

## บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ : ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล

### The Nurses Role and Pressure Ulcers:

### Challenge in Prevention and Management

จินพิชญา มะมอม\*

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12120

Jinpitcha Mamom\*

Faculty of Nursing, Thammasat University, Rangsit Centre,

Klong Nueng, Khlong Luang, Pathum Thani 12120

#### บทคัดย่อ

แผลกดทับเป็นการบาดเจ็บบริเวณผิวหนังและชั้นใต้ผิวหนังที่เกิดจากการกดทับบริเวณปุ่มกระดูก (เช่น บริเวณก้นกบหรือสันเท้า) และแรงกดทับจากภายนอก (เช่น วัสดุรองรับหรือเก้าอี้) เป็นปัญหาที่สำคัญหนึ่งในโรงพยาบาลที่มักเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วย เช่น อาการปวดทุกข์ทรมาน คุณภาพชีวิตลดลง ระยะเวลาการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลสูง อัตราการตายเพิ่มขึ้น บุคลากรทีมผู้ดูแลมีภาระงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว การป้องกันและการจัดการแผลกดทับเป็นบทบาทที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อการค้นหาปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการเพิ่มระดับของแผลกดทับ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและให้ความรู้แก่ตัวผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สามารถดูแลตนเองและตระหนักเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อมีแผลกดทับ รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล/ครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อมีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเกิดขึ้นในครอบครัว บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับความหมายและกลไกการเกิดแผลกดทับ การแบ่งระดับแผลกดทับ ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ รวมถึงการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการต่าง ๆ ในการป้องกันและจัดการกับแผลกดทับ ซึ่งองค์ความรู้จากการวิจัยช่วยให้มีการพัฒนาวิธีการใหม่ ๆ ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดปัญหาจากการดูแลในระยะยาวที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ : บทบาท, พยาบาล, แผลกดทับ, การป้องกัน, การจัดการ

## Abstract

Pressure ulcers (PUs) are areas of injury that can develop when there is prolonged compression of skin or underlying tissue between a bony prominence (such as the sacrum or heels) and an external surface (such as a mattress or chair seat). PUs in elderly hospitalized adults can have significant negative effects in terms of pain, quality of life, length of hospital stay, cost of care, medical complications, mortality, work-load of the nursing staff and caregivers. Preventing and managing pressure ulcers are an important aspect of essential nursing care that begins with an assessment of the risks associated with their development. Although the prevention of pressure ulcers is a multidisciplinary responsibility, nurses play a major role to play in monitoring the success of strategies to reduce avoidable pressure ulcers and to provide accountability and maintain motivation. This article discusses the etiology classification and risk factors of pressure ulcers especially the new study and research about pressure ulcers nursing care. Research also suggests that when the health care providers are functioning as a team, the incidence rates of pressure ulcers can decrease. Thus, pressure ulcers and their prevention should be considered a patient safety goal which benefits the nursing practice as a whole in the future.

**Key words:** nurse, role, pressure ulcer, prevent, management

## 1. บทนำ

แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว [1,2] ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังเมื่ออายุมากขึ้น ได้แก่ สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง ผิวหนังจะเริ่มบางลง เนื้อเยื่อสูญเสียความยืดหยุ่น เนื่องจากการสร้างคอลลาเจนในผิวหนังแท้ลดลง ทั้งปริมาณและคุณภาพ ซึ่งคอลลาเจนเปรียบเสมือนตัวปกป้องการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและหลอดเลือด ซึ่งเมื่อมีแผลแล้วจะทำให้แผลหายช้า และมีการลดแรงเกาะ (cohesion) ระหว่างผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ ทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับ รวมทั้งการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อบกพร่อง โดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลงประมาณ 1 ใน 3

ของอายุที่เพิ่มขึ้น เมื่อการไหลเวียนเลือดลดลงทำให้รากขน ต่อมเหงื่อ และต่อมน้ำมันฝ่อตัวลง นอกจากนี้เนื้อเยื่อชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous tissue) จะมีปริมาณไขมันลดลง ทำให้ผิวหนังบางลง เกิดรอยช้ำตามร่างกายได้ง่าย การรับความรู้สึกที่ผิวหนังลดลงจากความเสื่อมของปลายประสาทที่เพิ่มขึ้นตามอายุ จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่น [2-4] มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่วมกับมีภาวะการรับความรู้สึกต่าง ๆ ลดลง จะทำให้ผู้ป่วยไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เห็นความสำคัญและตระหนักถึงอันตรายของแผลกดทับ นำไปสู่การจัดการดูแลแผลกดทับที่ไม่ถูกต้อง [5] ส่งผลทำให้เกิดการลุกลามของแผลเพิ่มมากขึ้นต่อไปและมีความยุ่งยากในการจัดการมากขึ้น ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้มากคือบริเวณปุ่มกระดูก

[6] โดยเฉพาะบริเวณก้นกบ สะโพก สะบัก และสันเท้า [7] มีการรายงานอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับจะเกิดเพิ่มมากขึ้น หากทีมสุขภาพไม่ให้ความสำคัญและมีความชัดเจนในการใช้แนวทางการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะที่ 1 [8] ทั้งนี้จะพบแผลกดทับระดับที่ 2 เป็นต้นไปและมีการเพิ่มระดับของแผลกดทับมากขึ้น ในผู้ป่วยที่มีผิวคล้ำ เนื่องมาจากพบว่ามี ความยากในการประเมินสีของผิวหนังตั้งแต่ในระย ะแรก [8] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญในการประเมินแผล โดยเฉพาะกับผู้ป่วยกลุ่มในนี้

ผลกระทบจากแผลกดทับที่มีผลต่อผู้ป่วยมีมากมาย อาทิ เช่น การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน การติดเชื้อ ระยะเวลารักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาลนาน ค่ารักษาพยาบาลสูง บุคลากร ทีมผู้ดูแลมีการะงานเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังเป็นภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว [1,9,10] แผลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและหายช้า และมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากแผลกดทับเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ [11,12] เมื่อเกิดแผลกดทับขึ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ ความโกรธ ความเครียด วิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ที่สำคัญประการหนึ่งจากการมีแผลกดทับ [13,14] ฉะนั้นพยาบาลซึ่งมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการประเมินความเสี่ยงและจัดการกับแผลกดทับ ต้องมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ดูแล และการรักษาแผลกดทับ รวมทั้งการพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยต่อไป

## 2. ความหมายและการแบ่งระดับของแผลกดทับ

การประชุมของคณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (NPUAP, The

National Pressure Ulcer Advisory Panel, 1989) [15] ได้ให้ความหมายของแผลกดทับไว้ว่า แผลกดทับเป็นแผลที่เกิดจากการกดทับบริเวณหลอดเลือดฝอยเป็นเวลานาน [16] โดยมีแรงกดเฉลี่ยมากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยง จึงทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนังบริเวณนั้น โดยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังบริเวณที่ได้รับแรงกด เริ่มจากผิวหนังเริ่มมีสีแดงจาง ๆ สังเกตได้ภายใน 30 นาที ตั้งแต่ได้รับแรงกด ซึ่งระยะแรกจะสังเกตเห็นรอยแดง (non-balanching erythema) และรอยแดงนั้นก็ไม่จางหาย แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนท่าไปแล้วนานกว่า 30 นาที จากนั้นจะเกิดการบวมและมีน้ำขังจนกลายเป็นแผลพุพองขึ้น (blister formation) สุดท้ายเกิดเป็นแผลถลอก แผลกดทับที่เกิดขึ้นอาจเรียกว่า pressure ulcer, pressure sore, bed sore หรือ decubitus ulcer ซึ่งมีความหมายเดียวกัน [10] หากปล่อยให้ผิวหนังได้รับแรงกดเป็นเวลานานกว่า 6 ชั่วโมง ผิวหนังจะเริ่มบวม เพราะมีน้ำซึมออกมาจากผนังเส้นเลือดฝอย เซลล์เนื้อเยื่อจะเริ่มตาย เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ผิวหนังจะเกิดการฉีกขาดเป็นแผล สังเกตได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์ [17,18]

คณะที่ปรึกษาแผลกดทับแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (NPUAP, 1989) [15] ได้แบ่งระดับแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนังมากขึ้นน้อยแตกต่างกัน ได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้

**2.1 ระดับที่ 1** หมายถึง ลักษณะรอยแดงบริเวณที่ถูกกดทับและไม่จางหายภายใน 30 นาที เกิดจากการทำลายชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้ แต่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาด ผิวจะอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่น ซึ่งหากมีการประเมินเพื่อค้นหาแผลกดทับตั้งแต่ในระยะแรกนี้ให้ได้ จะช่วยป้องกันไม่ให้แผล

กดทับมีการลุกลามเข้าสู่ระดับที่มากขึ้น ช่วยป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี [8]

**2.2 ระดับที่ 2** หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอก มีตุ่มพองใส มีแองแผลตื้น ๆ อาจมีสิ่งคัดหลั่ง (exudates) ปริมาณไม่มาก ผิวหนังอุ่น และมีอาการปวด แต่ยังไม่มีการเนื่อตาย (slough) เกิดจากการทำลายชั้นหนังกำพร้ามากขึ้นจนเกิดรอยถลอกและอาจลุกลามถึงชั้นหนังแท้

**2.3 ระดับที่ 3** หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื่อเยื่อตายตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้าลึกถึงไปถึงชั้นเนื่อเยื่อไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงชั้นพังพืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล (undermining) แผลเริ่มมีกลิ่น มีเนื่อตาย มีสิ่งคัดหลั่งตั้งแต่ปริมาณน้อยถึงมาก และพบว่าแผลกดทับระดับ 3 ที่มีบริเวณแคบอาจพบที่ ท้ายทอย ตาตุ่ม จมูก หู

**2.4 ระดับที่ 4** หมายถึง ลักษณะผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย และมีการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือข้อต่อ เกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื้อได้ สังเกตพบเนื่อตายปริมาณมาก มีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล แผลมีกลิ่นเหม็น ปริมาณสิ่งคัดหลั่งมีระดับปานกลางถึงมาก

**2.5 ระดับที่ไม่สามารถระบุได้** หมายถึง ลักษณะแผลที่ไม่สามารถระบุความลึกได้ ส่วนใหญ่ผิวหนังทุกชั้นจะถูกทำลาย โดยจะพบลักษณะเนื่อตายสีดำคลุมพื้นผิวของแผลไว้ทั้งหมดและถึงแม้ว่าจะมีการกำจัดแผ่นเนื่อตายสีดำออกจากพื้นผิวของแผลออกแล้ว ก็ยังไม่สามารถระบุความลึกของแผลที่แท้จริงได้

วิธีการประเมินแผลกดทับต้องมีความครอบคลุมในเรื่องสาเหตุของการเกิดแผล ปัจจัยที่

ส่งเสริมให้เกิดแผล ขนาด ความลึก ลักษณะเนื่อเยื่อที่ถูกทำลายและเนื่อเยื่อที่ปรากฏ ปริมาณและลักษณะสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะของขอบแผล และที่สำคัญประการหนึ่งคือการติดตามผลการรักษาที่เคยได้รับรวมทั้งประเมินผลการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน [17] ซึ่งข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับทีมสุขภาพที่จะช่วยในการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการหายของแผลได้

