



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๙๓ ๒๔๕๐ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ว ๓๙๕

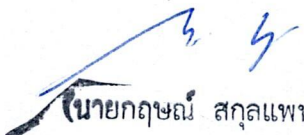
วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๘

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิทยาสันตคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนสนิม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการ จำนวน ๖ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๘ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป


(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๖ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวจอมขวัญ โบราณมูล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒	ว่าที่ ร.ต.หญิงสิริวรรณ พุทธรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๓	นางสาวณัฐกานต์ นามวิชัย	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
๔	นางสาววรรัตน์ จันทร์นุ่ม	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

/ลำดับที่...

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๕	นางสาวสุมาพร คูหะมะณี	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๖	นางสาวนาถดาว มหานิล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘



(นายธนนท์ พรพพิภาส)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวจอมขวัญ โบราณมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๑๐๖๘๒	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๖๘๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดในเด็กและได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมออกซิโตรากการไหลสูงทางจมูก				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหอบหืดในเด็กและได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ: ตั้งแต่วันที่ 18 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 ถึง วันที่ 22 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหอบหืด(Asthma) โรคหอบหืดเป็นโรคที่หลอดลมมีการตีบแคบเนื่องจากหลอดลมมีการอักเสบเรื้อรังทำให้เนื้อเยื่อของหลอดลมชั้น Mucosa และ Goblet cells ต่อดังกล่าวกระตุ้นต่างๆเกิดการเปลี่ยนแปลง (Remodeling) ให้หนาตัวขึ้นและมีสารคัดหลั่งมากขึ้นหลังมีการอักเสบการหดเกร็งของหลอดลม

(Bronchoconstriction) ดังกล่าวจะเป็นแบบชั่วคราว (Reversible airflow obstruction) หลอดลมสามารถปรับเป็นปกติได้โรคนี้นักเกิดในวัยเด็กและโลกถูกพัฒนาให้มีอาการมากขึ้นในวัยผู้ใหญ่

(สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

พยาธิสรีรภาพของโรค

โรคหอบหืดนั้นมีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ทั้ง ขนาดใหญ่ขนาด กลาง และขนาดเล็ก โดยพบว่าเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบนั้น มีมากมาย ได้แก่ eosinophils, basophils, mast cells และ lymphocyte ส่วนสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบได้แก่ cytokines และ mediators ต่างๆ ที่หลั่ง ออกมาจากเซลล์เช่น histamine หรือ leukotriene รวมทั้ง immunoglobulin E ลักษณะทาง พยาธิวิทยา ที่สำคัญหลอดลมในผู้ป่วยหืดคือการหนาตัวของชั้นใต้เยื่อหลอดลม (subepithelial basement membrane thickening) 4 ซึ่งพบร่วมกับ มีเม็ดเลือดขาว eosinophils จำนวนมากในใช้ดังกล่าว ในกรณีที่ เกิดการอักเสบต่อเนื่องกัน เป็นเวลานาน และไม่ได้ รับการรักษาที่เหมาะสม จะทำ ให้เกิด การเสื่อมอย่างถาวรของ หลอดลมที่เรียกว่า airway remodeling ซึ่งมีผลต่อการดำเนินโรคและการรักษา

เมื่อเยื่อของหลอดลม (Trachea) และหลอดลมใหญ่ (Bronchus) ถูกกระตุ้นด้วยสารก่อภูมิแพ้จะมีความไวมากกว่าปกติโดยสารก่อภูมิแพ้จะจับกับ Mast cell ซึ่งมี Immunoglobulin E บนผิว Mast cell ทำให้มีการหลั่ง Histamine Leukotrienes และ Prostaglandin สารเหล่านี้เป็นสาเหตุให้หลอดลมตีบและอักเสบหรืออาจเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดการอักเสบไวต่อการกระตุ้นส่งผลให้หลอดลมตีบแคบอย่างรวดเร็วและขับมูกออกมามากขึ้นเกิดการทำลายของเยื่อทางเดินหายใจ หลอดลมบวม Histamine สามารถซึมเข้าผนังหลอดลมทำให้มีการอักเสบของหลอดลมรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มี อาการ ต่อมามีอาการหายใจลำบาก ช่วงการหายใจออกจะยาวอัตราการหายใจเพิ่มขึ้น ได้ยินเสียง Wheezing ระยะต่อมาผู้ป่วยจะไอเอาเสมหะออกยากหากมีเสมหะอยู่บริเวณชายปอดจะทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซหรือการระบายอากาศของหลอดลมฝอยไม่ดีเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงปอดอีกข้างหนึ่งได้เกิดภาวะกรดในเลือดจากการหายใจระยะนี้ผู้ป่วยจะมีออกซิเจนในเลือดต่ำ

(สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็กราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

สาเหตุของโรค

สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกระตุ้นอาการหอบหืดเฉียบพลัน

1. สารก่อการแพ้ (Allergies) สิ่งแวดล้อมหรืออาชีพ สิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนสารเคมี ฝุ่นทาง อุตสาหกรรม ควันบุหรี่ ไรฝุ่น ฝุ่นละออง เชื้อรา เกสรดอกไม้ ควันท่อไอเสีย ควันบุหรี่ อาหารบางชนิดเช่น นมไข่ ปลา ผลไม้ อาหารทะเล และยา Aspirin, Penicilin, Propranolol, การออกกำลังกายเป็นต้น

2. พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคประมาณร้อยละ 50-60 เนื่องจากการสร้าง IgE และกระบวนการอักเสบหลายตัว ทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งก่อภูมิแพ้หรือมีปฏิกิริยาไวเกิน

3. การติดเชื้อทางเดินหายใจ (Respiratory infections) เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Parainfluenza) และไรโนไวรัส (Rinovirus) เชื้อโรคเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีไวรัสที่มีปฏิกิริยาเฉพาะกับ virus-specific gE antibody ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารตัวกลาง (mediator release) และมีการตอบสนองต่อ สิ่งก่อภูมิแพ้ ทำให้มีการหลั่งสารตัวกลางการอักเสบเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดลมหดเกร็งมีอาการหอบหืดได้

4. สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ตกใจ ตื่นเต้น แม้แต่หิวหรือร้อนให้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์อาจทำให้มีการหายใจเร็วมากเกินไป ภาวะนี้ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบลงได้ การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็ว เช่นสภาพอากาศที่มีความชื้นสูง ความกดอากาศสูง อากาศร้อนจัดหรือเย็นจัด หรืออากาศเย็นเป็นอากาศร้อนจัด การเปลี่ยนแปลงอากาศเช่นนี้จะทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็งและเกิดอาการหอบได้

(สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการไอ หรือหอบ หรือหายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางวัน มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ใช้มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. ไอ หอบ หายใจมีเสียงหวีดในช่วงกลางคืน
3. มีอาการไอ หอบ หายใจมีเสียงหวีด ทำให้มีปัญหากลืน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน
4. ต้องใช้ยาขยายหลอดลมมากกว่า 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ (กัลยพัทธ์ นิยมวิทยา, 2560)

การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ

1.1 มีอาการไอ หอบ เหนื่อย แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด โดยเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง มักจะเกิดขึ้นในเวลา กลางคืน หรือเช้านี้เอง หรือหลังได้รับยาขยายหลอดลม ผู้ป่วยจะมีบางช่วงที่เป็นปกติสบายดี

1.2 อาการมักเกิดขึ้นตามหลังสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การออกกำลังกาย ควันบุหรี่ สารระคายเคือง การเปลี่ยนแปลงของอากาศ สารก่อภูมิแพ้ เช่น ไรฝุ่น รังแคสัตว์ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ การหิวหรือร้อน สารเคมียา และอื่น ๆ

1.3 อาการไอ หายใจไม่สะดวก หรือหายใจมีเสียงหวีด มากกว่า 10 วันในช่วงที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ส่วนต้น

1.4 อาการไอแห้งๆ เรื้อรังตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไปโดยที่หาสาเหตุไม่ได้ และตอบสนองต่อยาขยายหลอดลม

- 1.5 อาการดีขึ้นในช่วง 2-3 เดือน ที่ได้รับยาควบคุมอาการ และอาการกำเริบเมื่อหยุดยาควบคุมอาการ
- 1.6 มักพบร่วมกับโรคภูมิแพ้อื่นๆ เช่น ผิวหนังอักเสบจากภูมิแพ้ (atopic dermatitis), เยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic rhinitis), เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ (allergic conjunctivitis), ภาวะภูมิแพ้ต่ออาหาร (food allergy)
- 1.7 พ่อ แม่ หรือ พี่ น้องมีประวัติโรคหืด

2. การตรวจร่างกาย

- 2.1 ในขณะที่มีอาการ มักฟังปอดได้ยินเสียงหวีด (wheeze) แต่บางรายอาจตรวจไม่พบ หรือได้ยินเสียงดังกล่าว ในขณะที่หายใจออกแรงๆ ในรายที่มีอาการจับที่คอแรง อาจฟังปอดไม่ได้ยินเสียงหวีด แต่จะตรวจพบอาการอื่นๆ เช่นเขียว ซีม พุดไม่เป็นประโยค หวใจเต้นเร็ว หายใจหน้าอกบวม
- 2.2 ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มีอาการ การตรวจร่างกายอาจไม่พบสิ่งผิดปกติ
- 2.3 หน้าอกโป่ง ถ้าเป็นเรื้อรังมานาน
- 2.4 มีอาการแสดงของโรคภูมิแพ้อื่นๆ ได้แก่ อาการของเยื่อบุจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ เยื่อบุตาอักเสบจากภูมิแพ้ ผิวหนัง อักเสบจากภูมิแพ้

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่น ๆ ได้แก่การตรวจสมรรถภาพปอด เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค โดยการเป่า Peak flow meter เพื่อดูค่า PEFr โดยแนะนำให้ประเมินสมรรถภาพปอดเมื่อเริ่มการวินิจฉัย และหลังการรักษา ทุก 3-6 เดือน ส่วนการตรวจภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) จะทำในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยที่แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคอื่นๆเพิ่มเติม และผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น ปอดอักเสบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (ชลีรัตน์ คิเรกวัฒนชัย, 2564)

การรักษา

แนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหืดกำเริบเฉียบพลัน

ภาวะหืดกำเริบ (asthma exacerbation) เป็นภาวะที่เป็นอันตรายถึงชีวิต และควรได้รับการรักษาอย่างทันที การรักษาภาวะหืดกำเริบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยมีเป้าหมายการรักษาดังต่อไปนี้

- 1.รักษาภาวะพร่องออกซิเจน และแก้ไขภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจให้กลับเป็นปกติด้วยวิธีที่เหมาะสม

1.1 การให้ออกซิเจน เพื่อลดอาการหอบเหนื่อย ช่วยให้เกิดการขยายของหลอดลม ลดการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจและลดการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยรักษาความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์ ด้วยการให้ออกซิเจนทาง nasal cannula หรือ face mask

1.2 การให้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น ในรายที่อาการรุนแรงน้อยถึงปานกลาง พิจารณาให้ยาขยายหลอดลมผ่านทาง MDI (metered dose inhaler) with spacer ขนาดยา salbutamol MDI ที่ให้ในผู้ป่วยที่มีอาการเพียงเล็กน้อย เริ่มต้นด้วย 2-4 puffs ต่อครั้ง และซ้ำได้ทุก 20-30 นาทีในช่วงแรก ตามการตอบสนองทางคลินิก ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุมากกว่า 5 ปีที่รุนแรงปานกลางอาจเพิ่มขนาดได้จับถึง 6-10 puffs ต่อครั้ง หากอาการดีขึ้นให้เปลี่ยนเป็นทุก 4-6 ชั่วโมง ในกรณีที่อาการหอบรุนแรงแนะนำให้ Nebulized SABA เช่น nebulized salbutamol ขนาด 2.5-5 มิลลิกรัมต่อครั้ง (อายุน้อยกว่า 5 ปี ให้ 2.5 มิลลิกรัมต่อครั้ง) โดยเปิด oxygen flow 6-8 ลิตรต่อนาที

หากอาการยังไม่ดีขึ้นหรือฟังปอดมี poor air entry อาจพิจารณาให้ systemic beta 2-agonist เช่น Terbutaline ขนาด 0.01 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อครั้งฉีดใต้ผิวหนัง (subcutaneous) (ขนาดสูงสุด 0.25 มิลลิกรัมต่อครั้ง)

หากอาการไม่ดีขึ้น ควรรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

1.3 การให้ยา anti-cholinergic ในกรณีที่ หอบรุนแรงหรือไม่ตอบสนองกับการให้ SABA การให้ Anti-cholinergic คู่กับ SABA จะเพิ่มประสิทธิภาพการขยายหลอดลม nebulized SABA ผสมรวมกับ anticholinergic (ipratropium bromide) 250 ไมโครกรัมต่อครั้ง (ในเด็กน้ำหนักน้อยกว่า 20 กิโลกรัม) หรือ 500 ไมโครกรัมต่อครั้ง (ในเด็กน้ำหนักมากกว่า 20 กิโลกรัม)

1.4 การให้ยา systemic corticosteroids ช่วยอาการหืดกำเริบหายเร็วขึ้น ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ควรให้เร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรก มักเห็นผลภายใน 3-4 ชั่วโมง หากผู้ป่วยได้กินยา Prednisolone ขนาด 1-2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน สูงสุดไม่เกิน 40 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 3-5 วัน

1.5 การให้ยา Inhaled corticosteroids (ICS) การให้ high-dose ICS ภายในชั่วโมงแรกที่ห้องฉุกเฉินช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล

2. การเฝ้าติดตามและประเมินการรักษาอาการหืดกำเริบในระยะเวลาเฉียบพลัน

2.1 ตรวจร่างกาย บันทึกชีพจร การหายใจ และความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เป็นระยะๆ

2.2 การถ่ายภาพรังสีทรวงอกในกรณีที่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและสงสัยปอดอักเสบหรือ มีภาวะแทรกซ้อน (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2564)

การพยาบาล

1.การให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกโดย จัดทำน้ำผึ้งสูง 30 องศา เพิ่มประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เลือก nasal cannula ให้เหมาะสมกับขนาดรูจมูกผู้ป่วย ตั้งค่า FiO₂ และอัตราการไหล ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและติดตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยเป็นระยะ 1-4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพ อยู่ในเกณฑ์ปกติและติดตาม ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น การหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก หายใจหน้าอกบวมให้รายงานแพทย์ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ สาย nasal cannula เลื่อนหลุด การเกิดบาดแผลบริเวณจมูก ลมรั่วในเยื่อหุ้มปอด และการป้องกันการติดเชื้อ

(เยวภา จันทร์มา, 2564)

2.ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ภาวะหายใจหอบเหนื่อยและภาวะหายใจล้มเหลว ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงให้รายงานแพทย์ทันที

3.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะยาพ่นขยายหลอดลม ยาลดไข้ ยาขับเสมหะและสังเกตเฝ้าระวังผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น

4.ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อชดเชยสารน้ำที่ระเหยไปกับการหายใจหอบเหนื่อยและไข้

5.ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก

6.ลดความวิตกกังวลของมารดาด้วยการใส่เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกให้กับผู้ป่วย

7.วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (กนกวรรณ นิลเอก, 2562)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยเด็กหญิงอายุ 4 ปี 10 เดือน มารดาพามาโรงพยาบาลวันที่ 18 มีนาคม 2567 ด้วยอาการไข้ ไอ เหนื่อย 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มารักษาที่โรงพยาบาล ได้ยา Amoxicillin Syrup กลับไปรับประทานที่บ้าน อาการไม่ทุเลา 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลที่ ER มีอาการไอ หายใจเหนื่อยมากขึ้น ฟังเสียงปอดได้เสียง (wheezing) และ (Coarse crepitation) ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วย อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 40 ครั้ง ต่อนาที ลักษณะการหายใจมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก (Chest Retraction) ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจอาการให้ Admit พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 1 NB ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง พ่นยาขยายหลอดลม Pulmicort 1 NB ผสม NSS 3 มิลลิลิตร ทันทีให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง (High-Flow nasal canula : HFNC) FIO2 0.4 ค่า Total flow 15 ลิตรต่อนาที ให้ Hydrocortisone 75 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทันที แรกรับที่หน่วยงานผู้ป่วยเด็ก วันที่ 18 มีนาคม 2567 ผู้ป่วยตื่นดีพูดคุยรู้เรื่องอัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาทีลักษณะการหายใจมีการดึงรั้งของกล้ามเนื้อหน้าอก (Retraction) ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ หลังจากให้ HFNC ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเร็วขึ้น อัตราการหายใจ 34-38 ครั้งต่อนาที มี Mild Retraction ให้ปรับเพิ่ม HFNC FIO2 0.4 Total flow 23 ลิตรต่อนาที เป็นเวลา 3 วัน ให้พ่นยาขยายหลอดลม Ventolin 2 ml ผสม NSS 3 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง CXR พบ Patchy infiltration RML and RLL ตรวจ swab Influenza และ covid 19 ผล Negative ให้ยา Ceftriaxone 1200 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง ให้ Azithromycin (250) 1 tab ผสมน้ำ 5 มิลลิลิตร รับประทานครั้งละ 2.5 มิลลิลิตร ก่อนอาหารเช้า ให้ยา Prednisolone (5 mg) 3 tab รับประทาน หลังอาหารเช้าเป็นเวลา 5 วัน ผล Electrolyte Potassium 3.4 มิลลิโมลต่อลิตร ให้ Elixir KCL 15 มิลลิลิตร รับประทาน ทุก 3 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ให้ 5% DN/2 ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 55 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 4 วัน ผู้ป่วยตื่นดีนอนราบได้ อัตราการหายใจ 24-28 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลคือ 1)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการหดเกร็งกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม2)มีภาวะขาดสารน้ำและอาหารเนื่องจากการสูญเสียน้ำเพิ่มขึ้น จากภาวะหายใจหอบเหนื่อย3)มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับการหอบเหนื่อยของบุตร 4)มารดาขาดความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน หลังให้การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการหายใจ 26 ครั้ง ต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ 3 วันหลังได้รับการรักษา ลักษณะการหายใจ Retraction ลดลง ปรับ HFNC FIO2 0.4 Total Flow 10 ลิตรต่อนาที และต่อมาให้ผู้ป่วยหายใจด้วยตัวเอง ประเมินอาการไข้ผู้ป่วยหายใจไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มี Retraction อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดเท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ยุติการให้ออกซิเจนจึงเตรียมการจำหน่าย กลับบ้านให้ยากลับบ้าน Amoxicillin syrup 250 มิลลิกรัมต่อน้ำ 5 มิลลิลิตรรับประทานครั้งละ 5 มิลลิลิตร วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร เข้า กลางวัน เ็น ยาขยายหลอดลม Budesonide MDI 200 ไมโครกรัม 1 กด วันละ 2 ครั้งเช้า เ็น ให้ยาขยายหลอดลม Ventolin inhaler 0.1 มิลลิกรัมต่อโดส 2 กด ทุก 6 ชั่วโมงจนถึงวันนัด ให้คำแนะนำมารดาให้มาพบแพทย์ตามนัดหมาย นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

นัดติดตามอาการวันที่ 29 มีนาคม 2567 และหากมีอาการหายใจเร็วให้มาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลก่อนโดยไม่ต้องรอถึงวันนัด ให้คำแนะนำการพ่นยาตามแผนการรักษา และ Scan QR code การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกับมารดา ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 22 มีนาคม 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในตึกผู้ป่วยในเด็กรวม 5 วัน และรับไว้ในโรงพยาบาลรวม 5 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1. ศึกษาสถิติคดีเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยในเด็กในโรงพยาบาลบ้านบึง 1 ราย โดยเลือกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคหอบหืด ศึกษาความรู้ทางวิชาการ กรอบแนวคิดทางการพยาบาล รวบรวมข้อมูลจากตำรา

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศ อัตราการไหลสูงทางจมูก อาการปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 18 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 22 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล 5 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จากภาวะหายใจล้มเหลวที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับ มารดามีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกในหน่วยงาน รวมถึงการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด การสื่อสารให้ข้อมูล และสร้างความตระหนักในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปลอดภัยเกิดความพึงพอใจมากขึ้น ไม่ Readmit จากการพ่นยาไม่ถูกต้อง

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก อาจเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ผู้ป่วยอาจเข้าสู่ภาวะวิกฤตได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ทันที่ พยาบาลต้องให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้ ในกรณีนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก และมีการพ่นยาอย่างต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมง แต่มารดาไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยในการพ่นยา หยุตพ่นยาก่อนที่ยาหมด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาพ่นตามแผนการรักษา

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยไม่เคยมีประสบการณ์การใส่ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง ซึ่งมีแรงดันและความร้อนที่เกิดขึ้นที่สาย Nasal ผู้ป่วยมีการถอดสาย Nasal ออกเป็นบางครั้ง แต่ทุกครั้งถอดออกเป็นเวลานาน และใส่ไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยเป็นเด็กยังไม่เข้าใจว่าการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งบ่งบอกว่ามีอาการหนักมีโอกาสเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ รวมถึงมารดาเป็นห่วงบุตรมีความกังวลว่าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บจมูกไม่ได้มีการบอกผู้ป่วยเวลาถอดออกและผู้ป่วยเป็นเด็กผู้หึงชอบเล่นตุ๊กตาที่มีขนรวมถึงบิดาสูบบุหรี่เป็นประจำ ซึ่งความไม่สุขสบายของผู้ป่วยความวิตกกังวลของมารดาและปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเหล่านี้มีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยโดยอาจทำให้ระยะเวลาในการใส่ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูง (High-Flow nasal canula) เป็นเวลานานมากขึ้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

9. ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ การประเมินผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก โดยใช้ Pediatric Early warning Scoring ประเมินและวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตหายใจล้มเหลว
2. พยาบาลต้องส่งเสริมให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่นอนโรงพยาบาลอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา โดยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายเมื่อกลับบ้าน

10. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวจอมขวัญ โบราณมูล 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จอมขวัญ โบราณมูล ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจอมขวัญ โบราณมูล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กัลยาณี สุเมธีวัฒนกุล

(นางสาวกัลยาณี สุเมธีวัฒนกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วย

วันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567(ลงชื่อ) มัทนา ศรีโชคปรีชา

(นางสาวมัทนา ศรีโชคปรีชา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567(ลงชื่อ) แฉะ

(นางแฉะดาว พิมลธเรศ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

วันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567(ลงชื่อ) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

(ตำแหน่ง)

วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

2. หลักการและเหตุผล

โรคหอบหืดในเด็ก เป็นโรคเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ความเป็นอยู่ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วย เพราะมีโอกาสขาดงาน ขาดรายได้ สิ้นเปลือง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ถ้าการดำเนินโรครุนแรง และไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต จากข้อมูลของ องค์การอนามัยโลกในปี 2564 พบว่ามีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 262 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากโรคหอบหืด ประมาณ 561,000 คน (WHO, 2024) ประเทศไทยพบผู้ป่วยเสียชีวิตจากอาการของโรคหืด 4,182 รายต่อปี คิดเป็นวันละ 11-12 ราย หรืออัตรา 3.3 ต่อประชากร 1 แสนคน และยังคงคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ.2568 โรคหอบหืดจะกลายเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก ซึ่งจะมีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นจากเดิมอีก 100 ล้านคน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) จากข้อมูลรายงานสถิติผู้ป่วยใน กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในปี 2559-2561 จำนวน 119,037 , 135,090 และ 124,000 ราย ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1,000,000 รายต่อปี ที่ต้องเข้ารับ การรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการ หอบหืดกำเริบเฉียบพลัน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จากข้อมูลข้างต้นส่วนใหญ่ที่เข้ามานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนั้นเนื่องจากไม่ได้พ่นยาควบคุมการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธี ขณะเดียวกัน เมื่อประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลกร้อน ส่งผลให้ละอองเกสรและเชื้อราเพิ่มขึ้น และยังส่งผลให้เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี มีอาการหอบเร็วขึ้นและนอนโรงพยาบาลพุ่งขึ้นถึง 15% และยังพบว่าทุกๆ ค่า PM 2.5 ที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร จะเพิ่มการหอบกำเริบ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคหืด นอกจากพ่นยาสม่ำเสมอแล้ว การตรวจวัดดัชนีคุณภาพอากาศทุกวันในผู้ป่วยโรคหืดก่อนออกจากบ้าน จึงถือเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ผู้ป่วยที่ไม่มีความรู้ได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอหรือได้รับการรักษาไม่เหมาะสมอาจมีอาการกำเริบรุนแรงต้อง มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและนอนรักษาในโรงพยาบาลซึ่งในรายที่อาการรุนแรงมากและมารับบริการล่าช้า อาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต (กัลยพัทธ์ นิยมวิทยา, 2560)

โรงพยาบาลบ้านบึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 120 เตียง จากสถิติในปีพ.ศ. 2564 – 2566 หน่วยงานผู้ป่วยในเด็ก มีผู้รับบริการผู้ป่วยโรคหอบหืดมีจำนวน 4 ราย, 17 ราย และ 23 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2567) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการไม่ได้พ่นยาป้องกันหอบอย่างต่อเนื่องและเวลามีอาการ กำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธี เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อมีอาการ ดังนั้นผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญและมีความตั้งใจในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในเด็กให้มี คุณภาพโดยผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งเร้า การใช้ยาอย่างถูกวิธี และหากมีอาการกำเริบสามารถเข้ารับการรักษาด้วยความรวดเร็วและเหมาะสม

กับอาการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน

3. บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสถิติของโรงพยาบาลบ้านบึง ในปี 2566 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยในเด็กของโรงพยาบาล เป็นจำนวน 23 ราย (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2566) และ พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การปฏิบัติตน และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้จัดทำประเมินภาวะวิกฤตการหายใจล้มเหลว ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องคลายความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงได้จัดทำ QR code การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ซึ่งจะเป็นการนำทฤษฎีทางการพยาบาล และกรอบความคิดที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ซึ่งช่วยให้พยาบาลสามารถอธิบายเป้าหมายและเหตุผลของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทางเดียวกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตามแนวคิดและทฤษฎีของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลในระดับกว้าง ซึ่งเป็นที่ประจักษ์แพร่หลายในวิชาชีพพยาบาลและมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลักที่มีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความ ต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมดเมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาลและทฤษฎีระบบการพยาบาลได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคลและช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้นๆ (พารุณี วงษ์ศรี, 2561)

การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืดมีปัญหาที่สำคัญและ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งหมดอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดส่วนใหญ่ผู้ดูแลขาดความตระหนักในการดูแลใช้ยาอย่างไม่ถูกต้อง และได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับการรักษาไม่เหมาะสม อาจมีอาการกำเริบรุนแรงต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งในรายที่มีอาการรุนแรงมากและมารับบริการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต สาเหตุส่วนใหญ่ คือ ไม่ได้พ่นยาป้องกันหอบอย่างต่อเนื่อง และเวลามีอาการกำเริบก็จะพ่นยาไม่ทันหรือไม่ถูกวิธีเนื่องจากผู้ดูแลอาจขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติที่ถูกต้องเมื่อมีอาการจึงนำกรอบแนวคิดนี้มาใช้สร้างเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยการประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตลอดจนส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยดังนั้นการวางแผนจำหน่ายให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติได้ถูกต้องก่อนกลับบ้านจะเป็นการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยและป้องกันอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลันเป็นการสร้างกำลังใจคลายความวิตกกังวลของญาติผู้ดูแลได้จึงจัดทำเป็นแนวคิดในการให้ความรู้การปฏิบัติตนสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดเพื่อเพิ่มช่องทางการเผยแพร่ความรู้ให้สะดวกและเข้าถึงได้โดยง่ายในการสอนสุขภาพผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการที่หอผู้ป่วยในเด็กเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหอบหืดและสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยการนำแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD ที่พัฒนามาจาก

M-E-T-H-O-D (กนกวรรณ นิลเอก, 2562) D-Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการแสดง การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง M-Medicine การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ถึงสรรพคุณ วิธีการใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนสังเกตภาวะแทรกซ้อน E-Environment การให้ผู้ป่วย ได้รับความรู้เกี่ยวกับจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ สถานที่นอนพัก T- Treatment การให้ ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเอง H-Health การส่งเสริมฟื้นฟูสภาพทางด้าน ร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ O-Out patient referral การให้ผู้ป่วยเข้าใจและ ทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตาม การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้านในกรณีเกิด ภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง D-Diet การให้ผู้ป่วยเข้าใจการเลือกรับประทาน อาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายกับโรค เป็นระบบการพยาบาล สำหรับพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือกัน ที่จะทำให้การดูแลต่อเนื่อง สามารถดูแลตนเองหรือจัดการอาการตามการรักษา ของแพทย์ทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ผู้จัดทำจึงนำแนวคิดของ D-METHOD มาใช้เป็นแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน (Discharge Planning) ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกวิธี ช่วยให้พยาบาล สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างมีประสิทธิภาพ และผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้อย่างต่อเนื่องจน จำหน่ายกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ธันวาคม 2567 – 30 เมษายน 2568

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยเด็ก จำนวน 8 คน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับ โรคหอบหืดในเด็ก
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และสาเหตุของปัญหา
4. นำเสนอแนวคิดการ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและ พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
5. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
6. เตรียมเอกสารแนวทางการพยาบาลโรคหอบหืด
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
 - 4.1 มีแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติเดียวกัน

4.2 ผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยไม่กลับมา Readmit ด้วยโรคหอบหืด จากการการขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้าน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพพหุผู้ป่วยเด็ก ปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในแนวทางเดียวกัน ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)^{นางสาวจomy โปราณมูล}..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจomy โปราณมูล)

วันที่¹⁹ เดือน^{พฤศจิกายน} พ.ศ.²⁵⁶⁷.....

เอกสารอ้างอิง

กัลยพัทธ์ นิยมวิทยา. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืดกำเริบเฉียบพลัน.

Journal of Phrapokklao Nursing College, 28(1), 149-160.

กนกวรรณ นิลเอก. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ต่อความสามารถในการดูแลตนเอง.

วารสารวิชาการแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 33(2), 143-156.

ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, เกียรติคุณ สุวรรณจุฑะ, นวลจันทร์ ปราบพล. (2564). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับสมบูรณ์).

<https://allergy.or.th/2016/pdf/2021/Final-Thai-Pediatric-Asthma-Guideline-2021>

พารุณี วงษ์ศรี. (2561). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลผู้ป่วย. วารสารพยาบาลบาลตำรวจ, 10(1), 209-212.

เยาวภา จันทร์มา. (2564). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยทารกและเด็กวิกฤตที่ได้รับการบำบัดด้วย

ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูง. Nursing Journal of Nakhonping Hospital, 48(3), 290-304.

โรงพยาบาลบ้านบึง. (2564). สถิติรายงานหอผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด.

โรงพยาบาลบ้านบึง. (2565). สถิติรายงานหอผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด.

โรงพยาบาลบ้านบึง. (2566). สถิติรายงานหอผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด.

สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562).

แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.

สายสุณี อภิบาลวนา, คงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คณินิจ พงศ์ถาวรรกมล, วันชัย เดชสมฤทธิ์ฤทัย. (2566).

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคหอบหืด. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2562.

<https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022>

World Health Organization. (2024). Asthma. <https://www.who.int/room/fact-sheets/detail/asthma>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	ว่าที่ ร.ต.หญิงสิริวรรณ พุทธรักษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๗๗๗๖	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๗๗๗๖	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

5.3.8 ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและนำไปใช้ประโยชน์ในการพยาบาล

5.3.9 ร่วมการทำวิจัย/สนับสนุนการทำวิจัย และนำผลการวิจัยมาใช้ในการงานบริการพยาบาล

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 14 สิงหาคม 2567 เวลา 08.12 น.- 09.24 น รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 12 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI คือชนิดพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST Segment (ST Segment Elevation Myocardial Infarction - STEMI) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน จนทำให้เกิดความเสียหายเป็นบริเวณกว้าง หากไม่ได้รับการรักษาโดยเร็ว จะทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันแบบรุนแรงได้

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Disease : CAD) เป็นปัญหาสำคัญของระบบสุขภาพระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ในปี 2030 ว่าประชากรโรคจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นอันดับสองรองจากมะเร็ง ในประเทศไทยการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559) พบว่า ปี พ.ศ. 2558 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 19,417 ราย และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2559 เป็น 21,008 ราย โรคหลอดเลือดหัวใจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุและเพศ ปัจจัยด้านพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงและนำไปสู่การเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ (รัชณี ผิวผ่อง, 2564)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีลักษณะ ST segment ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกันหรือเกิด LBBB ขึ้นมาใหม่ ซึ่งเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว จะทำให้เกิด Acute ST elevation myocardial infarction (STEMI or Acute transmural MI or Q-wave MI)

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันออกเป็น 2 แบบ ตามลักษณะของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography, ECG) คือ (นพดล ชำนาญ, 2563)

1. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (ST-segment elevation ACS) หรือชนิด STEMI มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST อย่างน้อย 2 leads ที่ต่อเนื่องกัน (contiguous leads) โดยทั่วไปมักเรียกว่า Acute ST-segment elevation myocardial infarction (Acute STEMI) ภาวะนี้เกิดจากหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ (total or subtotal occlusion) และต้องไม่มีหลอดเลือดหัวใจอื่นๆ ส่งเลือดมาเลี้ยงบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

(collateral circulation) หากไม่ได้รับการรักษาเพื่อเปิดการไหลเวียนหรือรักษาไม่ได้ผล ส่วนใหญ่จะเกิดเป็น transmural หรือ Q wave MI ตามมา

2. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดที่ไม่มีการยกของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Non ST-segment elevation ACS) หรือชนิด NSTEMI ผู้ป่วยมีอาการและ/หรืออาการแสดงของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยคลื่นไฟฟ้าหัวใจอาจมี ST segment depression และหรือ T wave inversion หรือปกติ หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจเดิมของผู้ป่วย ภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลันแต่ไม่ได้อุดตันอย่างสมบูรณ์ หรือถ้าหากอุดตันจะต้องมี collateral circulation แบ่งภาวะนี้ออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ

2.1 Acute Non S'T-segment elevation myocardial infarction (Acute NSTEMI หรือ non-Q wave MI) เมื่อทำการตรวจเลือดในเวลาที่เหมาะสมจะพบว่า cardiac troponin สูงขึ้น แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial necrosis หรือ infarction)

2.2 Unstable angina (UA) มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด แต่ไม่รุนแรงพอหรือนานพอที่จะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย ค่า cardiac troponin อยู่ในเกณฑ์ปกติเฉียบพลันชนิด non-ST elevation MI (NSTEMI)

พยาธิสภาพของโรค

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เกิดจากความผิดปกติของผนังหลอดเลือดโคโรนารี (coronary artery) มีการสะสมของไขมัน LDL โดยมีการสร้างสารเคมีที่มีฤทธิ์ดึงดูด monocyte เข้าไปในผนังหลอดเลือดจนกลายเป็น macrophage กินไขมันและพัฒนากลายเป็น foam cell หรือ lipid laden macrophage แทรกตัวอยู่ในเยื่อผนังหลอดเลือดชั้นใน ซึ่งการสะสมของ foam cell เปลี่ยนเป็น plaque ที่ผนังหลอดเลือดแดง เมื่อหลอดเลือดแดงเกิดการอักเสบจนแข็งและหนาตัวขึ้น เรียกว่า atherosclerosis ทำให้หลอดเลือดตีบแคบ หลอดเลือดที่มีการตีบแคบร้อยละ 70 ขึ้นไป ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอก หากมีการแตกของก้อนไขมันที่อยู่ผนังหลอดเลือดแดงอย่างเฉียบพลัน จะกระตุ้นให้เกิดการก่อตัวของลิ่มเลือด จนทำให้เกิดหลอดเลือดอุดตันอย่างเฉียบพลัน เรียกว่า acute coronary syndrome (ACS) ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจไม่เพียงพอ เกิด low cardiac output เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (myocardial infarction : MI) หากปล่อยไว้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นระยะเวลานาน จนเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ จนเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนต่างๆหรือทำให้เสียชีวิตในที่สุด (อภิสิทธิ์ ตามศักดิ์, 2558)

การเปลี่ยนแปลงเมื่อกล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงลดลง จะทำให้เกิดความเสียหายต่อเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (วิจิตรา กุสุมภ์, 2560)

ระยะที่ 1 เซลล์เริ่มขาดเลือด หัวใจทำงานปกติ ยังไม่มีการตายของเซลล์ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบคลื่น T หัวกลับ

ระยะที่ 2 เซลล์บาดเจ็บ เซลล์เริ่มขาดเลือด ถ้าได้รับการไหลเวียนอย่างเพียงพอ เซลล์จะไม่ตาย แต่ ถ้าการไหลเวียนเลือดยังขัดข้องจะมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ระยะที่ 3 คลื่นไฟฟ้าหัวใจจะพบ ST ยกสูงขึ้น

ระยะที่ 3 เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากขาดเลือดมากขึ้น เกิดแผลที่กล้ามเนื้อหัวใจ ประสิทธิภาพในการหดตัวลดลง ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ Q wave

สาเหตุของโรค

สาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือ หลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการอุดตันอย่างสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือดอยู่ก่อน ร่วมกับมีคราบไขมันสะสมที่ผนังหลอดเลือดหัวใจ (atherosclerotic plaque) สำหรับปัจจัยเหนี่ยวนำที่กระตุ้นให้คราบไขมันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีเกิดการปริแตกเฉียบพลัน คือ การออกกำลังกายอย่างหนัก การสูบบุหรี่ ภาวะอารมณ์ที่เครียดมาก หลังมีเพศสัมพันธ์ การอยู่ในสภาพอากาศที่ร้อนหรือเย็นจัด ซึ่งการปริแตกของคราบไขมันที่มีขนาดใหญ่และกว้างลึก ทำให้เลือดออกเกิดเป็นลิ่มเลือดอุดรูหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ทันที สำหรับกลไกการปริแตกของ plaque นั้นยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าการเพิ่มความดันและการไหลของเลือดในหลอดเลือดแดงโคโรนารีที่แข็งและตีบแคบอยู่แล้ว ร่วมกับมี thrombus และเกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดมากผิดปกติ (hypercoagulable) ทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงโคโรนารีตามมา (พัฒนาพร สุปินะ และ นัคนา นาวุฒิ, 2558)

อาการและอาการแสดง

1. อาการเจ็บหน้าอก (Angina pectoris) ความรุนแรงของอาการจะขึ้นอยู่กับการตีบแคบของหลอดเลือด ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด หรือถูกอะไรมากดทับที่กลางอก หรืออกซ้ายได้กระตุกกลางหน้าอกทำให้หายใจไม่ออก ร้าวไปที่คอ ขากรรไกร กราม ไหล่ จากกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดหรือเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอและเกิดความไม่สมดุลระหว่างความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจและออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดออกซิเจนที่ใช้ในกระบวนการเมตาบอลิซึมเป็นผลให้มีการหลั่งสารเคมี เช่น kinin, bradykinin, adenosine ซึ่งกระตุ้นระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกที่ผนังหลอดเลือดแดงโคโรนารีและกล้ามเนื้อ หัวใจที่ขาดเลือดและส่งผ่านตามเส้นประสาทเข้าสู่สมองส่วนกลาง และแปลออกมาเป็นความรู้สึกเจ็บหน้าอก อาการเจ็บหน้าอกแบ่งเป็น 3 ชนิด คือ (รัชณี ผิวผ่อง, 2564)

1.1 Stable angina เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่เกิดขึ้น คงที่ โดยมีปัจจัยนำที่ทำให้เกิดอาการ เช่น การออกกำลังกายหนัก และความรุนแรงของอาการเจ็บหน้าอกจะคงที่ไม่รุนแรงและเป็นไม่นาน อาการจะดีขึ้นเมื่อนอนพักหรืออมยาได้คืนระยะเวลา 2-15 นาที

1.2 Chronic stable angina เป็นอาการไม่สบายในทรวงอก เกิดจากการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายหนักๆ บ้างซึ่งกล้ามเนื้อหัวใจมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้นในขณะออกกำลังกาย แต่เนื่องจากหลอดเลือดหัวใจมีการแข็งหรือตีบแคบจึงมีการไหลเวียนเลือด ไม่เพียงพอกับความต้องการจึงทำให้เกิดอาการ

1.3 Unstable angina เป็นอาการแน่นหน้าอกแบบไม่คงที่มีความรุนแรง ระยะเวลาสั้นกว่า 10 นาที แต่ไม่เกิน 20 นาทีอาการมีความถี่ขึ้นเรื่อย ๆ จาก Chronic stable angina

2. อาการคลื่นไส้อาเจียน จากการกระตุ้นของบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดต่อระบบประสาท vasovagal reflexes และศูนย์การอาเจียน

3. อาการเหงื่อออก ตัวเย็น จากการที่ในระยะแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะมีการหลั่งสาร catecholamine ทำให้เหงื่อออกและหลอดเลือดส่วนปลายหดตัวจึงมีอาการตัวเย็น

4. อาการของการไหลเวียนเลือดไม่มีประสิทธิภาพ ในระยะแรกของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกทำให้ชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วยสูงขึ้น จากนั้นการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ (cardiac output) ลดลง และมีความดันโลหิตลดลง มีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เลือดไปคั่งที่ปอด (pulmonary congestion) ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดผนังกันห้องหัวใจทะลุหรือเกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วจากการขาดเลือดไปเลี้ยงได้

การวินิจฉัยโรค (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และ ปณวัตร สันประโคน, 2562)

1. การซักประวัติเกี่ยวกับอาการเจ็บหน้าอกชนิด angina pectoris เป็นอาการเจ็บหน้าอกที่จำเพาะต่อโรค โดยจะมีอาการเจ็บแบบแน่นๆหนักรๆ เหมือนมีของหนักทับบริเวณอกซ้าย อาจมีอาการแน่นอึดอัด รู้สึกหายใจไม่ออก พบอาการเจ็บร้าว (refer pain) ไปยังบริเวณแขนซ้ายด้านใน เจ็บร้าวบริเวณกรามหรือลำคอได้ อาการเจ็บหน้าอกมักเป็นขณะพักหรือออกแรงเพียงเล็กน้อย อาการเจ็บแน่นอกรุนแรงติดต่อกันเป็นเวลานานเกินกว่า 20 นาที หรืออมยาได้ลิ้นแล้วไม่ได้ผล

2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG) มีความสำคัญมากที่เพราะจะช่วยในการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะพบ ST segment elevation มากกว่า หรือเท่ากับ 2.5 mm ในผู้ชายที่อายุน้อยกว่า 40 ปีและมากกว่าหรือเท่ากับ 2 mm ในผู้ชายอายุมากกว่า 40 ปี หรือมากกว่าหรือ เท่ากับ 1.5 mm ของ leads V2-V3 ในผู้หญิง และ/หรือ ST segment elevation มากกว่า หรือเท่ากับ 1 mm ใน Lead อื่น ๆ จากการตรวจ EKG 12 leads ถ้าทำได้เร็วเท่าไรจะช่วยในการวินิจฉัยได้เร็ว

3. การตรวจเอนไซม์หัวใจ(cardiac enzymes) ที่บ่งชี้การตายของกล้ามเนื้อหัวใจ เช่น Troponin T, I (TnT,I), myoglobin, CPK และ CK-MB ระดับ cardiac enzymes ที่สูงเกินค่าปกติเป็น ตัวบ่งบอกว่ามีการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจจากการขาดเลือด ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST segment elevation จะพบระดับ enzymes เพิ่มขึ้น โดยค่า Troponin ใช้เวลา 3-6 ชม. และค่า CK-MB ใช้เวลา 4-6 ชม.ภายหลังการอุดตันของหลอดเลือด ดังนั้นระดับ cardiac enzymes อาจยังไม่เพิ่มขึ้นสูงขึ้นทันทีหลังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก

การรักษา

การรักษา มี 3 วิธี ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrinolytic therapy) ในผู้ป่วย STEMI หรือ New left bundle branch block (LBBB) ที่เกิดอาการภายใน 12 ชั่วโมง ยาที่ใช้ในกลุ่มนี้ ได้แก่ Streptokinase (SK), tissue-

type plasminogen activator (t-PA) , Tenecteplase (TNK) , ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet agents) ส่วนใหญ่จะใช้ยาร่วมกันทั้งสองชนิด (dual antiplatelet therapy: DAPT) ได้แก่ platelet cyclooxygenase inhibitor ยาที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ aspirin อีกกลุ่ม คือ thienopyridine groups มี 2 ตัวที่สำคัญ คือ Ticlopidine และ Clopidogrel ใช้ในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ aspirin ได้ กลุ่ม antithrombin heparin มี 2 ชนิดคือ Unfractionated heparin และ low molecular weight heparin โดยฉีดใต้ผิวหนังวันละ 2 ครั้ง ยาที่นิยมใช้ คือ enoxaparin (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ คณะ, 2563)

2. การขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยสายสวน (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) เป็นการเปิดทางเดินของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ด้วยการใส่สายสวนหัวใจผ่านทางผิวหนังเข้าทางเดินหลอดเลือด เพื่อขยายหลอดเลือดที่ตีบ อาจต้องมีวิธีการเพื่อคงสภาพทางเดินของหลอดเลือดให้กว้างขึ้นหรือค้ำยันไม่ให้ทางเดินหลอดเลือดหดกลับมาปิดใหม่ เช่น ขดลวด (stent) หรือ บอลลูนหัวใจ (balloon) (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ คณะ, 2563)

3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery bypass grafting surgery : CABG surgery) เป็นการผ่าตัดทำทางเบี่ยงจากหลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) ผ่านบริเวณที่อุดตันไปยังหลอดเลือดหัวใจเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้เมื่อรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด และขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้ผล มีการอุดตันอย่างเฉียบพลันของหลอดเลือดหัวใจ ในขณะสวนหัวใจ และทำการขยายหลอดเลือดด้วยบอลลูนไม่ได้ หรือมีการตีบตันอย่างรุนแรง (รัชนิ ศิวผ่อง, 2564)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยระยะวิกฤต (ณรงค์กร ชัยวงศ์ และ ปณวัตร สันประโคน, 2562)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บหน้าอกตามหลัก PQRST มีดังนี้ 1) P: Precipitate cause สาเหตุชักนำและการทุเลา เช่น อะไรทำให้อาการดีขึ้น อะไรทำให้อาการแย่ลง 2) Q: Quality ลักษณะของอาการเจ็บอก เช่น มีอาการอย่างไร เจ็บแน่นเหมือนมีอะไรมาบีบรัดหรือเจ็บแปล็บๆ 3) R: Refer pain สำหรับอาการเจ็บร้าว อาจให้ผู้ป่วยชี้ด้วยนิ้วว่าเจ็บตรงไหน เจ็บร้าวไปที่ไหน ตำแหน่งใดบ้าง 4) S: Severity ความรุนแรงของอาการเจ็บแน่นอก 5) T: Time ระยะเวลาที่เป็นหรือเวลาที่เกิดอาการที่แน่นอนปวดนานกี่นาที (อรัญ ชาญสืบสาย และ อรทัย นันทนาดิษฐ์, 2566)

2. ให้การดูแลแบบช่องทางด่วนพิเศษ ACS fast track โดยใช้ clinical pathway หรือ care map เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

3. ให้ออกซิเจนเมื่อมีภาวะ hypoxemia ($\text{SaO}_2 < 90\%$ หรือ $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$) ซึ่งหากร่างกายมีภาวะ hyperoxia จะทำให้เกิด vasospasm และ myocardia injury มากขึ้น ดังนั้นไม่แนะนำให้ routine oxygen ในผู้ป่วยที่มี $\text{SaO}_2 > 90\%$ รวมถึงดูแลให้ยาตามแผนการรักษา aspirin 160 - 325 มิลลิกรัม เคี้ยวทันที และให้ nitroglycerin ฟันหรืออมใต้ลิ้น ในผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยโรค หัวใจขาดเลือดมาก่อนที่ไม่มีข้อห้าม ส่วน

4. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการแปลผล ต้องอ่านแปลผลภายใน 10 นาที พร้อมกับรายงานแพทย์อ่านแปลผลร่วมกัน พยาบาลควรมีสมรรถนะในการตรวจและอ่านแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ในกรณีพบว่ามี ST elevate ที่ Lead II III aVF ต้องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้านขวา(right side EKG)ทันที เพื่อตรวจดู lead V4R ว่ามี ST elevate หรือไม่ ซึ่งแสดงถึงภาวะหัวใจซีกขวาล่างตายร่วมด้วย (RV infarction) นอกจากนี้ต้องเจาะ lab ส่งตรวจ cardiac marker, electrolyte และการตรวจอื่นๆที่จำเป็นเปิดเส้นเลือดเพื่อให้ยาหรือสารน้ำ

5. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของการเกิด cardiac arrest เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ หายใจ ความดันโลหิตต่ำ ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และ EKG monitoring สังเกตอาการเหงื่อแตก ตัวเย็น ชีตเขียว ปัสสาวะออกน้อยความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เตรียม รถ emergency และเครื่อง defibrillator ให้พร้อมใช้งาน

6. การพยาบาลกรณี EKG พบ ST elevation หรือพบ LBBB ที่เกิดขึ้นใหม่ พยาบาลต้องเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาโดยการเปิดหลอดเลือดโดยเร่งด่วน โดยแพทย์จะเลือก วิธีการรักษาโดยทำ Primary PCI เป็นอันดับแรก ในกรณีสถานพยาบาลนั้นมีความพร้อม การทำ Primary PCI สามารถทำได้ถึง 48 ชั่วโมง แม้ว่า จะมีอาการหรือไม่มีอาการก็ตาม กรณีสถานพยาบาลไม่มี PCI center พิจารณา refer ส่งไปทำ Primary PCI สถานพยาบาลอื่นที่พร้อม โดยให้พิจารณาระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยถึงจุดหมายไม่เกิน 120 นาที ถ้าทันเวลาสามารถทำ PCI ได้ภายใน 90 นาที ถ้าระยะเวลาในการ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยนานกว่า 120 นาที ไม่แนะนำให้เคลื่อนย้ายไป แต่จะพิจารณาให้ fibrinolysis drug ภายใน 30 นาที ในสถานพยาบาลนั้น

7. ประสานงานจัดหาเครื่องมือ ประเมินสภาพและดูแลรักษาผู้ป่วยให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เพื่อให้ปฏิบัติงานได้สะดวก รวดเร็วและสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจประจำห้องฉุกเฉิน เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว เครื่องตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ยาและเวชภัณฑ์

8. เตรียมความพร้อมของระบบสนับสนุนการดูแลรักษา เช่น ระบบเวชระเบียน ระบบสื่อสาร การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบสนับสนุนต้องรับรู้เป็นแนวทางเดียวกัน และให้ความสำคัญกับความเร่งด่วน สามารถให้บริการได้ทันทีและพร้อมตลอดเวลา

9. ส่งต่อผู้ป่วยให้รวดเร็วและปลอดภัย โดยกำหนดส่งต่อผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นอันดับแรก ให้พยาบาลสามารถตัดสินใจตามทีมส่งต่อและเรียกรถพยาบาลมาเตรียมพร้อมสำหรับการส่งต่อได้ทันที

