



ชุมชนทรัพย์สิน (Knowledge Assets)

เรื่อง 6th APETNA Congress 30 Oct - 1 Nov, Singapore

CoP: แผลและออสโตมี

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

Wound

Bundle of Prevention Pressure Ulcer: SSIET

VIMALUX CHAISAKCHATREE, NATTHAWAN WANARAKCHAROEN, UNTIKA WUTIDILOKPRAPAN, NONGLUK SANSOM PIKUL YODRUG. Thailand.

ชุดแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ: SSIET

แผลกดทับเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามทั้งชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง มักเกิดกับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและมีกิจกรรมลดลง ส่วนใหญ่เกิดขึ้นบริเวณปุ่มกระดูก เช่น ก้นกบ สะโพก และส้นเท้า ผลกระทบของแผลกดทับทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น พยาบาลต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลมากขึ้น ผู้ป่วยพ้นหายจากโรคที่เป็นอยู่ช้าลง และมีความเสี่ยงที่จะเกิดอาการแทรกซ้อนมีมาก เช่น เกิดการติดเชื้อที่แผลกดทับซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล มีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่เกิดจากความเจ็บปวดแผล ความเครียดและวิตกกังวล เนื่องจากต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าเดิมและการสูญเสียภาพลักษณ์ ส่งผลให้ความรู้สึกลดลงคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้แผลกดทับยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายทั้งกับระบบสุขภาพและครอบครัวผู้ป่วยซึ่งเกิดจากการดูแลแผลกดทับ เช่น ค่าใช้จ่ายในการทำแผล ยา อาหารเสริม การให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และกายภาพบำบัด

ในปัจจุบันแผลกดทับมีความสำคัญมาก การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่กำหนดไว้เป็นสากล ในปัจจุบันสภาการพยาบาลได้กำหนดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาล และเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่แสดงถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องควบคุมไม่ให้เกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ได้มีการติดตามตัวชี้วัดนี้เป็นประจำทุกปี ในปี 2556 และ 2557 พบอัตราการความชุกแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาลร้อยละ 6.44 และ 5.96 ตามลำดับ ซึ่งสถาบันที่ใช้เทียบเคียงคือ The National Medicare Patient Safety Monitoring, USA. Hospital Acquire Pressure Ulcer น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4.5 แม้ว่างานวิจัยพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลศิริราชมากกว่าร้อยละ 80 มีทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับและมีการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอยู่หลากหลาย แต่พบว่าแผลกดทับยังไม่มีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ทางทีมพยาบาลออสโตมีและแผลได้ทำการวิจัยกึ่งทดลองเรื่อง ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราช ผลการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราชและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น Flowแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราชจึงมีความเหมาะสมที่จะนำลงสู่การปฏิบัติ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดแผลกดทับขณะที่ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่การนำFlowแนวปฏิบัติจากงานวิจัยลงสู่การปฏิบัติ

[illegible]

ประโยชน์ของชุดแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ: SSiet

1. ชุดแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ: SSIET (Bundle of Prevention Pressure Ulcer: SSIET)เป็นแนวปฏิบัติที่ครอบคลุมทุกมิติของการป้องกันแผลกดทับ สามารถลดการเกิดแผลกดทับที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล Hospital Acquired Pressure Ulcers ได้
2. ชุดแนวปฏิบัติในการป้องกันแผลกดทับ: SSIET (Bundle of Prevention Pressure Ulcer: SSIET)เป็นแนวปฏิบัติที่ ปรับมาจากงานวิจัยกึ่งทดลองเรื่อง ผลของการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราช ซึ่งเป็นงานวิจัยที่ได้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือ อัตราการเกิดแผลกดทับระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของศิริราชและผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.00$) และเป็นงานวิจัยชิ้นแรกที่เป็นวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับการป้องกันแผลกดทับในประเทศไทย

Bundle of Pressure Ulcer Management: WEESI

Chulaporn Prasungsit, Kanchana Rungsangjun, Wannipa Sayla, Somjene yahaufai, Charuwan Wetchapan, and Supanida Chaichit. Thailand.

ชุดแนวปฏิบัติการจัดการผลกตทั่บ WEESI

การจัดการกับแผลกดทับขึ้นอยู่กับลักษณะของแผลจากการประเมิน และ เป้าหมายของการดูแลแผล ซึ่ง การดูแลแผลกดทับก็จะแตกต่างกันตามลักษณะแต่ละระดับของแผล ดังนั้นการดูแลและจัดการจึงขึ้นอยู่กับว่า ลักษณะแผลที่ประเมินได้นั้นเป็นอย่างไร การประเมินแผลได้ถูกต้องก็จะทำให้การเลือกวิธีดูแลแผลได้เหมาะสม และช่วยให้สามารถวางแผนการดูแลในครั้งต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ



วัสดุปิดแผลที่เหมาะสมเป็นอีกสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งต่อกระบวนการหายของแผล ปัจจุบันวัสดุปิดแผลมีให้เลือกใช้มากมายหลายชนิด ดังนั้นทางทีมพยาบาลออสโตมีและแผล จึงได้รวบรวมความรู้และจัดทำรูปแบบที่ง่ายต่อการประเมินและการจัดการกับแผลกดทับ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเลือกใช้วัสดุปิดแผลได้เหมาะสมกับลักษณะของแผล

WEESI เป็นชุดแนวปฏิบัติ (Bundle) ซึ่งรูปแบบที่ทางทีมพยาบาลออสโตมีและแผล ได้พัฒนาขึ้นจาก ความเชี่ยวชาญประสบการณ์ในการทำงาน และจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางการจัดการกับแผลกดทับ โดยเริ่มจากการประเมินลักษณะแผล การเลือกใช้วัสดุปิดแผลที่เหมาะสม โดยหา Key Word ที่ครอบคลุม การประเมิน ลักษณะของแผลกดทับที่สำคัญเพื่อนำไปสู่การจัดการ ได้ดังนี้

W: Wound bed, E: Edge of Wound, E: Exudate, S: Surrounding and I: Infection Control





การประเมิน					เป้าหมายการดูแล	วัสดุปิดแผล	
ลักษณะพื้นแผล	ขอบแผล	ปริมาณสิ่งขับหลั่ง/ ลักษณะสิ่งขับหลั่ง	ผิวหนัง บริเวณรอบ แผล	การติดเชื้อ		Primary dressing	Secondary dressing
 Epithelialization	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล / มี Epithelialization	น้อยมาก ถึงปาน กลาง	สมบูรณ์	ไม่ใช่	ส่งเสริมการหายของแผล	Impregnate gauze	Gauze
						Silicone gel mesh + rayon	-
						Hydrocolloid	-
						Hydrogel sheet	-
 Granulation	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล / มี Epithelialization	น้อยมาก ถึงปาน กลาง	สมบูรณ์	ไม่ใช่	ส่งเสริมการเกิด epithelialization และรักษา ความชุ่มชื้น	Impregnate gauze	Gauze
						Hydrogel	Gauze , Hydrogel sheet
						Silicone gel mesh + rayon	-
						Hydrocolloid	-
						Hydrogel sheet	-
	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล / เปื่อยยุ่ย	ปานกลาง	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย	ไม่ใช่	ส่งเสริมการเกิด epithelialization และรักษา ความชุ่มชื้น	Silicone gel mesh + rayon	Gauze
						Hydrogel sheet	-
						Foam	-
 เนื้อตายสีดำแข็ง (Eschar)	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล	ไม่มี	สมบูรณ์	ไม่ใช่	กำจัดเนื้อตาย	Hydrogel	Gauze and Semipermeable film
			บวมแดง	ใช่	กำจัดเนื้อตาย และควบคุม การติดเชื้อ	Silver zinc sulfadiazine cream	Gauze
						Silver alginate wound paste	Gauze and Semipermeable film
	ขอบแผลยึดติดกับ	น้อย	สมบูรณ์	ไม่ใช่	กำจัดเนื้อตาย, ส่งเสริมการ	Hydrogel	Gauze



การประเมิน					เป้าหมายการดูแล	วัสดุปิดแผล	
ลักษณะพื้นแผล	ขอบแผล	ปริมาณสิ่งขับหลั่ง/ ลักษณะสิ่งขับหลั่ง	ผิวหนัง บริเวณรอบ แผล	การติดเชื้อ		Primary dressing	Secondary dressing
เนื้อตายสีเหลือง (Sloughy)	พื้นแผล / มี Epithelialization				เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น	Hydrocolloid	-
						Hydrogel sheet	-
	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล / มี Epithelialization / เปื่อยยุ่ย	ปานกลาง	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย	ไม่ใช่	กำจัดเนื้อตาย, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น	Hydrocolloid	-
						Hydrogel sheet	-
						Foam	-
		ปานกลาง / หนอง	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย / บวมแดง	ใช่	กำจัดเนื้อตาย, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น และควบคุมการติดเชื้อ	Silver zinc sulfadiazine cream	Gauze
						Silver alginate foam dressing	-
						Silver hydrofiber foam dressing	-
		มาก	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย	ไม่ใช่	กำจัดเนื้อตาย, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น	Hydrofiber	Gauze or foam
						Alginate	Gauze or foam
						Foam	-
		มาก / หนอง	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย / บวมแดง	ใช่	กำจัดเนื้อตาย, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น และควบคุมการติดเชื้อ	Silver zinc sulfadiazine cream	Gauze
						Silver alginate dressing	Gauze or foam



การประเมิน					เป้าหมายการดูแล	วัสดุปิดแผล	
ลักษณะพื้นแผล	ขอบแผล	ปริมาณสิ่งขับหลั่ง/ ลักษณะสิ่งขับหลั่ง	ผิวหนัง บริเวณรอบ แผล	การติดเชื้อ		Primary dressing	Secondary dressing
					เชื้อ	Silver hydrofiber dressing	Gauze or foam
 Hypergranulation	ขอบแผลยึดติดกับ พื้นแผล / มี Epithelialization / เปื่อยยุ่ย	ปานกลาง ถึง มาก	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย	ไม่ใช่	ส่งเสริมการเกิด granulation, รักษาความชุ่มชื้น	Impregnate gauze	Gauze
						Hydrofiber dressing	Gauze
						Foam	-
 ช่อง/โพรง (Cavity/Sinus)	ขอบแผลไม่ยึดติด กับพื้นแผล / มีการ ม้วนตัว (Rolled/curled) / เปื่อยยุ่ย	ปานกลาง ถึง มาก	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย / บวม	ไม่ใช่	จัดช่อง/โพรง, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น	Gauze with hydrogel	Gauze
						Hydrofiber dressing	Gauze or foam
						Alginate	Gauze or foam
		ปานกลาง ถึง มาก / หนอง	สมบูรณ์ / เปื่อยยุ่ย / บวม / บวม แดง	ใช่	จัดช่อง/โพรง, ส่งเสริมการ เกิด granulation, รักษาความ ชุ่มชื้น, ควบคุมการติดเชื้อ	Silver zinc sulfadiazine cream with gauze	Gauze
						Silver alginate wound paste with gauze	Gauze or foam
						Hydrofiber Ag dressing	Gauze or foam
						Alginate Ag dressing	Gauze or foam



Nursing Management of Fungating Wound Do's & Don'ts

Park Kyung Hee , South Korea

โรคมะเร็ง คือโรคร้ายซึ่งเกิดมีเซลล์ผิดปกติขึ้นในร่างกาย และเซลล์เหล่านี้มีการเจริญเติบโตรวดเร็วเกินปกติ ร่างกายควบคุมไม่ได้ ดังนั้นเซลล์เหล่านี้ จึงเจริญลุกลามและแพร่กระจายได้ทั่วร่างกาย ซึ่งก้อนเนื้อหรือแผล มะเร็งโตเร็ว ลูกกลมเข้าอวัยวะข้างเคียง เข้าต่อมน้ำเหลือง และแพร่กระจายเข้าหลอดเลือด/กระแสโลหิต/กระแสเลือด ส่งผลให้เซลล์ปกติของเนื้อเยื่อ/อวัยวะต่างๆ ทำงานไม่ได้ จึงเกิดเป็นโรคและมีอาการต่างๆขึ้น

แผลมะเร็ง คือเซลล์ผิดปกติที่เติบโตอยู่ใต้ผิวหนัง แล้วมีการแบ่งตัวแตกออกผ่านผิวหนังขึ้นมาทำให้เกิดเป็น แผล ซึ่งก้อนเนื้อหรือแผลมะเร็งที่เจริญเติบโตมันจะไปหยุดยั้งและทำลายหลอดเลือดเล็กๆที่พาออกซิเจนมาเลี้ยง เนื้อเยื่อ จึงเป็นสาเหตุทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆตาย (necrosis) รวมถึงทำให้เกิดการติดเชื้อ และทำให้แผลใน บริเวณนั้นเกิดการเปื่อยยุ่ย แผลมะเร็งพบน้อยส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งไม่ได้เป็นแผลมะเร็งเสมอไปทุกคน จะพบแผลมะเร็ง ได้ในผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นในระยะแรก จากต้นกำเนิดของตำแหน่งของก้อนเนื้อ หรือเข้าสู่ระยะที่ 2 หรือมีการ แพร่กระจาย เช่นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ และผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง

แผลในผู้ป่วยมะเร็งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น แผลที่เกิดจากการรักษา ได้แก่ แผลผ่าตัด แผลที่เกิดจากผลการรักษา ได้แก่ Colostomy, Tracheostomy, Drain, Chemo-Radiation effect แผลที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ Fistula และแผลมะเร็ง (Cancer wound, Fungating wound, ulcerating cancerous wound, or malignant cutaneous wound) แผลลักษณะนี้เป็นการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีเนื่องจากมะเร็งได้มีการลุกลามสู่ผิวหนังภายนอกทำให้เห็นแผลมีลักษณะรูปร่างคล้ายดอกกะหล่ำ และมีเลือดออกง่าย

การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

- ประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- ภาวะโภชนาการ
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ

การรักษา

- การผ่าตัด
- การให้ยาเคมีบำบัด
- การให้รังสีรักษา
- การรักษาทางด้านฮอร์โมน

การดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว

- การจัดการความเจ็บปวด
- การดูแลทางด้านจิตใจ

การรักษาแผล

- การป้องกัน/รักษาการติดเชื้อ
- การควบคุมภาวะเลือดออก
- การจัดการกับสิ่งขับหลั่ง
- การจัดการกลิ่น
- การดูแลปกป้องผิวหนังรอบแผล
- ความสม่ำเสมอของการทำแผล



การประเมินและการตรวจวินิจฉัย

เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญและจำเป็นมาก เพราะจะทำให้รู้สาเหตุของอาการป่วยและสามารถทำการรักษาได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนหรือวิธีการที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคและรักษาโรคได้แก่

การซักประวัติ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคต่างๆ ต้องมีรายละเอียดที่เพียงพอจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ ประวัติที่จำเป็นต้องซักถาม ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว อาชีพ และประวัติการติดของเสพติดทั้งหลาย เช่น สุรา บุหรี่ เป็นต้น ส่วนการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการนั้นเป็นส่วนช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยที่สำคัญรองลงมา

การตรวจร่างกาย ตรวจร่างกายทั่วไป

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจอื่นๆ เช่น การตรวจเนื้อเยื่อทางพยาธิวิทยา การตรวจทางเวชศาสตร์นิวเคลียร์ การตรวจโดยใช้เครื่องมือพิเศษ เช่น การฉีดสารทึบแสง และถ่ายภาพรังสี การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์

ภาวะโภชนาการ การวินิจฉัยและรักษาปัญหาทางโภชนาการตั้งแต่วัยแรก จะช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น การคัดกรองและประเมินปัญหาด้านโภชนาการส่งผลต่อการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวน้อยเกินไปหรือขาดสารอาหาร จะให้ผลตอบสนองที่ไม่ดีต่อการรักษา ซึ่งการขาดสารอาหารอาจเกิดจากตัวโรคมะเร็งเองหรือทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงในขณะที่โรคมะเร็งนั้นลุกลามมากขึ้น การตรวจพบและรักษาปัญหาทางโภชนาการตั้งแต่วัยแรก อาจช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมีน้ำหนักตัวคงที่หรือมากขึ้นได้ ซึ่งช่วยให้มี การตอบสนองต่อการ รักษาที่ดีขึ้นและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การตรวจคัดกรองและประเมินภาวะทางโภชนาการต้องทำทั้งก่อนและต่อเนื่องตลอดการรักษา การตรวจคัดกรองจะช่วยให้ทราบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยง ต่อการขาดสารอาหารหรือไม่ โดยในการประเมินนั้นจะต้องทราบข้อมูลจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลดังต่อไปนี้ น้ำหนักมีการเปลี่ยนแปลงในรอบระยะเวลา 6 เดือนหรือไม่ มีการเปลี่ยนแปลงในชนิดและปริมาณอาหารที่รับประทาน เมื่อเทียบกับในภาวะปกติของผู้ป่วยหรือไม่ มีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น อาเจียน ท้องเสีย ท้องผูก ปากแห้ง มีการเปลี่ยนแปลงในการ รับรู้ ด้านรสชาติหรือกลิ่น มีผลในปาก หรือเบื่ออาหารหรือไม่

การรักษา

การผ่าตัด มักทำในผู้ป่วยที่โรคมะเร็งยังอยู่เฉพาะที่ตำแหน่งเริ่มต้น(มะเร็งระยะที่ 1) หรือในบางกรณีเพียงกระจายไปเนื้อเยื่อข้างเคียงหรือลุกลามทะลุผ่านอวัยวะที่เป็นโพรง (ระยะที่2) เท่านั้น ฉะนั้นจะเห็นว่า มักมีการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษามะเร็งเฉพาะที่ การรักษาในระยะแรกส่วนใหญ่มักต้องมีการผ่าตัดเพื่อหายขาด เช่นมะเร็ง ศีรษะและคอ เต้านม ปอด มะเร็งในช่องท้องเช่น มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด เพื่อการรักษาให้หายขาด หรือเพื่อการรักษาประคับประคอง

การให้ยาเคมีบำบัด ใช้เป็นยาหลัก(ชนิดเดียวหรือหลายชนิดก็ได้)ในการรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งมักเป็นมะเร็งในระยะที่เป็นมากแล้ว และไม่สามารถรักษาโดยวิธีอื่นได้ หรือใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆ ได้แก่ การผ่าตัด และ/หรือการให้รังสีรักษา ให้ยาเคมีบำบัดนำก่อนการรักษาวิธีอื่นๆ (Neoadjuvant chemotherapy) ให้ยาเคมีบำบัดตามหลังการรักษาวิธีอื่นๆ (Adjuvant chemotherapy) เป็นการให้ยา ตามหลังการผ่าตัด และ/หรือรังสีรักษา ให้ยาเคมีบำบัดร่วม/พร้อมกันในขณะที่ให้รังสีรักษา (Concurrent chemo-radiotherapy) หรือการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ (Palliative chemotherapy)

การให้รังสีรักษา เป็นวิธีหนึ่งที่มีการนำมาใช้ในการรักษาโรคมะเร็งอันดับต้นๆ รังสีที่นำนี้จะอยู่ในรูปของคลื่นที่มีพลังงานสูงสามารถทะลุผ่านสิ่งต่างๆได้ดี เช่นรังสีเอกซเรย์ หรือแกมมาเรย์ หรืออยู่ในรูปของอนุภาค เช่น ลำแสงอิเล็กตรอน โดยเป้าหมายที่สำคัญของการฉายรังสีคือ ทำให้ ก้อนมะเร็งได้รับรังสีสูงที่สุดเพื่อทำลายเซลล์มะเร็งในขณะที่อวัยวะสำคัญข้างเคียงจะต้องได้รับรังสี



น้อยที่สุด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการฉายรังสี เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ได้ทั้งการมุ่งหวังให้โรคลดหายขาด และเพื่อการบรรเทาอาการชั่วคราว ลดความเจ็บปวด ลดภาวะเลือดออก

การรักษาทางด้านฮอร์โมน อาศัยหลักการในการขัดขวางการออกฤทธิ์ของฮอร์โมน ที่จะไปกระตุ้น เซลล์มะเร็ง ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การจัดการความเจ็บปวด ภาวะความปวดจากมะเร็งนั้นจัดเป็นสาเหตุหลักของความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยระยะลุกลาม ความทุกข์ทรมานจากความปวดนี้ส่งผลกระทบต่อทั้งสภาพ ร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย รวมไปถึงผู้คนรอบข้างและครอบครัวด้วย ดังนั้น การบรรเทาและการจัดการกับความปวดในผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญมาก สาเหตุของความปวด อาจเป็นได้จากความปวดจากโรคมะเร็ง หรือ ความปวดจากการรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสี และการให้ยาเคมีบำบัด

การดูแลรักษาผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลทางด้านจิตใจ นอกจากการวางแผนการรักษาที่ถูกต้องแล้ว การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยก็มีความสำคัญไม่น้อยเช่นกัน เพราะสภาพจิตใจของผู้ป่วยมีผลต่ออาการของผู้ป่วย การรักษาที่ได้ผลต้องทำ ควบคู่ระหว่างจิตใจและร่างกาย ซึ่งต่างก็มีส่วนสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อกัน โดยเฉพาะโรคมะเร็งด้วยแล้ว สภาพจิตใจของผู้ป่วยมีผลเป็นอย่างมาก ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วย

เป้าหมายในการดูแลแผลมะเร็ง คือการดูแลประคับประคองแบบองค์รวมซึ่ง ประกอบด้วย ช่วยเหลือเพื่อลดอาการ อาการแสดงของโรค ส่งเสริมคุณภาพชีวิต ดูแลความสุขสบาย และให้การดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแผลมะเร็ง

1. การป้องกัน/รักษาการติดเชื้อและการจัดการกลิ่น สาเหตุของกลิ่นเกิดจากก้อนเนื้อที่โตเร็ว ทำลายเส้นเลือดหลอดเลือดที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อ ออกซิเจนที่มาเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลงทำให้เกิดการตายของก้อนเนื้อออกจึงทำให้เกิดกลิ่นเหม็น (Anaerobic bacteria) แผลที่มีการติดเชื้อสามารถตรวจสอบด้วยวิธีการ การเก็บสิ่งส่งตรวจโดยวิธีการป้ายจากแผล (Swab culture) และการรักษาโดยการให้ยาต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย (Antimicrobials)

- Metronidazole (Flagyl) เป็นยาต่อต้านเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม aerobic, anaerobic organisms ใช้ 1-3 ครั้ง/วัน หรือมากกว่านี้ ตามความเหมาะสม โดยใช้ในระยะเวลา 3-7 วัน ในแผลที่กว้างใช้ในรูปแบบเจล (Metronidazole Gel ที่มีความเข้มข้น 0.75% หรือ 0.8%) ทาบางๆ ใช้ในรูปแบบน้ำ (1% Solution) ชุบก๊อสประคบไว้ ใช้ในรูปแบบผง (Tablet or powder) โรยลงไปในแผล หรือใช้ในรูปแบบผงผสมน้ำปราศจาก เชื้อ (sterile water) โดยผสมแล้วได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 0.5% (5mg/cc.) หรือ ผสมแล้วได้สารละลายที่มีความเข้มข้น 1% (10mg/cc.) ซึ่งหลังจากที่ผสมได้สารละลายแล้ว จะใช้วิธีการทำความสะอาดแผลโดยวิธีการฉีดล้างหรือใช้ชุปก๊อสประคบไว้ โดยเปลี่ยนแผล 2-3 ครั้งต่อวัน

- การทำแผลด้วยน้ำผึ้ง (Honey dressing) น้ำผึ้งมีคุณสมบัติด้านการอักเสบ ลดอาการบวมของแผล รวมไปถึงกระตุ้นการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ มีสารต้านอนุมูลอิสระ น้ำผึ้งมีน้ำตาลอยู่มาก และยังมีไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ และยางผึ้งหรือโพรโพลิส (propolis) ที่ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย จึงช่วยลดความชื้นจากแผล ทำให้แบคทีเรียไม่ได้รับความชื้นที่จำเป็นต่อการดำรงชีพและยังกันไม่ให้สิ่งสกปรกข้างนอกเข้าแผล แผลจึงหายเร็ว (Osmotic effect) น้ำผึ้งมีคุณสมบัติฆ่าเชื้อ โรคและแบคทีเรียบางชนิด ช่วยในการทำความสะอาดแผลและกำจัดเนื้อตาย น้ำผึ้งมีค่า pH ต่ำกว่าแผล (มี ค่า pH ระหว่าง 3.2-4.5), เป็นสารให้ความชุ่มชื้นตามธรรมชาติ มีอยู่ในรูปของ Gel, Alginate และ Colloid

- Charcoal dressing ช่วยในการดักกลิ่น, ดูดกลิ่นเหม็นเพราะมี activated charcoal ภายในแผ่นปิดแผล นอกจากช่วยในการดูดกลิ่นแล้ว บางผลิตภัณฑ์มีการผสม silver เพื่อใช้ในแผลที่มีการติดเชื้อด้วย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เช่น Actisorb silver 220, Carbosorb, Carbonet



- Silver dressing วัสดุปิดแผลที่มีการพัฒนาโดยการผสม Silver, Nanocrystalline Silver หรือ Silver sulfadiazine ลงในวัสดุปิดแผลที่เป็นชนิด Moisture Retentive Dressings เพื่อใช้ในแผลที่มีการติดเชื้อด้วย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ เช่น Acticoat, Aquacel-Ag, Silver sulfadiazine

- Dakin's soaked เป็นวิธีการใช้ผ้าก๊อซชุบน้ำยาฆ่าเชื้อที่ใช้เฉพาะที่ใส่เข้าไปในแผล ได้แก่ Sodium Hypochlorite หรือ Dakin's solution มีฤทธิ์ฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้กว้าง ใช้ได้ผลดีกับเชื้อ Staphylococcus และ Streptococcus และทำลายเชื้อราได้ นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติในการกำจัดเนื้อตาย ใช้ใส่ในแผลที่มีเนื้อตาย ช่วยระงับกลิ่นเหม็นของแผล ความเข้มข้นที่แนะนำให้ใช้คือ 0.025% หรือ 0.25% วิธีนี้นอกจากกำจัดเนื้อตายแล้วยังอาจทำอันตรายกับเนื้อเยื่อที่สร้างใหม่ ทำให้ผิวหนังรอบแผลเปื่อยยุ่ย และเกิดความเจ็บปวด ถ้าจำเป็นต้องใช้ควรใช้ อย่างระมัดระวัง ภายหลังการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อให้ล้างแผลด้วยน้ำเกลือ (0.9%NSS) เพื่อลดความเป็นพิษต่อเซลล์

2. การควบคุมแบคทีเรียในแผลด้วยการขจัดเนื้อตายการลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียในแผล

- การทำความสะอาดแผล โดยใช้ syringe กับเข็มฉีดยา บรรจุน้ำเกลือทำความสะอาดแผล ซึ่งวิธีนี้ไม่เป็นอันตรายต่อพื้นผิวของแผล ช่วยลดจำนวนเชื้อแบคทีเรียในแผล

- การกำจัดเนื้อตาย Sharp debridement การตัดเล็มเนื้อตายออกจากเนื้อดี โดยใช้มีด (Blade) หรือกรรไกร (Metzenbaum) หรือ Curette ข้อเสียของวิธีนี้คือ ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวด อาจโดนก้อนมะเร็งและทำให้เลือดออกได้ Autolytic debridement ใช้ Hydrogel with antimicrobial, Honey-based dressingsกระตุ้นให้แผลมีความชื้นพอเหมาะ Enzymatic debridement เช่น Proteolytic enzyme ข้อดีของวิธีนี้คือ ทำแผลง่ายไม่เจ็บปวด ไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของแผล แต่มีข้อบกพร่องสำหรับแผลที่มีการติดเชื้อ แต่การกำจัดเนื้อตายด้วยวิธีนี้ ไม่สามารถช่วยลดในเรื่องของกลิ่นได้

3. การจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดกลิ่น ปรับปรุงสภาพแวดล้อม

- ขณะทำแผล ใช้สเปรย์ปรับอากาศสำหรับดับกลิ่น และปรับอากาศให้มีกลิ่นหอม ควรมียี่ห้อที่มีการระบายอากาศที่ดี เอาจล็ดภัณฑ์ปิดแผลเดิมออกให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

- ภายในห้อง ใช้เครื่องหอมหรือเทียนหอม ใช้ผลิตภัณฑ์จากผ้าลินิน ดูดความชื้นได้ดี ช่วยในเรื่องดูดกลิ่นและระงับกลิ่น มีอุปกรณ์ในการจัดการกับผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่ใช้แล้ว

4. การจัดการปัญหาทางด้านจิตใจ กลิ่นจากแผลที่เกิดขึ้น ทำให้ความมั่นใจและความหวังของผู้ป่วยลดลง การตอบสนองหรือแสดงท่าทางของผู้ดูแลหรือญาติที่มีต่อแผล กลิ่นของแผล อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความอับอาย เกิดการแยกตัวออกจากสังคม การพูดคุยกันเกี่ยวกับความกังวลและความรู้สึกโดยผู้ป่วยกับครอบครัว และการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดช่วยลดความวิตกกังวล

5. การควบคุมภาวะเลือดออกและการจัดการความเจ็บปวด สาเหตุที่เลือดออกเกิดจากเนื้อเยื่อถูกฉีกเข้าไปในหลอดเลือด มีการซึมผ่านที่เพิ่มมากขึ้นของหลอดเลือดเล็กๆ ในก้อนเนื้อเยื่อ จึงมีการหลุดร่วนของ fibrinogen, plasma colloid ที่มากขึ้น ทำให้เกิดเลือดภายในก้อนเนื้อเยื่อลดลง จึงทำให้เลือดออกง่าย การป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและลดความเจ็บปวดจากการทำแผลต้องระมัดระวังในการลอกแผ่นปิดแผลเดิมออก

- ใช้ก๊อซชุบน้ำเกลือประคบไปบนผลิตภัณฑ์ปิดแผลเดิมก่อนที่จะลอกออก หรือใช้น้ำเกลือหยดลงบน ผลิตภัณฑ์ปิดแผลเดิมเพื่อให้ความชุ่มชื้น ง่ายต่อการลอกออก

- ใช้ผลิตภัณฑ์ช่วยลอกกาวของแผ่นปิดแผล (Adhesive Remover) ที่อยู่ในช่องเหลวหรือสเปรย์ (spray), หรือแผ่นเช็ด (wipes)



- ผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่ให้ความชุ่มชื้นกับแผล จะง่ายและสะดวกต่อการเอาออกจากแผล แต่ผลิตภัณฑ์ปิด แผลที่ยึดติด หรือติดแน่นจนเกินไป หรือมีเลือดออก จะทำให้เกิดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อได้

- ทำความสะอาดแผลและกำจัดเนื้อตายด้วยความนุ่มนวล ไม่ใช้วิธีการทำความสะอาดแผลที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย เช่น การฉีดล้างด้วยน้ำเย็น การฉีดล้างด้วยความดันสูง

- ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลหรืออุปกรณ์ที่ยึดติด หรือติดแน่นจนเกินไป ป้องกันไม่ให้พื้นแผลแห้งจากการใช้ผลิตภัณฑ์

- หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแผลบ่อย หรือการเปลี่ยนแผลโดยไม่จำเป็น

- มีปัญหาเรื่องอาการปวดพิจารณาใช้ยาเฉพาะที่หรือให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผลอย่างน้อย 30 นาที

- การจัดการกับเลือดที่ออกเองจากแผล เลือดออกเล็กน้อย ใช้ hydrocolloid powder (skin barrier powder) ถ้าเลือดออกมากสารห้ามเลือด (Hemostatic agents) adrenaline ลดภาวะเลือดออก แต่ควรอยู่ในการดูแลของแพทย์ เพื่อป้องกัน ischemic necrosis โดยการใช้ ก๊อสมุขบะดรินาลิน (1:1000) กดบริเวณที่เลือดออกไว้ประมาณ 10 นาที thrombin silver nitrate surgical gelfoam, alginates, non-fibrous materials (sucralfate suspension) ป้ายเพื่อลดเลือดออก

6. การจัดการกับสิ่งขับหลัง สาเหตุของสิ่งขับหลังที่มากเกิดจาก การติดเชื้อ มีเนื้อตาย มีการซึมผ่านจากหลอดเลือดของก้อนเนื้อที่สร้างขึ้นมาก ควบคุมปริมาณการปนเปื้อนของเชื้อโรคบนพื้นผิวของแผลด้วยยาฆ่าเชื้อ ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือ ซึ่งไม่เป็นพิษต่อเซลล์และเนื้อเยื่อปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ที่มีความสามารถในการดูดซับปริมาณสิ่งขับหลังได้ดี เช่น alginates, hydrofibers ใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายในกรณีสิ่งขับหลังมีปริมาณมาก

ข้อควรระมัดระวังในการใส่ผลิตภัณฑ์ปิดแผลลงในช่องว่างหรือโพรงใต้ผิวหนัง ใส่ผลิตภัณฑ์ปิดแผลลงในช่องว่างหรือโพรงใต้ผิวหนังของแผลอย่างพอดี ไม่หลวมหรืออัดแน่นจนเกินไป ระมัดระวังการฉีกขาดและตกค้างของผลิตภัณฑ์ปิดแผลที่ใส่ลงในช่องว่างหรือโพรงใต้ผิวหนังของแผล การควบคุมสิ่งขับหลังโดยใช้ถุงรองรับสิ่งขับถ่าย (Ostomy pouch) ในกรณีดังต่อไปนี้ คือ ปริมาณของสิ่งขับหลังมาก ทำแผลมากกว่า 2-3 ครั้ง/วันขึ้นไป สารคัดหลั่งเป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม ไม่สามารถควบคุมกลิ่นได้

7. การดูแลปกป้องผิวหนังรอบแผล สาเหตุเนื่องมาจากผิวหนังที่บอบบาง อ่อนแอ และปริมาณของสิ่งขับหลังที่มาก หลีกเลี่ยงการทำผิวหนังรอบแผลบาดเจ็บ ไม่ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลหรืออุปกรณ์ที่ยึดติด หรือติดแน่นจนเกินไป หรืออาจใช้แผ่นตาข่ายป้องกันแผลหลังทำแผลเสร็จ เช่น nontraumatic tapes and mesh netting ใช้วัสดุปิดแผลที่สามารถดูดซับปริมาณสารคัดหลั่งได้ดีและไม่ทำให้ต้องเปลี่ยนแผลบ่อยครั้ง ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังรอบแผลอย่างเหมาะสม เช่น ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดฟิล์ม ซึ่งอยู่ในรูปของเหลว (liquid skin barrier) หรือสเปรย์ (spray) แผ่นเช็ด (skin barrier wipes) ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดครีม (skin barrier cream) นอกจากช่วยปกป้องผิวหนังจากสิ่งขับหลังแล้ว ยังช่วยให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังด้วย ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิด แผ่น (solid wafer หรือ occlusive dressing) ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดผง (hydrocolloid powder หรือ skin barrier powder) คู่กับ ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดฟิล์ม ซึ่งอยู่ในรูปของเหลว (liquid skin barrier) หรือสเปรย์ (spray) เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีการดูดซับสิ่งขับหลังในแนวตั้งและสามารถดูดซับปริมาณสิ่งขับหลังได้ดี เช่น Hydrofiber นอกจากดูดซับสิ่งขับหลังได้ดีแล้ว การดูดซับสิ่งขับหลังจะไม่กระจายออกนอกเส้นใย ช่วยลดปัญหาของการเกิดการเปื่อยยุ่ยของผิวหนังรอบแผลได้

8. การจัดการอาการคัน เกิดขึ้นได้จากก้อนที่โตขึ้น จากการใส่ยา จากการรักษาโรค ทำให้ผิวหนังเกิดการระคายเคืองและเกิดการติดเชื้อ ความชื้นที่น้อยลงในบรรยากาศจะมีอิทธิพลต่อการสูญเสียน้ำออกจากผิวหนังเป็นอีกสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคันได้ ดังนั้นเราจึงควรเพิ่มความชุ่มชื้นให้แก่ผิวโดย ดื่มน้ำปริมาณ 8-10 แก้ว/วัน เพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นจากภายในร่างกาย ใช้โลชั่นหรือครีมทาผิว เพื่อให้ความชุ่มชื้นแก่ผิวหนัง หลีกเลี่ยงการทำให้หลอดเลือดขยายตัว ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการคันโดย การประคบเย็น ไม่อาบน้ำอุ่นหรือน้ำร้อน ใช้ยาทาประเภทยาสเตียรอยด์ หรือยาทาลดการอักเสบชนิดอื่นๆ (topical corticosteroids)



ยาต้านฮิสตามีนชนิดรับประทาน (antihistamines) ยาน้ำแขวนตะกอนที่ใช้ทาผิวหนังเพื่อแก้อาการคัน (calamine lotion) ยาทาเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง ให้ความรู้และการปฏิบัติตัวในผู้ป่วยที่มีอาการคัน เช่น ตัดเล็บให้สั้น หลีกเลี่ยงการแกะเกาบริเวณผิวหนัง เนื่องจากจะทำให้เกิดผิวหนังอักเสบหรือการติดเชื้อแบคทีเรีย ให้ใช้มือลูบหรือตบเบาๆบริเวณที่มีอาการคัน หลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าขนสัตว์ ผ้าเนื้อหยาบ หรือใยแก้ว ซึ่งอาจจะคายเคืองและกระตุ้นให้เกิด อาการคันเพิ่มมากขึ้นได้ ควรใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย ไม่รัด ใส่ถุงมือที่ทำจากผ้าฝ้ายเวลานอน การป้องกันผิวหนังที่มีความเปียกชื้น ถ้าเป็นผิวหนังส่วนร่มผ้า หรือไทรอยด์ ไทรอยด์ (เช่น ไตเต้านม/ราวนม) โดยการทำความสะอาดและเช็ดให้แห้ง, ไม่ทาแป้งบริเวณไทรอยด์ ไทรอยด์ ไทรอยด์ ไม่ใช่แป้งข้าวโพดที่ก่อให้เกิดการเติบโตของเชื้อรา การสังเกตอาการติดเชื้อรา สามารถเกิดขึ้นได้ง่ายในตำแหน่งที่มีเหงื่อออกมาก อับชื้น การระบายอากาศไม่ค่อยดี โดยมี ลักษณะของอาการดังต่อไปนี้ มีผื่น มีอาการคัน มีอาการระคายเคือง อาจแสบ เจ็บ รักษาโดยการให้ยาด้านเชื้อรา และไม่ปิดบริเวณที่มีการติดเชื้อ ความสม่ำเสมอของการทำแผล การที่จะเปลี่ยนแผลหรือทำแผล ประเมินได้จากปริมาณสิ่งขับหลั่ง กลิ่นจากแผลและผลิตภัณฑ์แผลที่เลือกใช้ และความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ

Patient Medical Adhesive-Related Skin Injury (MARSI) Prevention: Safety

Debra Thayer, USA.