### 3. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับ

**3.1 แรงกดทับ (intensity of pressure)** แรงกดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ในคนปกติมีความดันหลอดเลือดแดงส่วนปลายระหว่าง 28-32 มิลลิเมตรปรอท ความดันหลอดเลือดดำส่วนปลายอยู่ระหว่าง 9-12 มิลลิเมตรปรอท และความดันหลอดเลือดดำแห่งกิ่งกลางระหว่างหลอดเลือดดำและแดงคือ 25 มิลลิเมตรปรอท แรงกดที่มากกว่า 32 มิลลิเมตรปรอท กระทำต่อร่างกายอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้เลือด ไปเลี้ยงเนื่อเยื่อบริเวณที่ถูกกดไม่เพียงพอ ผิวหนังและเนื่อเยื่อบริเวณรอบ ๆ ขาดออกซิเจน เกิดการคั่งของของเสียในเซลล์ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื่อเยื่อต่าง ๆ [18]

มีการศึกษาพบว่าแรงกดทับมากกว่า 1.5 ปอนด์/ตารางนิ้ว (ประมาณ 80 มิลลิเมตรปรอท) จะทำให้เกิดแผลกดทับในคนที่อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ซึ่งปริมาณแรงกดและระยะเวลาในการกดเป็นสัดส่วนผกผันกัน คือ ปริมาณแรงกดน้อยแต่ระยะเวลาานาน หรือปริมาณแรงกดมากกระทำในระยะเวลาสั้น สามารถทำให้เกิดแผลกดทับได้ หรือหากปริมาณแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังที่เท่ากัน แรงที่กระทำต่อผิวหนังในระยะเวลาที่ต่อเนื่องกัน จะมีการทำลายของเนื่อเยื่อได้มากกว่าระยะเวลาที่ไม่ต่อเนื่องกัน ดังนั้น

เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางจึงเป็นการลดแรงกด ทำให้มีการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงผิวหนังบริเวณที่ถูกกด เนื้อเยื่อได้รับอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น จึงทำให้ไม่เกิดแผลกดทับ [18]

**3.2 แรงเฉือน (shearing force)** เป็นแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีการไถลตัวขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือท่านอน ทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อเกิดเป็นแผลและเกิดการอุดตันของหลอดเลือดฝอยในชั้นใต้ผิวหนัง และมีผลทำให้มีการไหลเวียนเลือดของผิวหนังบริเวณที่มีแรงกดนั้นลดลง ทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อตามมา มีการศึกษาพบว่าแรงเฉือนที่เกิดขึ้นนี้เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่ทำให้เกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณก้นกบและส้นเท้า [18]

**3.3 แรงเสียดสีหรือแรงเสียดทาน (friction)** เกิดขึ้นจากการเคลื่อนที่ของพื้นผิวสองอย่างสัมผัสกัน ในทิศทางตรงกันข้าม เช่น มีการเลื่อนตัวผู้ป่วยบนที่นอนหรือผู้ป่วยเลื่อนไถลตัวกับที่นอน ซึ่งจะทำให้มีการฉีกขาดหลุดลอกของผิวหนังชั้นตื้น ๆ เกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนัง ทำให้เกิดแผลขึ้น [15,18] ซึ่งผู้ป่วยที่พบมีโอกาสเกิดปัญหาจากแรงเสียดทานและแรงเฉือน ต้องให้การช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่ง โดยไม่เกิดแรงต้านขณะเคลื่อนย้ายหรือลุกนั่ง หรือเกิดเลื่อน ไถลลงจากเตียงหรือเก้าอี้ได้ ต้องให้การช่วยเหลือในการจัดท่าใหม่ ไม่ให้มีการกดแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่อ หรือป้องกันอาการสับสนุนวุ่นวาย ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาแรงเสียดทานเป็นส่วนใหญ่ [18]

**3.4 การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobility)** เป็นปัจจัยเสี่ยงปัจจัยหนึ่งที่สำคัญมากต่อการเกิดแผลกดทับ ในบุคคลที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงจะสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างเป็นอิสระ ทำให้มีการกระจายแรงกดทับที่เกิดจากน้ำหนักร่างกายอยู่ตลอด

เวลา ดังนั้นในภาวะใดก็ตามที่ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลาานาน ๆ เช่น อัมพาต การรับรู้ความรู้สึกลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้เอง เป็นเหตุส่งเสริมให้เกิดแผลกดทับได้แม้แรงกดทับนั้นจะมีปริมาณไม่มากก็ตาม

**3.5 ระบบการไหลเวียนเลือดของร่างกาย** มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดแดง (peripheral arterial disease) จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะบริเวณส้นเท้า (heel) ได้มากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น นอกจากนี้ยังพบอีกว่าร้อยละ 88 ของแผลกดทับระดับที่ 4 จะอยู่ที่บริเวณส้นเท้ามากกว่าบริเวณอื่น [18] และพบอีกว่าผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจหยุดเต้น (cardiac arrest) และภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำในร่างกาย (hypovolemic shock) จะเพิ่มโอกาสการเกิดแผลกดทับอีกด้วย [5,18]

## 4. ตำแหน่งที่มักเกิดแผลกดทับ [19]

**4.1 ท่านอนหงาย** จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ท้ายทอย สะบัก สอก กระเบนเหน็บ และส้นเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก หัวกระดูกข้อศอก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า มีการศึกษาแรงกดที่จุดรับน้ำหนักส่วนต่าง ๆ ของร่างกายโดยใช้เครื่องมือ Talley Scimedics Skin Pressure Evaluator MK III พบว่าในท่านอนหงายจุดรับน้ำหนักส่วนนูนของท้ายทอย ส่วนนูนของกระดูกสะบัก กระดูกกระเบนเหน็บ และส้นเท้า มีแรงกด 58, 28-36, 120, และ 65-80 มิลลิเมตรปรอท ตามลำดับ

**4.2 ท่านอนตะแคง** จุดรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ ไบหู หัวไหล่ด้านข้าง ซี่โครงกระดูกสันขา หัวเข่า ตาตุ่ม บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ไบหู ปุ่ม

กทหุ ปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซึ่งโครง ปุ่มกระดูกโคนขา ปุ่มกระดูกต้นขา หัวกระดูกปลายขาอันเล็ก และคาตุ่ม

**4.3 ท่านอนคว่ำ** จูดยรับน้ำหนักของร่างกาย ได้แก่ หู แก้ม หัวไหล่ด้านหน้า ข้อศอก บริเวณอวัยวะเพศ หัวเข่า นิ้วเท้า บริเวณที่อาจเกิดแผลกดทับได้ คือ ปุ่มกทหุ กระดูกโหนกแก้มปุ่มกระดูกหัวไหล่ ซึ่งโครงกระดูกขอบโค้งด้านหน้าของกระดูกเชิงกราน อวัยวะเพศ ปุ่มกระดูกต้นขา กระดูกสะบ้า และนิ้วเท้า

**4.4 ท่านั่ง** ซึ่งจูดยรับน้ำหนักของร่างกายอาจตกอยู่บริเวณใดบริเวณหนึ่งขึ้นอยู่กับท่านั่งของผู้ป่วย ท่านั่งหลังตรงเข่างอ 90 องศา ด้านหลังของต้นขาจะเป็นจูดยรับน้ำหนัก แต่หากผู้ป่วยเลื่อนไหลเข้าขากสูงและข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา จูดยรับน้ำหนักของร่างกายจะตกลงที่ปุ่มกระดูกเชิงกรานและกระดูกก้นกบโดยตรง

## 5. ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผลกดทับ

**5.1 อายุ** การหายของแผลในผู้ป่วยสูงอายุจะช้ากว่าในวัยหนุ่มสาวเนื่องจากร่างกายผู้สูงอายุมีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนลดลง การสร้างเซลล์อิพิทีเลียลลดลง การสร้างหลอดเลือดใหม่ที่ช้า รวมถึงภาวะผนังหลอดเลือดหนาตัว การไหลเวียนของเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่อบริเวณบาดแผลจะน้อยและประสิทธิภาพในการต่อต้านเชื้อโรคจะลดลง จึงทำให้กระบวนการหายของแผลมีประสิทธิภาพลดลง [15]

**5.2 ภาวะโภชนาการ** ได้แก่ ระดับโปรตีนในร่างกาย เป็นองค์ประกอบสำคัญของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อและเป็นส่วนประกอบของเม็ดเลือดแดงที่จะนำออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อ บริเวณบาดแผล ดังนั้นภาวะพร่องโปรตีนจึงทำให้กระบวนการหายของแผลช้าลง การต้านทานเชื้อโรคลดลง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความล้มเหลวของการหาย

ของแผลได้ ซึ่งในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรจะได้รับโปรตีนมากกว่า 45 กรัมต่อวัน [5] ซึ่งอาจใช้การตรวจวัดระดับอัลบูมินในเลือดซึ่งต้องมากกว่า 3 กรัม/เดซิลิตร [2] และต้องได้รับพลังงาน 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน [20] เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของแผล

**5.3 การจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัว** ซึ่งส่วนใหญ่มีการมุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในที่มีวิธีการจัดทำเป็นตารางการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล) แต่มีการศึกษาพบว่าแผลกดทับอาจเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [21] ฉะนั้นจึงต้องให้ความสำคัญในการจัดท่านอนและการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยตั้งแต่ที่ผู้ป่วยอยู่ที่แผนกดังกล่าว

**5.4 ภาวะของโรค** เช่น โรคเบาหวาน ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้มีการเพิ่มความดันออสโมติก ทำให้การทำงานของไฟโบรบลาสต์และเม็ดเลือดขาวลดลง จะทำให้แผลติดเชื้อง่าย และโรคมะเร็งในเม็ดเลือดขาว จะทำให้มีเม็ดเลือดขาวที่มีประสิทธิภาพต่ำ ทำให้เชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมถูกขจัดออกไปได้น้อย จึงเกิดการอักเสบติดเชื้อและการทำงานของไฟโบรบลาสต์สูญเสียไป ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลช้าลง [15]

**5.5 ยาและการรักษาที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันในระดับเซลล์** มีผลต่อกระบวนการหายของแผลโดยเฉพาะยาเคมีบำบัดและยากดภูมิคุ้มกัน จะมีการกดการทำงานของไซโตไคน์ ทำให้การสร้างเม็ดเลือดทุกชนิดลดลงขัดขวางต่อกระบวนการหายของแผล หรือยาสเตียรอยด์จะทำให้เกิดการขัดขวางต่อการทำงานของเม็ดเลือดขาวในระยะการงอกขยายเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพ [15]

**5.6 การสูบบุหรี่** จะทำให้การทำหน้าที่ของ ซีโมโกลบินลดลง มีผลต่อการปล่อยออกซิเจนเข้าเนื้อเยื่อที่น้อยลง ส่งผลให้เชื้อขาดออกซิเจน รวมถึงนิโคตินที่อยู่ในบุหรี่ทำให้เส้นเลือดหดตัวทำให้กระบวนการหายใจของแผลมีประสิทธิผลลดลง [22]

## 6. บทบาทของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ

ในกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ การเตรียมความพร้อมของญาติ ผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผล นอกจากนี้ยังมีการสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนดูแลสุขภาพที่บ้าน ประเด็นสำคัญคือการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวมทั้งตั้งแต่ในระลอกที่ยังไม่เกิดแผลซึ่งจะต้องประกอบด้วยเรื่อง

