



โรงพยาบาล เซนต์จอห์น



โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

Singburi Hospital Journal

ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (Suppl 1) มกราคม - มิถุนายน 2563

Vol. 29 No.1 (Suppl 1) January - June 2020

ISSN 0858 - 4850

วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี
เป็นวารสารของโรงพยาบาลสิงห์บุรี กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 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

นายแพทย์วิชรินทร์ จันทรเสม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิงห์บุรี

คณะที่ปรึกษา

รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รองผู้อำนวยการด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ

รองบรรณาธิการ

รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล

คณะบรรณาธิการ	นายแพทย์ประพันธ์	สือวิโรจน์กุล
	แพทย์หญิงลินจง	พันธ์ชนะ
	นายแพทย์ภาคภูมิ	พรประเสริฐสุข
	นางสาวปริญญา	สกุลรัตน์
	ดร.ปราณี	มีหาญพงษ์
	ดร.เบญญพร	ผ่องคำพันธุ์
	นายสัญญา	โพธิ์งาม

ผู้จัดการ นายวิโรจน์ มาเสนาะ

ผู้ช่วยผู้จัดการ	นางสาวกมลวรรณ	จันทร์จวนสุข
	นางสาวเกวลิ	แจ้สว่าง

สำนักงาน กลุ่มพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
ถนนขุนสรุรงค์ อำเภอเมือง
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

บทปฏิบัติการ (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) 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) ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ต้องใส่ลึที่นำเปื้อ เช่น “การศึกษา” หรือ “การสังเกต”

2.1.2 ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ)

2.1.3 หน่วยงานหรือสถาบันที่ผู้นิพนธ์ทำงาน

2.1.4 ชื่อ และ ที่อยู่ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อเกี่ยวกับต้นฉบับและบทความตีพิมพ์แล้ว

2.1.5 แหล่งทุนสนับสนุนการศึกษา

2.2 บทคัดย่อ

เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงสร้างของบทความได้แก่ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ไม่เกิน 250 คำ หรือ 15 บรรทัด ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเอง 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 วัสดุ และ วิธีการศึกษา หัวข้อวัสดุให้บอกรายละเอียดของสิ่งนำมาศึกษา อาทิ ผู้ป่วย คนปกติ สัตว์ พืช ฯลฯ รวมถึงจำนวนและลักษณะเฉพาะตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ น้ำหนัก ฯลฯ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เข้ารับการการศึกษา และยอมรับจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการศึกษาสิ่งมีชีวิตตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา หัวข้อวิธีการศึกษาเริ่มด้วยรูปแบบแผนการศึกษา (Study Design, Protocol) เช่น Randomized, Double Blind, Descriptive หรือ Quasi-Experiment การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน เป็นต้น วิธีหรือมาตรการที่ใช้ศึกษา (In-Terventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้ ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไปให้ระบุในเอกสารอ้างอิง ถ้าเป็นวิธีใหม่อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจและนำไปใช้ได้ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

2.6 ผลการศึกษา (Results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจนดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อน ไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแล้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมาก ควรใช้ตารางหรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์ และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

2.7 วิจารณ์ (Discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่มีปิดบังแล้วจบบทความด้วยข้อยุติบางวารสารแยกข้อยุติเป็นหัวข้อต่างหาก

2.8 ข้อยุติ (Conclusion)

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่น่าผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยสำหรับการวิจัยต่อไป ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

ควรแยกพิมพ์ต่างหากไม่ควรสอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง แต่ในเนื้อเรื่องควรเว้นที่ว่างไว้พอเป็นที่เข้าใจพร้อมกับเขียนแจ้งไว้ในกรอบ

2.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgments)

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนการวิจัย แต่การใส่ชื่อคนช่วยมาก ทำให้บทความมีความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

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/liji.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) ชื่อวารสารให้ชื่อย่อตามแบบของ 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 หัวแถว (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 (Suppl1) 1 ม.ค. – มิ.ย. 2563

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง นิพนธ์ต้นฉบับ	ก
● การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันที่มีภาวะช็อค เกรส บัวคำโคก	1 - 16
● การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลันที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ทิม อุ่นตาล	17 - 32
● การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว กิตติมากร โพธิ์จันดี	33 - 46
● การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ	47 - 64
● การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก ร่วมกับมีภาวะการติดเชื้อที่ปอด : กรณีศึกษา เยาวลักษณ์ ปรัชญาวุฒิ	65 - 80
● ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี สรีพัชร แก้วดวงเทียน	81 - 92
● ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก ในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วิทวัส รัตนายน	93 - 106
● วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี คณินนิตย์ มีสุวรรณค์	107 - 118
● รูปแบบการพัฒนาระดับมาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี อุสาห์ จันทรวิจิตร	119 - 128
● การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์: กรณีศึกษา บุญเรือน เรืองโรจน์แห	129 - 137

บรรณาธิการแถลง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารฉบับนี้ เป็นฉบับปกติ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ได้ส่งบทความต่าง ๆ มาเพื่อให้ตีพิมพ์ เผยแพร่ ในโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร และคณะบรรณาธิการได้พิจารณาแล้วเห็นว่า บทความต่าง ๆ ที่ส่งมาเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข ที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะทางด้านการวิชาการ รวมทั้งในการให้บริการต่อผู้มารับบริการ จึงได้มีมติให้จัดพิมพ์ โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสารปีที่ 29 ฉบับที่ 1 (Suppl1) ม.ค. – มิ.ย. 2563 ขึ้นและให้ทำการเผยแพร่

คณะบรรณาธิการหวังว่า วารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านเป็นอย่างมาก และขอเชิญชวนสมาชิก ตลอดจนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความวิชาการมาให้คณะบรรณาธิการพิจารณาเพื่อลงพิมพ์ในฉบับต่อไป

(นายแพทย์นิรันดร์ ชัยศรีสุขอำพร)

บรรณาธิการ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันที่มีภาวะช็อค

เกษร บัวคำโคก

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลปากช่องนานา

บทคัดย่อ

มะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตันถือเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน การที่ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อุดตันจากมะเร็ง มักจะมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารน้ำและเกลือแร่ต่างๆ หรือมีลำไส้รั่ว แตกทะลุ และส่งผลให้เกิดภาวะช็อค ไตวายเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี ปวดท้อง ท้องอืดท้องไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน แพทย์วินิจฉัย Colonic obstruction R/O CA Colon ทำผ่าตัด Explor - lap with Sigmoid colostomy ในระยะก่อนผ่าตัด ให้การพยาบาลแก้ไขภาวะช็อคเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ ส่งเสริมเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ บรรเทาอาการปวดท้อง และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดยังเสี่ยงต่อภาวะช็อคซ้ำ ได้ให้การพยาบาลควบคุมสารน้ำ บริหารยาเพื่อแก้ไขภาวะช็อค จนปลอดภัย หลังผ่าตัด 6 วัน ให้การดูแลก่อนและหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติม พบก้อนมะเร็งที่ทวารหนัก และส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบการลุกลามของมะเร็ง ในระหว่างดูแลผู้ป่วย เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่บาดแผล ให้การบำบัดความปวดและดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี ไม่พบการติดเชื้อ วางแผนจำหน่ายโดยสอนการดูแล Colostomy ผู้ป่วยและญาติจนปฏิบัติได้ สามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 12 วัน จากการติดตามผลการรักษาไม่พบภาวะแทรกซ้อน

บทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ทั้งระยะก่อนช็อค ระยะช็อค และระยะหลังช็อค เพราะแต่ละระยะสามารถทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ ไตวายเฉียบพลัน ภาวะหายใจล้มเหลว แผลติดเชื้อ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพทางการพยาบาล

คำสำคัญ : การพยาบาล, มะเร็งลำไส้ใหญ่อุดตัน, ภาวะช็อค

Abstract : The study of obstructed colon cancer patient with shock: case study

The obstructed colon cancer is a crisis that must have been urgent fix. The patient with obstructed colon from cancer is usually risk for the lack of fluid and electrolyte or leaky gut syndrome resulting in shock, acute kidney failure and die.

In a case study, the patient, 65 years old, had symptoms with stomach cramps, flatulence and constipation for 4 days before admission to hospital. Doctor diagnosed colonic obstruction R/O CA colon. Therefore, the patient was treated by explor - lap with sigmoid colostomy. Before sigmoid colostomy, the patient was receiving the nursing to fix the shock due to the imbalance of fluid and electrolyte. Further, the increasing efficiency of breathing, reducing of stomach cramps, and anxiety of patients were treated before surgery. After a sigmoid colostomy, the patient may risk for shock. Thus, the nursing care by controlling fluid and electrolyte and drug administration is a solution for fixing the risk. After surgery for 6 days, the patient was receiving the nursing before and after endoscopic examination of the colon for further diagnosis. It was found the cancerous lumps in the anus. Moreover, the progression of cancer was found in the abdominal cavity after x-ray computer determination .In periods of wound infection risk, the correct treatment of pain and wound after surgery resulted that it's not found the wound infection. The patient and patient relatives were trained for nursing care after colostomy during stay at home. After that, the patient was discharged (12 days of hospital admission). From the follow-up, the complications were not found.

The role of the nurse in the surgical ward is very important in the nursing care. The patient in crisis periods, before shock until after shock, is possible to risk of death. The complications, acute kidney failure, respiratory failure and wound infection of patient were often found. Therefore, the nurse must have the knowledge, skills development and expertise in patient care leading to effective nursing practice corresponding to the problems of each patient and increasing nursing quality.

Keywords: Nursing, Obstructed colon cancer, Shock

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์สูงในประเทศแถบตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และประเทศทางยุโรป ในสหรัฐอเมริกา ประชากรมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งลำไส้ตรงตลอดชีวิตประมาณ ร้อยละ 6 หรือ 1 ต่อ 20 ของประชากร ประมาณการว่ามีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้น 138,000 รายต่อปี และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ตรงประมาณ 60,000 คนต่อปี¹ สำหรับประเทศไทย มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีอุบัติการณ์ต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว และจากสถิติของสถาบันมะเร็ง มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย รองจากมะเร็งตับ ปอด และ ต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิงพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปากมดลูก และ เต้านม² ซึ่งสถิติของโรงพยาบาลปากช่องนานา ปี 2560-2562 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงแผนกผู้ป่วยในจำนวน 14, 26 และ 35 รายตามลำดับ³

ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงอาจเกิดขึ้นได้ในทุกอายุ แต่อัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงจะสูงขึ้นในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะถูกวินิจฉัยในช่วงอายุระหว่าง 50-70 ปี นอกจากนี้อัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยที่มีประวัติเป็นโรคลำไส้อักเสบบางชนิด (Crohn's disease และ Ulcerative colitis) ผู้ที่มีประวัติมีติ่งเนื้อออก (Polyp) ในลำไส้ใหญ่ หรือมีประวัติโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ในครอบครัวผู้ที่เป็นมะเร็งจำนวนมากจะไม่มีอาการให้เห็นในระยะแรกๆ จนกว่าตัวเนื้องอกจะมีขนาดค่อนข้างใหญ่ หากสามารถตรวจพบก้อนเนื้องอกในระยะเริ่มแรกหรือพบในขณะที่เป็นติ่งเนื้อออก (Polyp) ผลการรักษา จะดีและมีโอกาสหายขาดได้ ดังนั้นจึงมีคำแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ตรงตั้งแต่มิมีอาการ⁴

มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง สามารถรักษาโดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่มีมะเร็งรวมถึงเส้นเลือด และต่อมน้ำเหลืองบริเวณเนื้องอกออก ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ลำไส้จะถูกต่อเข้าหากันใหม่และผู้ป่วยจะสามารถถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ตามปกติ โดยปกติการผ่าตัดจะทำผ่านแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ในปัจจุบัน ศัลยแพทย์สามารถทำการผ่าตัดโดยใช้กล้อง (Laparoscopic Surgery) ในผู้ป่วยที่มีเนื้องอกขนาดเล็ก ซึ่งจะทำให้แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กลงและผู้ป่วยจะมีการปวดบริเวณแผลหลังผ่าตัดลดลง ถ้ามะเร็งเกิดขึ้นที่บริเวณลำไส้ตรงส่วนปลาย หรือทวารหนัก และก้อนเนื้องอกอยู่ในระยะเริ่มแรก การผ่าตัดสามารถทำได้โดยตัดเอาเนื้องอกออกผ่านทางทวารหนัก อย่างไรก็ตามถ้าก้อนเนื้องอกมีขนาดใหญ่และใกล้ปากทวารหนักมาก การผ่าตัดอาจจะต้องผ่าตัดเอาทั้งลำไส้ตรงและทวารหนักออกทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถต่อลำไส้เข้าหากันได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องมีลำไส้เทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้อง

นอกจากความทุกข์ทรมานจากการรักษา การผ่าตัดลำไส้เทียมมาเปิดที่ผนังหน้าท้องยังส่งผลต่อผู้ป่วยหลายอย่างทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการใช้ชีวิตประจำวัน⁵ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรม มีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยนับตั้งแต่แรกเริ่ม มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก่อนและหลังผ่าตัด จนจำหน่ายกลับบ้าน พยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในการพยาบาลเฉพาะทาง การดูแลแผลและออสโตมี เพื่อที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานทางการพยาบาลที่สอดคล้องในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กลับสู่สภาพปกติโดยเร็ว

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป
จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 20 พฤษภาคม 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Colonic obstruction, R/O CA Colon

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย CA Rectum with Colonic obstruction with shock

อาการสำคัญ

ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่ายอุจจาระ ก่อนมาโรงพยาบาล 4 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเสีย เป็นๆ หายๆ เวลาถ่ายอุจจาระ
จะมีเลือดปนเป็นบางครั้ง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล เริ่มมีอาการปวดท้องมากขึ้น ไม่ถ่ายอุจจาระ
ชื่อยาระบายมารับประทานเองอาการไม่ดีขึ้น 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดทั่วท้อง ท้องอืดตึง ไม่ถ่าย
อุจจาระ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 2 ปี รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีประวัติเจ็บป่วยร้ายแรงหรือโรคทางพันธุกรรม

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

เป็นหัวหน้าครอบครัวอยู่กับภรรยาและบุตรสาวอีก 2 คน

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างสมส่วน สูง ผิวเหลือง รู้สึกตัว หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก
ไม่มีปัสสาวะออก

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
ปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง: ผิวสีขาวยellowish ผิวแห้ง เล็บมือสะอาดตัดสั้น ดูซีด

ศีรษะและใบหน้า: ผมสีดำเข้มขาว ตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ตาทั้งสองข้าง
ลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา
2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย
อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ฟังปอดไม่มีเสียง Crepitation หรือ Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 112 ครั้ง/นาที
จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดรูป Motor power grade 5

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนใจเย็น สุขุม มีน้ำใจ

อัตมโนทัศน์: มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตของตนเอง

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆ ได้ครบถ้วน

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล

การดูแลตนเอง: มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถดูแลตนเองร่วมกับบุตรหลานในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้

แบบแผนการเผชิญปัญหา: ยอมรับสภาพความเป็นจริงและยอมรับการรักษา แต่กลัวเป็นภาระของบุตรหลาน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 6,400 cells/cell/mm³, Neutrophil 77%, Lymphocyte 14%, Monocyte 9%, Eosinophil 0%, Basophil 0%, Hematocrit 26.2%, Platelet count 436,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 135.9 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 101.2 mmol/L, CO₂ 21.2 mmol/L

BUN 12 mg/dl, Creatinine 1.06 mg/dl

Urine Analysis ผล Normal

วันที่ 22 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 6,360 cells/cell/mm³, Neutrophil 81%, Lymphocyte 12%, Monocyte 7%, Hematocrit 27%, Platelet count 391,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 140.3 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 107.3 mmol/L, CO₂ 21.4 mmol/L

BUN 28.4 mg/dl, Creatinine 1.85 mg/dl

วันที่ 24 พฤษภาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 13,160 cells/cell/mm³, Neutrophil 86%, Lymphocyte 8%, Monocyte 6%, Hematocrit 27.7%, Platelet count 473,000 cell/mm³.

Electrolyte ผล Na 138.9 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 105.8 mmol/L, CO₂ 19.1 mmol/L

BUN 26.7 mg/dl, Creatinine 1.00 mg/dl

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562 Film acute abdomen : large bowel obstruction

วันที่ 28 พฤษภาคม 2562 CT Whole abdomen : Rectal malignancy with extensive nodal metastasis

ผลการตรวจ Colonoscope : Circumferential mass at rectum 12 cms from AV

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

วันที่ 20 พฤษภาคม 2562 รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล แรกผู้ป่วยรู้สึกตัว หายใจเหนื่อย บ่นแน่นท้อง ท้องอืดตึงมาก ไม่มีปัสสาวะออก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด (O2 saturation = 97-98%) ความเข้มข้นเลือด 26.2% ผล Film acute abdomen large bowel obstruction วางแผนการพยาบาลประเมินอาการและการแสดงของภาวะช็อค ดูแลให้น้ำเกลือเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอให้ O2 mask with reserrior bag 10 LPM เพิ่มจำนวนสารน้ำทางหลอดเลือดดำและควบคุมปริมาณน้ำในระบบไหลเวียน ให้เม็ดเลือดแดง จำนวน 2 ยูนิต ประเมินจำนวนปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังภาวะไตวายเฉียบพลัน วินิจฉัยแรกรับ Colonic obstruction R/O Ca colon แพทย์วางแผนผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หายใจเหนื่อยมากขึ้น เฝ้าติดตามสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในร่างกายอย่างใกล้ชิด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Explor - lap with Sigmoid colostomy ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง เสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี พบความดันโลหิตลดต่ำลงในระหว่างผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยยังเสี่ยงต่อภาวะช็อคจากพร่องสารน้ำ ดูแลให้ยา Dopamine (1:1) บริหารยาให้ได้ตามแผนการรักษาควบคุมหยุดโดยใช้ Infusion pump ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือปลายเท้าเย็น ดูแลทางเดินหายใจ ดูดน้ำลายในปาก O2 saturation อยู่ระหว่าง 96-99% ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดหน้าท้อง มีเลือดซึมเล็กน้อย มี Colostomy ด้านซ้ายใกล้กับแผลผ่าตัด Stoma สีชมพู มีเลือดออกเล็กน้อย ปิด Colostomy bag ไว้ ระดับความปวดแผล Pain score 9-10 คะแนน ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาแก้ปวดมอร์ฟีน ติดตามอาการหลังให้ยา ประเมินอัตราการหายใจที่ผิดปกติ (ช้ากว่า 12 ครั้ง/นาที) ไม่พบภาวะดังกล่าว ภายหลังได้รับยาแก้ปวด Pain score 5-6 คะแนน

48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พ้นจากภาวะช็อค สัญญาณชีพปกติ O2 sat อยู่ระหว่าง 99-100 % ผู้ป่วยได้รับการบำบัดความเจ็บปวดจนทุเลาอาการปวดแผลลง Pain score 4-5 คะแนน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางบาดแผล เนื่องจากเป็นแผลผ่าตัด Delay suture อยู่ใกล้ถุง Colostomy ให้การดูแลบาดแผลอย่างถูกวิธี แนะนำการดูแลบาดแผลแก่ผู้ป่วยร่วมด้วย ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ไม่พบผลข้างเคียงของยาและไม่พบการติดเชื้อทางบาดแผล 6 วันหลังผ่าตัด วินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ พบ Circumferential mass at rectum 12 cms from AV จึงส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องเพิ่ม พบ Rectal malignancy with extensive nodal metastasis ในระหว่างที่ดูแลรักษาพยาบาล ได้เริ่มฟื้นฟูสภาพร่างกายและวางแผนจำหน่ายจากทีม Wound care โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะและสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลในเรื่องการรักษาและขาดความรู้

ในการดูแลตนเอง ได้ดูแลทางด้านจิตใจและให้ข้อมูลเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อบริหารแผนจำหน่ายเป็นระยะ ๆ ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะลำไส้ใหญ่ การดูแลบาดแผล และ Colostomy เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการดูแล รวมทั้งการวางแผนจำหน่าย โดยเน้นการปฏิบัติตัวภายหลังการผ่าตัด การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจในการรักษาตัว ต่อเนื่องที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ต่อมาผู้ป่วยแจ้งมีไส้ติ่ง ญาติสามารถช่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระได้ มีการเตรียมความพร้อมในการจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ โดยอาการทุเลา ในวันที่ 29 พฤษภาคม 2562 รวมระยะเวลาที่รักษาในโรงพยาบาลจำนวน 9 วัน

ภายหลังจำหน่ายแพทย์นัดผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ ติดตามผลขึ้นเนื้อ ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นกว่าเดิม สามารถเปลี่ยนถุงอุจจาระได้เอง ผิวหนังรอบ Stoma ไม่มีแผล ผู้ป่วยยอมรับได้กับภาพลักษณ์ใหม่ พยายามรับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์วางแผนส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร เพื่อให้เคมีบำบัดร่วมกับฉายแสง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ จากภาวะทางเดินอาหารอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก
2. ผล Film acute abdomen large bowel obstruction
3. ใส่สายสวนปัสสาวะ ไม่มีปัสสาวะออก
4. Na 135.9 mmol/L, K 3.1 mmol/L, Cl 101.2 mmol/L, CO₂ 21.2 mmol/L, BUN 12 mg/dl, Creatinine 1.06 mg/dl
5. ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/58 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) ≤ 2 วินาที

การพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณสารน้ำในหลอดเลือดดำ โดยดูแลให้ได้รับ IV fluid ตามแผนการรักษา ให้ 0.9 % NaCl 1000 ml iv drip 120 ml/hr ควบคุมจำนวนหยดให้ผู้ป่วยได้รับตามแผนการรักษา และดูแลให้ PRC gr. O จำนวน 2 units แก้ไขภาวะซีด

2. จัด Position ในท่านอนหงาย ศีรษะและปลายเท้าสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยในการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น ทำให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงสมองมากขึ้น
3. ให้ O2 mask with reservoir bag 10 LPM เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
4. วัดสัญญาณชีพทุก 30 นาทีเพื่อประเมินการไหลเวียนและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
5. ประเมินภาวะช็อค จากระดับความรู้สึก อาการกระสับกระส่าย ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออก ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็ว
6. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินหน้าที่การทำงานของไต
7. บันทึกจำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ และบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง และประเมินความสมดุลในรอบ 24 ชั่วโมง

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่ายเนื่องจากมีอาการปวดแน่นท้อง ท้องแข็งตึงมาก สัญญาณชีพ ชีพจร 100-118 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/54-131/78 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกในชั่วโมงแรก 50 ซีซี

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดไหลเวียนลดลงขณะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นเหนื่อยเป็นพัก ๆ หายใจไม่อิ่ม
2. อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
3. ระดับออกซิเจนในร่างกาย 96%

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. ระดับออกซิเจนในร่างกาย >95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ O2 mask with reservoir bag 10 LPM เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้กับเนื้อเยื่อของร่างกาย
2. ประเมินสังเกตจุดบันทึกอาการแสดง Vital signs ทุก 1 ชั่วโมง และอาการของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ตัวเย็น กระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว
3. Monitor O2 saturation เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย
4. Monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ
5. เตรียมพร้อมสำหรับการช่วยใส่ท่อหายใจ และใส่เครื่องช่วยหายใจ และเตรียมทำหัตถการอื่น ๆ ให้พร้อมจะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที เมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน

6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อย มีกระสับกระส่ายบางครั้ง ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O₂ saturation 97-98 %

ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวดท้อง ไม่ผายลม ไม่ถ่ายอุจจาระ ท้องอืดตึงมาก
2. ผล Film acute abdomen large bowel obstruction
3. Pain score 8 คะแนน
4. ขณะที่ปวดท้องมาก ชีพจร 112 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/58

มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาการปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. Pain score 4 - 5 คะแนน
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ และ Pain score ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวดและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้น
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดท้อง จัดท่านอนในท่าศีรษะสูง (Fowler's position) เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว ทำให้อาการปวดลดลง
3. ดูแลให้งดอาหารและน้ำ ใส่ NG tube ต่อกับ Gomco suction เพื่อระบายสารเหลวและเศษอาหารเป็นการลดความดันในลำไส้และการเพาอาหารช่วยบรรเทาอาการปวด อธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นของการงดอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยทราบ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล การงดอาหารและน้ำจะช่วยลดการกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้อาการปวดท้องลดลง
4. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลาย โดยหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ
5. ดูแลตรวจเย็บอาการของผู้ป่วยบ่อย ๆ สัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แนะนำให้ญาติเฝ้าอาการใกล้ชิด ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ชวนพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ
6. ดูแลให้ยาลดปวด MO 3 mg iv dilute และสังเกตอาการหลังให้ยาไม่พบความผิดปกติ
7. อธิบายผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงแผนการรักษาต่อไป คือการผ่าตัดเพื่อแก้ไขสาเหตุของอาการปวดท้อง พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ

การประเมินผล

ผู้ป่วยปวดท้องลดลง นอนพักได้ Pain score 5 คะแนน ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60-127/68 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและอาการผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่าให้ยาระบายแทนการผ่าตัดได้หรือไม่
2. บุตรสาวถามถึงอันตรายที่จะเกิดได้กับผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด
3. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้าวิตกกังวลเมื่อทราบว่าต้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. สอบถามพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย รวมทั้งตอบปัญหาของผู้ป่วยและญาติด้วยท่าทีที่เห็นใจ แสดงความเป็นกันเอง เพื่อลดความวิตกกังวล
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาและเหตุผลที่ต้องเตรียมการผ่าตัดว่า ผู้ป่วยมีภาวะลำไส้อุดตัน ต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัดและอาจต้องนำลำไส้มาเปิดเป็นทวารเทียมที่หน้าท้อง จากนั้นให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นใบยินยอมทำการผ่าตัดและรักษาพยาบาล ภายหลังให้ข้อมูลเรื่องโรคแล้ว
4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมผ่าตัดฉุกเฉิน อธิบายขั้นตอนในห้องผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก และบุคลากรในห้องผ่าตัดที่พร้อมให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความกลัว และวิตกกังวล

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และแผนการรักษาของแพทย์ ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดได้ถูกต้อง

การพยาบาลหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากภาวะพร่องสารน้ำและเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. จำนวนเลือดที่เสียในระหว่างการผ่าตัด 200 ซีซี
2. ความดันโลหิตลดลงในระหว่างผ่าตัด 85/56-100/64 มิลลิเมตรปรอท
3. ระหว่างผ่าตัดปัสสาวะออกช้า 30-40 ซีซี

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี
2. ไม่มีอาการแสดงของช็อค ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
5. การไหลเวียนของเลือดที่ส่วนปลาย (Capillary refill time) $\leq$ 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาคือ 0.9 % NaCl 1,000 ml iv drip 100 ml/hr
2. เพิ่มการบีบตัวของหัวใจโดยการให้ Dopamine 500 mg ใน 5% D/W 500 ml ปรับ Rate ตั้งแต่ 10 μ d/min เพิ่มทีละ 5 μ d/min ปรับจนถึง 30 μ d/min Keep systolic pressure มากกว่า 80 mmHg
3. On Monitor NIBP เพื่อตรวจวัดสัญญาณชีพโดยเฉพาะความดันโลหิตและชีพจรที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติหลังการผ่าตัด ได้ตรวจวัดเป็นระยะๆ คือ 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่ หลังจากนั้นวัดทุก 4 ชั่วโมง
4. สังเกตอาการกระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ผิวหนังเย็นขึ้น เหงื่อออกมาก Capillary refill time $>$ 2 วินาที ซึ่งเป็นอาการของ Hypovolemic shock ไม่พบภาวะดังกล่าว
5. สังเกตลักษณะหน้าท้อง บาดแผลและปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ที่ออกจากบาดแผล และ Stoma เพื่อประเมินการสูญเสียน้ำและเลือด
6. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง น้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ซึ่งไม่พบภาวะดังกล่าว
7. ตรวจสอบและบันทึกปริมาณสารน้ำเข้าสู่ร่างกาย และสารน้ำออกจากร่างกาย ทุก 4 ชั่วโมง
8. เจาะเลือดหาค่าความเข้มข้นเลือด (Hct) ทันทีภายหลังผ่าตัด

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง หน้าท้องไม่อืดตึง แผลผ่าตัดและ Stoma ไม่มีเลือดซึมเพิ่ม Hct หลังผ่าตัด 31 % จำนวนน้ำที่ร่างกายได้รับ 2,500-3,200 ml/day จำนวนน้ำที่ร่างกายขับออกทางปัสสาวะ 450-500 ml/8 hr. สัญญาณชีพ ชีพจร 100-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-128/94 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีแผลผ่าตัดแนว midline 14 เซนติเมตร เปิดทวารเทียมท้องด้านซ้าย
2. ผู้ป่วยบอกนอนไม่หลับ ปวดแผล
3. Pain score 10 คะแนน
6. ชีพจร 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาทีความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาการปวดแผลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้ามืดวิงเวียน
2. Pain score 4-5 คะแนน
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงความเจ็บปวดของผู้ป่วย และ Pain score ตรวจบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. จัดท่านอน Fowler's position โดยไขหัวเตียงสูง 45-60 องศา และไขส่วนล่างตรงบริเวณเข่าสูง 15-20 องศา ให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันความสนใจของผู้ป่วย เป็นการลดความเจ็บปวด
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เห็นอกเห็นใจผู้ป่วย ดูแลด้านจิตใจโดยการพูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจ สัมผัส เอาใจใส่อย่างใกล้ชิด และอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับระยะเวลาในการเจ็บปวด แผลผ่าตัดจะปวดมากกว่าเป็นเวลา 3 วันแรกหลังผ่าตัด
5. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบเท่าที่สามารถทำได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้นสามารถพักผ่อนได้เต็มที่
6. จัดกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักได้
7. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือ 2 ข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดภาวะการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้อง และช่วยลดการสั่นสะเทือนของแผลผ่าตัด จะทำให้อาการปวดแผลลดลง ขณะเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดึงรั้ง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
9. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทางจมูกและหายใจออกช้าๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสั่นสะเทือนของบาดแผลใช้มือประคองแผลทุกครั้ง
10. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg dilute iv prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก
11. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น
12. ประเมินพฤติกรรมกรรมการแสดงความเจ็บปวด Pain score หลังให้การพยาบาล

การประเมินผล

ในระยะ 1-2 วันแรก ผู้ป่วยปวดแผลมาก มีสีหน้าวิตกกังวล ยังไม่กล้าขยับร่างกาย พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 5-6 ในวันที่ 3-4 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง พฤติกรรมความเจ็บปวดอยู่ระดับ 4-5 นอนหลับพักผ่อนได้ 7-8 ชั่วโมง/วัน ความดันโลหิต 120/78-140/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยลُبแผลบ่อย
2. แผล Colostomy อยู่ใกล้กับบริเวณแผลผ่าตัด
3. อุณหภูมิร่างกาย 37.9-38 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-102 ครั้ง/นาที (หลังผ่าตัด 1-2 วันแรก)
4. ผล CBC (24 พฤษภาคม 2562) WBC count = 13,160 cells/mm³ Neutrophil 86 %

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผล ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี Discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของ Discharge ทุกครั้งที่ทำแผล รอยบวมแดง
2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
3. ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ทำแผลผ่าตัดแบบ Dry dressing โดยใช้ สำลีชุบ NSS เช็ดบริเวณริมแผลวนจากด้านในออกด้านนอกรอบแผล แล้วจึงปิดแผล
4. เปลี่ยนถุง Colostomy ให้ว่างไม่มีอุจจาระ เพื่อป้องกันอุจจาระที่รั่วออกมาปนเปื้อนบาดแผล
5. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล
6. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของถูกรบกวนบริเวณบาดแผล เพราะอาจจะเป็นการเพิ่มเชื้อโรคสู่บาดแผล
7. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น ผม ปาก เล็บ ฟัน และผิวหนัง เพื่อลดการติดเชื้อ
8. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีน และมีวิตามินซีสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ และผลไม้ เช่น ส้ม เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
9. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ Metronidazole 500 mg iv drip ทุก 8 ชั่วโมง Ceftriaxone 2 gm iv OD และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

การประเมินผล

ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง บาดแผลผ่าตัดแห้งดี Stoma แดงดี รอบแผลไม่มีอีกเสบ บวมแดง อุจจาระออกดี อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.6 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

6 วันหลังผ่าตัด แพทย์วินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง
2. ไม่มีเลือดออกหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดทางทวารหนัก หรือทาง Colostomy
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ภายหลังการส่องกล้องให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ 6 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ
2. สังเกตอาการปวดท้อง ลักษณะหน้าท้องเพื่อประเมินการมีเลือดออก หรือการบาดเจ็บในช่องท้องจากการส่องกล้อง
3. ผู้ป่วยได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ห้ามแบ่ง อาจทำให้เลือดออกบริเวณที่ตัดชิ้นเนื้อได้
4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
5. หลังการงดอาหารและน้ำครบ 6 ชั่วโมง เริ่มให้รับประทานอาหารอ่อนได้ และหลีกเลี่ยงอาหารมัน รสจัด และสังเกตอาการปวดท้อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง ไม่มีเลือดออกหรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือดทางทวารหนัก หรือทาง Colostomy ชีพจร 90-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/68-120/94 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยมีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ เนื่องจากต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. หลังแพทย์แจ้งว่าต้องเปิดทวารเทียมและต้องขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องเป็นระยะเวลานาน ผู้ป่วยหน้าตาไม่แจ่มใส เวลาพูดคุยหรือปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
2. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกอายเวลาที่มึกลิ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใส
2. เข้าใจและยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลตนเอง

การพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พุดคุยสอบถามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นใจ
2. แสดงออกถึงการยอมรับและเข้าใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และรู้ว่าพยาบาลมีความจริงใจในการช่วยเหลือ เช่น การสัมผัส การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยบ่อย ๆ
3. อธิบายเกี่ยวกับอาการที่เป็นอยู่ว่า ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่ลำไส้ จำเป็นต้องตัดลำไส้ส่วนนั้นออก ทำให้ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระทางทวารหนักได้ จำเป็นต้องดึงเอาลำไส้มาเปิดอย่างถาวรทางหน้าท้อง เพื่อให้มีการขับถ่ายแทน ซึ่งมีหลายคนที่ต้องขับถ่ายแบบนี้เช่นกันและสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจเหตุผลและความจำเป็น และเสริมสร้างกำลังใจ
4. สอนวิธีการ साहित และย่ำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระ และการลดกลิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีการพบปะหรือเข้าสังคม โดย
 - 4.1 สอนให้ผู้ป่วยใช้น้ำยาดับกลิ่น และใส่เสื้อผ้าที่ปิดมิดชิด
 - 4.2 สอนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนถุงอุจจาระเอง และให้ถุงว่างอยู่เสมอ
 - 4.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ ถั่ว ปลา ไข่ หัวหอม และกะหล่ำปลี
 - 4.4 ใช้น้ำยาแอสไพริน หรือใช้สารดูดกลิ่นลงในถุงเพื่อดูดกลิ่น
5. แนะนำวิธีการปรับแก้หรือเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และเทคนิคการผ่อนคลาย สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึง ภาวะซึมเศร้า เช่น อาการเหม่อลอย ถ้าพบมีอาการให้ปรึกษาจิตเวช
6. แนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยในการวางแผนเพื่อที่จะดูแลตนเอง และเพื่อที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ และร่วมมือในการรักษาพยาบาล เพื่อผลดีกับตัวผู้ป่วยเอง
7. จัดเตรียมอุปกรณ์ Stoma bag ที่ต้องใช้เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ประกอบด้วย ถุง Stoma bag พลาสเตอร์เหนียวขนาด 1 นิ้ว สำลิก้อนใหญ่ น้ำเกลือสำหรับล้างแผล
8. สนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
9. เตรียมข้อมูลเกี่ยวกับการใช้บริการในชุมชน และหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพื่อวางแผนให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น พุดคุยกับเจ้าหน้าที่และเพื่อนข้างเตียงดี เข้าใจและยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ให้ความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลตนเอง สามารถเปลี่ยนถุงอุจจาระเองได้ และคอยถามอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับการรักษาต่อไป

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาเมื่อมีภาวะลำไส้อุดตันและขาดเลือด มีการดูดซึมของพิษ และเกิด Translocation ของแบคทีเรียจนทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อและตามมาด้วยภาวะช็อก ซึ่งถือเป็นภาวะวิกฤติและสำคัญมาก ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันที ส่งผลให้ไตวายเฉียบพลันทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ ในผู้ป่วยรายนี้เกิดจากภาวะพร่องสารน้ำ จากการอุดตันของลำไส้ ได้รับสารน้ำและอาหารไม่เพียงพอ การพยาบาลที่สำคัญแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตร และสารน้ำ เม็ดเลือดแดง ให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

ด้วยการให้ออกซิเจน ติดตามสัญญาณชีพ การทำงานของไตอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อกและส่งผลให้ห้องผ่าตัดอย่างปลอดภัย ภายหลังผ่าตัดยังคงเสี่ยงต่อภาวะช็อกซ้ำ ให้ยากระตุ้น Dopamine ซึ่งถือเป็นยา High alert drug พยาบาลต้องบริหารยา ประเมินความผิดปกติจากการได้รับยา เช่น การควบคุมยาโดยให้ได้ตามแผนรักษา โดยใช้เครื่องควบคุมหยดสารน้ำ ปรับระดับยาจนผู้ป่วยปลอดภัยพ้นจากภาวะช็อก

ภายหลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือด้านจิตใจ และการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยบุตรีมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลด้านสภาพลักษณะของผู้ป่วย มีความสำคัญมากเพราะผู้ป่วยจะต้องถ่ายอุจจาระทางหน้าท้องตลอดชีวิต จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถดูแลตนเองได้ดี และถูกต้อง พยาบาลได้เตรียมความพร้อมตั้งแต่ภายหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกให้ผู้ป่วยและญาติทราบความจำเป็นของการที่ต้องให้อุจจาระทางหน้าท้องจากการอุดตันของก้อนมะเร็ง สอนการปฏิบัติตัวและการดูแล Colostomy โดยญาติมีส่วนร่วมในการดูแลทุกระยะ ทำให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับและปฏิบัติตามแผนการสอนได้อย่างดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง นับเป็นภาวะวิกฤตทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการตลอดจนวางแผนการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับการรักษาของแพทย์ ควรมีทักษะความชำนาญหลายๆ ด้าน มีการวางแผนในหน่วยงานและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อมอยู่เสมอจะทำให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ถูกต้องรวดเร็ว นอกจากนี้โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ยังมีโอกาสที่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกหากผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงการป้องกันและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้ความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Siegel RL., Miller KD., Jemal A. Cancer statistics, 2015. CA Cancer J Clin; 2015; 65(1): 5-29.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศ. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2561 กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2561.
3. งานสถิติมะเร็ง. สถิติโรคมะเร็งประจำปี พ.ศ.2562. โรงพยาบาลปากช่องนานา; 2562.
4. อานาจ ศรีรัตนบัลล์. โรคลำไส้การวินิจฉัย และการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
5. บุศรา ชัยทัศน์. การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม : บทบาทพยาบาลเฉพาะทางบาดแผล ออสโตมีและควบคุมการขับถ่ายไม่ได้. วารสารสภาวิชาชีพพยาบาล; 2559; 9(1): 19-33.

การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกร่วมกับภาวะไตขาดเฉียบพลัน ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต

ทิม อุ่นตาล

กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การฟอกเลือดแบบครั้งคราว และการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่องเป็นการบำบัดทดแทนไต เพื่อขจัดน้ำส่วนเกิน ของเสียและสารพิษที่ต้องขับออกจากไต และช่วยแก้ไขความไม่สมดุลของเกลือแร่ ในผู้ป่วยวิกฤติที่มีภาวะไตขาดเฉียบพลัน

กรณีศึกษาชายไทย อายุ 35 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 25 มีนาคม 2562 ด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ถ่ายเหลวประมาณ 10 ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผลการตรวจเลือด ซีต และเกล็ดเลือดต่ำ ต่อมา มีไข้เลือดตามตัว แพทย์วินิจฉัย ไข้เลือดออก ได้รับการรักษาด้วยการให้สารน้ำ และยาปฏิชีวนะ มีภาวะน้ำเกินและใส่ท่อช่วยหายใจ มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ร่วมกับเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ปฏิบัติแพทย์โรคไต ได้รับการฟอกเลือดชนิด Intermittent hemodialysis (IHD) 1 ครั้ง จากการประเมินระหว่างการรักษาด้วยการฟอกเลือด ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะโปตัสเซียมต่ำ และเลือดเป็นกรด จึงเปลี่ยนการฟอกเลือดเป็นชนิด Continuous renal replacement therapy (CRRT) พยาบาลไตเทียมให้การดูแลตั้งแต่ประเมินร่างกาย จิตใจ เตรียมอุปกรณ์ต่อวงจรการฟอกเลือดตามหลัก Standard precaution ขณะฟอกเลือดเฝ้าระวังภาวะโลหิตต่ำ ติดตามระดับเกลือแร่ในเลือด และป้องกันการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด อาการผู้ป่วยดีขึ้น รวมระยะเวลาการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง 3 วัน จนผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ จึงเปลี่ยนเป็นการฟอกเลือดแบบ IHD อีก 4 ครั้ง และสามารถหยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ย้ายมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม จนสามารถจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 12 เมษายน 2562 รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลนาน 19 วัน

พยาบาลไตเทียมมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการประเมินก่อนการสูญเสียหน้าที่ไตอย่างถาวร และดูแลผู้ป่วยรวมทั้งการเฝ้าระวังและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้ป่วยและวงจรการฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและบรรลุวัตถุประสงค์ของการฟอกเลือด

คำสำคัญ: การพยาบาล, ไข้เลือดออก, ไตขาดเฉียบพลัน, การบำบัดทดแทนไต

Abstract : Nursing care of dengue fever patients with acute kidney injury treated with renal replacement therapy

Intermittent hemodialysis (IHD) and continuous renal replacement therapy (CRRT) are renal replacement therapy for elimination of excess fluid, uremic waste and toxic substances from the kidney excretion and the fixing electrolyte imbalance.

In cast study, Thai man, 35 year old, with symptoms of fever, wheezing and diarrhea for 10 times, for 1 day ago was admitted in King Narai Hospital on 25 March 2019. Blood test results presented anemia and thrombocytopenia. Furthermore, ecchymosis in the body of patient was observed. The doctor diagnosed that the patient had a dengue fever.

Thus the patient was received peripheral vein Infusion phlebitis and antibiotic drug. The patient had the excess fluid, acute kidney injury and electrolyte imbalance and then the patient was inserted endotracheal tube. After that, the patient was receiving the IHD for 1 times by the suggestion from the nephrologist. From the evaluation during hemodialysis treatment, the patient had unstable vital signs, low potassium and acidic blood. The hemodialysis treatment of the patient was changed from IHD to CRRT. Hemodialysis nurse provided the nursing care with mind and body assessment, instrument preparation, connecting the cycle of hemodialysis with standard precaution, monitoring of low blood pressure and the levels of electrolyte in the blood and preventing the infection from the hemodialysis. After that the patient's condition has improved and the patient has constant vital signs. The totally, the patient received the CRRT for 3 days. And then the patient was changed from CRRT to IHD for 4 times and the ventilator was removed. The patient was removed to Medical ward. Finally, the patient was discharged on 12 April 2019. Totally, the patient was admitted in the hospital for 19 days.

Hemodialysis nurse is the important person who takes care the patient with treatment by CRRT for 24 h and working together with the nurse in Intensive care unit. For the safety of patient and achievement of hemodialysis purpose, the hemodialysis nurse is necessary person who has the knowledge concerning the evaluation before permanent loss of kidney function, nursing care, surveillance and correction of complications for both patients and the hemodialysis cycle.

Keywords: Nursing, Dengue fever, Acute kidney injury, Renal replacement therapy

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี โดยมีพาหะนำโรคคือ ยุงลาย เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเดงกีในระยะที่เริ่มมี ไข้สามารถตรวจพบไวรัสในกระแสเลือดได้จากนั้นร่างกายจะกำจัดเชื้ออย่างรวดเร็ว จนเมื่อเข้าสู่ระยะวิกฤตจะไม่สามารถตรวจพบเชื้อไวรัสหลงเหลือในเลือดแล้วและไข้ลดลงเกิดการรั่วจากเส้นเลือดฝอย และเกิดอาการต่างๆ ของการพร่องสารน้ำในกระแสเลือดตามมา หากวินิจฉัยโรคได้ช้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะช็อครุนแรง มีภาวะไตบาดเจ็บเฉียบพลัน (Acute kidney injury: AKI) และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อแก้ไขภาวะความไม่สมดุลของร่างกายกลับคืนมา¹

การบำบัดทดแทนไต เพื่อขจัดน้ำส่วนเกิน ของเสียและสารพิษที่ต้องขับออกจากไต และช่วยแก้ไขความไม่สมดุลของเกลือแร่ ในผู้ป่วยวิกฤตที่มีภาวะ AKI มี 2 วิธีหลัก คือ 1. การฟอกเลือดชนิด IHD เป็นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมโดยใช้ระยะเวลา 2-5 ชั่วโมง ทุก 1-3 วัน 2. การฟอกเลือดชนิด CRRT เป็นการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง² ซึ่งทั้ง 2 วิธี เป็นการบำบัดทดแทนไตเพื่อขจัดสารน้ำส่วนเกิน ของเสีย หรือสารพิษที่ต้องขับออกทางไต และช่วยแก้ไขความไม่สมดุลของเกลือแร่ รวมทั้งภาวะความเป็นกรดต่างในร่างกาย สำหรับการฟอกเลือดชนิด CRRT จะเหมาะสมกับผู้ป่วยไตวายเฉียบพลัน หรือไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมักจะมีภาวะอวัยวะหลายอย่างล้มเหลว ทำให้สัญญาณชีพไม่คงที่หรือต้องให้ยากระตุ้นเพื่อเพิ่มความดันโลหิตอยู่ การที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาฟอกเลือดแบบชนิดชั่วคราวที่ห้องไตเทียมอาจจะไม่ปลอดภัย อาจเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest) ระหว่างการเคลื่อนย้ายได้ รวมทั้งการฟอกเลือดชนิด IHD ต้องดึงน้ำในอัตราเร็วของเสียลดลงอย่างรวดเร็วด้วย ทำให้ความเข้มข้นของสารในเลือด (Osmolarity) เปลี่ยนแปลง มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เลือดไปเลี้ยงไต และอวัยวะอื่นๆ ลดลง ส่งผลต่อการฟื้นตัวของไต และอาจซ้ำเติมอาการเพิ่มมากขึ้น³ ด้วยเหตุนี้ทำให้ CRRT มีบทบาทสำคัญในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

จากสถิติหน่วยไตเทียม ปี 2560-2562 ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องจำนวน 8 ราย, 14 ราย และ 28 รายตามลำดับ⁴ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีภาวะช็อครุนแรงจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) และมีภาวะไตวายเฉียบพลัน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก การบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องมีประโยชน์อย่างยิ่งที่จะช่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของไต และแก้ไขภาวะความเป็นกรดต่างในร่างกายให้กลับมาในภาวะเป็นปกติได้ การดูแลผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญมาก เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง²

พยาบาลไตเทียมจึงมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และพ้นจากภาวะคุกคามของชีวิต จึงจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการบริหารจัดการ สามารถประเมิน เฝ้าระวัง และแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันทีทั้งนี้ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ฟอกเลือดชนิด CRRT ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ร่วมกันเรียนรู้ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษา สอน แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะทำ CRRT ให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต จนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ในเบื้องต้น หากมีปัญหาที่ปรึกษาพยาบาลไตเทียมได้ตลอด 24 ชั่วโมง^{2,5}

กรณีศึกษา

ชายไทยคู่ อายุ 35 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3
วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 มีนาคม 2562

การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ Acute diarrhoea

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Dengue haemorrhagic fever with shock with sepsis with acute kidney injury

อาการสำคัญ

ไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำประมาณ 10 ครั้ง 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ รับประทานยาลดไข้ไม่ได้ขึ้น

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลวเป็นน้ำประมาณ 10 ครั้ง หลังรับประทานสุกี้
ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (27 มีนาคม 2562)

รูปร่างทั่วไป: รูปร่างสมส่วนน้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตรท่าทางอ่อนเพลีย

สัญญาณชีพ: อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 155/70 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
ปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง: ผิวสีขาวยellowing มีเหงื่อออกที่ฝ่ามือ มีจ้ำเลือดบริเวณใบหน้า แขน ขา และลำตัว

ศีรษะและใบหน้า: รูปร่างศีรษะ และใบหน้าสมมาตร ผมสีดำตัดสั้น ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน
ตาทั้งสองข้างลักษณะสมมาตรกันดี หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลาง
ของรูม่านตา 2 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติจมูกใสออกซิเจน Canular

ทรวงอกและทางเดินหายใจ: ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อย
เล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Crepitation และเสียง Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 100 ครั้ง/นาที จังหวะ
สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร: คลำเจอบัพโตที่ชายโครงด้านขวาลงมา 2 นิ้วมือ มีถ่ายอุจจาระสีดำ

กล้ามเนื้อและกระดูก: โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักหรือผิดปกติ Motor
power grade 5

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ: เป็นคนอารมณ์สุขุม ใจเย็น

อัตมโนทัศน์: มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นที่พึ่งของครอบครัว และเลี้ยงดูครอบครัวได้

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันได้ดี

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามจริง

กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล ไม่สับสน

การดูแลตนเอง: ก่อนเจ็บป่วยสามารถดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้

แบบแผนการเผชิญปัญหา: ใช้การแก้ไขอย่างมีเหตุผล โดยปรึกษาบุคคลในครอบครัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนฟอกไต**Complete blood count (CBC)**

25 มีนาคม 2562

White blood count 4,150 cells/mm³, Neutrophil 82.9%, Lymphocyte 14.5%, Hematocrit 47.3%, Platelet count 128,000 cells/mm³

26 มีนาคม 2562

White blood count 5,460 cells/mm³, Neutrophil 82%, Lymphocyte 14.3%, Hematocrit 44.7%, Platelet count 100,000 cells/mm³

27 มีนาคม 2562

White blood count 3,490 cells/mm³, Neutrophil 90%, Lymphocyte 25.5%, Hematocrit 41%, Platelet count 34,000 cells/mm³, PT 13.4 sec, PTT 71.1 sec

28 มีนาคม 2562

White blood count 6,060 cells/mm³, Neutrophil 45.1%, Lymphocyte 35.6%, Hematocrit 36%, Platelet count 62,000 cells/mm³, PT 10.3 sec, PTT 60.2 sec

Biochemistry

25 มีนาคม 2562

Na 130 mmol /L, K 2.57 mmol /L, Cl 87 mmol /L, CO₂ 18.1 mmol /L, BUN 25 mg/dl, Creatinine 4.14 mg/dl

26 มีนาคม 2562

Na 128 mmol /L, K 2.4 mmol /L, Cl 91 mmol /L, CO₂ 14 mmol /L, BUN 37 mg/dl, Creatinine 6.8 mg/dl, Mg 2.1 mg/dl

27 มีนาคม 2562

Na 130 mmol /L, K 3 mmol /L, Cl 96 mmol /L, CO₂ 9 mmol /L, BUN 90 mg/dl, Creatinine 9.5 mg/dl, Ca 6.2 mg/dl, PO₄ 3.6 mg/dl

28 มีนาคม 2562

Na 138 mmol /L, K 3.4 mmol /L, Cl 104 mmol /L, CO₂ 15 mmol /L, BUN 39 mg/dl, Creatinine 8.38 mg/dl

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

25-26 มีนาคม 2562 รับใหม่จากห้องฉุกเฉิน วันที่ 25 มีนาคม 2562 ด้วยอาการไข้ หายใจเหนื่อย หอบ ถ่ายเหลวประมาณ 10 ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพ มีไข้ 37.8 องศาเซลเซียส On IV 5%D/N/2 1000 ml iv drip 100 ml/hr ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีภาวะโปแทสเซียมต่ำ และไตทำงานผิดปกติ (BUN 25 mg/dl, Creatinine 4.14 mg/dl, K 2.57 mmol/L) สงสัยภาวะขาดน้ำ เปลี่ยนสารน้ำเป็น 0.9% NSS 1000 ml+KCL 40 mEq iv drip 100 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD เข้าวันที่ 26 มีนาคม 2562 มีอาการปวดท้องใต้ลิ้นปี่และใต้ชายโครงขวามาก สงสัยถุงน้ำดีอักเสบปรึกษาศัลยแพทย์ส่งทำอัลตราซาวด์ช่องท้องไม่พบความผิดปกติ

27-28 มีนาคม 2562 วันที่ 27 มีนาคม 2562 ผู้ป่วยยังมีอาการอ่อนเพลีย รับประทานได้น้อย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการมีภาวะเกลือแร่ต่ำ ไตทำงานลดลง (K 3 mmol/L, CO₂ 9 mmol /L, BUN 90 mg/dl, Creatinine 9.5 mg/dl) ให้ 7.5% NaHCO₃ 150 ml + 5% D/W 850 ml iv drip 80 ml/hr ตรวจพบจุดเลือด ตามร่างกายและมีถ่ายดำ 1 ครั้ง ให้งดอาหารและน้ำติดตามผลการตรวจเลือดมีเกล็ดเลือดต่ำ จอเลือด PRC 4 units Plt concentrate 10 units ปรึกษาแพทย์โรคไต สงสัยไตวายเฉียบพลัน จากไข้เลือดออก ให้ส่งฟอกไตชนิด IHD พยาบาลหน่วยไตเตรียมอุปกรณ์และช่วยแพทย์แทงสาย Double lumen ที่ Jugular vein ส่ง Film chest เริ่มการทำ Hemodialysis และให้ Plt concentrate 10 units สังเกตอาการผู้ป่วยและสัญญาณชีพปกติ วันที่ 28 มีนาคม 2562 ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น ตัวคล้ำ ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (ET-Tube) ระหว่างใส่ท่อมีเลือดออกในปากมาก ใส่สาย NG มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ให้ Pantoprazole 80 mg iv stat then 80 mg + NSS 100 ml iv drip 10 ml/hr, Vit K1 10 mg iv OD ดูแลให้ FFP 2 units iv drip free flow และย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนัก

29-31 มีนาคม 2562 วันที่ 29 มีนาคม 2562 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียมาก หายใจเหนื่อยหอบ เป็นพัก ๆ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีภาวะโปแทสเซียมต่ำ และเลือดเป็นกรด จึงเปลี่ยนการฟอกเลือดเป็น ชนิดCRRT พยาบาลหน่วยไตเตรียมผู้ป่วยและอุปกรณ์การฟอกเลือด ตั้ง Mode CVVH, No anticoagulant, Blood flow rate (BFR) 200 ml/hr, Pre replacement fluid 800 ml, Post replacement fluid 800 ml. หลังการทำ CRRT ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ DTX, Electrolyte, Ca, Mg, PT, PTT, CBC, BUN, Creatinine ผู้ป่วยได้รับการทำ CRRT 3 วัน ระหว่างการทำ CRRT ผู้ป่วยอาการเหนื่อยหอบทุเลาลง เกลือแร่ในร่างกายเริ่มมีความสมดุล มีปัสสาวะออก 30-40 ml/hr แต่ยังมีภาวะชืด และการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ให้ PRC 4 units FFP 2 units iv drip free flow ยุติการทำ CRRT และให้ล้างไตชนิด IHD ต่อเนื่องอีก 4 ครั้ง

1- 4 เมษายน 2562 ผู้ป่วยกลับมามีอาการเหนื่อยหอบ Film chest พบมีภาวะน้ำเกิน พยาบาลหน่วยไตเริ่มทำ IHD ขณะทำสัญญาณชีพคงที่ ไม่พบอาการผิดปกติ และดูแลล้างไตต่อเนื่องได้ครบ 4 ครั้ง ดึงน้ำครั้งละ 1-1.5 ลิตร ภายหลังการทำ IHD ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ เกลือแร่สมดุลแต่ยังมีภาวะซีด ได้รับเลือดระหว่างฟอกไต PRC 3 units หลังหยุดการฟอกเลือดดูแลบาดแผลและป้องกันการติดเชื้อบริเวณสายฟอกเลือด เริ่มให้อาหารทางสายยางและเตรียมยาเครื่องช่วยหายใจ

5-12 เมษายน 2562 ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีเลือดออกตามร่างกาย สัญญาณชีพคงที่ ให้อาหารทางสายยางรับได้หมดทุกมื้อ วันที่ 6 เมษายน 2562 ให้เริ่ม O₂ T - piece 10 LPM ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ออกซิเจนในร่างกายปกติ Off ET-Tube ได้ในวันที่ 7 เมษายน 2562 เปลี่ยนเป็น On High flow FiO₂ 0.4 ย้ายมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ระหว่างที่อยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เริ่มรับประทานอาหารเองได้เอง หยุดการให้สารน้ำและยาปฏิชีวนะ Off สายฟอกไตที่คอ Off High flow ในวันที่ 9 เมษายน 2562 เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยอธิบายการปฏิบัติตัวที่บ้าน การควบคุมอาหารในระหว่างที่การทำงานของไตยังผิดปกติ ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น การมีเลือดออกในกระเพาะอาหาร ปัสสาวะออกน้อย แผลที่คอบวมแดง นัดติดตามการรักษาในวันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ผู้ป่วยร่างกายแข็งแรงขึ้น ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผลการตรวจค่าทำงานของไตปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนฟอกเลือด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล สอบถามถึงการแทงเส้นฟอกเลือดที่คอ
2. ญาติสอบถามถึงอาการของโรค การผ่าตัด และค่าใช้จ่ายในการรักษา
3. มีภาวะไตวายเฉียบพลันจากใช้เลือดออกและมีภาวะช็อครุนแรง มีแผนการรักษาให้ฟอกเลือด

ด้วยเครื่องไตเทียม

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการดำเนินของโรคการทำงานของไต ความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการแทงเส้นฟอกเลือดที่คอ
3. มีความพร้อมทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และอุปกรณ์ก่อนการฟอกเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

เตรียมด้านจิตใจ

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการใส่สายสวนและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากโรคใช้เลือดออกทำให้ไตวายเฉียบพลัน

2. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติสายตรงในครอบครัวที่เป็นผู้ร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษา และรับผิดชอบให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมแบบต่อเนื่อง

3. อธิบายขั้นตอนการใส่สายสวนฟอกเลือดชั่วคราวและการฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดขึ้นและการปฏิบัติตัวขณะฟอกเลือด ผลสำเร็จในการรักษาโดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากอายุรแพทย์โรคไตและพยาบาลที่ผ่านการอบรมไตเทียม

4. สังเกตการแสดง ท่าทาง คำพูด อารมณ์ของผู้ป่วย ตลอดจนอาการผิดปกติทางด้านร่างกาย เพื่อประเมินความวิตกกังวล

5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อสงสัยและได้ระบายความรู้สึก โดยตอบข้อซักถามของผู้ป่วยด้วยท่าที นุ่มนวล ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย อยู่ในขอบเขตที่สามารถตอบได้ และตั้งใจฟังการระบายความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างเต็มใจและเห็นใจ

เตรียมด้านร่างกาย

ดูแลผู้ป่วยในการใส่สาย Vascular access ชนิด Double lumen catheter โดย

1. ตรวจสอบการเซ็นยินยอมในการใส่สาย Double lumen catheter และการทำ CRRT

2. ก่อนใส่สาย Double lumen catheter แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าตำแหน่งที่จะใส่เป็นตำแหน่งที่คอด้านขวา เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

3. เตรียมอุปกรณ์ และช่วยแพทย์ใส่ Double lumen catheter หลังจากใส่สาย Double lumen catheter สังเกตภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เลือดออก มีก้อนเลือดบริเวณที่แทงสาย

4. คลำบริเวณคอด้านขวา ประเมิน Subcutaneous emphysema และติดตามผล Film chest เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Pneumo-hemothorax

5. เตรียมผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายเนื่องจากผู้ป่วยจะต้องนอนท่าเดิมนาน ให้อยู่ในท่าที่ไม่ขัดต่อการทำ CRRT

6. การประเมินผู้ป่วยก่อนทำ CRRT

6.1 ประเมินสัญญาณชีพ เพื่อดูความพร้อมของผู้ป่วยหรือข้อจำกัดในการทำ CRRT เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

6.2 ประเมินสมดุลของน้ำ เพื่อพิจารณาการดึงน้ำ (Ultrafiltration rate: UFR)

6.3 ประเมินภาวะซีด ถ้ามีภาวะซีดอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนด้านหัวใจได้

6.4 ประเมิน EKG เพื่อเป็นพื้นฐานในการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงขระฟอกเลือด

6.5 ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยเฉพาะ Electrolyte และ Coagulation

6.6 ประเมินยาที่ผู้ป่วยได้รับ ยาที่มีผลต่อการไหลเวียนโลหิต

6.7 ประเมินโรคร่วม เพื่อวางแผนการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

เตรียมความพร้อมอุปกรณ์ฟอกเลือด

1. ก่อนต่อวงจรการฟอกเลือดนอกร่างกาย ประเมินอีกครั้งว่าไม่มีฟองอากาศเหลือค้างในวงจร ตรวจสอบการปิดสาย IV fluid ที่ใช้ Prime วงจรฟอกเลือด เพื่อป้องกันลมเข้าวงจรฟอกเลือด
2. สวมเครื่องป้องกันในการต่อวงจร ได้แก่ ถุงมือปลอดเชื้อ ผ้าปิดปาก จมูก แว่นตา และผ้ากันเปื้อน โดยใช้หลัก Standard precautions ตาม CDC guideline เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ระบบ
3. ทบทวนคำสั่งของแพทย์ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอีกครั้ง
4. ทำความสะอาดแผลทางออกของ Vascular access และเตรียมต่อ Vascular access ด้วยหลักปราศจากเชื้อโดยใช้ 2% Chlorhexidine gluconate in alcohol
5. ต่อวงจรฟอกเลือดนอกร่างกาย โดยต่อทั้งสายดึงเลือด (Access) และสายที่คืนเลือดกลับเข้าร่างกายผู้ป่วย (Return) พร้อมกัน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อโรค และป้องกันความดันโลหิตตก
6. เริ่ม Start blood pump เริ่มที่ 50 ml/min ก่อนแล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นให้เท่ากับ 200 ml/min ตามคำสั่งแพทย์ หลังจากได้ BFR เท่าที่ต้องการและคงที่แล้ว เริ่ม Balance pump
7. ตรวจสอบข้อต่อต่างๆ ให้แน่นอีกครั้ง
8. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ Hemodynamic parameters เมื่อเริ่ม CRRT

การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการดำเนินของโรคการทำงานของไต ความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการแทงเส้นฟอกเลือดที่คอ
3. มีความพร้อมทั้งด้านจิตใจ ร่างกาย และอุปกรณ์ก่อนการฟอกเลือด

ระยะขณะฟอกเลือด**ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ จากแพ้วงกรองฟอกเลือด****ข้อมูลสนับสนุน**

เลือดทำปฏิกิริยากับเยื่อของตัวกรองทำให้เกิดอาการแพ้ได้

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ จากแพ้วงกรองฟอกเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดหลัง
2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงขณะดึงเลือดเข้าสู่ระบบเลือดนอกร่างกาย โดยสังเกตและบันทึก ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะ EKG และเผื่อระวังอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลาในช่วง 15 นาทีแรก
2. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรก และทุก 1 ชั่วโมง เมื่อสัญญาณชีพคงที่ โดยให้ค่า MAP $\geq$ 65 มิลลิเมตรปรอท

3. ประเมินอาการแพ้ตัวกรองในช่วง 5-15 นาทีแรกของการรักษา ได้แก่ อาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดหลัง

4. ประเมินและบันทึกระบบไหลเวียนเลือด และ Pheriperal perfusion จากลักษณะสีผิว อุณหภูมิปลายมือ ปลายเท้า และชีพจรส่วนปลายทุก 1 ชั่วโมง ในช่วง 2 ชั่วโมงแรก จากนั้นทุก 2 ชั่วโมง จนกว่าสิ้นสุดการฟอกเลือด

การประเมิน
ไม่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ซาตามปลายมือ ปลายเท้า ปวดหลัง ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-120/95 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขณะฟอกเลือดมีการดึงเลือดและน้ำออกจากร่างกาย
2. ผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้หลอดเลือดขยายตัวและทำให้ภาวะความดันโลหิตต่ำได้
3. มีภาวะซีดจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร Hct 26%
4. ความดันโลหิตเริ่มต้น 128/89 มิลลิเมตรปรอท มีโอกาสลดลงอีก 20% (102/71 มิลลิเมตรปรอท)

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะฟอกเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำ ได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ ผิวหนังมีสีซีดเย็นขึ้น
2. ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้ง
3. ความดันโลหิต SBP $\geq$ 90 มิลลิเมตรปรอท MAP $\geq$ 70 มิลลิเมตรปรอท
4. Capillary refill $\leq$ 2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ ตั้งอัตราการดิงน้ำ 80 ml/min อัตราการดึงเลือด 200 ml/min
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และ Hemodynamic parameters (Systolic blood pressure (SBP), Diastolic blood pressure (DBP), Mean arterial pressure (MAP), O₂Saturation) ต่าง ๆ ในช่วงแรกทุก 15 นาที ชั่วโมงที่สองทุก 30 นาที หลังจากนั้นเมื่ออาการคงที่ประเมินทุก 1 ชั่วโมง
3. ประเมินอาการแสดงภาวะความดันโลหิตต่ำจากร่างกายขาดน้ำ ได้แก่ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้งผิวหนังมีสีซีดเย็นขึ้น Capillary refill $>$ 2 วินาที
4. Monitor NIBP หากพบ SBP $<$ 90 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure แคบ MAP $<$ 70 มิลลิเมตรปรอท EKG Sinus tachycardia แก้ไขเบื้องต้นโดย
 - ลดอัตราการดิงน้ำและรายงานแพทย์ทันที
 - ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพิ่มการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ
 - หลังฟอกเลือดประมาณ 20 นาที ความดันโลหิต 94/58 มิลลิเมตรปรอท ดูแลเพิ่ม Plasma volume ตามแผนการรักษาด้วย 50% Glucose 50 ml และให้เลือด PRC 1 unit

5. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 1 ชั่วโมง

การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของความดันโลหิตต่ำได้แก่ หน้ามืด เวียนศีรษะ ผิวหนังมีสีซีดเย็นขึ้น ไม่มีอาการแสดงของการขาดน้ำ ได้แก่ ง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้ง ความดันโลหิต SBP 96-112 มิลลิเมตรปรอท MAP 70-80 มิลลิเมตรปรอท Capillary refill 2-3 วินาที

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริวจากภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ข้อมูลสนับสนุน

1. กระบวนการฟอกเลือดมีการดึงน้ำ และมีการทดแทนสารน้ำในปริมาณมาก ส่งผลให้เกิดภาวะเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่

2. เกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ K 3 mmol/L, Na 130 mmol/L, Cl 96 mmol/L, CO₂ 9 mmol/L

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และกล้ามเนื้อเป็นตะคริว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก
2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
3. ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. ประเมินน้ำเข้าและออกในวงจรการฟอกเลือดทุก 1 ชั่วโมง
3. ประเมินอาการแสดงภาวะความดันโลหิตต่ำจากร่างกายขาดน้ำ ได้แก่ อาการง่วงซึม อ่อนเพลีย เสียงแหบแห้งผิวหนังมีสีซีดเย็นขึ้น Capillary refill > 2 วินาที
4. ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของตัวกรอง ได้แก่ ค่า Pressure drop, TMP, Filtration fraction หากมีค่าผิดปกติ รีบให้การแก้ไขเพื่อป้องกันการ Clot ในวงจร
5. ประเมินอาการและอาการแสดงที่เกิดจากเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ได้แก่
 - ภาวะ Hypokalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Flattening of T wave, ST segment depression, U wave prolong PR interval อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
 - ภาวะ Hyperkalemia ทำให้เกิด Cardiac arrhythmia ได้แก่ Tending of T wave, Prolong PR interval, Widening QRS complex, Ventricular tachycardia อาการด้านระบบประสาทและกล้ามเนื้อ แขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อกระตุกเป็นตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน
 - ภาวะ Hypocalcemia มีอาการกล้ามเนื้อเป็นตะคริว ชาบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า และรอบริมฝีปาก หายใจลำบาก เหงื่อออก หัวใจเต้นผิดปกติ EKG Bradycardia, Ventricular dysthymia

-ภาวะ Hypercalemia มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน สับสน หัวใจเต้นผิดปกติ EKG มี Shortened QT interval, First degree AV block

-ภาวะ Hyponatremia มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ชี้น สับสน กล้ามเนื้อชักกระตุก

-ภาวะ Hypernatremia มีอาการอ่อนแรง กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อกระตุก ชี้น ชัก

6. หลังการทำ CRRT 12 ชั่วโมง เจาะเลือดและติดตามผล DTX, Electrolyte, Ca, Mg, PT, PTT

7. เจาะเลือดและติดตามผล CBC, BUN , Cr, Electrolyte, Ca, Mg, PT, PTT ทุก 24 ชั่วโมง

8. ส่ง Film chest เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน

การประเมินผล

ระดับความรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเป็นตะคริว ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-120/95 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากกระบวนการฟอกเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. กระบวนการฟอกเลือดมีรอยต่อหลายจุด เลือดของผู้ป่วยต้องสัมผัสกับน้ำยาฟอกเลือด
2. ผู้ป่วยได้รับการใส่ Double lumen catheter ที่คอ
3. มีภูมิคุ้มกันต่ำจากติดเชื้อในกระแสเลือด

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากกระบวนการฟอกเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะฟอกเลือดไม่มีอาการไข้ หนาวสั่น
2. แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี
3. อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
4. CBC WBC 5,000-10,000 cell/mm³

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกายก่อนการฟอกเลือด
2. ประเมินและดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ว่าแห้ง ไม่มีแดง ร้อน ไม่มีหนอง ทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ
3. ปฏิบัติการเตรียมอุปกรณ์ฟอกเลือดโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ และดูแลให้วงจรฟอกเลือดให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา

4. ดูแลแผล Exit site ของ Double lumen catheter ให้ปิดมิดชิดตลอดเวลาขณะฟอกเลือด
5. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการไข้ หนาวสั่น ขณะฟอกเลือด
6. งดการให้ยาหรือสารละลายใดๆ ทาง Double lumen catheter สำหรับฟอกเลือด
7. เปลี่ยนวงจรฟอกเลือดนอกร่างกายทุก 3 วัน
8. เจาะเลือดและติดตามผล CBC ทุกวันเพื่อประเมินการติดเชื้อ

การประเมินผล

ไม่มีอาการไข้ หนาวสั่นขณะฟอกเลือด แผล Exit site ของ Double lumen catheter แห้งดี ไม่แดง อุณหภูมิร่างกาย 36.1-36.9 องศาเซลเซียส CBC WBC 11,600-12,290 cell/mm³

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือดเนื่องจากระยะการฟอกเลือดต่อเนื่องยาวนาน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการฟอกเลือดชนิดต่อเนื่อง CRRT 3 วัน

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีฟองอากาศตกค้างในวงจรการฟอกเลือด
2. ไม่มีเลือดที่แข็งตัวในวงจรการฟอกเลือดนอกร่างกาย
3. ค่า TMP, Pressure access, Pressure return, Pressure drop ไม่เปลี่ยนแปลงจากค่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลไม่ให้อากาศเข้าไปในวงจรขณะให้สารน้ำทดแทน การทำ Saline flush และเลี่ยงการใช้เข็มขนาดใหญ่เจาะเลือดที่ตำแหน่งจุด Arterial port ของสายนำเลือดแดง
2. ดูแลสาย Catheter and arterial blood line ไม่ให้หักพับงอ เพื่อให้การไหลของเลือด Flow ตลอด ไม่ให้มีการหยุดของ Blood pump
3. ไม่ให้ส่วนประกอบของเลือด และยาที่ทำปฏิกิริยากันและเกิดเป็นตะกอนในวงจรฟอกเลือด ได้แก่ ยา Calcium เพราะอาจเกิดการตกตะกอนได้เมื่อผสมกับยาอื่นโดยเฉพาะ Phosphate โดยการผสมใน Sterile water
4. ปรับ BFR 150-200 ml/min ตามคำสั่งแพทย์
5. ล้างระบบสายส่งเลือดด้วย 0.9% NSS 100 ml ทุก 30 นาที เพื่อป้องกันการอุดตันของตัวกรองและระบบสายส่งเลือด
6. ประเมินอาการและอาการแสดงการอุดตัน จากการสังเกตด้วยตาเปล่าระหว่างการทำ Saline flush บันทึกแรงดันต่าง ๆ ทุก 1 ชั่วโมง ได้แก่ Pa, Pv, P-IN, TMP ตาม Pressure monitor
7. ประเมินข้อบ่งชี้ถึงการอุดตันของตัวกรอง คือ ค่า TMP > 250 mmHg และค่า P-IN > 200 mmHg
8. ติดตามประสิทธิภาพการทำงานของตัวกรอง

การประเมินผล

ไม่มีฟองอากาศตกค้างในวงจรการฟอกเลือด ไม่มีเลือดที่แข็งตัวในวงจรการฟอกเลือดนอกร่างกาย ค่า TMP, pressure access, pressure return, pressure drop ไม่เปลี่ยนแปลงจากค่าเดิม

ระยะหลังฟอกเลือด

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกง่ายในทุกระบบของร่างกาย เนื่องจากกลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นไข้เลือดออก
2. มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร
3. กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ PT 10.8 sec, PTT 60.2 sec, INR 0.94
4. มีภาวะซีด เกล็ดเลือดต่ำ Hct 27% Plt.count 62,000 cell/mm³

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกในทุกระบบของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย
2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90

มิลลิเมตรปรอท

3. การตรวจค่าเกล็ดเลือด 140,000-450,000 cell/min³
4. PT 10.6-13 sec, PTT 22.1-28.9 sec, INR < 1.2

กิจกรรมการพยาบาล

1. เมื่อถอดเข็มออกจากผู้ป่วยแล้ว ใช้ผ้าก๊อซสะอาดปราศจากเชื้อกดบริเวณเข็ม จนกว่าแน่ใจว่าไม่มีเลือดออก
2. ประเมินการมีเลือดออกผิดปกติของผู้ป่วยและบันทึกอาการสำคัญ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ จนระยะสิ้นสุดการฟอกเลือด
3. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือผิวหนังโดยไม่จำเป็น
4. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Hct ค่าเกล็ดเลือด
5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ การอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระเป็นเลือด สังเกตรอยช้ำจ้ำเลือดต่างๆ
6. ประสานงานห้องผู้ป่วยหนักในการให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารต่อเนื่อง ได้แก่ Pantoprazole 10 ml/hr

การประเมินผล

ไม่มีเลือดออกตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/68-120/90 มิลลิเมตรปรอท การตรวจค่าเกล็ดเลือด 140,000-450,000 cell/min³ PT 10.6-13 sec, PTT 22.1-28.9 sec, INR < 1.2

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคไข้เลือดออก พบว่าอัตราการเสียชีวิตในกลุ่มผู้ใหญ่เกิดจากการที่วินิจฉัยได้ช้าเกินไป การที่ได้รับสารน้ำไม่พอก็จะเกิดภาวะ Shock หากมีภาวะ AKI มีการให้สารน้ำที่มากก็จะเกิดภาวะน้ำเกินซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต ปัจจุบันการฟอกเลือดอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยวิกฤต สิ่งที่สำคัญคือการประเมินผู้ป่วยก่อนทำ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาที่เริ่มบำบัดทดแทนไตไม่ควรล่าช้าจนกระทั่งเกิดความผิดปกติของ Metabolic อย่างมาก ชนิดและเทคนิคต่างๆ ของการบำบัดทดแทนไตมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันในด้านอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย แต่ถ้าผู้ป่วยมีภาวะระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ มักนิยมใช้การฟอกเลือดชนิด CRRT เพื่อประคอง Dialysis รวมทั้งมีความแน่นอนในการจัดเกลือและน้ำส่วนเกิน

ดังนั้นพยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกระบบ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์และทีมได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งมีความไวต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะฟอกเลือดได้ตลอดเวลา พยาบาลควรเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลภาวะวิกฤต และมีความเชี่ยวชาญในการใช้เครื่อง CRRT เพื่อที่สามารถประเมินภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและปัญหาของเครื่อง/ระบบ CRRT ตลอดจนให้การแก้ไขได้อย่างถูกต้อง และทันท่วงที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

CRRT เป็นหนึ่งในวิธีการบำบัดทดแทนไต หลักที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยวิกฤตซึ่งมีภาวะ AKI เป้าหมายของ CRRT คือการทดแทนการทำงานที่สูญเสียไปของไตให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการขจัดของเหลวออกจากร่างกายอย่างช้าๆ แต่ยังคงสามารถปรับสมดุลในร่างกายได้ แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะไม่คงที่อย่างภาวะช็อกหรือภาวะน้ำเกินอย่างรุนแรง ก็สามารถปรับตัวให้ทนต่อการบำบัดได้ ทั้งผู้ที่มีรูปร่างตัวๆ ไปหรือมีรูปร่างเล็กก็สามารถรับการรักษาด้วย CRRT ได้ อีกทั้งยังเป็นวิธีการบำบัดที่สามารถปรับแผนการรักษาให้เข้ากับสภาพทางกายของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการในการขจัดของเหลว พยาบาลหน่วยไตเทียมจำเป็นต้องมีความรู้ ทักษะ ความสามารถในการบริหารจัดการ สามารถประเมินเฝ้าระวัง และแก้ปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ทันท่วงที่ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ทำ CRRT ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา 24 ชั่วโมง ร่วมกันเรียนรู้ ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษา สอน แนะนำเรื่องการดูแลผู้ป่วยขณะทำ CRRT ให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาวดี พวงสมบัติ และคณะ. คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกีด้านการแพทย์และสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2558.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เบอริงเกอร์ อินเทลไฮม์; 2557.
3. อิชณี พุทธิมนตรี, ปิ่นแก้ว กล้ายประยงค์ และ ฉัตรสุตา เอื้อมานะพงษ์. Integrated nursing care in dialysis. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2556.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานไตเทียม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี: โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562.
5. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. Dialysis Review for Nurse 2017. กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพเวชสาร; 2560.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับร่วมกับภาวะหายใจล้มเหลว

กิติมากร โพธิ์จันดี

โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผลเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 22 ปี ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่ถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ขาโยกรงขวา หายใจเร็ว กระสับกระส่าย ชีตปลายมือปลายเท้าเย็น เจ็บท้องด้านขวา มี Guarding คล้ายแพทย์วินิจฉัย Blunt abdominal injury with hemodynamic unstable and right lung pneumo-hemothorax ทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum สงทำผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ได้รับการผ่าตัด Explore lap with perihapatic temporary abdominal packing หลังผ่าตัดให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดทดแทน สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ไม่มีเลือดในช่องท้องออก ใส่เครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร ใส่ท่อระบายทรวงอกที่ปอดด้านขวาชนิด 2 ขวด หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง ทำ Explore lap with off swab packing ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Delay hemorrhage และภาวะติดเชื้อเป็นหนองในช่องท้อง เจาะเลือดผลการการทำงานของตับเป็นปกติ เอ็กซเรย์ปอดดีขึ้น ถอดท่อระบายทรวงอก และท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยได้รับการดูแลในห้องผู้ป่วยหนักศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุ 4 วัน ย้ายไปตึกศัลยกรรมชาย อาการทั่วไปดีขึ้นช่วยเหลือตนเองได้ จำหน่ายกลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาล 13 วัน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับต้องให้การดูแลอย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงต้องให้การพยาบาลที่ถูกต้องกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด และสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่

คำสำคัญ : การพยาบาล, บาดเจ็บที่ตับ, ภาวะหายใจล้มเหลว

Abstract : Nursing care of liver injury with Respiratory failure

Mrs.Kitimagorn Pojandee

Nursing Department of King Narai hospital

A case study was Thai male, 22 years old. The patient had accidentally prior to hospital caused by vehicle collision. The primary assessment showed that the patient had pain and guarding at abdomen, abrasion wound at left chest, restlessness, pale, and polar. The special investigation with CT whole abdomen showed liver injury grade 3 with large hemoperitoneum. The patient was diagnosed blunt abdominal injury with hemodynamic unstable, and right lung pneumo-hemothorax. The surgeon decided to treat with the operation method by exploratory laparotomy with perihepatic temporary abdominal packing.

The postoperative phase was treated by packed red cell (PRC), ventilator support, and intercostal chest drainage at right chest. Afterwards, the patient found that the blood test and chest x-ray was improved in 48 hours. The patients were staying in ICU for 4 days and can also release the intercostal chest drainage and ventilator support. Subsequently, the patient was moved to the general surgery department. The patient condition was better and could be discharged, the length of stay were 13 days.

Nursing care of patient with liver injury should acute and urgent care. The nurse was staffs who closed up to the patient and provided the correct nursing for fixing the problem of patient in crisis and before surgery. The nursing care would correspond to the treatment plan of doctor for helping patients immediately.

Key words : Nursing, liver injury, Respiratory failure

บทนำ

การบาดเจ็บของตับจากการบาดเจ็บของช่องท้องชนิดไม่มีบาดแผล เป็นภาวะที่พบได้บ่อยเป็นอันดับที่สอง รองจากการบาดเจ็บที่ม้าม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุด หากมีการบาดเจ็บในช่องท้องและตรวจไม่พบจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้¹ เพราะนอกจากอวัยวะจะบาดเจ็บ หลอดเลือดก็ยังได้รับความเสียหายด้วย สิ่งที่เป็นที่คำนึงถึงจึงเริ่มตั้งแต่ การซักประวัติการบาดเจ็บของช่องท้อง กลไกการเกิดอุบัติเหตุ การตรวจร่างกาย วัดสัญญาณชีพ Focused Assessment Sonography in Trauma (FAST) และการตรวจพิเศษประกอบ คือ Computed Tomography (CT scan) ความรุนแรงของการบาดเจ็บจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีการบาดเจ็บร่วมหลายระบบ (Multiple Trauma) ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บที่ทรวงอก ช่องท้อง กระดูกหัก เป็นต้น² การรักษาบาดเจ็บที่ตับมีทั้งแบบผ่าตัดและไม่ผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดจาก สัญญาณชีพ (Hemodynamic status) และการมีภาวะช็อคที่จำเป็นต้องได้รับเลือดในปริมาณมาก หลังผ่าตัดต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ Delay hemorrhage และ ภาวะติดเชื้อเป็นหนอง ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้ การรักษาระบบการหายใจ และระบบการไหลเวียนโลหิตที่พบสิ่งผิดปกติต้องรีบแก้ไขและช่วยเหลือโดยเร็ว³ จากสถิติในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ปี 2562 พบอุบัติเหตุจราจรที่มีการบาดเจ็บที่ตับ 31 ราย เสียชีวิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.7⁴ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับ ต้องให้การดูแลอย่างเฉียบพลันและเร่งด่วน พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องวางแผนให้การดูแลที่ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วย ทั้งในระยะวิกฤตและพ้นวิกฤต อันได้แก่ การป้องกันเกิดภาวะช็อครุนแรง โดยการสังเกตอาการทางหน้าท้อง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเลือดอย่างเพียงพอ เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจน มีการเตรียมความพร้อมในการส่งผู้ป่วยเข้าผ่าตัดฉุกเฉิน ภายหลังผ่าตัดมีการดูแลต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาอาการปวด ป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ และแผลผ่าตัด โดยให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยและรอดชีวิต⁵

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 22 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด เรียนจบ ปวช. ปัจจุบันทำงานเป็นลูกจ้างบริษัท
 รับไว้รักษาในโรงพยาบาล วันที่ 28 มกราคม 2563 เวลา 04.31น.
 จำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 เวลา 12.00 น.
 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 13 วัน

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคแรกรับ Blunt abdominal injury with hemodynamic unstable and right lung pneumo-hemothorax

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Blunt abdominal injury with liver injury grad 3

การผ่าตัด

1. Explore lap with perihapatic packing with temporary abdominal closure 28 มกราคม 2563
2. Explore lap with off swab packing 30 มกราคม 2563

อาการสำคัญ

เจ็บท้องและแน่นหน้าอกขวา หายใจเร็วขึ้น ชีต 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่ก้นถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ขาโยโครงขวา และตามลำตัว หายใจเร็ว ไม่สลบ จำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธิร่วมกตัญญูนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

สุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุร้ายแรง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว มีพี่น้อง 3 คน ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 ทำงานรับจ้างที่โรงงานผลิตไก่ ผู้ป่วยมีอุปนิสัยเป็นคนเงียบขรึม มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลทั่วไป รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ รับประทานอาหารธรรมดา ดื่มน้ำสุรานาน ๆ ครั้ง ไม่สูบบุหรี่ และไม่เคยแพ้ยาใด ๆ การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะปกติ พักผ่อนวันละ 6 ชั่วโมง ทุกคนในครอบครัวรักใคร่กลมเกลียวกัน เมื่อมีปัญหาและอุปสรรคต่างๆ จะปรึกษากันเพื่อหาแนวทางแก้ไข ทุกคนในครอบครัวเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ชีต On ET-tube No 8 mark 22 with ventilator อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96 /60 มิลลิเมตรปรอท रिम्ผีปากแห้ง ชีต เปลือกตา เล็บ ค่อนข้างซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น On blanket warmer ไว้ มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ไม่ได้เย็บยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ต่อ Vacuum dressing with suction, On NG tube มี Content

เป็นน้ำและเลือดสดๆปน On ICD ที่ปอดด้านขวา ชนิด 2 ขวดมี Drain เป็นเลือดสด ประมาณ 100 มิลลิลิตร ปัสสาวะทาง Foley's catheter สีเหลืองเข้มออก 300 มิลลิลิตร

ประเมินสภาพจิตและสังคม

กลัวการบาดเจ็บครั้งนี้เพราะมีอาการปวดแผลตลอดเวลา ร่างกายมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตหลายอย่าง กลัวตายและไม่แน่ใจว่าจะกลับไปทำงานตามปกติได้หรือไม่ ครอบครัวขาดรายได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

28 มกราคม 2563 ก่อนผ่าตัด

White blood count 15,200 cells/mm³, Neutrophil 41.8%, Lymphocyte 4.1%, Hematocrit 41.8%, Platelet count 314,200 cells/mm³ , PT 14.9 sec, PTT 29.6 sec INR 1.3, Na 139 mmol /L, K 3.3 mmol /L, Cl 106 mmol /L, CO₂ 20.7 mmol /L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 1.23 mg/dl

29 มกราคม 2563 หลังผ่าตัด

White blood count 14,800 cells/mm³, Neutrophil 83%, Lymphocyte 10.3%, Hematocrit 29%, Platelet count 128,900 cells/mm³ , PT 18.3 sec, PTT 29.8 sec INR 1.6, Na 136 mmol /L, K 4.3 mmol /L, Cl 105 mmol /L, CO₂ 25.7 mmol /L, BUN 20 mg/dl, Creatinine 1.32 mg/dl

CT of whole abdomen (28 มกราคม 2563)

1. Major liver injury, grade III; deep right hepatic laceration with capsule involvement; large right hepatic contusion and intrahapatic hematoma; active bleeding seen as contrast extravasation.
2. Large hemoperitoneum.
3. RLL and RML with lung contusions and pulmonary hemorrhage. Right pneumo-hemothorax

Chest x-ray

6 กุมภาพันธ์ 2563 : Increase right hydro pneumothorax. Lung contusion

8 กุมภาพันธ์ 2563 : Decreased right pneumothorax. Increased right pleural fluid.

R/O RLL infiltration. Normal left lung.

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทยสถานภาพโสด อายุ 22 ปี รับเมื่อวันที่ 28 มกราคม 2563 เวลา 00.45 น. มุลินธินาส่ง 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถจักรยานยนต์ชนกับจักรยานยนต์ กระเด็นไปกระแทกที่ถนน พบรอยถลอกบริเวณหน้าอก ขาโยกรขวา และตามลำตัว หายใจเร็ว ไม่สับสน แต่จำเหตุการณ์ไม่ได้ แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย ผิวกายซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการเจ็บท้องด้านขวา มี Guarding ความดันโลหิต 92/49 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 120 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที

O2 sat 93% On O2 mask with bag 10 LPM Hct 34% เปิด IV 2 เส้น ให้ NSS 1,000 ml iv loading FAST negative, decrease breath sound ใส่ right ICD ได้ลมและเลือด 100 มิลลิลิตร ทำ CT brain with C-spine ผล No ICH No fracture c-spine กลับจาก CT ปวดท้องมากขึ้น กระสับกระส่าย ความดันโลหิต 77/35 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 130 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที O2 sat 94% ให้ NSS 1,000 ml IV loading วัดความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้ง ศัลยแพทย์ R/O Abdominal injury ส่งทำ CT whole abdomen พบ Liver injury gr.3 with large hemoperitoneum ส่งผ่าตัดอย่างรวดเร็วเวลา 04.40 น. ก่อนส่ง E3M6V5 ชีพจร 132 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/54 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 95% เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด DTX180 mg% เจาะlab CBC, BUN, Cr, E'lyte, PT, PTT, INR, Anti HIV On NG tube Foley's cath เตรียม PRC 4 units FFP 4 units อธิบายผู้ป่วยและญาติ แจ้งความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม และมารดาลงนามในใบยินยอมผ่าตัด ส่งห้องผ่าตัดเวลา 04.40 น. GCS E4M6V5

หลังผ่าตัดผู้ป่วย Admit ICU ศัลยกรรมประสาทและอุบัติเหตุ ทำ Explore lap with perihaptic packing with temporary abdominal closure การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Blunt abdominal injury with liver injury grad 3 ระหว่างทำผ่าตัดเสียเลือด 2,300 มิลลิลิตร พบ Hemoperitoneum 2,000 มิลลิลิตร กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว On ET tube with Ventilator setting CMV mode On right subclavian iv NG tube ต่อกับ Gomco Suction ได้ Content มี bleed คล้ายๆ ค้างสาย หน้าท้องมีแผลผ่าตัดแบบ Vacuum dressing ต่อ Suction low pressure ลักษณะ Drain เป็นเลือดสีแดงคล้ำๆ 200 มิลลิลิตร ผูกกายเย็น On blanket warmer อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 142 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2 sat 99 % On Acetar IV 120 มิลลิลิตร/ชั่วโมง DTX=143 mg% Hct stat 25% ให้ PRC 2 units iv FFP 4 units iv free flow ให้ CPM 1 amp IV ก่อนให้เลือด ปัสสาวะทาง F/C สีเหลืองออก >30มิลลิลิตร/ชั่วโมง เวลา 18.00 น. เจาะ Hct 30% ผู้ป่วยปวดแผล พักผ่อนไม่ค่อยได้ ประเมิน Pain score >8 คะแนน ดูแลให้ Morphine 4 mg iv ทุก 4 hr ทุกเวลาปวด พักผ่อนได้

24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด เพื่าระวังการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เริ่ม wean Ventilator อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2sat 98 % ชีพจร 118 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/54 มิลลิเมตรปรอท ICD มี bleed 400 มิลลิลิตร Hct stat 25% ให้ PRC 2 units iv drip ให้ CPM 1 amp iv ก่อนให้เลือด และเพื่าระวังติดตามภาวะ Hypovolemic shock บันทึกปริมาณสารน้ำเข้า-ออก จากร่างกาย ปัสสาวะออกดี แพทย์ Plan off swab เมื่อครบ 48 ชั่วโมง อธิบายอาการและแผนการดูแลรักษาผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะๆ ครบ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Drain จากแผล Vacuum dressing ออก 400 มิลลิลิตร สีแดงคล้ำ Vital sign stable ให้ FFP 4 units iv free flow และ ส่งห้องผ่าตัดเวลา 14.30 น. ทำ Explore lap with off swab packing กลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว Vital sign stable Hct 31% on ICD right chest มีเลือดสีแดงจางออกเล็กน้อย ปวดแผล ประเมิน Pain score 7 คะแนน ให้ยาแก้ปวด MO 4 mg IV prn for pain ทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการผิดปกติหลังได้รับยา อาการปวดทุเลา มีไข้ตลอด 3 วันหลังผ่าตัดแจ้งผู้ป่วยเตรียมความพร้อมเพื่อทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจ ไม่มีภาวะ Tissue พร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O2sat 98 % อาการทั่วไปดีขึ้น

เตรียมย้ายไปตึกศัลยกรรมชาย เวลา 14.00 น. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแพทย์มีแผนการรักษาให้ Bed rest 7 วัน ทำกิจวัตรประจำวันบนเตียงได้เอง ถอดสายสวนปัสสาวะ และสายระบายที่แผลออก แผลผ่าตัดหน้าท้องแห้งดีไม่มี Discharge ซึม ท้องไม่อืดตึง ผายลมและขับถ่ายได้ แต่ยังมีไข้ อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส เฝ้าระวังการติดเชื้อในร่างกาย ส่งตรวจ CBC, LFT, Coagulogram, CXR, U/A ผล WBC 13,310 CELLS/mm3 CXR พบ Increase right hydro-pneumothorax และ Lung contusion ให้ off ceftriazone เปลี่ยนเป็น Augmentin (1gm) 1 tab oral bid ถอดสายระบายทรวงอกและน้ำเกลือออก วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2563 ไม่มีไข้ ตัดไหมแผลหน้าท้องแห้งดี ลูกเดินช่วยเหลือตัวเองได้ แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้มาตรวจตามนัดอีก 2 สัปดาห์ วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และ CXR ก่อนพบแพทย์ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน รวมรักษาในโรงพยาบาล 13 วัน จากการติดตามผลการรักษา แผลผ่าตัดหน้าท้องตัดไหม แห้งดี รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวางแผนการพยาบาลก่อนการผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อคจากการมีเลือดออกภายในช่องท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

- ประวัติชีพจรจากรยานยนต์ชนกับรถจักรยานยนต์ มีรอยถลอกบริเวณหน้าอกและท้อง เจ็บท้องด้านขวา ฟังปอดพบ Decrease breath sound ปอดขวา On ICD ได้ ลมและเลือด
- กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ริมฝีปาก เปื่อกตา และเล็บมือเล็บเท้าซีด capillary refill time > 2 วินาที Hct 25%
- ผล CT whole abdomen พบ
 - Major liver injury grade III deep right hepatic laceration with capsule involvement large right hepatic contusion and intrahapatic hematoma active bleeding seen as contrast extravasation.
 - Large hemoperitoneum.
- ชีพจร 128 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที O2 saturation 93 %

ความดันโลหิต 92/49 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อคจากการมีเลือดออกภายในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมิน

- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation > 95%
- ระดับความรู้สึกตัว รู้เวลา บุคคลและสถานที่ถูกต้อง
- เล็บมือเล็บเท้า เปื่อกตาและริมฝีปากไม่ซีด Capillary refill time < 2 วินาที
- Hct > 30%
- Urine output > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การพยาบาล

1. สังเกตและตรวจวัดความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อุณหภูมิกาย สีผิว เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะช็อก
2. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที เพื่อประเมินความก้าวหน้าของสภาวะช็อก
3. ติดตามเจาะ Hct เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดในร่างกาย
4. เปิด IV 2 เส้น และดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ 0.9% NSS 1,000 ml iv loading
5. เจาะเลือด ส่งตรวจ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT, HIV และจางเลือด เพื่อให้ทดแทนและเตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด
6. ให้ Oxygen mask with bag 10 LPM และ monitor O2 sat keep > 95%
7. เตรียมความพร้อมใส่ ICD ชนิด 2 ขวด สังเกตลมและปริมาณเลือด
8. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น อาการหน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บ อาการกระสับกระส่ายซึ่งบ่งถึงภาวะตกเลือดในช่องท้อง มีเยื่อช่องท้องอักเสบ
9. เตรียมความพร้อมส่งตรวจ CT whole abdomen
10. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ประเมินจำนวนปัสสาวะไม่น้อยกว่า 30 มิลลิเมตร/ชั่วโมง
11. เตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมที่จะใช้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีภาวะหัวใจหยุดเต้น
12. เตรียมความพร้อมผู้ป่วยด้านร่างกายและจิตใจ อธิบายแผนการดูแลรักษาและ ให้ญาติเซ็นใบยินยอมทำการรักษาผ่าตัด ประสานห้องผ่าตัดเพื่อส่งผ่าตัดฉุกเฉิน

การประเมินผล

อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/72 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 94 % กระสับกระส่าย รับรู้เวลา สถานที่และบุคคลอย่างถูกต้อง ริมฝีปากและเปลือกตาสีแดงจัด ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill time 2 วินาที ปัสสาวะออก > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของการบาดเจ็บและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติร้องไห้ฟูมฟาย ถามถึงอาการและขอเข้าดูบุตรตลอดเวลา “กลัวลูกเสียชีวิต”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลและยอมรับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีน้ำตาสลายวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับการผ่าตัด

การพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร เอาใจใส่ต่อการเจ็บป่วย ของผู้ป่วย และความเศร้าโศกของญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ชักถามในเรื่องที่กังวล พบว่ากลัวการผ่าตัด กลัวผู้ป่วยไม่ฟื้น จากนั้นจัดให้ผู้ป่วยและญาติได้พบกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัด อธิบายให้เข้าใจถึงโรคที่เป็น แนวทางการดูแลรักษา การผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
3. ให้ความมั่นใจว่า ทีมผ่าตัดและดมยาสลบ เป็นบุคลากรที่มีความชำนาญอยู่แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าไม่ผ่าตัดหรือผ่าตัดเมื่อเวลาว่างเลยไปกว่านี้จะอันตรายต่อผู้ป่วยได้
4. เมื่อผู้ป่วยและญาติมีท่าทียอมรับการผ่าตัดแล้ว อธิบายพอสังเขปถึงการปฏิบัติตนก่อนและหลังการผ่าตัดให้เข้าใจ
5. ติดตามผลเลือด จองเลือดให้ครบก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมเนื่องจากผู้ป่วยเสียเลือดมาก
6. ตรวจใบเซ็นยินยอมการผ่าตัดให้ครบถ้วนก่อนผ่าตัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสื่อน้ำคลายวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา ยินยอมให้ผ่าตัด

การวางแผนการพยาบาลหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. คลำพบ Subcutaneous emphysema บริเวณหน้าอกสองข้าง
2. มีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่บริเวณหน้าท้อง
3. On ET-Tube with ventilator mode CMV หายใจหอบเหนื่อย RR 26-30 ครั้ง/ นาที
4. ผล Chest X-ray พบ Decrease hemo-pneumothorax Rt.

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย
2. ไม่มีภาวะ Cyanosis
3. สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation > 95%

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่แสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ ประเมินประสิทธิภาพการทงานของปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไอขับเสมหะออก โดยใช้มือประคองแผลหน้าท้องไว้

2. ประเมินสัญญาณชีพและสังเกตการหายใจทุก 1 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
3. Monitor O2 Saturation >95% เพื่อติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวล เมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอ ก่อนทำการดูดเสมหะให้ O2 100% นาน 1 นาที ดูดเสมหะครั้งหนึ่งไม่เกิน 10-15 วินาที และขณะดูดเสมหะ สังเกตอาการของผู้ป่วยว่ามีอาการขาด O2 ได้แก่ กระสับกระส่ายริมฝีปากเขียวคล้ำ ถ้าพบอาการดังกล่าว รีบให้การช่วยเหลือ
5. ดูแลให้ปอดสามารถขยายตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่การจัดท่านอนศีรษะสูง เปลี่ยนท่านอน พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง จัดท่าเพื่อให้เสมหะระบายออกดี ป้องกันการคั่งค้างของเสมหะ และภาวะปอดแฟบ
6. ดูแล ICD ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อระบายเลือดในปอดให้ปอดทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และบันทึก ติดตามลักษณะของแผลและท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที และติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง
7. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย On blanket warmer สังเกตและประเมินการกำซาบเลือดของเนื้อเยื่อ สนิม ความอบอุ่นของปลายมือ ปลายเท้า
8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการใช้ O2 โดยทำกิจกรรมการพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม
9. ตั้งค่าเครื่องช่วยหายใจให้ได้ตรงตามแผนการรักษา คือ Mode CMV TVB=500 ml RR=20/min PF=45 LPM FiO2 0.4 ในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจตรวจสอบให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

อุณหภูมิ 36.9-37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 98 % ไม่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อคหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด Explore lap with perihapatic packing with temporary abdominal closure พบ liver laceration at right lobe 5 cm in depth, large hematoma at right subhepatic space มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง ยาว 20 เซนติเมตร ต่อ Vacuum dressing with low pressure
2. ระหว่างทาผ่าตัดเสียเลือด 2,300 ml ,Hemoperitonium 2,000 ml
3. Hct หลังผ่าตัด 30 %
4. PT 14.9 (10.6-13.0 sec) PTT 29.6 (22.1-28.9 sec)
5. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ไม่มีเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะ Hypovolemic shock จากเลือดออกในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ไม่มี Active bleed จากแผลผ่าตัดและจาก ICD
4. Hct >30%
5. Urine / hr > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การพยาบาล

1. สังเกตอาการของภาวะช็อกได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออกมาก ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง หลังจากนั้นทุก 1 ชั่วโมงจนสัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ
3. บันทึก ติดตามลักษณะของแผลและท่อระบาย สังเกตสี และจำนวนสารระบายที่ออกมา ถ้ายังมีสีแดงสด แสดงว่ายังมีภาวะตกเลือด รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือทันที ติดตาม Hct ทุก 4 ชั่วโมง < 30% รายงานแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetar 1000 ml iv drip 120 ml/hr
5. ให้เลือดตามแผนการรักษาได้แก่ PRC 2 unit iv drip, FPP 4 unit iv drip ตรวจสอบกรู๊ปเลือดให้ถูกต้องและสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น ผื่นคัน
6. ตรวจวัดและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง น้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
7. Record I/O ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
8. แพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถาม

การประเมินผล

รู้สึกตัวดี ชีพจร 120 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-120/90 มิลลิเมตรปรอท ไม่มี Active bleeding จากบาดแผลผ่าตัด และจาก ICD หลังให้เลือดเจาะ Hct 33% ปัสสาวะออกดี

ปัญหาที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดและใส่ท่อระบายทรวงอก มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องขนาดใหญ่มีสายระบายเลือดและใส่ท่อระบายทรวงอก
2. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล Pain score 8-10 คะแนน
3. สีหน้าอิดโรย ไม่สุขสบาย เหงื่อออก

วัตถุประสงค์

ได้รับความสุขสบาย บรรเทาจากการเจ็บปวดและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น
2. Pain score < 5 คะแนน
3. หลับพักผ่อนได้อย่างน้อย 4 ชม. ในเวลากลางคืน
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ทุก 4 ชั่วโมง ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และการหายใจ เพื่อเป็นข้อมูลในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดได้ดี
2. ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาโดยเฉพาะในระยะแรกภายหลังการผ่าตัด คือ Morphine 4 mg iv dilute ทุก 4 ชั่วโมง และติดตามประเมินผลการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ว่าสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้หรือไม่ มีผลข้างเคียงจากยา เช่น กดการหายใจ ง่วงซึม
3. จัดให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ไม่มีการดึงรั้งของสายหรือท่อระบายต่างๆ รวมทั้งให้มีการหย่อนกล้ามเนื้อบริเวณแผลผ่าตัด และช่วยในการเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อมีอาการเมื่อยล้า
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อมีอาการปวดแผลมากหลังผ่าตัด 2-3 วันแรก หลังจากนั้นอาการปวดจะทุเลาลง
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พุดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ถามและระบายความรู้สึกต่างๆรวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จัดกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ให้รับกวนการพักผ่อนของผู้ป่วยน้อยที่สุด

การประเมินผล

สีหน้าผ่อนคลาย สดชื่นขึ้น Pain score 4-5 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้ สัญญาณชีพปกติ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดหน้าท้องและแผลใส่ ICD**ข้อมูลสนับสนุน**

1. มีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าท้องขนาดใหญ่มีสายระบายต่อ และใส่ ICD ปอดขวา
2. มีไข้ 37.8-38.5 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด
3. ผลตรวจ CBC (29 ม.ค. 63) WBC 14,890 Cells/mm³ Neutrophil 83%

วัตถุประสงค์

ไม่มีการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดและแผล ICD ปอดขวา

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ อุณหภูมิ 36.6-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14-16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่มีอาการบวม แดง ปวด ร้อน หรือมี discharge ซีมบริเวณแผลผ่าตัด
3. CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ WBC 5,000-10,000 Cells/mm³ Neutrophil 40-60%

การพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อ สังเกต อาการปวด บวม แดง ร้อนหรือมี Discharge ซีม บริเวณแผลผ่าตัด และแผล ICD ปอดขวา
2. วัดและบันทึกอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง มีไข้ดูแลให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ อุณหภูมิกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา Ceftriazone 2 gm IV OD เช่น ผื่นคัน
4. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC และ CXR

การประเมินผล

ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด 2-3 วันแรก หลังผ่าตัดมีไข้ต่าง ๆ ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70-120/80 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า “ กลับไปอยู่บ้านต้องทำอะไร พักฟื้นนานไหมและจะทำงานได้ไหม ”
2. สี่หน้าครุ่นคิด วิตกกังวล เมื่อถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนเมื่อไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. สี่หน้าคลายวิตกกังวล

การพยาบาล

1. สอนและเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง
2. แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด การทำความสะอาดแผล หรือแนะนำให้ไปทำแผลที่สถานีนามัยใกล้บ้าน การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับผู้ป่วย ได้แก่ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักสด และผลไม้
3. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก จนกระทั่งแผลผ่าตัดหายดี ซึ่งโดยปกติจะเป็นเวลาประมาณ 3 เดือน
4. รับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
5. แนะนำเรื่องการมาพบแพทย์ตามนัด และอธิบายถึงอาการผิดปกติที่ควรสังเกต และรีบมาพบแพทย์ก่อน ได้แก่ มีไข้หนาวสั่น แผลซิม เป็นต้น
6. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อลดอุบัติเหตุทางท้องถนน ได้แก่ การให้ความรู้ในการขับขี่ การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การสวมหมวกกันน็อค การคาดเข็มขัดนิรภัย เมาไม่ขับ ไม่ซ้อนคนมา และการใช้สารเสพติดหรือยาที่มีฤทธิ์กดประสาท เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การบาดเจ็บที่ตับจากแรงกระแทกร่วมกับการบาดเจ็บช่องอก มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต สาเหตุจากอุบัติเหตุจราจร เป็นภาวะวิกฤตที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน การซักประวัติและการตรวจอย่างละเอียด ร่วมกับการตัดสินใจใช้วิธีการที่ตรวจอย่างถูกต้องและเหมาะสมจะนำไปสู่การตัดสินใจในการรักษาที่ดีที่สุด เพราะถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวและภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด อวัยวะต่างๆในร่างกายล้มเหลวจนเสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บจากแรงกระแทกที่ท้อง บางครั้งจะตรวจพบการบาดเจ็บที่ท้องไม่ชัดเจน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการบาดเจ็บที่ท้องอย่างเดียวและมี Stable hemodynamic พยาบาลต้องดูแลโดยเฝ้าติดตามและดูการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะว่าดีขึ้นหรือเลวลง เพราะการบาดเจ็บและมีเลือดออกในช่องท้องระยะแรกจะมีอาการระคายเคืองเยื่อช่องท้องเล็กน้อย และกว่าจะแสดงอาการชัดเจนก็ต่อเมื่อเสียเลือดมากจนช็อค ส่วนผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวซึ่งไม่สามารถแสดงอาการทางหน้าท้องหรือผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ และจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดในส่วนอื่นๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงของ hemodynamic หรือฮีมาโตคริตต่ำ โดยหาสาเหตุไม่ได้ ผู้ป่วยนี้สมควรได้รับการตรวจพิเศษ ได้แก่ Ultrasonography, DLP (diagnostic peritoneal lavage) และ CT scan abdomen และเมื่อหาสาเหตุได้แล้วก็ควรนำไปผ่าตัดทันที

การพยาบาลในระยะวิกฤตจึงเริ่มตั้งแต่การซักประวัติกลไกการบาดเจ็บเพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ การตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ดูแลการหายใจให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และการแก้ไขภาวะช็อค โดยให้ได้รับเลือดและสารน้ำอย่างเพียงพอ จนผู้ป่วยปลอดภัยในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงต้องสื่อสารให้ญาติทราบขั้นตอนและวิธีการให้ความช่วยเหลือคลายความวิตกกังวล หลังผ่าตัดต้องดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ภาวะ Re-bleeding มีการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และ ติดตาม Hct เป็นระยะ การสังเกตและบันทึกปริมาณของสารระบายจากสายต่าง ๆ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อประเมินและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที นอกจากนี้การสังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ เป็นหนองในช่องท้องหรือทรวงอก ไตเสียหายที่ เลือดไม่แข็งตัว (Bleeding diathesis) ระดับของบิลิรูบินในเลือดสูงขึ้นหลังผ่าตัด อันเป็นผลจากก้อนเลือดอุดตันทางเดินน้ำดี หรือมีเลือดไปเลี้ยงตับไม่เพียงพอ (Hepatic Insufficiency) จากภาวะช็อค การสูญเสียเนื้อตับ หรือจากการดูดซึมน้ำดีที่รั่วหรือก้อนเลือดที่ละลาย การติดเชื้อหลังผ่าตัด และมีเลือดออกในท่อน้ำดี (Hemobilia) จะปรากฏในระยะ 1-3 สัปดาห์หลังบาดเจ็บ ถ้ามีเลือดออกในน้ำดี ถือเป็นข้อบ่งชี้ในการทผ่าตัดอีกครั้งหนึ่ง จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การดูแลทางด้านจิตใจ โดยการพูดให้ความสนใจ ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและให้ข้อมูลการดูแลรักษาเป็นระยะๆ จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา พยาบาลเป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องวางแผนให้การดูแลที่ถูกต้องตรงกับปัญหาของผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ มีการตัดสินใจที่รวดเร็วเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปลอดภัย

บทสรุป

การบาดเจ็บที่ตับจะพบได้บ่อยจากแรงกระแทกทางหน้าท้อง เนื่องจากตับเป็นอวัยวะที่ใหญ่อยู่ในช่องท้องค่อนข้างมาทางด้านหน้าจึงมีโอกาสได้รับบาดเจ็บบ่อย แม้ว่าการรักษาการบาดเจ็บที่ตับจะก้าวหน้าไปไกลแล้ว แต่อัตราตายจากการบาดเจ็บชนิดนี้ยังสูงอยู่ และถ้ามีการบาดเจ็บของทรวงอกร่วมด้วย จะทำให้มีลมและเลือดคั่งในปอด ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้น การรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับที่ต้องได้รับการผ่าตัด พิจารณาจากสัญญาณชีพไม่คงที่และมีภาวะช็อค ผู้ป่วยรายนี้แพทย์ทำผ่าตัด Perihepatic packing liver และเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น เลือดในท้องหยุดไหล ก็ผ่าตัดเพื่อเอาผ้า Swab packing ออกภายหลัง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ตับนี้ ประมาณครึ่งหนึ่งจะตายเนื่องจากเลือดออกมาก ควบคุมไม่ได้ระหว่างผ่าตัด อัตราตายทั่วไปประมาณร้อยละ 10-20 ฉะนั้นบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ตับทั้งก่อนและหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก สำหรับพยาบาลซึ่งใกล้ชิดผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้รู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและทันที่ว่าการเพิ่มมาตรการของรัฐบาลอย่างเข้มงวดและจริงจัง ในเรื่องการขับรถเร็ว เมาไม่ขับ ตลอดจนการสวมหมวกนิรภัย เป็นการสร้างวินัยให้กับผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทำให้ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บและเป็นการลดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจ สังคม ลดอัตราตายและความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. Nasim Ahmed, Jerome JV. Management of liver trauma in adults: J Emergency Trauma Shock. Jan-Mar; 2011; 4(1): 114-119.
2. Ahmad W, Polk HC, Jr. Blunt abdominal trauma : A prospective study with selective peritoneal lavage. Arch Surg; 1976: 111-489.
3. อำนาจ กาศสกุล และคณะ. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การบาดเจ็บของผู้ป่วยผู้ใหญ่ในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล; 2554; 26(4): 30-42.
4. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562.
5. สุจิตรา ลีมนานวยลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต Critical care nursing. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2551.
6. รัชณี เบญจธำ, พิมพ์จิตร กัญจนสินธุ์, ปราณี ทองใส และสุมิตรา สินธุ์ศิริมานะ. การพยาบาล ศัลยศาสตร์วิกฤต: Critical nursing care essentials surgical patient. กรุงเทพฯ: บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2558.

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกร่วมกับ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ธารกมล อนุสิทธิ์ศุภการ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก (Deep neck infections) ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) ถือว่าเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตเนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของทางเดินหายใจอุดกั้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นและส่งผลให้เกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิตได้

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 6 มีนาคม 2562 โดยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการปวด บวม บริเวณคางทั้ง 2 ข้าง อ้าปากได้น้อย มีไข้ เป็นมา 4 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีโรคประจำตัวเบาหวาน วินิจฉัยมีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ผล CT neck พบ fluid collection right parapharyngeal space with extend to right masticator space และมีการอักเสบจนมีแรงดันทำให้ช่องคอบริเวณ Oropharynx และ Hypopharynx แคลง พยาบาลให้การดูแลเพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด เตรียมตัวเพื่อทำผ่าตัดระบายหนอง หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ เฝ้าระวังสัญญาณชีพในภาวะวิกฤต ให้ยาปฏิชีวนะตามเวลาอย่างเคร่งครัด คือ Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ผลการเพาะเชื้อจากแผลพบเชื้อ Klebsiella Pneumoniae ผลเอกซเรย์ปอดพบมี Right lung infiltration ผลเสมหะเพาะเชื้อ พบ Pseudomonas Aeruginosa พบภาวะแทรกซ้อนเลือดออกในทางเดินอาหาร ดูแลให้เลือด ทำ NG lavage ให้ยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร จนไม่พบว่า มีเลือดออกซ้ำ ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ 3 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ แผลบริเวณคาง ด้านขวาและภายในช่องปากมีหนองออกน้อยลง แก้มด้านซ้ายยุบลง ได้รับการดูแลบาดแผลและบำบัด ความเจ็บปวด ไม่พบมีการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผลในระหว่างการดูแลรักษา จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 23 มีนาคม 2562 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูและเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ต้องมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยขณะใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น จากการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีเลือดออกในทางเดินอาหาร และเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอน จะทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

คำสำคัญ : การพยาบาล, ติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก, ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract : Nursing care for deep neck infections patients with septicemia

The deep neck infections patients with septicemia were considered as critical patients because the patients will have the symptoms with airway obstruction. If the patients were not treated immediately, disease severity will be increased, leading to danger to life.

The male patient, 51 year olds, was sent from a community hospital to admit at King Narai Hospital on 6 March 2019. The patient has symptoms of pain and swollen on both sides of the chin, a little opening the mouth and fever for 4 days before admission. The patient had a congenital disease with diabetes. Doctor diagnosed that the patient had a deep neck infection. From the CT neck results, the fluid collection right parapharyngeal space extended to right masticator space was found. In addition, the pressure from inflammation of throat resulted in narrowing down of the oropharynx and hypopharynx space. Nurses took care of fixing the hypoxia and septicemia, following the blood sugar levels, and preparation for pus drainage surgery. After surgery, the patient was inserted the trachea tube into a ventilator and observed vital signs in a crisis. The patient received antibiotics, Tazocin 4.5 gm, by Intravenous every 6 hours. From wound culture, Klebsiella Pneumoniae was observed. From chest x-ray results, right lung infiltration was found. It was found Pseudomonas Aeruginosa in phlegm culture results. The complication with gastrointestinal bleeding was observed. The patient was receiving blood transfusions, NG lavage and antacids until no repeated bleeding and normal blood sugar levels. After surgery for 3 days, the patient was removed the ventilator. The wound at right chin and buccal cavity had less pus. The swollen of right cheek was reduced. The patient was receiving wound care and pain treatment. Recurrent infection during wound care was not found. The patient was discharged on 23 March 2019 (total of hospital admission for 17 days).

Nurses have the important role for nursing care of the admission patient with beginning, in critical period, recovery period and discharging. Nurses must have expertise in nursing care the patient during insertion of the trachea tube, using a ventilator, drug administration with high risk, prevention of complications such as respiratory infection and gastrointestinal bleeding. Nurses are important people who prepare the readiness of patients and family. The good discharging planning resulted in the problem of patient was fixed. Thus the patient is cured from the disease and not return treatment.

Keywords: Nursing, Deep neck infections patients, Septicemia

บทนำ

ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญในกระบวนการดูแลอย่างมาก การดำเนินของโรคในระยะแรกมักเป็นไปตามกระบวนการอักเสบ คือ ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ ปวด บวมแดง ร้อนบริเวณคาง ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้การดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้น การอักเสบจะลุกลามไปอวัยวะใกล้เคียงที่พบได้มากคือ ลุกลามจากรากฟันไปบริเวณใบหน้า แก้ม คาง และลำคอ จนเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งถือไว้เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้¹ การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องให้ความสำคัญตั้งแต่การให้ความรู้เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลอนามัยในช่องปาก เช่น การตรวจสุขภาพฟัน การขูดหินปูนปีละ 1 ครั้ง การรักษาเมื่อมีอาการปวดฟันหรือฟันผุ เป็นต้น ในกรณีที่มีการติดเชื้อในช่องปากและไม่ได้รับการดูแล การติดเชื้อจะลุกลามจนมีการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก จากสถิติของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปีงบประมาณ 2560-2562 พบจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก จำนวน 6 ราย, 4 ราย และ 5 รายตามลำดับ ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต²

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีบทบาทตั้งแต่การประเมินแรกรับที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักจะมาด้วยอาการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการบาดเจ็บ (Trauma) และการอักเสบ (Inflammation) โดยอาจพบได้บริเวณฟัน รากฟัน เหงือก พยาบาลต้องซักประวัติถึงสาเหตุของโรคอย่างละเอียด รวมถึงการตรวจร่างกาย การประเมินสัญญาณชีพ ในกรณีที่มีการลุกลามของโรคมมากขึ้น พยาบาลต้องประเมินภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ดูแลให้ออกซิเจนที่เพียงพอ การจัดทำทางอย่างเหมาะสม การประเมินภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ตลอดจนดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการระบายหนองออกทันที³ ภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญมาก คือ การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งภาวะนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โดยประเมิน Search out severity score (SOS score) ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง เฝ้าระวังภาวะอวัยวะภายในล้มเหลวอย่างใกล้ชิด⁴ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีภาวะพร่องออกซิเจน การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงมีความสำคัญ⁵ เนื่องจากต้องใช้ความรู้และทักษะอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างเคร่งครัดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภายหลังจากผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะวิกฤตและเข้าสู่ภาวะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลต้องให้การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายการป้องกันการติดเชื้อทางบาดแผล การรักษาสุขอนามัยในช่องปาก การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นที่บ้าน เช่น การติดเชื้อทางบาดแผล การกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล⁶ จากบทบาทของพยาบาลดังที่กล่าวมาแล้ว การดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ถือว่าสำคัญมากที่จะช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึกร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด รอดพ้นจากภาวะวิกฤตและกลับบ้านได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรณีศึกษา**ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ระดับการศึกษา
มัธยมศึกษาปีที่ 6 ประกอบอาชีพ รับจ้าง สหิบัติร์ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภูมิลำเนา อำเภอสระโบสถ์ จังหวัดลพบุรี

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 6 มีนาคม 2562 เวลา 09.45 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล วันที่ 23 มีนาคม 2562 เวลา 14.00 น.

การวินิจฉัยแรกเริ่ม Deep neck infection

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Right parapharyngeal abscess with septicemia

อาการสำคัญ

รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการปวด บวมบริเวณใต้คางขวาไปถึงขมับ หายใจไม่สะดวก
มีไข้ก่อนมา 2 วัน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยฟันผุ ไปถอนฟันกรามล่างด้านขวาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ประจำตำบล 4 วันก่อนมา ผู้ป่วยปวดกรามด้านขวาร้าวไปหู บวมบริเวณใต้คางขวาจนถึงขมับ หายใจ
ไม่สะดวก มีไข้ จึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน และได้รับการส่งตัวมาเพื่อรักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคเบาหวานนาน 5 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคภัยใด ๆ

ประวัติส่วนตัว ครอบครัว และเศรษฐกิจ

ผู้ป่วยสมรสแล้ว มีบุตร 2 คน ผู้ป่วยและภรรยาทำอาชีพรับจ้างทำไร่ข้าวโพด บุตรชายทั้ง 2 คน มีอาชีพ
เป็นช่างซ่อมรถยนต์ อยู่บ้านร่วมกันเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้ป่วยมีรายได้วันละ 300 บาท มีหนี้สินบ้างแต่ไม่มาก

ประวัติการแพ้ยา และสิ่งเสพติด

ผู้ป่วยไม่มีประวัติการแพ้ยาและอาหาร เคยดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกไปนานประมาณ 5 ปีแล้ว

การประเมินสภาพตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 51 ปี รูปร่างสูงใหญ่ ผิวคล้ำ ผมสั้นสีดำ ทำทางอ่อนเพลีย

กระสับกระส่ายเล็กน้อย หายใจเสียงดัง ใบหน้าบวม แก้มบวม คางและลำคอบวม ข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย

ศีรษะ : เส้นผมสีดำ หนังศีรษะไม่มีบาดแผล ศีรษะมีขนาดและรูปร่างปกติ

ใบหน้า : ใบหน้าบวมตั้งแต่บริเวณแก้มลงมา แก้มขวาบวมตึง กดเจ็บมาก

ลำคอ : คางบวมมาก บวมลงมาถึงลำคอ คอข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย สีผิวบริเวณคางแดง
กดเจ็บมากตลอดแนว ไม่มีบาดแผลเปิด

ช่องปาก : อ้าปากได้น้อยมาก มีหนองไหลออกจากบริเวณฟันกรามล่างขวา Severs bulging
บริเวณ Lateral pharyngeal wall, Moderate tention (ขากรรไกรแข็ง) เริ่มมี Lock jaw gag reflex
และ swallow reflex น้อยลง พูดได้น้อย

ผิวหนัง : ผิวสีคล้ำ เหงื่อออก ตัวค่อนข้างเย็น ไม่มีบาดแผล ปลายมือปลายเท้าเย็น Capillary refill 3 วินาที
 ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเท่ากัน หายใจเร็ว เสียงดัง เสียงลมเข้าปอด 2 ข้างเท่ากัน ไม่พบ Crepitation ไม่มี Wheezing

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 116-120 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความดันโลหิต 128/76 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบ S₁, S₂ หรือ murmur เส้นเลือดที่คอไม่โป่งตึง

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่พบสิ่งคัดหลั่ง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ มีปัสสาวะสีเหลืองเข้มในถุง 150 ซีซี

การประเมินสภาพจิตใจ

ด้านสติปัญญาและการรับรู้ : การรับรู้ ประสาทการได้กลิ่น การมองเห็น การได้กลิ่น การรับสัมผัส ปกติทั้งหมด ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยกระสับกระส่ายเล็กน้อย บางครั้งมีอาการซึม

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง : ก่อนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง สามารถทำมาหากินได้ การเจ็บป่วยครั้งนี้รู้สึกว่าคุณภาพอ่อนแอ เพราะคางบวมมากขึ้น มีไข้สูง และหายใจลำบาก

ด้านสังคมและสัมพันธภาพ : ผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้นำครอบครัว ดูแลครอบครัว เป็นคนมีอัธยาศัยดี คนในครอบครัวรักใคร่กันดี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน ในขณะนอนโรงพยาบาลภรรยาเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด บุตรชายทั้ง 2 คน สลับกันมาเยี่ยม

ด้านการเผชิญความเครียด : เวลาเครียดมักจะปรึกษากับภรรยาและบุตร ในขณะเจ็บป่วยก็เช่นเดียวกัน ภรรยาคอยปลอบใจเมื่อเครียดจากอาการป่วยของตนเอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

6 มีนาคม 2562

ผลการตรวจ Complete blood count ผล White blood count 17,020 cells/mm³, Neutrophil 86.7%, Lymphocyte 2.9%, Monocytes 6%, Hematocrit 35%, Platelet count 337,000 cells/mm³, PT 13 sec, PTT 31 sec

Electrolyte ผล Na 139 mmol /L, K 3.65 mmol /L, Cl 96.8 mmol /L, CO₂ 23 mmol /L

BUN 17 mg/dl, Creatinine 0.83 mg/dl

ผลการตรวจพิเศษ

Fiberoptic laryngoscope (FOL)

6 มีนาคม 2562 : ผล normal

14 มีนาคม 2562 : ผล mild swelling of right internal pharyngeal

CT neck

6 มีนาคม 2562 : ผล fluid collection at right parapharyngeal space (7.3 x 5.4 x 6.4 cm) with extended to right masticator space (1.3 x 5.8 x 5.9 cm) Abscess at right temporal region with pressure effect to cause narrowing of oropharynx and hypopharynx

Chest film

6 มีนาคม 2562 : ผล no cardismegaty, no infiltration, no pleural congesion

7 มีนาคม 2562 : ผล no secretion sound, Proper position of ET. Tube, right lung infiltration, mormal heart size

9 มีนาคม 2562 : ผล cardiomegaly, stable right lung infiltration, increase left lung infiltration

13 มีนาคม 2562 : decrease both lung infiltration

Pus culture 6 มีนาคม 2562 : ผล klebsielle pneumoniae

Sputum culture 8 มีนาคม 2562 : ผล Pseudomonas aeruginosa

Hemo culture 6 มีนาคม 2562 : ผล no growth

EKG 6 มีนาคม 2562 : ผล normal sinus rhythm

สรุปการรักษาขณะนอนโรงพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช วันที่ 6 มีนาคม 2562 โดยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการปวดบวมบริเวณคางทั้ง 2 ข้าง ข้างขวาบวมมากกว่าข้างซ้าย อ้าปากได้น้อย มีไข้ เป็นมา 4 วัน ผู้ป่วยมีประวัติฟันกรามล่างขวา ได้รับการถอนฟันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเป็นโรคเบาหวาน รับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน แรกได้รับผู้ป่วยคางบวมร่วมกับคอ บวมแดง อ้าปากได้น้อย กลืนน้ำลายไม่ได้ มีไข้ สัญญาณชีพผิดปกติ 38.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 116-120 ครั้ง/นาที หายใจ 24-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/72-118/94 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 98-99% วินิจฉัยแรกรับ คือ Deep neck infection ผล CT neck พบ Fluid collection right parapharyngeal space with extend to right masticator space และมีการอักเสบจนมีแรงดัน (Pressure effect) ทำให้ช่องคอบริเวณ Oropharynx และ Hypopharynx แคบลง ในระยะแรกรับผู้ป่วย เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจตีบแคบ ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้รับการ ดูแลเพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน และแก้ไขภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ผู้ป่วยได้รับการเตรียมตัวเพื่อทำ ผ่าตัดระบายหนอง บริเวณ Right parapharyngeal space ได้หนอง 50 ml และระบายหนองภายในช่อง ปาก ได้หนอง 20 ml (มีการสำลักหนองเข้าหลอดลมในขณะดมยาสลบ) หลังออกจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยใส่ท่อ หลอดลมต่อเครื่องช่วยหายใจ Bird's respirator ไว้ ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้น และมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ได้เฝ้าระวังสัญญาณชีพในภาวะวิกฤตทุก 15 นาที-1 ชั่วโมง บันทึก จำนวนปัสสาวะ ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามเวลาอย่างเคร่งครัด คือ Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง Gentamycin 240 mg iv drip OD และ IV fluid resuscitation ผลการเพาะเชื้อจากแผลพบเชื้อ Klebsiella pneumoniae ดูแลติดตามภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากการสูดสำลัก โดยติดตาม จากสัญญาณชีพ ผลเอกซเรย์ปอดพบมี Right lung infiltration ผลเสมหะเพาะเชื้อ พบ Pseudomonas Aeruginosa เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 hr, DTX อยู่ระหว่าง 168-320 mg% บริหารยา Insulin ให้ตาม Scale ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดต่ำ และน้ำตาลในเลือดสูง

วันที่ 9 มีนาคม 2562 พบภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร Hct 27.29% ดูแลให้เลือด ทำ NG lavage, NPO ให้ Pantoprazole iv drip จนไม่พบว่ามีเลือดออกซ้ำ Hct 31-33% ภายหลังจากการติดเชื้อบริเวณคางและลำคอลดลง การติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง ไช้ลดลง สัญญาณชีพอื่นเข้าสู่ภาวะใกล้เคียงปกติ ดูแลผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจตามแนวทาง Weaning protocol จนสามารถหยาเครื่องช่วยหายใจได้ และนำท่อหลอดลมคอออกได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2562 ผลบริเวณคางด้านขวาและภายในช่องปากมีหนอง ออกน้อยลง แก้มด้านขวายุบบวมลงมาก ได้รับการดูแลบาดแผลและบำบัดความเจ็บปวดด้วยยา MO 3 mg iv prn ทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบว่ามีอาการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผลในระหว่างการดูแลรักษา ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล ได้ให้การดูแลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และแนวทางการดูแลรักษาให้ทราบเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายเพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยในการดูแลตนเองต่อเองที่บ้าน โดยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยรักษาสุขอนามัยในช่องปากไม่ให้เกิดฟันผุ และการควบคุมภาวะเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคประจำตัว เน้นเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกาย รวมถึงการดูแลบาดแผลบริเวณคางด้านขวา การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างครบถ้วน และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกลับบ้าน แพทย์จึงจำหน่ายในวันที่ 23 มีนาคม 2562 รวมระยะเวลา รักษาตัวในโรงพยาบาล รวม 17 วัน จากการติดตามผลการรักษา ผลบริเวณคางแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า หายใจไม่สะดวก ต้องสูดหายใจแรง ๆ
2. ผู้ป่วยมีภาวะ Deep neck infection ใบหน้าบวม แก้มบวม และลำคอบวมทั้ง 2 ข้าง อ้าปากได้น้อยมาก เริ่มมีขากรรไกรแข็ง (Moderate trismus) และ Lock jaw
3. ตรวจร่างกาย คลำพบ Mass at submandibular area ขนาด 10x10 cm คลำอ่อน กดเจ็บ
4. ผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย หายใจเร็วและแรง เหงื่อออก ตัวค่อนข้างเย็น
5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38-38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 106-118 ครั้ง/นาที หายใจ 24-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/72-118/94 มิลลิเมตรปรอท
6. O₂ saturation 95-99% ไม่มี Peripheral cyanosis
7. Capillary filling time 3 วินาที
8. ผล CT neck (6 มีนาคม 2562) ผล fluid collection right parapharyngeal space (7.3x5.4x6.4 cm) with extend to right masticator space (1.3 x 5.8x5.9 cm) Abscess at right temporal region pressure effect to cause narrowing of oropharynx and hypopharynx.

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีกระสับกระส่าย หรือสับสน
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 10-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. O₂ saturation 95-100%
4. Capillary filling time < 2 วินาที
5. ไม่มีภาวะ cyanosis

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย การหายใจเร็ว และเสียงหายใจดัง
2. ประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ Saturation ทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพจะคงที่
3. จัดท่า High fowler's position ให้ปอด 2 ข้าง ขยายตัวได้เต็มที่
4. ให้ O₂ mask with bag 10 lit/min ตลอดเวลา
5. ประเมินภาวะ Peripheral และ Central cyanosis โดยประเมินจากปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียว
6. ประเมิน Capillary filling time ทุก 2 ชั่วโมง
7. ดูแลผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด Incision and drainage (Emergency) ดังนี้
 - 7.1 ตรวจสอบความสะอาดบริเวณใบหน้าลงมาถึงลำคอทั้ง 2 ข้าง
 - 7.2 ให้ NPO ตั้งแต่รับใหม่
 - 7.3 ควบคุมให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9% NSS 1000 ml iv 12 ml/hr
 - 7.4 ประสานทีมห้องผ่าตัดและวิสัญญีเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างละเอียด
 - 7.5 ติดตามผล CBC, BUN, Cr, electrolyte, BS, Anti HIV ให้ได้ก่อนเข้าห้องผ่าตัด
 - 7.6 ประเมินสัญญาณชีพ O₂ Saturation และเจาะ DTX ก่อนเข้า OR
 - 7.7 อธิบายให้ผู้ป่วยและภรรยาเข้าใจแผนการดูแล ความจำเป็นของการผ่าตัดอย่างละเอียด
 - 7.8 เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลอย่างเพียงพอ และให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมผ่าตัด ภรรยาลงนามเป็นพยาน
- 7.9 ตรวจสอบความพร้อมของเวชระเบียนต่าง ๆ ให้ครบถ้วน
- 7.10 ในระหว่างไปห้องผ่าตัด ดูแลให้ O₂ mask with bag ตลอดทาง พยาบาลนำผู้ป่วยไปส่งอย่างปลอดภัย

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระสับกระส่ายเล็กน้อย ไม่ซึม ยังมีเสียงหายใจดัง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 102-118 ครั้ง/นาที หายใจ 26-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/97 มิลลิเมตรปรอท O₂ Saturation 96-99% Capillary filling time 2-2.5 วินาที ผู้ป่วยเริ่มมีภาวะ peripheral cyanosis คือเขียวบริเวณปลายมือทั้งสองข้าง ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะทางเดินหายใจอุดตัน โดยผ่าตัดทำ Incision and Drainage ในห้องผ่าตัดในเวลา 14.00 น.-15.00 น.

ปัญหาที่ 2 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มคอชั้นลึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติว่า ภายหลังถอนฟันแล้วคางข้างขวาบวมขึ้น ปวด มีไข้มาตลอด ต่อมาคางบวมปวดมากขึ้นเรื่อย ๆ จนอ้าปากได้น้อย กลืนน้ำลายไม่ได้
2. ตรวจร่างกาย คลำพบ Mass at submandibular area ขนาด 10x10 cm คลำอุ่น กดเจ็บมาก
3. ผล CT neck (6 มีนาคม 2562) ผล fluid collection right parapharyngeal space (7.3x5.4x6.4 cm) with extend to right masticator space (1.3x5.8x5.9 cm) Abscess at right temporal region pressure effect to cause narrowing of oropharynx and hypopharynx.
4. ผู้ป่วยรู้สึกตัว กระสับกระส่าย หายใจเร็วและแรง เหงื่อออก ตัวเย็น
5. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38-38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 106-118 ครั้ง/นาที หายใจ 24-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 96/72-118/94 มิลลิเมตรปรอท
6. SOS Score 4 คะแนน
7. Urine output 100 ml (ทาง Foley's cath)

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดลดลงจนไม่มีการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่ซึมหรือสับสน
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 10-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. SOS Score มากกว่า 4 คะแนน
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง
2. ประเมินสัญญาณชีพ และ O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง
3. Resuscitate volume โดยควบคุมให้ 0.9% NSS 1000 ml iv 120 ml/hr เปิดเส้นด้วย IV catheter ขนาดเบอร์ 18 ตรวจสอบไม่ให้เกิดการรั่วซึมของสารน้ำ และควบคุมจำนวนหยด โดยใช้ Infusion pump

4. ประเมินภาวะน้ำเกิน (เนื่องจากผู้ป่วยมีปัสสาวะออกน้อย) โดยการฟัง Breath sound ทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และเสมหะเหลวเป็นฟองสีชมพู
5. ส่งตรวจ Hemoculture 2 ชุด โดยเจาะส่งตรวจอย่างถูกต้องตามมาตรฐาน ระวังการปนเปื้อนในระหว่างเจาะ
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Gentamycin 240 mg iv drip OD บริหารยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา ประเมินผลข้างเคียงห้องยา เช่น ผื่นขึ้น ตัวแดง ไม่พบภาวะดังกล่าว ประเมินค่า BUN, Cr, GFR ก่อนให้ Gentamycin ระวังภาวะ nephrotoxic
7. ประเมิน SOS Score ทุก 8 ชั่วโมง
8. บันทึกน้ำเข้า-ปัสสาวะออก ทุก 1 ชั่วโมง หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง วางแผนรายงานแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ในระยะแรกผู้ป่วยค่อนข้างซึม ต่อมาระดับความรู้สึกตัวค่อย ๆ ดีขึ้น ไม่กระสับกระส่าย ในระยะก่อนเข้าห้องผ่าตัด ทำ Incision and Drainage พบปัญหาเรื่อง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว ในระยะหลังผ่าตัดความดันโลหิตยังต่ำในระยะ 1-2 วันแรก ต่อมาจึงมีค่าอยู่ในระดับปกติ 106/72-127/96 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96-102 ครั้ง/นาที หายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกดีขึ้น ชั่วโมงละ 30-40 ซีซี รวม 900-1,200 ซีซี/24 ชั่วโมง น้ำเข้า 3,200 ซีซี/24 ชั่วโมง SOS score มากขึ้น มากกว่า 4 คะแนน ตามลำดับ

ปัญหาที่ 3 มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากการสูดสำลักขณะดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะ Deep neck infection เข้ารับการรักษาด้วยอาการคางข้างขวาบวมมาก อ้าปากไม่ได้
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดทำ Incision and drainage (6 มี.ค.62) หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัว ไม่กระสับกระส่าย O2 saturation 96-98% on ET tube with bird's ventilator ไม่เหนื่อย หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง เสมหะสีขุ่น
3. สัญญาณชีพ ชีพจร 38-38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 106-112 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที (หายใจตามเครื่อง) ความดันโลหิต 117/62-128/76 มิลลิเมตรปรอท
4. Chest film (7 มีนาคม 2562) ผล proper position of ET tube, right lung infiltration
5. Sputum culture (8 มีนาคม 2562) ผล Pseudomonas aeruginosa
6. CBC (8 มีนาคม 2562) WBC 15,290 cell Neutrophil 81.2%

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
2. การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างลดลงจนไม่มีการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ Cyanosis สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 10-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 95-100%

1. Chest film ภาวะ infiltration ลดลงจนไม่พบ
2. Sputum culture no growth
3. CBC ค่า WBC 5,000-10,000 cell, Neutrophil 55-75%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะกระสับกระส่าย ซึม
2. ประเมินสัญญาณชีพ รวมถึง On saturation ทุก 1 ชั่วโมง เมื่อคงที่จึงประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจาก VAP ดังนี้
 - 3.1 ปฏิบัติตามแนวทาง VAP bundle
 - 3.2 ล้างมืออย่างถูกต้อง ตามหลัก 5 Moment
 - 3.3 ป้องกันการสำลักโดยจัดศีรษะสูงในขณะ Feeding
 - 3.4 วัด Cuff pressure เวิร์ด 1 ครั้ง ให้อยู่ระหว่าง 25-30 mmH₂O
 - 3.5 Mouth care ทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อมีหนองหรือเลือดจาก ๆ ซึม
 - 3.6 ฟัง Breath sound ทุก 8 ชั่วโมง
 - 3.7 ประเมินลักษณะของเสมหะ (สี กลิ่น) ทุกวัน
4. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะอย่างเคร่งครัด โดยให้ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง

ประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตลอด ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ Cyanosis ระดับไข้ลดลง อุณหภูมิ 37-37.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 96-102 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/70-128/62 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 96-100% ในขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ Chest film (9 มีนาคม 2562) ผล Stable right lung infiltration, increase left lung in filtration และต่อมาในวันที่ 13 มีนาคม 2562 ผล Chest film ผล decrease both lung infiltration ผล CBC (16 มีนาคม 2562) WBC = 7,150 cell, Neutrophil 66.7%

ปัญหาที่ 4 มีภาวะช็อคจากเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีภาวะ Deep neck infection ได้รับการผ่าตัด Incision incisional and drainage abscess ภายหลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จึง On Bird's respirator ให้เป็นระยะเวลา 3 วัน ในระหว่างนั้นมีภาวะ Stress ulcer พบ NG content เป็น coffee ground 250 ml

2. สัญญาณชีพ ชีพจร 102-126 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที (หายใจตามเครื่อง) ความดันโลหิต 116/77-127/86 มิลลิเมตรปรอท

3. Capillary filling time 3 Sec.

4. Hct (9 มีนาคม 2562) Hct 27-29%

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อค ไม่มีเลือดออกเพิ่มในทางเดินอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออกจากอวัยวะต่าง ๆ ไม่พบ Coffee ground
2. ผล CBC Hb 12-16 g/dl , Hct 30-35%

กิจกรรมการพยาบาล

1. NPO ไว้ก่อน ลดภาวะ GI movement
2. NG lavage ด้วย NSS 1,000 ml จนใส
3. ประเมิน NG content เป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินเลือดที่ออกในระบบทางเดินอาหาร
4. ให้ Pantoprazole 4 mg iv stat then 80 mg in NSS 100 ml drip iv ud/min ตามเวลา ใช้เครื่อง infusion pump ควบคุมปริมาณยา
5. ให้ PRC 2 unit iv drip in 3 ชั่วโมง ปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือด สังเกตปฏิกิริยาจากการให้เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น ผื่นขึ้น ไม่พบภาวะดังกล่าว
6. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง ในขณะที่ให้เลือด
7. ประเมิน Hct ทุก 6 ชั่วโมง

ประเมินผล

ไม่มีเลือดออกเพิ่มภายหลังไม่มี Coffee ground จึงเริ่ม feeding ได้ ในวันที่ 10 มีนาคม 2562 ผล Hct 32% (วันที่ 10 มีนาคม 2562)

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลบริเวณคาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะ Deep neck infection ได้รับการผ่าตัด Transverse incisional and drainage at right submandibular (pus 50 ml) และได้ Drain หนองทาง Intraoral (pus 20 cc) ผู้ป่วยมีบาดแผลบริเวณคางข้างขวา ยาว 6 เซนติเมตร ใส่ Penrose drain ไว้ 1 เส้น
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย บ่นปวดคาง ปวดแผล
3. สัญญาณชีพ ชีพจร 94-108 ครั้ง/นาที, หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 102/76-126/68 มิลลิเมตรปรอท
4. Pain score 8 คะแนน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 10-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. Pain score น้อยกว่า 8 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของความปวด ว่าเกิดจากกระบวนการอักเสบและจากภาวะเนื้อเยื่อบาดเจ็บภายหลังผ่าตัด รวมทั้งอธิบายวิธีการบำบัดความปวดให้ผู้ป่วยเข้าใจ
2. ทำแผลตามมาตรฐานเพื่อลดการติดเชื้อ ความปวดจะลดลง
3. ให้อาแก้ปวด MO 3 mg iv q 4 hr ประเมิน Sedation score หลังให้ยา รวมทั้งประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ผื่นคันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว
4. ประเมิน Pain score ทุก 8 ชั่วโมง

ประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่า ในระยะแรกยังปวดแผลมาก โดยเฉพาะบริเวณคาง ต่อมาอาการปวดน้อยลง สัญญาณชีพปกติ ชีพจร 82-96 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/72-128/70 มิลลิเมตรปรอท Pain score 3-4 คะแนน

ปัญหาที่ 6 อาจเกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผล**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยมีภาวะ Deep neck infection ได้รับการทำผ่าตัด Transverse incisional and drainage at right submandibular (pas=50 ml) with 2 penrose drain วันที่ 6 มีนาคม 2562
2. ในระยะหลังผ่าตัดมีหนองซึมทาง Penrose drain บ้าง มีกลิ่นเหม็น
3. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 38-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 92-106 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/76-130/78 มิลลิเมตรปรอท
4. ผล pus culture ผล klebsiella pneumoniae (6 มีนาคม 2562)
5. ผล CBC ค่า WBC 15,290 cell/ul, Neutrophil 81.2% (8 มีนาคม 2562)

วัตถุประสงค์

ไม่มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผล

เกณฑ์ประเมินผล

1. แผลบริเวณคางขวยุบบวมลง หนองซึมทาง Penrose drain ลดลงจนไม่มีหนอง
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ผล Discharge culture ไม่พบเชื้อ
4. CBC ปกติ ค่า WBC 5,000-10,000 cell/cl, Neutrophil 55-75%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่อง Hand hygiene
2. ทำแผลด้วยวิธี Aseptic technique ทำแผลวันละ 2 ครั้ง และเมื่อมี Discharge ซึมจนถึงวันที่ 12 มีนาคม 2562 เริ่ม Short drain วันละ 1 ครั้ง เนื่องจากมีหนองซึมน้อยลง
3. ประเมินลักษณะของบาดแผล สี กลิ่น ของ Discharge ที่ออกมา
4. ในระยะที่ผู้ป่วยใส่ ET tube ต่อ Bird's respirator ดูแล Mouth care ให้ผู้ป่วยทุก 8 ชั่วโมง และเมื่อมีหนองซึม ภายหลังจาก ET tube แนะนำบ้วนปากบ่อย ๆ เตรียม 4% Chlorhexidine ให้บ้วนปาก
5. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามเวลา โดยให้ Clindamycin 600 mg iv ทุก 6 ชั่วโมง และ Gentamycin 240 mg iv OD จนถึงวันที่ 11 มีนาคม จึงเปลี่ยนให้ Tazocin 4.5 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง ประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบภาวะดังกล่าว
7. ติดตามผลการตรวจ CBC ประเมินค่า WBC และ Neutrophil

ประเมินผล

- ไม่มีการติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผล Penrose drain หลุดหมดในวันที่ 19 มีนาคม 2562 หนองทางบาดแผลน้อยลง คางยุบลง หนองทางปากออกน้อยลง
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 82-106 ครั้ง/นาที หายใจ 18-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 112/76-126/82 มิลลิเมตรปรอท
 3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อซ้ำซ้อน จึงไม่ได้ส่ง Culture ซ้ำ
 4. ผล CBC (16 มีนาคม 2562) WBC 7,150 cell/ul, Neutrophil 66.7%

ปัญหาที่ 7 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวาน (น้ำตาลในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดต่ำ)**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หรือเท้า ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 160-190 mg%
2. ในระยะก่อนเข้า OR ตรวจพบ DTX 289-320 mg% ในระยะหลังกลับจาก OR ในช่วง 2 วันแรกหลังผ่าตัด DTX อยู่ระหว่าง 172-220 mg%
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ในระยะหลังผ่าตัด ไม่กระสับกระส่าย ไม่ซึม
4. สัญญาณชีพ ชีพจร 108-116 ครั้ง/นาที หายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117/62-128/76 มิลลิเมตรปรอท
5. FBS 148 mg% (8 มีนาคม 2562)

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และน้ำตาลในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่ซึม
2. FBS 100-140 mg%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว กระสับกระส่าย สับสน ซึม ที่จะบ่งบอกว่ามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ
 2. ในระยะก่อนผ่าตัด ประเมิน DTX (ก่อนเข้าห้องผ่าตัด) 289 mg% ดูแลให้ RI 10 u sc ประเมินอาการหลังให้ยา ไม่พบภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่งต่อข้อมูลให้ห้องผ่าตัดรับทราบ
 3. ในระยะหลังผ่าตัด ประเมิน DTX ทุก 6 ชั่วโมง (วันที่ 6 มีนาคม 2562) ประเมินทุก 12 ชั่วโมง (วันที่ 8 มีนาคม 2562) พบค่า DTX อยู่ระหว่าง 146-210 mg% ดูแลให้ RI ตาม scale บริหาร RI อย่างถูกต้องตรงตามเวลา
 4. ระยะหลังให้ RI นาน 15-30 นาที ฝ้าระว่างภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำทุกครั้ง ไม่พบภาวะดังกล่าว
 5. แนะนำผู้ป่วยเตรียมน้ำหวาน 1 ขวดไว้บนตู้ข้างเตียง เพื่อใช้ดื่ม ในกรณีที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ซึ่งเป็นอาการแสดงของน้ำตาลในเลือดต่ำ
 6. เมื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ เบิกอาหารอ่อนเบาหวานให้รับประทาน ย้ำผู้ป่วยและญาติถึงอาหารที่สามารถรับประทานได้
 7. สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซึมลง ปัสสาวะออกมาก และน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ซึม ปากแห้ง อ่อนเพลีย อ่อนแรง คลื่นไส้ ปวดท้อง หายใจลึก
- ประเมินผล**

ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่กระสับกระส่าย ไม่ซึม FBS 126 mg% (16 มีนาคม 2562)

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลและขาดความรู้ในการดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติมักจะสอบถามเรื่องอาการเจ็บป่วยเป็นระยะ
“จะกลับมาเป็นซ้ำอีกได้หรือไม่”
“แผลจะหายดีหรือไม่”
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ทราบข้อมูลเรื่องการดูแลรักษา การปฏิบัติตน เช่น การดูแลบาดแผล การกลับมาเป็นซ้ำ เป็นต้น

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติบอกแนวทางการดูแลตนเองได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายสาเหตุของโรค อาการแสดง แผนการผ่าตัด แผนการดูแลรักษาในทุกขั้นตอน ตลอดระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามและมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น กำหนดระยะเวลาดูแลแผล ทำแผล พลิกตะแคงตัว เป็นต้น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติพบแพทย์ผู้รักษาเพื่อซักถามข้อสงสัยในทุกประเด็น
4. เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยแนะนำการปฏิบัติตัวทุกเรื่อง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามและประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติโดยการตั้งคำถามย้อนกลับและให้ผู้ป่วยตอบ

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย บอกว่ามีความมั่นใจในการกลับบ้าน ผู้ป่วยและภรรยาสามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน (เป็นมานาน 5 ปี) เมื่อมีการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย จะทำให้การดำเนินของโรคแย่ลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยรายนี้มีการติดเชื้อในช่องปากและลุกลามไปบริเวณลำคอ การอักเสบลุกลามเร็วมาก ภายในระยะเวลา 4 วัน จนบริเวณใบหน้า แก้ม คาง และลำคอ บวม จนมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน คือ ผ่าตัดระบายหนองออกทันที (ไม่พบความล่าช้าในกระบวนการผ่าตัด ประเมิน SIRS และ SOS score รวมถึงประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด สิ่งที่มีความสำคัญมากอีกประการหนึ่งคือ การให้ IV resuscitation การบริหารยาปฏิชีวนะอย่างเคร่งครัดตรงตามเวลา และการดูแลบาดแผลเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณคาง ส่งผลให้การติดเชื้อลดลง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลา 5 วัน ในผู้ป่วยกรณีศึกษา นี้ไม่สามารถนำท่อหลอดลมคอออกได้ทันทีในระยะหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดตัน จนกว่าการอักเสบจะลดลง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาจนกว่าคางจะยุบบวมจนทางเดินหายใจโล่งระดับไข้เริ่มลดลง ประกอบกับผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีความเสี่ยงต่อร่างกายพร่องออกซิเจน จึงเป็นเหตุผลที่ต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจไว้ต่อ ในผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีภาวะสุดสัปดาห์หน่วงในระหว่างดมยาสลบ ซึ่งถือว่าเป็นภาวะสุดวิสัยที่เกิดขึ้นได้ระหว่างการผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะปอดติดเชื้อภายหลังผ่าตัด ในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากมีโอกาสเกิดภาวะปอดติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) ร่วมด้วย ซึ่งจะส่งผลให้อาการเลวลง พยาบาลจึงควรดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน เน้นเรื่อง hand hygiene, VAP bundle, oral care ร่วมกับการดูแลให้ท่อหลอดลมคออยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ในเวลาต่อมาผู้ป่วยจึงสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและนำท่อหลอดลมคอออกได้ นอกจากนี้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยใช้อินซูลิน ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก และพยาบาลต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้เนื่องจากอินซูลินเป็นยาในกลุ่ม High Alert Drug ออกฤทธิ์เร็ว (rapid action) ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นพยาบาลจึงต้องวางแผนในการบริหารยาและประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycamin) อย่างใกล้ชิด

การวางแผนจำหน่ายถือว่าเป็นกระบวนการดูแลที่มีความสำคัญมาก ทั้งนี้เนื่องจากมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ พยาบาลจึงต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค ความสำคัญของการดูแลอนามัยของช่องปาก การรักษาฟัน การปฏิบัติตัวภายหลังการถอนฟันอย่างถูกต้อง รวมถึงการควบคุมภาวะเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การรักษาสุขภาพอนามัยของช่องปากที่ดีจะช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อช่องเยื่อหุ้มลำคอขึ้นลึกได้

บทสรุป

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอชั้นลึก ร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด ถือว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากภาวะนี้ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตภาวะหนึ่งที่พบได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลด้วยทางเดินหายใจอุดกั้นจากการบวมบริเวณคอและคาง ร่วมกับผู้ป่วยจะมีการแสดงอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด จึงถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิตในขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ร่างกายมีภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการติดเชื้อในช่องเยื่อหุ้มลำคอ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อาจเกิดการเลื่อนหลุดของท่อหลอดลมคอ การเกิดอุบัติเหตุกรณีไม่พึงประสงค์จากการดมยาสลบ เช่น การสูดสำลักหนองเข้าหลอดลม การไม่สุขสบายจากการปวดแผล การติดเชื้อซ้ำซ้อนทางบาดแผล ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่มีความรุนแรง พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในกระแสเลือด อาการแสดงของภาวะปอดติดเชื้อ ต้องได้รับการดูแลในขณะใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจตามมาตรฐาน การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างปลอดภัย เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในขณะที่นอนโรงพยาบาลก็มีความสำคัญ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ การมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซีด พยาบาลจึงต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดอย่างปลอดภัย ภายหลังจากพ้นระยะวิกฤตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลจึงต้องวางแผนการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาอินซูลินในกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวจากเบาหวาน การประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ ในขั้นตอนการวางแผนจำหน่าย พยาบาลต้องให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องสาเหตุของการเกิดโรค การป้องกันการติดเชื้อ การให้ความสำคัญของการรักษาสุขอนามัยในช่องปาก การป้องกันฟันผุ การรักษาฟันผุโดยไม่ปล่อยทิ้งไว้จนมีการลุกลามของการติดเชื้อ ในกระบวนการเหล่านี้พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว การที่ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นขั้นตอน จะทำให้ปัญหาของผู้ป่วยได้รับการแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค ไม่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. บุญชัย วิบุญชัย. การติดเชื้อบริเวณลำคอส่วนลึก. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ; 2552; 1: 173-80.
2. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานหู คอ จมูก. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี : โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช; 2562.
3. Huang I.T., Lui T.C., Chen P.R. Deep neck infection : analysis of 185 case. Head Neck; 2007; 26(10): 854-60.
4. สุณิรัตน์ คาเสรีพงศ์ และดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ Severe Sepsis / Septic shock โรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
5. สุจิตรา ลีมนานวยลาภ และ ชวนพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต Clitical Care Nursing. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
6. Lee YQ, Kanagalingan J. Deep neck abscesses : The singapol experienos. Eur Arch Otorhinolaryngol; 2001; 268(4): 609-14.

การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก ร่วมกับมีภาวะการติดเชื้อที่ปอด : กรณีศึกษา

เยาวลักษณ์ ปรัชญาวุฒิ

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวกพบได้ทุกเพศทุกวัย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากถูกเปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูง และสารเคมี การเกิดแผลไหม้ในวัยเด็กหรือวัยสูงอายุ มักเกิดจากอุบัติเหตุภายในบ้าน ส่วนในวัยทำงาน 21-40 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจากการทำงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ด้วยอาการมีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิด 6 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย 25% 2nd Degree burn at face both arms with pneumonia ผู้ป่วยมีอาการสุดตมคว้น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ต่อมาเกิดภาวะปอดติดเชื้อ ในระยะวิกฤตให้การพยาบาลดูแลทางเดินหายใจ ซดเชยสารน้ำใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ และจากการสูญเสีย น้ำจำนวนมากจากแผลไหม้ ให้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการดูแลลดการติดเชื้อที่ปอด และดูแลแผลไหม้ร่วมกับผลิตภัณฑ์ปิดแผล บรรเทาความปวดด้วยการให้ยา morphine จนอาการดีขึ้นตามลำดับ หลังการดูแล 6 วัน ถอดท่อหายใจได้ ฟันฟูด้านร่างกาย จิตใจของผู้ป่วยและญาติ ด้วยการทำกายภาพบำบัด ส่งเสริมการหายใจของแผล ให้ความมั่นใจและสามารถปรับตัวให้เข้ากับภาพลักษณ์ได้ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 15 วัน

บทบาทพยาบาลในการดูแลบาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละระยะ เพื่อให้การดูแลได้อย่างครอบคลุมองค์รวม ความต้องการการดูแลที่สำคัญคือ การควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การส่งเสริมการหายใจของแผล การดูแลบาดแผล การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน การดูแลด้านจิตใจผู้ป่วยและญาติ ให้มีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อให้บาดเจ็บหายเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ รวมทั้งอวัยวะต่างๆ ไม่ผิดปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : การพยาบาล, แผลไหม้ น้ำร้อนลวก, การติดเชื้อที่ปอด

Abstract : Nursing care of Burns and scalds patient with Pneumonia

The injury from burns and scalds were found in any gender and age. The primary cause of this injury resulted from the burns and scalds by fire, hot liquid, high voltage electricity and chemicals. The burns and scalds of childhood and old age often occurred from an accident in the home. The burns and scalds of adult (20-41 year olds) almost occurred from an accident at work.

In the case study, female patient, 52 year olds, was admitted to hospital on 25 February 2020. Before hospital admission for 6 hours, the patient received the accident from explosive gas resulted in the burns at the face, neck and both arms. Moreover, the patient inhaled the smoke. The patient was received intubation. After that, the Pneumonia in patients was occurring. In crisis, the patient was receiving the respiratory nursing and the fluid during the first 24 hours of protection the oxygen depletion from respiratory obstruction and loss of fluid from burning, respectively. In addition, the patient was receiving antibiotics drug, the pulmonary Infection nursing, burns nursing with wound dressing and morphine for reducing the pain. After 6 days, the endotracheal tube was taken off. The patient was receiving physical and mental rehabilitation by physiotherapy, promoting wound healing, building confidence by patient. The patient was safe and had not the infection and then he was discharged on 11 March 2020 (total of hospital admission for 15 days).

The role of burns and scalds nursing care must have the knowledge and understanding of the problems and needs of patients at each stage for providing comprehensive care. The importance of nursing care is the controlling and preventing the infection, promoting wound healing, would care, reducing the pain, physical and mental rehabilitation for faster would healing, no defection, no organs deforming resulted that the patient has a good quality of life and to be returned happiness life with family and society.

