เปิดบริการทุกวันราชการ เวลา ๘.๐๐ – ๑๖.๐๐ น.

โดย พยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี , พยาบาลวิชาชีพ

หน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลประจำคลินิก Wound care

๑. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรัง เช่น แผลกดทับ แผลหลอดเลือดดำแดง แผลเท้าเบาหวาน แผลNF เป็นต้น โดยใช้วิธีการทำแผลแบบ Modern dressing

๒. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

๓. ให้คำแนะนำและสอนการดูแลทวารเทียมทุกราย IPD, OPD

๔. ให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลบาดแผล ออสโตมี แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลทั้ง IPD OPD

๕. สอนสุขศึกษาแก้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลบาดแผล ออสโตมีที่มารับบริการทุกราย

๖. ลง Note การ management ผู้ป่วยรายใหม่

๗. แจกถุงและแป้น colostomy ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย (๒๐ ชิ้น/คน/๓เดือน)

๘. สร้างงานวิจัย/นวตกรรมใหม่ๆและจัดทำงานวิจัยในหน่วยงาน

๙. สรุปยอดผู้ป่วยที่มารับบริการทุกวัน

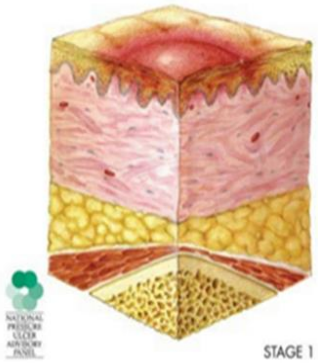
KM การดูแลแผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง การได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออันเกิดจากแรงกดทับที่ผิวหนังเป็นเวลานาน โดยแผลกดทับมักเกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่หุ้มกระดูก เช่น ส้นเท้า ข้อเท้า สะโพก หรือกระดูกก้นกบ ผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพอันส่งผลต่อการเคลื่อนไหวหรือการปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ทำให้ต้องนอนอยู่บนเตียงหรือนั่งรถเข็นตลอดเวลาเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ อีกทั้งยังรวมไปถึงผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายและผิวหนังที่เสื่อมลงตามอายุ แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่แล้วรักษาให้หายได้ แต่ผู้ป่วยบางรายอาจรักษาให้หายขาดไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับควรดูแลรักษาตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดังกล่าว

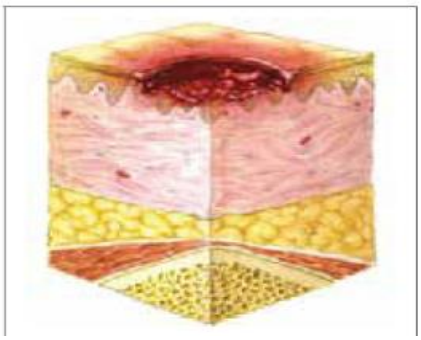
อาการของแผลกดทับ

อวัยวะที่เสี่ยงเกิดแผลกดทับได้มากนั้นมักเป็นบริเวณที่ไม่มีไขมันปกคลุมผิวหนังมากและต้องรับแรงกดทับโดยตรง ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้และต้องนอนบนเตียงตลอดเวลาเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ไหล่ ข้อศอก ท้ายทอย ข้างใบหู เข่า ข้อเท้า ส้นเท้า เท้า กระดูกสันหลัง หรือกระดูกก้นกบ ส่วนผู้ที่ต้องนั่งรถเข็นเป็นเวลานานเสี่ยงเกิดแผลกดทับที่ก้น หลังแขน หลังต้นขา หรือด้านหลังของกระดูกสะโพก โดยผู้ป่วยจะเกิดอาการหลายอย่าง ได้แก่ สีหรือลักษณะผิวหนังเกิดความผิดปกติ มีอาการบวม มีหนองออกมา เกิดอาการอุ่นหรือเย็นตรงผิวหนังที่เกิดแผลกดทับ และมักกดแล้วเจ็บบริเวณที่เป็นแผลกดทับ ทั้งนี้ อาการของแผลกดทับจะรุนแรงขึ้นตามระยะต่าง ๆ ดังนี้

