

กรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา : กรณีศึกษา 2 ราย

นัตยา ปริกัมศีล

บทคัดย่อ

กระดูกต้นขาหักเป็นภัยอันตรายที่พบได้มากในสภาวะการณปัจจุบัน ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มักเกิดจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรง ประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยประเภทนี้จะมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย จากข้อมูลในหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ ปี 2558 -2560 มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ หลงเหลือความพิการ และต้องนอนโรงพยาบาลนาน เสียภาพลักษณ์ ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องวางแผนทางการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในระยะเวลาที่มีการติดเชื้อเฉียบพลันการประเมินและดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็วสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการติดเชื้อ ลดความพิการ ซึ่งปัจจุบันแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ถูกละเลยการเฝ้าระวัง

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล และการพยาบาลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหักต้นขาหักที่พบภาวะการติดเชื้อร่วมด้วย และประเมินการดูแลผู้ป่วยได้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

กรณีศึกษา ผู้ป่วย 2 รายที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุต้นขาหักและได้รับการผ่าตัดเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วและได้รับความปลอดภัย โดยใช้รูปแบบการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยการดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหักตั้งแต่แรกรับไว้ในการดูแลในหอผู้ป่วยจนถึงจำหน่าย ซึ่งพบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 cases มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยการติดตามการตรวจรักษา หลังจำหน่าย และได้แนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา ภาวะติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน

Nursing care of infectious patient after orthopedic operation: Case study 2 case

Nattaya Parikumsil

ABSTRACT

Introduction : Presently, the broken thigh or femur bone was common reported in many injuries. Of adult and elderly patients were caused by serious accident and fall. Approximately 50-60 percent of the patients will combine with other injuries and other position of injury. Based on information in orthopedics, Photharam Hospital from 2015 to 2016 is likely to increase as a major public health problem in Thailand. Orthopedic injury for older is a major public health problem because it causes the loss economic, disability, prolong length of stay, and loss of image. Therefore, nurses need to set the nursing practice for this group. Especially, holistic care included acute phase, rapid assessment for reduce complication including infection, disability. In the present, the surveillance of this patients for other infection were not done.

Objective : The purposes of this study aimed to study caring and evaluation of orthopedic patients with nosocomial infection for safety from complications while hospitalized and after discharge.

Cases studied : Two post-operative orthopedic patients who were admitted and suffered a broken thigh accident. Those patients had complication as hospital-acquired infection. The nursing process for patients who had operated and complicated after operation, were applied by using nursing care patterns and patient discharge planning. It was found that 2 case studies had complications which were correlated with and without operation. After surgery, cases were improved and monitor until after discharge. The policy of evaluated risk factor will further perform.

Keywords: post-operative of fracture femur patient, infection, complication

บทนำ

กระดูกต้นขาหักเป็นภัยอันตรายที่พบได้มากในสภาวะการณปัจจุบัน ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มักเกิดจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรง ประมาณร้อยละ 50-60 ของผู้ป่วยประเภทนี้จะมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย จากข้อมูลในหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ ปี 2558 -2560 พบผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยกระดูกต้นขาหักทั้งหมด 570 รายต่อปี แพทย์พิจารณาผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกภายใน จำนวน 151 ราย/ปี จึงจำเป็นที่พยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา เป็นผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การรักษา สามารถให้คำปรึกษา แนะนำ ให้การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพทางการพยาบาล เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยอาการทุเลาลง ไม่มีความพิการ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด และระบบอื่นที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่พบว่าบางครั้งขาดการประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ได้ทันเวลา และการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาโดยใส่โลหะตามกระดูกภายในและมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมด้วย หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต้นขา โดยการประเมินความต้องการและปัญหาของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม กริยาอาการแสดงของผู้ป่วย ซึ่งจะกระทำอย่างมีระเบียบ ภายใต้ขั้นตอนต่างๆของกระบวนการพยาบาล คือ การประเมินผู้รับบริการ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผู้รับบริการ เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามลักษณะ และอาการของผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงทีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ หลักสำคัญในการให้การพยาบาล คือ คุณภาพและประสิทธิภาพจะต้องพิจารณาเป็นระยะๆ ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด
2. การพยาบาลขณะผ่าตัด
3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด
- การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล
5. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กระดูกต้นขาหักจะพบได้บ่อย บริเวณต้นขานี้มีความสำคัญไม่น้อยกว่าอวัยวะส่วนอื่น เพราะเป็นส่วนที่มีกล้ามเนื้อ เส้นเลือด เส้นประสาทมาก เมื่อเกิดการบาดเจ็บ อาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทรมาณจากอาการเจ็บปวดและอาจเกิดความพิการจากกระดูก

ติดผิดรูปได้ ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยให้พ้นจากภาวะอันตรายเหล่านี้และจะต้องเป็นผู้มีความรู้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างถูกต้องจนสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

จากกรณีศึกษา ได้ศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำราวิชาการต่างๆ จัดทำเป็นเอกสาร วิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักนี้ขึ้น เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้และเป็นแนวทางในการ ปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการให้การดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพต่อไปที่มี หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based) ได้กรณีศึกษา ผู้ป่วย 2 ราย

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 83 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2560 เวลา 13.47 น. ให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ลื่นล้ม เข้าซ้ายกระดูกหักพื้น ญาติ จึงนำส่งโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษาดังนี้ ให้เจาะ FBS Electrolyte BUN Creatinine CBC และ Film Left knee AP, Lat CXR EKG และ Set Operation for Open Reduction Internal Fixation c PLS Under SB วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เวลา 9.00 น. จอ G/M PRC 2 ยูนิต Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนไป OR Retained foley's catheter หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีแผลผ่าตัดที่หัวเข่าซ้าย On Radivac drain 1 ขวด สาย Content เป็นสีแดง ผู้ป่วยเรียกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพ จร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation = 98% Retained foley's catheter ปัสสาวะออกดี สีเหลืองใส แพทย์ให้การรักษาดังนี้ ให้วัดสัญญาณ ชีพจนปกติ และ On LRS 1,000 cc. ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 100 cc/hr. หลังผ่าตัดเจาะ Hematocrit = 23.7% ให้ PRC 1 ยูนิต เจาะซ้ำ Hematocrit เวลา 06.00 น. = 24% หลังผ่าตัดผู้ป่วย เกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความดันโลหิตต่ำ และมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมด้วย แพทย์จึงให้การ รักษาดังนี้ ให้ยา Levophred ปรับ rate ตามอาการผู้ป่วยและสังเกตอาการทุก 1 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำ ทางหลอดเลือดดำและ Keep BP > 90/60 mmHg. วัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วง อุณหภูมิร่างกาย 37.5 – 38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 120 ครั้งต่อนาที หายใจ 16 - 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 85/50 – 110/65 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation = 95 - 98% หลังจากได้รับยา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดที่ขาซ้าย มีเลือดซึมออกเล็กน้อย เจ็บตึงแผลผ่าตัดทุกแหว่ Pain Score = 5- 7 หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลง และ Off Radivac drain ออกได้ อาการผู้ป่วยดีขึ้น ตามลำดับ สามารถลงเดินด้วย Walker หัดเดินได้ วันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ.2560 แพทย์ตรวจเยี่ยม อาการ อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัด F/U OPD Ortho 2 สัปดาห์ ได้ยา Celebrex 1 เม็ด รับประทานหลัง

อาหารเข้า Mydoclam 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น PCM (500 mg) 2 เม็ด รับประทานเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง MOM 30 ml. รับประทาน ก่อนนอน ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยมีญาติมารับกลับบ้านได้ รวมวันนอนทั้งหมด 22 วัน ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย คู่ อายุ 23 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เวลา 6.14 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรยนต์ขุ่นตันไม่ไหลสลบ ปวดต้นขาขวา แขนขวา ปวดจุกลิ้นปี่ มุลินธินำส่งโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 86 กิโลกรัม แพทย์ให้การรักษาดังนี้ ให้เจาะ Electrolyte BUN Creatinine CBC และ Film Left hip AP, Lat CXR on skeletal traction 10 kgs และ Set Operation for Open Reduction Internal Fixation c PLS Under GA วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เวลา 10.55 น. หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีแผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้าย On Radivac drain 1 ขวด สาย Content เป็นสีแดง off drain ออกได้ ในวันที่ 17 พฤษภาคม ผู้ป่วยเรียกรู้ตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation = 100 % แพทย์ให้การรักษาดังนี้ ให้วัดสัญญาณชีพจนปกติ และ On LRS 1,000 cc. ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 100 cc/hr. หลังผ่าตัดเจาะ Hematocrit = 38% หลังผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดอาการไอ เหนื่อย แน่นหน้าอก มีไข้ (38-39 องศาเซลเซียส) ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผล CXR พบ infiltration Rt. Upper lobeและมีการติดเชื้อปอดอักเสบร่วมกับ hypoxia ร่วมด้วย แพทย์จึงให้การรักษาดังนี้ ให้ยา Tazocin 4.5gm IV ทุก 8 ชั่วโมง ตามอาการผู้ป่วยและสังเกตอาการทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและ วัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วง อุณหภูมิร่างกาย ลดลง ชีพจร 82-94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/52 – 131/65 มิลลิเมตรปรอท O₂saturation = 97 - 99% ผล D dimer 1379 ug/L หลังจากได้รับยา ปอดอักเสบลดลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดที่ขาซ้ายแผลแห้ง เจ็บตึงแผลผ่าตัดทุกเวร Pain Score = 4-5 หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลง และ อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ สามารถลงเดินด้วย cruth non weight หัดเดินได้ วันที่ 25 พฤษภาคม พ.ศ.2560 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัด F/U OPD Ortho 4 สัปดาห์ ได้ยา tramal 1 เม็ด รับประทานเมื่อปวด calcium 1 เม็ด รับประทาน 2 เวลา หลังอาหาร เข้า เย็น PCM (500 mg) 2 เม็ด รับประทานเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมง ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยมีญาติมารับกลับบ้านได้ รวมวันนอนทั้งหมด 17 วัน ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมาก	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมาก ปวดแขน หน้าอก
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด	วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ระยะที่ 2 การพยาบาลหลังผ่าตัด

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่แผลผ่าตัดยาวประมาณ 8 เซนติเมตร	เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่แผลผ่าตัดยาวประมาณ 5เซนติเมตร
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด	ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากมีเลือดซึมผ้าก๊อสอบกมา	อาจเกิดความเสี่ยงการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงผิดปกติ	เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการบาดเจ็บบริเวณหน้าอก
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนแพ้ยาต้านจุลชีพ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อปอดอักเสบ

การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 7	เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากคาสาย สวนปัสสาวะไว้	ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้ สัมพันธ์ กับเนื้อเยื่อได้รับกระทบกระเทือน หลังผ่าตัด และการติดเชื้อ
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 8	ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้ สัมพันธ์กับ เนื้อเยื่อได้รับกระทบกระเทือนหลัง ผ่าตัด	ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล สัมพันธ์กับการจำกัดการ เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 9	ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูกสัมพันธ์ กับการจำกัดการเคลื่อนไหวหลัง ผ่าตัด	
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 10	เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ในกระแสเลือด	
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 11	อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ ยา Levophred	

ระยะที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย

	ผู้ป่วยรายที่1	ผู้ป่วยรายที่2
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 1	มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากขาด	มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เนื่องจากขาด
การวินิจฉัยการ พยาบาลที่ 2	ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่บ้าน	ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ไปอยู่บ้าน

ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยรายที่1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่2 (pneumonia)
1.ผู้ป่วยผู้คุ้มกันต่ำจาก	1.ผู้ป่วยผู้คุ้มกันต่ำจาก
1.1 สูงอายุ	1.1 เป็นโรคอ้วน
1.2 มีภาวะช็อค จากการเสียเลือด ที่แผลผ่าตัด	1.2ได้รับการดมยาในการผ่าตัด ผู้ป่วย รายนี้ดมยา

1.3 ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	1.3 ค่อนข้างยากจาก อ้วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร
	1.4 บริเวณหน้าอกได้รับการกระทบ ขณะเกิดอุบัติเหตุ
1.4 มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน	3. หลังการผ่าตัดผู้ป่วยขยับตัวน้อย
2. ผู้ป่วยได้รับหัตถการทางการแพทย์โดยการสอดใส่ อุปกรณ์หลายชนิด	4. ไม่มีการบริหารปอดหลังการผ่าตัด ทันที

สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ในผู้ป่วยรายนี้

	ผู้ป่วยรายที่1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่2 (pneumonia)
1.ผู้ป่วยผู้คุ้มกันต่ำจาก	อายุ ภาวะชืด ได้รับการผ่าตัด ใหญ่	น้ำหนักตัวมาก ได้รับการ ผ่าตัดใหญ่ เคลื่อนไหว ร่างกายน้อย
2. ผู้ป่วยได้รับหัตถการทาง การแพทย์โดยการสอดใส่ อุปกรณ์หลายชนิด	Peripheral vein, urine catheter, Redivac drain	Peripheral vein, การดม ยาสำหรับการผ่าตัด
3.ได้รับการดมยาในการผ่าตัด	Spinal Block	General anesthesia ดมยาลึก
4. ไม่มีการบริหารปอดหลังการ ผ่าตัด	-	ไม่ได้ปฏิบัติทันที 1-2 วัน หลังการผ่าตัด

การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีภาวะดุกดันขาข้างซ้ายหักและพบภาวะแทรกซ้อนคน
ระบบการติดเชื้อ เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดตามหลักที่สะโพก และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพิ่ม
สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันให้ได้ปกติมากที่สุด บทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องประเมิน และ
ดูแลอาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเพื่อที่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูก ต้อง
ในหอผู้ป่วยได้แก่ สัญญาณชีพวัดปริมาณออกซิเจนในเลือดและสามารถประเมินการเปลี่ยนแปลง
โดยเฉพาะการติดเชื้อในกระแสเลือดเพื่อจะสามารถให้ผู้ป่วยมีการจัดการอาการได้รวดเร็วไม่มี
ภาวะแทรกซ้อนรวมถึงการช่วยเหลือกิจกรรม การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา และการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้านพร้อมทั้งการฟื้นฟูร่างกาย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 อาการทั่วไปปกติแผลแห้งดีดี ยังไม่

สามารถเดินโดยลำพังการเคลื่อนไหวยังต้องเฝ้าระวังพลัดตกหกล้ม มีการวางแผนกับญาติเรื่องโปรแกรมการฟื้นฟู ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังรักษาภาวะปอดอักเสบอาการหายเป็นปกติ ส่งหัดเดินสามารถเดินได้ แต่ยังคงเฝ้าระวังมีการติดตามอาการต่อเนื่องต่อไป

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 มาด้วยอาการ ลื่นล้ม เข้าซ้ายกระแทกพื้น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาโดยประเมินร่างกาย FBS Electrolyte BUN Creatinine CBC และ Film Left knee AP, Lat CXR EKG และ Set Operation for Open Reduction Internal Fixation c PLS Under SB วันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.25560 หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีแผลผ่าตัดที่หัวเข่าซ้าย On Radivac drain 1 ขวด มีภาวะซีดให้ PRC 1 ยูนิต ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความดันโลหิตต่ำ และมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับผู้ป่วยมีปัญหาความดันโลหิตต่ำได้รับการรักษาโดยให้ยา Levophred ประเมินและเฝ้าสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดมีที่วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ อีก 2 สัปดาห์ที่บ้านผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ช่วยตัวเองได้

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการ ขับรียนตื้นตันไม่ไหลปวดต้นขาขวา แขนขวา ปวดจุกลิ้นปี่ ญาตินำส่งแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัด Set Operation for Open Reduction Internal Fixation c PLS Under GA วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.25560 มีการติดเชื้อปอดอักเสบหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดี มีแผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้าย ผู้ป่วยรายนี้มีพยาธิสภาพที่ปอด มีปัญหาด้านการแลกเปลี่ยนออกซิเจน และการเคลื่อนไหวและการกลืน ประเมินการ ความสามารถในการเคลื่อนไหวและการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมโดย ทีมสหสาขา วิชาชีพและญาติได้ร่วมกันปรึกษาหารือ และวางแผน จำหน่าย ญาติ ผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติ ได้อย่างถูกต้อง ประสานทีมดูแลต่อเนื่อง ลงเยี่ยม ภายใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

อภิปรายผล

การบาดเจ็บบริเวณกระดูกและหลอดเลือดบริเวณต้นขา เกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาลโพธารามที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ที่มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากแผลหลังการผ่าตัด จนบางครั้งการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้ออื่นๆที่อาจเกิดขึ้นอาจขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องซึ่งจากภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่าย ซึ่งปัจจุบันการ รักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับ ผู้ป่วยทุกระยะการดูแล เพื่อที่พยาบาลผู้ดูแลได้ประเมิน และแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลารวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย และเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ป่วยอ้วนมาก ใส่ท่อช่วยหายใจยาก มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยหลังการผ่าตัด พยาบาลจึงแต่ต้องมีการ พัฒนาระบบการ

พยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประเมินความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยง พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ได้ทันที ซึ่งจากกรณีศึกษาจะพบว่าพยาบาลได้ให้การดูแล ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการผ่าตัดตามกระดูกตามมาตรฐานการ พยาบาล ผู้ป่วยโรคดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถหายกลับบ้าน ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายเหมาะสม ทันเวลาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึง พยาบาลสามารถประเมิน และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม วางแผนการดูแลผู้ป่วย จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการนำ ทฤษฎีการพยาบาล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้ กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และตระหนักถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทุกระบบ และมีการทบทวนการดูแลกับทีมอย่างสม่ำเสมอ
2. ควรมีการนิเทศกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องเรื่องการประเมิน ความเสี่ยงของผู้ป่วยทุกคน รวมถึงนำ ปัญหาที่เกิดมาทบทวนร่วมกันใน ทีมผู้ดูแล การเสริมพลังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความ มั่นใจในการดูแล เมื่อกลับบ้าน จะส่งผลให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวสามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างปกติสุข

บรรณานุกรม

1. คณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการใช้ ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. เชียงใหม่: กราฟิค ซิสเต็มส์; 2535.
2. เพ็ญจันทร์ สุวรรณแสง โมนัยพงศ์. การวิเคราะห์ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: มิตรเจริญการพิมพ์; 2535.
3. ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. การอบรมฟื้นฟูวิชาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
4. นันทา เล็กสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2547.
5. ศิริพร ปิติมานะอารี. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
6. สมชัย ปรีชากุล, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท, วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
7. สุรเกียรติ อาชานุภาพ. ตำราการตรวจโรคทั่วไป 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2548.

8. สุปราณี เสนาดีชัย. การพยาบาลพื้นฐานแนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: อุดมทอง; 2545.
9. อาจารย์ประจำภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานการพยาบาล. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา (ทั่วไป) ของมนุษย์ 1. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
10. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. Anatomy for students [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bloggang.com>
11. Drake RL, Vogl W, Mitchell AWM. Gray's anatomy for students. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2009.
12. Mitchell AWM, et al. Principles and Practice of Infectious Disease. 6th ed. London: Elsevier Churchill Livingstone; 2005.
13. Siamhealth.net. การพยาบาลผู้ป่วยกระตุกหัก [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 เมษายน 2556]. เข้าถึงได้จาก: http://www.siamhealth.net/public_html/Disease/GI/hernia/hernia.htm.
14. Robert SM. sepsis and septic shock. In: Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson L, editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th ed. New York: McGrawHill; 2001.

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง (Management of abdominal trauma)

ผศ.นพ.สมพล ฤกษ์สมถวิล

การบาดเจ็บช่องท้องเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยอุบัติเหตุ เนื่องจากในช่องท้องมีอวัยวะที่สำคัญ หลายอย่างได้แก่ ม้าม ไต ทางเดินอาหาร และหลอดเลือดใหญ่ หากมีการบาดเจ็บอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและนำไปสู่การเสียชีวิตได้ ฉะนั้นแนวทางดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทั่วไปจึงควรพิจารณาว่าผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บช่องท้องร่วมด้วยหรือไม่ โดยการซักประวัติเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บอย่างไร การทราบกลไกการเกิดเหตุอย่างละเอียด รวมทั้งตำแหน่งและทิศทางของแรงที่กระทำต่อร่างกายทั้งในกรณีจากการกระแทก (blunt injury) หรือแบบทะลุทะลวง (penetrating injury)จะเป็นส่วนสำคัญที่สุดในการคิดและวางแผนการวินิจฉัยและการสืบค้นการบาดเจ็บในขั้นตอนต่อไป การซักถามอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยสามารถบ่งบอกและอธิบายเกี่ยวกับอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บภายในช่องท้องได้ ทั้งนี้ถ้าเป็นช่องท้องส่วนบนเป็นตำแหน่งที่มีการคาบเกี่ยวกันระหว่างช่องอกและช่องท้อง (thoraco-abdominal region) การบาดเจ็บบริเวณนี้ก็ควรคำนึงถึงอวัยวะที่จะได้รับการบาดเจ็บทั้งช่องอกและช่องท้องไปพร้อมกัน ในกรณีเดียวกัน การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องส่วนล่างก็อาจคาบเกี่ยวกับการบาดเจ็บของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) ด้วยเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ในการพิจารณาตำแหน่งของอวัยวะในช่องท้องว่าเป็นอวัยวะที่อยู่ภายในช่องท้อง (intra abdominal organ) หรืออวัยวะที่อยู่หลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) ก็มีความสำคัญในการอธิบายอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ตลอดจนแนวทางการตรวจวินิจฉัยสืบค้นด้วย กล่าวคือ เมื่อมีการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องอาการและอาการแสดง (abdominal signs) ก็จะชัดเจนและมีลักษณะกระจาย (generalized peritonitis) ส่วนการบาดเจ็บของอวัยวะหลังเยื่อช่องท้อง (retroperitoneal organ) จะมีลักษณะเฉพาะที่ (localized peritonitis) ซึ่งอาจมีอาการและการตรวจร่างกายในบริเวณที่มีพยาธิสภาพที่ไม่ชัดเจนเท่าการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้อง การบาดเจ็บบางชนิดจะมีร่องรอยการบาดเจ็บเป็นลักษณะเฉพาะและสามารถบ่งบอกอวัยวะที่จะได้รับบาดเจ็บบ่อยๆ ได้ เช่น seatbelt injury จะเห็นรอยคาดของสายรัดเข็มขัดนิรภัย อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บที่พบบ่อยในกรณีนี้คือลำไส้และชั่วหลอดเลือดเลี้ยงลำไส้และอาจมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังด้วย ส่วน bicycle handle injury จะเกิดอุบัติเหตุที่รถจักรยานล้มหรือ steering wheel injury จากการกระแทกของพวงมาลัยรถยนต์ จะพบมีการกระแทกเข้า

ที่ท้องส่วนบนและมักพบการบาดเจ็บของตับอ่อนและลำไส้เล็กส่วนต้น duodenum ได้ จะเห็นว่าร่องรอยการบาดเจ็บที่พบจะช่วยให้ผู้ตรวจนึกถึงการบาดเจ็บของอวัยวะที่พบบ่อยและเป็นแนวทางในการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยต่อไป¹⁻⁴

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้อง¹⁻³

ขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้อง เบื้องต้นควรได้รับการดูแลปัญหาที่คุกคามเป็นอันตรายต่อชีวิตก่อนตามหลักการของ Advanced trauma life support เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นชีวิตและมีสัญญาณชีพที่ดีก่อนในขั้นตอนของ primary surveys ซึ่งในกรณีถ้าพบผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ไม่ดี (hemodynamic unstable) การสูญเสียเลือดในช่องท้องอาจเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ต้องนึกถึงเสมอและผู้ตรวจควรตรวจร่างกายหาลักษณะภาวะเลือดออกในช่องท้อง เช่น abdominal distension, peritoneal sign อาจทำอุลตราซาวด์ช่องท้อง FAST หรือ diagnostic peritoneal lavage (DPL) เพื่อช่วยวินิจฉัยภาวะเลือดออกในขั้นตอนนี้และรีบในการรักษาโดยการนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องในทันทีที่พบว่ามีภาวะเลือดออกในช่องท้องจำนวนมาก ในกรณีผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติการตรวจและการตรวจวินิจฉัยการบาดเจ็บทั้งหมดรวมถึงการบาดเจ็บช่องท้องอย่างละเอียดสามารถทำได้ในช่วง secondary surveys โดยการรวบรวมประวัติอย่างละเอียด อาการและอาการแสดงที่ตรวจพบดังกล่าวไว้ข้างต้น และพิจารณาส่งตรวจวินิจฉัยสืบค้นเพิ่มเติมและให้การรักษาต่อไป

การบาดเจ็บช่องท้องแบบแรงกระแทก (blunt abdomen) การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องโดยส่วนใหญ่มักเกิดกับอวัยวะที่มีลักษณะเป็นเนื้อแน่น (solid organ) เช่น ตับ ม้าม และไต จากงานวิจัยของผู้เขียนและคณะที่เคยรวบรวมผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราชพบว่า ตับเป็นอวัยวะที่เกิดการบาดเจ็บมากที่สุดจากกลไกนี้ โดยจากข้อมูลจะพบการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วย FAST, DPL, CT ในกรณีที่ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ค่อนข้างคงที่⁵ ถึงแม้ว่าแนวการตรวจวินิจฉัยตามประสบการณ์ของผู้เขียนในช่วงระยะ 10 กว่าปีที่ผ่านมา อัตราการใช้ FAST จะได้รับความนิยมอย่างมากจนเรียกได้ว่าทำในคนไข้เกือบทุกรายก็ตาม ขณะเดียวกันการใช้ DPL ก็นิยมน้อยลงมากจนแทบไม่ค่อยพบเห็น ขณะเดียวกันการใช้ CT scan ก็กลับได้รับความนิยมสูงขึ้นมากเช่นกัน

กรณีบาดเจ็บแบบทะลุ (penetrating injury) ถ้ามีเลือดออกให้กดห้ามเลือดไว้ ถ้าบาดเจ็บใหญ่มีส่วนของลำไส้หรือแผ่นไขมัน omentum ยื่นโผล่จากปากแผลไม่ควรจับส่วนที่ยื่นโผล่ยึดกลับเข้าช่องท้องแต่ให้ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลืออุ่นห่อหุ้มไว้ กรณีบาดเจ็บที่ผนังหน้าท้องไม่มีอวัยวะในช่อง

ท้องโผล่มา ไม่ให้ใช้นิ้วหรืออุปกรณ์อื่นแยงสำรวจความลึกของแผลว่าเข้าช่องท้องหรือไม่ การสำรวจความลึกนี้ให้ทำภายใต้การฉีดยาชาเฉพาะที่และปราศจากเชื้อ เรียกว่า local wound exploration (LWE) เพื่อดูว่าปลายแผลนั้นจะทะลุผ่านเข้าช่องท้องหรือไม่ หัตถการนี้ใช้สำหรับสำรวจแผลแทงทะลุทางช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น (anterior abdomen) ไม่เหมาะใช้กับการสำรวจแผลที่อยู่ด้านข้างลำตัวหรือทางด้านหลัง และแผลที่อยู่ระหว่างช่องที่โครง สำหรับแผลที่ยังมีมิดหรืออาวุธปักคาอยู่ ไม่ควรดึงออกในห้องตรวจเพราะอาจทำให้เลือดที่หยุดอยู่ชั่วคราวอาจมีเลือดพุ่งออกมาใหม่ได้ ควรไปทำในห้องผ่าตัดที่มีการเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัดหยุดเลือดเท่านั้น ในกรณีที่วัสดุที่แทงคาอยู่มีขนาดยาวให้ใช้การตัดวัสดุนั้นให้สั้นลงโดยไม่ดึงออกมา

ถ้าเป็นแผลถูกกระสุนปืนควรตรวจหาอาวุธทะลุเข้าและออกเพื่อที่จะคาดคะเนวิถีกระสุนว่าแนวกระสุนจะทะลุผ่านหรือเข้าช่องท้องหรือไม่ ในการคะเนวิถีกระสุนจากตำแหน่งทางเข้าและออก หรือตำแหน่งที่มีลูกกระสุนรวมถึงประเมินทิศทางของการทะลุทะลวงควรใช้โลหะชิ้นเล็ก (metallic marker) ติดบริเวณปากแผลแล้วนำไปถ่ายภาพรังสี CT scan เพื่อดูทิศทางทางผ่านของกระสุน ตำแหน่งของหัวกระสุน รวมทั้งอวัยวะภายในที่บาดเจ็บได้อย่างชัดเจน ในกรณีที่ไม่มี CT scan ก็ควรส่งผู้ป่วยไปถ่ายภาพรังสี film abdomen AP and lateral ซึ่งจะช่วยในการจินตนาการการบาดเจ็บเป็นภาพ 3 มิติของวิถีกระสุนกับอวัยวะที่อาจมีการบาดเจ็บอย่างคร่าวๆได้

สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณช่องท้อง ควรพิจารณาให้ความสงสัยให้มากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีผนังหน้าท้องที่บางตั้งแต่ผิวหนัง ชั้นไขมันจนถึงกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ยังไม่ค่อยแข็งแรง การบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องจะเกิดขึ้นโดยง่าย ในขณะเดียวกันการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพต่างๆมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ การเสียเลือดปริมาณหนึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเด็กได้ในขณะที่การตอบสนองของร่างกายยังไม่เด่นชัด⁶

การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (investigation)¹⁻³

ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีภาวะไหลเวียนเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีภาวะที่บ่งชี้จากการตรวจและข้อมูลทางคลินิก (clinical diagnosis) ว่ามีจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้จากข้อมูลทางคลินิกในการผ่าตัด **ไม่มีความจำเป็น** ต้องตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมใดๆ ให้ทำการผ่าตัดได้เลยทันทีได้แก่

1. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องจากแรงกระแทก (blunt abdomen) ที่เสียเลือดมากในช่องท้อง จนสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อคซึ่งกรณีนี้อาจทำ FAST หรือ DPL เพื่อยืนยันการเสียเลือดในช่องท้องเพิ่มเติมได้ในช่วง primary surveys ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น

2. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบทะลุ (penetrating abdominal injury) ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติอยู่ในภาวะช็อคและมีลักษณะชัดเจนที่อธิบายได้ว่าการเสียเลือดในช่องท้อง

3. ผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องที่มีอาการและอาการแสดงของเยื่อช่องท้องแบบกระจาย (generalized peritonitis) อย่างชัดเจน ทั้งการบาดเจ็บแบบกระแทก และการบาดเจ็บแบบทะลุ

4. ผู้ป่วยบาดเจ็บจากช่องท้องแบบทะลุที่มีอวัยวะในช่องท้องยื่นโผล่ออกมาทางบาดแผลหน้าท้อง

5. ผู้ป่วยถูกกระสุนปืนยิงหรือถูกสะเก็ดระเบิดที่มีวิถีกระสุนหรืออาวุธทะลุผ่านเข้าช่องท้อง ในกรณีที่สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติและไม่มีข้อบ่งชี้จากลักษณะทางคลินิกที่ต้องทำการผ่าตัดช่องท้อง ให้พิจารณาเลือกทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละรายโดยพิจารณาถึงข้อจำกัดทางศักยภาพของทางโรงพยาบาลเป็นส่วนประกอบในการตัดสินใจ การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมได้แก่

Plain film abdomen supine, upright หรือ เพิ่ม chest upright (กรณีมี CXR ด้วยเรียก acute abdomen series) ปัจจุบันใช้น้อยลงอย่างมาก เนื่องจาก ความไวและความจำเพาะในการวินิจฉัยโรคต่ำและในปัจจุบันมี CT Scan เข้ามาแทนที่ซึ่งจะบอกการบาดเจ็บต่ออวัยวะภายในได้ดีกว่า ในรพ.ที่มีข้อจำกัดทำได้เพียง plain film นั้นก็ถือว่ายังพอมีประโยชน์อยู่บ้าง เช่น พบ free air under dome of diaphragm หรือพบ retroperitoneal perinephric air ซึ่งบ่งชี้ถึงว่ามีลำไส้แตกทะลุ เป็นต้น นอกจากนี้ในผู้ป่วยบาดเจ็บแบบแทงทะลุ การส่ง film abdomen AP, Lateral ช่วยในเราคะเนวิถีกระสุนดังกล่าวไว้ข้างต้นได้

FAST (Focussed assessment sonography in trauma patient) เป็นการทำอัลตราซาวนด์เพื่อตรวจหาว่ามีเลือดออกช่องท้องและเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บช่องท้องแบบกระแทก เพื่อยืนยันว่าการตกเลือดในช่องท้องจริง ในกรณีได้ผลบวก FAST positive อาจนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้อง (Exploratory laparotomy) หรือจะพิจารณาให้การรักษาแนวใหม่ด้วยการไม่ผ่าตัด (Non operative management) โดยติดตามคนไข้เป็นระยะๆ ซึ่งจะกล่าวต่อไปก็ได้

Computerized tomography (CT scan) abdomen เป็นการตรวจวินิจฉัยทางรังสีที่มีความละเอียดสูง สามารถบ่งบอกพยาธิสภาพของการบาดเจ็บในช่องท้องได้เป็นอย่างดีทั้งการบาดเจ็บต่ออวัยวะในเยื่อบุช่องท้องและอวัยวะที่อยู่หลังเยื่อบุช่องท้อง (retroperitoneal injury) การทำควอดริสสารทึบรังสีทางหลอดเลือดดำ(iv contrast) เพื่อเพิ่มความไวในการวินิจฉัยและอาจให้สารทึบรังสีทางปาก (oral contrast)ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนบนเช่น stomach หรือ duodenum หรือให้สวนสารทึบรังสีทางทวารหนัก (contrast enema)ในกรณีที่สงสัยการบาดเจ็บของทางเดินอาหารส่วนล่างเช่น colon หรือ rectum ในกรณีทั้งฉีด iv และ oral และ enema รวมกันสามอย่างเรียก CT with triple contrast studies การส่งตรวจ CT scanมีข้อเสียคือต้องย้ายผู้ป่วยไปทำการตรวจที่ห้องรังสีและต้องใช้เวลา จึงไม่ควรทำในผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่ปกติ นอกจากนี้การแปลผลการตรวจให้พิจารณาถึงคุณภาพของเครื่อง CT scan รวมทั้ง ความสามารถในการอ่านแปลผลที่อาจมี false positive หรือ false negative ได้ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดของการตรวจชนิดนี้ ทั้งนี้ในการประเมินการบาดเจ็บของผู้ป่วยให้คำนึงถึงอาการทางคลินิก (clinical presentation) เป็นสำคัญ ถ้าผลของการตรวจ CT scan ไม่สอดคล้องกับอาการทางคลินิกให้ยึดถืออาการผู้ป่วยเป็นสำคัญ

Diagnostic peritoneal lavage (DPL) เป็นการใส่สายยางลงไปในเยื่อบุช่องท้องที่ cul-de-sac แล้วดูดได้เลือดเกิน 10 มล.หรือใส่น้ำเกลือลงไปละลายใน peritoneal cavityแล้วนำน้ำนั้นออกมาตรวจ ถ้าพบ rbc > 100,000/ มล. wbc> 500/ มล. Amylase > 175 iu/ dl ย้อม gram stain พบเชื้อแบคทีเรีย หรือพบเศษอาหารหรือน้ำดีปนออกมา เหล่านี้แปลว่าให้ผลบวก สามารถนำผู้ป่วยไปผ่าตัดช่องท้องเพื่อรักษาต่อไป

Local wound exploration (LWE) ใช้ตรวจความลึกของแผลถูกรีดแทงบริเวณช่องท้องด้านหน้าเท่านั้น ถ้าให้ผลลบคือไม่เข้าช่องท้องสามารถทำการเย็บแผลและให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ถ้าผลบวกให้พิจารณาทางเลือกในการรักษาต่อไป เช่นทำ CTหรือ DPL หรือดูอาการและตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะ (serial physical examination) โดยพิจารณาตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายและคำนึงถึงศักยภาพของโรงพยาบาล

Laparoscopy เป็นการผ่าตัดแผลเล็กโดยใช้กล้องส่องเพื่อตรวจการบาดเจ็บของอวัยวะในช่องท้องพร้อมให้การรักษา วิธีนี้ไม่ค่อยได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางเพราะขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ผ่าตัดเป็นสำคัญ สำหรับการบาดเจ็บมีการศึกษาของกระบังลม วิธีนี้มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธีอื่นอีกทั้งยังสามารถเย็บซ่อมแผลฉีกขาดที่กระบังลมผ่านการส่องกล้องได้ มีข้อดีคือแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว (minimal invasive surgery)

Exploratory Laparotomy การผ่าตัดช่องท้องเป็นทั้งการสืบค้นวินิจฉัยอวัยวะที่บาดเจ็บ และใช้ในการรักษาในคราวเดียวกัน ได้รับความนิยมน้อยตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่สอง ให้ถือว่าเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจสืบค้น (ในกรณีผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดจากข้อมูลทางคลินิก ที่กล่าวไว้แล้วข้างต้น) และเป็นทั้งการรักษาไว้แต่จะเลือกการรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด (Non-operative treatment) ซึ่งจะกล่าวต่อไปในหัวข้อการรักษา

Serial physical examination (serial PE) เป็นการตรวจร่างกายติดตามเป็นระยะๆ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ และความรุนแรงของภาวะเลือดออกนอกอวัยวะในช่องท้อง รวมทั้งติดตามอาการและอาการแสดงของการอักเสบเยื่อช่องท้อง (peritonitis) ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังว่ามีหรือไม่ ใช้ในกรณีพิจารณาตัดสินใจเลือกการรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าภายหลังพบภาวะผิดปกติสามารถทำการเปลี่ยนแผนการรักษาผู้ป่วยเป็นแบบผ่าตัดได้

การรักษา (Treatment)

1. Operative treatment^{2,3}

1.1 Definitive surgery ผ่าตัดสำรวจการบาดเจ็บทั่วช่องท้องพร้อมให้การรักษาให้เรียบร้อย ใช้เวลาผ่าตัดนานจนเสร็จในครั้งเดียว เหมาะใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรงมากและสัญญาณชีพเป็นปกติ

1.2 Organ salvage surgery เป็นการผ่าตัดที่พยายามเก็บรักษาอวัยวะเช่น ม้าม ไต ให้ได้โดยไม่ตัดทิ้ง อาจทำการเย็บซ่อมหรือห่อรัดหยุดเลือดด้วยตาข่าย (mesh)

1.3 Damage control surgery เป็นการรีบผ่าตัดอย่างรวดเร็วโดยใช้เวลาน้อยที่สุดไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมงโดยทำการหยุดหรือชะลอการเสียเลือด และปิดรูฉีกขาดของลำไส้แบบชั่วคราว เพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ก่อนแล้วนำผู้ป่วยไปรักษาแก้ไขภาวะผิดปกติ เช่น สมดุลกรดด่าง อุณหภูมิร่างกายต่ำ และการแข็งตัวของเลือดที่ผิดปกติ เป็นต้นในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤต เมื่อสภาวะต่างๆ ดีขึ้นซึ่งใช้เวลาประมาณ 24 - 48 ชม. จึงนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเพื่อให้การรักษาต่อไป

2. Non operative treatment^{2,3}

การรักษาแนวใหม่โดยไม่ผ่าตัด ใช้สำหรับในบางกรณี ได้แก่ในการรักษาการบาดเจ็บที่มีการฉีกขาดหรือเลือดออกของ solid organ จากการกระแทก (blunt injury) เช่น ตับ ม้าม ไต ที่มีเลือดออกไม่มากมีภาวะสัญญาณชีพเป็นปกติและการบาดเจ็บที่ดูจาก CT scan ไม่รุนแรงมาก โดยการรักษาแนวนี้ทีมแพทย์ต้องมีศักยภาพเพียงพอที่จะมีแพทย์ตรวจเป็นระยะ (serial PE) และโรงพยาบาลมีศักยภาพ

เพียงพอในการนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้อย่างทันทีหลังจากติดตามอาการผู้ป่วยแล้วไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยโดยการไม่ผ่าตัดต่อไปได้ สำหรับการรักษาผู้ป่วยแบบไม่ผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บแบบแทงทะลุทั้งจากมีดหรือของมีคมแทงหรือจากกระสุนปืนมีการเลือกเป็นการรักษาในบางสถาบันในต่างประเทศ มีผลรายงานว่ามีการใช้ในระดับงานวิจัย ซึ่งต้องคอยติดตามต่อไปในอนาคตว่าจะได้รับการยอมรับในการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างกว้างขวางหรือไม่ อย่างไร

ผู้เขียนพบว่าการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด (Non operative treatment) นี้ได้เริ่มมีบทบาทในการรักษาที่ประเทศไทยมาประมาณ 20 กว่าปี จากงานวิจัยที่ผู้เขียนและคณะได้รายงานไว้ พบว่าวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดยังไม่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย มีใช้วิธีนี้ในการรักษาการบาดเจ็บที่ตับเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้น⁵ ในเวลาต่อมาผู้เขียนสังเกตว่าการรักษาวิธีนี้ได้รับความนิยมจนถือได้ว่าเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพความพร้อมด้านอุบัติเหตุในการรักษาผู้ป่วยอุบัติเหตุช่องท้องจากกลไกแบบแรงกระแทกที่มีสัญญาณชีพดีคงที่

3. Radiological Intervention^{2,3}

เป็นการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการใช้สายสวนหลอดเลือดแดง (angiography) เมื่อพบพยาธิสภาพแขนงของหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดมีเลือดออกหรือมีการแตกโป่งพองของผนังหลอดเลือด (false aneurysm) ก็จะทำการรักษาโดยการอุดแขนงหลอดเลือดนั้น (embolization) วิธีนี้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการรักษาแบบไม่ผ่าตัด โดยถ้าหยุดเลือดที่ออกจากหลอดเลือดแดงที่ฉีกขาดได้สำเร็จผู้ป่วยก็ไม่ต้องเปลี่ยนแผนการรักษามาเป็นการผ่าตัด นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการผ่าตัดหยุดเลือดในกรณีการผ่าตัดทำได้ยาก โดยจะทำการผ่าตัดชะลอการเสียเลือดชั่วคราวแล้วรีบนำผู้ป่วยไปรักษาด้วยวิธีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. American College of Surgeons: Committee on trauma. Advanced trauma life support program for doctors. 9th ed. Chicago: American College of Surgeons; 2012. p 122-40.
2. Cothren CC, Biffl WL, Moore EE. Trauma. In: Brunickardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. Schwartz's Principles of Surgery. 9th ed. New York: McGraw-Hill; 2010. p 135-96.
3. Timothy CF, Martin AC. Abdominal trauma, including indications for celiotomy. In: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE, editors. Trauma. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2000. p 583-602.

4. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Rectal Injury. ใน : ชาญเวช ศรัทธาพุทธ, เรวัต ชุณหสุวรรณกุล, บรรณาธิการ. ตำราศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 18. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2557. หน้า 232-5.
5. Roeksomtawin S, Siltram S, Sakolsattayatorn P, Chuthapisth S. Liver injury in Siriraj Hospital. Siriraj Hosp Gaz 2004; 56(1): 18-25.
6. สมพล ฤกษ์สมถวิล. Pediatric Trauma. ใน : เลิศพงศ์ สมจิต, สุภาพร โอภาสานนท์, บรรณาธิการ. Update in Trauma Practice. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร; 2556. หน้า 173-85.

การพยาบาลผู้ป่วยแพ้ยารุนแรง(Toxic Epidermal Necrolysis :TEN)

Nursing Toxic Epidermal Necrolysis : TEN

ปิยะวดี ฉาโรสง* วท.ม. (จิตวิทยาการให้คำปรึกษา)

ความเป็นมาและความสำคัญ

ภาวะหรือโรค หรือกลุ่มอาการ สตีเวนส์จอห์นสัน (Stevens-Johnson syndrome หรือ เรียกย่อว่าโรค SJS) คือ ภาวะที่ปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันด้านทานของร่างกายตอบสนองผิด ปกติต่อสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกายหรือต่อการเจ็บป่วยต่างๆที่พบบ่อยเช่น จากยา เชื้อโรค และจากโรคเมเร็ง ซึ่งเรียกภาวะนี้ตามชื่อของผู้รายงานภาวะนี้ครั้งแรกเมื่อปี 1922 คือกุมารแพทย์ชาวอเมริกัน A.M. Steven และ S.G. Johnson โดยพบเด็กมีอาการไข้ มีแผลเต็มปาก ตาอักเสบ และมีผื่นตามตัว ภาวะสตีเวนส์ จอห์นสันและภาวะแพ้ยาที่ก่ออาการต่อผิวหนังและต่อเยื่อเมือกบวมร้ายแรงในต่างๆอย่างรุนแรงที่เรียกว่า Toxic epidermal necrolysis หรือเรียกย่อว่า TEN คือภาวะเดียวกันแต่มีความรุนแรงต่างกัน โดย TEN เป็นภาวะที่รุนแรงกว่ามาก โดยผู้ป่วยจากภาวะ TEN พบเกิดได้น้อยกว่า แต่ที่มีความสำคัญคือ มีโอกาสเสียชีวิตได้สูงกว่าหนึ่ง แพทย์ยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าผู้ป่วยคนใดจะเกิดภาวะสตีเวนส์จอห์นสันและ/หรือภาวะ TEN แต่ที่แน่ชัดคือภาวะทั้งสองนี้มีโอกาสเกิดเป็นซ้ำได้เสมออุบัติการณ์ของภาวะสตีเวนส์จอห์นสันพบได้ประมาณ 2.6 - 7.1 รายต่อประชากร 1 ล้าน คน ส่วนภาวะ TEN พบได้ประมาณ 0.4 - 1.9 รายต่อประชากร 1 ล้านคน ทั้งสองภาวะเกิดได้ในทุกเชื้อชาติ แต่มีรายงานพบในชาวตะวันตกมากกว่า เพศหญิงพบบ่อยกว่าเพศชายในสัดส่วนประมาณ 2:1 พบได้ทุกระยะตั้งแต่ทารกจนถึงผู้สูงอายุ แต่ช่วงอายุที่พบได้มากที่สุดคือ 20 - 40 ปี ที่น่าสนใจคือภาวะทั้งสองนี้ไม่ได้พบแต่เฉพาะในคน มีรายงานว่าเกิดได้ในหมา แมว และลิงด้วย หนึ่งอัตราตายของภาวะสตีเวนส์จอห์นสันประมาณ 1 - 5% แต่ถ้าเป็นภาวะ TEN จะมีอัตราตายประมาณ 25 - 35%(สลิล ศิริอุดมภาส (2558)&ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพในเครือบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด(มหาชน)(2557))

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้ยารุนแรง(Toxic Epidermal Necrolysis :TEN)จะมีปัญหาการดูแลแผลจากผิวหนังที่หลุดลอก ให้ดูแลแบบผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้คือ การทำแผลที่ผิวหนัง แต่ให้หลีกเลี่ยงยาทาที่มี Sulfonamide เป็นส่วนผสมเช่น Silver sulfadiazine เพราะอาจเกิดการแพ้ยาได้ การให้ยาแก้ปวดลดความปวดที่แผล (ต้องระวังการแพ้ยาเช่นกัน) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การปรับอุณหภูมิห้องให้เย็นเหมาะสมเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกายทางแผลผิวหนัง การให้น้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอโดยอาจให้ทางหลอดเลือดดำ และพิจารณาให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักในรายที่ไม่เคยได้รับมาก่อน หากรับประทานอาหารไม่ได้ อาจใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารเพื่อเป็นการให้อาหารได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ถ้าเยื่อเมือกบวมและเยื่อเมือกบวมหลุดอาหารมีแผลก็จำเป็นต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดแทน แผลในปากให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาบ้วนปากและทายาที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น Glycerin และอาจใช้ชนิดที่มียาชาผสมเพื่อลดอาการเจ็บปวด (สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย)(2552))ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษารายกรณีของ

ผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้ยาอย่างรุนแรง(Toxic Epidermal Necrolysis :TEN)ในบริบทของสถาบันบำราศนรา
ดูร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยแพ้ยาอย่างรุนแรง(Toxic Epidermal
Necrolysis :TEN)

ประโยชน์ที่จะได้จากการวิจัย

1. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีรอยโรคที่ผิวหนัง
2. เพื่อเป็นแนวทางให้บุคลากรพยาบาลได้เป็นตัวอย่างในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้ยาอย่าง
รุนแรง(Toxic Epidermal Necrolysis :TEN)

กรณีศึกษา

ผู้หญิงไทยอายุ 35 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง(ด้วยเหตุผลคือผู้ป่วยต้องอยู่ Burn Unit)
ได้รับการวินิจฉัยโรค HIV+ with Hypokalemia with anemia with Steven Johnson Disease

แรกรับผู้ป่วยเพศหญิง รู้สึกตัวดี ใบหน้าไหม้ดำ ลำตัวมีผิพุพอง การวินิจฉัยเบื้องต้น TEN with
HIV + with Pressure Sore แพทย์ให้เอกซเรย์ปอด ผลฟิล์มดูเหมือนวัณโรคให้Admit ที่ตึกอายุรกรรม4
ห้องแยกโรคและเก็บเสมหะต่ออีก 3 วัน เมื่อมาถึงตึกอายุรกรรม4 จัดให้เข้าห้องแยกโรค และเตรียม
เสื้อผ้า ผ้าปู ผ้าขางเตียง สิ่งหนึ่ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม ทีมแพทย์อายุรกรรมได้ทำการรักษาตาม
อาการ อีกทั้งได้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคผิวหนัง เพื่อให้การรักษาทางด้านผิวหนังแผลพุพอง
ซึ่งให้ยาสำหรับทาและพอกบริเวณรอยโรค

อาการสำคัญ : รับส่งต่อจากโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ด้วยเหตุผลคือผู้ป่วยต้องอยู่ Burn Unit

อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน:จากประวัติ ผลCD4 69(4%) 15พ.ค.2559 เริ่มรับยาต้านไวรัสสูตร
TDF/EFV/3TC วันที่ 20สิงหาคม 2559 หลังรับประทานยาARV มา 1 สัปดาห์ มีผื่นพุพองทั้งตัว ตา เยื่อ
บุช่องปาก มีไข้ต่ำๆ ทานอาหารเหลวได้

ประวัติสุขภาพในอดีต: ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ทราบผลเมื่อ15พ.ค.2559

ประวัติสุขภาพครอบครัว:สามีติดเชื้อเอชไอวี ทราบผลเมื่อ15พ.ค.2559 รับยาต่อเนื่องตามสิทธิการ
รักษา

การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพร่างกายจิตใจทางการพยาบาล 9 ด้าน

1. การรับรู้ความรู้สึก: การได้ยินชัดเจน การมองเห็น ดวงตามีรอยแผล ช่องปากมีแผลพุพอง และ
ผิวหนังตามร่างกายหลุดลอก มีแผลลึกบริเวณก้นกบและสันเท้า ปวดเมื่อทำการทำแผลระดับ
ความปวด 8-10(visual analog scale)

2. การรู้สติหรือการรู้ตัว: รู้สึกตัวดี ถามตอบได้ตรงคำถาม
3. ระบบการหายใจ: หายใจด้วยอากาศในห้องปกติไม่หอบเหนื่อย การหายใจ 18 ครั้ง/นาที
4. การได้รับสารอาหารและเมตาบอลิซึม แรกผู้ป่วยมีแผลในปากทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ต้องให้อาหารทางสายยางไประยะหนึ่ง เมื่อแผลในปากหายผู้ป่วยรับประทานได้มากขึ้นจนเป็นปกติ ได้อาหารทางสายยางให้อาหารออก โดยได้เพิ่มไข่มันให้ทาน 2 ฟอง/มื้อ น้ำหนักเพิ่มขึ้นจากแรกรับ 5 กิโลกรัม (จาก 39 กิโลกรัมเป็น 44 กิโลกรัม)
5. สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ : ให้อาหารทางสายยางและให้สารน้ำเพิ่มเติม
6. การขับถ่าย : ปัสสาวะ อุจจาระปกติ
7. เพศสัมพันธ์ : มีแผลพุพองที่อวัยวะเพศ
8. การเคลื่อนไหวและการพักผ่อน : ผู้ป่วยสามารถขยับตัวได้บนเตียง ขยับแขน ขาได้ สันทับมีแผลกดทับ ผ่าเท้าตก
9. การปกป้องร่างกายและน้ำเหลือง : มีแผลพุพองทั่วร่างกาย

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ complete blood count

Hct = 25% WBC 9900(N77% L6%) BUN 12 Cr0.37

ผลการตรวจ Hemo culture

13 กันยายน 2559 พบ Gram negative bacilli และ Acinetobacter baumannii

16 กันยายน 2559 พบ Escherichia coli (ESBLs) 4+

การประเมินสภาพแวดล้อมขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ที่อยู่ในห้องแยก มีพัดลม สิ่งแวดล้อมสะอาด เสื้อผ้าและผ้าปูเตียงเป็นผ้าที่แห้งสะอาด โต๊ะข้างเตียงมีอุปกรณ์เฉพาะบุคคล

สัมพันธภาพในครอบครัว

ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี 2คนในบ้านเช่า

สถานภาพในสังคมและเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยทำงานโรงงานมีสิทธิประกันสังคม เมื่อป่วยจึงขาดรายได้

การรับรู้ภาวะสุขภาพและการจัดการภาวะสุขภาพ ความรู้สึกนึกคิด การรับรู้การจัดการกับความเจ็บป่วย

ผู้ป่วยเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่

รูปที่ 1 สภาพผู้ป่วยแรกวันที่เข้ามารักษาในสถาบันบำราศนราดูร(13กันยายน2559)



รูปที่ 2 การทำแผลให้ผู้ป่วยด้วยการประคบด้วยวาสลีนก๊อส์



ปัญหาทางการพยาบาลในผู้ป่วยรายนี้

1. ปัญหาการเกิดภาวะติดเชื้อที่ผิวหนัง
2. ปัญหาการขาดเกลือแร่ในร่างกาย
3. เสี่ยงต่อข้อยึดติดและการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ
4. ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ปัญหาทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมิน	กระบวนการและมาตรการในการแก้ไขปัญหา
ปัญหาที่ 1 ปัญหาการเกิดภาวะติดเชื้อที่ผิวหนัง ข้อมูลสนับสนุน ผลการตรวจ Hemo culture พบ Gram + cocci	วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เกณฑ์การประเมินผล -ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ -ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พบเชื้อ	1.วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อในร่างกาย 2.ควบคุมการติดเชื้อ ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย เสื้อผ้า ผ้าปูเตียงผ้าขาวเตียงส่งหนึ่งให้ปลอดเชื้อ จัดให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยก 3. ทำแผลโดยใช้Hibiscrubฟอก แล้วล้างด้วยNSS และทายา Fucidine cream ก่อนปิดด้วยวาสลีนก๊อส เนื่องจากมีแผลที่หลัง และกันกบมากให้ผู้ป่วยนอนแช่ ส่วนล่างของร่างกายในอ่างขนาดเท่าคนลงไปนอนได้โดยผสมน้ำยาเบทาดีนกับน้ำสะอาดแล้ว ทายาก่อนปิดด้วยวาสลีนก๊อส 3.ให้การพยาบาลตามหลักการป้องกัน และ ควบคุม การแพร่กระจายเชื้อ 4.ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ปัญหาทางการพยาบาล	วัตถุประสงค์และการประเมิน	กระบวนการและมาตรการในการแก้ไขปัญหา
ปัญหาที่ 2 ปัญหาการขาดเกลือแร่ในร่างกาย ข้อมูลสนับสนุน - มีอาการท้องเสีย - $K = 2.8$	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับเกลือแร่ครบตามร่างกายต้องการ เกณฑ์การประเมินผล 1. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ $K=3.4$ 2. ประเมินอาการทางระบบทางเดินอาหาร	1.ดูแลให้ยา E.KCL และสารน้ำทางเส้นเลือดตามการรักษา 2.ให้ผู้ป่วยจิบORS 3.ประเมินการขับถ่ายอุจจาระ 4.บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออก
ปัญหาที่ 3 มีข้อยึดติดและการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ ข้อมูลสนับสนุน - ข้อเท้าเริ่มยึด ฝ่าเท้าเริ่มตก	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรต่างๆได้ด้วยตนเองและการทำงานของร่างกายปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1.สามารถเดินได้ 2.สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้	1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูร่างกาย โดยประสานกับนักกายภาพบำบัดมาสอนการบริหารร่างกาย 2.กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำการบริหารร่างกายตามที่นักกายภาพบำบัดได้แนะนำไว้ 3.นำผ้าพันแผลแบบยืดมาให้ผู้ป่วยใช้ดึง
ปัญหาที่ 4 ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ข้อมูลสนับสนุน สามีมีความกังวลว่าผู้ป่วยจะหายหรือไม่	วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลลง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยและสามีให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามที่แพทย์และพยาบาลแนะนำ	1.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่กำลังดำเนินอยู่และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับเพื่อให้คำแนะนำได้อย่างเหมาะสม 2. แจ้งผู้ป่วยและญาติทุกครั้งก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้ทราบเหตุผลของการพยาบาลจะได้ช่วยคลายความกังวล 3.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ 4.ดูแลให้การพยาบาลและคอยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยเพื่อให้มีกำลังใจในการรักษา

รูปที่ 3 ใช้อ่างขนาดเท่าคนลงไปแช่ได้ โดยผสมเบทาดีนกับน้ำสะอาด
แล้วให้ผู้ป่วยลงแช่ 30 นาที ก่อนทำแผล



รูปที่ 4 ผู้ป่วยอยู่ในระยะฟื้นฟู(แผลตามส่วนต่างๆของร่างกายเริ่มสมานและเกือบหาย)



บททวนความรู้ในการพยาบาลผู้ป่วยแพ้ยา

แนวทางการรักษาภาวะระคายเคืองที่รุนแรงจนต้องประคบด้วย

1. การหยุดยาที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะนี้ทั้งหมด
2. การให้ยาฆ่าเชื้อรักษาในกรณีที่ชัดเจนว่าสาเหตุมาจากการติดเชื้อ เช่น เป็นปอดบวมจากการติดเชื้อ *Mycoplasma pneumoniae* ก็ต้องให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรียชนิดนี้, เป็นโรคเรื้อรังก็ต้องให้ยาต้านเชื้อไวรัส
3. การให้ยากลุ่มสเตียรอยด์ ไม่มีข้อสรุปว่าควรให้หรือไม่ให้ บางรายงานระบุว่า การให้ยานี้ทางหลอดเลือดจะช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดระยะเวลาที่มีอาการได้ แต่ก็มีการศึกษาว่าการให้ยาในกลุ่มนี้ไม่ได้มีประโยชน์อย่างทีกล่าวและอาจทำให้ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงขึ้น โดยเพิ่มอัตราการติดเชื้อได้ ดังนั้นแพทย์จึงมักพิจารณาการรักษาเป็นรายๆ ไป
4. การให้ยากลุ่มภูมิคุ้มกันต้านทานโรคที่เรียกว่า แอนติบอดี/สารภูมิต้านทาน (Anti body) หรือ Immunoglobulin ที่แพทย์อาจเลือกพิจารณานำมาใช้ ซึ่งยานี้ยังไม่มีข้อสรุปถึงประโยชน์ที่ชัดเจนเช่นกัน
5. การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ เช่น
 - การดูแลแผลจากผิวหนังที่หลุดลอก ให้ดูแลแบบผู้ป่วยที่ถูกไฟไหม้คือ การทำแผลที่ผิวหนัง แต่ให้หลีกเลี่ยงยาทาที่มี Sulfonamide เป็นส่วนผสมเช่น Silver sulfadiazine เพราะอาจเกิดการแพ้ยาได้ การให้ยาแก้ปวดลดความปวดที่แผล (ต้องระวังการแพ้ยาเช่นกัน) การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การปรับอุณหภูมิห้องให้เย็นเหมาะสมเพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกายทางแผลผิวหนัง การให้น้ำและเกลือแร่ให้เพียงพอโดยอาจให้ทางหลอดเลือดดำ และพิจารณาให้วัคซีนป้องกันบาดทะยักในรายที่ไม่เคยได้รับมาก่อน
 - หากรับประทานอาหารไม่ได้ อาจใส่สายให้อาหารผ่านทางจมูกเข้าสู่กระเพาะอาหารเพื่อเป็นการให้อาหารได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ถ้าเยื่อเมือกบวมและเยื่อเมือกบวมหลุดอาหารมีผลก็จำเป็นต้องให้สารอาหารทางหลอดเลือดแทน
 - แผลในปากให้ทำความสะอาดด้วยน้ำยาบ้วนปากและทายาที่ให้ความชุ่มชื้น เช่น Glycerin และอาจใช้ชนิดที่มียาชาผสมเพื่อลดอาการเจ็บปวด
 - การให้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์ลดการอักเสบที่ผิวหนัง
 - ผู้ป่วยที่มีแผลเพียงเล็กน้อยสามารถกินอาหารได้ อาจให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ และรักษาแผลแบบผู้ป่วยนอก แต่ผู้ป่วยต้องระวังความสะอาดให้ดีไม่ให้แผลติดเชื้อ
 - แผลที่เกิดกับเยื่อเมือกบวม จักษุแพทย์จะเป็นผู้ดูแลรักษาและอาจต้องติดตามดูแลกันนานเป็นปีๆ
6. การรักษาผลข้างเคียงหรือผลแทรกซ้อนจากภาวะนี้เช่น เมื่อพบการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนก็ต้องให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยที่มีแผลจากการหลุดลอกของผิวหนังเป็นบริเวณกว้างอาจเกิดเป็นพังผืดดึงรั้งให้ผิดรูปก็ต้องผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนัง ผู้ป่วยที่มีพังผืดเกิดขึ้นที่ตาปัจจุบันก็มี การนำเทคนิคการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Stem cell) และ/หรือทำการผ่าตัดบางส่วนกระจกตา เป็นต้น

โดยทั่วไปผู้ป่วยทั้งภาวะสะตีสเวนส์จอห์นสันและภาวะ TEN มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ง่ายคือ

1. การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนบริเวณผิวหนังที่มีการหลุดลอก ทำให้เนื้อเยื่อใต้ผิวหนังอักเสบเป็นฝีหนอง และเชื้ออาจกระจายเข้าสู่กระแสเลือด (โลหิต) เกิดการติดเชื้อรุนแรงในกระแสเลือด ทำให้มีโอกาเสียชีวิตได้
2. ผิวหนังที่มีการลอกตัวเป็นบริเวณกว้าง เมื่อรักษาหายแล้วจะเป็นแผลเป็นและเกิดพังผืดดึงรั้งทำให้เสียรูปร่าง ถ้าผิวหนังบริเวณโคนเล็บมือเล็บเท้าลอกออกก็อาจทำให้ไม่มีเล็บงอกออกมาอีก ถ้าเป็นบริเวณที่มีขนหรือผมก็จะไม่มีขนหรือผมงอกอีก
3. นอกจากนี้การที่ผิวหนังลอกตัวออกเป็นบริเวณกว้างก็จะมีภาวะระคายเคืองสูญเสียน้ำออกจากร่างกายมากอาจทำให้เกิดภาวะไตวายได้
4. เยื่อเมือกบนตาที่มีการอักเสบรุนแรงจะมีการลอกตัวของเยื่อเมือกกระจกตา เมื่อหายแล้วจะกลายเป็นพังผืดขุ่นมัว จึงทำให้ตาบอดได้
5. การลอกตัวของเยื่อเมือกบนหลอดอาหารที่รุนแรง เมื่อหายแล้วจะเกิดเป็นพังผืดดึงรั้ง เกิดหลอดอาหารตีบตัน อาจทำให้กลืนอาหารไม่ได้
6. การลอกตัวของเยื่อเมือกบนหลอดลมในปอด ถ้าเกิดรุนแรงเป็นบริเวณกว้างจะทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้
7. การลอกตัวของเยื่อเมือกบนทางเดินปัสสาวะที่รุนแรง เมื่อหายแล้วเกิดเป็นพังผืดขึ้น มาจะทำให้ท่อทางเดินปัสสาวะตีบตัน ปัสสาวะไม่ออก ในผู้ชายก็อาจทำให้อวัยวะเพศผิดรูป ในกรณีที่เยื่อเมือกบนช่องคลอดเกิดพังผืดก็จะทำให้ช่องคลอดตีบตัน ไม่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้

อัตราการตายของภาวะสะตีสเวนส์จอห์นสันประมาณ 1 - 5% แต่ถ้าเป็นภาวะ TEN จะมีอัตราการตายประมาณ 25 - 35%

สรุป

ในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดปัญหาทางผิวหนังไม่ว่าสาเหตุใดก็ตาม พยาบาลผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติตามหลักการปลอดเชื้อเพื่อช่วยป้องกันไม่ให้อาการติดเชื้อเพิ่ม รวมถึงการบริหารยาต่างๆ ที่ผู้ป่วยได้รับ ประกอบกับพยาบาลต้องมีการสังเกตอาการทางผิวหนังที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเพื่อจะได้รายงานให้แพทย์รับทราบประกอบการวินิจฉัยต่างๆ เหนืออื่นใดการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยและญาติมีส่วนสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยหายจากอาการที่เป็นอยู่ได้รวดเร็วและสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้อย่างปกติต่อไป

รูปที่ 5 ผู้ป่วยสามารถเดินกลับบ้านในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(14พฤศจิกายน2559)



เอกสารอ้างอิง

1. Harries A, Maher D, Uplekar M. TB A Clinical Manual for South East Asia. WHO; 1997.
2. WHO. Treatment of Tuberculosis: Guidelines for National Programmes 3rd ed. n.p.: 2003.
3. American Thoracic Society, CDC, Infectious Disease Society of America. Treatment of Tuberculosis. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2003; 167: 603-62.
4. กลุ่มวัณโรค สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ม.ป.ท.: 2548.
5. ศูนย์วิจัยสุขภาพกรุงเทพในเครือบริษัทกรุงเทพดุสิตเวชการจำกัด. กลุ่มอาการสตีเวนส์จอห์นสัน Stevens Johnson Syndrome [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bangkokhealth.com>
6. ศูนย์ติดตามอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากระทรวงสาธารณสุข. Spontaneous Report of Adverse Drug Reactions. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2540.
7. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย). ตรงประเด็น เรื่อง Adverse Drug Reaction เล่ม 2 การประเมินผื่นแพ้ยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ประมัตถการพิมพ์; 2552.
8. สลิลี ศิริอุดมภาส. สตีเวนส์จอห์นสัน (Stevens-Johnson syndrome) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://haamor.com/th/stevens-johnson/>

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

นิชาภา ขนจอหอ* ศษ.ม. (สุขศึกษา) ประภัสสร คาราทิพย์** พย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

และพิมพ์ชนก ช้วนนาค*** พย.บ (การพยาบาลและผดุงครรภ์)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูรดำเนินการระหว่างเดือน ตุลาคม 2559 ถึง เดือน กรกฎาคม 2560 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 10 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คนวิธีดำเนินการประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 1)การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล 2)การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน 3)ประเมินความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน 4)ศึกษานำร่องในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติการพยาบาล แบบประเมินภาวะโภชนาการ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเห็นด้วยว่าแนวปฏิบัติง่ายต่อการนำไปใช้เห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 85 แนวปฏิบัติมีข้อเสนอแนะชัดเจน มีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วยได้ และมีความพึงพอใจในแนวปฏิบัติกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 90 การนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับใช้ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คนเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติ พบว่าสามารถปฏิบัติได้จริงและได้ผลลัพธ์ตามที่ระบุไว้ในแนวปฏิบัติ และพบว่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จากผลการวิจัยควรนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และควรพิจารณาอัตราค่าล้างที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

**Development of Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Pressure Ulcer in Ward 5,
Internal Medicine at Bamrasnaradura Infectious Disease Institute**

Nichapa Yonchoho, Prapassorn Darathip and Pimchanok Chuangnak, Nursing department,
Bamrasnaradura Infectious Disease Institute

Abstract

The purpose of this research was to develop a nursing practice guideline for the prevention of pressure ulcer and to study the effect of this approach in the medical 5, Internal Medicine at Bamrasnaradura Institute, between the month of October 2016 and July 2017. A purposive sample of 10 elderly patients with a risk of pressure ulcer and 10 nurses working in this ward was taken. The research method consists of 4 steps; 1) The development of nursing practice guideline, 2) The content validity and reliability of the guideline was reviewed by 5 experts, 3) The possibility was evaluated by 30 professional nurses, and 4) The pilot study was done by 10 subject of risk group. The research tools used in this study are; a nursing practice assessment to prevent pressure ulcers form, a recording format to assess the risk of pressure ulcers, an evaluation of feasibility in nursing care form, a nutritional assessment form, and a questionnaire commenting on the ability to follow this approach. The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test was used for descriptive analysis to compare risk factors score for pressure ulcers before and after using nursing practice to prevent pressure ulcers in elderly patients according to the guideline of the Braden Scale.

The results showed high levels (85%) of the nurses perceived that the guidelines were easy to used, its recommendations are clear and can be applied as a guideline in patient care to prevent and approach the problem of pressure ulcers in the ward. Subjects reveals a greater satisfaction (90%) associated with the nursing practice guideline. This approach was used to examine the feasibility of 10 samples and found to be practicable and effective in using as indicated in this guideline. Braden Scale scores before and after nursing use to prevent pressure ulcers in elderly patients were statistically significantly different ($p < 0.05$). Based on the findings, nursing practice guideline should be applied to other patients at risk for pressure ulcers. And the appropriate rate of care takers should be considered.

Key words: Clinical Nursing Practice Guideline for Preventing of Pressure Ulcer

บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สามารถเกิดกับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และการจำกัดการเคลื่อนไหว หรือเป็นอัมพาตบางส่วนจากร่างกาย⁽¹⁾ จากอุบัติการณ์พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับร้อยละ 6.4 ถึงร้อยละ 55 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุข ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับที่พบบ่อยคือ บริเวณก้นกบ สะโพก สะบัก และส้นเท้าตามลำดับ^(2,3) ผลกระทบของการเกิดแผลกดทับทำให้ผู้ป่วยต้องรักษานานกว่าปกติ 3-5 เท่า⁽⁴⁾ ผลต่อร่างกายผู้ป่วยคือ ความเจ็บปวด การจำกัดการเคลื่อนไหว เกิดการติดเชื้อเฉพาะที่ และการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวนวันนอนเฉลี่ยของการรักษาในโรงพยาบาลสูงขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ ค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นรองลงมาคือ ค่ายา และอุปกรณ์สิ้นเปลือง⁽⁵⁾ นอกจากนี้แผลกดทับยังทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายทั้งระบบสุขภาพและครอบครัว เช่น ค่าใช้จ่ายในการทำแผล ค่ายา อาหารเสริมการให้บริการทางการแพทย์ การพยาบาล และกายภาพบำบัด รวมทั้งพยาบาลต้องเพิ่มจำนวนชั่วโมงการดูแลมากขึ้น⁽⁶⁾ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการดูแลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการป้องกันและควบคุมการเกิดแผลกดทับ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการลดจำนวนการเกิดแผลกดทับ จึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันและลดปัญหาที่เกิดขึ้น⁽⁷⁾ จากรายงานของ National Decubitus Foundation (2002)⁽⁸⁾ พบมีความชุกของการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 1.4-36.4 และมากกว่าร้อยละ 50 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2538 มีรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับของโรงพยาบาลทั่วประเทศ พบผู้ป่วยที่มีแผลกดทับจำนวน 260,000-340,000 รายต่อปี⁽⁹⁾ และในปีพ.ศ. 2539 มีการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบร้อยละ 8.5 ซึ่งรัฐบาลต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงให้กับโรงพยาบาล จากการศึกษาของ นลินทิพย์ ดำนานทอง และวีระชัย ไควสุวรรณ์ (2538)⁽¹⁰⁾ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ ประมาณ 15,217-20,781 บาทต่อคน และในปีพ.ศ. 2558 มีการสำรวจความชุกของการเกิดแผลกดทับที่เกิดในโรงพยาบาลชมรมเครือข่ายพัฒนาการพยาบาล พบร้อยละ 4.02

