



ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
เลขรับ..... ๖๕- ๐๐๗๙๘๑
วันที่..... ๐๗ มี.ค. ๒๕๖๕
เวลา..... ๑๓.๑๐ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายบริการพยาบาล

โทร. 1662-4

ที่ มอ ๑๐๔.๒๖๓๙๖๗๖/๖๕ - ๐๐๐๑๙

วันที่ 7 มีนาคม 2565

เรื่อง แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ (Pressure Injury)

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

ด้วยคณะกรรมการคุณภาพด้านการป้องกันแผลกดทับและการดูแลแผล ฝ่ายบริการพยาบาล ได้จัดทำแนวปฏิบัติและแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับ (Pressure Injury) เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงใคร่ขออนุญาตส่งแนวปฏิบัติ ดังเอกสารแนบ

เรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อ จักเป็นพระคุณยิ่ง

(ลงชื่อ)..... นศท

(นางนงลักษณ์ ว่องวิษณุพงศ์)

ตำแหน่ง ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารคุณภาพบริการ

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล

เพื่อโปรดลงนาม และพิจารณา
แจ้งหอผู้ป่วย/หน่วยงานทราบ และบรรจุ
เอกสารบน Intranet ฝ่ายบริการพยาบาล
ต่อไป

บุณทรรักษ์
(นางสาวบุณทรรักษ์ แสงประวิทย์)

๗ มี.ค. ๖๕



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

แนวปฏิบัติ/วิธีการปฏิบัติ WI NUR 39500/65 -002

เรื่อง แนวปฏิบัติพยาบาลในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง: หอผู้ป่วย/หน่วยงาน ในฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วันที่มีผลบังคับใช้/วันที่ออกเอกสารครั้งแรก:

ทบทวนครั้งที่1.....

วันที่ ...๖... มีนาคม 2565

วันที่มกราคม 2565.....

ผู้จัดทำ: คณะกรรมการคุณภาพด้านการป้องกันแผลกดทับ
และการดูแลแผล ฝ่ายบริการพยาบาล

ผู้อนุมัติ.....

(พว.ยุพา แก้วมณี)

หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล 731๑๘

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลให้แผลกดทับหาย หรือไม่เปลี่ยนเป็นระดับที่เพิ่มขึ้น และไม่เกิดการอักเสบติดเชื้อ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แผลกดทับ (Pressure Injury; PI) หมายถึง การบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนัง และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เกิดจากแรงกดที่รุนแรง การกดเป็นระยะเวลานาน หรือมีแรงกดร่วมกับแรงเฉือน หรือเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ หรืออุปกรณ์ อื่น ๆ โดยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมักเกิดบริเวณปุ่มกระดูก พบได้ทั้งกรณีผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด และกรณีที่ผิวหนังมีรอยถลอกเป็นแผลเปิด และอาจมีความเจ็บปวดร่วมด้วย

การแบ่งระดับของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับและ 2 ลักษณะ ดังนี้

- แผลกดทับ ระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury): การเกิดรอยแดงบนผิวหนังที่ผิวหนังยังคงสภาพ ไม่มีการฉีกขาด ไม่มีรอยถลอก หรือเป็นตุ่มน้ำ และเมื่อตรวจสอบโดยการกด รอยแดงนั้นจะไม่จางหายไป ลักษณะสีของรอยแดงที่เกิดขึ้นอาจเห็นแตกต่างกันในผู้ที่มีผิวสีเข้ม และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะความแดงที่จางลง หรือจากการรับรู้ความรู้สึกที่เปลี่ยนไป แต่ไม่รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ ความแข็ง หรือการเปลี่ยนสีเป็นสีม่วง หรือสีแดงอมน้ำตาลที่อาจบ่งชี้ถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก

- แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury): การบาดเจ็บของผิวหนังที่มีการสูญเสียผิวหนังบางชั้นที่ทำให้มองเห็นชั้นหนังแท้ พื้นแผลที่ยังทำหน้าที่ได้มีสีชมพู หรือสีแดงชุ่มชื้น และอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำใสที่ผิวหนังยังคงสภาพไม่มี



