



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ขบ ๐๐๓๓/ ๐ ๕๐๐๕

วันที่ ๒๓ มิถุนายน ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสตกทั้วเป็นเวลา ๓๐ วัน
และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพญาບัทฒคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการระดับชำนาญการ จำนวน ๒ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อันึ่ง หากมีผู้ใดจะตกทั้วให้ตกทั้วได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

(นายกิตติ บุญรัตนเนตร)

สาธารณสุขอำเภอบางละมุง ปฏิบัติราชการแทน

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

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

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางนพวรรณ อรรถเสนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒	นางกัญญาภัทร สุวดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายพงศ์สิทธิ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๑	นางนพวรรณ อรรถเสนา	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๓๔๕๒๐	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน	๓๔๕๒๐	เลื่อนระดับ	
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		๑๐๐%	
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”	สทพ					

สทศ

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

2. ระยะเวลาดำเนินการ: ตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 17 มกราคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เป็นโรคเกี่ยวกับ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke, Cerebrovascular disease) ซึ่งเป็นภาวะที่สมองสูญเสียการทำงาน บางส่วนดับลงจากหลอดเลือดตีบอุดตัน หรือแตก ส่งผลทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายการทำงาน ของสมองหยุดชะงัก ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกาย อาการแสดงและความรุนแรง ขึ้นอยู่กับ ตำแหน่ง และขนาดของเนื้อสมองที่สูญเสียการทำงาน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ และเป็นสาเหตุอันดับ 2 ของการเสียชีวิต และอันดับ 3 ของความพิการ (กรมควบคุมโรค,2565)

โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นโรคที่เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง อันเนื่องมาจากสาเหตุหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ส่งผลให้การทำงานของสมองผิดปกติ เนื่องจากเนื้อเยื่อของสมองบางส่วนหรือทั้งหมดถูกทำลาย (กิตติคุณ วิวัฒน์ภิญโญ,2564)

พยาธิสภาพของโรค

โรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันเป็นโรคเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะที่มีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองซึ่งเป็นผลมาจาก atheroma, thrombus หรือ emboli ทำให้หลอดเลือดมีการตีบแคบลง ส่งผลให้เกิดการขาดเลือดในหลอดเลือดบริเวณนั้น ซึ่งการขาดเลือดเป็นสาเหตุอันดับแรกของการเสียหายของเซลล์เป็นผลมาจากการไม่มีการไหลเวียนของเลือดทำให้เกิดการขาดเลือดที่รุนแรง เป็นสาเหตุให้เกิดการตายของเซลล์ประสาทและสมองเรียกว่าสมองขาดเลือด โดยพบว่าบริเวณที่ล้อมรอบใจกลางที่มีการตายของเนื้อเยื่อเรียกว่า ischemic penumbra ซึ่งมีค่าปกติของ cerebral blood flow (CBF) จะอยู่ในช่วง 50-55 มิลลิตรต่อ 100 กรัม ต่อนาที ส่วนค่าต่ำสุดที่ทำให้เกิดการล้มเหลวของเยื่อหุ้มระบบประสาทในส่วนของ penumbra อยู่ในช่วง 6-10 มิลลิตรต่อ 100 กรัมต่อนาที โดยพบว่าแม่เซลล์ในระบบประสาทของ penumbra จะไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติระหว่างที่มีการลดลงของการได้รับเลือดไปเลี้ยง แต่เนื้อสมองส่วนนี้สามารถกลับมาทำงานได้อีกตามปกติ ถ้าสามารถช่วยให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนนี้ได้เร็วพอ ต่างจากเซลล์ในบริเวณที่ตายไปถึงแม้จะมีการผ่านของการไหลเวียนและการกำซาบของเลือดก็ไม่สามารถกลับคืนได้ดั้งเดิมและยังสูญเสียการทำงานอย่างถาวร ร่างกายจะใช้ 2 กลไกหลักเพื่อแก้ไข กลไกที่ 1 คือ เกิดการขยายตัวของหลอดเลือดเพื่อให้ปริมาณของ CBF กลับมาเพิ่มขึ้นให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เมื่อหลอดเลือดขยายตัวเต็มที่แล้ว ถ้ายังแก้ไขภาวะสมองขาดเลือดไม่ได้ก็จะเกิดกลไกที่ 2 คือ เพิ่มความสามารถในการดูดซึมออกซิเจนเข้าสู่สมองจากร้อยละ 30-40 เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ ได้ถึงร้อยละ 90 แต่เมื่อเลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลงเรื่อย ๆ จนร่างกายไม่สามารถแก้ไขได้แล้ว เซลล์สมองก็จะตายในที่สุด ดังนั้น penumbra จึงเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้การรักษถึงการกำซาบและไหลผ่านของเลือดอย่างเหมาะสมเพื่อให้ระบบประสาทกลับมาทำงานได้เป็นปกติอีกครั้ง ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) เป็นชนิดของหลอดเลือดสมองที่พบได้กว่า 80%ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด เกิดจากอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไปเพียงพอ ส่วนใหญ่แล้วมักเกิดร่วมกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็งซึ่งมีสาเหตุมาจากไขมันที่เกาะตามผนังหลอดเลือดจนทำให้เกิดเส้นเลือดตีบแข็ง โรคหลอดเลือดสมองชนิดนี้ยังแบ่งออกได้อีก 2 ชนิดย่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ (Thrombotic Stroke) เป็นผลมาจากหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดจากภาวะไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปยังสมองได้ และ โรคหลอดเลือดขาดเลือดจากการอุดตัน (Embolic Stroke) เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดจนทำให้เลือดไม่สามารถไหลเวียนไปที่สมองได้อย่างเพียงพอ (สุภารัตน์ วินิจปรีชากุล,2561)

สาเหตุของโรค

สาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) แบ่งตามปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (สุภารัตน์ วนิจปริชากุล , 2561) ดังนี้

1. ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.1 ความดันโลหิตสูง หมายถึง ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนที่ไม่เป็นประมาณ 4-6 เท่า โดยความดันโลหิตสูงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงด้านในเสื่อมเร็ว ขาดความยืดหยุ่นและแตกเปราะง่าย

1.2 เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 เท่าของคนที่ไม่เป็น เนื่องจากผู้ที่เป็นเบาหวานมักจะมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับอ้วนหรือน้ำหนักตัวมากซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ นอกจากนี้โรคเบาหวานยังทำให้หลอดเลือดฝอยอุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดได้ง่าย

1.3 ไขมันในเลือดสูง ปกติระดับ Cholesterol ในร่างกายไม่ควรเกิน 200 mg% และระดับไขมันชนิดดี หรือ High Density Lipoprotein (HDL) ควรมากกว่า 45 mg% ส่วนไขมันชนิดไม่ดีหรือ Low Density Lipoprotein (LDL) ควรน้อยกว่า 100-130 mg% เพราะไขมันในเลือดมีโอกาสหลุดเป็นตะกอน (plaque) เข้าไปเกาะหรืออุดตันหลอดเลือด ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงไม่ยืดหยุ่นเกิดการตีบตันง่าย เลือดจะไหลผ่านไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ได้น้อยถ้าเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองจะทำให้สมองขาดเลือด และเป็นอัมพาตในที่สุด วิธีลดไขมันชนิดไม่ดีและเพิ่มไขมันชนิดดี ทำได้โดยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่มีไขมันลดลง เพิ่มผักและผลไม้มากขึ้น

1.4 ความอ้วน คนที่มีน้ำหนักตัวมาก จะมีโอกาสเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ง่ายโดยเฉพาะคนอ้วนแบบลงพุง มีโอกาสเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ดังนั้นจึงควรควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ ดัชนีมวลกาย (body mass index หรือ BMI) ไม่ควรเกิน 25 kg/m² โดยคำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม หารด้วยส่วนสูงหน่วยเป็นเมตรยกกำลัง 2 หรือรอบเอวไม่ควรเกิน 32 นิ้ว ในเพศหญิง และ 36 นิ้วในเพศชาย

1.5 โรคหัวใจ เช่น โรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ สาเหตุที่โรคหัวใจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากลิ่มเลือดที่อยู่ในห้องหัวใจและตามตำแหน่งต่างๆ ของหัวใจ อาจหลุดเข้าไปในหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบอุดตันได้ โดยเฉพาะผู้ที่เป็นโรคหัวใจชนิด atrial fibrillation (AF) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็น 5 เท่าของคนที่ไม่เป็น

1.6 Homocystein สูง Homocystein เป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง (กรดอะมิโน) ที่มีอยู่ในกระแสเลือด ค่าปกติประมาณ 5-15 micromoles per liter เนื่องจาก Homocystein จะทำให้ผนังหลอดเลือดแดงชั้นในหนาตัวขึ้น (atherosclerosis) โดยการทำลายผนังหลอดเลือดชั้นในและทำให้เลือดแข็งตัวง่าย

1.7 บุหรี่ สารนิโคตินและคาร์บอนมอนอกไซด์ในบุหรี่จะทำลายหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ประมาณ 2 เท่า

1.8 แอลกอฮอล์ การดื่มสุราจะทำให้หลอดเลือดเปราะหรือเลือดออกง่าย กระตุ้นให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ และทำให้ผนังหัวใจห้องล่างผิดปกติ นำไปสู่การอุดตันของหลอดเลือดสมอง นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังกระตุ้นให้เกิดความดันโลหิตสูง และทำให้เลือดแข็งตัวผิดปกติลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่สมอง

1.9 โคเคน แอมเฟตามีน (amphetamines) และเฮโรอีน สารเสพติดดังกล่าวเป็นสาเหตุของสมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง โดยการกระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ทำให้เกร็ดเลือดทำงานมากขึ้น เพิ่มความดันโลหิตขึ้นเร็ว อุณหภูมิสูงขึ้นและเพิ่มการเผาผลาญในร่างกาย

1.10 การดำเนินชีวิต ผู้ที่ทำงานนั่งโต๊ะหรือขาดการออกกำลังกาย จะมีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าผู้ที่ทำงานที่ใช้แรงและผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ผู้ที่ชอบรับประทานอาหารประเภททอดหรือมีไขมันมาก มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าผู้ที่รับประทานอาหารพวกปลา ผักใบเขียวและผลไม้

1.11 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น ได้รับฮอร์โมนทดแทน ยาคุมกำเนิด ยาสเตียรอยด์ ภาวะเลือดหนืดข้น

2. ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.1 อายุ ที่มากขึ้น จะมีความสัมพันธ์ต่อการเสื่อมของหลอดเลือดสมอง เช่น คนที่อายุเกิน 55 ปี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า และคนอายุ 65 ปีขึ้นไป พบมากเป็น 3 เท่าของคนที่ยุ่่น้อย

2.2 เพศชาย พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศหญิง แต่สำหรับผู้หญิงที่มีประวัติใช้ยาคุมกำเนิดจะมีโอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้น และถ้าเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าเพศชาย

2.3 กรรมพันธุ์ ผู้ที่มีประวัติครอบครัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นอัมพาต จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าคนทั่วไป

2.4 เชื้อชาติ คนผิวดำ (African American) พบว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนผิวขาว (Caucasians) ประมาณ 2.5 เท่า สันนิษฐานว่าคนผิวดำมีภาวะอ้วน เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มากกว่าคนผิวขาว จึงมีโอกาสเกิดโรคนี้น่า่กว่า

2.5 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผู้ที่มีประวัติอัมพาต-อัมพฤกษ์ชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น 10 เท่า การรับประทานยาป้องกันเกล็ดเลือดจับกลุ่มกัน สามารถช่วยป้องกันโอกาสการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

อาการและอาการแสดง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้ (สุภารัตน์ วินิจปรีชากุล , 2561) ได้แก่

1. อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพฤกษ์ที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง เช่น ครึ่งซีกด้านซ้ายเป็นต้น
2. อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง
3. มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด เช่น พูดไม่ได้พูดติด เสียงไม่ชัด หรือไม่เข้าใจคำพูด
4. มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่นเดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน
5. การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน

อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง หรือเกิดขึ้นได้หลายครั้งก่อนมีอาการสมองขาดเลือดแบบถาวร

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยในการตรวจเพื่อยืนยันโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) มี 3 การตรวจวินิจฉัย (สุภารัตน์ วินิจปรีชากุล , 2561) ดังนี้

1. การซักประวัติและตรวจร่างกาย แพทย์จะซักประวัติการรักษา อาการ รวมถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจร่างกายทางระบบประสาท
2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่การตรวจเลือดต่างๆ
3. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan) เพื่อดูว่าสมองมีลักษณะของการขาดเลือดหรือเกิดเลือดออกในสมองหรือไม่

การรักษา

การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ต้องรักษาด้วยความรวดเร็วถือเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพราะหากปล่อยไว้สมองจะเกิดความเสียหายมากขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาภายในระยะเวลา 3-4.5 ชั่วโมง ยาที่แพทย์มักใช้ในการรักษาได้แก่ (สุภารัตน์ วินิจปรีชากุล , 2561)

1. ยาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อละลายลิ่มเลือดที่อุดตันอยู่ ซึ่งจะช่วยให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกมากขึ้น ยังได้รับเร็วประสิทธิภาพในการรักษาก็จะยิ่งดีขึ้น

2. ยาต้านเกล็ดเลือด เป็นยาที่ช่วยป้องกันการก่อตัวของเกล็ดเลือด ทำให้การอุดตันลดลง ยาในกลุ่มนี้ที่นิยมใช้ได้แก่ ยาแอสไพรินใช้ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในระยะเวลาที่เกิน 4.5 ชั่วโมง และให้เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดในระยะยาว

3. ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ในผู้ที่มีอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะยาว หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว อาการของผู้ป่วยจะเริ่มดีขึ้นตามลำดับ และอาจกลับมาเป็นปกติได้ภายใน 6 เดือน แต่ทั้งนี้ก็ยังขึ้นอยู่กับความเสียหายของสมอง และในระหว่างการพักฟื้นผู้ป่วยจะต้องได้รับการกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการสื่อสาร และการเคลื่อนไหวเพื่อให้กลับมาใกล้เคียงปกติมากที่สุด

โรคหลอดเลือดสมองสามารถป้องกันได้ด้วยการลดความเสี่ยงโรคหลอดเลือด ซึ่งการลดความเสี่ยงทำได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย (สุภารัตน์ วินิจปริชากุล , 2561) ดังนี้

1. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง เพราะจะส่งผลให้เกิดภาวะคอเลสเตอรอลในเลือดสูง รวมถึงอาหารที่มีรสเค็มจัด ที่เป็นสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

2. ควบคุมน้ำหนัก โรคอ้วนเป็นสาเหตุของโรคภัยร้ายแรงต่าง ๆ รวมทั้งโรคหลอดเลือดสมอง การควบคุมน้ำหนักจะช่วยลดความเสี่ยงลงได้

3. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยระยะเวลาในการออกกำลังกายที่เหมาะสมคือ 2.5 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ โดยควรเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิก

4. งดสูบบุหรี่

นอกจากนี้ควรรับการตรวจรักษาต่อเนื่องกับแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่างๆโดยการใชยาร่วมกัน ได้แก่

1. การให้ยาควบคุมระดับคอเลสเตอรอล โดยควรได้รับการตรวจวัดระดับไขมันในเลือดอย่างน้อยทุก 6-12 เดือน หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยง หรือมีภาวะคอเลสเตอรอลสูงอยู่แล้ว ควรไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามอาการ

2. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยความดันโลหิตที่เหมาะสม คือ ต่ำกว่า 140/90 มม.ปรอท

3. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า และการใช้ชีวิต นอกจากนี้ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยควบคุมอาการได้และทำให้ความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองลดลง

4. กรณีเป็นโรคหัวใจ ควรได้รับการรักษาโรคหัวใจอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยกรณีเป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ควรได้รับยาป้องกันเลือดแข็งตัว

การพยาบาล

การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แบ่งเป็น 3 ระยะ (โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์, 2566) ได้แก่

1. การป้องกันภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

1.1 วัดและประเมินความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว รูม่านตา ขนาดปฏิกิริยาต่อแสง GCS ระยะความถี่ เฝาระวัง ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนไป รูม่านตาขยายไม่เท่ากันหรือ GCS แย่ลง มีชักเกร็ง ต้องให้การช่วยเหลือรายงานแพทย์ทันที

1.2 ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง ตรวจวัดและบันทึกอาการของระบบประสาททุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากหลอดเลือดสมองซีกขวาตีบและมีภาวะสมองบวม เฝาระวังการมี ชีพจรเต้นแรงและช้าลง หายใจช้าลง ความดัน โลหิตสูงขึ้น

Pulse pressure กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท หายใจสะอึก เกร็ง อาเจียน หายใจไม่สม่ำเสมอเร็วสลับหยุด หายใจเป็นระยะ (Cheyne-Stokes respirations) เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา

1.3 ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

1.4 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 15-30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวปกติของร่างกาย เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก(นอนราบเลือดดำคั่งในสมอง นอนศีรษะสูงเกินไปเกิดสมองเลื่อน Brain herniation) แนะนำให้เลี่ยงการนอนท่าคว่ำหรือศีรษะต่ำกว่าปลายเท้า

1.5 แนะนำให้เลี่ยงการอัมพาตของคอ และการหมุนหรือหันศีรษะ เพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

1.6 แนะนำให้เลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้อง ทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ

1.7 สังเกตอาการ ดูแลการได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมิน Intake output ความตึงตัวของผิวหนังและเยื่อต่างๆ

2. กิจกรรมการพยาบาลในการป้องกันและเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาหรือเพิ่มขนาดยาเอง

2.2 อธิบายและให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ เช่น การจัดการกับความเครียด หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง

2.3 อธิบายถึงอาการและอาการแสดงที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ เช่น

2.3.1 ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน

2.3.2 แขน-ขาอ่อนแรง สูญเสียความรู้สึก การควบคุมการทรงตัวมากขึ้น

2.3.3 มีความผิดปกติของสายตา มากขึ้น

2.3.4 ง่วงซึม กระสับกระส่าย สับสนมากขึ้น

2.3.5 พูดลำบาก ไม่เข้าใจคำพูด ไม่สามารถแสดงออกเพื่อการสื่อสารได้มากขึ้น

2.4 อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการกลับมาพบแพทย์ตามนัด

2.5 เปิดโอกาสให้ญาติเข้าร่วมฟังการให้ความรู้และคำแนะนำร่วมกับผู้ป่วย ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ญาติในการซักถามและทำความเข้าใจ

3. การส่งเสริมและเตรียมความพร้อมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

3.1 ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ในการให้อาหาร แนะนำการดูแลความสะอาดของร่างกาย การแต่งตัว การเคลื่อนไหว ตลอดจนการเคลื่อนย้ายจากเตียงไปที่เก้าอี้ ฯลฯ เพื่อวางแผนในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

3.2 สอนและฝึกผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล (caregiver) เกี่ยวกับ

3.2.1 การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำครบถ้วน ตลอดจนการเลือกชนิดอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับหรือหลีกเลี่ยงได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

3.2.2 การจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนก่อนรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ขณะรับประทานอาหารไม่เมื่อยล้า

3.2.3 การลดสิ่งกระตุ้นผู้ป่วยขณะรับประทานอาหาร เพราะจะทำให้ความสนใจของผู้ป่วยในการรับประทานอาหารลดลง

3.2.4 การจัดวางถาดอาหารให้อยู่ในลานสายตาที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้

3.2.5 การให้อาหารอ่อนนุ่มและไม่เหลวมาก ถ้าอาหารมีลักษณะเป็นเส้นยาวควรตัดให้สั้นเพื่อให้กลืนได้สะดวก

3.2.6 การแนะนำและฝึกวิธีการกลืนให้ถูกวิธี ขณะรับประทานอาหาร ไม่ควรเร่งผู้ป่วย

3.2.7 การดูแลหลังรับประทานอาหาร ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำตามทุกครั้ง ใช้หลอดดูดหรือใช้ช้อนป้อน และให้ดื่มน้ำ ครึ่งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง

3.3 กรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน

3.3.1 แนะนำและฝึกวิธีการกลืนอย่างถูกวิธี

3.3.2 สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยดูแลช่วยผู้ป่วย ในการเลือกอาหารที่เคี้ยวง่ายและสะดวกต่อการกลืน เช่น โจ๊กข้น โยเกิร์ตข้น

3.3.3 จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งตัวตรงประมาณ 90 องศา และจัดศีรษะตั้งตรงขณะรับประทานอาหาร

3.3.4 ในกรณีที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง จะต้องฝึกทักษะให้กับญาติ/ผู้ดูแล รวมทั้งการจัดเตรียมสูตรอาหาร และการปั่นอาหารผสม

3.4 การสอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป เช่น วิธีแปรงฟัน การอาบน้ำ หรือ เช็ดตัว การสวมใส่หรือถอดเสื้อผ้า ถอดรองเท้า ฯลฯ

3.5 สอนและฝึกผู้ป่วย/ญาติให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เช่น

3.5.1 สอน และแนะนำผู้ป่วย/ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบ active- passive exercise

3.5.2 กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายแขน-ขาอ่อนแรงอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

3.5.3 ในขณะที่ผู้ป่วยนอน ควรจัดท่านอนให้ผู้ป่วยตามแนวปกติของร่างกาย

3.5.4 ดูแลให้ประคับประคองแขน-ขา ข้างที่อ่อนแรงทุกครั้ง que ผู้ป่วยทำกิจกรรม

3.5.5 ไม่ควรดึงแขน ขา ข้างที่อ่อนแรง เวลาเคลื่อนย้าย หรือจับ

3.5.6 แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยง การนั่งห้อยขาหรือ งอเข่า เป็นเวลานานๆ

3.5.7 กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น เครื่องพยุงต่าง ๆ

3.5.8 จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์และของใช้

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 62 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง วันที่ 14 มกราคม 2567 เวลา 12.00 น. โดยรับส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ด้วยแพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ด้วยอาการ 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะที่ผู้ป่วยทำงานอยู่ มีอาการชามือและแขนข้างซ้าย 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ไม่มีมุมปากตก แรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ พูดได้ปกติ ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) เท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V5) รูปร่างตามมีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง สามารถยกแขนขาได้แต่ต้านแรงได้น้อย (Motor power grade 4) แขนขาข้างขวาเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรง (Motor power Grade 5) ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง (The National Institutes of Health Stroke Scale: NIHSS) 3 คะแนน (Mild impairment) ผู้ป่วยนอนพักอยู่บนเตียง (Absolute bed rest) จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และประเมินการกลืนผู้ป่วยสามารถกลืนได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 205/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองแบบไม่ใช้สารทึบรังสี (No contrast) พบว่าไม่มีเลือดออกในสมอง มีส่วนของเนื้อสมองตาย บริเวณ left centrum semi vale, right corona radiata, bilateral basal ganglia แพทย์วินิจฉัย Acute ischemic stroke และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เวลา 14.00 น. แรกแรกที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 196/79 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำ 172/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 64 ครั้ง/

นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) เท่ากับ 15 คะแนน (E4M6V5) รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีปากเบี้ยว แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง สามารถยกแขนขาได้แต่ต้านแรงได้น้อย (Motor power grade 4) แขนขาข้างขวาเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรง (Motor power Grade 5) แพทย์ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปรับปรมาณ ASA (300 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ปรับปรมาณวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า Simvastatin (20 มิลลิกรัม) 2 เม็ด ปรับปรมาณวันละ 1 ครั้งก่อนนอน Clopidogrel (75 มิลลิกรัม) ปรับปรมาณวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ Losec (20 มิลลิกรัม) 1 เม็ด ปรับปรมาณวันละ 1 ครั้งก่อนอาหาร และฝึกการกลืนให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยปรับปรมาณอาหารเหลว สามารถกลืนอาหารและน้ำได้ ไม่มีสำลัก ปฏิกิริยานักกายภาพบำบัด กระตุ้นและจัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งศีรษะสูง ตัวตรง และให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด 2) การเคลื่อนไหวบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้อแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง 3) ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคและวิธีการดูแลที่บ้าน ประเมินคะแนนโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันของสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (The National Institute of Health Stroke Scale: NIHSS) ได้ 2 คะแนน (Severe impairment) ประเมินระดับความพิการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Modified Rankin Scale: MRS) 2 คะแนน (มีความผิดปกติเล็กน้อย สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ทุกอย่าง แต่ทำงานอาชีพไม่ได้) ประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Barthel Index) ได้ 90 คะแนน (สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก (mildly disabled)) และประเมินการกลืน (Dysphagia Screening Test) ผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบาก จึงได้แนะนำญาติและผู้ดูแลให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวัน และการฝึกการทำกายภาพบำบัดให้กับเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ข้อติดแข็ง แผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก เป็นต้น ญาติและผู้ดูแลให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี 3 วัน หลังรับไว้ในโรงพยาบาล (17 มกราคม 2567) สภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วยดีขึ้น สัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาทไม่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดมาตรวจซ้ำหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (2 กุมภาพันธ์ 2567) รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 3 วัน และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่นำเสนอจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

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 วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 14 มกราคม 2567 ถึงวันที่ 17 มกราคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 3 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) เช่น อัมพาต, ปัญหาการพูดหรือการกลืน, สูญเสียความทรงจำ หรือปัญหาเกี่ยวกับสมอง เป็นต้น แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพของโรค สามารถสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติหลังกลับบ้านได้ด้วยตนเอง และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน (Acute ischemic stroke) ในหน่วยงาน

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยภาวะโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากภาวะสมองขาดเลือด อาจส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง สมองบวม และกดทับเนื้อเยื่อสมอง มีผลอาจทำให้ผู้ป่วยปวดศีรษะรุนแรง ชีพจร ชักเกร็ง และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตหรือพิการถาวรได้ พยาบาลจึงต้องเฝ้าระวังอาการและติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลอย่างเหมาะสมก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ทำให้มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร และขาดผู้ดูแลเมื่อกลับบ้านเนื่องจากบุตรสาวต้องไปทำงานนอกบ้าน ประกอบกับผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ ยังไม่มีแนวโน้มที่จะเลิกบุหรี่ได้ ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันซ้ำและรุนแรงขึ้นได้

9. ข้อเสนอแนะ

พยาบาลต้องมีความรู้ ทักษะ สมรรถนะในการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โดยใช้ Early warning signs ประเมิน และวางแผนการพยาบาลก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการเข้าสู่ภาวะวิกฤติ

10. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางนพวรรณ อรรถเสนา สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

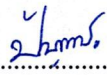
(ลงชื่อ) นพวรรณ ผู้ขอประเมิน

(นางนพวรรณ อรรถเสนา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

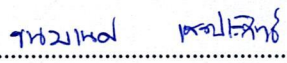
(ลงชื่อ)..... 

(นางปัญชลี โพธิพรณ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

วันที่ 12 เดือน พ.ค. พ.ศ. 64

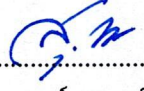
(ลงชื่อ)..... 

(นางชนบเณตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 14 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

(ลงชื่อ)..... 

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 19 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

(ลงชื่อ)..... 

(นายกฤษณ์ สกุลแพทย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑๗ เดือน มิ.ย. พ.ศ. ๒๕๖๔

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2.หลักการและเหตุผล

แผลกดทับ (Pressure Injury) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง สาเหตุสำคัญของการเกิดแผลกดทับเกิดจากแรงกดทับ บริเวณผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังเป็นเวลานาน ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงบริเวณดังกล่าวลดลง ทำให้เนื้อเยื่อขาดออกซิเจนและสารอาหาร จนนำไปสู่การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อและเกิดแผลในที่สุด การเกิดแผลกดทับ ส่งผลกระทบทั้งต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจเกิดการเจ็บปวด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด นอกจากนี้ยังทำให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และเพิ่มภาระในการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพและผู้ดูแลผู้ป่วย อีกทั้งยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม ดังนั้น การป้องกันแผลกดทับจึงเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล และผู้ดูแลผู้ป่วยโดยให้ความสำคัญกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับ (Braden scale) เพื่อให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เช่น การใช้อุปกรณ์หรือวัสดุช่วยลดแรงกดทับ เช่น ที่นอนลม หรือแผ่นรองลดแรงกดทับ (Support surface) การประเมินลักษณะผิวหนัง ตั้งแต่แรกเริ่ม (Skin inspection) การจัดท่าและพลิกตะแคงตัว อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดแรงกดทับ (Keep moving) การจัดการผิวหนังต่อความเปียกชื้น การดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้น (Incontinence) และการดูแลภาวะโภชนาการที่เพียงพอและเหมาะสม (Nutrition) ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ ส่งเสริมความปลอดภัย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และยกระดับคุณภาพการพยาบาลและการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริกัญญา อูสาหิทธิกุล และคณะ, 2567)

จากสถิติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ปี 2566 ถึงปี 2567 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ/กลุ่มเสี่ยงที่จะมีแผลกดทับ (Braden scale ≤ 16) 30/161,21/211,19/236 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.93,2.82,2.31 ตามลำดับ พบว่าแนวโน้มของการเกิดแผลกดทับรายใหม่มีจำนวนลดลงแต่กลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับและกลุ่มเสี่ยงที่จะมีแผลกดทับเป็นผู้ป่วยติดเตียง ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จากการวิเคราะห์สาเหตุผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับพบว่า พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เข้ามาประจำการที่หอผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันแผลกดทับไม่ครอบคลุม จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าจะในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง กำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม ซึ่งส่งผลให้เกิดการสูญเสียสุขภาพและทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมาก สถิติผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดเตียง, $ADL \leq 4$) ในไทยช่วงปี 2565-2567 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่นอนโรงพยาบาลมีปัญหาจากแผลกดทับ ซึ่งแผลกดทับเป็นปัญหาทางสุขภาพที่มีมานาน และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสูง แผลกดทับสามารถเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยหลายกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เป็นต้น (อรรถพรณ แพกุล,2568)

การเกิดแผลกดทับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียง การประเมินสภาพผิวหนังและดูแลความสะอาดของ ผิวหนัง การดูแลภาวะโภชนาการ การจัดทำพลิกตะแคงตัว การใช้ อุปกรณ์ลดแรงกด การจัดโปรแกรม ให้ความรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อม สามารถใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่สามารถลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับได้ แม้ว่าพยาบาลมีแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดแผลกดทับที่ชัดเจนอยู่แล้วก็ตาม แต่ไม่ทำให้สถิติการเกิดแผลกดทับลดลง ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้เวลานานพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ประกอบกับโรงพยาบาลต้องใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นการพัฒนาความรู้ และการปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมของพยาบาลวิชาชีพและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงแผลกดทับจึงเป็นสิ่งสำคัญ การใช้กระบวนการพยาบาลกับการดูแลแผลกดทับ เป็นการทำงานอย่างเป็นระบบ เริ่มตั้งแต่การประเมิน (Assessment) ความเสี่ยงด้วย Braden Scale ประเมินผิวหนังและประเมินแผล การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) ที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning) ปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) ที่เหมาะสม การประเมินผล (Evaluation) เพื่อประเมินผลการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (ฉัตรวลัย ใจอารีย์,2563)

จากการวิเคราะห์ปัญหาและสังเกตการปฏิบัติหน้างานพบปัญหาสำคัญ คือ พยาบาลไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล ผู้ป่วยไม่ได้รับการพลิกตะแคงตัวตามเวลาที่กำหนด มีพยาบาลวิชาชีพใหม่เข้ามาประจำการที่หอผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง และการป้องกันแผลกดทับไม่ครอบคลุม ขาดความรู้ในการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันแผลกดทับตั้งแต่แรกเริ่ม การบันทึกทางการพยาบาลในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และ ประเมินผลไม่ครบถ้วนและการให้ความรู้ญาติ/ผู้ดูแลยังไม่ครบถ้วน จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับโดยใช้แนวคิด กระบวนการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางป้องกันและดูแลผู้ป่วย สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและผู้ป่วยที่มีแผลกดทับได้เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ระยะเวลาดำเนินการ

พฤษภาคม - พฤศจิกายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการและ แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลและแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
4. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
5. นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับในหน่วยงาน อธิบายถึงรูปแบบ และขั้นตอนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับกับหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน
6. เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
7. เตรียมเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
9. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และประเมินผล
10. สรุปผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ นำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่าง ๆ ที่พบมาปรับปรุง

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไปใช้ในแนวทางเดียวกัน
- 4.2 พยาบาลวิชาชีพนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 100
- 5.2 อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ลดลง ร้อยละ 50

(ลงชื่อ) นางนพวรรณ ผู้ขอประเมิน

(นางนพวรรณ อรรถเสนา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 11 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลแหลมฉบัง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน		
	นางกัญญาภัทร สุวดิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๒๓๔๘๔	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๒๓๔๘๔	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตก				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตก
2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 16 ตุลาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 7 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (Acute appendicitis) คือ ภาวะที่มีการอักเสบของไส้ติ่ง เกิดจากภาวะอุดตันในรูทางเข้าและออกของไส้ติ่ง ที่พบได้บ่อยที่สุดคือจากการมีเศษอุจจาระแข็งๆ ขึ้นเล็กๆ ที่เรียกว่านิ่วอุจจาระตกลงไปในรูไส้ติ่ง และที่พบได้รองลงมาคือเกิดจากเนื้อเยื่อตอมน้ำเหลืองที่ผนังไส้ติ่งที่หนาตัวขึ้นตามการอักเสบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในร่างกาย นอกจากนี้อาจเกิดจากสิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดผลไม้ หนองพยาธิ พยาธิไส้เดือน พยาธิเส้นด้าย พยาธิติตหมู หรือก้อนเนื้องอก ซึ่งเมื่อเกิดการอุดตันขึ้น สิ่งคัดหลั่งที่ไส้ติ่งหลังอยู่เป็นปกติก็จะเกิดการคั่งอยู่ในรูไส้ติ่ง ทำให้ไส้ติ่งบวมเป่งและมีแรงดันภายในไส้ติ่งสูงขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบของไส้ติ่งหากรักษาช้าอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ไส้ติ่งแตก ช่องท้องอักเสบ เป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและเสียชีวิตได้ (พิมพา เชิญผึ่ง, 2564)

ภาวะไส้ติ่งแตก (Ruptured Appendicitis) หมายถึง ภาวะที่ไส้ติ่งมีการบวม อาจเกิดจากการอุดตันหรือการสะสมของเชื้อโรค หรือสิ่งที่แปลกปลอม หรือเนื้องอก มีผลให้เนื้อเยื่อของไส้ติ่งอักเสบ บวม เกิดอาการมีหนอง แตก ไส้ติ่งอักเสบที่มีภาวะแทรกซ้อนมี perforation ทั้ง localized และ generalize collection ในช่องท้อง (ศศิธร รูปแจ่ม, 2567)

พยาธิสภาพของโรค

เมื่อมีการอุดตัน ไส้ติ่งส่วนปลายจะบวม เริ่มอักเสบในชั้น mucosa มีการหลั่ง secretion ร่วมกับสะสมของ inflammatory exudates และ bacteria ความดันในไส้ติ่งเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การแตงติงของผนังกระตุ้น Visceral afferent fiber จะรู้สึกปวดตื้อ ๆ บริเวณรอบสะดือหรือใต้ลิ้นปี่ ในบางครั้งอาจเกิด cramping pain จากการกระตุ้น peristalsis การบวมเพิ่มขึ้นต่อไปจนเกิดความดันที่ผนังมากกว่า venous pressure เกิด venous congestion และ reftex คลื่นไส้และอาเจียนเมื่อ inflammatory process ถึงชั้น serosa จะกระตุ้น parietal afferent fiber บน parietal peritoneum เกิด localized pain ที่ท้องน้อยซีกขวาหลังจากความดันมากกว่า arterial pressure ทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยงและเกิด infarction บริเวณ antimesenteric border ทำให้เนื้อเยื่อผนังตายและไส้ติ่งทะลุ อาจเป็นผลให้เกิดการอักเสบ ของเยื่อช่องท้องเฉพาะที่จนถึงทั่วไป ไส้ติ่งแตกระยะแรกผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดท้องรุนแรง ตรวจพบอาการเกร็ง (guarding) และแข็ง (rigidity) บริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง (พิมพา เชิญผึ่ง, 2564)

ภาวะแทรกซ้อนของโรคไส้ติ่งอักเสบแตก

ผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบ หากไม่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 24-36 ชั่วโมงหลังมีการอักเสบ มักจะไม่เกินระยะเวลา 3 วัน ไส้ติ่งจะขาดเลือดกลายเป็นเนื้อเน่าและตาย สุดท้ายผนังของไส้ติ่งที่เปื่อยยุ่ยจะแตกทะลุหนองและสิ่งสกปรกภายในลำไส้จะไหลออกมาในช่องท้อง ทำให้กลายเป็นเยื่อช่องท้องอักเสบ (peritonitis) และหากเชื้อแบคทีเรียลุกลามเข้าสู่กระแสเลือดก็จะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นอันตรายจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ แต่บางรายก็อาจกลายเป็นก้อนฝีรอบ ๆ ไส้ติ่งแทรกซ้อนแทนซึ่งเกิดจากร่างกายสร้างเนื้อเยื่อมาห่อหุ้มไส้ติ่งที่แตกนั้น ไว้ทำให้ลำไส้มีก้อนเจ็บที่ท้องน้อยและมีไข้ ภาวะแทรกซ้อนของไส้ติ่งอักเสบจะเกิดขึ้นหากไม่มีการรักษาอย่างทันท่วงทีจนทำให้เกิดภาวะไส้ติ่งแตก โดยส่วนใหญ่แล้วมักจะเป็นอาการที่เกิดจากเชื้อโรคที่แพร่กระจายจากไส้ติ่งที่แตก (เปรมยุดี เทาะสูงเนิน, 2566) ได้แก่

1. โรคเยื่อช่องท้องอักเสบ เมื่อไส้ติ่งที่อักเสบแตกเชื้อโรคจะแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างเคียง และก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในช่องท้อง ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการปวดท้องอย่างรุนแรงตลอดเวลา รู้สึกไม่สบาย มีไข้สูง หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่ และมีอาการบวมบริเวณหน้าท้อง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาการจะเรื้อรังและอันตรายถึงชีวิต วิธีการรักษาคือการใช้ยาปฏิชีวนะและผ่าตัดนำไส้ติ่งที่แตกออก

2. ฝี ในผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะไส้ติ่งแตก อาจมีฝีเกิดขึ้นภายในช่องท้อง ซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการต่อสู้เชื้อโรคของร่างกาย โดยแพทย์จะทำการรักษาด้วยการต่อท่อระบายหนองออกจากฝีในช่องท้องร่วมกับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักพบได้บ่อยในเด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัวและผู้ป่วยเบาหวาน เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งในผู้สูงอายุที่เป็นไส้ติ่งอักเสบจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 15 ถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 24-36 ชั่วโมง โอกาสเสียชีวิตก็นับว่ามีน้อยมากและมักไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น แต่ถ้าปล่อยทิ้งไว้เนิ่นนาน นอกจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวแล้ว หลังการผ่าตัดยังอาจเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดแทรกซ้อนอีกด้วย ซึ่งจะทำให้เกิดความยุ่งยากในการรักษามากขึ้น

สาเหตุของโรค

สาเหตุของการไส้ติ่งอักเสบเกิดจากภาวะอุดตันในรูทางเข้า-ออกของไส้ติ่ง ที่พบได้บ่อยที่สุดคือจากการมีเศษ อุจจาระแข็งขึ้นเล็ก ๆ (Fecalith) ตกเข้าไปในรูไส้ติ่ง ซึ่งเมื่อเกิดการอุดตันขึ้นสิ่งกีดขวาง ที่ไส้ติ่งหลังอยู่เป็นปกติก็จะเกิดการคั่งอยู่ในรูไส้ติ่ง ทำให้ไส้ติ่งบวมเป่งและมีแรงดันภายในไส้ติ่ง สูงขึ้นประกอบกับการบีบขับของไส้ติ่ง จึงทำให้เกิดอาการปวดท้องรอบสะดือ และในขณะเดียวกันเชื้อแบคทีเรียที่มีอยู่เป็นปกติในรูไส้ติ่งก็จะเกิดการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วและรุกเข้าไปในเนื้อเยื่อของไส้ติ่งทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงตามมา (อุษาวดี อัครวิเศษ, 2559)

อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของโรคไส้ติ่งอักเสบแตก ดังนี้

1. อาการปวดท้อง ระยะเริ่มแรกจะรู้สึกปวดบริเวณสะดือ ต่อมาเมื่อมีการอักเสบเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะบอกตำแหน่งที่ปวดอยู่บริเวณท้องน้อยด้านล่างขวา (right lower quadrant) เนื่องจากการอักเสบที่ลุกลามมากขึ้น มีอาการปวดท้องมากขึ้นขณะที่ไอ เดิน หรือแม้ขยับตัว และจะปวดรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ถ้าไส้ติ่งแตกอาการปวดจะทุเลาลง ช่วงหนึ่ง และจะตามมาด้วยอาการปวดรุนแรงมากขึ้น และกระจายไปยังส่วนอื่นของช่องท้อง
2. คลื่นไส้ อาเจียน มักเกิดภายหลังเริ่มมีอาการปวดท้อง อาเจียนเป็นระยะๆ บางรายมีเบื่ออาหาร ท้องเสีย ท้องผูก หรือมีอาการท้องอืดร่วมด้วย หากเกิดไส้ติ่งแตก เนื่องจากไส้ติ่งอักเสบอยู่ใกล้กับลำไส้ใหญ่ส่วน sigmoid หรือ rectum
3. มีไข้ต่ำๆ และอาจสูงเกินกว่า 38 องศาเซลเซียส
4. มีอาการปัสสาวะบ่อยขึ้น เนื่องจากการอักเสบที่มากขึ้นของไส้ติ่งไปกระตุ้นท่อไต

อาการและอาการแสดงที่สำคัญคือ กดเจ็บบริเวณ right lower quadrant ในกรณีที่อาการปวดไม่ชัดเจนการตรวจบางอย่างสามารถช่วยการวินิจฉัยได้มากขึ้น เช่น psos test, obturator test, การตรวจทางทวารหนัก (ถาวร นาแก้ว, 2565)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบในระยะเวลารวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญที่สุด โดยแพทย์จะอาศัยการซักประวัติอาการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะเพื่อแยกโรคและยืนยันด้วยการตรวจ Ultrasound หรือ CT scan เพื่อดูภาวะอักเสบ (พงษ์เดช จาวันฤทธิ์, 2561) ดังนี้

1. จากการซักประวัติอาการและตรวจร่างกายเป็นหลัก สำหรับการตรวจร่างกายมักพบว่า ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 37.5 – 38 องศาเซลเซียส แต่มักไม่เกิน 38.5 องศาเซลเซียสแต่บางรายอาจไม่มีไข้หรือในรายที่มีไข้สูง อาจเกิดจากไส้ติ่งแตก การตรวจร่างกายที่สำคัญ คือ การตรวจพบอาการกดเจ็บตรงท้องน้อยข้างขวา โดยเฉพาะตรงตำแหน่งของไส้ติ่งหรือจุดแมคเบอร์เนย์ (McBurney's point) ถ้าใช้มือค่อยๆ กดตรงบริเวณนั้นลงไปลึกๆ แล้วปล่อยมือให้ผนังหน้าท้องกระดกกลับขึ้นมาทันที ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดมาก ซึ่งเรียกว่า อาการกดปล่อยแล้วเจ็บ (Rebound tenderness) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องในบริเวณนั้น ๆ ส่วนรายที่ไส้ติ่งแตก ผู้ป่วยจะมีไข้สูงลอย 40 องศาเซลเซียส มีอาการปวดเจ็บทั่วบริเวณท้องน้อยด้านขวาและซ้าย ท้องจะแข็งและเกร็ง และอาจคลำได้ก้อน

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในรายที่เป็นโรคไส้ติ่งอักเสบจะพบว่ามีจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ การตรวจปัสสาวะ หากไส้ติ่งอยู่ใกล้ท่อไตหรือกระเพาะปัสสาวะอาจพบเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวมากกว่าปกติ

3. การตรวจอัลตราซาวด์อาจพบไส้ติ่งที่อักเสบบวมหรือก้อนฝึรอบ ๆ ไส้ติ่ง

4. การตรวจเอกซเรย์ช่องท้องหรือตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพื่อแยกจากโรคอื่น เช่น นิ่วในท่อไต ปีกมดลูกอักเสบ การตั้งครรภ์นอกมดลูก

5. การใช้ Clinical scale ในการวินิจฉัยไส้ติ่ง นิยมใช้ Alvarado scale มาช่วยในการวินิจฉัย ซึ่งวินิจฉัยเกี่ยวกับ Symptoms ซึ่งประกอบด้วย Migratory pain (ปวดท้อง ย้ายตำแหน่ง) Nausea / vomiting (คลื่นไส้ อาเจียน) Anorexia (เบื่ออาหาร) โดยให้ scale 1 1 1 Signs ซึ่งประกอบด้วย Right iliac fossa tenderness (กดเจ็บท้องน้อยด้านขวา) Fever >37.5 Rebound tenderness in right fossa โดยให้ scale 2 1 1 และ Laboratory test ซึ่งประกอบด้วย Leukocytosis ($>10,000$) Neutrophilic shift to left ($>75\%$) โดยให้ scale 2 1 ตามลำดับ

การใช้ Alvarado scale อาจช่วยในการวินิจฉัยไส้ติ่งอักเสบแม่นยำขึ้น

Score 9-10	ผู้ป่วยมีโอกาสเกือบ 100% ที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
Score 7-10	มีโอกาสสูงที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ
Score 5-6	น่าจะเป็นไส้ติ่งอักเสบแต่ควรส่งตรวจเพิ่มเติมเช่น CT scan
Score 0-4	มีโอกาสน้อยที่จะเป็นไส้ติ่งอักเสบ

การรักษา

แบ่งการรักษาตามลักษณะของผู้ป่วย (เปรมยุดี เหาะสูงเนิน, 2566) ดังนี้

1. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบ แนะนำให้การรักษาด้วยการผ่าตัดโดยด่วน หลังจากการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมและเหมาะสมต่อการให้ยาสลบและการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบมี 2 ประเภท คือ การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง และการผ่าตัดผ่านกล้องวีดีทัศน์

2. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกไม่ชัดเจนว่าจะเป็โรคไส้ติ่งอักเสบ ควรรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล เพื่อติดตามประเมินลักษณะทางคลินิกเป็นระยะ โดยดื่มน้ำและอาหาร และไม่ใหยาปฏิชีวนะ เมื่อลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ชัดเจนว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน ก็สามารถนำผู้ป่วยไปทำการผ่าตัดได้ทันที ทั้งนี้อาจปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นเพื่อช่วยพิจารณาแยกโรคด้วย

3. ในรายที่ลักษณะทางคลินิกบ่งชี้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันไม่แตกทะลุ ใหยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด แต่เมื่อผ่าตัดพบว่าไส้ติ่งอักเสบไม่แตกทะลุก็ไม่จำเป็นต้องใหยาปฏิชีวนะต่อหลังผ่าตัด แต่ถ้าพบว่ามีไส้ติ่งแตกทะลุก็ใหยาปฏิชีวนะต่อไป

4. ในรายที่การตรวจร่างกายบ่งชี้ว่ามี peritonitis ซึ่งเกิดจากการแตกของไส้ติ่งอักเสบมาก มีลักษณะ generalized peritonitis ส่วนผู้ใหญ่มัจะเป็น pelvic peritonitis ก่อนผ่าตัด ควรใช้วิธีรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่เหมาะสมในการให้ยาสลบและการผ่าตัด เช่นการให้สารน้ำที่เหมาะสมให้เพียงพอ เพื่อดูว่าผู้ป่วยมีปัสสาวะออกดี ใหยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม

5. กรณีที่ไส้ติ่งแตกทะลุขณะผ่าตัดหรือไส้ติ่งไม่แตกทะลุ แต่รุนแรงถึงขั้น gangrenous appendicitis แนะนำใหยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง 1-3 วันแล้วแต่พยาธิสภาพ

6. ในรายที่มีอาการมาหลายวันและการตรวจร่างกายพบว่ามีก้อนที่ท้องน้อยด้านขวา อาจเป็น appendiceal phlegmon หรือ abscess ควรจะรักษาโดยใหยาปฏิชีวนะถ้าผู้ป่วยตอบสนองดีเช่นอาการปวดท้องดีขึ้นก่อนเล็กลงให้รักษาต่อโดยประคบประครองและนำผู้ป่วยไปทำ elective appendectomy หลังจากนั้น 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน แต่ถ้าการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะแล้วไม่ได้รับการตอบสนองที่ดี อาจจำเป็นต้องผ่าตัด

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยใส่ดักแด้เสียบปลั๊กเน้นการเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันใส่ดักแด้ การจัดการความปวด ภาวะติดเชื้อและการดูแลหลังผ่าตัดแบบองค์รวม โดยเฉพาะภาวะใส่ดักแด้ ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในช่องท้อง การพยาบาลผู้ป่วยใส่ดักแด้แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ร่วมกับการบรรเทาความเจ็บปวด การส่งเสริมภาวะโภชนาการ และการดูแลด้านจิตใจ (จิรณัฐ สมโชคไวท์, ศรัณญา จูพาริ, และจันทร์จิรา เจียรณย์, 2563) ดังนี้

1. การพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ลดภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

1.1 การประเมินและเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

1.1.1 การเตรียมผิวหนังหรือเตรียมบริเวณก่อนการผ่าตัด ประกอบด้วย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลด้วยการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทุกส่วนด้วยสบู่หรือน้ำยาทำความสะอาดผิวหนังชนิดมีฤทธิ์ฆ่าเชื้อ สระผมทำความสะอาดหนังศีรษะ ทำความสะอาดช่องปาก และฟัน เพื่อความสบายของผู้ป่วย เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจต้องใช้เวลาในการพักฟื้นหลายวันกว่าจะสามารถอาบน้ำได้ปกติ เพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อ การทำความสะอาดลิ้น ลิ้นปี่ ลิ้นป้อม เครื่องสำอวต่าง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการสังเกตการณ์กลืนและการใช้อุปกรณ์ติดตามอาการของผู้ป่วยในห้องผ่าตัด การกำจัดขนในบริเวณที่ผ่าตัด ซึ่งมีการทำในบางรายเท่านั้น ไม่ได้ทำทุกราย

1.1.2 การซักประวัติอาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน และอดีต ประวัติสุขภาพครอบครัว และแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.1.3 ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการผ่าตัด เช่น อายุ เพศ ภาวะโภชนาการ ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย การได้รับยา สารเสพติดต่างๆ ยาประจำตัวที่ใช้รักษาโรค และการติดเชื้อก่อนเข้ารับการผ่าตัด

1.1.4 การตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า เพื่อประเมินหาความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะต่างๆ การประเมินสัญญาณชีพ ระบบทางเดินหายใจ ทรวงอกและปอด การตรวจช่องปาก ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาท และระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อ

1.1.5 การเอกซเรย์ทรวงอกเพื่อประเมินการทำงานของปอดและหลอดลม รวมทั้งฝึกการหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ปอดทำงานได้ดีขึ้น

1.1.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเลือดและปัสสาวะ ผลทางรังสีวิทยา ผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ และการตรวจพิเศษต่างๆ

1.1.7 เตรียมเลือด

1.1.8 ให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำและอาหาร การเตรียมผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด การบริหารการหายใจ (Breathing exercise) และการไอที่ถูกต้อง (effective cough)

1.1.9 ถอดของมีค่าหรือสิ่งแปลกปลอม เช่น การถอดฟันปลอม เพื่อป้องกันการหลุดฟันปลอมไปอุดที่หลอดลมได้

1.1.10 เซ็นไบยนิยก่อนการผ่าตัด

1.1.11 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

1.1.12 ซ้ำแจ้งพยาธิสภาพของโรค แผนการผ่าตัด

1.2 การประเมินและการเตรียมพร้อมด้านจิตใจ พยาบาลควรซักถามความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการผ่าตัด เช่น นอนไม่หลับ ก้าวร้าว ซึมเศร้า นอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อย สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการระบายความรู้สึกต่างๆ เสริมพลังให้ผู้ป่วยเกิดความนับถือตนเอง (self-Esteem) นอกจากนี้การสอนและการให้ข้อมูลก่อน

การผ่าตัดยังเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล เนื่องจากช่วยให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจนเกิดการยอมรับในการผ่าตัด มีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูหายกลับคืนสู่ภาวะปกติ

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด

การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ การบรรเทาความปวด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ ดังนี้

2.1 การรับผู้ป่วยจากห้องผ่าตัด เตรียมเตียงผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพพร้อมรับผู้ป่วย สะดวกต่อการเคลื่อนย้ายและความสุขสบายของผู้ป่วย การปูผ้าต่าง ๆ ควรง่ายต่อการทำความสะอาด เช่น เตรียมเสาน้ำเกลือ จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยอยู่ในระยะที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ง่าย และเครื่องมือต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย เช่น เครื่องควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำ (Infusion Pump)

2.2 ประเมินอาการและอาการแสดง วัตถุประสงค์ทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพคงที่ ประเมินระดับความรู้สึก (Conscious) ประเมินการอุดกั้นทางเดินหายใจ (Airway) ประเมินการหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ประเมินการเคลื่อนไหว ประเมินการไหลเวียนของเลือด ที่ปลายมือปลายเท้า เล็บ ริมฝีปาก หากพบความผิดปกติต้องให้การช่วยเหลือและรายงานแพทย์ทันที

2.3 จัดท่านอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามระดับความรู้สึกตัว เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกโดยจัดท่า semi fowler position

2.4 ตรวจดูแผลผ่าตัด ตำแหน่งและขนาดของแผล เพื่อประเมินภาวะการฉีกขาด

2.5 ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะว่าสามารถขับถ่ายปัสสาวะได้หรือไม่ หรือมีสายสวนปัสสาวะคาไว้ ดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

2.6 ประเมินอาการปวดแผล และให้ยาระงับอาการปวดตามแผนการรักษา

2.7 ดูแลให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงภายใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่อให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวเร็วขึ้น

2.8 ให้อาปฐิษณะตามแผนการรักษา

2.9 ประเมินสภาพจิตใจและอารมณ์ ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและญาติ อธิบายเกี่ยวกับอาการของโรค ณ ปัจจุบัน แผนการรักษา การดูแลที่จะได้รับ การขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะวิกฤต เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึก

การทำแผล

วิธีการทำแผลชนิดเปียก (Wet Dressing) ซึ่งเป็นการทำแผลที่ต้องใช้ความชุ่มชื้นช่วยในการหายของแผล ใช้เมื่อแผลมีการสูญเสียเนื้อเยื่อและเป็นแผลเปิด หรือมีการหายแบบทุติยภูมิเพื่อช่วยในการจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเนื้อเยื่อ ที่ตายแล้ว ขั้นตอนการล้างแผลแบบเปียก (กรวรรณ สุวรรณสาร, 2560) มีดังนี้

1. ล้างฟอกมือด้วยสบู่ฆ่าเชื้อ 7 ขั้นตอน ซับมือให้แห้ง และสวมถุงมือปลอดเชื้อทุกครั้ง
2. เปิดชุดทำแผล
3. เปิดแผลโดยใช้มือหยิบกอสปิดแผลส่วนบนทิ้งลงในภาชนะรองรับ เปิดกอสปิดแผลชั้นที่ติดกับแผล โดยใช้ปากคีบมีเขี้ยว หากกอสปิดแผลแห้งติดแผล ให้ใช้สำลีชุบน้ำเกลือ (0.9% NSS) หยดบนกอสปิดแผลก่อน เพื่อให้สารคัดหลั่งอ่อนตัว จะช่วยให้กอสปิดแผลหลุดง่าย และไม่ทำลายเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่
4. ทำความสะอาดแผลโดยใช้ปากคีบอีกอันซึ่งไม่มีเขี้ยวคีบสำลีชุบน้ำเกลือ ส่งต่อปากคีบมีเขี้ยวที่อยู่ต่ำกว่า เริ่มจากเช็ดภายในแผลขอบแผลและวนออกรอบ ๆ แผล ประมาณ 2-3 นิ้ว หากยังไม่สะอาดให้เช็ดซ้ำ ทั้งสำลีที่ใช้แล้วลงในภาชนะรองรับโดยไม่ให้ปากคีบสัมผัสกับขอบภาชนะ

5. ใช้ปากคืบไม่มีเชื้อยาคืบสำหรับ Povidone-iodine ผสมกับน้ำเกลือชนิดน้อย ส่งไปยังปากคืบมีเชื้อ ซึ่งอยู่ต่ำกว่า ทาในแผลและรอบแผลประมาณ 2-3 นิ้ว เพื่อฆ่าเชื้อโรคและให้ความชุ่มชื้นกับเนื้อเยื่อ

6. ใช้ก๊อชปิดแผล

7. วางอุปกรณ์ทำแผลคืนกลับลงบนถาดในชุดทำแผล และรวบผ้าให้ห่อชุดทำแผล ใส่ลงในภาชนะ เพื่อนำส่ง ล้างและเข้าสู่กระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อต่อไป

คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน (กรวรรณ สุวรรณสาร, 2560)

1) การรับประทานยาปฏิชีวนะและยาลดปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

2) การดูแลแผลผ่าตัด ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยต้องมาล้างทำความสะอาดแผลที่โรงพยาบาล ห้ามไม่ให้แผลเปียกน้ำและไม่ทำแผลเอง

3) ห้ามเกาแผลหรือกระทบกระเทือนแผล เพราะอาจทำให้เกิดการอักเสบ บวม แดง ได้

4) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงเพราะจะช่วยให้แผลติดเร็วมากขึ้นและพักผ่อนให้เพียงพอ

5) เวลาไอ ใช้มือประคองแผล ป้องกันแผลแยกและลดความเจ็บปวดแผลได้

6) มาตรวจตามแพทย์นัด

7) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ แผลมีหนองหรือน้ำเหลืองซึม ขอบแผลผ่าตัดบวมแดงและกดเจ็บ มีไข้ เบื่ออาหาร ถ่ายเหลวผิดปกติ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 58 ปี มาด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดท้องขาล่าง อาเจียน 1 ครั้ง และ 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาเจียนเป็นน้ำสีใส 1 ครั้ง ไม่ท้องเสีย มีโรคประจำตัวไขมันในเลือด โรคหลอดเลือดสมองอ่อนแรงแขนขาด้านขวา กำลังแขนขาข้างขวาเคลื่อนไหวได้ในแนวราบ แขนขาข้างซ้ายยกต้านแรงได้ รักษาที่โรงพยาบาลแหลมฉบังไม่ขาดยา แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผู้ป่วยสัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิกาย 37.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 152/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ตรวจหน้าท้องพบหน้าท้องเกร็ง ร่วมกับมีอาการกดปล่อยแล้วเจ็บ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบ WBC $13,000 \times 10^3/\mu\text{L}$ Neutrophil 76% Urine Analysis พบ Sp.gr 1.010 WBC 3-5 Cell/HPF Ketone Negative Electrolyte พบว่า Potassium 3.35 mmol/L แพทย์ให้ KCL 20 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องส่วนล่างเพิ่มเติม ผลเป็นไส้ติ่งอักเสบต้องรับการรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์วินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบพิจารณารับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง และเตรียมผ่าตัด วันที่ 10 ตุลาคม 2566

แรกวันที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้องด้านขวาล่างระดับความปวด เท่ากับ 8 คะแนน สัญญาณชีพแรกเริ่มปกติ เตรียมความพร้อมเพื่อผ่าตัด ด้านร่างกาย จิตใจ และประสานงานทีมผ่าตัดเพื่อเตรียมผ่าตัด ส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเวลา 8.00 น. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดและพบมีภาวะไส้ติ่งแตก แพทย์พิจารณาไม่เย็บปิดแผล รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลาประมาณ 10.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดหน้าท้องด้านขวาไม่มีเลือดซึม สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำ ให้ KCL 20 mEq ผสมในสารน้ำ 0.9 % NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriaxone 2 กรัม ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง จำนวน 5 วัน และ Metronidazole 500 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 3 ครั้ง ห่างกัน 8 ชั่วโมงจำนวน 5 วัน และให้ Morphine 4 มิลลิกรัม ผสมในสารน้ำ 0.9% NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำเมื่อระดับความปวดมากกว่าเท่ากับ 5 คะแนน

วันที่ 11 ตุลาคม 2567 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดยังมีเลือดซึม สัญญาณชีพยังมีไข้ต่ำ ๆ อุณหภูมิกาย 37.5 องศาเซลเซียส ปวดแผลประเมินระดับความปวดได้ 6 คะแนน แพทย์ยังคงให้ Morphine 4 มิลลิกรัม ผสมในสารละลาย 0.9% NSS 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำและให้เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด วิตกกังวลเกี่ยวกับแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล คือ 1. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากไส้ติ่งแตก 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา การผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณท้องน้อยด้านขวา 4. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

หลังผ่าตัดวันที่ 2-5 (12-15 ตุลาคม 2567) แผลยังมีเลือดซึม ระดับความปวด 5-6 คะแนน ยังคงได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด ผายลมได้ เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น

หลังผ่าตัดวันที่ 6 (16 ตุลาคม 2567) แผลไม่ซึม ไม่ปวดแผล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และนัดมาติดตามอาการที่คลินิกศัลยกรรม วันที่ 30 ตุลาคม 2567 ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยรับฟัง และเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน รวมวันที่รับไว้ดูแลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง และรวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 7 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง งานการพยาบาลผู้ป่วยใน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาล แหลมฉบัง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตก

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วย ในอดีต 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 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตก

4.3.2 เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบแตกเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตกจำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 10 ตุลาคม 2567 ถึงวันที่ 16 ตุลาคม 2567 รวมวันที่รับไว้ดูแล 7 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากในขณะการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไส้ติ่งอักเสบแตก คลายความวิตกกังวล ผู้ป่วยยอมรับตนเอง มั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และหายกลับคืนสู่ภาวะปกติภายหลังได้รับการผ่าตัด แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเมื่อที่บ้านได้ และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

นำไปใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตกส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งแตก อาจจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่รุนแรง เช่น เยื่อช่องท้องอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต หากไม่ได้รับการรักษาที่ทันเวลา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างเหมาะสม รวดเร็วเพื่อให้เกิดความปลอดภัยและสามารถกลับมาดูแลตนเองได้

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีประวัติ Stroke ทำให้อ่อนแรงข้างขวา ส่งผลให้การเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดด้วยตนเองได้ยาก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ท้องอืดได้ง่าย จึงต้องมีการให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พึ่งพาสรรพภาพร่างกายให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองในสภาวะความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ดักอັกเสบแตกตั้งแต่การประเมินปัญหา การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัด หลังผ่าตัด การดูแลแผลและการฟื้นฟูหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

9.2 พยาบาลต้องมีการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ และยาที่จำเป็น ให้สามารถพร้อมใช้งานในภาวะฉุกเฉินและช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางกัญญาภัทร สุวดิษฐ์ สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางกัญญาภัทร สุวดิษฐ์)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) มณีนีรัตน์ เจริญกุล

(นางสาวมณีนีรัตน์ เจริญกุล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง

วันที่ 15 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) ชนบเนตร แสงประสิทธิ์

(นางชนบเนตร แสงประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 18 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) สุพจน์ พวงลำไย

(นายสุพจน์ พวงลำไย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่ 21 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ) กฤษณ์ สกฤตแพทย์

(นายกฤษณ์ สกฤตแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑๙ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๙

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

2. หลักการและเหตุผล

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในเพศหญิงของโลกและเอเชีย สอดคล้องกับอุบัติการณ์มะเร็งของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 122,757 คน เป็นเพศชายจำนวน 59,662 คน และเพศหญิง 63,095 คน โรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในหญิงไทยได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปอด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2567) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาด้วยการ ผ่าตัดสำหรับมะเร็งเต้านมมีหลายวิธี เช่น การผ่าตัดเอาส่วนที่เป็นเนื้อเยื่อเต้านมออกทั้งหมด (total mastectomy) หรือบางส่วน (partial mastectomy) และการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ออกทั้งหมดหรือบางส่วน (axillary lymph node dissection) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะของการดำเนินโรค อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง ร้อยละ 8-70 อาการชาแขน ร้อยละ 58.5 อาการปวด ร้อยละ 39 อาการน้ำเหลืองขังใต้แผลผ่าตัด ร้อยละ 25 ภาวะแขนอ่อนแรง ร้อยละ 25-27 ภาวะติดเชื้อมาตรฐาน ร้อยละ 1-20 และภาวะเลือดออก ร้อยละ 2-10 (อนุชา ไทยวงษ์, นฤมล เอนกวิทย์, วิรัตน์ดา สาระโชค, นัธววัฒน์ อูราแก้ว, นฤมล จิตสวา, น้ำฝน แฉ้วพลสง, เบญจวรรณ จันทิ, มาลินี ปฏิทินโต, ลักขณา รัตนพลแสน, และสุนิสา มาแก้ว, 2560) ภาวะข้อไหล่ติดหรือความสามารถในการเคลื่อนไหวข้อไหล่ลดลง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบบ่อยในการผ่าตัดเต้านมออกทั้งหมดรวมทั้งการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ และการผ่าตัดแบบอนุรักษ์ (breast conserving surgery) โดยที่การผ่าตัดดังกล่าว จะมีการตัดกล้ามเนื้อหน้าอกออกบางส่วน ทำให้กล้ามเนื้อหน้าอกสั้นลง มีการดึงรั้งและเกิดพังผืดที่บริเวณกล้ามเนื้อ การยึดและหดของเส้นเอ็นกล้ามเนื้อไหล่และหน้าอก เกิดการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการหมุนแบบเข้าด้านในและการกางแขนออก มีการดึงรั้งของข้อไหล่และเกิดความเจ็บปวด นอกจากความสามารถในการเคลื่อนไหวของข้อไหล่ลดลงและเกิดภาวะข้อไหล่ติดแล้ว ยังส่งผลต่อการทำหน้าที่ของแขนและไหล่ ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง

จากสถิติโรงพยาบาลแหลมฉบัง พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีแนวโน้มสูงขึ้น ปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านม จำนวน 49 คน 46 คน และ 70 รายตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมที่มีสายระบบสายเลือดหลังผ่าตัดจำนวน 7 คน 25 คน และ 26 คนตามลำดับ (โรงพยาบาลแหลมฉบัง, 2565, 2566, 2567) ในจำนวนนี้พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลับมาอนโรพยาบาลภายใน 28 วันด้วยภาวะเลือดหรือสารคัดหลั่งในแผล จำนวน 2 รายจากการทบทวนพบว่าขวระบายเลือดไม่ทำงาน ผู้ป่วยไม่ทราบว่าต้องทำอะไร ไม่ได้บริหารร่างกายตามคำแนะนำเนื่องจากจำคำแนะนำไม่ได้ จากความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ซึ่งจะประกอบไปด้วยวิธีการดูแลสายระบายเลือดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม แบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่มีสายระบายเลือดหลังผ่าตัดเต้านม วัตถุประสงค์การบริหารข้อไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมเป็นแนวทางในการสอนและแนะนำผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่และมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเองหลังจำหน่ายกลับบ้าน ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และช่วยให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

มะเร็งเต้านม เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของผู้หญิงไทย โดยทั่วไปการรักษามะเร็งเต้านมประกอบไปด้วยการผ่าตัด การให้ยาเคมีบำบัด การรักษาด้วยฮอร์โมนและการฉายแสง สำหรับการรักษามะเร็งเต้านมระยะเริ่มต้น การรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาหลัก การผ่าตัดที่นิยมทำกัน คือการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) เป็นการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง และใช้เป็นแนวทางการผ่าตัดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1, 2, 3A การผ่าตัดชนิดนี้อาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา เช่น เลือดคั่งที่แผล ผ่าตัด อาการชาที่แขนข้างที่ผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แขนอ่อนแรง ภาวะแขนบวม จำกัดการเคลื่อนไหวของแขนและ ข้อไหล่ อาการปวดแขน และข้อไหล่จากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สามารถป้องกันได้โดยการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการปรับตัว ที่ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (ศศิธร เย็นแย้ม, อรุณข ประดับทอง, และพุ่มพวง ทะรัมย์ย์, 2566)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยเปิดใหม่และมีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงาน พบว่าบุคลากรมีการปฏิบัติการพยาบาล การดูแล การให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แนวปฏิบัติไม่ชัดเจน ไม่ครอบคลุมและพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยกลับมาอนโรพยาบาลภายใน 28 วันด้วยภาวะเลือดหรือสารคัดหลั่งในแผลหลังผ่าตัดเต้านม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน พยาบาลมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ชัดเจน ครอบคลุม และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ศึกษาจึงสนใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมโดยใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่พยาบาลได้นำมาใช้ในการปฏิบัติ การพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล (อรนนท์ หาญยุทธ, 2557) ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ วัตถุประสงค์วิธีการบริหารข้อไหล่ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม เพื่อให้พยาบาลมีการวางแผนการทำงานอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนของการตอบสนอง ความต้องการ และปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดตามศักยภาพแต่ละบุคคล ปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับการแก้ไข เกิดความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อจัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

ระยะเวลาดำเนินการ

1 มิถุนายน 2569 – 31 พฤศจิกายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย

หอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหา และศึกษา กระบวนการ การดูแลรักษา และการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมในหน่วยงาน
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล และประเด็นปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
4. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม
5. นำเสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน

6. เสนอแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม ประสานงานกับบุคลากร และ/หรือทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

7. เตรียมเอกสารแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

8. จัดทำแบบประเมินแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม

9. นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงาน และประเมินผล

10. สรุปผลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมนำข้อเสนอแนะ และข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมไปใช้ในแนวทางเดียวกัน

4.2 พยาบาลนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมไปใช้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษာให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีความปลอดภัย

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

5.1. พยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยศัลยกรรมและศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านม ร้อยละ 100

5.2 อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านม เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางกัญญาภัทร สุวดิษฐ์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 15 เดือน มกราคม พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

- กรวรรณ สุวรรณสาร. (2560). บทที่ 9 การพยาบาลผู้ป่วยมีบาดแผลและการอักเสบ [เอกสารประกอบการสอน เรื่อง การพยาบาลขั้นพื้นฐาน]. มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม. <http://courseware.npru.ac.th/course2.php?course=24>
- คณะกรรมการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. (2567). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. <https://www.nci.go.th/doc/cc/67-75.pdf>
- จิรณัฐ สมโชคไวก์, ศรัญญา จุฬาริ, จันทรีทิรา เจียรณัย. (2563). บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางช่องท้อง. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 26(1), 231-250. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/242943/165207>
- ถาวร นาแก้ว. (2565). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะไส้ติ่งแตก. วารสารโรงพยาบาลพศภูมิพิสัย. 2(2), 71-80. <https://he04.tcithaijo.org/index.php/AJNHS/article/view/28/10>
- เปรมยุดี เหาะสูงเนิน. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้ติ่งอักเสบแตกที่ได้รับการผ่าตัด. โรงพยาบาลชุมแพ. https://cphos.go.th/newcphos/view_document.php?document_code=VkZod1RrMUJQVDA9&doc=active
- พงษ์เดช จารุงฤทธิ. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งก่อนและหลังใช้แบบประเมิน Alvarado score. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 27(2), 11-20. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/256966/173420>
- พิมพ์า เชิญผึ้ง. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลันร่วมกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค. <https://ddccenter.net/vichakarn/book.php?gid=202311060301597077>
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2565). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2565. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2566). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2566. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- โรงพยาบาลแหลมฉบัง. (2567). รายงานจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลแหลมฉบัง 2567. โรงพยาบาลแหลมฉบัง
- ศศิธร รูปแจ่ม. (2567). ลักษณะทางคลินิกที่ส่งผลต่อภาวะไส้ติ่งแตกทะลุ. โรงพยาบาลอุตรดิตถ์. <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2567/research/MA2567-005-01-0000001799-0000001918.pdf>
- ศศิธร เย็นแย้ม, อรณัฐ ประดับทอง, และพุ่มพวง ทะเรรัมย์. (2566). การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบตัดแปลง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 31(4), 62-65. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/article/view/263230/182040>

- อนุชา ไทยวงษ์, นฤมล เอนกวิทย์, วิรัตน์ดา สาระโภาค, นัธวัฒน์ อูราแก้ว, นฤมล จิตสวา, น้ำฝน แฉ้วพลสง, เบญจวรรณ จันที, มาลินี ปฏิทันโต, ลักขณา รัตนพลแสน, และสุนิสา มาแก้ว. (2560). ชุตนวัตกรรมส่งเสริมการบริหารแขนและไหล่หลังการผ่าตัดเต้านม:จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การสร้างนวัตกรรม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 14(3), 114-124. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/199380/139138>
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 137-143. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/30350/26164>
- อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2559). *สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 2*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). มหาวิทยาลัยมหิดล.