	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา		
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YH-IPD-014	จัดทำเมื่อ : 10/06/2567
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 10/06/2567	แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ 12 หน้า

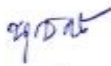
เรื่อง : การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ (BED SORE)

หน่วยงาน ผู้ป่วยใน	กลุ่มงาน การพยาบาล
--------------------	--------------------

ระเบียบปฏิบัติงาน
เรื่อง : การป้องกันและการดูแลแผลกดทับ (BED SORE)

ผู้ป่วยใน
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา

ผู้จัดทำเอกสาร



(นางสาวนุรอันนี ดอกแก้ว)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวนเอกสาร

ผู้อนุมัติใช้



(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ



(นายทินกร บินหะยีอารง)
ผอ.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

1.นโยบาย/วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลสามารถประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยได้ถูกต้อง
2. เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อป้องกัน และดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับได้

อย่างถูกต้อง

3. เพื่อให้พยาบาลสามารถลงบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับและบันทึกทางการพยาบาล

(Nurses ' Note) ได้ถูกต้อง

2. คำนิยาม

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

ระดับที่ 1 ผิวหนังไม่เป็นแผลมีแต่รอยแดงซ้ำ บริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ยังไม่มีรอยฉีกขาด แต่สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆข้างเคียง เมื่อลดการกดทับ รอยแดงจะไม่หายไปภายใน 30 นาที

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

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

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

ระดับที่ 5 Unstageable Pressure injury ไม่สามารถระบุระดับได้ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ซึ่งพื้นแผลถูกปกคลุมทั้งหมดด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ทำให้ไม่สามารถระบุระดับแผลกดทับที่ถูกต้องได้

ระดับที่ 6 Deep tissue pressure injury แผลกดทับที่สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่ลึก โดยผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ลักษณะสีของผิวหนังจะเปลี่ยนไปเป็นสีม่วง หรือ อาจมีสีน้ำตาลแดงหรือผิวหนังพองที่มีเลือดอยู่ข้างใน (blood-filled blister) บริเวณนี้อาจจะมีการเจ็บปวด แสบ เหนียว ความรู้สึกนุ่ม อุ่น หรือ เย็น

ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่มี Braden' score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน นอกจากนี้ ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกร่างกาย/เป็นอัมพาต
2. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/จำกัดกิจกรรม
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
4. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของระบบประสาทและไขสันหลัง
5. ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระปัสสาวะรดบ่อยครั้ง

6. ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหาร / มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่าปกติ
7. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต เช่น ภาวะโลหิตจาง เบาหวาน มะเร็ง เอตส์ ความดันโลหิตต่ำ
8. ผู้ป่วยที่ได้รับยา Corticosteroid ในระยะยาว
9. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง
10. ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก
11. ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต
12. ผู้ป่วยที่มีไข้ (อุณหภูมิ ≥ 38 องศา)

อัตราการเกิดแผลกดทับ หมายถึง จำนวนแผลกดทับตั้งแต่ระดับที่ 1-4 ที่เกิดขึ้นใหม่หรือแผลกดทับเดิม ที่มีลักษณะเลวลง (เพิ่มระดับ) ขณะผู้ป่วยอยู่ในความดูแล เปรียบเทียบกับ จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยที่มี ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในช่วงเวลา 1 เดือน