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

การฉีกขาด หรือที่แตกแล้ว จะมองไม่เห็นชั้นไขมันและเนื้อเยื่อที่ลึกกว่า ไม่เห็นเนื้อเยื่อที่งอกขยายใหม่ ไม่มีเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและเนื้อตายติดแข็ง การบาดเจ็บเหล่านี้โดยปกติเกิดจากผลไม่พึงประสงค์ของอุณหภูมิและความชื้นเฉพาะที่ของผิวหนัง และแรงเสียดทานในบริเวณผิวหนัง เนื้อเยื่อเชิงกราน และแรงเสียดทานบริเวณสันเท้า แผลระดับนี้ไม่รวมถึงการบาดเจ็บของผิวหนังจากความเปียกชื้น การอักเสบของผิวหนังจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การอักเสบของผิวหนังจากเหงื่อ และการบาดเจ็บของผิวหนังจากกาวของวัสดุทางการแพทย์ หรือแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุที่ทำให้ผิวหนังฉีกขาด เกิดแผลใหม่ หรือแผลถลอก

- **แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury):** การบาดเจ็บของผิวหนังที่มีการสูญเสียของผิวหนังทุกชั้น ซึ่งมองเห็นถึงชั้นไขมันในแผล มักพบเนื้อเยื่อที่งอกขยายใหม่และขอบแผลที่ม้วนเข้า อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็ง ความลึกของเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค เช่น บริเวณที่มีไขมันมากแผลจะลึก อาจเกิดโพรงใต้ขอบแผลและเป็นโพรงลึก จะไม่เห็นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน และ/หรือกระดูก ถ้าพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือ เนื้อตายติดแข็งปกคลุมเนื้อเยื่อที่สูญเสียทั้งหมดจะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

- **แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury):** การบาดเจ็บของผิวหนังที่มีการสูญเสียผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนัง ซึ่งลักษณะแผลจะสามารถมองเห็น หรือคลำพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระดูกอ่อน หรือกระดูกได้อย่างชัดเจน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็ง มักพบขอบแผลม้วนเข้า โพรงใต้ผิวหนัง และ/หรือโพรงลึก ความลึกมีความแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาค หากพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมการบาดเจ็บทั้งหมดจะเป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

- **แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury):** การบาดเจ็บของผิวหนังที่ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ย หรือเนื้อตายติดแข็งจนไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ หากกำจัดออกจะสามารถระบุได้ว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ลักษณะเนื้อตายติดแข็ง เช่น เนื้อเยื่อมีลักษณะแห้ง ติดแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อนไหว เนื้อตายติดแข็งบริเวณอวัยวะส่วนปลาย หรือบริเวณสันเท้าที่เกิดจากการขาดเลือดไม่ควรกำจัดออก

- **แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury; DTPI):** การบาดเจ็บของผิวหนังที่พบได้ทั้งที่ผิวหนังยังคงสภาพไม่มีการฉีกขาด หรือผิวหนังมีการฉีกขาดเป็นแผลเปิด ร่วมกับการมีผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำ แดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วงที่ไม่มีการจางหายไป การบาดเจ็บลักษณะนี้อาจพบผิวหนังเป็นตุ่มน้ำที่มีเลือดปน หรือหากมีการฉีกขาดของหนังกำพร้าจะเผยให้เห็นลักษณะพื้นแผลที่เป็นสีดำ ความปวดและอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงมักจะเกิดขึ้นก่อนการเปลี่ยนแปลงของ สีผิว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสีผิวอาจพบความแตกต่างกันได้ในผู้ที่มี



