

บทความวิชาการ

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผลผิวหนังอักเสบ จากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้: กรณีศึกษา

ชานนท์ ขนานใต้¹

พัชรินทร์ เวทสม²

บทคัดย่อ

แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-associated dermatitis: IAD) เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดแผลกดทับ และลดความสำเร็จของตัวชี้วัดที่สำคัญในหอผู้ป่วยวิกฤต บทความนี้ มุ่งเน้นที่จะนำเสนอ 1) ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผล IAD 2) กลไกการเกิดแผล IAD 3) เครื่องมือประเมิน ความเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความรุนแรงของแผล IAD และ 4) การดูแลแผล IAD ตามระดับความรุนแรง โดยบูรณาการกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ลงสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD ขณะเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการดูแล พบว่า การใช้กรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลแผล IAD สามารถลดความรุนแรง และส่งเสริมการหายของ แผล IAD ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้/ ผู้ป่วยวิกฤต/ หลักฐานเชิงประจักษ์/ การพยาบาล

¹⁻² พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหายาธาตุมหาวิทยาลัยราชภัฏ 9B ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

¹ Corresponding Author, Email: Chanon.khanantai@gmail.com

วันที่รับ 29 กันยายน 2567 วันที่แก้ไขบทความ 24 ตุลาคม 2567 วันที่ตอบรับ 29 ตุลาคม 2567

Review article

Care for Critically Ill Patients with Incontinence-Associated Dermatitis: A Case Study

*Chanon Khanantai*¹*Patcharin Wetsom*²**Abstract**

Incontinence-associated dermatitis (IAD) is a leading cause of pressure injury and negatively impacts the achievement of key performance indicators in critical care units. This article aims to present: 1) risk factors for the development of IAD, 2) the mechanisms of IAD formation, 3) risk assessment tools and severity assessment tools for IAD 4) prevention and management of IAD based on severity levels. Results of care showing the integration of IAD prevention and management cycle framework along with evidence-based practices in critically ill patients with IAD that effectively reduce IAD severity and promote IAD healing.

Keywords: Incontinence-Associated Dermatitis (IAD)/ critically ill patients/ evidence based practice/ nursing care

¹⁻² Registered Nurse at Mahavajiravudh ward 9B, Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

¹ Corresponding Author, Email: Chanon.khanantai@gmail.com

บทนำ

แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (Incontinence-Associated Dermatitis: IAD) เป็นการอักเสบของผิวหนังที่สัมผัสกับปัสสาวะ และอุจจาระหรือทั้งสองอย่างอย่างต่อเนื่องหรือบ่อยครั้ง จนทำให้ผิวหนังชั้นผิวหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้บริเวณดังกล่าวมีอาการอักเสบ แดง อาจมีหรือไม่มีการเปิดออกของผิวหนัง¹ แผล IAD เป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาย้อนหลังในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤตเกิดแผล IAD ถึงร้อยละ 27² และในประเทศไทยพบรายงานการเกิดแผล IAD ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งสูงถึงร้อยละ 33.33³ ในต่างประเทศมีรายงานผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้เกิดแผล IAD เฉลี่ยในระยะเวลาเพียง 4 วันหลังเข้ารับรักษาตัว เร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ในหอผู้ป่วยอื่น ๆ ที่เกิดเฉลี่ยในระยะเวลา 13 วัน⁴ อาจมาจากปัจจัยเสี่ยงหรือความรุนแรงของพยาธิสภาพการดำเนินของโรคที่แตกต่างกัน

นอกเหนือจากอาการผื่น บวม และแดงของแผล IAD ผู้ป่วยมักมีอาการคัน ปวด แสบร้อน และมีเลือดออก เมื่อผิวหนังบริเวณที่เป็นแผล IAD เปิด อาจพัฒนาเป็นแผลกดทับระดับที่ 2 ได้¹ ในผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พยาบาลต้องมึบทบาทสำคัญในการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และดูแลหลังการขับถ่าย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่น สูญเสียคุณค่าในตนเองเกิดความเครียดและวิตกกังวล นอกจากนี้แผล IAD ยังส่งผลให้ระยะเวลาการนอนในหอผู้ป่วยวิกฤตสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผล IAD ถึง 1.3 เท่า และยังเพิ่มค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการดูแลรักษาสูงกว่า

กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เกิดแผล IAD เฉลี่ย 36,657 ดอลลาร์สหรัฐ² รวมถึงส่งผลกระทบต่อการใช้ทรัพยากร เช่น การจัดการความปวด การป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อนคุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย

พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตนอกจากจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤตให้เกิดความคงที่ของสัญญาณชีพ หรือการใช้กระบวนการรักษาและเทคโนโลยีพยุงชีพขั้นสูงแล้ว การดูแลพื้นฐานด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผล IAD จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนจากการเข้ารับการรักษ และสะท้อนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์นำเสนอเกี่ยวกับแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤตครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง กลไกการเกิดเครื่องมือประเมินความเสี่ยงและเครื่องมือประเมินความรุนแรงของแผล IAD การป้องกัน และการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ตามระดับความรุนแรง โดยบูรณาการกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผล IAD ลงสู่การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD ขณะเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤต

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบปัจจัยของการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต⁵⁻⁷ ดังนี้

ปัจจัยภายในผู้ป่วย ได้แก่ 1) เพศ พบในผู้ป่วยเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องจากที่มีท่อปัสสาวะสั้นกว่าเพศชาย ทำให้ผิวหนังบริเวณก้นกบและฝีเย็บสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระได้มากกว่า 2) อายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ย่อมมีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังชั้นบนที่บางตัวลง มีการสะสมของไขมันและน้ำในชั้นผิวหนังน้อยลงเป็นผลให้ผิวหนังบอบบางเกิดแผล IAD ได้ง่าย 3) โรคประจำตัวเบาหวาน ย่อมมี

ความผิดปกติของหลอดเลือดและความเข้มข้นของปริมาณเลือดที่จะนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงผิวหนังน้อยลง 4) อุณหภูมิร่างกาย โดยเฉพาะอุณหภูมิที่มากกว่า 38 องศาเซลเซียส และ 4) ความสามารถในการเคลื่อนไหว ซึ่งผู้ป่วยวิกฤตส่วนใหญ่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวให้อยู่บนเตียงจากความรุนแรงของโรค หรือบางส่วนเป็นผู้ป่วยติดเตียงมีความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยอยู่แล้ว

สำหรับปัจจัยภายนอก ได้แก่ 1) การได้รับยากลุ่มบีบหลอดเลือด เป็นผลให้หลอดเลือดฝอยบริเวณผิวหนังหดตัวทำให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงลดน้อยลง 2) การใช้ยากล่อมประสาท ซึ่งทำให้การรับรู้และช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง หรือทำให้ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายของตนเองได้ 3) การถ่ายอุจจาระเหลว 4) จำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระที่มากกว่า 3 ครั้งต่อวัน 5) การได้รับอาหารทางสายยางอย่างรวดเร็วหรือชนิดอาหารที่มีความเข้มข้นสูง อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องร่วงแบบออสโมติก (osmotic diarrhea) 6) การใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุสำคัญให้จำกัดกิจกรรมให้อยู่เพียงบนเตียง 7) การใช้ยาปฏิชีวนะ มีรายงานว่ายา vancomycin, linezolid, fluconazole, piperacillin sodium-tazobactam sodium เป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดแผล IAD และเป็นตัวทำนายการเกิดอาการถ่ายเหลว (antibiotic-associated diarrhea (AAD) ในผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม⁸) 8) ความอับชื้น จากการใช้แผ่นรองขับที่ไม่ระบายอากาศ และไม่สามารถรองขับได้เหมาะสมหรือมีประสิทธิภาพ และ 9) แรงเสียดสีและแรงเฉือนจากการขัดถูเมื่อทำความสะอาดหลังขับถ่ายล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต⁹ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD ในผู้ป่วยวิกฤต จึงควรให้

ความสำคัญกับการประเมินและจัดการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อลดผลกระทบต่อนผู้ป่วย

กลไกการเกิดแผล IAD

แผล IAD โดยทั่วไปเกิดขึ้นจาก 2 องค์ประกอบสำคัญ คือ ผิวหนัง และสิ่งสัมผัสที่กระทำต่อผิวหนังทั้งที่เป็นของเหลว สารเคมี เชื้อโรค และแรงกล โดยมีกลไกการเกิด ดังนี้⁴

1. การสัมผัสกับสารเคมี โดยเฉพาะการใช้สบู่ที่มีค่าความเป็นด่างสูง จะทำให้ผิวหนังชั้นนอกสุดที่เรียกว่า acid mantle ประกอบไปด้วยเซลล์ไขมันและเซลล์ผิวหนังที่ตาย ส่งผลให้ผิวหนังขาดเกราะป้องกันตามธรรมชาติ

2. การเปลี่ยนแปลงของค่าสมดุลกรดต่าง (pH) ซึ่งปกติผิวหนังมีค่า pH อยู่ในช่วง 5-6 กรณีที่มีปัสสาวะและอุจจาระมาผสมกัน จะทำให้แบคทีเรียเฮลิโคไพโลรี (H.pylori) ในอุจจาระซึ่งสามารถสร้าง urease ซึ่งเปลี่ยนยูเรียในปัสสาวะให้เป็นแอมโมเนียซึ่งมีความเป็นด่างมากขึ้นเป็นผลทำให้เกิดการระคายเคืองและอักเสบของผิวหนังหรือในกรณีที่อุจจาระมีลักษณะเหลวจะทำให้เอนไซม์ protease และ lipase ย่อยโปรตีน และไขมันที่หนังกำพร้าชั้นนอกสุดทำให้ผิวหนังเกิดการอักเสบได้

3. การเติบโตของเชื้อจุลินทรีย์บริเวณผิวหนัง เมื่อผิวหนังเกิดความอับชื้นที่มากเกินไปร่วมกับผิวหนังที่ขาดความสมดุลของกรดต่าง และมีการสัมผัสกับปัสสาวะและอุจจาระอย่างต่อเนื่องเป็นผลให้ไขมันที่เคลือบผิวหนัง (sebum) ซึ่งมีคุณสมบัติเป็นตัวละลายไขมันมีหน้าที่ป้องกันผิวหนังเสียไปถูกทำลาย ทำให้แบคทีเรียเจริญเติบโตบริเวณผิวหนังได้

4. การทำความสะอาดผิวหนัง การขัดถูผิวหนังขณะทำความสะอาดจะเป็นการเพิ่มการระคายเคืองของผิวหนังเนื่องจากผิวหนังที่มี

ความเปื่อยขึ้นจะมีแรงเสียดทานสูงซึ่งทำให้เกิดการถลอกหรือฉีกขาดของผิวหนังได้ง่ายกว่าผิวแห้ง ส่งผลให้ผิวหนังชั้นนอกส่วนของ stratum corneum เกิดการถลอกได้

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและความรุนแรงในการเกิดแผล IAD

ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือที่หลากหลายสำหรับประเมินความเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดแผล IAD บทความนี้จะขอ ยกตัวอย่าง 3 เครื่องมือที่ใช้บ่อย คือ 1) Perinium Assessment Tool (PAT) 2) Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) และ 3) The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) ดังนี้

1. แบบประเมิน Perinium Assessment Tool (PAT)¹⁰ เป็นแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผล IAD จาก 4 ปัจจัย แต่ละปัจจัย ให้คะแนน 1-3 ตามลำดับความเสี่ยง ดังนี้

1.1 ลักษณะความเข้มข้นของปัสสาวะและอุจจาระ แบ่งระดับคะแนนได้เป็น อุจจาระเหลวเป็นน้ำและหรือมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 3 คะแนน อุจจาระเป็นน้ำปนเนื้อหรืออาจมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 2 คะแนน อุจจาระมีลักษณะปกติหรืออาจมีปัสสาวะร่วมด้วย เท่ากับ 1 คะแนน

1.2 ระยะเวลาเปลี่ยนแผ่นรองซับ แบ่งระดับคะแนนได้เป็นเปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมง เท่ากับ 3 คะแนน เปลี่ยนทุก 4 ชั่วโมง เท่ากับ 2 คะแนน เปลี่ยนทุก 8 ชั่วโมง เท่ากับ 1 คะแนน

1.3 สภาพผิวหนังบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ แบ่งระดับคะแนนได้เป็นผิวหนังถลอก ฉีกขาดหรืออาจมีการอักเสบที่ผิวหนัง เท่ากับ 3 คะแนน ผิวหนังแดงหรืออาจมีการอักเสบที่

ผิวหนังและการติดเชื้อราที่ผิวหนัง 2 คะแนน สภาพผิวหนังปกติ เท่ากับ 1 คะแนน

1.4 ปัจจัยเสริมได้แก่ ภาวะอัลบูมินต่ำ การได้รับยาปฏิชีวนะ การใส่สายยางให้อาหาร การติดเชื้อแบคทีเรียชนิดรุนแรง การประเมินปัจจัยเสี่ยง แบ่งระดับคะแนนได้เป็นปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ข้อ เท่ากับ 3 คะแนน มีปัจจัยเสริม 2 ข้อ เท่ากับ 2 คะแนน ไม่มีปัจจัยเสี่ยงหรือมีเพียง 1 ข้อ เท่ากับ 1 คะแนน

คะแนนที่เป็นไปได้ คือ 4-12 คะแนน คะแนน 4-6 หมายถึง มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดแผล IAD อยู่ในระดับต่ำ คะแนน 7-12 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงจนถึงมีแผล IAD แล้ว

2. เครื่องมือ Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT)¹¹ เครื่องมือแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 5 ระดับ คือ

2.1 ระดับความเสี่ยงสูง (high risk) คือ ลักษณะของผิวปกติ ไม่แดงหรือไม่อุ่นกว่าบริเวณใกล้เคียง อาจเริ่มมีรอยบริเวณผิวหนังหรือสีของผิวหนังเริ่มเปลี่ยนเป็นซีด คล้ำขึ้น ร่วมกับมีภาวะถ่ายเหลวมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง/วัน หรือมีปัสสาวะหรืออุจจาระเล็ด

2.2 ระดับเริ่มเกิดแผล (early IAD) คือ ลักษณะของผิวเป็นสีชมพูหรือแดง ในผู้ป่วยที่ผิวคล้ำ ผิวหนังบริเวณนั้นอาจเปลี่ยนเป็นสีซีด เหลือง หรือมีสีดำคล้ำ ม่วง มากกว่าผิวหนังบริเวณอื่น ไม่มีขอบเขตชัดเจน ไม่มีรอยถลอกหรือรอยฉีกขาดของผิวหนัง ไม่มีตุ่มน้ำใส เมื่อสัมผัสผิวจะอุ่นกว่าบริเวณอื่นอาจรู้สึกแสบหรือเจ็บขณะถูกสัมผัส

2.3 ระดับแผลรุนแรงปานกลาง (moderate IAD) คือ ลักษณะของผิวจะมีสีแดงสดหรือแดงจัดในคนผิวสีเข้ม ผิวมักจะเปื้อนมันเงา และขึ้นร่วมกับมีการซึมของซีรั่ม (serum) หรือ

จุดเลือดออก มีตุ่มพองหรือตุ่มน้ำเล็ก ๆ อาจมีผิวเปิดออกเป็นบริเวณเล็ก ๆ พบว่า บริเวณนี้มีอุณหภูมิที่อุ่นหรือร้อนขึ้น เมื่อเทียบกับส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด แสบ ร้อน

2.4 ระดับแผลรุนแรง (severe IAD) คือ ลักษณะของผิวจะเป็นแผลเปิดระดับตื้น สีแดงและมีการซึมของซีรั่มหรือเลือดบริเวณผิวหนังชั้นหนังแท้ (dermis) หรือหนังกำพร้า (epidermis) อาจลอกออกเมื่อสิ่งขับหลังติดกับผิวสัมผัสอื่นและมีอาการ อาการแสดงของผิวหนังติดเชื้อมาร่วมด้วย

2.5 มีผื่นจากการติดเชื้อรา (fungal-appearing rash) คือ เกิดรอยผื่นเชื้อราบริเวณขอบของรอยแดง (อาจมีสีขาว เหลือง หรือแดงเข้มในคนผิวคล้ำ) ผิวหนังมีลักษณะเหมือนเม็ดสิวหรือจุดผื่นแดง ร่วมกับผู้ป่วยอาจมีอาการคัน สามารถเกิดขึ้นได้ทุกระดับของความรุนแรง

สำหรับเครื่องมือ PAT score และ IADIT ได้ถูกนำมาแปลเป็นภาษาไทยมีค่าความสอดคล้องระหว่างผู้ใช้ แบบประเมินในระดับดี และตรวจสอบคุณภาพ พบว่า ความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องของภาษา และความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินอยู่ในเกณฑ์ดีเช่นเดียวกัน¹²

3. เครื่องมือ The Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD)¹² โดยมีเกณฑ์ประเมิน คือ category 0 หมายถึง ผิวหนังปกติ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสีผิว อุณหภูมิเมื่อเทียบกับส่วนอื่นของร่างกาย category 1 หมายถึง ผิวหนังเปลี่ยนเป็นสีแดงหรือเป็นผื่น อาจมีอาการบวมร่วมด้วย แต่ยังไม่มียอดลอกฉีกขาดของผิวหนัง ร่วมกับอาการแสบร้อน โดยแบ่งย่อยได้ 2 กลุ่ม คือ 1) category 1A หมายถึง พบรอยแดงแต่ไม่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง 2) category 1B หมายถึง พบรอยแดงและมีการติดเชื้อบริเวณ

ผิวหนัง และ category 2 หมายถึง ผิวหนังมียอดลอกถึงชั้น dermis หรือ epidermis ลอกหรือพบรอยฉีกขาดของผิวหนังบางส่วนหรือทั้งหมดอาจมีเลือดซึม ผิวแดงเป็นเงา ร่วมกับมีอาการปวดแสบร้อนและมีอาการ และอาการแสดงของภาวะติดเชื้อร่วมด้วย โดยแบ่งย่อยได้ 2 กลุ่ม คือ 1) category 2A หมายถึง ผิวหนังมียอดแดงลอก ฉีกขาดแต่ไม่มีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง และ category 2B หมายถึง ผิวหนังมียอดลอกหรือฉีกขาดและมีการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง

บทความนี้ผู้เขียนเลือกใช้แบบประเมิน PAT score และ IADIT เนื่องจากเครื่องมือมีความเข้าใจง่าย เหมาะสมกับบริบทที่ผู้เขียนดูแลผู้ป่วย และเครื่องมือมีคุณภาพระดับสูง อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้แบบประเมินความเสี่ยง และความรุนแรงของแผล IAD พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับบริบทที่ดูแลผู้ป่วย

การดูแลแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้

1. การประเมินผิวหนัง โดยการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผล IAD ร่วมกับการตรวจร่างกาย หรือการใช้ข้อมูลทางด้านคลินิก เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤตที่มีการถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน และประเมินทันทีเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษา^{3,9,13}

2. การทำความสะอาด ทำความสะอาดทันทีหรือทิ้งไว้ไม่เกิน 15 นาที เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ³ ทำความสะอาดโดยใช้น้ำสะอาด หรือสบู่ที่มีค่า pH 5.4-5.9 เลี่ยงผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่มีค่าความเป็นด่างสูงหรือมีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และน้ำหอม อาจใช้สำลีชุบน้ำสะอาดเช็ดผิวหนัง

อย่างเบามือ ในลักษณะเป็นเกลียว (spiral motion) หรือเป็นวงกลม (circular motion)¹³ ซับทำความสะอาดด้วยผ้าหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่ม หลักการสำคัญในการทำทำความสะอาด คือ ไม่ขัด เช็ด ถู บริเวณผิวหนังเนื่องจากจะเพิ่มกระบวนการอักเสบ และทำให้ผิวหนังเกิดแผลพัฒนาเป็นแผลกดทับได้³ ในปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ไม่ต้องใช้น้ำล้างออก (No-rinse skin cleanser®) แต่ยังไม่ครอบคลุมในสิทธิการรักษา ทำการพ่นห่างจากบริเวณผิวหนังที่จะทำความสะอาด ประมาณ 10 เซนติเมตร พ่นทิ้งไว้ 5 วินาที แล้วซับทำความสะอาดด้วยผ้าหรือกระดาษชำระเนื้อนุ่ม สามารถพ่นทำความสะอาดซ้ำจนสะอาด ไม่จำเป็นต้องล้างน้ำออก ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวสามารถใช้แทนน้ำเปล่าหรือสบู่ กรณีใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ซึ่งมีความหนืดล้างออกยาก ควรล้างคราบออกจากราบเหลืองให้สะอาด ส่วนเนื้อครีมของผลิตภัณฑ์ที่เคลือบบนผิวหนังพยายามล้างออกให้ได้มากที่สุดเพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค³

3. การดูแลผิวหนัง ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์เคลือบปกป้องผิวหนังหลายกลุ่ม¹⁴ ดังนี้

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม petrolatum มีลักษณะโปร่งใสประเมนผิวหนังได้ง่าย สามารถเคลือบปกป้องผิวหนัง แต่ผลิตภัณฑ์ไม่ติดทนผิวหนัง มีความเหนียวเหนอะหนะ และสามารถอุดตันรูขุมขน จึงควรทาบาง ๆ ใช้กับผิวหนังปกติเพื่อป้องกันแผล IAD

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ลดการระคายเคือง ใช้กับแผลผิวหนังที่ถูกทำลายได้เนื่องจากมีฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ และผลิตภัณฑ์มีความเหนียวหนืด เช็ดออกยาก มีสีขาวทึบทำให้ประเมนแผลยาก

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม dimethicone ช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น ล้างออกง่าย ไม่เหนียวเหนอะหนะ ทำให้การทำทำความสะอาดไม่ต้องขัดถู แต่ผลิตภัณฑ์ไม่ติดทนผิวหนัง และป้องกันอุจจาระเหลวสัมผัสผิวหนังได้ต่ำ

ผลิตภัณฑ์กลุ่ม acrylate terpolymer ช่วยลดการระคายเคือง มีความติดทนผิวหนังดี ลักษณะโปร่งแสง ประเมนผิวหนังได้ง่าย เนื่องจากมีคุณสมบัติเกาะติดผิวหนังจึงอาจทำให้อุดตันรูขุมขน

ผู้เขียนเสนอแนะการดูแลผิวหนังผู้ป่วยวิกฤตที่เสี่ยงและเกิดแผล IAD แล้ว ตามเกณฑ์ของเครื่องมือ Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

3.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ดูแลผิวหนังให้ชุ่มชื้นโดยใช้โลชั่น ครีม หรือครีมปกป้องผิวหนัง (skin barrier cream) หรือใช้ปิโตรเลียมเจลทาบาง ๆ^{3,13} นอกจากนี้ยังมีผลิตภัณฑ์ Cavilon cream® หากผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินการรักษาได้ แนะนำใช้โดยทาบาง ๆ เกลี่ยให้ครีมซึมเข้าทั่วผิวหนัง หรือใช้ No sting barrier film spray® ฉีดพ่นให้ห่างจากบริเวณผิวหนัง ประมาณ 10 เซนติเมตร ทิ้งไว้ให้แห้ง 20-30 วินาที เหวละ 1 ครั้ง โดยเลือกใช้อย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดความซับซ้อนของการใช้ผลิตภัณฑ์^{3,14}

3.2 กลุ่มที่เริ่มเกิดแผล (early IAD) พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ซิงค์ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ทาบนผิวหนังที่เริ่มเป็นแผล บริเวณผิวยื่น รอบอวัยวะสืบพันธุ์ และบริเวณผิวหนังที่สัมผัสอุจจาระและปัสสาวะ เนื่องจากซิงค์ออกไซด์เป็นยาบรรเทาอาการระคายเคืองของผิวหนัง ออกฤทธิ์ช่วยปกป้องผิวจากสารก่อความระคายเคืองและความชื้น กรณีผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินการรักษาพยาบาลได้แนะนำให้

ผลิตภัณฑ์ Cavilon cream® ทาบาง ๆ เคลือบให้ครีมซึมเข้าทั่วผิวหนัง หรือใช้ No sting barrier film spray® เหมือนผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง^{3,14}

3.3 กลุ่มที่เกิดแผลระดับปานกลาง (moderate IAD) พิจารณาใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของซิงค์ ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ผสมกับกัมปีโตรเลียมเจลในอัตรา 1 ต่อ 1 ใช้เข้า-เย็น หลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ¹⁵ กรณีผู้ป่วยสามารถจ่ายส่วนเกินค่ารักษาพยาบาลได้แนะนำให้ญาติซื้อผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide เช่น Conveen® หรือ D-science® เป็นต้น โดยทาคลุมทั่วแผลและผิวหนังใช้เข้า-เย็น และหลังการขับถ่าย³ กรณีแผลของผู้ป่วยมีสิ่งคัดหลั่งซึมให้ใช้เทคนิค hydrocolloid crusting method (HCM) โดยใช้แป้ง stomahesive powder โรยบริเวณที่เป็นแผลหรือมีสิ่งคัดหลั่งซึม และปิดแปะส่วนเกินออก จากนั้นฉีดสเปรย์ No sting barrier film spray® ทับบริเวณแป้งเพื่อยึดแป้งให้อยู่ติดผิวหนังจนกว่าสเปรย์จะแห้ง และโรยแป้งทับด้วยวิธีการเดิมนี้ 3 ครั้ง ขั้นตอนนี้ช่วยเพิ่มระยะเวลาในการปกป้องผิวหนัง และลดความเปียกชื้น¹⁶ กลุ่มนี้อาจต้องให้แพทย์พิจารณาในการใส่สายสวนปัสสาวะ^{3,13} เพื่อลดการระคายเคืองของผิวหนังจากการสัมผัสกับปัสสาวะ

3.4 กลุ่มที่เกิดแผลระดับรุนแรง (severe IAD) ให้การดูแลผู้ป่วยเหมือนในกลุ่มที่เกิดแผลระดับปานกลาง นอกจากนี้กลุ่มนี้จำเป็นต้องให้แพทย์มีแผนการรักษาใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อช่วยลดการระคายเคืองบริเวณผิวหนังจากการสัมผัสปัสสาวะ¹⁵ นอกจากนี้อาจต้องจัดการอาการรบกวนอื่น ๆ ให้ผู้ป่วยด้วย เช่น อาการปวด แสบ คัน เป็นต้น^{3,13}

3.5 กลุ่มมีผื่นจากการติดเชื้อรา (fungal-appearing rash) ให้การดูแลตามระดับความรุนแรง

ของแผล ร่วมกับรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ยาต้านเชื้อรา เช่น ฟลูโคนาโซล (fluconazole) ชนิดครีมหรือผง นอกจากนี้อาจใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม No sting barrier film spray® ฉีดพ่นซ้ำภายหลังขั้นตอนการใช้ยาต้านเชื้อรา ตามแผนการรักษา^{3,14}

4. การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณเตียงผู้ป่วย ให้มีความสะอาด มีสภาพแวดล้อมอุณหภูมิความร้อนขึ้นในห้องผู้ป่วยเหมาะสม และมีการปูพื้นนอนที่เรียบดี^{3,13}

5. การส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว กระตุ้นการช่วยเหลือตัวเองของผู้ป่วยโดยให้ไปขับถ่ายในห้องน้ำ หรือใช้หมอนอน หลีกเลียงการใช้แผ่นรองขับสำเร็จรูป เพราะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผิวหนังถูกทำลายหากเลือกแผ่นรองขับที่มีคุณลักษณะไม่เหมาะสมกับสิ่งขับถ่าย และมีการใช้ที่ไม่ถูกต้อง และการตะแคงตัวยังช่วยลดการสัมผัสของผิวหนังกับปัสสาวะ และอุจจาระ หรือแผ่นรองขับ เป็นผลให้ความรุนแรงของแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ลดน้อยลง รวมถึงการเปิดผิกระบวยให้ผิวหนังที่เกิดแผล IAD ได้สัมผัสกับอากาศจะทำให้แผล IAD แห้งมากขึ้น^{3,13,17}

6. การส่งเสริมโภชนาการ โดยเฉพาะจำเป็นต้องได้รับสารอาหารพวกโปรตีนเพื่อให้เนื้อเยื่อบริเวณแผล IAD เกิดสมานหายเร็วขึ้น^{11,17}

บทความนี้ผู้เขียนนำเสนอการบูรณาการหลักการดูแลข้างต้นร่วมกับกรอบแนวคิดวงจรป้องกันและจัดการแผลของสมาคมแผลประเทศแคนาดา¹⁸ ซึ่งมี 5 ขั้นตอนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD และนำเสนอผลลัพธ์เฉพาะด้านผู้ป่วยจำนวน 3 ราย ดังนี้

1. การประเมินผู้ป่วย ผู้เขียนมีการประเมินปัจจัยและความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD

อาการรบกวนจากการเกิดแผล IAD เช่น อาการ แสบ คัน ปวด เป็นต้น ประเมินกิจวัตรประจำวัน โดยดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (Richmond Agitation Sedation Scale: RASS) เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตบางรายมีความรุนแรงของ พยาธิสภาพของโรค แพทย์จำเป็นต้องใช้ ยาแก้ปวดประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยหลับจึงมีผลต่อการสื่อสารและส่งเสริมการทำกิจกรรมของผู้ป่วย เศรษฐฐานะทางการเงินและสิทธิการรักษาเพื่อ พิจารณาความเหมาะสมกับการเลือกใช้อุปกรณ์ ที่ใช้ดูแลแผล IAD

2. การตั้งเป้าหมายในการดูแล ครอบคลุม การป้องกันหรือลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดแผล IAD การหายของแผล และการควบคุมอาการรบกวน จากการเกิดแผล IAD

3. การกำหนดสมาชิกและบทบาทของ สมาชิกในการดูแลร่วมกันเป็นทีม โดยให้มีแกนนำ ที่สำคัญ คือ 1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยแผล ออสโตมี และควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 2) พยาบาล ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโททางการ พยาบาล 3) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และ 4) ทีมแพทย์

4. การจัดทำแผนการดูแล ป้องกัน การเกิดแผลและการดูแลแผล IAD เพื่อให้มั่นใจว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันแผล IAD ผู้เขียนมีการบริหารจัดการ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้ป่วย ทีมแพทย์และพยาบาลมีการประเมิน และลดปัจจัย ความเสี่ยงในการเกิดแผล IAD ร่วมกันทุกวัน มีการดูแลแผล IAD ตามระดับความรุนแรงของ เครื่องมือ IADIT 2) ด้านบุคลากรมีการนิเทศ ให้ความรู้ ทักษะปฏิบัติในการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ และการดูแลแผล IAD ทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ

ทุก 3 เดือน และรูปแบบที่ไม่เป็นทางการ อาทิ การประชุมปรึกษาก่อน-หลังการปฏิบัติงาน การสอนข้างเตียง และมีการลงบันทึกในบันทึก ทางพยาบาลร่วมกับสื่อสารผ่านการส่งเวร 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและบริบทของหน่วยงาน จัดให้ การเกิดแผล IAD เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของหน่วยงาน

5. การประเมินผลลัพธ์ ผู้เขียนประเมิน ผลลัพธ์ 1) ด้านผู้ป่วย คือ การลดปัจจัยเสี่ยง มีความก้าวหน้าในการหายของแผล และอาการ รบกวนได้รับการจัดการ 2) ด้านบุคลากรมีความรู้ และทักษะปฏิบัติในการดูแลแผล IAD 3) การเก็บ รวบรวมสถิติร้อยละการเกิดมีการทบทวนร่วมกัน ทุกเดือนระหว่างในทีมพยาบาลและแพทย์ผู้ดูแล

กรณีศึกษาที่ 1

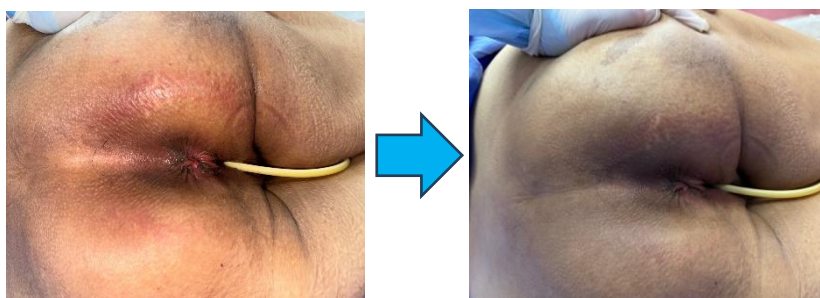
ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี วินิจฉัย Covid-19 with septic shock with pneumonia สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขณะรับการรักษา ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (tracheal tube) ได้รับ ยาแก้ปวดประสาทหลายชนิด และยาบีบหลอดเลือด (vasopressors) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประเมิน RASS score เท่ากับ -3 คะแนน หมายถึง หลับปานกลาง โดยมีการลืมตาเมื่อเรียกแต่ไม่ สบตา ประเมิน PAT score แรกรับเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่อการเกิด แผล IAD ภายหลังจากเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย วิกฤตวันที่ 2 แพทย์เริ่มให้ผู้ป่วยได้รับอาหารทาง nasogastric tube ซึ่งเป็นอาหารทาง การแพทย์สูตรมาตรฐานทั่วไป (standard polymeric formula) ร่วมกับผู้ป่วยมี ภาวะ แมกนีเซียมและโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้ต้อง ได้รับเกลือแร่ทดแทนทางปาก คือ Xubil® และ potassium chloride elixir ภายหลังจากได้รับยา ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเหลวมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน เปลี่ยนแผ่นรองขับทุก 3 ชั่วโมง ทำให้คะแนน PAT

score เท่ากับ 7 คะแนน และประเมินแผล IAD ด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังเกิดรอยแดง บริเวณร่องกัน ร่วมกับมีอาการแสบ ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยมีแผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุม การขับถ่ายไม่ได้อยู่ในระดับเริ่มต้น ดังนั้นปัจจัย เสี่ยงของผู้ป่วยรายนี้ต่อการเกิดแผล IAD คือ การได้รับอาหารทางสายยางและเกลือแร่ทดแทน ชนิดรับประทานทางปากซึ่งอาจทำให้เกิดท้องเสีย แบบออสโมติก (osmotic diarrhea)

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาปรับสูตรอาหาร เป็นชนิดปั่นผสมที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า โดย พยาบาลบริหารการให้อาหารผ่านเครื่องให้อาหาร อย่างช้า ๆ และการให้เกลือแร่ทดแทนทาง หลอดเลือดดำ เพื่อลดการเกิดอาการท้องเสีย ร่วมกับการดูแลผิวหนังโดยทำความสะอาดทันที

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีการถ่ายอุจจาระ ใช้น้ำสะอาดชุบขัดคราบสกปรกอย่างเบามือ เพื่อลดอาการแสบที่อาจเพิ่มขึ้น ใช้ผลิตภัณฑ์ กลุ่มซิงค์ออกไซด์เพสต์ (zinc oxide paste) ทาหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ร่วมกับการพลิกตะแคงตัวเพื่อลดการสัมผัสของแผลกับ อุจจาระ แล้วยังช่วยให้ไม่เกิดการเสียดสีกับ แผ่นรองซับ

การประเมินผล พบว่า ผู้ป่วยเมื่อปรับ สูตรอาหารที่ให้ และมีการให้เกลือแร่ทดแทน ทางหลอดเลือดดำ การถ่ายเหลวลดลงอย่าง ต่อเนื่องจนหยุดถ่าย แผลผิวหนังอักเสบจาก การควบคุมการขับถ่ายไม่ได้และอาการแสบบริเวณ แผลหายไป รวมระยะเวลาในการดูแล แล ให้แผลหายใช้ระยะเวลา 2 วัน



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 1

(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 81 ปี วินิจฉัย pneumonia with hyperkalemia สิทธิหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ขณะรับการรักษามีการใช้ ออกซิเจนอัตราการไหลที่สูงทางจมูก (high-flow nasal cannula) เป็นผลให้ต้องจำกัดกิจกรรมบน เติงรู้สึกตัวดี ประเมิน RASS score เท่ากับ 0 คะแนน หมายถึง ตื่นตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย และ