3.การพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติทุกราย

4. ขั้นตอนการปฏิบัติ

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

1. ทำการประเมินผิวหนังผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย โดย ประเมินตั้งแต่แรกรับ ให้ประเมินบริเวณปุ่ม กระดูกก้นกบ ตาตุ่ม และ บั้นทีกว่าเกิดหรือไม่มีแผลกดทับมาก่อนเข้าโรงพยาบาล
 2. มีการประเมิน และบันทึกค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (braden scale) ในวันแรก ภายใน 24 ชั่วโมง
 3. บันทึกใน Nurses' note “ลักษณะผิวหนัง บริเวณปุ่มกระดูก หรือยังไม่เกิดแผลกดทับ”
 4. การใช้เครื่องมือ Braden scale เพื่อประเมิน ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จะมีคะแนนรวม 6-23 คะแนน โดย เกณฑ์การแบ่งคะแนนความเสี่ยง และการบันทึกคะแนน ดังนี้
 - คะแนน ≤ 9 หมายถึง ความเสี่ยงสูงมาก ให้ บันทึก ทุกเวร หรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - คะแนน 10-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูง ให้ บันทึก ทุกวันหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - คะแนน 13-14 หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง ให้บันทึก ทุก 3 วันหรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 - คะแนน 15-18 หมายถึง มีความเสี่ยงน้อย ให้ บันทึก ทุก 7 วัน หรือประเมินเร็วขึ้นถ้าผู้ป่วยมี อาการเปลี่ยนแปลง
 5. ประเมินภาวะโภชนาการและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Albumin, Hematocrit ตั้งแต่แรกที่รับไว้ใน การดูแล และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
 6. การใช้แบบประเมินความเสี่ยง ใช้แบบประเมิน Braden scale เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย ทุกราย แบ่งเป็น 6 หมวดได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก การเป็ยกขึ้นของผิวหนัง การทำกิจกรรม การเคลื่อนไหว ภาวะโภชนาการ แรงเสียดทานและแรงเฉือน
- พยาบาลวิชาชีพประเมินผู้ป่วยรับใหม่หรือรับย้ายทุกรายหรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบ ประเมินการ เฝ้าระวัง ป้องกันและ ดูแลแผลกดทับ ภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับผู้ป่วย

การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

1. การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับและระยะเวลาการกดทับ ดังนี้

- จัดท่านอนและท่านั่งที่ถูกต้อง โดยจัดให้ออนหงายศีรษะสูง 30 องศา สลับกับนอนตะแคงลำตัวเอียงท่ามุม 30 องศา หรือนอนคว่ำถ้าไม่มีข้อห้าม จัดท่านั่งให้ลำตัวตรงหลังพิงพนัก ป้องกันไม่ให้ตัวไหลลง มีที่รองขาและไขว้เท้าเตียงนั่งศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา ขณะ feed อาหารนาน 1 ชั่วโมง

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โหนตัว ยกกันบ่อยๆ

- ผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายเองไม่ได้ หรือได้น้อย พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

- ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและบริบทของหน่วยงาน เช่น ใช้ที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลมในผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ

- ห้ามกดนวดบริเวณปุ่มกระดูก

- เลือกใช้วัสดุปิดแผล (Hydrocolloid หรือ Foam) ปิดบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2. การพยาบาลเพื่อลดแรงเสียดทาน และแรงเฉือน โดยเคลื่อนย้ายหรือเลื่อนผู้ป่วยด้วย การยกตัว แทนการดึง ลาก

ผู้ป่วย หรือใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย เช่น ผ้ายกตัว Pat slide

3. การพยาบาลเพื่อป้องกันความเปียกชื้นของผิวหนัง ดังนี้

- ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวล

- ทาโลชั่น หรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้ง โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

- ภายหลังการขับถ่ายทุกครั้งทำความสะอาดด้วยสำลีชุบน้ำธรรมดา ซับผิวหนังให้แห้ง และทาเคลือบผิวหนังบริเวณกันสะโพก และขาหนีบ ด้วยปิโตรเลียมเจล วาสลีนโลชั่นหรือครีมป้องกัน การระคายเคืองจากความเปียกชื้น

- ผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยต้องเรียบตึง และแห้งสะอาด

- ประเมินการขับถ่ายทุก 2 ชั่วโมง และ ควรใช้ Blue pad รองกันแทนการห่อหุ้มด้วยผ้าอ้อมผู้ใหญ่

4. ประเมินภาวะโภชนาการ โดย

- ประเมินการขาดโปรตีนจากค่า serum albumin (ค่าปกติ ≥ 3.5 g/dL.)

