

แผนบริหารการสอนประจำบทที่ 10

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

แนวคิดหลัก

การดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเป็นบทบาทพยาบาลที่มีความสำคัญเนื่องจากในปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีบาดแผลมีจำนวนเพิ่มขึ้น สาเหตุสำคัญมาจากอายุขัยของประชากรที่เพิ่มขึ้น และมีโรคประจำตัวที่มีผลต่อการเกิดบาดแผลได้มากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดแดงและหลอดเลือดดำ เป็นต้น การหายของบาดแผลที่ช้าลงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่าย สภาพจิตใจของผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบไปด้วย พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเป็นบทบาทอิสระ ดังนั้นเพื่อให้การดูแลแผลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ พยาบาลควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับสรีรวิทยาการหายของบาดแผลตามปกติ การประเมินบาดแผล และการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเพื่อสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม นับว่าเป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลในยุคปัจจุบัน

หัวข้อเนื้อหา

1. ความหมายของบาดแผล
2. ชนิดของบาดแผล
3. ระยะการหายของแผล
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการหายของบาดแผล
5. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการหายของบาดแผล
6. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ
7. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล (การทำแผลแห้ง (Dry dressing) การทำแผลเปียก (Wet dressing) การทำแผลที่มีท่อระบาย (Closed drain) การตัดท่อระบายให้สั้น (Short drain) การตัดไหม (Stitch off or staples)
8. หลักการทั่วไปของการใช้ผ้าพันแผล (Elastic bandage) และเทคนิคการพันแผลรูปแบบต่างๆ (Circular turn, Spiral turn, Spiral reverse turn, Recurrent-stump bandage, Figure-eight turn, Spica turn)
9. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อจบบทเรียนนี้แล้ว นักศึกษาสามารถ

1. บอกความหมายของบาดแผลได้ถูกต้อง
2. บอกถึงชนิดของบาดแผลได้ถูกต้อง
3. อธิบายระยะการหายของบาดแผลได้ถูกต้อง
4. บอกปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลได้ถูกต้อง
5. บอกถึงภาวะแทรกซ้อนที่พบในการหายของบาดแผลได้
6. บอกถึงหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้ถูกต้อง

7. บอกหลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล ได้แก่ การทำแผลแห้ง การทำแผลเปียก การทำแผลที่มีท่อระบาย การตัดท่อระบายให้สั้น และการตัดไหมได้ถูกต้อง
8. สาธิตหลักการทั่วไปของการใช้ผ้าพันแผลได้ถูกต้อง
9. ประยุกต์การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลตามสถานการณ์ที่กำหนดให้ได้อย่างเหมาะสม

วิธีการสอน และกิจกรรมการเรียนการสอนประจำบท

1. ศึกษาเอกสารประกอบการสอนบทที่ 10
2. ให้นักศึกษาดูสื่อวีดิทัศน์ และให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นบนพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล
3. ผู้สอนบรรยายในห้องศึความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล
4. อภิปราย ชักถาม
5. ตอบคำถามท้ายบท
6. สรุปบทเรียน โดยการบรรยายประกอบ Power Point

สื่อการเรียนการสอน

1. เอกสารประกอบการสอน และเอกสารอื่น ๆ
2. สื่อวีดิทัศน์

การวัดและการประเมินผล

1. การตอบคำถามท้ายบท
2. สังเกตตามความสนใจ และความตั้งใจในการอภิปรายชักถาม
3. สอบปลายภาค
4. สอบทักษะการปฏิบัติการพยาบาลในห้องปฏิบัติการพยาบาลเบื้องต้น

บทที่ 10

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

บทนำ

ผิวหนังมีหน้าที่ในการป้องกันเชื้อโรคต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย รวมทั้งยังสามารถช่วยสังเคราะห์วิตามินดี และช่วยรักษาอุณหภูมิให้แก่ร่างกาย เมื่อผิวหนังถูกทำลายหรือมีการฉีกขาดเกิดขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม ทำให้เกิดความเสียหายต่อผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ภายใต้ผิวหนังมีการฉีกขาดหรือเกิดบาดแผลขึ้น ร่างกายจะมีกลไกตามธรรมชาติในการซ่อมแซมเพื่อส่งเสริมการหายของบาดแผล ซึ่งในการหายของบาดแผลขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การทำให้ผิวหนังหรือเนื้อเยื่อคงสภาพที่ดี เป็นสิ่งที่พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างอิสระ ซึ่งพยาบาลจะต้องสังเกต ตรวจสอบและบริหารจัดการ เพื่อที่จะป้องกันหรือทำให้การแตกแยกของผิวหนังลดความรุนแรงลง ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องกลไกการหายของบาดแผล ปัจจัยส่งเสริมการหายของบาดแผล ตลอดจนสามารถประยุกต์กระบวนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมการหายของบาดแผลและการป้องกันการเกิดแผลกดทับได้ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

1. ความหมายของบาดแผล (Wounds)

สารานุกรมไทยฉบับเยาวชน (2526) ได้ให้ความหมายว่า บาดแผล หมายถึง การบาดเจ็บทุกชนิดที่ก่อให้เกิดการแตกสลายของผิวหนัง หรือเยื่อส่วนอื่นๆ ของร่างกาย รวมทั้งการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นแก่เนื้อเยื่อที่อยู่ส่วนล่างลงไปจากผิวหนัง หรือเยื่อเหล่านี้

ปรารค์ทิพย์ อุจะรัตน์ (2550 : 314) ได้ให้ความหมายว่า บาดแผล หมายถึง ภาวะที่ผิวหนังซึ่งปกคลุมร่างกายมีการแตกแยก หรือถูกทำลาย อาจเกิดขึ้นกับเยื่อภายในร่างกายก็ได้ เช่น เยื่อภายในช่องปาก ช่องจมูก เยื่อบุกระเพาะอาหาร เป็นต้น

สุณี พนาสกุลการ (2557 : 147) ได้ให้ความหมายว่า บาดแผล หมายถึง ภาวะที่ร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับความกระทบกระเทือนจากสิ่งภายนอก ทำให้เยื่อผิวหนังหรือเนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับอันตรายและเกิดการทำลายของผิวหนังทำให้เกิดเนื้อเยื่อฉีกขาด ซึ่งอาจมีเลือดไหลออกทั้งภายในและภายนอกผิวหนัง นอกจากนี้อาจทำให้หลอดเลือดเส้นประสาท เอ็น และกระดูกฉีกขาดได้

สรุปได้ว่า บาดแผล หมายถึง การที่เนื้อเยื่อของร่างกายหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งได้รับบาดเจ็บ หรือได้รับความกระทบกระเทือนจากสาเหตุใดก็ตามที่ทำให้เนื้อเยื่อฉีกขาด ซึ่งอาจมีเลือดไหลออกทั้งภายในและภายนอกผิวหนังได้

2. ชนิดของบาดแผล

การแบ่งชนิดของบาดแผล สามารถแบ่งได้หลายรูปแบบ ดังนี้ (สุภาณี เสนาดีสัย และวรรณภา ประไพพานิช (2560: 349)

1. พิจารณาจากเชื้อโรคที่อยู่ในแผล มักใช้กับแผลผ่าตัด แบ่งออกเป็น 4 ชนิด (Berman, Synder, Kozier & Erb, 2008, p.903)

1.1 แผลสะอาด (Clean wound) เป็นแผลที่ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคใดๆ หรือจุลินทรีย์ชนิดที่ทำให้เกิดโรค โดยมากจะเป็นแผลที่เกิดจากการผ่าตัดที่มีการเตรียมผิวหนังก่อนการผ่าตัดแล้ว และไม่ได้มีการผ่าตัดเข้าไปในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์

1.2 แผลสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Clean-contaminated wound) หมายถึง แผลที่เกิดจากการผ่าตัดที่มีการผ่าตัดเข้าไปในอวัยวะที่มีแบคทีเรียอาศัยอยู่โดยธรรมชาติ แต่อวัยวะดังกล่าวไม่มีการติดเชื้อมาก่อน เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และอวัยวะสืบพันธุ์

1.3 แผลปนเปื้อนเชื้อโรค (Contaminated wound) หมายถึง แผลที่เกิดในสิ่งแวดล้อมที่ไม่สะอาด โดยมากมักเป็นแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก แผลที่มีต่อระยะบายจากลำไส้ใหญ่ หรือแผลที่เกิดจากการผ่าตัดที่ไม่ได้ใช้เทคนิคการกีดกันเชื้อ ลักษณะแผลจะมีการแสดงของการอักเสบ

1.4 แผลติดเชื้อ (Infected wound) หมายถึง แผลที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค มักมีเศษสิ่งแปลกปลอม เช่น เศษดิน เศษแก้วปนอยู่ในบาดแผลจนทำให้เกิดการติดเชื้อ เกิดการอักเสบ มีหนองหรือเกิดเนื้อเยื่อตายของบาดแผล

2. พิจารณาจากลักษณะการทำลายผิวหนัง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ (deWit, 2009, p.775-776, Timby, 2009, p.638-639)

2.1 แผลเปิด (Open wound) การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่การสูญเสียผิวหนัง แผลเปิดมีหลายลักษณะ

- แผลถลอก (Abraded wound) ลักษณะของแผลตื้น มีการทำลายเฉพาะชั้นบนของผิวหนัง (หนังกำพร้า) หรือเยื่อๆ สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ ถูกขีด ข่วน หรือสั่นไถลบนพื้นหยาบขรุขระ เช่น การหกล้มแล้วหัวเข่าครูดกับพื้น หรือแพทย์เป็นผู้ที่ทำให้เกิดขึ้น

- แผลตัด (Incised wound) เกิดขึ้นเนื่องจากถูกของมีคมบาด เช่น มีดบาด แผลจากการผ่าตัด ลักษณะขอบแผลจะเรียบ ปากแผลแคบแต่ยาว

- แผลฉีกขาด (Lacerated wound) ลักษณะขอบแผลไม่เรียบ เนื่องจากมีการฉีกขาดหรือทำลายผิวหนังและเนื้อเยื่อลึกไม่เท่ากัน บางครั้งผิวหนังหรือเนื้อเยื่ออาจฉีกขาดห้อยรุ่งรุ่งอยู่ มักเกิดขึ้นจากอุบัติเหตุบนท้องถนนหรือในโรงงานอุตสาหกรรม

- แผลซอกลึก (Penetrating wound) เกิดขึ้นจากเครื่องมือที่ทำให้เกิดการแทงทะลุผ่านเข้าไปที่เนื้อเยื่อชั้นลึกของร่างกาย เช่น อาวุธปืน อาจเรียกว่าแผลถูกยิง (Gunshot wound)

- แผลถูกแทง (Puncture or stab wound) เกิดจากของแหลมคมตำหรือแทงเข้าไป เช่น มีดปลายแหลม เข็ม ตะปู ลักษณะปากแผลจะแคบแต่ลึก

2.2 แผลปิด (Closed wound) หมายถึง การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อโดยที่ผิวหนังบริเวณ

นั้นไม่มีการฉีกขาด แต่หลอดเลือดฝอยที่อยู่ใต้ผิวหนังส่วนที่ถูกแรงกระแทกจะมีการฉีกขาด มีเลือดออกและซังอยู่ภายในได้ โดยทั่วไปมีลักษณะเป็นแผลฟกช้ำ (Contused wound) ลักษณะแผลเป็นรอยช้ำที่เกิดจากโดนแรงกระแทกจากของหนักและไม่มีคม เช่น ถูกตีด้วยไม้ หรือจากแรงถ่วงดึง บิดหมุน หรือจากการฉีกขาดของกล้ามเนื้อเอง

3. พิจารณาจากความลึกของชั้นผิวหนังที่ถูกทำลาย ได้แก่ (Dougherty & Lister, 2011, p.984)

3.1 แผลผิวหนังตื้น (Superficial wound) หมายถึง แผลที่มีการบาดเจ็บของผิวหนังชั้นหนังกำพร้า

3.2 แผลตื้น (Partial-thickness wound) หมายถึง แผลที่มีการบาดเจ็บของผิวหนังชั้นหนังแท้

3.3 แผลลึก (Full-thickness wound) หมายถึง แผลที่มีการบาดเจ็บลงไปถึงชั้นใต้ผิวหนังหรือมากกว่ามักจะลึกไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือกระดูก การพิจารณาเช่นนี้นำไปสู่การระบุระดับของการเป็นแผลโดยมากมักใช้กับแผลกดทับ

4. พิจารณาตามเวลาที่ใช้ในการหายของแผล (Taylor, Lissis, LeMone & Lynn, 2008, p.1189)

4.1 แผลเฉียบพลัน (Acute wound) เป็นแผลที่มีกระบวนการหายเป็นไปตามปกติ ไม่เกิน 6 สัปดาห์

4.2 แผลเรื้อรัง (Chronic wound) เป็นแผลที่ไม่หายภายใน 6 สัปดาห์ ส่วนมากแผลเหล่านี้จะอยู่บริเวณขาเท้า และปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น สะโพก ข้อเท้า ก้นกบ เป็นต้น

5. แผลประเภทอื่นๆ (สุณี พนาสกุลการ (2557 : 151) ได้แก่

5.1 แผลมีรูทะลุ (Sinus or fistula) หรือแผลที่เกิดจากการผ่าตัด เช่น แผลทวารเทียม (Colostomy) และแผลเจาะคอ (Tracheostomy) เป็นแผลที่มีช่องทางเปิดผิดปกติ เพื่อช่วยระบายของเหลวออกสู่ภายนอก อาจเป็นรูที่เกิดขึ้นเอง เช่น บริเวณกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด (Vesico-vaginal fistula) รูทะลุระหว่างลำไส้ใหญ่ส่วนปลายกับช่องคลอด (Recto-vaginal fistula) แผลเกิดโดยเจตนา เกิดจากการเจาะใส่ท่อระบาย แผลชนิดนี้มักมีหนองหรือของเหลวในแผล