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาความชุกและอุบัติการณ์ที่บอกถึงสถานการณ์ความรุนแรงของปัญหาเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานไว้เปรียบเทียบหลังดำเนินการ การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ รวมทั้งการสร้างเครื่องมือประเมินแผลกดทับ ทำให้ได้ข้อมูลสำหรับการวางแผนจัดการดูแลต่อไป ด้านความชุกและอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจะแตกต่างกันขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น ความชุกของการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในโรงพยาบาลเป็นร้อยละ 18.6 สำหรับอุบัติการณ์ในผู้ป่วยสูงอายุและเจ็บป่วยเฉียบพลันพบร้อยละ 10 ผู้ป่วยในสถานพักฟื้นระยะยาวพบสูงร้อยละ 23.9⁽¹¹⁾ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลร้อยละ 50-90 เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ จึงมีนโยบายให้ห้องคัดกรองต่างๆดำเนินการจัดการและป้องกันแผลกดทับ⁽¹²⁾ จากการศึกษาของ ดิฟเฟอร์และคณะ⁽¹³⁾

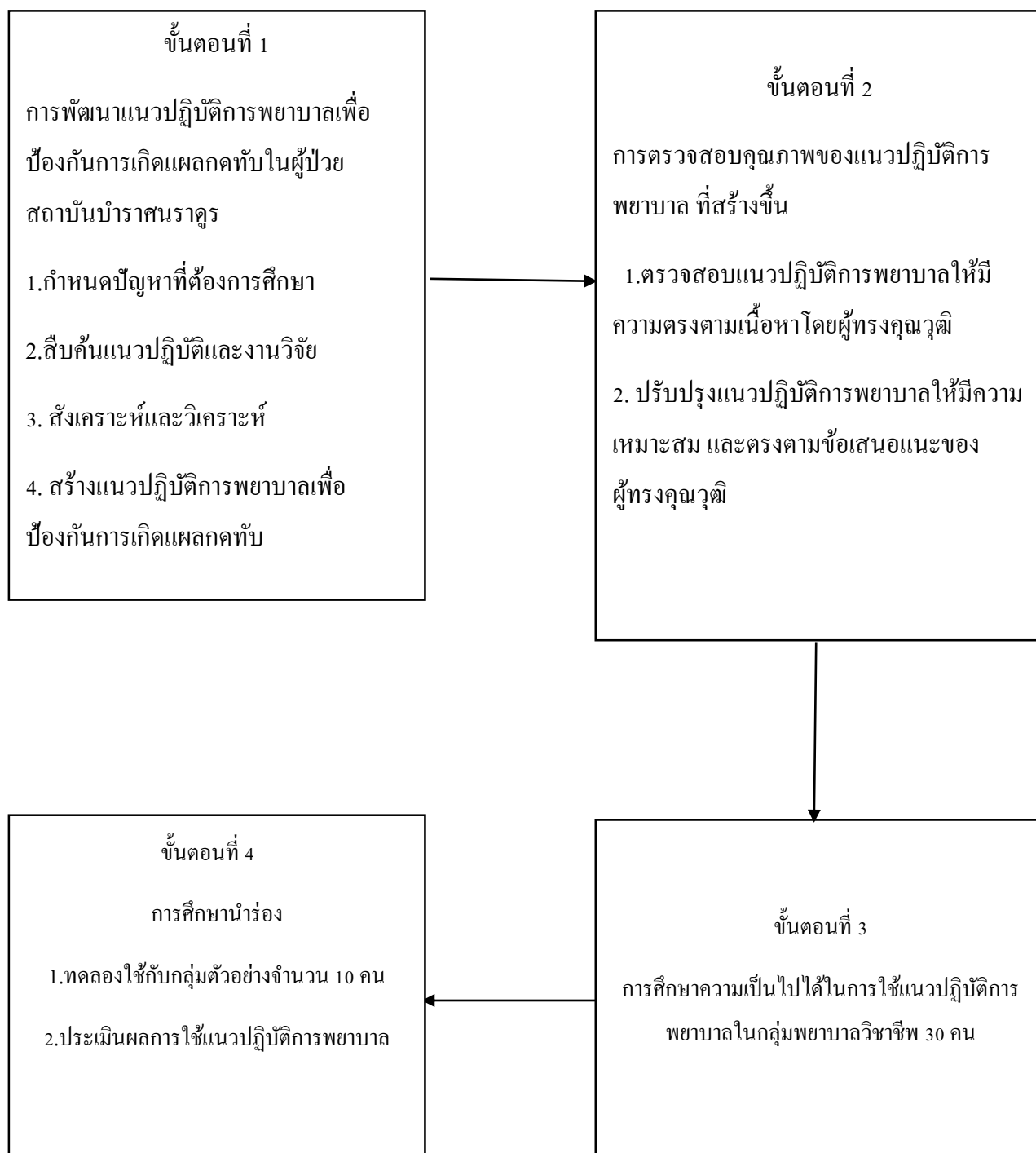
ทำการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการตามบ้านพบว่า การเปลี่ยนท่านอนทุก 4 ชั่วโมงบนที่นอนแบบลดแรงกดทับ จะมีจำนวนและตำแหน่งการเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญ จากการศึกษาของ ขวัญจิตร ปุ่นโพธิ์ และจิณพิชญ์ชา มะम्म (2555) ได้ศึกษาผลของการกระบวนกรดูแลแผลในการส่งเสริมการหายของแผลการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลใหม่และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความก้าวหน้าในการหายของแผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับไม่แตกต่างกัน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกระบวนกรดูแลแผลกดทับในระดับมากที่สุด ส่วนการศึกษาของวาสนา มิกราช (2557)⁽¹⁴⁾ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผลการศึกษาพบว่าหลังการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับช่วยลดการเกิดแผลกดทับได้ เมื่อเปรียบเทียบในภาพรวมพบว่าการเกิดแผลกดทับก่อนใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 0.75 และหลังใช้แนวปฏิบัติเป็นร้อยละ 0.57 อุบัติการณ์ลดลงจากเดิมเป็นร้อยละ 53.33 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 และพบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจมากในด้านความสะดวกในการปฏิบัติงานคิดเป็นร้อยละ 85.71 และด้านการใช้งานได้จริงส่วนใหญ่พึงพอใจมากคิดเป็นร้อยละ 93 สถาบันบำราศนราดูรเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาและบริการพยาบาลแบบเฉพาะทางโรคติดเชื้อ โรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ดังนั้นในแต่ละปีจะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษเป็นจำนวนมาก จากข้อมูลปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4,888 คน เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม 783 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นผู้สูงอายุ ที่ต้องให้การรักษานาน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนาน มีการสอด้อุปกรณ์ทางการแพทย์ และการทำหัตถการต่างๆ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวถือเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและการติดเชื้อ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2559 พบมีอัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลระดับ 2-4 ดังนี้ 0.94, 1.70, 2.11 และ 2.17 ครั้งต่อ 1000 วันนอนตามลำดับ และพบมีอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 เท่ากับ 0.62, 0.80, 1.43 และ 1.70 ครั้งต่อ 1,000 วันนอนตามลำดับ⁽¹⁵⁾ กลุ่มการพยาบาลได้กำหนดนโยบายการป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยที่แสดงคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสำนักการพยาบาลได้กำหนดการเกิดแผลกดทับเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลในภาพรวมขององค์กรพยาบาล แผลกดทับต้องอาศัยการจัดการในหลายด้านให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ เป็นต้น กลุ่มการพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร ได้ดำเนินการจัดทำโครงการพัฒนาระบบการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผล

กดทับ และกำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่บุคลากร ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมี ประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งในด้านการป้องกันและการดูแลแผลกดทับ เพื่อความพึงพอใจต่อการพยาบาลของ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายประกันคุณภาพของโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์สภาพ ปัญหาพบว่ามีบุคลากรใหม่ในการปฏิบัติงานร้อยละ 60 ย้ายเข้าออกหมุนเวียนในแต่ละหน่วยงานบ่อยครั้ง มี ภาระงานมาก และขึ้นเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการเฉลี่ยคนละ 15 เวรต่อเดือน และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมี ปัญหาการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึกและมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เช่นการได้รับการรักษาที่ ชับซ้อน การทำกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว ทำให้การดูแลและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาแผลกดทับ จะมีความซับซ้อนมากขึ้น ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าแผลกดทับส่วนใหญ่ร้อยละ 95 สามารถป้องกันได้⁽¹⁶⁾ การเกิดแผลกดทับสะท้อนถึงคุณภาพการบริการพยาบาล และแสดงถึงการละเลย ต่อการประเมินและจัดการ เพื่อป้องกันแผลกดทับ แม้ว่าแผลกดทับจะเป็นปัญหาที่บุคลากรในทีมสุขภาพ ต้องร่วมกันรับผิดชอบ แต่พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา ดังนั้นการป้องกันแผลกดทับ จึง เป็นปัญหาที่ท้าทายสำหรับ พยาบาล⁽¹⁷⁾ แผลกดทับจึงเป็นปัญหาที่ต้องการรูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันอย่าง เป็นระบบ⁽¹⁸⁾ จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ยังพบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ไม่ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ เช่น การประเมินผิวหนังและสภาพแผล ประเมินประวัติการเจ็บป่วย/การใช้ ยา ไม่ได้ประเมิน ภาวะโภชนาการ การพยาบาลเพื่อลดแรงกดทับ การฝึกทักษะของผู้ดูแลต่อเนื่อง และการ วางแผนจำหน่ายไม่เป็นแบบเฉพาะเจาะจงในรายมีแผลกดทับ รวมทั้งไม่มีการระบุข้อบ่งชี้ในการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการเกิด แผลกดทับที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้ทราบและตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ส่วนใน วิธีปฏิบัติมีความหลากหลายของการปฏิบัติ ทำให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา และพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร เพื่อนำมาใช้ เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและครอบครัว อย่างมีประสิทธิภาพ และนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาต่อยอดความรู้ในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วย อายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ พัฒนาไปใช้ในสถาบันเพื่อป้องกันการเกิดแผล
3. เพื่อศึกษานำร่องการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในหอผู้ป่วย อายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วัสดุและวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลแนวปฏิบัติทางคลินิก นำมาปรับปรุงเพื่อให้ใช้ได้กับผู้ป่วยที่มารักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ได้จริงโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และศึกษานำร่องกับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 10 คน เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ในช่วงเดือน มิถุนายน 2560 ถึงเดือน กรกฎาคม 2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่นอนรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน เป็นผู้ป่วยนอนติดเตียง (Status bed ridden) โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 คน และกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป
2. มีคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden scale) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 คะแนน
3. ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 วัน
4. ผู้ป่วยต้องไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นก่อนเมื่อแรกรับ
5. แรกรับผู้ป่วยมีอุณหภูมิของร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 36.0 องศาเซลเซียส และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 38.0 องศาเซลเซียส
6. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือค่า mean arterial pressure มากกว่าหรือเท่ากับ 65 มิลลิเมตรปรอท

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพที่อยู่ในภาวะวิกฤตหรือคุกคามต่อชีวิต
2. ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นก่อนเมื่อแรกรับ
3. ผู้ป่วยที่มีญาติหรือผู้ดูแลพิเศษตลอดเวลา

เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ดูแลต่อเนื่อง (Discontinuation Criteria) คือผู้ป่วยสูงอายุที่ย้ายไปรักษาต่อที่หอผู้ป่วยอื่น เช่น ย้ายตึกพิเศษ ย้ายตึกไอซียู หรือตึกผู้ป่วยอื่นๆ หรือเสียชีวิตระหว่างเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบประเมินแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ
2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย
3. แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ
4. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตามกรอบการบำบัดการพยาบาล
5. แบบประเมินภาวะโภชนาการ
6. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมทางการวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการโดยขออนุมัติการศึกษาวิจัย และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์สถาบันบำราศนราดูรชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในเรื่องสิทธิของการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ที่จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอม ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

