



โรงพยาบาล เซนต์จอห์น



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2563

Vol. 29 No.1 January - June 2020

ISSN 0858 - 4850

วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี

เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

- เพื่อเผยแพร่ประสบการณ์ การวิจัยและค้นคว้าทางวิชาการของโรงพยาบาลสิงห์บุรี และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้เชิงวิชาการในทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เพื่อกระตุ้นให้มีความก้าวหน้าทางวิชาการ ส่งเสริมให้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แก่บุคลากรของโรงพยาบาลสิงห์บุรีและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบการ

กำหนดออกทุก 6 เดือน ปีละ 2 ฉบับ ในเดือนมกราคม และเดือนกรกฎาคม

การส่งเรื่อง

ส่งเรื่องลงพิมพ์ในวารสารนี้ ส่งไปยัง

นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร

รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลสิงห์บุรี
อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี 16000

การลงโฆษณา

อัตราค่าบำรุง ปีละ 100 บาท

เจ้าของ โรงพยาบาลสิงห์บุรี

ประธานที่ปรึกษา

นายแพทย์วัชรินทร์ จันทร์เสมอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะกรรมการ	นายแพทย์ประพันธ์	สื่อวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์
	นายสัญญา	โพธิ์งาม

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวกมลวรรณ	จันทร์จวนสุข
	นางสาวเกวลิ	แจ้สว่าง

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรณ์ อำเภอมือง
จังหวัดสิงห์บุรี
โทร 036 – 511060 ต่อ 5201
โทรสาร 036 – 522513

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับเพื่อลงพิมพ์ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้ด้านการแพทย์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กับวิชาแพทย์ และการสาธารณสุข เพื่อลงพิมพ์โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยแต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ เป็นวารสารราย 6 เดือน กำหนด

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

เป็นรายงานผลการศึกษา ค้นคว้า วิจัย ควรประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อนิพนธ์ บทคัดย่อ ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ ข้อยุติ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทปริทัศน์ (Review Article)

เป็นบทความที่รวบรวมความรู้เรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ ประกอบด้วย บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่บททวน บทวิจารณ์ และเอกสารอ้างอิงความยาวของเรื่องไม่ควรเกิน 10 หน้าพิมพ์

บทความฟื้นฟูวิชา (Refresher Course)

เสนอความรู้ในองค์ความรู้จำเพาะเรื่อง ที่นำมาเรียบเรียงเพิ่มเติมความรู้ใหม่ ๆ ทำนองเดียวกับนำเสนอในการประชุมฟื้นฟูวิชาการ หรือการจัดอบรมแพทย์ (Training Course) เป็นคราว ๆ ไปเผยแพร่ในเดือน มกราคม-มิถุนายน , กรกฎาคม-ธันวาคม

รายงานผู้ป่วย (Case Report)

เป็นรายงานผู้ป่วยที่ไม่ธรรมดา หรือที่เป็นโรคหรือกลุ่มอาการโรคใหม่ที่ไม่เคยรายงานมาก่อนหรือพบไม่บ่อยและต้องมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน บางครั้งรวมบันทึกเวชกรรม (Clinical Note) ซึ่งเป็นบทความรายงานผู้ป่วยที่มีลักษณะเวชกรรม (Clinical Feature) และ/หรือการดำเนินโรค (Clinical Course) ที่ไม่ตรงแบบ ที่พบไม่บ่อย ใคร่สร้างบทความรายงานผู้ป่วยประกอบด้วย บทนำพรรณนาผู้ป่วย (Case Description) วิเคราะห์หรือข้อสังเกต และเอกสารอ้างอิง

2. ส่วนประกอบของบทความ

2.1 ปกชื่อเรื่อง (Title Page) ประกอบด้วย

2.1.1 ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับ และสื่อเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่ควรเกิน 100 ตัวอักษร พร้อมช่องไฟ ถ้าชื่อยาวมากตัดเป็นเรื่องรอง (Subtitle) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่วลีที่น่าเบื่อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัตนโกสินทร์เป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง ไม่ต้องหาความหมายต่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อภาษาไทยของบทความภาษาอังกฤษ ให้ใส่ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์เป็นภาษาไทยไว้เหนือ

2.3 คำสำคัญ หรือ คำหลัก

ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อเป็นหัวข้อเรื่องสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) ของปีวารสาร (Volume) และดัชนีเรื่องสำหรับ Index Medicus โดยใช้ Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ U.S.National Library of Medicine เป็นแนวทางการให้คำสำคัญหรือคำหลัก

2.4 บทนำ

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษาไม่ต้องทบทวนวรรณกรรมมากมายที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ว่าจะตอบคำถามอะไรและไม่รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่นิยมใส่ผลการศึกษาและสรุป

2.5 วิธีการศึกษา (Methods)

เขียนชี้แจงแยกเป็น 2 หัวข้อใหญ่ คือ วัตถุประสงค์ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัตถุประสงค์ให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการศึกษาสิ่งมีชีวิตตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาเริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study Design, Protocol) เช่น Randomized, Double Blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมาก บรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐาน เพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

2.10 เอกสารอ้างอิง (References)

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

3. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บหลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อและชื่อวารสารบทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบบ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไปให้ระบุชื่อและวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อวารสารในการอ้างอิง ให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. National Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>

การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์ดังนี้

3.1 วารสารวิชาการ

ลำดับที่, ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่อง, ชื่อวารสาร, ปีที่พิมพ์; ปีที่ : หน้าแรก หน้าสุดท้าย.

วารสารภาษาไทยชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช วารสารภาษาอังกฤษใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัว และชื่อรอง ถ้ามีผู้พิมพ์มากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อเพียง 3 คน หรือ 6 คนแรก (สุดแต่คำแนะนำของแต่ละวารสารแล้วตามด้วย et al. (วารสารภาษาอังกฤษ) หรือ และคณะ (วารสารภาษาไทย) ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้น ๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้าย ตามตัวอย่างดังนี้

3.2 หนังสือ ตำรา หรือรายงาน

3.2.1 หนังสือหรือตำราผู้พิมพ์เขียนทั้งเล่ม ลำดับที่, ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

3.2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา ลำดับที่, ชื่อผู้พิมพ์, ชื่อเรื่องใน, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์, หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

3.2.3 รายงานการประชุม สัมนา ลำดับที่, ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อเรื่อง, ชื่อการประชุม ; วัน เดือน ปีประชุม ; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์ ; ปีที่พิมพ์.

4. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ

ตาราง ภาพ และแผนภูมิ ที่จัดทำและนำเสนอได้ครบถ้วนจะกระตุ้นความสนใจผู้อ่านบทความและทำความเข้าใจเนื้อหาบทความได้รวดเร็ว ส่วนมากผู้อ่านจะอ่านชื่อเรื่อง บทคัดย่อ พิจารณาตารางและรูปภาพก่อนจะตัดสินใจจะอ่านบทความต่อไปหรือไม่

4.1 ตารางเน้นการจัดระเบียบของคำพูดตัวเลขและเครื่องหมายต่าง ๆ บรรจุลงในคอลัมน์ เพื่อแสดงข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูล แนวทางการจัดทำตาราง ดังนี้

- แยกแต่ละตารางออกจากเนื้อหาบทความ ตารางละหนึ่งหน้ากระดาษ และไม่ควรเสนอตารางเป็นภาพถ่าย

- หัวคอลัมน์ เป็นตัวแทนอธิบายข้อมูลในคอลัมน์ควรจะสั้นหรือย่อ ๆ และอธิบายรายละเอียดในเชิงอรรถ (Foot note) ได้ตาราง

- แถว (Rows) เป็นข้อมูลที่สัมพันธ์กับคอลัมน์ หัว-แถว (Row headings) ใช้ตัวเข้มจะทำให้เด่นขึ้น

- เชิงอรรถ จะเป็นคำอธิบายรายละเอียดที่บรรจุในตารางได้ไม่หมด ไม่ควรใช้เลขกำกับเพราะอาจสับสนกับเลขของเอกสารอ้างอิง ให้ใช้เครื่องหมายตามลำดับนี้ * † ‡ § # ¶

- เมื่อผู้อ่าน อ่านตารางแล้วควรเข้าใจได้สมบูรณ์โดยแทบไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมในบทความ ดังนั้น ชื่อตารางควรสั้นได้ใจความ คอลัมน์เรียงลำดับความสำคัญ (เวลาที่ศึกษา, การดำเนินโรค) จากซ้ายไปขวา เรียงลำดับของแถวจากบนลงล่าง

- บทความหนึ่งเรื่องควรมีตารางไม่เกิน 3- ตาราง หรือเนื้อหา 1,000 คำต่อ 1 ตาราง ถ้ามีตารางมากจะทำให้ไม่ชวนอ่าน จัดหน้ายากลำบาก ใช้เวลามากและสิ้นเปลือง ถ้าผู้พิมพ์

มีข้อมูลมากให้เลือกเฉพาะข้อมูลที่สำคัญนำเสนอเป็นตารางในบทความ ไม่ควรระบุทุกข้อมูลที่ปรากฏในตารางลงในเนื้อหาอีก อาจจะมีตารางข้อมูลอื่น ๆ แยกไว้ถ้าผู้อ่านสนใจจึงจะส่งให้

- ต้องขออนุญาต และแสดงความขอบคุณ กรณีนำข้อมูลในตารางมาจากบทความของผู้อื่น

4.2 ภาพและแผนภูมิ

ภาพและแผนภูมิ จะสื่อความหมายได้ชัดเจนเน้นจุดสำคัญมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้

- ภาพหรือแผนภูมิ ต้องคมชัด เป็นภาพขาว-ดำ ภาพสีสไลด์สีคุณภาพดี หรือ File ภาพ Digital ความละเอียดไม่น้อยกว่า 300 dpi ขนาดภาพไม่น้อยกว่า 800 x 600 pixels

5. การส่งต้นฉบับ

5.1 พิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษขนาด A4 (210 x 279 มม.) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษด้านบนและซ้ายมือ 3 ซม. และด้านล่างและขวามือ 2.5 ซม. ใส่เลขหน้าตามลำดับที่มุมขวาบน

5.2 ส่งข้อมูลผ่านทาง E-mail ซึ่งต้องเป็นต้นฉบับสุดท้ายที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วเพียงชุดเดียว พิมพ์ด้วยโปรแกรมไมโครซอฟท์เวิร์ด 2007 ด้วยรูปแบบอักษร TH Sarabun PSK ตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว ชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ และที่อยู่ติดต่อกลับให้ครบถ้วน

5.3 บทความที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์จะไม่ส่งต้นฉบับคืน บทความที่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะให้วารสารผู้พิมพ์ จำนวน 2 เล่ม

SINGBURI HOSPITAL JOURNAL

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง นิพนธ์ต้นฉบับ	ก
● ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ	1 - 16
● การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง : กรณีศึกษา รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ	17 - 28
● การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ นันทพร สุขจะ	29 - 46
● การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและกระดูกต้นขาขวาหัก ชนิดมีแผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด : กรณีศึกษา ยุพิน พรหมสวัสดิ์	47 - 66
● การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทีไม่ยกสูง: กรณีศึกษา จันทนา ม่วงทอง	67 - 74
● การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมาย ก่อนและหลังใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน อาริยา สุพรรณดี	75 - 86
● การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก พรทิพย์ จันทาทิพย์	87 - 99
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเปรียบเทียบ 2 ราย สัณญา โพธิ์งาม	100 - 108

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านการวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

วุฒิพันธุ์ สิทธิการิยะ

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อยู่ในทะเบียนราษฎรจังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 1,263 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี 2555-2561 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบบันทึกข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง 506s ซึ่งเป็นมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มอายุมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดอาชีวะมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาชีวะรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด และมักกระทำซ้ำการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังพฤติกรรมเสี่ยงไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใด ๆ และภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม อาเภอที่อยู่อาศัยไม่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุดและฤดูมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยฤดูฝนมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

3. ปัจจัยกระตุ้นส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีปัจจัยกระตุ้นมีผลกับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

คำสำคัญ: การพยายามฆ่าตัวตาย, ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยสิ่งแวดล้อม, ปัจจัยกระตุ้น

Abstract :

This study aimed to study factors affecting suicidal attempts of people in Singburi province. The population registration is Singburi province, consisting of 1,263 people. Use the specific selection method according to the research objectives. Data were collected from 506s (2012-2018). The instrument used in the study are data-recordings from the Suicide Attempt Surveillance Report (In case of Non-Death), Department of Mental Health, 506s, which is the standard of the Department of Mental Health. Data analysis using ready-made programs Analyze data by distribution of frequencies Standard deviation, mean percentage Chi Square Test.

The study found that:

1. Personal factors Age group, affecting an attempted suicide is statistically significant at the .05 levels. The working age group between 20-59 years are most suicide attempts. Job affect the suicide attempts are statistically significant at the .05 level. Employees / workers have attempted suicide, and most often repeated. Chronic illness does not apply to an attempted suicide is not statistically significant at the .05 levels. Most people who attempt suicide have a chronic illness. Risk behavior has no effect on the drug when suicide, no statistically significant at the .05 levels. Most people who attempt suicide without any risk, and depression affects the drug when a suicide statistically significant level. 05., who attempted suicide with depression will attempt suicide much.

2. Environmental factors, District residents have no effect on suicide attempts, no statistically significant at the .05 levels. The suicide attempt lived in the city as possible and the effect of suicide attempts statistically significant level. 05. The rainy season is the most suicide attempts.

3. The factors affecting the attempted suicide of a public offense. Factors affecting the suicide attempt, there were statistically significant at the .05 levels. The economic problems affecting the most suicide attempts.

Keyword: suicide attempt, personal factors, environmental factors, stimulating factors

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันได้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมสิ่งแวดล้อมรวมทั้งมีความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมวิถีชีวิตความเป็นอยู่และลักษณะการดำรงชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากทำให้คนบางคนไม่สามารถปรับตัวได้และเกิดความเครียดที่มากเกินไปจนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพหากคนเหล่านั้นมีปัจจัยทางชีวภาพบางประการที่ทำให้เขาเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอยู่แล้วก็อาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงขั้นคิดฆ่าตัวตายได้ โดยเฉพาะหากไม่ได้รับการรักษาหรือรับการรักษาอย่างไม่ต่อเนื่องปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มทวีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังเห็นได้จากองค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีคนฆ่าตัวตายเกือบ 1 ล้านคนและในทุกวัน

ประชากรจะสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 1,100 คน หรือ 40 วินาทีจะมีประชากรฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน และมีประชากรราว 10-20 ล้านคน พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่เป็นผลสำเร็จ ⁽¹⁾ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกยังประมาณการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ซึ่งส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-44 ปี ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายสำเร็จครั้งแรก เป็น 20 เท่า ⁽¹⁾

ในประเทศไทยการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในแต่ละปีมีจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่าและร้อยละ 10 จบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา ⁽²⁾

สถานการณ์ของประเทศไทย ทีมวิชาการได้ประมาณการว่าแต่ละปี มีผู้พยายามทำร้ายตัวเองเพื่อฆ่าตัวตายประมาณ 53,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน กระจายอยู่ทุกชุมชน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ในปี 2559 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 4,131 คน เป็นชายมากกว่าผู้หญิง 4 เท่าตัว อายุต่ำสุด 10 ปี สูงสุด 100 ปี ส่วนใหญ่เป็นโสด ประเทศต้องสูญเสียเศรษฐกิจปีละกว่า 400 ล้านบาท ค่าการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งกระทบต่อความมั่นคงและปลอดภัยในจิตใจแต่ละคน โดยเฉพาะกับคนใกล้ชิด ต้นเหตุที่มักพบได้บ่อยที่สุดมาจาก 5 เรื่อง คือ ความสัมพันธ์บุคคล สุรา ยาเสพติด สังคม และเศรษฐกิจ ในผู้ชายมักมีปัจจัยความเสี่ยงมาจากปัญหาโรคทางจิต ต้มสุราใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะการดื่มสุรามากขึ้นจะมีโอกาสลงมือทำร้ายตัวเองมากกว่าผู้หญิงที่มีปัญหาถึง 2 เท่า ส่วนในผู้หญิงมักมีสาเหตุมาจากความสัมพันธ์ ได้แก่ น้อยใจ ถูกตำหนิ ดุด่า ผิดหวังความรัก ^(3,4)

นอกจากนี้อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทยยังคงไม่ลดลงและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ถึงแม้ว่า กรมสุขภาพจิตจะมีการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งประเทศมายาวนานถึงกว่า 10 ปี มีแนวทางในการป้องกันและการเฝ้าระวังมีการจัดตั้งรณรงค์ป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นเป็นระยะ แต่ก็ยังเป็นเพียงกลยุทธ์ การป้องกันแบบทั่วไป (universal prevention) ส่วนการป้องกันแบบมุ่งกลุ่มเสี่ยง (selective prevention) และการป้องกันในบุคคลที่มีลักษณะที่บ่งถึงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (indicated prevention) ยังดำเนินการไม่ต่อเนื่องและไม่ชัดเจนและจากสถิติการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ในคนไทยก็พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายแต่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) สูงกว่าเพศหญิงเพราะวิธีที่ใช้รุนแรงกว่าและในช่วงวัยแรงงานและวัยเข้าสู่ผู้สูงอายุของคนไทย มีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นและผู้ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดและมีระดับ ความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงมากกว่าทุกอาชีพ ⁽⁵⁾

จากสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2557- 2561 พบอัตรา ฆ่าตัวตาย สำเร็จ 4.71 9.79, 7.96, 11.38 และ 9.43 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2561 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55.00 มีอายุอยู่ในช่วง 30 - 39 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ประกอบอาชีพรับจ้าง/พนักงานบริษัท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 35 สาเหตุส่วนใหญ่มาจากความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ ผูกคอ จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีจำนวน 84 ราย ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 100 ⁽⁶⁾ การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกรายมักมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องหลายประการการให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตาย

และป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องเข้าใจภูมิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อชีวิตของบุคคลผู้นั้น ทั้งด้านสังคม จิตใจและการแพทย์

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความเข้มแข็งทางสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ซึ่งมีผลต่อการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

สมมติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านบุคคลส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี
3. ปัจจัยกระตุ้นส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง การกระทำอย่างตั้งใจเป็นครั้งแรก และหรือกระทำซ้ำด้วยวิธีการต่างๆที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำให้ตนเองได้รับอันตราย

กลุ่มวัย หมายถึง การแบ่งช่วงอายุตามกลุ่มวัยของกรมสุขภาพจิต ได้แก่กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี), กลุ่มวัยรุ่น (15-19ปี), กลุ่มวัยทำงาน (20-59ปี), และกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (≥ 60 ปีขึ้นไป)

อาชีพ หมายถึง การเลี้ยงชีวิต การทำมาหากิน งานที่ทำเป็นประจำเพื่อเลี้ยงชีพ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง(Chronic disease) หมายถึง โรคทั้งทางกายและทางจิตที่เป็นแล้วจะมีอาการหรือต้องรักษาติดต่อกันนาน เป็นแรมเดือนแรมปีหรือตลอดชีวิต

พฤติกรรมเสี่ยง หมายถึงพฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ ขาดโอกาสพัฒนาตามปกติ หรือเสียชีวิต ในเรื่องการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด

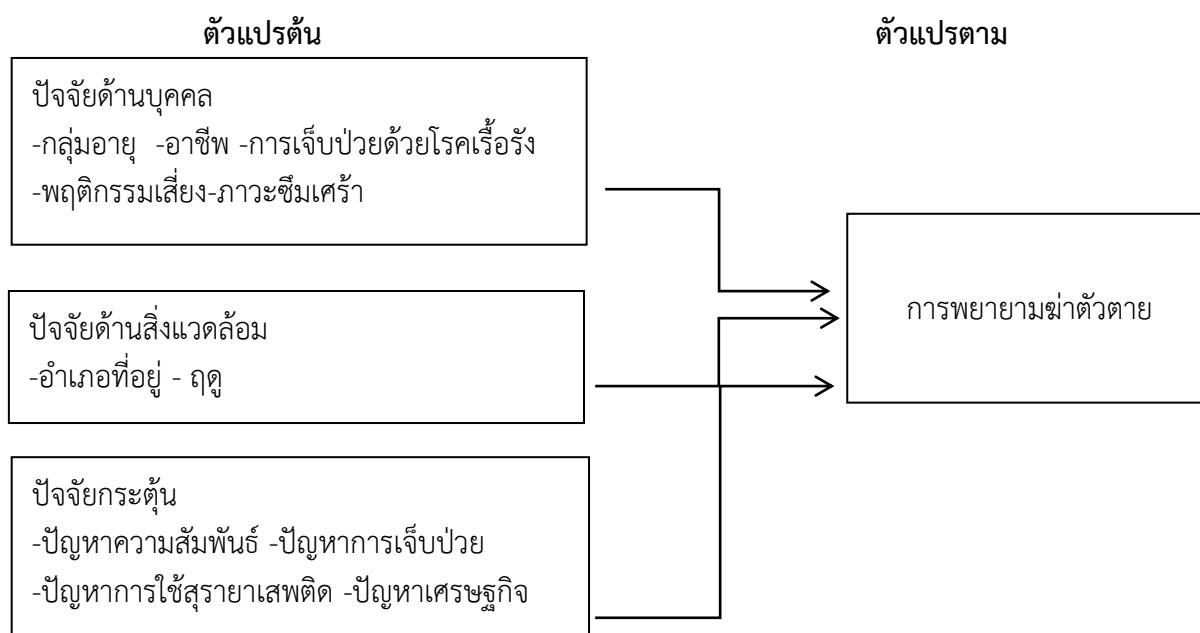
ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจจากสภาวะปกติไปสู่ภาวะไม่ปกติทำให้รู้สึกหดหู่เศร้าหมองท้อแท้หมดหวังหมดอาลัยตายอยากตำหนิตนเองทำให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆประสิทธิภาพการทำงานลดลงอาจมีการแยกตัวเองออกจากสังคม

อำเภอที่อยู่ หมายถึง อำเภอที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดสิงห์บุรี

ฤดู หมายถึง ปีซึ่งแบ่งโดยถือเอาภูมิอากาศเป็นหลัก แบ่งเป็น ฤดูฝน ฤดูหนาว และฤดูร้อน

ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง เหตุการณ์หรือสาเหตุที่ทำให้ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา/ยาเสพติด ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ปัญหาเศรษฐกิจ

กรอบแนวคิดการวิจัย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เชิงพรรณนาแบบศึกษาย้อนหลัง เพื่อศึกษาการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรี

ประชากร คือผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรีในปี พ.ศ. 2555 - 2561 จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รง 506s ⁽⁷⁾

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรีโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างต้องมีที่อยู่ตามทะเบียนราษฎรในจังหวัดสิงห์บุรี
2. เกณฑ์คุณสมบัติของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลเฉพาะผู้พยายามฆ่าตัวตายกรณีไม่เสียชีวิต
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่างต้องมีข้อมูลครบทุกรายการตามแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง506s

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รง 506s ⁽⁷⁾ ทั้งหมดจำนวน 1,404 คน คัดข้อมูลและเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 1,263 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง 506s(7) มีรายละเอียด ดังนี้

แบบบันทึกข้อมูลสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตายประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้พยายามทำร้ายตนเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ที่อยู่

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการทำร้ายตนเองโรคประจำตัว ประวัติการทำร้ายตนเอง ความตั้งใจ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการใช้สุรา ยาเสพติด ปัญหาการเจ็บป่วยโรคทางกายและโรคทางจิต และปัญหาอื่นๆ

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลบริการที่ได้รับ ได้แก่ การรักษา สังคมจิตใจ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสิงห์บุรีเรียบร้อยแล้ว และเป็นการศึกษาข้อมูลข้อมูลย้อนหลังจากแบบรายงานเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต รง 506s⁽⁷⁾ ซึ่งข้อมูลการวิจัยทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับโดยไม่เปิดเผยชื่อและนามสกุลของกลุ่มตัวอย่าง การนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมเพื่อจุดมุ่งหมายเชิงวิชาการและพัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือเท่านั้นและข้อมูลที่ได้ทีเด้นั้นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลได้และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 2 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยเสนอผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลสิงห์บุรีแล้วผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

1. การเตรียมประสานผู้รับผิดชอบในการดึงข้อมูลจากจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506s) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์
2. คัดเลือกข้อมูลตามเกณฑ์ที่กำหนด และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลมาลงรหัสเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	386	30.4
หญิง	877	69.1
อายุ (ปี) ($X = 48.43, S.D. = 17.83, Min = 8, Max = 96$)		
กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี)	93	7.4
กลุ่มวัยรุ่น (15-19 ปี)	298	23.6
กลุ่มวัยทำงาน (20-59 ปี)	484	38.3
กลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปีขึ้นไป)	388	30.7
สถานภาพสมรส		
โสด	282	22.3
คู่	887	70.2
หม้าย	34	2.7
หย่า/แยก	43	3.4
ไม่ระบุสถานภาพ	17	1.3
อาชีพ		
เกษตรกร	48	3.8
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	388	30.7
แม่บ้าน	184	14.6
ค้าขาย	95	7.5
ข้าราชการ	62	4.9
นักเรียน/นักศึกษา	76	6.0
นักบวช	19	1.5
ตกงาน	44	3.5
พนักงานบริษัท	347	27.5
การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
หัวใจ	72	5.7
เบาหวาน	27	2.1
ความดันโลหิตสูง	29	2.3
ไตเรื้อรัง	5	.4
ตับ	1	.1
ปอด	7	.6
ปวดศีรษะเรื้อรัง	42	3.3
ปวดตามข้อ	28	2.2
โรคประสาท	1	.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน(n=1263ราย)	ร้อยละ
ลมชัก	5	.4
อัมพฤกษ์/อัมพาต	2	.2
มะเร็ง	4	.3
โรคจิต	5	.4
เอตส์	6	.5
เจ็บป่วยมากกว่า 1 โรค	90	7.1
ไม่มีการเจ็บป่วย	939	73.9
การฆ่าตัวตาย		
กระทำครั้งแรก	543	43.0
กระทำซ้ำ	720	57.0
ภาวะซึมเศร้า		
ไม่มี	207	16.4
มี	1056	83.6
ความคิดในการทำร้ายตนเองซ้ำ		
ไม่ใช่	508	40.2
ใช่	2	.2
ไม่แน่ใจ	753	59.6
พฤติกรรมเสี่ยง		
บุหรี	159	12.6
สุรา	44	3.5
สารเสพติด	8	.6
ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง	1052	83.3

จากตาราง 1 พบว่า เพศหญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 69.1 อายุต่ำสุดที่พยายามฆ่าตัวตาย 8 ปี สูงสุด 96 ปี ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงานคิดเป็นร้อยละ 38.3 สถานภาพสมรสคู่ พยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.2 ประกอบอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 30.7 รองลงมาพนักงานบริษัทคิดเป็นร้อยละ 27.5 ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกายและโรคทางจิตคิดเป็นร้อยละ 73.9 รองลงมามีการเจ็บป่วยมากกว่า 1 โรคคิดเป็นร้อยละ 7.1 ส่วนใหญ่มีประวัติการฆ่าตัวตายมากกว่า 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 57 ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 83.6 ไม่แน่ใจในความคิดในการทำร้ายตนเองซ้ำคิดเป็นร้อยละ 59.6 และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุดคือการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 12.6

ตอนที่ 2 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
อำเภอที่อยู่		
เมือง	598	47.4
บางระจัน	224	17.7
ค่ายบางระจัน	127	10.1
พรหมบุรี	127	10.1
ท่าช้าง	39	11.6
อินทร์บุรี	148	11.6
ฤดู		
ฤดูร้อน (เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม)	234	18.4
ฤดูฝน (เดือนมิถุนายน-ตุลาคม)	669	52.7
ฤดูหนาว (เดือนพฤศจิกายน-มกราคม)	360	28.5
สถานบริการสุขภาพที่ใช้บริการ		
รพท./รพศ.	934	74.0
รพช.	275	21.8
รพ.จิตเวช	54	4.3
บริการที่ได้รับเมื่ออยู่ในโรงพยาบาล		
การปรึกษา	1133	89.2
แนะนำ	23	1.8
ยาต้านเศร้า Amitriptyline	7	.6
ยาต้านเศร้ากลุ่ม SSRI/Fluoxetine	31	2.4
ยาอื่นๆ	15	1.2
ยาลดกังวล	3	.2
ไม่ได้ระบุบริการที่ได้รับ	51	4.0
บริการต่อเนื่อง		
มาตามนัด	589	46.6
เยี่ยมบ้าน	21	1.7
ไม่ได้ติดตาม	653	51.7
แพทย์วินิจฉัยรักษาสุขภาพจิต		
วินิจฉัยรักษาต่อ	782	61.9
ไม่ได้วินิจฉัย	481	38.1
การบริการส่งต่อ		
ไม่ส่งต่อ	1190	94.2
ส่งต่อ	73	5.8
วิธีการที่ใช้		
กินยาเกินขนาด	114	9.0
กินสารกำจัดแมลง	22	1.7
กินสารกำจัดวัชพืช	23	1.8
กินสารเคมีอื่นๆ	37	2.9
ใช้ของมีคมของแข็ง	9	.7
ใช้ปืน	4	.3
กระโดดที่สูง	1	.1
ผูกคอ	36	2.8
อบควัน/แก๊ส	65	5.1
ทำร้ายตนเองมากกว่า 1 วิธี	952	77.4

จากตาราง 2 พบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่เขตอำเภอเมืองมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 47.4 พยายามฆ่าตัวตายในช่วงฤดูฝน (เดือนพฤษภาคม-ตุลาคม) คิดเป็นร้อยละ 52.7 สถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ คิดเป็นร้อยละ 74 การบริการปรึกษาได้รับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 89.2 ขาดการติดตามคิดเป็นร้อยละ 51.7 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยรักษาสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 61.9 ได้รับการบริการที่สถานบริการสาธารณสุขไม่ส่งต่อคิดเป็นร้อยละ 94.2 วิธีการทำร้ายตนเองมากกว่า 1 วิธี คิดเป็นร้อยละ 77.4

ตอนที่ 3 ปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน (n=1263ราย)	ร้อยละ
ปัญหาความสัมพันธ์		
น้อยใจถูกดูต่ำต้อย	63	5.0
ถูกคนนิทาว่าร้ายจนอับอาย	59	4.7
ปัญหาผิดหวังความรัก/หึงหวง	80	6.3
ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด	27	2.1
ต้องการเอาใจขอแล้วไม่ได้	1	.1
ปัญหาเสียสมาชิกครอบครัว/คนรัก	13	1.0
ปัญหาสุขภาพ/ไม่มีคนดูแล	27	2.1
ปัญหาความสัมพันธ์ในการทำงาน	12	1.0
ปัญหาการใช้สุรา/ยาเสพติด		
ติดสุรา/ยาเสพติด	45	3.6
ปัญหาที่มาจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง		
โรคเรื้อรัง	91	7.2
ปัญหาเศรษฐกิจ		
เศรษฐกิจ/ตกงาน	489	38.7
มีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นมากกว่า 1 ปัญหา	356	28.2

จากตาราง 3 พบว่าปัญหาเศรษฐกิจ/ตกงานเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.7, มีปัญหาหรือเหตุการณ์กระตุ้นมากกว่า 1 ปัญหาพบรองลงมาคิดเป็นร้อยละ 28.2 และปัญหาความสัมพันธ์ในเรื่องผิดหวังความรัก/หึงหวงคิดเป็นร้อยละ 6.3

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และปัจจัยกระตุ้น

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	กลุ่มอายุ				χ^2	df	p-value
	5-14(n=93)	15-19(n=298)	20-59(n=484)	60ปีขึ้นไป(n=388)			
กระทำครั้งแรก	7.6%	28.2%	34.4%	29.8%	12.513	3	.006*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	7.2%	20.1%	41.3%	31.4%			

* p < .05

จากตาราง 4 พบว่ากลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	อาชีพ							χ^2	df	p-value
	เกษตรกร (n=48)	รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน (n=388)	แม่บ้าน (n=184)	ค้าขาย (n=95)	ข้าราชการ (n=62)	พนักงานบริษัท (n=347)	ไม่มีอาชีพ (นักเรียน/ นักศึกษา/นักบวช/ ตกงาน)(n=139)			
กระทำครั้งแรก	5.2	27.1	11.6	8.3	5.9	30.8	11.3			
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	2.8	33.5	16.8	6.9	4.2	25.0	10.8	23.794	6	.002*

* p< .05

จากตาราง 5 พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดและมักกระทำซ้ำ

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	การเจ็บป่วย								χ^2	df	p-value
	ไม่มีการเจ็บป่วย (n=939)	โรคเรื้อรัง (DM,HT,CA,หัวใจ,ไต)(n=137)	โรคตับ (n=1)	โรคติดต่อ (ปอด,เอชไอวี,เอดส์) (n=13)	ปวดเรื้อรัง (ศีรษะ,กล้ามเนื้อและข้อ) (n=70)	โรคจิต ประสาท (n=11)	พิการ อัมพาต (n=2)	เจ็บป่วย มากกว่า 1 โรค (n=90)			
กระทำครั้งแรก	71.1	11.6	.2	.9	7.2	.6	.2	8.3			
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	76.8	10.3	.0	1.1	4.3	1	.1	6.3	10.872	7	.144

จากตาราง 6 พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	พฤติกรรมส่วนบุคคล				χ^2	df	p-value
	บุหรี(n=159)	สุรา(n=44)	สารเสพติด(n=8)	ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง(n=1052)			
กระทำครั้งแรก	14.5%	4.4%	.9%	80.1%			
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	11.1%	2.8%	.4%	85.7%	7.703	3	.053

จากตาราง 7 พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงใด ๆ

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ภาวะซึมเศร้า		χ^2	d	p-value
	ไม่มี(n=207)	มี(n=1056)			
กระทำครั้งแรก	12.5%	87.5%	10.392	1	.001*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	19.3%	80.7%			

* p< .05

จากตาราง 8 พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยจะพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่างอำเภอที่อยู่อาศัยกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ผู้พยายามอยู่ที่อำเภอ						χ^2	df	p-value
	เมือง (n=599)	บางระจัน (n=224)	ค่ายบางระจัน (n=127)	พรหมบุรี (n=127)	ท่าช้าง (n=39)	อินทร์บุรี (n=147)			
กระทำครั้งแรก	45.1%	19.5%	10.7%	9.8%	2.2%	12.7%	6.546	5	.257
การกระทำมากกว่า 1 ครั้ง	49.2%	16.4%	9.6%	10.3%	3.8%	10.8%			

จากตาราง 9 พบว่าอำเภอที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้พยายามฆ่าตัวตายอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองมากที่สุด

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่างฤดูกาลกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n=1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ฤดู			χ^2	df	p-value
	ฤดูหนาว (n=360)	ฤดูร้อน(n=317)	ฤดูฝน(n=586)			
กระทำครั้งแรก	27.3%	20.6%	52.1%	14.830	2	.001*
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	29.4%	28.5%	42.1%			

* p< .05

จากตาราง 10 พบว่าฤดูมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยฤดูฝนมีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นกับการพยายามฆ่าตัวตาย (n= 1,263)

การพยายามฆ่าตัวตาย	ปัจจัยกระตุ้น					χ^2	df	p-value
	ปัญหาความสัมพันธ์ (n=282)	ปัญหาการใช้สาร/ยาเสพติด(n=45)	ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (n=91)	ปัญหาเศรษฐกิจ (n=489)	ปัญหา มากกว่า 1 ปัญหา (n=356)			
กระทำครั้งแรก	29.1%	4.4%	7.4%	40.9%	18.2%	56.192	4	.000
กระทำมากกว่า 1 ครั้ง	17.2%	2.9%	7.1%	37.1%	35.7%			

* p< .05

จากตาราง 11 พบว่าปัจจัยกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรีพบเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากบุคลิกภาพที่อ่อนไหว การตัดสินใจไม่มั่นคง เป็นเพศที่อ่อนแอประกอบกับวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของคนไทยจึงทำให้ไม่กล้าที่จะแสดงออกทางอารมณ์ สอดคล้องกับที่ สมภพ เรืองตระกูล⁽⁸⁾ ได้กล่าวว่า การฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี อาชีพมีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอาชีพรับจ้าง/ผู้ใช้แรงงานพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดเพราะการทำงานที่ต้องใช้แรงงานและงานที่หนักมาก ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ประชากรในกลุ่มดังกล่าวจัดอยู่ในฐานะยากจนหรือรายได้น้อยอยู่แล้วเป็นตัวบ่งชี้ถึงการไม่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานหรือความล้มเหลวในหน้าที่ของการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ดี หากไม่สามารถรับจ้างประกอบอาชีพได้เกิดความเครียดถ้ามีมากเกินไปความสามารถของบุคคลจะเผชิญได้ หรือความสามารถในการเผชิญความเครียดของบุคคลไม่เหมาะสมก็จะมองไม่เห็นคุณค่าของตนเองจนในที่สุดมีความคิดอยากตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายการศึกษาของประภาพร ชิมรัมย์, อติรัตน์ วัฒนไพลินและคณะ⁽⁹⁾ พบว่าการมีโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้สูงอายุมากมาจากความน้อยใจมองไม่เห็นคุณค่าตนเองขาดผู้ดูแลคิดว่าตนเองจะเป็นภาระให้กับผู้อื่นถ้าอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น ซึ่งคนแต่ละคนมีการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันโดยเฉพาะถ้าฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน จะรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยและตัดสินใจรับการรักษาต่างกันคนฐานะทางเศรษฐกิจดีจะรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยเร็วกว่าซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมที่ปฏิบัติในเวลาต่อมาในสังคมปัจจุบันวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปมีการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเป็นการประหยัดเวลามากขึ้นทำให้การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่จะมีผลดีต่อสุขภาพง่ายขึ้น ตลอดจนระบบบริการสาธารณสุขที่พยายามสนับสนุนและช่วยให้ประชาชนช่วยเหลือตนเองและเพื่อนบ้านเกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคหรือการเจ็บป่วยที่จำเป็น การรู้จักระวังป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ โดยเชื่อว่าระบบดังกล่าวจะช่วยให้สุขภาพอนามัยของประชาชนดีขึ้นกว่านโยบายแบบเดิมที่รัฐให้บริการโดยให้ความสำคัญกับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทำให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น พฤติกรรมเสี่ยงจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดสิงห์บุรีเนื่องจากแบบแผนการดำเนินชีวิตเป็นจังหวัดที่มีระบบบริการสาธารณสุขเข้าถึงง่าย สภาพสิ่งแวดล้อมและความเป็นอยู่เป็นเมืองที่จัดว่ามีความสุขและน่าอยู่ การสนับสนุนจากสังคมโดยเฉพาะระบบการศึกษาระบบการสาธารณสุข ระบบความเชื่อ หรือสถาบันศาสนา และระบบครอบครัวสามารถปกป้องผู้ที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากปัญหาได้ การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของนางวีย์โยยา⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสามารถร่วมทำนายนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้

ปัจจัยด้านประชากรที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ระดับการศึกษารายได้ของครอบครัว และความเพียงพอของรายรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 2 ด้านคือปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลได้แก่ผู้ที่เคยรับการรักษาทางจิตเวชการดื่มสุรา/สูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุรา/สูบบุหรี่เมื่อมีความทุกข์ใจสำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ พฤติกรรมการ ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีความทุกข์ใจ จูทามาต หน่อตุน, ขนากานต์ เจนใจและชิดชนก เรือนก้อน⁽¹¹⁾ พบว่า ความชุกของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายได้แก่ การมีปัญหาร่วมทางจิต การมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า จำนวนปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิตมากกว่า 2 เหตุการณ์พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์ผิดปกติมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งมีปัจจัยที่ทำให้มีความคิดอยากตายได้แก่เหตุการณ์ความเครียดในชีวิตการดื่มสุราการใช้ยาจิตเวชแบบไม่ต่อเนื่องประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนปัจจัยที่แปรผกผันกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ จำนวนปีที่รักษาเพิ่มขึ้นในการรักษาโรคซึมเศร้าและการได้รับยาต้านเศร้า

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี พบผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่เขตอำเภอเมืองมากที่สุดการดำรงชีวิตของชุมชนเมืองเป็นแบบเร่งรีบ ความเคยชินอาจจะส่งผลทำให้มีรูปแบบความคิดแบบเร่งรีบอย่างไม่รู้ตัวตามไปด้วย มักจะบอกว่าไม่มีเวลา ไม่อยากรับรู้ ไม่อยากไตร่ตรอง ไม่มีทางเลือกแล้ว เมื่อเผชิญกับแรงกดดันความเครียดต่างๆ ผู้ที่มีความคิดแบบนี้ อาจลงมือแก้ปัญหาแบบมั่วๆ หุนหันพลันแล่น มีโอกาสผิดพลาดได้สูง เพราะขาดการไตร่ตรอง ขาดความยั้งคิด สอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา แสนใจรักษ์⁽¹²⁾ พบว่าความคิดความรู้สึกในขณะกระทำใดๆ เพื่อยุติการมีชีวิตอยู่ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) การจมอยู่ในความทุกข์ใจ 2) ความรู้สึกอับจน หมดหนทาง 3) การสิ้นพลังในการมีชีวิต 4) การขาดสติ และการผ่านพ้นช่วงวิกฤติของผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้เหตุการณ์ตามความเป็นจริง 2) กระบวนการเยียวยาจิตใจ 3) การมองเห็นคุณค่าของเหตุการณ์ การพยายามฆ่าตัวตายของประชาชนในสิงห์บุรีไม่มีความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย เพราะสภาพสิ่งแวดล้อมของจังหวัดสิงห์บุรีเป็นพื้นที่ราบลุ่มมีแม่น้ำไหลผ่านตั้งอยู่ในเขตภาคกลาง การคมนาคมติดต่อสื่อสาร และการบริการสาธารณะอื่นๆ สะดวกรวดเร็วไม่มีมลพิษ จึงไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลโดยตรงในช่วงฤดูฝนมักพบผู้พยายามฆ่าตัวตายมากอาจเนื่องจากจังหวัดสิงห์บุรีมีความอุดมสมบูรณ์ของทรัพยากรดิน เหมาะแก่การทำกิจกรรม ประชาชนส่วนใหญ่จึงประกอบอาชีพเกษตรกรรม ถูกลดค่าจ้างมีน้ำท่วมซึ่งเป็นเวลานานๆ จึงไม่สามารถเก็บผลผลิตได้ตามความคาดหวังบางรายอาจมีปัญหาหนี้สินร่วมด้วยทำให้เกิดความทุกข์ใจไม่สามารถแก้ไขปัญหาอยู่กับความเครียดจนในที่สุดคิดอยากตายถึงมีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญยัง⁽¹³⁾ พบว่าสาเหตุของการฆ่าตัวตายทุกรายประสบกับปัญหาเศรษฐกิจเป็นหลัก 4 ใน 5 ของชาวนาที่ฆ่าตัวตายเผชิญกับภาวะหนี้สินสอดคล้องกับอนุพงศ์คำมา⁽¹⁴⁾ พบว่าปัญหาการสูญเสียทรัพย์/ประสบภัย/เสียพนัน เช่น ประสบปัญหาน้ำท่วมเมื่อถึงฤดูน้ำหลากประชาชนเครียดกับความไม่แน่นอนของภัยธรรมชาติเครียดกับความเสียหายระหว่างน้ำท่วมและหลังน้ำท่วมเครียดกับภาระหนี้สินจากการลงทุนทำการเกษตรรวมถึงความเครียดจากการแก้ปัญหาเป็นเหตุการณ์หรือปัญหาที่กระตุ้นทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จสถานบริการที่ใช้บริการมากที่สุดได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในวัยทำงานมักอาศัยในชุมชนเมืองทำให้สะดวกในการใช้บริการ และการบริการปรึกษาจะได้รับก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ปัญหาที่พบมักขาดนัดไม่มารับการติดตามหรือเข้ารับการตรวจวินิจฉัยรักษาที่ต่อเนื่องเนื่องมาจากมีความคิดว่าการกระทำเรื่องดังกล่าวเป็นสิ่งที่น่าอาย ลินคิต รุสสิโกโรโทษตัวเอง และไม่ยอม

ให้ผู้อื่นได้รับรู้โดยเฉพาะเพื่อนร่วมงาน คนในชุมชนถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะมีระบบการเชื่อมประสานส่งต่อก็ตาม

ดังนั้น อสม.ส่วนใหญ่จึงมองว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องยากรวมทั้งผู้นำชุมชนเองไม่ได้ตระหนักว่าปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในพื้นที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหาทางจิตใจมีความซับซ้อนและสัมพันธ์กับการดำเนินชีวิตครอบครัวและสังคมมีความเป็นพลวัตกล่าวคือสามารถเปลี่ยนแปลงระดับความรุนแรงตามเหตุปัจจัยต่างๆส่วนวิธีการทำร้ายตนเองมีมากกว่า 1 วิธีซึ่งในผู้ที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์พบการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้มากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกโดยเฉพาะในปีแรกหลังจากการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อเกิดการเรียนรู้ในครั้งแรกกว่าวิธีการนี้ไม่ได้ผลก็จะเพิ่มวิธีการมากขึ้นและรุนแรงขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้ตนเองฆ่าตัวตายได้สำเร็จ

ปัจจัยกระตุ้นของผู้พยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสิงห์บุรี มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยปัญหาเศรษฐกิจมีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดและเกิดขึ้นกับวัยทำงานส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย เพราะเป็นวัยที่ต้องเลือกอาชีพ ประกอบอาชีพเลือกคู่ครอง ปรับตัวในชีวิตสมรส ปรับตัวเพื่อทำหน้าที่บิดามารดาทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวลและอาจได้รับอันตรายจากการประกอบอาชีพเงินเป็นปัจจัยสำคัญหากครอบครัวใดไม่สามารถแก้ปัญหาเศรษฐกิจให้สมดุลกับรายจ่ายได้ จึงเกิดหนี้สินก็กระทบกับสุขภาพจิตของครอบครัวซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับทฤษฎีของมาสโลว์บางคนก็สมปรารถนาทุกขั้น บางคนก็ได้เพียง 2-3 ขั้น และกว่าจะได้ตามความต้องการก็จะพบกับอุปสรรคมากมาย แม้จะต่อสู้ก็ไม่สมกับที่หวังไว้และไม่อาจทำได้ หรือทำให้เกิดความผิดหวังรุนแรง สอดคล้องกับทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theories) เชื่อว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมในสังคม⁽¹⁵⁾ กล่าวว่า ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามทำให้รู้สึกเสียหน้าหรือทำให้รู้สึกว่ามีความอันตรายหมดหวังหมดหนทางจะเป็นตัวกระตุ้นภายนอกที่นำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการรวบรวมข้อมูลsecondary data ควรศึกษาต่อเนื่องและเพิ่มเติมในรายละเอียดเชิงลึกของการพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละพื้นที่ในเขตจังหวัดสิงห์บุรี
2. การศึกษาทำให้ทราบปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตายต่อไป
3. การเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนขึ้น การติดตามวางแผนในผู้ที่กระทำซ้ำ ควรดำเนินการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. 2006 [cited 2006 Oct 17]. Available from: http://www.who.int/mental_health/Suicideprevent/Suicide.
2. กรมสุขภาพจิต. รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2555[เข้าถึงเมื่อ 8 มิถุนายน 2555]. เข้าถึงได้จาก:http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx.
3. บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. บทความวิชาการด้านสุขภาพจิต หนังสือพิมพ์บ้านเมือง[อินเทอร์เน็ต]. 2561.[เข้าถึงเมื่อ 23 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.matichon.co.th>.
4. สมพร บุชราทิจ. จิตเวชก้าวหน้า 2554.กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2554.

5. กองวิจัยสำนักงานยุทธศาสตร์ตำรวจกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลตำรวจ. รายงานผลการศึกษาศาเหตุการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่ตำรวจ[อินเทอร์เน็ต].2557. [เข้าถึงเมื่อ 2557]. เข้าถึงได้จาก:<http://research.police.go.th>.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. ข้อมูลการรายงานของงานสุขภาพจิตและจิตเวช. สิงห์บุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี; 2561. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด.
7. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ. ข้อมูลรายงาน รง.506ds ปี 2555-2561[อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 30กันยายน 2561]. เข้าถึงได้จาก:<https://www.suicidethai.com/506ds>.
8. สมภพ เรื่องตระกูล.จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช.กรุงเทพฯ: เรื่องแก้การพิมพ์.2553.
9. ประภาพร ชิมรัมย์, อติรัตน์ วัฒนไพลิน, ประภา ยุทธไตร,และนพพร ว่องสิริมาศ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสนับสนุนทางสังคม และการมีโรคร่วมกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาต้านเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา2559; 22(1):108-120.
10. นงเยาว์ ไบยา.ปัจจัยผู้ป่วยและปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง[วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต], ชลบุรี:มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554.
11. จุฑามาศ หน่อต้น,ชนากานต์ เจนใจและชิตชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2559; 10(2):137-151.
12. ขนิษฐา แสนใจรักษ์.ในชั่ววูบของการฆ่าตัวตาย: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาในผู้ที่ผ่านประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
13. กาญจนา บุญยัง. การฆ่าตัวตายของชาวนาในสังคมไทย: กรณีวิเคราะห์จากข่าวหนังสือพิมพ์. วารสารการบริหารท้องถิ่น2559; 9(1):1-17.
14. อนุพงศ์คำมา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย2556; 58(1):3-16.
15. Barbee, M.A., & Bricker, P. Psychiatric mental health nursing. U.S.A.: Mosby, 1996.

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง : กรณีศึกษา

รุ่งฤดี พันธุ์ประเสริฐ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระพุทธบาท

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา หญิงไทย วัยรุ่น อายุ 16 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยอาการ บวมทั้งตัว ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว พบโปรตีนในปัสสาวะ +3 BP 169 /119 มิลลิเมตรปรอท ระดับหน้าท้อง 3/4มากกว่าสะดือ ไม่เจ็บครรภ์ เสียงหัวใจทารกด้านซ้าย 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิด บวมตามร่างกาย DTR +3 การวินิจฉัย แรกรับ ตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง(Severe preeclampsia) ดูแลรักษาโดยให้ยากันชักเพื่อควบคุมความดันโลหิต ให้ยาสเตียรอยด์เพื่อกระตุ้นการเจริญของปอดทารก สามารถคุมความดันโลหิตได้ แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดคลอดน้ำหนักรวม 1,574 กรัม และแก้ไขได้ทันที่ วันที่ 4 หลังคลอด มีการวางแผนครอบครัวโดยฝังยาคุมกำเนิด Implanon NXT แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ พามาตรวจพบความดันโลหิตสูงผิดปกติ เพื่อให้อายุครรภ์เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ให้คำแนะนำก่อนกลับและนัดตรวจติดตาม ประเมินความดันโลหิต พบความดันโลหิต อยู่ในระดับปกติและบุตรมีพัฒนาการตามวัย

พยาบาลจึงต้องใช้ความรู้ความสามารถ และความเชี่ยวชาญ ในการประเมินอาการเตือนที่สำคัญเพื่อแจ้งให้แพทย์ทราบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างทันที่ สามารถบริหารยา เฝ้าระวัง และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสามารถประเมินวิเคราะห์ความสอดคล้องได้เหมาะสม ในการดูแลผู้ป่วยทุกช่วงระยะการเปลี่ยนแปลง มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์สามารถให้การช่วยเหลือได้รวดเร็ว จึงสามารถลดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนหรือถึงแก่ชีวิตของมารดาและทารก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดา และทารก ตลอดการรักษาไม่มีอาการชัก

จากกรณีศึกษาในผู้ที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการชัก ในการป้องกันการชักโดยการใช้ยา รวมทั้งควรมีระบบการดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันสูงในอนาคตต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์, ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง

Abstract : Nursing care for Severe Pregnancy-induce hypertension : Case study

Case study of Thai adolescents, 16 years old, first pregnancy, 28 weeks gestation, She was admitted with general swelling, headache, blurred vision, Proteinnuria +3, BP 169 /119. Pregnant, check the belly level 3/4 more than navel, no labour pain, Baby Heart sounds left 140 times/minute. The cervix does not open, body swelling and DTR + 3. However she was admitted in the hospital for controlling high blood pressure by anticonvulsants and steroids to stimulating lung development of fetus in utero, then we could control blood pressure. Finally the obstetrician considered to terminate pregnancy

by Caesarean section procedure; fetal birth weight 1,574 grams and she should be treated in time. There are clinical risk from laboratory testing result abnormally high magnesium not related symptom patient but that not reaching dangerous for the patient by timely review and revise immediately. Throughout the treatment no convulsion.

In the 4th day, the patient was improved have family planning with implanon NXT through discharge after that, home medication is antihypertensive and anticonvulsant for one week, allowed follow up by monitoring blood pressure to normotension, coordinate intensive infant ward for lead patient to care newborn grow with additional with according to the criteria.

Nurses require the knowledge, ability, and expertise to assess early warning indication and monitoring laboratory result, then can assessment signs and symptoms of patients that has changed from normal levels. Nevertheless, we should have a preparation of the nursing care team and instrument for helping immediately to decrease the risk from dangerous situation, mortality of maternal to fetal and there are no complications in the mother and baby throughout the treatment, no maternal complications, no epilepsy treatment.

From this case study in which teenage pregnancy with high blood pressure during pregnancy. There is a risk of seizures and treat with anticonvulsant drugs. The system should provide continuity of care for the prevention of high blood pressure in the future.

บทนำ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Hypertensive Disorders in Pregnancy) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรงซึ่งส่งผลกระทบต่ออัตราทุพพลภาพ และการเสียชีวิตของทั้งมารดา และทารกในครรภ์ ภาวะนี้เป็น 1 ใน 3 ของสาเหตุหลักที่ทำให้มารดาเสียชีวิตมากที่สุดทั่วโลก⁽¹⁾ พบความชุกของภาวะนี้ทั่วโลกมากถึงร้อยละ 5-7 ของหญิงตั้งครรภ์ และเป็นสาเหตุให้มารดาเสียชีวิต 70,000 ราย และทารกเสียชีวิต 500,000 ราย⁽²⁾ ภาวะนี้ส่วนใหญ่เกิดในระยะใกล้คลอด ผู้ตั้งครรภ์จะมีความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 140-190 มิลลิเมตรปรอทในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ ร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และหรือมีอาการบวม พบอุบัติการณ์สูงในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ครรภ์แรก และครรภ์หลังที่มารดาอายุมากกว่า 35 ปี ครรภ์แฝด เบาหวาน ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ปี ครรภ์แฝดน้ำ และครรภ์ไขปลาอุกประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ตั้งครรภ์ที่เคยมีภาวะนี้มาก่อน จะเกิดซ้ำในครรภ์ต่อไป⁽³⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจหลอดเลือดสมอง และภาวะสมองเสื่อมในภายหลังได้^(4,5,6) และจากการศึกษาความชุกของภาวะนี้ที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ในโรงพยาบาลศิริราชถึง 15.9 ซึ่งกลุ่มนี้สัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของทารก⁽⁷⁾

ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ Pregnancy-induced hypertension : PIH) หมายถึง ภาวะที่สตรีตั้งครรภ์มีความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดัน Systolic เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 30 มิลลิเมตรปรอท และความดัน Diastolic เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิม 15 มิลลิเมตรปรอท

เมื่อเปรียบเทียบกับความดันโลหิตก่อนการตั้งครรภ์ ในช่วงอายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ และมีโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) และ/หรือมีอาการบวม (Edema) ร่วมด้วย

จากสถิติ ของรพ.พระพุทธบาท ในปี 2560 - 2562 พบหญิงที่มาคลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงทุกชนิดจำนวน 51, 98 และ 39 ราย ตามลำดับ มีภาวะ Severe preeclampsia 23, 35 และ 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.10, 35.71 และ 38.46 ตามลำดับ มารดามีภาวะ Eclampsia 5, 6 และ 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.80, 6.12 และ 7.69 ตามลำดับ⁽⁸⁾

รายงานผู้ป่วยฉบับนี้เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดมีความดันโลหิตสูงรุนแรง ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อมารดา และทารก จึงสนใจและนำข้อมูลผู้ป่วยมาศึกษาวิธีการดูแลช่วยเหลือเพื่อพัฒนาการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายต่อมารดา และทารก

กรณีศึกษา หญิงไทยอายุ 16 ปี ครรภ์แรก อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 18 มี.ค.62 ด้วยอาการ บวมทั้งตัว ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว พบโปรตีนในปัสสาวะ +3 BP 169 /119 มิลลิเมตรปรอท ปฏิเสธโรคประจำตัว แรกเริ่ม รู้สึกตัวดี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ระดับน้ำตาล 3/4 มากกว่าสาคือ ไม่เจ็บครรภ์ เสียงหัวใจทารกด้านซ้าย 140 ครั้ง/นาที ตรวจภายในปากมดลูก ไม่เปิด บวมตามร่างกาย DTR +3 การวินิจฉัย แรกเริ่ม Severe preeclampsia ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 52 กิโลกรัม ผลการตรวจเชื้อซิฟิลิส (VDRL) Non-reactive และเชื้อเอชไอวี (HIV) Negative HbsAg ผล Non reactive Rh +ve เมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ น้ำหนัก 62.3 กิโลกรัม เพิ่มขึ้น 5.5 กิโลกรัม ใน 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ บวมทั่วตัว น้ำหนัก 68 กิโลกรัม (2 สัปดาห์ น้ำหนักขึ้น 4 กิโลกรัม) ผล Hct 38 % ผล BUN, Creatinine, Uric acid, AST, ALT ปกติ ผล Urine exam albumin+3 Sugar Negative งดน้ำและอาหาร ให้ยาป้องกันการชัก MgSO₄ 10% MgSO₄ 40 ซีซี IV push เข้า ใน 20 นาที และ 50 % MgSO₄+5%D/N/2 920 ml IV drip 50ml/hr และ Dexamethazone 6 mg IM ยุติการตั้งครรภ์โดยการผ่าตัดทารกเพศชาย น้ำหนัก 1,574 กรัม Apgar score 9, 10, 10 หลังผ่าตัด ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นลิ้นปี่ ความดันโลหิต 120/75-144/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรระหว่าง 72 – 90 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ ปัสสาวะสะดวกดี สีเหลืองปาง มดลูกหดรัดตัวดี เลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ซึม ผล Mg 16.6 mg/dl หายใจ 12 ครั้ง/นาที DTR +2 แพทย์ ให้ off MgSO₄ และให้ขยายตัว antidote MgSO₄ คือ ยา 10% Calcium gluconate 1 gm และ 50% Glucose 50 ml +RI 10 Unit แต่อาการไม่สัมพันธ์กับผล Mg เจาะ Mg ใหม่ ผล Mg 4.2 mg/dl off order antidote MgSO₄ ให้ 50 % Mg SO₄ ต่อจนครบ 24 ชั่วโมง ผล Mg 4.8 mg/dl off MgSO₄ ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา Hydralazine 25 mg oral 1 tab tid pc หลังผ่าวัน ที่ 3 Urine protein+ 2 off Hydralazine ให้ Amlodipine 10 mg oral 1 tab pc วันที่ 4 เริ่มคัดตึงเต้านมทั้งสองข้าง Urine protein negative ความดันโลหิต 120/80 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท คุณกำเนิดด้วย Implanon แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และนัด 1 สัปดาห์ และนัด 6 สัปดาห์ ผู้ป่วยได้รับยา Amlodipine 10 mg 1*1pc, Paracetamol (500) mg 1*prn , Trifedine 1*1pc ไปรับประทานต่อที่บ้าน การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Severe preeclampsia with preterm pregnancy

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะชั้ และได้รับอันตรายจากการชั้ เนื่องจากมารดา มีภาวะ ความดันโลหิตสูงรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

อายุครรภ์ 28 สัปดาห์น้ำหนัก เพิ่มขึ้น 5.5 กิโลกรัมใน 4 สัปดาห์ อายุครรภ์ 32 สัปดาห์น้ำหนัก เพิ่ม 4 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์ บวมทั่วตัว BP 169/119 มิลลิเมตรปรอท DTR +3 urine albumin +3

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่เกิดอาการชั้

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการชั้ บวมลดลง DTR +2, urine albumin negative, urine output ≥ 0.5 mL/kg/hr, Mg 4-8 mEq/L, BP 120/80 -140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการนำก่อนเกิดอาการชั้ได้แก่ คือ ปวดศีรษะ เจ็บแน่นลิ้นปี่,ตาพร่า อาเจียน
2. ให้อาการป้องกันการชั้ $MgSO_4$ ซึ่งออกฤทธิ์ที่ปลายประสาทส่วนกลาง โดย Peripheral Neuromuscular Block ตามแผนการรักษา โดยใช้ Infusion pump ประเมินอาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียนขณะให้ยา ประเมินการหายใจทุก 1 ชั่วโมง อัตราการหายใจ ไม่ควรต่ำกว่า 12-14 ครั้งต่อนาที ประเมิน DTR ทุก 2 ชั่วโมง ถ้า < +1 หรือ absent หรือ DTR > +2 มีความเสี่ยงที่จะชั้⁽⁹⁾ รายงานแพทย์ ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ บันทึกปริมาณสารน้ำ และปัสสาวะ ไม่ควรออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง เพราะ $MgSO_4$ ขับออกทางไต
3. เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา $MgSO_4$ สะสมมากเกินไป ซึ่งจะมีผลจะทำให้ระบบหายใจถูกกด ปัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตลดลง โดยเตรียมยา Antidote คือ 10% Calcium gluconate และดูแลให้ O_2 mask 10 ลิตร/นาที รวมทั้งเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม เมื่อมีอาการชั้
4. ดูแลให้ยาลดความดันตามแผนการรักษา Hydralazine 5 mg ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด vasodilatation ออกฤทธิ์โดยตรงต่อกล้ามเนื้อเรียบของเส้นเลือด และเพิ่ม Cardiac output ขยายเส้นเลือดแดงโดยตรง โดย ประเมินสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที จนครบครึ่งชั่วโมง โดยเฉพาะ PR, RR, BP สังเกตความดันโลหิตถ้าต่ำลงมาก รายงานแพทย์ โดยเฉพาะ Diastolic ไม่ควรลดต่ำกว่า 90-100 มิลลิเมตรปรอท เพราะจะทำให้การไหลเวียนของมดลูกและรกไม่เพียงพอ
5. ดูแลให้ออกซิเจนเต็มอิ่ม โดยให้ออกซิเจนด้วยหน้ากากเพื่อไม่ให้ความดันโลหิตเพิ่ม ทำให้เลือดเลี้ยงไตมากขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และไม่กระตุ้นอาการชั้ ได้แก่ ยกศีรษะขึ้นเตียงและหาผ้านุ่ม Support ไว้จัดบรรยากาศที่เงียบ เพื่อลดการกระตุ้นต่อสมองส่วนกลาง ให้การพยาบาลเท่าที่จำเป็นในเวลาเดียวกัน

