

A pathway for

욕창

(*Pressure injury*)



임상실무가를 위해 임상실무가가 개발한
근거기반 단계별 가이드

임상실무가를 위해 임상실무가가 개발함

이 Pathway는 상처 치료 분야의 의료 전문가 2200여명의 피드백과 의견을 바탕으로 개발되었습니다. 이 Pathway는 욕창/궤양 관리에 대한 고유한 근거 기반 접근법을 제공하며, 상처 치료의 최신 근거를 임상 현장과 실생활에 적용할 수 있도록 합니다.

저자:

Terry Swanson, Nurse practitioner, Australia; Dr. Caroline Dowsett, United Kingdom; Dr. Jose Ramon March Garcia, Spain; Emily Greenstein, Nurse practitioner, USA; Dr. David Keast, Canada; Dr. Long Zhang, China; Dr. Hester Colboc, France

참고문헌:

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia; 2014.
2. Gefen A, Brienza D, Edsberg L, et al. The etiology of pressure injuries. In: Haesler E, ed. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline: European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pan Pacific Pressure Injury Alliance: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2019. [Google Scholar]
3. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS), Consensus Document. Role of dressings in pressure ulcer prevention. Wounds International, 2016
4. Pressure ulcers: revised definition and measurement, summary and recommendations NHS Improvement, 2018.
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019.
6. Wounds UK (2021) Best Practice Statement: Addressing skin tone bias in wound care: assessing signs and symptoms in people with dark skin tones. Wounds UK, London. Available to download from: www.wounds-uk.com
7. <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2012/07/SCALE-Final-Version-2009.pdf>
8. Norton L, Parslow N, Johnston D, Ho C, Afalavi A, Mark M, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of pressure injuries. In: Foundations of Best Practice for Skin and Wound Management. A supplement of Wound Care Canada; 2017. 64 pp. Retrieved from: www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/bp
9. Advances in early detection of pressure injuries." Koerner S, Adams D, Harper SL, Black JM, Langemo DK. Use of Thermal Imaging to Identify Deep-Tissue Pressure Injury on Admission Reduces Clinical and Financial Burdens of Hospital-Acquired Pressure Injuries. Adv Skin Wound Care. 2019 Jul;32(7):312-320. doi: 10.1097/01.ASW.0000559613.83195.f9. PMID: 31192867; PMCID: PMC6716560.

상처를 더 빠르게 치유하는 방법

이 Pathway의 단계를 따르면 욕창에 최적의 치유 환경을 제공하고 치유를 지연시키거나 악화시킬 수 있는 합병증의 위험을 줄일 수 있습니다.

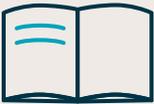
여기에 포함된 모든 내용은 임상 현장의 프로토콜과 개별 업무 범위를 고려하여 적용해야 합니다.



QR 아이콘이 표시되면 페이지 하단에 있는 관련 QR 코드를 스캔하면 됩니다.

 유용한 도구에 액세스하려면 파란색 QR 코드를 스캔하세요.

 주제에 대해 더 자세히 알아보려면 하늘색 QR 코드를 스캔하세요.



이 책에서 제공하는 내용은 **The Wound Care Pathway**의 자세한 지침과 함께 사용하면 가장 잘 이해할 수 있습니다. 책 아이콘이 나타나면 그곳에서 자세한 정보를 찾아볼 수 있습니다.

스캔하여 다운로드
The Wound Care Pathway



욕창이란 무엇인가요?

‘욕창’은 일반적으로 뼈 돌출부위에 압력이나 전단력이 결합된 압력에 의해 발생한 피부와/또는 하부 조직의 국소적 손상이 발생하는 것을 말합니다.¹

가장 일반적인 원인

- 천골, 발뒤꿈치 또는 후두부에 가해지는 압력
- 부적절한 이송에서의 전단력, 의료기구나 침대에서의 미끄러짐²
- 움직임으로 인한 마찰
- 습기 관련 피부 손상을 유발하는 미세피부환경

욕창은 관류 및 감각 저하, 영양 불량으로 인해 발생할 수도 있습니다.³

특징

욕창은 개방성 궤양이나 손상되지 않은 피부로 나타날 수 있으며 통증을 유발할 수 있습니다.⁴

어떻게 생겼나요?