Keywords: Nursing, Burns and scalds, Pneumonia

บทนำ

แผลไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นการเจ็บป่วยที่เกิดจากอุบัติเหตุที่พบบ่อย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการถูกเปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูงและสารเคมี ซึ่งสามารถพบได้ทุกเพศ ทุกวัย ผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นปัญหาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในต่างประเทศและประเทศไทย ในสหรัฐอเมริกามีการรายงานการเกิดแผลไหม้เกือบ 2000 รายทุกปี นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 15 ของอินเดียในกลุ่มโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุ¹ สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2532-2562 มีรายงานเหตุเพลิงไหม้และแก๊สระเบิดเกิดขึ้นมากกว่า 58,000 ครั้ง ตกเฉลี่ยปีละ 2,000 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจากแผลไหม้ 4532 คน และเสียชีวิต 1740 คน²

ผลกระทบจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวก หากการบาดเจ็บมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้จากภาวะสูญเสียน้ำและเกลือแร่ เกิดการล้มเหลวของอวัยวะต่างๆ ยังมีความรุนแรงมากเท่าไร อัตราการรอดชีวิตจะลดลง³ นอกจากนี้ยังส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น อีกทั้งทำให้เกิดผลกระทบต่อการทำงาน การดำเนินชีวิตประจำวัน และเป็นภาระของสังคมหากผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลือ เกิดความท้อแท้หมดกำลังใจใน

การดำรงชีวิต⁴ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ให้มีความปลอดภัยสูงสุด แต่ระยะของการดูแลต้องทำด้วยความถูกต้องเหมาะสม เพราะหากเกิดความผิดพลาด ผู้ป่วยอาจสูญเสียอวัยวะและเสียชีวิตได้

จากสถิติกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปี 2559-2562 ที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลด้วยแผลไหม้ จากสาเหตุไฟไหม้ น้ำร้อนลวกและถูกกระแสไฟฟ้าจำนวน 9 ราย 12 ราย และ 14 ราย ตามลำดับ⁵ และพบการเสียชีวิตจากการถูกกระแสไฟฟ้าช้รุนแรง ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาที่พบสูงขึ้น ถึงแม้ว่าปัจจุบันการดูแลรักษาถูกต้องตามแนวทางของแพทย์ทำให้อัตราการตายเริ่มลดน้อยลง แต่ผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวกก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลศัลยกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก มองเห็นความสำคัญของการพัฒนาแนวทางการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อช่วยลดอัตราการตาย ลดความพิการ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ พยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ การประเมินอาการผู้ป่วยแผลไหม้หาสาเหตุของแผลไหม้ได้รวดเร็ว ถูกต้อง ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงพยาธิสภาพของระบบผิวหนัง การช่วยเหลือในระยะแรกเริ่ม ระยะวิกฤติ และระยะฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการดูแลบาดแผล⁶ เพื่อให้การรักษาพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยมีโอกาสรอดชีวิตสูงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทยคู่ อายุ 52 ปีเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 25 กุมภาพันธ์ 2563

การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ 25% 2nd Degree burn at face both arms

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย 25% 2nd Degree burn at face both arms with pneumonia

อาการสำคัญ

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิด 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะจอดรถข้างทาง แก๊สระเบิด มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง มลุนิธินำส่งโรงพยาบาลชัยบาดาล ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป: น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/78 มิลลิเมตรปรอท

ศีรษะและใบหน้า : มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ ริมฝีปากบวม เนื้อเยื่อในปากบวม มีเขม่าไหม้ที่รูจมูก ปากใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 6.5 ลึก 20 เซนติเมตร

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตรกันดี ลักษณะการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที ฟังเสียงปอด มีเสียง Wheezing Rt lower lungs เล็กน้อย

หัวใจและหลอดเลือด: การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur ชีพจร 102 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดขดที่ขา

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องแบนราบ คลำไม่พบก้อน ตับไม่โต เสียง bowel sound 3-5 ครั้ง/นาที

กล้ามเนื้อและกระดูก : แขน และขาสมมาตรกัน Motor power grade 5 มีแผลไหม้ที่แขน 2 ข้าง

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ สอบถามการรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง บอกตำแหน่งการสัมผัส และอาการเจ็บปวดได้

ระบบขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์ : รูปร่างและลักษณะปกติ ไม่มีสิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ: อารมณ์ดี ร่าเริง แจ่มใส

อัตมโนทัศน์: มีคุณค่าในตัวเอง ที่สามารถดูแลพ่อ แม่ และครอบครัวให้มีความสุข

ความทรงจำ: มีความจำในอดีต และปัจจุบันได้ดี

การรับรู้: สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง

กระบวนการคิด: มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล คิดจากเหตุไปผล

แบบแผนการเผชิญปัญหา: เผชิญปัญหาทุกอย่างด้วยตัวเอง แต่ถ้าแก้ไขไม่ได้ปรึกษาภรรยา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนฟอกไต

Complete Blood Count

25 กุมภาพันธ์ 2563

White blood count 15,450 cells/mm³, Neutrophil 83.7%, Lymphocyte 10.0%, Hematocrit 37.9%, Platelet count 259,000 cells/mm³, PT 11.8 sec, PTT 25.9 sec INR 1.03

28 กุมภาพันธ์ 2563

White blood count 18,700 cells/mm³, Neutrophil 89.8%, Lymphocyte 10.0%, Hematocrit 34.3%, Platelet count 232,000 cells/mm³

2 มีนาคม 2563

White blood count 5,530 cells/mm³, Neutrophil 69%, Lymphocyte 11.6%, Hematocrit 30.2%, Platelet count 186,000 cells/mm³

Biochemistry

25 กุมภาพันธ์ 2563

Na 129 mmol/L, K 3.3 mmol/L, Cl 97 mmol/L, CO₂ 19.2 mmol/L, BUN 18 mg/dl, Creatinine 0.80 mg/dl

28 กุมภาพันธ์ 2563

Na 139 mmol/L, K 3.88 mmol/L, Cl 104 mmol/L, CO₂ 19.2 mmol/L, BUN 10 mg/dl, Creatinine 0.71 mg/dl

2 มีนาคม 2563

Na 139 mmol/L, K 3.43 mmol/L, Cl 99 mmol/L, CO₂ 25.2 mmol/L, BUN 9 mg/dl, Creatinine 0.63 mg/dl

Sputum gram stain

25 กุมภาพันธ์ 2563 : Moderate gram negative diplococci, Few gram negative bacilli

Sputum C/S

25 กุมภาพันธ์ 2563: Acinetobacter baumannii

2 มีนาคม 2563: No growth

Film chest

25 กุมภาพันธ์ 2563: Normal

28 กุมภาพันธ์ 2563 : Pneumonia Rt lung

2 มีนาคม 2563: Decreased Rt lung infiltration

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

รับใหม่จากห้องฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ด้วยมีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิด ระยะแรกได้รับผู้ป่วยใส่ท่อหลอดลมคอต่อเครื่องช่วยหายใจ ป้องกันการขาดออกซิเจนจากทางเดินหายใจอุดกั้น ต่อ Bird's respirator FiO₂ 0.4 ดูดเสมหะและส่งเสมหะเพาะเชื้อ แก๊สภาวะพร่องสารน้ำโดยเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC,BUN,Cr,Electrolyte,PT,PTT,INR) ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ RLS 1000 ml iv drip 2 เส้น เส้นละ 60 ml/hr ใส่สายสวนปัสสาวะดูการทำหน้าที่ของไต ทำความสะอาดแผลเบื้องต้นที่หน้า คอ และแขนสองข้างด้วย NSS ให้ยาบรรเทาปวด MO 3 mg iv dilute prn ทุก 4 ชั่วโมง และยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ได้รับการผ่าตัดเนื้อตายระยะหลังผ่าตัด พบว่าปัสสาวะผู้ป่วยออกน้อย ได้รับการแทงสาย Central line และ load Acetar 500 ml จากนั้นให้ Acetar 1000 ml iv drip 2 เส้น เส้นละ 150 ml/hr วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยเหนื่อยมากขึ้น มีไข้ เสมหะขาวขุ่น ติดตามผลการเพาะเชื้อเสมหะ Moderate gram negative diplococci, Few gram negative bacilli มีภาวะติดเชื้อที่ปอด ปรับยาปฏิชีวนะเป็น Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง ให้อาหารทางสายยาง วันที่ 2 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีไข้ เสมหะลดลง ผลการเพาะเชื้อปกติ เอาท่อหลอดลมคอออก เริ่มรับประทานอาหารอ่อน ส่งเสริมการหายใจของแผล ป้องกันการติดเชื้อที่แผลทำแผลแบบวัน เว้นวัน ด้วย Urgatul SSD ต่อมา วันที่ 6 มีนาคม 2563 ได้รับการผ่าตัดปลูกถ่ายผิวหนังบริเวณคอ และแขนสองข้าง ครอบเปิดแผล 5 วัน แผลปลูกถ่ายผิวหนังดี 90% ในระยะฟื้นฟูป้องกันการเกิดกล้ามเนื้อยึดติด ปรีกษานักกายภาพบำบัด สอนทำกายภาพบำบัด ดูแลเรื่องการรับประทานอาหารและประเมินภาวะทุพโภชนาการ เตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน จำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 11 มีนาคม 2563 รวมระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล 15 วัน จากการติดตามผลการ

ดูแลรักษา วันที่ 19 มีนาคม 2563 แผลบริเวณใบหน้า และแขนสองข้างแห้งดี บริเวณคอซีมเล็กน้อยจนแผล
เกือบหายทั้งหมด ไม่มีความพิการหลงเหลือและทำแผลวันเว้นวันจนแผลหายสนิท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะวิกฤต

ปัญหาที่ 1 มีภาวะการหายใจบกพร่อง เนื่องจากการบวมของทางเดินหายใจจากการสูดดมควันร้อน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิด
2. ริมฝีปากบวม เนื้อเยื่อในปากบวม มีเสมหะเหนียวที่รูจมูก
3. เสมหะสีขาวปนเขม่าควัน
4. On ET-tube No. 6.5 mark 22 cms จากโรงพยาบาลชุมชน
5. ฟังเสียงปอด มีเสียง Wheezing Rt lower lungs เล็กน้อย
6. อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที O₂ saturation 97 %

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากการอุดตันทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ
2. ไม่มีภาวะ Cyanosis
3. ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มีเสียง Wheezing
4. ทางเดินหายใจโล่ง ระบายเสมหะได้ดี
5. อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที O₂ saturationมากกว่า97 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบตำแหน่ง ET-tube ชีตหมายเลข 22 อยู่ตรงมุมปาก และจากภาพเอกซเรย์ปอดอยู่เหนือ Carina 2 cms ยึดตรึงท่อหลอดลมคอให้แน่น เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี จึงต่อเข้ากับ เครื่องช่วยหายใจ Bird ' s respirator FiO₂ 0.4
2. จัดท่าผู้ป่วยในท่านอนหงายศีรษะสูงประมาณ 15-30 องศา ชันเข้าและงอสะโพกเล็กน้อย เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ซึ่งจะมีผลทำให้อากาศภายนอกเข้าสู่ปอด และการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ถุงลมดีขึ้น
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย เหนื่อย หอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง
4. ประเมินรูปแบบการหายใจภายหลังใส่ท่อหลอดลมคอ เมื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจ และดูแลให้ เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจสม่ำเสมอ สังเกตจังหวะการหายใจของผู้ป่วยให้สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ วัด Tidal volume เวิร์ดละ 1 ครั้ง เมื่อหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง หาสาเหตุและแก้ไขทันที

5. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลเมื่อพบว่ามีเสียงเสมหะในท่อหลอดลมคอ ช่วยหายใจ ขณะดูดเสมหะสังเกตอาการของผู้ป่วยว่า มีอาการขาดออกซิเจน ได้แก่ ซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ
6. ประเมิน Airway pressure ทุก 2 ชั่วโมง และฟังปอดทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสมหะในปอด และประสิทธิภาพของปอด สังเกตเสียง Crepitation และ Wheezing
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม
8. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกภายหลังใส่ท่อหลอดลมคอ และเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอดตามแผนการรักษา
9. ป้องกันการติดเชื้อช่วยหายใจด้วยการยึดตรึงแขนทั้ง 2 ข้าง และอธิบายความจำเป็น เหตุผลให้แก่ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ เพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บของทางเดินหายใจมากขึ้น

การประเมินผล

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 รู้สึกตัว หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis ฟังเสียงปอดปกติ ไม่มีเสียง Wheezing ดูดเสมหะทางเดินหายใจโล่ง เสมหะเหนียวเล็กน้อยยังมีเสมหะปน อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99-100%

วันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ 2563 รู้สึกตัว หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ไม่เหนื่อยหอบ ฟังเสียงปอดปกติ ดูดเสมหะทางเดินหายใจโล่ง เสมหะขาวขุ่นไม่มีเสมหะปน อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99-100%

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากสูญเสียน้ำและเกลือแร่จำนวนมากจากแผลไหม้

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิด ลีกระดับ 2nd ความกว้างของแผล 25%
2. บริเวณบาดแผลไหม้ มี Discharge ซึมชุ่มตลอดเวลา
3. ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออก 20 ซีซี
4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 Na 129 mMOL/L K 3.3 mMOL/L Cl 97 mMOL/L CO₂ 19.2 mMOL/L
5. Urine sp.gr. 1.022
6. ชีพจร 114 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัวดี หรือไม่แย่ง
2. ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น สีไม่ซีด ผิวหนังชุ่มชื้น
3. ไม่มีอาการแสดงของ Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Chloride ต่ำ ได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กตการหายใจ

4. CVP 6-12 CmH₂O
5. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
6. Na 135-145 mmol /L, K 3.5-5 mmol /L, Cl 98-108 mmol /L, CO₂ 22-30 mmol /L
7. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
8. จำนวนปัสสาวะ มากกว่า 30 ml/hr สีไม่เข้ม
9. Urine sp.gr. 1.003-1.030

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง และลงบันทึกการเปลี่ยนแปลง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาครบถ้วนใน 24 ชั่วโมงแรก โดยเข้าเครื่องปรับหยด คือ RLS 1000 ml iv drip 2 เส้น เส้นละ 60 ml/hr พบว่าปัสสาวะผู้ป่วยออกน้อย รายงานแพทย์ทันที
ทางสาย Central line และ load Acetar 500 ml จากนั้นให้ Acetar 1000 ml iv drip 2 เส้น เส้นละ 150 ml/hr สังเกตภาวะน้ำเกินระหว่างให้สารน้ำ จากอาการบวมหน้าตา ปอดมีเสียง Creptitation เสมหะเป็นฟองสีชมพู ซึ่งไม่พบอาการแสดงดังกล่าว
3. สังเกตอาการที่เปลี่ยนแปลง Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ การเต้นหัวใจน้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม pulse pressure กว้าง BP < 90/60 mmHg Chloride ต่ำ ได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กดการหายใจ ความดันโลหิตต่ำ
4. สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบว่ามี T wave สูงกว่าปกติ และมี QRS Complex กว้างผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ
5. หลังการประเมินผู้ป่วย 48 ชั่วโมง ปัสสาวะออกดี เปลี่ยนการให้สารน้ำเป็น 0.9% NSS 1000 ml iv drip 120 ml/hr เพื่อแก้ไขภาวะโซเดียมต่ำ
6. ดูแลใส่สายยางงู Feed Elixer KCL 30 ml x 1 feed เพื่อแก้ไขภาวะความผิดปกติของ โปตัสเซียมต่ำ
7. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและน้ำออกอย่างถูกต้องทุก 8 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต
8. ประเมินชีพจรส่วนปลาย อาการบวมของแขน ขา และ Dependent area ดูลักษณะ Neck vein สังเกตความตึงตัว ความยืดหยุ่นของผิวหนังอย่างน้อยวันละครั้ง
9. ตรวจวัด CVP ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำหรือน้ำเกิน
10. ติดตามค่าการทำงานของไต Electrolyte, UA ตามแผนการรักษา

การประเมิน

ระดับความรู้สึกตัวดี ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น สีไม่ซีด ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีอาการแสดงของ Sodium ต่ำ ได้แก่ อ่อนแรง สับสน มีอาการเกร็งผิดปกติ ความดันโลหิตต่ำ Potassium ต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม Chloride ต่ำ ได้แก่ อาการหลับใน ไม่รู้สึกตัว (Lethargy) กล้ามเนื้อเกร็ง กดการหายใจ CVP 10-12 CmH₂O คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ Na 139 mmol /L, K 3.88 mmol /L, Cl 104 mmol /L, CO₂ 21 mmol /L (28 กุมภาพันธ์ 2563) ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 110/68-120/94 มิลลิเมตรปรอท จำนวนปัสสาวะ 50-60 ml/hr สีเหลืองใส Urine sp.gr. 1.011 (2 มีนาคม 2563)

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากอุบัติเหตุแก๊สระเบิด ผู้ป่วยมีการสูดดมควันเข้าไป
2. หลังใส่ท่อช่วยหายใจ 3 วัน มีเสมหะขาวข้น จำนวนมากขึ้น
3. หายใจเหนื่อยหอบ ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ (Bird' s respirator) อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที O₂ saturation 96 %
4. ฟังเสียงปอด มีเสียง Mild Crepitation Rt lower lungs
5. ผล CBC (25 กุมภาพันธ์ 2563) WBC 15,450 cells/mm³, Neutrophil 83.7%
(28 กุมภาพันธ์ 2563) WBC 18,700 cells/mm³, Neutrophil 89.8%
6. ผล Sputum gram stain (25 กุมภาพันธ์ 2563) Moderate gram negative diplococci, Few gram negative bacilli ผล Sputum C/S Acinetobacter baumannii
7. ผล Film chest (28 กุมภาพันธ์ 2563) Pneumonia Rt lung
8. อุณหภูมิ 37.8-39.5 องศาเซลเซียส (25 กุมภาพันธ์ 2563-1 มีนาคม 2563)

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะหายใจล้มเหลว การติดเชื้อที่ปอดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. จำนวนเสมหะน้อยลง สีขาวใส
3. ฟังเสียง Breath sound ไม่พบเสียงผิดปกติ ปอดไม่มีเสียง Crepitation
4. Film chest ผลปกติ
5. CBC WBC 5,000-10,000 cell/mm³, Neutrophil 60-70 %
6. Sputum C/S ผล No growth
7. อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
8. O₂ saturationมากกว่า 97 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยเฉพาะการล้างมือสะอาด เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดี
2. เปลี่ยนชนิดเครื่องช่วยหายใจจาก Bird' s respirator เป็น Volume ventilator mode PCV (IP 14, RR 16 /min, FiO₂ 0.4, PEEP 5 CmH₂O)
3. ดูแลขณะใส่เครื่องช่วยหายใจ โดย วางข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจบนผ้าสะอาดไม่วางบนเตียงหรือตัวผู้ป่วย เช็ดข้อต่อต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจด้วย 70% Alcohol ทุกครั้งก่อนต่อกับท่อช่วยหายใจ

เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจทุก 72 ชั่วโมง หรือทุกครั้งที่สกปรก เติมน้ำในกระป๋องความชื้นทุก 8 ชั่วโมงและทุกครั้ง ที่น้ำลดต่ำลงด้วยน้ำกลั่นปราศจากเชื้อโดยเทน้ำทิ้งก่อนเติมน้ำใหม่ สังเกตน้ำในสายต่อเครื่องช่วยหายใจ ถ้าพบให้เทน้ำทิ้ง และระวังไม่ให้ไหลย้อนลงกระป๋องความชื้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. ดูแลทำความสะอาดช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมงและเมื่อพบว่าสกปรกหรืออาเจียน เพื่อลด การสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก โดยการแปรงฟันและใช้น้ำยา Chlorhexidine gluconate (0.12%)

5. ดูดเสมหะให้ผู้ป่วยโดยใช้วิธีปลอดเชื้อ และแยกเครื่องใช้ต่าง ๆ ในการดูดเสมหะของผู้ป่วย

6. ติดตามและประเมินการติดเชื้อ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง สังเกตและบันทึก ลักษณะ สี กลิ่นจำนวนของเสมหะทุกครั้งที่ได้ดูดเสมหะ ติดตามผลการตรวจเสมหะส่งเพาะเชื้อ และผล Film chest ฟังปอดทุก 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินเสมหะในปอดและประสิทธิภาพของปอด สังเกตเสียง crepitation

7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่น ลมพิษ คันตามผิวหนัง

8. ดูแลความสุขสบายในระหว่างที่ผู้ป่วยมีไข้ ด้วยการเช็ดตัวลดไข้ และให้ยา Paracetamol 500 mg 1 tab TF prn ทุก 4 ชั่วโมง

9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด เปลี่ยนผ้าปูที่นอน เช็ดทำความสะอาดตู้ข้างเตียง และเตียงผู้ป่วย วันละ 1 ครั้ง ตอนเช้า

10. วางแผนหย่าเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจ โดย การประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวัน

การประเมินผล

วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีหายใจเหนื่อยหอบเป็นพัก ๆ อัตราการหายใจ 22-26 ครั้ง/นาที O₂ saturation 98 % เสมหะสีขาวยุ่นพอควร ปอดยังมีเสียง Crepitation ข้างขวา เล็กน้อย อุณหภูมิ 37.8-38.5 องศาเซลเซียส

วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที O₂ saturation 99-100 % เสมหะสีขาวยุ่นเริ่มลดลง ปอดไม่มีเสียง Crepitation อุณหภูมิ 37.6-37.8 องศาเซลเซียส

วันที่ 1 มีนาคม 2563 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ผ่านการประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกข้อ ให้หายใจด้วย T-piece 10 LPM สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/78-120/94 มิลลิเมตรปรอท O₂ saturation 99-100% Film chest ผล no infiltration ปอดไม่มีเสียง Crepitation CBC WBC 5,530 cell/mm³, Neutrophil 69 % Sputum C/S ผล No growth สามารถถอดท่อช่วยหายใจออกได้ในวันที่ 2 มีนาคม 2563

ปัญหาที่ 4 ปวดแผลเนื่องจากถูกไฟไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ และแขนทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลไหม้ที่ใบหน้า ลำคอ และแขนทั้ง 2 ข้าง
2. บ่นปวดแสบแผลมาก
3. Pain score 9-10 คะแนน

4. ชีพจร 110 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยทุเลาปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง
2. Pain score น้อยกว่า 5 คะแนน
3. ชีพจร 70-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50-120/80

มิลลิเมตรปรอท

4. นอนหลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง/วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายแจ้งให้ผู้ป่วยทราบก่อนการทำแผล
2. ให้อาหารรับประทานตามแผนการรักษา MO 3 mg dilute iv prn ทุก 4 hr ก่อนทำแผล ก่อนทำการหัตถการ เช่น ตัดเนื้อตาย หรือทำกิจกรรมอื่นก่อให้เกิดความเจ็บปวด
3. ทำการพยาบาลต่าง ๆ ด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน สุขุม และสนใจผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
4. ดูแลความสบายและจัดทำทางให้สุขสบาย โดยวางขาสูงบนหมอนนุ่ม จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ สุขสบาย เสียงไม่ดัง
5. พุดลอบโยน ให้กำลังใจ อธิบายขั้นตอนการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ในโอกาสที่ร่างกายจะฟื้นตัวได้ขึ้นกับความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษาพยาบาล ตลอดจนตอบปัญหาที่ผู้ป่วยซักถาม
6. ประเมินสัญญาณชีพ Pain score ทุก 4 ชั่วโมง

การประเมินผล

ผู้ป่วยบ่นปวดแผลน้อยลง Pain score 3-4 คะแนน ชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/78-120/90 มิลลิเมตรปรอท นอนหลับได้ 6 ชั่วโมง/วัน

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลไหม้ เนื่องจากผิวหนังถูกทำลายพื้นที่กว้างและลึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลไหม้บริเวณใบหน้า ลำคอ แขน 2 ข้าง จากแก๊สระเบิดลิกระดับ 2nd ความกว้างของแผล 25%
2. ผ้าปิดแผลมี Discharge ซึมชุ่มตลอดเวลา
3. ลักษณะบาดแผล ผิวหนังลอก มีเขม่าติดสีดำ
4. อุณหภูมิร่างกาย 38.9 องศาเซลเซียส
5. ผล CBC (25 กุมภาพันธ์ 2563) WBC 15,450 cells/mm³, Neutrophil 83.7%
(28 กุมภาพันธ์ 2563) WBC 18,700 cells/mm³, Neutrophil 89.8%

วัตถุประสงค์

ปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อของบาดแผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลมี Discharge ชีมน้อยลง ไม่มีหนอง แผลแดงดีขึ้น
2. CBC WBC 5,000-10,000 cell/mm³, Neutrophil 60-70 %
3. อุณหภูมิอยู่ระหว่าง 36.5-37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ดูแลบาดแผลในเบื้องต้น เพื่อกำจัดสิ่งปนเปื้อน และเนื้อเยื่อที่ไหม้อาจเป็นตัวทำให้ Bacteria เจริญ ป้องกันการติดเชื้อและทำให้แผลหายดี โดย ทำแผลด้วย NSS ตัดผิวหนังที่ไหม้ออก Pack gauze with NSS
2. เน้นเจ้าหน้าที่ในการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อกับผู้ป่วย ในการให้การพยาบาล ผู้ป่วย เช่น ต้องสวมถุงมือปราศจากเชื้อ ผ้าปิดจมูกที่ปราศจากเชื้อ และล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Cefazolin 1 gm iv ทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการแพ้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ลักษณะจากการมีผื่นขึ้นตามตัว
4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย การไม่แกะเกาแผล

5. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้จากการติดเชื้อ

หลังผ่าตัด

1. แยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นเข้าห้องแยก แยกเครื่องใช้เฉพาะสำหรับผู้ป่วยโดยผ่านการึ่งทำลายเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน
2. ล้างมือก่อนและหลังการให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง
3. ดูแลทำความสะอาดแผล ตัดเนื้อมตาย โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ ปิดด้วย Urgatul SSD วันเว้นวัน
4. เน้นเจ้าหน้าที่ในการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อกับผู้ป่วย ในการให้การพยาบาล ผู้ป่วย เช่น ต้องสวมถุงมือปราศจากเชื้อ ผ้าปิดจมูกที่ปราศจากเชื้อ
5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือก่อนสัมผัสผู้ป่วย การไม่แกะเกาแผล
6. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้จากการติดเชื้อ
7. เปลี่ยนยาปฏิชีวนะเพื่อลดการติดเชื้อตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง สังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่น ลมพิษ คันตามผิวหนัง

การประเมินผลก่อนผ่าตัด

วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563 ผลมี Discharge ชีมน้อยลง ไม่มีหนอง แผลแดงดีขึ้น อุณหภูมิ 37.5-37.9 องศาเซลเซียส แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดเนื้อมตาย วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563

หลังผ่าตัด

วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2563 ผลมี Discharge ชีมน้อยลง ไม่มีหนอง แผลแดงดีขึ้น อุณหภูมิ 37.2-37.7 องศาเซลเซียส

วันที่ 29-31 กุมภาพันธ์ 2563 แผลมี Discharge ซึมเล็กน้อย แผลแดงดีขึ้น อุณหภูมิ 36.8-37.3 องศาเซลเซียส

วันที่ 1-3 มีนาคม 2563 แผลมี Discharge ซึมเล็กน้อย แผลแดงดีขึ้น อุณหภูมิ 36.5-37.2 องศาเซลเซียส CBC WBC 5,530 cell/mm³, Neutrophil 69% (2 มีนาคม 2563)

ระยะฟื้นฟู

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดแผลตึงรั้งบริเวณรักแร้ และรอบข้อศอก

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดแผลตึงรั้งบริเวณรักแร้ และรอบข้อศอก

เกณฑ์การประเมิน

1. แผลแห้งดี ไม่มีการหดรั้งบริเวณรักแร้ และรอบข้อศอก ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อทุกข้อได้ดี
2. สามารถกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นเดิม เช่น กิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินบริเวณที่มีแผลไหม้ที่มีโอกาสเกิด Constrict คือรักแร้และข้อศอก โดยให้ผู้ป่วยได้บริหารข้อต่อข้อพับเหล่านั้นแบบ Range of Motion (ROM) ดูแลความแข็งแรงของข้อและกล้ามเนื้อวันละ 4 ครั้ง และบ่อยครั้งตามความจำเป็น

2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเหตุผลในการจัดทำ ให้กำลังใจผู้ป่วยสม่ำเสมอในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพร่างกายของตนเอง

3. ช่วยทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วยตามข้อต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดการตึงรั้งฝึกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Progressive, active, ROM, Exercise ของข้อต่อต่าง ๆ ทุก 2-4 ชั่วโมง ขณะที่ผู้ป่วยตื่น สอนกระตุ้นช่วยเหลือในการพยุงตัวลุกขึ้นนั่งบนเตียง เมื่อผู้ป่วยทำ STSG ให้บริหารเล็กน้อยยืดข้อศอก

4. ให้ยาแก้ปวด Paracetamol 1 tab ๑ ก่อนที่ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมบริหาร ข้อต่อตามความจำเป็น เมื่อผู้ป่วยต้องการ

การประเมินผล

แผลแห้งดี ไม่มีการหดรั้งบริเวณรักแร้ และรอบข้อศอก ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อทุกข้อได้ดี สามารถกลับไปทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นเดิม เช่น กิจวัตรประจำวัน

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแผลปลุกถ่ายหนังไม่ติด เนื่องจากปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยชอบนอนกดทับแผลปลุกถ่ายหนัง
2. ผู้ป่วยชอบแกะเกาแผล บอกคัน

วัตถุประสงค์

แผลบริเวณที่ปลุกถ่ายหนังติดดี

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลปลุกถ่ายหนังติดดีมากกว่า 80%
2. ไม่มีการติดเชื้อที่แผลปลุกถ่ายหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้อวัยวะสวนที่ปลูกถ่ายหนังอยู่นิ่งๆและไม่ถูกกดทับ ประมาณ 5 วัน โดยใส่เฝือกอ่อนไว้
2. อธิบายการดูแลแผลบริเวณปลูกถ่ายหนัง
 - 2.1. สังเกตการติดของผิวหนังที่ปลูกถ่าย ถ้ามีหนองหรือเป็นน้ำใดหนังที่ปลูกถ่ายงานแพทย์
 - 2.2. ไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาบริเวณที่ปลูกถ่ายหนังเพื่อป้องกันผิวหนังที่ปลูกถ่ายหลุดหรือเกิดการติดเชื้อ
 - 2.3. ดูแลแผลบริเวณที่ปลูกถ่ายหนังไม่ให้เปื่อยขึ้นจากน้ำเหลืองที่ซึมจากการผ่าตัด
3. การดูแลแผลบริเวณที่ตัดหนังไปปลูก
 - 3.1. สังเกตเลือดที่ออก ถ้ามีเลือดซึมออกมากพันทับด้วยผ้าปิดแผลฆ่าเชื้อแล้วพันด้วยผ้ายัด พันแผลอีกครั้งเพื่อช่วยให้เลือดหยุด
 - 3.2. สังเกต สี กลิ่นของสิ่งคัดหลั่งที่ซึมออกจากแผล ถ้าผิดปกติ เช่น มีกลิ่นเหม็นมากหรือสีขำเลือด ขำหนอง สีเขียวสะท้อนแสง ไหลออกผาพันแผลออกและเปลี่ยนผ้าพันแผลผืนใหม่ที่ส่งมาเชื้อแล้ว
4. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อประเมินการติดเชื้อของบาดแผล
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Tazocin 4.5 gm iv drip ทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 14 วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อของบาดแผล

การประเมินผล

แผลปลูกถ่ายหนังติดดี 90% ไม่มีการติดเชื้อที่แผลปลูกถ่ายหนัง

ปัญหาที่ 3 รู้สึกเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป**ข้อมูลสนับสนุน**

1. ผู้ป่วยบ่นว่ากลัวพิการ ทำงานไม่ได้
2. เมื่อแผลเริ่มหายผิวหนังเป็นรอยขาวต่างจากผิวเดิมมาก
3. พูดคุยน้อยลง ไม่ค่อยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

วัตถุประสงค์

ส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความมั่นใจและสามารถปรับตัวให้เข้ากับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้า พูดคุยมากขึ้น
2. ผู้ป่วยปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกออกมา โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ไม่แสดงท่าทีรีบเร่งหรือรังเกียจ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบลักษณะของแผลใหม่ กลไกการหายของแผล แผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. สังเกตพฤติกรรมและซักถามความรู้สึก ของผู้ป่วยต่อภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป
4. แนะนำญาติผู้ป่วยไม่ให้แสดงท่าทางรังเกียจ

5. กระตุ้นญาติให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตามคำแนะนำ พ้นพัสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

6. ให้คำแนะนำญาติให้เข้าใจและยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกวาทนเองยังเป็นที่ยอมรับของญาติ และมั่นใจว่าไม่ถูกทอดทิ้ง

7. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และช่วยให้ เกิดการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น เช่น การสวดมนต์ภาวนา การทำบุญใส่บาตร

8. ปรึกษาดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้า พุดคุยมากขึ้น ผู้ป่วยปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลแผลไหม้ น้ำร้อนลวก ต้องมีการดูแลรักษาให้เหมาะสมตามความรุนแรงหรือความลึกของแผล ซึ่งการดูแลในผู้ป่วยรายนี้ มีโอกาสเสียชีวิตได้จากการหายใจบกพร่องที่เกิดจากการสูดดมควัน การสูญเสียสารน้ำจำนวนมากจนอาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock ได้ การพยาบาลที่สำคัญจะต้องประเมินระบบทางเดินหายใจ และช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ปรับเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม รวมทั้งเมื่อผ่านพ้นระยะวิกฤต ต้องมีการวางแผนหย่าเครื่องหายใจโดยเร็ว เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้มีโอกาสติดเชื้อที่ปอดสูงกว่าผู้ป่วยปกติเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 เนื่องจากผลของการอักเสบจากควันความร้อน⁷ นอกจากนี้การป้องกันภาวะ Hypovolemic shock มีความสำคัญมาก พยาบาลต้องสามารถประเมินผู้ป่วยได้ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะช็อกที่รุนแรง อันได้แก่ สัญญาณชีพ หน้าที่การทำงานของไต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้องเปิดเส้นให้สารน้ำที่มีขนาดใหญ่มากที่สุด เช่น เบอร์ 18 หรือรายงานเพื่อทำ Central line เพื่อให้ได้รับสารน้ำที่เพียงพอ ไม่เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน และต้องควบคุมสารน้ำให้เป็นไปตามแผนการรักษาไม่เกิดภาวะน้ำเกิน สำหรับปัญหาเสี่ยงต่อการติดเชื้อของบาดแผล หลักการสำคัญต้องรีบจัดเนื้อตายและหนองออกโดยเร็วด้วยการทำแผลและผ่าตัด Debridement ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมกับเชื้อโรค พยาบาลต้องมีทักษะในการสังเกตและประเมินบาดแผล เพื่อประเมินการติดเชื้อ และการใช้ผลิตภัณฑ์ให้เหมาะสมกับแผล ผู้ป่วยรายนี้ใช้ Urgatul SSD ปิดแผลและเปิดทำแผลทุก 3 วัน จนแผลแดงดี การติดเชื้อลดลงจึงทำการปลูกถ่ายผิวหนังได้สำเร็จ

การดูแลบาดแผลปลูกถ่ายผิวหนัง (Skin graft) กรณีแผลไหม้ระดับ 2 แบบลึกที่ไม่หายเอง และแผลไหม้ ความลึกระดับ 3 แพทย์จะรักษาโดยการปลูกถ่ายผิวหนัง คือการนำผิวหนังที่ประกอบด้วยชั้นหนังกำพร้าและหนังแท้บางส่วน จากบริเวณที่ไม่มีบาดแผลมาปิด ต้องให้การดูแลทั้งบริเวณที่ให้ (Donor area) และบริเวณที่รับ (Recipient area) ดังนั้นต้องสังเกตผื่นแผลบริเวณที่ให้และบริเวณที่รับว่ามีเลือดซึมหรือไม่ จัดท่ายกบริเวณที่ผ่าตัดปลูกผิวหนังให้สูงเล็กน้อย ตรวจสอบปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าที่พันผ้ายึดไว้ เชียวคล้ำ ขา บวมหรือไม่ ถ้ามีแสดงว่าการพันผ้าแน่นเกินไป ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งพบได้บ่อยในการดูแลผู้ป่วย ต้องได้รับการแก้ไขและตรวจสอบเป็นระยะ ส่วนที่ปลูกถ่ายผิวหนังต้องอยู่นิ่ง จำกัดการเคลื่อนไหว ดังนั้นจึงใส่อุปกรณ์ยึดตามไว้ ในระยะ 5 วันแรกหลังผ่าตัด ต้องให้ผู้ป่วยพักบนเตียงเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของผิวหนังที่ปลูกถ่าย ซึ่งการดูแลผู้ป่วยรายนี้ทำได้ถูกต้องบาดแผลปลูกถ่ายผิวหนังดี 90%

การจัดการความเจ็บปวด ความเจ็บปวดเป็นปัญหาสำคัญสำหรับผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เป็นความเจ็บปวดที่รุนแรง ตั้งแต่แรกบาดเจ็บและยังคงอยู่ต่อเนื่อง อาจเป็นเดือนเป็นปี บาดแผลไหม้ระดับ 2 แบบตื้น (Superficial 2 degree burn) เป็นบาดแผลที่เจ็บปวดมากที่สุด และความเจ็บปวดยังขึ้นกับความกว้างของแผล ตำแหน่งของแผล การดูแลในระยะแรกจำเป็นต้องให้ยาแก้ปวด ยาที่เหมาะสม คือ MO ผู้ป่วยรายนี้ได้สอนการบรรเทาความเจ็บปวด ด้วยการทำให้กำลังใจ ฟังเพลง เบี่ยงเบนความสนใจ ให้ยาบรรเทาปวด MO 2 mg dilute iv prn ทุก 6 hr อาการเจ็บปวดของผู้ป่วยทุเลาลงเรื่อย ๆ

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บจากแผลไหม้ น้ำร้อนลวกเป็นผู้ป่วยที่วิกฤตทางศัลยกรรมแผลไหม้ระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง จะเกิดปัญหาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจนถึงเสียชีวิตได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก จึงต้องมีความรู้พื้นฐานในกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ของผิวหนัง และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย สามารถประเมินปัญหา จำแนกระดับความรุนแรง ให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน และระยะวิกฤต ตัดสินใจเพื่อการส่งต่อการรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป ปัญหาสำคัญที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้ น้ำร้อนลวก คือ การดูแลให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การควบคุม ป้องกันการติดเชื้อ การดูแลบาดแผล ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย การจัดการความเจ็บปวด การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ การดื่มน้ำของแผลข้อยึดติด และแผลเป็นรุนแรงตลอดจนถึงการดูแลด้านจิตใจ ผู้ป่วยและญาติ

เอกสารอ้างอิง

1. American Burn Association White Paper. Surgical management of the burn wound and use of skin substitutes. American Burn Association; 2009.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (Online). ข้อมูลอัปเดตปี 2532-2560. สืบค้นจาก <https://www.baania.com/th/article>.
3. อรุณดี เจริญชัย. Nursing Care in Burn Wound. Srinagarind Med J; 2013: 19-28.
4. พรพรม เมืองแมน และจอมจักร จันทรสกุล. การดูแลบาดแผลไหม้เบื้องต้น (Early Burn Wound Care). Update on Wound Care 2009. กรุงเทพเวชสาร; 2552: 81-112.
5. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หน่วยงานศัลยกรรม. รายงานประจำปี 2562. ลพบุรี :โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ; 2562.
6. ภัทรพร คำพิมูล. Nursing Management in Burn Wound Care. ใน: Many Facets of Wound Care in the Year 2016. สมาคมแผลไหม้และสมานแผล (ประเทศไทย). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2559.
7. ชัยรัตน์ บุรุษพัฒน์. การบาดเจ็บจากการสูดดมควันไฟร้อน (Inhalation injury). เวชสารแพทยทหารบก; 2562; 72(2): 129-136.

ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

สร้อยพัชร แก้วดวงเทียน

งานหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast tract) บูรณาการร่วมกับแนวทางการประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ให้อาสาสมัครลิ้มเลือดที่มารักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรงทุกราย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 – 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 33 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า Door to EKG ภายใน 10 นาที เท่ากับ 24 ราย คิดเป็น ร้อยละ 72.72, Door to needle Time ภายใน 180 นาที เท่ากับ 31 ราย คิดเป็น ร้อยละ 93.93 และ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที เท่ากับ 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 30.3

ดังนั้น ประโยชน์จากการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โดยมีการประสานความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในการใช้ช่องทางด่วน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้เร็วขึ้น จึงควรมีการพัฒนารูปแบบเชิงรุกเพื่อเพิ่มการเข้าถึงที่รวดเร็ว ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

Abstract : The Effects of Nursing care for Clinical Nursing Practice Guideline to Acute ST Elevation Myocardial Infarction Patients at Khoksamrong Hospital
Sareepach Keawdoungean

Intensive care unit: Nursing organization Khoksamrong Hospital

This study was retrospective to evaluate the effectiveness of nursing care for clinical nursing practice guideline to STEMI patients in Khoksamrong Hospital. Integrated the collaboration between physicians and nurse into the fast track system and clinical nursing practice guideline to STEMI patients. Data were collected from medical record n=33. Data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation

The result of this study showed that: clinical nursing practice guideline to STEMI patients at Khoksamrong Hospital the following outcomes: Door to EKG in 10 min was found in 24 patients (72.72%), Door to needle Time in 180 min was found in 31 patients (93.93%), Total Ischemic Time in 360 min was found in 10 patients (30.3%)

This finding clinical nursing practice guideline to STEMI patients at Khoksamrong Hospital has developed, resulting the better Nursing care the acute STEMI patient to access open blood vessels by using thrombolytic drugs and the service care model should be proactively developed.

Keywords : Clinical Nursing Practice Guideline to Acute ST Elevation Myocardial Infarction Patients at Khoksamrong Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนเอสทียกสูง (STEMI) เป็นภาวะฉุกเฉินของโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน หากไม่ได้รับการเปิดหลอดเลือดที่อุดตันภายในเวลาอันรวดเร็วจะทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ เป้าหมายสำคัญ คือ ควรเปิดหลอดเลือดภายใน 6 ชั่วโมง หลังจากมีอาการเจ็บแน่นอก หรือ อย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง ซึ่งสถานบริการควรจัดบริการให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที⁴ จากสถิติของประเทศไทย ปี 2559-2561 มีอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 503.67, 501.41 และ 515.91 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบอัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเท่ากับ 32.3, 31.8 และ 31.8 ตามลำดับ¹ ทุก ๆ นาทีที่มีความหมาย เวลาที่ผ่านไปหมายถึงพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจจะขยายวงกว้างเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหันได้หลักการรักษาที่สำคัญคือ การทำให้เลือดกลับ ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเร่งด่วน ในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ วิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด การทำหัตถการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจและการทำผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งการรักษาจะได้ผลดีที่สุดหากสลายหรือละลายลิ่มเลือดภายใน 3 ชั่วโมง นับจากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก⁴ โดยอัตราการเสียชีวิตก็จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ พบว่าภายในเวลา 30 นาทีของการอุดตันจะมีกล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 10 ภายใน 1 ชั่วโมงจะมีพื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจตายร้อยละ 30 ภายใน 3 ชั่วโมงจะมีพื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจตายเป็น ร้อยละ 60 และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆตามเวลาที่เพิ่มขึ้น โดยที่เวลา 6 ชั่วโมง พื้นที่กล้ามเนื้อหัวใจจะตายถึงร้อยละ 90 ดังนั้นประโยชน์สูงสุดที่ผู้ป่วยควรจะได้รับคือการรักษาภายใน 1-3 ชั่วโมง และอย่างน้อยไม่ควรเกิน 6 ชั่วโมง²

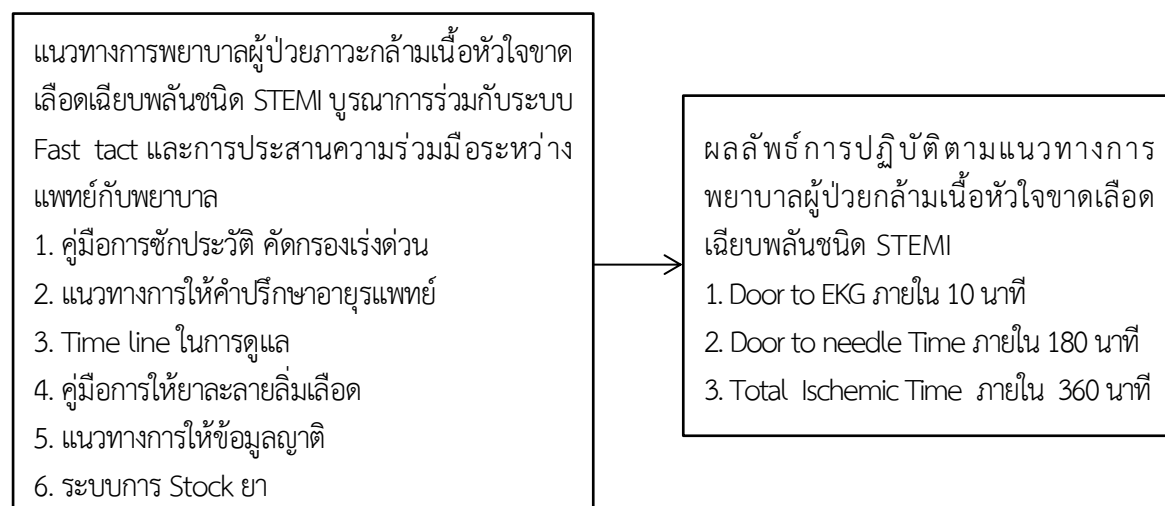
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 1-3 ชั่วโมง สามารถลดอัตราการตายได้มากกว่าการถ่ายยาละลายลิ่มเลือดหัวใจ แต่หลังจาก 4 ชั่วโมงนับจากมีอาการ การทำหัตถการถ่ายยาละลายลิ่มเลือดหัวใจจะลดอัตราการตายได้มากกว่า แต่ถึงอย่างไรก็ตามยังมีข้อจำกัดของสถานพยาบาลเนื่องจากไม่มีความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ ตลอดจนไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น ถ้าระยะเวลาในการเจ็บแน่นหน้าอกไม่เกิน 12 ชั่วโมง จึงแนะนำให้สถานบริการเลือกให้ยาละลายลิ่มเลือด หากไม่มีข้อห้าม⁶ จากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สถานพยาบาลส่วนใหญ่ใช้ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) กับผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ซึ่งเป็นมาตรฐานการดูแลรักษาในระดับมาตรฐานสากล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ รวดเร็วทันเวลา การใช้ Fast track ทำให้สามารถคัดกรองตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจภายใน 10 นาที เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 94.90 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ร้อยละ 35.00 และมีอัตราการตายลดลงจาก 12.75 เป็นร้อยละ 11.40⁵

โรงพยาบาลโคกสำโรง มีสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในปี 2556-2558 ตามรหัส ICD10(I200-I219) เท่ากับ 331, 168 และ 216 คน มีอัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 25, 20 และ 24 ราย ตามลำดับ ในปี 2558 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เพียง 6 ราย เสียชีวิต 1 ราย มีการจัดระบบบริการไม่มีประสิทธิภาพ พบปัญหาความล่าช้าในการคัดกรอง วินิจฉัยและการให้ยา จึงทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการรักษา ต่อมาอาการทรุดหนักและเสียชีวิต จากการวิเคราะห์พบว่าบุคลากรพยาบาลขาดความรู้ ทักษะในการซักประวัติ คัดกรองล่าช้า ขาดสมรรถนะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ขาดความมั่นใจในการประสานกับแพทย์ ในปี 2559 วิเคราะห์ปัญหาทบทวนการใช้ระบบ Fast tract เพิ่มสมรรถนะให้กับพยาบาล หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและหน่วยไอซียู วางระบบการให้คำปรึกษากับอายุรแพทย์ ผ่าน Line Application เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการวินิจฉัยและสั่งใช้ยา ทบทวนการดูแลผู้ป่วยทุกรายเพื่อเกิดการเรียนรู้ นำมาสังเคราะห์เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อลดความหลากหลายในการดูแล ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาผลของแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากวิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ทักษะในการซักประวัติ คัดกรองเบื้องต้น และตัดสินใจนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ Fast tract ตัดสินใจตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ ต้องมีสมรรถนะการแปลผล EKG เบื้องต้นเพื่อการรายงานและขอคำปรึกษาอายุรแพทย์ ตลอดจนมีการวินิจฉัยและสั่งใช้ยาที่รวดเร็ว ประสานการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาล โดยเป้าหมายร่วมกันในด้านการรักษาผู้ป่วย การปฏิบัติอย่างสอดคล้องร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาล ร่วมกันรับผิดชอบในการค้นหาปัญหาและตัดสินใจร่วมกัน เพื่อนำแผนการดูแลที่กำหนดไปสู่การดูแลผู้ป่วย⁷

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลโคกสำโรง เพื่อนำผลการศึกษามาจัดระบบการบริการการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ตลอดจนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ในช่วง 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2562

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การศึกษารั้วนี้เป็นการศึกษาผลการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง โดยบูรณาการแนวคิดการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาลกับการใช้ระบบ Fast tract โดยความร่วมมือการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์กับพยาบาลนั้นประกอบด้วย การสื่อสาร (Paraliet Communication) บทบาทหน้าที่ (Paraliet Functioning) การทำงานร่วมกัน (coordination) การปรึกษากัน (Consultation) การร่วมกันบริหารจัดการ (Co-management) การส่งต่อ (Referal) ซึ่งพบว่าความร่วมมือระหว่างแพทย์และพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักจะพบว่ายู่ระดับสูง^๙ พบว่าการประสานความร่วมมือกันระหว่างเภสัชกรและพยาบาลกับโปรแกรมการการรายงานอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการใช้ยา พบว่า พยาบาลรายงานอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างการใช้ยามากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย¹¹

ดังนั้น การนำแนวคิดความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลมาบูรณาการ เข้ากับการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ร่วมกับพยาบาลที่ดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องม้องมีความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน น่าจะทำให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีความปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

ระเบียบวิธีวิจัย รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา แบบย้อนหลังจากเวชระเบียน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ช่วง 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2562 จำนวน 78 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรง ช่วง 1 มกราคม 2560 ถึง 31 ธันวาคม 2562 ที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดทุกราย เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย

เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารักษาที่โรงพยาบาลโคกสำโรงที่มีข้อบ่งชี้ห้ามให้ยาละลายลิ่มเลือด และผู้ป่วยรายที่ไม่ได้รับการปฏิบัติตามแนวทางทางการแพทย์ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง โดยดูจากแบบฟอร์มที่บันทึกในเวชระเบียน

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช รหัสงานวิจัย KNH 09/2563 วันที่ให้การรับรอง 14 เมษายน พ.ศ.2563 เมื่อได้รับอนุญาต ผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยย้อนหลัง ข้อมูลผู้ป่วยถูกเก็บเป็นความลับ โดยให้รหัสแทนชื่อผู้ป่วยและสรุปนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม โดยผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลเพียงผู้เดียว

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. ST Elevated myocardial infarction: STEMI หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจลักษณะสัญญาณช่วง ST ยกขึ้นอย่างน้อย 2 leadsที่ต่อเนื่องกัน
2. Door to EKG หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนถึงผู้ป่วยได้ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ
3. Door to Needle Time หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด
4. Total Ischemic time หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บอกถึงเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลโคกสำโรง ประกอบด้วย

- 1.1 คู่มือการซักประวัติ คัดกรองเร่งด่วน
- 1.2 แนวทางการให้คำปรึกษาอายุรแพทย์
- 1.3 Time line ในการดูแล
- 1.4 คู่มือการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- 1.5 แนวทางการให้ข้อมูลญาติ

2. เครื่องมือที่ใช้รวบรวม แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์การปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง

- แบบบันทึก Door to EKG

- แบบบันทึก Door to needle Time

- แบบบันทึก Total Ischemic Time

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ตรวจสอบความเที่ยงตรงและสอดคล้องของเนื้อหาโดยนำแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราชมาปรับใช้ให้เหมาะสมภายใต้บริบทของโรงพยาบาลโคกสำโรง ทบทวนโดยอายุรแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยหนัก 2 ท่านและอนุมัติให้นำไปใช้โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรง

ขั้นตอนการทบทวน

1. ผู้ศึกษาทบทวนสถิติข้อมูลและวิเคราะห์ประเด็นปัญหาพร้อมกับทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิก
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ขอศึกษาดูงานโรงพยาบาลสระบุรี จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลวิชาชีพ โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
3. พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ในปี 2559 ประกอบด้วย

3.1 คู่มือการซักประวัติ คัดกรองเร่งด่วน เดิมพบปัญหาในการคัดกรองโดยศูนย์เปล โดยให้ซักประวัติจากสัญญาณเตือน “เสียง ซีม ปวด” และอาการเจ็บหน้าอกเหมือนอะไรมาดทับ หนักๆ หายใจไม่อิ่ม พบว่ามีการผิดพลาดในการซักประวัติจึงเปลี่ยนเป็นให้พยาบาลคัดแยกผู้ป่วยทุกราย และจากการทบทวนระหว่างการดูแลผู้ป่วยพบปัญหาผู้ป่วยที่เป็น STEMI ในรายที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง นอกจากนั้นยังพบใน New Case ที่สูบบุหรี่ จึงนำมาเพิ่มการซักจับในผู้ป่วยที่มาด้วยเหนื่อยหายใจไม่อิ่ม กลุ่ม CVD Risk เพื่อนำเข้าสู่ระบบการคัดกรองเร่งด่วนและทำ EKG โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์ ตลอดจนพยาบาลคัดกรองต้องมีสมรรถนะในการแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อรายงานแพทย์ทันที

3.2 แนวทางการให้คำปรึกษาอายุรแพทย์ เดิมพบผู้ปฏิบัติขาดความมั่นใจในการรายงานแพทย์ ไม่มีระบบการขอคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ มีการปรับเพิ่มการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทาง Line Application เพื่อให้แพทย์ทั่วไปมีความมั่นใจในการสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด และสามารถขอคำปรึกษาระหว่างดูแลได้ โดยขอสนับสนุนเครื่องมือสื่อสารเป็นโทรศัพท์มือถือ ที่หน่วยงานไอซียู และหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3.3 จัดทำ Time line ในการดูแล ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา และนำเข้าทบทวนร่วมกันเพื่อให้เกิดความชำนาญในการดูแลและให้การพยาบาลผู้ป่วย โดยมีอายุรแพทย์เป็นประธานในการทบทวนทุกครั้ง

3.4 คู่มือการให้ยาละลายลิ่มเลือด เพิ่มการเรียนรู้ที่หน้างาน โดยในช่วงแรกของการพัฒนา จะเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ ไอซียู แต่พบว่าล่าช้าจากการรอศูนย์แปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จึงปรับเปลี่ยนเป็นการให้ยาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยพยาบาลไอซียูไปเริ่มให้ยาที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพยาบาลใช้ระบบพีแอลเอ็นให้คำแนะนำการให้ยา จนกระทั่งพยาบาลหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินจนเกิดความชำนาญในการให้ยา

3.5 แนวทางการให้ข้อมูลญาติ พบปัญหาญาติไม่เข้าใจแผนการรักษา จึงไม่เซ็นยินยอมการรักษา บางรายใช้เวลาเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยได้ยาล่าช้า บางรายเลยเวลาที่สามารถให้ยาได้

3.6 ระบบการ Stock ยา เดิมมีที่ไอซียู ปรับเพิ่มการ Stock ยาละลายลิ่มเลือดที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน

3.7 ระบบการสำรองเตียง เนื่องจากไอซียู เต็ม 8 เตียงตลอด จึงทำให้ต้องมีการโยกย้ายเตียงก่อนรับผู้ป่วย STEMI จึงปรับเป็นการสำรองเตียงที่ 9 สำหรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดทันที

4. นำแนวทางปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI จำนวน 10 ราย ในปี 2559 และนำมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกันในเวทีทบทวนจนกระทั่งสามารถใช้ได้ นำมาใช้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ปี 2560

5. ผู้ศึกษาสนใจศึกษาผลของแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง จึงเขียนโครงร่างและส่งโครงร่างการวิจัยเพื่อขอคำรับรองทำวิจัยในมนุษย์

6. นำความเห็นและข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการการทำวิจัยของโรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช มาปรับปรุงแก้ไข ตามข้อเสนอแนะ

7. เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายผลการศึกษา

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติให้ทำการศึกษได้แล้ว โดยผู้ศึกษาทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงขอเก็บข้อมูลในเวชระเบียน ให้แผนกเวชสถิติดึงข้อมูลผู้ป่วยรหัส I210-I213 จากนั้นทบทวนเวชระเบียนทั้งหมดและคัดผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด มาทำการรวบรวมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยจะลงเป็นรหัส ID และเก็บข้อมูลตามแบบบันทึกที่สร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบบันทึก Door to EKG แบบบันทึก Door to needle Time แบบบันทึก Total Ischemic Time ผู้ศึกษาทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 จำนวน ร้อยละของ Door to EKG ภายใน 10 นาที, Door to needle ภายใน 180 นาที และ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (N=33)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(ราย)	ร้อยละ
เพศ	19	57.6
ชาย	14	42.4
หญิง		
อายุ	2	6.1
≤ 40 ปี	2	6.1
31-50 ปี	9	27.3
51-60 ปี	12	36.4
61-70 ปี	8	24.2
≥ 71 ปี		
โรคประจำตัว		
HT	12	36.4
DM	9	27.3
DLP	6	18.2
โรคปอด	1	3.0
ไม่มีโรคประจำตัว	5	15.2
สูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	14	42.4
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	9	27.3
ยังสูบบุหรี่	10	30.3
ดื่มสุรา		
ไม่เคยดื่ม	14	42.4
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	9	27.3
ยังดื่มอยู่	10	30.0

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นเพศชาย มากกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.6 และ 42.4 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 มีโรคประจำตัว เป็น HT รองลงมาเป็น DM และ DLP คิดเป็น ร้อยละ 36.4, 27.3 และ 18.2 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงยังสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 30.3 และยังดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 30.3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ Door to EKG, Door to needle Time และ Total Ischemic Time ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI (N=33)

ผลการดำเนินการ	Mean	SD
Door to EKG	8.52	8.54
Door to needle Time	73.94	57.30
Total Ischemic Time	227.39	139.18

จากตารางที่ 2 พบว่า Door to EKG ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.52(SD=8.55) Door to needle Time ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.94(SD=57.30) และ Total Ischemic Time ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เท่ากับ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 227.39(SD=139.18)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละของ Door to EKG ภายใน 10 นาที, Door to needle ภายใน 180 นาที และ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI(N=33)

ผลการดำเนินการ	จำนวน	ร้อยละ
Door to EKG ภายใน 10 นาที(เวลามาตรฐาน 10 นาที)	24	72.72
Door to needle Time ภายใน 180 นาที(เวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง)	31	93.93
Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที(เวลามาตรฐาน 6 ชั่วโมง)	10	30.3

จากตารางที่ 3 พบว่า Door to EKG ภายใน 10 นาที(เวลามาตรฐาน 10 นาที) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เท่ากับ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.72 Door to needle ภายใน 180 นาที(เวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เท่ากับ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.93 และ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที (เวลามาตรฐาน 6 ชั่วโมง) ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เท่ากับ 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.3

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.6 และเพศหญิง ร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีโรคประจำตัว เป็น HT รองลงมาเป็น DM และDLP คิดเป็น ร้อยละ ๓๖.๔ , ๒๗.๓ และ ๑๘.๒ ตามลำดับ พบในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 30.3 และดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 30.3 เมื่อนำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรงไปใช้ พบว่า ผู้ป่วยมี Door to EKG เฉลี่ย 8.52 นาที Door to needle Time เฉลี่ย 73.94 นาที และ Total Ischemic Time เฉลี่ย 227.39 นาที

พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ Door to EKG ภายใน 10 นาที (เวลามาตรฐาน 10 นาที) เท่ากับ 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.72 ซึ่งวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า มี 9 รายที่เกินเวลามาตรฐานเกิดจาก มารับบริการนอกเวลาราชการช่วงเวรบ่าย 5 ราย เป็นช่วงที่มีการแบ่งบุคลากรของหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินมาช่วยห้องตรวจ OPD นอกเวลา พบว่า 2 รายมาด้วยอาการทรุดหนักอยู่ในภาวะช็อค และอีก 2 ราย มีการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ มาด้วยอาการหอบเหนื่อย และพบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ Door to needle ภายใน 180 นาที (เวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง) เท่ากับ 31ราย คิดเป็นร้อยละ 93.93 ซึ่งวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า มี 2 ราย

ที่เกินเวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง เกิดจาก ต้องแก้ไขภาวะช็อคก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่วนผู้ป่วยที่ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที(เวลามาตรฐาน 6 ชั่วโมง)มีเพียง 10 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจาก ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลล่าช้า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีใครพามาโรงพยาบาลรถฉุกเฉิน ไม่ได้ใช้ 1669 พบว่ามีเพียง 1 รายเท่านั้นที่เรียกใช้บริการ 1669

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า จากการนำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรงมาใช้ พบว่ามีประโยชน์กับผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นกว่าเดิม ปัจจัยในความสำเร็จที่สำคัญที่พบคือ พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ มีทักษะ และได้รับการฝึกฝนจนเกิดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย มั่นใจในการดูแล อีกทั้งการวางระบบการให้คำปรึกษาที่ดี ช่วยทำให้มีการยืนยันผลการวินิจฉัยและสั่งใช้ยาเร็ว แต่ถึงอย่างไรก็ตามควรมีการพัฒนาต่อเนื่องต่อไป ซึ่งผลจากการใช้แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ของโรงพยาบาลโคกสำโรง ทำให้การเปิดหลอดเลือดด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้มากขึ้น ซึ่ง Door to EKG ภายใน 10 นาที (เวลามาตรฐาน 10 นาที) คิดเป็นร้อยละ 72.72, Door to needle ภายใน 180 นาที (เวลามาตรฐาน 3 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 93.93 ในขณะที่เป้าหมายต้องการภายใน 30 นาที แต่ Total Ischemic Time ภายใน 360 นาที(เวลามาตรฐาน 6 ชั่วโมง) คิดเป็นร้อยละ 30.3 และพบว่า Total Ischemic Time เฉลี่ยของโรงพยาบาลโคกสำโรง เท่ากับ 227.39 นาที ในขณะที่เป้าหมายต้องการภายใน 180 นาที ซึ่งโรงพยาบาลสระบุรี มี Total Ischemic Time เฉลี่ย ลดลงจาก 225.11 นาที เป็น 182.36 นาที³ และโรงพยาบาลบุรีรัมย์มี Total Ischemic Time ภายใน 180 นาที ร้อยละ 59.0¹⁰ ส่วนโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช Total Ischemic Time ภายใน 180 นาที ร้อยละ 68.35⁶ ดังนั้นนับเป็นความท้าทายของโรงพยาบาลโคกสำโรงในการพัฒนาการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้มีความรวดเร็วขึ้นต่อไป โดยอาจต้องศึกษาปัจจัยที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้ยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและปัจจัยขององค์กร เพื่อจัดระบบบริการให้รวดเร็วขึ้นกว่าเดิมต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลังซึ่งไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนได้และข้อมูลที่ได้บางส่วนไม่สมบูรณ์ จึงอาจทำให้ไม่สามารถเจาะจงในการวัดผลอย่างชัดเจนในบางประเด็น

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาลและจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาเชิงรุกถึงปัจจัยที่ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า และส่งเสริมการให้บริการ 1669

เอกสารอ้างอิง(Reference)

1. นายแพทย์เกรียงไกร เสงี่ยมมี. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ. ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด;2557.
2. กองโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร.จำนวนและอัตราการตายโรคไม่ติดต่อ ปี 2559-2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 พฤษภาคม 2563]. ที่มา:<http://www.thaincd.com/2016/mission/documents.php?tid=32&gid=1>
3. การประชุมวิชาการ Cardiac Network Forum ครั้งที่ 1. Update Acute STEMI Treatment. เครือข่ายหัวใจยิ่งได้; ขอนแก่น: หจก.ขอนแก่นการพิมพ์; 2552:2-3.
4. Huber K, Caterina RD, Kristensen SD, Verheugt FW, Montalescot G, Maestri LB, Werf FV. Pre-hospital reperfusion therapy: a strategy to improve therapeutic outcome in patients with ST-elevation myocardial infarction. European heart journal. 2005 Oct 1;26(19):2063-74.
5. วันเพ็ญ แสงเพชรส่อง,ทชวรรณ ผาสุข และธนิศา นิยมวงษ์ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระยะวิกฤต ในโรงพยาบาลระยอง. วารสารกองการพยาบาล, 2555.;39:32-45.
6. Dechairo-Marino AE, Jordan-Marsh M, Traiger G, Saulo M. Nurse/physician collaboration: action research and the lessons learned. JONA: The Journal of Nursing Administration. 2001 May 1;31(5):223-32.
7. Miller KL, Reeves S, Zwarenstein M, Beales JD, Kenaszchuk C, Conn LG. Nursing emotion work and interprofessional collaboration in general internal medicine wards: a qualitative study. Journal of Advanced Nursing. 2008 Nov;64(4):332-43.
8. Prakongsai N, Pongchaidecha M, Chalongsuk R. Effectiveness of a Collaborative Program between Pharmacists and Nurses to Improve Spontaneous Reporting System of Adverse Drug Reactions in Prapokklao Hospital, Chanthaburi Province. ประสิทธิภาพของโปรแกรมความร่วมมือระหว่าง เภสัชกรและพยาบาลในการรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามความสมัครใจโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2017 Dec 12;16(S1):55-68.
9. นพมาศ พงษ์ประจักษ์, พิธา พรหมลิขิตชัย, ทิตยา ดั่งเงิน. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST ยก ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดสระบุรี. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing ISSN 2672-9774 (Online). 2017;28(1):69-80.

10. Panapoy A, Pleeianthaisong B. การพัฒนาเครือข่ายการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI โรงพยาบาลบุรีรัมย์. MEDICAL JOURNAL OF SRISAKET SURIN BURIRAM HOSPITALS. 2018 Sep 1;33(2):145-63.
11. วีรชัย ตริวัฒนาวงศ์. ปัจจัยที่มีผลกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST Elevation ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี.วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558(12):136-148.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก ในผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

วิทวัส รัตนายน

งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินได้ในผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชด้วยภาวะข้อสะโพกหัก ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 จำนวน 72 คน ที่แพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดฝึกเดิน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบเวชระเบียนแรกรับผู้ป่วยของงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช, การประเมินดัชนีมวลกาย, การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการกลับมาเดินได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหัก ได้แก่ อายุ ความสามารถในการเดินก่อนหัก ความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง ระยะเวลาในการฝึกเดิน กำลังกล้ามเนื้อแขน กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก ความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัวและการมีหรือไม่มีญาติดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ, ข้อสะโพกหัก

Abstract : Factors associated to walk after fracture around the hip in the elderly, Inpatient, King Narai Hospital.

This descriptive research aims to study factors associated to walk after fracture around the hip in the elderly. The sample is an elderly patient aged 60 and over and admitted to King Narai Hospital with a broken hip condition. Between October 2018 and September 2019, 72 of the doctors consulted with physiotherapists, walking training, with purposive sampling. The instrument used in this study was data recording from physical therapy assessment form, BMI assessment, Manual muscle testing. The data were analyzed using computer software. Data were analyzed by frequency, percentage, average, standard deviation, Chi-squared test.

The study found that factors associated with returning in older people with hip fractures include age, the ambulatory ability before fracture, independent sitting ability, walk training duration, muscle strength of arm, muscle strength of non-fracture leg side, the ability to lift the fracture side after surgery, BMI, Underlying disease and with or without a caregiver. Statistically significant at the level of .05

Keywords : Elderly, Fracture around the hip.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเกิดสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่พบได้บ่อย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุนและภาวะข้อเสื่อม ส่งผลต่อโครงสร้างของข้อเปลี่ยนไป ซึ่งการหักล้มอาจเกิดการกระแทกบริเวณกระดูกสะโพก เกิดข้อสะโพกหักทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมากจนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และอาจมีชาติดูรปร่วมด้วย กระดูกสะโพกหักเป็นการบาดเจ็บที่ร้ายแรงและอาจจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ ผู้ป่วยบางรายต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมประจำวันของตนหรือจะต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะในระยะยาว และพบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น¹ ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่กระดูกสะโพกหักจะต้องใช้เครื่องช่วยเดินเป็นเวลาหลายเดือนและเกือบครึ่งหนึ่งจะต้องใช้ไม้เท้าหรือเครื่องช่วยเดินเป็นการถาวรสำหรับการเคลื่อนที่ กระดูกสะโพกหักอาจทำให้คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลง มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักต้องสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้าและการขึ้นลงบันได² นอกจากนี้ในขณะที่กำลังฟื้นตัวจากกระดูกสะโพกหักอาจทำให้ผู้ป่วยมีความปวดมากและไม่สามารถลุกเดินได้ มีโอกาสทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้สูงจากภาวะแทรกซ้อน³ อันได้แก่ ปอดบวม แผลกดทับและลิ้มเลือดในขาอาจไหลเวียนไปสู่ปอดและกลายเป็นสาเหตุของลิ้มเลือดในปอดได้ อัตราเสียชีวิตภายในปีแรกเนื่องจากภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 17 – 28⁴ ภาวะเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้หลังจากกระดูกสะโพกหัก ผู้ป่วยที่เคยกระดูกสะโพกหักมาก่อนหน้ามีความเสี่ยงสูงที่จะมีกระดูกสะโพกหักซ้ำอีก ผู้ป่วยที่สามารถเคลื่อนไหวได้เร็วจะลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ซึ่งการรักษาทางกายภาพบำบัดถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วย การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้นและลดความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัว สามารถกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติ และลดความพิการที่อาจจะเกิดขึ้นได้⁵

ปัญหาที่พบจากการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในปีงบประมาณ 2561 พบว่าผู้สูงอายุที่ข้อสะโพกหักและไม่สามารถกลับมาเดินได้ จำนวน 11 ราย มีผู้ป่วยจำนวน 9 ราย กลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีผู้ป่วย 2 รายที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อภายหลังออกจากโรงพยาบาล และจากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลข่าวสาร โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช⁶ ในปีงบประมาณ 2562 พบว่ามีผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเข้ารับการรักษาด้วยภาวะข้อสะโพกหักเป็นจำนวน 88 ราย โดยจากการฝึกผู้ป่วยสูงอายุพบว่าในผู้สูงอายุที่จะกลับมาเดินได้และไม่สามารถเดินได้มีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย

ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาข้อมูลจากผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักทั้งหมดที่แพทย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดเรื่องการฝึกเดิน เพื่อนำมาพัฒนาวิธีการดูแลรักษาและเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต่อไป

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก

ขอบเขตการศึกษา

ประชากร คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเข้ารับการรักษาวัดที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชด้วยภาวะข้อสะโพกหัก ในปีงบประมาณ 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเข้ารับการรักษาวัดที่โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชด้วยภาวะข้อสะโพกหัก ในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2562 จำนวน 72 คนที่แพทย์ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดฝึกเดิน โดยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. ไม่เป็นผู้ป่วยติดเตียงก่อนข้อสะโพกหัก
2. ไม่มีการหักของกระดูกส่วนอื่นนอกจากข้อสะโพก
3. ไม่มีอาการปวดจากการเสื่อมของข้ออื่นจนเป็นอุปสรรคต่อการฝึกเดิน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับการเดิน พบว่าหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก ได้แก่ อายุ, เพศ, ขาข้างที่หัก, ความสามารถในการเดินก่อนหัก, ระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัด, ความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง, การมีหรือไม่มีญาติดูแล, โรคประจำตัว, ระยะเวลาในการฝึกเดิน, กำลังกล้ามเนื้อแขน, กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก, ความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัด, ประเภทของการผ่าตัด, ประเภทการลงน้ำหนักขาข้างหักในการฝึกเดินและค่าดัชนีมวลกาย จากการศึกษาพบว่ากายภาพบำบัดในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักอายุมากกว่า 90 ปี จะมีปัญหาการฝึกเดินจากการกลัวล้ม⁷, คล้ายกับการศึกษาระยะเวลาในการฝึกเดินของผู้ป่วยในโรงพยาบาลของ Levi SJ⁸, มาณี หาทรัพย์และคณะที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ข้อสะโพกหัก⁹ รวมทั้งการศึกษาของเทิดศักดิ์ ชีวะเกตุที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กสามารถลุกจากเตียงได้เร็ว¹⁰ ซึ่งการศึกษาต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยมีแนวคิดจะศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับประเภทของการกลับมาเดิน

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก

อายุ, เพศ, ขาข้างที่หัก, ความสามารถในการเดินก่อนหัก, ระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัด, ความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง, การมีหรือไม่มีญาติดูแล, โรคประจำตัว, ระยะเวลาในการฝึกเดิน, กำลังกล้ามเนื้อแขน, กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก, ความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัด, ประเภทของการผ่าตัด, ประเภทการลงน้ำหนักขาข้างหักในการฝึกเดิน, ค่าดัชนีมวลกาย

ประเภทของการกลับมาเดิน

- เดินได้เอง
- เดินไม่ได้
- เดินโดยมีคนช่วย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาทบทวนข้อมูลจากระเบียนแรกของผู้ป่วย (FM-REH-020) ของงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. นำข้อมูลที่ได้ที่เกี่ยวข้องมาบันทึกลงในแบบเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ โดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากรโดยใช้ Chi-Square

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เวชระเบียนแรกของผู้ป่วย (FM-REH-020) ของงานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งเป็นแบบฟอร์มการตรวจร่างกายที่งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชใช้ในการตรวจประเมินผู้ป่วยทุกรายที่เข้าบริการ ซึ่งจะมีรายละเอียด 2 ส่วน คือ 1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย 2. วิธีการรักษาทางการแพทย์ การตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัดที่มีการประเมินกำลังกล้ามเนื้อ วิธีการรักษา ผลการรักษาและการสอนญาติในการดูแลผู้ป่วย

2. การประเมินดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) ใช้การแบ่งเกณฑ์ตามสูตรของ WHO¹¹ ค.ศ. 2000 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยไทยซึ่งเป็นชาวเอเชีย ดังนั้นการแบ่งระดับดัชนีมวลกายที่เหมาะสมใช้เป็นเกณฑ์การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

2.1 น้ำหนักน้อยกว่ามาตรฐาน ดัชนีมวลกาย < 18.5 กิโลกรัม/เมตร²

2.2 น้ำหนักมาตรฐาน ดัชนีมวลกาย = $18.5 - 22.9$ กิโลกรัม/เมตร²

2.3 น้ำหนักเกินมาตรฐาน ดัชนีมวลกาย ≥ 23 กิโลกรัม/เมตร² และสามารถแบ่งระดับ

ภาวะอ้วนได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ - อ้วนระดับเสี่ยง ดัชนีมวลกาย = $23 - 24.9$ กิโลกรัม/เมตร²

- อ้วนระดับ 1 ดัชนีมวลกาย = $25 - 29.9$ กิโลกรัม/เมตร²

- อ้วนระดับ 2 ดัชนีมวลกาย ≥ 30 กิโลกรัม/เมตร²

3. การตรวจกำลังกล้ามเนื้อ ใช้การแบ่งระดับตามหลักของ Kendall & Kendall¹² ดังนี้

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 0 ไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 1 มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ แต่ไม่มีการเคลื่อนไหว

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 2 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่ แต่ไม่สามารถต้านแรงโน้มถ่วง

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 3 เคลื่อนไหวแนวราบได้เต็มที่และต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่ไม่สามารถต้านแรงจากผู้ตรวจได้

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 4 เคลื่อนไหวได้เต็มช่วงและต้านแรงผู้ตรวจได้บ้าง

ระดับกำลังกล้ามเนื้อ 5 เคลื่อนไหวได้เต็มช่วงและต้านแรงผู้ตรวจได้เต็มที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักและได้รับการฝึกเดิน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความสัมพันธ์ของการกลับมาเดินได้กับปัจจัยต่างๆ โดยการทดสอบความเป็นอิสระต่อกันของสองประชากรโดยใช้ Chi-Square

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักและได้รับการส่งปรึกษากายภาพบำบัดเรื่องการฝึกเดิน จำนวน 72 ราย เป็นเพศชาย 11 เพศหญิง 61 ราย ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 – 93 ปี ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี SD = 8.75 และค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25.0 – 29.9

ตารางที่ 1 ตารางแสดงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักและได้รับการฝึกเดิน

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	15.27
หญิง	61	84.72
อายุ (ปี)		
60-69	23	31.94
70-79	25	34.72
80 ปีขึ้นไป	24	33.33
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด (ปี)	60-93	
ค่าดัชนีมวลกาย		
<18.5	4	5.55
18.5 – 22.9	25	34.72
23.0 – 24.9	10	13.88
25.0 – 29.9	26	36.11
≥30.0	7	9.72

2. หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักได้ผลดังนี้

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอายุต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านอายุของผู้สูงอายุ			χ^2	df	P-value
	60-69 (ร้อยละ)	70-79 (ร้อยละ)	80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	15 (65.21)	9 (36)	3 (12.5)	16.124	4	0.003*
เดินไม่ได้	2 (8.69)	10 (40)	12 (50)			
เดินโดยมีคนช่วย	6 (26.08)	6 (24)	9 (37.5)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 2 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุในช่วงอายุ 60-69 ปีเดินได้มากที่สุดร้อยละ 65.21

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของเพศต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านเพศของผู้สูงอายุ		χ^2	df	P-value
	ชาย (ร้อยละ)	หญิง (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	2 (18.18)	25 (40.98)	2.509	2	0.285
เดินไม่ได้	4 (36.36)	20 (32.78)			
เดินโดยมีคนช่วย	5 (45.45)	16 (26.22)			

จากตารางที่ 3 พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุเพศหญิงเดินได้มากที่สุดร้อยละ 40.98

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของขาข้างที่หักต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านขาข้างที่หักของผู้สูงอายุ		χ^2	df	P-value
	ขวา (ร้อยละ)	ซ้าย (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	14 (41.17)	13 (34.21)	0.411	2	0.814
เดินไม่ได้	11 (32.35)	13 (34.21)			
เดินโดยมีคนช่วย	9 (26.47)	12 (31.57)			

จากตารางที่ 4 พบว่าขาข้างที่หักไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ขาข้างขวาหักเดินได้มากที่สุดร้อยละ 41.17

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของความสามารถในการเดินก่อนหักต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านความสามารถในการเดินก่อนหัก			χ^2	df	P-value
	เดินได้ (ร้อยละ)	เดินไม่ได้ (ร้อยละ)	ใช้อุปกรณ์ช่วย (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	23 (46)	0	4 (19.04)	10.712	4	0.030*
เดินไม่ได้	11 (22)	1 (100)	12 (57.14)			
เดินโดยมีคนช่วย	16 (32)	0	5 (23.8)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 5 พบว่าความสามารถในการเดินก่อนหักมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่สามารถเดินได้เองก่อนหักเดินได้มากที่สุดร้อยละ 46

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัดต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนการผ่าตัด		χ^2	df	P-value
	≤1 สัปดาห์ (ร้อยละ)	2 สัปดาห์ขึ้นไป (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	17 (42.5)	10 (31.25)	0.986	2	0.611
เดินไม่ได้	12 (30)	12 (37.5)			
เดินโดยมีคนช่วย	11 (27.5)	10 (31.25)			

จากตารางที่ 6 พบว่าระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัด ≤1 สัปดาห์ เดินได้มากที่สุด ร้อยละ 42.5

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ของความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเองต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง		χ^2	df	P-value
	ลุกนั่งได้เอง (ร้อยละ)	ไม่สามารถลุกนั่งได้เอง (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	25 (51.02)	2 (8.69)	36.951	2	0.000*
เดินไม่ได้	5 (10.2)	19 (82.6)			
เดินโดยมีคนช่วย	19 (38.77)	2 (8.69)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่าความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเองมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่สามารถลุกนั่งได้เองเดินได้มากที่สุด ร้อยละ 51.02

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของการมีหรือไม่มีญาติดูแลต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านการมีญาติดูแล		χ^2	df	P-value
	มีญาติดูแล(ร้อยละ)	ไม่มีญาติดูแล(ร้อยละ)			
เดินได้เอง	25 (39.06)	2 (25)	7.688	2	0.021*
เดินไม่ได้	18 (28.12)	6 (75)			
เดินโดยมีคนช่วย	21 (32.81)	0			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 8 พบว่าการมีหรือไม่มีญาติดูแลมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่มีญาติดูแลสามารถเดินได้มากที่สุดร้อยละ 39.06

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ของโรคประจำตัวต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านโรคประจำตัว				χ^2	df	P-value
	ไม่มีโรค (ร้อยละ)	1 โรค (ร้อยละ)	2 โรค (ร้อยละ)	3 โรคขึ้นไป (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	16(55.17)	6(27.27)	5(33.33)	0	13.131	6	0.041*
เดินไม่ได้	5(17.24)	8(36.36)	6(40)	5(83.33)			
เดินโดยมีคนช่วย	8(27.58)	8(36.36)	4(26.66)	1(16.66)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 9 พบว่าการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเดินได้มากที่สุดร้อยละ 55.17

ตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ของระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกเดินต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกเดิน		χ^2	df	P-value
	≤ 1 สัปดาห์(ร้อยละ)	1 สัปดาห์ขึ้นไป(ร้อยละ)			
เดินได้เอง	26 (44.82)	1 (7.14)	16.260	2	0.000*
เดินไม่ได้	13 (22.41)	11 (78.57)			
เดินโดยมีคนช่วย	19 (32.75)	2 (14.28)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 10 พบว่าระยะเวลาที่ใช้ในการฝึกเดินมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาฝึกเดิน ≤ 1 สัปดาห์ สามารถเดินได้มากที่สุดร้อยละ 44.82

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ของกำลังกล้ามเนื้อขาต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านกำลังกล้ามเนื้อขา			χ^2	df	P-value
	เกรด 5 (ร้อยละ)	เกรด 4 (ร้อยละ)	เกรด ≤ 3 (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	10 (71.42)	17 (45.94)	0	31.447	4	0.000*
เดินไม่ได้	2 (14.28)	6 (16.21)	16 (76.19)			
เดินโดยมีคนช่วย	2 (14.28)	14 (37.83)	5 (23.8)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 11 พบว่ากำลังกล้ามเนื้อขาที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อขาเกรด 5 เดินได้มากที่สุดร้อยละ 71.42

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ของกำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หักต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านกำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก			χ^2	df	P-value
	เกรด 5 (ร้อยละ)	เกรด 4 (ร้อยละ)	เกรด $\leq$ 3 (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	10 (71.42)	17 (51.51)	0	44.394	4	0.000*
เดินไม่ได้	2 (14.28)	2 (6.06)	20 (80)			
เดินโดยมีคนช่วย	2 (14.28)	14 (42.42)	5 (20)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 12 พบว่ากำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หักมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่กล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หักเกรด 5 เดินได้มากที่สุดร้อยละ 71.42

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ของความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัดต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านความสามารถยกขาข้างหักหลังผ่าตัด		χ^2	df	P-value
	ยกได้(ร้อยละ)	ยกไม่ได้(ร้อยละ)			
เดินได้เอง	13 (72.22)	14 (25.92)	13.668	2	0.0001*
เดินไม่ได้	1 (5.55)	23 (42.59)			
เดินโดยมีคนช่วย	4 (22.22)	17 (31.48)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 พบว่าความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัดมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ยกขาข้างที่หักได้หลังผ่าตัดสามารถเดินได้มากที่สุดร้อยละ 72.22

ตารางที่ 14 ความสัมพันธ์ของประเภทของการผ่าตัดต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านประเภทของการผ่าตัด			χ^2	df	P-value
	Hip arthroplasty (ร้อยละ)	DHS , Nail , P&S , PFNA (ร้อยละ)	ไม่ผ่าตัด (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	15 (45.45)	8 (47.05)	4 (18.18)	7.481	4	0.113
เดินไม่ได้	10 (30.30)	4 (23.52)	12 (54.54)			
เดินโดยมีคนช่วย	8 (24.24)	5 (29.41)	6 (27.27)			

จากตารางที่ 14 พบว่าประเภทของการผ่าตัดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ผ่าตัด DHS , Nail , P&S , PFNA เดินได้มากที่สุดร้อยละ 47.05

ตารางที่ 15 ความสัมพันธ์ประเภทการลงน้ำหนักของขาข้างหักต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านประเภทของการลงน้ำหนักของขาข้างหัก			χ^2	df	P-value
	FWB(ร้อยละ)	PWB(ร้อยละ)	NWB(ร้อยละ)			
เดินได้เอง	1 (100)	5 (33.33)	21 (37.5)	4.7 36	4	0.315
เดินไม่ได้	0	3 (20)	21 (37.5)			
เดินโดยมีคนช่วย	0	7 (46.66)	14(25)			

จากตารางที่ 15 พบว่าประเภทการลงน้ำหนักของขาข้างหักไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้สูงอายุที่ลงน้ำหนักแบบ FWB เดินได้มากที่สุดร้อยละ 100

ตารางที่ 16 ความสัมพันธ์ของค่าดัชนีมวลกายต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก n=72

ประเภทการเดิน	ปัจจัยด้านค่าดัชนีมวลกาย					χ^2	df	P-value
	<18.5 (ร้อยละ)	18.5 (ร้อยละ)	23.0 (ร้อยละ)	25.0 (ร้อยละ)	>30.0 (ร้อยละ)			
เดินได้เอง	3(75)	13(52)	3(30)	8(30.76)	0	19.696	8	0.012*
เดินไม่ได้	0	7(28)	1(10)	10(38.46)	6(85.71)			
เดินโดยมีคนช่วย	1(25)	5(20)	6(60)	8(30.76)	1(14.28)			

หมายเหตุ * พิจารณาที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

จากตารางที่ 16 พบว่าค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้สูงอายุที่ดัชนีมวลกาย<18.5 สามารถเดินได้มากที่สุดร้อยละ 75

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักและส่งปรีกษางานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช เรื่องการฝึกเดินในช่วงเดือนตุลาคม 2561 ถึงเดือนกันยายน 2562 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุอยู่ในช่วง 70 – 79 ปี และมีค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 คืออยู่ในช่วง 25.0 – 29.9 ซึ่งจากผลการศึกษาความสัมพันธ์ของการเดินกับปัจจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ อายุ ความสามารถในการเดินก่อนหัก ความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง ระยะเวลาในการฝึกเดิน กำลังกล้ามเนื้อแขน กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก ความสามารถในการยกขาข้างหักหลังผ่าตัด โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกายและการมีหรือไม่มีญาติดูแล

ซึ่งปัจจัยเรื่องอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ เพ็ญมานะกิจและคณะ¹³ ที่พบว่าการทรงตัวที่บกพร่องนี้มีค่าเพิ่มขึ้นตามอายุ กล่าวคือ ช่วงอายุ 60-69 ปี พบร้อยละ 7.8 ช่วงอายุ 70-79 ปี พบร้อยละ 29.3 และช่วงอายุที่มากกว่า 80 ปี พบร้อยละ 33.3 และสอดคล้องกับการศึกษาของมาณี หาทรัพย์ และคณะ⁹ ที่พบว่าญาติหรือผู้ดูแลเป็นกุญแจสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องปัจจัยด้านกำลังกล้ามเนื้อแขน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Gumieiro และคณะ¹⁴ ที่พบว่ากล้ามเนื้อในการกำมือที่แข็งแรงจะช่วยให้จับอุปกรณ์ช่วยพยุงการทรงตัวได้ดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล แคล้วคล่องและคณะ¹⁵ ที่พบว่าภาวะโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัด ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการเดินของผู้สูงอายุหลังข้อสะโพกหัก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ เพศ ขาข้างที่หัก ระยะเวลาที่เดินไม่ได้ก่อนผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัด ประเภทของการลงน้ำหนัก ขาข้างหักในการฝึกเดิน ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าวทำให้ทางผู้วิจัยนำผลมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยแบ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาเดินได้ของผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่มได้แก่ 1) ปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ คือ อายุ โรคประจำตัว ความสามารถในการเดินก่อนหักและการมีหรือไม่มีญาติดูแล 2) ปัจจัยที่สามารถแก้ไขได้โดยวิธีการทางกายภาพบำบัด คือ ความสามารถในการลุกนั่งด้วยตนเอง ระยะเวลาในการฝึกเดิน กำลังกล้ามเนื้อแกน กำลังกล้ามเนื้อขาข้างที่ไม่หัก ความสามารถในการยกขาหักหลังผ่าตัดและค่าดัชนีมวลกาย ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ นั้นนักกายภาพบำบัดต้องใช้การตรวจประเมินและวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านใดแล้วทำการฝึก เช่น ถ้ามีปัญหาในเรื่องกำลังกล้ามเนื้อแกนและขา ต้องสอนออกกำลังกายผู้ป่วยซ้ำๆ อีกทั้งยังต้องออกแบบท่าออกกำลังกายให้เหมาะสมกับระดับกำลังกล้ามเนื้อของผู้ป่วยด้วย ส่วนในผู้ป่วยที่มีปัญหาการลุกนั่งต้องฝึกการทรงตัว การเคลื่อนย้ายตัวเองบนเตียง เพราะผู้ป่วยที่ไม่สามารถทรงตัวเองได้ในท่านั่งจะทำให้การเคลื่อน ไหวแขนขาลำบาก ส่งผลต่อความสามารถในการเดิน ในส่วนผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายสูงกว่าเกณฑ์ปกติ นักกายภาพบำบัดควรให้คำแนะนำในการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายบนเตียงเพื่อให้น้ำหนักผู้ป่วยลดลง

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหักสามารถนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการรักษาและพยากรณ์โรคของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะได้กำหนดแผนการติดตามเยี่ยมและดูแลผู้ป่วยที่บ้านในกรณีที่เดินไม่ได้ เสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง อันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษานี้ยังเป็นเพียงการเก็บข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ซึ่งถ้ามีการศึกษาต่อไปอาจจะทำการศึกษาในรูปแบบการทดลองกำหนดโปรแกรมออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่ข้อสะโพกหักที่ไม่สามารถเดินได้โดยเฉพาะ เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. Stone JT, Wyman JT, Salisbury SA. Clinical gerontological nursing. 2nd ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1999.
2. Williams MA, Oberst MT, Bjorklund BC. Early out comes after hip fracture among women discharged home and to nursing home. RINAH 1994; 17(6): 175-83.
3. ชาญยุทธ ศุภชาติวงศ์, กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่สะโพกและต้นขา. ใน วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, บรรณาธิการ. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2550. หน้า 170-6.
4. สุขฤทัย วิโรจน์ยุดิ, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, สุปรียา ต้นสกุล. ประสิทธิภาพของ โปรแกรมฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกหักของผู้ป่วยสูงอายุโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15(2): 187-94.
5. ทศนีย์ ณะศาล. พฤติกรรมการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกขาหักโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
6. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์. 5 อันดับโรคหลักผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. ใน: รายงานประจำปี 2562 โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. รอตีพิมพ์ 2562.
7. ลัดดา คมโสภางค์, ฉัฐยา จิตประไพ, ภัทรวรรณ อภิญาสวัสดิ์, นพวรรณ แสนเจริญสุทธิกุล, สุกัญญา วิบูลย์พานิช, วณาพรรณ ชื่นอ้อม. ภาพภาพบำบัดในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2543;10(1):17-22.
8. Levi SJ. Posthospital setting, resource utilization and self care outcome in order woman with hip fracture. Arch Phys Med Rehabil. 1997; 78: 973-9.
9. มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, ทศนีย์ นະแส. ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแล ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารพยาบาล สงขลานครินทร์, 2557; 34(2): 53-66.
10. เทอดชัย ชีวะเกตุ. ข้อเสื่อมสภาพ. จุลสารชมรมช่างกายอุปกรณ์แห่งประเทศไทย 2552; 4(2): 4-7.
11. WHO/IASO/IOTF. The Asia-Pacific Perspective: Redefining Obesity and its Treatment. Health Communications Australia Pty Ltd, 2000.
12. Kendall FP, McCreary EK, Provance PG. Muscles-testing and function. 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1993.

13. สมลักษณ์ เพียรมานะกิจ, พชรินทร์ พุทธรักษา, สุพิน สาลิกา, วิไล คุปต์นิรติศัยกุล. ความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชนอำเภออัมพวา. วารสารกายภาพบำบัด 2560; 39(2): 52-62.
14. Gumieiro DN, Rafacho BP, Gradella LM, Azevedo PS, Gasparido D, Zornoff LA, et al. Handgrip strength predicts pressure ulcer s in patients with hip fractures. Nutrition 2011; 28(9): 874–8.
15. สุวิมล แคล่วคล่อง, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวนิชย์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล, ก้องเขต เจริญสุวรรณ. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วม ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือและความวิตกกังวลกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด. วารสารสภาการพยาบาล 2557; 29(2): 36-48.

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
โรงพยาบาลโคกสำโรง จังหวัดลพบุรี

คณินนิตย์ มีสุวรรณค์

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน 8 หอผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง จำนวน 63 คน เก็บรวบรวมข้อมูล 1 - 30 กันยายน 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัยที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน 16-20 ปี ร้อยละ 27.0 และมีจำนวนการทำงาน 40-59 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 46.0 พยาบาลวิชาชีพมีวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโดยทั้ง 12 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.27$, $S.D. = 0.32$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยจำแนกตามรายชื่อผู้ป่วยด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปได้ว่า ด้านการจัดคนทำงาน และด้านการรายงานเหตุการณ์ ส่งผลถึงการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยด้านอื่นๆ ตามมา ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลควรเร่งแก้ไขเป็นลำดับต้นๆ ซึ่งน่าจะช่วยให้ทั้งบุคลากรมีความสุขจากการมีชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม และผู้ป่วยปลอดภัยจากได้มีการแก้ไขจากการรายงานเหตุการณ์ที่มากขึ้น

คำสำคัญ : วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย / การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ

Abstract : Patient safety culture as perceived by registered nurses at Khok Samrong hospital, Lop Buri province.

This research was cross-sectional surveyed research. The purpose of this research was to study the patient safety culture as perceived by professional nurses working in 8 wards in the Khok Samrong Hospital. The sample were 63 registered nurses. Data collection 1 to 30 September 2018. The instruments used in this study were questionnaires which consisted of demographic data and perception of safety culture and the reliability was 0.82. Data were analyzed using mean, standard deviation and then safety culture perception of nursing personnel compared using analysis of variance.

Results showed that 27.0% who has been working in the current hospital 16-20 years and with a working time of 40-59 hours per week (50.9%). All 12 aspect mean score of patient safety culture was at a medium level ($\bar{x} = 3.27$, $S.D. = 0.25$). Comparing the differences in perception levels, patient safety culture, and classification by wards with one-way analysis of variance, found that there was difference statistical significance. ($p < .05$)

In conclusion, staffing and frequency of events reported is what effects of the perception of other patient safety cultures. Therefore, nurse administrators should 1st priority which should help registered nurse to be happy by having the suit working hours and the patient is safe from corrections due to increased reporting of events.

Key word : patient safety culture/ perceived by registered nurses

บทนำ

ปัจจุบันความปลอดภัยผู้ป่วยเป็นพื้นฐานหลักในระบบบริการสุขภาพโดยเฉพาะในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย ในประเทศไทยสภาการพยาบาลให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วย โดยกำหนดเรื่องระบบบริหารความเสี่ยง และระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไว้ในประกาศมาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์¹ เนื่องจากพยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จากลักษณะงานเวร 8 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนขึ้นปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 24 ชั่วโมง และกิจกรรมการดูแลมีความเกี่ยวข้องกับเรื่องความปลอดภัยมากถึงร้อยละ 70² จึงเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีโอกาสเกิดความพลั้งพลาด หรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากรายงานผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข³ ในปี 2547-2559 มีผู้ป่วยในโรงพยาบาลเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พ้องร้องค่าเสียหายจากมาตรา 41 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 จำนวน 8,221 ราย จ่ายเงินชดเชย 1,343 ล้านบาท จากรายงานดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลวิชาชีพควรได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัย⁴

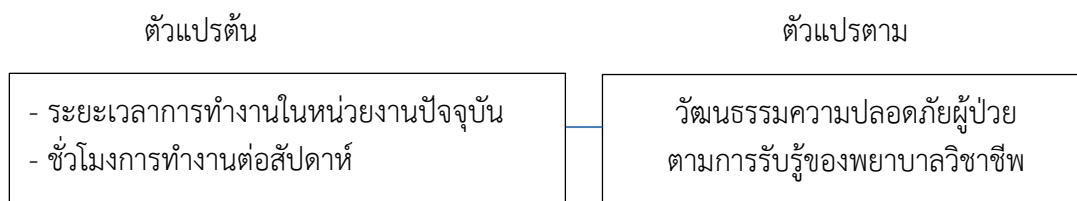
วัฒนธรรมความปลอดภัย เป็นสิ่งที่แสดงออกโดยการพูด ความคิดเห็น ทศนคติ การรับรู้ พฤติกรรม หรือการกระทำของบุคลากรในองค์กรที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย เป็นบรรทัดฐานในการปฏิบัติงาน รวมถึงการไม่เพิกเฉยเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จึงเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้บุคลากรในองค์กรเกิดความตระหนัก ช่วยลดหรือป้องกันอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย⁵ โดยความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วยและระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน⁶

โรงพยาบาลโคกสำโรง ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ Re-Accreditation โรงพยาบาลครั้งที่ 2 แต่การขับเคลื่อนการพัฒนาเป็นไปด้วยความยากลำบาก หัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคน ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการขับเคลื่อนพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย แต่ยังพบการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้นซ้ำๆ ตั้งแต่รุนแรงน้อยถึงรุนแรงมาก โดยมักไม่พบใบรายงานเหตุการณ์นั้นๆ พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานทำงานตามหน้าที่รับผิดชอบภายใต้มาตรฐานวิชาชีพแบบเป็นงานประจำ (routine) ทำให้ความกระตือรือร้นลดลง บางส่วนเพิกเฉยต่อการปฏิบัติตามมาตรการที่ปรับเปลี่ยนใหม่ จากการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ ได้แก่ ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์⁷⁻⁸ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง มีการค้นหาและจัดการแก้ไขด้านการดูแลรักษาทางคลินิกด้านเดียว ยังไม่มีข้อมูลด้านเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ประกอบกับอยู่ในช่วงเริ่มต้นการพัฒนาคุณภาพของปีงบประมาณ 2561 ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในวางแผนและออกแบบการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 8 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลโคกสำโรง ในช่วงวันที่ 1 - 30 กันยายน 2561

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional survey research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 8 หอผู้ป่วย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโคกสำโรง ในช่วง 1 ถึง 30 กันยายน 2561 จำนวน 83 คน

กลุ่มตัวอย่าง พยาบาลวิชาชีพทุกคนที่ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการพยาบาลที่ปฏิบัติงานใน 8 หอผู้ป่วย โรงพยาบาลโคกสำโรง โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า

1. สอบผ่านการเป็นหัวหน้าเวร
2. มีอายุการทำงานในหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดออก

1. หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย
2. ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีจำนวน 63 คน เก็บข้อมูลครบทุกคน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital survey on patient safety culture) โดยนายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชติกุล⁹ จากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แปลมาจากแบบสำรวจของ Agency for healthcare research and quality (AHRQ) ประเทศสหรัฐอเมริกา แบ่งเป็น 12 ด้าน ได้แก่ 1. ทำงานเป็นทีม มี 4 ข้อ 2. ความคาดหวังของหัวหน้าหน่วยงานและการสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย มี 4 ข้อ 3. การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มี 3 ข้อ 4. การสนับสนุนด้านบริหารจัดการด้านความปลอดภัย มี 3 ข้อ 5. ภาพรวมการรับรู้ความปลอดภัย มี 5 ข้อ 6. การสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด มี 3 ข้อ 7. การสื่อสารที่เปิดกว้าง มี 3 ข้อ 8. ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ มี 5 ข้อ 9. การทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล มี 3 ข้อ 10. การจัดคนทำงาน มี 4 ข้อ 11. การส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล มี 4 ข้อ และ 12. การตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง มี 3 ข้อ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามให้เลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตามแนวคิดของลิเคิร์ต (Likert scale) ข้อความเชิงบวก (Positive content) จำนวน 26 ข้อ ข้อความเชิงลบ (Negative content) จำนวน 16 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถาม เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวเท่านั้น โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็นตามค่าน้ำหนัก คือ ข้อความเชิงบวก เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ส่วนข้อความเชิงลบ เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย นำคะแนนรวมที่ได้หาค่าเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ของเบสท์¹⁰ ดังนี้ หาช่วงพิสัยของคะแนนทุกระดับเท่าๆ กัน คือ คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด/จำนวนชั้น $((5 - 1)/5)$ มีค่าเท่ากับ 0.8 ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับวัฒนธรรมความปลอดภัย	
4.21-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	มาก
2.61-3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่มีขนาดใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ชุด นำกลับมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.82

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองการศึกษาวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ใบรับรองเลขที่ KNH 18/2561 ออกให้ ณ วันที่ 17 กรกฎาคม 2561

ขั้นตอนการวิจัย

1. ทบทวนวรรณกรรม จัดทำโครงร่างวิจัยยื่นขอรับรองการศึกษาวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช
2. ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกสำโรงในการทำวิจัย
3. ประสานหัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย นัดหมายช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อจะได้นำแบบสอบถามไปให้และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในวันเวลาดังกล่าว
4. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยมอบแบบสอบถามให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยเย็บปิดใส่ซองให้แต่ละบุคคล ในวันประชุมประจำเดือนของแต่ละหอผู้ป่วย ซึ่งแต่ละหอผู้ป่วยประชุมไม่ตรงกัน
5. หัวหน้าหอผู้ป่วย ชี้แจงทำความเข้าใจแบบสอบถามกับบุคลากรในหน่วยงานในวันประชุมประจำเดือน หลังกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จให้เย็บปิดและส่งที่หัวหน้าหอ กำหนดวันส่งแบบสอบถาม โดยให้แต่ละหอผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวันส่งเองแต่ภายใน 2 สัปดาห์หลังได้รับแบบสอบถาม
6. ติดตามเก็บรวบรวมแบบสอบถามกับหัวหน้าหอผู้ป่วยจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (Analysis of variance: ANOVA)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานใน 8 หอผู้ป่วย กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง จำนวน 63 คน ได้แก่ หอผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 15.9 อายุกรรม/ศัลยกรรม ชายสามัญผู้ใหญ่ และหอผู้ป่วยอายุกรรม/ศัลยกรรมหญิงสามัญผู้ใหญ่ ร้อยละ 14.3 เท่ากัน อุบัติเหตุ/ ฉุกเฉิน และห้องคลอด/หลังคลอดร้อยละ 12.7 เท่ากัน หอผู้ป่วยหนักและผู้ป่วยนอก ร้อยละ 11.1 เท่ากัน และห้องผ่าตัด ร้อยละ 7.9 การบันทึกและส่งใบปฏิบัติการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่บันทึก และส่งใบปฏิบัติการ 1-2 รายงาน ร้อยละ 31.7 รองลงมาส่งใบปฏิบัติการ 3-5 รายงาน ร้อยละ 27.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน และชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ (N=63)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน		
- น้อยกว่า 1 ปี	2	3.17
- 1 – 5 ปี	16	25.40
- 6 – 10 ปี	11	17.46
- 11 – 15 ปี	7	11.11
- 16 – 20 ปี	17	26.99
- 20 ปีขึ้นไป	10	15.87
ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์		
- ทำงาน 20 - 39 ชั่วโมง/สัปดาห์	3	4.76
- ทำงาน 40 - 59 ชั่วโมง/สัปดาห์	29	46.04
- ทำงาน 60 - 79 ชั่วโมง/สัปดาห์	13	20.63
- ทำงาน 80 - 99 ชั่วโมง/สัปดาห์	13	20.63
- ทำงานมากกว่า 100 ชั่วโมง/สัปดาห์	5	7.94

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน มาทำงาน 16-20 ปี ร้อยละ 26.99 รองลงมา ทำงาน 1-5 ปี ร้อยละ 25.40 และส่วนใหญ่มีจำนวนการทำงาน 40-59 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 46.04 รองลงมาทำงาน 60-79 ชั่วโมง/สัปดาห์ และทำงาน 80-99 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 20.63 เท่ากัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยรายด้านและภาพรวม ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง (N=63)

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
- ด้านความคาดหวังหัวหน้าหน่วยงานและการสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย	4.09	0.77	มาก
- ด้านทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน	3.50	0.56	มาก
- ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	3.50	0.57	มาก
- ด้านภาพรวมการรับรู้ความปลอดภัย	3.44	0.59	มาก
- ด้านการสื่อสารและการรับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด	3.39	0.56	ปานกลาง
- ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง	3.38	0.55	ปานกลาง
- ด้านความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์	3.34	0.81	ปานกลาง
- ด้านการทำงานเป็นทีมระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล	3.02	0.64	ปานกลาง
- ด้านการส่งต่องานและการเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล	2.99	0.59	ปานกลาง
- ด้านการสนับสนุนด้านการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย	2.93	0.55	ปานกลาง
- ด้านการสื่อสารที่เปิดกว้าง	2.90	0.46	ปานกลาง
- ด้านการจัดคนทำงาน	2.80	0.34	ปานกลาง
รวม	3.27	0.32	ปานกลาง

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในภาพรวม พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$, S.D. = 0.32) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านที่อยู่ในระดับมาก 4 อันดับแรก คือ ด้านความคาดหวังของหัวหน้าหน่วยงานและการสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.09$, S.D. = 0.77) ด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และด้านภาพรวมการรับรู้ความปลอดภัย มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X} = 3.50$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทำงานในปัจจุบัน ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ กับ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ (n= 63 คน)

ปัจจัย	วัฒนธรรมความปลอดภัย			
	r	p-value	ความสัมพันธ์	ทิศทาง
- ระยะเวลาการทำงานในหน่วยงานปัจจุบัน	.004	.977	ไม่มี	-
- ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์	.294	.021*	น้อย	ลบ

*p-value <.05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาการทำงานปัจจุบันกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน และความสัมพันธ์ระหว่างชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความสัมพันธ์กันทางลบอยู่ในระดับน้อย ดังตารางที่ 3

ตาราง 4 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
ทั้ง 8 หอผู้ป่วย กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโคกสำโรง (N = 63 คน)

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
Between Groups	1.821	7	.260	2.948	.011*
Within Groups	4.852	55	.088		
Total	6.673	62			

Levene Statistic = 1.179, *p-value <.05

เมื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วยที่มีลักษณะงานที่แตกต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแต่ละหอผู้ป่วย ด้วยสถิติ One-way ANOVA พบว่า $F_{(7,55)} = 2.948$ และ p เท่ากับ .011 แสดงให้เห็นว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแต่ละหอผู้ป่วยที่มีลักษณะงานที่แตกต่างกันมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .011 ดังตารางที่ 4

ตาราง 5 เปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ
จำแนกรายหอผู้ป่วย (N = 63 คน)

หน่วยงาน	$\bar{X}$	ห้องผ่าตัด/ห้องคลอด/หลังคลอด (X8)	ผู้ป่วยนอก (X4)	อายุกรรม/ศัลยกรรมชาย (X1)	เด็ก (X2)	อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (X5)	ผู้ป่วยหนัก (X6)	อายุกรรม/ศัลยกรรมหญิง (X7)	อายุกรรม/ศัลยกรรมหญิง (X3)
		2.78	3.16	3.24	3.32	3.35	3.35	3.40	3.43
ห้องผ่าตัด (X8)	2.78	-	-.389*	-.549*	-.662*	-.577*	-.456*	-.633*	-.545*
ห้องคลอด/หลังคลอด (X4)	3.16		-	-.160	-.156	-.188	-.067	-.244	-.273
ผู้ป่วยนอก (X1)	3.24			-	.004	-.027	.092	-.084	-.113
อายุกรรม/ศัลยกรรมชาย (X2)	3.32				-	-.031	.088	-.088	-.117
เด็ก (X5)	3.35					-	.120	-.056	-.085
อุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน (X6)	3.35						-	-.176	-.205
ผู้ป่วยหนัก (X7)	3.40							-	-.028
อายุกรรม/ศัลยกรรมหญิง (X3)	3.43								-

*p-value <.05

เมื่อเปรียบเทียบวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพจำแนกรายหอผู้ป่วย พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จำนวน 7 คู่ โดยห้องผ่าตัดแตกต่างจากทุกหอผู้ป่วยทั้ง 7 หอผู้ป่วย นอกนั้นวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิจัยของจุฑารัตน์ ช่วยทวี และณิกานต์ ทรงไทย¹¹ วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านที่อยู่ในระดับมาก เนื่องจากพบว่า มีพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานในหน่วยงานปัจจุบันมานาน 11 ปีขึ้นไปมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมด (ร้อยละ 54) โดยระยะเวลาการทำงานมานาน ประสบการณ์ย่อมมากขึ้นและมากกว่าคนที่ทำงานมาน้อยกว่า¹¹⁻¹² ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้ได้เข้าร่วมในการดำเนินการกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการบริการด้วยมาตรฐาน HA จนผ่าน Re-Accreditation ครั้งที่ 2 ได้เข้าสู่กลไกและกระบวนการพัฒนา ถูกหล่อหลอม ปรับแนวคิดปรับพฤติกรรมและเรียนรู้ จนเกิดความตระหนักด้านความปลอดภัย ถึงแม้งานหนักแต่ก็ไม่ละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ยังมีการปฏิบัติตามแนวทางและตามระบบ สะท้อนในภาพรวมว่า พยาบาลวิชาชีพมีการรับรู้ด้านภาพรวมความปลอดภัยอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาด้านการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน จากการมีระบบการปฐมนิเทศและพี่เลี้ยงให้กับพยาบาลวิชาชีพใหม่ และอยู่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนั้น ทำให้มีช่วงเวลาที่ใกล้ชิดกัน เรียนรู้ แก้ไขปัญหาและผ่านอุปสรรคร่วมกัน เกิดความผูกพัน มีความรู้สึกเป็นทีมเดียวกัน ด้านการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ หรือการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีอายุแพทย์ เลขาทีมนำทางคลินิก และศูนย์คุณภาพที่เข้มแข็ง ช่วยกระตุ้น ชวนเรียนรู้ที่หน้างาน จัดเวที conference เมื่อมีเหตุการณ์สำคัญที่น่าสนใจ และเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ สร้างการเรียนรู้จากความผิดพลาด รับฟังมุมมองที่แตกต่าง และหาแนวทางแก้ไขเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำร่วมกัน ด้านความคาดหวังของหัวหน้าหน่วยงานและการสนับสนุนให้เกิดความปลอดภัย พบว่า พยาบาลวิชาชีพเห็นด้วยในเรื่องหัวหน้าใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น หาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ เนื่องจากหัวหน้าหอบุคลากรเหตุการณ์สำคัญ และทวนการแก้ไขตามมาตรการในช่วงเวลาสั้นๆ ในแต่ละวัน (morning brief) สามารถให้คำชี้แนะ คำปรึกษา และช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ที่อาจเกิดหรือเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร และกัญญดา ประจุศิลป์¹² ที่พบว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความตระหนัก และเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน

วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพด้านที่อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการจัดการคน พบว่า พบหอผู้ป่วยอายุกรรม/ศัลยกรรมชายสามัญผู้ใหญ่ชั้น 3 มีความคิดเห็นว่าการกำลังคนเพียงพอในการรองรับปริมาณงานเพียงร้อยละ 15 หอผู้ป่วยอายุกรรม/ศัลยกรรมชายสามัญผู้ใหญ่ชั้น 3 มีลักษณะหอที่ให้บริการด้านอายุกรรมเป็นหลักที่ดูแลทั้งผู้ป่วยกึ่งวิกฤตและวิกฤต ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ ถาวร, พร บุญมี และเกสร เกตุชู¹³ ที่ศึกษาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพแผนกอายุกรรมอยู่ในระดับกลาง จากการที่ภาระงานหนัก และมีอัตราการหมุนเวียนผู้ป่วยสูง และเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าทุกหอผู้ป่วยมีชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป สืบเนื่องมาจากโรงพยาบาลโคกสำโรงเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการในทุกสาขา

จากมีแพทย์เฉพาะทางจำนวนเพิ่มขึ้น ทำให้มีผู้มารับบริการจำนวนมากขึ้นทั้งในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก และรับการส่งกลับจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ตามนโยบายลดการแออัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 หอ มีวันหยุดที่น้อย ซึ่งไม่เป็นไปตามประกาศของสภาการพยาบาล ที่กำหนดให้ตารางทำงานไม่เกิน 12 ชั่วโมง ต่อวันติดกัน 3 วัน¹⁴ พบพยาบาลวิชาชีพมีจำนวนชั่วโมงการทำงาน 60-79 ชั่วโมง/สัปดาห์ร้อยละ 20.6 ทำงาน 80-99 ชั่วโมง/สัปดาห์ร้อยละ 20.6 ทำงานมากกว่า 100 ชั่วโมง/สัปดาห์ 7.9 ทำให้ต้องขึ้นเวร ติดกันต่อเนื่อง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ประสิทธิภาพการทำงานลดลง¹² กระทั่งถึงด้านการส่งต่อ งานและการเปลี่ยนผ่านระหว่างหน่วยงาน จากที่ต้องทำงานอย่างเร่งรีบ พบการส่งต่อข้อมูลสำคัญของ ผู้ป่วยที่ไม่ครบถ้วน ทั้งระหว่างเวรและระหว่างหอผู้ป่วย การบันทึกทางการแพทย์เพื่อการสื่อสารขาด ความสมบูรณ์ จากไม่มีเวลาเพียงพอในการบันทึก การที่มีชั่วโมงการทำงานที่มากมีผลต่อการรับรู้วัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยลดลง และมีโอกาสทำให้พยาบาลวิชาชีพมีโอกาสเกิดความผิดพลาดได้สอดคล้องกับ การศึกษาของโรเจอร์และคณะ¹⁵ ที่พบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 50 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ มีโอกาส เกิดความผิดพลาดมากกว่าพยาบาลวิชาชีพที่ทำงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับผลจากการ วิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการ รับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทางลบ นั้นแสดงให้เห็นว่า หากชั่วโมงการทำงานมากจะส่งผลให้เกิดวัฒนธรรม ความปลอดภัยผู้ป่วยน้อยลง โดยความผิดพลาดสะท้อนผ่านการรายงานเหตุการณ์ แต่ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่มีการรายงานเหตุการณ์และรายงานเพียง 1-2 รายงานในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากถึงร้อยละ 55.5 ในขณะที่พบพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มีจำนวนชั่วโมงการทำงาน 60 ชั่วโมง/สัปดาห์ ขึ้นไป ถึงร้อยละ 49.1 และพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความคิดเห็นต่อความถี่ในการรายงานกรณีการกระทำ ผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้นแล้ว และอาจมีโอกาสดังกล่าวต่อผู้ป่วยแต่ยังไม่เกิดผู้ป่วยรายงานนานๆ ครั้งและบางครั้ง ร้อยละ 55.5 สะท้อนถึงความผิดพลาดที่รุนแรงอีกส่วนไม่ถูกรายงานเหตุการณ์ การไม่ รายงานเหตุการณ์ ทำให้เสียโอกาสในการเรียนรู้จากเหตุการณ์ที่พลาด การที่รายงานเหตุการณ์น้อยกว่า ความเป็นจริง อาจมาจากขาดความรู้ในการค้นหา ไม่เข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องรายงานเหตุการณ์ เนื่องจากได้จัดการแก้ไขผ่านไปแล้ว และไม่มีเวลาเพียงพอในการเขียนรายงาน ทั้งนี้มีความเกี่ยวข้องกันกับ ด้านการตอบสนองต่อความผิดพลาดที่ปราศจากการส่งผลร้ายกับตนในภายหลัง และด้านการสื่อสารและการ รับข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับความผิดพลาด พบพยาบาลวิชาชีพ กลัวถูกบันทึกในประวัติการทำงาน และกลัว ปฏิกริยาจากผู้บริหารตลอดจนผู้ร่วมงาน¹⁶ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่กลุ่มการพยาบาลต้องเร่งให้ความรู้เรื่องระบบ บริหารความเสี่ยง กระตุ้นให้เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์ ระบบการรักษา ไว้เป็นความลับที่รัดกุม ปัจจุบันทีมบริหารความเสี่ยงเริ่มนำระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยง ของสถานพยาบาล (Healthcare risk management system: HRMS) มาใช้ สามารถเข้าใช้งานผ่านระบบ อินเทอร์เน็ต ซึ่งจะมีส่วนทำให้พยาบาลวิชาชีพมีการรายงานเหตุการณ์มากขึ้น สำหรับด้านการสนับสนุน ด้านการบริหารจัดการด้านความปลอดภัย สืบเนื่องจากโรงพยาบาลประสบปัญหาวิกฤตทางการเงิน การ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยถูกจำกัด การพิจารณารายจ่ายต้องเป็นไปตามแผนที่ เรียงลำดับ ซึ่งกำลังอยู่ในช่วงดำเนินการแก้ไขร่วมกับชุมชน ส่วนราชการ และวัด โดยความร่วมมือกันจัดระดม ทุนเพื่อหารายได้เข้าโรงพยาบาล

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ทั้ง 8 หอผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบในแต่ละหอผู้ป่วยพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ห้องผ่าตัดแตกต่างจากทุกหอผู้ป่วยทั้ง 7 หอผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมบุรณ์ สุโสมสิทธิ์⁸ ที่พบว่าการปฏิบัติงานในหน่วยบริการที่แตกต่างกันมีวัฒนธรรมความปลอดภัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยหนัก (ไอซียู) และบริการผู้ป่วยมีวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ดีกว่าผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉินและอุบัติเหตุ และห้องผ่าตัด ทั้งนี้สาเหตุนอกจากชั่วโมงการทำงานมากเกินไป จากอัตรากำลังไม่เพียงพอ ปัญหาด้านประสพปัญหาวิกฤตทางการเงินต่อเนื่อง ทำให้การสนับสนุนทรัพยากรงบประมาณ ด้านการอบรม เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการนำไปบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนการแก้ปัญหาที่เกี่ยวข้องในการทำงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัย จึงทำให้วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 หอผู้ป่วยอยู่เพียงระดับปานกลางและแตกต่างกัน เป็นสิ่งที่ผู้บริหารควรเร่งพัฒนาเพื่อเพิ่มระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ควรสร้างเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วย โดยเน้นที่ห้องผ่าตัด เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน และมีการติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงนั้น
2. ควรมีการกระตุ้นหรือสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย คำนึงถึงชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ โดยการพิจารณาถึงการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม และจัดปรับสภาพแวดล้อมที่สามารถทำได้ เพื่อให้เกิดการทำงานที่ปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. มาตรฐานการบริหารองค์กรบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์, 2554 สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560, สืบค้นจาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/M001(1).pdf)
2. พรธณานิ มิละกุลติก. วัฒนธรรมความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2553.
3. ศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ได้รับผลกระทบจากการแพทย์และสาธารณสุข, 2017 สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2560, สืบจาก <https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2017/005/N002.pdf>
4. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification of patient safety, 2009 ค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2560, สืบค้นจาก http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
5. กนกวรรณ เมระพันธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน: กรณีศึกษาหนึ่งกลุ่มโรงพยาบาลภาคเอกชนไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. 2556.

6. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ฉบับที่ 3). นนทบุรี: หนังสือดีวัน. 2552.
7. อุบล แจ่มนาม รัชมีศรีนนท์. การรับรู้วัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 2561; 24(2): 25-36.
8. สมบูรณ์ สุขโสมสิต. วัฒนธรรมความปลอดภัยของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลตำรวจ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557; 6(1): 221-229.
9. อนุวัฒน์ศุภชิตกุล. แบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล (ออนไลน์). 2551 สืบค้นเมื่อ 4 พฤษภาคม 2560, สืบค้นจาก <https://www.gotoknow.org/posts/207975>
10. Best, John W. and Kahn, James V. Research in Education. (8thed). Singapore: Allyn and Bacon. 1998.
11. จุฑารัตน์ช่วยทวี และณิกานต์ ทรงไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อวัฒนธรรมความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิษณุโลก. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2560; 11(3): 43-61.
12. ฉวีฉัตร โฉลกคงถาวร และกัญญดา ประจุศิลป์. การศึกษาพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2562; 31(1): 61-71.
13. อนงค์ ถาวร, พร บุญมี และเกษร เกตุชู. วัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยและการพัฒนาวัฒนธรรมความปลอดภัยผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพะเยา จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2557; 8(2): 6-16.
14. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายชั่วโมงการทำงานของพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย, ประกาศ ณ วันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2560. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2560, สืบค้นจาก <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H002.pdf>
15. Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., Dinges, D.F. The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. Health Aff (Millwood). 2004; 23(4): 202-212.
16. ภัทริชา ชุมพล, พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, ดุสิต สุจิรารัตน์, และพรชัย สิทธิศรีธัญกุล. วัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กรกับการปฏิบัติงานพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยตาม การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่มีต่อการเกิดและการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 43(5): 142-147.

รูปแบบการพัฒนาระดับมาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี

อุสาห์ จันทรวิจิตร
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 46 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน 2561 - เมษายน 2562 รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่มกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบันครั้งนี้ ใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) กำหนดกระบวนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งมีการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบัน ที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired Samples T- Test

ผลการดำเนินงานพบว่าหลังจากผู้รับอนุญาตมีการประเมินตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์มาตรฐานครั้งที่ 1 มีร้านขายยาแผนปัจจุบันที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบฯ จำนวน 36 ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 11 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 23.9 ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ หมวด 3 บุคลากร ผลการประเมินหลังกระบวนการพัฒนา มาตรฐานโดยใช้รูปแบบฯ พบว่า ร้านที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานทั้งหมด 36 ร้าน คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานภาพรวม และจำแนกรายหมวดเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GPP ของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก โดยมีความพึงพอใจสูงสุด ด้านสถานที่ รongลงมา คือ ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ด้านการควบคุมคุณภาพยา และ ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ตามลำดับ

คำสำคัญ รูปแบบการพัฒนา,มาตรฐานวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน,ร้านขายยาแผนปัจจุบัน

Abstract: Development Model to Upgrade Good Pharmacy Practice (GPP) Standards in Drugstore, Singburi.

Usa Chuntaravichit

Singburi Public Health Office

This research is a participatory action research. (Participatory Action Research-PAR). To develop an operational model to raise the standard in accordance with Good Pharmacy Practice (GPP) in the drugstore. of Singburi province. The sample consisted of 46 recipients of drugstore licensing. Conducted from April 2018 - April 2019. Data were collected using a questionnaire, interview, group meeting. The process of developing a model to raise the GPP standards in this drugstore. Use the Quality Cycle (PDCA) to define the participatory operating process for licensees and pharmacists. As well as evaluating the satisfaction of the recipients of the drugstore. That has passed the standard evaluation. Data analysis by using descriptive statistics and Paired Samples T-Test. The results showed that after the licensee had a self-evaluation by the staff, according to the standard criteria, there were 36 drugstore that voluntarily participated in the development process using the format of 36 drugstores, passing the criteria of the number of 11 stores, 23.9 percent. Mostly passed the criteria Category 3 Personnel Assessment results after the development process Standardized by using the model, found that stores that voluntarily join the development process pass all 36 shop assessment criteria. Overall average scores of standard evaluation and more categories classified was a statistically significant difference ($p < 0.01$). As for the evaluation of the satisfaction of service recipients that have been GPP certified found that the service recipients are satisfied at a high level in terms of structure, personnel, equipment, quality control and pharmaceutical services, respectively.

Keyword : Development Model, Good Pharmacy Practice (GPP) Standards, Drugstore

บทนำ

ร้านขายยาแผนปัจจุบัน เป็นหน่วยบริการทางสาธารณสุขหน่วยหนึ่งซึ่งช่วยในการให้คำปรึกษาเรื่องยา ขายยาให้กับผู้เจ็บป่วยเบื้องต้น เป็นธุรกิจบริการที่มีกฎหมายควบคุม การเปิดให้บริการต้องขอใบอนุญาต ขายยา ผู้ขอใบอนุญาตจะต้องมีเภสัชกรที่มีใบประกอบโรคศิลปะเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ปัจจุบันมีการ กำหนดมาตรฐานร้านยาโดยสภาเภสัชกรรม มีการประเมินร้านขายยา และให้การรับรองเมื่อมีคุณสมบัติ ตามมาตรฐานที่กำหนด เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม พ.ศ. 2560 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องปฏิบัติตาม กฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนพิเศษ 215 ง วันที่ 31 สิงหาคม 2560) กำหนดให้ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.1) ก่อนวันที่กฎกระทรวงมีผลใช้บังคับ (ได้รับอนุญาตก่อนวันที่ 25 มิถุนายน 2557) จะต้องปฏิบัติตามหลักวิธี ปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ภายในระยะเวลาที่กำหนด 3 ช่วงเพื่อใช้ พิจารณาประกอบคำขอต่ออายุใบอนุญาตในช่วงสิ้นปี พ.ศ.2561 พ.ศ.2563 และพ.ศ.2565 ตามลำดับ ทั้งนี้ ผู้รับอนุญาตที่ไม่ผ่านการประเมินตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) จะไม่ได้รับการต่ออายุใบอนุญาตฯ ตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยา แผนปัจจุบัน พ.ศ.2556 ข้อ 16(2) และตามประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผ่านการตรวจประเมินตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรม วันที่ 8 เมษายน 2559 สถานที่ขายยาที่ผ่านการตรวจประเมิน จะต้องไม่พบข้อบกพร่องร้ายแรง (Critical defect) และ คะแนนเฉลี่ยแต่ละหมวดต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

จังหวัดสิงห์บุรี มีร้านขายยา ที่ได้รับอนุญาตก่อนประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนด เกี่ยวกับสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557 (Good Pharmacy Practice) โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 25 มิถุนายน 2557 จำนวน 38 ร้าน และมีร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตหลังประกาศฯ ดังกล่าว จำนวน 9 แห่ง และมีร้านขายยา 1 แห่ง ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินร้านยาคุณภาพ จากสภาเภสัชกรรม แล้ว ซึ่งถือว่าผ่านตามเกณฑ์ในประกาศฯ การปฏิบัติตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ของร้านขายยาจะเป็นหลักประกันให้ประชาชนที่ได้รับบริการจากร้านขายยา ที่มีคุณภาพ ได้รับความปลอดภัยในการใช้ยา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับ มาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดสิงห์บุรี เพื่อเตรียมความพร้อมร้านขายยาแผน ปัจจุบัน ที่จะต้องรองรับกรณีปฏิบัติในผ่านเกณฑ์ในมาตรฐาน GPP ครบทุกมาตรฐานให้ได้ภายในวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2565 และยังใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาร้านขายยารูปแบบหนึ่งที่ผู้สนใจจะได้นำไปใช้ ประโยชน์ในโอกาสต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research-PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 46 คน ดำเนินการตั้งแต่เดือนในช่วงเดือนเมษายน 2561 - เมษายน 2562 รวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่ม

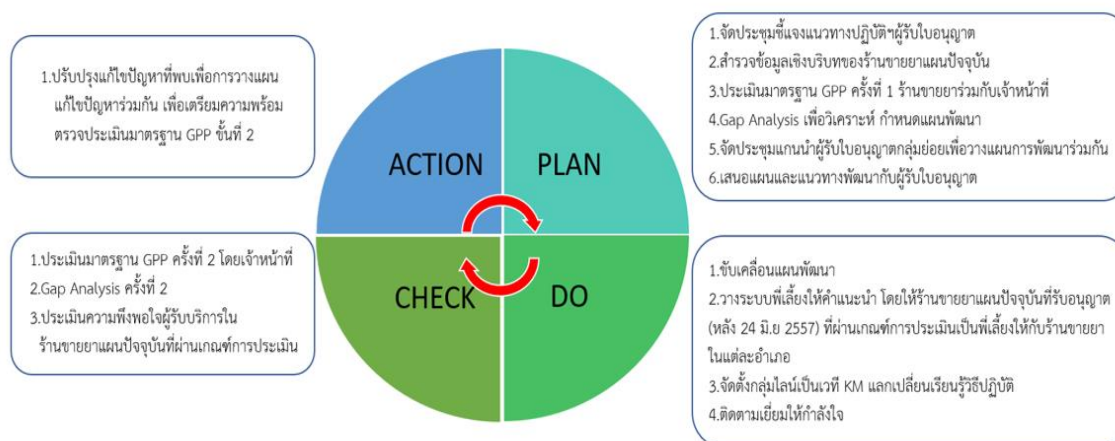
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

- 1.แบบบันทึกการประเมินวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ วิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557
- 2.รูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐานตามหลักวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน (Good Pharmacy Practice : GPP) ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ของจังหวัดสิงห์บุรีที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
- 3.แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (Good Pharmacy Practice: GPP)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน

กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี มีการดำเนินงานโดยใช้วงจรคุณภาพ (PDCA) ในการบริหารจัดการ ใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (PLAN) โดยศึกษาบริบทและวิเคราะห์สถานะปัจจุบันตามมาตรฐาน GPP ของร้านขายยาแผนปัจจุบัน เพื่อใช้ในการวางแผนการพัฒนา 2) การปฏิบัติ (DO) โดยปฏิบัติตามแผนที่กำหนดเริ่มจากการสร้างรูปแบบในการพัฒนาที่ได้จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัย และนำรูปแบบไปปฏิบัติ 3) ตรวจสอบการทำงาน (CHECK) (ประเมินความเป็นไปได้ในการนำมาใช้ปฏิบัติและขยายผล 4.) ปรับปรุงแก้ไขเมื่อพบปัญหา (ACTION) เมื่อพบข้อบกพร่องนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไข ในการดำเนินงานขั้นที่ 2 ต่อไป เป็นวงจรไม่มีที่สิ้นสุด ดำเนินการแบบมีส่วนร่วมของผู้รับใบอนุญาตและเภสัชกรผู้ปฏิบัติหน้าที่ รวมทั้งมีการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานในมุมมองผู้รับบริการ โดยการประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่ผ่านการประเมินมาตรฐาน GPP

รูปแบบการพัฒนาระดับมาตรฐานวิธีปฏิบัติเภสัชกรรมชุมชน (GPP)
ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดสิงห์บุรี



การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับใบอนุญาต และแบบบันทึกประเมินวิธีการปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชนในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันก่อนและหลังเข้ากระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน (Good Pharmacy Practice: GPP) และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Good Pharmacy Practice: GPP)

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายหมวดตามเกณฑ์มาตรฐาน (Good Pharmacy Practice: GPP) ด้วย Paired Samples T-Test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่.05

ผลการศึกษา

1.ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดสิงห์บุรี

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดสิงห์บุรี (n=46)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1)		
ก่อนวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557	37	80.4
หลังวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557	9	19.6
สถานที่ตั้ง		
เขตเทศบาล	33	71.7
นอกเขตเทศบาล	13	28.3

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของร้านขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดสิงห์บุรี (n=46) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ลักษณะของผู้รับใบอนุญาต		
เภสัชกร	20	43.5
ไม่ใช่เภสัชกร	26	56.5
ระดับการศึกษาของผู้รับใบอนุญาต		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	26.1
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	34	73.9
กลุ่มอายุของผู้รับใบอนุญาต		
< 30 ปี	6	13.1
31-40 ปี	8	17.4
41-50 ปี	14	30.4
50-60 ปี	7	15.2
>60 ปี	11	23.9
จำนวนปีที่ประกอบกิจการ		
<5 ปี	19	41.3
5-10 ปี	4	8.7
10-15 ปี	3	6.5
>15 ปี	20	43.5

ร้านขายยาแผนปัจจุบันของจังหวัดสิงห์บุรี ที่เข้าเกณฑ์การพัฒนายกระดับมาตรฐาน (Good Pharmacy Practice: GPP) จำนวน 46 แห่ง ส่วนใหญ่ได้รับ การอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ก่อนวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2557 จำนวน 37 แห่ง (ร้อยละ 80.4) มีสถานที่ตั้งอยู่ในเขตเทศบาล จำนวน 33 แห่ง (ร้อยละ 71.7) ผู้รับใบอนุญาตไม่ใช่เภสัชกร จำนวน 26 แห่ง (ร้อยละ 56.5) ผู้รับใบอนุญาตจบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า จำนวน 34 แห่ง (ร้อยละ 73.9) อายุ 41-50 ปี จำนวน 14 แห่ง (ร้อยละ 30.4) และประกอบกิจการมากกว่า 15 ปี จำนวน 20 แห่ง (ร้อยละ 43.5) รองลงมา น้อยกว่า 5 ปี จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 41.3) ตาราง 1

2.ผลของการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี

ตาราง 2 เปรียบเทียบจำนวนร้านขายยาแผนปัจจุบันก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน Good Pharmacy Practice: GPP (n=36)

ข้อกำหนดตามประกาศฯ	จำนวนร้านที่ผ่านการประเมิน	
	ก่อน	หลัง
หมวด 1 สถานที่	12 (ร้อยละ 26.09)	36 (ร้อยละ 100)
หมวด 2 อุปกรณ์	12 (ร้อยละ 26.09)	36 (ร้อยละ 100)
หมวด 3 บุคลากร	15 (ร้อยละ 30.61)	36 (ร้อยละ 100)
หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา	11 (ร้อยละ 23.91)	36 (ร้อยละ 100)
หมวด 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	13 (ร้อยละ 28.26)	36 (ร้อยละ 100)
ภาพรวม	11 (ร้อยละ 23.91)	36 (ร้อยละ 100)

การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี ตามเกณฑ์มาตรฐาน (Good Pharmacy Practice: GPP) มีเป้าหมายการพัฒนา ทั้งหมด 46 แห่ง แต่หลังจากผู้ได้รับใบอนุญาตมีการประเมินตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์มาตรฐาน มีร้านขายยาแผนปัจจุบันที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา จำนวน 36 ร้าน ผลการประเมินมาตรฐานก่อนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบฯ พบว่า ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์หมวด 3 บุคลากร จำนวน 15 ร้าน ร้อยละ 32.61 รองลงมา หมวด 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา จำนวน 13 ร้าน ร้อยละ 28.26 หมวด 1 สถานที่ หมวดที่ 2 อุปกรณ์ จำนวน 12 ร้าน ร้อยละ 28.26 และหมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา จำนวน 11 ร้าน ร้อยละ 23.91 และหมวด 4 การควบคุมคุณภาพยาร้านผ่านเกณฑ์ จำนวน 13 ร้าน ในภาพรวมทุกหมวด ต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่า ร้อยละ 70 มีร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 11 ร้าน ร้อยละ 23.91

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลังการใช้รูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน Good Pharmacy Practice: GPP (n=36)

ข้อกำหนดตามประกาศฯ	คะแนนประเมิน				t	p
	ก่อน		หลัง			
	Mean	SD	Mean	SD		
หมวด 1 สถานที่	67.40	20.66	96.58	4.58	8.46	.01**
หมวด 2 อุปกรณ์	67.44	17.69	100	0.00	11.04	.01**
หมวด 3 บุคลากร	71.06	18.30	97.33	5.09	9.19	.01**
หมวด 4 การควบคุมคุณภาพยา	66.55	16.18	88.72	4.72	8.33	.01**
หมวด 5 การให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	68.61	15.41	93.14	9.79	8.31	.01**
ภาพรวม	64.70	11.99	95.15	2.54	15.35	

ผลการประเมินมาตรฐานหลังการพัฒนาโดยใช้รูปแบบฯ พบว่า ทุกร้านที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานทั้งหมด เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยรายหมวดของร้านขายยาก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา พบว่า ทุกหมวดมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ตาราง 2-3

3.ความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GPP

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GPP ของจังหวัดสิงห์บุรี

ความพึงพอใจ	ผลการประเมินความพึงพอใจ		
	Mean	SD	ระดับ
ด้านสถานที่	4.06	0.94	มาก
ด้านบุคลากร	4.02	0.94	มาก
ด้านอุปกรณ์	4.01	0.99	มาก
ด้านการควบคุมคุณภาพยา	4.01	0.96	มาก
ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา	4.00	0.98	มาก
ความพึงพอใจในภาพรวม	4.01	0.99	มาก

ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก โดยมีความพึงพอใจด้านสถานที่ สูงที่สุด รองลงมา คือ ด้านบุคลากร ด้านอุปกรณ์ ด้านการควบคุมคุณภาพ ยา และ ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ตามลำดับ ตาราง 4

วิจารณ์

กระบวนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานยกระดับมาตรฐาน GPP ในร้านขายยาแผนปัจจุบัน ของจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการบนพื้นฐานวงจรคุณภาพ (PDCA) เน้นการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง จากผลการศึกษาพบว่า หลังจากผู้ได้รับอนุญาตมีการประเมินตนเองร่วมกับเจ้าหน้าที่ตามเกณฑ์มาตรฐาน ครั้งที่ 1 มีร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย.1) ที่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาโดยใช้รูปแบบฯ จำนวน 36 ร้าน ไม่สมัครใจเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา 10 ร้าน เนื่องจากอาจไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานและไม่ประสงค์ต่ออายุใบอนุญาต ร้านผ่านเกณฑ์มาตรฐานการประเมินครั้งที่ 1 จำนวน 11 ร้าน เป็นร้านที่เปิดกิจการมานานน้อยกว่า 5 ปีและมีเภสัชกรเป็นผู้รับใบอนุญาต มีความเข้าใจและพร้อมปฏิบัติตามเกณฑ์ โดย 9 ร้านเป็นร้านขายยาที่ขออนุญาตหลังวันที่ 25 มิถุนายน 2557 ซึ่งทั้ง 11 ร้าน ผู้วิจัยให้เป็นแกนนำกระบวนการพัฒนาโดยและเป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนา ผลการประเมินมาตรฐานครั้งที่ 2 โดยเจ้าหน้าที่ พบว่า ทั้ง 36 ร้าน ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้งหมด มีคะแนนเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานภาพรวมเพิ่มขึ้น ก่อนเข้ากระบวนการพัฒนา ($\bar{x}=64.70, SD=11.99$) หลังเข้ากระบวนการพัฒนา ($\bar{x}=95.15, SD=2.54$) คะแนนเฉลี่ยผลการประเมินมาตรฐานจำแนกรายหมวดเพิ่มขึ้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยหมวดที่มีการพัฒนาได้ดี คือ หมวดสถานที่ หมวดบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุโชติ ทองยัง พบว่า การพัฒนาร้านขายยาแผนปัจจุบันให้ได้มาตรฐาน GPP โดยสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการพัฒนาด้านเกณฑ์มาตรฐานจาก 2 แห่ง เป็น 22 แห่ง ภายใน 6 เดือน และ เทพศักดิ์ อังคนาวิศิษฐ์ พบว่า ความพร้อมของร้านขายยาในการปรับปรุงให้ได้มาตรฐานมากที่สุด คือ ด้านสถานที่ สำหรับผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการร้านขายยาแผนปัจจุบันที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน GPP ของจังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในภาพรวมระดับมาก โดยมีความพึงพอใจสูงสุด ด้านสถานที่ รองลงมา คือ ด้านบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรศักดิ์ มธุรส ที่พบว่าผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีให้ความสำคัญสูงสุด ด้านบุคลากร และด้านสถานที่ จากผลการศึกษาสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การสร้างรูปแบบการพัฒนาที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วม สร้างเวทีให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ไม่มุ่งการบังคับใช้กฎหมายเพียงอย่างเดียว จนเกิดแรงผลักดันภายในทำให้เกิดการพัฒนา

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนพิเศษ 215 ง วันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2560 หน้า 1
2. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ในการผ่านการตรวจประเมิน ตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 123 ง ลงวันที่ ๒๗ พฤษภาคม ๒๕๕๙ หน้า 17
3. สำนักยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.).คู่มือการตรวจประเมิน วิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน สำหรับร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ข.ย.๑).พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤศจิกายน ๒๕๕๘.
4. Deming in Mycoted. (2004). Plan Do Check Act (PDCA) [Internet]. [cited 2018 Jan 20] Available from: <http://www.mycoted.com/PDCA>
5. เทพศักดิ์ อังคนาวิศัลย์ (2557).ศึกษาความพร้อมของร้านขายยาแผนปัจจุบัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยาในการปฏิบัติตาม (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องวิธีปฏิบัติ (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน.วารสารองค์การเภสัชกรรม.2557;40:27-36.
6. พรศักดิ์ มธุรส.พฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริโภคต่อร้านขายยาแผนปัจจุบันในอำเภอเมือง จังหวัดพังงา.วารสารอาหารและยา.2557;21:32-40.
7. ภาณุโชติ ทองยัง และคมทวน คมวุฒิการ.การพัฒนาสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันในจังหวัดสมุทรสงครามสู่มาตรฐาน GPP อย่างมีส่วนร่วม.วารสารอาหารและยา.2561;25:39-48.

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์: กรณีศึกษา

บุญเรือน เรืองโรจน์แห
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง

บทคัดย่อ

กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี เข้ารับการรักษา ด้วยอาการท้องผูกสลับท้องเสียมีเลือดสดปน รับการส่องตรวจลำไส้ใหญ่ และทวารหนักเพื่อนำชิ้นเนื้อส่งตรวจ พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย แพทย์นัดผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์

ปัญหาการพยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้คือก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยวิตกกังวลเรื่องโรค กลัวการผ่าตัดและการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ขณะผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน บริเวณผ่าตัดอยู่ในอุ้งเชิงกราน มีการใช้กล้องวิดิทัศน์ใช้อุปกรณ์พิเศษใส่เข้าไปเลาะตัดเนื้อเยื่อเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก ร่วมกับใช้ เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า การเกิดภาวะช็อกจากเสียเลือดและสารน้ำ การเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง การเกิดภาวะลมรั่วในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง อาจเปลี่ยนการผ่าตัดแบบเปิดได้ หลังการผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด มีความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด

หลังจากใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย นำมาวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากภาวะการเจ็บป่วยและปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ พร้อมรับการรักษาเคมีบำบัดรวมระยะเวลาอนโรพยาบาลทั้งหมด 13 วัน

คำสำคัญ: มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย, การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย

Abstract : Nursing care for colorectal carcinoma and lower anterior resection patients with laparoscopy : case study

Mrs. Boonruean Rueangrojkhae

Department of Nursing, Angthong Hospital, Angthong Province

Regard to the case study related to the hall for colorectal carcinoma patient with laparoscopy, Thai female patient age 78 years admitted with alternating constipation and diarrhea mixed with fresh blood, and the biopsy results showed colorectal cancer. Doctor made an appointment for colorectal surgery by laparoscopic - low anterior resection.

Nursing problems found in this patient was preoperative. The patient worried about the disease, afraid of surgery and conduct when returning home. While the surgery was complicated. The surgical area was in the pelvis. There were special laparoscopies – low anterior resection cutting tissue for ridding of colorectal cancer with automatic anastomosis stapler, at risk of tissue injury from using an electric cauterization, the occurrence of shock from waste blood and fluid, high carbon dioxide in the blood, subcutaneous emphysema. It may change to open surgery. Postoperative may risk of hemorrhage after surgery. There was discomfort from the pain and surgical wounds.

After using the nursing processes as a tool to assess the patient's health care, it took to the nursing's diagnosing, planning, doing, and evaluating in preoperative, and postoperative period. The patient recovered from illness, was safe from crises and was ready to receive chemotherapy. Length of stay in hospital 13 days.

Keywords : colorectal carcinoma, nursing care for colorectal carcinoma surgery patients with laparoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการตาย อันดับสองของประชากรทั่วโลก มะเร็งที่พบ 5 อันดับแรกในเพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งตับ ตามลำดับ ในเพศหญิง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ตามลำดับ⁽¹⁾ มะเร็งลำไส้ใหญ่เกิดขึ้นที่บริเวณผนังลำไส้ใหญ่จากติ่งเนื้อที่ยื่นออกมาและโตขึ้นเรื่อย ๆ จนเปลี่ยนสภาพเป็นเนื้อร้ายหรือมะเร็ง⁽²⁾ ซึ่งใช้เวลาหลายปีส่วนใหญ่จะเจริญเติบโตช้า ๆ พบได้ในทุกอายุแต่อุบัติการณ์จะมากขึ้นในประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป⁽³⁾

จากข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับประชากร สถาบันมะเร็งแห่งชาติ⁽⁴⁾ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีอยู่ในฐานข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความซ้ำ และมีวันวินิจฉัยตั้งแต่ วันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 มีจำนวน 8,865 ราย จากโรงพยาบาลที่ส่งข้อมูลมา 113 โรงพยาบาล ใน 55 จังหวัด ทั้งนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon and rectum) ถือได้ว่าเป็นโรคมะเร็งอันดับหนึ่งของเพศชายและอันดับสามของเพศหญิง ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้มีความก้าวหน้าและมีหลายวิธีด้วยกัน เช่น การผ่าตัด รังสีรักษา เคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย⁽⁵⁾ ซึ่งอาจใช้วิธีใดวิธีหนึ่งหรือหลายวิธีรวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งมีโอกาสรอดชีวิตนานกว่า 5 ปี มีจำนวนมากขึ้น

ในปัจจุบันมีความยุ่งยากซับซ้อนเพิ่มขึ้นตามวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะโรคร่วมที่จำเป็นต้องได้รับการควบคุมให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันเป็นผลมาจากโรคร่วมนี้ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการบูรณาการแนวทางการจัดการตนเองสู่ผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแล

ช่วยจัดการกับความยุ่งยากซับซ้อนของโรค การรักษา และผู้ป่วยสามารถวางแผนกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้ดีขึ้น ยอมรับ การเจ็บป่วยได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงถือได้ว่าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการผ่าตัด เพื่อป้องกัน และช่วยลดผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายให้ ผู้รับการผ่าตัดนั้นหายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาท หน้าที่ของตนเองในครอบครัวและสังคมได้ตามศักยภาพสูงสุดของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักที่ต้องได้รับการผ่าตัดบางราย มีภาวะโรคร่วม ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในระดับปกติก่อนทำการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ เลือดออกง่าย และภาวะสมองขาดเลือด⁽⁶⁾ผู้ป่วยที่มีน้ำตาลในเลือดสูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในระดับหลอดเลือดขนาดใหญ่และขนาดเล็กมีอัตราการตายระหว่างผ่าตัดสูงกว่า คนปกติถึง 5 เท่า⁽⁷⁾

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายคุณภาพระดับทุติ-ตติยภูมิให้บริการผู้ป่วยทั้งในเขต บริการและส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองและใกล้เคียง ในปีพ.ศ.2560-2562 มีผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักจำนวน 237,418,319 รายตามลำดับ และได้รับการ ผ่าตัดจำนวน65,83,83 ตามลำดับ⁽⁸⁾ ปี2563มีศัลยแพทย์เพิ่มขึ้น ได้เริ่มนำการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่และ ทวารหนักโดยผ่านกล้องวิดิทัศน์มาใช้ ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือมีแผลผ่าตัดเล็ก เจ็บปวดแผลผ่าตัดน้อย ลำไส้กลับมาทำงานได้ตามปกติเร็วขึ้นมีระยะพักฟื้นในโรงพยาบาลสั้นและสามารถกลับไปดำเนินชีวิต ตามปกติได้เร็วขึ้น ผู้ศึกษาเลือกศึกษาผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ (laparoscopic -low Anterior Resection) รายนี้ เนื่องจากการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน บริเวณผ่าตัด ลำไส้อยู่ในที่แคบคือในอุ้งเชิงกราน ซึ่งมีความลำบากในการตัดต่อ มีการใช้กล้องร่วมกับการเปิดแผลผ่าตัด เล็กที่ผิวหนัง และใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายพื้นที่รอบๆอวัยวะและใช้อุปกรณ์ พิเศษใส่ผ่านอุปกรณ์เข้าไปเลาะและตัดเนื้อเยื่อเพื่อตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ออก รวมทั้งต้องใช้เครื่องมือตัด ต่อลำไส้อัตโนมัติซึ่งจะช่วยให้การตัดต่อลำไส้สะดวกรวดเร็วและได้ผลดีแม้ในที่แคบ มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ได้ตลอดเวลาในขณะที่ผ่าตัดอาจมีโอกาสเปลี่ยนแผนการรักษาเป็นการผ่าตัดแบบเปิดได้หากทำไม่สำเร็จหรือ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่นการบาดเจ็บต่ออวัยวะต่างๆจากการใส่ก๊าซในช่องท้อง⁽⁹⁾

ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงต้องมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด มีการตรวจประเมินสภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจให้พร้อมที่จะรับการรักษผ่าตัดตามแผนการรักษาให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อน มีการใช้เครื่องมือพิเศษที่เป็นวิวัฒนาการทางการแพทย์ที่พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้ เพิ่มเติมและต้องมีความชำนาญ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดจึงต้องใช้ ความระมัดระวังเป็นพิเศษเมื่อเกิดภาวะวิกฤติต้องสามารถประเมินและตัดสินใจแก้ไขได้ทันที

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ ในโรงพยาบาลอ่างทอง

รายงานกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มาโรงพยาบาลอ้างท้องตามแพทย์นัดเพื่อวางแผนทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีประวัติท้องผูกสลับท้องเสียและมีเลือดสดปน อ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ทำการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เมื่อ 2 สัปดาห์ก่อน (วันที่ 13 พ.ย. 2562) พบก้อนตำแหน่งลำไส้ตรง (Mass at rectum) ระยะ 15 ซม. จากรูทวารหนัก ผลตรวจชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็ง (Adenocarcinoma of rectum) ผลเลือดตรวจเซลล์มะเร็งลำไส้ใหญ่พบผิดปกติ (CEA17.39 u/mL) ผลตรวจคอมพิวเตอร์ (C.T. whole abdomen) พบมีก้อนขนาด 4.2x3.6x4.7 ซม. ศัลยแพทย์วางแผนให้การรักษาผ่าตัด ส่งผู้ป่วยพบอายุรแพทย์เพื่อเตรียมผ่าตัดด้วยโรคเบาหวานระหว่างนั้นมีอาการใจสั่น ตรวจน้ำตาลในเลือด 40mg% ได้รับ 50% glucose 50ml ทางหลอดเลือดดำและมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์โดยมีค่าโปแทสเซียมต่ำ (2.9mEq/L) จึงต้องนอนโรงพยาบาลก่อนกำหนดเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์คือ 80-200mg% และแก้ไขภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ แพทย์วางแผนการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ (Lap-LAR) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินาที 28 พฤศจิกายน 2562 อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มาโดยรณอน อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/86 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนักตัว 44 กิโลกรัม ปฏิเสธการแพ้ยา ไม่แพ้อาหารใดๆ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการฉายรังสีทรวงอกปกติ ความเข้มข้นในเลือด 29mg% มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์ผ่าตัด Lap-LAR (3 ธันวาคม 2562)

ก่อนวันผ่าตัด (2 ธันวาคม 2562) เข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้อง การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการทำผ่าตัด เตรียมร่างกายจิตใจของผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการผ่าตัด⁽⁸⁾ ผู้ป่วยได้รับเตรียมตัวผ่าตัดพร้อมก่อนผ่าตัดด้วย โดยทำความสะอาดลำไส้ก่อนวันผ่าตัดซึ่งถือว่ามีความสำคัญของการทำผ่าตัดโดยให้ยาระบาย PEG 1 ลิตร เวลา 12:00น , 14:00น. และสวนล้างลำไส้ด้วยโซเดียมคลอไรด์ 100 ซีซี ร่วมด้วย

วันผ่าตัด (3 ธันวาคม 2562) ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายออกด้วยวิธีผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ร่วมกับการใช้เครื่องมือพิเศษในการตัดต่อลำไส้ใหญ่และเย็บลำไส้แบบอัตโนมัติ ใช้เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง สูญเสียเลือดจำนวน 300 ซีซี ความเข้มข้นเลือด 28% ได้ PRC 1 ยูนิต ต่อสายระบายเลือดไว้ที่หน้าท้องและที่ก้น หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ถูกใส่ท่อช่วยหายใจไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ประเมินปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 120 ซีซีใน 4 ชั่วโมง ติดตามความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ และอาการปวดแผลผ่าตัด ซึ่งพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดมาก Pain Score 5 คะแนน ได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา pain score เหลือ 2-3 พักผ่อนได้

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ ให้ O₂ mask with Bag 6 ลิตรต่อนาที ยังมีอาการปวดแผลผ่าตัด ได้รักษาการแก้ไขอาการปวดได้ยาฉีดแก้ปวด Morphine 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังได้รับยาแก้ปวด อาการทุเลา พักผ่อนได้ ท้องไม่อืด ยังมีคงไข้ 37.8-39.6 องศาเซลเซียส

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ออกจากไอซียูมาหอผู้ป่วยห้องพิเศษ เริ่มจิบน้ำได้ ยังมีอาการปวดแผล ได้รับการแก้ไขอาการปวด Morphine 4 mg prn.ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง พักผ่อนได้ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยังคงมีไข้ 37.9-38.1°C

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ได้รับอาหารเหลวใส ไม่มีอาการแน่นท้อง ปวดแผลเล็กน้อย

หลังผ่าตัดวันที่ 7 สามารถถอดท่อระบายเลือดออกได้ และให้อาหารอ่อน แผลผ่าตัดไม่ซึม

มีการประเมินการทำงานของลำไส้ การติดเชื้อของแผล ความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาในการรักษาตัวที่โรงพยาบาล 13 วัน และนัดติดตามอาการและแจ้งผลตรวจชิ้นเนื้ออีก 2 สัปดาห์ ผลการตรวจพยาธิสภาพ Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C พยาบาลห้องผ่าตัดได้ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน แพทย์ พยาบาล ผู้ป่วย และญาติได้ร่วมวางแผนการรักษาต่อเนื่อง เพื่อรับการรักษาเคมีบำบัดต่อไป

การพยาบาลผู้ป่วย

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการผ่าตัดและขาดความรู้ ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล บอกกลัวการผ่าตัด และถามเกี่ยวกับโรค

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและความกลัวเรื่องการผ่าตัดและมีความรู้ในการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดอธิบายถึงเหตุผลและความจำเป็นของการผ่าตัดเพื่อการรักษาและแก้ไขพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ข้อดี ข้อเสียของการผ่าตัด ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดพอสังเขป

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางผ่อนคลายความวิตกกังวล สามารถตอบการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้ ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะเข้ารับการผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

มีการใช้เครื่องมือตัดไฟฟ้าเป็นระยะเวลานานในการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.การตรวจสอบการใช้งานของเครื่องจีไฟฟ้า
- 2.การติดแผ่นสื่อน้ำไฟฟ้าให้อยู่ในความเรียบร้อย
- 3.ตรวจสอบความพร้อมใช้ของอุปกรณ์เครื่องมือทุกชิ้น ให้นวนหุ่มอยู่ในสภาพดี ไม่มีการฉีกขาด
- 4.ตรวจสอบการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของเครื่องจีไฟฟ้าให้ถูกต้องเหมาะสมกับการผ่าตัด

การประเมินผล

ไม่พบรอยไหม้ หรือตุ่มน้ำพองบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด**ข้อมูลสนับสนุน**

- 1.ผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายจัดเป็นอวัยวะที่มีเส้นเลือดหล่อเลี้ยงจำนวนมากโดยเฉพาะเส้นเลือดใหญ่คือ inferior mesenteric artery, superior mesenteric artery, aorta และยังใกล้เคียงกับอวัยวะสำคัญ ๆ เช่น ท่อไต
- 2.การผ่าตัดใช้เวลานานมากกว่า 3 ชั่วโมง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดและสารน้ำขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจนกว่าจะสิ้นสุดการผ่าตัดเพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงและแก้ไขได้ทันที่
- 2.ตรวจสอบสภาพของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว อุปกรณ์พิเศษในการผ่าตัดผ่านกล้อง ให้พร้อมใช้งาน
- 3.ประเมินสภาพการสูญเสียเลือดร่วมกับทีมวิสัญญีโดยสังเกตจำนวนเลือดในขวดดูดของเหลว

การประเมินผล

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยสูญเสียเลือด 300 ซีซี ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที เจาะความเข้มข้นของเลือดในห้องผ่าตัดได้ 28% (ก่อนผ่าตัด 29%) ได้รับ PRC1 ยูนิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง**ข้อมูลสนับสนุน**

มีการใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ใส่เข้าไปในช่องท้องเพื่อขยายบริเวณผ่าตัดให้กว้างขึ้น สะดวกต่อการผ่าตัดด้วยกล้อง

เป้าหมายการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยต่อการเกิดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง และภาวะมีลมรั่วแทรกตามใต้ผิวหนัง

กิจกรรมการพยาบาล

1.ดูแลให้ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ (gas insufflator) อยู่ในระดับที่เหมาะสมในช่วงแรกของการผ่าตัดที่เริ่มเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องผู้ป่วยให้ใช้อัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาทีจนความดันในช่องท้องผู้ป่วยถูกควบคุมให้อยู่ในระดับคงที่ ประมาณ 14-15 มิลลิเมตรปรอท และต่อมาจึงปรับอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ให้เป็น 6 ลิตรต่อนาที

2.ประสานงานกับวิสัญญีและแพทย์ในการลดอัตราการเป่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเครื่องควบคุมการจ่ายก๊าซ กรณีที่ผู้ป่วยจะมี end-tidal carbondioxide ที่เพิ่มมากขึ้นจนอาจทำให้เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง

3.ก่อนนำท่อ troca ออกจากช่องท้องผู้ป่วย ให้มีการไล่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกให้หมดให้มากที่สุด

4.ประเมินผิวหนังของผู้ป่วยบริเวณหน้าท้องและหน้าอกดูลักษณะการบวมเกรบของผิวหนังเป็นระยะ

การประเมินผล

ระดับความดันของเครื่องจ่ายก๊าซ อยู่ในระดับที่เหมาะสม 3-6 ลิตรต่อนาทีความดันในช่องท้องผู้ป่วยคงที่ 14-15 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์คั่งอยู่ใต้ผิวหนัง ค่า end-tidal CO₂ เท่ากับ 35-45 มิลลิเมตรปรอท ไม่พบผิวหนังบริเวณท้องและทรวงอกผิดปกติ

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาการเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยรับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์ บ่นปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 5

กิจกรรมการพยาบาล

- 1.สอนการประเมินความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย
- 2.ประสานพยาบาลหอบุคลากรให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือมอร์ฟิน 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีอาการปวด (มากกว่าหรือเท่ากับ 4)
- 3.แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่าอระบายนจากแผลผ่าตัดเพื่อไม่ให้ตึงรั้งขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว
- 4.ประเมินสีหน้าท่าทาง สัญญาณชีพช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องความปวดแนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย

การประเมินผล

ผู้ป่วยประเมินความปวดได้ถูกต้อง ได้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ อาการปวดทุเลา สีหน้าผ่อนคลาย พักผ่อนได้ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/87 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยถามว่ามีอาหารแสดงกับโรคที่เป็นหรือไม่

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านดังนี้

1.1 รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง

1.2 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยให้แข็งแรงอยู่เสมอออกกำลังกายโดยการเดินหรือบริหารแขนขา

1.3 การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายมีพลังงานสูงและมีกากน้อย ในช่วงแรก เช่น ปลา ไข่ ผักผลไม้ที่ผ่านการปรุงแล้ว หลีกเลี่ยงผักที่มีกลิ่นฉุนเพราะจะทำให้ท้องผูก ควรจำกัดอาหารที่ทำให้ท้องเสีย เช่น ผลไม้ดิบ ผักดิบ แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการรักษาต่อเนื่อง

2. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ให้ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้านและสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ในการศึกษากรณีศึกษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายมีการวางแผนการรักษาคือการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายผ่านกล้องวิดิทัศน์เป็นการผ่าตัดที่ย่างยากซับซ้อน มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆมาช่วยในการผ่าตัด การผ่าตัดนี้มีผลดีต่อผู้ป่วย การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ อุปกรณ์พิเศษในการทำผ่าตัดผ่านกล้องรวมถึงเครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติที่ใช้เฉพาะผ่าตัดลำไส้ที่อยู่ในที่แคบคือในอุ้งเชิงกราน ขณะผ่าตัดมีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นคือบาดเจ็บต่ออวัยวะใกล้เคียง เสียเลือด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความพร้อมในการปรับเปลี่ยนหัตถการเป็นการผ่าตัดแบบเปิดอย่างรวดเร็วแม่นยำเพื่อศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดให้ผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและควรมีการจัดอบรมและให้ความรู้เรื่องอุปกรณ์ เครื่องมือตามวิวัฒนาการของเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี การผ่าตัดราบรื่นมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาการผ่าตัดได้มาก

สรุป

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปีมาโรงพยาบาลด้วยขับถ่ายผิดปกติได้รับการตรวจและวินิจฉัยโรคว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย (CA rectum) ก้อนมะเร็งอยู่ห่างจากทวารหนัก 15 ซม.ขนาด 4.2×3.6×4.7 ซม. ก่อนผ่าตัดได้รับการแก้ไขรักษาให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ ผ่าตัดได้ แพทย์วางแผนผ่าตัดด้วยวิธีผ่านกล้องวิดิทัศน์ มีการใช้เครื่องมือตัดต่อลำไส้อัตโนมัติ ใช้เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง ระหว่างผ่าตัดเสียเลือดจำนวน 300 ซีซี หลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาพบว่าเป็น Moderately Differentiated adenocarcinoma invades through muscularis into pericolic T3N2Mo stage 3C หลังผ่าตัดมีอาการปวดแผล ท้องอืดเล็กน้อย แพทย์ให้งดอาหารและน้ำ การทำงานของลำไส้ดี ในวันที่ 2 หลังผ่าตัดเริ่มให้จิบน้ำได้ ปรับเป็นอาหารเหลวใส ในวันที่ 7 หลังผ่าตัดเริ่มให้อาหารอ่อน

ผู้ป่วยไม่มีอาการท้องอืด แผลแห้งดี ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวม 13 วัน แพทย์นัดมาตรวจอีก 2 สัปดาห์ จากนั้นส่งต่องานเคมีบำบัดผู้ป่วยยอมรับสภาพการเจ็บป่วยได้ สามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน และพร้อมรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Cancer,Fact sheet.February2018.[internet2018-mar-3];Available from://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/.
2. ชนินทร์ ลิ้มวงศ์.พันธุศาสตร์ของมะเร็งลำไส้ใหญ่และมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ถ่ายทอดโรคมะเร็งทางพันธุกรรม.ใน: ตัน คงเป็นสุข, วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม52. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557:1-23.
3. สุวรรณ สิริเลิศตระกูล. โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. ในสุวรรณ สิริเลิศตระกูล, สุลักษณ์ วงษ์จรรโลงศิลป์, ประไพ อริยประยูร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวิกิจ พรินต์ติ้ง; 2555:111-124.
4. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.ทะเบียนมะเร็งระดับประชากร.จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก:http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication
5. ปวิข สุธารัตน์. Pitfal in laparoscopic colorectal surgery. ใน:ตัน คงเป็นสุข, บุญชัย งามสิริมาศ, อธิรณ บัญพิพัฒน์พงศ์, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, บรรณาธิการ. ศัลยศาสตร์วิวัฒน์ เล่ม54. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2559:275-331.
6. วันดี สำราญราษฎร์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี;ปีที่1ฉบับที่2.2561[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pck/article/view/169888/122156.
7. อติคุณ ธนกิจ. การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบไร้ท่อ. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพลส จำกัด, 2562:420-444.
8. โรงพยาบาลอ่างทอง. รายงานสถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทองปีงบประมาณ 2560-2562. อ่างทอง: ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลอ่างทอง; 2562.
9. ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยส่องกล้องท่อ. ใน:วิมลรัตน์ ศรีราช, อรลักษณ์ รอดอนันต์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: บริษัทนาเพลส จำกัด, 2562:249-267.