
 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 1 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

<p style="text-align: center;">ผู้จัดทำ</p> <p style="text-align: center;">  (นางสาวธิดากร พวงชาติ) </p>
<p style="text-align: center;">ตำแหน่ง หัวหน้างานผู้ป่วยในหญิง</p>

<p style="text-align: center;">ผู้ตรวจสอบ</p> <p style="text-align: center;">  (นางสาวธิดากร พวงชาติ) </p>
<p style="text-align: center;">ผู้จัดการคุณภาพ</p>

<p style="text-align: center;">ผู้อนุมัติ</p> <p style="text-align: center;">  (นางพัชรียา ลาพิงค์) </p>
<p style="text-align: center;">หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล</p>


	<p style="text-align: right;">หน้าที่ 2 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566</p>
<p>วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15</p>	
<p>เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ</p>	
<p>หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน</p>	<p>หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>
<p>ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ</p>	<p>ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์</p>

บันทึกการประกาศใช้

แก้ไขครั้งที่	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียดการแก้ไข
1	1/10/2566	ประกาศใช้
2		

บันทึกการแก้ไข

ครั้งที่	หน้า	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียด
1	1	1/10/2566	เปลี่ยนหัวหน้าพยาบาล/หัวหน้าหอผู้ป่วย

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 3 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลให้แผลกดทับหาย หรือไม่เปลี่ยนเป็นระดับที่เพิ่มขึ้น และไม่เกิดการอักเสบติดเชื้อ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แผลกดทับ (Pressure Injury: PI) หมายถึง การบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนัง และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิดจากแรงกดที่รุนแรง การกดเป็นระยะเวลานาน หรือมีแรงกดร่วมกับแรงเฉือน หรือเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์หรืออุปกรณ์ อื่น ๆ โดยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมักเกิดบริเวณปุ่มกระดูก พบได้ทั้งกรณีผิวหนังยังไม่มีการฉีก ขาด และกรณีที่ผิวหนังมีรอยถลอกเป็นแผลเปิด และอาจมีความเจ็บปวดร่วมด้วย

การแบ่งระดับของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ ดังนี้

แผลกดทับ ระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury): ผิวหนังปกติมีรอยแดงเฉพาะที่ เมื่อกดแล้วรอยแดงไม่จาง

แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury): เห็นแผลเปิดตื้น สีแดงชมพู **ไม่มีเนื้อตาย** อาจมีตุ่มน้ำเหลืองทั้งที่ยังไม่แตกหรือแตกแล้ว


แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury): สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้นแต่ **ไม่ถึงชั้นกระดูก** อาจเห็นเนื้อตาย อาจพบโพรงใต้ผิวหนังในแนวระนาบหรือแนวลึก

แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury): สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น **มองเห็นกระดูก** อาจมีเนื้อตายและโพรง

2ลักษณะ คือ

1.ไม่สามารถระบุระดับได้ (unsatageable Pressure injury) : สูญเสียเนื้อเยื่อทั้งหมด พื้นของแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย

2.สงสัย/เนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย ไม่ทราบความลึก (Deep tissue injury :DTI) : ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีม่วงคล้ำหรือน้ำตาลแดง หรือมีตุ่มน้ำเลือด นอกจากนี้DTI จะไม่นับรวมการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกของโรคหลอดเลือด อุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคทางผิวหนัง

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 4 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure injury; MDRP)

หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังที่สัมพันธ์กับการกดทับของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย หรือการรักษา โดยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมักจะเห็นบรอยหรือรูปร่างตามลักษณะของอุปกรณ์ที่ใช้ และสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ เช่นเดียวกับแผลกดทับโดยทั่วไป

แผลกดทับของเยื่อเมือกภายใน (Mucosal Membrane Pressure Injury: MMPI) หมายถึง แผลกดทับที่เกิดบริเวณเยื่อเมือกภายในขณะกำลังใช้ หรือมีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ในเยื่อบุจมูกของผู้ป่วยที่ใส่สาย NG หรือเยื่อเมือกภายใน Urethra ของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น โดยแผลกดทับประเภทนี้จะไม่สามารถระบุระดับได้ เช่นเดียวกับแผลกดทับโดยทั่วไป

ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Barden Score) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18

Barden Score 6-9 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูงมาก

Braden Score 10-12 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

Braden Score 13-14 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

Braden Score 15-18 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงเล็กน้อย


ตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแรงกดทับได้สูงเมื่อผู้ป่วยนั่ง หรือ นอน เช่น บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ศีรษะ หู ไหล่ ข้อศอก สะโพก ก้นกบ และส้นเท้า เป็นต้น

การเกิดแผลกดทับ หมายถึง แผลกดทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ทั้งแผลที่เกิดขึ้นในตำแหน่งใหม่ หรือแผลตำแหน่งเดิมที่มีระดับลึกลงตั้งแต่ ระดับ 2 ขึ้นไป

ตัวชี้วัด

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ของผู้ป่วยใน (เป้าหมาย < ร้อยละ 5 ต่อ 1000 วันนอน)

สูตร = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 ในรพ}}{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด}} * 1000$

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 5 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

6. หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาลวิชาชีพ มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและปฏิบัติตามแนวทางฯ

ผู้ช่วยเหลือคนไข้ มีหน้าที่ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวตามนาฬิกาฬิกาตะแคงตัว และการปฏิบัติกิจกรรม

ต่างๆ ของผู้ป่วย

7. ขั้นตอนการปฏิบัติแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. การค้นหาปัญหา การประเมินทางการพยาบาล (Nursing Assessment)

1.1 ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับตั้งแต่แรกรับทุกราย (รับใหม่, รับย้าย) และบันทึกให้เสร็จสิ้นภายในเวลานั้น โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะแรกรับ(FS-NUR-016)และแบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โรงพยาบาลบ่อทอง (FS-NUR-027) ซึ่งจำแนกความเสี่ยงได้ ดังนี้

ความเสี่ยงสูง(Barden scale ≤ 12) ใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด หรือที่นอนลดแรงกด

ความเสี่ยงปานกลาง(Barden scale 13 - 14) ใช้หมอนช่วยในการจัดทำ

ความเสี่ยงต่ำ (Barden scale 15 - 18) กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวให้มากที่สุด


1.2 ในรายที่มีคะแนน > 18 ให้ประเมินซ้ำทุกสัปดาห์และทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง มีไข้

มีอาการอ่อนแรง มีการเคลื่อนไหว ลดลง มีอาการถ่ายเหลว

1.3 ในรายที่มีคะแนน ≤ 18 ให้สำรวจปุ่มกระดูกทุกแหวและปฏิบัติตาม กระบวนการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1.4 ลงบันทึกผลคะแนนความเสี่ยงในแบบประเมินการเกิดแผลกดทับในผู้ใหญ่ (Braden Scale)

1.5 ส่งต่อข้อมูลความเสี่ยงใน การรับ-ส่งเวร

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 6 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

2. วิธีปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.1. การประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง (Skin Assessment and Cleansing)