**6.1 การจัดท่าผู้ป่วย (positioning)** ซึ่งการจัดท่าและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียง หรือนั่งเก้าอี้ หรือนั่งรถเข็นเป็นส่วนใหญ่ [23]

**6.1.1 การจัดท่านอน** ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายราบมากที่สุด และควรมีหมอนสอดคั่นระหว่างหัวเข่าและตาตุ่มทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการกดทับเฉพาะที่และลดปัญหาจากแรงเสียดทาน การใช้หมอนรองบริเวณน่องหรือขาส่วนล่างให้สั้นเท่าลวยพื้นพื้นที่นอน ไม่ให้สั้นเท่าถูกกดทับ [18] และท่าที่มีแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังสัมผัสน้อยที่สุด คือ ท่านอนคว่ำ

และท่านอนศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา เพื่อป้องกันการเกิดการเลื่อนไถล และการกดทับจากแรงกดและแรงเสียดทาน และต้องจัดให้มีหมอนรองแขน เข่า และต้นปลายเท้า เพื่อไม่ให้ตัวผู้ป่วยเลื่อนไถลลงมาปลายเตียงได้

**6.1.2 การจัดท่านั่ง** โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่นั่งรถเข็นควรเปลี่ยนท่านั่งทุก 30 นาที มีการศึกษาพบว่าท่านั่งที่เกิดแรงกดทับน้อยที่สุด คือ ท่านั่งหลังพิงพนักเก้าอี้ เก้าอี้สำหรับผู้ป่วยที่มีแผลกดทับนั้นจะต้องนั่งสบาย ไม่แคบหรือกว้างจนเกินไป เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดแรงเสียดทานและแรงไถลที่บริเวณสะโพกได้ [19] โดยจัดทำให้ขาสองข้างวางเฉียงไปข้างหน้าเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อเอ็นตึงขา (hamstring muscle) หย่อนตัว ช่วยป้องกันการเกร็งตัวเป็นเวลานานและต้องมีพนักรองแขนทั้งสองข้าง [19]

**6.1.3 การจัดท่านอนตะแคง** มีการศึกษาพบว่าการจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนตะแคง 30 องศา จะช่วยให้ออกซิเจนมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกโคนขา (greater trochanter) ได้ดีกว่าท่านอนตะแคง 60 และ 90 องศา [19] โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องนอนบนเตียงตลอด ควรพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และควรมีการบันทึกลักษณะผิวหนังอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามระยะเวลาในการพลิกตะแคงตัวอาจแตกต่างกันไปตามสภาพของผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับสูง สามารถพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยได้บ่อยกว่าทุก 2 ชั่วโมง หากพบว่าผิวหนังมีรอยแดงเกิดขึ้น

ส่วนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ควรใช้อุปกรณ์รองตัวผู้ป่วย เช่น ผ้ารองตามยาวของลำตัวผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดแผลจากการเสียดสี ขณะยกตัวผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องทำอย่างระมัดระวัง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก ไม่ควร

เคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือยกผู้ป่วยเพียงลำพังหากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผู้ป่วยและผู้ดูแล ที่สำคัญจะต้องหลีกเลี่ยงวิธีการลากอุ้มตัวผู้ป่วย [18]

นอกจากนี้การประเมินหรือสอบถามอาการปวดบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ จากการนอนนาน ๆ ถือเป็นอาการบ่งชี้หนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าการนอนให้ท่าเดิมนานเกินไป ควรจะพิจารณาการเปลี่ยนท่านอนให้เร็วขึ้น เช่น จากเดิมมีการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง อาจต้องปรับเป็นทุก 1 ชั่วโมง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย [10]

**6.2 การประเมินลักษณะผิวหนัง** ซึ่งลักษณะเฉพาะของผิวหนังที่ต้องคำนึงถึงการเกิดแผลกดทับได้แก่ การมีรอยแดงที่ไม่หาย แม้ว่าจะลดแรงกดไปแล้ว การเกิดตุ่มพุพอง ตุ่มน้ำใส ผิวหนังซีด อุ่น ร้อน บวม ลักษณะแข็ง เป็นไต [17] โดยเฉพาะการประเมินผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก ต้องมีการประเมินผิวหนังที่ถูกกดทับและบริเวณที่ใกล้เคียงทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนท่านอน และหากพบรอยแดงปรากฏอยู่แม้ว่าไม่มีแรงกดทับบริเวณนั้นแล้ว ซึ่งปกติรอยแดงควรหายไปภายใน 30 นาที มีความจำเป็นอย่างไรที่จะต้องมีการเปลี่ยนท่าผู้ป่วยให้บ่อยขึ้น และกรณีที่มีผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องจะต้องจำกัดการเคลื่อนไหวจากการรักษา เช่น หลังได้รับผ่าตัดข้อสะโพกเทียม อาจต้องใช้วิธีลดแรงกดทับเป็นช่วง ๆ ด้วยวิธีการยกตัวหรือใช้ที่นอนที่ช่วยลดหรือกระจายแรงกดทับที่เกิดขึ้น นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าสภาพผิวหนังแห้งในผู้ป่วยที่มีอายุ 64 ปีขึ้นไป ประมาณร้อยละ 59-85 มีสาเหตุมาจากภาวะพร่องโภชนาการ ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ที่ส่งผลต่อกระบวนการหายของแผลทั้งสิ้น [19] ผู้ป่วยที่มีปัญหาผิวหนังรับรู้สึกลดลง ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อน

โดยตรง โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ควรเลือกใช้แผ่นร้อน (hot pack) ที่ห่อด้วยผ้าขนหนูก่อนวางบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินความร้อนก่อนวางให้ผู้ป่วยทุกครั้ง สังเกตรอยแดงหรือตุ่มน้ำพองที่อาจเกิดจากความร้อนที่ผิวหนังของผู้ป่วยด้วย มีการศึกษาพบว่าวิธีการประเมินอุณหภูมิของผิวหนัง ควรเช็คหาความสะอาดผิวหนังบริเวณนั้นให้แห้งสะอาดก่อนแล้วจึงใช้มือสัมผัสผิวหนังบริเวณนั้น โดยไม่ต้องสวมถุงมือ เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการประเมินดังกล่าว [15]

**6.3 การใช้อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด**  
อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกด เช่น ที่นอนลม ทำให้เวลาในการเปลี่ยนท่านอนนานกว่า 2 ชั่วโมง ได้ ซึ่งปัจจุบันมีอุปกรณ์ที่ช่วยกระจายแรงกดทับมากมายหลายชนิด หลักในการเลือกอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับที่ดีต้องมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผลิตภัณฑ์นั้นต้องสามารถรับน้ำหนักและกระจายแรงกดทับบนตัวผู้ป่วยได้ทุกอิริยาบถ ซึ่งอุปกรณ์ที่ช่วยกระจายแรงกดทับจำแนกได้ 2 แบบ ได้แก่ อุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดชนิดอยู่กับที่ (static pressure) เช่น ที่นอนที่ทำงานเส้นใย เจล ลม และน้ำ หรือหมอน การทำงานจะเป็นลักษณะกระจายแรงกดเฉพาะที่พื้นผิวสัมผัสร่างกาย และอุปกรณ์ช่วยกระจายแรงกดทับชนิดเคลื่อนที่ได้ หรือสลับไปมา (alternating pressure) เช่น ที่นอนลมแบบระบบท่อลมทำงาน โดยใช้แหล่งพลังงานหมุนเวียนของลมเกิดการยุบและพองตัว ที่นอนประเภทนี้สามารถกระจายแรงกดทับที่เกิดขึ้นกับทุกส่วนของร่างกายที่สัมผัสกับที่นอน ในกรณีที่หอผู้ป่วยมีข้อจำกัดในเรื่องไม่มีอุปกรณ์กระจายแรงกดชนิดแบบที่เคลื่อนที่ได้ ควรพิจารณาเลือกใช้เฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดแผลกดทับ มีการศึกษาการใช้อุปกรณ์เพื่อรองรับแรงกดทับที่จุด



ต่าง ๆ เช่น alternating pressure, air mattress พบว่าอุปกรณ์เหล่านี้สามารถลดการเกิดของแผลกดทับได้ [15] ที่สำคัญประการหนึ่งคือการไม่ใช้หมอนหรือยางเป่าลมรูปปร่างแบบวงแหวนขนาดเล็ก (doughnut) หรือวงแหวนขนาดใหญ่ (rubber ring) รอบบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากหมอนลักษณะนี้จะมีผลต่อระบบไหลเวียนของน้ำเหลืองและเนื้อเยื่อรอบ ๆ ปุ่มกระดูกมากกว่าการช่วยป้องกันการเกิดแผลกดทับ ทำให้ขัดขวางการไหลเวียนเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่ดีเป็นผลให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อส่วนที่สัมผัสกับวงแหวนเกิดการขาดเลือด ทำให้ง่ายต่อการเกิดแผลกดทับ และไม่ควรใช้ถุงมือยางใส่น้ำรอบบริเวณปุ่มกระดูก เนื่องจากไม่มีผลในการช่วยลดแรงกดทับหรือกระจายแรงกดทับ แต่อาจทำให้เกิดแผลบริเวณที่สัมผัสเพราะเกิดจากการแห้งงาได้ [15] นอกจากนี้มีการศึกษาการใช้ขนแกะเพื่อลดแรงกดทับ ซึ่งพบว่าไม่มีผลต่อการลดหรือกระจายแรงกดทับได้ แต่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น [24]

**6.4 การทำความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีผิวหนังแห้ง** ควรหลีกเลี่ยงการใช้น้ำอุ่นและสบู่ในการทำความสะอาดร่างกาย หากจำเป็นต้องใช้สบู่ควรใช้สบู่อ่อน เพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังที่แห้งและบอบบาง ผู้สูงอายุควรเลือกทำความสะอาดร่างกายวันละครั้งหรือตามความเหมาะสม ในการทำความสะอาดควรเช็ดอย่างเบามือและซับให้แห้งด้วยผ้าที่อ่อนนุ่ม จากนั้นทาแป้งให้ผิวหนัง ยกเว้นบริเวณที่มีแผล หลีกเลี่ยงการใช้แอลกอฮอล์ชนิดหลังในผู้ป่วยที่ผิวหนังแห้งซึ่งจะทำให้ผิวหนังแตกง่าย ในผู้ป่วยที่มีผิวแห้งควรทาโลชั่น 3-4 ครั้ง/วัน ถ้าเป็นครีมทา 2-3 ครั้ง/วัน และถ้าเป็นขี้ผึ้ง (ointment) ทา 1-2 ครั้ง/วัน เนื่องจากโลชั่นมีส่วนประกอบของน้ำมันมากกว่าจึงระเหยเร็ว ต้องทาซ้ำบ่อย ๆ นอกจากนี้ใน

ผู้ป่วยที่ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ จะมีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยอื่น 7.89 เท่า [24] จึงต้องให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ด้วย และในกรณีที่มีผู้ป่วยที่สามารถใช้หมอนนอนเพื่อรองรับอุจจาระ/ปัสสาวะ ก็ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยต้องอยู่บนหมอนนอนนาน ๆ เพราะอาจเป็นสาเหตุให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี [17]