5.2 แผลไหม้พอง (Burn) เกิดจากความร้อน ได้แก่ น้ำร้อน ไฟไหม้ สารเคมี ไฟฟ้าช็อต

5.3 แผลที่เกิดจากการฉายรังสี (Radiation) บริเวณผิวหนังที่ถูกฉายรังสีจะมีสีเข้มขึ้น (Hyperpigmentation) การทำงานของหนังกำพร้าถูกยับยั้งทำให้ไม่มีการสร้างใหม่ขึ้นมาแทนที่ผิวหนังส่วนนี้จะบอบบางและอ่อนแอทำให้เกิดแผลได้ง่ายโดยเริ่มมีผิวหนังเป็นผื่นแดง (Erythematic) ผิวหนังเกรียม (Dry desquamation) และผิวหนังพุพอง (Moist desquamation)

3. ระยะการหายของแผล (Phase of wound healing)

บาดแผลทุกชนิดมีระยะการหายของแผลเหมือนกัน ไม่ว่าสาเหตุของการเกิดแผลจะแตกต่างกัน ซึ่งโดยภาวะปกติ บาดแผลสามารถหายได้เองตามธรรมชาติ ดังนั้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญใน

การส่งเสริมกระบวนการหายของแผลให้เป็นไปตามปกติ ซึ่งแบ่งระยะการหายของแผลออกได้เป็น 4 ระยะที่ต่อเนื่องกัน ดังนี้ (สุณี พนาสกุลการ (2557 : 154)

ระยะที่ 1 ระยะที่มีการอักเสบ (Inflammatory phase or lag phase) เมื่อร่างกายได้รับบาดเจ็บ ภายในเวลา 2-3 นาที จะมีเกล็ดเลือด (Platelets) เป็นตัวเริ่มต้นด้านการซ่อมแซม ถ้ามีเลือดออกตรงบริเวณที่มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อ หลอดเลือดบริเวณนั้นจะหดตัวชั่วคราวหนึ่ง ประมาณ 3-5 วินาที และจะมีไฟบริน (Fibrin) เคลื่อนตัวมาจับกันบริเวณที่บาดเจ็บและสานกันเป็นร่างแห (Fibrin network) ปิดบริเวณบาดแผลทำให้เลือดหยุดไหล ร่างแหที่เกิดขึ้นจะทำให้ปากแผลเคบลง ทำให้ป้องกันการสูญเสียเลือดและน้ำ และทำให้เชื้อโรคไม่สามารถเข้าสู่บาดแผลได้ หลังจากนั้น ภายใน 2 ชั่วโมงแรก ร่างกายโดยเม็ดเลือดขาวจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบตามธรรมชาติขึ้น ซึ่งกระบวนการนี้จะเกิดขึ้นทันทีหลังจากการบาดเจ็บและมีเซลล์ตาย เป้าหมายของกระบวนการอักเสบของร่างกายคือ การยับยั้งความรุนแรงของแบคทีเรียโดยจำกัดการแพร่กระจายเชื้อจุลินทรีย์ เข้าไปในร่างกาย การตอบสนองของร่างกายคือการสร้างเนื้อเยื่อซ่อมแซมขึ้นมาใหม่ ซึ่งกระบวนการอักเสบต่างจากการอักเสบที่มีการติดเชื้อ (Infected) (จอมจักร จัทรสกุล, 2550) โดยเซลล์ที่ถูกทำลายจะปล่อยสารฮีสตามีน (Histamine) ซีโรโตนิน (Serotonin) และโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandin) ทำให้ผนังหลอดเลือดฝอยขยายตัวและมีคุณสมบัติยอมให้น้ำและพลาสมาโปรตีน (Plasma protein) ซึมออกนอกหลอดเลือดเข้าไปสะสมในเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ และเกิดขึ้นเรื่อยๆ ตลอดเวลาจนบริเวณดังกล่าวบวม มีการตั้งรังปลายประสาทบริเวณรอบๆ แผล ทำให้เกิดความรู้สึกตึงและชาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ อาการแสดงของการอักเสบที่พบได้ คือ บวม แดง ร้อน และปวด ระยะนี้ใช้เวลาอย่างมากขนาดไหนขึ้นอยู่กับ ขนาด ลักษณะและการติดเชื้อของแผล หลังจากนั้นต่อมาในเวลา 3 ชั่วโมงแรก จะพบเซลล์เม็ดเลือดขาวเคลื่อนตัวเข้ามาในบริเวณที่บาดเจ็บ เพื่อจับกินเชื้อโรค สิ่งแปลกปลอม และเนื้อตายภายในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ในกรณีที่แผลติดเชื้อ ระยะอักเสบจะยาวนานขึ้นเนื่องจากเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ลดลง การสร้าง Angiotensin ก็น้อยลง Granulation tissue จะไม่สมบูรณ์แข็งแรง เพราะจะมี Fibroblast ลดลง การสร้าง Collagen ของแผลก็ลดลง แผลจึงหายกว่าปกติ ซึ่งระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 3 วัน

ระยะที่ 2 ระยะขจัดสิ่งแปลกปลอม (Destructive phase) ระยะนี้เริ่มตั้งแต่วันแรกที่ได้รับบาดเจ็บ เซลล์เม็ดเลือดขาวที่เคลื่อนตัวเข้าไปในแผลในระยะแรกที่พบคือ นิวโทรฟิล (Neutrophil) โพลีมอร์โฟนิวเคลียส (Polymorphonuclear) และลิวโคไซด์ (Leucocyte) จะทำหน้าที่จับกินสิ่งแปลกปลอม และเนื้อตาย แต่เซลล์เม็ดเลือดขาวกลุ่มนี้มีอายุสั้นในไม่ช้าก็จะถูกแทนที่ด้วยแมคโคฟาจ ซึ่งจะทำหน้าที่จับกินสิ่งแปลกปลอม เศษเซลล์ที่ตาย เม็ดเลือด โปรตีน และย่อยสลายสิ่งที่ไม่ต้องการออกจากบริเวณแผล ทั้งยังทำหน้าที่กระตุ้นให้มีการเพิ่มจำนวนไฟโบรบลาสต์ ซึ่งจำเป็นต่อการสร้าง

ใยคอลลาเจนที่ใช้เป็นโครงสร้างของเนื้อเยื่อใหม่และมีอิทธิพลต่อการเจริญของหลอดเลือดฝอยในแผล โดยเส้นเลือดใหม่จะงอกออกจากขอบแผลขยายเข้าไปในแผล ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 1-6 วัน

ระยะที่ 3 ระยะการซ่อมแซม (Proliferative phase, fibroplasias or collagen phase) เป็นระยะการหายของแผลที่จะเริ่มตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป โดยมีการเพิ่มจำนวนและสร้างเซลล์เยื่อบุผิวชั้นนอก และไฟโบรบลาสต์อย่างมาก เยื่อบุผิวชั้นนอกขอบแผลจะมีการแบ่งตัว ขยายเข้าไปในแผลตามแนวราบ (Lateral growth) ขนานกับสะเก็ดเลือดที่ปิดแผลจนมาสัมผัสกัน แล้วจึงมีการเจริญในแนวตั้ง (Vertical growth) ปกติถ้าเป็นแผลผ่าตัดจะเจริญมาบรรจบกันภายใน 4 ชั่วโมง แต่ถ้าแผลมีขนาดใหญ่ต้องใช้เวลาานาน และบางครั้งต้องใช้การผ่าตัดเอาผิวหนังส่วนอื่นของร่างกายมาปิดแทน สำหรับการสร้างไฟโบรบลาสต์จะมีการแบ่งตัวไปตามร่างแหของไฟบรินและมีการสะสมพวกใยคอลลาเจนขึ้นมาเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง คอลลาเจนเหล่านี้เป็นโครงสร้างสำคัญของเนื้อเยื่อ ผิวหนัง เอ็น ผังผืด และกระดูกอ่อนในแผลที่เกิด ระยะนี้นอกจากจะมีการแบ่งตัวของเยื่อบุผิวและการสร้างคอลลาเจนแล้ว ยังมีหลอดเลือดฝอยแตกแขนงขึ้นใหม่เป็ยติดกับไฟโบรบลาสต์ ทำให้มองเห็นเป็นเนื้อเยื่อใหม่ที่เกิดขึ้น (Granulation tissue) ในขณะที่แผลเริ่มหาย ซึ่งมีลักษณะเป็นเนื้อสีแดงอ่อนนุ่ม ซึ่งความชื้นมีความสำคัญต่อการสร้างเนื้อเยื่อในระยะนี้ โดยจำนวนเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่ขึ้นกับความกว้างของการอักเสบ การอักเสบยิ่งมากก็จะมีการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ขึ้นมา ซึ่งแสดงว่ากระบวนการอักเสบนี้มีการซ่อมแซมเกิดขึ้น หรือถ้าแผลมีเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ รวมทั้งวัสดุในการเย็บแผลที่ไม่เหมาะสมคั่งค้างอยู่ วัสดุจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดบาดแผลเป็นขนาดใหญ่ขึ้นได้ ซึ่งในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 3-24 วัน

ระยะที่ 4 ระยะกลับสู่สภาพเดิม (Maturation phase or remodeling phase) เมื่อผ่านระยะซ่อมแซมแผลแล้ว หลอดเลือดฝอยที่แตกแขนงในบริเวณแผลและไฟโบรบลาสต์จะลดจำนวนลง ทำให้มองเห็นแผลมีสีเทาซีดเพราะหลอดเลือดฝอยที่เกิดใหม่จะเริ่มสลายตัว คงเหลือแต่คอลลาเจน ซึ่งสานกันหนาแน่นทำให้บริเวณแผลมีความแข็งแรงต่อการเสียดสีต่างๆ และจะเพิ่มความแข็งแรงขึ้นเรื่อยๆ และสีผิวจะค่อยๆ จางลงจนซีด ความสามารถของเนื้อเยื่อในการสร้างเซลล์ใหม่หรือการสร้างเซลล์เดิมนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของเนื้อเยื่อของเยื่อบุผิวชั้นนอก เยื่อบุของทางเดินหายใจ และเยื่อของทางเดินอาหารจะมีการเจริญและสร้างเซลล์ใหม่เหมือนหรือใกล้เคียงกับเซลล์เดิมที่ถูกทำลาย แต่สำหรับเนื้อเยื่อของสมอง เนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อกระดูกอ่อนจะมีการสร้างเซลล์ใหม่ได้ไม่ดี ทำให้เกิดแผลเป็นขึ้นได้ ระยะนี้อาจใช้เวลา 24 วัน ถึง 1 ปี

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล (สุปาณี เสนาดีสัยและวรรณภา ประไพพานิช, 2560: 352)

4.1 ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factors)

4.1.1 อายุ (Age) ในคนสูงอายุแผลจะหายช้าลงเนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เมื่อผู้สูงอายุมีแผลแล้ว กระบวนการต่างๆ ของการหายของแผลเป็นไปได้ช้าลง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ความสามารถในการเพิ่มจำนวนและแบ่งเซลล์ ซึ่งเป็นคุณสมบัติสำคัญในการหายของแผล วัยสูงอายุ มักจะพบว่ามีการไหลเวียนเลือดช้าทำให้กระบวนการที่เม็ดเลือดขาวเคลื่อนย้ายไปที่ตำแหน่งแผลและ กินเชื้อโรคช้าลง จึงทำให้การหายของแผลเป็นไปได้ช้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของ ผิวหนังโดยเส้นใยอีลาสตินและคอลลาเจนลดลง จึงเกิดแผลที่ผิวหนังได้ง่าย

4.1.2 ภาวะสุขภาพ โดยภาวะสุขภาพที่มีผลต่อการหายของแผล ได้แก่

4.1.2.1 มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะลด ประสิทธิภาพในกระบวนการฟาโกไซโตซิสของเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลส์และกระบวนการสร้างเส้น ใยคอลลาเจนของไฟโบรบลาสต์ การควบคุมน้ำตาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้อยู่ในช่วง 120-180 mg/dl จะ ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงนี้ได้

4.1.2.2 มีโรคที่ทำให้เกิดการไหลเวียนของเลือดไม่ดี ได้แก่ โรคของหลอดเลือด ส่วนปลาย (Peripheral Venous Disease: PVD)

4.1.2.3 ความอ้วน การมีไขมันในเนื้อเยื่อจำนวนมากทำให้หลอดเลือดมี น้อยลงหรือถูกเบียดจนไม่สามารถนำเอาส่วนประกอบของเลือดและออกซิเจน ตลอดจนสารอาหารที่ มีความจำเป็นในการหายของแผลไปสู่เนื้อเยื่อบริเวณที่บาดเจ็บได้ ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนจึงมีการหาย ของแผลที่ช้า

4.1.3 การได้รับยาภูมิคุ้มกันหรือยาสเตียรอยด์ ยาภูมิคุ้มกันหรือยาสเตียรอยด์จะ ยับยั้งเกือบทุกขั้นตอนของกระบวนการหายของแผล ทั้งกระบวนการฟาโกไซโตซิส การสร้างคอลลา เจน และการสร้างหลอดเลือดใหม่

4.1.4 การสูบบุหรี่ สารนิโคตินในบุหรี่เป็นสารที่ทำให้หลอดเลือดแข็งตัว เป็นผลให้ การนำออกซิเจน สารอาหารและส่วนประกอบของเลือดที่ช่วยในกระบวนการหายของแผลไปยัง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บลดลง

4.1.5 ภาวะโภชนาการ สารอาหาร (Nutrition) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อ กระบวนการหายของแผล ทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีแผลต้องนอน โรงพยาบาลนานมากขึ้น ทั้งนี้ยังเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าปกติ โดยเฉพาะภาวะ ทุพโภชนาการ (Malnutrition) โปรตีนเป็นสารอาหารที่สำคัญ ซึ่งผู้ป่วยที่มีบาดแผลมีความต้องการ โปรตีนเป็น 2 เท่าของคนปกติ (จาก 0.8 g/kg/day เป็น 1.6 g/kg/day) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรดอะมิโน ซีสตีอีน จะทำให้การสังเคราะห์คอลลาเจนและเม็ดเลือดขาวลดลง การขาดไขมัน คาร์โบไฮเดรต ซึ่ง เป็นส่วนประกอบของเซลล์และมีบทบาทในระยยะอักเสบ (Inflammatory process) รวมทั้งวิตามินซี วิตามินบีรวม และวิตามินอี และแร่ธาตุต่างๆ เช่น เหล็ก ทองแดง สังกะสี และแคลเซียม ก็เป็นส่วน ประกอบสำคัญในกระบวนการหายของแผล

4.2 ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors)

4.2.1 สภาพแวดล้อมของแผลที่ไม่เหมาะสม โดยทั่วไปแผลจะหายได้ดีในสภาวะที่ชุ่มชื้น ไม่แฉะหรือแห้งเกินไป การที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมากแล้วไม่ดูแลทำความสะอาดและเปลี่ยนผ้าปิดแผลให้ใหม่ หรือในทางกลับกันการที่ปล่อยให้เนื้อเยื่อแผลแห้ง เหล่านี้เป็นการทำให้แผลหายช้า

4.2.2 การมีสิ่งแปลกปลอมในแผล การมีเนื้อตายทำให้ไม่มีพื้นที่การสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ดังนั้นจึงต้องทำความสะอาดเอาสิ่งแปลกปลอม หรือตัดเนื้อตายออก จะช่วยให้แผลหายได้เร็วขึ้น

4.2.3 การบวมของเนื้อเยื่อ ทำให้การไหลเวียนของเลือดและส่วนประกอบที่ช่วยในการหายของแผลไปยังบริเวณเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บไม่ได้ การทำให้บริเวณที่บาดเจ็บลดบวมลงจะช่วยให้การหายของแผลดีขึ้น

4.2.4 การติดเชื้อของแผล ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานไปใช้เพื่อการต่อสู้กับเชื้อโรค ดังนั้นการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บจึงช้าลง

4.2.5 การฉายแสง เป็นการยับยั้งการเจริญของเซลล์โดยเฉพาะเซลล์ที่มีการเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็ว เช่น เซลล์มะเร็ง ดังนั้นบริเวณที่มีการฉายแสงจึงไม่สามารถสร้างเนื้อเยื่อใหม่ได้ แผลที่เกิดขึ้นบริเวณนั้นจึงหายช้าหรือไม่หาย หากแผลมีขนาดใหญ่อาจต้องพิจารณาฉายแสงเพื่อให้แผลดีขึ้นก่อน จึงจะฉายแสงต่อไปให้ครบตามแผนการรักษา

4.2.6 การกดทับ ทำให้การไหลเวียนเลือดไปยังแผลได้ลดลง กระบวนการหายของแผลจึงช้าลง การกดทับอาจเกิดจากการพันแผลที่แน่นเกินไป หรืออาจเกิดจากการกดทับของร่างกายผู้ป่วยเอง

5. ภาวะแทรกซ้อนที่พบในการหายของบาดแผล (สุณี พนาสกุลการ (2557 : 158)

1. การติดเชื้อของบาดแผล (Wound infection) อาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อของบาดแผล คือ การอักเสบเฉพาะที่ ได้แก่ ปวด บวม แดง ร้อน มีหนอง และมีกลิ่นเหม็น ถ้ารุนแรงอาจพบมีไข้สูง หนาวสั่น ชีพจรเต้นเร็ว เม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้องมีการตรวจเพื่อหาเชื้อ และให้ยาฆ่าเชื้อให้ถูกต้องก็อาจทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น

2. แผลแยก (Wound dehiscence) แผลแยกมักจะพบได้ในระยะหลังคือ หลังผ่าตัด อาการที่พบในครั้งแรกคือ มีน้ำเหลืองปนเลือดเป็นจำนวนมากซึมออกมาที่แผลหรือท่อระบายของแผล พบอัตราการเกิดแผลแยกสูงในผู้ป่วยที่มีแผลติดเชื้อ ผู้ป่วยอ้วน ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการไม่ดี เป็นต้น นอกจากนี้การเย็บแผลที่แน่นและตึงเกินไป มีเลือดออกในแผล หรือไหมเย็บหลุด อาจทำให้แผลแยกได้ การมีแผลแยกเกิดขึ้น เป็นภาวะที่ต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อการรักษาต่อไป

3. ก้อนเลือดคั่ง (Hematoma) เป็นเลือดที่ซึมออกมาภายหลังจากการเกิดบาดแผล และเกิดการแข็งตัว ถ้าเป็นก้อนเลือดขนาดเล็กสามารถดูดซึมกลับเข้าสู่ระบบการไหลเวียนได้แต่อาจใช้

เวลานานจึงเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อกระบวนการหายของแผล หรือถ้าเป็นก้อนขนาดใหญ่จะทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมาก จึงต้องเอาก้อนเลือดคั่งออกเสียก่อนจึงจะสามารถทำให้แผลหายเป็นปกติได้และอาจเกิดแผลเป็นขนาดใหญ่เนื่องจากก้อนเลือดทำให้เกิดช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อเป็นเหตุให้ผนังของแผลอยู่ห่างกัน แผลเป็นจึงมีขนาดใหญ่กว่าที่ควรจะเป็น

4. แผลเป็น (Scar) เกิดจากมีการสร้างเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมากผิดปกติ ในระยะแรกจะมีลักษณะอ่อนนุ่มและมีสีแดง เนื่องจากมีหลอดเลือดมาเลี้ยงมาก ต่อมาจะกลายเป็นเนื้อเยื่อเส้นใย และมีการหดตึงรั้งทำให้หลอดเลือดฝอยลงจึงแข็งขึ้น และมีสีจางลงเกิดเป็นแผลเป็น ในบริเวณนี้จะไม่มีการเจริญของต่อมเหงื่อและขน ถ้ามีเส้นใยประสาทรับความรู้สึกถูกตึงรั้งเข้ามาอยู่ในแผลด้วยก็จะทำให้รู้สึกเจ็บปวดได้

6. หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ (Pressure ulcer, Pressure sore, Bed sore หรือ Decubitus ulcer)

6.1 ความหมาย

จิมพิชัญชา มะम्म (2555) ให้ความหมายของแผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังมีการทำลายเฉพาะที่จากแรงกด แรงเสียดทานและแรงเฉือนที่มากกระทำอย่างต่อเนื่อง (โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท) จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง จึงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเริ่มจากผิวหนังเริ่มมีสีแดงจาง ๆ สังเกตได้ภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด

รุจภา เจริญธนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์ (2561) ได้ให้ความหมายของแผลกดทับ หมายถึง บริเวณผิวหนังที่ถูกทำลายโดยมีแรงกดทับบริเวณนั้นเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ปุ่มกระดูกบริเวณก้นกบ สะโพก เป็นต้น หรือมักพบแผลกดทับบริเวณที่สัมผัสหรือเสียดสีกับอุปกรณ์ทางการแพทย์เป็นเวลานาน เช่น สายให้อาหารทางจมูก สายสวน ปัสสาวะ สายให้ออกซิเจน

International NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Classification System (2014) ได้ปรับนิยามของแผลกดทับใหม่ว่า แผลกดทับ หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังเฉพาะที่ และ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังโดยส่วนมากอยู่ที่บริเวณเหนือปุ่มกระดูก ซึ่งเป็นผลมาจากแรงกด (Pressure) หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน (Shear) รวมทั้งปัจจัยอื่นที่เป็นสาเหตุของการเกิดแผลกดทับ

National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP, 2016) ได้ให้ความหมายของแผลกดทับ หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังเฉพาะที่หรือโรคของเนื้อเยื่อที่เหนือปุ่มกระดูกหรือจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งการบาดเจ็บจะเกิดกับผิวหนังโดยตรงหรือเกิดจากการมีแผลเปิดและทำให้มีอาการปวดเกิดขึ้น สาเหตุของการเกิดแผลกดทับมาจากแรงกด หรือแรงกดร่วมกับแรงเฉือน

สรุปความหมายของแผลกดทับคือ บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังถูกทำลายจากแรงกดแรงเสียดทานที่มากกระทำอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 30 นาที ทำให้เนื้อเยื่อเกิดการบาดเจ็บ โดยเฉพาะบริเวณเหนือปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น สะโพก ก้นกบ เป็นต้น

6.2 ระดับของแผลกดทับ

แบ่งระดับแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนังเล็กน้อยแตกต่างกัน ได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้ (NPUAP, 1989)

ระดับที่ 1 Pressure injury หมายถึง ผิวหนังไม่เป็นแผลมีแต่รอยแดง อาจพบรอยแดงซ้ำ มักอยู่บริเวณปุ่มกระดูก เมื่อกดบริเวณนี้ผิวหนังยังคงแดงซ้ำเหมือนเดิมหรืออาจไม่รู้สึกเจ็บ ไม่ซีด สีผิวอาจแตกต่างกับบริเวณข้างเคียง แฉงหรือนุ่ม อุณหภูมิเย็นกว่าบริเวณข้างเคียง ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเริ่มเป็นแผลกดทับในระยะถัดไป หากผิวสีเข้มอาจเห็นลักษณะดังกล่าวได้ยากจึงเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับง่ายขึ้น

ระดับที่ 2 Pressure injury: Partial thickness skin loss with exposed dermis หมายถึง สูญเสียหนังแท้บางส่วน เป็นแผลเปิดตื้นๆ เห็นชั้นแผลเป็นสีชมพูหรือแดงไม่มีเนื้อตาย สะเก็ดดำ หรือแผลเป็นปกคลุม หรือเป็นถุงน้ำพอง (serum-filled blister) ที่แตกแล้วหรือยังไม่แตก จะไม่เห็นไขมันหรือชั้นที่ลึกลงไป ส่วนมากเกิดจากแรงเฉือนที่มากกระทำกับผิวหนังโดยตรง โดยเฉพาะบริเวณสะโพกและส้นเท้า แต่กรณีผิวหนังฉีกขาด (Tear) แผลไหม้ (Burn) ผื่นผิวหนังอักเสบที่ฝีเย็บ (Perineal dermatitis) ผิวหนังเปื่อยยุ่ย (Maceration) หรือรอยถลอก (excoriation) ไม่ถือเป็นแผลกดทับระดับนี้

ระดับที่ 3 Pressure injury: Full thickness skin loss หมายถึง สูญเสียผิวหนังทั้งหมด เห็นชั้นไขมันแต่ยังไม่เห็นกล้ามเนื้อ เอ็น หรือกระดูก อาจมีเนื้อตายปกคลุมแต่ยังมองเห็นความลึกของเนื้อเยื่อที่สูญหาย แผลระดับนี้อาจเขาเป็นโพรงใต้ผิวหนัง ความลึกของแผลกดทับระดับ 3 แตกต่างกับชั้นกับบริเวณ บริเวณที่ไม่มีเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังแผลจะตื้น เช่น จมูก หู ท้ายทอย และตาตุ่ม ส่วนบริเวณที่มีไขมันใต้ผิวหนังหนา แผลจะลึกทำให้ไม่เห็นหรือไม่สามารถคลำถึงกระดูกหรือเอ็นกล้ามเนื้อ

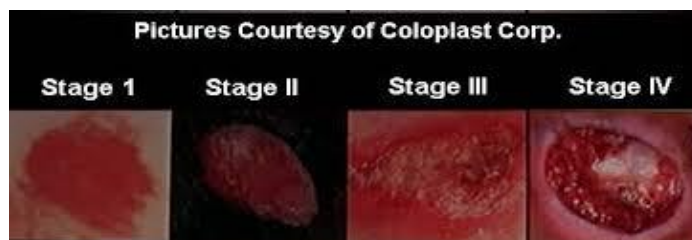
ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื้อเยื่อตายตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้าลึกลงไปถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงชั้นพังผืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล (Undermining) แผลเริ่มมีกลิ่น มีเนื้อตาย มีสิ่งคัดหลั่งตั้งแต่ปริมาณน้อยถึงมาก และพบว่าแผลกดทับระดับ 3 ที่มีบริเวณแคบอาจพบที่ ท้ายทอย ตาตุ่ม จมูก หู

ระดับที่ 4 หมายถึง ลักษณะผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย และมีการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือข้อต่อเกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื่อได้สังเกตพบเนื้อตายปริมาณมาก มีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลมีกลิ่นเหม็นปริมาณสิ่งคัดหลั่งมีระดับปานกลางถึงมาก **สามารถแสดงได้ดังรูปที่ 1**

นอกจากนี้ The National Pressure Ulcer Advisory Panel (2009) ได้พัฒนาและให้ค่านิยามระดับของแผลกดทับโดยพิจารณาจากระดับของการทำลายผิวหนัง โดยเพิ่มระยะก่อนระยะที่ 1 และหลังระยะที่ 4 ดังนี้ (Stockert and Hall, 2013)

ระยะก่อนระดับที่ 1 Suspected deep tissue injury (DTI) ผิวหนังยังไม่มีการฉีกขาด เห็นรอยแดงที่ผิวหนัง บริเวณนั้นมีความเจ็บปวด แฉง หรือนุ่ม อุณหภูมิอุ่น หรือเย็นมากกว่าผิวหนังรอบข้าง

ระยะหลังระดับที่ 4 Full -thickness skin or tissue loss (Unstageable) มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด พื้นผิวแผลถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย (Slough ซึ่งอาจจะมียีสเหือง เทา เขียว หรือสีน้ำตาล) และสะเก็ดแข็งทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถระบุระดับของแผลกดทับได้



รูปที่ 1 แสดงระดับของแผลกดทับ (ที่มา <http://www.ndmedicalcare.com>)

6.3 การประเมินการเกิดแผลกดทับ

โดยทั่วไปประเมินจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการใช้เครื่องมือต่างๆ ช่วยประเมินความเสี่ยง (รจกภา เจริญธโนปจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์, 2561)

1. การซักประวัติ การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวตนเองไม่ได้ หรือเคลื่อนไหวตนเองลำบาก หรือมีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
2. การตรวจร่างกาย ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลรักษา
3. การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ อาทิ Braden scale และ Norton scale

3.1 แบบประเมินของบราเดน (The Braden scale) ใช้ในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยการประเมินตามปัจจัยเสี่ยงของการรับความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง ความสามารถในการทำกิจกรรม ความสามารถในการเคลื่อนไหวของร่างกาย ภาวะโภชนาการและแรงเสียดสีและแรงเฉือน

Braden scale อาจใช้วัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลางหรือรุนแรงได้ เหมาะที่จะใช้ประเมินแผลกดทับทั้งในระยะวิกฤต ชุกเฉิน เช่น ในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก และระยะเรื้อรัง แบบประเมินของบราเดนยังใช้เวลาในการประเมินน้อยกว่าแบบประเมินอื่นๆ

