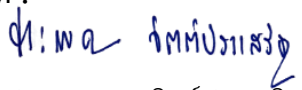
	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 1/9	วันที่ : 1 ต.ค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ช่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัตมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัตมีรัตน์				



คำจำกัดความ

แผลกดทับ (pressure injury) หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บจากแรงกด (Pressure) หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน (Shear) เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดขึ้นจาก 2 แรง เคลื่อนที่สวนทางกันคือ แรงโน้มถ่วงของโลก (Gravity) กับแรงเสียดสี (Friction) โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่นๆทำให้การไหลเวียนของเลือดบริเวณที่ถูกกดลดลงเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและอาหารมีการซึมผ่านของ น้ำออกนอกหลอดเลือดไม่สามารถขับของเสียที่เกิดจากการเผาผลาญของเนื้อเยื่อได้เนื้อเยื่อมีความเป็นกรดและเกิดการตายในที่สุด ซึ่งจะพบว่าบริเวณผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงและมีการแตกทำลายของผิวหนัง ระดับแผลกดทับแบ่งเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ (ตาม National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP))

แผลกดทับระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury: Non-blanchable erythema of intact skin) ผิวหนังไม่เกิดการฉีกขาดมีรอยแดงและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนั่งหรือยืนรอยแดงไม่จางหายไป ซึ่งรอยแดงอาจเห็นแตกต่างกันในผู้ที่มีสีผิวเข้ม ภาพของรอยแดงบนผิวหนังที่เห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปได้ขึ้นอยู่กับสีแดงที่จางลงหรือจากการรับรู้ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลง อุณหภูมิ หรือความแข็งของผิวหนัง การเปลี่ยนสีไปไม่รวมถึงการเปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือสีแดงอมน้ำตาล (maroon) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury: Partial-thickness skin loss with exposed dermis) สูญเสียผิวหนังบางส่วนมองเห็นชั้นหนังแท้ สูญเสียผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นผิวหนังแท้ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือแดงมีความชุ่มชื้นหรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือตุ่มน้ำใสที่แตกมองไม่เห็นชั้นของเนื้อเยื่อที่ อยู่ลึกกว่าไม่พบลักษณะของเนื้อเยื่อใหม่สีแดงเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและเห็นเนื้อตายแห้งแข็งโดยทั่วไปถ้าพบการบาดเจ็บของลักษณะนี้ บริเวณผิวหนังเหนือกระดูกเชิงกรานมักเกิดจากความชื้นและแรงไถลและถ้าพบบริเวณสันเท้ามักเกิดจากแรงไถล การระบุงระดับของแผลกดทับระดับสองจะไม่ใช่ในการอธิบายแผลที่เกิดจากผิวหนังถูกทำลายจากความเปียกชื้นเช่นผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ผิวหนังอักเสบจากความเปียกชื้นผิวหนังถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์หรือแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น ผิวหนังฉีกขาด แผลไฟไหม้ แผลถลอก

แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury: Full-thickness skin loss) สูญเสียผิวหนังทั้งหมดสูญเสียผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมันในแผลมีเนื้อเยื่อ ใหม่สีแดงและลักษณะของแผล ม้วนอัดพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายแห้งแข็งระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่เสียหายแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดเป็นแผลลึกอาจพบโป่งใต้ขอบแผลและหรือ โปรง แผลมองไม่เห็นฉันทังผืดกล้ามเนื้อเส้นเอ็นกระดูกอ่อน

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 2/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัตมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัตมีรัตน์				

หรือกระดูกถ้าพื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายและเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็งทั้งหมดจะเป็นลักษณะแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้


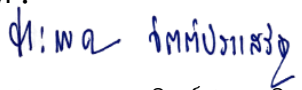
แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury: Full-thickness skin loss and tissue loss) สูญเสียผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังซึ่ง พังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน หรือ กระดูกในแผลมองเห็นหรือคลำได้ชัดเจน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็ง มักพบขอบแผลม้วนเข้า โพรงใต้ผิวหนัง และ/หรือโพรงลึก ความลึกมีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค ถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อ ตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดจะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

5. แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุความลึกได้ (Unstageable Pressure Injury: Obscured full-thickness skin and tissue loss) ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุม ซึ่งไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลาย ได้ เพราะถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายติดแข็ง หากกำจัดออกจะสามารถระบุได้ว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ เนื้อตายติดแข็ง (มีลักษณะเช่น แห้ง ติดแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อน) บนบริเวณสัน เท้าหรือบริเวณอวัยวะส่วนปลายที่เกิดจากการขาดเลือดไม่ควรทำให้นิ่มลงหรือกำจัดออก

6. แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Injury : Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration) ผิวหนังที่คงสภาพหรือมีแผลบริเวณเฉพาะที่ สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม (Purple) หรือสีเลือดนกปน น้ำตาล(maroon) หรือมีการฉีกขาดของหนังกำพร้า มองเห็นพื้นแผลเป็นสีดำ หรือตุ่มน้ำเลือด ความปวดและอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไปมักจะเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลงของสีผิว การเปลี่ยนแปลงของสีผิวอาจจะเห็น แตกต่างในผู้ที่มีสีผิวคล้ำกว่า การบาดเจ็บนี้เป็นผลจากความรุนแรงและ/หรือการถูกกดทับเป็นเวลานาน อาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แข็งขึ้น หรือนุ่ม และมีอุณหภูมิอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณ ข้างเคียง

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury): แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยหรือการรักษาในตำแหน่งที่เกิดแผล แผลกดทับที่เกิดขึ้นจะเห็นรอยหรือรูปร่างตามลักษณะของอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บนี้ควรระบุโดย ใช้ระบบการแบ่งระดับความรุนแรงของแผลกดทับ

แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายใน (Mucosal Membrane Pressure Injury): แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายในพบในเยื่อบุผิวภายในที่มีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในบริเวณที่ บาดเจ็บ เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของเนื้อเยื่อนี้ การบาดเจ็บไม่สามารถระบุระดับได้

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 3/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัศมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัศมีรัตน์				

ตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับ ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ส้นเท้า (heel), ก้นย้อย (buttocks), ก้นกบ (coccyx), บริเวณเหนือก้นกบ (sacrum), ข้อเท้า (ankle), เท้า (foot), นิ้วเท้า (toe), สะโพก (trochanter) และ กระดูกเชิงกราน (ischial tuberosity) ตามลำดับ

คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย ตามแบบประเมิน Braden scale ≤ 18

อัตราการเกิดแผลกดทับ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2-4 ที่เกิดขึ้นใหม่และแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะแฉ่ง $\times 1000$ /เปรียบเทียบกับจำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในช่วงเวลาเดียวกัน

$$\text{อัตราการเกิดแผลกดทับ} = \frac{\text{จำนวนแผลกดทับระดับ 2-4 ที่เกิดขึ้นใหม่และแผลกดทับเดิมที่แฉ่ง(คน) \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

เป้าหมาย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และดูแลแผลกดทับในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
3. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล



ผู้ปฏิบัติ

พยาบาล : ให้การพยาบาลและทำบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง

บุคลากรทางการพยาบาล : มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล

ตัวชี้วัด

1. อัตราอุบัติการณ์ (Incidence rate) = จำนวนครั้งของการเกิดแผลใหม่ (คน) $\times 1000$ /จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยในเดือนนั้น ไม่เกิน 3 ครั้ง (คน) ต่อ 1000 วันนอน
2. มีการปฏิบัติได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ อย่างน้อยร้อยละ 80

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 4/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
	ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัศมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัศมีรัตน์				

วิธีปฏิบัติ

1. การประเมินสถานะความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยทุกรายตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง ในการเกิดแผลกดทับของบราเดน Braden scale

Braden scale ใช้ประเมินอายุ > 5 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 6 หมวด อาทิ การรับรู้ (Sensory Perception) ความเปียกชื้น (Moisture) กิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) อาหาร (nutrition) แรงขัตุและเลื่อนไถล (Friction and Shear) (ค่าคะแนน 6 - 23 คะแนน)

คะแนน 19 - 23 ไม่เสี่ยง

คะแนน 15 - 18 เสี่ยงต่ำ

คะแนน 13 - 14 เสี่ยงปานกลาง

คะแนน 10 - 12 เสี่ยงสูง

คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนลงมา เสี่ยงสูงที่สุด

ความถี่ในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ระดับ

คะแนน ≤ 18 ถือว่ามีความเสี่ยง ประเมินทุกเวร

คะแนน > 18 ประเมิน วันละครั้งหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