การดำเนินการพัฒนา

การดำเนินการพัฒนาแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย

1.1 ศึกษาปัญหาจากการปฏิบัติงานและองค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยสำรวจผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สอบถามทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ สืบค้นสถิติ รวมทั้งประสบการณ์จริงในการปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ของผู้วิจัยเองพบว่าผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 ของสถาบันบำราศนราดูรอยู่ในกลุ่มช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคระบบหลอดเลือด และระบบประสาท เบาหวาน หรือถูกจำกัดกิจกรรม การเคลื่อนไหวและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลดลงต้องพึ่งพิงผู้อื่น กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ ผู้ป่วยนอนติดเตียง ส่งผลให้เพิ่มภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น และในจำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับเมื่อหลังได้รับการจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยจะกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น Malnutrition, Anemia, Infection, Muscle atrophy, Flexible joint และ Recurrent pressure ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องใช้แนวทางปฏิบัติ (Guideline) และแนวปฏิบัติทางคลินิกที่เป็นการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice) ที่มีอยู่จากฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) มาปรับปรุงและทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ และประเมิน

แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ สถาบันบำราศนราดูร ต่อไป

1.2 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากงานวิจัย (Assembly of relevant research) ซึ่งได้จากการรวบรวมแนวทางปฏิบัติ (Guideline) และการพยาบาลที่ดี (Best practice)

1.3 การวิเคราะห์และประเมินความน่าเชื่อถือ จากแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกโดยผู้วิจัย ประเมินคุณภาพและความเข้มแข็งของหลักฐาน

1.4 นำข้อมูลจากหลักฐานที่สืบค้นได้มาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งผู้วิจัยได้ค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ และสังเคราะห์จากแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในฐานะข้อมูลต่างๆ จำนวน 14 แนวปฏิบัติ นำมาพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมา โดยนำแนวปฏิบัติการพยาบาล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity test) หลังจากผู้วิจัยสร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสัลยกรรม 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ป่วยบาดแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 ท่าน และพยาบาลผู้นิเทศทางอายุรกรรม 1 ท่าน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิแสดงความคิดเห็นและตรวจสอบความตรง (Validity) ของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่ากับ 0.93

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยพยาบาลวิชาชีพ หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยจะปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้วนำกลับมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนได้ความถูกต้องและสมบูรณ์แล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิจะมีฉันทามติลงความเห็นที่สามารถศึกษาผลการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุมาทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุได้ ผู้วิจัยนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุมาทำการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้จริง โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน แล้วปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงาน และผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับบริการในหอผู้ป่วยอายุรกรรมต่อไป และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนนาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่องเพื่อทดสอบใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้ทำการปรับแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดและสภาพของหอผู้ป่วยสถาบันบำราศนราดูร ทำการศึกษานำร่อง ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 จำนวน 10 คน นำไปใช้กับผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 10 คน และประเมินผลการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย และร้อยละ
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนบัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล ด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาเพื่อทดสอบใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยสูงอายุ

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด 10 คน จากการประเมินบัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับคะแนนบัจจัยเสี่ยงบราเดนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ร้อยละ 100 ระดับคะแนนภาวะโภชนาการ MNA น้อยกว่า 17 ร้อยละ 70 ไม่มีประวัติการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 60 มีประวัติการใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทและหลอดเลือด ร้อยละ 90 มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูง ร้อยละ 100 ไม่มีระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic) สูง ร้อยละ 90 ไม่มีผู้ดูแลในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 100 เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วมีผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 90 เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้วไม่มีผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน และในจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านพบว่า ร้อยละ 90 มีจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 10 มีผู้ดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผู้ป่วยเรื้อรังหรือสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเรื้อรังนอกเหนือจากผู้ป่วยอีกร้อยละ 10

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=10)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	100
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ		
ระดับคะแนนบราเดนสเกล		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18	10	100
มากกว่า 18	0	0
ระดับคะแนน Mini Nutritional Assessment		
17-23.5 คะแนน	3	30
น้อยกว่า 17	7	70
ประเมินไม่ได้	0	0
ประวัติการเกิดแผลกดทับ		
มี	4	40
ไม่มี	6	60
ภาวะอัมพาต		
มี	2	20
ไม่มี	8	80
โรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ		
มี	10	100
ไม่มี	0	0
การใช้ยาที่มีผลกระทบต่อระบบประสาทและหลอดเลือด		
มี	9	90
ไม่มี	1	10

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความดันโลหิตตัวล่าง (diastolic) สูง		
มี	1	10
ไม่มี	9	90
ผู้ดูแลผู้ป่วยในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
มี	0	0
ไม่มี	10	100
ผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน		
มี	10	100
ไม่มี	0	0
จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วย 2 คนขึ้นไปขณะอยู่บ้าน		
มี	9	90
ไม่มี	1	10
มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังในบ้านนอกเหนือจากผู้ป่วยอีก		
มี	1	10
ไม่มี	9	90

ส่วนที่ 2 การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หลังจากผู้วิจัยทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบำราศนราดูร

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน ก่อนและหลังการได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับไม่พบสภาพผิวหนังที่แสดงว่ามีแผลกดทับ และพบว่ากลุ่มตัวอย่าง 7 รายหรือร้อยละ 70 มีระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้นก่อนได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ จากระดับคะแนนความเสี่ยงบราเดน 13 เป็น 14 หลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล นั้นแสดงว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลงหลังได้รับแนวปฏิบัติทางการพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง 4 รายหรือร้อยละ 40 มีระดับคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับคงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง ทั้งก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาล คือมีค่าระดับ

คะแนนความถี่ขงบราเดนเท่ากับ 16 และ 17 แสดงว่าก่อนและหลังได้รับแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไม่เปลี่ยนแปลงคิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งเนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุ มีภาวะโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ประกอบกับความเสื่อมของวัยชราทำให้การฟื้นคืนสภาพเป็นไปได้น้อย และจากการเปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ พบว่า คะแนนเฉลี่ยก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 15.30 คะแนน (S.D.=1.41) และคะแนนเฉลี่ยหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเท่ากับ 16.60 คะแนน (S.D.=.97) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test พบว่าคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินบราเดนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ (n=10) ด้วยสถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test

คะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเดนสเกล	X	S.D.	p-value
ก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	15.30	1.41	0.026
หลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล	16.60	0.96	

$p < 0.05$

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันบาราศนราดูร โดยการวิเคราะห์และสังเคราะห์จากการสืบค้นงานวิจัยและหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้หลักฐานจากแหล่งที่มา 8 แหล่ง จำนวนงานวิจัย 12 งานเป็นการวิจัยแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและบทความในต่างประเทศ และจำนวนงานวิจัย 2 งานเป็นงานวิจัยและจากในประเทศซึ่งหลักฐานที่แบ่งได้เป็น Clinical practice

guideline จำนวน 3 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Systemic review จำนวน 9 เรื่องและเป็น Experimental study randomize controlled trial จำนวน 2 เรื่อง เนื้อหาจะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยมีขั้นตอน 4 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ผู้วิจัยได้สืบค้นหลักฐานข้อมูลแนวปฏิบัติ (Guideline) และการปฏิบัติที่เป็นเลิศ (Best practice guideline) ได้แก่ www.joannabriggs.edu.au www.rnao.org และ www.mahidol.ac.th ฐานข้อมูลที่ทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (Systemic review) และงานวิจัยเดี่ยวสืบค้นได้จาก CINAHL Pub Med และ Med line และฐานข้อมูลงานวิทยานิพนธ์จากสถาบันต่างๆ เช่น www.mahidol.ac.th www.nu.ac.th , www.Christrain.ac.th และ www.psu.ac.th โดยใช้คำที่ใช้ในการสืบค้นข้อมูล ได้แก่ Pressure sore, Pressure ulcer และ Bed sore ซึ่งพบหลักฐานที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จำนวน 14 เรื่อง ในจำนวนนี้เป็นงานวิจัย 12 งานเป็นการวิจัย แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศและบทความในต่างประเทศ และจำนวนงานวิจัย 2 งานเป็นงานวิจัยและจากในประเทศซึ่งหลักฐานที่ได้แบ่งเป็น Clinical practice guideline จำนวน 2 เรื่อง งานวิจัยที่เป็น Systemic review จำนวน 9 เรื่องและเป็น Experimental study randomize controlled trial จำนวน 2 เรื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างขึ้น ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 คน พิจารณาแสดงความคิดเห็นแล้ว นำข้อมูลเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา เพื่อให้แนวปฏิบัติมีความถูกต้องด้านการใช้ภาษา ความครอบคลุมของเนื้อหา มีความชัดเจน และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ยอมรับได้ คือมีค่าเท่า 0.93

ขั้นตอนที่ 3 การศึกษาความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล โดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.88

ขั้นตอนที่ 4 การศึกษานำร่อง (The pilot study) เพื่อทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม 5 สถาบันปราศรัย จำนวน 10 คน พบว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ผลการศึกษายังพบวก่อนใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ 10 คน ไม่พบการเกิดแผลกดทับ เปรียบเทียบคะแนนปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับตามบราเคนสเกลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยสูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีระบบติดตามการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการปฏิบัติ
2. สามารถนำงานวิจัยนี้ไปใช้ในหอผู้ป่วยอื่นที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุได้
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่เพียงพอและมีการขยายเวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน
4. ควรมีการขยายผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. มาลี ชิดโคกสูง. กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2551; 32(1):124-132.
2. วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย.พยาบาลสาร, 2545; 23 (3):1-12.
3. Burenekul, A “Pressure ulcer risk factors among hospitalized neurological patients” Master’s Thematic, in Nursing Science, Faculty of Graduated studies, Mahidol University, 2002.
4. ชญานิศ ลือวานิช และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารสภาการพยาบาล, 2542; 14(2):17-29.
5. Baltzi, E., Dafogianni, C. Quality of life and bedsores. ICU and Age & Ageing. 2004; 33: 230–235.
6. กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ วรรณิภา สายหล้า และจุฬาร ประสงค์. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยด้วยSSIET Bundle. เอกสารการประชุมวิชาการประจำปี 2558 วันที่ 8-9 ธันวาคม 2558.
7. ขวัญจิตร ปูนโพธิ์ และฉิมพิกัญญา มะมม. การศึกษาผลของกระบวนการดูแลแผลในการส่งเสริมการหายของแผลการลดความเสี่ยงในการเกิดแผลใหม่และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ.รายงานการวิจัย.โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2555.
8. The National Decubitus Foundation. (2002). Cost savings through bed sore avoidance. Retrieved October 15 2016 ,from <https://www.leedergroup.com/bulletins/pressure-sores>

9. สมหวัง คำนชัยจิตร และป่วน สุทธิพิชธรรม. การป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลกดทับ. ใน: สมหวัง คำนชัยจิตร, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2539; 251-65.
10. นลินทิพย์ ดำนานทอง และวีระชัย โควสุวรรณ. รายงานผลการวิจัย: ค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับ. ขอนแก่น: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2538.
11. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, and Ruby E. Multi-site study of incidence of pressure ulcers and the relationship between risk level, demographic, characteristics, diagnoses, and prescription of preventive Interventions. **Journal of the American Geriatrics Society**, 1996; 44 (1): 22-30.
12. Dealey C. Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital. **The Journal of Advanced Nursing**, 1994; 20: 652-9.
13. Defloor, T. The effect of position and mattress on interface pressure. **Applied Nursing Research**, 2000; 13(1), 2-11.
14. วาสนา มิกราช. ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 2557; 45(2):135-149.
15. สถาบันบำราศนราดูร. สรุปรายงานประจำปี งบประมาณ 2559. (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี. สถาบันบำราศนราดูร, 5559.
16. Gould D. Intervention studies to reduce the prevalence and incidence of pressure sores: a literature review. **Journal of Clinical Nursing**, 2000; 9, 163-77.
17. Taler G. What do prevalence studies of pressure ulcers in nursing homes really tell us. **Journal of the American Geriatrics Society**, 2002; 50(4): 773-774.
18. ขวลิ แฉ่มวงษ์ และคณะ. การลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ รูปแบบการดูแลโดยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารสภาการพยาบาล, 2548; 20(1):33-48.