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร มาด้วย 40 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล หลังรับประทานอาหารมีอาการเจ็บหน้าอกซ้ายเหมือนมีอะไรมาทับ ร้าวไปท้ายทอย ญาติจึงนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ปฏิเสธโรคประจำตัว สูบยาเส้น 10 มวนต่อวันประมาณ 20 ปี และดื่มสุรา (เหล้าขาว) ½ ขวดต่อวันประมาณ 7-8 ปี แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการเจ็บหน้าอกซ้ายเหมือนมีอะไรมาทับ ร้าวไปท้ายทอย ประเมินอาการเจ็บหน้าอก Pain score เท่ากับ 5/10 คะแนน วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 72 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ วัดความดันโลหิต 126/93 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ (Room air) เจาะเลือดตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) เท่ากับ 143 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ แบบ 12 leads ผล ST elevation V2-V6 ไม่พบ reciprocal change แพทย์ให้การวินิจฉัยผู้ป่วยเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ให้การดูแลรักษาแบบเร่งด่วน ติดเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ (Defibrillator) เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ เจาะเลือดดูระดับเอนไซม์ของกล้ามเนื้อหัวใจ (Troponin T) มีค่าน้อยกว่า 50 นาโนกรัมต่อลิตร และค่าโพแทสเซียมในเลือดเท่ากับ 3.3 มิลลิโมลต่อลิตร จัดทำนอนสักระยะสูง 45 องศาและนอนพักบนเตียง เพื่อให้เลือดไหลกลับเข้าสู่หัวใจลดการทำงานและการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ ให้ยา Aspirin (300 มิลลิกรัม) 1 เม็ดเคี้ยวกลืนทันที เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ ประเมินอาการข้างเคียง ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอก Pain score เท่ากับ 5/10 คะแนน ให้ Tramol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ยา Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) 4 เม็ด รับประทาน เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดหัวใจ ให้ยา Isordil (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ดอมใต้ลิ้น เพื่อขยายหลอดเลือดหัวใจ ลดอาการเจ็บหน้าอก และให้ยาโพแทสเซียมคลอไรด์ 30 มิลลิลิตรกลืนทันที หลังได้รับยาผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บหน้าอก ประเมินอาการเจ็บหน้าอก Pain score เท่ากับ 10/10 คะแนน ให้ Morphine 10 มิลลิกรัม อย่างช้าๆทางหลอดเลือดดำ ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจโรงพยาบาลศูนย์ ได้รับการวินิจฉัยเป็นกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อทำการสวนหัวใจ ได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายแก่ชีวิตจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บหน้าอก 3) ผู้ป่วยมีภาวะ โพแทสเซียมในเลือดต่ำ 4) ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วย และ 5) ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ ให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติถึงเหตุผล ความจำเป็นที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเจ็บหน้าอกเป็นช่วงๆ ประเมินอาการเจ็บหน้าอก Pain score เท่ากับ 4-5/10 คะแนน ถึงโรงพยาบาลศูนย์อย่างปลอดภัย รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 ชั่วโมง 12 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้อง อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของ

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากโรคและภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2567 เวลา 08.12 น.- 09.24 น รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 12 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ได้รับการรักษาด้วยระบบช่องทางด่วน ไม่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างปลอดภัย ไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วนโดยการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยเร็วที่สุด การรักษาด้วย PCI และ CABG ทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพร้อมเท่านั้น ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาและส่งต่อที่รวดเร็ว ซึ่งระยะทางจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังโรงพยาบาลศูนย์ต้องใช้ระยะเวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง จึงต้องมีการจัดเตรียมเจ้าหน้าที่และอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาลชุมชนที่ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจและหลอดเลือด ก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องให้การรักษายาบาลภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย โดย continuous monitoring ในระยะเฉียบพลัน จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้เพียงพอและพร้อมใช้งาน

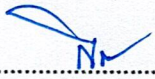
9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกคน ควรได้รับการเพิ่มพูนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การประเมินอาการขั้นต้น การคัดแยกผู้ป่วย การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และทักษะในการใช้เครื่องมือ เช่น เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ และสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตได้ มีการเฝ้าระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้มากขึ้น

10. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน

ว่าที่ ร.ต.หญิงสิริวรรณ พุทธิรักษ์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  ผู้ประเมิน

(ว่าที่ร.ต.หญิงสิริวรรณ พุทธิรักษ์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 18 เดือน พ.ค. พ.ศ. 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) อนุโท

(นางสาวนงลักษณ์ สุวรรณโท)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 14 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) ณัฐดี

(นางณัฐดี สุทธิบุรณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะจันทร์

วันที่ 21 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) [Signature]

(นายปิยะวิทย์ หมคมลทิน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์

วันที่ เดือน 22 พ.ย. 2567 พ.ศ.

(ลงชื่อ) [Signature]

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี)

(ตำแหน่ง)

วันที่ ๒๕ ธันวาคม พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track

2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบบ่อย เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากโรคมะเร็ง และยังทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ มีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้น พบได้ทุกเพศ ทุกวัย จากสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2022 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทั่วโลกมากกว่า 101 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 12.2 ล้านคน พบข้อมูลมี ผู้ป่วยรายใหม่ 1 คนในทุก 3 วินาที และเสียชีวิต 6.5 ล้านคน สำหรับ สถิติสุขภาพของคนไทยยัง พบว่า อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 เท่ากับ 52.97, 52.8 และ 55.53 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, 2564) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและเกิดความพิการให้น้อยที่สุด ในปัจจุบันพบมีหลักฐาน เชิงประจักษ์ ที่พิสูจน์แล้วว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (thrombolytic drug) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตีบและอุดตันภายใน 4.5 ชั่วโมงแรก สามารถลดอัตราเสียชีวิตและความพิการ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้ ดังนั้นโรคหลอดเลือดสมองจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญ ทางสาธารณสุข ของประเทศไทยและมีแนวโน้มซับซ้อนมากขึ้น

จากสถิติการออกรับผู้ป่วยที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในปีพ.ศ. 2565 มีจำนวน 131 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 9 ราย เป็นผู้ป่วย Stroke Fast Track 2 ราย ในปีพ.ศ. 2566 มีจำนวน 125 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 11 ราย เป็นผู้ป่วย Stroke Fast Track 2 ราย ในปีพ.ศ. 2567 มีจำนวน 147 ราย เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 14 ราย เป็นผู้ป่วย Stroke Fast Track 4 ราย (สถิติของโรงพยาบาลเกาะจันทร์, 2565-2567) และจากสถิติแต่ละปีมีแนวโน้ม ผู้ป่วย Stroke Fast Track เพิ่มขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ผู้จัดทำจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track เพื่อใช้ในการประเมินผู้ป่วยและสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยต่อภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน (Acute Ischemic Stroke) เกิดจากการอุดตันของเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง ทำให้มีการขาดเลือดของสมองบริเวณนั้น อาการแสดงจะสัมพันธ์กับตำแหน่งและความกว้างของบริเวณที่ขาดเลือด เนื้อสมองแต่ละส่วนจะทนต่อการขาดเลือดในระยะเวลาที่แตกต่างกันและไม่เท่ากัน

ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาด้วยอาการอ่อนแรงเฉียบพลัน หน้าเบี้ยว ซากครึ่งซีก ตามองไม่ชัด สื่อสารไม่ได้ ไม่เข้าใจความหมาย หรือซึมลง เป็นต้น โดยอาการดังกล่าวมักเกิดขึ้นแบบทันทีทันใด ทั้งนี้ แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลันอาจแตกต่างกัน ขึ้นกับระยะเวลาตั้งแต่เริ่มเกิดอาการ ความรุนแรง ของโรค และข้อบ่งชี้ในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย สามารถนำไปสู่การเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตได้

โรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน (Ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้จากการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยโรคนี้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วภายใต้ระบบการบริการที่เหมาะสม ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะช่วงแรกมีการรักษาอย่างถูกต้องทันถ่วงทีและมีประสิทธิภาพจากทีมสหวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะทาง โรคหลอดเลือดสมองและมีทักษะในการประเมิน วินิจฉัยปัญหา ให้การดูแลป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติที่สุด ปัจจุบันมีแนวทางและเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลัน ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการพบว่าสามารถลดอัตรา ตายและความพิการได้ (สุชาติณี มั่นจิราวุฒน์, 2558) ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการตีบหรืออุดตันเฉียบพลันมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก สามารถเปลี่ยนการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่มีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือด โดยฉีดยา Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) เข้าหลอดเลือดดำภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังเกิดอาการ พบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30-50 จะกลับมามีอาการเป็นปกติ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันได้อย่างทันถ่วงที จึงสามารถลดอัตราการเสียชีวิตหรือพิการได้ ดังนั้นการคัดกรองโรค โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและประเมินสภาพเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเฉพาะโรคอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้ผล ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเฉพาะในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่เป็นหน่วยบริการด้านการแพทย์ที่ออกให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ บุคลากรในทีมประกอบด้วยพยาบาลกู้ชีพ เวชกิจฉุกเฉิน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานขับรถพยาบาล จึงควรมีแนวทางประเมิน และช่วยเหลือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างถูกต้อง รวดเร็ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว สามารถฟื้นฟูสภาพให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุดรวมทั้งสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน (Stroke Fast track) ของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่ายังไม่มีแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ผู้จัดทำจึงได้จัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ซึ่งการพัฒนานี้ได้นำแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (Nursing

process) มาใช้ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล ช่วยให้พยาบาลปฏิบัติงานได้ในสถานการณ์ที่ซับซ้อน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต้องมีการคิดอย่างเป็นเหตุผล รวบรวมข้อมูลต่างๆเข้าด้วยกัน และทำการตัดสินใจเพื่อช่วยแก้ไขปัญหา และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planing) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ปัญหาซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการคัดกรองโรคโดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายและประเมินสภาพเพื่อวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้รวดเร็วขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยต่อภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย Stroke Fast Track ในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับพยาบาลผู้ป่วย Stroke Fast track
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และการพยาบาลผู้ป่วย Stroke Fast Track
4. จัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และการพยาบาลผู้ป่วย Stroke Fast track
4. จัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track
9. นำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

แผนผังกำกับงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน					
	ต.ค 67	พ.ย 67	ธ.ค 67	ม.ค 68	ก.พ 68	มี.ค 68
1. ทบทวนปัญหาและศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และปฏิบัติการพยาบาล ผู้ป่วย Stroke Fast track ในหน่วยงาน	↔					
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับพยาบาลผู้ป่วย Stroke Fast track	↔					
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และการพยาบาล ผู้ป่วย Stroke Fast track	↔					
4. จัดทำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับ ผู้ป่วย Stroke Fast Track		↔				
5. นำเสนอแนวทางการพัฒนาแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาล เกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอน การใช้แนวทางกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน		↔				
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่ เกี่ยวข้อง		↔				
7. เตรียมเอกสารแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการ ออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track		↔				
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ใน การออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track		↔				
9. นำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับ ผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และ ประเมินผล			↔			
10. สรุปผลการใช้แนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ใน การออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบ มาปรับปรุง						↔

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

4.2 พยาบาลนำแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

5. ตัวชี้วัด

พยาบาลวิชาชีพและทีมกู้ชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของทีมกู้ชีพ ALS โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ในการออกรับผู้ป่วย Stroke Fast Track ร้อยละ 100

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(ว่าที่ร.ต.หญิงสิริวรรณ พุทธิรักษ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 18 เดือน พ.ย. พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถิติสุขภาพคนไทย.

<https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/topic/index.php>

ณรงค์กร ชัยวงศ์, และปณวัตร ตันประโคน. (2562). ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาล

ฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤต. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 14(1), 43-51.

นพดล ชำนาญ. (2563). ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI. สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).

พัฒนาพร สุปิยะ, และนัสดา นาวุฒิ. (2558). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ.

<https://www2.si.mahidol.ac.th>

รัชณี ผิวพ่อง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่แบบองค์รวมที่มีภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนเกี่ยวกับหัวใจและหลอดเลือด [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

โรงพยาบาลเกาะจันทร์. (2565). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

โรงพยาบาลเกาะจันทร์. (2566). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

โรงพยาบาลเกาะจันทร์. (2567). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.

วิจิตรา กุสุมภ์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต: แบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 6). สหประชาพานิช.

สุธาสนี มั่นจิราวุฒินัน. (2558). แนวทางการปฏิบัติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Best practice in stroke Management. ธนาพรเส

สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ชมรมมัณฑนากรหลอดเลือดหัวใจแห่ง

ประเทศไทย(2551), สมาคมโรคหลอดเลือดแดงแห่งประเทศไทย, และคณะกรรมการพัฒนาระบบ

สุขภาพสาขาโรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจ

ขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ.2563. เนคสเทป ดีไซน์

อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี.

<https://slideshare.net/AphisitAunbusdumberdor/nursing care for coronary artery disease>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวณัฐกานต์ นามวิชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	๒๒๓๕๗๑	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลเกาะจันทร์ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	๒๒๓๕๗๑	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑		การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury)		๑๐๐%
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน		การพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง		
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง (Severe Head Injury)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 เวลา 12.13-13.30 น. รวมระยะเวลาที่ได้รับ การดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 17 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การบาดเจ็บที่ศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดจากแรงที่เข้ามากระทบต่อศีรษะและร่างกายแล้วก่อให้เกิดความบาดเจ็บต่อหนัง ศีรษะ กะโหลกศีรษะ และ สมองกับเส้นประสาทสมองเป็นสาเหตุการตาย และความพิการที่สำคัญที่สุดของ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ ประเภท

กลไกการเกิดบาดเจ็บที่ศีรษะ แบ่งออกเป็น 2 แบบคือ

1. การบาดเจ็บโดยตรง (direct injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดบริเวณศีรษะโดยตรง มี 2 ชนิด

1.1 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะอยู่นิ่ง (static head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ศีรษะขณะอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหว เล็กน้อย เช่น การถูกตี ถูกยิง เป็นต้น พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นจะเป็นพยาธิสภาพเฉพาะที่เท่านั้น แต่ถ้าถูกตีด้วยวัตถุ ใหญ่หรือวัตถุที่มีความเร็วสูง จะทำให้สมองเกิดการกระแทกอย่างรุนแรง

1.2 บาดเจ็บที่เกิดขณะศีรษะเคลื่อนที่ (dynamic head injury) คือ บาดเจ็บที่เกิดแก่ ศีรษะขณะที่ศีรษะมี ความเร็วไปกระทบกับวัตถุที่อยู่นิ่งหรือกำลังเคลื่อนที่ เช่น ขับรถไปชนต้นไม้ ขับรถไปชนกับรถที่วิ่งสวนทาง เป็นต้น เมื่อศีรษะกระทบของแข็ง จะทำให้เกิดบาดเจ็บหรือพยาธิสภาพแก่สมองส่วนนั้นซึ่งมักมีการแตกฉีก ของกะโหลกศีรษะร่วมด้วย ส่วนสมองด้านตรงข้ามกับบริเวณที่กระทบวัตถุนั้นอาจมีการฉีกขาดและมีเลือดออก ร่วมด้วย

2. การบาดเจ็บโดยอ้อม (indirect injury) คือ การบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับส่วนอื่นของร่างกาย แล้วมีผลสะท้อน ทำ ให้เกิดการบาดเจ็บที่ศีรษะขึ้น เช่น ตกจากที่สูงจนกระแทกพื้น ทำให้ศีรษะกระทบลงมาบนส่วนของกระดูกคอ เป็นผลทำให้เกิดอันตรายต่อแกนสมองส่วนเมดัลลาโดยตรงหรือการเคลื่อนไหวของลำตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ ส่วนศีรษะขาดการรองรับ เป็นผลให้ศีรษะคว่ำไปข้างหน้าหรือหงายไปด้านหลังอย่างรวดเร็ว ชนิดนี้ไม่มี บาดแผลที่หนังศีรษะและกะโหลกศีรษะ

พยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

1. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรก (primary head injury) เป็นการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นทันทีที่มีแรงกระทบต่ออวัยวะส่วน ต่างๆ ของศีรษะดังนี้

1.1 หนังศีรษะ (scalp) บาดแผลที่เกิดบริเวณหนังศีรษะ มีลักษณะต่างๆ เช่น บวมช้ำ หรือโน (contusion) ถลอก (abrasion) ฉีกขาด (laceration) หรือหนังศีรษะขาดหาย (avulsion)

1.2 กะโหลกศีรษะ (skull)

- กะโหลกแตกฉีกเป็นแนว สาเหตุจากการกระทบ อย่างแรงเป็นบริเวณกว้างของกะโหลก (middle fossa) การแตกชนิดนี้ทำให้หลอดเลือดของเยื่อหุ้ม และเนื้อสมองส่วนนั้นฉีกขาดเกิด epidural hematoma, acute subdural hematoma และ brain contusion

- กะโหลกแตกร้าวบริเวณฐาน (basilar skull fracture) ชนิดนี้มักเกิด ร่วมกับกะโหลกแตกร้าว เป็นแนวตามขวางของกระดูกด้านข้าง หรืออาจแตกเฉพาะบริเวณฐาน กะโหลก สามารถวินิจฉัยจากอาการและอาการแสดง เช่น รอยเขียวคล้ำบริเวณหลังหู (Battle's sign) แก้วหูฉีกขาด เลือดออกหลังแก้วหู มีน้ำหรือเลือดไหลทางจมูก (rhinorrhea) และ/หรือทางรูหู (otorrhea) ผิวหนังบริเวณรอบเบ้าตาเขียวคล้ำ (raccoon's eyes) เป็นต้น

- กะโหลกแตกยุบ (depressed skull fracture) ชนิดนี้เกิดเนื่องจากแรง กระแทบบนบริเวณที่แคบกว่าชนิดกะโหลกแตกร้าว แรงกดที่กระทำต่อกะโหลกต้องแรงกว่าหรือ เท่ากับ ความหนาของกะโหลกส่วนนั้น

1.3 เนื้อสมองช้ำ (brain contusion) เป็นภาวะที่มีเลือดแทรกอยู่ระหว่างเซลล์สมอง ใต้เยื่อเพีย (subpial space) โดยไม่มีการฉีกขาดของเยื่อแรคนอยด์และเพียทำให้ผิวของสมองมี สีคล้ำ sulcus และgyrus หายไป

1.4 การบาดเจ็บทั่วไปของเนื้อสมองส่วนสีขาว (diffused white matter injury) มักเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะอย่างรุนแรง ทำให้หมดสติทันทีที่ได้รับแรงกระแทกและมีแขนขาบิดเกร็ง ทั้งสองข้าง (bilateral decerebration) จนกระทั่งถึงแก่กรรมโดยไม่มีระยะของการรู้สึกลับตัว (lucid interval)

1.5 เนื้อสมองฉีกขาด (brain laceration) หมายถึงการฉีกขาดของเนื้อสมองร่วมกับ การฉีกขาดของเยื่อแรคนอยด์และเยื่อเพีย เนื่องจากการแตกของกะโหลกศีรษะเป็นแนวหรือมีการ แตกยุบทำอันตรายต่อเนื้อสมองและเยื่อหุ้มสมองโดยตรง (สว นรสาร,2563)

2. บาดเจ็บที่ศีรษะระยะที่สอง (secondary head injury) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังจาก การบาดเจ็บที่ศีรษะระยะแรกโดยใช้ระยะเวลาเป็นนาที ชั่วโมง หรือเป็นวัน ดังนี้

1. เลือดออกในสมอง (intracranial hematoma)แบ่งตามตำแหน่งที่เกิดดังนี้

- **epidural hematoma** เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการมีเลือดออกจากหลอดเลือดแดง และหลอดเลือดดำ middle meningeal หลอดเลือดดำ superior sagittal sinus และ diploic

- **subdural hematoma** เป็นก้อนเลือดที่รวมตัวจากการที่มีเลือดออกจากหลอดเลือดดำ cortical และ bridging ได้เยื่อดูรา แบ่งเป็น 3 ชนิดดังนี้ **acute subdural hematoma** เป็นการเกิดก้อนเลือดอย่างรวดเร็วและมีขนาดใหญ่ ทำให้เกิดอาการภายใน 48 ชั่วโมง **subacute subdural hematoma** เป็นการเกิดก้อนเลือดได้เยื่อดูราที่ทำให้เกิดอาการภายใน 2 วันถึง 2 สัปดาห์ **chronic subdural 3 hematoma** เป็นการที่มีเลือดซึมออกมาได้เยื่อดูรา เป็นผลให้ผู้ป่วยแสดงอาการมากกว่า 2 สัปดาห์หลัง เกิดอุบัติเหตุ

2. สมองบวม (cerebral edema) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเพิ่มปริมาตรเนื่องจากการบวมน้ำ ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

3. ความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง (increased intracranial pressure) หมายถึงภาวะที่มี ความดันของสารเหลวในช่องเวเนทริเคิล (ventricular fluid pressure) ประมาณ 15 มิลลิเมตรปรอท หรือ 200 มิลลิเมตรน้ำขึ้นไป (สว นรสาร,2563)

4. ภาวะสมองเคลื่อน (brain displacement) เป็นภาวะที่เนื้อสมองเคลื่อนสู่บริเวณอื่นที่ไม่ใช่ตำแหน่งที่ตั้งตามปกติภายหลังที่ไม่สามารถปรับสมดุลภายในกะโหลกศีรษะได้ต่อไป เนื่องจากการ มีก้อนเลือดหรือสิ่งกีดขวาง (space occupying lesion) สมองบวมและความดันภายในโพรงกะโหลก เพิ่มขึ้น ทำให้เบียดเนื้อสมองจนกระทั่งเคลื่อนสู่ช่องเปิดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะ

อาการและอาการแสดง

1. การบาดเจ็บอาจมีแผลเพียงเล็กน้อย หรือฟกช้ำที่หนังศีรษะ ซึ่งไม่มีอันตรายร้ายแรงแต่อย่างใด
2. มีการบาดเจ็บรุนแรง จนมีความผิดปกติเกิดขึ้นในสมอง อาจแสดงอาการได้หลายลักษณะ ดังนี้
 - สมองได้รับการกระทบกระเทือน (brain concussion) ผู้ป่วยมีอาการหมดสติไปเพียงชั่วคราว หรือบางรายอาจนานเป็นชั่วโมงๆแต่จะไม่เกิน 24 ชั่วโมง เมื่อฟื้นแล้วจะรู้สึกง่วงงจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ อาจเป็นเพียงชั่วคราวหรือเป็นวันอาจมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งจะค่อยๆหายไปเองในที่สุด
 - สมองฟกช้ำ (brain contusion) หรือสมองฉีกขาด (brain laceration) ผู้ป่วยจะหมดสติ หลังบาดเจ็บทันที บางรายอาจเกิดขึ้นหลังบาดเจ็บใน 24-48 ชั่วโมงมีอาการอัมพาตครึ่งซีก กล้ามเนื้อแข็งเกร็งชักถ้ามีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่รุนแรงผู้ป่วยมักฟื้นคืนสติได้ แต่อาจมีอาการปวด ศีรษะสับสน เพ้อเอะอะ คลื่นไส้ อาเจียน แขนขาเป็นอัมพาต ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด พูดไม่ได้ หลง ๆ ลืม ๆ หรือบุคลิกภาพเปลี่ยนไปจากเดิม
 - เลือดออกในสมอง (intracranial hemorrhage) ถือว่าเป็นอาการร้ายแรง ที่ต้องได้รับการรักษาอย่างทันทีทันใด มักมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรเร็ว ๆ แขนขาเป็นอัมพาต ตัวเกร็ง ชีพจรเต้นช้า หายใจตื้นขัด ความดันเลือดสูง คอแข็ง รูม่านตาสองข้างไม่เท่ากัน ในรายที่เป็นเฉียบพลัน มักมีอาการเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง บางรายอาจมีอาการเกิดขึ้นภายหลังได้รับบาดเจ็บ เป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน อาจมีอาการปวดศีรษะ ซึ่งเป็นบ่อยและรุนแรงขึ้นทุกที คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจรผิดปกติเปลี่ยนแปลง ชักแบบโรคลมชัก ส่วนในทารก มักจะมีอาการร้องเสียงแหลม ชีพจร อาเจียน ชัก แขนขาอ่อนแรง กระหม่อมโป่งตึง (สวไม นรสาร, 2563)

การประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ต้องทำตั้งแต่ระยะแรกก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บ โดยใช้แบบประเมินความรู้สึกตัวของกลาสโกว (Glasgow coma scale)

1. การบาดเจ็บที่ศีรษะเล็กน้อย (mild head injury) 13-15 คะแนน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลืมตาได้เอง ทำตามสั่งและตอบคำถามได้ถูกต้องทันที หรือใช้เวลาเล็กน้อย หรือสับสนเป็นบางครั้ง
2. การบาดเจ็บที่ศีรษะปานกลาง (moderate head injury) 9-12 คะแนน ความรู้สึกตัวลดลงและสับสน ตื่นเมื่อถูกปลุกหรือได้รับความเจ็บปวด ทำตามสั่งหรือตอบคำถามง่ายๆได้ ใช้เวลานานกว่าปกติ ในรายที่ความรู้สึกตัวลดลงมาก อาจเพียงเคลื่อนไหวหรือส่งเสียงไม่เป็นคำพูด
3. การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง (severe head injury) 3-9 คะแนน รู้สึกตัวน้อยมาก ไม่สามารถทำตามสั่งใดๆทั้งสิ้น อยู่ในท่าที่ไม่ปกติหรือไม่ เคลื่อนไหวเลย (นครชัย เผื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

การวินิจฉัยการบาดเจ็บที่ศีรษะ

ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือการวินิจฉัยปริมาณ ตำแหน่ง และความรุนแรงของพยาธิสภาพ ขนาดของบาดแผลภายนอกไม่สามารถบ่งชี้รอยโรคภายในกะโหลกได้ การวินิจฉัยต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูล จากแหล่งต่างๆอย่างรวดเร็วเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ ทั้งช่วยชีวิต และช่วยป้องกัน รวมทั้งลดความพิการที่จะเกิดขึ้นภายหลังแก่ผู้ป่วย ข้อมูลที่ใช้ในการวินิจฉัยโรคได้จากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (trauma patients) ทุกรายเมื่อถูกนำส่งโรงพยาบาล ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากทีมฉุกเฉินหรือ

ทีมอุบัติเหตุ ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อให้การประเมินขั้นต้น และให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน(primary survey) ตามแนวทางการรักษาของ ATLS13 เมื่อให้การบำบัดรักษาฉุกเฉินแล้ว จากนั้นให้ดำเนินการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (Adjunct) ขึ้นอยู่กับศักยภาพ ของสถานที่และสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น

- EKG
- Pulse oximetry
- Arterial blood gas (ABG)
- ใส่สายสวน (urinary/gastric catheter)
- Ultrasound abdomen (FAST: Focused Assessment with Sonography for Trauma)
- Diagnostic Peritoneal Lavage (DPL)
- X-rays ได้แก่ Chest, C-spine (ท่า lateral cross table), Pelvis (ท่า AP)

และให้การวินิจฉัยรักษาตามผลการตรวจนั้นๆ หลังจากผู้ป่วยพ้นจากสภาวะคุกคามต่อชีวิต และมีสัญญาณชีพคงที่ (stable vital signs) ให้ตรวจประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติม (secondary survey) ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าและซักประวัติเพิ่มเติม ได้แก่ ประวัติการแพ้ยา ยาที่รับประทานอยู่ ประวัติการเจ็บป่วยเดิม ช่วงเวลารับประทานอาหารครั้งสุดท้ายถึงเวลาเกิดเหตุ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร (AMPLE : A = Allergy, M = Medication, P = Past history, L = Last meal, E = Events) ทั้งหมดนี้จะช่วยในการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาต่อไป ถ้าสัญญาณชีพยังไม่คงที่ให้กลับไปประเมินขั้นต้น และให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน (primary survey) อีกครั้ง

การรักษาบาดเจ็บที่ศีรษะ

การรักษามี 2 ระยะ คือ

1. การรักษาระยะฉุกเฉิน คือ รักษาทางเดินหายใจให้โล่ง แล้วให้ออกซิเจนนานอย่างน้อย 24 ชั่วโมง และรักษาอาการช็อคที่เกิดจากการบาดเจ็บของอวัยวะอื่นๆเช่น กระดูกซี่โครงหักที่มึนปอด ควรทำการผ่าตัดหลอดเลือดดำ และให้สารน้ำเข้าเส้นแก้ไขภาวะช็อค

2. การรักษาทั่วไป ให้การรักษาเพื่อป้องกันสมองบวมหรือรักษาความดันในกะโหลกศีรษะ เช่น ให้สเตอรอยด์ แมนนิทอล ยาขับปัสสาวะ ยาปฏิชีวนะ ให้ยารับบีทูเรต ในรายที่ความดันในกะโหลกศีรษะสูงมาก และผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย การให้บาร์บิทูเรต จะต้องให้หลังจากใส่เครื่องช่วยหายใจเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ควรใส่สายยางปัสสาวะค้างไว้ในระยะแรก เพราะการที่สมองบวมจะควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะไม่ได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

การพยาบาลที่เน้นคือ การประเมินสภาพผู้ป่วยโดยเร็วอย่าง ควรจะจัดแบ่งผู้ป่วยอยู่ในระดับใด

1. **mild head injury** ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถให้กลับบ้านได้ โดยไม่ต้องสังเกตอาการหรือ CT scan ที่โรงพยาบาล แต่ต้องอธิบายถึง ความเสี่ยงและวิธีการสังเกตอาการที่บ้านแก่ผู้ดูแล โดยต้องให้ใบคำแนะนำไปอ่านให้สังเกตอาการ อย่างน้อย 24-48 ชั่วโมง หากนอนโรงพยาบาล ในระหว่างนี้ให้ observe โดย check record vital sings Neuro sings ทุก ½ -1 ชั่วโมง หรือทุก 4 ชั่วโมง แล้วแต่สภาพผู้ป่วย

2. **moderate head injury** ควรได้รับการทำ CT scan ทุกราย เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติในสมอง

- กรณีมี open skull fracture หรือมี focal neurological deficit พิจารณาปรึกษาประสาทศัลยแพทย์เลย
- ถ้า CT scan แล้วผลไม่พบความผิดปกติ สังเกตอาการต่ออีก 6 ชั่วโมง โดยถ้ามี GCS score ลดลงจากเดิม+ปวดศีรษะมาก อาเจียนมาก ดังต่อไปนี้ให้ส่ง ทำ CT scan ซ้ำหรือส่งตัวมายังโรงพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บได้ เมื่อสังเกตอาการไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงแล้วผู้ป่วยมี GCS score 15 และอาการปกติ พิจารณาจำหน่าย ผู้ป่วยได้ และให้คำแนะนำพร้อมใบคำแนะนำกลับไปด้วย

3. severe head injury จะเป็นผู้ป่วยที่การพยากรณ์โรคไม่ดี อาการหนัก ดูแลตามหลัก ABC คือ

A: Airway ดูแลให้โล่ง

B: Breathing ให้ออกซิเจนโดยเตรียมใส่ท่อทางเดินหายใจ Endotracheal intubation ตามข้อบ่งชี้ หากแพทย์พิจารณาแล้วว่าใส่ไม่ได้ดูแลให้ Oxygen supplement ด้วย mask with bag

C: Circulation เตรียมและให้สารน้ำทางหลอดเลือดผู้ป่วยไว้เพื่อเตรียมสำหรับการผ่าตัด ควรให้เป็น Isotonic solution เช่น Normal saline, lactated Ringer's Solution หรือ Acetated Ringer's solution, ควรหลีกเลี่ยงสารละลายที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ ถ้ามีการ shock ต้องสังเกตอาการและตรวจร่างกาย ระบบอื่นร่วมด้วย เช่น ช่องท้อง ช่องอก อาจมี Internal bleeding หรือมี Spinal cord injury รวมถึงควรเตรียมญาติ ให้เตรียมรับสภาพผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยเช่นนี้อาจเสียชีวิตเมื่อใดก็ได้ (นครชัย เฟื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562)

การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพ

สิ่งสำคัญคือการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้เร็วที่สุด เช่น การนั่ง ยืน เดินและพยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้เร็วที่สุด

ประเมินความสามารถสูงสุดที่ผู้ป่วยยังคงทำได้ แล้ว maintenance ส่วนที่ดีไว้ ป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนทั้งร่างกายและจิตใจ

1. ถ้ามี Paresis หรือ Paralysis ทำกายภาพบำบัด โดยพยาบาลและญาติช่วยกัน
2. ถ้ามีความบกพร่องในการพูด ทำการฝึกพูด ฝึกการใช้การสื่อสารทางอื่น
3. ถ้ามีปัญหาเรื่องการกลืน การรับประทานอาหาร แนะนำ / สอนญาติในการ feeding
4. ถ้ามีปัญหาในการมองเห็น ให้ระวังอุบัติเหตุ ปรึกษาแพทย์ และให้คำแนะนำญาติ
5. ถ้ามีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องผูก อาจต้อง Evacuate

ปัญหาปัสสาวะในผู้ชายใส่ condom ในผู้หญิงอาจใช้การเปลี่ยนผ้าบ่อยๆ ต้องระวังเรื่องแผลกดทับ

6. ถ้ามีปัญหาเรื่องความจำ พฤติกรรมเบี่ยงเบน ต้องปรึกษา Neuro psychologist ทำกิจกรรมบำบัด

สิ่งสำคัญต้องเตรียมญาติให้พร้อม เพื่อการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสถานที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพใหม่ของผู้ป่วย (รุ่งนภา เขียวขำ และชดช้อย วัฒนะ, 2560)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 57 ปี มาับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2567 เวลา 12.13 น. ด้วยทีมกู้ชีพโรงพยาบาลออกมารับเหตุ มาด้วย 20 นาทีก่อนมา จีจรรย์ยานยนต์ (ไม่สวมหมวกกันน็อก) ชนกับรถกระบะ สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ แกร็บที่เกิดเหตุ ผู้ป่วยมีอาการซึม มีเลือดออกที่หูข้างขวา ศีรษะ ด้านขวามุมโน แผลถลอกตามร่างกาย วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 117/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังได้ 96 เปอร์เซ็นต์ (Room air) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) ได้ 9 คะแนน (E3M4V2) รูปร่างผอมบางและมีปฏิกิริยาตอบสนองปกติเท่ากัน ขนาด 3 มิลลิเมตรทั้ง 2 ข้าง ดูแลเปิดทางเดินหายใจ ใส่เพื่อกดามคอ (Head Collar) ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้อุปกรณ์กระดานรองหลัง (Long Spinal Bord) ดูแลให้ออกซิเจนแบบบีบ Ambu bag ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินรายงานอาการผู้ป่วยและการดูแลเบื้องต้นให้แพทย์ทราบ ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 99/61 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางผิวหนังได้ 96 เปอร์เซ็นต์ (Room air) ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) ได้ 9 คะแนน (E3M4V2) รูปร่างผอมบางและมีปฏิกิริยาตอบสนองปกติเท่ากัน ขนาด 3 มิลลิเมตรทั้ง 2 ข้าง คลำศีรษะพบศีรษะด้านขวามุมโนขนาด 10x10 เซนติเมตร มีแผลถลอกตามร่างกาย ไม่พบแขนขาผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.0 ลึก 19 เซนติเมตร ตรวจช่องท้องโดยการอัลตราซาวด์ความถี่สูง (Ultrasound) เวลา 12.30 น. ไม่พบภาวะเลือดออกในช่องท้อง ดูแลทำแผลถลอกตามร่างกาย เปลี่ยนสารน้ำเป็น RLS 1000 มิลลิลิตร ให้อย่างรวดเร็วทางหลอดเลือดดำ จำนวน 1 ขวด และหลังจากนั้นปรับเป็นหยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะได้ปัสสาวะสีเหลืองใส ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง ได้ 31 เปอร์เซ็นต์ ตรวจระดับน้ำตาลในกระแสเลือดโดยเจาะเลือดปลายนิ้วมือได้ 167 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่งภาพถ่ายรังสีที่กระดูกทรวงอก กระดูกเชิงกราน ไม่พบกระดูกหัก พิจารณาส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพ ดูแลประสานส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อกับแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลศูนย์ตามแนวทางการส่งต่อได้ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1.) ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากไม่รู้สึกตัวจากการได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง 2.) เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง 3.) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นระหว่างส่งต่อเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง 4.) ญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับอาการป่วย ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ ให้ข้อมูลเพิ่มแก่ญาติถึงอาการและขั้นตอนการรักษาและเหตุผลความจำเป็นที่ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ ระหว่างนำส่งผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ถึงโรงพยาบาลศูนย์อย่างปลอดภัยและ รับนอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลศูนย์ รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 17 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกรื่องที่น่าสนใจ จากกลุ่มผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บที่เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเกาะจันทร์ จำนวน 1 ราย โดยเลือกรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 13 พฤษภาคม 2567 เวลา 12.13 น. - 13.30 น. รวมระยะเวลาที่ได้รับการดูแลในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 1 ชั่วโมง 17 นาที

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และได้รับการส่งต่อไปรักษากับแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยกรรมประสาท ที่โรงพยาบาลศูนย์อย่างปลอดภัย ไม่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

1. เป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง
2. พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะนั้นเกิดจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยอาจมารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการและระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่รับบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงนั้นไม่สามารถให้ข้อมูลแก่แพทย์ผู้รักษาและพยาบาลผู้ให้การพยาบาลได้ ทำให้เกิดความล่าช้าในการ

วินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และส่งต่อ การตรวจร่างกายอย่างรวดเร็วโดยละเอียดถี่ถ้วนครบทุกระบบ และ การศึกษากลไกการเกิดการบาดเจ็บจึงมีความสำคัญ สามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ทำให้ต้องเร่งให้การช่วยเหลือเพื่อการส่งต่อ มีระยะเวลา จำกัดในการดูแล ทำให้การตรวจประเมินร่างกายบริเวณอื่นๆ ไม่ละเอียดและครอบคลุม ทำให้อาจมีอาการบาดเจ็บบริเวณอื่น ซึ่งต้องได้รับการประเมินและดูแลจากโรงพยาบาลที่รับรักษาต่อ

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวไม่สามารถให้ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ พยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะ ในการประเมิน การดูแลผู้ป่วย การตรวจร่างกายอย่างรวดเร็ว โดยละเอียดถี่ถ้วน ครบทุกระบบ พยาบาลควรมีการทำงานเป็นทีม แบ่งภาระหน้าที่ เข้าทีมรักษาพยาบาลทำหัตถการ และแยกออกไปซักประวัติ เพิ่มเติมจากญาติ พลเมืองดี หรือมูลนิธิกู้ภัย เกี่ยวเหตุการณ์ตอนเกิดอุบัติเหตุ วิธีการชน ลักษณะยานพาหนะใน กรณีอุบัติเหตุจราจร โรคประจำตัว และประวัติแพ้ยาแพ้อาหารต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมารายงานทีมรักษาให้ สามารถวินิจฉัยให้การักษาพยาบาลได้ดีและรวดเร็วมากยิ่งขึ้น

9.2 พยาบาลต้องมีความรู้ ในการให้ข้อมูลที่จำเป็น คำแนะนำ และรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นสำหรับ ให้คำแนะนำทั้งเรื่องแนวทางรักษา การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายผู้ป่วย สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายต่างๆ และมีการให้คำแนะนำแนวทางแก่ญาติเป็นระยะ เพื่อให้ญาติรับทราบแนวทาง ลดความวิตกกังวล วางแผน เตรียมความพร้อมในการส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวณัฐกานต์ นามวิชัย สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐกานต์ นามวิชัย)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567...

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สมพร

(นางสาวนงลักษณ์ สุวรรณโท)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ 19 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) อ. อ.

(นางณัฐฤดี สุทธิบูรณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลเกาะจันทร์

วันที่ 21 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) [Signature]

(นายปิยะวิทย์ หมคมลทิน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะจันทร์

วันที่ 22 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) [Signature]

(นายกฤษณ์ สกฤตแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(ตำแหน่ง)

วันที่ ๒๕ เดือน มิ.ย. ๒๕๖๗ พ.ศ.

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง
2. หลักการและเหตุผล

การบาดเจ็บที่ศีรษะ (Head injury) หมายถึง การบาดเจ็บใดๆ ที่เกิดจากแรงกระทำทั้งทางตรงและทางอ้อมที่กระทำต่อหนังศีรษะ กะโหลกศีรษะและเนื้อเยื่อที่เป็นส่วนประกอบภายในของกะโหลกศีรษะ ซึ่งอาจจะทำให้มี หรือไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว (ไสว นรสาร, 2563) การบาดเจ็บที่ศีรษะ มีอุบัติการณ์สูงและสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จากข้อมูลของสถิติสาธารณสุข ปี 2563 , 2564 และ 2565 พบมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการชนส่งได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจำนวน 17,191 16,604 17,201 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 25.5 และ 26.4 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรงพยาบาลเกาะจันทร์เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ไม่มี ICU ไม่มีเครื่อง CT Scan และไม่มีสัลยแพทย์ระบบประสาท มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะมารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชในปีพ.ศ.2564-2566 จำนวน 166 ราย 171 ราย และ 112 รายตามลำดับ การบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยเป็นการบาดเจ็บที่ ณ เวลาที่ประเมินเบื้องต้นที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จะมีอาการไม่รุนแรง และมีปัญหาที่ไม่ซับซ้อนโดยทั่วไปแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยที่มีความเสี่ยงต่ำ ส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจวินิจฉัย รักษาพยาบาลเบื้องต้น และมีการจำหน่ายจากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โดยให้ผู้ป่วยและญาติดูแลสังเกต ติดตามอาการของผู้บาดเจ็บต่อไป

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น การรักษาพยาบาลที่เร่งรีบ ทำให้มีเวลาน้อยในการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับบ้าน การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชพบว่ายังไม่มียุทธศาสตร์และแนวทางที่ชัดเจน ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ต้องทำในเวลาจำกัด ไม่มีการเตรียมสาระความรู้ให้กระชับ เข้าใจง่าย ไม่มีสื่อการสอน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้เอกสารคำแนะนำไปศึกษาเอง ส่วนพยาบาลจะให้ความรู้โดยให้คำแนะนำสั้นๆ ไม่มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจและไม่สามารถนำคำแนะนำไปใช้ในดูแลเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้บาดเจ็บได้

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวางแผนจำหน่ายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งที่จะพิจารณาประโยชน์ของผู้ป่วย เตรียมผู้ป่วยให้สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ การวางแผนจำหน่ายควรเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลจนกระทั่งกลับบ้าน และติดตามการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการให้บริการที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ผ่านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เพื่อทำความเข้าใจและส่งต่อการดูแลผู้ป่วย ช่วยลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ป้องกันการกลับเข้าโรงพยาบาลด้วยอาการเดิมหรือมีภาวะแทรกซ้อน แต่หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเกาะจันทร์ ไม่มีรูปแบบและแนวทางการวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน ทำให้มีการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ต้องทำในเวลาที่ยากลำบาก ไม่มีการเตรียมสาระความรู้ให้กระชับ เข้าใจง่าย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยและผู้ดูแลจะได้เอกสารคำแนะนำไปศึกษาเอง ส่วนพยาบาลจะให้ความรู้โดยให้คำแนะนำสั้นๆ ไม่มีการซักถามความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ต้องกลับมาโรงพยาบาลซ้ำหรือมีภาวะแทรกซ้อน ผู้จัดทำจึงนำแนวคิดโดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำ ทฤษฎีของโอเร็ม เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลในระดับกว้าง ซึ่งเป็นที่รู้จักแพร่หลายในวิชาชีพพยาบาล และมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ทฤษฎีของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีหลัก ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเองได้อธิบายความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Self-care Theory) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) ได้กล่าวถึงความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด เมื่อบุคคลมีความต้องการมากกว่าความสามารถที่จะกระทำได้ จะอยู่ในภาวะต้องการความช่วยเหลือการพยาบาล และทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ได้อธิบายถึงการช่วยเหลือปฏิบัติกิจกรรมแทนบุคคล และช่วยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต ดังนั้นเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจึงได้จัดทำการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง เพื่อให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจน ครอบคลุมโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัว การใช้ยาที่ได้รับ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ทักษะที่จำเป็นตามแผนการรักษา เช่น การทำแผล การเฝ้าสังเกตอาการของผู้ป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือ รวมถึงการเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และเพื่อให้พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช มีรูปแบบและแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อยเป็นไปทิศทางเดียวกัน มุ่งหมายที่จะให้ผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมที่จะดูแลตนเอง สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับไม่รุนแรง
2. พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับเล็กน้อย
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

ระยะเวลาดำเนินการ ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่เข้ารับการรักษาในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
เกาะจันทร์ และแพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง และออกแบบเอกสารให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์
4. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง ที่มีเนื้อหาสาระครอบคลุม
5. นำเสนอแนวความคิดการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง
8. จัดทำแบบประเมินการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง
9. นำแนวทางการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินงาน					
	ต.ค. 67	พ.ย. 67	ธ.ค. 67	ม.ค. 68	ก.พ. 68	มี.ค. 68
1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการ ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงในหน่วยงาน	↔					
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่ รุนแรง	↔					
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยที่ ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะ ไม่รุนแรง และออกแบบเอกสารให้สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์		↔				
4. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง ที่มี เนื้อหาสาระครอบคลุม		↔				
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการ บาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนว ทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน			↔			
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสห สาขาที่เกี่ยวข้อง			↔			
7. เตรียมเอกสารแนวทางการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการ บาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง			↔			
8. จัดทำแบบประเมินการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ ศีรษะไม่รุนแรง			↔			
9. นำแนวทางการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ ศีรษะไม่รุนแรงที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานอุบัติเหตุดูแล และ ประเมินผล				↔		
10. สรุปผลการใช้จัดทำแบบประเมินการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่ พบมาปรับปรุง						↔

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงได้รับการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย
- 4.2 ผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่ายผู้ป่วย
- 4.3 พยาบาลมีรูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1. พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงตามแนวทาง ร้อยละ 100

5.2 ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรงได้รับการวางแผนจำหน่ายร้อยละ 100

(ลงชื่อ) ณัฐพร ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐกานต์ นามวิชัย)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาววรรรัตน์ จันทน์นุ่น	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๑๙๖๕๖๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๑๙๖๕๖๕	เลื่อนระดับ
		พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		
		ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง				๑๐๐%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 มีนาคม 2567 รวมวันที่อยู่ในการดูแล 6 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก และเป็นอันดับที่ 11 ของมะเร็งที่พบบ่อยในทั้งสองเพศ The worldwide age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะในประเทศไทยพบได้ age-standardized incidence rate (ต่อประชากร 100,000 รายต่อปี) เท่ากับ 3.98 สำหรับเพศชาย และ 1.02 สำหรับเพศหญิง ร้อยละ 90 ของเนื้องอกเยื่อบุทางเดินปัสสาวะ (urothelial tumor) มาจากกระเพาะปัสสาวะ ร้อยละ 8 มาจากกรวยไต (renal pelvis) ร้อยละ 2 มาจากท่อไต (ureter) และท่อปัสสาวะ (urethra) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 70 เป็นเซลล์มะเร็งชนิด transitional cell carcinoma โดยมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำได้มากถึงร้อยละ 50-70 เซลล์มะเร็งเกิดการลุกลามเป็นในระยะรุนแรงขึ้น (พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์, 2562) ทั้งนี้การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดขึ้นตลอดเวลาในกระบวนการรักษา ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม หากผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้เกิดความแข็งแกร่ง เกิดการปรับตัวเพื่อให้ตนเองอยู่รอด เช่น การระงับรักษาสุขภาพและการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

พยาธิสภาพของโรค

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ หมายถึง ความผิดปกติของเซลล์ในกระเพาะปัสสาวะที่มีการเจริญเติบโตแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติจนกลายเป็นก้อนเนื้องอกขึ้น สามารถแบ่งชนิดได้ตามลักษณะของเซลล์ได้แก่ transitional cell carcinomas (TCC) squamous cell carcinomas (SCC) และ adenocarcinomas ระยะของเซลล์มะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

ระยะ 0 - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ มักเรียกระยะนี้ว่า carcinoma in situ

ระยะ I - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นใต้เยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ

ระยะ II - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

ระยะ III - เซลล์มะเร็งอยู่ในชั้นไขมันที่บุอยู่รอบนอกกระเพาะปัสสาวะ หรืออวัยวะข้างเคียงอื่นใกล้ๆ

ระยะ IV - เซลล์มะเร็งกระจายไปภายในช่องท้องและต่อมน้ำเหลือง

สาเหตุของโรค

มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ยังไม่มีสาเหตุที่ชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุอะไรแต่ส่วนใหญ่พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญอันดับหนึ่งสำหรับมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ พบได้ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด (American Cancer Society, 2012) เนื่องจากในควันบุหรี่มีสารก่อมะเร็ง ซึ่งเมื่อถูกดูดซึมผ่านเข้าสู่กระแสเลือดและกรองที่ไตเป็นน้ำปัสสาวะ เมื่อไปยังกระเพาะปัสสาวะจะมีการกระตุ้นให้เซลล์มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็งขึ้น นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่สอดคล้องสำหรับการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ คือ ประเภทของอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมี ได้แก่ อาชีพทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม

สีโลหะ ที่มีการสัมผัสกับสารเคมีในกลุ่มของ 1) แอโรมาติกเอมีน (aromatic amines) เช่น benzidine และ beta-naphthylamine ซึ่งส่วนใหญ่จะใช้ในอุตสาหกรรมทำสี 2) โพลีแอโรมาติกไฮโดรคาร์บอน (polyaromatic hydrocarbon) 3) มินเนรอลออยล์ (mineral oil) และ 4) คาร์บอนจากท่อไอเสีย เครื่องยนต์ดีเซล (diesel engine exhaust) โดยส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ของโปรตีนในโครโมโซม (DNA mutations) ทำให้เซลล์ในกระเพาะปัสสาวะ มีการเจริญเติบโต แบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์อย่างรวดเร็วและมากผิดปกติ จึงทำให้เกิดก้อนเนื้อออกขึ้น (American Cancer Society, 2012) พันธุกรรมครอบครัวมีผลกระทบน้อยในการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ และไม่พบผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญในส่วนของพันธุกรรมในการเกิดโรคนอกเหนือปัจจัยเสี่ยงอื่นที่กล่าวมา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

อาการและอาการแสดง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

ในระยะเริ่มแรกไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติได้ แต่อาการที่พบบ่อยที่สุดประมาณ ร้อยละ 75 คือ ปัสสาวะเป็นเลือด โดยไม่มีอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นใด ปัสสาวะมักเป็นเลือดตลอดการถ่ายปัสสาวะ (Total hematuria) บางครั้งมีอาการคล้ายกระเพาะปัสสาวะอักเสบ คือ ถ่ายปัสสาวะบ่อยแสบขัด เนื่องจากเลือดที่ออกมาจับตัวเป็นลิ่มเลือด อาการปัสสาวะเป็นเลือดไม่จำเป็นต้องมีทุกวัน คือเป็นเฉพาะบางวันได้ ส่วนน้อยมีอาการระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อย ปวดแสบปัสสาวะ ซึ่งมักพบในมะเร็งที่เกิดในระยะแรก (Carcinoma in situ) ซึ่งมะเร็งอาจจุดต้นที่คอกระเพาะปัสสาวะ (Bladder neck) จนทำให้ปัสสาวะไม่ออก ถ้ามีการอุดตันของท่อไตหรือลูกกลามไปที่รูเปิดของท่อไตจะทำให้เกิดไตบวม (Hydronephrosis) ภาวะไตวาย และมีอาการปวดบริเวณบั้นเอวถ้าเนื้องอกลูกกลามไปยังอวัยวะอื่นและมีการติดเชื้อมาร่วมด้วย มักจะทำให้ซีด มีไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด

การวินิจฉัยโรค (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1. ประวัติผู้ป่วย ส่วนใหญ่มักมีปัสสาวะปนเลือด ซึ่งโดยส่วนมากไม่มีอาการปวดร่วมด้วย (ทั้งที่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือพบจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์) ควรซักประวัติผู้ป่วยตามปัจจัยเสี่ยงที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น โดยเฉพาะประวัติการสูบบุหรี่ อาชีพซึ่งสัมผัสสาร กลุ่มปิโตรเคมีภัณฑ์ ปัสสาวะปนเลือดซึ่งเห็นได้ด้วยตาเปล่า อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติการผ่าตัดระบบปัสสาวะมาก่อน กลุ่มอาการระบบปัสสาวะส่วนล่างโดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วงเก็บปัสสาวะ (Lower urinary tract symptoms) การใช้ยาบรรเทาอาการปวดจำพวก phenacetin เคยได้รับรังสีรักษาบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือได้รับเคมีบำบัดซึ่งประกอบด้วย cyclophosphamide เป็นต้น

2. ตรวจร่างกาย/การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อประเมิน ความสมบูรณ์ของเลือด (complete blood count CBC), เกลือแร่ในเลือด (electrolytes), การทำงานของไต (BUN และ creatinine), การทำงานของตับ (liver function tests) และค่าอื่นตามลักษณะเฉพาะทางคลินิก ผู้ป่วยได้รับการตรวจปัสสาวะ (urinalysis) และพิจารณาส่งปัสสาวะตรวจเซลล์วิทยา (urine cytology)

3. การส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา (surgical pathology)

4. การตรวจเซลล์วิทยาของปัสสาวะ (urinary cytology) การตรวจปัสสาวะซึ่งผ่านการปัสสาวะเอง (voided urine) หรือจากการล้างกระเพาะปัสสาวะ (bladder-washing) เพื่อหาเซลล์มะเร็งมีความไวสูงใน

high-grade tumors (ความไวร้อยละ 84) แต่มีความไวต่ำใน low-grade tumors (ความไวร้อยละ 16) ความไวในการตรวจพบ Carcinoma In Situ (CIS) อยู่ที่ระหว่างร้อยละ 28 ถึง 100 (LE:2b)

5.การตรวจ urinary molecular marker

6.การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา

6.1 การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasound: US) การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านช่องท้อง จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับก้อนที่โต ไตบวม น้ำ และก้อนในกระเพาะปัสสาวะ การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ยังเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับตรวจวินิจฉัยการอุดตันระบบปัสสาวะในผู้ป่วยปัสสาวะปนเลือด

6.2 Intravenous urography (IVU) ใช้ในกรณีถ้าไม่สามารถทำ Computerized Tomography Scan (CT) ได้ แต่ CT urography จะให้ข้อมูลมากกว่า IVU ในกรณีของ muscle-invasive tumors ของกระเพาะปัสสาวะและทางเดินปัสสาวะส่วนบน (upper urinary tract) ซึ่งรวมถึงข้อมูลของต่อมน้ำเหลืองและการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง

6.3 CT urography ถูกใช้ในการค้นหาก้อนเนื้องอกในระบบปัสสาวะ ซึ่งอาจเห็นเป็น filling defects หรือไตบวม น้ำ (hydronephrosis)

6.4 การตรวจระบบปัสสาวะด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magneticresonance MRI urography) ใช้เป็นทางเลือกสำหรับประเมินระบบปัสสาวะทั้งส่วนบนและส่วนล่าง ในกรณีผู้ป่วยที่มีข้อห้ามสำหรับการตรวจด้วย CT urography หรือ IVP อันได้แก่ ผู้ป่วยซึ่งมีหน้าที่ของไตไม่ดี (poor renal function) หรือแพ้ iodinated contrast แต่ต้องมี glomerular filtration rate (GFR) มากกว่า 30 และไม่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (acute renal failure)

6.5 การทำ bone scan ควรส่งในกรณีที่สงสัยว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูก

7.การส่องกล้องทางกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy)

การรักษา (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1. การรักษาโดยการผ่าตัด

1.1 การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง ผ่านทางท่อปัสสาวะเพื่อตัดชิ้นเนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะออกเป็นชิ้นเล็กๆ (Transurethral Resection Bladder Tumor : TUR-BT) หรือ จี้ทำลายด้วยกระแสไฟฟ้า (Fulguration) จี้ที่ก้อนมะเร็ง ซึ่งสามารถทำลายก้อนมะเร็งไปได้ วิธีนี้เหมาะสำหรับมะเร็งระยะแรก ซึ่งมีพยาธิสภาพอยู่บริเวณเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ ส่วนมะเร็งที่อยู่ลึกถึงชั้นของกล้ามเนื้อการรักษาด้วยวิธีนี้มักไม่ได้ผล และมีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำได้อีก

1.2 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกบางส่วน (Partial Cystectomy) จะทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามไปยังบริเวณผนังกระเพาะปัสสาวะ อาจอยู่ในส่วนโค้งด้านบนของกระเพาะปัสสาวะ และเนื้องอกมีขนาดไม่ใหญ่มากนัก หลังผ่าตัดความจุของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง แพทย์จะพิจารณาคายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องเหนือหัวเหน่า (Suprapubic Cystostomy) หรือทางท่อปัสสาวะ จึงต้องมีการดูแลให้น้ำปัสสาวะไหลได้สะดวก

1.3 การผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) ทำในกรณีที่มะเร็งมีการลุกลามเข้าไปในกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งในเพศชายเป็นการตัดกระเพาะปัสสาวะต่อมลูกหมาก seminal vesicle และเนื้อเยื่อรอบๆกระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานออก ในเพศหญิงต้องตัดมดลูก

รังไข่ ด้านหน้าของช่องคลอดและท่อปัสสาวะออกไปด้วย จากนั้นต้องทำทางเดินปัสสาวะใหม่ (Urinary diversion) ในปัจจุบันสามารถทำได้เป็นการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic radical cystectomy) ในปัจจุบันมี 2 แบบ Ileal conduit เป็นการนำส่วนปลายของท่อไตมาต่อกับส่วนของลำไส้ใหญ่ส่วน ileum และเปิดออกมาที่หน้าท้อง เพื่อให้ปัสสาวะไหลลงถุงที่ปิดไว้กับหน้าท้อง และแบบ Neobladder เป็นการนำส่วนของลำไส้เล็กส่วน ileum มาเย็บให้มีลักษณะคล้ายกระเพาะปัสสาวะ แล้วต่อกับท่อปัสสาวะเดิมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่สูญเสียภาพลักษณ์ เพราะสามารถปัสสาวะออกทางท่อปัสสาวะได้เหมือนเดิม

2. การรักษาโดยการฉายรังสี (Radiation therapy) จะเลือกให้การรักษาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถรับการรักษาด้วยการผ่าตัดได้เนื่องจาก สภาพร่างกายไม่พร้อม หรือมีความเสี่ยงสูงจากการดมยาสลบ หรือผู้ป่วยเลือกวิธีนี้เอง จะพิจารณาให้รังสีในรายที่มีมะเร็งกระเพาะปัสสาวะลุกลามไปชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ หรือมีการลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น

3. การรักษาด้วยเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการฉีดยาเข้าหลอดเลือดโดยตรง จะเลือกให้การรักษาในรายที่มีการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น หรือภายหลังการผ่าตัดกระเพาะปัสสาวะออกทั้งหมด (Radical cystectomy) และพบว่ามีกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง ทำในกรณีที่ร่างกายสมบูรณ์ การทำงานของไตปกติ

4. การใส่ยาเคมีบำบัดหรือยากระตุ้นภูมิคุ้มกันในกระเพาะปัสสาวะ (Intravesical therapy) จะเลือกในรายที่เป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ยังไม่ลุกลามเข้าชั้นกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะ

การพยาบาล (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ด้านร่างกาย

1.ดูแลบรรเทาอาการรบกวน ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย หายใจลำบาก คลื่นไส้/อาเจียน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ปัสสาวะ/อุจจาระ ผิดปกติ เป็นต้น

1.1อาการปวดจากมะเร็งของอวัยวะภายใน Visceral cancer pain พบได้ถึงร้อยละ 28 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งกรณีที่เกิดการแพร่กระจายภายในช่องท้อง และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากจากมะเร็งและที่เป็นผลที่เกิดจากการรักษา เช่น การผ่าตัด อาการปวดชนิดนี้มักพบร่วมกับการปวดแบบ neuropathic pain หรืออาการปวดแบบ somatic pain โดยที่ผู้ป่วยมักอธิบายลักษณะอาการปวดว่าเป็นลักษณะปวดแน่นๆปวดบีบเป็นพักๆ ปวดเกร็งหรือไม่สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน นอกจากนั้นอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หน้าซีด หรือเหงื่อแตก โดยการจัดการความปวดนั้น แบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ

1.การบำบัดความปวดด้วยยา (pharmacological approach) ใช้แบบประเมินความปวด กรณีที่ผู้ป่วยสามารถสื่อสารได้ ให้ประเมินความรุนแรงของความปวดว่าผู้ป่วยปวดกี่คะแนน โดยใช้แบบประเมิน numerical rating scale (NRS) คือ จากคะแนน 0-10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุดที่เป็นไปได้ กรณีผู้ป่วยสื่อสารไม่ได้ให้ใช้แบบประเมินความรุนแรงของความปวด คือ แบบประเมิน faces pain rating scale และระบุด้วยว่าประเมินอาการปวดเมื่อใดเช่น ขณะพัก ขณะมีกิจกรรม

ระดับความปวดเล็กน้อย (คะแนน 1-3) ใช้ยาขั้นที่1 :ใช้ยา non-opioid (aspirin หรือ paracetamol) : + NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofenหรือ Naproxen)

ระดับความปวดปานกลาง (คะแนน 4-6) ใช้ยาชั้นที่ 2 : ใช้ยา weak-opioid (Codiene หรือ Tramadol) : + non-opioid (aspirin หรือ paracetamol) : + NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofen) : + Adjuvants (anticonvulsants หรือ corticosteroid) ให้ยาลดอาการท้องผูกร่วมด้วยเสมอ

ระดับความปวดรุนแรง (คะแนน 7-10) ใช้ยาชั้นที่ 3 : Strong-opioid (morphine, fentanyl, methadone) : + non-opioid (aspirin หรือ paracetamol) : + NSAID (Diclofenac หรือ Ibuprofen) : + Adjuvants (anticonvulsants หรือ corticosteroid) ให้ยาลดอาการท้องผูกร่วมด้วยเสมอ และให้ยาลดอาการคลื่นไส้อาเจียน

2.การบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological approach) ได้แก่ การบำบัดรักษาด้วยวิธีทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู เช่น การบริการกล้ามเนื้อและข้อ การรักษาด้วยความร้อนหรือความเย็น และการกระตุ้นไฟฟ้า การบำบัดทางจิตวิทยา (psychotherapy) เป็นการเบี่ยงเบนความสนใจออกจากความปวด โดยการเน้นกิจกรรมบำบัด ร้องเพลง สวดจิตสมาธิ แต่ไม่เป็นที่นิยมเนื่องจากระยะเวลานานในการแสดงผลรบกวน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563)

1.2 อาการเหนื่อย/ อ่อนเพลีย (Tiredness/ Fatigue) ความอ่อนล้าคือเป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้หมดแรง เหนื่อยล้าทั้งกายและใจความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง สัมพันธภาพกับบุคคลลดลง เกิดสภาวะถดถอยของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ การประเมินและการตรวจวินิจฉัย เริ่มจากซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อประเมินจากอาการเบื่ออาหาร ผอมแห้ง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สาเหตุของความอ่อนล้ามีความซับซ้อน ต้องตรวจวินิจฉัยอาการที่เกี่ยวข้อง เช่น ความปวด คลื่นไส้อาเจียน แผลในปาก ท้องผูก อาการซึมเศร้า ภาวะติดเชื้อ และภาวะแคลเซียมในเลือดสูง แนวทางการจัดการคือการเพิ่มแคลอรีของอาหารด้วยการรับประทาน หรือเข้าทางหลอดเลือดดำ

1.3 คลื่นไส้อาเจียน (Nausea and vomiting) คลื่นไส้ คือ เป็นอาการที่ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบายท้อง มีน้ำลายมาก วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด กลืนอาหาร ลำบาก อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงและชีพจรเต้นเร็ว แนวทางการจัดการรักษาโดยใช้ยา domperidone, prochlorperazine, metoclopramide, ondansetron, granisetron, haloperidol การรักษาโดยไม่ใช้ยา เช่น จัดอาหารแต่ละมื้อให้น้อยลง รับประทานอาหารให้บ่อยขึ้น ดื่มเครื่องดื่มจืดๆ บ่อยๆ ในสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ เช่น น้ำผลไม้ น้ำจืด น้ำชา ทำความสะอาดปาก ฟัน ไม่ปรุงอาหารใกล้ผู้ป่วย จัดสิ่งแวดล้อม และบรรยากาศสดชื่น

1.4 เบื่ออาหารและน้ำหนักลด (Anorexia & Cachexia) Anorexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร ร่วมกับมีการลดลงของแคลอรีที่ได้รับ Cachexia เป็นภาวะที่ผู้ป่วยน้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 ของน้ำหนักเดิม ร่วมกับมีภาวะลดลงของกล้ามเนื้อและไขมัน แนวทางการจัดการ ให้ดูแลเรื่องความสะอาดและความชุ่มชื้น ในช่องปาก โดยใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดและซับที่ปากเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร ส่งเสริมให้ครอบครัวจัดอาหารมื้อที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย กรณีความรุนแรงระดับปานกลางถึงรุนแรงมากรายงานแพทย์เพื่อส่งปรึกษานักโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะทุพโภชนาการ และให้ยากระตุ้นความอยากอาหาร

1.5 ท้องผูก (Constipation) ท้องผูก เป็นอาการที่พบบ่อยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้ opioid และสาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานอาหารที่มีกากใยอาหารน้อย ดื่มน้ำน้อย แนวทางการรักษาเชิงพฤติกรรม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า โดยเพิ่มอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ และข้าวโอ๊ต อย่างเพียงพอ จะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่นุ่ม ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 1.5-2.0 ลิตรต่อวัน ควรปรึกษา

นักโภชนาการช่วยวางแผนการรับประทานอาหารที่เหมาะสม

ด้านจิตใจ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยในเรื่องความเจ็บป่วย และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจและสังคมสำหรับการดำเนินของโรคเพื่อ ลดอาการวิตกกังวล ความกลัว อาการซึมเศร้าและสับสน

2. เปิดโอกาสให้ผู้ระบายความรู้สึก ชักถามปัญหา พุดคุยถึงความหวังความต้องการ การเตรียมตัวเผชิญกับความตายให้ความมั่นใจในการดูแล เพื่อควบคุมอาการรบกวนทางด้านร่างกาย

3. ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความหวังตามที่แท้จริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสงบใจ ให้เวลาเยี่ยมผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติและบุตรหลานมาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอ

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1. ประเมินผู้ป่วยและครอบครัวมีแหล่งช่วยเหลือหรือไม่ เช่น แหล่งให้การช่วยเหลือด้านค่ารักษาพยาบาล มีระบบการส่งต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. ส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพของโรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยไปดูแลต่อ หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ประสานงานหรือหาแหล่งสนับสนุนด้านจิตวิญญาณใกล้บ้านและแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน

4. ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Patient / Family education) ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพและอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและความพร้อมในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เคารพต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความหวังและความเข้าใจโรค สอนและเตรียมสมาชิกในครอบครัวเรื่องต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ด้านจิตวิญญาณ

1. สร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ เชื่อใจ ให้เกียรติ เคารพในความเป็นบุคคลและช่วยให้ค้นหาความหมายเป้าหมายของชีวิต ให้ความรักความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ดูแล ให้ความหวังและกำลังใจ ไม่ทอดทิ้งแม้ผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่หมดหวังไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้

2. ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณตามพื้นฐานทางด้านความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของ แต่ละบุคคล ค้นหาความเชื่อ ความหวัง ความเข้มแข็งและความกลัวของผู้ป่วยและครอบครัว สนับสนุนและส่งเสริมพระภิกษุหรือผู้นำศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือมาเยี่ยมผู้ป่วย หรือแนะนำให้ผู้ป่วย เข้าร่วมกิจกรรมทำบุญตักบาตร การปฏิบัติสมาธิเพื่อการเยียวยา

3. ให้ความสนใจ เคารพในความเชื่อและสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือ เต็มใจที่จะพุดคุยเรื่องความเชื่อ ความต้องการในการปฏิบัติตามความเชื่อนั้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 44 ปี มาด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีการปวดล้าท้อง มีปัสสาวะซึมออกนอกสายสวนปัสสาวะ ไม่มีไข้ วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ 2567 มีอาการปวดที่ล้าท้องมากขึ้น ร้องโวยวาย กระสับกระส่าย แจ้งว่าปัสสาวะไม่ออก พี่สาวนำส่งโรงพยาบาล มีประวัติเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ เคยผ่าตัดส่องกล้องเอาชิ้นเนื้อไปตรวจ และรักษาแบบยาเคมีบำบัดกับฉายรังสี รักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี ปัจจุบันผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจร่างกายที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินพบว่า tender at pelvic area ,no full bladder ผู้ป่วยปวดล้าท้องมาก คะแนนความปวด 8/10 คะแนน ปัสสาวะในถุงรองรับเป็นสีแดง แพทย์จึงให้ยาบรรเทาปวดเป็น morphine sulfate 4 มิลลิกรัม ฉีดทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้น 30 นาที อาการปวดไม่ทุเลาลง คะแนนความปวด 8/10 คะแนน แพทย์พิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวด แพทย์วินิจฉัย CA bladder with hematuria with severe pain แรกวันที่หอผู้ป่วยสามัญ วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ 2567 เวลา 10.00 น. มีสีหน้าไม่สุขสบาย นอนตัวงอ ปัสสาวะในถุงรองรับมีสีแดงเข้มปนตะกอนเลือด สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 151/88 มิลลิเมตรปรอท คะแนนความปวด 8/10 คะแนน รับคำสั่งแพทย์เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะเป็นแบบ 3 ทาง และทำการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (Continuous bladder irrigation: CBI) โดย NSS 1000 มิลลิลิตร ทางสายสวนปัสสาวะ จำนวน 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาบรรเทาปวด morphine sulfate 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 4 ชั่วโมง, morphine (Immediate release:IR 10 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 2 ชั่วโมง เวลามีอาการปวดมาก หรือคะแนนความปวด มากกว่า 7 คะแนน, gabapentin (100 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน และเย็น , kabanol (20 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ทุก 12 ชั่วโมง , afzoline (10 มิลลิกรัม) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน ตลอดระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อต้องกลับบ้าน ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและให้หลีกเลี่ยงความเครียด ให้สุกศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพและอาการของผู้ป่วย และวางแผนการดูแล ส่งข้อมูลให้หน่วยบริการปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย แนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลชลบุรี ผู้ป่วยไม่มีนัดตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลพานทอง ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยสามัญ 6 วัน และระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษที่หอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง จำนวน 1 รายโดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 23 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 28 มีนาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 6 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการปวดดีขึ้น ไม่มีความดันโลหิตต่ำเนื่องจากภาวะเลือดออกในกระเพาะปัสสาวะ และไม่คิดทำร้ายตนเอง มีกำลังใจในการใช้ชีวิต ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเผชิญกับโรคที่เกิดขึ้นและมีความเข้าใจรับรู้คุณค่าของตนเอง สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษา

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคองในหน่วยงาน ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ และเป็นทิศทางเดียวกัน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยอายุยังน้อย และยังไม่มีการคลอด ครีว มีความวิตกกังวลค่อนข้างมากเกี่ยวกับโรค และการสูญเสียภาพลักษณ์เมื่อต้องใส่สายสวนปัสสาวะตลอด เนื่องจากผู้ป่วยยังยอมรับกับโรคที่เกิดขึ้นไม่ได้ จึงต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และให้กำลังใจในการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล รวมถึงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยต้องใส่สายสวนปัสสาวะ อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบาย และเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยได้รับการใส่สายสวนแบบ 3 ทาง เพื่อทำการล้างกระเพาะปัสสาวะแบบต่อเนื่อง (Continuous bladder irrigation: CBI) ขนาดสายสวนที่มีขนาดใหญ่จึงเป็นการกระตุ้นความเจ็บปวดของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ประเมินคะแนนความปวด 8/10 คะแนน ต้องให้ยาแก้ปวด morphine sulfate 4 มิลลิกรัม ฉีดยาทางหลอดเลือดดำ แต่อาการปวดไม่ทุเลาลงทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ เสี่ยงต่อการดึงสายสวนปัสสาวะออกเอง จึงต้องรายงานแพทย์ให้ยาคลายกังวล และแนะนำให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิด

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะปัสสาวะ และแนวทางการรักษาพยาบาล ทักษะในการให้ข้อมูลและการสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

9.2 พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากทำหัตถการ โดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาววรารัตน์ จันทน์นุ่ม สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นางสาววรารัตน์ จันทน์นุ่ม ผู้ขอประเมิน

(นางสาววรารัตน์ จันทน์นุ่ม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 28 เดือน พ.ย. พ.ศ. 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) จิตติมา

(นางสาวจิตติมา หอมสินธุ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ

วันที่ 28 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) พัชรี

(นางสาวพัชรี หมั่นกล้าหาญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 28 เดือน พ.ย พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) วิศิษฐ์

(นายวิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

วันที่ 29 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) สกลแพทย์

(นายฤกษ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๕ เดือน ธ.ค. พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

2. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นโรคที่สร้างความทุกข์ทรมานให้แก่ผู้ที่เป็นโรคและสมาชิกในครอบครัว และเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก และมีแนวโน้มว่าจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปีพ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน โรคมะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร (กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เมื่อบุคคลเข้าสู่สถานการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนานและต่อเนื่อง

ในปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งเป็นการรักษาแบบผสมผสานประกอบ ด้วยศัลยกรรม รังสีรักษา เคมีบำบัด ฮอโมน การรักษาแบบมุ่งเป้า และการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อรักษาโรคมะเร็ง ซึ่งการเลือกวิธีรักษานั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษามากตามกระบวนการรักษาโรคมะเร็ง สิ่งที่ต้องเผชิญคือ อาการและความรุนแรงของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ผู้ป่วยต้องจัดการตนเอง และต้องประสพกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอีกทั้งยังเผชิญกับการปรับตัวให้เข้ากับของตนเอง นอกจากนั้นโรคมะเร็งยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้าน ร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและ เศรษฐกิจ (ชัยญานุช พะลัง และปิ่นหทัย หนูนวน, 2563) ผู้ป่วยระยะท้าย ส่วนใหญ่มีความทุกข์ทรมานทั้งจากโรค และผลกระทบจากการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าค่าเฉลี่ยจำนวนอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง เท่ากับ 4.25 อาการโดยอาการที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร เหนื่อยและจุกแน่นท้อง และท้องผูก (กิตติกร นิลมานัต และกัลยา แซซิด, 2561)

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลพานทอง ในปี 2564, 2565, และ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลพานทอง จำนวน 148 ราย, 128 ราย และ 175 ราย ตามลำดับ (สถิติรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง โรงพยาบาลพานทอง, 2564-2566) ในปัจจุบันโรงพยาบาลพานทองมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง แต่ยังพบปัญหาและความยุ่งยากซับซ้อนในการประเมินผู้ป่วยให้ตรงตามคะแนนระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Palliative Performance Scale version2 (PPSV2) และ ค่า Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ดังนั้นผู้จัดทำจึงเล็งเห็นปัญหาดังกล่าวจึงพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ให้ง่ายต่อการใช้งานและตรงตามความต้องการของผู้ป่วย และให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยสามัญ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองเป็นแนวทางเดียวกัน

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ในปี 2565 พบว่าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากถึง 10 ล้านคน ซึ่งมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้น 18.1 ล้านรายต่อปีอีก 18 ปีข้างหน้า (ปี 2583) ผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 29.30 ล้านรายต่อปี (WHO, 2022) มะเร็งกระเพาะปัสสาวะพบได้บ่อยเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งซึ่งพบในเพศชายทั่วโลก ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะทุกรายมีโอกาสเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกายทางจิตใจ มักทำให้บุคคลนี้ถึงความเจ็บปวด การสูญเสียภาพลักษณ์ ความทุกข์ทรมานและความตายทั้งนี้การปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งจะเกิดขึ้นตลอดเวลาในกระบวนการรักษา ผู้ป่วยต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม หากผู้ป่วยมีการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้เกิดความแข็งแกร่ง เกิดการปรับตัวเพื่อให้ตนเองอยู่รอด เช่น การระงับรักษาสุขภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) หมายถึง แนวทางปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคองที่มุ่งให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย โดยให้ความสำคัญต่อศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ไม่พยายามเร่งรัดหรือเหนี่ยวรั้งการตาย พัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติเพื่อเผชิญกับปัญหาอันเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการค้นพบอาการตั้งแต่เริ่มแรก การประเมินและการรักษาอาการเจ็บป่วยครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย, 2563) การดูแลแบบประคับประคองมีหลักการที่สำคัญ คือ มุ่งให้มีความสุขสบายแก่ผู้ป่วย โดยการช่วยลดความปวดและความทุกข์ทรมานอย่างครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งยังให้การดูแลแบบองค์รวมซึ่งครอบคลุมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้าย และภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว ซึ่งการดูแลแบบประคับประคองนี้มีเป้าหมายเพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีครอบคลุมความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมการรับรู้และ การยอมรับการตายเป็นกระบวนการธรรมชาติและจากไปอย่างสงบ

