CRC

Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

ขอส่งสำเนาบันทึกข้อความที่ 2003/2567

1 ข้อความ

Documentation Chiangrai College <documentation@crc.ac.th>
ถึง: Nursing Chiangrai College <nursing@crc.ac.th>

13 พฤษภาคม 2568 เวลา 14:28

2003(11)แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม อ.พรปวีณ์.pdf
3940K

สำเนาให้ อ. พรปวีณ์

ผศ.ดร.พัชรินทร์ เงินทอง
รักษาการคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์

พย.วธ 1037/2567

30 เมษายน 2568

สำนักอธิการบดี
วิทยาลัยเชียงราย
ที่ 2008 (11) / 2017
1 พ.ค. 2568
ว.ด.ป. ..... เวลา 08.00
ผู้รับ .....

วิทยาลัยเชียงราย

แบบรายงานการเข้าร่วมประชุม / สัมมนา / ฝึกอบรม / ศึกษาดูงาน

ชื่อ-สกุล อาจารย์พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง	**ตำแหน่ง** : อาจารย์ประจำ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์	**กลุ่มวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**
กิจกรรม :	○ การสัมมนา ○ การฝึกอบรม ☑ การประชุมเชิงวิชาการ ○ การประชุมเชิงปฏิบัติการ ○ อื่นๆ(ระบุ)..... อ้างอิงแบบคำขอไปเข้าร่วมประชุมสัมมนา/ฝึกอบรม เลขที่ .....
เรื่อง	**พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์**
หน่วยงานที่จัด	คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย
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** ○ ไม่มี ☑ มี จำนวน.....800..... บาท **งบประมาณที่จ่ายจริง** ○ ไม่มี ☑ มี จำนวน.....800.....บาท **งบประมาณที่ คืน/เบิกเพิ่ม** ☑ ไม่มี ○ มี จำนวน.....0.....บาท
ใบเกียรติบัตร / วุฒิ	☑ ได้รับ ☐ ไม่ได้รับ เนื่องจาก..... ☐ ไม่มี

สรุปสาระสำคัญ

การประชุมวิชาการ พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ มีรายละเอียดการประชุมวิชาการ ดังนี้

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

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

ความหมายของแผลไฟไหม้ หมายถึง ผิวหนัง เนื้อเยื่อที่อวัยวะนั้นๆ ในแต่ละส่วนของร่างกายถูกทำลายจากความร้อน หรือสาเหตุที่มาจากความร้อนอื่นๆ แผลไฟไหม้จะส่งผลต่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้ 1) ผลต่อความร้อนที่เกิดขึ้นต่อผิวหนัง ความลึกของเนื้อตายขึ้นอยู่กับอุณหภูมิและช่วงเวลาที่ผิวหนังสัมผัสกับความร้อน มีกลไกที่ขึ้นกับสาเหตุของอุบัติเหตุ เช่น ความร้อนชนิดแห้ง (ไฟไหม้หรือสัมผัสวัตถุที่ร้อน) ทำให้เป็นเนื้อตายชนิด coagulation necrosis 2) ผลต่อระบบการไหลเวียนและสารประกอบต่างๆ ในหลอดเลือด ความร้อนส่งผลให้เกิดผนังหลอดเลือดฝอยเสียหายเกิดการซึมผ่านของน้ำและโปรตีนพลาสม่าออกนอกหลอดเลือด ทำให้มีความเข้มข้นของเลือดเพิ่มขึ้น 3) ผลต่อระบบไต จากการสูญเสียน้ำออกนอกระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตน้อยลงร่วมกับ vasoconstriction หลอดเลือดที่ไตไปเลี้ยง เกิดปัสสาวะออกน้อย บางรายอาจเกิดไตวายเฉียบพลัน 4) ผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ทำให้เกิด stress จากความเจ็บป่วยมักเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงร่วมด้วย 5) ผลต่อระบบภูมิคุ้มกัน เกิดกระบวนการอักเสบทำให้ร่างกายเกิดการติดเชื้อได้ง่าย สำหรับ*ประเภทของการเกิดแผลไหม้* จะแบ่งตามสาเหตุการเกิด ดังนี้ 1) แผลไหม้จากความร้อน เป็นความร้อนแห้ง จากเปลวไฟ ประกายไฟจากกระแสไฟฟ้าหรือวัตถุที่มีความร้อน และชนิดความร้อนเปียก เป็นแผลที่เกิดจากความเหลวร้อนลวก ได้แก่ น้ำร้อน ไอน้ำร้อน หรือน้ำมันร้อน ในรูปแบบการจุ่ม แช่กรด เป็นต้น 2) แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า มักไหม้ที่ผิวหนังภายนอก มีการทำลายเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่กระแสไฟฟ้าไหลผ่าน ทำลายเส้นประสาทและเส้นเลือดที่ผิวหนังโดยตรง เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนไปเลี้ยงและตายได้ ความรุนแรงแผลไหม้ประเภทนี้ขึ้นอยู่กับขนาดหรือปริมาณกระไฟฟ้า หากสูงกว่า 1,000 มิลลิแอมแปร์ ทำให้หัวใจหยุดเต้นได้จากกล้ามเนื้อหัวใจหดตัว

นั่นเอง 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 แบ่งได้ 3 ระดับ (degree) ได้แก่ 1st degree burn แผลไหม้ชนิดนี้อยู่ที่ชั้นหนังกำพร้าเท่านั้น มักจะแดง แห้ง ไม่พบตุ่มน้ำพอง (Blister) หายได้เอง 5-7 วัน, 2nd degree burn แผลไหม้ชนิดนี้มีพยาธิสภาพที่ชั้นของหนังกำพร้า (Epidermis) และชั้นหนังแท้ (dermis) บางส่วน และ 3rd degree burn แผลไหม้ชนิดนี้จะลึกไปที่ชั้นของหนังกำพร้าและหนังแท้ รวมทั้งส่วนผิวหนังด้านในถูกทำลายทั้งหมด มักมีเส้นเลือดอุดตันใต้ผิวหนัง แผลจะไม่สามารถหายเองได้ จะต้องได้รับการ skin graft หรือการปลูกถ่ายผิวหนังนั่นเอง

แนวทางการดูแลและการรักษาไฟไหม้ พยาบาลต้องเข้าใจกระบวนการหายของแผลร่วมด้วย ส่วนใหญ่มักแบ่งเป็น 2 แนวทาง ดังนี้ 1) การดูแลรักษาแผลด้วยวิธีประคับประคอง สามารถหายเองได้ในเวลา 3-4 สัปดาห์ มักดูแลแผลไม่ให้ติดเชื้อร่วมกับการส่งเสริมปัจจัยที่ส่งผลดีต่อกระบวนการหายของแผลที่มีประสิทธิภาพ 2) การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เป็นทางเลือกที่ใช้ในการดูแลแผลไหม้ที่มีการทำลายหนังแท้ชั้นลึกหรือหนังแท้ทั้งหมด นิยมปลูกถ่ายผิวหนัง แต่ต้องระมัดระวังการติดเชื้อที่แผลในช่วงการรักษา ส่วนการทำแผลจะใช้การทาครีมยาและการปิดวัสดุผิดแผล ใช้หลักการพิจารณาเลือกทำแผลที่ปิดแผลแบบชั่วคราว โดยเฉพาะการทาครีมยาที่เป็นสารฆ่าเชื้อโดยเฉพาะ ออกฤทธิ์กว้างทั้งฆ่าเชื้อแบคทีเรียบแกรมบวกและแกรมลบ ล้างออกง่าย และไม่เกิดอันตรายต่อเซลล์หรือกระบวนการหายของแผล ตัวอย่างครีมยา เช่น ซิลเวอร์ซัลฟาไดอะซีน มีโบ้ครีมแบบไขขี้ผึ้งสีน้ำตาล คลอแรมฟินิคอล ออยเมนต์ ที่นิยมใช้กับใบหน้า ใบหู ดวงตา และเบตาดีนออยเมนต์ ที่เป็นแบบครีมเนื้อเหนียว สีน้ำตาลที่ฆ่าเชื้อได้กว้างขวาง ละลายน้ำได้ดีและล้างออกง่าย แบคโตรแบน เจนต้าเดิร์ม ฟูซิดินและไลโซแคร์ คอมเพล็กซ์ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เชิงลึกในพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยแผลไหม้ กระบวนการหายของแผล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหายของแผล และเทคนิคการทำแผลอย่างมีประสิทธิ์ภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

หัวข้อ Update: พยาบาลในการดูแลแผล Modern dressing (พว.สุทธิดา พงษ์สนั่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วยพิเศษสมเด็จย่าศัลยกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์)

การทำแผลโดยวิธี modern dressing ในปัจจุบันเข้ามามีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลศักยภาพระดับตติยภูมิ 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 ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดในสถานพยาบาลด้านทรัพยากรบุคคล ด้านราคาอุปกรณ์ งบประมาณ รวมถึงปัญหาของผู้ดูแล (care giver) จากข้อมูลของการทำแผลโดยพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน ที่เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายของการทำแผลทั้งสองแบบพบว่ามีค่าใช้จ่ายที่ลดลงจริง และได้ประสิทธิภาพดีขึ้น ซึ่งวัสดุที่ใช้ในการทำแผลสมัยใหม่ ตัวอย่างเช่น *ฟิล์ม (Film)* เป็นอุปกรณ์ทำแผลที่มีคุณสมบัติสามารถติดกับผิวหนังรอบๆ แผลได้ อากาศและไอน้ำสามารถซึมผ่านได้ แต่ป้องกันการปนเปื้อนของสิ่งแปลกปลอมและเชื้อโรค มีลักษณะเป็นแผ่นใส ทำให้สามารถสังเกตดูแผลได้โดย ไม่ต้องทำการเปิดแผล เหมาะสำหรับแผลที่มีลักษณะตื้นและ สารคัดหลั่งมีปริมาณเล็กน้อย หรืออาจใช้ปิดแผลร่วมกับอุปกรณ์ทำแผลชนิดอื่นๆ และปิดแผลบริเวณข้อต่อและมือ เพราะมีคุณสมบัติในการยืดหยุ่นได้ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ได้แก่ Tegaderm , *โฟม (Foam)* โฟมเป็นสารประกอบ polyurethane ซึ่งมีทั้งในรูปแบบแผ่นและชีต มีความสามารถในการดูดซึม สารคัดหลั่งสูง และสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมในการหายของบาดแผลสามารถใช้ทำแผลทั้ งแผลที่ ตื้นและแผลที่ ลึกเป็นหลุมได้แต่เนื่องจากเป็นการใช้ในแผลที่มีสารคัดหลั่งปริมาณมากต้องทำการเปลี่ยนแผลบ่อย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์กลุ่มนี้ ได้แก่ Polymem เป็นต้น , *ไฮโดรเจล (Hydrogel)* เป็นสารประกอบ polymer ที่มีส่วนผสมของ glycerine หรือ water-based gels ที่เคลือบไปยังแผ่นวัสดุทำแผล มีคุณสมบัติ ให้ความชุ่มชื้นบาดแผล (rehydrate) สามารถลอกเปลี่ยนวัสดุได้โดยไม่ติดบาดแผล ไม่เจ็บ สามารถเอาเนื้อตายออกมาจากบอกแผลได้โดยการดูดซึมเนื้อตายเอาไว้ที่วัสดุทำแผล แต่ไม่ทำลายเนื่อเผื่อผิวหนังปกติ เหมาะสำหรับแผลที่มีขนาดไม่ลึกมาก แผลที่แห้ง และมีสารคัดหลั่งน้อย ตัวอย่างผลิตภัณฑ์

กลุ่มนี้ ได้แก่ Vigilon, Nugel, Tegagel TM, FlexiGel TM และ Curagel TM เป็นต้น *ไฮโดรคอลลอยด์ (Hydrocolloid)* ประกอบไปด้วย gelatin, pectin และ carboxymethylcellulose ที่เคลือบไปบน self-adhesive polyurethane films ทำให้มีลักษณะเป็นแผ่นชีต สามารถติดทำแผลได้ทุกรูปร่าง กระตุ้นการหายของแผลและการสลายเนื้อตายแบบ autolytic debridement ป้องกันการซึมผ่านของน้ำและอากาศได้ ทำให้ไม่ต้องเปลี่ยนแผลบ่อย (ทำแผลทุก2-3 วัน) แต่ไม่เหมาะกับแผลที่มีสารคัดหลั่งมาก เพราะจะทำให้เสียคุณสมบัติดังกล่าว และอาจเกิดผิวหนังเปื่อยยุ่ย (maceration) รอบๆ บริเวณแผล ปัจจุบันยังคงได้มีการศึกษาค้นคว้าในเรื่องของการดูแลบาดแผลอย่างต่อเนื่อง และที่มีการพัฒนาเทคโนโลยีอย่างก้าวหน้าและรวดเร็วคือการใช้ stem cells ซึ่งเป็น active biological dressing กระตุ้นการหายของบาดแผล สามารถกระตุ้นการแบ่งตัว การเจริญของเซลล์ การเคลื่อนที่ของเซลล์ไปยังบริเวณที่มีการอักเสบ เพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อ กระตุ้นการสร้างเส้นเลือดใหม่ สร้างสารประกอบ cytokine ที่มีความสำคัญในการหายของบาดแผล ลดการเกิดแผลเป็นและเพิ่มความแข็งแรงให้กับบาดแผลซึ่งหลักการดังกล่าวทำให้ Stem cellsดูเหมือนจะเป็นความหวังในการดูแลบาดแผลที่ดีที่สุดในอนาคตถ้าหากสามารถผลิตวัสดุทำแผลที่มีหลักการดังกล่าวได้จริง และราคาไม่แพงเกินไป เพื่อให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาตลอดจนได้รับการดูแลบาดแผลที่เหมาะสมที่สุด

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

กระบวนการหายของแผล (Wound healing Process) เมื่อมีการบาดเจ็บหรือมีบาดแผลเกิดขึ้น ร่างกายจะมีการตอบสนองต่อการบาดเจ็บดังกล่าว เพื่อสมานแผลให้ติดกันอย่างสมบูรณ์ โดยสามารถแบ่งกระบวนการหายของแผลออกเป็น 4 ระยะ ระยะห้ามเลือด (Hemostasis Phase) ระยะอักเสบ(Inflammatory Phase) ระยะการเพิ่มจานวนเซลล์ (Proliferation Phase) ระยะการเจริญเต็มที่ (Remodeling หรือ Maturation Phase) ปัจจัยที่ส่งผลต่อการหายของแผล 1. อายุ (Age) เมื่อเพิ่มขึ้นการหายของแผลจะช้าลง 2. ภาวะโภชนาการ (Nutrition) 3. รูปแบบการดำเนินชีวิต (Lifestyle) การออกกาลังกาย (exercise) การสูบบุหรี่ (smoking) 4. การได้รับยาบางชนิด (Medication) 5. การติดเชื้อ (Infection) 6. การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness) 7. สภาวะจิตใจ(Psychological issues)

สำหรับหลักการดูแลแผล ใช้หลักการคือ Wound Hygiene Concept เป็นแนวคิดที่เป็นที่ยอมรับในการดูแลบาดแผลที่ส่งเสริมการรักษาบาดแผลที่ยากต่อการรักษา นวัตกรรมการดูแลแผล เป็นนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งประระยุกต์ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่ผ่านการวิจัยเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงของการรักษา ตัวอย่างนวัตกรรม เช่น Negative pressure wound therapy (NPWT) ใช้วิธีการลดแรงดันที่แผลให้ต่ากว่าชั้นบรรยากาศ (subatmospheric pressure) คือทาให้เกิด 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 Dermatotraction เป็นเทคนิคการเย็บแผลแบบค่อยเป็นค่อยไปสำหรับแผลที่ตัดพังผืดที่เรียกว่าเทคนิคการร้อยเชือกรองเท้า ซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในการจัดการแผลที่ตัดพังผืด โดยจะติดลวดเย็บแผลไว้ตามขอบแผล และร้อยห่วงหลอดเลือดผ่านลวดเย็บแผลเหล่านี้ในลักษณะไขว้กันเหมือนเชือกรองเท้า ใช้ลวด Kirschner ใต้ผิวหนังที่ละเอียดตลอดทั้งสองด้านของแผลที่เกิดจากการตัดพังผืดด้วยแถบยางยืดที่เย็บแบบเชือกผูกกับขอบแผลและในเวลาเดียวกันกับลวด Kirschner ที่อยู่ด้านล่าง ทำให้เกิดการกระจายแรงตึงที่สม่ำเสมอตลอดขอบผิวหนังในระหว่างการประมาณ จึงป้องกันภาวะขาดเลือดได้ การรักษาแผลทางเลือกใหม่ Hyperbaric Oxygen Therapy : HBO คือ การรักษาของแพทย์อีกวิธีหนึ่ง ด้วยการให้ผู้ป่วยหายใจใน สิ่งแวดล้อมที่มีออกซิเจนบริสุทธิ์ 100% ภายใต้สภาพความกด บรรยากาศสูง ภายในห้องปรับบรรยากาศ ที่เรียกว่า อุโมงค์ ออกซิเจน (Hyperbaric Chamber) โดยการรักษาด้วยวิธีนี้ ทำให้เนื้อเยื่อในระบบต่างๆของผู้ป่วยได้รับออกซิเจนในปริมาณที่สูง กว่าปกติหลายเท่า การรักษานี้เป็นการรักษาเสริมหรือเพิ่มเติมอีก วิธีหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาทางอายุรกรรมและศัลยกรรม

หัวข้อ การประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีบาดแผลออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ผศ.วรรณฤดี ภู่ทอง สาขาการพยาบาลพื้นฐาน สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย)

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

การประเมินผู้ป่วยที่มีบาดแผลออสโตมี พยาบาลควรประเมิน ประเมินลักษณะของ stoma ดูแลและสังเกตลักษณะ stoma ชุ่มชื้น ผิวมันวาว สีชมพู ไม่มีสีแดงคล้ำ หรือสีซีด ความสูงอยู่เหนือผิวหนังประมาณ 2.5 เซนติเมตร ไม่ยื่นออกมามาก (prolapse) หรืออยู่ต่ำกว่าระดับผิวหนัง (retraction) และผิวหนังรอบบริเวณ stoma ประเมินภาวะสมดุลสารน้ำและอิเล็กโตรไลท์ เนื่องจากมีการตัดลำไส้ใหญ่ออกตามพยาธิสภาพ ทำให้การดูดซึมน้ำและอิเล็กโตรไลท์ลดลง ดูแลให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ และเมื่อเริ่มจิบน้ำแนะนำจิบน้ำบ่อยๆ แนะนำวิธีการรับประทานน้ำและอาหารก่อนเริ่ม step diet ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ภายหลังรับประทานอาหารต้องไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนแน่นอึดอัดท้อง เริ่มตั้งแต่จิบน้ำ อาหารเหลวใสอาหารเหลวข้น จนถึงอาหารอ่อน รสไม่จัด ในช่วงแรกผู้ป่วยควรงดรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ ประมาณ 3 เดือนหลังจำหน่ายกลับบ้าน เนื่องจากอาจเกิดการอุดกั้นของลำไส้ที่ยกมาเป็นทางขับถ่ายอุจจาระได้ รวมทั้งประเมินการทำงานของลำไส้ในการขับถ่ายอุจจาระทางทวารใหม่ จากการผายลมหรืออุปกรณ์รองรับอุจจาระโป่ง

<u>ภาคเช้า</u>

หัวข้อ การประเมินและการจัดการ Advanced Traumatic Wound (นายแพทย์อุดมศักดิ์ ตั้งชัยสุริยา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ทีมแอดมินเพจห้องฉุกเฉินต้องรู้)

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 การตั้งครรภ์ / L: Last meal ประวัติการรับประทานอาหารและน้ำครั้งล่าสุด /E: Event เหตุการณ์ พร้อมกับการตรวจร่างกาย แต่หากเป็นการประเมินเฉพาะบาดแผลต้องดูลักษณะของแผล: ขนาด ความลึก และขอบแผล สิ่งแปลกปลอมในแผล การมีภาวะติดเชื้อหรือการอักเสบ การไหลเวียนโลหิตและการบาดเจ็บของเส้นประสาท เอ็นหรือกระดูกบริเวณแผล การมีภาวะ Compartment Syndrome สำหรับ*หลักการดูแลบาดแผล* อันดับแรก การทำความสะอาดและกาจัดสิ่งแปลกปลอม 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)* เป็นการใช้สารกาวทางการแพทย์ เช่น Octylcyanoacrylate ปิดแผลขนาดเล็กที่ไม่มีแรงตึง ไม่ต้องเย็บ ไม่ต้องตัดไหม แผลสวย ลดความเจ็บปวด *2. Skin Closure Strips (Steri-Strips)* ใช้เทปทางการแพทย์ปิดขอบแผล เหมาะกับแผลที่ขอบแนบสนิท หรือใช้ร่วมกับการเย็บ ลดรอยแผลเป็น เหมาะกับผิวบอบบาง 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 แผลจาก*ผ่าตัด 5. Skin Graft & Bioengineered Skin Substitutes*