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

ผิวสีเข้ม สาเหตุการบาดเจ็บเป็นผลจากแรงกด และ/หรือ แรงเสียดสีที่รุนแรงและเป็นเวลานานระหว่างกล้ามเนื้อและกระดูก การบาดเจ็บลักษณะนี้สามารถทำให้เกิดแผลได้อย่างรวดเร็วตามลักษณะความรุนแรงของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อหรืออาจหายได้โดยไม่มีอาการสูญเสียเนื้อเยื่อ แต่หากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นพบเนื้อตายติดแข็ง หรือสามารถมองเห็นเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง เนื้อเยื่อที่ออกขยายใหม่ พังผืด กล้ามเนื้อ หรือโครงสร้างอื่น ของผิวหนัง จะไม่จัดเป็นแผลกดทับ DTPI ให้บ่งชี้ไปเลยว่าเป็นแผลกดทับระดับใด เช่น Unstageable, Stage 3 หรือ Stage 4 ตามลักษณะการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น และนอกจากนี้แผลกดทับ DTPI ไม่นับรวมการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคทางผิวหนัง

2. แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury; MDRPI)

หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังที่สัมพันธ์กับการกดทับของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย หรือการรักษา โดยการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นมักจะเห็นรอย หรือรูปร่างตามลักษณะของอุปกรณ์ที่ใช้ และสามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เช่นเดียวกับแผลกดทับโดยทั่วไป

3. แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายใน (Mucosal Membrane Pressure Injury; MMPI) หมายถึง แผลกดทับที่เกิด

บริเวณเยื่อบุผิวภายในขณะกำลังใช้ หรือมีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ในเยื่อบุจมูกของผู้ป่วยที่ใส่สาย NG หรือเยื่อบุภายใน urethra ของผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น โดยแผลกดทับประเภทนี้จะไม่สามารถระบุระดับได้เช่นเดียวกับแผลกดทับโดยทั่วไป หรือ MDRPI เนื่องจากลักษณะทางกายวิภาคของเยื่อบุภายในมีความแตกต่างกับลักษณะทางกายวิภาคของชั้นผิวหนัง

4. ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Score)

≤18 คะแนน โดย Braden 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

5. ตำแหน่งที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่มีโอกาสเกิดแรงกดทับได้สูงเมื่อผู้ป่วยนั่ง หรือ

นอน เช่น บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ศีรษะ หู ไหล่ ข้อศอก สะโพก ก้นกบ และส้นเท้า เป็นต้น

6. PSU Bundle หมายถึง แนวทางการปฏิบัติ 3 ด้าน ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลสงขลา

นครินทร์ ประกอบด้วย 1) P: Pressure relief คือ การดูแลในด้านการลดแรงกดทับ แรงเสียดสี และแรงเสียดสี 2) S: Skin health คือ การประเมินและการดูแลสภาพผิวหนัง และ 3) U: Urine and Feces management คือ การดูแลและจัดการในด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระไม่ได้



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1. พยาบาล

- 1) ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden Scale) ตามข้อกำหนด
- 2) ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- 3) รายงานแพทย์และปรึกษาทีมผู้เกี่ยวข้องในการแก้ปัญหาที่เป็นสาเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ
- 4) กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ หรือมีแผลกดทับเกิดขึ้นแล้ว ให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับผลการประเมิน และให้ทำการบันทึก สื่อสารส่งต่อข้อมูล และทำการติดตามอย่างต่อเนื่อง

2. ผู้ปฏิบัติงานพยาบาล และพนักงานช่วยการพยาบาล

- 1) ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวปฏิบัติภายใต้การกำกับของพยาบาล
- 2) ช่วยประเมินและบันทึกสภาพผิวหนังผู้ป่วยทุกราย ในโปรแกรมประเมินผิวหนัง (Skin inspection)

ขั้นตอนการปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน (Braden Scale)

1.1 ให้ประเมินสภาพผู้ป่วยทุกรายที่รับเข้ามาในหอผู้ป่วย โดยต้องประเมินให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่ รับใหม่ รับย้าย รับจากห้องผ่าตัด หรือรับจากการส่งไปทำหัตถการที่ต้องใช้เวลานาน เช่น ฟอกไต สวนหัวใจ ฉายแสง Ultrasound, CT, MRI เป็นต้น

1.2 ให้ประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยทุกราย และประเมินซ้ำทันทีเมื่อสภาพของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อย อ่อนเพลีย มีภาวะ sepsis, shock หรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง เป็นต้น

2. การประเมินสภาพผิวหนังและการบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนัง

2.1 ให้ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าในผู้ป่วยทุกรายที่รับเข้ามาในหอผู้ป่วย พร้อมทั้งบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนัง โดยต้องประเมินให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ชั่วโมง ได้แก่ ผู้ป่วยที่รับใหม่ รับย้าย รับจากห้องผ่าตัด หรือรับจากการส่งไปทำหัตถการที่ต้องใช้เวลานาน เช่น ฟอกไต สวนหัวใจ ฉายแสง Ultrasound, CT, MRI เป็นต้น

2.2 ให้ประเมินสภาพผิวหนังตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าและบันทึกในแบบประเมินสภาพผิวหนังซ้ำทุก 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยทุกราย



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

60 องศา นานเกิน 30 นาที และให้ใช้หมอน หรือผ้ารองใต้ท้อง โดยไม่ให้กดบริเวณเอ็นร้อยหวายและหลอดเลือดดำ บริเวณใต้เข่า และให้ยกส้นเท้าให้ลอยจากพื้นที่นอนเพื่อป้องกันการเกิดแรงกดบริเวณส้นเท้า

3.1.6 การจัดทำนอนตะแคง ให้นอนตะแคงกึ่งหายใจให้ลำตัวทำมุม 30 องศา กับที่นอน เพื่อช่วยลดแรงกด โดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก และให้ใช้หมอน หรือผ้าสอดระหว่างเข่าและขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดระหว่างปุ่มกระดูกบริเวณเข่าและตาตุ่ม

3.1.7 การจัดทำนอนคว่ำ จัดให้ผู้ป่วยนอนหันศีรษะไปด้านใดด้านหนึ่ง ขาเหยียด ใช้หมอน หรือผ้ารอง บริเวณใต้เข่าถึงข้อเท้าให้นิ้วเท้าสูงลอยจากพื้นที่นอน ควรหลีกเลี่ยงการจัดทำนอนคว่ำเป็นเวลานาน ยกเว้นในรายที่จำเป็นทางด้านการรักษา

3.1.8 ให้ใช้หมอนยันไว้ที่ปลายเตียงเพื่อป้องกันการลื่นไถลในการจัดทำนอนของผู้ป่วย

3.1.9 ดูแลจัดทำของผู้ป่วยไม่ให้ร่างกายสัมผัสกับราวข้างเตียง

3.1.10 พิจารณาการจัดท่าอย่างเหมาะสมเฉพาะบุคคลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับระหว่างการผ่าตัด โดยคำนึงถึงการกระจายแรงกดบริเวณผิวหนัง และการลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูก และให้เลือกใช้อุปกรณ์กระจายแรงกดบนเตียงผ่าตัด

3.1.11 จัดให้มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในการเคลื่อนย้าย หรือยกตัวผู้ป่วย โดยอย่างน้อยต้องมีเจ้าหน้าที่ 2 คน ขึ้นไป

3.1.12 ยกตัวผู้ป่วยโดยใช้ผ้ารองยก และต้องยกให้สูงลอยจากพื้นที่นอน ไม่ลาก หรือดึงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังจากการเสียดสี

3.1.13 การลาก หรือดึงตัวผู้ป่วยทำได้เฉพาะกรณีที่มีการใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงเสียดสี เช่น Slippery Sam หรือ Pad Slide เท่านั้น

3.1.14 ดูแลผ้าปูที่นอน ผ้ายาง และผ้าขวางให้แห้ง สะอาด ไม่มีรอยย่น

3.1.15 ให้เลือกใช้วัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติในการช่วยลดแรงกด เช่น Hydrocolloid sheet หรือ Foam ปิดตามปุ่มกระดูก เช่น ข้อศอก ตาตุ่ม และส้นเท้า

3.1.16 ห้ามใช้อุปกรณ์รูปโดนัท เช่น ห่วงยาง หมอนรูปโดนัท หรือวงแหวน เพราะจะทำให้เกิดแรงกดทับต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อโดยรอบวงแหวน รวมทั้งกดหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ส่งผลให้หลอดเลือดไหลเวียนไม่สะดวก หรือทำให้เกิดความอับชื้นกรณีการใช้ห่วงยาง ซึ่งจะ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากกว่าการจะช่วยลดความเสี่ยง



