

แบบรายงานการฝึกอบรมฯ ในประเทศ ในหลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๓๐๗..... ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๕.....

ซึ่งข้าพเจ้า (ชื่อ-สกุล).....นางฉวีพร สว่าง..... นามสกุล..... ศิลปชัย.....

ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ..... เลขที่ รพล..... ๑๒๔.....

สังกัด ฝ่าย/กลุ่มงาน.....การพยาบาล..... กอง - สำนัก/สำนักงานเขต.....การแพทย์.....

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม/ประชุม/ดูงาน/ปฏิบัติการวิจัย)ในประเทศ หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทางสาขา
การพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออัสโตมีและความคุมการขับถ่ายไม่ได้ ระหว่างวันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๕ - ๒๗
มกราคม ๒๕๖๖ ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕๐,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการฝึกอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน/ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ดังกล่าว (เช่น เนื้อหา/ความคุ้มค่า/วิทยากร/การจัดหลักสูตร เป็นต้น)

(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)

ลงชื่อ.....นางฉวีพร ศิลปชัย.....ผู้รายงาน
(นางฉวีพร สว่าง ศิลปชัย)

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

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

- ๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางชนันส์วัน ศิลปชัย
อายุ ๓๕ ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
- ๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานห้องทำแผลและฉีดยา
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานคลินิกวัดคลื่นหัวใจผู้ใหญ่
เลขานุการคณะกรรมการบริหารจัดการความปลอดภัย
๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล
ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
สาขา -
- เพื่อ ศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว
- จำนวนเงิน ๕๐,๐๐๐ บาท
ระหว่างวันที่ ภาคฤดูร้อน ตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ถึงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๕
ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
ภาคปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๕ ถึงวันที่
๑๓ มกราคม ๒๕๖๖ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ
พยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะสามารถนำกลับมาใช้ในการพัฒนาการพยาบาลของ
โรงพยาบาลได้ดียิ่งขึ้น

- เพื่อพัฒนาสมรรถนะการทำงานของบุคลากรให้มีความรู้ ความชำนาญและสามารถ
ให้บริการอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการฝึกรอบรมฯ

ประกอบด้วย วิชานโยบายสุขภาพและการพยาบาล (Health Policy and Nursing) วิชาการ
การประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical
Judgments) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล (Nursing Care of Patients with Wounds) วิชาการพยาบาล
ผู้ป่วยออสโตมี (Nursing Care of Patients with Ostomy) วิชาการพยาบาลผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

(Nursing Care of Patients with the Incontinence) รวมถึงรายวิชาภาคปฏิบัติ ได้แก่ วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ปฏิบัติการ (Clinical Nursing Practice in Patient with Wound and Incontinence) วิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีออสโตมี (Clinical Nursing Practice in Patient with Ostomy) การจัดทำสัมมนา การจัดทำโครงการ ศึกษาดูงานในประเทศ (HBOT)โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ศึกษาดูงานในประเทศสถานเสาวภา (สวนงู)สภากาชาดไทย ศึกษาดูงานต่างประเทศโรงพยาบาลปากเซประเทศลาว
วิชานโยบายสุขภาพและการพยาบาล(Health Policy and Nursing)

๑. ระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพ (Health System & Policy)

๑.๑ ความสำคัญของระบบสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและระบบการพยาบาล ระบบการบริการสุขภาพทั่วโลกแบ่งเป็น ๔ แบบ คือ เสรีนิยม รัฐสวัสดิการ สังคมนิยม และแบบครอบคลุม ระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นนโยบายแบบผสมผสาน แบ่งเป็น ๓ สิทธิการรักษา เรียกว่าไทยรัฐสวัสดิการ ประกอบด้วย ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชำราชการ

๑.๒ นโยบายสุขภาพภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือ ประชาชนทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน ตามสิทธิที่พึงมีตามแนวคิดการปฏิรูประบบสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ ๑๒ ในปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔

๑.๓ แนวโน้มของบริการสาธารณสุขและบริการสุขภาพในอนาคต กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โรงเรียนอาจจะต้องปิดตัวหรือปรับรูปแบบการเรียนการสอน

๒. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health Economics)

๒.๑ แนวคิดเศรษฐศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและระบบสุขภาพ มีต้นทุนต่อหน่วยสถานพยาบาล เนื่องจากการมีทรัพยากรที่จำกัด การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว และภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ จึงต้องวิเคราะห์ข้อมูลทางการเงินและต้นทุนต่อหน่วยบริการ มี ๕ ขั้นตอนคือ System analysis, Cost center, Total direct cost, Indirect cost, Unit cost calculation

๒.๒ อุปสงค์ของการดูแลสุขภาพและการประกันสุขภาพ เป็นความคาดหวังในด้านการดูแลสุขภาพ การใช้บริการทางสุขภาพ ในระบบสาธารณสุขไทยพบว่ามี การให้ความสนใจต่อการประกันสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุวัยเรียนลดลงวัยทำงานต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดความไม่สมดุลในสังคม ภาระพึ่งพิงมีมากขึ้น อุปทานในระบบสุขภาพและกำลังคน เมื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบการขาดแคลนกำลังคนดูแลสุขภาพ ค่าจ้างแรงงานสูงขึ้น ผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้มีมากขึ้น กลายเป็นภาระพึ่งพิง

๓. ระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health System Costs)

๓.๑ การบันทึกรหัสโรคที่ใช้ในระบบบริการสุขภาพประสิทธิภาพ เนื่องจากระบบสุขภาพของไทยประกอบด้วย ประกันสังคม ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ชำราชการ จึงมีการใช้ระบบการบันทึกโดยระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group; DRG) เพื่อควบคุมด้านงบประมาณและคุณภาพการรักษาพยาบาล ในผู้ป่วยในทุกรายและทุกสิทธิการรักษา เริ่มพัฒนามาตั้งแต่ปี ๒๕๔๑ และจนถึงปัจจุบันได้ประกาศใช้เป็น DRG version ๖.๒ ในปี ๒๕๖๕

๓.๒ การให้บริการต่อเกณฑ์การจัดสรรตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (DRG) โดยใช้หลัก ICD; International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ประเทศไทย ดังนี้

ICD-๑๐, ICD- ๑๐-TM สำหรับให้รหัสการวินิจฉัยโรค

ICD- ๙-CM สำหรับให้รหัสเหตุการณ์/การผ่าตัด

๔. รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง (Model of Continuing Care)

การดูแลต่อเนื่อง หมายถึง กระบวนการที่ทีมสุขภาพให้การดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่าน การดูแลระหว่างหน่วยบริการสุขภาพหรือระดับการดูแลได้อย่างเหมาะสมและไม่ขาดตอน

๔.๑ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องในการดูแลระดับตติยภูมิสู่การดูแลระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการบริการสุขภาพที่บ้าน

๔.๒ รูปแบบของการจัดการรายกรณีและบทบาทของผู้จัดการรายกรณี โดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย Assessment, Nursing diagnosis, Planning, Intervention, Evaluation

๕. ผลลัพธ์สุขภาพและตัวชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Health outcomes And Indicators of the health of patients with chronic diseases)

๕.๑ ผลลัพธ์สุขภาพ หมายถึง ผลของการบริการต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

๕.๒ ตัวชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยผลลัพธ์ต่อต้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยมีการวัดดังนี้ อัตราส่วน (Ratio) สัดส่วน (Proportion) ร้อยละ (Percentage) อัตรา (Rate) ความชุก (Prevalence) อุบัติการณ์ (Incidence)

๖. กระบวนการสื่อสาร (Communication process)

๖.๑ ระบบการบันทึก มีการพัฒนาหลายรูปแบบ ได้แก่ Focus charting, SOAP, Narrative charting และระบบเอกสารทางการแพทย์ เป็นหัวใจสำคัญของรักษาพยาบาลเนื่องจาก Communication process จะเป็นการสื่อสารที่มีคุณภาพ ในทางการแพทย์จะใช้หลักการ SBAR (Situation-Background-Assessment-Recommendation) ส่วนการบันทึกจะใช้หลักการ ๔C (Correct-Complete-Clear - Concise)

๖.๒ ระบบการส่งต่อในการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย การวางแผนจำหน่าย การส่งต่อ และการบริการสุขภาพที่บ้าน

๗. เครื่องมือกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Tools for Process of Continuing Care)

๗.๑ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ (Clinical Practice Guideline, Protocol) เป็นแนวทางในการปฏิบัติ/ข้อความที่พัฒนาอย่างมีระบบ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่เหมาะสมในสถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการยอมรับ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของทีมสุขภาพและผู้ใช้บริการในการดูแลรักษาสุขภาพ

๗.๒ เส้นทางการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Care path & Care Map)

๘. การปฏิบัติพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Nursing practice by Evidence based) เป็นการบูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุดจากข้อมูลในคลินิกและงานวิจัยที่เป็นปัจจุบัน ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ ความเชื่อของผู้ป่วย ความเชี่ยวชาญของนักปฏิบัติในคลินิกและทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับเลือกวิธีการประเมิน การวินิจฉัยและวิธีการบำบัดรักษา สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ

๙. การทำงานเป็นทีมและผู้จัดการทีมสุขภาพ (Teamwork and Health Manager)

๙.๑ รูปแบบการทำงานในทีมสุขภาพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เภสัชกร นักสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์

๙.๒ บทบาทพยาบาลในการเป็นผู้นำทีมสุขภาพ มีบทบาทในการเป็นผู้บริการ ได้แก่ บริหารนายบริหารเพื่อน บริหารลูกน้องและบริหารเครือข่าย

๑๐. การประเมินผลลัพธ์ทางการแพทย์ (Evaluation of Nursing outcome) คือการเลือกผลลัพธ์มาจัดการด้วยกระบวนการ (Process)

๑๐.๑ การจัดการผลลัพธ์ด้านสุขภาพและตัวชี้วัดของบริการพยาบาล โดยใช้หลักการ Donabedian' Model for evaluating health care quality โดยวิเคราะห์ โครงสร้าง กระบวนการ และ ผลลัพธ์

๑๐.๒ รูปแบบการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลลัพธ์การพยาบาลของประเทศไทย ๖ ด้าน ๖๘ ตัวชี้วัด ศึกษาโดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ดังนี้ ด้านความปลอดภัย (๑๒ ตัวชี้วัด) ด้านความรู้ ความเข้าใจ (๙ ตัวชี้วัด) ด้านการบรรเทาความทุกข์ทรมาน (๘ ตัวชี้วัด) ด้านความสามารถในการดูแลตนเอง(การทำหน้าที่) (๒๐ ตัวชี้วัด) ด้านความพึงพอใจ คุณภาพชีวิต (ของผู้ให้บริการและครอบครัว) (๗ ตัวชี้วัด) ด้านผลลัพธ์ขององค์กร(ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของพยาบาล/บุคลากร) (๑๒ ตัวชี้วัด)

วิชาการประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก (Advanced Health Assessment and Clinical Judgments)

๑. แนวคิดการประเมินสุขภาพขั้นสูงผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Concept of Advanced Health Assessment in Patients with Wounds, Ostomy and The Incontinence) โดยพยาบาล Enterostomal therapy nurses specialist (ET) ใช้ทักษะการสัมภาษณ์ประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย อาการ อาการแสดงและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

๒. การประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Assessment in Patients with Wounds Ostomy and the Incontinence) ประกอบด้วย

๒.๑ การประเมินด้านร่างกาย

๒.๒ การประเมินด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

๓. เครื่องมือการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Tools for Assessment in Patients with Wounds, Ostomy and Incontinence)

๓.๑ เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ใช้ Braden score, Gosnell, PSPS, Norton Walsall เป็นต้น

๓.๒ เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลจากความผิดปกติของหลอดเลือด ใช้การตรวจ ABI (Ankle Brachial Index) ร่วมกับการคัดกรองเท้าเบาหวาน

๓.๓ เครื่องมือประเมินการหายของบาดแผล ใช้ PUSH, PSST, SWAT, WHS เป็นต้น

๓.๔ เครื่องมือการประเมินความผิดปกติของผิวหนังรอบทวารใหม่ ใช้ SAGs Instrument โดยการประเมินรอยโรคและการระบุตำแหน่งตามนาฬิกา

๓.๕ เครื่องมือการประเมินสภาพผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใช้ PAT (Peritoneal assessment tools)

๓.๖ เครื่องมือประเมินความปวดผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใช้แบบประเมินความเจ็บปวดทั่วไปกับผู้ป่วยรายอื่นๆ

๔. การตัดสินใจภาวะบาดแผลออสโตมีและการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ การบันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและการส่งต่อ (Clinical Judgment and Conditions for Wounds, Ostomy and The Incontinence, Recording of Nursing Documents and Referrals)

๓. ฝึกปฏิบัติการตรวจร่างกายและการประเมินสภาพผู้ป่วยที่เสี่ยง/มีบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Physical Examination Practices and Assessment in Patients at risk with Wounds, Ostomy and The Incontinence)

วิชาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล (Nursing Care of Patients with Wounds)

๑. หลักการเบื้องต้นการดูแลบาดแผล(Basic principles of Wound Care)

๑.๑ กายวิภาคสรีรวิทยาของผิวหนังและบาดแผล (Anatomy and Pathophysiology of Skin and Wound) แบ่งได้ดังนี้

๑. Epidermis
๒. Dermis
๓. Hypodermis

๑.๒ การจำแนกบาดแผล (Classification of Wound)

ความหมายของแผล (Wound) หมายถึง การที่ผิวหนังและเนื้อเยื่อต่างๆได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดแผลแยก หรือฉีกขาดของผิวหนัง และเนื้อเยื่อปกติ แบ่งออกเป็น ๒ ประเภท

๑. แผลเฉียบพลัน (Acute wound) หมายถึง แผลสดหรือแผลใหม่ มักเกิดจาก acute injury มีชื่อเรียกต่างกันไปตามสาเหตุ เช่น บาดแผลถูกยิง (Gunshot wound) บาดแผลถูกแทง (stabbed wound) แผลถูกกัด (Bite wound) บาดแผลจากของร้อน เช่น บาดแผลไหม้จากการอาบแดด (sunburn) ไฟไหม้ (flame burn) น้ำร้อนลวก (scald burn) แผลไหม้จากสารเคมี (chemical burn) แผลผ่าตัด (surgical wound) เป็นต้น เป็นแผลที่เกิดขึ้นสามารถหายได้เองตามระยะเวลากระบวนการหายของแผลตามปกติ

๒. แผลเรื้อรัง (Chronic wound) หมายถึง บาดแผลเรื้อรัง หรือแผลเรื้อรัง เป็นแผลที่หายยากหรือหายช้ากว่าระยะเวลาหนึ่งเพราะขบวนการหายของแผลถูกขัดขวาง จึงไม่สามารถดำเนินไปตามขั้นตอนปกติที่บาดแผลธรรมดาควรจะหายได้

๑.๓ กระบวนการหายของบาดแผลและชนิดของการติดของบาดแผล (Wound Healing Process and Type of Closer wound)

กระบวนการหายของแผล (Wound Healing Process) การหายของบาดแผล สังเกตได้จากการมีผิวหนังมาปกคลุมบาดแผลและการเชื่อมต่อเนื้อเยื่อภายใต้บาดแผล ในสภาพปกติ แบ่งได้เป็น ๓ ลักษณะ คือ

๑. Primary Healing (Healing by first intention)

เป็นการหายของแผลที่สะอาด หรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน เกิดขึ้นโดยการเย็บขอบแผลเข้าหากัน (direct approximation) โดยทันทีที่เรียก Primary Closure หรือ การปิดแผลสดขนาดใหญ่ด้วยการปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin Graft) หรือเนื้อจากบริเวณอื่น (Skin flap) กระบวนการหายของแผลสังเกตได้ยากจากภายนอก เพราะแผลมีขนาดเล็ก หดตัวน้อย การงอกของCell ผิวหนัง (Epithelialization) เกิดขึ้นเร็วมากใน delay primary closure คือการเปิดแผลทิ้งไว้หลายวันก่อนจะเย็บปิด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ใช้กับแผลสกปรก มีสิ่งแปลกปลอมและบาดแผลรุนแรง ที่มีการชอกช้ำของเนื้อเยื่อมาก โดยระหว่างรอใช้วิธีทาแผลโดย moist, sterile dressing เปลี่ยนอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง ถ้าเย็บปิดแผลภายใน ๒-๓ วันหลัง

๒. Spontaneous closure (Healing by secondary intension)

เป็นการหายของแผลที่ถูกปล่อยให้หายเอง ขอบแผลจะเคลื่อนเข้าหากัน ด้วย process ของ contraction (การหดตัวของแผล) granulation tissue และ epithelialization และเกิดเป็น แผลเป็น(Scar formation) ถ้าแผลไม่หายเองจะเกิดเป็นแผลเรื้อรัง (chronic wound)ในราย partial thickness wound (เช่น แผล donor ของ split thickness skin graft)จะหายด้วย process ของ Epithelialization ซึ่งเริ่มเกิดจาก migration ตามด้วย mitosis ของ epithelial cell

๓. Tertiary healing (Healing by third intension)

การปิดแผลเกิดหลังจากเกิด บาดแผลหลายวัน แผลเริ่มมี granulation tissue แล้ว แต่แพทย์สนับสนุนการหายโดยการเย็บปิดแผลหรือปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft or skin flap)

Mechanism involves in wound healing มี Biologic mechanism ๒ อย่าง ที่สำคัญในกระบวนการหายของแผล คือ

- Epithelialization เป็นกระบวนการที่ keratinocyte มีการ migrate และแบ่งตัว เพื่อคลุมผิวหนังของแผล donor site (partial thickness), abrasion และ blisters, และ first- and second-degree burn
- Contraction เป็นการหดตัวของแผล full thickness ของ skin หรือการหายของ tubular organ เช่น common bile duct หรือ esophagus Connective tissue matrix deposition มี fibroblast เข้ามาในบริเวณแผลและสร้าง connective tissue และ collagen เป็นขั้นตอนสำคัญในการหายของแผลใน primary healing

Phases of Healing ในสภาพทั่วไปการหายของบาดแผล แบ่งเป็น ๔ ระยะ คือ

๑. Coagulation (ปัจจุบันรวมระยะนี้อยู่ใน Inflammation) การบาดเจ็บจะมีเลือดออกและมีการทำลายของเส้นเลือดและท่อน้ำเหลือง จะเกิดการหดตัวของหลอดเลือดและน้ำเหลืองเกือบจะทันที จากการหลั่ง Catecholamine และ Platelets เป็น cell ที่สำคัญมากเพราะเป็นตัวเริ่มต้นของกระบวนการทั้งหมดและสร้าง Cytokines ที่สำคัญต่อ Wound Healing หลายตัว

๒. Inflammation ลักษณะเฉพาะ คือ มีการ migration ของ leukocytes ปริมาณมาก มาที่แผลใน ๒๔ ชั่วโมง บริเวณแผลจะมี polymorph nuclear leukocyte มารวมกัน ตามด้วย macrophages

๓. Fibroplasia เพิ่มความแข็งแรงของแผลและการต่อเชื่อมกันของขอบแผลภายใน ๑๐ ชั่วโมง หลังเกิดแผล พบว่ามีปริมาณ Collagen Synthesis เพิ่มมากขึ้น และถึงจุดสูงสุดในวันที่ ๕ - ๗ และค่อย ๆ ลดลง และระยะนี้ยังมีการสร้าง ground substance และเส้นเลือดจำนวนมาก

๔. Remodeling แผล จะ อยู่ใน ระยะ up-regulated process จนถึง remodeling ระยะนี้ Inflammatory Cell จะมีปริมาณลดลง Angiogenesis ลดลง และ Fibroplasia หยุด การสร้างและทำลาย Collagen จะค่อย ๆ เข้าสู่สมดุลมีการเรียงตัวของ Collagen เป็นกลุ่มและ ทำให้แผลมีความแข็งแรงมากขึ้น

๑.๔ การประเมินและเตรียมพื้นบาดแผล (Wound assessment and Wound Bed

Preparation)

การประเมินแผล (Wound Assessment)

การประเมินแผลควรประเมินแผลทุก ๔๘ ชั่วโมงในแผลเฉียบพลัน และประเมินแผลเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ ซึ่งหัวข้อในการประเมินแผล ได้แก่

๑. ชนิดของแผลและระดับความรุนแรง(Classification and Staging)

ชนิดของแผลและระดับความรุนแรง เช่น แผลมะเร็ง แผลเบาหวาน แผลกดทับ เป็นต้น ถ้าแผลชนิดนั้นมีการระบุนความรุนแรงให้ระบุนความรุนแรงด้วย เช่น แผลกดทับ ระบุนระดับของแผลกดทับ เพื่อให้ทราบถึง ความรุนแรงของแผลกดทับ แผลกดทับที่รุนแรงมากกว่าจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นแผลกดทับที่รุนแรงน้อยกว่า เช่น แผลกดทับในระยะที่ ๔ จะไม่เปลี่ยนแปลงเป็นแผลกดทับระดับที่ ๓ ระดับที่ ๒ หรือระดับที่ ๑ เนื่องจากกระบวนการหายของแผลนั้นไม่ได้ถูกทดแทนด้วยชั้นผิวหนังที่ถูกทำลายไป

๒. ตำแหน่งของแผล (Location)

ตำแหน่งของแผล มีอิทธิพลต่อการหายของแผล เช่นในตำแหน่งที่มีการเคลื่อนไหวเสียดสี มีโอกาส

หายช้ากว่าตำแหน่งอื่นๆ เนื่องจากเซลล์ที่กำลังงอกใหม่ถูกรบกวน การบันทึกตำแหน่งแผลควรสัมพันธ์กับกายวิภาคของร่างกาย เพื่อให้สะดวกและสื่อความหมายได้ง่าย

๓. รูปร่างของแผล (Shape)

เมื่อแผลเริ่มหาย รูปร่างของแผลจะเปลี่ยนไป ซึ่งเป็นผลจากการหดรั้ง (Contraction) ของเนื้อเยื่อ รูปร่างของแผลมีหลายแบบเช่น วงกลม วงรี สี่เหลี่ยม ผีเสื้อ หรือรูปร่างไม่สม่ำเสมอ

๔. ขนาดของแผล (Wound Size)

เป็นข้อมูลที่สำคัญในการประเมินผลการรักษา การวัดขนาดแผลอาจมี ๒ มิติ คือ วัดความกว้างและความยาว ใช้วัดพื้นแผลต้น วัดส่วนที่ยาวที่สุดของแผลเป็นความยาว และส่วนที่กว้างที่สุดของแผลเป็นความกว้าง หรือการใช้วัดเข็มแบบนาฬิกา ๑๒ นาฬิกา ไป ๖ นาฬิกา และ ๓ นาฬิกา ไป ๙ นาฬิกา ตามลำดับ หรือใช้หลักการ head to toe (ศีรษะไปปลายเท้า) และ side to side (ด้านข้างไปด้านข้าง) ส่วนแผลลึกใช้วิธีการวัดแบบ ๓ มิติ โดยเพิ่มความลึก โดยการใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อวัดค่อยๆ ใส่เข้าไปในตำแหน่งที่ลึกที่สุดของแผล ต้องบอกตำแหน่งที่ลึกที่สุดโดยให้ระบุเป็นตำแหน่งนาฬิกา

๕. พื้นแผล (Wound bed)

ลักษณะของแผลจะบ่งบอกถึงการหายของแผลหรืออาจมีภาวะที่แทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ แบ่งได้เป็น ๒ ประเภท ดังนี้

๕.๑ Red Yellow Black Classification system การประเมินแผลในระบบนี้แบ่งพื้นแผลออกเป็น ๓ ประเภทของลักษณะสีดังนี้

- ๕.๑.๑ สีแดง (red wound) เป็นแผลที่มีเนื้อตุ่มสีแดง หรือสีชมพูอ่อนชุ่มชื้นที่แสดงให้เห็นถึงเนื้อเยื่อที่กำลังเจริญขึ้นใหม่ (granulation tissue) เป็นแผลที่มีการเจริญดีแล้ว
- ๕.๑.๒ สีเหลือง (yellow wound) เป็นสีของสิ่งขับหลังที่ออกจากแผลโดยมีเชื้อ bacteria ปนออกมากับสิ่งขับหลัง จะเห็นเป็นลักษณะของเนื้อตายเปื่อยยุ่ยสีเหลือง (fibrous slough)
- ๕.๑.๓ สีดำ (black wound) เป็นแผลที่มีเนื้อตาย เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเนื้อตายที่มีสีดำมีลักษณะแห้งแข็ง (eschar) หรือชุ่มชื้น

๕.๒ การใช้ลักษณะของเซลล์ที่เห็นปกคลุมพื้นแผล บ่งชี้พื้นแผล ดังนี้

- ๕.๒.๑ Epithelialization เป็นกระบวนการที่ Epithelium มาปิดแผล ลักษณะสีชมพู มองเห็นเป็นชั้นบางๆ
- ๕.๒.๒ Granulation tissue เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงแผลที่มีการงอกขยาย มีลักษณะเป็นตุ่มเล็กๆมีสีแดงเข้ม มันวาว อ่อนนุ่ม เมื่อมีสิ่งใดมาสัมผัส จะมีเลือดออกได้ง่าย
- ๕.๒.๓ Clean non granulation tissue จะพบในระยะสุดท้ายของ inflammatory phase จะมีลักษณะเนื้อเยื่อเรียบ สีชมพู หรือสีแดง แต่ยังไม่มีการงอกขยายของ granulation tissue และจะพบในแผลหลังการ debridement
- ๕.๒.๔ Hyper granulation tissue เป็น granulation ที่งอกขยายเกินขอบแผล
- ๕.๒.๕ Necrotic tissue เนื้อตายที่ยึดติดกับแผล

๕.๒.๖ Slough หรือ fibrinous tissue เป็นเนื้อตายสีเหลือง ไม่ยึดติดกับผิวของแผล ลักษณะคล้ายเส้นด้าย เมื่อล้างแล้วแผลไม่หลุด

๖. ขอบแผล (Wound edges)

บ่งบอกได้ถึงการทำลายของแผลมีความสำคัญในการประเมินการทำลายของแผล ขอบแผลที่ชัดเจนบ่งบอกได้ถึงการทำลายของแผล ขอบแผลที่ทำให้แผลหายเร็วคือขอบแผลที่ไม่มีความลึก

๗. โพรงใต้ผิวหนัง (Undermining)

เกิดจากการสูญเสียเนื้อเยื่อใต้ชั้นขอบแผลหรือเกิดเป็นโพรงใต้ขอบแผล หรือเกิดเป็นช่องโพรงใต้ขอบแผล บางแผลอาจเกิดเป็นช่องทางแคบ ๆ เข้าไปในแผล การวัดแผลใช้ไม้พันสำลีใส่เข้าไปวัดความลึกของโพรงใต้ผิวหนัง โดยไม่ใช้แรง เพราะอาจทำให้เนื้อเยื่อชอกช้ำได้ง่าย

๘. สภาพผิวหนังบริเวณรอบแผล (Surrounding skin)

ให้ประเมินผิวหนังจากขอบแผลกว้างไปอีก ๔ เซนติเมตร เป็นข้อมูลที่สำคัญที่ช่วยในการตัดสินใจรักษาแผล

๙. สิ่งขับหลั่ง (Exudate) และกลิ่น (Odor)

การประเมินแนะนำจากการประเมินจากวัสดุปิดแผลโดยแบ่งเป็น ๔ ส่วน แต่ละส่วนคิดเป็นร้อยละ ๒๕ โดยประเมินดังนี้

๑.๑ ปริมาณสิ่งขับหลั่ง

- ๑.๑.๑ ไม่มีปริมาณสิ่งขับหลั่ง (none)
- ๑.๑.๒ ปริมาณน้อยมาก (scant) คือ มีปริมาณสิ่งขับหลั่งน้อยมาก ไม่สามารถวัดปริมาณได้ ลักษณะแผลมีความชุ่มชื้น
- ๑.๑.๓ ปริมาณน้อย (mild) คือ มีปริมาณสิ่งขับหลั่งน้อย แผลเปียกชื้น (wet) วัสดุปิดแผลดูดซับสิ่งขับหลั่งน้อยกว่าร้อยละ ๒๕
- ๑.๑.๔ ปริมาณปานกลาง (moderate) คือ มีปริมาณสิ่งขับหลั่งปานกลาง แผลชื้นแฉะ (saturation) วัสดุปิดแผลสิ่งขับหลั่งร้อยละ ๒๕-๗๕
- ๑.๑.๕ ปริมาณมาก (excessive) คือ มีปริมาณสิ่งขับหลั่งมาก แผลเปียกแฉะ (bath in fluid) วัสดุปิดแผลสิ่งขับหลั่งร้อยละ ๗๕

๑.๒ สีของสิ่งขับหลั่ง แบ่งตามลักษณะดังนี้

- ๑.๒.๑ ลักษณะสีเหลืองฟางค่อนข้างใส (serous)
- ๑.๒.๒ สีขุ่นเล็กน้อยผสม fibrin (fibrinous)
- ๑.๒.๓ น้ำสีเหลืองฟางใสมีเลือดปนเล็กน้อย (serosanguinous)
- ๑.๒.๔ สีแดงจางจากเลือด (sanggenons)
- ๑.๒.๕ น้ำสีเหลืองหรือน้ำตาลขุ่น (seropurulent) หนอง (purulent) มีหนองปนเลือด (hem purulent)
- ๑.๒.๖ สีแดงเข้ม (hemorrhagic)

ส่วนการประเมินกลิ่น (odor) ต้องทำความสะอาดแผลก่อนการประเมินกลิ่น สามารถระบุกลิ่น เช่น กลิ่นรุนแรง เหม็นอับ ฉุน กลิ่นเชื้อรา กลิ่นหวาน กลิ่นอุจจาระ เป็นต้น

๑.๕ การทำความสะอาดบาดแผลและการใช้ผลิตภัณฑ์การดูแลบาดแผล (Wound Dressing and Wound Products)

การทำความสะอาดบาดแผล(Wound Dressing)

การทำแผลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล เป็นการป้องกันแผลจากสิ่งก่อกำเนิดการระคายเคือง และสิ่งที่ขัดขวางการหายของแผล การทำแผลอย่างถูกหลักการ และเลือกใช้น้ำยาสำหรับใส่แผลที่เหมาะสมกับบาดแผลแต่ละชนิดจะลดการอักเสบ และส่งเสริมการหายของแผล

วัตถุประสงค์ของการทำแผล

การทำแผลมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

๑. ส่งเสริมให้สภาวะที่ดี เหมาะแก่การงอกของเนื้อเยื่อ
๒. ดูดซึมสิ่งขับหลั่ง เช่น เลือด น้ำเหลือง หนอง เป็นต้น
๓. จำกัดการเคลื่อนไหวของแผลให้อยู่นิ่ง
๔. ให้ความชุ่มชื้นกับพื้นผิวของแผลอยู่เสมอ
๕. ป้องกันไม่ให้ผ้าปิดแผลติด และดึงรั้งเนื้อเยื่อที่งอกใหม่
๖. ป้องกันแผลหรือเนื้อเยื่อที่เกิดใหม่จากสิ่งกระทบกระเทือน
๗. ป้องกันแผลปนเปื้อนเชื้อโรคจากอุจจาระ ปัสสาวะ และสิ่งสกปรกอื่น ๆ
๘. เป็นการห้ามเลือด
๙. ผู้ป่วยสุขสบาย

ชนิดของการทำแผล

ลักษณะแผลที่แตกต่างกัน จะมีวิธีการทำแผลที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะเลือกทำแผลแบบใดจะต้องพิจารณาจากลักษณะแผล

๑. การทำแผลชนิดแห้ง (dry dressing) หมายถึง การทำแผลที่ไม่ต้องใช้ความชุ่มชื้นช่วยในการหายของแผล ใช้ในการทำแผลที่สะอาด ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดซึ่งเป็นแผลที่สะอาดและเย็บไว้ เป็นต้น

๒. การทำแผลชนิดเปียก (wet dressing) หมายถึง การทำแผลที่ต้องใช้ความชุ่มชื้นช่วยในการหายของแผล ใช้ในการทำแผลเปิด การทำแผลชนิดนี้จะใช้เมื่อแผลมีการสูญเสียเนื้อเยื่อ หรือมีการหายแบบทุติยภูมิ เพื่อช่วยในการขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว เช่น แผลกดทับ แผลมีหนอง แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อแล้วขอบแผลแยก เป็นต้น

๓. การทำแผลที่มีท่อระบาย ท่อระบาย (drain) ที่ใช้อาจเป็นชนิด Penrose drain หรือ tube drain ท่อระบายนี้อาจใส่ไว้ในชั้นเนื้อเยื่อ หรือใส่ลึกเข้าไปในช่องต่าง ๆ ของร่างกาย จุดประสงค์หลักในการใส่ท่อระบายก็เพื่อเป็นช่องทางให้ของเหลว เช่น เลือด หนอง น้ำย่อย น้ำดี เป็นต้น ออกจากร่างกาย ทำให้แผลหายเร็ว ซึ่งแพทย์จะใช้ด้ายเย็บให้ท่อระบายยึดติดกับผิวหนังเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อระบายออกจากร่างกายหรือเลื่อนหลุดเข้าไปในร่างกาย ตำแหน่งของท่อระบายอาจอยู่ที่แผลผ่าตัดหรืออยู่ห่างจากแผลผ่าตัดประมาณ ๒-๓ นิ้ว ขนาดของท่อระบาย คือ ความกว้าง ๐.๕-๑.๕ นิ้ว ความยาว ๑๐-๑๔ นิ้ว และเพื่อให้แผลที่อยู่ด้านในหายเร็วจึงต้องตัดท่อระบายให้สั้นลง (short drain) วันละ ๑-๒ นิ้ว จนกว่าจะหลุดหมดหรือเมื่อต้องการดึงออก (off drain)

๔. การทำแผลที่ต้องใช้แรงกด (pressure dressing) การทำแผลด้วยวิธีนี้จะใช้สำหรับแผลที่มีช่องว่างใต้แผลมาก เช่น แผลจากการทำ skin flap หรือแผลที่มีเลือดซึมออกมาเรื่อย ๆ หลังจากทำแผลแล้ว ต้องใช้ผ้าพันแผลมาพันแผลให้แน่นกว่าการทำแผลทั่วไป เพื่อป้องกันไม่ให้มีช่องว่างใต้บาดแผล หรือเพื่อห้ามเลือด

๕. การชะล้างแผล (wound irrigation) การชะล้างแผลจะทำกับแผลเปิดที่มีความลึกมีหนองไหลออกจากแผล และมีเศษเนื้อตายติดอยู่กับแผล วิธีการทำเช่นเดียวกับการทำแผลชนิดเปียก และใช้กระบอกสูบชนิด irrigate syringe หรือ aseptic syringe สำหรับดูดน้ำยาใส่เข้าไปในแผล ถ้าแผลลึกมากจะใช้สายยางมาต่อเข้ากับกระบอกสูบ แล้วสอดปลายสายยางอีกด้านเข้าไปที่ก้นแผล ทำการฉีดล้างจนแผลสะอาด แล้วปิดแผลให้เรียบร้อย

วัสดุปิดแผล (Wound Care Product)

คุณสมบัติของวัสดุปิดแผล

ในปัจจุบันยังไม่มีวัสดุปิดแผลชนิดใดที่มีคุณสมบัติเหมาะกับการหายของแผลในทุกระยะ ไม่มีวัสดุปิดแผลชนิดใดที่ใช้ได้กับแผลทุกชนิด ดังนั้นการเลือกใช้จึงต้องพิจารณาให้เกิดประสิทธิภาพ คำนึงถึงต้นทุน คำนึงราคามากที่สุด

คุณสมบัติของวัสดุปิดแผลที่พึงประสงค์ ได้แก่

- ๑.๑ รักษาความชุ่มชื้นให้กับแผล ส่งเสริมการหายของแผลในระยะการงอกขยาย
- ๑.๒ ขจัดช่อง หรือโพรงในแผลได้ (dead space)
- ๑.๓ ส่งเสริมกระบวนการ Autolytic debridement
- ๑.๔ ป้องกันมาใหเชื้อโรคผ่านเข้าออกได้ แต่แลกเปลี่ยนก๊าซได้
- ๑.๕ รักษาอุณหภูมิของแผลใกล้เคียงกับอุณหภูมิของร่างกาย
- ๑.๖ ไม่มีสิ่งหลงเหลือค้างอยู่ในแผล ไม่ติดแผล เพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อพื้นผิวของแผล
- ๑.๗ ปรับเข้ากับรูปร่างส่วนต่างๆของร่างกายได้ สะดวกต่อการใช้
- ๑.๘ สามารถดูดซับสิ่งขับหลังได้ดี โดยไม่ทำให้แผลแห้งเกินไป
- ๑.๙ สามารถมองเห็นแผลได้ สะดวกต่อการประเมินแผลไม่ต้องเปลี่ยนบ่อยครั้ง
- ๑.๑๐ ราคาเหมาะสม โดยพิจารณาต่อหน่วยรักษา(ไม่ใช่ต่อครั้ง)

ชนิดของวัสดุปิดแผล

๑. Skin Protectants **ไม่ใช่วัสดุปิดแผล** แต่มีบทบาทในการป้องกัน ขอบแผลและผิวหนังรอบแผล ไม่ให้เกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย แห้งเกินไป หรือผิวหนังอักเสบจากความเปียกชื้นของสิ่งขับหลังจากแผล มีทั้งชนิดครีมใช้กับผิวรอบแผลที่แห้งและผิวหนังที่ไม่เปิด ชนิดที่เป็นฟิล์ม หรือสเปรย์ ใช้ในกรณีที่ขอบแผลหรือผิวหนังเปื่อยยุ่ย หรือผิวหนังอักเสบจากภาวะความเปียกชื้นของสิ่งขับหลังจากแผล ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น cavilon barrier cream, remois barrier, cavilon no sting, askina skin barrier film

๒. Gauze Dressing ทำมาจากเส้นใยผ้า บางชนิดมีสำลียูซังใน มีความสามารถช่วยในการดูดซับได้ดี แต่ไม่สามารถควบคุมความชื้นของแผลได้ ทำให้แผลแห้งง่าย ในบางกรณีใช้ gauze dressing เพื่อเป็น “mechanical debridement” (wet-to-dry dressing) เพื่อขจัดพวกเศษเนื้อตายต่างๆในแผลออก แต่ปัจจุบันไม่นิยมใช้ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก และอาจทำให้เกิดเลือดออกได้ในกรณีที่พื้นผิวของแผลมี granulation tissue Gauze dressing สามารถใช้ร่วมกับวัสดุปิดแผลชนิดอื่น เช่น Hydrogel เพื่อใส่ในแผล ชนิดมีโพรง สามารถใช้เป็น secondary dressing หาใช้ได้ง่าย และสะดวก ราคาถูก

๓. Contact layer dressing ส่วนใหญ่เป็นผ้า หรือ gauze ที่นำไปเกิดความชุ่มชื้น อิ่มตัว โดยวัสดุที่ช่วยในกระบวนการหายของแผล เช่น Petrolatum, Hydrogel, Lipido-colloid, Hydrocolloid, Zinc, Silver เป็นต้น เรียกกลุ่มนี้ว่า Impregnated Gauze Dressing บางชนิดจะเป็น Polyamide net หรือ Polyethylene เคลือบด้วยซิลิโคนบางๆใช้เป็น primary dressing ไม่ติดพื้นผิวของแผล ทำให้ช่วยลดอาการ

ปวดในขณะที่เปลี่ยนแผล ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อที่อกขยายใหม่ สามารถคงความชุ่มชื้นให้กับแผล ใช้ได้ดี ในแผลที่มีระยะการงอกขยาย จำเป็นต้องใช้ secondary dressing ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Bactrigas, Urgotul, Intrasitegel conformable, Meplitel

๔. Vapour permeable Film Dressing เป็นแผ่น polyurethane ใส สามารถให้น้ำระเหย ออกได้บ้าง แลกเปลี่ยนก๊าซได้ และป้องกันไม่ให้แบคทีเรียและน้ำซึมเข้าแผล ไม่มีความสามารถในการดูดซับ จึงไม่ควรใช้ในแผลที่มีปริมาณสิ่งขับหลัง อาจจะทำให้บริเวณแผลเปื่อยยุ่ย (maceration)

๕. Hydrogel ประกอบด้วยน้ำเป็นส่วนประกอบสำคัญ ประมาณร้อยละ ๘๐ และสารประเภท Propylene glycol หรือ Gelatin ประมาณร้อยละ ๒๐ ซึ่งทำหน้าที่รักษาความชื้นและให้ความชุ่มชื้นกับผิว ใช้ได้ดีกับแผลที่มีสิ่งขับหลังน้อย กระตุ้นให้เกิดกระบวนการ autolytic debridement ของเนื้อตาย (slough, necrotic tissue) ไม่ติดกับพื้นผิวของแผล ชะล้างออกได้ง่าย และมีความเย็น ช่วยลดความเจ็บปวด ในขณะที่ทำแผลได้

๖. Hydrocolloid ประกอบด้วย สารที่ชอบน้ำ เช่น gelatin, pectin และ carboxymethylcellulose ซึ่งสารเหล่านี้มีความสามารถในการดูดซับสิ่งขับหลังอย่างช้าๆ ช่วยควบคุมความชื้นให้กับแผล กระตุ้นการเกิด autolytic debridement ช่วยควบคุมอุณหภูมิให้กับแผลได้ดี และใช้กันน้ำได้ ใช้ได้ดีในแผลที่มีสารขับหลังจำนวนน้อยถึงปานกลาง ข้อควรระวัง คือ ถ้าใช้นานเกินไปอาจเกิด Hyper granulation และ maceration บริเวณขอบแผลและผิวหนังรอบแผลได้ เนื่องจากการดูดซึมไม่เป็นในแนวตั้ง (vertical absorb ion) ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Duoderm CGF, Duoderm extra thin, comfeel plus, Tegaderm hydrocolloid, Ulgopluge

๗. Foam dressing ทำจาก polyurethane foam และเคลือบด้านนอกด้วย polyurethane film มีความสามารถในการดูดซับสูง ด้านในที่ใช้ติดกับพื้นผิวของแผลสามารถดูดซับสิ่งขับหลังได้ดี ไม่ไหลย้อนกลับ การดูดซึมในแนวตั้ง (vertical absorb ion) ช่วยในการเกิดกระบวนการ autolytic debridement ช่วยควบคุมอุณหภูมิให้กับแผลได้ดี และใช้กันน้ำได้ ลดการเปื่อยยุ่ยของขอบแผลได้ เหมาะใช้กับแผลที่มีปริมาณสิ่งขับหลังปานกลางถึงมาก มีคุณสมบัติในการกันกระแทก สามารถนำมาใช้เพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยลดการเกิดแรงเฉล และแรงเสียดสีบริเวณปุ่มกระดูกได้ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Allevyn, Urgocell, Betaplast, Askina foam ,Mepillex border

๘. Hydro fiber Dressing ทำจากเส้นใยธรรมชาติจากพืช ๑๐๐% มีความสามารถในการดูดซับปริมาณสิ่งขับหลังได้ดี และดักจับแบคทีเรียเข้าสู่เส้นใย หลังจากนั้นจะกลายเป็นเจล ช่วยควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล กระตุ้นกระบวนการ autolytic debridement การดูดซับไม่ออกนอกเส้นใย ช่วยในการลดการเกิดขอบแผลเปื่อยยุ่ยได้ มีทั้งชนิดแบบแผ่น (Sheet) วางสัมผัสกับผิวของแผลได้เลย และชนิดแบบยาวสามารถใส่เข้าไปในแผลที่เป็นช่องโพรง บริเวณ undermining หรือแผลที่มีความลึกได้ดี และต้องใช้ secondary dressing ปิดทับ ไม่ควรใช้ในแผลที่เห็นกระดูก หรือข้อ เนื่องจากทำให้บริเวณดังกล่าวแห้งเกินไป ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Aquacel

๙. Calcium Alginate Dressing ทำมาจากสาหร่ายทะเลสีน้ำตาล มีความสามารถในการดูดซับปริมาณสิ่งขับหลังได้ดี สามารถดูดซับได้ตั้งแต่ ๓-๒๐ เท่าของน้ำหนักสิ่งขับหลัง และจะกลายเป็น hydrophilic gel ช่วยควบคุมความชุ่มชื้นให้แผล และกระตุ้นกระบวนการ autolytic debridement และดักจับแบคทีเรียได้ ล้างออกง่าย ไม่เป็นอันตรายต่อเนื้อเยื่อที่อกใหม่ เหมาะสำหรับแผลที่มีปริมาณสิ่งขับหลังจำนวนปานกลางถึงมาก ใช้ในแผลที่มีเลือดออก เนื่องจากมีคุณสมบัติช่วยให้เลือดหยุด แผลที่ใช้ calcium

alginate นั้นจะมีปริมาณสิ่งขับหลังมากจึงควรใช้ skin protectants เคลือบบริเวณรอบแผล จะช่วยลดการเปื่อยยุ่ยของผิวหนังรอบๆแผลได้ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Algisite M, Soroban, Kato stat, Urgosorb

๑๐. Antimicrobial dressing ใช้ในการรักษาแผลติดเชื้อพัฒนาโดยการผสม Silver ลงในวัสดุปิดแผลที่เป็นชนิด moisture retentive dressing หรือใช้ silver ในรูปของ Nanocrystalline Silver หรือผสม Silver ในรูป ครีม Silver Sulfadiazine เพื่อใช้ในแผลที่มีการติดเชื้อ น้ำผึ้ง Honey น้ำผึ้งที่ใช้คือ Manuka Honey มีคุณสมบัติในการทำลายเชื้อแบคทีเรีย โดยใช้หลักการ osmotic pressure ความเข้มข้นของน้ำผึ้งช่วยทำให้แบคทีเรียฝ่อ เกิดปฏิกิริยากับสิ่งขับหลัง เกิดสารไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ และสารต้านอนุมูลอิสระในน้ำผึ้งยังช่วยยับยั้งป้องกันการเจริญเติบโตของแบคทีเรียได้อีกด้วย ปัจจุบันมีรูปแบบทั้งเป็น amorphous และแบบ impregnated gauze dressing

๑๑. Collagen dressing ปัจจุบันมีการผสม collagen ลงในผลิตภัณฑ์เพื่อรักษาแผลแต่การใช้ต้องมีการเตรียมพื้นแผลโดยการนำเนื้อตายออกหมด พื้นแผลที่มี granulation tissue โดยไปยับยั้งปริมาณของ matrix metalloproteinase (MMPs) ในแผลเรื้อรังให้มีระดับที่สมดุล ตัวอย่างผลิตภัณฑ์เช่น Collective เทคนิคการใช้วัสดุปิดแผลชนิดแบบแผ่นปิด ควรติดให้กว้างจากขอบแผลประมาณ ๑-๒ เซนติเมตร ใช้ในแผล partial thickness wound ไม่มีความลึกมาก พื้นผิวของแผลสามารถสัมผัสกับวัสดุปิดแผลและติดได้นานประมาณ ๓-๕ วัน (ขึ้นอยู่กับปริมาณสิ่งขับหลังในแผล) ไม่จำเป็นต้องใช้ secondary dressing ปิดทับ

๒. หลักการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลอุบัติเหตุ (Principle of Traumatic Wound Management)

บาดแผลทางนิติเวช หมายถึง ผลของการกระทำที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ ทำให้ผิวหนังของร่างกายแยกออกจากกัน อาจมีเลือดออกภายในหรือภายนอกก็ได้ การจัดการคือทำแผลตามสภาพของบาดแผล เน้นการบันทึกสาเหตุ และอาวุธที่ทำให้เกิดบาดแผล ลักษณะแผล จำนวนแผล ตำแหน่งแผล การบันทึกบาดแผล

การตรวจบาดแผล มีจุดมุ่งหมายที่จะนำผลการตรวจมาวิเคราะห์ตามหลักนิติวิทยาศาสตร์ ร่วมกับความเห็นของผู้ตรวจ เพื่อสรุปผลให้เป็นประโยชน์ในด้านคดีมากที่สุด

หลักการตรวจบาดแผล

๑. ชนิดของบาดแผล
๒. ขนาดของบาดแผล ๓ มิติ กว้าง ยาว ลึก
๓. ตำแหน่งของบาดแผล
๔. ทิศทางของบาดแผล
๕. จำนวนของบาดแผล ถ้ามีหลายแห่งให้ยึดบาดแผลฉกรรจ์เป็นหลัก
๖. วัตถุแปลกปลอมในแผล
๗. ปฏิกิริยาที่แสดง

การบันทึกบาดแผล

๑. บันทึกทันทีที่ผู้ป่วยที่เข้ามาในห้องฉุกเฉิน
๒. ขอความยินยอมจากผู้ป่วยก่อนถ่ายภาพ หรือจากผู้ปกครอง หรือผู้แทนถ้าผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้
๓. ถ่ายภาพบาดแผล
๔. บันทึกบาดแผลทางนิติเวช

วิธีการเก็บพยานหลักฐาน

๑. เสื้อผ้าต้องตัดตามตะเข็บ หลีกเลียงตำแหน่งที่เป็นตำหนิ
๒. ระวังการทำลายหลักฐานโดยไม่ตั้งใจ
๓. หากมีวัตถุพยานหลายชนิดควรแยกเก็บ
๔. ชุดบรรจุพยานหลักฐาน ขึ้นอยู่กับลักษณะพยานหลักฐาน และหากเป็นหลักฐานชีววัตถุ ห้ามใส่ถุงพลาสติก หรือถุงที่อากาศถ่ายเทไม่ได้
๕. ปิดผนึกให้มีดซิ๊ดและดำเนินการตามหลักการคุ้มครองพยานหลักฐาน

๓. หลักการจัดการดูแลบาดแผลไหม้ (Principle of Burn Wound Management)

หลักการการรักษาบาดแผลไหม้ ปัจจุบันถ้าเป็นบาดแผลไฟไหม้ระดับตื้น นิยมรักษาโดยการทาด้วยครีมยาที่มีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อ (topical antibiotic treatment) หรือปิดผลิตภัณฑ์ปิดแผล แต่ถ้าเป็นบาดแผลไฟไหม้ระดับลึกการรักษาโดยวิธีผ่าตัดจะได้ผลดีกว่า

การประเมินดีกรีความลึกของบาดแผลไฟไหม้

การประเมินความลึกของบาดแผลไหม้มีความสำคัญในการบอกถึงความรุนแรงของการบาดเจ็บ การวางแผนการรักษาและผลการรักษาแบ่งได้เป็น ๓ ระดับ

- ระดับแรก (First degree burn) หรือ Superficial partial-thickness injuries
- ระดับที่สอง (Second degree burn) หรือ Deep partial-thickness injuries
- ระดับที่สาม (Third degree burn) หรือ Full- partial-thickness injuries

๑. แผลไหม้ระดับแรก (First degree burn)

การไหม้จะจำกัดอยู่ที่ผิวหนังชั้นหนังกำพร้า (epidermis) เท่านั้น โดยบาดแผลจะแดง (Erythema) แต่ไม่มีตุ่มพอง (Blister) มีความรู้สึกเจ็บปวดหรือแสบร้อน โดยแผลประเภทนี้จะใช้เวลารักษาประมาณ ๗ วัน โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นเอาไว้ (ยกเว้นถ้ามีการติดเชื้ออักเสบ) การรักษาที่เหมาะสมคือ การใช้ครีมยาทาแผลเฉพาะภายนอก (Topical antibiotic treatment) หรือ ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดต่างๆ

๒. แผลไหม้ระดับที่สอง (Second degree burn) แบ่งย่อยออกเป็น ๒ ชนิด

- บาดแผลระดับที่สองชนิดตื้น (Superficial partial-thickness burn) จะเกิดการไหม้ขึ้นที่ชั้นหนังกำพร้าตลอดทั้งชั้น (ทั้งชั้นผิวนอกและชั้นในสุด) และหนังแท้ (dermis) ส่วนที่อยู่ตื้น ๆ (ใต้หนังกำพร้า) แต่ยังมีเซลล์ที่สามารถเจริญทดแทนส่วนที่ตายได้ จึงหายได้เร็วและไม่เกิดเป็นแผลเป็นเช่นกัน (ยกเว้นถ้ามีการติดเชื้อ)

มักเกิดจากถูกของเหลวลวก หรือถูกเปลวไฟ ลักษณะอาการและบาดแผลโดยรวมคือมีตุ่มพองใส ถ้าลอกเอาตุ่มพองออก พื้นแผลจะมีสีชมพู ขึ้นๆ มีน้ำเหลืองซึม และคนไข้จะมีอาการปวดแสบมาก เพราะเส้นประสาทบริเวณผิวหนังยังเหลืออยู่ไม่ได้ถูกทำลายไปมากนัก การหายของแผลใช้เวลาประมาณ ๒-๓ สัปดาห์ ไม่เกิดแผลเป็น

การรักษาที่เหมาะสมคือ การใช้ครีมยาทาแผลเฉพาะภายนอก (Topical antibiotic treatment) หรือ ปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดต่างๆ

- ส่วนบาดแผลระดับที่สองชนิดลึก (Deep partial-thickness burns) จะเกิดการไหม้ขึ้นที่ชั้นของหนังแท้ส่วนลึก ลักษณะบาดแผลจะตรงกันข้ามกับบาดแผลระดับที่สองชนิดตื้น (superficial secondary degree burn) คือ จะไม่ค่อยมีตุ่มพอง, แผลสีเหลืองขาว, แห้ง และไม่ค่อยปวด บาดแผลชนิดนี้มีโอกาสเกิดแผลเป็นได้แต่ไม่มาก ถ้าไม่มีการติดเชื้อซ้ำเติม แผลมักจะหายได้ภายใน ๓-๖ สัปดาห์ การใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะที่จะช่วยให้แผลไม่ติดเชื้อ

๓. แผลไหม้ระดับที่สาม(Third degree burn)

บาดแผลไหม้จะลึกลงไปจนทำลายหนังกำพร้าและหนังแท้ทั้งหมด รวมทั้งต่อมเหงื่อไขมันและเซลล์ประสาท ผู้ป่วยมักไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดที่บาดแผล อาจกินลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อหรือกระดูก บาดแผลจะมีลักษณะขาว ซีด เหลือง น้ำตาลไหม้ หรือดำ หนาแข็งเหมือนแผ่นหนัง แห้งและกร้าน อาจเห็นรอยเส้นเลือดอยู่ใต้แผ่นหนานั้น และเนื่องจากเส้นประสาทที่อยู่บริเวณผิวหนังแท้ถูกทำลายไปหมดทำให้แผลนี้จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด บาดแผลประเภทนี้จะไม่หายเอง จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกผิวหนัง นอกจากนี้จะมีการติ่งรังของแผลทำให้ข้อยึดติด เมื่อหายแล้วจะเป็นแผลเป็น บางรายจะพบแผลเป็นที่มีลักษณะนูนมาก (hypertrophic scar or keloid) มักเกิดจากไฟไหม้หรือถูกของร้อนนาน ๆ หรือไฟฟ้าช็อต ถือเป็นบาดแผลที่ร้ายแรง

การรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

แบ่งเป็นการดูแลในระยะต่างๆ ดังนี้

๑. Acute phase การดูแลในระยะแรก จะได้รับการดูแลตามระดับความรุนแรงของแผลไหม้ ประเมินความรุนแรงโดย Extent of Body Surface Area Injured ปัจจุบันการดูแลรักษาบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก (Burn) มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก มีวัสดุปิดแผลใหม่ๆ (Burn wound dressing product) ที่มีคุณภาพดีหลายชนิด Burn wound dressing product มีหลายผลิตภัณฑ์ที่ใช้กันแพร่หลาย เช่น Acticoat, Urgotul SSD, Aquacel Ag, Mepitel, Askina Calgitrol Ag เป็นต้น ทุกผลิตภัณฑ์ใช้ได้ผลดี ถ้าเราเลือกใช้เหมาะสมกับตึกกรีของบาดแผลได้ถูกต้อง จะเห็นได้ว่า จะได้ผลดีเมื่อเลือกใช้กับบาดแผลตื้น แบบ superficial secondary degree burn เท่านั้น ถ้าเป็นบาดแผลลึกตั้งแต่ deep secondary degree ถึง third degree burn นั้น การรักษาโดยการผ่าตัดได้ผลดีกว่าการเลือกใช้วัสดุปิดแผลอย่างถูกต้องและการดูแลอย่างใกล้ชิดของแพทย์ จะทำให้บาดแผลหายเร็วขึ้น ลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยจากบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกลงได้มาก และการเกิดแผลเป็นลดลง

๒. Rehabilitation phase เมื่อแผลหายดีแล้วต้องระวังไม่ให้ถูกแสงแดด ๓-๖ เดือน ใช้น้ำมันทาที่ผิวหนัง เพื่อลดอาการแห้งและคัน สำหรับแผลที่หาย โดยใช้เวลามากกว่า ๓ อาทิตย์ หรือแผลที่หายหลังจากทำผ่าตัด skin graft แนะนำให้ใส่ผ้ายัด (pressure garment) เพื่อป้องกันแผลเป็นนูนหนา (hypertrophic scar)

๔. หลักการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเบาหวาน (Management of Diabetic Ulcer)

เบาหวานเป็นโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุของเสียชีวิต และพิการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาท โดยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก ส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่ตาและไต และการเสื่อมของหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ เป็นสาเหตุการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดส่วนปลาย และการเกิดแผลที่เท้า และเป็นสาเหตุของการถูกตัดขาทั้ง ภาวะการติดเชื้อที่เท้าในผู้ป่วยโรคเบาหวานถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเนื่องจากการเสื่อมของปลายประสาทรับความรู้สึก และเกิดแผลที่เท้าการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงเท้าลดลง ส่งผลให้มีความผิดปกติของรูปเท้า รวมทั้งภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรคลดลงทำให้ผู้เป็นเบาหวานเกิดแผลได้ง่าย และเมื่อ เกิดแผลแล้ว มักเกิดการติดเชื้อได้ง่าย หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง อาจทำให้การติดเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสและนำมาซึ่งการเสียชีวิตได้

ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหา Diabetes foot จะมาด้วยอาการต่างๆกัน คือ แผล (ulcer), gangrene และ Charcot 's joint การดูแลรักษาที่จะให้ได้ผลดีจำเป็นต้องอาศัยความเข้าใจในพยาธิสภาพพื้นฐานที่ซับซ้อน

สาเหตุการเกิดแผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมี ๓ อย่าง คือ

๑. ปลายประสาทเสื่อม (Neuropathy) โดยสามารถแบ่งได้ดังนี้

๑.๑ ประสาทรับความรู้สึกเสื่อม ผู้ป่วยเบาหวานจะสูญเสียการรับความรู้สึกเจ็บปวดหรือความรู้สึกร้อนเย็น ดังนั้นเมื่อเป็นแผลขึ้นแล้วผู้ป่วยมักไม่หยุดใช้เท้าเนื่องจากขาดความรู้สึกเจ็บปวด แผลจึงเกิดการอักเสบลุกลามมากขึ้น

๑.๒ ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม ทำให้กล้ามเนื้อเล็กๆที่เท้าลีบลง กล้ามเนื้อที่เท้าไม่อยู่ในสภาพสมดุล ทำให้เกิดเท้าผิดรูป (Charcot Foot) ทำให้จุกหรือน้ำหนักผิดไป มีโอกาสเกิดตาปลาหรือแผลเป็นได้ง่าย

๑.๓ ประสาทอัตโนมัติเสื่อม ทำให้ระบบประสาทควบคุมเกี่ยวกับการหลั่งเหงื่อ การหดและขยายตัวของหลอดเลือดเสียไป ผิวหนังแห้ง มีเหงื่อออกน้อย และผิวหนังแห้งแตกง่าย เชื้อโรคอาจเข้าไปตามรอยแตกแล้วเกิดเป็นแผลลุกลามมากขึ้น และยังทำให้เท้าบวม รองเท้าจึงคับขึ้นและกดเท้าจนเป็นแผลได้

๒. ความผิดปกติของหลอดเลือด (Ischemia)

เนื่องจากเกิดภาวะเส้นเลือดตีบแข็งจนบางครั้งก็อุดตัน ซึ่งเกิดขึ้นได้ทั้งในหลอดเลือดแดงใหญ่และหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดแผลที่เท้าขึ้นเองได้เนื่องจากเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง ซึ่งจะพบมากที่สุดที่ปลายนิ้วเท้า ทั้งห้าหรือส้นเท้า ในผู้ป่วยบางรายซึ่งเกิดแผลจากสาเหตุอื่น เช่น อุบัติเหตุ ของมีคม เล็บขบ ยุงกัดและการเกา เป็นต้น การรักษาแผลให้หายเป็นไปได้ยากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากหลอดเลือดตีบไม่มีเลือดไปหล่อเลี้ยงเพียงพอ ทำให้ไม่มีการสมานแผล การตีบตันของหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้เกิดเพียงเฉพาะที่เท้าเท่านั้น ยังเกิดกับหลอดเลือดอื่นๆด้วย เช่น หลอดเลือดหัวใจและสมอง นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสริมที่ทำให้มีการตีบตันเร็วและมากขึ้นอีก คือ การสูบบุหรี่ ไขมันในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง เป็นต้น

๓. การติดเชื้อแทรกซ้อน (Infection) แผลที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานมักจะมีการติดเชื้อร่วมด้วยอยู่เสมอ โดยเฉพาะการมีเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ทำให้การอักเสบลุกลามมากขึ้น เกิดเส้นเลือดฝอยอุดตันทำให้เนื้อเยื่อที่ขาดเลือดส่งกลิ่นเหม็นเน่าได้ ยิ่งหากมีภาวะแทรกซ้อนทางประสาทและหลอดเลือดด้วยแล้ว โอกาสที่จะรักษาให้หายยิ่งยากมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกตัดขา

การซักประวัติและการตรวจร่างกาย

การซักประวัติ และการตรวจร่างกายอย่างละเอียดมีประโยชน์ในการนำมาใช้วางแผนการรักษา โดยควรมุ่งเน้นตามพยาธิสภาพของ diabetes foot คือ neuropathy , ischemia และinfection ในการตรวจระบบทางประสาท ควรสอบถามว่าผู้ป่วยมีอาการชาตंत्रบริเวณใดและเป็นมานานแค่ไหน การตรวจร่างกายจะช่วยยืนยันว่ามีความผิดปกติจริง การตรวจร่างกายในระบบประสาทสามารถบอกถึงความรุนแรงของปลายประสาทเสื่อมได้

การตรวจปลายประสาทเสื่อม ประกอบด้วย

- sensation
- light touch
- pinprick
- motor strength
- vibration

proprioception การสูญเสีย proprioception ทำให้เกิด positive Romberg 's sign และ ทำให้ deep tendon reflex ที่เข่าและที่เท้าลดลง ถ้าผลการตรวจไม่ชัดเจน ควรตรวจด้วย nerve conduction study ในการตรวจภาวะความผิดปกติของหลอดเลือด (Ischemia) การตรวจเหมือนในผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นเบาหวาน แต่ผู้ป่วยเบาหวานอาการจะกำเริบเร็วกว่า มีภาวะเนื้อตายได้บ่อยกว่า ischemic pain รายที่เป็นมานานจะพบลักษณะผิวหนังบาง ตุ่มมัน เล็บหนา ขนบริเวณเท้าร่วง ถ้ามีหลอดเลือดแดงอุดตันรุนแรง จะพบ elevation pallor , dependent rubor , capillary refill ช้า ที่สำคัญควรตรวจร่างกายโดยการคลำชีพจร ที่ขา ๒ ข้าง ถ้าไม่ได้ควรใช้ doppler ช่วยตรวจ

การรักษาแผลที่เท้า

๑. การรักษาเบื้องต้น เมื่อเป็นแผลจากของมีคมหรือแผลขีดข่วน ควรล้างแผลให้สะอาดด้วย น้ำอุ่นและสบู่ เช็ดให้แห้งและใส่ยาฆ่าเชื้อ เช่น เบตาดีนอย่างเจือจาง ปิดแผลด้วยผ้าปิดแผลที่แห้งและผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ไม่ควรใช้พลาสติกปิดแผลโดยตรง ถ้าหากแผลบวมแดงขึ้นมีน้ำเหลืองออกมา แม้ว่าจะไม่มีความเจ็บปวดก็ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว

๒. การรักษาโดยแพทย์ ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของแผล

๒.๑ การทำแผล หากมีหนอง ต้องกรีดเปิดแผลให้กว้างเพื่อระบายหนองออก ตัดเนื้อเน่าตายออก ล้างด้วยน้ำเกลือ แล้วปิดแผลด้วยผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือหรือน้ำเกลือผสมน้ำยาเบตาดีน ควรทำแผล ๒-๔ ครั้งต่อวัน ตามที่แพทย์แนะนำ

๒.๒ การใช้ยาปฏิชีวนะ แพทย์จะพิจารณาว่าผู้ป่วยควรได้รับยาปฏิชีวนะหรือไม่ ควรใช้ยาชนิดใดและให้ยาโดยการรับประทาน หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือด โดยแพทย์จะพิจารณาตามลักษณะและความรุนแรงของแผล

๒.๓ การหยุดพักบริเวณที่เป็นแผล โดยหากเป็นจุดที่ลงน้ำหนักควรนอนพักเฉยๆ พยายามเดินเท่าที่จำเป็น หรือสวมรองเท้าที่ทำขึ้นเป็นพิเศษ เพื่อหลีกเลี่ยงการลงน้ำหนักในบริเวณที่เป็นแผล

๒.๔ การผ่าตัดหลอดเลือด ในกรณีที่แผลนั้นได้รับการตรวจสืบค้นเพิ่มเติมและวินิจฉัยแล้วว่า มีสาเหตุมาจากการขาดเลือดเนื่องจากมีเส้นเลือดตีบแข็ง หากผ่าตัดรักษาเพื่อให้มีเลือดไปหล่อเลี้ยงบริเวณแผลได้ดีขึ้นก็จะทำให้แผลหายเร็วขึ้น ทั้งนี้แพทย์จะเป็นผู้ประเมินพยาธิสภาพของโรคและความพร้อมของผู้ป่วยว่าเหมาะสมที่จะเข้ารับการผ่าตัดหรือไม่

๒.๕ การผ่าตัดเท้าทิ้ง จะทำต่อเมื่อไม่สามารถรักษาแผลด้วยวิธีที่กล่าวมาแล้วให้ได้ผล ระดับที่ผ่าตัดจะอยู่ใต้เข่าหรือเหนือเข่าขึ้นอยู่กับแผล หลังการผ่าตัดแล้วสามารถประกอบขาเทียมได้ ทำให้ผู้ป่วยเดินและเคลื่อนไหวได้ดังเดิม

นอกจากนี้ยังมีการรักษาด้วยออกซิเจนความดันบรรยากาศสูง (Hyperbaric Oxygen Therapy) ซึ่งปัจจุบันเข้ามามีบทบาทและเป็นที่ยอมรับในการร่วมรักษาแผลเบาหวานเรื้อรังอีกด้วย

๖. หลักการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลกดทับ (Principle of Pressure Ulcer Management) แผลกดทับ (Pressure injury)

แผลกดทับ (Pressure injury) คือ การบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก หรือแผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ แผลกดทับมีทั้งลักษณะผิวหนังที่สมบูรณ์ และผิวหนังที่เป็นแผล และอาจเกิดความเจ็บปวด ซึ่งเกิดจากแรงกด (pressure) หรือแรงกดร่วมกับแรงไถล (shear)

แรงกดที่เป็นสาเหตุหลักของแผลกดทับคือแรงกดละแรงไถล แรงกดเป็นแรงที่ตั้งฉากที่ส่งผล

โดยตรงเฉพาะที่ และเป็นสาเหตุให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจน เนื้อเยื่อถูกทำลายและตายได้ ในทำนองหายบริเวณที่พบแรงกดสูงสุดคือ ท้ายทอย เหนือกระดูกก้นกบ และสันเท้า ส่วนในทำนองพบได้ที่บริเวณกระดูกเชิงกราน ขณะที่ทำนองตะแคงพบแรงกดสูงสุดบริเวณกระดูกต้นขา ส่วนแรงไถลเป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดจากสองแรงเคลื่อนที่สวนทางกันคือ แรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดสี โดยแรงไถลที่เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณที่ทาบบนปุ่มกระดูกยึดและบิดตัว ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป สถานการณ์ที่พบแรงไถลได้บ่อยคือผู้ป่วยที่อยู่ในท่า Fowler's position หรือยกหัวเตียงสูงกว่า ๓๐ องศา

พยาธิสรีรวิทยาของแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บของแรงกลที่มีต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง แรงกลที่เป็นสาเหตุหลักของแผลกดทับคือ แรงกดและแรงไถล แรงกดเป็นแรงตั้งฉากที่ส่งผลโดยตรงเฉพาะที่ และเป็นสาเหตุที่ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นขาดเลือดและออกซิเจน

ปริมาณแรงที่กดที่เกิดกับผิวหนังมีความแตกต่างกันขึ้นกับความหนาบางของเนื้อเยื่อเช่น บริเวณที่มีเนื้อเยื่อหนาทำให้แรงกดบริเวณนั้นลดความแรงลงในขณะที่แรงกดเท่าเดิม ถ้าเกิดบริเวณเนื้อเยื่อที่มีความบางกว่าจะส่งผลให้ปริมาณแรงกดเพิ่มขึ้น ดังนั้นแผลกดทับเกือบทั้งหมดเกิดที่บริเวณปุ่มกระดูกเพราะเป็นบริเวณที่เนื้อเยื่อมีความบางกว่าบริเวณอื่น แรงกดจะมากกว่าบริเวณผิวหนังด้านนอก ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อชั้นในสุดบริเวณปุ่มกระดูก ถูกทำลายมากที่สุด และขยายออกมาถึงพื้นผิวด้านนอก มีลักษณะ cone-shape

การเกิดแผลกดทับที่มีสาเหตุจากแรงกด มีความเกี่ยวข้องกับ ความแรงของแรงกด (intensity of pressure) ระยะเวลาที่กด (duration of pressure) และความทนทานของเนื้อเยื่อ (tissue tolerance) ถ้าปริมาณแรงกดบริเวณผิวหนังมากกว่าแรงดันต่ำสุดของหลอดเลือดฝอย ส่งผลให้หลอดเลือดฝอยตีบ เลือดผ่านไม่ได้ เกิดการขาดเลือดและเนื้อตายได้ มีการศึกษาที่แรงกดที่ส่งผลทำให้หลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนังปิดลง (capillary closing pressure) ซึ่งมีค่าเฉลี่ย ๑๒-๓๒ mmHg

ดังนั้นถ้าแรงกดภายนอกบริเวณที่ผิวหนังสัมผัสกับพื้นมีขนาดมากกว่า ๓๒ mmHg จะทำให้หลอดเลือดฝอยตีบ ขัดขวางการส่งผ่านออกซิเจนและอาหารไปสู่เนื้อเยื่อ ระยะเวลาที่และแรงกดมีผลต่อการเกิดแผลกดทับ คือระยะเวลาที่มีความสัมพันธ์ผกผันกับแรงกดที่ก่อให้เกิดการขาดเลือดของเนื้อเยื่อ นั่นคือ ถ้ามีแรงกดปริมาณมากจะเกิดแผลกดทับได้ในระยะเวลาสั้น ในทางกลับกันถ้าปริมาณแรงต่ำแต่มีระยะเวลาในการกดทับนานก็ทำให้เกิดแผลกดทับได้

นอกจากปริมาณแรงของแรงกดและเวลาเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับแล้ว ความทนทานของเนื้อเยื่อ (tissue tolerance) ยังเป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ในคนที่มีผิวหนังแข็งแรงจะสามารถทนต่อแรงกดได้ดีกว่าคนที่มีผิวหนังอ่อนแอ ทั้งนี้ผิวหนังที่มีความแข็งแรงจะมีความยืดหยุ่นสูง

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

๑. ปัจจัยภายนอก

๑.๑ แรงกด เกิดขึ้นเมื่อไม่มีการเคลื่อนไหว (immobility) อยู่นิ่งๆโดยไม่มีกิจกรรมใดๆเลย และการลดลงหรือสูญเสียประสาทสัมผัส การไม่เคลื่อนไหวหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดทำให้เกิดแผลกดทับ

๑.๒ แรงไถล เป็นแรงตามแนวเฉียง เกิดจากสองแรงเคลื่อนที่สวนทิศทางกันคือแรงโน้มถ่วงของโลกและแรงเสียดสี โดยแรงไถลทำให้เนื้อเยื่อและหลอดเลือดบริเวณที่ทาบบนปุ่มกระดูกยึดและบิดตัว ทำให้หลอดเลือดอุดตัน ส่งผลต่อการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไป

๑.๓ แรงเสียดสี เป็นแรงที่เกิดขึ้นเมื่อผิวสองผิวเคลื่อนที่ในทิศทางที่สวนทางกัน เช่น บริเวณผิวหนังสัมผัสกับพื้นผิวที่รองรับ ปกติแรงเสียดสีอย่างเดียวไม่ก่อให้เกิดแผลกดทับ แต่เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมโดยทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อต่อแรงกดลดลง

๑.๔ ความเปียกชื้น เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยทำให้ผิวหนังอ่อนแอมากขึ้นจากการสูญเสียไขมัน

๒. ปัจจัยภายใน

๒.๑ ภาวะโภชนาการ ภาวะทุพโภชนาการ ขาดสารอาหารโปรตีน อัลบูมิน ทำให้เซลล์บวมเกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนต่อการเกิดแผล

๒.๒ อายุ อายุสูงขึ้นไปมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการหายของแผล เนื่องจากในผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหนังเช่น ชั้น epidermis บางลง

๒.๓ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ในผู้ป่วยที่มีถูกจำกัดกิจกรรม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้มากกว่าผู้ที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

๒.๔ การรับรู้ความรู้สึก การสูญเสียระบบรับรู้ความรู้สึก เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังโรกระบบประสาท หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีระบบประสาทส่วนปลายรับรู้ความรู้สึกลดลง ผู้ป่วยเหล่านี้จะไม่รู้สึกเจ็บปวดหรือมาสุขสบาย ทำให้ไม่มีการพลิกตัว เกิดการนอนทับนานๆเป็นแผลกดทับตามมา

๒.๕ ความเครียด พบว่าขณะที่มีความเครียดจะทำให้หลอดเลือดส่วนปลายหดตัว การลดระดับ (Adrenaline) จะทำให้ลดการส่งออกซิเจนไปสู่เนื้อเยื่อลดลงร้อยละ ๔๕ ส่งผลให้การงอกของเนื้อเยื่อลดลง แผลหายช้า

๒.๖ การใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษา เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ สายยางให้อาหาร ท่อระบายทรวงอก การคาสายสวนปัสสาวะ การใส่กายอุปกรณ์ การถ่วงดึง การใส่ฝือก การพันผ้ายึด ทำให้ความสามารถในการเคลื่อนไหวตัวเองลดลง หรือมีการกดจากอุปกรณ์ในการรักษาส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเกิดแผลกดทับได้ง่าย

ระดับของแผลกดทับ

การแบ่งระดับแผลกดทับขึ้นกับการมองเห็นและการคลำ สะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลาย ตามหลักเกณฑ์การแบ่งระดับของแผลกดทับของ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Pressure Injury Staging ๒๐๑๖ ได้มีการปรับคำศัพท์โดยเฉพาะ โดยให้เปลี่ยนจาก Pressure Ulcer เป็น Pressure Injury เป็นการเปลี่ยนคำศัพท์ให้ตรงกับลักษณะของแผลกดทับที่ชั้นถูกทำลาย ทั้งที่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดและฉีกขาด ซึ่งคำว่า Pressure Injury เป็นคำที่ครอบคลุมและตรงตามคำจำกัดความของแผลกดทับระดับที่ ๑ และ Deep Tissue Injury ที่ผิวหนังเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บหรือถูกทำลายแต่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ซึ่งระดับของแผลกดทับแบ่งเป็น ๔ ระดับ และ ๒ ลักษณะ มีรายละเอียด ดังนี้

๑. แผลกดทับระดับที่ ๑ ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด เห็นเป็นรอยแดง เมื่อใช้มือกดรอยแดงไม่จางหายไป (no blanchable erythema)

๒. แผลกดทับระดับที่ ๒ มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (partial-thickness skin loss) ถึงชั้น dermis ผิวหนังอาจไม่ฉีกขาดเป็นตุ่มน้ำใส (serous) หรือตุ่มน้ำปนเลือดจางๆ (serosanguineous slough) ตุ่มน้ำแตกหรือยังไม่แตก หรือเห็นแผลที่ชุ่มชื้นหรือแห้ง โดยไม่มีเนื้อตาย (slough) โดยแผลกดทับระดับ ๒ จะไม่รวมถึงกลุ่ม Incontinence Associated Dermatitis (IAD), Moisture Associated Skin Damage

(MASD), Intertriginous Dermatitis (ITD), Medical adhesive related skin injury (MARSI) หรือแผลที่เกิดจากการฉีกขาดอื่นๆ เช่น Skin tears, burns, abrasions

๓. แผลกดทับระดับที่ ๓ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) เห็นถึงชั้นไขมัน แต่ไม่เห็นถึงชั้นกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ อาจเห็นเนื้อตายปิดอยู่ แต่ไม่เห็นส่วนที่ลึกที่สุดของผิวหนังที่ถูกทำลาย อาจมีโพรงหรือโพรงใต้ขอบแผล

๔. แผลกดทับระดับ ๔ มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) เห็นถึงชั้นไขมัน เห็นถึงชั้นกระดูก เอ็นและกล้ามเนื้อ พื้นผิวแผลอาจมีเนื้อตายหรือสะเก็ดปกคลุมบางส่วน ส่วนใหญ่มีโพรงและช่องใต้ขอบแผล

๕. Unstageable มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ซึ่งพื้นผิวแผลอาจปกคลุมด้วยเนื้อตายหรือสะเก็ดแข็ง ซึ่งไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับที่ถูกต้องได้ จะสามารถระบุระดับของแผลกดทับได้เมื่อเอาเนื้อตายออกไปแล้ว

๖. Deep Tissue Injury เป็นแผลกดทับที่อาจจะฉีกขาดหรือไม่ฉีกขาดก็ได้ สีผิวมีการเปลี่ยนแปลง เป็นสีม่วงเข้ม (Purple) หรือสีเลือดนกปนน้ำตาล (maroon) หรือเป็นตุ่มน้ำปนเลือด เนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อหรือแรงไกลหรือจากแรงกด และอาจทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แข็งขึ้นหรือนุ่ม อุณหภูมิอาจเย็นหรืออุ่นกว่าบริเวณข้างเคียง

Medical Device Related Pressure Injury (MDRPI) คือ แผลกดทับที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาหรือบำบัด เป็นแรงกดทับเฉพาะที่ของผิวหนังที่เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเกิดแผลกดทับของอุปกรณ์ทางการแพทย์ระบุไว้ ๒ อย่าง คือ Medical Device Related Pressure Injury (MDRPI) เป็นแผลกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์บริเวณผิวหนัง และ Mucosal Membrane Pressure Injury เป็นแผลกดทับจากอุปกรณ์ทางการแพทย์บริเวณ Mucous membrane
แผลกดทับที่หลีกเลี่ยงได้และแผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Avoidable and Unavoidable Pressure Injury)

๑. แผลกดทับที่หลีกเลี่ยงได้ (Avoidable Pressure Injury) คือ แผลกดทับที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ดูแลไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ในข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้ ประเมินสภาวะทั่วไปและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ในการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการ การดูแลได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับ มีการประเมินติดตามผลการดูแลที่ให้ หรือมีการทบทวนที่เหมาะสม

๒. แผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (Unavoidable Pressure Injury) แผลกดทับที่เกิดขึ้นทั้งที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกัน ดังนี้คือ ประเมินสภาวะทั่วไปและประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีต่อการเกิดแผลกดทับ ให้การดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการการดูแลที่เป็นมาตรฐานเป็นที่ยอมรับมีการติดตามประเมินผลการดูแลที่ให้ หรือมีการทบทวนการดูแลที่เหมาะสม มักจะเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบการไหลเวียนโลหิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการรักษา ไม่ได้รับสารอาหาร ไม่สามารถเปลี่ยนท่าได้ อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะประเมินว่าผู้ป่วยมีโอกาสการเกิดแผลกดทับที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ยังคงต้องมีการป้องกันตามแนวปฏิบัติให้กับผู้ป่วย

๖. หลักการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลมะเร็งและการฉายแสง (Principle of Cancerous and Radiation Poisoning Wounds Management)

แผลมะเร็ง (Cancerous wound)

การเกิดแผลมะเร็งพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังอาจมีสาเหตุการเกิดมาจากตัวมะเร็ง หรือมีการแพร่กระจายแบบ Primary or Metastasis เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนของหลอดเลือดและน้ำเหลือง นำมาซึ่งอาการบวม จากนั้นเนื้อเยื่อจะปริและแตกง่ายส่งผลให้ผิวหนังเป็นแผล (ulcerative) มีสิ่งขับหลั่งจำนวนมากและเกิดเนื้องอกตาย เนื้อเยื่อที่ตายทำให้เกิดการเจริญเติบโตของ Anaerobic microorganisms ซึ่งทำให้เกิดกลิ่นรุนแรง ซึ่งแผลมะเร็ง ที่เกิดอาจเหมือนมีราปกคลุม ก้อนโตขึ้นคล้ายดอกกะหล่ำ (Fungating wound) ร่วมกับมีอาการปวด

วัตถุประสงค์ของการดูแลแผลมะเร็ง

แผลมะเร็งมีกระบวนการหายที่แตกต่างจากแผลทั่วไป วัตถุประสงค์ของการดูแลแผล คือ การบรรเทาอาการปวด ควบคุมสิ่งขับหลั่งออกมาจากแผล ควบคุมกลิ่นจากแผล จัดการเนื้อเยื่อที่ตายของแผล ระมัดระวังการมีเลือดออกง่ายขณะที่ทำแผล ป้องกันการติดเชื้อ ลดภาวะเครียด วิตกกังวลของผู้ป่วย รวมไปถึงการดูแลภาพลักษณ์ของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตให้ใกล้เคียงกับชีวิตปกติได้มากที่สุด

หลักการดูแลแผลมะเร็ง

การทำแผลมะเร็งมีวิธีการที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์ที่ต่างกัน ไม่ควรกำจัดเนื้อตายถ้าไม่จำเป็น เนื่องจากเป้าหมายของการดูแลไม่ใช่เพื่อกระบวนการการหายของแผล วัตถุประสงค์ในการดูแลแผลมะเร็งมีดังนี้

๑. ควบคุมสิ่งขับหลั่งที่ออกมาจากแผล
 - ๑.๑ สิ่งขับหลั่งปริมาณมาก ควรเลือกใช้วัสดุปิดแผลในกลุ่ม calcium alginate, hydro fiber, foams เพื่อดูดซับ และควบคุมปริมาณสิ่งขับหลั่ง
 - ๑.๒ สิ่งขับหลั่งปริมาณน้อย ควรเลือกใช้วัสดุปิดแผลในกลุ่ม impregnated gauze dressing หรือ vasa line gauze เพื่อใช้ป้องกันเลือดออกจากวัสดุปิดแผลติดกับพื้นผิวแผล
๒. ควบคุมและระวังเลือดออก เมื่อพบภาวะดังกล่าว ให้ใช้ alginate dressing หรือ adrenaline packing และอาศัยแรงกดร่วมด้วย
๓. การควบคุมกลิ่น โยเปลี่ยนวัสดุปิดแผลเมื่อพบว่าปริมาณสิ่งขับหลั่งที่มีปริมาณมากและใช้ antibiotic ช่วยลดกลิ่น ได้แก่ metronidazole ซึ่งมีฤทธิ์ต้าน anaerobic bacteria สามารถลดกลิ่น ลดจำนวนแบคทีเรียได้ ความเข้มข้นที่มีความสามารถในการลดกลิ่นคือ ๕-๑๐ mg/ml ใช้ในการทำแผล ล้างแผล หรือใช้ผ้าก๊อสนุ่มวางบนพื้นแผล แต่ต้องระวังในการลอกออก อาจใช้ hydrogel ในการผสมกับยา metronidazole ก็ได้เพื่อป้องกันเลือดออกขณะลอกผ้าก๊อส ในต่างประเทศมี ๐.๗๕% metronidazole gel ซึ่งสะดวกในการใช้
๔. การบริหารความเจ็บปวด มีหลายวิธี การจัดการกับความเจ็บปวดรักษาด้วยการให้ยาแก้ปวด ๓๐-๖๐ นาที ก่อนทำความสะอาดแผล หรือใช้ยาชาตามความเหมาะสม

ภาวะผิวหนังถูกทำลายจากความเปียกชื้น (Moisture Associated Skin Damage)

ร่างกายของคนเรามีการรักษาสมดุลความชุ่มชื้นของผิวหนังโดยการปล่อยน้ำระเหยจากผิวหนัง และการดูดซับน้ำ สารละลายจากแหล่งภายนอก เมื่อผิวหนังสัมผัสกับความชื้นในปริมาณมาก ผิวหนังจะเริ่มอ่อนตัว นุ่ม และเหนียว ซึ่งทำให้ผิวหนังอ่อนแอลง บางครั้งมีลักษณะของการอักเสบ บวม แดง ร้อน อาจมีหรืออาจไม่มีลักษณะผิวหนังถูกการกักร่อนจากความชื้นเป็นกรดเป็นด่างของสิ่งขับหลั่ง บางครั้งผิวหนังอาจจะเปิดถึงขั้นหนังแท้ (erosive lesion) หรือมีการติดเชื้อเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้อรา สิ่งสำคัญที่ป้องกันผิวหนังถูกทำลายจากความเปียกชื้น คือความตระหนัก การดูแลให้ผิวหนังคงสภาพ และการวินิจฉัยการรักษาให้เหมาะสมกับสาเหตุ ไม่ลุกลามจนผิวหนังฉีกขาดถูกทำลาย

สาเหตุเกิดจากการที่ผิวหนังสัมผัสจากความเปียกชื้นเป็นเวลานาน แหล่งที่มาของความเปียกชื้นได้แก่ ปัสสาวะ อุจจาระ เหงื่อ สิ่งขับหลังจากแผล น้ำเมือก น้ำลาย และสิ่งขับหลังจากแหล่งต่างๆในร่างกาย บางกรณีอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ความเป็นกรดเป็นด่าง (pH) ของสิ่งขับหลัง แรงเสียดสี (friction) และเชื้อแบคทีเรีย

ประเภทของภาวะผิวหนังถูกทำลายจากความเปียกชื้น

๑. **ผิวหนังอักเสบจากภาวะการฉีกชั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis : IAD)** หมายถึง การอักเสบระคายเคืองของผิวหนังจากการสัมผัสปัสสาวะและ/หรืออุจจาระเป็นเวลานาน ซึ่งสัมพันธ์กับการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เกิดการอักเสบ และ ทำให้ผิวหนังแดง (erythema) แอมโมเนียจากปัสสาวะและเอนไซม์จากอุจจาระทำให้ผิวหนังถูกทำลาย (erosion) หากไม่ทำการรักษาอาจมีการติดเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อราแทรกซ้อน บริเวณที่เกิดมักเกิดกับบริเวณใกล้ทวารหนัก โดยสามารถกระจายไปยังด้านหลังและต้นขาด้านในได้ ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิด ผิวหนังอักเสบจากภาวะการฉีกชั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้

๑.๑ ความชื้น (moisture) ความชื้นมีมากจากเหงื่อ ปัสสาวะและอุจจาระที่สัมผัสกับผิวเป็นเวลานานและบ่อยครั้งทำให้ผิวหนังแดง เปื่อย และเป็นแผลได้ เนื่องจากปัสสาวะและอุจจาระมีค่าความเป็นด่างสูงค่า pH ๗-๑๑ โดยเฉาะในอุจจาระมีเอนไซม์ protease และ lipase เมื่อผิวหนังมีค่าความเป็นด่างสูงจะกระตุ้นเอนไซม์ protease และ lipase ทำงานก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนังที่สัมผัสได้

๑.๒ ความเป็นกรด-ด่าง ของผิวหนัง (skin pH) ตามปกติผิวหนังของคนเรามีภาวะเป็นกรด pH ๔-๖.๘ และ pH เฉลี่ย ๕.๕ ซึ่งช่วยยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ถ้ามีภาวะฉีกชั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้จะทำให้ค่า pH สูงขึ้น หรือการใช้สบู่ที่มีค่าความเป็นด่างสูง (pH ๙.๕-๑๑) ทำให้ไขมันที่เป็นอยู่ตามธรรมชาติที่เคลือบผิวอยู่ถูกทำลายออกไปทำให้ผิวแห้ง เกิดการระคายเคืองได้ง่าย

๑.๓ การเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย เมื่อปัสสาวะและอุจจาระสัมผัสผิวหนังทำให้ผิวหนังมีความเปียกชื้น แบคทีเรียจะทำงานและเจริญเติบโตได้ดี ทำให้ผิวหนังระคายเคืองมากขึ้น เพราะในปัสสาวะมีสารยูเรีย ซึ่งจะถูแบคทีเรียสลายกลายเป็นแอมโมเนีย และแอมโมเนียยังเป็นสารอาหารของแบคทีเรียด้วย จึงยิ่งส่งเสริมให้เชื้อโรคเพิ่มจำนวนมากขึ้นและมาสลายยูเรีย ให้เป็นแอมโมเนียมากขึ้น

๑.๔ แรงเสียดสี (friction) ผิวหนังที่เปียกชื้นจะมีแรงเสียดทานมากกว่าผิวหนังที่แห้ง การเสียดสีผิวหนังที่เปียกจึงก่อให้เกิดผิวหนังถลอกง่ายกว่าผิวหนังที่แห้ง

๑.๕ อายุ (aging) ผู้สูงอายุพบว่ามีความยืดหยุ่นของผิวหนังต่างๆลดน้อยลง ความแข็งแรงของผิวหนังลดลง ประกอบกับการเสื่อมถอยของเซลล์ รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดต่างๆที่ทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ การเคลื่อนไหวต่างๆของร่างกายลดลง และระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำความสะอาดได้

๑.๖ ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ผิวหนังเปราะบางถูกทำลายระดับความรุนแรงของภาวะผิวหนังอักเสบจากภาวะการฉีกชั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้ สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น ๓ ระดับ

ระดับ ๐ ผิวหนังสมบูรณ์ หมายถึง ผิวหนังปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว หรืออุณหภูมิ เมื่อเปรียบเทียบกับส่วนอื่นๆของร่างกาย

ระดับ ๑ ผิวหนังแดงแต่ยังสมบูรณ์ หมายถึง ผิวหนังมีรอยแดงหรือมีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว อาจมีบวมร่วมด้วย แต่ไม่มีรอยฉีกขาดของผิวหนัง ไม่มีตุ่มน้ำ เมื่อสัมผัสพบว่าผิวหนังบริเวณนี้ร้อนหรืออุ่นกว่าบริเวณอื่นของร่างกาย รวมทั้งมีอาการแสบร้อนปนด้วย

ระดับ ๒ ผิวหนังมีรอยถลอก หมายถึง ผิวหนังมีการฉีกขาดบางส่วนหรือทั้งหมด มีเลือดหรือน้ำซึมน อาจพบตุ่มน้ำหรือมีการติดเชื้อร่วมด้วย ร่วมกับการมีอาการปวดแสบปวดร้อน

แนวทางการดูแลเมื่อเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากการกลั่นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้

๑. ประเมินสภาพผิวหนัง ตรวจสอบผิวหนังรอบทวารหนักและฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขาทุกครั้งหลังการขับถ่าย โดยระบุความรุนแรงของการอักเสบของผิวหนังให้ชัดเจน

๒. ทำความสะอาดผิวหนัง เมื่อพบว่ามีการขับถ่ายปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ ให้ล้างทำความสะอาดโดยใช้สบู่ที่มีค่า pH balance ๕.๕ ในการทำความสะอาดหลังใช้ต้องล้างสบู่ออกให้หมด หรือพิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดโดยไม่ขัดถูผิวหนังบริเวณนั้น

๓. ใช้ผ้านุ่มหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่มซับผิวเบาๆให้แห้ง เพื่อลดความเปียกชื้นที่ผิวหนัง หลีกเลี่ยงการขัดถูบริเวณผิวหนัง

๔. ปกป้องผิวหนัง ตามระดับความรุนแรงของผิวหนังอักเสบ ดังนี้

๔.๑ ระดับ ๐ ผิวหนังสมบูรณ์ หรือ ระดับ ๑ ผิวหนังแดง แต่ยังไม่สมบูรณ์ ทาผิวหนังรอบทวารหนักและฝีเย็บ อวัยวะสืบพันธุ์ แก้มก้น ก้นกบ และบริเวณต้นขา ด้วยปิโตเลียมเจลลี่ วาสลีน ครีมปกป้องผิวหนัง แป้งโยคี

๔.๒ ระดับที่ ๒ ผิวหนังมีรอยถลอก ใช้ skin barrier sealant ชนิดไม่มี alcohol หรือทาผิวหนังด้วย Zinc paste: Vaseline (๑:๑) หรือใช้ Hydrocolloid powder สลับกับการพ่นด้วย skin sealant จำนวน ๓ ชั้น หรือทาด้วย Hydrocolloid paste เข้า-เย็น หรือทุกครั้งหลังการขับถ่าย

๔.๓ ในรายที่มีการติดเชื้อร่วมด้วย ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อในกลุ่ม candida species ควรใช้ครีมหรือแป้งที่มีส่วนผสมของยารักษาเชื้อรา (clotrimazole cream or powder) ร่วมด้วย โดยหลังจากทำความสะอาดผิวหนังและซับให้แห้งแล้ว ทาผิวหนังด้วยยารักษาเชื้อราก่อน แล้วจึงตามด้วยการปกป้องผิวหนังตามระดับความรุนแรงของการอักเสบผิวหนังต่อไปนี้

๑. ผิวหนังอักเสบจากภาวะความเปียกชื้นของสิ่งขับหลังจากแผล (Peri wound Moisture - Associated Dermatitis) หมายถึง การอักเสบระคายเคืองของผิวหนัง จากการสัมผัสกับสิ่งขับหลังจากแผลเป็นเวลานาน เห็นเป็นเนื้อเปื่อยยุ่ยหรือถ้าตรวจพบอาการปวด บวม แดง ร้อน อาจแสดงถึงการติดเชื้อ

การป้องกันภาวะอักเสบจากภาวะความเปียกชื้นของสิ่งขับหลังจากแผล (Peri wound Moisture - Associated Dermatitis) มีหลักสำคัญดังนี้

๑.๑ การจัดการกับสิ่งขับหลังที่ออกจากแผลที่มากเกินไป (excessive exudate) หลังการจัดการกับสิ่งขับหลังที่ออกจากแผลได้ ก็จะทำให้กระบวนการหายของแผลตามปกติ

๑.๒ การใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่มีคุณสมบัติเฉพาะในการดูดซึมแบบแนวตั้งช่วยป้องกันการเกิดผิวหนังรอบแผลเปื่อยยุ่ย เช่น Hydro cellular Dressing, Hydro fiber dressing, Foam dressing เป็นต้น

๒. ผิวหนังอักเสบจากภาวะความเปียกชื้นรอบรูเปิดทางหน้าท้อง (Peristomal-skin associated dermatitis) หมายถึง การอักเสบระคายเคืองของผิวหนังรอบรูเปิดทางหน้าท้องจากการสัมผัสปัสสาวะและ/หรืออุจจาระ เหงื่อ แผลงน้ำจากที่อื่นๆ คือ เป็นที่ผิวหนังบริเวณใต้อุปกรณ์รองรับอุจจาระหรือปัสสาวะ ความชื้นที่มากเกินไปใต้อุปกรณ์รองรับ ทำให้ผิวหนังรอบรูเปิดหน้าท้อง เปื่อยยุ่ย

การป้องกันการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบจากภาวะความเปียกชื้นรอบรูเปิดทางหน้าท้อง (Peristomal-skin associated dermatitis) มีดังต่อไปนี้

๒.๑ การดูแลผิวหนังรอบรูเปิดหน้าท้องหลังผ่าตัด ให้แห้งสะอาดปกป้องจากสารขับหลังที่ออกมา หลีกเลี่ยงการลอกจนเกิดแผล และการใช้สารเคมีที่ไม่จำเป็น

๒.๒ ประเมินและดูแลผิวหนังรอบรูเปิดหน้าท้องอย่างสม่ำเสมอผู้ป่วยต้องเรียนรู้และเข้าใจผิวหนังที่ปกติ

๒.๓ เลือกใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์รองรับที่เหมาะสม ในกรณีที่เป็นการใส่เปิดทางหน้าท้อง ควรตัดแป้นให้ขนาดพอดีกับขนาดของลำไส้เปิด โดยเฉพาะระยะ ๘ สัปดาห์แรก ลำไส้เปิดทางหน้าท้องยังบวม การตัดแป้นต้องมีการวัดขนาดทุกครั้ง ระยะเวลาที่ใช้แป้นควรเปลี่ยนแป้นก่อนมีการรั่ว ถ้าเริ่มรู้สึกแสบ ร้อน หรือคันควนเปลี่ยนแป้นใหม่ทันที

๒.๔ พลาสเตอร์และน้ำยาทำความสะอาด การลอกพลาสเตอร์ที่ติดแน่น ต้องทำด้วยความนุ่มนวล ระมัดระวัง ทำความสะอาดน้ำโดยใช้สาลีเช็ด

๒.๕ การดูแลผิวหนังให้แห้ง ป้องกันความเปียกชื้น เพราะอาจทำให้เกิดเชื้อราเจริญเติบโตได้

๓. **ผิวหนังอักเสบจากความเปียกชื้น (Intertriginous Dermatitis: ITD)** หมายถึง การอักเสบระคายเคืองของผิวหนังที่เกิดจากความชื้น ส่วนมากจะพบบริเวณ ไตรารวม รักแร้ รอยพับบริเวณขาหนีบ และสามารถเกิดขึ้นได้ทุกตำแหน่งของผิวหนังที่มีรอยพับ ที่มีการระบายอากาศและการระเหยของน้ำได้ไม่ดี โดยเฉพาะในคนอ้วน ซึ่งจะมีรอยพับได้ทั่วร่างกาย การเสียดสีระหว่างผิวหนังกับผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแดง มีน้ำออกมาจากบริเวณที่เสียดสีเกิดการเปื่อยยุ่ย กลายเป็นการอักเสบ ผิวหนังลอก ถลอกและเปิดออก สำหรับการป้องกันดูแลคือ ดูแลผิวหนังให้สะอาดมีความชุ่มชื้นที่พอเหมาะ

การเกิดผิวหนังถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ (Medical Adhesive-Related Skin Injury)

การเกิดผิวหนังถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์ (Medical Adhesive-Related Skin Injury : MARSIS) หมายถึง การเกิดผิวหนังฉีกขาดหรือถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์เป็นอุบัติการณ์ที่เกิดผิวหนังแดง หรือแสดงอาการความผิดปกติของผิวหนัง เช่น ฝูงน้ำ แผลถลอก หรือแผลเปิด ภายหลังลอกวัสดุที่ยึดติดนาน ๓๐ นาที หรือมากกว่า

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดผิวหนังถูกทำลายจากวัสดุที่ยึดติดทางการแพทย์ เป็นการบาดเจ็บของผิวหนังเมื่อเกิดแรงยึดระหว่างวัสดุกับผิวหนังที่แข็งแรงกว่าแรงยึดระหว่างเซลล์ผิวหนังเอง ส่งผลให้ผิวหนังในชั้น Epidermis แยกจากกัน หรือผิวหนังชั้น epidermis และ dermis แยกจากกันโดยสมบูรณ์

ประเภทของผิวหนังที่ถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์

๑. ผิวหนังถูกทำลายจากแรง Mechanical

๑.๑ skin (epidermal) striping ผิวหนังชั้น stratum corneum หลุดลอกอย่างน้อย ๑ ชั้น จากการดึงรั้งเกิดในขณะที่ดึง Medical adhesive ออกจากผิวหนัง ผิวหนังจะมีลักษณะแดง มันวาวเป็นเงารูปร่างไม่สม่ำเสมอ กรณีที่เกิดการบาดเจ็บรุนแรงอาจพบผิวหนังบวมแดงและมีตุ่มน้ำร่วมด้วย

๑.๒ Tension injury or blister ผิวหนังชั้น epidermis และ dermis แยกจากกัน และเกิดตุ่มน้ำได้ชั้นผิวหนัง (blister) เกิดจากการที่ผิวหนังชั้นบนถูกยึดขยายจากวัสดุปิดแผล ปิดวัสดุยึดติดทางการแพทย์ที่ดึงเกินไป ทำให้เกิดแรงไถล (shear force) ระหว่างชั้นผิวหนัง ทำให้ผิวหนังพองตัวและแยกออกจากกัน

๑.๓ Skin tear เกิดจากการฉีกขาดของผิวหนังเนื่องจากแรงไถล (shear force) และแรงเสียดสี (friction) และ/หรือแรงกระแทกบนผิวหนัง ทำให้ผิวหนังแยกออกจากกัน มีความลึกตั้งแต่ระดับ Partial thickness skin loss ถึง full thickness skin loss

๒. ผิวน้ำถูกทำลายเกิดการอักเสบ Dermatitis

๒.๑ Irritant contact dermatitis เกิดบริเวณผิวน้ำของผู้ป่วยในตำแหน่งที่สัมผัสกับวัสดุที่ยืดติด มีอาการบวมแดง และอาจพบตุ่มน้ำ บริเวณนี้เป็นอาการเฉพาะที่และดีขึ้นอย่างรวดเร็วภายหลังการหยุดใช้วัสดุนั้น

๒.๒ Allergic dermatitis ผิวน้ำของผู้ป่วยที่สัมผัส เกิดเป็นผื่น มีอาการคัน บวม แดง อาการจะคงอยู่นานถึงสัปดาห์หลังหยุดใช้วัสดุนั้น

การป้องกันผิวน้ำถูกทำลายจากวัสดุยึดติดทางการแพทย์

๑. ไม่เพิ่มแรงดึง ขณะติดวัสดุยึดติดทางการแพทย์
๒. ไม่ควรยึดวัสดุยึดติด ขณะที่ปิดลงบนผิวน้ำผู้ป่วยเพราะอาจทำให้เกิดแรงเฉือนใต้ผิวน้ำทำให้เกิดตุ่มน้ำได้
๓. ไม่ควรเตรียมผิวน้ำด้วยแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบเพราะจะทำให้ผิวน้ำบริเวณนั้นแห้ง
๔. ตัดขนออกก่อนทุกครั้งเพื่อป้องกันภาวะรูขุมขนอักเสบ
๕. การปิดทับ catheter ให้ใช้ Omega Technique
๖. ไม่ยึดติดวัสดุทางการแพทย์นานเกินไป
๗. ไม่ควรติดวัสดุยึดติดทางการแพทย์บริเวณเดิม

วิชาการพยาบาลผู้ป่วยออสโตมี (Nursing Care of Patients with Ostomy)

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยออสโตมี (Health Problem Situations and Health System Related to Ostomy)

ปัจจุบันมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับแรกของโลก และประเทศไทย มีสถิติเป็นอันดับ ๓ และอันดับที่ ๕ ในผู้หญิง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือทวารหนักย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีความจำเป็นต้องทำการผ่าตัดเปิดลำไส้เปิดทางหน้าท้องทั้งถาวรและชั่วคราวก็ตาม การทำผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นการผ่าตัดที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านภาพลักษณ์ และหน้าที่ ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้สามารถยอมรับการผ่าตัด การดูแลตัวเองกลับไปเมื่ออยู่บ้าน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. พยาธิสรีรวิทยาการตรวจวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติของโรคในระบบทางเดินอาหาร ที่เป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดออสโตมี (Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Gastrointestinal Related to Ostomy)

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักส่วนใหญ่พบในผู้ที่อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นได้ทั้งสองเพศใกล้เคียงกัน ประมาณ ๕-๑๐% ของผู้ที่มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเกิดจากความผิดปกติซึ่งถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีคนในครอบครัวสายตรงที่เป็นมะเร็งชนิดเดียวกันหรือเป็นมะเร็งของอวัยวะอื่น และตนเองก็เป็นมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยกว่าปกติและอาจเป็นมะเร็งหลายตำแหน่งในลำไส้ใหญ่และทวารหนักพร้อมกันได้ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมักจะกลายมาจากเนื้องอกธรรมดา (polyp) ที่เยื่อเมือกภายในลำไส้ เนื้องอกเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องกลายเป็นมะเร็งเสมอไป (โดยรวม ๕-๑๐% ใน tubular adenoma, ๔๐% ใน villous adenoma) และโอกาสกลายเป็นมะเร็งขึ้นกับชนิดและขนาดของเนื้องอกเหล่านี้

อาการ

อาการของมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อาจเป็นได้ตั้งแต่ไม่มีอาการใด ๆ จนถึงมีอาการหลายอย่าง ขึ้นกับตำแหน่ง ขนาดและลักษณะอื่นทางกายภาพของก้อนมะเร็ง และการลุกลามเข้าสู่อวัยวะอื่น ลักษณะที่เด่นคือ อาการเหล่านี้มักเริ่มทีละน้อย เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และรุนแรงขึ้นเป็นลำดับ อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะรุนแรงมาก ผู้ป่วยคนเดียวอาจมีอาการหลายอย่างร่วมกันได้ อาการที่พบได้บ่อยได้แก่

๑. ถ่ายเป็นเลือด เป็นผลจากการที่ก้อนมะเร็งแตกเป็นแผลและมีเลือดออก เลือดที่ออกมานี้อาจจะปนหรือไม่ปนอยู่ในเนื้ออุจจาระก็ได้ เป็นได้ทั้งเลือดสีคล้ำ ดำแดง หรือแดงสดมักจะออกครั้งละไม่มาก จะมีมูกปนหรือไม่มูกก็ได้ ผู้ที่เป็นมะเร็งใกล้ปากทวารมักจะถ่ายเป็นเลือดสีแดง และมีอาการปวดเบ่งปวดถ่ายหรือถ่ายไม่สุดร่วมด้วย ผู้ที่ก้อนมะเร็งอยู่ลึกเลยตำแหน่งปากทวารขึ้นไปมาก มักจะถ่ายเป็นเลือดแดงดำหรือดำคล้ำ บางรายเลือดออกน้อยจนมองไม่เห็นแต่การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะพบเลือดในอุจจาระ (fecal occult blood)

๒. ถ่ายอุจจาระผิดปกติ เช่น ถ่ายอุจจาระก้อนเล็กลง จำนวนอุจจาระที่ถ่ายน้อยลงความถี่ในการถ่ายอุจจาระลดลงหรือเพิ่มขึ้น หรือถ่ายท้องผูกสลับท้องเสีย อาการเหล่านี้เป็นอาการที่เกิดจากก้อนมะเร็งที่ทำให้ลำไส้ตีบ

๓. แน่นท้อง ปวดท้อง ท้องอืด อาการจะทุเลาเมื่อได้ถ่ายอุจจาระหรือผายลม อาการเหล่านี้จะพบได้เมื่อลำไส้ตีบลงมาก และเมื่อตีบตันสนิทอาการเหล่านี้ก็จะรุนแรงมาก ทำให้ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างรีบด่วน (ฉุกเฉิน)

๔. เพลีย ผอมลง เบื่ออาหาร มักจะพบในผู้ที่มะเร็งกระจายหรือลุกลามไปมากแล้ว ผู้ที่เสียเลือดอย่างเรื้อรังจากก้อนมะเร็งจนทำให้เกิดภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรงก็มีอาการอ่อนเพลียได้เช่นกัน

๕. คลำได้ก้อนในช่องท้อง ก้อนที่ผู้ป่วยคลำได้อาจเป็นก้อนมะเร็งของลำไส้ใหญ่เองหรือก้อนมะเร็งที่กระจายไปยังอวัยวะอื่นในช่องท้อง

การวินิจฉัยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑. ขั้นตอนพื้นฐาน ขั้นตอนเหล่านี้เพื่อการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และบ่งชี้ตำแหน่งของก้อนมะเร็ง ช่วยบอกขอบเขตการกระจายของมะเร็งได้ถึงระดับที่ทำให้สามารถเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้

๑.๑ ประวัติและการตรวจร่างกาย

๑.๒ การใช้นิ้วคลำตรวจทางทวารหนัก (PR) จะช่วยบอกลักษณะ ขนาด และการลามออกนอกผนังของมะเร็งใน rectum ได้ดี

๑.๓ Anoscopy, Proctoscopy, Sigmoidoscopy การตรวจด้วยกล้องต่าง ๆ เหล่านี้ ใช้ตรวจก้อนที่อยู่ลึกจากปากทวารเข้าไปและสามารถตัดชิ้นเนื้อเพื่อพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา ใช้ตรวจสภาพปลายลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการผ่าตัด และยังใช้แยกโรคอื่น ๆ ที่ให้อาการคล้ายกับมะเร็งได้ กล้องเหล่านี้ไม่สามารถตรวจลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ดังนั้นจึงต้องใช้ร่วมกับ ๑.๔

๑.๔ Ba enema ใช้ร่วมกับ ๑.๓ เพื่อตรวจสภาพลำไส้ใหญ่ทั้งหมด เพื่อบอกสภาพลำไส้ใหญ่และเพื่อตรวจหาโรคอื่น ๆ ที่อาจมีอยู่ด้วย เป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อการผ่าตัด

๑.๕ Colonoscopy: วิธีนี้ใช้ตรวจก้อนมะเร็งและตรวจตลอดลำไส้ใหญ่ได้ อาจใช้แทน ๑.๓ และ ๑.๔ การตรวจโดยกล้อง colonoscope ต้องมีการเตรียมลำไส้ให้สะอาดอาจจำเป็นต้องใช้ยาสลบหรือยาแก้ปวดอย่างแรงช่วยขณะทำและต้องใช้บุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาโดยเฉพาะ

๑.๖ การทำ chest x-ray และตรวจเลือดหา liver functions (LFT) : เป็นการหาการกระจายของมะเร็งไปสู่ปอดและตับ เป็นการตรวจที่ทำได้ง่าย แต่มีความไวไม่มากนัก

๑.๗ การตรวจชิ้นเนื้อ (biopsy) จำเป็นต้องทำก่อนผ่าตัดเสมอในรายที่เป็นมะเร็งของ rectum ซึ่งการผ่าตัดอาจทำให้มีปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในภายหลัง ในรายที่ก้อนมะเร็งอยู่สูงกว่าระดับ rectum อาจอนุโลมให้ไม่ต้องมีผลการตรวจชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัดได้

๒. การตรวจพิเศษ การตรวจเหล่านี้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในด้านการกระจายของโรค มีประโยชน์ในการพิจารณาเพื่อให้การรักษาด้วยวิธีอื่นที่เสริมการผ่าตัด และเพื่อประโยชน์ในการติดตามผลการรักษา

๒.๑ Ultrasonography ของตับ: ช่วยบอกการกระจายของมะเร็งในเนื้อตับได้ดีกว่า การตรวจเลือด LFTS.

๒.๒ Endo-rectal ultrasonography ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตการลุกลามของก้อนมะเร็งออกนอกผนังของ rectum และการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองในบริเวณใกล้เคียง

๒.๓ CT-scan: ให้ข้อมูลในด้านการลุกลามของโรคเข้าอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะในอุ้งเชิงกราน ตับ ปอด ได้ดีกว่าการทำเอกซเรย์ธรรมดา

๒.๔ Carcino embryonic antigen (CEA) การตรวจหาค่า CEA ในเลือดมีประโยชน์ในการติดตามผลการรักษาในผู้ป่วยที่ก้อนมะเร็งผลิตสาร CEA ถ้ามะเร็งไม่กระจายระดับของ CEA ควรลดลงหลังการผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออก การตรวจ CA ๑๙-๙ ให้ผลคล้ายกันแต่ไม่ไวเท่า CEA

การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การรักษาเพื่อให้หายขาดจากโรคนี้อาศัยการผ่าตัดเป็นหลัก การรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เป็นการเสริมการผ่าตัด ซึ่งจะเสริมก่อนหรือหลังผ่าตัดก็ได้ ตามข้อบ่งชี้ การรักษาเสริมเหล่านี้ได้แก่ การรักษาด้วยรังสี และการรักษาด้วยยาต่อต้านมะเร็ง (เคมีบำบัด) จะไม่พิจารณาผ่าตัดรักษา ถ้า ร่างกายไม่แข็งแรงพอที่จะทนการผ่าตัดได้ หรือ โรคลุกลามไปมากแล้วและคาดว่า การผ่าตัดจะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์

การผ่าตัด หลักในการผ่าตัดเพื่อให้หายขาดได้แก่ การตัดลำไส้ส่วนที่มีก้อนมะเร็ง พร้อมทั้งขั้วลำไส้ที่มีต่อมน้ำเหลืองที่รองรับก้อนมะเร็งนั้น ถ้ามีอวัยวะอื่นใดที่ก้อนมะเร็งนั้นลามเข้าไปติดอยู่ก็ต้องตัดออกไปด้วยพร้อมกัน ความยาวของลำไส้ใหญ่ที่จำเป็นต้องตัดออกขึ้นกับ ตำแหน่งของก้อนมะเร็งขนาดขั้วลำไส้ที่ต้องตัดออก และ โอกาสที่จะเกิดมะเร็งซ้ำซ้อนในลำไส้ใหญ่ ในการผ่าตัดที่มีได้หวังผลให้หายขาด เพราะมีการกระจายของโรคไปอวัยวะอื่นแล้ว แต่เป็นการทำเพื่อระงับอาการก็ไม่จำเป็นต้องตัดลำไส้ใหญ่ออกมากเท่ากับในการรักษาเพื่อให้หายขาด

วิธีผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มีหลายรูปแบบดังนี้

๑. ตัดแล้วนำปลายลำไส้ที่เหลือมาต่อกัน

๑.๑ ถ้าเป็นมะเร็งทางด้านขวาหรือต้นทางของลำไส้ใหญ่ (ตั้งแต่ caecum ไปจนถึง transverse colon) จะหมายถึง ต้องตัดปลายลำไส้เล็กบางส่วนออกด้วยพร้อมกับลำไส้ใหญ่ที่ติดกันลงมาจนเลยก้อนมะเร็งไปประมาณ ๕ ซม. และต่อปลายลำไส้เล็กเข้ากับลำไส้ใหญ่ที่ยังเหลือ (right colectomy, extended right colectomy)

๑.๒ ถ้าเป็นมะเร็งทางด้านซ้ายหรือปลายทางของลำไส้ใหญ่ (ตั้งแต่ descending colon ลงไปจนถึงประมาณ mid rectum) หลังจากตัดแล้วก็ต่อปลายลำไส้ใหญ่ที่เหลือเข้าด้วยกัน (left colectomy, sigmoidectomy, low anterior resection) บางครั้งรอยต่ออาจอยู่ตรงเกือบถึงปากทวารหนักก็ได้ (colo-anal anastomosis)

๑.๓ สำหรับการต่อลำไส้ที่สึกลงไปในอุ้งเชิงกราน อาจจำเป็นต้องป้องกันมิให้มีอุจจาระผ่านรอยต่อจนกว่ารอยต่อจะติดกันสนิท ทั้งนี้เพราะรอยต่อเช่นนี้มีโอกาสรั่วง่ายกว่าปกติ และถ้ามีอุจจาระออกมาทางรอยรั่วก็จะทำให้เป็นอันตรายจากการติดเชื้ออย่างรุนแรงดังนั้นในกรณีที่เป็นแพทย์จะนำปลายลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ส่วนต้นมาเปิดไว้ที่หน้าท้องชั่วคราวประมาณ ๑-๓ เดือน เมื่อรอยต่อสมานสนิทแล้ว จึงผ่าตัดอีกครั้งเพื่อนำลำไส้ที่เปิดไว้ที่หน้าท้องกลับเข้าช่องท้องตามเดิม

๒. ตัดลำไส้ใหญ่รวมทั้งกล้ามเนื้อหูรูดทั้งหมดของทวารหนักและนำปลายบนของลำไส้มาเปิดไว้ที่หน้าท้อง (abdominal-perineal resection หรือ AP resection) วิธีนี้ทำในรายที่มะเร็งอยู่ใกล้ปากทวารหนักมาก รอยแผลที่ฝีเย็บตำแหน่งที่เคยเป็นปากทวารหนักเก่า อาจมีการเย็บปิดไปตั้งแต่ตอนผ่าตัดหรือปล่อยให้แผลเปิด เพื่อให้แผลปิดเองในภายหลัง

๓. ตัดลำไส้แต่ไม่ต่อปลายที่เหลือเข้าด้วยกัน นำปลายที่เหลือทั้งสองด้านมาเปิดไว้ที่หน้าท้อง หรือนำปลายบนมาเปิดไว้ที่หน้าท้องและเย็บปิดปลายล่าง วิธีนี้มักใช้ในรายที่มะเร็งลุกลามมากในช่องท้อง และรอยต่อหรือลำไส้ใหญ่ปลายทางมีโอกาสติดกันจากมะเร็งอีกในภายหลัง วิธีนี้อาจทำให้เป็นการชั่วคราว ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขณะผ่าตัดทำให้ไม่สามารถผ่าตัดนานได้ หรือมีอุจจาระออกมาปนเปื้อนช่องท้องมาก หรือช่องท้องอักเสบมาก

๔. การตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมดหรือเกือบทั้งหมด และนำลำไส้เล็กมาต่อกับปลายที่ยังเหลือ (subtotal colectomy, total colectomy, total proctocolectomy with ileoanal anastomosis) มักทำในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งพร้อมกับหลายตำแหน่งในลำไส้ใหญ่ หรือมีเนื้องอกธรรมดา (polyp) หลายตำแหน่งร่วมกับก้อนมะเร็ง หรือมีโรคอื่นของลำไส้ใหญ่ที่มีแนวโน้มทำให้เกิดมะเร็งได้ในภายหลัง (เช่น chronic ulcerative colitis)

๕. การนำลำไส้ใหญ่เหนือก้อนมาเปิดที่หน้าท้องโดยไม่ตัดลำไส้และก้อนมะเร็งออก วิธีนี้ทำเฉพาะในรายที่โรคลุกลามมาก และการตัดลำไส้รวมทั้งก้อนมะเร็งทำได้ยากหรือเสี่ยงอันตรายมาก

๖. การนำลำไส้เหนือก้อนมาต่อกับลำไส้ใต้ก้อนมะเร็ง โดยไม่ตัดก้อนมะเร็งออกมีข้อบ่งชี้เช่นเดียวกับข้อ (๕)

๗. การตัดก้อนมะเร็งและขอบเนื้อที่ติโดยรอบออกจากภายในทวารหนัก ใช้ได้เฉพาะก้อนมะเร็งขนาดเล็กที่ไม่ลามลึกและอยู่ไม่ลึกมากจากปากทวารหนัก ถ้าหลังผ่าตัดตรวจพบว่าก้อนลามลึกในผนังหรือต่อน้ำเหลืองมีมะเร็งอยู่ ก็จำเป็นต้องทำผ่าตัดเพิ่มเติม หรือให้การรักษาต่อโดยรังสีหรือเคมีบำบัด

๓. การดูแลผู้ป่วยออสโตมีทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสุขภาพ (Pre-Post-Operative Ostomy Surgery Care and Recovery Period)

สิทธิ ๑๐ ประการของผู้ที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้องหรือออสโตเมท (OSTOMATE'S BILL OF RIGHT) ที่ควรจะได้รับจากทีมบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

๑. การให้คำปรึกษาและแนะนำก่อนการผ่าตัด
๒. การกำหนดตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
๓. การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดี
๔. การได้รับการพยาบาลหลังผ่าตัดจากผู้มีความรู้ความชำนาญ
๕. การประดับประคองจิตอารมณ์
๖. การให้คำแนะนำแบบรายบุคคล
๗. การได้รับประโยชน์ แหล่งซื้อหาอุปกรณ์ออสโตมี

๘. การได้รับข้อมูล ข่าวสาร จากกลุ่มออสโตเมทและแหล่งสนับสนุนทางสังคม
๙. การนัดตรวจ ติดตาม และให้คำแนะนำภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
๑๐. การดูแลจากทีมสุขภาพ

การพยาบาลก่อนการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Preoperative ostomy nursing care)

การพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละราย ซึ่งเป็นการพยาบาลเฉพาะราย (Individual case) ประเด็นสำคัญที่ ET-Nurse ต้องทราบจากทีมศัลยแพทย์ เพื่อใช้ในการเตรียมตัวและวางแผนผู้ป่วยก่อนให้การปรึกษา และการให้ข้อมูลก่อนผ่าตัดมีดังนี้

๑. สภาพ หรือ อาการของโรค
๒. เหตุผลในการทำผ่าตัดลำไส้ทางหน้าท้อง ทั้งแบบชั่วคราว หรือแบบถาวร
๓. ชนิดของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
๔. ความต้องการพื้นฐานที่ต้องการในผู้ป่วยแต่ละคน
๕. ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
๖. การสนับสนุนจากครอบครัว หรือแหล่งประโยชน์

การพยาบาลก่อนผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายทั่วไป การเตรียมทำความสะอาดลำไส้ และการกำหนดตำแหน่งเปิดของลำไส้

๑. การเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ

เทคนิคและกระบวนการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ การผ่าตัดที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงทางภาพลักษณ์ที่ชัดเจน ดังนั้น ET-Nurse จึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการให้คำปรึกษา (counseling) และมีการเสริมสร้างพลัง (empowerment) เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และมีทัศนคติที่ดีต่อการมีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง สามารถดูแลและปรับตัวสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด

๒. การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย

เป็นการเตรียมความพร้อมคล้ายกับการผ่าตัดทั่วไป ถ้าผู้ป่วยมีโรคประจำตัว อาจต้องมีการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง เพื่อวางแผนการผ่าตัดให้เกิดความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

๓. การเตรียมความพร้อมลำไส้มีวัตถุประสงค์ เพื่อลดปริมาณอุจจาระและเชื้อแบคทีเรียในลำไส้ ประกอบด้วย

๓.๑ การปรับเปลี่ยนอาหารก่อนผ่าตัด ๓-๕ วันโดยปรับเป็นอาหารอ่อน กากน้อย จนถึงอาหารเหลวใส ๑ วันก่อนการผ่าตัด

๓.๒ การให้ยาปฏิชีวนะ เพื่อลดจำนวนแบคทีเรียที่อยู่ในลำไส้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องท้อง และนิยมใช้ยาปฏิชีวนะชนิดในท้องผ่าตัดและให้จนครบ ๒๔ ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

๓.๓ การให้ยาถ่าย เพื่อให้เกิด fluid diarrhea โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง bowel content และไม่ทำให้ลำไส้บวม

๓.๔ การสวนอุจจาระ จะช่วยในการเตรียมลำไส้ส่วน Rectum to descending colon นิยมสวนด้วยน้ำเกลือก่อนการผ่าตัด ๑-๒ ชั่วโมง

การเตรียมความสะอาดของลำไส้ ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด พยาบาลต้องทำความเข้าใจและให้ความสำคัญ และการปฏิบัติอย่างเคร่งครัด นอกจากประเมินการขับถ่ายแล้ว จะต้องมีการเฝ้าระวังอาการอ่อนเพลียจากการขับถ่าย ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการขับถ่ายเป็นอย่างมากจะเสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของ Electrolyte ควรมีการเฝ้าระวังดังนี้ สังเกตอาการใจสั่น หน้ามืด อ่อนเพลีย เป็นลม หัวใจเต้นผิดปกติ เหนื่อย กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพื่อรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

๔. การกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma Sitting)

ผู้ป่วยทุกคนที่ผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ต้องได้รับการกำหนดตำแหน่งโดยผู้มี

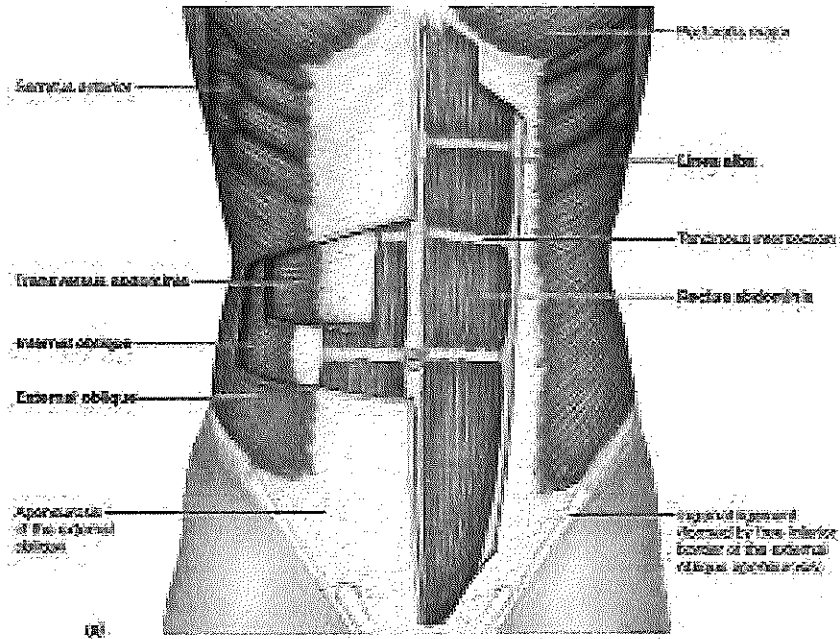
ประสบการณ์ความรู้และสมรรถนะ ซึ่งผู้ที่มีบทบาทคือแพทย์ผ่าตัดด้านมะเร็งลำไส้ (Colon and Rectal Surgeons) แพทย์ผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ (Urologist) หรือพยาบาลออสโตมีและแผล Enterostomy Therapy Nurses (ET Nurse) เท่านั้น

ตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่พบบ่อย

๑. Ileostomy and Urostomy ด้านขวาในแนวกล้ามเนื้อ Rectus
๒. End colostomy ด้านซ้ายตลอดแนวกล้ามเนื้อ Rectus
๓. Transverse colostomy ด้านขวาบนในแนวกล้ามเนื้อ Rectus

วิธีการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีขั้นตอนดังนี้

๑. เตรียมอุปกรณ์ ได้แก่ ปากกา mark site แผ่นฟิล์มใสกันน้ำ ถุงรองรับอุจจาระ/ปัสสาวะ ที่มีแผ่น skin barrier
๒. อธิบายขั้นตอนของการกำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ให้ผู้ป่วยทราบ
๓. ตรวจสอบหน้าท้องของผู้ป่วยในท่าต่างๆ ได้แก่ นอน นิ่ง ยืน โน้มตัวไปข้างหน้า เพื่อดูรอยพับ รอยย่นของหน้าท้อง
๔. กำหนดตำแหน่งแผลผ่าตัดอย่างคร่าวๆ เลือกตำแหน่งที่ห่างจากแผลผ่าตัดออกมาประมาณ ๒ นิ้ว เพื่อให้มีพื้นที่ที่สามารถปิด skin barrier ของถุงรองรับอุจจาระ/ปัสสาวะ
๕. หากกล้ามเนื้อ Rectus ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ชันเข้าขึ้นทั้ง ๒ ข้าง และยกศีรษะขึ้นเล็กน้อย วิธีนี้จะทำให้สามารถพบตำแหน่งกล้ามเนื้อ Rectus เป็นลำแข็งตรงกลางท้อง
๖. ทำ Landmark ตำแหน่งกล้ามเนื้อ Rectus เพื่อกำหนดลำไส้เปิดทางหน้าท้องให้อยู่ในตำแหน่งกล้ามเนื้อ ช่วยป้องกันการเกิดไส้เลื่อน (Parastomal hernia) ได้
๗. กำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องแผนการรักษา เลือกตำแหน่งที่ผู้ป่วยมองเห็นชัดเจน ผิวเรียบ หลีกเลี่ยงบริเวณที่เป็นรอยพับ รอยย่น แผลเป็น สะดือ แนวเข็มขัด ปุ่มกระดูก สามารถติดถุงรองรับอุจจาระ/ปัสสาวะ
๘. กำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องบริเวณด้านล่าง (Lower Quadrant) ให้วัดตำแหน่งสะดือถึง Iliac crest แบ่งเป็น ๓ ส่วน กำหนดตำแหน่งลำไส้ให้อยู่ในส่วนที่ ๒ ในแนวตำแหน่งกล้ามเนื้อ Rectus
๙. กำหนดตำแหน่งลำไส้เปิดทางหน้าท้องบริเวณด้านบน (Upper Quadrant) ตำแหน่งสะดือถึง Rib cage แบ่งเป็น ๒ ส่วน กำหนดตำแหน่งลำไส้ให้อยู่ในส่วนที่ ๑ ต่อส่วนที่ ๒ ให้อยู่ในแนวกล้ามเนื้อ Rectus



รูปภาพ แสดงตำแหน่งกล้ามเนื้อ Rectus Muscle

๑๐. ทำเครื่องหมาย X ตามตำแหน่งที่ต้องการด้วยปากกา mark site
๑๑. พิจารณาตำแหน่งที่เลือกอีกครั้ง โดยลองปิดถุงในตำแหน่งที่เลือก ทดลองให้ผู้ป่วย นั่ง ยืน เดิน ก้มตัว หรือทำท่าที่ต้องทำเป็นประจำ และให้ผู้ป่วยมองตำแหน่งที่เลือกเมื่ออยู่ในท่าทางต่างๆ เพื่อพิจารณาตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุด
๑๒. การกำหนดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง อาจกำหนดเปิดมากกว่า ๑ ตำแหน่งเพื่อให้มีทางเลือก และอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ในขณะที่ทำการผ่าตัด
๑๓. ปิดตำแหน่งที่กำหนดโดยใช้แผ่นปิดกันน้ำ

การพยาบาลหลังการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Postoperative ostomy nursing care) ประกอบด้วย

๑. การดูแลหลังผ่าตัดโดยทั่วไป (Postoperative routine care)
 - ๑.๑ การติดตามบันทึกสัญญาณชีพ การบันทึกจำนวน Intake-output
 - ๑.๒ การติดตามความสมดุลของเกลือแร่
 - ๑.๓ การประเมินความเจ็บปวด และการบรรเทาปวดด้วยวิธีการต่างๆ
 - ๑.๔ กระตุ้น early ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน
 - ๑.๕ อาการแทรกซ้อนต่างๆ หลังการทำผ่าตัดช่องท้อง เช่น ท้องอืด ภาวะ bleeding จากแผลผ่าตัดและสายระบายต่างๆ
๒. การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Postoperative of stoma care) แบ่งออกเป็น ๒ ด้านที่สำคัญ คือ การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และ การประเมินความพร้อมด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อวางแผนในการดูแลตัวเองและฝึกทักษะ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้
 - การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
 - การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ภายใน ๒๔ ชั่วโมงแรกเพื่อสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

หลังการผ่าตัดทันที ได้แก่ Stoma ischemia, necrosis, bleeding เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ในการประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

๑. ลักษณะของลำไส้เปิด (Stoma characteristic) ประกอบด้วย

ชนิดของลำไส้เปิด (Stoma type) คือ ส่วนของลำไส้ที่นำมาเปิดทางหน้าท้อง เช่น ลำไส้เล็กส่วน Ileum เรียกว่า Ileostomy, ลำไส้ใหญ่ส่วนแนวขวาง เรียกว่า transverse colostomy และลำไส้ส่วน Sigmoid เรียกว่า Sigmoid colostomy

๑.๑ รูปแบบหรือโครงสร้างของลำไส้เปิด (stoma construction) ได้แก่

- End colostomy เป็นการตัดลำไส้และยกส่วน proximal มาเปิดทางหน้าท้อง มีช่องเปิดอันเดียว ในรายที่ทำ APR ส่วน distal ของลำไส้อาจถูกยกออกจนหมด และเย็บปิดรูทวารหนัก แต่ในรายที่ทำ Hartmann's procedure ส่วน distal ไม่ได้ตัดออก และยังคงอยู่ในอุ้งเชิงกราน

- Loop colostomy เป็นการผ่าตัดยกลำไส้เปิดทางหน้าท้อง แล้วรัดลำไส้ที่มีช่องเปิดของ distal และ proximal โดยที่ลำไส้ไม่ขาดจากกัน อุจจาระจะออกทาง proximal

- Double barrel เป็นการผ่าตัดลำไส้เปิดทางหน้าท้องโดยทั้ง distal และ proximal segment แยกออกจากกัน อุจจาระจะออกทาง proximal segment ส่วนทาง distal segment อาจเรียกว่า mucous fistula

๑.๒ ตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Abdominal location) เช่น RLQ, RUQ, LLQ, LUQ

๒. การประเมินลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Stoma assessment)

- ลักษณะความชุ่มชื้นและสีของลำไส้เปิด (Stoma viability and color) เช่น แดงชุ่มชื้น (Beefy red moist) มีเลือดมาเลี้ยงดี ซึ่งเป็นลักษณะปกติ ถ้าสีแดงเข้มคล้ำ (dark red) แสดงว่าลำไส้ทางหน้าท้องเริ่มขาดเลือดไปเลี้ยง และอาจกลายเป็นสีดำเนื่องจากเลือดมาเลี้ยงไม่พอ บวม (edematous) อาจพบในช่วงหลังผ่าตัด และจะยุบบวมภายใน ๒-๘ สัปดาห์หลังการผ่าตัด
- ขนาดของลำไส้เปิด (Size and Shape) หน่วยวัดเป็น มิลลิเมตร เป็นวงกลมใช้ Stoma guide ในการวัด แต่ถ้าเป็นวงรีรูปร่างไม่สม่ำเสมอใช้การ tracing
- ความสูงของลำไส้เปิด (Stoma height) จากผิวหนังหน้าท้องลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ดีควรยื่นออกมาประมาณ ๑-๑ นิ้วครึ่ง
- Flush เป็นลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่อยู่ในระดับเดียวกับผิวหนัง มักพบว่าอุจจาระจะเซาะและซึมอยู่ใต้ face plate ทำให้ถึงหลอดง่าย
- Protruding เป็นลำไส้ทางหน้าท้องที่ดียื่นออกมาประมาณ ๑-๑ นิ้วครึ่ง จะช่วยให้อุจจาระไหลลงถุงได้สะดวก มองเห็นง่าย และติดถุงได้นานยิ่งขึ้น
- Long เป็นลำไส้ทางหน้าท้องที่ยื่นจากระดับผิวหนังมากกว่า ๑ นิ้วครึ่ง ทำให้เกิดการเสียดสี มีโอกาสได้รับการบาดเจ็บ หรือทำให้ครอบถุงได้ลำบาก
- ตำแหน่งของช่องเปิดทางออกของสิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Location of lumen) เช่น apex คือทางออกอยู่ตรงกลาง right/left lateral คือทางออกจะเอียงไปทางขวาหรือซ้าย upper/lower คือ ทางออกอยู่ด้านบนหรือด้านล่างของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง เป็นต้น

๓. รอยเย็บของลำไส้เปิดกับผิวหนังหน้าท้อง (Mucocutaneous suture line) ถ้าปกติไม่มีรอยแยก (Intact) ถ้ามีรอยแยก (separate) ซึ่งอาจเกิดจาก allergic reaction ของ material หรือการติดเชื้อ

๔. ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Peristomal skin) มีการประเมินดังนี้

๔.๑ Intact จะมีสีเดียวกับผิวหนังทั่วไปบริเวณหน้าท้อง ไม่มีการระคายเคือง

๔.๒ ระดับ ๑: Hyperemic Lesion มีการเปลี่ยนแปลงของสีผิว สีแดงขึ้น แต่ผิวหนังยังไม่หลุดลอก

๔.๓ ระดับ ๒: Erosive Lesion เป็นแผลตื้น ผิวหนังถูกทำลายถึงชั้น epidermis ไม่ถึงชั้น subcutaneous tissue หรือเรียกว่าเป็นแผล partial thickness skin loss

๔.๔ ระดับ ๓: Ulcerative Lesion เป็นแผลผิวหนังชั้น epidermis, dermis ถึงชั้น subcutaneous ถูกทำลาย และมีการสูญเสียลึกไปมากกว่านั้น หรือเรียกว่าเป็น full thickness skin loss

๔.๕ ระดับ ๔: Ulcerative Lesion and dead tissue เป็นแผล หรือเรียกว่าเป็นแผล full thickness skin loss ร่วมกับมีเนื้อตาย (necrotic, fibrinous)

๔.๖ ระดับ H มีเนื้องอกขยายเหนือระดับผิวหนัง (Hypergranulation)

๕. สิ่งขับหลังจากลำไส้เปิด (Effluent) ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ได้แก่ Solid, Semi-solid, Fluid และ Paste

ประเด็นในการวางแผนดูแลตัวเองและการฝึกทักษะ ควรเริ่มตั้งแต่ก่อนผ่าตัดโดยพยาบาล ผู้ป่วยและญาติจะต้องมีการพูดคุย วางเป้าหมายในการดูแลร่วมกัน โดยต้องประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเป็นระยะ

วันที่	รายละเอียดของกิจกรรม
หลังผ่าตัดวันที่ ๑	๑. ประเมินลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ๒. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ป่วยให้มองเห็นและสัมผัสลำไส้ เพื่อสร้างความคุ้นเคย ๓. ค้นหา care giver เพื่อนัดเรียนรู้การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ๔. ค้นหาแหล่งประโยชน์ ๕. นำถาดรองรับแบบต่างๆมาให้ผู้ป่วยเลือกและตัดสินใจ ๖. เตรียมเบกผลิตภัณฑ์ตามที่เลือก ๗. จัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น กระจก กรรไกร พัด ปากกาเมจิก ๘. ให้ความรู้การดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง
หลังผ่าตัดวันที่ ๒	๑. สอนการเฝ้าระวัง การล้างทำความสะอาดถุง โดยให้ฝึกปฏิบัติด้วยตัวเองครั้งที่ ๒. ทบทวนความรู้และตอบคำถามเรื่องการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ผู้ป่วยได้จากการศึกษาคู่มือ
หลังผ่าตัดวันที่ ๓	๑. กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลฝึกทักษะในเรื่อง การลอกถุง การเฝ้าระวัง การล้างทำความสะอาดถุงและลำไส้ และการเปลี่ยนถุง ๒. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมิน stoma อาการผิดปกติของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และผิวหนังรอบลำไส้ และแนะนำวิธีการป้องกันและแก้ไข ๓. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การประกอบกิจวัตรประจำวัน

วันที่	รายละเอียดของกิจกรรม
หลังผ่าตัดวันที่ ๔	๑.ติดตามผลการประเมินการเปลี่ยนถุงอุจจาระ พร้อมทั้งทบทวนในเรื่องการดูแล ๒.เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ๓.ในกรณีที่ผู้ป่วยมีคู่สมรสให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์
หลังผ่าตัดวันที่ ๕	๑.ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทำความสะอาดลำไส้ ครั้งที่ ๒ ๒.ประเมินผลโดยพยาบาล ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ๓.จัดเตรียมเบกอุปกรณ์ให้เพียงพอ ๔.นัดหมายเพื่อพบ ET Nurse ๒ สัปดาห์หลังการจำหน่าย

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

๑. ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้องมีดังนี้

- ลำไส้เปิดทางหน้าท้องไม่ใช่แผล ลักษณะที่ปกติจะเป็นสีแดง หรือสีชมพู ผิวมัน เรียบ ชุ่มชื้น
- ลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ไม่มีเส้นประสาท จึงไม่มีความรู้สึกเมื่อถูกสัมผัส ดังนั้นควรระมัดระวังเวลาเช็ดทำความสะอาด หลีกเลี่ยงการกดทับหรือถูกระแทก เพราะอาจทำให้เลือดออกมากได้
- วัดขนาดลำไส้เปิดทางหน้าท้องทุกครั้งก่อนเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ขนาดลำไส้จะคงที่หลังการผ่าตัด ๖-๘ สัปดาห์
- น้ำไม่สามารถเข้าไปในลำไส้ได้ เพราะลำไส้มีการบีบตัวไล่น้ำออก ดังนั้นสามารถอาบน้ำได้ ๒.การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ ขึ้นอยู่กับสภาพผิวหนัง ความสามารถในการดูแลตัวเอง ลักษณะของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง และเศรษฐกิจของผู้ป่วย ทั้งนี้ต้องให้ผู้ป่วยเป็นคนตัดสินใจเอง หลังการผ่าตัดควรเลือกลักษณะถุงชนิดใส เพื่อให้สะดวกต่อการประเมินลำไส้ทางหน้าท้อง

๒. การเท/เปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ควรเทอุจจาระเมื่อมีอุจจาระประมาณ ๑/๓ ของถุง ถุงรองรับอุจจาระสามารถจะอยู่ได้นาน ๕-๗ วัน ขึ้นอยู่กับการดูแล ถ้ามีอุจจาระเซาะ หรือแถบการอ่อนควรเปลี่ยนถุงทันที วิธีการเปลี่ยนถุงมีดังนี้ เช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด วัดขนาดของลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ตัดถุงให้กว้างกว่าลำไส้เล็กน้อยประมาณ ๒ มิลลิเมตร ไม่ติดถึงชิดกับลำไส้มากเกินไป เพราะขอบถุงอาจทำให้เกิดแผลได้

๓. อาการผิดปกติ เช่น การมีอุจจาระหรือปัสสาวะออกน้อยลง หรือไม่ออกเลย ปวดเพิ่มขึ้น มีไข้สูง หรืออาการที่แสดงว่ามีการติดเชื้อ มีแผลรอบลำไส้ ทำให้ต้องเปลี่ยนถุงบ่อย

๔.คำแนะนำในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน

๔.๑การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้ตามปกติ แต่ไม่แนะนำให้ใช้สบู่ฟอกไปที่ตัวลำไส้ เพราะถ้าล้างไม่สะอาด อาจเกิดการระคายเคืองได้ ถ้าถุงรองรับยังดี ก่อนอาบน้ำแนะนำให้หาพลาสติก มาคาดบริเวณส่วนแบน และปิดด้วยพลาสติก แต่ถ้าครบกำหนดที่ต้องเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ก็ให้ลอกถุงเดิมออก เช็ดทำความสะอาดลำไส้และรอบลำไส้ด้วยน้ำสะอาด แล้วอาบน้ำได้ตามปกติ เช็ดตัวให้แห้งแล้วมาปิดถุงรองรับอุจจาระต่อไป

๔.๒ การรับประทานอาหาร สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติตามความต้องการ ควรงดอาหารบางประเภท เช่น อาหารรสจัดและอาหารที่หมักดอง

๔.๓ การควบคุมก๊าซและกลิ่น คือการระบายอุจจาระเมื่อมีปริมาณ ๑/๓ ของถุง เช็ดทำความสะอาดปลายถุงให้สะอาด

๔.๔ การแต่งกาย สามารถสวมเสื้อผ้าได้ตามปกติ แต่ไม่ควรรัดแน่น หรือบริเวณถูกรัดหรือกด อาจใส่ถุงครอบผ้ารองรับอุจจาระ (cover bag)

๔.๕ การออกกำลังกาย สามารถออกกำลังกายเบาๆ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ต้องใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องมากและการยกน้ำหนัก เพราะอาจทำให้เกิด parastomal herniation ได้

๔.๖ เพศสัมพันธ์ เพื่อให้คำแนะนำที่เหมาะสม โดยผู้หญิงมักจะรู้สึกว่ามีน้ำหล่อเลี้ยงช่องคลอด เจ็บระหว่างมีเพศสัมพันธ์ และเป็นหมัน ส่วนผู้ชายอวัยวะเพศจะไม่แข็งตัว ไม่มีการหลั่ง และเป็นหมัน ซึ่งความผิดปกตินี้อาจเกิดขึ้นชั่วคราวในระยะแรกหรือเกิดถาวร จึงต้องบอกให้ผู้ป่วยได้รับทราบ

๔.๗ การเดินทาง สามารถเดินทางได้ตามปกติ แนะนำให้จัดเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นทุกอย่างพกติดตัวไปทุกที่

ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เสริมสำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง (Ostomy Appliance and Ostomy Accessories)

คุณสมบัติของผลิตภัณฑ์รองรับสิ่งขับถ่ายที่ดี

๑. ใช้งาน สะดวกสบาย ไม่ก่อให้เกิดเสียงเมื่อมีการเคลื่อนไหว
๒. ถุงและแป้นควรทำด้วยวัสดุที่ยืดหยุ่น สามารถโค้งงอได้กับรูปร่างของร่างกายและที่สำคัญสามารถยืดหยุ่นได้เข้ากับผิวหน้าท้อง
๓. มีความคงทนสามารถป้องกันการรั่วซึมได้ดี
๔. สามารถเก็บกลิ่นได้ดี
๕. มีความทนทาน น้ำหนักเบา
๖. ไม่ทำให้เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนัง และป้องกันผิวหนังจากการถูกทำลายจากความเปียกชื้น
๗. เหมาะสมกับความสารถในการใช้ของผู้ป่วยเช่นผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้มือ มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อมือ หรือในผู้ที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น
๘. ราคาถูก ประหยัด สามารถเลือกใช้ได้ตามสิทธิของการรักษา

ชนิดของผลิตภัณฑ์ Ostomy Appliance สำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

๑. แบ่งตามประเภทการใช้งาน

๑.๑ ถุงปลายเปิด (drainable pouches) ใช้สำหรับของเสียที่เป็นน้ำ อุจจาระเหลว หรือมีปริมาณมาก เช่นผู้ป่วยที่มี ileostomy หรือ transverse colostomy ไม่ต้องเปลี่ยนถุงบ่อย สามารถขับถ่ายของเสียได้ออกทางปลายถุง

๑.๒ ถุงปลายปิด (closed end pouches) เป็นถุงที่ไม่มีช่องเปิดบริเวณด้านล่าง ทำให้ไม่สามารถระบายของเสียผ่านออกได้ ใช้สำหรับของเสียที่เป็นของแข็ง

๑.๓ ถุงปลายเปิดแบบมีลิ้น (anti-reflux valve) โดยทั่วไปจะใช้กับของเสียที่เป็นน้ำ เช่น Ileal conduit จะมี valve เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับ และปลายถุงสามารถต่อกับ Urine leg bag เวลาเดินทาง หรือต่อกับ Urine bag เป็น “Night drainage” ได้

๒. แบ่งตามลักษณะของแป้น (Face plate)

๒.๑ One piece appliance ลักษณะเป็นถุงขึ้นเดียว สะดวกต่อการใช้ โดยเฉพาะมีสูงอายุหรือในผู้ป่วยที่มีความคล่องตัวน้อย

๒.๒ Two-piece appliance ลักษณะเป็นอุปกรณ์สองชิ้น คือ แป้นรอง/แผ่นรอง ที่ติดกับผิวหนังหน้าท้องผู้ป่วยและถุงปลายเปิด สามารถนำถุงกลับมาใช้ซ้ำได้โดยการล้างให้สะอาด
อุปกรณ์เสริม Ostomy Accessories สำหรับผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง

๑. ชนิดของแป้น (Skin barrier types) ใช้ป้องกัน stoma จากการสัมผัสกับอุจจาระ

๑.๑ Regular wear barrier เป็นแผ่นแป้นที่ละลายได้ยาก เหมาะสำหรับ colostomy ที่มีของเสียลักษณะแข็ง

๑.๒ Extend wear barrier เป็นแผ่นที่มีการป้องกันการละลาย เหมาะสำหรับ Ileostomy และ Ileal conduit บางชนิดเมื่อโดนน้ำจะพองตัวติดกับลำไส้เปิดทางหน้าท้องมากยิ่งขึ้น ช่วยยืดระยะเวลาการใช้งาน เช่น Durahesive Skin Barrier

๑.๓ Flat skin barrier เป็นแผ่นแป้นที่แบนราบ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีหน้าท้องเรียบ และ/หรือลำไส้เปิดทางหน้าท้องที่ยื่นออกมาจากผนังหน้าท้อง

๑.๔ Convexity เป็นแผ่นแป้นที่นูนออกมา เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีร่องมีหลุม ไม่เรียบ Flush stoma, Retracted stoma ควรใช้ร่วมกับเข็มขัดเพื่อประสิทธิภาพของการทำงาน

๑.๕ Cut to fit เป็นแผ่นแป้นที่ต้องวัดขนาดของลำไส้ทางหน้าท้อง เพื่อให้ได้ขนาดที่เหมาะสม

๑.๖ Pre cut เป็นแผ่นแป้นที่ตัดขนาดของถุงไว้แล้ว

๑.๗ Moldable เป็นแผ่นแป้นที่สามารถใช้มือปั้นปรับขนาดของถุงให้เท่ากับขนาดของลำไส้ได้ โดยไม่ต้องตัด

๒. ขอบของแป้น (face plate) จะมีอยู่ ๒ แบบ

๒.๑ Skin barrier ทั้งแผ่น ลดปัญหาในการแพ้แถบขาวเหนียว แต่จะหนาและหนัก ในปัจจุบันมีการปรับปรุงให้บางขึ้น

๒.๒ มีช่องของถุงเป็นพลาสติกหรือแถบขาว จะมีความเบาและยืดหยุ่นดี แต่ไม่เหมาะกับผิวแพ้ง่าย

๓. Skin barrier film /Skin sealants/ Skin barrier cream เป็นผลิตภัณฑ์ที่ประกอบด้วย isopropyl alcohol มีลักษณะเป็นน้ำใส หรือครีม เมื่อทาลงบนผิวหนังจะแห้งเร็ว เป็นฟิล์มบางเรียบ ปกคลุมผิวหนังสามารถป้องกันความชื้น ลดแรงกดบนผิวหนังทำให้ลอกหลุดง่ายขณะดึงออก

๔. Skin barrier powder เป็นผลิตภัณฑ์ที่ประกอบด้วย pectin, gelatin and carboxymethylcellulose อยู่ในรูปผงแป้ง ช่วยในการดูดซับความชื้น ใช้ในกรณีที่ผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้องเป็นผลการระคายเคืองจากการสัมผัสของเสีย

๕. Skin barrier paste เป็นผลิตภัณฑ์ที่ประกอบด้วย pectin, gelatin and carboxymethylcellulose isopropyl alcohol อยู่ในลักษณะคล้ายยาสีฟัน (paste) ช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคืองของผิวหนัง ในกรณีที่ของเสียเป็นน้ำ หรือเหลวผิวหนังจะไม่เรียบจะช่วยไม่ให้เกิดการรั่วซึมของเสียใช้ปรับระดับผิวหนังรอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง มีข้อควรระวังในรายที่มีแผลเปิดจากการระคายเคือง จะมีการแสบบริเวณที่สัมผัสกับผลิตภัณฑ์ได้เนื่องจากมีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม สำหรับผู้ที่แพ้สารประเภทแอลกอฮอล์หรือมีข้อบ่งชี้ในการใช้ สามารถเลือกเป็นผลิตภัณฑ์ประเภท non-alcohol ได้

๖. Adhesive remover ประกอบด้วยแอลกอฮอล์และ/หรือน้ำมัน อาจอยู่ในรูปของ Liquid, wipe หรือ spray ใช้ทาหรือพ่นบริเวณ adhesive หรือ skin barriers ช่วยป้องกันการบาดเจ็บของ ชั้นหนังกำพร้าจากการติ่งรั้งของพลาสติก หรือการติ่งรั้งขณะลอกถูรองรับอุจจาระ/ปัสสาวะ สามารถใช้ ขจัดคราบฝังแน่นของ skin barriers ที่ตักค้างบนผิวหนังได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้วิธีการขจัด adhesive remover บางชนิดมีน้ำมันผสม หลังการใช้ควรทำความสะอาดผิวหนังเพื่อขจัดคราบน้ำมันด้วยน้ำสะอาด

๗. Duodorants เป็นตัวดูดกลิ่น มีส่วนผสมของคาร์บอน ช่วยลดกลิ่นขณะเหตุจากระได้

๘. Ostomy belts เป็นเข็มขัดจะช่วยกระชับถูรองรับของเสียให้แนบกับผนังหน้าท้อง

๙. Pouch Cover ถุงผ้าที่ใช้ครอบถูรองรับของเสีย ช่วยในเรื่องภาพลักษณ์

๑๐. Stoma caps and Patches เป็นที่ครอบลำไส้เปิดทางหน้าท้อง ภายหลังการทำ colostomy irrigation

วิชาการพยาบาลผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Nursing Care of Patients with the Incontinence)

๑. กายวิภาค พยาธิสรีรวิทยา การตรวจวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ ส่วนล่างและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (Anatomy, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Lower urinary Tract and Urinary Incontinence)

ระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary system) หมายถึง ระบบอวัยวะที่กรองหรือนำน้ำปัสสาวะเป็น ทางผ่านน้ำปัสสาวะ เก็บปัสสาวะชั่วคราว และขับน้ำปัสสาวะออกทิ้ง นอกจากนั้นยังทำหน้าที่เกี่ยวกับการ รักษาสมดุลของสารน้ำ อิเล็กโทรไลต์ กรดและด่างในร่างกาย รวมถึงการสร้างฮอร์โมนบางชนิด อวัยวะใน ระบบทางเดินปัสสาวะประกอบด้วย

๑. ไต (Kidneys) ไตมีลักษณะคล้ายเมล็ดถั่ว เป็นอวัยวะสำคัญในการรักษาสมดุลของสารน้ำใน ร่างกาย (homeostasis) เลือดที่ไหลเวียนไตมีเป็นจำนวนมากถึงร้อยละ ๒๕ ของ cardiac output หรือประมาณ ๑,๒๐๐ มล./นาที ไตมี ๒ ข้าง ซ้าย - ขวา โดยปกติแล้วไตข้างขวาจะอยู่ต่ำกว่าระดับของไตข้างซ้าย การทำงาน หรือทำหน้าที่ของไต (kidneys) แบ่งได้ ๒ ลักษณะใหญ่ ๆ คือ

๑.๑ ขับสารหรือของเสียจากการเผาผลาญออกจากร่างกาย (excretory function) ทั้งนี้เพื่อ รักษาสมดุลของร่างกาย และภาวะความเป็นกรด - ด่างของร่างกาย รวมทั้งหากร่างกายได้รับยาบางชนิด ก็ยัง ขับออกทางไตด้วยเช่นกัน

๑.๒ หลั่งสารหรือฮอร์โมน (secretory function) ได้แก่ เรนิน (renin) อิริโทรโปอิติน (erythropoietin) พรอสตาแกรนดิน (prostaglandin), ช่วยในการเผาผลาญ คาร์โบไฮเดรต, ไขมัน พลาสมา โพรตีน โดยการหลั่งฮอร์โมน เปปไทด์ (peptide hormone) อินซูลิน (insulin) และ กลูคาگون (glucagon)

๒. ท่อไต (ureter) เป็นท่อที่ต่อจากไตทั้ง ๒ ข้าง เป็นทางนำน้ำปัสสาวะลงสู่กระเพาะปัสสาวะใน ส่วนที่เรียกว่า ไตรโกน (trigone) ประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อเรียบ ท่อไตแต่ละข้างจะยาวประมาณ ๑๐ - ๑๒ นิ้ว (๒๔ - ๓๐ ซม.) กว้างประมาณ ๑/๔ นิ้ว หากท่อไตมีการอุดตันจะมีการหดเกร็ง (spasm) และเป็นส่วนที่ เกิด colic pain

๓. กระเพาะปัสสาวะ (bladder) จะตั้งอยู่ด้านหลังของกระดูกหัวเหน่า ทำหน้าที่รับและเก็บน้ำ ปัสสาวะไว้ชั่วคราว ซึ่งประกอบไปด้วยกล้ามเนื้อเรียบสามารถจุปัสสาวะได้ถึง ๖๐๐ - ๘๐๐ ซีซี โดยปกติทั่วไป เมื่อมีปัสสาวะ ๓๐๐ - ๔๐๐ ซีซี ก็จะมีการกระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณคอของกระเพาะปัสสาวะจะเป็น กล้ามเนื้อหูรูด ซึ่งทำงานภายใต้การบังคับของจิตใจ (under voluntary control)

๔. ท่อปัสสาวะ (urethra) เป็นท่อให้น้ำปัสสาวะไหลออกไปสู่ภายนอกร่างกายความยาวของท่อปัสสาวะจะแตกต่างกันตามเพศ เพศหญิงจะสั้นกว่า คือ ประมาณ ๔ นิ้ว (๓ - ๘ ซม.) เพศชายจะยาวกว่า คือ ประมาณ ๑๘ - ๒๐ ซม. ซึ่งจะไม่แยกจากอวัยวะเพศ ไม่เหมือนกับเพศหญิงซึ่งแยกกันเด่นชัด urethra ของเพศชาย จะเป็นทางออกทั้ง semen (อสุจิ) และน้ำปัสสาวะ (urine) ซึ่งสามารถแบ่งได้ ๓ ส่วนคือ

๔.๑ ส่วนที่ต่อจากกระเพาะปัสสาวะลงมา (prostatic part) ยาวประมาณ ๒ - ๓ ซม. มีต่อมลูกหมากหุ้มอยู่

๔.๒ ส่วนที่ต่อจากส่วนที่หุ้มด้วยต่อมลูกหมาก ส่วนนี้จะยาวประมาณ ๑ - ๒ ซม. เป็นส่วนที่บางและแคบที่สุด แดงง่ายถูกหุ้มด้วยกล้ามเนื้อหูรูด

๔.๓ ส่วนที่อยู่ในองคชาติ (penis) ส่วนนี้จะยาวประมาณ ๑๔ - ๒๐ ซม. จะมาสิ้นสุดที่รูเปิดภายนอกตอนปลายองคชาติ

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (Anatomy, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Lower urinary Tract and Urinary Incontinence)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะ เล็ดราดออกมทางท่อปัสสาวะ โดยไม่สามารถควบคุมได้และก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต และการ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบุคคล

การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วย ๒ ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการ กักเก็บปัสสาวะ และ ขั้นตอนการขับถ่ายปัสสาวะ การทำงาน ทั้งสองขั้นตอนควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลางตั้งแต่สมองใหญ่ ก้านสมอง จนถึงไขสันหลัง หากมีพยาธิสภาพ หรือมีความผิดปกติของระบบประสาทที่ควบคุม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ขั้นตอน การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ มีดังนี้

๑. ขั้นตอนการกักเก็บปัสสาวะ ปัสสาวะที่กรองผ่านไตจะไหลลงสู่กระเพาะปัสสาวะ ทำให้กระเพาะปัสสาวะขยายขนาด เมื่อแรงดึงตัวของ กระเพาะปัสสาวะเพิ่มขึ้นจะส่งสัญญาณประสาทผ่านไปที่ ไขสันหลัง และเกิดสัญญาณกระแสประสาทจากระบบประสาท ซิมพาเทติก ทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาทนอร์อะดรีนาลีน (noradrenaline; NA) ส่งผลให้กล้ามเนื้อ detrusor คลายตัว และกล้ามเนื้อหูรูดบริเวณคอปัสสาวะ (internal bladder neck) คือ กล้ามเนื้อ internal sphincter muscle หดรัดตัว ปิดกั้นไม่ให้เกิดปัสสาวะเล็ดราด กระเพาะปัสสาวะ จึงกักเก็บน้ำปัสสาวะไว้ได้ซึ่งการทำงานของกล้ามเนื้อ detrusor และ internal sphincter muscleอยู่นอกเหนือ อำนาจจิตใจ ซึ่งการกักเก็บปัสสาวะที่อยู่ภายใต้การควบคุม ของอำนาจจิตใจต้องอาศัยการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูด บริเวณท่อปัสสาวะ (external sphincter muscle) ซึ่งเป็น กล้ามเนื้อลายร่วมด้วยจึงทำให้สามารถกักเก็บน้ำปัสสาวะ ไว้ได้นานขึ้นจนกว่าจะพบสถานที่ที่เหมาะสม

๒. ขั้นตอนการขับถ่ายปัสสาวะ เมื่อกระเพาะปัสสาวะขยายเต็มความจุ กระแส ประสาทจะส่งถึงสมองส่วนพอนส์ (pons) ซึ่งทำหน้าที่ ควบคุมการประสานการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและ หูรูด กระแสประสาทที่ส่งมาผ่านไขสันหลังบริเวณกระดูก sacrum ข้อที่ ๒-๔ และระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ส่งผลให้กล้ามเนื้อ detrusor บีบตัวและกล้ามเนื้อหูรูด คลายตัว จึงเกิดการขับถ่ายปัสสาวะ

ประเภทของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การแบ่งชนิดและประเภทของภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่มีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับฐานความคิดที่อ้างอิง เช่น อาการ การตรวจพบ อย่างไรก็ตาม การแบ่งชนิดของภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

๑. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว (transient urinary incontinence)

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว (transient urinary incontinence) เป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สามารถป้องกัน และรักษาให้หายได้แต่ถ้าไม่คอยได้รับการ ประเมิน หากผู้สูงอายุได้รับการประเมินที่ถูกต้อง รวมทั้ง การดูแลเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุ หลักการประเมินที่สำคัญ คือ DIAPPERS โดยมีรายละเอียดของการประเมินดังนี้

๑. D = delirium ภาวะสับสนซึ่งผู้สูงอายุจะ สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ เพราะเกิดอาการ สับสนเฉียบพลัน สาเหตุอาจเกิดขึ้นจากการเสียมดูลน้ำและอิเล็กโทรไลต์การติดเชื้อ

๒. I = infection of urinary tract การติดเชื้อ ในทางเดินปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะบ่อย กระเพาะปัสสาวะ บีบตัวก่อนกำหนด ทำให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

๓. A = atrophic vaginitis/urethritis การอักเสบ ของช่องคลอดหรือท่อปัสสาวะเนื่องมาจากการขาดฮอร์โมน ในวัยหมดประจำเดือน ทำให้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะแห้ง ช่องคลอดแห้งการบีบรัดของกล้ามเนื้อหูรูดเสื่อม ท่อปัสสาวะ ปิดไม่สนิท เกิดปัสสาวะเล็ดราด การได้รับฮอร์โมนทดแทน ทำให้อาการดังกล่าวดีขึ้น

๔. P = pharmacological agents/drug ยาหรือ สารต่างๆที่ผู้สูงอายุรับประทานเช่นยาขับปัสสาวะแอลกอฮอล์ ทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย และมีผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ได้ง่าย

๕. P = psychological factors ปัญหาทางจิต อาจทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์ส่งผลให้ความตั้งใจ ในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะลดลง

๖. E = endocrine disorder ความผิดปกติของ ต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ทำให้มีปัสสาวะมากและบ่อย

๗. R = restricted mobility การจำกัดการ เคลื่อนไหวทั้งที่เกิดจากตัวผู้สูงอายุเอง หรือเกิดจากการใช้ อุปกรณ์ในการรักษา เช่น ไม้กั้นเตียง อุปกรณ์การแพทย์ที่ ติดกับตัวผู้สูงอายุผู้สูงอายุภายหลังผ่าตัดหรือที่ตั้งของเตียง ห่างไกลจากห้องน้ำเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดปัสสาวะ เล็ดราด

๘. S = stool impact อุจจาระที่อัดแน่นจะกด ท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ผู้สูงอายุขับถ่าย ปัสสาวะบ่อย รีบด่วนที่จะขับถ่ายปัสสาวะและเกิดการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่

๒. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเรื้อรัง (chronic urinary incontinence)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบเรื้อรัง จะมีอาการผิดปกติมาเป็นเดือนหรือเป็นปีซึ่งสามารถแบ่ง ออกเป็น ๔ ประเภท คือ

๑. Functional incontinence เป็นภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะบกพร่อง พยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้น มักไม่ได้มีผลโดยตรงต่ออวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ แต่จะทำให้เกิดปัญหาในลักษณะคล้ายๆ กับกลุ่มปัญหา กลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบชั่วคราว เช่น เดินไปขับถ่ายปัสสาวะ ไม่สะดวก เพราะปวดเข่าเนื่องจากเข่าเสื่อม เหนื่อยง่าย จากโลหิตจางหรือมีภาวะหัวใจวาย เดินลำบากจากโรค หลอดเลือดสมอง มีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่รับรู้เกี่ยวกับ การกลั้นปัสสาวะและการขับถ่ายปัสสาวะในที่ที่เหมาะสม หรือมีภาวะซึมเศร้าทำให้ไม่สนใจดูแลตนเอง

๒. Urge incontinence เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุ เกิดอาการปวดปัสสาวะอย่างทันทีทันใด มีปัสสาวะเล็ด ราดออกมาไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทัน เกิดขึ้นเนื่องจาก กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวกว่าปกติ (OAB: over active bladder) กระเพาะปัสสาวะบีบตัวขึ้นมาเองทั้งที่ปัสสาวะ ยังไม่เต็มสาเหตุเนื่องจากมีความผิดปกติของระบบประสาท เช่น diabetes neuropathy, Alzheimer's disease, Parkinson's disease มักพบร่วมกับปัญหาอื่น เช่น กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ เนื้องอกหรือ นิ่วกระเพาะ

ปัสสาวะ ถ้ามีเพียงอาการปวดปัสสาวะอย่าง พันทันทันใดทำให้อยากเข้าห้องน้ำแต่ไม่มีปัสสาวะเล็ดราด เรียกว่า urgency

๓. Stress incontinence เป็นภาวะที่มีปัสสาวะ เล็ดราดออกมาเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ไอ จาม หัวเราะ ออกกำลังกาย หรือยกของ เนื่องจากแรงดัน ที่เพิ่มขึ้นในช่องท้องที่ลงมายัง กระเพาะปัสสาวะ ไม่สามารถ ถ่ายทอดลงสู่ท่อปัสสาวะได้จึงทำให้แรงดันในกระเพาะ ปัสสาวะสูงกว่าท่อปัสสาวะ ปัสสาวะจึงเล็ดราดออกมา ส่วนใหญ่พบในเพศหญิง ซึ่งเกิดจากการหย่อนตัวของ ท่อปัสสาวะและคอกระเพาะปัสสาวะ (bladder neck) หรือมีความเสื่อมของท่อปัสสาวะ (intrinsic sphincter deficiency: ISD) สำหรับเพศชายพบในผู้สูงอายุที่เคยผ่าตัด ต่อมลูกหมาก

๔. Overflow incontinence เป็นภาวะที่มี ปัสสาวะเล็ดออกมาเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะยืดขยาย (overdistension) มีน้ำปัสสาวะเต็มและล้นออกมาเกินกว่า จะเก็บไว้ได้ผู้สูงอายุจะมีอาการปัสสาวะ บ่อย ปัสสาวะเล็ด หรือหยด (dribbling) ตลอดเวลา ไม่ค่อยรู้สึกอยากขับถ่าย ปัสสาวะ ปัสสาวะสะดุดติดขัด ไม่ค่อยออก ต้องเบ่งขณะ ขับถ่ายปัสสาวะ มีปัสสาวะค้าง บางครั้งคล้ายกับ stress incontinence เพราะเมื่อแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจะทำให้ปัสสาวะที่มีอยู่เต็มไหลออกมาได้สาเหตุเกิดจากภาวะ อุดตันต่อการไหลของ ปัสสาวะ ต่อมลูกหมากโต ท่อปัสสาวะ ตีบตัน หรือกระเพาะปัสสาวะบีบตัวน้อย เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดแนวทางในการจัดการดูแลผู้สูงอายุ อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับปัญหาความต้องการ บุคลากรทีมสุขภาพควรประเมินปัญหาภาวะกลั้นปัสสาวะ ไม่อยู่ในผู้สูงอายุประเด็นสำคัญดังนี้

๑. ประเมินโดยการสอบถามประวัติ

๑.๑ การเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในวัยสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างในวัยสูงอายุ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่

๑.๒ โรคที่เกิดขึ้นมาก่อน (co-morbidities)

๑.๓ ยาที่รับประทาน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรับประทานยาหลายตัว ยา บางตัวส่งผลต่อการควบคุม การขับถ่ายปัสสาวะ และทำให้ เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

๑.๔ ประวัติการมีปัสสาวะเล็ดราด การซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการมีปัสสาวะเล็ดราด

๑.๕ การทำ voiding diary เป็นการจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มและเครื่องดื่ม ทุกชนิดที่ผู้สูงอายุดื่ม และปริมาณปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมา เป็นข้อมูลที่สำคัญทำให้วินิจฉัยแยกโรคออกไปได้เป็นวิธี ที่เสียค่าใช้จ่าย น้อย แต่ต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วย และญาติการจดบันทึกจะแยกเป็นเวลากลางวัน

๒. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจร่างกายโดยทั่วไป การตรวจระบบประสาท ตลอดจน ประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน ทดลอง ให้ผู้สูงอายุไอทั้งในท่านอนราบและทำยืนเพื่อดูว่ามี ปัสสาวะ เล็ดราดหรือไม่

๓. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจ พิเศษ

๓.๑ ตรวจปัสสาวะดูว่ามี การติดเชื้อหรือไม่

๓.๒ ตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด และการทำงานของไต

๓.๓ ประเมินปัสสาวะตกค้าง หลังการถ่ายปัสสาวะ

๓.๓.๑ uroflow study เป็นการวัดอัตราการไหล ของปัสสาวะที่ขับถ่ายออกมา มีหน่วยเป็น มิลลิลิตรต่อวินาที ความแรงของปัสสาวะที่ไหลออกมาจะขึ้นอยู่กับ การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะและท่อปัสสาวะ การบีบตัวของ กระเพาะปัสสาวะที่ทำให้ได้ผลการวัดเชื่อถือได้คือ ต้องมีปริมาณน้ำปัสสาวะใน

กระเพาะปัสสาวะไม่น้อยกว่า ๑๕๐ มิลลิลิตร เมื่อถ่ายปัสสาวะลงสู่เครื่องรับจะมีการ ถ่ายทอดสัญญาณแปลงออกมาเป็นข้อมูล

๓.๓.๒ cytometry เป็นการตรวจดูการทำงาน ของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ของแรงดัน ในกระเพาะปัสสาวะและปริมาตรของกระเพาะปัสสาวะ โดยสอดสายสวนปัสสาวะเข้ากระเพาะปัสสาวะและ หยดน้ำเกลือเข้าไป สามารถวัดแรงดันผ่านทางสายนี้ ในขณะที่เดียวกันสอดสายสวนเข้าทางทวารหนักเพื่อ วัดแรงดันในช่องท้อง สามารถคำนวณแรงดันที่เกิดจาก กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะได้

๓.๓.๓ Valsalva leak point pressure (VLPP) เป็นการวัดแรงดันในกระเพาะปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะเล็ด รัาดออกมาในขณะที่ผู้รับการตรวจเบ่งในช่องท้อง โดยเบ่ง ช่องท้องเมื่อกระเพาะปัสสาวะมีความจุประมาณ ๒๐๐ ซีซี ถ้า VLPP มีค่าต่ำกว่า ๖๐ เซนติเมตรน้ำบ่งชี้ว่าท่อปัสสาวะ เสื่อม ถ้าสูงกว่า ๙๐ เซนติเมตรน้ำหมายถึง ท่อปัสสาวะ มีสภาพปกติ

การดูแลผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

๑. การจัดการโดยใช้พฤติกรรมบำบัด

overactive bladder (urge incontinence) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดนี้ ด้วย การทำ bladder retraining การทำ bladder retraining คือ การพยายามควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ โดยฝึกให้ กระเพาะปัสสาวะสามารถกักเก็บน้ำปัสสาวะในระยะเวลา ที่ยาวนานขึ้น นั่นคือผู้สูงอายุต้องบันทึกและประเมินตนเอง ก่อนว่า มีระยะเวลาที่ต้องการขับถ่ายแต่ละครั้งเฉลี่ยแล้ว นานประมาณเท่าใด หลังจากนั้นตั้งเป้าหมายว่าจะยืดเวลา การขับถ่ายออกไปอีกจากเดิมประมาณ ๕-๑๐ นาทีเมื่อรู้สึกปวดและต้องการขับถ่ายในช่วงเวลาที่ยืดออกไป แนะนำให้ผู้สูงอายุหาวิธีการผ่อนคลายตนเองจากความรู้สึกอยากขับถ่ายปัสสาวะ

stress incontinence และ mixed incontinence การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor) ที่เรียกว่า Kegel exercise จะช่วยให้อาการของผู้สูงอายุ ดีขึ้นแม้จะดีไม่เท่ากับผู้ที่อายุน้อยกว่าก็ตาม การบริหาร กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน คือ การบริหารกล้ามเนื้อที่ช่วย ควบคุมการไหลของปัสสาวะตั้งแต่เริ่มขับถ่ายปัสสาวะ จนกระทั่งหยุดการไหลของปัสสาวะให้แข็งแรงขึ้น มีวิธีการ โดยให้ผู้สูงอายุขมิบก้นสลับกับผ่อนคลายนานครั้งละ ๕ วินาทีและเพิ่มระยะเวลาจนกระทั่งสามารถขมิบได้นาน ๑๐ วินาทีควรทำ ๓ ชุด ชุดละ ๑๐ ครั้ง

๒. การจัดการโดยการให้ยา

urge incontinence เป็นสาเหตุหลักของการกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ ยากลุ่ม anticholinergic หรือ antimuscarinic เป็นยา first line ในการรักษาผู้สูงอายุ ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดนี้ เนื่องจากฤทธิ์ของยา มีผลให้การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ลดการมี ปัสสาวะเล็ดราดและช่วยยืดระยะเวลาในการถ่ายปัสสาวะ

intrinsic sphincter deficiency ซึ่งผู้สูงอายุจะมีอาการเล็ดราดของปัสสาวะ เมื่อมีการเพิ่มแรงดันในช่องท้อง (stress incontinence) ยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยาที่ออกฤทธิ์ทำให้กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะปัสสาวะมีความแข็งแรงมากขึ้น ตัวอย่าง เช่น pseudoephedrine ยามีฤทธิ์กระตุ้น alpha-receptor ที่อยู่บริเวณ bladder neck เพิ่มแรงต้านทาน หูรูดบีบตัว แรงขึ้น ลดการเล็ดราดของปัสสาวะ

detrusor underactivity หรือมีการอุดกั้น บริเวณทางออกของปัสสาวะ (bladder outlet obstruction) จนในที่สุดหูรูดไม่สามารถทนได้จึงทำให้ปัสสาวะ เล็ดราด (overflow incontinence) ยาที่ใช้รักษา คือ ยาที่ออกฤทธิ์ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวดีขึ้น เช่น bethanechol chloride (Urecholine)

ผลข้างเคียง คือ ร้อนวูบวาบ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และยาที่ทำให้หุดุด คลายตัวดีขึ้น ได้แก่ ยาในกลุ่ม alpha adrenergic antagonist เช่น prazosin, terazosin และ doxazosin เป็นต้น

๓. การสวนปัสสาวะตามเวลาแบบสะอาด

๔. การใช้อุปกรณ์อื่นๆ เพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุ ที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

กายวิภาคศาสตร์ของระบบทางเดินอาหาร

กายวิภาคศาสตร์พยาธิสรีรวิทยาการตรวจวินิจฉัยและระบบขับถ่ายอุจจาระและการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ (Anatomy, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment of Bowel Elimination and Bowel/Fecal Incontinence)

ระบบทางเดินอาหารประกอบด้วย

ปาก

หลอดอาหาร

กระเพาะอาหาร

ลำไส้เล็ก

ลำไส้ใหญ่

ไส้ตรง

พยาธิสรีรวิทยา

Fecal Incontinence / Bowel incontinence หมายถึง อาการกลั้นอุจจาระตามปกติไม่ได้ ติดต่อกันนานเกิน ๑ เดือน ในคนอายุมากกว่า ๔ ปี หรือสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในที่สาธารณะ ทำให้มีการเล็ดหรือราดของอุจจาระ ในเวลาและสถานที่ที่ไม่เหมาะสม อาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ แบ่งได้ดังนี้

๑. Overflow incontinence หมายถึง การมีอุจจาระเล็ด/ราด หรือลมหวนผ่านทางทวารหนักโดยไม่รู้ตัวและไม่สามารถกลั้นได้

๒. Neurogenic incontinence หมายถึง เป็นภาวะที่มีการเคลื่อนไหวลำไส้อย่างสั้นๆ หลังอาหารมื้อแรกของวัน จะต้องมียุจจาระออก ๑ หรือ ๒ ก้อนเป็นประจำ

๓. Systematic incontinence หมายถึง เป็นภาวะที่ถ่ายอุจจาระบ่อย และมีมูกปนเลือดอยู่ในอุจจาระ

๔. Anorectal incontinence เป็นภาวะที่ถ่ายอุจจาระบ่อยวันละหลายๆ ครั้ง ส่วนมากพบในผู้ป่วยที่ระบบประสาทได้รับบาดเจ็บทำให้กล้ามเนื้อบริเวณอุ้งเชิงกรานอ่อนแรง

เมื่อคนเรารับประทานอาหาร อาหารจะถูกย่อยในกระเพาะอาหารและลำไส้ อาหารที่เป็นประโยชน์และน้ำจะถูกดูดซึมกลับสู่ร่างกายเหลือแต่กากอาหาร ที่อยู่ในลำไส้ กลายเป็นของเสียคืออุจจาระในลำไส้ใหญ่ เมื่อมีมากพอเก็บจะกระตุ้นให้ลำไส้บีบตัวเพื่อขับอุจจาระออกมา โดยสมองเป็นตัวรับรู้และสั่งการให้หุดุดทวารหนักคลายตัว การถ่ายอุจจาระเป็นขั้นสุดท้ายของการย่อยอาหาร โดยสิ่งมีชีวิตกำจัดของเสียทั้งที่เป็นของแข็ง กิ่งแข็ง กิ่งเหลว และ/หรือของเหลวจากทางเดินอาหารโดยทวารหนัก

สาเหตุการกลั้นอุจจาระไม่ได้

๑. สาเหตุแบบชั่วคราว

๑.๑ การดูดซึมผิดปกติ

๑.๒ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึก

๑.๓ การผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร

๑.๔ การผ่าตัดลำไส้

๒. สาเหตุแบบเรื้อรัง

- ๒.๑ หูดทวารหนักได้รับบาดเจ็บ เช่นการผ่าตัด อุบัติเหตุ การคลอด
- ๒.๒ ความยืดหยุ่นของลำไส้ลดลง
- ๒.๓ ความผิดปกติของประสาทและสมอง
- ๒.๔ การพัฒนาของสมองผิดปกติ
- ๒.๕ ความผิดปกติแต่กำเนิด
- ๒.๖ มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๒.๗ กล้ามเนื้อบริเวณทวารหนักอ่อนแรง
- ๒.๘ ท้องผูกเรื้อรัง
- ๒.๙ ความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจ

ผลกระทบของภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

๑. ผลกระทบต่อร่างกาย
 - ผิวหนังเกิดการระคายเคือง
 - เกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ
 - เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้ง่าย
๒. ผลกระทบด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
 - อับอาย กลัว วิตกกังวล
 - แยกตัวจากสังคม เบื่อหน่าย หรือซึมเศร้า
 - มีปัญหาเพศสัมพันธ์
 - ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง
 - แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง
 - ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกลั้นอุจจาระไม่ได้

๑. สร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อหาสาเหตุและแก้ไข
๒. จัดทำตารางบันทึกการขับถ่าย
๓. พบแพทย์แก้ไขตามสาเหตุและดูแลผิวหนังบริเวณที่ระคายเคือง
๔. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรการบริโภค

การจัดทำสัมมนา

การจัดทำสัมมนาการจัดประชุมสัมมนาเป็นกระบวนการของการทำงานร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สามารถตรวจสอบและประเมินผลได้ทุกขั้นตอน ซึ่งการดำเนินการการจัดประชุมสัมมนาจะแบ่งออกเป็น ๓ ขั้นตอน คือ

๑. การเตรียมการก่อนการประชุมสัมมนา
๒. การดำเนินการระหว่างการประชุมสัมมนา
๓. การดำเนินการหลังการประชุมสัมมนา

ขั้นตอนการจัดประชุมสัมมนา		
ขั้นที่ ๑ การเตรียมการก่อนการสัมมนา	ขั้นที่ ๒ การดำเนินการระหว่าง การสัมมนา	ขั้นที่ ๓ การดำเนินการหลังการสัมมนา
๑. สำรวจประเด็นปัญหา ๒. ตั้งคณะกรรมการกลาง ๓. เขียนโครงการสัมมนา ๔. ดำเนินงานเตรียมการสัมมนา	๑. ลงทะเบียน ๒. เปิดการสัมมนา ๓. จัดประชุมกลุ่มใหญ่ ๔. จัดประชุมกลุ่มย่อย ๕. จัดประชุมรวม ๖. ปิดการสัมมนา	๑. วิเคราะห์ผลการสัมมนา ๒. จัดทำรายงาน ๕. นำผลการสัมมนาไปใช้ ประโยชน์/จัดทำ โครงการ

การจัดทำโครงการ

การจัดทำโครงการซึ่งเป็นการวางแผนและดำเนินการเพื่อวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายเพื่อตอบโจทย์หรือปัญหาที่ได้ร่วมกันสัมมนาเพื่อหาแนวทางการแก้ปัญหาาร่วมกัน และทำให้เกิดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงผ่านการจัดโครงการ โดยโครงการจะเป็นตัวกำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติตามแผนงาน กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร เวลา และงบประมาณในการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนงาน มีความถูกต้อง พิถีพิถัน อธิบายได้ ประกอบด้วย

๑. ชื่อโครงการ ต้องมีความชัดเจน เหมาะสม เฉพาะเจาะจง เข้าใจง่าย
๒. ผู้รับผิดชอบโครงการ ระบุ หน่วยงาน บุคคล หรือคณะบุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบ
๓. หลักการและเหตุผล/ประเด็นปัญหา ควรแสดงถึงข้อมูลสภาพปัญหาเฉพาะพื้นที่ ความจำเป็นหรือความเป็นมาที่ต้องมีโครงการ มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีส่วนทำให้ปัญหาลดลงอย่างไร
๔. วัตถุประสงค์ ระบุให้ชัดเจน เพราะเป็นเครื่องชี้แนวทางในการดำเนินงานของโครงการ โดยแสดงถึงสิ่งที่วัดผลได้และประเมินผลได้
๕. เป้าหมาย เป็นข้อความแสดงถึงความต้องการหรือทิศทางในการปฏิบัติงาน ที่ระบุทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพ และลักษณะเฉพาะของผลงาน มีระยะเวลาที่ชัดเจนเป็นตัวกำกับในการปฏิบัติงานนั้น
๖. กลุ่มเป้าหมาย ระบุให้ชัดเจนว่าใครคือผู้ที่จะได้รับผลดีจากโครงการนี้ มีจำนวนเท่าไร
๗. ระยะเวลาดำเนินการ ระบุเป็นวัน เดือน ปี ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนกระทั่งเสร็จสิ้น
๘. การดำเนินงาน
 - ๘.๑ ขั้นตอนและกิจกรรม ระบุขั้นตอนการดำเนินงาน ได้แก่ ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล โดยให้ระบุรายละเอียดกิจกรรมแต่ละขั้นตอนว่ากิจกรรมนั้นจะทำเมื่อใด ผู้รับผิดชอบเป็นใคร และจะทำอย่างไร
 - ๘.๒ แผนการดำเนินงาน แสดงผลการดำเนินงานให้ชัดเจนเป็นปฏิทินปฏิบัติงาน อาจเป็นแผนภูมิแท่ง (Bar Chart) หรือแผนภูมิของแกนต์ (Gantt Chart) ให้ทราบถึงระยะเวลาที่ต้องใช้การดำเนินงานของกิจกรรมนั้นๆ
 - ๘.๓ งบประมาณ แสดงรายละเอียดงบประมาณที่สมเหตุสมผล ชี้ให้เห็นว่างบประมาณที่เสนอสอดคล้องกับกิจกรรมตามแผนงาน
 ๑๐. การประเมินผล เป็นการติดตามกำกับและประเมินผลโครงการ ระบุดัชนีวัดผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ระบุวิธีหรือเครื่องมือในการประเมินผลการดำเนินงาน

๑๑. ความต่อเนื่องและยั่งยืน แสดงข้อมูลให้ชัดเจนว่าจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนได้อย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการที่จะทำให้งิจกรรมมีความต่อเนื่อง

๑๒. ผลที่คาดว่าจะได้รับ แสดงถึงผลประโยชน์ที่พึงจะได้จากความสำเร็จของโครงการเมื่อโครงการสิ้นสุดลง ระบุว่าใครจะได้รับผลประโยชน์ในลักษณะทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

๑. มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

๒. ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้กับเพื่อน ET Nurse ทั่วประเทศ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

๑. นำความรู้และความเข้าใจที่ได้มาพัฒนางานประจำ

๒. นำความรู้และความเข้าใจที่ได้มาพัฒนางานดูแลบาดแผลให้มีบริการที่ได้มาตรฐาน

๓. นำความรู้และความเข้าใจที่ได้จากการอบรมเผยแพร่ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

๒.๓.๓ อื่น ๆ (ระบุ)

๑. ได้เครือข่ายในการประสานงานดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ทั่วประเทศ

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

ไม่มี

๓.๒ การพัฒนา

ไม่มี

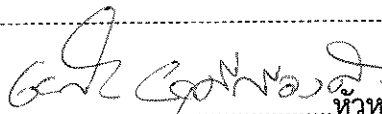
ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ไม่มี

ลงชื่อ..... ชมहितัน ดิลปะชัย.....ผู้รายงาน
(.....หากมहितัน ดิลปะชัย.....)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

.....
.....
.....

ลงชื่อ..... .....หัวหน้าส่วนราชการ

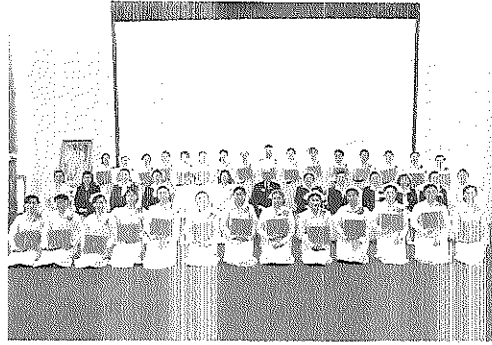
(นายเอกชัย ผู้คงภักดิ์วงศ์)

ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์ วิทยาลัยในด้านการ

ผู้ชำนาญการโรงพยาบาลลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร

หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาล
ผู้ป่วยบาดแผลออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

รุ่นที่ 11 / 4 ระหว่างวันที่ 3 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 27 มกราคม 2566
ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
โดย นางชนันฉวัน ศิลปชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



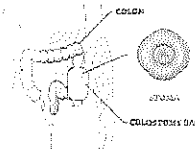
Wound

เรียนรู้ พยาธิสภาพของผิวหนัง หน้าท้องผิวหนัง การแบ่งชนิดของแผล กระบวนการหายของแผล ชนิดของสารคัดหลั่ง การเตรียมพื้นผิวแผล (WBP) การดูแลแผลชนิดต่าง ๆ เช่น แผลเบาหวาน แผลกดทับ แผลหลอดเลือด แผล Trauma แผล Fistular แผล Brun เป็นต้น สามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินการหายของแผล ได้แก่ PUSH Tool 3.0 , PSST, PWAT ตลอดจนเรียนรู้ศึกษาฐานเทคโนโลยีที่นำมาใช้ในการรักษาแผล เช่น HBOT , VAC , NPWT, Wound dressing products เป็นต้น

Ostomy

เรียนรู้ สาเหตุ พยาธิสภาพ โรคต่าง ๆ ที่ต้องทำการผ่าตัดเปิด Ostomy วิธีการผ่าตัด ชนิด ทาอะแทรกซันหลังเปิด Ostomy การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสภาพหลังผ่าตัด การใช้ถุงและแป้น Ostomy และการทำ Siting การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้ความรู้สารัตถะวิธีการเปลี่ยนถุงและแป้น Ostomy การเช็ดทำความสะอาด Stoma ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังออกจากโรงพยาบาลในเรื่องการสังเกตภาวะแทรกซ้อน การรับประทานอาหาร การแต่งกาย การอาบน้ำและสามารถนำเครื่องมือ THE SAC ใช้ประเมินได้

STOMA



Incontinence

เรียนรู้การควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระไม่ได้ (Fecal Incontinence) ให้การพยาบาลและคำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะ Incontinence จนเกิดแผล IAD (Incontinence Associated Dermatitis) ใช้เครื่องมือในการประเมินแผล IAD เช่น PAT , IADIT, IADS เป็นต้น ปฏิบัติการพยาบาลแผล IAD และประยุกต์ใช้ Wound dressing products ในการดูแลแผล

ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

1. มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพ สามารถใช้เครื่องมือในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลออสโตมีและ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
2. มีความรู้เรื่อง Wound dressing products สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยที่มีบาดแผลออสโตมีและ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
3. มีเครือข่ายทางสังคมวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลออสโตมีและ ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ทั่วประเทศไทย