## 7. บทบาทของพยาบาลในการจัดการกับแผลกดทับ

**7.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ**  
 ดังเช่นการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความก้าวหน้าในการหายของแผลและอัตราการเกิดแผลใหม่ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ [25] ที่พบว่า การให้ความรู้ที่จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลได้นั้น จะต้องประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้โดยตรงกับผู้ป่วยและญาติ ควบคู่กับกิจกรรมการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ ซึ่งเนื้อหาความรู้ที่จะให้กับผู้ป่วยและญาติจะประกอบด้วยเรื่องความหมาย พยาธิสภาพ ตำแหน่งผิวหนังที่อาจเกิดแผลได้บ่อย กระบวนการหายของแผล การใช้อุปกรณ์หรือการเลือกที่นอน วิธีการพลิกตะแคงตัว โดยมีการสนับสนุนให้ครอบครัว/ผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลแผลกดทับ และสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับ ให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของแผลในแต่ละระดับในผู้ป่วยแต่ละรายอย่างถูกต้องเหมาะสม ส่วนกิจกรรมการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ เป็นการทบทวนความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อช่วยให้ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล มีโอกาสในการซักถามข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงที่อยู่ที่บ้าน รวมทั้งวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเรียนรู้วิธีการ

เผชิญปัญหาและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัว โดยอาศัยความร่วมมือกันในทีมสุขภาพและต้องทำให้ญาติ/ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

**7.2 การส่งเสริมเรื่องภาวะโภชนาการ** สำหรับผู้ที่มีแผลกดทับ ควรดูแลการรับประทานอาหาร โดยเพิ่มอาหารประเภทโปรตีนเพื่อช่วยในการส่งเสริมการหายของแผล ปริมาณโปรตีนที่ผู้ป่วยมีแผลกดทับควรได้รับคือ 1.25-1.5 กรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/วัน [15] และควรได้รับสารอาหาร 30-35 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมต่อวัน [20]

**7.3 การใช้อุปกรณ์ช่วยระบายความอับชื้น** เช่น ที่นอนลมแบบที่มีระบบพ่นลมออกมาบนพื้นผิวของท่อลม (low air loss) ส่งเสริมการรักษาแผลกดทับที่เกิดขึ้นได้ [24]

**7.4 การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกาย** โดยการออกกำลังกายแบบ passive exercise และ range of motion วันละ 2-3 ครั้ง ให้ผู้ป่วยได้มีการออกกำลังกายของแขนขา โดยให้ผู้ป่วยทำเองหรือผู้ดูแลช่วยทำให้และกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกและลงจากเตียงให้เร็วที่สุดโดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

**7.5 การเตรียมอุปกรณ์และชุดทำความสะอาดแผลกดทับที่บ้าน** ซึ่งมีการศึกษามาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับที่บ้าน [26] ซึ่งวิธีการเตรียมอุปกรณ์ในการทำความสะอาดแผลกดทับ โดยนำสำลี 4-5 ก้อน ผ้ากอซ 4-5 แผ่น (ขึ้นอยู่กับขนาดของแผล) วางบนผ้าดิบและห่อให้เรียบร้อย จากนั้นนำไปใส่ในถังถึงหนึ่ง วางบนเตา รอจนน้ำเดือด หลังน้ำเดือดนาน

ประมาณ 30 นาที เปิดฝาดอก เพื่อไม่ให้น้ำหยดลงบนห่อสำลี ทิ้งไว้ให้เย็น เรียงห่อสำลีใส่กล่องสะอาด เก็บให้เรียบร้อย ส่วนวิธีการนึ่งชุดทำความสะอาดแผล โดยการนำด้วย 1 ใบ พร้อมด้วยสำลีและผ้ากอซ หรือผ้ากอซปิดแผลขนาดใหญ่ ตามปริมาณการใช้ ปากกิบทั้งสองอัน ห่อด้วยผ้าดิบที่เตรียมไว้ จากนั้นนำไปใส่ในถังถึงหนึ่ง วางบนเตา รอจนน้ำเดือด หลังน้ำเดือดนานประมาณ 30 นาที เปิดฝาดอก เพื่อไม่ให้น้ำหยดลงบนห่อสำลี ทิ้งไว้ให้เย็น ซึ่งหากสามารถประยุกต์ความรู้เช่นนี้ได้ นอกจากจะทำให้แผลหายแล้ว ยังช่วยประหยัดเงิน ประหยัดเวลา แทนที่จะต้องนั่งรถมาที่โรงพยาบาลหรือเพื่อซื้อน้ำยา เป็นต้น ทั้งนี้ยังได้ผลลัพธ์เหมือนกัน ได้แก่ แผลหายเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ในเชิงผลลัพธ์ขององค์กร ยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในสถานบริการสุขภาพได้ด้วย

## 8. สรุป

แผลกดทับเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว ซึ่งเมื่อผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงผิวหนังที่ถูกกดทับได้อย่างสะดวก ส่งผลให้ผิวหนังถูกทำลาย หากไม่ได้รับการป้องกันดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก็จะส่งผลให้เกิดแผลกดทับตามมาและยากในการจัดการดูแล ซึ่งการเกิดแผลกดทับจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทำให้เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน จากการรักษาที่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย อีกทั้งยังเป็นการดูแลและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว ส่งผลต่อเนื้อทำให้บุคลากรทีมผู้ดูแลมีภาระงานเพิ่มขึ้น ภาระค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลสูงขึ้น ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการป้องกัน

การเกิดแผลกดทับและการจัดการกับแผลกดทับควรทำอย่างเป็นระบบ โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหาสาเหตุ เพื่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับตั้งแต่ระยะที่ยังไม่เกิดแผล และเมื่อมีแผลเกิดขึ้นแล้วพยาบาลต้องมีการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการดูแลแผลที่ถูกต้อง โดยใช้องค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์หรือจากการศึกษาวิจัยเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดปัญหาจากการดูแลในระยะยาวที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมทั้งควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแล/ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม

## 9. เอกสารอ้างอิง

- [1] Barker, A.L., Kamar, J., Tyndall, T.J., Whilte, L., Hutchinson, A., Klopfer, N. and Weller C., 2012, Implementation of pressure ulcer prevention best practice recommendations in acute care: An observational study, *Int. Wound J.* [In press].
- [2] Baumgarten, M., Rich, S.E., Shardell, M.D., Hawkes, W.G., Margolis, D.J., Langenberg, P., Orwig, D.L., Palmer, M.H., Jones, P.S., Sterling, R., Kinoshian, B.P. and Magaziner, J., 2012, Care-related risk factors for hospital-acquired pressure ulcers in elderly adults with hip fracture, *J. Am. Geriatr. Soc.* 60: 277-283.
- [3] Allen, B., 2012, Effects of a comprehensive nutritional program on pressure ulcer healing, length of hospital stay, and charges to patients, *Clin. Nurs. Res.* [Epub ahead of print].
- [4] Stotts, N.A, Wu, H.S., 2009, Hospital recovery is facilitated by prevention of pressure ulcers in older adults, *Crit. Care Nurs. Clin. N. Am.* 19: 269-275.
- [5] Yamamoto, T., Fujioka, M., Kitamura, R., Yakabe, A., Kimura, H., Katagiri, Y. and Nagatomo, H., 2009, Evaluation of nutrition in the healing of pressure ulcers: Are the EPUAP nutritional guidelines sufficient to heal wounds?, *Wounds* 21:153-157.
- [6] Collier, M. and Moore, Z., 2006, Etiology and risk factors, pp. 27-36, In Romanelli, M. (Ed.), *Science and Practice of Pressure Ulcer Management*, Springer, Inc., New York.
- [7] Igarashi, A., Yamamoto, M.N., Gushiken, Y., Takai, Y., Tanaka, M. and Okamoto, Y., 2013, Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals, *Gerontol. Geriatr.* 56: 220-226.
- [8] Nixon, J., Cranny, G. and Bond, S., 2005, Pathology, diagnosis, and classification of pressure ulcers: comparing clinical and imaging techniques, *Wound Rep. Regen.* 13: 365-372.
- [9] Theisen, S., Drabik, A. and Stock, S., 2012, Pressure ulcers in older hospitalized patients and its impact on length of stay: A retrospective observational study, *J. Clin. Nurs.* 21: 380-387.
- [10] European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2009,

- Prevention of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Washington: NPUAP, Available Source: <http://tinyurl.com/ulcer-prevent>.
- [11] Keen, D.C., 2009, Tissue viability, powys local health board, Bronllys Hospital, South Powys, Br. J. Nurs. 18: S4-10.
- [12] Do, H., 2012, Defining avoidable and unavoidable pressure ulcers, Available Source: <http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/PressureUlcers/Defining%20avoidable%20and%20unavoidable%20pressure%20ulcers.pdf>, February 26, 2012.
- [13] Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J. and Mason, S., 2007, Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: Hospital inpatient perspectives, J. Adv. Nurs. 57: 494-504.
- [14] Gorecki, C., Nixon, J., Madill, A., Firth, J. and Brown, J.M., 2012, What influences the impact of pressure ulcers on health-related quality of life?: A qualitative patient-focused exploration of contributory factors, J. Tissue. Viability 21: 3-12.
- [15] European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2010, International Pressure Ulcer Guidelines for Prevention and Treatment, NPUAP, Washington, D.C.
- [16] Berlowitz, D., 2012, Pressure ulcers: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, and staging, Available Source: <http://www.uptodate.com>, March 27, 2012.
- [17] Shelly, L.K. and Kristen, L., 2012, Pressure ulcer, prevention and management, Available Source: [http://www.rm.com/getpdf.php/1802.pdf?Main\\_Session=390c9341ea5545cf2a805c15ca2eb2fd](http://www.rm.com/getpdf.php/1802.pdf?Main_Session=390c9341ea5545cf2a805c15ca2eb2fd), August 10, 2012.
- [18] Guy, H., 2012, Pressure ulcer risk assessment, Nurs. Times 108: 16-20.
- [19] Stockton, L. and Flynn, M., 2009, Sitting and pressure ulcers 2: Ensuring good posture and other preventive techniques, Nurs. Times 105: 16-18.
- [20] Hengstermann, S., Fischer, A., Steinhagen T.E. and Schulz, R.J., 2007, Nutrition status and pressure ulcer: What we need for nutrition screening, J. Parenter. Enteral. Nutr. 31: 288-294.
- [21] Haugen, V., Pechacek, J., Maher, T., Wilde, J., Kula, L. and Powell, J., 2011, Decreasing pressure ulcer risk during hospital procedures: A rapid process improvement workshop, J. Wound Ostomy Cont. Nurs. 38: 155-159.
- [22] Lawrence, W.T., Bevin, A.G. and Sheldon, G.F., 2002, Acute Wound Care, pp. 121-141, In ACS Surgery, Principles and Practice, Web MD, New York.
- [23] Moore, Z.H. and Cowman, S., 2010, Risk assessment tools for the prevention of pressure ulcers, Cochrane Database of Systematic Reviews; Issue 3, Art No: CD006471. DOI: 10.1002/14651858.CD006471.pub2.
- [24] Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN), 2010, Guidelines for

- prevention and management of pressure ulcers, J. Wound Ostomy Cont. Nurs. 37: 459-460.
- [25] จินพิชญ์ษา มะมม, พิชัย จันทร์สวัสดิ์, ศิริพร เนียมฤทธิ์ และไพรัช ไบครุฑ, 2554, ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความก้าวหน้าในการหายของแผลและอัตราการเกิดแผลใหม่ในผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ, รายงานวิจัย, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 94 น.
- [26] ศจีมาศ จันทร์งาม, 2550, การสร้างมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับที่บ้าน, วิทยานิพนธ์ปริญญาโท, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.