

“ **Pressure ulcer care** ”

กิจกรรมการพยาบาล

ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ผู้รับบริการชายไทย อายุ 85 ปี

Dx. Infected bed sore U/D HT status bed ridden และ poor bed mobility, on NG feeding มีประวัติตกเตียง ปี 2561 ทำให้เกิดภาวะ cord compression และนอนติดเตียงตั้งแต่นั้นมา ก่อนเข้ารับการดูแลญาติให้ประวัติว่าเดิมแผลกดทับขนาดเล็กและไม่ลึก แต่ไม่ได้รับการพลิกตัวอย่างสม่ำเสมอ และมีถ่ายเหลวจึงทำให้การหายของแผลไม่เป็นไปตามกระบวนการ

แรกรับในการดูแลเมื่อ กันยายน 2563 ประเมินพบแผลกดทับบริเวณ coccyx grade IV 7x9 cm. แผลมี granulation tissue และ slough ปกคลุม ตรวจจรรยาเพิ่มเต็มพบปากแห้ง ผิวแห้ง ขาดความชุ่มชื้น

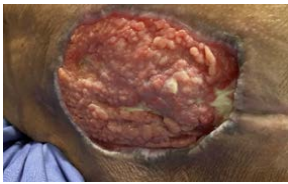
ตั้งรูปข้างต้น

จะเห็นได้ว่าแผล

มี granulation tissue

และเกิด wound

contraction



ได้ผ่านขั้นตอน Proliferation phase มาแล้ว และกำลังอยู่ในขั้นตอน Remodeling phase หรือ Maturation phase ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายของกระบวนการ wound healing ซึ่งในผู้รับบริการรายนี้แผลได้มีการติดเชื้อทำให้ wound healing process ถูกรบกวนและเกิด chronic wound healing

เป้าหมายการพยาบาล

- เป้าหมายระยะสั้น : ไม่มีการ re-admit ด้วย infected bed sore ภายใน 28 วัน
- เป้าหมายระยะยาว : แผลหายเป็นปกติ

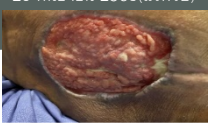






บทเรียนที่ได้รับ

1. ความรู้และการดูแลแผลที่ถูกต้องของผู้ดูแลช่วยส่งเสริมให้กระบวนการหายของแผลเป็นไปตามเป้าหมาย
2. ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการดูแลแผลกดทับเป็นค่าใช้จ่ายแฝงที่ค่อนข้างสูงสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว
3. การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแล
4. เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้านควรนำเทคโนโลยี TeleNurse consultant มาใช้ในการให้คำปรึกษาและติดตามช่วยเหลือญาติในการดูแล

1. ประเมินผู้รับบริการ โดยประเมิน patient factors และ wound factors ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อหายของแผล ได้แก่
 - ❖ patient factors: aging, underlying disease HT ทำให้การไหลเวียนของเลือดไม่ดี , ภาวะ severe malnutrition (น้ำหนัก 49 kg.), IAD จาก diarrhea ทำให้แผลถูกทำให้บาดเจ็บมากขึ้น
 - ❖ wound factors: แผลขนาดใหญ่และเกิดบริเวณก้นกบ, แผลมีภาวะติดเชื้อ มี slough และ exudate มาก, chronic wound ส่งผลให้ growth factor ลดลง
2. ดูแลแผลด้วยหลักการ wound bed preparation ประกอบด้วย
 - 2.1 การจัดการกับเนื้อตายด้วยวิธี Autolytic debridement คือกำจัดเนื้อตายด้วยกระบวนการหายของแผลเอง และ Mechanical debridement คือการใช้ physical force ด้วยการทำความสะอาดด้วยวิธี wet to dry dressing
 - 2.2 การจัดการกับสารคัดหลั่งด้วยการเลือกใช้อุปกรณ์แผลที่เหมาะสม โดยเลือกใช้ gauze dressing เนื่องจากมีคุณสมบัติที่ใช้เพื่อการ debride แผล แต่มีความสามารถในการดูดซับน้อยจึงต้องเปลี่ยนแผลบ่อย
 - 2.3 การควบคุมการติดเชื้อด้วยการ improve nutrition ของผู้รับบริการ และ การใช้ tropical antiseptic ได้แก่ chlorhexidine และ silver sulfadiazine เพื่อช่วยลดจำนวน bacteria ลดการอักเสบและทำให้ wound healing ได้ดีขึ้น
3. ติดตามประเมินการเปลี่ยนแปลง

การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง

หลังจาก management และติดตามการเปลี่ยนแปลงพบว่า แผลแดงชมพู มี granulation tissue ออกมากขึ้น slough ลดลง และขนาดของแผลค่อย ๆ แคบลง โดยหลังจากนั้นผ่านไป 3 เดือน พบว่าแผลดีขึ้น มีการหดเข้าของกล้ามเนื้อ และขอบแผลมีการงอกใหม่ของผิวหนัง จนสิ้นสุดกระบวนการหายของแผลในเวลา 7 เดือน

20 กันยายน 2563 (แรกรับ)	9 ตุลาคม 2563 (3 weeks)	1 พฤศจิกายน 2563 (6 weeks)
		
7 ธันวาคม 2563 (3 months)	2 กุมภาพันธ์ 2564 (6 months)	3 มีนาคม 2564 (7 months)
		
ปัจจุบัน	ผลลัพธ์	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีการ re-admit ด้วย infected bed sore ภายใน 28 วัน = 0 2. แผลหายเป็นปกติใน 7 เดือน 	

References

ผศ.นพ.อัครชัย สาโรธา. (ม.ป.ป.). *Wound Healing and Wound Care*. สืบค้น 28 ตุลาคม 2564, จาก <https://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/Wound%20%20Healing%20abd%20Wound%20Care.pdf>

Sharon DeMarco. *Wound and Pressure Ulcer Management*. From https://www.hopkinsmedicine.org/gec/series/wound_care.html

Suzie Calne. (2004). *Wound bed preparation in practice*. From https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/2c0706f8827e495084c910f7bf_da1cd1.pdf