대전자 육상



발뒤꿈치 육상

1단계

욕창의 사정 및 평가 방법

- 우선 전반적인 환자 사정을 실시합니다.  활동(움직임)이나 실금 문제와 같은 위험 요인에 초점을 맞춥니다.
- 욕창에 대한 사정은 NPIAP/EPUAP/PPPIA의 욕창 분류 체계를 사용하여 실시합니다.⁵ 
- 종합적인 피부 사정을 시행합니다. 색소 침착, 부종 및 주변 피부 조직의 경결이 있는지 확인합니다. 또한 체온이나 국소적인 온도 변화를 확인합니다.⁶
- 피부색 변화는 욕창의 초기 단계의 증상을 나타내는데 영향을 미칠 수 있으므로 피부색 변화를 철저히 검사하세요. 피부가 붉어지거나, 어두워지거나, 밝아지거나, 회색/파란색/보라색 톤으로 나타날 수 있습니다. 또한 피부가 팽팽하거나 해면질처럼 느껴지거나 윤기가 날 수도 있습니다.⁶
- 다음과 같은 욕창의 발생 원인과 이유 및 기여 요인을 파악합니다:
 - 장기부전 - 신장, 심장과 같은 장기의 기능이 저하된 상태
 - 압력/전단력 - 30도 이상으로 앉거나, 꽉 끼는 시트, 침대나 의자에서 미끄러질 때 등
 - 임종 - 예: 생의 마지막



Scan to access
the NPIAP/EPUAP/PPPIA
quick reference guide

- 원인이 확인되면 추가 손상을 예방하기 위한 조치를 취합니다. 위험 요인을 파악하고 의료진의 모든 구성원과 협력하여 추가 손상을 예방합니다. 욕창 위험 사정 도구를 사용하여 욕창 위험을 파악합니다.
 - 피부가 전단 및 마찰에 더 취약해지는 데 기여하는 습기 관련 피부 손상(MASD)이 있는지 확인하세요. 원인은 다음과 같습니다.
요/변실금 및/또는 국소적 습기 및 온도에 의해 발생합니다.
 - 발뒤꿈치 욕창 경우 맥박 촉진 또는 ABPI(발목 상완부 압력 지수)를 실시하여 말초 동맥 질환을 검사합니다.
 - 약물, 영양, 빈혈, 수분 섭취, 실금과 같은 다른 기여 요인을 살펴보고 해결합니다.
- !** 총체적인 완화 치료 계획의 일환으로 임종기 피부 변화(SCALE)에 **유의해야 합니다**. 한 가지 예로 케네디 궤양(Kennedy ulcer)  을 들 수 있습니다. 삶의 마지막 단계에서 빠르게 진행되는 어두운 궤양입니다. 케네디 궤양은 죽어가는 과정의 일부로 피부 손상이 발생합니다. 모든 사람이 임종기에 이러한 상처를 경험하는 것은 아니지만, 드물지않게 발생합니다.⁷



Scan to learn more about
skin changes at the end of life

욕창의 진단 방법

- 먼저 욕창인지 아니면 다른 피부 문제인지 확인합니다.
- 피부 또는 상처를 평가할 때는 NPIAP/EPUAP/PPPIA 욕창 체계를 사용합니다.  아래 그림을 참조하세요:



1단계



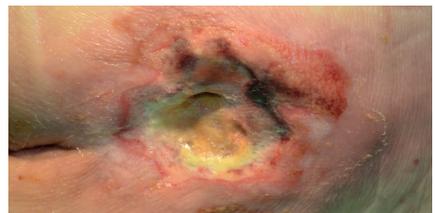
2단계



3단계



4단계



미분류욕창



Scan to access
International NPUAP/EPUAP
Pressure Ulcer Classification system

2단계

치료 및 관리 계획 수립 방법

- 상처의 치유 가능성에 따라 목표를 설정합니다. 목표에는 상처 크기 감소, 냄새 완화, 삼출물 및 통증 감소 등이 포함될 수 있습니다.
- 치료 가능 여부와 관계없이 예방과 환자의 삶의 질에 초점을 맞춰야 합니다. 치유 가능성은 외적 요인(예: 약물, 습기, 압력/마찰/전단 등)과 내적 요인(예: 자세, 영양 실조, 감각 장애, 조절할 수 없는 동반 질환 등) 모두에 따라 달라질 수 있다는 점에 유의하세요.⁸
- ASSKING  (사정, 피부 사정, 표면, 계속 움직이기, 실금, 영양, 정보 제공)을 고려하세요.
- 환경과 환자 여정을 모두 고려하여 환자 치료의 연속성을 보장합니다.
- 환자, 의료진, 가족 간의 명확하고 지속적인 의사소통이 매우 중요하므로 가족 및 돌봄제공자, 의료진 간에 원활한 의사소통이 이루어지도록 합니다.
- 위험 요인(예: 기동성 제한, 의료기기, 관류 및 산소 공급, 영양 부족, 피부 수분 증가, 체온, 실금)을 관리하고 피부 건강을 유지하세요.



기억하세요! 완화의료 환자의 목표는 통증 관리와 삶의 질에 초점을 맞춰야 합니다. 



Scan to learn more about
ASSKING (page 6)



Scan to learn more about
Pressure injuries in palliative care

3단계

욕창의 관리 방법

- 먼저 음용수/멸균수 또는 멸균 식염수와 같은 저독성 용액으로 상처와 주변 피부를 깨끗이 씻어야 합니다.
- 감염이 의심되는 경우, 상처와 상처 주변을 소독하기 위해 소독액을 사용하는 것을 권장합니다.



기억하세요! 세척액이 흘러들어가는 곳이 보이지 않는다면 상처의 세척은 피해야 합니다. 세척이 불가능한 경우 세척 부위를 눌러서 세척할 수 있습니다.

- 발뒤꿈치나 혈류가 잘 통하지 않는 부위가 아니라면 괴사조직을 제거합니다.



괴사조직 제거 전



괴사조직 제거 후

- 감염이 있다고 판단되면 IWII(International Wound Infection Institute)감염 연속체 및 관리 가이드에 따라 진행합니다.
- 상처의 습윤/삼출물 균형에 세심한 주의를 기울입니다.
- 미세피부환경(습기 및 온도)을 관리합니다.



Scan to access
The IWII Infection Continuum
& Management Guide (page 56)

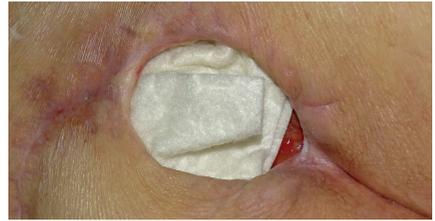
4단계

드레싱 및 추가 요법 선택 방법

- 삼출물 관리를 위해 항상 상처 부위와 드레싱 사이의 gap을 메울 수 있는 드레싱을 선택합니다. 



상처 부위에 적합한 드레싱



삼출물 관리를 위한 겔화 섬유 드레싱 넣기

- 드레싱이 상처 주변 피부를 보호하는지 확인합니다. 이는 제거시 2차 손상을 예방합니다.
- 드레싱은 또한 손상되지 않은 피부의 수분을 관리할 수 있어야 합니다. 건조한 피부, 습기 관련 피부손상, 요/변실금은 종종 욕창 발생 및 재발과 관련된 중요한 위험 요인입니다.
-  실금 뿐만 아니라 습기 관련 피부 손상은 종종 욕창 발생 및 재발과 관련된 중요한 위험 요소라는 점에 **유의하세요!**



Scan to learn more about
The role of dressings in pressure
ulcer prevention (page 11)

5단계

경과 모니터링 방법

→ 주기적으로 위험요인을 재평가하거나 건강 상태나 상황에 변화가 있는지 확인해야 합니다.



다음과 같은 경우 재발 위험이 높아질 수 있다는 점에 **유의하세요!**

- 부동 또는 계획된 부동 및 제한된 이동성
- 감각 상실
- 의료 기기 사용 및 흉터

→ 의료진에 기기 전문가를 포함시키면 환자 개개인의 상황에 맞는 좌석, 이동, 침구 장비가 적절한지 확인하는 데 도움이 됩니다.⁹

→ 상처와 환자의 진행 상황을 모두 모니터링하는 것을 잊지 마세요.
강제적인 침상 안정은 욕창 외에도 다음과 같은 여러 가지 합병증을 유발할 수 있습니다:

- 우울증
- 인지 기능 저하
- 식욕 부진, 영양실조 등

환자를 모니터링할 때는 다학제 진료팀의 다른 팀원들과 협력하여 욕창의 징후를 관찰하고 압력을 제거해야 합니다.

전문가에게 의뢰하거나 연락해야 하는 경우

- ① 모든 심부 조직 손상 욕창(DTPI)과 미분류 욕창은 의뢰해야 합니다.
- ① 욕창의 원인이 복합적일 경우 타과에 의뢰합니다.
- ① 혈관 검사가 필요한 경우 의뢰합니다.
- ① 발뒤꿈치 욕창은 항상 족부/발 전문가와 혈관 검사를 의뢰합니다.

욕창 용어집

관류 저하(Poor Perfusion) - 신체의 특정 부위로 가는 혈류가 감소할 때 발생합니다.

습기 관련 피부 손상(Moisture Associated Skin Damage, MASD) - 땀, 상처 삼출물, 점액, 침, 소변 또는 대변 등 다양한 습기에 장기간 노출되어 발생하며 미란 또는 이차 피부 감염의 유무에 관계없이 발생하는 피부 염증을 특징으로 합니다.

건조가피(Eschar) - 피부에서 떨어지거나 탈락하는 죽은 조직으로, 일반적으로 황갈색, 갈색 또는 검은색이며 딱딱할 수 있습니다.

마찰(Friction) - 두 표면이 서로 마찰하는 힘입니다. 진단력은 환자와 의자 또는 침대 사이의 저항과 함께 환자의 몸을 아래로 누르는 중력입니다.



일반적인 상처 치료 용어에 대한 용어집은
The Wound Care Pathway를 참조하세요.

A pathway for

욕창 (Pressure injury)

임상실무자를 위해 임상실무자가 개발한
근거기반 단계별 가이드

Coloplast

이 경로가 도움이 되셨기를 바랍니다!
다른 상처 유형에 대한 pathway를 확인하세요:

A pathway for

당뇨병성 족부 궤양 (Diabetic foot ulcer)

임상실무자를 위해 임상실무자가 개발한
근거기반 단계별 가이드

Coloplast

A pathway for

수술 상처 열개 (Surgical wound dehiscence)

임상실무자를 위해 임상실무자가 개발한
근거기반 단계별 가이드

Coloplast

A pathway for:

피부 찢겨짐 (Skin tearing)

임상실무자를 위해 임상실무자가 개발한
근거기반 단계별 가이드

Coloplast

A pathway for

정맥성 하지 궤양 (Venous leg ulcer)

임상실무자를 위해 임상실무자가 개발한
근거기반 단계별 가이드

Coloplast





Coloplast A/S, Høtveddam 1
3050 Humlebaek, Denmark