



เอกสารวิธีการปฏิบัติงาน (Work Instruction: WI)
โรงพยาบาลโคกเจริญ

รหัสเอกสาร : ER-WI-

เรื่อง การดูแลบาดแผล

วันที่เริ่มใช้ 1 กันยายน 2555

แก้ไขครั้งที่: 1

		ลงชื่อ	วัน/ เดือน/ ปี
ผู้จัดทำ	งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน		1 กันยายน 2555
ผู้ทบทวน	กลุ่มงานการพยาบาล		1 พฤศจิกายน 2560
ผู้อนุมัติ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ		22 พฤศจิกายน 2560

	โรงพยาบาลโคกเจริญ หน่วยงาน: อุบัติเหตุฉุกเฉิน รหัสเอกสาร: ER-WI-	หน้า: 1 แก้ไขครั้งที่: 1 วันที่เริ่มใช้: 1 กันยายน 2555
เรื่อง: การดูแลบาดแผล	ผู้ทบทวน: กลุ่มงานการพยาบาล	
ผู้จัดทำ: งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน	ผู้อนุมัติ: ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกเจริญ	

วัตถุประสงค์

1. ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งสกปรกหรือเชื้อโรคเข้าสู่แผลทางผิวหนัง
2. ส่งเสริมกระบวนการการหายของแผล
3. ให้เกิดสภาวะที่ดีเหมาะแก่การงอกของเนื้อเยื่ออย่างสมบูรณ์
4. ชะล้างสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล
5. ดูดซับสิ่งคัดหลั่ง ส่งเสริมให้มีการระบายดีขึ้นและป้องกัน ไม่ให้ผิวหนังรอบๆแผลเปื่อยหรือ

ลอกหลุดออก

6. ป้องกันการคั่งค้างหรือสะสมของสิ่งคัดหลั่งในแผลที่มีลักษณะเป็นโพรง และทำให้บาดแผลดีขึ้น
7. ห้ามเลือดกรณีมีเลือดออกโดยใช้แรงกดโดยตรงที่แผล
8. ให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย

ขอบเขต

การทำแผลกับผู้ป่วยทุกรายในความรับผิดชอบของกลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลโคกเจริญ

คำจำกัดความ

การทำแผล หมายถึง การทำความสะอาด ขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากแผล ตกแต่งบาดแผล

การทำแผลแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ

1. การทำแผลชนิดแห้ง (Dry dressing)
2. การทำแผลชนิดเปียก (Wet dressing)

การทำแผลชนิดแห้ง (Dry dressing)

การทำแผลชนิดแห้งเป็นการทำแผลที่ไม่ต้องการความชุ่มชื้นในการหายของแผล ใช้สำหรับแผล สะอาด ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดที่เย็บขอบติดกัน หรือแผลที่ไม่มีการอักเสบ เป็นแผลเล็กๆ ที่มีสิ่งคัดหลั่ง (Discharge) ระบายออกจากแผลเพียงเล็กน้อย เป็นต้น

อุปกรณ์

1. ชุดทำแผล (Instrument) ที่สะอาดปราศจากเชื้อ
 - 1.1 ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps)
 - 1.2 ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps)
 - 1.3 ถ้วยใส่น้ำยา

- 1.4 สำลี
- 1.5 ผ้าก๊อซ
- 1.6 ไม้พันสำลี ใช้สำหรับป้ายยาทาแผล
2. น้ำเกลือออร์มัล 0.9%
3. แอลกอฮอล์ 70%
4. ภาชนะสำหรับใส่ขยะ อาจใช้ชำมรูปไต หรือพลาสติก
5. ถาดรองชุดทำแผล
6. ถุงมือสะอาด
7. พลาสเตอร์ปิดแผล
8. อุปกรณ์ที่อาจจัดเพิ่ม
 - 8.1 ถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อใช้แทนปากคืบ
 - 8.2 ผ้าปิดปากปิดจมูกกรณีแผลมีกลิ่นเหม็นมาก
 - 8.3 ยาป้ายแผลตามแผนการรักษา (ถ้ามี)
 - 8.4 วัสดุปิดแผลตามแผนการรักษา (ถ้ามี)
 - 8.5 ผ้ายางรองแผล (เมื่อมีข้อบ่งชี้)

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Implementation)

1. ตรวจสอบแผนการรักษา เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
 2. ระบุตัวผู้ป่วยตรวจสอบชื่อ-สกุล หมายเลขประจำตัว เพื่อความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการทำแผล
- ถูกต้อง
- ตามแผนการรักษา
3. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบเคารพในสิทธิของผู้ป่วย ลดความวิตกกังวลและขอความร่วมมือจากผู้ป่วย
 4. ล้างมือให้สะอาด หรือใช้ Waterless 20-30 วินาที เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
 5. สวมใส่ผ้าปิดปากปิดจมูกให้เรียบร้อย
 6. เตรียมอุปกรณ์ให้ครบถ้วน และวางอุปกรณ์บนโต๊ะข้างเตียง หรือโต๊ะสำหรับวางสิ่งของเคลื่อนที่
 7. กั้นม่านหรือปิดประตูห้อง พร้อมปิดพัดลม
 8. ปรับระดับเตียง ลดราวกันเตียงลง จัดให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม ห่มผ้าในกรณีผู้ป่วยบนหนาว
- เปิดเฉพาะตำแหน่งที่มีแผล
9. วางชำมรูปไต หรือถุงพลาสติกไว้ใส่ขยะไว้ใกล้ตำแหน่งแผล แต่ต้องไม่ขวางชุดทำแผล
 10. ตรวจสอบแผล สายระบาย (ถ้ามี) ก่อนเปิดผ้าปิดแผล ใช้มือลอกพลาสเตอร์ และผ้าปิดแผล
- ชั้นนอกออกทิ้งในที่รองรับขยะโดยทำด้วยความนุ่มนวล ถ้าผ้าปิดแผลติดกับแผลควรใช้สำลี NSS วางบนผ้าที่ติดกับแผล แล้วดึงผ้าปิดแผลออก และสังเกตที่ผ้าปิดแผลว่ามีสิ่งคัดหลั่งซึมมากหรือน้อยเพียงใด ถ้าแผลซึมหรือมีการปนเปื้อน ควรสวมถุงมือสะอาด ก่อนลอกแผลและถอดถุงมือออก
11. ล้างมือให้สะอาดหรือใช้ Waterless 20-30 วินาที สวมถุงมือสะอาดหากจำเป็น

12. เปิดชุดทำแผลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการหยิบ ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) จัดอุปกรณ์ในชุดทำแผลเป็นระเบียบ หรือสวมถุงมือสะอาด ปราศจากเชื้อ (กรณีใช้แทนปากคีบ) หลีกเลี่ยงการสัมผัสอุปกรณ์ปราศจากเชื้ออื่นๆ ในชุดทำแผล เทสารละลายที่ใช้ในการทำแผลลงถ้วย

13. ใช้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว(Tooth forceps) คีบผ้าปิดแผลชั้นในออก(ถ้ามี) ที่งับในร่องรับขยะ ถ้าผ้าปิดแผลติดกับแผล ควรใช้สำลี NSS วางบนผ้าที่ติดกับแผล แล้วดึงผ้าปิดแผลออก

14. ประเมินสภาพแผลโดยการสังเกตตำแหน่งขนาดลักษณะของแผล ตลอดจนสีและกลิ่นของสิ่งคัดหลั่ง ที่ระบายออกมา (ถ้ามี)

15. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว(Non-tooth forceps) คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% บิดหมาดๆ โดยใช้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) อยู่ด้านล่างเสมอ แล้วใช้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว(Tooth forceps) คีบสำลีเช็ดรอบแผลโดยเช็ดจากด้านบนลงล่าง หรือเช็ดจากด้านในวนออกมาด้านนอกเป็นวงครึ่งเดียว แล้วทิ้งสำลีลงในที่รองรับขยะ

หมายเหตุ แผลขนาดเล็ก แห่งสะอาด อาจใช้น้ำเกลือออร์มัล 0.9% เช็ดแผลด้านนอกแทนน้ำยาฆ่าเชื้อ

16. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) จับสำลี NSS ส่งให้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) แล้วเช็ดแผลโดยเช็ดจากด้านบนลงล่างหรือเช็ดจากด้านในของแผลวนออกมาด้านนอกจนสะอาด (เช็ดครึ่งเดียวแล้วทิ้งสำลีลงในที่รองรับขยะ) ถ้ามีแผลสกปรก มีสิ่งคัดหลั่งมาก ต้องทำซ้ำ หลายๆ ครั้ง

17. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% บิดหมาดๆ ส่งให้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) เช็ดรอบแผลอีกครั้ง

18. ใช้ไม้พันสำลีป้ายยาทำแผลตามแผนการรักษา

19. ถ้าแผลมีท่อระบายอยู่บริเวณใกล้เคียงควรทำความสะอาดแผลผ่าตัดให้เสร็จก่อน และจึงทำแผลตรงที่มีท่อระบาย (ทำตามแนวทางปฏิบัติการทำแผลที่มีท่อระบาย) การปิดแผลต้องแยกผ้าปิดแผลแต่ละแผลออกจากกัน

20. ปิดแผลชั้นแรกด้วยก๊อสหรือวัสดุปิดแผล

21. ปิดผ้าก๊อสชั้นที่สองคลุมแผล

22. ถอดถุงมือ

23. ปิดพลาสติกตามแนวขวางลำตัวและไม่ทำให้ท่อระบายพับงอ

24. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบหลังทำแผลเสร็จ จัดเสื้อผ้าผู้ป่วยให้เรียบร้อย จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย ยกราวกั้นเตียง เปิดม่าน เปิดพัดลม

25. เก็บอุปกรณ์ต่างๆไปทำความสะอาดอย่างถูกวิธี

26. ล้างมือให้สะอาดหรือWaterless 20-30 วินาที

27. ลงบันทึกการทางการพยาบาล

การทำแผลชนิดเปียก (Wet dressing)

การทำแผลชนิดเปียกเป็นการทำแผลที่ปากแผลเปิด เช่น แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อและขอบแผลแยก

แผลที่แพทย์ไม่เย็บขอบแผลติดกัน เช่น แผลไฟไหม้แผลที่มีการอักเสบติดเชื้อ หรือแผลกดทับ เป็นต้น รวมถึงแผลที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ แผลที่มีเนื้อตาย มีสิ่งคั่งหลัง (Discharge) ระบายออกจากแผล ปริมาณมาก เป็นต้น แผลประเภทนี้ เป็นแผลที่ไม่สามารถเย็บแผลปิดได้ การหายของแผลใช้เวลานาน การทำแผลต้องใช้ความชุ่มชื้น และส่งเสริมหรือทำให้สิ่งคั่งหลังระบายออกได้ จะช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น แผลมีโอกาสดูติดเชื้อได้ง่าย การทำแผลอาจทำบ่อยกว่าแผลชนิดแห้ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของแผล แผนการรักษาของแพทย์แนวทางการดูแลแผลของพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งต้องมีความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

อุปกรณ์ (Equipment)

1. ชุดทำแผล (Instrument) ที่สะอาดปราศจากเชื้อ
 - 1.1 ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps)
 - 1.2 ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps)
 - 1.3 ถ้วยใส่น้ำยา
 - 1.4 สำลี
 - 1.5 ผ้าก๊อซ

*กรณีแผลมีขนาดใหญ่อาจใช้ชุดทำแผล (Instrument) ชุดใหญ่ ซึ่งจะเพิ่มผ้าก๊อซหุ้มสำลี (Top gauze) ในชุดทำแผลและหีบสำลีหรือก๊อซเพิ่มตามขนาดของแผล

*น้ำยาทาแผล ที่ปราศจากเชื้อ ตามแผนการรักษา หรือตามวัตถุประสงค์ที่ใช้ในการทำแผล เช่น 3% Hydrogen peroxide เป็นต้น

2. เครื่องมืออื่นๆ เช่น Metzenbaum scissors สำหรับตัดเนื้อตาย Curette สำหรับขูดเนื้อตาย ก๊อซระบาย (Drain gauze) สำหรับใส่ในโพรงหนอง

3. ผ้าก๊อซ (Gauze) ชนิดบาง (อาจใช้ผ้าก๊อซปิดแผลเคลือบเป็นแผ่นบางๆ) ใช้สำหรับปิดหน้าแผล (Packing)

4. ผ้าปิดปากปิดจมูกกรณีแผลมีกลิ่นเหม็น มาก
5. วัสดุปิดแผลตามแผนการรักษา (ถ้ามี)
6. เสื้อกาวน์ (ใช้กรณีแผลมีขนาดใหญ่ แผลติดเชื้อ ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ)
7. ผ้ายางรองแผล (เมื่อมีข้อบ่งชี้)

ขั้นตอนการปฏิบัติ (Implementation)

1. ขั้นตอนการปฏิบัติตั้งแต่ข้อ 1-10 ปฏิบัติเหมือนทำแผลชนิดแห้ง

หมายเหตุ สวมเสื้อกาวน์ (ถ้ามี) หลังผูกผ้าปิดปากปิดจมูก

2. ล้างมือให้สะอาดหรือใช้ Waterless 20-30วินาที

3. เปิดชุดทำแผล โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการหีบปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Nontooth forceps) และปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) จัดอุปกรณ์ในชุดทำแผลให้เป็นระเบียบหรือสวมถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ (กรณีใช้แทนปากคีบ) หลีกเลี่ยงการสัมผัสอุปกรณ์ปราศจากเชื้ออื่นๆในชุดทำแผล

เทสสารละลายที่ใช้ในการทำแผลลงด้วย

4. สวมถุงมือสะอาดปราศจากเชื้อ (ไม่จำเป็นต้องใช้ในแผลเรื้อรัง)

5. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% โดย

ใช้ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps) อยู่ด้านล่างเสมอแล้วใช้ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps) คีบสำลีเช็ดรอบแผล โดยเช็ดจากบนลงล่าง หรือเช็ดจากด้านในวนออกมาด้านนอกเป็นวงครึ่งเดียวแล้วทิ้งสำลีในที่รองรับขยะ

6. ทำความสะอาดแผลดังนี้

6.1 ใช้ NSS เช็ดแผลโดยวนจากในแผล หรือจากบนลงล่าง

6.2 ล้างหนอง หรือเนื้อตายออก (ถ้ามี) อาจใช้ NSS หรือน้ำยาอื่นตามแผนการรักษา

6.3 ขูดเนื้อตาย เศษที่เหลือด้วย Curette สำหรับขูดเนื้อตาย และใช้กรรไกรตัดเนื้อตดเลาะเนื้อตายออก (ถ้ามี)

7. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% โดยใช้ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps) อยู่ด้านล่างเสมอแล้วใช้ปากคีบมีเขี้ยว (Tooth forceps) คีบสำลีเช็ดรอบแผล โดยเช็ดจากบนลงล่าง หรือเช็ดจากด้านในวนออกมาด้านนอกเป็นวงครึ่งเดียวแล้วทิ้งสำลีในที่รองรับขยะ

8. ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (Non-tooth forceps) คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาอื่นๆ ตามแผนการรักษาปิดพองหมดส่งให้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) วางไว้ในแผลอย่างหลวมๆ จนเต็มแผล ใช้ไม้พันสำลีกดผ้าก๊อซให้เข้าที่

9. ปิดแผลด้วยผ้าก๊อซ หรือก๊อซหุ้มสำลีตามความเหมาะสม

10. ถอดถุงมือ

11. ปิดพลาสติก

12. ปฏิบัติเช่นเดียวกับการทำแผลชนิดแห้ง ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 24-27

การบันทึก (Documentation)

1. บันทึกตำแหน่งของแผลชนิดของวัสดุในการปิดแผลก่อนเปิดทำแผลและวันเวลาที่เปิดแผล

2. บันทึกสิ่งสังเกตที่ได้จากการทำแผลได้แก่ ลักษณะของแผลวัสดุที่ใช้ในการเย็บแผล เช่น ใช้ไหมเย็บแผล Staple เย็บแผล หรือใช้ Strip ปิดแผล

3. บันทึกขนาด กลิ่นของแผล ปริมาณและชนิดของสิ่งคัดหลั่ง หรือการมีเลือดออกจากแผล

4. บันทึกสภาพผิวหนังรอบๆแผลรวมทั้งบันทึกสีอุณหภูมิและลักษณะของแผล เช่น แผลบวมแดง อาการห่อเลือด และเปื่อยยุ่ย เป็นต้น

5. บันทึกตำแหน่งสายระบายต่างๆจากแผลผู้ป่วยลักษณะสีกลิ่น และปริมาณของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากสายระบาย(ถ้ามี)

6. บันทึกน้ำยาที่ใช้ในการทำแผลทั้ง NSS และน้ำยาฆ่าเชื้อ (Antiseptic solution) อื่นๆที่ใช้ในการทำแผล รวมทั้งบันทึกยาที่ใช้ป้ายแผล (ถ้ามี)

7. บันทึกวัตถุอื่นๆที่ใช้ในการทำแผล (ถ้ามี) ควรบันทึกเพราะจะได้ดูเรื่องการแพ้ด้วย

8. บันทึกความรู้ความเข้าใจ และการให้ความร่วมมือในการทำแผล ของผู้ป่วยและญาติ

9. บันทึกปฏิบัติการต่อการทำแผลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงคะแนนความปวดของผู้ป่วยก่อนและหลังทำแผลรวมถึงบันทึกเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการบรรเทาอาการปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา

ข้อควรระวัง (Special consideration)

1. พยาบาลควรแนะนำ ให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตลักษณะของแผล ถ้าแผลมีการซึมเปื้อน หรือเลือนหลุด แนะนำให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

2. รายงานแพทย์เมื่อแผลมีการปนเปื้อนเชื้อหรือหลุดออกจากผิวหนัง

3. การทำ แผลผู้สูงอายุควรทำความสะอาดด้วยความระมัดระวังเพิ่มขึ้น เพราะผิวหนังผู้สูงอายุมีความยืดหยุ่นน้อย บอบบาง และแพ้ง่าย ควรใช้พลาสติกชนิดกระดาษในการปิดแผล อาจใช้ก๊อสชนิดม้วน (Roll gauze) หรือวัสดุที่มีความนิ่มพันรอบแผลที่อยู่บริเวณแขนขาของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกระแทกหรือฉีกขาดของผิวหนัง

เอกสารอ้างอิง

กนกพร เรมกานนท์.(2553). การศึกษาประสิทธิภาพของพลาสมาที่มีปริมาณเกล็ดเลือดเข้มข้นโดยการฉีดเข้าในผิวหนังต่อการลดริ้วรอยและความเรียบของผิวหนังบริเวณใบหน้า (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ).

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

กัลยา ประไพพ และ จินตนา อาจสันติยะ. (2560). การดูแลบาดแผลผู้ป่วยในยุคไทยแลนด์ 4.0 ด้วยนาโนเทคโนโลยี. วารสารการพยาบาลทหารบก,ปีที่ 18(ฉบับที่3 กันยายน-ธันวาคม 2560). หน้า 9 - 15

ณัฏฐ บุษางกูร. (2560). อุปกรณ์ทำแผลขั้นสูง. ธรรมศาสตร์เวชสาร, ข้อมูล:

file:///C:/Users/acer/Downloads/99517-Article%20Text-249414-1-10-20170919.pdf

แพทย์หญิงวิจิตร วิมลชัยฤกษ์และศาสตราจารย์ ดร.พรเทพ เทียนสีวาทกุล.(2560). การศึกษาประสิทธิภาพของการฉีดพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้นของตนเองเข้าชั้นใต้ผิวหนังเพื่อการรักษารอยแตกกลายสีขา

จากเว็บไซต์<http://www.dpu.ac.th/graduate/upload/content/files/> (สืบค้นเมื่อ 20กรกฎาคม 2562)

อมรรัตน์ รุ่งจรรยาฤกษ์.(2555). การศึกษาแบบสุ่มประเมินผลการลดลงของริ้วรอยส่วนบนของใบหน้าโดย

การฉีดพลาสมาที่มีเกล็ดเลือดเข้มข้นของตนเองเข้าใต้ผิวหนังหนึ่งด้านหนึ่งของใบหน้า เปรียบเทียบกับ

กลุ่มควบคุม (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Greer N, Foman N, Dorrian J, et al.(2014). Advanced Wound Care Therapies for Non-Healing Diabetic, Venous, and Arterial Ulcers: A Systematic Review. Washington (DC):

Department of Veterans Affairs (US)