การประเมินผล

ไม่มีจุดแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว และไม่มีภาวะชั้บวมลดลง DTR + 2 ระดับ Mg level อยู่ในระดับ 4.2-4.8 mg/dl , urine albumin negative, urine output 300 ซีซี.ใน 4 ชั่วโมง, BP 120/90 -140/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ทารกแรกเกิดเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนเนื่องจากถุงลมปอดยังทำงานได้ไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ทารกน้ำหนักน้อย คะเนน้ำหนักทารก 1,420 กรัม จากอัลตราซาวด์ ได้รับการผ่าตัดคลอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนและไม่เกิดการสำลักน้ำคร่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง อัตราการหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเขียวไม่มีหายใจลำบาก ไม่มีจมูกบานขณะหายใจ คะแนน Apgar 9,10,10 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้มารดาได้รับยาสเตียรอยด์ครบก่อนคลอดเพื่อกระตุ้นปอดทารกในครรภ์ให้สมบูรณ์เร็วขึ้นช่วยลดโอกาสทารกเกิดก่อนกำหนดป่วยเป็นโรคขาดสารลดแรงตึงผิว (Respiratory distress syndrome, RDS) ลดความเสี่ยงภาวะเลือดออกในโพรงสมอง (IVH) และภาวะลำไส้เน่าเปื่อย (NEC)
2. เตรียมอุปกรณ์การรับเด็กให้พร้อม ผู้รักษาอุณหภูมิขณะเคลื่อนย้ายทารก (transport incubator) มีอุณหภูมิเครื่องอยู่ ระหว่าง 37 - 37.5 องศาเซลเซียส, ผ้าที่มีความอุ่นเพื่อรับทารกจากที่ผ่าตัด Ambu bag ชนิดมี Reservoir พร้อม Mask เบอร์ 0 และ เบอร์ 1, ออกซิเจนชนิดเคลื่อนที่ได้ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพทารก
3. ประสานงานกุมารแพทย์เพื่อรับทารกจากสูติแพทย์ในห้องผ่าตัด
4. ประสานงานหอผู้ป่วยเด็กในการเตรียมตู้อบ (Infant incubator) สำหรับรับทารกหลังเกิด เพื่อให้ทารกได้อยู่ในตู้อบที่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้เพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia
5. ประเมินทารกแรกเกิดและให้คะแนน Apgar โดยกุมารแพทย์
6. นำทารกส่งตักเด็กโดยใช้ Transport incubator เปิดออกซิเจน 10 ลิตร/นาที
7. ตรวจร่างกายทารก วัดรอบศีรษะ ออก ท้องและความยาว ฉีดยา Vitamin K IM ที่ต้นขาขวา และ ฉีดวัคซีนป้องกันตับอักเสบบีที่ต้นขาซ้ายภายใต้เครื่องให้ความอบอุ่นทารก
8. ให้ข้อมูลเพศ และน้ำหนักทารกแก่ญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยเมื่อรู้สึกตัวหลังจากผ่าตัดคลอด

การประเมินผล

ทารกแรกเกิดร้องเสียงดัง หายใจ 40-60 ครั้ง/นาที ไม่เขียว Apgar 9,10,10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มารดาวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะ Severe preeclampsia การผ่าตัดและผลกระทบต่อทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

ครรภ์แรกไม่เคยได้รับการผ่าตัดใดๆมาก่อน มารดาบอกว่ารู้สึกกังวลที่ตนเองมีความดันโลหิตสูง และ กลัวว่าทารกในครรภ์จะเป็นอันตราย ถ้ามเกี่ยวกับอาการของตนเองและทารกในครรภ์ทุกครั้ง ที่พยาบาลเข้าไปให้การพยาบาล สิ้นหนามีความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

มีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วย สดชื่น บอกเล่าความรู้สึก พุดคุย และร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างบรรยากาศเป็นกันเองและผ่อนคลายขณะให้คำแนะนำ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์และแผนการรักษา อธิบายเหตุผลในการผ่าตัดคลอด ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด การให้ความยินยอมในการผ่าตัด การเตรียมผิวหน้าก่อนผ่าตัด ดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด การคาสายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด
3. บอกถึงสภาพหลังผ่าตัด เช่น ความเจ็บปวด การดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกชื้นและ อาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีเลือดออกจากช่องคลอดมาก เวียนศีรษะ ใจสั่น ปวดแผลมาก และบอกระยะเวลาการพักในโรงพยาบาล
4. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาให้สามารถเผชิญต่อภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ได้ เพราะครอบครัวที่อบอุ่นทำให้มารดาเกิดความเชื่อมั่น และเผชิญความเครียดได้

การประเมินผล

มารดาให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด สิ้นสุดความวิตกกังวลลงก่อนขึ้นไปผ่าตัดคลอดบุตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการดูแลตนเองหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาสอบถามว่า “จะต้องดูแลตนเองหลังผ่าตัดอย่างไรบ้าง” คลอดแล้วทำไมยังมีน้ำไหลออกมา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้มารดามีความรู้และสามารถดูแลตนเอง หลังคลอดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาเข้าใจและปฏิบัติตนหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้
2. มารดาสามารถแจ้งกับพยาบาลได้เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีเลือดออกจากช่องคลอดมาก เวียนศีรษะ ใจสั่น ปวดแผลมาก

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการคลอดครั้งนี้และรับฟัง
2. ให้นอนราบครบ 6 ชั่วโมง เพราะหลังให้ยาชาเฉพาะที่เข้าทางไขสันหลังอาจมีความดันโลหิตต่ำได้
3. ทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน รบกวนเท่าที่จำเป็น
4. อธิบายสาเหตุของการงดอาหารและน้ำทางปากต่อภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง
5. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทนในขณะหึ่งดอาหารและน้ำทางปาก ตามแผนการรักษา
6. ให้เริ่มรับประทานอาหารและน้ำหลังการผ่าตัดตามลำดับโดยเริ่มจิบน้ำก่อน ตามด้วยอาหารน้ำเหลวใส เช่น น้ำขิง น้ำผลไม้ อาหารอ่อน และอาหารปกติ โดยรับประทานอาหารแต่ละชนิดทีละน้อย ๆ ก่อน
7. แนะนำอาหารที่มีคุณค่าและปริมาณสูงกว่าในระยะตั้งครรภ์เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายแข็งแรง และผลิตน้ำนมให้เพียงพอ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นมสด ผักผลไม้ทุกชนิด น้ำควรถ่ม 8-10 แก้วต่อวัน ควรดื่มน้ำสะอาด ของหมักดอง ซากาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา ไม่ซื้อยารับประทานเองเพราะผ่านทางน้ำนมได้

8. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเลือดที่ออกทางช่องคลอด (Lochia) หรือน้ำขาวปลาสังเกต สี จำนวน และสิ่งผิดปกติที่ควรแจ้ง น้ำขาวปลาจะหมดภายใน 3 สัปดาห์ แนะนำการใส่ผ้าอนามัยซับเลือดทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ถูกวิธี เน้นการทำความสะอาดเต้านมพร้อมการอาบน้ำ แต่ห้ามใช้สบู่ถูหัวนมโดยตรง

9. พยาบาลประเมินการแข็งตัวของมดลูกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และสอนมารดาให้รู้วิธีการทดสอบและหัดคลึงด้วยตนเอง วัดความสูงของยอดมดลูกเพื่อดูการทำงานของมดลูกและป้องกันการตกเลือด

10. สอนท่าบริหารร่างกายหลังคลอด อธิบายประโยชน์ คือ ทำให้น้ำขาวปลาไหลดี ทำให้มดลูกเข้าอู่ได้เร็ว กล้ามเนื้อ ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น กระตุ้นการทำงานของต่อมน้ำนม สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

11. แนะนำเกี่ยวกับการลุกเดินโดยเร็ว (Early ambulation) หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง ลุกเดินโดยค่อย ๆ ลุกขึ้นอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า ทำให้หน้ามืดเป็นลมเกิดอุบัติเหตุได้

12. ให้คำแนะนำการมีเพศสัมพันธ์หลังคลอด ควรดมีเพศสัมพันธ์ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เนื่องจาก ในโพรงมดลูกยังมีแผลจากการคลอด อาจติดเชื้อได้ ถ้าหลัง 4-6 สัปดาห์ไปแล้วถ้ามีเพศสัมพันธ์ อาจต้องใช้สารหล่อลื่นช่วย เพราะช่วงนี้ช่องคลอดค่อนข้างแห้ง และระหว่างถึงจุดสุดยอดอาจมีน้ำนมไหลออกมาจากการหลั่งฮอโมนออกซิโตซิน จึงควรให้ทารกดูดนมมารดา ก่อนมีเพศสัมพันธ์⁽¹⁰⁾

13. เปิดโอกาสให้มารดาตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพร่างกาย คอยให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้กับมารดา

14. สนับสนุนให้บิดามีปฏิสัมพันธ์กับทารก กระตุ้นให้พูดคุยกับทารก เมื่อกลับไปอยู่บ้านมีส่วนร่วมในการเลี้ยงทารก เช่นช่วยอาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม อุ้มปลอบทารก หรือทำให้เรือ

15. ให้คำแนะนำการมาตรวจตามนัด 7 วันหลังผ่าตัดเพื่อดูแผล และสัปดาห์ที่ 6 หลังคลอด เพื่อตรวจหลังคลอด และให้คำแนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด ได้แก่ มีใช้น้ำขาวปลามีกลิ่นเหม็นเน่า สีแดงไม่จางลง หรือจางแล้วแต่กลับมาแดงสดอีก มีเลือดสดๆออกจากช่องคลอดปริมาณมาก หลังคลอด 2 สัปดาห์ยังคงคลำมดลูกทางหน้าท้องได้ เต้านมอักเสบ กดเจ็บแดง เจ็บบวม ปัสสาวะบ่อยแสบ แผลหน้าท้องบวมแดง อักเสบ

ประเมินผล

บอกถึงอาการผิดปกติที่ควรแจ้งพยาบาลและปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง และคาสายสวนปัสสาวะไว้

ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลผ่าตัดคลอดที่หน้าท้องบริเวณมดลูกด้านล่าง (Low transvers caesarean section) คาสายสวนปัสสาวะไว้ มารดาไม่มีความรู้เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด เป็นการผ่าตัดครั้งแรกแบบฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ไม่มีการติดเชื้อหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ ไม่บวมแดง หรือมีหนอง
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ออกดีปริมาณ ไม่ต่ำกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง

3. ไม่มีอาการแสดงถึงการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ ไข้ ปัสสาวะแสบขัดหลังนำสายสวนออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบ ลักษณะแผลผ่าตัด สังเกต ลักษณะ ปริมาณเลือด หรือสารคัดหลั่งซึมจากแผล
2. วัดสัญญาณชีพ ตาม Routine post op care และปรับเปลี่ยนตามอาการเปลี่ยนแปลง
3. สอนให้คำแนะนำการดูแลแผลหลังผ่าตัด
4. สังเกตการไหลของน้ำปัสสาวะลงถุง บันทึกปริมาณปัสสาวะ ถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง ต้องหาสาเหตุ เช่น จากการตกเลือด และสังเกตสีของปัสสาวะ เพราะถ้ามีอันตรายต่อกระเพาะปัสสาวะขณะทำผ่าตัดอาจมีเลือดปน ต้องรายงานแพทย์

5. ดูแลสายยางไม่ให้หัก พับ งอ หรือถูกกดทับ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลออกดี และตรวจคลำกระเพาะปัสสาวะว่ามีการโป่งตึงหรือไม่ จากสายสวนอุดตัน โดยกดเหนือหัวเหน่าเบา ๆ เพื่อประเมินภาวะกระเพาะเต็ม หรือเคาะ ถ้าว่างจะมีเสียงทึบ ถ้าเต็มเสียงจะโปร่ง

6. กระตุ้นให้ถ่ายปัสสาวะ หลังถอดสายปัสสาวะออก เพราะมีผลต่อการหดตัวของมดลูกไม่ดีทำให้ตกเลือดหลังคลอดได้ ถ้าปัสสาวะไม่ออก รายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะ

การประเมินผล

แผลผ่าตัดติดดีไม่บวมแดง ไม่มีหนอง ไม่มีไข้ ปัสสาวะไม่แสบขัด สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ออกดี 600-1000 ซีซี. ใน 8 ชั่วโมง หลังนำสายสวนปัสสาวะออก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 วิตกกังวลในการเจ็บป่วยของบุตรเนื่องจากบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก สาเหตุจากคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย หายใจลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

มารดาสีหน้าวิตกกังวล และถามอาการบุตรบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. มารดาเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและมาเยี่ยมบุตรสม่ำเสมอ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีที่แสดงออกของมารดาและครอบครัวเปิดโอกาสให้ซักถาม
2. ให้ข้อมูลแก่มารดาและบิดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารกวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่ใช้ในช่วงนั้น
3. พุดคุยให้กำลังใจ ให้ความเป็นกันเอง ให้ความมั่นใจว่าทารกจะได้รับการดูแลอย่างดี
4. ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สอนวิธีการบีบเก็บน้ำนมให้แก่มารดา และคอยดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา และให้พบแพทย์เพื่อสอบถามอาการบุตร

ประเมินผล

มารดามีสีหน้าสดชื่น ร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำ สามารถบีบเก็บน้ำนมได้ถูกวิธี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มารดาขาดความรู้และทักษะในการเลี้ยงดูบุตร**ข้อมูลสนับสนุน**

เรียกพยาบาลทุกครั้งเมื่อลูกร้อง และคิดว่าลูกน่าจะหิว และบอกพยาบาลว่ารู้สึกตนเองไม่ถนัดที่จะให้ลูกกินนม และอุ้มลูกไม่ถนัดกลัวลูกหล่น หน้าตา แหวดตา มีความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

มารดา ดูแลลูกได้ถูกต้อง มีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาตอบพยาบาลได้ว่าเป็นน้ำคาวปลา และมีความรู้เกี่ยวกับ Lochia หน้าตาสดชื่นขึ้น
2. มารดาสามารถเอาลูกเข้าเต้าได้ถูกต้อง ให้ลูกดูด ทุก 2 ชั่วโมง และเช็ดสะดือทารกถูกต้อง
3. มารดาสามารถสังเกตอาการผิดปกติของทารก และตอบคำถามอื่นที่ควรรู้ในมารดาหลังคลอดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับมารดาสม่ำเสมอ ให้ความรู้การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ น้ำคาวปลา การเช็ดสะดือ การให้นมบุตร การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆเกี่ยวกับตนเอง และทารก
2. ให้เอกสารการดูแลตนเองของมารดา และการดูแลทารกหลังคลอด รวมทั้งคู่มือการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การประเมินผล

มารดา สดชื่น อุ้มทารกด้วยท่าทางที่ถูกต้อง ให้ทารกดูดนมทุก 2 ชั่วโมง อาบน้ำเช็ดสะดือทารกได้ และตอบคำถามถูกต้องทุกด้านในการดูแลตนเองและทารก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 วิตกกังวลเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูบุตร**ข้อมูลสนับสนุน**

มารดา ยังไม่มีงานทำ สามีทำงานคนเดียว รายได้ 9,000 บาท/ เดือน ถอนหายใจก่อนพูด คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ลดความวิตกกังวลของมารดา และหาทางออกด้วยตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

มารดาสามารถหาวิธีการแก้ไขปัญหาก็ได้ มีสีหน้าผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหาเรื่องเศรษฐกิจของมารดา เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและแสดงความคิดเห็นนอกเหนือใจ
2. ร่วมสร้าง ความมั่นใจหาวิธีแก้ไขปัญหา โดยไม่ชี้แนะ ให้มารดาตัดสินใจด้วยตนเอง
3. แนะนำให้ปรึกษาบุคคลที่มารดาไว้วางใจที่สุด เช่น บิดา มารดา ของตนเอง

การประเมินผล

มารดาสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาก็ได้ และมารดาผ่อนคลายมากขึ้นหลังได้ระบายความรู้สึก

วิจารณ์

หญิงตั้งครรภ์รายนี้ เป็นมารดาวัยรุ่น ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 20 ปี⁽⁸⁾ ครรภ์แรกมีความดันโลหิตสูงในไตรมาสที่ 3 ก่อนส่งต่อให้การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นดี หลังเข้ารับการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทารกมีน้ำหนักน้อย 1,574 กรัม ซึ่งน้ำหนักที่ควรจะเป็นคือ 2,000 กรัม ซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพของโรคเส้นเลือดหดตัวจึงมีผลทำให้เลือดผ่านไปที่รกลดลงทำให้ทารกได้รับอาหารและน้ำลดลงมีผลให้ทารกมีน้ำหนักน้อย และรายนี้ มีภาวะ Severe preeclampsia ชัดเจน เกิดในครึ่งหลังการตั้งครรภ์ อายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ โดยมีโปรตีนในปัสสาวะ 300 มิลลิกรัมขึ้นไป ตรวจ Deep tendon reflex พบ Hyper-reflex มีการยุติการตั้งครรภ์โดยผ่าคลอด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ชัก Eclampsia ภาวะ Intracranial hemorrhage ไตวายเฉียบพลัน รกลอกตัวก่อนกำหนด และ พบว่ามารดามาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ซึ่งไม่ควรเกิน 12 สัปดาห์ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักไม่เหมาะสมกับช่วงอายุครรภ์ ก่อนมารดาตั้งครรภ์มีน้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 152 เซนติเมตร BMI 22.50 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ อายุครรภ์ 28 สัปดาห์น้ำหนัก 62.3 กิโลกรัมซึ่งเพิ่มขึ้น 5.5 กิโลกรัมใน 4 สัปดาห์ รายนี้อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ควรจะมีน้ำหนัก 58 กิโลกรัม เนื่องจากในไตรมาสที่ 3 น้ำหนักควรเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม/สัปดาห์จะเห็นว่ามีอาการนำของ Preeclampsia ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ กล่าวคือ ถ้าน้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 3 กิโลกรัม/เดือนเป็นอาการนำของ Preeclampsia ต่อมา น้ำหนักเพิ่มขึ้น 4 กิโลกรัม/2 สัปดาห์ในช่วงอายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ซึ่งควรเพิ่มเพียง 1 กิโลกรัม จนกระทั่งอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ บวมมากขึ้น พบว่ามารดาได้รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ชอบของทอด ขมน น้ำอัดลมปริมาณมากพบ protein urea 3+ และความดันโลหิต 169/119 มิลลิเมตรปรอท ให้ยากันชัก พยาบาลสามารถให้ยา ประเมินอาการจากการใช้ยาติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยนำความรู้มาประกอบเพื่อวินิจฉัยการพยาบาล ให้การพยาบาล เฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง ในรายนี้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Mg สูงผิดปกติ 16.6 mg/dl อัตราการหายใจลดลง 12 ครั้ง/นาทีแต่ DTR 2+ซึ่งผลทางห้องปฏิบัติการไม่สัมพันธ์กับอาการผู้ป่วย เพราะตามทฤษฎี ถ้า Mg >5 mg/dl จะ Loss of deep tendon reflex ซึ่งผู้ป่วยยังมี DTR 2+ และ ถ้า Mg > 12mg/dl จะ Complete heart block, Cardiac arrest ตรวจใหม่ผล Mg 4.2 mg/dl รายงานแพทย์เพื่อบด Antidote ของ Mg ได้ทันท่วงที จึงไม่เกิดอันตรายต่อมารดาและทารก ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ที่ถูกต้องแม่นยำเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตหากเกิดภาวะฉุกเฉิน มีการประสานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพรวดเร็ว สามารถให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งการเตรียมตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ก่อนมีบุตรครั้งต่อไป

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ เป็นภาวะวิกฤติสามารถเกิดขึ้นต่อเนื่องไปถึงระยะหลังคลอดได้ ซึ่งก่อให้เกิดทุพพลภาพทั้งมารดาและทารกได้ การเข้าใจพยาธิสภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ติดตามและดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ผ่านพ้นวิกฤติ โดยการนำความรู้ทางวิชาการมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยใช้ทักษะกระบวนการพยาบาลประกอบกับความรู้รายโรคดูแลผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลา ทำให้เกิดความปลอดภัยได้

เอกสารอ้างอิง

1. นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ฉวี เบาทรวง .การพยาบาลและการผดุงครรภ์:สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1.เชียงใหม่: บริษัท สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส จำกัด; 2560.
2. Sarosh Rana,Elizabeth Lemoine,Joey P. Granger,S. Ananth Karumanchi .Pathophysiology, Challenges, and Perspectives Circulation Research. 2019;124:1094–1112
3. เพ็ญศักดิ์ สุเมฆศรี ,นาเรศ วงศ์ไพฑูรย์,พจนีย์ ผดุงเกียรติวัฒนา และ ณัฐธินี ศรีสันติโรจน์.บูรณาการ การดูแลเพื่อสุขภาพทารกปริกำเนิดที่ดีขึ้น Integrated Care for Better Perinatal Health. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนียน ศรีเอช จำกัด; 2562.
4. Coutinho T, Lamai O, Nerenberg K. Hypertensive disorders of pregnancy and cardiovascular diseases: current knowledge and future directions. Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2018; 20:56
5. Tooher J, Thornton C, Makris A, Ogle R, Korda A, Hennessy A. All hypertensive disorders of pregnancy increase the risk of future cardiovascular disease.Hypertension. 2017; 70:798–803
6. Basit S, Wohlfahrt J, Boyd HA. Pre-eclampsia and risk of dementia later in life: nationwide cohort study.BMJ. 2018.
7. รัชฎา เพียรพิเศษ,บุรยา พัฒนจินดากุล และ ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร.ความชุก ปัจจัยเสี่ยง และผลของการตั้งครรภ์ของภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรงที่เกิดขึ้นก่อนอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลศิริราช. Thai journal of Obstetrics and Gynaecology.Vol 25.No1 January 2017.
8. โรงพยาบาลพระพุทธบาท รายงานสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระพุทธบาท ปี 2560-2562. งานเวชสถิติโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัด สระบุรี,2562
9. กนกวรรณ ฉันทะนงมล.การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: บริษัท ส.เจริญการพิมพ์ จำกัด; 2559.
10. ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์.การพยาบาลมารดาและทารก(เล่ม 2) .โครงการผลิตตำราหลักคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ .สงขลา: โรงพิมพ์ พีโอดีไซน์ หาดใหญ่ ; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ

นันทพร สุขจะ

หัวหน้าศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชลบุรี

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของช่องท้อง เป็นภาวะที่พบได้บ่อยและพบเป็นอันดับที่สองรองจากการบาดเจ็บของม้าม การเสียเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด เนื่องจากตับเป็นอวัยวะในช่องท้องที่มีขนาดใหญ่และมีความเปราะบางมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และฟื้นฟูผู้ป่วยหลังผ่าตัดให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด ดังนั้นจึงศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ เป็นการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) จำนวน 2 ราย

ผลการศึกษา พบว่า รายที่ 1 หญิงไทย อายุ 21 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติสลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้อง และหายใจเหนื่อย ภายหลังการซื้อรถจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่วันที่ 7 ถึงวันที่ 12 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 แพทย์วินิจฉัยว่าช่องท้องบาดเจ็บร่วมกับตับด้านขวาบาดเจ็บระดับ 5 และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อเย็บตับและห้ามเลือดที่ตับด้วยวิธี Perihepatic packing ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต โดยดูแลการได้รับเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบริบาลยากระตุ้นความดันโลหิต ยาต้านการสลายลิ่มเลือด และวิตามินที่ช่วยในกระบวนการแข็งตัวของเลือด อีกทั้งใช้ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพและติดตามอาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ในช่วงแรก 30 นาที จำนวน 4 ครั้ง และ 1 ชั่วโมง จนกระทั่งผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต การบรรเทาอาการปวด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานและเกิดความปลอดภัย นอกจากนี้ได้ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนเองและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต่าง ๆ รวมทั้งประสานงานเกี่ยวกับเอกสารและสิทธิการรักษาพยาบาล

รายที่ 2 ชายไทย อายุ 20 ปี มาโรงพยาบาลด้วยมีประวัติสลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้อง และแขนขาผิดรูป ภายหลังการซื้อรถจักรยานยนต์แฉลบ แพทย์วินิจฉัยว่าช่องท้องบาดเจ็บร่วมกับตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรีตั้งแต่วันที่ 2 ถึงวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 และได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ให้การพยาบาลโดยการประเมินและติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก การบรรเทาอาการปวด การป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง การส่งเสริมและดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับเพื่อป้องกันให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อก อาการปวดในช่องท้อง และภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

คำสำคัญ: การพยาบาล, การบาดเจ็บของตับ

Abstract: Nursing care of liver injury patients

Nuntaporn Sukja B.N.S

Head of Referral center, Nursing Service Organization, Chonburi Hospital

Background: The liver is the second most commonly injured organ in blunt abdominal injuries and a leading cause of death. Bleeding is one of the highest causes of death. Because the liver is the solid organ in the abdominal cavity that is the largest and the most fragile. Nurses have an important role in care for assessment and monitoring of signs and symptoms changes, preventing complications, and rehabilitation patients after surgery to recover to normal as much as possible. Therefore, two case studies are compared to nursing care with liver injury patients.

Results of study: The first was Thai female, 21 years old, coming to the hospital with abdominal pain and dyspnea after accident. The patient admitted at the Chonburi hospital from 7th February 2020 to 12 February 2020. Blunt abdominal injuries and liver injury grade 5 were diagnosed by doctors. Explore laparotomy for liver suture and perihepatic packing was done. After surgery, the primary nursing diagnostic was patient with shock condition. Nursing care was management and solving life-threatening conditions by taking care of receiving bloods and intravenous fluids, Vasopressor, antithrombotic drugs, and vitamin K were administered. Using health assessment and monitoring signs and symptoms were re-accessed until vital signs stable of. Pain relief and prevention, complications were monitored. Practicing focused on patient need and severity level. In addition, standardized care and patient safety were provided via health education and coordination. The second was Thai men aged 20 years, presented to the Chonburi hospital with abdominal pain and right arm deformity after a motorcycle accident. The patient admitted at general surgical ward from 2nd February 2020 to 7th February 2020 then moved to the trauma intensive unit until 13th February 2020. Blunt abdominal injuries and liver injury grade 4 and spleen injury grade 2 were diagnosed by doctors. Conservative management was done because shock is not reported during admission. Nursing care and monitoring signs and symptoms of shock, pain relief, and prevention complication e.g. compartment syndrome, falling. Moreover, giving health education and monitoring signs and symptoms of abdominal injury must provide for patient and caregiver. The patient must see a doctor before the appointment when the abnormal of abdominal injury occur at post discharge form the hospital.

This study shows that nurses play an important role in caring for patients with liver injury. Preventing the patient with shock, abdomen pain relief, and prevent complications were made patient safety and satisfaction.

Keywords: Liver trauma, nursing

บทนำ

การบาดเจ็บของตับในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของช่องท้องด้านขวาเป็นภาวะที่พบได้บ่อย เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่มีขนาดใหญ่ มีความเปราะบางและอยู่ใกล้กับกระดูซี่โครงมากที่สุด สาเหตุของการบาดเจ็บชนิดไม่มีบาดแผลฉีกขาดมากกว่าร้อยละ 80 ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20-40⁽¹⁾ การประเมินและการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการฟื้นฟูผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ โดยการเปรียบเทียบกรณีศึกษา (Case study) ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับและถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัดชลบุรี เพื่อเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลชลบุรี พ.ศ. 2563 จำนวน 2 ราย โดยเลือกจากผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับและเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลชลบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 1) แบบประเมินอาการผู้ป่วย 2) แบบบันทึกปัญหาผู้ป่วยสำหรับสาขาวิชาชีพ และ 3) แบบฟอร์ม Progress Nurse's Note เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 2 ถึงวันที่ 13 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย ชักประวัติผู้ป่วยและญาติตามแบบบันทึกวิเคราะห์ ผลการศึกษา ประกอบด้วย สาเหตุการบาดเจ็บ พยาธิวิทยาพยาธิสภาพ อาการแสดงทางคลินิก การวินิจฉัยโรค การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยรายที่ 1 หญิงไทย อายุ 21 ปี อาชีพ พนักงานโรงงาน เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่วันที่วันที่ 7 ถึงวันที่ 12 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 อาการสำคัญ ปวดท้อง และหายใจเหนื่อย ภายหลังการชีรณจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบ้านโป่งเพื่อเข้ารับการรักษานต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี อาการแรกเริ่มที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลชลบุรี เวลา 10.02 น. ผลการตรวจร่างกาย คะแนนกลาสโกโคมัสเกลเท่ากับ 15 (E4V5M6) รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 54/37 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SpO₂) เท่ากับร้อยละ 90, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นร้อยละ (HCT) 24.7, ระดับน้ำตาลในเลือด 259 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, การตรวจอัตราฆวนช่องท้อง (FAST): Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, และ Cal-de-sac การวินิจฉัย Mild Head Injury with Blunt Abdominal injury with Liver injury grade 5 right lobe รวมวันนอน 6 วัน ภายหลังพ้นภาวะวิกฤตถูกส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษานที่โรงพยาบาลตามสิทธิ์การรักษาพยาบาล

การพยาบาล (ผู้ป่วยรายที่ 1)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากการมีภาวะสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บในช่องท้อง
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณทรวงอกและช่องท้อง, กดเจ็บทั่วท้อง, สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 120-148 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 54/37-97/54 มิลลิเมตรปรอท, FAST: Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, Cal-de-sac, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 23.0-24.7

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30
4. ปริมาณน้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ คะแนนกลาสโกโคมาสเกล ตามมาตรฐานการพยาบาล
3. ดูแลการได้รับ LRS จำนวน 2 เส้น อัตราการไหล 2,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ
4. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา คือ เลือดชนิดเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (PRC)
5. บริหารยา Transamine® ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ขนาด 10 มิลลิกรัม
6. บริหารยา Levophed® ขนาด 8 มิลลิกรัม เจือจางใน 5% DW 100 มิลลิลิตร ผ่านเครื่อง

ควบคุมอัตราการไหล 10 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

7. ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
8. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทาง on mask with reservoir bag อัตราการไหล 10 ลิตร/นาที
9. วัดและบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
10. ติดตามผลการตรวจหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจ 136 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 121/82 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นร้อยละ 30.3, และปริมาณน้ำปัสสาวะ 300 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยปวดท้องเนื่องจากการได้รับบาดเจ็บในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณทรวงอกและช่องท้อง, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด ลดลงหรือเท่ากับ 3 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนให้กล้ามเนื้อหน้าท้องคลายตัว
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน

4. ก่อนเข้ารับการรักษาตัดตรวจเย็บอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งประเมินอาการปวด

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดก่อนเข้าห้องผ่าตัด 3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยขาดความรู้และวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางจิตใจและทางกายก่อนการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน-ขณะ และหลังผ่าตัด แบ่งการเตรียมออกเปนนาน

จิตใจและทางกาย

2. พุดคุยให้กำลังใจและแจ้งแนวทางการรักษาพยาบาลก่อนปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง

3. ก่อนเข้ารับการรักษาตัดตรวจเย็บอาการผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ พร้อมทั้งประเมินความวิตกกังวล

ประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทางจิตใจและทางกายก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากมีการสูญเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด หรือมีปัจจัยที่ช่วยในการแข็งตัวของเลือดและเกล็ดเลือดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเสียเลือดจากการผ่าตัด 3,500 มิลลิลิตร, ท่อระบายทรวงอก 100-320 มิลลิลิตร/วัน, ท่อระบายบริเวณหน้าท้อง 400-1,800 มิลลิลิตร/วัน, และท่อระบายแบบสูญญากาศ 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง และ 700 มิลลิลิตร/5 ชั่วโมง, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 16.5-29.2, เกล็ดเลือด (Platelet) 52,000-109,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว (Prothrombin time) 14.9-22.7 วินาที

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท

2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที

3. น้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง

4. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย

5. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30

6. เกล็ดเลือด 150,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

7. เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว 10.4-13.3 วินาที

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย

2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามมาตรฐานการพยาบาล

3. วัดและบันทึกปริมาณการเสียเลือดและสารน้ำ ทุก 1 ชั่วโมง

4. ดูแลการได้รับ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

5. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา สังเกตอาการและภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด
 6. บริหารยา Levophed® ขนาด 8 มิลลิกรัม เจือจางใน 5% DW 100 มิลลิลิตรผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล 5-18 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา
 7. บริหารยา Transamine® ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ขนาด 10 มิลลิกรัม ทุก 24 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงจากยา
 8. ทำร่างกายให้อบอุ่น
 9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, เกล็ดเลือด, เวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว และการทำงานของไต ตามแผนการรักษาของแพทย์
- ประเมินผล :** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อค สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 103/73-124/86 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ย 60-160 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 30.0-33.2, เกล็ดเลือด 142,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร และเวลาที่เลือดเริ่มแข็งตัว 14.9 วินาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของสารน้ำและภาวะพร่องแมกนีเซียมเนื่องจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยผ่าตัด 3 ครั้ง, ปริมาณสารน้ำเข้า-ออกต่อ 24 ชั่วโมง คือ 2,580-3,511 มิลลิลิตร ต่อ 2,415-4,000 มิลลิลิตร, แมกนีเซียม (Mg) 1.5 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

เกณฑ์การประเมิน

1. จำนวนสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย มีปริมาณความแตกต่างไม่เกิน 1,000 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม
3. ผลการตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด 1.70-2.55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ทุก 8 ชั่วโมง
2. ดูแลการได้รับ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. บริหารยา 50% MgSO₄ ขนาด 8 มิลลิลิตร เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร วันที่ 1 และ ขนาด 4 มิลลิลิตร สำหรับวันที่ 2 และวันที่ 3 โดยให้ยาผ่านทางเครื่องควบคุมอัตราการไหล 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชัก ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
5. ติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย มีปริมาณความแตกต่าง 49-573 มิลลิลิตร/ 24 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง, แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 10 เซนติเมตร, สีหน้าнівคิว
หมวดเวลาขยับตัว, ความเจ็บปวด 5-9/10 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3/10 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบ สงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน
 2. แนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยประคบบริเวณแผลผ่าตัดขณะเคลื่อนไหวร่างกาย
 3. บริหารยา Fentanyl ขนาด 1,000 ไมโครกรัม เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ผ่านเครื่องควบคุมอัตราการไหล 5 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หรือ Fentanyl 30-50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ
เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงของยา
- ประเมินผล :** ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 0-3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากได้รับยาระงับความรู้สึก
ขณะผ่าตัด พื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ประสิทธิภาพในการขับเสมหะลดลง และตัวนำออกซิเจนลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก, คะแนนกลาสโกโคมาสเกล 10T (E4VtM6), เลือดออก
จากท่อระบายทรวงอก (ICD) 100-320 มิลลิลิตร/วัน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 16.5-29.2

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 95
3. การทำงานของท่อระบายทรวงอกมีการระบายอย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน
2. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จนสม่ำเสมอ และเปลี่ยนทุก 1 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง โดยการดูดเสมหะอย่างถูกวิธี
4. ฟังเสียงปอด ก่อนและหลังดูดเสมหะ และบันทึกอาการผิดปกติ
5. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทางท่อช่วยหายใจและการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้มีประสิทธิภาพ
6. ดูแลท่อระบายทรวงอกด้านขวา จำนวน 2 ขวด ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพตลอดเวลา
7. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้อาการปอดขยายตัวดี

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ร้อยละ 95-100 และการ
ทำงานของท่อระบายทรวงอกมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง, แผลผ่าตัดยาวมากกว่า 10 เซนติเมตร, อุณหภูมิกาย 37.5-38.9 องศาเซลเซียส, เม็ดเลือดขาวในเลือด 10,270 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. เม็ดเลือดขาวในเลือด (White Blood Cells: WBC) 4,000-11,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมพยาบาล

1. ล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนและหลังทำความสะอาดแผลทุกครั้ง
2. ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด วันละ 1 ครั้ง สังเกตและบันทึกสิ่งผิดปกติ
3. ดูแลการใส่คาทอระบายแบบสุญญากาศ สังเกตและบันทึกลักษณะสิ่งคัดหลั่ง
4. ให้คำแนะนำการป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
5. บริหารยา Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม ทุก 24 ชั่วโมง และ Metronidazole ขนาด 500 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง ทางหลอดเลือดดำ อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงของยา
6. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง
7. ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด, อุณหภูมิกาย 36.8-38.3 องศาเซลเซียส, เม็ดเลือดขาวในเลือด 7,660 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบหายใจเนื่องจากคาทอหายใจนานเกิน 48 ชั่วโมง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยคาทอช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ 5 วัน, อุณหภูมิกาย 37.5-38.9 องศาเซลเซียส

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบหายใจ
2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. ผลการส่งตรวจเสมหะทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบเชื้อใด ๆ

กิจกรรมพยาบาล

1. ล้างมือ 7 ขั้นตอน ก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง
2. จัดท่านอนศีรษะสูง มากกว่าหรือเท่ากับ 30 องศา
3. ทำความสะอาดในช่องปากทุกวัน ด้วยน้ำยา 0.12% Chrohexidine
4. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน
5. ตรวจสอบและบันทึกแรงดัน (Cuff pressure) ของท่อช่วยหายใจ ระหว่าง 25-30 มิลลิเมตรปรอท
6. ทำความสะอาดข้อต่อด้วยแอลกอฮอล์ร้อยละ 70 และเทน้ำที่ค้างในสายเครื่องช่วยหายใจทุกครั้งที่พบ
7. สอนการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ
8. บริหารยา Omeplazone ขนาด 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง

9. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทุก 6-8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบหายใจ, อุณหภูมิกาย 36.8-38.3 องศาเซลเซียส, ไม่พบเชื้อจากการเพาะเชื้อของเสมหะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยตบาศเจ็บระดับ 5 ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อค อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้
2. ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารเหลว
3. ให้คำแนะนำญาติในการเตรียมเอกสารสิทธิการรักษา
4. ให้คำแนะนำการดูแลอุปกรณ์การแพทย์ เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ
5. ให้คำแนะนำการดูแลความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน

ประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้ครบทั้ง 5 ข้อ

ผู้ป่วยรายที่ 2 ชายไทย อายุ 20 ปี อาชีพ ยามรักษาความปลอดภัย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่วันที่วันที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 อาการสำคัญ มีประวัติสลับจำเหตุการณ์ไม่ได้ ปวดท้อง และแขนขาผิดปกติ ภายหลังการขี่รถจักรยานยนต์แอลบ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลบางละมุงเพื่อเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชลบุรี การตรวจร่างกาย ผู้ป่วยรู้ตัว คะแนนกลาสโกโคมาสเกลเท่ากับ 15 (E4V5M6) รูม่านตาทั้งสองข้างขนาด 3 มิลลิเมตรมีปฏิกิริยาต่อแสงทั้งสองข้าง สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 96/57 มิลลิเมตรปรอท, ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนร้อยละ 100, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 36.5, ระดับน้ำตาลในเลือด 121 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, ผลการตรวจอัตราขาวนช่องท้อง (FAST): Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, และ Cal-de-sac การวินิจฉัยแรกเริ่ม Mild Head Injury with Blunt abdominal injury with Liver injury grade 4 with spleen injury grade 2 with R/O bladder injury with fracture ulnar รวมวันนอน 12 วัน โดยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลวันที่ 14 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 **การพยาบาล** (ผู้ป่วยรายที่ 2)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการบาดเจ็บในช่องท้องและเกล็ดเลือดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, อุณหภูมิกาย 35.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 98-106 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 95/68-96/57 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 25.0-36.5, FAST: Positive at hepatorenal recess,

Splenorenal recess, Cal-de-sac, การตรวจคอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2 และมีแผนการรักษาแบบไม่จำเป็นต้องผ่าตัด, จำนวนเกล็ดเลือด 79,000-110,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, เอนไซม์ ALT 105-578 หน่วย/ลิตร และ AST 240-415 หน่วย/ลิตร, ปัสสาวะเป็นเลือด (Gross hematuria), ผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะพบเลือดในน้ำปัสสาวะ 3+ และเม็ดเลือดแดง 100 เซลล์

เกณฑ์การประเมิน

1. ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 90/60 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
4. ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น มากกว่าหรือเท่ากับ 30 เปอร์เซ็นต์
5. เกล็ดเลือด 150,000-450,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร
6. ผลการวิเคราะห์ปัสสาวะ ไม่พบเลือดและเม็ดเลือดแดงในน้ำปัสสาวะ
7. ปริมาณน้ำปัสสาวะ 0.5 มิลลิลิตร/ น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ ชั่วโมง หรือ 30 มิลลิลิตร/ ชั่วโมง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ตามมาตรฐานการพยาบาล
3. ดูแลการได้รับ Ringer Lactate Solution 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80-120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ดูแลการได้รับเลือดตามแผนการรักษา สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับเลือด
5. บริหารยาต้านการสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ คือ Tranexamic acid (Transamine®) ขนาด 500 มิลลิกรัม และ Vitamin K ขนาด 10 มิลลิกรัม สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงจากยา
6. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนผ่านทาง On mask with reservoir bag อัตราการไหล 10 ลิตรต่อนาที
8. วัดและบันทึกปริมาณน้ำปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
9. ติดตามผลการตรวจเลือด เช่น ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น, เกล็ดเลือด, การทำงานของไต และการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อก สัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 58-102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 93/57-141/78 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกภายในร่างกาย ปริมาณปัสสาวะออกเฉลี่ย 60-130 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 31.3-34.7, เกล็ดเลือด 159,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร, และไม่พบเลือดและเม็ดเลือดแดงในการวิเคราะห์น้ำปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือดเนื่องจากเนื้อเยื่อช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, FAST: Positive at hepatorenal recess, Splenorenal recess, Cal-de-sac, แมกนีเซียม (Mg) 1.50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร, โซเดียม (Na) 130 มิลลิโมล/ลิตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียม
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องโซเดียมต่ำ
3. ผลการตรวจระดับแมกนีเซียมในเลือด 1.70-2.55 มิลลิกรัม/เดซิลิตร
4. ผลการตรวจระดับโซเดียมในเลือด 136-145 มิลลิโมล/ลิตร

กิจกรรมพยาบาล

1. วัดและบันทึกจำนวนสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย
2. ดูแลการได้รับ 5% D/NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. บริหารยา 50% MgSO₄ เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำโดยให้ยาผ่านทางเครื่องควบคุมอัตราการไหล 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงได้รับยา
4. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะชก ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ติดตามผลการตรวจแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องแมกนีเซียมและโซเดียมในเลือด ระดับแมกนีเซียมในเลือด 2.3 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และระดับโซเดียมในเลือด 138 มิลลิโมล/ลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากช่องท้องได้รับบาดเจ็บและกระดูกแขนหัก

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง, กดเจ็บบริเวณทั่วท้อง, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน, หน้าเขียวคล้ำบริเวณขยับร่างกาย, ภาพถ่ายรังสีแขนขวาพบ Fracture shaft ulnar

เกณฑ์การประเมิน

ความเจ็บปวด ลดลงหรือเท่ากับ 3 คะแนน

กิจกรรมพยาบาล

1. จัดท่านอนศีรษะสูง และจัดสิ่งแวดล้อมเงียบสงบ และลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อน
2. ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล
3. บริหารยาตามแผนการรักษา เช่น Fentanyl ขนาด 30-50 ไมโครกรัม, Morphine ขนาด 4 มิลลิกรัม เมื่อมีอาการปวด ทุก 6 ชั่วโมง อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา
4. บริหารยา Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร อธิบายกลไกการออกฤทธิ์ สังเกตอาการตอบสนองและผลข้างเคียงจากยา
5. ตรวจเยี่ยมอาการ พร้อมทั้งประเมินอาการปวด

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด 0-3/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในช่องท้องเนื่องจากเนื้อเยื่อช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยมีผลการตรวจคอมพิวเตอร์พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2, เม็ดเลือดขาว 11,450-25,720 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง

2. อุณหภูมิกาย 36.0-37.4 องศาเซลเซียส
3. เม็ดเลือดขาวในเลือด 4,000-11,000 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในช่องท้อง
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิ ทุก 4 ชั่วโมง
3. บริหารยา Ceftriaxone ขนาด 2 กรัม เจือจางใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ทุก 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและผลข้างเคียงได้รับยา
4. ติดตามผลการตรวจเม็ดเลือดขาวในเลือด ตามแผนการรักษา

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในช่องท้อง อุณหภูมิกาย 36.0-37.1 องศาเซลเซียส และจำนวนเม็ดเลือดขาว 5,860 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพร่องกิจวัตรประจำวันเนื่องจากใส่ฝือกและช่องท้องบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยใส่ฝือกบริเวณแขนขวา, คะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวันเท่ากับ 5

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสุขสบายทั่วไป

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อน (เริ่มรับประทานอาหารในวันที่ 5 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563)
3. บริหารยา Tramadol ขนาด 50 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร และ Calcium carbonate ขนาด 1,250 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
4. ประเมินและบันทึกคะแนนการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทุก 24 ชั่วโมง

ประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการดูแลกิจวัตรประจำวันครบถ้วน มีมีความสุขสบายและสามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเจ็บป่วยว่าผู้ป่วยตับบาดเจ็บระดับ 4 แพทย์มีแผนการรักษาแบบไม่จำเป็นต้องผ่าตัด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะช็อคและการติดเชื้อในช่องท้อง
2. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานให้ครบ 5 หมู่ เน้นโปรตีนและอาหารอ่อนย่อยง่าย
3. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาตามแผนการรักษา
4. การดูแลทำความสะอาดร่างกาย และการพักผ่อน
5. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงกระแทก 3 เดือน
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาตินำไปบันทึกข้อความและใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจติดตามอาการ

7. กรณีพบอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในช่องท้อง ให้กลับมาพบแพทย์ทันที
ประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจในคำแนะนำและตอบคำถามเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนได้จำนวน 8 ข้อ

จากการศึกษาดังกล่าว สามารถสรุปเปรียบเทียบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ดังตารางที่ 1

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
1. ชนิดและสาเหตุของการบาดเจ็บ (1, 2, 4, 5)	ผู้ป่วยซีร็ดจักรยานยนต์ชนกับรถบรรทุก 10 ล้อ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุ	ผู้ป่วยซีร็ดจักรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นอุบัติเหตุ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เป็นเหตุ
1.1 การบาดเจ็บชนิดมีแผลทะลุ มีสาเหตุจากของมีคม ปน ระเบิด	ช่องท้องได้รับการบาดเจ็บชนิดไม่มีแผล	ช่องท้องได้รับการบาดเจ็บชนิดไม่มีแผล	ส่งผลให้ตับบาดเจ็บซึ่งเป็นการบาดเจ็บแบบไม่มีแผลทะลุ
1.2 การบาดเจ็บชนิดไม่มีแผลทะลุ มีสาเหตุจากอุบัติเหตุ, ตกจากที่สูง	ทะลุ	ทะลุ	ผลการบาดเจ็บแบบไม่มีแผลทะลุ
2. อาการและอาการแสดงทางคลินิก (1-3, 5-6) เช่น มีอาการปวดท้อง ซีด และภาวะแทรกซ้อน คือ ภาวะช็อก	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง หายใจเหนื่อย และมีภาวะช็อก, ความดันโลหิต 54/37 มิลลิเมตรปรอท, ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 24, ความเจ็บปวด 5/10 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง ร่วมกับแขนขาเขียวคล้ำ, คะแนนความเจ็บปวด 5/10 คะแนน	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีอาการปวดท้องและระดับคะแนนความเจ็บปวดเหมือนกัน แต่ผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อก ผู้ป่วยรายที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก
3. พยาธิสรีรวิทยาในการแบ่งระดับบาดเจ็บของตับตาม AAST liver injury scale _(1-3, 5-7) 6 ระดับ	FAST: positive ● ผลการฉีดสี (Angiogram) พบเฮปาทิกฉีกขาด ● การผ่าตัดพบตับบาดเจ็บระดับ 5	FAST: positive การตรวจคอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย FAST: positive ผู้ป่วยรายที่ 1 มีการบาดเจ็บของตับร่วมกับมีการฉีกขาดของเส้นเลือดแดง สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 มีการบาดเจ็บที่ตับและม้าม

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
4. การวินิจฉัยโรค^(1-3, 5-6) ตรวจร่างกาย มีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้องด้านบนขวา กดเจ็บ การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าเกณฑ์กำหนด จำนวนเม็ดเลือดขาว (WBC) สูงกว่าเกณฑ์ การตรวจเอนไซม์การทำงานของตับชนิด ALT และ AST สูงกว่าเกณฑ์ การตรวจพิเศษ ตรวจอัตราส่วนช่องท้อง (FAST): Positive ภาพถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจคอมพิวเตอร์ในช่องท้อง⁽⁸⁾ การตรวจหลอดเลือดด้วยวิธีฉีดสี (Angiography)	● ตรวจร่างกายพบมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องอกและช่องท้อง ร่วมกับมีการกดเจ็บทั่วท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● คาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (HTC) ร้อยละ 23.0-24.7 ● FAST: positive at hepatorenal recess และ Cal-de-sac ● ตรวจด้วยวิธีฉีดสี (Angiography) พบ Active arterial bleeding at superior segment of right hepatic lobe	● ตรวจร่างกายพบมีบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้องร่วมกับมีการกดเจ็บทั่วท้อง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ● คาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ร้อยละ 25.0-36.1 ● เม็ดเลือดขาว 11,450-25,720 เซลล์/ลูกบาศก์มิลลิเมตร ● เอนไซม์ ALT 105-578 หน่วย/ลิตร และ AST 240-415 หน่วย/ลิตร ● FAST: positive at hepatorenal recess, splenorenal recess และ Cal-de-sac ● ผลการตรวจคอมพิวเตอร์ พบตับบาดเจ็บระดับ 4 และม้ามบาดเจ็บระดับ 2	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการบาดเจ็บที่ตับ จากรอยบาดแผลและรอยฟกช้ำบริเวณช่องท้อง มีคาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่นต่ำกว่าร้อยละ 30 และผลการตรวจอัตราส่วนในช่องท้องให้ผลบวกเหมือนกัน สำหรับผู้ป่วยรายที่ 1 ตรวจวิธีฉีดสีจึงพบหลอดเลือดแดงที่นำเลือดไปเลี้ยงตับมีการฉีกขาด ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยรายที่ 2 มีการติดเชื่อเยื่อช่องท้อง
5. การรักษา^(2-5,9-10) 5.1 การรักษาแบบไม่ผ่าตัด กรณีตับมีการบาดเจ็บระดับ 1, 2, 3 หรือไม่มีภาวะช็อก 5.2 การรักษาโดยการผ่าตัด กรณีตับมีการบาดเจ็บระดับ 3, 4, และ 5 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกแพทย์อาจพิจารณา	ผู้ป่วยได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด วันที่ 7 เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เวลา 10.55-11.30 น. Explore laparotomy for suture liver with perihepatic packing with temporary closure abdomen	ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดเนื่องจากไม่มีภาวะช็อก	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีความแตกต่างกันในการรักษา โดยผู้ป่วยรายที่ 1 มีภาวะช็อกและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพื่อควบคุมภาวะเลือดออกและการผูกหลอดเลือดแดง ในขณะที่ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง

เรื่อง	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2	ผลการเปรียบเทียบ
ผู้ป่วยไปผ่าตัด	● เวลา 12.30-13.30 น.		
5.2.1 การผ่าตัดใส่เข็ม	Hepatic embolization		
ป้อนเพื่ออุดห้ามเลือด	● เวลา 20.37-21.10 น.		
(Temporary packing)	Re-explore laparotomy		
2.2 การผูกหลอดเลือด	with perihepatic packing		
แดงเฮปาติก (Hepatic	with repair diaphragm		
artery ligation)	with revise ICD		
2.3 การตัดเนื้อเยื่อตับ	วันที่ 9 เดือนกุมภาพันธ์		
ออกเป็นบางส่วน	พ.ศ. 2563 เวลา 11.55-		
(Hepatic resection)	12.45 น. Re-explore		
กรณีผู้ป่วยตับแตก	laparotomy with off		
2.4 การใส่ทอระบาย	liver packing with		
(Perihepatic drainage)	abdominal wall closure		
6. ข้อวินิจฉัยทาง	ก่อนผ่าตัด	การพยาบาลสำหรับ	ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ได้รับการ
การพยาบาล ⁽¹¹⁾	● ผู้ป่วยมีภาวะช็อค	ผู้ป่วยได้รับการรักษา	ประเมินและได้รับการแก้ไข
	● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย	แบบประคับประคอง	ภาวะช็อค อาการปวด
	● ผู้ป่วยขาดความรู้และ	● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ	ภาวะการติดเชื้อในช่องท้อง
	วิตกกังวลการผ่าตัด	ภาวะช็อค	และระบบทางเดินปัสสาวะ
	หลังผ่าตัด	● ผู้ป่วยมีภาวะ	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
	● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ	พร่องแมกนีเซียมและ	และการให้ความรู้และ
	ภาวะช็อค	โซเดียมในเลือด	คำแนะนำในการปฏิบัติตนเอง
	● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุล	● ผู้ป่วยมีภาวะไม่	และเอกสารสิทธิการรักษา
	ของสารน้ำและมีภาวะพร่อง	สุขสบาย	ผู้ป่วยรายที่ 1 ย้ายโรงพยาบาล
	แมกนีเซียม	● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ	เพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
	● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่อง	ติดเชื้อในช่องท้อง	ตามสิทธิการรักษา ในทาง
	ออกซิเจน	● ผู้ป่วยพร่อง	ตรงกันข้ามผู้ป่วยรายที่ 2 มี
	● ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบาย	กิจวัตรประจำวัน	การประเมินและติดตาม
	● ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	● ผู้ป่วยวิตกกังวล	อาการและอาการแสดง
	บริเวณแผลผ่าตัด		ผิดปกติที่ต้องกลับมาพบ
	● ผู้ป่วยวิตกกังวล		แพทย์ภายหลังออกจาก
			โรงพยาบาล

สรุป

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของตับ จำเป็นต้องได้รับประเมินภาวะสุขภาพการรักษายาบาลอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการการประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคและแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตในระบบไหลเวียนโลหิต การบรรเทาอาการปวด การประเมินภาวะการอุดกั้นของทางเดินหายใจหรือภาวะพร่องออกซิเจนกรณีที่มีผู้ป่วยมีการบาดเจ็บทรวงอกรวมด้วย รวมทั้งการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้กลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด นอกจากนี้ การได้รับคำแนะนำผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Helling TS, Ward MR, Balon J. Is the grading of liver injuries a useful clinical tool in the initial management of blunt trauma patients? Eur J Trauma Emerg Surg. 2009;35(2):95-101.
2. Saleh AF, Sageer EA, Elheny A. Management of Liver Trauma in Minia University Hospital, Egypt. Indian J Surg. 2016;78(6):442-7.
3. Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S, Dimopoulos N, Bolanis I, Drakopoulos S, et al. Operative and nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults: a single-center report. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14(4):387-91.
4. Campbell J. International Trauma Life Support for Emergency Care Providers: Pearson New International Edition: Pearson Higher Ed; 2013.
5. Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual, 10th edition [Internet]. 2018 [cited Febuary 25, 2020]. Available from: https://www.academia.edu/36985888/Student_Course_Manual_ATLS_Advanced_Trauma_Life_Support
6. อรศิริ อมรวิทยาชาญ. การวินิจฉัยการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีแผลทะลุด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์. วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557;21(1):53-62.
7. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, ทัดถณ พลไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพูล. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;ปีที่ 19 ฉบับพิเศษ (3):18-24.
8. สิทธิพร พลจันทร์. กรณีศึกษาลักษณะการบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผลที่พบจากเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลตะกั่วป่า. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2559;30(3):187-96.
9. Badger S, Barclay R, Campbell P, Mole D, Diamond T. Management of liver trauma. World J Surg. 2009;33(12):2522-37.
10. Ahmed N, Vernick JJ. Management of liver trauma in adults. J Emerg Trauma Shock. 2011;4(1):114.
11. สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 9.ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและ กระดูกต้นขาขวาหักชนิดมี แผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด : กรณีศึกษา

ยุพิน พรหมสวัสดิ์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครนายก

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เกิดอุบัติเหตุปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน 2 ชม. ก่อนมา รพ. ต้นขา 2 ข้างผิดรูป บวม มีแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา แผลถลอกที่ขาทั้ง 2 ข้างและแขนซ้าย แผลฉีกขาดและบวมที่ศีรษะด้านหลังแถบซ้าย จำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธิได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามขาทั้ง 2 ข้าง on collar และนำส่ง รพ.ปากพลี ได้ให้ 0.9%NSS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ rate 120 cc./hr. Cloxacillin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำและส่งต่อมา รพ.นครนายก แพทย์วินิจฉัยโรค Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur เมื่อมาถึงรพ.ผู้ป่วยมีภาวะช็อก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่ตั้งแต่ห้องฉุกเฉินโดยการให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด เย็บแผลที่ศีรษะ ผู้ป่วยได้รับการ on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง ถ่วงน้ำหนักข้างละ 5 กก. เป็นเวลา 5 วัน และได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur และ Open reduction internal fixation with broad locking compression plate left femur ปัญหาและการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ มีภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดจากการหักของกระดูกต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากกระดูกต้นขาหักชนิดมีบาดแผลเปิด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก 2 ข้าง และมีบาดแผลเปิด ร่วมกับมีภาวะช็อก ซึ่งถือว่าเป็นภาวะสำคัญทางออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันท่วงที่ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ เนื่องจากกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง ให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายโดยใช้ wheel chair แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยากลับไปรับประทาน ต่อที่บ้านนัดมาตรวจเป็นระยะๆ รวมระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล 28 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล/ กระดูกต้นขาหักชนิดไม่มีบาดแผล/ กระดูกต้นขาหักชนิดมีบาดแผลเปิด/ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด

Abstract : Nursing care in patient with close fracture shaft left femur and open fracture subtrochanteric right femur with hypovolemic shock : A case study
Yupin Promsawad
Nursing Care Unit, Nakhon Nayok Hospital

A case study of 49-year-old Thai male patient who had a bike accident that was hit by a sedan car two hours before being taken to the hospital. Both of his thighs were deformed and swollen. There were torn wounds on his right thigh and scratches on both legs and left arm. The left side at the back of his head also appeared to have tears and swelling. The patient was not able to describe the accident in detail. The rescue team splinted both legs and applied neck collar before sending him to Pak Phli Hospital. The treatment were IV fluid and antibiotic. The patient was then forwarded to Nakhon Nayok Hospital and diagnosed with right subtrochanteric femur fractures (open fracture) and left femoral shaft fracture (closed fracture). Upon arrival, he was shocked due to blood loss but received timely treatment in the emergency room. Such treatment included oxygen, intravenous therapy, blood transfusion, and suture for head injury. The patient then received on-skin traction with 5-kg weight applied on both legs for five days. Once the patient was stabilized, the surgical treatment was performed by undergoing an open reduction internal fixation with the proximal femoral plate on the right femur and an open reduction internal fixation with a broad locking compression plate on the left femur. The underlining challenges in nursing care for this case involved hypovolemic shock due to blood loss from fracture of both thighbones, risk of infection due to open wound fracture, risk of various complications before and after surgery, and the anxiety in self-care when returning home.

Nurses play a critical role in providing nursing care for patient with broken thighbones and open wound together with the shock. It is a very challenging orthopedic case. Therefore, the nurses must be well equipped with pieces of knowledge and skill in evaluating patient's symptoms correctly and quickly, monitoring risk, and providing timely and accurate medical care to prevent any complication. After receiving a series of medical treatment and being hospitalized for 28 days, the patient's conditions significantly improved, and the doctor allowed him to go home. However, since fracture occurred on both thighbones, the patient was asked not to weigh on both legs and remain using a wheelchair. He was also asked to continue taking medications as prescribed and follow up with the appointments as scheduled.

Keywords: Nursing care, Closed Femur fracture, Open femur fracture, Hypovolemic Shock

บทนำ

ความก้าวหน้าทันสมัยของเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการใช้นานาพาทะในการขับขีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านคมนาคมที่ช่วยให้การเดินทางมีความสะดวกและรวดเร็ว หากผู้ขับขีมีความประมาทในการใช้รถใช้ถนนอาจเกิดอุบัติเหตุทางจราจรได้ กระดูกต้นขาหัก (Fracture femur) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับที่ 4 โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561-2562 มีผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเข้ารับการรักษารวม 109 ราย และ 135 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยกระดูกหักทั้งหมดในโรงพยาบาล

กระดูกต้นขา (Femur) นับเป็นกระดูกที่มีความยาวและความแข็งแรงมากที่สุด การที่กระดูกจะหักได้ต้องมีแรงภายนอกกระทำอย่างรุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร การตกจากที่สูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน กระดูกหักบริเวณ Subtrochanteric femur เป็นการหักของกระดูกต้นขาตั้งแต่ระดับ lesser trochanter ต่ำลงมาไม่เกิน 5 ซม. กระดูกหักบริเวณนี้หายช้าและติดผิดรูปได้บ่อย เนื่องจากกระดูกบริเวณนี้เป็น cortical bone ซึ่งใช้เวลาในการติดเข้า และยังเป็นบริเวณที่รับแรงกระทำสูงมาก เนื่องจากรับน้ำหนักตัวและอยู่ห่างข้อสะโพกมาก และมี displacement มาก เนื่องจากเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อหลายมัด⁽¹⁾ ส่วนกระดูกบริเวณ shaft of femur เป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดของร่างกายมีเลือดมาเลี้ยงมาก ร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้ม การหักมักเกิดจากการกระแทกอย่างแรงจึงทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บมากร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากถึง 1,500 cc จนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดในรายที่เป็น open fracture⁽²⁾ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ลิ่มไขมันหลุดอุดหลอดเลือดเฉียบพลัน (fat embolism) มักเกิดภายหลังได้รับอุบัติเหตุ 24-72 ชม.⁽³⁾ เนื่องจากกระดูกส่วนนี้มีเลือดมาเลี้ยงมากร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้มจึงทำให้กระดูกหักสมานกันเร็ว แต่ขณะเดียวกันการที่มีกล้ามเนื้อจำนวนมากอยู่โดยรอบจึงเกิดการดึงกระดูกให้ผิดรูปและสั่นลง การจัดกระดูกและรักษากระดูกให้กลับสู่สภาพปกติจึงต้องใช้แรงมากในการต้านแรงดึงของกล้ามเนื้อเหล่านี้ การรักษาในเบื้องต้นตามกระดูกที่หักชั่วคราวโดยการ splint หรือ traction หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและแก้ไขการบาดเจ็บร่วมของระบบอื่นเรียบร้อยแล้วจึงพิจารณาการรักษาด้วยการทำ skin traction หรือ skeletal traction และการผ่าตัดเพื่อจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว⁽¹⁾

ผู้ป่วยกรณีศึกษาอายุ 49 ปี ได้รับอุบัติเหตุปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงมากเป็นเหตุให้กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง และมีบาดแผลเปิดต้นขาขวา ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ต้องได้รับการดูแลรักษาก่อนการผ่าตัด และ on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ลดอาการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและบรรเทาอาการปวดขณะรอการผ่าตัดตรึงรวม 5 วัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการ

พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และป้องกันการติดเชื้อจากมีบาดแผลเปิดที่ต้นขาขวา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายในต้นขาทั้ง 2 ข้าง ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแต่ยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาได้และใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้าย การดูแลและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงมีความสำคัญมาก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดและการดูแลภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับบ้านได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้ตัวดี ขาทั้ง 2 ข้าง on long leg splint ไว้ on RLS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 100 cc./hr.

อาการสำคัญ

ต้นขาหักผิดรูปทั้ง 2 ข้าง บาดแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา 2 ซม.และศีรษะด้านซ้าย 3 ซม.ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ซม.ก่อนมาโรงพยาบาล ปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้ ต้นขาผิดรูปทั้ง 2 ข้าง มีบาดแผลฉีกขาดต้นขาขวา แผลถลอกขา 2 ข้างและที่แขนซ้าย บาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย มุลนิธิตามขาทั้ง 2 ข้าง on collar และนำส่ง รพ.ปากพลี ได้ให้ 0.9%NSS 1,000cc. ทางเส้นเลือดดำ rate 120 cc./hr. Cloxacillin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ และส่งต่อมา รพ.นครนายก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ร้ายแรง ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นมะเร็งปอดเสียชีวิตแล้ว มารดาไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 ในจำนวน 2 คน เป็นคนเฉยๆ มีเพื่อนไม่มาก รับประทานได้ทุกประเภท วันละ 2-3 มื้อ การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่เคยใช้ยาละลาย ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ปกติ ไม่มีมีสเปก ขัด การนอนหลับเป็นเวลาวันละ 6-8 ชม. นอนกลางวันเป็นบางวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ สูบยาเส้นทุกวัน วันละ 5-10 มวน เป็นเวลา 20 ปี ดื่มสุราเป็นบางวัน เป็นเวลา 20 ปี ไม่ติดสิ่งเสพติด

- ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูน 2 ชั้น เป็นบ้านเจ้าของสวน
- อาชีพรับจ้าง ค้ารักษาพยาบาล พรบ.และบัตรทอง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว (Glassgow coma scale) E₃V₅M₆ pupil 3 min. RTL BE ศีรษะด้านหลังแถบซ้ายมีแผลฉีกขาด 2 ซม.ปิดก๊อชไว้ ศีรษะบวมเส้นผ่าศูนย์กลาง 7 ซม. on Philadelphia collar อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 99% อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ระยะสมำเสมอ ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท หน้าท้องแบนราบกดนุ่มไม่เจ็บ แขน

ทั้งสองข้างกำลังปกติ motor power grade 5 มีแผลถลอกที่แขนซ้ายปิดก๊อชไว้ ต้นขาขวาทั้ง 2 ข้าง มีแผลฉีกขาด 2 ซม.ที่ต้นขาขวาปิดก๊อช on long leg splint ขาทั้ง 2 ข้าง

การตรวจด้วยรังสี

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC 11,300 cells/cumm, Neutrophils 84.6% ,Lymphocytes 9.7 %, Hemoglobin 9.1 gm%, Hematocrit 27 %, Platelet count 176,000 cells/cumm, BUN 16 mg./dl, Cr. 0.96 mg./dl, Sodium 144.8 mmol/L, Potassium 2.71 mmol/L, Chloride 100.4 mmol/L, CO₂ 24.3 mmol/L

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur with cerebral concussion with hypovolemic shock

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur with hypovolemic shock

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

22 ก.พ. 62 เวลา 21.58 น. รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยอาการต้นขา 2 ข้างผิดรูป บวม มีแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา แผลถลอกที่ขาทั้ง 2 ข้างและแขนซ้าย แผลฉีกขาดและบวมที่ศีรษะ ด้านหลังแถบซ้าย ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) E3V4M5 ที่ห้องฉุกเฉิน ส่งทำ CT scan Brain พบ cerebral concussion และทำ FAST Abdomen ผล negative ผู้ป่วยมีภาวะ shock ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 92% on O₂ mask with bag 10 lit./min. on RLS 1,000 cc. load แรก รับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) E3V4M5 ความดันโลหิต 117/72 มม.ปรอท. ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 99% on O₂ mask with bag 10 lit./min. on RLS 1,000 cc. vein 100 cc./hr. ขาทั้ง 2 ข้าง on Leg long splint, retrained foley's catheter urine 200 cc., on Skin fraction ขา 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 kgs. Hct. 26% ให้ PRC ก่อนผ่าตัดรวม 4 unit ตรวจซ้ำ Hct. 30% ค่า potassium 2.71 mmol/L consult แพทย์แผนกอายุรกรรมให้ 0.9% NSS 1,000 cc. + KCL 40 mEq vein 100 cc./hr. 2ขวด ค่า potassium 4.02 mmol/L 27 ก.พ. 62 ได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur และ Open reduction internal fixation with broad locking compression plate left femur หลังผ่าตัด แผลแห้งดี ตัดไหม 10 มี.ค. 62 ร่วมกับกายภาพบำบัดในการ ambulate ไม่ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนย้ายโดยใช้ wheel chair 22 มี.ค. 62 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดของกระดูก แนะนำญาติและผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเตรียมบ้านให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเน้นย้ำห้ามลงน้ำหนักขาก่อนที่แพทย์เห็นสมควร ให้ลงน้ำหนักได้ เพื่อป้องกันการหักซ้ำ รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 28 วัน

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อค เนื่องจากการเสียเลือดจากการหักของต้นขาทั้ง 2 ข้าง**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุซึ่งจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง มีแผลเปิดต้นขาขวา ต้นขาบวมทั้ง 2 ข้าง

- มีบาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะ 2cm. และศีรษะบวมโน
- ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท. ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
- O₂ Saturation 90-92%
- ความเข้มข้นของเลือด 26%
- PT= 15.7 (control 10.5)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ shock

เกณฑ์การประเมิน

- ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท. ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ
- ค่า oxygen saturation มากกว่า 95 %
- ค่าความเข้มข้นของเลือด $\geq 30\%$
- ปัสสาวะออกมากกว่า 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ สัญญาณชีพ ค่า oxygen saturation และสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 30 นาที -1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง
2. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น
3. ดูแลให้ RLS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ Load 1,000 cc. then 100 cc./hr. ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระบบการไหลเวียนในร่างกาย
4. on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 กก. เพื่อลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อโดยรอบจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
5. สังเกตอาการปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เพื่อประเมินการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นจากอุบัติเหตุรุนแรงซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดภายใน
6. สังเกตและประเมินการเสียเลือดจากอาการบวมที่ต้นขาทั้ง 2 ข้าง bleeding ที่ต้นขาขวา และแผลที่ศีรษะ
7. สังเกตการ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินภาวะช็อคและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง
8. จองเลือด PRC และดูแลให้ PRC unit ละ 3 ชม. ตรงตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้เลือดขณะให้ ได้แก่ ผื่นลมพิษ ไข้ หนาวสั่น
9. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชม.
10. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชม. และบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชม.

ประเมินผล ความดันโลหิต 102/76 – 117/72 มม.ปรอท. ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation 100 % ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ไม่มีอาการปวดท้อง ค่าความเข้มข้นของเลือด = 30% ปัสสาวะออก 300 cc. ใน 8 ชม.

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจาก ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จากปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้
- ผล CT brain Cerebral concussion
- ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
- Glasgow's Coma Scale=E3V4M5 Motor power แขน 2 ข้าง grade 5 ขา ต้นขาหัก 2 ข้าง Pupil 3 mins RTL BE ศีรษะด้านซ้ายบวมเส้นผ่าศูนย์กลาง 7cms. และมีบาดแผลฉีกขาด 2cms.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
 - ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
2. สัญญาณทางระบบประสาทปกติหรือไม่เลวลงกว่าเดิม
 - เดิม Glasgow coma scale = E4V5M6 pupils 3 mm. RTL both eye ขนาดเท่ากันทั้งสอง ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี Motor power แขนขาข้างซ้าย grade 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยประเมินจากระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท ทุก 1 ชม. 6 ครั้งและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเพิ่มการไหลกลับของเลือดช่วยลดอาการบวมในสมอง
3. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ ชักเกร็ง อาเจียน สัญญาณทางระบบประสาทลดลงจากเดิม ตั้งแต่ 2 คะแนน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
4. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

ประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 146/92 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 36 องศาเซลเซียส

สัญญาณทางระบบประสาท Glasgow coma scale = E4V5M6 Motor power แขน 2 ข้าง grade 5 ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการอาเจียน

ปัญหาที่ 3 ปวด เนื่องจากต้นขาหัก ทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง บวม มีบาดแผลเปิดต้นขาขวา
- มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะแถบซ้าย 2 cms. ศีรษะบวม

- pain scale 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด

เกณฑ์การประเมิน

- pain scale ≤ 3 คะแนน
- นอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าสดชื่นขึ้น
- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดต้นขาและศีรษะโดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดที่มากขึ้น เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. วัดสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการปวดแผลและปวดศีรษะ
3. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผลและปวดศีรษะ พุดคุยให้กำลังใจ
4. on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 กก. ดูแลให้ skin traction ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวด โดยจัดให้ขาอยู่นิ่ง
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนเพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morephine 3 mgs. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชม ประเมินซ้ำหลังให้ยา 15 นาทีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน การกดการหายใจ โดยมีการประเมิน sedation score และ Respiratory rate ถ้า Sedation score = 2 และการหายใจ ≤ 10 ครั้งต่อนาที ต้องงดเว้นการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid และให้การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนกับผู้ป่วย และรายงานแพทย์

ประเมินผล หลัง on skin traction ผู้ป่วยไม่บ่นปวด ได้ Morephin 3 mg. ทางเส้นเลือดดำ 1 dose pain scale ≤ 3 คะแนน สีสหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 4 อาจเกิดอันตรายจากภาวะ Hypokalemia

ข้อมูลสนับสนุน

- ค่า Potassium 2.71 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.5mEq/L) อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia

เกณฑ์การประเมิน

- ค่า Potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 – 5.3 mEq/L
- ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะโปรตัสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืด

เป็นลม ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ (premature atrial contraction, prolonged QT interval, flat T wave, มี U wave) หัวใจเต้นช้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. สังเกตลักษณะการเต้นของหัวใจเพื่อประเมินอาการ
2. ประเมินอาการของภาวะโปรตัสเซียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม ท้องอืด
3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 cc.+Kcl.40 mEq. ทางเส้นเลือดดำ drip 40 cc./hr. โดยใช้ infusion pump ให้ตรงตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ Kcl elixer 30 cc. รับประทาน ทุก 3 ชม. X 3 dose
5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะของเกลือแร่ในร่างกาย ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผล ค่าเกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากได้รับการแก้ไข ค่า Potassium 3.90 mEq/L ผู้ป่วยไม่มีอาการ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม ท้องอืด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 118/89 mmHg. ชีพจร 84 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากกระดูกต้นขาขวาหักและมีบาดแผลเปิด**ข้อมูลสนับสนุน**

- กระดูกต้นขาขวาหักและมีบาดแผลเปิด
- มีไข้ต่ำๆ 37.8 องศาเซลเซียส
- WBC 11,300 /ul Neutrophil 84.6 %

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

- แผลแห้งไม่มี discharge ซึม
- อุณหภูมิของร่างกายสูงไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลต้นขาขวา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อ โดยสังเกตลักษณะของบาดแผลว่ามี discharge ซึมหรือไม่ ลักษณะปวด บวม แดง ร้อน บริเวณบาดแผลต้นขาขวา
2. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะไข้ ถ้ามีไข้ให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ และรายงานแพทย์ทราบ
3. แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล
4. ดูแลทำแผลต้นขาขวา วันละ 1 ครั้ง
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ประเมินผล แผลต้นขาขวาไม่มี discharge ซึม ไม่มีอาการของการอักเสบ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน fat embolism**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง บวม มีบาดแผลเปิดที่ต้นขาขวา
- ความดันโลหิต 141/89 มม.ปรอท. ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 39 องศาเซลเซียส
- ความเข้มข้นของเลือด 26 %

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ fat embolism

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีลักษณะของ petechial rash บริเวณรักแร้ หน้าอก และconjunctiva ของตา
- อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจติดขัด เจ็บหน้าอก
- Oxygen saturation $\geq 95\%$
- ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแล on skin traction ข้างละ 5 กก. ตามแผนการรักษาเพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่และอยู่นิ่ง
2. ประเมินภาวะ fat embolism
 - วัดสัญญาณชีพและ oxygen saturation ทุก 4 ชม. สังเกตลักษณะการหายใจ หายใจติดขัด หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีไข้ ความดันโลหิตสูง
 - สังเกตลักษณะของ petechial rash บริเวณคอ หน้าอก รักแร้และเยื่อตา
 - สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม
3. ความเข้มข้นของเลือด 26 % ดูแลให้เลือดชนิด PRC unit ละ 3 ชม.ตรงตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้เลือดขณะให้ ได้แก่ ผื่นลมพิษ ไข้หนาวสั่น

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีลักษณะของ petechial rash บริเวณรักแร้ หน้าอก และconjunctiva ของตา อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 98% ไม่มีอาการหายใจติดขัด เจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 36.9 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง และ on skin traction ข้างละ 5 กก.

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

ผิวหนังของผู้ป่วยไม่มีรอยแดงซ้ำ และไม่มีแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ปวยนอนที่นอนลม
2. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้สะอาดและเรียบตึง ดูแลผิวหนังให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนทั้ง 5 หมู่และเพียงพอ เพื่อมิให้เนื้อเยื่อและผิวหนังอ่อนแอ อาหารที่สำคัญ คือ โปรตีนและวิตามิน

4. สังเกตลักษณะเริ่มแรกของแผลกดทับคือ ผิวหนังแดงหรือม่วงหรือดำ

5. แนะนำการใช้ที่โหนตัวช่วยในการเคลื่อนไหว

ประเมินผล ผู้ป่วย on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง 5 วัน ไม่มีแผลกดทับ

ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยกระดุกตันขาหักทั้ง 2 ข้างและถ่วงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง
- retained foley's catheter

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

- ปัสสาวะ เหลืองใส ไม่มีตะกอน
- อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ
2. ดูแลบีบรัดสายยาง (milking) บ่อยๆ เพื่อป้องกันตะกอนหรือสิ่งอุดตัน
3. ถุงปัสสาวะแขวนอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแต่สูงกว่าพื้น
4. แนะนำและดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
5. เทปัสสาวะในถุงเก็บ ทุก 8 ชั่วโมง หรือ เมื่อมีปัสสาวะ 2/3 ของถุง แต่ไม่ควรให้เต็มถุง เพราะจะทำให้การไหลของปัสสาวะไม่สะดวกและปัสสาวะอาจไหลย้อนกลับเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้
6. ก่อนและหลังจากเทปัสสาวะควรเช็ดด้วยสำลีชุบ 70% alcohol
7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ

ประเมินผล ปัสสาวะ เหลืองใส ไม่มีตะกอน อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

ผล UA ค่า WBC 0-1 cell/HPF bacteria few urine culture ผล no growth

ปัญหาที่ 9 วิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

- อาการเป็นอย่างไรบ้าง หมอจะผ่าตัดไหม
- ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
- ผู้ป่วยตื่นขาหักทั้ง 2 ข้าง on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการไว้วางใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย ตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ
 2. ประสานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับฟังภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษาจากแพทย์และร่วมตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล
 3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล
 4. อธิบายภาวะของการเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
 5. แจ้งผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี
- ปัญหาที่ 10** วิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติถามถึงการผ่าตัดว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะเดินได้ปกติไหม
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- แพทย์นัดทำผ่าตัด ORIF with proximal femoral plate right femur and broad DCP

light femur

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

- ญาติและผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการเตรียมทำผ่าตัดเป็นอย่างดี
- สีหน้าแจ่มใสขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจไว้วางใจในการรักษาพยาบาล
2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลในการรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด
4. อธิบายให้ทราบถึงการเตรียมตัวสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหารซึ่งจะทำให้ปอดบวมและอาจถึงกับเสียชีวิตได้
5. สอนผู้ป่วยเรื่อง Deep breathing exercise, effective cough เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ (hypostatic pneumonia)
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลบาดแผล การออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง การฝึกกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาพักฟื้น
7. ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเช็ดใบยนิย้อมผ่าตัดให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านกฎหมาย

8. เตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เพื่อลดแหล่งสะสมเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อ

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาให้พร้อม เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายขณะผ่าตัด

10. เตรียม Cefazolin 1 gm. ไปฉีดที่ห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา

11. สังเกตอาการต่างๆ ตรวจวัดและบันทึก สัญญาณชีพ ก่อนส่งห้องผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือและบอกการเตรียมตัวในการทำผ่าตัดได้ถูกต้อง หายใจเข้าออกลึกๆและไอเพื่อขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพได้ มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น

ปัญหาที่ 11 อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากอาจมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด general anesthesia ระยะเวลาในการผ่าตัด 3 ชม. 25 นาที

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light femur

- ความดันโลหิต 132/67 มม.ปรอท. ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 99 %

- ผู้ป่วย on mask with bag 10 lit/min มาจากห้องผ่าตัด

- ผู้ป่วยยังสับสนสละสลือ และมีสับสนเป็นบางครั้ง

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

- หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation ≥ 95 %

- ไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ

- ไอขับเสมหะออกเองได้ดี

- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก

2. ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และค่า oxygen saturation ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่จึงวัดทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่

3. สังเกตอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เพื่อประเมินทางเดินหายใจอุดกั้นเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่

4. สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่ป้องกันการสำลัก

5. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 lit/min

6. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ 100 cc./hr. ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย

7. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดให้นอนท่าที่สุขสบาย และกระตุ้นผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเอง

ประเมินผล หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ไออาเสมหะออกเองได้ดี ค่า oxygen saturation 100 %

ปัญหาที่ 12 เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจาก การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femer and broad dynamic compression plate light femer
- ขณะผ่าตัดมี total blood loss 1,800 cc.
- ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/78 มม.ปรอท.
- ความเข้มข้นของเลือด 28 %
- radivac drain มีเลือดออก ขาข้างขวา 150 cc. ขาข้างซ้าย 60 cc.

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 - 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที
- ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
- ความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 30 %
- ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มล.ต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่จึงวัดทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการของภาวะshockและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
2. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดทาง radivac drain ทุก 1 ชม.ใน 12 ชม.แรกหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะสูญเสียเลือด ถ้า radivac drain ออกมากกว่า 200 cc.ใน 1 ชม. วางแผนให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ทราบทันที
3. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือด ได้แก่ มีเลือดซึมที่แผลผ่าตัดมาก ต้นขาบวมมากขึ้น อาการกระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินภาวะ shock และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ได้แก่ Acetar 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 100 cc./hr.
5. ดูแลเจาะเลือดหาความเข้มข้นของเลือด at ward then ทุก 6 ชม. เพื่อประเมินการเสียเลือด
6. ดูแลให้เลือด PRC 2 unit unit ละ 3 ชม. ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้และผลข้างเคียงขณะให้เลือด
7. บันทึกจำนวนน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกาย

ประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 118/89 มม.ปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 33 % ปัสสาวะออก 300-900 มล.ต่อ 8 ชั่วโมง

ปัญหาที่ 13 ปวด เนื่องจากมีบาดแผลผ่าตัด ต้นขาทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light Femur
- ความดันโลหิต 135 / 78 มม.ปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที
- pain score 6 คะแนน ขยับตัวไปมา สีหน้าแว่วเขียว

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด

เกณฑ์การประเมิน

- pain score $\leq$ 3 คะแนน
- นอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น
- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดจากสีหน้าท่าทาง และซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดที่มากขึ้น เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการปวดแผล
3. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล อาการปวดจะมีในระยะ 12-36 ชม.แรก และจะทุเลาลงใน 48 ชม.หลังผ่าตัด และให้กำลังใจ
4. จัดให้ผู้ปวยนอนท่าที่รู้สึกสบาย
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 3 mg. vein ทุก 3 ชม. ประเมิน sedate score ก่อนให้ยา ประเมินอาการช้าหลังให้ยา 15 นาทีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หายใจช้าจากฤทธิ์ยา กดการหายใจ และอาการผื่นคัน
8. ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Paracetamol (500mg.) 1 tabs. รับประทาน p.r.n. ทุก 4 ชม. Tramal 1 cap. รับประทาน t.i.d.p.c

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับยา Morphine 3 mg. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 3 ชม. ใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลง pain score 2-3 คะแนน ความดันโลหิต 115/62 มม.ปรอท นอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ

ปัญหาที่ 14 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light femur

- มีไข้ 39.2 องศาเซลเซียส
- On radivac drain ที่แผลผ่าตัดต้นขา ข้างละ 1 ขวด

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

- แผลแห้งไม่มี discharge ซึม
- อุณหภูมิของร่างกายสูงไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพื่อประเมินการติดเชื้อ โดยสังเกตลักษณะของบาดแผลว่ามี discharge ซึมหรือไม่ ลักษณะปวด บวม แดง ร้อน บริเวณบาดแผล ถ้ามีรายงานแพทย์ทราบทันที
2. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะไข้และให้การพยาบาลเพื่อลดไข้
3. ดูแลทำแผล dry dressing วันละ 1 ครั้ง สังเกตลักษณะของแผล
4. ดูแล Radivac drain care อยู่ในระบบสุญญากาศ และ off Radivac drain care หลังผ่าตัดวันที่ 3
5. แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล
6. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. (27 ก.พ.- 3 มี.ค. 62) และ Trazocine 4.5 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. (3-10 มี.ค. 62) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ประเมินผล แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มีอาการของการอักเสบ ตัดไหมในวันที่ 12 มี.ค. 62 แผลแห้งดี

ปัญหาที่ 15 เสี่ยงต่ออุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate left femur
- ผู้ป่วยยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
- ผู้ป่วยสามารถใช้ wheel chair ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. จัดออกสัญญาณเรียกให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย
3. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อดูแลช่วยเหลือเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนท่า และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อเรียนรู้และสามารถไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้
4. จัดตู้ข้างเตียงให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบของใช้
5. ยกไม้กั้นเตียง แนะนำการใช้ที่นอนตัวในการเคลื่อนไหว

6. แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและการลุกนั่งห้อยขาข้างเดียวอย่างถูกวิธี การใช้ wheel chair โดยร่วมกับทีมกายภาพบำบัด

7. จัดให้อนเตียงที่ไม่สูง เพื่อสะดวกในการลุกนั่งและลง wheel chair

8. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจถึงการห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้น้ำหนักได้ เพื่อป้องกันการ failure plate

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และสามารถใช้ wheel chair ได้อย่างถูกวิธี

ปัญหาที่ 16 อาจเกิดกล้ามเนื้อขาตึงและข้อยึดติด เนื่องจากต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้

ข้อมูลสนับสนุน

- ต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน
- ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ
- แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง และให้เคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้อขาตึงและข้อยึดติด

เกณฑ์การประเมิน

- กล้ามเนื้อมีการคลายตัว
- ข้อต่อต่างๆเคลื่อนไหวได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
2. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆเพื่อเตรียมความพร้อมในการหัดเดิน
 - วันที่ 1 หลังผ่าตัดฝึกกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและกล้ามเนื้อขา
 - วันที่ 2 หลังผ่าตัดนั่งห้อยขาข้างเดียว เขยียดเข่าขึ้นให้ได้มากที่สุด พร้อมกระดกข้อเท้าค้างไว้
 - วันที่ 3 ส่งกายภาพบำบัด ช่วยสอนการออกกำลังกาย และฝึกการใช้ wheel chair ในการ

เคลื่อนไหว

3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดต้นขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อผู้ป่วยจะได้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อได้มากขึ้น

4. ดูแลและแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มขณะออกกำลังกายและใช้ wheel chair

ประเมินผล กล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 2 ข้างมีการคลายตัว ข้อต่อต่างๆเคลื่อนไหวได้ดี

ปัญหาที่ 17 วิดกกังวล เนื่องจาก พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติและผู้ป่วยถามจะเดินได้เมื่อไร
- ผู้ป่วยบอกอยากกลับบ้าน
- แผนการรักษายังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair
- แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน 22 มีนาคม 2562

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

เกณฑ์การประเมิน

- ญาติและผู้ป่วยบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ในเรื่อง การการออกกำลังกาย การใช้ wheel chair อาการผิดปกติที่ต้องพามาตรวจ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การรับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัด
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะของโรคและความก้าวหน้าของโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่
2. แนะนำการใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ให้ระวังการพลัดตกหกล้มขณะขึ้นลง wheel chair ห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง จนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้ลงน้ำหนักได้ เพราะจะทำให้เหล็กหักและกระดูกหักซ้ำ
3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ บริเวณแผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้างมีอาการปวด บวม แดงร้อน มีไข้ ต้นขาบวมปวดมากและผิดรูป
4. แนะนำการเตรียมบ้านที่อยู่อาศัยควรเป็นชั้นล่าง ไม่ต้องมีบันได พื้นบ้านเรียบ ไม่เปียก ห้องน้ำสะดวกในการใช้ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
5. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัด วันที่ 4 เมษายน 2562

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง และพร้อมที่จะกลับบ้าน

สรุปผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 49 ปี มาโรงพยาบาลด้วยป็นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้ ต้นขาผิดรูป บวม ทั้ง 2 ข้าง on long leg splint ต้นขาขวามีบาดแผลฉีกขาดยาว 1 ซม. ขาซ้ายมีบาดแผลถลอก ศีรษะด้านหลังแถบซ้ายมีแผลฉีกขาดประมาณ 2 ซม.และบวม มีบาดแผลถลอกแขนซ้าย ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สัญญาณทางระบบประสาท E₃V₄M₆ pupil 3 min. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง on 0.9% NSS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 120 cc./hr. แพทย์ได้ทำ FAST abdomen ผล negative และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผล Cerebral concussion เอกซเรย์ พบ Close fracture left femur and open fracture subtrochanteric right femur ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท ชีพจร 107 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของเลือด 26% ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก และได้รับการถ่วงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างชนิด skin traction น้ำหนักข้างละ 5 kgs. ระยะเวลา 5 วันก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัดมีดังนี้ มีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวด อาจเกิดอันตรายจากภาวะ hypokalemia เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน fat embolism เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ วิดกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษา และขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 1. Open reduction internal fixation

with PFP Rt. femur 2. Open reduction internal fixation with broad LCP lt. femur ข้อวินิจฉัย การพยาบาลหลังผ่าตัดมีดังนี้ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากอาจเกิดภาวะทางเดินหายใจ ถูกปิดกั้นและภาวะช็อค เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด ปวด แผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด ต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และตรึงกระดูกภายในยังไม่สามารถลงน้ำหนัก ขาทั้ง 2 ข้างได้ อาจเกิดกล้ามเนื้อขาอักเสบและข้อยึดติดเนื่องจากต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและยังไม่สามารถลง น้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน⁽⁵⁾ ได้ให้การพยาบาล ตามปัญหาดังกล่าว จนปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข ต่อมาแพทย์ได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้เตรียมผู้ป่วยกลับบ้านด้วยการให้คำแนะนำเพื่อนำไปปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วย รับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก 28 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดในร่างกาย และมีความสำคัญเนื่องจากเป็นส่วนที่ใช้รับ น้ำหนักตัวและเคลื่อนไหว กระดูกต้นขาส่วน Femoral shaft จะเป็นส่วนที่มีเลือดมาเลี้ยงมากร่วมกับมี กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้ม ทำให้กระดูกหักจะสมานกันเร็วส่วนกระดูกต้นขาส่วนบริเวณ subtrochanteric เป็นบริเวณที่ต้องรับแรงสูงที่สุดในกระดูกต้นขา ประกอบกับกระดูกบริเวณนี้เป็น cortical bone มีเลือดมา เลี้ยงน้อย จึงทำให้กระดูกส่วนนี้ติดช้า และพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงกว่ากระดูกต้นขาส่วนอื่น กระดูกต้นขาหักมักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรงและทำให้สูญเสียเลือดจำนวนมากจนเกิดภาวะช็อคได้ และอาจมีบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงกับชีวิตได้ การรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ พ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยในชีวิต การตรวจร่างกายทุกระบบ การ resuscitate และดื่มน้ำหนักขาเพื่อดึง กระดูกให้เข้าที่และอยู่นิ่ง เพื่อรอการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูก ภายในเป็นวิธีที่ช่วยให้กระดูกเชื่อมติดได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น สามารถกลับไปทำงานและใช้ ชีวิตปกติได้เร็ว ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษา ปันจักรยาน แล้วถูกรถเก๋งเฉี่ยวชนซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก ทำให้กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง Close fracture shaft left femur ส่วนต้นขาขวาหักส่วนของ subtrochanteric และมีบาดแผลเปิด ซึ่งการหักของกระดูกและมี บาดแผลเปิดต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. เพื่อลดการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคและความเข้มข้นของ เลือดต่ำร่วมกับการบาดเจ็บต่อสมอง CT scan พบ Cerebral concussion และมีภาวะ hypokalemia ผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขปัญหาก่อน on skin traction ขาทั้ง 2 ข้างข้างละ 5 กก.เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ลด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและบรรเทาอาการปวด และได้รับยา antibiotic เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด ORIF with proximal femoral plate right femur และ ORIF with broad locking compression plate left Femur ได้รับยา Antibiotic Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. และเฝ้าระวังการติดเชื้อ หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง 39.4 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง ไม่มี discharge ซึม แต่ยังบวม จึงจำเป็นต้อง investigate การติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจและปัสสาวะ ร่วมด้วย ซึ่งผลปกติ แพทย์ได้เปลี่ยน antibiotic เป็น Tazocin 4.5 gms. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. เป็น เวลา 7 วัน ผู้ป่วยผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้างยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาได้ เนื่องจากกระดูกหักบริเวณ Subtrochanteric ติดช้าและติดผิดรูปได้บ่อย แพทย์จึงยังไม่ให้ลงน้ำหนัก เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์และนัดมา ตรวจเพื่อประเมินการติดกันของกระดูก การสอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อเตรียมความพร้อม

ของกล้ามเนื้อโดยร่วมกับนักกายภาพบำบัด และสอนการใช้ wheel chair เพื่อผู้ป่วยใช้ในการเคลื่อนย้าย มีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านซึ่งสำคัญมาก โดยแนะนำญาติให้เตรียมบ้านเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายและป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม เนื่องจากกระดูกส่วน subtrochanteric ติดเข้า และพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงกว่ากระดูกต้นขาส่วนอื่น จึงต้องเน้นย้ำผู้ป่วยห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างจนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้ลงน้ำหนักขาได้ และให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม เพราะอาจทำให้โลหะที่ยึดตรึงกระดูกงอหรือหักและกระดูกหักซ้ำได้

ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยในชีวิตและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

การให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้างร่วมกับภาวะช็อก เป็นงานเขียนที่เอื้อประโยชน์หลายด้าน นอกเหนือจากการอ่านยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน หรือแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างปฏิบัติงาน รวมถึงใช้เป็นแหล่งค้นคว้าอ้างอิงเพื่อการศึกษา

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้างร่วมกับภาวะช็อก พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะการหักของกระดูกต้นขา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งมีความรู้ทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักการและกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาตนเอง และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานสืบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่3. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด, 2550
2. ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์และคณะ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
3. ไพรัช ประสงค์จีน. กระดูกหักและข้อเคลื่อน(Fracture and Dislocation). พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
4. อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : หจก. เอ็นพีเพรส, 2559.
5. ธวัช ประสารทฤทธา. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2555.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวร่วมกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสที่ไม่ยกสูง: กรณีศึกษา

จันทนา ม่วงทอง

งานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาชายไทย อายุ 48 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการ หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก 4 ชั่วโมง แพทย์วินิจฉัยโรค Congestive heart failure with NSTEMI ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST segment elevate ใน Lead V2-V4 ได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือด, ได้รับ ASA (81 mg) 4 tabs เคี้ยวแล้วกลืน, ได้รับ Clopidogrel (75 mg) 4 tabs ให้ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที และได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml sc จากนั้น 1 วันปัสสาวะออกน้อยลง ค่าอัตราการกรองของไตลดลง หายใจเหนื่อยมากขึ้น ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 88% ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และได้รับยาขับปัสสาวะทางหลอดเลือด 1 วันต่อมาสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงจำหน่ายผู้ป่วย โดยนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 5 วัน จึงประสานส่งกลับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อเตรียมไปโรงพยาบาลแม่ข่ายทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ

ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลให้การพยาบาลในภาวะวิกฤติเพื่อติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การพยาบาล, ภาวะหัวใจล้มเหลว, โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสที่ไม่ยกสูง

Abstract :

A Thai male 48 years olds was admitted in male internal medicine inpatient department. He had dyspnea and chest pain for 4 hour. He then was diagnosed for NSTEMI with congestive heart failure. ECG demonstrated ST elevation in lead V2 to V4 which did not significantly change from previous study. He was received diuretic medication intravenously, Aspirin 81 mg (4 tabs) chewed, Clopidogrel 75 mg 4 tabs orally, Enoxaparin 0.6 ml subcutaneously and on oxygen cannula 5 LPM respectively. On the next day, his urine output was decreased and glomerular infiltration rate was declined. His dyspnea symptom progressed severely and also his oxygen saturation dropped to 88 %. Therefore, he was intubated and ventilated via the mechanical ventilator and received added dose of diuretic medication intravenously. On the day after, he was successfully extubated. He had admitted for 5 days and then referred back to community hospital for closed observation and preparation for PCI in the future.

The nurse has an important role to have knowledge and skills in taking of patients especially in critical stage. For examples, the nurse should closely observe patients' symptoms and focus on monitoring complications of disease until patient was stable and tailor a proper discharge planning for each patient. The nursing in congestive heart failure patients has goals to reduce the mortality and re-admission rates.

Keyword: Nursing, Congestive heart failure, Non ST-Segment elevation myocardial infarction

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure) เป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการทำหน้าที่ในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย โดยพยาธิสภาพส่งผลต่อปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง¹ สาเหตุเกิดจากโรคหลอดเลือดหัวใจสูงถึงร้อยละ 45 ของผู้ป่วย² พบอายุโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 65 ปี³ พบในเพศชายและหญิงได้เท่ากัน และมีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 20 ต่อปี มีอัตราการอยู่รอดที่ 5 ปีและ 10 ปี เท่ากับ ร้อยละ 50 และ 10 ตามลำดับ⁴ โดยภาวะหัวใจล้มเหลวส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ การหายใจลำบาก จึงพบว่าผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 30 วัน ร้อยละ 13.8 ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย⁵

ปัจจุบันมีหลักฐานเชิงประจักษ์⁶ ที่นำมาเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ 1) การตรวจประเมิน Echocardiogram 2) การประเมินอาการรุนแรงของโรคกับกิจวัตรประจำวัน 3) การให้ยาตามอาการ เช่น ยาขับปัสสาวะเพื่อลดบวม 4) การใช้ยา กลุ่ม ACEI หรือ ARB และยากกลุ่ม Beta block และยากกลุ่ม Spironolactone ในผู้ป่วยที่ left ventricular ejection fraction: LVEF < 40% 5) ควบคุมรักษาโรคและปัจจัยเสี่ยง เช่น การให้ยาโรคความดันโลหิตสูง ทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ในผู้ป่วยที่หลอดเลือดหัวใจตีบ 6) นัดตรวจติดตามอาการและแนะนำการดูแลตนเองที่เหมาะสมที่บ้าน⁷

จังหวัดสิงห์บุรี พ.ศ. 2562 มีประชากร 209, 675 คน พบว่า จำนวนผู้สูงอายุ 59,632 ราย ร้อยละ 28.44 จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน 15,552 ราย และจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 38,562 ราย⁸ ซึ่งเป็นปัจจัยการเกิดผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทีไม่ยกสูง () โดยพบผู้ป่วย ในปี 2560-2562 จำนวน 117 ราย, จำนวน 114 ราย และ 124 ราย และผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องคิดใน 5 อันดับโรค พบว่าปี 2560- 2562 จำนวน 410 ราย, 412 รายและ 415 ราย ตามลำดับ โดยพบผู้ป่วยที่เสียชีวิตจำนวน 50 ราย, 48 ราย และ 52 ราย คิดเป็นอัตราการตายร้อยละ 12, 11 และ 56 ตามลำดับ โดยมีผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำใน 28 วัน ในปีพ.ศ. 2560- 2562 คิดเป็นร้อยละ 5.05, 5.45, 6.7 ตามลำดับ⁹

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีสาเหตุปัจจัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดเอสทีไม่ยกสูง โดยมุ่งเน้นพัฒนาการพยาบาลตามมาตรฐานโดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ และการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบลำดับต่อไป

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 48 ปี รู้สึกตัวดี ผิวคล้ำ รูปร่างผอมสูง นอนพักบนเตียงมาโรงพยาบาล ที่มือขวา มีตำแหน่งแทงเข็ม extension clave ใส่ออกซิเจน Cannula 5 ลิตรต่อนาที

อาการสำคัญ

หายใจเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 สัปดาห์ก่อน รพ ค่ายบางระจัน Refer มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี วินิจฉัยว่า STEMI ได้รับยา Streptokinase และส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อทำ PCI แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกาย

ระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 รูปร่างผอมสูง ผิวคล้ำ หายใจเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ใส่ออกซิเจน Cannula 5 LMP อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97%

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม

วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด เอสทีไม่ยกสูง และภาวะหัวใจล้มเหลว ถึงขั้นตอนการรักษาพยาบาล และผลของการรักษารวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC count $9.86 \times 10^3 / \text{ul}$, Hematocrit 36.6%, Hemoglobin 13%, Platelets count $12.0 \times 10^3 / \text{ul}$, PT 10.35 sec, PTT 22.01 sec, INR 0.92, BUN 32 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl, Sodium 130 mmol/L, Potassium 4.7 mmol/L, Chloride 99 mmol/L, Carbondioxide 21 mmol/L, Troponin- T 3,586 Pg/mg

ผลการตรวจพิเศษ

Electrocardiogram (EKG): ST-elevation V2-V4, ST-Deep S wave V2-V4 เพิ่มจากเดิม

Chest X-Ray: report moderate cardiomegaly with bilateral diffuse interstitial infiltration is seen, CHF is considered

Echocardiogram: LV poor systolic function LVEF 30%, anterior wall akinesia, lateral wall hypokinesia mild MR

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการ หายใจเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก แพทย์วินิจฉัย CHF with NSTEMI ให้ยา Furosemide 40 mg v stat, ได้รับ Baby ASA 81 mg 4 tabs เคี้ยวแล้วกลืนและให้ Clopidogrel 75 mg 4 tabs ให้ออกซิเจน cannula 5 ลิตรต่อนาที, ให้ Isosorbide dinitrate 5 mg และรับไว้ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่เปลี่ยนแปลง Pain score ลดลงจาก 5 เหลือ 2 ติดตามผล ได้รับยา Enoxaparin 0.6 ml sc q 12 hr หลังจากนั้น อีก 1 วันต่อมาปัสสาวะออกน้อยลง ค่าอัตราการกรองไตลดลงจาก 71 เป็น 47 มิลลิลิตรต่อนาที^{1,73} หายใจเหนื่อยมากขึ้น ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 88% ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และให้ยา Furosemide 80 mg v stat และ 40 mg v q 8 hr หลังจากนั้น 1 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และหยุดการใช้ออกซิเจนได้ หลังจากได้รับการดูแลรักษาผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล 5 วัน จึงจำหน่ายกลับบ้านได้

การพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เจ็บแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่", "สูบบุหรี่ ½ ซองต่อวัน มากกว่า 10 ปี"

O: EKG: ST-elevation V2-V4, ST-Deep S wave V2-V4 เพิ่มจากเดิม, ประเมิน Pain score ได้ 5/10 คะแนน, Trop T 3,586 pg/ml และเพิ่ม 4,306 pg/ml

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หรือเจ็บแน่นหน้าอกน้อยลง pain scale 0-3 / 10 คะแนน
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ ASA, Plavix รับประทานเพื่อต้านการเกาะตัวของเกล็ดเลือด
2. ดูแลให้ยา Isosorbide dinitrate 5 mg อดใต้ลิ้น แนะนำการบ้วนน้ำลาย และเฝ้าระวังอาการหน้ามืด วูบ และความดันโลหิตอาจลดลงได้ และหากอาการไม่ดีขึ้น อดยาซ้ำได้ห่างกัน 5 นาที
3. ดูแลให้ยา Enoxaparin 0.5 ml sc q 12 hr โดยให้ตามเทคนิค Air Lock
4. ดูแลให้พักผ่อนประมาณ 7-8 ชั่วโมง และนอนหลับตอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมง จัดสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ
5. ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย On EKG Monitor ประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว อย่างต่อเนื่องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามการรักษาโดยให้ $\geq 94\%$

การประเมินผล

อาการเจ็บแน่นหน้าอก Pain score ได้ 0/10 คะแนน และ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบการเปลี่ยนแปลง

ปัญหาที่ 2 การแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เหนื่อย หายใจอึด นอนไม่ลง"

O: มีอาการหายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้, CXR พบ Mild cardiomegaly , suspected CHF

ฟังเสียงปอดพบ Crepitation both lung, ขาบวมกดบวม 2⁺, Functional class 4, สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 97 %, Capillary Refill น้อยกว่า 2 วินาที

วัตถุประสงค์

เพื่อการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดมีประสิทธิภาพและเนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. นอนราบได้ไม่มีอาการเหนื่อย ,functional class ลดลง
2. CXR ไม่พบ CHF, ฟังเสียงปอดไม่พบเสียงผิดปกติ เช่น Crepitation
3. อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว > 94 %
4. เนื้อเยื่อของร่างกาย ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ Capillary refill น้อยกว่า 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O2 cannula 5 LMP ของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 94 %
2. ดูแลให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide 40 mg ตามแผนการ
3. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-60 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเงียบสงบ
4. ดูแลให้รับประทานอาหารจัด หรือมีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน
5. ควบคุมปริมาณน้ำดื่ม น้อยกว่า 1,000 มิลลิเมตรต่อวัน
6. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามการรักษา และบันทึกปริมาณสารน้ำเข้า - ออก ทุก 8 ชั่วโมง หากพบปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 มิลลิเมตรต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์

การประเมินผล

หายใจไม่เหนื่อย ประเมิน Functional class II ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Crepitation

อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-139/89 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 98 %, Capillary refill 2 วินาที

ปัญหาที่ 3 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยบอก "เหนื่อยมากเลย"

O: มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในเวลาต่อมา ฟังเสียงปอดพบ Crepitation both lung เพิ่มขึ้น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 34 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/54 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 86 % (ได้รับ O2 Mask with Bag 10 ลิตรต่อนาที)

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ปอดแตก

กิจกรรมการพยาบาล

1. รายงานแพทย์ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ Intubate endotracheal tube No 7.5 depth 21 cm, cup pressure 30 CmH₂O อธิบายเรื่องการใส่ท่อใช้เครื่องช่วยหายใจกับผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอม ในแบบฟอร์มยินยอมการใส่ท่อช่วยหายใจของโรงพยาบาลสิงห์บุรี
2. ดูแลให้ผู้ป่วย on Ventilator (รุ่นT60) Setting mode PCV Tie 1.0, PI 16, FiO₂ 0.4, RR 14/min โดยดูแลตามมาตรฐานการใช้เครื่องช่วยหายใจ
3. ประเมินความพร้อมในการ Weaning protocol และประเมินการถอดท่อช่วยหายใจโดยใช้แนวปฏิบัติในการถอดท่อช่วยหายใจของโรงพยาบาลสิงห์บุรี
4. ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 2-6 ชั่วโมง และสังเกตประเมินภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน เช่น ปลายมือเท้าเย็น กระสับกระส่าย

การประเมินผล

1. ไม่เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจก่อนกำหนด และ ไม่พบอาการอาการแสดงปอดอักเสบ ติดเชื้อ และปอดแตก

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่แน่ใจในอาการการพยากรณ์โรค ผลกระทบที่เกิดขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน

O: ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการซ้ำๆ ผู้ป่วย admit ครั้งที่ 2 และบอกถึงโรคและการปฏิบัติตัวไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้กลไกในการเผชิญปัญหา มีความกลัวความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

มีพฤติกรรมกังวลลดลงหรืออยู่ในระดับที่จัดการได้เผชิญและขอความช่วยเหลือแก้ปัญหา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจว่าจะได้รับการพยาบาลอย่างดี
2. ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจในบางเรื่อง เช่น การดูแลตนเอง
3. กระตุ้นให้พูดแสดงความรู้สึกและรับฟังด้วยความตั้งใจ ยอมรับความรู้สึกที่ผู้ป่วยแสดงออก สอบถามวิธีการแก้ปัญหาวิกฤตต่าง ตอบคำถามตามความเหมาะสม
4. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกความกังวล สร้าง empowerment ประเมินส่งผู้ป่วยเข้าร่วม home help care เพื่อเยี่ยมบ้านติดตามอาการ โดยประสานส่งต่อ รพ.ชุมชน

การประเมินผล

สีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา เตรียมความพร้อม ในการเดินทางไปทำ PCI ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

1. กรณีศึกษาที่มีการปฏิบัติตัวที่ไม่เหมาะสมกับโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยไม่ยินยอมทำ PCI และการรักษาด้วยยาจึงส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพที่รุนแรงมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว และใส่ท่อช่วยหายใจใช้เครื่องช่วยหายใจ ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว มีระยะวิกฤตคุกคามชีวิตพยาบาลควรได้รับความรู้ที่เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ และมีแนวทางการดูแล ใช้เป็นมาตรฐาน เพื่อในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ทีมพยาบาลมีระบบการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรค และมีระบบการส่งต่อเป็นเครือข่ายสู่ชุมชน โดยผ่านโรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

3. จัดการให้มี Care manager และเป็น Risk register โดย สร้างฐานข้อมูล เผื่อระวังความเสี่ยงที่สำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลใช้ในการพัฒนางาน

สรุป

จากพยาธิสภาพภาวะหัวใจล้มเหลว อันนำไปสู่การประสิทธิผลการทำงานของหัวใจ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม จากอาการหายใจลำบาก ส่งผลต่อครอบครัวสูญเสียรายได้และมีภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น หากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาปัจจัยสาเหตุส่งเสริมทำให้เกิดโรคและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ดังนั้นกระบวนการที่สำคัญจึงประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตภายในโรงพยาบาล และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อยกว่า 4 กรัมต่อวัน การควบคุมปริมาณน้ำดื่มน้อยกว่า 1 ลิตรต่อวัน และการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมาตรวจต่อยาตามนัด โดยพยาบาลมีบทบาทอย่างมากในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดี : กรณีศึกษานี้จึงนับว่าสำคัญมากในการเรียนรู้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

เอกสารอ้างอิง

1. Carol Mattson P and Glenn M. Pathology. 3th ed. Philadelphia: wolters klumer, 2007.
2. Adams Jr KF, Fonarow GC, Emerman CL, et al. ADHERE Scientific Advisory Committee and investigator. Characteristics and outcome of patient hospitalized for heart failure in United States; rational design and preliminary from the first 100,000 case in the acute decompensation heart failure national registry (ADHERE). JAMA 2006;149: 209-16.
3. Clare JT, Ryan R, Nichols L, Gale N, Hobbs R, Marshall T. Survival following a diagnosis of heart failure in primary care. PCFM 2017; 34:161-68.
4. Cowie MR, Wood DA, Coats AJ, Thompson SG, Suresh V, Poole-Wilson PA. Sutton GC. Survival of patients with a new diagnosis of heart failure. NCB 2014; 83:505-10.

5. Waldreus N, Hahn RG, and Jaarsma T. Thirst in heart failure: a systematic literature review. EJHF 2013;10:141-49.
6. Clyde, WY., et al. (2017). 2017 ACC /AHA/HFSA Focudate of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart failure. JACC 2017;70: 776-803.
7. เกรียง ไกรเฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว. นนทบุรี: บริษัทสุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
8. งานเวชระเบียน โรงพยาบาลสิงห์บุรี. “รายงานสถิติประจำปี2560-2562.” เอกสารอัดสำเนา.
9. สำนักงานสถิติจังหวัดสิงห์บุรี. ข้อมูลสถิติและสารสนเทศเพื่อการบริหารระดับพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี. [เข้าถึงเมื่อ 8เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.singburi.nso.th>.
10. เกรียง ไกรเฮงรัศมี. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. นนทบุรี: บริษัท สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.

การเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมาย ก่อนและหลังใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

อารียา สุพรรณดี

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย ที่ประยุกต์แนวคิด D-METHOD กับทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 104 ราย เครื่องมือแบ่งออกเป็น 1) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย มีค่าความตรงตามเนื้อหา .89 2) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติอนุมาน ได้แก่ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัยพบว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำใน 28 วัน ด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมายของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย ต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการลดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ผู้วิจัยเสนอแนะว่าควรส่งเสริมให้มีการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายอย่างต่อเนื่องโดยกำหนดให้มีผู้ประสานการวางแผนการจำหน่าย ร่วมกับการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรเพื่อใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายนี้ ร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย/ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน/ การกลับมารักษาซ้ำ

Abstract : Registered Nurse, Professional Level, Male medical ward, Medical Department
Angthong Hospital

Comparison of readmission rate within 28 days with previous disease without appointment before and after using the discharge planning program in patients with acute coronary syndrome

The aim of this Action Research was to compare the rate of re-admission within 28 days without appointment in patients with acute coronary syndrome. The Programs applies from D-METHOD and Gagne's Learning Theory .The sample consisted of 104 patients with acute coronary syndrome. Data were collected by using a demographic questionnaire, functional status assessment form. The research instruments was a discharge planning program with CVI = 8.89. Descriptive statistics and Fisher's Exact Test were used for data analysis.

The results showed that the rate of re - admission within 28 days in sample group which used the discharge planning program was lower than the control group. ($p = .005$). It is suggested that nurses should apply this program when caring for this group of patients, and improve their discharge care competencies to enhance positive outcomes for patients.

Key words: discharge planning program / acute coronary syndrome / re-admission

บทนำ

โรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี ค.ศ. 2015 มีผู้เสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดถึง 17.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31 ของสาเหตุการตายในปีนั้น และ 7.4 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ส่วนมากเป็นประชากรในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงรายได้ต่ำ (ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ, 2560)¹ ส่วนสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ.2555–2558 พบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อประชากร 100,000 คนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. 2558 พบอัตราการตาย 28.92 ต่อประชากร 100,000 คน หรือเท่ากับ 18,922 คน โดยเฉลี่ยมีประชากรเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันชั่วโมงละ 2 คน (ประเด็นสารวันหัวใจโลก, 2560)² เขตสุขภาพที่ 4 มีอัตราการเสียชีวิตในโรคนี้อันดับสูงสุดที่ 1 ในเขตสุขภาพทั้งหมด (ข้อมูลมรณะบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560)³ และจังหวัดอ่างทองยังเป็นจังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 1-3 ของเขตสุขภาพที่ 4 อีกด้วย

สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระบุว่าในช่วงระยะเวลาสิบปีที่ผ่านมาอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ที่มีการกลับเป็นซ้ำกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (recurrent acute coronary syndrome; recurrent ACS) ในประเทศไทย พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมี ค่าใช้จ่ายต่อคนเท่ากับ 633 - 1,279,679 บาท ซึ่งค่อนข้างสูง เป้าหมายในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้คือลดอัตราการเสียชีวิตและชะลอการดำเนินไปของโรค โดยป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ (วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์ และคณะ, 2559)⁴

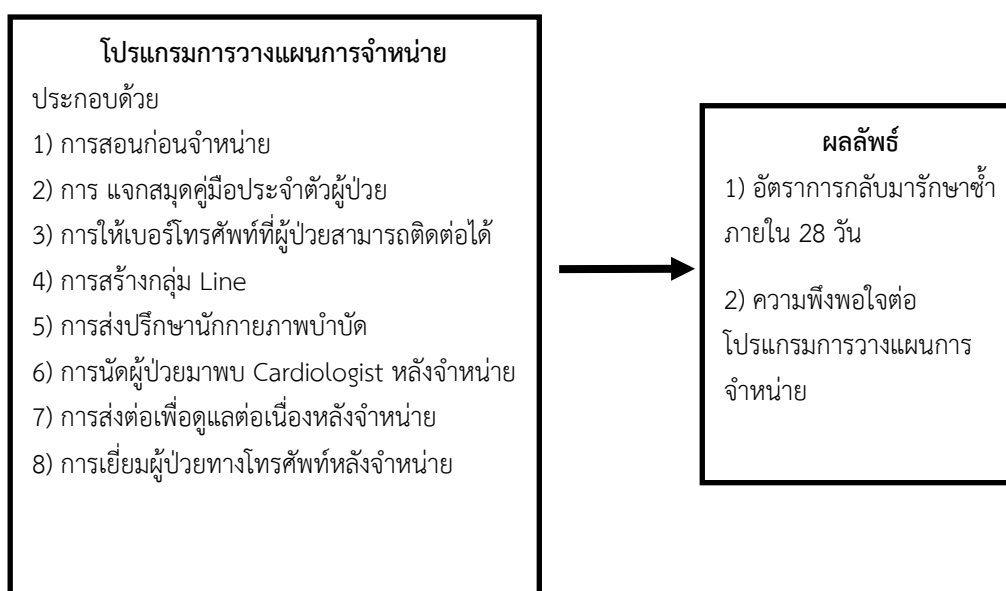
เนื่องจากโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายทำให้เกิดอาการเหนื่อยง่าย ร่างกายอ่อนเพลีย ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ด้านจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยและการกลับเป็นซ้ำของโรค กลัวเสียชีวิต วิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา การจัดการอาการ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังเกิดโรค แม้ว่าการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันจะส่งผลกระทบเพียงใดก็ตาม ผู้ป่วยยังมีความคาดหวังต่อการฟื้นตัวของ สุขภาพของตน เพื่อสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ภายหลังการเจ็บป่วย⁵ ดังนั้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และลดการกลับมารักษาซ้ำ ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ได้แก่ การมีโรคร่วมต่างๆคือความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวาน สูบบุหรี่ ขาดความร่วมมือในการใช้ยา ความถี่ของการกลับ เป็นซ้ำโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมี อายุมากกว่า 60 ปี ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยที่ไม่ออกกำลังกาย และผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ รวมทั้งการควบคุมระดับไขมันในเลือดให้ได้ตามเป้าหมาย⁴

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การมีโปรแกรมการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านจะช่วยให้ อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง เช่น การศึกษาของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในการ เปรียบเทียบผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลกับการวางแผนจำหน่ายตามปกติต่อคุณภาพ การสอนก่อนจำหน่าย ความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และความยากลำบากในการปรับตัวหลัง จำหน่าย ในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผน จำหน่ายโดยพยาบาลมีการรับรู้คุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายและมีความพร้อมในการจำหน่ายมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลมีความ ยากลำบากในการปรับตัวหลังน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁶ และการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมา รักษาซ้ำใน รพ. ร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มทดลองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และจำนวนผู้ป่วยที่มีการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁷ และจากการศึกษามุมมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พบว่ายังมีประเด็นการรับรู้ข้อมูลสุขภาพในการวางแผนการจำหน่าย 5 ประเด็นได้แก่ 1) ขาดการมีส่วนร่วมในการประเมินความต้องการวางแผนจำหน่ายของผู้ป่วยและญาติ 2) มีความรู้และ ความเข้าใจไม่เพียงพอในการดูแลตนเองที่บ้าน 3) รูปแบบการให้ข้อมูลไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติแต่ ละรายเช่นสอนเป็นภาษาอังกฤษปนภาษาไทยและไม่มีแผ่นพับ คู่มือแจกให้ 4) ขาดการประเมินผลการให้ ความรู้และทักษะในผู้ป่วยและญาติ 5) ขาดการรับฟังความกังวล และขาดการติดตามดูแลที่บ้าน⁸

โรงพยาบาลอ่างทอง มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันสูงกว่า เกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 3 โดยในปีงบประมาณ 2555-2558 พบว่า มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 4.06, 4.89, 5.10 และ 4.9 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2558 ทีม PCT อายุรกรรม จึงได้พัฒนา รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายโดยใช้การมีส่วนร่วมของ สหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์และ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ก่อนจำหน่าย นักกายภาพบำบัดประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Cardiac Program เพื่อ ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหลังจำหน่าย การส่งผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ (Cardiologist) ภายหลังการจำหน่าย การส่งต่อทีมพยาบาลชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน และการ โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยสัปดาห์ 1 และสัปดาห์ที่ 4 หลังการจำหน่าย ทำให้ปีงบประมาณ 2559 อัตราการ กลับมารักษาซ้ำ ลดลงเหลือร้อยละ 2.2 ต่อมาในปีงบประมาณ 2560 พบว่าอัตรา การกลับมารักษาซ้ำ เพิ่มขึ้นสูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 4.88) ทีม PCT อายุรกรรม จึงมีการทบทวนรูปแบบการวางแผนการจำหน่าย อีกครั้ง พบว่า การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับความรู้และทักษะของ พยาบาลแต่ละคน และข้อมูลจากการเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์พบว่าผู้ป่วยไม่เข้าใจการปฏิบัติที่ถูกต้อง บาง รายแจ้งว่าได้รับการสอนเพียงครั้งเดียวก่อนจำหน่ายกลับบ้านทำให้จำได้ไม่หมด ไม่มีคู่มือให้อ่าน ผู้ป่วยและ ญาติยังขาดช่องทางในการติดต่อทีมสุขภาพเพื่อขอคำแนะนำในกรณี ที่มีข้อขัดข้องในการดูแล หรือเมื่อเกิด ปัญหาต่าง ๆ ขึ้นกับผู้ป่วยรวมทั้งปัญหาส่วนตัวที่ต้องการคำปรึกษาเฉพาะเช่นเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็น เรื่องที่ละเอียดอ่อนสำหรับสังคมไทย จากประเด็นดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลให้อัตรา การกลับมารักษาซ้ำลดลง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการวางแผนการจำหน่ายโดยจัดเป็นโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD⁹ ร่วมกับทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne)¹⁰ โดยนำหลักการนำเสนอเนื้อหา และจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์ตามหลักการสอน 9 ประการ ได้แก่ 1) เร่งเร้าความสนใจ (Gain attention) 2) บอกวัตถุประสงค์ (Specify objective) 3) ทบทวนความรู้เดิม (Activate prior knowledge) 4) นำเสนอเนื้อหาใหม่ (Present new information) 5) ชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ (Guide learning) 6) กระตุ้นการตอบสนองบทเรียน (Elicit response) 7) ให้ข้อมูลย้อนกลับ (Provide feedback) 8) ทดสอบความรู้ใหม่ (Assess performance) และ 9) สรุปและนำไปใช้ (Review and transfer) มาใช้ในขั้นตอนการให้ข้อมูลและแนวคิดเกี่ยวกับการสร้างความพึงพอใจในการบริการของหน่วยงานภาครัฐของ มิลเลท์ (Millet)¹¹ โดยยึดหลัก หลักการ 5 ประการ คือ 1) การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable service) 2) การให้บริการที่ตรงเวลา (Timely service) 3) การให้บริการอย่างเพียงพอ (Ample service) 4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous service) 5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive service) มาใช้ในการจัดรูปแบบการวางแผนจำหน่ายซึ่งมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การวางแผนการจำหน่ายที่ตรงกับความต้องการ แก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ มีการให้ความรู้อย่างเป็นขั้นตอน มีแบบแผนชัดเจนมีปัจจัยส่งเสริมความสำเร็จในกระบวนการวางแผนการจำหน่ายคือสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประสานการวางแผนการจำหน่าย (discharge planner) และผู้ป่วยจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ผู้ป่วยมีความ พึงพอใจต่อการวางแผนจำหน่ายที่ได้รับ ดังเสนอในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

1. อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมาย หมายถึงผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันและจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตครั้งก่อน กลับมารักษาซ้ำด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันภายใน 28 วันหลังจำหน่าย โดยไม่มีการนัดหมาย
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome :ACS) หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI, NSTACS และ Unstable angina เป็นโรคหลัก (Principle diagnosis) หรือโรคร่วม (Co morbid)
3. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย หมายถึง กลุ่มของกิจกรรม 8 อย่างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งประกอบด้วย
 - 1) การสอนก่อนจำหน่ายโดยผู้วิจัยจัดทำแนวทางการสอนผู้ป่วยที่มีรายละเอียดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ครอบคลุมประเด็นต่างๆตามรูปแบบ D-METHOD ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne)แบ่งการสอนเป็นขั้นตอนขณะอยู่โรงพยาบาล 3 ครั้งและหลังจำหน่าย 2 ครั้ง
 - 2) แจกสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย ที่จัดทำขึ้นโดยมีรายละเอียด ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจที่จำเป็น
 - 3) การให้เบอร์โทรศัพท์พยาบาลที่สามารถให้คำปรึกษาเรื่องเกี่ยวกับโรคหัวใจ ให้สามารถสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลาโดยผู้วิจัยได้จัดตั้งทีมผู้ให้คำแนะนำ และจัดทำบัตรบันทึกเบอร์โทรศัพท์แนบกับสมุดคู่มือให้ผู้ป่วย
 - 4) การสร้างกลุ่ม Line เพื่อให้คำปรึกษาและเสริมความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถติดต่อกับทีมผู้ดูแลได้ทุกสาขาวิชาชีพโดยผู้วิจัยตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “หัวใจแข็งแรง” และเชิญพยาบาลผู้เกี่ยวข้องผู้ป่วย ตอบคำถามรวมทั้งนำความรู้ต่างๆลงให้ผู้ป่วยได้อ่านด้วย
 - 5) การส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดทุกรายเพื่อเข้ารับการบำบัด Cardiac rehabilitation และประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย
 - 6) การนัดผู้ป่วยมาพบ Cardiologist หลังจำหน่าย โดยนัดให้เร็วที่สุดที่มีแพทย์ Cardiologist มาออกตรวจที่โรงพยาบาลอ่างทองและติดตามแผนการรักษาหลังผู้ป่วยมาตรวจ
 - 7) การส่ง Home health care เพื่อรับการเยี่ยมและดูแลต่อเนื่องจากทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดให้ส่งต่อให้ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านไปดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจทุกราย
 - 8) การเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์ หลังจำหน่าย ตามรูปแบบที่กำหนดโดยใช้แนวทางของทีมนำการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

ชนิดของการวิจัย การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน(Acute coronary syndrome)ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอ่างทองและจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง เกณฑ์การคัดเข้า คือผู้ป่วยที่อายุไม่เกิน 75 ปี ไม่อยู่ในภาวะวิกฤต สามารถสื่อสารได้ตอบกับทีมผู้วิจัยได้รู้เรื่อง

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต ผู้ป่วยที่แพทย์จำหน่ายก่อนการให้ข้อมูลครบ 3 ครั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และ ผู้ป่วยที่ไม่มีสถานะการจำหน่ายโดยแพทย์อนุญาตทั้งหมด

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เป็นประชากรทั้งหมดในช่วงเวลา 6 เดือนก่อนดำเนินการวิจัย จำนวน 140 ราย โดยการกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% เปิดตารางเครซีและมอร์แกน¹² ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 104 ราย

พื้นที่ศึกษา

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลอ่างทอง มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยอายุรกรรม ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป หอผู้ป่วยละ 30 เตียง ในแต่ละปีงบประมาณมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประมาณ 250-300 ราย ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้แต่ละคน โดยไม่มีแพทย์ประจำในหอผู้ป่วย ด้านบุคลากรมีพยาบาล วิชาชีพหอผู้ป่วยละ 14 คน ในจำนวนนี้ไม่มีพยาบาลที่จบการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจ แต่มีการมอบหมายพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมวิชาการเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ให้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันหอผู้ป่วยละ 1 คน

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่

- 1) โปรแกรมการสอนก่อนจำหน่าย
- 2) แจกสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยที่มีความรู้และการปฏิบัติที่จำเป็น
- 3) ให้เบอร์โทรศัพท์พยาบาลที่สามารถติดต่อได้ตลอดเวลา
- 4) การสร้างกลุ่ม Line เพื่อติดต่อสื่อสารกัน ส่วนกิจกรรมที่มีอยู่เดิมได้แก่
- 5) การส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด
- 6) การนัดผู้ป่วยมาพบ Cardiologist หลังจำหน่าย
- 7) การเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย
- 8) การส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ, สถานภาพสมรส, การวินิจฉัยโรค, โรคประจำตัว ภาวะแทรกซ้อน, การสูบบุหรี่, การดื่มสุราและการกลับมารักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำโปรแกรมวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ หลังจากนั้นปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา .89

การดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาทีมงาน ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบและปรับปรุงแนวปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติและขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหา

จากการประชุมระดมสมองของทีม นำข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ของ PCT อายุรกรรม และจากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ พบประเด็นต่าง ๆ ที่ยังต้องปรับปรุง นำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาทีมงาน

ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายและอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยละ 1 คน โดย ผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดการวิจัยทั้งหมด เชิญเข้ากลุ่ม Line ชี้แจงแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยเนื้อหาข้อมูลต่าง ๆ ที่ต้องให้แก่ผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แบบสอบถามความพึงพอใจ และเตรียมเอกสารทั้งหมดใส่แฟ้มให้ทีมผู้ช่วยวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การทดสอบและปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้ทำการสอนผู้ป่วย 3 ราย ให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้ช่วยวิจัยเข้าสังเกตการณ์และผู้วิจัยเข้าร่วมในการให้ข้อมูลของผู้ช่วยวิจัยอีกคนละ 2 ครั้ง จนมั่นใจว่าสามารถทำได้ครบถ้วนตามโปรแกรมที่กำหนดและนำปัญหา อุปสรรคที่พบมาพัฒนาแนวทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือปฏิบัติ (1 มีนาคม– 31 สิงหาคม 2561)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก หลังจากนั้นใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1

1. ชี้แจงรายละเอียดการเข้าร่วมใช้ โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย แจ้ง สิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่ให้แก่ผู้ป่วยและสิทธิในการยกเลิกการเข้าร่วมระหว่างทำการวิจัยได้

2. ให้ผู้ป่วยลงนามในใบเอกสารแสดงความยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว

3. ชักประวัติและบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ในแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้น

4. แจกสมุดคู่มือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน พร้อมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย แบนเบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลผู้ดูแล เชิญผู้ป่วยเข้ากลุ่มไลน์ “ หัวใจแข็งแรง ”

5. แจ้งวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในครั้งนี้

6. ทบทวนความรู้เดิม ที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

7. ให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางที่กำหนด

8. เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น

9. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยหลังให้ความรู้แล้ว

ครั้งที่ 2

1. ทบทวนความรู้เดิม ที่ผู้ป่วยมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
2. ให้ข้อมูลเพิ่มเติม แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตามแนวทางที่กำหนด
3. เปิดโอกาสให้ซักถาม แสดงความคิดเห็น
4. ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยหลังให้ความรู้แล้ว โดยการสอบถามเพื่อทดสอบ
5. แจ้งแผนการรักษาต่อเนื่องและกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย
6. ประสาน สหสาขาวิชาชีพ ร่วมดำเนินการตามโปรแกรมที่กำหนด

ครั้งที่ 3

1. ทบทวนความรู้ ทั้งหมดที่ให้ไป
2. สรุปเนื้อหาเฉพาะประเด็น รวมทั้งข้อเสนอต่างๆในการนำไปปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ
3. ให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจ หลังเข้าร่วมกิจกรรม
4. แจ้งแผนการรักษาต่อเนื่องและกิจกรรมต่างๆในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย

ครั้งที่ 4

1. โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 1 สอบถามอาการผู้ป่วยในประเด็นต่าง ๆ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด

2. สรุปปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ครั้งที่ 5

1. โทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 4
2. สรุปปัญหาและให้คำแนะนำเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยๆ จากแบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล และ แบบสอบถามความพึงพอใจการใช้โปรแกรมวางแผนการจำหน่าย

2. เก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ จากแผนกเวชระเบียนของโรงพยาบาลเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่เก็บโดยทีมผู้วิจัย เพื่อป้องกันกรณีที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำๆแต่ไปรักษาที่แผนกอื่นเช่น ICU อายุรกรรมหรือห้องพิเศษ เป็นต้น

3. นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยและได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง ตามรหัสโครงการวิจัยเลขที่ ATGEC 06/2561 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาโดยขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง บันทึกข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เท่านั้นโดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย จะทำการเปลี่ยนแปลงหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย (Hospital number-HN) เป็นหมายเลขการศึกษาวิจัย (Case number) และจะไม่มีการบันทึกหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยลงในแบบบันทึกข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติพรรณนาได้แก่จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อัตราการกลับมารักษาซ้ำในช่วงดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบกับข้อมูลช่วงเดียวกันของปีงบประมาณ 2560 โดยใช้สถิติอนุมานได้แก่ Fisher's Exact Test

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.5) เป็นเพศชาย ร้อยละ 51 อายุต่ำกว่า 65 ปี ($M = 64.42$, $S.D = 12.94$) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 73.2) มีสถานภาพคู่ร้อยละ 57.7 ไม่สูบบุหรี่ และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) ไม่ดื่มสุรา เป็นผู้ป่วยกลุ่ม NSTEMI-ACS ร้อยละ 83.7 และร้อยละ 63.4 มีโรคประจำตัว โดยร้อยละ 42.3 พบว่าเป็นโรคหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) ร้อยละ 36.5 มีไขมันในเลือดสูง มีภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาใน รพ. ร้อยละ 21.2 ภาวะแทรกซ้อนที่พบคือ Congestive heart failure และ Cardiac arrhythmia ร้อยละ 8.7 และ 16.3 ตามลำดับ และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน

2. เปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้นัดหมายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เข้าโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย จำนวน 104 ราย ไม่มีการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ในช่วงเวลาเดียวกัน ของปีงบประมาณ 2560 จำนวน 117 ราย พบว่ามีการกลับมารักษาซ้ำ 8 ราย (ร้อยละ 6.84) เมื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของทั้งสองกลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการจำหน่ายมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนและหลังเข้าโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย

การกลับมารักษาซ้ำ ใน 28 วัน	กลุ่มก่อน ได้รับโปรแกรมฯ (n=117)	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ (n=104)	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
กลับมารักษาซ้ำ	8 (6.84)	0 (0)	0.005*
ไม่กลับมารักษาซ้ำ	109 (93.16)	104 (100)	

* $P < 0.05$

การอภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.005$) เนื่องจากโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย มีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการกำหนดแผนการดูแลผ่านกิจกรรมต่างๆได้แก่การให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการแบ่งระยะการสอน การทวนสอบ

ความรู้เดิม เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนการสอนสิ่งใหม่เพิ่มเติม พร้อมทั้งแจกสมุดคู่มือการดูแลตนเองให้กลับไปอ่านด้วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและสามารถจัดการกับอาการฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม การส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อเข้า Program cardiac rehabilitation ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทำให้สามารถป้องกันตนเองจากอาการกำเริบได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ยังไม่ได้รับการรักษาหลอดเลือดที่ตีตันซึ่งเป็นต้นเหตุของอาการกำเริบนั้นมีโอกาสสูงที่จะกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้น การส่งผู้ป่วยไปตรวจรักษากับ Cardiologist จึงเป็นการแก้ไขที่ตรงสาเหตุ นอกจากนี้ในโปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายยังมีการส่งผู้ป่วยเข้าโปรแกรม Home health care เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการเยี่ยมผู้ป่วยทางโทรศัพท์เมื่อครบ 1 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลด้วยการให้เบอร์โทรศัพท์ของพยาบาลที่สามารถให้คำปรึกษาเรื่องโรคหัวใจให้สอบถามได้ตลอดเวลา อีกทั้งมีการอำนวยความสะดวกในการสื่อสารกับทีมดูแลโดย Line group “หัวใจแข็งแรง” ผู้ป่วยสามารถรับข้อมูลต่างๆ และแนวทางแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญ กิจกรรมต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นส่งผลให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้าง ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน ต่อความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความพึงพอใจ และการกลับมารักษาซ้ำ พบว่า โปรแกรมการวางแผน จำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ เฉียบพลัน มีผลต่อการเพิ่มความพึงพอใจต่อการวางแผน จำหน่ายที่ได้รับ เนื่องจากโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย แบบมีโครงสร้าง ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการ กำหนดแผนการดูแลและได้รับข้อมูลจากพยาบาลและทีม สุขภาพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน จากการคาดเดาภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย มีการฝึกการฟื้นฟู สภาพทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และคลายความวิตกกังวลลง และพบว่า การกลับมา รักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันลดลงอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าอายุมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ความสามารถในการดูแลตนเองมีอิทธิ ทางบวกต่อคุณภาพชีวิต ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของ โอเร็ม¹³ ที่กล่าวถึงบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และความผาสุกในชีวิตเนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดหัวใจเป็นการกระทำที่มีความตั้งใจและมีเป้าหมายโดยใช้ศักยภาพในการดูแลตนเองให้ได้สูงสุด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (secondary prevention) ดังนั้นควรมีการจัดบริการสุขภาพที่มีการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านโภชนาการ การขยับถ่าย การจัดการความเครียด และการประเมินอาการ/สังเกต อาการ รวมทั้งมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วย ส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น¹⁴

โดยสรุปผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีประสิทธิผลในการลดการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน

จุดอ่อนของการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้ เปรียบเทียบอัตราการมารักษาซ้ำกับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่เป็นผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาเดียวกันของปีงบประมาณ 2560 แต่ไม่มีการเปรียบเทียบเชิงสถิติของความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างในด้านต่างๆ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรุนแรงของโรค เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 ผู้บริหารการพยาบาลให้ความสำคัญ กำหนดนโยบายในการจัดตั้งพยาบาลวิชาชีพเพื่อเป็นผู้ประสานโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย (discharge planner) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่ยั่งยืน

1.2 ควรส่งเสริมให้พยาบาลที่มีความรู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยรายกลุ่มโรค ให้ได้รับการฝึกอบรมและพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อเป็นผู้ประสานโปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย (discharge planner) เพื่อให้มีโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายที่มีคุณภาพในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค

1.3 ควรมีการประยุกต์ใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย ในการปฏิบัติพยาบาลและพัฒนาสมรรถนะในการวางแผน จำหน่ายร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมวางแผนการจำหน่าย ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่มีการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องและมีการเยี่ยมบ้านเพื่อการพัฒนา รูปแบบการวางแผนจำหน่ายให้มีประสิทธิผลต่อผู้ป่วยอย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด แบบ ตก. 2/2560. เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2560. เข้าถึงได้จาก http://bie.moph.go.th/e-sreport/fr_viewqueasion.php?reportgr_id=4491
2. ประเด็นสารณรงควัฒนหัวใจโลก [อินเทอร์เน็ต]. พังงา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา; 2560. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1ม.ค.2561]. จาก: <http://www.pngo.moph.go.th/pngo/phocadownload/information/2017-09-13.pdf>
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
4. วุฒิพงศ์ สายสงเคราะห์, กมล คุณาประเสริฐและมยุรี ตั้งเกียรติกำจาย. ศึกษาลักษณะผู้ป่วยที่มีการกลับเป็นซ้ำกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน.ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2553; 5(2) : 103-106.
5. พรพรรณ เทิดสุทธิธรมณู.ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลประจวบคีรีขันธ์.วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2559; 27(1) : 2-14.
6. ดรุณศรี สิริยศธำรง, ชนกพร อุตตะมะ,นาฏยา เอื้องไฟโรจน์และปรีชาติ ชันทรักษ์. ผลของรูปแบบการวางแผนจำหน่ายโดยพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันโรงพยาบาลนครพิงค์. วารสารกองการพยาบาล. 2559; 43(1): 96-111.
7. จุฑาภรณ์ เพิ่มพูล, วันเพ็ญ ภิญญูภาสกุล,อุษาวดี อัศดรวิเศษและพันธุ์ศักดิ์ ลักษณะบุญส่ง.ประสิทธิผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายแบบมีโครงสร้างในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันความพึงพอใจและการกลับมารักษาซ้ำ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก.2559; 27(1) : 43-55.

8. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลและนวรรตน์ สุทธิพงศ์. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา โรคหลอดเลือดโคโรนารีผ่านสายสวน: มุมมองของผู้ป่วยสูงอายุโรคหัวใจขาดเลือดและญาติผู้ดูแล. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2560; 28(1) : 142-153.
9. นันทกา สุขสมิตร. Continuing care for Cardiac disease patients. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก
http://nurse.hcu.ac.th/upload/files/vichakan58/13%20%E0%B8%9E%E0%B8%A7_%E0%B8%99%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%97%E0%B8%81%E0%B8%B2-Continuing%20care%20up.pdf
10. ภาสกร เรืองรอง. ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ (Gagne). 2551 [สืบค้นเมื่อ 1 ม.ค.2561]. ใน: Sirikanya 926 [อินเทอร์เน็ต]. จาก:<https://sirikanya926.wordpress.com/2014/014>
11. Millet. (1954). Management in the Public Service. The quest for effective performance. New York: McGraw-Hill Book. เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/51920792/bibliography.pdf
12. มารยาท โยทองยศ และ.ปราณี สวัสดิสรณ์. การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อการวิจัย. ศูนย์บริการวิชาการ สถาบันส่งเสริมการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2554.
13. ประสบสุข ศรีแสนปาง.การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มตามกรอบกระบวนการพยาบาล.เข้าถึงเมื่อ 22 มีนาคม 2561. เข้าถึงได้จาก
https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/2542/issue_02/06.pdf
14. เอมอร แสงศรี, ดวงกมล วัตราดุลย์, สุธานิติ กาญจนกุล, ศรีรัตน์ ญัฐธำรงกุล, สติพร นพพลับ และสอาด วงศ์นันต์นนท์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2558; 26(1): 104-118.

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก

พรทิพย์ จันทาทิพย์

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ เป็นลม 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกได้รับผู้ป่วย กระสับกระส่าย ตัวซีด ปวดท้องน้อยมาก ท้องอืด กดเจ็บทั่วท้อง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/47 mmHg G₂P₁Ab₀L₁ last 8 ปี LMP 27 มกราคม 2563 ยังไม่ได้ตรวจการตั้งครรภ์ ตรวจภายใน พบเลือดเก่า ๆ ออกเล็กน้อย เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก ตรวจอัลตราซาวด์ พบ free fluid at cul-de-sac and blood intraabdominal ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive แพทย์วินิจฉัยโรค Rupture ectopic pregnancy with hypovolemic shock ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ทั้งที่ โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด ให้ออกซิเจนเพื่อแก้ไขภาวะช็อก และส่งผ่าตัด Salpingectomy อย่างเร่งด่วน ปัญหาและการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้ คือ มีภาวะช็อกเนื่องจาก เสียเลือดในช่องท้องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก, มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อก ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด ส่วนด้านจิตใจ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษา ด้วยการผ่าตัดเนื่องจากเป็นภาวะฉุกเฉินต้องผ่าตัดเร่งด่วน และเศร้าโศกเนื่องจากสูญเสียการตั้งครรภ์ และถูกตัดท่อนำไข่

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉิน ทางสูติ-นรีเวชวิทยา ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่ ภาวะช็อกจะดำเนินต่อไปจน prolong shock ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยลง จนมีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือภาวะ multiple organ failure ตามมา การประเมินภาวะช็อกให้ได้อย่างรวดเร็ว ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ดูแลให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัดเพื่อรักษา hemodynamic ของหลอดเลือดไว้ ร่วมกับการวางแผนการพยาบาลด้วยความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค ร่วมกับการติดตามอาการ อย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวม ฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมเวลารักษาตัว ในโรงพยาบาล 5 วัน นัดมาติดตามผลการรักษาอีก 4 สัปดาห์ หลังตัดไหมแผลแห้งดี ผลขึ้นเนื้อปกติ นัดตรวจติดตามอาการไม่มีภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์นอกมดลูก การพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูก ช็อก

Abstract: Nursing Care for Ectopic Pregnancy with Shock

Miss Porntip Juntatip

Nursing Division of Kingnarai Hospital, Lopburi province

A study of Thai pregnant woman was 25 years old. Her chief complaints were lower abdominal pain, dizziness, and fainting about three hours before admission. At admission, she was restless, looked pale and had severe lower abdominal pain. Patient's temperature was 36.4 degrees Celsius, pulse was 108 times per minute, respiration rate was 22 times per minute and blood pressure was 76/47 mmHg. G₂P₁A₀L₁ last 8 years, LMP on 27 January 2020, and no pregnancy test. Per-vagina examination showed a bit of brown discharge and had cervical tenderness. Ultrasound showed free fluid at cul-de-sac and blood intra-abdomen. Urine pregnancy test was positive. She was diagnosed as ruptured ectopic pregnancy with shock. The immediate treatments composed of providing intravenous fluid and blood transfusion and setting emergency surgery for salpingectomy. Patient's health problems included shock from ruptured related to surgical wound. As for psychological aspect, anxiety about the disease and operative treatment and met grief due to loss of pregnancy and fallopian tubes.

The nursing role is important in nursing care for patient who had ectopic pregnancy with shock. It is considered as an emergency case in obstetric-gynecological unite. When patient have not been resolved in a timely manner, hypovolemic shock stage will continue to stage of prolong shock, resulting in; less blood supply to various organs, acute renal failure or multiple organ failure. Thus, early assessment of hypovolemic shock signs and symptom is very important. Also, consistently vital sign's assessment, intravascular fluid maintenance, strictly maintain the hemodynamic of the blood vessels and nursing care based on knowledge and skills for patients specific diseases were required. The nursing care included closely monitoring and continuous holistic nursing, rehabilitation after the patient has passed the crisis with improved respectively and advice knowledge that patients and their families can take care of themselves after discharge. The total hospital admission was five days. When the patient was appointed to follow up at 4- week, she had no infected wound, biopsy showed normal pathology, and she had no complications.

Keywords: ectopic pregnancy, nursing intervention, shock

บทนำ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากที่สุดของการตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกประมาณร้อยละ 6⁽¹⁾ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่การตั้งครรภ์เกิดจากการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้วภายนอกโพรงมดลูกบริเวณที่พบการตั้งครรภ์นอกมดลูกบ่อยที่สุดคือ บริเวณท่อนำไข่ (fallopian tube) คิดเป็นร้อยละ 95 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูกทั้งหมด⁽²⁾ ควรนึกถึงภาวะนี้เสมอในการวินิจฉัยแยกโรคเมื่อตรวจหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีอาการปวดท้องน้อยหรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เนื่องจากเป็นภาวะอันตรายที่เป็นสาเหตุการตายของหญิงตั้งครรภ์ที่มีการตกเลือดในช่องท้องและมีผลเสียต่อการตั้งครรภ์ในอนาคต⁽³⁾ สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การอักเสบของปีกมดลูกหรือท่อนำไข่ พบบ่อยถึงร้อยละ 30-50 ของการตั้งครรภ์นอกมดลูก⁽²⁾ การเกิดพังผืด (adhesion) รอบท่อนำไข่จากการอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน ความผิดปกติของท่อนำไข่แต่กำเนิด เนื่องจากที่ทำให้ท่อนำไข่บิดเบี้ยวหรือ คดงอ การมีเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ เคยมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อนมักเกิดตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำในครรภ์ต่อไปมากถึง 7-10 เท่า⁽⁴⁾ การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยเฉพาะห่วงคุมกำเนิด⁽⁵⁾ ยาคุมกำเนิดที่มีแต่ progesterone หรือยาคุมฉุกเฉินหลังมีเพศสัมพันธ์⁽⁶⁾ ซึ่งมีผลทำให้กล้ามเนื้อท่อนำไข่และกล้ามเนื้อมดลูกทำงานผิดปกติได้ อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่พบบ่อย (classic clinical triad)⁽⁷⁾ ได้แก่ ปวดท้องน้อย ชากระดูก มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด การวินิจฉัยต้องอาศัยข้อมูลจากประวัติ อาการและอาการแสดง การตรวจหน้าท้อง การตรวจภายใน การตรวจการตั้งครรภ์เพื่อยืนยันว่ามีการตั้งครรภ์ การตรวจความเข้มข้นของเลือดเพื่อประเมินภาวะช็อค การตรวจหาระดับของ β -hCG ในเลือด (serum β -hCG) และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงชนิดตรวจทางช่องคลอด (Transvaginal-sonography :TVS)^(3,6) การรักษาหากผู้ป่วยมีภาวะช็อค ต้องได้รับการแก้ไขภาวะช็อค และรีบผ่าตัดเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน⁽⁷⁾

จากสถิติของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชในปีงบประมาณ 2560-2562 พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกจำนวน 99 ราย, 73 ราย และ 78 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีภาวะช็อค ร้อยละ 11.03, 9.36 และ 10.54 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ภาวะช็อกร้อยละ 60 ตรวจพบได้ที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 40 ตรวจพบได้ที่ตึกนรีเวช โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะช็อคจากการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับด้วยการซักประวัติอย่างครอบคลุม การตรวจร่างกายอย่างละเอียด การวัดสัญญาณชีพด้วยความแม่นยำ ร่วมกับการรายงานแพทย์อย่างทันเวลาเมื่อพบผู้ป่วยมีภาวะช็อค จึงไม่พบผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกเสียชีวิตในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 2.68 ที่มีการวินิจฉัยผิดพลาด ลำบาก หรือ admit ผิดแผนก จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้าตามมา⁽⁸⁾ จากปัญหาภาวะวิกฤตของผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อคดังกล่าวพยาบาลในฐานะบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่ แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับประเมินภาวะช็อคให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้น ให้การช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะช็อค และการเตรียมผ่าตัดอย่างเร่งด่วน^(9,10) จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเสียชีวิต ในบทความวิชาการนี้จึงนำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของการตั้งครรภ์นอกมดลูกในกรณีศึกษาที่มีภาวะช็อค เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อคต่อไป

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี สถานภาพสมรส คู่ ไม่ได้ทำงาน นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ ปวดท้องน้อย เวียนศีรษะ เป็นลม 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องน้อยเป็น ๆ หาย ๆ อาเจียน 1 ครั้ง

3 ชั่วโมงก่อนปวดท้องน้อยมาก เวียนศีรษะ เป็นลม ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด

G₂P₁Ab₀L₁ last 8 ปี LMP 27 มกราคม 2563 อายุครรภ์ 6 สัปดาห์ 2 วัน ยังไม่ได้ตรวจการตั้งครรภ์ ครรภ์แรกคลอดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอดและหลังคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคภัยแรงใด ๆ ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่มีประวัติแพ้ยา อาหารและสารเคมีใดๆ

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 3 มีนาคม 2563

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Rupture ectopic pregnancy

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Ruptured right tubal pregnancy with hypovolemic shock

การผ่าตัด Right salpingectomy

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 3 มีนาคม 2563 เวลา 18.31 น. ด้วยประวัติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องน้อยเป็น ๆ หาย ๆ อาเจียน 1 ครั้ง 3 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องน้อยมากขึ้น เวียนศีรษะ เป็นลม ญาตินำส่งโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วย กระสับกระส่าย คอซีด เวียนศีรษะ คล้ายเป็นลม ปวดท้องน้อยมาก ท้องอืด กดเจ็บทั่วท้อง G₂P₁Ab₀L₁ last 8 ปี LMP 27 มกราคม 2563 ยังไม่ได้ตรวจการตั้งครรภ์ ผลการตรวจอัลตราซาวด์ พบ free fluid at cul-de-sac and blood intra-abdominal ตรวจภายในพบเลือดเก่า ๆ ออกเล็กน้อย เจ็บเมื่อโยก ปากมดลูก สัญญาณชีพผู้ป่วย อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/47 mmHg ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วย ตั้งครรภ์นอกมดลูก ร่วมกับมีภาวะ hypovolemic shock จากท่อนำไข่แตก ต้องผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อตัด ท่อนำไข่ออก ซึ่งปัญหาสำคัญของผู้ป่วยคือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะช็อก ต้องได้รับการแก้ปัญหาเรื่องช็อก โดยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ และเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการเสียเลือด ร่วมกับเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน ในผู้ป่วยรายนี้มีการให้ 0.9 % NSS 1,000 ml. (v) load 2,000 ml. then (v) drip 100 ml./hr ร่วมกับการ push เลือดขณะรอเข้าห้องผ่าตัด ให้ oxygen cannula 5 lit/min ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และจิตใจก่อนผ่าตัด ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Explore lap รวมเวลา ในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง

หลังผ่าตัด Right salpingectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าอ่อนเพลีย total blood loss 2,000 ml. ประเมินระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง สัญญาณชีพคงที่ดี อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/56 mmHg Oxygen sat 100 % Intake /Output สมดุล แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ชีมี ไม่มีท้องอืดปวดแผลผ่าตัด ให้ Pethidine 50 mg (m) ตามแผนการรักษาของแพทย์

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ยังมีปัญหาเรื่องซีด Hct 24 % ให้เลือดเพิ่มอีก 1 unit หลังจากนั้น Hct เพิ่มขึ้นเป็น 31% อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลต่อเนื่องแบบองค์รวมฟื้นฟูด้านร่างกาย จิตใจ หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพต่อไป รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน หลังตัดไหมแผลแห้งดี ผลขึ้นเนื้อปกติ นัดตรวจติดตามอาการ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

สรุปปัญหาและการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดในช่องท้องจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ชีพจร 108 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/47 มิลลิเมตรปรอท ดูซึม กระสับกระส่าย
2. ท้องอืด มี Guarding ,Tenderness
3. เป็ลือกตาซีด หน้าซีด Hct = 24 %
4. อัลตราซาวด์ พบ free fluid and blood intraabdominal
5. Retained foley's catheter urine ออกคาสาย

เป้าหมาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที)
2. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที และบันทึกในแบบฟอร์ม เพื่อประเมินอาการ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ประเมินภาวะช็อก เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน^(3,6)
2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ On 0.9% NSS 1,000 ml. (v) load 2,000 ml. then (v) drip 100 ml./hr., PRC 1 unit (v) push ตามแผนการรักษา และดูแลให้มีภาวะสมดุลของสารน้ำและเลือด สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้งดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกายในการผ่าตัด และป้องกันการสำลักอาหารไปอุดกั้นทางเดินหายใจขณะผ่าตัด
4. ให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้ออกซิเจนเพียงพอ
5. ใส่สายสวนปัสสาวะประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะช็อก ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซี/ ชั่วโมง รายงานแพทย์

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/56 mmHg Oxygen sat 100 %
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัว คู่อ่อนเพลีย ถามตอบรู้เรื่อง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อไม่ออก ตัวไม่เย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 ซีซี/ ชั่วโมง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและการรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยการผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยและญาติสับสนวิตกกังวลเมื่อรู้ว่า ตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก
2. ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าทำไมต้องผ่าตัดไม่มีวิธีรักษาอื่น ๆ ไข้ไหม

เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจแผนการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สิ้นหน้คลายความวิตกกังวล
2. เข้าใจแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยและซักถามผู้ป่วยและญาติเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติบอกความรู้สึกและความวิตกกังวล
2. ให้ข้อมูลเรื่องการผ่าตัดเร่งด่วน และสาเหตุ เนื่องจากภาวะช็อกจากการตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก เพื่อให้เข้าใจการดำเนินของโรค และเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
3. อธิบายเหตุผลในการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมบริเวณผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ การเจาะเลือด การงดน้ำและอาหาร การให้สารน้ำ และการให้เลือด
4. ให้ข้อมูลถึงการให้ยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจเข้าใจพยาธิสภาพของโรคและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
3. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล สิ้นหน้ผ่อนคลายขึ้น

สรุปปัญหาและการพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

ข้อมูลสนับสนุน

1. Hct ขณะผ่าตัด 15 %
2. ขณะผ่าตัดมี blood loss 2,000 ml.
3. ชีพจร 110 ครั้ง / นาที ความดันโลหิตขณะผ่าตัด 90/50 มิลลิเมตรปรอท
4. ระดับออกซิเจนในเลือด = 94 %

เป้าหมาย ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก
3. ไม่มีการเสียเลือดเพิ่มหลังจากการผ่าตัด
4. ระดับออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพปกติและคงที่ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและประเมินภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด^{6,9}
2. ให้สารน้ำ และเลือด และดูแลให้ได้สารน้ำ และเลือดทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อทดแทนสมดุลของสารน้ำในร่างกาย สังเกตอาการแทรกซ้อนขณะให้สารน้ำและเลือด
3. ดูแลให้ออกซิเจน Canular 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
4. สังเกตอาการเพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดในช่องท้อง ได้แก่ ท้องอืด สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด เลือดออกที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
5. เจาะเลือดตรวจ Hct หลังเลือดหมด เพื่อประเมินภาวะช็อค

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 64-82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/50-124/68 mmHg หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที Oxygen sat 100 %
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีเหงื่อออก หรือตัวเย็น
3. ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ท้องไม่อืด
4. ระดับออกซิเจนในเลือด 99-100 %

ปัญหาที่ 2 มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยดูอ่อนเพลีย ไม่มีแรง
2. เปลือกตาล่างซีด
3. ขณะผ่าตัดเสียเลือด 2,000 ml.
4. ระดับออกซิเจนในเลือด 94 %
5. Hct ก่อนผ่าตัด 24 % ขณะผ่าตัด 15 %

เป้าหมาย เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย และอ่อนเพลีย
2. ไม่มีเลือดออกในช่องท้อง และทางช่องคลอดเพิ่ม
3. ระดับออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95-100 %
4. Hct เพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 3 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและซักถามอาการผู้ป่วย เช่น หอบเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะซีด
2. ดูแลให้ออกซิเจน cannula 5 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ให้ PRC 2 unit ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนสู่เซลล์ร่างกาย
4. ดูแลให้รับประทานยาบำรุงเลือด เพื่อช่วยให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว เพราะธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบของฮีโมโกลบินในการสร้างเม็ดเลือดแดง
6. ประเมินระดับออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมง
7. เจาะ Hct หลังให้เลือดหมด และติดตามผลเพื่อประเมินภาวะซีด
8. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม
9. แนะนำให้เปลี่ยนอิริยาบถช้า ๆ เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากหน้ามืด เป็นลม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาอาการเหนื่อย ช่วยเหลือตัวเองได้
2. ไม่มีเลือดออกในช่องท้องและทางช่องคลอด
3. ระดับออกซิเจนในเลือด 100 %
4. Hct หลังให้เลือด 31%

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดหน้าท้อง**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัด ประเมินระดับความปวด = 8
2. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 132/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที
3. คิวขมวด สีหน้าไม่สุขสบาย

เป้าหมาย ผู้ป่วยทุเลาปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5
2. ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคิวขมวด นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและสอบถาม ระดับความปวดด้วย numeric pain scale ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด ถ้า pain score มากกว่า 5 ดูแลให้ยา pethidine 50 mg (m) ตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน กตการหายใจ ช้า ง่วงนอน และอาจเกิดการแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง
2. วัดสัญญาณชีพและบันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลการจัดการความปวด

3. แนะนำเทคนิค Breathing exercise โดยหายใจลึก ๆ ยาว ๆ หรือพุดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ กรณี pain score น้อยกว่า 5

4. จัดท่านอน Fowler position หรือท่านอนที่ผู้ป่วยสบาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการปวดแผลลดลง pain score = 3-4
2. ความดันโลหิต 102/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98 ครั้ง/นาที
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย ไม่มีคิ้วขมวด นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเศร้าโศกเนื่องจากสูญเสียการตั้งครรภ์และถูกตัดท่อนำไข่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมอง ถามถึงเรื่องบุตรที่แท้งไปจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. ผู้ป่วยและญาติถามว่าจะมีบุตรได้อีกหรือไม่เพราะถูกตัดรังไข่ไป 1 ข้าง

เป้าหมาย ผู้ป่วยคลายความเศร้า เข้าใจเรื่องโรคหลังจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความเศร้าโศก
2. ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคหลังจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการแนะนำตัวเอง ยิ้มทักทาย และสัมผัสผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นใจ ไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในแผนการรักษา
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ โดยรับฟังด้วยความตั้งใจเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวและตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงพยาธิสภาพของการตั้งครรภ์นอกมดลูก สาเหตุและการดำเนินของโรค แนะนำวิธีผ่อนคลายที่เหมาะสมโดยให้ผู้ผู้ป่วยพุดคุยกับผู้ป่วยรายอื่น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวให้การดูแลเอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความเศร้าโศก สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเรื่องโรคหลังผ่าตัด ว่าสามารถมีบุตรได้

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากผิวหนังถูกทำลายจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้อง S/P Explore –lap with Right. salpingectomy
2. ผู้ป่วยและญาติถามว่าต้องดูแลแผลอย่างไรบ้าง

เป้าหมาย แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือ discharge ออกจากแผล
2. ผู้ป่วยไม่มีไข้ ชีพจร ปกติ ไม่มี signs การติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยและอาการที่อาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดขึ้น ลักษณะแผลผ่าตัด เช่น ลักษณะแผลปวด บวม แดง และร้อน
2. ประเมินบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามภาวะไข้
3. ประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกายสังเกตสิ่งผิดปกติบริเวณแผลผ่าตัดเช่นรอยแดงหนองปนและเลือดที่ออกจากแผล
4. แนะนำห้ามแกะเกาแผลห้ามเปิดแผลเองระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ
5. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดด้วยวิธีปราศจากเชื้อ ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic Technique

การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องแห้งดี ไม่มีบวม แดง ร้อน หรือ discharge ซึม
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.2-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 64-96 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน**ข้อมูลสนับสนุน**

ผู้ป่วยและญาติสอบถามว่าถ้ากลับบ้านแล้วต้องทำอะไรบ้าง

เป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อหลังจำหน่ายกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องอย่างน้อย 80%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง แบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และแหล่งสนับสนุนของครอบครัว
2. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การตัดไหม การพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานยาตาม คำสั่งแพทย์ ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ในระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด หรือก่อนการมาตรวจตามนัด เพื่อป้องกันเลือดออกและการติดเชื้อทางช่องคลอด การทำจิตใจให้เบิกบานแจ่มใส ไม่เครียด
3. ให้คำแนะนำเรื่องการเว้นระยะการมีบุตรไปก่อนเพื่อให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสภาพก่อนตั้งครรภ์ครั้งต่อไป โดยให้คุมกำเนิดอย่างน้อย 6 เดือนถึง 1 ปี
4. ให้คำแนะนำเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูกซ้ำ โดยการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ตกขาวมีกลิ่นเหม็น สีเหลืองปนหนองจำนวนมาก คันในช่องคลอด หากมีอาการเหล่านี้ควรรับการรักษาดังแต่เริ่มแรกเพื่อป้องกันการอักเสบติดเชื้อที่อาจลุกลามไปยังท่อนำไข่จนทำให้ท่อนำไข่ตีตันหรือเกิดพังผืดอันเป็นสาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้
5. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น มีไข้สูง ปวดท้องมาก แผลอักเสบ บวมแดง หรือมีเลือดออกทางช่องคลอด และการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังจำหน่ายได้ถูกต้องทุกข้อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 25 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 3 มีนาคม 2563 เวลา 18.31 น. ด้วยประวัติ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องน้อยเป็น ๆ หาย ๆ อาเจียน 1 ครั้ง 3 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องน้อยมากขึ้น เวียนศีรษะ เป็นลม ญาตินำส่งโรงพยาบาล แรกรับผู้ป่วยกระสับกระส่าย ดูซีด ปวดท้องน้อยมาก ท้องอืด กดเจ็บทั่วท้อง G₂P₁Ab₀L₁ LMP 27 มกราคม 2563 ยังไม่ได้ตรวจว่าตั้งครรภ์ ผลตรวจอัลตราซาวด์ พบ free fluid at cul-de-sac and blood intraabdominal ตรวจภายในพบเลือดเก่า ๆ ออกเล็กน้อย เจ็บเมื่อโยกปากมดลูก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 76/47 มิลลิเมตรปรอท ส่งตรวจ Urine pregnancy test ผล Positive แพทย์วินิจฉัยโรค Ectopic pregnancy with hypovolemic shock ให้ 0.9% NSS 1,000 ml. (v) load 2,000 ml. then (v) drip 100 ml./hr ร่วมกับการ push เลือด PRC 1 unit ให้ oxygen cannula 4 lit/min ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเพื่อทำ Explore lap รวมเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง

หลังผ่าตัด Salpingectomy ผู้ป่วยรู้สึกตัว สีหน้าอ่อนเพลีย total blood loss 2,000 ml. อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/56 mmHg Oxygen sat 100 % Intake /Output สมดุล แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ซึม ไม่มีท้องอืด ปวดแผลผ่าตัด ให้ Pethidine 50 mg (m) ตามแผนการรักษาของแพทย์

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ยังมีปัญหาเรื่องซีด Hct 24 % ให้เลือดเพิ่มอีก 1 unit หลังจากนั้น Hct เพิ่มขึ้นเป็น 31% อาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 7 มีนาคม 2563 รวมเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน นัดมาติดตามผลการรักษาอีก 4 สัปดาห์ หลังตัดไหมแผลแห้งดี ผลขึ้นเนื้อปกติ นัดตรวจติดตามอาการไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีประเด็นที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยรายนี้มาโรงพยาบาลด้วยอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากตกเลือด โดยผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง กระสับกระส่าย หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ซึ่งมีสาเหตุจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก ภาวะดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางนรีเวช ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที ภาวะช็อกจะดำเนินต่อไปจน prolong shock ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ น้อยลง จนมีภาวะไตวายเฉียบพลัน หรือภาวะ multiple organ failure ตามมา การดูแลช่วยเหลือเพื่อแก้ไขภาวะช็อกถือว่าเป็นบทบาทที่สำคัญของทีมผู้ดูแล พยาบาลได้แสดงบทบาทที่สำคัญ คือ ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ดูแลให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำอย่างเคร่งครัดเพื่อรักษา hemodynamic ของหลอดเลือดไว้ ร่วมกับประเมินการทำหน้าที่ของไต เพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

2. ผู้ป่วยรายนี้ต้องได้รับการผ่าตัดด่วน เพื่อแก้ไขภาวะช็อกจากการเสียเลือด จึงถือเป็น emergency case ที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุไม่พึงประสงค์ขึ้นได้ เช่น เตรียมร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อม เกิดการสูญเสียบlood ในระหว่างระงับความรู้สึก รวมถึงการเตรียมเวชระเบียน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่พร้อม เป็นต้น ซึ่งการเตรียมความพร้อมที่ไม่สมบูรณ์ จะส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการผ่าตัด

จะส่งผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งสิ้น พยาบาลจึงวางแผนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทันที โดยเริ่มดื่มน้ำและอาหารจนกว่าจะผ่าตัด ให้สารน้ำและจองเลือดให้เพียงพอ ตรวจความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าท้องและอวัยวะสืบพันธุ์ ประสานห้องผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ติดตามให้ได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างครบถ้วนก่อนผ่าตัด ประสานธนาคารเลือดเพื่อเตรียม PRC จำนวน 2 unit ไว้ให้พร้อมใช้ รวมถึงนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดในเวลาที่กำหนด ไม่พบความล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด และผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย

3. ผู้ป่วยมีปัญหาในการดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาด้านจิตใจเป็นปัญหาที่ผู้ดูแลจะมองข้ามไม่ได้เนื่องจากการตั้งครรถ์เป็นภาวะที่มารดามีความคาดหวังว่าอายุครรภ์จะพัฒนาขึ้นและจะสามารถเลี้ยงดูตัวอ่อนในครรภ์จนสามารถคลอดออกมาเป็นทารกอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีภาวะตั้งครรถ์นอกมดลูกและต้องได้รับการผ่าตัดถือเป็นเหตุการณ์ที่ไม่คาดฝันของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้สึกเสียใจและมีความวิตกกังวลอย่างสูงในเรื่องการผ่าตัด พยาบาลผู้ดูแลจึงวางแผนระดับประคับประคองด้านจิตใจโดยการให้ข้อมูลเรื่องอาการของโรค แนวทางการดูแลรักษา เหตุผลของกิจกรรมการดูแลโดยให้ข้อมูลในทุกกระบวนการดูแลร่วมกับ mental support เป็นระยะ ๆ ประการที่สำคัญเรื่องการแนะนำเรื่องการดูแลตนเองต่อเนื่อง การคุมกำเนิด และการวางแผนมีบุตรคนต่อไป ส่งผลให้ผู้ป่วยคลายความโศกเศร้า และคลายความวิตกกังวลลง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกให้สามารถผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว โดยพัฒนาเป็นระบบ Fast tract จากห้องฉุกเฉินไปห้องผ่าตัดโดยไม่ต้องผ่านหอผู้ป่วยนรีเวช ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ปัญหาโดยการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ทันเวลา
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการตั้งครรถ์นอกมดลูก โดยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ clinical practice guideline โดยกำหนดแผนการดูแลให้ครอบคลุมตั้งแต่รับใหม่ การดูแลก่อนและหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่าย เพื่อควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการ
3. ในกระบวนการดูแลมารดาที่มาฝากครรภ์ ควรเพิ่มข้อมูลให้มารดาสังเกตอาการผิดปกติของตนเองที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดจากการตั้งครรถ์นอกมดลูกเพื่อให้มารดาได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราการเกิดภาวะช็อก

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อก ถือเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเนื่องจากมีผลทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดล้มเหลว ร่างกายเกิดภาวะช็อกพร่องตามมา เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว, ขาดออกซิเจน, ความดันโลหิตลดลง, ไตวายเฉียบพลันซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ การประเมินภาวะช็อกได้ตั้งแต่เริ่มต้น มีความสำคัญอย่างมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จากกรณีศึกษาพบผู้ป่วยตั้งครรถ์นอกมดลูกที่มีภาวะช็อกจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจะต้องเผชิญกับภาวะเครียด ความตื่นเต้น วิตกกังวล ไม่ทราบว่าจะตนเองจะพบเจออะไรบางอย่างในห้องผ่าตัด ดังนั้นจึงมีการแก้ปัญหาผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งระยะก่อนผ่าตัด, ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนแผนฟื้นฟูสภาพและ

พัฒนาการรูปแบบการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยในระยะแรกผู้ป่วยมาด้วยภาวะช็อกจากการตกเลือด พยาบาลจึงแก้ไขภาวะช็อกโดยการให้สารน้ำและเลือดทางหลอดเลือดดำ ประเมินสัญญาณชีพและประเมิน การทำหน้าที่ของไตอย่างใกล้ชิด รวมถึงเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ซึ่งพยาบาล ต้องทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการเตรียมความพร้อมดังกล่าว ในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากภาวะช็อก พยาบาลต้องประเมินภาวะ เสียเลือด คงไว้ซึ่งระบบการไหลเวียนที่เพียงพอ ประเมินภาวะขาดออกซิเจน และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ ออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ในขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย พยาบาลวางแผนให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเอง ต่อเนื่องที่บ้าน ประการสำคัญคือ การให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิด และการวางแผนการมีบุตรคนต่อไป ตลอดจนจัดระบบติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านและนัดติดตามผลการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. N Engl J Med 2009;361:379-87.
2. อีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, อีระพร วุฒยวนิช, ประภาพร สู้ประเสริฐ, สายพิน พงษ์ธา, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา(ฉบับสอบบอร์ด). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : พี บี ฟอเรน บুক เซนเตอร์ ; 2559.
3. กิติรัตน์ เตชะไตรศักดิ์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาทิบาล, อรรถพล ใจชื่น, อัมย์รัตน์ วงศ์วานารักษ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : พี เอ สี่พริ้งจำกัด; 2560.
4. Berex JS, Hillard PJ. Novak's gynecology. (13th Edition). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 2002.
5. Sivin I. Alternative estimates of ectopic pregnancy risk during contraception. Am J Obstet Gynecol 1991;165:70.
6. นันทนา ธนาโนวรรณ, บรรณาธิการ. ตำราการพยาบาลนรีเวช (ฉบับองค์รวม). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วี. พรินท์ ; 2553.
7. เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา (ฉบับเรียบเรียง ครั้งที่ 3) พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัท ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรส์.; 2550.
8. สถิติประจำเดือนและประจำปีของกลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จ.ลพบุรี ปีงบประมาณ 2560-2562.
9. เพ็ญลดา ทองประเสริฐ, บรรณาธิการ. ภาวะฉุกเฉินทางสูติ-นรีเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : พงษ์สวัสดิ์การพิมพ์ ; 2557.
10. อีระ ทองสง, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาฉบับสอบบอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : ลักษมีรุ่งจำกัด ; 2559.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเปรียบเทียบ 2 ราย

สัญญา โพธิ์งาม

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอักเสบของถุงน้ำดี พยาบาลมีหน้าที่เตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด มีหน้าที่เฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเปรียบเทียบกรณีศึกษา จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบผ่าตัดเปิดหน้าท้องกับแบบผ่านกล้องวิดิทัศน์ ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดจุกใต้ชายโครง ข้างขวา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมัน ในเลือดสูง แพทย์วินิจฉัย Gangrenous cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open cholecystectomy หลังผ่าตัด ประเมินอาการ พบปลุกตื่นเช้า E2V1M6 ความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96 % ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงย้ายเข้า ICU หลังจากนั้น 1 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงย้ายมาหอผู้ป่วย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้นอนโรงพยาบาล จำนวน 9 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Symtomatic gallstone ได้รับการการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic cholecystectomy: LC) หลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้นอนโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

สรุปจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยที่วิธีการผ่าตัดแตกต่างกัน โดยพยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ ความเชี่ยวชาญในการพยาบาลผู้ป่วยในแต่ละรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อน โดยมีเป้าหมายเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ การพยาบาล, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีแบบเปิด, การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้อง

Abstract : Professional nurse, Head of Female Surgical Ward, Nursing Group Singburi Hospital

Nursing care of the gallbladder stone surgery patients: a case study comparing 2 cases

Sanya Pongam M.N.S.

Gallstones in the gallbladder are diseases that require surgery to prevent complications from the inflammation of the gallbladder. Nurses are responsible for preparing patients both before surgery and after surgery. Responsible for surveillance monitoring and evaluation which is important in patient care for safety and prevention of complications. This study is a comparative descriptive study of 2 cases admitted to the hospital. By studying the history of patients by comparing data analysis based on 1 1 patterns of Gordon's health treatment through gallbladder surgery, open-abdominal surgery and laparoscopic surgery problems and diagnoses in preoperative and postoperative nursing. Including sales planning

The results Case study of case 1 , a Thai female patient aged 66 years, came to the hospital with a right lower cervical pain 2 days before coming to the hospital. Have a history of diabetes high blood pressure and hyperlipidemia. Doctors diagnose gangrenous cholecystitis undergoing open cholecystectomy after surgery, symptoms of wake-up alarm, E2V1M6, 96% oxygen saturation, fingertip ventilation is not possible, mechanical ventilation is required and therefore must be moved into the ICU. Therefore moved to the ward no complications sold back home, stay in hospital for 9 days.

Case study 2 a Thai female patient aged 34 years, came to the hospital with a doctor to make an appointment for gallbladder surgery. Having a history of high blood pressure symptomatic gallstone doctor receives gallbladder surgery through Video (laparoscopic cholecystectomy: LC) no complications were found after surgery can go back home, stay in hospital for 3 days.

Conclusions study shows that the process of caring for patients undergoing gallbladder stone surgery from the beginning to the end of the day. Nursing planning for patients with different surgical methods. Which nurses need to have skills, knowledge, and expertise in nursing for each patient that is complicated With the goal of safety and prevention of complications.

Keywords: nursing, open gallbladder surgery, laparoscopic, gallstone surgery

บทนำ

โรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคทางศัลยกรรมที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการหรือหากมีอาการก็จะมาพบแพทย์ด้วยภาวะแทรกซ้อนของนิ่วถุงน้ำดี ได้แก่ ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholecystitis) ถุงน้ำดีอักเสบเป็นหนอง (empyema gallbladder) หรือนิ่วหลุดลงไปในท่อน้ำดี (common bile duct stone)¹อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่พบบ่อยพบได้ประมาณ 5-10 % ของประชากรโดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 – 3 เท่าและพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี ในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15 -30 % อุบัติการณ์ในการเกิดนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) ในประเทศไทยพบได้ในร้อยละ 61² และในโรงพยาบาลสิงห์บุรีโรคนิ่วในถุงน้ำดีเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคของแผนกศัลยกรรมทั่วไปปี 2560-2562 จากสถิติของโรงพยาบาลพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีปี 2560 – 2562 จำนวน 63 ราย 82 ราย และ 58 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปี 2560 – 2562 จำนวน 27 ราย 45 ราย และ 46 ราย ตามลำดับ³

ผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดถุงน้ำดีซึ่งสามารถทำได้ทั้งการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ในกรณีที่ถุงน้ำดีมีการอักเสบมากหรือแตกทะลุในช่องท้อง⁴ และการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้องในกรณีที่ถุงน้ำดีไม่มีการอักเสบซึ่งปัจจุบันได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว⁵

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันสูง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด⁶ บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมคือการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดพยาบาลมีหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินผล ให้ครอบคลุมทุกมิติ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนการดูแล 11 แบบแผนของ Gordon ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ ตามมาตรฐานการพยาบาล⁷

ดังนั้นผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของการพยาบาล โดยพยาบาลต้องมีการประเมิน วางแผน วินิจฉัย ปฏิบัติการพยาบาล และติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานและได้รับการฟื้นฟูสภาวะสุขภาพ สามารถกลับไปดำรงชีวิตอย่างเป็นปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีเปรียบเทียบ 2 ราย

วิธีการศึกษา

เป็นกรณีศึกษาเชิงพรรณนาจำนวน 2 รายโดยการเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่มีโรคร่วมเข้ารับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง กับผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัดโดยใช้กล้องมาับการรักษาในโรงพยาบาล โดยศึกษาประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การซักประวัติจากผู้ป่วยญาติและการสังเกต เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลและเปรียบเทียบตาม 11 แบบแผนของ Gordon จากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษาโดยการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่าย

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	หญิง	หญิง
อายุ	66	34 ปี
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล	ปวดจุกท้องใต้ชายโครงขวา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล	แพทย์นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อผ่าตัดถุงน้ำดี
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	2 วันก่อนมาปวดท้องใต้ชายโครงขวา ทะลุไปหลัง จุกใต้ลิ้นปี่ คลื่นไส้ อาเจียน ไปรักษาโรงพยาบาลค่ายบางระจัน วันนี้ปวดท้องมากขึ้นจึงส่งตัวรักษาต่อโรงพยาบาลสิงห์บุรี ทำCT Whole abdomen พบ acute cholecystitis with localized peritonitis	5 เดือนก่อนมาด้วยอาการปวดท้องใต้ชายโครงขวา คลื่นไส้ อาเจียน มารับการรักษาด้วยการUltrasound และพบว่าผู้ป่วยเป็น Symptomatic gallstone วันนี้แพทย์นัดมาทำการผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว	15ปีก่อน ผู้ป่วยตรวจพบโรคเบาหวาน 10ปีก่อนผู้ป่วยตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง และไขมันสูง รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลค่ายบางระจัน รับประทานยาตรงเวลาและสม่ำเสมอ	10 ปีก่อน ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับการรักษาที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี รับยาต่อเนื่องทานยา ตรงเวลาและสม่ำเสมอ
การวินิจฉัย	Gangrenous cholecystitis	Symptomatic gallstone with Hypertension
โรคประจำตัว	เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง	โรคความดันโลหิตสูง
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ
ประวัติการผ่าตัด	ผ่าตัดคลอด 1 ครั้ง	ปฏิเสธการผ่าตัด
อาการแรกเริ่ม	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดท้อง สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/86 มม.ปรอท ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที	ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการปวดท้อง สัญญาณชีพแรกเริ่ม: อุณหภูมิ (T) 37 องศาเซลเซียส ชีพจร (P) 100 ครั้ง/นาที หายใจ (RR) 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต (BP) 133/92 มิลลิเมตรปรอท

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วย (กรณีศึกษา) (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	Hct 36.1% , Platelet 145,000 cell/mm , WBC 12,650 , Neutrophils 82.9 % , BUN 8 mg/dl , Cr 0.6 mg/dl , Total Bilirubin 1.1 mg/dl , Direct Bilirubin 0.1 mg/dl , SGOT 44 U/L , SGPT 36 U/L , Alkaline phosphatase 70 U/L , Amylase(blood) 15 U/L , Sodium 126 mmol/L , Potassium 3.5 mmol/L , Chloride 97 mmol/L , TCO2 23 mmol/L Calcium 8.0 1.13 mg/dl , Magnesium mg/dl BS 100 mg%	Hct 40.3% , Platelet 318,000cell/mm , WBC 10,580 , Neutrophils 52.2 % , BUN17 mg/dl , Cr 0.8
การผ่าตัด	Open Cholecystectomy	Laparoscopic Cholecystectomy
ระยะเวลาในการผ่าตัด	38 นาที	20 นาที
ภาวะแทรกซ้อน	หลังผ่าตัดประเมนอาการ พบปลุกตันซ้ำ E2V1M6 ความอึดตัวออกซิเจน ปลายนิ้ว 96%	หลังผ่าตัดท้องอืด แน่นท้อง
การเสียเลือด	300 มิลลิลิตร	20 มิลลิลิตร
ขนาดของแผลผ่าตัด	5 เซนติเมตร 1 ตำแหน่ง	0.5 เซนติเมตร 3 ตำแหน่ง
คะแนนความเจ็บปวด (เฉลี่ย 3 วัน) หลังผ่าตัด	7/10 คะแนน	4 /10 คะแนน
จำนวนยาแก้ปวดที่ได้รับ (เฉลี่ย 3 วัน) หลังผ่าตัด	Pethidine 50 mg 5 dose Dynastat 20 mg 1 dose	Pethidine 50 mg 1 dose
วันนอนโรงพยาบาล	9 วัน	3 วัน
ค่ารักษาพยาบาล	54,083 บาท	23,170 บาท

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกรณีศึกษา 2 ราย พบว่ากรณีศึกษารายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ การวินิจฉัย Gangrenous cholecystitis แสดงถึงการอักเสบเป็นระยะเวลานาน และมีโรคเบาหวาน จึงส่งผลให้เกิดพังผืดปกคลุมถุงน้ำดี จึงต้องได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ส่งผลทำให้เสียเลือดในการผ่าตัด 300 ml ใช้ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 38 นาที หลังการผ่าตัดผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ปลุกตันซ้ำ ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และมีแผลผ่าตัดขนาด 5 เซนติเมตร ส่งผลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดเฉลี่ย 7/10 คะแนน ได้รับยากลุ่ม Opioid 5 dose และนอนโรงพยาบาล 9 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 54,083 บาทโดยรายที่ 2 เป็นวัยผู้ใหญ่ การวินิจฉัย Symptomatic gallstone ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จึงได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 20 ml ระยะเวลาในการทำผ่าตัด 20 นาทีมีภาวะท้องอืดแน่นท้อง 1 วัน และมีผ่าตัดขนาด 0.5 เซนติเมตร ความ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563

เจ็บปวดเฉลี่ย 4/10 คะแนนได้รับยากลุ่ม Opioid 1 dose และนอนโรงพยาบาล 3 วัน ค่ารักษาพยาบาลทั้งสิ้น 23,170 บาท

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อมูลวินิจัยการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษา 2 ราย

แบบแผนสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง	- ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน	- ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด - ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน
2. โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร	- มีการอักเสบติดเชื้อที่ถุงน้ำดี - มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ - เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-Hyperglycemia - เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	- มีภาวะท้องอืดแน่นท้อง
3. การขับถ่ายของเสีย	- หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน - ไม่พบปัญหาทางการพยาบาล	- หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้ทุกวัน - ปัสสาวะวันละ 5-6 ครั้งต่อวัน - ไม่พบปัญหาทางการพยาบาล
4. การออกกำลังกายและทำกิจกรรม	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากการมีกรบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากการมีกรบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ
5. การพักผ่อนนอนหลับ	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้องคลื่นไส้อาเจียน	- ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องอืดแน่นท้อง
6. การรับรู้สติปัญญาและความเชื่อ	- รู้สึกตัวดีให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาเข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล	- รู้สึกตัวดีให้ความร่วมมือกับแผนการรักษาเข้าใจการสื่อสาร - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- ตรวจร่างกายพบว่าการอักเสบที่ถุงน้ำดีจึงตัดสินใจรักษาโดยการผ่าตัด	- รับรู้เรื่องโรคนี้ในถุงน้ำดี ยินยอมเข้ารับการผ่าตัด
8. บทบาทและความสัมพันธ์ภาพในครอบครัว	- พร่องกิจวัตรประจำวันและการสื่อสารเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ	- สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
9. เพศและการเจริญพันธุ์	- แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสมแต่งงาน มีบุตร - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- แสดงออกทางเพศหญิงอย่างเหมาะสมแต่งงาน มีบุตร 1 คน - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล
10. การเผชิญความเครียดและความทนต่อความเครียด	- วิตกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด	- วิตกังวลกลัวเรื่องการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด
11. คุณค่าและความเชื่อ	- นับถือศาสนาพุทธ - ไม่พบปัญหาข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	- นับถือศาสนาพุทธ - ไม่พบข้อวินิจฉัยการพยาบาล

จากการเปรียบเทียบข้อมูลวินิจฉัยการพยาบาล 11 แบบแผนของ Gordon กับกรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบว่าวินิจฉัยการพยาบาล ตามปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยแต่ละราย โดยกรณีศึกษา รายที่ 1 จะมีภาวะแทรกซ้อนจากถุงน้ำดีอักเสบมีอาการปวดท้องนอนโรงพยาบาลแพทย์รักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งถือเป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้วางแผนมาก่อน ส่วนกรณีศึกษา รายที่ 2 แพทย์นัดมาทำการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ซึ่งถือเป็นการผ่าตัดที่วางแผนล่วงหน้า

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีและมีโรคร่วม (กรณีศึกษา)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
1. ระยะก่อนผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินลักษณะการปวดท้อง การเคลื่อนไหวของลำไส้ ท้องแข็งเกร็ง กดเจ็บทั่วท้อง ลำไส้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจมีการอักเสบของเยื่อช่องท้องต้องรับรายงานแพทย์ 2. ดูแลการได้รับสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ตามแผนการรักษา 3. ประเมินภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำก่อนไปตรวจอย่างน้อย 6 ชั่วโมง 5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนไปห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา เช่นยาโรคประจำตัว 6. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 6.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผลของการผ่าตัด วิธีการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เช่น การเตรียมทำความสะอาดบริเวณผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณตรงสะดือ สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยผ่านกล้อง การงดอาหารและน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการรักษา 6.2 ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถนอนพักผ่อนได้ ดูแลการได้รับยาแก้ปวดประสาตามแผนการรักษา 6.3 แนะนำการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผล ประโยชน์ และสาเหตุวิธีการทำให้ผู้ป่วยฝึกหัดทำก่อนผ่าตัด ในเรื่องของการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆ และหายใจออกยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายทั้ง 2 ข้าง การพลิกตะแคงตัวเพื่อเปลี่ยนท่านอน โดยเน้นให้ผู้ป่วยเริ่มทำทันทีที่รู้สึกตัวหลังผ่าตัด และทำทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการพยาบาลระยะก่อนและหลังผ่าตัด อย่างครอบคลุมเป้าหมายคือผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดพยาบาลมีความสำคัญในการให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลและตามมาตรฐาน ประเด็นการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy ก่อนผ่าตัดเตรียมผู้ป่วยประเด็นสำคัญ โดยการควบคุมระดับความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยการใช้ยารับประทานและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80-200 มิลลิกรัม ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic Cholecystectomy ก่อนผ่าตัดเตรียมผู้ป่วยประเด็นที่สำคัญ คือการควบคุมระดับความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยการใช้ยารับประทาน
2. ระยะหลังผ่าตัด การพยาบาลระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัวของผู้ป่วยเมื่อแรกรับ	ประเด็นการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ได้รับการผ่าตัด Open Cholecystectomy พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไม่สามารถ off ET tube ย้ายเข้า ICU เพื่อติดตามอาการ

ตาราง 3 การศึกษาวิเคราะห์การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดถุงน้ำดีและมีโรคร่วม (กรณีศึกษา) (ต่อ)

การปฏิบัติการพยาบาล	การวิเคราะห์
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ ได้แก่ ชีพจรเต้นเบาเร็ว ความดันโลหิตตก หายใจไม่สม่ำเสมอ 3. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติด้วยการห่มผ้าให้ความอบอุ่น 4. ดูแลระบบทางเดินหายใจ 5. ดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา 6. ดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบายการพยาบาลระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดจนถึงจำหน่ายจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน 1. หลัง 24 ชั่วโมงแรก วัดสัญญาณชีพ และระดับความรุนแรงของความปวด ทุก 4-8 ชั่วโมง ตามความจำเป็น 2. ช่วยในการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง กระตุ้นให้ลุกนั่งลงจากเตียงหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง หากประเมินแล้วว่าไม่มีความเสี่ยงหรือไม่มีข้อห้าม ช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยลงจากเตียงกระตุ้นการออกกำลังกายปอดทุกภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ขาบวมแดง ปวด จากลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ หายใจเร็วจากก้อนเลือดอุดตันในปอดแผลแยกหรือลำไส้อุดตัน เป็นต้น 3. ดูแลแผลผ่าตัด ตามคู่มือปฏิบัติการพยาบาลฯ 4. วางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน⁸	อย่างใกล้ชิด และใช้เครื่องช่วยหายใจอาการดีขึ้นหายใจเองได้ Off ET tube ย้ายกลับหอผู้ป่วย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy มีแผลผ่าตัดขนาดเล็กจำนวน 3 ตำแหน่งไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยดี

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 66 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดจุกใต้ชายโครงข้างขวา 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีประวัติเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมัน ในเลือดสูง แพทย์วินิจฉัย Gangrenous cholecystitis ได้รับการผ่าตัด Open cholecystectomy การพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ประเด็นปัญหาที่สำคัญได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด พบประเด็นปัญหาคือจากการประเมินอาการ พบปลุกตื่นซ้ำ E2V1M6 ความอึดตัวออกซิเจนปลายนิ้ว 96% ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงย้ายเข้า ICU หลังจากนั้น 1 วัน สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ จึงย้ายมาหอผู้ป่วย การพยาบาลที่สำคัญได้แก่การจัดการปวดหลังผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และคำแนะนำเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้นอนโรงพยาบาล จำนวน 9 วัน

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วยแพทย์นัดผ่าตัดน้ำดีในถุงน้ำดี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง แพทย์วินิจฉัย Symptomatic Gallstone การพยาบาลที่ได้รับ ได้แก่ การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัดโดยให้การพยาบาลเพื่อเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ด้านจิตใจ

ประเด็นปัญหาที่สำคัญได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวิทัศน์ (laparoscopic cholecystectomy: LC) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การเฝ้าระวังภาวะ Shock การจัดการปวดหลังผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ซึ่งหลังผ่าตัดไม่พบภาวะแทรกซ้อน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้นอนโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง 2 รายพบว่ามีความแตกต่างในส่วนของการนำที่มาโรงพยาบาล ลักษณะแผลผ่าตัด ระยะเวลาในการทำผ่าตัด การใช้เวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมถึงค่าใช้จ่ายที่ใช้ทั้ง 2 กรณีศึกษา การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัดจะมีความคล้ายคลึงกันส่วนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดจะมีความแตกต่างกันเพราะชนิดการผ่าตัดที่แตกต่างกัน ตามภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉพาะการผ่าตัด พยาบาลจำเป็นต้องมีการประเมิน รวบรวมข้อมูล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล อย่างเป็นระบบด้วยความเชี่ยวชาญมีการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีความรู้เรื่องโรค และแผนการรักษา มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงความสามารถในการแก้ไข ปัญหาภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง มีการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การรับจนจำหน่ายกลับบ้าน ตามมาตรฐานการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. ชัชชัย โกศลศศิธร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบเชื้อในน้ำดีและภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อภายหลังการผ่าตัดถุงน้ำดีในโรงพยาบาลลำปาง. ลำปางเวชสาร 2555; 33 (1):42-48.
2. ดร.ณิ สมบูรณ์กิจ, อัจฉรา มินาสันติรักษ์, กมลรัตน์ สุปัญญาบุตรและรัชชยา มหาสิริมงคล.การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดน้ำดีในถุงน้ำดีผ่านกล้องโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2561; 15 (3): 24-34.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรีประจำปี 2560 -2562 . โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2563.
4. Gutt CN, Encke J, Königer J, Harnoss J-C, Weigand K, Kipfmüller K, et al. Acute cholecystitis: early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg* 2013; 258(3): 385-93.
5. ภิญญลักษณ์ เรวัตพัฒนกิตต์. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดน้ำดีในถุงน้ำดีและมีโรคร่วม:กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2563; 17(1):131-38.
6. Yamashita Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 surgical management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2013; 20(1): 89-96.
7. Gordon M. *Manual of nursing diagnosis*. Jones & Bartlett Publishers; 2014.
8. นัทธมน วุฒานนท์. การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง; 2554.