- ประเมินปริมาณการรับประทานอาหารและน้ำดื่ม ในแต่ละวัน

5. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง เมื่อมีการรับ - ส่งเวร หรือย้ายหอผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยง และวิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ

6. ให้คำแนะนำและฝึกทักษะแก่ญาติผู้ดูแล โดยสนับสนุนให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบดูลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอย ถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ ทุกวัน หลังอาบน้ำเช้า - เย็น

- การดูแลผิวหนังผู้ป่วยที่ถูกวิธี

- การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี

- พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามสภาพผิวหนัง

- ไม่ควรนั่งรถเข็นติดต่อกันเกิน 6 ชั่วโมงต่อวันและควรขยับเปลี่ยนท่าทุก 15-30 นาที
- ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เบาะลมรองนั่ง ที่นอนลม

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ปฏิบัติดังนี้

1. บันทึกการเกิดแผลกดทับ ทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง/แผลใหญ่ขึ้น/แผลลึกขึ้น/แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิดแผล ระดับ และขนาดของแผลกดทับ ลักษณะและปริมาณ exudate ลงในแบบบันทึกทางการแพทย์ (nursing progress note)

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

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 ปรึกษาแพทย์เพื่อตัดเนื้อตาย

แผลระดับที่ 4 ดูแลเหมือนระดับ 3 และปรึกษาแพทย์เพื่อการดูแลแผลที่เหมาะสม

3. ดูแลด้านอาหารเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

- ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นม และเสริมอาหารที่มีวิตามินซีเช่น ผักสด ผลไม้

- ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้ อาจต้องพิจารณาให้อาหาร ทางสายยาง อาหารเสริม หรือให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดดำทดแทน ตามแผนการรักษา

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำวันละ 2000 – 3000 cc. ในรายที่ไม่มีข้อจำกัด

- กรณีให้อาหารทางสายยาง ควรกำหนดสูตรอาหารโปรตีนสูง เพิ่มไข่ขาว

4. ส่งต่อข้อมูล

- ส่งเวรเกี่ยวกับระดับและขนาดแผล ตำแหน่ง ลักษณะและปริมาณ exudates และ วิธีการทำแผล

- ติดตามการหายของแผล โดยลงบันทึกในใบบันทึกส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับ

5. แผนการจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง

- เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกใน แบบประเมินเฝ้าระวังฯ

- ประเมินความพร้อมของญาติก่อนจำหน่าย ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการดูแลแผล แก่ญาติ การจัดเตรียม/จัดหา

อุปกรณ์ลดแรงกด

- เขียนใบส่งต่อการดูแลและส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตาม เยี่ยมบ้าน (ประสานงานCOC)

หมายเหตุ ข้อห้ามในการปฏิบัติ

1. ห้ามนวด หรือใช้คอมไฟส่องบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายเพิ่มขึ้น

2. ห้ามใช้สบู่หรือน้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงหรือฟอกผิวหนัง
3. ห้ามใช้ห้วงยาง หรือถุงมือน้ำรองบริเวณที่มีการกดทับ

Focus Goal/ Out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>อาจเกิดแผลกดทับ G: ไม่เกิดแผลกดทับ</p>	<p>เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยติดเตียง / ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ -คะแนน braden scale =.....(< 14)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินลักษณะผิวหนัง และผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก หากพบความ เสี่ยงหรือผิดปกติให้บันทึกและส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวัง 2. ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ไม่เปียกชื้นจากเหงื่อ 3. อาบน้ำ/เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงน้ำอุ่นและซับให้แห้ง ทาโลชั่นเพื่อป้องกันผิวแตกแห้ง 4. ผ้าอ้อมสำเร็จรูป เปลี่ยนทุก 4 ชม. แต่หากมีการขับถ่ายอุจจาระให้เปลี่ยนทันที 5. ทาวาสลีนที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนักและแก้มก้น ทั้ง 2 ข้าง เพื่อเคลือบผิวหนัง 6. ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูก และห้ามประคบด้วยความร้อน เนื่องจากการเพิ่มแรงกด 7. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก 8. ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาดและเรียบตึงเสมอ 9. ใช้อุปกรณ์ลดแรงกด คือ ที่นอนลม และใช้หมอนใบเล็กนุ่ม รองตามปุ่มกระดูกต่างๆ เวลาจัดท่านอน 10. บริหารข้อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ข้อเข่า เพื่อ กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินค่าbraden scale 2. braden scale =.....(> 18)

