

ความก้าวหน้า:

เครือข่ายและการจัดการดูแล  
แผลและออสโตมี 2563

Update: Network and Nursing Management  
in Wound and Ostomy Care 2020

กลุ่มความเป็นเลิศในการดูแลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ความก้าวหน้า:

เครือข่ายและการจัดการดูแลแผล และออสโตมี 2563

---

Update: Network and Nursing Management  
in Wound and Ostomy Care 2020

กลุ่มความเป็นเลิศในการดูแลแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

13 – 14 กุมภาพันธ์ 2563

ณ. ห้องประชุมแกรนด์วิว 1 ศูนย์ประชุมนานาชาติ

โรงแรมเชียงใหม่แกรนด์วิว จังหวัดเชียงใหม่



## คำนำ

ผู้ป่วยที่มีแผลและออสโตมี เป็นความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบต่อหลายประการ ได้แก่ เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานจากแผล หรือผิวหนังถูกทำลาย เกิดการเปลี่ยนแปลง ภาวลักษณะและความเรื้อรังของพยาธิสภาพ ทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เกียรติของผู้ดูแล ค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัจจุบันทักษะ องค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแลแผลและออสโตมี มีการพัฒนาทำหายและก้าวหน้าเป็นอย่างมาก พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความตระหนักและเข้าใจปัญหาผู้ป่วย ศึกษาและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญของการป้องกันและจัดการดูแลแผลต่าง ๆ ภาวได้มาตรฐานวิชาชีพ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับความสุขสบายและพึงพอใจ เพิ่มคุณค่าการพยาบาล คณะผู้จัดทำตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว จึงจัดโครงการประชุมวิชาการเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยและทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมจากสหสาขาวิชาชีพและระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งจะเกิดการพัฒนาความคิดการบูรณาการองค์ความรู้ ทักษะ เข้าด้วยกันได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลและออสโตมี อันจะนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และรวบรวมองค์ความรู้จัดทำ E-BOOK นี้ขึ้น

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า E-BOOK นี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ เพื่อเป็นความรู้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป หากมีข้อผิดพลาดประการใด ทางคณะผู้จัดทำขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

คณะผู้จัดทำ

กุมภาพันธ์ 2563

## ผู้นิพนธ์

- **พว. กชวรรณ นงค์แย้ม**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว. ดารานี แซ่เอี่ยม**

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสันทราย

- **พว. ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว.ปารีชาติ นาทบุญ**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว.พรพรรณ สุทธิวงศ์**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว. พรรณงาม พิมพ์ชู**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว.รัตนาวลี ฮานา**

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

- **พว.วีระชน หนองช้าง**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว.วิไล สถาวรวิจิตร**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว.ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์**

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่  
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- **พว. สมทรง ดวงวิโรจน์**

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์

## สารบัญ

	หน้า
● Hospital Acquired Pressure Injury prevention: risk analysis พว. วีระชน หนองช้าง	1
● Evidence Based Practice in Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) พว. ธีรนนท์ สິงห์เฉลิม	6
● Practical point in Wound management Orthopedic wound in elderly พว. พรรณงาม พิมพ์ชู	14
Necrotizing Fasciitis พว. สมทรง ดวงวิโรจน์	19
Complex Pressure Injury พว. กชววรรณ นงศ์ไย้ม	24
● Medical Adhesive-Related Skin Injury (MARS): Treatment and Prevention พว. ศิริลักษณ์ ศิริปัญญวัฒน์	29
● Practical management in Burn wound พว. รัตนาวลี ธานา	37

## สารบัญ

	หน้า
● Nursing management in ostomy patient พว.ปาริชาติ นาถบุญ	43
● Practical management for Irritant Associated Dermatitis: IAD พว. วิไล สถาวรวิจิตร	51
● Prevention and management for gastrostomy and jejunostomy tube related proplem พว. พรพรรณ สุทธิวงศ์	57
● Wound care team; multidisciplinary approach พว. ดาราณี แซ่เอี่ยม	66

## Hospital Acquired Pressure Injury Prevention: Risk Analysis

### การป้องกันแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล: รู้ทันปัจจัยเสี่ยง

พว.วีระชน นทองช้าง, ET Nurse

แผลกดทับ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วย มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผลจากการศึกษาหลายๆ ครั้ง พบว่าแผลกดทับมีส่วนทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งแผลกดทับจะปรากฏบริเวณผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่สัมผัสกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์หรืออุปกรณ์อื่น ๆ<sup>1</sup>

แผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล หมายถึง การบาดเจ็บบริเวณผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังระหว่างเข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสาเหตุเกิดจากแรงกด แรงไถล หรือเกิดจากแรงกดร่วมกับแรงไถล และการเกิดแผลกดทับยังสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะสูงอายุ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การกำซาบของเนื้อเยื่อร่างกาย ภาวะโภชนาการ และความรุนแรงของการเจ็บป่วย<sup>2</sup>

#### ปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ<sup>1</sup>

จากการศึกษาและการพูดคุย พบว่ามีการอธิบายถึงปัจจัยหลายๆ อย่างที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดแผลกดทับ แต่ โคลแมนและคณะ (2014) ได้จำแนกปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. แรงที่กระทำต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง หมายถึง ความรุนแรงระยะเวลา และประเภทของแรงที่กระทำต่อเนื้อเยื่อและผิวหนัง



2. ความทนของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง หมายถึง ความแข็งแรงของเนื้อเยื่อร่างกาย ความสามารถในการรับแรงกระทำต่อผิวหนัง ความสามารถในการซ่อมแซมตัวเองของร่างกาย ความสามารถในการระบายความร้อนของร่างกาย

### กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>1</sup>

1. ผู้ป่วยอาการหนักหรือผู้ป่วยวิกฤต
2. ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
4. ผู้ป่วยอ้วนหรือผู้ที่มีน้ำหนักมาก
5. ผู้ป่วยทารกแรกเกิดและผู้ป่วยเด็ก
6. ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
7. ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงนำส่งหรือส่งต่อ

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับ<sup>1, 2, 3, 4</sup>

1. ความสามารถในการทำกิจกรรมและการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
2. ลักษณะของผิวหนังและความแข็งแรงของผิวหนัง
3. การไหลเวียนโลหิต การกำซาบของเนื้อเยื่อ และระดับออกซิเจนของร่างกาย
4. ภาวะโภชนาการ
5. ความเปียกชื้น และความชุ่มชื้นของผิวหนัง

6. อุณหภูมิร่างกาย
7. สูงอายุ
8. การรับรู้และการรับรู้ความรู้สึกของร่างกาย
9. ผลตรวจเลือดที่ผิดปกติ
10. พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพจิต

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด<sup>1, 5, 6</sup>

1. ระยะเวลาการผ่าตัด
2. ลักษณะผู้ป่วยตามแนวทางการประเมินของสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา
3. อายุ
4. ระดับอัลบูมินในเลือด หรือดัชนีมวลกาย

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต<sup>1, 3</sup>

1. ระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนัก
2. การใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. การใช้ยากระตุ้นความดันโลหิต

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทารกและเด็ก<sup>1, 3</sup>

1. ลักษณะและความสมบูรณ์ของผิวหนัง
2. การกำซาบของเนื้อเยื่อ และระดับออกซิเจนของร่างกาย
3. การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ

4. ความรุนแรงของความเจ็บป่วย
5. ระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือหอผู้ป่วยหนัก

### เอกสารอ้างอิง

1. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/ Injuries: Clinical Practice Guideline. International Guideline 2019.
2. Rondinelli J, Zuniga S, Kipnis P, Kipnis P, Kawa L. Hospital-Acquired Pressure Injury: Risk-Adjusted Comparisons in an Integrated Healthcare Delivery System. Nurs Res. Author manuscript; available in PMC 2018 June 21.
3. Australian Wound Management Association. (2012). *Pan Pacific Guideline for the Prevention and Management of Pressure Injury*. WA: Cambridge Media Osborne Park. Retrieved from Australian Wound Management Association: <http://www.awma.com.au>
4. Health Research & Educational Trust. (2016, January). *Hospital Acquired Pressure Ulcers (HAPU) Change Package*. Retrieved from Health Research & Educational Trust: <http://www.hret-hen.org>

5. Spruce, L. (2013). Back to Basics: Preventing Perioperative Pressure Injuries *AOR Njournal* 1,92-99 Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2016.10.018>
6. Walton-Geer, P. S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 538-552. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2008.12.022>

## Evidence Based Practice in Negative Pressure Wound Therapy

---

พว. ชีรนนท์ สิงห์เฉลิม, APN ET

การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Practice : EBP) หมายถึง การใช้ข้อมูลที่เชื่อถือได้ ซึ่งได้จากกระบวนการสืบค้น วิเคราะห์ สังเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจในกระบวนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญของการประกันคุณภาพการบริการด้านสุขภาพ การดูแลแผลด้วยแรงดันลบ (Negative pressure Wound therapy (NPWT), Vacuum-assisted wound closure (V.A.C. )คือการดูแลแผลด้วยระบบปิดที่ความดันต่ำกว่าบรรยากาศ ซึ่งการปฏิบัติโดยใช้องค์ความรู้ที่เป็นปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังมีแนวทางการปฏิบัติงานที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันและเป็นลายลักษณ์อักษรเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้ป่วย ซึ่งแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยแรงดันลบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ได้แบ่งระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (Level of evidence )และระดับข้อเสนอแนะ ( level recommendation ) ตาม Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN ) (ตารางที่ 1 )

**แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแผลด้วยแรงดันลบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์**

### 1. การเลือกใช้ Wound Filler และ wound contact layer

1.1 การเลือกใช้ Polyurethane foam ซึ่งเป็น Open cell foam dressing ช่วยกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ เนื่องจากลักษณะโครงสร้างที่มีรูพรุนขนาดใหญ่ (Macrostrain) มีขนาดรูพรุน 400-600 um ( Grade D )

1.2 gauze เหมาะกับแผลตื้น ที่ต้องการการเกิด granulation tissue บาง มีอาการปวดขณะลอกแผ่นน้อยกว่า Foam เกิด scar น้อยกว่า ( Grade B )

1.3 ในกรณีที่แผลมีการติดเชื้อควรเลือกใช้ silver Foam ( Grade D )

1.4 แผล STSG แผลใช้ Non - Adherent wound contact layer วางบนพื้นแผลก่อนวาง foam และใช้ anti- microbial wound contact layer วางบนพื้นแผลก่อนวาง foam ในแผลติดเชื้อ( Grade D level 3) ในผู้ป่วย open Abdomen สามารถใช้ wound contact layer วางก่อนเพื่อป้องกันอวัยวะภายในได้รับบาดเจ็บ ( GPP )

## 2. ชนิดของแผลที่สามารถดูแลด้วยแรงดันลบ

2.1 ผู้ป่วยกลุ่ม traumatic or surgical wounds แผลที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อขนาดใหญ่ แผลกว้าง เช่น Necrotizing fasciitis, Degloving injury, Subcutaneous infiltration injuries with extravasation, Abscess, Open amputation, Post-tumor ablation (Grade A )

2.2 แผลผ่าตัดที่ซับซ้อน (Complex dehisced surgical incisions) เช่น Open sternal wounds, Exposed surgical implant or bone, Large cavity, Dead

space, Flap เป็นต้น ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Fasciotomy, ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ ผู้ป่วยกระดูกหักที่มีแผลเปิดแต่มีการสูญเสียกระดูกเล็กน้อย (Grade C )

2.3 ผู้ป่วยทำ skin grafts หรือ skin substitutes ในตำแหน่งข้อต่อ มีการงอเหยียด หรือตำแหน่งที่ยากเช่น Groin, Axilla, Joints (Grade A )

2.4. ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ระดับ 3 ขึ้นไปและแผลมีสารคัดหลั่งมาก Grade A )  
ไม่แนะนำใช้ในแผลกดทับระดับ 1 , 2 และ Suspected deep tissue เนื่องจากไม่สามารถกระตุ้น granulation tissue ได้

2.5 ผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้า ที่ไม่เกิด Gangrene หรือ Debrided Wagner grade 4 (Grade A) ไม่แนะนำให้ใช้ในแผลเบาหวาน Wagner grade 1 และ 5

2.6 . ผู้ป่วยกลุ่ม arterial and venous leg ulcers เช่น venous leg ulcers มีสารคัดหลั่งจำนวนมาก ใช้ compression therapy แล้วไม่ได้ผล ส่วน Arterial leg ulcers ที่ได้รับการทำ revascularized แล้ว (Grade A ) ไม่แนะนำในแผล Arterial leg ที่มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี

2.7 แผลผ่าตัดหน้าท้องที่มีเป้าหมายต้องการควบคุม Abdominal Fluid (Grade C )

2.8 แผลที่มีการติดเชื้อสามารถใช้การทำแผลโดยวิธีสูญญากาศร่วมกับหยดของเหลว (Negative Pressure wound therapy with instillation (NPWTi) (Grade D )

### 3. แผลที่ควรระวังในการการดูแลแผลด้วยแรงดันลบ ( GPP )

- 3.1 แผลที่มีเลือดออกมาก (active bleeding )
- 3.2 แผลที่ขาดเลือดมาเลี้ยง
- 3.3 แผลที่อยู่ใกล้เส้นเลือดหรืออวัยวะภายใน
- 3.4 แผลบริเวณที่อยู่บริเวณที่ได้รับการฉายแสง
- 3.5 ตำแหน่งของแผลไม่เหมาะสมเช่นรักแร้ ขาหนีบ เป็นต้น
- 3.6. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ

### 4. ข้อห้ามในการดูแลแผลด้วยแรงดันลบ ( Grade C )

- 4.1 ผู้ป่วยที่เป็นแผลมะเร็ง เนื่องจากแผลจากมะเร็งเป็นแผลที่เลือดมาเลี้ยงมาก อาจทำให้เลือดออกมากได้
- 4.2 ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาการติดเชื้อของกระดูก (osteomyelitis) หรือการติดเชื้อในร่างกาย (sepsis) ก่อนอาจทำให้เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลได้ส่งผลให้แผลหายช้า
- 4.3 ผู้ป่วยที่มีช่องทะลุเชื่อมต่อกับอวัยวะภายในอาจทำให้อวัยวะภายในได้รับการบาดเจ็บได้
- 4.4 แผลที่มี necrotic tissue และ eschar เนื่องจากเป็นชนิดของเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว
- 4.5 แผลที่เมื่อวางโฟมแล้ว ตัวโฟมจะวางอยู่บนเส้นเลือดทำให้เส้นเลือดได้รับอันตรายเกิดการเสียเลือดได้



4.6 แผลที่มีปมประสาทโผล่ เนื่องจากแรงดันลบจะกระตุ้น pain receptor ทำให้เกิดอาการปวดได้

4.7 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ป่วยได้รับยา anticoagulant หรือมีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก

4.8 ผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการทำแผลแบบ NPWT

## 5. ข้อบ่งชี้ในการหยุดการดูแลแผลด้วยแรงดันลบ ( Grade C )

5.1 ผลการดูแลแผลเป็นไปตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ เช่น แผลมีปริมาณ exudate ลดลงและสามารถเปลี่ยนไปใช้แนวทางการรักษาอื่นๆได้ พื้นแผลมี granulation tissue แล้วสามารถทำ graft หรือ flap ได้แผลสามารถเย็บปิดได้ เป็นต้น

5.2 แผลไม่มีความก้าวหน้าในการหาย เช่น แผลมีการติดเชื้อ ขอบแผลมี maceration เป็นต้น

5.3 เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดออกมาก ไม่สามารถปิดอุปกรณ์ในตำแหน่งนั้นได้

5.4 ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่สามารถทนต่ออาการผิดปกติได้ เช่น ปวดแผลมากขึ้น มีอาการแพ้อุปกรณ์

## 6. การเลือกแรงดันลบที่เหมาะสม ( Choice of pressure level )

6.1 แรงดันลบที่เหมาะสมสำหรับการรักษาคือ -40mmHg ถึง -150 mmHg ( Grade D ) ในผู้ป่วย Open Abdomen แนะนำแรงดันลบต่อเนื่องไม่เกิน 80 mmHg ( Grade D )

6.2 เมื่อมีอาการปวด ควรลดแรงดันลบลง ( Grade C )

6.3 หลีกเลี่ยงการใช้แรงดันลบระดับสูงในแผลที่มีการไหลเวียนของเลือดไม่ดี หรือแผลที่มีโอกาสเกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง ( Grade D )

6.4 แผลที่มี wound exudate จำนวนมากสามารถเพิ่มแรงดันลบได้ ( Grade D )

## 7. ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้น (Complications) ( GPP)

7.1 ภาวะเลือดออก (Bleeding) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่สุด พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด หรือผู้ป่วยที่กินยาต้านการแข็งตัวของเลือด หรือแผลเปิดที่มีหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกรุนแรงจนเสียชีวิตได้

7.2 การติดเชื้อ (Infection) อาจพบได้ในกรณีการทำแผลที่ไม่เหมาะสม เช่น ตัดเนื้อตายไม่หมด หรือปิดบนแผลที่ติดเชื้อ

7.3 รูเชื่อมของลำไส้ (Enterocutaneous fistula) เมื่อมีการปิดแผลด้วยวิธีสุญญากาศบนลำไส้โดยตรง อาจก่อให้เกิดภาวะรูเชื่อมของลำไส้ได้

## ตาราง 1 Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN) key to Evidence Statement and Grade of Recommendations

Evidence level		
Level	Description	
1++	High quality meta-analyses, systematic reviews of RCTs, or RCTs with a very low risk of bias	
1+	Well-conducted meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a low risk of bias	
1–	Meta-analyses, systematic reviews, or RCTs with a high risk of bias	
2++	High quality systematic reviews of case control or cohort or studies. High quality case control or cohort studies with a very low risk of confounding or bias and a high probability that the relationship is causal	
2+	Well-conducted case control or cohort studies with a low risk of confounding or bias and a moderate probability that the relationship is causal	
2–	Case control or cohort studies with a high risk of confounding or bias and a significant risk that the relationship is not causal	
3	Non-analytic studies, e.g. case reports, case series, in vivo or in vitro studies	
4	Expert opinion	

Recommendation		
Grade	Terminology	Description
A	Must	At least one meta-analysis, systematic review, or RCT rated as 1++, and directly applicable to the target population; or A body of evidence consisting principally of studies rated as 1+, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results
B	Should	A body of evidence including studies rated as 2++, directly applicable to the target population, and demonstrating overall consistency of results; or extrapolated evidence from studies rated as 1++ or 1+
C	May	A body of evidence including studies rated as 2+, directly applicable to the target population and demonstrating overall consistency of results; or Extrapolated evidence from studies rated as 2++
D	Possible	Evidence level 3 or 4; or extrapolated evidence from studies rated as 2+
GPP	–	Good practice point. A basic requirement of application consistent with manufacturers instructions and in agreement with the NPWT-EP.

### เอกสารอ้างอิง

1. Beitz JM, Rijswijk LV. Developing evidence-based algorithms for negative pressure wound therapy in adults with acute and chronic wounds:

- Literature and expert-based face validation results. *Ostomy Wound Management*. 2012 ;58(4):50-69.
2. Birke-Sorensen H, Malmso M, Rome P, Hudson D, Krug E, L. Berg F, et al. Evidence-based recommendations for negative pressure wound therapy: Treatment variables (pressure levels, wound filler and contact layer) - Steps towards an international consensus. *Plast Reconstr Surg* 2011;64:S1-16 .
  3. Bollero D, Driver V, Glat P, Gupta S, Lázaro-Martínez J l, Lyder C, et al. The Role of Negative Pressure Wound Therapy in the Spectrum of Wound Healing : A Guidelines Document. *Ostomy Wound Management*. 2010;56 (5 Suppl):1–18.
  4. Fletcher J, Mosahebi A, Younis I, Geraghty J, Khalil H, Marise M, et al. Negative pressure wound therapy with instillation for Category 3 and 4 pressure ulcers: Findings of an advisory board meeting. *Wounds UK* 2019;15(3)72-7.
  5. Panayi A C, Leavitt T, Orgill D P. Evidence based review of negative pressure wound therapy. *World J Dermatol* 2017 February 2; 6(1): 1-16.
  6. V.A.C. Therapy Indications and Contraindications. [accessed 2018 Dec 8]. Available from: URL: <http://www.kciimc.com.sg/SG/ENG/indications>

## Wound orthopedics in elderly

พว. พรณงาม พิมพ์ชู, ET Nurse

ปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุและมีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายที่ลดลงและอายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นและ คาดการณ์ว่าในราวปี 2568 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรดังกล่าวทำให้บุคลากรสุขภาพภายในโรงพยาบาลมี โอกาสได้รับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นโดยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยของ อวัยวะเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการ ชราภาพและลักษณะของผู้สูงอายุจะทำให้บุคลากรดูแลผู้ป่วยสูงอายุได้อย่างมี ประสิทธิภาพ ซึ่งในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและการ ดูแลแผล

ในผู้สูงอายุจะมีโครงสร้างของผิวหนังเปลี่ยนแปลงไปโดยมีชั้น epidermis บางลง มีการแบนราบของ rete ridges ซึ่งเป็นชั้นผิวหนังส่วนที่เป็น dermal papillae ทำให้จำนวนของปลายประสาทและหลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ capillary blood flow ลดลง มีการสูญเสียคอลลาเจนและความยืดหยุ่น ลดการยึดเกาะกันของ epidermis และ dermis ทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุบาง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการสูญเสียของกล้ามเนื้อ ระดับของอัลบูมินลดลง ลดการตอบสนองต่อระยะการอักเสบในกระบวนการหายของ แผล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้ ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการเกิดผิวหนังฉีกขาดเป็นแผล ได้ง่ายและเมื่อเกิดเป็นแผลก็ทำให้แผลหายช้าหรือกลายเป็นแผลเรื้อรังได้ นอกจากนี้ ผิวหนังบางในผู้สูงอายุยังทำให้เสี่ยงต่อการเกิด medical adhesive-related skin injury (MARS) ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยมีการประเมินความเสี่ยง และเลือกชนิดของ แผ่นปิดที่เหมาะสม โดยใช้แผ่นปิดที่ทำจากกระดาษ(paper tape)แทนไนลอน(nylon tape)

ผิวหนังแห้งในผู้สูงอายุเกิดจากการสูญเสียคอลลาเจน ต่อมไขมัน และความยืดหยุ่นทำให้มีการสร้างไขมันที่ผิวหนังลดลง และผลของการเปลี่ยนแปลงของอากาศ

โดยเฉพาะในฤดูหนาว ประกอบกับผู้สูงอายุมักดื่มน้ำและได้รับอาหารที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นในการดูแลควรรักษาโลชั่นให้ผู้สูงอายุเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้น เพิ่มเกราะป้องกันผิวหนัง ลดการสูญเสียน้ำ หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัดหรือการอาบน้ำเป็นเวลานาน เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีค่า pH ที่มีความเป็นด่างน้อย มีสารเพิ่มความชุ่มชื้น ไม่มีสารลดแรงตึงผิว หลีกเลี่ยงการโดนแดดเป็นเวลานาน มีการใช้ครีมกันแดดถ้ามีความจำเป็นต้องออกแดด กระตุ้นให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำให้เพียงพอ

ในผู้สูงอายุยังพบว่า fibroblast และ endothelial cell มีการแก่ตัวเร็วขึ้น (accelerate senescence) ลดการสร้าง growth factor, collagen และ protein matrix ทนต่อภาวะ hypoxia และความเครียดลดลง ทำให้บาดแผลในผู้สูงอายุหายช้า แม้ว่าจะเป็นบาดแผลปกติ

ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วม ได้แก่

โรคเบาหวาน (Diabetes) มีผลต่อการหายของแผลอย่างมาก เพราะโรคเบาหวานที่เรื้อรัง ควบคุมระดับน้ำตาลและ HbA1c ในเลือดไม่ดีจะมีผลต่อการเกิดปัญหาของโรคทางหลอดเลือด (peripheral vascular disease) และทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทานลดน้อยลง ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยเบาหวานบางรายจะมีอาการของ neuropathy หรือปลายประสาทด้านความรู้สึกไม่ทำงาน ในการดูแลควรรักษาระดับน้ำตาลให้อยู่ระหว่าง 80-180 mg/dl

โรคไต (Renal disease) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของ fluid, electrolytes และ coagulation pathway ผู้ป่วยที่มี uremia ร่วมด้วยจะพบมีปัญหาเรื่อง wound healing failure เกิดขึ้นเสมอ พบว่าทั้งส่วนของ collagen deposition และ tensile strength ของแผลจะลดลง บางครั้งจะพบปรากฏการณ์ที่เรียกว่า calciphylaxis หรือ uremic gangrene syndrome เกิดขึ้นในลักษณะของ progressive necrotic wounds ของ skin และ subcutaneous tissue

โรคตับวาย (Hepatic failure) ทำให้มี ammonia คั่งในเลือด ร่างกายขาดสารอาหารที่สำคัญ คือ ornithine และ arginine และการเกิดภาวะ jaundice จะไปทำให้กระบวนการหายของแผลล้มเหลว เนื่องจากผลการเปลี่ยนแปลงทาง biochemical

โรคหัวใจวาย (Heart failure) เสี่ยงต่อการเกิด peripheral edema

ผู้สูงอายุมักมีภาวะทุโภชนาการ อาจเนื่องจากระบบทางเดินอาหารไม่ปกติหรือถูกทอดทิ้ง ภาวะดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการสร้างคอลลาเจนทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ทั้งยังมีผลต่อร่างกายในกระบวนการหายของแผลทุกขั้นตอน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ได้รับยาหลายขนาน พบว่ามียาหลายชนิดที่อาจมีผลต่อกระบวนการหายของแผล โดยเฉพาะกลุ่มที่มีฤทธิ์ของ anti-inflammatory เป็นกลุ่มยา NSAID, corticosteroid และ immune suppressants เป็นต้น

ดังนั้นการดูแลแผลในผู้สูงอายุนอกจากการดูแลแผลตามปกติแล้วต้องมีการประเมินปัจจัยเฉพาะราย และให้การดูแลตามสาเหตุ ปัจจัยที่ประเมินได้ เพื่อให้ได้ผลการหายของแผลที่ดี มีประสิทธิภาพ

## ตัวอย่างกรณีศึกษา ผู้ป่วยสูงอายุเบาหวานที่มีแผลเปิดบริเวณหลังมือลึกถึงเส้นเอ็น



รูปแสดงการหายของแผลในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน

### เอกสารอ้างอิง

1. จอมจักร จันทรสกุล. (2552). Modern Basic Principles of Wound Care. ใน พรพรหม เมืองแมน, พรเทพ เปรมโยธิน, อาทิ เครือวิทย์, และจอมจักร จันทรสกุล. (บรรณาธิการ), Update on Wound Care 2009. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร
2. ยูวดี เกตสัมพันธ์. (2555). การดูแลแผลกดทับ. ในยูวดี เกตสัมพันธ์, จุฬารพร ประสงค์สิต, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์, อิศรา คำนึ่งสีทิ, และสมจิน ยะหัวฝ้าย. (บรรณาธิการ), Wound Care Nursing. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.เอส.วิ้ง จำกัด.
3. Bryant, R. A., Nix, D. P. (2007). Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts (4<sup>th</sup>ed.). USA: MOSBY ELSEVIER.
4. Holly M. Hovan. (2018). Geriatric Skin Changes: What's Normal and What's Not? Retrieved January 11, 2020, from [https://www.woundsource.com/blog/geriatric-skin-changes-what-s-normal-and-what-s-not?utm\\_campaign=meetedar&utm\\_medium=social&utm\\_source=](https://www.woundsource.com/blog/geriatric-skin-changes-what-s-normal-and-what-s-not?utm_campaign=meetedar&utm_medium=social&utm_source=)



[meetedgar.com&fbclid=IwAR1CkRWrJ54ZfaCF3BPbRnMWn6admr63yLZS\\_CHGZ4k6JOpHNM4mjBzRuks](https://www.meetedgar.com&fbclid=IwAR1CkRWrJ54ZfaCF3BPbRnMWn6admr63yLZS_CHGZ4k6JOpHNM4mjBzRuks).

5. Holly M. Hovan. (2018). Medical Adhesive- Related Skin Injury: Treatment and Prevention. Retrived January 11, 2020, from <https://www.woundsource.com/blog/medical-adhesive-related-skin-injury-treatment-and-prevention>.

## Practical point in Wound Management Necrotizing Fasciitis

พว. สมทรง ดวงวิโรจน์, ET nurse

โรคแบคทีเรียกินเนื้อ(Flesh-Eating Bacteria) หรือโรคเนื้อเน่า เป็นโรคติดเชื้อแบคทีเรียอย่างรุนแรงที่ผิวหนังชั้นลึก ตั้งแต่ชั้นหนังกำพวด ชั้นหนังแท้ ชั้นไขมัน ได้ผิวหนังจนถึงชั้นเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อบริเวณที่เกิดการติดเชื้อและอาจลุกลามไปยังส่วนอื่น ๆ ของร่างกายได้ โรคนี้พบไม่บ่อยแต่มีความรุนแรงมาก ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดภาวะทุพพลภาพจากโรคตามมาสูงหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทัน่วงที่<sup>1</sup>

### สาเหตุของโรค

คือ การติดเชื้อแบคทีเรีย โดยอาจติดเชื้อแบคทีเรียเพียงชนิดเดียว (monomicrobial infection) หรือหลายชนิดรวมกัน (polymicrobial infection) เชื้อแบคทีเรียก่อโรคมักทั้งชนิดที่ใช้ใช้ออกซิเจน(aerobic bacteria) และไมใช้ออกซิเจน (anaerobic bacteria) ได้แก่ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ (Group A Streptococci หรือ Streptococcus pyogenes) เชื้อสแตฟิโลค็อกคัส ออเรียส (Staphylococcus aureus) เชื้อแคลลีสเซลลา (Klebsiella spp.) เชื้ออีโคไล (Escherichia Coli) เชื้ออิวิริโอ (Vibrio spp.) เชื้อคลอสตริเดียม เพอร์ฟริงเจนส์ (Clostridium perfringens) และเชื้อแอโรโมนัส ไฮโดรฟิลา (Aeromonas hydrophila) โดยพบว่าเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญ คือ เชื้อสเตรปโตค็อกคัส กลุ่มเอ (Group A Streptococci) แต่เชื้อที่มีความรุนแรง คือ เชื้อแอโรโมนัส ไฮโดรฟิลา (Aeromonas hydrophila)<sup>1</sup>

### อาการและอาการแสดง

โดยทั่วไป อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยในระยะแรกของโรคมักไม่มีความเฉพาะเจาะจง ทำให้ผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยแรกเริ่มเป็นโรคอื่น เช่น โรคเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (cellulitis) และโรคผิวหนังติดเชื้อที่ไม่มีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ (non-necrotizing skin infection) ทั้งนี้ อาการจำเพาะเจาะจง (hard sign) ของโรคแบคทีเรียกินเนื้อ มี 4 อาการ คือ ผิวหนังบริเวณที่มีการติดเชื้อมีสีม่วงคล้ำ ม่วง ดำ หรือเน่าตาย

ผิวหนังพองเป็นตุ่มน้ำหรือถุงน้ำ คล้ำได้พองอาการในเนื้อเยื่อ และซาบริเวณผิวหนังที่มีการติดเชื้อ แต่เนื่องจากอาการเหล่านี้พบได้เพียงร้อยละ 7 ถึง 44 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมักพบในระยะท้ายของโรค ทำให้การวินิจฉัยและรักษาอาจล่าช้าเกินไป<sup>1</sup>

#### อาการของโรคช่วงวันที่ 1-2

จะมีอาการปวดบริเวณที่เกิดโรค บวม และแดง ลักษณะจะคล้ายกับผิวหนังอักเสบ หรือไฟลามทุ่ง แต่โรคเนื้อเน่าเกิดในชั้นลึกซึ่งมองไม่เห็น อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับอาการทางผิวหนังที่ตรวจพบ ขอบเขตของโรคไม่ชัดเจน พบว่าบริเวณที่กดเจ็บจะกว้างกว่าบริเวณผื่น ผิวหนังอักเสบจะกดเจ็บเฉพาะบริเวณผื่น ไม่ตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะ ผู้เป็นโรคนี้อาจมีอาการไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว หัวใจเต้นเร็ว มีลักษณะขาดน้ำ

#### อาการของโรคช่วงวันที่ 2-4

พบว่าบริเวณที่บวมจะกว้างกว่าบริเวณผิวหนังที่แดงมีผื่นพุพอง ซึ่งบ่งบอกว่าผิวหนังขาดเลือด และมีเลือดออกใน พุพอง (ซึ่งไม่พบในผู้ป่วยผิวหนังอักเสบ) ผิวจะมีสีออกคล้ำ เนื่องจากผิวหนังเริ่มตาย เมื่อกดผิวหนังจะพบว่าแข็ง ไม่สามารถคลำขอบเขตของกล้ามเนื้อ (ต่างจากผิวหนังอักเสบ) อาจจะสามารถปรับได้ผิวหนัง เนื่องจากเกิดก๊าซใต้ผิวหนัง อาการปวดอาจจะมากหรืออาจจะไม่ปวดเนื่องจากเส้นประสาทเริ่มตาย หากมีแผลจะพบว่าแผลจะแยกง่าย เลือดไม่ค่อยไหล<sup>2</sup>

### การตรวจวินิจฉัย

วินิจฉัยได้โดยดูจากประวัติของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย แพทย์จะเริ่มทำการเจาะเลือด ตรวจเลือดทั่วไป เคมีของเลือด การตรวจเลือดจะพบว่า เม็ดเลือดขาวสูง เลือดมีความเป็นกรด โปรตีนในเลือดต่ำ ไตทำงานเสื่อม

- เม็ดเลือดขาวมากกว่า  $> 15.4 \times 10^9 /L$
- กลีโอสโรเซียมต่ำ  $135 \text{ mmol/L}$
- Raised CRP ( $>16 \text{ mg/dL}$ )
- Raised CK level ( $>600 \text{ U/L}$ )

- Urea >18 mg/dl

หรืออาจทำการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อ โดยนำหนองจากแผลไปเพาะเชื้อ ไปย้อมหาเชื้อโรค อีกวิธีคือ การตรวจทางรังสีโดยการ x-ray หรือ CT หรือ Ultrasound อาจจะพบก๊าซในเนื้อเยื่อ หากสงสัยให้ผ่าตัดทันที ซึ่งจะพบลักษณะสำคัญคือ จะมีเนื้อตายสีเทา เลือดไม่ค่อยไหล เส้นเลือดอุดตัน เนื้อเยื่อแยกออกจากกันง่ายและการตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า(MRI)ซึ่งจะบอกขอบเขตการลุกลามของการติดเชื้อในชั้นไขมัน ใต้ผิวหนังและเนื้อเยื่อหุ้มกล้ามเนื้อได้ชัดเจน แต่ในปัจจุบันยังไม่มีคำแนะนำในการตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน<sup>3</sup>

### การรักษา

หัวใจสำคัญของการรักษาคือการวินิจฉัยโรคให้เร็ว และผ่าตัดเพื่อเอาเนื้อเยื่อที่มีการติดเชื้อหรือเนื้อเยื่อที่เน่าตายออก (surgical debridement) ให้มากที่สุด ร่วมกับการให้ยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ โดยหลักการเลือกยาต้านจุลชีพ คือ ในระยะแรกควรให้ยาที่ครอบคลุมเชื้อที่อาจเป็นสาเหตุให้มากที่สุด (empirical treatment) หลักจากนั้นเมื่อได้ผลเพาะเชื้อ จึงปรับเปลี่ยนยาต้านจุลชีพตามผลเพาะเชื้อให้เหมาะสม ในผู้ป่วยบางรายที่มีการติดเชื้อรุนแรงอาจมีความจำเป็นต้องตัดอวัยวะนั้นร่วมด้วย<sup>1</sup>

### การจัดการแผลติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ<sup>4</sup>

1. การตอบสนองของผู้ป่วยที่เหมาะสม
  - 1.1 การจัดการโรคร่วมของผู้ป่วย เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน การส่งเสริมการได้รับออกซิเจนเข้าสู่แผล
  - 1.2 ลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ
  - 1.3 ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
  - 1.4 ค้นหาและรักษาปัจจัยอื่นที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เช่น การติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะการลดจำนวนเชื้อแบคทีเรีย
  - 1.5 ป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค หรือการติดเชื้อจากคนหนึ่งสู่อีกคนหนึ่ง มีการควบคุมตามแนวปฏิบัติและแนวทางป้องกันในการดูแลแผล ด้วยการใช้วัสดุปิดแผลที่ถูกต้องเหมาะสม

1.6 มีการระบายสิ่งขับหลั่งอย่างเหมาะสม

## 2. เตรียมพื้นผิวแผล (Wound bed preparation)<sup>5,6</sup>

หมายถึง กระบวนการเตรียมบาดแผลให้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมที่สุด ต่อกระบวนการหายของแผล โดยการสร้างพื้นผิวแผลให้มีเลือดหล่อเลี้ยงที่ดี (well vascularized) มีความเสถียรของพื้นแผล (stable wound bed) และมีสารคัดหลั่งจำนวนน้อยที่สุด (minimal exudate)

2.1 การจัดการกับเนื้อตาย (an-ongoing debridement phase)

2.2 การจัดการกับสารคัดหลั่ง (management of exudate)

2.3 การควบคุมการติดเชื้อ (resolution of bacterial imbalance)

2.4 ให้การรักษาโดยให้ยาฆ่าเชื้อโรค ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อเฉพาะที่ หรือ ยาปฏิชีวนะรับประทาน-ชนิด

## การดูแลป้องกันทั่วไป

1. จัดการอาการปวด ไข้

2. แนะนำผู้ป่วยและให้ความรู้แก่ผู้ดูแล

3. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลตนเอง

4. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยด้านจิต สังคม มีการประเมินผลการดูแลซ้ำอย่างต่อเนื่อง

5. มีการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามความรุนแรงของการติดเชื้อและสภาพของผู้ป่วย

6. ผู้ป่วยและลักษณะแผลมีการพัฒนาดีขึ้นอย่างไร

7. แผลเริ่มมีการหายหรือไม่ ถ้าแผลไม่หายควรมีการประเมินแผลและผู้ป่วยซ้ำ และมีการปรับการจัดการอย่างเหมาะสม

8. การเฝ้าติดตามอย่างเป็นระบบและบันทึกอาการแสดง จะมีประโยชน์ช่วยในการตรวจพบแผลที่มีความก้าวหน้าหรือแผลเสื่อมลง ควรพิจารณาการใช้เครื่องมือในการประเมินอย่างเหมาะสม การถ่ายภาพแผลอย่างต่อเนื่องจะทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของแผลหรือการเปลี่ยนแปลงของการติดตามผลของการอักเสบ (erythrocyte

sedimentation rate (ESR), C-reactive protein(CRP) , white blood cell count) อาจจะเป็นประโยชน์ในการบันทึกที่จะบอกว่าแผลนั้นลักษณะเสื่อมลงหรือดีขึ้น<sup>6</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. ทวีติยา สุจริตรักษ์ (2561).บทความเผยแพร่ความรู้สำหรับแพทย์ เรื่อง โรคแบคทีเรียกินเนื้อ. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.<http://www.pidst.or.th/A766.html>
2. เมธิ ศรีประพันธ์. บทความเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนโรคเนื้อเน่า(Necrotizing fasciitis) ภัยใกล้ตัว ภาควิชา จุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. Available<http://www.pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/371>accessed February 22,2017.
3. บทความเผยแพร่ความรู้เรื่อง โรคเนื้อเน่าสาเหตุจากแบคทีเรียกินเนื้อคน จากกลุ่มสื่อสารสาธารณะ และภาคีเครือข่าย สำนักโรคติดต่อทั่วไปกระทรวงสาธารณสุข Available[http://siamhealth.net/pubic\\_html/Health/Photo\\_teaching/necrotizing.html](http://siamhealth.net/pubic_html/Health/Photo_teaching/necrotizing.html) accessed February 22, 2017.
4. เกษร ภูริกิจโกศล(2557).Technique, experience and case presentation: Necrotizing fasciitis ใน ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์ ชีรนันท์ สิงห์เฉลิม ,ความก้าวหน้า:เครือข่ายและการจัดการดูแลแผลและออสโตมี 2557(153-159) นครพิงค์การพิมพ์
5. นพ.สมบูรณ์ ชัยศรีสวัสดิ์สุข. Continuing Medical Education เรื่อง wound bed preparation:a systematic apploch to wound management. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์
6. ประทีน ไชยศรี (2554). การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางชุมชนปัญญา:นครพิงค์การพิมพ์.

## Practical point in wound management: complex pressure injury

พว. กชววรรณ นงค์แย้ม, ET nurse

งานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ ประกอบด้วยหอผู้ป่วยจำนวน 16 หอ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค มีอาการซับซ้อน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางส่วนเป็นผู้ป่วยอาการหนักที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นซึ่งมักจะมีแผลกดทับมาก่อนแล้ว และแผลมักมีขนาดใหญ่หรือเป็นแผลกดทับในระดับลึก จากประสบการณ์การทำงานจึงพบความซับซ้อนในการจัดการดูแลแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ดังนี้

1. ความซับซ้อนด้านอาการของโรค เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ดังนั้นผู้ป่วยจึงมักมาโรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อนของโรคร่วมต่างๆ เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจก็มักมาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบจากภาวะ heart failure ผู้ป่วยโรคเบาหวานก็มักมาด้วยอาการรูบหมตสติจากน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือมาด้วยอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ในผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงก็มักมาด้วยภาวะ pneumonia, UTI, sepsis และ septic shock เป็นต้น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาถึงหอผู้ป่วยที่มการพยาบาลจึงมักมุ่งประเด็นการรักษาไปที่การจัดการแก้ไขภาวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลให้ดีที่สุดเสียก่อน บางครั้งจึงอาจให้ความสนใจต่อแผลกดทับทั้งในด้านของการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการจัดการดูแลแผลกดทับที่มีมาก่อนแล้วค่อนข้างน้อย

2. ความซับซ้อนด้านการจัดการดูแลแผลกดทับ เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการของโรคที่ซับซ้อน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยนอนติดเตียงจึงเคลื่อนไหวและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย บางส่วนเป็นผู้ป่วยอาการหนักที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น แผลกดทับที่พบในผู้ป่วยเหล่านี้จึงมักมีหลายแผลในผู้ป่วยหนึ่งคน แผลมักมีขนาดใหญ่ เป็นแผลกดทับในระดับลึก แผลมีเนื้อตาย บางครั้งอาจมีการติดเชื้อของ

แผลกดทับร่วมด้วย การจัดการดูแลจึงค่อนข้างยากทั้งในส่วนของการวางแผนวิธีการดูแล และการตัดสินใจเลือกวัสดุอุปกรณ์ในการดูแลแผลให้มีความเหมาะสม

3. ความซับซ้อนด้านทีมแพทย์และทีมการพยาบาล ทั้งในส่วนของการเชี่ยวชาญในการดูแลแผลกดทับ และภาระงานที่มีผลต่อการดูแลแผลกดทับ การจัดการดูแลแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งจากทีมแพทย์ และทีมการพยาบาล ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีความซับซ้อนและยากในการดูแลนั้น บางครั้งอาจต้องขอคำปรึกษาจากทีมแพทย์ศัลยกรรมพลาสติก แต่เนื่องจากการขอคำปรึกษาต่างแผนก ซึ่งต้องพิจารณาตามความสำคัญและความเร่งด่วนของผู้ป่วย ดังนั้น การจัดการดูแลแผลกดทับในระยะแรกจึงขึ้นอยู่กับ การตัดสินใจของทีมแพทย์ อายุรศาสตร์ซึ่งมักมีประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาแผลกดทับที่มีความซับซ้อนค่อนข้างน้อย สำหรับทีมการพยาบาลนั้น ก็ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่หลายระดับ ความตระหนัก ความรู้ และความเชี่ยวชาญในเรื่องการดูแลแผลกดทับยังค่อนข้างน้อย ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมาก ภาระงานทั้งงานเอกสารและงานด้านการดูแลผู้ป่วย รายอื่นที่มีอาการหนักก็มีค่อนข้างมากเช่นกัน การดูแลแผลกดทับจึงอาจมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ

4. ความซับซ้อนด้านครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน โดยมากผู้ดูแลที่บ้านมักพร่องความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลแผลกดทับที่ถูกต้อง บางครอบครัวสมาชิกในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านจึงไม่มีเวลาในการป้องกันและดูแลแผลกดทับ บางครอบครัวมีฐานะยากจนไม่มีเงินในการเลือกซื้อวัสดุอุปกรณ์เพื่อป้องกันและดูแลแผลกดทับที่เหมาะสม บางครอบครัวมองว่าแผลกดทับเป็นสิ่งที่น่ากลัว จึงไม่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลแผลและผลักภาระให้แก่ทีมผู้ดูแลของโรงพยาบาล ในขณะเดียวกัน บางครั้งการถูกตำหนิติเตียนในเรื่องการดูแลแผลกดทับจากแพทย์หรือพยาบาลก็ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดและไม่กล้าเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแผลเพราะกลัวจะทำให้แผลแย่งลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

จากความซับซ้อนด้านต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา ในฐานะพยาบาลออสโตมี จึงได้พยายามพัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในหน่วยงานของตนเอง ดังนี้



1. ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤต หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมอื่นๆ ซึ่งในระยะแรกทีมการพยาบาลมักมุ่งประเด็นการรักษาไปที่การจัดการแก้ไขภาวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลให้ดีที่สุดก่อนนั้น ในฐานะพยาบาลออสโตมี เราต้องเข้ามา มีบทบาทในการจัดการดูแลแผลกดทับแทนพยาบาลเจ้าของไข้ ให้การดูแลเองโดยตรงทั้ง การประเมินแผล การจัดการดูแล และการบันทึกข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาล ส่งต่อ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับด้วยข้อความที่สั้น กระชับ และเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่แรกรับเข้ามาในหอผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้น ระยะเวลาวิกฤตไปแล้ว จึงค่อยเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับที่มีรายละเอียดเพิ่ม มากขึ้น

2. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับหลายแผล แผลมีขนาดใหญ่ เป็นแผลกดทับในระดับลึก แผลมีเนื้อตาย และอาจมีกาติดเชื้อของแผลกดทับร่วมด้วยนั้น ในฐานะพยาบาลออสโตมี ได้นำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มี บาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยและลักษณะ แผล วางแผนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยและวัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ ติดตาม ประเมินความก้าวหน้าของแผลโดยการใช้ PUSH tool ในรายที่สงสัยว่าอาจมีการติดเชื้อ ของแผลกดทับร่วมด้วยก็ต้องแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ที่เหมาะสมต่อไป

3. กระตุ้นให้บุคลากรในทีมการพยาบาลเข้ามามีส่วนร่วมกับการดูแลแผลกดทับ ให้มากขึ้น เมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาไว้ในหอผู้ป่วยแล้ว สมาชิกในทีมการพยาบาลได้แก่ผู้ช่วย พยาบาลหรือพนักงานช่วยการพยาบาลจะเป็นผู้ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เพื่อตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีแผลกดทับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ ใน ระหว่างที่ผู้ป่วยทำการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยนั้น เมื่อใดก็ตามที่ทำการพลิกตัวผู้ป่วยก็ จะต้องมีการประเมินผิวหนังซ้ำทุกครั้ง หากพบแผลกดทับหรือแผลที่สงสัยว่าอาจเป็น แผลกดทับให้แจ้งพยาบาลเจ้าของไข้ทราบเพื่อทำการประเมินซ้ำ หากไม่แน่ใจสามารถ ถ่ายรูปแผลกดทับส่งเข้าในสื่อสนทนาออนไลน์เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการเลือกวิธีการดูแล

แผลกดทับที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้ในการติดตามประเมินความก้าวหน้าของแผลกดทับได้ด้วย จากนั้นให้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน

สำหรับบุคลากรระดับพยาบาลนั้น ต้องมีการให้ความรู้ในการดูแลแผลกดทับแบบรายกรณีควบคู่ไปด้วย เพื่อให้สามารถส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป เน้นการบันทึกข้อมูลในบันทึกทางการพยาบาลให้ครบถ้วน

ในกรณีที่แพทย์มีคำสั่งการรักษาแผลกดทับที่ไม่ชัดเจน ในฐานะพยาบาลออสโตมีได้เข้าไปมีบทบาทในการเจรจาเพื่อสอบถามและทำความเข้าใจให้ตรงกัน ในกรณีที่แพทย์ศัลยกรรมพลาสติกมาดูอาการผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย จะทำหน้าที่เป็นคนกลางในการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะแผลกดทับ และวิธีการดูแลแผลกดทับให้ทั้งทางแพทย์ศัลยกรรมพลาสติกและทีมผู้ดูแลของห่อผู้ป่วยได้ทราบ หากมีคำสั่งการดูแลที่อาจขัดแย้งกับบริบทของห่อผู้ป่วย ก็อาจมีการเจรจาต่อรองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมในขณะเดียวกันผู้ปฏิบัติก็สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเต็มที่และเต็มใจด้วยเช่นกัน

4. กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการดูแลแผลกดทับของครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้าน  
แจ้งความก้าวหน้าของแผลกดทับให้ผู้ดูแลได้ทราบ ให้ดูรูปแผลกดทับเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย สอบถามถึงวิธีการดูแลแผลกดทับที่ผู้ดูแลใช้อยู่ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของวิธีการดูแลที่ผู้ดูแลเลือกใช้ ให้กำลังใจ ไม่ใช่คำพูดในเชิงตำหนิตีเดียวน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน

อย่างไรก็ตาม จากการปฏิบัติงานทั้งในฐานะพยาบาลเจ้าของไข้และพยาบาลออสโตมี ได้พบปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานซึ่งจะนำไปสู่โอกาสพัฒนา ดังนี้

1. การจัดการดูแลแผลกดทับให้มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันทั้งจากทีมแพทย์ ทีมการพยาบาล รวมไปถึงครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้านด้วย ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารที่เหมาะสม ทั้งลักษณะของคำพูด และใช้ข้อความสื่อสารที่สั้น กะทัดรัด เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

2. บุคลากรบางส่วนขาดความตระหนักในการดูแลแผลกดทับ บางส่วนพร่องความรู้ในการจัดการดูแลแผลกดทับ โดยมากหน่วยงานมักมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดแผลกดทับ แต่ขาดการเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพให้กับบุคลากรในหน่วยงานของตนเอง

3. จำนวนผู้ป่วยมีมาก ภาระงานทั้งงานเอกสารและงานด้านการดูแลผู้ป่วยมีค่อนข้างมาก ทำให้มีเวลาในการดูแลแผลกดทับไม่มากเท่าที่ควร เนื่องจากในการดูแลแผลกดทับนั้นต้องอาศัยความเอาใจใส่และใช้เวลาค่อนข้างมาก ด้วยลักษณะงานของงานพยาบาลอายุรศาสตร์จึงอาจทำได้ค่อนข้างยาก และอาจให้ความสำคัญกับรายละเอียดปลีกย่อยได้ไม่มากพอ

4. การส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับเมื่อผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน บางครั้งประเมินแล้วว่าครอบครัวและผู้ดูแลที่บ้านยังพร่องศักยภาพในการดูแลแผลกดทับต่อที่บ้าน แต่ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงได้

5. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่มีความซับซ้อนและยากในการดูแลซึ่งแพทย์ศัลยกรรมพลาสติกยังไม่สามารถมาดูแลอาการที่ห่อผู้ป่วยได้ และทีมแพทย์อายุรศาสตร์มีประสบการณ์และความชำนาญในการรักษาแผลกดทับที่มีความซับซ้อนค่อนข้างน้อย ช่วยเปิดโอกาสให้พยาบาลออสโตมีได้เข้ามามีบทบาทในการจัดการดูแลแผลกดทับมากขึ้น และเป็นการแสดงตัวตนให้เกิดความน่าเชื่อถือแก่วิชาชีพอื่นๆ มากยิ่งขึ้น

6. ควรมีการจัดทำแฟ้มสำหรับเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูล ใช้ในการสอน และสามารถใช้เป็นแฟ้มแสดงผลงานของตนเองได้อีกด้วย

## Medical Adhesive Related Skin Injury ( MARSİ ) Treatment and Prevention

พว. ศิริลักษณ์ ศิริปัญญาวัฒน์, APN ET

การบาดเจ็บที่ผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับการใช้วัสดุทางการแพทย์ Medical Adhesive Related Skin Injury: MARSİ) นั้นเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ซึ่งเกิดขึ้นในทุกสถานที่และทุกกลุ่มอายุ หากไม่ได้ใช้เทคนิคที่เหมาะสมสำหรับการใช้หรือดึงวัสดุ นั้นออก การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อสามารถเกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น<sup>1</sup>

วัสดุที่มีส่วนประกอบของกาวทางการแพทย์ (Medical Adhesive) หรือวัสดุปิดแผลต่าง ๆ (dressing) อุปกรณ์ประกอบด้วยหลายชั้น ชนิดของแผ่นรองและกาวที่รวมอยู่ในการออกแบบจะกำหนดคุณสมบัติและประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์กาว ตัวอย่างเช่น ประเภทของกาวที่ใช้ในวัสดุปิดแผล ได้แก่ อะครีเลต, ซิลิโคน, ไฮโดรเจล, ไฮโดรคอลลอยด์และโพลียูรีเทน เป็นต้น กาวทางการแพทย์นั้นไวต่อแรงกด โดยเพิ่มการสัมผัสพื้นที่ผิว เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแดงและ / หรืออาการอื่น ๆ ของความผิดปกติของผิวหนัง ยังคงมีอยู่ 30 นาทีหรือมากกว่า ผลการบาดเจ็บที่ผิวหนัง เป็นผลให้ชั้นผิวหนังชั้นนอกแยกออกจากกันหรือหนังกำพร้าแยกออกจากชั้นหนังแท้อย่างสมบูรณ์<sup>2</sup>

### ปัจจัยที่สามารถเพิ่มความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกาวทางการแพทย์<sup>3</sup>

1. ปัจจัยภายในได้แก่ อายุ (ทารกแรกเกิด / ทารกคลอดก่อนกำหนดและผู้สูงอายุ) เชื้อชาติ / ชาติพันธุ์ สภาพผิวหนัง (เช่น กลาก ผิวหนังอักเสบ แผลเรื้อรัง exudative, epidermolysis bullosa) โรคร่วมของผู้ป่วย (เบาหวาน การติดเชื้อ ไต ความดันโลหิตสูง peristomal varices) การขาดสารอาหาร การขาดน้ำ
2. ปัจจัยภายนอกได้แก่ผลิตภัณฑ์น้ำยาทำความสะอาดผิวที่รุนแรงทำให้ผิวแห้ง การอาบน้ำที่มากเกินไป การได้รับความชื้นเป็นเวลานาน ยาบางชนิด (เช่นสารต้านอนุมูล

อิสระ anticoagulants ยาเคมีบำบัด การใช้ corticosteroid ในระยะยาว) การฉายแสง การลอกเอาเทปกาออก และการปิดเทปกาซ้ำ

### สาเหตุของการเกิด MARSII ที่สามารถป้องกันได้<sup>2,4</sup>

1. การเลือก Medical Adhesive ไม่เหมาะสมเช่น การใช้วัสดุเทปกาที่มีการยึดเกาะมากเกินไป
2. เลือก Medical Adhesive ผิดชนิด
3. เทคนิคการใช้งานที่ไม่เหมาะสม การใช้กับผิวที่เปียก / ชื้น การใช้ preps ผิวที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ซึ่งทำให้ผิวแห้ง) การดึงออกที่เร็วเกินไป
4. ไม่ตัด / ตัดแต่งขนก่อนปิดวัสดุกาทางการแพทย์ เทคนิคการกำจัดที่ไม่เหมาะสม
5. การปิด Medical Adhesive บริเวณเดียวกันซ้ำ ๆ

### กาทางการแพทย์ (Medical Adhesive)<sup>2</sup>

กาทางการแพทย์เป็นผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการประมาณขอบแผลหรืออุปกรณ์ภายนอก (เช่นเทป, วัสดุปิดแผล, สายสวน, อิเล็กโทรด, pouch , patch) กับผิวหนัง การบาดเจ็บของผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับกาทางการแพทย์เป็นเหตุการณ์ที่เกิดผื่นแดงและ / หรืออาการอื่น ๆ ของความผิดปกติของผิวหนัง (รวมถึงแต่ไม่จำกัด เพียง vesicle, bulla, erosion หรือฉีกขาด) ยังคงมีอยู่ 30 นาทีหรือมากกว่าหลังจากเอาวัสดุกาออก

### ชนิดของ Medical Adhesive Related Skin Injury<sup>1,2</sup>

1. **Skin stripping** ขณะที่ลอกเทปออกหนึ่งกำพร้ายังคงติดอยู่กับ Medical Adhesive ทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังหรือบริเวณผิวหนังที่สัมผัสเกิดความปวด ระดับการลอกขึ้นอยู่กับสภาพผิวลักษณะของกาและความถี่ในการเทป
2. **Tension injury** การบาดเจ็บที่เกิดจากแรงดึงคือการรัดเทปกาที่ไม่เหมาะสมเพื่อเพิ่มการยึดติดแน่น ทำให้ผิวหนังถูกทำลาย

3. **Skin tear** การบาดเจ็บของผิวหนังเนื่องจากแรงเฉือนและแรงเสียดทานหรือการบาดเจ็บที่ทำให้หนังกำพร้าแยกออกจากผิวหนัง (partial thickness) หรือหนังกำพร้าและหนังแท้แยกจากกัน (full thickness)
4. **Allergic contact dermatitis** ผื่นแพ้สัมผัสเป็นโรคผิวหนังอักเสบที่เกิดจากการแพ้สารที่มาสัมผัสผิวหนัง
5. **Irritant contact dermatitis** ผิวหนังอักเสบจากการเกิดการระคายเคืองต่อสารเคมี
6. **Maceration** หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่อผิวหนังมีความชื้นเป็นเวลานาน ผิวจะเปลี่ยนเป็นสีขาวหรือสีเทานุ่ม มีแนวโน้มที่จะเกิดความเสียหายจากแรงเสียดทานและการระคายเคือง
7. **Folliculitis** รูขุมขนอักเสบคือการอักเสบของรูขุมขนที่เกิดจากการโกนขนหรือเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย

## การประเมินทั่วไป <sup>2</sup>

1. การประเมินผิวหนังเพื่อประเมินความเสี่ยงของผิวหนังทุกวันเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยที่เห็นว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับ medical adhesive การตรวจดูสภาพผิว ประเมินความสมบูรณ์ของผิวหนัง สีผิว ต้องมีการสังเกตอย่างละเอียดร่วมด้วย

2. การประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม กรณีที่มี MARSI ทุกราย ในระหว่างการประเมินผิวหนังหรือการเปลี่ยนอุปกรณ์ เพื่อกำหนดความรุนแรงและแนวทางการจัดการ ควรประเมินการบาดเจ็บและความรุนแรงที่กำหนดเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการ ในภาพรวมการบาดเจ็บจากแรงกระทำ(mechanical) เช่นผิวหนังลอก (skin stripping) บาดเจ็บจากแรงตึง( tension injuries) และผิวหนังฉีกขาด( skin tears) อาจได้รับการประเมินว่าเป็นบาดแผลทั่วไปและการจำแนกประเภทตามความลึก (เช่น superficial, partial thickness, or full thickness) และการประเมินลักษณะของโรคผิวหนังภูมิแพ้

(allergic dermatitis) เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุชนิดเดียวกันหรือคล้ายกัน และประเมินการติดเชื้อใน MARSI ทุกราย

3. ซักประวัติของผู้ป่วยภูมิแพ้หรือสงสัยว่ามีอาการแพ้และมีความไวต่อการแพ้ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิด MARSI เนื่องจากการหลีกเลี่ยงสารที่ก่อให้เกิดการแพ้เป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและการจัดการโรคผิวหนัง

4. การบ่งชี้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด MARSI เป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันและปัจจัยภายนอกมีผลกระทบต่อโครงสร้างการทำงานของผิวหนังและสามารถเพิ่มความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ผิวหนังได้ ดังนั้นการระบุผู้ป่วยที่อาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น เป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันเพื่อช่วยปกป้องผิวจากการบาดเจ็บ รวมถึงการใช้อุปกรณ์ที่มีส่วนประกอบของกาวทางการแพทย์ที่อ่อนโยนต่อผิว

## การป้องกัน MARSI และการจัดการดูแล<sup>2</sup>

1. การดูแลผิวหนังรวมถึงการป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังเป็นมาตรฐานการดูแลสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพทุกราย การดูแลผิวเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจาก medical adhesive ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกือบทุกราย การป้องกัน MARSI เป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่สามารถป้องกันได้ของ MARSI โดยการจัดการกับปัญหาเหล่านี้ความเสี่ยงของการบาดเจ็บที่ผิวหนังจะลดลง

การพิจารณาผู้ป่วยที่สำคัญที่สุดคือข้อควรใช้หรือวัตถุประสงค์ของผลิตภัณฑ์ ควรพิจารณาตำแหน่งทางกายวิภาคและความหนาบางของผิวหนัง รวมถึงพื้นที่บริเวณผิวหนังเรียบหรือมีรูปร่างโค้งหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการเคลื่อนไหวแรงเสียดทานหรือสัมผัสกับความชื้นแห้ง สารคัดหลังต่างๆ คุณสมบัติของ medical adhesive ที่ต้องพิจารณา ได้แก่ ความเหนียวแน่น อ่อนโยน ยืดหยุ่นและความแข็งแรง เป้าหมายคือการเลือกผลิตภัณฑ์ที่จะตอบสนองวัตถุประสงค์ที่ต้องการ<sup>2</sup> ปัจจุบันกาวซิลิโคน (silicone adhesive) เป็นกาวทางการแพทย์ชนิดใหม่และมีหลักฐานชี้ให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีความอ่อนโยนกว่ากาวประเภทอื่นและมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่ผิวหนังต่ำ<sup>5</sup>

2. การป้องกัน MARSII เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการที่เหมาะสมและความชุ่มชื้น เป็นปัจจัยสำคัญของการดูแลผิวหนังที่ดีและสุขภาพของผู้ป่วยโดยรวม โภชนาการที่สำคัญโดยรวมควรมีแคลอรีเพียงพอ ได้แก่กรดอะมิโน คาร์โบไฮเดรต และไขมันรวมถึงแร่ธาตุและวิตามินที่เป็นส่วนประกอบสำคัญในการรักษาผิวหนังที่สมบูรณ์

3. เลือกผลิตภัณฑ์กาวที่เหมาะสมที่สุดตามวัตถุประสงค์การนำไปใช้และศึกษาวิธีการใช้ตามคำแนะนำที่ปรากฏอยู่บนฉลากของผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด

4. การเลือกผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมนั้นจะต้องคำนึงถึงคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของกาวทางการแพทย์เช่นความอ่อนโยนของกาว ความสามารถในการระบายอากาศ และความยืดหยุ่นเมื่อเลือกผลิตภัณฑ์กาวเราต้องพิจารณาทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและผลิตภัณฑ์

5. พิจารณาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจาก medical adhesive ที่ไม่ปลอดภัยและ / หรือความไม่มีประสิทธิภาพของ adhesive เมื่อเลือก medical adhesive product เพื่อใช้ในการรักษาที่สำคัญ รวมถึงอุปกรณ์ที่มีความเสี่ยงต่อผลกระทบทางคลินิกที่มีนัยสำคัญต่อผู้ป่วยหากอุปกรณ์หลุดออกหรือไม่ทำงานตามที่คาดไว้ ตัวอย่างเช่น อุปกรณ์ central line, ท่อ endotracheal, ท่อให้อาหาร nasogastric และท่อสวนปัสสาวะที่อยู่ภายใน การรักษาความปลอดภัยของอุปกรณ์สำคัญอย่างเหมาะสมนั้นสำคัญยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. ระมัดระวังเมื่อใช้อุปกรณ์ที่มีส่วนประกอบกาวซิลิโคนยึดติดอุปกรณ์บางอย่างเพื่อรักษาความปลอดภัยของอุปกรณ์นั้นอาจส่งผลให้เกิดการยึดติดได้ไม่เต็มที่ควรเนื่องจากเทคโนโลยีซิลิโคนทางการแพทย์ไม่ได้ผลิตเพื่อที่ยึดติดกับพลาสติกได้ดี แต่ผลิตเพื่อใช้เป็น wound dressing

7. เมื่อเลือกและใช้ medical adhesive ส่วนใหญ่จะมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและ / หรือการเคลื่อนไหวของข้อต่อตามการบาดเจ็บ การบาดเจ็บจากแรงตึงหมายถึงการแยกผิวหนังชั้นนอกออกจากผิวหนังชั้นนอกซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเมื่อผิวหนังได้เทปกาวถูกยึด บริเวณข้อต่อเคลื่อนไหวไม่เต็มที่ เช่นผู้ป่วยผ่าตัดทางออร์โธปี



ติงส์เป็นต้น เพื่อลดความเสี่ยงของการบาดเจ็บจากแรงดึงในสถานการณ์เหล่านี้ ควรใช้ผลิตภัณฑ์กาวที่ยืดเพื่อให้ทิศทางของการยึดสอดคล้องกับทิศทางของการเคลื่อนไหว

8. เมื่อเลือกและใช้ medical adhesive มีโอกาสเกิดอาการบวมน้ำใต้บริเวณผิวหนัง อาการบวมน้ำสามารถเกิดขึ้นได้ในวงกว้าง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ โรคตับแข็ง โรคหัวใจล้มเหลว ลิ่มเลือดอุดตัน hypoalbuminemia โรคไตเรื้อรัง การติดเชื้อและภาวะน้ำเกิน จึงควรระวังการเกิดMARSII ในผู้ป่วยเหล่านี้

9. พิจารณาการใช้skin barrier ก่อนที่จะใช้ medical adhesive ผลิตภัณฑ์ป้องกันผิวหนังมีส่วนช่วยในการป้องกันระหว่างผิวหนังและกาว ลดความเสี่ยงของการเกิด MARSII และเพื่อปกป้องผิวหนังจากexudate สิ่งขับหลั่ง จากปัสสาวะและอุจจาระสามารถหาได้ทั่วไปในรูปแบบของ liquid barrier film (spray) ซึ่งมีส่วนประกอบของ silicone ,organic polymer เป็นสารเคลือบผิวที่โปร่งใสระบายอากาศได้ นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์จากเพคติน(pectin based) มีการศึกษาทางคลินิกแสดงให้เห็นถึงความสามารถของskin barrier เพื่อลดการเกิดผื่นแดงและการลอกผิวหนังในผู้ป่วยต่างๆ รวมถึงทารกแรกเกิด อย่างไรก็ตามแนวทางการดูแลผิวของทารกแรกเกิดในปัจจุบันแนะนำให้หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์(alcohol)เนื่องจากผลของการทำให้แห้ง

10. หลีกเลี่ยงการใช้ทิงเจอร์เบนซอย (tincture of benzoin) ในการเพิ่มความเหนียวของกาว สารที่เพิ่มความเหนียวของกาวซึ่งบางครั้งเรียกว่าสารยึดติดอาจถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มความยึดติดมากขึ้น อย่างไรก็ตามการยึดติดที่เพิ่มขึ้นจากสารดังกล่าวอาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่ผิวหนัง ควรหลีกเลี่ยงโดยเฉพาะในทารกแรกเกิด และการใช้สารเหล่านี้จำกัดให้เฉพาะผู้ป่วยผู้ใหญ่เมื่อจำเป็นต้องยึดติดกาวที่เพิ่มขึ้น

11. พิจารณาการใช้น้ำยาทำความสะอาดเพื่อขจัด adhesive ออกและการใช้เทคนิคการดึงพลาสติกออก(removal technique)ที่เหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกไม่สบายและความเสียหายของผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับการถอดผลิตภัณฑ์กาว การถอดผลิตภัณฑ์กาวทางการแพทย์สามารถดึงชั้นของชั้น corneum ที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บที่ผิวหนังและความเจ็บปวดให้กับผู้ป่วย น้ำยาทำความสะอาดถูกนำมาใช้ในการปฏิบัติทางคลินิกเพื่อช่วยในการremove adhesive, medical adhesive remover มี 3 ประเภท

หลักคือแอลกอฮอล์หรือตัวทำละลายอินทรีย์ oil based หรือsilicone based แนวทางการดูแลผิวหนังของทารกแรกเกิดในปัจจุบันแนะนำให้หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์และกาวทางการแพทย์ที่ใช้ตัวทำละลายอินทรีย์

12. ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้พลังงาน (แบตเตอรี่และแรงดันไฟฟ้า) เพื่อป้องกันผิวหนังไหม้จากการรั่วไหลของกระแสไฟฟ้าที่เป็นอันตรายเช่นอิเล็กทรอนิกส์แบบยัดติด มีรายงานการบาดเจ็บทางเคมีไฟฟ้าในผู้ป่วยที่ได้รับยาสลบที่เชื่อมต่อกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้แบตเตอรี่เป็นผลมาจากกระแสรั่วไหล

13. ตรวจสอบบริเวณที่สัมผัส medical adhesive เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อเนื่องจากคุณสมบัติของกาวส่งเสริมการเจริญเติบโตของจุลินทรีย์ สัญญาณและอาการของการติดเชื้อแบคทีเรียรวมถึงความปวดที่เพิ่มขึ้น, บวม, เกิดผื่นแดง, ร้อน, (เช่นการปรากฏตัวของตุ่มหนอง รุขุมขนอักเสบ)

14. จัดเก็บและใช้medical adhesive ในลักษณะที่ป้องกันการปนเปื้อน ดังนั้น medical adhesive ใด ๆ ที่ไม่ได้บรรจุเป็นแบบใช้ครั้งเดียวควรเก็บและใช้ในลักษณะที่ป้องกันการปนเปื้อน ควรปิดกล่องและควรรนำสิ่งของแต่ละชั้นไปที่เตียงของผู้ป่วยตามความจำเป็น ไม่ควรทิ้งไว้บนโต๊ะที่มีการปนเปื้อนหรือพกพาไปในกระเป๋าและไม่ควรวางบนเตียงโต๊ะหรือพื้นผิวที่อาจปนเปื้อนอื่น ๆ ก่อนนำไปใช้กับผู้ป่วย

15.แนะนำให้ใช้ medical adhesive แบบผู้ป่วยเฉพาะราย เพื่อช่วยป้องกันการปนเปื้อนระหว่างผู้ป่วยแต่ละราย แนะนำให้นำ medical adhesive มาใส่ในซองปิดผนึกสำหรับการใช้งานของผู้ป่วยแต่ละราย

16. ใช้หลักการดูแลแผลตามหลักฐานเมื่อทำการรักษาอาการบาดเจ็บที่ผิวหนังที่เกี่ยวข้องกับกาวทางการแพทย์ ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านผิวหนังหรือการดูแลบาดแผลที่เหมาะสม หากการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับกาวทางการแพทย์ไม่ตอบสนองต่อการรักษาภายใน 7 วันหรือหากแผลไม่ดีขึ้น หลักการทั่วไปแบบเดียวกันกับที่ใช้ในการจัดการกับบาดแผลเฉียบพลันอื่น ๆ

จะเห็นได้ว่าการเกิดMARSI เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยมีโอกาสเกิดได้กับทุกคน ทุกวัย สามารถป้องกันได้หากใช้องค์ความรู้และเทคนิคทักษะที่เหมาะสม ย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้ป่วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Farris MK, et. al. Medical adhesive-related skin injury prevalence. *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing*. 2015;42(6):589-598
2. McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M, Medical Adhesive and Patient Safety: State of the science, Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive- Related Skin Injuries. *Journal of Wound, Ostomy and Continence*, 2013; July/August 2013: 365-379.
3. Cutting KF. Impact of adhesive surgical tape and wound dressings on the skin, with reference to skin stripping. *J Wound Care*. 2008; 17 (4): 157-158, 160-162.
4. Bryant RA. Types of skin damage and differential diagnosis. In: Bryant R Nix D, eds. *Acute & Chronic Wounds: Current Management Concepts*. 4th ed. St Louis, MO: Elsevier Mosby; 2012: 83-10
5. Cutting KF . Silicone and skin adhesives . *J Community Nurs*. 2006 ; 20 ( 11 ): 36-38

## Practical management in burn wound

พว. รัตนาถลี ธานา, ET nurse

การดูแลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สิ่งสำคัญคือการทำให้อาการบาดเจ็บหายเข้าสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด หลีกเลี่ยงการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่พ้นจากภาวะวิกฤตในระยะแรก ดังนั้นการดูแลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถช่วยผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

การดูแลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก มีแนวทางหลักอยู่สองแนวทาง คือ การดูแลบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อและประคับประคองให้กระบวนการหายของแผลดำเนินไปจนแผลหาย (conservative treatment) และการตัดเนื้อตายออกและปลูกถ่ายผิวหนังหรือผิวหนังทดแทน (excision and graft) การดูแลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกให้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีความรู้พื้นฐานของการรักษาบาดแผลดังนี้<sup>(1-3)</sup>

ดีกรีความลึกของบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (Degree of burn wound) แบ่งตามความลึกของชั้นผิวหนังที่ถูกทำลาย แบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ บาดแผลระดับแรก (First degree burns) ผิวหนังจะถูกทำลายเฉพาะชั้นบนของหนังกำพร้า (epidermis) ซึ่งระดับนี้จะไม่เกิดบาดแผลและไม่จำเป็นต้องอยู่ในการคำนวณพื้นที่ผิวหนังที่บาดเจ็บ (TBSA) ตัวอย่างเช่น แผลไหม้จากแสงอาทิตย์ การถูกน้ำร้อนไอน้ำเดือดหรือวัตถุที่ร้อนเพียงเฉียดๆ และไม่นาน โดยแผลประเภทนี้จะใช้เวลารักษาประมาณ 7 วัน บาดแผลระดับสอง (Second degree burns) แบ่งย่อยออกเป็น 2 ชนิด บาดแผลระดับสองชนิดตื้น (Superficial partial-thickness burns) ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ (dermis) ชั้นบนเท่านั้นที่ถูกทำลาย แต่รากขน (hair follicle) ต่อมไขมัน (sebaceous gland) และต่อมเหงื่อ (sweat gland) ยังปกติ มักเกิดจากถูกของเหลวลวก หรือถูกเปลวไฟ ลักษณะบาดแผลคือมีตุ่มพองใส ถ้าวอกเอาตุ่มพองใสออก พื้นผิวแผลจะมีสีชมพู มีน้ำเหลืองซึม มีอาการปวดแสบ โดยแผลประเภทนี้จะใช้เวลารักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์

ไม่เกิดแผลเป็น (รูปที่ 1) บาดแผลระดับสองชนิดลึก (Deep partial-thickness burns) บาดแผลในกลุ่มนี้จะมีส่วนของหนังแท้ และต่อมไขมันจำนวนมากถูกทำลาย มีแต่รากขน และต่อมเหงื่อที่อยู่ลึกเท่านั้น ที่ไม่ถูกทำลาย ลักษณะบาดแผลจะไม่ค่อยมีตุ่มพอง แผลสี เหลืองขาว แห้ง และไม่ค่อยปวด มีโอกาสเป็นแผลเป็น ถ้าไม่มีการติดเชื้อแผลมักจะหาย ภายใน 3-6 สัปดาห์ (รูปที่ 2)



รูปที่ 1 บาดแผลไฟไหม้ระดับสองชนิดตื้น  
(Superficial partial-thickness burns)



รูปที่ 2 บาดแผลไฟไหม้ระดับสองชนิดลึก  
(Deep partial-thickness burns)

บาดแผลระดับสาม (Third degree burns) บาดแผลไหม้ลึกลงไปจนทำลายหนังกำพริบ และหนังแท้ทั้งหมด รวมทั้งต่อมเหงื่อขุมขนและเซลล์ประสาท ผู้ป่วยมักจะไม่รู้สึก เจ็บปวดที่บาดแผล อาจลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูก บาดแผลจะมีลักษณะขาว ซีด เหลือง น้ำตาลไหม้หรือดำ หนาแข็ง แห้งและกร้าน บาดแผลประเภทนี้จะไม่หายเอง นอกจากนี้ จะมีการดึงรั้งของแผลทำให้ข้อยึดติดเมื่อแผลหายจะเกิดแผลเป็นนูนขึ้น (รูปที่ 3) มักเกิด จากไฟไหม้ ถูกของร้อนนาน ๆ หรือไฟฟ้าช็อต



รูปที่ 3 บาดแผลไฟไหม้ระดับสามที่มีการทำลายของหนังกำพร้าและหนังแท้ทั้งหมด

หลักในการดูแลแผลมีวัตถุประสงค์คือ การส่งเสริมเนื้อเยื่อใหม่และให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากที่สุด โดยมีหลักการและสิ่งที่ต้องคำนึงถึงหลายปัจจัย ได้แก่<sup>(1)</sup>

- Ensure adequate perfusion
- Minimise bacterial contamination
- Minimise negative effects of inflammation
- Provide optimal wound environment
- Promote adequate nutrition and fluid management
- Provide adequate pain management
- Promote re-epithelialization
- Provide pressure management

โดยมีแนวคิดในการทำแผลบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก คือ

Cleansing ทำความสะอาดแผล ล้างสิ่งสกปรก รวมทั้งสารคัดหลั่ง คราบเลือดต่าง ๆ ออกให้หมด

Debridement ตกแต่งบาดแผล เนื้อเยื่อที่ตายและ eschar

Dressing เลือกใช้วิธีทำแผลที่เหมาะสม ให้ความชุ่มชื้นกับพื้นผิวของแผล ลด ปริมาณ สิ่งขับหลั่งที่เกิดขึ้น เช่น น้ำเหลือง หนอง เป็นต้น สามารถเปลี่ยนแผลได้ง่าย ไม่ ปวด และป้องกันการกระทบกระเทือนกับเนื้อเยื่อใหม่ที่เกิดขึ้น

Pressure เพื่อลดอาการบวมและทำให้เกิดแผลเป็นน้อยที่สุด

จากหลักการและแนวคิด สามารถแบ่งการรักษาบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ออกได้เป็น ลักษณะทางคลินิก ดังนี้<sup>(2)</sup>

1. บาดแผลที่เป็นบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายหนังแต่บางส่วน (partial-thickness burns) โดยเฉพาะชนิดตื้น จะทำการดูแลบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อและ ระบายของเหลวออกให้กระบวนกรหายของบาดแผลดำเนินไปจนหาย การรักษาด้วยวิธีนี้ เป็นวิธีที่ใช้กันมานาน ขั้นตอนของวิธีนี้เริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากบาดแผลไฟ ไหม้น้ำร้อนลวกแล้ว บาดแผลต้องได้รับการทำความสะอาดและปล่อยให้สัมผัสกับอากาศ โดยไม่ต้องมีสิ่งห่อหุ้ม สารคัดหลั่งที่เกิดขึ้นร่วมกับผิวหนังที่ถูกทำลายจะรวมกันกลายเป็น สะเก็ด และขบวนการหายของแผลจะเริ่มต้นขึ้นภายใต้สะเก็ดนี้ หลักการของวิธีนี้ได้แก่ ทำให้บาดแผลไม่ชื้นแฉะเกินไป อาจใช้ สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ในรูปครีมหรือขี้ผึ้ง (ointment) ทาลงบนแผลเพื่อสร้างสภาวะแวดล้อมที่ไม่แห้งจนเกินไป (moist environment) อีกวิธีหนึ่งคือการดูแลโดยปิดด้วยวัสดุทำแผล ได้แก่ semi occlusive และ occlusive dressing

2. บาดแผลที่เป็นบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายหนังแต่ทั้งหมด (full – thickness burns) โดยเฉพาะกรณีที่สามารถแยกขอบเขตได้ชัดเจนระหว่าง บาดแผลและผิวหนังปกติ การรักษาได้แก่ การจำกัดผิวหนังที่ถูกทำลายนี้โดยเร็วที่สุด โดยการผ่าตัดออก (surgical excision) และตามด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง (skin grafting) (รูปที่ 4)



รูปที่ 4 บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ทำการปลูกถ่ายผิวหนัง

3. บาดแผลที่เป็นบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่รุนแรงและมีผิวหนังที่ได้รับบาดเจ็บขนาดใหญ่ ยากที่จะแยกได้ว่ามีการทำลายหนังแท้บางส่วน และหนังแท้ทั้งหมด บริเวณไหน ขั้นตอนการรักษาแยกได้ดังนี้

3.1 ทำการดูแลบาดแผลไม่ให้ติดเชื้อและประคองไปจนกระทั่งบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่มีการทำลายหนังแท้บางส่วนหายเอง และบาดแผลที่มีการทำลายหนังแท้ทั้งหมดจะสามารถกำหนดขอบเขตได้อย่างชัดเจน

3.2 หลังจากนั้น กำจัดผิวหนังที่ถูกทำลายที่เหลื่ออยู่ออก

3.3 ปิดแผลด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง (skin grafting)

นอกจากนี้ สามารถนำวิธีการทำแผลด้วยวิธี Negative – Pressure Wound Therapy (NPWT) หรือ Vacuum -assisted wound closure โดยทั่วไปเทคนิคนี้จะประกอบไปด้วย การใช้ฟองน้ำที่ทำกรทดสอบแล้วว่าสามารถสัมผัสกับบาดแผลได้ที่มีรูพรุนพอเหมาะ ปิดด้วย occlusive dressing ที่ทำให้เกิดสุญญากาศได้ เป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับเตรียมบาดแผลก่อนที่จะปิดแผลด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง

## เอกสารอ้างอิง

1. Clinical Practice Guideline: Burn Patient Management ACI Statewide Burn Injury Service April 2019; Available from:

<http://www.aci.health.nsw.gov.au>



2. อภิชัย อังสพัทธ์. (2561). *บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก*. กรุงเทพฯ: ปรีณท์แอนด์มอร์.
3. World Health Organization. (2007). *Management of Burns*. Retrieved from [https://www.who.int/surgery/publications/Burns\\_management.pdf](https://www.who.int/surgery/publications/Burns_management.pdf)
4. Burns Management and Treatment. (2017). Retrieved from <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12063-burns/management-and-treatment>
5. สุภาพร โอภาสสานนท์; *การดูแลแผลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก*. ศิริราชพยาบาล ; Available from : [http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article\\_files/911\\_1pdf](http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/911_1pdf)

## Nursing management in ostomy patient

---

พว. ปารีชาติ นาทบุญ, ET nurse

ในปัจจุบันมีการพัฒนาด้านการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น อีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลและลดระยะเวลาที่นอนในโรงพยาบาล ซึ่งในการผ่าตัดทางช่องท้องนั้นได้มีการนำโปรแกรมERASมาใช้ จากการศึกษาของMichal Pedziwiatr และคณะเมื่อปี 2018 พบว่าได้มีการนำแนวปฏิบัติ ERASมาใช้ในการผ่าตัดของระบบ colo-rectal Surgery ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดซึ่งทำให้สามารถฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัดได้เร็วขึ้น อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดไม่ได้เพิ่มขึ้น แต่ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นการทำให้อัตราค่าใช้จ่ายในการรักษา พยาบาลด้วย การนำERAS protocolมาใช้นั้นไม่ทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น จึงถือได้ว่าERAS protocol เป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดcolo-rectal Surgeryที่ดีที่สุด(Michal Pedziwiatr, Judene Mavrikis, Jan Witowski, Alexandros Adamos, Piotr Major, Michal Nowakowski, and Andrzej Budzynski, 2018)

การช่วยสนับสนุน หรือส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด(Enhanced Recovery After Surgery (ERAS)) เป็นการจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด เพื่อให้การทำงานของระบบหัวใจ ระบบหายใจ และระบบทางเดินอาหารกลับมาทำงานได้ปกติโดยเร็ว และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวทำกิจวัตรประจำวันได้

ตามปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงและกลับบ้านเร็วขึ้น(กฤติน กิตติกรชัยชาญ, 2559) จากการศึกษาและนำไปใช้ของรศ.ดร.นพ.วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์ ได้นำโปรแกรมเร่ง(ส่งเสริม)การฟื้นตัวหลังผ่าตัดมาใช้ในโรงพยาบาลศิริราช โดยแบ่งเป็นการนำมาใช้ตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด จะเป็นการให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารโดยเร็วและกระตุ้นให้มีการearly ambulationเร็ว ซึ่งจะช่วยให้ระบบต่างๆทำงานเป็นปกติเร็วขึ้น ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์, 2562)

การนำERASมาใช้นั้นเริ่มตั้งแต่ก่อนการผ่าตัดที่จะมีการให้ความรู้ สื่อสารแก่ผู้ป่วยและญาติ มีการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดในทุกด้าน เช่นการให้ความรู้ในเรื่องการจัดการความเจ็บปวด การได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การบริหารปอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การเตรียมทำความสะอาดลำไส้ก่อนการผ่าตัด การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อมีการเปิดcolostomy ซึ่งทุกเรื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อผู้ป่วย ในบทบาทของพยาบาลนั้นเริ่มต้นตั้งแต่การรับผู้ป่วยมาอยู่ในความดูแล ต้องมีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ในprotocol ERASที่นำมาใช้นั้นโดยมากจะเป็นการดูแลรักษาของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ การวางแผนจำหน่ายนั้นเป็นกระบวนการเตรียมความพร้อมในทุกด้านเพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ ครอบครัวและเตรียมความพร้อมในการออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับบ้านหรือสถานบริการพยาบาลอื่นๆ ซึ่งการวางแผนเพื่อจำหน่ายนี้ต้องเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมผู้ให้การรักษาดูแลและทีมของผู้ป่วยและญาติ และเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และอาจต้องมีการส่งต่อเพื่อดูแลในชุมชนด้วย ซึ่งต้องมีความสอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมแพทย์เช่นกัน จากเดิมการ

ผ่าตัดผู้ป่วยและมีการเปิดcolostomy จะใช้เวลาในการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองและearly ambulate รอให้พร้อมที่จะเรียนรู้ในการดูแลcolostomyหลังการผ่าตัด แต่จากโปรแกรมERASนั้นทำให้มีระยะเวลาในการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยดูแลตนเองและดูแลcolostomyที่สั้นลง

### การเตรียมผ่าตัด

1.การให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดกับผู้ป่วยที่จะครอบคลุมในเรื่อง การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด การเตรียมตัวผ่าตัดและbowel preparation การประเมินและจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด การฝึกบริหารร่างกายเพื่อearly ambulation การฝึกbreathing exercise เพื่อป้องกันภาวะlung complication รวมทั้งการให้ความรู้ในเรื่อง colostomy care ในรายที่วางแผนเปิดcolostomy การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดให้พร้อม ซึ่งในการนำERASมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยนี้ จะต้องมีการประเมินตาม ERAS protocolด้วย

2.การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่สำคัญ ในผู้ป่วยบางรายสามารถยอมรับความเจ็บป่วยและการรักษาผ่าตัดได้ รวมไปถึงการเปิดcolostomyด้วย แต่ในผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถที่จะยอมรับในเรื่องโรค การรักษา และมีcolostomy ดังนั้นพยาบาลจะต้องประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัดเพียงใด โดยต้องมีการประเมินและมีการรับมือกับปฏิกิริยาของผู้ป่วยในแต่ละระยะได้

## Five stage of coping

-ขั้นปฏิเสธ      พยาบาลจะต้องให้ข้อมูลโรค การดำเนินโรค และแนวทางการรักษา แสดงตนว่ารับรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย พร้อมทั้งบอกผู้ป่วยว่าจะดูแลเขาอย่างดีที่สุด

-ขั้นโกรธ      พยาบาลควรเข้าใจ แสดงความเห็นใจ ไม่ถือสาอารมณ์โกรธของผู้ป่วย

- ขั้นต่อรอง      พยาบาลควรให้ความมั่นใจว่าเขาจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด รวมถึงการให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

-ขั้นซึมเศร้า      ประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม ซึ่งถ้าเป็นมากอาจต้องมีการปรึกษาทีมแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา

-ขั้นการยอมรับ      นำความเชื่อ หลักคิด คำสอนที่ผู้ป่วยศรัทธามาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ และเสริมพลังการรักษา ซึ่งในขั้นตอนนี้พยาบาลควรมีการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

## ระยะผ่าตัด

จะเป็นการผ่าตัดและการดูแลโดยทีมแพทย์และวิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและสามารถฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดได้โดยเร็ว

## ระยะหลังการผ่าตัด

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด การประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การearly ambulation การปฏิบัติตาม ERAS protocol

2. ในผู้ป่วยที่มี colostomy นั้นต้องมีการฝึกให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการมี colostomy และสามารถให้การดูแล colostomy care ได้ ในระยะเวลาในการฝึกที่สั้น


ERAS(Colostomy) Nursing protocol

แบบแผนการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทวารเทียม

Dx.....วันที่ผ่าตัด.....การผ่าตัด.....ห่อผู้ป่วย.....เบอร์โทร.....



Date	Nursing care/Intervention	Evaluation/signature
Admit .../.../.... การรับทราบข้อมูล	<input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด <input type="checkbox"/> ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อโรค การผ่าตัดและความสามารถในการดูแล <input type="checkbox"/> ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลคือ.....เบอร์โทรศัพท์.....	(ปัญหาส่งต่อ)
1วัน ก่อนผ่าตัด .../.../.... การเตรียมผ่าตัด และสภาพผู้ป่วย/ ญาติ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> สักรวจไอบินยอมรักษาผ่าตัด <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> สอนและประเมินการปฏิบัติก่อน-หลังผ่าตัด colostomy care <input type="checkbox"/> Stoma siting <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เตรียมบริเวณผ่าตัดและเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด เข้าห้องผ่าตัด <input type="checkbox"/> Bowel preparation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บริหารยา pre-med และ antibiotic ตามคำสั่งแพทย์ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด	
PO.Day0 .../.../.... พยายามเลี้ยง NSAIDs&Opioid	<input type="checkbox"/> Record V/S+BP, I/O <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> จัดท่านอน Semi-fowler's position <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ป้องกัน/ลดภาวะแทรกซ้อน เช่น bleeding, Electrolyte imbalance, SSI, falling, pressure injury, pain, N/V <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินภาวะ Anastomosis leakage <input type="checkbox"/> Deep breathing exercise <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวบ่อยๆ ,Ankle pumping และ leg exercise <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ดูแลการทำงานของ pneumatic pump <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมิน บันทึกลักษณะของแผลผ่าตัดและ stoma	
PO.Day1 .../.../.... -Early Diet &Remove catheter -Ambulation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินการรับทราบผลการผ่าตัดและความวิตกกังวล <input type="checkbox"/> Early ambulation เวลา.....น. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> หลัง Off NPO เริ่มจิบน้ำ เวลา.....น. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เริ่มอาหารน้ำ เวลา.....น. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เริ่มอาหารอ่อน เวลา.....น. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ให้ข้อมูลวิธีการรับประทานอาหาร อาหารที่เหมาะสม และควรหลีกเลี่ยง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Remove catheter, NG tube, Drain, pneumatic pump <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินปริมาณการรับประทานอาหาร อารมณ์อ่อนเพลียและภาวะอึดท้อง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินแผลผ่าตัด stoma และ effluent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เมื่อมี effluent เริ่มสอนสาธิต Empty bag รวมทั้งให้ดูและสัมผัส <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ซักถาม ระบายความรู้สึก รับฟังและให้กำลังใจ	... ..... ..... ...

Date	Nursing care/Intervention	Evaluation/signature
PO.Day2 .../.../... Complication & education	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ให้ เริ่มอาหารอ่อน เวลา .....น. เริ่มอาหารธรรมดา เวลา .....น. แนะนำการรับประทานอาหาร และชนิดอาหารที่ถูกต้อง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ให้ลูกเดินบ่อยๆ ในระยะใกล้ขึ้น <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินการรับประทานอาหารและภาวะอึดแน่นท้อง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินแผลผ่าตัด stoma และ effluent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> สอนสาธิตขั้นตอน Empty bag และ pouching technique <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ผู้ป่วย/ญาติสาธิตย้อนกลับ ขั้นตอน Empty bag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ให้ผู้ป่วยดู VCD colostomy care ครั้งที่ 2 และประเมินความรู้ความเข้าใจ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> พุดคุยให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจและความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล	
PO.Day3 .../.../...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ทบทวนการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 1.1 Re-demonstrate การเปลี่ยน Appliance โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแล 1.2 อาหารและการรับประทานอาหาร 1.3การออกกำลังกาย 1.4 การทำงาน 1.5การเดินทางและการเข้าสังคม 1.6 การมีเพศสัมพันธ์ 1.7 การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์และการมาตามแพทย์นัด 1.8 แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ กลุ่ม ostomate และแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา Ostomy clinic,ward <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ประเมินความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง/ผู้ดูแล ก่อนจำหน่าย	ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อการใช้ ERAS ในการ ดูแลผู้ป่วย =.....(0-10)
D/C	ผู้ป่วยกลับบ้านที่..... FU.....OPD.....and Ostomy clinic	
Post D/C ..../...../....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทร.ติดตามอาการ ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัญหารวมทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล เบอร์โทรผู้ป่วย.....ญาติชื่อ.....เบอร์โทรญาติ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> บันทึกการติดตามอย่างเป็นระบบ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ติดตามอาการครั้งที่ 1 วันที่.....ปัญหา..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> โทรศัพท์ติดตามอาการครั้งที่ 2 วันที่.....ปัญหา..... <div style="text-align: center;">             รหัสโครงการมาด            ทวารเทียม         </div>	



## เอกสารอ้างอิง

1. กฤติน กิตติกรชัยชาญ, (2559), การจัดการทางวิสัญญีเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด, ธรรมศาสตร์เวชสาร ปีที่ ๑๖ ฉบับที่ ๔ ประจำเดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๕๙, สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2562 [www.tci-thaijo.org](http://www.tci-thaijo.org)
2. วรุตม์ โล่ห์ศิริวัฒน์, (2562), E R A S. โปรแกรมเร่ง (ส่งเสริม) การฟื้นตัวหลังผ่าตัด, สืบค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2562, [www.phraehospital.go.th](http://www.phraehospital.go.th)
3. Michal Pedziwiatr, Judene Mavrikis, Jan Witowski, Alexandros Adamos, Piotr Major, Michal Nowakowski, and Andrzej Budzynski, (2018), Current status of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in gastrointestinal surgery, Received: 22 January 2020, from <https://doi.org/10.1007/s12032-018-1153-0>

## Practical management for Irritant Associated Dermatitis: IAD

พว.วิไล สถาวรวิจิตร, ET nurse

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ห่อหุ้มร่างกาย และมีขนาดใหญ่ที่สุดในร่างกาย มีความยืดหยุ่น และชุ่มชื้น มีความหนาตั้งแต่ 0.5 - 6 มิลลิเมตร ผิวหนังมี 2 ชั้น คือ ชั้นหนังกำพร้า และชั้นหนังแท้ โดยปกติชั้นหนังกำพร้ามีสภาวะความเป็นกรดอ่อน ( pH 5-5.9 ) ประกอบด้วยโปรตีน 70%, ไขมัน 15% และ น้ำ 15% ซึ่งทำหน้าที่เป็นปราการป้องกันสารพิษ สิ่งระคายเคือง และควบคุมความชุ่มชื้น ไขมันในชั้นผิวคงอยู่ได้โดยอาศัยค่า pH ที่เหมาะสม และถูกทำลายโดยง่ายในภาวะ pH ที่แตกต่าง ทำให้ผิวอ่อนแอและง่ายต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรคที่ผิวหนัง ภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis : IAD) ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ป่วยทารก มีความเสี่ยงต่อปัญหาผิวหนังถูกทำลายกลายเป็นแผลจากการสัมผัสอุจจาระหรือปัสสาวะ ทำให้ผิวหนังอ่อนแอ เปื่อยง่าย ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ

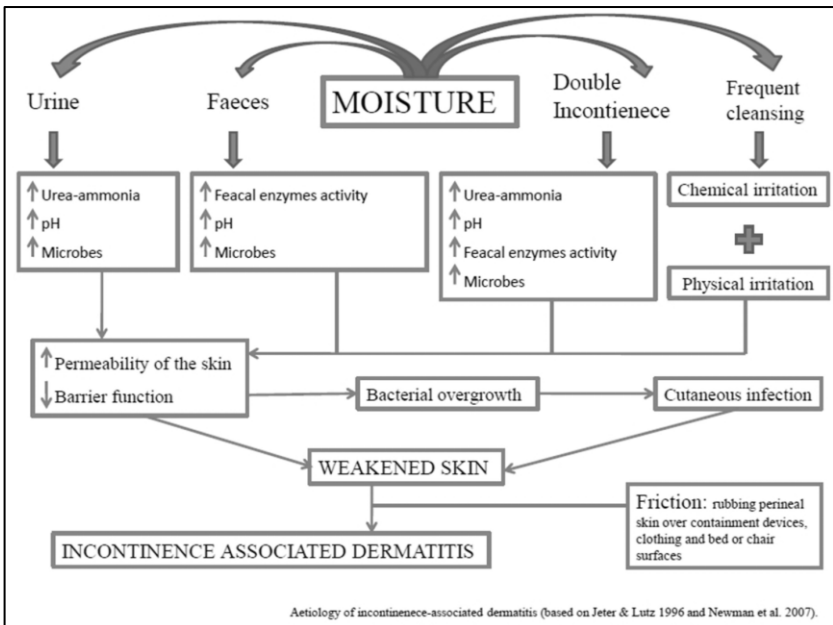
### ผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

#### (Incontinence Associated Dermatitis : IAD)

เป็นภาวะผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสกับอุจจาระ ปัสสาวะบริเวณผิวหนัง (Perineum) และรอบอวัยวะสืบพันธุ์<sup>1</sup> สาเหตุหลักของการเกิด IAD คือการกลั่นปัสสาวะอุจจาระไม่ได้ ปัจจัยเสริม คือ ความเปื่อยชื้น ภาวะต่าง การใช้อุปกรณ์รองรับที่ไม่เหมาะสม ภาวะสูงอายุ ภาวะติดเชื้อ แผลเสียดทาน<sup>2</sup>

## พยาธิสภาพของการเกิด IAD

เมื่อผิวหนังสัมผัสปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยยูเรียและแอมโมเนีย หรืออุจจาระที่มี เอนไซม์ สารเคมี และเชื้อแบคทีเรียที่ทำให้มีภาวะเป็นด่าง (ค่า pH สูงขึ้น) หรือสัมผัสทั้ง อุจจาระและปัสสาวะ ประกอบกับการทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายบ่อยครั้ง โดยใช้สบู่ทำให้เกิดการระคายเคืองของสารเคมี และจากการขัดถู ทำให้ความสามารถในการยอมให้สารซึมผ่านเซลล์เพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ป้องกันของผิวหนังลดลง แบคทีเรีย เจริญเติบโต ทำให้ผิวหนังอ่อนแอ ร่วมกับการเกิดแรงเสียดทานจากวัสดุที่ทอหุ้มผิวหนัง เสื้อผ้า ที่นอน หรือเก้าอี้ ทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะหรืออุจจาระ ไม่ได้ หรือ IAD ดังรูป <sup>3,4</sup>



## ปัจจัยของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้

1. ผู้สูงอายุ หรือเด็ก ที่กั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้
2. ผู้ป่วยที่พร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากสถานะของโรค และโรคเรื้อรังร่วม
3. มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐาน
4. ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทุกเพศ ทุกวัย
5. ผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร ที่เคยได้รับการผ่าตัดลำไส้มาก่อน
6. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสูติศาสตร์ เช่น การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน
7. ผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ
8. ภาวะทุพโภชนาการ

Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool, IADIT)<sup>5</sup> แบ่งระดับ IAD เป็น 5 ระดับ ได้แก่

1. High risk คือ ผิวไม่แดงหรือไม่อุ่นกว่าบริเวณใกล้เคียง แต่อาจมีรอยแผลเป็นจากภาวะ IAD หรือแผลกดทับที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเองหรือสื่อสารไม่ได้ร่วมกับมีภาวะถ่ายเหลวอย่างน้อย 3 ครั้งใน 24 ชั่วโมง
2. Early IAD คือ ผิวสัมผัสอุจจาระและ/หรือปัสสาวะยังแห้งปกติและไม่เกิดตุ่มพองน้ำ แต่ผิวเป็นสีชมพูหรือแดง ไม่มีขอบเขตชัดเจน การสัมผัสจะพบว่าผิวอุ่นกว่าบริเวณอื่น ผู้ป่วยอาจขอความรู้สึกเหมือนเป็นเหน็บได้
3. Moderate IAD คือ ผิวสีแดงสด หรือแดงจัดในคนผิวเข้ม ผิวมักจะเป็นเงาและขึ้นร่วมกับมีการซึมหรือจุดเลือดออก มีตุ่มพองหรือตุ่มน้ำเล็กๆ เกิดขึ้น อาจมีผิวเปิดออกเป็นบริเวณเล็กๆ ผู้ป่วยจะเจ็บแสบ

4. Severe IAD คือ เป็นแผลเปิดระดับตื้นสีแดงและมีสิ่งขับหลังหรือเลือดซึม ผิวส่วนบนอาจลอกออกเมื่อมีสิ่งขับหลังติดกับผิวสัมผัสอื่น
5. Fungul-appearing rash คือ ภาวะผื่นเชื้อรา สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับความรุนแรงของ IAD มักเกิดรอยผื่นเชื้อรา บริเวณขอบรอบรอยแดง (อาจมีสีขาวยเหลือง หรือแดงเข้มในคนผิวคล้ำ) อาจมีลักษณะเป็นเม็ดสีวหรือจุดผื่นแดง (มีสีขาวหรือเหลือง) มีอาการคันมากขึ้น

### การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD

การป้องกันการเกิด IAD ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการรักษาเมื่อเกิดภาวะ IAD แล้ว เนื่องจากผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วย เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่าย<sup>6</sup> ดังนั้นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด IAD จึงจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อจะได้เป็นการเฝ้าระวังการเกิด IAD ในผู้ป่วยได้ด้วย

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด IAD จะประเมินโดยใช้แบบประเมิน Perineal Assessment Tool (PAT) ตั้งแต่แรกรับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง และผู้ป่วยที่ได้รับยาละลายทำให้มีโอกาสเกิดท้องเสียได้ เป็นต้น

Perineal Assessment Tool (PAT)<sup>7</sup> ได้ถูกอธิบายโดย Nix เป็นเครื่องมือที่ประเมินโดย 4 ปัจจัยหลักที่มีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิด IAD มากขึ้น ได้แก่ ความรุนแรงและความเข้มข้นของสิ่งระคายเคือง, ระยะเวลาที่ผิวหนังสัมผัสสิ่งขับถ่าย, สภาพผิวหนังบริเวณ perineam ความสมบูรณ์ของผิวหนัง และ ปัจจัยเสริม ภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับสารอาหารทางสายยาง หรืออื่นๆ โดยทั้ง 4 ปัจจัยที่ใช้ประเมินโดยเครื่องมือนี้ ได้มีการจัดระดับความรุนแรงในแต่ละปัจจัยและได้ให้คะแนนความรุนแรงแต่ละปัจจัยตั้งแต่ 1-3 และนำมารวมคะแนนทั้ง 4 ปัจจัยดังกล่าว คะแนนที่

ได้ 4-6 หมายถึง มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะ IAD และคะแนน 7-12 มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ IAD

### Perineal Assessment Tool (PAT)<sup>7</sup>

ความรุนแรงชนิดและความเข้มข้นของสิ่งระคายเคือง	3 ถ่ายอุจจาระเหลวร่วมหรือไม่ร่วมกับปัสสาวะ	2 ถ่ายอุจจาระอ่อนร่วมหรือไม่ร่วมกับปัสสาวะ	1 ถ่ายอุจจาระเป็นก้อนร่วมหรือไม่ร่วมกับปัสสาวะ
ระยะเวลาและจำนวนที่ผิวหนังสัมผัสกับสิ่งขับถ่าย	3 มีการเปลี่ยนผ้า/แผ่นรองขับอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง	2 มีการเปลี่ยนผ้า/แผ่นรองขับอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง	1 มีการเปลี่ยนผ้า/แผ่นรองขับ อย่างน้อยทุก 8 ชั่วโมง
สภาพผิวหนังบริเวณperineum ความสมบูรณ์ของผิวหนัง	3 ผิวหนังเปิด/ถลอกเป็นแผลตื้นร่วมกับมีหรือไม่มีภาวะผิวหนังอักเสบ	2 ผิวหนังแดง/อักเสบร่วมกับมีหรือไม่มีการติดเชื้อรา	1 ผิวหนังปกติ ไม่เกิดแผล
ปัจจัยเสริมภาวะอัลบูมินในเลือดต่ำ ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้รับอาหารทางสายยางหรืออื่นๆ	3 มี 3 ปัจจัยเสริมหรือมากกว่า	2 มี 2 ปัจจัยเสริม	1 มี 0-1 ปัจจัยเสริม

PAT scores คะแนน 4-6 หมายถึง มีความเสี่ยงน้อยต่อการเกิดภาวะ IAD  
คะแนน 7-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ IAD

## เอกสารอ้างอิง

1. Gray M, Bliss DZ, Doughty DB, Ermer-Seltun J, Kennedy-Evans KL, Palmer MH. Incontinence-associated dermatitis: a consensus. J Wound Ostomy Continenence Nurse 2007; 34:45-54.
2. Langemo D, Hanson D, Hunter S, Thompson P, Oh IE. Clinical management extra: Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis. Advance in skin & wound care 2011; 24 (3): 126-140
3. Jeter K, Lut J. Skin care in the frail, elderly, dependent, incontinent patient. Advance in Wound Care 1996; 9(1): 29-34.
4. Newman D, et al. Moisture control, urinary and fecal incontinence, and perineal skin management 2007 In: Krasner D et al, Chronic Wound Care: a Clinical Source Book for Healthcare Professionals.
5. Gray Mikel, Junkin Joan et al. Report of Consensus Conference on Incontinence-Associated Dermatitis: Clinical Implications. Journal of Wound, Ostomy and Continenence Nursing 2012; 39(3): 303 – 315
6. ปองหทัย พุ่มระย้า. Skin Associated Moisture Care: When and How Incontinence Associated Dermatitis.การพยาบาลออสโตมีและแผลใน ศตวรรษที่ 21 2556:68-69
7. Junkin J, Selekof JL. Beyond “diaper rash”: incontinence associated dermatitis: does it have you seeing red ? Nursing 2008; 38 (11 Suppl):56hn 1-10
8. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessement Tool. Ostomy Wound Manage 2002; 48(2): 43-9

## Prevention and management for gastrostomy and jejunostomy tube related problem

พว.พรพรรณ สุทธิวงศ์, ET nurse

ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากหรือผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสารอาหารหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร การให้อาหารทางสายยางผ่านระบบทางเดินอาหารเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเข้าสู่ร่างกาย ในขณะที่ระบบทางเดินอาหารยังทำงานซึ่งจะมีประโยชน์ช่วยคงสภาพปกติในการทำงานของลำไส้ แต่ถ้าให้อาหารทางสายยางระยะยาวมากกว่า 4-6 สัปดาห์เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน ผู้ป่วยอัมพาต มีภาวะเสี่ยงต่อการสำลัก ควรใส่สายอาหารแบบถาวรคือการใส่สายอาหารผ่านผิวหนังบริเวณผนังหน้าท้องเข้าสู่กระเพาะอาหารหรือลำไส้ ( Enterostomy tube placement) ปัญหาหลังจากผู้ป่วยได้รับการใส่สายอาหารผ่านทางผิวหนังหน้าท้องมีโอกาสเกิดความเสียหายต่อผิวหนัง ( skin damage ) รอบสายและรูเปิด ( Stoma) สายอาหารได้มากกว่าการใส่สายอาหารผ่านทางจมูก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลหลังการใส่สายเพื่อป้องกัน(Prevention)ปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนและสามารถจัดการ (Management)เมื่อพบปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้ลูกกลมจนต้องหยุดการใช้สายอาหารและอาจต้องหยุดให้อาหารซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะขาดอาหารหรือสารอาหารในผู้ป่วย

### สายอาหารผ่านผนังหน้าท้อง ( Enterostomy tubes)

#### 1. Gastrostomy tubes

1.1 สายประเภทยางแดง (red rubber )หรือใช้สายสวนปัสสาวะ( Foley catheters)สายที่ใส่แบบ Open gastrostomy ( รูปที่ 1-2 )





รูปที่ 1 Foley catheter



รูปที่ 2 Red rubber

1.2 Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tubeสายที่ใช้ผลิตจาก silicone มีรูปแบบสายแตกต่างกัน ( ดังรูปที่ 3 – 4 )

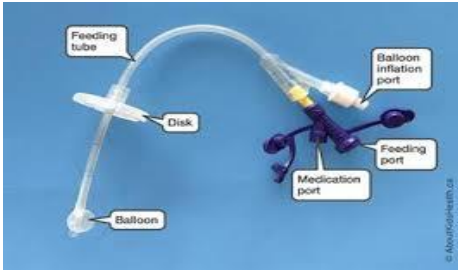


รูปที่ 3

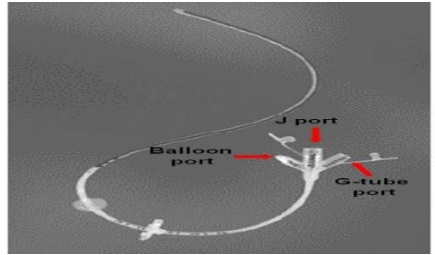


รูปที่ 4

1.3 Gastro-jejunal tube สายที่ใส่ผ่านกระเพาะอาหารเหมือนกับ G-tube แต่จะมีสายยาวเล็ก ๆ ใส่อีกเข้าไปถึงลำไส้เล็กส่วน jejunum ( J port ) เพื่อให้อาหารส่วน G port ไว้สำหรับ stomach decompression ( ดังรูปที่ 5 -6 )



รูปที่ 5



รูปที่ 6

1.4 jejunostomy tubes สายมีขนาดเล็ก (5-8 Fr) บางครั้งจะเห็นว่าแพทย์ใช้สาย NG tube สายยางแดงหรือสาย foley catheter (no balloon) ใส่แทน ( ดังรูปที่ 7 )



( รูปที่ 7 )

**การดูแลป้องกันและการจัดการปัญหาหลังการใส่สายอาหารที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนัง<sup>3,5</sup>**

ปัญหาหลังการใส่สายอาหารผ่านทางหน้าท้องที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังได้แก่

1. แผลจากการกดทับ สาเหตุจากตำแหน่งแผ่นกั้นภายนอกกดทับผิวหนังจนแน่น การหมุนสายและการปรับระดับของสายทำได้ไม่ดีพอสายถูกดึงรั้งลงมามาก มีการวางแผนกั้นหนาเกินไป

การจัดการ - ลดแรงกดทับ ระวังไม่ดึงรั้งสาย

- หมุนสายทุกวันและปรับระดับแผ่นกั้นให้เหมาะสม

- ตรวจสอบประเมินแผลที่ผิวหนัง

2. การติดเชื้อที่บาดแผล ( local wound infection )

การจัดการ - ทำแผล (sterile dressing ) ด้วย saline ให้ผิวหนังรอบ ๆ สาย สะอาดและแห้งอยู่เสมอ

- เมื่อมี discharge ซึมควรเปลี่ยนทันที

- ตรวจสอบแผ่นกั้นภายนอกกว่าอยู่ในตำแหน่งที่ไม่แน่นหรือหลวม

เกินไป (ควรปรับแผ่นกั้นให้ห่างห่างจากระดับผิวหนัง 2-5 มิลลิเมตร )

3. การรั่วไหลบริเวณผิวหนังรอบรูเปิดสายอาหาร ( Peristomal leakage )

เกิดขึ้นได้ใน 2-3 วันแรกหลังการใส่สายเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น การอุดตันของสาย การติดเชื้อที่แผลรูเปิด หรืออาจเกิดจากสายที่ใช้มีขนาดเล็กกว่าแผลรูเปิดที่ทำไว้ หรืออาจเกิดจากการให้อาหารมากเกินไปหรือการเสื่อมสภาพบริเวณตำแหน่งใส่สายอาหาร

(deterioration gastrostomy site ) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจากแผลหายดีแล้ว

และใช้สายมาระยะหนึ่งจะพบว่าผิวหนังรอบสายมีลักษณะยุบมีของเหลวรั่วไหลเป็น

สาเหตุให้รูเปิดกว้างขึ้น

การจัดการ - ให้อาหารหยดช้าๆ ระวังให้อาหารให้นอนตะแคงขวาหลังนั่ง-กึ่งนอนหรือยกหัวเตียงประมาณ 30 -45 องศา

- เช็ดทำความสะอาดรอบๆรูเปิดแผลด้วย saline ให้ผิวหนังรอบๆสาย สะอาดและให้แห้งอยู่เสมอ แล้วใช้ผ้าก๊อซรองไว้สำหรับดูดซับสิ่งรั่วซึม และไม่ควรเพิ่มปริมาณแผ่นก๊อซรองใต้แผ่นกั้นเนื่องจากไปเพิ่มแรงกด และควรปรึกษาแพทย์

- การใช้ skin protection เช่น Skin barrier wafer, Skin barrier powder & Skin barrier paste

4. Buried bumper syndrome เป็นภาวะแทรกซ้อนระยะยาว หลังใส่สายเป็นเดือนถึงปี เกิดจากการที่หมอนหรือแผ่นยึดสายภายนอก

(external bolster or bumper ) เลื่อนลงมาดทับผนังหน้าท้องจนแน่นหรือเกิดจากการดึงรั้งสายมากเกินไปทำให้หมอนหรือแผ่นยึดสายภายใน (pressure necrosis ) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดท้องมีปัญหาในการให้อาหารและน้ำไม่สามารถดั้น - ดึง- หมุนสายได้

การจัดการ - หลีกเลี่ยงการดึงสายและดึงรั้งสาย

- หมุนสาย 360 องศา

- ดันสายลง ( ลึกประมาณ 4 เซนติเมตร) และดึงขึ้นอย่างเบาเมื่อสัปดาห์ละครั้ง

- ขนาดสายที่ใส่ต้องเหมาะสมกับผู้ป่วย

- ปรับแผ่นกันให้วางแผ่นกันให้ห่างห่างจากระดับผิวหนัง 2-5 มิลลิเมตร

- เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระยะยาวควรแนะนำผู้ป่วยให้ระวังการใส่เสื้อผ้าที่อาจไปกดทับหรือดึงรั้งสาย

5. การอุดตันของสาย เกิดจากการบดขยี้ไม่ละเอียด การให้อาหารที่หนืดเกินไป หรือการให้น้ำตามหลังการให้อาหารหรือยาไม่ดีพอ

การจัดการ - ถ้าเกิดการอุดตันอาจลองใช้น้ำอุ่นค่อยๆล้าง และลองดูดด้วยกระบอกให้อาหารถ้ายังอุดตันให้ปรึกษาแพทย์

การป้องกันการอุดตันของสาย

- ให้น้ำหลังให้อาหารหรือนมทุกครั้งอย่างน้อย 20 -30 ซีซี (ในกรณีจำกัดปริมาณน้ำดื่มควรปรึกษาแพทย์ ให้น้ำก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง

- กรณีที่ให้อาหารแบบหยดช้าๆต่อเนื่องหลายชั่วโมงควรให้น้ำอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงและทุกครั้งที่ยหยุดเครื่องควบคุมการไหลของอาหาร

- ให้น้ำทุกครั้งหลังจากตรวจสอบปริมาณอาหารที่เหลือในกระเพาะ หากมีได้ให้อาหาร หรือ นมต่อ

6. สายให้อาหารหลุด โดยปกติผู้ป่วยจะไม่สามารถดึงสายออกมาจากกระเพาะอาหารได้โดยง่ายนอกจากถูกดึงแรงๆ

การจัดการ - หากสายหลุดออกมาให้ใช้ผ้าก๊อชปิดรูแผลไว้และรีบไปพบแพทย์ โดยนำสายให้อาหารที่หลุดออกไปด้วยโดยทันที ไม่ควรทิ้งข้ามคืน เพราะรูที่ใส่อาจปิดทำให้ใส่สายไม่ได้หรือ ใส่สายสวน Foley ขนาดใกล้เคียงกันเพื่อไม่ให้รูปิด

7. Hypergranulation พบได้เมื่อเนื้อเยื่อบริเวณรูเปิดถูกปล่อยให้ขึ้นอยู่เสมอ และถูกเสียดสีจากสายที่ขยับหรือแกว่งไปมาได้

การจัดการ - ทำแผลล้างด้วยด้วย Saline หรือ Hypertonic Saline ( 3-5%) ให้สะอาดและแห้งเสมออาจทำแผลมากกว่า 1 ครั้งต่อวันขึ้นอยู่กับปริมาณของเหลว ( exudate ) ที่ไหลซึมออกมาปิดด้วยผลิตภัณฑ์ที่ช่วยให้เนื้อเยื่อแห้งเช่น Anti-microbial impregnated foam dressing

- ยึดติดสายให้ออกอยู่กับที่ดูแลแผ่นกั้นภายนอกไม่กดทับ (ระดับผิวหนังกับแผ่นกั้นอยู่ระหว่าง 2-5 มิลลิเมตร

- เนื้อเยื่อแดงที่แผลรูเปิดเป็นปัญหาที่พบบ่อยแต่ไม่มีอันตรายอาจทำให้มีเลือดออกได้บ้างการรักษาโดยการจี้ด้วยซิลเวอร์ไนเตรท (silver nitrate) ซึ่งอาจทำได้ที่โรงพยาบาลหรือหากได้รับการฝึกฝน อาจทำเองที่บ้านได้ สิ่งสำคัญคือก่อนจี้จะต้องป้องกันผิวหนังปกติรอบแผลโดยทาด้วยวาสลีนมิฉะนั้นจะเกิดรอยไหม้จากซิลเวอร์ไนเตรทได้ การเก็บซิลเวอร์ไนเตรทต้องเก็บให้พ้นมือเด็ก และควรสวมถุงมือก่อนจับขวดน้ำยา

## การดูแลป้องกันหลังใส่สายPEG / Jejunostomy<sup>1,4</sup>

1. หลังการใส่สายควรบันทึกความยาวของสายโดยดูจากขีดหรือตัวเลขบอกตำแหน่งสาย
2. เริ่มทำแผล (sterile dressing) ได้ 24 ชม. หลังใส่สายและต่อไปทำแผลวันละครั้ง ประมาณ 1-7 วัน
3. สวมถุงมือสะอาดเปิดผ้าปิดแผล
4. ตรวจสอบตำแหน่งทุกครั้งที่ทำแผล
5. ถอดถุงมือ ล้างมือสวมถุงมือใหม่ก่อนทำแผล
6. ประเมินอาการปวดแผล ตรวจสอบการระคายเคืองและการอักเสบของผิวหนังรอบสาย และตรวจดูภาวะภาวะเลือดออก
7. ทำความสะอาดสายและส่วนต่างๆของสายและบริเวณรูเปิดและใต้แผ่นกั้นภายนอกด้วยน้ำสบู่หรือน้ำสะอาดเช็ดให้แห้งและควรให้ผิวหนังผิวหนังรอบสายสะอาดและแห้งอยู่เสมอ
8. ถ้ามีเลือดหรือของเหลวซึมออกมาใช้สำลีชุบน้ำเกลือ ( 0.9%nacl ) เช็ดแผลรูเปิดที่ติดกับสายเพื่อขจัดคราบสะเก็ดแผลและแผ่นของเหลวออกเช็ดให้สะอาดและแห้ง
9. การหมუნสาย PEG 360 องศา(ห้ามหมუნสาย PEGJ )เพื่อป้องกันสายติดแน่นกับช่องทางเปิดระหว่างผนังหน้าท้องกับกระเพาะ ( stoma tract ) ทั้งนี้ให้ขึ้นกับการพิจารณาของแพทย์ที่ใส่สายรวมทั้งพยาบาลที่จะปฏิบัติควรได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี
10. การวางผ้าก๊อชใต้แผ่นกั้นควรวางให้แผ่นกั้นกับผิวหนังห่างกันประมาณ 2-5 มิลลิเมตร
11. ควรให้สาย PEG อยู่ในลักษณะสายตั้งฉากกับผิวหนังเสมออาจโค้งส่วปลายลงมาเพื่อติดพลาสติกกันไม่ให้ปลายสายด้านนอกแกว่งไปมา
12. ควรตรวจสอบปริมาณน้ำและเปลี่ยนน้ำกรณีสายชนิด balloon ทุก 7 วันระวังสายเลื่อนหลุดขณะดูน้ำออกจาก balloon

13. ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ (ยกเว้นมีข้อห้ามจากแพทย์) และทำความสะอาดตามปกติ (ถ้าชอบแผลอักเสบยังไม่ควรอาบน้ำ)
14. ไม่ควรใช้อาหารที่มีความร้อนเพราะจะทำให้อายุการใช้งานน้อยลง ซึ่งปกติจะใช้ได้นาน 6 - 8 เดือน
15. หลีกเลี่ยงการดึงสายและดึงรั้งสาย
16. เนื่องจากเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระยะยาวควรแนะนำผู้ป่วยให้ระวังการใส่เสื้อผ้าที่อาจไปกดทับหรือดึงรั้งสาย

### ข้อห้ามการใส่สายอาหารผ่านทางผนังหน้าท้อง

ห้ามในผู้ป่วยที่มีรอยโรคบริเวณช่องปากและลำคอที่จะขัดขวางการส่องกล้อง เช่น มะเร็งช่องปากและลำคอ มะเร็งหลอดอาหาร หรือผ่านการฉายแสงที่ลำคอก่อน

### สรุป

การดูแลสายอาหารที่ใส่ผ่านผนังหน้าท้องอย่างเหมาะสมควรคงไว้ด้วยหลักการเรื่องความสะอาดแห้งเสมอ ทำแผลทันทีเมื่อเปียกชื้น เลี่ยงแรงกดทับลดการดึงรั้ง ยึดสายให้หนึ่งไม่ลึ้มดันและหมุนสาย ( เฉพาะ PEG ) พยาบาลจึงควรมีความรู้และได้รับการฝึกสอนเพื่อเพิ่มทักษะให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติจะช่วยป้องกันปัญหา skin damage ในผู้ป่วยที่ได้รับการใส่สายอาหาร

### เอกสารอ้างอิง

1. Madigan, S.M., O'Neill, S., Clarke, J., L'Estrange, F. and McCauley, D.C. (2002). Assessing the dietetic needs of different patient groups receiving enteral tube feeding in primary care. *J. Hum. Nutr. Dietet.* 15, 179 – 183.
2. Black, M.T., Hung, C.A., and Loh, C. Subcutaneous T-fastener gastrostomy: a new technique. *AJR Am J Roentgenol*, 2013. 200(5): p. 1157-9.

3. Stroud, M., Duncan, H., Nightingale, J., and British Society of Gastroenterology. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. Gut, 2003. 52 Suppl 7: p. vii1-vii12.
4. .A Clinician's Guide:Caring for people with gastrostomy tubes and devices,(Internat), Agency for clinical innovation 2014. Version 1.2: March 2015.Available from :<http://www.aci.health.nsw.gov.au>
5. Adult gastrostomy and jejunostomy feeding tube management. Nursing and midwifery manual. (Internat ).2016.(cited 2017 june 5).Available from: <http://www.cdhb>
6. Collins K,Gaffney L,Tan J,Roberts-Nyulasi l.Gastrostomy guidelines:arapid review (Internet) Saxinstitute;July 2013.(cited 2017 may9).Available from:<http://www.healthcareimprovementscotland.org>



## Wound care team; multidisciplinary approach

พว. ดารานี แซ่เอี่ยม, ET nurse

นับตั้งแต่มีการพัฒนาคุณภาพโดยกระบวนการ Hospital Accreditation ทำให้คำว่า การดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพเข้ามาสู่โรงพยาบาล การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary teamwork) เกิดจากวิทยาการทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นทำให้เกิดความเฉพาะด้านของแต่ละวิชาชีพที่แพทย์คนเดียวอาจจำได้ไม่หมด ทำคนเดียวไม่ได้ จึงต้องใช้ความสามารถของวิชาชีพอื่น ๆ มาช่วยเสริมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อให้มีการดูแลแบบผสมผสาน (comprehensive care) และองค์รวม (holistic care) การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพก็ยิ่งมีความสำคัญมากขึ้นเพราะได้เน้นความหมายของสุขภาพหมายถึง สุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเชาวน์ปัญญา ทำให้ต้องดูทั้งที่บ้าน ชุมชน ในโรงพยาบาลเราเองและในโรงพยาบาลอื่นที่เราต้องส่งผู้ป่วยไปรักษา.

หลักการการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการดูแลผู้มารับบริการหรือผู้ป่วยร่วมกัน แต่ไม่จำเป็นต้องดูแลพร้อมกัน หัวใจสำคัญคือทำให้ทุกวิชาชีพมีความโดดเด่นในการดูแลผู้ป่วยโดยการเสนอความเห็นและวิธีการรักษาที่เหมาะสม โดยมีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม ทำให้ทุกวิชาชีพมีศักดิ์ศรีขึ้นมา ศักดิ์ศรีในที่นี้หมายถึง การเอาความสามารถทางวิชาชีพของตนเองออกมาช่วยในการดูแลเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงสุดต่อผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการ การทำงานแบบนี้จะทำให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพเกิดขึ้นจริงภายใต้ความจำกัดด้านต่าง ๆ ของแต่ละวิชาชีพ ทำให้ผู้รับบริการได้บริการที่ดีขึ้นและปลอดภัยมากขึ้น. เมื่อหลายสมอง หลายตา หลายมือ มารวมกันให้เป็นใจเดียวเพื่อเป้าหมายคือผู้รับบริการหรือผู้ป่วยปลอดภัย ความผิดพลาดย่อมลดลงได้มาก

## ความหมายของการทำงานแบบสหวิชาชีพ

การทำงานสหวิชาชีพ คือ การทำงานร่วมกันตั้งแต่ 2 วิชาชีพขึ้นไป ซึ่งเป็นแนวทางของการทำงานที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ดีกว่าการทำงานในวิชาชีพเดียว ซึ่งทีมงานดังกล่าว จะต้องประสานงานร่วมกัน ประเมินปัญหา วิเคราะห์ถึงสาเหตุและปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน รวมทั้งการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน (Case Conference) โดยมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของวิชาชีพให้ชัดเจน เพื่อป้องกันปัญหาความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นในการทำงาน และทำความเข้าใจให้ตรงกัน ภายใต้การใช้หลักการวิชาการ ขั้นตอนการทำงาน วิธีการทำงานของแต่ละวิชาชีพต่างกัน เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการทำงานร่วมกัน ลักษณะเด่นการทำงานแบบสหวิชาชีพ คือ การแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ระหว่างวิชาชีพ เกิดกระบวนการเรียนรู้และการพัฒนาการทำงาน เป็นการทำงานในลักษณะเป็นทีม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และเป็นผู้ประสานงานที่ดี มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน (Case Conference)

## องค์ประกอบของการทำงานแบบสหวิชาชีพ

การปฏิบัติงานเป็นทีมในสหวิชาชีพ คือ การทำงานร่วมกันกับวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ได้ผลสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ในงาานนั้น ๆ ลักษณะสำคัญของการทำงานเป็นทีม โดยสมาชิกของทีมจะต้องมีลักษณะการทำงานร่วมกัน คือ การประสานงาน (Coordination) มีความร่วมมือ (Cooperation) ซึ่งความร่วมมือจัดเป็นขั้นตอนแรกของการทำงานร่วมกันเป็นทีมที่จะทำให้เกิดองค์ประกอบอื่น ๆ ของการทำงานเป็นทีมตามมา ประกอบด้วย การประสานงาน การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ข้อมูล ข่าวสาร การร่วมแรงร่วมใจ ซึ่งการให้ความร่วมมือสามารถกระทำได้หลายลักษณะ ดังนี้

1. ความร่วมมือระหว่างองค์การ หน่วยงานที่แตกต่างกัน

2. ความร่วมมือของนักวิชาชีพต่าง ๆ ในการให้บริการความช่วยเหลือ
  3. ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ (Professional) กับผู้ช่วยงานทางวิชาชีพ (Paraprofessional) หรือกับผู้ปฏิบัติที่ไม่ใช่วิชาชีพ (Non-Professional Workers)
  4. ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ การให้ความช่วยเหลือกับผู้รับบริการ
- สรุปได้ว่า องค์ประกอบของการทำงานแบบการปฏิบัติงานสหวิชาชีพทั้งภายในหน่วยงานเดียวกันและระหว่างหน่วยงาน จะต้องประกอบด้วย ในการดำเนินงานที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจน จะส่งผลให้การปฏิบัติงาน เกิดความสะดวกรวดเร็ว ลดความขัดแย้ง ทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### ประเภทของการทำงานแบบสหวิชาชีพ

สหวิชาชีพ ได้ 2 ประเภทหลัก ๆ ดังนี้

1. แบบทีมประสานงาน (Coordinative Team) เป็นลักษณะการทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานจากสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ยังคงรักษาบทบาทของตนเอง ให้บริการตามบทบาทหน้าที่ไม่จำเป็นต้องตัดสินใจเป็นเอกฉันท์ สมาชิกในทีมมีความเกี่ยวข้องกันเป็นระยะ ๆ ในลักษณะการประสานงานเป็นส่วนใหญ่ หรือระบวนการการทำงาน เป็นไปในลักษณะประสานงานกันเป็นส่วนใหญ่

2. แบบทีมบูรณาการ (Integrative Team) เป็นลักษณะ การทำงานที่ผู้ปฏิบัติงานจากสาขาวิชาชีพต่าง ๆ มีบทบาทไม่ชัดเจนโดยเจตนา การตัดสินใจใด ๆ ถือมติเอกฉันท์สมาชิกในทีมงานมุ่งเน้นกระบวนการปฏิบัติงานแบบพึ่งพาอาศัย ปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพแบบทีมบูรณาการนี้ จะมีลักษณะทั้งแบบการประสานงาน และบูรณาการไปพร้อม ๆ กัน

## ความจำเป็นของการทำงานแบบสหวิชาชีพ

1. มีความสามารถจัดการกับกรณีที่มีปัญหาที่มีความซับซ้อนมาก ๆ
2. เสนอมุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ไขที่หลากหลาย
3. มีการแสวงหาข้อมูล
4. หน่วยงานที่มีความแตกต่างกันจะมองเห็นปัญหาที่แตกต่างกันจึงเป็นสิ่งที่ดีที่ได้มีการทบทวน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่แตกต่างกัน
5. ผู้ปฏิบัติงานแต่ละวิชาชีพแต่ละคนสามารถให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้
6. เป็นที่รวบรวมของผู้ชำนาญ ซึ่งมีความเข้าใจในระเบียบวิธีปฏิบัติ ในสาขาของตน เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างคล่องตัวและรอบด้าน

## สรุปการปฏิบัติงานแบบทีมสหวิชาชีพ

เป็นลักษณะของการปฏิบัติงานที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีความรู้ มีทักษะ ในงานที่ตนเองปฏิบัติอยู่และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตน ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เคารพและให้เกียรติผู้อื่นมีการทำงานที่ยืดหยุ่นตามความเหมาะสม รู้จักการประนีประนอม และมีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึง ผู้ประกอบวิชาชีพทุกสาขา นอกจากนี้การปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพจะต้องยึดหลักการมีส่วนร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมติดตาม และประเมินผล หลักการประสานงาน หลักจรรยาบรรณ

## WOUND CARE TEAM : MULTIDISCIPLINARY APPROACH

โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ได้ดำเนินการจัดตั้ง Wound Care Clinic วัตถุประสงค์ เพื่อดูแลคนไข้ที่แผลเรื้อรัง แผลที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่เปิดแผลเทียม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทำแผลด้วยวัสดุปิดแผลแนวใหม่ และเป็น ศูนย์ฝึกการเรียนรู้การทำแผลระดับสูง ให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย รพ สต.และโรงพยาบาลเครือข่ายบริการ 6 อำเภอ โดยดำเนินงานตาม

1. วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล คือ **“ดูแลผู้คนอย่างอ่อนน้อมถ่อมตน โดยร่วมเรียนรู้และเติบโตไปพร้อมกับชุมชน”**
2. นโยบายและระบบการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาล โดย
  - ฝ่ายการพยาบาลส่งพยาบาลไปเรียน ET nurse เพื่อกลับมาสร้างทีมดูแลแผลระดับ เครือข่าย เนื่องจากโรงพยาบาลสันทรายได้รับ มอบหมายให้เป็นแม่ข่ายของ โรงพยาบาลอื่นอีก 6 โรงพยาบาล และตั้งเป้าให้ทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย มี Wound Care clinic และสามารถใช้อุปกรณ์ทำแผลแบบใหม่ โดยโรงพยาบาลสันทราย จะเป็นคลังให้เพื่อลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเครือข่าย ไม่จำเป็นต้องซื้อจำนวนมากๆ
  - จัดตั้ง wound clinic ในโรงพยาบาลสันทราย เพื่อดูแลคนไข้ที่แผลมีความยาก มาก และเตรียมไว้เพื่อ เป็นศูนย์ฝึกการเรียนรู้การทำแผลระดับสูง ให้แก่ โรงพยาบาลเครือข่ายอีก 6 แห่งที่ มีแผนเปิดให้ครบทุกโรงพยาบาล และกระจายลงไป ใน รพสต. ทุกแห่งในเครือข่าย บริการ
  - จัดอบรมให้แก่พยาบาลที่อยู่ใน รพสต.ทุกแห่งในอำเภอสันทราย ให้ใช้อุปกรณ์ใหม่เป็น และสร้างเครือข่ายดูแลแผลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านร่วมกัน โดยผ่านระบบเครือข่ายเยี่ยมบ้าน ที่ครอบคลุมทั้งอำเภอ ทำงานร่วมกันทั้ง โรงพยาบาลและ รพสต.

อสม. สื่อสารผ่านทาง Line ส่งภาพและการขอคำปรึกษา มีแพทย์เฉพาะทางมาตอบและดูแล

### เส้นทางการดำเนินงาน

1. พ.ศ 2559 พัฒนาพยาบาลเฉพาะทาง(Enterostomal Therapy Nurse : ET nurse) ซึ่งผ่าน

หลักสูตรการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 1 คนได้มาดำเนินการจัดตั้ง Wound Care Clinic ในเดือน มกราคม 2559 โดยให้บริการ ทุกวันอังคาร เวลา 13.00-16.00 น. และในเดือนกรกฎาคม ได้รับพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จำนวน 1คน และได้รับอนุมัติให้เปิดบริการ Wound Care Clinic ในเดือน สิงหาคม 2559 เปิดให้บริการวันจันทร์ถึงศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 -16.00 น. โดยมี ศัลยแพทย์ หมุนเวียน 2 คน ET nurse ประจำการจำนวน 1 คน ให้บริการดูแลคนไข้ที่แผลเรื้อรัง แผลที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่เปิดทวารเทียม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทำแผลด้วยวัสดุปิดแผลแนวใหม่ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสันทราย และให้บริการการรับปรึกษาผู้ป่วยในเครือข่ายบริการทางโทรศัพท์, Line Application ซึ่งการดำเนินงานคือ ช่วงเช้าในวันจันทร์, วันพุธ, วันศุกร์ให้บริการผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเอง ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เข้าไปดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง แผลกดทับ ในหอผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาการดูแล ช่วงบ่ายของทุกวันจะรับดูแลแผลเรื้อรังที่ศัลยแพทย์นัด และผู้ป่วยมีมาเปลี่ยนวัสดุปิดแผลแผลแนวใหม่ และในทุกวันศุกร์มี ET nurse หมุนเวียน 1 คน เพื่อออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีบาดแผลเรื้อรัง แผลกดทับ ที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ร่วมกับงานเยี่ยมบ้าน

2. พ.ศ. 2560 เดือนกุมภาพันธ์ ได้รับ ET nurse ประจำการเพิ่มจำนวน 1 คน รวมเป็น 2 คน การดำเนินการ คือ ให้บริการวันจันทร์ถึงศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00 - 16.00 น. ให้บริการดูแลคนไข้ที่แผลเรื้อรัง แผลที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่เปิดแผลเทียม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทำแผลด้วยวัสดุปิดแผลแนวใหม่ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสันทราย และให้บริการการรับปรึกษาผู้ป่วยในเครือข่ายบริการทางโทรศัพท์, Line Applications โดย ET nurse 1 คน ให้ดูแลแผลผู้ป่วยในร่วมกับพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่รับปรึกษา เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถและทักษะเฉพาะทางในการดูแลแผลและออสโตมี

งานออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีบาดแผลเรื้อรัง แผลกดทับ ที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแล มาเป็นทุกวันพุธ เนื่องจากไม่มีการนัดผู้ป่วยมาเปลี่ยนวัสดุปิดแผล และเมื่อออกเยี่ยมบ้านพบปัญหาที่ต้องแก้ไขจะได้แก้ไขได้ทันที

จัดโครงการพัฒนาการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยด้านการดูแลบาดแผลเรื้อรัง เพื่อเพิ่มศักยภาพและสมรรถนะให้แก่พยาบาลเฉพาะทางในการดูแลบาดแผล สร้างเครือข่ายในการดูแลบาดแผลเชื่อมโยงในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการ ทำให้พยาบาลจากโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการ ได้รับความรู้เพิ่มเติม แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ และมีเครือข่ายในการดูแลแผล ในทุกปี ปีละ 1 ครั้ง โดยได้รับการสนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ และ ET nurse โรงพยาบาลสันทราย

จัดทำโครงการเพื่อออกเยี่ยมเครือข่ายบริการ รพสต. และโรงพยาบาลอื่นอีก 6 อำเภอ

3. พ.ศ. 2561- ปัจจุบัน ได้รับอนุมัติให้มีศัลยแพทย์ ประจำ Wound Care Clinic คือ แพทย์หญิง สุริยา ยานุพรหม ให้บริการ ตรวจ รักษา และรับปรึกษา การดูแลบาดแผลเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลใน เครือข่ายบริการ

### การดำเนินงาน

จัดตั้งคลินิกดูแลบาดแผล คือ แผนกที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรัง ด้วยสาเหตุหลัก ๆ จากการเป็นเบาหวาน แผลกดทับ หลอดเลือดดำเสื่อม และหลอดเลือดแดงตีบตัน เป็นต้น โดยพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลบาดแผลแอสโตมี เพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังโดยใช้ความรู้ประสบการณ์การทำงานแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมานจากการมีแผลเรื้อรัง และนำความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแผลมาใช้กับผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์

จัดตั้ง Wound Care Clinic ในโรงพยาบาลสันทราย เพื่อดูแลคนไข้ที่แผลเรื้อรัง แผลที่มีปัญหาซับซ้อน ผู้ป่วยที่เปิดทวารเทียม กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการทำแผลด้วยวัสดุปิดแผลแนวใหม่ และเป็นศูนย์ฝึกการเรียนรู้การทำแผลระดับสูง ให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ในหอผู้ป่วย รพสต.และโรงพยาบาลเครือข่ายบริการ 6 อำเภอ

### ขอบเขตการให้บริการ

ให้บริการ ตรวจ รักษา ดูแลบาดแผล และรับปรึกษา โดยศัลยแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลแอสโตมี ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสันทราย ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 8.00 -16.00 น.



1. ให้บริการ ตรวจ รักษา ดูแลบาดแผล รับปรึกษา โดยศัลยแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลและออสโตมี ของโรงพยาบาลในเครือข่าย ทั้งทางโทรศัพท์และ ทาง Line Application ในเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 8.00 -16.00 น.

2. ออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีบาดแผลเรื้อรัง แผลกดทับ ที่ไม่สามารถมาโรงพยาบาลได้ และให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทุกวันพุธ

3. ออกนิเทศงานการดูแลบาดแผล ที่รพสต. และโรงพยาบาลในเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลบาดแผลให้ได้มาตรฐาน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

## บทบาทหน้าที่

### 1. บทบาทศัลยแพทย์ประจำ Wound Care Team

ให้บริการ ตรวจ รักษา และรับปรึกษา การดูแลบาดแผลเรื้อรัง ทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการ

2. บทบาทของพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังและออสโตมี และควบคุมการซบถ้ำไม่ได้ (Enterostomal Therapy Nurse: ET nurse) ได้ให้บริการตั้งแต่ ปี 2559 – ปัจจุบัน ดังนี้

#### 2.1 งานบริการด้านการพยาบาล

- บริการในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลเฉพาะทางด้านบาดแผล ผู้ป่วยนอก ประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยที่มีแผล ที่ซบซ้อน รวมทั้งติดตามประเมินผล และให้การพยาบาลด้วยความชำนาญแก่ผู้รับบริการและตัดสินใจเชิงจริยธรรมได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในด้านการดูแลแผล

- เชื่อมโยงการดูแลบาดแผลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปสู่ครอบครัวและชุมชน
- เป็นแม่ข่ายในการแนะนำ รับประทาน ให้ความรู้ แก่โรงพยาบาลในเครือข่ายเรื่องการดูแลบาดแผล
- นำนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ช่วยในการดูแล ส่งเสริม แผลเรื้อรังให้หายในเวลาที่เหมาะสม เช่น การใช้ NPWT มาช่วยเตรียมพื้นแผล , การให้บริการทำ Laser ในผู้ป่วยแผลเรื้อรัง, การใช้เครื่อง plasma Jet มาใช้กับผู้ป่วยแผลเรื้อรังที่มีการติดเชื้อ

## 2.2 งานให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

- ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่มีแผลกดทับร่วมกับงาน HBS ในทุกวันพุธ

## 2.3 งานให้บริการด้านวิชาการ

- ให้ความรู้/คำแนะนำแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ/เครือข่ายบริการในพื้นที่รับผิดชอบ/นักศึกษาในทีมสุขภาพ/ผู้มาศึกษาดูงาน ในการปฏิบัติการพยาบาลในด้านการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแผล
- จัดวิชาการ การพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผลและการป้องกันการเกิดแผลกดทับให้กับพยาบาลวิชาชีพทั้งโรงพยาบาล, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ โรงพยาบาลในเครือข่ายบริการ
- เข้าร่วมเข้าประชุม Conference ในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผล
- นำเสนอผลงานวิชาการในเวที การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลแผล ดังนี้

1. INTEGRATED CARE OF CHRONIC WOUND การดูแลแผล  
เรื้อรังแบบบูรณาการ
2. Effect of using Povidone iodine solution with  
Hydrocolloids powder for Pseudomonas Pyoderma  
Wound

#### 2.4 งานบริการด้านการเป็นที่ปรึกษา

- เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพในการปฏิบัติการพยาบาลใน  
ด้านการพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลแผล / การให้ความรู้แก่  
ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพ การเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ
- เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ใช้บริการในปัญหาสุขภาพด้านการพยาบาลเฉพาะ  
ทางด้านการดูแลแผล

#### 2.5 งานบริการเครือข่ายบริการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลแผล

- เป็นที่ปรึกษา อบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การดูแลแผลโดยใช้หลักฐาน  
เชิงประจักษ์ให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานบริการดูแลแผลในเครือข่าย  
บริการ 6 อำเภอและรพสต.
- จัดทำ Line Wound Care เพื่อให้คำปรึกษาและประสานงานส่งต่อ  
ผู้รับบริการโดยให้เครือข่ายบริการที่ส่งผู้รับบริการมาส่งเจ้าหน้าที่  
พยาบาลมาด้วยเพื่อให้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลแผลพร้อมเก็บข้อมูล  
ความชุกของ Chronic Wound ของแต่ละเครือข่ายบริการเพื่อวาง  
แผนการดำเนินงาน

- จัดทำโครงการเพื่อออกเยี่ยมเครือข่ายบริการ รพสต. และโรงพยาบาล  
อื่นอีก 6 อำเภอ

### การกำหนดแนวทางการรับรักษาแผลของ Wound Care Clinic

- แผลเปิดเรื้อรัง ที่ทำแผลมาจน 2 สัปดาห์แล้ว แต่ไม่มีความก้าวหน้าในการหาย  
ของแผล
- แผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป
- Diabetic Foot
- แผล Necrotizing Fasciitis ที่มีขนาดกว้าง หลัง debridement แล้ว และ  
ต้องการเตรียมพื้นผิวแผลเพื่อวาง advance wound dressing
- แผล Vascular ulcer
- แผล 2<sup>nd</sup> degree burn ที่น้อยกว่า 15 % และ 3<sup>rd</sup> degree burn ที่น้อยกว่า  
5%
- แผลโพรงลึกที่ทำแผลยุ่งยาก หรือแผลขนาดกว้างที่ต้องการ ใช้ advance  
wound dressing
- แผลที่เกิดจากการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะไม่ได้ (IAD)
- Ostomy Care
- อื่นๆ เช่น Acute traumatic wound ที่มีการอักเสบติดเชื้อ หรือมี  
ภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่ได้ส่งหรือโทรปรึกษาศัลยแพทย์แล้ว และศัลยแพทย์  
ต้องการนำมาประเมินแผลที่ Wound Care Clinic

## Wound Care Team ประกอบไปด้วย

1. ทีมนำ(core team) เป็นทีมที่ทำงานประจำ ไม่มีการสับเปลี่ยน เป็นคนที่ดูแลผู้ป่วย และเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย
  - 1.1 ศัลยแพทย์
  - 1.2 พยาบาลเฉพาะทางเรื่องการดูแลบาดแผล และออสโตมี
  - 1.3 พยาบาลทีมเยี่ยมบ้าน (Home Bed Service)
2. ทีมสนับสนุน (comprehensive team) เป็นทีมที่คอยช่วยเสริมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำเครือข่ายบริการ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ
3. ทีมพิเศษ (ad-hoc team) เป็นทีมที่มีกรณีพิเศษจริง ๆ อาจต้องขอความช่วยเหลือบ้าง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ งานประกัน

### ผลการดำเนินงาน:

1. แผลเรื้อรังสามารถหายได้คิดเป็นร้อยละ 98
2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลบาดแผล Wound Care Nurse จำนวน 180 คน มีเครือข่ายบริการครอบคลุม จำนวน 14 แห่ง ,รพ.ในเครือข่ายบริการ 5 แห่ง
3. เปิดคลินิกดูแลบาดแผลเรื้อรัง ในรพ.ในเครือข่ายโดยมีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผลและออสโตมีจำนวน 1 แห่ง โดยสามารถ follow Up แผล ให้การรักษาทาง Line Application คิดเป็น ร้อยละ 97

4. อัตราการส่งต่อเรื่องการดูแลบาดแผลของเครือข่ายบริการที่มีคลินิกดูแลบาดแผลลดลงคิดเป็น 70%
5. ออกเยี่ยมบ้านดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่มีบาดแผลเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 100%
6. อุบัติการณ์การ Re-Admit ของผู้ป่วยติดเตียงที่มีแผลกดทับเท่ากับ 0

จากอุบัติการณ์ความชุกของบาดแผลเรื้อรัง เป็นความท้าทายและความกังวลสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพทุกระดับ หลักฐานทางคลินิกได้พิสูจน์แล้วว่า การใช้วิธีการสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแผลเป็นกุญแจสำคัญในการให้การดูแลที่มีคุณภาพ และควรคำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมอยู่เสมอ ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วยสมาชิกจากหลากหลายสาขาวิชาที่ใช้ความเชี่ยวชาญของพวกเขาเพื่อมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยดูแลแผล การรวบรวมความรู้และทักษะเข้าด้วยกันของทีมแผลจะช่วยให้คำแนะนำเพื่อผลลัพธ์ทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

1. พิเศษ บัญญัติ พ.บ.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาก จ. ตาก การทำงานเป็นสหสาขาวิชาชีพ วรสารคลินิก. เล่มที่ 256 เมษายน 2546
2. นิตยสารสุขภาพ เครื่องมือชิ้นที่ 5 : สหสาขาวิชาชีพ เรื่องเล่าจากประสบการณ์หมอบ้านนอก,สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2563 , ได้จาก <https://moreake.wordpress.com/2012/11/27/%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B7%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%8A%E0%B8%B4%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88-5-%E0%B8%AA%E0%B8%AB%E0%B8%AA%E0%B8%B2/>

