



วิธีปฏิบัติ work instruction

รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
แผลกดทับ

แก้ไขครั้งที่ : 2

ฉบับที่ : 1

หน้าที่ : 1/7

วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563

จัดทำโดย :

คณะอนุกรรมการจัดการความรู้

ตรวจสอบโดย :

นางนิตยา ธีรวิโรจน์

อนุมัติโดย :

นางชลลดา สุขรัตน์

ความหมาย

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

วัตถุประสงค์

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

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Barden scale ทุกราย
2. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ผู้ปฏิบัติ พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล และพนักงานช่วยเหลือคนไข้

อุปกรณ์/เครื่องมือเครื่องใช้

1. ที่นอนลม
2. หมอน
3. ผ้ายกตัว
4. โลชั่น หรือ บีโตรเลียมออยท์เม้น (วาสลีน)

ตัวชี้วัด

อัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยน้อยกว่า 5 : 1000 วันนอน



วิธีปฏิบัติ work instruction

รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
แผลกดทับ

แก้ไขครั้งที่ : 2

ฉบับที่ : 1

หน้าที่ : 2/7

วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563

จัดทำโดย :

คณะอนุกรรมการจัดการความรู้

ตรวจสอบโดย :

นางนิตยา อีรวีโรจน์

อนุมัติโดย :

นางชลลดา สุขรัตน์

แผนการประเมิน

1. ติดตามอุบัติการณ์ /ตัวชี้วัดทุกเดือน โดยหัวหน้าหอ/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
2. ตรวจสอบการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับของพยาบาลวิชาชีพทุกคน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

วิธีปฏิบัติ

ขั้นตอน

เหตุผล

การลดแรงกด และการป้องกันการเสียดสี

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกรายโดยใช้ Braden scale กรณีพบว่า Braden scale ≤ 16 ถือว่ามี ความเสี่ยง ให้พิจารณาใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิว เช่น ที่นอนลม พร้อมทั้งเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ห้ามนวดเพราะจะทำให้ผิวหนังถูกทำลายมากขึ้น และห้าม ใช้ห่วงยางหรือถุงมือไนรอนบริเวณที่มีการกดทับ ประเมิน Barden scale อย่างน้อยแะละ 1 ครั้ง บันทึกปัญหาเสี่ยง ต่อการเกิดแผลกดทับ ลงในใบบันทึกทางการพยาบาล
2. การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่านอน ให้ผู้ป่วยอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง กรณีผ่าตัดแนะนำให้พลิกตัวไปด้านที่ไม่มีแผล ผ่าตัดและใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิว เช่น ที่นอนลม หรือ เบาะรองนุ่มๆเพื่อลดแรงกดทับ และสำรวจผิวหนังบริเวณ ปุ่มกระดูกทุกครั้งทีพลิกตะแคงตัว (skin round)
 - ท่านอนตะแคงกึ่งหงาย ตะแคงตัวให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับ greater trochanter และปุ่มกระดูกบริเวณไหล่ ใช้หมอนสอดระหว่างเข่าและขา
 - ท่านอนหงาย จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ใช้หมอน

- เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

- เพื่อลดแรงกดทับ

- เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก



วิธีปฏิบัติ work instruction

รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003

เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน
แผลกดทับ

แก้ไขครั้งที่ : 2

ฉบับที่ : 1

หน้าที่ : 3/7

วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563

จัดทำโดย :

คณะอนุกรรมการจัดการความรู้

ตรวจสอบโดย :

นางนิตยา อีรวีโรจน์

อนุมัติโดย :

นางชลลดา สุขรัตน์

วิธีปฏิบัติ (ต่อ)

