

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีแผลกดทับที่กลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้าน โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมผ่านระบบการพยาบาลทางไกล: รายงานผู้ป่วย

กรกฎ วิเชียรเทียบ พย.บ., ลัดดาวัล ฟองค์ พย.บ., โชติณรินทร์ ไชยรินทร์ พย.บ.

กลุ่มงานวิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี 20000

Caring for an End-of-life Cancer patient with Pressure Sores Receiving Continuing Care at Home with the Caregiver's Participation through the Tele-nursing System: A Case Report

Koragot Vicheantheab, B.N.S., Laddawan Vonk, M.N.S., Chotnarin Chaiyarin, B.N.S.

Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital, Samed, Mueang, Chonburi, 20000, Thailand

(E-mail: Vicheantheab272519@gmail.com)

(Received: 20 December, 2023; Revised: 7 March, 2024; Accepted: 21 August, 2024)

Abstract

Pressure sores that are large and deep in the muscles among end-of-life cancer patients can cause risk of infection and death in a short time. Suffering also affects quality of life and results in higher costs because the treatment is complicated. Continuing care at home by caregivers also requires the assistance of a multidisciplinary team. This study aimed to investigate the efficiency of pressure ulcer care by a caregiver, provide guidelines for preventing infection, compare costs and the caregiver's state of distress. A patient with end-of-life cancer with large pressure sores (the PPS level = 20%) was studied. The study was conducted between 1st September and 10th November 2023 by a multidisciplinary team, consisting of doctors, community practice nurses, and nurses specializing in nutritional therapy and wounds. The Tele-nursing system was employed. The tools included the PUSH assessment form (3.0), the temperature recording form, the wound dressing cost comparison form, the distress thermometer, the 2Q depression screening form, and the care burden assessment form. This study is results revealed that the caregiver was able to care for the patient according to standard quality. The wound healing score decreased from 14 points to 3 points. Infection was not found. It can save costs by 4.6 times compared to hospital stays. The caregiver's distress score decreased from 9 points to 4 points on the distress thermometer. The caregiver was confident and proud of providing better care to the patient. To sum up, large pressure sores can be cared at home by caregivers, but the knowledge about wound dressings, wound healing promotion, nutrition, use of medical supplies to accelerate tissue regeneration, infection prevention and control and close supervision is required in helping caregivers to administer wound dressings effectively.

Keywords: End-of-life, Pressure sores, Caregivers, Tele-nursing

บทคัดย่อ

ผลกตทัพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีขนาดใหญ่ถึงกล้ำเนื้อ เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น เนื่องจากการรักษามียุ่งยากซับซ้อนและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลต้องได้รับความช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ การศึกษาค้นคว้าวิจัยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลการดูแลรักษาผลกตทัพบโดยผู้ดูแล แนวทางการป้องกันการติดเชื้อ เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายและภาวะทุกข์ใจของผู้ดูแล ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีผลกตทัพบขนาดใหญ่ จำนวน 1 ราย ระดับ PPS = 20% ศึกษาในระหว่างวันที่ 1 กันยายน ถึง 10 พฤศจิกายน 2566 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลเฉพาะทางด้านโภชนาบำบัดและเฉพาะทางด้านบาดแผล ร่วมกับการติดตามด้วยระบบ tele-nursing เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบประเมิน PUSH (3.0) แบบบันทึกอุณหภูมิ แบบเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายการทำแผล โปรทัวด์ทุกซ์ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q และแบบประเมินการดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามคุณภาพมาตรฐาน การหายของแผลจาก 14 คะแนน เหลือ 3 คะแนน ไม่พบภาวะติดเชื้อ ประหยัดค่าใช้จ่ายถึง 4.6 เท่าเมื่อเทียบกับการนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดภาวะทุกข์ใจของผู้ดูแลจากโปรทัวด์ทุกซ์ 9 คะแนน เหลือ 4 คะแนน ผู้ดูแลมีความมั่นใจและภาคภูมิใจที่ดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้นด้วยตนเอง สรุปผลกตทัพบขนาดใหญ่ ผู้ดูแลสามารถทำได้ที่บ้าน แต่ต้องมีความรู้เรื่องการทำแผล การส่งเสริมการหายของแผล ด้านโภชนาการ การใช้เวชภัณฑ์เร่งการสร้างเนื้อเยื่อ การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดช่วยให้การทำแผลมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: มะเร็งระยะท้าย, ผลกตทัพบ, ผู้ดูแล, การพยาบาลทางไกล

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ส่งผลต่ออัตราการเสียชีวิตเป็นอันดับ 1 ของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ โดยมีภาวะนอนติดเตียง รักษาไม่หาย และมักเสียชีวิตในเวลาไม่เกิน 6 เดือน² มีการศึกษาในต่างประเทศพบอุบัติการณ์การเกิดผลกตทัพบในผู้ป่วยกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 8.8-12.1³ ส่วนประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดผลกตทัพบ 2-4 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน⁴ ซึ่งการรักษาหลักเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยสุขสบายมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵ ในวาระท้ายของชีวิตจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านมีอัตราการเกิดผล

กตทัพบถึงร้อยละ 2-2.8⁶ สาเหตุเกิดจาก เป็นผู้สูงอายุที่นอนติดเตียงนาน ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดรวมทั้งภาวะโภชนาการที่ไม่ดี ซึ่งมักพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย⁷ การบาดเจ็บที่เกิดจากการกตทัพบของร่างกายที่เรียกว่าผลกตทัพบมักพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายและมีแนวโน้มเกิดผลกตทัพบมากขึ้นโดยพบว่ามีความชุกถึงร้อยละ 18.8⁸ ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Jakobsen, และคณะ⁹ พบร้อยละ 17.3 เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลกตทัพบหลายประการ ตำแหน่งที่เกิดผลกตทัพบเกือบครึ่งเกิดบริเวณก้นกบถึง ร้อยละ 44.7⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ferris, และคณะ¹⁰ พบว่าผิวหนังบริเวณก้นกบมักเกิดผลกตทัพบมากที่สุดถึงร้อยละ 28-36 ผลกตทัพบทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁹ รวมทั้งความเครียดของผู้ดูแลเนื่องจากขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแลบาดแผล การรักษาที่มีระยะเวลานาน ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น โดยมีการประมาณค่ารักษาผลกตทัพบซึ่งคิดตามระดับของผลกตทัพบพบว่า อาจต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิมถึง 140,800 บาท โดยขึ้นอยู่กับความรุนแรงของแผล ซึ่งนับว่าเป็นค่ารักษาที่มีมูลค่าสูง¹¹ การดูแลผลกตทัพบโดยผู้ดูแลที่บ้านให้ได้ประสิทธิภาพ ต้องมีการวางแผนการดูแลที่ดี และเป็นระบบ

โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง ไม่มีหน่วยปฐมภูมิสำหรับติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง ให้การช่วยเหลือที่ล่าช้า ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลได้นำระบบ Tele-nursing มาประยุกต์ใช้ในการดูแล และติดตามอาการผู้ป่วยที่บ้าน บูรณาการในการดูแลแบบผสมผสานสำหรับการป้องกันและรักษาผลกตทัพบ เน้นย้ำญาติถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดผลกตทัพบ ผ่านกระบวนการ Plan Do Check Act (PDCA) เพื่อปรับปรุง พัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องและได้ผล การค้นหาปัญหาเพื่อให้ได้กระบวนการดูแลผ่านการคิดเชิงระบบ วิเคราะห์ปัญหาให้ครอบคลุมทุกมิติสำหรับการดูแลผลกตทัพบ โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล การดูแลตัวเองของ Koller, และคณะ¹² ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลการทำผลกตทัพบ และการควบคุมกำกับทุกขั้นตอนจากพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ จนเป็นกระบวนการที่เหมาะสมสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องผ่านระบบ Tele-nursing ร่วมกับการสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับใช้ในการดูแลผลกตทัพบที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ประชากรในการศึกษา

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีปัญหาผลกตทัพบจำนวน 1 ราย ที่กลับไปดูแลต่อที่บ้านโดยญาติเป็นผู้ดูแล ในช่วงเวลาระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 - 10 พฤศจิกายน 2566

รายงานผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป: ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 75 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ ปี 2554 โดยมีมะเร็งแพร่ได้กระจายไปยังปอดและกระดูกซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในระยะท้าย ร่วมกับมีแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุงระดับได้

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล: หดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว แต่ยังมีเสียงหายใจ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วย: 10 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและให้ยาเคมีครบตามแผนการรักษา แพทย์นัดตรวจติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณสะโพก ไอ เหนื่อยหอบ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบมีการกระจายไปกระดูก และปอด ได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยยาเคมีบำบัด 6 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีแผลเรื้อรังบริเวณระหว่างคิ้ว แพทย์ตัดชิ้นเนื้อตรวจพบเป็นมะเร็งเกิดขึ้นใหม่ที่ผิวหนัง ส่งตัวมารักษาด้วยการฉายรังสีจำนวน 33 ครั้ง แพทย์นัดติดตามอาการเป็นระยะ ๆ

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยล้ม เดินไม่ได้นอนติดเตียง รู้สีกตัวดี ญาติดูแลที่บ้าน

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยหดสติ เรียกไม่รู้สีกตัว ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจและให้นอนสังเกตอาการต่อที่โรงพยาบาล

2 สัปดาห์ประเมินอาการผู้ป่วยเริ่มหายใจเองได้ ความดันโลหิตปกติ แพทย์พิจารณาถอดเครื่องช่วยหายใจ แนะนำญาติพา

