

**ขอสงวนนามบันทึกข้อความที่ 1886,1897,1898,1899,1907,1908,1928-1931,1947/2567**

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College &lt;documentation@crc.ac.th&gt;

22 เมษายน 2568 เวลา 16:48

ถึง: Nursing Chiangrai College &lt;nursing@crc.ac.th&gt;

 1886(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.จิราภรณ์.pdf 1897(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf 1898(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf 1899(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf 1907(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.กฤษณา.pdf 1908(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ณัฐวรา.pdf 1929(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พัชรา  
วรรณ.pdf 1930(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สาวิตรี.pdf 1931(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.ปารีชาติ.pdf 1947(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.สุรสิทธิ์.pdf 1928(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พนิดา.pdf  
4475K

ส่วนที่ส่งมอบ

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง  
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พช.๑๖๖. ๑๑๖/๒๕๖๑

๒๑ เม.ย. ๒๕๖๘



วิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักอธิการบดี	
วิทยาลัยเชียงใหม่	
ที่ ๑๑๑(น)/๒๕๖๘	
๒๑ เม.ย. ๒๕๖๘	เวลา ๑๔.๐๐
ผู้รับ	สมิท

## แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พัชรารัตน แก้วกันทะ	ตำแหน่ง : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์	กลุ่มวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
กิจกรรม :	<input type="radio"/> การสัมมนา <input type="radio"/> การฝึกอบรม <input checked="" type="radio"/> การประชุมเชิงวิชาการ <input type="radio"/> การประชุมเชิงปฏิบัติการ <input type="radio"/> อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ .....
เรื่อง	พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์
หน่วยงานที่จัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงใหม่
สถานที่จัด	ผ่านระบบ online ZOOM application
วัน เดือน ปี	วันที่ 8 - 9 เมษายน พ.ศ.2568 (เวลา 08.00 น. -17.00 น.) ระยะเวลา 2 วัน
ค่าใช้จ่าย	งบประมาณที่เบิก <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....800..... บาท งบประมาณที่จ่ายจริง <input type="radio"/> ไม่มี <input checked="" type="radio"/> มี จำนวน.....800.....บาท งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม <input checked="" type="radio"/> ไม่มี <input type="radio"/> มี จำนวน.....0.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	<input checked="" type="checkbox"/> ได้รับ <input type="checkbox"/> ไม่ได้รับ เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ไม่มี

## สรุปสาระสำคัญ

การประชุมวิชาการ พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีรายละเอียดการประชุมวิชาการ ระยะเวลา 2 วัน ดังนี้

วัน อังคาร เมษายน พ.ศ. ที่ 8 เมษายน พ.ศ.2568 (08.00 น. - 17.00 น.)

## ภาคเช้า

หัวข้อ Update: บทบาทพยาบาลในการดูแลและการป้องกันในแผลใหม่ (พว.อัญชัญ เกตุเมฆ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยอุบัติเหตุหน่วยไฟลวก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

วิทยากรอธิบายเกี่ยวกับความหมายของแผลไฟไหม้ หมายถึง ผิวหนัง เนื้อเยื่อที่อวัยวะต่างๆ ในแต่ละส่วนของร่างกายถูกทำลายจากความร้อน หรือสาเหตุที่มาจากความร้อนอื่นๆ ได้แก่ สารกัมมันตภาพรังสี ไฟฟ้า แรงเสียดทาน การสัมผัสสารเคมี การบาดเจ็บที่ผิวหนังจากรังสี UV ตลอดจนความเสียหายของระบบทางเดินหายใจที่ถูกทำลายจากการสูดสูดควันหรือความร้อน ไม่ว่าจะเป็นผิวหนังระดับใดก็ตาม ซึ่งผิวหนังจะประกอบไปด้วยชั้นต่างๆ ได้แก่ 1) ชั้นหนังกำพร้า 2) ชั้นหนังแท้ 3) ชั้นไขมันใต้ผิวหนัง หากจะกล่าวถึงพยาธิสรีรวิทยาวิทยากรได้อธิบายโดยสังเขปว่า แผลไฟไหม้จะส่งผลต่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) ผลต่อความร้อนที่เกิดขึ้นต่อผิวหนัง ความลึกของเนื้อตายขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและเวลาที่ผิวหนังสัมผัสกับความร้อน มีกลไกที่ขึ้นกับสาเหตุของอุบัติเหตุ เช่น ความร้อนชนิดแห้ง (ไฟไหม้หรือสัมผัสวัตถุที่ร้อน) ทำให้เป็นเนื้อตายชนิด coagulation necrosis 2) ผลต่อระบบการไหลเวียนและสารประกอบต่างๆ ในหลอดเลือด ความร้อนส่งผลให้เกิดผนังหลอดเลือดฝอยเสียหายเกิดการซึมผ่านของน้ำและโปรตีนพลาสมาออกนอกหลอดเลือด ทำให้มีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น 3) ผลต่อระบบไต จากการสูญเสียน้ำออกนอกกระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตน้อยลงร่วมกับ vasoconstriction หลอดเลือดที่ไตไปเลี้ยง เกิดปัสสาวะออกน้อย บางรายอาจเกิดไตวายเฉียบพลัน 4) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิด stress จากความเจ็บป่วยมักเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย 5) ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน เกิดกระบวนการอักเสบทำให้ร่างกายเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับประเภทของการเกิดแผลใหม่ จะแบ่งตามสาเหตุการเกิด ดังนี้ 1) แผลใหม่จากความร้อน เป็นความ

ร้อนแห้ง จากเปลวไฟ ประกายไฟจากกระแสไฟฟ้าหรือวัตถุที่มีความร้อน และชนิดความร้อนเปียก เป็นแผลที่เกิดจากความเหลวร้อนลวก ได้แก่ น้ำร้อน ไขมันร้อน หรือน้ำมันร้อน ในรูปแบบการจุ่ม แช่ หกรด เป็นต้น 2) แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า มักไหม้ที่ผิวหนังภายนอก มีการทำลายเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่กระแสไฟฟ้าไหลผ่าน ทำลายเส้นประสาทและเส้นเลือดที่ผิวหนังโดยตรง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไปเลี้ยงและตายได้ ความรุนแรงแผลไหม้ประเภทนี้ขึ้นอยู่กับขนาดหรือปริมาณกระแสไฟฟ้า หากสูงกว่า 1,000 มิลลิแอมแปร์ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้จากกล้ามเนื้อหัวใจหดตัวนั่นเอง 3) แผลไหม้จากสารเคมี เป็นทั้งชนิดกรดหรือด่างที่คุณสมบัติทำลายเนื้อเยื่อ (necrotizing substance) ความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของสารเคมี ระยะเวลาที่สัมผัสสารเคมีที่เป็นด่างมักจะไหม้รุนแรงกว่ากรด 4) แผลไหม้จากรังสี พบในรายที่ใช้รังสีเพื่อการวินิจฉัยโรค หรือทางอุตสาหกรรม เช่น สารกัมมันตรังสี อุบัติเหตุจากรังสี ระเบิดปรมาณู เป็นต้น 5) น้ำแข็งกัด มักเกิดจากอวัยวะแช่แข็งในอุณหภูมิหนาวเย็นจนติดลบ ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลาย หลอดเลือดเกิดการหดตัวขาดเลือดไปเลี้ยง

การวินิจฉัยแผลไฟไหม้ ใช้หลักการสำคัญที่นิยมบ่อยที่สุด คือ *กฎเลขเก้า (Wallace's rule of nines)* มีหลักการคำนวณที่แบ่งร่างกายออกเป็นส่วนๆ ส่วนละ 9% เป็นวิธีที่ง่ายและช่วยให้ประเมินขนาดของแผลไฟไหม้ได้รวดเร็ว แต่นิยมในผู้ป่วยขณะฉุกเฉินมากกว่า ซึ่งต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเด็ก หรือแม้แต่การประเมิน 1 ฝ่ามือ (Palmar surface) เป็นการประมาณขนาดแผลไฟไหม้ คำนวณจากขนาดฝ่ามือและนิ้วมือของผู้ป่วย คิดประมาณเท่ากับ 1% ของผิวกายที่ได้รับบาดเจ็บ และอีกวิธีเรียกว่า ลันด์และบราวเดอร์ (Lund and Browder) วิธีนี้ช่วยในการคำนวณได้อย่างละเอียดและถูกต้องมากกว่า 2 แบบที่กล่าวมา เวลาปฏิบัติงานทางคลินิกนิยมนำไปประเมินโดยละเอียดภายในเวลา 24 ชม.หรือช่วงที่ผู้ป่วยรักษาตัวในหอผู้ป่วย ส่วนการประเมินความลึกของแผล มักสำรวจโดยใช้ปลายเข็ม (Pinprick test) แบ่งได้ 3 ระดับ (degree) ได้แก่ 1<sup>st</sup> degree burn แผลไหม้ชนิดนี้อยู่ที่ชั้นหนังกำพร้าเท่านั้น มักจะแดง แห้ง ไม่พบบวม น้ำพอง (Blister) หายได้เอง 5-7 วัน, 2<sup>nd</sup> degree burn แผลไหม้ชนิดนี้มีพยาธิสภาพที่ชั้นของหนังกำพร้า (Epidermis) และชั้นหนังแท้ (dermis) บางส่วน และ 3<sup>rd</sup> degree burn แผลไหม้ชนิดนี้จะลึกไปที่ชั้นของหนังกำพร้าและหนังแท้ รวมทั้งส่วนผิวหนังด้านในถูกทำลายทั้งหมด มักมีเส้นเลือดอุดตันใต้ผิวหนัง แผลจะไม่สามารถหายเองได้จะต้องได้รับการ skin graft หรือการปลูกถ่ายผิวหนังนั่นเอง

**แนวทางการดูแลและการรักษาไฟไหม้** พยาบาลต้องเข้าใจกระบวนการหายของแผลร่วมด้วย ส่วนใหญ่มักแบ่งเป็น 2 แนวทาง ดังนี้ 1) การดูแลรักษาแผลด้วยวิธีประคบประคอง สามารถหายเองได้ในเวลา 3-4 สัปดาห์ มักดูแลแผลไม่ให้ติดเชื่อมร่วมกับการส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลดีต่อกระบวนการหายของแผลที่มีประสิทธิภาพ 2) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เป็นทางเลือกที่ใช้ในการดูแลแผลไหม้ที่มีการทำลายหนังแท้ชั้นลึกหรือหนังแท้ทั้งหมด นิยมปลูกถ่ายผิวหนัง แต่ต้องระมัดระวังการติดเชื้อที่แผลในช่วงการรักษา ส่วนการทำแผลจะใช้การทาครีมยา และการปิดวัสดุปิดแผล ใช้หลักการพิจารณาเลือกทำแผลที่ปิดแผลแบบชื้นคราว โดยเฉพาะการทาครีมยาที่เป็นสารฆ่าเชื้อโดยเฉพาะ ออกฤทธิ์กว้างทั้งฆ่าเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ ล้างออกง่าย และไม่เกิดอันตรายต่อเซลล์หรือกระบวนการหายของแผล ตัวอย่างครีมยา เช่น ซิลเวอร์ซัลฟาไดออกไซด์ มีไบโอคริมแบบโซลิดหรือซิลิโคน น้ำตาล คลอแรมฟินิคอล ออยเมนต์ ที่นิยมใช้กับใบหน้า ใบหู ดวงตา และเบตาดีน ออยเมนต์ ที่เป็นแบบครีมเนื้อเหนียว สีนํ้าตาลที่ฆ่าเชื้อได้กว้างขวาง ละลายน้ำได้ดีและล้างออกง่าย แบคโตรแบน เจนต้าเดิร์ม ฟุซิดิน และไลโซแคร์ คอมเพล็กซ์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เชิงลึกในพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยแผลไหม้ กระบวนการหายของแผล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายของแผล และเทคนิคการทำแผลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

**หัวข้อ Update: พยาบาลในการดูแลแผล Modern dressing (พว.สุทธิดา พงษ์สนั่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์)**

วิทยาการอธิบายที่มาของ modern dressing คือการทำแผลที่มีกระบวนการมีขั้นตอนเกี่ยวกับการทำแผลแบบ wet dressing แต่ใช้วัสดุทำแผลเพิ่มเติมจาก gauze ซึ่งวัสดุที่เหมาะสมกับแผลกดทับระดับ 3 ขึ้นไป คือ hydrofiber material เนื่องจากกันแผลที่ไม่เรียบ การทำแผลโดยวิธี modern dressing ในปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลศัลยกรรมพระธาตุดัตตยภูมิ หรือ รพ.มหาวิทยาลัย ซึ่งความถี่ในการทำแผลน้อยลง เพราะสามารถทำแผลได้ทุก 5-7 วัน และได้ประสิทธิภาพที่ดีกว่าในแง่ของการฟื้นฟูแผล ซึ่งวัสดุดังกล่าวจะช่วยปกปิดกันแผลได้มากกว่าชนิดอื่น ๆ และมีคุณสมบัติดูดซับสารคัดหลั่งต่าง ๆ ของแผล และนอกจากนี้ Ag element ใน hydrofiber มีคุณสมบัติของ biocidal ความเข้มข้นต่ำ ซึ่งเชื่อว่าจะเพิ่มคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อในแผลได้ดีกว่าการใช้ hydrofiber เพียงอย่างเดียว ส่วนการทำแผลแบบ VAC dressing เป็นหนึ่งในรูปแบบการทาแผลแบบ modern dressing ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในสถานพยาบาล ด้านทรัพยากรบุคคล ด้านราคาอุปกรณ์ งบประมาณ รวมถึงปัญหาของผู้ดูแล (care giver) จากข้อมูลของการทำแผลโดยพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ที่เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการทำแผลทั้งสองแบบพบว่ามีความคุ้มค่าใช้จ่ายที่ลดลงจริง และได้ประสิทธิภาพดีขึ้น ซึ่งวัสดุที่ใช้ใน

การทำแผลสมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น *ฟิล์ม (Film)* เป็นอุปกรณ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติสามารถติดกับผิวหนังรอบๆ แผลได้ อากาศและไอน้ำสามารถซึมผ่านได้ แต่ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรค มีลักษณะเป็นแผ่นใส ทำให้สามารถสังเกตแผลได้โดยไม่ต้องทำการเปิดแผล เหมาะสำหรับแผลที่มีลักษณะตื้นและ สารคัดหลั่งมีปริมาณเล็กน้อย หรืออาจใช้ปิดแผลร่วมกับอุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่นๆ และปิดแผลบริเวณข้อต่อและมือ เพราะมีคุณสมบัติในการยึดหยุ่นได้ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ได้แก่ Tegaderm , โฟม (Foam) โฟมเป็นสารประกอบ polyurethane ซึ่งมีทั้งในรูปแบบแผ่นและซีต มีความสามารถในการดูดซึม สารคัดหลั่งสูง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผลสามารถใช้ทำแผลทั้งแผลที่ ตื้นและแผลที่ ลึกเป็นหลุมได้แต่เนื่องจากการใช้ในแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมาก ต้องทำการเปลี่ยนแผลบ่อย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ได้แก่ Polymem เป็นต้น , ไฮโดรเจล (Hydrogel) เป็นสารประกอบ polymer ที่มีส่วนผสมของ glycerine หรือ water-based gels ที่เคลือบไปยังแผ่นวัสดุทำแผล มีคุณสมบัติ ให้ความชุ่มชื้นบาดแผล (rehydrate) สามารถลอกเปลี่ยนวัสดุได้โดยไม่ต้องติดบาดแผล ไม่เจ็บ สามารถเอาเนื้อตายออกมาจากขอบแผลได้โดยการดูดซึมเนื้อตายเอาไว้ที่วัสดุทำแผล แต่ไม่ทำลายเนื้อเยื่อผิวหนังปกติ เหมาะสำหรับแผลที่มีขนาดไม่ลึกมาก แผลที่แห้ง และมีสารคัดหลั่งน้อย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ได้แก่ Vigilon, Nugel, Tegagel TM, FlexiGel TM และ Curagel TM เป็นต้น ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid) ประกอบไปด้วย gelatin, pectin และ carboxymethylcellulose ที่เคลือบไปบน self-adhesive polyurethane films ทำให้มีลักษณะเป็นแผ่นซีต สามารถติดทำแผลได้ทุกรูปร่าง กระตุ้นการหายของแผลและการสลายเนื้อตายแบบ autolytic debridement ป้องกันการซึมผ่านของน้ำและอากาศได้ ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย (ทำแผลทุก 2-3 วัน) แต่ไม่เหมาะกับแผลที่มีสารคัดหลั่งมาก เพราะจะทำให้เสียคุณสมบัติดังกล่าว และอาจเกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย (maceration) รอบๆ บริเวณแผล ปัจจุบันยังคงได้มีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องของการดูแลบาดแผลอย่างต่อเนื่อง และที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างก้าวหน้าและรวดเร็วคือการใช้ stem cells ซึ่งเป็น active biological dressing กระตุ้นการหายของบาดแผลสามารถกระตุ้นการแบ่งตัว การเจริญของเซลล์ การเคลื่อนที่ของเซลล์ไปยังบริเวณที่มีการอักเสบ เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ กระตุ้นการสร้างเส้นเลือดใหม่ สร้างสารประกอบ cytokine ที่มีความสำคัญในการหายของบาดแผล ลดการเกิดแผลเป็นและเพิ่มความแข็งแรงให้กับบาดแผลซึ่งหลักการดังกล่าวทำให้ Stem cells ดูเหมือนจะเป็นความหวังในการดูแลบาดแผลที่ดีที่สุดในอนาคตถ้าหากสามารถผลิตวัสดุทำแผลที่มีหลักการดังกล่าวได้จริง และราคาไม่แพงเกินไป เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาตลอดจนได้รับการดูแลบาดแผลที่เหมาะสมที่สุด

## ภาคท้าย

หัวข้อ นวัตกรรมในการดูแลและการหายของแผลทางศัลยกรรมและการจัดการความเจ็บปวดขณะทำแผล (พว.พาลินี เพ็ญไชยา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลลำปาง)

วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับ การเกิดแผล หมายถึง การชอกช้ำและการฉีกขาดของผิวหนัง เนื้อเยื่อของร่างกาย ตามความรุนแรงของสิ่งที่มีผลกระทบและตำแหน่งที่เกิดบาดแผลนั้น ๆ ชนิดของบาดแผล จำแนกได้ ดังนี้ 1) จำแนกตามลักษณะของแผล ได้แก่ แผลปิด (Closed wound) เป็นแผลที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ โดยผิวหนังไม่แตกออก และแผลเปิด (Opened wound) เป็นแผลที่ผิวหนังแตก/แยกออกจากกัน 2) จำแนกตามกลไกที่ได้รับบาดเจ็บ แบ่งได้หลายประเภท อาทิ แผลตัด (incision/cut wound) แผลฟกช้ำ (contusion/bruise) แผลถลอก (Abrasion wound) แผลถูกของแหลมที่มแทง (puncture wound) แผลฉีกขาด (Laceration wound) แผลทะลุทะลวง (penetration wound) 3) จำแนกตามการปนเปื้อนเชื้อโรค ได้แก่ แผลสะอาด (Clean wound) เป็นแผลที่ไม่มีการติดเชื้อ ได้แก่ การผ่าตัดต่าง ๆ แผลกึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน (Clean-contaminated wound) เป็นแผลที่ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะ หรือแผลที่มีการใส่ท่อระบายแบบปิด ส่วนแผลปนเปื้อน (Contaminated wound) เป็นแผลเปิดที่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุใหม่ ๆ แผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนสิ่งที่ยับหลังจากระบบทางเดินอาหาร ลักษณะของแผลมักจะมีอาการแสดงของการอักเสบเกิดขึ้น ได้แก่ บวม แดง ร้อน และแผลติดเชื้อหรือแผลสกปรก (infected wound/dirty wound) เป็นแผลเปิดที่เกิดจากการได้รับอุบัติเหตุมาเป็นเวลานาน ลักษณะของแผลจะมีเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว และมีอาการแสดงของการติดเชื้อ คือ มีหนอง (pus) เกิดขึ้น 4) จำแนกตามระยะเวลาการเกิดแผล ได้แก่ Acute wound และ Chronic wound (แผลเกิดนานมากกว่า 3 สัปดาห์)

กระบวนการหายของแผล (Wound healing Process) เมื่อมีการบาดเจ็บหรือมีบาดแผลเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บดังกล่าว เพื่อสมานแผลให้ติดกันอย่างสมบูรณ์ โดยสามารถแบ่งกระบวนการหายของแผลออกเป็น 4 ระยะ ระยะห้ามเลือด (Hemostasis Phase) ระยะอักเสบ (Inflammatory Phase) ระยะการเพิ่มจำนวนเซลล์ (Proliferation Phase) ระยะการเจริญเต็มที่ (Remodeling หรือ Maturation Phase) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล 1. อายุ (Age) เมื่อเพิ่มขึ้นการหายของแผลจะช้าลง 2. ภาวะ

โภชนาการ (Nutrition) 3. รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) การออกกำลังกาย (exercise) การสูบบุหรี่ (smoking) 4. การได้รับยาบางชนิด (Medication) 5. การติดเชื้อ (Infection) 6. การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) 7. สภาวะจิตใจ (Psychological issues)

สำหรับหลักการดูแลแผล ใช้หลักการคือ Wound Hygiene Concept เป็นแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับในการดูแลบาดแผลที่ส่งเสริมการรักษาบาดแผลที่ยากต่อการรักษา นวัตกรรมในการดูแลแผล เป็นนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่ผ่านการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงของการรักษา ตัวอย่างนวัตกรรม เช่น Negative pressure wound therapy (NPWT) ใช้วิธีการลดแรงดันที่แผลให้ต่ำกว่าชั้นบรรยากาศ (subatmospheric pressure) คือทำให้เกิด negative pressure ต่อบาดแผล ใช้ แรงดัน 90-125 mmHg วิธีนี้เหมาะกับแผลเรื้อรัง (Chronic wound) แผลหายยาก แผลที่มีความ ซับซ้อน (difficult wound) และแผลที่ไม่สามารถปลูกหนังได้ exposed bare bone, exposed bare tendon แต่มีข้อห้ามสำหรับแผลแผลเปิดที่มีอวัยวะสำคัญ (Exposed vital structures) แผลติดเชื้อ (Ongoing infection) แผลที่มีเนื้อตาย (Devitalized tissue) แผลที่เกิดจากมะเร็ง (Malignant tissue) ผิวหนังบอบบาง (Fragile skin) ผู้ป่วยที่แพ้วัสดุปิดแผล แผลขาดเลือด (Ischemic wounds) ส่วน Dermatraction เป็นเทคนิคการเย็บแผลแบบค่อยเป็นค่อยไปสำหรับแผลที่ตัดพังผืดที่เรียกว่าเทคนิคการร้อยเชือกกรองเท้า ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในการจัดการแผลที่ตัดพังผืด โดยจะติดลวดเย็บแผลไว้ตามขอบแผล และร้อยห่วงหลอดเลือดผ่านลวดเย็บแผลเหล่านี้ในลักษณะไขว้กันเหมือนเชือกกรองเท้า ใช้ลวด Kirschner ใต้ผิวหนังที่ละเอียดตลอดทั้งสองด้านของแผลที่เกิดจากการตัดพังผืดด้วยแถบยางยืดที่เย็บแบบเชือกผูกกับขอบแผลและในเวลาเดียวกันกับลวด Kirschner ที่อยู่ด้านล่าง ทำให้เกิดการกระจายแรงดึงที่สม่ำเสมอตลอดขอบผิวหนังในระหว่างการประมาณ จึงป้องกันภาวะขาดเลือดได้ การรักษาแผลทางเลือกใหม่ Hyperbaric Oxygen Therapy : HBO คือ การรักษาของแพทย์อีกวิธีหนึ่ง ด้วยการให้ผู้ป่วยหายใจใน สิ่งแวดล้อมที่มีออกซิเจนบริสุทธิ์ 100% ภายใต้สภาพความกด บรรยากาศสูง ภายในห้องปรับบรรยากาศ ที่เรียกว่า อูโมงค์ ออกซิเจน (Hyperbaric Chamber) โดยการรักษาด้วยวิธีนี้ ทำให้เนื้อเยื่อในระบบต่างๆของผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในปริมาณที่สูง กว่าปกติหลายเท่า การรักษาเป็นการรักษาเสริมหรือเพิ่มเติมอีก วิธีหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

**หัวข้อ การประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลอสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ผศ.วรรณฤดี ภูทอง สาขาการพยาบาลพื้นฐาน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย)**

โรคมะเร็งลำไส้เกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์บริเวณลำไส้ตรง มักทำให้มีการถ่ายเป็นเลือด หรือขับถ่ายผิดปกติไปจากเดิม โดยความเสี่ยงของการเกิดโรค ได้แก่ ประวัติโรคมะเร็งในครอบครัว การสูบบุหรี่ โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง การรักษามะเร็งลำไส้ตรงมีหลายวิธีคู่กัน ทั้งการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด และการฉายแสง หากก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก อาจรักษาด้วยการผ่าตัดอย่างเดียว ถ้าก้อนมีขนาดใหญ่หรือทะลุออกมานอกผนังลำไส้ตรง อาจต้องมีการฉายแสงร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยการผ่าตัดหน้าท้องและเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องหรือทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) เป็นวิธีการรักษาที่ช่วยระบายอุจจาระผ่านทางหน้าท้อง ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้องมีผลต่อสภาพลักษณะอย่างรุนแรง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทุกด้าน การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคอื่นร่วม พยาบาลที่ดูแลจำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญ โดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย

การประเมินผู้ป่วยที่มีบาดแผลอสโตมี พยาบาลควรประเมิน ประเมินลักษณะของ stoma ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพู ไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมามาก (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณ stoma ประเมินภาวะสมดุลสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากมีการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำและอิเล็กโทรไลต์ลดลง ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเมื่อเริ่มจิบน้ำแนะนำจิบน้ำบ่อยๆ แนะนำวิธีการรับประทานอาหารก่อนเริ่ม step diet ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ภายหลังรับประทาน อาหารต้องไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนแน่นอึดอัดท้อง เริ่มตั้งแต่จิบน้ำ อาหารเหลวใสอาหารเหลวข้น จนถึงอาหารอ่อน รสไม่จัด ในช่วงแรกผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ประมาณ 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากอาจเกิดการอุดตันของลำไส้ที่ยกมาเป็นทางขับถ่ายอุจจาระได้ รวมทั้งประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระไป

วันพุธที่ 9 เมษายน พ.ศ.2568 (08.00 น. – 15.15 น.)

