

|                                                                                   |  |                                                                                    |                                               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
|  |  | <div>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</div> <div>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</div> | <div>รหัสเอกสาร</div> <div>WI-NUR-01-01</div> | <div>หน้า</div> <div>1/9</div> |
| วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION                                                      |  | แก้ไขครั้งที่ 01                                                                   | วันที่บังคับใช้                               |                                |
| เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ                                                  |  |                                                                                    |                                               |                                |

### 1. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้พยาบาลสามารถลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและบันทึกทางการพยาบาล (Nurses ' Note) ได้ถูกต้อง

### 2. ขอบเขต

วิธีปฏิบัติการพยาบาลสำหรับ 12 หอผู้ป่วย ดังต่อไปนี้ พิเศษ21 พิเศษอายุรกรรม พิเศษศัลยกรรม หออภิบาลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต อายุรกรรมชาย อายุรกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมกระดูกชาย ศัลยกรรมกระดูกหญิง ICU ศัลยกรรม และ ICU อายุรกรรม

### 3. นิยามศัพท์

**แผลกดทับ** หมายถึง การได้รับบาดเจ็บของผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังและ/หรือกล้ามเนื้อและกระดูก ซึ่งเป็นผลจากแรงกด หรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน (shear) และ/หรือแรงเสียดทาน (friction) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดขาดเลือดไปเลี้ยง โดยปกติจะพบบริเวณปุ่มกระดูก

National Pressure Ulcers Advisory Panel ; NPUAP (2007) แบ่งระดับของแผลกดทับเป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

**Suspected Deep Tissue Injury** ผิวหนังสีม่วงคล้ำ/ น้ำตาลแดง หรือผิวหนังพองที่มีเลือดอยู่ข้างใน (blood-filled blister) ยังไม่มีการสูญเสียผิวหนังแต่สันนิษฐานว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนลึก เกิดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากแรงกด / เสียดสี อาจมีอาการปวด/ ตึง / อุ่นหรือเย็นเมื่อเทียบกับบริเวณข้างเคียง

ระดับที่ 1 ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ยังไม่มีรอยฉีกขาด แต่สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆที่ข้างเคียง เมื่อลดการกดทับ รอยแดงจะไม่หายไปภายใน 30 นาที

ระดับที่ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนถึงชั้น Dermis ผิวหนังอาจฉีกขาดหรือไม่ฉีกขาด เช่น รอยถลอก เป็นตุ่มพอง อาจมีน้ำเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก หรือเป็นแผลตื้นๆ โดยไม่มีเนื้อตาย (slough)

ระดับที่ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด เกิดแผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) ชั้นพังผืด แต่ไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็นและกระดูก อาจเป็นหลุมลึกหรือเป็นโพรงใต้ขอบแผล อาจพบ slough แต่ไม่ปกคลุมแผลทั้งหมด

|                                                                                   |  |                                                                                    |                                               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
|  |  | <div>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</div> <div>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</div> | <div>รหัสเอกสาร</div> <div>WI-NUR-01-01</div> | <div>หน้า</div> <div>2/9</div> |
| <div>วิธีปฏิบัติ</div> <div>WORK INSTRUCTION</div>                                |  | <div>แก้ไขครั้งที่</div> <div>01</div>                                             | <div>วันที่บังคับใช้</div>                    |                                |
| <div>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</div>                                       |  |                                                                                    |                                               |                                |

ระดับที่ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อต่อ พื้นแผลอาจมีเนื้อมตาย (slough) หรือสะเก็ดแข็ง (eschar) ปกคลุมบางส่วน และส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล

Unstageable มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อมตายหรือสะเก็ดแข็ง ทำให้ไม่สามารถระบุระดับแผลกดทับที่ถูกต้องได้

**คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ** หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินBraden scale

**ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ** หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Braden' score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน (หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) นอกจากนี้ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว/เป็นอัมพาต
2. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/จำกัดกิจกรรม
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของระบบประสาทและไขสันหลัง
5. ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะราดบ่อยครั้ง
6. ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหาร / มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ
7. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะโลหิตจาง เบาหวาน มะเร็ง เอ็ดส์ ความดันโลหิตต่ำ
8. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Corticosteroid ในระยะยาว
9. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง
10. ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก
11. ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต
12. ผู้ป่วยที่มีไข้ (อุณหภูมิ  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ )

**อัตราการเกิดแผลกดทับ** หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1-4 ที่เกิดขึ้นใหม่หรือแผลกดทับเดิมที่มีลักษณะเลวลง (เพิ่มระดับ) ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เปรียบเทียบกับ จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลา 1 เดือน

|                                                                                   |  |                                                                                    |                                               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
|  |  | <div>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</div> <div>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</div> | <div>รหัสเอกสาร</div> <div>WI-NUR-01-01</div> | <div>หน้า</div> <div>3/9</div> |
| วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION                                                      |  | แก้ไขครั้งที่ 01                                                                   | วันที่บังคับใช้                               |                                |
| เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ                                                  |  |                                                                                    |                                               |                                |

## สูตรคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนการเกิดแผลกดทับใหม่/ลุกลาม(stage 1- 4)ในรอบ 1 เดือน (ครั้ง)} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลาเดียวกัน}}$$

**จำนวนวันนอนของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง** หมายถึง ช่วงเวลาที่มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score  $\leq 16$  คะแนน หรือ  $\leq 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป)

## 4. ขั้นตอนการปฏิบัติ

### 4.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายทุกรายหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินการ เฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลแผลกดทับ (FM-NUR-027 rev.03) ภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับผู้ป่วย

4.1.1 ในรายที่ Braden score มากกว่า 16 คะแนน (หรือ  $> 18$  คะแนน ในผู้ป่วยที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) ประเมินซ้ำเมื่อการรับรู้ ความสามารถในการเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง หรือประเมินซ้ำทุก 1 สัปดาห์ และบันทึกผลการประเมิน ให้ปฏิบัติตามหลักการดูแลผิวหนังผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาล (Universal Skin Care) :

- Cleansing : ใช้สบู่ pH 5.0 – 5.9 ในการทำความสะอาดผิวหนัง ใช้น้ำอุณหภูมิปกติ หลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่น ในผู้สูงอายุที่มีผิวหนังบาง ฉีกขาดง่ายไม่ควรเช็ดตัวบ่อย และทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล
- Moisturizing : ใช้โลชั่นหรือสารให้ความชุ่มชื้นผิวหนัง
- Protection : ใช้สารที่มีคุณสมบัติเคลือบผิวหนัง เพื่อป้องกันการสัมผัสกับความเปียกชื้น และใช้แผ่นรองซับรองบริเวณที่สัมผัสกับความเปียกชื้น
- (ถ้ามี) เลือกใช้ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน เสื้อผ้าที่ทำจากวัสดุอ่อนนุ่ม

4.1.2 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ให้ประเมินซ้ำทุก 1-3 วัน จนผู้ป่วยกลับบ้าน ย้ายหอ หรือพ้นจากภาวะเสี่ยง

### 4.2 การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

#### 4.2.1 การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

4.2.1.1 จัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง โดยจัดให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (หนุนหมอน 1 ใบ สูงประมาณ 3 นิ้ว) สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงทำมุม 30 องศา หรือนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม จัดท่า

|                                                                                   |  |                                                                            |                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
|  |  | <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</p> | <p>รหัสเอกสาร</p> <p>WI-NUR-01-01</p> | <p>หน้า</p> <p>4/9</p> |
| <p>วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION</p>                                               |  | <p>แก้ไขครั้งที่ 01</p>                                                    | <p>วันที่บังคับใช้</p>                |                        |
| <p>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</p>                                           |  |                                                                            |                                       |                        |

นั่งให้ลำตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขา และไขหัวเตียงนั่งศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา  
ขณะ feed อาหารนาน 1 ชั่วโมง

4.2.1.2 ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โหนตัว ยกกันบ่อยๆ

4.2.1.3 ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ หรือได้น้อย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนังอย่างถูกวิธี (โดยใช้เทคนิค “ยก จัด ดึง ดู”)

4.2.1.4 ในกรณีนั่งรถเข็นควรกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัวให้กันลอกจากพื้นทุก 15 – 30 นาที และไม่ควรนั่งรถเข็นติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมง/วัน

4.2.1.5 ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เช่น ใช้ที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะรองกันในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็น ใช้ “หมอนพอเพียง” เพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนเล็กๆ ของร่างกาย เช่น หัวไหล่ ใบหู ข้อศอก ข้อมือ ส้นเท้า ในกรณี Braden’ score ด้านการเคลื่อนไหวและการเสียดสี  $\leq 2$  เป็นต้น

4.2.1.6 ห้ามกดนิ้วบริเวณปุ่มกระดูก

4.2.1.7 เลือกใช้วัสดุปิดแผล (Hydrocolloid หรือ Foam) ปิดบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เช่น ซอกใบหู (จากการกดของเชือกผูก ET ปุ่มกระดูกต่างๆ เป็นต้น

**4.2.2 การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน** โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วยการยกตัว แทนการดึงลากผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว Pat slide

**4.2.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้**

4.2.3.1 ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

4.2.3.2 ทาโลชั่น หรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

4.2.3.3 ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสาลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทาเคลือบผิวหนังบริเวณกัน สะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีน โลชั่นหรือครีมป้องกันการระคายเคืองจากความเปียกชื้น