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

3.1.17 ห้ามใช้ถุงมือใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก หรือสันเท้า เพราะความไม่คงตัวของน้ำจะทำให้เกิดแรงกดบางตำแหน่งเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดการกดหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ทำให้ผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลาย หรือตายได้

3.1.18 ให้ลดแรงกดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดย

- 1) เปลี่ยนตำแหน่งของอุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามความเหมาะสม
- 2) เลือกใช้ขนาดหน้ากากให้ออกซิเจนที่มีขนาดกระชับพอดี หากสามารถทำได้ให้พิจารณาสลับการใช้ ออกซิเจนชนิดหน้ากากกับชนิดเสียบจมูก
- 3) ใช้ผ้านุ่ม สำลี หรือวัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติในการช่วยลดแรงกด เช่น Hydrocolloid sheet หรือ Foam วางรอง หรือปิดบริเวณผิวหนังเพื่อลดแรงกดของอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่อผิวหนัง
- 4) ตรวจสอบความตึงของเชือก หรือวัสดุที่ใช้ผูกยึดอุปกรณ์ทางการแพทย์ทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า หรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย โดยในผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารได้ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองและสอบถามจากตัวผู้ป่วย
- 5) พิจารณาเปลี่ยนการใช้ Hard Collar เป็น Soft Collar ทันทีที่ทำได้
- 6) ถอดอุปกรณ์ทางการแพทย์ออกให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

3.2 S: Skin health การประเมินและการดูแลสภาพผิวหนัง

3.2.1 ตรวจประเมินสภาพผิวหนังตามข้อกำหนดในข้อ 2

3.2.2 ใช้สบู่ที่มีค่า pH 5.5 เพื่อให้มีความใกล้เคียงกับค่า pH ของผิวหนัง หรือใช้สบู่เหลวเด็กก่อนในการอาบน้ำ หรือการ Bed bath เป็นประจำทุกวัน งดการขัดถูผิวหนัง

3.2.3 ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ โดยการใช้โลชั่น หรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อย ๆ หรือทุกครั้งหลังการอาบน้ำ หรือการ Bed bath

3.2.4 ห้ามนวด หรือใช้ความร้อนประคบผิวหนังบริเวณที่มีรอยแดง เพราะการนวด หรือการใช้ความร้อนประคบจะเป็นการส่งเสริมการบาดเจ็บของผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณนั้น

3.2.5 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา

3.3 U: Urine and Feces management การดูแลและจัดการในด้านการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระในผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระไม่ได้



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

3.3.1 หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หากจำเป็นให้ใช้แผ่นรองซับแทน โดยให้วางแผ่นรองซับรองπίศสภาวะหรืออุจจาระ โดยไม่ปิดทับขึ้นไป และให้เปลี่ยนทันทีหลังการขับถ่ายทุกครั้ง

3.3.2 ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายปัสสาวะ หรืออุจจาระทันที โดยใช้สาลีชุบน้ำเปล่า และซับให้แห้ง ห้ามขัดถู

3.3.3 หลังการทำมาความสะอาดหลังขับถ่ายให้เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ช่วยปกป้องผิวจากความชื้น เช่น วาสลีน skin barrier cream หรือ skin barrier film

4. การดูแลต่อเนื่อง

4.1 แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและป้องกันแผลกดทับ

4.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำ โดยสอนให้ผู้ป่วย หรือญาติช่วยออกกำลังกาย แขน ขา และข้อต่าง ๆ

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

1. การประเมินลักษณะแผลและการบันทึก

1.1 การประเมินแผลกดทับ ต้องให้ครอบคลุม ตำแหน่ง ขนาด ความลึก ลักษณะขอบแผล เนื้อตาย สีของพื้นแผล การอักเสบติดเชื้อ ความปวด และลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล

1.1.1 การประเมินตำแหน่งแผล ให้ระบุตำแหน่งของแผลทุกแผลที่เกิดกับผู้ป่วย

1.1.2 กรณีมีหลายแผล ในตำแหน่งเดียวกัน ให้วัดขนาดรวมกันเป็นหนึ่งแผล และให้ระบุระดับแผลโดยยึดจากตำแหน่งที่มีลักษณะการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นที่ลึกที่สุด

1.1.3 ขนาดแผล วัดโดย ใช้ไม้บรรทัด หรือเครื่องมือวัดสำเร็จรูปที่กำหนดมาตราส่วนเป็นเซนติเมตร

1.1.4 ความกว้างของแผล ให้วัดส่วนที่ยาวที่สุดของแผลตามแนวขวางลำตัว หรือวัดจากแนวด้านข้างลำตัวไปยังด้านข้างลำตัวอีกด้าน (side to side)

1.1.5 ความยาวของแผล ให้วัดส่วนที่กว้างที่สุดของแผลตามแนวตั้งของลำตัว หรือวัดจากแนวศีรษะไปยังปลายเท้า (head to toe)

1.1.6 ความลึกของแผล วัดโดยการใช้ไม้พันสำลี สอดเข้าไปใต้ขอบแผลของโพรงใต้ผิวหนังในตำแหน่งที่ลึกที่สุด โดยให้ระบุเป็นตำแหน่งนาฬิกาบอกตำแหน่ง (แนวศีรษะเป็นตำแหน่ง 12 นาฬิกา และปลายเท้าเป็นตำแหน่ง 6 นาฬิกา)

หมายเหตุ: การบอกขนาดความกว้าง-ยาวของแผลกดทับให้ยึดตามแนวลำตัวดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นมาตรฐานให้ทุกคนสามารถวัดได้ตรงกัน เพราะฉะนั้นการวัดขนาดของแผลกดทับจะไม่เหมือนการวัดสิ่งของอื่น ๆ ตาม



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

หลักเรขาคณิตที่ความกว้างต้องน้อยกว่าความยาว ขนาดของแผลกดทับอาจมีความกว้างมากกว่าความยาวได้ หากขนาดแผลที่วัดในแนว side to side มากกว่าแนว head to toe

1.2 การบันทึกลักษณะแผลในระบบ HIS

1.2.1 ให้บันทึกลักษณะแผลในระบบ HIS อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง หรือทุกครั้งที่ทำแผล หากแผลปิดวัสดุปิดแผลและไม่ได้เปิดทำแผลในวันนั้น ให้บันทึกว่าปิดวัสดุปิดแผลนั้น ๆ ส่วนระดับและขนาดแผลให้บันทึกตามการบันทึกครั้งที่ผ่านมา

1.2.2 กรณีเป็นแผลกดทับ Unstageable หากมีการกำจัดเนื้อตายออกจนสามารถมองเห็นเนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง ฟังผืด กล้ามเนื้อ หรือโครงสร้างอื่น ๆ ของผิวหนัง ให้บันทึกระดับแผลได้เลยว่าเป็น Stage 3 หรือ Stage 4 ตามลักษณะแผลที่เห็น

1.2.3 กรณีแผลที่เคยบันทึกไว้มีกระบวนการหายของแผลที่ดีขึ้นและแผลดีขึ้น ให้บันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใน Progress note แต่การบันทึกระดับแผลในระบบ HIS ยังคงยึดตามการบันทึกครั้งที่ผ่านมา

หมายเหตุ ลักษณะของแผลกดทับสามารถเปลี่ยนระดับแย่งจาก ระดับ 2 เป็นระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้ แต่แผลกดทับจะไม่มีเปลี่ยนระดับเป็นดีขึ้นจากระดับ 4 เป็นระดับ 3 หรือระดับ 2 ได้ เนื่องจากแผลกดทับที่ดีขึ้นไม่ได้ถูกแทนที่ด้วยไขมันใต้ชั้นผิวหนังและกล้ามเนื้อ แต่เป็นการแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อสร้างใหม่ (granulation tissue)

1.3 การบันทึกลักษณะแผลใน Progress note ให้บันทึกลักษณะแผลอย่างละเอียดตามสิ่งที่ประเมินได้ โดยให้ครอบคลุมตำแหน่ง ขนาด ความลึก ลักษณะขอบแผล สีของพื้นแผล การอักเสบติดเชื้อ ความปวดและลักษณะของเนื้อตายที่พบ โดยต้องบันทึกเป็นเปอร์เซ็นต์ของเนื้อตายเทียบกับขนาดแผล และบันทึกลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล เช่น น้ำใส น้ำปนเลือด หรือหนอง เป็นต้น