- ประเมินลักษณะผิวหนัง และผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน หากพบความเสี่ยงหรือผิดปกติให้บันทึกและส่งต่อข้อมูลเพื่อเฝ้าระวัง
- ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด ไม่เปียกชื้นจากเหงื่อ และจัดให้มีอากาศถ่ายเทได้ดีเพื่อช่วยลดความเปียกชื้น ที่จะส่งผลทำให้เซลล์ผิวหนังทำหน้าที่ ลดลง ฉีกขาดง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ
- อาบน้ำ/เช็ดตัวด้วยน้ำธรรมดา หลีกเลี่ยงน้ำอุ่นในรายที่ผิวแห้ง ใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง (สบู่เด็ก) และซับให้แห้งทุกครั้ง ทาโลชั่นเพื่อป้องกันผิวแตกแห้ง
- ในรายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ให้ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปและเปลี่ยนทุกเวร แต่หากมีการขับถ่ายอุจจาระให้เช็ดทำความสะอาดทุกครั้งที่ยถ่าย ซับให้แห้งอย่างเบามือ
- ทาวาสลินที่ผิวหนังรอบๆ ทวารหนักและแก้มก้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อเคลือบผิวหนัง ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดแผลจากการกดกร่อนของกรดและด่างในอุจจาระปัสสาวะ
- ห้ามนวดบริเวณปุ่มกระดูก และห้ามประคบด้วยความร้อน เนื่องจากการเพิ่มแรงกด ทำให้เกิดการทำลายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดเล็กๆบริเวณนั้นให้เสื่อมสภาพได้
- จับคู่ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงตามนาฬิกาฬิกาพลิกตะแคงตัว จัดท่า ตะแคง 30 หัวสูง < 30 สอดหมอนรองน่อง ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง
- จัดให้ออนบนที่นอนลม / น้ำ / เจล หลีกเลี่ยงการใช้หวงยาง / ถุงมือน้ำ / นวดปุ่มกระดูก
- หากเคลื่อนย้าย ใช้ผ้าขวางรองตัวแล้วยกขึ้น ห้ามลาก / ดึง
- บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และทุก 1 สัปดาห์ (บันทึกบริเวณ / ระดับ / ขนาด)
- บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง / ใหญ่ขึ้น / ลึกลง / แผลหาย)
- ส่งต่อข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรทุกครั้ง
- ดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม โดยเฉพาะโปรตีน 3 มื้อ/วัน และบันทึกปริมาณอาหารที่ได้รับ

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	<p style="text-align: right;">หน้าที่ 7 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566</p>
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ เรื่องการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ และให้แจ้ง จนท.ทราบทันทีเมื่อพบผิวหนังมีรอยแดง

- วางแผนจำหน่าย / ประเมินความต้องการดูแล / กำหนดแผนการดูแล

การดูแลแผลกดทับและการประเมินการหายของแผล

- กรณีแผลกดทับระดับแผลกดทับระดับ 1-2 เห็นแผลเปิดตื้น สีแดงชมพู ไม่มีเนื้อตาย มีตุ่มน้ำที่แตกแล้วแนะนำให้ทำแผลให้สะอาดและให้ญาติซื้อแผ่น Duoderm CGF แปะแผล

- กรณีมีแผลให้ Wet dressing c NSS ถ้าแผลแดง pack gauze c NSS ปิดทับด้วย vasaline gauze และ gauze sterile

- กรณีแผลมีการติดเชื้อให้ใช้ Silver sulfadiazine ทาที่แผล 2 สัปดาห์ ปิดทับด้วย gauze sterile หากแผลมีเนื้อตายให้ Debridement / Curettage

การประเมินการหายของแผลของแผลกดทับ PUSH (FS-NUR-028)

วิธีการประเมิน

1. ประเมินแผลที่แย่ที่สุด

2. Dressing OD (รพ.,รพ.สต.) ประเมินเวรดึกเมื่อแผลมีการเปลี่ยนแปลง

3. Dressing BID (รพ.) ประเมินเวรเช้าหรือดึกเมื่อแผลมีการเปลี่ยนแปลง


เกณฑ์การประเมินการหายของแผล PUSH Tool โดยรวมคะแนนทั้ง 3 องค์ประกอบ

มีคะแนนสูงสุด 17คะแนน หมายถึง แผลไม่ดี ถ้าแผลที่ดีขึ้น

คะแนน PUSH จะลดลงเรื่อยๆ จน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้ว

การแปลผล

แผลหายแล้ว 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 แผลไม่ดี

 โรงพยาบาลบ่อทอง (Work Instruction)	หน้าที่ 8 จาก 10 หน้า ฉบับที่ 1 วันที่ออกเอกสาร 01/10/2566
วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15	
เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ	
หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ	ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

การจำหน่าย

- 1.จำหน่ายกลับบ้านเมื่อมีคะแนนการหายใจของแผล ≤ 9 และ คะแนนประเมินรายการที่ 2,3 เท่ากับ 0-1
ทักษะการล้างแผลของcare giver ถูกต้อง
2. จำหน่ายไปล้างแผลที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เมื่อมีคะแนนการหายใจของแผล ≤ 12 และ คะแนนประเมินรายการที่ 2,3 เท่ากับ 1
- 3.ทำแบบประเมินใบใหม่ และประเมินครั้งที่1ในวันจำหน่าย ให้ผู้ป่วย/ญาติ นำไปให้รพ.สต.ที่รับผิดชอบ
รพ.สต.ใช้ประเมินต่อเนื่อง
4. ส่งเยี่ยมบ้านในโปรแกรมThai COC ทุกราย

เอกสารอ้างอิง

- คลินิกออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช(2561). การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น สนับสนุนการพิมพ์
โดย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- พรศรี เรือนสว่าง, และคณะ การจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน และการดูแลแผลกดทับในสถาบันบำราศนราดูร
วารสารสถาบันบำราศนราดูร ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2557
- ยุวดี เกตสัมพันธ์และคณะ.(2546).การดูแลแผลและออสโตมี.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพ.พี.เอ.ลิฟวิ่ง.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ.(2549).การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ.พิมพ์ครั้งที่ 3.เชียงใหม่.นันทพันธ์พรินติ้ง.
- Braden B.,(1988).The Braden scale for prediciting pressure sorerisk.(Online)Available
WWW [http://rohoinc.com/pdf/braden.pdf\(2002/03\)](http://rohoinc.com/pdf/braden.pdf(2002/03))



วิธีปฏิบัติที่ : WI - NUR - IPD - 15

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ

หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ

ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

เอกสารที่เกี่ยวข้อง 1.FS-NUR-027

2.FS-NUR-028



แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกัน และการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ โรงพยาบาลบ่อทอง

วันที่ Admit..... / วันที่รับย้าย.....จาก Ward.....

การวินิจฉัยโรค.....

ส่วนที่ 1 การประเมิน Braden Scale

คะแนน Braden	1	2	3	4	วันที่ คะแนน	วันที่ คะแนน	วันที่ คะแนน	วันที่ คะแนน	วันที่ คะแนน
1. การรับรู้	ไม่ตอบสนอง	มี Pain stimuli	ตอบสนองไม่ได้ทุกครั้ง	ปกติ					
2. การเบียดข่ม	เบียดข่มตลอดเวลา	เปลี่ยนผ้า L ครั้ง / เวน	เปลี่ยนผ้า L ครั้ง / วัน	ไม่เบียด					
3. การทำกิจกรรม	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	ทรงตัวไม่อยู่ / ใช้รถเข็น	เดินไต่ระยะสั้นต้องหยุด	ปกติ					
4. การเคลื่อนไหว	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	เปลี่ยนท่าเองได้น้อย	ปกติ					
5. การได้รับอาหาร	NPO, กินได้ L/3 ภาชนะ	Feed รับได้บ้าง, กินได้ 1/2 ภาชนะ	Feed รับได้, กินได้ > 1/2 ภาชนะ	ปกติ					
6. การเลี้ยวศีรษะ	ข้อกล่ามเขี้ยวหักเกร็ง	เวลานั่งงอศีรษะได้	ไม่มีปัญหา	-					
รวมคะแนน									

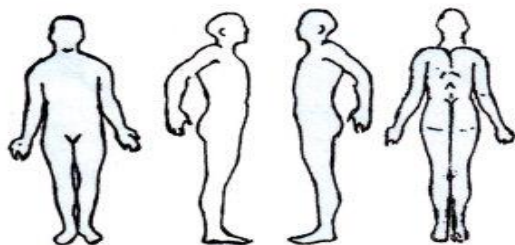
ส่วนที่ 2 การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ดูแลการเกิดแผลกดทับ (โดยเฉพาะเมื่อ Braden scale < 16)

1. จับคู่ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่า ตะแคง 30 หัวสูง < 30 ลอดหมอนรองน่อง ตั้งผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง
2. จัดโหมบบนที่นอนลม / น้ำ / เจล หลีกเลี่ยงการใช้เตียงยาง / ถุงมือผ้า / ภาชนะป้อนกระดูก
3. หากเคลื่อนไหวย้าย ใช้ผ้าขาวรองตัวแล้วยกขึ้น ห้ามลาก / ดึง
4. ประเมินผิวหนัง ปุ่มกระดูก บริเวณกดทับทุก เวน และในขณะที่เขັศตัว / หลีกตะแคงตัวทุกครั้ง (ผิวหนัง ทาโลชั่น / ครีม ผิว เบียดขึ้น ทาวาลสับ)
5. บันทึกการ เกิดแผลกดทับทุกครั้งทั้งแผลใหม่ และทุก 1 สัปดาห์ (บันทึกบริเวณ / ระดับ / ขนาด)
6. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง / โทงูขึ้น / ลึกลง / แผลหาย)
7. ส่งข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรทุกครั้ง
8. ดูแลให้ผู้ป่วยมีการโภชนาการที่เหมาะสม โดยเฉพาะโปรตีน 3 มื้อ/วัน และบันทึกปริมาณอาหารที่ได้รับ
9. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ญาติ เรื่องการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ และให้แจ้ง จนท.ทราบทันทีเมื่อพบผิวหนังมีรอยแดง
10. วางแผนจำหน่าย / ประเมินความต้องการดูแล / กำหนดแผนการดูแล
11. กรณีมีแผลไฟ Wet dressing c NSS ถ้าแผลแดง pack gauze c NSS ปิดทับด้วย vasaline gauze และ gauze sterile

แต่ถ้าแผลมีการติดเชื้อไฟใช้ Silver sulfadiazine ทาที่แผล 2 สัปดาห์ ปิดทับด้วย gauze sterile หากแผลมีเนื้อตายไฟ Debridement / Curettage

ส่วนที่ 3 บันทึกการเกิดแผลกดทับ

(ระดับ 1 ผิวหนังแดง / ระดับ 2 มี Blab แดง, ตลอกแดง / ระดับ 3 ลึกลง Subcutaneous /ระดับ 4 ลึกลงถึงกล้ามเนื้อ, กระดูก)



ว.ค.ป.	ลำดับ	ระดับ	ลักษณะ/ขนาด	ชื่อผู้บันทึก

ส่วนที่ 4 สรุปการเกิดแผลกดทับ วันที่จำหน่าย / ย้ายผู้ป่วย.....ลักษณะแผลกดทับ แผลหาย ยังมีแผลกดทับ ระดับ.....
ขณะอยู่ในความดูแลผู้ป่วยเกิดแผลกดทับระดับ 2 - 4 รวม.....แผล

ชติ๊กเกอร์



วิธีปฏิบัติที่ : WI – NUR - IPD - 15

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการดูแลแผลกดทับ

หน่วยงาน : งานผู้ป่วยใน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้จัดทำ : นางสาวธิดากร พวงชาติ

ผู้อนุมัติใช้ : นางพัชรียา ลาพิงค์

แบบประเมินการหายของแผลกดทับ PUSH (Pressure Ulcer Scale for Healing)รพ.บ่อทอง

วิธีการประเมิน

- 1.ประเมินแผลที่แย่ที่สุด
- 2.Dressing OD (รพ.รพ.สค.) ประเมินเวรคิกเมื่อแผลมีการเปลี่ยนแปลง
- 3.Dressing BID (รพ.)ประเมินเวรเช้าหรือคิกเมื่อแผลมีการเปลี่ยนแปลง

เกณฑ์การประเมินการหายของแผล PUSH Tool โดยรวมคะแนนทั้ง 3 องค์ประกอบ มีคะแนนสูงสุด L7คะแนน หมายถึง แผลไม่ดี ถ้าแผลที่ดีขึ้น

คะแนน PUSH จะลดลงเรื่อยๆ จน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้ว

การแปลผล

แผลหายแล้ว ◀ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 ▶ แผลไม่ดี

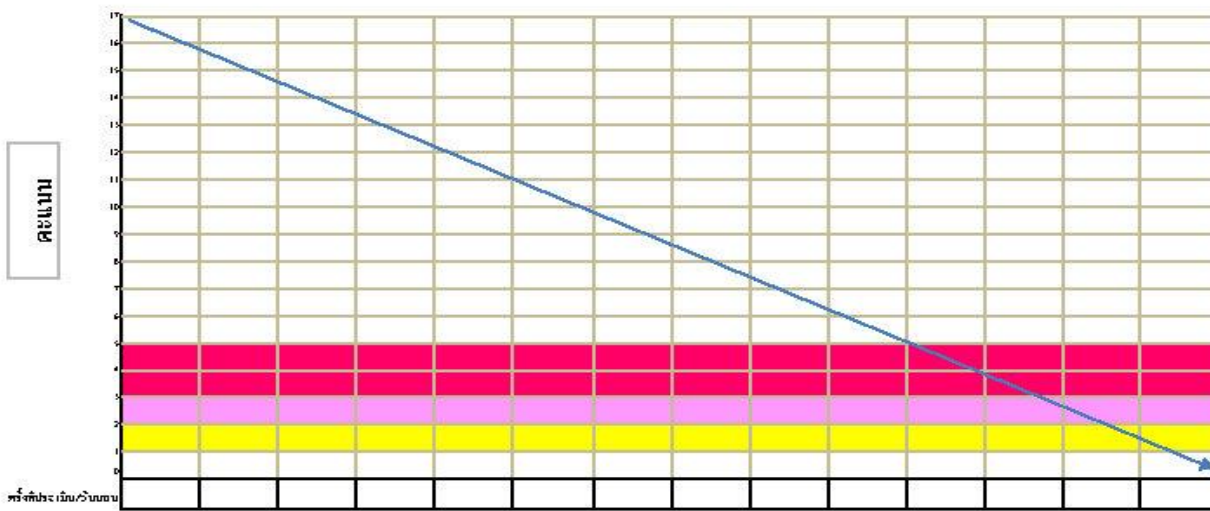
การจำหน่าย

- 1.จำหน่ายกลับบ้านเมื่อมีคะแนนการหายของแผล ≤ 9 และ คะแนนประเมินรายการที่ 2,3 เท่ากับ 0-1(ลักษณะล้างแผลของcare giver ถูกต้อง)
- 2. จำหน่ายไปล้างแผลที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เมื่อมีคะแนนการหายของแผล ≤ 12 และ คะแนนประเมินรายการที่ 2,3 เท่ากับ 1
- 3.ทำแบบประเมินใบใหม่ และประเมินครั้งที่ในวันจำหน่าย ให้ผู้ป่วย/ญาติ นำไปให้รพ.สค.ที่รับผิดชอบ รพ.สค.ใช้ประเมินต่อเนื่อง

รายการประเมิน	คะแนน				
	0	1	2	3	4
1.ขนาดแผลคร.ซม. (กว้าง x ยาว)	0 cm^2	<math><0.3 cm^2	0.3-0.6 cm^2	0.7-1.0 cm^2	1.1-2.0 cm^2
	6	7	8	9	10
	31-40 cm^2	41-50 cm^2	51-120 cm^2	121-240 cm^2	>240 cm^2
2.ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง	0	1	2	3	
	ไม่มี	เล็กน้อย (wet)	ปานกลาง (ซึบและsaturated)	มาก (มีน้ำขุ่น เปื้อนและ bathed in fluid)	
3.ลักษณะของพื้นแผล	0	1	2	3	4
	Closed (แผลหายแล้ว ตัวการnon-epithelialแก่ ปกคลุม)	Epithelial tissue (มี เนื้อเยื่อสีชมพู หึ่งจาก จากขอบของแผล)	Granulation tissue หมายถึง เนื้อเยื่อสีชมพู หรือสีแดงนูนตัว ชุ่ม ชื้น มีสีขาว	SloUGH หมายถึง เนื้อตายสีเหลือง หรือสีขาว	Necrotic tissue (eschar) พื้นแผล ที่เป็น เนื้อตายแข็ง สีดำ สี น้ำตาล

ตำแหน่งแผล.....

รายการประเมิน	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
1.ขนาดแผล															
2.ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง															
3.ลักษณะของพื้นแผล															
รวม															



สีที่ใช้จากราย

- 1.ขนาดแผล>=๒๐x๒๐ ซม. ขึ้นไป
- 2.ประเมินสิ่งคัดหลั่ง>=๒ครั้ง/วันบน
- 3.ลักษณะของพื้นแผล>= 3 ครั้ง/วัน
- 4.คะแนนรวม >=๓๕ ขึ้นไป