



มหาวิทยาลัยมหิดล
มีคุณธรรมเป็นหัวใจ



- **Specialty:** Colorectal Cancer and Wound Care
- **Position:** Advance Practice Nurse and Senior Professional nurse
- **Qualification & Education:**
 - N.S. Nursing Science Mahidol University
 - M.N.S. Nursing Science
(Adult Nursing) Mahidol University
 - Cert. Enterostomal Therapy Nursing Royal Adelaide Australia

Chulaporn Prasungsit APN., ET.



มหาวิทยาลัยมหิดล
มิ่งขวัญแผ่นดิน

Preventing Pressure Injuries in Osteoporotic Elderly Patients

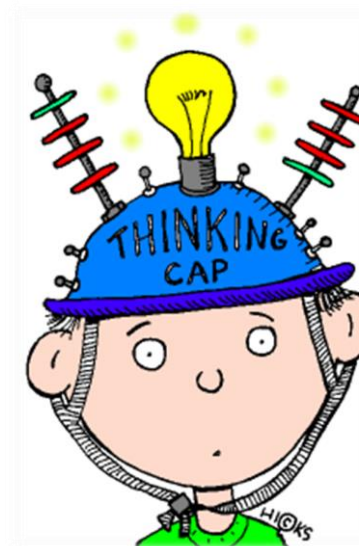


shutterstock.com • 1805457970



Learning Objectives

“**why** elderly patients with osteoporosis need special attention to prevent pressure injuries—**and how** we can do that effectively.”





- Over 10 million Americans have osteoporosis (mostly older adults)
- 1 in 10 hospitalized older adults develops a pressure injury
- Cost of treatment is high; prevention is more effective and less costly



shutterstock.com • 1420049885



Osteoporotic Elderly Patients: Effects on Pressure Injury Risk

- **Bone Fragility:** Minor trauma can cause fractures.



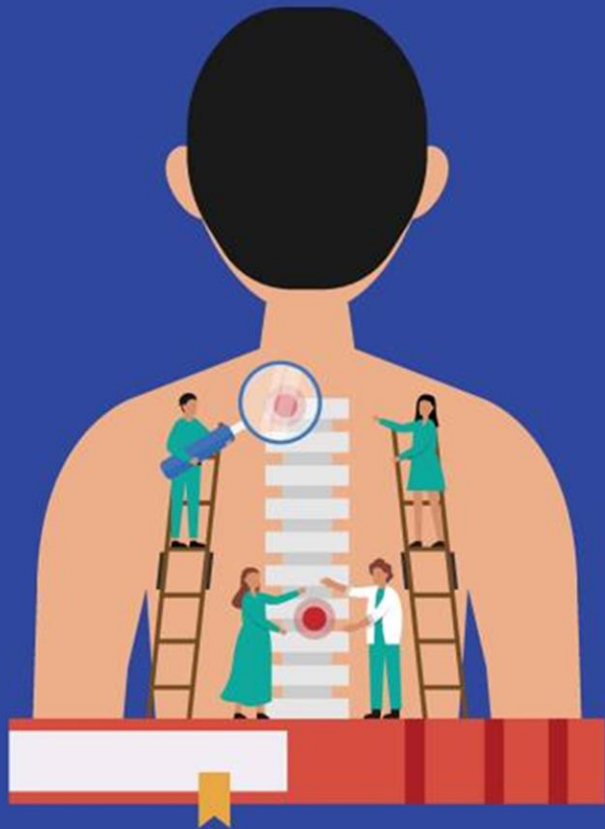
shutterstock.com · 2131298091





Osteoporotic Elderly Patients: Effects on Pressure Injury Risk

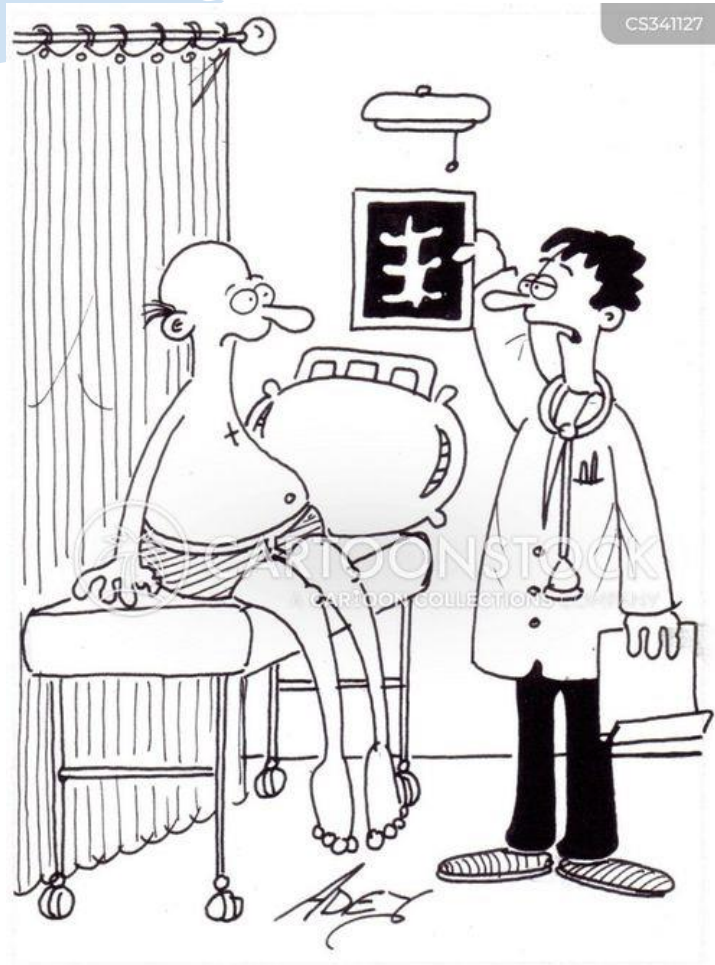
- Patients with hip or vertebral fractures typically experience **reduced movement**, which leads to sustained **pressure on bony prominences**



Pain on movement → increased immobility



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์

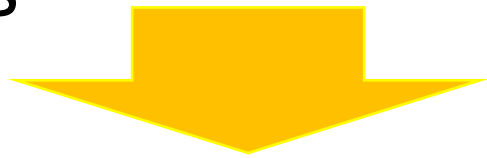


“Your bone structure’s fine Mr Wilson,
you just need re-pointing.”



Osteoporotic Elderly Patients: Effects on Pressure Injury Risk

- **Postural Changes:**
Kyphosis, scoliosis, or
spinal compression
fractures

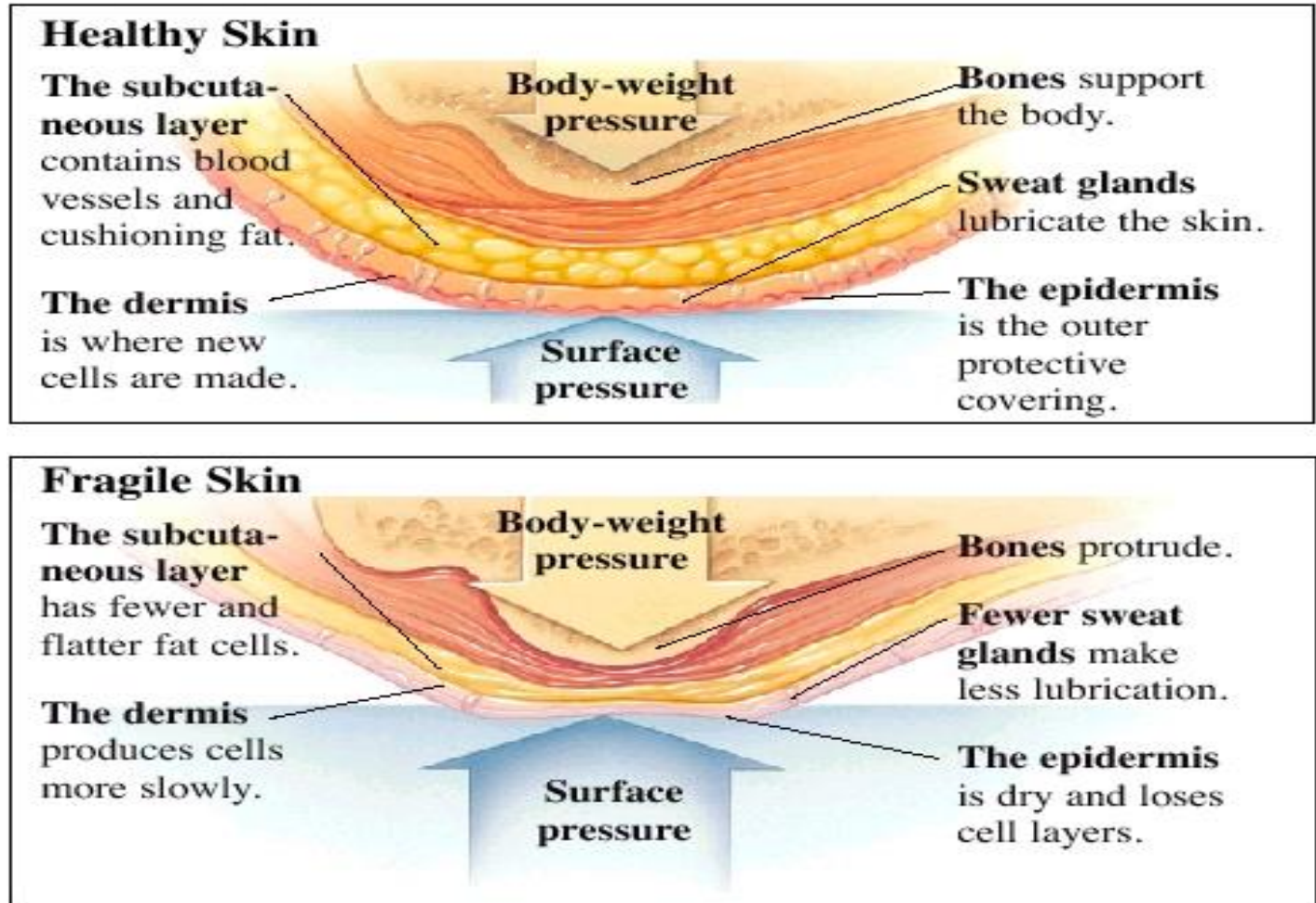


**Abnormal
pressure points**



Osteoporotic **Elderly** Patients: Effects on Pressure Injury Risk

- **Reduced Mobility:** Leads to prolonged pressure in bony areas.
- **Skin Integrity:** Age-related thinning, reduced collagen, and poor blood flow make skin more vulnerable
- **Decreased muscle mass:** less cushion between skin and bone





