

ฉบับ

ฉบับสมบูรณ์

(ตามมติ ครั้งที่ 11 / 2566 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2566)



ประธาน/กรรมการ

(นางสาวดวงพร โต๊ะนาค)

คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง การดูแลแผลกดทับและการประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้

Pressure Ulcer Scale for Healing

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



คู่มือปฏิบัติงาน

เรื่อง การดูแลแผลกดทับและการประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้

Pressure Ulcer Scale for Healing

โดยวิธีปกติ

ของ

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช. 11569)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีโอกาสเกิดได้เมื่อเกิดแผลกดทับจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและความพึงพอใจในบริการรักษาพยาบาล สะท้อนถึงคุณภาพการบริการพยาบาล ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในกระบวนการดูแลแผลกดทับ ขั้นตอนการดูแล ประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับมีความสำคัญเป็นอย่างมาก สามารถช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นแนวทางเดียวกัน อีกทั้งยังสะท้อนถึงผลลัพธ์การดูแลได้อย่างชัดเจน บุคลากรทางการพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องให้การดูแล

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการดูแลแผลกดทับและการประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing จะเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและปลอดภัย

นางสาวกัญญ์วัญ มาลีวงษ์

สิงหาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ง
สารบัญแผนภาพ	จ
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
ขอบเขตของกลุ่มปฏิบัติงาน	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ	
บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	5
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	13
โครงสร้างการบริหาร	14
บทที่ 3 หลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติงาน	
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	16
วิธีการปฏิบัติงาน	17
เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน	17
แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน	18
บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงานและกรณีศึกษา	
แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน	22
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	23
วิธีติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	42
จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	42

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ	
ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน	44
แนวทางการแก้ไข และพัฒนา	44
ข้อเสนอแนะ	44
บรรณานุกรม	45
ภาคผนวก	50
ก. แบบประเมินการหายของแผลกดทับ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3.0	51
ข. แผลกดทับ	53
ค. หนังสือหนังสือรับรองการใช้คู่มือการปฏิบัติงานใช้จริงในหน่วยงาน	94
ประวัติผู้จัดทำ	96

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงภาพผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 1 (วันที่ 1)	29
ภาพที่ 2 แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟผลกดทับครั้งที่ 1 (วันที่ 1)	30
ภาพที่ 3 แสดงตัวอย่างการปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดโฟม (Foam)	31
ภาพที่ 4 แสดงภาพผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 2 (วันที่ 5)	33
ภาพที่ 5 แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟผลกดทับ ครั้งที่ 2 (วันที่ 5)	34
ภาพที่ 6 แสดงภาพผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 3 (วันที่ 10)	37
ภาพที่ 7 แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟผลกดทับ ครั้งที่ 3 (วันที่ 10)	38
ภาพที่ 8 แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟผลกดทับของกรณีศึกษาดังแต่ แรกรับจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา	41

สารบัญแผนภูมิภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	14
แผนภาพที่ 2 โครงสร้างองค์กร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	15

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงการแปลงเป็นคะแนนของพื้นที่ของแผล	68
ตารางที่ 2 แสดงการแปลงเป็นคะแนนของปริมาณของสิ่งขับหลัง	68
ตารางที่ 3 แสดงตัวอย่างรูปวาดจุดปิดแผลกดทับสิ่งขับหลัง	69
ตารางที่ 4 แสดงการแปลงเป็นคะแนนของพื้นที่ของแผล	70
ตารางที่ 5 แสดงรูปตัวอย่างลักษณะของเนื้อเยื่อที่ประเมินได้	70

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีการทำกิจกรรมลดลง ผู้ป่วยหนักที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และใส่สายต่าง ๆ แผลกดทับเกิดได้ทั้งผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง หรือหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนานมากกว่า 3 - 4 ชั่วโมงขึ้นไป มีโอกาสเกิดได้ เมื่อเกิดแผลกดทับจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจและความพึงพอใจในบริการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลและประเทศชาติ เนื่องจากต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้นถึง 2 เท่า ของค่าใช้จ่ายในการรักษาปกติ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ 3 - 5 เท่า และในด้านวิชาชีพการพยาบาลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยแสดงถึงคุณภาพการพยาบาลที่ยังไม่ได้มาตรฐาน เพราะในปัจจุบันแผลกดทับได้ถูกกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพตัวหนึ่งของระบบการประกัน และการรับรองคุณภาพ การเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งที่ป้องกันได้ จากสถิติของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B พบว่า มีผู้ป่วยมีแผลกดทับทั้งเกิดจากที่บ้านและเกิดในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น 119 142 และ 149 ราย ในปี พ.ศ. 2560 2561 และ 2562 ตามลำดับ (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2563)

การดูแลบาดแผล ถือเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีหน้าที่ประเมินบาดแผล เตรียมพื้นที่บาดแผล และส่งเสริมการหายของบาดแผล การประเมินบาดแผลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของบาดแผลเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็น และสำคัญเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นข้อมูลแสดงผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย สะท้อนถึงคุณภาพการดูแล ซึ่งสามารถประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลได้ อีกทั้งยังช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลดความผิดพลาด เป็นหลักฐานยืนยันว่าพยาบาลได้ดูแลผู้ป่วยจริง แสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบและความน่าเชื่อถือของพยาบาล ใช้เป็นข้อมูลในการประกันคุณภาพทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพเป็นหลักฐานทางกฎหมายที่ใช้เมื่อมีกรณีฟ้องร้อง เป็นข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ การพยาบาลในการประเมินแผลทั้งประเภท ตำแหน่ง ลักษณะบาดแผล และวิธีการจัดการบาดแผลนั้นมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวสามารถสื่อให้เห็นถึงประเภท ตำแหน่ง ความรุนแรงของบาดแผล และความเปลี่ยนแปลงในทางดีขึ้น หรือแย่ลงของบาดแผลได้ ซึ่งนำไปสู่การเลือกใช้วิธีการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และเมื่อมีการประเมินแผลข้างต้นที่เป็นมาตรฐาน จะสามารถช่วยในการสื่อสารข้อมูลสำคัญเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น ใช้ในการสื่อสาร

ส่งเวรสำหรับพยาบาลเวรต่อไป ใช้สื่อสารในระดับสหสาขาวิชาชีพ เช่น ใช้สื่อสารกับแพทย์ผู้ให้การรักษา นักโภชนาการ นักกายภาพ หรือหน่วยส่งต่อเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช พบว่า ปัญหาหนึ่งในการจัดการแผลกดทับคือ การประเมินความก้าวหน้าหรือการหายของแผลกดทับ ปัญหาที่พบคือ การประเมินไม่ครบถ้วน ไม่ชัดเจน และไม่มีอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่จะมีการประเมินตำแหน่งของแผล และขนาดของแผลเท่านั้น แสดงถึงความไม่ครบถ้วนของสิ่งที่ต้องประเมิน อีกทั้งไม่ได้กำหนดระยะเวลาการประเมินแผลที่แน่นอน ทำให้ไม่สามารถประเมินความก้าวหน้าของแผลได้อย่างชัดเจน ซึ่งการประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับ ควรประเมินตั้งแต่เมื่อพบผู้ป่วยเกิดแผลและมีการประเมินเป็นระยะ อย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ หัวข้อที่ควรประเมิน ได้แก่ ระดับ ตำแหน่ง ขนาด ลักษณะเนื้อเยื่อ และขอบแผลผิวหนังโดยรอบแผล ผู้จัดทำจึงได้นำแบบประเมินการหายของแผลกดทับที่มีความครอบคลุมหัวข้อดังกล่าวมาใช้ โดยแบบประเมินนั้นมีชื่อว่า Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) เครื่องมือฉบับแรก que พัฒนาขึ้นถูกนำมาใช้และทดสอบความเหมาะสมในการใช้ในคลินิกครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดย Center for Medicare and Medicaid Service (CMS) ในเดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 1998 และได้มีการปรับปรุงเป็น PUSH Tool Version 3 เมื่อวันที่ 15 เดือนกันยายน ปี ค.ศ. 1998 วัตถุประสงค์ของการใช้ PUSH Tool Version 3 เพื่อใช้ประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกช่วงเวลา และเพื่อแยกแผลที่หายออกจากแผลที่ไม่หาย นอกจากนั้นยังมีความเที่ยงตรง ใช้งานง่ายและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของแผลที่เกิดขึ้น แต่จากปัญหาที่ในการใช้ PUSH Tool Version 3 พบว่า บุคลากรในหน่วยงานยังมีความสับสนในการให้ค่าคะแนน มีการให้ความหมายขององค์ประกอบของเครื่องมือที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ค่าคะแนน ส่งผลต่อการประเมินการหายของแผลกดทับผิดพลาด

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น นำมาวิเคราะห์พบว่าหน่วยงานยังขาดคู่มือแบบประเมินการหายของแผลกดทับ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) ผู้จัดทำในฐานะผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลผู้ป่วย เป็นคณะกรรมการป้องกัน ดูแลแผลกดทับฝ่ายการพยาบาล และเป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Enterostomal Therapy nurse (ET nurse)) ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ จึงมีแนวคิดจัดทำคู่มือ เรื่อง การประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) ขึ้นจากการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based practice) ภายใต้กรอบแนวคิดและทฤษฎีทางการพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติกรพยาบาลในการประเมินการหายของแผลกดทับที่เป็นมาตรฐาน และเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลแผลกดทับและประเมินการหายของแผลกดทับ โดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเรื่องการดูแลแผลกดทับที่ทันสมัยและเป็นมาตรฐานในการประเมินการหายของแผลกดทับอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ใช้ประกอบการนิเทศการดูแลและประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing

ขอบเขตการใช้คู่มือการพยาบาล

คู่มือ การประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing ใช้สำหรับบุคลากรพยาบาลหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ประกอบด้วย การประเมินผิวหนัง การประเมินภาวะแทรกซ้อน การประเมินการหายของแผลโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing และการวางแผนการจำหน่าย

คำจำกัดความเบื้องต้น

แผลกดทับหมายถึง การถูกทำลายหน้าที่ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดการบาดเจ็บเป็นแผล ซึ่งเป็นผลจากความรุนแรงของแรงกดหรือระยะเวลาของการถูกกดทับ

การประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) หมายถึง การติดตามลักษณะแผลกดทับทุกช่วงเวลา โดยการวัดขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) และลักษณะพื้นแผล (Tissue type)

บทที่ 2

โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B มีบุคลากรปฏิบัติงาน ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าหอผู้ป่วย 1 คน พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ 10 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 15 คน ผู้ช่วยพยาบาล 8 คน พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน เจ้าหน้าที่งานธุรการ 1 คน และพนักงานทั่วไป 3 คน โดยผู้จัดทำคู่มือรับผิดชอบตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ซึ่งแต่ละตำแหน่งมีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของตำแหน่ง ดังนี้

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B มีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. กำหนดจำนวนทีม หัวหน้าทีม สมาชิก และจำนวนผู้ป่วยของแต่ละทีมที่ต้องรับผิดชอบ
2. มอบหมายผู้ป่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงานตามประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถ และมีภาวะผู้นำ เป็นหัวหน้าทีม กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าทีม และสมาชิกทุกตำแหน่ง โดยต้องมอบหมายผู้ป่วยที่รับผิดชอบล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน โดยการลงบันทึกในแบบฟอร์มการมอบหมายงาน และแจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบล่วงหน้าก่อนการปฏิบัติงาน
3. ร่วมปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยและนิเทศ เป็นที่ปรึกษา และพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากรในระหว่างขึ้นปฏิบัติงาน
4. ร่วมรับเวร และส่งเวรเพื่อรับทราบ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา
5. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหน่วยงานเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย
6. จัดและร่วมประชุมกับบุคลากรในหน่วยงานที่สุขภาพเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการรักษาพยาบาล
7. ตรวจสอบประเมินผลนิเทศบันทึกทางการพยาบาล และการใช้กระบวนการพยาบาล ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินผลคุณภาพในการให้บริการทางการพยาบาล

8. ให้คำแนะนำและให้ความคิดเห็นในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแก่นุคลากรในหน่วยงานดูแล และให้ความช่วยเหลือในการปรับแผนการสอนให้มีความเหมาะสมกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนเสี่ยงสูง

9. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคการพยาบาลที่ถูกต้อง

10. รวบรวมข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเพื่อประเมินผลวางแผนทางแก้ไขปัญหา

11. เป็นผู้นำหรือร่วมในการ pre – post conference ในเวร 08.00 น. และ 16.00 น. วันราชการรับผิดชอบต่อการตัดสินใจในเรื่องที่สำคัญ

12. รับผิดชอบเกี่ยวกับการสื่อสาร ประสานงานทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน รับผิดชอบต่อการตัดสินใจในเรื่องสำคัญ

13. สำรวจความต้องการหรือความสนใจในการเรียนรู้ของบุคลากร รวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เพื่อพัฒนางาน

14. จัดให้มีการอบรม ประชุมร่วมกันกับบุคลากรภายในหน่วยงานประจำวันหรือประจำเดือนเพื่อการพัฒนา

15. จัดให้บุคลากรของหน่วยงานได้มีโอกาสเข้าร่วมประชุมทางวิชาการอย่างทั่วถึง

16. จัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ช่วยในการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้เพียงพอ พร้อมใช้อย่างมีคุณภาพ และเกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

17. ควบคุมการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกระดับให้มีการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

18. ทำหน้าที่สื่อกลางในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน

19. รวบรวมข้อมูล และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อวางแผนพัฒนาและแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากปฏิบัติงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบของรักษาการหัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B

มีหน้าที่ปฏิบัติเช่นเดียวกับหัวหน้าหอผู้ป่วยกรณีที่ไม่อยู่ปฏิบัติงาน และปฏิบัติตามที่ได้รับมอบหมายความรับผิดชอบจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการทำหน้าที่หัวหน้าทีม

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าทีม

พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นหัวหน้าทีม มีหน้าที่ในการจัดให้มีการบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยมีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษา นิเทศ ชี้แนะให้ความรู้

และช่วยในการวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากรในระหว่างขึ้นปฏิบัติงานโดยปฏิบัติ ดังนี้

1. วิเคราะห์ปัญหาความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายที่อยู่ในความรับผิดชอบของทีม โดยการรับการส่งเวร เพื่อรองรับข้อมูลทีมพยาบาลในเวรที่ผ่านมา
2. รวบรวมข้อมูลที่สำคัญ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการผู้ป่วย
3. วิเคราะห์ความสามารถของสมาชิกในทีม นิเทศการปฏิบัติงาน แนะนำและเป็นที่ปรึกษาชี้แนะให้ความรู้แก่สมาชิกในทีม เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถและทักษะของบุคลากรภายในทีม
4. ร่วมการเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วย (nursing rounds) กับสมาชิกในทีมก่อนและหลังการปฏิบัติงานเพื่อทำการประเมินผู้ป่วยทั้งภาพร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อมทำให้สมาชิกในทีม โดยเฉพาะบุคลากรที่จบใหม่เกิดการเรียนรู้ สร้างความเข้าใจ และฝึกทักษะในการปฏิบัติงานขณะเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีม
5. เป็นผู้นำหรือร่วมในการทำ pre – post conference ทั้งในและนอกเวลาราชการ 08.00 น. และ 16.00 น. ไม่สามารถกระทำได้
6. รับผิดชอบเกี่ยวกับปฏิบัติการพยาบาลทั้งหมดภายในทีม
7. ร่วมกับแพทย์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยในการเยี่ยมชมตรวจผู้ป่วยในทีม
8. ประเมินผลการปฏิบัติงานในทีมของตน
9. รับผิดชอบผู้ป่วยในทีมให้ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม
10. ปฏิบัติงานแทนบุคลากรในทีมระหว่างพัก ระหว่างประชุมปรึกษา หรืองานที่สมาชิกทีมไม่สามารถกระทำได้
11. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และเผยแพร่ความรู้แก่สมาชิกในทีม

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถทางวิชาการ ปฏิบัติด้านการพยาบาลและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหอผู้ป่วย หรือหัวหน้าทีม ดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมาย และการปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายงานจากหัวหน้าทีม หัวหน้าหอผู้ป่วยและต้องรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการรายอื่นที่อยู่ในทีม
2. ให้ความร่วมมือและประสานงานกับหัวหน้าทีม หัวหน้าตึก และสมาชิกผู้ร่วมทีมอื่น

3. ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในทีม ในขณะที่เยี่ยมชม ประชุม ปรึกษาทางการพยาบาลมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลกับผู้ป่วย ความต้องการของผู้ป่วย ขอมรับความคิดเห็น คำแนะนำและการช่วยเหลือของสมาชิกผู้ร่วมทีม และหัวหน้าทีม

4. วางแผนการพยาบาลและบันทึกแผนการพยาบาลในผู้ป่วยที่รับผิดชอบ โดยมีหัวหน้าทีมเป็นที่ปรึกษา

5. ให้การพยาบาลและปฏิบัติการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ในผู้ป่วย ที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงาน

6. ประสานงานกับทีมสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในผู้ป่วย ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแล

7. ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยและเผยแพร่ความรู้แก่สมาชิกในทีม

8. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และครอบครัวเกี่ยวกับ โรค ยา และอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ อาการของผู้ป่วย แนวทางการดูแลรักษาของแพทย์ในขณะที่ขึ้นปฏิบัติงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยพยาบาล

1. ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการในระยะไม่รุนแรงหรือไม่เป็นอันตรายตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ในด้านการรักษาพยาบาล ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ ตามมาตรฐานที่กำหนด ให้การพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยโดยเน้นการตอบสนองความต้องการ ในกิจวัตรประจำวัน ความสุขสบาย และความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแผนการพยาบาล ที่กำหนดการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยการป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

2. ดูแลความสะอาดเรียบร้อยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับงานบริการ เพื่อความสะดวก และปลอดภัยแก่ผู้รับบริการญาติ

3. ช่วยในการรับส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษานอกหอผู้ป่วยหรือส่งผู้ป่วยกลับบ้าน

4. ติดต่อประสานงานภายในกลุ่มเดียวกันหรือผู้ร่วมงานที่รองลงมา เพื่อสามารถ ให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติงานได้ถูกต้อง

5. ช่วยจัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือในการตรวจรักษาพยาบาล เพื่อให้เครื่องมือพร้อม ใช้ให้บริการผู้ป่วยได้ตลอดเวลา

6. ดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยในการทำกิจกรรม หรือเคลื่อนย้ายเข้าห้องตรวจ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้ม

7. รายงานอาการผู้ป่วยเพื่อค้นหาสาเหตุโดยใช้ศาสตร์ทางการแพทย์ และวิทยาศาสตร์ ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ

8. ติดตามประสานงานอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วย เช่นติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย จากแพทย์หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานกำหนด

หน้าที่รับผิดชอบของเจ้าพนักงานธุรการ

1. รับผิดชอบงานธุรการ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ของหน่วยงาน ประสานงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง บันทึกข้อมูล จัดเตรียมเอกสารที่ใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ข้อมูลเบื้องต้น แก่ผู้ป่วยและญาติ

2. รับและส่งเอกสารไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. ช่วยรับ/ต่อ โทรศัพท์ เพื่อติดต่อประสานงานต่าง ๆ เช่น ขอรถนั่ง เพลนอน ในการ รับ - ส่ง ผู้ป่วย ไปยังหน่วยงานต่าง ๆ หรือย้ายไปหผู้ป่วยอื่น หรือส่งกลับบ้าน

4. จัดเตรียมเอกสารเวชระเบียนสำหรับรับใหม่ และรวบรวมรายงานเมื่อผู้ป่วยจำหน่าย จัดส่งให้แพทย์เพื่อสรุปเวชระเบียนต่อไป

5. ช่วยเขียนใบส่งซ่อมเครื่องมือ อุปกรณ์ เครื่องใช้ ส่งสถานที่ตามหน่วยงานต่าง ๆ เสนอหัวหน้าหอผู้ป่วย และติดตามผลการซ่อมแซม

6. บันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ เช่น การส่งปรึกษาต่างแผนก การนัดผู้ป่วย การเบิกอาหารของผู้ป่วย บันทึกค่าบริการทางการแพทย์ การทำหัตถการ ตามที่บันทึกไว้ในเวชระเบียน

7. สํารวจ และเบิกเอกสารที่ใช้ประจำวันในหอผู้ป่วยให้มีจำนวนเพียงพอ

หน้าที่รับผิดชอบของพนักงานทั่วไป

1. ดูแลทำความสะอาด อุปกรณ์เครื่องมือของใช้ต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย เช่นรถทำแผล ผ้ายาง ลึงแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย และในหอผู้ป่วย เช่น โต๊ะข้างเตียง เก้าอี้ พัดลม ตู้เย็น ให้สะอาดเป็น ระเบียบเรียบร้อย

2. ช่วยรับพัสดุ และเวชภัณฑ์ที่เบิกจ่ายของหน่วยงาน

3. ทำความสะอาดบริเวณถึงทั้งผ้า บนไคหนีไฟ เช็ดทำความสะอาดเสาน้ำเกลือ เตียง โต๊ะข้างเตียงให้เรียบร้อย

4. รับ - ส่งผ้า และนับจำนวนให้ครบและเก็บเข้าที่ให้เรียบร้อย

5. แจกอาหารผู้ป่วยพร้อมทั้งล้างทำความสะอาดพร้อมส่งคืนตามเวลา

6. เก็บ และแยกผ้าเช็ดตัวผู้ป่วย เก็บผ้าเปื้อนให้เรียบร้อยพร้อมส่งให้เจ้าหน้าที่มารับ

7. ปฏิบัติหน้าที่อื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมายภายในหน่วยงาน

บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่งมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ET nurse)

ผู้จัดทำปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพยาบาลชำนาญการ ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ปรจํางานการพยาบาลอายุรกรรม ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โดยมีหน้าที่รับผิดชอบหลักใน 2 ส่วน ได้แก่ ด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีแผลกดทับโดยตรง (direct care) และให้บริการด้านวิชาการ (academic service) ดังนี้

1. การให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีแผลกดทับโดยตรง (direct care)

รูปแบบการพยาบาลนั้นเป็นการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพมีการวางแผนการจำหน่ายภายใต้การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ความมุ่งหมาย (purpose) คือให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยด้านอายุรกรรมอย่างมีมาตรฐาน รวดเร็ว และปลอดภัยแบบองค์รวมโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ บุคลากรประสานงานดี มีกำลังใจ ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลได้แก่ ผู้ป่วยอายุรกรรมที่มีแผลกดทับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่นอนติดเตียง หรือถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยได้รับการส่งปรึกษา (consultation) จากทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เข้าไปบริหารจัดการในการให้ความรู้ ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประเมิน หาแนวทางแก้ไขปัญหารายบุคคล ค้นหาและประสานงานกับแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลสามารถดูแลได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินและจัดการผลลัพธ์ของการให้บริการ (outcome management)

สมรรถนะของการเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านผู้สอน/ผู้ให้คำปรึกษา 3) ด้านผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) ด้านการจัดการผลลัพธ์ของการให้บริการในการส่งเสริมการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ในขั้นตอนต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (nursing practitioners)

1.1.1 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่มีบาดแผล โดยประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจที่อาจมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการประเมินการรับรู้และการปรับตัวเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเครียด/ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบาดแผลลดลง

1.1.2 กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลเพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ เช่น ภาวะติดเชื้อ เป็นต้น

1.1.3 ประเมินและให้การดูแลบาดแผล โดยการส่งเสริมการหายของบาดแผล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

1.1.4 บริหารจัดการความปวดของบาดแผล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

1.1.5 วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล และมีปัญหาซับซ้อน

1.1.6 พิจารณาเลือกใช้ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมในการดูแลบาดแผล ให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.1.7 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคม ในเรื่องผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมต่าง ๆ ที่ใช้ผู้ป่วยแต่ละราย ตามสิทธิของผู้ป่วย

1.1.8 ประเมินความสามารถในการดูแลบาดแผลของผู้ป่วย/ผู้ดูแล เมื่อจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลบาดแผลที่ถูกต้อง เหมาะสม

1.1.9 เสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ป่วยที่มีบาดแผล เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองสามารถปรับตัวและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

1.1.10 ติดต่อและประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีที่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีบาดแผลเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านผู้สอน/ผู้ให้คำปรึกษา (teacher/counselor)

1.2.1 ให้คำปรึกษาแก่พยาบาล และบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเมื่อมีปัญหาในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

1.2.2 เป็นวิทยากรให้ความรู้ คำแนะนำแก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่รับบริการผู้ป่วยที่มีบาดแผลทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

1.2.3 เป็นผู้นิเทศและสอนนักศึกษาพยาบาลพยาบาลวิชาชีพ และพยาบาลวิชาชีพ ผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางอนุสาขากการพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารใหม่แผล และควบคุมการจับถ่ายไม่ได้

1.2.4 จัดโครงการฝึกอบรมความรู้เพื่อเสริมความรู้และทักษะการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลให้กับบุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

และความร่วมมือในการรักษา ตรวจสอบโดยใช้วิธีการสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การสอบถาม ความพึงพอใจ และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ การประเมินผลลัพธ์ ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิก เป็นผลจากการดูแลรักษา ประเมินโดยใช้เครื่องมือสำหรับประเมิน ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ มีทั้งการประเมินทั่วไปและการประเมินเฉพาะ ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน โดยการกำหนดตัวชี้วัดการพยาบาลเฉพาะ โรคจะเป็นการประเมินผล การพยาบาลของผู้ป่วยที่ไวต่อการปฏิบัติการพยาบาล สามารถเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ อย่างครอบคลุม และมีความเฉพาะเจาะจง

2. การให้บริการด้านวิชาการ (academic service)

นอกจากหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงแล้ว หน้าที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือ การให้บริการด้านวิชาการ โดยเป็นผู้ให้คำปรึกษา สอน ถ่ายทอดองค์ความรู้ และฝึกอบรม ด้านการดูแลบาดแผลให้แก่ ทีมและบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการสนับสนุนด้านหลักสูตร การเรียนการสอน และงานวิจัยดังนี้

2.1 เผยแพร่องค์ความรู้ให้แก่ทีมสหสาขาวิชาชีพ และบุคลากรทางการแพทย์ ในรูปแบบวิทยากรบรรยาย ให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงในการฝึกปฏิบัติ และจัดฝึกอบรมด้านการดูแล บาดแผล ทั้งภายในและภายนอกองค์กร

2.1.1 ภายในองค์กร

- จัดอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความรู้ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย บาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ แก่พยาบาลวิชาชีพ

- จัดการอบรม.การเพิ่มความรู้ และทักษะในการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ ในผู้ช่วยพยาบาลเพื่อพัฒนาความรู้ และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขยับถ่ายไม่ได้ แก่ผู้ช่วยพยาบาล

- บรรยาย ถ่ายทอด การจัดการบาดแผลสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ให้แก่พยาบาล ประจำหน่วยงานผู้ป่วยมะเร็ง

2.1.2 ภายนอกองค์กร

- เป็นวิทยากรบรรยาย ถ่ายทอดความรู้ และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลบาดแผลให้แก่โรงพยาบาลของรัฐ

2.2 เผยแพร่องค์ความรู้สู่ภาคประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล รวมถึง ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลกดทับ การดูแลตนเอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง โดยเผยแพร่ในรูปแบบการจัดกิจกรรมภายในชุมชน

2.3 สนับสนุนด้านหลักสูตรการเรียนการสอน เป็นอาจารย์หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการจับถ่ายไม่ได้

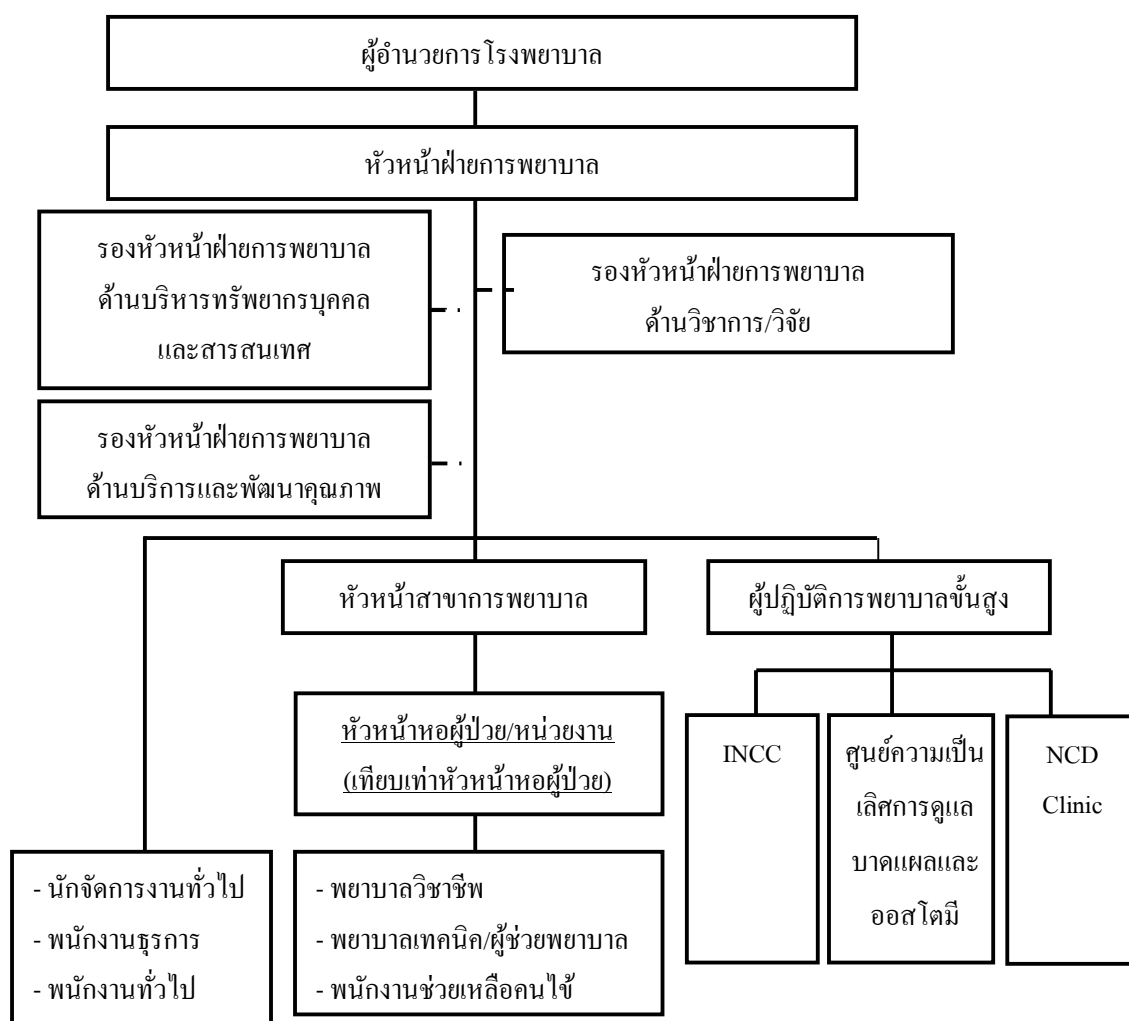
2.4 สนับสนุนด้านวิจัย เพื่อนำผลของการวิจัยมาพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการดูแล

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B เป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ มีจำนวน 25 เตียง มีห้องแยกความดันลบ (Airborne Infection Isolation Room) ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 1 ห้อง ห้องแยกสำหรับโรคติดเชื้อทั่วไป 1 ห้อง ให้บริการผู้ป่วยเพศชาย ตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการด้วยโรคทางอายุรกรรมทุกระบบ ทั้งผู้ป่วยเฉียบพลัน ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยกึ่งวิกฤตของโรคทางอายุรกรรมที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยเข้าในหออภิบาลอายุรกรรมได้ เฉลี่ยผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจวันละ 8 – 10 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โรคสมองขาดเลือด และโรคเลือดออกในกระเพาะอาหาร เป็นต้น การทำหัตถการที่สำคัญได้แก่การใส่สายสวนเลือดดำส่วนกลาง (central line) การใส่สายวัด และติดตามความดันทางหลอดเลือด (arterial line) เป็นต้น โดยมีการแบ่งพื้นที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยกึ่งวิกฤต จำนวน 8 เตียง พื้นที่ให้การดูแลผู้ป่วย อายุรกรรมทั่วไปจำนวน 17 เตียง มีบุคลากรพยาบาลจำนวน 26 คน ปฏิบัติงานเวรเช้า 6 คน เวรบ่าย 6 คน และเวรดึก 6 คน โดยแต่ละเวรประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 4 คน และผู้ช่วยพยาบาลจำนวน 2 คน

โครงสร้างการบริหาร

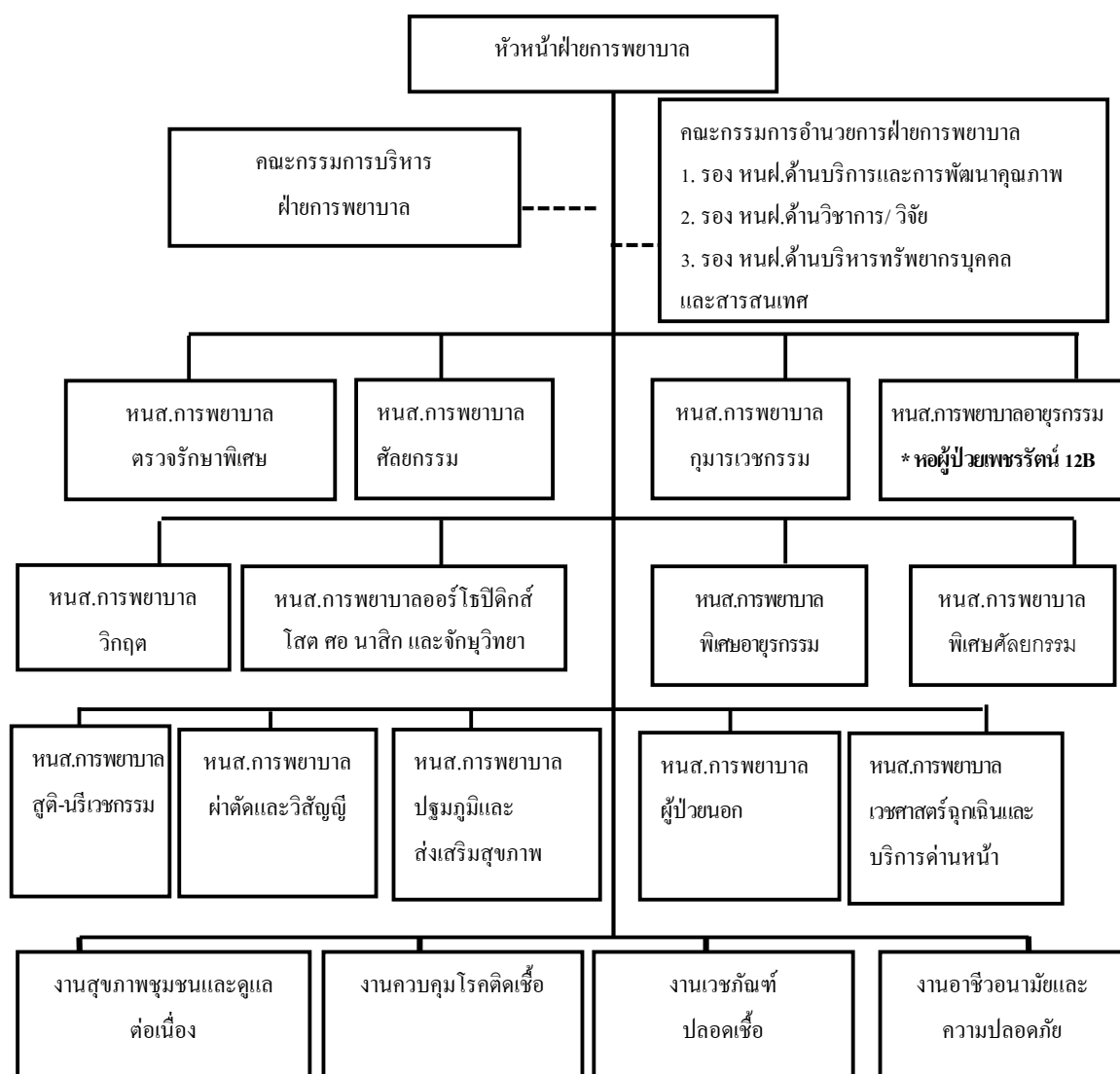
โครงสร้างการบริหารงานโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (แสดงผังแผนภูมิที่ 1) การบริหารงานฝ่ายการพยาบาล (แสดงผังแผนภูมิที่ 2)



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชาฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2563)



หมายเหตุ : หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างบริหาร ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2563)

บทที่ 3

หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคทางอายุรกรรม ทั้งวิกฤตและเรื้อรัง โดยรับผู้ป่วยจากตึกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น ๆ มีเป้าหมายให้การดูแลอย่างมีมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยโดยออกแบบผสมผสานในการทำงานในด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาล ด้านวิชาการ/วิจัย และด้านการบริหารการพยาบาลมีวิธีปฏิบัติงาน ดังนี้

1. หลักเกณฑ์การให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานการปฏิบัติพยาบาล (สภาการพยาบาล, 2562)

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

1.2 ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ

1.3 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล หลักฐานเชิงประจักษ์และความรู้ จากการวิจัย มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสมทั้งในระดับบุคลากร ครอบครัว และชุมชน

1.4 ใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

1.5 ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล

1.6 มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2. ปฏิบัติตามแนวทางเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย 2P safety (วินา จีระแพทย์และคณะ, 2562) ดังนี้

2.1 ผู้ป่วยปลอดภัย

2.1.1 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

2.1.2 ผู้ป่วยปลอดภัยจากการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ

2.1.3 ปลอดภัยจากการใช้ยา และการให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด

2.1.4 กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยปลอดภัยการระบุตัวผู้ป่วยให้ชัดเจนถูกต้อง

2.1.5 การดูแลสายหรืออุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วย และสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ปลอดภัย

2.1.6 การดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินที่ปลอดภัย

2.2 บุคลากรปลอดภัย

- 2.2.1 การสื่อสารข้อมูลที่ปลอดภัย
- 2.2.2 การป้องกันบุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- 2.2.3 การดูแลด้านจิตใจของบุคลากร
- 2.2.4 การทำงานที่ปลอดภัยของบุคลากรขณะปฏิบัติงาน
- 2.2.5 การใช้รถพยาบาลฉุกเฉินที่ปลอดภัยขณะปฏิบัติงานของบุคลากร
- 2.2.6 การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับบุคลากร

วิธีการปฏิบัติงาน

การดูแลแผลกดทับ มีวิธีการปฏิบัติตามขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการทำแผลกดทับ ได้แก่ ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ ผ้าก๊อซ สำลี และน้ำเกลือล้างแผล
2. ประเมินผิวหนังและการเกิดแผลกดทับโดยละเอียด ได้แก่ ลักษณะแผล สิ่งขับหลั่ง และลักษณะผิวหนัง
3. ให้การพยาบาลดูแลแผลกดทับ ทำแผลตามมาตรฐานที่เหมาะสมกับแผลกดทับระดับต่าง ๆ การดูแลสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมการหายของแผล การให้ข้อมูลการทำหัตถการ/การใช้วัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็น
4. เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อน และดูแลต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลทางการพยาบาล (nursing assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (nursing plan) การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (nursing implementation) และการประเมินผล (evaluation)
5. การประเมินความก้าวหน้าการหายของแผล โดยใช้แบบประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0)
6. วางแผนการจำหน่าย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงการปฏิบัติตนเองเมื่อกลับบ้าน

เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการปฏิบัติงาน

การดูแลแผลกดทับ สิ่งที่ต้องระวังและคำนึงถึงในการปฏิบัติ มีดังนี้

1. การติดเชื้อ โดยเฝ้าระวังการติดเชื้อ ปฏิบัติตามประกาศของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

2. ประเมินแผลกดทับ โดยประเมินพื้นที่ของแผล ปริมาณสิ่งขับหลั่ง และชนิดของเนื้อเยื่อให้ถูกต้องและครบถ้วน
3. การใช้วัสดุเวชภัณฑ์ โดยใช้วัสดุที่เหมาะสมและถูกต้องกับลักษณะของแผลกดทับ
4. เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยประเมินภาวะเลือดออก และการติดเชื้อเฉพาะที่

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน

ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน มีดังนี้

1. ใช้กระบวนการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล (พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่2) พ.ศ.2540, 2540)

1.1 ปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงหลักมนุษยธรรมและยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

1.2 ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้การพยาบาลผู้รับบริการ

1.3 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล และความรู้จากการวิจัยมาประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

1.4 ใช้ความรู้จากงานวิจัยในการวางแผนแก้ปัญหาด้านสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล

1.5 ให้ผู้รับบริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดแผนการดูแล

1.6 มีการประสานความร่วมมือระหว่างทีมการพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

2. ดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการด้านความปลอดภัย โดยใช้หลัก 2P Safety (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

2.1 ผู้ป่วย/ผู้รับบริการปลอดภัย (Patient Safety Goals: SIMPLE) มีดังนี้

S: Safe Surgery

S 1: Safe Surgery and Invasive Procedure

S 1.1: Surgical Safety Checklist

S 1.2: Surgical Site Infection (SSI) Prevention

S 1.3: Enhanced Recovery after Surgery (ERAS)

S 1.4: Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis

S 2: Safe Anesthesia

S 3: Safe Operating Room

S 3.1: Safe Environment

S 3.2: Safe Surgical Instrument and Device

S 3.3: Safe Surgical Care Process

I: Infection Prevention and Control

I 1: Hand Hygiene

I 2: Prevention of Healthcare Associated Infection

I 2.1: Catheter-Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)

Prevention

I 2.2: Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) Prevention

I 2.3: Peripheral and Central Line-Associated Bloodstream Infection

(CLABSI) Prevention

I 3: Isolation Precautions

I 4: Prevention and Control Spread of Multidrug-Resistant Organisms

(MDRO)

M: Medication & Blood Safety

M 1: Safe from Adverse Drug Events (ADE)

M 1.1: Safe from High Alert Drug

M 1.2: Safe from Preventable Adverse Drug Reactions (ADR)

M 1.3: Safe from Fatal Drug Interaction

M 2: Safe from Medication Error

M 2.1: Look-Alike, Sound-Alike Medication Names

M 2.2: Safe from Using Medication

M 3: Medication Reconciliation

M 4: Rational Drug Use (RDU)

M 5: Blood Transfusion Safety

P: Patient Care Processes

P 1: Patient Identification

P 2: Communication

P 2.1: Effective Communication – ISBAR

P 2.2: Communication during Patient Care Handovers

P 2.3: Communicating Critical Test Results

P 2.4: Verbal or Telephone Order/ Communication

P 2.5: Abbreviations, Acronyms, Symbols, & Doses and

Proportion Designation

P 3: Reduction of Diagnostic Errors Patient Safety Goals: SIMPLE

Thailand 2018

P 4: Preventing Common Complications

P 4.1: Preventing Pressure Ulcers

P 4.2: Preventing Patient Falls

P 5: Pain Management

P 5.1: Pain Management in General

P 5.2: Acute Pain Management

P 5.3: Safe Prescribing Opioids for Patients with Chronic Non-

Cancer Pain

P 5.4: Management of Cancer Pain and Palliative Care

P 6: Refer and Transfer Safety

L: Line, Tube, and Catheter & Laboratory

L 1: Catheter, Tubing Connection, and Infusion Pump

L 2: Right and Accurate Laboratory Results

E: Emergency Response

E 1: Response to the Deteriorating Patient

E 2: Medical Emergency

E 2.1: Sepsis

E 2.2: Acute Coronary Syndrome

E 2.3: Acute Ischemic Stroke

E 2.4: Safe Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)

E 3: Maternal and Neonatal Morbidity

E 3.1: Post-Partum Hemorrhage (PPH)

E 3.2: Safe Labour at Community Hospitals

E 3.3: Birth Asphyxia

E 4: ER Safety

E 4.1: Effective Triage

E 4.2: Effective Diagnosis and Initial Management of Highrisk

Presentation

E 4.3: Effective Teamwork and Communication

E 4.4: Effective Patient Flow

E 4.5: Effective Hospital Preparedness for Emergencies

3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามหลัก Infection control
(สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

3.1 การป้องกันการติดเชื้อทั่วไป ประกอบด้วย standard precaution และ
transmission based precaution ดังนี้

3.1.1 Hand Washing การล้างมือ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่า
ที่สุดในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ การล้างมือมี 3 วิธี คือ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ การล้าง
มือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และการล้างมือก่อนผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลบาดแผลชนิดเปิด
ควรมีการล้างมืออย่างถูกวิธี ทั้งก่อนและหลังการทำแผล ซึ่งในปัจจุบันการล้างมือโดยไม่ใช้น้ำ
(Alcohol Hand Rub) เป็นมาตรการเสริมสำหรับการล้างมือ สามารถขจัดเชื้อแบคทีเรียที่อยู่บนมือ
ชั่วคราวออกได้ และสามารถใช้แทนการล้างมือธรรมดา โดยใช้เมื่อไม่มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่
เห็นได้ชัด การทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันก่อนและหลังการทำแผลผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวิธีการดังนี้
ใช้น้ำยาประมาณ 2-3.cc ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่ว รองนกระทั้งน้ำยาแห้ง โดยไม่ต้องล้างมือด้วยน้ำ
หรือน้ำยาฆ่าเชื้ออีก

3.1.2 การสวมถุงมือ ควรเปลี่ยนถุงมือคู่มือทุกครั้ง เมื่อจะทำแผล เพื่อป้องกัน
การแพร่กระจายเชื้อ

3.2 การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มจำเพาะ เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อ
ระบบทางเดินหายใจ และการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น

บทที่ 4

เทคนิคการปฏิบัติงานและกรณีศึกษา

แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน

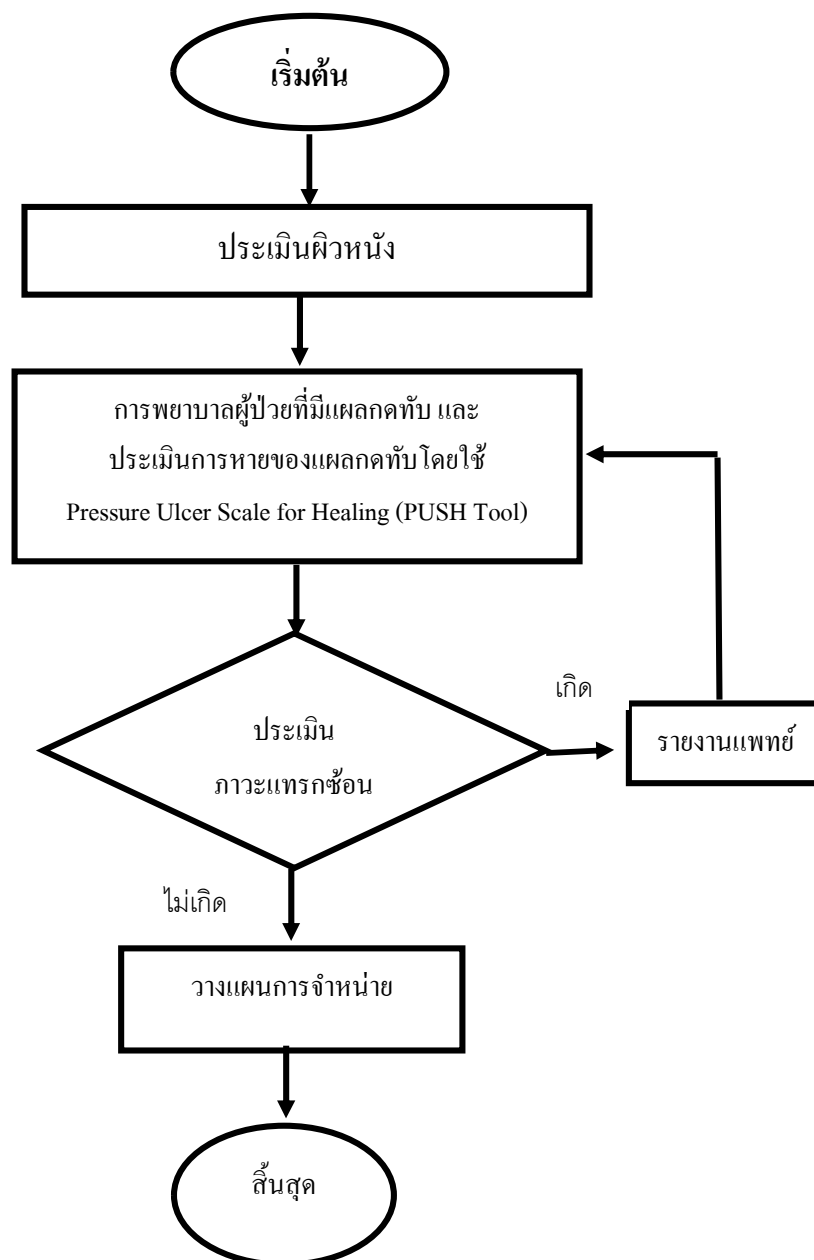
ฝ่ายการพยาบาลมีแผนพัฒนาบริการทางการแพทย์ โดยเน้นระดับตติยภูมิขั้นสูงและเวชศาสตร์เขตเมือง พัฒนารฐานข้อมูลและการสื่อสารของฝ่ายการพยาบาลให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ดังนี้ (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช, 2563)

1. การบริการเพื่อความเป็นเลิศ (Health care Excellence)
2. การศึกษาที่เป็นเลิศ (Education Excellence)
3. การวิจัยที่เป็นเลิศด้านเวชศาสตร์เขตเมือง (Research Excellence in Medical Urbanology)
4. องค์กรเข้มแข็ง ปลอดภัย และเติบโตอย่างยั่งยืน (Organizational strength : Security, Growth, Sustainability)

5. ความผูกพันของลูกค้า (Engagement of customers)
6. คณะแพทย์ที่ทันสมัยในยุคดิจิทัล (Smart Medical Faculty)

การจัดทำคู่มือ การดูแลแผลกดทับและการประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ สอดคล้องกับนโยบายด้านการบริการเพื่อความเป็นเลิศ (Health care Excellence)

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart)



การปฏิบัติงานตามกระบวนการ ดังนี้

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ดำเนินการดังนี้

1. หน่วยรับผู้ป่วยในประสานกับหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B เพื่อรับผู้ป่วยเข้ามารักษาในโรงพยาบาล
2. ตรวจสอบข้อมูลที่มาพร้อมกับผู้ป่วย จากหน่วยรับผู้ป่วยใน และตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
3. บันทึกการยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

1. ประเมินผิวหนัง

1.1 ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Score Risk) ประกอบด้วย การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการ แรงเสียดสีและแรงเฉือน

1.2 ประเมินลักษณะแผลกดทับ โดยจำแนกเป็นระดับความรุนแรง ดังนี้

- 1.2.1 แผลกดทับระดับ 1 ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (Non-blanchable Erythema)
- 1.2.2 แผลกดทับระดับ 2 มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial – thickness skin loss)
- 1.2.3 แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full – thickness skin loss)
- 1.2.4 แผลกดทับระดับ 4 มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full- thickness skin loss)
- 1.2.5 แผลกดทับที่ไม่สามารถจำแนกระดับได้ (unstageable wounds)
- 1.2.6 แผลกดทับระดับที่คาดว่ามีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึก (suspected deep tissue)

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ดังนี้

2.1 แผลกดทับระดับ 1 พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ฟาร์รองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือฟาร์รองใต้น่อง กรณีนอนตะแคง ให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้า หรือเบาะสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก

2.2 แผลกดทับระดับ 2 ให้การพยาบาลโดย 1) ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือ (0.9%NSS) ปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผลและภายในแผล ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความ

ชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือกลุ่ม โพลียูรีเทน โฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง เป็นต้น

2) พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผลและส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงแผลกดทับ

2.3 แผลกดทับระดับ 3 และ 4 ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผล ดังนี้

- แผลตื้น (การเกิดความเสียหายบนผิวหนังชั้นบน (epidermis) และชั้นหนัง ใต้ผิวหนังชั้นบน (dermis) ของผิวหนัง) ใช้สาลีน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดพื้นแผล
- แผลลึก (การเกิดความเสียหายของเนื้อเยื่อชั้นลึกกว่าชั้นผิวหนังชั้นบน) อาจ มีโพรงแผล ให้ทำแผลโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่เหมาะสมกับปริมาณ สิ่งขับหลัง

การเตรียมพื้นแผล เพื่อส่งเสริมให้กระบวนการหายของแผลเป็นปกติ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) 2) การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control) 3) การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) และ 4) การจัดการขอบแผล (Epithelial Edge Advancement)

2.4 แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury) ลักษณะ พื้นแผล ทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง การดูแล แผลกดทับใน ลักษณะนี้ควรกำจัดเนื้อตาย ด้วยการเลือกวิธีที่เหมาะสม ได้แก่ การตัดออก การสวนล้างแผล การใช้ แรงหมุนของน้ำ วิธีการทางเคมี การใช้เอนไซม์ย่อยสลาย และการใช้วิธีชีวภาพ

2.5 แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury) แผลกดทับประเภทนี้ หากผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เน้นการลดแรงกด เช่นการใช้ผ้ารอง การยกอวัยวะ ให้ออกจากพื้นเตียง รวมถึงการจัดผ้ารองให้ตึงเรียบเสมอ แต่กรณีผิวหนังฉีกขาดเป็นแผล ควรทำ แผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผล เพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่ม ชื้น หรือกลุ่มโพลียูรีเทน โฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง

3. ประเมินภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

3.1 การติดเชื้อ โดยสังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลและผิวหนัง โดยรอบ และประเมินความผิดปกติของอุณหภูมิร่างกาย

3.2 ภาวะเลือดออก โดยสังเกตปริมาณเลือดสดที่ไหลไม่หยุดภายใน 5 นาที หรือมีเลือดสดออกปริมาณมากกว่า 50 มิลลิลิตร

3.3 กรณีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้รายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาและให้การพยาบาลตามภาวะของโรค

4. การประเมินการหายของแผลกดทับ โดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool)

4.1 ขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) เป็นการวัดส่วนที่กว้างที่สุดโดยใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร โดยวัดจากด้านถึงอีกด้านหนึ่งหรือเป็นการวัดแนวขวาง และการวัดส่วนที่ยาวที่สุดโดยใช้หน่วยเป็นเซนติเมตร โดยวัดจากด้านหนึ่งถึงอีกด้านหนึ่งโดยเป็นการวัดแนวตั้ง หรือแนวยาว นำผลลัพธ์ของการวัดมาคูณกันและ คิดค่าเป็นตารางเซนติเมตร แบ่งเป็น 10 Sub-score

4.2 ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) ที่ออกมาหลังจากเอาผ้าปิดแผลออก และก่อนที่จะใช้ tropical agent ปิดแผล โดยการประมาณสิ่งคัดหลั่งแบ่งเป็น 4 sub - score ได้แก่ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งเลย มีสิ่งคัดหลั่งเล็กน้อย มีสิ่งคัดหลั่งปานกลางและมีสิ่งคัดหลั่งมาก

4.3 ลักษณะพื้นแผล (Tissue type) แบ่งเป็น 5 sub-scores ได้แก่

Necrotic tissue (eschar)	หมายถึง พื้นแผลที่เป็นเนื้อตายแข็ง สีดำ สีน้ำตาล
Slough	หมายถึง เนื้อตายสีเหลืองหรือสีขาว
Granulation tissue	หมายถึง เนื้อเยื่อสีชมพู หรือสีแดงเนื้อวุ้นชุ่มชื้นมันวาว
Epithelial tissue	หมายถึง เนื้อเยื่อสีชมพู ที่งอกจากขอบของแผล
Closed	หมายถึง แผลหายแล้วด้วยการมี epithelium ปกคลุม

เกณฑ์การประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH.Tool Version 3.0) มีคะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดีขึ้นแผลที่ดีขึ้นคะแนน PUSH จะลดลงเรื่อย ๆ จนคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้วโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละ sub-scores และได้มีการออกแบบการบันทึกคะแนนเป็นตารางและกราฟเส้นตรงเพื่ออำนวยความสะดวกการประเมินความก้าวหน้าของแผล

5. วางแผนการจำหน่าย

5.1 วางแผนการจำหน่ายดำเนินการตั้งแต่วันที่แรกรับผู้ป่วยและโดยใช้หลัก “D-METHOD” ดังนี้

D (Defining the Problem) ประเมินและจำแนกความรุนแรงของแผลกดทับ : ประเมินขนาดของแผล ประเมินระดับของแผลตามหลัก NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) หรือที่คล้ายกันประเมินสภาวะและอาการอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษาแผล

M (Monitoring) การติดตามและจัดการการรักษา: ติดตามสถานะและความก้าวหน้าของแผลประเมินความเปลี่ยนแปลงในขนาดและลักษณะของแผลประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาและการดูแล

E (Evaluating the Cause) การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงโดยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการกดทับ

T (Treating the Cause) การรักษาสาเหตุและการจัดการแผล : ป้องกันและการดูแลการกดทับอย่างเหมาะสมการเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดการกดทับและการดูแลสุขอนามัย

H (Healing) การส่งเสริมการหายของแผล: ให้การดูแลแผลที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการหายของแผลการใช้วัสดุทางการแพทย์หรือผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการรักษาแผล (Off-loading) - การลดการกดทับ : ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการลดการกดทับที่แผลส่งเสริมการใช้หนังส่วนอื่นของร่างกายในการรับน้ำหนัก

D (Documentation) การบันทึกข้อมูล: บันทึกข้อมูลการประเมินและการรักษาแผลอย่างเป็นระบบใช้ข้อมูลเพื่อประเมินผลและการปรับแผนการรักษาในอนาคต

5.2 ส่งเสริมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหายของแผล

5.3 ป้องกันการเกิดแผลกดทับใหม่ หรือการเกิดแผลซ้ำ เช่น การลดแรงกด (Pressure relief) และการป้องกันการเสียดสี การดูแลผิวหนัง (Skincare) ภาวะโภชนาการ (nutritional status) การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Blood circulation) และการให้ความรู้ (Education) เป็นต้น

กรณีศึกษา

ยกตัวอย่างกรณีศึกษาเพื่ออธิบายระบบการพยาบาลการจัดการแผลกดทับ ซึ่งเกิดจากการบูรณาการ การใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการกำหนดกิจกรรมพยาบาล และการจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่กรณีศึกษารายนี้ได้รับ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงมานาน 6 เดือน สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ ผิวขาว รูปร่างอ้วน สิทธิการรักษาประกันสุขภาพ

ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญที่นำมา (chief complain): เหนื่อยหอบ มีไข้สูง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน (present illness):

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ดูแลให้อาหารทางสายยางแล้วผู้ป่วยมีสำลัก

2 วันก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ มีไข้สูง ชีพจรเร็ว ผู้ดูแลจึงนำส่งโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคล (person history) : มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้รับการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ อ่อนแรง แขนขาทั้งสองข้าง

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory):

- Electrolyte: Sodium 132 mmol/L, Calcium 3.5 mmol/L, Chloride 103 mmol/L, Carbodioxide 22 mmol/L, Blood Urea Nitrogen 13 mg/dl, Creatinine 1.1 mmol/L, Fasting Blood Sugar = 245 mg/dl Albumin 2.1 g/dl
- HbA1C = 13.4%
- Complete Blood Count: White Blood Count (WBC) 120×10^3 /uL Neutrophils (NE) 40-70% Lymphocytes (LY) 20-50% Monocytes (MO) 2-6% Eosinophils (EO) 0-6% Basophils (BA) 0-1% Red Blood cell Count (RBC) 5.5×10^6 /uL Hemoglobin (HGB) 12 g/dL Hematocrit (HCT) 30 % Platelet Count (PLT) 113×10^3 /uL
- Lactate 2.8 mmol/L

การวินิจฉัยโรค: Pneumonia and Sepsis

ผลการตรวจร่างกายเรกรับ (physical examination):

- แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) = 12 คะแนน
- พบแผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury) บริเวณสะโพกด้านขวา ขนาด 5 x 4.5 cm.

กระบวนการพยาบาลการจัดการแผลกดทับ ในการดูแลกรณีศึกษา

กระบวนการพยาบาลการจัดการแผลกดทับ ประกอบด้วย 1) การประเมินบาดแผล และการประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้พยาบาลวางแผนตัดสินใจเลือกวิธี และเตรียมอุปกรณ์การทำแผล รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าของบาดแผล 2) การเตรียมพื้นบาดแผล ได้แก่ การจัดการกับเนื้อเยื่อ การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ การจัดการกับสารคัดหลั่งและการจัดการขอบแผลได้อย่างเหมาะสม และ 3) การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย

การประเมินบาดแผล ครั้งที่ 1 (วันที่ 1)

การประเมินบาดแผลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลบาดแผลอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของแผล ช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการทำแผลที่เหมาะสม และเพื่อทราบความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายการประเมินบาดแผลจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพแผล ให้ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุการเกิดบาดแผล ชนิดของบาดแผล ตำแหน่งของบาดแผล ความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อ

ขนาดลักษณะของบาดแผล สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากบาดแผล และผิวหนังรอบ ๆ บาดแผล อาการปวดแผล การติดเชื้อรวมถึงความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สถานบริการในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างคล่องตัว ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย ความรู้สติความสามารถในการเคลื่อนไหวความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการ สภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจากกรณีศึกษา การประเมินบาดแผลและการประเมินข้อมูลพื้นฐานมีรายละเอียดดังนี้

1. ตำแหน่ง (Location): สะโพกขวา
2. ขนาดแผล (Wound Size): ขนาด 5 x 4.5 cm. (ใช้อุปกรณ์วัดแผล คือ ไม้บรรทัดกระดาษวัดแผล มาตรฐานวัดเป็นเซนติเมตร วางนาบไปตามสรีระของผู้ป่วย และใช้การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two-dimensional))
3. ปริมาณสิ่งขับหลั่ง (Exudate amount): ปริมาณของสิ่งขับหลั่งที่เห็นหลังจากที่ลอกวัสดุปิดแผลออกปริมาณ ปานกลาง (Moderate) (วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่ง 25 - 75%)
4. ลักษณะพื้นผิวของแผล (Surface appearance) : Granulation (สีชมพู หรือสีแดงเข้ม ชุ่มชื้น เป็นมันวาว)



ภาพที่ 1 : แสดงภาพแผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 1 (วันที่ 1)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

ประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3.0) ปฏิบัติดังนี้

1. ให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประกอบด้วย การวัดขนาดของแผล (กว้าง x ยาว) ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) และลักษณะพื้นแผล (Tissue type) จากกรณีศึกษาให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ได้ดังนี้

1.1 ขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) : $5 \times 4.5 \text{ cm} = 22.5 \text{ cm}^2$

นำมาแปลงเป็นคะแนน ขนาดของแผล $22.5 \text{ cm}^2 = 9$

1.2 ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount): ปานกลาง (Moderate)

นำมาแปลงเป็นคะแนน สิ่งคัดหลั่งปานกลาง = 2

1.3 ลักษณะพื้นแผล (Tissue type): Granulation

นำมาแปลงเป็นคะแนนลักษณะพื้นแผล Granulation = 2

2. ประเมินในแต่ละหมวดหมู่แล้ว นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันดังนี้ $9+2+2 = 13$

3. นำมาแปลงเป็นกราฟดังนี้

ขนาดของแผล (cm ²)	0	< 0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0	Sub Score
0	1	2	3	4	5		
3.1-4.0							
4.1-6.0							
6.1-12.0							
12.1-24.0							
>24.0							

ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง	0	1	2	3	Sub Score
ไม่มี					
น้อย					
ปานกลาง					
มาก					

ลักษณะพื้นแผล	0	1	2	3	Sub Score
แผลปิดสนิท					
ผิวหนังบางส่วนตาย					
ผิวหนังตายบางส่วน					
ผิวหนังตายทั้งหมด					
Epithelial Tissue					
Granulation Tissue					
Slough					
Necrotic Tissue					

รวมคะแนน	0	1	2	3	4	Total Score
0						
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

ภาพที่ 2 : แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟแผลกดทับครั้งที่ 1 (วันที่ 1)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คุณวัณ มาลีวงษ์, 2563)

การประเมินข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ผู้ดูแลเป็นภรรยา และน้องสาวของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลการปฏิบัติชีวิตประจำวัน แต่ไม่เคยทำแผลเนื่องจาก ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับเป็นครั้งแรก สถานบริการในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่าง คล่องตัว คือ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงรับรู้ สื่อสารได้ช้า ๆ

การเตรียมพื้นบาดแผล

การเตรียมพื้นบาดแผล หมายถึง การจัดการแผลอย่างครอบคลุมโดยเน้นการเตรียม สภาพพื้นของแผลเป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริมให้บาดแผลเกิดกระบวนการหายของแผลตามปกติ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) 2) การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control) 3) การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) และ 4) การจัดการขอบแผล (Epithelial Edge Advancement)

จากกรณีศึกษาวิเคราะห์ได้เป็นแผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury) มีการสูญเสีย ชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง การดูแลทำแผล โดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อ ควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโพลียูรีเทน เช่น โฟม (Foam) เนื่องจาก โฟม (Foam) ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง และสร้างสภาวะ แวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผล สามารถใช้ทำแผลทั้งแผลที่ฉีกและแผลที่ลึกเป็นหลุม ได้ สามารถปิดไว้ได้นาน 5 - 7 วัน เป็นการลดต้นทุน และลดภาระงานในการทำแผล จากนั้นปฏิบัติ ตามหลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับ



ภาพที่ 3 : แสดงตัวอย่างการปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดโฟม (Foam)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

การส่งเสริมการหายของบาดแผล

การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดการกับความเจ็บปวด เนื่องจากกรณีศึกษาไม่แสดงถึงความเจ็บปวด จึงไม่มีการจัดการกับความเจ็บปวด แต่มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปิดม่านไม่เปิดเผยผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลให้เหมาะสม เพื่อลดความไม่สบายใจให้มากที่สุด และระมัดระวังไม่ให้มีการเปิดเผยแผลของผู้ป่วยนานเกินไป ถึงวัสดุปิดแผลที่ติดอยู่กับแผลออกอย่างนุ่มนวล เนื่องจากการลอกวัสดุปิดแผลรุนแรงจะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกที่แผล และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากโดยเฉพาะเมื่อติดแน่นกับก้นแผล

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวสำคัญคือโปรตีน และพลังงาน มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดังนี้ แผลกดทับระยะที่ 2 ผิวหนังถลอก และแผลจากหลอดเลือดแดง ให้โปรตีน 1.2-1.5 gm/ kg น้ำ 35 cc/ kg/ day พลังงาน 35 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

3. การดูแลด้านจิตใจ การมีบาดแผลย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแลซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ในกรณีศึกษานี้ผู้ป่วย และผู้ดูแลกังวลว่าแผลจะไม่หาย บางครั้งแผลจะมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์ส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากแผลและการรั่วซึมของสิ่งที่ซึมออกมาจากแผลส่งผลต่อสภาพลักษณ์ของผู้ป่วย พยาบาลได้มีการประเมิน และกำจัดสาเหตุของกลิ่นที่เกิดขึ้น ด้วยการทำความสะอาดแผล (Wound Cleansing) และใช้วัสดุปิดแผลชนิดโฟม (Foam) ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผล พยาบาลไม่แสดงท่าทีรังเกียจและจัดสภาพแวดล้อมให้มีลักษณะทำแผล เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยผู้ป่วยมากเกินไป

การประเมินบาดแผลครั้งที่ 2 (วันที่ 5)

ติดตามความก้าวหน้าของแผล โดยมีการประเมินบาดแผลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จากกรณีศึกษา ในกระบวนการเตรียมพื้นบาดแผลได้ใช้วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโพลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) ที่สามารถปิดไว้ได้นาน 5 – 7 วัน จึงมีการประเมินบาดแผลครั้งที่ 2 คืออีก 5 วันต่อมา

1. ตำแหน่ง (Location): สะโพกขวา

2. ขนาดแผล (Wound Size) : ขนาด 4 X 4 cm. (ใช้อุปกรณ์วัดแผล คือ ไม้บรรทัด กระดาษวัดแผล มาตรฐานวัดเป็นเซนติเมตร วางนาบไปตามสรีระของผู้ป่วย และใช้การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two - dimensional))

3. ปริมาณสิ่งขับหลั่ง (Exudate amount) : ปริมาณของสิ่งขับหลั่งที่เห็นหลังจากที่ลอกวัสดุปิดแผลออกปริมาณน้อย (วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่งน้อยกว่า 25%)

4. ลักษณะพื้นผิวของแผล (Surface appearance): Granulation (สีชมพู หรือสีแดงเข้ม ชุ่มชื้น เป็นมันวาว)



ภาพที่ 4 : แสดงภาพแผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 2 (วันที่ 5)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

ประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ปฏิบัติดังนี้

1. ให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประกอบด้วยการวัดขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) และลักษณะพื้นแผล (Tissue type) จากกรณีศึกษาให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ได้ดังนี้

1.1 ขนาดของแผ่น (กว้าง x ยาว) : $4 \times 4 \text{ cm.} = 16 \text{ cm}^2$

นำมาแปลงเป็นคะแนน ขนาดของแพลตฟอร์ม $16 \text{ cm}^2 = 9$

1.2 ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount): น้อย (Mild) (วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่ง น้อยกว่า 25%)

นำมาแปลงเป็นคะแนน สิ่งคิดหลังน้อย = 1

1.3 ลักษณะพื้นแผล (Tissue type): Granulation

นำมาแปลงเป็นคะแนนลักษณะพื้นแผล Granulation = 2

2. ประเมินในแต่ละหมวดหมู่แล้ว นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน ดังนี้ $9 + 1 + 2 = 12$

3. นำมาแปลงเป็นกราฟต่อจากครั้งที่1 ดังนี้

ชื่อ นามสกุล อายุ ปี AN

บริเวณที่ขึ้น 8:17-20.07 วันที่เริ่มประเมิน

คำชี้แจง : ผู้บันทึกข้อมูลจากผลตรวจด้วย โดยประเมินจากขนาดพื้นที่ของแผล ปริมาณเนื้อเยื่อที่ขึ้น และลักษณะพื้นผิวของแผลจนกระทั่งได้ลักษณะที่การประเมินเป็นระดับคะแนน ดังนี้

ส่วน (mm.)	0	< 0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0	Sub Score
เนื้อเยื่อขึ้น	0	1	2	3	4	5	
ส่วน (mm.)		3.1-4.0	4.1-8.0	8.1-12.0	12.1-24.0	>24.0	
เนื้อเยื่อขึ้น		6	7	8	9	10	Sub Score
บริเวณที่ขึ้น	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก			
เนื้อเยื่อขึ้น	0	1	2	3			Sub Score
เนื้อเยื่อขึ้น	เนื้อเยื่อขึ้น ลักษณะที่ ตายแล้ว	เนื้อเยื่อขึ้น ลักษณะที่ ตายแล้ว	เนื้อเยื่อขึ้น ลักษณะที่ ตายแล้ว	เนื้อเยื่อขึ้น ลักษณะที่ ตายแล้ว	เนื้อเยื่อขึ้น ลักษณะที่ ตายแล้ว		
เนื้อเยื่อขึ้น	Closed	Epithelial Tissue	Granulation Tissue	Slough	Necrotic Tissue		Total Score
เนื้อเยื่อขึ้น	0	1	2	3	4		

วันที่บันทึกผล เวลา น.

ชื่อผู้บันทึก ตำแหน่ง โรงพยาบาล จังหวัด ปีที่ ฉบับที่

การประเมินการติดตามการหายของแผลที่ขึ้น

วันที่ประเมิน	การหายของแผลที่ขึ้น
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
1</	

ภาพที่ 5 : แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟแท่งคดทับ ครั้งที่ 2 (วันที่ 5)
แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

การประเมินข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ผู้ดูแลยังคงเป็นภรรยาและน้องสาวของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลการปฏิบัติชีวิตประจำวัน แต่ไม่เคยทำแผลเนื่องจากผู้ป่วยเกิดแผลกดทับเป็นครั้งแรก สถานบริการในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างคล่องตัว คือ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ผู้ป่วยยังคงรับรู้ สื่อสารได้เข้าใจ

การเตรียมพื้นบาดแผล

การเตรียมพื้นบาดแผลในครั้งที่ 2 (วันที่ 5) จากกรณีศึกษาวิเคราะห์ได้เป็นแผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง การดูแลทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผล และภายในแผล ยังคงปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโฟลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) เช่นเดิม เนื่องจาก โฟม (Foam) ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณน้อย ถึง ปานกลาง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผลได้ดี แสดงได้จากคะแนนการประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ที่ลดลง ซึ่งเกณฑ์การประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนน PUSH จะลดลงอีกทั้งโฟม (Foam) ยังสามารถปิดไว้ได้นาน 5 - 7 วัน เป็นการลดต้นทุน และลดภาระงานในการทำแผล จากนั้นปฏิบัติตามหลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การส่งเสริมการหายของบาดแผล

การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดการกับความเจ็บปวด เนื่องจากกรณีศึกษาไม่แสดงถึงความเจ็บปวด จึงไม่มีการจัดการกับความเจ็บปวด แต่มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปิดม่านไม่เปิดเผยผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลให้เหมาะสม เพื่อลดความไม่สุขสบายให้มากที่สุด และระมัดระวังไม่ให้มีการเปิดเผยแผลของผู้ป่วยนานเกินไป จึงวัสดุปิดแผลที่ติดอยู่กับแผลออกอย่างนุ่มนวล เนื่องจากการลอกวัสดุปิดแผลรุนแรงจะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกที่แผล และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากโดยเฉพาะเมื่อติดแน่นกับก้นแผล

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวสำคัญคือโปรตีน และพลังงาน มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ

ดังนี้ แผลกดทับระยะที่ 2 ผิวหนังมีขีดขาด และแผลจากหลอดเลือดแดง ให้โปรตีน 1.2 -1.5 gm/kg น้ำ 35 cc/ kg/ day พลังงาน 35 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

3. การดูแลด้านจิตใจ ในกรณีศึกษาที่ผู้ดูแลมีความเครียดมากขึ้น เนื่องจากเห็นบาดแผลที่มีความก้าวหน้าไปในทางที่ดี ในกระบวนการนี้จึงเริ่มวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นบทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างสาขา (Multidisciplinary Team) ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายด้าน หรือเป็นการดูแลแบบองค์รวม ทีมสุขภาพประกอบด้วย แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้าน พยาบาลประจำการ และครอบครัว ซึ่งจะมีบทบาทหน้าที่ในการวางแผนจำหน่ายแตกต่างกัน พยาบาลผู้ซึ่งให้การดูแลเป็นผู้ประสานให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้ความรู้ในเรื่องการหายของแผล การใช้ผลิตภัณฑ์ในการปิดแผล เพื่อให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น เป็นต้น สอนและสาธิตแก่ผู้ดูแล เช่น การสาธิตการดูแลแผล เพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวพร้อมที่จะทำเองได้ และให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสาธิตย้อนกลับว่าจะสามารถทำความสะอาดแผลได้ถูกต้อง การสอนนอกจากจะมุ่งเน้นให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้แล้ว ยังต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง พยาบาลได้บันทึกหัวข้อที่ทำการสอน ผู้ป่วยและครอบครัวในรายงานทางการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัว การสาธิตและการฝึกทดลองปฏิบัติภายหลังที่ชมการสาธิต การบันทึกช่วยให้ทีมทราบรายละเอียดของการสอน ช่วยให้การสอนในแต่ละหัวข้อมีความต่อเนื่องมากขึ้นและยังช่วย กำหนดความพร้อมของผู้ใช้บริการด้วยว่าสามารถกลับไปดูแลตนเองให้ปลอดภัยที่บ้าน

การประเมินบาดแผลครั้งที่ 3 (วันที่ 10)

จากกรณีศึกษาในกระบวนการเตรียมพื้นบาดแผลได้ใช้วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโพลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) ที่สามารถปิดไว้ได้นาน 5 - 7 วัน จึงมีการประเมินบาดแผลครั้งที่ 3 คือ อีก 5 วันต่อมา

1. ตำแหน่ง (Location): สะโพกขวา
2. ขนาดแผล (Wound Size): ขนาด 3 X 4 cm. (ใช้อุปกรณ์วัดแผล คือ ไม้บรรทัด กระดาษวัดแผล มาตรฐานวัดเป็นเซนติเมตร วางนาบไปตามสรีระของผู้ป่วย และใช้การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two-dimensional))
3. ปริมาณสิ่งขับหลั่ง (Exudate amount): ไม่มี
4. ลักษณะพื้นผิวของแผล (Surface appearance): Epithelial (ผิวหนังใหม่สีชมพูจากขอบแผล)



ภาพที่ 6 : แสดงภาพแผลกดทับกรณีศึกษา ครั้งที่ 3 (วันที่ 10)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

ประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ปฏิบัติดังนี้

1. ให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประกอบด้วยการวัดขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) และลักษณะพื้นแผล (Tissue type) จากกรณีศึกษาให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ได้ดังนี้

1.1 ขนาดของแผล (กว้าง X ยาว) : 3 X 4 cm. = 12 cm²

นำมาแปลงเป็นคะแนน ขนาดของแผล 12 cm² = 9

1.2 ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount): ไม่มี

นำมาแปลงเป็นคะแนน สิ่งคัดหลั่งไม่มี = 0

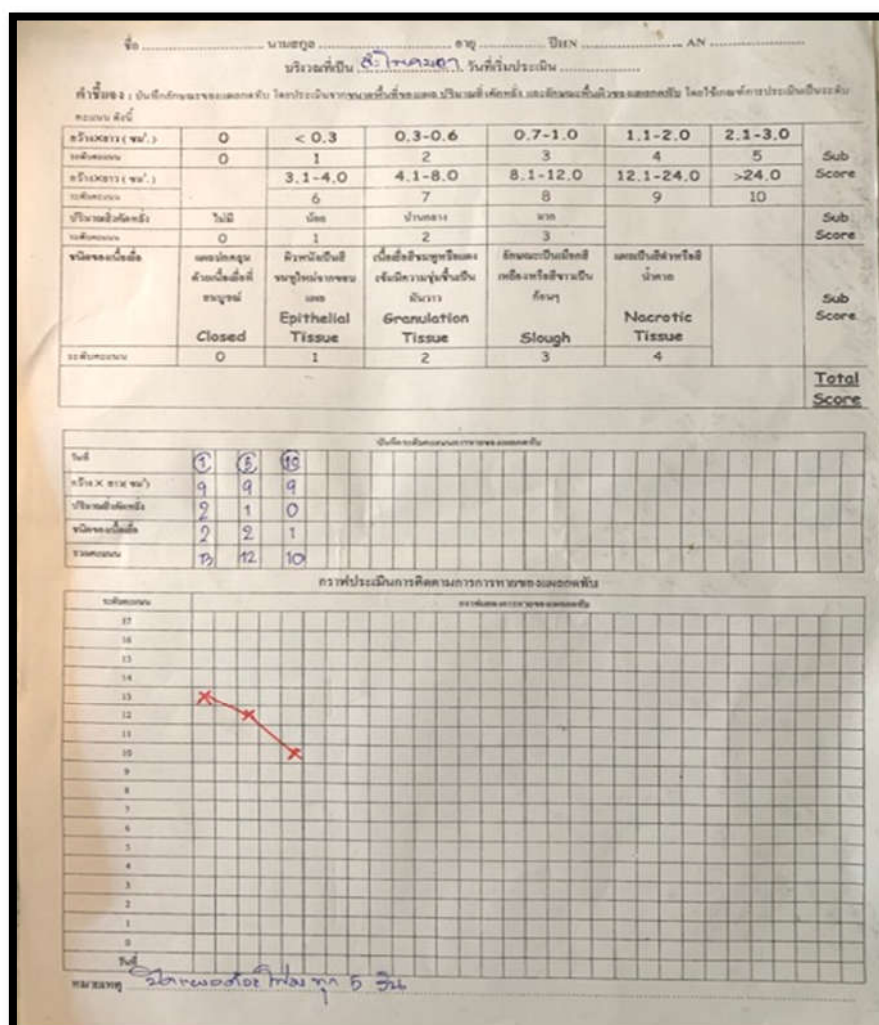
1.3 ลักษณะพื้นแผล (Tissue type): Epithelial

นำมาแปลงเป็นคะแนนลักษณะพื้นแผล Epithelial = 1

2. ประเมินในแต่ละหมวดหมู่แล้ว นำคะแนนทั้งหมดมารวมกันดังนี้

$$9 + 0 + 1 = 10$$

3. นำมาแปลงเป็นกราฟต่อจากครั้งที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 7 : แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟแสดงการหายของแผล ครั้งที่ 3 (วันที่ 10)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

การประเมินข้อมูลพื้นฐาน

ผู้ป่วยยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากแขน ขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ผู้ดูแลยังคงเป็นภรรยาและน้องสาวของผู้ป่วย ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียง การดูแลการปฏิบัติชีวิตประจำวัน และสามารถทำแผลกดทับได้แล้วเนื่องจากได้รับคำแนะนำและได้ฝึกปฏิบัติทำแผลด้วยตัวเอง สถานบริการในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างคล่องตัว คือ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล สภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วยผู้ป่วยยังคงรับรู้ สื่อสาร ได้ช้า ๆ

การเตรียมพื้นบาดแผล

การเตรียมพื้นบาดแผลในครั้งที่ 3 (วันที่ 10) จากกรณีศึกษาวิเคราะห์ได้เป็นแผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง การดูแลทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล ยังคงปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโฟลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) เช่นเดิม เนื่องจาก โฟม (Foam) ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณน้อย ถึง ปานกลาง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผลได้ดี แสดงได้จากคะแนนการประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ที่ลดลง ซึ่งเกณฑ์การประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) ถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนน PUSH จะลดลง อีกทั้งโฟม (Foam) ยังสามารถปิดไว้ได้นาน 5 - 7 วัน เป็นการลดต้นทุน และลดภาระงานในการทำแผล จากนั้นปฏิบัติตามวิธีการป้องกันการเกิดแผลกดทับตามวิธีปฏิบัติงานเรื่องการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับของ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

การส่งเสริมการหายของบาดแผล

การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดการกับความเจ็บปวด เนื่องจากกรณีศึกษาไม่แสดงถึงความเจ็บปวด จึงไม่มีการจัดการกับความเจ็บปวด แต่มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปิดม่านไม่เปิดเผยผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลให้เหมาะสม เพื่อลดความไม่สุขสบายให้มากที่สุด และระมัดระวังไม่ให้มีการเปิดเผยแผลของผู้ป่วยนานเกินไป ถึงวัสดุปิดแผลที่ติดอยู่กับแผลออกอย่างนุ่มนวล เนื่องจากการลอกวัสดุปิดแผลรุนแรงจะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกที่แผล และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากโดยเฉพาะเมื่อติดแน่นกับก้นแผล

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวสำคัญคือโปรตีน และพลังงาน มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการดังนี้ แผลกดทับระยะที่ 2 ผิวหนังมีขีดขาด และแผลจากหลอดเลือดแดง ให้โปรตีน 1.2-1.5 gm/ kg น้ำ 35 cc/ kg/ day พลังงาน 35 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

3. การดูแลด้านจิตใจ ในกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีความเครียดกังวลมากขึ้น เนื่องจากเห็นบาดแผลที่มีความก้าวหน้าไปในทางที่ดีมากขึ้น ในกระบวนการนี้จึงได้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการนี้ให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับว่าจะสามารถทำความสะอาดแผลได้ถูกต้อง มุ่งเน้นให้ความรู้และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติได้ถูกต้องว่าสามารถกลับไปดูแลตนเองได้อย่างปลอดภัยที่บ้าน และมีการส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อความสะดวกในการเดินทาง และได้ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย

การประเมินบาดแผลครั้งที่ 4

แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้หลัก "D-METHOD" ดังนี้

- D (Defining the Problem) ประเมินและจำแนกความรุนแรงของแผลกดทับ:

ประเมินขนาดของแผล ประเมินระดับของแผลตามหลัก NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) หรือที่คล้ายกัน ประเมินสถานะและอาการอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการรักษาแผล

- M (Monitoring) การติดตามและจัดการการรักษา: ติดตามสถานะและความก้าวหน้าของแผล ประเมินความเปลี่ยนแปลงในขนาดและลักษณะของแผล ประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยต่อการรักษาและการดูแล

- E (Evaluating the Cause) การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงโดยวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ตรวจสอบปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการกดทับ

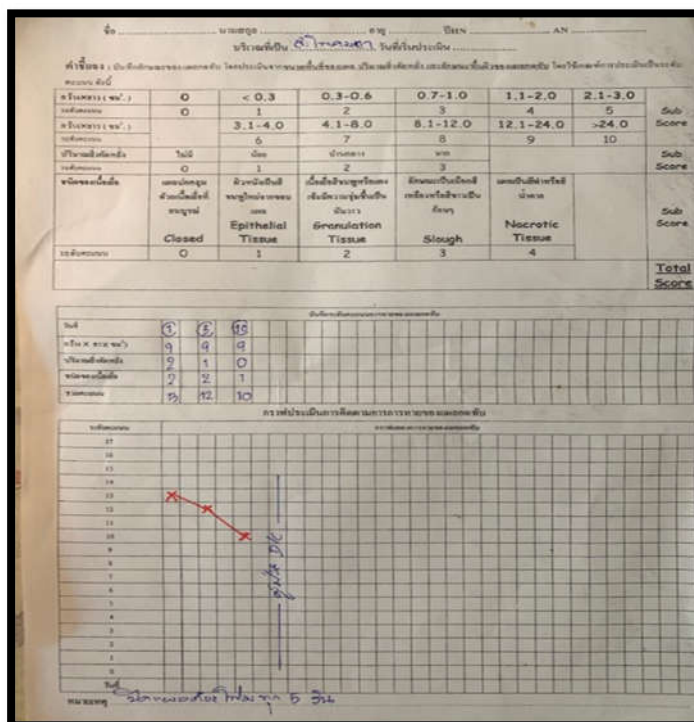
- T (Treating the Cause) การรักษาสาเหตุและการจัดการแผล: ป้องกันและการดูแลการกดทับอย่างเหมาะสม การเปลี่ยนท่านอนเพื่อลดการกดทับ การให้褥ส่วนใหญ่และการดูแลสุขอนามัย

- H (Healing) การส่งเสริมการหายของแผล: ให้การดูแลแผลที่เหมาะสมเพื่อส่งเสริมการหายของแผล การใช้วัสดุทางการแพทย์หรือผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการรักษาแผล (Off-loading) - การลดการกดทับ: ใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการลดการกดทับที่แผล ส่งเสริมการใช้หนังส่วนอื่นของร่างกายในการรับน้ำหนัก

- D (Documentation) การบันทึกข้อมูล: บันทึกข้อมูลการประเมินและการรักษาแผลอย่างเป็นระบบ ใช้ข้อมูลเพื่อประเมินผลและการปรับแผนการรักษาในอนาคต

สรุปกรณีศึกษาตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียงมานาน 6 เดือน มีแผลกดทับระดับ 2 บริเวณสะโพกขวา คณะนurses ประเมินแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) เท่ากับ 13 พิจารณาใช้วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโฟลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) เนื่องจากช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณน้อย ถึง ปานกลาง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผลได้ดี ประเมินบาดแผลครั้งที่ 2 (วันที่ 5) เนื่องจากในกระบวนการเตรียมพื้นบาดแผลได้ใช้วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโฟลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) ที่สามารถปิดไว้ได้นาน 5 - 7 วัน จึงมีการประเมินบาดแผลครั้งที่ 2 คืออีก 5 วันต่อมา พบว่าคณะนurses ประเมินแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) เท่ากับ 12 แสดงถึงแผลหายดีขึ้น ซึ่งเกณฑ์การประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) นั่นคือ ถ้าแผลที่ดีขึ้นคณะนurses PUSH จะลดลง พิจารณาใช้วัสดุปิดแผลชนิดกลุ่มโฟลียูรีเทน คือ โฟม (Foam) ต่อ ประเมินบาดแผลครั้งที่ 3 (วันที่ 10) พบว่าคณะนurses ประเมินแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) เท่ากับ 10 แสดงถึงแผลหายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเมินบาดแผลครั้งที่ 4 แพทย์พิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านเนื่องจากโรคทุเลา แผลกดทับมีการหายอย่างต่อเนื่องและผุดแผลพร้อมกลับไปดูแลต่อที่บ้าน



ภาพที่ 8 : แสดงการแปลงคะแนนเป็นกราฟแท่งคดทับของกรณีศึกษา
ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งสิ้นสุดการรักษ

จากการยกตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยมีแผลกดทับที่กล่าวมาในข้างต้น แสดงให้เห็นถึงบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลแผลกดทับที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ประยุกต์ใช้นวัตกรรมเพื่อใช้ในการประเมินแผล ทำให้ทราบความก้าวหน้าของแผลได้ชัดเจน สะท้อนถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องการจัดการแผลกดทับ และช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการทำแผลที่เหมาะสม เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน เพิ่มประสิทธิภาพในการพยาบาล

วิธีติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

วิธีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามตัวชี้วัดของหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B ทุกเดือน ได้แก่

1. อัตราการหายของแผลกดทับระดับ 2 ภายใน 14 วัน เป้าหมายร้อยละ 80 ผลลัพธ์เท่ากับร้อยละ 90
2. ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ และภาวะเลือดออก เป็นต้น เป้าหมายร้อยละ 0 ผลลัพธ์ เท่ากับร้อยละ 0

กรณีพบอุบัติการณ์แผลกดทับในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย ปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพและทีมผู้ดูแล ร่วมกันทบทวนกระบวนการดูแลแผลกดทับ วิเคราะห์สาเหตุ และวางแผนการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ โดยปรับแนวทางการดูแลใหม่
2. สื่อสารข้อมูลแก่ทีมพยาบาลเพชรรัตน์ 12B เพื่อทุกคนทราบและร่วมมือในรูปแบบเดียวกัน

จรรยาบรรณ คุณธรรม จริยธรรมในการปฏิบัติงาน

จรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาลเป็นการประมวลหลักความประพฤติให้บุคคลในวิชาชีพยึดถือปฏิบัติสมาคมพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The America Nurses Association: A.N.A) ได้กำหนดสาระสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพพยาบาลไว้ ดังนี้ (อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม, 2563)

1. พยาบาลพึงให้บริการพยาบาลด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และความแตกต่างระหว่างบุคคลโดยไม่จำกัดในเรื่องสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ คุณสมบัติเฉพาะกิจหรือสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้ป่วย
2. พยาบาลพึงเคารพสิทธิส่วนตัวของผู้ป่วย โดยรักษาข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

3. พยาบาลพึงให้การปกป้องคุ้มครองแก่ผู้ป่วย สังคมในกรณีที่มีการให้บริการสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยถูกกระทำที่อาจเกิดจากความไม่รู้ ขาดศีลธรรม จริยธรรม หรือการกระทำที่ผิดกฎหมายจากบุคคลหนึ่งบุคคลใด

4. พยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบในการตัดสินใจและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยแต่ละราย

5. พยาบาลพึงดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาล

6. พยาบาลพึงตัดสินใจด้วยความรอบคอบถี่ถ้วนให้ข้อมูลสมรรถนะและคุณสมบัติอื่น ๆ เป็นหลักในการขอคำปรึกษาหารือ ขอมอบรับในหน้าที่ความรับผิดชอบ รวมถึงการมอบหมายกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้อื่นปฏิบัติ

7. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในกิจกรรมการพัฒนาความรู้เชิงวิชาชีพ

8. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการพัฒนาวิชาชีพและส่งเสริมมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

9. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการที่จะกำหนดและดำรงไว้ซึ่งสถานภาพของการทำงานที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพยาบาลที่มีคุณภาพสูง

10. พยาบาลพึงมีส่วนร่วมในการป้องกัน คุ้มครอง สังคม จากการเสนอข้อมูลที่ผิดและดำรงไว้ซึ่งความสามัคคีในวิชาชีพ

11. พยาบาลพึงร่วมมือและเป็นเครือข่ายกับสมาชิกด้านสุขภาพอนามัยและบุคคลอื่น ๆ ในสังคมเพื่อส่งเสริมชุมชนและสนองตอบความต้องการด้านสุขภาพอนามัยของสังคม

สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้กำหนดจรรยาบรรณวิชาชีพของสมาคม พ.ศ. 2528 มุ่งเน้นให้พยาบาลได้ประพฤติปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยกำหนดเป็นความรับผิดชอบต่อประชาชน ต่อประเทศชาติ ต่อผู้ร่วมวิชาชีพและต่อตนเองดังนี้

1. พึงปฏิบัติหน้าที่โดยใช้ความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ในการวินิจฉัยและการแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างเหมาะสมแก่สภาพของบุคลากร ครอบครัว และชุมชน

2. พึงป้องกันอันตรายอันจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

3. พึงตระหนักและถือปฏิบัติในหน้าที่ความรับผิดชอบตามหลักการแห่งวิชาชีพการพยาบาล

4. พัฒนาความรู้และวิธีปฏิบัติให้ได้มาตรฐานแห่งวิชาชีพ

5. ให้เกียรติ เคารพให้สิทธิและหน้าที่ของผู้ร่วมวิชาชีพและผู้อื่น

6. เห็นคุณค่าและยกย่องผู้มีความรู้ ความสามารถในการศาสตร์สาขาต่าง ๆ

7. พึงรักษาไว้ซึ่งความสามัคคีอันดี กับผู้ร่วมงานทั้งภายในและภายนอกวิชาชีพ

8. พึงอำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือแก่ผู้ร่วมงานในการปฏิบัติภารกิจอันชอบธรรม

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรค แนวทางการแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

จากการนำคู่มือการดูแลแผลกดทับ ร่วมกับการใช้แบบประเมินการหายของแผลกดทับ โดยใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2557 ถึง วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563 พบปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติตามคู่มือดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์น้อยกว่า 2 ปี ขาดความรู้ในการประเมินแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ และทักษะในการวัดขนาดแผล ซึ่งเป็นผลให้การลงข้อมูลคลาดเคลื่อน
2. พยาบาลมีการหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ทำให้การบันทึกข้อมูลไม่มีความต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไขและพัฒนา

1. นิเทศการใช้คู่มือการดูแลแผลกดทับ จัดการอบรมให้แก่บุคลากรทุกคนในหน่วยงานในเรื่องการประเมินแผลกดทับ การดูแลแผลกดทับ และการประเมินการหายของแผล พร้อมลงฝึกปฏิบัติจริง
2. การส่งเวรในแต่ละเวร เน้นการส่งต่อในเรื่องระดับของแผลกดทับวิธีการดูแลแผลกดทับ คะแนนประเมินการหายของแผลกดทับ และแนวโน้มการหายของแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดส่งบุคลากรพยาบาลไปศึกษาอบรมเฉพาะทางการดูแลแผลกดทับให้มีปริมาณร้อยละ 50 ของบุคลากรในหน่วยงาน
2. ควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เรื่องกายวิภาคและโครงสร้างของผิวหนัง เพื่อให้มีความรู้ระดับชั้นต่างๆของผิวหนังได้แม่นยำ และฝึกทักษะการทำแผลสำหรับแผลกดทับระดับต่าง ๆ
3. ควรปรับปรุงแนวปฏิบัติในเรื่องการพยาบาลการดูแลแผลกดทับ เพื่อให้เกิดเป็นมาตรฐานในการดูแล และทำให้เกิดคุณภาพการบริการ และกำหนดเป็นนโยบายของคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล

บรรณานุกรม

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2544). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาลผู้ใหญ่*.การประชุมวิชาการภาควิชาการพยาบาลศาสตรครั้งที่ 7 วันที่ 21-23 มีนาคม 2544 ณ โรงแรม เอสดีอเวนิว กรุงเทพมหานคร.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราชิตราษ. (2563). *แผนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล 4 ปี (ปีงบประมาณ 2561-2564)*. กรุงเทพฯ.
- ชญาณิส ลือวานิช และคณะ. (2542). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. *วารสารสภาการพยาบาล*; 14(2): 17-29.
- ธวัช ประสาทฤทธา. (2551). *การดูแลบาดแผลและการป้องกันการติดเชื้อด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: บัณฑิต ฑู ชู.
- ปองหทัย พุ่มระย้า. (2546). *ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ แผน ข บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540. (2540, ธันวาคม 23). ราชกิจจานุเบกษา, 114 (75ก), 1-21.
- โรงพยาบาลศิริราช ฝ่ายการพยาบาล. (2017). *แบบประเมินบราเดน*. ค้นเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2563, จาก http://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_QD/admin/news_files/51_72_2.pdf
- วิณา จิระแพทย์ และคณะ. (2562). *ความปลอดภัยของผู้ป่วยตามหลัก 2P safety*. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สภาการพยาบาล. (2562). *มาตรฐานการพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภาณิ อ่อนชื่นจิตร, ฤทัยพร ศรีตรง. (2549). *การบริการสุขภาพที่บ้าน*. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ขานเมืองการพิมพ์.
- หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. (2563). *สถิติปฏิบัติงานประจำปี*. คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล. กรุงเทพมหานคร.
- อำนวยพร มหาวิไล, ยุคลธร จิตรเกื้อกูล. (2553). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังเรื้อร่าย. *โรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล*; 37: 92-106.

อุดมรัตน์ สงวนศิริธรรม. (2563). พฤติกรรมจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

AHCPR. Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. (2002). *Clinical Practice Guideline No 3* [Online]. Available from: <http://www.open.ac.uk/patman/pressure-ulcer/pressure-ulcer-1.html>. [2002, October 15].

Ahtiala, M., Soppi, E., & Tallgren, M. (2018). Specific risk factors for pressure ulcer development in adult critical care patients—a retrospective cohort study. *European Wound Management Association [EWMA] Journal*, 19(1), 35-42.

Avsar, P., & Karadag, A. (2018). Efficiency and cost-effectiveness analysis of evidence-based nursing interventions to maintain tissue integrity to prevent pressure ulcers and incontinence-associated dermatitis. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), 54-61.

Barakat-Johnson, M., Barnett, C., Wand, T., & White, K. (2017). Medical device-related pressure injuries: An exploratory descriptive study in an acute tertiary hospital in Australia. *Journal of Tissue Viability*, 26(4), 246-253.

Bates-Jensen BM, Vredevoer DL, Brecht ML. (1992). Validity and reliability of the Pressure Sore Status Tool. *Decubitus*; 5(6): 20-28.

Bergstrom, N., Horns, D., Rapp, M. P., Stern, A., Barrett, R., & Watkiss, M. (2013). Turning for ulcer reduction: A multisite randomized clinical trial in nursing homes. *Journal of The American Geriatrics Society*, 61, 1705-1713.

Berlowitz DR, Ratliff C, Cuddigan J, Rodeheaver GT. (2005). The PUSH Tool: A survey to Determine its perceived usefulness. *Adv Skin Wound Care* ; 18(9): 480-3.

Black J et al. (2007). National Pressure Ulcer Advisory Panel's Updated Pressure Ulcer Staging System. *Dermatology Nursing*; 19: 343-49.

Black, J., Alves, P., Brindle, C. T., Dealey, C., Santamaria, N., Call, E., & Clark, M. (2013). Use of wound dressings to enhance prevention of pressure ulcers caused by medical devices. *International Wound Journal*, 12(3), 322-327.

Brown G. (2006). Wound documentation: Managing risk. *Adv Skin Wound Care*; 19(3).

Carr P. (1993). Discharge planning. *Home Healthc Nurse*; 11: 52-3.

- Coleman, S., Nelson, E. A., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014b). Developing a pressure ulcer risk factor minimum data set and risk assessment framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2339-2352.
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., et al. (2014a). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2222-2234.
- Copstead LC, Banasik J. *Pathophysiology biological and behavioral perspectives*. (2nd ed). Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
- Cremascol, M. F., Wenzell, F., Sardinhal, F. M., Zanei, S. S. V., & Whitaker, I. Y. (2009). Pressure ulcer: Patient risk, patient acuity, and nursing workload. *Acta Paul Enferm Journal*, 22, 897-902.
- Dealey C. The care of wounds: a guide for nurse. 4th ed. Chichester, West Sussex:Wiley-Blackwell.
- Dumville JC, Deshpande S, O'Meara S, Speak K. (2012). Hydrocolloid dressings for healing diabetic foot ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013;8: CD009099. DOI: 10.1002/14651858.CD009099.pub3.
- Edsberg, E. L., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 43(6), 585-597.
- Elkin MK, Perry AG, Potter PA. Nursing interventions & clinical skills. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 2005. p. 561-8.
- Enoch S, Grey JE, Harding KG. (2006). ABC of wound healing. Nonsurgical and drug treatments. *Bmj* ; 332:900-3.
- Etafal, W., Argaw, Z., Gemechu, E., & Melese, B. (2018). Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC Nursing*, 17(14), 1-8.
- Family Caregiver Alliance National Center for Caregiving. (2009). Hospital discharge planning: a guide for families and caregivers. [cited 2010 Jan 30]. Available from: <https://caregiver.org/hospital-discharge-planning-guide-families-and-caregivers>.
- Ferrell BA, Artinian BM, Sessing D. (1995). The Sessing Scale for assessment of pressure ulcer healing. *J Am Geriatr Soc* ; 43: 37-40.

- Fox C. (2006). Pressure ulcers: Are they inevitable or preventable? *Br J Nurs* ; 11(6): S3.
- Gardner, Frantz, Bergquist, & Shin. (2005). A Prospect study of the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH). *J Geronto A Biol Sci Med Sci* ; 60: 93-7.
- Greenwald JL, Denham CR, Jack BW. (2007). The hospital discharge: a review of a high riskcare transition with highlights of a reengineered discharge process. *J Patient Saf* ;3: 97-106.
- Inman KJ, McEachran L. (2007). *Keys to Effective Pressure Ulcer Risk Management: Evidence-Based Prevention and Documentation*. [Online]. Available: <http://www.OWM.com/article/2121>; [2007, October 15].
- Jennifer GP, Laurel MM & Tania JP(2013). Dressing for chronic wound. *Dermatologic Therapy*;26: 197–206.
- Khawanmuang R. (2011). *Pressure ulcer risk assessment in patients with limited activity [Thesis]*. Bangkok: Mahidol University.
- Ko SH, Nauta A, Wong V, Glotzbach J, Gurtner GC, Longaker MT. (2011). The role of stem cells in cutaneous wound healing: What do we really know? *Plast Reconstr Surg* ;127(Suppl 1):10S–20S. [PubMed: 21200267]
- Lansdown AB. (2006). Silver in health care:Antimicrobial effects and safety in use. *Curr Probl Dermatol.*;33: 17–34. [PubMed: 16766878]
- Lawrence JC. (1998). The use of iodine as an antiseptic agent. *JWound Care*;7: 421–5. [PubMed: 9832752]
- Lorenz HP, Longaker MT.(2000). Wounds: biology, pathology, and management. New York, Springer-Verlag.
- Moore C, McGinn T, Halm E. (2007). Tying up loose ends: discharging patients with unresolved medical issues. *Arch Intern Med* ; 167:1305-11.
- Morison MA. (1992). *Color guide to the nursing management of wounds*. London: Wolfe Publishing.
- Mullins M, Thompson SS, Legro M. (2006). Monitoring pressure ulcer healing in persons with disabilities. *Rehab Nurs*; 30(3): 92-9.
- Myers BA. (2004). *Wound Management Principle and Practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel. (1998). *Pressure Ulcer Status Tool (PUSH Tool 3.0)*. [Online]. Available: <http://www.npuap.org>. [2007, October 10].

- Patterson JA, Bennett RG. (1995). Prevention and treatment of pressure sores. *J Am Geriatr Soc* ; 43(8): 919-27.
- Pichitpornchai W. (2000). Discharge planning: exploring current nursing practices in acute settings in Thailand. [Doctoral Dissertation]. Australia: La Trobe University.
- Sujata S.(2012). Recent advances in topical wound care. *Indian J Plast Surg* ; 45: 379–87.
- Ursula Mirastschijski, Andreas Jokuszies, Peter M. Vogt. (2012). Skin wound healing: Repair biology, wound, and scar treatment. *Plastic Surgery*, 3rd Edition, Principles;1:288-90.
- Venturi ML, Attinger CE, Mesabahi AN, Hess CL, Grawk S. (2005). Mechanisms and clinical application of VAC device: A review. *Am J Clin Dermatol* ;6:185–94. [PubMed: 15943495]
- White RJ, Cutting K, Kingsley A. (2006). Topical antimicrobials in the control of wound bioburden. *Ostomy Wound Manage* ; 52:26–58. [PubMed: 16896238]
- Whitney J. (2005). Overview: acute and chronic wound. *Nurs Clin North Am* ;40:191-205.
- World Wide Wounds. (2006). *A Clinimetric Analysis of Wound Measurement Tools*. [Online]. Available: <http://www.worldwidewounds.com/2006/january/Fette/Clinimetric-analysis-> [2007, October 10].
- Yoshikama T, Mitsumo H, Nonaka I, Sen Y, Kawanishi K, Inada Y, et al. (2008). Wound therapy by marrow mesenchymal cell transplantation. *Plast Reconstr Surg*; 121:860–77. [PubMed: 18317135]

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แบบประเมินการหายของแผลกดทับ

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3

แบบประเมินการหายของแผลกดทับ ตีถายูกรรรมชาย 1

ชื่อ นามสกุล อายุ AN

บริเวณที่เป็น วันที่เริ่ม

คำชี้แจง : บันทึกลักษณะของแผลกดทับ โดยประเมินจากขนาดพื้นที่ของแผล ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง และลักษณะพื้นผิวของแผลกดทับ โดยใช้เกณฑ์การประเมินเป็นระดับคะแนน ดังนี้

กว้าง×ยาว (ซม. ²)	0	< 0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1-2.0	2.1-3.0	Sub Score
ระดับคะแนน	0	1	2	3	4	5	
กว้าง×ยาว (ซม. ²)		3.1-4.0	4.1-8.0	8.1-12.0	12.1-24.0	>24.0	Sub Score
ระดับคะแนน		6	7	8	9	10	
ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก			Sub Score
ระดับคะแนน	0	1	2	3			
ชนิดของเนื้อเยื่อ	แผลปกคลุมด้วยเนื้อเยื่อที่สมบูรณ์ Closed	ผิวหนังเป็นสีชมพูไหม้จางขอบแผล Epithelial Tissue	เนื้อเยื่อสีชมพูหรือแดงเข้มมีความชุ่มชื้นเป็นมันวาว Granulation Tissue	ลักษณะเป็นเมือกสีเหลืองหรือสีขาวเป็นก้อนๆ Slough	แผลเป็นสีเทาหรือสีน้ำตาล Necrotic Tissue		Sub Score
ระดับคะแนน	0	1	2	3	4		
							Total Score

บันทึกระดับคะแนนการหายของแผลกดทับ												
วันที่												
กว้าง × ยาว (ซม.)												
ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง												
ชนิดของเนื้อเยื่อ												
รวมคะแนน												

กราฟประเมินการติดตามการการหายของแผลกดทับ

ระดับคะแนน	กราฟแสดงการหายของแผลกดทับ											
17												
16												
15												
14												
13												
12												
11												
10												
9												
8												
7												
6												
5												
4												
3												
2												
1												
0												
วันที่												

หมายเหตุ

ภาคผนวก ข
แผลกดทับ (Pressure injury)

แผลกดทับ

แผลกดทับหมายถึง ภาวะที่หลอดเลือดฝอยซึ่งอยู่ระหว่างปุ่มกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อน (soft tissue) ถูกกดหรือถูกทับเป็นเวลานานจนขาดเลือด มาเลี้ยงจากการนั่งหรือนอนในท่าเดียวเป็นเวลานาน ทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณดังกล่าว ถูกกดทับจนอุดตัน เป็นผลให้ออกซิเจนและสารอาหารจากหลอดเลือดไม่สามารถมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณดังกล่าวได้ ทำให้เซลล์เริ่มตาย ซึ่งระยะแรกจะสังเกตเห็นผิวหนังเป็นรอยแดง (erythema) และหลังจากมีการเปลี่ยนท่าไปแล้วนานกว่า 30 นาที รอยแดงนั้นก็ไม่จางหาย แม้ในผู้ที่ผิวสีเข้ม ก็มองเห็นได้ จากนั้นจะเกิดการบวมและมีน้ำขังจนกลายเป็นแผลพุพองขึ้น (blister formation) และสุดท้ายเกิดเป็นแผลถลอกตรงบริเวณที่ถูกกดทับ นอกจากนี้เมื่อจับผิวหนังบริเวณดังกล่าวจะรู้สึกอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่น แผลกดทับที่เกิดขึ้นอาจเรียกว่า pressure injury, pressure ulcer, pressure sore, bed sore หรือ decubitus ulcer ซึ่งมีความหมายเดียวกัน

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ

สาเหตุการเกิดแผลกดทับ เกิดได้จากหลายปัจจัย ดังนี้

1. แรงกดทับ (Intensity of pressure)

เนื้อเยื่อจะได้รับเลือดไปเลี้ยงต้องอาศัยการไหลเวียนของเลือดที่อยู่ภายในหลอดเลือดที่มีแรงดันเพียงพอที่จะให้เลือดสามารถไหลไปตามหลอดเลือดเพื่อนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่างๆ ของร่างกาย ในคนปกติมีแรงดันในหลอดเลือดฝอย (capillary arteriolar pressure) ที่นำเลือดไปเลี้ยงบริเวณผิวหนังประมาณ 32 มิลลิเมตรปรอท แรงกดที่มากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท กระทำต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ ขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆ เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจึงเป็นการลดแรงกดหรือกระจายแรงกด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณที่ถูกกด เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้นจึงทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ จากการวัดปริมาณแรงกดทับที่เกิดขึ้นพบว่าความดันหลอดเลือดแดงส่วนปลายมีค่าปกติระหว่าง 28 - 32 มิลลิเมตรปรอท ความดันหลอดเลือดดำส่วนปลายอยู่ระหว่าง 9 - 12 มิลลิเมตรปรอท และความดันหลอดเลือดดำแห่งกิ่งกลางระหว่างหลอดเลือดดำและแดง

คือ 25 มิลลิเมตรปรอท และยังพบว่าแรงกดทับที่ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ถ้าเป็นแรงกดทับจากภายนอก ร่างกายต้องมีปริมาณมากกว่าความดันหลอดเลือดที่มีอยู่เดิม จึงจะทำให้หลอดเลือดอุดตันได้

2. ระยะเวลาของแรงกด (Duration of Pressure)

มีการศึกษา พบว่า แรงกดทับที่มีปริมาณน้อยแต่คงอยู่เป็นเวลานานจะทำให้มีการทำลายมากกว่าการมีแรงกดทับในปริมาณสูงแต่ระยะเวลานั้น เมื่อศึกษาแรงกดทับที่กระทำต่อหลอดเลือดในปริมาณปานกลาง เมื่อเทียบกับความดันหลอดเลือดประมาณ 1.5 ปอนด์/ตารางนิ้ว ซึ่งพบว่าเนื้อเยื่อจะไม่เกิดอันตรายถ้าบุคคลนั้นมีการเคลื่อนไหวเป็นระยะ แต่ในทางกลับกันถึงแม้แรงกดทับมีปริมาณน้อยกว่าเพียง 1 ปอนด์/ตารางนิ้ว (50 มิลลิเมตรปรอท) แต่มีระยะเวลาการกดทับนาน เนื้อเยื่อก็อาจถูกทำลายและเกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพได้ เช่นเดียวกับการมีแรงกดทับมาแต่ในระยะเวลานั้น ๆ เช่นกัน โดยเนื้อเยื่อจะถูกทำลายต่อเนื่องและอาการแสดงที่ปรากฏหลังลดแรงกดทับคือ มีเนื้อเยื่อบวม หลอดเลือดและทางเดินน้ำเหลืองเกิดการอุดตัน เกิดเนื้อเยื่อขาดเลือด และเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉพาะที่ได้

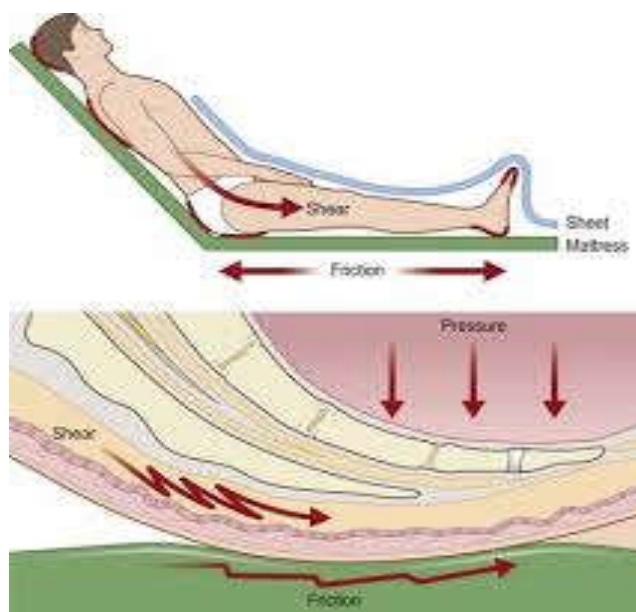
3. แรงเฉือน (Shearing force)

แรงเฉือนเป็นแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังขณะผู้ป่วยนั่งหรือนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนไถลตัวลงจะทำให้เกิดแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนัง เกิดการฉีกขาดของเนื้อเยื่อทำให้เป็นแผลได้และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในชั้นใต้ผิวหนัง การไหลเวียนเลือดในบริเวณที่รองรับแรงกดลดลง ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อตามมา โดยแรงเฉือนเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้ จากการกระทำร่วมกันระหว่างแรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดทาน โดยแรงโน้มถ่วงจะพยายามดึงร่างกายให้เคลื่อนต่ำลง ในขณะที่ร่างกายจะพยายามต้านไว้ ทำให้เกิดแรงต้านกันตรงพื้นผิวที่ร่างกายสัมผัสกับเตียงหรือเก้าอี้ เช่น เมื่อไขหัวเตียงให้ยกสูงขึ้น แรงโน้มถ่วงของโลกจะพยายามดึงร่างกายผู้ป่วยให้ไถลลงไปตามด้านปลายเตียง ในขณะที่พื้นผิว จะมีแรงต้านเพื่อพยายามยึดร่างกายให้อยู่ในท่าเดิมมากที่สุด โดยกล้ามเนื้อสะโพกจะพยายามยึดร่างกายให้อยู่ที่เดิม เป็นผลให้หลอดเลือดและเนื้อเยื่อชั้น deep fascia และ superficial fascia เกิดการดึงรั้งกันจนทำให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เกิดภาวะการอุดตันภายในหลอดเลือด และมีเนื้อตายเกิดขึ้นได้ ตำแหน่งที่พบมีการบาดเจ็บจากแรงเฉือนมากที่สุดคือบริเวณก้นกบ มีการศึกษาพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่าง จะเกิดแรงเฉือนจากการเลื่อนไถลบนที่นั้งชนิดแข็งมากกว่า

4. แรงเสียดทานหรือแรงเสียดสี (Friction)

แรงเสียดทานเกิดจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองอย่างสัมผัสกันในทิศทางตรงกันข้าม ทำให้มีการฉีกขาดหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น ๆ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอย ใต้ผิวหนังทำให้เกิดแผลขึ้น เช่น มีการเลื่อนตัวผู้ป่วยบนที่นอน หรือผู้ป่วยเลื่อนไถลตัวกับที่นอน เป็นต้น

สอดคล้องกับการศึกษาของอารี นูรณกุล (2545) และมาลี งามประเสริฐ (2545) ที่พบว่า แรงเสียดทาน และแรงเฉือนเป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดแผลกดทับ



ภาพที่ 2 : แสดงภาพแรงกด (Pressure) แรงเฉือน (Shearing force)
แรงเสียดทานหรือแรงเสียดสี (Friction)

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

5. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobility)

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวทำให้ร่างกายอยู่กับที่ หรืออยู่ในท่าเดิมตลอดเวลา ร่างกายบางส่วนอาจถูกกด ส่งผลให้เลือดไหลเวียนไปเลี้ยงในบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพออาจเกิด แผลกดทับได้ ผู้ป่วยที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต การรับรู้สติลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง เป็นต้น เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ แม้แรงกดทับนั้นจะมีปริมาณไม่มากก็ตาม

6. ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutritional)

ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมักพบเป็นผู้สูงอายุรูปร่างผอม รับประทานอาหารได้น้อย ผลการประเมินภาวะโภชนาการจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการในส่วนของอัลบูมินในเลือดพบว่า ส่วนใหญ่ต่ำกว่าเกณฑ์ สารอาหารที่มีความจำเป็นต่อการหายของแผล ได้แก่ โปรตีน ซึ่งเป็นองค์ประกอบ

สำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังแผล วิตามินซีช่วยในการสร้างคอลลาเจน ไฟโบรบลาสต์ ช่วยทำลายแบคทีเรีย วิตามินเอ ช่วยในการสร้างเยื่อผิวหนัง สังกะสีเป็นส่วนประกอบในการสังเคราะห์คอลลาเจน สำหรับผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์เกิดแผลกดทับได้ง่าย เช่น ผู้ที่รับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด ระดับอัลบูมินในเลือดต่ำกว่า 3.5 กรัม เปอร์เซ็นต์ ระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงกว่าปกติ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

7. อายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลง คือ การสร้างคอลลาเจนจะมีการลดลงอย่างมาก ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดลงและในผู้สูงอายุยังมีการสร้างหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลง โดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลงประมาณ 1 ใน 3 ของอายุที่เพิ่มขึ้น

8. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านอื่น ได้แก่

8.1 ความเปียกชื้น (moisture) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ ในผู้ป่วยที่กลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ จะพบว่ามีผิวหนังเปื่อยจากความเปียกชื้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ และการที่ผิวหนังสัมผัสกับความเปียกชื้นบ่อย ๆ จะทำให้ความแข็งแรงของผิวหนังลดลงและเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย โดยเฉพาะในบริเวณส่วนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากที่สุด เช่น ก้นกบ กระดูกกระเบนเหน็บ สันเท้า ข้อศอก กระดูกสะบัก หรือบริเวณท้ายทอย เป็นต้น

8.2 ภาวะความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยหรือโรคที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ โรคเบาหวานเกิดจากการที่เส้นเลือดเสียความยืดหยุ่น ทำให้การไหลเวียนโลหิตไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนต่าง ๆ ไม่ดี และจากการทำงานของระบบประสาทบกพร่อง การรับรู้ความรู้สึกลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้ ส่วนความเครียดทำให้มีการหลั่งสารจำพวก catabolic glucagon cathecolamine มากขึ้น ซึ่งฮอร์โมนนี้จะยับยั้งกระบวนการอักเสบ ลดความสามารถในการซึมผ่านของของเหลว (permeability) หลอดเลือดหดตัว ทำให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อต่าง ๆ ลดลง ส่งผลให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนขัดขวางกระบวนการสร้างคอลลาเจน เนื้อเยื่อจึงขาดความยืดหยุ่น และไม่แข็งแรง ทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายขึ้น ภาวะการติดเชื้อในร่างกาย หรือร่างกายอยู่ในภาวะขาดน้ำ ทำให้อุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ง่ายเช่นกัน

8.3 การสูญเสียการรับรู้สัมผัส (sensory perception) ซึ่งพบมากในผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพของระบบประสาท ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง สูญเสียการรับรู้สัมผัสต่าง ๆ ส่งผลให้เกิดแผลกดทับได้

8.4 สภาพทางจิตสังคม มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียด ฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) จะถูกปล่อยออกมาซึ่งมีผลต่อการสร้างคอลลาเจนลดลงร่วมกับการขาดกลไกการปรับตัวที่เหมาะสม จนทำให้ผิวหนังมีความทนต่อการรับแรงกดทับลดลง

8.5 การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับระดับ 1 ขึ้นไป ส่วนในกลุ่มผู้ที่มิมีแผลกดทับระดับ 2 ขึ้นไป การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่มีผลทำให้แผลเลวลง ได้แก่ มีการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด หรือมีการเพิ่มระดับเม็ดเลือดขาวชนิดลิวโคไซด์ (leukocyte) ความเจ็บป่วยมีความรุนแรง มีผิวแห้งและอุณหภูมิร่างกายเพิ่มขึ้น

8.6 การเพิ่มขึ้นของอุณหภูมิ สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ ที่พบส่วนมากมักเกิดจากการมีภาวะไข้ในผู้สูงอายุ และอาจมีสาเหตุจากการสูญเสียโปรตีนอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้เพิ่มความอ่อนแอ และอ่อนเพลียมากขึ้นจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เองอย่างอิสระ

8.7 ยา มีการศึกษาพบว่ามียาหลายชนิดที่ฤทธิ์ของยามีผลทำให้ผู้ป่วยมีภาวะรู้สึกลดลง หรือมีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ เช่น ยาไดแลนติน (dilantin) เพื่อป้องกันอาการชัก ซึ่งตัวยาดังกล่าวมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้เกิดอาการง่วงซึม การรับรู้ลดลง เป็นผลให้การตอบสนองต่อแรงกดลดลง เช่นการเปลี่ยนท่า การรับรู้ความเจ็บปวดลดลง ส่งผลให้เกิดแผลกดทับง่ายขึ้น

8.8 การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา เช่น ในผู้ป่วยที่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหว เพื่อตอบสนองต่อแรงกดในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับง่ายขึ้น

ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับ

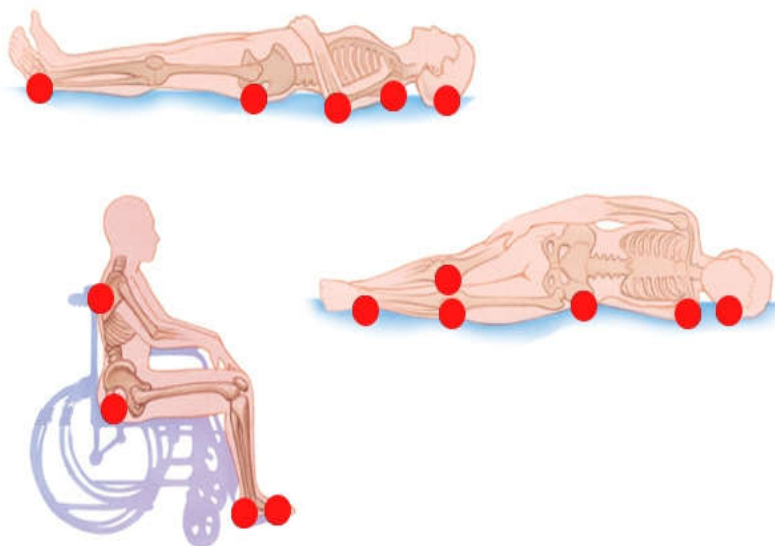
ท่าทางต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นท่านอนหรือท่านั่ง ล้วนแล้วแต่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งมีดังต่อไปนี้

1. ท่านอนหงาย จูดยับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ท้ายทอย สะบัก สอก กระเบนเหน็บ และส้นเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้คือ ส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก หัวกระดูกข้อศอก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า โดยในท่านอนหงายจูดยับน้ำหนัก ได้แก่ ส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า มีแรงกด 58, 28 - 36, 120, และ 65 - 80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ บริเวณที่มีแรงกดสูงสุด ได้แก่ กระดูกกระเบนเหน็บ ทำให้มีโอกาสดังเกิดแผลกดทับได้มากที่สุด

2. ท่านอนตะแคง จูดยับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ไบหู หัวไหล่ด้านข้าง ซี่โครง กระดูก ต้นขา หัวเข่า ตาตุ่ม บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ไบหู ปุ่มกระดูก ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซี่โครงปุ่มกระดูกโคนขา และตาตุ่ม

3. ท่านอนคว่ำ จูดยับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ หู แก้ม หัวไหล่ด้านหน้า ข้อศอก บริเวณอวัยวะเพศ หัวเข่า นิ้วเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ปุ่มก้นหู กระดูกโหนกแก้มปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซี่โครง ปุ่มกระดูกต้นขา กระดูกสะบ้า และนิ้วเท้า

4. ท่านั่ง ซึ่งจูดยับน้ำหนักของร่างกายอาจตกอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่งขึ้นอยู่กับท่านั่งของผู้ป่วย ท่านั่งหลังตรงเข่าอ 90 องศาด้านหลังของต้นขาจะเป็นจูดยับน้ำหนัก แต่หากผู้ป่วยเลื่อนไถล เข่ายกสูงและข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา จูดยับน้ำหนักของร่างกายจะกดลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกราน และกระดูกก้นกบโดยตรง



ภาพที่ 3 : แสดงตำแหน่งแผลกดทับ

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

การแบ่งระดับแผลกดทับ

NPUAP (2009) ได้แบ่งระดับแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนัง มากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งแบ่งได้เป็น 6 ระดับ ดังนี้

แผลกดทับระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury)

ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด เกิดรอยแดงเฉพาะที่และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อนำมือกด บริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดง ในผู้ที่มีผิวคล้ำลักษณะที่แสดงให้เห็นจะแตกต่างออกไป อาจพบผิวหนังมีรอยแดงและรอยแดงจางลงเมื่อนำมือกด หรือมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความรู้สึก

การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิ หรือผิวหนังมีความแข็ง การเปลี่ยนแปลงของสีผิวไม่รวมผิวหนังที่เปลี่ยนเป็นสีม่วงหรือสีแดงซ้ำ ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจเป็นการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก

แผลกดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury)

มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง มีความชุ่มชื้น หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก มองไม่เห็นชั้นไขมันหรือชั้นของเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก ไม่พบลักษณะของเนื้อเยื่อใหม่สีแดง เนื้อตายเปื่อยยุ่ย และเนื้อตายแห้งแข็ง โดยทั่วไปถ้าพบการบาดเจ็บของแผลลักษณะนี้บริเวณผิวหนังเหนือกระดูกเชิงกรานมักเกิดจากความชื้นและแรงไถล และถ้าพบบริเวณสันเท้ามักเกิดจากแรงไถล การระบุระดับของแผลกดทับระดับ 2 จะไม่ใช้ในการอธิบายแผลที่เกิดจากภาวะผิวหนังถูกทำลายจากความเปียกชื้น เช่น ผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis) ผิวหนังอักเสบจากภาวะความเปียกชื้น ผิวหนังถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ หรือแผลที่เกิดการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ เช่น ผิวหนังฉีกขาด แผลไหม้ แผลถลอก

แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury)

มีการสูญเสียของชั้นผิวหนังทั้งหมด มองเห็นชั้นไขมันในแผล มีเนื้อเยื่อใหม่สีแดงและลักษณะขอบแผลม้วน อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายแห้งแข็ง ระดับความลึกของเนื้อเยื่อที่เสียหายแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาคที่เกิดแผล บริเวณที่มีไขมันมากมักจะเกิดเป็นแผลลึก อาจพบโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือโพรงแผล มองไม่เห็นชั้นพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน และ/หรือกระดูก ถ้าพื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็งทั้งหมด จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury)

สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นหรือสัมผัสได้โดยตรงของชั้นเนื้อเยื่อพังผืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณพื้นแผล อาจพบเนื้อตายเปื่อยยุ่ยและ/หรือเนื้อตายแห้งแข็ง มักพบขอบแผลมีลักษณะม้วน มีโพรงใต้ขอบแผลและ/หรือโพรงแผล ระดับความลึกแตกต่างกันตามตำแหน่งทางกายวิภาคที่เกิดแผล ถ้าพื้นแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็งทั้งหมด จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้

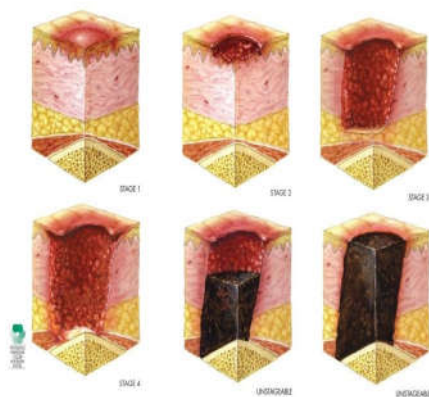
แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury)

สูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ไม่สามารถระบุความลึกของชั้นเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายได้ เนื่องจากถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง หากมีการตัดเนื้อตายออกจากแผลจะสามารถระบุว่าเป็นแผลกดทับระดับ 3 หรือระดับ 4 ได้

แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury)

ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด หรือผิวหนังเกิดการบาดเจ็บเป็นแผล มีรอยแดงคล้ำเฉพาะที่ และรอยแดงยังคงอยู่เมื่อใช้นิ้วมือกดบริเวณผิวหนังที่เป็นรอยแดงคล้ำ มีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงช้ำหรือสีม่วง หรือผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเกิดการเห็นพื้นแผลเป็นสีดำ หรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน มักพบที่มีความเจ็บปวด และการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของผิวหนังเกิดขึ้น ก่อนมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว ในบุคคลที่มีผิวคล้ำ การเปลี่ยนแปลงของสีผิวจะมีลักษณะที่แสดงให้เห็นจะแตกต่างออกไป การบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึกนี้เกิดจากความรุนแรงของแรงกดและ/หรือการถูกดทับเป็นเวลานาน ร่วมกับแรงไถลในบริเวณส่วนเชื่อมต่อระหว่างกระดูกและกล้ามเนื้อ การเกิดแผลอาจลุกลามเข้าสู่เนื้อเยื่อที่มีบาดเจ็บอย่างรวดเร็วหรือการบาดเจ็บอาจหายโดยไม่เกิดเป็นแผลก็ได้ถ้าพบเนื้อตาย ชันไขมัน เนื้อเยื่อใหม่สีแดง ชันพังผืด กล้ามเนื้อ หรืออวัยวะอื่น ๆ จะเป็นลักษณะของแผลกดทับที่มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ (แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับ แผลกดทับระดับ 3 หรือแผลกดทับระดับ 4) การระบุระดับของแผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก ห้ามนำมาใช้ในการอธิบายแผลที่เกิดจากภาวะของโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ความเสื่อมของเส้นประสาท หรือโรคผิวหนัง

ภาพระดับแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนังแสดงได้ดังนี้



ภาพที่ 1 : แสดงระดับของแผลกดทับ

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

อ้างอิงจาก : NPUAP. ORG

ชนิดของแผลกดทับ จำแนกตามสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury) แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัยหรือการดูแลรักษา โดยส่วน

ใหญ่ลักษณะของแผลกดทับจะมีรูปแบบหรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้ เช่น ท่อทางเดินหายใจ (Endotracheal tube) สายให้อาหารทางจมูก สายให้ออกซิเจน หรือสายสวนปัสสาวะ แผลกดทับมักเกิดขึ้นใต้อุปกรณ์หรือผิวหนังบริเวณที่อุปกรณ์เหล่านี้เสียดสี กดทับเป็นเวลานาน ส่วนมากสามารถระบุนะดับของแผลกดทับได้

แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือก (Mucosal Membrane Pressure Injury)

แผลกดทับบริเวณเยื่อเมือก พบได้บริเวณเยื่อเมือกพร้อมกับมีประวัติการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในตำแหน่งที่เกิดแผล เนื่องจากกายวิภาคของเยื่อเมือกมีความแตกต่างจากชั้นผิวหนัง และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง จึงไม่สามารถระบุนะดับของแผลกดทับได้

พยาธิสภาพของการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอย โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและขาดออกซิเจนไปเลี้ยง จึงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ และผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกดจะเริ่มมีสีแดงจาง ๆ สังเกตได้ภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด หากขจัดแรงกดได้ รอยแดงจะหายไป ในเวลา 60 นาที หากไม่ได้ลดหรือจัดการกับแรงกดนั้น จะเกิดภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน สังเกตพบผิวหนังเริ่มมีสีคล้ำ หากจัดการแรงกดนั้นภายใน 2 – 6 ชั่วโมง รอยคล้ำจะหายไปในเวลา 36 ชั่วโมง หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะเริ่มบวมเพราะมีน้ำซึมออกมาจากผนังเส้นเลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะฉีกขาดออกจากกันเป็นแผล สังเกตได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์ซึ่งต่อมาอาจเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับ

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้น และมีผิวหนังฉีกขาด อาจทำให้เชื้อโรค สามารถเข้าสู่ร่างกาย และเกิดการติดเชื้อได้ ที่สำคัญคือนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือด จนเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับมีโอกาสสูญเสียน้ำหนักและโปรตีนออกจากร่างกายมากขึ้น ในแผลกดทับที่มีขนาดใหญ่พบว่าจะมีการสูญเสียโปรตีนได้ถึงวันละ 90 - 100 กรัม นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่วมกับการนอนทับนาน ๆ อาจทำให้เลือดไปเลี้ยงกระดูกไม่เพียงพอ ยิ่งการเกิดแผลกดทับที่รุนแรง จะมีการทำลายเนื้อเยื่อที่ลึกลงไปพร้อมกับมีการติดเชื้อของแผลกดทับมักพบว่ามีภาวะ การอักเสบติดเชื้อของกระดูก (Osteomyelitis) ร่วมด้วย อีกทั้งการมีแผลกดทับยังทำให้เกิดความเจ็บปวด จากการที่มีการทำลายเนื้อเยื่อผิวหนังทำให้มีการหลั่งสารฮิสตามีน พรอสตาแกรนดิน กระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดได้

2. ผลกระทบด้านจิตสังคม และอารมณ์ มักเกิดในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจเกิดภาวะซึมเศร้า เนื่องจากการเกิดแผลกดทับที่มีลักษณะเป็นแผลเรื้อรัง รักษาไม่หาย ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ไม่ยินดียินร้าย เนื้อหา ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่อยากทำกิจกรรม แม้แต่การเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน

3. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยบางรายไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ อาจต้องจ้างผู้ดูแลจากศูนย์รับดูแลผู้สูงอายุ ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัวตามมา มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น บางรายมีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น จากการศึกษาของโฮมเมส และคณะพบว่า การเกิดแผลกดทับทำให้โรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าของค่าใช้จ่ายในการดูแลปกติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลนานขึ้น

การรักษาแผลกดทับ

การรักษาแผลกดทับ เป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นในการป้องกันและรักษาแผลที่เกิดจากการกดของร่างกายกับพื้นผิวหรือสิ่งของของตัวบุคคลในระยะเวลาที่นาน แผลกดทับมักพบในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวหรือผู้สูงอายุที่มีความภาวะที่ผิวหนังอ่อนแอ เช่น ผู้ป่วยที่นั่งหรือนอนติดเตียงระยะเวลานานโดยไม่เปลี่ยนท่าอย่างสม่ำเสมอ การรักษาแผลกดทับมีความสำคัญเพราะหากดูแลไม่ถูกวิธีอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อและแผลกดทับลุกลามไปสู่ระบบต่างๆ ในร่างกาย แนวปฏิบัติการรักษาแผลกดทับมีดังนี้

1. การป้องกันแผลกดทับ โดยการเปลี่ยนท่าเป็นประจำ เพื่อลดแรงกดบนผิวหนัง โดยเฉพาะบนตำแหน่งเหนือปุ่มกระดูก ควรใช้หมอนและเครื่องมือช่วยในการลดแรงกด

2. การดูแลผิวหนัง ควรรักษาผิวหนังให้คงความสะอาดและชุ่มชื้น โดยใช้ผ้านุ่มและน้ำอุ่นในการล้างผิวหนัง หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือสารละลายที่มีความกระดุนและทำให้ผิวหนังแห้งและแข็ง ใช้ครีมหรือน้ำมันช่วยในการบำรุงผิวหนังเพื่อป้องกันความแห้งและลดการเสียดสีเรื้อรังของผิว

3. การตรวจสอบและดูแลแผล ผู้ดูแลควรตรวจสอบผิวหนังและแผลทุกวันเพื่อตรวจสอบสภาพและการเปลี่ยนแปลงของแผล ใช้เทคนิคการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเพื่อลดแรงกดบนแผล การใช้ที่นอนลม (Air mattress) สามารถช่วยลดแรงกดบนแผลได้

4. การรักษาแผล แผลที่มีการเปิดหรือติดเชื้อควรได้รับการรักษาโดยแพทย์ การใช้ผ้าปิดแผลที่มีความสะอาดในการปิดแผล และเปลี่ยนให้แผลสะอาดสม่ำเสมอ การรักษาแผลต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

การรักษาแผลกดทับเป็นกระบวนการที่จำเป็นต้องมีความระมัดระวังและการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดแผลและลุกลามขึ้นในระยะยาวที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นการพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลที่ให้การดูแลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมาก และเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลบาดแผลพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ดังนี้

1. การประเมินบาดแผล และการประเมินข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้พยาบาลวางแผนตัดสินใจเลือกวิธี และเตรียมอุปกรณ์การทำแผล รวมทั้งติดตามความก้าวหน้าของบาดแผล
2. การเตรียมพื้นบาดแผล ได้แก่ การจัดการกับเนื้อเยื่อ การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ การจัดการกับสารคัดหลั่ง และการจัดการขอบแผลได้อย่างเหมาะสม
3. การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย

การประเมินบาดแผลและการประเมินข้อมูลพื้นฐาน

การประเมินบาดแผล (Wound Assessment) การประเมินบาดแผลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลบาดแผลอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของแผล และช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการทำแผลที่เหมาะสมการประเมินบาดแผลจำเป็นต้องมีการประเมินสภาพแผล ให้ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุการเกิดบาดแผล ชนิดของบาดแผล ตำแหน่งของบาดแผลความเสี่ยงในการเกิดการติดเชื้อขนาดลักษณะของบาดแผล สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากบาดแผล และผิวหนังรอบ ๆ บาดแผล อาการปวดแผลการติดเชื้อ รวมถึงสภาพด้านจิตสังคมของผู้ป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ตำแหน่ง (Location) บันทึกตำแหน่งที่มีแผลตามกายวิภาค ตำแหน่งของแผลอาจทำให้ทราบสาเหตุของการเกิดแผลได้ กรณีมีแผลตามปุ่มกระดูกมักจะเป็นแผลกดทับที่กระดูกงูชาครัม (Sacrum) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้มากที่สุด
2. ขนาดแผล (Wound Size) การประเมินขนาดแผลเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามประเมินความก้าวหน้าการหายของแผล ประกอบด้วย การวัดขนาดของแผล (Wound Measurement) มี 2 วิธี ดังนี้

2.1 การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two - dimensional) ได้แก่การวัดแบบเส้นตรง (Linear Measurement) คือ วัดส่วนที่กว้างที่สุด X ส่วนที่ยาวที่สุด และการลอกลาย (Wound Tracing) คือ ลอกลายตามขอบแผลโดยใช้แผ่นตารางในการทาบวัด

2.2 การวัดขนาดของแผลแบบ 3 มิติ หรือ 3 ระนาบ (Three-dimensional) ได้แก่การวัดแบบเส้นตรง (Linear Measurement) คือ วัดส่วนที่กว้างที่สุด X ส่วนที่ยาวที่สุด X ส่วนที่ลึกที่สุด ซึ่งความลึกของแผลอาจวัดโดยใช้ก้านสำลีพันปลายไม้ (Cotton Swab Applicator) การถ่ายภาพ (Serial Digital Photography) หรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

3. ขอบแผล (Wound Edge) ประเมินคุณลักษณะสี และความหนาของขอบแผล ลักษณะขอบแผลแต่ละชนิดจะมีลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ขอบแผลอาจมีลักษณะม้วนเข้ามาในแผลเมื่อมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่ขอบแผล แต่ไม่สามารถคลุมได้ทั้งแผล เป็นลักษณะของการหายของแผลที่ไม่ดี

4. ชนิด และปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง (Exudate Type and Amount) สิ่งคัดหลั่งเป็นการเพิ่มจำนวนของสารน้ำในแผล อาจประกอบด้วยน้ำเหลือง (Serum) เนื้อตาย (Cell Debris) เชื้อแบคทีเรียและ Leukocytes การประเมินสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ ปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง แบ่งเป็นเล็กน้อย ปานกลาง มาก (Davidson, 2002) หรือประเมินลักษณะ ได้แก่ เป็นน้ำเหลืองค่อนข้างใส (Serous) เลือด (Sanguineous) เป็นน้ำปนเลือด (Serosanguineous) เป็นหนองเขียวมีกลิ่นเหม็น (Purulent)

5. สภาพของเนื้อเยื่อรอบแผล (Surrounding Tissue Condition) ควรประเมินเกี่ยวกับสี ความอ่อนแอ และอาการบวม แดง และอุ่นของผิวหนัง ซึ่งอาจแสดงถึงการติดเชื้อ อาการเปื่อยยุ่ยของผิวหนังรอบแผล (Maceration) อาจเกิดจากการทำแผลที่ไม่เหมาะสมกับชนิด และปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง

6. ลักษณะพื้นของแผล (Wound Bed) เนื้อเยื่อที่พื้นของแผลจะแสดงถึงระยะและความก้าวหน้าของการหายของแผล ควรประเมินพื้นแผลเกี่ยวกับสี ความเปียก และปริมาณของเนื้อเยื่อผิวใหม่ โดยใช้มีมโนทัศน์ 3 สี (RYB Color Code หรือ Three Color Concept หรือ Three-color Coding System) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

6.1 Granulation (Red Wound) ลักษณะสีแดงสด หรือสีชมพูเข้ม เป็นแผลที่มีตุ่มเนื้อเล็กๆ (Granulation) ขรุขระ ไม่เรียบ บอบบาง เปื่อยนิ่ม แสดงถึงความชุ่มชื้นของแผลที่มีการเจริญดีแล้ว

6.2 Slough Tissues (Yellow Wound) เป็นสีของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลโดยมีเชื้อแบคทีเรียออกมาพร้อมกับสิ่งคัดหลั่ง ซึ่งมีลักษณะเปื่อยยุ่ยคล้ายเส้นด้ายที่ล้างแล้วไม่หลุดออกสีขาว สีเหลืองขุ่น เหลืองปนเขียว หรือเหลืองปนแดง และมีเนื้อตายเป็นสีเหลือง (Fibrinous Slough)

6.3 Necrotic Tissues (Eschar หรือ Black Wound) เป็นแผลที่มีเนื้อเยื่อตายมากที่สุด ซึ่งเกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยง มีสิ่งคั่งหลังจากแผล และมีเนื้อตายสีดำ (Eschar) หรืออาจเป็นสีเทาน้ำตาลเข้ม พบในบางส่วนของพื้นแผล หรือพบคลุมทั้งแผล นอกจากมโนทัศน์ 3 สี ยังแบ่งลักษณะพื้นของแผลได้อีก คือ

6.4 Epithelialization (Pink Wound) เป็นกระบวนการแบ่งตัวของ Epithelium Cell เห็นเป็นสีชมพูลักษณะเป็นชั้น ๆ บอบบาง

6.5 Infection (Green Wound) ลักษณะของแผลที่อาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นต้องประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน สิ่งคั่งหลังจากแผลที่ออกมา

เครื่องมือประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีแบบประเมินการหายหรือความก้าวหน้าของแผลกดทับหลายเครื่องมือ เครื่องมือที่ได้รับความนิยมในการนำไปใช้อย่างแพร่หลายมากที่สุด ได้แก่ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) ซึ่งในขณะนี้ได้มีการปรับปรุงเป็น Version 3.0

Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool)

PUSH Tool สร้างโดย National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) เครื่องมือฉบับแรกที่พัฒนาขึ้นถูกนำมาใช้และทดสอบความเหมาะสมในการใช้ในคลินิกครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง โดย Center for Medicare and Medicaid Service (CMS) ในเดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 1998 และได้มีการปรับปรุงเป็น PUSH Tool Version 3 เมื่อวันที่ 15 เดือนกันยายน ปี ค.ศ. 1998

วัตถุประสงค์ของการใช้ แบบประเมินการหายของแผลกดทับ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) เป็นการใช้เพื่อประเมินความก้าวหน้าของแผลทุกช่วงเวลา และเพื่อแยกแผลที่หายออกจากแผลที่ไม่หาย นอกจากนั้นยังมีความเที่ยงตรง ใช้ง่ายและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของแผลที่เกิดขึ้น

PUSH Tool Version 3.0 มีการพัฒนาเพื่อให้สามารถใช้ได้ง่าย และมีความไว (Sensitivity) ต่อการเปลี่ยนแปลงของแผล เครื่องมือนี้เหมาะที่สุดที่ใช้ประเมินการหายของแผลในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลแผลหลายสัปดาห์ และเหมาะสมในการใช้สำหรับแผลที่มีเนื้อเยื่อหลายชนิดบนพื้นผิวของแผล ทำให้เห็นอัตราการหายของแผลได้ชัดเจน PUSH Tool Version 3.0 เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ และใช้ได้ง่าย เพราะมีหัวข้อการประเมินเพียง 3 ด้านเท่านั้น ซึ่งพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยสามารถประเมินได้เองใช้ระยะเวลาสั้นเพียงประมาณ 1 นาที และมีหลักฐานงานวิจัยที่นำเครื่องมือนี้ไปใช้ได้ผลดี ได้แก่งานวิจัยที่ศึกษาการใช้ PUSH Tool 3.0 ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 32 คน พบว่า PUSH

scores ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในแผลกดทับที่หาย แต่ไม่ลดลงในแผลที่ไม่หาย และ PUSH scores ในกลุ่มแผลกดทับที่หายต่ำกว่าในกลุ่มแผลที่ไม่หายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอีกงานวิจัยศึกษาในผู้ที่ใช้ PUSH Tool 3.0 จำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (77%) เห็นด้วยกับการใช้ PUSH Tool 3.0 เนื่องจากประเมินง่าย ใช้เวลาน้อย และเห็นด้วยกับการประเมินขนาดของแผล (size subscale) 59% ชนิดของเนื้อเยื่อ (tissue type subscale) 49% และปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (exudates amount subscale) 32% นอกจากนี้ในแบบประเมิน PUSH Tool 3.0 จะมีการบันทึกข้อมูลด้วยกราฟเส้นตรงทำให้มองเห็นความก้าวหน้าของแผลได้ชัดเจน ส่วน Pressure Sore Status Tool (PSST) เหมาะในการนำเครื่องมือไปใช้ในการทำวิจัยมากกว่านำมาใช้ในคลินิกเพราะมีหัวข้อการประเมินแผลละเอียดมากเกินไป ซึ่งต้องใช้เวลาประเมินนาน (10 - 15 นาที) ทำให้รบกวนการปฏิบัติงานประจำ และประเมินยากต้องใช้ความรู้และความเชี่ยวชาญในการประเมิน

การใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3

การใช้ Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool) Version 3 เป็นการให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ ประกอบด้วยการวัดขนาดของแผล (กว้าง x ยาว) ปริมาณสิ่งคัดหลั่ง (Exudates amount) และลักษณะพื้นแผล (Tissue type) เมื่อประเมินในแต่ละหมวดหมู่แล้ว นำคะแนนทั้งหมดมารวมกัน จากนั้นนำมาแปลงเป็นกราฟ ทำให้ทราบถึงความก้าวหน้า หรือการเปลี่ยนแปลงของแผลได้อย่างชัดเจน โดยวิธีการให้คะแนนในแต่ละหมวดหมู่ปฏิบัติดังนี้

1. การคำนวณพื้นที่ของแผล (Surface area Measurements) โดยใช้อุปกรณ์วัดแผล คือไม้บรรทัดกระดาษวัดแผล มาตรฐานวัดเป็นเซนติเมตร วางนาบไปตามสรีระของผู้ป่วย และใช้การวัดขนาดของแผลแบบ 2 มิติ หรือ 2 ระนาบ (Two-dimensional) ดังนี้

1.1 วัดด้านกว้างของแผล โดยวัดจากแนวด้านข้างลำตัวไปยังด้านข้างลำตัวอีกด้าน (Side to side) หน่วยเป็นเซนติเมตร วัดช่วงความกว้างที่สุดของแผล



ภาพที่ 5 : แสดงการวัดด้านกว้างของแผล

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

1.2 วัดด้านยาวของแผล โดยวัดจากแนวศีรษะไปยังปลายเท้า (Head to toe) หน่วยเป็น เซนติเมตร วัดช่วงความยาวที่สุดของแผล



ภาพที่ 6 : แสดงการวัดด้านยาวของแผล

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

จากนั้นนำมาคูณกัน ได้เป็นพื้นที่หน่วยเซนติเมตร² (cm²) มีค่าตั้งแต่ 0-24 cm² และนำมาแปลงเป็นคะแนน โดยมีการจัดกลุ่มไว้ทั้งหมด 10 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 : แสดงการแปลงเป็นคะแนนของพื้นที่ของแผล

กว้าง x ยาว (cm ²)	คะแนน
0	0
< 0.3	1
0.3 - 0.6	2
0.7 - 1.0	3
1.1 - 2.0	4
2.1 - 3.0	5
3.1 - 4.0	6
4.1 - 8.0	7
8.1 - 12.0	8
12.1 - 24.0	9
> 24.0	10

1. การประเมินปริมาณสิ่งขับหลัง (Exudate amount) คือ ปริมาณของสิ่งขับหลังที่เห็นหลังจากที่ลอกวัสดุปิดแผลออก อาจสังเกตได้จากพื้นผิวของแผล ดังนี้

น้อย (Mild) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลังน้อยกว่า 25%

ปานกลาง (Moderate) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลัง 25-75%

มาก (Excessive , Heavy) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลังมากกว่า 75%

เมื่อได้ปริมาณของสิ่งขับหลัง นำมาแปลเป็นคะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 : แสดงการแปลงเป็นคะแนนของปริมาณของสิ่งขับหลัง

ปริมาณสิ่งขับหลัง	ความชื้นบนพื้นผิวของแผล	คะแนน
ไม่มี	ไม่มีความชื้น, แห้ง	0
น้อย	เปียกชื้น (wet)	1
ปานกลาง	ชื้นแฉะ (saturated)	2
มาก	มีน้ำมาก เปียกแฉะ (bathed in fluid)	3

ตารางที่ 3 : แสดงตัวอย่างรูปวัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลัง

ปริมาณสิ่งขับหลัง	รูปตัวอย่างวัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลัง
น้อย (Mild) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลังน้อยกว่า 25%	
ปานกลาง (Moderate) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลัง 25-75%	
มาก (Excessive , Heavy) หมายถึง วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลังมากกว่า 75%	

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

2. การประเมินลักษณะพื้นผิวของแผล (Surface appearance) โดยการประเมินชนิดของเนื้อเยื่อที่พบบนพื้นผิวของแผล จากนั้นนำมาแปลเป็นคะแนน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 : แสดงการแปลงเป็นคะแนนของพื้นที่ของแผล

ชนิดของเนื้อเยื่อ	ลักษณะของเนื้อเยื่อที่ประเมินได้ (ถ้ามี)	คะแนน
Necrotic tissue	สีดำ น้ำตาล หรือสีเทา ติดกับพื้นผิวของแผล	4
Slough	สีเหลือง หรือสีค่อนข้างขาว มีลักษณะเป็นสาย ๆ เป็นก้อน หรือเป็นเมือกๆ	3
Granulation	สีชมพู หรือสีแดงเข้ม ชุ่มชื้น เป็นมันวาว	2
Epithelial	ผิวหนังใหม่สีชมพู จากขอบแผล	1
Closed	แผลคลุมด้วย epithelium ทั้งหมด (new skin)	0

ตารางที่ 5 : แสดงรูปตัวอย่างลักษณะของเนื้อเยื่อที่ประเมินได้

ชนิดของเนื้อเยื่อ	รูปตัวอย่างลักษณะของเนื้อเยื่อที่ประเมินได้
Necrotic tissue	
Slough	

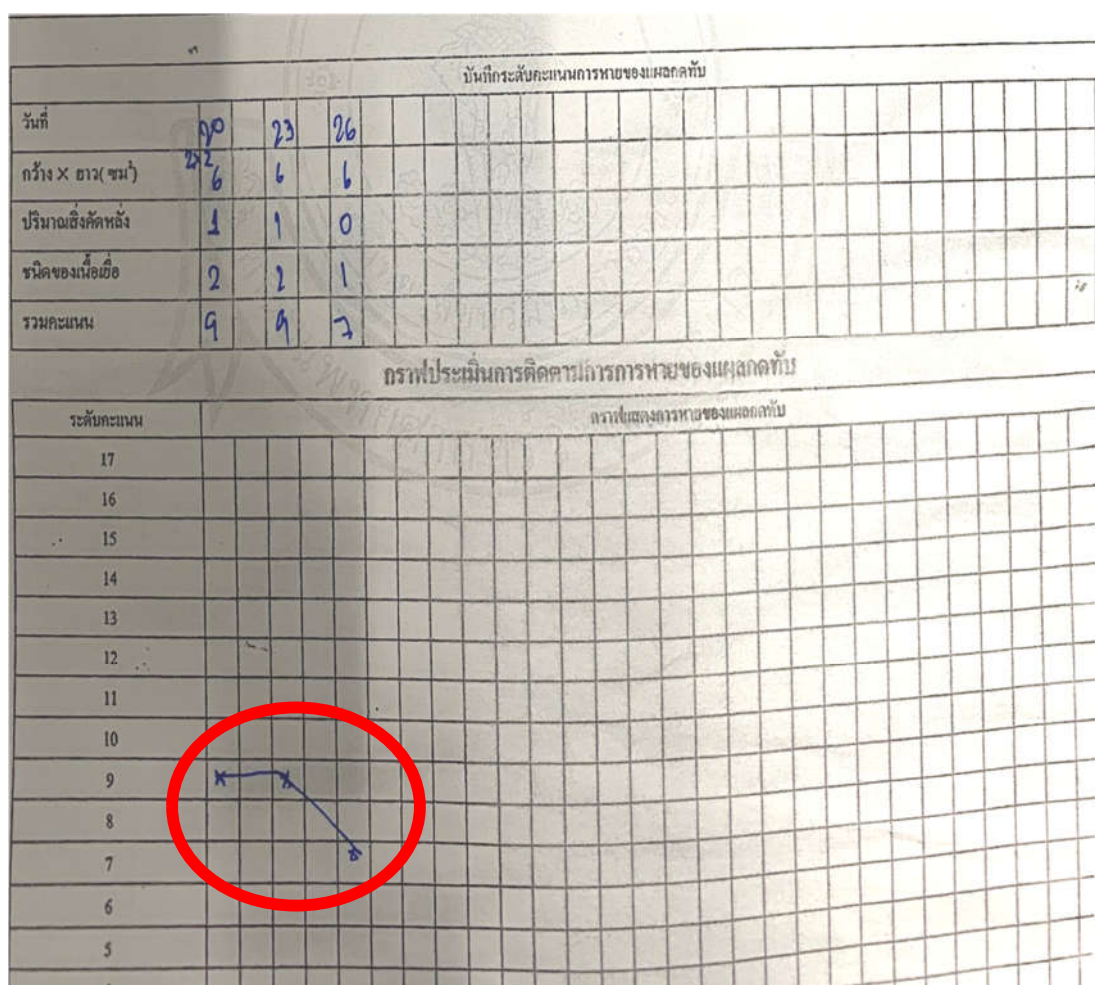
ตารางที่ 5 (ต่อ)

ชนิดของเนื้อเยื่อ	รูปตัวอย่างลักษณะของเนื้อเยื่อที่ประเมินได้
Granulation	
Epithelial	
Closed	

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

ในกรณี 1 แผลมีลักษณะพื้นผิวของแผล (Surface appearance) หลายแบบ ให้ใช้ลักษณะพื้นผิว ของแผลที่ลึกที่สุด

เกณฑ์การประเมินการหายของแผล Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH Tool Version 3.0) มีคะแนนสูงสุด 17 คะแนน หมายถึง แผลไม่ดีถ้าแผลที่ดีขึ้นคะแนน PUSH จะลดลงเรื่อย ๆ จนคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน หมายถึง แผลหายแล้วโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละ sub-scores และได้มีการออกแบบการบันทึกคะแนนเป็นตารางและกราฟเส้นตรงเพื่อช่วยต่อการประเมินความก้าวหน้าของแผล



ภาพที่ 7 : แสดงการบันทึกคะแนนเป็นตารางและกราฟเส้นตรง

แหล่งที่มา : ดำเนินการผลิตภาพโดยผู้จัดทำคู่มือ (คู่ขวัญ มาลีวงษ์, 2563)

การเตรียมพื้นแผล

การจัดการดูแลบาดแผล มีเป้าหมายที่จะต้องเตรียมพื้นแผลให้ปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการหายของแผลที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของฟาแลงกา คือ การเตรียมพื้นของแผล หมายถึง การจัดการแผลอย่างครอบคลุมโดยเน้นการเตรียมสภาพพื้นของแผลเป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริมให้บาดแผลเกิดกระบวนการหายของแผลตามปกติ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) 2) การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control) 3) การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) และ 4) การจัดการขอบแผล (Epithelial Edge Advancement) เรียกว่า “TIME” ซึ่งวิธีการจัดการตามหลักของ TIME มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดการกับเนื้อเยื่อ (Tissue Management) เป็นขั้นตอนแรกของการดูแลบาดแผล ซึ่งในเนื้อเยื่อแผลที่มีลักษณะเป็นเนื้อตายจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของบาดแผล แผลหายช้าลง วิธีการจัดการทำได้โดยการตัดเนื้อตาย (Debridement Technique) ซึ่งชนิด และความบ่อยในการตัดเนื้อตายจะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและแผนการรักษา ซึ่งมีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัด ของแต่ละวิธี โดยสามารถเลือกใช้หลายวิธีประกอบกันตามความเหมาะสม ได้แก่

1.1 การตัดออก (Surgical or Sharp Debridement) เป็นการจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการผ่าตัดหรือการตัดเล็มเนื้อเยื่อที่ตายออกโดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และอาจทำได้ทั้งข้างเตียงโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์ เช่น ไขมีดผ่าตัด ปากคีบ กรรไกร หรือเครื่องมือที่มีคมต่าง ๆ เป็นวิธีการที่สามารถลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรีย ทำให้กระบวนการหายของแผลรวดเร็วขึ้นและมีประสิทธิภาพ การจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการตัดออก พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับกายวิภาครอบ ๆ บาดแผล และทักษะการตัดเนื้อเยื่อที่ไม่เกิดความเสียหายต่อเส้นเลือดแดง เส้นเลือดดำหรือเส้นประสาทที่อยู่บริเวณใกล้เคียง เพราะวิธีนี้อาจมีข้อเสีย เช่น ความเจ็บปวดอาจต้องใช้ยาระงับความรู้สึก เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเข้ากระแสเลือด และถ้าบาดแผลเปิดมีขนาดใหญ่อาจต้องทำที่ห้องผ่าตัด ห้ามทำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ มีปัญหาเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันอย่างรุนแรง มีภาวะขาดเลือดมาเลี้ยงที่ขาและผู้ป่วยที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ดังนั้นผู้ที่ใช้วิธีการจัดการเนื้อเยื่อโดยวิธีการตัดออกต้องมีทักษะและความชำนาญเป็นอย่างสูง เพื่อความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่น้อยที่สุด

1.2 วิธีการเชิงกล (Mechanical Debridement) เป็นจัดการเนื้อเยื่อด้วยการชะล้างมีหลายวิธี ได้แก่ Wet-to-dry Dressing, Wound Irrigate และ Whirlpool Technique ดังนี้

1.2.1 การทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือ 0.9% Normal Saline ปิดแผลไว้แล้วปล่อยให้แห้ง (Wet-to-dry Dressing) เป็นการทำให้เนื้อตายเกิดการเปื่อยยุ่ยแล้วหลุดลอกพร้อมกับ

การทำแผลโดยใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือใส่ในแผลแล้วทิ้งไว้ให้แห้งแล้วลอกเอาเนื้อตายออกโดยต้องเปลี่ยนทำแผลวันละ 4 - 6 ครั้ง วิธีนี้นิยมใช้กับแผลที่เป็นโพรงขนาดใหญ่ที่มีเนื้อตายแต่ยังไม่พร้อมจะผ่าตัดออก เสียค่าใช้จ่ายน้อย ข้อเสีย คือ เจ็บปวดมาก การลอกออกมักดึงทั้งเนื้อดีและเนื้อตายออกมาพร้อมกัน เศษผ้าก๊อชที่ทิ้งค้างไว้ในแผลเป็นสิ่งแปลกปลอม นำมาซึ่งปฏิกิริยาต่อต้านสิ่งแปลกปลอมได้ เสี่ยงต่อการเกิดการเปื่อยยุ่ย (Maceration) รอบแผล และอาจทำให้หลุดเลือดนิกขาดเลือดออกได้

1.2.2 การสวนล้างแผล (Wound Irrigation) นิยมใช้ในแผลที่ลึกหรือมีโพรงแผล เพื่อชะล้างเนื้อเยื่อที่ตาย เชื้อโรค และสิ่งตกค้างในแผลให้หลุดออก ซึ่งสามารถชะล้างทำความสะอาดทั่วพื้นผิวแผล จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ของสถาบัน The Joanna Briggs Institute [JBI] (2006) พบว่า การใช้แรงดัน 13 ปอนด์ต่อตารางนิ้วโดยใช้กระบอกฉีดขนาด 12 มิลลิลิตร สวมด้วยเข็มเบอร์ 22 สวนล้างแผลจะมีประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อ และการอักเสบของแผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการใช้แรงดันน้อยกว่า 8 ปอนด์ต่อตารางนิ้ว โดยใช้กระบอกฉีดขนาด 30 มิลลิลิตรสวมด้วยเข็มเบอร์ 20 นาน 3.9 นาที พบว่า ไม่มีผลในการลดจำนวนแบคทีเรียที่แผล การสวนล้างแผลต้องระวังการฝึกลึกของเชื้อแบคทีเรีย วิธีนี้ควรเปลี่ยนทำแผลวันละ 1 - 2 ครั้ง

1.2.3 การทำความสะอาดโดยแช่แผลในน้ำและใช้แรงหมุนของน้ำ (Whirlpool Technique) เป็นการให้ผู้ป่วยลงไปแช่ในถังน้ำอุ่น เพื่อช่วยให้กระแสน้ำช่วยลอกเนื้อตายให้หลุดออก ลดการปนเปื้อนของเชื้อแบคทีเรียและสิ่งคัดหลั่งในบาดแผล ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดให้แผล วิธีนี้จะเหมาะสมในผู้ป่วยที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ แผลที่อยู่ในระยะอักเสบ (Inflammation) มีสิ่งคัดหลั่งมาก และมีเนื้อตายที่หนาทั้งชนิดเนื้อตายสีเหลืองและเนื้อตายที่มีสีดำแต่ไม่เหมาะกับแผลที่granulation ดี เนื่องจากอาจชะล้างอีพิเธลิอัล (Epithelial Cells) ไปด้วย และต้องระวังการแพร่กระจายเชื้อไปสู่แผลอื่น

1.3 วิธีการทางเคมี (Chemical Debridement) ใช้น้ำยาที่เป็นสารเคมีต่าง ๆ ในการช่วยให้เนื้อตายหลุดออกและฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เชื้อราที่มีอยู่ในแผล ซึ่งเกิดจากการขัดขวางการทำงานของเอนไซม์ ทำให้ Metabolism ทำงานผิดปกติ และเพิ่ม Permeability ของ Plasma Membrane ของเชื้อ ทำให้ไม่สามารถควบคุมชนิด และปริมาณสารต่าง ๆ ที่ผ่านเข้าออกเซลล์ได้ ทำให้เซลล์ของเชื้อไม่สามารถคงสภาพปกติไว้ได้ สารเคมีที่นำมาใช้ในการช่วยกำจัดเนื้อตายในโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้แก่ Dakin's Solution, Hydrogen Peroxide, Povidone Iodine แต่สารเคมีเหล่านี้ก็มีข้อเสียคือทำลายเนื้อดีและเซลล์ดีที่ช่วยในการหายของแผล อาจระคายเคืองกับผิวหนังที่อยู่รอบแผล ดังนั้นโรงพยาบาลที่จะใช้วิธีการทางเคมีในการกำจัดเนื้อตายจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับชนิดของสารเคมีวิธีใช้

และข้อห้าม เช่น ห้ามใช้กับแผลสะอาดที่ไม่มีการติดเชื้อ หรือในกรณีที่บาดแผลมีเนื้อตายร่วมกับเนื้อเยื่อกรานูเลชัน ขณะใช้ต้องระมัดระวังไม่ให้สารเคมีถูกเนื้อเยื่อกรานูเลชัน เป็นต้น

1.4 วิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเอง หรือการใช้สารสังเคราะห์ปิดแผล (Autolytic Debridement) โดยสิ่งคัดหลั่งจากแผลจะมีแมคโครฟาจและเอนไซม์ต่าง ๆ เป็นตัวทำให้อเนื้อตายอ่อนตัวหลุดออกจากเนื้อเยื่อที่ดี อาจใช้สารสังเคราะห์ (Synthetic Dressing) ซึ่งจะให้ไน้แทรกเข้าไปในแผลทำให้เนื้อเยื่อที่ตายเปื่อยยุ่ย และเอนไซม์ที่มีอยู่ในแผลจะทำการย่อยสลายเนื้อตายออกไป สารสังเคราะห์ปิดแผลที่มีใช้ในโรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น ไฮโดรเจล (Hydrogel) ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid) ทรานพาเรนท์ ฟิล์ม (Transparent Film) เป็นต้น ข้อเสียคือการทำงานค่อนข้างใช้เวลา ควรระวังเรื่องการติดเชื้อ ต้องประเมินการไหลเวียนเลือดสู่ส่วนปลายห้ามใช้ในแผลติดเชื้อ แผลที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ แผลที่ลึกมากเกินไป ผู้ที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำอย่างรุนแรง ในกรณีที่วิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเองไม่เห็นผลใน 72 ชั่วโมง ควรเลือกใช้วิธีอื่น หรือกรณีที่เนื้อตายแข็งไม่ยอมย่อยสลาย ควรกรีดเนื้อตายก่อนซึ่งจะช่วยเสริมวิธีการกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการของบาดแผลเองได้ง่ายยิ่งขึ้น

1.5 วิธีการใช้เอนไซม์ย่อยสลายเนื้อตาย (Enzymatic Debridement) เป็นวิธีการกำจัดเนื้อเยื่อโคโปรตีนเอนไซม์ที่ช่วยทำลาย และย่อยเนื้อตาย (Proteolytic Enzymes) เช่น คอลลาจีเนส (Collagenase) พาเพนยูเรีย (Papain-urea) ทริปซิน (Trypsin) อีลาส (Elastase) วาไรดาส (Varidase) เป็นต้น นิยมใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีบาดแผลกว้าง มีข้อห้ามในการทำผ่าตัด เช่น ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ลดการช็อกช้ำต่อแผล ไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อดี สามารถใช้กับแผลติดเชื้อได้ ข้อเสีย คือใช้ไม่ได้ผลดีกับแผลที่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ ต้องให้แพทย์เป็นผู้สั่งการรักษาวินิจฉัย ใช้ร่วมกับผลิตภัณฑ์อื่นที่มีโลหะเป็นส่วนผสม หรือสารละลายสำหรับฆ่าเชื้อไม่ได้มีราคาแพง บางครั้งพบมีการอักเสบของผิวหนังรอบแผล ห้ามใช้ในแผล Granulation ที่สะอาด

1.6 วิธีชีวภาพ (Biotherapeutic Debridement หรือ Maggot Debridement) เป็นการใช้นอนที่ปราศจากเชื้อ (Sterile Maggots) ในการกัดกินเนื้อเยื่อที่ตาย ไม่กัดกินเนื้อเยื่อส่วนดี ซึ่งได้จากไข่ของแมลงวัน *Lucilia Sericata* โดยที่ตัวหนอนจะหลั่งโปรตีนเอนไซม์ที่ช่วยทำลายและย่อยเนื้อตาย ใช้ได้ดีไม่มีอาการเจ็บปวด ทำงานเร็ว ใช้ได้กับแผลเรื้อรังหลายชนิด ข้อเสียคือ บางคนรู้สึกขยะแขยง อาจมีอาการระคายเคืองผิวหนัง หรือแพ้ได้ และใช้ไม่ได้ผลในแผลที่มีลักษณะเป็นอุโมงค์ แผลที่มีสิ่งคัดหลั่งจำนวนมาก แผลที่มีการติดเชื้อที่กระดูก (Osteomyelitis) เป็นต้น รวมทั้งห้ามใช้ในผู้ที่แพ้ไข่ ถั่วเหลือง และไข่แมลงวัน

2. การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ (Inflammation and Infection Control)
ดังต่อไปนี้

2.1 การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติในผู้ป่วยเบาหวาน การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงที่ก่อกวนด้านทานของผู้ป่วย เป็นต้น

2.2 การลดชนิดและจำนวนเชื้อโรค (Reduce Bacterial Load) ดังต่อไปนี้

2.2.1 การชะล้างแผล (Wound Cleansing) เป็นการทำความสะอาด และลดสิ่งปนเปื้อนในบาดแผล รวมถึงการทำความสะอาดผิวหนังรอบ ๆ บาดแผล ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยควบคุมไม่ให้เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่บริเวณผิวหนังเพิ่มจำนวน จนเกิดการติดเชื้อภายในบาดแผลเพิ่มขึ้น การชะล้างบาดแผลมีหลายวิธี ได้แก่ การเช็ด (Scrubbing) โดยใช้สำลี หรือผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหรือน้ำเกลืออื่น ๆ เช็ดพื้นผิวของแผล แต่จากการศึกษาของ Knol (1993) และ Thomas (1994) พบว่าการสวนล้างแผล การทำความสะอาดโดยแช่แผลในน้ำ และใช้แรงหมุนของน้ำรวมทั้งเศษสำลี และผ้าก๊อชจะทำให้ระยะของการอักเสบของแผลยาวนานขึ้น ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น

2.2.2 การใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ (Topical Antimicrobial Agents) ปัจจุบันผลิตภัณฑ์สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ได้รับการพัฒนาโดยลำดับ แต่เกือบทุกชนิดจะมีพิษต่อเนื้อเยื่อที่ติดของบาดแผลไม่มากนักน้อย การเลือกใช้จึงต้องเข้าใจคุณสมบัติของผลิตภัณฑ์ให้ดีก่อนตัดสินใจใช้ได้แก่ สามารถครอบคลุมเชื้อได้มากชนิดที่สุด ฆ่าเชื้อได้นาน ไม่ต้องเปลี่ยนบ่อย สามารถซึมผ่านไปออกฤทธิ์ได้ เนื้อตายที่พื้นผิวของแผลได้ ไม่มีอันตรายต่อเซลล์ หรือกระบวนการหายของแผลติดเชื้อแทรกซ้อนน้อย และไม่เป็นพิษ วิธีใช้ง่าย เก็บรักษาง่าย และราคาไม่แพง จากการศึกษาของ Cooper (2004) ได้พบว่าการใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ในการดูแลบาดแผลพบว่าสารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ที่ใช้กันบ่อย ๆ มีดังนี้

2.2.2.1 โพรวิโดน-ไอโอดีน (Providone-iodine) เป็นการผสมสารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ 2 ชนิด คือ ไอโอดีน (Iodine) และโพลีไวนิล หรือไพลไอดีน (Polyvinyl/ Pyrrolydine) มีกลไกการออกฤทธิ์ คือ รวมตัวได้โดยตรงกับโปรตีนในเซลล์ ทำให้โปรตีนนั้น ๆ เสียคุณสมบัติไป จะออกฤทธิ์เมื่อสัมผัสกับผิวหนัง สามารถทำลายเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก และเชื้อแบคทีเรียแกรมลบได้ดี ทั้งนี้มีการศึกษาถึงผลของโพรวิโดนที่มีต่อแผลมากมายทั้งด้านประสิทธิภาพ และภาวะที่เป็นพิษต่อเซลล์ ทั้งนี้โพรวิโดน-ไอโอดีนยังมีพิษต่อไฟโบรบลาสต์ ทำลายเนื้อเยื่อปกติ และเนื้อเยื่อที่กำลังงอกขยาย (Granulation Tissue) ทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ในนามคาคิโซเมอร์ ไอโอดีน (Cadexomer Iodine) ซึ่งผสมไอโอดีน ใน Modified Starch Matrix สามารถดูดซับสิ่งคัดหลั่งได้ถึง 6 เท่า แล้วจะค่อย ๆ ปล่อย ไอโอดีนออกมาเพื่อทำลายแบคทีเรีย จากการศึกษาของ Mertz, Oliveira, and Davis (1999) ศึกษาผลของคาคิโซเมอร์ ไอโอดีนต่อเชื้อ MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus) พบว่าคาคิโซเมอร์ ไอโอดีนสามารถลดระดับของเชื้อ MRSA และเชื้อแบคทีเรียอื่น ๆ ได้ และสามารถส่งเสริมกระบวนการหายของแผลได้เป็นอย่างดี

2.2.2.2 ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ (Hydrogen Peroxide: H_2O_2) เป็นสารในกลุ่ม Oxidizing Agent ที่ไม่คงตัว จะสลายตัวให้ Oxygen Free Radical และน้ำ ซึ่งออกซิเจนทำให้จุลชีพมีเวลาในการทำปฏิกิริยาล้นลง โดยจะมีฤทธิ์เฉพาะช่วงที่สลายตัวมาจากไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์เท่านั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ถ้าใช้กับแผลเพื่อการปลูกผิวหนังจะทำให้ลายเยื่อผิวหนังที่เจริญขึ้นมาใหม่ ดังนั้นจึงไม่ควรใช้สารละลายนี้กับเนื้อเยื่อผิวหนังที่เจริญขึ้นมาใหม่ ทั้งยังเป็นพิษต่อไฟโบรบลาสต์ และอาจเกิดการอุดตันของ Oxygen Embolus ได้เนื่องจากขณะไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์สลายตัวให้ออกซิเจน และน้ำ ถ้าอยู่ในแผลที่มีลักษณะระบบปิดจะเกิดความดันสูงขึ้นทำให้ฟองอากาศเข้าสู่กระแสเลือดได้ และมีรายงานของ Ahluwalia and Reichert (2006) ที่พบ Oxygen Embolism เมื่อใช้ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 3% จำนวน 20 ซีซี ขุบน้ำที่ใช้ในการซับเลือด วางลงไปบนแผลที่ต้นขาในการชะล้างก้อนเลือดขนาดใหญ่ที่ต้นขาหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมในผู้ป่วยหญิงอายุ 72 ปี ดังนั้นการใช้ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์จำนวนมากในแผลที่มีขนาดใหญ่ต้องระมัดระวัง ปัจจุบันนิยมใช้ในการจัดการกับเนื้อเยื่อโดยเป็นน้ำยาที่ช่วยให้เนื้อตายหลุดออก

2.2.2.3 ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ (Silver Compounds) ได้แก่ ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน (Silver Sulfadiazine) เป็นสารทำลายเชื้อในแผลที่นิยมใช้ชนิดหนึ่งเนื่องจากราคาไม่แพงและมีผลข้างเคียงน้อย จัดทำเป็นตัวยาที่มีความเข้มข้น 1% สามารถทำลายเชื้อได้ทั้งกลุ่ม Gram Positive และ Gram Negative Bacteria เชื้อราพวก Candida Albican และสามารถครอบคลุมทั้งเชื้อ Herpes Virus จากการศึกษพบว่า ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน ช่วยเพิ่มการเสริมสร้างเส้นเลือดใหม่เข้ามายังบาดแผล ลดระยะอักเสบ (Inflammation) และลดปริมาณของเชื้อแบคทีเรียได้อย่างมีนัยสำคัญ การใช้ยาซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีนควรเปลี่ยนทำแผลทุก 12 - 24 ชั่วโมง และระหว่างการใช้ยา ผู้ป่วยอาจรู้สึกแสบแผลเล็กน้อย นอกจากนี้ยังมีข้อเสียสำหรับยาตัวนี้ คือ จะทำให้เกิด Pseudo Eschar บาง ๆ ขึ้นคลุมแผลหลังการใช้ยา 2 - 3 วัน ทำให้ประเมินยากว่าบาดแผลเกิดเนื้อตายหรือไม่ Nanocrystalline Silver Compounds (Acticoat) เป็นแผ่นทำแผลที่มีซิลเวอร์ เคลือบอยู่ อาศัยกลไกของน้ำกลั่นเป็นตัวกระตุ้นให้ซิลเวอร์แตกตัวออกมาเป็นประจุ โดยข้อดีของ Acticoat คือ เพิ่มประสิทธิภาพในการใช้แผ่นทำแผลที่มีซิลเวอร์เคลือบอยู่ให้ได้ผลดียิ่งขึ้นพบว่าการเพิ่มประสิทธิภาพในการฆ่าแบคทีเรียได้ดีกว่าผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ตัวอื่น ๆ ลดจำนวนครั้งในการทำแผลลงสามารถเปลี่ยนแผลได้ทุก 3 - 7 วัน ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นให้บาดแผลและลดการติดเชื้อในแผลเรื้อรังได้ดี

2.2.2.4 กรดอะซิติก (Acetic Acid) มีฤทธิ์เป็น Bactericidal สามารถทำลายเชื้อได้ทั้งกลุ่มแบคทีเรียกรัมบวก และแบคทีเรียกรัมลบ มีการศึกษาในมนุษย์พบว่า สามารถทำลายเชื้อสตาฟิโลคอคคัสได้ดี ทั้งนี้ยังมีการศึกษาพบว่า สารละลาย 2.5% กรดอะซิติกมีผลต่อระยะเวลาของ

กระบวนการหายของแผล และพบว่าเป็นอันตรายต่อไฟโบรบลาสต์ การทำให้เจือจาง และชุบผ้า ก่อให้เกิดชุ่มชื้นในแผลที่มีกลิ่นเหม็นรุนแรง 15 นาทีต่อวัน จะช่วยลดกลิ่นเหม็นลงได้ ดังนั้นสรุปได้ว่าการจัดการกับแบคทีเรียที่ปนเปื้อนบาดแผลทั้ง 4 ลักษณะ คือ 1) แผลปนเปื้อนเชื้อ (Wound Contamination) ใช้วิธีการล้างด้วยน้ำเกลือออร์มอล 2) แผลที่มีเชื้อจุลชีพอยู่ (Wound Colonization) ใช้วิธีการล้างด้วยน้ำเกลือออร์มอล และกำจัดเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมในบาดแผล 3) แผลที่พบมีเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุให้แผลไม่หาย (Critical Colonization) ใช้วิธีการให้ยาต้านจุลชีพ ร่วมกับการทำแผลโดยใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ได้แก่ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิลเวอร์ (Silver Compounds) และคลอโรเมอร์ ไอโอดีน ที่สามารถปล่อยสารที่ระคายเคืองทำลายเชื้อแบคทีเรีย 4) แผลติดเชื้อ (Wound Infection) ใช้วิธีการให้ยาต้านจุลชีพร่วมกับการทำแผลโดยใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ เช่นเดียวกับ Critical Colonization ร่วมกับการกำจัดเนื้อตาย

2.3 การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อมมีวิธีการดังต่อไปนี้

2.3.1 Hand Washing การล้างมือ เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุด และคุ้มค่าที่สุดในการควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ การล้างมือมี 3 วิธี คือ การล้างมือด้วยสบู่และน้ำ การล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ และการล้างมือก่อนผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลบาดแผลชนิดเปิด ควรมีการล้างมืออย่างถูกวิธี ทั้งก่อนและหลังการทำแผล ซึ่งในปัจจุบันการล้างมือโดยไม่ใช้น้ำ (Alcohol Hand Rub) เป็นมาตรการเสริมสำหรับการล้างมือ สามารถลดเชื้อแบคทีเรียที่อยู่บนมือชั่วคราวออกได้ และสามารถใช้แทนการล้างมือธรรมดา โดยใช้เมื่อไม่มีการปนเปื้อนสิ่งสกปรกที่เห็นได้ชัด การทำกิจกรรมที่ต่อเนื่องกันก่อนและหลังการทำแผลผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีวิธีการดังนี้ ใช้น้ำยาประมาณ 2 - 3 cc ถูมือทั้งสองข้างให้ทั่ว รองนกระทั้งน้ำยาแห้ง โดยไม่ต้องล้างมือด้วยน้ำ หรือน้ำยาฆ่าเชื้ออีก

2.3.2 การสวมถุงมือ ควรเปลี่ยนถุงมือคู่มือทุกครั้ง เมื่อจะทำแผล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) การควบคุมจำนวนสิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ให้มีปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้แผลหายได้ดีขึ้น เนื่องจากการช่วยให้เซลล์และ Matrix ที่ช่วยในการหายของแผลเข้ามาในแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังเป็นการสร้างสมดุลของความชุ่มชื้นของแผลซึ่งความชื้นของแผลที่เหมาะสมจะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เพราะกรณีที่แผลแห้งเกินไปจะทำให้เนื้อรอบแผลเปื่อย และอาจเกิดแผลลุกลามเพิ่มได้ การเลือกวิธีการจัดการที่เหมาะสมนั้นต้องขึ้นอยู่กับสาเหตุของแผล ซึ่งอาจต้องใช้วิธีการอื่นร่วม เช่น การกดรัด (Compression Therapy) ในผู้ป่วยที่มีแผลจากหลอดเลือดดำหรือการใช้ผลิตภัณฑ์เชิงกล เช่น การใช้แรงดูดสูญญากาศ เป็นต้น ซึ่งปัจจุบันผลิตภัณฑ์ใส่แผลหรือวัสดุ

ปิดแผลมีให้เลือกมากมาย เพื่อช่วยให้สิ่งคัดหลั่งในบาดแผลมีความสมดุล การเลือกวัสดุปิดแผลให้เหมาะสมนั้นขึ้นอยู่กับตำแหน่งของแผล พื้นที่ใต้แผลผิวหนังบริเวณรอบแผล ลักษณะของแผล ปริมาณสารคัดหลั่งออกจากแผล และราคาที่เหมาะสมกับเศรษฐกิจของผู้ป่วย และสถานพยาบาล จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในการเลือกวัสดุในการดูแลบาดแผล ผู้ที่ให้การดูแลควรทราบว่า วัสดุนั้นมีชนิดใดบ้าง ข้อดี - ข้อเสีย ของวัสดุแต่ละอันเป็นอย่างไร โดยเฉพาะในแผลเรื้อรัง (chronic wound) ซึ่งต้องการดูแลที่มากกว่าแผลสด (acute wound) โดยวัสดุทำแผลที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. สามารถดูดซึมและเก็บกักสารคัดหลั่ง (exudate) ที่ออกมาจากแผลได้
2. ไม่มีสารตกค้างอยู่ในแผล
3. น้ำสามารถซึมผ่านออกมาได้
4. เป็นฉนวนกันความร้อน
5. ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บเมื่อทำการเปลี่ยนวัสดุทำแผล
6. ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย
7. ลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย
8. ผู้ป่วยรู้สึกสบาย
9. ไม่ระคายเคืองผิวหนัง
10. กระตุ้นการหายของบาดแผล
11. ไม่แพง

การแบ่งชนิด (classifications) ของวัสดุทำแผลสามารถแบ่งได้ตามลักษณะการทำงาน (function) เช่น การตัดเนื้อตาย (debridement) ด้านปฏิชีวนะ (antibacterial) สามารถดูดซับน้ำได้ (absorbent) สามารถติดแผลได้ (adherence) หรือแบ่งตามวัสดุองค์ประกอบ เช่น สารประกอบไฮโดรคอลลอยด์ (hydrocolloid) คอลลาเจน (collagen) เป็นต้น หรือแบ่งตามลักษณะของวัสดุ เช่น จี๊ฟิ่ง (ointment) ฟิล์ม (film) โฟม (foam) หรือเจล (gel) เป็นต้น รายละเอียดดังต่อไปนี้

ก๊อช (Gauze)

ก๊อชเป็นอุปกรณ์ทำแผลที่ใช้มาอย่างยาวนานและใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วไป เนื่องจากมีราคาถูก ขั้นตอนการทำแผลง่าย ผู้ป่วยสามารถทำแผลได้ด้วยตนเอง และมีขายทั่วไป แต่การทำแผลโดยวิธีนี้ ข้อเสียคือ แผลซึมบ่อย ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย อาจมีการทำลายเนื้อเยื่อผิวหนัง ขณะลอกเปลี่ยนแผล และเจ็บเวลาเปลี่ยนแผล

ผ้าตาข่าย (Tulles)

ผ้าตาข่ายได้เกิดจากการพัฒนามาจากการทำแผลโดยก๊อช สามารถลดความเจ็บปวดเวลาทำแผล วัสดุทำแผลติดแผลลดลง และยังสามารถให้สารคัดหลั่งซึมผ่านได้ด้วยโดยได้

ทำการเคลือบสารต่าง ๆ ไปยังแผ่นตาข่าย ได้แก่ พาราฟิน(parafin) วาสลีน (vasaline) ปิโตรเลียม (petroleum) หรือยาฆ่าเชื้อกลุ่ม Chlorhexidine โดยที่ราคาไม่แพงเหมาะกับแผลที่มีขนาดคืบ และสารคัดหลั่งไม่มากนัก

ฟิล์ม (Film)

ฟิล์มเป็นอุปกรณ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติสามารถติดกับผิวหนังรอบๆ แผลได้ อากาศ และไอน้ำสามารถซึมผ่านได้ แต่ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรค มีลักษณะเป็นแผ่นใสทำให้สามารถสังเกตดูแผลได้โดยไม่ต้องทำการเปิดแผล เหมาะสำหรับแผลที่มีลักษณะคืบและ สารคัดหลั่งมีปริมาณเล็กน้อย หรืออาจใช้ปิดแผลร่วมกับ อุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่นๆ และปิดแผลบริเวณข้อต่อและมือ เพราะมีคุณสมบัติในการยืดหยุ่นได้

โฟม (Foam)

โฟมเป็นสารประกอบ polyurethane ซึ่งมีในรูปแบบแผ่นและซีต มีความสามารถในการดูดซึมสารคัดหลั่งสูง และสร้างภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผล สามารถใช้ทำแผลทั้งแผลที่คืบและแผลที่ลึกเป็นหลุมได้ แต่เนื่องจากการใช้ในแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมากทำให้อาจต้องทำการเปลี่ยนแผลบ่อย

ไฮโดรเจล (Hydrogel)

ไฮโดรเจล เป็นสารประกอบ polymer ที่มีส่วนผสมของ glycerine หรือ water-based gels ที่เคลือบไปยังแผ่นวัสดุทำแผล มีคุณสมบัติ ให้ความชุ่มชื้นบาดแผล (rehydrate) สามารถลอกเปลี่ยนวัสดุได้โดยไม่ติดบาดแผล ไม่เจ็บ สามารถเอาเนื้อตายออกมาจากบวมแผลได้โดยการดูดซึมเนื้อตายเอาไว้ที่วัสดุทำแผล แต่ไม่ทำลายเนื้อเยื่อผิวหนังปกติ เหมาะสำหรับแผลที่มีขนาดไม่ลึกมาก แผลที่แห้ง และมีสารคัดหลั่งน้อย

ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid)

ไฮโดรคอลลอยด์ ประกอบไปด้วย gelatin, pectin และ Carboxymethyl cellulose ที่เคลือบไปบน self-adhesive polyurethane films ทำให้มีลักษณะเป็นแผ่นซีต สามารถติดทำแผลได้ทุกรูปร่าง กระตุ้นการหายของแผลและการสลายเนื้อตายแบบ autolytic debridement ป้องกันการซึมผ่านของน้ำและอากาศได้ ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย (ทำแผลทุก 2 - 3 วัน) แต่ไม่เหมาะกับแผลที่มีสารคัดหลั่งมาก เพราะจะทำให้เสียคุณสมบัติดังกล่าว และอาจเกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย (maceration) รอบ ๆ บริเวณแผลได้ แผลที่เหมาะสมกับวัสดุชนิดนี้ได้แก่ แผลลอก แผลคืบ แผลกดทับระยะที่ 1 - 2 แผลเส้นเลือดซอด (venous ulcer) แผลน้ำร้อนลวก และแผล Donor site skin graft

Alginate alginates เป็นสารประกอบ cellulose-like polysaccharide ที่สกัดได้จากสาหร่ายและสาหร่ายสีน้ำตาล มีส่วนประกอบของประจุโซเดียมและแคลเซียม ทำให้มีคุณสมบัติใน

การอุ่นน้ำสูง จึงเหมาะสำหรับแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมาก เช่น แผลกดทับ หรือแผลเบาหวาน เป็นต้น แต่ก็มีข้อเสียคือ alginates จะติดที่ก้นแผลและแห้ง ทำให้เจ็บเวลาเปลี่ยนแผล และอาจทำให้มีเลือดออกหรือเนื้อเยื่อติดออกมาขณะทำการเปลี่ยนแผลได้ ดังนั้นจึงต้องทำการชุบล้างแผลด้วยน้ำเกลือก่อนทำการเปลี่ยนแผลเพื่อลดอาการดังกล่าว

Antimicrobial dressings ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีส่วนผสมของสารต้านจุลชีพจะได้มีการศึกษาจำนวน มากกว่ามีประโยชน์และเหมาะสมในการใช้ทำแผลที่มีแบคทีเรียปนเปื้อน (colonization) แผลที่มีการติดเชื้อ (infection) แผลเรื้อรัง รวมไปถึงแผลที่มีไบโอฟิล์มเคลือบ 7 - 8 โดยสารต้านจุลชีพที่นิยมใช้ผสมในวัสดุทำแผลได้แก่ silver, Iodine-based หรือ metronidazole เป็นต้น

Silver-impregnated dressings เป็นวัสดุที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย ได้มีการนำส่วนผสมของ silver มาผสมในวัสดุต่าง ๆ เช่น gauze, hydrocolloid, alginates, foams, creams และ gels ซึ่งจะมีการสลายได้เป็น silver ion ซึ่งมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อโรค และในปัจจุบันได้มีการนำเทคโนโลยี nanocrystalline silver มาใช้ทำให้สามารถผลิตสาร silver ขนาดเข้มข้น 70-100 ppm ซึ่งมีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อได้ดีขึ้น โดยสามารถฆ่าได้ทั้งเชื้อรา (Fungi), MRSA และ Vancomycin resistant enterococci (VRE) ตัวอย่างวัสดุกลุ่มนี้ เช่น Acticoat เป็นวัสดุประกอบไปด้วย 3 ชั้น ชั้นกลางเป็นส่วนประกอบของ Rayon/polyester ส่วนชั้นบนและล่างเป็นส่วนประกอบของ Silver - coated high density polyethylene mesh มีความเข้มข้นของ Silver มากกว่าปริมาณที่สามารถฆ่าเชื้อโรค 20 - 30 เท่า สามารถทิ้งไว้ได้ 5 - 7 วัน โดยไม่ต้องทำแผลบ่อยทำให้ลดการรบกวนกระบวนการหายของบาดแผล เป็นต้น

Negative pressure wound therapy (NPWT) หรือ Vacuum-assisted closure (VAC) เป็นวิวัฒนาการในการดูแลบาดแผล ช่วยให้บาดแผลที่หายยากดีขึ้น กระตุ้นการเจริญของเซลล์ โดยการใช้แรงดูดที่ต่ำกว่าชั้นบรรยากาศ คือ 100-125 mmHg¹⁰ โดยมี 2 ระบบการทำงานทั้งการทำงานแบบตลอดเวลา (continuous) และการทำงานเป็นพัก ๆ (intermittence) การทำงานดังกล่าวมีการกระตุ้นทั้งแบบ macrostrain (physical response) และแบบ micro strain (biological response) อีกทั้งยังสามารถดูดสารคัดหลั่งออกจากบาดแผลผ่านทางเครื่องดูด เพื่อให้สภาวะเหมาะสมกับการ mal living replacement หรือ Skin living replacement ซึ่งวัสดุชนิดนี้สามารถช่วยในการดูแลบาดแผลทั้งในเรื่องของการป้องกันการสูญเสียสารน้ำ ป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อหรืออาจนำมาใช้ในการปิดบาดแผล ทดแทนเนื้อเยื่อที่ขาดหายไป เพื่อช่วยในการปิดแผลถาวรต่อไป แต่ข้อเสียที่สำคัญของวัสดุชนิดนี้ก็คือ ยังคงมีราคาที่สูง ทำให้มีข้อจำกัดในการใช้และต้องทำการเลือกบาดแผลที่เหมาะสมในการใช้วัสดุชนิดนี้

การส่งเสริมการหายของบาดแผล ได้แก่ การจัดการความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วย ดังนี้

1. การจัดการกับความเจ็บปวดถือว่าเป็นภารกิจหลักอย่างหนึ่งของพยาบาล พยาบาลจะต้องบูรณาการความรู้ความสามารถในการบรรเทาความเจ็บปวดอย่างเหมาะสมกับผู้ใช้บริการ หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดการกับความเจ็บปวดในการทำแผลของ The European Wound Management Association (2002) และ World Union of Wound Healing Societies (2004) ได้แนะนำเรื่องการจัดการกับความเจ็บปวดในการทำแผล โดยแบ่งเป็น 2 วิธี ได้แก่ การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยา และการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

1.1 การจัดการกับความเจ็บปวดโดยใช้ยาจะใช้หลักขององค์การอนามัยโลกที่ได้แนะนำการใช้ยาระดับความเจ็บปวดเป็น 3 ระดับ (WHO Three-step Analgesic Ladder) ดังนี้

ระดับที่ 1 คະแนนระดับความเจ็บปวด 1-3 เริ่มจากการใช้ยาระดับปวดธรรมดาที่ไม่เสพติด (Non Opioids) ได้แก่ แอสไพริน พาราเซตามอล และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non-steroidal Anti - inflammatory Drugs: NSAIDs) ยากลุ่มนี้ใช้รักษาในรายที่มีความเจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระดับที่ 2 เมื่อใช้ยาในขั้นที่ 1 ไม่ได้ผลก็จะใช้ขั้นต่อไป ได้แก่ ใช้ยาในขั้นที่ 2 โดยการให้ยาที่ใช้ในขั้นที่ 1 ร่วมกับยาระดับปวดที่อยู่ในกลุ่มยาเสพติดอย่างอ่อน (Weak Opioid Analgesics) ซึ่งได้แก่ โคดีอีน (Codeine) ทรามาดอล (Tramadol) เด็กซ์โตร โปรพอกซีเฟน (Dextropropoxyphene หรือ Doloxene Compound) ยากลุ่มนี้ใช้ระงับปวดในรายที่เจ็บปวดเล็กน้อยถึงปานกลาง คະแนนระดับความเจ็บปวด 4 - 6

ระดับที่ 3 เมื่อใช้ยาในขั้นที่ 2 ไม่ได้ผลก็จะใช้ยาในขั้นที่ 3 โดยการให้ยาที่ใช้ในขั้นที่ 1 ร่วมกับยาระงับปวดที่อยู่ในกลุ่มยาเสพติด (Strong - opioid Analgesics) ซึ่งได้แก่ มอร์ฟีน (Morphine) เพทิดีน (Pethidine) เมทาโดน (Methadone) บิวพรีนอร์ฟีน (Buprenorphine หรือ Temgesic) ยาในกลุ่มนี้ใช้ระงับปวดในรายที่เจ็บปวดปานกลางถึงรุนแรง คະแนนระดับความเจ็บปวด 7 - 10 การจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา The European Wound Management Association (2002) และ Wound Union of Wound Healing Society (2004) ได้มีมติ และมีข้อแนะนำในการจัดการกับความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ดังนี้

- ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยขณะเอาผ้าปิดแผลออก โดยสอบถามถึงขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยปวดมากที่สุด และสิ่งที่ทำให้ปวดลดลง

- ในขณะที่ทำแผล แนะนำและอนุญาตให้ผู้ป่วยสามารถดึงผ้าปิดแผลออกเองได้เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการจัดการกับความเจ็บปวด โดยบริเวณใดที่มีความเจ็บปวดมาก จะใช้น้ำเกลือราดให้ชุ่มเพื่อให้ดึงผ้าปิดแผลออกได้ง่าย

- ขณะทำแผล แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายและเป็นการบรรเทาอาการปวดแผล

- ผู้ป่วยสามารถขอยุติการทำแผลได้ชั่วคราว เพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดจากการเช็ดด้วยสำลี หรือการขูด/ ตัดเนื้อตาย

- มีการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดความเครียด ได้แก่ การปิดม่านไม่เปิดเผยผู้ป่วย การจัดทำผู้ป่วยก่อนทำแผลให้เหมาะสม เพื่อลดความไม่สบายใจให้มากที่สุด และมดระวังไม่ให้มีการเปิดเผยแผลของผู้ป่วยนานเกินไป ในระหว่างทำแผล หรือระหว่างรอแพทย์เฉพาะทางมาตรวจการเปิดผ้าปิดแผล ในขณะที่มีการเปลี่ยนผ้าปิดแผลโดยดึงวัสดุปิดแผลที่ติดอยู่กับแผลออก จะทำให้เกิดการกระตุ้นความรู้สึกที่แผล และก่อให้เกิดความเจ็บปวดมาก โดยเฉพาะเมื่อติดแน่นกับกันแผล

2. การส่งเสริมภาวะโภชนาการ โภชนาการที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการหายของแผลอย่างมีประสิทธิภาพ ตัวสำคัญคือโปรตีน และพลังงาน มีแนวทางในการส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดังนี้

2.1 ผิวหนังปกติ ให้โปรตีน 0.8-1.0 gm/ kg น้ำ 30 cc/ kg/ day พลังงาน 30 cal/ kg/day

2.2 แผลกดทับระยะที่ 1 และ 2 ผิวหนังมีลักษณะแดง และแผลจากหลอดเลือดแดง (1 - 2 แผล) ให้โปรตีน 1.2-1.5 gm/ kg น้ำ 35 cc/ kg/ day พลังงาน 35 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.3 แผลกดทับระยะที่ 3 และ 4 ให้โปรตีน 1.5-2.0 gm/ kg น้ำ 35-40 cc/ kg/ day พลังงาน 40 Kcal/ kg/day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.4 แผลกดทับระยะที่ 4 อย่างรุนแรงและแผลไหม้ ให้โปรตีน 3.0 gm/ kg น้ำ 40 cc/ kg/ day พลังงานมากกว่า 40 Kcal/ kg/ day เพิ่มวิตามินและเกลือแร่

2.5 แผลที่มีหลายตำแหน่ง แผลหลอดเลือดดำ และแผลที่ไม่หาย และ/ หรือมีภาวะอัลบูมินต่ำ ให้โปรตีน 2.0 - 3.0 gm/ kg น้ำมากกว่า 40 cc/ kg/ day พลังงาน 35 - 40 Kcal/ kg เพิ่มวิตามินและเกลือแร่ ทั้งนี้การให้อาหารต้องพิจารณาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม เช่น อายุ เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียจากการให้สารอาหารบางอย่างมากเกินไป

3. การดูแลด้านจิตใจ

การมีบาดแผลย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ และอารมณ์ทั้งของผู้ป่วยเอง และผู้ดูแลซึ่งมีสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ความพร้อมในการเผชิญกับการดูแลแผล ความกลัวการตอบสนองของบุคคลอื่นรอบข้างที่มีต่อแผลของผู้ป่วย ซึ่งอาจกลัวว่าบุคคลอื่นจะรังเกียจหรือมองว่าตนเองเป็น

บุคคลที่น่าสงสาร มีภาวะเครียด ทั้งผู้ป่วย และผู้ดูแลอาจกังวลว่าแผลจะไม่หาย บางครั้งแผลจะมีกลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากการติดเชื้อหรือการมีเนื้อตายในแผล อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยได้ กลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากแผลและการรื้อซึมของสิ่งที่ซึมออกมาจากแผลอาจส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าคุณเองสกปรก เมื่อได้กลิ่นแผลหรืออาจกล่าวคำขอโทษบุคคลอื่นที่แผลของตนส่งกลิ่นรบกวนจนบางครั้งผู้ป่วยอาจแยกตัวเองเกิดความวิตกกังวล ความเศร้า และความพึงพอใจในชีวิตลดลง พยาบาลควรประเมิน และกำจัดการดูแลของกลิ่นที่เกิดขึ้น อาจด้วยการรักษาการติดเชื้อ หรือการตัดเนื้อตายกลิ่นอาจลดลงจากการทำความสะอาดแผล (Wound Cleansing) การล้างแผล (Wound Irrigation) การใช้อุปกรณ์ใส่แผลที่มีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ (Topical Antimicrobial Agents) การใช้ Metronidazole ปิดแผล หรืออาจทำแผลด้วย Activated Charcoal แผลที่มีกลิ่นออกมากับสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมามากเกินไปควรเปลี่ยนแผลบ่อยขึ้น พยาบาลไม่ควรแสดงท่าทีรังเกียจ และควรจัดสภาพแวดล้อมให้มิดชิดขณะทำแผล เพื่อไม่เป็นการเปิดเผยผู้ป่วยมากเกินไป กรณีที่แผลมีขนาดใหญ่ อาจใช้ผ้าปิดตาผู้ป่วยขณะทำแผลเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว

การดูแลแผลกดทับ

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา เนื่องจากแผลจะหายช้า หายยาก มักลุกลามขยายเป็นแผลขนาดใหญ่ขึ้น แผลลึกมากขึ้น และบ่อยครั้ง อาจเกิดการติดเชื้อตามมา ดังนั้นเพื่อให้แผลกดทับหาย ป้องกันการลุกลาม และการติดเชื้อ จึงมีสิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึง ได้แก่ 1) การทำแผลให้ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมการหายของแผล 2) การจัดทำผู้ป่วย เพื่อช่วยลดการกดทับ และช่วยให้มีการไหลเวียนเลือดได้ดีขึ้น ลดการลุกลามของแผลกดทับ 3) การดูแลเรื่องอาหาร เพื่อช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น

วิธีการจัดการแผลกดทับ

แผลกดทับระดับ 1 (Stage 1 Pressure Injury) ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด รอยแดงเหล่านี้จะไม่หายไปภายในประมาณ 30 นาที เมื่อมีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถใช้นิ้วมือกดพบว่ารอยแดงยังคงอยู่ การดูแลควรพลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้าออกจากพื้นผิวเตียง โดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่อง กรณีนอนตะแคง ให้จัดทำนอนตะแคงกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้า หรือเบาะสอดคั่นระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก

กดทับระดับ 2 (Stage 2 Pressure Injury) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใส

ที่แตก การดูแลควรทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่าย ที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือกลุ่มโพลียูรีเทนโฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลั่ง จากแผลที่มีปริมาณปานกลาง เป็นต้น พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผล และส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงแผลกดทับ

แผลกดทับระดับ 3 (Stage 3 Pressure Injury) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็น ชั้นไขมันในแผล อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาล หรือสีดำ ดูแลโดยทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผล

- แผลตื้น ใช้สาลิชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือ โดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผล

- แผลลึกมีโพรงแผล ทำโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2 - 3 ครั้ง จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผล ตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ถ้ามีไข้ หรือแผลเป็นหนอง แผลมีเนื้อตายที่มีกลิ่นเหม็น แผล มีขนาดกว้างขึ้น ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม

แผลกดทับระดับ 4 (Stage 4 Pressure Injury) มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้น เนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังพืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้ การดูแลแผลกดทับระดับ 4 เนื่องจากเป็นแผลที่มีความลึกกลุกลามเข้าไปในชั้นกล้ามเนื้อ และ/หรือ กระดูก มักพบแผลมีการติดเชื้อ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม ห้ามใช้ ห่วงยางหรือถุงมือยางใส่สำรอนตามปุ่มกระดูก เพราะจะทำให้เกิดการกดหลอดเลือดใต้ผิวหนัง ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือตายได้ จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะการนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการนิคขาดของผิวหนัง ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขยับถ่ายด้วยสาลิชุบน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป หรือผ้ารองเปื้อนแบบหนา และเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขยับถ่าย ดูแลผิวหนังให้สะอาด ใช้โลชั่นหรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อยๆ เพื่อช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น

แผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ (Unstageable Pressure Injury) ลักษณะพื้นแผล ทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเปื่อยยุ่ยหรือเนื้อตายแห้งแข็ง การดูแล แผลกดทับในลักษณะนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการรักษาโดยการกำจัดเนื้อตายและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม

แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อชั้นลึก (Deep Tissue Pressure Injury) ลักษณะแผลกดทับมีการเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงซ้ำหรือสีม่วง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาดหรือ ผิวหนังฉีกขาดเป็นแผล หรือพบเป็นลักษณะของตุ่มน้ำที่มีเลือดอยู่ข้างใน การดูแล คือ พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลาก ดึง ร่วมกับยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียง โดยใช้หมอนหรือผ้า รองได้น่อง กรณีนอนตะแคงตัวให้จัด ท่านอนตะแคงกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรง กดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้า หรือเบาะสอดคั่นระหว่างเข่า และขาทั้งสองข้างเพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอย่นของ ผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย ปิดแผลด้วยวัสดุในการดูแลบาดแผลตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหายของแผล

1. ปัจจัยภายในร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วย

1.1 ภาวะโภชนาการ

1.1.1 โปรตีน เป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อต่างๆ ช่วยส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อ ที่สึกหรอ และเป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผล ดังนั้นถ้าขาดโปรตีนจึงทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ความต้านทานเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของการหายของแผลได้ และยังมีความสัมพันธ์กับการกด การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันทำให้การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันเสียไป รวมถึงการเคลื่อนไหวไปหา และการจับกินของเม็ดเลือดขาวเสื่อมลง การตรวจวัดภาวะโปรตีนต่ำ สามารถดูได้จากการตรวจค่าของระดับ อัลบูมิน (Albumin) ในเลือดโดยระดับค่า 2.8 - 3.5 g/dl ถือว่าขาดน้อย ระดับค่า 2.1 - 2.7 g/dl ถือว่าขาดปานกลาง แต่หากระดับค่าน้อยกว่า 2.1 g/dl ถือว่าขาดมาก

1.1.2 คาร์โบไฮเดรต เป็นสารที่สร้างพลังงาน เมื่อร่างกายขาดคาร์โบไฮเดรต ร่างกายจะดึงโปรตีนที่สะสมไว้ในร่างกายมาใช้ และส่งผลให้การหายของแผลช้าลง

1.1.3 วิตามินและเกลือแร่ วิตามินซี วิตามินเอ สังกะสี และธาตุเหล็ก มีส่วนสำคัญในการสร้างคอลลาเจน ภูมิคุ้มกันต้านเชื้อโรค อีพิตีเลียลเซลล์หรือเซลล์เยื่อบุผิว (epithelialization) รวมถึงการทำหน้าที่ของเม็ดเลือดแดงในการนำออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ดังนั้นถ้าขาดวิตามินและเกลือแร่ดังกล่าวจะทำให้แผลหายช้า เนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ไม่แข็งแรงและทำให้แผลแยกได้ง่าย

1.2 อายุ ผู้สูงอายุการหายของแผลจะช้ากว่าในวัยหนุ่มสาว เนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุ มีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย มีการสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์อีพิตีเลียล

ลดลง มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ได้ช้า การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลจะน้อย และประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคจะลดลงด้วย จึงทำให้กระบวนการหายของแผลมีประสิทธิภาพลดลง

1.3 สภาพของโรค เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีการเพิ่ม ความดันออสโมติก ส่งผลให้การทำงานของไฟโบรบลาสต์ และเม็ดเลือดขาวลดลง จะทำให้แผลติดเชื้อได้ง่าย ส่วนมะเร็งในเม็ดเลือดขาวจะมีเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมถูกขจัดออกไปได้น้อย จึงเกิดการอักเสบติดเชื้อและการทำงานของไฟโบรบลาสต์สูญเสียไป ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลซ้ำลง

1.4 การได้รับเลือด และออกซิเจนของเนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลอย่างเพียงพอ เป็นสิ่งสำคัญในการนำสารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ ให้สร้างภูมิคุ้มกันเพื่อทำลายเชื้อแบคทีเรีย สังกะราห์ คอลลาเจน และการสร้างเยื่อบุผิว (epithelialization) เพื่อซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไป ในผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสียเลือด (hypovolemia) จะมีผลทำให้กระบวนการหายของแผลซ้ำลง

1.5 การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์ และการรักษาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันระดับเซลล์ก็จะมีผลต่อกระบวนการหายของแผลเช่นกัน โดยเฉพาะการได้รับยาเคมีบำบัด รวมถึงผู้ที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันจากการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะจะมีการกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดลดลงจึงขัดขวางต่อกระบวนการหายของแผล หรือผู้ที่ได้รับยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดการขัดขวางต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวที่เคลื่อนออกมารวมตัวบริเวณบาดแผลเพื่อขจัดเชื้อโรค และสิ่งแปลกปลอมตลอดจนลดการซ่อมแซมเนื้อเยื่อตลอดระยะของการงอกขยายของเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ

1.6 การสูบบุหรี่ ทำให้การทำหน้าที่ของฮีโมโกลบินลดลง กระทบต่อการปล่อยออกซิเจน เข้าเนื้อเยื่อลดลง ส่งผลให้เชื้อขาดออกซิเจน รวมถึงนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหดตัว ทำให้ประสิทธิภาพของกระบวนการหายของแผลลดลง

1.7 ความเจ็บปวด (pain) เมื่อเกิดความเจ็บปวดจากบาดแผลจึงทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานตามมา อาจส่งผลต่อความร่วมมือในขณะทำแผล กรณีที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำแผล จะทำให้ประสิทธิภาพการทาแผลลดลง แผลหายช้าลงได้

2. ปัจจัยภายนอก

2.1 ภาวะติดเชื้อ (wound infection) ภาวะติดเชื้อเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดอัตราตาย และเป็นสาเหตุใหญ่ที่รบกวนกระบวนการหายของแผล การติดเชื้อของแผลจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ชนิดและจำนวนของเชื้อโรค ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสิ่งแวดล้อมรอบแผล

2.2 การดูแลบาดแผลที่เหมาะสม มีความสำคัญต่อกระบวนการหายของแผล การเข้าใจลักษณะของแผล การใช้ยาทำลายเชื้อ (antiseptic) ต่าง ๆ รวมถึงการดูแลแผลที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ เทคนิคการทำแผลที่ไม่มีคุณภาพ ใช้วัสดุปิดแผลผิดประเภท มีผลต่อกระบวนการหายของแผล เช่นกัน

2.3 ความชุ่มชื้นของแผล (hydration of the wound) บาดแผลที่แห้งขาดความชุ่มชื้นจะทำให้เซลล์อีพิทีเลียลมีการเจริญเติบโตช้า การให้ความชุ่มชื้นแก่แผลจะช่วยทำให้เซลล์อีพิทีเลียลเจริญเติบโตได้เร็วและคลุมขอบแผลได้เร็วขึ้น

หลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับ

สิ่งที่สำคัญมากที่สุดคือการป้องกันการเกิดแผลกดทับ (prevention is the best) เพราะหากเกิดแผลกดทับขึ้น จะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งเรื่องเวลา ค่าใช้จ่ายรวมทั้งสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย ตลอดจนครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องโดยหลักการการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่สำคัญมีดังนี้

1. การลดแรงกด (Pressure relief) และการป้องกันการเสียดสี

1.1 เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ขั้นตอนแรกในการป้องกันแรงกดที่สัมพันธ์กับการทำลายคือ การใช้แบบวัดประเมินความเสี่ยงที่ช่วยค้นหา “ผู้ที่มีความเสี่ยง” เช่น แบบประเมินของบราเดน (The Braden scale) ประกอบด้วยตัวแปร 6 ปัจจัย คะแนนแต่ละด้านเริ่มตั้งแต่ 1 - 4 ยกเว้นปัจจัยด้านแรงเสียดสีและแรงเสียดสีมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 6-23 คะแนน ค่าคะแนนที่ถือว่าเริ่มเสี่ยง คือน้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 หรืออาจแบ่งเป็นช่วงความเสี่ยง ในระดับต่าง ๆ

- คะแนนรวม 15-18 = เริ่มเสี่ยง
- คะแนนรวม 13-14 = เสี่ยงปานกลาง
- คะแนนรวม 10-12 = เสี่ยงสูง
- คะแนนร่วมน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 9 = เสี่ยงสูงมาก
- ในกรณีใช้เครื่องมือนี้กับผู้ป่วยสูงอายุ คะแนนรวม 18 = เริ่มเสี่ยง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงให้พิจารณาการใช้อุปกรณ์ลดแรงกดทับต่อผิวหนัง เช่น ที่นอนสลับความดัน หรือหมอนน้ำ

1.2 การพลิกตะแคงตัวและการจัดท่าผู้ป่วย (Patient positioning) การพลิกตะแคงตัวเป็นหลักเบื้องต้นในการป้องกันแผลกดทับ โดยการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อย 2 ชั่วโมง และพิจารณาชนิดของที่นอน ใช้เตียงลม หรือเบาะรองนุ่ม ๆ เพื่อลดแรงกดทับ

- ทำนอตตะแคงตัวให้สะโพกเอียงทำมุม 30 องศากับที่นอน เพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับ greater trochanter

- ทำนอหงาย จัดทำนอหงายควรมีหมอนสอดคั่น ระหว่างหัวเข่าและระหว่างเข่า 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่

1.3 การป้องกันการเสียดสีโดยเฉพาะระหว่างการยกตัว พลิกตะแคงตัว ควรใช้ผ้ายกตัว ไม่ควรใช้การลาก ไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพัง

2. การดูแลผิวหนัง (Skincare) มีเป้าหมายเพื่อควบคุมและปรับปรุงเนื้อเยื่อที่ถูกกดให้มีความแข็งแรง และป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลผิวหนัง คือ การช่วยเหลือดูแลความสะอาดของผิวหนัง การช่วยส่งเสริมความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของผิวหนัง การช่วยป้องกันการเกิดแผลและแผลกดทับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การประเมินและทำความสะอาดผิวหนัง (skin assessment and cleansing)

2.1.1 การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ

2.1.2 การอาบน้ำ/เช็ดตัวในผู้ป่วยสูงอายุ

2.1.3 การสระผม ตรวจสอบความผิดปกติของผิวหนังบริเวณศีรษะ โดยเฉพาะบริเวณจุดกดต่าง ๆ

2.2 การทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ ควรเช็ดทำความสะอาดทันที โดยใช้แผ่นสำลีชุบน้ำและเช็ดทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ซับบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณก้นให้แห้ง

2.3 การบำรุงผิวและส่งเสริมความแข็งแรง ความยืดหยุ่นของผิวหนัง

2.3.1 กระตุ้นให้ได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี ถ้าไม่มีข้อจำกัด

2.3.2 ใช้ครีมทาผิว โดยเฉพาะบริเวณที่แห้งวันละ 2 - 3 รอบ

2.3.3 บริเวณที่ผิวหนังหนา และแห้งแตกมาก เช่น บริเวณเท้า ควรแช่ด้วยน้ำอุ่นๆ และทาครีมเพื่อลดการแห้งแตกของผิวหนัง

3. ภาวะโภชนาการ (nutritional status) ดูแลเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุอื่นดังนี้

- โปรตีนช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล
- วิตามินซี เช่น ส้ม ผัก ผลไม้สด มีผลต่อการหายของแผล
- วิตามินเอ เช่น นม ไข่ ผักคะน้า ผักใบเขียว เป็นต้น ช่วยให้แผลหายเร็ว

- สังกะสี เช่น หอยแมลงภู่ เมล็ดทานตะวัน ช่วยในการสังเคราะห์ โปรตีน สร้างคอลลาเจน

4. การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต (Blood circulation)

- การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต สามารถทำได้ โดยการกระตุ้น ให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกาย เช่น การพลิกตัว นั่ง ยืน เดิน และการออกกำลังกาย รวมทั้ง active-passive exercise

5. การให้ความรู้ (Education) มีความสำคัญ เนื่องจากถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับแผลกดทับ แล้วจะสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง โดยมีการจัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ (educational programs)

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรหลักในการให้บริการในหอผู้ป่วย สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ คือ

1. ผู้ให้บริการ (Care provider) พยาบาล ควรประเมินผู้ให้บริการและครอบครัว วิเคราะห์ ข้อมูล จัดทำแผนการพยาบาล โดยดำเนินการร่วมไปกับกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นงานประจำ กำหนดการสอนสาธิต และฝึกปฏิบัติการทำความสะอาดแผลให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งต้องกลับไปทำเองที่บ้าน ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือเป็นแผลที่ไม่สามารถทำเองได้เช่น บริเวณหลังและก้น พยาบาลก็จะสอนญาติหรือผู้ดูแลให้ฝึกปฏิบัติจนชำนาญ หรือปฏิบัติได้แล้ว โดยถูกหลักในการทำแผล หลักปราศจากเชื้อ และจัดหาอุปกรณ์ในการทำแผลให้พร้อมก่อนการจำหน่าย

2. ผู้ประสานงาน (Coordinator) พยาบาล ประจําการจะประสานงานกับทีมสุขภาพ ในการดูแลแผลขณะผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันก็ประสานงานกับทีมพยาบาล ผู้ให้บริการที่บ้าน เพื่อจัดทำแผนการดูแลต่อที่บ้าน ให้คำแนะนำ ในการจัดสิ่งแวดล้อมหรือปรับสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย ต้องใช้เวลาในการดูแลระยะยาว อาจต้องประสานงานกับสถานบริการอื่นๆ ในชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนหรือรับการส่งต่อ

3. ผู้จัดการเฉพาะราย (Care manager) เป็นผู้ดูแลปัญหาของผู้ให้บริการและครอบครัว ทุกปัญหา จัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายของผู้ให้บริการและหน่วยงานติดต่อ ประสานงานเพื่อให้ได้รับบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้สามารถวางแผนให้การดูแลได้อย่างครอบคลุม

4. ผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocate) เป็นผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการตามสิทธิและมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ให้การดูแลตามโครงการเฉพาะกิจของรัฐที่จัดขึ้น

5. ที่ปรึกษา (Consultant) พยาบาลเป็นผู้ที่เข้าใจแบบแผนพฤติกรรมและการดำเนินวิถีชีวิตเป็นที่ไว้วางใจของครอบครัว พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวได้อย่างเหมาะสม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจปัญหาสุขภาพ และสถานการณ์ของครอบครัว วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมกับ ครอบครัว พยาบาลเป็นผู้เสนอแนวทางเลือกในการ แก้ไขปัญหา ความช่วยเหลือและบริการพยาบาล ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกแนวทางการแก้ไขปัญหาเอง

6. นักวิจัย (Researcher) พยาบาลต้องจัดระบบข้อมูลให้เป็นระบบและทันสมัย ปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะใช้ในการประเมินผล และวิจัยเพื่อพัฒนาการบริการสุขภาพ พยาบาลจะเป็นผู้ทำวิจัยเองหรือเป็นผู้ร่วมทีมวิจัยก็ได้

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่มีผลกดทับโดยใช้กระบวนการพยาบาล

การวางแผนจำหน่ายเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ โดยมีพยาบาลประจำการเป็นผู้ประสานงานหลักและดำเนินการร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมกับผู้ให้บริการ และครอบครัวก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการกำหนดเนื้อหา และขั้นตอนการจำหน่าย จะช่วยให้เห็นภาพสิ่งที่ผู้ให้บริการและพยาบาลต้องการทำ ร่วมกันได้ชัดเจน

1. การประเมินผู้ป่วยที่มีผลกดทับ เพื่อทราบความจำเป็นในการวางแผนจำหน่าย จะกระทำทันทีที่ประเมินผู้ป่วยในครั้งแรก เพื่อหาข้อมูลปัญหาที่มีและทราบถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและสภาพแผล เช่น ตำแหน่งของแผล ขนาดของแผล ระยะการถูกทำลายของเนื้อเยื่อ สีของพื้นแผลและแผลที่มีเนื้อตายมากหรือน้อย และลักษณะของเนื้อตาย สภาพขอบแผล ผิวหนังรอบแผล อาการแสดงของ การติดเชื้อ เช่น ปวด บวม แดง ร้อน กลิ่นเหม็น และสิ่งคัดหลั่งจากบริเวณแผลกดทับ ทั้งลักษณะสี และจำนวน ความพร้อมที่จะดูแลตนเองที่บ้าน สถานบริการในท้องถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงบริการได้อย่างคล่องตัว ความสามารถของผู้ดูแลในการให้การดูแลผู้ป่วย ความรู้สติความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ให้บริการ เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดแผล เนื่องจากผลกดทับมักพบบริเวณปุ่มกระดูกด้านหลัง เช่น บริเวณ ก้นกบ สะโพกทั้งสองข้าง แนวกระดูกสันหลัง หัวไหล่ สะบัก ศีรษะด้านหลัง ข้อศอก สันเท้า ขาส่วนล่าง นิ้วเท้า เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาล ยังต้องประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะ บอกถึงความเป็นไปได้ในการดูแลตนเองให้ปลอดภัย

และมีประสิทธิภาพ ความพร้อมด้านจิตใจ และอารมณ์ การรับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง ความพร้อมในการเรียนรู้การดูแลแผลด้วยตนเอง ที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้การหายของแผลดีขึ้น

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ส่วนใหญ่จะบอกลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลจะต้องดูแลต่อจากพยาบาลในโรงพยาบาล จำเป็นต้องทราบการวินิจฉัยการพยาบาลก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เช่น เคลื่อนไหวได้น้อย ขาดความรู้ความสามารถดูแลตนเอง แยกจากสังคม ปฏิเสธ กังวล ซึมเศร้า กลั้นปัสสาวะไม่ได้ เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาล ภายหลังจากการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว พยาบาล ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลที่บ้าน ให้โอกาสผู้ป่วย และครอบครัวได้เรียนรู้ฝึกปฏิบัติก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล บันทึกเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทราบ และฝึกทักษะตลอดจนระยะเวลาที่ต้องใช้เพื่อให้ทักษะดังกล่าวและยังรวมถึงแสวงหาแหล่งทรัพยากรสนับสนุน กลุ่มสนับสนุน ในรูปองค์กรและชุมชนอาจช่วยด้านจิตสังคมได้

4. การนำแผนจำหน่ายไปปฏิบัติ สิ่งที่พยาบาลต้องทำ ภายหลังจากวางแผนจำหน่าย คือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ทักษะ มีแรงจูงใจอย่างเพียงพอ โดยจัดให้มีการสอนผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การให้ความรู้ในเรื่อง การหายของแผล การใช้ผลิตภัณฑ์ในการปิดแผล เพื่อให้แผลหายเร็วยิ่งขึ้น เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้ประสานงานจัดหาแหล่งบริการภายนอก โรงพยาบาลที่จำเป็นอาจต้องทำแผนจำหน่าย เพื่อไปเชื่อมโยงกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง หรือองค์กรในชุมชนที่ดูแลผู้ให้บริการในระยะยาว เขียนแผนปฏิบัติตัวอย่างชัดเจนในรูปตารางปฏิบัติหรืออื่น ๆ ตามความเหมาะสมให้อ่านและเข้าใจได้ง่าย เพื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

4.1 การสอนผู้ป่วยและครอบครัว การสอนผู้ป่วย และครอบครัวมีหลายประเด็น อาจเป็นการแนะนำ สอนและสาธิตแก่ผู้ป่วย เช่น การสาธิตการดูแลแผล เพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวพร้อมที่จะทำเองได้ และให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวสาธิตย้อนกลับ ว่าจะสามารถทำความเข้าใจและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง การสอนนอกจากจะมุ่งเน้นให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้แล้วยังต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจที่จะปฏิบัติได้ถูกต้อง พยาบาลต้องบันทึกหัวข้อที่ทำการสอนผู้ป่วยและครอบครัวในรายงานทางการพยาบาล การตอบสนองของผู้ป่วยและครอบครัว การสาธิตและการฝึกทดลองปฏิบัติภายหลังที่ชมการสาธิต การบันทึกช่วยให้ทีมทราบรายละเอียด ของการสอน ช่วยให้การสอนในแต่ละหัวข้อมีความต่อเนื่องมากขึ้น และยังช่วยกำหนดความพร้อมของผู้ให้บริการด้วยว่าสามารถกลับไปดูแลตนเอง ให้ปลอดภัยที่บ้าน

4.2 การส่งต่อให้สถานบริการสุขภาพ ในชุมชนพยาบาลสามารถส่งต่อหรือประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อการส่งต่อไปรับบริการต่อยังสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านเพื่อความสะดวกในการเดินทาง และได้ดูแลตนเองได้อย่าง ถูกต้อง ปลอดภัย

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองการใช้คู่มือการปฏิบัติงานใช้จริงในหน่วยงาน



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๒B โทร. ๓๔๙๒)

ที่

วันที่

มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริงในหน่วยงาน

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๒B

ด้วย นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ได้จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง “การประเมินการหายของแผลกดทับโดยใช้ Pressure Ulcers Scale for Healing” เพื่อพัฒนาการสื่อสารข้อมูลทางการพยาบาลของบุคลากรพยาบาล ให้มีการสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ครบถ้วน โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัย สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อความปลอดภัย พิทักษ์สิทธิ์ ทั้งผู้ป่วยและบุคลากร ผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ได้เริ่มดำเนินการจัดทำคู่มือและนำคู่มือมาใช้ในทีมพัฒนาคุณภาพตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓ เป็นต้นมา และในขณะนี้ยังคงใช้คู่มือปฏิบัติงานนี้อยู่

ดังนั้น ข้าพเจ้าจึงมีความประสงค์ขอคำรับรองว่า คู่มือการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ได้นำมาใช้จริงในหน่วยงาน เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลหอผู้ป่วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางมณฑิลา วิไลกิจ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12 B

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

น.ร.คู่ขวัญ มาลีวงษ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

ชำนาญการ มีความประสงค์ขอคำรับรองว่า

คู่มือการปฏิบัติงานเรื่อง การใช้ Pressure

Ulcers & CAUTION HEALING เพื่อ

ใช้ในการปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๓

มาจนถึงปัจจุบัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

นางสาวกมลทิพย์ วงศ์เชษฐา

(นางสาวกมลทิพย์ วงศ์เชษฐา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์

(นางสาวคู่ขวัญ มาลีวงษ์)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการกองการแพทย์ / ที่ปรึกษา

☐ เพื่อโปรดทราบ

☐ เพื่อดำเนินการ

(นางสาวดวงเนตร ภู่วัฒน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลศิริราช

เรียน หัวหน้าหอผู้ป่วยเพชรรัตน์ ๑๒B

(นางสาวกมลทิพย์ วงศ์เชษฐา)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าสาขาการพยาบาลอายุรกรรม

ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประวัติผู้จัดทำ

ชื่อสกุล	นางสาวกัญญา มาลีวงษ์
วัน เดือน ปีเกิด	22 กุมภาพันธ์ 2519
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	69/517 ถนน ลำลูกกา ตำบล/แขวง บึงคำพร้อย อำเภอ/เขต ลำลูกกา จังหวัด ปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 12150 โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 08-2989-5414
ประวัติการศึกษา	ระดับปริญญาตรี วิชาเอก พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ประเทศไทย ระดับปริญญาโท วิชาเอก พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและทวารใหม่ ร.พ.ศิริราช ประเทศไทย

ข้อมูลประสบการณ์/ความถนัด/ความสนใจพิเศษ

1. ประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา ปฏิบัติงานตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
หอผู้ป่วยเพชรรัตน์ 12B โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัย
นวมินทราชินี รวมระยะเวลา 19 ปี
2. ประสบการณ์ในงานด้านวิชาการลักษณะงาน เช่น วิทยากร ผู้เขียนบทความ
ที่ปรึกษา ฯลฯ เป็นวิทยากรในการอบรมเรื่อง ostomy & wound care ปี 2551 – ปัจจุบัน

ผลงานวิจัยในอดีต (ทั้งที่เป็นเจ้าของโครงการและร่วมโครงการ)

1. ประสิทธิภาพของโพวิโนไอโอดีนต่อการบรรเทาอาการหลอดเลือดดำส่วนปลาย
อักเสบจากการทำหัตถการ
2. การศึกษาเปรียบเทียบการทำแผลด้วย 0.9% นอร์มัลซาลินกับไฮโดรคอลลอยด์
ชนิด ตาข่ายผสมซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีนต่อการบรรเทาภาวะผิวหนังอักเสบ
3. การศึกษาตัวชี้วัดผลลัพธ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปิดทวารเทียม

