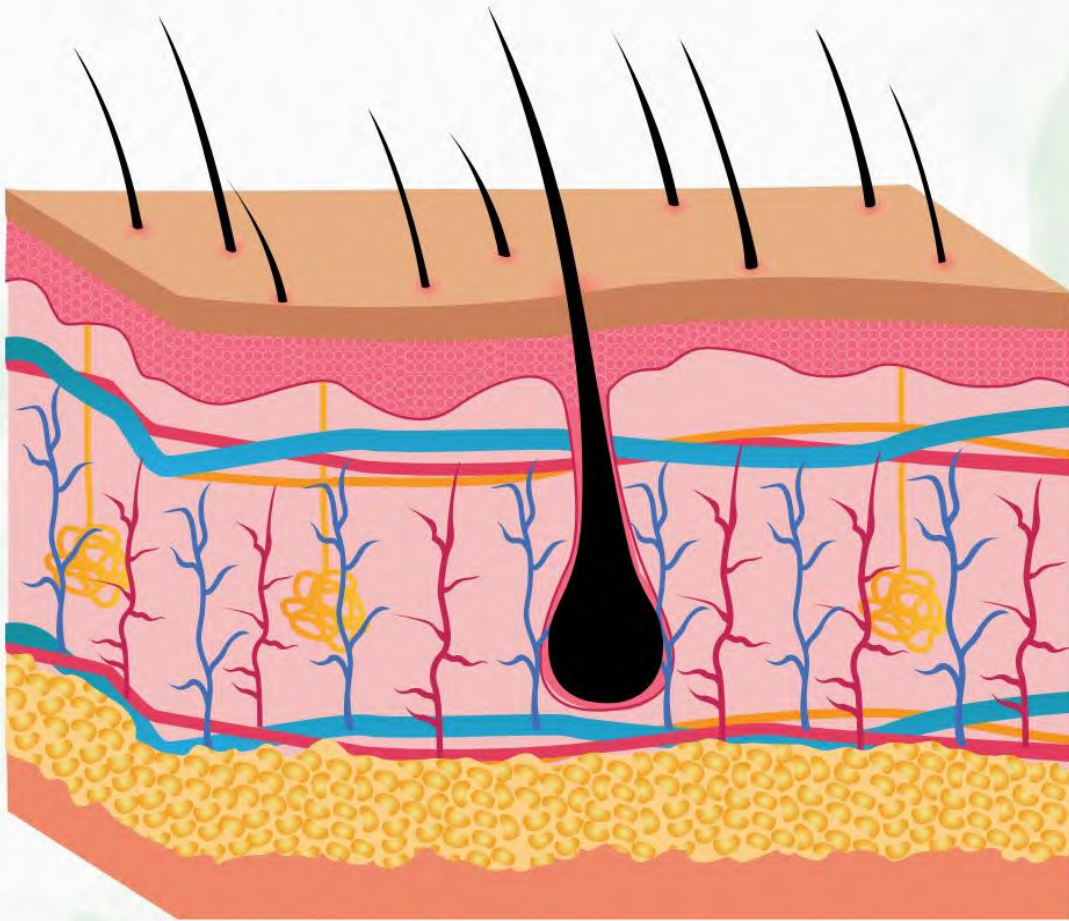


# การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทาง ปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์

DERMATOLOGICAL NURSING: AN EVIDENCE-BASED PRACTICE GUIDE



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีบตระกูล ตันตลานุกุล  
ดร.ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา  
อาจารย์ชลกนก ชนาภควัตกุล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์

**Dermatological Nursing: An Evidence-Based Practice Guide**

การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์  
**Dermatological Nursing: An Evidence-Based Practice Guide**

ผู้แต่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีบตระกูล ตันตลานุกุล  
ดร.ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา  
อาจารย์ชลกนก ธนาภควัตกุล

ISBN (e-book) 978-616-629-724-9

พิมพ์ครั้งแรก ตุลาคม พุทธศักราช 2568 (ฉบับ e-book)

ราคา 180 บาท

จัดทำโดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีบตระกูล ตันตลานุกุล  
วิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์ เลขที่ 38/40 ถนนเกษฎาบดินทร์  
ตำบลท่าอิฐ อำเภอเมืองอุตรดิตถ์ อุตรดิตถ์ 53000  
โทรศัพท์ 08-1474-9058 e-mail : seubtrakul@unc.ac.th

**ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ**

**National Library of Thailand Cataloging in Publication Data**

สีบตระกูล ตันตลานุกุล.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์ = Dermatological nursing: an evidence-based practice guide.-- อุตรดิตถ์ : [ม.ป.พ.], 2568.  
200 หน้า.

1. การพยาบาลโรคผิวหนัง. I. ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, ผู้แต่งร่วม. II. ชลกนก ธนาภควัตกุล, ผู้แต่งร่วม. III. ชื่อเรื่อง.

616.50231

ISBN 978-616-629-724-9

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติการพิมพ์ห้ามมิให้ทำซ้ำหรือลอกเลียนแบบ  
โดยไม่ได้รับอนุญาต

## คำนำ

ตลอดระยะเวลาที่ผมปฏิบัติงานสอนและให้คำปรึกษาด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ ผมสังเกตเห็นความท้าทายที่พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญเมื่อดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนัง แม้โรคผิวหนังจะเป็นสาเหตุการมาใช้บริการสุขภาพอันดับต้นๆ ของประเทศ แต่เนื้อหาในหลักสูตรมีจำกัด และแหล่งความรู้ภาษาไทยที่บูรณาการหลักวิชาการกับบริบทสังคมไทยยังมีน้อย

หนังสือ "การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์" จึงถือกำเนิดขึ้นจากความมุ่งมั่นที่จะเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว เนื้อหา 5 บทครอบคลุมตั้งแต่กายวิภาคสรีรวิทยาผิวหนัง การประเมินอาการอย่างเป็นระบบ การดูแลโรคที่พบบ่อย ไปจนถึงการพยาบาลเฉพาะทางและแนวโน้มนอนาคต ที่สำคัญคือการนำเสนอแนวทางการดูแลที่เหมาะสมกับสภาพภูมิอากาศเขตร้อนชื้น โรคที่สัมพันธ์กับอาเซียนในสังคมไทย และการให้สุขศึกษาที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรม

หนังสือเล่มนี้มุ่งหวังให้เป็นเครื่องมือปฏิบัติจริงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข โดยผสมผสานระหว่างหลักการทางทฤษฎี แนวปฏิบัติที่ดี กรณีศึกษา และแบบฝึกหัดที่สามารถนำไปใช้ได้ทันที ผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าหนังสือเล่มนี้จะช่วยยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังในประเทศไทย สร้างความมั่นใจและทักษะให้แก่พยาบาล และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีปตระกูล ตันตลานุกุล

# สารบัญ

	หน้า
<b>บทที่ 1: พื้นฐานผิวหนังและบทบาทพยาบาลในการดูแลโรคผิวหนัง</b>	
• กายวิภาคและสรีรวิทยาของผิวหนัง	
- โครงสร้างชั้นผิวหนังและหน้าที่	1
- ผิวหนังคนไทยและความแตกต่างตามชาติพันธุ์	4
• การประเมินผิวหนังอย่างเป็นระบบ	
- เทคนิคการตรวจร่างกายผิวหนัง	8
- การบันทึกลักษณะรอยโรคที่พบ (Primary & Secondary lesions)	11
- เครื่องมือประเมินที่ใช้ในทางคลินิก	14
• บทบาทพยาบาลในการดูแลโรคผิวหนัง	
- การพยาบาลเชิงป้องกัน รักษา พื้นฟู	19
- การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ	23
- การให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย	24
• ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพผิวหนังในบริบทไทย	25
• กรณีศึกษา	33
<b>บทที่ 2: การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังอักเสบและภูมิแพ้</b>	
• โรคผิวหนังอักเสบ (Dermatitis/Eczema)	44
- Atopic dermatitis, Contact dermatitis, Seborrheic dermatitis	44
- การประเมินความรุนแรง (SCORAD, EASI)	48
- การพยาบาล: การดูแลผิวชุ่มชื้น, การใช้ยาทาที่ถูกต้อง	49
- การจัดการอาการคัน	53
• โรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis)	
- ชนิดและลักษณะทางคลินิก	56
- ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต	57
- การพยาบาลและการติดตามผล	59

	หน้า
- การดูแลสุขภาพจิต	61
• โรคผิวหนังจากแสงแดด	
- Photodermatitis, Polymorphous light eruption	64
- การป้องกันและคำแนะนำในสภาพอากาศไทย	67
- การเลือกและใช้ครีมกันแดดอย่างถูกต้อง	68
• การให้สุขศึกษาและการปรับพฤติกรรม	75
- เทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	76
- การแก้ไขความเชื่อผิดๆ	79
• กรณีศึกษา	84
<b>บทที่ 3: การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อผิวหนัง</b>	
• โรคติดเชื้อแบคทีเรีย	
- Impetigo, Cellulitis, Folliculitis	100
- Leprosy (โรคที่ยังพบในประเทศไทย)	105
- การพยาบาลและการป้องกันการแพร่กระจาย	107
- การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	109
• โรคติดเชื้อไวรัส	
- Herpes simplex, Herpes zoster, Warts	112
- Molluscum contagiosum	116
- การจัดการอาการปวดใน Herpes zoster	117
• โรคติดเชื้อรา	
- Tinea corporis, Tinea pedis, Candidiasis	121
- การดูแลป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	125
• โรคติดเชื้อปรสิต	
- Scabies, Pediculosis	129
- การจัดการในชุมชนและครอบครัว	131
• การควบคุมการติดเชื้อและแนวทางป้องกัน	136

	หน้า
• กรณีศึกษา	145
<b>บทที่ 4: การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังเรื้อรังและแผล</b>	
• แผลเรื้อรังและการดูแล	
- Pressure ulcers, Diabetic foot ulcers, Venous leg ulcers	162
- หนองใน (Abscess)	165
- การประเมินแผล (ขนาด, ลึก, ลักษณะ, กลิ่น)	166
- หลักการเลือกใช้แผนแปะแผลที่เหมาะสม	167
- การจัดการความปวดจากแผล	169
• ภาวะผิวหนังแห้งและอาการคัน	
- Xerosis, Pruritus	171
- การดูแลในผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไต	173
- การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว	175
• โรคผิวหนังจากเส้นเลือด	
- Vasculitis, Purpura	179
- การประเมินและติดตามอาการ	185
• โรค Urticaria และ Angioedema	
- การจัดการภาวะฉุนเจิก	190
- การระบุสาเหตุและหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้น	193
• กรณีศึกษา	200
<b>บทที่ 5: การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังพิเศษและแนวไหมการพยาบาลในโรค</b>	
• โรคผิวหนังจากยาและเคมีภัณฑ์	
- Drug eruption, Stevens-Johnson syndrome, TEN	217
- การพยาบาลเฝ้าระวังและจัดการภาวะฉุนเจิก	219
- Contact dermatitis จากสารเคมีในการทำงาน	221
• โรคผิวหนังในกลุ่มเฉพา	
- ผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง (Melanoma, BCC, SCC)	225

	หน้า
- ผู้ป่วยโรคภูมิคุ้มกันผิดปกติ (Lupus, Scleroderma)	227
- ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคผิวหนังร่วม	229
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับผลข้างเคียงจากการรักษาโรคมะเร็ง	230
• การพยาบาลผิวหนังเฉพาะทาง	
- Wound care specialist	234
- Cosmetic dermatology nursing	235
- Teledermatology และการพยาบาลทางไกล	236
• แนวโน้มและนวัตกรรมในการพยาบาลโรคผิวหนัง	
- Evidence-based practice	240
- การใช้เทคโนโลยีในการดูแล	243
- การพัฒนาตนเองและการศึกษาต่อเนื่อง	245

## บทนำ

โรคผิวหนังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในประชากรไทย ครอบคลุมตั้งแต่โรคที่มีอาการเล็กน้อยไปจนถึงโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ สถิติจากกระทรวงสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่าโรคผิวหนังอยู่ในอันดับต้นๆ ของสาเหตุการมาใช้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ปัจจัยสภาพภูมิอากาศร้อนชื้นของประเทศไทย การประกอบอาชีพกลางแจ้ง และการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตสมัยใหม่ ล้วนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์โรคผิวหนังที่หลากหลาย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังในทุกระดับของการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมินอาการเบื้องต้น การให้การพยาบาลเฉพาะ การให้ความรู้และคำแนะนำ ไปจนถึงการติดตามผลการรักษา อย่างไรก็ตาม การศึกษาด้านการพยาบาลโรคผิวหนังในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตส่วนใหญ่ยังมีเวลาจำกัด และแหล่งความรู้ที่เป็นภาษาไทยซึ่งบูรณาการความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด สภาพปัญหานี้ส่งผลให้พยาบาลหลายท่านยังขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนัง โดยเฉพาะเมื่อปฏิบัติงานในพื้นที่ห่างไกลที่มีจำนวนแพทย์ผิวหนังจำกัด

หนังสือ "การพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง: แนวทางปฏิบัติบนหลักฐานเชิงประจักษ์" จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองความจำเป็นดังกล่าว เนื้อหาครอบคลุมตั้งแต่ความรู้พื้นฐานด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาของผิวหนัง การประเมินอาการอย่างเป็นระบบ การดูแลโรคผิวหนังที่พบบ่อย ไปจนถึงการพยาบาลโรคผิวหนังเฉพาะทางและแนวโน้มในอนาคต สิ่งที่ทำให้หนังสือเล่มนี้มีเอกลักษณ์คือการบูรณาการความรู้ด้านการพยาบาลโรคผิวหนังที่ทันสมัยเข้ากับบริบทไทย ไม่ว่าจะเป็นการให้ความสำคัญกับโรคผิวหนังที่พบบ่อยในสภาพภูมิอากาศเขตร้อนชื้น โรคผิวหนังที่สัมพันธ์กับอาชีพที่พบในสังคมไทย ตลอดจนการนำเสนอแนวทางการให้สุขศึกษาที่คำนึงถึงความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย หนังสือเล่มนี้มุ่งหวังให้เป็นแนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมและใช้งานได้จริงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ นักศึกษาพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในทุกกระดับ เนื้อหาประกอบด้วยหลักการทางทฤษฎี แนวปฏิบัติที่ตีจากหลักฐานเชิงประจักษ์ กรณีศึกษา และแบบฝึกหัดที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทันที ทั้ง 5 บทได้รับการออกแบบอย่างเป็นระบบ เริ่มจากพื้นฐานสู่เนื้อหาที่ซับซ้อนขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งและต่อเนื่อง ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการยกระดับมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังในประเทศไทย ช่วยให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังได้อย่างมีคุณภาพ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สีปตระกูล ตันตลานุกุล

## บทที่ 1

# พื้นฐานผิวหนังและบทบาทพยาบาลในการดูแลโรคผิวหนัง

### กายวิภาคและสรีรวิทยาของผิวหนัง

ผิวหนังเป็นอุปสรรคชั้นแรกที่แยกร่างกายออกจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิต การทำความเข้าใจโครงสร้างและหน้าที่ของผิวหนังอย่างลึกซึ้งจึงเป็นรากฐานสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของประเทศไทยที่มีสภาพภูมิอากาศร้อนชื้นและความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่งส่งผลต่อลักษณะและปัญหาสุขภาพผิวหนังที่แตกต่างจากประชากรในภูมิภาคอื่น ความรู้ด้านกายวิภาคและสรีรวิทยาจะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสภาพผิวหนังอย่างเป็นระบบ เข้าใจกลไกการเกิดโรค และวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์

### โครงสร้างชั้นผิวหนังและหน้าที่

ผิวหนังประกอบด้วยสามชั้นหลักที่มีโครงสร้างและหน้าที่แตกต่างกัน ได้แก่ ชั้นหนังกำพรั (epidermis) ชั้นหนังแท้ (dermis) และชั้นใต้ผิวหนัง (hypodermis หรือ subcutaneous tissue) โดยแต่ละชั้นมีความซับซ้อนและความสำคัญในการทำงานร่วมกันเพื่อรักษาภาวะสมดุลของร่างกาย (Brito et al., 2024)

#### ชั้นหนังกำพรั (Epidermis)

ชั้นหนังกำพรัเป็นชั้นนอกสุดของผิวหนังที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมโดยตรง มีความหนาประมาณ 0.05-1.5 มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของร่างกาย โดยบริเวณฝ่ามือและฝ่าเท้ามีความหนามากที่สุด ชั้นนี้ประกอบด้วยเซลล์หลายชนิด ได้แก่ keratinocytes ซึ่งเป็นเซลล์หลักคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 90-95 melanocytes ที่ผลิตเม็ดสีเมลานิน Langerhans cells ที่ทำหน้าที่ด้านภูมิคุ้มกัน และ Merkel cells ที่เกี่ยวข้องกับการรับสัมผัส การจัดเรียงของเซลล์เหล่านี้เป็นแบบชั้นซ้อนกันตั้งแต่ฐานถึงผิวนอก ซึ่งสะท้อนกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่และการหลุดร่วงอย่างต่อเนื่อง (Brito et al., 2024) ชั้นหนังกำพรัแบ่งออกเป็นห้าชั้นย่อยตามลำดับจากลึกไปผิวนอก คือ ชั้นฐาน (stratum basale) ซึ่งเป็นชั้นที่มีเซลล์ก้านและเซลล์แบ่งตัวอยู่ ทำหน้าที่สร้างเซลล์ใหม่เพื่อทดแทนเซลล์ที่หลุดร่วง ชั้นหนาม (stratum spinosum) ที่มี keratinocytes เริ่มสังเคราะห์โปรตีน keratin และมี desmosomes เชื่อมเซลล์เข้าด้วยกันอย่างแน่นหนา ชั้นเม็ด (stratum granulosum) ซึ่งเซลล์เริ่มสูญเสียนิวเคลียสและสะสม keratohyalin granules ชั้นใส (stratum lucidum) ที่พบเฉพาะในบริเวณหนังหนาเช่นฝ่ามือฝ่าเท้า และชั้นเขา (stratum corneum) ซึ่งเป็นชั้นนอกสุดประกอบด้วย

เซลล์ตายที่เต็มไปด้วย keratin เรียงซ้อนกันเหมือนอิฐก่อ โดยมี lipid matrix เป็นปูนซีเมนต์ยึดติดกัน โครงสร้างแบบ "brick and mortar" นี้เป็นหัวใจสำคัญของการทำหน้าที่กั้นกันของผิวหนัง (Brito et al., 2024) หน้าที่สำคัญที่สุดของชั้นหนังกำพร้าคือการเป็นอุปสรรคทางกายภาพและเคมีป้องกันการสูญเสียน้ำจากร่างกาย (transepidermal water loss; TEWL) การรุกรานของสารก่อภูมิแพ้ เชื้อโรค และสารเคมีต่างๆ จากสิ่งแวดล้อม ความสมบูรณ์ของชั้นเขาและองค์ประกอบ lipid ระหว่างเซลล์โดยเฉพาะ ceramides, cholesterol และ free fatty acids มีความสำคัญต่อการทำงานนี้อย่างยิ่ง นอกจากนี้ ชั้นหนังกำพร้ายังมีบทบาทในการสร้างเม็ดสีผิวโดย melanocytes ซึ่งผลิต melanin สองชนิดคือ eumelanin ที่ให้สีน้ำตาลดำ และ pheomelanin ที่ให้สีแดงเหลือง อัตราส่วนของเม็ดสีทั้งสองชนิดและปริมาณโดยรวมจะกำหนดสีผิวของแต่ละบุคคลและให้การปกป้องจากรังสีอัลตราไวโอเล็ต (Brito et al., 2024; Naik & Farrukh, 2022)

### ชั้นหนังแท้ (Dermis)

ชั้นหนังแท้ที่อยู่ใต้ชั้นหนังกำพร้าและแยกออกจากกันด้วย basement membrane zone หรือ dermal-epidermal junction ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมสองชั้นเข้าด้วยกันและเป็นโครงสร้างที่สำคัญในการป้องกันการแยกของชั้นผิวหนัง ชั้นหนังแท้มีความหนาประมาณ 1-4 มิลลิเมตร ขึ้นอยู่กับตำแหน่ง และแบ่งออกเป็นสองชั้นย่อยคือ ชั้นเยื่อใยหลวม (papillary dermis) ที่อยู่ติดกับชั้นหนังกำพร้า มีโครงสร้างหลวมและมีเส้นเลือดฝอยหนาแน่น และชั้นเยื่อใยแน่น (reticular dermis) ที่อยู่ลึกกว่า มีโครงสร้างเส้นใยคอลลาเจนและอีลาสตินเรียงตัวแน่นและเป็นระเบียบมากขึ้น (Brito et al., 2024) องค์ประกอบหลักของชั้นหนังแท้คือ extracellular matrix ที่ประกอบด้วยเส้นใยโปรตีน โดยเฉพาะคอลลาเจนชนิดที่ 1 และ 3 ซึ่งคิดเป็นประมาณร้อยละ 70 ของน้ำหนักแห้งของหนังแท้ ให้ความแข็งแรงและทนทานต่อแรงดึง เส้นใยอีลาสตินที่ให้ความยืดหยุ่นและการย้อนกลับสู่สภาพเดิมหลังจากถูกดึงหรือยืด และ ground substance ที่เป็นเจลประกอบด้วย glycosaminoglycans (GAGs) โดยเฉพาะ hyaluronic acid ซึ่งมีความสามารถในการกักเก็บน้ำสูง นอกจากนี้ยังมี fibroblasts ซึ่งเป็นเซลล์หลักที่สังเคราะห์และบำรุงรักษาเส้นใยและ ground substance เหล่านี้ รวมถึงเซลล์ภูมิคุ้มกันหลายชนิดเช่น macrophages, mast cells และ lymphocytes ที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอม (Brito et al., 2024) ชั้นหนังแท้มีโครงสร้างผนวกสำคัญหลายอย่าง ได้แก่ เส้นเลือดที่แพร่กระจายทั่วทั้งชั้นเยื่อใยหลวมและแน่น ทำหน้าที่นำอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยงเซลล์ผิวหนังและนำของเสียออกไป รวมถึงมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอุณหภูมิร่างกายผ่านการขยายและหดตัวของหลอดเลือด ต่อมเหงื่อ (eccrine และ apocrine glands) ที่ช่วยในการระบายความร้อนและขับของเสียต่อมไขมัน (sebaceous glands) ที่ผลิต sebum ช่วยหล่อลื่นและป้องกันผิวหนัง รูขุมขน (hair follicles) และ

ปลายประสาทรับความรู้สึกต่างๆ เช่น สัมผัส ความเจ็บปวด อุณหภูมิ และความดัน โครงสร้างเหล่านี้ทำให้ชั้นหนังแท้มีหน้าที่ที่ซับซ้อนเกินกว่าเพียงการให้โครงสร้างรองรับ (Brito et al., 2024)

### ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis)

ชั้นใต้ผิวหนังหรือชั้นไขมันใต้ผิวหนังเป็นชั้นลึกที่สุดของผิวหนัง ประกอบด้วยเนื้อเยื่อเกี่ยวพันชนิดหลวมและเนื้อเยื่อไขมัน (adipose tissue) ความหนาของชั้นนี้แตกต่างกันมากตามตำแหน่งและปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ โภชนาการ และพันธุกรรม adipocytes หรือเซลล์ไขมันเป็นเซลล์หลักในชั้นนี้ จัดเรียงเป็นกลุ่มแยกออกจากกันโดยเส้นใยคอลลาเจน เส้นเลือดขนาดใหญ่และประสาทยังแพร่กระจายผ่านชั้นนี้ก่อนจะแตกแขนงขึ้นไปยังชั้นหนังแท้ นอกจากนี้ ต่อมเหงื่อบางส่วนและต่อมเหงื่อชนิด apocrine บางส่วนก็อาจพบในชั้นนี้ (Brito et al., 2024) หน้าที่หลักของชั้นใต้ผิวหนังคือการเก็บพลังงานในรูปของไขมัน การเป็นฉนวนกันความร้อนช่วยรักษาอุณหภูมิร่างกาย การเป็นเบาะรองรับกระดูก และการเชื่อมต่อกับเนื้อเยื่อลึกกว่าเช่นกล้ามเนื้อและกระดูก นอกจากนี้ เนื้อเยื่อไขมันยังมีบทบาทเป็น endocrine organ ที่ผลิตฮอร์โมนและสารสื่อกลางหลายชนิด เช่น leptin และ adiponectin ซึ่งส่งผลต่อการเผาผลาญพลังงานและกระบวนการอักเสบ ความเข้าใจเกี่ยวกับชั้นนี้มีความสำคัญในการดูแลแผลลึกลับ การให้ยาฉีด และการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วย (Brito et al., 2024)

### หน้าที่รวมของผิวหนัง

ผิวหนังทั้งสามชั้นทำงานประสานกันเพื่อปฏิบัติหน้าที่หลายประการที่สำคัญต่อการดำรงชีวิต หน้าที่การป้องกัน (protective barrier function) เป็นหน้าที่หลักที่สุด โดยป้องกันการสูญเสียน้ำและอิเล็กโทรไลต์ รวมถึงการเข้าสู่ร่างกายของเชื้อโรค สารก่อภูมิแพ้ สารเคมี และสารพิษต่างๆ ชั้นเขาที่มีโครงสร้างแน่นหนา ร่วมกับสารต้านจุลชีพธรรมชาติและ pH ที่เป็นกรดเล็กน้อย (ประมาณ 4.5-6) ช่วยสร้างสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการเจริญของเชื้อก่อโรค หน้าที่การรับความรู้สึก (sensation) ทำได้ผ่านเครือข่ายเซ็นเซอร์ทางประสาทที่ตอบสนองต่อสัมผัส ความดัน อุณหภูมิ และความเจ็บปวด ช่วยให้เราสามารถรับรู้และตอบสนองต่อสภาพแวดล้อม (Brito et al., 2024) การควบคุมอุณหภูมิ (thermoregulation) เป็นหน้าที่สำคัญที่ผิวหนังทำได้หลายวิธี เมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น หลอดเลือดผิวหนังจะขยายตัว (vasodilation) เพื่อให้เลือดไหลมาที่ผิวหนังมากขึ้นและปล่อยความร้อนออก ประกอบกับการหลั่งเหงื่อที่ระเหยทำความเย็น ในทางกลับกันเมื่ออุณหภูมิลดลง หลอดเลือดจะหดตัว (vasoconstriction) เพื่อลดการสูญเสียความร้อน กลไกเหล่านี้มีความสำคัญอย่างยิ่งในสภาพภูมิอากาศร้อนชื้นของประเทศไทย ซึ่งร่างกายต้องทำงานหนักในการระบายความร้อนอยู่ตลอดเวลา (Brito et al., 2024; Hui-Beckman et al., 2023) หน้าที่การสังเคราะห์วิตามินดี (vitamin D synthesis) เกิดขึ้นเมื่อผิวหนังได้รับรังสีอัลตราไวโอเล็ต B (UVB) ทำให้ 7-dehydrocholesterol

ในชั้นหนังกำพร้าเปลี่ยนเป็น previtamin D3 และต่อมาเป็น vitamin D3 ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการเผาผลาญ แคลเซียมและสุขภาพกระดูก นอกจากนี้ ผิวหนังยังมีบทบาทด้านภูมิคุ้มกัน (immunological function) ผ่าน Langerhans cells และเซลล์ภูมิคุ้มกันอื่นๆ ที่เฝ้าระวังและตอบสนองต่อเชื้อโรคและสารก่อมะเร็ง รวมถึงการมีส่วนร่วมในการสร้างความทนทานต่อสารก่อภูมิแพ้บางชนิด การรักษาสสมดุลระหว่างการตอบสนองภูมิคุ้มกันและความทนทานเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันโรคผิวหนังอักเสบและภูมิแพ้ (Brito et al., 2024)

### ผิวหนังคนไทยและความแตกต่างตามชาติพันธุ์

การทำความเข้าใจความแตกต่างของผิวหนังตามชาติพันธุ์เป็นพื้นฐานสำคัญในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีประชากรหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรม การศึกษาในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าผิวหนังของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ มีความแตกต่างกันทั้งในด้านโครงสร้าง สรีรวิทยา และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ ความแตกต่างเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความเสี่ยงในการเกิดโรคผิวหนังบางชนิด ประสิทธิภาพของการรักษา และการดูแลที่เหมาะสม (Naik & Farrukh, 2022)

### ความแตกต่างของโครงสร้างและองค์ประกอบผิวหนัง

ความแตกต่างที่เห็นได้ชัดเจนนที่สุดคือสีผิวซึ่งเกิดจากปริมาณ ชนิด และการกระจายตัวของเม็ดสีเมลานิน การศึกษาพบว่าจำนวนของ melanocytes ในผิวหนังค่อนข้างคงที่ในทุกชาติพันธุ์ อยู่ที่ประมาณ 1,000-2,000 เซลล์ต่อตารางมิลลิเมตร แต่ความแตกต่างอยู่ที่ขนาด ชนิด และปริมาณของ melanosomes (ถุงที่บรรจุเม็ดสี) รวมถึงประสิทธิภาพในการถ่ายโอนเม็ดสีไปยัง keratinocytes ผิวหนังสีเข้มมี melanosomes ที่ใหญ่กว่า กระจายตัวเดี่ยวๆ และมีปริมาณ eumelanin สูง ในขณะที่ผิวหนังสีอ่อนมี melanosomes ที่เล็กกว่า รวมกลุ่มกัน และมี pheomelanin มากกว่า คนไทยและคนเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยทั่วไปมีผิวหนังสีน้ำตาลปานกลาง (Fitzpatrick skin type III-IV เป็นส่วนใหญ่) ซึ่งให้การปกป้องจากรังสียูวีระดับปานกลาง แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติของการสร้างเม็ดสีและโรคผิวหนังจากแสงแดด (Naik & Farrukh, 2022; Harvey et al., 2024) ความหนาของชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้ยังแตกต่างกันตามชาติพันธุ์ การศึกษาหลายชิ้นพบว่าผิวหนังของคนผิวเข้มมีชั้นเขาที่หนากว่าเมื่อเทียบกับผิวหนังสีอ่อน แม้ว่าความหนารวมของชั้นหนังกำพร้าจะใกล้เคียงกัน ความแตกต่างนี้อาจส่งผลต่อการซึมผ่านของสารต่างๆ และความต้านทานต่อการระคายเคือง นอกจากนี้ ผิวหนังคนเอเชียมีแนวโน้มมีชั้นหนังแท้บางกว่า ผิวหนังคนผิวขาว ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างในกระบวนการรีรู้อยและการตอบสนองต่อการบาดเจ็บ การศึกษายังชี้ให้เห็นว่าองค์ประกอบของคอลลาเจนและอีลาสตินในชั้นหนังแท้อาจแตกต่างกันบ้าง

โดยผิวหนึ่งคนเอเชียมีแนวโน้มรักษาความยืดหยุ่นได้นานกว่าแต่อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด hyperpigmentation หลังการอักเสบมากกว่า (Naik & Farrukh, 2022)

### ความแตกต่างด้านสรีรวิทยาและหน้าที่ของผิวหนึ่ง

การทำงานของ skin barrier ซึ่งวัดได้จากอัตราการสูญเสียน้ำผ่านผิวหนึ่ง (TEWL) แตกต่างกันตามชาติพันธุ์ การศึกษาบางชิ้นพบว่าผิวหนึ่งคนผิวเข้มมีค่า TEWL สูงกว่าเล็กน้อย แสดงว่า barrier function อาจดีน้อยกว่า แม้ว่าจะมีชั้นเขาค้นมากกว่า ทั้งนี้ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกิดจากองค์ประกอบและการจัดเรียงของ lipid ระหว่างเซลล์ที่แตกต่างกัน การศึกษาในประเทศไทยโดยเฉพาะพบว่าคนไทยมีอัตราการเกิดผิวหนึ่งแพ้ง่าย (sensitive skin) ค่อนข้างสูง โดยการศึกษาล่าสุดรายงานว่าประมาณร้อยละ 40-50 ของคนไทยที่เข้าร่วมการศึกษามีอาการของผิวหนึ่งแพ้ง่าย ลักษณะสำคัญคือการมีอาการคันหรือแสบร้อนเมื่อสัมผัสกับผลิตภัณฑ์บำรุงผิวบางชนิด อากาศร้อน หรือสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง (Chaweekulrat et al., 2025) ความชื้นของผิวหนึ่ง (skin hydration) ยังแตกต่างกันตามชาติพันธุ์และได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม ผิวหนึ่งคนเอเชียมักมีระดับความชื้นที่ดีกว่าเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความชื้นสูง แต่อาจเสี่ยงต่อการเสียน้ำเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่แห้ง การผลิต sebum จากต่อมไขมันก็แตกต่างกัน โดยคนเอเชียโดยทั่วไปมีแนวโน้มผลิต sebum มากกว่าคนผิวขาว ทำให้มีความเสี่ยงต่อสิวและโรคผิวหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับต่อมไขมันมากขึ้น นอกจากนี้ ค่า pH ของผิวหนึ่งซึ่งปกติอยู่ที่ประมาณ 4.5-6 อาจแตกต่างกันเล็กน้อยตามชาติพันธุ์และส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของจุลินทรีย์บนผิวหนึ่ง (skin microbiome) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการป้องกันเชื้อโรคและรักษาสุขภาพผิวหนึ่ง (Naik & Farrukh, 2022) การตอบสนองต่อสิ่งเร้าและการเกิดอักเสบยังแตกต่างกันตามชาติพันธุ์ การศึกษาพบว่าผิวหนึ่งสีเข้มมีแนวโน้มเกิดการอักเสบที่รุนแรงกว่าและนานกว่าเมื่อได้รับการระคายเคือง และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด post-inflammatory hyperpigmentation (PIH) ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยในคนไทยและคนเอเชีย รอยดำหลังเกิดสิวะ แผล หรือผื่นสามารถคงอยู่ได้นานหลายเดือนถึงปี และเป็นปัญหาคุณภาพชีวิตสำคัญ ความเข้าใจในกลไกการเกิด PIH และการป้องกันตั้งแต่เริ่มต้นจึงเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลผิวหนึ่งในบริบทไทย (Naik & Farrukh, 2022; Harvey et al., 2024)

### อิทธิพลของสภาพภูมิอากาศไทยต่อผิวหนึ่ง

สภาพภูมิอากาศร้อนชื้นของประเทศไทยส่งผลกระทบต่อสุขภาพผิวหนึ่ง อุณหภูมิสูงและความชื้นสูงตลอดทั้งปีสร้างความท้าทายพิเศษต่อการทำงานของผิวหนึ่ง โดยเฉพาะการควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การศึกษาแสดงให้เห็นว่าอุณหภูมิที่สูงส่งผลกระทบต่อความสมบูรณ์ของ skin barrier โดยอาจทำให้เกิดการอักเสบที่ผิวหนึ่งและเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคผิวหนึ่งอักเสบบางชนิด โดยเฉพาะ atopic dermatitis การศึกษาพบว่าอุณหภูมิที่สูงเกินไปทำให้ skin barrier function ลดลง วัดได้จากการเพิ่มขึ้นของ

TEWL และการลดลงของความชื้นในชั้นเขา นอกจากนี้ ความร้อนยังกระตุ้นการหลั่งเหงื่อซึ่งแม้จะช่วยระบายความร้อน แต่เหงื่อที่ค้างบนผิวหนังสามารถทำให้เกิดการระคายเคือง อุดตันรูขุมขน และเป็นสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเจริญของเชื้อราและแบคทีเรีย (Hui-Beckman et al., 2023; Herrero-Fernández et al., 2022) ความชื้นสูงในอากาศส่งผลสองทางต่อผิวหนัง ในด้านหนึ่ง ความชื้นสูงช่วยรักษาความชุ่มชื้นของผิวหนังและลดการสูญเสียน้ำ ทำให้ผิวหนังไม่แห้งและรักษา barrier function ได้ดี อย่างไรก็ตาม ความชื้นสูงร่วมกับความร้อนสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมอย่างยิ่งต่อการเจริญของเชื้อราและแบคทีเรียบนผิวหนัง ทำให้ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อราผิวหนังที่สูง โดยเฉพาะโรคเชื้อรา dermatophytes เช่น tinea corporis, tinea cruris และ tinea pedis การศึกษาในประเทศไทยพบว่าโรคเหล่านี้พบบ่อยมากในประชากรทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะในผู้ที่ทำงานกลางแจ้งหรือมีการสัมผัสน้ำบ่อย การเปียกชื้นเรื้อรังของผิวหนังทำลาย skin barrier และสร้างสภาพที่เหมาะสมต่อการติดเชื้อ (Herrero-Fernández et al., 2022; Chanyachailert et al., 2023) การได้รับรังสีอัลตราไวโอเล็ตจากแสงแดดที่รุนแรงในเขตร้อนเป็นอีกปัจจัยสำคัญ แม้ว่าผิวหนังคนไทยจะมีเม็ดสีมากพอที่จะให้การปกป้องในระดับหนึ่ง แต่การได้รับแสงแดดสะสมตลอดชีวิตยังคงเป็นความเสี่ยงต่อความเสียหายของผิวหนัง รวมถึงริ้วรอยก่อนวัย จุดต่างดำและความเสี่ยงต่อมะเร็งผิวหนัง การศึกษาพบว่าแม้อุบัติการณ์ของมะเร็งผิวหนังในคนไทยจะต่ำกว่าคนผิวขาว แต่เมื่อเกิดขึ้นมักถูกวินิจฉัยในระยะที่ลุกลามแล้วเนื่องจากการตระหนักรู้และการตรวจคัดกรองที่น้อยกว่า นอกจากนี้ รังสียูวียังกระตุ้นการสร้างเม็ดสีมากเกินไปและไม่สม่ำเสมอ ทำให้เกิดฝ้ากระ melasma และ solar lentigines ซึ่งเป็นปัญหาความงามที่สำคัญในสังคมไทย (Naik & Farrukh, 2022)

### ปัจจัยอาชีพและวิถีชีวิตในบริบทไทย

ลักษณะอาชีพของประชากรไทยส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพผิวหนัง เกษตรกรและแรงงานกลางแจ้งซึ่งคิดเป็นสัดส่วนสำคัญของประชากร มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับแสงแดดเป็นเวลานาน การสัมผัสน้ำเป็นเวลานาน และการสัมผัสสารเคมีเกษตรและปุ๋ยที่อาจระคายเคืองผิวหนัง การศึกษาในเกษตรกรไทยพบว่ามีอุบัติการณ์ของ contact dermatitis, photodermatitis และโรคติดเชื้อราสูงกว่าประชากรทั่วไป นอกจากนี้ การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่ไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม เช่น ถุงมือที่ทำให้ผิวหนังเปียกชื้นยังเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาผิวหนังเพิ่มเติม (Herrero-Fernández et al., 2022) แรงงานในภาคการผลิตและบริการอื่นๆ เช่น ช่างทำผม ช่างซ่อมรถ และคนงานโรงงาน ก็มีความเสี่ยงต่อ occupational contact dermatitis จากการสัมผัสสารเคมีต่างๆ เช่น ดีเซล น้ำมันทำผม โลหะ และตัวทำละลาย การศึกษาพบว่า occupational skin diseases คิดเป็นสัดส่วนสำคัญของโรคที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในประเทศไทย แต่มัก

ถูกรายงานและได้รับการดูแลน้อยกว่าความเป็นจริง การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการรักษา skin barrier ที่ดีจึงเป็นส่วนสำคัญของการพยาบาลอาชีวอนามัย (Naik & Farrukh, 2022)

### ความเชื่อทางวัฒนธรรมและพฤติกรรมสุขภาพ

ความเชื่อและทัศนคติต่อความงามและสุขภาพผิวหนังในสังคมไทยส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลผิวหนัง ความนิยมผิวขาวในสังคมไทยทำให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ทำผิวขาวอย่างแพร่หลาย ซึ่งบางชนิดอาจมีส่วนผสมที่อันตรายเช่นปรอท สเตียรอยด์ หรือสารทำให้ผิวขาวที่มีความเข้มข้นสูงเกินไป การใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้โดยไม่มีคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอาจนำไปสู่ผลข้างเคียงร้ายแรง เช่น steroid-induced rosacea, ochronosis จากสาร hydroquinone หรือพิษจากปรอท การศึกษาพบว่าปัญหาเหล่านี้พบได้บ่อยในคลินิกผิวหนังไทย พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการให้คำแนะนำที่ถูกต้องและปลอดภัย รวมถึงการแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องอย่างมีหลักฐาน (Chaweekulrat et al., 2025) การใช้สุมุนไพร์และการรักษาแบบดั้งเดิมยังคงเป็นที่นิยมในสังคมไทย แม้ว่าสุมุนไพร์หลายชนิดจะมีคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์ แต่การใช้โดยไม่มีความรู้ที่ถูกต้องอาจก่อให้เกิดปฏิกิริยาแพ้หรือระคายเคือง โดยเฉพาะในผู้ที่มีผิวหนังแพ้ง่าย พยาบาลควรสอบถามประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์ทุกชนิดอย่างละเอียด รวมถึงยาสุมุนไพร์และผลิตภัณฑ์ที่ผู้ป่วยอาจไม่คิดว่าเกี่ยวข้อง และให้คำแนะนำที่เคารพความเชื่อท้องถิ่นแต่ปลอดภัยตามหลักวิชาการ (Chaweekulrat et al., 2025)

### การประเมินสีผิวในการปฏิบัติงานคลินิก

การประเมินสีผิวอย่างเป็นระบบเป็นทักษะสำคัญที่พยาบาลต้องพัฒนา โดยเฉพาะในบริบทที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ การใช้เครื่องมือมาตรฐานเช่น Fitzpatrick skin phototype classification หรือ Monk Skin Tone Scale ช่วยให้มีการสื่อสารที่ชัดเจนและสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม เครื่องมือเหล่านี้มีข้อจำกัดในการจับความแตกต่างที่ละเอียดอ่อนในผิวหนังสีน้ำตาลหลากหลายระดับของคนเอเชีย การศึกษาล่าสุดเสนอให้มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถจับความแตกต่างที่สำคัญทางคลินิกได้ดีขึ้น (Harvey et al., 2024) การตรวจผิวหนังในผิวหนังสีเข้มต้องการทักษะและความระมัดระวังเป็นพิเศษ รอยโรคบางอย่างเช่น erythema อาจไม่เห็นได้ชัดหรืออาจปรากฏเป็นสีม่วงหรือน้ำตาลแทนสีแดง การใช้แสงสว่างที่เพียงพอและการใช้เทคนิคการสัมผัส (palpation) ร่วมด้วยจะช่วยให้การประเมินแม่นยำขึ้น นอกจากนี้ การทำความเข้าใจว่ารอยโรคบางอย่างเช่น PIH เป็นปัญหาที่สำคัญมากในผิวหนังสีเข้มและควรได้รับการประเมินและจัดการตั้งแต่นั้นๆ จะช่วยปรับปรุงผลลัพธ์และความพึงพอใจของผู้ป่วย (Harvey et al., 2024; Naik & Farrukh, 2022)

## บทสรุป

ความเข้าใจอย่างถ่องแท้เกี่ยวกับกายวิภาคและสรีรวิทยาของผิวหนัง รวมถึงความแตกต่างตามชาติพันธุ์และบริบทสิ่งแวดล้อม เป็นรากฐานสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มีคุณภาพ ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ซับซ้อนประกอบด้วยหลายชั้นและโครงสร้างที่ทำงานประสานกันเพื่อปกป้องร่างกาย ควบคุมอุณหภูมิ รับความรู้สึก และทำหน้าที่อื่นๆ อีกมากมาย สำหรับพยาบาลไทย การตระหนักถึงลักษณะเฉพาะของผิวหนังคนไทยและคนเอเชีย ความเสี่ยงที่เกิดจากสภาพภูมิอากาศร้อนชื้น ปัจจัยอาชีพ และความเชื่อทางวัฒนธรรม จะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ การประเมินผิวหนังอย่างเป็นระบบโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางชาติพันธุ์ การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมไทย และการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อจัดการปัญหาผิวหนังอย่างครอบคลุม เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพผิวหนังและคุณภาพชีวิตของประชากรไทย ความรู้พื้นฐานที่มั่นคงนี้จะเป็นจุดเริ่มต้นในการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคผิวหนังต่างๆ และแนวทางการดูแลที่จะกล่าวถึงในบทต่อไป

## การประเมินผิวหนังอย่างเป็นระบบ

การประเมินผิวหนังเป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญยิ่งสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในทุกสาขา เนื่องจากผิวหนังไม่เพียงแต่เป็นอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ที่สุดของร่างกาย แต่ยังเป็นสะท้อนสุขภาพโดยรวมของบุคคล และเป็นหน้าต่างสู่ความผิดปกติทางระบบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายในร่างกาย (Brito et al., 2024) การประเมินที่เป็นระบบและครอบคลุมจะช่วยให้พยาบาลสามารถระบุปัญหาผิวหนังได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก วางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม และติดตามผลการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ในบริบทของประเทศไทย การประเมินผิวหนังมีความท้าทายเฉพาะตัวที่พยาบาลจำเป็นต้องคำนึงถึง ได้แก่ ความหลากหลายทางชาติพันธุ์ที่ส่งผลต่อลักษณะทางกายภาพของผิวหนัง สภาพภูมิอากาศร้อนชื้นที่มีผลต่อโรคผิวหนังบางชนิด และลักษณะอาชีพของประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสแสงแดดและสารเคมีในระดับสูง (Chaweekulrat et al., 2025) การพัฒนาทักษะการประเมินผิวหนังที่คำนึงถึงบริบทเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลไทยในการให้การดูแลที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย

## เทคนิคการตรวจร่างกายผิวหนัง

การตรวจร่างกายผิวหนังอย่างเป็นระบบเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการสังเกต Fu และ Kroumpouzios (2024) ได้เสนอแนวทางการตรวจผิวหนังทั่วร่างกาย (full

body skin examination) ที่เน้นความสำคัญของการดำเนินการอย่างเป็นระบบและครอบคลุม โดยพยาบาลจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมทั้งด้านสิ่งแวดล้อม เครื่องมือ และการสื่อสารกับผู้ป่วยก่อนเริ่มการตรวจ

### การเตรียมสภาพแวดล้อมและเครื่องมือ

สภาพแวดล้อมในการตรวจผิวหนังมีความสำคัญต่อคุณภาพของการประเมินเป็นอย่างยิ่ง ห้องตรวจควรมีแสงสว่างเพียงพอและเป็นแสงธรรมชาติหรือแสงสีขาวที่ไม่บิดเบือนสีของผิวหนัง การรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยเป็นสิ่งจำเป็น โดยควรมีม่านหรือฉากกั้นที่เหมาะสม และควรมีผู้ติดตามหรือพยาบาลท่านอื่นอยู่ด้วยในกรณีที่จำเป็น โดยเฉพาะเมื่อตรวจบริเวณอวัยวะเพศหรือบริเวณที่อ่อนไหว เครื่องมือพื้นฐานที่พยาบาลควรเตรียมไว้ประกอบด้วย ไฟฉาย (penlight) สำหรับการส่องดูรายละเอียด แว่นขยาย (magnifying glass) สำหรับการตรวจรอยโรคขนาดเล็ก ไม้บรรทัดหรือเทปวัดสำหรับการวัดขนาดของรอยโรค ถุงมือสำหรับการสัมผัสรอยโรค และอุปกรณ์บันทึกข้อมูล เช่น กระดาษ ปากกา หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ การถ่ายภาพรอยโรคด้วยกล้องดิจิทัลหรือสมาร์ทโฟนที่มีคุณภาพเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการบันทึกข้อมูลและติดตามการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคเมื่อเวลาผ่านไป (Fu & Kroumpouzou, 2024)

### การสื่อสารและการสร้างความไว้วางใจ

ก่อนเริ่มการตรวจ พยาบาลควรอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการตรวจให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน การขอความยินยอมอย่างชัดแจ้งเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะเมื่อจะต้องตรวจบริเวณที่ละเอียดอ่อน การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและให้ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มความร่วมมือในการตรวจ พยาบาลควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงศัพท์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลา ในบริบทของสังคมไทย การคำนึงถึงคุณค่าทางวัฒนธรรม เช่น ความเกรงใจ ความเคารพต่อผู้สูงอายุ และความอ่อนไหวเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัว มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย การใช้คำพูดที่สุภาพและท่าทีที่อ่อนโยนจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสะดวกใจและยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการตรวจ

### หลักการตรวจแบบเป็นระบบ

การตรวจผิวหนังที่มีประสิทธิภาพควรดำเนินการอย่างเป็นระบบตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (head-to-toe approach) โดยพยาบาลควรตรวจทุกบริเวณของผิวหนัง ไม่เว้นแม้แต่บริเวณที่มักถูกมองข้าม เช่น ระหว่างนิ้วมือและนิ้วเท้า ใต้เล็บ หลังหู ศีรษะใต้เส้นผม หน้าผาก และบริเวณอวัยวะเพศ Fu และ Kroumpouzou (2024) เน้นว่าการตรวจที่ครอบคลุมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากรอยโรคผิวหนังบางชนิด โดยเฉพาะมะเร็งผิวหนัง อาจเกิดขึ้นในบริเวณที่ไม่คาดคิด

ขั้นตอนการตรวจควรเริ่มจากการสังเกตลักษณะทั่วไปของผิวหนัง รวมถึงสีผิว ความชุ่มชื้น อุณหภูมิ และเนื้อสัมผัส จากนั้นจึงตรวจหารอยโรคเฉพาะที่อาจมีอยู่ การสังเกตควรใช้เทคนิค ABCDE ในการประเมินรอยโรคที่นำสงสัย ได้แก่ Asymmetry (ความไม่สมมาตร) Border irregularity (ขอบไม่เรียบ) Color variation (สีไม่สม่ำเสมอ) Diameter (เส้นผ่านศูนย์กลางมากกว่า 6 มิลลิเมตร) และ Evolution (การเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป) แม้ว่าเกณฑ์นี้จะพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการคัดกรองมะเร็งผิวหนังชนิดเมลาโนมา แต่หลักการสังเกตความผิดปกติเหล่านี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับรอยโรคผิวหนังชนิดอื่นได้เช่นกัน (Mangione et al., 2023)

### การประเมินสีผิวและการคำนึงถึงความแตกต่างทางชาติพันธุ์

การประเมินสีผิวเป็นส่วนสำคัญของการตรวจผิวหนังที่มักถูกมองข้าม Harvey et al. (2024) ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการบูรณาการการประเมินสีผิวเข้าสู่การปฏิบัติทางคลินิกและการวิจัย เนื่องจากการเข้าใจความแตกต่างของลักษณะผิวหนังตามเชื้อชาติและสีผิวจะช่วยให้พยาบาลสามารถตีความอาการและรอยโรคได้อย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในประเทศไทยที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และมีประชากรที่มีสีผิวตั้งแต่ขาวจนถึงคล้ำ Naik และ Farrukh (2022) อธิบายว่าความแตกต่างทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของผิวหนังตามเชื้อชาติมีผลกระทบต่ออาการแสดงของโรคผิวหนังหลายชนิด ตัวอย่างเช่น การอักเสบหรือการแดงของผิวหนังอาจไม่ชัดเจนในผู้ที่มีสีผิวคล้ำ แต่อาจแสดงออกมาในรูปของการเปลี่ยนแปลงเม็ดสีแทน (hyperpigmentation หรือ hypopigmentation) พยาบาลจึงต้องปรับเทคนิคการสังเกตให้เหมาะสมกับสีผิวของผู้ป่วย เช่น การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีผิวโดยเปรียบเทียบกับบริเวณผิวหนังปกติของผู้ป่วยคนนั้น หรือการใช้แสงสว่างที่เพียงพอเพื่อให้เห็นความแตกต่างของเฉดสีได้ชัดเจน การศึกษาในประชากรไทยโดย Chaweekulrat et al. (2025) ได้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าเกี่ยวกับลักษณะทางคลินิกของผิวแพ้ง่าย (sensitive skin) ในคนไทย ซึ่งพบว่ามี ความชุกค่อนข้างสูง การทำความเข้าใจลักษณะเฉพาะของผิวหนังคนไทย รวมถึงความไวต่อสิ่งแวดล้อมและความชื้น จะช่วยให้พยาบาลสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

### เทคนิคการสัมผัสและการทดสอบ

นอกเหนือจากการใช้สายตาสังเกต การสัมผัสผิวหนังด้วยมือ (palpation) เป็นเทคนิคที่ให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่มีค่า พยาบาลควรใช้ปลายนิ้วในการสัมผัสรอยโรคอย่างนุ่มนวลเพื่อประเมินเนื้อสัมผัส ความแข็ง อุณหภูมิ และความเจ็บ การสัมผัสควรทำอย่างเป็นระบบและระมัดระวัง โดยเฉพาะในรอยโรคที่มีการติดเชื้อหรือเปราะบางง่าย การใช้ถุงมือในการสัมผัสรอยโรคที่มีน้ำหรือหนองไหลออกมาเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การทดสอบบางอย่างสามารถช่วยในการประเมินสภาพผิวหนังได้ เช่น การทดสอบ blanching test โดยการกดที่รอยแดงแล้วปล่อยเพื่อดูว่าผิวหนังจะซีดชั่วคราวหรือไม่ ซึ่งช่วยแยกแยะ

ระหว่าง erythema (การแดงจากเส้นเลือดขยาย) กับ purpura (จุดเลือดออก) หรือการทดสอบ Darier's sign ในผู้ป่วยที่สงสัยว่ามี urticaria pigmentosa โดยการขูดบริเวณรอยโรคเบา ๆ เพื่อดูว่าจะเกิด wheal และ flare หรือไม่

### การบันทึกลักษณะรอยโรคที่พบ

การบันทึกลักษณะรอยโรคผิวหนังอย่างถูกต้อง ครอบคลุม และเป็นระบบเป็นทักษะที่สำคัญยิ่งสำหรับพยาบาล การบันทึกที่ดีไม่เพียงแต่ช่วยในการสื่อสารกับสหสาขาวิชาชีพและการวางแผนการดูแล แต่ยังเป็นเอกสารทางกฎหมายที่สำคัญและเป็นฐานข้อมูลสำหรับการติดตามผลการรักษา (Haw et al., 2021) การใช้ศัพท์เฉพาะทางการแพทย์ที่ถูกต้องและมาตรฐานเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในหมู่ผู้ให้บริการสุขภาพ

### รอยโรคปฐมภูมิ (Primary Lesions)

รอยโรคปฐมภูมิมิหมายถึงรอยโรคที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกและยังไม่ได้รับการเปลี่ยนแปลงจากการขูด การติดเชื้อ หรือการรักษา การระบุรอยโรคปฐมภูมิอย่างถูกต้องเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการวินิจฉัยโรคผิวหนัง

**Macule** คือ รอยแบนที่เปลี่ยนแปลงเฉพาะสีของผิวหนังโดยไม่มีการยกตัว มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางน้อยกว่า 1 เซนติเมตร ตัวอย่างได้แก่ ผื่น กระจ และจุดต่างดำนางชนิด **Patch** คือ รอยแบนที่มีลักษณะคล้าย macule แต่มีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร เช่น รอยโรคในโรค vitiligo หรือ café-au-lait spots

**Papule** เป็นรอยโรคที่ยกตัวขึ้นมาจากผิวหนัง มีขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร สามารถสัมผัสได้ เช่น สิว ฝุ หรือ warts ขนาดเล็ก **Plaque** คือ รอยโรคที่ยกตัวและแบนราบ มีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร มักเกิดจากการรวมตัวของ papules หลาย ๆ ตัว เช่น รอยโรคในโรคสะเก็ดเงิน **Nodule** เป็นก้อนที่ยกตัวและลึกลงไปชั้นผิวหนังหรือชั้นใต้ผิวหนัง มีความแข็ง สามารถสัมผัสได้ชัดเจน มีขนาดตั้งแต่ 0.5 เซนติเมตร ขึ้นไป เช่น lipoma, keloid หรือ erythema nodosum **Tumor** คือ ก้อนใหญ่ที่ลึกลงไปเนื้อเยื่อ มีขนาดมากกว่า 2 เซนติเมตร อาจเป็นทั้งชนิดไม่ร้ายแรงหรือมะเร็ง

**Vesicle** เป็นตุ่มน้ำใสหรือขุ่นขนาดเล็กกว่า 1 เซนติเมตร เช่น ในโรค herpes simplex หรือ varicella **Bulla** คือ ตุ่มน้ำที่มีขนาดใหญ่กว่า 1 เซนติเมตร เช่น ในโรค bullous pemphigoid หรือแผลไฟไหม้ระดับที่ 2 **Pustule** เป็นตุ่มที่มีหนองหรือน้ำเหลืองข้น แสดงถึงการติดเชื้อหรือการอักเสบ เช่น สิว อักเสบหรือ impetigo

**Wheal** (หรือ hive) เป็นรอยโรคที่ยกตัวชั่วคราว มักมีรูปร่างไม่แน่นอน มีสีแดงหรือชมพู เกิดจากการบวมน้ำในชั้นผิวหนัง มักคันและหายไปภายใน 24 ชั่วโมง เช่น ในโรคลมพิษ **Cyst** คือ ถุงที่มีเนื้อในเป็นของเหลวหรือกึ่งแข็ง ลึกลงไปในผิวหนัง อาจสัมผัสได้เป็นก้อนนูน เช่น epidermal cyst หรือ sebaceous cyst

### รอยโรคทุติยภูมิ (Secondary Lesions)

รอยโรคทุติยภูมิเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคปฐมภูมิ อาจเกิดจากกระบวนการธรรมชาติของโรค การขีดหรือเกา การติดเชื้อซ้ำซ้อน หรือผลจากการรักษา การสังเกตและบันทึกของรอยโรคทุติยภูมิช่วยให้เข้าใจวิวัฒนาการของโรคและวางแผนการดูแลได้เหมาะสม

**Scale** คือ เก็ดผิวหนังที่หลุดลอก อาจมีสีขาว เหลือง หรือเงิน บ่งบอกถึงการหมุนเวียนของเซลล์ผิวหนังที่เร็วขึ้นหรือความผิดปกติของการลอกเซลล์ เช่น ในโรคสะเก็ดเงิน โรคผิวหนังอักเสบ หรือ โรคหนังเกล็ดปลา เป็นสะเก็ดแข็งที่เกิดจากการแห้งของน้ำเลือด serum หรือหนอง บ่งบอกถึงการเยื่อไหลหรือการอักเสบ เช่น ในโรค impetigo หรือบริเวณที่มีการเกา