Focus Goal/ Out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เกิดแผลกดทับ</p> <p>G: ป้องกันไม่ให้แผลกดทับลุกลาม</p> <p>O: ไม่เกิดที่ส่วนอื่นเพิ่ม</p>	<p>ส่งเสริมการหายของแผลกดทับ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุนมีแผลกดทับระดับที่.....</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ลงบันทึกในแบบบันทึกการเกิดและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผลกดทับ 2.ลด/จำกัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่ปรากฏรอยแดงและใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับ เช่น ผ้านุ่ม/ที่นอนลม 3.ใช้วาสลีนเคลือบผิวหนังที่เป็นรอยแดงหลีกเลี่ยงการขัดถู 4.ล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS <ul style="list-style-type: none"> - แผลตื้น ใช้สำลีชุบ 0.9% NSS เช็ดทำความสะอาดแผล - แผลลึกมีโพรง ทำโดยใช้กระบอกฉีดยา ดูด 0.9%NSS ฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง จนกระทั่ง 0.9%NSS ที่ล้างทำความสะอาดแผลออกมามีความใส 5.เลือกใช้อุปกรณ์ปิดแผลที่เหมาะสม เช่น วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือกลุ่มโพลียูรีเทนโพร ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผล 6.พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. หลีกเลี่ยงการกดทับในตำแหน่งที่เป็นแผล 7.ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหาร ในรายที่รับประทานอาหารทางปากได้ให้จัดอาหารที่ถูกปาก และถูกต้องตามหลักโภชนาการ หรือจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นและส่งเสริม การรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แนะนำให้ญาติจัดอาหารเสริมไว้ให้ผู้ป่วย เช่น นม ผลไม้ต่างๆ ตามฤดูกาลที่มีวิตามินซีสูง 8.ในกรณีที่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้ใช้Pat-slide ทุกครั้ง เพื่อ ป้องกันการเสียดสีของผิวหนัง 9.ใช้ผ้าขวางปูลองตัวผู้ป่วย ช่วยในการยกตัวผู้ป่วยขณะเปลี่ยนท่านอนและเลื่อนตัวผู้ป่วยทุกครั้ง 	<ol style="list-style-type: none"> 1.แผลกดทับแดงดี / ตื้นขึ้น 2.ขนาดแผลลดลง ไม่ลุกลามไประดับที่สูงขึ้น

Focus Goal/ Out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>Discharge Plan</p> <p>Goal=ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจ เรื่อง การดูแลแผลกดทับ</p> <p>Out come = ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำแผลได้ถูกต้อง แผลกดทับของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่เกิดภาวะติดเชื้อ</p>	<p>ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ เรื่องการดูแลแผลกดทับ</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประเมินความพร้อมและความรู้ของผู้ป่วยและญาติ 2.ให้ความรู้เรื่องแผล การดูแลแผล อาหารที่เหมาะสมกับการหายของแผล 3.สอนและสาธิตการทำแผล และให้ญาติปฏิบัติเองจนถึงวันจำหน่าย โดยมีพยาบาลคอยประเมินขณะทำแผล 4.ประสานและแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการเบิกอุปกรณ์ทำแผลเมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ 5.แนะนำการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในเรื่อง การพลิกตะแคงตัว การปูที่นอน และskin care 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และเข้าใจเรื่องการดูแลแผลกดทับ 2.ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถทำแผลได้ถูกต้อง
<p>ผู้ป่วยและหรือญาติวิตกกังวล</p> <p>Goal: ผู้ป่วยและหรือญาติคลายความวิตกกังวล</p> <p>Out come ผู้ป่วยและหรือญาติมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา</p>	<p>ผู้ป่วยและหรือญาติ มีสีหน้ากังวล ซักถามเกี่ยวกับอาการและการรักษา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.อธิบายผู้ป่วยและหรือญาติเกี่ยวกับโรค อาการของโรค แนวโน้มการหายของแผล แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัว 2.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและหรือญาติซักถามข้อสงสัย 3.ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล เป็นกันเอง 	<p>ผู้ป่วยและหรือญาติมีสีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา</p>