Braden Scale	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
1. การรับรู้ (Sensory)	ไม่รู้สึกรู้สีกตัวและไม่ตอบสนอง	มี Pain stimuli/ ได้รับยาสลบ/ Sedative	สับสน สื่อสารไม่ได้ ทุกครั้ง	ปกติ
2. การเปียกชุ่มของผิวหนัง (Moisture)	เปียกชุ่มตลอดเวลา (เหงื่อ/ปัสสาวะ)	ผิวหนังเปียกชุ่มบ่อยครั้ง เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/เวร	ผิวหนังเปียกชุ่ม บางครั้ง/เปลี่ยนผ้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/1 วัน	ปกติ
3. การทำกิจกรรม (Activity)	อยู่บนเตียงตลอดเวลา/ดึง Traction	สามารถเดินได้แต่มีข้อจำกัด	เดินได้ในระยะทางสั้นๆ	ปกติ
4. การเคลื่อนไหว (Mobility)	เปลี่ยนท่าเองไม่ได้	เปลี่ยนท่าเองได้น้อยและไม่สามารถทำได้บ่อย	ขยับเปลี่ยนท่าเองได้น้อย แขนขาเคลื่อนไหวอิสระ	ปกติ

Braden Scale	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
5. ภาวะโภชนาการ (Nutrition)	NPO/กินได้ 1/3 ถาด	Feed ได้บ้าง/ กินได้ ½ ถาด	Feed ได้หมด/ มากกว่า ½ ถาด	ปกติ
6. การเสียดสี (Friction)	เคลื่อนไหวเองไม่ได้/ข้อกล้ามเนื้อหดเกร็ง	ทรงตัวได้เมื่ออยู่บนเตียงหรือเก้าอี้ แต่บางครั้งอาจลื่นไถลลงมา	ไม่มีปัญหา	-

การแปลผล 19-23 คะแนน ไม่มีภาวะเสี่ยง 15-18 คะแนน เริ่มมีภาวะเสี่ยง
13-14 คะแนน มีภาวะเสี่ยงปานกลาง 10-12 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูง
6-9 คะแนน มีภาวะเสี่ยงสูงมาก

3.2 แบบประเมินของนอตตัน (Norton pressure sore risk assessment scale)

ประกอบด้วยการประเมินสภาวะทางร่างกาย สภาวะทางจิต กิจกรรม การเคลื่อนไหวและการกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ (Incontinence) ใช้มาตรฐานประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนแต่ละส่วน 1-4 คะแนนรวม 5-20 จำแนกระดับความเสี่ยง 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวม ต่ำกว่า 10 เสี่ยงมากที่สุด, ระหว่าง 10-14 เสี่ยงสูง, ระหว่าง 14-18 เสี่ยงปานกลาง, มากกว่า 18 เสี่ยงน้อย

แบบประเมินของนอตตันนี้เหมาะสมในการใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยเรื้อรังสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรม การใช้ Norton scale ในการวัดความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับมีความเหมาะสมที่สุด

6.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

แผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญที่พบบ่อยจนเห็นถึงคุณภาพการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการจำกัดการเคลื่อนไหวจากสภาพการเจ็บป่วย การเกิดแผลกดทับจะทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งความทุกข์ทรมาน การรักษาที่ยุ้งยากมากขึ้น อาจมีการติดเชื้อ หรือต้องทำผ่าตัด ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้นและเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วย จำแนกได้ 2 ประเภท ดังนี้ (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2553)

1. ปัจจัยภายในร่างกาย (Intrinsic factor) ได้แก่

1.1 อายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นชั้นไขมันใต้ผิวหนังจะบางลง ทำให้ผิวหนังเปราะบางและฉีกขาดได้ง่าย

1.2 ความพร่องในการรับรู้สัมผัสและการเคลื่อนไหว ทำให้การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัวเพื่อลดแรงที่กระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลง

1.3 ภาวะอ้วนหรือผอม มีผลต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากภาวะอ้วนเนื้อเยื่อชั้นไขมันจะมีการไหลเวียนโลหิตไม่ดี ภาวะผอมมีชั้นไขมันน้อยทำให้มีแรงกดของเนื้อเยื่อปุ่มกระดูกมากขึ้น

1.4 ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็นโดยเฉพาะโปรตีนอัลบูมิน เมื่อระดับอัลบูมินในเลือดต่ำจะทำให้เซลล์บวม เกิดความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนสารอาหาร ออกซิเจนและของเสีย มีผลทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์และความคงทนของผิวหนัง ง่ายต่อการเกิดแผล

1.5 ภาวะการไหลเวียนเลือดลดลง เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ภาวะช็อก ภาวะขาดเลือดเป็นระยะเวลาานานจนผู้ป่วยมีอาการซีด เป็นต้น ทำให้ไม่อาจนำสารอาหาร ออกซิเจนไปสู่เซลล์ต่างๆได้เพียงพอ

1.6 ความพร้อมในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทำให้ผิวหนังเปียกชื้นอยู่ตลอดเวลา ชั้นผิวหนังเกิดการอ่อนตัว ความสามารถทนต่อแรงกดและแรงเสียดทานลดลง

1.7 ภาวะไข้ ทำให้เนื้อเยื่อต้องการออกซิเจนมากขึ้นกว่าเดิม ออกซิเจนจากการไหลเวียนปกติไม่เพียงพอทำให้เซลล์สูญเสียความสมบูรณ์ และความคงทนง่ายต่อการเกิดแผล การเลือกใช้เสื้อผ้าที่ขัดขวางต่อการระบายความร้อนออกจากร่างกายยังเป็นสาเหตุส่งเสริมสำคัญของการเกิดแผลกดทับด้วย

1.8 ภาวะติดเชื้ในร่างกาย ทำให้อุณหภูมิจนในร่างกายสูงขึ้น เกิดภาวะขาดน้ำได้ง่ายมีผลทำให้เนื้อเยื่อที่อ่อนนุ่มถูกทำลายได้ง่ายกว่าปกติ

1.9 ภาวะโรคทางกายเดิมของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคไตวาย เป็นต้น โรคเหล่านี้มีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตและการนำออกซิเจนไปสู่ผิวหนังลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงและเกิดการเน่าตายของเนื้อเยื่อได้ง่าย หรือในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง เช่น กระดูกสันหลังคด ทำให้ร่างกายข้างใดข้างหนึ่งรับน้ำหนักมากกว่าปกติ มีโอกาสทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

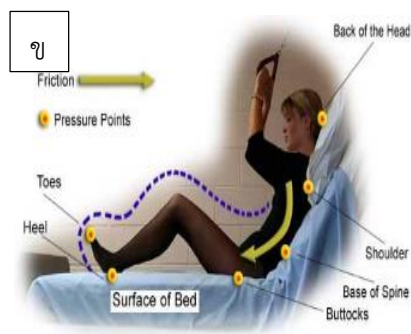
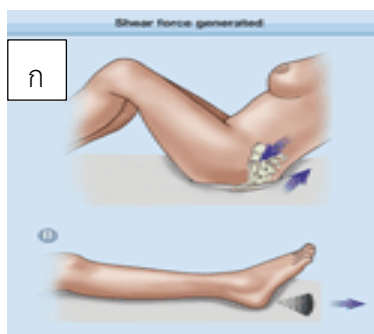
1.10 ภาวะทางจิตของผู้ป่วย เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคซึมเศร้า ซึ่งยาที่ใช้ในการรักษาโรคเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยซึม ขาดความสนใจในตัวเอง การตอบสนองหรือเคลื่อนไหวตัว เพื่อลดแรงกดทับกระทำต่อส่วนต่างๆของร่างกายลดลงทำให้เกิดแผลกดทับได้ง่าย

2. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factor) ได้แก่

2.1 แรงกด (Pressure force) เป็นแรงภายนอกที่มากระทำโดยตรงต่อส่วนต่างๆของร่างกาย มีผลต่อผิวหนังและขัดขวางการส่งผ่านออกซิเจน สารอาหารไปเลี้ยงเนื้อเยื่อ เมื่อมีแรงกดมากและเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จะเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อตั้งแต่ชั้นในสุดที่ติดกับกระดูกและขยายออกมาถึงผิวหนังนอกเป็นลักษณะกรวย ดังนั้นถ้ามีแรงกดเป็นพักๆจะช่วยลดการเกิดอันตรายและบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้

2.2 แรงเลื่อนไถล/แรงเฉือน (Shearing force) เป็นแรงสองแรงที่กระทำในทิศทางตรงกันข้ามและในแนวขนานเช่น การจัดท่านอนที่ศีรษะผู้ป่วยสูงกว่า 30 องศา หรือผู้ป่วยที่นอนบนเตียงในท่าครึ่งนั่ง ครึ่งนอน เมื่อผู้ป่วยเลื่อนลงไปทีปลายเตียงน้ำหนักตัวส่วนบนจะถูกส่งผ่านไปตามแนวกระดูกกระเบนเหน็บ (Sacrum) ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณด้านหลังกระดูกกระเบนเหน็บถูกเบียดและถูกกดมากกว่าปกติ ส่งผลให้กระดูกกระเบนเหน็บเคลื่อนที่ลงมาในขณะที่ผิวหนังส่วนที่สัมผัสกับที่นอนถูกตรึงอยู่กับที่ จึงเกิดแรงขนานสองแรงที่กระทำในทางตรงกันข้าม ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณนั้นเสียไป เซลล์ที่ได้รับอาหารและออกซิเจนลดลง เกิดการตายของเนื้อเยื่อและเกิดแผลกดทับ

2.3 แรงเสียดทาน (Friction force) เป็นแรงที่เกิดจากการเคลื่อนที่ของผิวสองอย่างสัมผัสกัน เช่น การเลื่อนผู้ป่วยโดยวิธีการดึงหรือลาก ทำให้มีการหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้นๆ เกิดเป็นแผลลักษณะคล้ายแผลถลอกได้ ซึ่งแรงนี้มักทำให้เกิดแผลกดทับระดับที่ 2 แต่ไม่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเนื้อตายหรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อชั้นในลึกๆ ดังรูปภาพที่ 2



รูปที่ 2 ก. แรงเฉือน ข. แรงเสียดทาน (ที่มา <http://www.accessmedicine.ca/search>)

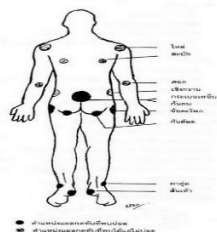
6.5 การประเมินแผล/แผลกดทับ

การประเมินบาดแผลจะเป็นการดูและคลำ โดยพิจารณาถึงลักษณะแผล ขนาดแผล สิ่งคัดหลั่ง ความปวด กลิ่น ลักษณะไหมที่เย็บ ท่อระบาย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น การติดเชื้อ เป็นต้น เพื่อใช้ข้อมูลในการตัดสินใจดูแลรักษาต่อไป (Taylor, Lynn, and Bartlett, 2019; 1062)

1. ลักษณะของแผล (เช่น Abrasion, Lacerated, Penetrated) ลักษณะของท่อระบายและการทำงานที่มีประสิทธิภาพของท่อระบายชนิดต่างๆ ความปวดซึ่งมักจะพบใน 2-3 วันแรกของการเกิดแผล อาการของการติดเชื้อจากแผลร่วมด้วย รวมทั้งการมีเลือดออกจากแผล

2. ตำแหน่งและขนาดของบาดแผล

- ตำแหน่ง เช่น สะโพกขวา, ขาซ้าย เป็นต้น
- การวัดขนาดของแผล เช่น การวัดแผลถลอก: วัดขนาดกว้าง X ยาว, การวัดแผลเย็บ: วัดยาว X ลึก, และเย็บกี่ stitch, แผลประเภทอื่นๆ: วัดกว้าง X ยาว X ลึก)



รูปที่ 3 การประเมินตำแหน่งของบาดแผล

รูปที่ 4 การวัดขนาดของแผล

3. ความสะอาด-สกปรกของบาดแผล สิ่งแปลกปลอม แผลเย็บปิดให้ตรวจสอบผิวหนังใต้รอยเย็บว่าติดกันหรือไม่ ประเมินผิวหนังใต้รอยเย็บและรอบรอยเย็บว่ามีการบวมแดงหรือไม่ สารคัดหลั่งจากแผลเย็บปกติ อาจมีสารคัดหลั่งสีเหลืองใสปนแดงจางได้เล็กน้อย ถ้าเป็นแผลเรื้อรังลักษณะของแผลมีเนื้อตาย ต้อง Debridement หรือไม่ การอักเสบติดเชื้อของแผลเย็บ ขอบแผลบวมแดง ร้อน หรือมีจุดหนอง หรือแผลแยกหรือไม่

4. สีของแผล ใช้หลัก RYB wound classification ดังนี้

4.1 สีแดง (R= Red= Protect) เป็นแผลที่มีตุ่มเนื้อเล็กๆสีแดงหรือสีชมพูอ่อนและชุ่มชื้น แสดงถึงเนื้อเยื่อที่กำลังเจริญขึ้นใหม่ (Granulation tissue) ลักษณะแผลที่มีสีแดง ต้องการการปกป้องแบบทะนุถนอม เนื่องจากเป็นระยะการซ่อมแซมในกระบวนการหายของแผล

4.2 สีเหลือง (Y= Yellow= Cleanse) บางครั้งอาจเป็นสีเหลืองปนเขียว แสดงถึง

การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือสีเหลืองของแผลบางครั้งอาจไม่ได้เกิดจากสารคัดหลั่ง แต่เป็นเนื้อตายที่เปื่อยยุ่ยสีเหลือง (Slough tissue) ทั้งสารคัดหลั่งและเนื้อตายเหล่านี้เป็นสิ่งที่ขัดขวางการหายของแผล

4.3 สีดำ (B= Black = Debride) เป็นแผลที่มีเนื้อตายสีดำส่วนมากจะมีลักษณะแห้งแข็ง (Eshar or Necrotic tissue) เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อในแผล ซึ่งการดำเนินการแผลต้องเอาเนื้อสีดำออก หลังจากนั้นให้ทำความสะอาดแบบ Yellow wound

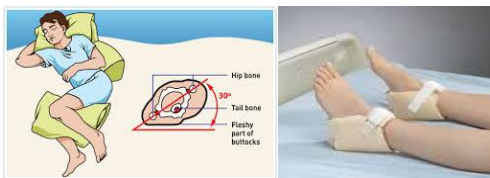
5. สิ่งขับหลังเป็นเลือดสด หนอง ลักษณะExudate สีหรือข้น สี ปริมาณ กลิ่น เป็นอย่างไร