4.2.3.4 ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด

4.2.3.5 ประเมินการขับถ่ายทุก 2 ชั่วโมง

4.2.3.6 ควรใช้ Blue pad รองกันแทนการห่อหุ้มด้วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่

4.2.3.7 กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Urinary and fecal incontinence) ควรลดไข้ขาว และปรึกษาแพทย์เพื่อพิจารณาแก้ปัญหาการถ่าย

|                                                                                   |  |                                                                                    |                                               |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------|
|  |  | <div>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</div> <div>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</div> | <div>รหัสเอกสาร</div> <div>WI-NUR-01-01</div> | <div>หน้า</div> <div>5/9</div> |
| <div>วิธีปฏิบัติ</div> <div>WORK INSTRUCTION</div>                                |  | <div>แก้ไขครั้งที่</div> <div>01</div>                                             | <div>วันที่บังคับใช้</div>                    |                                |
| <div>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</div>                                       |  |                                                                                    |                                               |                                |

**4.2.4 ประเมินสภาพผิวหนัง** โดยสำรวจรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัว และลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังฯหรือบันทึกทางการพยาบาล เมื่อพบแผลกดทับให้ปฏิบัติตามข้อ 4.3

#### 4.2.5 ประเมินภาวะโภชนาการ โดย

- ประเมินการขาดโปรตีนจากค่า serum albumin (ค่าปกติ  $\geq 3.5$  g/dL.)
- ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ในแต่ละวัน
- อาจใช้ Mini Nutritional Assessment (MNA) เพื่อประกอบการปรึกษาแพทย์และโภชนาการ

**4.2.6 ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง** เมื่อมีการรับ - ส่งเวร หรือย้ายหอผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

**4.2.7 ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล** โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่นในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีการข่วนว่ามีรอยแดง รอยถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ ทุกวัน หลังอาบอาบน้ำเข้า - เย็น
- การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ถูกวิธี (ปฏิบัติเช่นเดียวกับข้อ 4.2.3 และ Universal Skin Care)
- การจัดท่าและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี
- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนัง
- ไม่ควรรัดเช็นติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันและควรขยับเปลี่ยนท่าทุก 15-30 นาที
- ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือฟ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะลมรองนั่ง ที่นอนลม

### 4.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ปฏิบัติดังนี้

**4.3.1 บันทึกการเกิดแผลกดทับ** ทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิดแผล ระดับและขนาดของแผลกดทับ ลักษณะและปริมาณ exudate ลงในแบบบันทึกการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ (หน้า 2) และ/หรือบันทึกทางการพยาบาล (nursing progress note) และ/หรือใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

|                                                                                   |  |                                                                            |                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
|  |  | <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</p> | <p>รหัสเอกสาร</p> <p>WI-NUR-01-01</p> | <p>หน้า</p> <p>6/9</p> |
| <p>วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION</p>                                               |  | <p>แก้ไขครั้งที่ 01</p>                                                    | <p>วันที่บังคับใช้</p>                |                        |
| <p>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</p>                                           |  |                                                                            |                                       |                        |

- แผลระดับ 1            บันทึกรักษาทุกวัน
- แผลระดับ 2            บันทึกรักษาทุก 3 วัน
- แผลระดับ 3-4        บันทึกรักษาทุก 7 วัน

#### 4.3.2 ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลแผลกดทับ ดังนี้

แผลระดับที่ 1 หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่พบ พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าที่ถูกต้อง ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด

แผลระดับที่ 2 ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS ปิดแผลด้วย gauze หรือวัสดุที่เหมาะสม เช่น transparent dressing, Hydrocolloid dressing

แผลระดับที่ 3 ทำความสะอาดแผล pack ด้วย 0.9% NSS และปิดแผลด้วย gauze วันละ 1-2 ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม เช่น Absorbment, Foam dressing, Hydrofiber , Silver Nanocrystalline, Calcium Alginate โดยทำแผลทุก 3-5 วันหรือตามสภาพของแผล พร้อมทั้งเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อ ถ้าแผลมีเนื้อตาย ประเมินแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย

แผลระดับที่ 4 ดูแลเหมือนระดับ 3 และปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลแผลที่เหมาะสม

#### 4.3.3 ดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

4.3.3.1 (กรณีไม่มีข้อจำกัด) ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นม และเสริมอาหารที่มีวิตามินซี เช่น ผักสด ผลไม้ หรือ อาหารเสริมสำเร็จรูป

4.3.3.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหาร ทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน ตามแผนการรักษา

4.3.3.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2000 - 3000 cc. ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

4.3.3.4 กรณีให้อาหารทางสายยาง ควรกำหนดสูตรอาหารโปรตีนสูง เพิ่มไข่ขาว

#### 4.3.4 ส่งต่อข้อมูล

- ส่งเวรเกี่ยวกับระดับและขนาดแผล ตำแหน่ง ลักษณะและปริมาณ exudates และ วิธีการทำแผล
- ติดตามการหายของแผล โดยลงบันทึกในใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