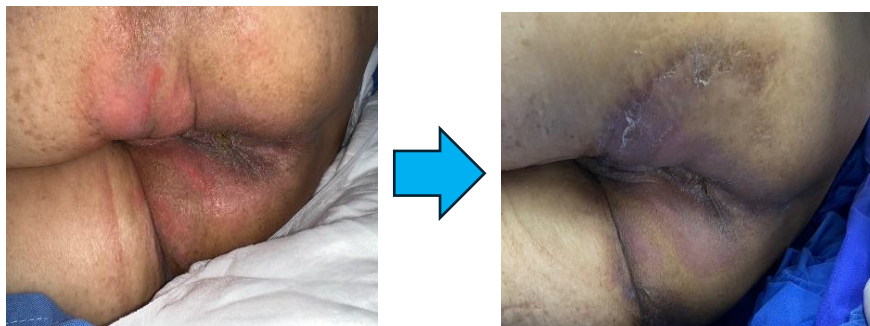
ประเมินคะแนน PAT score แรกรับเท่ากับ 4 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับความเสี่ยงต่ำ แต่เนื่องจากผู้ป่วย มีภาวะภาวะโปแตสเซียมในเลือดสูง แพทย์มีแผน การรักษาให้ยา calcium polystyrene sulfonate และ lactulose ทำให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระหลายครั้ง มีการเปลี่ยนแผ่นรองซับทุก 4 ชั่วโมง ทำให้คะแนน PAT score เท่ากับ 8 คะแนน ซึ่งมีความเสี่ยงสูง ในการเกิดแผล แรกรับผิวหนังปกติ ภายหลัง

นอนโรงพยาบาล 1 วัน ประเมินซ้ำด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังบริเวณแก้มก้นมีสีแดงและเริ่มมีมันเงา ซึ่งจัดว่าเป็นแผล IAD ในระดับปานกลาง และมีอาการแสบบริเวณผิวหนังที่เกิด ดังนั้นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ที่ทำให้เกิดแผล คือ การถ่ายอุจจาระเหลวจากการได้รับยาระบาย ร่วมกับการจำกัดกิจกรรมบนเตียงจากความรุนแรงของโรค และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอายุที่เพิ่มขึ้น ย่อมมีเกิดการเปลี่ยนแปลงของชั้นผิวหนังที่บางลง

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ การประเมินแผลแล้วสามารถจ่ายส่วนต่างนอกสิทธิการรักษาได้ จึงเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดแผล IAD ชนิดไม่ต้องล้างออก No-rinse skin cleanser® โดยไม่ขัดถูเพื่อบรรเทาอาการแสบ และเพิ่มการเกิดแผล และขั้นตอน

การปกป้องผิวใช้เป็น No sting barrier film spray® ฉีดพ่นบริเวณผิวหนังที่เกิดแผลโดยรอบ นอกจากนี้ยังมีการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกตัวดี และช่วยเหลือตนเองบนเตียงได้จึงหลีกเลี่ยงการใช้แผ่นรองซับป้องกันการอับชื้น และเสียดสีผิวหนัง เมื่อรู้สึกอยากขับถ่ายให้แจ้งพยาบาลได้ทันที นอกจากนี้ยังได้รายงานแพทย์ถึงการเกิดแผล IAD ให้ทราบ ร่วมดูแลแผลโดยมีการจัดการความปวดเป็นยาเม็ดรับประทาน

การประเมินผล พบว่า เมื่อผู้ป่วยหยุดถ่ายอุจจาระเหลว และใช้การดูแลข้างต้นเป็นผลให้แผลสามารถแห้งหายได้ อาการแสบ และปวดทุเลาจนหายไป รวมระยะเวลาในการดูแลให้แผลหายใช้ระยะเวลา 3 วัน



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 2

(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

กรณีศึกษาที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 50 ปี วินิจฉัย myasthenia gravis with respiratory failure สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รัยย้ายเข้าดูแลในหอผู้ป่วยวิกฤต ขณะรักษาต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จึงต้องจำกัดกิจกรรมบนเตียง มีภาวะง่วงซึมจากการได้รับยากล่อมประสาทเพื่อให้ง่ายใจ สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ประเมิน RASS score เท่ากับ -2 คะแนน หมายถึง ปลุกตื่นในช่วงสั้น ๆ

สباتาได้น้อยกว่า 10 วินาที นอกจากนี้ยังได้ทำหัตถการเปลี่ยนถ่ายน้ำเหลือง (plasmapheresis) และได้รับยา pyridostigmine ซึ่งเป็นยาสำคัญที่ใช้รักษา myasthenia gravis แต่ผลข้างเคียงของยาทำให้เกิดอาการที่พบบ่อยคือ ถ่ายเหลว ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ถ่ายอุจจาระเหลวตลอดเวลา แรกได้รับประเมิน PAT score เท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง มีผิวหนังถูกทำลาย ประเมินความรุนแรงด้วยเครื่องมือ IADIT พบว่า ผิวหนังถูกทำลายระดับรุนแรง

ร่วมกับการเกิดแผลกดทับระดับสองร่วมด้วย ดังนั้นปัจจัยสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ที่ทำให้เกิดแผล คือ การถ่ายอุจจาระเหลวจากการได้รับยาระบาย ร่วมกับการจำกัดกิจกรรมบนเตียงจากความรุนแรงของโรค

การดูแลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ ในระยะแรกใช้ 0.9% sodium chloride สำหรับชะล้างแผลวันละ 2 ครั้ง และทุกครั้งเมื่อมีการขับถ่ายอุจจาระ ร่วมกับใช้ผลิตภัณฑ์กลุ่ม zinc oxide ทาบริเวณแผลเพื่อลดการสัมผัสของอุจจาระกับผิวหนัง เนื่องด้วยผู้ป่วยรายนี้อยู่ในห้องแยกเดี่ยวจึงใช้การพลิกตะแคงตัวเพื่อผึ่งบริเวณแผลให้แห้งและอธิบายให้ญาติได้เข้าใจถึงระดับความรุนแรงของแผล และความสำคัญของขั้นตอนที่ใช้ดูแล ระยะต่อมาเมื่อแผลเริ่มแห้งใช้โพวิโดนไอโอดีนทาบาง ๆ บริเวณแผลช่วยป้องกันการติดเชื้อ และเมื่อแผลแห้ง และต้นใช้ผลิตภัณฑ์

ที่ให้ความชุ่มชื้นและฉีดยาเคลือบด้วย No sting barrier film spray® และมีการประสานแพทย์ เพื่อแจ้งถึงภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา pyridostigmine จึงทำให้แพทย์พิจารณาหยุดใช้ยา ร่วมกับให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน มีการจัดการความปวดในช่วงแรกที่มีความปวดระดับมากโดยใช้ยากลุ่มโอปิออยด์ และปรับลดตามระดับความรุนแรงของความปวด ร่วมกับการส่งเสริมโภชนาการโดยเฉพาะโปรตีนให้เพียงพอเพื่อส่งเสริมการหายของแผล