### ภาคเช้า

หัวข้อ การประเมินและการจัดการ Advanced Traumatic Wound (นายแพทย์อุดมศักดิ์ ตั้งชัยสุริยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ทีมแอดมินเพจห้องฉุกเฉินต้องรู้)

วิทยาการบรรยายเกี่ยวกับหัวข้อประเภทของบาดแผลในกรณีการบาดเจ็บขั้นสูง ในกรณีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน พยาบาลจะต้องประเมินบาดแผลได้ถูกต้อง ได้แก่ Contusion : แผลฟกช้ำ, Abrasion : แผลถลอก, Laceration : แผลฉีกขาด, Avulsion : แผลฉีกขาดและสูญเสียบางส่วน, Puncture wound : แผลจากของมีคมแทง, Crush injury : แผลจากแรงกดทับ, Amputation แผลที่ตัดขาด, Burn : บาดแผลจากความร้อน, Animal or insect bites: สัตว์หรือแมลงกัด ในกระบวนการหายของแผลจะอาศัย 4 กระบวนการที่สำคัญ ได้แก่ 1) Hemostasis 2) Inflammatory phase 3) Proliferation phase 4) Remodeling phase โดยมีปัจจัยที่ส่งเสริมการหายของแผลหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยภายใน เช่น อายุ ฮอรโมน ภาวะเครียด โรคประจำตัว ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ การติดเชื้อ การได้รับสารอาหาร กระบวนการใช้ออกซิเจน การสูบบุหรี่ การไชยา การได้รับวิตามินต่างๆ และการทำแผล เป็นต้น การแบ่งระดับของบาดแผลในการดูแลการบาดเจ็บขั้นสูงแบ่งเป็น 4 Class : Class I คือ แผล Clean, Class II คือ แผล Clean-contaminated, Class III คือ แผล Contaminated และ Class IV คือ แผล Dirty-infected สำหรับชนิดของแผล แบ่งเป็นระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ซึ่งการดูแลบาดแผล 2 ชนิดนี้จะดูแลแตกต่างกัน

ในการดูแลบาดแผลกรณีบาดเจ็บขั้นสูง (Traumatic wound management) ใช้หลักการประเมินเช่นเดียวกับกรณีฉุกเฉิน คือ Primary Survey: x A B C D E F (exsanguinating external hemorrhage control, Airway assess / management, Breathing and Ventilation, Circulation and Resuscitation, Disability / Neurological assess / manage, Environmental Factors-Heat, Cold, Chemical injury และ Further Factors – Pediatric, Geriatric, Pregnancy) หากประเมินแล้วจะต่อด้วย Secondary assessment อาศัยหลักการประเมินแบบ “SAMPLER” ดังนี้ S: Sign and Symptom/ A: Allergies ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร / M: Medication ประวัติโรคประจำตัวและยาที่ใช้เป็นประจำ/ P: Past illness/Pregnancy ประวัติการเจ็บป่วย ผ่าตัด วัคซีน การตั้งครภ์ / L: Last meal ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำครั้งล่าสุด /E: Event เหตุการณ์ พร้อมกับการตรวจร่างกาย แต่หากเป็นการประเมินเฉพาะบาดแผล ต้องดูลักษณะของแผล: ขนาด ความลึก และขอบแผล สิ่งแปลกปลอมในแผล การมีภาวะติดเชื้อหรือการอักเสบ การไหลเวียนโลหิตและการบาดเจ็บของเส้นประสาท เอ็นหรือกระดูกบริเวณแผล การมีภาวะ Compartment Syndrome สำหรับหลักการดูแลบาดแผล อันดับแรก การทำความสะอาดและกำจัดสิ่งแปลกปลอม ต้องใช้หลักเทคนิคการล้างแผลที่เหมาะสม (Irrigation & Debridement) การใช้สารน้ำที่ปลอดภัย โดยการล้างแผลที่เหมาะสม (Irrigation & Debridement) ใช้น้ำเกลือ (Normal Saline) หลีกเลี่ยงสารที่เป็นพิษต่อเซลล์ (ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์, โพวิโดนไอโอดีนเข้มข้น) การใช้ Syringe 30-50 mL + เข็มเบอร์ 18-19 gauge Low pressure irrigation การทำแผล bleeding control และ musculoskeletal injury ปัจจุบันมีนวัตกรรมการปิดแผล (Wound Closure Innovations) ที่หลากหลายและปลอดภัยสูง เช่น 1. Skin Adhesives (Tissue Glue) เป็นการใส่สารกาวทางการแพทย์ เช่น Octylcyanoacrylate ปิดแผลขนาดเล็กที่ไม่มีแรงดึง ไม่ต้องเย็บ ไม่ต้องตัดไหม แผลสวย ลดความเจ็บปวด 2. Skin Closure Strips (Steri-Strips) ใช้เทปทางการแพทย์ปิดขอบแผล เหมาะกับแผลที่ขอบแนบสนิท หรือใช้ร่วมกับการเย็บ ลดรอยแผลเป็น เหมาะกับผิวขอบบาง 3. การใช้ไหมในการเย็บปิดแผล ได้แก่ ไหมละลายได้ (Absorbable Sutures) เช่น Vicryl, Monocryl, Chromic Gut และ ไหมไม่ละลาย (Non-absorbable Sutures) เช่น Nylon, Silk, Prolene 4. Zip Surgical Skin Closure อุปกรณ์พลาสติกแบบรูดซิปยึดขอบแผลปรับแรงดึงได้ ปิดแผลแน่นหนา ใช้แทนการเย็บในบางกรณี เช่น แผลจากผ่าตัด 5. Skin Graft & Bioengineered Skin Substitutes

Skin Graft: ผิวหนังจริงของผู้ป่วย (Autograft) Bioengineered Skin: ผิวหนังสังเคราะห์ เช่น Apligraf, Integra ใช้กับแผลเรื้อรัง แผลไฟไหม้ หรือแผลที่เนื้อหายไ่มาก 6. Negative Pressure Wound Therapy (NPWT)