2. การดูแลแผล

2.1 แผลกดทับระดับ 1

- 1) ไม่ควรมีแรงกดทับใด ๆ ลงที่แผล
- 2) ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและกระจายแรงกด
- 3) ใช้วัสดุปิดแผลปิดเพื่อช่วยลดแรงกดและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

วัสดุ/อุปกรณ์ในการดูแลแผลกดทับ ระดับ 1

- 1) เบาะรองนั่ง แผ่นเจล ที่นอนลม เบาะกระจายน้ำหนัก หมอน หรือผ้านุ่ม ๆ
- 2) วัสดุปิดแผลชนิด Hydrocolloid dressing
- 3) วัสดุปิดแผลชนิด Polyurethane foam



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

2.2 แผลกดทับระดับ 2

- 1) ทำแผลโดยใช้ NSS irrigate ทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique) โดยภายในแผลควรใช้วิธีการฉีดล้างแผลแทนการใช้สำลีชุบ NSS เช็ด
- 2) ปิดแผลด้วย Hydrocolloid dressing หรือ Polyurethane foam โดยประเมินตามปริมาณของ exudate
- 3) ประเมินแผลรายวันและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

วัสดุ/อุปกรณ์ในการทำแผลกดทับ ระดับ 2

- 1) วัสดุปิดแผลชนิด Hydrocolloid dressing ใช้กับแผลตื้นที่ไม่มี exudate หรือมี exudate เล็กน้อย
- 2) วัสดุปิดแผลชนิด Polyurethane foam ใช้กับแผลตื้นที่มี exudate ปานกลางถึงมาก

2.3 แผลกดทับระดับ 3

- 1) ทำแผลโดยใช้ NSS irrigate ทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)
- 2) แผลตื้น ใช้ NSS ฉีดล้างแผลและปิดแผลด้วย Hydrocolloid dressing หรือ Polyurethane foam (เลือกใช้ตามลักษณะปริมาณของ exudate)
- 3) แผลลึก หรือมีโพรงแผล ไม่ติดเชื้อ ทำแผลโดยใช้ NSS irrigate ฉีดล้างทำความสะอาดแผล ใส่ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตาย (primary dressing) ได้แก่ Hydrocolloid gel และปิดแผล (secondary dressing) ด้วย gauze
- 4) แผลลึก หรือมีโพรง และมีการติดเชื้อ ทำโดยใช้ NSS irrigate ฉีดล้างทำความสะอาดแผล ใส่ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตาย (primary dressing) และฆ่าเชื้อ ได้แก่ Hydrocolloid gel with Ag (Blue gel), Silver sulfadiazine, Nano silver, Hydro fiber with Ag และปิดแผล (secondary dressing) ด้วย gauze หรือ Polyurethane foam
- 5) แผลที่มีโพรงใส่วัสดุปิดแผลให้ถึงก้นแผล ไม่ให้มีช่องว่างระหว่างกันแผลกับวัสดุ และไม่อัดวัสดุในแผลแน่นจนเกินไป (fill dead space)
- 6) รายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินแผลและพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

วัสดุ/อุปกรณ์ในการทำแผลกดทับ ระดับ 3

- 1) Hydrocolloid gel with Ag (blue gel)
- 2) Silver sulfadiazine
- 3) Nano Silver (Acticoat)



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

- 4) Hydro fiber/ Hydro fiber with Ag
- 5) วัสดุปิดแผลชนิด Hydrocolloid dressing ใช้กับแผลที่ไม่มี exudate หรือมีเล็กน้อย
- 6) วัสดุปิดแผลชนิด Polyurethane foam ใช้กับแผลที่มี exudate ปานกลางถึงมาก

2.4 แผลกดทับระดับ 4

- วิธีการทำแผลเช่นเดียวกับการทำแผลกดทับระดับ 3

วัสดุ/อุปกรณ์ในการทำแผลกดทับ ระดับ 4

- เช่นเดียวกับการเลือกใช้วัสดุ/อุปกรณ์ในการทำแผลในแผลกดทับระดับ 3

2.5 แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable PI)