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

หัวข้อ การดูแลและการป้องกันแผล Pressure Injury และภาวะผิวหนังอักเสบเนื่องจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (พว.จุฬาพร ประสังสิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ฝ่ายการพยาบาล รพ.ศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยากรบรรยายเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับ แผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยสูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เมื่อมีแผลแล้วจะทำให้แผลหายช้าและมีการลดแรงเกาะ (cohesion) ระหว่างผิวหนังชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ทำให้ความสามารถในการกระจายแรงกดทับรวมทั้งการไหลเวียนเลือดของเนื้อเยื่อบกพร่องโดยหลอดเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงใต้ผิวหนังจะลดลง ส่งผลต่อผู้ป่วยโดยตรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่เห็นความสำคัญและตระหนักถึงอันตรายของแผลกดทับนำไปสู่การจัดการดูแลแผลกดทับที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการลุกลามของแผลเพิ่มมากขึ้นต่อไปและมีความยุ่งยากในการจัดการมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นอาจเกิดการติดเชื้อและเสียชีวิตได้2 นอกจากนี้ยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลกที่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันแผลกดทับ กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีแผลกดทับการเตรียมความพร้อมของญาติผู้ดูแลก่อนการเรียนรู้และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้การส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีทักษะที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูและแผลนอกจากนี้ยังมีการสร้างและพัฒนาความร่วมมือกับแหล่งเครือข่ายสนับสนุนดูแลสุขภาพที่บ้านประเด็นสำคัญคือการส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับแบบองค์รวมตั้งแต่ในระยะที่ยังไม่เกิดแผลนั่นเอง

<u>ภาคบ่าย</u>

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

ภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวาน โดยเฉพาะการเกิดแผลในผู้ป่วยเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนที่เท้า การเสื่อมของประสาทส่วนปลายเท้าเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดแผล ปัญหาของความผิดปกติในการตรวจเท้าเบาหวานที่มักพบได้บ่อย ได้แก่ ระบบประสาท (เท้าชา) การสูญเสียความรู้สึกป้องกันเท้า (lost of protective sensation) กระดูกและกล้ามเนื้อ ผิวหนังแข็งจากแรงกดใต้ฝ่าเท้าบริเวณนิ้วหัวแม่เท้า หลอดเลือดส่วนปลายผิดปกติ การเคลื่อนไหวของข้อเท้าลดลง และนิ้วเท้าผิดรูป ปัญหาของเท้าเบาหวานเกิดจากการทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายบกพร่องทำให้ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสเกิดแผลที่เท้าได้ง่ายกว่าผู้อื่น ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงทาให้เกิดการสูญเสียการรับความรู้สึกที่เท้า มีอาการเท้าชาเกิดการบาดเจ็บได้ง่ายโดยเฉพาะบริเวณฝ่าเท้าเพราะ เท้าจะได้รับบาดเจ็บจากการเหยียบของแหลมหรือของมีคมโดยไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด การทำงานของข้อต่อต่างๆ ขาดสมดุลทาให้มีเท้าผิดรูปเกิดขึ้นมีการกระจายน้ำหนักไปยังจุดรับน้ำหนักเปลี่ยนแปลงทำให้ผิวหนังถูกกดทับซ้ำๆ และเกิดเป็นแผลได้ นอกจากนี้การทำงานของระบบประสาทออโตโนมิกผิดปกติทาให้ต่อมเหงื่อทำงานบกพร่อง ผิวแห้งและมีโอกาสเกิดการแตกและเป็นแผล **"แผลเท้าเบาหวาน"**