ขั้นตอน

เหตุผล

- รองบริเวณศีรษะไหล่ และใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดใต้หัวเข่าและน่องเพื่อยกสันเท้าลอยจากพื้นผิวเตียง
- ท่านอนหงาย จัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา ใช้หมอนรองบริเวณศีรษะไหล่และใช้หมอน ผ้าหรือเบาะสอดใต้หัวเข่าและน่องเพื่อยกสันเท้าลอยจากพื้นผิวเตียง
 - ท่านอนคว่ำ การจัดท่านอนคว่ำหากไม่มีข้อห้าม โดยเอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ใช้หมอนนิ่มๆรองบริเวณหน้าแข้งเพื่อให้เท้าอยู่ในท่าธรรมชาติไม่พับงอ และให้เท้าทั้ง 2 ข้างลอยจากพื้น เพื่อป้องกันข้อเท้าติดในท่า foot drop ในกรณี Braden scale ด้านการเคลื่อนไหวและการเสียดสี ≤ 2 คะแนน ใช้หมอนหรือเจลรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น หัวไหล่ ไบหู ข้อศอก ข้อมือ เป็นต้น เบาะรองกันในตัวผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นเพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกและส่วนเล็กๆ
3. ผ้าปูที่นอนต้องเรียบและตึง ไม่มีรอยย่น เพื่อลดการกดทับ
 4. ระหว่างการยกตัว พลิกตะแคงตัว ควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้วิธีลากและไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง ควรหาทีมมาช่วย หากในรายผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างที่สามารถยกตัวได้ ให้โหนตัวด้วย trapeze ที่ติดอยู่ขณะยกตัวหรือพลิกตัว ส่วนผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวร่างกายได้เอง กระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือ โหนตัวยกกันบ่อยๆ
 5. เปลี่ยนตำแหน่งที่มีการกดทับจากอุปกรณ์การแพทย์อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (เวรตึก) เช่น ท่อช่วยหายใจ NG-tube หรือ




	วิธีปฏิบัติ work instruction	รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003		
	เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน แผลกดทับ	แก้ไขครั้งที่ : 2	ฉบับที่ : 1	หน้าที่ : 4/7
		วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563		
จัดทำโดย : คณะกรรมการจัดการความรู้	ตรวจสอบโดย : นางนิตยา ธีรวิโรจน์	อนุมัติโดย : นางชลลดา สุขรัตน์		
วิธีปฏิบัติ (ต่อ)				
ขั้นตอน		เหตุผล		
<p>ใช้สำลี support บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับ เช่น บริเวณ เหนือใบหูกรณีใส่ O₂ cannula</p> <p>6. ส่งข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับขณะรับ - ส่งเวร และ Pre - conference เพื่อให้การพยาบาลที่สอดคล้อง กับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ</p> <p>7. การทบทวนความรู้เรื่องการป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลทุกระดับ โดยเฉพาะบุคลากรใหม่ และมีการทบทวนทุกครั้งที่เกิดแผลกดทับ</p> <p>8. การทบทวนและร่วมกันระดมสมองกรณีพบการเกิดแผลกด ทับเพื่อค้นหาปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข</p> <p>การดูแลผิวหนัง (skin care)</p> <p>1. สำนวรอยแดงตามปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือ พลิกตะแคงตัว และลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังการเกิด แผลกดทับและในใบบันทึกทางการพยาบาล</p> <p>2. หลังจากซับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะควรเช็ดทำความสะอาด ทันที แล้วซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณก้นให้แห้ง ตรวจดูบริเวณขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์และก้น ถ้าผิวหนัง บริเวณก้นบวมแดงมาก ทาโลชั่นหรือปิโตรเลียมออยท์เม้น (วาสลีน) และค้นหาสาเหตุของความเปียกชื้น ใส่ผ้าอ้อม สำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนา และเปลี่ยนทุกครั้งที่มี การซับถ่าย</p> <p>3. การบำรุงผิวและส่งเสริมความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของ ผิวหนัง โดยปฏิบัติดังนี้</p> <p>- กระตุ้นให้ได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ</p>				



