

สรุปรายงาน

หลักสูตรอบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รุ่นที่ ๔

ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น ๖ อาคารเพชรรัตน์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ส่วนที่ ๑

ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ/นามสกุล

นางสาวพรศิริ ไกยะแสง

อายุ

๓๐ ปี

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอศัลยกรรมหญิง โดยให้การดูแล

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางด้านศัลยกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านบาดแผล ไม่ว่าจะเป็นแผลกดทับ แผลจากโรคมะเร็ง แผลเท้าเบาหวาน แผลหลังจากการผ่าตัด และแผลจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งทางด้านลำไส้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่จะต้องได้ทำการผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ทางหน้าท้อง ซึ่งหลังผ่าตัดจะต้องดูแลและสอน หรือให้คำแนะนำผู้ป่วย Ostomy ที่ On Colostomy เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล Colostomy ของตนเองได้อย่างถูกต้อง และให้ผู้ป่วยสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ซึ่งถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็สามารถมาพบแพทย์ได้

๑.๒ ชื่อ/นามสกุล

นางสาวรารภรณ์ แสงคำ

อายุ

๒๖ ปี

การศึกษา

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยในหอศัลยกรรมชาย โดยให้การดูแล

ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางด้านศัลยกรรมต่าง ๆ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านบาดแผล ไม่ว่าจะเป็นแผลกดทับ แผลจากโรคมะเร็ง แผลเท้าเบาหวาน แผลหลังจากการผ่าตัด และแผลจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งทางด้านลำไส้ เช่น ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่จะต้องได้ทำการผ่าตัดเปิดช่องทวารใหม่ทางหน้าท้อง ซึ่งหลังผ่าตัดจะต้องดูแลและสอน หรือให้คำแนะนำผู้ป่วย Ostomy ที่ On Colostomy เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแล Colostomy ของตนเองได้อย่างถูกต้อง และให้ผู้ป่วยสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด ซึ่งถ้าหากมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็สามารถมาพบแพทย์ได้

๑.๓ ชื่อเรื่อง

หลักสูตรอบรมระยะสั้นการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล

ออสโตมีและการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รุ่นที่ ๔

เพื่อ

ศึกษา

ฝึกอบรม

ประชุม

ดูงาน

สัมมนา

ปฏิบัติงานวิจัย

งบประมาณ

เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร

เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน

เป็นเงินคนละ ๓๘,๐๐๐.- บาท (สามหมื่นแปดพันบาทถ้วน)

รวมเป็นเงิน ๗๖,๐๐๐.- บาท (เจ็ดหมื่นหกพันบาทถ้วน)
ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุมฝ่ายการพยาบาล ชั้น ๖ อาคารเพชรรัตน์
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ -

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการอบรม

๒.๑ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ ในระบบสุขภาพ และนโยบายสุขภาพ ในการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
๒. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถประเมินคัดกรองผู้ป่วย และภาวะสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับ โรคทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
๓. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ กระบวนการรักษา และให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหา ไม่ว่าจะเป็น แผลกดทับ แผลจากโรคมะเร็ง แผลเท้า เบาหวาน แผลหลังจากการผ่าตัด และแผลจากการเกิดอุบัติเหตุ เป็นต้น หรือผู้ป่วยที่จะต้องได้ทำการการผ่าตัด เปิดทวารใหม่ทางหน้าท้อง หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยใช้กระบวนการ พยาบาล และหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี และมีคุณภาพ

๒.๒ เนื้อหาโดยย่อ

การฝึกอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แบ่งออกเป็น การฝึกอบรมภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยประกอบไปด้วย ๓ หัวข้อหลัก ดังต่อไปนี้

๑. บาดแผล (wound)
๒. ออสโตมี (Ostomy)
๓. การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-associated dermatitis) หรือ (IAD)

๑. บาดแผล (Wound)

บาดแผล (Wound) หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิด ที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย รวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง ซึ่งบาดแผลมีหลายชนิด เช่น บาดแผลถลอก บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุ หรือเคยได้รับการผ่าตัดรักษา บาดแผลจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น เมื่อเกิดแล้วก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ เศรษฐกิจ บาดแผลบางชนิดสามารถหายเองได้ แต่บางชนิดจำเป็นต้องได้รับการรักษา ด้วยการทำให้แผล การดูแลบาดแผลนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งในทางเวชปฏิบัติ และพบได้ในทุกโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเป็น ที่ห้องฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน เป็นต้น หรือแม้กระทั่งที่บ้านของผู้ป่วยเอง เป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายดี และเร็วที่สุด ซึ่งในปัจจุบันได้มีการผลิตวัสดุในการดูแลบาดแผลออกมามากมาย หลายชนิด มีคุณสมบัติแตกต่างกัน ทำให้สามารถดูแลบาดแผลให้กับผู้ป่วยได้หลากหลาย แต่ก็มักมีราคาแพง การใช้วัสดุในการดูแลบาดแผลถือเป็น การดูแลบาดแผลขั้นสูง เป็นหนึ่งในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ที่ต้องมีการเลือกใช้วัสดุในการดูแลบาดแผล ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดความคุ้มค่าคุ้มทุน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีความรู้ความเข้าใจ ในการเลือกใช้อุปกรณ์ ทำแผลชนิดต่าง ๆ และทราบถึงข้อดี - ข้อเสียของวัสดุนั้น ๆ เพื่อลดระยะเวลาการทำแผล และความคุ้มค่า ในการใช้จ่าย ส่งผลให้การรักษาบาดแผลประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

การดูแลบาดแผลขั้นสูง (advance wound care)

บาดแผล เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน เช่น บาดแผลถลอก บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก บาดแผลฉีกขาดจากอุบัติเหตุ หรือเคยได้รับการผ่าตัดรักษา บาดแผลจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น บาดแผลบางชนิดสามารถหายเองได้ แต่บางชนิดจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการทำแผล การดูแลบาดแผลนั้นถือเป็นส่วนหนึ่งในเวชปฏิบัติ และพบได้ทุกสถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นที่ห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วย หรือที่บ้านผู้ป่วยเอง เป้าหมายหลักในการทำแผล คือ การทำให้บาดแผลหายได้อย่างดีที่สุด

บาดแผล (wounds) หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อส่วนอื่น ๆ ของร่างกายรวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง ผลของบาดแผลที่ควรสนใจเป็นพิเศษ คือ เลือดออก และติดเชื้อ

ชนิดของบาดแผล

การแบ่งชนิดของบาดแผลแบ่งได้หลายวิธีดังนี้

๑. แบ่งตามความสะอาดของแผล

๑.๑ แผลสะอาด (clean wound) หมายถึง แผลที่ไม่มีการติดเชื้อ หรือเป็นแผลที่เคยปนเปื้อนเชื้อ แต่ได้รับการดูแล จนแผลสะอาดไม่มีการติดเชื้อ เนื้อเยื่อของแผลเป็นสีชมพูอมแดงและมักเป็นแผลปิด (closed wound) หรือเป็นแผลที่เกิดจากการวางแผนล่วงหน้า เพื่อการตรวจรักษา มีการควบคุมภาวะปราศจากเชื้อ เช่น แผลผ่าตัด แผลเจาะหลัง แผลให้น้ำเกลือ ยกเว้นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะ

๑.๒ แผลกึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (clean-contaminated wound) ลักษณะของแผลคล้ายแผลสะอาด แต่มักเป็นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะ และยังไม่เกิดการติดเชื้อ

๑.๓ แผลปนเปื้อน (contaminated wound) เป็นแผลที่ไม่สะอาด ได้แก่ แผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น แผลถลอก แผลไฟไหม้ แผลน้ำร้อนลวก แผลถูกรังสี แผลถูกรถ - ต่าง ไฟฟ้าช็อต หรือแผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนเชื้อในระหว่างการผ่าตัด โดยแผลมีการอักเสบ คือ มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน แต่ยังไม่มีการติดเชื้อ

๑.๔ แผลติดเชื้อหรือแผลสกปรก (infected wound/ dirty wound) เป็นแผลที่มีการปนเปื้อนเชื้อ จนเกิดการติดเชื้อ เกิดการอักเสบ มีหนอง ส่วนใหญ่เป็นแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ

๒. แบ่งตามลักษณะการทำลายของผิวหนัง

๒.๑ แผลปิด (closed wound) หมายถึง บาดแผลที่ผิวหนังหรือเยื่อไม่ฉีกขาดออกจากกัน แต่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดจากของไม่มีคม แบ่งเป็น

๑) แผลฟกช้ำ (contusion/bruise) เป็นการฉีกขาดของกล้ามเนื้อใต้ผิวหนัง พบรอยฟกช้ำ เส้นเลือดแตก เลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ อาจรวมเป็นก้อนเลือด (hematoma) หากก้อนเล็กร่างกายสามารถดูดซึมเลือดที่คั่งให้หายไปตัวเอง

๒) แผลกระทบกระเทือน (concussion) มักใช้เกี่ยวกับการกระทบกระเทือนของระบบประสาท

๓) แผลแตก (rupture) เป็นการแตก ฉีกขาดของอวัยวะภายในร่างกาย

๔) แผลผ่าตัด (surgical incision) ขอบแผลเรียบ กล้ามเนื้อและผิวหนังถูกเย็บปิด

๒.๒ แผลเปิด (opened wound) หมายถึง แผลที่มีการฉีกขาด หรือทำลายผิวหนัง ให้แยกออกจากกัน ได้แก่

