醫院執行膝下截肢，因病情危急，至加護病房治療，期間因腹瀉嚴

重導致尾薦骨壓瘡。3月15日出院返家照護。於3月至5月期間尾 骨傷口未癒，至整型外科門診求治5次。

## 二、整體性的傷口評估

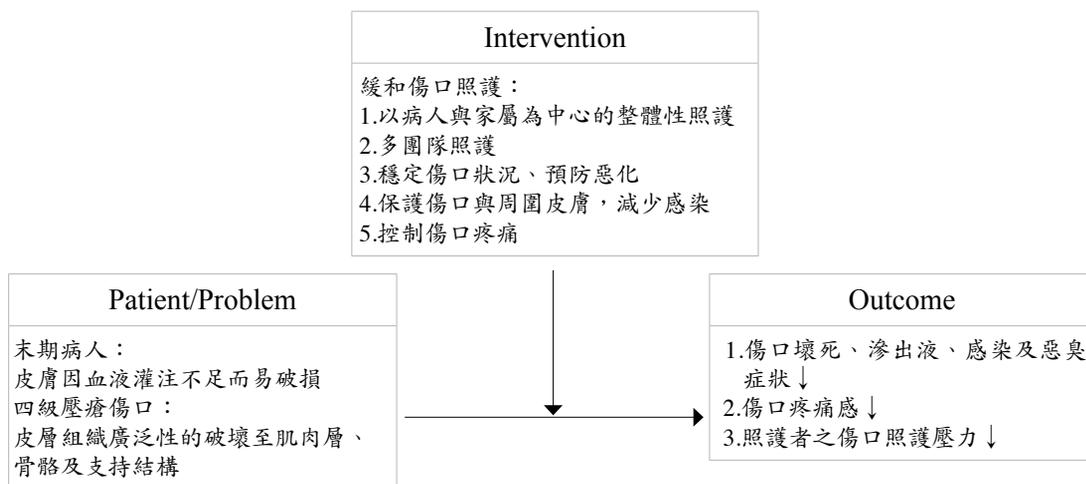
### (一)生理性傷口評估：

1.依據壓瘡預防指引建議進行危險因子評估：5/25以Braden壓瘡危險因子量表評估總分15分，在活動度、可動度及摩擦力與剪力項目得分最低。病人於3月執行左側膝下截肢返家後，除了每週三次使用輪椅外血液透析外，平日大部份時間臥床或一天一次坐起約2小時。5/25血液透析時採平躺，左手外展固定不動，殘肢以大枕頭橫放置於雙足膝膕處。主訴：「我不甲意動，躺著就好」。案女表示：「出院後，除了洗腰子需外出，不太喜歡下來活動。」，「洗腰子也只能在床上平躺，不能翻動，怕左手透析的管路會滑掉。」。右上肢肌力(左側動靜脈瘻管置)3分，雙殘肢2分且肌肉萎縮，被動關節活動正

常；左右手可執行主動關節活動。日常生活活動為完全依賴。5/27檢視輪椅，未使用任何減壓設備。

2.依據壓瘡照護指引建議進行傷口症狀評估：5/25測得身高160公分、體重58公斤、標準範圍48.6 ~ 69.41公斤內，BMI值23%。全身皮膚顯乾燥、脫屑、薄脆及彈性差；眼睛黏膜乾、鞏膜、黏膜及指甲床顏色蒼白，毛髮稀疏。尾薦骨處有四級 $15 \times 8 \times 5$  cm<sup>3</sup>壓瘡，依據WBP的「TIME」模式進行傷口評估(詳見圖一)。PUSH量表評估傷口，得分為17分，癒合狀況差。主訴：「屁股洞已經很久了，現在怎樣?一天到晚都在看，都在弄，很不爽快!」。5/25-5/26生命徵象與血液檢驗值：TPR：36.7/84/20、BP：129/80mmHg。WBC：10,850/u1、RBC：3,220,000/u1、Hb：9.1g/dL、Ht：27.6%、albumin：2.3 g/dL。

於5/25在執行傷口護理時，病人皺眉、生氣的主訴：「在幹什麼?不要碰



圖一 應用緩和傷口照護於末期病人壓瘡傷口照護之概念圖

我的屁股，很痛！」、口語怒罵同時不停扭動身體與殘肢，疼痛指數8-9分。案女訴：「不知道是不是我動作太粗魯，每次換藥都哎哎叫，大聲罵人。只要不碰傷口，很少喊痛！」。檢視其用藥無相關止痛劑。針對居家傷口護理認知，案女表示：「現在都搞糊塗，看了三個醫師，有三種不同意見。有說只要用優碘讓它乾乾的，另一個說塗藥膏，還有一個說一定要開刀，我到底要聽誰的？只跟我說塗藥，一天要換幾次？也沒有教我怎麼換！這陣子都用棉棒沾鹽水洗後塗優碘再蓋紗布，一天換3-4次，媽媽每次換藥都催促快一點，哎哎啾啾叫，我笨手笨腳怕弄痛她，壓力很大。」

## (二)心理與靈性評估

病人自覺是個性果斷、堅毅且獨立自主。5/25案大女兒表示：「從小媽媽是家裡主要決策者，很多事情都是由她處理解決，就是你們現在說的女強人型。除了經營事業外，對家庭也盡心盡力，很辛苦，所以我們都很尊重她。」對於十多年來生病後所面臨的住院、手術、血液透析等療病過程以及對於生命終止，主訴：「生病這麼久了，我知道身體一直在變壞」，「上次聽女兒說差點死掉，所以我都交待好後事了」，「我甲到這歲數夠了，小孩也都長大了，覺得這樣足夠了。我不會怕死，該走的時後就走」。案大女兒表示：「對於媽媽的身體情況，醫師有說是末期了，有可能隨時都會走，跟媽媽討論過也簽了拒絕同意書，沒想到傷口現在搞的我頭很大，很想讓她開刀算了，但

又擔心她身體受痛苦，難道就沒有辦法讓傷口改善嗎？讓她不要這麼痛苦嗎？」。「雖然有外勞但在家都是我在換藥，都沒什麼改善，壓力很大，是不是可以住院，等傷口好再回家」，「不同醫師又有不同的意見，護士你認為開刀好不好，可是我又怕開完刀會讓她的情况更惡化」，「到底有沒有方法可解決這個問題？不知如何是好！」。

## (三)社會-家庭評估

家庭發展階段為老年期家庭。病人父母及配偶皆已往生，案子3人與二女兒皆已成家立業，大女兒獨身但已退休，目前與長男同住，為三代同堂家庭。大女兒為家中主要決策者，弟弟、妹妹也都會尊重其決定。病人之前做生意，交友廣闊，親戚間常聯繫，朋友常至家裡探視。5/26進行家庭環境評估，個案居住在50多坪的三樓獨棟透天房子中的一樓，家中環境乾淨、採光與通風佳，房內的床舖為電動床及泡棉床墊；浴室內設有無障礙空間。平時日常生活起居有外籍照服員照料，照護時間約一年左右。在經濟功能方面：家境優渥，本身有積蓄，再加上兒子與女兒的奉養，故經濟無慮。

## 三、傷口問題確立與介入措施

綜合上述傷口護理評估結果，歸納出病人與主要健康照護需求包括：照顧者角色緊張/與面對來自不同傷口護理訊息以及執行傷口護理所產生的困惑與壓力；組織完整性受損/與尾薦骨四級壓瘡傷口未癒有關；疼痛/與四級壓瘡傷口護理過程有關。筆者依據緩和傷口照

護概念，並結合導入實證護理，尋求有科學為基礎的傷口照護(見圖二)，以緩解傷口症狀所帶給病人及主要照顧者之困擾。傷口護理介入措施詳細說明如表一。

## 成效評值

筆者針對病人疼痛感受、壓瘡傷口狀況與主要照顧者壓力感受進行成效評值如下：

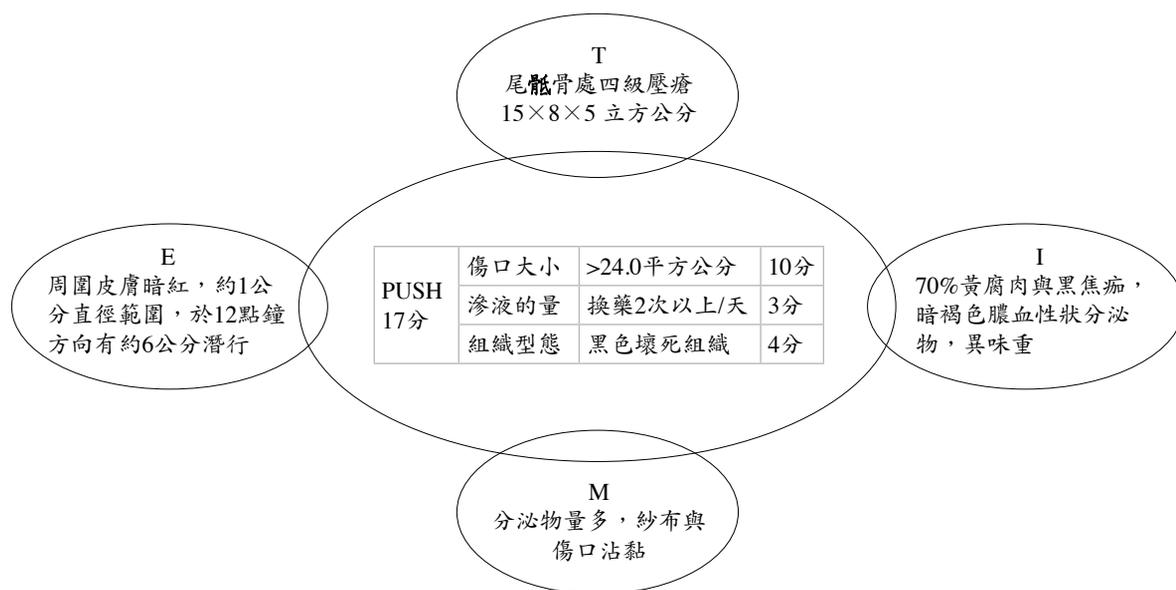
### (一)疼痛

5/28電話訪視案女訴：「昨天在家換藥前有先給她吃止痛藥，而我也照著你們教的方法換傷口，我媽比較不像以前一直扭動身體及大吼罵人」。詢問病人傷口護理疼痛感受與之前相比較下，表示：「有啊!比較不會痛!」，疼痛指數由8-9分降為2分。5/29-5/31在傷口護理時，外籍照服員予以撫摸背部、左大腿區塊之皮膚，病人未主訴疼痛。6/7

電話訪視案女表示：「我昨天跟今天沒給她吃止痛藥，換藥過程中很平穩，沒聽她在喊痛」。6/8透析後，在未口服止痛劑下執行傷口護理時，病人神情平穩，詢問其傷口護理後的感受，主訴：「未感到痛。」

### (二)組織完整性受損

5/28居家護理師家訪，案女已購買防壓坐墊及持續性氣浮床墊使用之。5/30血液透析後，案女可獨自完成傷口護理。6/13尾薦骨傷口 $11 \times 8 \times 3$ cm<sup>3</sup>基部組織紅潤，中量淡黃紅色漿液性滲液，無惡臭味，醫師與傷口護理師討論後傷口改以0.2%玻尿酸凝膠塗抹傷口基部後填塞親水性纖維敷料後紗布覆蓋，視傷口滲液每2日更換一次。6/20尾薦骨傷口 $8 \times 5 \times 2.5$  cm<sup>3</sup>組織紅潤，少量淡黃紅色漿液性滲液，PUSH量表13分。7/4尾薦骨傷口 $4 \times 3 \times 2$  cm<sup>3</sup>，PUSH量表11分。