#### 4.3.5 แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง

- เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกใน แบบประเมินเฝ้าระวัง

|                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  <p style="text-align: center;"><b>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</b><br/>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</p> | <p style="text-align: center;">รหัสเอกสาร<br/>WI-NUR-01-01</p> | <p style="text-align: center;">หน้า<br/>7/9</p>    |
| <p><b>วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION</b></p>                                                                                                                                                   | <p style="text-align: center;">แก้ไขครั้งที่ 01</p>            | <p style="text-align: center;">วันที่บังคับใช้</p> |
| <p><b>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</b></p>                                                                                                                                               |                                                                |                                                    |

- ประเมินความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผล แก่ญาติ การจัดเตรียม/จัดหาอุปกรณ์ลดแรงกด
- เขียนใบส่งต่อการดูแลและส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน (ประสานกลุ่มงานอนามัยชุมชน)

#### 4.4 การเก็บรวบรวมข้อมูลแผลกดทับ

4.4.1 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายหรือย้ายออกจากหอผู้ป่วย ให้เก็บแบบประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลแผลกดทับ (FM-NUR-027 rev.03) แยกใส่แฟ้มไว้

4.4.2 ลงข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับลงในแบบรายงานการเกิดแผลกดทับ (ของรอบเดือนนั้น)

4.4.3 หากยังมีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลและยังต้องเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับต่อ ให้ตัดยอด การเฝ้าระวังทุกสิ้นเดือน

4.4.4 ส่งแบบรายงานการเกิดแผลกดทับ ไปยังผู้รับผิดชอบ ภายในวันที่ 10 ของเดือนถัดไป

#### หมายเหตุ ข้อห้ามในการปฏิบัติ

1. การนวด หรือใช้โคมไฟส่องบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มขึ้น
2. การใช้สบู่น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงหรือฟอกผิวหนัง
3. ใช้หวั่นยาง หรือถุงมือน้ำรองบริเวณที่มีการกดทับ

|                                                                                   |  |                                                                            |                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|
|  |  | <p>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</p> <p>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</p> | <p>รหัสเอกสาร</p> <p>WI-NUR-01-01</p> | <p>หน้า</p> <p>8/9</p> |
| <p>วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION</p>                                               |  | <p>แก้ไขครั้งที่ 01</p>                                                    | <p>วันที่บังคับใช้</p>                |                        |
| <p>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</p>                                           |  |                                                                            |                                       |                        |

## 5. เอกสารอ้างอิง

- ปองหทัย พุ่มระย้า. 2546. ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผนก ช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาลี สนิทเชตริน. 2540. คู่มือปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 14 กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี เกตุสัมพันธ์ และคณะ. 2552. การดูแลแผลกดทับ: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทเอฟเฟกต์สตูดิโอ.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เล่มที่ 1 กรุงเทพฯ : คณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. 2547. ตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ.
- 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.

|                                                                                                                                                                                              |                                                                |                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  <p style="text-align: center;"><b>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์</b><br/>CHAROENKRUNG PRACHARAK HOSPITAL</p> | <p style="text-align: center;">รหัสเอกสาร<br/>WI-NUR-01-01</p> | <p style="text-align: center;">หน้า<br/>9/9</p> |
| <p><b>วิธีปฏิบัติ WORK INSTRUCTION</b></p>                                                                                                                                                   | <p>แก้ไขครั้งที่ 01</p>                                        | <p>วันที่บังคับใช้</p>                          |
| <p><b>เรื่อง การป้องกันและดูแลแผลกดทับ</b></p>                                                                                                                                               |                                                                |                                                 |

Halfens, R.J.G., Bours, G.J.J.W., & Ast, W.V. (2001). Relevance of the diagnosis stage 1 pressure ulcers: An empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long term care hospital populations. Journal of Clinical Nursing, 10, 748-757.

Hung, D. (2011). เอกสารประกอบการอบรม เรื่อง “Pressure Ulcer Prevention and Management” วันที่ 13 กรกฎาคม 2554 โรงพยาบาลตากสิน.

## 6. ภาคผนวก

ขั้นตอนปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ (Flow chart)  
 แบบประเมินการเฝ้าระวัง ป้องกันและดูแลแผลกดทับ (FM-NUR-027 rev.03)  
 แบบรายงานการเกิดแผลกดทับ (FM-NUR-082 rev.01)  
 ใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับ  
 แบบประเมินภาวะโภชนาการ : Mini Nutritional Assessment (MNA)  
 เอกสารความรู้เรื่องการดูแลแผลกดทับและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ  
 Braden Scale (ภาคภาษาอังกฤษ)  
 ภาพแสดงแผลกดทับ 6 ลักษณะ