Pressure Injuries in Elderly with Osteoporosis

Pressure Injury Development:

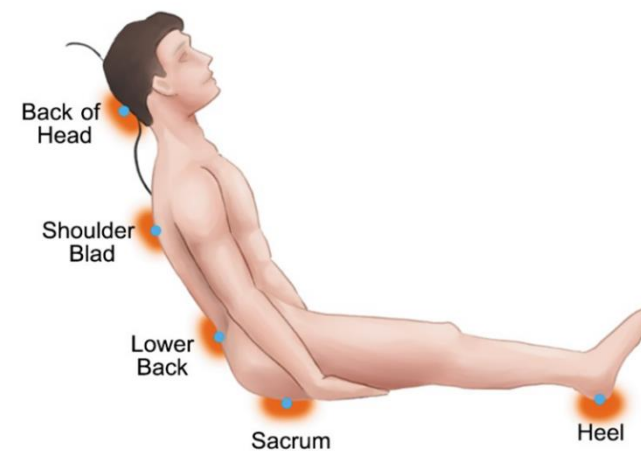
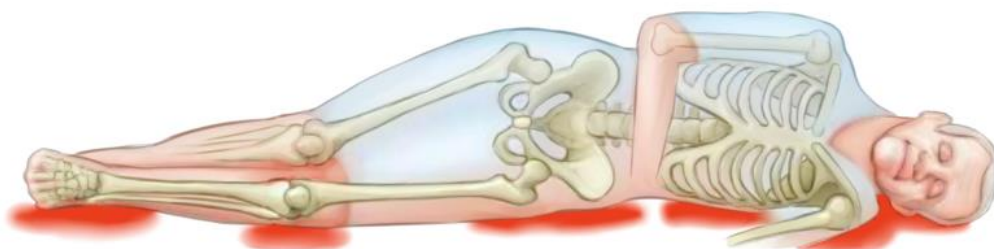
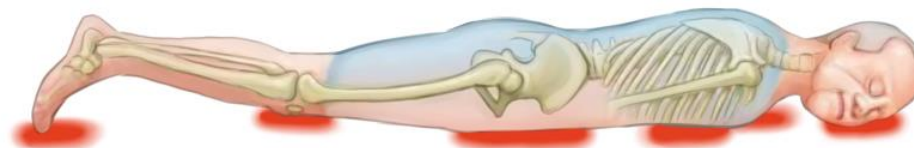
Localized damage to skin and underlying soft tissue, typically over bony prominences, due to pressure, or pressure and shear.





มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

บริเวณปุ่มกระดูก





มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

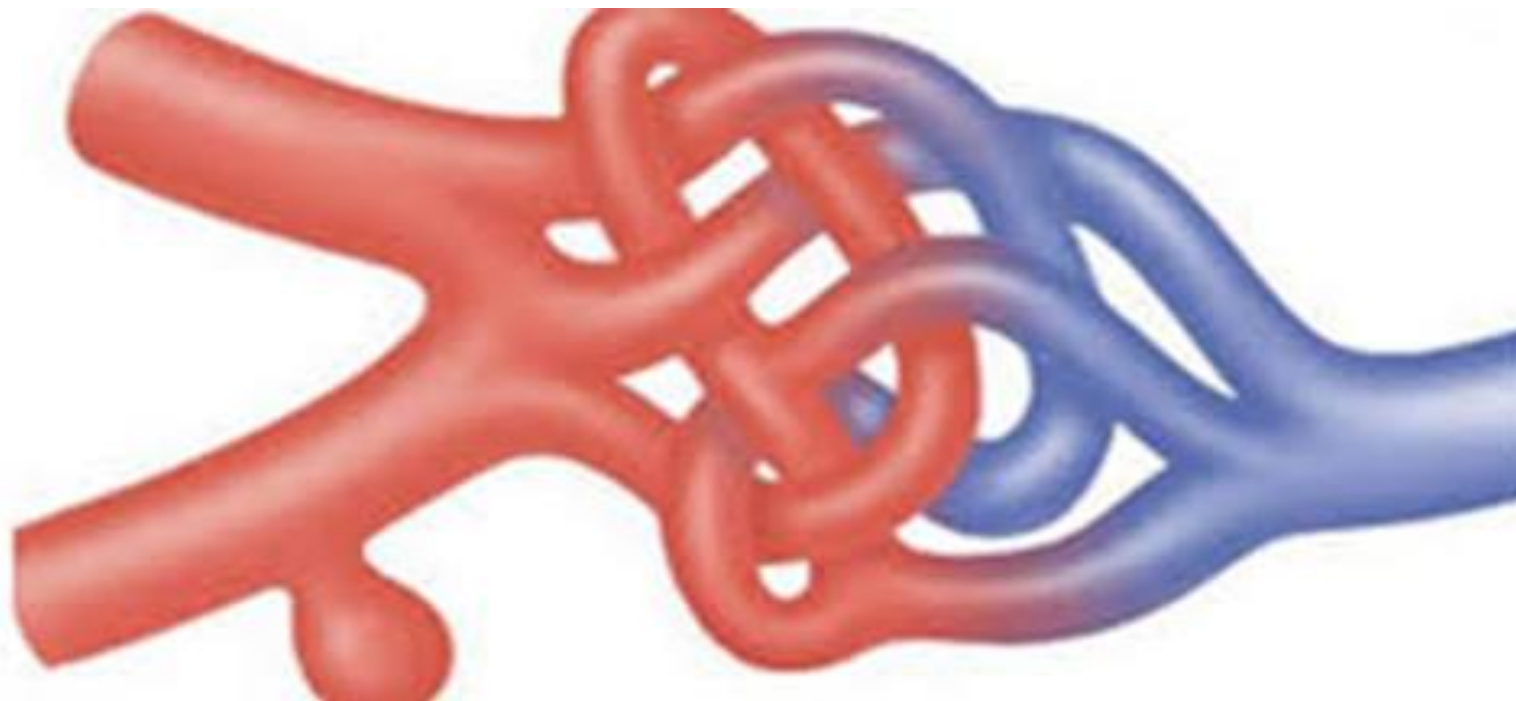
แรงกด
แรงกด+แรงไถล



ความทนทาน
ของเนื้อเยื่อ

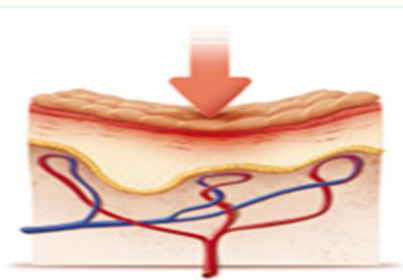


แรงกด

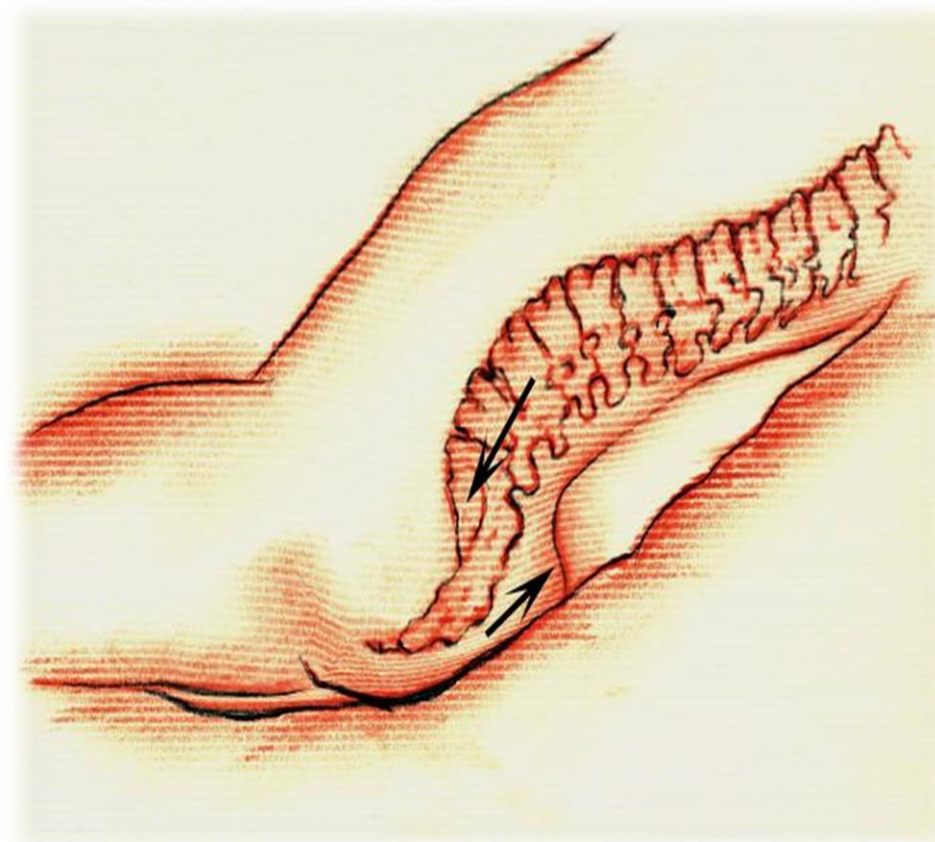
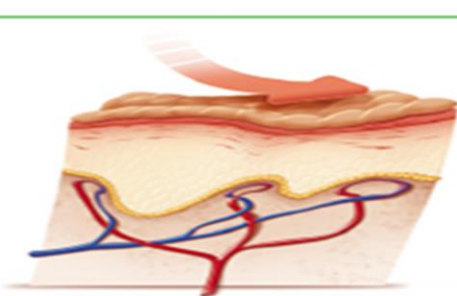


แรงกดที่ทำให้เส้นเลือดตีบ $\geq 32 \text{ mmHg} / 0.04 \text{ Kg/cm}^2$

แรงไถล

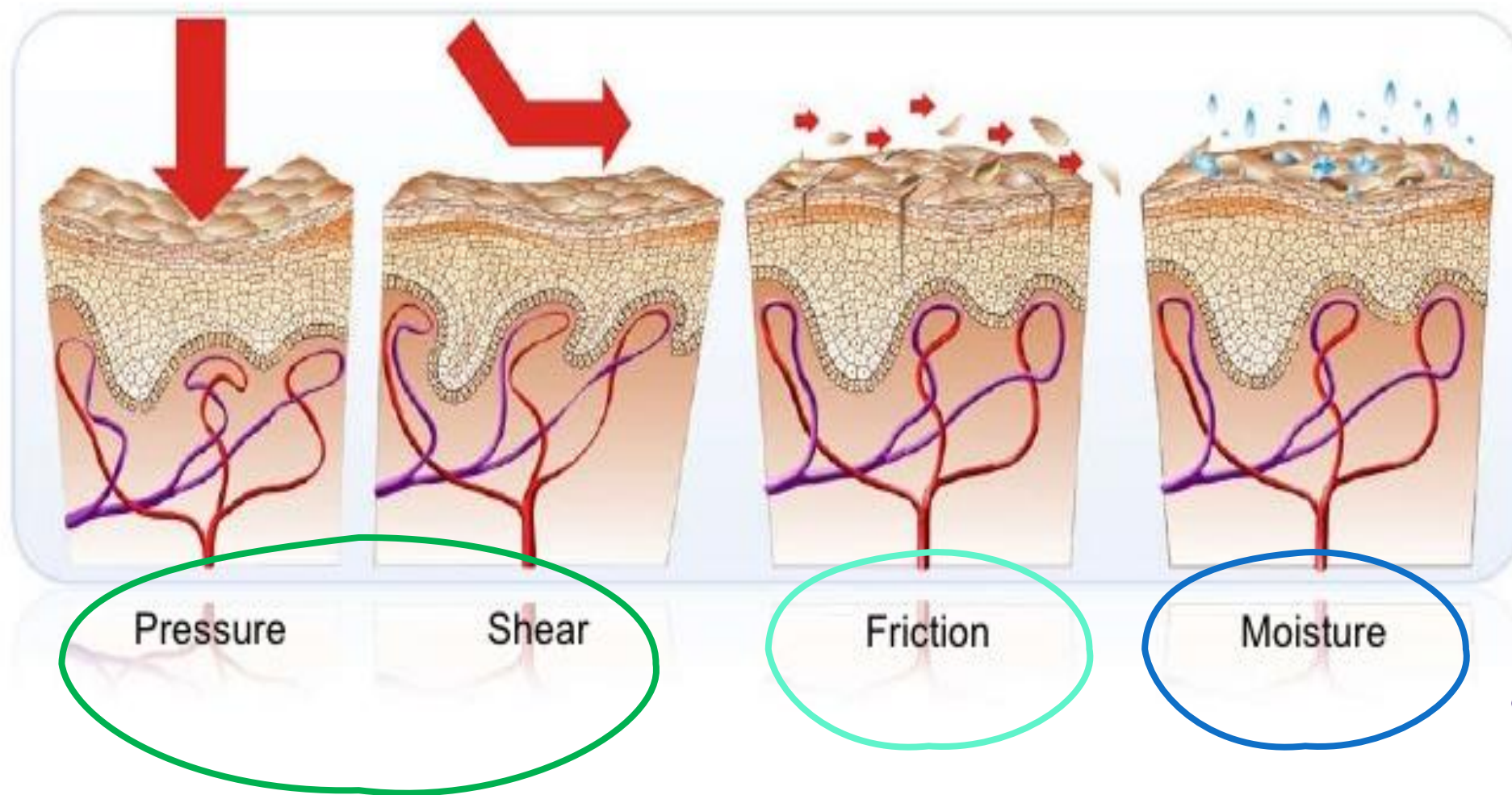


แรงไถลทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณที่ทาบบน
ปุ่มกระดูกยืดและบิดตัว



Maklebust, 1996

External Causes of Pressure Injury

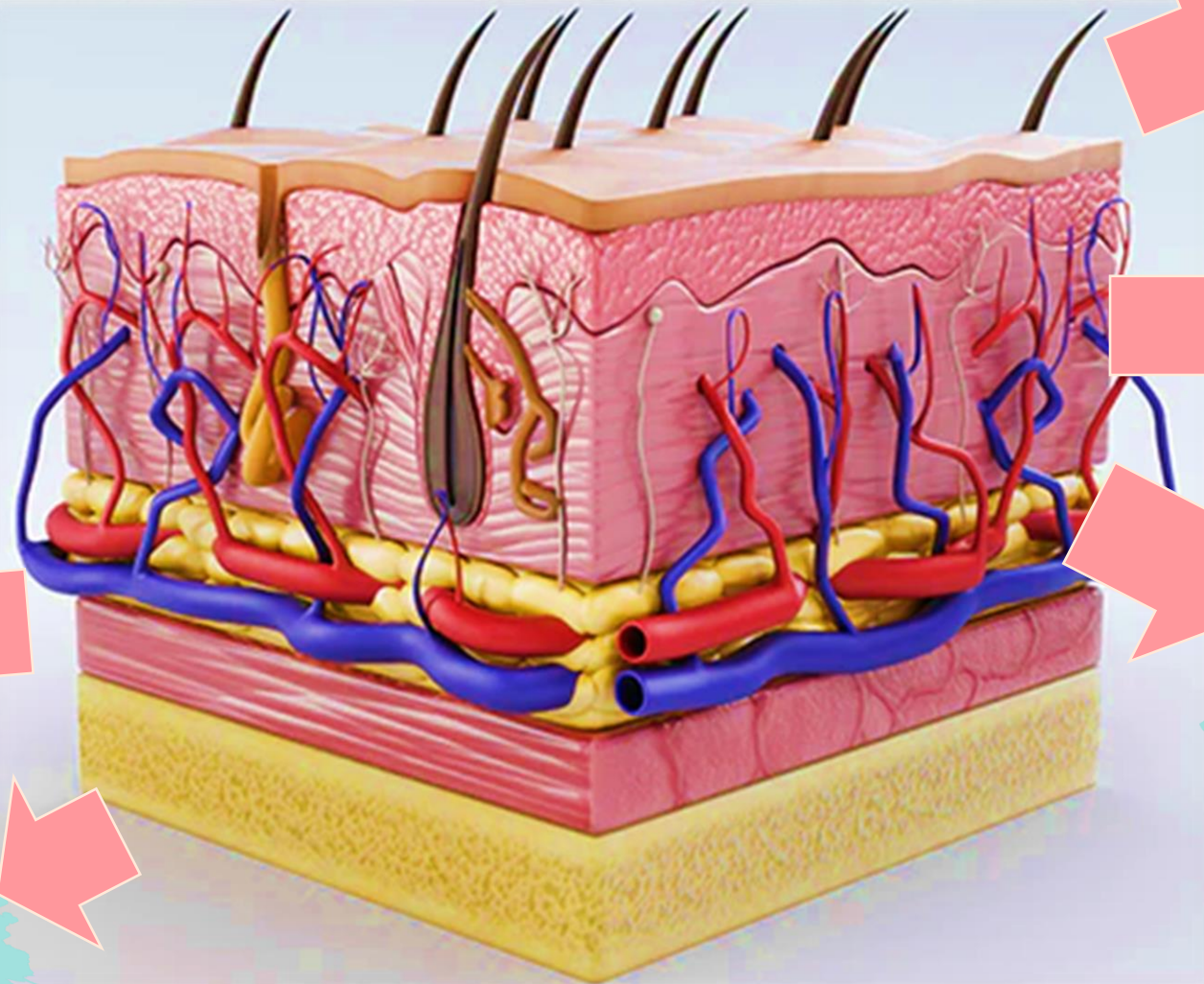


ชั้นของผิวหนัง

Epidermis

Dermis

Subcutaneous
tissue



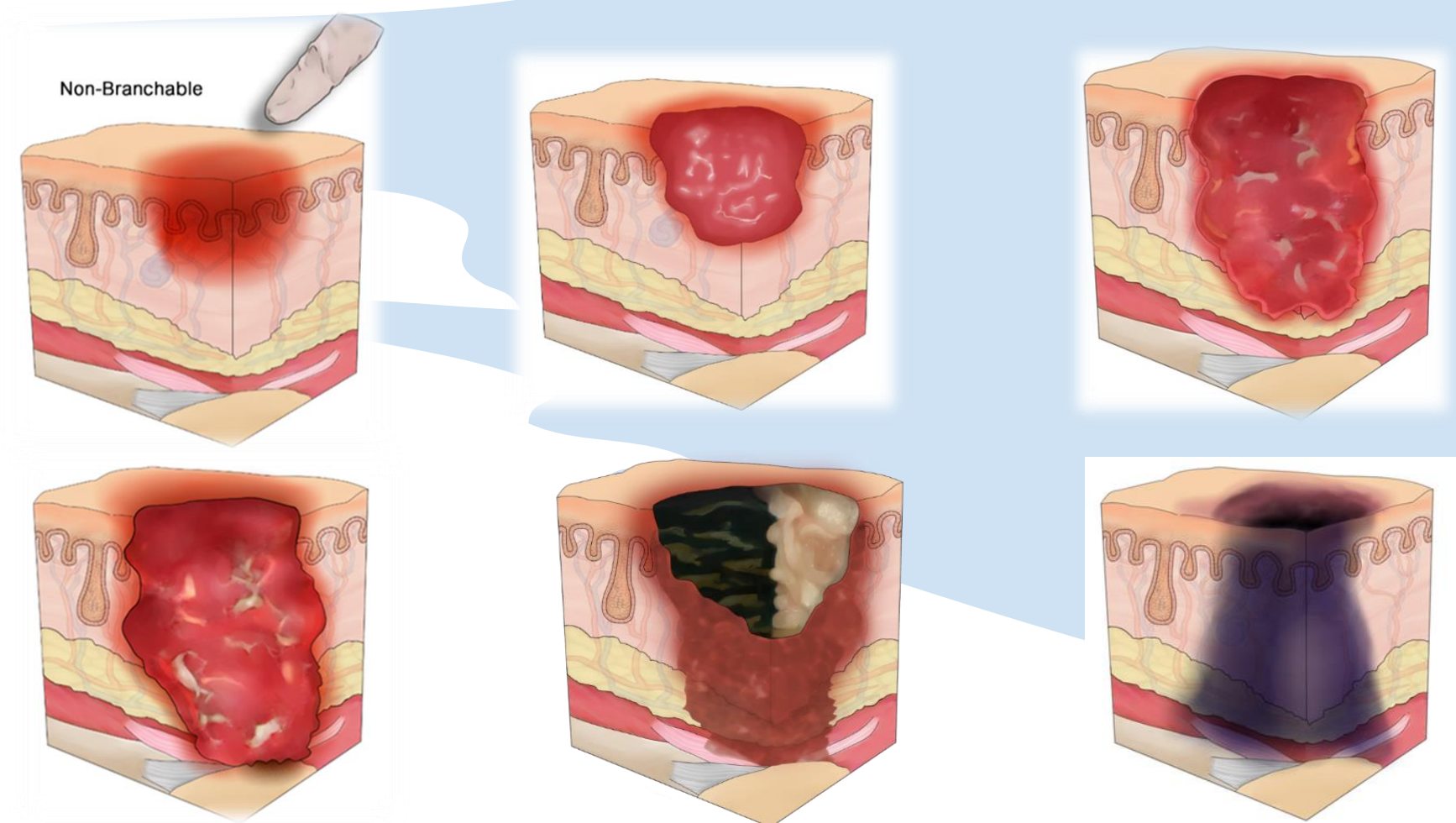
Muscle

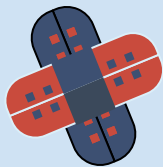
Bone





ระดับแผลกดทับ





The first signs of a possible pressure injury is a **reddened**



ET Siriraj



React to Red



Test your skin with the **blanching test**:



Press on the red, pink or darkened area with your finger **3 sec**



The area should go white; **remove the pressure** and the area should return to red within a few **seconds** indicating good blood flow



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลแพ่ง

Early
Warning Signs:

รอยแดง

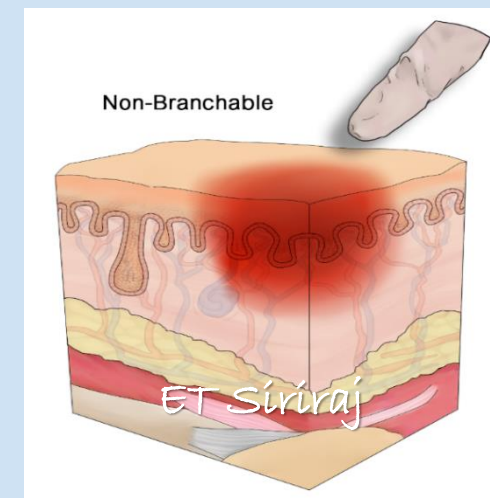
Blanching
Test





มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

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

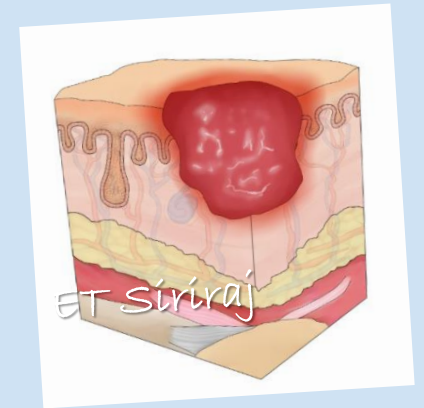


Stage 1: ผิวหนังบริเวณมีรอยแดงและยังไม่ฉีกขาด รอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกด
บริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง

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



มหาวิทยาลัยมหิดล
มณฑลราชบุรี



Stage 2: ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง ไม่มี granulation tissue ไม่มีเนื่อตาย หรือตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก (สูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนถึงชั้นหนังแท้)

พยาบาลออตโตมีและแพน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Stage 2 Pressure Injury: The wound bed is viable, **pink or red**, moist, and may also present as an **intact or ruptured serum-filled blister**.



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



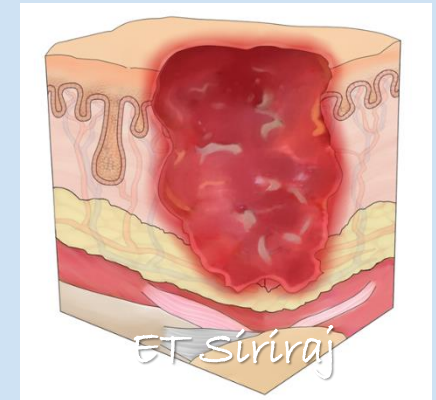
Stage 3 Pressure Injury: Full-thickness skin loss



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ET Siriraj



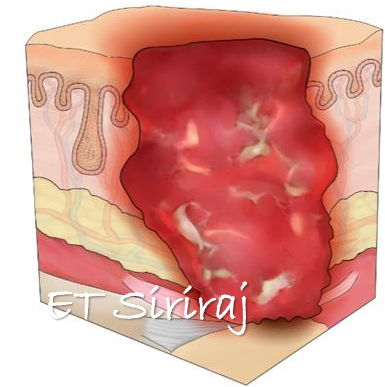
ET Siriraj

Stage 3: แผลเปิดมองเห็นชั้น Subcutaneous tissue ชั้นไขมัน
มีเนื้อเยื่อใหม่สีแดง มีเนื้อตาย (สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด)

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



มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลลิกา/แพทย

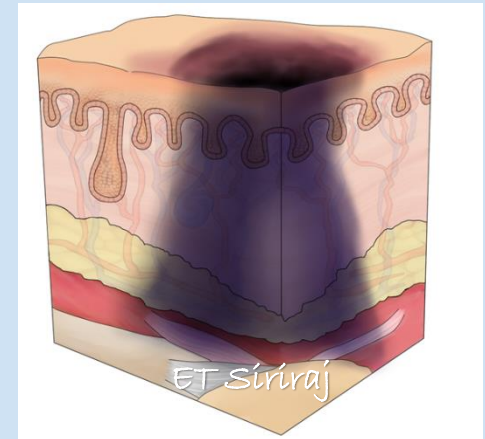


Stage 4: ^{ชั้น}ฟืนแผลมองเห็นหรือสัมผัสชั้นเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือ
กระดูก สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมด



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

Deep Tissue Pressure Injury: **Intact or non-intact** skin with localized area of persistent non-blanchable **deep red, maroon, purple discoloration**



Deep Tissue Pressure Injury (แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก) : ผิวหนังมีรอย
แดงเข้มหรือสีม่วงจึกขาดหรือไม่จึกขาด / ตุ่มน้ำที่มีเลือดข้างใน

พยาบาลอดิโตนีและแพน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช



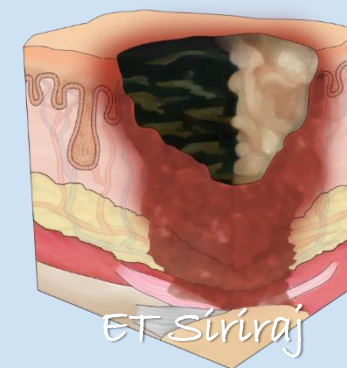
Deep Tissue Pressure Injury (แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก) : ผิวหนังมีรอย
แดงซ้ำหรือสีม่วงจึกขาดหรือไม่จึกขาด / ตุ่มน้ำที่มีเลือดข้างใน

พยาบาลออสโดมและแพน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

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



Unstageable (ไม่สามารถระบุระดับได้) : พื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายทั้งหมด



*How we can
Preventing Pressure
Injuries
that effectively*

Risk Assessment tools

แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช	
การประเมิน	การประเมิน
คะแนน 19-23 ไม่มีความเสี่ยง (No risk)	การประเมินซ้ำ 1. ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต (Intensive Care) ประเมินซ้ำทุก 8 ชั่วโมงทุกวันและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการ
คะแนน 15-18 มีความเสี่ยงต่ำ (Low risk)	การประเมินซ้ำ 2. ผู้ป่วยทั่วไป ประเมินซ้ำทุก 24 ชั่วโมง ทุกวัน และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงอาการ
คะแนน 13-14 มีความเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk)	การปฏิบัติ ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พ.ศ. 2556
คะแนน 10-12 มีความเสี่ยงสูง (High risk)	
คะแนน 6-9 มีความเสี่ยงสูงมาก (Very high risk)	

แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)			
Risk Factor	1. Complete limited	2. Very limited	3. Slightly limited
การรับรู้ความรู้สึก (Sensory perception)	1. Complete limited: ผู้ป่วยขาดความรู้สึก ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ระดับความรู้สึกลดลง หรือได้รับยาชาเฉพาะที่จนไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ (ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกที่ขาซ้าย ขาขวา หรือบริเวณอื่น)	2. Very limited: ผู้ป่วยขาดความรู้สึกบางส่วน ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ระดับความรู้สึกลดลง หรือได้รับยาชาเฉพาะที่จนไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ (ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกที่ขาซ้าย ขาขวา หรือบริเวณอื่น)	3. Slightly limited: ผู้ป่วยขาดความรู้สึกบางส่วน ไม่สามารถตอบสนองต่อการกระตุ้นความรู้สึกปวดแสบปวดร้อน ระดับความรู้สึกลดลง หรือได้รับยาชาเฉพาะที่จนไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกได้ (ไม่สามารถรับรู้ความรู้สึกที่ขาซ้าย ขาขวา หรือบริเวณอื่น)
ความชื้นของผิวหนัง (Moisture)	1. Constantly Moist: ผิวหนังมีน้ำหรือความชื้นตลอดเวลา ไม่สามารถปล่อยให้ผิวหนังแห้งได้	2. Very Moist: ผิวหนังมีน้ำหรือความชื้นตลอดเวลา ไม่สามารถปล่อยให้ผิวหนังแห้งได้	3. Occasionally Moist: ผิวหนังมีน้ำหรือความชื้นตลอดเวลา ไม่สามารถปล่อยให้ผิวหนังแห้งได้
ความสามารถในการทำกิจกรรม (Activity)	1. Bedfast: อยู่บนเตียงตลอดเวลา	2. Chairfast: อยู่บนเก้าอี้ตลอดเวลา	3. Walk Occasionally: สามารถเดินได้บางครั้ง
ความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility)	1. Complete Immobility: เคลื่อนไหวไม่ได้เลย ไม่สามารถเปลี่ยนท่าทางหรือเปลี่ยนตำแหน่งได้	2. Very limited: เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สามารถเปลี่ยนท่าทางหรือเปลี่ยนตำแหน่งได้	3. Slightly limited: เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สามารถเปลี่ยนท่าทางหรือเปลี่ยนตำแหน่งได้
ภาวะโภชนาการ (Nutrition)	1. Very poor: ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้มากกว่า 1/3 ของอาหารที่แนะนำให้รับประทาน	2. Probably inadequate: ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้มากกว่า 1/3 ของอาหารที่แนะนำให้รับประทาน	3. Adequate: ได้รับอาหารเพียงพอ ไม่สามารถรับประทานอาหารได้มากกว่า 1/3 ของอาหารที่แนะนำให้รับประทาน
แรงเสียดทานและแรงเฉือน (Friction and Shear)	1. Problem: มีปัญหา คือใช้วิธีช่วยจำแนกไม่เหมาะสมมากในการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยากเกินไป ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย	2. Partial Problem: มีปัญหา คือใช้วิธีช่วยจำแนกไม่เหมาะสมมากในการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยากเกินไป ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย	3. No Apparent Problem: ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนย้าย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยง่าย ไม่พบปัญหาในการเคลื่อนย้าย



แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

(Siriraj Concurrent Trigger Tool by Modify Early Warning Signs for Pressure Injury Prevention)

วัตถุประสงค์
ป้องกันแผลกดทับเกิดใหม่ในโรงพยาบาล โดยมีการประเมิน แผลกดทับ และดูแลผู้ป่วยก่อนเกิดแผลกดทับ

โรค: _____ วันที่: _____ ☐ Admit ☐ รับย้าย

มีแผลกดทับก่อน Admit/รับย้าย ☐ ไม่มี ☐ มี

ตำแหน่ง: _____ ระดับ: _____

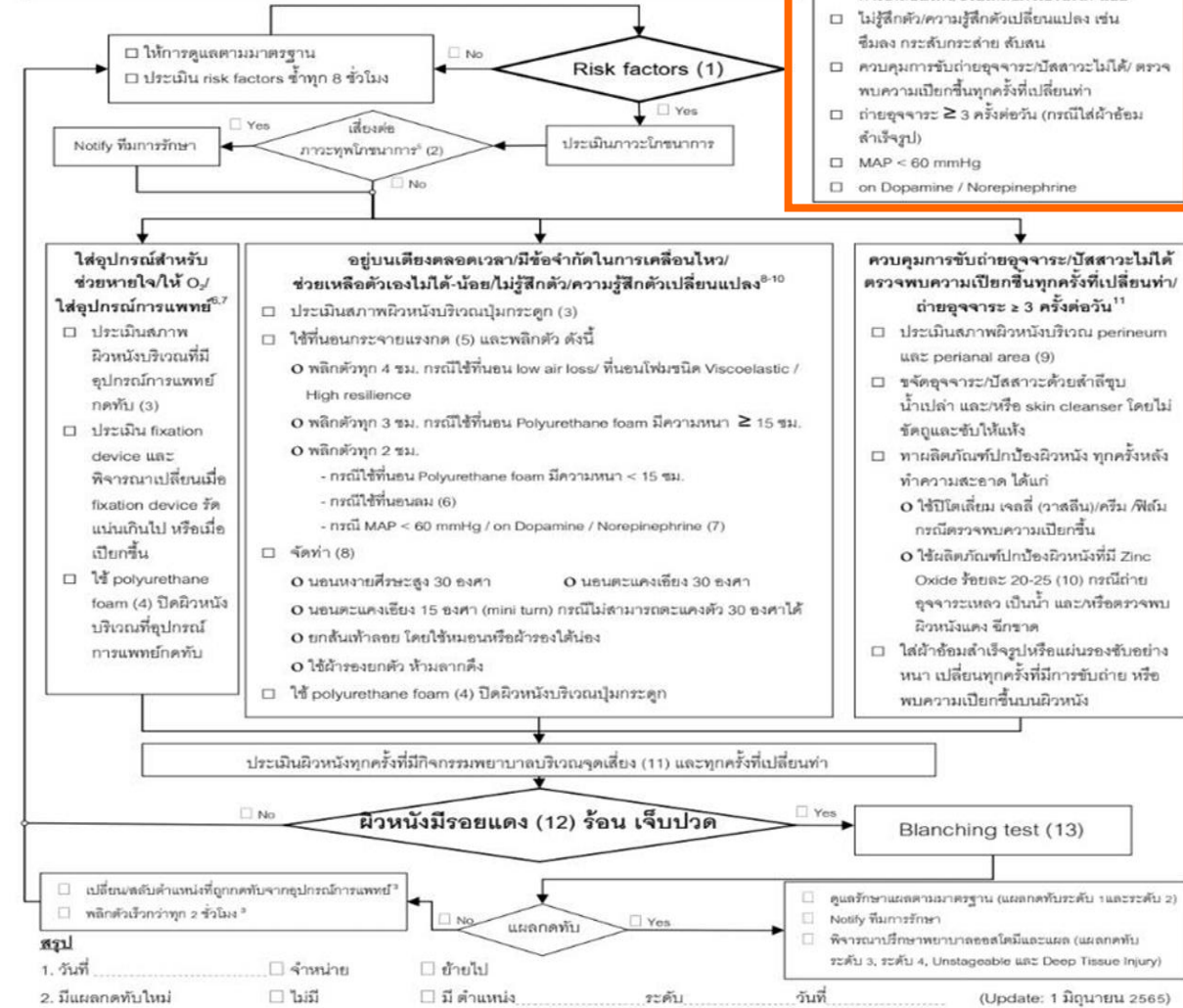
ตำแหน่ง: _____ ระดับ: _____

ตำแหน่ง: _____ ระดับ: _____

Sticker ผู้ป่วย

(1) Risk factors¹⁻⁴

- ☐ ใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจให้ O₂
 - ☐ ETT ☐ O₂ high flow
 - ☐ NIV ☐ O₂ mask
 - ☐ O₂ cannula ☐ Tracheostomy
- ☐ ใส่อุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ (ระบุ) _____
- ☐ อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ มีไข้หรือหนาวเกินไป
- ☐ ไม่รู้สึกตัว/ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน
- ☐ ความดันโลหิตต่ำหรือสูงเกินไป/สับสน/ตรวจพบความผิดปกติที่ผิวหนังที่เปลี่ยนท่า
- ☐ ถ่ายอุจจาระ ≥ 3 ครั้งต่อวัน (กรณีใส่สายสวนลำไส้ใหญ่)
- ☐ MAP < 60 mmHg
- ☐ on Dopamine / Norepinephrine

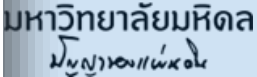


ผล ฝ่ายการ

IAD Assessment Tool

For Monitoring and Evaluating Patient Skin Injury





²² If the patent is not incontest, the condition is not IAD.

Sticker ផ្លូវឈរ

(1) Risk factors¹⁻⁴

- ☐ ใส่อุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจให้ O₂
- ☐ ETT ☐ O₂ high flow
- ☐ NIV ☐ O₂ mask
- ☐ O₂ cannula ☐ Tracheostomy
- ☐ ใส่อุปกรณ์การแพทย์อื่นๆ (ระบุ)

- ☐ อยู่บนเตียงตลอดเวลา/มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว/ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้-น้อย
- ☐ ไม่รู้สึกตัว/ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เช่น ซึมลง กระสับกระส่าย สับสน
- ☐ ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้/พบความผิดปกติขึ้นทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า
- ☐ ถ่ายอุจจาระ ≥ 3 ครั้งต่อวัน (กรณีใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป)
- ☐ MAP < 60 mmHg
- ☐ on Dopamine / Norepinephrine

พยาบาลออสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช



Risk factors ต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ใน Elderly with Osteoporosis



pixtastock.com - 49018415

- อยู่บนเตียงตลอดเวลา
- มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว
- ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้-น้อย

1. ประเมินสภาพผิวหนัง

บริเวณปุ่มกระดูก

2. ใช้ที่นอนกระจายแรงกด

พลิกตัว/จัดท่า

Prevention PI

Bony prominence

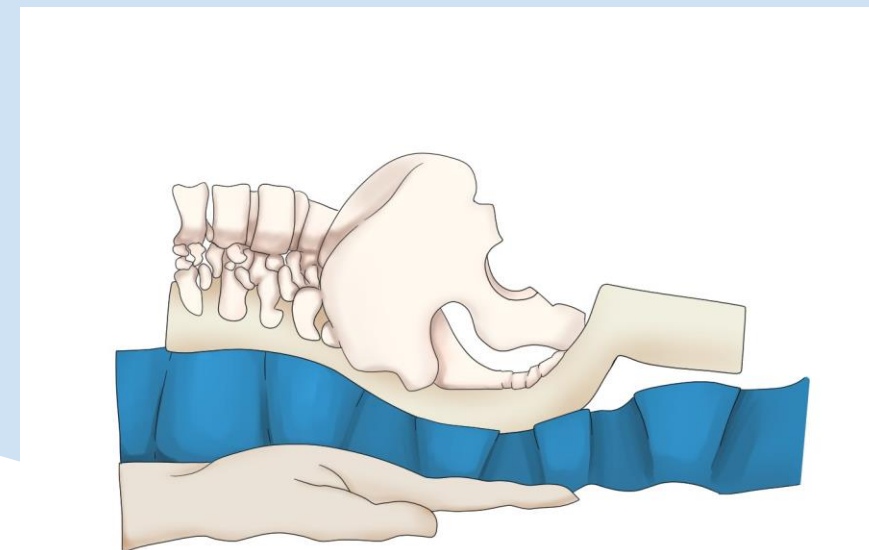


3. ใช้ polyurethane foam ปิด
ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก

4. ประเมินผิวหนังทุกครั้งที่มี
กิจกรรมพยาบาลบริเวณจุดเสี่ยง
และทุกครั้ง que เปลี่ยนท่า

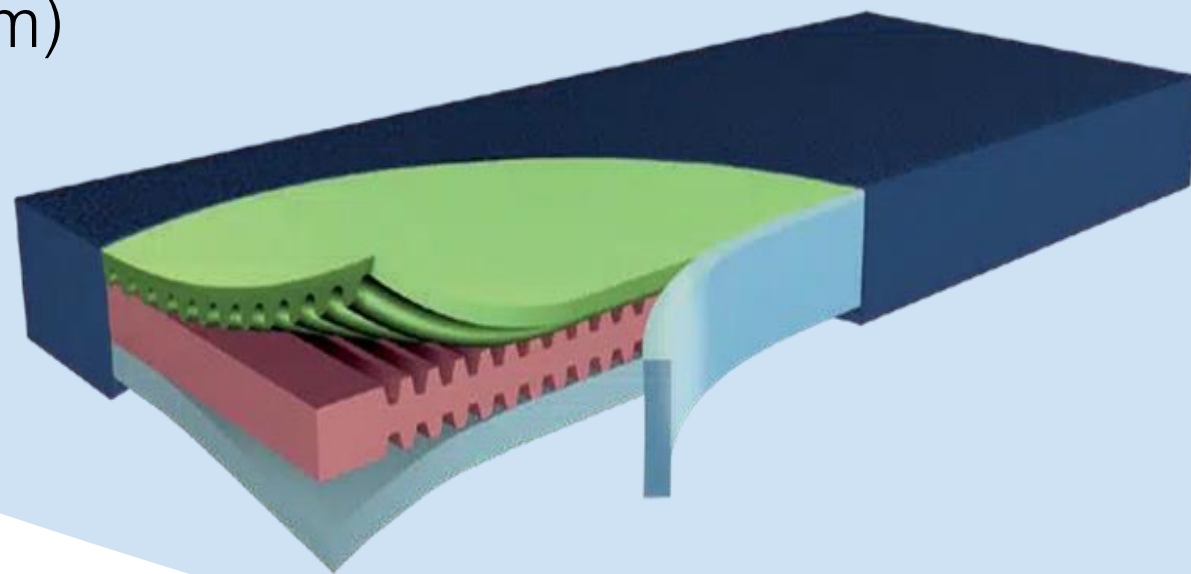


- ส่วนใหญ่ทำจาก PVC
- กระจายแรงกดโดยปล่อยลมให้พองและยุบสลับกันตามเวลา
- ต้องตรวจสอบประสิทธิภาพที่นอนลมเพื่อป้องกันการเกิด Bottom out



ที่นอนโฟมกระจายแรงกด

- ทำจากโพลียูรีเทนโฟม (Polyurethane foam)
- มีความยืดหยุ่นสูง (High resilience)
- มีความหนาแน่นอย่างน้อย 35 กิโลกรัมต่อลูกบาศก์เมตร
- ความหนาอย่างน้อย 15 เซนติเมตร





มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



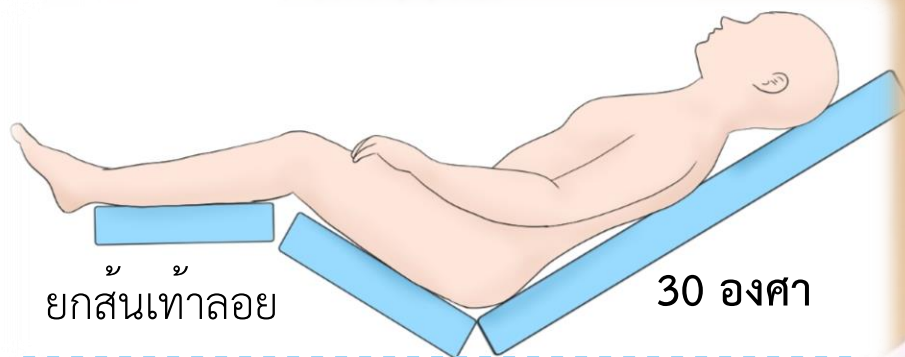
**พลิกตะแคงตัว
อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง**



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล



วาดภาพโดย หฤทัย รุ่งแสงจันทร์

นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา

WU พยาบาล
ศิริราช





มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลแพ่ง



สอดหมอนบริเวณไหล่
และหลัง

นอนตะแคง 30 องศา

สอดหมอนคั่นบริเวณเข่าทั้งสองข้าง



จัดท่านอนตะแคงเอียง 15 องศา (mini turn)

กรณีไม่สามารถตะแคงตัว 30 องศาได้



สอดผ้าห่มบริเวณไหล่และหลัง



สอดหมอนคั่นบริเวณเข่าทั้งสองข้าง



มหาวิทยาลัยมหิดล
มีคุณธรรมเป็นหัวใจ



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล



WU พยาบาล
ศิริราช

ยกส้นเท้าลอย
โดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้บ่วง



มหาวิทยาลัยมหิดล
มโนรามา/แพทย



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์
ศิริราชพยาบาล



ใช้ผ้ารองยกตัว

มีเจ้าหน้าที่ช่วยเปลี่ยนท่าอย่างน้อย 2-4 คน

WU พยาบาล
ศิริราช



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

แผ่นโฟมปิดบริเวณปุ่มกระดูก ตำแหน่งเสี่ยงสูง



Prophylactic Dressings

3.5: Use a soft silicone multi-layered foam dressing to protect the skin for individuals at risk of pressure injuries.
(Strength of Evidence = B1; Strength of Recommendation = ↑)

National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. [cited 2019 July 16]; Available from:

พยาบาลออสติเมและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

<http://www.internationalguideline.com/static/pdfs/NPUAP-EPUAP-PPPIA-PUQuickReferenceGuide-2016update.pdf>



แผ่นโฟมปิดบริเวณปุ่มกระดูก ตำแหน่งเสียงสูง



ลดแรงเสียดสี และควบคุมความชื้น



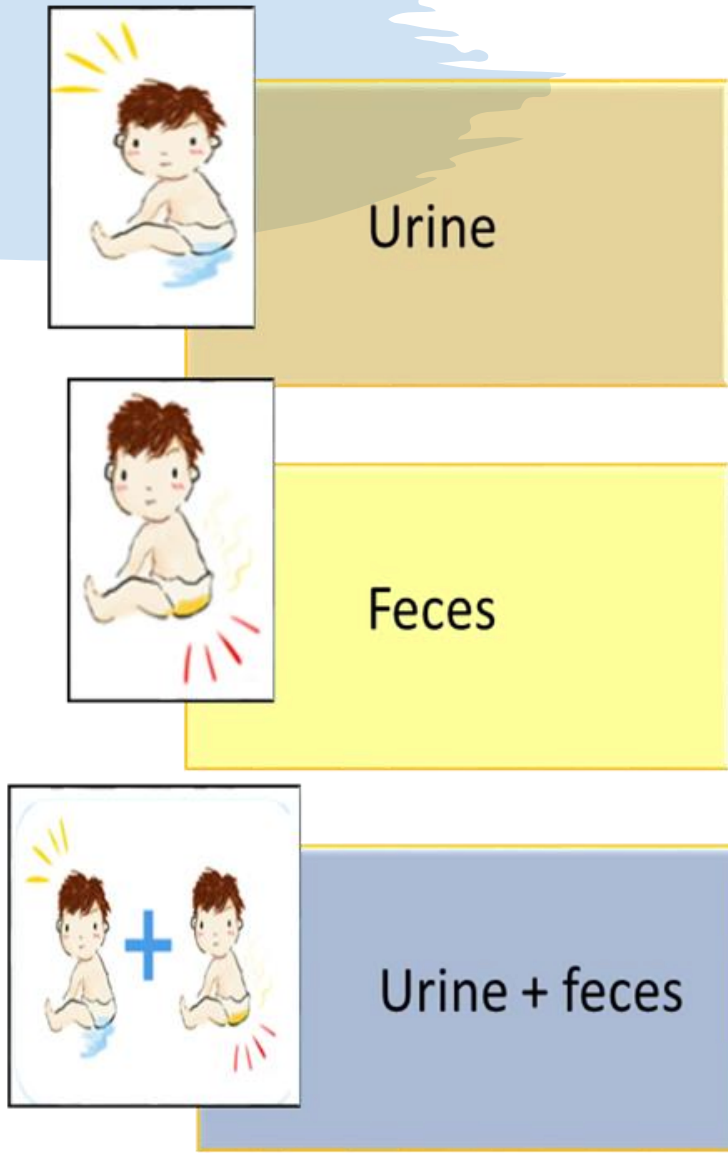
Risk factors ต่อการเกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ใน Elderly with Osteoporosis

ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะไม่ได้
ตรวจพบความเปื่อยก้นทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า

ถ่ายอุจจาระ ≥ 3 ครั้งต่อวัน



pixtastock.com - 45465576



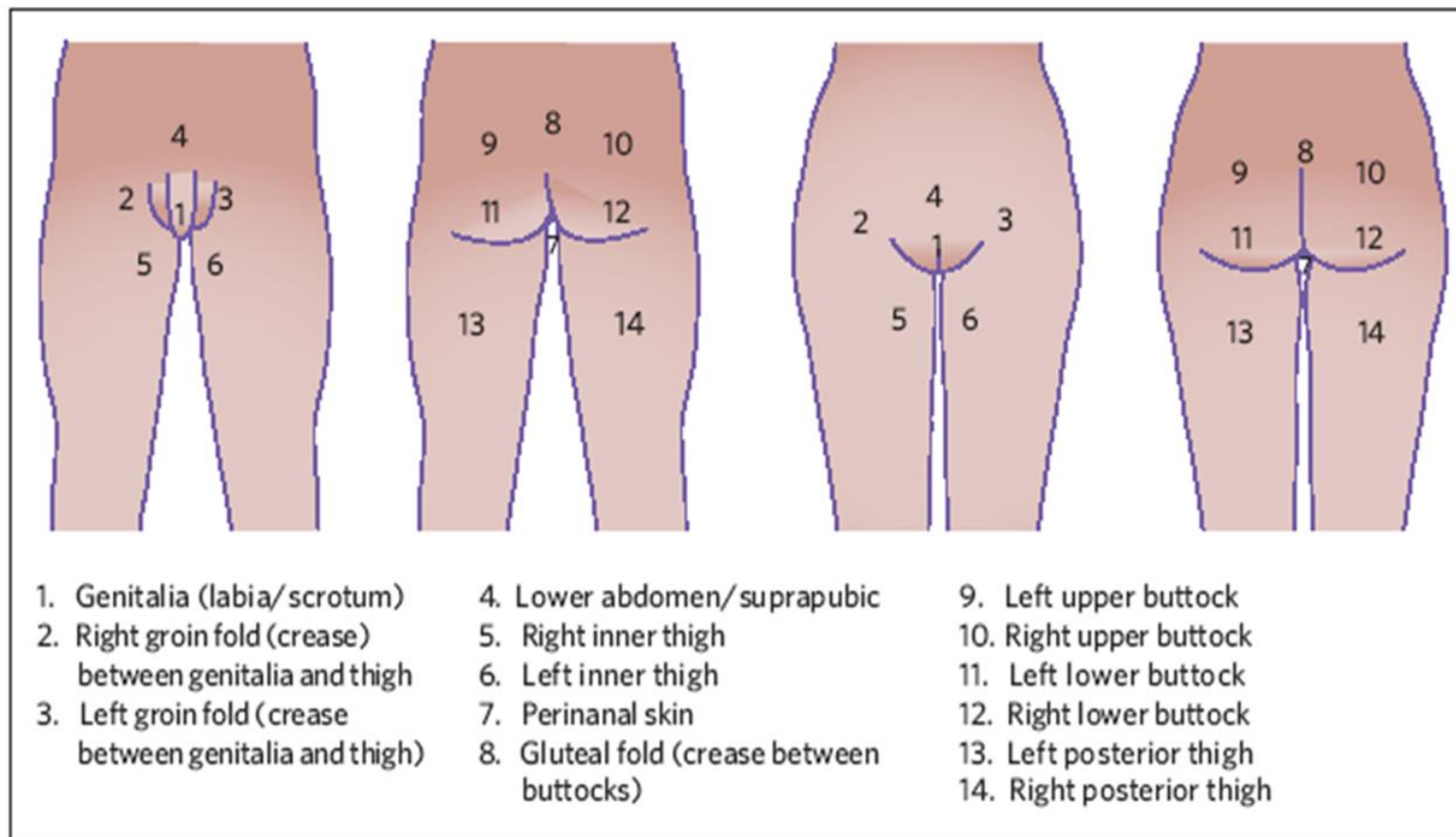
➤ Urea: pH 4.6-8.0,
Maceration

➤ lipolytic and proteolytic enzymes capable
of damaging the stratum corneum.

➤ Bacteria convert the substance urea to
ammonia which is alkaline.

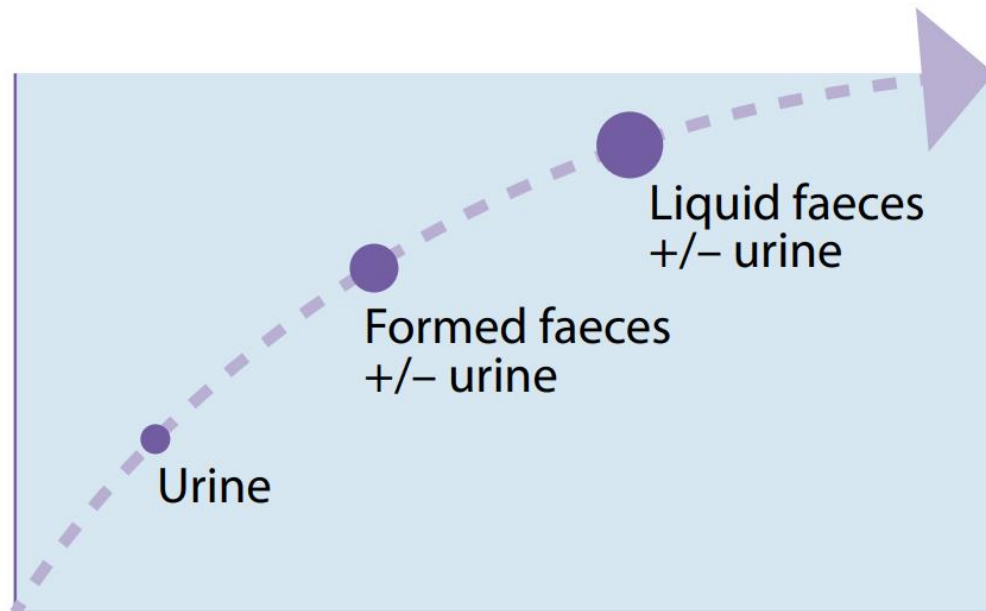
บริเวณผิวหนังที่เกิดการระคายเคืองจากการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้

Incontinence Associated Dermatitis (IAD)



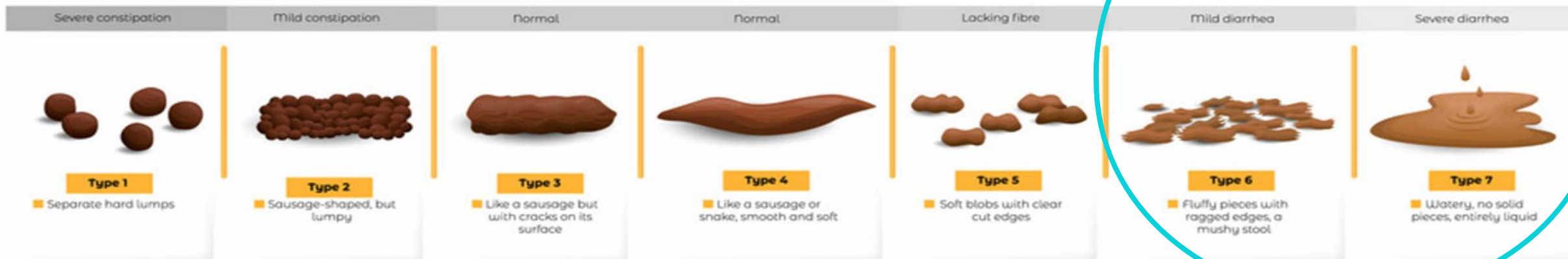


IAD risk



Type of incontinence

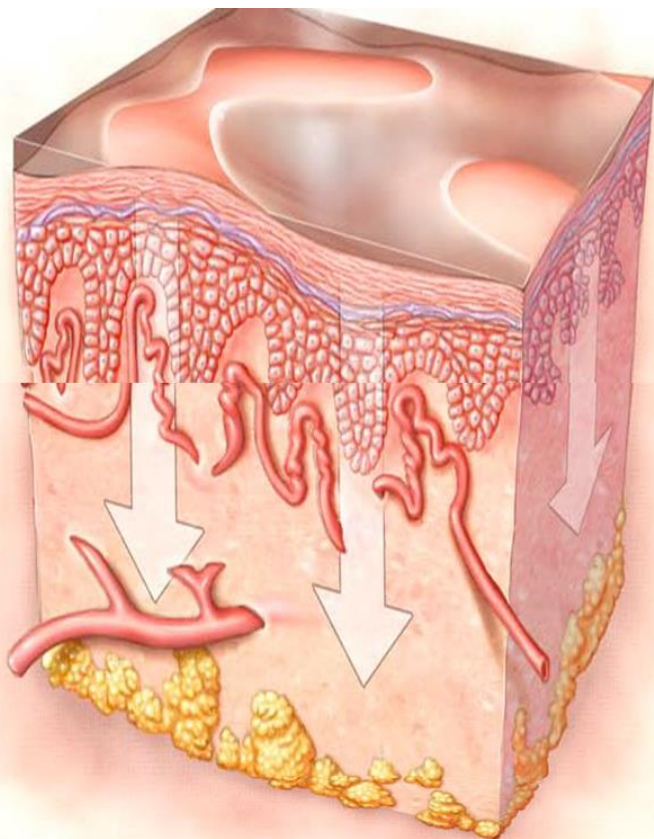
Bristol stool scale





มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

ผิวหนังระคายเคืองจากการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ Incontinence Associated Dermatitis (IAD)



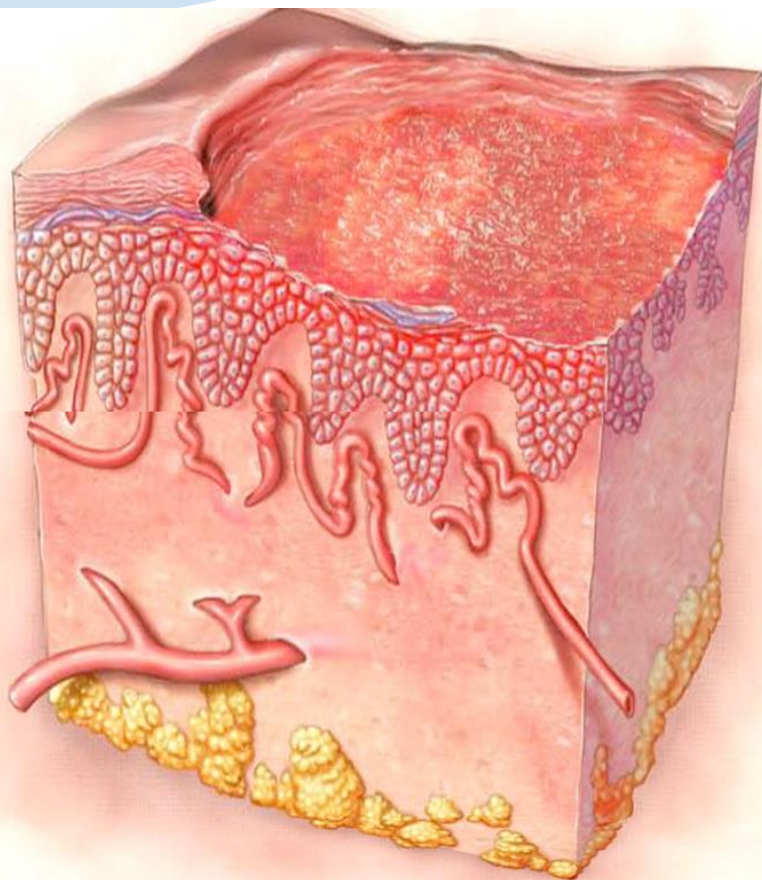
Sign:
erythema
+/-edema

Category 1 – Red but skin intact (mild)



มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลลิกา/พะโล้

ผิวหนังระคายเคืองจากการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ Incontinence Associated Dermatitis (IAD)

