



Best Practice

Evidence based information sheets for health professionals

ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับนักวิชาชีพด้านสุขภาพ

แผลกดทับ-การป้องกันแรงกดที่สัมพันธ์กับการทำลายเนื้อเยื่อ

(Pressure ulcers-prevention of pressure related damage)

ข้อเสนอแนะ

- ทำและการเปลี่ยนท่าควรมีจุดมุ่งหมายที่หลีกเลี่ยงแรงกดบนปุ่มกระดูกหรือผิวของร่างกาย (เกรดบี)
- การประเมินความเสี่ยงด้วยเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงควรจะทำในวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอย่างน้อยวันละครั้ง นอกจากนี้ควรประเมินภาวะโภชนาการด้วย (เกรดบี)
- การให้อาหารทางปากแก่ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก 2 มื้อในแต่ละวันจะเกิดประโยชน์ในรายที่พักฟื้นจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
- แบบประเมินพราเดน (Braden scale) เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงในการทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (เกรดบี)
- ที่นอนโฟมช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ที่มีความเสี่ยงเมื่อเทียบกับที่นอนปกติของโรงพยาบาล (เกรดบี)

ระดับของข้อเสนอแนะ

ระดับของข้อเสนอแนะนี้อยู่บนฐานของระดับประสิทธิผลของ JBI ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 2006

เกรดเอ	สนับสนุนอย่างมาก ← ให้นำไปปฏิบัติ
เกรดบี	สนับสนุนระดับปานกลาง ← ให้นำไปปฏิบัติ
เกรดซี	ไม่สนับสนุน

แหล่งของข้อมูล

ข้อมูลการปฏิบัติซึ่งเป็นเลิศนี้ทำเพิ่มขึ้นจากข้อมูลที่เคยตีพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 1997 ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบระหว่างปี ค.ศ. 2003 – 2006

เบื้องหลัง

แผลกดทับในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Pressure sores, bedsores, decubiti หรือ decubitis ulcers หมายถึง บริเวณที่ถูกทำลายเฉพาะที่หรือผิวหนังและเนื้อเยื่อข้างใต้ได้รับบาดเจ็บ ที่เกิดจากแรงกดทับ การเสียดสีหรือฉีก โดยทั่วไปเกิดเหนือบริเวณปุ่มกระดูก เช่น บริเวณฐานของกระดูกสันหลัง ส้นเท้าและสะโพก และมักเกิดกับผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไชสันหลังได้รับบาดเจ็บ การเจ็บป่วยเฉียบพลันที่รุนแรง (ผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก) และผู้สูงอายุ³⁻⁵ การป้องกันคือการพิจารณาวิธีที่มีประสิทธิผลมากที่สุดในการดูแลเนื้อเยื่อ ส่วนคุณภาพการพยาบาลเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการแผลกดทับ³ อย่างไรก็ตามการป้องกันที่แท้จริงยังไม่ชัดเจน วิธีการป้องกันโดยทั่วไปแบ่งออกเป็นหลายส่วน ได้แก่ การค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การจัดทำใหม่ร่วมกับการใช้ที่รองรับที่ลดแรงกดทับ และการดูแลโภชนาการ³⁻⁵

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในรายงานนี้เป็นการทบทวนในเรื่องประสิทธิภาพของแบบประเมินความเสี่ยง การจัดทำใหม่ การใช้ที่รองรับและการเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันแผลกดทับ การจัดการ (รวมทั้งการรักษา) แผลกดทับจะอภิปรายในเอกสารอีกฉบับหนึ่ง

วัตถุประสงค์

จุดมุ่งหมายของเอกสารข้อมูลการปฏิบัติเป็นเลิศนี้ให้ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรสุขภาพถึงวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันแผลกดทับ

นิยามศัพท์

แผลกดทับ หมายถึง การที่ผิวหนังและ/หรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ได้รับบาดเจ็บเฉพาะที่ มักเกิดกับบริเวณเหนือปุ่มกระดูก ซึ่งเกิดจากการมีแรงกดหรือแรงกดร่วมกับการเสียดสี และ/หรือการเสียดสี

การลดแรงกดทับอย่างคงที่ด้วยเทคโนโลยีระดับต่ำ (Low technology constant pressure supports; CLP) ได้แก่ การใช้เนื้อแกะ ที่รองรับอัดลม ที่รองรับอัดด้วยน้ำ ที่รองรับเป็นโฟม ที่มีพื้นผิวเรียบหรือเป็นลูกคลื่น ที่รองรับอัดด้วยเจล ที่รองรับอัดด้วยลูกปัด ที่รองรับอัดด้วยซิลิโคนไฟเบอร์

คุณภาพของงานวิจัย

โดยภาพรวมผู้เขียนรายงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้รายงานว่าคุณภาพของงานวิจัยที่นำมาทบทวนอยู่ในระดับต่ำ โดยที่หลายรายงานมีขนาดเล็กและมีคุณภาพในวิธีการวิจัยต่ำ ผู้เขียนรายงานได้ให้ข้อคิดบางประเด็นเกี่ยวกับการวิจัยเรื่องการป้องกันแผลกดทับว่าอาจเป็นการยากที่จะทำให้เป็นมาตรฐานเนื่องจากมักจะเป็นไปได้ที่จะปิดบังวิธีการจัดการกระทำในการทดลอง

ชนิดของการจัดกระทำและข้อค้นพบ

แบบประเมินความเสี่ยง

ขั้นตอนแรกในการป้องกันแรงกดที่สัมพันธ์กับการทำลายคือ การใช้แบบวัดประเมินความเสี่ยงที่ช่วยค้นหา “ผู้ทีเสี่ยง” แบบประเมินความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำหรับพิจารณาให้คะแนนตามตัวแปรที่พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง แบบประเมินพราเดน (The Braden scale) แบบประเมินวอเตอร์โรค (Waterlow Scale) และแบบประเมินนอร์ตัน (The Norton Scale) ถูกนำมาใช้กันมากในการปฏิบัติทางคลินิก² ข้อจำกัดหนึ่งของแบบประเมินเหล่านี้ คือ ไม่มีข้อสรุปในการใช้แบบประเมินในเรื่อง “คะแนนที่เป็นจุดตัด (Cut-off scores)” หมายถึง ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนว่า ผู้ป่วยที่เสี่ยงนั้นจะเกิดแผลกดทับและวิธีป้องกันจะใช้ได้ผลหรือไม่ ซึ่งหมายความว่า บางครั้งมีการนำวิธีการป้องกันไปใช้กับผู้ป่วยที่ไม่ต้องการหรือในบางครั้งไม่ได้ถูกนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากกว่า

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ศึกษาถึงประสิทธิภาพของแบบประเมินความเสี่ยงได้รวบรวมงานวิจัยถึงความเที่ยงตรงของแบบประเมิน 30 รายงานและงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพ 3 รายงาน ผลการทบทวนให้ข้อเสนอแนะว่า ยังไม่มีหลักฐานที่เพียงพอในการยืนยันได้ว่า การใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการปฏิบัติทางคลินิกจะลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้ อย่างไรก็ตามมี 1 รายงานที่แสดงให้เห็นว่า การใช้แบบประเมินสามารถปรับปรุงการใช้ที่รองรับแรงกดขณะที่อีกรายงานแสดงให้เห็นว่า การใช้แบบประเมินมีประโยชน์เท่า ๆ กับวิธีการปฏิบัติเพื่อป้องกันที่ใช้กันก่อนหน้านี้²

The Braden scale พบว่า มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นดีที่สุด และถูกนำไปใช้กันอย่างกว้างขวาง The Norton Scale มีความเที่ยงตรงสูงเป็นอันดับ 2 แต่ยังต้องการการปรับปรุงอีก แม้ว่า The Waterlow Scale จะสามารถทำนายความเสี่ยงได้ดีและมีความไวสูง แต่มีความจำเพาะต่ำซึ่งหมายความว่าแบบประเมินนี้บ่งชี้ว่าผู้ป่วยหลายรายมีความเสี่ยง แต่ในความเป็นจริงแล้วไม่ได้เสี่ยง เป็นเหตุให้มีการใช้วิธีการป้องกันกับผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น²

ทั้ง The Braden scale และ The Norton Scale ทำนายความเสี่ยงได้ดีกว่า การที่พยาบาลใช้การตัดสินใจจากทางคลินิกโดยลำพัง²

พื้นผิวยรองรับ

การใช้ Low technology constant pressure supports; CLP

เปรียบเทียบที่นอนโฟมที่ใช้ทั่วไปในโรงพยาบาล กับ CLP แบบอื่น

งานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized Controlled Trials: RCTs) 7 รายงาน ศึกษาเปรียบเทียบที่นอนแบบมาตรฐานทั่วไปกับ CLP พบว่า การใช้สิ่งทดแทนโฟม (foam alternatives) ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง เมื่อเทียบกับที่นอนมาตรฐานของโรงพยาบาล

เปรียบเทียบระหว่างที่นอน CLP ชนิดต่าง ๆ

งานวิจัยแบบ RCTs 8 รายงานศึกษาเปรียบเทียบชนิดต่าง ๆ ของ CLP ทั้ง โฟมที่รองรับอัดอากาศ ที่รองรับอัดน้ำ ที่รองรับอัดเจล ที่รองรับอัดซิลิโคนไฟเบอร์ การยกสันเท้าและหนังแกะ

งานวิจัย 2 รายงาน ศึกษาผลของหนังแกะต่ออุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับรายงานหนึ่งศึกษากับผู้ป่วยโรคกระดูก 297 คนพบว่า อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อใช้หนังแกะ⁴ อีกรายงานหนึ่งเปรียบเทียบกับที่นอนมาตรฐานของโรงพยาบาลทั้งที่มีและไม่มีหนังแกะพบที่พบว่า รูปแบบวิจัย ไม่ดีและมีขนาดการศึกษาน้อยเกินกว่าที่ทดสอบได้ถึงความแตกต่างของผลการจัดกระทำทั้ง²⁴

รายงานวิจัยหนึ่งทดสอบเปรียบเทียบที่นอนแบบ CLP ที่ทำโดยใช้ถุงลม 21 ชั้นเทียบกับที่นอนมาตรฐานของโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยที่นอนบนที่นอนมาตรฐานของโรงพยาบาลเกิดแผลกดทับ 37% พบที่ผู้ป่วยที่นอนบนที่นอนอีกแบบไม่เกิดแผลกดทับเลย

การวิจัยหนึ่งศึกษากับผู้ป่วย 52 ราย โดยเปรียบเทียบ 3 กลุ่ม คือ ใช้อุปกรณ์ยกสันเท้า ใช้ Vinyl boot with a built in foot cradle (Foot Waffle) และใช้หมอนรองยกสันเท้า พบว่า แผลกดทับเกิดมากขึ้นในกลุ่มที่ใช้ Foot Waffle อย่างไรก็ตามความแตกต่างนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ⁴

ส่วนการศึกษาอื่น ๆ นั้น พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่รองรับแรงกดแบบอื่น ๆ

การวิจัยแบบ RCTs ที่ทดสอบที่รองรับแรงกดแบบอื่น ๆ พบว่า เป็นรายงานที่ไม่ดีและเป็น การศึกษาขนาดเล็ก จึงยังต้องการการศึกษาเพิ่มเติม เพื่อพิจารณาถึงประสิทธิภาพทางคลินิก

การจัดกระทำอื่น ๆ

การทดสอบบนเตียงผ่าตัด

งานวิจัย RCTs 4 รายงานทดสอบวิธีการลดแรงกดทั้ง 4 แบบ ในเตียงผ่าตัด รายงานแรก เปรียบเทียบ Visco-elastic polymer pad กับเตียงปกติ พบว่า ลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับหลังผ่าตัดได้ 47% ในกลุ่มที่ใช้ Polymer pad หลังการผ่าตัดใหญ่, การผ่าตัดทางนรีเวชวิทยาหรือการผ่าตัดหลอดเลือด⁴

งานวิจัย RCTs 2 รายงาน เปรียบเทียบการใช้ Micro pulse alternative system ระหว่าง การผ่าตัดกับ gel pad ระหว่างการผ่าตัดและที่นอนมาตรฐานหลังการผ่าตัดพบว่า อัตราความเสี่ยงเท่ากับ 0.21 (95% CI 0.06 – 0.70) ในรายที่ใช้ Micro pulse alternative system แต่ยังไม่ชัดเจนถึงผลของการ กระทำระหว่างการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดว่าช่วงตอนใดลดแรงกดได้ดีกว่าหรือทั้ง 2 ช่วงตอน

งานวิจัยสุดท้ายเป็นการศึกษาเปรียบเทียบที่นอนในห้องผ่าตัดปูทับด้วยการดูแลปกติ (ที่นอนโฟมและแผ่นรอง) ผลพบว่า กลุ่มที่มีการปูทับด้วยจะมีผิวหนังเปลี่ยนแปลงไปหลังการผ่าตัด ผู้ป่วย 6

รายเกิดแผลกดทับระดับ 2 หรือมากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมเพียง 3 รายที่เกิดแผลกดทับระดับ 2 หรือมากกว่า

Seat cushions

งานวิจัย RCTs 3 รายงาน ศึกษาเปรียบเทียบที่นั่งหลาย ๆ ชนิด งานวิจัยหนึ่งเปรียบเทียบ Slab foam กับ โฟมแบบเรียบ พบว่าไม่แตกต่างกัน การวิจัยอีกงานหนึ่งเปรียบเทียบ Jay gel และ foam wheel chain cushion กับ foam cushion กับผู้ป่วย 141 ราย พบว่ากลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับน้อยกว่า แต่ก็ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยที่ 3 เปรียบเทียบ slab foam cushion beveled at the bars กับ Contoured foam cushion และ a posterior cut out พบว่า ไม่แตกต่างกันในเรื่องอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ

การเปลี่ยนท่า

ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง เป็นสิ่งที่ทำเป็นปกติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ³ งานวิจัย RCTs 2 รายงาน ประเมินการเปลี่ยนท่า มี 1 รายงานศึกษาผลของการเปลี่ยนท่าในช่วง 4 สัปดาห์ ในสถานดูแลสุขภาพระยะยาว 11 สถาบัน พบว่า การเปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง รวมกับการใช้ที่นอนโฟมสามารถลดการเกิดแผลกดทับเมื่อเทียบกับการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง บนที่นอนมาตรฐานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้มีข้อจำกัดในเรื่องวิธีการวิจัย ดังนั้น ผลการวิจัยนี้จึงแนะนำให้เปลี่ยนท่าผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมงแทนการเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง³

การวิจัย RCT หนึ่งศึกษาประสิทธิภาพของ ท่านอนต่าง ๆ ของผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบท่านอนยกเท้าสูง 30 องศา (วางหมอนใต้ก้นกับขาแต่ละข้อ) กับท่านอนตะแคง 90 องศา ในการศึกษาผู้ป่วยสูงอายุ 46 ราย พบว่า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การส่งเสริมโภชนาการ

หลักฐานบางรายงานแสดงให้เห็นว่า การมีภาวะโภชนาการที่ไม่ดีสัมพันธ์กับอุบัติการณ์และความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับ^{3,5} การศึกษา 4 รายงานศึกษาการเสริมโภชนาการ แบบผสมผสาน ได้แก่ การเสริมโปรตีนอย่างเดียว การเสริมโปรตีนถึงวิตามิน คาร์โบไฮเดรตและไขมัน

งานวิจัย RCT หนึ่ง ศึกษาผู้ป่วยที่กระดูกฟิเมอร์หัก 59 คน ในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งได้รับอาหารตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งได้รับอาหารเสริม 1 ครั้ง ต่อวัน แต่งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนที่วิธีการวิจัยและไม่พบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดแผลกดทับ⁵

งานวิจัย RCT อีกรายงานหนึ่งกับผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหักและมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ 140 คน ซึ่งได้รับอาหารตามปกติของโรงพยาบาล หรือได้รับอาหารเสริมโดยให้เป็นอาหารทางสายยางด้วยเครื่องปั๊มให้อาหารตลอดคืน แต่งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดที่พบว่า มีผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง 40%

เท่านั้นที่ยอมรับประทานอาหารด้วยวิธีดังกล่าวมากกว่า 1 สัปดาห์ และมีเพียง 26 %ที่ยอมรับประทานอาหารนี้เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเกิดแผลกดทับ⁵

ผู้ป่วยที่ถูกเลือกให้เข้ารับการจัดกระทำในการวิจัยหนึ่ง ได้รับอาหารเสริมทางปากร่วมกับอาหารปกติขณะที่ในกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเพียงอาหารปกติ กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 65 ปี และอยู่ในระยะเฉียบพลันของการเจ็บป่วยวิกฤติ ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองเกิดแผลกดทับน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵

งานวิจัย RCT สดท้าย ศึกษากับผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก โดยให้อาหารเสริม 1 ครั้งร่วมกับอาหารปกติ หรือให้อาหารปกติร่วมกับการให้น้ำเปล่าที่ไม่ให้พลังงาน ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเกิดแผลกดทับ แต่อุบัติการณ์แผลกดทับระดับ 2 ในกลุ่มทดลองในช่วงสัปดาห์ที่ 2 เกิดน้อยกว่าเล็กน้อย (18% เทียบกับ 28%)⁵

การดูแลผิวหนัง

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ รายงานหนึ่งที่น่าเสนอในการประชุมวิชาการของ The European Wounds Management Association (EWMA) ที่รายงานวิจัย RCTs 4 รายงาน และการวิจัยการสังเกต 3 รายงาน พบว่า ในการวิเคราะห์เมต้า ค่าความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับระดับ 1 เท่ากับ 0.4 (CI 95%, 0.24 – 0.66) ซึ่งกลุ่มที่ได้รับ HFA เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก การใช้สาร HFA ทาที่ผิวหนัง ถูกนำมาใช้ในการป้องกันแผลกดทับในหลายประเทศแถบยุโรป³

สรุป

แผลกดทับในหลายรายป้องกันได้ วิธีที่มุ่งเน้นการป้องกันจะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าวิธีที่มุ่งเน้นที่การรักษาแผลที่เกิดขึ้นแล้ว

แผนกคหีบ – การป้องกันการทำลายที่สัมพันธ์กับแรงกด