	วิธีปฏิบัติ work instruction	รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003		
	เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน แผลกดทับ	แก้ไขครั้งที่ : 2	ฉบับที่ : 1	หน้าที่ : 5/7
		วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563		
จัดทำโดย : คณะกรรมการจัดการความรู้	ตรวจสอบโดย : นางนิตยา อีรวีโรจน์	อนุมัติโดย : นางชลลดา สุขรัตน์		
วิธีปฏิบัติ (ต่อ)				
ขั้นตอน		เหตุผล		
<ul style="list-style-type: none">- กระตุ้นให้ได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด- ใช้โลชั่นหรือวาสลีนทาบริเวณที่แห้งวันละ 2 - 3 รอบ- บริเวณผิวหนังที่หนาและแห้งแตกมาก เช่น บริเวณเท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นและทาโลชั่นหรือวาสลีน <p>4. การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต โดยให้เคลื่อนไหวร่างกาย ได้แก่ การพลิกตัว การนั่ง การยืน เดิน และออกกำลังกาย รวมทั้ง Active - passive exercise</p> <p>การดูแลภาวะโภชนาการ</p> <ol style="list-style-type: none">1. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ และติดตามค่า Serum albumin (ค่าปกติ ≥ 3.5 g/dl)2. ดูแลให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน(กรณีไม่มีข้อจำกัด) และน้ำวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเสริมอาหารโปรตีนจากไข่ นมและเสริมอาหารที่มีวิตามินซี เช่น ผักสด ผลไม้หรืออาหารเสริมสำเร็จรูป ในกรณีที่ผู้ป่วยรับประทานอาหารเองได้น้อย หรือไม่ได้ รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้อาหารทางสายยาง อาหารเสริมหรือให้สารน้ำและสารอาหารทางหลอดเลือดทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์3. กรณีให้อาหารทางสายยาง ปรีกษาโภชนาการเพื่อพิจารณา กำหนดสูตรอาหารโปรตีนสูง เพิ่มไข่ขาว <p>การจัดการความปวด</p> <p>ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความปวด ได้รับการจัดการความปวดอย่างเหมาะสม ตามแนวทางปฏิบัติเรื่องการจัดการความปวด</p>				

	วิธีปฏิบัติ work instruction	รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003		
	เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน แผลกดทับ	แก้ไขครั้งที่ : 2	ฉบับที่ : 1	หน้าที่ : 6/7
		วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563		
จัดทำโดย : คณะอนุกรรมการจัดการความรู้	ตรวจสอบโดย : นางนิตยา ธีรวิโรจน์	อนุมัติโดย : นางชลลดา สุขรัตน์		
วิธีปฏิบัติ (ต่อ)				
ขั้นตอน		เหตุผล		
<p>ตามที่หน่วยงานกำหนด เพื่อให้สามารถเปลี่ยนท่า ขยับตัว พลิกตะแคงตัว โหนตัว หรือยกกันบ่อยๆได้</p> <p>การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำญาติให้ตรวจดูลักษณะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกและบริเวณที่มีอาการชาว่ามีรอยแดง รอยถลอก ตุ่มน้ำหรือไม่ ทุกวันหลังอาบน้ำเช้า - เย็น 2. แนะนำญาติให้ทำความสะอาดผิวหนังหลังจากขยับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะควรเช็ดทำความสะอาดทันที แล้วซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณกันให้แห้ง ตรวจสอบบริเวณขาหนีบ อวัยวะสืบพันธุ์และกัน ถ้าผิวหนังบริเวณกันกดแห้งมากทาโลชั่นหรือปิโตรเลียมออยท์เม้น (วาสลีน)ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนา และเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขยับถ่าย 3. สอนสาธิตการจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกวิธี 4. สอนสาธิตการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้อุปกรณ์เพื่อลดแรงกดทับ เช่น หมอนหรือผ้านุ่มๆรองบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ <p>การดูแลแผลกดทับ</p> <p>บันทึกการเกิดแผลกดทับ ทุกครั้งที่พบแผลใหม่ และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เริ่มเกิดรอยแดง แผลใหญ่ขึ้น แผลลึกขึ้น แผลหาย) โดยบันทึกวันเดือนปี ตำแหน่งที่เกิด</p> <p>แผลระดับที่ 2 ทำความสะอาดแผลด้วย 0.9% NSS ปิดแผลด้วย gauze หรือวัสดุที่เหมาะสม เช่น transparent แผล</p>				

	วิธีปฏิบัติ work instruction		รหัสเอกสาร : WI-NUR-KM-003		
	เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน แผลกดทับ		แก้ไขครั้งที่ : 2	ฉบับที่ : 1	หน้าที่ : 7/7
			วันที่ประกาศใช้ : 2 พฤศจิกายน 2563		
จัดทำโดย : คณะอนุกรรมการจัดการความรู้	ตรวจสอบโดย : นางนิตยา ธีรวิโรจน์	อนุมัติโดย : นางชลลดา สุขรัตน์			
วิธีปฏิบัติ (ต่อ)					
ขั้นตอน			เหตุผล		
3. ประสานงานกับศูนย์ Home Health Care เพื่อส่งต่อดูแล ต่อเนืองที่บ้าน					

เกณฑ์การประเมินผล

หัวข้อประเมิน	ใช่	ไม่ใช่
1. เชิงโครงสร้าง 1.1 ผู้ปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพ 1.2 เตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือเครื่องใช้ถูกต้องครบถ้วน 2. เชิงกระบวนการ 2.1 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล 2.2 ตรวจสอบคำสั่งการรักษาและรายงานเมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ 2.3 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงเหตุผลและขั้นตอนการพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับ 2.4 ให้การดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับถูกต้องตามแนวทางปฏิบัติ 2.5 บันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับ Barden score 3. เชิงผลลัพธ์ 3.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ 3.2 ไม่เกิดแผลกดทับ		

ภาคผนวก

การจำแนกระดับของแผลกดทับ National Pressure ulcers Advisory panel (NPUAP), April 13, 2016 แบ่งระดับของแผลกดทับออกเป็น 6 ลักษณะ ดังนี้

1. ระดับที่ 1 (stage 1) บริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ยังไม่มีรอยฉีกขาด แต่สีของผิวหนังจะแตกต่างจากผิวหนังบริเวณรอบๆที่ข้างเคียง เมื่อลดการกดทับ รอยแดงจะไม่หายไปภายใน 30 นาที อาจมีรอยช้ำมีตุ่มพอง (Bleb) แต่ไม่มีการฉีกขาดของแผล

2. ระดับที่ 2 (stage 2) มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วนถึงชั้น Dermis ผิวหนังอาจฉีกขาดหรือไม่ฉีกขาด เช่น รอยถลอก เป็นตุ่มพอง อาจมีน้ำเหลืองบริเวณตุ่มน้ำที่แตกออก การแตกของตุ่มพองหรือแผลตื้นเป็นแผลถลอก ขอบแผลจะแดงหรือมีน้ำเหลืองซึม โดยไม่มีเนื้อตาย (slough)

3. ระดับที่ 3 (stage 3) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด แผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous) และชั้นพังผืด แต่ไม่ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น และกระดูก อาจเป็นหลุมลึกหรือเป็นโพรงใต้ขอบแผล อาจพบ slough แผลเป็นหลุมลึกอาจสะอาดไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ บริเวณนั้นหรือมีน้ำเหลือง หนองจากแผล

4. ระดับที่ 4 (stage 4) มีการตายของชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก และเอ็นเนื้อเยื่อที่ตายมีสีคล้ำ

5. แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury: Obscured full-thickness skin and tissue loss) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด โดยที่พื้นแผลทั้งหมดถูกคลุมไว้ด้วยเนื้อตายที่มีลักษณะเหนียว (slough) สีเหลือง สีน้ำตาลเข้ม สีเทา สีเขียว หรือสีน้ำตาล และ/หรือมีเนื้อตายที่เป็นสะเก็ดหนา (Eschar) สีน้ำตาลเข้ม สีน้ำตาล หรือสีดำ ปกคลุมบริเวณพื้นผิวแผล ทำให้ไม่สามารถเห็นพื้นแผลได้