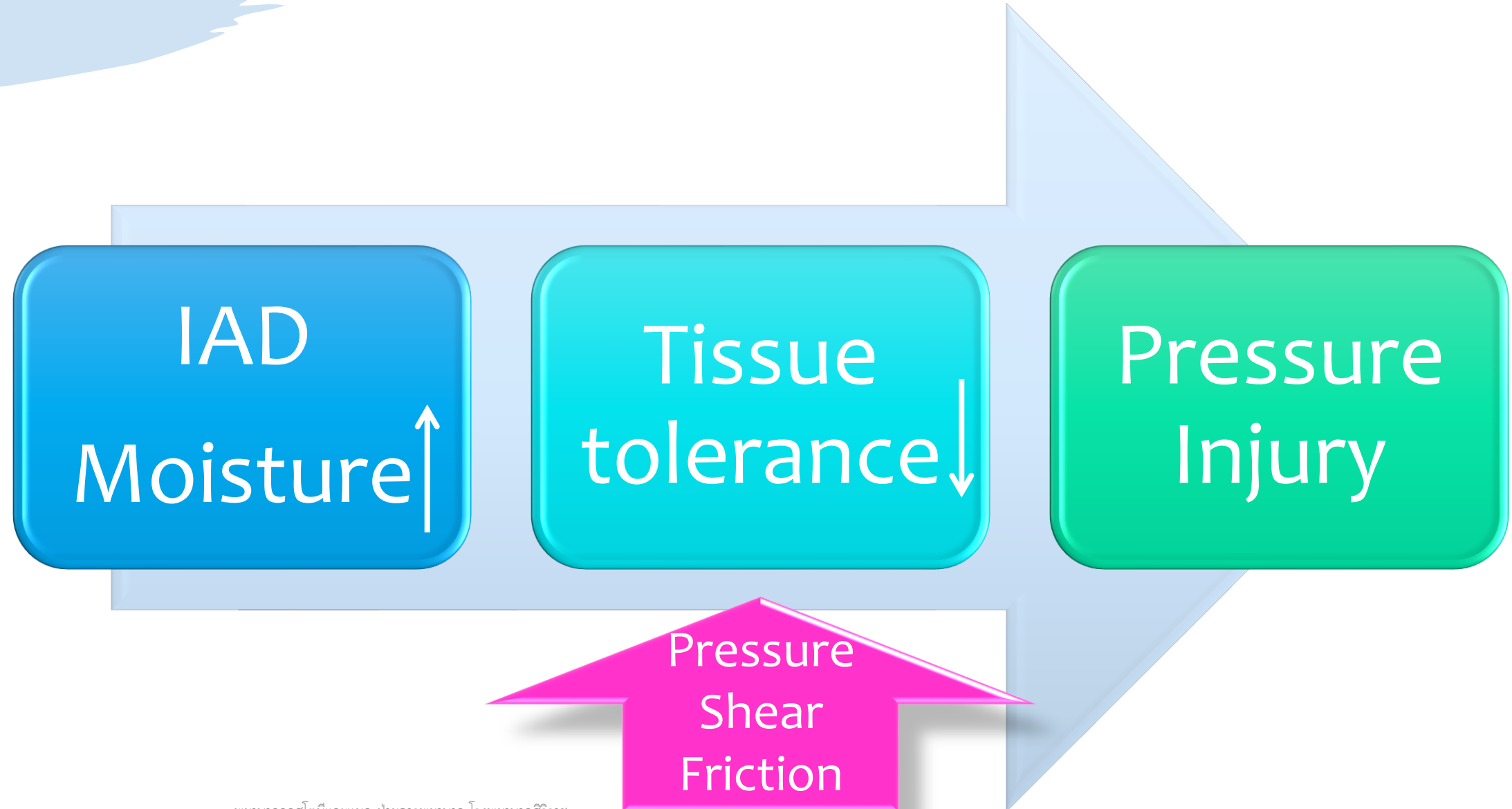


Sign:
vesicles/bullae/skin
erosion/denudation
of skin

Category 2 – Red with skin breakdown
(moderate-severe)



IAD is not Pressure Injury





- International Pressure Injury Prevalence survey also found that patients with IAD had significantly higher rates of pressure injuries than those without IAD
(Kayser SA,2021)





มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลลิกา/แพ่ง

Pressure Injury *VS* IAD



ปุ่มกระดูก ใต้อุปกรณ์ทางการแพทย์



แรงกดและแรงเสียด

ขอบเขตชัดเจน

4 ระดับ 2 ลักษณะ: ขึ้นกับการถูกทำลาย
ของชั้นผิวหนัง

รอบทวารหนัก ผิวยื่น อวัยวะสืบพันธุ์
ขาหนีบ แก้มก้น ต้นขา



ความชื้นและแรงเสียดสี

ขอบเขตไม่ชัดเจน

2 ระดับ: ผิวหนังแดง / ผิวหนังฉีกขาด



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

Two key interventions are critical for the prevention and management of IAD:

- Manage incontinence
- Implement a structured skin care regimen
 - Cleansing the skin: to remove urine and/or feces.
 - Protect the skin exposed to urine and/or feces and help restore an effective skin barrier function



1. ประเมินสภาพผิวหนัง

บริเวณ perineum และ perianal area



Prevention PI

Bony prominence

2. จัดอุจจาระ/ปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า /skin cleanser โดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง

ทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังทุกครั้งหลังทำความสะอาด

3. ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือแผ่นรองซับอย่างหนา เปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย หรือพบความเปียกชื้น

4. ประเมินผิวหนังทุกครั้งที่มีกิจกรรมพยาบาลบริเวณจุดเสี่ยงและทุกครั้งที่เปลี่ยนท่า



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลแพทยศาสตร์

ตรวจพบความเปื่อยกขึ้น



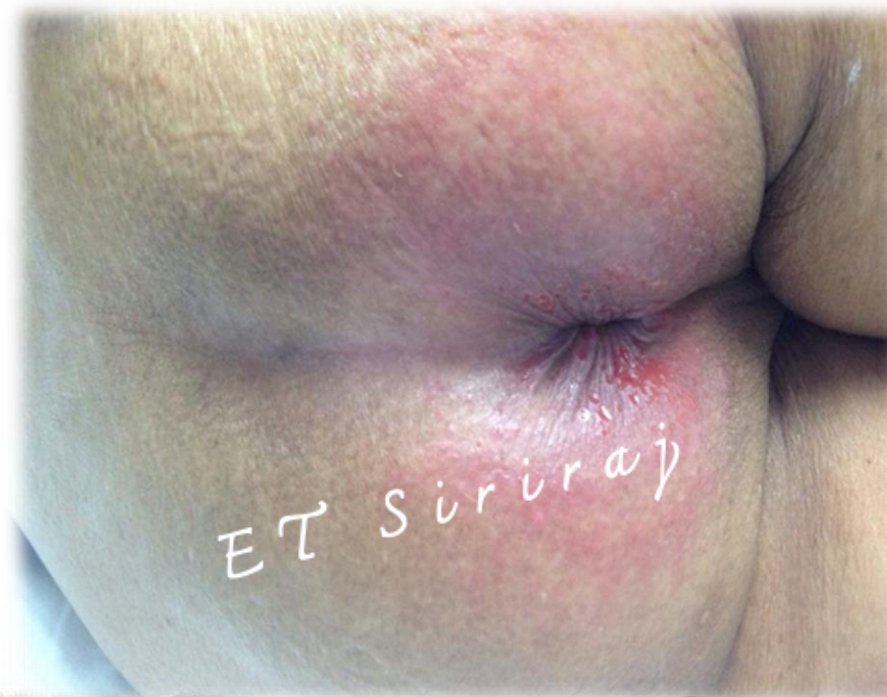
ใช้ปิโตรเลียมเจลลี่

ครีม

ฟิล์ม

แพทย์สกลอสโตมีและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ถ่ายอุจจาระเหลว เป็นน้ำ และ/หรือ ผิวหนังแดง จี๊ดขาด



Zinc Oxide ร้อยละ 25

Zinc Oxide ร้อยละ 20



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ถ่ายอุจจาระเหลว เป็นน้ำ และ/หรือตรวจพบผิวหนังแดง จี๊ดขาด



Acrylic Tetrapolymer

พยาบาลอโศกและแผล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช





มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลลิกา/พะอ

วิธีการทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่มี Zinc Oxide ร้อยละ 20-25



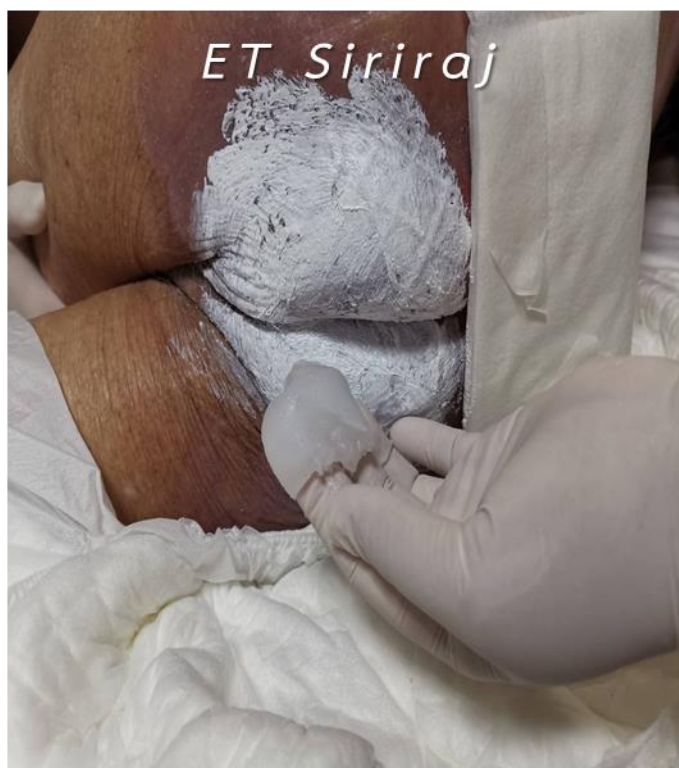
Cr: HAPI Conference, 2024

ทำให้ครอบคลุมทุกตำแหน่งที่สัมผัสปัสสาวะ/อุจจาระ



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลศิริราช

Zinc paste ติดแน่นผิวหนัง ใช้ดอกยาง ทำอย่างไร



ใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือแผ่นรองซับอย่างหนา เปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย



มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลฑูรณนพณ





Mobility Support

- Encourage even passive ROM exercises daily
- Use slide sheets, lifts, and gait belts to prevent injury during movement
- Collaborate with PT/OT for mobility



มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาล/แพทย์

ประเมินผิวหนังทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล/เปลี่ยนท่า

ทำความสะอาดร่างกาย



<https://images.app.goo.gl/B1Pc-J8pEAoLWYRi9>

ให้การพยาบาล



<https://images.app.goo.gl/UKLmoGi38p6GPE938>

พลิกตัว



<https://images.app.goo.gl/bQ8g43KRRcPFQoVt9>



Regular **skin assessments** is
essential for **early detection and
prevention**





มหาวิทยาลัยมหิดล
มัลลิกา/แพ่ง

Q & A



Photo: Chulamane



References

- National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP).(2019). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline.Retrieved from: <https://npiap.com>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ).(2014). Preventing Pressure Ulcers in Hospitals: A Toolkit for Improving Quality of Care.Retrieved from: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/pressureulcer/tool/index.html>
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).(2023). Quality Measures: Pressure Ulcers.Retrieved from: <https://www.cms.gov>International Osteoporosis Foundation (IOF).(2022).
- Osteoporosis: Facts and Statistics.Retrieved from: <https://www.osteoporosis.foundation>Park-Lee, E., & Caffrey, C. (2021).Pressure Ulcers Among Nursing Home Residents: United States, 2020.National Center for Health Statistics.Retrieved from: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db395.htm>
- McNichol, L., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2020).Medical Device-Related Pressure Injuries: Impact, Prevention, and Management.Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing, 47(2), 157–164.<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000624>