การประเมินผล พบว่า เมื่อผู้ป่วยหยุดถ่ายอุจจาระเหลว และใช้การดูแลข้างต้นเป็นผลให้แผลสามารถแห้งหายได้อาการปวดทุเลาจนหายไป ไม่เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อน ใช้ระยะเวลาดูแลแผลให้หายภายใน 2 สัปดาห์



รูปภาพ แผลผิวหนังอักเสบจากการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ของกรณีศึกษาที่ 3
(รูปภาพได้รับการอนุญาตให้เผยแพร่จากผู้ป่วยเพื่อการศึกษา)

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่เกิดแผล IAD จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและบรรลุตามตัวชี้วัดที่ตั้งเป้าไว้ การดูแลต้องอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้มั่นใจถึงความถูกต้อง และความปลอดภัยในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง การประเมินความรุนแรง

ของแผล IAD จนถึงการวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย นอกจากนี้การมีแกนนำ (keyman) ที่ช่วยวิเคราะห์สถานการณ์ สะท้อนผลลัพธ์ และปรับปรุงระบบการดูแลเป็นสิ่งสำคัญ โดยแกนนำนี้จะประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงการให้ความรู้ เพิ่มทักษะการปฏิบัติ และเสริมสร้าง

ความมั่นใจในทีม ทำให้การดูแลแผล IAD มีประสิทธิภาพ และพัฒนาอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results. UN DESA/POP/
2. Kayser SA, Koloms K, Murray A, Khawar W, Gray M. Incontinence and incontinence-associated dermatitis in acute care: A retrospective analysis of total cost of care and patient outcomes from the Premier Healthcare Database. JWOCN. 2021;48(6):545-52. doi: 10.1097/WON.0000000000000818.
3. Uppanisakorn S, Somma T, Vattanaprasan P, Boonyarat J. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis (IAD) in critical patients treated in the intensive care unit of a medical ward. Thai J Nurs Coun. 2015;30(2):86-100. Thai.
4. Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis (IAD) and pressure ulcers: an overview. In: Romanelli M, Clark M, Gefen A, Ciprandi G, editors. Science and practice of pressure ulcer management. 2nd ed. London, UK: Springer; 2018. p. 89–101.
5. Deprez J, Ohde N, Eilegård Wallin A, Bååth C, Hommel A, Hultin L, et al. Prognostic factors for the development of incontinence-associated dermatitis (IAD): A systematic review. Int Wound J. 2024;21(7). doi: 10.1111/iwj.14962.
6. da Silva Meirelles LC, da Rocha BP, Wammes AL, dos Santos DM, da Silva DM, de Souza LM. Incidence of incontinence-associated dermatitis among clinical inpatients. Rev Enferm UERJ. 2020;28: e51323. doi: 10.12957/reuerj.2020.51323.
7. Wang G, Wang X, Wang H, Wang L, Li W. Risk factors for incontinence-associated dermatitis in critically ill patients with incontinence: A systematic review and meta-analysis. JWOCN. 2024;51(4):313-323. doi: 10.1097/WON.0000000000001090.
8. Cui Y, Zhou Y, Liu C, Mao Z, Zhou F. Interpretable machine learning models for predicting the incidence of antibiotic-associated diarrhea in elderly ICU patients. BMC Geriatrics. 2024;24(1): 458. doi: 10.1186/s12877-024-05028-8.
9. Banharak S, Panpanit L, Subindee S, Narongsanoi P, Sanun-Aur P, Kulwong W, et al. Prevention and care for incontinence-associated dermatitis among older adults: A systematic review. J Multidiscip Healthc. 2021; 2983-3004. doi: 10.2147/JMDH.S329672.

10. Nix DH. Validity and reliability of the Perineal Assessment Tool. *Ostomy Wound Manage.* 2002;48(2):43-46.
11. Junkin J. Targeting Incontinence – Associated Dermatitis: A Leading Risk Factor for Pressure Ulcers. In *The 3rd Congress of the World Union of Wound Healing Societies*; 4-8 June 2008.
12. Simimand S, Banharak S, editors. Measuring translation and psychometric testing of the Perineal Assessment Tool (PAT) and Incontinence-Associated Dermatitis Intervention Tool (IADIT) among patients in semi-intensive care units: A pilot study. *Science, Technology, and Social Sciences Procedia.* 2023;2023(3): NCCR03.
13. Wei HH, Huang C-L, Huang W-P, Chen H-C. Development of an incontinence-associated dermatitis prevention bundle using an evidence-based framework. *World Council Enterostomal Ther J.* 2020;40(3):37-42. doi: 10.33235/wcet.40.3.37-42.
14. Beeckman D, Campbell J, Campbell K, Denise Chimentão D, Domansky R, Gray M, et al. Incontinence-associated dermatitis: Moving prevention forward. *Wounds Int* [Internet]. 2015 [cited 2024 Aug 15]. Available from www.woundsinternational.com
15. Phungsiri P. The effect of utilizing work instruction for incontinence-associated dermatitis in high-risk patients. *Reg 11 Med J.* 2016;30(1):59-67. Thai.
16. Gunasegaran N, Ang SY, Ng YZ, Lee NES, Agus N, Lee CW, et al. The effectiveness of a hydrocolloid crusting method versus standard care in the treatment of incontinence-associated dermatitis among adult patients in an acute care setting: A randomized controlled trial. *J Tissue Viability.* 2023;32(2):171-8. doi: 10.1016/j.jtv.2023.01.007.
17. Beele H, Smet S, Van Damme N, Beeckman D. Incontinence-associated dermatitis: Pathogenesis, contributing factors, prevention, and management options. *Drugs Aging.* 2018;35:1-10. doi: 10.1007/s40266-017-0507-1
18. LeBlanc K, Forest-Lalande L, Rajhathy E, Parsons L, Hill M, Kuhnke JL, et al. Best practice recommendations for the prevention and management of moisture-associated skin damage. *Wound Care Canada* [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 15]. Available from: www.woundscanada.ca/docman/public.