แบบบันทึกคะแนน Braden scale ผู้ใหญ่									
หัวข้อการประเมิน	คะแนน	วัน เดือน ปี							
1.การรับรู้ (Sensory preception)									
1.1 ไม่ตอบสนองต่อการเจ็บปวด	1								
1.2 ตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากสายตา ทำทาง	2								
1.3 ตอบสนองจากความเจ็บปวดโดยการสื่อสาร	3								
1.4 ปกติ	4								
2. ความชื้นของผิวหนัง (Skin moisture)									
2.1 เปียกชื้นตลอดเวลาจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ	1								
2.2 เปียกชื้นบ่อย เปลี่ยนผ้ามากกว่า 1 ครั้ง/เวร	2								
2.3 เปียกชื้นบ้าง เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง/วัน	3								
2.4 ไม่เปียกชื้น	4								
3. ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity)									
3.1 ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา	1								
3.2 ยืน/เดินได้ต้องมีคนช่วยพยุงลงข้างเตียง	2								
3.3 เดินได้ด้วยตนเองในระยะสั้นๆ/ต้องพยุง	3								
3.4 ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว	4								
4. ความสามารถในการเคลื่อนไหว									
4.1 ไม่สามารถเปลี่ยนท่าเองได้	1								
4.2 เคลื่อนไหวร่างกายได้เล็กน้อย/เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	2								
4.3 เปลี่ยนท่าได้เล็กน้อย/มีคนช่วย	3								
4.4 ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว	4								
5. ภาวะโภชนาการ (Neutrition)									
5.1 ทานได้น้อยกว่า 1/3 ถาด	1								
5.2 ทานได้ 1/2 ถาด หรือ รับfeed ได้ไม่หมด	2								
5.3 ทานอาหารได้มากกว่า 1/2 ถาด หรือ feed ได้หมด	3								
5.4 ทานได้ปกติ	4								
6. แรงเสียดสีและการลื่นไถล									
6.1 ลูกนั่งเองไม่ได้มีการลื่นไถลไปจากท่าเดิม	1								
6.2 เคลื่อนไหวร่างกายได้ต้องมีคนช่วย ไถลเป็นบางครั้ง	2								
6.3 เคลื่อนไหวได้เอง	3								
ผู้มีความเสี่ยง : มีคะแนนรวม ≤ 18 ปฏิบัติตาม กระบวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ	คะแนน รวม								
กรณีคะแนน > 18 ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และ ทุกครั้ง ที่มีอาการเปลี่ยนแปลง	ผู้ ประเมิน								

ระดับคะแนนความเสี่ยง

ความเสี่ยงสูง Barden scale ≤ 12 ใช้ที่นอนลม พลิกตัวทุก 2 ชม. สํารวจปุ่มกระดูกทุกเวร

ความเสี่ยงปานกลาง Barden scale 13 - 14 ใช้หมอนช่วยจัดท่า พลิกตัวทุก 2 ชม. สํารวจปุ่มกระดูกทุกเวร

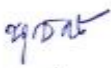


ความเสี่ยงต่ำ Barden scale 15 - 18 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว สํารวจปุ่มกระดูกทุกเวร

แบบบันทึกการเกิดและติดตามความก้าวหน้าการดูแลแผลกดทับ

ครั้งที่	ว/ด/ป	ระดับแผล	สถานที่เกิดแผล	ตำแหน่ง	กว้าง×ยาว×ลึก	ผู้ประเมิน

- คำจำกัดความของแผลกดทับ
- ระดับที่ 1 ผิวหนังมีรอยแดง ยังไม่เกิดการฉีกขาด
 - ระดับที่ 2 ผิวหนังเป็นแผลตื้นๆ มีการหลุดลอกของผิวหนังหรือผิวหนังพองเป็นตุ่มใส
 - ระดับที่ 3 แผลลึกถึงชั้นไขมัน (Subcutaneous) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาลหรือสีดำ
 - ระดับที่ 4 แผลลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูก

DTI (Suspected Deep Tissue Injury) = ผิวหนังปิด ผิวสีม่วงคล้ำ เป็นตุ่มน้ำปนเลือด
Unstageable = ผิวหนังปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดหนาแข็ง ประเมินความลึกไม่ได้

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
		
(นางสาวนุรอัยน์ ดอกแก้ว) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	(นายทินกร บินหะยี่อารัง) ผอ.รพร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต