



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๑ ๓๕๑๗

วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสทักท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาບ่หมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ  
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๗ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายรัก ธนะไพบูลย์)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

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

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๗ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวธัญรส วายวิก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒	นางสาวณัฐวดี แววนกยูง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๓	นางสาวกมลชนก มะลิวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๔	นางสาวเรืองรอง ทองเนตร	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๕	นางสาวสกวเดือน เสมาวัฒนกิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

/ลำดับที่...

<u>ลำดับที่</u>	<u>ชื่อ-สกุล</u>	<u>ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก</u>	<u>ส่วนราชการ</u>
๖	นางสาวมนพัทธ์ รื่นเรือง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗	นางวิยะดา แสงอรุณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙




(นายพงศ์ศิษฐ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน</u>		<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี</u> <u>โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาล</u> <u>งานการพยาบาลผู้ป่วยใน</u>		
๑	นางสาวธัญรส วายวิก	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๘๗/๘๓	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๘๗/๘๓	เลื่อนระดับ
	<u>ชื่อผลงานส่งประเมิน</u> <u>ลำดับที่ ๑</u>	การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก				๑๐๐%
	<u>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน</u>	การประเมินประสิทธิภาพของ Dengue charge เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อคในโรคไข้เลือดออก				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

## ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๘ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๔ วัน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

**โรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever)** เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (dengue virus) โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค มักพบในประเทศเขตร้อนและระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี อาการของโรคไข้เลือดออกมีตั้งแต่ไม่รุนแรงมากนักไปจนถึงเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที

**วิธีการติดต่อ** โรคไข้เลือดออกติดต่อกันได้โดยมียุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ และในชนบทบางพื้นที่ จะมียุงลายสวน (*Aedes albopictus*) เป็นพาหะนำโรคร่วมกับยุงลายบ้าน เมื่อยุงลายตัวเมียกัดและดูดเลือดผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไข้ ซึ่งเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุงและเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดต่อไป เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสเดงกีไปกัดคนอื่นก็จะปล่อยเชื้อไปยังคนที่ถูกกัด ทำให้คนนั้นป่วยได้

**ระยะฟักตัว** ระยะเพิ่มจำนวนของไวรัสเดงกี ในยุง ประมาณ ๘-๑๐ วันระยะฟักตัวของเชื้อไวรัสเดงกีในคน ประมาณ ๓-๑๔ วัน โดยทั่วไปประมาณ ๕-๘ วัน

**ระยะติดต่อ** โรคไข้เลือดออกเดงกีไม่ติดต่อจากคนสู่คน ติดต่อกันได้โดยมียุงลายเป็นพาหะนำโรค การติดต่อจึงต้องใช้เวลาในผู้ป่วยและในยุง ระยะที่ผู้ป่วยมีไข้สูงประมาณวันที่ ๒-๔ จะมีไวรัสอยู่ในกระแสเลือดมาก ระยะนี้จะเป็นระยะติดต่อจากคนสู่ยุง และระยะเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสในยุงจนมากพออีกประมาณ ๘-๑๐ วัน จึงจะเป็นระยะติดต่อจากยุงสู่คน

### พยาธิสภาพของโรค

พยาธิกำเนิดของโรคติดเชื้อไวรัสเดงกียังไม่ทราบแน่ชัด ในปัจจุบัน มีความเชื่อว่าปัจจัยด้านภูมิคุ้มกันแบบฟังก์ชันและปัจจัยด้านไวรัสมีความสำคัญในแง่พยาธิกำเนิดของโรค เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสเดงกี จะมีการหลั่งสาร Cytokines ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของ T และ B cell (Cytokines-mediated immunopathogenesis) สมรรถภาพการทำงานของ T cell ลดลงชั่วคราว เกิด Autoantibody ต่อเกร็ดเลือด และเซลล์เยื่อบุทำให้เกิดภาวะเกร็ดเลือดต่ำ (ศิริเพ็ญ ภัลยาณรุจ, ๒๕๖๕)

### สาเหตุของโรคไข้เลือดออก

สาเหตุของโรคไข้เลือดออกเชื้อไวรัสเดงกีซึ่งมีอยู่ด้วยกัน ๔ สายพันธุ์ คือ DENV-1 , DENV-2 , DENV-3, DENV-4 นั้นมียุงลายตัวเมียเป็นพาหะนำโรค เมื่อยุงลายดูดเลือดผู้ป่วยที่มีเชื้อไวรัสเดงกี เชื้อจะเข้าไปฝังตัวภายในกระเพาะและต่อมน้ำลายของยุงโดยมีระยะฟักตัวประมาณ ๘-๑๒ วัน เมื่อยุงที่มีเชื้อไวรัสไปกัดคนอื่น ๆ ต่อ เชื้อไวรัสก็จะเข้าสู่กระแสเลือดของผู้ที่โดนกัดก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกตามมา ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เคยได้รับเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใดจะมีภูมิคุ้มกันเฉพาะสายพันธุ์นั้น หากได้รับเชื้อไวรัสสายพันธุ์ที่ต่างออกไปจากครั้งแรกก็สามารถเป็นไข้เลือดออกได้อีก และโดยทั่วไปอาการของโรคครั้งแรกสองมักรุนแรงกว่าครั้งแรก

## ปัจจัยเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย แต่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการดำเนินโรคที่รุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนได้แก่

- เด็กทารกและผู้สูงอายุ
- หญิงตั้งครรภ์
- ผู้ที่มีแผลในกระเพาะอาหาร
- ผู้หญิงที่อยู่ระหว่างมีประจำเดือนหรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด
- ผู้ที่มีโรคเม็ดเลือดแดงแตกง่าย หรือโรคที่เกิดจากฮีโมโกลบินผิดปกติ
- ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดโรคหัวใจขาดเลือด ไตวาย ตับแข็ง
- ผู้ที่รับประทานยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ (corticosteroid) หรือยาในกลุ่มยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non- Steroid Anti-Inflammatory Drugs หรือ NSAIDs)

## อาการและอาการแสดง

อาการของโรคไข้เลือดออกอาการของผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีนั้นหากไม่รุนแรงมากยังไม่ถือว่าเป็นโรคไข้เลือดออก แต่จัดอยู่ในกลุ่มของโรคไข้เดงกี (dengue fever) ซึ่งอาการที่พบได้แก่ ปวดศีรษะกระบอกตา ปวดเมื่อยตามตัว ปวดข้อหรือกระดูก มีผื่นขึ้นคล้ายผื่นของโรคหัด และอาจมีภาวะเลือดออกหรือไม่มีก็ได้ ส่วนโรคไข้เลือดออกนั้น นอกจากจะมีอาการเช่นเดียวกับโรคไข้เดงกีแล้วยังมีอาการอื่นๆ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของโรค ในการติดเชื้อไวรัสเดงกีครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (๘๐-๙๐%) จะไม่แสดงอาการ ผู้มีอาการจะมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก และมีผื่นที่ผิวหนังได้แต่ถ้าติดเชื้อครั้งที่สอง โดยเชื้อที่ต่างสายพันธุ์กับครั้งแรก อาจเป็นไข้เลือดออก ซึ่งมีอาการแบ่งออกเป็น ๓ ระยะ คือ ระยะไข้ ระยะวิกฤต/ช็อก และระยะฟื้นตัว

### ๑. ระยะไข้

ผู้ป่วยจะมีไข้สูงเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ไข้จะสูงเกิน ๓๘.๕ องศาเซลเซียส บางรายอาจมีอาการชักเกิดขึ้น โดยเฉพาะในเด็กที่เคยมีประวัติชักมาก่อน ผู้ป่วยมักจะมีหน้าแดง (flushed face) เบื่ออาหาร อาเจียน และไข้จะสูงลอยอยู่ ๒-๗ วัน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะไม่มีอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ เบื่ออาหาร อาเจียน และไข้จะสูงลอยอยู่ ๒-๗ วัน อาจพบมีผื่นแบบ erythema หรือ maculopapular ซึ่งมีลักษณะคล้ายผื่น rubella ได้ อาการเลือดออกที่พบบ่อยคือ ที่ผิวหนังการทำ tourniquet test ให้ผลบวกได้ตั้งแต่ ๒-๓ วันแรกของโรคร่วมกับมีจุดเลือดออกเล็กๆ กระจายตามแขน ขา ลำตัว รักแร้ อาจมีเลือดกำเดาหรือเลือดออกตามไรฟัน ในรายที่รุนแรงอาจมีอาเจียนและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ซึ่งมักจะเป็นสีดำ (marina) ส่วนใหญ่จะคลำตับโต ได้ประมาณวันที่ ๓-๔ นับแต่เริ่มป่วย ในระยะที่ยังมีไข้อยู่ ตับจะนุ่มและกดเจ็บ

## ๒. ระยะวิกฤติ/ช็อก

ประมาณ ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกี จะมีอาการรุนแรง มีภาวะไหลเวียนโลหิตล้มเหลวเกิดขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นพร้อมๆ กับที่มีไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว เวลาที่เกิดช็อกจึงขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่มีไข้ อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ ๓ ของโรค (ถ้ามีไข้ ๒ วัน) หรือเกิดวันที่ ๘ ของโรค (ถ้ามีไข้ ๗ วัน) ภาวะช็อกที่เกิดขึ้นนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ระยะนี้ไข้จะเริ่มลดลง ผู้ป่วยจะซึม เหงื่อออก มือเท้าเย็น ซีพจรเต้นเบาแต่เร็วปวดท้อง โดยเฉพาะบริเวณใต้ชายโครงขวา ปัสสาวะออกน้อย อาจมีเลือดออกง่าย เช่น มีเลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระมีสีดำ ในรายที่รุนแรงจะมีความดันโลหิตต่ำ ช็อก และอาจถึงตายได้ ระยะนี้กินเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ถ้าไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการแยลงและจะเสียชีวิตภายใน ๑๒-๒๔ ชั่วโมง หลังเริ่มมีภาวะช็อก

## ๓. ระยะฟื้นตัว

ระยะฟื้นตัวของผู้ป่วยค่อนข้างเร็ว ในผู้ป่วยที่ไม่ช็อกเมื่อไข้ลดส่วนใหญ่ก็จะดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยช็อกถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้องทันที่ทั้งที่ฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ระยะฟื้นตัวมีช่วงเวลาประมาณ ๒-๓ วัน ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นอย่างชัดเจน อาการต่างๆ จะเริ่มดีขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกอยากรับประทานอาหาร ความดันโลหิตสูงขึ้น ซีพจรเต้นแรงขึ้นและช้าลง ปัสสาวะมากขึ้น บางรายมีผื่นแดงและมีจุดเลือดออกเล็กๆ ตามลำตัว

### ภาวะแทรกซ้อนของไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออกอาจพัฒนาความรุนแรงไปสู่ภาวะโรค Dengue Hemorrhagic Fever ซึ่งจะทำให้มีไข้สูงขึ้น อาการปวดหัวรุนแรงขึ้นอาจมีภาวะเลือดออกตามเนื้อเยื่อและอวัยวะภายใน และ Dengue Shock Syndrome ซึ่งเป็นภาวะที่เสียชีวิตมาก พลาสมารั่ว ความดันโลหิตต่ำ นำไปสู่การช็อกที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

### การวินิจฉัยโรคไข้เลือดออก

เนื่องจากอาการของโรคไข้เลือดออกในระยะแรกๆ คล้ายกับโรคติดเชื้อหลายโรค เช่น ไข้หวัดใหญ่ และไข้จากสาเหตุอื่น ดังนั้น นอกเหนือจากการสังเกตอาการและซักประวัติความเป็นอยู่ของผู้ป่วยแล้ว แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออกด้วยการตรวจเพิ่มเติม และตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

- ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) เพื่อหาความผิดปกติของส่วนประกอบทั้งหมดของเลือด ได้แก่ เม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว เกล็ดเลือด และความเข้มข้นของเลือด และการตรวจElectrolytes เป็นการตรวจหาเกลือแร่ในเลือดและของเหลวในร่างกาย ทำให้ทราบปริมาณน้ำในร่างกาย ค่าความเป็นกรดของเลือด และการทำงานของระบบต่างๆภายในร่างกาย

- ตรวจภูมิคุ้มกันต่อไข้เลือดออก (IgM) หรือตรวจ NS1 Ag ต่อเชื้อโดยตรง หากพบว่าผู้ป่วยมีจุดเลือดออกเล็กๆ ตามลำตัว และจำนวนเกล็ดเลือดลดต่ำลง อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจะติดเชื้อไวรัสเดงกี แต่ถ้าเกล็ดเลือดลดต่ำมาก เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงเข้มข้นขึ้น ความดันโลหิตต่ำร่วมกับมีซีพจรเบาเร็ว อาจเป็นตัวบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ระยะช็อก ซึ่งจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาตัวในหอออดูแลผู้ป่วยหนักทันที

## การรักษา

การรักษาโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันยังไม่มียาฆ่าเชื้อไวรัส จึงให้การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ แพทย์ผู้รักษาจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จะต้องมีการดูแลรักษาพยาบาลที่ติดต่อระยะวิกฤต คือ ช่วง ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ที่มีการรั่วของพลาสมา หลักในการรักษามีดังนี้

-ในระยะไข้สูง บางรายอาจมีอาการชักได้ถ้าไข้สูงมาก ให้ยาลดไข้ ควรให้ยาพาราเซตามอล ห้ามให้ยาพวกแอสไพริน, Ibuprofen steroid เพราะจะทำให้เกล็ดเลือดเสียการทำงาน จะระคายกระเพาะทำให้เลือดออกได้ง่ายขึ้น

-ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชดเชย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีไข้สูง เบื่ออาหารและอาเจียน ทำให้ขาดน้ำและเกลือโซเดียม ควรให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผลไม้หรือสารละลายผงเกลือแร่ ติดตามดูอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อจะได้ตรวจพบและป้องกันภาวะช็อกได้ทันเวลา กรณีผู้ป่วยมีอาการช็อก ต้องให้ออกซิเจนร่วมกับการให้สารน้ำอย่างเร่งด่วน โดยเลือกใช้ Normal saline, Ringer lactate, Ringer acetate, หรือ ๕ % D/NSS โดยให้ปริมาณ ๑๐-๒๐ mg/kg/hr.

-ดูการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและ hematocrit เป็นระยะๆ เพราะถ้าปริมาณเกล็ดเลือดเริ่มลดลง และ hematocrit เริ่มสูงขึ้น เป็นเครื่องบ่งชี้ว่าน้ำเหลืองรั่วออกจากเส้นเลือดและอาจจะช็อกได้จำเป็นต้องให้สารน้ำชดเชย สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกหรือเลือดออก แพทย์จะต้องให้การรักษาเพื่อแก้ไขสภาวะดังกล่าว ด้วย สารน้ำ พลาสมา หรือสาร colloid อย่างระมัดระวัง เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยและป้องกันโรคแทรกซ้อน ปัจจุบันยังไม่มียาต้านเชื้อไวรัสสำหรับโรคไข้เลือดออก การรักษาจึงเป็นไปตามอาการเพื่อประคับประคองให้ร่างกายของผู้ป่วยกลับเข้าสู่ปกติโดยเร็ว ซึ่งในรายที่อาการไม่รุนแรง โรคไข้เลือดออกอาจหายได้เองภายใน ๒-๗ วัน

- สำหรับการดูแลอาการเบื้องต้น ผู้ป่วยควรดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำเกลือแร่เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นเพื่อลดไข้เป็นระยะๆ รับประทานอาหารอ่อน งดอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีสีน้ำตาลแดงเพื่อไม่ให้การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน อาจรับประทานยาลดไข้ เช่น ยาพาราเซตามอลได้ในปริมาณที่แพทย์สั่งเท่านั้น ห้ามรับประทานยาแอสไพรินและยาในกลุ่ม NSAIDS เด็ดขาดเพราะอาจทำให้เลือดออกง่ายและมากขึ้น หากพบว่าผู้ป่วยอาเจียนมาก ปวดท้องมาก ไข้ลดลงอย่างรวดเร็ว ตัวเย็นผิดปกติ ไม่ปัสสาวะนานกว่า ๖ ชั่วโมง ควรรีบมาพบแพทย์โดยเร็วที่สุด (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, ๒๕๖๖)

## การป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันได้ดังนี้

-ป้องกันไม่ให้ยุงลายกัด โดยสวมใส่เสื้อผ้าที่ปกปิดมิดชิด ใช้สารไล่ยุงชนิดต่างๆ เช่น DEET รวมถึงป้องกันไม่ให้ยุงลายเข้ามาหลบซ่อนในบ้าน ทั้งนี้ ยุงลายมักกัดในเวลากลางวันมากกว่ากลางคืน ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านและใกล้เคียง ด้วยการปิดฝาภาชนะที่มีน้ำขังไม่ให้ยุงเข้าไปวางไข่ได้ เปลี่ยนน้ำในภาชนะที่ปิดไม่ได้ เช่น แจกัน ทุกสัปดาห์ ปล่อยปลากินลูกน้ำในอ่างบัว ปรับปรุงสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านให้สะอาดปราศจากเศษวัสดุที่อาจมีน้ำขังได้ เช่น ขวดเก่า กระจ่างเก่า เป็นต้น ในรายที่อายุมากกว่า ๙ ปี และเคยเป็นไข้เลือดออกมาแล้ว อาจพิจารณาฉีดวัคซีนป้องกันไข้เลือดออก จากสายพันธุ์อื่น (สุรเกียรติ์ อาชานุภาพ, ๒๕๖๖)

### การพยาบาล

- เฝ้าระวังสังเกตอาการและติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด monitor in Denque Chart ( V/S ทุก ๒ ชั่วโมง , Hct ทุก ๔-๖ ชั่วโมง CBC OD I/O )
- รายงานอาการผู้ป่วย urgent , nonurgent and symptom / signs of recovery
- การลดไข้โดยการเช็ดตัว เริ่มจากที่ใบหน้า ลำคอ มือแขนหน้าอก แผ่นหลังขาและเท้า ใช้ผ้า ๓-๕ ผืน เช็ดตัวสลับกัน และการให้ยาอาจรับประทานยาลดไข้ เช่น ยาพาราเซตามอลได้แต่ในปริมาณที่แพทย์สั่งเท่านั้น ห้ามรับประทานยาแอสไพรินและยากุ่ม NSAIDS เด็ดขาดเพราะอาจทำให้เลือดออกง่ายและมากขึ้น
- รับประทานอาหารอ่อน งดอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีสีดำ-แดงเพื่อไม่ให้เกิดการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน และผู้ป่วยควรดื่มน้ำผลไม้หรือน้ำเกลือแร่เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ
- การดูแลด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยการรับฟัง ตอบคำถามให้คำแนะนำ แสดงความเข้าใจไม่ทอดทิ้ง และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวงจรการดำเนินของโรคไข้เลือดออกเพื่อเข้าใจถึงวิธีการดูแลรักษา

#### ๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### ๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

**กรณีศึกษา** การพยาบาลผู้ป่วย โรคไข้เลือดออก

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ ๒๕ ปี น้ำหนัก ๖๘ kg สูง ๑๕๘ cm เข้ารับการรักษาวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ ด้วยอาการสำคัญ คือ ๔ วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ปวดเมื่อยทั่วร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียนไปพบแพทย์ที่คลินิกได้ยามารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล แรกรับที่ OPD วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๘.๖ C อัตราการเต้นของหัวใจ ๑๒๒ ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ ๒๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๐๐/๖๔ มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติมพบ ค่า Platelet count ๖๘,๐๐๐ cells/mm WBC ๑,๔๒๐ cells/mm Hct ๔๐ % แพทย์พิจารณาให้ Admit Dx. DHF

แรกรับที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยเป็นไข้ Day ๕ อ่อนเพลียมาก ผู้ป่วยเริ่มเข้าสู่ระยะเสี่ยงต่อภาวะช็อก พบอุณหภูมิ ๓๘.๖ C อัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็ว ๑๒๐-๑๓๐ ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ ๒๒-๒๔ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๑๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ให้การรักษาด้วยการ load NSS ๕๐๐ ซีซี หลังจากนั้นสัญญาณชีพเป็นปกติ อัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็ว ๘๐-๙๐ ครั้ง/นาที ให้การรักษาและการพยาบาลกระตุ้นให้จิบ ORS ติดตามผล CBC ทุกวัน Hct= ๔๑ % ติดตาม Hct ทุก ๖ hr Observe ภาวะ Bleeding ให้การพยาบาล Bleeding precaution แนะนำงดแปรงฟันงดทานอาหารสีด้าสีแดง ติดตาม V/S ทุก ๒ hr ติดตามบันทึกน้ำเข้าออกจากร่างกาย ปัสสาวะ ๑ ครั้งสีเข้ม จากER ประจำเดือนมาไปแล้ววันที่ ๑/๑๒/๖๘ (๕ วัน)

๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยเริ่มไข้ลง BT ๓๗.๔ C ยังมีเบื่ออาหาร คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปวดเมื่อยตามร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการจุกท้องเล็กน้อย มีเสบริ้นท้อง รายงานแพทย์ แพทย์รับทราบ ให้ losec ๔๐ mg IV OD ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct= ๔๑ % Platelet count ๔๑,๐๐๐ การรักษา 5%D/NSS 1,000 ml rate ๖๐ cc/hr กระตุ้นจิบ ORS บ่อยๆ ผู้ป่วยไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ให้การพยาบาล Observe การเข้าสู่ภาวะ Shock เช่นเหงื่อออกตัวเย็นกระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ติดตาม V/S ทุก ๒ ชั่วโมง ติดตาม Hct ทุก ๖ hr บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย

๑๕ ธันวาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้เล็กน้อย มีคลื่นไส้อยู่แต่ไม่อาเจียน อาการปวดเมื่อยตามร่างกายทุเลาลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct= ๔๑.๓ % Platelet count ๔๐,๐๐๐ การรักษา 5%D/NSS 1,000 ml rate ๔๐ cc/hr กระตุ้นจิบ ORS บ่อยๆ ผู้ป่วยไม่มีจุดเลือดออกตามร่างกาย ให้การพยาบาล Observe การเลือดออกบริเวณอวัยวะต่างๆ เช่นเลือดกำเดาไหล ปวดท้อง ถ่ายดำ ติดตาม V/S ทุก ๒ ชั่วโมง ติดตาม Hct ทุก ๖ hr บันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย

๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๘ ผู้ป่วยไม่มีไข้ รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีปวดจุกท้อง เริ่มมีผื่นคันตามร่างกาย Hct= ๔๒.๕ % Platelet count ๘๙,๐๐๐ แพทย์พิจารณาให้กลับบ้านได้ F/U CBC อีก ๓ วัน (วันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๘) แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ เลือดออกบริเวณอวัยวะต่างๆ เช่นเลือดกำเดาไหลปวดท้องถ่ายดำ และแนะนำกำจัดลูกน้ำยุงลายต่อเนื่อง และทานยากลับบ้านตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย ๔ วัน

## ๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ ศึกษาสถิติ ๓ ปีย้อนหลังโรคที่เป็น Top ๕ และคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน ๑ ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

๔.๓.๒ เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## ๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๑ ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๑๗ สิงหาคม ๒๕๖๘ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๔ วัน

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาโรคไข้เลือดออกมีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดภาวะช็อคที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

## ๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในหน่วยงาน

### ๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคเนื่องจากการรั่วซึมของพลาสมาออกนอกหลอดเลือด และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากจากอวัยวะต่างๆของร่างกายเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ ดังนั้นมีการให้การพยาบาลเฝ้าระวังภาวะช็อค โดยใช้ Early warning signs ติดตาม V/S ทุก ๒ ชั่วโมง ประเมินและวางแผนการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤต จาก Denque Charge และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก โดยการติดตาม Hct ทุก ๖ hr และติดตาม CBC ทุกวัน

### ๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อค เนื่องจากความไวในการมาเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

### ๙. ข้อเสนอแนะ

- พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีระของโรคไข้เลือดออก ทักษะ สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะช็อค โดยใช้ Early warning signs ติดตาม V/S ทุก ๒ ชั่วโมง ติดตาม Hct ทุก ๖ hr และติดตาม CBC ทุกวัน ประเมินและวางแผนการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤต จาก Denque Charge
- คนไข้มีความรู้ความเข้าใจเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ได้แก่ งดแปรงฟัน ห้ามรับประทานอาหารดำแดง เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ และถ้ามีประจำเดือนให้รีบแจ้งพยาบาล

### ๑๐. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวธัญรส วายวิก สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) ..... ธัญรส วายวิก ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวธัญรส วายวิก)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ๑๗ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)  .....

(นางศรีสุดา ทองศักดิ์แสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยใน

วันที่ ๑๓ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)  .....

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)  .....

(นางสุดานี บุรณะชญูจ) (สถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)  .....

(นายกฤษณ์ สกุศลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(ตำแหน่ง) .....

วันที่ ..... เดือน มี.ย. ๒๕๖๙ พ.ศ. ....