๑) แผลถลอก (abrasion wound) เป็นบาดแผลที่มีการทำลายของผิวหนังชั้นนอก มีเลือดซึมเล็กน้อย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ ถูกขีดข่วน หรือลื่นไถลบนพื้นหยาบขรุขระ

๒) แผลฉีกขาด (laceration wound) ลักษณะของผิวหนังบริเวณขอบแผลที่ฉีกขาด จะกะรุ่งกะริ่ง และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก แผลอาจลึก เสี่ยงต่อการติดเชื้อ สาเหตุเกิดจากของมีคม หรือไม่มีคมก็ได้

๓) แผลตัด (incision wound/cut wound) เป็นแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ขอบแผลเรียบ แต่มีการฉีกขาดของเส้นเลือด เช่น แผลถูกมีดบาด เป็นต้น

๔) แผลทะลุ (penetration wound) เป็นแผลที่มีความลึกมากกว่าความกว้าง และความยาว ได้แก่ แผลถูกแทงด้วยของแหลม (puncture wound/ stabbed wound) และแผลถูกยิง (gunshot wound)

๕) แผลที่มีเนื้อเยื่อขาด หรือหลุดออกจากร่างกาย (avulsion wound) เป็นแผลที่มีการตัดขาด ของเส้นเลือด เส้นประสาทร่วมด้วย แผลชนิดนี้ ทำให้เสียเลือดมาก และมักมีการบวมเปื้อนเชื้อมาก

๖) แผลถูกระเบิด (explosive wound) เป็นบาดแผลที่ถูกสะเก็ดระเบิด

๓. แบ่งตามสาเหตุของการเกิดบาดแผล ได้แก่

๓.๑ แผลเกิดโดยเจตนา (intention wound) เป็นแผลที่กระทำขึ้นเพื่อการรักษา เช่น แผลผ่าตัด แผลที่เกิดจากการเจาะ เป็นต้น

๓.๒ แผลเกิดโดยไม่เจตนา (unintentional wound) เป็นแผลที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุ

๔. ตามระยะเวลาที่เกิดแผล

๔.๑ แผลสด หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ

๔.๒ แผลเก่า หมายถึง แผลที่อยู่ในระยะการหายของแผล

๔.๓ แผลเรื้อรัง หมายถึง แผลที่มีการติดเชื้อ มีการทำลายเนื้อเยื่อ และมีการตายของเนื้อเยื่อ (sloughing or shedding) ซึ่งเรียกว่า เนื้อตาย (necrotic tissue) และมีสิ่งขับหลังจากการอักเสบของแผลเป็นหนอง (purulent exudates) เช่น แผลกดทับ เป็นแผลที่เกิดจากผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานาน จนเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นตาย สำหรับแผลที่เกิดจากการฉายรังสีรักษา (radiation wound) บริเวณที่ถูกฉายรังสีจะมีสีผิวเข้มขึ้น การทำงานของเซลล์หนังกำพร้าถูกยับยั้ง ทำให้ไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทน ผิวหนังส่วนนี้ จะบอบบางทำให้เกิดแผลได้ง่าย และแผลเนื้อเน่า (gangrene) เป็นแผลที่เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยง หรือเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ

๕. แผลประเภทอื่น ๆ

การแบ่งชนิดของบาดแผลประเภทอื่น ๆ ได้แก่ แผลที่มีรูทะลุ (fistula) เป็นแผลที่มีช่องทางเปิดผิดปกติ อาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการเจาะให้เกิดรูและแผลไหม้พอง (burn) เกิดจากความร้อน ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สารเคมี และไฟฟ้าช็อต

การหายของแผล

เมื่อร่างกายเกิดบาดแผลขึ้น จะด้วยสาเหตุใดก็ตาม โดยธรรมชาติร่างกายจะมีกลไก ทำให้เกิดการหายของแผล (wound healing) ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งการหายของแผลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ การหายของแผล มี ๓ ลักษณะ คือ

๑. การหายแบบปฐมภูมิ (primary intention/first intention healing) เป็นการหายของแผล โดยมีการเจริญเติบโตของเยื่อบุผิวหนังอย่างรวดเร็ว กระบวนการนี้ จะเกิดขึ้นเมื่อขอบแผลอยู่ชิดกัน ไม่มีโพรงอยู่ภายใน ไม่มีการเจริญของเนื้อเยื่ออกทดแทน หรือเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (granulation tissue) ผิวหนังถูกดึงรั้งน้อยมาก และมีการช่วยให้บาดแผลปิด โดยการเย็บปิดปากแผล การหายของแผลในลักษณะนี้ พบในแผลที่มีขนาดเล็ก เป็นแผลสะอาด หรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ทำให้แผลลักษณะนี้หายเร็ว และเกิดรอยแผลเป็นน้อย

๒. การหายแบบทุติยภูมิ (secondary intention/secondary intention healing) เป็นการหายของแผล ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ได้แก่ การเผาผลาญของคอลลาเจน (collagen) การดึงรั้งของแผล การเจริญของเยื่อบุผิวชั้นนอก และการเจริญของเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน มักพบในแผลที่มีขนาดใหญ่และลึก ขอบแผลกว้าง มีเนื้อตาย มีการทำลายหรือขาดหายไปของเนื้อเยื่อ เมื่อแผลหายจะปรากฏรอยแผลเป็นชัดเจน

๓. การหายแบบตติยภูมิ (third intention/third intention healing) เป็นการหายของแผลที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น การหายของแผลจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่จัดการติดเชื้อหมดไป จากนั้นทำการเย็บปิดแผล (suture) หรือทำการปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและการอักเสบ

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว ได้แก่

๑. การพักผ่อนร่างกายและอวัยวะที่มีบาดแผลให้มากที่สุด เพราะการพักผ่อนจะลดกระบวนการเผาผลาญภายในเซลล์ที่ไม่จำเป็น เนื้อเยื่อสามารถนำออกซิเจน และสารอาหารไปใช้ได้เพียงพอ และการพักบริเวณที่มี บาดแผลจะช่วยป้องกันการกระทบกระเทือนบาดแผล

๒. การทำความสะอาดบาดแผล เพื่อป้องกันการติดเชื้อและส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

๓. การส่งเสริมการไหลเวียนโลหิตมายังบาดแผลโดย

๓.๑ ดูแลไม่ให้ผ้าพันแผลรัดแน่นเกินไป เพราะจะไปขัดขวางการไหลเวียนเลือดแดงมายังบาดแผล และทำให้เลือดดำไหลเวียนกลับไม่ดี

๓.๒ ประคบด้วยความร้อน หรือความเย็นแล้วแต่ลักษณะ และระยะเวลาของการเกิดบาดแผล โดยการประคบด้วยความเย็น มักใช้ในระบะแรกที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการถูกกระแทกความเย็น ทำให้หลอดเลือดหดตัว ปริมาณเลือดที่ไหลมาสู่บริเวณแผลลดลง จึงช่วยลดอาการบวมได้ นอกจากนี้ ความเย็นยังช่วยลดความไวต่อความเจ็บปวดของปลายประสาท และหากบาดแผลนั้น มีเชื้อโรคความเย็น จะทำให้เชื้อโรคแพร่กระจายช้าลง ส่วนการประคบด้วยความร้อน มักใช้ภายหลังจากเกิดบาดแผลไปแล้ว ๒๔ - ๔๘ ชั่วโมง ความร้อนช่วยให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลมากขึ้น เม็ดเลือดขาวซึ่งมีหน้าที่

เก็บกินเชื้อโรคจึงมาที่บริเวณนี้มากขึ้น ความร้อนยังช่วยทำให้หลอดเลือดขยายตัว ช่วยให้มีการระบายของเสียได้ดียิ่งขึ้น จึงทำให้แผลหายเร็ว นอกจากนี้ความร้อนยังทำให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว จึงลดอาการปวดกล้ามเนื้อ

๔. การยกบริเวณที่มีบาดแผลไว้สูง เพื่อให้เลือดดำและน้ำเหลืองไหลกลับสะดวกลดอาการบวม

๕. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ และมีประโยชน์ต่อกระบวนการหายของแผล เช่น วิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีน เพราะสารอาหารมีความจำเป็นในการสร้างเม็ดเลือด และสร้างเส้นใยคอลลาเจน (collagen fiber)

๖. การลดความเจ็บปวดจากแผล โดยการให้ยาบรรเทาปวด การประคบด้วยความร้อน หรือความเย็น การจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในท่าที่รู้สึกสบาย การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นต้น

๗. การส่งเสริมสุขวิทยาส่วนบุคคล และดูแลให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย เช่น การบ้วนปาก การดูแลความสะอาดของร่างกาย การนวดหลัง การดูแลเตียงให้เรียบร้อย เป็นต้น

การทำแผล

การทำแผล เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล เป็นการป้องกันแผลจากสิ่งสกปรกที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง และสิ่งกีดขวางการหายของแผล ในบทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจในอุปกรณ์ทำแผลชนิดต่าง ๆ และทราบถึงข้อดี - ข้อเสียของวัสดุเหล่านั้นว่า เป็นอย่างไร สามารถเลือกใช้อุปกรณ์ได้อย่างเหมาะสม การทำแผลอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และเลือกใช้ยาสำหรับใส่แผลที่เหมาะสมกับบาดแผลแต่ละชนิด จะลดการอักเสบ และส่งเสริมการหายของแผล

Wound Management

การจัดการดูแลบาดแผล มีเป้าหมายที่จะต้องเตรียมพื้นแผลให้ปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อเสริมสร้างกระบวนการหายของแผลที่เหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Falanga คือ การเตรียมพื้นของแผล (Wound Bed Preparation) หมายถึง การทำให้บาดแผลของผู้ป่วย มักเป็นบาดแผลเรื้อรัง มีสภาพของบาดแผล และสภาพแวดล้อมของบาดแผลเหมาะสมสำหรับการหายของแผล คือ บาดแผลที่พื้นผิว (wound bed) ที่แข็งแรงแรง เลือดและออกซิเจนมาเลี้ยงมากพอ สำหรับการหายของแผล ไม่มีหรือมีน้ำเหลือง (exudate) เพียงเล็กน้อย และไม่มีเชื้อแบคทีเรียในปริมาณ และความรุนแรงมากพอในการทำลาย หรือกีดขวางการหายของแผล (Wound bed preparation is the management of the wound to accelerate endogenous healing or to facilitate the effectiveness of other therapeutic measures) โดยมี วิธีการจัดการตามหลักของ TIME Concept (Templeton, ๒๐๐๔; Schultz, Mozingo, Romanelli & Claxton, ๒๐๐๕)

TIME Concept

Tissue debridement

คือ การเอาเนื้อตายออกเป็นขั้นตอนแรกของการดูแลบาดแผล ซึ่งในเนื้อเยื่อแผลที่มีลักษณะเป็นเนื้อตาย จะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อของบาดแผล แผลหายช้าลง (Beitz & Goldberg, ๒๐๐๕) วิธีการจัดการทำโดยการตัดเนื้อตาย (Debridement Technique) ซึ่งชนิดและความบ่อยในการตัดเนื้อตายจะขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วยและแผนการรักษา (Hess & Kirsner, ๒๐๐๓) ซึ่งมีข้อดี ข้อเสีย และข้อจำกัดของแต่ละวิธี โดยสามารถเลือกใช้หลายวิธี ประกอบกันตามความเหมาะสม ได้แก่

Tissue debridement โดยวิธี

๑. ตัดออก (surgical or sharp debridement)

๒. วิธีการเชิงกล (Mechanical Debridement)

- Wet to dry dressing

- การสวนล้างแผล (Force full Irrigation)

- การทำความสะอาดโดยแช่แผลในน้ำและใช้แรงหมุนของน้ำอุ่น (Whirlpool Technique)

- วิธีการทางเคมี (Chemical Debridement) ใช้น้ำยาที่เป็นสารเคมีต่าง ๆ ในการช่วยให้นเนื้อตายหลุดออก และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย

- วิธีการกำจัดเนื้อตาย ด้วยกระบวนการของบาดแผลเอง หรือการใช้สารสังเคราะห์ปิดแผล (Autolytic Debridement)

- วิธีการใช้เอนไซม์ย่อยสลายเนื้อตาย (Enzymatic Debridement) เป็นวิธีกำจัดเนื้อเยื่อโดยโปรตีนเอนไซม์ที่ช่วยทำลายและย่อยเนื้อตาย

- วิธีชีวภาพ (Biotherapeutic Debeidement หรือ Maggot Debridement) เป็นการใช้นอนที่ปราศจากเชื้อ (Sterile Maggots)

Infection and Inflammatory Control

คือ การควบคุมการอักเสบและการติดเชื้อ

๑. การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย เช่น ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติ ในผู้ป่วยเบาหวาน งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ หยุดยาที่กดภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย เป็นต้น

๒. การลดชนิดและจำนวนเชื้อโรค (Reduce Bacterial Load) โดย

- การล้างแผล (Wound Cleansing)

- การใช้สารฆ่าเชื้อเฉพาะที่ (Topical Antimicrobial Agents)

๓. การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสิ่งแวดล้อม โดย

- Hand Washing or Alcohol Hand Rub

- การสวมถุงมือควรเปลี่ยนถุงมือคู่มือทุกครั้ง เมื่อจะทำแผลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- การใช้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์

Manage of Exudate or Moisture balance คือ

การจัดการกับสารคัดหลั่ง (Moisture Balance) การควบคุมจำนวนสิ่งคัดหลั่ง (Exudates) ให้มีปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้แผลหายได้ดีขึ้น เนื่องจากการช่วยให้เซลล์ และ Matrix ที่ช่วยในการหายของแผล เข้ามาในแผล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mendes et al., ๑๙๙๙ cited in Hess & Kirsner, ๒๐๐๓) และยังเป็น การสร้างความสมดุลของความชุ่มชื้นของแผล ซึ่งความชื้นของแผลที่เหมาะสม จะเป็นสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริม การหายของแผล (Harding, et al., ๒๐๐๒) เพราะกรณีที่แผลแฉะเกินไป จะทำให้เนื้อรอบแผลเปื่อย และอาจเกิด แผลลุกลามเพิ่มได้ (Schultzetal.,๒๐๐๕) การจัดการกับสารคัดหลั่ง เช่น การทำแผล การเลือกใช้วัสดุปิดแผล หรือการทำ NPWT หรือ Suction dressing

Edge of Wound

คือ การจัดการกับขอบแผล ขอบแผลที่ไม่มีประสิทธิภาพเกิดจาก Keratinocytes ที่ชั้นผิวหนัง กำพ ร้าไม่เจริญ ทำให้ขอบแผลม้วนเข้าในเนื้อแผลฝอยบุลง epithelium cell ไม่คลุมแผล (Schultz,etal.,๒๐๐๕) การจัดการจึงเป็นการกระตุ้นให้ขอบแผลเจริญเติบโตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การตัดเล็มขอบแผล การปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin Graft) การเลือกใช้เนื้อเยื่อจากตำแหน่งอื่นมาทดแทน (Flap)

การใช้แรงดูดสูญญากาศ (NPWT) ซึ่งมีกลไกช่วยกระตุ้นการงอกใหม่ ของเนื้อเยื่อที่มีการแบ่งตัวของเซลล์ในแผล เพิ่มขึ้น และทำให้ขนาดแผลเล็กลง (นิโรบล กนกสุนทรรัตน์, ๒๕๔๙)

WOUND ASSESSMENT การประเมินบาดแผล

- ACUTE WOUND ประเมิน ทุก ๔๘ ชั่วโมง
- CHRONIC WOUND ประเมินอย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์
- INFECTED WOUND ประเมินทุกวัน

ASSESSMENT การประเมินแผล มีดังต่อไปนี้

๑. ชนิดและระดับความรุนแรง
๒. ตำแหน่งของแผล (Location)
๓. รูปร่างของแผล (Shape)
 - Regular
 - Irregular
๔. ขนาดแผล (Size)
๕. พื้นแผล (Wound bed)
 - Epithelialization tissue
 - granulation tissue
 - Necrotic tissue
 - slough tissue
๖. ขอบแผล (Wound edges)

ถ้าขอบแผลไม่ติดกับผิวแสดงว่า มีความลึก หรือขอบแผล อาจมีการม้วนเข้าและหนาตัวขึ้น

 - Intact
 - maceration
 - Cavity
 - Tunneling
 - Undermining
๗. สภาพผิวหนังรอบแผล (Surrounding skin)
 - สภาพผิวหนังรอบแผลกว้างออกไป ๔ เซนติเมตร
 - ปวด บวม แดง ร้อน คือ การติดเชื้อ (Infection)
 - ผิวหนังสีซีด เทา (Paleness)
 - Maceration เปื่อยยุ่ย ความชื้นมากเกินไป
 - รอยช้ำ Hematoma
 - bleb ตุ่มพองใส
 - blister
๘. สิ่งขับหลั่ง (Exudate)
 - mild วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่งน้อยกว่าร้อยละ ๒๕
 - moderate วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่งร้อยละ ๒๕ - ๗๕
 - มาก Excessive heavy วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่งมากกว่าร้อยละ ๗๕

โดยลักษณะสีของสิ่งขับหลั่ง คือ

- Serous (สีเหลืองใส)
- Fibrinous ชุ่มเล็กน้อยผสม
- serosanguineous สีเหลืองใสมีเล็กน้อยปนเล็กน้อย
- Sanguineous สีแดงจาง
- Purulent หนอง
- Hemorrhage สีแดงเข้ม

๙. กลิ่น (Odor)

- offensive
- None

๑๐. การประเมินความปวด (pain)

ความเจ็บปวดของแผลแบ่งเป็น

- Cyclic acute wound pain
- Non - Cyclic acute wound pain
- Chronic wound pain

Pressure Injury

๑. ความหมายและระดับของแผลกดทับ

Pressure injury เป็นชื่อเรียก แผลกดทับ ซึ่งถูกเปลี่ยนโดยสถาบัน National Pressure Ulcer Advisory Panel หรือ NPUAP ในปี ค.ศ. ๒๐๑๖ จากการประชุมร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญเรื่องแผลในเมืองชิคาโก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปในการเปลี่ยนคำนิยามแผลกดทับ เพื่อให้ตรงกับลักษณะของผิวหนังที่ถูกทำลายแผลกดทับ จึงหมายถึงการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ชั้นผิวหนัง มักจะพบบริเวณปุ่มกระดูก หรือบริเวณที่มีเครื่องมือแพทย์กดทับ ลักษณะผิวหนังอาจมี หรือไม่มีรอยฉีกขาด บางครั้งอาจรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกดที่รุนแรง และ/หรือระยะเวลาที่ถูกกดนาน ร่วมกับแรงเสียด ความทนของเนื้อเยื่อต่อแรงกด และแรงเสียดขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระบบไหลเวียนเลือด โรคร่วม และสถานะของผิวหนัง นอกจากนี้ ยังมีแผลกดทับที่เกิดจากการเสียดสีกับเครื่องมือแพทย์ เช่น ท่อช่วยหายใจ หน้ากากออกซิเจน สายให้อาหาร ทางจมูก สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

ระดับของแผลกดทับ แบ่งตามระดับ ความรุนแรงเป็น ๔ ระดับ และ ๒ ลักษณะดังนี้

แผลกดทับระดับ ๑ ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด แต่มองเห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (non-blanchable erythema) ปกติพบบริเวณปุ่มกระดูก อาจทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงของผิวหนังมีลักษณะแข็งหรือนุ่ม ขึ้นอุณหภูมิผิวหนัง อาจอุ่น หรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณข้างเคียง

แผลกดทับระดับ ๒ มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial-thickness skin loss) ลึกลงถึงชั้นใต้ผิวหนัง ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาด แต่เป็นตุ่มน้ำใสหรือตุ่ม น้ำปนเลือดจาง ๆ ตุ่มน้ำอาจแตก หรือยังไม่แตกก็ได้ ลักษณะแผลอาจเป็นแผลตื้นที่ชุ่มชื้น หรือแผลแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย ซึ่งแผลกดทับระดับ ๒ จะไม่รวมแผล กลุ่มที่เกิดจากการระคายเคืองจากปัสสาวะ อุจจาระ หรือแผลที่เกิดจากการฉีกขาดอื่น ๆ เช่น แผลที่เกิดจากผิวหนังฉีกขาด, แผลไฟไหม้, น้ำร้อนลวก และแผลถลอก

แผลกดทับระดับ ๓ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) มองเห็นลึกถึงชั้นไขมัน แต่มองไม่เห็นกระดูกเอ็นและกล้ามเนื้อ อาจมีเนื้อตายปิดอยู่ แต่ไม่ปิดส่วนที่ลึกสุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย หรืออาจมีโพรงใต้ขอบแผล

แผลกดทับระดับ ๔ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งสามารถมองเห็นกระดูกเอ็น หรือกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็งปกคลุมบางส่วน ส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล สามารถมองเห็นกระดูก กระดูกอ่อน และเอ็น หรือสามารถคลำพบกระดูกได้ ความลึกของแผลกดทับระดับ ๔ จะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิด เช่น บริเวณจมูก หู ตาตุ่ม และส่วนหลังของศีรษะบริเวณท้ายทอย ซึ่งบริเวณนี้ จะไม่มีชั้นเนื้อเยื่อ ใต้ผิวหนังลักษณะของแผลระดับ ๔ จะตื้น และสามารถมองเห็นชั้นกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก ในกรณีที่มีมองเห็น หรือคลำได้กระดูกอ่อน

แผลกดทับที่ไม่ทราบความลึก และไม่สามารถระบุระดับตามการแบ่งระดับ ๔ ระดับข้างต้น สามารถแบ่งเป็น ๒ ลักษณะดังนี้

ลักษณะที่ ๑ unstageable มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลทั้งหมด ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย หรือสะเก็ดแข็ง จึงทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ จะสามารถระบุระดับแผลกดทับได้ เมื่อกำจัดเนื้อตายออกแล้ว ให้ระบุระดับแผลกดทับตามการสูญเสียของชั้นผิวหนังที่มองเห็น

ลักษณะที่ ๒ deep tissue injury เป็นแผลกดทับที่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด หรือฉีกขาดแล้ว สีผิวมีการเปลี่ยนแปลงเป็นสีม่วงเข้ม หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล ผิวหนังอาจมีลักษณะเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อจากแรงกดหรือแรงไถล ทำให้เกิดความเจ็บปวด ผิวหนังแข็งหรือนุ่มขึ้น และอุณหภูมิอาจอุ่น หรือเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ลักษณะดังกล่าว จะทำให้ระบุระดับที่ชัดเจนได้ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีผิวสีเข้ม

แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Medical Device Related Pressure Injury)

แผลกดทับที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อการวินิจฉัยหรือการดูแลรักษา โดยส่วนใหญ่ ลักษณะของแผลกดทับ จะมีรูปแบบ หรือรูปร่างเหมือนกับอุปกรณ์ที่ใช้ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้น ควรระบุระดับของแผลตามระบบการระบุระดับของแผลกดทับ

๒. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยภายนอก

๑. แรงกดทับ (intensity of pressure) แรงกด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับในคนปกติ มีความดันหลอดเลือดแดงส่วนปลายระหว่าง ๒๘ - ๓๒ มิลลิเมตรปรอท ความดันหลอดเลือดส่วนปลายอยู่ระหว่าง ๙ - ๑๒ มิลลิเมตรปรอท และความดันหลอดเลือดตำแหน่งกึ่งกลางระหว่างหลอดเลือดดำและแดงคือ ๒๕ มิลลิเมตรปรอท แรงกดที่มากกว่า ๓๒ มิลลิเมตรปรอท กระทำต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้เลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ขาดออกซิเจนเกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ ทำให้การตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อต่าง ๆ

๒. แรงเฉือน (shearing force) เป็นแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังที่เกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการไถลตัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอน ทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ เกิดเป็นแผล และเกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในชั้นใต้ผิวหนัง มีผลทำให้มีการไหลเวียนเลือดของผิวหนังบริเวณที่มีแรงกดนั้นลดลง ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อตามมา มีการศึกษาพบว่า แรงเฉือนที่เกิดขึ้นนี้ เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่ง ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณก้นกบและสันเทา

๓. แรงเสียดสีหรือแรงเสียดทาน (friction) เกิดขึ้นจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองอย่างสัมผัสกัน ในทิศทางตรงกันข้าม เช่น มีการเลื่อนตัวผู้ป่วยบนที่นอน หรือผู้ป่วยเลื่อนไถลตัวกับที่นอน ซึ่งจะทำให้มีการฉีกขาด

หลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น ๆ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดแผลขึ้น ซึ่งผู้ป่วยที่พบมีโอกาสเกิดปัญหาจากแรงเสียดทานและแรงเฉือน ต้องให้การช่วยเหลือขณะเคลื่อนไหวหรือลุกนั่ง โดยไม่เกิดแรงต้านขณะเคลื่อนไหวหรือลุกนั่ง หรือเกิดเลื่อนไถลลงจากเตียงหรือเก้าอี้ได้ ต้องให้การช่วยเหลือในการจัดท่าใหม่ ไม่ให้มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือป้องกันอาการสับสนวุ่นวาย ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาแรงเสียดทานเป็นส่วนใหญ่

๔. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobility) เป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมากต่อการเกิดแผลกดทับ ในบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง จะสามารถเคลื่อนไหวได้เองอย่างเป็นอิสระ ทำให้มีการกระจายแรงกดทับที่เกิดจากน้ำหนักร่างกายอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ในภาวะใดก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน ๆ เช่น อัมพาต การรับความรู้สึกลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ แม้แรงกดทับนั้น จะมีปริมาณไม่มากก็ตาม

๕. ระบบการไหลเวียนเลือดของร่างกาย มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดง (peripheral arterial disease) จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยเฉพาะบริเวณส้นเท้า (heel) ไตมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ร้อยละ ๘๘ ของแผลกดทับระดับที่ ๔ จะอยู่ที่บริเวณส้นเท้ามากกว่าบริเวณอื่น และพบอีกว่า ผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) และภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด และสารน้ำในร่างกาย (hypovolemic shock) จะเพิ่มโอกาสการเกิดแผลกดทับอีกด้วย

ปัจจัยภายใน

๑. ภาวะโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหาร ขาดโปรตีนอัลบูมิน ทำให้เซลล์บวมเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจน และของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทน ง่ายต่อการเกิดบาดแผล

๒. อายุ เช่น ในผู้สูงอายุผิวหนัง จะมีการเปลี่ยนแปลง มีการบางลงของชั้นผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีความทนทานต่อแรงที่เกิดจากการกด แรงไถล และแรงเสียดสีน้อยลง

๓. การเคลื่อนไหวร่างกาย การถูกจำกัดกิจกรรม หรือความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง จะเพิ่มโอกาสการเกิดแผลกดทับ

๔. การรับรู้ความรู้สึก การสูญเสียระบบรับรู้ความรู้สึก จะทำให้ไม่รู้สึกปวด หรือไม่สบาย ทำให้ไม่มีการเปลี่ยนท่า หรือพลิกตัว และเกิดเป็นแผลกดทับตามมา

๕. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค เช่น ผู้ที่มีโรคเบาหวาน โรคไต มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด และการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย

๖. ความเครียด เมื่อร่างกายมีความเครียด จะหลั่งฮอร์โมนจากต่อมไร้ท่อ และระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั่วร่างกาย ทำให้เส้นเลือดหดตัว ลดการหลั่ง Adrenaline ทำให้ลดการนำออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อ ๔๕ % มีผลต่อการหายของแผล

๗. การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสายสวนปัสสาวะ

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ

การประเมินลักษณะผิวหนัง ซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพุพองตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่นร้อน บวม ลักษณะแข็งเป็นไต ต้องมีการประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับ และบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้ง ที่มีการเปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่ แม้ว่าจะไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้ว ซึ่งปกติรอยแดง ควรหายไปภายใน ๓๐ นาที

มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ ได้พัฒนามาจากการรวบรวมปัจจัยเสี่ยง และให้คะแนน เพื่อช่วยในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยแต่ละราย และนำไปใช้ในการช่วยลดความเสี่ยงของผู้ป่วย และป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น การดูแลสภาพผิวหนัง และการให้สารอาหาร

การป้องกันการเกิดแรงกดแรงเสียดสี และแรงเฉือน การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่าทาง (repositioning) ที่ถูกต้องตามมาตรฐาน และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกต้องนั้น ต้องมีการจัดทำทางผู้ป่วย เช่น ท่านอน ต้องจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน ๓๐ องศา มีหมอนสอดคั่นระหว่างเข่าสองข้าง และตาตุ่มทั้ง ๒ ข้าง พร้อมกับการยกข้อพับเข่าไม่เกิน ๔๕ องศา และส้นเท้าลอย ส่วนการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคงกึ่งหงาย โดยให้เอียง ๓๐ องศา กับแนวระนาบ ซึ่งจะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวได้เอง และที่ต้องนอนบนเตียงตลอด ส่วนการเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย การพลิกตัวทุก ๒, ๓ หรือ ๔ ชั่วโมง มีอัตราการเกิดอุบัติการณ์ของแผลกดทับไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตัวมากที่สุด ในช่วงกลางวันและเย็น และมีความถี่ในการพลิกตัวน้อยที่สุดในช่วงกลางคืน การเพิ่มระยะเวลาพลิกตะแคงตัวจากทุก ๒ ชั่วโมงตามมาตรฐาน จากพลิกตะแคงตัวทุก ๓ ถึง ๔ ชั่วโมง จะต้องมีการเพิ่มต้นทุนสูงขึ้นในด้านเวลาของผู้ให้บริการ

การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกด ชนิดมีการเคลื่อนที่ของลม และชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ของลม สามารถช่วยกระจายแรงกดที่เกิดกับหลอดเลือดฝอยกับที่นอนได้ ทำให้ปริมาณแรงกดที่หลอดเลือดฝอยลดลง ส่งผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงได้อย่างเพียงพอ จึงสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ แต่ชนิดที่มีการเคลื่อนที่ของลมนั้น นอกจากจะช่วยกระจายแรงกดแล้ว ยังสามารถลดระยะเวลาของแรงกดที่กระทำต่อหลอดเลือดฝอยได้ด้วย ดังนั้น การใช้ที่นอนเสริมลดแรงกดทั้ง ๒ ชนิด เป็นเพียงส่วนหนึ่งในกิจกรรมการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ และพบว่า การใช้เตียงนอนลม หรือเตียงนอนที่อัดอากาศแบบไฮบริด อาจลดอุบัติการณ์ของแผลกดทับได้ เมื่อเทียบกับเตียงนอนปกติ

การดูแลภาวะโภชนาการ บาดแผลเป็นสาเหตุสำคัญ ที่อาจนำไปสู่ความพิการ หรือการเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย โภชนาการเป็นปัจจัยหนึ่ง ในการส่งเสริมการหายของแผล เนื่องจากสารอาหารที่สมดุล ช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรทางวิชาชีพที่สามารถให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจ แก่ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับโภชนาการที่ส่งเสริมการหายของแผล สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรดูแลการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีน เพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับ ควรได้รับ คือ ๑.๒๕ - ๑.๕ กรัม/น้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัมต่อวัน และควรได้รับสารอาหาร ๓๐ - ๓๕ กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน จะช่วยในการเสริมสร้างพลังงานให้เซลล์ และจำเป็นต่อการรวมตัวของเม็ดเลือดขาว หากเกิดภาวะการขาดคาร์โบไฮเดรตและไขมัน จะมีการสลายโปรตีน เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงาน เกลือแร่ที่จำเป็นประกอบด้วยโซเดียม โพแทสเซียมคลอไรด์ แคลเซียม และฟอสฟอรัส มีความสำคัญต่อการสร้างคอลลาเจน และกระบวนการสร้างเนื้อเยื่อ เป็นสารที่ใช้ในการคงไว้ซึ่งการทำงาน สังกะสีเป็นสารที่มีส่วนร่วมในกระบวนการจำลองสาย RNA ซึ่งเป็นระยะที่มีความสำคัญต่อระยะงอกขยายของเซลล์ในภาวะปกติ ร่างกายต้องการสังกะสีจากอาหาร ๑๕ มิลลิกรัมต่อวัน เมื่อมีแผลร่างกายต้องการสังกะสี จำนวน ๒๒๕ มิลลิกรัมต่อวัน ภาวะการขาดสังกะสี ทำให้เม็ดเลือดขาวชนิด lymphocyte ทำงานผิดปกติ ทำให้เกิดความเสียหายในการติดเชื้อ วิตามินซีมีความสำคัญในการรวมตัวของคอลลาเจน ช่วยต่อต้านการติดเชื้อสังเคราะห์คอลลาเจน ช่วยสร้างเส้นเลือดฝอยใหม่ และสร้างความแข็งแรงของเส้นเลือด ไม่เปราะแตกง่าย นอกจากนี้ยังมีส่วนสำคัญในการทำงานของนิวโทรฟิล ซึ่งหากขาดวิตามินซี จะทำให้ความเสี่ยงในการเกิดแผลติดเชื้อเพิ่มขึ้น และรุนแรงมากขึ้น ส่วนวิตามินเอช่วยในการสังเคราะห์คอลลาเจน และการงอกขยายใหม่ของเซลล์

กระตุ้นให้ macrophage มารวมตัวกันที่รอบแผลเพิ่มมากขึ้น เช่น ลดการติดเชื้อของแผล และสารน้ำจะช่วยในการคงสภาพระบบการไหลเวียนเลือด และส่งเสริมความสมบูรณ์ของผิวหนัง ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อย ๒,๕๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน หากไม่มีข้อบกพร่องอื่น

การดูแลสภาพผิวหนัง ค่าความเป็นกรดต่าง เป็นปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับ และมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความชื้น โดยพบว่า ผิวหนังที่เกิดความชื้นจากการสัมผัสอุจจาระ และปัสสาวะ จะทำให้ความเป็นกรดต่างบริเวณผิวหนังรอบทวารหนักเพิ่มขึ้น โดยเอนไซม์ในอุจจาระ จะเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนีย และมีสารเคมีบางชนิด ที่ทำให้ค่าความเป็นกรดต่างเพิ่มขึ้น ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองได้ง่ายและความสามารถในการต้านเชื้อแบคทีเรียลดลง ปกติผิวหนังจะมีเกราะป้องกันเชื้อโรค เมื่อผิวหนังมีค่าความเป็นกรดต่างระหว่าง ๕.๔ - ๕.๙ การควบคุมความชื้น มีผลทำให้ความชื้นของผิวหนังลดลง โดยผู้ป่วยได้รับการเช็ดทำความสะอาดผิวหนัง และเปลี่ยนแผ่นรองซับทันที หลังการขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ หรืออย่างช้าไม่เกิน ๓๐ นาที นอกจากนี้ การทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำเพียงอย่างเดียว ไม่เพียงพอสำหรับการชะล้างสิ่งสกปรกคราบไขมัน และไม่สามารถควบคุมสารเคลือบผิวหนังให้มีความเหมาะสม ดังนั้น การเลือกใช้สบู่เหลว สำหรับทารก ซึ่งมีค่าความเป็นกรด - ต่างอยู่ในช่วง ๕.๒ - ๕.๕ ซึ่งมีค่าความเป็นกรดเล็กน้อยมีผลดีต่อการกำจัดเชื้อแบคทีเรียบริเวณผิวหนัง การใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังที่มีส่วนผสมของซิงค์ออกไซด์ ทำเคลือบผิวหนังในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลผื่นแดง จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ สามารถลดอุบัติการณ์ และระดับความรุนแรงของแผลผื่นแดงระยะแรกได้

การให้ความรู้และฝึกทักษะแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การดูแลแผลกดทับนั้น จะเป็นสิ่งที่มีความซับซ้อน และรายละเอียดมากในเรื่องของการจัดแบ่งระดับของการดูแล ซึ่งหากผู้ดูแลแผลมีความเข้าใจ และสามารถวิเคราะห์ ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ จะมีผลต่อการหายของแผลที่ดี และทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ การทำความสะอาดแผลอย่างนุ่มนวล และล้างทำความสะอาดแผลอย่างทั่วถึง เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยขจัดสิ่งแปลกปลอมต่าง ๆ ซึ่งสิ่งแปลกปลอมเหล่านี้ จะเป็นทำให้แผลหายช้า อย่างไรก็ตาม สิ่งขับหลังปกติจากแผล จะประกอบด้วยสารที่ช่วยต่อต้านเชื้อโรค เป็นตัวที่ช่วยปกป้องแผลโดยช่วยทำความสะอาด และให้ความชุ่มชื้นแก่แผล ซึ่งนำไปสู่การหายของแผลได้เร็วยิ่งขึ้น

๒. Ostomy (ออสโตมี)

ทวารเทียม หรือ ทวารใหม่ หรือเรียกทับศัพท์ว่า Ostomy เป็นการนำส่วนของลำไส้มาเปิดออกทางหน้าท้อง (Stoma) เพื่อขับถ่ายของเสียพบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็ง คือ ระบบทางเดินอาหาร : Colostomy และ Ileostomy ระบบทางเดินปัสสาวะ : Ilea conduit และ Urostomy

ชนิดของออสโตมี

๑. แบบชั่วคราว (Temporary ostomy)

๑.๑ Transverse colostomy (loop colostomy) : นำ Transverse colon มาเป็นช่องเปิด (stoma) จะมี ๒ รูเปิด รูที่มีอุจจาระออก เรียกว่า proximal loop ส่วนอีกรูหนึ่งเป็น distal loop รูนี้จะไม่มีการออก แต่จะขับเมือก (mucous) ออก อุจจาระที่ออกค่อนข้างเหลว

๑.๒ Ileostomy : เป็นทวารใหม่ชนิดลำไส้เล็ก (Ileum) อยู่ที่หน้าท้องส่วนล่างด้านขวามีทั้งชนิดที่เป็นรูเปิดเดี่ยว (end ileostomy) และ ๒ รูเปิด (loop ileostomy) ลักษณะของอุจจาระที่ออกจะเป็นน้ำ แต่มีฤทธิ์ของความเข้มข้นสูงมาก เกิดการรั่วซึมในการติดอุปกรณ์ได้ง่าย ดังนั้น จึงเกิด skin irritation ได้สูงเช่นกัน นอกจากนั้นมักพบว่า เสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำและเกลือโซเดียม เพราะร่างกายมีการขับน้ำและเกลือโซเดียมออกเป็นจำนวนมาก เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการดูดกลับของน้ำ และเกลือโซเดียมที่ลำไส้ใหญ่ นอกจากนี้ บริเวณลำไส้เล็กส่วนปลายยังเป็นบริเวณที่ดูดซึมเกลือแร่ (bile salts) และวิตามินบี ๑๒

ทำให้ผู้ป่วยเกิดการดูดซึมไขมันผิดปกติ (fat malabsorption) จากการที่มีความผิดปกติของการดูดซึมกลับของน้ำดี และเกิดภาวะซีด (pernicious anemia) จากการดูดซึมวิตามินบี ๑๒ ไม่เพียงพอ

๒. แบบถาวร (Permanent ostomy) ส่วนใหญ่ที่พบ Sigmoid colostomy (End colostomy) อยู่บริเวณหน้าท้องส่วนล่างด้านซ้าย มักทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งทวารหนักทำการผ่าตัด Abdomino-perineal resection อัจฉริยะมีลักษณะเป็นก้อน

บทบาทพยาบาล ET nurse

เป็นพยาบาลเฉพาะทางที่ชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดทวารใหม่

บทบาทหลักจะเป็นการดูแลผู้รับบริการที่มีแบบแผนการซับซ้อนเปลี่ยนแปลงในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (counselor) เป็นผู้สอน (educator) การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย (case manager) การประสานงาน (coordinator) กับสหสาขาวิชาชีพในทีมสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลต่อเนื่อง และการส่งต่อสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด (best practice) เช่น การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ (stoma sitting) ข้อมูลการปฏิบัติตนในการดูแลทวารใหม่ การดูแลด้านจิตใจ เป็นต้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผู้รับบริการและผู้ดูแลควรได้รับการดูแลตามการประกาศสิทธิผู้ป่วย (Ostomate Bill of Rights) จากสมาคมพยาบาลออสโตมี (The International Ostomy Association) ดังนี้

๑. ได้รับคำปรึกษาก่อนการผ่าตัดถึงประโยชน์และข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับการมีทวารใหม่
๒. การกำหนดตำแหน่งทวารใหม่ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการ
๓. ได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางก่อนและหลังการผ่าตัด ทั้งในโรงพยาบาลและหลังการจำหน่าย
๔. ได้รับการสนับสนุนและข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการที่มีทวารใหม่
๕. ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์
๖. ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับอุปกรณ์และผลิตภัณฑ์
๗. ได้รับข้อมูลข่าวสาร และบริการจากสมาคมพยาบาลออสโตมี
๘. ได้รับการป้องกันจากการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบ
๙. ได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพที่เหมาะสม การรักษาความลับ และไม่นำไปเป็นตัวแทนประชาสัมพันธ์เชิงพาณิชย์ โดยไม่ได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ

การกำหนดตำแหน่งลำไส้

การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ๔-๖ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

๑. แจ้งผู้ป่วยให้ทราบให้ผู้ป่วยนอนชันเข่า ทั้ง ๒ ข้างโดยยกศีรษะขึ้นเล็กน้อย วิธีนี้จะทำให้สามารถคลำตำแหน่งกล้ามเนื้อ rectus ได้ง่าย
๒. ใช้มือคลำกล้ามเนื้อ rectus ให้พบ ทำ land mark ตำแหน่งของกล้ามเนื้อบริเวณด้านข้างลำตัว ตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ที่อยู่บนกล้ามเนื้อนี้ ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดไส้เลื่อน
๓. เลือกตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง บนตำแหน่งกล้ามเนื้อที่สังเกตได้ มีบริเวณที่เป็นผิวเรียบสำหรับติดถุงขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๒ ถึง ๒½ นิ้วสำหรับผู้ใหญ่และ ๑½ นิ้ว ในเด็กหลีกเลี่ยงบริเวณรอยพับแผลเป็นสะดือ แนวเข็มขัด ปุ่มกระดูก เป็นตำแหน่งที่ผู้ป่วยเห็นได้
๔. ทำเครื่องหมายลงบนตำแหน่งที่เลือกโดยใช้ marker pen

๕. พิจารณาตำแหน่งที่เลือกอีกครั้งโดยลองปิดถุงในตำแหน่งที่บอกให้ผู้ป่วย นั่ง เดิน ก้มตัว เอี้ยวตัว ถ้าบริเวณที่กำหนดไว้ไม่เหมาะสม เช่น อยู่ในตำแหน่งที่เป็นรอยพับให้เปลี่ยนตำแหน่งใหม่

การดูแลหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

๑. ชนิดของ Stoma (Type) เป็นชนิดใด Ileostomy, Transverse Colostomy, Sigmoid Colostomy เป็นต้น
๒. โครงสร้างของ Stoma (Construction) ชนิด - End มีรูเปิดรูเดียว - Loop มีรูเปิด ๒ รู คือ ด้าน proximal และ distal - Double barrel
๓. ความชุ่มชื้น, สี (Visibility, Colour) ลำไส้เปิดต้องมีลักษณะชุ่มชื้น, สีแดง หรือชมพูเข้ม
๔. ขนาด, รูปร่าง (Size, Shape) ขนาดของลำไส้เปิดวัดเส้นผ่าศูนย์กลางเป็นมิลลิเมตร ถ้าเป็นวงกลม อาจวัดขนาดโดยใช้ Stoma guide ถ้าเป็นวงรี หรือรูปร่างไม่สมมาตร ใช้วิธีการวาดแบบลอกลาย
๕. ความสูง (Height) ลำไส้เปิดที่ดี ควรอยู่สูงเหนือระดับผิวหนังประมาณ ๒ - ๒.๕ ซม. เรียกว่า Moderate Protruding ถ้าอยู่ต่ำเกินไป เรียกว่า Mild Protruding อยู่ระดับผิวหนัง เรียกว่า Flush Stoma และถ้าอยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง เรียกว่า Retraction มีกรณีที่ Stoma ออกมายาวเกินไป เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ เรียกว่า Prolapsed Stoma
๖. รูเปิดของ Stoma (Opening of Lumen) ควรอยู่ตรงกลางลำไส้ เรียกว่า Apex แต่บางกรณี อาจจะมีรูเปิดไปทางด้านซ้าย หรือด้านขวา (Left lateral, Right lateral) หรือรูเปิดอยู่ที่ระดับผิวหนังได้
๗. รอยเย็บระหว่าง Stoma กับผิวหนัง (Mucocutaneous Suture Line) ปกติจะติด ไม่มีรอยแยก เรียกว่า Mucocutaneous Suture Line “Intact” ถ้ามีรอยแยก เรียกว่า Mucocutaneous Suture Line “Separation” และถ้ามีรอยแยกจำเป็นต้องระบุตำแหน่งด้วย เช่น บริเวณ ๒ - ๓ นาฬิกา เป็นต้น
๘. ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal Skin) ถ้าไม่มีแผล, ผื่นแดงใด ๆ ผิวหนังปกติ เรียกว่า Peristomal Skin Intact แต่ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้น เช่น เป็นรอยแดง หรือเป็นแผลจากการสัมผัสกับอุจจาระ (Excoriation) หรือเปียกชื้น, เปื่อย จากการสัมผัสกับปัสสาวะ (Maceration) พร้อมกับระบุตำแหน่งที่เกิดความผิดปกติ
๙. ลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Effluent) ให้ระบุว่าเป็นอะไร ลักษณะที่ออกมาเป็นอย่างไร เช่น อุจจาระ ลักษณะเป็นน้ำสีเขียว, ค่อนข้างเป็นน้ำเหลว, เหลว, เป็นก้อนแข็ง เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อน

๑. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรก เป็นภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทั่วๆ ไปได้แก่

๑.๑ การเน่าตาย เกิดเนื่องจากลำไส้บริเวณรูเปิด (stoma) มีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากนำออสโตมีมาเปิดบริเวณผนังหน้าท้องที่รัดแน่นเกินไป หรืออาจเกิดอันตรายต่อเส้นเลือดที่เลี้ยงลำไส้ นั้น ขณะยกลำไส้ขึ้นมาจะสังเกตได้หลังผ่าตัดระยะ ๒๔ และ ๔๘ ชั่วโมง หากมีการเปลี่ยนแปลงของสีเลือดที่มาเลี้ยงลำไส้ส่วนนั้น ควรรีบแก้ไข มิฉะนั้นจะเกิดการตายของลำไส้ได้ เกิดการรั่ว และช่องท้องอักเสบตามมา

๑.๒ การอุดตัน เกิดการอุดตันของลำไส้ เนื่องจากมีไส้เลื่อนของลำไส้เข้าไปในช่องว่างด้านข้าง (Lateral space)

๑.๓ ดึงรั้ง (Detachment colostomy) ที่ยกมาหลุดเข้าไปในช่องท้อง เกิดเนื่องจากการเย็บติดออสโตมีกับเนื้อเยื่อและผิวหนังรอบ ๆ ไม่ดี พอดึงลำไส้ออกมาตึงเกินไป เมื่อมีการดึงมากจะหลุดเข้าไปในช่องท้อง

๑.๔ การโผล่ หรือยื่นของลำไส้เล็กรอบ ๆ บริเวณรูเปิดออสโตมี

๑.๕ การตกเลือด เนื่องจากการเสียดสีต่อเยื่อบุลำไส้หรือเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้

๑.๖ ผลกลับเข้าไปในช่องท้อง (Evisceration) มักเกิดในกรณีที่นำออสโตมีออกมาบริเวณแผลผ่าตัด และเทคนิคไม่ดีพอ ทำให้แผลผ่าตัดนี้มีการติดเชื้อเกิดการแยกตัวของแผล ทำให้ออสโตมีที่นำออกมาหลุดตกลงไป

๒. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง

๒.๑ การตีบแคบของรูเปิด (Stricture of stoma) เกิดเนื่องจากการมีแผลเป็นรอบปากรูเปิด เนื่องจากการเย็บปากออสโตมีไม่ดี

๒.๒ การโผล่ยื่น (Prolapse colostomy) จะหลุดยื่นออกมายาวกว่าปกติ เนื่องจากการมีความดันในช่องท้องสูง

๒.๓ การทะลุ เกิดจากการสวนล้างออสโตมีที่รุนแรงทะลุลำไส้ออกไป

๒.๔ ฝีทะลุ (Pericostomy Fistula) เกิดจากการเย็บออสโตมีผิดวิธี หรือจากการทำให้ทะลุโดยเครื่องมือแพทย์

๒.๕ แผลถลอก (skin Excoriation) ผิวหนังรอบ ๆ ออสโตมีมีการอักเสบ เนื่องจากการระคายเคืองต่ออุจจาระ (fecal content) ที่ออกมาทำให้ระคาย

๓. การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ Incontinence-associated dermatitis (IAD)

Incontinence-associated dermatitis (IAD) เป็นการตอบสนองของผิวหนังต่อการสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระ สามารถสังเกตเห็นได้จากผิวหนังแดงอักเสบ ซึ่งอาจมีการกัดกร่อนหรือเปิดออกของแผลร่วมด้วย

พยาธิสภาพของการเกิด IAD

เมื่อผิวหนังสัมผัสปัสสาวะ ซึ่งประกอบด้วยยูเรีย และแอมโมเนีย หรืออุจจาระที่มีเอนไซม์ สารเคมี และเชื้อแบคทีเรีย ที่ทำให้มีภาวะเป็นด่าง (ค่า pH สูงขึ้น) หรือสัมผัส ทั้งอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบกับการทำความสะอาดผิวหนังหลังการขับถ่ายบ่อยครั้ง โดยใช้สบู่ ทำให้เกิดการระคายเคืองของสารเคมี และจากการขัดถู ทำให้ความสามารถในการยอมให้สารซึมผ่านเซลล์เพิ่มขึ้น การทำหน้าที่ป้องกันของผิวหนังลดลง แบคทีเรีย เจริญเติบโต ทำให้ผิวหนังอ่อนแอ ร่วมกับการเกิดแรงเสียดทานจากวัสดุที่ห่อหุ้มผิวหนัง เสื้อผ้า ที่นอน หรือเก้าอี้ ทำให้เกิดภาวะผิวหนังอักเสบ จากการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

ปัจจัยของการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้

๑. ผู้สูงอายุ หรือเด็ก ที่กลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้
๒. ผู้ป่วยที่พร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากสภาวะของโรค และโรคเรื้อรังร่วม
๓. มีภาวะอ้วน น้ำหนักเกินมาตรฐาน
๔. ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทุกเพศ ทุกวัย
๕. ผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารที่เคยได้รับการผ่าตัดลำไส้มาก่อน
๖. ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสูติศาสตร์ เช่น การผ่าตัดบริเวณอุ้งเชิงกราน
๗. ผู้ป่วยที่มีอาการและความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ
๘. ภาวะทุพโภชนาการ

Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool แบ่งระดับ IAD เป็น ๕ ระดับ ได้แก่

๑. High risk คือ ผิวดำแดงหรือไม่อุ่นกว่าบริเวณใกล้เคียง แต่อาจมีรอยแผลเป็น จากภาวะ IAD หรือแผลกดทับที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือสื่อสารไม่ได้ ร่วมกับมีภาวะถ่ายเหลวอย่างน้อย ๓ ครั้งใน ๒๔ ชั่วโมง

๒. Early IAD คือ ผิวดำแดงหรือมีสะเก็ดและ/หรือปัสสาวะยังแห้งปกติ และไม่เกิดตุ่ม พองน้ำ แต่ผิวยังเป็นสีชมพูหรือแดง ไม่มีขอบเขตชัดเจน การสัมผัสจะพบว่า ผิวนุ่มกว่าบริเวณอื่น ผู้ป่วยอาจบอกความรู้สึกเหมือนเป็นเหน็บได้

๓. Moderate IAD คือ ผิวดำแดงสด หรือแดงจัด ในคนผิวดำเข้ม ผิวมักจะเป็นเงาและชื้น ร่วมกับมีการซึมหรือจุดเลือดออก มีตุ่มพองหรือตุ่มน้ำเล็ก ๆ เกิดขึ้น อาจมีผิวดำแดงเป็นบริเวณเล็ก ๆ ผู้ป่วยจะเจ็บแสบ

๔. Severe IAD คือ เป็นแผลเปิดระดับตื้นสีแดง และมีสิ่งขับหลัง หรือเลือดซึม ผิวนูนบวมอาจลอกออกเมื่อมีสิ่งขับหลังติดกับผิวดำแดงอื่น

๕. Fungal-appearing rash คือ ภาวะผื่นเชื้อรา สามารถเกิดขึ้นได้ ทุกระดับความรุนแรงของ IAD มักเกิดรอยผื่นเชื้อรา บริเวณขอบรอบรอยแดง (อาจมีสีขาว เหลือง หรือแดงเข้มในคนผิวดำ) อาจมีลักษณะเป็นเม็ดสิวหรือจุดผื่นแดง (มีสีขาวหรือเหลือง) มีอาการคันมากขึ้น

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD

การป้องกันการเกิด IAD ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญมากกว่าการรักษา เมื่อเกิดภาวะ IAD แล้ว เนื่องจากผลกระทบต่อผู้ป่วย เพิ่มระยะเวลาอนโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่าย ดังนั้น การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด IAD จึงจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อจะได้เป็นการเฝ้าระวังการเกิด IAD ในผู้ป่วยได้ด้วย

การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด IAD จะประเมินโดยใช้แบบประเมิน Perineal Assessment Tool (PAT) ตั้งแต่แรกรับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยที่กลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยาง และผู้ป่วยที่ได้รับยาระบาย ทำให้มีโอกาสเกิดท้องเสียได้ ๔ - ๖ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD และคะแนน ๗ - ๑๒ มีความเสี่ยงสูง PAT scores คะแนน ๔ - ๖ หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ IAD คะแนน ๗ - ๑๒ หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ IAD

การแบ่งประเภท IAD ตาม Categorization IAD according to GLOBIAD

Category ๑A: ผิวดำแดง ไม่มีการหลุดลอกของผิวดำแดงและไม่มีอาการของการติดเชื้อ

Category ๑B: ผิวดำแดง ไม่มีการหลุดลอกของผิวดำแดงและมีอาการของการติดเชื้อ

Category ๒A: มีการหลุดลอกของผิวดำแดงและไม่มีอาการของการติดเชื้อ

Category ๒B: มีการหลุดลอกของผิวดำแดงและมีอาการของการติดเชื้อ

การป้องกันการเกิด IAD

๑. ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย โดยการระบุสาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ เช่น การได้รับยาปฏิชีวนะ การให้อาหารทางสายยาง การได้รับยาระบาย เป็นต้น

๒. การทำความสะอาดผิวดำแดงโดยล้างทำความสะอาด ผิวดำแดงบริเวณรอบทวารหนัก และผิวยับอวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขาทุกวัน และทุกครั้งที่มีการขับถ่าย โดยไม่ขัดถูผิวดำแดง ใช้สบู่ที่เป็นกรดอ่อน ๆ หรือใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดชนิดที่ไม่ต้องล้างออก แทนการใช้สบู่ ซับให้แห้ง จะมีสารเคลือบผิวทำให้ผิวดำแดงชุ่มชื้น

๓. ให้ความชุ่มชื้นและปกป้องผิวดำแดง ไม่ให้ความชุ่มชื้นมากเกินไปด้วย พีโตรเลียม เจลลี่ (petroleum jelly) วาสลีน (Vaseline) ครีมปกป้องผิวดำแดง (Skin barrier cream) เป็นต้น