- 1) ประเมินภาวะโรคร่วมและความเร่งด่วนรวมถึงเป้าหมายในการรักษาของผู้ป่วยเพื่อพิจารณาในการเลือกกำจัด เนื้อตาย
- 2) แผลมีเนื้อตายเปื่อยยุ่ย และ/หรือเนื้อตายติดแข็งปกคลุมแผลเกือบทั้งหมด/แผลติดเชื้อ วิธีการทำแผลเช่นเดียวกับการทำแผลในแผลกดทับระดับ 3
- 3) รายงานแพทย์เพื่อร่วมประเมินแผล และพิจารณาการทำ debridement และ/หรือให้ยาปฏิชีวนะตามความเหมาะสม

2.6 แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึก (DTPI)

- 1) ไม่ควรมีแรงกดทับใด ๆ ลงที่แผล
- 2) ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและกระจายแรงกด
- 3) แผลปิด ปิดวัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติช่วยลดแรงกดและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ
- 4) แผลเปิด ผิวนั้นจึงขาดเฉพาะที่ ทำแผลโดยใช้ NSS irrigate ทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผลเช่นเดียวกับแผลระดับอื่น ๆ ปิดแผลด้วย Hydrocolloid dressing หรือ Polyurethane foam (เลือกใช้ตามลักษณะปริมาณของ exudate)
- 5) ประเมินแผลรายวันและเปลี่ยนเมื่อแผลชุ่ม/ วัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

วัสดุ/อุปกรณ์ในการทำแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก

- 1) วัสดุปิดแผลชนิด Hydrocolloid dressing ใช้กับแผลที่ไม่มี exudate หรือมี exudate เล็กน้อย
- 2) วัสดุปิดแผลชนิด Polyurethane foam ใช้กับแผลที่มี exudate ปานกลางถึงมาก



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

ตัวชี้วัด (เฉพาะชื่อ ไม่กำหนดเป้าหมาย ถ้ามีสูตร ให้ใส่สูตรด้วย)

อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล =

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 1 ขึ้นไป ใน 1 เดือน} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในเดือนเดียวกัน}}$$

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2 =

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 2 ใน 1 เดือน} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในเดือนเดียวกัน}}$$

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 3

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 3 ใน 1 เดือน} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในเดือนเดียวกัน}}$$

อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 4

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับใหม่ในโรงพยาบาล ที่มีความรุนแรงตั้งแต่ระดับ 4 ใน 1 เดือน} \times 1000}{\text{จำนวนวันนอนของผู้ป่วยในทั้งหมดในเดือนเดียวกัน}}$$

การประเมินผล (วิธีการประเมิน)

สรุปข้อมูลจากโปรแกรมการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ฝ่ายบริการพยาบาลในระบบ HIS



ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
Nursing Service Division, Songklanagarind Hospital

เอกสารอ้างอิง

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and treatment of pressure ulcers/Injuries: quick reference guide 2019. EPUAP/NPIAP/PPPIA; 2019.

National Pressure Ulcer Advisory Panel. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) announces a change interminology from pressure ulcer to pressure injury and updates the stages of pressure injury [Internet]. Washington DC: Thomas Jefferson; 2016 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <http://anha.org/uploads/NPUAPStaging.pdf>

คณะทำงานแปลแนวปฏิบัติ ชมรมพยาบาลแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่าย. การป้องกันและรักษาแผลกดทับ: แนวปฏิบัติอ้างอิงฉบับย่อ 2019. ม.ป.ท.; ม.ป.ป.

รินณารา สายเมฆ. การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลชุมชน [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2559.

ละมัย โมรา, จารุวรรณ เวชพันธ์ และสุพนิดา ไชยชิต. การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในการดูแลแผล. ใน: จุฬารพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, บรรณาธิการ. การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2559. หน้า 75-82.

วรรณิภา สายหล้า. การประเมินแผล. ใน: จุฬารพร ประสงค์, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, ยุวรัตน์ ม่วงเงิน, บรรณาธิการ. การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2559. หน้า 37-46.