圖二 以TIME Framework概念進行傷口評估與處置計畫

表一 依緩和傷口照護目標為基礎之傷口護理介入措施

護理問題：照顧者角色緊張/與面對來自不同傷口護理訊息及執行傷口護理所產生的困惑與壓力有關	
護理目標：	
1.5/27案女能說出不同傷口照護方式的優缺點，並能選擇治療方式。	
2.5/31案女能於居家執行所決定的傷口照護方式並表達其壓力減輕。	
緩和傷口照護概念應用	護理措施
以病人與家屬為中心的整體性照護	1.5/25以主動關懷及鼓勵案女表達心中想法並與其討論，並以同理心態度，傾聽並接受案女所經驗到的壓力感受。 2.5/26協同主治醫師、傷口護理師與案女進行討論，說明醫護團隊所擬定的傷口照護計劃及其預期風險與效益，同時鼓勵案女提出疑問，對於模糊不清之處做澄清或再次說明，使其確實瞭解。 3.5/27由傷口護理師教導案女所決定的傷口照護方式，居家照護則由居家護理師進行追蹤。
多團隊照護	1.5/26協同主治醫師，與整型外科醫師、傷口護理師及居家護理師連繫，針對案女傷口照護需求，進行傷口照護之諮詢與討論。 2.5/27提供案女後續傷口照護相關問題可諮詢的人員包括：筆者、傷口護理師及居家護理師之連絡方式，使其能在有問題時，適時的尋求協助。 3.5/30-6/10協同醫師與傷口護理師，進行移除傷口基部鬆動、剝落的壞死組織。
護理問題：組織完整性受損/與尾薦骨四級壓瘡傷口未癒有關	
護理目標：	
1.5/30案女能夠於居家正確的執行所決定採取的傷口護理方式。	
2.三週內，尾 骨傷口滲出液減少至一天更換一次，打開敷料無惡臭味。	
3.一個月內，尾 骨傷口未擴大。	
緩和傷口照護概念應用	護理措施
保護傷口與周圍皮膚，避免其他部位壓瘡發生	1.5/27教導案女每日傷口照護更換兩次或受大便污染時，隨時予以更換。 2.5/25以Braden量表評估危險因子暴露情境，指導外籍照服員與案女翻身擺位技能與皮膚護理措施包括：(1)5/25-7/6每週一、三、五透析時，在不移動左手透析情況下，以及平時居家照護時，予以每小時協助採30度左側臥或右側臥，背部放置一L型枕頭，支撐背部及區隔兩腿，並於雙膝與足踝間夾小枕，避免骨突受壓。(2)5/25-7/6當進食時，必需採取90度坐姿時，可先予以搖高床尾，大腿下予以枕頭加墊。(3)5/25-7/6下床至椅子或輪椅活動時，每30分鐘需將臀部離開椅子接觸面或身體向前傾，以降低壓力。(4)5/25-7/6每日提供身體清潔與檢視皮膚，並早晚於四肢與軀幹皮膚塗抹乳液。 3.5/25-7/6教導可選擇具減壓效果輔助設備，如：防壓坐墊及持續性氣浮床墊，以分散壓力。
穩定傷口狀況、預防惡化	1.5/27由傷口護理師教導案女傷口照護方式：生理食鹽水沖洗清潔後，於尾薦骨傷口基部塗抹silver sulfadiazine cream，再以鬆散的生理食鹽水濕紗，填塞潛行腔洞；每日更換兩次或大便污染時，隨時更換。 2.5/27-7/6定期於每週一血液透析後，以PUSH量表評估及記錄傷口大小、滲液量與組織狀況，同時觀察周圍皮膚狀況、感染徵候。
護理問題：疼痛/與四級壓瘡傷口護理過程有關	
護理目標：	
1.5/28主訴傷口護理過程疼痛感受獲得改善。	
2.6/10未使用止痛劑下，主訴傷口護理過程中疼痛感受可接受。	

緩和傷口照護概念應用	護理措施
控制傷口疼痛	<p>1.5/25於透析後，請案女執行傷口護理並評估其技巧，同時檢視病人護理前、中、後疼痛指數。</p> <p>2.5/25-5/31教導傷口護理技巧包括：(1)移除膠布時，勿單手直接撕除，以一手固定皮膚，另一手則順毛髮慢慢移除。(2)移除敷料前，以生理食鹽水濕化敷料，觀察敷料與皮膚接合處濕潤後再動作輕柔移除。(3)傷口清潔將棉棒改以使用瓶裝生理食鹽水直接沖洗，潛行傷口則以空針進行沖洗後，以紗布輕壓拭乾。(4)於尾薦骨傷口處敷料，以片狀舒柔膠布固定。</p> <p>3.5/25-5/31每週一、三、五執行傷口護理前、中、後，評估疼痛狀況，並調整傷口護理技巧。</p> <p>4.5/25-5/31教導傷口護理時，可運用談天、撫摸背部、左大腿區塊之皮膚等轉移注意力之技巧。</p> <p>5.5/25-6/8依醫囑傷口護理前30分鐘給予ultracet 1顆口服。</p>

### (三) 照顧者角色緊張

5/26醫護團隊針對個案進行討論後決議：由於以目前個案生理狀況不適合進行侵略性治療，因此要讓傷口癒合是困難的，故由護理團隊採以緩和性傷口照護模式，控制傷口症狀，讓病人維持其生活品質。5/27透析前由主治醫師向案女說明醫護團隊討論後的傷口照護方針，並由傷口護理師說明傷口照護計劃。案女表示：「經你們的說明，我明白了，母親身體狀況差，以目前的狀況也不適合再開刀，所以我選擇傷口護理師所建議的換藥方式，我希望能讓我母親舒適，如果要用敷料我都願意。」傷口護理師教導案女傷口護理方式，並將過程以案女手機攝影存檔，提供返家後參考。5/28居家護理師至居家評估案女傷口照護狀況，於紗布填塞技巧不熟練再指導外，其餘皆可。5/30血液透析後，由傷口護理師評值案女，能獨自完成傷口護理。5/31電話追蹤訪談案女表示，有依循所教導的換藥方式，表示：「換藥越來越順手，現在壓力消很多。」

### 討論與結論

本文中主要是探討一位78歲末期腎性病變老年病人，至本院進行血液透析時，經身體評估發現個案尾薦骨四級壓瘡傷口未癒。雖然此病人至血液透析室主要目的是在執行透析，但筆者評估到不癒合的四級壓瘡對病人及案女生活品質造成影響。因此將此訊息與主治醫師討論後，整合醫療團隊共同協助個案及家屬解決所面臨的傷口照護問題。在一個多月的護理期間，於每週三天於血液透析室、居家及電話訪視等持續的追蹤，緩解傷口症狀對病人及案女的影響，同時也讓尾薦骨壓瘡症狀改善並縮小至 $4 \times 3 \times 2\text{cm}^3$ ，並納入以實證為基礎的壓瘡預防照護，讓個案在照護期間未發生新的壓瘡。

