

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 1 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกัน และดูแลแผลกดทับในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยใช้ความรู้เชิงประจักษ์
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
3. เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประกันคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล

นโยบาย

ให้พยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลใช้เป็นแนวปฏิบัติในการประเมินความเสี่ยงป้องกันและดูแลแผลจากการบาดเจ็บของผิวหนัง (Skin injury)

ขอบเขต

ใช้กับผู้ป่วยทุกรายในความรับผิดชอบของกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน้าที่ความรับผิดชอบ

พยาบาล : ให้การพยาบาลและทำบันทึกข้อมูลอย่างถูกต้อง

บุคลากรทางการพยาบาล : มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการพยาบาล

คำจำกัดความ

แผลกดทับ หมายถึง การบาดเจ็บเฉพาะที่ต่อผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อันเป็นผลมาจากแรงกดหรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน แผลกดทับมักเกิดขึ้นบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์หรือวัตถุอื่นๆ¹

ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ¹ (ภาพประกอบตามผนวก ก)

จำแนกประเภทตาม International NPUAP/EPUAP Pressure Ulcer Classification System¹ ดังนี้

แผลกดทับระดับ 1: รอยแดง เมื่อกดรอยแดงไม่จาง (Non-blanchable erythema)

ผิวหนังปกติมีรอยแดงเฉพาะที่ เมื่อกดแล้วรอยแดงไม่จาง ปกติเกิดบริเวณปุ่มกระดูก ผิวหนังที่มีผิวสีคล้ำอาจไม่เห็นรอยแดง สีของมันอาจแตกต่างจากสีของผิวหนังรอบ ๆ บริเวณรอยแดงนี้อาจปวด แสบ นุ่ม อุ่นกว่า หรือเย็นกว่าเมื่อเทียบกับเนื้อเยื่อข้างเคียง แผลกดทับระดับ 1 อาจยากที่จะตรวจพบได้ในผู้มีผิวสีคล้ำ อาจระบุว่าเป็นผู้มี “ความเสี่ยง” (ส่งสัญญาณว่ามีความเสี่ยง)

แผลกดทับระดับ 2: สูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial thickness skin loss)

สูญเสียผิวหนังบางส่วนของหนังแท้ แสดงให้เห็นแผลเปิดตื้น มีพื้นแผลเป็นสีแดงชมพู ไม่มีเนื้อตาย และอาจเห็นเป็นตุ่มน้ำเหลืองทั้งที่ยังไม่แตกหรือแตกแล้ว เห็นเป็นแผลตื้นที่มีลักษณะมันวาวหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตายหรือรอยชำ* แผลกดทับระดับนี้จะไม่ใช่ข้ออธิบายผิวหนังฉีกขาด (Skin tears), รอยไหม้จากเทป (Tape burns), ผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้, ผิวหนังเปื่อยยุ่ย (maceration) หรือผิวหนังแห้งแตกเป็นแผล (Excoriation) *รอยชำบ่งชี้ว่า สงสัย/เนื้อเยื่อชั้นลึกถูกทำลาย

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 2 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น (Full thickness skin loss)

สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น อาจมองเห็นถึงชั้นไขมันแต่ไม่ถึงชั้นกระดูก เส้นเอ็นหรือกล้ามเนื้อ อาจมองเห็นเนื้อตาย แต่เนื้อตายไม่ปกปิดส่วนลึกของเนื้อเยื่อที่สูญเสียไป อาจพบโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวระนาบ/ซอนในแนวลึกความลึกของแผลกดทับระดับ 3 มีความแตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค บริเวณดั่งจมูก หู ท้ายทอย และตาตุ่ม ไม่มีไขมันใต้ผิวหนัง แผลกดทับระดับ 3 มองเห็นเป็นแผลตื้น ในทางตรงข้าม บริเวณที่มีไขมันมาก แผลกดทับระดับ 3 จะลึกมาก มองหรือคลำกระดูก/เส้นเอ็น ไม่ได้

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น (Full thickness skin loss)

สูญเสียชั้นผิวหนังทุกชั้น มองเห็นกระดูก เส้นเอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตายบนพื้นแผลบางส่วน รวมถึงโพรงใต้ผิวหนังที่มีลักษณะซอนในแนวระนาบ/ซอนในแนวลึกที่อาจพบบ่อย ความลึกของแผลกดทับระดับ 4 แตกต่างตามตำแหน่งทางกายวิภาค บริเวณดั่งจมูก หู ท้ายทอย และตาตุ่ม ไม่มีไขมันใต้ผิวหนัง จึงอาจเห็นเป็นแผลตื้น แผลกดทับระดับ 4 ขยายเข้าไปในเนื้อเยื่อและ/หรือโครงสร้างรองรับเช่น ฟังผืด เส้นเอ็นหรือเยื่อหุ้มข้อ เป็นต้นทำให้กระดูกอักเสบได้ มองหรือคลำกระดูก/เส้นเอ็นได้

แผลกดทับไม่สามารถระบุระดับได้ : ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุม

(Unstageable Pressure Injury : Obscured full-thickness skin and tissue loss)

การสูญเสียเนื้อเยื่อทั้งหมดซึ่งพื้นของแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย (สีเหลืองสีน้ำตาลแดง สีเทา สีเขียวหรือน้ำตาล) และ/หรือสะเก็ดเนื้อตาย (สีน้ำตาลแดง สีน้ำตาลหรือดำ) บนพื้นแผล จนกระทั่งเนื้อตายหรือสะเก็ดเนื้อตายถูกกำจัดออกจึงทำให้เห็นพื้นแผล และความลึกที่แท้จริง ไม่เช่นนั้น ประเภท/ระดับของแผลกดทับจะไม่สามารถระบุได้สะเก็ดเนื้อตายที่ติดแน่น (แห้ง ติดแน่น คงสภาพไม่มีรอยแดง หรือโยกแล้วไม่เคลื่อน) บริเวณสันเท้า ทำหน้าที่เป็นสิ่งปกปิดธรรมชาติ (ชีวภาพ) ของร่างกาย และไม่ควรกำจัดออก

แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก : ผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนำมือกด สีแดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง Deep Tissue Injury: Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration

ผิวหนังปกติที่เปลี่ยนเป็นสีม่วง หรือน้ำตาลแดง หรือมีตุ่มน้ำเลือด เนื่องจากเนื้อเยื่ออ่อนได้รับอันตรายจากแรงกดและ/หรือแรงเฉือนเนื้อเยื่อบริเวณนี้อาจมีอาการนำมาก่อน คือ ปวด แสบตึง ก้อนนูนๆ อุ่น หรือเย็นกว่าเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง (ตุ่มน้ำเลือดที่เกิดขึ้นผิวหนังอาจยังไม่ฉีกขาด หรือฉีกขาดก็ได้ หากฉีกขาดพบพื้นแผล สีคล้ำ สีดำ หรือน้ำตาล) การบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึกนี้อาจยากที่จะตรวจได้ในผู้ที่มีผิวสีคล้ำการเปลี่ยนแปลงนี้อาจรวมถึง ตุ่มน้ำบาง ๆ เนื้อเยื่อบริเวณพื้นแผลที่คล้ำแผลอาจมีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นและอาจปกคลุมด้วยสะเก็ดเนื้อตายบางๆ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจลุกลามเข้าไปในชั้นเนื้อเยื่อใกล้เคียงอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะได้รับการรักษาอย่างดีที่สุด

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 3 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ (Device related pressure injuries)

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ (Device related pressure injuries) เป็นผลมาจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ วัสดุ เฟอร์นิเจอร์ และสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดแรงกดบริเวณผิวหนัง ไม่ว่าจะเป็นผลจากการใช้ในการรักษา หรือผิวหนังสัมผัสกับอุปกรณ์โดยไม่ได้ตั้งใจเมื่อแผลกดทับเป็นผลมาจากอุปกรณ์ที่ออกแบบและนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยหรือการรักษา จะเรียกว่าแผลกดทับที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์การแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury: MDRPI) แผลกดทับที่เกิดขึ้นนี้ จะเป็นไปตามรูปแบบหรือรูปร่างของอุปกรณ์ คำว่า 'อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง' อธิบายสาเหตุของการเกิดแผลกดทับมากกว่าความรุนแรงหรือขอบเขตของการสูญเสียเนื้อเยื่อ การเกิดแผลกดทับที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์การแพทย์ควรใช้ระบบการจำแนกประเภทที่เป็นที่รู้จัก เช่นเดียวกับการเกิดแผลกดทับอื่นๆ

