



Nursing Care in Burn Wound

อุรวาดิ เจริญไชย

หัวหน้าหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก แผนกการพยาบาลศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ งานบริการพยาบาล
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากไฟไหม้น้ำร้อนลวก ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน (emergency phase) ระยะวิกฤตเฉียบพลัน (acute phase) จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation phase) ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยในเขตจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใกล้เคียง รวมทั้งจากประเทศเพื่อนบ้าน ซึ่งมาจากระบบส่งต่อ ส่วนใหญ่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงมีปัญหาซับซ้อนและมีความยุ่งยากในการดูแลรักษา ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีหน่วยงานเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ และมีทีมที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในที่นี่จะกล่าวถึงประเด็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะฉุกเฉินจนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ

ปัญหาสำคัญที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก คือ

1. การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ
2. การดูแลบาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก
3. การจัดการความปวด
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ การดึงรั้งของแผล ข้อยึดติด และแผลเป็นนูน
5. การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ

1. การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ ได้มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก และกระตุ้นบุคลากรทางการแพทย์ นักศึกษาแพทย์ และผู้เข้าเยี่ยม ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้

- 1.1 เปลี่ยนรองเท้าเป็นรองเท้าภายในก่อนเข้าหอผู้ป่วย
- 1.2 ล้างมือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยแต่ละราย
- 1.3 สวมหมวก ผูกผ้าปิดปาก จมูก สวมเสื้อคลุมและสวมถุงมือสะอาด เมื่อให้การพยาบาล ผู้ป่วยหรือเมื่อสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง
- 1.4 ล้างมือ สวมหมวก ผูกผ้าปิดปาก จมูก สวมเสื้อคลุมและสวมถุงมือปลอดเชื้อเมื่อทำแผล และถอดเสื้อคลุมหมวก ผูกผ้าปิดปาก จมูก ถุงมือ หลังทำแผลผู้ป่วยแต่ละราย
- 1.5 เข้มงวดป้องกันการแพร่กระจายเชื้อระหว่างเตียง ต้องทำแผลที่ไม่มีกรดัดเชือกก่อน กรดัดต้องทำแผลพร้อมกันหลายเตียง ต้องแยกทีมและผู้ช่วยทำแผลให้ชัดเจน
- 1.6 แยกผู้ป่วยที่ติดเชื้อหรือมีแผลเปิดไว้ในห้องแยกหรือห่างจากเตียงอื่น
- 1.7 เปลี่ยน dressing เมื่อมี discharge ซึม หรือเปลี่ยน outer dressing เมื่อเปียกชื้นทุก 4 ชั่วโมง
- 1.8 ติดตาม แผนระวางการติดเชื้อ ส่งตรวจเพาะเชื้อทุกสัปดาห์หรือเมื่อมีข้อบ่งชี้
- 1.9 แยกอุปกรณ์ ของใช้ผู้ป่วยแต่ละราย เช่น cuff วัด BP stethoscope พลาสเตอร์ปิดแผล และปรอทวัดไข้ เป็นต้น
- 1.10 เช็ดทำความสะอาดผาผนัง อุปกรณ์บริเวณเตียงผู้ป่วยทุกวัน และอุปกรณ์อื่นๆ หลังใช้งานทุกครั้ง
- 1.11 เปลี่ยนขวดน้ำยาล้างมือ Hibiscrub สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- 1.12 จัดให้มีน้ำยา alcohol hand rub ไว้ประจำทุกเตียง ในตำแหน่งที่สะดวกในการใช้และใช้ทุกครั้งเมื่อมีการสัมผัสผู้ป่วยหรือทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ



1.13 เช็ดทำความสะอาดผ้าปูที่นอนทุกวัน และซักผ้าปูที่นอน ทุกสัปดาห์ หรือเมื่อเปื้อนสกปรกและทุกครั้งที่เปลี่ยนผู้ป่วยรายใหม่ (ใช้ผ้าปูที่นอนเป็นแบบพลาสติก เพื่อสะดวกในการทำความสะอาด)

1.14 ทำความสะอาดอ่างอาบน้ำทุกวันและทุกครั้ง ก่อนหลังใช้งาน และมีการส่งตรวจเพาะเชื้อบริเวณอ่างทุก

เดือนหรือเมื่อมีการใช้งานประจำทุกสัปดาห์

1.15 ดูแลญาติที่เข้าเยี่ยม ให้ล้างมือ ก่อนและหลังเข้าเยี่ยม สวมเสื้อคลุม หมวก ผ้าปิดปาก จมูก ให้เรียบร้อย ไม่เปิดดูบาดแผลผู้ป่วยและไม่เยี่ยมผู้ป่วยรายอื่น



รูปที่ 1 การทำแผลที่เตียง (ที่มา: หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศรีนครินทร์)

2. การดูแลแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก ต้องมีการดูแลรักษาให้เหมาะสมตามความรุนแรงหรือความลึกของแผล นอกจากนี้ต้องดูแลด้านภาวะโภชนาการให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล ซึ่งในขั้นตอนนี้จะไม่กล่าวรายละเอียด สำหรับวิธีการดูแลบาดแผลมีดังนี้

2.1 การดูแลบาดแผล วิธีทำความสะอาดแผล (wound cleaning) เป็นการชำระล้างทำให้แผลสะอาด โดยกำจัดเนื้อตาย ผิวหนังที่เปื่อยยุ่ยออกให้หมด ในบริเวณที่ผิวหนังพอง (Blister) ถ้าขนาดเล็กหรือไม่แตกง่ายควรคงไว้ ถ้าอยู่ในบริเวณที่จะแตกได้ง่าย มักจะต้องเจาะหรือดูด serum ออก และให้ผิวหนังที่ไม่หลุดออกปิดแผลไว้ เป็น biological dressing จะช่วยลดอาการปวดแสบ กรณีผิวหนังแห้งเป็นเนื้อตายให้ลอกออก (Carrouger, 1998; Flanagan, and Graham, 2001) นอกจากนี้การทำความสะอาดแผล เป็นการล้างเอา topical agent หรือควาบาเก่าออกจากแผล เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ แบ่งการทำแผลตามวิธีการทำ ดังนี้

2.1.1 การทำความสะอาดบาดแผลบนเตียงผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะฉุกเฉิน ค่าที่ช่วยหายใจ อาการยังไม่คงที่ หรือมีบาดแผลเพียงเล็กน้อย แผนการรักษาส่วนใหญ่

มักทำแผลที่เตียง การลอกผ้าปิดแผลกรณีผ้าก๊อช ติดแน่นกับแผล ควรใช้ 0.9 % NSS ราดก่อน อาจใช้ขวด spray sterile ใส 0.9 % NSS ฉีดเบาๆ จะช่วยให้ลอกผ้าปิดแผลออกง่ายขึ้น ระวังเลือดออกขณะลอก ถ้ามี bleeding จะทำให้กระบวนการหายของแผลช้าออกไปเหมือนเริ่มใหม่ หลังลอกผ้าปิดแผล จะทำความสะอาด ทายาและ ปิดแผลตามขั้นตอน

2.1.2 การทำความสะอาดแผลในอ่างอาบน้ำ จะทำในรายที่อาการคงที่แล้ว การแช่แผลในน้ำอุ่นช่วยให้ลอกผ้าปิดแผลและกำจัดเนื้อตายได้ง่าย รวมทั้งผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว บริหารร่างกายในน้ำได้ แรงดันน้ำจะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ทำงานได้ดีขึ้น และคงไว้ซึ่งสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้ป่วยที่ลงอ่างอาบน้ำจะได้รับการล้างหน้า สระผม ทำความสะอาดทุกส่วนของร่างกาย แต่การลงอ่างอาบน้ำครั้งแรก ผู้ป่วยอาจมีความกลัว ต้องมีการให้ข้อมูลที่เพียงพอ หรือให้ครูพยาบาลประกอบ ให้เข้าใจขั้นตอนต่างๆก่อนการทำกิจกรรมนี้



รูปที่ 2 การชำระล้างแผลในอ่างอาบน้ำ
(ที่มา: หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศรีนครินทร์)

2.2 การใช้เวชภัณฑ์ปิดแผล

2.2.1 การใช้ครีมยา (topical antimicrobial agent) ครีมต่างๆที่นิยมใช้ มีดังนี้

- ครีมซิลเวอร์ ซัลฟาไดอะซีน ชนิด 1 % ทาแผลหนาประมาณ 3-5 มิลลิเมตร สามารถฆ่าเชื้อราและควบคุมเชื้อแบคทีเรียได้ดี ข้อเสียคือตัวยาซึมผ่านเนื้อตาย (Eschar) ได้น้อย ถ้าใช้กับแผลที่มี Eschar หนา (Konop, 1991; อภิชาติ พลอยสังวาลย์, 2544)

- Kemicitine ครีม 1 % chloramphenical ointment ใช้กับแผลที่ไม่ค่อยลึก หรือแผลไหม้บริเวณใบหน้า หู ไร้ทำแผลแบบเปิด คือการทายาแล้วไม่ต้องปิดแผล ต้องทายาให้แผลชุ่มชื้นเสมอ จะช่วยส่งเสริมการหายของแผล

2.2.2 การใช้เวชภัณฑ์ชนิดต่างๆปิดแผล มีหลายชนิดที่ใช้อยู่ ได้แก่

- เวชภัณฑ์ที่ไม่ยึดติดกับแผล ได้แก่ แผ่นปิดแผลที่มียาปฏิชีวนะในแผ่นปิดแผล เช่น bactigras มีส่วนผสมของ chlohexidine หรือ mepitel เป็นไนลอนเคลือบด้วย ซิลิโคน ฐานเป็นตาข่าย ทำให้แผ่นปิดแผลไม่เลื่อนหลุดง่าย ไม่เหนียวเหนอะหนะ ไม่เกาะติดแผลและบริเวณรอบๆแผลลอกออกจากแผลได้ง่าย ลดความเจ็บปวดในการทำแผล ลดจำนวนครั้งในการทำแผล เหมาะกับแผลที่ไม่มีการติดเชื้อ ซึ่งไม่ต้องทำแผลบ่อย เช่น แผลระดับ superficial 2 degree burn แผลสามารถหายได้ภายใน 2 สัปดาห์ ทำแผลเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ก็เพียงพอ

- แผ่นปิดแผลนาโนคริสตัลไลน์ ซิลเวอร์ (จอมจักร จันทรสกุล, 2551) เป็นเวชภัณฑ์ปิดแผล จากกระบวนการผลิต

สมัยใหม่ ทำให้ได้โลหะเงินอยู่ในลักษณะเป็นอนุภาคเล็กๆ (nanocrystalline silver) เคลือบอยู่บนแผ่นโพลีเอทิลีน เวลาจะใช้ต้องกระตุ้นด้วย sterile water เพื่อให้เกิดการแตกตัวเป็นซิลเวอร์ไอออนก่อน เมื่อนำไปปิดแผลจะถ่ายเทซิลเวอร์ไอออนออกมาจากตัว dressing ไปสู่ผิวของแผล มีฤทธิ์ในการฆ่าทำลายเชื้อค่อนข้างกว้าง ออกฤทธิ์ได้ค่อนข้างนาน ตัวอย่างของ dressing กลุ่มนี้มีหลายชนิดที่นิยมใช้มากคือ Acticoat ต้อง spray แผ่นปิดแผลให้ชุ่มชื้นเสมอด้วย sterile water และเปลี่ยนแผ่นปิดแผลทุก 3 วัน

2.3 การดูแลบาดแผลปลูกถ่ายผิวหนัง (skin graft) กรณีแผลไหม้ระดับ 2 แบบลึกที่ไม่หายเอง และแผลไหม้ความลึกระดับ 3 แพทย์จะรักษาโดยการปลูกถ่ายผิวหนัง คือการนำผิวหนังที่ประกอบด้วยชั้นหนัง กำพวดและหนังแท้บางส่วน จากบริเวณที่ไม่มีบาดแผลมาปิด ต้องให้การดูแลทั้งบริเวณที่ให้ (donor area) และบริเวณที่รับ (recipient area) ดังนี้

- สังเกตผ้าพันแผลบริเวณที่ให้และบริเวณที่รับว่ามีเลือดซึมหรือไม่ จัดท่ายกบริเวณที่ผ่าตัดปลูกผิวหนังให้สูงเล็กน้อย ตรวจดูปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าที่พันผ้ายึดไว้ เขียวคล้ำ ซา บวมหรือไม่ ถ้ามีแสดงว่าการพันผ้าแน่นเกินไป ทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ต้องได้รับการแก้ไขและตรวจสอบเป็นระยะ ส่วนที่ปลูกถ่ายผิวหนังต้องอยู่นิ่ง จำกัดการเคลื่อนไหว ส่วนใหญ่แพทย์จะใส่อุปกรณ์ยึดตามไว้ในระยะ 3 วันแรก หลังผ่าตัด ควรให้ผู้ป่วยพักบนเตียง เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของผิวหนังที่ปลูกถ่าย การพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยต้องทำด้วยความระมัดระวัง โดยเฉพาะการปลูกถ่ายผิวหนังบริเวณ



หลังหรือสะโพก ซึ่งไม่มีอุปกรณ์ยึดตาม ผู้ป่วยอาจจะต้องนอนคว่ำ พยาบาลต้องให้การดูแลเป็นพิเศษเรื่องการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะ และการพลิกตะแคงตัว ป้องกันการเกิดแผลกดทับ และการติดเชื้อ ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีผู้ป่วยสูงอายุ 1 รายที่มีอุจจาระเหลวและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้จำเป็นต้องเปิดลำไส้ใหญ่ทางหน้าท้อง (colostomy) พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการดูแล ซึ่งบางครั้งมีการไหล ยื่นออกมา มาก หรือมี bleed การประคบเย็นสามารถช่วยให้ colostomy กลับเข้าที่ได้ นอกจากนี้ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อคลายความวิตกกังวล

- การทำแผล skin graft แพทย์จะเปิดแผลครั้งแรก ประมาณ 5 วันหลังผ่าตัด การทำแผล skin graft ครั้งแรก ผ่ากอลจะติดแผลมาก ให้ใช้สำลีหรือ top dressing ซุป 0.9% NSS ซับแผลให้ชุ่มหรือใช้ 0.9 % NSS ที่อุ่นไว้ราดเบาๆ จากนั้นค่อยๆดึงผ้าปิดแผลออก ระวัง graft หลุด ทำความสะอาดแผล และปิดแผลด้วย แผ่นปิดแผลแบบตาข่าย ปิดทับด้วยผ้ากอล และพันทับด้วยผ้ายึด ป้องกัน graft เลื่อนหลุด

- การดูแล donor site ไม่ต้องเปิดทำแผล แพทย์จะพันผ้ายึดรัดแผลไว้ หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกไม่ควรลงน้ำหนัก เพราะอาจมีเลือดออกมากขึ้น ในวันต่อมาถ้าเบื่อนมากดูแล เปลี่ยนผ้ายึดและ gauze ขึ้นนอกได้ แผลจะหายเองประมาณ 2 สัปดาห์ ถ้าไม่มีการติดเชื้อ เมื่อแผลแห้งดีให้ลอกผ้าปิดแผลและแผ่นปิดแผลแบบตาข่ายออกได้

3. การจัดการความปวด ความปวดเป็นปัญหาสำคัญ สำหรับผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก เป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เป็นความปวดที่รุนแรง ตั้งแต่แรกบาดเจ็บและยังคงอยู่ต่อเนื่อง อาจเป็นเดือน เป็นปี บาดแผลไหม้ระดับ 2 แบบตื้น (superficial 2 degree burn) เป็นบาดแผลที่ปวดมากที่สุด และความปวดยังขึ้นกับความกว้างของแผล ตำแหน่งของแผล การดูแลในระยะแรกจำเป็นต้องให้ยาแก้ปวด ยาที่เหมาะสม คือ มอร์ฟีน เจ็อบจางฉีดเข้าหลอดเลือดดำๆ ในผู้ใหญ่ ให้ขนาด 0.1 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทุก 4 ชั่วโมง (อภิชาติ พลอยสังวาลย์, 2544) ในเด็ก นิยมให้เฟลตานิล 0.5-1 ไมโครกรัม/ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (สุปราณี นิรุติศาสน์, 2550) นอกจากนี้เทคนิคการทำแผล การลอกผ้าปิดแผลที่ติดแน่น เป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยปวดแผลมากที่สุด อุณหภูมิของน้ำล้างแผล ที่เย็นจะทำให้หลอดเลือดหดตัว การเผาผลาญพลังงานมากขึ้น บทบาทของพยาบาลที่ช่วยลดปวดได้ โดยการให้ 0.9 % NSS อุณหภูมิ

และรูดแผลขณะดึงผ้าปิดแผลออกจะช่วยลดอาการปวดได้ (รัตดาวัลย์ อินสา, 2552) นอกจากนี้มีวิธีการบำบัดทางการพยาบาล ที่ช่วยลดความปวดได้ ดังนี้

- 3.1 ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการทำแผล
- 3.2 สร้างสัมพันธภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจ คลายความวิตกกังวล

3.3 ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมก่อนการทำแผล เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ทั้งด้านวิธีการ ขั้นตอนการทำแผล (procedural information) เช่น การให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล การลอกผ้าปิดแผล การทำความสะอาดแผล การทายา และข้อมูลความรู้สึกที่จะประสบ จากการทำแผล (Sensory information) เช่น ความรู้สึกหลังได้ยาแก้ปวด ความปวดขณะเอาผ้าปิดแผลออก หรือความอึดจากการใช้น้ำอุ่นราดแผล การได้ยินเสียงเครื่องทำน้ำวนขณะล้างแผลในอ่างอาบน้ำ (hydro massage) และข้อมูลคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติขณะทำแผล (behavioral information) เช่น การหายใจเอาออกลึกๆ เป็นต้น

- 3.4 ฝึกให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคลดปวด เช่น เทคนิคผ่อนคลาย ทำสมาธิ สร้างจินตนาการ
- 3.5 เตรียมสถานที่ในการทำแผล อุณหภูมิพอเหมาะ ไม่เย็นเกินไป

3.6 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการทำแผล เลือกวิธีการและเวลา ภายใต้ความเหมาะสม

3.7 ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดจากการทำแผล ดังนี้

- ก่อนทำแผล
- 1. อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการและขั้นตอนการทำแผลอย่างคร่าวๆ
- 2. ประเมินความปวดก่อนทำแผล
- 3. ให้ยาแก้ปวดก่อนทำแผล 30 นาที (Flanagan, and Graham, 2001)
- 4. แนะนำ ส่งเสริม ฝึกการใช้เทคนิคผ่อนคลาย
- 5. ปิดเครื่องปรับอากาศ 15-20 นาที ก่อนทำแผล (ชิดชนก มยุรภักดิ์ และคณะ, 2006)
- 6. เตรียม 0.9 % NSS อุณหภูมิล้างแผลและรูดแผล
- 7. กรณีทำความสะอาดแผลในอ่างอาบน้ำ เตรียม น้ำอุ่นพอเหมาะ อย่างต่ำ 98-102 องศา F สามารถปรับให้สูงกว่านี้ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย (รัชณี เบญจรัตน์, 2551)



ระหว่างการทำแผล กรณี อาบน้ำในอ่างอาบน้ำ (hydrotherapy tub in burn patient) ที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์มีแนวปฏิบัติดังนี้

1. พาผู้ป่วยไปห้องอาบน้ำ โดยใช้เปลนอน (Transfer bed) ในผู้ป่วยที่ถูกเดินไปห้องอาบน้ำเองไม่ได้
2. ลอกผ้ายัดปิดแผลและผ้าปิดแผลชั้นนอกที่ไม่ติดแผลออก เท่าที่ทำได้
3. ปรับอุณหภูมิของน้ำตามความต้องการของผู้ป่วย
4. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบาย และจัดให้ผู้ป่วยลงแช่ในอ่างอาบน้ำและเปิดเครื่องทำนํ้าวน (Hydro massage) ช่วยชะล้างเนื้อตายและช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อผู้ป่วย
5. แนะนำ ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการทำแผล การแกะผ้าปิดแผล การเช็ดทำความสะอาดแผล และการบริหารข้อต่างๆ บริเวณที่ทำได้ ขณะอยู่ในอ่างอาบน้ำ
6. ลอกผ้าปิดแผลส่วนที่เหลือออกอย่างเบามือ
7. ใช้ Top gauze เช็ดสารคัดหลั่ง เนื้อตาย อย่างนุ่มนวล บางรายต้องใช้กรรไกรตัดเนื้อตายร่วมด้วย ใช้เวลาในการอาบ นํ้าไม่ควรเกิน 30 นาที เพราะจะมีการสูญเสียโซเดียมและความร้อน ถ้าแช่นํ้านานผู้ป่วยอาจมีอาการหนาวสั่นได้ (Carrouger, 1998, Smeltzer and Bare, 2004)
8. ใช้ gauze ปิดหัวฉีดฝักบัว ช่วยลดความแรงของนํ้าที่ฉีด ฉีดนํ้าบนแผลผู้ป่วยบริเวณที่ไม่แช่ในนํ้าสระผมให้ผู้ป่วยและฉีดฝักบัวที่แผล ลำตัวเมื่อปรับเปลนอนให้สูงพบนํ้า
9. ใช้ 0.9 % NSS ที่อุ่นเตรียมไว้ราดแผลและตัวผู้ป่วย และนำผู้ป่วยขึ้นจากอ่างอาบน้ำ
10. ใช้ Top gauze ซับแผลและผ้า sterile คลุมตัวผู้ป่วย ลดอาการหนาวสั่น
11. ทายาที่แผลอย่างเบามือหรือใช้วิธีทาบน Gauze แล้ววางบนแผล (ลดความเจ็บปวดจากการสัมผัสกับแผลโดยตรง) ปิดแผลด้วย gauze/ gamgee และพันผ้ายัดไม่แน่นเกินไป
12. พาผู้ป่วยกลับไปเตียง
13. ประเมินความปวดจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่ สุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน

หลังการทำแผล

1. ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยปวด
2. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3. ประเมินความปวด 30 นาทีหลังได้รับยาแก้ปวด
4. ส่งเสริมผู้ป่วยให้ใช้วิธีบรรเทาปวดแบบไม่ใช้ยาตามความพอใจของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การพูดคุย การดูโทรทัศน์ และการฟังเพลง เป็นต้น
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ แผลเป็นดั่งรัง ข้อยึดติด และแผลเป็นนูน ปัญหาสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีแผลใหม่บริเวณข้อต่างๆ คือการหดรั้งของแผลและข้อติดได้ง่าย ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมขยับข้อหรือบริหารร่างกายเลย ทีมผู้ดูแลต้องกระตุ้นและอธิบาย ให้เห็นความสำคัญทั้งผู้ป่วยและญาติที่มีส่วนรวมดูแล พยาบาลมีบทบาทในการดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้

4.1 ดูแลการบริหารร่างกาย ข้อต่างๆ ให้มี Full range of motion ทั้งแบบ Active และ Passive exercise ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละเวร ดูแลให้ยาแก้ปวดก่อนบริหารร่างกาย และประสานกับทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในการทำกิจกรรมหลังให้ยาแก้ปวด

4.2 ดูแลการจัดท่าผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ยึดตามให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงและเปลี่ยนผ้าเมื่อเปียกชื้น

4.3 ดูแลแผลเฉพาะที่ ดังนี้

- บริเวณมือ การทำแผลต้องแยกนิ้วมือ ทุกนิ้วออกจากกัน โดยใช้ผ้ากอซคั่นแต่ละนิ้ว อาจใช้ Splint ให้นิ้วเหยียดฝ่ามือกระดูกเล็กน้อย วางบนหมอนสูง เพื่อให้เลือดไหลเวียนดีขึ้นและลดอาการบวม (ประสานกับเจ้าหน้าที่กายอุปกรณ์ในการทำ splint)

- บริเวณแขนขา จัดให้เหยียด วางบนหมอนสูง อาจใช้ Slab ในเวลากลางคืน

- บริเวณรักแร้ จัดให้แขนกาง 90 องศา ป้องกันแผลเป็นดั่งรัง (Scar contracture) และดูแลให้ผู้ป่วยซักกรอกที่จัดทำไว้สำหรับบริหารแขน ข้อไหล่ และมือ

- บริเวณคอ ห้ามหนุนหมอนและต้องจัดให้คอเหยียดเพื่อป้องกันการหดรั้งของแผล

- บริเวณหู เป็นกระดูกอ่อน ต้องระวังการอักเสบ อาจใช้ Top dressing วางหลังหู ป้องกันการกดทับ ทำความสะอาดแผลเช้า เย็น ทา 1 % Kemicitine ครีม ให้ชุ่มชื้นเสมอ ป้องกันการติดเชื้อ

- บริเวณเท้า ข้อเท้า จัดให้เท้าเหยียดตรง 90 องศา อาจใช้ Slab ป้องกัน Foot drop

4.4 การ Ambulate ต้องทำให้เร็วที่สุด ถ้าไม่มีข้อห้าม



ผู้ป่วยบางรายจะลงจากเตียงได้ยากมาก เนื่องจากไม่กล้าและกลัวความเจ็บปวด ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฝึกยืน เดินและความพยายามของทีมพยาบาลและทีมกายภาพบำบัด ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและเดินได้ตามเป้าหมายการดูแล

4.5 ให้คำแนะนำ และดูแลให้ผู้ป่วยใส่ผ้ายืดรัดแผล (Pressure garment) เมื่อแผลหาย เพื่อป้องกันแผลเป็นนูน (Hypertrophic scar) ต้องใส่ต่อเนื่องเป็นเวลา 1-2 ปี ตลอดเวลา ยกเว้นเวลาอาบน้ำเท่านั้น ควรมี 2 ชุดไว้ใช้สลับเวลาซักทำความสะอาด และเปลี่ยนใหม่เมื่อไม่กระชับแล้ว ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์มีทีมกิจกรรมบำบัดช่วยตัดเย็บให้

5. การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ การบาดเจ็บจากไฟไหม้น้ำร้อนลวก เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ที่รุนแรง นอกจากผลกระทบต่อร่างกายแล้วยังส่งผลกระทบต่อจิตใจค่อนข้างมาก ความเจ็บปวดจากบาดแผลที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมทำกิจกรรมบริหารร่างกายไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง บางรายมีปัญหาด้านภาพลักษณ์ จากการถูกตัดแขน ขา ต้องพึ่งพาผู้อื่น โรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ (อุรวาดิ เจริญไชย, 2548)

5.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่วแรกรับ ให้เกิดความไว้วางใจ



ก. ใส่ splint แขน



ข. ซักกรอก



ค. ใส่ Pressure garment

รูปที่ 3 การป้องกันแผลเป็นดั่งรัง ฆ้อติดแข็ง อวัยวะผิดรูป และ Hypertrophic scar (ที่มา: หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศรีนครินทร์)

5.2 ให้ข้อมูล การดูแล รักษา และระยะเวลาการหายของแผล โดยประมาณ

5.3 ให้โอกาสผู้ป่วยและญาติซักถามและตอบข้อสงสัย ประสานกับแพทย์ในการให้ข้อมูล ผู้ป่วยด้านแผนการรักษา

5.4 ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา พยาบาลการดูแลบาดแผล

5.5 พุดคุยให้กำลังใจ ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดก่อนทำแผลและบริหารร่างกาย

5.6 ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารและการบริหารร่างกาย โดยเฉพาะผู้ป่วยเด็ก ซึ่งต้องมาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และผู้สูงอายุน่าจะรู้สึกว่าจะไหวได้ง่าย ที่ต้องอยู่ห่างไกลจากบุตร หลาน จัดให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและยืดหยุ่นให้เวลาเยี่ยมมากขึ้น รวมทั้งทีมพยาบาลต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เสมือนญาติ มีความเอื้ออาทร มีการจัดกิจกรรมให้ตามเทศกาลต่างๆ เช่น

รดน้ำดำหัวประเพณีสงกรานต์ หรืออวยพรวันเกิด เป็นต้น

5.7 จัดให้ผู้ป่วยได้ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ดูวีซีดี การ์ตูนตามความต้องการของผู้ป่วย

5.8 จัดกิจกรรมนันทนาการให้เกิดความเพลิดเพลิน เช่น การทำกิจกรรมบริหารร่างกายร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ จัดให้วาดภาพการ์ตูนในผู้ป่วยเด็ก และการประดิษฐ์ต่างๆที่ฝึกการใช้มือ เช่น การทำผ้าพันคอ เป็นต้น

5.9 ส่งเสริมการใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ เพื่อคลายความวิตกกังวลและลดความเจ็บปวด รวมทั้งจัดหาหนังสือคลายเครียดหรือหนังสือธรรมะมาให้อ่าน จัดมุมธรรมะ มุมคลายเครียดให้ จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยสวดมนต์ก่อนนอนพร้อมกัน และให้นำสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจมากกราบไหว้ได้ หรือการนิมนต์พระมาให้ผู้ป่วย ญาติและเจ้าหน้าที่ ได้ทำบุญ ตักบาตร ร่วมกัน เป็นต้น

5.10 รายที่มีความวิตกกังวลสูงและมีพฤติกรรม



เปลี่ยนแปลง ประสานกับแพทย์ในการส่งปรึกษาจิตแพทย์ดูแลให้ได้รับยาและให้การดูแลอย่างใกล้ชิด

5.11เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกราย และติดตามการดูแลต่อเนื่อง ให้ความรู้การเตรียมจำหน่าย การดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านกรณีส่งต่อรวมทั้งการติดตามสอบถามอาการหลังจำหน่ายหรือเยี่ยมบ้าน การประสานกับ PCU ให้การดูแลต่อเนื่อง และประสานกับห้องตรวจผู้ป่วยนอก ติดตามผลการดูแลรักษา เมื่อผู้ป่วยมา Follow up

5.12 ในรายที่บาดเจ็บรุนแรงหรือมีภาวะที่ไม่สามารถรักษาได้ ให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบรรเทาความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานต่างๆ การประคับประคองจิตใจและให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ เช่น การขอให้อัลไซกรม การนิมนต์พระมาสวดหรือทำบุญ ถวายสังฆทาน เป็นต้น

สรุป

การดูแลผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก บทบาทพยาบาล ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละระยะ เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมองค์รวม ความต้องการการดูแลที่สำคัญคือ การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมการหายใจของแผล การดูแลบาดแผล การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อให้บาดเจ็บหายเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ รวมทั้งอวัยวะต่างๆไม่ผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

บรรณานุกรม

จอมจักร จันทรสกุล. (2551). การรักษาและป้องกันแผลติดเชื้อในผู้ป่วยแผลไหม้รุนแรง. ใน พรพรหม เมืองแมน จอมจักร จันทรสกุล และพรเทพ เปรมโยธิน. (บรรณาธิการ). Update on Wound Care 2008. (หน้า 30-39). ชมรมสมานแผลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร. พรพรหม เมืองแมน. (2552). บทเรียนจากบาดเจ็บไฟไหม้ซานติก้าผับ. วารสารบาดเจ็บไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย. 3(5): 17-26.

ชิตชนก มยุรภักดิ์ อรรถพรณ โดสิงห์ และสุพร ดนัยดุขฎีกุล. (2006). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผลในผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก. The Thai Journal of Nursing Council. 21(2) :73-83.

บวรศิลป์ เซาวนชื่น. (2541). บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก. ใน บวรศิลป์ เซาวนชื่น. (บรรณาธิการ) หลักการพื้นฐานของศัลยศาสตร์ตกแต่ง. (หน้า 130-176). หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธัญลักษณ์ ทองเจริญ และคณะ. (2555). โครงการพัฒนางาน การลดความเจ็บปวดจากการทำแผล โดยใช้ NSS อุ้งล่างแผล. หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัชนี เภยจอนิ่ง และสุภาพรณ สุวรรณโชติ. (2551). การอาบน้ำผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกในอ่างอาบน้ำ (Hydrotherapy tub in burn patients). วารสารบาดเจ็บไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย. 2 (3): 49-52.

สุปราณี นิรัตติศาสตร์. (2550). การบำบัดความปวดสำหรับผู้ป่วยแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก. ใน พรพรหม เมืองแมน. (บรรณาธิการ). Burn Care 2007. (หน้า 79-83). ชมรมแพทย์อุบัติเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร.

หอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก. (2554). ภาพการดูแลผู้ป่วยแผลไหม้. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อภิชาติ พลอยสังวาลย์. (2546). Pitfall in Burn Management. ใน ศรีชัย ชัยพฤกษ์ อนันตชัย เดชอมรธัญ และวัฒน์ศักดิ์ เพิ่มทรัพย์ (บรรณาธิการ). Clinical practice in burn. (หน้า 220-239). ชมรมแพทย์อุบัติเหตุไฟไหม้น้ำร้อนลวกแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ:ไฟร์พลัส โปริเจ็ค .

อุรวดี เจริญไชย. (2548). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้. งานบริการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Carrouger, G.J. (1998). Burn wound assessment and topical treatment. In Carrouger , G.J. (eds.). Burn Care and Therapy. (pp. 133-165). Missouri: Mosby.

Flanagan, M and Graham, J. (2001). Should burn blisters be left intact or debridment ? Journal of Wound Care. 10(2): 41-45.

Konop, D.J. (1991). General local treatment. In Trofino,R,B, (eds). Nursing Care of The Burn Injured Patient. (pp.42-67). Philadelphia : F.A. Davis Company.

Smeltzer, S.C. and Bare, B,G. (2004). Textbook of medical – surgical nursing. Volume 2 (10th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.