## แบบการเสนอข้อเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การประเมินประสิทธิภาพของ Dengue charge เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกในโรคไข้เลือดออก
๒. หลักการและเหตุผล

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever: DHF) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทยที่มีอุบัติการณ์สูงอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงของโรคอยู่ที่การมีพลาสมาออกนอกหลอดเลือดในระยะวิกฤต (Critical Phase) ซึ่งหากพยาบาลไม่สามารถเฝ้าระวังและประเมินอาการเพื่อจัดการสารน้ำได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะช็อก (Dengue Shock Syndrome: DSS) และเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยใน ปี ๒๕๖๘ พบว่าการตรวจพบภาวะช็อกล่าช้า (Delayed Recognition) ยังเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจาก ระบบการบันทึกเดิม ใช้แบบบันทึกสัญญาณชีพทั่วไป (Standard Vital Sign Sheet) ซึ่งข้อมูลสำคัญอย่าง ค่าความเข้มข้นเลือด (Hct), ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก (I/O) และสัญญาณชีพ ถูกบันทึกแยกส่วนกัน ทำให้พยาบาลมองไม่เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง (Trend Analysis) ที่ชัดเจนความยากในการตัดสินใจ การประเมินภาวะ Pulse Pressure (ความดันชีพจรแคบ) ซึ่งเป็นสัญญาณก่อนช็อก มักถูกมองข้ามหากพยาบาลไม่ได้นำค่า Systolic และ Diastolic มาวิเคราะห์ร่วมกับชีพจรและอาการทางคลินิกอย่างเป็นระบบ

๓. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคไข้เลือดออกเป็นผลจากการติดเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาเฉพาะโรค โรคนี้เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม เช่น น้ำขัง การจัดการขยะ และภูมิอากาศ การป้องกันจึงเน้นที่ “การจัดการสิ่งแวดล้อม” มากกว่าการรักษา เช่น การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การแก้ปัญหาควรใช้แนวทางบูรณาการ (Integrated Approach): ต้องรวม วิทยาศาสตร์สุขภาพ สาธารณสุข และการมีส่วนร่วมของชุมชน ต้องอาศัยการปรับเปลี่ยนวิธีคิดจากการ “รักษาโรค” ไปสู่ “การจัดการสาเหตุของโรคอย่างเป็นระบบ” การอบรมบุคลากรในชุมชนและโรงเรียน ส่งเสริมการอบรมครู อสม. หรือผู้ปกครอง ให้สามารถสังเกตอาการและนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลก่อนเกิดภาวะช็อก เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตโดยลดระยะเวลาการรับการรักษาภาวะช็อก (Dengue Shock Syndrome: DSS) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การเฝ้าระวังและวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว แนะนำให้มีระบบคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่อยู่ใน “ระยะวิกฤต” (Critical phase) อย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะช่วงวันที่ ๓-๗ วัน หลังเริ่มมีไข้ จัดตั้งจุดสังเกตอาการเตือน (Warning signs) เช่น ปวดท้องรุนแรง ซึม อาเจียนมาก มือเท้าเย็น เพื่อวินิจฉัยภาวะช็อกก่อนเกิดอาการเต็มรูปแบบ การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม ภาวะช็อกจากโรคไข้เลือดออกเป็น

วินิจฉัยภาวะช็อกก่อนเกิดอาการเต็มรูปแบบ การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม ภาวะช็อกจากโรคไข้เลือดออกเป็นภาวะฉุกเฉินที่สามารถรักษาได้หากได้รับการวินิจฉัยและดูแลอย่างรวดเร็ว การเฝ้าระวังอาการ การให้สารน้ำอย่างเหมาะสม การส่งต่อทันเวลา และการสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแลเป็นข้อเสนอสำคัญในการลดอัตราการเสียชีวิต การประเมินประสิทธิภาพของ Dengue Chart ไม่ควรหยุดอยู่เพียงแค่การเป็น "กระดากเซีคลิสต์" แต่ต้องพัฒนาไปสู่ "ระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิก" ที่ฉลาดและคล่องตัวหัวใจสำคัญคือ "ต้องเร็วและง่าย" เพราะในภาวะวิกฤตของโรคไข้เลือดออก ทุกนาทีที่วินิจฉัยช็อกได้เร็วขึ้น หมายถึงโอกาสรอดชีวิตที่เพิ่มขึ้นมหาศาล

**วัตถุประสงค์**

- เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Dengue Chart ในด้านความรวดเร็วและความแม่นยำในการตรวจพบสัญญาณเตือนภาวะช็อก (Early Detection) ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต
- เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะช็อก ในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยใช้แบบบันทึกการติดตามอาการทางคลินิก (Dengue Chart) ให้มีความเป็นมาตรฐานและง่ายต่อการใช้งาน

**ระยะเวลาดำเนินการ** ระยะเวลาดังแต่วันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๖๘ ถึง ๑๗ ธันวาคม ๒๕๖๘ รวมวันที่รับไว้ดูแล ๔ วัน

#### กลุ่มเป้าหมาย

๑. พยาบาลหอผู้ป่วยใน ๑๒ คน
๒. ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามทูลกระหม่อม

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใน ในหน่วยงาน
๒. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และการใช้ Dengue charge
๓. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการใช้ Dengue Charge
๔. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการพยาบาลโรคไข้เลือดออก โดยใช้ Dengue Chart อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
๕. เสนอแนวทางการพยาบาล ความไวในการรายงานแพทย์
๖. นำแนวทางในการใช้ Dengue Charge เพื่อประเมินประสิทธิภาพของ Dengue Chart ในด้านความรวดเร็วและความแม่นยำในการตรวจพบสัญญาณเตือนภาวะช็อก (Early Detection) ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤต

๗. สรุปผลการประเมินประสิทธิภาพของ Dengue charge เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อกในโรคไข้เลือดออก นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

#### ๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับการเฝ้าระวังภาวะช็อกอย่างมีประสิทธิภาพปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๔.๒ พยาบาลวิชาชีพมีเครื่องมือมาตรฐาน (Dengue Chart) ที่ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิกได้อย่างแม่นยำ รวดเร็วและความถูกต้องในการบันทึกข้อมูลและการสื่อสารข้อมูลวิกฤตกับแพทย์

#### ๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ พยาบาลวิชาชีพผู้ป่วยในทุกรายสามารถใช้ Dengue Chart ในการประเมิน เฝ้าระวังภาวะช็อกได้อย่างถูกต้อง

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๖๖ แนวทางการวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สำหรับแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง. พิมพ์ครั้งที่ 1 ไทยประเทศต้นกำเนิด: ไทยศิริเพ็ญ กัลยาณรุจ ๒๕๖๕.การวินิจฉัยและการรักษาโรคไข้เลือดออกแดงที่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ สำหรับแพทย์ พิมพ์ครั้งที่ ๔.กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข.
- สุรเกียรติ อชานุกาพ.๒๕๖๖ .ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๑ แนวทางการตรวจรักษาโรคและการใช้ยา พิมพ์ครั้งที่ ๕.กรุงเทพมหานคร:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
- สุรเกียรติ อชานานุกาพ.๒๕๖๖.ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป ๒ ๓๕๐ โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน พิมพ์ครั้งที่ ๕.กรุงเทพมหานคร:โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๗).การวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกแดงที่ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษามหาราชินี.พิมพ์ครั้งที่ ๓.กรุงเทพฯ

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางสาวณัฐดี แวนนกยูง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๓๕๒๒	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๒๒๓๕๒๒	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	หลักการกinya ๕ ถูก เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา				
		๘/๒๗				

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 1 มกราคม 2569 รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
ความดันโลหิตสูง หมายถึง ค่าความดันโลหิตที่ ตรวจพบในผู้ป่วยสูงเกินกว่าค่ามาตรฐาน โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบน ขณะที่หัวใจบีบตัว (Systolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่าง ขณะที่หัวใจคลายตัว (Diastolic) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 2 ครั้ง ในท่านั่ง หลังพัก 5 นาทีจากการวัด 2 ช่วงเวลาห่างกัน 2 สัปดาห์ โดยผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 มิลลิเมตรปรอท ถือเป็น ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertension crisis) มีการจำแนกระดับความดันโลหิต ดังนี้ ค่าความดันโลหิตปกติ (Normal Blood Pressure) คือ ไม่เกิน 130/85 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตค่อนข้างสูง (High Normal Blood Pressure) คือ 130-139/ 85-89 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตสูงเกรด 1 คือ 140-159/ 90-99 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตสูงเกรด 2 คือ 160-179/ 100-109 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตสูงเกรด 3 คือ > 180/ > 110 มิลลิเมตรปรอท Hypertensive emergency หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการของ acute target organ damage Hypertensive urgency หมายถึง ระดับความดันโลหิตที่มากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่พบอาการของ acute target organ damage อาจมีเพียงอาการปวด เวียนศีรษะ หรือไม่มีอาการ (ปวีณา กาบสลับ, 2567)  
ตารางแสดงระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง

Category	SBP (มม.ปรอท)		DBP (มม.ปรอท)
Optimal	< 120	และ	< 80
Normal	120-129	และ/หรือ	80-84
High normal	130-139	และ/หรือ	85-89
Hypertension ระดับ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
Hypertension ระดับ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
Hypertension ระดับ 3	≥ 180	และ/หรือ	≥ 110
Isolated systolic hypertension (ISH)	≥ 140	และ	< 90

SBP = systolic blood pressure, DBP = diastolic blood pressure

(สีฟ้า เดชปัญญา และคณะ.2565.)

### พยาธิสภาพของโรค

โดยปกติร่างกายมีระบบควบคุมปริมาณเลือดที่เปลี่ยนแปลงตามอวัยวะต่างๆของร่างกายให้คงที่ ด้วยกลไกที่เรียกว่า Autoregulation เมื่อความดันโลหิตสูงขึ้น หลอดเลือดแดงจะหดตัวเพื่อรักษาความดันในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กหรือหลอดเลือดแดงส่วนปลายไม่ให้มากเกินไป อย่างไรก็ตาม เมื่อความดันโลหิตสูงจนเกินความสามารถของกลไกดังกล่าว จะเกิดการเพิ่มขึ้นของ Systemic vascular resistance ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงขนาดเล็กอย่างรวดเร็ว เกิดการฉีกขาดของผนังหลอดเลือด plasma จะแทรกซึมเข้าสู่ผนังหลอดเลือดแดง หลอดเลือดแดงจะตีบแคบลงจากภาวะ Fibrinoid necrosis ทำให้อวัยวะส่วนปลายขาดเลือด (บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ.2564)

### สาเหตุของโรค

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ 90-95% แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ” (Primary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด” (Essential hypertension) เมื่อกกล่าวถึงโรคความดันโลหิตสูงเรามักจะหมายถึงโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เป็นหลัก

- โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ แพทย์เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันที่สำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ (สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ) ที่เรียกว่า “เรนิน” (Renin) และฮอร์โมนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) จากไต ซึ่งทั้งสองสารนี้จะทำงานร่วมกับต่อมหมวกไตและต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำเกลือแร่โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เพื่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้ กลไกการเกิดความดันโลหิตสูงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะพบโรคนี้สูงขึ้นในคนที่ม่ประวัติครอบครัวเป็นโรคนี้ โดยผู้ที่มีพ่อแม่พี่น้องเป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าผู้ที่ไม่ม่ประวัติดังกล่าวประมาณ 3 เท่า), เชื้อชาติ (เพราะพบโรคนี้ได้สูงในคนอเมริกันผิวดำเมื่อเปรียบเทียบกับคนอเมริกันผิวขาวและชาวเม็กซิกันอเมริกัน), การมีอายุมาก, ความอ้วน, การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือมีเกลือโซเดียมสูง (เพราะเกลือโซเดียมหรือเกลือทะเลเป็นตัวอุ้มน้ำในเลือด จึงมีผลเพิ่มปริมาตรของเลือดที่ไหลเวียนทำให้ความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นได้), การดื่มแอลกอฮอล์จัด, ภาวะเบาหวานของร่างกายที่ส่งผลต่อสมดุลและการทำงานของเกลือแร่แคลเซียมในร่างกาย

- ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่ออายุได้ประมาณ 25-55 ปี (พบได้มากในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป) และยิ่งอายุมากขึ้นก็จะมีโอกาสเป็นได้มากขึ้น

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนน้อยประมาณ 5-10% แพทย์อาจตรวจพบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งเรียกว่า “ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ”(Secondary hypertension) หรือ “ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ”

ในผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีลักษณะตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ความดันช่วงบนมีค่า  $\geq 180$  หรือความดันช่วงล่างมีค่า  $\geq 110$  มม.ปรอท
- ความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นก่อนอายุ 30 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี
- มีความดันโลหิตสูงซึ่งเกิดขึ้นอย่างฉับพลันทันที
- ควบคุมความดันไม่ได้หลังจากเคยคุมได้ดีมาก่อน หรือใช้ยาลดความดันมาหลายชนิดแล้วแต่ยังควบคุมความดันไม่ได้

- พบภาวะแทรกซ้อนร่วมด้วย เช่น หัวใจห้องล่างซ้ายโต มีค่า Cr. ในเลือด > 1.5 มก./ดล.
- จอตาเสื่อม (Hypertension retinopathy) ระดับ 3 หรือ 4
- มีอาการที่สงสัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ (ดูเพิ่มเติมในหัวข้ออาการ)  
สาเหตุของความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุที่อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่
- โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรัง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ โรคถุงน้ำไตชนิดหลายถุง ฯลฯ
- หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis)
- หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)
- เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไตหรือต่อมใต้สมอง
- โรคคุชชิง / การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน
- โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์
- ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)
- ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์, ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์, ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน, อะครีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน, โซปโคลสโปริน, อิริโทรมัยซิน, อิริโทรโพอิติน, รวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน (ความดันโลหิตสูง. จาก <http://www.bangkrabuecity.go.th>)

#### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อยหรือปานกลางมักไม่พบอาการแสดงเฉพาะเจาะจงที่บ่งบอกว่ามีภาวะความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่การวินิจฉัยมักพบได้จากการที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหรือมักพบร่วมกับสาเหตุของอาการอื่นซึ่งไม่ใช่ความดันโลหิตสูง สำหรับผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงมาก หรือสูงในระดับรุนแรงและเป็นมานานโดยเฉพาะในรายที่ยังไม่เคยได้รับการรักษาหรือรักษาแต่ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมมักพบมีอาการ ดังต่อไปนี้ (ความรู้พื้นฐานความดันโลหิตสูง. จาก <https://thaicam.dtam.moph.go.th>)

1. ปวดศีรษะมักพบในผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรงโดยลักษณะอาการปวดศีรษะมักปวดที่บริเวณท้ายทอยโดยเฉพาะเวลาตื่นนอนในช่วงเช้าต่อมาอาการจะค่อยๆดีขึ้นจนหายไปเองภายในระยะเวลาไม่กี่ชั่วโมงและอาจพบมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนตาพร่ามัวร่วมด้วย โดยพบว่าอาการปวดศีรษะเกิดจากมีการเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะมากในช่วงระยะเวลาหลังตื่นนอน เนื่องจากในเวลากลางคืนขณะนอนหลับศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองจะลดการกระตุ้นจึงทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์มีผลทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสมองขยายขนาดมากขึ้นจึงเพิ่มแรงดันในกะโหลกศีรษะ

2. เวียนศีรษะ (dizziness) พบเกิดร่วมกับอาการปวดศีรษะ

3. เลือดกำเดาไหล (epistaxis)

4. เหนื่อยหอบขณะทำงานหรืออาการเหนื่อยหอบนอนราบไม่ได้แสดงถึงการมีภาวะหัวใจห้องล่างซ้าย

ล้มเหลว

5. อาการอื่นๆที่อาจพบร่วมได้แก่อาการเจ็บหน้าอกสัมพันธ์กับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากการมีเส้นเลือดหัวใจตีบหรือจากการมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาจากภาวะความดันโลหิตสูงที่เป็นมานานๆ

ดังนั้นถ้ามีภาวะความดันโลหิตสูงอยู่เป็นระยะเวลานานๆจึงอาจมีผลต่ออวัยวะที่สำคัญต่างๆของร่างกายทำให้เกิดความเสื่อมสภาพถูกทำลายและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้

### การวินิจฉัยโรค

สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้จากการซักประวัติอาการ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการใช้ยา การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยง หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (เพื่อดูการทำงานของหัวใจ), การตรวจภาพอวัยวะที่สงสัยว่าเป็นสาเหตุ (เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภาพต่อมไธสมอง), การตรวจปัสสาวะ และการตรวจเลือด (เพื่อดูระดับน้ำตาล คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ กรดยูริก ครีเอตินิน โปแทสเซียม ฮีโมโกลบิน และฮีมาโทคริต) ทั้งนี้การตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์ ซึ่งควรได้รับการตรวจตั้งแต่ครั้งแรกที่วินิจฉัยและตรวจซ้ำอีกปีละ 1-2 ครั้ง หรือตรวจเมื่อพบว่ามีภาวะผิดปกติ

การตรวจสำคัญที่ช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ คือ การตรวจวัดค่าความดันโลหิตซึ่งถือเป็นการตรวจหลัก โดยทั่วไปจะทำการตรวจวัดความดันในท่านั่งและมีการตรวจวัดหลายครั้ง ในแต่ละคราวจะทำการตรวจวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง (ทั้งช่วงห่างกันประมาณ 1-2 นาที) เพื่อความแม่นยำของผลการตรวจ ถ้าพบว่าค่าความดันเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์ที่สูงกว่าปกติ แพทย์จะนัดให้มาตรวจวัดซ้ำอีกอย่างน้อย 1-2 ครั้งในวันถัดมา หากพบว่าค่าความดันเฉลี่ยยังสูงกว่าปกติจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนั้นจะตรวจพบความดันโลหิตช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มม.ปรอทขึ้นไป หรือความดันโลหิตช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มม.ปรอทขึ้นไป หรือสูงทั้งช่วงบนและช่วงล่าง นอกจากนั้นมักไม่พบสิ่งผิดปกติอื่น ๆ เว้นแต่ในรายที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทรานซาสเหตุ เช่น คล้ำได้ก้อนในท้องส่วนบนสองข้างในผู้ป่วยโรคถุงน้ำดีชนิดหลายถุง, ตรวจพบสารไข่ขาวในปัสสาวะในผู้ป่วยโรคไต, ได้ยินเสียงฟู่ (Murmur) ตรงลิ้นหัวใจเอออร์ติกในผู้ป่วยที่มีลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว, ไข้เครื่องฟังได้ยินเสียงฟู่ (Bruit) ที่หน้าท้องตรงบริเวณไตชายโครงด้านขวาหรือซ้ายในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดแดงไตตีบ, คล้ำซีฟรที่ขาหนีบไม่ได้หรือคล้ำได้แล้วเบาในผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ ฯลฯ

(ความดันโลหิตสูง.จาก <http://www.bangkrabuecity.go.th>)

### การรักษา

ก่อนการรักษาแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละรายโดยการค้นหาสาเหตุ ประเมินพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ค้นหาโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ยา ลดความดันโลหิต ซึ่งทำได้จากการตรวจต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงชนิดของโรคด้วย เพราะถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทรานซาสเหตุ ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการรักษาหายได้มากกว่าชนิดที่ไม่ทรานซาสเหตุ ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคร่วมไปกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

(ความดันโลหิตสูง.จาก <http://www.bangkrabuecity.go.th>)

โดยการรักษาจะมีตั้งแต่การให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต, การให้ยาลดความดันโลหิตซึ่งมีหลากหลายชนิดและมีทั้งชนิดกินและชนิดฉีดขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ, การรักษาแบบประคับประคองตามอาการ (เช่น การกินยาคลายเครียดและการให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ), การรักษาโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (เช่น รักษาโรคเบาหวาน), การรักษาโรคที่เป็นต้นเหตุ (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง หรือโรคเนื้องอกต่อมไธสมอง) และรวมถึงการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง (เช่น รักษาโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นได้ทั้งสาเหตุและภาวะแทรกซ้อน)

## แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. เป้าหมายของการลดความดันโลหิตคือควรลดความดันช่วงบน < 130 และ ความดันช่วงล่าง < 80 มม.

ปรอท

2. ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 และความดันช่วงล่าง < 80 มม.ปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่ต้องให้ยาลดความดันและติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวานหรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย หากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใดๆ) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง และระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง (เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน ฯลฯ) ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน

5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มีความดันช่วงบน  $\geq$  180 และ/หรือช่วงล่าง  $\geq$  110 ทุกราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไปหรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูงหรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดันตั้งแต่แรกพบ ร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง

6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

- ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือความดันช่วงล่าง > 120 มม.ปรอท ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของอวัยวะสำคัญ (เช่น โรคหลอดเลือดสมองหรืออัมพาตครึ่งซีกที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน, ไต วายเฉียบพลัน, ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน) ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลและให้ยาลดความดัน เช่น Enalapril, Nicardipine, Nitroprusside, Labetalol โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดความดันของผู้ป่วยให้เหลือ 160/100 มม.ปรอท ภายใน 2-6 ชั่วโมงต่อมา (เพราะต้องระวังไม่ให้ความดันลดเร็วเกินไป เช่น การไม่ให้ยา Nifedipine อมใต้ลิ้น เพราะอาจทำให้เซลล์สมองหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงฉับพลันได้)

- ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 และ/หรือช่วงล่าง > 120 มม.ปรอท ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง เลือดกำเดาไหล หรือมีความวิตกกังวลรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องรับนำส่งโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง และแพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดันที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น แคปโตพริล (Captopril), โคลนินดีน (Clonidine), ลาเบทาลอล (Labetalol) รับประทานในทันที หรือให้ ยาลดความดันหลายชนิดรับประทานทันที เพื่อให้ความดันของผู้ป่วยลดลงภายใน 24-48 ชั่วโมง

7. การให้ยารักษาความดัน ในรายที่แพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดัน แพทย์จะมีแนวทางในการให้ยา ดังนี้

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 แพทย์จะเริ่มการรักษาด้วยการให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่ง เพียง 1 ชนิด ซึ่งยาที่นิยมใช้จะเริ่มจากไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ขนาด 12.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง แล้วติดตามผลทุกเดือน ถ้ายังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย แพทย์จะปรับขนาดยาเป็น 25 และ 50 มิลลิกรัม ตามลำดับ แต่ถ้ายังควบคุมไม่ได้ แพทย์จะให้ยาอีกชนิดหนึ่งร่วมไปด้วย เช่น Beta blockers, ยาด้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) หรือยาด้านเอซ (ACE inhibitors) โดยจะปรับขนาดยาขึ้นทีละน้อย แต่บางครั้ง แพทย์อาจพิจารณาให้ยา 2 ชนิดในขนาดต่ำก็ได้ คือไม่จำเป็นต้องให้ยาชนิดแรกถึงเต็มขนาดแล้วค่อยเพิ่มชนิดที่ 2

- ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 แพทย์จะเริ่มให้การรักษากับยา 2 ชนิดร่วมกัน โดยมีไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) เป็นตัวหลักร่วมกับยาชนิดอื่น โดยจะเริ่มจากขนาดต่ำก่อน ร่วมกับการติดตามวัดความดันเดือนละ 1 ครั้ง (แต่ถ้าความดันสูงมากก็จะติดตามทุก 1-2 สัปดาห์) แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนกว่าจะควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แต่ถ้ายังไม่ได้ผลก็อาจจะต้องปรับเปลี่ยนยาและใช้ยาถึง 3-4 ชนิดร่วมกัน

- ในการให้ยารักษาความดันนั้น แพทย์จะเริ่มจากการให้ทีละน้อยก่อน แล้วจึงจะค่อย ๆ เพิ่ม ขนาดขึ้นไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เพราะจะทำให้ความดันตกมากเกินไปจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเป็นลมเวลาลุกได้ (ความดันตกในท่ายืน)

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ด้วย การให้ยาลดความดันเพียง 1-2 ชนิด มีผู้ป่วยเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่ต้องใช้ยาลดความดัน มากกว่า 2 ชนิด

8. การรักษาความดันโลหิตสูงในภาวะต่าง ๆ

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคหัวใจขาดเลือดร่วมด้วย ถ้าเป็นโรคหัวใจขาดเลือดชั่วคราว แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) หรือยาด้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) ชนิดออกฤทธิ์ยาว แต่ถ้าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า และยาด้านเอซ (ACE inhibitors)

- ผู้ป่วยที่มีโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (Hydrochlorothiazide) ร่วมกับยาด้านเอซ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำได้

- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวายร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาด้านเอซ ยาปิดกั้นเบต้า และยาขับปัสสาวะ (Diuretics) อย่างยาฟูโรซีไมด์ (Furosemide) และสไปโรโนแลคโตน (Spironolactone)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจห้องล่างซ้ายโต (LVH) แพทย์จะให้ยาปิดกั้นแองจิโอเทนซิน (Angiotensin receptor blocker - ARB)

- ผู้ป่วยที่มีโรคไตเรื้อรัง (ตรวจพบมีสารไข่ขาวในปัสสาวะมากกว่า 300 มิลลิกรัมต่อวัน หรือครีอะตินีนมากกว่า 1.3 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรในผู้ชาย หรือมากกว่า 1.2 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรใน ผู้หญิง) แพทย์จะให้ยาลดความดันอย่างน้อย 3 ชนิดร่วมกัน โดยจะมียาด้านเอซหรือยาปิดกั้นแองจิโอเทนซิน (ARB) เป็นหลัก ซึ่งจะสามารถช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้ อีกทั้งยาทั้งสองชนิดนี้แพทย์ยังแนะนำใช้ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานร่วมด้วย จึงช่วยป้องกันภาวะไตเสื่อมจากเบาหวานและลดภาวะมีสารไข่ขาวในปัสสาวะ

- ผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตร่วมด้วย แพทย์จะให้ยาปิดกั้นแอลฟา (Alpha blockers) เช่น ดอกซาโซซิน (Doxazosin), พร่าโซซิน (Prazosin) ซึ่งจะช่วยรักษาอาการต่อมลูกหมากโต ด้วย

- ผู้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์จะให้ยาปิดกั้นเบต้า, ไฮดรอลาซีน (Hydralazine), เมทิลโดปา (Methyldopa)

- ผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันช่วงบนสูงเดี่ยว แพทย์จะให้ยาไฮโดรคลอโรไทอาไซด์และ/หรือยา ต้านแคลเซียมชนิดที่ออกฤทธิ์ยาวในขนาดต่ำ หากยังไม่ได้ผลแพทย์จะค่อย ๆ ปรับขนาดยา เพิ่มขึ้นทีละน้อยอย่างช้า ๆ เพื่อระวังไม่ให้เกิดภาวะความดันตกในท่ายืน

9. การติดตามผลการรักษาโรคความดันโลหิตในช่วงแรกของการรักษาแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจ เดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันสูงมากจะนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์ เมื่อควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแล้ว แพทย์จะนัดมาตรวจทุก 3-6 เดือน และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 6-12 เดือน ซึ่งในการติดตามผู้ป่วยนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสม รวมถึงซักถามอาการและตรวจดูภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

10. การดื้อต่อผลการรักษา (Resistant hypertension) หมายถึง ผู้ป่วยที่รับประทานยาลดความดันร่วมกันตั้งแต่ 3 ชนิดขึ้นไป (รวมทั้งยาขับปัสสาวะ) จนเต็มขนาดของยาแล้ว แต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จะค้นหาสาเหตุและทำการแก้ไขสาเหตุที่ตรวจพบ (สาเหตุของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดื้อต่อการรักษา ได้แก่ การวัดความดันไม่ถูกต้อง, การส่งยาลดความดันให้ในขนาดน้อยเกินไป, ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง, ไข้ยาที่ทำให้ความดันโลหิตสูง, รับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง, น้ำหนักตัวขึ้นมากหรืออ้วน, ต่อมแอดrenal gland, เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ)

11. หากควบคุมความดันไม่ได้ตามเป้าหมาย สงสัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง หัวใจ ตา หรือไต ซึ่งจำเป็นต้องทำการตรวจพิเศษเพิ่มเติมและให้การดูแลรักษาที่ซับซ้อน ควรปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

#### การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถแบ่งออกเป็น 2 ภาวะ คือ 1. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 200/110 มม.ปรอท) ต้องย้ายเข้าห้องฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ระดับความดันโลหิตลดลงเพียงพอที่จะไม่เป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ โดยอาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หอบเหนื่อย และอาการทางระบบประสาท 2. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 180/100 มม.ปรอท แต่ไม่เกิน 200/110 มม.ปรอท) เป็นภาวะที่พบได้บ่อย จัดให้ผู้ป่วยทุกรายอยู่ในห้องที่เงียบ ปราศจากเสียงรบกวนจะสามารถช่วยลดความดันโลหิตได้ออย่างน้อย 10 - 20 มม.ปรอท ประเมินซ้ำอีกครั้งว่ามีภาวะความดันสูงวิกฤตหรือไม่ ควรส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม ผู้ป่วยควรได้รับยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทานและวัดความดันโลหิตซ้ำหลังจากให้ยาเป็นเวลา 3 - 6 ชั่วโมง เพื่อการลดความดันโลหิตให้น้อยกว่า 160/100 มม.ปรอท ในระยะเวลา 24 - 72 ชั่วโมง (ฉันทนา ฉวยเมียง, 2564)

#### คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน

1. การควบคุมอาหารเค็ม อาหารไขมัน และอาหารที่ให้พลังงานสูง คือ แนะนำให้ผู้ป่วยลดหรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว โช้เค็ม ของหมักดอง อาหารรสเค็มต่าง ๆ ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม หลีกเลี่ยงการใช้น้ำมันและยาที่มีโซเดียมสูง ควบคุมอาหารไขมัน โดยใช้น้ำมันพืช เช่น น้ำมัน ถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม

เพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์ เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวซึ่งจะทำให้หลอดเลือดอุดตัน ควบคุมอาหารที่มี พลังงานสูง ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มัน มาก เช่น ข้าวขาหมู หนังเป็ด หนัง ไก่ หนังหมู มันกุ้ง มันปู

2. การออกกำลังกาย แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจหลอดเลือด สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ หรือแม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ต้องระวังไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหมหรือมากเกินไปและหลีกเลี่ยงการแข่งขันเพราะทำให้เกิดความเครียด

3. หลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดด้วยเพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจวายได้

5. หลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นควรทำจิตใจให้แจ่มใสหาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่นการออกกำลังกาย เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนั่งสมาธิ การพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท ถ้ามีปัญหาหรือมีความเครียดสูงอาจต้องปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

6. แนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา ให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องสม่ำเสมอเพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยหรือซ้ำที่สุด ควรบอกให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับยาและผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง ควรไปตรวจตามนัดทุกครั้ง และนำยาที่มีทั้งหมดไปด้วย เพราะผู้ป่วย จะได้ยาตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต ไม่ซื้อมารับประทานเอง

7. แนะนำการวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล (Caregiver) เพื่อประเมินผลการรักษา และพยาธิสภาพของผู้ป่วยการวัดความดันโลหิตที่บ้านจะได้ค่าที่เที่ยงตรงมากขึ้นเนื่องจากอยู่ในภาวะผ่อนคลายมากกว่า

8. อธิบายให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจโรคและการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 47 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัวเป็นไทรอยด์ 8 ปี และความดันโลหิตสูง 2 เดือน รับประทานยาบาลวัตญาณสังวราราม รับประทานยาไมสม่าเสมอ ขนาดยา 1 เดือน ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล นอนตกหมอน มีอาการปวดบ่าไหล่ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการปวดบ่าไหล่ไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ตรวจพบค่าความดันโลหิต 182/111 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีตาพร่ามัว ตรวจกำลังกล้ามเนื้ออยู่ระดับ 5 ทั้งแขนและขา 2 ข้าง อาการปวดบ่าไหล่ ประเมินคะแนนความเจ็บปวดอยู่ที่ 10 คะแนน วัดความดันโลหิตซ้ำ 177/108 มิลลิเมตรปรอท ส่งถ่ายภาพรังสีกระดูกสันหลังส่วนคอ (X-Ray C-spine) ไม่พบการแตกหัก วัดความดันโลหิต 225/176 มิลลิเมตรปรอท Tramol 50 mg. IV stat, Plasil 1 amp IV, Hydralazine (25 mg.) 2 tab oral stat วัดความดันซ้ำ 1 ชั่วโมง เท่ากับ 174/111 มิลลิเมตรปรอท. ฉีด Morphine 4 mg IV ค่าความดันโลหิตเท่ากับ 212/125 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้พิจารณาให้ออนโรงพยาบาล ค่าความดันโลหิต 179/107 มิลลิเมตรปรอท. ให้ยา Nitroglycerin (1:5) IV drip 5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปรับขึ้นลง ครั้งละ 3 มิลลิลิตร ทุก 15 นาที กำหนดค่าความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงน้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) จังหวะการเต้นของหัวใจปกติ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก (CXR) พบภาวะหัวใจโต ก่อนเข้าหอผู้ป่วยใน ค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 147/88 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ปรับ Nitroglycerin อยู่ที่ 2 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยและตอบคำถามได้รู้เรื่อง รับรู้วัน เวลา และสถานที่ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง อาการปวดบ่าไหล่ 3 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 158/92 มิลลิเมตรปรอท จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ผู้ป่วยพักผ่อนได้ ค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 146/92 มิลลิเมตรปรอท หยุดให้ยา Nitroglycerin ระดับความปวดอยู่ที่ 1 คะแนน

31 ธันวาคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปวดศีรษะ/ตาพร่ามัว ยังมีอาการปวดบ่าไหล่เวลาขยับตัว คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 2 คะแนน อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 171/103 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้ยา Enalapril (5 mg.) 1 tab oral, Amlodipine (5 mg.) 1 tab oral วัดความดันโลหิตซ้ำ 1 ชั่วโมง หลังทานยา ค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 178/107 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ยา Hydralazine (25 mg.) 2 tab oral วัดความดันโลหิตซ้ำ 1 ชั่วโมงหลังทานยา ค่าความดันโลหิตอยู่ที่ 155/100 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีแขนขาอ่อนแรง อาการปวดบ่าไหล่ทุเลาลง

1 มกราคม 2569 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ที่ 167/92 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จำหน่าย และนัดตรวจหลังจำหน่าย 1 เดือน (29 มกราคม 2569) เข้าคลินิกความดันโลหิตสูง แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด ให้รีบมาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมง หรือโทรเบอร์ฉุกเฉิน 1669 รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

## 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะวิกฤต

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2568 ถึงวันที่ 1 มกราคม 2569 รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์และพยาบาล เน้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ การมาตรวจตามนัด และการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รับฟังและเข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ภายในหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เข้าใจเรื่องโรค และแผนการรักษาทำให้ขาดนัด ขาดยา ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูงวิกฤต ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยทำงานรับจ้างรายวัน ขาดรายได้ ทำให้ไม่สามารถมาตรวจตามนัด แนะนำให้ผู้ป่วยกำหนดวันนัดร่วมกับแพทย์ กรณีไม่สามารถมาตามนัดได้ให้มีช่องทางในการเลื่อนนัดได้

### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

9.2 นัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

9.3 ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสู่ชุมชนให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพส่วนตำบลที่รับผิดชอบได้ลงเยี่ยมบ้าน

### 10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวณัฐวดี แฉวนกยูง สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....<sup>ณัฐวดี</sup>..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวณัฐวดี แฉวนกยูง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

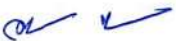
วันที่ ..... เดือน ....มีนาคม.... พ.ศ. ....2569....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....


(นางศรีสุดา ทองศักดิ์แสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2564

(ลงชื่อ)  .....

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๔ พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(.....(นางสุดานี นุรอนเนญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๔ พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(นายกฤษณ์ สกุศลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
วันที่ ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๔ พ.ศ. ....

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการ)**

---

1. เรื่อง หลักการกินยา 5 ถูก เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา

2. หลักการและเหตุผล

การใช้ยาอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญต่อการดูแลสุขภาพและการหายของโรค หากใช้ยาไม่ถูกวิธีอาจเกิดอันตรายต่อร่างกาย และส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาว หากใช้ยาไม่ถูกวิธี เช่น ใช้ยามิฉะนั้น ผิดขนาด หรือผิดเวลา อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย และส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวได้ หลักการกินยา 5 ถูก ได้แก่ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธี จึงเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยให้การใช้ยาเกิดประสิทธิภาพสูงสุดและปลอดภัย

ในปัจจุบันเทคโนโลยีมีความทันสมัยมากขึ้น มีเครื่องมือสื่อสารที่ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล ซึ่งสื่อความรู้ในรูปแบบวิดีโอจะเป็นอีกช่องทางที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการใช้ยาได้ง่ายขึ้น ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ โดยเน้นเรื่องการให้ความรู้เรื่องหลักการกินยา 5 ถูก จึงมีความจำเป็น และสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสร้างพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการใช้ยามิฉะนั้น และเสริมสร้างสุขภาพที่ดีแก่ตนเองและสังคม

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการซักประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มานอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมักซื้อยาทานเอง และใช้ยาร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน หรือผู้ป่วยบางรายรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง รับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น ยาเบาหวานที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร แต่ผู้ป่วยรับประทานหลังอาหาร ซึ่งมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดว่าการรับประทานยาโดยใช้หลักการกินยา 5 ถูก ได้แก่ ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา และถูกวิธี จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องโดยพัฒนาสื่อการสอนในรูปแบบวิดีโอเพื่อส่งเสริมความรู้เรื่องหลักการกินยา 5 ถูกควรมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าใจง่าย สามารถจดจำและนำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน

**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาได้ถูกคน ถูกโรค ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกวิธี

ระยะเวลาดำเนินการ 1 มกราคม 2569 – 30 กันยายน 2569

**กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกราย

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาความหมาย ความสำคัญ และรายละเอียดของหลักการกินยา 5 ถูก จากหนังสือเรียน เอกสารสุขศึกษา และแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ
  2. กำหนดวัตถุประสงค์ ขอบเขตเนื้อหา ระยะเวลา และรูปแบบการนำเสนอความรู้เรื่องหลักการกินยา 5 ถูก
  3. เสนอแนวทางการใช้สื่อการสอนและประสานงานกับแพทย์ เภสัชกร และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
  4. จัดทำสื่อวิดีโอให้ความรู้เรื่องหลักการกินยา 5 ถูก
  5. จัดทำแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังดูสื่อวิดีโอเรื่องหลักการกินยา 5 ถูก
  6. รวบรวมผลการประเมิน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปปรับปรุงการดำเนินงานในครั้งต่อไป
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
- 4.1 ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการกินยา 5 ถูกอย่างถูกต้อง
  - 4.2 สามารถนำหลักการกินยา 5 ถูกไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม
  - 4.3 ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาผิดวิธี ซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ
5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- 5.1 ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงทุกรายที่นอนโรงพยาบาลสามารถอธิบายหลักการกินยา 5 ถูกได้ครบถ้วนและถูกต้อง
  - 5.2 ผ่านการประเมินความรู้เรื่องหลักการกินยา 5 ถูกในระดับร้อยละ 80 ขึ้นไป

(ลงชื่อ) .....<sup>ณัฐวดี</sup>..... ผู้ขอประเมิน  
 (นางสาวณัฐวดี แวนนกยูง)  
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
 วันที่ .....<sup>12</sup>..... เดือน .....มีนาคม..... พ.ศ. ....2569....

## เอกสารอ้างอิง

ความดันโลหิตสูง.จาก <http://www.bangkrabuecity.go.th/site/attachments/article/154/>  
ความดันโลหิตสูง.pdf

ความรู้พื้นฐานความดันโลหิตสูง.จาก <https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/06/คางมดัน.pdf>

ฉันทนา ฉวยเมียง.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในคลินิกโรคเรื้อรัง.

ทัศนีย์ ศรีญาณลักษณ์และคณะ.(2554).เรื่อง การดูแลแบบผสมผสานของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง.

บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ.(2564).คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้สำหรับผู้ป่วยนอก.

ปวีณา กาบสลับ พย.บ.กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลตราด.(2567).  
การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย.(2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : ทริค อินค์.

สีฟ้าง เดชปัญญา และคณะ.(2565).การดูแลรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ.

สุจิตรา ลิ่มอำนาจลาภ และชวนพิศ ทำนอง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9. ขอนแก่น:  
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

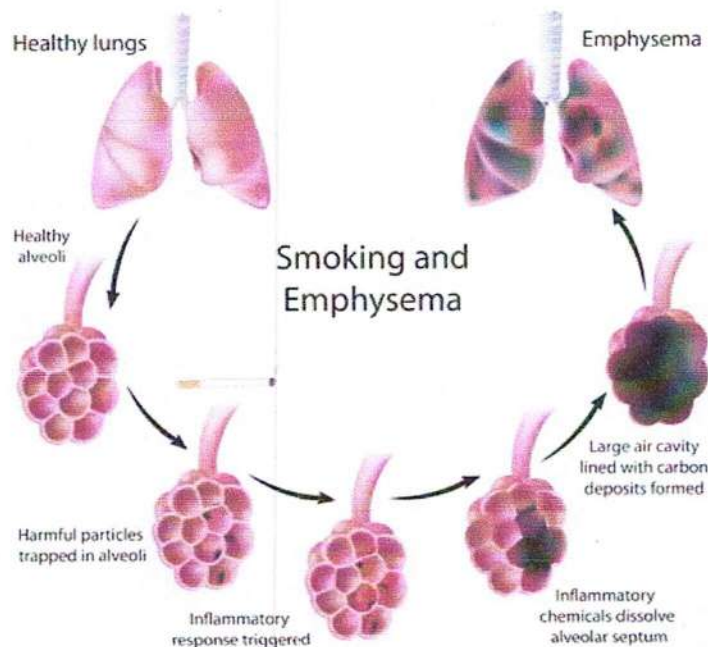
ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๓	นางสาวกมลชนก มะลิวรรณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๐๔๙๓๘	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๘๗๘๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาการให้ความรู้ในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง				๑๐๐%
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	สุภาว				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 5 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2568 รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (chronic obstructive pulmonary disease) เป็นโรคที่ป้องกันได้ และรักษา ได้ โดยมีลักษณะเป็น Progressive, not fully reversible airflow limitation ซึ่งเป็นผลจากการระคายเคืองเรื้อรังต่อปอด จากฝุ่น และแก๊สพิษ ที่สำคัญที่สุด ได้แก่ คิววินบุหรือทำให้เกิด Abnormal inflammatory response ทั้งในปอด และระบบอื่นๆ ของร่างกาย (Multicomponent disease) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรืออาการกำเริบ จะมีผลต่อความรุนแรงของโรค (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์,2565) โดยทั่วไป มักหมายรวมถึงโรค 2โรคคือ โรคถุงลมปอดโป่งพอง (Emphysema) หรือ Pink Puffers จะมีอาการหอบเหนื่อย เนื่องจากถุงลมถูกทำลายจนทำให้หายใจออกและแลกเปลี่ยนแก๊สได้ไม่ดี ผู้ป่วยมักพอมเนื่องจากต้องใช้พลังงานไปในการหายใจค่อนข้างมาก

แต่ในหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) หรือ Blue Bloaters มักมีน้ำหนักปกติหรืออ้วน รวมทั้งอาจมีบวมน้ำ (edema) ตามลำตัวก็ได้ มักมาด้วยอาการไอมีเสมหะมาก และหอบเหนื่อยเนื่องจากหลอดลมเกิดการอักเสบจนทำให้หลอดลมตีบแคบ อย่างไรก็ดี ในระยะท้ายของโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังก็มักมีน้ำหนักตัวลดลง(รพีพร โรจน์แสงเรือง,2561)

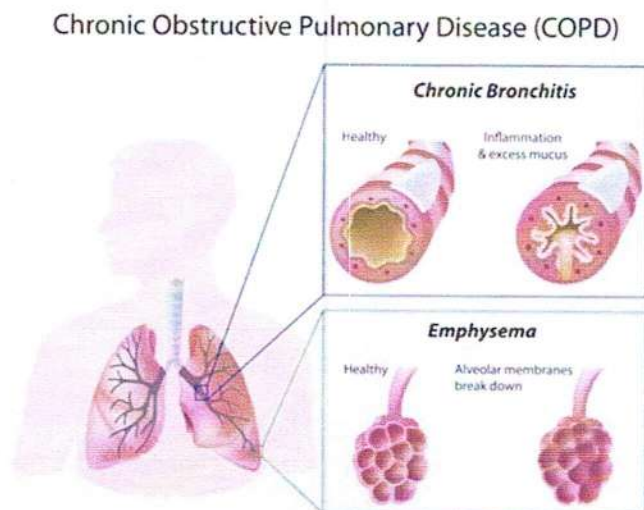


ภาพที่ 1 แสดงการเกิดถุงลมโป่งพอง (ที่มา :ชานนท์ เมฆจรัสนภา,2565 )

## พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป็นการอักเสบที่เกิดจาก Neutrophil, CD8 lymphocyte และ Macrophage ร่วมกันสร้างสาร Tumor necrosis factor, Leukotriene B4, Interleukin-8 ออกมาทำลายเนื้อปอด มีการเพิ่มทั้งจำนวนและขนาดของ Goblet cell ภายในเยื่อบุหลอดลมจนเกิดการสร้างเมือกมาอุดตันทางเดินหายใจ มีการทำลายเซลล์ Endothelium ของผนังหลอดลมจนทำให้การทำงานของเยื่อและขนอ่อนของหลอดลม (Mucociliary clearance) เสียไปจนไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียและเมือกออกไปได้ ตลอดจนมีการทำลายเนื้อปอดและถุงลมจนเสียความยืดหยุ่นของปอด ร่วมกับมีหลอดลมอุดตันจนทำให้เวลาหายใจออกเกิดมีหลอดลมตีบได้ การอุดตันของหลอดลมและหลอดเลือดในปอดทำให้การแลกเปลี่ยนแก๊สเสียไป ดังนั้นอาจพบทั้งภาวะขาดออกซิเจน และภาวะเลือดคั่งคาร์บอนไดออกไซด์ร่วมกัน ตลอดจนภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังจะทำให้ผนังหลอดเลือดในปอดหนาตัวขึ้นจนเกิดความดันเลือดในปอดสูงที่เรียกว่า Pulmonary hypertension มีอีกกลไกหนึ่งที่อธิบายพยาธิสรีรวิทยาของโรคนี้คือ เป็นการสูญเสียสมดุลของ Protease และ Antiprotease จากโรคกรรมพันธุ์จนทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อของปอด

ในคนทั่วไปอาจเกิดจากกลไก Oxidant และ Antioxidant เสียสมดุล การสูบบุหรี่ทำให้มีสาร Oxidant และทำลายปอด แม้หยุดสูบบุหรี่แล้วก็ยังมีการทำลายเนื้อปอดต่อไป พบว่า 15% ของผู้สูบบุหรี่เกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) ขึ้น อันแสดงว่ามีสาเหตุมาจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมร่วมกัน พบว่าปัจจัยเสี่ยงมาจาก passive smoking หรือเป็นโรคทางเดินหายใจบ่อยตั้งแต่เด็ก ตลอดจนการสูดดมมลพิษทางอากาศก็เป็นสาเหตุของโรคนี้ได้ (รพีพร โรจนแสงเรือง, 2561)



ภาพที่ 2 แสดงพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ที่มา :ชานนท์ เมฆจรัสนภา, 2565 )

### สาเหตุของโรค

สาเหตุที่สำคัญก็คือ การที่เราสูดสารที่เป็นพิษ อาจจะอยู่ในรูปของฝุ่นควันที่มีอนุภาคเล็ก ๆ หรือแก๊ส หรือสารเคมีเข้าไปยังปอด นอกจากนั้นสาเหตุที่เราเรารู้กันดี คือ การสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่ยิ่งสูบนานสูบมากก็จะมี โอกาสที่จะเป็นมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากการที่เราสูบบุหรี่เอง หรือได้รับจากสิ่งแวดล้อม เช่น จากคนในบ้านหรือที่ทำงาน ด้วย นอกจากนี้บุหรี่ยังมีสารที่เป็นพิษอย่างอื่นที่ทำให้เกิดโรคนี้ได้เช่นเดียวกัน เช่น มลภาวะในอากาศตามท้อง ถนน หรือตามโรงงานต่าง ๆ ที่นี้อาจจะสงสัยว่าบางคนเป็นบางคนไม่เป็นทั้ง ๆ ที่สูบบุหรี่เท่ากันหรือว่าทำงานที่ เดียวกัน ก็เนื่องจากว่ามีปัจจัยในตัวคนนั้นเข้ามาเกี่ยวข้องก็คือเรื่องของพันธุกรรม ในบางคนอาจจะมีพันธุกรรมที่ ผิดปกติทำให้การซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของปอดทำได้น้อยกว่าคนปกติ หรืออาจจะมี ความผิดปกติของปอดตั้งแต่ เด็ก ๆ

### อาการและอาการแสดง

อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ใช้เวลาหลายปี ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความผิดปกติที่ เกิดขึ้น แต่หลังจากสูบบุหรี่มาไ้ระยะหนึ่งผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ ซึ่งระยะแรกอาจจะมีอาการไอ เฉพาะช่วงเช้า เมื่อเวลาผ่านไปอีกหลายปี ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก หายใจลำบาก บางครั้ง หายใจมีเสียงวี๊ดเป็นครั้งคราวโดยเฉพาะช่วงที่เป็นไข้หวัดหรือหลอดลมอักเสบ ซึ่งกว่าจะมีอาการเหนื่อยง่ายและมา พบแพทย์ผู้ป่วยก็มักจะเป็นโรครุนแรงแล้ว คือสมรรถภาพปอดลดลงเหลือเพียง 50% และยิ่งเวลาผ่านไปสมรรถภาพ ปอดก็จะลดลงเรื่อยๆ ผู้ป่วยจะเหนื่อยมากขึ้น จากเดิมที่อาจจะเหนื่อยเมื่ออาการของโรคปอดอุดกั้นกำเริบขึ้น หลอดลมของผู้ป่วยก็จะมีอาการอักเสบรุนแรงขึ้น

ทั้งยังเกิดความเปลี่ยนแปลงทางกายภาพภายในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจติดขัด หอบ ไอเรื้อรัง เหนื่อยง่าย มีเสมหะมาก และอาการอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นถึงความผิดปกติทางร่างกาย โดยในหลายๆกรณี ผู้ป่วย จะต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและอาจเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้เฉพาะเวลาเดินเร็วๆ หรือเดินขึ้นทางสูงชันก็ จะต้องหยุดพักเป็นระยะในเวลาเดิน หรือถ้าเป็นมากๆ แม้กระทั่งอาบน้ำใส่เสื้อผ้าก็ยังเหนื่อย



ภาพที่ 3 อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ที่มา :ชานนท์ เมฆจรังสนภา,2565 )

**การวินิจฉัยโรค**

ต้องอาศัยข้อมูลหลายอย่าง ได้แก่ ประวัติสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ร่วมกับอาการ การตรวจร่างกาย ภาพรังสีทรวงอก และยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ Spirometry

อาการ ที่พบ ได้แก่ไอเรื้อรังหรือมีเสมหะ หรือบางรายอาจไม่มีเสมหะ พบได้ประมาณ ร้อยละ 30 เมื่อผู้ป่วยมีการสูญเสียสมรรถภาพปอด จะมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งจะเป็น มากขึ้นเรื่อยๆ(Progressive) อาการอื่นที่พบได้ คือแน่นหน้าอก หรือหายใจมีเสียงวี๊ด ในกรณีที่มีอาการอื่นๆ เช่น ไอเป็นเลือด หรือเจ็บหน้าอก จะต้องหาโรคร่วมหรือ การวินิจฉัยอื่นเสมอ

อาการแสดง การตรวจร่างกายในระยะแรกอาจไม่พบความผิดปกติ เมื่อการอุดกั้นของหลอดลมมากขึ้นอาจตรวจพบลักษณะของ Airflow limitation และ Air trapping เช่น Prolonged expiratory phase, Increased chest A-P diameter , Hyperresonance on percussion , Diffuse wheeze และ/หรือ Rhonchi และAccessory muscles use เป็นต้น

ในระยะท้าย ของโรคอาจตรวจพบลักษณะของความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงและ/หรือหัวใจด้านขวาล้มเหลว (Cor pulmonale) ไม่ควรตรวจพบภาวะนิ้วข้อมูม หากพบควรนึกถึงภาวะอื่น

การตรวจทางรังสีวิทยา ภาพรังสีทรวงอกมีความไวน้อยสำหรับการวินิจฉัย COPD แต่มีความสำคัญ ในการแยกโรคอื่น ในผู้ป่วยที่มี Emphysema อาจพบลักษณะ Hyperinflation คือกะบังลม แบนราบและหัวใจมีขนาดเล็ก ในผู้ป่วยที่มี Cor pulmonale จะพบว่าหัวใจห้องขวาโตขึ้น และ Pulmonary trunk มีขนาดใหญ่ขึ้น และ Peripheral vascular marking ลดลง

การตรวจสมรรถภาพปอด การตรวจ Spirometry มีความจำเป็นในการวินิจฉัยโรคโดยยืนยันภาวะ Airflow limitation และจัดระดับความรุนแรง โดยการตรวจ Spirometry จะต้องตรวจเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ และไม่มีอาการกำเริบของโรคอย่างน้อย 1 เดือน การตรวจนี้สามารถวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะที่ผู้ป่วยยังไม่มีอาการ จะพบลักษณะของ Airflow limitation โดยค่า FEV1/FVC หลังให้ยาขยายหลอดลม <0.7 และแบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ตามตาราง

**ตารางที่ 1** ระดับความรุนแรงของ COPD ตามค่า FEV<sub>1</sub> หลังให้ยาขยายหลอดลม

ผู้ป่วยทุกรายต้องมีค่า FEV <sub>1</sub> /FVC หลังให้ยาขยายหลอดลม <0.7	
รุนแรงน้อย (GOLD 1)	ค่า FEV <sub>1</sub> >80% ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงปานกลาง (GOLD 2)	ค่า FEV <sub>1</sub> ระหว่าง 50% ถึง <80% ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมาก (GOLD 3)	ค่า FEV <sub>1</sub> ระหว่าง 30% ถึง <50% ของค่ามาตรฐาน
รุนแรงมากที่สุด (GOLD 4)	ค่า FEV <sub>1</sub> <30% ของค่ามาตรฐาน

**ตารางที่ 1** ระดับความรุนแรงของ COPD (ที่มา :แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้น,2565)



**ภาพที่ 4** อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ที่มา :นภารัตน์ อมรพุดิสถาพร,2565 )

## การรักษา

สมัยก่อนคิดว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่มีวิธีรักษา แต่ปัจจุบันที่มีความก้าวหน้าทางวิทยาการมากขึ้น โรคนี้จึงป้องกันได้และรักษาได้ โดยเป้าหมายของการรักษาคือเพื่อบรรเทาอาการของโรคให้ลดน้อยลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้ให้เสื่อมลงช้าที่สุดและป้องกันการกำเริบของโรค ซึ่งวิธีการรักษาจะประกอบด้วย การหยุดสูบบุหรี่ ซึ่งจะชะลอการเสื่อมของสมรรถภาพปอด ดังนั้นผู้ป่วยต้องหยุดสูบบุหรี่อย่างเด็ดขาด ซึ่งจะทำให้มีชีวิตยืนยาวขึ้นได้

ในการป้องกันอาการปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบแบบเฉียบพลันตามมาตรฐานแนวทางการรักษาระหว่างประเทศจากโครงการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับโลก หรือ GOLD Guideline 2023 ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกนั้น เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการยับยั้งโรคร้ายนี้ ซึ่งกำลังกลายเป็นปัญหาใหญ่ในเอเชีย ทั้งนี้ประเทศต่างๆ ทั่วเอเชียควรเร่งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นแก่ประชาชน เพื่อให้ผู้ป่วยที่ยังไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคนี้นี้เข้ามาพบแพทย์และรับการรักษา ในประเทศไทยหลายคนที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อเพียงว่าอาการไอเรื้อรังนั้นเกิดมาจากโรคที่ไม่ร้ายแรงอื่นๆ เช่น คออักเสบ หืดหอบ หรือไข้หวัด จึงไม่เข้ารับการรักษาเพราะเชื่อว่าอาการจะหายไปเอง ก่อนที่จะมารู้ความจริงเอาเมื่ออาการของโรคอยู่ในขั้นร้ายแรงแล้ว และเทคนิคการรักษาล่าสุดจะช่วยให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสามารถจัดการกับโรคร้ายนี้ได้ดีขึ้น (อัญชญา พงศ์พันธ์, 2566 )

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบ่งเป็น

- 1) ยากลุ่ม  $\beta_2$ - agonist ออกฤทธิ์ที่  $\beta_2$ - receptor ของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ซึ่งมีทั้งส่วนกลางและ ส่วนปลาย มีทั้งชนิดกิน ฉีดและชนิดสูด ซึ่งควรเลือกใช้ชนิดสูดเป็นลำดับแรก เนื่องจากมีประสิทธิภาพสูง ใช้ ปริมาณยาจำนวนน้อย และอาการข้างเคียงน้อยกว่ายาชนิด กินและฉีดมาก ยาในกลุ่มนี้สามารถแบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามความเร็วและระยะเวลาของการออกฤทธิ์เช่น salbutamol, formoterol เป็นต้น
- 2) ยากลุ่ม anticholinergic ยากลุ่มนี้มีเฉพาะชนิด สูดดม แบ่งเป็นกลุ่มย่อยตามระยะเวลาการออกฤทธิ์ ชนิดที่ออกฤทธิ์สั้น เช่น ipratropium bromide ออกฤทธิ์เร็ว ประมาณ 3-5 นาที ชนิดที่ออกฤทธิ์นาน คือ tiotropium bromide
- 3) ยากลุ่ม corticosteroid จากผลการศึกษาพบว่า ไม่ได้ช่วยลดอัตราการเสื่อมของสมรรถภาพปอด แต่ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะโรคกำเริบในผู้ป่วยที่เป็นขั้นปานกลาง ถึงรุนแรง
- 4) ยาอื่นๆ ที่ใช้ในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้แก่ วัคซีนไข้หวัดใหญ่ซึ่งผู้ป่วยควรฉีดปีละครั้ง หรือยาละลายเสมหะในกรณีที่มีเสมหะมาก