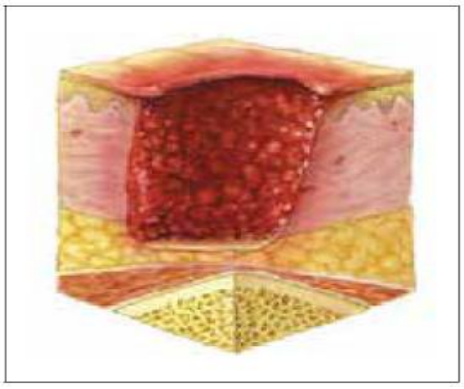
1.ระยะที่ 1 แผลกดทับระยะนี้จะไม่เปิดออก มีลักษณะอุ่น นุ่มหรือแข็ง ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บและระคายเคือง ผิวหนังบริเวณแผลจะไม่มีสี ผู้ที่มีผิวขาวอาจเกิดรอยแดง ส่วนผู้ที่มีผิวเข้มอาจเกิดสีเขียวอมม่วง เมื่อกดลงไปบนแผล แผลจะไม่กลายเป็นสีขาว



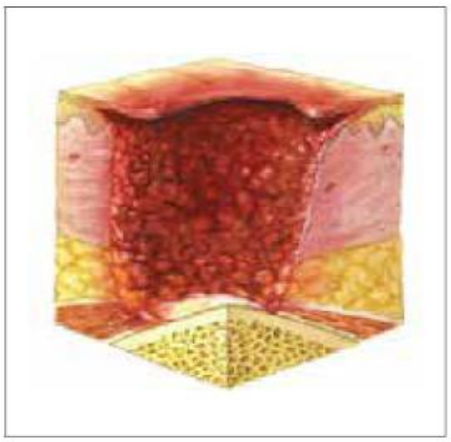
2.ระยะที่ 2 แผลกดทับระยะนี้เป็นแผลเปิดหรือมีแผลตุ่มน้ำพอง เนื่องจากหนังกำพร้าบางส่วนและหนังแท้ถูกทำลาย ส่งผลให้ผิวหนังหลุดลอก ผู้ป่วยอาจรู้สึกเจ็บที่แผลมากขึ้น



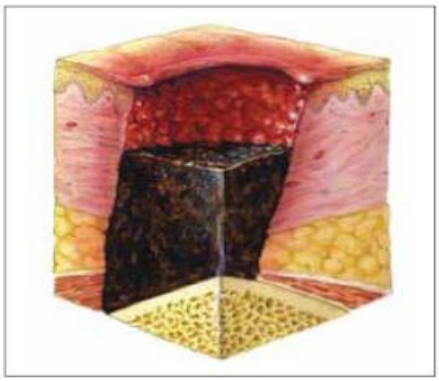
3.ระยะที่ 3 แผลจะมีลักษณะเป็นโพรงลึก ซึ่งอาจเห็นไขมันที่แผล เนื่องจากผิวหนังทั้งหมดหลุดออกไป รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปในชั้นผิวหนังถูกทำลาย

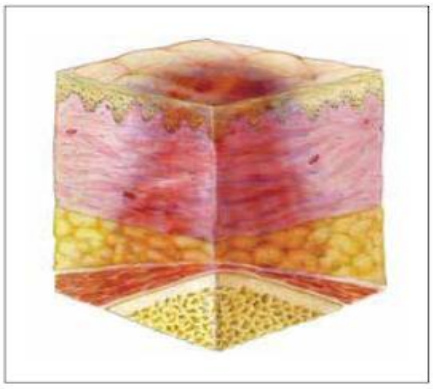


4.ระยะที่ 4 แผลกดทับระยะนี้ถือว่าร้ายแรงที่สุด โดยผิวหนังทั้งหมดถูกทำลายอย่างรุนแรง รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบเริ่มตายหรือที่เรียกว่าเนื้อเยื่อตายเฉพาะส่วน (Tissue Necrosis) กล้ามเนื้อและกระดูกที่อยู่ลึกลงไปอาจถูกทำลายด้วย



5.แผลกดทับไม่สามารถระบุระดับได้ ลักษณะแผลกดทับ เป็นการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด โดยเป็นแผลขนาดลึกที่ถูกปกคลุมไว้ด้วยเนื้อเยื่อตายเหนียวและมีสะเก็ดหนา สีดำ น้ำตาล เทาเข้ม หรือสีเหลือง มี 2 ลักษณะ





สาเหตุของแผลกดทับ

แผลกดทับเกิดจากอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งในร่างกายได้รับแรงกดเป็นเวลานาน อันส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวไม่เพียงพอ หากเลือดไม่ไปเลี้ยงอวัยวะที่ถูกกดทับ เนื้อเยื่อของอวัยวะดังกล่าวจะถูกทำลายและเริ่มตาย เนื่องจากเลือดจะลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารต่าง ๆ ที่จำเป็นและช่วยเสริมสร้างเนื้อเยื่อไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย อีกทั้งยังส่งผลให้ผิวหนังไม่ได้รับเซลล์เม็ดเลือดขาวสำหรับต้านทานเชื้อโรค ทำให้เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับมี ดังนี้

- **แรงกด** หากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายถูกกดทับเป็นเวลานาน จะส่งผลให้เลือดไหลเวียนมาเลี้ยงไม่เพียงพอ เมื่อไม่ได้รับออกซิเจนและสารอาหารที่ลำเลียงมากับเลือดไปหล่อเลี้ยง เนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ จึงถูกทำลายและอาจตายได้ตามที่กล่าวไปข้างต้น ทั้งนี้ ผู้ที่ขยับหรือเคลื่อนไหวร่างกายไม่ค่อยได้ อาจเกิดการกดทับที่กระดูกสันหลัง กระดูกก้นกบ หัวไหล่ สะโพก ส้นเท้า และข้อศอก
- **การเสียดสี** ผิวหนังที่เสียดสีกับเสื้อผ้าหรือผ้าปูที่นอนจะเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ผิวอับชื้น
- **แรงเฉือน** ชั้นผิวหนังถูกรั้งกันไว้ มักเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยนอนไถลตัวลงมาในขณะที่เตียงปรับระดับสูง ส่งผลให้ผิวหนังบริเวณก้นกบเกิดการดึงรั้ง
- **ปัญหาการเคลื่อนไหว** ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ โดยปัญหาดังกล่าวอาจเกี่ยวเนื่องกับ

  -การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลัง อันส่งผลให้ขยับแขนหรือขาไม่ได้

– สมองถูกทำลายจากโรคหลอดเลือดในสมองหรือได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง ก่อให้เกิดอัมพาต

– ป่วยเป็นโรคบางอย่างอันทำลายเส้นประสาทที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง เช่น อัลไซเมอร์ โรคปลอกประสาทเสื่อมแข็ง หรือพาร์กินสัน

– เกิดอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรงจนเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนหรือทั้งหมดได้ไม่ถนัด

– กระดูกแตกหรือกระดูกหัก

– พักฟื้นจากการเข้ารับผ่าตัด

– ประสบภาวะโคม่า

– ประสบปัญหาสุขภาพที่ทำให้เคลื่อนไหวข้อต่อหรือกระดูกลำบาก เช่น โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์

- **โภชนาการไม่ดี** สาเหตุที่ทำให้ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการร่างกายอาจเกิดจาก

– โรคอะนอเร็กเซีย ปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้ป่วยยึดติดกับการลดน้ำหนักตัวให้ผอมลงเรื่อย ๆ โดยใช้วิธีลดน้ำหนักที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

– ภาวะขาดน้ำ ภาวะที่ร่างกายได้รับน้ำไม่เพียงพอ

– การกลืนลำบาก ปัญหาเกี่ยวกับการกลืนอาหารที่ทำให้กลืนอาหารได้ยาก

- **ปัญหาสุขภาพบางอย่าง** ผู้ที่ป่วยเป็นโรคบางอย่างอาจเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย โดยปัญหาสุขภาพที่เอื้อให้เกิดแผลกดทับนั้นประกอบด้วย

– เบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอาจส่งผลต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกาย

– เส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral Arterial Disease) ผู้ป่วยโรคนี้ประสบภาวะเลือดไปเลี้ยงที่ขาไม่ได้ เนื่องจากเกิดการอุดตันของไขมันที่หลอดเลือดแดง

– หัวใจวาย ผู้ที่ประสบภาวะหัวใจวายเกิดจากการที่ร่างกายสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนต่าง ๆ ได้ไม่เพียงพอ

– ไตวาย ผู้ป่วยไตวายจะสูญเสียสมรรถภาพการทำงานของไต ส่งผลให้เกิดสารพิษในเลือด ซึ่งก่อให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อ

– โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ผู้ป่วยโรคนี้จะมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ ส่งผลให้ผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย

- **อายุมากขึ้น** ผู้ที่อายุมากขึ้นเสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากผิวหนังสูญเสียความยืดหยุ่น เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง รวมทั้งไขมันใต้ผิวหนังลดลง ทั้งหมดนี้ล้วนเกิดจากการเสื่อมสภาพตามวัย

- **ปัญหาเกี่ยวกับการขับถ่ายและปัสสาวะ** ผู้ป่วยที่ประสบภาวะกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้จะมีผิวหนังบางส่วนที่อับชื้น ซึ่งทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ทั้งนี้ ผิวหนังที่อับชื้นยังทำให้เกิดแผลกดทับตามมาด้วย

- **ปัญหาสุขภาพจิต** ผู้ที่ประสบปัญหาสุขภาพจิตร้ายแรง เช่น โรคจิตเภทหรือโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรง เสี่ยงเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากโภชนาการไม่ดีและป่วยเป็นโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น เบาหวาน หรือภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ทั้งนี้ ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตบางรายอาจรักษาความสะอาดไม่ดี ส่งผลให้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บและติดเชื้อได้ง่าย

ภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับ

ผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับอาจประสบภาวะแทรกซ้อนได้ โดยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระยะ 3 ไปสู่ระยะ 4 ซึ่งอันตรายถึงชีวิต ผู้ป่วยมักประสบภาวะแทรกซ้อนจากแผลกดทับรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบติดเชื้อในกระแสเลือด ติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อ เนื้อเน่า หนังเน่า และมะเร็งบางชนิด ดังนี้

- **เซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis)** ผิวหนังและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเกิดการติดเชื้อ ส่งผลให้บริเวณดังกล่าวอุ่น มีรอยแดง และบวม ผู้ป่วยที่เส้นประสาทถูกทำลายจะไม่รู้สึกเจ็บปวดบริเวณที่เซลล์เนื้อเยื่อเกิดการอักเสบ ผู้ที่ไม่เข้ารับการรักษาเสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดหรือติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อได้ ทั้งนี้ ผู้ที่เกิดแผลกดทับบริเวณหลังส่วนล่าง กระดูกก้นกบ และกระดูกสันหลัง หากเนื้อเยื่อติดเชื้อมากขึ้น อาจประสบภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ

- **ติดเชื้อในกระแสเลือด** ผู้ป่วยภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอที่มีแผลกดทับติดเชื้อ เสี่ยงติดเชื้อในกระแสเลือดได้สูง ภาวะนี้จะทำลายอวัยวะต่าง ๆ ส่งผลให้ความดันโลหิตต่ำลงมากจนถึงขั้นอันตรายต่อชีวิต โดยผู้ป่วยจะตัวเย็นและอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน เพื่อให้ร่างกายกลับมาทำงานปกติ รวมทั้งรับยาปฏิชีวนะหรือยาต้านไวรัสเพื่อรักษาอาการติดเชื้อ

- **ติดเชื้อที่กระดูกและข้อต่อ** แผลกดทับที่ติดเชื้ออาจลุกลามลงไปที่ข้อต่อหรือกระดูก เรียกว่าภาวะข้ออักเสบติดเชื้อและภาวะกระดูกอักเสบ โดยภาวะข้ออักเสบติดเชื้อจะทำลายกระดูกอ่อนและเนื้อเยื่อส่วนภาวะกระดูกอักเสบจะทำให้การทำงานของข้อต่อและแขนขาลดน้อยลง ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือเข้ารับการผ่าตัดนำกระดูกหรือข้อต่อที่ติดเชื้อออกไปในกรณีที่เกิดการติดเชื้อรุนแรง

- **เนื้อเน่า (Necrotising Fasciitis)** โรคนี้เรียกอีกอย่างว่าโรคแบคทีเรียกินเนื้อคน จัดเป็นภาวะติดเชื้อผิวหนังที่รุนแรง ติดเชื้อลึกถึงระดับเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ ทำให้เนื้อเยื่อตายอย่างรวดเร็ว โดยภาวะนี้จะเกิดขึ้นเมื่อแผลกดทับเกิดการติดเชื้อจากแบคทีเรียบางชนิด เช่น เชื้อสเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ

(Group A Streptococci) ผู้ป่วยที่เกิดเนื้อเน่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน โดยรับยาปฏิชีวนะควบคู่กับการผ่าตัดนำเนื้อเยื่อที่ตายออกไป

- **เนื้อเน่าแบบมีก๊าซ (Gas Gangrene)** โรคนี้คือการติดเชื้อรุนแรงที่พบได้ไม่บ่อยนัก โดยจะเกิดการติดเชื้อจากแบคทีเรียคลอสตริเดียม (Clostridium) ซึ่งอยู่ในที่ที่มีออกซิเจนน้อยมาก แบคทีเรียชนิดนี้จะผลิตก๊าซและปล่อยสารพิษออกมา ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการบวมและเจ็บแผลอย่างรุนแรง ผู้ที่เกิดหนังเน่าจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดนำหนังส่วนที่เน่าออกไป ทั้งนี้ ผู้ป่วยที่เกิดอาการรุนแรงมากจำเป็นต้องตัดอวัยวะส่วนที่เกิดภาวะดังกล่าว เพื่อป้องกันการลุกลามไปยังอวัยวะส่วนอื่น
- **มะเร็งบางอย่าง** ผู้ป่วยแผลกดทับที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาเป็นเวลานาน อาจเกิดมะเร็งผิวหนังได้

การพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ

1.การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

1.1 จัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง โดยจัดให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (หนุนหมอน 1 ใบ สูงประมาณ 3 นิ้ว) สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงทำมุม 30 องศา หรือนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม จัดท่านั่งให้ล าตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา และไขหัวเตียงนั่งศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา ขณะ feed อาหารนาน 1 ชั่วโมง

1.2 ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โหนตัว ยกก้นบ่อยๆ

1.3 ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ หรือได้น้อย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือ ตามสภาพผิวหนังอย่างถูกวิธี (โดยใช้เทคนิค “ยก จัด ดึง ดู”)

1.4 ในกรณีนั่งรถเข็นควรกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ าหนักตัวให้ก้นลอยจากพื้นทุก 15 – 30 นาที และไม่ควรนั่งรถเข็นติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง/วัน

1.5 ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เช่น ใช้ที่นอนฟองน้ าหรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูก ต่างๆ เบาะรองก้นในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ใช้“หมอนพอเพียง”เพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนเล็กๆของ ร่างกาย เช่น หัวไหล่ ใบหู ข้อศอก ข้อมือ ส้นเท้า ในกรณี Braden’ score ด้านการเคลื่อนไหวและการเสียดสี ≤ 2 เป็นต้น

1.6 ห้ามกดนวดบริเวณปุ่มกระดูก

1.7 เลือกใช้วัสดุปิดแผล (Hydrocolloid หรือ Foam) ปิดบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการ เกิดแผลกดทับ เช่น ซอกใบหู (จากการกดของเชือกผูกET ปุ่มกระดูกต่างๆ เป็นต้น

2 การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วย การยกตัว แทนการดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว Pat slide

3.การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้

3.1 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

3.2 ทาโลชั่น หรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ าเพื่อป้องกันผิวแห้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

3.3 ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้งท าความสะอาดด้วยส ารีชุบน้ าธรรมดา ซับผิวหนังให้ แห้ง และทา เคลือบผิวหนังบริเวณก้น สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน โลชั่นหรือครีมป้องกัน การระคาย เคืองจากความเปียกชื้น

3.4 ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด

3.5 ประเมินการขับถ่ายทุก 2 ชั่วโมง

3.6 ควรใช้ Blue pad รองก้นแทนการห่อหุ้มด้วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่

3.7 กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Urinary and fecal incontinence) ควรลดไข่ขาว และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ปัญหาการถ่าย

4. ประเมินสภาพผิวหนัง โดยสำรวจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือ พลิกตะแคงตัว และลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังฯหรือบันทึกทางการพยาบาล เมื่อพบแผลกดทับให้ ปฏิบัติตามข้อ 4.3 4.2.5
5. ประเมินภาวะโภชนาการ โดยประเมินการขาดโปรตีนจากค่า

5.1 serum albumin (ค่าปกติ≥ 3.5 g/dl.)
5.2 ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำดื่มในแต่ละวัน
5.3 อาจใช้ Mini Nutritional Assessment (MNA) เพื่อประกอบการปรึกษาแพทย์และโภชนากร

6 .ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง เมื่อมีการรับ - ส่งเวร หรือย้ายหอผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลปัจจัย เสี่ยง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

7 ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ใน โรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

7.1 ตรวจดูลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอย ถลอก ตุ่มน้ำ หรือไม่ ทุกวัน หลังอาบน้ าเช้า – เย็น

7.2 การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ถูกวิธี (Universal Skin Care)

7.3การจัดท่าและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี

7.4พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนัง

7.5 ไม่ควรนั่งรถเข็นติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันและควรขยับเปลี่ยนท่าทุก 15-30 นาที

7.6 ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะลมรองนั่ง ที่นอนลม

8. การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับปฏิบัติดังนี้

8.1 บันทึกการเกิดแผลกดทับ ทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิดแผล ระดับ และขนาดของแผลกดทับ ลักษณะและปริมาณ exudate ลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับและ/หรือบันทึกทางการพยาบาล (nursing progress note) และ/หรือใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิด แผลกดทับ

- แผลระดับ 1 บันทึกทุกวัน
- แผลระดับ 2 บันทึกทุก 3 วัน
- แผลระดับ 3-4 บันทึกทุก 7 วัน

8.2ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกดทับ ดังนี้

- แผลระดับที่ 1 หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่พบ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าที่ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด
- แผลระดับที่ 2 ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS ปิดแผลด้วยgauze หรือวัสดุที่เหมาะสม เช่น transparent dressing, Hydrocolloid dressing
- แผลระดับที่ 3 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วย gauzeวันละ1-2 ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม เช่น Absorbment, Foam dressing, Hydrofiber , Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วันหรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตาย ปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย
- แผลระดับที่ 4 ดูแลเหมือนระดับ 3 และปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลแผลที่เหมาะสม

9.ดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

9.1 ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นม และเสริมอาหารที่มีวิตามินซีเช่น ผักสด ผลไม้หรือ อาหารเสริมสำเร็จรูป

9.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้อาจต้องพิจารณาให้อาหาร ทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ าและสารอาหารทางหลอดเลือดด าทดแทน ตามแผนการรักษา

9.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2000 - 3000 cc. ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

9.4 กรณีให้อาหารทางสายยาง ควรก าหนดสูตรอาหารโปรตีนสูง เพิ่มไข่ขาว

10. ส่งต่อข้อมูล

10.1 ส่งเวรเกี่ยวกับระดับและขนาดแผล ตำแหน่ง ลักษณะและปริมาณ exudates และ วิธีการทำแผล

10.2 ติดตามการหายของแผล โดยลงบันทึกในใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

11. แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง

11.1 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมินเฝ้าระวังฯ

11.2 ประเมินความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผล แก่ญาติ การจัดเตรียม/จัดหาอุปกรณ์ลดแรงกด

11.3 เขียนใบส่งต่อการดูแลและส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน (ประสานกลุ่มงานอนามัยชุมชน)

เอกสารอ้างอิง

Bergstrom, N., Braden, B., Boynton, P., & Bruch, S. (1995). Using a research-based assessment scale in clinical practice. Nursing Clinics of North America, 30(3), 539-51.

Braden, B. & Bergstrom, N. (2000). A conceptual schema for the study of the etiology of pressure sores. Rehabilitation Nursing, 25(3), 105-109.

Brenza, D.M., Karg, P.E., Geyer, M.J., Kelsey, S., & Trefler, E. (2001). The relationship between pressure ulcer incidence and buttock - seat cushion interface pressure in at-risk elderly wheelchair users. Archive of Physical Medicine & Rehabilitation, 82, 529-533.

Defloor, T. (2000). The effect of position and mattress on interface pressure. Applied Nursing Research, 13(1), 2-11.

Defloor,T. & Grypdonck, M. (1999). Sitting posture and prevention of pressure ulcers. Applied Nursing Research, 12(3), 136-142.

Gaeber, S.L., Rintala, D.H., Holmes, S.A., Rodriguez, G.P., & Friedman, J. (2002). A structured educational model to improve pressure ulcer prevention knowledge in veterans with spinal cord dysfunction. Journal of Rehabilitation Research and Development, 39(5), 575-588.