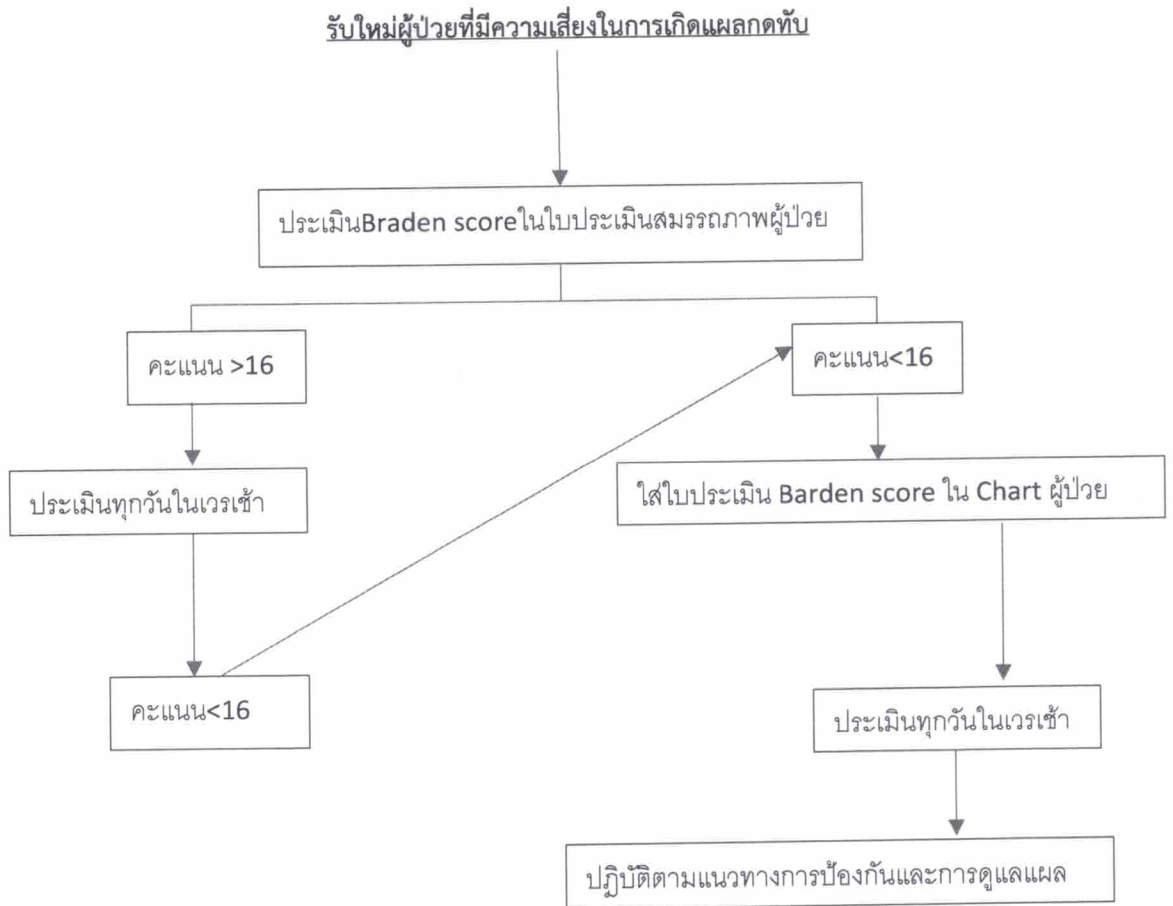


	โรงพยาบาลบ้านคา หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-๐๐๙	หน้า.....๑..... ฉบับที่.....๑..... แก้ไขครั้งที่.....๑..... วันที่เริ่มใช้ ...วันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๖.....
เรื่อง การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ		ผู้ทบทวน : ..... <u>จ.ร.ง.</u> ..... (นางสาวจรรยาพร แซ่เต๋มา) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้จัดทำ : ..... <u>พ.น.ป.ง.</u> ..... (นางสาวพิมพ์บุปผา เอี่ยมหนู) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ		ผู้อนุมัติ ..... <u>จ.ร.ง.</u> ..... (นายชนันฐกรรณ์ โกศินกรรณ์พงศ์) ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ที่มาของเอกสาร <input type="checkbox"/> ความเสี่ยงสูง (High Risk) <input type="checkbox"/> ค่าใช้จ่ายสูง(High Cost) <input type="checkbox"/> พบบ่อย (High Frequency) <input type="checkbox"/> หลากหลายวิธี(High Variation) <input type="checkbox"/> กำหนดเป็นโรคฉุกเฉิน		
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....		
<b>วัตถุประสงค์</b> 1. เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ถูกต้อง 2. เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง 3. เพื่อให้พยาบาลสามารถลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและบันทึกทางการพยาบาล (Nurses' Note) ได้ถูกต้อง		
<b>เป้าหมาย</b> เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินและป้องกันความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับกับผู้ป่วยได้		
<b>คำจำกัดความ</b> <b>แผลกดทับ</b> หมายถึง การได้รับบาดเจ็บของผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและ/หรือกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งเป็นผลจากแรงกดหรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน (shear) และ/หรือแรงเสียดทาน (friction) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดขาดเลือดไปเลี้ยง โดยปกติจะพบบริเวณปุ่มกระดูก <b>คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</b> หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินBraden scale <b>ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Braden' score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (หรือ ≤ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) นอกจากนี้ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นต้น <b>อัตราการเกิดแผลกดทับ</b> หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1-4 ที่เกิดขึ้นใหม่หรือแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะเลวลง (เพิ่มระดับ) ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เปรียบเทียบกับ จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลา 1 เดือน <b>จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง</b> หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score ≤ 16 คะแนน หรือ ≤ 18 คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)		



ขั้นตอนการปฏิบัติ





โรงพยาบาลบ้านคา  
หน่วย หอผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล  
เอกสารเลขที่ WI-NUR-NIP-๐๐๙

หน้า.....๓.....  
ฉบับที่.....๑..... แก้ไขครั้งที่.....  
วันที่เริ่มใช้ .....วันที่ ๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓.....

### แนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

การลดแรงกดและแรงเสียดสี

- ๑.พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง
- ๒.จัดท่านอนให้ศีรษะสูงไม่เกิน ๓๐ องศา
- ๓.จัดท่านั่ง (หากไม่มีข้อจำกัด) ศีรษะสูงไม่เกิน ๖๐ องศา และขยับเปลี่ยนน้ำหมักทุก ๑๕ นาที
- ๔.คะแนนความเสี่ยงสูง-สูงมาก (ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนลงมา) ใส่ที่นอนลม
- ๕.การเคลื่อนย้าย/เปลี่ยนท่า ใช้การยกตัว (ไม่ลากดึง)

การดูแลผิวหนัง

- ๑.ใช้ผ้าปูที่นอนที่แห้ง สะอาด ปูให้เรียบตึง
- ๒.ทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำ ไม่ใช่สบู่ ทาครีมหรือโลชั่นเพิ่มความชุ่มชื้น
- ๓.ผิวหนังบริเวณกัน Protect skin ด้วยวาสลีน หรือ Clavilon cream
- ๔.สวมผ้าอ้อมสำเร็จรูป/เปลี่ยนผ้าปูทุกครั้งที่ขับถ่าย

การจัดการด้านโภชนาการ

- ๑.ประเมินภาวะโภชนาการ
- ๒.จัดอาหารตามความต้องการพลังงาน/ปรีกษาโภชนาการ
- ๓.ปรีกษาแพทย์หากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้เพื่อใส่สาย NG Tube

กระตุ้นการไหลเวียนโลหิต

โดยการออกกำลังกาย ห้ามกดนวดบริเวณปุ่มกระดูก

### แนวปฏิบัติในการดูแลแผล

Suspected Deep Tissue = ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9%NSS/น้ำสะอาด

Unstageable= ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9%NSS

แผลกดทับระดับ ๑

ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9%NSS/น้ำสะอาด

ปิดด้วย transparent film dressing/hydrocolloids water

แผลกดทับระดับ ๒ ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9%NSS

สิ่งคัดหลั่งเล็กน้อย

ปิดก๊อชชุ 0.9%NSS ปิดด้วย hydrocolloids water

แผลกดทับระดับ ๓ และ ๔

ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9%NSS/น้ำสะอาด

แบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการเกิดแผลกดทับ

ชื่อ.....สกุล..... อายุ..... ปี เพศ  ชาย  หญิง

วินิจฉัย.....