๔. ใช้แผ่นรองซับชนิดหนา ซึ่งสามารถซึมซับปัสสาวะ และอุจจาระได้ดี และมากกว่าแผ่นรองซับแบบบาง หรือผ้าอ้อม ช่วยป้องกันการเกิดความอับชื้น หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมชนิดห่อกัน หากผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง ควรเช็ดทำความสะอาดผิวหนัง และเปลี่ยนแผ่นรองซับทันที หรืออย่างช้าไม่เกิน ๓๐ นาที

๕. ลดแรงเสียดทานและการดึงรั้ง โดยใช้อุปกรณ์แผ่นรอง ช่วยในการจัดทำพลิกตะแคงตัว และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณรอบ ทวารหนัก และฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขา ร่วมกับการใช้ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในการปกป้องผิวหนัง

๖. ประเมินความอับชื้น และสภาพผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก และฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขา อย่างน้อยทุก ๒ ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่มีการซับถ่าย

แนวทางการดูแลเมื่อเกิด IAD

๑. ประเมินสภาพผิวหนัง ตรวจสอบผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก และฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขาทุกครั้งหลัง การซับถ่าย โดยระบุความรุนแรงของการอักเสบของผิวหนังให้ชัดเจน

๒. ทำความสะอาดผิวหนัง เมื่อพบว่า มีการซับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ให้ล้างทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่สัมผัสกับปัสสาวะ และอุจจาระทันที โดยใช้สบู่ที่มีค่า pH (๕.๕) ในการทำความสะอาด หลังใช้ต้องล้างสบู่ออกให้หมด หรืออาจพิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด ในการทำความสะอาดผิวหนัง ไม่ขัดถูผิวหนัง

๓. ใช้ผ้านุ่มหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่มซับผิวหนังเบาๆ ให้แห้ง เพื่อลด ความเปียกชื้น

๔. ปกป้องผิวหนัง ตามระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบ จากการกลั้นปัสสาวะ และ/หรืออุจจาระไม่ได้ (IAD) ดังนี้

๔.๑ Category ๑ (High risk-mild IAD) : ผิวหนังแดง แต่ยังไม่สมบูรณ์ ทาผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก และฝีเย็บอวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขาด้วย บีโตะเลียม เจลลี่ วาสลีน ครีมปกป้องผิวหนัง แป้งโยคี

๔.๒ Category ๒ (Moderate-severe IAD) ผิวหนังมีรอยถลอก ใช้ skin barrier sealant ชนิดที่ไม่มี alcohol หรือทาผิวหนังด้วย Zinc paste: Vaseline (๑:๑) หรือใช้ Hydrocolloid powder สลับกับการพ่นด้วย skin sealant จำนวน ๓ ชั้น หรือทำด้วย hydrocolloid paste เช้า - เย็น หรือทุกครั้งหลังซับถ่าย

๔.๓ ในรายที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในกลุ่ม candida species ควรใช้ครีมหรือแป้งที่มีส่วนผสมของยารักษาเชื้อรา (clotrimazole cream or powder) ร่วมด้วย โดยที่หลังจากทำความสะอาดผิวหนัง และซับให้แห้ง แล้วทาผิวหนังด้วยยารักษาเชื้อราก่อน แล้วจึงตามด้วยการปกป้องผิวหนังตามระดับความรุนแรง ของการอักเสบของผิวหนังต่อไป

๕. การใช้วัสดุรองรับอุจจาระ และ/หรือปัสสาวะที่เหมาะสมกับลักษณะ และปริมาณสิ่งขับถ่าย ดังนี้

๕.๑ ถ่ายอุจจาระ และ/หรือปัสสาวะ ปริมาณน้อยหรือไม่เกิน ๕๐ ซีซีภายใน ๑๒ ชั่วโมง ใช้ผ้าอนามัย ชั้นรองกางเกงใน หรือแผ่นรองซับมาตรฐาน และเปลี่ยนทุกครั้งที่ขับถ่าย

๕.๒ ถ่ายอุจจาระ และ/หรือปัสสาวะ ปริมาณปานกลาง วันละ ๒ - ๓ ครั้ง หรือไม่เกิน ๒๐๐ ซีซีภายใน ๑๒ ชั่วโมงใช้แผ่นรองชนิดหนา หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมห่อกัน

๕.๓ ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า ๓ ครั้ง หรือมากกว่า ๒๐ ซีซี ใน ๑๒ ชั่วโมง อาจพิจารณาใส่สายสวนอุจจาระ (rectal tube) ต่อลงอุจจาระรับสิ่งขับถ่าย ยกเว้นในรายที่มีข้อห้าม เช่น มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (coagulogram) Steven - Johnson syndrome ริดสีดวงทวารหนัก (hemorrhoid) เม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ ผ่าตัดทวารหนัก มะเร็งลำไส้ส่วนล่าง หรือใส่ชุดระบายอุจจาระ เช่น Flexiseal หรือ anal plug หรือใช้อุจจาระรับสิ่งขับถ่ายครอบรูทวารหนัก ซึ่งอาจทำได้ยากในผู้ป่วยที่ผิวหนังเกิดเป็นแผลถลอกและไม่แนะนำให้ใส่อุปกรณ์ไว้นานเกิน ๒๙ วัน

๕.๔ ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ อาจพิจารณาใส่สายสวนปัสสาวะไว้ชั่วคราว เพื่อให้การดูแลผิวหนังได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. ได้รับความรู้ที่เพิ่มขึ้นในเรื่องการดูแลบาดแผล การดูแลออสโตมี และดูแลผู้ป่วย ที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
๒. ได้เพิ่มความชำนาญ และเชี่ยวชาญ ในการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
๓. ได้การสร้างเครือข่ายกับผู้เข้าร่วมอบรมในต่างโรงพยาบาล และสร้างเครือข่ายจากการศึกษาดูงาน
๔. เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. สามารถนำความรู้ที่ได้รับ และนำทักษะที่ถูกต้อง นำมาดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องบาดแผล ออสโตมี และมีปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เนื่องจากที่หน่วยงานของข้าพเจ้าทั้ง ๒ คน ทำงานในหน่วยงานทางด้านศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย ซึ่งมักจะมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องแผลเป็นจำนวนมาก รวมถึงออสโตมี ดังนั้น การนำความรู้และทักษะที่ได้รับ ไม่ว่าจะเป็นการประเมินแผลให้ได้ถูกต้องตามหลักการ เพื่อจะได้ให้การรักษา และให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อจะได้เป็นผลดีต่อตัวผู้ป่วย และยังช่วยให้แผลของผู้ป่วยหายเร็วขึ้น เพราะเราสามารถประเมินแผลได้ถูกต้อง

๒. นำความรู้ที่ได้จากการอบรมมาพัฒนาสร้างนวัตกรรมใช้ในหน่วยงาน

๓. นำความรู้ที่ได้รับมาให้คำแนะนำกับผู้ร่วมปฏิบัติงานในหน่วยงาน และ

นอกหน่วยงาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหา/อุปสรรค

โครงการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จัดขึ้นช่วงระหว่างยังมีการระบาดของโควิด - ๑๙ ทำให้อาจารย์ผู้สอนบางท่าน ไม่สามารถเดินทางมาสอนได้ ต้องสอนผ่านระบบออนไลน์ การใช้เครื่องมือสื่อสารค่อนข้างติดขัด และหลักสูตรจัดขึ้นในฤดูฝนทำให้เดินทางไม่สะดวก

ส่วนที่ ๔ **ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ**

หลักสูตรระยะสั้นการดูแลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ควรมีการส่งอบรมทุกปี เนื่องจากผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การที่พยาบาลมีความรู้ สามารถนำมาดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวพรศิริ ไกยะแสง)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาววรารภรณ์ แสงคำ)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ส่วนที่ ๕ **ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา**

ขอให้นำความรู้ที่ได้มาพัฒนาหน่วยงานและโรงพยาบาลตากสิน

ลงชื่อ.....

(นางสาวอรไพลิน นาคสวัสดิ์)

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายบริหาร

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน

แบบรายงานผลการอบรมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่..... กท.๐๔๐๑/๔๒๔..... ลงวันที่..... ๗ เมษายน ๒๕๖๕.....
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)..... นางสาวพรศิริ..... นามสกุล..... ไกยะแสง.....
ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ..... สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล.....
กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักงานการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)..... อบรมหลักสูตรระยะสั้น.....
การพยาบาลผู้ป่วยขนาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รุ่นที่ ๔.....
ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๕.....
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๘,๐๐๐.- บาท. (สามหมื่นแปดพันบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวพรศิริ ไกยะแสง)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

แบบรายงานผลการอบรมในประเทศในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่..... กท. ๐๔๐๑/๔๒๔..... ลงวันที่..... ๗ เมษายน ๒๕๖๕.....
ข้าพเจ้า(ชื่อ-สกุล)..... นางสาววราภรณ์..... นามสกุล..... แสงคำ.....
ตำแหน่ง..... พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ..... สังกัดงาน/ฝ่าย/โรงเรียน..... ฝ่ายการพยาบาล.....
กอง..... -..... สำนัก/สำนักงานเขต..... สำนักงานการแพทย์.....
ได้รับอนุมัติให้ไป (อบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)..... อบรมหลักสูตรระยะสั้น.....
การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ รุ่นที่ ๔.....
ระหว่างวันที่ ๑ มิถุนายน - ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๔.....
เบิกค่าใช้จ่ายเป็นเงินทั้งสิ้น ๓๘,๐๐๐.- บาท. (สามหมื่นแปดพันบาทถ้วน).....

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้วจึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหาความรู้ทักษะที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/
การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาววราภรณ์ แสงคำ)
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