6. ขอบแผลและผิวหนังรอบ ๆ แผล เปื่อย ขอบซิด หรือไม่ หากแผลเย็บมีภาวะขอบแผลไม่ติดกัน มีการบวมแดงหรือมีสารคัดหลั่งมากหรือสารคัดหลั่งสีเหลืองปนน้ำตาลขุ่น คล้ายหนองแสดงว่าแผลมีความผิดปกติ

6.6 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ (ยูดี เกตส์มันท์และคณะ, 2552)

1. การลดแรงกด การลดแรงกดเป็นปัจจัยสำคัญในการลดการเกิดแผลกดทับ สามารถทำได้โดยการจัดท่าผู้ป่วยและการเลือกใช้อุปกรณ์ลดแรงกด

1.1 การจัดท่าผู้ป่วย พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง และควรมีการบันทึกไว้ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงสามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้บ่อยกว่าทุก 2 ชั่วโมง หากพบว่าที่ผิวหนังมีรอยแดงเกิดขึ้น ในรายที่ไม่รู้สึกตัวหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้จัดท่านอนตะแคงให้สะโพกเอียงท่ามุม 30 องศากับที่นอนเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกสะโพก ใช้หมอนยาวรองรับตลอดแนวลำตัว รวมทั้งบริเวณข้อเข่าและข้อเท้า และเมื่อจัดท่านอนหงายควรดูแลให้บริเวณเท้าและสันเท้าลอยพ้นจากที่นอนเสมอ โดยใช้หมอนบางหรือผ้านุ่มรองรับบริเวณใต้ข้อพับถึงข้อเท้า เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่ ควรหลีกเลี่ยงการใช้ห่วงยาง (Rubber ring/Donut type) และถุงมือยางใส่น้ำรองบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากจะทำให้เกิดแผลบริเวณที่สัมผัสกับอุปกรณ์เหล่านี้ แทน การยกตัวผู้ป่วยควรใช้ผ้ายกตัวไม่ควรใช้วิธีการลาก และไม่ควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพังหากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรอยู่ในท่านั่งไม่เกิน 1 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในกรณีต้องให้อาหารทางสายยางและไม่มีข้อห้ามอื่น สามารถจัดท่าให้นอนศีรษะได้แต่ภายหลังให้อาหารแล้ว 30 นาทีควรลดระดับลงเหลือไม่เกิน 30 องศาเพื่อช่วยลดแรงไหล/แรงเฉือน



รูปที่ 5 การจัดท่านอนที่ถูกต้อง ที่มา <http://bharatisurgical.com/> รูปที่ 6 Rubber ring ที่มา <http://square.umin.ac.jp/sanada/>

1.2 อุปกรณ์ช่วยลดแรงกด (Pressure reducing devices) จำแนกได้เป็น 2 แบบ คือ

1.2.1 อุปกรณ์ชนิด Static วางบนที่นอน เช่น ที่นอนที่ทำจากเจล โฟม ลม และน้ำ การทำงานจะเป็นในลักษณะลดแรงกดเฉพาะที่พื้นผิวสัมผัสของร่างกาย

1.2.2 อุปกรณ์ชนิด Dynamic ใช้พลังงานในการหมุนเวียนของลม เพื่อลดแรงกด

ที่เกิดขึ้นกับส่วนของร่างกาย



รูปที่ 7 ที่นอนเจลและที่นอนโฟม



รูปที่ 8 ที่นอนลม (Alpha bed)

2. การดูแลผิวหนัง ได้แก่

2.1 การทำความสะอาดร่างกาย เป็นการล้างเอาสิ่งสกปรกที่ปกป้องผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ในรายที่ผิวหนังแห้ง หลีกเลี่ยงการใช้สบู่และน้ำอุ่นในการทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากจะเกิดการระคายเคืองได้ง่าย ในรายผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้ง หรือตามความเหมาะสม

2.2 ผู้ป่วยที่ผิวแห้งควรเพิ่มความชุ่มชื้นโดยการทาโลชั่น ครีม ฯลฯ ในรายที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ควรทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม หลังจากนั้นทาโลชั่น/วาสลีนเพื่อปกป้องผิวหนังไม่ให้เกิดแผลจากความเปื่อยกชื้น/อุจจาระ ครรหาเหตุของการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และแก้ไข เช่น การฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ/อุจจาระ หลีกเลี่ยงการใช้สบู่หรือโลชั่นที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เนื่องจากจะทำให้เกิดการทำลายผิวหนังได้

2.3 หลีกเลี่ยงบริเวณที่รับความรู้สึกได้น้อย หรืออ่อนแรงสัมผัสกับความร้อน เช่น การวางกระเป๋าน้ำร้อน

2.4 ผิวหนังที่มีรอยแดง (หรือมีแผลตั้งแต่ Grade 1 เป็นต้นไป) ควรหลีกเลี่ยงการนวด ปุ่มกระดูก หรือใช้ความร้อนประคบหรือใช้สบู่/สารเคมีกับผิวหนัง เพื่อลดการระคายเคืองของผิวหนัง และทำให้เนื้อเยื่อที่อยู่ลึกลงไปได้รับอันตรายจากการกดนวด ยกเว้น ถ้าบริเวณผิวหนังหรือปุ่มกระดูกที่มีสีซีดเด่นชัดจากการกดทับ (ยังไม่มีรอยแดง) ยังสามารถนวดได้ เนื่องจากการนวดจะกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตเพื่อช่วยให้ผิวหนังกลับสู่สภาพปกติได้

2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำและอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2.6 ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย โดยการทำให้ Passive exercise/ Range of motion อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง

2.7 ระวังอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผิวหนังเช่น การกระแทกบริเวณแขนขา ขณะเคลื่อนไหว และอันตรายจากของมีคม

2.8 แนะนำการตรวจผิวหนังด้วยตนเอง หรือแนะนำญาติในการตรวจผิวหนังดูรอยแดง เมื่อเวลาพลิกตะแคงตัว

2.9 ดูแลผ้าปูที่นอนสะอาด แห้ง และเรียงตมเสมอ เพื่อลดความเปียกชื้นและลดแรงเสียดทาน

2.10 จัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อและปมผูกต่างๆเพื่อลดแรงกดเฉพาะที่บนผิวหนัง

3. ภาวะโภชนาการ ดูแลการรับประทานอาหารโดยการเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล

4. การกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต สามารถทำได้ด้วยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกาย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพที่พร้อมควรเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงลงมานั่งและงดสูบบุหรี่
5. การให้ความรู้ การให้ความรู้มีความสำคัญมากในปัจจุบัน ถ้าผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลกดทับ จะทำให้สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จะช่วยลดการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลได้

7. หลักทั่วไปของการทำแผลและหลักการทำแผลประเภทต่างๆ

การทำแผล/การดูแลแผล หมายถึง การกำจัดสิ่งกีดขวางการหายของแผล เช่น สิ่งสกปรก เนื้อตาย คราบเลือด หนองและจุลินทรีย์ที่มีอยู่ในบาดแผลให้หมดไป โดยวิธีการต่างๆภายใต้เทคนิคปลอดเชื้อ

7.1 วัตถุประสงค์ของการดูแลรักษาแผล (สุปาณี เสนาติสัย และมณี อาภาณันทิกุล, 2552)

1. เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคเข้าสู่แผลทางผิวหนัง หรือเยื่อเมือกที่ฉีกขาด โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการทำแผล ใช้น้ำยาระงับเชื้อทำความสะอาดผิวหนังรอบแผล ใช้ยาปฏิชีวนะใส่แผล
2. เพื่อป้องกันไม่ให้แผลได้รับอันตรายเพิ่มขึ้น โดยการใช้ผ้าปิดปากแผล แล้วใช้ผ้าพันหรือยึดเพื่อให้บริเวณแผลอยู่นิ่ง
3. ช่วยกระตุ้นให้แผลหายเร็วขึ้น อาจทำได้โดยเย็บแผลเพื่อให้ขอบแผลติดกัน หาวิธีช่วยให้เลือดมาเลี้ยงแผลได้ดีขึ้น ดูแลรักษาให้เนื้อเยื่อบริเวณแผลชุ่มชื้น ผิวหนังรอบแผลแห้ง
4. เพื่อชะล้างวัตถุต่างๆที่ตกค้างอยู่ในแผลออก เช่น เศษแก้ว ก้างปลา สิ่งที่ไหลออกจากแผล เช่น เลือด หนองสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะระคายเคืองและทำให้มีการติดเชื้อเกิดขึ้น
5. เพื่อดูดซับสิ่งที่ไหลออกจากแผล หรือใส่ท่อระบายเพื่อให้ไหลออก แผลผ่าตัดบางชนิดแพทย์อาจใส่ท่อยาง/ท่อพลาสติกไว้ในแผล เพื่อเป็นทางระบายเลือดหรือน้ำเหลืองออกจากแผล และท่อระบายนี้บางชนิดอาจต่อเข้ากับเครื่องดูดสุญญากาศเพื่อช่วยเร่งให้มีการไหลออกดีขึ้น บริเวณแผลจึงอาจเปราะเปื้อนทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายได้ การทำแผลจะช่วยลดความไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย



รูปที่ 9 Radivac drain

6. เพื่อห้ามเลือด โดยใช้แรงกดโดยตรงที่แผล ทำได้โดยใช้ผ้าก๊อสงวางซ้อนทับที่แผล แล้วใช้พลาสติกยึดให้แน่น อาจทิ้งไว้นาน 2-3 วันจนกว่าเลือดจะหยุดจึงค่อยเอาออก
7. เพื่อป้องกันผิวหนังรอบๆแผลที่มีท่อระบายเปื่อยและลอกหลุดออก (Excoriation) จึงควรทำแผลให้ใหม่ทุกครั้งที่แผลเปื่อยชุ่ม และทำความสะอาดผิวหนังรอบๆแผลให้สะอาดและแห้งอยู่ตลอดเวลา ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องทางซิงค์เพสท์หรือน้ำยาทิงเจอร์เบนซอยด์ทาผิวหนังรอบแผล เพื่อป้องกันการระคายเคืองจากสิ่งที่ไหลออกจากแผล

7.2 หลักการทั่วไปของการทำแผล

1. ก่อนทำแผลทุกครั้งต้องประเมินขนาดและลักษณะของบาดแผล ตามหลักการประเมิน (หัวข้อการประเมินบาดแผล)
2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังทำแผลทุกครั้ง ระหว่างทำแผลหากมือมีการปนเปื้อนเชื้อโรคอาจใช้น้ำยาล้างมือชนิดแห้ง
3. ใช้เทคนิคไร้เชื้อทุกขั้นตอนขณะทำแผล
4. เลือกทำแผลที่สะอาดก่อนเสมอ
5. หลังการประเมินแผล ให้เตรียมของใช้ทุกอย่างให้ครบถ้วนเหมาะสมกับชนิดและขนาดของกอนลงมือทำแผล ถ้ามีแผลขนาดใหญ่หรือมีขั้นตอนการทำแผลซับซ้อนควรมีผู้ช่วยทำแผล
6. แผลขนาดใหญ่อาจต้องประยุกต์ใช้ชุดอุปกรณ์ที่มีฝานั้น เพื่อที่จะใช้ป้อนรับอุปกรณ์ไร้เชื้อที่ใช้ในการทำแผลเช่น กระบอกฉีดยา หรือสายต่างๆ ฯลฯ
7. สำลี หรือผ้าก๊อสที่เหลือจากการทำแผล ห้ามนำไปใช้ต่อกับผู้ป่วยอื่น ควรนำไปทำให้ไร้เชื้อใหม่ (Resterile)
8. ไม่เปิดเผยผู้ป่วยมากเกินไปจนความจำเป็น ควรกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยและไม่รบกวนผู้ป่วยอื่น
9. ผู้ทำแผลไม่พูด ไอหรือจาม รดแผล หากเป็นหวัดหรือแผลมีกลิ่นควรใช้ผ้าปิดปาก จมูก
10. เมื่อเปิดชุดทำแผลควรจัดของใช้ในการทำแผลให้อยู่ในตำแหน่งที่ผู้ทำแผลจะไม่ข้ามกรายไปมา
11. ขณะเปิดแผล หากแผลแห้งติดผ้าก๊อสควรใช้น้ำเกลือไร้เชื้อซอลมผ้าก๊อสให้ชุ่ม ก่อนดึงผ้าก๊อสออกจากแผลเพื่อป้องกันการทำลายเนื้อเยื่อใหม่
 1. การใช้สำลีเช็ดแผลไม่เช็ดย้อนไปมา และสำลีก้อนเดิมไม่ควรใช้เช็ดซ้ำหลายที่
 2. ควรเช็ดครบพลาสติกทุกครั้งที่ทำแผล

7.3 หลักการปิดผ้าก๊อส

1. หลังการทำแผลเสร็จ ปิดคลุมแผลด้วยผ้าก๊อสไร้เชื้อโดยให้ขอบผ้าก๊อสทุกด้านคลุมปิดบริเวณขอบแผลโดยรอบ ½-1 นิ้ว
2. การใช้เทปปิดทับผ้าก๊อส ควรปิดในแนวขวางลำตัว โดยใช้เทปปิดขอบบนและขอบล่างของผ้าก๊อส และ/หรือปิดช่วงกลางเป็นระยะตามความเหมาะสม
3. หลีกเลี่ยงการปิดผ้าก๊อสตามแนวขนานของลำตัว โดยเฉพาะในส่วนของร่างกายที่มีการขยับไปมา เช่น ข้อพับเข่า ข้อไหล่ เป็นต้น การปิดแนวขนานของลำตัวจะทำให้เกิดการดึงรั้งของผ้าก๊อสและเทปทำให้ผ้าก๊อสหลุดได้ง่าย
4. ความยาวและความกว้างของเทปควรมีความเหมาะสมกับขนาดของแผลและผ้าก๊อสที่ปิด ควรปิดเทปให้ยาวเกินออกจากผ้าก๊อสปิดแผลประมาณ 1 นิ้ว

