

	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	หอผู้ป่วย.....	แพทย์เจ้าของไข้.....
	คณะแพทยศาสตร์	AN.....HN.....	
	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ชื่อผู้ป่วย.....	อาจารย์แพทย์.....
	เพศ.....อายุ.....ปี.....เดือน.....วัน	ภาควิชา.....	

แบบบันทึกการพยาบาลเพื่อป้องกันและการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

วันที่ Admit.....วันที่รับเข้า.....จาก WARD.....วันที่ประเมินครั้งแรก.....

Diagnosis / Operation.....แผลกดทับแรกเริ่ม ไม่มี มี ตำแหน่ง/ลักษณะ/ขนาดของแผลกดทับ...../...../.....

Serum Albumin =mg/dl (ค่าปกติ 3.5-5.4 g/dl) Hb =mg% Hct =Vol% BMI = (ค่าปกติ 18.5-22.9)

ส่วนที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ		ค่าคะแนน	การประเมินครั้งที่					
								
1. การรับรู้ความรู้สึก	1.1 ไม่ตอบสนอง	1						
	1.2 มี pain stimuli	2						
	1.3 สัมผัส สัมผัสไม่ได้ทุกครั้ง	3						
	1.4 ไม่มีความบกพร่อง / ปกติ	4						
2. การเปลี่ยนของผิวหนัง	2.1 เบิกขุ่นตลอดเวลา / Diarrhea	1						
	2.2 ปัสสาวะรดและ/ อุจจาระรดเป็นประจำ	2						
	2.3 ปัสสาวะและ/ อุจจาระรดบางครั้ง	3						
	2.4 ไม่เปียก / กลับปัสสาวะและ/ อุจจาระได้ / retain cath	4						
3. การทำกิจกรรม	3.1 ต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา	1						
	3.2 ทรงตัวไม่อยู่ / ต้องนั่งบนรถเข็น	2						
	3.3 เดินได้ระยะสั้นต้องช่วยพยุง	3						
	3.4 เดินเองได้ / ทำกิจกรรมได้เอง	4						
4. การเคลื่อนไหว	4.1 เคลื่อนไหวเองไม่ได้	1						
	4.2 เคลื่อนไหวเองได้น้อย / มีข้อติดบางข้อ ต้องมีผู้ช่วยเหลือ	2						
	4.3 เคลื่อนไหวเองได้บ้าง แต่ไม่จำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ	3						
	4.4 เคลื่อนไหวได้ปกติ	4						
5. การได้รับอาหาร	5.1 NPO / กินได้ 1/3 ถาด	1						
	5.2 รับอาหารได้บ้างเล็กน้อย / กินได้ 1/2 ถาด	2						
	5.3 รับอาหารได้พอควร / กินได้ > 1/2 ถาด	3						
	5.4 รับประทานอาหารได้ปกติ / feed รับได้หมด	4						
6. การเสียน้ำ	6.1 มีกลิ่นเหม็นหุดเกร็งต้องใช้ผู้ช่วยหลายคนในการเคลื่อนย้าย	1						
	6.2 เวลาง่ายขึ้นไกลได้ / ใช้ผู้ช่วยน้อยคนในการเคลื่อนย้าย	2						
	6.3 เคลื่อนย้ายบนเตียงได้อย่างอิสระ ไม่มีปัญหาการเสียน้ำ	3						
คะแนนรวม								

หมายเหตุ

$$BMI = \frac{BW}{H(M)^2}$$

2. คะแนน ≤ 16 ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ สูง
- คะแนน ≥ 16 ถือเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ต่ำ
3. กรณีคะแนนน้อยกว่า 16 (≤ 16) ให้ประเมินใหม่ทุก 3-5 วัน

อัตราการเกิดแผลกดทับ = $\frac{\text{จำนวนแผลกดทับใหม่ทั้งหมดของเดือน} \times 1000}{(\text{ผลระดับ 2 ชั้นไป}) \times \text{จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยทั้งหมดของเดือน}}$

- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง :- 1. ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/จำกัดกิจกรรม เช่น มีการติดตัวน้ำหนัก, เข้าเฝือก, on respirator 2. ผู้ป่วยไม่รู้ตัว/เป็นอัมพาต
3. ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ/มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.4 mg/dl 4. ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ / มีระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.4 mg/dl
5. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป 6. ผู้ป่วยที่ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะรดบ่อยครั้ง / กลับปัสสาวะ / อุจจาระไม่ได้ 7. ผู้ป่วยที่มีภาวะจิต
8. ผู้ป่วยที่ อ้วน / ผอมมาก 9. ผู้ป่วยที่ได้รับสารรับความรู้สึกหลังการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง 10. ผู้ป่วยที่รื้อรังที่ต้องนอนพักบนเตียงตลอด

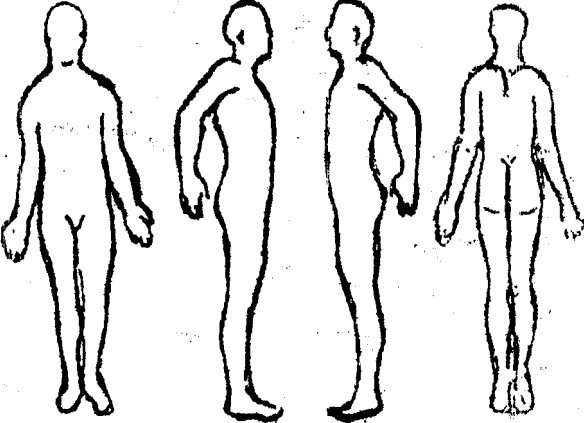
ส่วนที่ 2 :- การปฏิบัติเพื่อป้องกัน/ดูแลการเกิดแผลกดทับ (โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง - Braden score < 16)

- การป้องกัน :-
1. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ตรงตามเวลาที่กำหนด
 2. ใช้ที่นอนลม
 3. จับอุ้งแขนช่วยกันพลิกตะแคงตัว/ไม่ดึงลากเวลาพลิกตะแคงตัว/ดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง
 4. ประเมินผิวหนังปื้นกระดุกบริเวณกระดูกทับทุกเวร (ประเมินขณะพลิกตะแคงตัวหรือเช็ดตัว)
 5. บันทึกการเกิดแผลกดทับทุกครั้งทั้งพบแผลใหม่ (บันทึกบริเวณ/ระดับ/ขนาด)
 6. บันทึกเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของแผล (ตั้งแต่เกิดรอยแดง/ใหญ่ขึ้น/ลึกลง/แผลหาย)
 7. ส่งข้อมูลการเกิดแผลกดทับในการส่งเวรแต่ละครั้ง

- การดูแลแผล :-
1. ทำความสะอาดแผลด้วย NSS หลังจากนั้นทาด้วย Zinc paste หรือปิดด้วย Duoderm
 2. แผลที่มีเนื้อตาย รายงานแพทย์ทราบและตัดเนื้อตายออก และ Wet dressing ด้วย NSS
 3. ดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 :- บันทึกการเกิดแผลกดทับ

(ระดับ 1 มีผิวหนังแดง / ระดับ 2 มี Bleb แดง / ระดับ 3 ลึกถึง Subcutaneous / ระดับ 4 ลึกถึงกล้ามเนื้อ, กระดูก)

	ว.ค.ป.				ตำแหน่ง	ระดับ	ลักษณะ	ชื่อผู้บันทึก
								

ส่วนที่ 4 :- สรุปการเกิดแผลกดทับ วันที่จำหน่าย / ย้าย.....

ผลปรากฏ ไม่เกิดแผลกดทับ เกิดแผลกดทับ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ตำแหน่งที่เป็น.....ขนาด.....ลักษณะของแผล.....
 ระดับของแผลกดทับ คือ..... จำนวนของแผลกดทับ.....แผล

✂.....ส่วนต่อ.....สำหรับส่งข้อมูลกรณีย้ายไปWard อื่น.....

ข้อมูลการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ กรณีย้ายWard :- วันที่ย้าย.....ย้ายไป Ward.....

ทอผู้ป่วย.....HN.....
 ชื่อผู้ป่วย.....
 เพศ.....อายุ.....ปี

สรุป : ลักษณะแผลกดทับ ☐ เกิดเดิม ☐ เกิดใหม่ใน Ward

☐ แผลหาย

☐ ยังมีแผลกดทับระดับ.....ตำแหน่งของแผล.....

ลงชื่อผู้บันทึก.....(RN) ว.ค.ป.....