

Chronic Wound Care Using Virgin Coconut Oil: The Role of Community Nurses in Primary Health Care

Suprapron Suwannaront¹, Lamoon Kamsena², Siriphimon Chantakhu³

¹Registered Nurse, Professional Level, Ban Kham Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province

²Registered Nurse, Professional Level, Lahan Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province

³Registered Nurse, Professional Level, Chiwasuttho Subdistrict Health Promoting Hospital, Chatturat District, Chaiyaphum Province

Abstract

Introduction: Chronic wound care requires holistic patient assessment, identification of factors that delay healing, appropriate wound-bed preparation, pain management, and continuous evaluation of healing progress. Virgin coconut oil (VCO) has been investigated as a potential adjunct in wound care because of its reported antimicrobial, anti-inflammatory, antioxidant, and moisturizing properties.

Objective: To present knowledge regarding the role of community nurses in assessing and caring for patients with chronic wounds using VCO in primary healthcare settings, with an emphasis on evidence-based wound assessment, care planning, wound management, and evaluation of healing outcomes.

Key contents: Community nurses play an important role in the systematic assessment and management of chronic wounds. Wound assessment should include wound size, exudate, wound-bed characteristics, wound edges and surrounding skin, pain, and signs of infection. VCO may be considered as an adjunct to wound care in selected patients because preliminary evidence suggests potential benefits related to moisture maintenance, inflammation, antimicrobial activity, and tissue repair. However, the available clinical evidence remains limited and varies according to wound type and treatment context.

Conclusion: Nurses play an important role in incorporating virgin coconut oil as an adjunctive option to promote wound healing in patients with chronic wounds.

Implications: Community nurses should develop competencies in systematic wound assessment and evidence-based wound management. Further well-designed clinical studies are needed to establish the effectiveness, safety, and cost-effectiveness of VCO in different types of chronic wounds.

Key Words: Chronic wounds, Role of Nurse, Virgin coconut oil

Corresponding author: Suprapron Suwannaront **E-mail:** nang.supaporn2515hos@gmail.com

Received: 6 May 2026 **Revised:** 20 July 2026 **Accepted:** 24 August 2026

การดูแลแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น: บทบาทของพยาบาลชุมชน ในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์¹, ละมุน คำเสนา², สิริพิมล ชาญตะคุ³

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขาม อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหาน อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชีวิสุโข อำเภोजัตรัส จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

บทนำ: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ควรเริ่มตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และควรกำจัดการดูแลหรือปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้า และให้การพยาบาลโดยการเตรียมพื้นผิวของแผล การบรรเทาความเจ็บปวด การพัฒนาการใช้สมุนไพรในท้องถิ่นเพื่อป้องกันและรักษาผู้ป่วยแผลเรื้อรัง และการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

วัตถุประสงค์: เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น โดยประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการวางแผนการพยาบาลและติดตามการหายของแผลในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

สาระสำคัญ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการประเมินและติดตามการหายของแผลอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมการประเมินขนาดพื้นที่แผล สิ่งขับหลั่ง ลักษณะพื้นแผล การติดของผ้าปิดแผล และการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ เพื่อสนับสนุนการดูแลแผลที่มีประสิทธิภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์

สรุปผล: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังโดยใช้เป็นทางเลือกในการส่งเสริมการหายของบาดแผลเรื้อรังได้

ข้อเสนอแนะ: ควรส่งเสริมการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นเป็นทางเลือกในการดูแลแผลเรื้อรังในระดับปฐมภูมิ ควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลแผลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งสนับสนุนการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อยืนยันประสิทธิผลในระยะยาว

คำสำคัญ: แผลเรื้อรัง, บทบาทพยาบาล, น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุภาภรณ์ สุวรรณโรจน์ อีเมล: nang.supaporn2515hos@gmail.com

วันที่รับ: 6 พฤษภาคม 2569 วันที่แก้ไขเสร็จ: 20 กรกฎาคม 2569 วันที่ตอบรับ: 24 สิงหาคม 2569

ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พ.ค. - ส.ค.) 2569

Volume 2 No. 2 (May - Aug) 2026

บทนำ

แผลเรื้อรัง (Chronic wound) หมายถึง บาดแผลที่ไม่สามารถดำเนินไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ โดยแผลมักคงอยู่ในระยะการอักเสบเป็นเวลานาน ไม่สามารถสร้างเนื้อเยื่อใหม่ได้อย่างเพียงพอ ส่งผลให้แผลไม่หายภายใน 4–8 สัปดาห์ ขณะที่แผลทั่วไปมักหายภายใน 1–2 สัปดาห์ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565) แผลเรื้อรังนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ความพิการ และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในระดับครอบครัว และระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในประเทศไทยที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มีสัดส่วน ร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด (โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2560) ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือด และโรคเมเร็ง มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรังสูง ทั้งนี้มีรายงานอัตราการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ร้อยละ 20.0 ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ร้อยละ 10.8 ผู้ป่วยโรคเมเร็ง ร้อยละ 5.7 และผู้ป่วยแผลเบาหวานที่เท้าระดับรุนแรงร้อยละ 2.4 (นิภาสุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การดูแลแผลเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยการประเมินบาดแผลอย่างเป็นระบบ การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และการเลือกใช้วัสดุปิดแผลหรือสารที่เหมาะสมต่อกระบวนการหายของแผล ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อหายของแผล ได้แก่ อายุ ภาวะโภชนาการ โรคร่วม การไหลเวียนโลหิต และการติดเชื้อ แม้ว่า น้ำเกลือปราศจากเชื้อ (Normal saline) จะเป็นสารมาตรฐานสำหรับทำความสะอาดแผล แต่การใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำเกลือยังมีข้อจำกัดสำคัญ คือ เมื่อผ้าก๊อชแห้งจะยึดติดกับพื้นแผล ทำให้เกิดความเจ็บปวด มีเลือดออก และอาจทำลายเนื้อเยื่อที่กำลังสร้างใหม่ส่งผลให้การหายของแผลล่าช้า (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565) นอกจากนี้ การใช้สารฆ่าเชื้อบางชนิดอย่างไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดความเป็นพิษต่อเซลล์ (Cytotoxicity) และรบกวนกระบวนการสมานแผลได้

จากข้อจำกัดดังกล่าว แนวคิดการเลือกใช้วัสดุหรือผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมการหายของแผลจึงได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (Virgin coconut oil, VCO) ซึ่งมีกรดไขมันสายกลาง (Medium-chain triglycerides) โดยเฉพาะกรดลอริก (Lauric acid) ที่มีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ด้านการอักเสบ เพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง และช่วยรักษาสภาพแวดล้อมของแผลให้เหมาะสมต่อการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ คุณสมบัติดังกล่าวช่วยลดการสูญเสียน้ำจากพื้นแผล ลดการเสียดสีระหว่างผ้าก๊อชกับเนื้อเยื่อ และลดการติดของผ้าปิดแผล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดลดลงขณะทำแผล สามารถเปิดแผลได้ง่ายขึ้น และเพิ่มความสะดวกสบายระหว่างการรักษา

หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยสนับสนุนประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นต่อการดูแลแผลเรื้อรังมากขึ้น โดยการศึกษาของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) พบว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการทำแผลช่วยให้แผลมีแนวโน้มหายเร็วขึ้น ลดการติดของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผล ขณะที่การศึกษาของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) รายงานว่าการประยุกต์ใช้ใบตองร่วมกับน้ำมันมะพร้าวสามารถลดปัญหาผ้าก๊อชติดแผล ช่วยให้เปิดแผลได้สะดวก ลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) ช่วยลดการอักเสบ ส่งเสริมการสร้างคอลลาเจน และเร่งกระบวนการสมานแผล โดยมีศักยภาพในการส่งเสริมการหายของแผลผ่านหลายกลไก ได้แก่ การต้านการอักเสบ การต้านเชื้อแบคทีเรีย การต้านอนุมูลอิสระ และการกระตุ้นการสร้างหลอดเลือดใหม่ ส่งผลให้เกิดการสร้างเนื้อเยื่อ แกรนูเลชันและการปิดแผลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Ibrahim et al., 2017) นอกจากนี้ การทบทวนอย่างเป็นระบบยังสรุปว่าน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) มีประสิทธิภาพในการเร่งการหายของแผลหลายชนิด ทั้งแผลผ่าตัด แผลเบาหวาน และแผลไฟไหม้ พร้อมทั้งช่วยลดการอักเสบและส่งเสริมการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ (Arman et al., 2025) อีกทั้งยังมีการสรุปจากงานปริทัศน์ว่าคุณสมบัติด้านการต้านเชื้อจุลชีพและการคงความชุ่มชื้นของน้ำมัน

มะพร้าวสกัดเย็น (VCO) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมกระบวนการสมานแผลและลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลเรื้อรัง (Napavichayanun & Aramwit, 2017)

อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีหลักฐานสนับสนุนประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นต่อการสมานแผล แต่การนำองค์ความรู้ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในงานบริการพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิยังมีรายงานค่อนข้างจำกัด โดยเฉพาะการสังเคราะห์บทบาของพยาบาลในการประเมินลักษณะแผล การติดตามความก้าวหน้าของการหายของแผล การเลือกใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นให้เหมาะสมกับสภาพแผล ตลอดจนการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ จึงเป็นองค์ความรู้ที่ควรได้รับการรวบรวมและถ่ายทอดเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติทางการพยาบาล

พยาบาลชุมชนในระบบสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง ตั้งแต่การประเมินสภาพผู้ป่วยและบาดแผล การวางแผนการดูแล การเลือกวิธีทำแผลที่เหมาะสม การติดตามประเมินการหายของแผล และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นซึ่งเป็นทรัพยากรที่หาได้ง่าย ราคาประหยัด และมีหลักฐานสนับสนุนด้านประสิทธิผล จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถช่วยให้แผลหายเร็วขึ้น ลดการติดของผ้าก๊อซ ลดความเจ็บปวด ลดภาระค่าใช้จ่าย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยได้ ดังนั้น ผู้เขียนจึงนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลแผลเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นบทบาทของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ตั้งแต่การประเมินบาดแผล การเลือกใช้แนวทางการดูแลที่เหมาะสม การติดตามผลการหายของแผล และการประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจและเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลชุมชนในการประเมินและดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมุ่งอธิบายบทบาทของพยาบาลในการประเมินบาดแผล การวางแผนการพยาบาล การเลือกใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และการติดตามประเมินผลการหายของแผล เพื่อเป็นแนวทางในการประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

แผลเรื้อรัง

แผลเรื้อรัง (Chronic wound) หมายถึง บาดแผลที่ไม่สามารถดำเนินไปตามกระบวนการหายของแผลตามปกติ เนื่องจากความบกพร่องของกลไกการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ส่งผลให้แผลคงอยู่ในระยะการอักเสบเป็นเวลานานมากกว่า 1 เดือน และเกิดความล่าช้าในการเข้าสู่ระยะการสร้างเนื้อเยื่อใหม่หรือระยะงอกขยาย ทั้งยังพบลักษณะของขอบแผลที่ไม่เคลื่อนตัวและการเจริญของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การดูแลแผลเรื้อรังเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความละเอียดรอบคอบและความรู้เฉพาะทาง โดยจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งการรักษาที่ปลายเหตุและการแก้ไขสาเหตุของการเกิดแผลร่วมกัน นอกเหนือจากการทำความสะอาดแผลและการทำแผลอย่างถูกวิธี รวมถึงการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมแล้ว ปัจจุบันยังมีการนำเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัยมาใช้เพื่อส่งเสริมการหายของแผลและลดภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษาจึงควรดำเนินการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สามารถประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาเฉพาะรายของผู้ป่วยแต่ละราย (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)

การรักษาพยาบาลแผลเรื้อรัง

มีแนวทางปฏิบัติ (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และนิธิยา รัตนานนท์, 2563) ดังต่อไปนี้

1. การรักษาความสะอาดของแผล อาจจะต้องทำความสะอาดแผลเป็นประจำทุกวันและควรหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำหรือโดนสิ่งสกปรก เพราะจะทำให้แผลอักเสบติดเชื้อทำให้เกิดอันตรายตามมาได้
2. สังเกตความผิดปกติของแผล เช่น ถ้าแผลนั้นมีอาการปวด บวม สีผิวเปลี่ยนแปลง มีหนอง
3. ตรวจร่างกายเป็นประจำ เพื่อจะได้ทราบว่าเรามีโรคประจำตัวอะไรหรือไม่ เช่น หากเป็นโรคเบาหวาน ก็ควรระวังการเกิดแผล ซึ่งหากเป็นแผลแล้วจะมีโอกาสเป็นแผลเรื้อรังรักษาหายได้ยากมากกว่า
4. หากเป็นแผลแล้ว ควรรีบไปพบแพทย์โดยเร็ว เพราะหากมัวรักษาเอง หรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ แผลนั้นอาจเกิดการติดเชื้อแล้วลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งหากรักษาไม่ทันก็มีโอกาสเสียชีวิตได้
5. ควรเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คนที่มีแผลเรื้อรังควรรับประทานโปรตีนเป็นพิเศษ เพราะเป็นสารอาหารที่จำเป็นสำหรับการสร้างเนื้อเยื่อ และลดโอกาสการติดเชื้ออีกด้วย
6. ไม่ควรปล่อยให้ตัวเองเครียด เพราะความเครียดจะทำให้ร่างกายหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของแผล ทำให้การสร้างเนื้อเยื่อไม่ดีและทำให้เป็นแผลเรื้อรังนั่นเอง
7. งดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ยังทำให้เม็ดเลือดแดงนำออกซิเจนไปสู่เซลล์หรือเนื้อเยื่อที่แผลลดน้อยลง ทำให้เลือดแข็งจนไหลเวียนไม่ดี และทำให้แผลได้รับสารอาหารไปหล่อเลี้ยงน้อยลง จนเป็นสาเหตุให้แผลหายช้ากว่าปกติ

น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

น้ำมันมะพร้าว (Coconut oil) คือ น้ำมันที่ได้จากการสกัดแยกน้ำมันจากเนื้อผลของต้นมะพร้าว (*Cocos nucifera* L.) ซึ่งเป็นพืชในตระกูลปาล์ม (Arecaceae หรือ Palmae) น้ำมันมะพร้าวมีปริมาณน้ำมันร้อยละ 63-68 เป็นน้ำมันพืชที่มีกรดไขมันอิ่มตัว น้ำมันมะพร้าวมีกรดไขมันอิ่มตัวที่มีจุดหลอมเหลวต่ำ จึงเปลี่ยนสถานะเป็นไขเมื่อสัมผัสกับอากาศเย็น น้ำมันมะพร้าวจะเป็นของเหลวเมื่ออุณหภูมิมากกว่า 25 องศาเซลเซียส (นุชรี จันทรเอี่ยม และคณะ, 2562)

ชนิดของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. Pure coconut oil การนำเนื้อมะพร้าวที่อบแห้งมาคั้นด้วยเครื่องมือ จะได้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นบริสุทธิ์ ไม่มีการกลั่น ไม่มีการเติมสารเคมี เหมาะสำหรับการรับประทานและทางการแพทย์
2. Refined coconut oil จากการกลั่น มีการเติมสารเคมี และฟอกสี และการแต่งกลิ่น และไม่มีโปรตีน
3. Virgin coconut oil จากการคั้นกะทิและนำไปสกัดซึ่งอาจจะสกัดร้อน สกัดเย็นหรือใช้สารเคมี ในการแยกน้ำมันมะพร้าวออกมา จะอุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ Medium-chain fatty acids และมีฤทธิ์ต้านเชื้อโรค

ส่วนประกอบที่สำคัญของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. กรดไขมันอิ่มตัว (Saturated fatty acid) ร้อยละ 92.0 ส่วนใหญ่จะประกอบด้วย อะตอมของคาร์บอน 8-14 ตัว ที่สำคัญ ได้แก่ Lauric acid ร้อยละ 51.0 Myristic acid ร้อยละ 18.5 และ Caprylic acid ร้อยละ 9.5
2. ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว (Monounsaturated fatty acids) ร้อยละ 6.0 ได้แก่ Oleic acid
3. ไขมันไม่อิ่มตัวเชิงซ้อน (Polyunsaturated fatty acids) ร้อยละ 1.6 ได้แก่ Linoleic acid
4. วิตามินอี (Vitamin E) การสกัดได้โดยไม่ผ่านกระบวนการ RBD (การทำให้บริสุทธิ์ หรือ Refining การฟอกสี หรือ Bleaching และการกำจัดกลิ่นหรือ Deodorization) ทำให้มีความแตกต่างจากน้ำมันทั่วไป

ประโยชน์ของน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

1. มีความเข้มข้นต่ำที่สุดที่ กรดลอริก (Lauric) สาร Monolaurin และกรด Lactic สามารถทำลายเชื้อ Staphylococcus aureus (Minimum bactericidal concentrations, MBC) ของกรด Lauric สาร Monolaurin และกรด Lactic มีค่าเท่ากับ 3.2 mg/ml, 0.1 mg/ml และร้อยละ 0.4 (v/v) ตามลำดับ (มุสตี ตั้งวัชรินทร์, 2561)
 2. มีกรดลอริก (Lauric acid) เมื่อบริโภคเข้าไปในร่างกายจะเปลี่ยนเป็นโมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ที่มีชื่อว่า โมโนลอรีน (Monolaurin) ซึ่งเป็นสารชนิดเดียวกับที่อยู่ในน้ำมันมารดา ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกในระยะ 6 เดือนแรก ที่ร่างกายยังไม่สร้างระบบภูมิคุ้มกันโรค และเป็นสารปฏิชีวนะที่ทำลายเชื้อโรค สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) เชื้อรา (Mold) ยีสต์ (Yeast) โปรโตซัว และไวรัส (พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และ นิธิยา รัตนพานนท์, 2563)
 3. สามารถสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่วางกายซึ่งกรดลอริกจะเปลี่ยนเป็นโมโนกลีเซอไรด์ (Monoglyceride) ที่มีชื่อว่า โมโนลอรีน (Monolaurin) ซึ่งเป็นสารตัวเดียวกับที่อยู่ในนมแม่ (Colostrum) ของน้ามนแม่ ที่ช่วยสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกในระยะ 6 เดือนแรกหลังคลอด ก่อนที่ร่างกายจะสร้างระบบภูมิคุ้มกันโรคได้
 4. สามารถใช้เตรียมคลอดนวดฝีเย็บเพื่อลดอุบัติเหตุการฉีกขาดของฝีเย็บและลดระยะเวลาในการคลอดทารกได้ต่อผลลัพธ์ของฝีเย็บและเวลาในระยะที่สองของการคลอด (อุบลรัตน์ ระวังโค และสมภัทร ศรีไชย, 2558)
 5. การสกัดโดยไม่เปลี่ยนแปลงสารพิษเคมีที่มีคุณค่าและคุณสมบัติทางเคมีกายภาพ มีประโยชน์ต่อสุขภาพทางเคมีกายภาพที่คงไว้จากไตรกลีเซอไรด์และกรดไขมันสายโซ่ขนาดกลาง นำมาใช้ในโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรังที่ตีและปลอดภัยสำหรับยาทา เพราะมีสารต้านอนุมูลอิสระต้านการอักเสบต้านเชื้อแบคทีเรียการรักษาบาดแผลและคุณสมบัติในการให้ความชุ่มชื้น (Chew, 2019)
- โดยสรุป น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระ สามารถยับยั้งการเจริญเติบโต และฆ่าเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา ยีสต์ โปรโตซัวและไวรัสได้ สามารถช่วยทำลายเชื้อโรคในช่องปากและลำคอ รักษาบาดแผลเรื้อรังจากโรคเบาหวาน การสร้าง Re-Epithelialization สังเคราะห์คอลลาเจน เพิ่ม Wound closure rate และปริมาณโปรตีนเป็นแพลตฟอร์มที่มีแนวโน้มในการรักษาแผลเรื้อรัง และแผลไฟไหม้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) มีการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลแผลเรื้อรัง และงานวิจัยของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) การใช้ใบตองตากแห้งจากรูขุมน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นปิดแผลเพื่อป้องกันก๊อชติดแผลพบว่าผลของการใช้ก๊อชขุบน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นกับการดูแลแผลเรื้อรังในเรื่องระยะเวลาการหายของแผล ลักษณะการหายของแผล ก๊อชติดแผล จากการประเมินติดตามการหายของแผลเรื้อรังตามองค์ประกอบการประเมินได้แก่ ขนาดพื้นที่แผล สิ่งขับหลั่ง พื้นที่ผิว และการประเมินผลของบาดแผลมีประสิทธิภาพดี และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการทำแผลเรื้อรังด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น

บทบาทของพยาบาลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง

1. การประเมินแผล แบบองค์รวมประกอบด้วย การประเมินติดตามการหายของแผลเรื้อรังได้แก่ ขนาดพื้นที่แผล (Surface area) สิ่งขับหลั่ง (Exudates) พื้นที่ผิว (Wound bed) โดยบาดแผลมีลักษณะพื้นแผลสีชมพู/แดงเป็นมันวาว (Granulation) เนื้อตายสีเหลือง/ขาวเป็นสายๆ หรือเป็นเมือก (Slough) และผิวหนังสีชมพู (Epithelialization) ความลึกของแผล และการประเมินผลของบาดแผล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) พบว่า พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินบาดแผลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การทำแผลเรื้อรังโดยใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น มีขั้นตอนดังนี้ (นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ, 2565)
 - 2.1 เปิดแผล ชั้นนอกออก
 - 2.2 ล้างมือให้สะอาด เช็ดให้แห้ง
 - 2.3 เปิดชุดทำแผล โดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ จัดอุปกรณ์ในชุดทำแผลให้เป็นระเบียบและเท Normal saline ล้างแผลใส่หลุมภาสด้านหนึ่ง และน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นใส่หลุมภาสดีกด้านหนึ่ง
 - 2.4 สวมถุงมือสะอาด ใช้ปากคีบชนิดมีเขี้ยว (Tooth forceps) คีบผ้าปิดแผลชั้นในออกทิ้งในที่รองรับขยะ ถ้าก๊อชปิดแผลติดกับแผล ใช้สำลีสูด Normal saline วางบนผ้าที่ติดกับแผลแล้วดึงผ้าปิดแผลออก
 - 2.5 ประเมินสภาพแผลโดยการสังเกตตำแหน่งขนาด ลักษณะของแผล ตลอดจนสี และกลิ่นของสิ่งขับหลั่งที่ระบายออกมา
 - 2.6 ทำแผลโดยใช้หลัก Aseptic Technique ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบสำลีสูด Normal saline บิดหมาด ๆ เช็ดรอบ ๆ แผลจากด้านในวนออกมาด้านนอก แล้วคีบสำลีสูด Normal saline บิดหมาด ๆ เช็ดแผลจากบนลงล่างจนสะอาด
 - 2.7 ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบก๊อชชุบน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นบิดหมาด ใส่เข้าไปในแผลให้พอดีกับปากแผลไม่ให้แน่นมาก
 - 2.8 ใช้ปากคีบชนิดไม่มีเขี้ยว (non-tooth forceps) คีบก๊อชแห้งเพื่อปิดแผลชั้นนอก แล้วปิดพลาสติกเกอร์
3. แบบประเมินผลการหายของแผล ใช้แบบประเมินที่พัฒนาจาก The Pressure ulcer scale for healing (PUSH tool) ที่พัฒนาโดย National pressure ulcer advisory panel เพื่อใช้ในการประเมินการหายของแผลของ นุชรี จันทร์เอี่ยม และคณะ (2562) ได้นำมาปรับใช้เป็นแบบประเมินและติดตามการหายของแผล ประกอบด้วย
 - 3.1 ขนาดพื้นที่แผล (Surface area) กว้าง x ยาว (cm²)
 - 3.2 การติดแผลของก๊อช คือ 0 = ไม่ติด และ 1 = ติด
 - 3.3 สิ่งขับหลั่ง (Exudates) แบ่งออกเป็น 0 = ไม่มี, 1 = เปียกชื้น: เปิด Gauze แผ่นแรกออกแล้วมองเห็นว่ามี Exudates ชิม, 2 = ชื้นแฉะ: มองเห็น exudates ชิมถึงชั้นนอกสุด, 3 = เปียกแฉะ: ชิมเปียกเสื้อผ้า
 - 3.4 พื้นผิวแผล (Wound bed) แบ่งออกเป็น 0 = แผลปิด เป็นเนื้อเยื่อสีชมพูทั้งหมด, 1 = ผิวหนังสีชมพู (Epithelialization), 2 = พื้นแผลสีชมพูหรือแดงเป็นมันวาว (Granulation) และ 3 = เนื้อตายสีเหลือง/ขาวเป็นสาย ๆ หรือเป็นเมือก (Slough)
 - 3.5 การประเมินผลแผล ประเมินเป็น ดีขึ้น คงเดิม แย่ลง
 - 3.6 ระยะเวลาการหายของแผล ประเมินเป็น สัปดาห์
4. การประเมินบาดแผลในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น การประเมินแผลเพื่อทราบถึงความก้าวหน้าของแผล ควรจะปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งในผู้ป่วยเรื้อรัง (Long term care) และทุก ๆ 48 ชั่วโมงในผู้ป่วยฉุกเฉิน (Acute care) ในการประเมินแผลนั้น จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการให้การดูแลรักษา มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแผล ที่ใช้อย่างแพร่หลายทางคลินิกและในงานวิจัย คือ Sussman wound healing tool (SWHT), The pressure ulcer scale for healing (PUSH) และ Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT) เครื่องมือทั้ง 3 ประกอบด้วย การประเมินลักษณะของแผล ซึ่งเป็นสิ่งที่บอกถึงการหายของแผล วิธีการประเมิน การให้คะแนนของแต่ละเครื่องมือจะแตกต่างกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (จุฬาร ประสงค์, 2559)

4.1 Sussman wound healing tool (SWHT) เป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการดูแลและติดตามการหายของแผลกดทับของ Sussman และ Bates-Jensen แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

4.1.1 ส่วนที่ 1 แบบประเมินผลการหายของแผล มีรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบประเมินผลการหายของแผล

ลักษณะที่บ่งชี้ว่า การหายของแผลไม่ดี	พบ (0 คะแนน)	ไม่พบ (1 คะแนน)	ลักษณะที่บ่งชี้ว่า การหายของแผลดี	พบ (1 คะแนน)	ไม่พบ (0 คะแนน)
1) เลือดออก (Hemorrhage)			6) การติดแน่นของขอบแผล (Adherence at the wound edge)		
2) เปื่อยยุ่ย (Maceration)			7) มีเนื้อเยื่อ granulation		
3) มีช่องโพรงใต้ผิวหนัง (Tunneling/ Undermining)			8) มีการหดตัวของแผล (Contraction) ประเมินได้ จากขนาดแผลลดลง		
4) มีรอยแดง (Erythema)			9) มีการหดตัวอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ (Sustained Contraction) ประเมินได้ จากขอบแผลชัดเจนขึ้นรูปร่าง ของแผลเปลี่ยนแปลง		
5) มีเนื้อตาย (Necrosis)			10) มีเยื่อ Epithelium		

4.1.2 ส่วนที่ 2 ขนาด ตำแหน่ง และระยะการหายของแผล มีรายละเอียดดังนี้

1) ประเมินความลึก และช่องหรือโพรงในแผล ซึ่งทั้ง 2 ลักษณะเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกว่าการหายของแผลไม่ดี โดยวัดความลึกของแผล 5 ตำแหน่ง ความลึกของแผล (วัดจุดที่ลึกที่สุด) และความลึกตำแหน่งที่ 12, 3, 6, 9 นาฬิกา แผลเป็นคะแนนดังนี้ ถ้าแผลลึกน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.2 เซนติเมตร คะแนนเท่ากับ 0 และถ้าแผลลึกมากกว่า 0.2 เซนติเมตร คะแนนเท่ากับ 1

2) ประเมินช่องหรือโพรง 4 ตำแหน่ง ตามเข็มนาฬิกา 12, 3, 6, 9 นาฬิกา โดยประเมินว่า พบ หรือไม่พบ และนำมาแปลเป็นคะแนน ถ้าพบช่องหรือโพรง คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าไม่พบช่องหรือโพรง คะแนนเท่ากับ 0 เพิ่มเติมลักษณะของแผล

3) ตำแหน่งของแผลโดยใช้ตัวอักษร เช่น C=Coccyx, F=Foot และระบุข้างซ้าย (L) หรือขวา (R) ไว้ด้วย

4) ประเมินระยะการหายของแผลว่าอยู่ในระยะใด ระยะของการอักเสบ (Inflammatory phase) ระยะการงอกขยาย (Proliferative phase) หรือระยะซ่อมแซม (Remodeling phase) โดยตำแหน่งและระยะการหายของแผล ไม่ต้องแปลเป็นคะแนน นำคะแนนมารวมกันโดยแบ่งคะแนนเป็น 2 ส่วน คือคะแนนรวมของการหายของแผลดี (Total good) และ คะแนนรวมของการหายของแผลไม่ดี (Total not good)

4.2 The pressure ulcer scale for healing (PUSH Tool) PUSH tool เป็นเครื่องมือ ที่รวดเร็วและแม่นยำที่ใช้ในการวัดสถานะของบาดแผลกดทับเมื่อเวลาผ่านไป เครื่องมือนี้ได้รับการออกแบบ โดย National pressure ulcer advisory panel (NPUAP) และผ่านการตรวจสอบความถูกต้องหลายครั้ง NPUAP แนะนำให้ใช้เครื่องมือเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้งหรือเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยหรือสถานะบาดแผลเปลี่ยนไป เครื่องมือ PUSH วัดค่าพารามิเตอร์สามตัวที่ถือว่าบ่งบอกถึงการรักษามากที่สุด ดังนี้

4.2.1 ขนาดบาดแผล (ความยาวสูงสุด x ความกว้างสูงสุด = พื้นที่ผิวบาดแผล)

4.2.2 ปริมาณสารหล่อ (ประมาณว่าเบาปานกลางหรือหนักหลังจากกำจัดน้ำสัดออก)

4.2.3 ประเภทของเนื้อเยื่อ (ปิดหรือโผล่ขึ้นมาใหม่ เนื้อเยื่อเยื่อผิว เนื้อเยื่อแกรนูล สลัฟ และเนื้อเยื่อที่เป็นเนื้อร้ายหรือเอสชาร์)

4.3 The Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT) เป็นเครื่องมือประเมินบาดแผลซึ่งปรับปรุงจาก Pressure Sore Status Tool (PSST) ที่พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1990 และได้รับการปรับปรุงในปี ค.ศ. 2001 โดย Barbara Bates-Jensen และเปลี่ยนชื่อเป็น Bates-Jensen Wound Assessment Tool (BWAT) เพื่อให้สามารถใช้ประเมินบาดแผลได้หลากหลายสาเหตุมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยรายการประเมิน 15 รายการ โดยมี 13 รายการที่นำมาคำนวณคะแนน มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 13 - 65 คะแนน และคะแนนที่สูงขึ้นแสดงถึงความเสี่ยงของสภาพแผลที่มากขึ้น (Agency for Clinical Innovation, 2017) ดังนี้

4.3.1 ขนาด (Size) ใช้ไม้บรรทัดวัดด้านที่ยาวที่สุดและกว้างที่สุดของพื้นผิวแผลเป็นเซนติเมตรแล้วนำมาคำนวณขนาดของแผล (ความยาว x ความกว้าง หน่วยเป็นตารางเซนติเมตร)

4.3.2 ความลึก (Depth) เลือกความลึกความหนาที่เหมาะสมที่สุดกับแผล ดังนี้ ผิวหนังยังคงสภาพสมบูรณ์ แต่มีรอยแดงที่กดแล้วไม่จาง (Non-blanchable erythema) การสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Partial-thickness skin loss) การสูญเสียผิวหนังทั้งหมด (Full-thickness skin loss) ไม่สามารถประเมินได้เนื่องจากถูกบดบังด้วยเนื้อตาย (Obscured by necrosis) และ การสูญเสียผิวหนังทั้งหมดรวมกับการทำลายเนื้อเยื่ออย่างกว้างขวาง (Full-thickness skin loss with extensive destruction)

4.3.3 ขอบแผล (Edges) ประเมินลักษณะดังนี้ ขอบแผลไม่ชัดเจน กระจาย (Indistinct, diffuse) ขอบแผลติดแนบกับพื้นแผล (Attached) ขอบแผลไม่ติดกับพื้นแผล (Not attached) ขอบแผลม้วนเข้าและหนาตัว (Rolled under, thickened) ภาวะผิวหนังหนาตัวจากเคราตินมากเกินไป (Hyperkeratosis) และมีพังผืดหรือเนื้อเยื่อแผลเป็น (Fibrotic, scarred)

4.3.4 โพรงใต้ผิวหนัง (Undermining) ประเมินโดยสอดไม้พินสำลีเข้าไปใต้ขอบแผลและดันไปจนถึงตำแหน่งที่ลึกที่สุดโดยไม่ใช้แรงมากเกินไป จากนั้นยกปลายไม้พินสำลีขึ้นเพื่อระบุตำแหน่งบนผิวหนังทำเครื่องหมายด้วยปากกา และวัดระยะจากจุดที่ทำเครื่องหมายบนผิวหนังถึงขอบแผล ดำเนินการประเมินโดยรอบแผล แล้วใช้แผ่นวัดขนาดมาตรฐานแบบโปร่งใสที่มีวงกลมซ้อนกันและแบ่งเป็น 4 ส่วนเท่า ๆ กัน เพื่อประเมินสัดส่วนของขอบแผลที่มีโพรงใต้ขอบแผล

4.3.5 ลักษณะเนื้อเยื่อที่ตาย (Necrotic tissue type) ให้เลือก ประเภทของเนื้อเยื่อที่พบเด่นที่สุดในแผล โดยพิจารณาจาก สี (Color) ลักษณะความเหนียว/ความนุ่ม (Consistency) และการยึดติดกับเนื้อเยื่อ (Adherence) ตามแนวทางดังนี้ เนื้อเยื่อที่ไม่สามารถมีชีวิตได้ สีขาว/เทา (White/gray non-viable tissue) คราบเนื้อตายสีเหลืองที่ไม่ยึดติด (Non-adherent, yellow slough) คราบเนื้อตายสีเหลืองที่ยึดติดหลวม ๆ (Loosely adherent, yellow slough) สะเก็ดเนื้อตายสีดำ ลักษณะนุ่มและยึดติด (Adherent, soft, black eschar) และ สะเก็ดเนื้อตายสีดำ แข็งและยึดติดแน่น (Firmly adherent, hard/black eschar)

4.3.6 ปริมาณเนื้อตาย (Necrotic tissue amount) ประเมิน ร้อยละของพื้นแผล (wound bed) ที่ถูกปกคลุมด้วยเนื้อตาย (Necrotic tissue) ได้แก่ ไม่พบเนื้อตายที่มองเห็นได้ (None visible) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลน้อยกว่า ร้อยละ 25 (<25% of wound bed covered) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลร้อยละ 25-50 (25% to 50% of wound bed covered) พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลมากกว่า ร้อยละ 50 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 75 (>50% and <75% of wound bed covered) และ พบเนื้อตายปกคลุมพื้นแผลร้อยละ 75 ขึ้นไป (75% to 100% of wound bed covered)

4.3.7 ชนิดของสิ่งขับหลั่ง (Exudate Type) ประเมินชนิดและลักษณะของ Wound Exudate ที่ออกจากแผล จำแนกตามลักษณะ เช่น ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สิ่งขับหลั่งมีลักษณะเป็นเลือด (Bloody) สิ่งขับหลั่งที่มีทั้งน้ำเหลืองและเลือดปนกัน ลักษณะบางใสเป็นน้ำ และมีสีแดงอ่อนหรือสีชมพู (Serosanguineous) สิ่งขับหลั่งมีลักษณะคล้ายน้ำเหลืองใส (Serous) และ สิ่งขับหลั่งมีสีแทนหรือสีเหลือง และอาจมีกลิ่นหรือไม่มีกลิ่นก็ได้ ลักษณะข้นหรือเหลวทึบแสง (Purulent)

4.3.8 ปริมาณสิ่งขับหลั่ง (Exudate amount) ประเมินปริมาณสิ่งขับหลั่งที่ออกจากแผล โดยใช้แผ่นวัดแบบโปร่งใส (Transparent metric measuring guide) ที่มีวงกลมซ้อนกันและแบ่งเป็น 4 ส่วนเท่าๆ กัน เพื่อประเมินร้อยละของ ผ้าปิดแผล (dressing) ที่มีสิ่งขับหลั่งปนเปื้อน โดยแบ่งระดับได้แก่ เนื้อเยื่อบริเวณแผลแห้ง ไม่มีสิ่งขับหลั่ง (Dry) เนื้อเยื่อบริเวณแผลชื้น แต่ไม่มีสิ่งขับหลั่งที่สามารถวัดปริมาณได้ (Moist) เนื้อเยื่อบริเวณแผลเปียก มีความชื้นกระจายทั่วพื้นแผล และสิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล ไม่เกินร้อยละ 25 (Wet) เนื้อเยื่อบริเวณแผลเปียกชุ่ม อาจกระจายสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ และสิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล ร้อยละ 26 ถึง 75 (Saturated) และ เนื้อเยื่อบริเวณแผลมีของเหลวปกคลุมหรือแช่อยู่ มีสิ่งขับหลั่งไหลออกอย่างชัดเจน อาจกระจายสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ และ สิ่งขับหลั่งเปื้อนผ้าปิดแผล มากกว่า ร้อยละ 75 (Bathed in fluid)

4.3.9 สีของผิวหนังรอบแผล (Skin color surrounding wound) ได้แก่ สีชมพูหรือสีผิวปกติ ตามลักษณะสีผิวของเชื้อชาติ (Pink or normal for ethnic group) สีแดงสด และ/หรือสีแดงจางลงเมื่อกดสัมผัส (Bright red and/or blanches to touch) สีขาวหรือสีเทาซีด หรือมีสีผิวจางกว่าปกติ (White or grey pallor or hypopigmented) สีแดงคล้ำหรือสีม่วง และ/หรือสีไม่จางลงเมื่อกด (Dark red or purple &/or non-blanchable) และ สีดำหรือมีสีผิวเข้มกว่าปกติ (Black or hyperpigmented)

4.3.10 การบวมของเนื้อเยื่อรอบแผล (Peripheral tissue edema) ได้แก่ ไม่พบ (No swelling) บวมกดไม่บุ๋ม ในพื้นที่น้อยกว่า 4 เซนติเมตร (Non-pitting edema < 4 cm) บวมกดไม่บุ๋ม ในพื้นที่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป (Non-pitting edema ≥ 4 cm) บวมกดบุ๋ม ในพื้นที่น้อยกว่า 4 เซนติเมตร (Pitting edema < 4 cm) และ บวมกดบุ๋ม ในพื้นที่ 4 เซนติเมตรขึ้นไป (Pitting edema ≥ 4 cm)

4.3.11 การแข็งตัวของเนื้อเยื่อรอบแผล (Peripheral tissue induration) ได้แก่ ไม่พบ (Non present) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผลน้อยกว่า 2 เซนติเมตร (Induration < 2 cm) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผล 2 - 4 เซนติเมตร และครอบคลุมพื้นที่รอบแผล น้อยกว่าร้อยละ 50 (Induration 2-4 cm, <50%) เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผล 2 - 4 เซนติเมตร และครอบคลุมพื้นที่รอบแผล มากกว่าร้อยละ 50 (Induration 2-4 cm, >50%) และ เนื้อเยื่อแข็ง แผ่รอบแผลมากกว่า 4 เซนติเมตร บริเวณตำแหน่งใด ๆ รอบแผล (Induration 4 cm)

4.3.12 เนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (Granulation tissue) ได้แก่ ผิวหนังสมบูรณ์ หรือเป็นแผลที่มีการสูญเสียผิวหนังบางส่วน (Skin intact or partial thickness wound) เนื้อเยื่อสีแดงสด มีลักษณะคล้ายเนื้อสด เต็มเต็มพื้นแผล ร้อยละ 75-100 และ/หรือมีเนื้อเยื่อเจริญเกิน (tissue overgrowth) (Bright, beefy red; 75-100%) เนื้อเยื่อสีแดงสด เต็มเต็มพื้นแผลมากกว่า ร้อยละ 25 แต่น้อยกว่า ร้อยละ 75 (Bright, beefy red; <75% and >25%) เนื้อเยื่อสีชมพู และ/หรือสีแดงหม่นหรือแดงคล้ำ เต็มเต็มพื้นแผลน้อยกว่า ร้อยละ 25 (Pink/dull/dusky red; <25%) และ ไม่พบเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน (No granulation tissue)

4.3.13 การสร้างเยื่อบุผิวใหม่ (Epithelization) ได้แก่ แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิว ร้อยละ 100 และพื้นผิวแผลสมบูรณ์ (100% wound covered, surface intact) แผลถูกปกคลุม ร้อยละ 75 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 100 และ/หรือมีเนื้อเยื่อบุผิว (epithelial tissue) เจริญเข้าสู่พื้นแผลมากกว่า 0.5 เซนติเมตร

(75–<100%) แผลถูกปกคลุม ร้อยละ 50 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 75 และ/หรือมีเนื้อเยื่อบุผิวเจริญเข้าสู่พื้นแผล น้อยกว่า 0.5 เซนติเมตร (50–<75%) แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิว ร้อยละ 25 ถึงน้อยกว่าร้อยละ 50 (25–<50%) และ แผลถูกปกคลุมด้วยเยื่อบุผิวน้อยกว่า ร้อยละ 25 (<25%)

สรุปผล

การประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ พบว่า น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น (VCO) มีศักยภาพในการส่งเสริมการหายของแผลเรื้อรัง โดยช่วยรักษาความชุ่มชื้นของพื้นแผล ลดการอักเสบ ด้านเชื้อจุลชีพ และกระตุ้นการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ ส่งผลให้แผลหายเร็วขึ้น ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดระหว่างการทำแผล (Ibrahim et al., 2017; Arman et al., 2025) หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยสนับสนุนผลดังกล่าวโดย นิภา สุทธิพันธ์ และคณะ (2565) รายงานว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นร่วมกับการทำแผลช่วยให้ลักษณะแผลดีขึ้น ลดปริมาณสิ่งขับหลั่ง ส่งเสริมการเกิดเนื้อเยื่อแกรนูเลชันและเยื่อบุผิวใหม่ ไม่พบปัญหาผ้าก๊อชติดแผล และผู้ป่วยมีความพึงพอใจในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพฑูรย์ เพชรแก้ว (2559) ที่พบว่าการใช้น้ำมันมะพร้าวร่วมกับวัสดุธรรมชาติช่วยลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช ลดความเจ็บปวด และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อขณะทำแผล พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยดำเนินการประเมินบาดแผลอย่างเป็นระบบ เลือกวิธีทำแผลและวัสดุปิดแผลที่เหมาะสม ติดตามการหายของแผล และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพการสมานแผล ลดความเจ็บปวด ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรังในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลชุมชนควรประยุกต์ใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โดยเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาตรฐานและมีความปลอดภัย ควบคู่กับการประเมินบาดแผลและการเลือกวิธีทำแผลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล ลดการติดเชื้อของผ้าก๊อช และลดความเจ็บปวดของผู้ป่วย
2. พยาบาลชุมชนควรติดตามและประเมินผลการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือประเมินแผลที่เป็นมาตรฐาน เพื่อเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการหายของแผลและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
3. หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิควรส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพพยาบาลและบุคลากรด้านการดูแลแผลเรื้อรัง รวมทั้งจัดทำแนวปฏิบัติในการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นที่สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้เกิดมาตรฐานการดูแลที่มีคุณภาพ
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าของการใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นในการดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ และในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน รวมทั้งศึกษาการประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อสนับสนุนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับ

เอกสารอ้างอิง

- จุฬาพร ประสงค์. (2559). *เครื่องมือการประเมินการหายของแผล*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรี จันทรเอี่ยม, ศรีวรรณ เรืองวัฒนา, มาลีวรรณ เกษตรทัต, ศศิธร พิชัยพงศ์ และแสงอรุณ ใจวงศ์ผาบ. (2562). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยแผลเรื้อรัง โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุข ล้านนา*, 15(1), 1–13.

- นิภา สุทธิพันธ์, รัตนา จุฬารักษ์, ณพัชร บทมรัตน์ชยะกูร และภาณุ สุทธิพันธ์. (2565). การใช้น้ำมันมะพร้าวสกัดเย็นดูแลแผลเรื้อรังในผู้ป่วยเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 แห่ง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 37(2), 431–440.
- ผุสดี ตั้งวัชรินทร์. (2561). ประสิทธิภาพของน้ำมันมะพร้าวบริสุทธิ์ กรด lauric สาร monolaurin และกรด lactic ต่อการยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ *Staphylococcus aureus* ในเนื้อสุกร. ฝ่ายทุนอุดหนุนวิจัยเพื่อพัฒนาสถาบัน. https://elibrary.tsri.or.th/fullP/MRG5280065/MRG5280065_abstract.pdf
- ไพฑูรย์ เพชรแก้ว. (2559). ใบตองน้ำมันมะพร้าว ลดปัญหาผ้าก๊อชติดแผล. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(5), 840–845.
- พิมพ์เพ็ญ พรเฉลิมพงศ์ และนิธิยา รัตนานนท์. (2563). *Coconut oil (น้ำมันมะพร้าว)*. Food Network Solution. <http://www.foodnetworksolution.com/wiki/word/1180/coconut-oil>
- โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. (2560). *กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคแผลเรื้อรังแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ: รายงานผลงานเพื่อการสมัครขอรับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2560*. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- อุบลรัตน์ ระวีโค และโสภณ ศรไชย. (2558). การนวดฝึบด้วยน้ำมันมะพร้าวสกัดเย็น ต่อผลลัพธ์ของฝึบและเวลาในระยะที่ 2 ของการคลอดในมารดาคลอดปกติครั้งแรก. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 25–39.
- Agency for Clinical Innovation. (2017). *Bates-Jensen wound assessment tool (BWAT)*. NSW Government. https://aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/388243/22.-Bates-Jensen-wound-assessment-tool-BWAT.pdf
- Arman, E., Almahdy, A., Dafriani, P., & Almasdy, D. (2025). Virgin coconut oil accelerates wound healing: A systematic review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(1), 759–766. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i1.4545>
- Chew, Y. L. (2019). The beneficial properties of virgin coconut oil in management of atopic dermatitis. *Pharmacognosy Reviews*, 13(25), 24–27. https://doi.org/10.4103/phrev.phrev_29_18
- Ibrahim, A. H., Li, H., Al-Rawi, S. S., Majid, A. S. A., Al-Habib, O. A. M., Xia, X., Abdul Majid, A. M. S. A., & Ji, D. (2017). Angiogenic and wound healing potency of fermented virgin coconut oil: In vitro and in vivo studies. *American Journal of Translational Research*, 9(11), 4936–4944.
- Napavichayanun, S., & Aramwit, P. (2017). Effect of animal products and extracts on wound healing promotion in topical applications: A review. *Journal of Biomaterials Science, Polymer Edition*, 28(8), 703–729. <https://doi.org/10.1080/09205063.2017.1301772>