หัวข้อ การดูแลและการป้องกันแผล Pressure Injury และภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (พว.จุฬารพร ประสงค์ พิทยบาลวิชาชีพรักษานาฏการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

วิทยาการบรรยายเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยที่เขารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เมื่อมีแผลแล้วจะทำให้แผลหายช้าและมีการลดแรง

เกาะ (cohesion) ระหว่างผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับรวมทั้งการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อปกป้องโดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงไตผิวหนังจะลดลง ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เห็นความสำคัญและตระหนักถึงอันตรายของแผลกดทับนำไปสู่การจัดการดูแลแผลกดทับที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการลุกลามของแผลเพิ่มมากขึ้นต่อไปและมีความยุ่งยากในการจัดการมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอาจเกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตได้2 นอกจากนี้ยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลกที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล

ระดับแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนังมากน้อยแตกต่างกันได้เป็น 4 ระดับดังนี้

**ระดับที่ 1** หมายถึง ลักษณะรอยแดงบริเวณที่ถูกกดทับและไม่จางหายภายใน 30 นาทีเกิดจากมีการทำลายชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้แต่ผิวหนังยังไม่ฉีกขาดผิวหนังจะอุ่นหรือเย็นกว่าผิวหนังบริเวณอื่น

**ระดับที่ 2** หมายถึง ลักษณะผิวหนังมีรอยถลอกมีตุ่มพองใสมีเองแผลตื้นๆอาจมีสิ่งคัดหลั่ง (exudates) ปริมาณไม่มากผิวหนังอุ่นและมีอาการปวดแต่ยังไม่เนื่อตาย (slough) เกิดจากการทำลายชั้นหนังกำพร้ามากขึ้นจนเกิดรอยถลอกและอาจลุกลามถึงชั้นหนังแท้

**ระดับที่ 3** หมายถึง ลักษณะผิวหนังชั้นนอกถูกทำลายทั้งหมด และมีภาวะเนื้อเยื่อตายตั้งแต่ชั้นหนังกำพร้าถึงชั้นเนื้อเยื่อไขมันใต้ผิวหนังแต่ยังไม่ถึงชั้นพังพืด และแผลเริ่มมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผล (undermining)

**ระดับที่ 4** หมายถึง ลักษณะผิวหนังทุกชั้นถูกทำลาย และมีการลุกลามถึงชั้นกล้ามเนื้อกระดูกเอ็นหรือข้อต่อเกิดเป็นภาวะกระดูกติดเชื้อได้สังเกตพบเนื้อตายปริมาณมากมีการลุกลามเข้าใต้ผิวหนังรอบแผลแผลมีกลิ่นเหม็นปริมาณสิ่งคัดหลั่งมีระดับปานกลางถึงมาก

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้การส่งเสริมใหญ่ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลแผลนอกจากนี้ยังมีการสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนดูแลสุขภาพที่บ้านประเด็นสำคัญคือการส่งเสริมใหญ่ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวมตั้งแต่ในระยะที่ยังไม่เกิดแผลนั่นเอง

## ภาคบ่าย

**หัวข้อ การประเมินและการจัดการ Advanced Diabetic foot assessment and management (พว.อรสา หงิมรักษา พยาบาลวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)**

วิทยากรอธิบายเกี่ยวกับสถานการณ์การเกิดโรคเบาหวาน โดยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานปี 2567 ทั่วโลกถึง 537 ล้านคน และในประเทศไทย มีจำนวน 6.5 ล้านคนและยังพบว่าประเทศไทยไม่ได้คัดกรองโรคเบาหวานถึงร้อยละ 40 ประเด็นสำคัญคือ ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การเสื่อมของประสาทส่วนปลายเท้า เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผล ปัญหาของความผิดปกติในการตรวจเท้าเบาหวานที่มักพบได้บ่อย ได้แก่ ระบบประสาท (เท้าชา) การสูญเสียความรู้สึกป้องกันเท้า (lost of protective sensation) กระดูกและกล้ามเนื้อ ผิวหนังแข็งจากแรงกดได้ฝ่าเท้าบริเวณนิ้วหัวแม่เท้า หลอดเลือดส่วนปลายผิดปกติ การเคลื่อนไหวของข้อเท้าลดลง และนิ้วเท้าผิดรูป ปัญหาของเท้าเบาหวานเกิดจากการทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายบกพร่องทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าผู้อื่น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้เกิดการสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้า มีอาการเท้าชาเกิดการบาดเจ็บได้ง่ายโดยเฉพาะบริเวณฝ่าเท้าเพราะ เท้าจะได้รับความเจ็บจากการเหยียบของแหลมหรือของมีคมโดยไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การทำงานของข้อต่อต่างๆ ขาดสมดุลทำให้มีเท้าผิดรูปเกิดขึ้นมีการกระจายน้ำหนักไปยังจุดรับน้ำหนักเปลี่ยนแปลงทำให้ผิวหนังถูกกดทับซ้ำๆ และเกิดเป็นแผลได้ นอกจากนี้การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติทำให้ต่อมเหงื่อทำงานบกพร่อง ผิวแห้งและมีโอกาสเกิดการแตกและเป็นแผล “แผลเท้าเบาหวาน” หมายถึง แผลที่มีการติดเชื้อ หรือมีการทำลายของเนื้อเยื่อส่วนลึกที่เกี่ยวข้องกับโรคประสาทส่วนปลาย หรือมีความผิดปกติในระดับต่างๆ ของโรคหลอดเลือดส่วนปลาย **ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล** ประกอบด้วย 1) Duration DM ความรุนแรงของแผลเบาหวานจะรุนแรงตามอายุและระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน 2) PAD 3) Blindness 4) CRF 5) Hyperglycemia 6) Elderly ความสูงอายุ 7) Peripheral neuropathy 8) Increase Pressure 9) Decrease Joint Movement 10) Foot Deformity ตำแหน่งที่มักพบว่ามีหนังด้านเกิดขึ้นคือบริเวณตำแหน่งที่หัวกระดูกฝ่าเท้ากดลงกับพื้น โดยเฉพาะหัวกระดูกฝ่าเท้าของนิ้วหัวแม่เท้า นิ้วชี้เท้า และนิ้วก้อยเท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีเท้าชาเนื่องจากมีความผิดปกติของเส้นประสาทส่วนปลายทำให้ไม่รู้สึกรู้เจ็บถึงแม้ว่าหนังด้านนั้นจะหนามาก