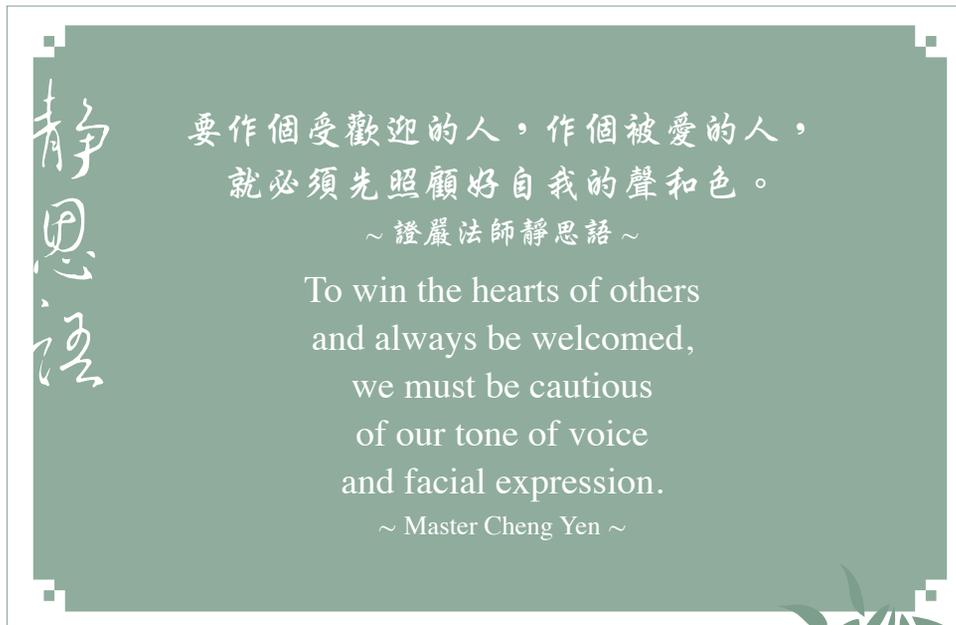
筆者雖僅能在病人每週三天的門診透析時間予以評估並執行護理計畫。然而在此照護過程中，以溝通協調者的角色功能，促使醫護團隊整合討論，並納入緩和傷口照護概念，導入實證指引之壓瘡照護措施，緩解病人與主要照顧者

面對末期傷口照護的困境，符合病人對傷口感受上的期待，也緩解不癒傷口為家屬所帶來的心理壓力，提升其生活品質。然而，當傷口症狀緩解，病人及案女逐漸展開笑容之際，病人在外籍照服員半夜協助如廁時，不慎跌倒，最後於7/13顱內出血而往生。在這段陪伴病人及案女傷口照護的旅程之中，筆者深深的感受到，雖然病人因疾病導致身體衰退的情境下，要讓傷口癒合是困難的任務。但即便是無法達成的目標，我們仍然可以藉由傷口照護的專業知識與技能，努力的讓病人與傷口共處的時間中達到平衡。在照護過程中，個案雖為非住院病患，但在護理評估、計劃與評值上，仍可藉由每週三天的透析時間由筆者直接介入執行；但反觀若是末期居家個案，要藉由居家護理師每月僅兩次的訪視給付，對於立即的提供傷口症狀緩解，是一大限制。因此建議在照護末期病人合併無法癒合之傷口時，除了應採取多團隊及整體性的緩和傷口照護介入，以病人及家屬為中心，搭起醫、護、病之間的橋樑外，未來可發展傷口遠距居家照護系統的應用，有效地提供緩和傷口照護支持與協調，並依據其需求與傷口照護原則，提供症狀處理，同時將其導入日常生活的實踐，以維護末期最佳生活品質。

### 參考文獻

- 羅淑芬、胡文郁(2007)·慢性傷口之評估與測量原則·*護理雜誌*，54(2)，62-67。  
doi:10.6224/JN.54.2.62
- Chrisman, C. A. (2010). Care of chronic wounds in palliative care and end-of-life patients. *International Wound Journal*, 7(4), 214-235.
- Delmore, B., & Duran, D. (2009). Wound care at the end of life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 381-383.
- Emmons, K. R., & Lachman, V. D. (2010). Palliative wounds care: A concept analysis. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 37(6), 639-644. doi:10.1097/WON.0b012e3181f90a4a
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009). *Pressure ulcer prevention*. Retrieved from [http://www.epuap.org/guidelines/Final\\_Quick\\_Prevention.pdf](http://www.epuap.org/guidelines/Final_Quick_Prevention.pdf)
- Graves, M. L. (2013). Providing quality wound care at the end of life. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 15(2), 66-74.
- Letizia, M., Uebelhor, J., & Paddack, E. (2010). Providing palliative care to seriously ill patients with nonhealing wounds. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*, 37(3), 277-282.
- Maida, V., Corbo, M., Dolzhykov, M., Ennis, M., Irani, S., & Trozzolo, L. (2008). Wounds in advanced illness: A prevalence and incidence study based on a prospective case series. *International Wound Journal*, 5(2), 305-314.
- Navaid, M., Melvin, T., Berube, J., & Dotson, S. (2010). Principles of wound care in hospice and palliative medicine. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 27(5), 337-341. doi: 10.1177/1049909109356967
- National Guideline Clearinghouse (2009). *Pressure ulcer treatment recommendations. In: prevention and treatment of pressure ulcers: clinical practice guideline*. Retrieved from [http://www.guideline.gov/content.aspx?id=25139&search=pressure+ulcer\\*](http://www.guideline.gov/content.aspx?id=25139&search=pressure+ulcer*)

- National Guideline Clearinghouse (2010). *Association for the advancement of wound care guideline of pressure ulcer guidelines*. Retrieved from <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=24361> & search=pressure+ulcer\*
- Sibbald, R. G., Krasner, D. L., & Lutz, J. (2010). SCALE: Skin changes at life's end: Final consensus statement: October 1, 2009. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(5), 225-236; quiz 237-228. doi: 10.1097/01.asw.0000363537.75328.36
- Stephen-Haynes, J. (2012). Pressure ulceration and palliative care: Prevention, treatment, policy and outcomes. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), 9-16.
- Woo, K. Y., & Sibbald, R. G. (2010). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Advances in Skin & Wound Care*, 23(9), 417-428; quiz 429-430. doi: 10.1097/01.ASW.0000383206.32244.e2



# The Nursing Experience of Applying Palliative Wound Care for Stage IV Pressure Ulcer in a Patient at the End of Life

Wen-Yi Tsao, Mei-Yu Hsu\*

## ABSTRACT

The aim of this study was to describe the nursing experience of caring an elderly with a stage IV pressure ulcer at the end of life. Comprehensive wound assessment revealed that heavy exudates, malodor, and infection from the nonhealing pressure ulcer had caused the patient to suffer from physical and emotional turmoil. Caregivers were confused by complex and varying wound care information they received because of stress attributable to lack confidence in providing appropriate wound care. We applied the concept of palliative wound care and abided by evidence-based pressure ulcer guidelines in accordance with patient and caregivers needs to facilitate wound symptom control, thereby reduced physical suffering of patient and prevented pressure ulcer recurrence. As previously mentioned concept and guidelines, we provided active contact, accompaniment, listening and communication, and encouragement to motivate caregivers to share their feelings. We imparted wound-care-related knowledge and skills to the caregivers and were thus able to involve them in making well-informed wound care decisions. Our teaching had reduced their stress and helped them perform wound care at home. (Tzu Chi Nursing Journal, 2015; 14:5, 82-92)

Keywords: end of life, palliative wound care, pressure ulcer, stage IV

---

RN, Assistant Head Nurse, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation; RN, WOCN, Hualien Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation\*

Accepted: November 16, 2014

Address correspondence to: Mei-Yu Hsu 707, Sec.3, Chung-Yang Rd. Hualien, Taiwan, Nursing Department  
Tel: 886-3-8561825 #2807 ; E-mail: my\_shu@tzuchi.com.tw