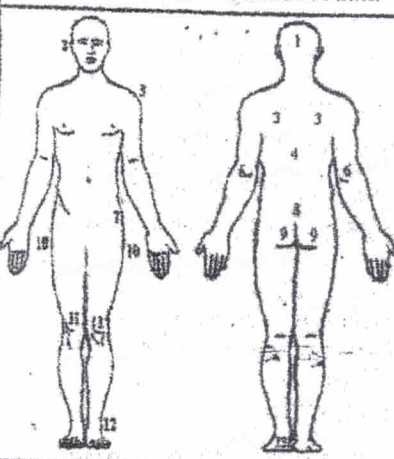
วันที่เริ่มเฝ้าระวัง..... วันที่พ้นภาวะเสี่ยง.....

ส่วนที่ 1. การประเมิน Braden Scale

วันที่																					
1 การรับรู้																					
2 การเบี่ยงกลุ่ม																					
3 การทำกิจกรรม																					
4 การเคลื่อนไหว																					
5 การได้รับอาหาร																					
6 การเสียดสี																					
รวม																					
ชื่อผู้ประเมิน																					

วันที่																					
1 การรับรู้																					
2 การเบี่ยงกลุ่ม																					
3 การทำกิจกรรม																					
4 การเคลื่อนไหว																					
5 การได้รับอาหาร																					
6 การเสียดสี																					
รวม																					
ชื่อผู้ประเมิน																					

ส่วนที่ 2. การประเมินผิวหนัง ( ตำแหน่งและสาเหตุให้บันทึกเป็นตัวเลข )

ตำแหน่งของแผล	ตำแหน่งแผล	วันที่พบ	ระดับ	ขนาด	สาเหตุ	หมายเหตุ	
 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Occiput</li> <li>2. Ear</li> <li>3. Scapula</li> <li>4. Spinus Process</li> <li>5. Shoulder</li> <li>6. Elbow</li> <li>7. Iliac Crest</li> <li>8. Sacrum / Coccyx</li> <li>9. Ischall Tuberosity</li> <li>10. Trochanter</li> <li>11. Knee</li> <li>12. Malleolus</li> <li>13. Heel</li> <li>14. Toe</li> </ol>							

- ส่วนที่ 3 กิจกรรมการป้องกัน
- พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชม.
  - ใช้ที่นอนกันแผลกดทับ
  - การให้ความรู้ผู้ดูแล

- ส่วนที่ 4 การปรึกษา
- นักโภชนาการ
  - ภาวภาพบำบัด
  - ET. Nurse

การประเมินความเสี่ยง

Braden Score					สาเหตุการเกิดแผล
คะแนน Braden	1	2	3	4	
1 การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	มี pain stimuli	สัมผัสสิ่งไม่ใช้ทุกครั้ง	ปกติ	1. ไม่รู้สึกตัว / ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
2 การเบี่ยงเบน	เบี่ยงเบนตลอดเวลา	เบี่ยงเบนครึ่งวัน	เปลี่ยนตำแหน่ง/วัน	ไม่เบี่ยง	2. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
3 การทำกิจกรรม	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ทรงตัวไม่อยู่/ใช้รถเข็น	เดินได้ระยะสั้นต้องหยุด	ปกติ	3. แรงใจและแรงเสียดทาน
4 การเคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	เปลี่ยนท่าเองได้บ่อย	ปกติ	4. ความเปียกชื้น
5 การได้รับอาหาร	NPO-กินได้ 1/3 ภาชนะ	Feed ให้บ้าง 1/2 ภาชนะ	Feed ได้หมด > 1/2 ภาชนะ	ปกติ	5. อุณหภูมิที่สูงขึ้น
6 การเปียกชื้น	ข้อ, ก้น, เนื้อหดรัด	เวกหนึ่งคืนได้	ไม่มีปัญหา		6. สูงอายุ

คะแนน 6-9 = เสี่ยงสูงมาก คะแนน 10-12 = เสี่ยงสูง คะแนน 13-14 = ปานกลาง  
 คะแนน 15-16 = เสี่ยงต่ำ (อายุ > 70 ปี ที่มีคะแนน = 17-18 คะแนน)

**ระดับแผล**

**DTI** ผิวหนังไม่สึกขาด สีผิวเป็นสีม่วง หรือสีแดงจนก้นน้ำตา หรือผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำปนเลือด อาจมีความเจ็บปวด แห้งขึ้น หรือบวม อุณหภูมิอาจอุ่นกว่าหรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง

**Stage 1** ผิวหนังยังไม่สึกขาด อันเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดแล้วรอยแดง ไม่จากหายไป ถ้าผิวหนังจะตื้นกับผิวหนังรอบๆ

**Stage 2** มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน ซึ่งเริ่ม Dermis ชั้นแผลสีแสดชมพู ไม่มี Slough หรือผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำใส

**Stage 3** มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด อาจเห็นถึงชั้น Subcutaneous อาจพบ Slough แต่ไม่ปกคลุมแผล อาจพบโพรงบางส่วนหรือรอบแผล

**Stage 4** มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด แผลลึกมองเห็นกระดูก เอ็น หรือกล้ามเนื้อ อาจพบ Slough / Eschar บางส่วนของพื้นแผล พบบ่อยๆ ร่วมกับโพรงบางส่วนหรือรอบแผล

**Unstageable** พื้นแผลทั้งหมดถูกปกคลุมด้วย Slough/Eschar

ปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับ	ปฏิบัติการดูแลแผล
<p><b>การลดแรงกดและแรงเสียดสี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชม.</li> <li>จัดท่านอนให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา</li> <li>จัดท่านั่ง(หากไม่มีข้อจำกัด)ศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศาและขึ้นเปลี่ยนน้ำหมักทุก 15 นาที</li> <li>คะแนนความเสี่ยงสูง-สูงมาก(คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนลงมา) ใช้ที่นอนลม</li> <li>การเคลื่อนย้าย/เปลี่ยนท่าใช้รถยกตัว (ไม่ลากดึง)</li> </ul> <p><b>การดูแลผิวหนัง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ใช้สบู่ที่อ่อนที่อ่อนๆ สะอาด/ให้เรียบถึง</li> <li>ทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำ ไม่ใช้สบู่ ทา Moisture Barrier cream</li> <li>ผิวหนังบริเวณที่ protect skin ด้วย vaselin หรือ clevilon cream</li> <li>สวมผ้าอ้อมสำเร็จรูป/เปลี่ยนผ้าปูทุกครั้ง ที่จับถ่าย</li> </ul> <p><b>จัดการด้านโภชนาการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ประเมินภาวะโภชนาการ</li> <li>จัดอาหารตามความต้องการพลังงาน/ปรึกษาโภชนาการ</li> <li>ปรึกษาแพทย์หากผู้ป่วยรับประทานอาหารทางปากไม่ได้เพื่อใส่สาย NG Tube</li> </ul> <p><b>กระตุ้นการไหลเวียนเลือด</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>โดยการออกกำลังกาย ห้ามกดนวดบริเวณปุ่มกระดูก</li> </ul>	<p><b>ปฏิบัติการดูแลแผล</b></p> <p><b>Suspected Deep Tissue</b> - ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS / น้ำสะอาด</p> <p><b>Unstageable</b> - ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS</p> <p><b>แผลกดทับระดับ 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS / น้ำสะอาด</li> <li>- ปิดด้วย transparent film dressing / Hydrocolloid wafer</li> </ul> <p><b>แผลกดทับระดับ 2</b> - ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS</p> <p><b>สังเกตหลังน้อย</b> - ปิดกอสวย 0.9% NSS / ปิดด้วย Hydrocolloid wafer</p> <p><b>แผลกดทับระดับ 3 และ 4</b> - ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS</p> <p><b>แผลมีเนื้อตาย/ และสังเกตหลังน้อย</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำจัดเนื้อตายแบบ Autolytic debridement โดยใช้กอสวย 0.9% NSS / Hydrogel / Hydrocolloid wafer</li> </ul> <p><b>แผลมีเนื้อตาย/และสังเกตหลังปานกลางหรือมาก</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กำจัดเนื้อตายแบบ Autolytic debridement โดยใช้ Alginate dressing / Hydrofiber / Foam / Hydrocellular</li> </ul> <p><b>แผลมีสิ่งกีดขวางเป็นหนอง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เก็บ tissue off ดังครว</li> <li>- ใช้ silver sulfadiazine หรือ โด๊ปดินแผลที่มี Nanocrystalline Silver</li> </ul> <p><b>สังเกตหลังน้อยถึงปานกลาง</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ปิดด้วย Hydrocolloid wafer / Adhesive form dressing</li> </ul>