Braden Q scale ใช้ประเมินอายุ 0-5 ปี ประกอบด้วย 7 หมวด อาทิ การเคลื่อนไหว (Mobility) กิจกรรม (Activity) การรับรู้ (Sensory Perception) ความเปียกชื้น (Moisture) แรงขัตุและเลื่อนไถล (Friction and Shear) การกำซาบออกซิเจนในเลือด (Tissues Perfusion and Oxygenation) (ค่าคะแนน 7-28 คะแนน)

คะแนน 17 - 23 เสี่ยงต่ำ

คะแนน 13 - 16 เสี่ยงปานกลาง


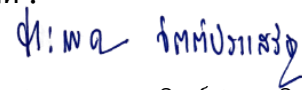
คะแนน 10 - 12 เสี่ยงสูง

คะแนน ตั้งแต่ 9 ลงมา เสี่ยงสูงที่สุด

ความถี่ในการประเมิน แบ่งเป็น 2 ระดับ

คะแนน < 16 ประเมินทุกวันทุกเวร

คะแนน > 16 ประเมินวันละครั้งหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 5/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัตมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัตมีรัตน์				

แนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

หมวดที่ 1 ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1. ประเมินความเสี่ยงแผลกดทับตั้งแต่แรกรับ โดยประเมินสภาพผิวหนัง ตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า โดยเฉพาะบริเวณ ปุ่มกระดูก ผิวหนัง หรือเยื่ออ่อน ใต้อุปกรณ์การแพทย์ โดยใช้แบบประเมินของบราเดนตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. เมื่อเกิดรอยแดงตามผิวหนัง ประเมินรอยแดง โดยใช้เทคนิค Finger Pressure Method

หมวดที่ 2 การป้องกัน การเกิดแรงกด แรงเสียด และแรงเสียดสี

1. เลือกอุปกรณ์ลดแรงกดทับขณะนั่งและนอน ชนิด Static หรือ Dynamic ตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจาก คะแนน Braden scale มีการตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อป้องกันการเกิด 'bottom out' (ผู้ป่วยนอนจมตัว ลงในที่นอนจนสะโพกและก้นสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยการวัดระยะห่างของฝ่ามือที่สอดระหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอน, เบาะรองนั่ง) กับตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งต้องมีระยะห่างประมาณ 2.5 เซนติเมตร ถ้ารู้สึกว่ามีแรงกดจากตัวผู้ป่วยบนมือแสดงว่าเกิด 'bottom out' และอุปกรณ์ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ


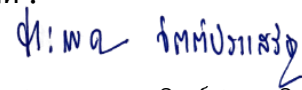
2. ใช้ผ้าที่นุ่มหนา หรือหมอนนุ่มๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก การจัดทำนอนตะแคง ควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่า และตาตุ่ม เพื่อป้องกันการกดทับ ห้ามใช้ห่วงยางรองนั่ง หมอนรูปโดนัทหรือวงแหวน เป็นสาเหตุให้หลอดเลือดคั่งและบวม และรวมทั้งถุงมือน้ำ

3. ควรจัดทำและพลิกตะแคงตัวอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง การเปลี่ยนท่าหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก บริเวณที่มีอุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษา เช่น ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

4. ในการเคลื่อนย้าย หรือจัดทำผู้ป่วยใช้วิธีการยกตัว pad slide หรือผ้ารองยกตัว

5. การจัดทำนอน ท่านอนหงาย ควรจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา กรณีที่ไม่มีข้อจำกัดให้จัดท่าศีรษะสูง ในช่วงระยะเวลาหนึ่งแต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงควรมีการประเมินและตรวจสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบ ใช้หมอนนุ่มรองบริเวณขาด้านล่าง หรือใต้น่องลงมา เพื่อให้สันเท้าไม่กดกับที่นอน ท่านอนตะแคงควรจัดให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศา กับพื้นเตียง ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาซึ่งผู้ป่วยจะ อยู่ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำ หรือกึ่งหงาย และ ใช้หมอนรองขาไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับไหล่ หรือแขน และขา ของตนเอง

6. การจัดทำนั่ง ควรนั่งพิงพนักเก้าอี้ หรือพนักรถเข็นนั่ง และเท้าวางบนที่พักเท้า โดยไม่ให้สันเท้าถูกกด ลดแรงกดโดยการเปลี่ยนถ่ายน้ำหนักทุก 30 นาที เช่น นั่งนาน 30 นาที ยกกัน 30 วินาที

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 6/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัศมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัศมีรัตน์				

7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายเร็วที่สุด ออกกำลังกายเป็นประจำกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตโดยการทำ Active exercise ในรายที่ปฏิบัติเองได้หรือช่วย ทำ Passive exercise ในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

8. ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูกหรือใช้ความร้อนประคบ เนื่องจากการนวดจะเป็นการเพิ่มแรงกด และทำลายเนื้อเยื่อ และหลอดเลือดเล็กๆ บริเวณนั้นให้เสื่อมสภาพ

หมวดที่ 3 การดูแลภาวะโภชนาการ

1. ประเมินภาวะโภชนาการตั้งแต่แรกรับและประเมินซ้ำทุก 7 วัน
2. ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการรับประทานอาหาร ควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานประมาณ 30 – 50 kcal/kg/day ในผู้สูงอายุ ควรได้รับโปรตีน 1.2 - 1.5 g/kg/day ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ หรือรับประทานอาหารได้น้อยควรได้รับอาหารทางสายยาง ในรายที่เป็นแผลดูแลให้ได้รับสารอาหารโปรตีน วิตามินซี และสังกะสีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล



3. ติดตามประเมินระดับ serum albumin , Hct 1 ครั้ง/สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ รายงานแพทย์ เมื่อระดับ serum albumin \leq 3.5 mg/dl

4. ประเมินสมดุล วิทยาลัยของปริมาณสารน้ำเข้าออก ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด ในการได้รับสารน้ำ ดูแลให้ผู้ป่วย ได้รับสารน้ำ 30 ml/kg/day

5. ดูแลภาวะโภชนาการให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ ประเมินภาวะโภชนาการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโภชนาการ

หมวดที่ 4 การดูแลสภาพผิวหนัง

1. เช็ดตัวผู้ป่วยด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น เนื่องจากจะทำให้ผิวหนังแห้งและบอบบาง
2. ใช้สารทำความสะอาด ที่มีค่า pH ใกล้เคียงกับผิวหนัง (pH 5.5) หลีกเลี่ยงการใช้สบู่ ที่มีความเป็นด่างสูง หลีกเลี่ยง การนวดที่รุนแรงหรือขัดถูผิวหนัง
3. ภายหลังทำความสะอาด ควรทาโลชั่นหรือครีม เพื่อไม่ให้ผิวแห้งดูแลสภาพผิวหนังให้ชุ่มชื้น ไม่เปื่อยและโดยการทาโลชั่น, Ointment หรือ Skin barrier cream เพื่อลดความเสี่ยงจากผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย
4. ป้องกันความเปื่อยชื้น โดยใช้แผ่นรองซับ และประเมินความเปื่อยชื้น ทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว
5. สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทำความสะอาดด้วยสารทำความสะอาด ที่ไม่ระคายเคืองผิว ใช้ทิชชูเปียกซับ ลดการเสียดสี ให้มากที่สุด หลังทำความสะอาด ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิว ที่มีส่วนผสมของซิลิโคน พร้อมสารบำรุงให้ความชุ่มชื้น

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 7/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัศมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัศมีรัตน์				

6. บริเวณผิวหนังที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับ อาจจะใช้วัสดุการแพทย์ เช่น โฟม ปิดไว้เพื่อป้องกันการเกิดแผล

หมวดที่ 5 การดูแลสิ่งแวดล้อม

1. ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดแห้ง และเรียงตั้งอยู่เสมอ
2. ผ้าที่ใช้ควรมีความนุ่มลื่น เพื่อปกป้องแรงเสียดสี แรงเฉือน

หมวดที่ 6 การให้ความรู้และการฝึกทักษะ แก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

การให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องความหมายของแผลกดทับ สาเหตุ และปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ บริเวณหรือตำแหน่งที่พบการเกิดแผลกดทับบ่อย ความรุนแรง การป้องกัน การเลือกใช้วัสดุ ทางการแพทย์ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การดูแลเมื่อเกิดแผลกดทับ

ประเมินแผลกดทับและภาวะโภชนาการตามแบบประเมินของโภชนาการและบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล

การดูแลแผลกดทับแต่ละระดับดังนี้


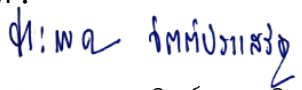
แผลกดทับระดับที่ 1 ผิวหนังถูกกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ควรดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการลากดึง ยกส้นเท้า ให้ลอยจากพื้นเตียง โดยใช้หมอนรองบริเวณใต้อก ใช้หมอนหรือผ้าสอดคั่นบริเวณเข่าและขา 2 ข้าง

แผลกดทับระดับ 2 สูญเสียผิวหนังบางส่วน มองเห็น ชั้นหนังแท้ หรืออาจพบตุ่มน้ำใส ควรทำแผนด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ ปิดแผล ที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น ตาข่ายที่เคลือบสารให้ความชุ่มชื้น หรือโพลียูรีเทนโฟม พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผล

แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสีย ผิวหนังทั้งหมด เห็นชั้นไขมัน อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาลหรือสีดำ ดูแลทำความสะอาดแผล ด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อ

แผลดื้น ใช้สำลีเช็ดทำความสะอาดพื้นแผล หากแผลลึกมีโพรง ใช้กระบอกฉีดยา บรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อ ฉีดล้างทำความสะอาด จนกระทั่งน้ำยา ทำความสะอาดแผล ที่ใช้ใส ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผล ตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาลเชี่ยวชาญด้านบาดแผล ถ้ามีไข้ หรือแผลมีหนอง มีเนื้อตาย มีกลิ่นเหม็น ควรแจ้งแพทย์เจ้าของไข้



แผลกดทับระดับ 4 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังผืด เอ็น กล้ามเนื้อ กระดูก เนื่องจากแผลมีความลึกมาก มักพบแผลมีการติดเชื้อ และมีเนื้อตาย ควรแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ ส่งปรึกษา ศูนย์บาดแผล

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 8/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม			ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล	
ผู้ตรวจสอบ : นางสาวนีย์ รัตมีรัตน์ หัวหน้านางสาวนีย์ รัตมีรัตน์				

แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้และแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก การดูแลค่อนข้างจะยาก และซับซ้อน ควรส่งปรึกษาศูนย์บาดแผล

การดูแลต่อเนื่อง

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมินพร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้แก่ประเมินความพร้อมของญาติ/ ผู้ดูแลให้คำแนะนำสอนสาธิตวิธีการดูแลแผลแก่ญาติ ส่งต่อการดูแลไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน

	ระเบียบปฏิบัติเลขที่ : WI-NUR-126	R : 00	หน้า : 9/9	วันที่ : 1 ตค.65
	เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ			
	ผู้จัดทำ : กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม	ผู้อนุมัติ :  น.ส.ประกายดาว จิตต์ประเสริฐ หัวหน้าพยาบาล		
ผู้ตรวจสอบ : นางเสาวนีย์ รัศมีรัตน์ หัวหน้านางเสาวนีย์ รัศมีรัตน์				

เอกสารอ้างอิง

- ประภาพร ดองโพธิ์. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ. *Thammasat Medical Journal*, 19(2), 315-323
- พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ, นวพร วุฒิศรรมและ สุภรินทร์ ใจพรมเมือง. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ” ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ. *พยาบาลสาร*, 48(4) . <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/253676>.
- ยุวดี เกื้อกุลวงค์ชัย. (2564). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หอผู้ป่วยวิกฤต อายุรกรรมโรงพยาบาลสมุทรปราการ. *Mahidol R2R e-Journal* 8(1) <http://doi.org/10.14456/jmu>
- ศิริชัย กาญจนवास. (2559). การวิจัยและพัฒนาการศึกษาไทย. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 8(2) <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/suedureasearchjournal/article/download/>
- Brigid M. Gillespie et al. (2021). **The quality and clinical applicability of recommendations in pressure injury guidelines: A systematic review of clinical practice guidelines.** *International Journal of Nursing Studies*. 115, doi : 10.1016/j.ijnurstu.2020.103857
- J. Kottner et al. (2019). **Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: The protocol for the second update of the international Clinical Practice Guideline 2019.** *Journal of Tissue Viability*. 28(2), 51-58. Doi : 10.1016/j.jtv.2019.01.001.
- Liesbet Demarré. (2015) **The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review.** *International Journal of Nursing Studies*. 52(11), 1754-1774. Doi : 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006
- Susan A. Kayser et al. (2019). **Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence™ survey.** *International Journal of Nursing Studies*. 89, 46-52. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.09.003