การป้องกันการเกิดผิวหนังฉีกขาด/ถูกทำลายจากวัสดุติดยึดทางการแพทย์: ความปลอดภัยของผู้ป่วย

การเกิดผิวหนังฉีกขาด/ถูกทำลายจากวัสดุติดยึดทางการแพทย์ เป็นอุบัติการณ์ เกิด การบวมแดง และหรือการแสดง ความผิดปกติต่างๆของผิวหนัง รวมทั้ง ถูกรีด แผลลอก การฉีกขาด นานหรือมากกว่า 30 นาที ภายหลังลอกวัสดุติดยึด (US-based Consensus Conference: July/August 2013 by JWOCN) ความชุกของการเกิดผิวหนังฉีกขาด/ถูกทำลายจากการ ใช้วัสดุอุปกรณ์ติดยึดทางการแพทย์มักถูกกล่าวถึงในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ในทารกเท่านั้น ทั้งๆที่สามารถพบในทุกกลุ่มอายุและ สถานที่พยาบาล มีการสำรวจพบว่าแผลฉีกขาดของผิวหนังจากการลอกวัสดุติดยึด/เปลี่ยนวัสดุปิดแผล เป็นหนึ่งในสาเหตุอันดับต้นๆ ค.ศ. 2011 Pennsylvania Patient Safety Authority รายงานว่าวัสดุติดยึด (Tape) เป็นอันดับ 3 ในการทำให้ผิวหนังฉีกขาด การทำลายของชั้นเซลล์ผิวหนังชั้นบนสุด (Superficial Layer) จากเทคนิคการลอกออกที่ไม่เหมาะสม ไม่เพียงแต่ทำให้ความ แข็งแรงของผิวหนังเสียไป ยังทำให้เกิด อาการปวด ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ขนาดของแผลเพิ่มขึ้น แผลหายช้า เกิดผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต ยิ่งไปกว่านั้นวัสดุที่ใช้การติดยึดสามารถทำให้เกิดการทำลายชั้นเนื้อเยื่อที่ลึกลงไป ไม่เพียงแต่ชั้นผิวหนังบนสุดเท่านั้น ผิวหนังที่ถูกทำลายจากวัสดุติดยึดทางการแพทย์ (MERSI) ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย เมื่อมีการฉีกขาดหรือถูกทำลาย นอกจากส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองแล้วจำเป็นต้องใช้เวลา ทรัพยากร ในการดูแลรักษา ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่า Medical Adhesive Related Skin Injury หมายถึง การบาดเจ็บของผิวหนังที่เกิดจากการใช้วัสดุปิดแผลหรือ วัสดุติดยึดทางการแพทย์ อาทิเช่น เทปกาวทางการแพทย์ (Medical tape) แผ่นปิดแผลชนิดใส (Transparent film) อุปกรณ์ปิด แผลที่มีส่วนประกอบของกาว (Adhesive dressing) อุปกรณ์ปิดทวารเทียม (Ostomy supplies) ซึ่งสามารถเกิดได้กับผู้ป่วยทุก กลุ่มโรค ทุกช่วงวัย เป็นการบาดเจ็บของผิวหนังเกิดเมื่อแรงยึดระหว่างวัสดุกับผิวหนังแข็งแรงกว่าแรงยึดระหว่างเซลล์ผิวหนังเอง ส่งผลให้เซลล์ผิวหนังในชั้น Epidermis แยกจากกัน หรือผิวหนังชั้น Epidermis และ dermis แยกจากกันโดยสมบูรณ์



ปัจจัยที่ทำให้ผิวหนังเกิดการทำลายจากวัสดุอุปกรณ์ยึดติดทางการแพทย์

ปัจจัยภายใน	ปัจจัยภายนอก
1. Extreme f age ทารก ทารกคลอดก่อนกำหนด และ ผู้สูงอายุ	1. ผิวหนังแห้ง
2. เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์	2. การสัมผัสความชื้นเป็นเวลานาน แรงเสียดทานเพิ่มถึง 2 เท่าในผิวหนังเปื่อยขึ้น
3. โรคผิวหนัง เช่น ผื่นคัน/eczema การอักเสบของ ผิวหนัง/dermatitis เป็นต้น	3. ยา เช่น ยาด้านการอักเสบ ยาด้านการแข็งตัวของเลือด เคมีบำบัด การใช้สเตียรอยด์เป็นเวลานาน
4. โรคหรือภาวะโรค เช่น เบาหวาน การอักเสบ ความบกพร่องการทำงานของไต ภาวะกดภูมิคุ้มกัน เส้นเลือดอุดตันรอบผิวหนังรูเปิดทวารเทียม	4. การได้รับรังสีรักษา
5. ภาวะทุพโภชนา	5. การถูกทำลายจากแสง
6. ภาวะขาดน้ำ	6. การลอก วัสดุติดยึดผิวหนัง/วัสดุปิดแผล/อุปกรณ์
	7. การติดซ้ำๆของวัสดุติดยึดผิวหนัง

ประเภทของ Medical Adhesive Related Skin Injury

1. Mechanical

1.1. Skin (Epidermal) striping: ผิวหนังชั้น stratum corneum หลุดลอกอย่างน้อยหนึ่งชั้นจากการดึงรั้งขณะที่ติด Medical adhesive ออกจากผิวหนัง ผิวหนังจะมีลักษณะ แดง มันวาวเป็นเงา รูปร่างไม่สม่ำเสมอ กรณีที่การบาดเจ็บรุนแรงอาจพบผิวหนังบวมแดงและมีตุ่มน้ำร่วมด้วย

1.2. Tension injury or blister: เกิดจากการที่ผิวหนังชั้นบนถูกยึดขยายจากวัสดุปิดยึด (adhesive device) เกิดแรงเสียดทานระหว่างชั้นผิวหนัง ทำให้ผิวหนังชั้น epidermis แยกจากชั้น dermis และเกิดตุ่มน้ำใต้ชั้นผิวหนัง (blister)

1.3. Skin tear: เกิดจากแรงเสียดทาน แรงเสียดสี และ/หรือแรงกระแทกบนผิวหนัง เกิดการฉีกขาดของชั้นผิวหนัง มีความลึกตั้งแต่ระดับ Partial thickness loss ถึง full thickness skin loss

2. Dermatitis

2.1. Irritant contact dermatitis: ผิวหนังอักเสบจากการระคายเคืองสารเคมีในวัสดุปิดยึด (adhesive device) ผิวหนังของผู้ป่วยตำแหน่งสัมผัสกับวัสดุปิดยึด จะบวมแดง (reddened and swollen) และอาจพบตุ่มน้ำ (vesicle) บริเวณนั้นได้ อาการจะเป็นเฉพาะที่และจะดีขึ้นรวดเร็วภายหลังหยุดใช้วัสดุนั้นๆ

2.2. Allergic dermatitis: ผิวหนังอักเสบจากการแพ้วัสดุปิดยึด (adhesive device) ซึ่งเป็นผลจากการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ผิวหนังของผู้ป่วยที่สัมผัสวัสดุปิดยึด เป็นผื่นคัน บวมแดง (Erythematous, vesicular, pruritic) อาการจะคงอยู่นานถึงหนึ่งสัปดาห์หลังหยุดใช้วัสดุนั้นๆ

3. อื่นๆ

3.1. Maceration: เกิดจากผิวหนังสัมผัสวัสดุปิดยึดที่มีความชื้นเป็นเวลานาน ผิวหนังบริเวณนั้นจะมีลักษณะ ซีดขาวจนถึงสีเทา ผิวหนังเปื่อย อ่อนแอ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บจากแรงเสียดทานหรือแรงเสียดสีง่าย



3.2. Folliculitis ภาวะรูขุมขนอักเสบซึ่งเกิดจากการโกนขนทำให้ผิวหนังบริเวณนั้นติดเชื้อแบคทีเรีย ผิวหนัง

บริเวณรูขุมขน จะบวมแดง อาจพบหนองบริเวณนี้ด้วย

การป้องกันสาเหตุการเกิด MARS1 คือหลีกเลี่ยง

1. การเลือกใช้ชนิด วัสดุของอุปกรณ์ที่ยึดติดไม่เหมาะสม: การเลือกใช้คุณสมบัติยึดติดมากเกินไปจนความจำเป็น เลือกใช้ไม่ถูกต้อง เช่น ไม่ใช้วัสดุยึดติดที่ยืดได้ (Stretch) บริเวณที่บวม
2. การใช้เทคนิควัสดุไม่เหมาะสม: การเพิ่มแรงดึง การติดตามแนววัสดุไม่ถูกต้อง ติดบนพื้นผิวขึ้น/เปียก การเตรียมผิวหนังด้วยสารที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ การเตรียมโดยไม่รอสารปกป้องผิวหนังให้แห้ง
3. การใช้สารบางอย่าง เช่น สารที่มี Tincture bezoin เป็นองค์ประกอบ โดยเชื่อว่าเพิ่มการยึดติดของเทปกา
4. การใช้วัสดุยึดติดนานเกินไป
5. เทคนิคการลอกวัสดุยึดติดไม่เหมาะสม: ลอกเร็ว ทำมุมสูงกับผิวหนัง ประคับประคองผิวหนังบริเวณแนวที่ลอก (Peel line) วัสดุไม่เพียงพอ
6. การใช้วัสดุยึดติด/วัสดุปิดแผลนานเกินไป
7. การลอกหรือเปลี่ยนวัสดุบริเวณที่ซ้ำๆ/บ่อย

สรุปแนวทางการป้องกันการเกิด MARS1

ขั้นตอนที่ 1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิด MARS1ของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2. เลือกชนิดวัสดุอุปกรณ์ยึดติดให้ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ เช่น ต้องการยึดติดวัสดุมากน้อยเพียงใด เครื่องมือมีน้ำหนัก หรืออาจมีหลายวัตถุประสงค์ในการยึดติด / เพื่อตรึงไม่ให้เกิดความเคลื่อนไหว (Immobilize) การยึดติดอุปกรณ์ให้แข็งแรง บริเวณ/ตำแหน่งอวัยวะ ลักษณะบริเวณโดยรอบ การเลือกวัสดุยึดติดที่มีส่วนประกอบ เหมาะสมกับสภาพผิวหนังตามปัจจัยของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ ทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ที่มีผิวหนังบอบบาง แพ้ง่าย มีเทคโนโลยีเกี่ยวกับวัสดุยึดติดที่ก้าวหน้ามากขึ้นเพื่อเป็นตัวเลือกให้กับกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยง ส่วนประกอบ Acrylate, Silicone

ขั้นตอนที่ 3. เลือกเทคนิคให้ถูกต้องตามปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยง

- เทคนิคการเตรียมผิวหนังบริเวณโดยรอบ แห้ง สะอาด ไม่ควรยึดวัสดุปิดยึดขณะที่ปิดลงบนผิวหนังของผู้ป่วยเพราะอาจทำให้เกิดแรงเสียดสีบนผิวหนังทำให้เกิดตุ่มน้ำได้ การป้องกันผิวหนังด้วย alcohol-free barrier film

- เทคนิคการยึดติด เช่น การปิดทับ catheter ให้ใช้ Omega Technique (Ω) การใช้แรงที่เหมาะสมเพื่อลดแรงดึงผิวระหว่างผิวหนังและวัสดุยึดติด (Surface tension) คือใช้วัสดุปิดบน catheter ให้คลุมรอบสายก่อนแปะลงบนผิวหนังของผู้ป่วย

- เทคนิคการลอกวัสดุยึดติด เช่น วิธีการลอก ระยะเวลาการใช้หลีกเลี่ยงการใช้ tincture benzoid ทาผิวหนังผู้ป่วยก่อนเนื่องจากจะทำให้วัสดุติดผิวหนังแน่นเกินไป เกิดการบาดเจ็บขณะที่ดึงออกได้ การดึงวัสดุออกจากผิวหนังของผู้ป่วย ควรดึงออกด้วยความนุ่มนวลโดยใช้ two finger technique โดยใช้นิ้วก้อยค้ำผิวหนังของผู้ป่วยไปทางตรงข้ามกับแนวดึงออก ไม่ควรดึงออกในแนวตรงข้ามแนวขนของผู้ป่วย และการดึงควรดึงในแนวระนาบขนานกับผิวหนังทำมุมไม่เกิน 45 องศา



Ostomy

Maintaining skin integrity for ostomies: Trick and trade

Louise Forest-Lalande , Canada.

การคงสภาพความแข็งแรงของผิวหนังรอบลำไส้เปิด Louise Forest-Lalande โดยการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นสำคัญ ดังนี้ 1. อุบัติการณ์การเกิดปัญหาบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่สำคัญ 2. ภาวะแทรกซ้อนและการดูแล และ 3. การส่งเสริมความแข็งแรงของผิวหนังรอบลำไส้เปิด

ปัญหาบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด ว่า เป็นปัญหาทางผิวหนังชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นรอบๆ ลำไส้เปิดหน้าท้อง ที่มักพบบ่อย ได้แก่ ผื่นผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารที่ระคายเคือง (irritant dermatitis) ผื่นผิวหนังอักเสบจากการสัมผัสสารแพ้ (allergic dermatitis) เชื้อรา (candidiasis) รูขุมขนอักเสบ (folliculitis) การบาดเจ็บจากแรงดึงหรือการโกน (trauma) ผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้องที่สมบูรณ์และปกติ คือ ผิวหนังรอบช่องเปิดลำไส้ที่ชุ่มชื้น ไม่มีบาดแผล ผิวที่สะอาดแห้ง และ pH 4.5-5.5 ถ้ามีสิ่งรบกวนผิวหนังกำพร้า(Epidermis) หรือความชื้นแฉะจะทำให้การติดถุงรองรับสิ่งขับถ่ายลอกหลุดได้ง่าย

1. อุบัติการณ์การเกิดปัญหาบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดที่สำคัญ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมพบ ดังนี้

	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ข้อค้นพบ/บทสรุป	คำแนะนำ
2010	Skin Problem in stoma patient	H Nybaek, GBE Jemec	การระคายเคืองมีสาเหตุมาจากการสัมผัสกับสิ่งขับหลัง (effluent) ส่วนการแพ้ พบเพียงร้อยละ 6 เท่านั้น	การจำแนกความแตกต่างของการแพ้และปัญหาผิวหนัง มีความสำคัญ ควรมีการประเมินอย่างครอบคลุม และให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์อย่างถูกต้อง
2008	Incident of complication of the stoma and peristomal skin Among individuals with colostomy	Salvadalea G	ทบทวนวรรณกรรมตั้งแต่ มกราคม1990ถึง สิงหาคม 2007 พบว่า ไม่มีความตรงของข้อมูลในการนิยามภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบลำไส้เปิด	ควรมีการวิจัยเพื่อหาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของวิธีการวัดและการประเมินที่เป็นมาตรฐาน
2010	Stoma relate complications and stoma size-a two year follow-up	Person E &al. stoma-related complication and stoma size-a two year follow up	-ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาผิวหนังรอบช่องเปิด ส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ -ภาวะแทรกซ้อนจะพบในผู้ป่วยที่ยกลำไส้ใหญ่	พิจารณาการประสานงานกับศัลยแพทย์เพื่อผ่าตัดให้ได้ความสูงที่เหมาะสม และพิจารณาให้ใช้อุปกรณ์เสริมที่จำเป็น



	ชื่อเรื่อง	ผู้วิจัย	ข้อค้นพบ/บทสรุป	คำแนะนำ
			ร้อยละ 53 ลำไส้เล็กที่เป็นรูเปิดเดี่ยวร้อยละ 70 และลำไส้เล็กที่เป็น 2 รูเปิดร้อยละ 79 -ความสูงของลำไส้เป็นสาเหตุในการเกิดภาวะแทรกซ้อนถ้าผู้ป่วยที่มีลำไส้เล็กเปิดหน้าท้องสูงต่ำกว่า 20 มม และลำไส้ใหญ่เปิดหน้าท้องสูงต่ำกว่า 5 มม	
2005	Descriptive Study of Perstomal complications	Ratliff CR & al	ปัญหาทางผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้องภายหลังจำหน่าย 2 เดือน พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เป็นการระคายเคือง ถึงร้อยละ 68 และพบในผู้ป่วยที่มี flush stoma ร้อยละ 26	การให้ความรู้และการติดตามผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นอย่างมาก
2006	Ostomy skin Study	Herlufsen P & al	อุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยลำไส้เล็กเปิดหน้าท้อง และร้อยละ 87 เกิดจากโรคทางผิวหนัง (skin disorder) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ไปปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์	แนะนำให้มีการร่วมมืออย่างเป็นสหสาขา เช่น พยาบาลออสโตมีและแผลกับแพทย์ผิวหนังในการให้ความรู้และมีการติดตามการรักษาต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปว่า ภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้องยังคงพบอยู่มาก ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการติดตามภายหลังผ่าตัดในระยะแรกๆ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง ความร่วมมืออย่างเป็นสหสาขาของบุคลากรทางการแพทย์ และการนิยามภาวะแทรกซ้อนและพัฒนามาตรฐานและความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัด และเครื่องมือในการประเมินภาวะแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิด



2. ภาวะแทรกซ้อนและการดูแล ที่สำคัญ ได้แก่

2.1 การระคายเคืองของผิวหนัง สิ่งที่ต้องสังเกตเห็น คือ การมีรอยแดง หรือการไม่สูญเสียผิวหนังชั้นบน และมีรอยแดงมีแฉ่งน้ำสะท้อนแสง ขึ้นและเจ็บ ปัญหาส่วนใหญ่ เกิดจาก การตัดช่องเปิดของถุงรองรับอุจจาระกว้างเกินไป กรณีนี้ควรแก้ไขโดยการตรวจสอบเทคนิคการตัดช่องเปิดของถุงรองรับอุจจาระ ถ้าเข้าใจผิดควรมีการให้ความรู้ซ้ำ การรักษาแบ่งตามการสูญเสียของผิวหนัง ได้แก่

- กรณีที่มีรอยแดงแต่ไม่มีการสูญเสียผิวหนัง พิจารณาให้ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแป้งและเพสروبฯ ลำไส้เปิดหน้าท้อง

- กรณีที่มีการสูญเสียผิวหนังชั้นบน พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแป้งและฟิล์ม รอบๆลำไส้เปิดหน้าท้อง โดยทำซ้ำ 3-4 ก่อนผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดเพสروبฯ

- กรณีที่เกิดจากการใช้ถุงนานเกินไป หรือมีอุจจาระเหลว ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อสังเกตและสัญญาณเตือนในการเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ

2.2 เชื้อรา มักพบเชื้อ C.albicans สิ่งที่ต้องสังเกตเห็น คือ เป็นตุ่มน้ำ รอยแดงเป็นปื้น เปื่อยยุ่ย ปวดแสบ คัน และมีวงสะท้อนแสง (satellite lesions) สาเหตุเกิดจากมีความร้อนและสิ่งแวดล้อมชื้น พบในผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน และได้รับยาปฏิชีวนะ เป็นระยะเวลานาน กรณีนี้ ควรมีการ ประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ระบุและรวบรวมสาเหตุ ใช้ยาทาภายนอกทั้งชนิดแป้งและครีม และให้ความรู้ผู้ป่วย

- การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผิวหนังแห้งก่อนติดถุงรองรับอุจจาระ หลังอาบน้ำควรใช้ผ้าซับให้แห้งเพื่อไม่ให้เกิดความชื้นแฉะ ใช้ถุงครอบถุงรองรับอุจจาระ (pouch cover) ชนิดที่เป็นผ้า