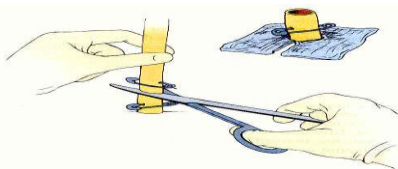
7.4 แผลท่อระบาย

ท่อระบายที่ใส่ไว้ในแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่จะเป็นชนิดที่ทำด้วยยางชนิดอ่อน มีชื่อเรียกว่าท่อระบายเพนโรส (Penrose drain) จุดประสงค์เพื่อเป็นช่องทางระบายให้สิ่งปลดปล่อยจากแผลไหลออก สิ่งปลดปล่อยนี้อาจเป็นเลือด น้ำเหลือง น้ำหนอง ซึ่งหากตกค้างอยู่ในแผลจะกีดเนื้อเยื่อและอวัยวะบริเวณรอบแผล ทำให้เกิดการระคายเคืองและส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อขึ้นได้ และท่อระบายที่

ใส่นี้อาจอยู่ที่แผลผ่าตัด หรืออยู่แยกจากแผลผ่าตัด โดยเจาะผิวหนังตำแหน่งห่างจากแผลผ่าตัด ประมาณ 2-3 นิ้ว แล้วจึงใส่ท่อระบายนี้ไว้ เพื่อต้องการให้แผลผ่าตัดแห้ง ภายหลังจากผ่าตัดใส่ท่อระบายไว้อย่างน้อย 24 - 48 ชั่วโมงจะเริ่มตัดท่อระบาย หรือทำให้สั้น (Short drain) วันละ 1 - 2 นิ้ว ทำทุกวันจนกว่าจะหลุดหมด หรือเมื่อต้องการดึงออกหมด (Off drain) หลังเอาท่อระบายออก 1 - 2 วัน แผลที่เจาะใส่ท่อระบายนี้ไว้ก็จะปิด เข้าหากัน

การตัดท่อระบายเพนโรสให้สั้น จะทำพร้อมกับการทำความสะอาดแผลและเปลี่ยนผ้าปิดแผลให้ใหม่ การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องใช้เหมือนกับการทำแผลทั่วไป เครื่องใช้ที่ต้องเพิ่มคือเข็มซ่อนปลายปราศจากเชื้อโรค เพื่อกลัดท่อระบายส่วนที่อยู่นอกผิวหนัง กรรไกรปราศจากเชื้อสำหรับตัดด้ายที่เย็บยึดท่อระบายไว้ที่ผิวหนัง ตัดท่อระบาย และตัดผ้าก๊อซเป็นรูปตัวทีหรือตัววายเพื่อเปิดแผล

ท่อระบายอีกชนิดหนึ่งมีชื่อเรียกว่า ฮีโมแวก (Hemovac) ปลายท่อจะต่อเข้ากับเครื่องดูดสุญญากาศแรงดันต่ำ ๆ เพื่อดูดสิ่งที่ไหลออกมาจากแผลให้ไหลออกได้ดีขึ้น ไม่ค้างอยู่ที่แผลจึงทำให้แผลหายเร็วขึ้น



รูปที่ 10 การตัดแผลท่อระบายแบบเปิด

การทำความสะอาดท่อระบาย

แผลท่อระบายจะเปิดแผลและทำแผลในวันรุ่งขึ้นหลังผ่าตัด หรือทุกครั้งที่แผลเปื่อยขึ้น ในกรณีที่ทำแผลท่อระบายพร้อมกับแผลผ่าตัดที่เย็บขอบแผลชิดกัน ให้ทำความสะอาดแผลผ่าตัดที่เย็บขอบแผล ชิดกัน ซึ่งเป็นแผลที่สะอาดมากที่สุดก่อนจึงค่อยทำแผลท่อระบาย เพราะสิ่งไหลออกจากแผลทางท่อระบายจะส่งเสริมให้จุลินทรีย์มีการเจริญเติบโตได้ดี ตำแหน่งท่อระบายจึงถือว่าเป็นตำแหน่งที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรคได้มากกว่าตำแหน่งแผลผ่าตัดที่เย็บไว้ แต่ถ้าท่อระบายอยู่ตรงกลางแผลผ่าตัดที่เย็บขอบแผลชิดกันให้ทำความสะอาดแนวที่เย็บแผลไว้จากด้านบนมายังท่อระบาย และจากด้านล่างไปยังท่อระบายเช่นกัน โดยใช้สำลิจับน้ำยาเช็ดแผลแยกคนละก้อน แล้วจึงค่อยทำรอบๆท่อระบาย การทำความสะอาดผิวหนังรอบท่อระบาย ให้ใช้ปากคีบหยิบสำลิจับน้ำยาเช็ดเช็ด หมุนไปรอบๆ ท่อ โดยเริ่มจากท่อระบายและผิวหนังส่วนที่อยู่ชิดท่อระบายมากที่สุดก่อน แล้วออกด้านนอก อาจใช้มืออีกข้างหนึ่งถือปากคีบจับท่อระบายยกขึ้นเพื่อเช็ดท่อระบายและบริเวณรอบๆ ให้สะอาดมากที่สุด

7.5 การตัดไหมแผลเย็บ

การตัดไหมทุกครั้งต้องมีคำสั่งแพทย์ วัสดุที่ใช้เย็บแผลมีหลายชนิดได้แก่ ไหม ด้าย ไยสังเคราะห์ และบางครั้งอาจใช้ ลวดเย็บ แผลเย็บที่ผิวหนังส่วนใหญ่ใช้ไหมหรือด้ายเย็บ หลังจากทิ้งไว้ระยะหนึ่งเพื่อให้แผลติดกันดีแล้ว จำเป็นต้องตัดสิ่งที่ยึดไว้ ออก เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้นานเกินไปจะทำให้เกิดการอักเสบและแผลแยกภายหลังได้ สำหรับวันที่ตัดไหมนั้น โดยทั่วไปจะตัดออกในวันที่ 7 - 10 หลังผ่าตัด แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายในการเย็บแผล และตำแหน่งแผล แผลเย็บบริเวณใบหน้า ลำคอ แผลศัลยกรรมตกแต่งจะตัดไหมเร็วกว่าปกติ คือ ประมาณวันที่ 5 - 6 แผลที่เย็บใน

ตำแหน่งที่ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากควรทิ้งไว้เวลานานกว่า ดังเช่น การผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง แผลที่เย็บผิวหนังบริเวณหน้าท้อง จะตัดออกในวันที่ 7 การผ่าตัดอวัยวะในช่องอก เช่น การผ่าตัดปอด หัวใจ มักจะตัดไหมที่เย็บไว้ที่ผิวหนังบริเวณหน้าอกในวันที่ 10 แผลผ่าตัดกระดูกบางครั้งแพทย์อาจใช้ลวดเย็บที่ผิวหนังบริเวณที่ทำผ่าตัด และจะตัดลวดและดึงออกหลังจากเย็บไว้ในวันที่ 12 – 15 ส่วนแผลที่เย็บติดกันยาก เช่น แผลเย็บในคนอ้วนมาก หรือแผลทำผ่าตัดซ้ำ อาจเป็นต้องทิ้งไว้ยาวนานกว่านี้ คือ 14 – 21 วัน หรือจนกว่าผิวหนังบริเวณที่เย็บไว้ติดกันดี

การตัดไหมต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ การเตรียมผู้ป่วยและเครื่องใช้ในการตัดไหม จึงเหมือนกับการทำแผลชนิดแห้ง เพียงแต่ให้เตรียมกรรไกรสำหรับไหมที่ปราศจากเชื้อเพิ่มเท่านั้น ซึ่งกรรไกรที่ใช้ตัดไหมมีหลายขนาดและทั้งชนิดปลายตรงหรือปลายโค้ง ชนิดปลายโค้งเหมาะที่จะตัดไหมมากกว่า เพราะสามารถสอดเข้าได้ปมไหมได้ง่าย แต่ถ้าแผลนั้นใช้ลวดเย็บไว้ต้องใช้กรรไกรชนิดตัดลวดโดยเฉพาะ

8. การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล

ควรนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอนให้แก่ผู้ป่วยที่มีบาดแผลเพราะนอกจากจะช่วยทำให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบแล้ว ยังสามารถปรับปรุงแผนการพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment)

พยาบาลจะต้องประเมินบาดแผลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนการเกิดบาดแผล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาล ซึ่งสิ่งที่พยาบาลควรประเมิน มีดังนี้

1. การซักประวัติ ได้แก่ อายุ น้ำหนักตัว การสูบบุหรี่ โรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคเมเร็ง โรคปอด ประวัติการใช้ยาที่ใช้เป็นประจำ การแพ้ยาและสารเคมีต่างๆ สาเหตุของการเกิดบาดแผล ระยะเวลาของการเกิดบาดแผล รวมทั้งการดูแลตนเองเมื่อเกิดบาดแผล
2. การตรวจร่างกาย ตรวจบริเวณอวัยวะที่เกิดบาดแผล เพื่อประเมินลักษณะของบาดแผล ชนิดของบาดแผล สิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่ตกค้างอยู่ในบาดแผล ประเมิน สี กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งที่ระบายออกมาจากบาดแผล
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น จำนวนของเม็ดเลือดขาว เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยประเมินจากระดับความเจ็บปวดที่อาจจะก่อให้เกิดความไม่สุขสบาย ความวิตกกังวลเกี่ยวกับบาดแผล และที่พบส่วนใหญ่กรณีที่แผลมีขนาดใหญ่หรืออยู่ในที่สามารถมองเห็นได้ง่าย เช่น ใบหน้ามักจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยอาจจะมีความรู้สึกกลัว กังวลในเรื่องการสูญเสียภาพลักษณ์ เป็นต้น

การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ภายหลังจากประเมินสภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับบาดแผลแล้ว พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้มากำหนดปัญหาทางการพยาบาล เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ดังต่อไปนี้

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากการมีลักษณะของเนื้อเยื่อและผิวหนัง

- วิดกกังวลเกี่ยวกับการหายของแผล กลัวเป็นแผลเป็น
- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล

การวางแผนการพยาบาล (Planning)

ภายหลังจากได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องวางแผนในการดูแลบาดแผลให้ตรงตามวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันปัญหาและช่วยส่งเสริมให้แผลหายเร็วขึ้น ผิวหนังและเนื้อเยื่อกลับคืนสู่สภาพปกติ ซึ่งการวางแผนส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับ

- การป้องกันการติดเชื้อ
- การส่งเสริมการหายของแผล
- การป้องกันเนื้อเยื่อถูกทำลาย
- การดูแลความสบาย

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

พยาบาลควรให้การพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเหมาะสมจะช่วยให้กระบวนการหายของแผลเป็นไปตามปกติ ซึ่งจะช่วยให้แผลหายได้อย่างรวดเร็ว การพยาบาลที่ควรให้กับผู้ป่วย มีดังต่อไปนี้

- การทำความสะอาดบาดแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล และเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากบาดแผล
- ประเมินระดับความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายต่างๆ เพื่อให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม
- สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของบาดแผลทั้งก่อนและหลังการทำแผล ลงบันทึกและรายงานทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้น
- ดูแลการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันข้อติดแข็ง กรณีที่แผลอยู่ใกล้กับข้อต่างๆ
- ส่งเสริมการไหลเวียนของโลหิตบริเวณบาดแผลเพื่อให้โลหิตไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลให้ดียิ่งขึ้น โดยย่ำรัดแผลแน่นตึงเกินไป
- ส่งเสริมการรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ และเพิ่มผัก ผลไม้ วิตามินต่างๆ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล รวมทั้งการป้องกันปัจจัยเสี่ยงของการหายของแผล เช่น การงดดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ เป็นต้น
- แนะนำผู้ป่วยพักผ่อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ให้ปราศจากความวิตกกังวล อธิบายเกี่ยวกับกระบวนการหายของแผล และวิธีการรักษาความสะอาดแผลที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้ดีขึ้น

การประเมินผล (Evaluation)

ภายหลังจากการให้การพยาบาล จะต้องมีการประเมินผลว่ามีผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการประเมินผลจะประเมินตามปัญหาทางการพยาบาล เช่น

- ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดแผลลดลง
- แผลผู้ป่วยแห้ง แดงดี รอบๆ แผลสะอาด ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ

- ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในเรื่องการหายของแผลลดลง

เพื่อความเข้าใจในการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผล จึงขอสรุปวิธีการเขียนกระบวนการพยาบาล เพื่อให้เห็นรายละเอียดชัดเจนยิ่งขึ้น ภายหลังจากพยาบาลประเมินสภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลของการเกิดบาดแผลแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วตั้งปัญหาทางการพยาบาลเพื่อการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งประเมินผลได้อย่างเหมาะสม ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดแผลเนื่องจากการทำลายของเนื้อเยื่อและปลายประสาท

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกปวดแผลมาก ระดับความปวด 8

1. สังเกตเห็นผู้ป่วยหน้านิ่งตัวขมวด
2. ผู้ป่วยใช้มือกุมบริเวณแผลตลอดเวลา
3. ผู้ป่วยบอกรู้สึกกระสับกระส่าย และนอนไม่หลับเพราะปวดแผล

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปวดแผลลดลง มีความสุขสบายมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล 1. อาการปวดแผลลดลง ประเมินความปวดได้ระดับต่ำกว่า 5

2. สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย เคลื่อนไหวตัวเองมากขึ้น

3. อาการกระสับกระส่ายลดลง สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของความเจ็บปวด ความรุนแรง และสาเหตุของการเจ็บปวด
2. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย เพื่อลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อรอบๆ บริเวณบาดแผล
3. บรรเทาอาการปวดด้วยเทคนิคต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายโดยการหายใจ เข้า-ออกลึกๆ

เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่างๆ

4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาและติดตามประเมินอาการภายหลังการได้รับยาแก้ปวด

5. รายงานแพทย์ทราบถึงอาการเจ็บปวด ภายหลังได้รับยาถ้าไม่ดีขึ้นแพทย์จะต้องปรับ

แผนการรักษาเพื่อควบคุมอาการปวดแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล ภายหลังจากให้การพยาบาล ติดตามประเมินผลตามเกณฑ์ที่ได้ตั้งไว้ เช่น

1. ผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลง ระดับความปวดต่ำกว่า 5
2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น อาการกระสับกระส่ายลดลง
3. นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้นกว่าเดิม
4. สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

9. บทบาทพยาบาลกับการใช้ผ้าพัน (Nurse's role of bandage and binder application)

เมื่อบุคคลได้รับการบาดเจ็บทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อถูกทำลาย การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการพันผ้าอย่างถูกวิธีก่อนนำส่งโรงพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลมีบทบาทในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้บาดแผลหายเร็วยิ่งขึ้น ซึ่งหลังจากทำความสะอาดบาดแผลแล้วอาจต้องใช้ผ้าพันเพื่อช่วยในการพุงผ้าปิดแผลหรือ

อวัยวะนั้นๆให้อยู่กับที่ ลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ในการพันผ้าอย่างถูกต้อง

ความหมาย

อรชร ศรีไพโรล้วน และเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น (2557: 172) ได้ให้ความหมายของการใช้ผ้าพัน หมายถึง การใช้ผ้าพันแผลซึ่งทำจากผ้าชนิดต่างๆ เช่น ผ้าก๊อซ (Gauze) ผ้ามีสลิน ผ้าสักหลาด และผ้ายัด เป็นต้น เพื่อยึดผ้าปิดแผลหรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่ง การพันผ้าจะใช้แรงกดเฉพาะบริเวณที่ต้องการ จะใช้บ่อยมากบริเวณแขน ขาส่วนล่าง เพื่อป้องกันการบวม บรรเทาอาการปวดและป้องกันการเสียดสี นอกจากนี้ยังช่วยพุงบริเวณข้อต่อต่างๆ เช่น ข้อมือ ข้อเท้า หัวเข่า หัวไหล่ เป็นต้น

ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับการพันผ้า (อรชร ศรีไพโรล้วน และเบญจมาศ ตระกูลงามเด่น, 2557: 174)

1. เตรียมผ้าพันให้ถูกขนาดกับอวัยวะที่พัน ขณะพันผ้า ผู้พันจะต้องหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยและผู้พันจะต้องอยู่ในท่าที่สบาย และถามความรู้สึกผู้ป่วยระหว่างการพันด้วยว่า แน่นหรือหลวมเกินไปหรือไม่

2. อวัยวะส่วนที่พันต้องอยู่ในลักษณะที่ปกติของกายวิภาคและสรีระของร่างกาย เพราะว่าการพันผ้าเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อลดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะนั้นๆ

3. บริเวณที่จะพันต้องแห้งและสะอาด เพราะแบคทีเรียจะเจริญได้ดีในที่อับชื้นสกปรก ถ้ามีแผลต่อทำแผลและปิดผ้าพันแผลให้เรียบร้อย จึงพันทับลงไป ถ้าเป็นแผลบริเวณที่ผิวหนังติดกันจะต้องใช้ผ้าก๊อซคั่นเสียก่อน เช่น การพันผ้าที่นิ้วมือ นิ้วเท้า เพื่อป้องกันนิ้วติดกัน เป็นต้น

4. การพันผ้าจะต้องหงายม้วนผ้าขึ้น เพื่อสะดวกต่อการคลี่และส่งม้วนผ้า การจับม้วนผ้าคว่ำจะไม่ถนัด ม้วนผ้าจะหลุดจากมือได้ง่าย

5. พันจากอวัยวะส่วนเล็กไปหาส่วนใหญ่ หรือจากส่วนปลายขึ้นมา เพื่อช่วยให้โลหิตไหลกลับสู่หัวใจได้สะดวก เช่น ถ้าจะพันแขนควรพันจากข้อมือไปหาข้อศอก

6. พันให้พอดีไม่แน่นหรือหลวมเกินไป การพันผ้าโดยให้ริมผ้าซ้อนกันประมาณ 2/3 ของผ้าริมผ้าขนานกันทุกรอบ เพื่อช่วยให้การพันแน่นดี การพันแน่นเกินไปเลือดจะไปเลี้ยงส่วนปลายของอวัยวะที่พันได้น้อยลง ทำให้ขาดเลือดและออกซิเจน ผิวหนังบริเวณนั้นจะซีด คล้ำและทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจไม่ดี ทำให้เกิดอาการบวมส่วนปลายของอวัยวะนั้นๆได้ ถ้าพันหลวมเกินไปผ้าพันก็จะหลุดได้ง่าย ไม่ช่วยประคองบริเวณนั้นอวัยวะนั้นๆ

7. ในกรณีพันบริเวณข้อพับ ต้องให้ข้อพับงอเล็กน้อย เช่น ข้อศอก ข้อเข่า ขณะเคลื่อนไหวจะไม่ตึงเกินไป และบริเวณที่มีปุ่มกระดูก ต้องใช้ผ้าก๊อซรองหรือปล่อยให้เป็นช่องโหว่ไว้ เพื่อป้องกันการเสียดสี และไม่ให้แรงกดของผ้าพันไปกดทับเส้นเลือดที่พาดอยู่บริเวณปุ่มกระดูก จะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อ และเกิดแผลขึ้นได้

8. ต้องไม่พันผ้าจนปิดปลายอวัยวะนั้นๆ เช่น ปลายนิ้ว เพื่อจะได้สังเกตดูลักษณะอาการเกี่ยวกับการไหลเวียนของโลหิตได้ (ยกเว้นบริเวณนั้นมีแผล จึงจำเป็นต้องปิดแผลให้มิด)

9. การพันผ้าเพื่อยึดปิดแผล จะต้องพันให้คลุมผ้าปิดแผลออกไปข้างละ 2 นิ้ว เพื่อลดแรงเสียดสีบริเวณบาดแผล

10. การพันจะต้องเริ่มต้นด้วยการพันรอบหรือพันเป็นวงกลม (Circular turn) 2-3 รอบก่อน

เสมอ ยกเว้นพันอวัยวะส่วนปลายที่ถูกตัด (Stump) เพื่อให้แน่นและซ่อนเงื่อนผ้าได้เรียบร้อย และการจบผ้าพันก็ต้องจบด้วยการพันเป็นวงกลม (Circular turn) เช่นเดียวกัน

11. การพันผ้าจะต้องพันไปทางขวาตามเข็มนาฬิกา (ยกเว้นผู้ที่ถนัดซ้าย จะพันทวนเข็มนาฬิกา) เมื่อพันเสร็จแล้วให้เก็บชายผ้าให้เรียบร้อย

12. การจบผ้าพัน เป็นการเก็บปลายสุดของผ้าให้เรียบร้อยไม่หลุดง่าย การจบผ้าพันทุกครั้งไม่ควรจบบริเวณแผล เพราะจะทำให้มีแรงกดบริเวณนั้น ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับบาดแผลมากขึ้น มีหลายวิธีเช่น ติดปลายด้วยพลาสติก (Plaster) กลัดด้วยเข็มขัดซ่อนปลาย (Brooch) หรือใช้กรรไกรตัดผ้าออกเป็น 2 ขาย แล้วผูกแต่อย่าให้ปมผ้ากดทับบนบาดแผล

13. เมื่อแก้ผ้าพันถ้าเป็นผ้ากอสีให้ใช้กรรไกรตัดออก โดยเริ่มต้นตัดด้านตรงข้ามกับบาดแผล แต่ถ้าเป็นผ้าชนิดอื่นที่ต้องการนำผ้าพันนั้นไปทำความสะอาดเพื่อใช้ใหม่ ให้ปลดปลายผ้า และเก็บผ้าไว้ในมือส่งกลับไปมาอย่าให้ชายผ้าตกบนพื้น

การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยพันผ้าที่มีรูปแบบต่างๆ (Binder)

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพันผ้าที่มีรูปแบบตามอวัยวะที่ต้องการพัน (Binder) มีรายละเอียด ดังนี้

การรวบรวมข้อมูล (Assessment)

- ประเมินอวัยวะที่บาดแผลของผู้ป่วย เพื่อเลือกใช้ผ้าพันได้ถูกต้องและเหมาะสม
- ประเมินความสบายของผู้ป่วย โดยสังเกตอาการ อาการแสดงอื่นๆ สังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการปวดมากหรือปวดเล็กน้อย ทั้งจากการสอบถามผู้ป่วยและการวัดสัญญาณชีพว่าหัวใจเต้นเร็วและความดันโลหิตเพิ่มขึ้นหรือไม่ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขวิธีการพันผ้าใหม่
- สังเกตบริเวณที่มีบาดแผลผ่าตัด ว่ามีความผิดปกติหรือไม่ โดยแผลจะต้องแห้งสะอาด และต้องปิดแผลให้มิดชิด เพื่อพิจารณาเปลี่ยนผ้าพันแผลในกรณีที่แผลเปื่อยกุ่ม หรืออาจใช้ผ้าพันชนิดอื่นที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล
- ประเมินดูผิวหนังบริเวณพันผ้าว่ามีรอยแดงถลอก มีการระคายเคือง หรือมีการแพ้พลาสติกหรือไม่ เนื่องจากการใช้ผ้าพันอาจไปกดบริเวณผิวหนังทำให้เกิดรอยถลอกได้
- กรณีที่ผู้ป่วยต้องพันผ้าเพื่อพุงหน้าท้อง ผู้ป่วยสามารถหายใจลึกๆ ไอ และเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ฝึกหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ไม่เกิดภาวะปอดแฟบและร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
- สำหรับผู้ป่วยที่แพ้พลาสติกเหนียว (adhesive plaster) การใช้ผ้าพันแทนจะทำให้เกิดการแพ้ น้อยกว่า ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากกว่า

การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis)

ตัวอย่างการกำหนดปัญหาทางการพยาบาล ควรกำหนดข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสาเหตุ, ปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย เช่น

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแผลปริแยก เนื่องจากการเคลื่อนไหว และการไอ
- ผู้ป่วยมีความปวด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาล (planning)

1. อาการเจ็บปวดลดลง และได้รับความสุขสบาย เพราะการพันผ้าจะช่วยพยุงอวัยวะนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย อาการปวดลดลง
2. แผลหายเร็วขึ้น ช่วยเพิ่มแรงกด ซึ่งส่งเสริมให้แผลผานติดกันเร็วขึ้น
3. ผู้ป่วยหายใจและไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
4. ผู้ป่วยมีความรู้และให้ความร่วมมือในการรักษา
5. ผู้ป่วยและญาติได้ฝึกการพันผ้าจนชำนาญ
6. ความวิตกกังวลลดลงและผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

ก่อนการปฏิบัติการพยาบาลในการใช้ผ้าพัน มีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบคำสั่งการรักษาให้ถูกต้อง และตรงกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความคาดเคลื่อนและความผิดพลาดขึ้น
 2. บอกให้ผู้ป่วยทราบและอธิบายขั้นตอนต่างๆ ก่อนที่จะพันผ้า เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผล การพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษา
 3. ล้างมือให้สะอาด และใส่ถุงมือถ้าผู้ป่วยมีบาดแผลเพื่อความสะอาด และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
 4. ปิดม่านหรือประตูให้มิดชิด เพื่อไม่เปิดเผยผู้ป่วยและเคารพสิทธิของผู้ป่วย
- ทั้งนี้การใช้ผ้าพันชนิดนี้จะปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับอวัยวะของร่างกาย ซึ่งมีวิธีการใช้ที่แตกต่างกัน ดังนี้

วิธีการพันผ้าชนิดต่างๆ มีดังนี้

1. การใช้ผ้าพันบริเวณท้อง (Abdominal binder)


- 1.1 เตรียมผ้าพันหน้าท้องให้มีขนาดพอเหมาะกับผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ผ้าพัน
 - 1.2 จัดท่านอนโดยให้ผู้ปวยนอนหงาย ซันเข้า สอดผ้าใต้ตัวผู้ป่วย เพื่อลดแรงกดบริเวณอวัยวะในช่องท้องให้น้อยที่สุด
 - 1.3 จับผ้าด้านไกลตัวมาตรงกลางหน้าท้อง โดยวางปลายผ้าเลยบริเวณบาดแผลและจับผ้าด้านใกล้ตัวปิดทับลงไปอีกครั้งเพื่อลดความเจ็บปวดและไม่สุขสบายของผู้ป่วย อีกทั้งยังช่วยลดการระคายเคืองที่ผิวหนังด้วย
 - 1.4 สอนให้ผู้ปวยพันหน้าท้อง เพื่อลดความวิตกกังวลและได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยคำนึงถึงหลักการต่อไปนี้
 - 1.4.1 ให้ผ้าพันหน้าท้องอยู่เหนือหัวเข่า และอยู่ใต้ซี่โครง เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกและขับเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - 1.4.2 ไม่จับผ้าพันใกล้ด้านที่ผู้ป่วยนอนทับ หรือบริเวณบาดแผลทำให้กดบริเวณบาดแผลผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบาย
 - 1.4.3 ประเมินการหายใจและการไอ เพราะถ้าผู้ป่วยหายใจสั้น แสดงว่ามีปัญหาที่ปอดซึ่งอาจเกิดภาวะปอดแฟบ หรือมีการอุดกั้นภายในปอด เพื่อให้การรักษาได้ทันทั้งที่
 - 1.4.4 ประเมินดูความสุขสบายของผู้ป่วย
- #### 2. การใช้ผ้าพัน Elastic Bandage แบบต่างๆ

วัตถุประสงค์

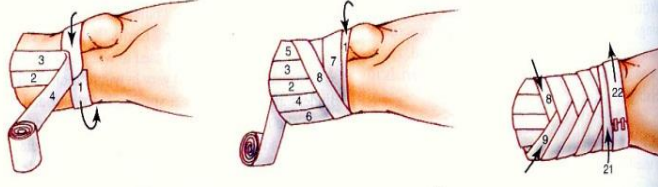
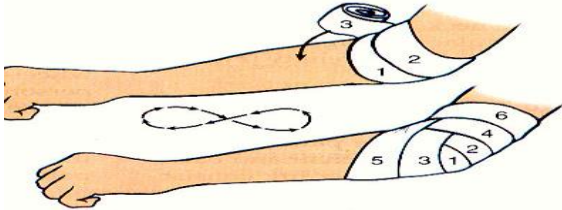
1. ช่วยยึดผ้าปิดแผลให้กระชับ
2. ช่วยลดความเจ็บปวด
3. ช่วยห้ามเลือด
4. ช่วยยึดพวงและประคองอวัยวะให้อยู่กับที่ตามตำแหน่งกายวิภาค (ไม่ให้อวัยวะเคลื่อน ผิดรูปร่างเดิม)
5. ช่วยป้องกันการกระทบกระแทกอวัยวะที่บาดเจ็บ