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้น ผู้จัดทำจึงสนใจนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) มาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง โดยใช้คะแนนการประเมินระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง Palliative Performance Scale version 2 (PPSv2) และค่า Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562) เพื่อให้การดูแลเกิดความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อลดภาวะสูญเสียและเศร้าโศกและความรุนแรงของอาการ รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง

ระยะเวลาดำเนินการ เดือน เมษายน 2567 – กันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย 1.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยสามัญ

2.พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยสามัญ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในหน่วยงานหอผู้ป่วยสามัญ
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับ แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
4. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง
9. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วยในสามัญ และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง นำข้อเสนอแนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคอง ไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่รักษาแบบประคับประคอง ไปใช้กับผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับการรักษาเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยในสามัญ ปฏิบัติตามแนวทางการการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) ดาภาณ ฉันทะนัม ผู้ขอประเมิน

(นางสาววรรรัตน์ จันทะนัม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 28 เดือน พ.ย. พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (2561-2565) (National Cancer Control Programme). https://www.nci.go.th/th/File_download/D_indexB4.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กิตติกร นิลมานัต และกัลยา แซ่ชิต. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารสหการพยาบาล*, 33(3), 51-66.
- ชัยญาณ พะลัง และปิ่นหทัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(2), 62-74.
- พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์. (2562). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัดเปลี่ยนช่องทางขับถ่ายปัสสาวะ. *พยาบาลสาร*, 39(3), 139-147.
- โรงพยาบาลพานทอง. (2564). สถิติรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง.
- โรงพยาบาลพานทอง. (2565). สถิติรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง.
- โรงพยาบาลพานทอง. (2566). สถิติรายงานผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่รักษาแบบประคับประคอง.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ. <https://www.nci.go.th/th/cpg/File.pdf>.
- สุคนธ์ทิพย์ บุญยัง และกาญจนา วิสัย. (2563). ผลลัพธ์การดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะท้ายความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักหลังใช้แนวปฏิบัติการดูแลประคับประคองที่บ้านในเครือข่ายสุขภาพปฐมภูมิอำเภอพริ้งจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 16(2), 104-117.
- สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือการให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. <https://stopcorruption.moph.go.th/application/editors/userfiles/.pdf>.
- American Cancer Society. (2012). *Bladder Cancer Overview*. <http://www.cancer.org/Cancer/BladderCancer/OverviewGuide/bladder-cancer->
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Classification of Tumours Editorial Board*. <https://tumourclassification.iarc.who.int/welcome/>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพานทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
	นางสาวสุมาพร คุหะมะณี	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๓๕๑๓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๕๑๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

รวมระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ๕ วัน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

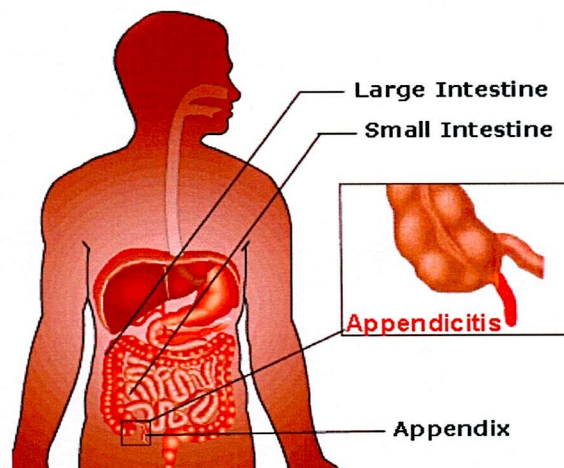
ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อย ในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ ประมาณ ๗ % ของประชากร จะเกิดไส้ติ่งอักเสบได้ในทุกช่วงชีวิต ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุด คือ ๑๐ - ๒๐ ปี ถึงแม้ว่าจะเป็นโรคที่พบบ่อย แต่ยังมีปัญหาในการวินิจฉัยให้ถูกต้อง แม่นยำ ในบางรายผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ แต่เมื่อผ่าตัดเข้าไปแล้วพบว่าไม่มีการอักเสบ ผู้ป่วยบางราย แม้จะเข้าพบแพทย์ แต่ก็ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอื่น จนกระทั่งไส้ติ่งแตกแล้ว จึงได้รับการวินิจฉัยและรักษา อย่างถูกต้อง ดังนั้น การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบต้องอาศัยประวัติการตรวจร่างกาย และประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจกายวิภาค พยาธิสภาพและการดำเนินของ โรคเป็นพื้นฐานสำคัญในการวินิจฉัย (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, ๒๕๕๘)

พยาธิสภาพของโรค

ไส้ติ่งเป็นท่อปลายตัน ประกอบด้วย ชั้นต่างๆ เหมือนลำไส้ใหญ่ เป็นส่วนของ midgut แรกเกิด ไส้ติ่งขนาดเล็ก ฐานกว้าง บริเวณปลายของ cecum การเติบโตที่ไม่เท่ากันของ cecum ทำให้ฐานไส้ติ่งเคลื่อนมาอยู่บริเวณ posteromedial wall ของ cecum ใกล้กับ ileocecal valve สามารถหาได้ง่าย โดยการหาตำแหน่งร่วมของ taenia coli ทั้งสาม ตำแหน่งของไส้ติ่งอยู่บริเวณ right lower quadrant ยกเว้นกรณี malrotation ซึ่งอาจอยู่บริเวณ right lower quadrant ,ลิ้นปี่หรือ left upper quadrant (situs inversus viscerum) ไส้ติ่งยาวประมาณ ๖-๙ ซม. ปลายไส้ติ่ง ส่วนใหญ่วางอยู่ตำแหน่ง intraperitoneal retrocecal ๖๕% แต่บางครั้งอาจวางอยู่บริเวณอื่น (ดังแสดงในภาพที่ ๑) ทำให้การอักเสบมีอาการแสดงแตกต่างกันไป ผนังชั้นต่างๆ ประกอบด้วย ชั้น mucosa มีใน mucus-producing goblet cell บริเวณฐานของ crypts มี argentaffin cell (Kultschitzky cell) ซึ่งเกิดเป็น carcinoid tumor ได้ ชั้น submucosa มี lymphoid follicle จำนวนมากเพิ่มตามอายุ พบมากที่สุดช่วงแรกของวัยรุ่นซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดการอักเสบ ในวัยสูงอายุ lumen จะถูกแทนที่ด้วย fibrous tissue

เมื่อมีการอุดตัน ไส้ติ่งส่วนปลายจะบวม เริ่มอักเสบในชั้น mucosa มีการหลั่ง secretion ร่วมกับการสะสมของ inflammatory exudate และ bacteria ความดันในไส้ติ่งเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การเต่งตึงของผนัง กระตุ้น visceral afferent fiber จะรู้สึกปวดตื้อๆ บริเวณรอบสะดือหรือใต้ลิ้นปี่ ในบางครั้งอาจเกิด cramping pain จากการกระตุ้น peristalsis การบวมเพิ่มขึ้นต่อไปจนความดันที่ผนังมากกว่า venous pressure เกิด venous congestion และ reflex คลื่นไส้และอาเจียน เมื่อ inflammatory process ถึงชั้น serosa จะกระตุ้น parietal afferent fiber บน parietal peritoneum เกิด localized pain ที่ท้องน้อยซีกขวา หลังจากความดันมากกว่า arterial pressure ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิด infarction บริเวณ antimesenteric border และท้ายที่สุดทะลุแตกออกเกิดการปวดทั่วท้อง

แบคทีเรียในไส้ติ่งนั้นเป็นชนิดเดียวกับที่พบในลำไส้ใหญ่ และเป็นชนิดเดิมตลอดทั้งชีวิต ยกเว้น Porphyromonas gingivalis ซึ่งพบเฉพาะในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น ไส้ติ่งมี normal flora เป็น facultative aerobic และ anaerobic bacteria เหมือนลำไส้ใหญ่ เชื้อหลักที่พบในไส้ติ่งปกติ ไส้ติ่งอักเสบ หรือในไส้ติ่งอักเสบที่มีการแตกทะลุ คือ Bacteroides Fragilis และ Escherichia Coli มากที่สุด ไส้ติ่งได้รับเลือดจาก appendiceal artery แขนงของ ileocolic artery ซึ่งทอดผ่านหลังต่อ terminal ileum เข้าสู่บริเวณขอบของ mesoappendix ในภาวะอักเสบรุนแรง เส้นเลือดมีการอุดตัน เกิดการขาดเลือด และเปื่อยทะลุบริเวณปลายด้าน antimesentery ได้ (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, ๒๕๕๘)



ภาพที่ ๑.กายวิภาคของไส้ติ่ง

ที่มา : จาก <https://m.mgrronline.com/qol/detail/๙๕๒๐๐๐๐๐๙๘๗๘๑>

สาเหตุของโรค

ไม่ทราบแน่ชัด แต่เกิดร่วมกับการเพิ่มจำนวนของแบคทีเรีย ส่วนใหญ่มีการอุดตัน ซึ่งอาจเกิดจาก

๑. Fecalith ส่วนประกอบของ fecal material , calcium phosphate , bacteria และ epithelial debris พบได้ ๔๐% ใน simple appendicitis, ๖๕% ใน gangrenous appendicitis , และ ๙๐% ในกรณีมี Symptoms perforation

๒. Lymphoid hyperplasia ในกลุ่มอายุน้อย อาจเกิดจากเชื้อบางชนิด เช่น virus

๓. Stricture เกิดหลังจากมีการอักเสบมาก่อน

๔. สิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดผลไม้ barium

๕. เนื้องอก ในกลุ่มสูงอายุ เช่น cecal cancer , appendiceal cancer

๖. สาเหตุอื่น ๆ เช่น พยาธิตัวกลมปัจจุบันพบได้น้อย(กาญจนา ร้อยนาค และ ชดช้อย วัฒนะ, ๒๕๕๙)

อาการและอาการแสดง

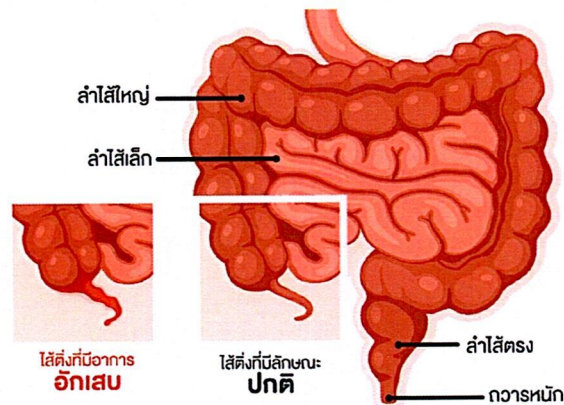
ผู้ป่วยมีอาการปวดตื้อบริเวณสะดือหรือใต้ลิ้นปี่ ตาม visceral pain ของ midgut มีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งเกิดเพียง ๑-๒ ครั้ง ปริมาณน้อย ถัดจากนั้น ๔-๖ ชั่วโมง มีอาการ shifting pain มาสู่บริเวณท้องน้อย ซีกขวา ใน somatic phase ตำแหน่งการปวดแปรตามตำแหน่งของไส้ติ่ง ปวดมากเวลาไอ หรือขยับตัว และอาจมีอาการปวดตำแหน่งอื่น เช่น ปวดหลังและเอวใน retrocecal type ปวด suprapubic area ใน pelvic type ปวดอ้นตะใน retroileal type จากนั้นอาจมีไข้ต่ำๆ ถ้ายังไม่ได้รับการรักษาจะเริ่มปวดมากขึ้น ไข้สูง ปวดทั่วท้อง กรณีที่ไม่มีอาการคลื่นไส้ ต้องพิจารณาถึงโรคอื่นๆ ในช่องท้อง

อาการแสดงขึ้นกับความรุนแรง ชีพจรและความดัน มักอยู่ในเกณฑ์ปกติ จากการสังเกตหน้าท้องมี limitation of respiratory movement ของ lower abdomen เบื้องต้นให้ผู้ป่วยชี้ตำแหน่งที่ปวดมากที่สุด ซึ่งเรียกว่า pointing sign อาการแสดงที่สำคัญคือกดเจ็บบริเวณ right lower quadrant โดยเฉพาะตำแหน่ง McBurney's point ซึ่งอยู่บน ๑/๓ ด้านนอกต่อกับ ๒/๓ ด้านในของ เส้นสมมุติจากสะดือไป anterior superior illiac spine ควรเริ่มตรวจท้องจากตำแหน่งที่ปวดน้อยที่สุดก่อน

มักตรวจพบ involuntary guarding เนื่องจาก muscle spasm บ่งชี้ว่ามี localized peritonitis และมักพบ rebound tenderness ซึ่งต้องทำอย่างนุ่มนวล เนื่องจากจะปวดอย่างมากไม่แนะนำให้ทดสอบ วินิจฉัยได้ชัดเจน แนะนำรักษาแบบไส้ติ่งอักเสบในผู้ป่วยที่มีอาการปวดชัดเจนอยู่แล้ว ยังมีการทดสอบอื่นอีก เช่น Rovsing's sign คือ การกดบริเวณท้องน้อยซีกซ้าย แล้วเจ็บบริเวณ right lower quadrant หรือ Blumberg's sign เมื่อปล่อยมือที่กด บริเวณท้องน้อยซีกซ้าย ผู้ป่วยมี rebound of tenderness บริเวณ right lower quadrant เป็นต้น

ในกรณีที่อาการปวด right lower quadrant ไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากไส้ติ่งอยู่ห่างจากหน้าท้องหรืออยู่ retroperitoneum การตรวจสอบบางอย่าง สามารถช่วยการวินิจฉัยมากขึ้น เช่น psoas test โดยการจัดให้ผู้ปวยนอนตะแคงซ้ายลง แล้วจับยึดบริเวณสะโพกและขาขวาลักษณะ hyperextension ผู้ป่วยจะเจ็บมากขึ้นหรือ obturator test โดยจัดให้ผู้ปวยนอนหงาย งอสะโพกและเข่าด้านขวา แล้วทำ internal rotation ของ hip joint ผู้ป่วยจะเจ็บบริเวณ right lower quadrant เนื่องจาก stretch obturator internus muscle

การตรวจทางทวารหรือ per rectal examination เป็นสิ่งจำเป็นและช่วยวินิจฉัยโรคมาก ซึ่งมักพบอาการ warm, เจ็บบริเวณด้านหน้าของ rectum และ เจ็บซีกขวามากกว่าซีกซ้าย กรณีที่มี abscess หรือ phlegmon อาจคลำได้ก้อนใน cul de sac ได้ (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ, ๒๕๕๘)



ภาพที่ ๒. ไส้ติ่งอักเสบ

ที่มา : จาก <https://www.paolohospital.com/th-TH/rangsit/Article/Details>

ภาวะแทรกซ้อนของไส้ติ่งอักเสบ

อาการของไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ใช้สูงมากกว่า ๓๙.๕ องศาเซลเซียส, tachycardia, generalized tenderness ซึ่งมักพบในผู้ป่วยสูงอายุ, ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเบาหวาน อาจพบเป็น

๑. Appendiceal phlegmon

ก่อนที่จะเกิดจาก omentum ลำไส้ และอวัยวะใกล้เคียงทำการห่อไส้ติ่งที่อักเสบไว้ มักยังไม่มีหนอง ก้อนมักกดเจ็บ แข็ง สามารถขยับได้เล็กน้อย ขอบเขตไม่ชัดเจน

๒. Appendiceal abscess

ภาวะที่มีหนองขังรอบ ๆ ไส้ติ่งมากซึ่งมักเกิดในกรณีไส้ติ่งแตกและร่างกายสามารถจัดการให้อยู่เฉพาะที่ได้ มักตรวจพบเป็น tense cystic mass ขอบเขตค่อนข้างชัดเจน อาจตรวจพบ fluctuation ได้

๓. Ruptured appendicitis

เกิดจากการแตกของไส้ติ่งและร่างกายไม่สามารถจำกัดไว้ได้ มักเกิดในกรณีที่มี fecalith ซึ่งมักแตกได้เร็ว หรือในเด็กซึ่ง omentum ยังเจริญไม่เต็มที่และมักวินิจฉัยได้ช้า หรือในผู้สูงอายุเนื่องจาก blood supply ใน omentum ไม่ดีเพียงพอ

การวินิจฉัยโรค

๑. การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

ในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบใช้ประวัติและอาการผู้ป่วย ตรวจร่างกายอย่างละเอียดเป็นหลัก การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงช่วยสนับสนุนการวินิจฉัย และเตรียมผู้ป่วยสำหรับการผ่าตัดรักษาต่อไป เช่น

๑.๑. complete blood count ค่า hemoglobin มักปกติ หากค่าต่ำลงในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ต้องคิดถึง ruptured ectopic pregnancy พบเม็ดเลือดขาวมากขึ้นมักไม่เกิน ๑๐,๐๐๐/cm หากมากกว่านี้อาจมี complication แล้ว และ differential count มักมี Polymorphonuclear Neutrophils(PMN) มากกว่าปกติ

๑.๒. Urine analysis อาจพบ microscopic hematuria เนื่องจาก irritation ต่อ ureter ชีกรวามเม็ดเลือดขาวอาจพบได้ แต่ถ้าสูงมากต้องคิดถึงภาวะการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

๒. การตรวจวินิจฉัยด้วยอัลตราซาวด์

การทำ ultrasonography ทำได้รวดเร็ว ไม่ต้องใช้ contrast media และสามารถทำได้ในผู้ป่วยตั้งครรภ์ในบางกรณีการวินิจฉัยไม่ชัดเจนโดยเฉพาะในผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ การทำ ultrasonography จะมีประโยชน์และช่วยวินิจฉัยแยกโรคได้ดี ซึ่งอาจพบพยาธิสภาพทางสูติรีเวช หรืออาจช่วยวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบถ้าสามารถเห็นไส้ติ่งเป็น tubular struction ขนาดใหญ่มากกว่า ๖ มม. ไม่สามารถกดให้เล็กลงได้ด้วย probe ของ ultrasound ขณะเดียวกันก็มีการเจ็บขณะกดบนไส้ติ่ง หรืออาจพบ fecalith กรณีไม่เห็นไส้ติ่งไม่ช่วยในการวินิจฉัย

๓. การวินิจฉัยด้วย CT scan

การ CTscan เป็นตัวช่วยที่ถูกต้อง และแม่นยำที่สุดในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยภาวะไส้ติ่งอักเสบ จะเห็น inflamed appendix และมีผนังหนา โดยดูจากการที่มี dirty fat , thick mesoappendix ,phlegmon สามารถเห็น fecalith ได้ง่ายจากการทำ CTscan ความผิดปกติที่สำคัญที่เกิดจากการหนาตัวของ cecum และมี contrast บริเวณ orifice ของไส้ติ่งที่มีการอักเสบ CTscan เป็นเทคนิคที่ดีที่ใช้ในการแยก inflammatory process อื่นๆ ที่มาด้วยอาการคล้ายไส้ติ่งอักเสบ การวินิจฉัยว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเมื่อ ขนาดหรือเส้นผ่านศูนย์กลางของไส้ติ่งมากกว่า ๖ มิลลิเมตร ขึ้นไป ความหนาของผนังไส้ติ่งมากกว่า ๑ มิลลิเมตรและมี abnormal enhancement ซึ่งการวัดความหนา อาจทำได้ยากการพบ appendicolith ร่วมกับ secondary sign ในไส้ติ่งอักเสบ เช่น periappendiceal fat standing หรือการพบ cecal wall ที่หนาบวมช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยว่ามีไส้ติ่งอักเสบ แม้จะไม่เห็นตัวไส้ติ่งโดยตรง การตรวจด้วย CTscan ถ้าไม่พบไส้ติ่งหรือไม่พบลักษณะของการอักเสบของไส้ติ่งอักเสบจะเป็นไปได้น้อย

๔. การวินิจฉัยด้วยการใช้ Alvarado score

อาการ / อาการแสดง	คะแนน
Migration of pain	๑
Anorexia	๑
Nausea / Vomiting	๑
RLQ tenderness	๒
RLQ rebound tenderness	๑
Fever > ๓๘ องศาเซลเซียส	๑
Leukocytosis(WBC>๑๐,๐๐๐)	๒
Left shift(Neutrophils>๗๕%)	๑

การใช้ Alvarado scale มาช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบ

Score ๙-๑๐	ผู้ป่วยมีโอกาสเกือบ ๑๐๐% ที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
Score ๗-๑๐	มีโอกาสสูงที่เป็นไส้ติ่งอักเสบ
Score ๕-๖	น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบ แต่ควรส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น CT scan
Score ๐-๔	มีโอกาสน้อยที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

การวินิจฉัยแยกโรค

๑. Acute gastroenteritis

ในเด็ก ปวดท้องเป็นพักๆ หรือ cramping pain ร่วมกับภาวะถ่ายเหลว และอาเจียนมาก อาจมีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีอาการเดียวกัน ตรวจหน้าท้องไม่มีลักษณะ localized peritonitis

๒. Acute mesenteric adenitis

ในเด็ก มักมีการติดเชื้อทางเดินหายใจมาก่อนมีไข้ก่อนปวดท้อง ปวดเป็นพัก ๆ ไม่ชัดเจน อาการอื่นทางเดินอาหารมีน้อย อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองที่คอโต มักหายได้เอง อย่างไรก็ตามในกรณีที่ไม่สามารถวินิจฉัยได้ชัดเจน แนะนำรักษาแบบไส้ติ่งอักเสบ

๓. Meckel's diverticulitis

อาการและอาการแสดงไม่ต่างจาก appendicitis ไม่สามารถวินิจฉัยก่อนผ่าตัดได้ รักษาโดยการผ่าตัด เช่นเดียวกันโดยทำ diverticulectomy หรือทำ small bowel resection ในกรณีฐานใหญ่และอักเสบมาก

๔. Terminal ileitis

มักมีไข้ต่ำ แต่เริ่มปวดที่ท้องน้อยซีกขวาดั้งแต่ต้น ร่วมกับมีภาวะถ่ายเหลว อาการคลื่นไส้ อาเจียน พบได้น้อย มักหายได้เอง กรณีพบขณะผ่าตัดแนะนำตัดไส้ติ่งออก ยกเว้นกรณีอักเสบมากถึง cecum และ การตัดไส้ติ่งอาจไม่ปลอดภัย

๕. Pelvic inflammatory disease

ในผู้หญิงมักมีประวัติไข้ ตกขาวร่วมด้วย, ปวดประจำเดือน และปวดแสบร้อนเวลาปัสสาวะ อาการปวดเป็นทั้ง ๒ ข้าง และตำแหน่งต่ำกว่าไส้ติ่งการตรวจภายในช่วยวินิจฉัยได้มาก

๖. Rupture ectopic pregnancy

ปวดที่ right lower quadrant ทันที และปวดตลอดเวลา ไม่มีไข้ อาการทางเดินอาหารไม่มาก มักมีประวัติขาดประจำเดือน และผลตรวจการตั้งครรภ์จากปัสสาวะเป็นบวก ตรวจพบ sign ของ blood loss เช่น อาการหน้ามืด วิงเวียน ซีดได้ การตรวจด้วย ultrasound ช่วยวินิจฉัย

๗. Ruptured graffian follicle

หลังตกไข่อาจมีเลือดปริมาณหนึ่งออกมารบกวนทำให้เกิดอาการปวดท้องน้อยซีกขวา ซึ่งลักษณะ เฉพาะคือปวดท้องช่วงกลางของรอบเดือน มักเรียกว่า mittelschmerz ไม่มีอาการทางเดินอาหารอื่น เม็ดเลือดขาวไม่สูงขึ้น

๘. Rupture หรือ torsion ของ ovarian cyst

ปวดทันทันบริเวณ right lower quadrant ไม่มีไข้ ไม่มีอาการทางเดินอาหารร่วม

๙. Ureteric colic

อาการปวดมากเป็นพัก ๆ ร้าวลงต้นขาหรือหัวหน่าว ไม่มีไข้ การตรวจปัสสาวะพบเม็ดเลือดแดงจำนวนมาก

๑๐. Right acute pyelonephritis

มีไข้สูง หนาวสั่น ร่วมกับอาการปวดบริเวณ costovertebral angle ตรวจปัสสาวะพบ white blood cell cast , white blood cell , bacteria

๑๑. Peptic ulcer perforation

มักปวดทันทีทันใด ตลอดเวลาอาการปวดอาจแสดงออกด้วยการปวดบริเวณท้องน้อยซีกขวา เนื่องจากการไหลของ content ลงสู่ right iliac fossa ผ่านทาง right paracolic gutter ซึ่งไม่มีพังผืดกั้น

๑๒. Rectus hematoma

พบได้น้อย มักเกิดในผู้ป่วยสูงอายุ กินยา anticoagulant อยู่ หลังออกกำลังกาย, หรือถูกกระแทก ปวดทันทีที่ right lower quadrant ไม่มีอาการทางเดินอาหารอื่น

๑๓. Sigmoid diverticulitis

เนื่องจากการ redundant ของ sigmoid colon ปวดเริ่มที่ suprapubic area รักษาโดย conservative

๑๔. Colonic cancer

อาจแสดงออกโดยเลือดออกในวัยสูงอายุ ต้องซักประวัติดูอาการของ colonic cancer ร่วมด้วย เช่น unexplained anemia, bowel habit change เป็นต้น

๑๕. Intussusception

พบในเด็กอายุเฉลี่ย ๑๘ เดือน มักไม่พบ acute appendicitis ในเด็กอายุน้อยกว่า ๒ ปี มีอาการปวดท้องเป็นพัก ๆ คลำได้ก้อนบริเวณท้องน้อยซีกขวา และถ่ายมีเลือดปน mucus รักษาโดยการ reduction ด้วย barium enema

การรักษา

การรักษาไส้ติ่งอักเสบโดยการผ่าตัดเอาไส้ติ่งออก ซึ่งมักทำเร็วที่สุดเมื่อวินิจฉัยได้และ ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการผ่าตัด กรณีการวินิจฉัยไม่ชัดเจน แต่อาการและอาการแสดงบ่งชี้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ มักรักษาโดยการผ่าตัด

๑. การผ่าตัดแบบเปิด

เป็นหัตถการที่แพทย์ทั่วไปสามารถทำได้ตั้งนั้นต้องทราบถึง anatomy บริเวณ right lower quadrant ทั้งบริเวณ abdominal wall และ intraperitoneal organs รวมถึง retroperitoneal organs ที่อยู่ใกล้เคียง Incision มักลงบริเวณ right lower quadrant ตามแนวของ Mc Burney's point ยกเว้นกรณีที่มีการวินิจฉัยไม่ชัดเจน โดยเฉพาะมีอาการ intestinal obstruction ร่วมด้วยอาจแนะนำให้ลงแผล low midline ซึ่งสามารถขยายแผลได้กรณีที่พบพยาธิสภาพอื่นในช่องท้อง Grid iron incision (Grid iron = Frame of cross-beam to support a ship during repairs) ผ่านกลาง Mc Burney's point ตั้งฉากกับแนวเชื่อมระหว่าง Anterior superior iliac spine และ สะดือพบเส้นเลือด superficial circumflex iliac artery ในชั้น subcutaneous fat ชั้น external oblique sheath เปิดตามแนว fiber ชั้น internal oblique และ transversus abdominis muscle เปิดด้วย retractor ถัดไปคือชั้น peritoneum กรณีจำเป็นต้องขยายแผล อาจตัดชั้นกล้ามเนื้อตามแนว incision เรียก Rutherford Morrison incision Lanz's incision แผล transverse ตามแนว skin crease เป็นที่นิยมเนื่องจากแผลสวย exposure ดี สามารถขยายแผลเข้าทาง medial ได้ดี กึ่งกลางแผล อยู่ตรงแนว midclavicular line ระดับ ๒ cm. ต่ำจากสะดือ หลังจากเข้าช่องท้องแล้ว หาไส้ติ่งโดยอาศัย cecum โดยตาม taenia libera จะพบไส้ติ่ง แล้วทำการตัดไส้ติ่งตามลำดับ ปัจจุบันการผูกไส้ติ่งโดย double ligation เป็นที่นิยมมากขึ้น ส่วนการเย็บ purse sting ยังคงมีที่ใช้ กรณีโคนไส้ติ่งอยู่ไม่ปลอดภัย โดยปกติที่อธิบายไม่มีความจำเป็น ยกเว้นกรณีที่ไส้ติ่งแตกมานาน มี fibrin มาก เนื้อบวมมาก หรือกรณี abscess ที่ไม่สามารถระบายออกได้หมด โดยเปิดที่ระบายออกอีกแผลต่างหาก แผลผ่าตัดปกติสามารถเย็บปิดยกเว้น กรณี complicated appendicitis แนะนำให้เปิดแผลเป็น delayed primary suture หลังจากดูแลแผลได้ดีเป็นเวลา ๒-๓ วัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะไส้ติ่งอักเสบ พยาบาลจะต้องมีความรู้ ทักษะ สามารถประเมินอาการและอาการแสดงของโรคไส้ติ่งอักเสบ รวมทั้งการให้ข้อมูลเรื่องโรคและแบบแผนการรักษาของแพทย์ให้ญาติและผู้ป่วยทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำผ่าตัดและลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีความรู้ในการแปลผลสัญญาณชีพ การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลบาดแผล รวมถึงการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องหลังผ่าตัดขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่พบได้บ่อย คือ อาการท้องอืดหลังผ่าตัดเกิดจากการเคลื่อนไหวและลุกเดินช้า ดังนั้นการ Early movement and ambulation จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ รวมถึงพยาบาลจะต้องให้ความรู้และคำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การสังเกตอาการที่ผิดปกติแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง

- การพยาบาลก่อนผ่าตัด

๑. ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคไส้ติ่งขึ้นขั้นตอนการรักษาและการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติ
๒. วัดสัญญาณชีพและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก ๔ ชั่วโมง เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงและให้การพยาบาลได้ถูกต้อง
๓. ประเมินอาการปวดท้อง อาการทางหน้าท้อง และรายงานแพทย์
๔. เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพร้อมทั้งติดตามผล หากผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมีผลผิดปกติ รายงานแพทย์รับทราบทันที เพื่อให้ได้รับการแก้ไข
๕. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และตรวจสอบควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ ให้เข้าสู่ร่างกายอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง
๖. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดความเจ็บปวด
๗. ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นติใบยินยอมการผ่าตัด
๘. ให้คำแนะนำรับประทานอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดอย่างน้อย ๖ ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันปัญหาการสำลักเศษ อาหารเข้าหลอดลมและปอด ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก
๙. ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ล้างหน้าให้สะอาด ตัดเล็บให้สั้น เพื่อช่วยให้แพทย์และพยาบาล สังเกตอาการผิดปกติ ที่อาจเกิดขึ้นจากการขาดออกซิเจน ในระหว่างการผ่าตัดและหลังผ่าตัด
๑๐. ถอดของมีค่าต่างๆ เครื่องประดับ เช่น แหวน สร้อยคอ สร้อยข้อมือ ต่างหู แว่นตา นาฬิกา เลนส์ และฟันปลอม เป็นต้น
๑๑. ดูแลให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะ อุจจาระให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผ่าตัด
๑๒. ติดตามประเมินผลอาการผู้ป่วยเป็นระยะๆ ทุก ๑-๒ ชั่วโมง และรายงานแพทย์รับทราบ

- การพยาบาลหลังผ่าตัด

๑. วัดสัญญาณชีพและบันทึกสัญญาณชีพหลังผ่าตัด โดยวัดทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้ง และทุก ๑ ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ หากสัญญาณชีพผิดปกติรายงานแพทย์รับทราบเพื่อให้ได้รับการแก้ไขทันที
๒. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อน และกระตุ้นการลุกจากเตียงหลังผ่าตัด ๒๔ ชั่วโมงแรก ให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น เพื่อลดภาวะอาการท้องอืด
๓. ให้คำแนะนำดื่มน้ำดื่มน้ำคอกาอาหารหลังผ่าตัดวันแรก จนกว่าจะมีการเคลื่อนไหวของลำไส้(มี Bowel sound ๕-๑๐ ครั้ง/นาที) จากนั้นแพทย์จะเริ่มให้จิบน้ำ ถ้าไม่มีอาการท้องอืด จะเริ่มให้รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ
๔. ประเมินบาดแผลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ทำแผล วันละ ๑ ครั้ง และให้คำแนะนำผู้ป่วย ห้ามแกะ เกาแผลหรือกระทบกระเทือนแผล เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบ บวม แดง ได้ และห้ามให้แผลเปียกน้ำ หากแผลเปียกน้ำควรเปลี่ยนผ้าปิดแผลทันที เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลหลังผ่าตัด
๕. ประเมินอาการปวดแผล หากผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก pain score มากกว่า ๓ คะแนน รายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวด และติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยได้รับยา ๓๐ นาที
๖. ให้คำแนะนำผู้ป่วยใช้มือประคองบาดแผลเวลาเคลื่อนไหว เปลี่ยนท่าทาง และพุงแผลเวลาไอ จาม เพื่อป้องกันแผลแยก และลดอาการปวดแผล
๗. ดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติตน การสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับบ้าน เช่น แผลแยก มีหนอง ขอบแผลบวม แดง มีไข้ ปวดแผลมาก ให้รีบมาพบแพทย์ และมาตรวจตามแพทย์นัด (ัญลักษณ์ ศรีบุระเดช, ๒๕๖๕)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ ๒๗ ปี มาด้วย ๕ วันก่อนมา มีอาการปวดท้องรอบๆสะดือ มารักษาที่โรงพยาบาล พานทอง ได้ยาไปทานแล้วอาการไม่ดีขึ้น ๑ วันก่อนมา ผู้ป่วยปวดท้องน้อยด้านขวา มีคลื่นไส้ อาเจียนร่วมด้วย ญาตินำส่งโรงพยาบาลพานทอง แพทย์ตรวจให้การวินิจฉัยเบื้องต้น ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบ(Acute Appendicitis) ให้อนโรงพยาบาล เพื่อเข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง(Appendectomy) ส่งตัวเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยใน แกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้องบริเวณด้านขวาล่าง ผู้ป่วยปวดท้อง เนื่องจากภาวะไส้ติ่งอักเสบ ให้การพยาบาล ประเมิน Abdominal sign มี mild distention , tenderness RLQ pain score ๔ คะแนน รายงานแพทย์ จัดทำนอน ศีรษะสูงเล็กน้อย วัดสัญญาณชีพแกรับ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ mm.Hg ดูแลให้ผู้ป่วยนอนอยู่ในท่าที่สุขสบาย เพื่อลดบรรเทาปวด ผล CBC: White blood cell ๗.๑๑๐ 10^9 /uL Neutrophil ๔๖% Lymphocyte ๔๔% ผล Urine analysis วันที่ ๑๒/๑๐/๖๖ พบ White blood cell ๒-๓, Red blood cell ๕-๑๐, Bacteria few ค่า Electrolyte : Sodium ๑๓๗ mmol/L Potassium ๔.๒ mmol/L, Chloride ๑๐๕ mmol/L, Bicarbonate ๒๑ mmol/L Chest x-ray : Normal ผล swab covid-๑๙ : Negative ดูแลให้สารน้ำ Ringer lactate solution ๑,๐๐๐ml ทางหลอดเลือดดำ อัตรา ๑๒๐ ml/hr เตรียมผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลอธิบายวิธีการทำผ่าตัด วิธีการได้รับ ยาสลบ และภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังทำผ่าตัด ขั้นตอนการปฏิบัติตัวในการเข้ารับการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย ถอดของมีค่า ตัดเล็บให้สั้น และเซ็นติใบยินยอมการผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติรับทราบและสามารถ ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เวลา ๑๓.๓๓ น. ก่อนไปผ่าตัด Appendectomy วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศา เซลเซียส ชีพจร ๙๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๓๐/๗๐ mm.Hg ฉีดยา Augmentin ๑.๒ gm, Metoclopramide ๑๐ mg ,Omeprazole ๔๐ mg ทางหลอดเลือดดำก่อนไปผ่าตัด เวลา ๑๗.๐๐ น. ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด Appendectomy ให้การพยาบาลโดยประเมินระดับความรู้สึกตัว และ ติดตามสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีหายใจเหนื่อย ได้รับ O๒ mask with bag ๖ LPM วัด O๒ sat ๙๙% สัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๙ องศาเซลเซียส ชีพจร ๖๘ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๓ mm.Hg ประเมินบาดแผล มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้องด้านขวาไม่มี Bleed ซึม แพทย์ให้ดื่มน้ำ งดอาหาร ให้สารน้ำ Ringer lactate solution ทางหลอดเลือดดำ อัตรา ๑๒๐ ml/hr ฉีดยา Antibiotic Augmentin ๑.๒ gm ทางหลอดเลือดดำ ทุก ๘ ชั่วโมง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยปวดแผลพอทนได้ pain score ๖ คะแนนดูแลให้ยา แก้ปวด Pethidine ๒๕ mg ทางหลอดเลือดดำ จัดทำนอนศีรษะสูง ๓๐-๔๕ องศา ให้สุขสบาย หลังผ่าตัด ๑ วัน ครบเปิดแผล ๒๔ ชั่วโมง ดูแลล้างแผล แผลแห้งดี ไม่มี discharge ซึม รอบแผลไม่บวมแดง ให้คำแนะนำการดูแล บาดแผล คือ ไม่ควรให้แผลเปียกน้ำ และไม่แกะแผล มีไข้ต่ำ ๓๗.๘ องศาเซลเซียส ดูแลและสาธิตวิธีการ เช็ดตัว ลดไข้ ผู้ป่วยปวดแผลลดลง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียง (Ambulation) เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลัง ผ่าตัด ดูแลให้จับน้ำมือเข้า รับประทานอาหารเหลวมื้อกลางวัน และรับประทานอาหารอ่อนมื้อเย็น ให้คำแนะนำ หากผู้ป่วยรับประทานอาหารแล้วมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ให้แจ้งพยาบาลรับทราบ หลังรับประทานอาหาร ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่ปวดท้อง ลุกเดินรอบเตียงได้โดยมีมารดาคอยช่วยพยุงผู้ป่วยและญาติให้ ความร่วมมือในการรักษาจนสามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แผลดีดี แห้งดี ไม่มีไข้ ไม่ปวดแผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์ศัลยกรรมตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาตรวจซ้ำหลัง จำหน่าย ๑ สัปดาห์ (๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖) รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย ๕ วัน และระยะเวลาที่อยู่ใน โรงพยาบาล ๕ วัน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินการ

๔.๒.๑ ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ หอผู้ป่วยพิเศษ ๑ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง จำนวน ๑ ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ

๔.๒.๒ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

๔.๒.๓ ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

๔.๒.๔ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

๔.๒.๕ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

๔.๒.๖ ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

๔.๒.๗ เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ

๔.๓.๒ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษ ๑ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ จำนวน ๑ ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๖ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๕ วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่ง แผลติดดี ไม่มีเลือดซึม แผลไม่ติดเชื้อไม่มีอาการท้องอืด ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบในหน่วยงาน ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่เป็นระบบ และเป็นทิศทางเดียวกัน

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า ในการประเมินอาการประเมินตรวจร่างกายเบื้องต้น และการให้ข้อมูลของผู้ป่วยขาดความสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคที่ผู้ป่วยเป็น ซึ่งส่งผลทำให้การวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาเกิดความล่าช้า ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้นส่งผลให้ต้องรักษาและนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องให้ข้อมูลแนวทางการรักษาของแพทย์ และการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ ในกรณีผู้ป่วยมีญาติมาร่วมดูแลและมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตน เพื่อลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยอาจไม่ตระหนักถึง การ Early ambulation และอาจไม่เข้าใจแนวทางการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งต้องมีญาติ คือ มารดาอยู่เฝ้าและคอยกระตุ้น Early movement and ambulation เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ตั้งอีกสัปดาห์ได้อย่างถูกต้อง

๙. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยใส่ดิงอีกสัปดาห์ เนื่องจากต้องมีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ควรมีทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ดิงอีกสัปดาห์ และมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของใส่ดิงอีกสัปดาห์

๑๐. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวสุมาพร คุณะมะณี สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อสุมาพร คุณะมะณี..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุมาพร คุณะมะณี)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒๕ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) สมิทธิ์

(นางสาวสุนทราวรรณ อินชรัตน์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน

วันที่ ๒๗ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) พัชรี

(นางสาวพัชรี หมั่นกล้าหาญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลพานทอง

วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ) วิศิษฐ์

(นายวิศิษฐ์ ผลสวัสดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

วันที่ ๖ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๐๖๗

(ลงชื่อ) สกลแพทย์

(นายกฤษณ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง

๒. หลักการและเหตุผล

ไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) คือ การอักเสบของไส้ติ่งที่อยู่บริเวณลำไส้ใหญ่ส่วนต้น โดยตำแหน่งจะตรงกับท้องด้านล่างขวา เมื่อไส้ติ่งอักเสบอาจทำให้รู้สึกปวดบริเวณดังกล่าวอย่างเฉียบพลัน อาการปวดจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มจากการอุดตันของสิ่งแปลกปลอม ไปอุดตันในไส้ติ่ง เริ่มเกิดกระบวนการอักเสบ และมีการสร้างของเหลวภายในเพิ่มเรื่อยๆ ของเหลวไม่สามารถระบายออกได้ ทำให้แรงดันในไส้ติ่งเพิ่มขึ้น ชัดขวางการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงไส้ติ่ง ทำให้เกิดการตายของเยื่อภายในไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะเร่งด่วนทางศัลยกรรม ถ้ากระบวนการนี้ ดำเนินต่อไปเรื่อยๆ โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงทีจะทำให้ไส้ติ่ง มีการตายและการแตกทะลุของไส้ติ่ง (วิมลมาศ สวัสดิ์สุข, ๒๕๖๖) หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจเป็นอันตรายถึงตายได้ ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ทันท่วงที จึงมีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงการดูแลระยะหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ซึ่งมักเกิดอาการปวดแผลหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ คือ อาการท้องอืด ภาวะลำไส้อุดตันจากพังผืดรัดหลังผ่าตัด ภาวะติดเชื้อในช่องท้อง และภาวะติดเชื้อของแผลหลังผ่าตัด เป็นต้น ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ จากสถิติของโรงพยาบาลพานทอง จังหวัดชลบุรี พบว่า ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผ่าตัดไส้ติ่ง จำนวน ๑๑, ๒๔ และ ๓๕ รายตามลำดับ (สถิติผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง โรงพยาบาลพานทอง, ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) และมีผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการท้องอืด จำนวน ๔, ๓ และ ๔ ราย ตามลำดับ (รายงานผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โรงพยาบาลพานทอง, ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) ในบริบทพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยหลายสาขา และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เข้ามาใช้บริการที่หอผู้ป่วย จึงได้มีแนวคิดในการพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง เพื่อเป็นแนวทางการดูแลให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแลสามารถดูแลสุขภาพ หลังจำหน่ายกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การวางแผนการจำหน่าย (discharge planning) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เพื่อวางแผนแก้ปัญหา นำไปสู่การปฏิบัติตามแผน และประเมินผลโดยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจากปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เมื่อกลับไปอยู่บ้านและเป็นศูนย์กลางในการประสานงานระหว่างผู้ป่วย และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง รวมถึงพัฒนา แนวปฏิบัติด้านการวางแผนจำหน่าย เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยง ระหว่างการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างแท้จริง และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย และสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม โดยอาศัยหลักการ ของการวางแผนจำหน่ายซึ่งประกอบด้วย ๑) เริ่มต้นการวางแผนจำหน่ายโดยเร็วที่สุดตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีปัญหาความซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในลักษณะของทีมสหวิชาชีพ โดยคำนึงถึงความรู้ความสามารถและข้อจำกัดของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ๒) มีการประสานงาน เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องและมีระบบการนัดหมาย นอกจากนี้ การวางแผนการจำหน่ายยังเป็นการเตรียมการวางแผนอย่างเป็นระบบของผู้ดูแล โดยมีการประสานงานจากทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวมาช่วยดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ซึ่งเป็นกระบวนการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้

เกิดความปลอดภัยและเพิ่มคุณภาพชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วย และผู้ดูแลให้มีประสิทธิภาพ การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นกระบวนการ ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วย และครอบครัวเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับบ้านและสภาพแวดล้อมที่บ้าน (แวมาริยะห์ นีระอิง, ทิพสุคนธ์ มูลจันท์ และ พาริตะ สันนิก, ๒๕๖๒)

รูปแบบการวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D โดยมีรายละเอียด ดังนี้

M = Medication คือ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับยาอย่างละเอียด

E = Environment & Economic คือ มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสมกับสุขภาพ

T = Treatment คือ เข้าใจปัญหาของการรักษา มีทักษะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา

H = Health คือ เข้าใจภาวะสุขภาพของตนเองว่ามีข้อจำกัดอะไรบ้าง

O = Outpatient referral คือ เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทราบว่าควรติดต่อขอความช่วยเหลือจากใครในกรณีฉุกเฉิน

D = Diet คือ การเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของตน ปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆด้วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่ง
๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย
๓. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะเวลาดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๗ – พฤษภาคม ๒๕๖๘

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยพิเศษ ๑

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งในหน่วยงาน
๒. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง
๓. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นที่พบในการดูแล และการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง
๔. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย
๕. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง อธิบายถึงรูปแบบ และขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
๖. นำเสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
๗. เตรียมเอกสารแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง
๘. จัดทำแบบประเมินการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง
๙. นำแนวทางการวางแผนจำหน่าย ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วยพิเศษ ๑ และประเมินผล
๑๐. สรุปผลการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

พยาบาลสามารถให้การวางแผนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ ๑ มีการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งไปในทางเดียวกัน ร้อยละ ๑๐๐

(ลงชื่อ)สุมาพร คุณะมะณี.....ผู้ขอประเมิน

(นางสาวสุมาพร คุณะมะณี)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๒๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. (๒๕๖๓)

เอกสารอ้างอิง

- กาญจนา ร้อยนาค และ ชดช้อย วัฒนะ. (๒๕๕๙). *ปัญหากระบบทางเดินอาหาร*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัญลักษณ์ ศรีบุระเดช. *ผ่าตัดไส้ติ่งยังต้องดูแล* สืบค้นจาก : <http://www.churarat3.com>,
เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗
- ฉัญลักษณ์ โอบบ่อม . (๒๕๖๕). *การวางแผนจำหน่ายผู้รับบริการ : กิจกรรมที่ต้องอาศัยกลยุทธ์*, กรุงเทพฯ :
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
- ธีรพงษ์ ทิพยกานนท์. (๒๕๖๔). *ไส้ติ่งอักเสบ สังเกตอย่างไร* สืบค้นจาก :
<https://www.paolohospital.com/th-TH/rangsit/Article/Details>
- พิชาญ ណมาดล. *ปวดท้องอย่างไรเป็นไส้ติ่งอักเสบ*. สืบค้นจาก :
<https://www.khonkaenram.com/th/services/health-information/health-articles/surg/appendicitis>, เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๗
- วิมลมาศ สวัสดิ์สุข. (๒๕๖๖). *การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบที่มีเนื้อหาตายรวมกับการติดเชื้อในช่องท้องและการติดเชื้อในกระแสเลือด*. <https://inb.moph.go.th/MyPDF/๔๘.pdf>
- แวมาริยะห์ นิระอิง, ทิพสุคนธ์ มูลจันท์ และ พาริตะ สันนง, (๒๕๖๒) *รายงานการวิจัย เรื่อง ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากยาบ้าต่อจำนวนวันนอนอาการทางจิตและความพึงพอใจของทีมสหวิชาชีพ หอผู้ป่วยในบำบัดยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี*
- เรณู สอนเครือ. (๒๕๕๗). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่๑๑)*. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๔). *สถิติรายงานผู้ป่วยโรคไส้ติ่ง*.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๕). *สถิติรายงานผู้ป่วยโรคไส้ติ่ง*.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๖). *สถิติรายงานผู้ป่วยโรคไส้ติ่ง*.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๔). *รายงานผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด*.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๕). *รายงานผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด*.
- โรงพยาบาลพานทอง. (๒๕๖๖). *รายงานผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด*.
- สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ และ พัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ. (๒๕๕๖). *ตำราศัลยศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่๑๓)*. กรุงเทพมหานคร:ปริชาธรอินเตอร์พรีน.
- เอมอร คชเสนี. *ไส้ติ่งมีไว้ทำอะไร*. สืบค้นจาก : <https://m.mgsonline.com/qol/detail/๙๕๒๐๐๐๐๐๙๘๗๘๑>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	นางสาวนฤตดา มหานิล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๔๘๒	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๔๘๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี				๑๐๐%
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี
2. ระยะเวลาดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2566

รวมวันที่อยู่ในการดูแล 9 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี

(สมาคมโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, 2562)

การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเด็กช่วงอายุดังกล่าวทั่วโลก การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก อาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพโดยรวมของเด็ก อีกทั้งอาจทำให้เกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะขาดออกซิเจน ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านสติปัญญา นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของเด็ก รวมไปถึงการหยุดงานของผู้ปกครองเพื่อดูแลเด็ก ส่งผลให้ขาดรายได้ ประกอบกับการเผชิญกับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย

(สมาคมโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, 2562)

ไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory syncytial virus (RSV)) เป็นสาเหตุการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เป็นปัญหาสำคัญและพบได้บ่อยในเด็ก โดยเฉพาะในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคหลอดลมฝอยอักเสบและปอดอักเสบ ไวรัส RSV มักพบการระบาดในช่วงฤดูหนาวในประเทศแถบยุโรปและอเมริกา ส่วนข้อมูลในประเทศไทยมักพบการระบาดในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงเดือนตุลาคม ไวรัสสามารถเข้าสู่ร่างกายผ่านทางเดินหายใจเป็นหลัก และสามารถแพร่กระจายไปยังทางเดินหายใจส่วนล่าง ทำให้เด็กมีอาการหายใจลำบากจากภาวะหลอดลมหดเกร็ง และพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง หากไม่ได้รับการประเมินอาการรวมถึงการดูแลอย่างถูกต้องและรวดเร็ว อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

พยาธิสภาพของโรค (สมาคมโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ในเด็ก, 2562)

โดยทั่วไปจะเริ่มจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบนนำมาก่อน ได้แก่ เยื่อจมูกอักเสบ (rhinitis) คออักเสบ (Pharyngitis) และเชื้อจะแพร่กระจายจากทางเดินหายใจส่วนบนลงมาไปยังส่วนล่าง ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจ ร่วมกับการทำลายเยื่อทางเดินหายใจของหลอดลม คอ หลอดลมขนาดกลาง และหลอดลมขนาดใหญ่ โดยพยาธิวิทยาของเซลล์ (Cytopathology) เยื่อทางเดินหายใจที่เกิดขึ้น คือ เยื่อทางเดินหายใจเกิดภาวะบวม มีเสมหะเพิ่มมากขึ้น และเกิดการอุดตันทางเดินหายใจส่วนล่าง อาการของผู้ป่วยแต่ละราย และระยะเวลาการดำเนินโรคขึ้นกับปริมาณของเชื้อโรคที่ได้รับหรือมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนร่วมด้วย

เชื้อไวรัส RSV ที่เข้าสู่ระบบทางเดินหายใจจะส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายโดย eosinophils lymphocyte และ macrophages จะถูกกระตุ้นให้มีการหลั่ง Inflammatory mediator เช่น cytokine, interleukin ทำให้เยื่อทางเดินหายใจมีการบวม มีการสร้างเยื่อเมือกและสารคัดหลั่งเพิ่มมากขึ้น เกิดการกระตุ้นให้มีการหดเกร็งของหลอดลมเกิดการอุดตันของหลอดลมฝอยและทางเดินหายใจ (airway obstruction) ส่งผลให้มีการไหลวนของอากาศภายในถุงลม (air-trapping) ทำให้หลอดลมแฟบยุบลง (lobular collapse) และมีปอดแฟบเป็นหย่อมๆ การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง จึงส่งผลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนลดลง นอกจากนี้อาจมีการติดเชื้อลงสู่เนื้อเยื่อปอดทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia) มีการสร้างน้ำและเมือกเพิ่มขึ้นบริเวณถุงลมซึ่งจะมีเม็ดเลือดขาวและเม็ดเลือดแดงมารวมตัวบริเวณที่มีการอักเสบมากขึ้น จะพบการบวมของเยื่อทางเดินหายใจและมีเสมหะจำนวนมากในถุงลมและหลอดลมฝอย ทำให้ทางเดินหายใจเกิดการอุดตัน ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดและพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ในเด็กเล็กจะมีลักษณะทางกายภาพของระบบทางเดินหายใจแตกต่างจากผู้ใหญ่ เนื่องจากท่อทางเดินหายใจมีขนาดเล็ก สั้นและตรง ทำให้เมื่อมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจเชื้อจะเข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนล่างได้ง่าย สั้นมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับขนาดช่องปาก รูปร่างทางเดินหายใจส่วนต้นมีลักษณะเป็นรูปกรวย ทำให้ทางเดินหายใจมีลักษณะแคบ ปริมาณน้ำมูกและเสมหะมีปริมาณมาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจได้ง่าย ปฏิกริยาการไอ ขับเสมหะหรือการขับสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจยังทำงานได้ไม่ดี เมื่อมีปัญหาการอักเสบหรือติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่างกายจะปรับตัวโดยการไ้แรงในการหายใจมากขึ้น อัตราการหายใจเร็วขึ้น ปีกจมูกบานขึ้นเพื่อเพิ่มอากาศเข้าสู่ทางเดินหายใจให้มากขึ้น เมื่อปริมาตรอากาศที่เข้าสู่ร่างกายมีน้อยกว่าปริมาตรความจุปอดที่มีผลต่อแรงดันภายในช่องทรวงอกขณะหายใจเข้าที่เป็นลบ ร่วมกับผนังทรวงอกของเด็กมีกล้ามเนื้อที่บางและยังไม่แข็งแรงพอ ทำให้พบลักษณะของการยุบลงของหน้าอกขณะหายใจเข้า (retraction) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็กเล็ก อาการดังกล่าวเป็นอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก ในช่วงระยะแรกเริ่ม (early sign) หากไม่ได้รับการแก้ไขหรือช่วยเหลือให้อาการทุเลา จะส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) และเข้าสู่อาการระยะท้าย (Late sign) มีภาวะเขียว (Cyanosis) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง หายใจเหนื่อย หัวใจเต้นช้า และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวตามมาได้

สาเหตุของโรค (สรศักดิ์ โล่จินดา, 2560)

ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ Respiratory syncytial virus ซึ่งเป็นไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจ โดยเกิดจากการสัมผัสสิ่งคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อไวรัส เขาสร้างร่างกายผ่านทางตา จมูก ปาก หรือสัมผัสเชื้อโดยตรงจากการจับมือ ในประเทศไทยมักพบเชื้อ Respiratory syncytial virus ได้บ่อยในช่วงฤดูฝน กลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและทำให้เกิดอาการรุนแรง ได้แก่ เด็กทารกคลอดก่อนกำหนด ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับปอดและหัวใจ ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนแออัด

อาการและอาการแสดง (สุชาติา เรืองเลิศพงศ์ และกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ, 2561)

ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการ 4-6 วันหลังได้รับเชื้อ อาการโดยทั่วไปคล้ายไข้หวัด แต่อาการจำเพาะของเชื่อนี้มักพบในเด็กเล็กคือ มีไข้ ไอ จาม มีน้ำมูก รับประทานอาหารได้น้อย อาการทางระบบทางเดินหายใจที่สำคัญได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อย มีอกบวม ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงผิดปกติ หายใจเสียงวี๊ด และในเด็กทารกอาจพบอาการร้องกวน ซึมลง

การวินิจฉัยโรค (สรศักดิ์ โล่จินดา, 2560)

สามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ดังนี้

1. การซักประวัติปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงของโรค ได้แก่ ทารกแรกเกิดก่อนกำหนด อายุ น้อยกว่า 3 เดือน มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด โรคปอดเรื้อรัง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และประวัติครอบครัว การเลี้ยงดู การได้รับวัคซีน และสิ่งแวดล้อมในการเลี้ยงดู เพื่อประเมินโอกาสการสัมผัสและได้รับเชื้อโรค
2. การตรวจร่างกาย โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ เช่น ลักษณะการหายใจ อาการหายใจเร็ว (Tachypnea) หายใจลำบาก (Dyspnea) ภาวะหยุดหายใจ (Apnea) เขียว (Cyanosis) หรือค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ
3. มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก
4. อาจพบอาการร้องกวน ซึมลงในเด็กทารก
5. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ไม่พบความจำเพาะแต่อาจพบความผิดปกติ เช่น hyperinflation, flattened diaphragm, interstitial infiltration หรือ atelectasisร่วมด้วย แต่อาจทำในรายที่มีอาการไม่ชัดเจน หรือสงสัยโรคอื่นร่วมด้วย เช่น โรคหัวใจ ปอดอักเสบ สูดสำลักสิ่งแปลกปลอม

6. การตรวจสิ่งคัดหลั่งโดยการป้ายโพรงจมูกเพื่อตรวจหาเชื้อ Respiratory syncytial virus ซึ่งมีความแม่นยำสูง

7. การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือดขาว (CBC) อาจพิจารณาในกรณีที่ต้องการแยกระหว่างการติดเชื้อแบคทีเรียและการติดเชื้อไวรัส

การรักษา (สมาคมโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, 2562)

พิจารณาจากอาการและความรุนแรงของผู้ป่วย การรักษาที่สำคัญ คือ การรักษาแบบประคับประคอง เช่น การเช็ดตัวหรือให้ยาลดไข้ การให้สารน้ำทดแทนในผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารหรือนมได้ ผู้ป่วยที่มีเสมหะเหนียวมากต้องพิจารณาพ่นยาและเคาะปอดดูดเสมหะเพื่อระบายเสมหะ การให้ออกซิเจนเมื่อมีข้อบ่งชี้ และในรายที่มีอาการรุนแรงมาก เช่น การหายใจล้มเหลวอาจต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ

การพยาบาล (สุภาพร ศรีพนม และอัมพรพรณ อีราบุตร, 2561)

ผู้ป่วยติดเชื้อ Respiratory syncytial virus(RSV) ส่วนใหญ่จะเป็นเด็กเล็กและเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขึ้นกับความรุนแรงของอาการและความสามารถของผู้ปกครองในการดูแล เด็กต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลทั่วไป

- 1.1 เมื่อผู้ป่วยมีไข้ เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดา หรือน้ำอุ่น เพื่อเป็นการลดอุณหภูมิร่วมกับการให้ยาลดไข้
- 1.2 วัดสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง
- 1.3 จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้สะอาด เงียบสงบ อากาศถ่ายเทสะดวก
- 1.4 ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ
- 1.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- 1.6 ดูแลพ่นยาและเคาะปอดระบายเสมหะตามแผนการรักษา

2. การดูแลเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- 2.1 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกโรค เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่น
- 2.2 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง รวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการล้างมือและทำความสะอาดทุกครั้งเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง น้ำมูก น้ำลาย
- 2.3 การให้การพยาบาลและการทำหัตถการกับผู้ป่วย เช่น การดูดเสมหะ ต้องสวมชุดป้องกันทุกครั้ง
- 2.4 จัดแยกของใช้จากผู้ป่วยอื่น เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรคและการนำเชื้อจากสิ่งของสู่ผู้ป่วยอื่น

3. การดูแลเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจแบบแรงดันสูง (Heated humidified high flow nasal cannula) (มาลีณี นักบุญ, 2560)

- 3.1 ดูแลใส่สาย nasal cannula ใส่เข้ารูจมูกทั้ง 2 ข้าง โค้งไปตามช่องโพรงจมูก
- 3.2 คอยดูแลทำความสะอาดไม่ให้ช่อง nasal cannulaอุดตัน หากสกปรกมากควรเปลี่ยนเส้นใหม่
- 3.3 ใช้ Duoderm thin, tegadermหรือพลาสติกติดที่แก้มก่อนติดพลาสติกครอบ ป้องกันการเกิดแผลถลอกและแผลกดทับ หากสกปรกให้เปลี่ยนใหม่
- 3.4 ตรวจสอบเครื่องทำความอุ่นชื้นเมื่อมีเสียงสัญญาณเตือน ตรวจสอบระดับน้ำในหม้อน้ำเพื่อไม่ให้แห้ง คอยเติมน้ำให้ได้ระดับน้ำตามขีดที่กำหนด
- 3.5 การพ่นยา ขยับท่อ nasal cannula ออกจากจมูก ปิดเครื่อง Heated humidified high flow nasal cannula

3.6 ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใส่เครื่องช่วยหายใจแบบแรงดันสูง

- nasal trauma จมูกบวม แดง มีเลือดออก แผลถลอก
- ท้องอืด
- Air leak (pneumothorax/ pneumomediastinum)
- ภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยเด็กชาย อายุ 2 ปี มาได้รับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแหลมฉบัง วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 ด้วยอาการ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอ หายใจหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย แรกได้รับประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ความดันโลหิต 90/62 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Complete blood count พบ White blood cell 12,420 uL Neutrophil 55% Lymphocyte 36%, Electrolyte Sodium 133.6 mmol/L Potassium 3.95 mmol/L Chloride 102 mmol/L Carbon dioxide 16.5 mmol/L, Hemoculture pending ผล Swab พบเชื้อ Respiratory syncytial virus (RSV) ถ่ายภาพรังสีเอกซเรย์ปอดพบ Perihilar infiltration แพทย์ฟังปอด พบเสียง Rhonchi ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ให้ยา Ventolin nebule (2.5mg) ผสม 0.9% NSS 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง ให้สารน้ำ 5% DNSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 20 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ประเมินฟังปอดซ้ำพบเสียง Rhonchi แพทย์วินิจฉัย Respiratory syncytial virus (RSV) Pneumonia พิจารณารับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล แรกรับที่หอผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 142 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ความดันโลหิต 90/62 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ให้ยา Ventolin nebule (2.5mg) ผสม 0.9% NSS 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง ให้ยาลดไข้ Paracetamol Syrup 5 มิลลิลิตร ทางปาก ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส ให้ยา Guafenesin 2.5 มิลลิลิตร ทางปาก หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น และให้ยา Chlorpheniramine 2.5 มิลลิลิตร ทางปาก หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็นตามแผนการรักษา และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้ 1) มีการติดเชื้อที่ปอด 2) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก มีการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด 3) มารดาขาดความรู้และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร วันที่ 25 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังคงมีไข้ อ่อนเพลีย และรับประทานอาหารได้น้อย ลักษณะการหายใจดีขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง ปรับลดให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 2 ลิตรต่อนาที ฟังปอดพบเสียง wheezing แพทย์ให้ Hydrocortisone 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และให้ยา Ventolin nebule (2.5mg) ผสม 0.9% NSS 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 6 ชั่วโมง เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยมีไข้และหายใจเร็วมากขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจเล็กน้อย อัตราการหายใจ 42 ครั้งต่อนาที ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการติดเชื้อไวรัสที่ปอด ฟังปอดพบเสียง Crepitation แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Cefotaxime 500 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และปรับยา Ventolin nebule (2.5mg) ผสม 0.9% NSS 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 28 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยยังคงมีไข้ หายใจเหนื่อยมากขึ้น หายใจอึดอัด มีเสมหะสีขาวขุ่นมาก ฟังปอดพบเสียง wheezing แพทย์ให้ Oxygen Heat Humidified High flow nasal cannula อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ระดับออกซิเจน 0.4 อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 42-44 ครั้งต่อนาที วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยไม่มีไข้ หายใจเหนื่อยลดลง เสียงปอดพบเสียง Secretion และ Rhonchi แพทย์ให้ Dexamethasone 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และยังคง

ให้ Oxygen Heat Humidified High flow nasal canular อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที ระดับออกซิเจน 0.4 วันที่ 30 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไข้ลดลง หายใจเหนื่อยลดลง ผลเพาะเชื้อในเลือดพบ Staphylococcus wameri แพทย์เปลี่ยนยาปฏิชีวนะให้ Clindamycin 60 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ปรับลด Oxygen Heat Humidified High flow nasal canular อัตราการไหล 8 ลิตรต่อนาที ระดับออกซิเจน 0.4 พ่นยา Ventolin nebule (25mg) ผสม 0.9%NSS 3 มิลลิลิตร พ่นทุก 4 ชั่วโมง วันที่ 2 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย แพทย์หยุดการให้ Oxygen Heat Humidified High flow nasal canular ให้พ่นยา Adrenaline 1 มิลลิลิตร สลับ Ventolin nebule (25mg) 1 หลอด ทุก 4 ชั่วโมง และให้ Hydrocortisone 55 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง

วันที่ 3 ธันวาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีไข้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย แพทย์อนุญาตจำหน่ายกลับบ้านได้ ให้ยากลับบ้าน ดังนี้

- 1) Paracetamol 5 มิลลิกรัม รับประทาน เมื่อมีไข้ ทุก 4-6 ชั่วโมง
- 2) Guafenesin 2.5 มิลลิกรัม หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
- 3) Salbutamol 2.5 มิลลิกรัม หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน
- 4) Prednisolone 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า เย็น

แพทย์นัดติดตามอาการที่งานผู้ป่วยนอก วันที่ 8 ธันวาคม 2566 ให้คำแนะนำมารดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด การมาตรวจติดตามอาการ และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง มารดาผู้ป่วยรับทราบ ระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยเด็ก 10 วัน และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 10 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรค Respiratory syncytial virus (RSV) Pneumonia

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี

4.3.2 เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย พร้อมทั้งให้การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 3 ธันวาคม 2566 รวมวันที่รับไว้ดูแล 10 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะพร่องออกซิเจน ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรค ในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกกับผู้ป่วย ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเป็นเด็กไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการได้ เป็นเด็กที่รับประทานยาก ทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือในการรักษาและมารดาขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบติดเชื้อจากไวรัสอาร์เอสวี และการดูแลจึงจำเป็นต้องให้คำแนะนำ ให้ความรู้กับมารดาเกี่ยวกับโรค เพื่อให้มารดาสามารถดูแลผู้ป่วยได้เมื่ออยู่โรงพยาบาลและสามารถกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง อีกทั้งเชื้อไวรัสอาร์เอสวียังเป็นเชื้อที่แพร่กระจายได้ง่ายมารดาจึงขาดความรู้ในการป้องกัน จึงจำเป็นต้องให้ความรู้แก่มารดาในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้ป่วยอื่น

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นเด็กไม่สามารถสื่อสารเพื่อบอกความต้องการได้ จึงต้องสังเกตพฤติกรรม อาการและอาการแสดงเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่างๆ หรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไป และต้องคอยสอบถามอาการจากมารดา

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลวิชาชีพต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบติดเชื้อจากไวรัสอาร์เอสวีและการดำเนินของโรค เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ถูกต้อง

9.2 พยาบาลวิชาชีพต้องสอนมารดาให้เช็ดตัวลดไข้ สอนการล้างจมูก สอนการเคาะปอด รวมถึงคำแนะนำเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ

9.3 พยาบาลวิชาชีพต้องเข้าใจหลักการแพร่กระจายเชื้อของไวรัสอาร์เอสวี เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยได้

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวนาถดาว มหานิล สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)นางสาว มหานิล..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวนาถดาว มหานิล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) นางเน่งน้อย กวินทิพวงศ์

(นางเน่งน้อย กวินทิพวงศ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก

วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) จันทพร พรประสิทธิ์

(นางชนบทร แสงประสิทธิ์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) ส.ค.

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 26 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ) นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์

(นายกฤษณ์ สุกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๕ เดือน พ.ค. พ.ศ.

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย

2. หลักการและเหตุผล

โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย (thalassemia) เป็นโรคโลหิตจางที่เกิดจากการสร้างสายโกลบิน (globin chain) ลดลง ซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของฮีโมโกลบิน เกิดการสร้างฮีโมโกลบิน (Hemoglobin, Hb) ลดลง ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด ตับโต ม้ามโต ใบหน้าผิดรูป และการเจริญเติบโตช้า โรคนี้เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อย (autosomal recessive) ที่พบบ่อยในประเทศไทยและมีความสำคัญมากในสาธารณสุขไทย โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซีดรุนแรงมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการให้เลือดอย่างสม่ำเสมอและให้ยาขับเหล็กไปตลอดชีวิต หรือทำการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดซึ่งต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงสำหรับประเทศไทยพบว่าอุบัติการณ์ของผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียร้อยละ 1 ของประชากร และอุบัติการณ์ของผู้มียืนแฝงหรือพาหะธาลัสซีเมีย แบ่งตามชนิด ได้แก่ พาหะแอลฟา ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 20-30 และพาหะเบต้า ธาลัสซีเมีย ร้อยละ 3-9 (สุภานัน เลหาสุรโยธิน, 2562)

จากสถิติหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลแหลมฉบัง ในปี 2565-2567 พบเด็กที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย มาเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 72,156 และ 257 ราย ตามลำดับ พบว่าส่วนใหญ่เกิดปัญหาผู้ป่วยปกครองเด็กไม่ทราบประวัติการรักษาในอดีตของเด็ก ให้ข้อมูลไม่ตรงกัน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการลงข้อมูล ด้วยสาเหตุดังกล่าว ผู้จัดทำจึงสนใจจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเพื่อความเข้าใจตรงกันในประวัติการรักษา เพื่อใช้สื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย และกรณีผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลอื่น อีกทั้งยังสามารถค้นหาข้อมูลการรักษาในอดีตได้ง่าย สะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ช่วยลดระยะเวลาในการรอคอยในการรักษาอีกด้วย

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคธาลัสซีเมียทำให้ผู้ป่วยมีอาการซีดเรื้อรัง มีผลทำให้ผู้ป่วยเด็กอาจมีการเจริญเติบโตช้า ตัวเล็ก ตับโต ทำให้ท้องโต การสร้างเม็ดเลือดแดงทดแทนภาวะซีด มีผลทำให้รูปร่างของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง การรักษาภาวะนี้คือการให้เลือดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การเจริญเติบโตปกติ รูปร่างไม่เปลี่ยนแปลง ตับโต แต่การให้เลือดเพียงอย่างเดียวเป็นเพียงการรักษาแบบประคับประคอง ไม่สามารถทำให้โรคนี้หายขาดได้ การรักษาเพื่อให้โรคนี้หายขาด คือการรักษาโดยการเปลี่ยนถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดซึ่งสามารถทำได้ถ้าผู้ป่วยมีพี่น้องที่มีลักษณะทางพันธุกรรม (Human leukocyte antigen, HLA) เหมือนกันหรือบุคคลอื่นที่มีลักษณะทางพันธุกรรมเหมือนกัน ในการให้เลือดควรมีการจดบันทึกน้ำหนักตัวของผู้ป่วย ระดับฮีโมโกลบินก่อนให้เลือด ปริมาณเลือดที่ให้โดยผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะม้ามโตทำงานมากเกินไป (hypersplenism) ควรให้เลือดไม่เกินกว่า 200 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัมต่อปี ถ้าผู้ป่วยมีภาวะ cardiac insufficiency ควรให้ระดับฮีโมโกลบินก่อนให้เลือดอยู่ระหว่าง 10-12 กรัมต่อเดซิลิตร โดยให้เลือดปริมาณน้อยๆ 1-2 สัปดาห์ ต้องระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการให้เลือด เช่น ภาวะไข้ที่ไม่ได้เกิดจากเม็ดเลือดแดงแตก หรือภาวะ allergic reaction ระหว่างการให้เลือด ซึ่งต้องจดบันทึกและให้การรักษาด้วยยาลดไข้ acetaminophen หรือ antihistamine ก่อนให้เลือด ภาวะ alloimmunization อาจเป็นแบบalloantibodies หรือ autoantibodies มีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาระดับฮีโมโกลบิน ก่อนให้เลือดอยู่ระหว่าง 9-10 กรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งรักษาโดยการให้เลือดที่เข้ากันได้มากที่สุดให้กับผู้ป่วย (ศิวาพร สังกรม, สมบัติกร เย็นวัฒนา, 2560)

จากการทบทวน อุตการณ์การให้เลือดเด็กโรคธาลัสซีเมียของหอผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลแหลมฉบังย้อนหลังไม่พบอุบัติการณ์ให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ และไม่พบอาการข้างเคียงจากการให้เลือด แต่พบว่า มีความยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการระบบในขั้นตอนการติดตามอาการซ้ำ ที่ใช้เวลานานในการแยกแยะผู้ป่วย ทำให้

การดูแลรักษา เกิดความล่าช้าในค้นหาข้อมูลผู้ป่วย การรักษา และผู้ป่วยแต่ละรายมีการส่งต่อข้อมูลไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีแนวคิดในการจัดทำวัตรกรรม สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียขึ้น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย Patient safety goals: SIMPLE ตามกระบวนการ การดูแล(Patient care process) ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย (Patient care process) เป็นการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ต้นจนจบ คือเข้าโรงพยาบาลจนถึงออกโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่อง การเข้าถึง การเข้ารับบริการ การประเมิน การส่งตรวจ การวินิจฉัยโรค วางแผนการดูแล วางแผนการจำหน่าย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน), 2561) ที่ประกอบด้วย “วันที่ให้เลือด อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง การให้เลือด Hctก่อนให้เลือด ได้เลือดครั้งที่ จำนวนเลือดที่ได้รับ ค่าFerritin และ บันทึกการเจ็บป่วยพิเศษ ค่าFerritin>1000ครั้งแรก วันที่ ชับเหล็กครั้งแรกวันที่ บันทึกการเจ็บป่วยพิเศษ ได้ยาขับเหล็ก/ขนาด การตรวจติดตามประจำปีอื่นๆเพื่อให้หน่วยงานจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียเพื่อให้การพยาบาลในการให้เลือดเด็กโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียที่มีการจัดเก็บข้อมูลที่มีความถูกต้องและแม่นยำ (Accuracy) เป็นปัจจุบันและทันสมัยอยู่เสมอ (Up to date) มีความกระชับ ชัดเจน และสมบูรณ์ครบถ้วน (Conciseness and Completeness) และ สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้ (Relevance) เมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะเกิดความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ ไม่เกิดข้อร้องเรียนจากการให้บริการล่าช้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อใช้สื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพกับผู้ป่วย และกรณีผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

ระยะเวลาดำเนินการ

มกราคม 2568 - สิงหาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็ก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลการชักประวัติผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและจำเป็นของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการชักประวัติ การดูแล และการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย
4. จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
5. นำเสนอรูปแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอรูปแบบสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
8. จัดทำแบบประเมินการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย
9. นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็กและประเมินผล
10. สรุปผลการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียไว้ในหน่วยงานและใช้สื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลวิชาชีพและผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพกับพยาบาลวิชาชีพ และกรณีผู้ป่วยไปรักษาโรงพยาบาลอื่น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยเด็ก นำสมุดประจำตัวผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมีย มาใช้ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) นกดาว มนัญญ์ ผู้ขอประเมิน

(นางสาวนกดาว มานิล)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

เอกสารอ้างอิง

- จิตสุตา บัวขาว (บรรณาธิการ). (2560). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยหัดหัดหัดหัดในเวชปฏิบัติทั่วไป*. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- มาลินี นักบุญ. (2562). *Current practice of Heated humidified high flow nasal cannula*. งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ หน่วยโรคระบบทางเดินหายใจเด็ก โรงพยาบาลรามาศิต. <http://www.ramacnec.com>
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย ของประเทศไทย พ.ศ.2561 (พิมพ์ครั้งที่ 3). สถาบัน.
- สมาคมโรคทางเดินหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก. (2562). *แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก*. สมาคม.
- สรศักดิ์ โสจินดา. (2560). Management of hospitalized RSV infection. ใน ดุสิต สถาวร (บรรณาธิการ), *Pediatric Critical Care: Every Practice*. สมาคมโรคระบบทางเดินหายใจและเวชบำบัดในเด็ก
- สุชาดา เรืองเลิศพงษ์, และ กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. (2561). *ไวรัส อาร์เอสวี (RSV)*. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- สุกานัน เลาสุริโยธิน. (2562). *โรคโลหิตจางหัดหัดหัด*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. <http://ped.chula.ac.th>
- สุภาพร ศรีพนม และอัมพรพรณ อีราบุตร. (2561). รูปแบบการทำความสะอาดมือของบุคลากรสุขภาพเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *เวชสารโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุฒิ*. 40 (3), 31-35.