การป้องกันการเกิดแผล วิธีป้องกันการเกิดแผลที่เท้าและการถูกตัดเท้าหรือขาที่ได้ผลที่สุด คือการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้เป็นเบาหวานและญาติเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนต่างๆและความสำคัญของการดูแลรักษาเท้ามี 3 ระดับการป้องกัน ได้แก่ *ระดับความเสี่ยงต่ำ* ผู้เป็นเบาหวานในกลุ่มนี้ Protective sensation ยังปกติอยู่ แต่อาจมีเท้าชามากขึ้นโดยที่ไม่สังเกต ดังนั้น ควรมาพบแพทย์เพื่อตรวจเท้าอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและการเลือกรองเท้าอย่างเหมาะสม *ระดับความเสี่ยงปานกลาง* ผู้เป็นเบาหวานกลุ่มนี้สูญเสีย Protective sensation จึงมีความเสี่ยงที่เกิดแผลได้มากกว่าผู้ที่เป็นเบาหวานกลุ่มแรก ผู้เป็นเบาหวาน กลุ่มนี้ยังมีแรงกดทับ ใต้ฝ่าเท้ามากกว่าคนปกติ กลุ่มนี้จึงต้องนัดตรวจเท้าผู้ป่วยถี่ขึ้นอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ให้ความรู้เรื่องการดูแลเท้า และเพิ่มเติมถึงปัญหาของเท้าที่อาจจะพบได้ เช่น Callus ต่อมาเป็น*ผู้ป่วยระดับความเสี่ยงสูง* จะเสีย Protective sensation แล้ว ยังมีเท้าผิดรูปร่วมด้วย ควรได้รับคำแนะนำในการดูแลเท้าและนัดตรวจเท้าอย่างละเอียด อย่างน้อยปีละ 3-4 ครั้ง และควรได้รับแผ่นรองในรองเท้าที่ทำขึ้นพิเศษเพื่อป้องกันการเกิดแผลร่วมกับรองเท้าพิเศษที่ดัดแปลงให้เหมาะสมกับการผิดรูปของเท้า (Shoe modification or Depth shoes) หรือรองเท้าตัดเฉพาะ (Custom molded shoes) ขึ้นอยู่กับความผิดรูปในแต่ละราย

ประโยชน์ที่ได้รับ

สามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากการประชุมวิชาการสู่การนิเทศนักศึกษาในรายวิชา ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐาน ได้

แนวทางในการนำความรู้ที่ได้รับมาปรับปรุงการทำงาน

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

เอกสารที่แนบมาด้วย

เกียรติบัตรการเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

ใบเสร็จค่าลงทะเบียน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์นริศรา ใคร้ศรี)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติหน้าที่แทนคณบดี

(ผศ.พัชราวรรณ แก้วกันทะ)
หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลศึกษาทางจิตเวชและสุขภาพจิต
28 เม.ย. 68

ผู้รายงาน.....
(อาจารย์พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง)
วันที่ 28 เมษายน 2568

ความคิดเห็นของรองอธิการบดี ○ ฝ่ายบริหาร ⊘ ฝ่ายวิชาการ ○ ฝ่ายกิจการนักศึกษา

.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
...../...../.....

ความคิดเห็นของอธิการบดี

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....
(.....)
13 พ.ค. 2568
...../...../.....

เรียน อธิการบดี
เพื่อโปรดพิจารณา
สำนักงานอธิการบดี
6/5/68

วิทยาลัยเชียงราย 199 หมู่ 6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ.เชียงราย 57000 โทร. 053-170331-3
โทรสาร 053-170335

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ RV8-6700932-207 **วันที่** 24 กุมภาพันธ์ 2568

ได้รับเงินจาก นางสาวพรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย 199 ม. 6 ต.ป่าอ้อดอนชัย อ.เมือง จ. เชียงราย 57000

รายการรับชำระ	จำนวนเงิน
ค่าลงทะเบียนโครงการอบรมฟื้นฟูวิชาการ "พัฒนาความรู้การดูแลแผลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์"	800.00 บาท
รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น	800.00 **บาท**

(แปดร้อยบาทถ้วน)

ผู้รับเงิน ..... ฝ่ายการเงิน

(นางสาวกฤษณา อึดใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

ขอมอบประกาศนียบัตรฉบับนี้เพื่อแสดงว่า

นางสาว พรปวีณ์ แก้วมั่งเมือง

ได้เข้าร่วมอบรมโครงการประชุมวิชาการรูปแบบ Online ผ่านระบบ Zoom

โครงการ พัฒนาความรู้การดูแลและการทำแผลในยุคปัจจุบันสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

ระหว่างวันที่ 8 - 9 เมษายน 2568

ณ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ 12.50 **หน่วยคะแนน**

เลขรหัสหลักสูตร E069-L-68-C2-0004-1

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พัชรินทร์ เงินทอง

รักษาการคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อินทร์ จันทร์เจริญ

อธิการบดีวิทยาลัยเชียงราย