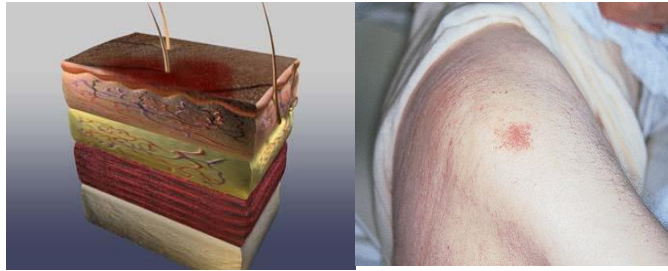
6. แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury) ผิวหนังบริเวณที่เกิด Deep Tissue Pressure Injury อาจจะมีอาการเจ็บปวด ลักษณะแข็ง และหรือหยุ่นเหมือนมีน้ำใต้ผิวหนัง ร้อนขึ้น หรือเย็นลงกว่าผิวหนังบริเวณใกล้เคียง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังที่อาจระบุว่าเป็น Deep Tissue Pressure Injury คือ พบตุ่มน้ำบนพื้นแผลสีดำ แผลอาจเปลี่ยนแปลงเห็นเป็น eschar บางๆคลุม

Deep Tissue Injury : Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration บริเวณที่ผิวหนังยังคงปกคลุมอยู่ไม่มีการฉีกขาด แต่มีลักษณะของสีผิวหนังจะเปลี่ยนไปเป็นสีม่วง หรือสีน้ำตาลแดง หรือมีผิวหนังพองที่มีเลือดอยู่ข้างใน (blood-filled blister) ที่เกิดจากกล้ามเนื้อใต้บริเวณนั้นได้รับแรงกดและ/หรือแรงเสียดสี (แรงเสียด)

แผลกดทับแบ่งได้ 4 ระดับ

แผลกดทับระดับที่ 1

ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด จะปรากฏรอยแดงบริเวณผิวหนัง
เมื่อทดสอบกดบนรอยแดง รอยแดงไม่จางหายไปน 30 นาที



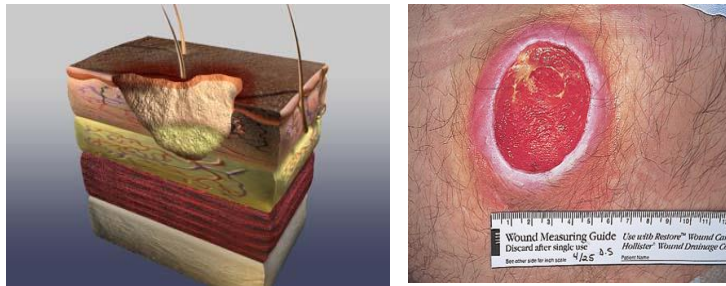
แผลกดทับระดับที่ 2

ผิวหนังชั้นกำพร้า และหนังแท้ถูกทำลายฉีกขาดเป็นแผลตื้น
มีรอยแดง บริเวณเนื้อเยื่อรอบๆ มีอาการปวด บวม ร้อน
และมีสิ่งขับหลังจากแผลเล็กน้อยถึงปานกลาง



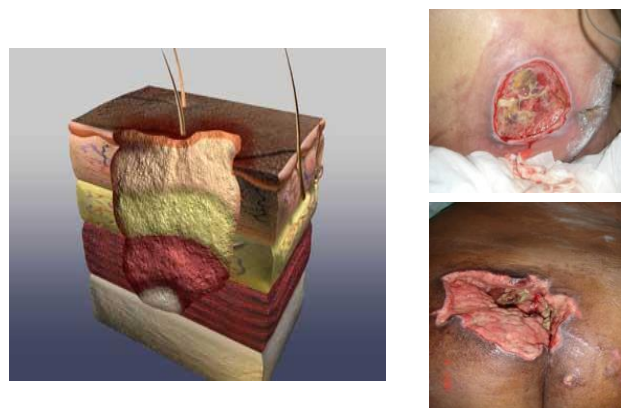
แผลกดทับระดับที่ 3

การทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นไขมัน แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ
แผลเป็นโพรง สิ่งขับหลังปริมาณปานกลางถึงมาก อาจมีกลิ่นเหม็น



แผลกดทับระดับที่ 4

มีการทำลายชั้นผิวหนังลึกถึงชั้นเอ็น กล้ามเนื้อ และกระดูก แผลเป็นโพรง
มีสิ่งขับหลังปริมาณมาก และมีกลิ่นเหม็น



แรงกด

STOP Look at your patients ears
Is elastic or tubing causing a pressure ulcer?