การป้องกันการเกิดแผล วิธีป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดเท้าหรือขาที่ไ้ผลที่สุด คือการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เป็นเบาหวานและญาติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆและความสำคัญของการดูแลรักษาเท้ามี 3 ระดับการป้องกัน ได้แก่ *ระดับความเสี่ยงต่ำ* ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มนี้ Protective sensation ยังปกติอยู่ แต่อาจมีเท้าชามมากขึ้นโดยที่ไม่สังเกต ดังนั้น ควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจเท้าอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้งและการเลือกรองเท้าอย่างเหมาะสม *ระดับความเสี่ยงปานกลาง* ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มนี้สูญเสีย Protective sensation จึงมีความเสี่ยงที่เกิดแผลได้มากกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มแรก ผู้เป็นเบาหวาน กลุ่มนี้ยังมีแรงกดทับ ได้ฝ่าเท้ามากกว่าคนปกติ กลุ่มนี้จึงต้องนัดตรวจเท้าผู้ป่วยถี่ขึ้นอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า และเพิ่มเติมถึงปัญหาของเท้าที่อาจจะพบได้ เช่น Callus ต่อมาเป็น*ผู้ป่วยระดับความเสี่ยงสูง* จะเสีย Protective sensation แล้ว ยังมีเท้าผิดรูปร่วมด้วย เท้าผิดรูปที่พบได้บ่อยคือ Claw toe, Hammer toe, Charcot 's foot deformity เป็นต้น ทำให้แรงกดตรงจุดที่มีเท้าผิดรูปเพิ่มมากขึ้น ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้าและนัดตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละ ๓-๔ ครั้ง และควรได้รับแผ่นรองในรองเท้าที่ทำขึ้นพิเศษเพื่อป้องกันการเกิดแผลร่วมกับรองเท้าพิเศษที่ดัดแปลงให้เหมาะสมกับการผิดรูปของเท้า (Shoe modification or Depth shoes) หรือรองเท้าตัดเฉพาะ (Custom molded shoes) ขึ้นอยู่กับความผิดรูปในแต่ละราย

แนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกัน และการดูแลแผลเท้าเบาหวาน

**ประโยชน์ที่ได้รับ**

สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการประชุมวิชาการสู่การนิเทศนักศึกษาในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ปีการศึกษา 2567 ได้เป็นอย่างดี

**แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน**

หัวข้อการปรับปรุง / พัฒนา	หมายเหตุ
1. การนำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในสอนในชั้นเรียนทั้งรายวิชาทฤษฎี และรายวิชาฝึกปฏิบัติ	.....
2. การพัฒนาบทบาทของอาจารย์พยาบาลในฐานะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มุ่งเน้นการประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีบาดแผลอย่างมีคุณภาพ	..... ..... .....

**เอกสารที่แนบมาด้วย**

เกียรติบัตรการเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

ภาพ  
Amk 01

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เจริญทอง

รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

Amk  
(ผศ.พัชรารวรรณ แก้วกันทะ)

รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์  
21 เม.ย. 68

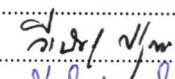
ผู้รายงาน.....  


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์พัชรารวรรณ แก้วกันทะ)

วันที่ 21 เมษายน 2568

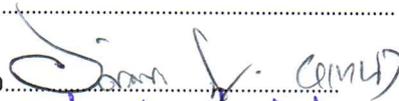
ความคิดเห็นของรองอธิการบดี  ฝ่ายบริหาร  ฝ่ายวิชาการ  ฝ่ายกิจการนักศึกษา

Amk

ลงชื่อ   
( ผศ.ดร.พัชรินทร์ เจริญทอง )

ความคิดเห็นของอธิการบดี

ทพ.

ลงชื่อ   
( อ. อธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย )  
22/เม.ย. 2568

เรียน อธิการบดี  
เพื่อโปรดพิจารณา  
เรื่อง ก่อสร้าง  
อาคาร  
29/4 /68



# คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

นางสาว พัชรารรณ แก้วกันทะ

ได้เข้าร่วมอบรมโครงการประชุมวิชาการรูปแบบ Online ผ่านระบบ Zoom

โครงการ พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ระหว่างวันที่ 8 - 9 เมษายน 2568

ณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ 12.50 หน่วยคะแนน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง

รักษาการคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

เลขรหัสหลักสูตร E069-L-68-C2-0004-1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันท์เจริญ

อธิการบดีวิทยาลัยเชียงราย