แผลกดทับของเยื่อเมือกภายใน (Mucosal membrane pressure injuries)

แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือก คือ แผลกดทับที่เกิดขึ้นบริเวณทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือกมีสาเหตุหลักมาจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (เช่น ท่อซิลิโคน ท่อทางทางการแพทย์และอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ เป็นต้น) ที่ทำให้เกิดแรงกดและแรงเสียดสีบริเวณเยื่อเมือกอย่างต่อเนื่อง แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือกในระบบทางเดินหายใจ (เช่น ริมฝีปาก ปาก จมูก เป็นต้น) มักเกิดจากท่อออกซิเจนหรือท่อช่วยชีวิตและ/หรืออุปกรณ์ช่วยชีวิต แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือกในระบบทางเดินอาหารและอวัยวะสืบพันธุ์ (เช่น องคชาติ, ท่อไต เป็นต้น) มีสาเหตุหลักมาจากสายให้อาหารหรืออุปกรณ์เกี่ยวกับออสโตมีและสายสวนปัสสาวะ

การจำแนกประเภทของแผลกดทับในผู้มีผิวสีคล้ำ (Classifying pressure injuries in darkly pigmented skin)

การตรวจผิวหนังและแผลเปิดด้วยสายตา ให้ประเมินอุณหภูมิของผิวหนังและความชื้นของผิวหนัง เนื่องจากบริเวณที่เกิดรอยแดงนั้นยากต่อการระบุและแยกประเภทการเกิดแผลกดทับ ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการตรวจหาแผลกดทับประเภท/ ระดับ 1 ในผู้ที่มีผิวสีคล้ำนอกจากนี้ การระบุการอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนัง (Cellulitis) อาจช้าหรือพลาดไป ดังนั้น ความร้อนเฉพาะที่ อาการบวม/ความชื้นของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณที่เกิดแผลกดทับเมื่อเทียบกับเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น การบวม/ความแข็ง เป็นต้น และอาการปวดผิวหนังเฉพาะที่ ล้วนเป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของความเสียหายจากแรงกดในผู้ที่มีผิวสีคล้ำ

ตำแหน่งของการเกิดแผลกดทับ

ส่วนใหญ่มักจะอยู่ที่ส้นเท้า (Heel), ก้นย้อย (Buttocks), ก้นกบ (Coccyx), บริเวณเหนือก้นกบ (Sacrum), ข้อเท้า (Ankle), เท้า (Foot), นิ้วเท้า (Toe), สะโพก (Trochanter) และ กระดูกเชิงกราน (Ischial tuberosity) ตามลำดับ

การประเมิน ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ดังนี้

1. ประเมินสภาวะความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยทุกราย ตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ Braden scale (ระดับความเสี่ยงตามผนวก ค)

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 4 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

2. กรณีผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive care) ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับภายใน 6 ชั่วโมง ประเมินซ้ำเมื่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง และประเมินอย่างสม่ำเสมอทุก 8 ชั่วโมง

3. กรณีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน เช่น หอผู้ป่วยอายุรกรรม หรือ ศัลยกรรม ให้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเมื่อแรกรับหรือภายใน 6 ชั่วโมง ประเมินซ้ำเมื่ออาการและอาการแสดงของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง และประเมินอย่างสม่ำเสมอทุก 24 ชั่วโมง

การป้องกัน

1. การเปลี่ยนท่า/การจัดท่า มีหลักการดังนี้ (การจัดท่า ดูได้จากผนวก จ)

1.1 เปลี่ยนท่าทุกรายทั้งผู้ที่มีแผลกดทับหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามตารางเวลาของแต่ละบุคคลหากไม่มีข้อห้ามควรพิจารณาถึงสภาพร่างกาย การรับรู้ และสภาพจิตใจของแต่ละบุคคล และชนิดของพื้นผิวรองรับ (Support surface) ที่ใช้ร่วมด้วย

1.2 กำหนดความถี่ในการเปลี่ยนท่า โดยพิจารณาเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับระดับการทำกิจกรรมและความสามารถในการเปลี่ยนท่าด้วยตนเองตามแนวปฏิบัติควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชม. ทั้งนี้อาจเลื่อนให้นานขึ้นได้ขึ้นกับพื้นผิวรองรับหากมีการกระจายแรงกดดี หรือลดแรงกดทับได้

1.3 ประเมินสภาพผิวและความสบายทั่วไปของแต่ละบุคคลอย่างสม่ำเสมอ พิจารณาความถี่และวิธีการเปลี่ยนท่าใหม่ หากบุคคลนั้นไม่ตอบสนองต่อตารางการเปลี่ยนท่าตามที่กำหนด โดยหลังเปลี่ยนท่า ผิวหนังตามปุ่มกระดูกไม่พบรอยแดง หากพบรอยแดงเมื่อเปลี่ยนท่า 2 ชม. ควรร่นระยะเวลาให้เปลี่ยนท่าเร็วกว่า 2 ชม.หรือปิดวัสดุปิดแผลเพื่อลดแรงกดและแรงเสียดทานอาจเลื่อนระยะเวลาในการเปลี่ยนท่าได้ เป็นต้น

1.4 ตรวจสอบให้แน่ใจว่าการเปลี่ยนท่าด้วยตนเองมีประสิทธิภาพ ลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูกเพียงพอ การเปลี่ยนท่าแต่ละบุคคล ต้องทำให้แรงกดทุกปุ่มกระดูกให้น้อยที่สุด และมีการกระจายแรงกดให้ได้มากที่สุด

1.5 เมื่อเปลี่ยนท่านอนตะแคงข้าง ท่านี้จะทำให้ไม่มีแรงกดบริเวณก้นกบ ในขณะเดียวกันต้องไม่ให้แรงกดไปอยู่บริเวณกระดูกสะโพก

1.6 ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับสันเท้าของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถสัมผัสกับแรงกดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ได้ตั้งใจแม้ว่าบุคคลนั้นจะถูกเปลี่ยนท่าบ่อยครั้ง

1.7 ในบุคคลที่ถูกระงับความรู้สึก และใส่เครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทารกแรกเกิด ควรเปลี่ยนท่าของศีรษะบ่อย ๆ

1.8 หลีกเลี่ยงท่าที่จะกดทับลงบนอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยตรง เช่น ท่อ หรือ ท่อระบายสิ่งคัดหลั่ง หรือวัตถุแปลกปลอมอื่น ๆ

1.9 สำหรับบุคคลที่มีแผลกดทับระดับ 1 คือ บริเวณที่รอยแดงไม่จาง ให้หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าทับบริเวณนั้น

1.10 หลีกเลี่ยงการลากเมื่อเปลี่ยนท่า เพราะอาจส่งผลให้เกิดแรงเสียดทานและแรงเฉือน

1.11 ใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายสำหรับการเปลี่ยนท่า เนื่องจากอุปกรณ์ที่เหมาะสมจะช่วยให้การยกและลดการลากโดยไม่ได้ตั้งใจ

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 5 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

1.12 ในการจัดทำ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและไม่มีความเจ็บปวด โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ช่วงสุดท้ายก่อนเสียชีวิต (End-of-life)

1.13 ประเมินความจำเป็นในการให้ยาแก้ปวดก่อนที่จะเปลี่ยนท่าตามกำหนดเวลา หากจำเป็นต้องได้รับยาควรให้ก่อน 20 ถึง 30 นาที ก่อนเปลี่ยนท่า

1.14 ใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้ายที่ผลิตจากผ้าออกแบบเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

1.15 จัดหาอุปกรณ์ช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมการเคลื่อนย้ายบุคคลมาที่เตียงและที่นั่ง

1.16 จัดทำนอนตะแคงด้านข้าง 30 องศา แทนที่การจัดทำนอนตะแคง 90 องศาเมื่อเปลี่ยนท่า

1.17 ส่งเสริมให้บุคคลที่สามารถเปลี่ยนท่าตัวเองให้นอนในท่านอนตะแคงด้านข้าง 20° ถึง 30° หรือนอนราบบนเตียงได้หากไม่มีข้อห้าม

1.18 ผู้ที่อยู่ในท่านอนราบควรได้รับการประเมินโดยคำนึงถึงความต้องการทางคลินิกและความสะดวกสบายของแต่ละบุคคล เมื่อยกหัวเตียงขึ้นให้รักษาระดับความสูงไว้ที่ 30° หรือต่ำกว่า เพื่อลดการผิดรูปของเนื้อเยื่ออ่อน

1.19 ไม่จัดทำให้ผู้ป่วยนอนทับไหล่ หรือแขน และขาของตนเอง

1.20 หลีกเลี่ยงท่าที่ทำให้หลังงอ เพราะทำให้เพิ่มแรงกดและแรงเสียดบนบริเวณก้นและกระดูกก้นกบ

1.21 สำหรับผู้ที่มีแผลกดทับ หลีกเลี่ยงท่านั่งตัวตรงบนเตียง เพราะเป็นการเพิ่มแรงกดเต็มที่บริเวณกระดูกทรงนั่ง (Ischium)

1.22 การจัดท่านอนคว่ำหลีกเลี่ยงการจัดท่านอนคว่ำเป็นเวลานาน ยกเว้นในผู้ที่มีความจำเป็นทางการแพทย์

1.23 ใช้อุปกรณ์รองรับการกระจายแรงกด หรืออุปกรณ์ที่ช่วยในการกำจัดแรงกด บนใบหน้าและลำตัวในขณะที่อยู่ในท่านอนคว่ำ

1.24 หลังการจัดทำให้ตรวจสอบการกระจายแรงกดและตำแหน่งของอุปกรณ์การแพทย์ที่ผิวไม่เรียบ ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษโดยเฉพาะบริเวณเต้านม หัวเข่า นิ้วเท้า อวัยวะเพศ กระดูกไหปลาร้า อุ้งเชิงกราน และกระดูกหัวหน่าว

1.25 พิจารณาใช้วิธีการป้องกันแผลกดทับเพิ่มเติม เช่น วัสดุปิดแผลสำหรับป้องกันใต้อุปกรณ์การแพทย์ บริเวณเหนือปุ่มกระดูก ตัวอย่างเช่น กระดูกอุ้งเชิงกราน ซีโครง และสะบ้า เป็นต้น

1.26 ในการเปลี่ยนท่าแต่ละครั้งให้ประเมินใบหน้าและส่วนอื่นๆของร่างกาย เช่น บริเวณเต้านม หัวเข่า นิ้วเท้า อวัยวะเพศ กระดูกไหปลาร้า อุ้งเชิงกราน และกระดูกหัวหน่าว ซึ่งอาจเป็นบริเวณที่มีความเสี่ยงเมื่ออยู่ในท่านอนคว่ำ

1.27 ออกกำลังกายเป็นประจำกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตโดยการทำให้ Active exercise ในรายที่ปฏิบัติเองได้ หรือช่วยทำ Passive exercise ในรายที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 6 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

1.28 ห้ามนวดหรือใช้ความร้อนประคบบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากการนวดจะเป็นการเพิ่มแรงกดและทำลายเนื้อเยื่อและหลอดเลือดเล็กๆ บริเวณนั้นให้เสื่อมสภาพ

1.29 การใช้พื้นผิวรองรับและหมอนที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากแรงกดสำหรับผู้ที่อยู่ในตำแหน่งที่มีแนวโน้ม มีการสำรวจประสิทธิภาพของหมอนบนใบหน้าที่แตกต่างกันสำหรับการป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกด

2. การจัดทำนึ่ง มีหลักการดังนี้

2.1 การเปลี่ยนตำแหน่งและการกระจายแรงกด สำหรับผู้ที่ยูบ่นที่นึ่ง ส่งเสริมการนึ่งนอกเตียงบนเก้าอี้หรือรถเข็นนึ่งที่เหมาะสมโดยกำหนดเป็นช่วงเวลา

2.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ใช้เวลาในท่านั่งนาน ใช้วิธีการถ่ายน้ำหนัก และการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ลดแรงกด เช่น นึ่งนาน 30 นาที Push up ยกกันหรือมีคนช่วยในการยกตัวให้กันของผู้ป่วย ให้ลอยสูงจากเบาะรองนั่งหรือพื้นที่นั่งของรถเข็น หรือเก้าอี้หรือเลือกใช้เบาะรองนั่งที่สามารถกระจายแรงกดได้ ที่ทำจากโฟม เมมโมรีโฟม หรือยางพารา ที่เหมาะสมกับน้ำหนักของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น

2.3 ห้ามใช้อุปกรณ์ที่มีรูปวงกลม หรือคล้ายรูปโดนัท เช่น ห่วงยาง เนื่องจากขอบของอุปกรณ์ทำให้บริเวณที่สัมผัสมีแรงกดสูงทำให้ทำลายเนื้อเยื่อ อุปกรณ์เหล่านี้อาจทำให้การไหลเวียนเลือดลดลงและทำให้บวมร่วมด้วยรวมทั้งถุงมือเท้าเพราะอาจเกิด Dislocate

2.4 ประเมินผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ เมื่อจัดให้ผู้ป่วยนึ่งนอกเตียง เพื่อกำหนดระยะเวลาการนึ่งที่เหมาะสม

2.5 หลีกเลี่ยงการปล่อยให้ผู้ป่วยนึ่งบนหมอนนอน เก้าอี้ถ่าย (Commode) หรือบนชักโครกนานเกินความจำเป็น

2.6 สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ หลีกเลี่ยงการนั่งทับแผลโดยตรง และให้พิจารณาระยะเวลาของการนอนพักบนเตียงเพื่อส่งเสริมการหายของแผลบริเวณ กระดูกทรงนั่ง (Ischial) และ กระดูกก้น (Sacral)

2.7 หากจำเป็นต้องนึ่งบนเก้าอี้หรือรถเข็นนึ่งสำหรับบุคคลที่มีแผลกดทับบริเวณ Sacrum, Coccyx or Ischial จำกัดให้นั่งไม่เกิน 3 ครั้งต่อวัน และแต่ละครั้งไม่เกิน 60 นาที หรือน้อยกว่า

2.8 ปรับเปลี่ยนตารางเวลานึ่ง ประเมินอุปกรณ์รองนั่งและท่านั่งของแต่ละบุคคลอีกครั้ง ถ้าหากแผลกดทับแย่ลงหรือไม่ดีขึ้น (Worsens fails to improve) การเคลื่อนย้ายบุคคลไปยังที่นั่งใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น สลิงยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย (Split leg sling mechanical lift) ถ้ามีใช้ในหน่วยงาน เพื่อเคลื่อนย้ายบุคคลไปยังเก้าอี้หรือรถเข็นนึ่ง สำหรับบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ภายหลังการเคลื่อนย้ายเสร็จให้ถอดสลิงออกทันที

2.9 ไม่ทั้งอุปกรณ์เคลื่อนย้ายและการจัดการไว้ได้ตัวบุคคลหลังการใช้งาน เว้นแต่อุปกรณ์จะได้รับการออกแบบมาโดยเฉพาะเพื่อจุดประสงค์นี้

2.10 ใช้อุปกรณ์การเคลื่อนย้ายที่ผลิตจากผ้าที่ออกแบบมาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 7 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

2.11 เลือกเก้าอี้แบบปรับเอน ที่สามารถปรับยกขาของผู้ป่วยขึ้นสูงได้ หากการปรับเอนไม่เหมาะสมหรือไม่สามารถทำได้ ต้องให้แน่ใจว่าเท้าของบุคคลนั้นวางราบบนพื้นหรือบนที่พนักเท้าอย่างดี เมื่อนั่งตัวตรงในเก้าอี้หรือรถเข็นนั่ง

2.12 ปรับที่วางเท้าและที่วางแขนเพื่อรักษาท่าทางของแต่ละบุคคลและเพื่อเพิ่มการกระจายแรงกดสูงสุด

2.13 ใช้การกระดกที่นั้ง 30° บ่อยครั้งเท่าที่ทำได้ เพราะท่านี้นช่วยป้องกันการเลื่อนไถล กระจายแรงกดและลดแรงเฉือน กรณีที่นั้งรถเข็นนั่งให้กระดกก่อนปรับเอน

2.14 หลีกเลี่ยงท่านั่งตัวตรงบนเก้าอี้หรือเตียง ในผู้ที่มีแผลกดทับบริเวณ Ischial โดยจำเป็นต้องเอียงตัวอย่างน้อย 30° เพื่อลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูก Ischial อย่างมีนัยสำคัญทางคลินิก

2.15 สำหรับผู้ที่มีแผลกดทับบริเวณ ischial หรือ Sacral ให้ค่อยๆปรับตารางการนั่งให้เป็นไปตามการตอบสนองของการเกิดแผลกดทับและผิวหนังโดยรอบ และความทนของแต่ละบุคคล

2.16 ประเมินผิวหนังหลังจากการนั่งแต่ละครั้ง เพื่อประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด ระยะเวลาในการนั่งสามารถเพิ่มหรือลดลงได้ตามสภาพแผลกดทับที่ดีขึ้นหรือแย่ลง

2.17 มีการตรวจสอบอุปกรณ์ลดแรงกดเพื่อไม่ให้เกิด ‘Bottoming out’ (ผู้ป่วยนอนจมตัวลงในที่นอนจนสะโพกและก้นสัมผัสกับพื้นเตียง) โดยการวัดระยะห่างของฝ่ามือที่สอดระหว่างอุปกรณ์ลดแรงกด (ที่นอน, เบาะรองนั่ง) กับตำแหน่งที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ซึ่งต้องมีระยะห่างประมาณ 2.5 เซนติเมตร ถ้ารู้สึกว่ามีแรงกดจากตัวผู้ป่วยบนมือแสดงว่าเกิด ‘Bottoming out’ และอุปกรณ์ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (วิธีการตรวจสอบ Bottoming out ตามผนวก ง)

3. การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยในห้องผ่าตัด มีหลักการดังนี้

3.1 ประเมินบุคคลที่เข้ารับการผ่าตัด ที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวผู้ป่วย เพื่อพิจารณาว่าจะจัดทำและวางเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดอย่างไร จะมีโอกาสทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่เกี่ยวข้องกับอุปกรณ์ทางการแพทย์

3.2 ห้ามจัดทำให้บุคคลนอนทับบนอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยตรง เว้นแต่จะไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้

3.3 หากเป็นไปได้ให้เปลี่ยนท่าของบุคคลในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งการเปลี่ยนท่านี้ไม่จำเป็นต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งตัว การเปลี่ยนท่าในระหว่างผ่าตัดอาจทำไม่ได้ทุกครั้ง และจะต้องพิจารณาชนิด ท่า ระยะเวลาของการผ่าตัดและข้อจำกัดทางคลินิกของแต่ละบุคคล

3.4 ให้ความสนใจเป็นพิเศษกับตำแหน่งที่ถูกกดทับ ซึ่งมีความเฉพาะในการจัดทำของแต่ละบุคคล เมื่อทำการผ่าตัด และให้ประเมินผิวหนังตำแหน่งที่ถูกกดทับนั้นหลังการผ่าตัด (เช่น หน้าผาก จมูก คาง หน้าอก อุ้งเชิงกราน อวัยวะเพศ หัวเข่า และนิ้วเท้าในท่านอนคว่ำ)

3.5 ใช้อุปกรณ์รองรับการกระจายแรงกด และแผ่นรองเพื่อช่วยในการจัดทำบุคคลของแต่ละบุคคล (เช่น ใช้หมอนรองใบหน้า และแผ่นรองหน้าอก ที่ทำจากเมมโมรีโฟม เมื่ออยู่ในท่านอนคว่ำ)

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 8 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

- 3.6 พิจารณาใช้วัสดุปิดแผล เช่น โฟมซิลิโคน 5 ชั้น หรือซิลิโคนโฟมหลายชั้น (5 Layers silicone foam/ multilayers silicone foam) สำหรับป้องกัน ในการป้องกันแรงกดตามปุ่มกระดูก/สันกระดูก
- 3.7 ใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกดดวงรองที่นอน และไม่กดที่เอ็นร้อยหวาย เพื่อยกส้นเท้าให้ไม่ถูกกด
- 3.8 อาจใช้ภาพแผนที่แรงกด (Pressure mapping) เป็นสัญญาณบอกแนวทางในการจัดทำในห้อยผ้าตัด
- 3.9 หากเป็นไปได้ให้จัดทำบุคคลก่อนและหลังผ้าตัดให้ต่างกับท่าที่ใช้ในระหว่างผ้าตัด หากไม่มีข้อจำกัดทางการรักษา

หมายเหตุ : การบาดเจ็บในห้อยผ้าตัดไม่จำกัดเฉพาะแผลกดทับเท่านั้น รวมถึงการบาดเจ็บอื่นๆ เช่น แผลไหม้จากเครื่องจี เป็นต้น

การดูแลด้านอื่น

1. ดูแลสภาพผิวหนังให้ชุ่มชื้น ไม่เปื่อยและโดยการทาโลชั่น, วาสลีน ครีม/ Ointment หรือ Skin barrier cream เพื่อลดความเสี่ยงจากผิวหนังถูกทำลายได้ง่าย
2. ดูแลภาวะโภชนาการ : ให้ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพ โดย
 - 2.1 ประเมินภาวะโภชนาการ
 - 2.2 ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านโภชนาการ
3. การให้ความรู้
 - 3.1 ให้ความรู้ในทีมสุขภาพ
 - 3.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยญาติ/ผู้ดูแล

การประเมินแผล และการทำแผล

1. ประเมินแผลกดทับ และบันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล
2. ทำแผล และเลือกวัสดุที่ใช้ในการทำแผลตามความเหมาะสมหรือปรึกษาทีม Advance Wound Care หรือ ET Nurse ที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลแผล
3. ส่งต่อข้อมูลแผล ได้แก่ ลักษณะแผล ความรุนแรง และวิธีการทำแผล ให้ทีมหรือให้กับพยาบาลเมื่อย้ายหอผู้ป่วย

การดูแลต่อเนื่อง

1. เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายและยังคงมีแผลกดทับ ให้สรุปการเกิดแผลกดทับและบันทึกในแบบประเมินพร้อมทั้งปฏิบัติตามแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายได้แก่ประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแลให้คำแนะนำสอนสาธิตวิธีการดูแลแผลแก่ญาติ
2. ส่งต่อการดูแลไปยังสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วยเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยผ่านทาง Tele-medicine หรือ Tele-nursing หรือผ่านทาง Application Line กลุ่มแบบเฉพาะผู้ป่วยรายบุคคล

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 9 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ข้อควรระวัง

ถ้าไม่มีการประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ไม่มีการบันทึกลงในแบบบันทึก ถือว่าไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ตัวชี้วัดคุณภาพ

1. อัตราการเกิดแผลกดทับ (PI, MDRPI, MMPI) และการบาดเจ็บของผิวหนัง (IAD/ITD, MARSI) ผู้ป่วยในระดับ C-D < 2 ครั้ง/1,000 วันนอน
2. อัตราการเกิดแผลกดทับ (PI, MDRPI, MMPI) และการบาดเจ็บของผิวหนัง (IAD/ITD, MARSI) ผู้ป่วยในระดับ E-I 0 ครั้ง/1,000 วันนอน
3. อัตราการเกิดแผลกดทับ (PI, MDRPI, MMPI) และการบาดเจ็บของผิวหนัง (IAD/ITD, MARSI) ผู้ป่วยนอก ระดับ C-D < 2 ครั้ง/10,000 visits
4. อัตราการเกิดแผลกดทับ (PI, MDRPI, MMPI) และการบาดเจ็บของผิวหนัง (IAD/ITD, MARSI) ผู้ป่วยนอก ระดับ E-I 0 ครั้ง/10,000 visits
5. ความชุกของการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (Hospital-acquired Pressure Injury) ≤ ร้อยละ 3
6. บุคลากรทางการพยาบาลผ่านการประเมินคุณภาพการพยาบาลตามรูปแบบของ SMILES PMK BUNDLE โดยได้คะแนน ≥ 80

หมายเหตุ

- กรณีที่เข้านอนพักรักษาตัวในครั้งนี้อาจเกิดแผลขึ้นมาแล้ว และรักษาหายแล้ว แต่ในวันที่สำรวจความชุกพบแผลกดทับใหม่จะไม่เรียกว่าเป็นอุบัติการณ์ หรือ Incidence แต่เป็นการเกิดซ้ำ ให้บันทึกลงใน Nursing Progress note และการสำรวจความชุกนับเป็นแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital Acquire Pressure Injury : HAPI) และลงบันทึกใน Incidence Report (IR) เลือกเป็นการเกิดแผลครั้งที่ 2 หรือ ครั้งที่ 3 ตามจริง
- กรณีที่ย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยอื่นใน รพ. พบว่าเกิดแผลกดทับใน รพ.จากหอผู้ป่วยที่ย้ายมาจากข้อมูลใน Nursing Progress note ให้นับเป็นแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาล (Hospital Acquire Pressure Injury: HAPI)
- กรณีที่พบแผลกดทับในวันสำรวจความชุก แต่ไม่มีการบันทึกว่ามีแผลมาจากที่ใด ให้นับเป็นแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และในการลง IR ให้ลงข้อมูลเป็นแผลกดทับจากหอผู้ป่วยที่ย้ายมา โดยหอผู้ป่วยที่รับย้ายสามารถลงข้อมูลได้เลย
- กรณีที่มีแผลกดทับจากบ้าน หรือจากหอผู้ป่วยอื่น แต่อยู่ในหอผู้ป่วยมาระยะหนึ่ง แล้วแผลแย่ง ให้ลง IR เลือกลักษณะรองว่าเป็นแผลที่ Worse down การบันทึก Level of harm (ตามภาคผนวก ข)

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 10 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

เอกสารอ้างอิง

1. National Pressure Injury Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. Haesler E, ed. NPIAP, EPUAP, PPPIA; 2019.
2. McNichol L, Mackey D, Watts C, Zuecca N. Choosing a support surface for pressure injury prevention and treatment. Nursing [Internet]. 2020 Jan;50(2):1. Available from: https://journals.lww.com/nursing/FullText/2020/02000/Choosing_a_support_surface_for_pressure_injury.12.aspx

ประกาศ ณ วันที่ 4 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

พ.อ.หญิง



(อุดมรัตน์ ชัดระมาน)

ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 11 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ก

ภาพประกอบระดับความรุนแรงของแผลกดทับ, MASD, MARSI

ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ¹ แบ่งเป็น

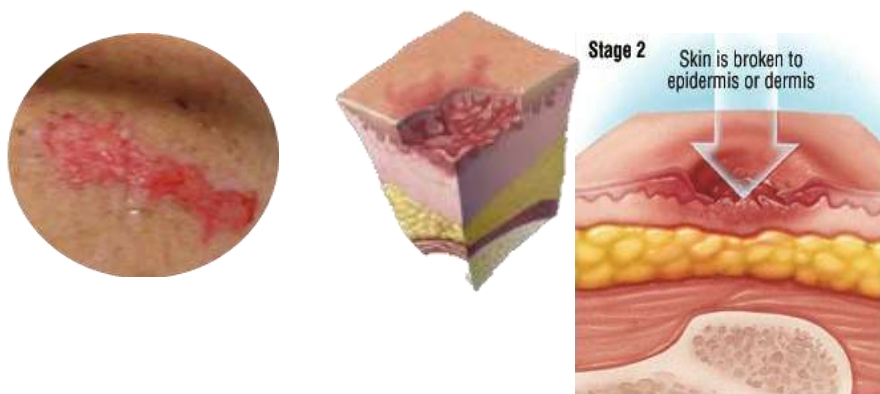
แผลกดทับ ระดับ 1: รอยแดงบนผิวหนังยังที่คงสภาพ เมื่อใช้นิ้วมือกดรอยแดงไม่จางหายไป

Stage 1 Pressure Injury: Non-blanchable erythema of intact skin



แผลกดทับระดับ 2 : สูญเสียผิวหนังบางชั้นที่มองเห็นชั้นหนังแท้

Stage 2 Pressure Injury: Partial-thickness skin loss with exposed dermis



แผลกดทับระดับ 3: สูญเสียผิวหนังทุกชั้น

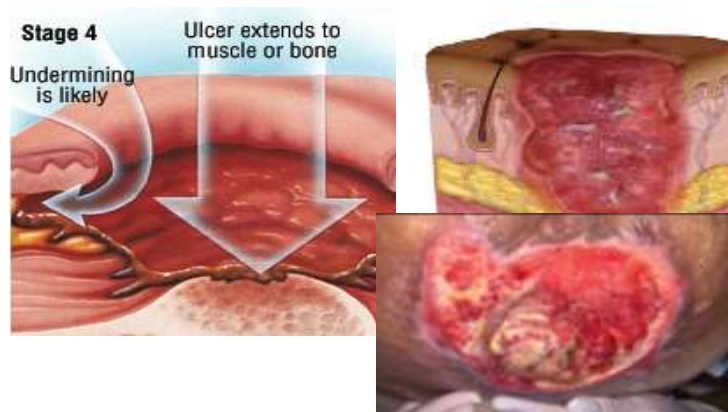
Stage 3 Pressure Injury: Full-thickness skin loss



	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 12 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

แผลกดทับระดับ 4: สูญเสียผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง

Stage 4 Pressure Injury: Full-thickness skin and tissue loss



แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุความลึกได้: ผิวหนังทุกชั้นและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่ถูกทำลายถูกปกคลุม

Unstageable Pressure Injury: Obscured full-thickness skin and tissue loss



แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก: ผิวหนังเป็นรอยแดงคล้ำและรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนิ้วมือกด สีแดงอมน้ำตาล หรือเปลี่ยนเป็นสีม่วง

Deep Tissue Injury: Persistent non-blanchable deep red, maroon or purple discoloration



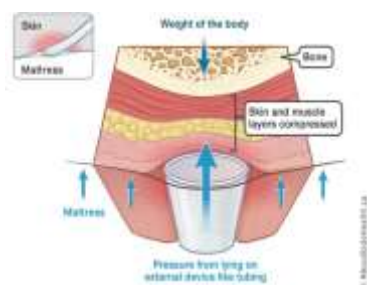
	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 13 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

Natural history of deep tissue injury of the heel and sacrum²

			
48 hours after admission, this DTI was found on the heels in a patient who was "found down" on concrete	Epidermal lift 48 hours later	Development of blood blister at 96 hours despite aggressive offloading with heel offloading devices	Continued evolution at 8 days
			
Discovery of DTI of buttocks	72 hours later, epidermal lift is present	Development of blood blister at day 10	

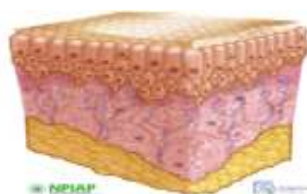
แผลกดทับที่สัมพันธ์กับอุปกรณ์ทางการแพทย์

Medical Device Related Pressure Injury:



แผลกดทับของเยื่อบุผิวภายใน

Mucosal Membrane Pressure Injury:



	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 14 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

Moisture Associated Dermatitis (MASD)

แนวคิดเกี่ยวกับ MASD ได้ถูกอธิบายโดย EPUAP ว่าเป็นการอักเสบและ/หรือ การกัดกร่อนของผิวหนังที่มีสาเหตุจากการสัมผัสความชื้นอย่างมาก ได้แก่ ปัสสาวะ อุจจาระเหลว หรือสิ่งขับหลังจากแผลชนิดของ MASD มี 4 ประเภท ดังนี้



1. Incontinence Associated Dermatitis (IAD) การตอบสนองของผิวหนังต่อการสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระเป็นเวลานาน ซึ่งสามารถสังเกตเห็นผิวหนังมีการอักเสบและแดง ซึ่งอาจมีการกัดกร่อนหรือเปิดออกเป็นแผลของผิวหนังร่วมด้วย



2. Intertriginous Dermatitis (ITD) เป็นการเกิดแผลอักเสบในบริเวณรอยพับของผิวหนังที่มีสาเหตุมาจากเหงื่อ มักเกิดในคนอ้วนที่มีรอยพับของผิวหนังมากรวมถึงขาหนีบและก้น ซึ่งเหงื่อทำให้ผิวชื้นและอ่อนแอ เมื่อร่างกายมีการเคลื่อนไหว ก็ทำให้เกิดการเสียดสีของผิวในบริเวณรอยพับ เป็นแผลอักเสบและแผลเปิดตามมา ลักษณะแผลทั้งสองด้านของผิวหนังจะเหมือนกัน (เหมือนการส่องกระจกเห็นเงาสะท้อนของอีกด้าน)



3. Periwound Moisture Associated Dermatitis ภาวะผิวหนังอักเสบรอบขอบแผลจากปริมาณสิ่งขับหลังที่มีมาก มักเกิดจากการใช้วัสดุปิดแผลที่ช่วยซึมซับไม่เหมาะสม



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031

หน้า : 15 / 26

วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553

แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568

เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ :

คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6



4. Peristomal Moisture-associated Dermatitis (MASD) ภาวะผิวหนังอักเสบรอบรูเปิดทวารเทียม เกิดจากการตัดรูดของถุงรูดรับ(ostomy bag) ใหญ่เกินไป อุจจาระจึงสัมผัสกับผิวหนังโดยรอบ และการลอกเปลี่ยนถุงรูดรับบ่อยทำให้เกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง

การประเมิน Moisture Associated Dermatitis (MASD) แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

1. Category I ผิวหนังมีสีแดงแต่ยังสมบูรณ์ไม่มีผิวหนังหลุดลอก (red but skin intact: mild)
2. Category II ผิวหนังมีสีแดง อาจมีตุ่มน้ำพองใส มีการหลุดลอกของผิวหนัง อาจมีการติดเชื้อของผิวหนังร่วมด้วย (red with skin breakdown: moderate - severe)

TABLE 1 | IAD Severity Categorisation Tool

Clinical presentation	Severity of IAD	Signs**
	No redness and skin intact (at risk)	Skin is normal as compared to rest of body (no signs of IAD)
	Category 1 - Red* but skin intact (mild)	Erythema +/- oedema
	Category 2 - Red* with skin breakdown (moderate-severe)	As above for Category 1: +/- vesicles/bullae/skin erosion +/- denudation of skin +/- skin infection

* Or paler, darker, purple, dark red or yellow in patients with darker skin tones
** If the patient is not incontinent, the condition is not IAD



Update version 2 (03-2025)

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 16 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6



การลอกพลาสติกใช้เทคนิค
2 fingers & 180 องศาbackward





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031

หน้า : 17 / 26

วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553

แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568

เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ :

คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ตัวอย่างการยึดติดอุปกรณ์ และการใช้อุปกรณ์หุ้มเพื่อช่วยลดแรงกดของอุปกรณ์ทางการแพทย์

Department of Critical Care

Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Foundation Trust



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

Oxygen mask elastic



Nasal cannulae tubing

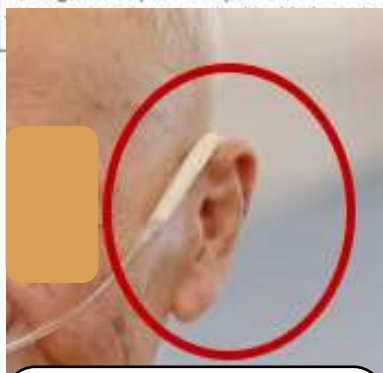


Assess and apply Mepore/gauze pad



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



การใช้โฟมแบบบางหุ้ม
สาย O2 canular ให้ขนาด
พอดีกับของใบหู

Department of Critical Care

Doncaster and Bassetlaw Hospitals NHS Foundation Trust



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



สายรัดแทนเชือกผูกยึดท่อ
ทางเดินหายใจที่คอ

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 18 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ข

PMK SMILES BUNDLE





โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031

หน้า : 19 / 26

วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553

แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568

เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ :

คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ค

Level of Clinical Risk (PU/PI, MDRPU, MMPU, IAD, ITD, MARS)

Level	Meaning	Clinical sign
A	<u>ไม่เกิด</u> อุบัติการณ์ แต่มีเหตุการณ์ที่อาจจะทำให้เกิดอุบัติการณ์ “ดักจับได้” โดยหน่วยงานก่อนที่จะไปถึงผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่	- ผู้ป่วยนอนบน Spinal board นานเกินกว่า 4 ชม. (รวมระยะเวลาที่นอนตั้งแต่ในรถพยาบาล) แต่ยังไม่พบรอยแดงตามปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับ Spinal board - ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน Braden score/Braden Q ภายใน 6 ชม.หลังแรกรับ หรือรับย้ายจากหอผู้ป่วย หรือจาก ER
B	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น แต่ <u>ยังไม่ถึง</u> ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดการบาดเจ็บของผิวหนัง แต่ไม่ได้รับการป้องกัน เช่น ไม่ใช้อุปกรณ์ในการลดแรงกด, ไม่ทา Skin barrier cream เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความชุ่มชื้นของผิวหนัง - เมื่อมีการเปลี่ยนผ้าอ้อม หรือแผ่นรองขับที่มีปัสสาวะ หรืออุจจาระอาจพบ รอยแดงเล็กน้อยบริเวณที่สัมผัสกับปัสสาวะ หรืออุจจาระ จากการเช็ดถูทำความสะอาดแล้วจางหายในเวลาไม่เกิน 2 ชม.
C	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น <u>ถึง</u> ผู้ป่วย แต่ <u>ไม่เป็นอันตราย</u>	- ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง ไม่มีการใช้ Support surface หรือมีการใช้ Support surface ในการป้องกัน เช่น มีที่นอนลม แต่ปรับที่นอนลมไม่เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย - พบรอยแดงตามปุ่มกระดูก แต่จางหายไป ในเวลาไม่เกิน 30 นาที - ไม่ใช้หมอนในการจัดท่า เพื่อลดแรงกดที่บริเวณสันเท้า และส่วนอื่นๆหรือมีการใช้อุปกรณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ใช้ถุงมือใส่น้ำรองบริเวณสันเท้า หรือตาตุ่ม เป็นต้น



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031

หน้า : 20 / 26

วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553

แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568

เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ :

คณะกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

Level	Meaning	Clinical sign
D	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยไม่เป็นอันตราย แต่ <u>ต้องติดตามเพิ่ม</u>	- PI/MDRPI Stage 1 (Skin intact), Stage 2 มีตุ่มพอง น้ำใสขนาดเล็กแต่ยังไม่แตก หรือมีลักษณะคล้าย รอยไหม้ (จากการเสียดสี) มีขนาดเล็กตามแนวของ อุปกรณ์ทางการแพทย์ - IAD และ ITD Category 1 หรือ Category 2 ที่มีการกร่อน/เปิดของผิวหนังขนาดเล็กๆ กระจาย แต่รัศมีการกระจาย/เส้นผ่านศูนย์กลางไม่เกิน 2 cm. (Mild) - MARSİ แคเพียงรอยแดง ไม่มีการแยก หรือเปิด หรือฉีกขาดของผิวหนัง (Skin intact) หายได้ภายใน 8 ชม. หรือเป็น Skin tear type 1 ผิวหนังมีการปริออก แต่ไม่มีเลือดไหลออกมา ขนาดความยาวไม่เกิน 3 cm. รวมถึง Tension and Blister ที่ Skin intact
E	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้วมีอันตราย ชั่วคราว <u>ต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไข</u> เพิ่มเติม	- PI/MDRPI Stage 2 รวมถึงที่เป็นตุ่มพองที่มีการฉีกขาดของผิวหนัง, MMPI - PI/MDRPI DTI, Stage 3, Unstageable - แผล PI เดิมแย่งลง มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น - IAD และ ITD Category 2 ผิวหนังเปิด เส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 2 cm. ขึ้นไป (Moderate-severe) หรือมีการติดเชื้อ เช่น เชื้อรา หรือเชื้ออื่น ๆ หรือมีการอักเสบร่วมด้วย
F	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยแล้วมีอันตราย ชั่วคราวและ <u>นอนโรงพยาบาลนานขึ้น</u>	- PI/MDRPI Stage 4 มีความลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ อาจพบเส้นเอ็น หรือคลำพบกระดูก อาจจำเป็นต้องมีการตัดแต่งเนื้อตาย (Debridement) ทั้งที่ข้างเตียงและในห้องผ่าตัด แผลอาจมีการติดเชื้อ และอาจได้รับยาฆ่าเชื้อ - MARSİ ชนิด Skin tear type 2-3 มีการอักเสบของแผลร่วมด้วย และได้รับยาฆ่าเชื้อ * จากเหตุดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาแผลต่อในโรงพยาบาลนานขึ้น *



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031

หน้า : 21 / 26

วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553

แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568

เรื่อง : การป้องกันและดูแลแผลกดทับ

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ :

คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
กพย.รพ.ร.ร.6

ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

Level	Meaning	Clinical sign
G	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร หรือ <u>พิการ</u>	- เกิด Osteomyelitis ตรงกระดูกบริเวณที่เป็น PI มีความจำเป็นต้องผ่าตัดข้อสะโพกออก หรือตัดขา ส่งผลให้ต้องสูญเสียอวัยวะ หรือเกิดความพิการ - แผลที่เกิดขึ้นส่งผลให้สูญเสียอวัยวะบางส่วน หรือผิดรูปถาวร เช่น แผลกดทับที่บริเวณหน้าอก อวัยวะเพศ หรืออวัยวะอื่นๆ หลังจากตัดเนื้อตายส่วนนั้นออก ส่งผลให้เมื่อแผลหาย ผู้ป่วยจะสูญเสียอวัยวะส่วนนั้นไป หรืออาจสูญเสียภาพลักษณ์แบบถาวร เช่น ถูกตัดหัวนม เต้านม อวัยวะเพศ หรือ ใบหูถูกตัดออกจนแทบไม่เหลือเป็นต้น
H	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวรส่งผลให้ <u>ต้องทำการช่วยชีวิต</u>	Sepsis/Septic shock จาก PI Infection มีความจำเป็นต้องทำการช่วยชีวิต
I	มีอุบัติการณ์เกิดขึ้นถึงผู้ป่วยและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวรจนถึง <u>แก่ชีวิต</u>	Sepsis/Septic shock จาก PI Infection และนำไปสู่การเสียชีวิต

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 22 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ง

การใช้แบบประเมิน Braden score

1. Braden score ใช้ประเมินอายุ > 5 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 6 หมวด อาทิ การรับรู้ (Sensory Perception)

ความเปียกชื้น (Moisture) กิจกรรม (Activity) การเคลื่อนไหว (Mobility) อาหาร (Nutrition)

แรงขัดถูและเลื่อนไถล (Friction and Shear) (ค่าคะแนน 6-23 คะแนน) การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 16-18 มีความเสี่ยงต่ำ

คะแนน 13-15 มีความเสี่ยงปานกลาง

คะแนน 10-12 มีความเสี่ยงสูง

คะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนลงมา มีความเสี่ยงสูงที่สุด

การปฏิบัติ **คะแนน > 18 ประเมินสัปดาห์ละครั้ง

**คะแนน < 18 ประเมินทุกวันทุกเวร

กรณีหากมีอาการเปลี่ยนแปลงทางอายุรกรรมให้ประเมินซ้ำใหม่ทุกครั้ง

สามารถใช้ Application ในการประเมิน Braden score จาก link / QR code นี้

<https://braden-score.netlify.app/>

[หมายเหตุ: Application นี้ เป็นผลงานของ นรพ.วพบ. ทาง QA PI ได้รับอนุญาต

สามารถใช้ใน รพ.พระมงกุฎเกล้าได้]



2. Braden Q score ใช้ประเมินอายุ 0-5 ปี ประกอบด้วย 7 หมวด อาทิ การเคลื่อนไหว (Mobility)

กิจกรรม (Activity) การรับรู้ (Sensory Perception) ความเปียกชื้น (Moisture) อาหาร (nutrition) แรงขัดถู

และเลื่อนไถล (Friction and Shear) การกำซาบออกซิเจนในเลือด (Tissues Perfusion and Oxygenation)

(ค่าคะแนน 7-28 คะแนน) การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 17-23 มีความเสี่ยงต่ำ

คะแนน 13-16 มีความเสี่ยงปานกลาง

คะแนน 10-12 มีความเสี่ยงสูง

คะแนน ตั้งแต่ 9 ลงมา มีความเสี่ยงสูงที่สุด

การปฏิบัติ **คะแนน > 16 ประเมินสัปดาห์ละครั้ง

**คะแนน < 16 ประเมินทุกวันทุกเวร

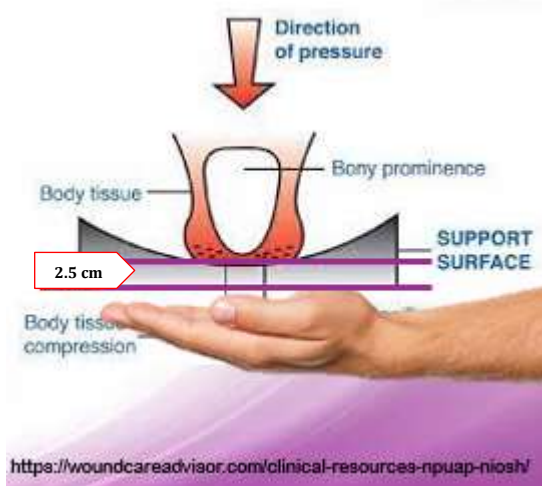
กรณีหากมีอาการเปลี่ยนแปลงทางอายุรกรรมให้ประเมินซ้ำใหม่ทุกครั้ง

	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 23 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก จ

พื้นผิวรองรับ (Support surface)

Bottoming out



ควรตรวจสอบ “bottoming out” ได้พื้นผิวรองรับได้แก่ ที่นอน/เบาะรองนั่งเป็นประจำโดยการวัดระยะห่างของฝ่ามือที่สอดใต้พื้นผิวรองรับให้ตรงกับบริเวณกันที่กดลงต่ำที่สุด หากวัดระยะห่างได้น้อยกว่า 2.5 เซนติเมตร ถือว่าเกิด Bottoming out แสดงว่าอุปกรณ์นั้นไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะเดียวกันน้ำหนักและการกระจายแรงกดรวมถึงรูปร่างของแต่ละบุคคลอาจส่งผลให้พื้นผิวรองรับเสียรูป ทำให้ประสิทธิภาพของการกระจายแรงกดของพื้นผิวรองรับเสียไป

พื้นผิวรองรับเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันและรักษาแผลกดทับ เนื่องจากสามารถป้องกันการบาดเจ็บและความเสียหายหรือผิดรูปของเนื้อเยื่อช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปยังเนื้อเยื่อที่มีความเสี่ยงหรือได้รับบาดเจ็บ พื้นผิวรองรับเพียงอย่างเดียวไม่ได้ป้องกันหรือรักษาแผลกดทับ แต่มีบทบาทสำคัญที่ใช้ร่วมในแผนการป้องกันและรักษาแผลกดทับดังนั้นการเลือกพื้นผิวรองรับจึงควรคำนึงถึงความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