- การรักษาโดยใช้ยาทาภายนอก ประยุกต์ใช้แป้งหรือครีมแก้เชื้อรา Antifungal cream or powder เมื่อต้องเปลี่ยนถุงรองรับอุจจาระ ในรายที่เป็นบริเวณกว้าง อาจใช้ยาพ่นสเตียรอยด์แบบpuff Fluticasone Propionate เป็นยาพ่นสเตียรอยด์มีฤทธิ์ลดการอักเสบเฉพาะที่และออกฤทธิ์เต็มที่ใน2-3วันและควรใช้ยาตามแพทย์สั่ง ร่วมกับยาด้านเชื้อราแบบครีมหรือแบบผง

2.3 การแพ้ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นบริเวณที่สัมผัสกับผลิตภัณฑ์ ซึ่งพบว่า ผิวหนังแดง คัน เป็นรอยและมีการอักเสบ ในคนที่มิถูกกระตุ้นได้ง่าย จะกลายเป็นปัญหาเรื้อรัง ปัญหาส่วนใหญ่พบในคนที่ใช้ผลิตภัณฑ์ไม่ถูกวิธี เช่น การใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดเพส ผลิตภัณฑ์ทำลายกลิ่น น้ำหอมหรือผ้าเปียก กรณีนี้ พยาบาลควรศึกษาประวัติการแพ้ ทดสอบการแพ้ และกำจัดผลิตภัณฑ์ที่แพ้ทุกชนิด และป้องกัน โดยหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่แพ้ ถ้าจำเป็นต้องใช้ ให้ใช้อย่างถูกต้อง และปรึกษาแพทย์เรื่องการใช้อยาทาภายนอก

2.4 รุขุมขนอักเสบ เป็นการอักเสบของรูขุมขน เป็นรอยแดง บากครั้งเป็นตุ่ม มีสาเหตุมาจาก การกำจัดขนอย่างรุนแรง การใช้ยาฆ่าความสะอาดผิวหนังมากเกินไป ควรทบทวนวิธีการกำจัดขนและเทคนิคการลอกถุงรองรับอุจจาระ ให้คำแนะนำการกำจัดขนโดยใช้กรรไกร และให้ยาปฏิชีวนะ

2.5 การรั่วซึม พบในผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดหน้าท้องคล้ายๆ ดอกเห็ด ผู้ป่วยที่อยู่ในภูมิภาคร้อนชื้น การแก้ไข ถ้าผิวหนังแห้ง ให้ใช้ครีมเพิ่มความชื้น แต่ถ้าผิวหนังมันให้ใช้แผ่นปิดที่กันน้ำและใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดแป้งโรยรอบๆ ลำไส้เปิดหน้าท้อง และใช้ damp finger ปิดอีกชั้นหนึ่งก่อนติดถุงรองรับอุจจาระ และควรหลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่ Hydrocolloid กรณีผิวหนังหน้าท้องไม่เรียบ พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังชนิดเพสเพื่อปรับระดับผิวหนัง

3. การส่งเสริมความแข็งแรงของผิวหนังรอบลำไส้เปิด ควรมีการให้คำแนะนำเมื่อผิวหนังรอบลำไส้เปิดเป็นรอยแดง ดังนี้

- ตรวจสอบช่องเปิดของถุงรองรับอุจจาระ ต้องไม่กว้างกว่าขนาดลำไส้เกิน 2-4 มม.



- ลดระยะเวลาในการใส่ถุงรองรับอุจจาระ
- ทำความสะอาดผิวหนังรอบลำไส้เปิดด้วยน้ำเปล่า หลีกเลี่ยงการใช้กระดาษเปียก
- ประเมินความไม่เรียบของผิวหนังหน้าท้อง
- ปรึกษาพยาบาลออสโตมีและแผล โดยเฉพาะเมื่อมีการแพ้

สรุป ปัญหาบริเวณผิวหนังรอบลำไส้เปิดหน้าท้อง มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลออสโตมีและแผลควรพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย มีการติดตามผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาว มีการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ อยู่เสมอและแบ่งปันให้ผู้อื่น เพื่อลดปัญหาของผู้ป่วย

Nursing Management of Enterocutaneous Fistula

Joy Sears, Australia.

Fistula มาจากภาษาละติน หมายถึง ทางติดต่อที่ผิดปกติระหว่างพื้นที่ผิว 2 แห่งซึ่งต่างปกคลุมด้วย Epithelium การเรียกชื่อตามอวัยวะที่เชื่อมต่อกัน หรือ อวัยวะเริ่มต้น (organ origin) เช่น Duodenocutaneous fistula หรือ duodenal fistula เป็นทางติดต่อผิดปกติระหว่างลำไส้เล็ก duodenum กับ ผิวหนัง (cutaneous) Vesicocolonic fistula เป็นทางติดต่อผิดปกติระหว่างกระเพาะปัสสาวะ (vesico) กับลำไส้ใหญ่ส่วน colon rectovaginal fistula เป็นทางติดต่อที่ผิดปกติระหว่างลำไส้ใหญ่ส่วน rectum กับช่องคลอด Aortoenteric fistula ทางติดต่อที่ผิดปกติระหว่าง aorta กับลำไส้เล็ก และ Enterocutaneous fistula หมายถึง ทางติดต่อที่ผิดปกติระหว่างลำไส้เล็กกับผิวหนัง

Classification of Fistula การแบ่งประเภทของ fistula โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ ออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. แบ่งตามลักษณะช่องเปิดแบ่งเป็น

1.1 Simple fistula หมายถึง fistula ที่มีลักษณะเป็นช่องเปิดสั้น ๆ ทะลุออกสู่อวัยวะภายนอก ไม่มีการ involve ไป organ อื่น

1.2 Complex fistula หมายถึง fistula ที่มีลักษณะช่องเปิดเกี่ยวข้องกับ Abscess หรือมีการ involve ไปยังอื่น ๆ

2. แบ่งตามกายวิภาค (Anatomical classification) แบ่งเป็น internal fistula เป็นการติดต่อระหว่างทางเดินอาหารด้วยกันและ External fistula เป็นการติดต่อระหว่างทางเดินอาหารกับผิวหนังซึ่งพบว่ร้อยละ 75-78 เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดพบว่า เป็นแต่กำเนิด ร้อยละ 15 - 25 ส่วนที่เหลือเกิดจากได้รับอุบัติเหตุบริเวณกระเพาะและลำไส้

3. แบ่งตามสรีรวิทยา (Physiological classification) เป็นการแบ่งประเภทโดยอาศัยปริมาณของ fistula output ใน 24 ชั่วโมง Low output ปริมาณน้อยกว่า 200 ml/day Moderate output ปริมาณ 200-500 ml/day High output ปริมาณมากกว่า 500 ml/day

ตำแหน่งการเกิดรูทะลุ Enterocutaneous Fistula Location

Enterocutaneous fistula เป็นภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดในช่องท้องร้อยละ 65 สามารถพบได้บริเวณลำไส้เล็ก ร้อยละ 30 สามารถพบได้บริเวณลำไส้ใหญ่ ส่วนที่กระเพาะอาหารและหลอดอาหารพบได้เล็กน้อย



Multidisciplinary Fistula Management

การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลทะลุซับซ้อนมีความจำเป็นต้องบูรณาการแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดมาเป็นแนวทาง สำหรับดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด แพทย์ระบบทางเดินอาหาร นักโภชนาการ เภสัชกร ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลลำไส้และรูเปิด รังสีแพทย์ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย

การจัดการและการดูแลแผลทะลุ Fistula Management

จุดมุ่งหมายของการรักษาคือ ทำให้ fistula ปิดและทางเดินอาหารให้กลับมาทำหน้าที่ได้ตามปกติ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่ำที่สุดซึ่งมีหลักการดังต่อไปนี้

1. Resuscitation การดูแลภาวะขาดสารน้ำและ อิเล็กโทรไลต์
2. Elimination of sepsis ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อควบคุมการติดเชื้อตามการเพาะเชื้อในเลือด (intravenous antibiotics to control systemic infection) และ ให้การระบายหนองกรณีมีการติดเชื้อและโพรงหนองในช่องท้อง เชื้อที่เป็นสาเหตุในผู้ป่วย enterocutaneous fistula ส่วนใหญ่เป็นเชื้อที่มาจากลำไส้ ได้แก่ Coliforms, Bacteroides, Enterococcus, Staphylococcus การให้ยาปฏิชีวนะควรให้ยาที่ครอบคลุมเชื้อกลุ่มนี้ในช่วงแรกและเปลี่ยนตามผลเพาะเชื้อภายหลัง
3. Skin/wound management การดูแลผิวหนังและแผล การดูแลผิวหนังรอบ fistula มีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วย enterocutaneous fistula เป้าหมายเพื่อรักษาสภาพผิวหนังรอบ fistula ไม่ให้มีการถลอก ระคายเคือง แฉะ และติดเชื้อ การใช้ skin barrier ป้องกันการระคายเคือง เป็นสิ่งจำเป็น ถ้าน้ำหลั่งนั้นมี proteolytic enzyme หรือมีความเป็นกรดต่างมาก ความรู้พื้นฐานเรื่อง basic skin care products จึงมีความสำคัญในการดูแลรักษาแผลของผู้ป่วย Enterocutaneous fistula อย่างมาก การดูแลผิวหนังที่ดีจะช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นมาก พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในด้าน enterostomal therapy จะช่วยดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ถ้าไม่มีพยาบาลเฉพาะทาง ศัลยแพทย์ และแพทย์ผู้ดูแลควรเป็นผู้ดูแลในเรื่องนี้เอง
4. Optimization of nutrition ภาวะ malnutrition ยังเป็นปัญหาหลักของผู้ป่วย Enterocutaneous fistulas โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม high output fistulas ปัจจัยเกี่ยวข้อง 3 อย่างที่ทำให้เกิดคือ ได้รับอาหารไม่เพียงพอ hyper catabolism จากการติดเชื้อในกระแสเลือด และสูญเสีย protein - rich energy - requiring secretions จาก fistula ภาวะโภชนาการที่ดีมีส่วนสำคัญในการเพิ่มอัตราการปิดเองได้ (spontaneous closure) ของ enterocutaneous fistulas และลดอัตราการตายจากภาวะติดเชื้อรุนแรง (septic mortality)