**Erosion** คือ การสูญเสียผิวหนังเฉพาะชั้นบนสุด (epidermis) ไม่ลึกถึงชั้น dermis จึงหายเป็นปกติโดยไม่มีแผลเป็น มักเกิดจากการแตกของ vesicle หรือ bulla

**Ulcer** คือ บาดแผลที่ลึกลงไปถึงชั้น dermis หรือลึกกว่า มีการสูญเสียเนื้อเยื่อ เมื่อหายจะเกิดแผลเป็น เช่น diabetic foot ulcer หรือ pressure ulcer

**Fissure** คือ รอยแตกเชิงเส้นที่ลึกลงไปในผิวหนัง มักเกิดบริเวณที่แห้งหรือมีความยืดหยุ่นลดลง เช่น รอยแตกที่สันเท้าหรือมุมปาก มักเจ็บและอาจมีเลือดซึม

**Atrophy** คือ การบางลงของผิวหนัง ทำให้ผิวหนังดูโปร่งใส เห็นเส้นเลือดใต้ชัดขึ้น และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังลดลง อาจเกิดจากการใช้สเตียรอยด์เฉพาะที่นานเกินไปหรือจากกระบวนการแก่ตัวธรรมชาติ

**Scar** คือ การซ่อมแซมเนื้อเยื่อหลังจากมีบาดแผล การอักเสบ หรือการผ่าตัด เป็นเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ทดแทนเนื้อเยื่อปกติ อาจมีลักษณะสูงหรือต่ำกว่าผิวหนังปกติ

**Keloid** คือ แผลเป็นที่ขยายใหญ่เกินขอบเขตของบาดแผลเดิม มักพบในผู้ที่มีแนวโน้มทางพันธุกรรม โดยเฉพาะในผู้ที่มีสีผิวคล้ำ

**Lichenification** คือ การหนาตัวของผิวหนังที่มีลายผิวชัดเจนขึ้น เกิดจากการเกาหรือขีดถูซ้ำ ๆ เป็นเวลานาน พบบ่อยในโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง

**Hyperpigmentation** คือ การมีเม็ดสีผิวหนังมากขึ้นทำให้ผิวคล้ำกว่าปกติ อาจเกิดจากการอักเสบ การได้รับแสงแดด หรือผลข้างเคียงจากยา

**Hypopigmentation** คือ การมีเม็ดสีน้อยลงทำให้ผิวซีดกว่าปกติ อาจเป็นผลจากการบาดเจ็บ การอักเสบ หรือความผิดปกติในการสร้างเม็ดสี

### หลักการบันทึกอย่างเป็นระบบ

การบันทึกลักษณะรอยโรคผิวหนังควรมีความครอบคลุมและเป็นระบบ โดยควรรวมข้อมูลดังต่อไปนี้  
ประการแรก **ตำแหน่ง (location)** ของรอยโรค ควรระบุอย่างเฉพาะเจาะจง เช่น ด้านหน้าขาซ้ายส่วนต้น มือขวาฝ่ามือ หรือหลังคอด้านซ้าย หากรอยโรคกระจายหลายบริเวณควรระบุรูปแบบการกระจาย เช่น แบบสมมาตร ตามเส้นประสาท หรือตามบริเวณที่สัมผัสสาร

ประการที่สอง **จำนวน (number)** ของรอยโรค ควรระบุว่ามียโรคกี่แห่ง หากมีจำนวนมากอาจระบุเป็นโดยประมาณ เช่น "มากกว่า 20 แห่ง" หรือ "หลายแห่ง" และควรระบุว่ารอยโรคเหล่านั้นมีลักษณะเหมือนกันหรือแตกต่างกัน

ประการที่สาม **ขนาด (size)** ของรอยโรค ควรวัดด้วยไม้บรรทัดหรือเทปวัดและระบุเป็นเซนติเมตรหรือมิลลิเมตร โดยวัดเส้นผ่านศูนย์กลางหรือความยาวและความกว้าง หากรอยโรคมีขนาดใหญ่หรือรูปร่างไม่สม่ำเสมอควรวัดหลายมิติ การบันทึกขนาดอย่างแม่นยำเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการติดตามการเปลี่ยนแปลงของรอยโรค

ประการที่สี่ **รูปร่าง (shape)** และ **ขอบ (border)** ของรอยโรค ควรระบุว่ารอยโรคมีรูปร่างกลม รี เชิงเส้น หรือไม่แน่นอน และขอบของรอยโรคชัดเจนหรือไม่ชัดเจน เรียบหรือหยัก

ประการที่ห้า **สี (color)** ของรอยโรค ควรอธิบายสีอย่างละเอียด เช่น แดง ชมพู น้ำตาล ดำ หรือมีสีปนกัน การระบุสีอย่างถูกต้องมีความสำคัญในการวินิจฉัย โดยเฉพาะในมะเร็งผิวหนังที่อาจมีสีหลายสีปะปนกัน

ประการที่หก **เนื้อสัมผัส (texture)** และ **ความสูงต่ำ (elevation)** ควรอธิบายว่ารอยโรคแบนราบ ยกตัว หรือยุบลงไปบนผิวหนัง และมีเนื้อสัมผัสแข็ง อ่อนนุ่ม หยาบ หรือเรียบ

ประการที่เจ็ด **อาการที่เกี่ยวข้อง** เช่น คัน เจ็บ หรือไม่มีอาการ ข้อมูลนี้สำคัญต่อการวินิจฉัยแยกโรคและการวางแผนบรรเทาอาการ

สุดท้าย ควรมีการบันทึก **เวลาที่พบรอยโรค** และ **การเปลี่ยนแปลง** ที่เกิดขึ้นตั้งแต่ครั้งสุดท้ายที่ตรวจ เช่น รอยโรคใหญ่ขึ้น เล็กลง เปลี่ยนสี หรือมีรอยโรคใหม่เพิ่มขึ้น

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะการถ่ายภาพรอยโรค เป็นเครื่องมือที่มีคุณค่าเพิ่มเติมในการบันทึก การถ่ายภาพควรทำในแสงที่เหมาะสม มีไม้บรรทัดหรือวัตถุอ้างอิงขนาดอยู่ในภาพ และถ่ายทั้ง

ภาพรวมและภาพระยะใกล้เพื่อให้เห็นรายละเอียด การบันทึกในรูปแบบดิจิทัลช่วยให้สามารถแชร์ข้อมูลกับสหสาขาวิชาชีพได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

### เครื่องมือประเมินที่ใช้ในทางคลินิก

เครื่องมือประเมินทางคลินิกเป็นส่วนสำคัญในการวัดความรุนแรงของโรคผิวหนัง ติดตามผลการรักษา และประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การใช้เครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ (reliability) และความตรง (validity) จะช่วยให้การประเมินมีมาตรฐานและสามารถเปรียบเทียบผลได้ทั้งภายในสถาบันเดียวกันและระหว่างสถาบัน นอกจากนี้ เครื่องมือเหล่านี้ยังมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวิจัยทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิผลของการรักษาแบบต่าง ๆ (Vyas et al., 2024a)

### เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคผิวหนังอักเสบ

**Eczema Area and Severity Index (EASI)** เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินความรุนแรงของโรคผิวหนังอักเสบแบบ atopic dermatitis Hanifin et al. (2022) ได้จัดทำคู่มือการใช้งาน EASI ที่ครอบคลุมและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก EASI ประเมินสี่องค์ประกอบของรอยโรคผิวหนัง ได้แก่ ความแดง (erythema) ความหนา (induration/papulation) การขูดข่วน (excoriation) และการเกิด lichenification โดยแต่ละองค์ประกอบให้คะแนนจาก 0 ถึง 3 คะแนน (0 = ไม่มี, 1 = เล็กน้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = รุนแรง) ร่างกายถูกแบ่งออกเป็นสี่บริเวณหลัก คือ ศีรษะและคอ ลำตัว แขนทั้งสองข้าง และขาทั้งสองข้าง การคำนวณคะแนน EASI จะคูณผลรวมของคะแนนความรุนแรงทั้งสี่องค์ประกอบในแต่ละบริเวณด้วยเปอร์เซ็นต์พื้นที่ผิวหนังที่เป็นในบริเวณนั้น จากนั้นคูณด้วยค่าน้ำหนักของบริเวณร่างกาย (ศีรษะและคอ = 0.1, ลำตัว = 0.3, แขน = 0.2, ขา = 0.4) คะแนน EASI สูงสุดคือ 72 คะแนน โดยคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงความรุนแรงมากขึ้น ข้อดีของ EASI คือมีความเป็นมาตรฐาน สามารถใช้ติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ และถูกนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางคลินิกอย่างแพร่หลาย อย่างไรก็ตาม การใช้ EASI ต้องอาศัยการฝึกฝนเพื่อให้เกิดความเชี่ยวชาญและความคงที่ในการให้คะแนน (inter-rater และ intra-rater reliability) Hanifin et al. (2022) แนะนำว่าผู้ประเมินควรได้รับการฝึกอบรมและทำการทดสอบความน่าเชื่อถือก่อนนำไปใช้จริง

**SCORing Atopic Dermatitis (SCORAD)** เป็นเครื่องมืออีกตัวหนึ่งที่นิยมใช้ในการประเมินโรคผิวหนังอักเสบแบบ atopic โดยเฉพาะในยุโรป SCORAD ไม่เพียงแต่ประเมินความรุนแรงของรอยโรค เช่นเดียวกับ EASI แต่ยังรวมถึงอาการเชิงอัตวิสัย (subjective symptoms) ได้แก่ อาการคันและการนอนไม่หลับเนื่องจากอาการคัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญต่อการประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คะแนน SCORAD สูงสุดคือ 103 คะแนน การศึกษาโดย Hübenthal et al. (2024) ได้พัฒนาสมการทางคณิตศาสตร์

เพื่อเปรียบเทียบและแปลงคะแนนระหว่าง SCORAD และ EASI ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเปรียบเทียบผลการศึกษาวิจัยที่ใช้เครื่องมือต่างกัน การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างสองเครื่องมือ แต่ยังคงมีความแตกต่างบางประการที่ผู้ปฏิบัติงานควรตระหนักถึง การเลือกใช้เครื่องมือควรพิจารณาจากวัตถุประสงค์ของการประเมิน บริบทการใช้งาน และความคุ้นเคยของทีมงาน ในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลได้เข้ามามีบทบาทในการประเมินความรุนแรงของโรคผิวหนังมากขึ้น Ragamin et al. (2023) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของโรคผิวหนังอักเสบแบบ atopic ทางไกล (remote severity assessment) ซึ่งพบว่ามีการพัฒนาแอปพลิเคชันและเครื่องมือดิจิทัลหลายรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบันทึกอาการและรอยโรคที่บ้านได้ด้วยตนเอง การประเมินทางไกลนี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางมาพบแพทย์ได้บ่อยนัก หรือในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม การประเมินทางไกลยังมีข้อจำกัดในด้านความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยขาดความรู้หรือทักษะในการประเมินตนเอง

### เครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน

**Psoriasis Area and Severity Index (PASI)** เป็นเครื่องมือมาตรฐานทองคำ (gold standard) ในการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน PASI ประเมินสามองค์ประกอบของรอยโรค ได้แก่ ความแดง (erythema) ความหนา (induration) และการลอกเกล็ด (desquamation) โดยแต่ละองค์ประกอบให้คะแนนจาก 0 ถึง 4 คะแนน ร่างกายถูกแบ่งออกเป็นสี่บริเวณเช่นเดียวกับ EASI และคำนวณคะแนนรวมที่สูงที่สุดได้ถึง 72 คะแนน Svedbom et al. (2023) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน PASI กับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าผู้ป่วยที่มีคะแนน PASI สูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินอย่างเป็นระบบ ไม่เพียงแต่เพื่อการวางแผนการรักษาโรคผิวหนัง แต่ยังเพื่อการคัดกรองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบอื่น ๆ ด้วย การจัดระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินได้มีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง Strober et al. (2025) ได้เสนอการปรับปรุงเกณฑ์การจัดระดับความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงินโดย International Psoriasis Council โดยเน้นที่การนำผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมาพิจารณาร่วมกับคะแนนความรุนแรงทางกายภาพ การปรับปรุงนี้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงกระบวนทัศน์ในการดูแลโรคผิวหนังเรื้อรัง จากการมุ่งเน้นเฉพาะลักษณะทางกายภาพของรอยโรคไปสู่การพิจารณาผลกระทบโดยรวมต่อชีวิตของผู้ป่วย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีได้นำมาสู่การพัฒนาแบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence) ในการประเมินความรุนแรงของโรคสะเก็ดเงิน Huang et al. (2023) ได้พัฒนาระบบ deep learning ที่สามารถประเมินคะแนน PASI อัตโนมัติจากภาพถ่ายผิวหนังของผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการ

ลดภาระการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์และเพิ่มความสม่ำเสมอในการให้คะแนน อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีเหล่านี้ยังอยู่ในระยะพัฒนาและต้องการการทดสอบความถูกต้องเพิ่มเติมก่อนนำมาใช้ในทางคลินิกอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในประชากรที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์เช่นในประเทศไทย

### เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต

**Dermatology Life Quality Index (DLQI)** เป็นเครื่องมือที่ใช้กันอย่างแพร่หลายที่สุดในการประเมินผลกระทบของโรคผิวหนังต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย DLQI เป็นแบบสอบถามที่ผู้ป่วยกรอกเอง (self-administered questionnaire) ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อที่ครอบคลุมหกด้าน ได้แก่ อาการและความรู้สึก กิจกรรมประจำวัน การพักผ่อนหย่อนใจ การทำงานหรือการเรียน ความสัมพันธ์ส่วนตัว และผลกระทบจากการรักษา ผู้ป่วยให้คะแนนแต่ละข้อจาก 0 ถึง 3 คะแนน โดยคะแนนรวมสูงสุดคือ 30 คะแนน ซึ่งคะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากขึ้น Vyas et al. (2024a) ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการศึกษา validation ของ DLQI จำนวน 207 การศึกษา พบว่า DLQI มีความน่าเชื่อถือและความตรงสูงในการใช้กับโรคผิวหนังหลายชนิดและในหลายประเทศทั่วโลก การทบทวนนี้แสดงให้เห็นว่า DLQI สามารถใช้เปรียบเทียบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตระหว่างโรคต่าง ๆ และระหว่างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้ ทำให้เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์อย่างยิ่งในการวิจัยและการประเมินผลการรักษา นอกจากนี้ Vyas et al. (2024b) ยังได้ทำการทบทวนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการใช้ DLQI เป็นเกณฑ์มาตรฐาน (benchmark) ในการ validate เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตอื่นๆ อีก 101 เครื่องมือ การศึกษานี้เน้นย้ำถึงสถานะของ DLQI ในฐานะเครื่องมือมาตรฐานทองคำในการประเมินผลกระทบของโรคผิวหนังต่อคุณภาพชีวิต และเป็นแนวทางสำคัญสำหรับการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือใหม่ๆ การประยุกต์ใช้ DLQI ในบริบทของประเทศไทยควรคำนึงถึงความเหมาะสมทางวัฒนธรรม แม้ว่า DLQI จะถูกแปลเป็นภาษาไทยและมีการใช้งานในทางคลินิกแล้ว แต่การตีความคะแนนควรพิจารณาบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้ป่วยไทยด้วย ตัวอย่างเช่น ความสำคัญของการมีผิวพรรณที่ดีในวัฒนธรรมไทย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีโรคผิวหนังมีผลกระทบต่อจิตใจและสังคมในระดับสูง

### การเลือกและการนำเครื่องมือมาใช้ในทางคลินิก

การเลือกเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ได้แก่ ชนิดของโรคผิวหนัง วัตถุประสงค์ของการประเมิน ทรัพยากรที่มีอยู่ และความคุ้นเคยของทีมงาน สำหรับโรคผิวหนังอักเสบแบบ atopic ทั้ง EASI และ SCORAD เป็นเครื่องมือที่ดีและได้รับการยอมรับ แต่ EASI อาจเหมาะสมกว่าในการวิจัยทางคลินิกเนื่องจากมีความเป็นมาตรฐานสูงกว่า ในขณะที่ SCORAD ให้ข้อมูลเชิงอัตวิสัยที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย สำหรับโรคสะเก็ดเงิน PASI เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ควรใช้ และควรใช้ร่วมกับ DLQI เพื่อ

ประเมินผลกระทบโดยรวม ในทางปฏิบัติ พยาบาลควรได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมก่อนนำเครื่องมือเหล่านี้มาใช้ การฝึกอบรมควรรวมถึงทั้งความรู้ทฤษฎีเกี่ยวกับเครื่องมือ การฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยจริง และการทดสอบความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินหลายคน (inter-rater reliability) นอกจากนี้ ควรมีการทบทวนและตรวจสอบคุณภาพการใช้เครื่องมืออย่างสม่ำเสมอเพื่อรักษามาตรฐานและความสม่ำเสมอในการประเมิน Haw et al. (2021) ได้ทำการทบทวนแนวทางปฏิบัติทางคลินิกด้านผิวหนัง (dermatology clinical practice guidelines) และพบว่ามีความท้าทายในการนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้จริง ซึ่งรวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินที่แนะนำในแนวทางด้วย ความท้าทายเหล่านี้ประกอบด้วย การขาดทรัพยากร เวลา การฝึกอบรมที่ไม่เพียงพอ และความซับซ้อนของเครื่องมือบางตัว ดังนั้น ในการนำเครื่องมือมาใช้ในสถานพยาบาลไทย ควรคำนึงถึงบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ และอาจต้องมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง

### **บทบาทของพยาบาลในการใช้เครื่องมือประเมิน**

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้เครื่องมือประเมินผิวหนังในทางคลินิก Beames et al. (2024) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลผิวหนังในการคัดกรองมะเร็งผิวหนัง และพบว่าพยาบาลสามารถทำหน้าที่นี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม แม้ว่าการศึกษานี้เน้นที่การคัดกรองมะเร็งผิวหนัง แต่หลักการเดียวกันนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการประเมินโรคผิวหนังชนิดอื่น ๆ ได้เช่นกัน Pradhan และ Lahiri (2021) ได้อภิปรายถึงบทบาทและความรับผิดชอบของพยาบาลในสาขาผิวหนัง โดยเน้นว่าพยาบาลสามารถทำหน้าที่ได้หลากหลาย ตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การให้การดูแล การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ไปจนถึง การติดตามผลการรักษา การใช้เครื่องมือประเมินอย่างเป็นระบบจะช่วยให้พยาบาลสามารถสื่อสารกับแพทย์ และสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีอัตราส่วนของแพทย์ต่อประชากรที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล การพัฒนาทักษะของพยาบาลในการประเมินโรคผิวหนังอย่างเป็นระบบ มีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่องมือประเมินสามารถช่วยคัดกรองผู้ป่วย ติดตามผลการรักษา และตัดสินใจว่าผู้ป่วยรายใดต้องการการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางอย่างเร่งด่วน การพัฒนาทักษะเหล่านี้ควรเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาพยาบาลและการฝึกอบรมในระหว่างการทำงาน นอกจากนี้ พยาบาลยังมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการใช้เครื่องมือในการติดตามอาการที่บ้าน การสอนผู้ป่วยให้สามารถสังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคได้ด้วยตนเอง โดยใช้เครื่องมือที่เรียบง่าย เช่น Patient-Oriented SCORAD (PO-SCORAD) จะช่วยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองมากขึ้น และช่วยให้การติดตามผลมีความต่อเนื่อง