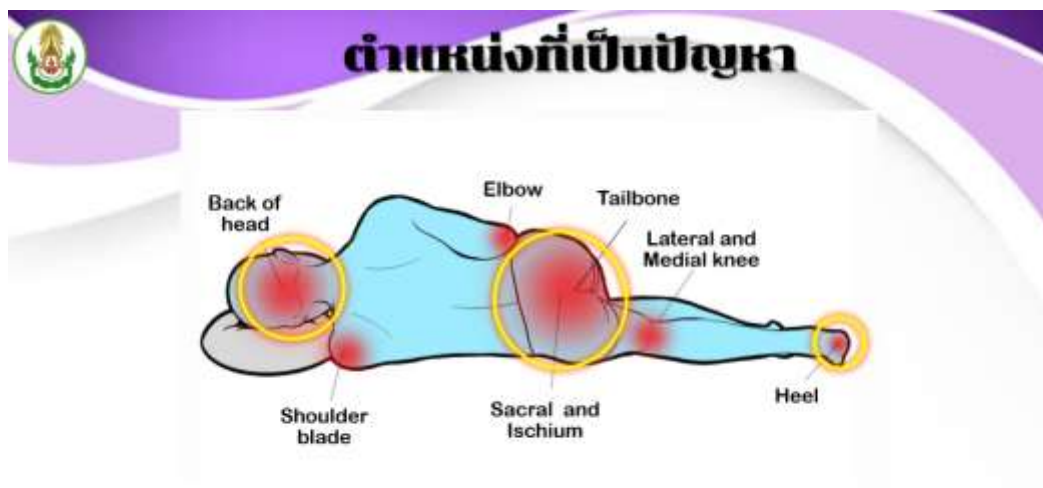
- พื้นผิวรองรับบางชนิด ทำให้การเคลื่อนไหวลดลงและมีความลำบากในการลุกออกจากเตียง ให้ปรับสมดุลระหว่างความจำเป็นในการป้องกันแผลกดทับ ด้วยการส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย
- เลือกอุปกรณ์ในการจัดทำ แผ่นรองซับสิ่งขับถ่าย เสื้อผ้า และผ้าปูเตียงที่เข้ากันได้กับพื้นผิวรองรับ
- จำกัดปริมาณผ้าและแผ่นรองซับที่วางบนพื้นผิวรองรับ
- ประเมินความเหมาะสมของพื้นผิวรองรับ หลังการประเมินความเสี่ยงของผิวหนังทุกครั้ง
- ตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ดูแลในการยกหรือเคลื่อนย้าย เช่น การเอื้อม/การโน้มตัวที่มากเกินไปในการดูแลผู้ป่วยเมื่อใช้เตียงที่มีความกว้างพิเศษ เป็นต้น

- พื้นผิวรองรับชนิดแรงดันสลับ (Alternating pressure air support surface) จะแตกต่างกันไปตามขนาดของลอนลม ความสูงและความกว้าง รูปแบบการสลับแรงดันลมและระยะเวลาของวงจรการสลับแต่ละลอนลม ยังไม่มีหลักฐานเพียงพอในการแนะนำการออกแบบการสลับลอนลม และระยะเวลาวางแบบใดมีประสิทธิภาพมากกว่าในแง่ของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- ประเมินเบาะรองนั่งและที่หุ้มในเรื่องการระบายความร้อน ให้เลือกเบาะรองนั่งและที่หุ้มที่ยอมให้อากาศถ่ายเทเพื่อลดอุณหภูมิและความชื้นบริเวณผิวสัมผัสของกัน ควรมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้งานและการบำรุงรักษาพื้นผิวรองรับที่นำรวมถึงรถเข็นนั่งและอุปกรณ์เบาะรองนั่งที่จัดให้กับผู้ป่วย

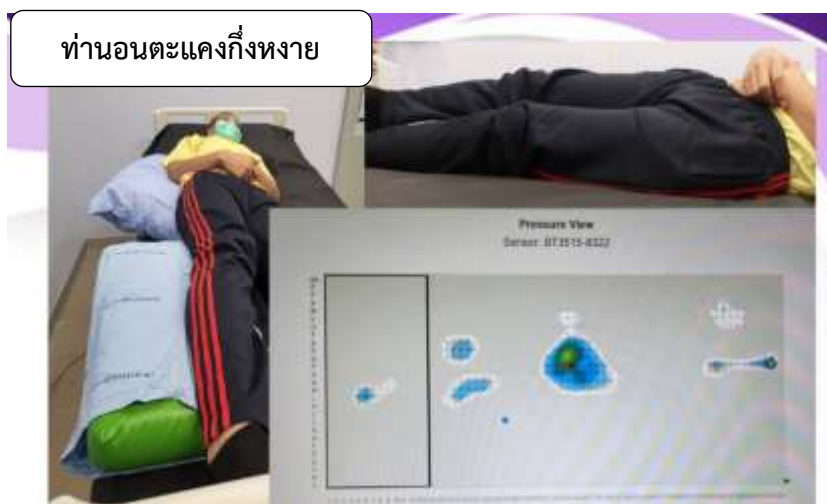
	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 24 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

ผนวก ฉ

ภาพประกอบการจัดทำ และลดแรงกด



High-risk areas for pressure ulcers include the sacrum, heel, back of the head, and underneath medical devices (e.g., face masks)



	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 25 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6

การจัดท่านอนหงายให้ผู้ป่วยสุสบาย ปรับปลายเท้า/ขา
สูงไม่เกิน 15-30 องศา ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา



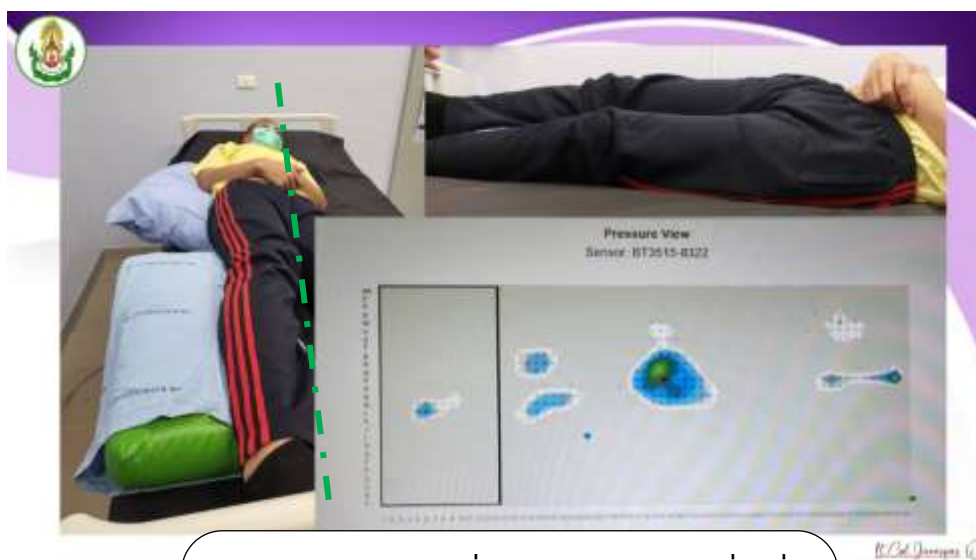
นอนหงายใช้หมอนรองบริเวณน่อง
ปรับศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา



การจัดท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ โดยให้ตะแคงขาซ้ายหมอน
ให้สะโพกเฉียงทำมุม 15 – 30 องศา
หมอนดันหลังให้เว้นตำแหน่งแผลถ้ามีแผลที่ก้น



	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า หน่วย : กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6 วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WND-031	หน้า : 26 / 26 วันที่เริ่มใช้ : 2 ธันวาคม 2553 แก้ไขครั้งที่ 4 วันที่ 4 กรกฎาคม 2568
เรื่อง :	การป้องกันและดูแลแผลกดทับ	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการบริหารการพยาบาล กพย.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ :	คณะอนุกรรมการการประกันคุณภาพ การเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ กพย.รพ.ร.ร.6	ผู้อนุมัติ : ผอ.กองการพยาบาล รพ.ร.ร.6



การจัดท่านอนตะแคงกึ่งหงาย โดยให้ลำตัวครึ่งหนึ่ง
นอนหงายทับบนหมอน
หากมีแผลให้วางหมอนเว้นตำแหน่งแผล
เพื่อไม่ให้โดนทับแผล