## การรักษาอื่นๆ

1. ป้องกันการกำเริบของโรค โดยเฉพาะปัจจัยชักนำ เช่น การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ การปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง การรักษาจำเป็นต้องลดปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว รวมถึงการปฏิบัติตน ให้เหมาะสมกับสถานะของโรค
2. คงสมรรถภาพการทำงานของปอดไว้หรือให้เสื่อมลงช้าที่สุด ในปัจจุบันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่มีวิธีใดที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาที่สำคัญคือ เลิกสูบบุหรี่เพื่อหยุดยั้ง หรือชะลอพยาธิสภาพที่เหลืออยู่ให้ทำหน้าที่ต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่มีความรู้สึกวุ่นวายอยู่ตลอดเวลา เพราะมีอาการเหนื่อยง่าย ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้กิจกรรมทางกายถูกจำกัดลง อาการที่พบเช่น นอนไม่หลับรู้สึกหมดหวังหมดที่พึ่ง เป็นต้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การรักษาจึงเป็นการประคับประคองแก้ไขตามสภาพที่เกิดขึ้น รวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพและพึ่งตนเองได้มากที่สุด

## การพยาบาล

การพยาบาลในระยะแรกเริ่ม เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มีภาวะวิกฤตจากทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง อากาศผ่านเข้าและออกจากปอดได้สะดวก จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ เพื่อให้พร้อมใช้งานตลอดเวลา

การพยาบาลระยะก่อนจำหน่าย คือการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ โดยเน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้การเฝ้าระวังโรคแทรกซ้อน อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ ฝึกทักษะการพ่นยา การรับประทานยา การออกกำลังกาย และการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันที่เหมาะสมกับโรค

การวางแผนการจำหน่าย ทีมสุขภาพได้ร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ METHOD โดยมุ่งเน้นการใช้ยาการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายความรู้เกี่ยวกับโรคเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความเหมาะสม ดังนี้

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้เพียงใด และมีสาเหตุอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ตามควรแก่สภาพของผู้ป่วย
2. สอนและกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายอย่างถูกวิธี โดยวิธีการสอนให้ผู้ผู้ป่วยหายใจออกโดยการเป่าปาก เพื่อป้องกันการปิดของหลอดลมเร็วเกินไป ช่วยให้ระยะเวลาการหายใจออกนานขึ้น และลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ให้ผู้ผู้ป่วยหายใจเข้าทางจมูก

การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. จัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะหายใจวาย ซึ่งพบว่าการติดเชื้อเป็นเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ดังนั้น จึงต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจขึ้นโดยใช้หลัก Aseptic Technique ในการดูแลผู้ป่วยหรือ ถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะต้องแก้ไขโดยเร็ว โดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามแผนการรักษา
2. ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม หลอดลมหดเกร็งหรือตีบแคบ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการหายใจวาย ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งเสมอ และพยายามกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ
  - แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ
  - ให้ความชื้นแก่เสมหะ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หรือ ดูแลให้ได้รับความชื้นในอากาศหายใจโดยเครื่องพ่นละอองน้ำ (nebulizer)
  - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับเสมหะ เช่น ammonium chloride, potassium iodide, hydriodic acid และ iodinated glycerol หรือยาละลายเสมหะ เช่น bromhexine, ambroxol, acetylcysteine และ methylcysteine
  - ช่วยขับเสมหะออก โดยการทำให้ Postural drainage
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ และการมี CO<sub>2</sub> คั่งในเลือด ซึ่งอาการของทั้งสองภาวะนี้คล้ายกันมากในรายที่มีระดับ PaO<sub>2</sub> ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทคาดว่าเนื้อเยื่อจะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ดังนั้นในรายที่มีออกซิเจน ในเลือดต่ำ ควรให้การพยาบาล ดังนี้
  - ให้ผู้ป่วยพักผ่อนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
  - ลดภาวะต่าง ๆ ที่จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น
  - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน อย่างเหมาะสม การให้ออกซิเจน แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะให้ในขนาดที่เพิ่มออกซิเจน แก่เนื้อเยื่อโดยไม่ทำให้เกิด Necrosis ดังนั้นจึงนิยมให้ในขนาดต่างๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยรักษาระดับ PaO<sub>2</sub> 50 -60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องอาศัยระดับออกซิเจนที่ต่ำเป็นตัวกระตุ้นการหายใจแทนการใช้ระดับ CO<sub>2</sub> ที่สูง การให้ออกซิเจนขนาดสูงจะทำให้ผู้ป่วยจะหายใจช้าลง การคั่งของ CO<sub>2</sub> เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการง่วงซึม (Narcosis) หรือหมดสติจนถึงหยุดหายใจ
4. ในรายที่มีการคั่งของ CO<sub>2</sub> ซึ่งเกิดร่วมกับภาวะออกซิเจนต่ำ เลือดเป็นกรดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาท การพยาบาลจึงมุ่งให้การระบายอากาศดีขึ้น เพื่อช่วยให้ CO<sub>2</sub> ถูกขับออกจากร่างกายมากขึ้น โดยหายใจออกแบบห่อปาก โดยลักษณะการห่อปากคล้ายฝิวปาก (pursed-lip breathing) แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจโดยวิธีดังกล่าว ขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ โดยไม่เหนื่อยเกินไป
5. จัดสภาพต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับให้ได้มากที่สุด
6. สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะนอนหลับอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการหายใจเพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

การพยาบาลเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะการหายใจล้มเหลว ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. จัดสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดภาวะหายใจวาย ซึ่งพบว่าการติดเชื้อเป็นเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ดังนั้น จึงต้องป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจขึ้นโดยใช้หลัก Aseptic Technique ในการดูแลผู้ป่วยหรือ ถ้ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นจะต้องแก้ไขโดยเร็ว โดยการให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมตามแผนการรักษา
2. ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม หลอดลมหดเกร็งหรือตีบแคบ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะการหายใจวาย ดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วยให้โล่งเสมอ และพยายามกำจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจ
  - แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงจากสิ่งระคายเคืองต่าง ๆ
  - ให้ความชื้นแก่เสมหะ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หรือ ดูแลให้ได้รับความชื้นในอากาศหายใจโดยเครื่องพ่นละอองน้ำ (nebulizer)
  - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาขับเสมหะ เช่น ammonium chloride, potassium iodide, hydriodic acid และ iodinated glycerol หรือยาละลายเสมหะ เช่น bromhexine, ambroxol, acetylcysteine และ methylcysteine
  - ช่วยขับเสมหะออก โดยการทำให้ Postural drainage
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ และการมี CO<sub>2</sub> คั่งในเลือด ซึ่งอาการของทั้งสองภาวะนี้คล้ายกันมากในรายที่มีระดับ PaO<sub>2</sub> ต่ำกว่า 50 มิลลิเมตรปรอทคาดว่าเนื้อเยื่อจะได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ดังนั้นในรายที่มีออกซิเจน ในเลือดต่ำ ควรให้การพยาบาล ดังนี้
  - ให้ผู้ป่วยพักผ่อนทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
  - ลดภาวะต่าง ๆ ที่จะทำให้การเผาผลาญในร่างกายเพิ่มขึ้น
  - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน อย่างเหมาะสม การให้ออกซิเจน แก่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะให้ในขนาดที่เพิ่มออกซิเจน แก่เนื้อเยื่อโดยไม่ทำให้เกิด Necrosis ดังนั้นจึงนิยมให้ในขนาดต่างๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้น โดยรักษาระดับ PaO<sub>2</sub> 50 -60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จะต้องอาศัยระดับออกซิเจนที่ต่ำเป็นตัวกระตุ้นการหายใจแทนการใช้ระดับ CO<sub>2</sub> ที่สูง การให้ออกซิเจนขนาดสูงจะทำให้ผู้ป่วยจะหายใจช้าลง การคั่งของ CO<sub>2</sub> เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดอาการง่วงซึม (Narcosis) หรือหมดสติจนถึงหยุดหายใจ
4. ในรายที่มีการคั่งของ CO<sub>2</sub> ซึ่งเกิดร่วมกับภาวะออกซิเจนต่ำ เลือดเป็นกรดจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการต่าง ๆ ขึ้น โดยเฉพาะอาการทางระบบประสาท การพยาบาลจึงมุ่งที่ให้การระบายอากาศดีขึ้น เพื่อช่วยให้ CO<sub>2</sub> ถูกขับออกจากร่างกายมากขึ้น โดยหายใจออกแบบห่อปาก โดยลักษณะการห่อปากคล้ายมิวปาก (pursed-lip breathing) แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจโดยวิธีดังกล่าว ขณะมีกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ โดยไม่เหนื่อยเกินไป
5. จัดสภาพต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับให้ได้มากที่สุด
6. สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะนอนหลับอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการหายใจเพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

การพยาบาลสำหรับปัญหาเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีดังนี้

1. ประเมินสาเหตุของการพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ และปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วย
2. จัดสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยนอนหลับไม่เพียงพอ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับให้ได้มากที่สุด
3. สังเกตอาการของผู้ป่วยขณะนอนหลับอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะการหายใจเพื่อประเมินปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น

การพยาบาลสำหรับปัญหาทางด้านจิตใจและสังคม

การพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีภาวะเครียดจากอาการเหนื่อยง่าย พักผ่อนได้ไม่เพียงพอ เมื่อร่างกายขาดออกซิเจนจะทำให้เกิดอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่าย หงุดหงิดอีกทั้งยังท้อแท้หมดกำลังใจ เนื่องจากต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วย กระตุ้นให้ครอบครัวได้ร่วมรับรู้และให้กำลังใจผู้ป่วยในการที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและปรับตนเอง ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ให้ร่วมพูดคุยกับครอบครัว ฝึกสมาธิ อ่านหนังสือหรือทำกิจกรรมที่ชอบ เป็นต้น

พยาบาลต้องเข้าใจว่า ผู้ป่วยต้องการ การประคับประคอง การช่วยเหลือในขณะมีปัญหาดังกล่าว โดยเฉพาะในระยะแรก ซึ่งผู้ป่วยต้องปรับตัว เพื่อให้พ้นบทบาทของผู้เจ็บป่วย พยาบาลจะต้องทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้แสดงความคิดเห็นหรือซักถามข้อข้องใจต่างๆ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความเครียดของตัวเองด้วย ทั้งควรให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น ช่วยเหลือในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขตามสมควรแก่สภาพ โดยต้องพิจารณาถึงการตอบสนอง และการปรับตัวดังกล่าว จะขึ้นอยู่กับภาวะของจิต สังคมของผู้ป่วย แต่ก็ต้องอาศัยการประคับประคองจากพยาบาลด้วย พยาบาลจึงต้องมีความเข้าใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชาย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง 7 ปี รัยยาที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่เลิกมาแล้ว 6 ปี ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการไอเยอะ หายใจเหนื่อย ยังไม่ได้รักษาที่ไหน มีหายใจเหนื่อยมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 36 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของชีพจร 132 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 135/77 มิลลิเมตรปรอท วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 90 เปอร์เซ็นต์ในอากาศปกติ ฟังเสียงปอดมีเสียงวี๊ด ทั้ง 2 ข้าง แพทย์ตรวจเย็บอาการให้การรักษาโดยให้ยาพ่นขยายหลอดลม Berodual 2:2 มิลลิลิตร ฟันทันที 1 ครั้ง ให้ยาฉีดสเตียรอยด์ Dexamethasone 8 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทันที 1 ครั้ง หลังจากนั้นอาการเหนื่อยยังไม่ทุเลา จึงพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2:2 มิลลิลิตร จำนวน 2 ครั้ง ห่างกันทุก 15 นาที สังเกตอาการไว้ พบว่าอาการเหนื่อยทุเลาลง อัตราการหายใจลดลงเหลือ 30 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 110 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 92 เปอร์เซ็นต์ในอากาศปกติ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนแบบ Mask c Bag 10 ลิตรต่อนาที แพทย์พิจารณาให้ออนโรงพยาบาล

แรกรับวันที่ 5/10/68 ที่ตึกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28-30 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 98 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนแบบ Mask c Bag 10 ลิตรต่อนาที ยังมีไอมีเสมหะ ฟังเสียงปอดมีเสียงวี๊ด ทั้ง 2 ข้าง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน ดูแลให้การพยาบาลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2:2 มิลลิลิตร ทุก 4 ชั่วโมง และฉีด Dexamethasone 4 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์และดูแลจัดทำ ศีรษะสูง 45 องศาให้กับผู้ป่วย หลังให้การพยาบาล เหนื่อยลดลง อัตราการหายใจ 26-28 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 99 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนแบบ Mask c Bag 10 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยขับเสมหะได้เอง ส่งตรวจ เสมหะแบบเพาะเชื้อ ผลไม่พบเชื้อ

วันที่ 6/10/68 ผู้ป่วยเหนื่อยลดลง ไม่มีไข้ แต่ยังมีไอมีเสมหะเล็กน้อย ฟังเสียงปอดชัดเจนดี อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ขณะให้ออกซิเจนแบบ Canular 3 ลิตรต่อนาที ให้การพยาบาลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2:2 มิลลิลิตร ทุก 6 ชั่วโมง และฉีด Dexamethasone 4 มิลลิกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมงตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ป่วยนอนพักได้มากขึ้น ทำกิจกรรมได้เล็กน้อย รับประทานอาหารได้ไม่มีสำคัญ

วันที่ 7/10/68 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ไอลดลง ไม่มีไข้ ฟังเสียงปอดชัดเจนดี อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์ขณะอากาศปกติ ให้การพยาบาลพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 2:2 มิลลิลิตร เมื่อมีอาการหอบหืดทุก 6 ชั่วโมง และให้ยารับประทานเป็น Prednisolone 5 mg 2 เม็ด หลังอาหารวันละ 3 เวลา มื้อเช้า กลางวัน เย็น ต่อเนื่อง 5 วันตามแผนการรักษาของแพทย์

วันที่ 8/10/68 ผู้ป่วยอาการทุเลา เหนื่อยลดลง ไอลดลง ไม่มีไข้ สีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น ฟังเสียงปอดชัดเจนดี อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดส่วนปลาย (SpO2) เท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์ขณะอากาศปกติ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ จากการประเมินพบว่าผู้ป่วยพร้อมความรู้เกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลมที่ถูกต้อง จึงได้ทำการสอนการพ่นยาขยายหลอดลม Seretide ที่ถูกวิธีแก่ผู้ป่วย รวมทั้งแนะนำการไอ และการหายใจอย่างถูกวิธี และพูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยเตรียมเอกสารการเยี่ยมบ้าน ส่งต่อระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน และเน้นย้ำให้มาพบแพทย์ตามนัดในวันที่ 17/11/68 รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยใน 4 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 5 ตุลาคม 2568 ถึงวันที่ 8 ตุลาคม 2568 รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยลดลง ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน คือมีภาวะการหายใจล้มเหลว ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายสอนเรื่องการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกร การปรับสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงฝุ่น ควัน ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในหน่วยงาน ส่งผลให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัย

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามที่เข้ารับการรักษาคือผู้ป่วยใน มีสาเหตุสำคัญคือ ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมแบบสูดพ่นไม่ถูกวิธี อีกทั้งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ขาดผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค และรวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีควัน ฝุ่น ละออง ซึ่งเป็นปัญหาที่จัดการได้ยาก

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษานี้เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ ประวัติเลิกสูบบุหรี่ 6 เดือน มีการทำงานค้าขายกลางแจ้ง มีฝุ่นควัน ทำให้ผู้ป่วยได้สูดดมเข้าไปในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังไม่มีผู้ดูแล และบางครั้งผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด เครียดนอนไม่หลับ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่ายขึ้นเช่นกัน

## 9. ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้ คำแนะนำ สอนและสาธิตเกี่ยวกับการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น โดยเภสัชกร และพยาบาลมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

2. ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น ควันบุหรี่/ยาเส้น ควันเผาถ่าน ควันจากการประกอบอาหาร ฝุ่น สารภูมิแพ้ต่างๆ และแนะนำเพิ่มหากพ่นยาสูดชนิดขยายหลอดลม 2 puff ติดต่อกัน 20 นาที 3 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาลทันที หรือ โทร 1669

3. นัดผู้ป่วย เข้าร่วม COPD Clinic ที่โรงพยาบาล เพื่อรับความรู้กับ case manager ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์กับสมาชิกกลุ่ม ทบทวนทักษะการพ่นยา ฝึกการไอและฝึกการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสู่ชุมชนให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่รับผิดชอบได้ลงเยี่ยมบ้าน

#### 10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวกมลชนก มะลิวรรณ สักส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *กมลชนก มะลิวรรณ* ..... ผู้ขอประเมิน

(..นางสาวกมลชนก มะลิวรรณ..)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..... *12* ..... เดือน ..... *กันยายน* ..... พ.ศ. .... *๕6๙* .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(...นางศรีสุดา ทองศักดิ์แสง...)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ..... 

(...นางพิชญภา สายนภา...)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๘ พ.ศ. ....


(ลงชื่อ) ..... 

(.....นางสุดานี บูรณ์เบญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๘ พ.ศ. ....

X

(ลงชื่อ) ..... 

(นายฤกษ์ สกฤตแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๘ พ.ศ. ....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการ)**

-----

1. เรื่อง การพัฒนาการให้ความรู้ในการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธี
2. หลักการและเหตุผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) หมายถึง กลุ่มโรคที่มีการ อุดกั้นของการไหลเวียนของอากาศในทางเดินหายใจ (Airflow limitation) โดยที่ไม่สามารถกลับคืนสู่ปกติได้ การอุดกั้นของหลอดลมมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (Progressive) ซึ่งเป็นผลจากระคายเคืองต่อปอดจากฝุ่นและก๊าซพิษ ที่สำคัญที่สุดได้แก่ ควันบุหรี่ ทำให้เกิด Abnormal Inflammatory Response ทั้งในปอดและระบบอื่นๆของร่างกาย โดยทั่วไปหมายรวมถึง 2 โรค คือโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic Bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Pulmonary Emphysema) เป็นโรคที่ป้องกันและรักษาได้ ซึ่งได้นิยามโรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีอาการไอเรื้อรัง มีเสมหะ เป็นๆหายๆปีละอย่างน้อย 3 เดือนและเป็นติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ส่วนโรคถุงลมโป่งพองได้นิยามจากพยาธิสภาพการทำลายของถุงลม และ Respiratory Bronchiole โดยมีการขยายตัวโป่งพองอย่างถาวร ส่งผลให้ช่องทางเดินอากาศของแขนงหลอดลมต่างๆตีบและแคบลง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย มีอาการไอร่วมกับมีเสมหะและมีภาวะหายใจลำบากตามมา การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่สำคัญที่สุดอย่างหนึ่งคือ การใช้ยาเพื่อขยายหลอดลม (Bronchodilator) ซึ่งมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดพ่นขยายหลอดลม การใช้ยาขยายหลอดลมเป็นเพียงการบรรเทาอาการของโรค แต่ไม่ได้รักษาโรคให้หายขาด ฤทธิ์ของยาจะขยายหลอดลมทำให้อากาศผ่านเข้าปอดมากขึ้น

จากข้อมูลของโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษา เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ภายในปี 2568 จำนวน 66 ราย

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจุบันมีรูปแบบการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมที่หลากหลายและชนิดที่นิยมคือ แบบสูดพ่น (Metered dose inhaler MDI) เพราะสามารถออกฤทธิ์ได้อย่างรวดเร็ว ได้เฉพาะที่ สามารถบรรเทาอาการเหนื่อยได้อย่างรวดเร็ว ถ้าผู้ป่วยใช้ยาพ่นได้อย่างถูกวิธีจะช่วยให้อาการเหนื่อยบรรเทาลงได้ สามารถลดการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยเช่นกัน ปัญหาที่พบสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นคือ การใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ไม่เขย่ายาก่อนการใช้ หายใจเข้าเร็วเกินไป การกดยาและการสูดยาไม่สัมพันธ์กัน เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยร่วมอันเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุแรงกดยาพ่นอาจไม่เพียงพอขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา เป็นต้น

จากข้อมูลของโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับการรักษา เข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยใน ภายในปี 2568 จำนวน 66 ราย ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน มีสาเหตุสำคัญคือ ผู้ป่วยพ่นยาขยายหลอดลมแบบสูดพ่นไม่ถูกวิธี ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเหนื่อยและเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล อีกทั้งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้ดูแลขาดความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย สาเหตุต่างๆข้างต้นล้วนเป็นสาเหตุที่สำคัญทำให้การเข้ารับการรักษาตัว  
แผนกผู้ป่วยใน

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยกำเริบ ผู้จัดจึงได้จัดทำ แนวทางการ  
ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างถูกวิธี เพื่อพัฒนาแนวทางการใช้ยาพ่นขยายหลอดลม  
อย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยและญาติ ซึ่งการพ่นยาที่ถูกต้องจะช่วยลดภาวะความรุนแรงได้ โดยใช้แนวคิด Health  
Literacy ซึ่งเน้นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ  
และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น  
ซึ่งจะประกอบด้วยวิดีโอขั้นตอนสอนการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น เพื่อง่ายต่อการใช้งานสำหรับผู้สูงอายุ  
และผู้ดูแล และมีการติดตามประเมินวิธีการพ่นยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพ่นยาขยายหลอดลมได้ถูกต้อง สามารถ  
ลดอาการเหนื่อยและลดอัตราการรักษาตัวแผนกผู้ป่วยในได้

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะการพ่นยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นอย่างถูกวิธี
2. เพื่อให้พยาบาลตึกผู้ป่วยในนำไปใช้เป็นที่ให้การพยาบาลในแนวทางเดียวกัน

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2568 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2569

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น  
เรื้อรังในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล และให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้น  
เรื้อรัง
4. จัดทำการพัฒนาสื่อการให้สุขศึกษาการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมอย่างถูกวิธี
5. นำเสนอแนวคิดการจัดทำโครงการ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้สื่อการสอนวิดีโอ ใบประเมินผล  
การใช้ยาพ่นยาอย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทาง ประสานงานกับบุคลากร และทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ สื่อการสอนวิดีโอ ใบประเมินผลการใช้ยาพ่นยาอย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยโรค  
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8. นำสื่อการสอนวิดีโอ ใบประเมินผลการใช้ยาพ่นยาอย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่จัดทำ  
ขึ้น มาใช้ในหน่วยงาน และประเมินผล

9. สรุปผลการใช้สื่อการสอนวีดีโอ ใบประเมินผลการใช้ยาฟันขยายอย่างถูกวิธีสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยในทุกรายมีทักษะในการฟันยาได้ถูกต้อง

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 ผู้ป่วยสามารถใช้ยาฟันขยายหลอดลมชนิดสูดพ่นได้อย่างถูกวิธี ร้อยละ 100
- 5.2 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้สื่อการสอนรูปแบบวีดีโอ

(ลงชื่อ) ..... *มณฑา* ..... *มะลิวรรณ* ..... ผู้ขอประเมิน

(...นางสาวมณฑา มะลิวรรณ...)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..... *12* ..... เดือน ..... *พฤษภาคม* ..... พ.ศ. *2564* .....

### เอกสารอ้างอิง

- ชานนท์ เมฆจรีสณา. (2565). โรคหอบหืดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD). โรงพยาบาลกรุงเทพ.  
<https://www.bangkokhospital.com/content/copd>
- ธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2565). การดูแลรักษาโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Management of Asthma and COPD) (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์รามารามิบัติ.
- นภารัตน์ อมรพุมิสถาพร. (2565). COPD. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.  
<https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.
- รพีพร โรจน์แสงเรือง. (2561). โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Chronic Obstructive Pulmonary Disease). วงการแพทย์. <https://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=1100>.
- โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2568). สถิติ รายงาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [เอกสารที่ไม่ได้ตีพิมพ์].
- วราพรรณ ฉ่ำฉ่ำ, ดุจเดือน วัฒนากิจไกรเลิศ, สร้อยระย้า ศรีประสงค์ และนพดล คงพลพรหม. (2565). ปัจจัยทำนายความยึดมั่นในการทำกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 41(1), 59–72. <https://he02.tcithaijo.org/index.php/ns/article/view/253467>
- ศิวศักดิ์ จุทอง. (2560). ความก้าวหน้าในการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ชานเมืองการพิมพ์.
- สมาคมออร์เวซซ์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565 (พิมพ์ครั้งที่ 1). ภาคพิมพ์.
- อัญชญา พงศ์พันธ์ และคณะ. (2566, 9 มีนาคม). การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตาม GOLD Guideline 2023. ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม.  
[https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article\\_detail&subpage=article\\_detail&id=1332](https://www.pharmacycouncil.org/ccpe/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1332)
- World Health Organization. (2021). Chronic obstructive pulmonary disease (COPD).  
<http://www.who.int/respiratory/copd/en>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
๔	นางสาวเรืองรอง ทองเนตร	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๙๓๑๑	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๙๓๑๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2. ระยะเวลาดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2568

รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เกิดจากสมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายและเกิดอาการผิดปกติต่างๆ ขึ้น (นิพนธ์ พวงวรินทร์, 2558)

ความผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกได้เป็นชนิดต่างๆ แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. หลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic stroke) พบได้ประมาณ 80% ของโรค หลอดเลือดสมองอุดตันเกิดได้จากลิ่มเลือดที่เกิดขึ้น ในบริเวณอื่นไหลไปตามกระแสเลือดจนไปอุดตันที่หลอดเลือดสมอง หรืออาจเกิดจากมีลิ่มเลือดก่อตัวในหลอดเลือดสมอง และขยายขนาดใหญ่ขึ้นจนอุดตันหลอดเลือดสมอง

2. หลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) พบได้ประมาณ 20% ของโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากหลอดเลือดมีความเปราะบาง ร่วมกับภาวะความดันโลหิตสูง ทำให้บริเวณที่เปราะบางนั้นโป่งพอง และแตกออก (กรมการแพทย์ และสถาบันประสาทวิทยา, 2562)

พยาธิสภาพของโรค

1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เกิดจากอุดตันของหลอดเลือด จนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง ซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือด จนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง ความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพในการลำเลียงเลือดลดลง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่

1.1 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ การตีบตันของหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่ มักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือดแข็งตัว และความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมอง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (กรมการแพทย์ และสถาบันประสาทวิทยา, 2562)

1.2 โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียน ไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (Atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (Valvular heart disease) หรือจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอื่นๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ หรือกระดูกหัก เป็นต้น

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกหรือฉีกขาด ทำให้เลือดรั่วไหลเข้าไปในเนื้อเยื่อสมอง สามารถแบ่งได้อีก 3 ชนิดย่อย ๆ ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองโป่งพอง (Aneurysm) เกิดจากความอ่อนแอของหลอดเลือด

- โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ (Arteriovenous malformation) ที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดสมองตั้งแต่กำเนิด

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง (subarachnoid hemorrhage)

## สาเหตุของโรค

### 1. สาเหตุและปัจจัยที่ป้องกันได้

- 1.1 โรคความดันโลหิตสูง
- 1.2 โรคเบาหวาน
- 1.3 ภาวะไขมันในเลือดสูง
- 1.4 ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะหรือมีลิ้นหัวใจผิดปกติ โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
- 1.5 การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การดื่มสุรา
- 1.6 ภาวะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณคอตีบ
- 1.7 เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน
- 1.8 โรคอ้วน
- 1.9 การใช้ยาคุมกำเนิด

### 2. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ป้องกันไม่ได้

- 2.1 อายุที่มากขึ้น
- 2.2 เพศ เพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง
- 2.3 พันธุกรรม (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566)

## อาการและอาการแสดง

### อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

1. ชาหรืออ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว น้ำไหลออกจากมุมปาก
2. ชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน สูญเสียการทรงตัว
3. พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก
4. การมองเห็นมีปัญหาฉับพลัน อาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง
5. มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563)

หากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ควรรอดูอาการ แต่ควรรีบพบแพทย์โดยด่วน เพราะหากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็ว จะสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันการณ์ ลดความเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิตได้

### การวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย ซักประวัติการรักษา อาการเจ็บป่วยต่างๆและประวัติครอบครัว อาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย วัดความดันโลหิต ฟังเสียงหัวใจและการทำงานของหลอดเลือด
2. การตรวจเลือด
3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) จะช่วยให้เห็นภาพโดยรวมของสมอง
4. การเอกซเรย์ด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic Resonance Imaging: MRI) จะช่วยให้เห็นรายละเอียดของสมองได้อย่างชัดเจนมากกว่าเอกซเรย์คอมพิวเตอร์
5. การตรวจอัลตราซาวด์หลอดเลือดแดงที่คอ (Carotid Ultrasound) เป็นการตรวจที่ช่วยให้เห็นการก่อดำของคราบพลัคจากไขมัน อันเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันและเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
6. การฉีดสีที่หลอดเลือดสมอง (Cerebral Angiogram) จะสอดท่อไปยังหลอดเลือดสมองผ่านทางแผลเล็ก ๆ ที่ขาหนีบ จากนั้นจะฉีดสารย้อมสีเข้าไป และเอกซเรย์ จะช่วยให้เห็นระบบการไหลเวียนของเลือดไปยังคอและสมอง
7. การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiogram) วิธีนี้มักใช้ตรวจการทำงานของหัวใจ แต่ในหลายกรณีก็ช่วยระบุการทำงานของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองได้ด้วยเช่นกัน

## การรักษา

### 1. โรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke)

1.1 ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolysis) เป็นมาตรฐานของการรักษาในโรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ในกรณีที่ผู้ป่วยถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ โดยยาที่ใช้คือ Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) (สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย, 2563)

1.2 ยาต้านเกล็ดเลือด (Antiplatelet) ควรให้เร็วที่สุดในผู้ป่วยที่มี Ischemic Stroke ระยะเฉียบพลัน ภายในเวลา 48 ชั่วโมง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ ได้แก่ ยาแอสไพริน

1.3 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulate) ใช้ในผู้ป่วยบางราย โดยเฉพาะผู้ที่มีสาเหตุมาจาก ลิ่มเลือดหัวใจเพื่อป้องกันการก่อตัวของลิ่มเลือด ยาที่นิยมใช้ได้แก่ ยาวาร์ฟาริน ยาอะพิซาแบน ยาดาบิกาทราน เป็นต้น

1.4 ยาลดความดันโลหิต เพื่อป้องกันหลอดเลือดสมองแตก

1.5 ยาลดไขมันในเลือด เพื่อป้องกันไขมันสะสมกลายเป็นคราบพลัคเกาะที่ผนังหลอดเลือด

1.6 การผ่าตัดเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอ (Carotid Endarterectomy) การผ่าตัดเพื่อเปิดหลอดเลือดแดงใหญ่ที่คอเพื่อกำจัดสิ่งกีดขวางหลอดเลือดออก

1.7 การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด (Thrombectomy) ในกรณีที่มีลิ่มเลือดอุดตัน การไหลเวียนของหลอดเลือดอย่างรุนแรง การผ่าตัดเพื่อกำจัดลิ่มเลือด จะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น

2. โรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดจำนวนไม่น้อยที่อาจมีอาการเลือดออกในสมองด้วย ต้องได้รับยาเพื่อลดความดันโลหิต และยาที่ช่วยป้องกันอาการรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต และเข้ารับการรักษาผ่าตัด เพื่อกำจัดลิ่มเลือดออกจากสมองซ่อมแซมหลอดเลือด

### การพยาบาล

#### 1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดในระยะเฉียบพลัน

1.1 การดูแลระบบทางเดินหายใจเนื่องจากตำแหน่งต่างๆของการขาดเลือดในสมองของผู้ป่วย มีผลทำให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ทำให้มีปัญหาต่อระบบทางเดินหายใจ และยังทำให้รีเฟล็กซ์ที่ป้องกันการสำลักลดลง และการที่มีภาวะพร่องออกซิเจน จะทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดได้รับความเสียหายรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นต้องคอยดูแล และประเมินการหายใจของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลผู้ป่วยให้ได้รับออกซิเจน ตามแผนการรักษา

1.2 ระบบหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการติดตามการประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดใน 24 ชั่วโมงแรก เนื่องจากภาวะสมองขาดเลือด สามารถทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และการเต้นของหัวใจผิดปกติ รวมทั้งความดันที่สูงหรือต่ำเกินไป จะมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง

1.3 การดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ โดยดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา โดยให้ในรูป Isotonic Solution ใน 24 ชั่วโมงแรก และไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคส เนื่องจากพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูง อาจมีผลทำให้ภาวะสมองขาดเลือดเลวลง

1.4 การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย เมื่อพบว่า ผู้ป่วยมีไข้ควรรีบให้การดูแล เพื่อให้อุณหภูมิของร่างกายลดลง ซึ่งพบว่า การลดไข้สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวโน้มของโรคที่ดีขึ้น เนื่องจากการที่มีอุณหภูมิร่างกายที่สูงขึ้นเกินปกติ มีผลทำให้บริเวณของสมองขาดเลือดกว้างขึ้น และทำให้ผลการรักษาแย่งลง เนื่องจากทำให้สมองต้องใช้พลังงานมากขึ้น

1.5 การดูแลและประเมินการกลืน ในผู้ป่วยบางรายที่มีความผิดปกติในสมอง อาจทำให้มีปัญหา ด้านการกลืนโดยเฉพาะการกลืนของเหลว อันจะนำมาซึ่งการสำลักและติดเชื้อในปอด ดังนั้น ควรมีการดูแลและประเมินการกลืนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม ในผู้ป่วยที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลงจำเป็นต้องงดอาหาร และน้ำทางปาก ในช่วงแรก จนกว่าจะผ่านพ้นช่วงวิกฤต (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563)

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาล การทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และเวชศาสตร์การสื่อความหมาย

3. วางแผนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม เช่น Model D-M-E-T-H-O-D เป็นต้น

#### การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล

##### 3.1 ด้านผู้ป่วย

3.1.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

3.1.2 ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน การรับประทานยา และ อาการข้างเคียงของยา การฟื้นฟูสภาพ การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น

3.1.3 ให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง

##### 3.2 ด้านครอบครัวและผู้ดูแล

3.2.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน สัญญาณอันตราย และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แหล่งประโยชน์เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และการเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที (หมายเลขโทรศัพท์ หน่วยแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ทั่วประเทศ)

3.2.2 ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันและการดูแล ผลกดทับ การดูแลให้อาหารทางสายยาง และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น

3.2.3 ให้ความรู้เรื่องอาหาร และการเตรียมอาหาร ตามแผนการรักษา

3.2.4 ให้ความรู้เรื่องการรักษา การเก็บรักษา ยา และ อาการข้างเคียงของยา

3.2.5 ให้ความรู้และประสานแหล่งประโยชน์ต่างๆ เครือข่ายชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในเรื่องต่างๆ และเพื่อการดูแลรักษาต่อเนืองตามกระบวนการส่งต่อผู้ป่วย

3.2.6 ให้คำปรึกษานับสนุนด้านจิตใจ เสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย

3.2.7 การปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อม เตรียมวัสดุและอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

3.3 ประสานการดูแลต่อเนืองร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ส่งต่อและประสานงานเครือข่าย เพื่อการติดตามการดูแลต่อเนืองที่บ้าน (ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563; มูลนิธิไทยรักษ์หัวใจ, ม.ป.ป.)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายอายุ 66 ปี มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 5 ปี รักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.ห้วยใหญ่ประวัตินาน 1 วัน สับสนและซึมเศร้าเป็นประจำ เข้ารับการรักษาเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ด้วยอาการชาซีกขวาขณะทำงาน 4 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจร่างกายแรกพบ พบระดับความรู้สึกตัว GCS 15 คะแนน (E4V5M6) รุนานตาปกติ มีอาการพูดไม่ชัด มุมปากขวาตก และอ่อนแรงแขนขาขวา (Motor Power Grade 4) แขนขาซ้ายปกติ (Motor Power Grade 5) ความดันโลหิตสูงวิกฤต 191/121 mmHg ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (NIHSS) เท่ากับ 4 คะแนน ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและ EKG ปกติ ผล CT Brain (Non contrast) ไม่พบเลือดออกในสมอง แพทย์วินิจฉัยเป็น Ischemic Stroke (โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน) รับไว้รักษาในหอผู้ป่วย

แรกวันที่ตีผู้ป่วยใน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน(E4V5M6) รุนานตาปกติ พูดไม่ชัด มุมปากขวาตก และอ่อนแรงแขนขาขวา(Motor Power Grade 4), แขนขาซ้ายปกติ(Motor Power Grade 5) วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 152/99 mmHg อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 141 mg% นอนพักศีรษะสูง 30 องศา ได้รับออกซิเจนทางจมูก (canular ) 3 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว อยู่ในช่วง 98-99 เปอร์เซ็นต์ และสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. ได้รับยา Omeprazole (20 mg): 1 tab oral OD ac ,Aspirin (300 mg): 1 tab oral OD pc ,Enalapril (20 mg): 1 tab oral OD pc ,Amlodipine (5 mg): 1 tab oral bid pc (เช้า-เย็น) ,Atorvastatin (40 mg) 1 tab oral ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาดังกล่าว ฝ้าระวังการสำลัก (NPO with medication) ติดตามอาการทางระบบประสาททุก 2 ชั่วโมง และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากพยาธิสภาพของโรค, 2) มีโอกาสเกิดการสำลักและติดเชื้อในปอดเนื่องจากมีอาการริมฝีปากตก ลิ้นแข็ง-ขา, 3) การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาซีกขวาอ่อนแรง, 4) มีโอกาสเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องไม่พบอาการอ่อนแรงเพิ่มขึ้น 11 พ.ย. 68 อาการพูดไม่ชัดลิ้นแข็ง อาการแขนขาอ่อนแรงคงที่ (Rt motor power grade 4, Lt motor power grade 5 ) ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ อยู่ในช่วง 36.4 - 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 60-94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20 - 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 122/79 - 168/95 มิลลิเมตรปรอท ได้รับออกซิเจนทางจมูก (canular ) 3 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว อยู่ในช่วง 98 - 99 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. ประสานแพทย์แผนไทยประเมินการกลืน พบว่าปกติ จึงเริ่มให้รับประทานอาหารเองได้ ทรวงตัวนั่งตักอาหารได้ดี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (FBS, Lipid, HbA1C) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ประสานนักกายภาพบำบัด เริ่มฝึกการทรงตัวยืนและเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Walker) พบว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายเล็กน้อยเมื่อออกแรง พูดช้ากว่าปกติ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22 - 24 ครั้ง/นาที วัดค่า O2 Saturation อยู่ในช่วง 96 - 97 เปอร์เซ็นต์ ประเมินความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL : Activities of Daily Living) ได้ 15/20 คะแนน 12 พ.ย. 68 อาการพูดไม่ชัดและมุมปากตกเริ่มดีขึ้นตามลำดับ ทานอาหารและยาได้เองโดยไม่สำลัก ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ควบคุมได้ 141/86 - 155/93 mmHg อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.4-36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 64 - 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-22 ครั้ง/นาที ยังคงได้รับออกซิเจนทางจมูก (canular) 3 ลิตร/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือดวัดทางปลายนิ้ว อยู่ในช่วง 98 - 99 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr. พยาบาลสุขภาพจิตเข้าประเมินและทำจิตบำบัดเรื่องการเลิกสุราและบุหรี่ ผู้ป่วยมีความตั้งใจเลิก 8/10คะแนน มีนัดทำจิตบำบัดอีกครั้ง หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์

ด้านกายภาพบำบัดพบว่าขาขวามีแรงดีขึ้น (Motor Power Grade 5) แต่แขนขวายังอ่อนแรงเท่าเดิม (Motor Power Grade 4) สามารถเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน 4 ขา (Walker) ได้ โดยไม่เหนื่อยเพิ่มขึ้น ภรรยามีส่วนร่วมในการฝึกทำกายภาพบำบัด ฝึกช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก 13 พ.ย. 68 ผู้ป่วยอาการคงที่ ไม่เหนื่อยแม้หยุดให้ออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว อยู่ในช่วง 97 เปอร์เซ็นต์ การพูดชัดขึ้นและมุมปากตกลง ขาขวาไม่มีอาการอ่อนแรง Motor power Grade 5 แขนขวายอ่อนแรงคงเดิม Motor power Grade 4 ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ อยู่ในช่วง 36.8 - 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจรอยู่ในช่วง 70 - 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 125/80 - 152/82 มิลลิเมตรปรอท ผลประเมินความสามารถพื้นฐานในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL : Activities of Daily Living) ดีขึ้น ได้ 18/20 คะแนน ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ร่วมวางแผนการจำหน่าย (Team Meeting) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความพร้อมในการจำหน่าย แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ และให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน นัดติดตามอาการ หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (27 พฤศจิกายน 2568) รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วย 4 วัน และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 4 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ จากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

##### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 13 พฤศจิกายน 2568 รวมวันที่รับไว้ดูแล 4 วัน

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ มีอาการดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะความดันโลหิตสูง ปวดศีรษะจากการสำลัก การยึดติดของข้อต่อ ภาวะขาดสารอาหารและน้ำ ที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคในขณะที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลแพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย และญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

#### 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

#### 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุมีความกระตือรือร้นทางสมอง และมีประวัติดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้สามารถประเมินอาการได้ยาก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความแม่นยำในการประเมินอาการของผู้ป่วยและรายงานแพทย์อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

#### 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ลำพังกับภรรยา กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เหมือนปกติ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพกล้ามเนื้อจากนักกายภาพ เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด

#### 9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ สมรรถนะในการประเมินอาการของโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้ครอบคลุม สามารถประสานทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

9.2 ควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลปัญหาของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยประเมินให้การดูแลอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกัน สามารถแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตามความเชี่ยวชาญของสหสาขาวิชาชีพ

#### 10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาว เรืองรอง ทองเนตร สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *Clu* ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวเรืองรอง ทองเนตร)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 12 เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....


(นางศรีสุดา ทองศักดิ์แสง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

(ลงชื่อ)  .....

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ 23 เดือน มี.ค. 2567 พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(นางสดาณี บุรณเบญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ 23 เดือน มี.ค. 2567 พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(นายเกษม สกุศลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
วันที่ 23 เดือน เม.ย. 2567 พ.ศ. ....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการ)**

---

1. เรื่อง แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปหล่อเลี้ยงซึ่งเกิดจากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบตัน หรือแตก มาจากอาการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง ส่งผลให้เซลล์สมองตายในที่สุด ทำให้เกิดอาการชาที่ใบหน้าปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขน ขา ข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง เคลื่อนไหวไม่ได้หรือเคลื่อนไหวลำบากอย่างทันทีทันใด ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ระบุว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการที่สำคัญทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่า ประชากรโลก กว่า 1 ใน 4 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไปเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2566) สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข สธ. ในปี 2567 ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากถึง 363,688 ราย เสียชีวิต 39,000 ราย จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน ปี 2565 – 2567 เท่ากับ 330.72, 349, 363 ตามลำดับ และอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนของเขต 6 ระยอง ปี 2565 – 2567 เท่ากับ 340.05, 352.40, 368.15 ตามลำดับ ซึ่งยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ทั้งนี้เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่งานผู้ป่วยนอกหรือห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีอาการแสดงหรือสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง แพทย์จะพิจารณาส่งตัวไปรักษา ณ โรงพยาบาลพญาภิรมย์คุณ และโรงพยาบาลชลบุรี พบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อการรักษาโรคได้อย่างทันที่และมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยสิ่งสำคัญที่จะส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาที่ดี คือระยะเวลาที่ผู้ป่วยเกิดอาการและมาถึงโรงพยาบาล จากการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวน 24 ราย (แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก 21 ราย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับเป็นซ้ำ 3 ราย) และพบว่ามีการเข้ารับการรักษาล่าช้า 5 ราย ที่มีปัจจัยเสี่ยงแล้วไม่ได้มาติดตามอาการตามนัด เช่นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 3 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแล้วไม่ได้มาตรวจติดตามอาการตามนัด แล้วมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแล้วมาเข้ารับการรักษาได้ล่าช้า 2 ราย ในปีงบประมาณ 2568 มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองรวม 95 ราย (แบ่งเป็น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรกทั้งหมด 95ราย) พบว่ามีการเข้ารับการรักษาล่าช้า 26 ราย มีปัจจัยเสี่ยงแล้วไม่ได้มาติดตามอาการตามนัด เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 7 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงแล้วไม่ได้มาตรวจติดตามอาการตามนัด แล้วมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองแล้วมาเข้ารับการรักษาได้ล่าช้า 2 ราย จากข้อมูลดังกล่าวจะพบว่า มีจำนวนของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ (โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม, 2565, 2566, 2567)

ปัจจุบันโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ได้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยเน้นในการพัฒนาการวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลก่อนกลับไปสู่ชุมชน ผู้ศึกษาได้มีแนวคิดนำเสนอเพื่อพัฒนางานในเรื่อง “แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ” โดยมุ่งเน้น การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง สร้างความตระหนักในการมาตรวจติดตามอาการตามนัด ทราบถึงสัญญาณเตือนของการกลับมาเป็นซ้ำ และสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที เพื่อการเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็ว ลดโอกาสการเกิดความพิการ และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง

### 3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจุบันแม้ว่าโรคหลอดเลือดสมอง จะเป็นหนึ่งในสาเหตุของการพิการและเสียชีวิต แต่พบว่าผู้ป่วยและผู้ดูแล ยังขาดความรู้ในเรื่องของโรค อาการแสดงของโรค โดยพบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเข้ารับการรักษาล่าช้า เนื่องจากไม่ทราบว่า เป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล มีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ล่าช้า รวมถึงผู้ป่วยที่เคยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองที่เคยรับการรักษาแล้ว ไม่ทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจรักษาติดตามอาการ ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองที่รุนแรงขึ้น

ในฐานะพยาบาลที่มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิด ได้พบปัญหาในการเข้าถึงความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงเกิดแนวคิดในการพัฒนาปรับปรุงงาน ในเรื่องการพัฒนาแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบการมีส่วนร่วม โดยมีการประชุมทีม เพื่อจัดทำสื่อรณรงค์ให้ความรู้ในเรื่องอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง การเข้าถึงเบอร์ฉุกเฉิน 1669 และความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เพื่อแก้ไขปัญหาในการเข้าถึง และลดการเกิดระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อให้มีผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติสุขต่อไป

#### วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ป้องกัน/ลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรค

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 ธันวาคม 2568 – 30 กันยายน 2569

#### กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
4. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
5. นำเสนอแนวคิดแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้ แนวทางกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
8. จัดทำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยและผู้ดูแล

9. นำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่จัดทำขึ้นมาใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในหน่วยงานและประเมินผล

10. สรุปผลการใช้แนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มาโรงพยาบาลได้ทันที่วงที่เมื่อมีอาการ ตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจติดตามอาการตามนัด

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ทราบถึงการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง มีคะแนนในการทำแบบทดสอบหลังชมคลิปวิดีโอเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) ..... *Clw* ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวเรืองรอง ทองเนตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..... 12 ..... เดือน ..... มกราคม ..... พ.ศ. 2569

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2567. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์, สถาบันประสาทวิทยา. (2562). แนวทางเวชปฏิบัติโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. ธนาพรรณ การพิมพ์.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (2566, 21 พฤษภาคม). ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง. กระทรวงสาธารณสุข. <https://ddc.moph.go.th>
- นิพนธ์ พวงวรินทร์. (2558). โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (พิมพ์ครั้งที่ 4). เรือนแก้วการพิมพ์.
- มูลนิธิไทยรักษ์หัวใจ. (ม.ป.ป.). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2567, จาก <https://www.thaiheartfound.org>
- โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2565). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
- โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2566). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
- โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2567). สถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2563). การพยาบาลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง. ใน คณะจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บ.ภ.), การพยาบาลผู้สูงอายุ (น. 112-145). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. (2563). แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน. <https://www.thaistroke.org>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสาวสกวเดือน เสมาวัฒนกิจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๓๘๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๓๘๒๐	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การประเมินประสิทธิภาพของแบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	จกน				

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ระยะเวลาดำเนินการ : ตั้งแต่วันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2568 รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

**โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)** เป็นการอักเสบของเนื้อปอดที่เกิดจากการติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นแบคทีเรีย ไวรัส หรือเชื้อรา ส่งผลให้ถุงลมปอดคั่งไปด้วยหนองและสารคัดหลั่ง ทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หากเชื้อลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดจะเกิดภาวะ ติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อรุนแรงจนทำให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ หากไม่ได้รับการรักษาทันที่อาจเข้าสู่ภาวะช็อก (Septic Shock) และเสียชีวิตได้ (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2564)

**พยาธิสภาพของโรค (Pathophysiology)** เมื่อเชื้อโรคหลุดรอดผ่านกลไกการป้องกันของร่างกายเข้าไปถึงถุงลม (Alveoli) เชื้อจะเริ่มแบ่งตัวและปล่อยสารพิษกระตุ้นให้เกิด ปฏิกิริยาการอักเสบ (Inflammatory response) อย่างรุนแรง ส่งผลให้หลอดเลือดฝอยรอบถุงลมขยายตัวและผนังหลอดเลือดมีความสามารถในการซึมผ่านเพิ่มขึ้น (Increased capillary permeability) ทำให้เม็ดเลือดขาว สารน้ำ และโปรตีนจากเลือดไหลทะลักเข้าสู่ช่องว่างในถุงลมเกิดเป็นสารคัดหลั่งจากการอักเสบ (Exudate) หรือหนองสะสมภายในปอด กระบวนการนี้ทำให้เนื้อปอดที่เคยเต็มไปด้วยอากาศเกิดความหนาแน่นและแข็งตัวขึ้นที่เรียกว่าภาวะ Consolidation (อมรรักษ์ งามสวย, 2563) ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนก๊าซ (Impaired gas exchange) ระหว่างถุงลมและหลอดเลือดฝอย ทำให้เกิดภาวะความไม่สมดุลระหว่างการระบายอากาศและการไหลเวียนเลือด (Ventilation-Perfusion Mismatch หรือ V/Q Mismatch) ในลักษณะที่มีเลือดไหลผ่านปอดแต่ไม่สามารถรับออกซิเจนได้ (Intrapulmonary Shunting) ส่งผลให้ระดับออกซิเจนในกระแสเลือดแดงลดต่ำลงหรือเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) (อมรรักษ์ งามสวย, 2563) ซึ่งหากร่างกายไม่สามารถจำกัดการติดเชื้อได้ เชื้ออาจแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ (Septic shock) และภาวะล้มเหลวของอวัยวะหลายระบบในที่สุด (วารุณี มีหลาย และ อมรรัตน์ การะมี, 2559)

### สาเหตุของโรค

โรคปอดอักเสบเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือการติดเชื้อ แต่ในทางพยาธิสรีรวิทยาและระบาดวิทยาจะจำแนกตามต้นเหตุได้ดังนี้ (สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย, 2564)

1. การติดเชื้อ (Infectious Causes) เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อปอด แบ่งตามชนิดของเชื้อก่อโรคได้แก่: เชื้อแบคทีเรีย (Bacterial Pneumonia): เป็นสาเหตุที่พบบ่อยและมักมีความรุนแรง เชื้อที่พบบ่อยที่สุดคือ *Streptococcus pneumoniae* นอกจากนี้ยังมีเชื้อกลุ่ม Gram-negative เช่น *Klebsiella pneumoniae* หรือ *Escherichia coli* (มักพบในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือสำลัก) เชื้อไวรัส (Viral Pneumonia): เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Influenza), Respiratory Syncytial Virus (RSV) และ SARS-CoV-2 (COVID-19) ซึ่งอาจ

ก่อให้เกิดการอักเสบโดยตรงหรือนำไปสู่การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน เชื้อรา (Fungal Pneumonia): มักพบในผู้ป่วยที่มีระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง หรือผู้ที่สูดดมสปอร์ของเชื้อราจากสิ่งแวดล้อมในปริมาณมาก

2. การสำลัก (Aspiration) เกิดจากการสำลักอาหาร น้ำดื่ม หรือสิ่งคัดหลั่งจากปากและจมูก รวมถึงกรดจากกระเพาะอาหารลงสู่ปอด (Aspiration Pneumonia) ทำให้เกิดการระคายเคืองทางเคมีและตามมาด้วยการติดเชื้อแบคทีเรียที่ปนเปื้อนมาจากการสำลัก

3. สารเคมีและมลภาวะ (Chemical and Environmental Factors) การสูดดมสารระคายเคืองเข้าไปในปอดเป็นเวลานานหรือในปริมาณมาก เช่น ก๊าซพิษหรือสารเคมี: ทำให้เนื้อเยื่อปอดอักเสบโดยตรง (Chemical Pneumonitis) ฝุ่นละอองและควัน: มลพิษทางอากาศ ควันบุหรี่ หรือฝุ่นจากการทำงานกลางแจ้ง ซึ่งทำหน้าที่เป็นสารระคายเคืองเรื้อรัง ส่งผลให้กลไกการป้องกันตนเองของทางเดินหายใจ (เช่น Mucociliary clearance) โดยประสิทธิภาพลง ทำให้ปอดติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

4. ปัจจัยส่งเสริมและบุคคล (Risk Factors) แม้จะมีเชื้อโรค แต่ร่างกายจะมีกลไกป้องกัน (Defense mechanism) หากปัจจัยเหล่านี้บกพร่องจะทำให้เกิดโรคได้ง่ายขึ้น อายุ: เด็กเล็กและผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) มีระบบภูมิคุ้มกันที่ไม่แข็งแรงพอ โรคประจำตัว: เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD), เบาหวาน, หรือโรคหัวใจ พฤติกรรมสุขภาพ: การสูบบุหรี่จัด การดื่มสุราเรื้อรัง (ทำให้กลไกการไอและการกำจัดเชื้อโรคเสียไป) หรือภาวะทุพโภชนาการ

กลไกการเข้าสู่ปอดของเชื้อโรค เชื้อโรคสามารถเข้าสู่เนื้อปอดได้ผ่าน 3 ทางหลัก การสูดดม (Inhalation): สูดเอาละอองฝอยที่มีเชื้อโรคในอากาศเข้าไปถึงระดับถุงลม การสำลัก (Aspiration) เชื้อที่เป็นเชื้อประจำถิ่นในลำคอหรือช่องปากถูกสำลักลงสู่ปอด ทางกระแสเลือด (Hematogenous spread): การติดเชื้อจากอวัยวะอื่นในร่างกายแล้วเชื้อแพร่กระจายผ่านเลือดมาที่ปอด

#### อาการและอาการแสดง

อาการของโรคปอดอักเสบติดเชื้อมีความหลากหลายขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อก่อโรคและสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยมีอาการสำคัญที่สัมพันธ์กับกระบวนการอักเสบและการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (อ้างอิง) ดังนี้

1. **อาการทางระบบหายใจ:** ผู้ป่วยมักมีอาการไอ (Cough) ซึ่งอาจเป็นไอแห้งในระยะแรกและเปลี่ยนเป็นไอมีเสมหะ (Productive cough) ที่มีลักษณะข้น ชัน หรือเปลี่ยนสีตามชนิดของเชื้อ นอกจากนี้ยังมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) หายใจเร็ว (Tachypnea) และอาจมีอาการเจ็บหน้าอกขณะหายใจเข้าลึกๆ (Pleuritic chest pain) ซึ่งเกิดจากการอักเสบที่ลุกลามไปถึงเยื่อหุ้มปอด (อมรรักษ์ งามสวย, 2563)
2. **อาการทางระบบทั่วไป (Systemic symptoms):** การตอบสนองต่อการติดเชื้อทำให้เกิดอาการไข้ (Fever) หนาวสั่น (Chills) อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามตัว และเบื่ออาหาร ในผู้สูงอายุอาจพบอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น สับสน เฉื่อยชา หรือระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสัญญาณอันตรายที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด (สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2566)
3. **อาการแสดงจากการตรวจร่างกาย:** จากการเคาะปอดมักได้เสียงทึบ (Dullness) บริเวณที่มีการแข็งตัวของเนื้อปอด (Consolidation) และเมื่อฟังปอดจะพบเสียงผิดปกติชนิด Crackles หรือ Rhonchi (อมรรักษ์ งามสวย, 2563)

## การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคปอดอักเสบติดเชื้อ (Diagnosis of Pneumonia) ต้องอาศัยการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันพยาธิสภาพ ดังนี้

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกาย พบอาการสำคัญคือ ไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ และเจ็บหน้าอกเวลาหายใจ เมื่อฟังปอดมักได้ยินเสียงผิดปกติชนิด Crackles หรือ Bronchial breath sounds ในบริเวณที่มีการอักเสบ ( อมรรักษ์ งามสวย, 2563)
2. การถ่ายภาพรังสีทรวงอก (Chest X-ray) เป็นวิธีการสำคัญในการยืนยันการวินิจฉัย โดยจะพบรอยโรคที่มีลักษณะเป็นเงาขาว (Infiltrates หรือ Opacity) ในบริเวณเนื้อปอดที่เป็นปอดอักเสบ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะ Consolidation (สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2566)
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) มักพบจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น (Leukocytosis) และมี Neutrophil สูงกว่าปกติ บ่งบอกถึงการติดเชื้อแบคทีเรีย
4. การตรวจทางจุลชีววิทยา การย้อมเชื้อและการเพาะเชื้อจากเสมหะ (Sputum Gram stain and Culture) รวมถึงการเพาะเชื้อจากเลือด (Blood culture) เพื่อระบุชนิดของเชื้อก่อโรคและทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ (วารุณี มีหลาย และ อมรรัตน์ การะมี, 2559)
5. การประเมินความรุนแรง ใช้เกณฑ์มาตรฐาน เช่น CURB-65 Score (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, Age 65) เพื่อช่วยในการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลหรือหอผู้ป่วยวิกฤต (สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2566)

## การรักษา

การรักษาโรคปอดอักเสบติดเชื้อ (Treatment and Management) เป้าหมายหลักของการรักษาคือการกำจัดเชื้อก่อโรคและการประคับประคองการทำงานของระบบหายใจ ประกอบด้วย

1. การรักษาด้วยยา (Pharmacological Therapy)
  - 1.1. ยาปฏิชีวนะ (Antibiotics) เป็นการรักษาหลัก โดยแพทย์จะเริ่มให้ยาตามความเหมาะสมของเชื้อที่คาดว่าเป็นสาเหตุ (Empiric therapy) และปรับเปลี่ยนตามผลเพาะเชื้อในภายหลัง (Hinkle & Cheever, 2021) การบริหารยาให้ตรงเวลาเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลเพื่อคงระดับยาในกระแสเลือด (วารุณี มีหลาย และ อมรรัตน์ การะมี, 2559)
  - 1.2. ยารักษาตามอาการ เช่น ยาละลายเสมหะ (Mucolytics) ยาขยายหลอดลม (Bronchodilators) และยาลดไข้ (Antipyretics) (สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2566)
2. การบำบัดด้วยออกซิเจน (Oxygen Therapy) ให้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) เพื่อรักษาความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย โดยพิจารณาตามความรุนแรง ตั้งแต่อุปกรณ์ให้ออกซิเจนแบบธรรมดาไปจนถึงการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Mechanical Ventilation) (อมรรักษ์ งามสวย, 2563)
3. การดูแลด้านสารน้ำและโภชนาการ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอช่วยลดความเหนียวของเสมหะและป้องกันภาวะขาดน้ำจากการมีไข้ ( อมรรักษ์ งามสวย, 2563 ) และการให้สารอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูงเพื่อช่วยในการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน (กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

## การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบติดเชื้อเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ และการกำจัดสิ่งอุดกั้นในทางเดินหายใจ โดยมีแนวทางปฏิบัติทางวิชาการดังนี้

1. การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซและการหายใจ: จัดท่านอนศีรษะสูง (Semi-fowler's position) เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา และติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (ปกติ > 94%) พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการเหนื่อยหอบอย่างใกล้ชิด ( วารุณี มีหลาย และ อมรรัตน์ การะมี, 2559 )
2. การกำจัดเสมหะและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง: กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำหายใจเข้าลึกๆ (Deep breathing) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective coughing) เพื่อขับเสมหะออกจากทางเดินหายใจ (Airway clearance) รวมถึงสนับสนุนการดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 2.5–3 ลิตรต่อวัน (หากไม่มีข้อห้าม) เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกได้ง่ายขึ้น ( อมรรักษ์ งามสวย, 2563 )

การควบคุมการติดเชื้อและการรักษาตามแผนการแพทย์ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตรงตามเวลา เพื่อให้ระดับยาในเลือดคงที่ในการกำจัดเชื้อก่อโรคตามแนวทางเวชปฏิบัติ (สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2566) พร้อมทั้งติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผลเพาะเชื้อเสมหะ (Sputum culture) และจำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC count) เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษา ( กระทรวงสาธารณสุข, 2567)

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 39 ปี มาด้วยอาการไข้สูง หนาวสั่น และไอมีเสมหะต่อเนื่องมา 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ เหนื่อยมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล (14 พฤศจิกายน 2568) แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน BT 38.7C HR 112/min RR 22/min BP 121/80 mmHg SOS score 4 คะแนน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ (WBC 21,620 cell/cu.mm) และผลภาพรังสีทรวงอก (Chest x-ray) พบปอดอักเสบที่บริเวณปอดขวาล่าง (Infiltration RLL) ตรวจพบ Blood Lactate 6.7 mmol/L บ่งชี้ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) แพทย์จึงให้การรักษาโดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS 1,000 ml IV load และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 g IV OD ร่วมกับ Clarithromycin ชนิดรับประทาน แรกรับที่หอผู้ป่วยในระยะวิกฤต ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแต่มีอาการอ่อนเพลียมาก อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิต 118/77 มิลลิเมตรปรอท MAP = 91 mmHg ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดและติดตามค่า Blood Lactate ทุก 4 ชั่วโมง พบว่าค่อยๆ ลดลงตามลำดับจาก 2.6 จนเข้าสู่ระดับปกติที่ 1.6 mmol/L

ในวันที่สองของการรักษา 15 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยยังมีอาการไอและเสมหะเหนียวข้น แพทย์จึงให้ยาพ่นขยายหลอดลม (Berodual NB) ทุก 4-6 ชั่วโมง และยาละลายเสมหะ (Bromhexine และ fluimucil) สัญญาณชีพเริ่มคงที่ อุณหภูมิกายลดลง 36.8 – 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ สามารถหายใจได้เองในอากาศปกติ (Room air) RR 20-22/min โดยค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO2) อยู่ที่ 98-99 เปอร์เซ็นต์

วันต่อมา 16 พฤศจิกายน 2568 อาการทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้นมาก ไม่มีไข้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง 17 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยยังคงอ่อนเพลียเล็กน้อย มีไข้ แพทย์จึงพิจารณาปรับลดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเหลือ 60 ml/hr และเพิ่มแผนการรักษาเป็นยาปฏิชีวนะชนิดรับประทาน (Doxycycline) ในวันที่ 18 พฤศจิกายน 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และให้ยาไปรับประทานต่อเนื่อง ได้แก่ Doxycycline, ยาละลายเสมหะ และยาลดไข้พาราเซตามอล รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยทั้งหมด 5 วัน

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

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 นำข้อมูลที่ได้นำรวบรวม 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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยในใช้เป็นแนวทางในการประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 14 พฤศจิกายน 2568 ถึงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2568 รวมวันที่รับไว้ดูแล 5 วัน

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อและภาวะระบบทางเดินหายใจล้มเหลว แพทย์สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ และการรับประทานยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา และมีความพึงพอใจในการบริการพยาบาล

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการให้การพยาบาลและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อรุนแรงในหน่วยงาน ส่งผลให้การประเมินอาการพยากรณ์โรคทำได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดสภาวะวิกฤตและลดระยะเวลาการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยมีสภาวะวิกฤตในระยะแรกรับจากการพบค่า blood lactate สูง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดสภาวะช็อก ความยุ่งยากคือ การต้องติดตามสัญญาณชีพและผลทางห้องปฏิบัติการอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องทุก 4 ชั่วโมงในระยะแรก การบริหารจัดการสารน้ำปริมาณมากตามแผนการรักษาต้องทำควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่อระบบหัวใจและปอด นอกจากนี้ผู้ป่วยมีปัญหาการระบายเสมหะที่ทำได้ยากเนื่องจากเสมหะเหนียวข้น จึงต้องอาศัยเทคนิคการพยาบาลฝึกการหายใจและกระตุ้นการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อช่วยระบายทางเดินหายใจให้โล่ง

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมและการทำงานที่ต้องสัมผัสฝุ่นควันเป็นประจำ ทำให้ระบบทางเดินหายใจมีการอักเสบเรื้อรัง ในช่วงแรกของการรักษาผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมากและมีความวิตกกังวลสูง ส่งผลให้ความร่วมมือในการฝึกไอขับเสมหะทำได้ไม่เต็มที่ในช่วงต้น นอกจากนี้ข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อมที่ที่พักอาศัยอาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นส่งผลต่อการหายใจของโรคและการกลับเป็นซ้ำ

## 9. ข้อเสนอแนะ

- 1) เน้นย้ำความสำคัญของการรับประทานยาปฏิชีวนะให้ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการดื้อยา
- 2) สอนและสาธิตเทคนิคการไออย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับการจิบน้ำบ่อยๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะ และประเมินทักษะของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
- 3) ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เช่น การหลีกเลี่ยงควันไฟ ฝุ่นละออง และการงดสูบบุหรี่หรือยาเส้น
- 4) แนะนำวิธีการสังเกตอาการเตือนรุนแรงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที เช่น ไข้กลับมาสูง ไอหอบเหนื่อยมากขึ้น หรือมีอาการซึมลง โดยสามารถแจ้งเหตุฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

## 10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวสกวเดือน เสมาวัดนกิจ สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... สัทภณรัตน์ ..... ผู้ขอประเมิน  
 ( นางสาวสกวเดือน เสมาวัดนกิจ )  
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
 วันที่ 12 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569 .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)  .....

(นางศรีสุดา ทองศักดิ์แสง )

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ 13 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ)  .....

(นางพิชญภา สายนภา )

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๙ พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(...นางสดานี บุรณเบญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน ๒๓ มี.ค. ๒๕๖๙ พ.ศ. ....

(ลงชื่อ)  .....

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

(ตำแหน่ง) .....  
วันที่ ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๙ พ.ศ. ....

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน**  
**(ระดับชำนาญการ)**

---

1. เรื่อง การประเมินประสิทธิภาพของแบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock แผนกผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

**2. หลักการและเหตุผล**

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะที่มีความรุนแรงและเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการทำงานล้มเหลวของอวัยวะสำคัญหลายระบบ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร บุคลากร และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต หากไม่สามารถประเมิน วินิจฉัย และให้การดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับที่สูงกว่า หรือเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล

จากการทบทวนสถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2565–2567) ของโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม (สถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการเสียชีวิตปีงบประมาณ 2565-2567) พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2565 มีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 4.73 และลดลงเป็นร้อยละ 3.53 และ 2.56 ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 ตามลำดับ แม้แนวโน้มอัตราการเสียชีวิตจะลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 2 ปีหลัง แต่ยังคงสะท้อนให้เห็นว่าภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในปัจจุบัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาแบบเฝ้าระวังและเกณฑ์การรายงานแพทย์ให้มีความเป็นระบบ ชัดเจน และเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ผู้จัดทำจึงได้พัฒนาแบบฟอร์มเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis และเกณฑ์การรายงานแพทย์ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจของพยาบาล และนำมาประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้งาน อันจะช่วยลดความล่าช้า เพิ่มความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น และยกระดับคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงานอย่างยั่งยืน

### 3. บทวิเคราะห์/ แนวคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### 3.1 บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่าสาเหตุสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดที่ยังไม่เป็นระบบ ได้แก่ การขาดระบบเฝ้าระวังและเกณฑ์การรายงานแพทย์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การประเมินอาการของพยาบาลยังมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์และความชำนาญของแต่ละบุคคล รวมถึงการบันทึกและติดตามข้อมูลที่ยังไม่เป็นรูปแบบเดียวกัน ส่งผลให้การสื่อสารข้อมูลระหว่างพยาบาลและแพทย์ในบางสถานการณ์ขาดความชัดเจนและครบถ้วน นอกจากนี้บริบทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านบุคลากร เครื่องมือ และระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต รวมถึงภาระงานที่ค่อนข้างสูงในช่วงเวลา ทำให้การดูแลผู้ป่วย Sepsis ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและเป็นระบบมากยิ่งขึ้น หากยังขาดเครื่องมือสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดความล่าช้าและความไม่ต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยได้ จากการวิเคราะห์ดังกล่าว สรุปได้ว่า ปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด คือ การขาดระบบเฝ้าระวังและเกณฑ์การรายงานแพทย์ที่ชัดเจน เป็นมาตรฐานเดียวกัน และสอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพการดูแลรักษา

#### 3.2 แนวความคิด

ผู้จัดทำนำแนวคิดการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) มาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมุ่งเน้นการดูแลในระยะเริ่มต้นอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) ในการคัดกรอง ประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลอย่างเป็นระบบ และยังนำแนวคิดด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) มาใช้เป็นหลักในการออกแบบฟอร์มเฝ้าระวังและเกณฑ์การรายงานแพทย์ เพื่อช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการปฏิบัติงาน และเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจของบุคลากรทางการพยาบาล สามารถนำไปใช้ได้จริง เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และสามารถพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อย่างยั่งยืน แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในปัจจุบัน ซึ่งเน้นการประเมินอาการอย่างรวดเร็ว การรายงานแพทย์อย่างทันที่ และการให้การรักษาในระยะเริ่มต้นอย่างเหมาะสม อันมีผลต่อการลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย

#### 3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากการวิเคราะห์ปัญหาและแนวคิดในการพัฒนา ผู้จัดทำเสนอให้มีการจัดทำและนำแบบฟอร์มเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis และเกณฑ์การรายงานแพทย์มาใช้เป็นมาตรฐานในแผนกผู้ป่วยใน เพื่อให้พยาบาลสามารถคัดกรอง ประเมิน ติดตามอาการ และรายงานแพทย์ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นระบบเดียวกัน รวมทั้งจัดให้มีการอบรมและชี้แจงแนวทางการใช้งานแก่บุคลากรอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามประเมินผลการใช้งานเป็นระยะ เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนาแนวทางให้เหมาะสมยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นในการนำแนวทางไปใช้ ได้แก่ ภาระงานของบุคลากรทางการพยาบาล ความแตกต่างด้านประสบการณ์และความชำนาญของบุคลากร รวมถึงข้อจำกัดด้านทรัพยากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งอาจส่งผลต่อความต่อเนื่องและประสิทธิภาพในการดำเนินงาน แนวทางแก้ไข คือ การส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทาง การจัดระบบพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาแก่บุคลากรใหม่ การออกแบบแบบฟอร์มให้มีความกระชับ

ใช้งานง่าย และสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง รวมทั้งมีการติดตาม ประเมินผล และทบทวนแนวทางอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การนำแนวทางไปใช้เกิดความต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิภาพของแบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ในการส่งเสริมให้การประเมินอาการและการรายงานแพทย์ของพยาบาลมีความถูกต้อง เป็นระบบ และเป็นแนวทางเดียวกัน ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

2. เพื่อประเมินผลของการใช้แบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วย โดยมุ่งลดอัตราการเสียชีวิตและลดการส่งต่อลำช้าผู้ป่วย Sepsis/Septic shock

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ธันวาคม 2568 – 30 กันยายน 2569

### กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ที่เข้ารับการรักษาระยะนอนโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษากระบวนการดูแลรักษา รวมถึงการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะนอนโรงพยาบาลในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด แนวทางการประเมินผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระยะนอนโรงพยาบาล และแนวทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดระยะนอนโรงพยาบาล
4. จัดทำแนวทางการดูแลและเกณฑ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดระยะนอนโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการดูแลและเกณฑ์การเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โดยอธิบายรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางให้หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานทราบ
6. เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ประสานงานกับบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการนำไปใช้
7. เตรียมเอกสารแนวทางการดูแลและแบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock แผนกผู้ป่วยในและเอกสารประกอบการใช้งานในหน่วยงาน
8. จัดทำแบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และแบบประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย
9. นำแนวทางการใช้แบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock แผนกผู้ป่วยในที่ทำขึ้นไปใช้ในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม และประเมินผลการนำไปใช้
10. สรุปผลการใช้แบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis/Septic shock แผนกผู้ป่วยใน และวิเคราะห์ข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องที่พบ เพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาแนวทางให้มีความเหมาะสมและยั่งยืน

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดขณะนอนโรงพยาบาลที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษร และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางเดียวกันในหน่วยงาน

4.2 พยาบาลวิชาชีพสามารถนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และต่อเนื่อง

4.3 ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการคัดกรอง ประเมิน และดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะแรก ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในต้องปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดขณะนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 100

(ลงชื่อ) ..... ศ.ภก. เสงี่ยม ..... ผู้ขอประเมิน

( นางสาวสกวเดือน เสมาวัดนกิจ )

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ...12... เดือน ...สิงหาคม... พ.ศ. 2569...

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในปอดและทางเดินหายใจ. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วารุณี มีหลาย และ อมรรัตน์ การะมี. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ: บทบาทพยาบาลในการจัดการยาปฏิชีวนะและทางเดินหายใจ. วารสารเกื้อการุณย์, 23(2), 145–160.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2565). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. ผู้แต่ง.
- สมาคมอุบัติเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติการวินิจฉัยและรักษาภาวะวิกฤตทางระบบหายใจ. ปัญจมิตร.
- สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. (2564). แนวทางการรักษาภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและช็อกจากการติดเชื้อ (Sepsis and Septic Shock Management). ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2566). แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) สำหรับสถานพยาบาล. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2565). สถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2565. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม.
- หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2566). สถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2566. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม.
- หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม. (2567). สถิติผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอัตราการเสียชีวิต ปีงบประมาณ 2567. โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม.
- อมรรักษ์ งามสวย. (2563). การพยาบาลอายุรศาสตร์: ระบบหายใจ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., ... Levy, M. M. (2021). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Medicine*, 47(11), 1181–1247.  
<https://doi.org/10.1007/s00134-021-06506-y>
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2021). *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (15th ed.). Wolters Kluwer.
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., ... Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315(8), 801–810. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.0287>

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๖	นางสาวมนพัทธ์ รื่นเรือง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๕๒๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๕๒๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนาความรู้เรื่องการคัดแยกระดับความรุนแรงด่วนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	สุภาว				

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 7.30 น. ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน 4 ชั่วโมง 30 นาที

### 3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Ischemic Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดออกซิเจนและเลือดไปเลี้ยง โดยเกิดการหนาตัวของผนังหลอดเลือดจากการมีไขมันมาสะสมตามผนังหลอดเลือด ทำให้เลือดไหลผ่านไปได้น้อยลง ซึ่งถ้าเกิดการสะสมและหนามาก จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เกิดความเสียหายต่อบริเวณนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง เดินเซ ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวโดยฉับพลัน ซึ่งในบางรายอาจกลายเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีอาการผิดปกติ เช่น ตามองไม่เห็น ซากิ่งซีก เป็นต้น แต่หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่หวังก็จะมีโอกาสฟื้นฟูสภาพร่างกาย กลับสู่สภาวะปกติได้เร็วขึ้น ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ (รับวาสน์ มั่นจิต,2568)

### พยาธิสภาพของโรค

หลอดเลือดสมองตีบ เป็นผลมาจากการอุดตันจากก้อนเลือด หรือลิ่มเลือดที่หลุดจากผนังของหัวใจหรือลิ้นหัวใจ และภาวะผนังหลอดเลือดแข็งตัว (atherosclerosis) เมื่อเกิดการอุดตันทันทีทันใด ทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เซลล์ประสาทจะค่อยๆ ตายลงใน 6 – 8 ชั่วโมง เนื้อสมองบวมจากการสูญเสีย Blood brain barrier อาจทำให้ความดันในช่องกะโหลกสูงขึ้นจนมีการกดเบียดก้านสมองหรือการอุดตันการไหลเวียนของน้ำไขสันหลัง (สถาบันประสาทวิทยา,2567) ซึ่งการขาดเลือดทำให้เซลล์สมองได้รับความเสียหายจากการไม่มีระบบการไหลเวียนของเลือด การขาดเลือดที่รุนแรงเป็นสาเหตุการตายของเซลล์ประสาทและสมอง ซึ่งค่าปกติของอัตราการไหลเวียนโลหิตในสมองจะอยู่ในช่วง 50 - 55 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของการขาดเลือดอยู่ในช่วง 6 - 10 มิลลิลิตรต่อ 100 กรัมของน้ำหนักเนื้อสมองต่อนาที โดยเซลล์ประสาทในตำแหน่งการขาดเลือดที่พบใหม่ จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติระหว่างที่มีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติได้ ถ้าสามารถช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้อย่างรวดเร็วภายในช่วงเวลาสำคัญของการรักษาและช่วงเวลาของการฟื้นฟูหรือช่วงเวลาทอง (Golden period) ระยะเวลา 3 – 4.5 ชั่วโมง ภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ (สุภารัตน์ วินิจปรัชชากุล,2561)

### สาเหตุของโรค

สาเหตุของการเกิดหลอดเลือดสมองตีบ (สุภารัตน์ วินิจปรัชชากุล,2561) ได้แก่

1. Large vessel atherosclerosis เกิดจากภาวะหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่แข็ง ทำให้หลอดเลือดตีบหรืออุดตันและจะพบภาวะนี้ในผู้มีปัจจัยเสี่ยง คือ สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่จัด
2. Cardioembolism เกิดจากลิ่มเลือดหัวใจอุดตันหลุดลอยไปอุดตันหลอดเลือดสมอง พบได้ประมาณร้อยละ 20 ของโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันโดยมีสาเหตุมาจากโรคหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อย นอกจากนี้ยังพบในโรคหัวใจชนิดอื่นๆ เช่น patent foramen ovale (PFO), valvular disease, ventricular thrombi, myocardial infarction, congestive heart failure, atrial septal aneurysm and other cardiac problem และยังพบว่า atherosclerosis และ atherogenic plaques ของ proximal aorta เป็นแหล่งกำเนิดของการเกิด cardiac emboli และ atherogenic plaques ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในหลอดเลือด coronary ในหัวใจ และที่ทางแยกของ aorta ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงและ atrial fibrillation ซึ่ง unstable plaques สามารถหลุดออกกลายเป็น micro emboli ไปยังหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน

3. Small vessel disease (lacunar infarction) โรคของหลอดเลือดแดงขนาดเล็กตีบหรืออุดตัน เกิดจากหลอดเลือดปลายสุดที่ไม่มีแขนงต่อไป ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น small artery occlusion จะมีลักษณะอาการของ lacunar syndrome โดยไม่มีอาการของ cortical signs ภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain scan) ควรปกติหรือมีรอยโรคบริเวณ subcortical หรือ brainstem ที่มีขนาดเล็กกว่า 1.5 เซนติเมตร และไม่ควรรพบหลักฐานของลิ่มเลือดหัวใจหรือการตีบของหลอดเลือดขนาดใหญ่มากกว่า 50%

#### อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยจะมีอาการเกิดขึ้นทันที โดยอาจจะแสดงอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือมีอาการร่วมกัน หากผู้ป่วยมีอาการกลับคืนมาเป็นปกติภายใน 24 ชั่วโมง เรียกว่า TIA (Transient Ischemic Attack) หรือ Mini stroke อาการและอาการแสดง (สุภารัตน์ วินิจปริชากุล, 2561) ได้แก่

1. ชาหรืออ่อนแรงที่ใบหน้าและ/หรือบริเวณแขนขาครึ่งซีกของร่างกาย
2. พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว มุมปากตก น้ำลายไหล กลืนลำบาก
3. ปวดศีรษะ เวียนศีรษะทันทีทันใด บางครั้งอาจมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง
4. ตามัว มองเห็นภาพซ้อนหรือเห็นครึ่งซีก หรือตาบอดข้างเดียวทันทีทันใด
5. เดินเซ ทรงตัวลำบาก

อาการและอาการแสดงแบ่งตามตำแหน่งของหลอดเลือดที่มีการอุดตัน (สุภารัตน์ วินิจปริชากุล, 2561) แบ่งออกเป็น 5 ประเภท คือ

1. Middle cerebral artery (MCA) การอุดตันของหลอดเลือดในสมองข้าง dominant hemisphere มักไม่มีอาการหมดสติ แต่จะมีอาการอ่อนแรงครึ่งซีก มีภาวะ aphasia หรือ dysphasia การอุดตันของหลอดเลือดนี้ในสมองข้าง non-dominant hemisphere จะเพิกเฉยต่อความพิการที่เกิดขึ้น (neglect syndrome)

2. Internal carotid artery (ICA) การอุดตันบริเวณนี้ ส่งผลให้มีอาการพร่องทางด้านระบบประสาท-สั่งการ หรือระบบประสาทรับรู้ความรู้สึกด้านตรงข้าม

3. Anterior cerebral artery (ACA) การอุดตันของหลอดเลือดนี้ อาจมีอาการสับสน อ่อนแรง ชา (โดยเฉพาะบริเวณขา) ข้างที่อ่อนแรง เท้าตก ไม่สามารถควบคุมการ ขับถ่ายได้ ระบบประสาท สั่งการและการรับรู้บกพร่อง

4. Vertebrobasilar artery การอุดตันของหลอดเลือดนี้ จะมีความบกพร่องในการรับรู้ความเจ็บปวด และอุณหภูมิที่ใบหน้าซีกเดียวกับรอยโรค

5. Posterior cerebral artery การอุดตันของหลอดเลือดจะมีความผิดปกติในการรับรู้ความรู้สึกครึ่งซีก อาจสูญเสียความทรงจำ บกพร่องลานสายตา การรับรู้บกพร่อง มีความยากในการอ่าน (dyslexia)

#### การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค สามารถทำได้โดยมีการตรวจวินิจฉัยร่วมกันระหว่างการตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สุภารัตน์ วินิจปริชากุล, 2561) ได้แก่

##### 1. การวินิจฉัยโรคโดยการซักประวัติและตรวจร่างกาย

1.1 การซักประวัติ ถ้ามถึงอาการแสดงที่เริ่มเป็น เช่น อาการชา อ่อนแรง ปวดศีรษะ อาการร่วมอื่นๆ โรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ประวัติการสูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิด การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ประวัติที่มีความผิดปกติของระบบการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ตามองเห็นภาพซ้อน เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย ต้องประเมินสัญญาณชีพ การตรวจทางระบบประสาท การประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยแบบประเมิน National institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)

## 2. การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมทางรังสีวิทยาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยบอกสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งช่วยในการตัดสินใจการรักษาในระยะเฉียบพลัน การตรวจที่สำคัญที่ควรทำในระยะแรก คือ การตรวจเพื่อหาสาเหตุต่างๆ เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (blood sugar) มีความจำเป็นมากเพื่อแยกภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การตรวจการทำงานของไต (BUN,Cr) การตรวจระดับเกลือแร่ในเลือด (Serum electrolytes) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (complete blood count: CBC) การตรวจระดับไขมันในเลือด (lipid profile) และการตรวจการแข็งตัวของเลือด PT,PTT,INR มีความจำเป็นต้องตรวจในผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ

2.2 การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram : EKG) เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับโรคหัวใจโดยเฉพาะ atrial fibrillation (AF) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดตันยังหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้บางครั้งยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอาจมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันร่วมด้วย

2.3 การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) สามารถแยกภาวะสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมองได้อย่างชัดเจน สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองขาดเลือดจะพบมีความผิดปกติเป็นบริเวณสีเทาต่ำ (hypodensity area) และอาจมีการบวมของสมองร่วมด้วย