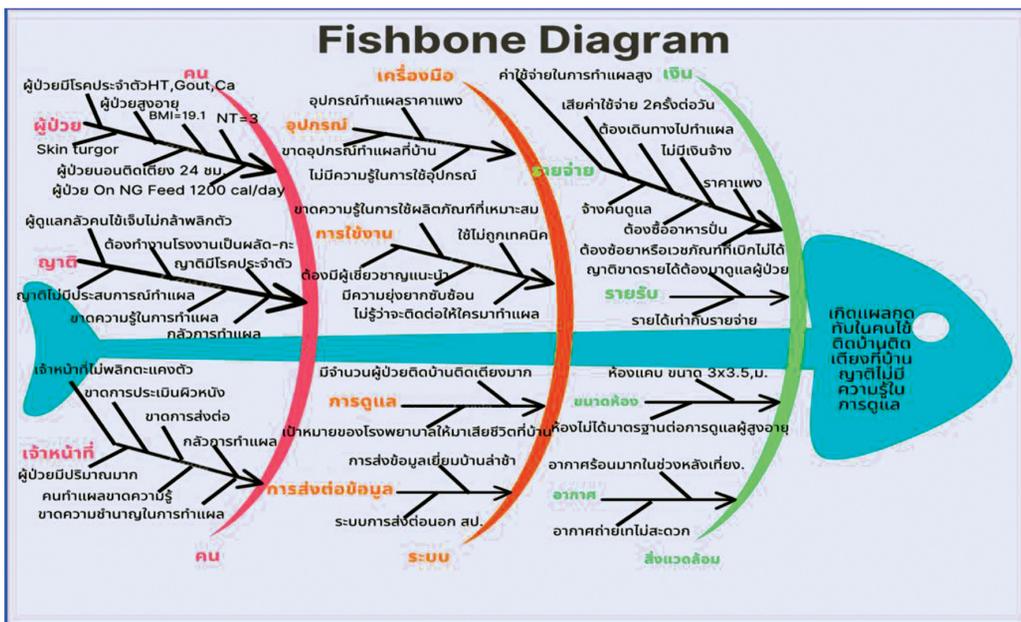
ผู้ป่วยกลับบ้านดูแลต่อที่บ้าน โดยแพทย์ได้ชี้แจงญาติเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา ให้รักษาตามอาการ ญาติรับทราบผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ไม่นาน ก่อนกลับญาติได้รับการสอนเรื่องการดูแลแผล การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจน และการดูแลสายสวนปัสสาวะจากเจ้าหน้าที่

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: โรคประจำตัวเป็นโรคเก๊าท์และความดันโลหิตสูง รับประทานยาลด

ผลการตรวจร่างกายผู้ป่วย: หญิงไทยวัยสูงอายุ นอนติดเตียง รู้สึกตัวเล็กน้อยเรียกลืมนตา ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรงยกไม่ได้ หายใจเหนื่อย ประเมิน PPS (V₂) เท่ากับ 20% มีแผลกดทับที่ก้นกบขนาดใหญ่มีเนื้อตายปกคลุมไม่สามารถระบุงระดับได้ unstageable full-thickness pressure injury มีสายให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะ

ผลการประเมินญาติ: ญาติผู้ดูแลมีความทุกข์ใจและวิตกกังวลในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ประเมินภาวะทุกข์ใจโดยใช้แบบประเมิน NCCN DISTRESS THERMOMETER ในวันแรก พบญาติมีความรู้สึกทุกข์ใจในระดับมาก คะแนน 9 คะแนน โดยปัญหาที่พบคือ ขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ปัญหาการเงิน ค่าใช้จ่าย ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพเรื่องการนอนหลับพักผ่อน ความจำและสมาธิของญาติผู้ดูแล และประเมินภาวะซึมเศร้าโดยแบบประเมิน 2Q ไม่พบภาวะซึมเศร้า

วิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ด้วยแผนภูมิ



ภาพที่ 1 แสดง Fish bone Diagram

แนวทางการดูแล

ทีมเยี่ยมบ้านรับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 โดยดูแลให้การรักษาพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ แรกรับผู้ป่วยมีแผลกดทับบริเวณก้นกบมี ขนาด 6x6 นิ้ว ลักษณะมีแผ่นเนื้อตายปกคลุมไม่สามารถระบุระดับ ได้ (unstageable full-thickness pressure injury) ทีมเยี่ยมบ้าน debridement และ remove เนื้อตายออกเห็นแผลมีหนองจำนวนมาก ประเมินแผลอยู่ในระดับ 4 เนื่องจากแผลลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ มีกลิ่น ทำความสะอาดแผลให้ผู้ป่วยและสอนญาติในการทำแผล และติดตามการทำแผลโดยเข้าเยี่ยมบ้านรวม 5 ครั้งร่วมกับสหสาขา วิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาล เฉพาะทางด้านบาดแผลและทวารเทียม พยาบาลเฉพาะทางด้าน โภชนบำบัด และติดตามผ่านระบบ tele-nursing ร่วมกับให้การ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์สำหรับการทำแผลตลอดระยะเวลาการดูแล

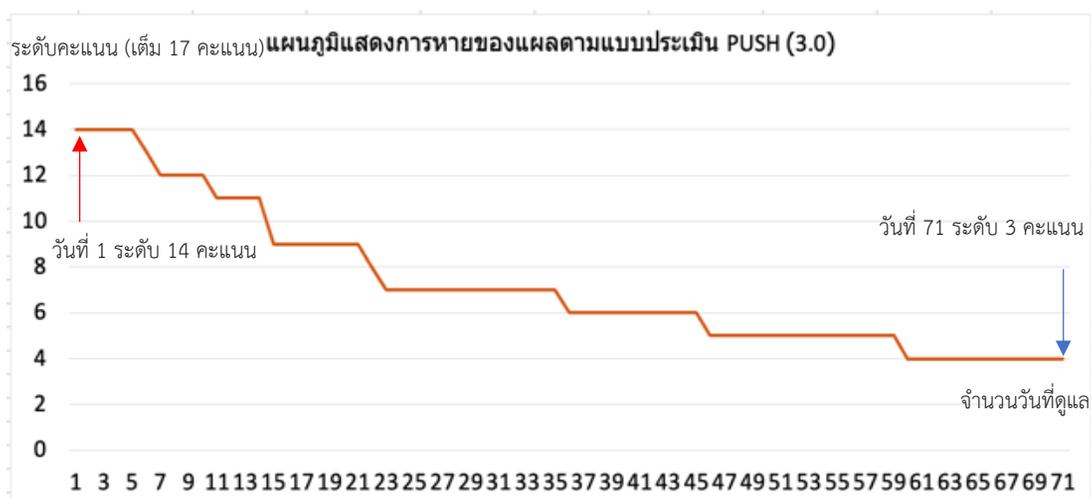
ผลการดูแล

ในระยะเวลาที่ให้การดูแลรวม 71 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการติดเชื้อที่แผล ความก้าวหน้าของแผลกด

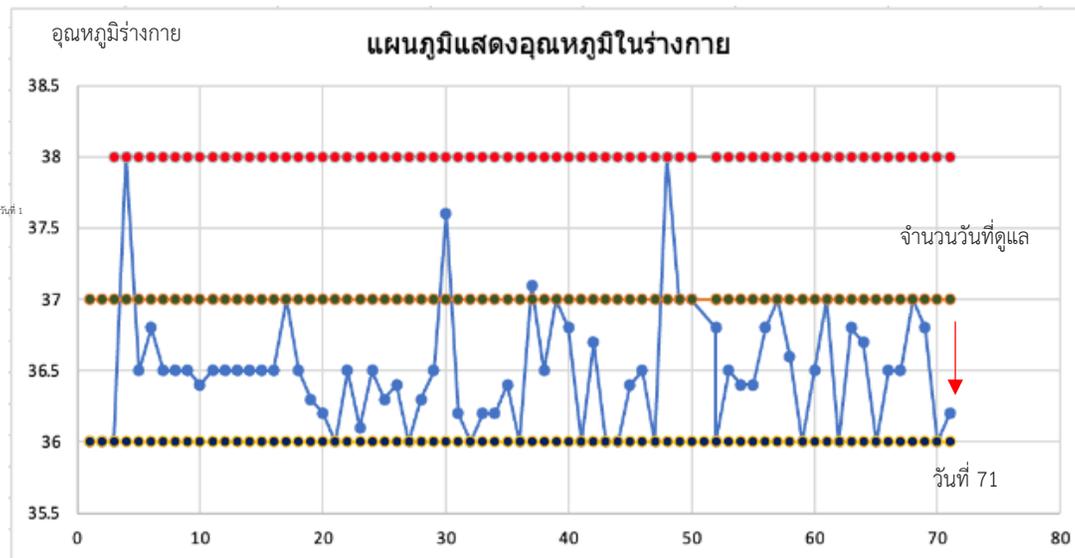
ทับมีความก้าวหน้าในทางที่ดีเป็นลำดับ จากวันแรกที่ประเมิน ระดับการหายของแผลอยู่ที่ 14 คะแนน ปัจจุบันระดับการหาย ของแผลลดลงเหลือ 3 คะแนน ลักษณะแผล แดง ตื้น ไม่มีสาร คัดหลังไม่พบอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ ขนาดแผล มีขนาดเล็กลงจากขนาด 6x6 นิ้ว เหลือ 2x2.7 นิ้ว ปัจจุบัน ผู้ป่วยมีระดับ PPS(V₂) เท่ากับ 30%-40% เนื่องจากผู้ป่วย สามารถยก แขน-ขา ได้เอง ตื่นล้มตาได้เอง พุดคุยเป็นประโยค สั้น ๆ ได้ ผู้ดูแลมีความภาคภูมิใจและมั่นใจในการมีจิตอาสา ที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะเหมือนกับผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล มีความยินดีที่จะถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่มีปัญหาแผลกดทับและการดูแลอื่น ๆ แบบองค์รวมให้กับญาติ ผู้ดูแลอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนกัน ให้สามารถดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ในด้านความทุกข์ใจ ของญาติผู้ดูแล มีระดับความทุกข์ใจลดลง โดยพบว่าอยู่ในระดับ น้อยถึงปานกลาง คะแนน 4-6 คะแนน เนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจ มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากผู้ดูแล 1 คนที่ไม่ได้ทำงานเพราะต้องดูแลผู้ป่วย ประเมิน ภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลด้วย 2Q ซ้ำ ไม่พบภาวะซึมเศร้า



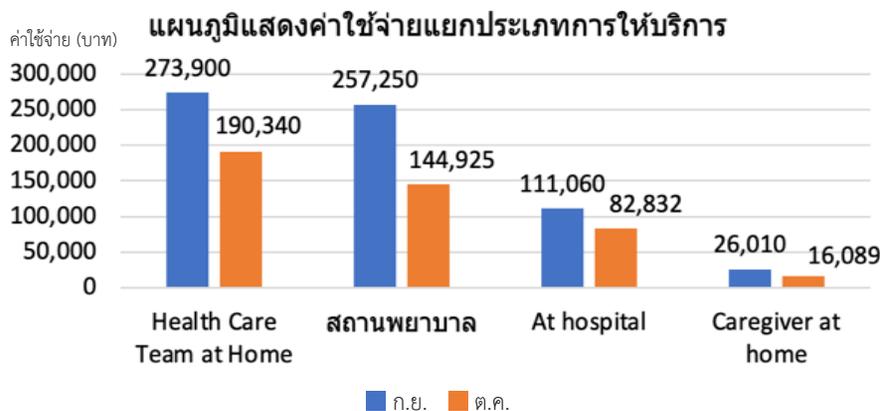
ภาพที่ 2 แสดงแผลกดทับที่รับไว้ใน การดูแล



ภาพที่ 3 ภาพแสดงการหายของแผล



ภาพที่ 4 ภาพแสดงอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย



ภาพที่ 5 ค่าใช้จ่ายการทำแผลกดทับแยกตามลักษณะการให้บริการ

ตารางที่ 1 ประเมินภาวะจิตใจญาติผู้ดูแล

แบบประเมิน	ก่อนรับไว้ในการดูแล (วันที่ 1)	หลังรับไว้ในการดูแล (วันที่ 71)
ปรอทวัดทุกซ์	9	4
2Q	ปกติ	ปกติ
แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	22	5

วิจารณ์

จากผลการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย มีแผลกดทับขนาดใหญ่บริเวณก้นกบซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบมากที่สุด โดยผู้ป่วยรายนี้เป็นแผลกดทับที่ไม่สามารถระบุระดับได้ ประเมินโดยการใช้แบบประเมินแผลกดทับ¹³ พบแผลระดับ unstageable full-thickness pressure injury เนื่องจากมีเนื้อตายขนาดใหญ่ปกคลุม ระยะเวลาในการหายของแผลใช้เวลานานหลายเดือน ในกรณีผู้ป่วย

สูงอายุ การหายของแผลเป็นไปได้ยากอาจมีภาวะแทรกซ้อนเกิดการติดเชื้อจนเสียชีวิตได้ ประเมิน PPS(V₂) เท่ากับ 20% ซึ่งมีความหมายว่าจะชีวิตอยู่ได้ไม่นาน มีระยะเวลาเป็นวันหรือสัปดาห์ แพทย์วางแผนการรักษาเป็นแบบประคับประคองแนะนำให้ญาตินำผู้ป่วยกลับบ้าน ญาติรับทราบผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน มีความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากรับผู้ป่วยเข้าไว้ในการดูแล ญาติสามารถทำแผลกดทับได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ไม่เกิดการติดเชื้อ ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายสำหรับการทำแผลกดทับ รวมทั้งยังช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแลของผู้ดูแล ส่งผลให้ระดับความทุกข์ใจลดลง สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ระยะเวลาในการหายของแผลกดทับที่มีขนาดใหญ่ มีเนื้อตายปกคลุม ไม่สามารถระบุระดับได้ unstageable full-thickness pressure injury จากการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าลักษณะแผลก่อนรับดูแล แผลกดทับมีลักษณะเป็นแผ่นเนื้อตายขนาด 6x6 นิ้ว มีสิ่งคัดหลั่ง ลักษณะเป็นหนองออกมาก ทึมเยิ้มบ้านได้ทำการตัดเลาะเนื้อตายออกจนหมด เห็นเป็นเนื้อแดง แผลลึกเป็นโพรงถึงชั้นกล้ามเนื้อ ระบุแผลอยู่ในระดับ 4 ทึมเยิ้มบ้านสอนวิธีการทำแผลให้ถูกหลักปราศจากเชื้อ โดยแนะนำให้ทำแผลอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น สลับสუნเครื่องมือและอุปกรณ์ทำแผล แนะนำการดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้น แนะนำเรื่องการพลิกตะแคงตัว การเสริมโปรตีนจากไข่ขาว การเพิ่มยาสำหรับการเร่งการสร้างเนื้อเยื่อ รวมทั้งการติดตามประเมินแผลอย่างต่อเนื่องทาง Tele-nursing พบว่าแผลผู้ป่วยมีลักษณะการสร้างของเนื้อเยื่อได้อย่างรวดเร็ว ในเวลา 2 เดือน ขนาดของแผลเล็กลงมากกว่าร้อยละ 50 โดยการใช้แบบประเมินการหายของแผลกดทับ (pressure ulcer status tool, PUSH (V.3.0))¹⁴ จากวันแรกประเมินได้ 14 คะแนน ปัจจุบันลดลงเหลือ 3 คะแนน จะเห็นได้ว่าแผลกดทับต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นเวลานานหลายเดือน ซึ่งกรณีผู้ป่วยรายนี้มีระยะเวลาการดูแลแผลกดทับมาแล้วเป็นเวลา 71 วัน ลักษณะการหายมีความก้าวหน้าที่ดี แต่ยังไม่หายสนิท ซึ่งสอดคล้องกับ Kocaman, และ Akgöl¹¹ ที่พบว่าแผลกดทับต้องใช้เวลาในการรักษาที่นาน ส่วนสาเหตุการหายของแผลกดทับมีปัจจัยหลายประการ ประกอบด้วยความรู้ของผู้ดูแลในการทำแผล การทำความสะอาดแผลที่ถูกหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ รวมทั้งวิธีการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับทำแผลที่สะอาด จะช่วยส่งเสริมการหายของแผลกดทับ ในผู้ป่วยรายนี้ได้สอนและให้ความรู้เกี่ยวกับการทำแผล และการเตรียมเครื่องมือในการทำแผลที่สะอาดทั้งแบบข้างเตียง และการสอนผ่านทางระบบ tele-nursing กับญาติผู้ดูแลจนสามารถทำได้ถูกต้อง มั่นใจ และคำแนะนำเรื่องการเสริมสร้างการหายของแผลกดทับในเรื่องโภชนาการ การจัดทำทางท่อนอน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ที่สามารถช่วยส่งเสริมการหายของแผลกดทับ ซึ่งญาติผู้ดูแลได้นำไปปฏิบัติ เช่น การปั่นไข่ขาวผสมในอาหารทางสายยางให้ผู้ป่วยมีอละ 2 ฟอง เช้าและเย็นทุกวัน ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง ทำให้ความก้าวหน้าการหายของแผลกดทับมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ Channgam¹⁵ และ การศึกษาของ Mamom, และคณะ¹⁶ ที่พบว่าพยาบาลที่มีการสอนให้ความรู้แก่ญาติผู้ดูแลแผลกดทับตั้งแต่ขั้นตอนการเตรียมวัสดุอุปกรณ์สำหรับทำแผลที่สะอาดเหมาะสม วิธีการทำแผลที่ถูกต้อง การสอนด้าน

โภชนาการโดยเฉพาะการเพิ่มโปรตีน รวมทั้งความรู้ด้านการจัดทำท่อนอน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการพลิกตะแคงตัวให้กับญาติผู้ดูแลทำให้ญาติผู้ดูแลสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับนำไปดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม สามารถช่วยส่งเสริมการหายของแผลกดทับได้

2. ภาวะติดเชื้อผู้ป่วยจากแผลกดทับที่มีขนาดใหญ่ และมีหนองซึมเป็นจำนวนมาก จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่าผู้ป่วยไม่พบภาวะที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อของแผลภายหลังรับไว้ดูแล เช่นอาการไข้ แผลมีกลิ่น มีหนอง จากการประเมินอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับการติดเชื้อจากแผลกดทับของผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายสูง 38 องศาเซลเซียส 2 วัน ในวันที่ 4 และวันที่ 48 เพียงวันละ 1 ครั้ง ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะในการรักษาใด ๆ ลักษณะแผลแดง มีสิ่งคัดหลั่งเล็กน้อย ไม่มีกลิ่น ในระหว่างที่อยู่ในการดูแลของทึมเยิ้มบ้าน จึงประเมินได้ว่าไข้ที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อแต่อาจเกิดจากการอักเสบ หรือปวดตามพยาธิสภาพที่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งมีการแพร่กระจายไปที่กระดูก จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการปวดไม่สุขสบายเกิดขึ้น และตลอดระยะเวลาในการให้การดูแลต่อเนื่อง เป็นเวลารวม 71 วันยังไม่พบอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อที่แผลกดทับ เนื่องจากความรอบรู้ในการดูแลและจัดการแผลได้อย่างดีของญาติผู้ดูแลประกอบการดูแลติดตามโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการติดตามประเมินอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อ และลักษณะของแผลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้ออย่างต่อเนื่องทั้งการดูแลเยิ้มบ้านเป็นระยะ รวม 5 ครั้ง และการติดตามทาง Tele-nursing ในการกำกับติดตามประเมินการติดเชื้อเป็นประจำทุกสัปดาห์ จนทำให้ประสิทธิภาพการดูแลรักษาแผลของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพต่างจากการศึกษาของ Braga, และคณะ¹⁷ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่เป็นแผลกดทับในระดับ 2 ขึ้นไปมักพบการติดเชื้อโดยมากที่สุดถึงร้อยละ 76.5 โดยพบการติดเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก (*S. aureus*) ร้อยละ 20.7 ติดเชื้อแบคทีเรียแกรมลบ ร้อยละ 32.5 โดยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 64.8 เป็นเชื้อดื้อยา MDR

3. ระยะเวลาการรอดชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยใช้แบบประเมิน palliative performance scale (PPS)(V₂) เท่ากับ 20% เนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียง ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขา อ่อนแรงยกไม่ได้ รับประทานอาหารทางสายยาง ถามตอบไม่รู้เรื่อง และแพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยจะอยู่ได้ไม่นาน จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอดชีวิตจากวันที่ประเมินถึงปัจจุบันรวม 71 วัน มีระดับ PPS(V₂) สูงขึ้นจากเดิม PPS(V₂) เท่ากับ 20% เพิ่มเป็น PPS(V₂) 30%-40% ประเมินพบผู้ป่วยนอนติดเตียง รับประทานอาหารทางสายยางให้อาหาร ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ระดับความรู้สึกตัวเพิ่มขึ้น สามารถยกมือและขาได้ เรียก

ล้มตารูเรื่อง พุดได้เป็นประโยชน์สั้น ๆ เนื่องจากระบบการดูแลที่ดีของญาติผู้ดูแล การกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดของทีมสุขภาพ ทำให้สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างทันที่ และให้การดูแลรักษาได้รวดเร็ว ทั้งในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่แผล การติดเชื้อทางระบบหายใจปอดอักเสบจากการนอนนาน ๆ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน และปัจจัยในเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในระยะเวลาอันรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยรายนี้ยังสามารถมีชีวิตอยู่ได้โดยการดูแลด้วยญาติผู้ดูแล และการกำกับติดตามของทีมสุขภาพ จนถึงปัจจุบันเป็นเวลา 71 วัน ซึ่งต่างจากแบบประเมินการรอดชีวิตของผู้ป่วยแบบประคับประคอง Palliative Performance Scale (PPS)(V₂) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยโรงพยาบาลสวนดอก จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบผู้ป่วยที่มี PPS(V₂) เท่ากับ 20% จะมีระยะเวลาการรอดชีวิต เท่ากับ 14 วัน และการศึกษาของ Pisuthigolson¹⁸ ที่ศึกษาระยะเวลาการรอดชีวิตในผู้ป่วยแบบประคับประคองที่เป็นมะเร็งเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็ง โดยใช้ palliative performance scale (PPS)(V₂) ผู้ป่วยมะเร็งที่มีคะแนน PPS(V₂) เท่ากับ 20% จะมี median survival time เท่ากับ 3 วัน

4. ค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการทำแผลกดทับ สำหรับผู้ป่วยรายนี้ใช้การดูแลด้วยญาติผู้ดูแลที่บ้าน โดยรับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการทำแผลจากโรงพยาบาล ร่วมกับการติดตามประเมินผลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ในระบบการออกเยี่ยมบ้านและการติดตามผ่านระบบ Tele-nursing ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายการทำแผลในเวลา 2 เดือน เป็นเงิน 42,099 บาท ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง สอดคล้องกับ Usahapiriyakul, และ Changmai¹⁹ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยแผลกดทับเฉลี่ย 22,1291 บาทต่อราย และการศึกษาของ Ferris, และคณะ¹⁰ พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาแผลกดทับเป็นปัญหาที่สำคัญและมีค่าใช้จ่ายสูง แต่เมื่อเทียบระหว่างการทำแผลด้วยลักษณะการให้บริการพบว่าการทำแผลด้วยญาติผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าทีมสุขภาพที่มารับบริการที่บ้าน ถึง 11.08 เท่า น้อยกว่าการทำแผลโดยให้สถานพยาบาลไปให้บริการ 9.98 เท่า และน้อยกว่าการที่ผู้ป่วยมาทำแผลโดยการนอนพักเพื่อทำแผลในโรงพยาบาล 4.6 เท่า

5. ด้านภาวะจิตใจของญาติผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระยะท้าย ตีบ้านติดเตียง มีแผลกดทับขนาดใหญ่ มีสายให้อาหารทางจมูก และมีสายสวนปัสสาวะ ญาติเกิดความวิตกกังวล และทุกข์ใจอยู่ในระดับสูงเมื่อทราบว่าต้องรับผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อที่บ้าน ประเมินความทุกข์ใจด้วยปรอทวัดทุกข์ได้ 9 คะแนน ในวันแรกที่รับดูแลเนื่องจากกลัวไม่มีความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ รวมทั้งขาดความพร้อมในการรับผู้ป่วยระยะท้ายนอนติดเตียงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้กลับมาดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียด และทุกข์ใจ ประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ไม่พบภาวะ

ซึมเศร้า ประเมินภาวะการดูแลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้ความมั่นใจในการดูแล รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งอยู่ในระหว่างตรวจติดตามอาการ เมื่อญาติได้รับการช่วยเหลือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความช่วยเหลือด้านความรู้และทักษะในการดูแล ให้การสนับสนุนเกี่ยวกับอุปกรณ์ทำแผลรวมทั้งอุปกรณ์อื่น ๆ สำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วย การรับฟังปัญหาและช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาระหว่างการดูแล เสริมแรงโดยการกล่าวชื่นชมให้กำลังใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการมีช่องทางในการติดตามประเมินอาการผู้ป่วยตลอดเวลา ญาติรู้สึกมีความมั่นใจและอุ่นใจในการดูแลมากขึ้น จากการประเมินปรอทวัดทุกข์ซ้ำพบว่าระดับความทุกข์ใจของผู้ดูแลมีระดับคะแนนที่ลดลงเหลือ 4 คะแนน คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q ผลปกติ และประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยของญาติมีระดับลดลงเหลือ 5 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ และจากการสัมภาษณ์พูดคุยพบว่าญาติผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส เกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นบุคคลอันเป็นที่รักได้อย่างดีมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Boonyoung, และ Wisai²⁰ พบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยระยะท้ายมีความเครียดลดลงหลังได้รับการป้องกันและช่วยเหลือตามแนวปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ดูแลและชื่นชม การรับฟังผู้ดูแลที่ได้รับบายความทุกข์ การประเมินความรู้และทักษะการดูแล รวมทั้งการสนับสนุนอุปกรณ์เวชภัณฑ์ที่จำเป็น

สรุป

การดูแลแผลกดทับระดับ unstageable full-thickness pressure injury ที่ต้องกลับไปดูแลตัวเองต่อที่บ้านให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ต้องมีองค์ประกอบหลายด้าน เช่น ญาติผู้ดูแลต้องมีความรอบรู้การทำแผล การส่งเสริมการหายของแผล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมประเมินและให้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสมในด้านโภชนาการ การใช้เวชภัณฑ์ในการสร้างเนื้อเยื่อเพื่อเร่งการหายของแผล การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ และที่สำคัญคือการประเมินและติดตามความก้าวหน้าของแผลเป็นประจำซึ่งนอกจากจะสามารถดูความก้าวหน้าการหายของแผลแล้วยังช่วยในการป้องกันภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเช่น อาการและการแสดงของการติดเชื้อ การประเมินผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น เป็นต้น เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือและแก้ไขได้ทันที่ รวมทั้งการสนับสนุนทางสังคม เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์การดูแลและทำแผลสำหรับผู้ป่วย น้ำยาในการใช้ทำแผลและใส่แผล ซึ่งเป็นสิ่งที่เป็นต้นทุนที่มีราคาแพง หากญาติผู้ดูแลต้องรับภาระเหล่านี้ทั้งหมดอาจทำให้การดูแลแผลกดทับที่บ้านได้ไม่มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ให้ความรู้และแนวคิดจนสามารถนำมาดูแลรักษาผู้ป่วยได้สำเร็จขอขอบคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่สนับสนุนให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน ขอขอบคุณท่านรองผู้อำนวยการด้านการพยาบาลที่เป็นที่ปรึกษาวางแผนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานวิชาการพยาบาลที่สนับสนุนเรื่องความรู้ทาง

วิชาการในการดูแลผู้ป่วย และขอบคุณทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยทีมแพทย์ พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน พยาบาลเฉพาะทางบาดแผลและทวารเทียม พยาบาลเฉพาะทางโภชนาบำบัด พยาบาลส่งเสริมคุณภาพชีวิต พยาบาลระดับประคอง ทีมพยาบาลวิชาการ ฝ่ายบริหารที่มีส่วนช่วยดูแลและอำนวยความสะดวก รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ministry of Public Health. Department of Medical Services. National cancer control programme 2018-2022. Nonthaburi: Department of Medical Services; 2018.
2. Nursing Division, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. [internet]. 2019. [cited 2019 Oct 05]. Available from: <http://www.nursing.go.th>. Thai.
3. VanGilder C, Amlung S, Harrison P, Meyer S. Results of the 2008-2009 international pressure ulcer prevalence survey and a 3-year, acute care, unit-specific analysis. *Ostomy Wound Manage* 2009;55(11):39-45.
4. Limrat N, Pairojkul S. End-of-life care for care givers. Khon Kaen: Klungnana; 2016
5. Semsarn S, Chaiviboontham S. A case study of palliative nursing care for persons with advanced lung cancer: Roles of advanced practice nurse. *Rama Nurs J* 2017;23(1):11-26.
6. Baumgarten M, Margolis D, Berlin JA, Strom BL, Garino J, Kagan SH, et al. Risk factors for pressure ulcers among elderly hip fracture patients. *Wound Repair Regen* 2003;11(2):96-103.
7. Lima AR, Palmer CR, Nogueira PC. Risk factors and preventive interventions for pressure injuries in cancer patients. *ESTIMA* 2021;19:e1021.
8. Kanwal F, Butt AJ, Hafeez H, Nasir KS, Batool S, Munawar M, et al. Reduction of home acquired pressure ulcers among palliative patients using quality tools and techniques. *Clin Med (Lond)* 2022;22(Suppl 4):92-3.
9. Jakobsen TBT, Pittureri C, Seganti P, Borissova E, Balzani I, Fabbri S, et al. Incidence and prevalence of pressure ulcers in cancer patients admitted to hospice: a multicentre prospective cohort study. *Int Wound J* 2020;17(3):641-9.
10. Ferris A, Price A, Harding K. Pressure ulcers in patients receiving palliative care: a systematic review. *Palliat Med* 2019;33(7):770-82.
11. Kocaman B, Akgöl V. Design and control of patient bed for prevention pressure ulcers in long-term inpatients. *DUJE* 2021;12(5):719-28.
12. Koller A, Miaskowski C, Geest S, Opitz O, Spichiger E. Result of a randomized controlled pilot study of a self-management intervention for cancer pain. *Eur J Oncol Nurs* 2013;17(3):284-91.
13. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2016;43(6):585-97.
14. Pumraya P. Scales for assessment of pressure ulcer healing. *J Thai Nurse midwife Counc* 2009;24(3):20-30.
15. Channgam S. Construction of nursing standard for family caregiver preparation for home health care in patients with pressure sore [Thesis]. Chonburi: Burapha University; 2007.
16. Mamom J, Chansawat S, Niemrit S, Baikrut P. Effect of wound care skills model to promote wound healing in patients with pressure ulcers. *TSTJ* 2013;21(7):609-19.
17. Braga IA, Pirett CC, Ribas RM, Gontijo Filho PP, Diogo Filho A. Bacterial colonization of pressure ulcers: assessment of risk for bloodstream infection and impact on patient outcomes. *J Hosp Infect* 2013;83(4):314-20.

เอกสารอ้างอิง (References)

18. Pisuthigson M. Using Palliative Performance Scale (PPS) to predict survival lengths of palliative care patients with and without cancer. *UDHHOSM J* 2019;27(3):294-302.
19. Usahapiriyakul S, Changmai S. Prevention of pressure ulcers in dependent elderly people at risk with caregivers' participation in care. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2020;3(1):1-15.
20. Boonyoung S, Wisai K. Palliative outcome score, stress and depression of the caregivers after implemented home-based palliative care guideline among terminally ill patients of primary care network, Phrao District, Chiang Mai Province. *LPHJ* 2020;16(2):104-17