

| | |
|--|---------------------------------------|
| โรงพยาบาลปองน้ำร้อน | หน้า 1/10 |
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-PCT-45 | ฉบับที่ 3 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | วันที่เริ่มใช้ 1 มีนาคม 2566 |
| ผู้จัดทำ ทีม PCT | ผู้อนุมัติ นพ.นันทวัช เมตตาคุณพิทักษ์ |

1. วัตถุประสงค์

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และมีแผลกดทับ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

2. ขอบเขต

ครอบคลุมหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

3. คำนิยามศัพท์

1. แผลกดทับ (Bed Sore, Pressure Ulcer, Pressure sore, Decubitus Ulcer, Distorian Sore) หมายถึง บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ที่มีการทำลายเฉพาะที่แรงกด แรงเสียดสี และแรงเฉือน ที่มากระทำอย่างต่อเนื่อง จะพบผิวหนังมีลักษณะเป็นรอยแดงและมีการแตกทำลายของผิวหนัง

| | |
|------------------------|---|
| แผลกดทับระดับที่ 1 | ลักษณะของผิวหนังยังไม่ฉีกขาด จะปรากฏรอยแดงบนผิวหนังส่วนที่ถูกกดทับ เมื่อกดผิวหนังทดสอบ รอยแดงไม่จางหายไปภายใน 30 นาที (Unblanching erythema) |
| แผลกดทับระดับที่ 2 | ลักษณะผิวหนังชั้นกำพวด (Epidemis) และหนังแท้ (Dermis) ถูกทำลายฉีกขาด มีรอยแดงบริเวณเนื้อเยื่อรอบ ๆ จะมีอาการปวด บวม แดง ร้อน มีตุ่มน้ำที่ผิวหนังหรือตุ่มน้ำแตกเป็นรอยแผลถลอก และมีสิ่งขับหลังจากแผลปริมาณเล็กน้อยหรือปานกลาง (Partial-thickness of skin loss) |
| แผลกดทับระดับที่ 3 | ลักษณะแผลมีการทำลายของชั้นผิวหนัง (Dermis) ถึงชั้นไขมัน (Fat) แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อมีรอยแผลลึกเป็นหลุม โปรง มีสิ่งขับหลังจากแผลปานกลางถึงมาก อาจมีกลิ่นเหม็น (Full-thickness of skin loss) |
| แผลกดทับระดับที่ 4 | ลักษณะแผลลึก มีการทำลายชั้นผิวหนังลงถึงชั้นเอ็น (Fascia) กล้ามเนื้อ (Muscle) กระดูก (Bone) แผลเป็นโพรง มีสิ่งขับหลังมาก และอาจมีกลิ่นเหม็น (Full-thickness of skin loss) |
| DTI-Deep tissue injury | ลักษณะผิวหนังเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง เป็นรอยแดง ม่วง เจ็บ ร้อน ชา จากการกดทับเป็นระยะเวลานาน |
| US-Unstagnable | ลักษณะเนื้อเยื่อถูกทำลายมาก หรือเกือบทั้งหมด แผลลุกลามเป็นวงกว้าง มี Eschar, slough คลุม ไม่สามารถบอกระดับความลึกของการถูกทำลายของเนื้อเยื่อได้ |

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-PCT-45 | หน้า 2/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของ Braden แล้วพบว่ามีความเสี่ยง < 16 คะแนน และผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีความเสี่ยงมากกว่า หรือน้อยกว่า 16 คะแนน
- การเกิดแผลกดทับ หมายถึง แผลกดทับที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังรับไว้ในหอผู้ป่วย ทั้งแผลที่เกิดขึ้นในตำแหน่งใหม่ หรือแผลตำแหน่งเดิมที่มีระดับลึกลงตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป

4. เอกสารอ้างอิง

วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัณย์ เสนารัตน์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร, ลัดดาวัลย์ สิงคำฟู และนัทธมน วุฑธานนท์. (2549). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ(พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่ : นันทพันธ์พรินต์ติ้ง

5. นโยบาย

การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเกิดแผลกดทับขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลถือเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ 60 ปี และโรงพยาบาลป๋องน้ำร้อนกำหนดให้การเกิดแผลกดทับเป็น Patient Safety Goals (PSG) ของโรงพยาบาล

6. ความรับผิดชอบ

- แพทย์ - มีหน้าที่พิจารณาสั่งการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นหายจากการเกิดแผลกดทับ
- พยาบาลวิชาชีพ - มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
- พนักงานช่วยเหลือคนไข้ - มีหน้าที่ช่วยผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยในการพลิกตะแคงตัวหรือช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

7. ขั้นตอนการปฏิบัติ

- การประเมินและบันทึกความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden's scale ในผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ต่อไปนี้ ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว มีภาวะพร่องในการช่วยเหลือตนเอง (ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ) อัมพาตทั้งตัว/ครึ่งท่อน/ครึ่งซีก บาดเจ็บระบบประสาท/ไขสันหลัง/สมองพิการ มะเร็งระยะสุดท้าย และในผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ อย่างน้อย 2 ข้อ เช่น อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป น้ำหนักตัวมากหรือน้อยเกินไป อ่อนเพลียมาก ซึม มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส มีการบวมตึงของผิวหนัง มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ มีปัญหาทางจิต เช่น ซึมเศร้า ท้อแท้หมดกำลังใจ และมีแผลกดทับอยู่ก่อน

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-PCT-01-45 | หน้า 3/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

- 1.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ถ้ามีคะแนน Braden's scale < 16 คะแนน ที่มีแผลและไม่มีแผลกดทับ ให้ประเมินทุกวัน และถ้ามีคะแนน Braden's scale > 16 และมีแผลกดทับ ให้ประเมินทุกวัน
- 1.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ถ้าคะแนน Braden's scale > 16 คะแนน ไม่มีแผลกดทับ ให้ประเมินทุกสัปดาห์
- 1.3 คัดลอกผลการประเมินความเสี่ยง เฉพาะรายที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ทั้งที่มีแผลและไม่มีแผลกดทับ ลงในแบบฟอร์ม การเก็บข้อมูลอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับของหน่วยงาน
- 1.4 บันทึกคะแนน Braden's scale ลงในแบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ Braden's scale โดยบันทึกทุกวันหรือสัปดาห์ตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. การพยาบาลผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่าง ๆ ตามที่ประเมิน ดังนี้
 - 2.1 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden's scale แล้วมีคะแนน > 16 ให้ประเมินทุกสัปดาห์ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 16 คะแนน ให้ปฏิบัติตามข้อ 1.1
 - 2.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (ที่มีคะแนนความเสี่ยง ≤ 16 คะแนน) แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ
 - 2.2.1 ผู้ป่วยที่ยังไม่เกิดแผลกดทับ ให้เฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ โดยประเมินทุกวันและปฏิบัติตามวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและยังไม่เกิดแผล
 - 2.2.2 ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ให้ประเมินระดับแผลและปฏิบัติตามวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในระดับต่าง ๆ
3. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ระดับ 3 ขึ้นไป ให้ประเมินภาวะทุโภชนาการทุกราย ตามแบบฟอร์ม (BNT 2013: Nutrition assessment) ในรายที่มีภาวะทุโภชนาการ ให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาต่อไป
4. การให้ความรู้แก่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ให้การดูแลเป็นระดับต่าง ๆ ดังนี้

พยาบาล ให้ความรู้ พยาบาลที่จบใหม่/ย้ายมา และฟื้นฟูความรู้พยาบาลประจำการในเรื่องของพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การใช้แบบประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ ระดับของแผลกดทับ การประเมินและการดูแลผิวหนัง วิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและเมื่อเกิดแผลกดทับ การเลือกใช้วัสดุปิดแผลชนิดต่าง ๆ การเลือกใช้และรักษาอุปกรณ์เพื่อช่วยลดแรงกด

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ ให้ความรู้ในเรื่องของการเกิดพยาธิสรีรวิทยาของการเกิดแผลกดทับอย่างง่าย ๆ ปัจจัยสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ การสังเกตและดูแลผิวหนัง วิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย การใช้วัสดุลดแรงกดตามปุ่มกระดูก การดูแลรักษาอุปกรณ์เพื่อช่วยลดแรงกด เช่น ที่นอนลม การแจ้งและปรึกษาพยาบาลในทีมเกี่ยวกับความเสี่ยงและการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยและญาติ จะต้องได้รับความรู้ในเรื่อง วิธีการดูแลแผล การพลิกตะแคงตัว การป้องกันแผลกดทับ การประเมินภาวะปกติของผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้าน การให้อาหารทางสายยาง การเตรียมอุปกรณ์การทำแผลต่าง ๆ การดูแลแผล และขอรับการช่วยเหลือจากสถานบริการใกล้บ้านสาเหตุการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยมีแผลกดทับที่ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 4/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

5. การวางแผนจำหน่าย โดย

5.1 ประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายตั้งแต่วันแรก ทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้ ความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลและสถานพยาบาลใกล้บ้าน

5.2 นำปัญหาและความต้องการมากำหนดแผนการดูแลภายหลังการจำหน่าย โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ใช้ลดแรงกด การสอนการเปลี่ยนท่า การเคลื่อนย้าย การดูแลเรื่องอาหาร การทำแผล แหล่งประโยชน์ที่ขอรับความช่วยเหลือ

5.3 ส่ง Home Health Care เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่ชุมชน

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ Braden's scale

1. Sensory Perception (การรับรู้ความรู้สึก) : ความสามารถในการตอบสนองต่อแรงกดที่ทำให้ไม่สบาย

ระดับคะแนน 1 Complete Limited หมายถึง ถูกจำกัดโดยสมบูรณ์/ถูกจำกัดทั้งหมด คือ ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นด้วยความเจ็บ เนื่องจากระดับความรู้สึกลดลงหรือได้รับยาสลบหรือสูญเสียประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวดทั่วร่างกาย (ไม่สามารถร้องครวญคราง สะอึกหรือกำมือแน่น)

ระดับคะแนน 2 Very Limited หมายถึง ถูกจำกัดมาก คือ ตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบายโดยคำพูด ยกเว้นการร้องครวญคราง หรือกระสับกระส่าย หรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดหรือความไม่สบายประมาณ 1/2 ของร่างกาย

ระดับคะแนน Slightly Limited หมายถึง ถูกจำกัดเป็นบางส่วน คือ ตอบสนองต่อคำสั่งแต่ไม่สามารถบอกถึงความไม่สบายทุกครั้ง หรือมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดบริเวณแขนหรือขา 1-2 ข้าง

ระดับคะแนน 4 No impairment หมายถึง ไม่มีความบกพร่อง คือ ตอบสนองต่อคำสั่งค่อนข้างดีและไม่มีการสูญเสียประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด การสื่อสารบอกความเจ็บปวดหรือไม่สบาย

2. Moisture (ความชุ่มชื้น) : ระดับความชื้นของผิวหนัง

ระดับคะแนน 1 Constantly Moist หมายถึง ชื้นอยู่ตลอดเวลา คือ ผิวหนังมีความเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลาจากเหงื่อ ปัสสาวะ ฯลฯ ความเปียกชื้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลทุกครั้งที่ยับหรือพลิกตะแคงตัว

3. Activity (กิจกรรม) : หมายถึง ระดับกิจกรรม

ระดับคะแนน 1 Bedfast หมายถึง จำกัดอยู่บนเตียงนอนตลอดเวลา

ระดับคะแนน 2 Charifast หมายถึง ถูกจำกัดบนเก้าอี้ คือ ผู้ป่วยไม่สามารถจะเดินได้ด้วยตนเอง ไม่สามารถลงน้ำหนักบนเท้าทั้ง 2 ข้าง จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือในการนั่งเก้าอี้หรือลงรถเข็น

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 5/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

ระดับคะแนน 3 Walk occasionally หมายถึง เดินได้เป็นครั้งคราว คือ สามารถเดินได้เองเป็นครั้งคราว ซึ่งอาจจะมีผู้พุงหรือไม่มีผู้ช่วยพุง ระยะทางที่เดินจะเป็นระยะทางสั้น ๆ เวลาส่วนใหญ่จะอยู่แต่บนเตียงหรือเก้าอี้ได้ตลอดเวลา

วิธีการป้องกันผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

(ที่มีคะแนนความเสี่ยง < 16 คะแนน) ที่ยังไม่เกิดแผลกดทับ

การดูแลผิวหนัง (Skin Care)

- 1) ประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน และทุกครั้งที่พลิกตัว
- 2) ดูแลทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งหลังขับถ่าย ควรดูแลผิวหนังที่เปื่อยขึ้นให้แห้งอยู่เสมอ เนื่องจากภาวะเปื่อยขึ้นทำให้การทำหน้าที่ของเซลล์ผิวหนังลดลง ผิวหนังนิ่มขาดง่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ เซลล์ผิวหนังมีจำนวนน้อยลง การสร้างเซลล์ใหม่ทดแทนช้าลง ทำให้ประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของผิวหนังลดลง สูญเสียความยืดหยุ่นและนิ่มขาดง่าย นอกจากนี้ต้องหมั่นได้ผิวหนัง ทำงานน้อยลงทำให้ผิวหนังแห้งและแตกง่าย ควรทาโลชั่นบริเวณผิวหนังที่แห้งหรือใช้สารเพิ่มความชุ่มชื้น เช่น Vaseline, Lotion, skin barrier cream ทาบริเวณผิวหนังที่มีการเสียดสี เช่น บริเวณตาตุ่ม หัวเข่า ปุ่มกระดูก ข้อศอก
- 3) ห้าม ใช้สบู่ที่มีฤทธิ์เป็นด่างแก่และแอลกอฮอล์กับผิวหนังที่แห้ง เพื่อป้องกันผิวหนังที่อ่อนแออีกขาด
- 4) ห้าม นวดบริเวณปุ่มกระดูกที่มีรอยกดทับแดง เพื่อป้องกันการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณที่กดทับเพิ่มจากการนวด

การดูแลด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย และการจัดทำให้ผู้ป่วย

- 1) ในรายที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระตุ้นให้มีกิจกรรมหรือเคลื่อนไหวร่างกายทุก 1-2 ชั่วโมง หรือลุกจากเตียงอย่างน้อยวันละครั้ง เพื่อช่วยลดแรงกดที่มากกระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะ ๆ แนะนำหรือกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่สามารถทำได้ เพื่อช่วยให้มีการหมุนเวียนโลหิตทั่วร่างกายดีขึ้น
- 2) ในรายที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดกิจกรรม หรือไม่คอยช่วยเหลือตนเอง หรืออยู่ในภาวะซึมเศร้า ให้ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง และบันทึกลงในแบบฟอร์มการพลิกตะแคงตัว
- 3) ในรายที่มีข้อจำกัดในการพลิกตะแคงตัว ให้เอียงลำตัวด้านใดด้านหนึ่งขึ้น ทำมุม 30 องศากับที่นอน และทำสลับข้างทุก 2 ชั่วโมง หรือช่วยยกตัวผู้ป่วยให้ลอยพ้นจากพื้นที่นอน โดยให้อยู่ในระนาบเดียวกัน นาน 30 วินาที ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยเปลี่ยนถ่ายจุดลงน้ำหนักและลดแรงกดที่มากกระทำต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเป็นระยะ ๆ

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 6/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

4) ในรายที่ไม่รู้สึกตัว หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน ใช้หมอนยาวรองรับตลอดแนวลำตัว เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรง ต่อสะโพกบริเวณ Trochanter ซึ่งเกิดแผลกดทับง่าย รวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า และเมื่อจัดท่านอนหงาย ควรดูแลบริเวณเท้าและส้นเท้าออกจากพื้นเสมอ โดยใช้หมอนบางหรือผ้านุ่มรองรับบริเวณใต้ข้อพับถึงข้อเท้า เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงบริเวณส้นเท้า

5) ในกรณีนั่งรถเข็น ควรจัดให้มีเบาะรองก้นที่นุ่ม และกระตุ้นให้เปลี่ยนถ่ายน้ำหนักตัว หรือยกตัวให้ก้นลอย พื้นพื้นที่นั่งทุก 30 นาที เป็นเวลา 10 วินาที/ครั้ง เพื่อเปลี่ยนจุดถ่ายลงน้ำหนักของร่างกายบนผิวหนัง

6) ในผู้ป่วยที่มีภาวะเกร็ง ให้ใช้ผ้านุ่มรองรับปุ่มกระดูก และใช้ Spastic sheet รัดบริเวณลำตัวและข้อต่อต่างๆ เพื่อลดแรงเสียดทานของผิวหนังกับที่นอนจากภาวะเกร็ง

7) ในกรณีที่ต้องให้อาหารทางสายยาง และไม่มีข้อห้ามอื่น สามารถจัดทำให้นอนศีรษะสูงได้ แต่ภายหลังให้อาหารแล้ว 30 นาที ควรลดระดับลงเหลือไม่เกิน 30 องศา เพื่อลดแรงไหล แรงเฉือน

8) จัดให้นอน นั่ง บนอุปกรณ์ที่สามารถกระจายแรงกดที่มากระทำกับผิวหนัง เช่น ที่นอนลม ที่นอนน้ำ ที่นอนเจลลี่ ที่นอนขนแกะ

9) ใช้ผ้านุ่มรองรับบริเวณโหนก ปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อลดแรงกด ห้ามใช้ Rubber Ring เช่น ห่วงยาง เนื่องจากทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณรอบปุ่มกระดูกลดลง เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น

10) การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีผ้าขาว 1 ผืนรองรับตัวผู้ป่วย เพื่อใช้สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยใช้คนเคลื่อนย้าย 2 คน ขึ้นไป ให้เหมาะสมตามสภาพและน้ำหนักของผู้ป่วย ใช้วิธีการยกลอยพื้นที่นอนและไม่ลากผู้ป่วย ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงทุกครั้ง

การดูแลด้านอาหาร (Nutrition)

1) ในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อจำกัดในการได้รับสารอาหาร หรือพลังงาน ควรดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วนและมีแคลอรีเพียงพอ (2,500-2,800 กิโลแคลอรี/วัน)

2) ประเมินอาการผิดปกติของการรับประทานอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร และปรึกษาโภชนากรในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร/ภาวะโภชนาการผิดปกติ

3) ในรายที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้ ประเมินภาวะทุโภชนาการ และรายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยาง หรือให้สารน้ำ หรือให้อาหารทางหลอดเลือดดำ

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 7/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

ให้ดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ยังไม่เกิดแผลกดทับ และเพิ่มการดูแลดังต่อไปนี้

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 1

1) ลด/ขจัดแรงกดบริเวณผิวหนังที่ปรากฏรอยแดง หรือหลีกเลี่ยงการนอนทับบริเวณที่มีรอยแดง เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์กระจายแรงกด เช่น ที่นอนลม ฟันนุ่มรองรับน้ำหนักตามปุ่มกระดูกเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิตมาบริเวณผิวหนังที่เกิดรอยกดทับ

2) ป้องกันการฉีกขาดของผิวหนังโดยใช้ Transparent film เช่น Tegaderm ปิดบริเวณปุ่มกระดูก สะโพก ตาคุ่ม ยกเว้น บริเวณดังกล่าวเกิดแผลกดทับระดับ 1-2 ไม่ควรใช้ เพื่อป้องกันการหลุดลอกของผิวหนัง ขณะเปลี่ยน

Transparent film

3) ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะ อูจาระใช้สารเคลือบผิวหนัง (Skin barrier) เช่น Clavelon r cream, Vaseline ทาบริเวณที่มีปัญหาผิวหนังเปื่อยขึ้น ป้องกันผิวหนังหลุดลอก ฉีกขาด

4) ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกวัน และทุกครั้งที่เกิดตะแคงตัว เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพ และบันทึกในแบบประเมินความเสี่ยงแผลกดทับทุกวัน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 2

1) ปฏิบัติเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 1

2) การดูแลแผล

- ล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS solution

- ใช้ Hydrocolloid Dressing เช่น Cutinova hydro ปิดแผล แล้วใช้ Fixomull ปิดขอบอีกครั้ง เปลี่ยนเมื่อมีสิ่งกีดขวางซึมมาก หรือแผ่นปิดแผลดูดซับ exudates และหลุดลอก

- ใช้ Tulle gras เช่น Bactigras, Urgotull, vaselline gauze sterile ปิดแผล แล้วปิดทับด้วย Gauze แห้ง เปลี่ยนผ้า ปิดแผลทุกวัน

3) ถ้ามีถุงน้ำ (Bleb) ให้ใช้เข็มดูดน้ำใน Blab ออก แล้วปฏิบัติตามข้อ 2 เรื่องการดูแลแผล

4) ใช้สารเคลือบผิวหนัง (Skin barrier) ทาผิวหนังรอบแผล เพื่อป้องกันผิวหนังบริเวณรอบ ๆ ไม่ให้เกิดการเปื่อย หรือเปื่อยขึ้น

5) ประเมินภาวะทุโภชนาการตามแบบฟอร์ม (BNT 2013: Nutrition assessment) ถ้าคะแนน > 8 รายงานแพทย์ และให้อาหารเนื้อนุ่ม เพิ่มไข่ 1-2 ฟอง/มื้อ ถ้าไม่มีข้อห้าม

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 8/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 3

- 1) ปฏิบัติเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 2
- 2) ประเมินการติดเชื้อของแผล ถ้ามี ควรรายงานแพทย์เพื่อเก็บสิ่งขับหลังจากแผล ส่งตรวจเพาะเชื้อก่อนทำการรักษา
- 3) การดูแลแผล
 - ล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS solution ถ้าแผลเป็นโพรงควรรสวนล้าง (Irrigation) ด้วย 0.9% NSS solution จนกว่าแผลสะอาด
 - ถ้ามีเนื้อตาย ควรกำจัดเนื้อตายที่อยู่ในแผลออก เพื่อช่วยลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่ในแผล จะช่วยให้ประเมินความลึกของแผลได้ชัดเจนขึ้น
 - ถ้ามีสิ่งขับหลังมาก ควรใช้ Foam Dressing เช่น Cutinova cavity หรือ Ca Alginate เพื่อดูดซึมสิ่งขับหลัง และรักษาสภาพแวดล้อมในแผลให้ชุ่มชื้น ป้องกันการติดเชื้อจากสิ่งขับหลังปนเปื้อนสิ่งแวดล้อม และช่วยส่งเสริมการหายของแผล
- 4) ประเมินลักษณะแผลทุกครั้งก่อนทำแผล ถ้าแผลสะอาด เริ่มมีการงอกขยายของแผล (Granulation) ควรล้างทำความสะอาด แผลด้วย 0.9% NSS solution หลีกเลี่ยงการใช้ Debriding agent เช่น providone iodine solution, Dakin's solution, Hydrogen Peroxide เป็นต้น เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อใหม่ถูกทำลาย
- 5) ประเมินภาวะทุโภชนาการตามแบบฟอร์ม (BNT 2013:Nutrition assessment) ถ้าคะแนน > 8 รายงานแพทย์ และให้อาหารเนื้อนุ่ม เพิ่มไข่ 1-2 ฟอง/มื้อ ถ้าไม่มีข้อห้าม