2.4 การตรวจหลอดเลือดที่คอ (carotid duplex ultrasounds) เป็นการตรวจหลอดเลือดใหญ่ที่คอด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง เพื่อตรวจดูการไหลเวียนเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมองและตรวจหลอดเลือดว่ามีคราบหินปูนหรือคราบไขมัน (plaque) เกาะอยู่ภายในหลอดเลือดหรือไม่ และสามารถวัดขนาดของ plaque ได้เพราะเมื่อมีการหนาตัวมากขึ้น จะทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกและอาจทำให้เส้นเลือดที่ขึ้นไปเลี้ยงสมองเกิดการตีบหรือตัน การตรวจวิธีนี้สามารถช่วยในการประเมินผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตัน และช่วยในการวินิจฉัยติดตามสภาพของหลอดเลือดในสมองของผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำได้

2.5 การตรวจ CTA brain (CT angiography brain) ใช้วิธีการตรวจจับภาพการไหลของสารทึบแสงที่ไหลผ่านหลอดเลือดภายในและภายนอกกะโหลกศีรษะ แสดงให้เห็นภาพหลอดเลือดขนาดกลางและขนาดใหญ่ ใช้หาตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่ตีบหรืออุดตัน แต่การตรวจนี้ไม่สามารถบอกความเร็วหรือทิศทางของการไหลเวียนเลือดได้

2.6 การตรวจการทำงานของหัวใจ (echocardiogram) การตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูงด้วยหลักการสะท้อนกลับของคลื่นเสียงความถี่สูง ซึ่งจะส่งผ่านผนังทรวงอกไปถึงหัวใจโดยหัวตรวจชนิดพิเศษ เพื่อคลื่นเสียงความถี่สูงผ่านอวัยวะต่างๆจะเกิดสัญญาณสะท้อนกลับ การตรวจจะช่วยให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค ตรวจหาความรุนแรงรวมถึงติดตามผลการรักษาในโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคลิ้นหัวใจพิการ โรคกล้ามเนื้อหัวใจพิการ และโรคของเยื่อหุ้มหัวใจ

2.7 การตรวจด้วยคลื่นสะท้อนในสนามแม่เหล็ก (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ใช้ในการตรวจหาความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลางมากที่สุด ซึ่งรวมถึงสมอง ไขสันหลังและกระดูกสันหลัง สามารถตรวจพบความผิดปกติต่างๆ เช่น ก้อนเนื้อออก ความผิดปกติแต่กำเนิดของสมอง บริเวณของสมองที่ขาดเลือดไปเลี้ยง เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถตรวจดูเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงสมองว่ามี การตีบหรืออุดตันหรือไม่ โดยไม่ต้องฉีดยาเข้าเส้นเลือด ซึ่งมีข้อดีคือ สามารถเห็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในสมองได้ชัดเจนและยังตรวจหลอดเลือดขนาดใหญ่ในสมองได้พร้อมกัน โดยไม่ต้องฉีดสารเพิ่มความแตกต่างของภาพ (contrast agent)

2.8 การตรวจหลอดเลือดในสมอง (Magnetic Resonance Angiography : MRA) สามารถสร้างภาพของเส้นเลือดแดงที่สมองและคอได้ โดยอาศัยหลักการเคลื่อนที่ของเม็ดเลือดในเส้นเลือด ภาพที่ได้มีความชัดเจนสามารถแสดงความผิดปกติต่างๆได้ การตรวจชนิดนี้ส่วนใหญ่แพทย์จะสั่งตรวจในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยเส้นเลือดสมองผิดปกติ เช่น เส้นเลือดสมองตีบ เส้นเลือดสมองแตก เส้นเลือดสมองโป่งพอง เนื้อสมองตาย เป็นต้น

2.9 การตรวจ Cerebral angiogram เป็นมาตรฐานการตรวจหลอดเลือดสมอง สามารถตรวจหลอดเลือดทั้งขนาดเล็ก กลาง ใหญ่และแสดงการไหลเวียนของเลือดได้ แต่เนื่องจากวิธีการตรวจต้องอาศัยการใส่สายสวนหลอดเลือดเข้าไปในร่างกายเพื่อฉีดสารทึบแสงเข้าไปในหลอดเลือด จึงเป็นการตรวจที่ยุ่งยากและอาจมีภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าการตรวจวิธีอื่นๆ ด้วยเหตุนี้ cerebral angiogram จึงพิจารณาตรวจในผู้ป่วย acute ischemic stroke ที่มี large artery occlusion (ICA,MCA,BA) เพื่อพิจารณาทำ mechanical thrombectomy ต่อไป

### การรักษา

โรคหลอดเลือดสมองตีบ มีการรักษา (อุดม สุทธิพนไพศาล,2564) ได้แก่

1. การใช้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำชนิด recombinant tissue plasminogen (intravenous rt-PA) ในผู้ป่วยที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเกิดอาการ หากมีข้อบ่งชี้ในการให้และไม่มีข้อห้าม ชนิดยาที่ให้ดังนี้

1.1 ยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) มีกลไกยับยั้งการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด พิจารณาให้ในกรณีที่ไม่ได้มีสาเหตุจาก cardioembolic ยา Aspirin ภายใน 48 ชั่วโมง

1.2 ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) จะให้ในผู้ป่วยที่มีสาเหตุจาก cardioembolic ปัจจุบันมีหลักฐานแนะนำใช้ยา anticoagulant ในผู้ป่วยที่มี AF กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและมีลิ่มเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย โรคหัวใจรูมาติก ผู้ป่วยที่ใส่ลิ้นหัวใจเทียม และมักเลือกใช้ยา unfractionated heparin หรือ low molecular weight heparin ในระยะแรก แล้วใช้ oral anticoagulant เช่น warfarin เป็นต้น ใช้ต่อในระยะยาวโดยให้ระดับ international normalized ration (INR) อยู่ในช่วง 2-3

2. การรักษาด้วยวิธี Mechanical thrombectomy เป็นการนำลิ่มเลือดที่อุดตันในหลอดเลือดสมองออกผ่านทางสายสวน เพื่อเปิดหลอดเลือดให้เลือดสามารถไปเลี้ยงสมองได้ เป็นการรักษาภาวะหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองอุดตันเฉียบพลันด้วยเครื่องเอกซเรย์ โดยขณะทำการแพทย์จะใส่สายหรือท่อเล็กๆเข้าไปในหลอดเลือดแดง และฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองและบริเวณคอพร้อมๆกับการถ่ายภาพเอกซเรย์บริเวณนั้นและใช้วิธีการเพื่อนำเอาลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมองหรือบริเวณคอออกมา การรักษาด้วยวิธีการใส่สายสวนหลอดเลือดสมอง (Mechanical thrombectomy) ปัจจุบัน มีวิธีการรักษาหลักอยู่ 2 วิธี คือ

2.1 Stent Retriever เป็นการใส่ตะแกรงถ่าง (Stent) ใส่ผ่านจุดที่มีลิ่มเลือดอุดตัน แล้วทำการกาง Stent ให้จับกับลิ่มเลือด แล้วทำการดึงลิ่มเลือดออกมาพร้อมกับ Stent โดยไม่ปล่อยหรือกางอุปกรณ์ Stent ทั้งหมดไว้ในหลอดเลือดสมองหลังทำการรักษา

2.2 Thromboaspiration เป็นการใช้อุปกรณ์สายสวนหลอดเลือดสมองขนาดกลาง (Intermediate catheter) ขึ้นไปขีดกับลิ่มเลือดโดยตรงแล้วทำการดูดด้วยเครื่องดูดเฉพาะ (Suction) หรือใช้มือ (Manual) ดึงออกมาพร้อมทั้งสายก็ได้

### การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน สามารถทำได้โดยมีการประเมิน และให้การพยาบาลอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว (สถาบันประสาทวิทยา,2567) ดังนี้

1. ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว
2. ประเมินอาการโดยใช้ BEFAST
  - B (Balance) : เดินเซ เวียนหัว ทรงตัวไม่ได้
  - E (Eyes) : ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือมองไม่เห็นครึ่งซีก
  - F (Face) : หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว ยิ้มไม่เท่ากัน
  - A (Arm) : แขนขาอ่อนแรงยกไม่ขึ้นหนึ่งข้าง
  - S (Speech) : พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน
  - T (Time) : "Onset" หรือเวลาที่เริ่มมีอาการ (สำคัญที่สุดในการให้ยา)
3. ประเมินอาการแสดงทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) ฆนาครุমানตาปฏิกิริยาต่อแสง และกำลังของแขนขา (Motor power)
4. ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC BUN Cr Elyte PT PTT INR
5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead เพื่อดูอัตราและจังหวะการเต้นของหัวใจ
6. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะ
7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ในกรณีที่ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด < 94 เปอร์เซ็นต์
8. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด
9. ประสานส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
10. ติดตามสัญญาณชีพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุก 15 นาที
11. แจ้งญาติรับทราบเป็นระยะเกี่ยวกับอาการและแนวทางการรักษาของผู้ป่วย

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 55 ปี มาด้วย 15 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ขณะทำบุญอยู่ที่วัด มีอาการพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

แรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale 15 คะแนน (E4V5M6) มีอาการปากข้างซ้ายเบี้ยว พูดไม่ชัด ประเมิน motor power พบว่าแขนขาข้างซ้ายระดับ 5, แขนขาขวาระดับ 3, ขาข้างขวาระดับ 2 ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 191/142 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของชีพจร 98 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 เปอร์เซ็นต์, ระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว 93 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์เวรตรวจเยี่ยมอาการ ตรวจร่างกายพบ Left facial palsy, mild dysarthria, Motor power : Right upper grade 5, Right lower grade 2, Left grade 5 all ประเมิน NIHSS 10 คะแนน, ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead อัตราการเต้นของหัวใจปกติและจังหวะสม่ำเสมอ, ตรวจเอกซเรย์ทรวงอกไม่พบความผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง พิจารณาการรักษาให้ NSS 1000 ml. IV drip rate 100 ml/hr, ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC BUN Cr Elyte PT PTT INR และติดต่อส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพญาไทหมคุณ เพื่อส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) และพบแพทย์เฉพาะทางระบบประสาท สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 172/103 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของชีพจร 82 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 เปอร์เซ็นต์

ขณะส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลพญาไทหมคุณ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Glasgow coma scale 15 คะแนน (E4V5M6) สัญญาณชีพขณะส่งต่อ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, ความดันโลหิต 182/100 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อถึงโรงพยาบาลพญาไทหมคุณ ผู้ป่วยได้รับการส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) พบว่าเส้นเลือดในสมองตีบ แพทย์เฉพาะทางระบบประสาทได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) กับผู้ป่วย และให้ผู้ป่วย admit ที่หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลพญาไทหมคุณ โดยให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนและหลังส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลพญาไทหมคุณ คือ 1. มีภาวะสมองขาดออกซิเจนจากพยาธิสภาพของโรค 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (rt-PA) 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของโรค ในระหว่างการรักษา ในโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลง แพทย์ได้อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินรวมส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลพญาไทหมคุณ 4 ชั่วโมง 30 นาที

##### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวัดญาณ-  
สังวราราม ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วย  
ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์  
2569 เวลา 7.30 น. ถึงวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2569 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแล 4 ชั่วโมง 30 นาที

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาลและขณะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล  
พญาภิรมย์ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีอาการทรุดลงจากภาวะสมองขาดเลือดและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทาง  
หลอดเลือดดำ(rt-PA) ได้ทันเวลา ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA)

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ใน  
หน่วยงานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะสมองขาดเลือด เสี่ยงต่อภาวะ  
สมองขาดออกซิเจนจากพยาธิสภาพของโรค พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือด-  
สมองตีบ เพื่อให้การพยาบาลอย่างรวดเร็วและส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพญาภิรมย์ให้ได้  
ทันเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(rt-PA) ภายในช่วงเวลาสำคัญของการรักษาและ  
ช่วงเวลาของการฟื้นฟูหรือช่วงเวลาทอง (Golden period) ระยะเวลา 3 – 4.5 ชั่วโมง หากได้รับการรักษาที่ล่าช้า  
จะส่งผลกระทบต่อถึงชีวิตของผู้ป่วยได้

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยตรวจพบภาวะไขมันในเลือดสูง ยังไม่ได้รับการรักษา ซึ่งต้องให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะไขมันใน  
เลือดสูงแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับไขมันในเลือดได้และไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นซ้ำ  
ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดกลับไปรับประทานที่บ้าน อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่าย ซึ่งต้องให้ความรู้  
เกี่ยวกับการดูแลตนเองเมื่อได้รับยาละลายลิ่มเลือด และสังเกตตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะมีเลือดปน  
มีเลือดออกตามไรฟัน มีจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง เป็นต้น ให้มาโรงพยาบาลก่อนวันนัด

## 9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลวิชาชีพตั้งแต่บริเวณจุดคัดกรองจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ  
การให้การพยาบาล ทักษะในการประเมิน การตรวจร่างกาย สามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการเฝ้าระวังและติดตาม  
ผลการรักษาได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

## 10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวมนพัทธ์ รื่นเริง สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... มนพัทธ์ ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมนพัทธ์ รื่นเริง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..... 1 ..... เดือน ..... เมษายน ..... พ.ศ. ๒๕๖๑ .....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางนงนุช สุจิตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช  
วันที่ ..... 1 ..... เดือน ..... 12/11/26 ..... พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ..... 

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ ..... 2 ..... เดือน ..... 12/11/26 ..... พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ..... 

(นางสุคนธ์ นุรรมเบญจเสถียร)

(ตำแหน่ง) วิทยากรโรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม  
วันที่ ..... เดือน ..... 7 ..... 12/11/26 ..... พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ..... 

(นายกฤษณ์ สกลแพทย์)

(ตำแหน่ง) วิทยุแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี  
วันที่ ..... 2 ..... เดือน ..... 11/11/26 ..... พ.ศ. 2569

## แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง การพัฒนาความรู้เรื่องการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. หลักการและเหตุผล

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญในการให้บริการด้านหน้าของโรงพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงจำเป็นต้องอาศัยความถูกต้องและความรวดเร็วในการให้บริการ โดยมีการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นกระบวนการสำคัญ ที่มีบทบาทโดยตรงต่อการรักษาชีวิตและลดความสูญเสียของผู้ป่วย ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก มีความหลากหลายของอาการ และมีทรัพยากรจำกัด ดังนั้นการจัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยจึงต้องอาศัยหลักการที่ชัดเจน มีเหตุผลและเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตได้รับการดูแลอย่างทันที่ และการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ยังช่วยให้พยาบาลมีแนวทางและมาตรฐานในการคัดแยกประเภทของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น สามารถคัดแยกผู้ป่วยและจัดลำดับความสำคัญในการให้บริการตามความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลดระยะเวลาการรอคอย รวมทั้งผู้ป่วยหนักได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการคัดแยกประเภทผู้ป่วยจึงมีความสำคัญและควรให้มีความคลาดเคลื่อนน้อยที่สุด ซึ่งความคลาดเคลื่อนของการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบได้บ่อย เกิดจากประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ความรู้และทักษะในการคัดแยกประเภทของผู้ป่วยฉุกเฉิน

จากข้อมูลของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลวัดญาณสังวรารามในปี 2566-2568 พบว่ามีผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (Under triage ER) ร้อยละ 0 , 0 และ 22.22 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองสูงกว่าเกณฑ์ (Over triage) ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นและในปี 2568 พบการคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด การคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ (Under triage) ในผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ซึ่งการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่ทำได้ถูกต้องและรวดเร็ว จึงมีความสำคัญต่อการลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียของผู้ป่วยได้

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

### 3.1 บทวิเคราะห์

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวนมากขึ้น ซึ่งต้องมีการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินอย่างถูกต้องและรวดเร็ว แต่ด้วยอัตรากำลังของพยาบาล แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีจำนวนน้อย จึงจำเป็นต้องขออัตรากำลังของพยาบาลจากแผนกอื่น มาช่วยในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งพบความผิดพลาดในการคัดแยกผู้ป่วยเกิดจากพยาบาลมีประสบการณ์การทำงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินน้อย ความรู้ ทักษะการประเมินและการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยอาจเกิด Under triage เพราะมองอาการไม่ออก หรือ Over triage เพราะกลัวเกิดความผิดพลาด โดยอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆจากโรคที่เป็นได้

### 3.2 แนวความคิด

แนวคิดของการทำการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตั้งอยู่บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก การคัดแยกผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้พยาบาลสามารถจัดลำดับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การคัดแยกผู้ป่วยยังเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของพยาบาลในการประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อให้สามารถตัดสินใจได้อย่างแม่นยำในระยะเวลาอันสั้น พร้อมทั้งต้องมีการทบทวนและประเมินผู้ป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงได้นำการคัดกรอง

MOPH ED. Triage มาใช้เพื่อช่วยเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดระยะเวลารอคอย เพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐาน

### 3.3 ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

มีการฟื้นฟูความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้พยาบาลทุกแผนกมีความรู้ที่เป็นปัจจุบันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

มีแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยใช้แบบเดียวกันในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อลดความขัดแย้งของพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนก

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
2. เพื่อให้พยาบาลในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินสามารถคัดแยกระดับความเร่งด่วนได้อย่างถูกต้อง

ระยะเวลาดำเนินการ 1 มกราคม 2569 - 30 มิถุนายน 2569

#### กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษากระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาล การคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
4. จัดทำแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาคำแนะนำ อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยกับหัวหน้างานผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทาง ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ได้แก่ แบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย , แบบบันทึกการคัดแยกผู้ป่วยในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน , คู่มือในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
8. จัดทำแบบประเมินความรู้ของพยาบาลในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย
9. นำแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานและประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย นำข้อเสนอแนะ และ

ข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลนำแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินก่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

## 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลนำแนวทางการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา  
ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ร้อยละ 100

5.2 อัตราการเกิดการคัดแยกระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยผิดพลาด เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ..... วราภรณ์ ..... ผู้ขอประเมิน

(นางสาวมนพัทธ์ รื่นเรือง)


(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ ..... 1 ..... เดือน ..... สิงหาคม ..... พ.ศ. ๒๕๕๙ .....

## เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). MOPH ED.Triage.(พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : สำนักวิชาการแพทย์  
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- รับวาสน์ มั่นจิต. <https://www.sikarin.com/doctor-article/เส้นเลือดในสมองตีบ>.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.(2562). แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สถาบันประสาทวิทยา.(2567). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป.  
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สุภารัตน์ วินิจปรีชากุล.(2561). โรคหลอดเลือดสมอง.ตำราอายุรศาสตร์. สำนักพิมพ์คณะแพทยศาสตร์  
วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช.
- อุดม สุทธิพนไพศาล.(2564). การรักษาโรคหลอดเลือดสมองวิธี Mechanical thrombectomy.  
<https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/mechanicalthrombectomy>.
- อุสมารรณ รัตน์กาล.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันเฉียบพลัน. กลุ่มงานการพยาบาล  
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์.

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี  
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๗	นางวิยะดา แสงอรุณ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๑๐๖๗๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๑๐๖๗๙	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการพัฒนาสื่อความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 17 ก.ย.2568.เวลา 17.20น.ถึงวันที่ 17 ก.ย.2568 เวลา 23.10 น.  
รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 5 ชั่วโมง 50 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น  
ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด เป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว จนเกิดภาวะช็อค การประเมินแรกรับการวินิจฉัยรวมทั้งการรักษา และการพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็วเหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคและลดอัตราการเสียชีวิตได้ วัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นร่วมกับมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด วิธีการดำเนินงานเป็นการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2568 จำนวน 1 ราย จากการศึกษาจากเวชระเบียนผู้ป่วย การซักประวัติ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

### พยาธิสภาพของโรค

พยาธิสภาพของโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) คือการบาดเจ็บของเยื่อบุทางเดินอาหาร (หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น) ทำให้เกิดเลือดออก โดยสาเหตุหลักมาจาก แผลในกระเพาะอาหาร (จากเชื้อ *H. pylori*, NSAIDs, แอลกอฮอล์), หลอดเลือดขดที่หลอดอาหาร (จากตับแข็งและความดันพอร์ทัลสูง) และ การฉีกขาดของเยื่อ (Mallory-Weiss tear) ซึ่งทั้งหมดทำลายกลไกป้องกันและทำให้หลอดเลือดแตก มีอาการสำคัญคือ อาเจียนเป็นเลือด หรือถ่ายดำเหมือนยางมะตอย (Melena) ซึ่งเป็นสัญญาณของภาวะฉุกเฉินที่ต้องรีบรักษาทันที ระบบย่อยอาหารหรือทางเดินอาหาร เป็นระบบเปิดรับเอาอาหารส่วนต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย แล้วไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจนร่างกายนำไปใช้ประโยชน์ได้ ระบบทางเดินอาหารมีลักษณะเป็นท่อยาวตลอดลำตัว แต่ละอวัยวะจะปรับตัวให้เหมาะสมกับการทำหน้าที่ โดยเริ่มจากปากจนถึงทวารหนัก แบ่งได้เป็นส่วนๆ คือ ปาก ช่องปาก คอหอย หลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็ก ลำไส้ใหญ่ และยังมีอวัยวะช่วยทำงานได้อีก ได้แก่ ต่อม้ำลาย ตับอ่อน ถุงน้ำดี แต่ละส่วนทำหน้าที่สำคัญในการสร้างและหลั่งเอนไซม์ เมือก ฮีเลคโตรลัยท์และน้ำจากต่อมสร้างน้ำย่อยเล็กๆ ที่ฝังตัวอยู่ในผนังทางเดินอาหารและต่อมสร้างน้ำย่อยขนาดใหญ่ที่อยู่นอกผนังทางเดินอาหาร เช่น ต่อม้ำลาย ตับอ่อน และตับ เพื่อให้ระบบทางเดินอาหารทำหน้าที่ในการย่อยและการดูดซึมได้ดีขึ้น อวัยวะในทางเดินอาหารจะทำหน้าที่ในการบีบตัวเพื่อผสมเคลื่อนย้ายและคลุกเคล้าอาหารให้เข้ากัน อด่างดีกับน้ำย่อยอาหารที่ร่างกายไม่สามารถย่อยได้ หรืออาหารที่ย่อยไม่หมดนั้นก็จะรวมตัวกับจุลินทรีย์ในทางเดินอาหารในส่วนของลำไส้ใหญ่และกำจัดออกจากร่างกายทางทวารหนักในที่สุด ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding : UGIB) เกิดจากทางเดินอาหารอักเสบหรือเป็นแผลตามปกติทางเดินอาหารจะมี mucosal barrier เพื่อป้องกันการย่อยตัวเอง (acid autodigestion)

เมื่อมีการหลั่งกรด โดยมี prostaglandin เป็นตัวช่วยป้องกัน แต่ถ้ากลไกการป้องกันล้มเหลวหรือขาดความสมดุล จะทำให้ทางเดินอาหารอักเสบ มีการทำลายของ mucosa ทำให้เกิดอันตรายต่อเส้นเลือดเล็กๆ (small vessels) ทำให้เกิดการบวม เลือดออก และรอยถลอก เลือดที่ออกมาจะทำปฏิกิริยากับน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร จึงทำให้ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือดสดหรือเลือดเก่าและถ่ายดำ โดยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน ยังส่งผลต่อปอด อาจเกิดการสำลัก gastric content มีการอุดตันทางเดินหายใจจากเลือด มีอาการตั้งแต่ปอดอักเสบจนถึงเนื้อปอดแฟบส่งผลต่อหัวใจ การเสียเลือดชักนำไปสู่การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย และมีผลต่อสมองโดยภาวะช็อกนานทำให้สมองขาดออกซิเจน (สมิทธ์ เกิดสินธุ์พิมล เลหาหะวีร์ มินชิตา มินชิตา จุฑาธิปไตย และวารภรณ์ แดงธิปไตย, 2562)

### สาเหตุของโรค

สาเหตุของภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน (นภชนก รักษาเคน, 2562) ได้แก่

1. สาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Nonvariceal hemorrhage) ส่วนใหญ่เกิดจากโรคแผลเปปติค กระเพาะอาหารอักเสบ การฉีกขาดของเยื่อบุหลอดอาหารหดเกร็งมีก้อนเนื้อที่ทำให้เกิดการอักเสบ ผู้ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดหรือยาต้านเกล็ดเลือด และแผลที่เกิดจากความเครียดซึ่งเกิดจากพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ชอบรับประทานอาหารหมักดอง อาหารรสจัด เมื่อมีปัญหาสุขภาพจะไปซื้อยามารับประทานเอง ไม่ออกกำลังกาย และพบก่อนการเจ็บป่วยมักดื่มสุราหรือเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ทุกวัน และรับประทานยาแก้ปวดที่ไม่ใช่ยาพาราเซตามอล มีความเครียดและความวิตกกังวลสูง การใช้ยาต้านเกล็ดเลือดการให้ยาละลายลิ่มเลือด

2. สาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร (Variceal hemorrhage) การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เป็นภาวะแทรกซ้อน ของการมีความดันของหลอดเลือดพอร์ทัลสูง (portal hypertension) ส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยโรค ตับแข็งถึงร้อยละ 50-60 โรคตับแข็งมีสาเหตุจากการดื่มสุราร่วมกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การได้รับสารพิษและยาบางชนิด การแตกของหลอดเลือดโป่งพองในทางเดินอาหารหรือกระเพาะ อาหารนี้เกิดจากการกลืนอาหาร การไอ จากการคลื่นไส้และอาเจียน การกลืนอาหารชิ้นใหญ่และการ รับประทานอาหารรสจัดทำให้เกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นได้

## อาการและอาการแสดง

อาการแสดงทางคลินิกของการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งออกได้ เป็น 2 ระยะ (อภิชาติ พิริยการนนท์, 2557) คือ

1. ระยะเฉียบพลัน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด สีของอาเจียนจะเป็นสีแดงหรือเป็นเลือดสด หากเกิดอาการอาเจียนหลังจากที่มีเลือดออกทันทีหรือหากมีเลือดออกผ่านเข้าไปในระบบทางเดิน อาหาร จะมีอาการถ่ายดำออกทางทวารหนัก มีลักษณะเหนียว มันและมีกลิ่นเฉพาะตัว เนื่องจากสารฮีมาติน ที่เกิดจากการทำปฏิกิริยาระหว่างฮีโมโกลบินและกรดไฮโดรคลอริก บางรายอาจมีอาการของการมี เลือดออกอยู่ในกระเพาะอาหารเป็นเวลานานทำให้เกิดการย่อยโดยน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเป็น สีน้ำตาลและดำ เกิดอาการอาเจียนที่มีลักษณะคล้ายผงกาแฟปนที่เรียกว่า coffee grounds

2. ระยะอาการสงบ หากมีเลือดออกทีละน้อยในทางเดินอาหารส่วนต้นอาจไม่มีอาการแสดงให้เห็น แต่หากเกิดเรื้อรังจะทำให้มีภาวะโลหิตจาง และอาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น แน่นท้อง ปวดท้อง เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียจากการ สูญเสียเลือด ภาวะซีด เสียสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ถ้าเป็นรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะช็อก จากการเสียเลือดและเสียชีวิตได้

## การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (ภาสกร เนตรทิพย์วิทย์, พรพรรณ ภูสาขาหัส, สมสุข ภาณุรัตน์, สุขฤดี ฉัชศฤงคารสกุล, พัชรี กระจ่างโพธิ์ และวิไล ฐระธรรม, 2565)

1. ชักประวัติถึงโรคหรืออาการต่างๆ ประวัติการใช้ยาแก้ปวด nonsteroid antiinflammatory drug (NSAIDs) รวมทั้ง aspirin
2. การตรวจร่างกาย อาการแสดงของภาวะ hypovolemia ได้แก่ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว
3. การใส่สายสวนล้างกระเพาะอาหาร (NG lavage) เพื่อดูลักษณะของ gastric content สามารถบอกความรุนแรงของภาวะเลือดออกได้ และเพื่อเตรียมกระเพาะอาหารให้ว่าง เตรียมพร้อม สำหรับการส่องกล้องทางเดินอาหาร
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญคือ hematocrit (HCT), hemoglobin (Hb), blood urea nitrogen (BUN) และ creatinine (Cr) ในเลือด ช่วยประเมินการสูญเสียเลือด การตรวจ prothrombin time (PT), partial thromboplastin (PTT), International normalized ratio (INR) เพื่อดูความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด liver function test (LFT) เพื่อดูความผิดปกติของตับ ช่วยบอกภาวะตับแข็ง stool occult blood จะพบเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ
5. การตรวจวินิจฉัยเพื่อหาตำแหน่งของจุดเลือดออก ได้แก่ การส่องกล้องทางเดิน อาหารส่วนต้น (EGD: esophagogastroduodenoscopy)

## ขั้นตอนหลักในการวินิจฉัย

1. การประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment and Resuscitation): แพทย์จะประเมินสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต, ชีพจร), ประวัติอาการ (อาเจียนเป็นเลือดสดหรือสีน้ำตาลคล้ายกาแฟ, ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำหรือมีเลือดสดปน, และประวัติโรคประจำตัวหรือการใช้ยาที่อาจเพิ่มความเสี่ยง การประเมินนี้ช่วยในการแยกกลุ่มผู้ป่วยความเสี่ยงสูง-ต่ำ และให้การรักษายุงชีพเบื้องต้น เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือด หรือให้เลือดทดแทน

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Testing): มีการตรวจเลือดเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของการเสียเลือดและสภาวะร่างกายอื่นๆ เช่น

2.1 ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC): ดูระดับฮีมาโตคริต (Hct) และฮีโมโกลบิน (Hb)

2.2 การทำงานของไต (BUN, Creatinine): อาจบ่งชี้ถึงภาวะขาดน้ำหรือไตวาย

2.3 การแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, INR): เพื่อประเมินความสามารถในการหยุดเลือด

2.4 การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Endoscopy หรือ

Esophagogastroduodenoscopy - EGD): เป็น มาตรฐานหลัก ในการวินิจฉัยและรักษาภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

2.5 แพทย์จะใช้กล้องเอนโดสโคปซึ่งเป็นท่อขนาดเล็กและยืดหยุ่นได้ สอดผ่านปากลงไปยังหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนต้น เพื่อมองหาตำแหน่งที่เกิดเลือดออก

2.6 สามารถระบุสาเหตุที่พบบ่อย เช่น แผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กส่วนต้น, หลอดอาหารอักเสบ, หลอดเลือดขาดในหลอดอาหาร, หรือกลุ่มอาการมัลลอรี-ไวส์ (Mallory-Weiss tear)

2.7 ขณะส่องกล้อง แพทย์สามารถทำการรักษาหยุดเลือดได้ทันที เช่น การฉีดยา, การจี้หยุดเลือด, หรือการใช้คลิปหนีบ

2.8 การตรวจอื่นๆ เพิ่มเติม (ในกรณีที่ไม่สามารถระบุตำแหน่งเลือดออกได้): หากการส่องกล้องครั้งแรกไม่พบสาเหตุ อาจพิจารณาการตรวจเพิ่มเติม เช่น

2.8.1 การฉีดสีหลอดเลือด (Angiography): เพื่อหาจุดที่มีเลือดออกอย่างรวดเร็วและทำการอุดหลอดเลือด

2.8.2 การสแกนด้วยสารกัมมันตภาพรังสี (Nuclear Medicine Scan): ใช้ติดตามการเคลื่อนที่ของเลือดในทางเดินอาหาร

การวินิจฉัยที่รวดเร็วและการรักษาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญมากในภาวะนี้ ผู้ป่วยควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีความพร้อมทันทีหากมีอาการสงสัยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นในประเทศไทยได้จาก สมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทย

## การรักษา

การรักษาผู้ที่มีเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น แบ่งการรักษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ การรักษาระยะเฉียบพลัน และการรักษาระยะอาการคงที่ (นภชนก รักษาเคน, 2562)

1. การรักษาระยะเฉียบพลัน เพื่อช่วยเหลือน้ำเลือดเมื่อเกิดภาวะช็อก ซึ่งเป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้โดยผู้ป่วยจะได้รับสารน้ำและผลิตภัณฑ์ของเลือด เพื่อทดแทนเลือดที่สูญเสียไปและป้องกันหรือแก้ไขภาวะช็อก การใส่สายยางทางจมูก และการล้างกระเพาะอาหาร เพื่อยืนยันว่ามีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นจริง จากนั้นจะพิจารณารักษาตามสาเหตุของการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น ดังนี้

1.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ หลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร จะได้รับการรักษาด้วยวิธีต่อไปนี้ เช่น

1.1.1 วิธีการรักษาโดยผ่านกล้องส่อง (endoscopic therapy) ปัจจุบันแนะนำให้ส่องกล้องผู้ป่วยที่มีเลือดออกมากหรือมีเลือดออกซ้ำหลายครั้งโดยเร็วเพื่อห้ามเลือด ป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำ และอาจช่วยลดอัตราการตาย อย่างไรก็ตามการส่องกล้องโดยเร็วไม่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงมากๆ เช่น หัวใจวาย หรือสงสัยว่ากระเพาะอาหารทะลุ การรักษาด้วยการส่องกล้องจะ ทำไปพร้อมกับการตรวจวินิจฉัย ด้วยการฉีดยา epinephrine โดยใช้ Adrenaline ผสมเป็น 1:10,000 ฉีดรอบๆ จุดเลือดออกจะทำให้อัตราการไหลของเลือดลดลงจากการหดหลอดเลือด การจี้ด้วยความร้อน และการรักษาด้วยวิธีการรัดเส้นเลือดดำโป่งพองด้วยยาง (Endoscopic variceal ligation; EVL) หรือการฉีดด้วยกาว (Glue injection) เทคนิคและวิธีการขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแพทย์ทำการส่องกล้องโดยถ้าเป็นเส้นเลือดดำโป่งพองที่กระเพาะอาหาร จะใช้กาวฉีดไปตำแหน่งที่เส้นเลือดดำโป่งพอง

1.1.2 การรักษาโดยการฉีดสารผ่านทางหลอดเลือด การรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกมากกว่า 1,500 มล. (massive upper GI bleeding) มีการไหลเวียนเลือดไม่ดี แม้จะได้รับการให้เลือดทดแทนแล้ว หรือเลือดออกที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย มีภาวะเลือดออกซ้ำภายใน 10 วัน มีเลือดออกทางเดินอาหารอย่างต่อเนื่อง

1.1.3 การรักษาด้วยยาลดการหลั่งช่วยลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร โดยยับยั้งการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร ออกฤทธิ์ยับยั้งเอนไซม์ H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> ATPase (proton pump) ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่ทำงานในขั้นตอนสุดท้ายของการผลิตกรดในกระเพาะอาหาร แย่งจับกับ histamine receptor บน parietal cells ซึ่งเป็นเซลล์ที่ทำหน้าที่สร้างกรด HCl ยากลุ่ม H<sub>2</sub> blocker เช่น cimetidine ranitidine และ famotidine สามารถยับยั้งการหลั่งกรดได้โดยปริมาณกรดและเอนไซม์เพปซินในกระเพาะอาหารเป็นต้น

1.2 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหารหรือกระเพาะอาหาร เช่น การรักษาโดยการใส่บอลูนกด (ballon tamponade) วิธีการรักษาโดยผ่านกล้องส่อง และการเปิดเส้นเลือดคัตภายในตับ

2. การรักษาระยะอาการคงที่ การรักษาในระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการหายของแผลในทางเดินอาหารส่วนต้นและการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี เมื่อผู้ป่วยผ่านพ้นระยะเฉียบพลันมีอาการคงที่แล้วแพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการให้ยาโดยพิจารณาตามสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่หลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดหรือกระเพาะอาหารมีการรักษาด้วยยาลดการหลั่งกรด ยาในกลุ่มที่ทำหน้าที่ปกป้องกระเพาะอาหารและกลุ่มยาปฏิชีวนะ

2.2 การรักษากรณีที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีสาเหตุจากหลอดเลือดโป่งพองในกระเพาะอาหารหรือหลอดเลือดอาหารจะให้การรักษาโดยการให้ยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรดร่วมกับยากลุ่มที่มีคุณสมบัติลดการไหลเวียนเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ยากลุ่มปิดกั้น เบต้า และยาในกลุ่มที่มีคุณสมบัติลดปริมาณการหลั่งกรด

**ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)**

### **ขั้นตอนหลักในการรักษา**

#### **1. การรักษาพองชีพเบื้องต้น (Initial Resuscitation)**

1.1 การให้สารน้ำและเลือด: แพทย์จะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทันทีเพื่อรักษาระดับความดันโลหิตและแก้ไขภาวะช็อก หากมีการเสียเลือดมากอาจจำเป็นต้องให้เลือดทดแทน

1.2 การประเมินและติดตามอาการ: ติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด และตรวจเลือดเป็นระยะเพื่อดูความเข้มข้นของเลือด

1.3 การงดน้ำและอาหารทางปาก (NPO): เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการส่องกล้องและการรักษา

#### **2. การรักษาสาเหตุด้วยการส่องกล้อง (Endoscopic Therapy)**

2.1 การส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนต้นเป็นหัวใจหลักทั้งในการวินิจฉัยและรักษา แพทย์จะทำการรักษาผ่านกล้องส่องโดยตรงที่ตำแหน่งเลือดออก โดยมีเทคนิคหลายวิธี ได้แก่

2.1.1 การฉีดยา: ฉีดยาอะดรีนาลิน (adrenaline) หรือสารอื่นๆ รอบๆ บริเวณที่เลือดออกเพื่อทำให้หลอดเลือดหดตัวและหยุดเลือดชั่วคราว

2.1.2 การจี้หยุดเลือด (Thermal Coagulation): ใช้ความร้อนจากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ไบโพลาร์อิเล็กโทรโคแอกกูเลชัน (bipolar electrocoagulation) หรือ ฮีตเตอร์โพรบ (heater probe) จี้ทำลายเนื้อเยื่อบริเวณที่เลือดออก

2.1.3 การใช้คลิปหนีบ (Mechanical Clipping/Endoclips): ใช้คลิปโลหะหนีบไปที่ปากหลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อที่กำลังมีเลือดออกเพื่อกดห้ามเลือด

2.1.4 การรัดด้วยยาง (Band Ligation): มักใช้ในกรณีเลือดออกจากหลอดเลือดขดในหลอดเลือดอาหาร โดยใช้ยางรัดบริเวณที่โป่งพอง

### 3. การให้ยาเพื่อควบคุมภาวะเลือดออก

3.1 ยายับยั้งการหลั่งกรด (Proton Pump Inhibitors; PPIs): เช่น โอเมพราโซล (Omeprazole) จะให้ทางหลอดเลือดดำในขนาดสูงทันทีและต่อเนื่อง เพื่อลดความเป็นกรดในกระเพาะอาหาร ทำให้ลิ้มเลือดแข็งตัวได้ดีขึ้นและป้องกันเลือดออกซ้ำ

3.2 ยาอื่นๆ: หากสาเหตุเกิดจากหลอดเลือดชอต อาจให้ยาที่ช่วยลดความดันในระบบหลอดเลือดพอร์ทัล เช่น Octreotide

### 4. การรักษาวินิจฉัยอื่นๆ (ในกรณีที่การส่องกล้องไม่สำเร็จ)

4.1 รังสีวิทยาหลอดเลือดแบบแทรกแซง (Interventional Radiology/Angiography): หากการส่องกล้องไม่สามารถหยุดเลือดได้ แพทย์อาจพิจารณาการฉีดสารอุดหลอดเลือด (embolization) เข้าไปที่เส้นเลือดที่เลี้ยงบริเวณที่เลือดออกโดยตรง

4.2 การผ่าตัด (Surgery): เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้ป่วยที่มีเลือดออกรุนแรงมาก หยุดยาก หรือกลับมาเป็นซ้ำหลายครั้ง แม้จะได้รับการรักษาวินิจฉัยอื่นแล้วก็ตาม

สิ่งสำคัญคือการรักษาต้องทำโดยทีมแพทย์สหสาขาวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยหนัก และศัลยแพทย์

## การพยาบาล

บทบาทของพยาบาลห้องฉุกเฉิน (ER Nurse) ในการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (UGIB) มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินที่คุกคามถึงชีวิต บทบาทหลักจะเน้นที่การประเมินอย่างรวดเร็ว การจัดการภาวะวิกฤต และการประสานงานกับทีมแพทย์ (อนงค์ คำบุตดา, 2561)

### บทบาทหลักของพยาบาลห้องฉุกเฉิน

#### 1. การประเมินและการจัดการเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว (Rapid Assessment and Resuscitation)

1.1 ประเมินสัญญาณชีพ: ติดตามความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock)

1.2 เปิดเส้นเลือดดำ: เปิดเส้นเลือดดำขนาดใหญ่ (อย่างน้อย 2 เส้น) เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการให้สารน้ำ สารเลือด และยาอย่างรวดเร็ว

1.3 ให้สารน้ำและสารเลือด: บริหารสารน้ำและสารเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำและเสียเลือด

1.4 ประเมินอาการและอาการแสดง: ชักประวัติและประเมินอาการอย่างละเอียด เช่น ลักษณะของอาเจียน (สีแดงสด หรือสีน้ำตาลคล้ายกากกาแฟ), ลักษณะอุจจาระ (สีดำ/สีแดงสด), และอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ

#### 1.5 การเตรียมผู้ป่วยสำหรับการส่องกล้องและการรักษา (Preparation for Endoscopy)

1.5.1 งดน้ำและอาหาร: ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหารทางปากอย่างเคร่งครัดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้อง

1.5.2 เตรียมอุปกรณ์และห้องตรวจ: ประสานงานและเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการส่องกล้อง  
ดูเงิน (EGD) และการรักษาหยุดเลือด

1.5.3 ให้อาตามแผนการรักษา: บริหารยาลดกรดกลุ่ม PPIs (Proton Pump Inhibitors) ทางหลอดเลือดดำตามคำสั่งแพทย์ ซึ่งช่วยให้ลิ้มเลือดแข็งตัวได้ดีขึ้น

1.5.4 ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร (NG tube): อาจมีการใส่สายสวนกระเพาะอาหารเพื่อประเมิน  
อัตราการไหลของเลือด และล้างกระเพาะอาหารในบางกรณี

1.5.5 การเก็บส่งตรวจ (Specimen Collection) เจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่าง  
เร่งด่วน เช่น CBC, การทำงานของไต, และการแข็งตัวของเลือด รวมถึงเตรียมเลือดสำรอง (crossmatch blood)  
ไว้ในกรณีฉุกเฉิน

2. การดูแลด้านจิตใจ (Psychological Support): ผู้ป่วยและญาติมักมีความวิตกกังวลและตื่นตระหนก  
พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสื่อสารที่ชัดเจน สร้างความมั่นใจ และให้กำลังใจ

การประสานงานและการบันทึกข้อมูล (Coordination and Documentation):

2.1 ประสานงานกับทีมแพทย์อายุรกรรม ทีมศัลยกรรม และห้องส่องกล้อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องและ  
รวดเร็ว

2.2 บันทึกข้อมูลการพยาบาล อาการเปลี่ยนแปลง และการตอบสนองต่อการรักษาอย่างละเอียดและ  
ทันที่

#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 45 ปี มารักษาด้วยอาการสำคัญคือ อ่อนเพลียไม่มีแรง 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับ  
ที่จุดคัดกรอง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.9 C อัตราการเต้นของหัวใจ 158 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20  
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/70 มิลลิเมตรปรอท ให้ประวัติว่า มีอาเจียนเป็นเศษปนสีน้ำตาลคล้ายเลือด เก่า 2  
ครั้ง ปริมาณครึ่งแก้วน้ำ ไม่มีอาการปวดท้อง ทานอาหารได้ลดลง ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำคล้ายยางมะตอย 3 วัน ก่อน  
มาโรงพยาบาล

แรกรับที่ ER ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถพูดคุยและตอบคำถามได้รู้เรื่อง รับรู้วัน เวลา และสถานที่ อยู่ในอาการ  
เหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจเร็ว ประเมินอาการ Glasgow Coma Score 15 คะแนน (E4V5M6) Pupill 2.5 PE:  
RTLBE Abdominal = Soft , Generalized tender + Mark tender At RUQ , No Rebound, No Guarding,  
Bowel Sound Active

เตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการโดยตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead อัตราการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติปกติ  
และจังหวะสม่ำเสมอ 158 ครั้งต่อนาที ส่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก (chest x-ray Portable) ไม่พบภาวะหัวใจโตหรือ  
มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ และการแข็งตัวของเลือด และติดตามผล

ขณะที่ดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ให้การพยาบาลโดยเปิดเส้นเลือดดำ 2 เส้น สำหรับให้สารน้ำ เป็น 0.9%  
NSS 1,000 ml iv loading จำนวน 1,000 ml ตามแผนการรักษาและประเมินผลหลังให้สารน้ำปริมาณครบ  
กำหนด ระหว่างรอผลเลือด ดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนหลอดอาหารทางจมูกเพื่อประเมินเลือดที่ออกในทางเดินอาหาร

โดยการสวนล้างด้วยน้ำเกลือ ปริมาณ 1,000 ml ผลปรากฏว่ามี เลือดสดที่ออกมาปริมาณ 450 ซีซี และต่อลงถุง สังเกตเลือดออกอย่างต่อเนื่อง ยังมีเลือดสดออกมาตามสายอย่างต่อเนื่อง และพยาบาลคอยบันทึกจำนวนและ ปริมาณเลือดที่ออกมาเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด แพทย์ตรวจร่างกายเพิ่มเติมโดยการตรวจทวาร (PR) ผล ปรากฏว่ามีอุจจาระสีดํา (Melena) และให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด การฉีดยา Vitamin K 10 mg ทางหลอดเลือด ดําและฉีดยาลดกรด omeprazole 80 mg ทางเส้นเลือดดํา

1) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาที่ได้รับ เนื่องจากไม่เข้าใจและไม่เคยมีประสบการณ์ ในการเข้ารับการรักษา และสวนใส่อุปกรณ์ทางจุกมาก่อน 2) เสี่ยงต่อภาวะช็อกเนื่องจากสูญเสียเลือดปริมาณ มาก 3) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการสวนสายยางหลอดอาหารคาไว้เพื่อประเมินเลือดที่ออกจากทางเดินอาหาร ส่วนต้น และถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันสายเลื่อนหลุด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคภาวะเลือดออกทางเดิน อาหารส่วนต้น และทำเรื่องส่งรักษาต่อโรงพยาบาลพญาภิรมย์คุณ เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางและโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพ รวมระยะเวลาที่รับไว้ดูแลใน 5 ชั่วโมง 50 นาที

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานผู้ป่วย อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่อง เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ 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 สรุปลผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

#### 4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ได้รับการรักษาก่อน เกิดภาวะช็อก และได้รับการส่งต่อเพื่อ ไปส่งกล้อง หาจุดเลือดออกได้ทันท่วงที เพื่อผู้ป่วยปลอดภัย

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรคเลือดออกทางเดินอาหาร ส่วนต้น เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

## 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

### เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 17 สิงหาคม 2568 เวลา 17.20 น ถึงวันที่ 17 สิงหาคม 2568 เวลา 23.10 รวมเวลาที่รับไว้ดูแล 5 ชั่วโมง 50 นาที

### เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ และได้รับการประสานส่งต่ออย่างรวดเร็ว ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพ มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครื่องมือที่พร้อมในการดูแลอย่างครบถ้วน ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์และพยาบาลในการจัดการการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น การสังเกตเบื้องต้นของอาการเมื่อเกิดภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น เช่น อาเจียนเป็นเลือด ปวดท้องรุนแรง ถ่ายอุจจาระสีดำ เป็นต้น เน้นให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลตลอดระยะเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล รับฟังและเข้าใจคำแนะนำต่าง ๆ มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นในหน่วยงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช การประเมินอาการแรกรับ รวมถึงรายงานแพทย์เมื่อเกิดภาวะวิกฤติที่ต้องช่วยเหลือเร่งด่วนทันที

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การซักประวัติจากการให้ข้อมูลของผู้ป่วยไม่ชัดเจน และผู้ป่วยไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็น ทำให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า รวมทั้งผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่ส่งผลให้เลือดออกในทางเดินอาหาร เช่น ดื่มเหล้าขาวเป็นประจำวันละ 1 ขวด ทุกวันเป็นระยะเวลา 20 ปี และรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความรู้เรื่องโรคและอาการของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมไม่เกิดอาการเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะติดสุราเรื้อรัง และจากการศึกษาและสอบถามพฤติกรรมที่ดื่มสุราติดต่อกันมาเป็นเวลานาน สาเหตุมาจากผู้ป่วยมีความเครียดในด้านร่างกายและจิตใจ จากสถานการณ์ในอดีตและพฤติกรรมของผู้ป่วย คือ มักจะไม่รับประทานอาหารเช้าแต่จะดื่มสุราเป็นประจำ และมักจะมารักษาที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม ด้วยอาการปวดท้องเป็นประจำ และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดออกง่ายรวมถึงมีอุจจาระสีดำได้ จึงต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน โดยให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฟันฟูสมรรถภาพร่างกายให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองในสภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

## 9. ข้อเสนอแนะ

9.1.พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น และทักษะในการให้การพยาบาล การประเมินอาการ การซักประวัติตั้งแต่แรกรับที่จุดคัดกรอง และพยาบาลแผนกฉุกเฉินสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ในการเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาได้อย่างถูกต้องแม่นยำ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น มีความรู้เรื่องการใส่สายสวนจมูกสวนล้างกระเพาะอาหาร, การประเมินภาวะช็อก, การให้เลือด เป็นต้น

9.2.ต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ การเตรียมเลือด สารน้ำทดแทนหรืออุปกรณ์กู้ชีพ ฉุกเฉิน และยาที่จำเป็นระบบ Tele consult เพื่อให้สอดคล้องกับเคสให้สามารถพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉินและช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที

## 10. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางวิยะดา แสงอรุณ สัตว์ส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ) วิยะดา แสงอรุณ ผู้ขอประเมิน

(นางวิยะดา แสงอรุณ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 31 เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... 

(นางนงนุช สุขจิตร)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ ..... 1 ..... เดือน ..... เมษายน ..... พ.ศ. ๒๕๖๙ .....

(ลงชื่อ) ..... 

(นางพิชญภา สายนภา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... ๒ ..... เดือน ..... เมษายน ..... พ.ศ. ๒๕๖๙ .....

(ลงชื่อ) ..... 

(..นางสดานี บูรณมนูจเสถียร)

(ตำแหน่ง) <sup>ผู้อำนวยการ</sup>โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

วันที่ ..... เดือน 07 เม.ย. 2569 ..... พ.ศ. ....

(ลงชื่อ) ..... 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ..... เดือน ๒๓ เม.ย. ๒๕๖๙ ..... พ.ศ. ....

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน  
(ระดับชำนาญการ)**

---

**1. เรื่อง แนวทางการพัฒนาสื่อความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น**

**2. หลักการและเหตุผล**

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น(Upper gastrointestinal hemorrhage) หมายถึง ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่ตำแหน่งสูงกว่า liament of treitz ประกอบด้วยหลอดเลือดอาหาร กระเพาะอาหาร และลำไส้เล็กส่วนดูโอดินัม เป็นภาวะที่พบบ่อยและมีความสำคัญในเวชปฏิบัติ เนื่องจากมีอัตราการตายถึงร้อยละ 10-15 โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาพบแพทย์หรือมาถึงโรงพยาบาล สาเหตุหลัก คือแผลในกระเพาะอาหาร(Peptic ulcer) สาเหตุอื่น ๆ ที่พบบรองลงมาได้แก่ ภาวะหลอดเลือดโป่งพองในหลอดเลือดอาหาร (esophageal varices: EV), หลอดอาหารอักเสบ (Esophagitis) และภาวะฉีกขาดบริเวณรอยต่อหลอดเลือดอาหาร (Mallory-Weiss syndrome)และอาการสำคัญที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์ด้วยอาการอาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำหรือมีทั้งสองอาการร่วมกัน นอกจากนี้อาจมีอาการแสดงอื่นๆ เช่น ซีด หน้ามืด วิงเวียน อ่อนเพลีย เป็นลม ใจสั่น หรือมีอาการแสดงของระบบอื่นร่วมด้วย เช่น อาการของโรคตับเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น

**3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข**

**3.1 บทวิเคราะห์**

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Bleeding) ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างกว้างขวางในหลายมิติ ไม่เพียงแต่ด้านสุขภาพร่างกายเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในด้านร่างกายภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น มักนำไปสู่การสูญเสียเลือดที่อาจรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซีด อ่อนเพลีย และเหนื่อยง่าย อาการที่มักพบได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด และการถ่ายอุจจาระสีดำ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อกจากการเสียเลือดจำนวนมาก (ภฤชน์ อุบัติษมาย, 2563) ด้านจิตใจผู้ป่วยมักเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวล โดยเฉพาะความกลัวเกี่ยวกับการเกิดอาการซ้ำหรือการสูญเสียชีวิต ความเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางคนเกิดภาวะซึมเศร้าหรือ ความรู้สึกหมดหวัง การต้องเผชิญหน้ากับความไม่แน่นอนของสุขภาพ ผลกระทบทางสังคมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยมักเปลี่ยนแปลงไปอย่างสิ้นเชิง การเข้ารับการรักษาหรือพักฟื้นทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ตามปกติ การที่ต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัวและคนรอบข้าง นอกจากนี้ครอบครัวอาจต้องปรับเปลี่ยนตารางเวลาเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของทั้งครอบครัวลดลง ด้านเศรษฐกิจ การรักษาภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นมักเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายที่สูง เช่น ค่าการตรวจวินิจฉัยด้วยการส่องกล้อง ค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล และค่ายา เป็นต้น นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ในระหว่างการรักษายังส่งผลให้สูญเสียรายได้ ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางการเงินของครอบครัวโดยตรง (นภชนก รักษาเคน, 2562)

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาสื่อและให้ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลวัดญาณ มีความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้นและเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพก่อนเข้าสู่ระยะช็อกหรือเสียชีวิต ก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ระยะเวลาดำเนินการ 1 กุมภาพันธ์ 2569 ถึง 31 สิงหาคม 2569

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง และญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม

### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลวัดญาณสังวราราม
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแล
4. จัดทำแนวทางการพยาบาล สื่อ และเผยแพร่ความรู้เรื่องภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
5. นำเสนอแนวคิดการพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการพยาบาลกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการพยาบาล ประสานงานกับบุคลากรและ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
8. จัดทำแบบประเมินก่อน-หลัง การให้ความรู้เรื่องโรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น
9. นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ที่จัดทำขึ้นมาใช้ใน  
และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีสื่อความรู้ที่เผยแพร่แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

4.2 พยาบาลนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1 พยาบาลวิชาชีพแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 100

5.2 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลวัดญาณมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ร้อยละ 80

(ลงชื่อ) .....วิยะดา แสงอรุณ..... ผู้ขอประเมิน  
(นางวิยะดา แสงอรุณ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 31 เดือน ๕.๑ พ.ศ. ๖๙

### เอกสารอ้างอิง

- เฉลิมศรี แสงจันทร์.(2565). การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก.  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง.
- สุรางค์ ดิษฐนัยบุลย์.(2567). การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดออกจากทางเดินอาหารส่วนต้นและมี  
ภาวะเลือดออกร่วมด้วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องกล้อง.โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีกรมการแพทย์.
- อมรรวรรณ มาแสง.(2557). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนบน (UGIB)  
ที่มีภาวะช็อกและหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต].จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ บุญลือ, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และเขมรดี มาสิงบุญ.(2562). [ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม  
ป้องกันการเกิดเลือดออกซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น].  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 30(1).วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.