Oxygen mask elastic



Nasal cannulae tubing



Assess and apply Mepore/gauze pad



Prevention of device related pressure ulcers:

- Examine all pressure areas at least every shift
- Ensure mask elastic/tubing is not too tight
- Support weight of oxygen tubing
- Change device position if possible
- Use preventative strategies (doubled over Mepore/gauze pad)

STOP Look at your patient's NG tube
Is it causing a pressure ulcer?



Tube secured so it causes pressure against the anterior tip of nostril and tape obscures the area of pressure preventing inspection

Re-secure using the 'Authbert hammock' technique



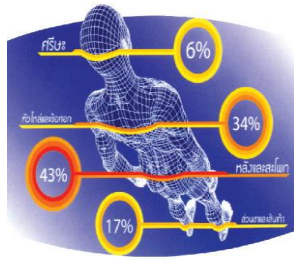
Tube secured with single strip of 'Durapore' looped around the tube and secured to the nose in a 'hammock'. Tubes is suspended away from the anterior tip of nostril and allows inspection of potential pressure area

Prevention of NG related pressure ulcers:

- Examine pressure areas at least every shift

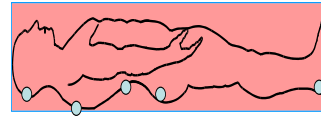
แรงกด

เป็นแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อส่วนต่างๆ
ของร่างกาย มีผลต่อผิวหนัง และข้อต่อ
การส่งผ่านออกซิเจน สารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่ได้



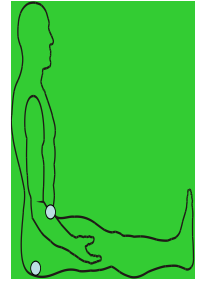
จุดที่มีการกดทับ

ท่านอนหงาย



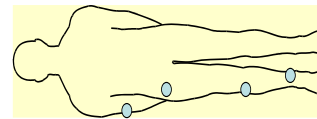
Sacrum 23%

ท่านั่ง



Ischium 24%

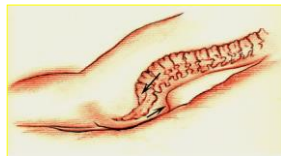
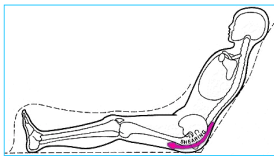
ท่านอนตะแคง



Trochanter 15%

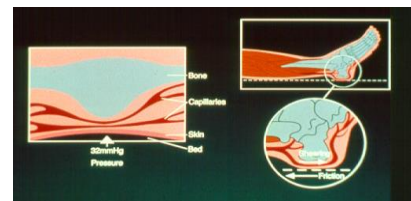
แรงเฉือน

- เป็นสองแรงที่กระทำในทิศทางตรงข้ามกัน ในแนวขนาน
- ในท่าครึ่งนั่ง ครึ่งนอน น้ำหนักตัวถูกส่งผ่านตามแนวกระดูกสันหลัง ขณะที่ผิวหนังถูกยึดอยู่กับที่
- เกิดแรงสองแรงที่กระทำในทิศทางตรงข้ามกัน การไหลเวียนของเลือดเสียไป



แรงเฉียดสี

แรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองอย่างสัมผัสกัน
เช่น การเลื่อนผู้ป่วยด้วยวิธีดึงหรือลาก
เกิดการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ คล้ายแผลลอก



เอกสารอ้างอิง

1. สัจवाल ธนะแก้ว ศศิธร พิชัยพงศ์. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลลำพูน. Lanna Public Health, (10)3, 173-182.
2. รุ่งทิวา ชอบชื่น. (2013). Nursing Care in pressure Sore. Srinagarind Med J, 4-46.
3. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. **แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Siriraj Concurrent Trigger Tool : Modify Early Warning Sign for Pressure Injury Prevention)**. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2563, จาก https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/download_files/222_72_1.pdf
4. โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. **การป้องกันและดูแลแผลกดทับ**. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2563, จาก <https://ckphosp.go.th>
5. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore l, Sieggreen M. (2016). Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. **J Wound Ostomy Continece Nurs**, 43(6), 585-97.
6. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2563, จาก https://www.crhospital.org/web_nurse