การให้สารอาหารมี 2 แบบ คือ Parenteral Nutrition เป็นการให้สารอาหารในรูปสารละลายเข้าทางเส้นเลือดดำใหญ่ และ Enteral Nutrition เป็นการให้อาหารทางลำไส้

5. Assessment of anatomy การประเมินลักษณะกายวิภาคของ enterocutaneous fistula ทำให้สามารถวางแผนการรักษาผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. Definitive surgery/plan การวางแผนการผ่าตัด ศัลยแพทย์ควรศึกษากายวิภาคของ fistula tract โดยละเอียดก่อนผ่าตัด และผู้ป่วยไม่ควรอยู่ในภาวะที่มีการติดเชื้อ บางครั้งไม่สามารถทราบได้ว่ามีการอักเสบของทางเดินอาหารลดลงไปมากหรือไม่ ก่อนการผ่าตัด บางครั้งพังผืดที่หนาตัวมากที่เกิดจากการผ่าตัด หรือ การติดเชื้อในช่องท้อง ครึ่งก่อนก็ทำให้การผ่าตัดเป็นไปด้วยความยากลำบาก ดังนั้นจำเป็นต้องรอเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้การอักเสบในช่องท้องลดลงมากที่สุด

บทบาทของพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วย enterocutaneous fistula



1. การบันทึกปริมาณของเหลวและอาหาร ทั้ง intake/out-put
2. การใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ในการดูแลแผลและผิวหนังโดยรอบ Wound management/ Skin care/ Products ประเมินแผล เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อปกป้องผิวหนังและใช้หลัก aseptic technique เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
3. ดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ Enteral nutrition /TPN /fistuloclysis เพื่อป้องกันภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากอาหารเป็นตัวแปรที่ช่วยทำนายนายการปิด Fistula ไม่ว่าจะเป็นการให้อาหารทางลำไส้หรือการให้อาหารในรูปสารละลายเข้าทางหลอดเลือดดำ
4. การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย Activities of daily living ให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย
5. การดูแลทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยที่มี fistula ย่อมส่งผลต่อ ภาวะทางด้านอารมณ์ในทางลบ เครียดกับการเจ็บป่วยมีความรู้สึกคุณค่าในตัวเองลดลง สูญเสียความรักจากคนในครอบครัว การพยาบาลด้านจิตใจจึงมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกในทางบวก การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญเช่นกันในการรักษา
6. การให้ความรู้และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้





Incontinence –Associated Dermatitis

Best Principles-Incontinence –Associated Dermatitis: Moving Prevention Forward”

Debra Thayer, USA.

Incontinence –Associated Dermatitis (IAD) เกิดจากผิวหนังสัมผัสกับปัสสาวะและหรืออุจจาระที่เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผิวหนังบริเวณที่สัมผัสนั้นมีความชื้นมากเกินไปทำให้ชั้น stratum corneum บวมและ ถูกทำลาย จนสูญเสียหน้าที่ในการปกป้องชั้นผิวหนัง ทำให้ผิวหนังอักเสบและเปิดเป็นแผล ภาวะ IAD เป็นปัญหาที่สำคัญและพบบ่อย จากข้อมูล primarily US และ WE มีรายงานว่า อัตราความชุก (prevalence) ของการเกิด IAD มีตั้งแต่ร้อยละ 5.6 – ร้อยละ50 อุบัติการณ์ (incidence) ของการเกิด IAD มีตั้งแต่ร้อยละ 3.4 - ร้อยละ และพบใน ICUร้อยละ 36

ภาวะ IAD ส่งผลทำให้เกิด Pain Secondary infection ปังจัยเสี่ยงส่งเสริมทำให้เกิด Pressure Ulcer ผู้ป่วยและญาติ ไม่มีความพึงพอใจ

แนวทางป้องกันการเกิด IAD

1. Inspect skin: ประเมินผิวหนังอย่างน้อยวันละครั้ง ว่าพบรอยแดง (Erythema), Erosion/Denudation, Lesion หรือไม่ ใช้เครื่องมือในการประเมิน IAD ซึ่งมีแบบประเมินดังนี้ IAD Assessment and Intervention Tool (IADTIT) (Junkin), Incontinence -associated dermatitis and its severity (IADS)(Borchert), Skin Assessment Tool (Lutz and Kennedy)

หรือPuCLAs (EPUAP)

2. Clean: ทำความสะอาดทุกวันและทุกครั้งที่มีภาวะควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ โดยใช้หลักการของการทำความสะอาด ดังนี้ Gentle technique: ทำความสะอาดอย่างนุ่มนวล ไม่ขัดถู ใช้ผ้าใยสังเคราะห์ที่นุ่ม ไม่ระคายเคืองผิวในการเช็ดทำความสะอาด (disposable non-woven cloth) ใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่ไม่ระคายเคืองผิว มีค่าpHเป็นกลาง no rinse skin cleanser ไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ไม่ใช่สบู่ในการทำทำความสะอาด minimum standard คือ ใช้น้ำเปล่าในการทำความสะอาด

3. Pad dry ซับผิวให้แห้ง

4. Skin protectant ใช้ผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนังเช่น ปิโตเลียมออกไซด์ dimeticon, Zinc oxideบริเวณผิวหนังทุกส่วนที่สัมผัสกับปัสสาวะและหรืออุจจาระ เพื่อป้องกันผิวหนังอักเสบ, ควรดูแลผิวหนังให้มีความชุ่มชื้น เพื่อคงระดับไขมันในชั้นผิว และทำหน้าที่ของผิวอย่างปกติ

ความสำคัญของ Best Practice Principles สำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย bedside : จัดทำแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้มีการปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและรักษา IAD อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับ clinical leader : จัดทำแผนงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการเกิด IAD



Management incontinence-associated dermatitis through Administration of Rectal Lactulose via fecal management system with Hepatic Encephalopathy

ปัญหาการกลั่นอุจจาระและ/หรือ ปัสสาวะไม่ได้ พบได้บ่อยในผู้ป่วยวิกฤติที่นอนโรงพยาบาล โดยพบว่ามีความชุกของปัญหาการควบคุมหรือกลั่นอุจจาระไม่ได้ พบได้ถึงร้อยละ 17.6 และในจำนวนนี้ก่อให้เกิดปัญหาภาวะผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระพบได้ถึงร้อยละ 42.5 จากปัญหาผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระเป็นความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับและการติดเชื้อบริเวณผิวหนังในผู้ป่วยกลุ่มนี้

สาเหตุของปัญหาอาการท้องเสียในผู้ป่วย ICU. ได้แก่

- การติดเชื้อ Clostridium Difficile
- การได้รับยา เช่น ยาระบาย ยาปฏิชีวนะ (laxatives, antibiotics, etc)
- Enteral feeding การได้รับอาหารทางสายยาง

ในผู้ป่วยโรคตับที่มีปัญหาอาการทางสมองจากโรคตับ(Hepatic encephalopathy) การรักษาด้วย Lactulose Enema (การสวนถ่ายด้วยยา lactulose) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องเสีย ถ่ายอุจจาระบ่อยทำให้เกิดปัญหาผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ ทีมพยาบาลผู้ดูแลจึงได้ทำการทดลองโดยเลือกใช้การคาสายสวนระบายอุจจาระเพื่อป้องกันปัญหาผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระ ในการทดลองนี้เป็นการทดลองศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective) โดยมีข้อห้ามใช้วิธีการคาสายสวนระบายอุจจาระสำหรับผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ คือ

- ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดลำไส้ส่วนปลายในปีที่ผ่านมา
- ผู้ป่วยแพ้อุปกรณ์คาสายสวนระบายอุจจาระ
- ลำไส้ส่วนปลาย และลำไส้ส่วนหูลุติมีการบาดเจ็บ
- ลำไส้ส่วนปลาย และลำไส้ส่วนหูลุติมีอาการตีบ หรือ ตัน
- สงสัยว่าผู้ป่วยมีปัญหาบริเวณเยื่อในทวารหนัก
- ยังไม่ได้รับการตรวจว่าไม่มีก้อนลำไส้ส่วนปลายและลำไส้ส่วนหูลุติ
- มีอาการของริดสีดวงทวารรุนแรง
- มีอุจจาระอุดตันบริเวณลำไส้ส่วนปลาย และลำไส้ส่วนหูลุติ

ผลการทดลอง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสวนถ่ายด้วยยา lactulose และคาสายสวนระบายอุจจาระ สามารถป้องกันปัญหาผิวหนังถูกทำลายจากการสัมผัสกับอุจจาระและการเกิดแผลกดทับได้



แหล่งข้อมูล/บุคคล (Source/Person):

1	นางสาวจุฬพร	ประสังสิต	งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล
2	นางสาววิมลลักษณ์	ชัยศักดิ์ชาติ	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
3	นางสาวณัฐวรรณ	วรรณรักษ์เจริญ	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
4	นางสาววาริดา	จงธรรม	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
5	นางสาวสมจิน	ยะห้วผาย	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
6	นางสาวปนัดดา	เสื่อหรั่ง	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
7	นางสาวสุพินดา	ไชยชิต	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
8	นางสาวพิกุล	ยอดรัก	งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ฯ
9	นางสาวจรรุวรรณ	เวชพันธ์	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช
10	นางสาววรรณิภา	สายหล่า	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช
11	นางสาวอันธิกา	วุฒิดิลกประพันธ์	งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวช
12	นางสาวนงลักษณ์	สรรม	งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
13	นางสาวรัตตมา	ภักดีศิริวงษ์	งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
14	นางสาวกาญจนา	รุ่งแสงจันทร์	งานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

วันที่บันทึกข้อมูล :