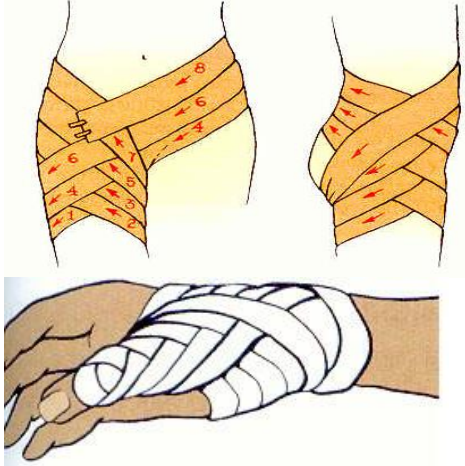
อุปกรณ์

1. ผ้าพันชนิดม้วน (Roller Elastic Bandage; EB)
2. เข็มกลัดซ่อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพันหรือ พลาสติกเตอร์
3. 70% Alcohol ใช้เช็ดผิวหนังให้แห้งขึ้นก่อนการพันผ้า

รายการพฤติกรรม	เหตุผล
ขั้นเตรียม 1. ตรวจสอบชื่อ-สกุลของผู้ป่วย บอกวัตถุประสงค์ 2. ล้างมือให้สะอาด 4. เตรียมของใช้ให้พร้อม 5. จัดท่าผู้ป่วยเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำ ก้นม่าน	เคารพในสิทธิผู้ป่วย และเพื่อความร่วมมือ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค เพื่อความพร้อมในการให้การพยาบาล เคารพในสิทธิผู้ป่วย
ขั้นปฏิบัติ 6. บอกให้ผู้ป่วยทราบและปฏิบัติตามการพันผ้าแบบต่าง ๆ ดังนี้ 6.1. Circular Turn (การพันทบรอยเดิม) จับ EB หายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน พันทบรอยเดิม แรงดึงพันควรดึงให้พร้อม ๆ กัน พันจนสิ้นสุดติดเข็มกลัดซ่อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน  ภาพที่ 6 Circular Turn (ที่มา Dewit, 2009:823)	ในกรณีปวดข้อมือ/ข้อเท้า ช่วยห้ามเลือด การพันทบรอยเดิมให้เกิดความแน่นหนา และมักใช้ในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการพันในรูปแบบอื่น ๆ
6.2. Spiral Turn (การพันเฉียงหรือทแยง) จับ EB หายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน เริ่มต้นด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วพัน	การพันเฉียงหรือทแยง พันบริเวณแขนหรือขาที่มีบาดแผล การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ หรือกระดูก

รายการพฤติกรรม	เหตุผล
<p>เฉียง 30 องศา ซ้อน 2 ใน 3 ของผ้า พันไปจนเกือบหมด จบด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วติดเช็มกลัดซ้อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน</p>  <p>ภาพที่ 7 Spiral Turn (ที่มา Taylor, 2008:1214)</p>	<p>ช่วยห้ามเลือด จะพันในรูปทรงที่เป็นทรงกระบอก เช่น แขน นิ้วมือ ฯลฯ</p>
<p>6.3. Spiral Reverse Turn (การพันเฉียง/ทแยงพับตลบกลับ)</p> <p>จับ EB หายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน เริ่มต้นด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วพันเฉียง 30 องศา ซ้อน 2 ใน 3 ของผ้า พันทบหักมุมลงมาครึ่งหนึ่งของการพันแต่ละรอบ ให้ริมผ้าขนานกัน มุมอยู่แนวเดียวกันทุกรอบ พันไปจนเกือบหมด จบด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วติดเช็มกลัดซ้อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน</p>  <p>ภาพที่ 8 Spiral Reverse Turn (ที่มา Timby, 2009:645)</p>	<p>การพันเฉียง/ทแยงพับตลบกลับ เพื่อให้ผ้าแน่นกระชับบริเวณที่ต้องการพัน อวัยวะที่เหมาะสมคือ รูปทรงที่เป็นทรงกรวย (ลักษณะจากเล็กไปหาใหญ่) โคนใหญ่ปลายเล็ก ได้แก่ แขน ต้นขา น่อง ฯลฯ มีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ หรือกระดูก ช่วยห้ามเลือด</p>
<p>6.4. Recurrent-Stump Bandage (การพันกลับไปกลับมา/การพันย้อนกลับ)</p> <p>จับ EB หายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน เริ่มต้นด้วย Circular Turn 2 รอบ จัดผ้าพันให้อยู่ตรงกลางของอวัยวะที่ต้องการพัน พันทบไปมาตลบข้างซ้ายที่ขวาที่จนปิดอวัยวะ จบด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วติดเช็มกลัดซ้อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน</p>	<p>การพันกลับไปกลับมา/การพันย้อนกลับ ใช้ในการพันปิดบาดแผลอวัยวะส่วนปลายของร่างกาย เช่น ที่ศีรษะ ปลายมือ ปลายเท้า ฯลฯ Stump ทำให้การอักเสบยุบเร็วขึ้น</p>

รายการพฤติกรรม	เหตุผล
<p>Recurrent-stump bandage</p>  <p>ภาพที่ 9 Recurrent-Stump Bandage (ที่มา Taylor, 2008:1214)</p>	
<p>6.5. Figure-Eight Turn (การพันเป็นรูปเลขแปด) จับ EB หงายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน เริ่มต้นด้วย Circular Turn 2 รอบ วางผ้าเฉียงขึ้นเล็กน้อย พันผ้าอ้อมอวัยวะที่จะพันไขว้กันไปมาเหนือและใต้อวัยวะพันทบ 2 ใน 3 ของผ้าพัน พันไปจนเกือบหมด จบด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วติดเข็มกลัดซ้อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน</p>  <p>ภาพที่ 10 Figure-Eight Turn (ที่มา Dewit, 2009:823)</p>	<p>การพันเป็นรูปเลขแปด เหมาะสำหรับการพันอวัยวะที่ต้องการเคลื่อนไหว เช่น ข้อมือ ข้อเท้า ข้อศอกและหัวเข่า ฯลฯ เพื่อให้อวัยวะสามารถขยับได้บ้างในขณะที่พันผ้าไว้</p>
<p>6.6. Spica Turn (การพันผ้าโยงอวัยวะ 2 ส่วน) จับ EB หงายอยู่ในอุ้งมือ วางผ้าพันให้รอบอวัยวะที่ต้องการพัน เริ่มต้นด้วย Circular Turn 2 รอบ วิธีพันเหมือนกับการพัน Circular Turn สลับกับ Spiral Reverse Turn แต่เป็นการพันโยงกันของอวัยวะ 2 ส่วน การพันซ้อน 2 ใน 3 ของผ้าพัน พันไปจนปิดอวัยวะที่ต้องการพัน จบด้วย Circular Turn 2 รอบ แล้วติดเข็มกลัดซ้อนปลาย/ตัวเกี่ยวที่ติดมากับผ้าพัน</p>	<p>การพันผ้าโยงอวัยวะ 2 ส่วน เพื่อยึดและกระชับกับอวัยวะบริเวณข้อต่อ เช่น ข้อไหล่ ข้อสะโพก ง่ามนิ้วมือ เต้านม ขาหนีบ</p>

รายการพฤติกรรม	เหตุผล
 <p>ภาพที่ 11 Spica Turn (ที่มา Timby, 2009:645)</p>	

หมายเหตุ

- การพันผ้าต้องไม่พันแน่นเกินไป ควรสังเกตการณ์ไหลเวียนของโลหิตบริเวณอวัยวะส่วนปลาย เช่น ภาวะซีด เขียว ผิวน้ำแข็ง บวม ชา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายกับอวัยวะ ทำให้เกิดการขาดเลือดของอวัยวะส่วนปลาย
- ในระหว่างวันถ้าผ้าพันหลวมหรือแน่นไปต้องคลายผ้าออกแล้วพันใหม่
- ถ้าผ้าพันเปื้อนสิ่งขับหลังควรเปลี่ยนผ้าพัน ซัก ทำความสะอาดอยู่เสมอการเปลี่ยนผ้าพันลด

การหมักหมม และนำเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผลได้

3. การพันตอขา (stump)

วัตถุประสงค์เพื่อ

1. ให้การไหลเวียนโลหิตดีขึ้น
2. ลดการบวม
3. จัดรูปแบบของตอขา (stump) ให้เหมาะสมกับการใส่ขาเทียม

หลักของการพันตอขา

1. ควรพันผ้ายึดไปทางเดียวกัน ไม่พลิกหรือม้วน เพื่อป้องกันแรงกดที่ไม่สม่ำเสมอ
2. การพันผ้ายึด ควรพันให้ถึงระดับเหนือข้ออวัยวะที่ถูกตัดมากที่สุด เพื่อป้องกันการหลุด
3. ควรพันผ้ายึดตลอด 24 ชั่วโมง ยกเว้น ขณะทำความสะอาดร่างกาย
4. ควรพันผ้ายึดให้กระชับ โดยพันส่วนปลายให้แน่นกระชับกว่าส่วนโคน และให้มีความ

สม่ำเสมอของแรงที่ใช้พัน ไม่พันแน่นหรือหลวมจนเกินไป เพื่อรักษารูปร่างของตอขาให้ได้รูป
เหมาะสมกับอวัยวะเทียม

วิธีการพันตอขา แบบที่ 1

1. เริ่มต้นด้วยการพันผ้าด้วยแบบวงกลม (Circular turns) 2 รอบ ที่เอว
2. พันผ้าด้วยแบบรูปเลขแปด (Figure of eight turns) โดยโยงผ้าพันจากเอวมาที่ตอขา แล้วโยงกลับขึ้นไปที่เอวใหม่ ทำเช่นนี้เรื่อย จนกระทั่งปิดตอขาหมด
3. ใช้เข็มกลัดหรือพลาสติกติดให้เรียบร้อย

วิธีการพันตอขา แบบที่ 2

1. วางผ้าพันพาดจากโคนขาถึงตอขา
2. ดึงผ้าวางเฉียงขึ้น แล้วอ้อมลงมาใต้ตอขา ดึงให้ตึง
3. พันตอขาแบบรูปเลขแปด (Figure of eight turns) จนกระทั่งปิดตอขา
4. สิ้นสุดการพันด้วยแบบวงกลม (Circular turns) 2 รอบ ใช้เข็มกลัดหรือพลาสติกมัดให้เรียบร้อย

สรุป

บาดแผลมีหลายชนิด การดูแลรักษาแผลทุกชนิด ใช้หลักการและแนวคิดที่เหมือนกันในเรื่องการไม่ปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่แผล แต่วิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการทำแผลอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ อาทิเช่น ชนิดแผล ขนาดแผล ตำแหน่งแผล สาเหตุที่เกิด และแนวการรักษาของแพทย์ ดังนั้นก่อนลงมือทำแผลทุกครั้ง จึงต้องศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ และทำแผลโดยใช้เทคนิคที่สะอาดปราศจากเชื้อโรค กล่าวคือ ไม่ปนเปื้อนเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่แผล ถึงแม้ว่าแผลนั้นจะมีการติดเชื้ออยู่แล้วก็ตาม นอกจากการทำแผลให้แล้วพยาบาลควรดูแลรับผิดชอบในการสอนและแนะนำผู้ป่วยญาติ ให้รู้จักวิธีทำแผลหากมีความจำเป็นต้องกลับไปทำที่บ้าน หรือแนะนำให้ใช้บริการที่สถานบริการแห่งอื่นที่อยู่ใกล้บ้าน

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- ฉิมพิชญ์ชา มะम्म, (2555). บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 20 (5): 478-490.
- รุจภาภา เจียมธโนปัจัย และสุวิมล แสนเวียงจันทร์. (2561). แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ. *วารสารพยาบาล*, 67(4), 53-61.
- โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี (2556). Update skin, wound, ostomy and enterocutaneous fistula care. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 21-23 พฤษภาคม 2556.
- สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (2560). การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุตทอง จำกัด.
- สุปาณี เสนาดิสัย และมณี อากานันท์กุล. (2552). *คู่มือปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุตทอง จำกัด.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2553). การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ. พิมพ์ครั้งที่ 4. เชียงใหม่: อนันท์พรีพรีนติ้ง จำกัด.
- ยุวดี เกตสัมพันธ์และคณะ. (2552). *การดูแลแผลกดทับ ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.

ภาษาอังกฤษ

International NPUAP-EPUAP Pressure Ulcer Classification System (2014)

<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

- Elkin, P. (2012). **Nursing intervention & clinical skills**. 5th. Missouri. Mosby.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel/National Pressure Advisory Panel, (2010). **International Pressure Ulcer Guidelines for Prevention and Treatment**, NPUAP, Washington, D.C.
- Stockert, P. and Hall, P., (2013). **Fundamentals of nursing**. 8th edition. Missouri: Mosby.
- Taylor, Carol, and others. (2008). **Fundamentals nursing skills and concepts**. Malaysia: Lippincott Williams & Wilkins.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

- การจัดทำนอนสำหรับผู้ป่วยแผลกดทับ.[On line]. Available from <http://square.umin.ac.jp/sanada/english/admin/3-2.html> [3 September 2013]
- นุสรุ ประเสริฐศรี, (2555). **การจัดการความปวดในผู้สูงอายุ**. [On line]. Available from <http://www.spspain.org/index.php/pain-in-elderly/> [29 August 2013]
- รัตนา อยู่เปลา. (2551). **การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลเรื้อรัง**. [On line]. Available from www.ccne.or.th/file_attach/05Jul200720-AttachFile1183610300 [30 August 2013]
- วิธีการดูแลผู้ป่วยมีแผลกดทับ. [On line]. Available from <http://www.ndmedicalcare.com> [31 August 2013]
- Rubber ring. [On line]. Available from <http://bharatisurgical.com/product>. [31 August 2013]
- Shear force general when patient slide down. [On line]. Available from <http://www.accessmedicine>. [31 August 2013]
- สารานุกรมไทยฉบับเยาวชน (2526) <http://saranukromthai.or.th/index2.php>

