

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๓๐๓/๓๒๕๒ ..... ลงวันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗  
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวฐิตาพร ..... นามสกุล สิทธิวงศ์  
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ..... สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล  
กอง โรงพยาบาลกลาง ..... สำนัก / สำนักงานเขต ..... การแพทย์  
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ  
หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้  
ระหว่างวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗  
จัดโดย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย  
ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ..... เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕๐,๐๐๐ บาท  
ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว  
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น  
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ ..... *ฐิตาพร สิทธิวงศ์* ..... ผู้รายงาน  
(.....นางสาวฐิตาพร สิทธิวงศ์.....)



QR-Code  
รายงานในรูปแบบ  
Ms - word



QR-Code  
รายงาน  
อินโฟกราฟิก

๒.๓.๒  ต่อหน่วยงาน สามารถนำความรู้มาพัฒนางานในหน้าที่ความรับผิดชอบและ  
นิเทศงานในหน่วยงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับหน่วยงานและผู้มารับบริการ และพัฒนางานวิชาการด้าน  
พยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะให้มีประสิทธิภาพ และก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น

๒.๓.๓  อื่น ๆ ระบุทำให้เกิดความศรัทธาและเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับการรักษา  
ด้วยหลักวิชาการและเทคโนโลยีที่ทันสมัย และบรรลุตามนโยบายและแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ที่จะพัฒนา  
บุคลากรในโรงพยาบาลต่างๆ ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ทางด้านวิชาการและการบริการ

### ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑  การปรับปรุง การประชาสัมพันธ์เรื่องการศึกษาอบรมเฉพาะทางยังมีน้อยและเข้าถึงได้  
ยาก ทำให้การดำเนินการขออนุมัติไปสอบ หรือเรียนทำได้ล่าช้า

๓.๒  การพัฒนา เพิ่มการประชาสัมพันธ์เรื่องการศึกษาอบรมเฉพาะทางหรือเรียนต่อในหลักสูตร  
ต่างๆตามหน้าเว็บไซต์ เพื่อให้บุคลากรที่สนใจเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ส่งผลให้เกิดการพัฒนาตนเองและองค์กร  
ได้มากขึ้น


### ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

จากการได้รับโอกาสศึกษาอบรมในหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล  
ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ได้รับประโยชน์จาก  
การเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล และผู้ป่วยออสโตมีที่มีแนวโน้ม  
มากขึ้นในทุกปี จึงมีความเห็นว่าหลักสูตรนี้เป็นหลักสูตรที่สามารถนำมาปฏิบัติงานและพัฒนางานในองค์กรได้  
จริง มีประโยชน์ต่อผู้มารับบริการโดยตรง จึงอยากให้มีการเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าศึกษาต่อในทุกๆปี

ลงชื่อ..... จิตภาพ สิริธองส์ .....ผู้รายงาน  
(.....นางสาวจิตภาพ สิริธองส์.....)

### ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การศึกษาอบรม ฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน  
ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ.....  .....หัวหน้าส่วนราชการ  
(นายอรรถพล เกียรติคุณสุขศรี)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

รายงานการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาวจิตาพร สิทธิวงศ์.....  
อายุ ๓๐.....ปี การศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราชธิราช.....  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....
- ๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ.....  
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) คณะอนุกรรมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล.....
- ๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....การพยาบาลเฉพาะทาง.....  
สาขา การพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้.....  
เพื่อ ศึกษา  ฝึกรอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว  
จำนวนเงิน.....๕๐,๐๐๐.....บาท  
ระหว่างวันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ - ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗  
สถานที่.....สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.....  
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วย  
บาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้.....  
การเผยแพร่รายงานผลการศึกษา / ฝึกรอบรม / ประชุม สัมมนา  
ผ่านเว็บไซต์สำนักงานแพทย์และกรุงเทพมหานคร  
 ยินยอม  ไม่ยินยอม

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย  
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

- ๒.๑ วัตถุประสงค์
- เพื่อเพิ่มพูนองค์ความรู้ ความสามารถ และทักษะเฉพาะด้านเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แก่ตนเองแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
  - เพื่อสามารถให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพ
  - เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ให้กับบุคลากรในหน่วยงานแบบองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๒.๒ เนื้อหา ตามเอกสารแนบท้าย.....
- ๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ
- ๒.๓.๑  ต่อดตนเอง มีความรู้และทักษะ สามารถปฏิบัติงานด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

**แผลกดทับ (Pressure injury)** คือ การบาดเจ็บเฉพาะที่บริเวณผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มักเป็นบริเวณปุ่มกระดูก อาจเกิดจากแรงกด (pressure) เพียงอย่างเดียว หรือแรงกดร่วมกับแรงเสียดทาน แรงไถล หรือ แรงเฉือน โดยจะเกิดบริเวณที่มีน้ำหนักกดทับมากกว่าส่วนอื่น บริเวณที่พบได้บ่อย ได้แก่ กระดูกก้นกบ (Ischium) กระดูกเหนือกระเบนเหน็บ (sacrum) ปุ่มกระดูกโคนขา (trochanter) ส้นเท้า (heels) และมักเกิดบริเวณผิวหนังที่อุปกรณ์ทางการแพทย์หรือ อุปกรณ์อื่นกดทับ

### ปัจจัยการเกิดแผลกดทับ

#### ๑. ปัจจัยภายนอก

๑.๑ แรงกดทับ (Pressure) คือ แรงตั้งฉากที่ส่งผลโดยตรงเฉพาะที่ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจน

๑.๒ แรงเฉือนหรือแรงไถล (Shearing) เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดขึ้นจากแรง ๒ แรงเคลื่อนที่สวนทางกัน คือ แรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดสี ทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณที่ทาบบนปุ่มกระดูกยึดและบิดตัวทำให้หลอดเลือดอุดตัน ทำให้เกิดการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป

๑.๓ แรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดขึ้นเมื่อพื้นผิว ๒ พื้นผิวเคลื่อนที่สวนกัน

๒. ปัจจัยภายใน เป็นปัจจัยที่เกิดจากผู้ป่วยที่มีผลต่อความทนทานของเนื้อเยื่อ ซึ่งหมายถึงความสมบูรณ์ของโครงสร้างของผิวหนัง และความสามารถของเนื้อเยื่อในการที่จะกระจายแรงที่กดจากผิวหนังไปยังกระดูกโดยที่ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อ ความทนทานของเนื้อเยื่อมีผลมาจากปัจจัยภายในบุคคล

๒.๑ อายุ (Age) เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นชั้นไขมันใต้ผิวหนังบางลง หลอดเลือดมาเลี้ยงลดลงทำให้ผิวหนังเปราะบาง และผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เช่น epidermis บางลง มีการแบนราบของ rete ridges ซึ่งเป็นชั้นผิวหนังส่วนที่เป็น dermal papillae ทำให้จำนวนของปลายประสาทและหลอดเลือดฝอยน้อยลงลง ทำให้ capillary blood flow ลดลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการสูญเสียของกล้ามเนื้อ ระดับของ albumin ลดลง ลดการตอบสนองระยะการอักเสบในระยะการหายของแผล ลดความยืดหยุ่น และลดการยึดเกาะกันของ epidermis และ dermis การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทั้งหมดนี้ทำให้ผิวหนังมีความทนทานต่อแรงที่เกิดจากแรงกด แรงไถล และแรงเสียดสีน้อยลง

๒.๒ ภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition) การขาดสารอาหารโปรตีนอัลบูมิน ทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจน และของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนต่อการเกิดแผล

๒.๓ การเคลื่อนไหวน้อย (Mobility) ในคนที่มีภาวะพร่องในการรับรู้และการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่สูญเสีย การรับรู้ เป็นต้น ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดแรงกดที่กระทำต่อส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง

๒.๔ ความพร้อมในการควบคุมการขับถ่าย ปัสสาวะและอุจจาระ (Incontinence) ทำให้ผิวหนังเปื่อยขึ้นตลอดเวลา และความสามารถในการป้องกันเชื้อโรคของชั้นผิวหนังลดลง ทนต่อแรงกดและแรงเสียดสีลดลง ความเปื่อยขึ้นที่ผิวหนังทำให้เพิ่มแรงเสียดสีและผิวหนังยุ่ย ฉีกขาดง่าย

๒.๕ ภาวะอ้วนหรือผอม (Body Weight) เนื่องจากภาวะอ้วน เนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อย ทำให้มีแรงกดที่ปุ่มกระดูกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ (low body mass index) ยังบ่งบอกถึงภาวะขาดสารอาหาร ซึ่งเป็นปัจจัยในการคงความสมบูรณ์ของเนื้อเยื่อ ในผู้ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์และมากกว่าเกณฑ์ต่างเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ แต่ในผู้ที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์จะมีโอกาสเกิดแผลกดทับได้มากกว่าเนื่องจากในคนอ้วนจะมีไขมัน (ส่วนนอกหลอดเลือด) ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

๒.๖ การไหลเวียนเลือดลดลง (Tissue Perfusion) เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อค ภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลานานจนผู้ป่วยมีอาการช็อคทำให้ผู้ป่วยไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆได้เพียงพอ

๒.๗ โรคประจำตัว ที่มีผลต่อการไหลเวียนของโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย

#### ระดับของแผลกดทับ

Pressure injury แบ่งเป็น ๔ stage กับ ๒ ลักษณะ

stage ๑ คือ ผิวหนังถูกทำลายถึงชั้นหนังกำพร้า (epidermis) เป็นรอยผิวหนังยังสมบูรณ์ รอยแดงไม่เปลี่ยนแปลงเมื่อลดแรงกด มีอาการบ่งชี้ เช่น นูน ร้อน หรือเย็นกว่าผิวหนังข้างเคียงสีผิวต่างจากบริเวณอื่นในไซส์ม่วงหรือ สีเลือดนก มักพบบริเวณปุ่มกระดูก

stage ๒ คือ มีการสูญเสียผิวหนังชั้น dermis พื้นแผลเห็นแหล่งที่เหลืองคือคือติชมพู่ ตุ่มน้ำแตกแล้ว

stage ๓ คือ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด คือ full-thickness skin loss ไปจนถึงไขมันพื้นแผลอาจมองเห็น granulation tissue อาจมีเนื้อตายมีโพรงได้ขอบแผล ขอบแผลม้วนเข้า แต่ยังไม่ถึงชั้นกล้ามเนื้อ

stage ๔ คือ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด full-thickness skin loss and tissue อาจพบเนื้อตายสีเหลืองและสีดำแข็งรวมทั้งโพรงหรือช่องใต้ผิวหนังขอบแผลอาจมีลักษณะม้วนเข้าแผลลึกถึงกล้ามเนื้อ และเอ็นสามารถมองเห็นหรือคลำกระดูกได้และอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อที่กล้ามเนื้อ

Unstageable คือ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไม่สามารถประเมินความลึกของแผลได้พื้นถูกปกคลุมด้วยเนื้อตายเหลืองหรือสีดำแข็ง ถ้ากำจัดเนื้อตายจะสามารถประเมินได้ว่าเป็นหรือระดับ๓ หรือ ๔

Deep tissue pressure injury คือ ผิวหนังสมบูรณ์หรือมีการฉีกขาดของผิวหนัง การเปลี่ยนแปลงสีผิวเป็นสีแดงเข้ม สีเลือดนก สีม่วงหรือมีตุ่มเลือด การบาดเจ็บอาจเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว

Medical device related pressure injury (MDRPI) คือ แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์การแพทย์ แผลกดทับที่เกิดจากการกดทับจะเป็นไปตามรูปร่างของอุปกรณ์ที่กดและสามารถระบุความรุนแรงของแผลกดทับได้

#### การดูแลแผลกดทับ

stage ๑ ไม่ควรมีแรงกดทับใดๆ ลงที่แผล ใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและกระจายแรงกด ใช้วัสดุปิดแผลเพื่อช่วยลดแรงกดและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพเบาแรงองนั่ง แผ่นเจล ที่นอนลมเบากระจายน้ำหนักหมอน หรือผ้านุ่มๆ วัสดุปิดแผลชนิด hydrocolloid dressing วัสดุปิดแผลชนิด polyurethane foam

stage ๒ ทำแผลด้วย NSS โดยทำความสะอาดรอบแผลและภายในด้วย aseptic technique ปิดแผลด้วย hydrocolloid dressing หรือ polyurethane foam โดยประเมินตามปริมาณ exudate ประเมินแผลรายวันและทำแผลใหม่เมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ ใช้วัสดุปิดแผลชนิด hydrocolloid dressing ใช้กับแผลที่ไม่มี exudate หรือมีเล็กน้อย วัสดุปิดแผลชนิด polyurethane foam ใช้กับแผลที่มี exudate ปานกลางถึงมาก

stage ๓, stage ๔ และ Unstageable ทำแผลด้วย NSS ทำความสะอาดแผลด้วย aseptic technique แผลดื้นใช้ NSS ฉีดล้างแผลและปิดแผลด้วย hydrocolloid dressing หรือ polyurethane foam (เลือกใช้ ตามลักษณะปริมาณ exudate) แผลลึกหรือมีโพรง ไม่ติดเชื้อ ทำแผลด้วย NSS irrigate ใส่ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลาย เนื้อตาย (primary dressing) ได้แก่ hydrocolloid gel และปิดแผล (secondary dressing) ด้วย gauze แผลลึกหรือมีโพรงและมีการติดเชื้อ ทำแผลด้วย NSS irrigate ใส่ผลิตภัณฑ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติช่วยย่อยสลายเนื้อตาย (primary dressing) และฆ่าเชื้อ ได้แก่ hydrocolloid gel with Ag, silver sulfadiazine, nano silver, hydrofiber with Ag, และปิดแผล (secondary dressing) ด้วย gauze หรือ polyurethane foam แผลที่มีโพรงใส่วัสดุปิดแผลให้ถึงก้นแผล ไม่ให้มีช่องว่างระหว่างกัน แผลกับวัสดุ และไม่อัดวัสดุในแผลจนแน่นเกินไป (fill dead space)

Deep tissue pressure injury แผลกดทับที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นลึกไม่ควรมีแรงกดทับใดๆ ลงที่แผลใช้อุปกรณ์ลดแรงกดและกระจายแรงกดแผลปิด ใช้วัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติช่วยลดแรงกดและเปลี่ยนเมื่อวัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพแผลเปิด ผิวหนังฉีกขาดเฉพาะที่ ทำแผลด้วย NSS irrigate ปิดแผลด้วย hydrocolloid dressing หรือ polyurethane foam ประเมินแผลรายวันและเปลี่ยนแผลเมื่อชุ่ม/วัสดุปิดแผลเสื่อมสภาพ

Medical device related pressure injury (MDRPI) แผลกดทับบริเวณเยื่อบุผิว mucous membrane พบร่วมกับมีประวัติการใช้อุปกรณ์ ทางกายภาพในตำแหน่งที่เกิดแผลไม่ควรมีแรงกดทับใดๆ ลงบนแผล ควรสำรวจ/สลับตำแหน่งการผูกยึดอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่คาบบริเวณตำแหน่งเยื่อบุผิวอย่างน้อยทุก ๘ ชั่วโมง กรณีแผลเปิด ผิวหนังฉีกขาดเฉพาะที่ ทำแผลด้วย NSS irrigate ประเมินแผลทุกวัน

การรักษาแผลด้วยแรงดันลบ Vacuum-Assisted Closure (V.A.C.) หรือ VAC dressing หรือ Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) หรือ Negative Pressure Dressing (NPD)

เป็นการรักษาแผลด้วยแรงดันลบเพื่อจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับกระบวนการหายของ แผล ช่วยดูด exudates ออกไป ลดการบวมของแผลเนื้อเยื่อใกล้เคียง เพิ่มปริมาณเลือดที่มาเลี้ยงแผล กระตุ้นการใหม่ ของเซลล์ และช่วยลดแบคทีเรียภายในแผล

#### ข้อบ่งชี้ในการรักษา

ใช้สำหรับแผลที่มีขนาดใหญ่ชนิดต่างๆ แผลที่มีสิ่งขับหลังจำนวนมากทำให้ต้องมีการเปลี่ยนวัสดุปิดแผลบ่อยๆ เช่น แผลกดทับระดับ ๓-๔ แผลเบาหวาน แผลหลอดเลือดดำ แผลอุบัติเหตุ แผลผ่าตัด

#### ข้อห้ามในการรักษา

๑. แผลที่เกิดจากการที่มีเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ หรือแผลผ่าตัด vessel graft
๒. แผลที่มีเนื้อตายจำนวนมากหรือแผลที่ติดเชื้อรุนแรง
๓. แผล Fistula
๔. แผลมะเร็ง
๕. แผลที่มีการเปิดถึงอวัยวะภายในช่องท้อง

#### ข้อควรระวัง

แผลที่ Exposed bowel! ถ้าจำเป็นต้องใช้วิธีนี้ในการรักษาไม่ให้อากาศสัมผัสโดยตรง ถ้ามีอวัยวะที่สำคัญอยู่ด้านล่าง เช่น ลำไส้หรือเส้นประสาทต้องหาวัสดุที่ไม่ติดกับเนื้อเยื่อรองด้านล่างก่อน เช่น mesh graft แผลติดเชื้อควรเปลี่ยนแผลบ่อยขึ้น ผู้ป่วยที่รับยา anticoagulant มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหยุดยาก ถ้าเลือดออกมากผิดปกติต้องหยุดวิธีการรักษา

#### อุปกรณ์ชุดปิดแผลสูญญากาศ ประกอบด้วย

๑. แผ่นฟองน้ำ (polyurethane foam)
๒. สายยางให้อาหารทางจมูกเบอร์ ๑๔ ขึ้นไป
๓. แผ่นปิดแผลชนิดโปร่งใส loban
๔. เครื่องดูด (suction)
๕. Hydrocolloid foam

#### ขั้นตอน

๑. ทำความสะอาดแผล กำจัดเนื้อตาย สิ่งขับหลัง และวัสดุปิดแผลเก่าออก ปิดขอบแผลด้วย Hydrocolloid foam
๒. นำแผ่นฟองน้ำที่นำที่ผ่านการอบแก๊สมาแล้ว ตัดเท่าขนาดรูปร่างแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

๓. ตักรูที่ปลายสายระบายเพื่อเพิ่มช่องทางระบายสิ่งขับหลัง และฟองบนแผ่นฟองน้ำอย่าให้บริเวณสายสัมผัสกับพื้นแผลและไม่ให้รูระบายอยู่นอกฟองน้ำปิดแผลด้วยแผ่น loban คลุมให้สนิทไม่มีรอยรั่ว

๕. ใช้พลาสติกเหนียวปิดขอบแผ่น loban เพื่อป้องกันรอยรั่ว

๖. ต่อปลายสายที่ระบายเข้ากับเครื่อง suction เริ่มปรับแรงตั้งแต่ ๕๐ -๑๒๐ มิลลิเมตรปรอท เลือการทำงานได้ ๒ แบบ คือแบบดูดตลอดเวลา หรือดูดเป็นระยะ สังเกตสีหน้าบ่นเจ็บให้ค่อยๆ ลดแรงดันลงมา

๗. เปลี่ยนแผลทุก ๒ -๓ วัน

#### การพยาบาลผู้ป่วยที่มีทวารเทียม

Ostomy คือบริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้อง เรียกว่า stoma ทำเพื่อมีให้อุจจาระผ่านไปยังบริเวณที่มีพยาธิสภาพ หรือบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยที่จะต้อง มี ostomy เรียกว่า ostomate

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดเปิดทวารใหม่

๑. ความผิดปกติแต่กำเนิด ได้แก่ ไม่มีรูทวารแต่กำเนิด, ลำไส้โพรงพองแต่กำเนิด, ผังหน้าท้องไม่เปิดแต่กำเนิด, Spina bifida การสร้างระบบกระดูกสันหลังส่วนปลายและระบบประสาทส่วนปลายยังไม่สมบูรณ์

๒. มีการอักเสบของลำไส้ ได้แก่ Inflammatory bowel disease คือโรคลำไส้อักเสบทั้งใน ส่วนลำไส้ใหญ่และลำไส้เล็ก เช่น Crohn 's disease ulcerative colitis Neonatal necrotizing enterocolitis คือ การที่เซลล์ของลำไส้บางส่วนมีการเน่าตาย เนื่องจากการติดเชื้อ มักเกิดในผู้ป่วยเด็กแรกเกิด

๓. การอุดตันของลำไส้

๔. มะเร็ง หรือเนื้องอกที่ระบบทางเดินอาหาร หรือระบบทางเดินปัสสาวะ

๕. อุบัติเหตุ ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตำแหน่งของทางเดินอาหาร

ชนิดของทวารใหม่

๑. แบบตามเวลา

๑.๑ แบบชั่วคราว (Temporary) เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงชั่วคราวเพื่อให้อุจจาระออก เป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในผู้ป่วยที่จำเป็น เช่น ลำไส้ใหญ่ส่วนปลายเป็นแผลทะลุ ลำไส้ใหญ่อุดตัน ทวารหนักตีบตัน fistula fournier gangrene เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงปิดทวารใหม่

๑.๒ แบบถาวร (Permanent) เนื้องอกที่ทวารหนักมาก ต้องตัดทั้งลำไส้ และทวารหนักออกหมดจึงต้องผ่าตัดเปิดทวารใหม่ถาวร

๒. แบบตามจำนวนรูเปิด

๒.๑ ชนิดรูเปิดเดี่ยว (Single barrel หรือ end colostomy) เป็นการผ่าตัดลำไส้ และยก



ส่วน proximal มาเปิดทางหน้าท้อง มีช่องเปิดอันเดียว

๒.๒ ชนิด ๒ รูเปิด (Double barrel) ชนิดนี้ลำไส้จะถูกตัดออกจากกัน และเอาส่วนปลายทั้งทางเปิดออกทาง จึงมีรูเปิด ๒ แห่งส่วนต้นเรียกว่า proximal เป็นส่วนที่อุจจาระออก ส่วนปลาย เรียกว่า distal ส่วนนี้จะมีเมือกขับออกมา อาจมีอุจจาระที่เหลือค้างในส่วนล่างออกมาด้วย อาจเรียกว่า Mucous Fistula

๒.๓ ชนิดลูป (Loop) เป็นการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องชั่วคราว ลำไส้ไม่ถูกตัดขาดออกแพทย์จะนำส่วนของลำไส้ (loop of colon) ผ่านผนังช่องท้อง โดยสอดแท่งแก้วหรือพลาสติกคาไว้ ประมาณ ๗ - ๑๐ วัน ป้องกันไม่ให้ลำไส้ถูกดึงกลับเข้าไปในช่องท้อง จะมีรูเปิด ๒ แห่ง ได้แก่ รูเปิดส่วนต้นและส่วนปลาย

๓. แบ่งตามตำแหน่งของลำไส้

๓.๑ การนำลำไส้ใหญ่ไปเปิดที่หน้าท้อง

๓.๑.๑ Ascending colostomy ลักษณะอุจจาระที่ออกมาค่อนข้างเหลว มีปริมาณของน้ำย่อยมาก ทำให้ระคายเคืองต่อผิวหนังรอบ ๆ stoma ได้มาก

๓.๑.๒ Transverse colostomy ลักษณะอุจจาระที่ออกมาจะเหลวค่อนข้างข้น

๓.๑.๓ Descending colostomy ลักษณะอุจจาระข้นมากขึ้นเกือบคล้ายอุจจาระปกติ เนื่องจากการดูดซึมน้ำกลับในช่วงของ ascending และ transverse

๓.๑.๔ Sigmoid colostomy ลักษณะของอุจจาระเหมือนอุจจาระปกติเนื่องจากการดูดซึมน้ำกลับตลอดทั้งลำไส้ใหญ่

๓.๒ การนำลำไส้เล็กส่วน Ileum มาเปิดที่หน้าท้อง (leostomy)

๓.๓ Urostomy หรือ Ileal conduit เป็นการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องเพื่อเป็นทางระบายของปัสสาวะโดยนำท่อไตมาต่อกับส่วนของลำไส้เล็กส่วนปลาย แล้วนำมาเปิดบริเวณหน้าท้อง

ภาวะแทรกซ้อนของ stoma แบ่งเป็น ๒ ส่วน

ส่วนต้น ได้แก่ stoma ischemic/necrosis mucocutaneous suture line separation stoma flush/retraction peristomal skin complication

ส่วนปลาย ได้แก่ stoma stenosis stoma prolapse parastomal hernia pyoderma

การดูแลทวารใหม่

๑. ลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่ใช่แผล ไม่มีเส้นประสาทแต่มีเส้นเลือดมาเลี้ยงขนาดของลำไส้จะคงที่หลังผ่าตัด ๖ - ๘ สัปดาห์ น้ำไม่สามารถเข้าไปในลำไส้ได้เพราะลำไส้จะมีการบีบตัวตัวไล่น้ำออกมา

๒. เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ตามความเหมาะสม

๓. ควรหยุดจากระเมื่ออุจจาระมีปริมาณ ๑/๓ ของถุง ถุงรองรับปัสสาวะสามารถอยู่ได้นาน ๕ - ๗ วันขึ้นอยู่กับ การดูแล ถ้ามีอุจจาระเซาะหรือแฉกการว่รอนควรเปลี่ยนทันที
๔. ลด และควบคุมกลิ่นโดยการล้างถุงรองรับอุจจาระและตากถุงในที่ร่ม หรือตากลมให้แห้ง

คำแนะนำในการดำเนินชีวิต

๑. การอาบน้ำ อาบน้ำได้ตามปกติ แต่ไม่แนะนำให้ใช้สบู่ไปฟอกที่ตัวลำไส้
๒. การรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้ทุกชนิดควรงดอาหารสจัดหรืออาหารหมักดอง อาหารที่ทำให้เกิด กลิ่นก๊าซ ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียด และดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้อาหารย่อยได้ดี และขับถ่ายสะดวก
๓. การแต่งกาย สวมเสื้อผ้าได้ตามปกติแต่ไม่ควรรัดแน่น
๔. การออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่ต้องมีการปะทะ หรือการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง มาก และการยกน้ำหนัก
๕. เพศสัมพันธ์
๖. การทำงาน สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือทำงานในที่กลางแจ้งเพราะ เหนื่อยมากทำให้ถุงหลุดง่าย
๗. การเดินทางสามารถเดินทางตามปกติ การดูแลต่อเนื่องจนถึงที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ รวมไปถึงการวางแผน จำหน่ายความผิดปกติทางเพศในผู้ป่วยที่มีทวารใหม่ทางหน้าท้อง

Sexual dysfunction

ผู้ป่วยที่มีทวารเทียมจะได้รับผลกระทบจากการผ่าตัดทำทวารเทียม รวมทั้งการรักษาโดยเคมีการฉาย รังสี ซึ่งมีผลต่อเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับอารมณ์

ในเพศชาย การแข็งตัวของอวัยวะเพศ และการหลั่งอสุจิ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และจำนวนเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกไป เส้นประสาทที่ควบคุมอยู่ในกระดูกสันหลัง Lumbar sacrum ๒ - ๔ และ สิ้นสุดที่ presacral region

เพศหญิง เส้นประสาทไปยัง clitoris ไม่ถูกรบกวน ยังรับความรู้สึกได้เหมือนเดิม แต่การตัดช่อง คลอดออกไปบางส่วนจะทำให้การหลั่งเมื่อกลดลง จะเกิดอาการบาดเจ็บระหว่างร่วมเพศ ผลกระทบทางตรง คือ เส้นประสาทถูกทำลาย ระบบไปไหลเวียนเลือด และเนื้อเยื่อบริเวณนั้นจะเปลี่ยนแปลงไป ความสามารถ ทางเพศลดลง ผลกระทบทางอ้อม คือ ความต้องการทางเพศลง จากการสูญเสียภาพลักษณ์

การป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยมักพบในผู้ป่วยที่ขาดความรู้และปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง จึงต้องให้คำแนะนำ แก่ผู้ป่วยในการสังเกตและดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ

๑. ปัญหาของผิวหนังรอบๆ stoma

๑.๑ การระคายเคืองของผิวหนังรอบบริเวณช่องเปิดลำไส้ (peristomal irritation) จาก  
อุจจาระ พบว่าการทำลายผิวหนังรอบ stoma เกิดจากสารคัดหลั่งจากลำไส้เล็ก ในส่วนของลำไส้ใหญ่มีน้อย  
ซึ่งสามารถป้องกันได้โดยการเลือกถุงรองรับอุจจาระที่มีขนาดเหมาะสมกับ stoma อาการที่พบ คือ ผิวหนัง  
รอบ stoma มีรอยสีแดง เบื่ออยู่และปวดแสบปวดร้อน

วิธีแก้ไข คือ ทำความสะอาดบริเวณรอบๆ stoma ด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก ซับให้แห้งด้วยก๊าสหรือผ้า  
สะอาดที่อ่อนนุ่ม ทาสารปกป้องผิวหนัง (skin barrier paste) ซึ่งสามารถปกป้องการระคายเคืองจากโคโรซี  
พอนไซม์ (corrosive enzyme) สารที่ใช้ในการป้องกันการระคายเคือง ได้แก่ Stomahesive power , Strip  
paste ซึ่งสามารถตัดและจัดรูปร่างให้โค้งงอไปตามส่วนรอบๆ ของ Stoma ได้ เป็นต้น การใส่ถุงรองรับ  
อุจจาระอาจใส่ผ้าก๊อชพันรอบบริเวณ stoma เพื่อป้องกันห่วงหรือถุงรองรับอุจจาระไปกดทับบริเวณที่มี  
อาการระคายเคือง

#### ๑.๒ การแพ้ (allergic contact dermatitis)

อาการแพ้ของผิวหนังรอบๆ stoma เกิดจากการแพ้สารต่างๆ จากแผ่นแป้นรอง , ถุงรองรับอุจจาระ ,  
พลาสติก อาการที่พบ อาการคัน ระคายเคือง ผิวหนาตัวขึ้น แดง และขึ้นแฉะรอบๆ stoma

วิธีแก้ไข คือ เปลี่ยนหรือหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ทายาแก้แพ้ หรือ สเตียรอยด์  
บริเวณผิวหนังรอบ ๆ stoma

#### ๑.๓ การติดเชื้อ (infection)

การติดเชื้อของผิวหนังรอบๆ stoma เชื้อที่พบได้บ่อยคือ candida albicans ซึ่งเป็นเชื้อราที่อยู่  
ประจำในทางเดินอาหารและลำไส้ใหญ่

อาการที่พบ มีอาการคันและแดงรอบๆ stoma บางครั้งอาจลามไปจนถึงขาหนีบได้ ปัจจัยส่งเสริมให้  
เกิดการติดเชื้อชนิดนี้คือ บริเวณรอบๆ stoma ที่ขึ้นแฉะและการมีอุณหภูมิอุ่นพอเหมาะสำหรับการขยายพันธ์  
เชื้อ

วิธีแก้ไข ทำความสะอาดรอบๆ stoma ทุกครั้งที่ขึ้นแฉะ อย่าปล่อยให้หมักหมม ทายาตามแพทย์สั่ง  
แพทย์มักให้ยาทาแก้เชื้อรา (topical antifungal) บริเวณรอบๆ stoma หลีกเลี่ยงการแปะทับขอบถุงรองรับ  
อุจจาระลงบนบริเวณที่มีการติดเชื้อ

นอกจากนี้ยังมีปัญหาของผิวหนังรอบๆ stoma ที่พบได้บ้าง เช่น folliculitis pseudoverrucous  
lesions, urine crystal formation ซึ่งปัญหาเหล่านี้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษา

#### ๑.๔ การตีบของ stoma (stricture stoma)

อาการที่พบ รูเปิดของ stoma แคบ เล็กอง อุจจาระไม่ออก

วิธีป้องกัน ใช้นิ้วกำยของผู้ป่วยถ่างขยาย stoma ภายหลังการทำความสะอาดทุกครั้ง แต่ถ้ามีอุจจาระ  
หรือลมออกมาทาง stoma ทุกวัน แล้วไม่จำเป็นต้องถ่างขยาย stoma ก็ได้ เพราะอาการบาดเจ็บกับ stoma

ถ้าเทคนิคปฏิบัติไม่ถูกต้อง สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ ห้ามใช้อุปกรณ์อื่นๆ สอดเข้าไปในช่องเปิดลำไส้เพราะอาจทำให้ลำไส้ทะลุได้

#### ๑.๕ การอุดตัน (obstruction)

มักเกิดจากอุจจาระแข็ง มีการอักเสบของลำไส้ เมื่อเกิดการอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน และปวดท้องร่วมด้วย

วิธีแก้ไขคือ การมาพบแพทย์เพื่อให้ยาระบายให้อุจจาระอ่อนตัว หรือรับประทานผลไม้ที่ช่วยบรรเทาอาการท้องผูก ได้แก่ ลูกพรุน แอปเปิ้ล และยาระบายอ่อนๆ

#### ๑.๖ การยื่นมากกว่าปกติ (prolapse colostomy) หรือ ไส้เลื่อน (parastomal hernia)

ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อทำการผ่าตัดแก้ไข เพื่อทำ Prolapse repair

#### ๑.๗ การทะลุของลำไส้ (perforate)

มักเกิดจากการใส่เครื่องมือเข้าไป เช่น สายยางสวนล้างลำไส้ การอักเสบของลำไส้ เป็นต้น ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัดแก้ไข

#### Enterocutaneous fistula

Enterocutaneous fistula คือ ทางเชื่อมต่อที่ผิดปกติระหว่างทางเดินอาหาร (Gastrointestinal tract) และผิวหนังซึ่งอาจแบ่งเป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด และสาเหตุจากภายนอกสามารถแบ่งสาเหตุสำคัญได้ดังนี้

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดช่องท้อง อุบัติเหตุในช่องท้อง โรคลำไส้อักเสบรุนแรง โรคมะเร็ง ภาวะแทรกซ้อนจากการฉายรังสีผ่านบริเวณช่องท้อง เป็นสาเหตุทำให้ลำไส้อักเสบ ปัญหาที่พบ ได้แก่ ปวด ไข้ คันบริเวณผิวหนังรอบ มีน้ำไหลออกจากบาดแผล แครีก คลื่นไส้ อาเจียน

#### การดูแลรักษา

๑. ให้การดูแลภาวะขาดสารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์

๒. ให้อาาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมการติดเชื้อตามการเพาะเชื้อในกระแสเลือดและระบายหนองออกกรณีมีการติดเชื้อ และมีโพรงหนองในช่องท้อง

๓. การดูแลแผลผ่าตัด

๔. ให้การดูแลภาวะโภชนาการอย่างเพียงพอ

๕. การรักษาเฉพาะเพื่อทำการปิดรูรั่ว fistula การให้อาหารในท่อน้ำท้องในระยะยาว แบ่งเป็น Nasogastric tube Nasojejunal tube Gastrostomy Jejunotomy ข้อบ่งชี้ในการให้อาหารทางท่อน้ำท้อง คือ ผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท และภาวะสมองเสื่อม ระดับสติลดลง มะเร็งทางช่องท้อง อุบัติเหตุทางช่องท้อง มะเร็งชนิดอื่นๆ

การดูแลสาย Gastrostomy หรือ สายPEG

1. หลังการผ่าตัดทำแผลเหมือนแผลผ่าตัดทั่วไป
2. เริ่มให้อาหารได้หลังทำ ๒๔ ชั่วโมง
3. เมื่อแผลดีดีแล้วประมาณ ๑ - ๒ สัปดาห์ อาบน้ำได้โดยเอาผ้า Gauze ออกก่อน และหลังอาบน้ำให้ทำแผลทันที ด้วยน้ำเกลือวันละครั้ง
4. แผ่นยึดด้านนอกต้องไม่ติดแน่นกับผิวหนังที่ท้องเว้นห่างประมาณ ๒ - ๓ มิลลิเมตร หรือ รongkioch ๑ ชั้น
5. ยึดสายให้ตั้งกับผนังหน้าท้อง
6. หมุนสายให้อาหาร ๓๖๐ องศา และขยับสายขึ้นเล็กน้อยหลังทำแผลทุกวันเพื่อป้องกันการยึดติดกับผนังหน้าท้องด้านใน
7. หากสายเป็น Balloon ให้ตรวจสอบปริมาณน้ำใน Balloon ทุกสัปดาห์
8. กรณีสายหลุด ถ้าพบภายใน ๑ เดือน ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที เพราะ stoma ที่ใส่สายอาจติดกันได้เร็ว ถ้าพบภายหลังผ่าตัดไปแล้ว ๑ เดือน รูที่ใส่สายหายดีแล้ว เป็นรูถาวร ให้ปิดแผลไว้ และแพทย์ภายใน ๔ - ๖ ชั่วโมง
9. เปลี่ยนสายตามอายุการใช้งานประมาณ ๓ - ๖ เดือน มีความผิดปกติของสาย หรือมีภาวะแทรกซ้อน

การดูแลสาย Jejunotomy

1. เหมือนการดูแลสาย Gastrostomy และสาย PEG
2. กรณีใส่สายที่มี balloon ต้องใส่น้ำไม่เกิน ๒ - ๓ มิลลิตร
3. ยกเว้นหมุนสาย ที่ปลายสายอยู่ในลำไส้เล็ก ไม่ต้องทำ และถ้าเป็นสายที่ใส่โดยการผ่าตัด ต้องระวังไหมที่เย็บไว้ถ้ามีการหลุด อาจทำให้สายเลื่อนออกมาได้ ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน สำลักอาหาร ท้องอืด ท้องผูก

การพยาบาลผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ คือ การที่มีปัสสาวะออกมานอกร่างกายโดยไม่ตั้งใจ อาจจะทำออกมาทางท่อปัสสาวะ หรือทางอื่นก็ได้ เช่น ทางช่องคลอด หรือทางทวารเทียม แต่ส่วนใหญ่ของ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่จะเป็นการสูญเสียปัสสาวะจากร่างกายทางท่อปัสสาวะโดยไม่ตั้งใจ หรือควบคุมไม่ได้ แบ่งเป็น

๑. Stress incontinence พบบ่อยในหญิงอายุ >๗๕ ปี มีจำนวนปัสสาวะรั่วเพียงเล็กน้อย ปัสสาวะที่คั่งในกระเพาะมีจำนวนน้อย พบในชายเฉพาะชายที่มีการบาดเจ็บต่อหูรูด (หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก/ ฉายแสง )

การรักษา

- Conditional (kegel) exercises - Estrogen replacement
- Alpha-adrenergic agonists
- Surgery
- Intravaginal electrical stimulation - Bladder neck suspension surgery
- Artificial spincter
- Penile clamp

๒. Urge incontinence อาจพบในผู้ที่มีระบบประสาทผิดปกติ ระบบประสาทส่วนกลางบกพร่อง ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จำนวนปัสสาวะที่รั่วออกมามีจำนวนปานกลาง จำนวนปัสสาวะที่คั่งในกระเพาะปัสสาวะน้อย พบในคนอายุ > ๗๕ ปี

การรักษา

- Anticholinergic drug therapy
- Treatment of associated urinary tract infection
- Treatment of vaginitis
- Incontinence garments

๓. Overflow incontinence พบในผู้ป่วยระบบประสาท เช่น มีการบาดเจ็บของไขสันหลัง อัมพาต อัมพฤกษ์ กระเพาะปัสสาวะเต็ม โดยไม่มีความรู้สึก จำนวนปัสสาวะที่รั่วมีออกจำนวนน้อยแต่มีจำนวนปัสสาวะคั่ง >๑๐๐ มิลลิลิตร

ภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้ (Fecal Incontinence)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) คือ ภาวะที่อุจจาระทั้งที่เป็นของเหลวหรือของแข็งไหลผ่านทวารหนักโดยไม่ได้ตั้งใจ ปริมาณมากกว่า ๑๐ ml. นานกว่า ๑ เดือน อาจมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ร่วมด้วย แบ่งเป็น

๑. Urge incontinence ภาวะที่มีความรู้สึกจะถ่ายหรือปวดถ่าย แต่ไม่สามารถกลั้นอุจจาระไว้ได้
๒. Passive incontinence ภาวะที่อุจจาระไหลรั่วออกมาโดยผู้ป่วยไม่ทันทราบ และยังไม่ได้ใช้ความพยายามในการกลั้นอุจจาระ
๓. Minor incontinence ภาวะที่ไม่สามารถกลั้นเฉพาะแก๊สหรืออุจจาระเหลวไว้ได้
๔. Major incontinence ภาวะที่ไม่สามารถกลั้นแม้แต่อุจจาระที่เป็นก้อนไว้ได้

การรักษา

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยหลีกเลี่ยงอาหาร เครื่องดื่มหรือยาบางชนิด ที่มีผลให้เกิด กระตุ้นการขับถ่ายหรือท้องเดิน เช่น อาหารเปรี้ยว มัน เผ็ด น้ำตาลบางชนิด กาแฟ นม เป็นต้น Local anal and perineum care เช่น ล้างทำความสะอาดกันและทวารหนัก ซับให้แห้ง ทาครีมลดความชื้น และการใช้ผ้าอ้อมที่ซับขึ้นได้ดี เป็นต้น กรณีมี fecal impact and overflow incontinence จะได้ประโยชน์จากโปรแกรมสวนหรือขับถ่ายประจำ เพื่อไม่ให้มี อุจจาระคั่งค้างใน rectum
๒. Biofeedback เป็นการฝึกหัดให้กล้ามเนื้ออุจจาระตีขึ้น ทำในผู้ป่วย urge incontinence ที่มี weak EAS หรือ มี การลดลงของความรู้สึกอยากขับถ่าย ซึ่งเกิดจาก nerve injury (โดยผู้ป่วยจะต้องไม่มี weak IAS หรือ severe EAS disruption) ผู้ป่วยมีสติรับรู้ดี ยังมี rectal sensation อยู่บ้าง และยังคงมีความสามารถในการขมิบ EAS ได้พอควร จึงจะสามารถฝึกทำ biofeedback ได้
๓. การใช้ Bulking agent/Bulk laxatives เช่น methylcellulose (Citrucel) and psyllium (Metamucil) จะช่วยลด incontinence ได้ในรายที่ถ่ายเหลวไม่รุนแรงและปริมาณอุจจาระ ไม่มากนัก Anti-diarrheal drugs เช่น loperamide จะช่วยให้ภาวะ incontinence และ urgency ลดลง และเป็นก้อนมากขึ้น



# รายงานการฝึกอบรมภายในประเทศ

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง  
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและ  
ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้



## Education Experience

- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล: ศึกษาเกี่ยวกับ กลไกการเกิดแผลกดทับ ปัจจัยที่ส่งเสริมทำให้เกิดแผล แนวทางการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ การดูแลแผลจากหลอดเลือดดำ โดยการใช้ Modern dressing และ การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการรักษาแผล

- การพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี : ศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพของ Colorectal cancer การตรวจวินิจฉัย การคัดกรอง ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย Colorectal cancer ที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดเปิดทวารใหม่ ฝึกปฏิบัติการกำหนด ตำแหน่งทวารใหม่แก่ผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด ฝึกการสอนผู้ป่วยเพื่อดูแลทวารใหม่และการให้คำแนะนำเพื่อกลับไปใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีคุณภาพ

- การพยาบาลผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: ศึกษาเกี่ยวกับพยาธิสภาพ กลไกการเกิดโรคที่ส่งผลต่อการควบคุมการขับถ่าย แนวทางการแก้ไข การพยาบาลและการรักษา และฝึกปฏิบัติโดยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มที่มีปัญหาควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ที่หอผู้ป่วยภายในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## profile

ผู้เข้าอบรม : นางสาว ฐิตาพร สิทธิวงศ์  
ตำแหน่ง :พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
สถานที่ปฏิบัติงาน : หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง  
สามัญ 20/9 โรงพยาบาลกลาง

## ข้อมูลหลักสูตร

- จัดอบรมโดย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
- รูปแบบการจัดอบรม จัดอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการคัดเลือก ทั้งหมด 19 คน
- ระยะเวลาการอบรม 7 พฤษภาคม 2567 ถึง 23 สิงหาคม 2567 รวม 109 วัน

## การนำมาพัฒนางาน

- นำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติงานในคลินิกสบายแผล และให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลบาดแผลและออสโตมีในหอผู้ป่วยต่างๆในโรงพยาบาลกลาง เพื่อให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- นิเทศงานแก่พยาบาลจบใหม่ให้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