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับ 4

- 1) ปฏิบัติเหมือนการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับระดับที่ 3
- 2) เลือกใช้วิธีกำจัดเนื้อตาย ตามสภาวะร่างกายของผู้ป่วยแต่ละราย ในรายที่มีปัญหามีภาวะเลือดออกง่าย หรือได้รับยาละลายลิ่มเลือด ไม่ควรใช้วิธีตัดเนื้อตาย เนื่องจากอาจมีภาวะเลือดออกผิดปกติได้
- 3) เลือกวัสดุปิดแผลตามสภาพของพื้นแผลและปริมาณสิ่งขับหลังจากแผล ชนิดใดชนิดหนึ่ง เช่น
 - Hydrocolloids
 - Foams, Hydrofibers, Crystalline sodium chloride gauze
 - Ca Alginate
 - Gauze, Gamgee เป็นต้น
- 4) ประเมินลักษณะของแผลทุกครั้งก่อนทำแผล เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการ และการใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมกับสภาพแผล ถ้าแผลสะอาด เริ่มมีการงอกขยายของแผล ควรล้างทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS solution หลีกเลี่ยงการใช้ Debriding agent เช่น Providone iodine solution, Dakin's solution, Hydrogen Peroxide เป็นต้น เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อใหม่ถูกทำลาย

| | |
|--|-----------|
| ระเบียบปฏิบัติ เลขที่ WP-PONG-IC-02-05 | หน้า 9/10 |
| เรื่อง แนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ | |

5) ประเมินภาวะทุโภชนาการตามแบบฟอร์ม (BNT 2013 : Nutrition assessment) ถ้าคะแนน > 8 ให้อาหารเนื้อ
มาก เพิ่มไข่ 1-2 ฟอง/มื้อ ถ้าไม่มีข้อห้าม

แนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองในการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดแผลกดทับและการป้องกันแผลกดทับ
2. สอนวิธีการดูแลความสะอาดของร่างกายและการดูแลความเปียกชื้นของผิวหนัง
3. สอนการจัดท่านั่ง นอนที่ถูกวิธี และ การพลิกตัวบ่อยๆ เพื่อลดแรงกดทับ
4. แนะนำการใช้วัสดุรองรับน้ำหนักตามปุ่มกระดูก และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี
5. แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต/สอนวิธีการทำกายภาพบำบัดให้ในรายที่ไม่สามารถ
ออกกำลังกายได้เอง
6. แนะนำอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างเพียงพอ เช่น อาหารเนื้อมาก ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อย 2,500-
3,000 mL/วัน
7. ในรายที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ หรือไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใส่สายยางเพื่อให้อาหาร สอนญาติให้
อาหารทางสายยาง การดูแลสายยาง และการเตรียมอาหารให้ทางสายยาง
8. ในรายที่แผลยังไม่หาย ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลแผล และสอนผู้ป่วยและญาติ
วิธีการดูแลแผลเองที่บ้าน
9. การให้การดูแลเอาใจใส่ การให้กำลังใจผู้ป่วยสม่ำเสมอ
10. แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น มีไข้สูง แผลมีหนองมาก แผลมีกลิ่นเหม็น
รับประทานอาหารได้น้อย หรือกินไม่ได้เลย
11. แนะนำสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านที่สามารถไปขอรับบริการเมื่อกลับบ้าน
12. ส่ง HHC/ส่งต่อการดูแลที่สถานบริการใกล้บ้าน

8. ตัวชี้วัด

-

9. ภาคผนวก

1. แบบประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ (FM-HIS-111)(00)
2. แบบฟอร์มการประเมินภาวะทุโภชนาการ (BNT 2013 : Nutrition assessment)
3. แบบฟอร์มการพลิกตะแคงตัว
4. แบบฟอร์มการเก็บข้อมูลอุบัติการณ์เกิดแผลกดทับของหน่วยงาน

Flow chart แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ



