



ประกาศจังหวัดขอนแก่น

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดขอนแก่น ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๔ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวรภัศรณ แก้วกำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒	นางสาวศิवालัย คำญา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๓	นางสาวมณีนรัตน์ คนเชื้อ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
๔	นางสาวอ้อมใจ มุ่งหมาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๕

Qua

(นายกันต์เทพ เสาโกศล)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดขอนแก่น
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ของโรงพยาบาลขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ	
๑	นางสาวรภัศรณี แก้วก่ำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	๒๑๐๘๗๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น	๒๑๐๘๗๙	เลื่อนระดับ	
		โรงพยาบาลขอนแก่น		โรงพยาบาลขอนแก่น			
		กลุ่มการพยาบาล		กลุ่มการพยาบาล			
		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก			
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลซ้ำ (Redo MVR) ที่รับประทานยาแวนาร์ฟาริน (warfarin) กรณีศึกษา (พ.ศ.๒๕๖๔)	๑๐๐%		
๒	นางสาวศิวาลัย คำญา	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาโปรแกรมการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่รับประทานยาแวนาร์ฟาริน (warfarin) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น	๖๖๗๔	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๖๖๗๔	เลื่อนระดับ	
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					
		กลุ่มการพยาบาล					กลุ่มการพยาบาล
		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม					กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องขนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy:TUL)	๑๐๐%		
๓	นางสาวมณีนรัตน์ คนชื่อ	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาการให้ความรู้เรื่องโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะผ่านสื่อออนไลน์	๑๙๗๑๓๙	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๑๙๗๑๓๙	เลื่อนระดับ	
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					
		กลุ่มการพยาบาล					กลุ่มการพยาบาล
		กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม					กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก	๑๐๐%		
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก					
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"					

วิฑูรย์

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสาวอ้อมใจ มั่งหมาย	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๕๒๗๓	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๕๒๗๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐% จีตพ
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังขั้วที่ ๕-๖ ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน คู่มือการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบห้ายประกาศ"				

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลซ้ำ (Redo MVR) ที่รับประทานยาว่าฟาริน (warfarin) กรณีศึกษา (พ.ศ. 2564)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พหุศกิกายน - ธันวาคม 2564

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ทางวิชาการ

ลิ้นหัวใจเป็นโครงสร้างระดับเยื่อชั้นในหัวใจ (endocardium) ทำหน้าที่ควบคุมทิศทางการไหลเวียนของโลหิต ให้เป็นวงจรทิศทางเดียว โดยลิ้นหัวใจมีอยู่ 4 ลิ้นหลัก ประกอบด้วย

1. ลิ้นหัวใจที่อยู่ระหว่างหัวใจห้องบนกับห้องล่าง (Atrioventricular valve) ได้แก่

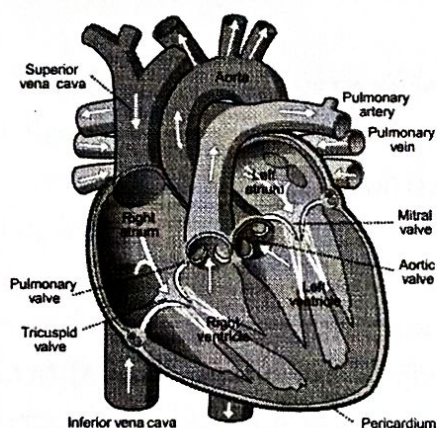
1.1. ลิ้นหัวใจไตรคัสปิด (Tricuspid valve)

1.2. ลิ้นหัวใจไมทรัล (mitral valve)

2. ลิ้นหัวใจที่อยู่ระหว่างหัวใจห้องล่าง (ventricle) กับหลอดเลือดแดงใหญ่ (pulmonary artery หรือ aorta) ได้แก่

2.1. ลิ้นหัวใจพัลโมนิก (Pulmonic valve)

2.2. ลิ้นหัวใจเออร์ติก (Aortic valve)



ที่มา : https://en.wikipedia.org/wiki/Aortic_valve

สามารถแบ่งโรคลิ้นหัวใจได้ออกเป็น โรคลิ้นหัวใจตีบ (Valvular Stenosis) โรคลิ้นหัวใจรั่ว (Valvular insufficiency) และโรคลิ้นหัวใจตีบและรั่ว (mix stenosis and insufficiency) ซึ่งโรคลิ้นหัวใจตีบจะทำให้เกิดภาวะ pressure load ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจมีการเปลี่ยนแปลงขนาดตัว (Hypertrophy) จะทำให้เลือดที่ออกจากห้องหัวใจที่อยู่ต้นทางของระบบไหลเวียนได้ยากขึ้น เช่น Aortic valve จะทำให้เลือดออกจาก left ventricle ได้ยากขึ้น , Mitral stenosis จะทำให้เลือดออกจาก left atrium ได้ยากขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดความดันและปริมาตรเลือดสะสมย้อนกลับไปสู่ห้องหัวใจและหลอดเลือดที่อยู่ก่อนหน้า การที่เลือดคั่งค้างอยู่ในระบบไหลเวียนเลือดจากลิ้นหัวใจที่ตีบ จะทำให้ความดันห้องหัวใจและหลอดเลือดสูงขึ้น เลือดที่สามารถออกสู่ระบบไหลเวียนหลังจุดที่ตีบลดลง ส่งผลให้ cardiac output ลดลง

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติและการตรวจร่างกายโดยฟังเสียงหัวใจที่ผิดปกติ ที่เรียกว่า “เสียงฟู่” หรือ Murmur เป็นเสียงที่เกิดจากลิ้นหัวใจตีบหรือรั่วได้ ตามตำแหน่งของลิ้นหัวใจ
2. ภาพถ่ายรังสีปอด (chest radiography) จะพบหัวใจโตผิดปกติ
3. การตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography:ECG) การตรวจคลื่นไฟฟ้า ไม่ใช่เพื่อประเมินความรุนแรงของโรค สำหรับการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติซึ่งพบจากคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วนใหญ่เป็นลักษณะ Atrial arrhythmias โดยเฉพาะที่พบบ่อย คือ Atrial fibrillation (AF)
4. การตรวจพิเศษ ช่วยในการวินิจฉัยลิ้นหัวใจรั่ว รวมทั้งสามารถบอกความรุนแรงและลักษณะของลิ้นหัวใจได้ดีที่สุดคือ การตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูงหรืออัลตราซาวด์หัวใจ (Echocardiogram)
5. การตรวจด้วยการสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ไม่มีบทบาทเพื่อวินิจฉัย แต่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดลิ้นหัวใจและต้องการตรวจสอบการทำงานของลิ้นหัวใจ และมีความจำเป็นสำหรับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี (Coronary artery) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพที่พบร่วมกับภาวะลิ้นหัวใจตีบหรือรั่ว อีกทั้งเป็นข้อมูลสำคัญมากในผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด และมีความเสี่ยงต่อพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงโคโรนารี
6. การตรวจทดสอบสมรรถภาพหัวใจ (Exercise Stress Test) เป็นการตรวจโดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยวิธีต่าง ๆ วิธีนี้จะช่วยแสดงให้เห็นว่าหัวใจของผู้ป่วยทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพหรือไม่

การรักษา

แพทย์จะเลือกวิธีการรักษาโรคลิ้นหัวใจรั่วจากความรุนแรงของโรค ดังนี้

1. กรณีลิ้นหัวใจรั่วเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง แพทย์จะแนะนำให้รับประทานยา และติดตามอาการ ซึ่ง หากอาการไม่รุนแรงมากนัก แพทย์จะสั่งจ่ายยาเพื่อช่วยส่งเสริมการทำงานของหัวใจให้เต็มประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ยาที่ใช้ในการรักษาส่วนใหญ่ ได้แก่

- ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) ใช้เพื่อขับของเหลวส่วนเกินที่สะสมอยู่ในปอดและส่วนอื่น ๆ ในร่างกายออกมา ทำให้ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ช่วยลดอาการเหนื่อยและอาการบวมได้

- ยาเอซีอี อินฮิบิเตอร์ (ACE Inhibitor) เป็นยาที่ใช้เพื่อปรับสภาพการทำงานของหัวใจ เพื่อชะลอการเกิดอาการหัวใจโต รวมทั้งช่วยลดความดันโลหิตไม่ให้หัวใจทำงานหนักมากเกินไป

- ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation Medication) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation) ร่วมด้วย การใช้ยาชนิดนี้จะช่วยป้องกันลิ่มเลือดที่เกิดจากอาการดังกล่าวได้

2. การขยายถ่างลิ้นหัวใจตีบด้วยบอลูน (Balloon Valvuloplasty) โดยไม่ต้องผ่าตัด มักทำในผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีข้อจำกัดในการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่มีแคลเซียมมาจับ หรือลิ้นหัวใจตีบพิการแต่กำเนิด

3. หากอาการของผู้ป่วยรุนแรง แพทย์จะต้องใช้การผ่าตัดเพื่อรักษาอาการ เพราะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

- การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ทำเพื่อซ่อมแซมลิ้นหัวใจที่มีความผิดปกติ ให้กลับมาทำงานได้ เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในบางกรณีเท่านั้น

- การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ หากลิ้นหัวใจไม่สามารถกลับมาทำงานตามเดิมได้อีก ก็จะต้องผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งลิ้นหัวใจที่นำมาใช้มีทั้งชนิดที่ผลิตจากไทเทเนียม หรือเป็นลิ้นหัวใจของสัตว์ เช่น หมู บางกรณีก็อาจใช้ลิ้นหัวใจของคนที่ได้รับการบริจาคมา

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

การวินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะวิกฤต		
1. เสี่ยง/มีปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง (Low cardiac output) เนื่องจากระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ การทำหน้าที่ของหัวใจไม่มีประสิทธิภาพ	เพื่อให้ปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกายเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินความรู้สึกตัว ซีพจร ประเมินและสังเกตลักษณะสีผิว ความอุ่น ความเย็นของอวัยวะส่วนปลายและคลำชีพจรส่วนปลายทุก 30 – 60 นาที ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย 2. เฝ้าระวังและประเมินบันทึกสัญญาณชีพ และแรงดันในห้องหัวใจอย่างต่อเนื่อง CVP, และระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที x 4 ชั่วโมง จนคงที่ then ทุก 30 นาที ใน 24 ชั่วโมงแรก หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 3. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง หากพบความผิดปกติ ประเมินหาสาเหตุเบื้องต้น และรายงานแพทย์ 4. ดูแลให้ยา Inotropic Drugs และ Vasodilator ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา 5. บันทึกปริมาณปัสสาวะต่อชั่วโมง 6. ดูแลจำกัดปริมาณน้ำเข้า-ออก ตามแผนการรักษา และบันทึก 7. ติดตามภาวะกรดเบสในร่างกาย (ABG) ทุก 6 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น 8. ดูแลให้ยา warfarin ตามแผนการรักษา และติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (INR)
2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ / จากการปวดแผลบริเวณหน้าอก/การมีเสมหะอุดกั้นในปอด	เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงอย่างเพียงพอและมีการแลกเปลี่ยนก๊าซในกระแสเลือดที่สมดุล	1. ประเมิน Breath sound 2. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดย 2.1) ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของการตั้งเครื่องช่วยหายใจ 2.2) ดูแล ET-tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม 2.3) ดูแล On ventilator Mode ตามแผนการรักษา 2.4) ติดตาม O₂sat Keep O₂ > 95 % 2.5) ดูแลเสมหะเมื่อมีเสมหะในท่อทางเดินหายใจโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ สังเกตลักษณะ สี และปริมาณเสมหะ 2.6) จัดท่าศีรษะสูง 30 – 45 องศา 3. ดูแลพ่นยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา 4. ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอกหลังออกจากห้องผ่าตัดและวันแรกหลังผ่าตัด และรายงานแพทย์เมื่อพบสิ่งผิดปกติ 5. ดูแลส่งตรวจ ABG ตามแผนการรักษา 6. ประเมินการหายใจ และลดเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา

การวินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล
		7. หลังถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างต่อเนื่องโดยให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 7-15 ลิตร/นาที่ Nasal cannula 3-5 ลิตร/นาที่ ตามผลค่าออกซิเจน 8. หลังถอดท่อช่วยหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจและไอ ขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ 9. ดูแลท่อระบายทรวงอกให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพไม่เกิดการอุดตัน 10. ดูแลกระตุ้น Breathing Exercise พร้อมทั้งประเมินบันทึกระดับความเจ็บปวด ดูแลการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง 11. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงหรือเก้าอี้ หลังจากถอดท่อหายใจออก
3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกมาก	เพื่อให้ปลอดภัยจากการสูญเสียเลือดและสามารถประเมินอาการและอาการแสดงอย่างทันทั่วทั้งที่	1. ประเมินเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด 2. ประเมินและบันทึกปริมาณสารน้ำและเลือดที่ออกทางสายระบายทุก 15-60 นาที ตามความคงที่ของปริมาณเลือดที่ระบายออก ในกรณีที่เลือดออกจากท่อระบายทรวงอกมากกว่า 150 cc/ hr. หรือมีเลือดออกมากทันทีทันใด สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์ทันทีเพื่อพิจารณาให้การรักษา 3. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น INR, Platelet Count, Hct 4. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ค่าแรงดันในช่องหัวใจอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินภาวะ Hypotension, Pulsus paradoxus, tachycardia 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจถูกกดทับ (Cardiac tamponade) 4. ต่อท่อระบายทรวงอกกับเครื่องดูดแรงดันต่ำ 10-20 mmHg และดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ 5. ดูแลให้ Blood product, Blood Component, Anticoagulant เช่น Vit K, Tamsamin, Protamin ตามแผนการรักษามีการประเมินเฝ้าระวังขณะให้อย่างต่อเนื่อง 6. ดูแลให้พักผ่อน ลดการมีกิจกรรม เพื่อลดการกระตุ้นภาวะเลือดออก 7. ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับที่แพทย์กำหนด เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นภาวะเลือดออก

การวินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล
4. เสี่ยงต่อภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์	มีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโตรไลต์ / ไม่เกิด / ปลอดภัยจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ	1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว หากพบอาการชักเกร็งหมดสติ และวัดสัญญาณชีพทุก 30 นาที หากพบว่าผิดปกติ ค้นหาสาเหตุรายงานแพทย์แก้ไข 2. Monitor EKG ตลอด 24 ชั่วโมง และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น PVC, VT, VF รายงานแพทย์รับทราบเพื่อค้นหาสาเหตุและแก้ไข 3. ค้นหาสาเหตุจากหัวใจเต้นผิดจังหวะจากอิเล็กทรอนิกส์ โดยเฉพาะระดับโพแทสเซียมและแมกนีเซียม 4. เตรียมอุปกรณ์เครื่องใช้ฉุกเฉิน เช่น Pacemaker, Defibrillator 5. ติดตามเจาะ Lab. Electrolyte ตามแผนการ 6. บันทึกความสมดุลของสารน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 mL/kg/hr. หรือน้อยกว่าหรือมากกว่าเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด ดูแลรายงานแพทย์
5. ไม่สุขสบายเนื่องจาก การปวดแผลผ่าตัด	ผู้ป่วยบรรเทาจากการปวดแผลและมี ภาวะสุขสบาย	1. สังเกตและประเมินอาการปวดแผล Pain score โดยใช้ pain scale ระดับ 1 – 10 ทุก 2 – 4 ชั่วโมง 2. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สุขสบาย ศีรษะสูงเล็กน้อย (30 – 45 องศา) แนะนำให้ผู้ป่วยใช้หมอน หรือผ้านุ่มๆ หรือมือช่วยประคองแผลผ่าตัดหรือทำ Deep Breathing Exercise ขณะไอหรือพลิกตะแคงตัวร่างกาย 3. จัดท่อระบายทรวงอก และสายสวนต่างๆ ไม่ให้ผู้ป่วยนอนทับสาย หรือมีการดึงรั้ง หัก พับ งอ พร้อมทั้ง 4. ทำกิจกรรมการพยาบาลด้วยความมั่นใจและจัดกิจกรรมที่ทำในเวลาใกล้เคียงกันมาทำพร้อมกัน 5. ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจช้า คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง วิงเวียน
6. มีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากการใส่ท่อและสายสวนต่างๆ	เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อ	1. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) 2. สังเกตอาการ อาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้หนาวสั่น แผลหรือบริเวณใส่สายต่างๆ บวม แดง ร้อน เสมหะเปลี่ยนสี ปัสสาวะขุ่น 3. วัดและบันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง 4. ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการและติดตามผล WBC , การเพาะเชื้อจากสารคัดหลั่งของผู้ป่วย, ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ตามแผนการรักษา

การวินิจฉัยการพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล
		5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาปฏิชีวนะถูกต้องตามหลัก 7 R 6. ดูแลทำแผลวันละ 1 ครั้ง หรือเมื่อซึม, เปื้อน
7. เฝ้าระวังภาวะพร่องพลังงาน	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเพียงพอ	1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ทุก 6 ชั่วโมง 2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา 3. ดูแลให้อาหารทางสายให้อาหาร (NG) หรือดูแลให้รับประทานอาหาร ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการท้องอืดตึง 4. จัดท่าศีรษะสูง 30-45 องศา ระหว่างรับประทานอาหาร 5. ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน ก่อนและหลังอาหาร จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด ผ่อนคลาย 6. กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย ป้องกันท้องอืด 7. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
8. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลรักษา	เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติและสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมตามโรค	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ 2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา 3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ได้ซักถามในสิ่งที่สงสัย 4. เปิดโอกาสให้พบแพทย์เจ้าของไข้ 5. อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา พยาบาล และการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ โดยอธิบายพอสังเขป ใช้คำอธิบายง่ายๆ ชัดเจน ในขอบเขตที่พยาบาลสามารถบอกได้ 6. ให้คำแนะนำและสร้างความเข้าใจในการสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง เช่น ถ้ามีอาการเจ็บหน้าอก วิงเวียนอย่างรุนแรงหรือจะเป็นลมให้แจ้งเจ้าหน้าที่หรือบุคคลที่อยู่ใกล้ให้ทราบ 7. แนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อน -การประสานงานนักโภชนาการในการให้คำแนะนำการเลือกรับประทานที่มีความเหมาะสมกับโรค เช่น งดอาหารเค็ม มัน เป็นต้น -การประสานนักกายภาพบำบัดให้คำแนะนำในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์

อายุงานที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก 7 ปี มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก มีความรู้ความสามารถปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งประกอบด้วย 5 ระยะ คือ การเตรียมความพร้อมรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ การประเมินเฝ้าระวังผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจแรกรับ การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจระยะวิกฤต การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังระยะวิกฤต กระทั่งการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง โดยจำแนกความรู้ ความชำนาญงาน ประสบการณ์เป็น 7 ด้านดังนี้

3.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด

3.1.1 ความรู้ เกี่ยวกับสรีรวิทยา พยาธิสภาพ สาเหตุของการดำเนินโรค และภาวะแทรกซ้อนรุนแรงของโรคหัวใจและทรวงอก

3.1.2 สามารถเฝ้าระวังคาดการณ์และวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดจากสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 สามารถอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจเบื้องต้นได้ และสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติเสี่ยงอันตรายถึงชีวิต (Life threatening cardiac arrhythmia) ได้แก่ VT, VF, Torsades de pointes และ Asystole

3.1.4 สามารถประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเข้าสู่การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest) จาก Electrolyte imbalance, Hypovolemia, Acidosis, Hypoxia, Hypothermia ได้

3.1.5 สามารถอ่าน แปลผล และประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก จากค่า A-line, CVP, PCWP, PAP, CO, CI, SVR ได้

3.1.6 มีความรู้และสามารถช่วยแพทย์ในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Open chest bedside, การใส่ ECMO, IABP, สายระบายทรวงอก (intercostal drainage; ICD), สายวัดความดันจากหลอดเลือดแดงโดยตรง (arterial line), สายสวน central venous line เป็นต้น

3.1.7 มีความรู้ความสามารถดูแลผู้ป่วยที่ใช้อุปกรณ์พิเศษเฉพาะทางวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก เช่น เครื่องพองการทำงานของหัวใจ (Intra Aortic Ballon pump : IABP), เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราว (Temporary pacemaker), ECMO, CRRT

3.1.8 มีทักษะในการใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจ (Defibrillator) ได้อย่างถูกต้อง

3.1.9 สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ เสี่ยงต่อภาวะระบบหายใจและระบบหัวใจล้มเหลว หรือประเมินความต้องการการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วยได้

3.1.10 สามารถประเมินความพร้อมของผู้ป่วย เพื่อวางแผนฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้ (Early, ambulation)

3.1.11 สามารถร่วมมือกับทีมกายภาพบำบัดในการให้ความรู้และกระตุ้นผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกในการเริ่มทำ Cardiac rehabilitation

3.1.12 สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้

3.2 ด้านการบริหารยาโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.2.1 มีความรู้เกี่ยวกับกลไกการออกฤทธิ์ ข้อบ่งใช้ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของยาโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) กลุ่มต่างๆ

3.2.2 มีความรู้และทักษะในการบริหารยา และให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง ก่อน ขณะ และหลังการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug)

3.2.3 สามารถคำนวณยา ปรับขนาดและจำนวนหยด Inotropic drug และ High Alert Drug ได้อย่างถูกต้องเมื่อผู้ป่วยมีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง

3.2.4 ทราบแนวทางการรักษาและสามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า กรณีเกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรงหลังได้รับยาที่มีผลต่อการเต้นหัวใจโดยตรง เช่น Cardiac arrest, Anaphylactic shock

3.2.5 สามารถบริหารยาที่จำเป็นต้องใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้อย่างถูกต้อง เช่น Adrenaline, Adenosine, Atropine, Dopamine, Digoxin, KCL, Cordarone เป็นต้น

3.3 ด้านการพัฒนาคุณภาพการรักษายาบาลและการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

3.3.1 มีทักษะในการค้นคว้าหรือสืบค้นข้อมูลจากแหล่งเทคโนโลยีสารสนเทศทั้งไทยและต่างประเทศ

3.3.2 ความรู้และสามารถนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

3.3.3 มีความสามารถคิดค้นและพัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก

3.3.4 สามารถคิดค้นงานวิจัยทางการพยาบาลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้

3.3.5 สามารถร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการคิดสร้างสรรค์งานวิจัย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการพยาบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกได้

3.4 ด้านการจัดการทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด

3.4.1 สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้ถูกต้องรวดเร็ว ตามลำดับความเร่งด่วนของอาการเปลี่ยนแปลง

3.4.2 ความรู้ สามารถคาดการณ์ และสามารถประเมิน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกได้ ในระยะเริ่มต้น (Early detection) เช่น ภาวะบีบรัดหัวใจ (cardiac tamponade), Arrhythmia, Bleeding, Cardiac arrest

3.4.3 มีทักษะการสื่อสาร ประสานงานและบริหารจัดการการทำงานบุคลากรในทีมในกรณีฉุกเฉิน

3.4.4 สามารถรายงานอาการผิดปกติของผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบได้ตรงประเด็นปัญหา

3.4.5 มีทักษะในการสื่อสารและส่งต่ออาการ ปัญหาทางการพยาบาล ข้อมูลผู้ป่วยกับทีมได้อย่างถูกต้อง

3.5 ด้านการตัดสินใจ จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

3.5.1 สามารถอธิบายให้ข้อมูลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและญาติ กรณีทำหัตถการเฉพาะทางวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอกที่มีความเสี่ยง

3.5.2 สามารถให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลตามสภาพความเป็นจริง เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา และมีส่วนร่วมประกอบการตัดสินใจ

3.5.3 สามารถวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ครอบครัวของผู้ป่วยเผชิญและปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตระยะสุดท้ายที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันได้

3.5.4 มีความรู้เรื่องกฎหมายจริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก

3.6 ด้านการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น (BLS) ขั้นสูง (ACLS) และการแก้ปัญหาฉุกเฉิน

3.6.1 มีความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นต้น (BLS) และขั้นสูง (ACLS) ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ตามแผนภูมิมาตรฐานการช่วยฟื้นคืนชีพ (Algorithms)

3.6.2 มีทักษะในการใช้เครื่อง Defibrillation และสามารถคาดการณ์การเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นได้

3.6.3 มีความรู้ความสามารถ ในการค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน (Cardiac arrest) ร่วมกับแพทย์ได้อย่างสมเหตุสมผล

3.6.4 สามารถบริหารยาที่จำเป็นต้องใช้ขณะปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงได้อย่างถูกต้อง

3.7 ด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.7.1 กล่าวชื่นชม และให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ

3.7.2 สามารถทำผู้ป่วยมองเห็นและรับรู้ปัญหาของตนเอง แนะนำแนวทางการแก้ไขปัญหาเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ

3.7.3 สามารถวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญ และปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตและการเจ็บป่วยได้

3.7.4 มีความรู้ความสามารถ ในการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว และการรับประทุษร้ายหลังได้รับการผ่าตัดได้ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย สร้างความมั่นใจ และลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

โรคหัวใจเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชากร ปี พ.ศ. 2559 จากรายงานสถิติสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยโรคหัวใจจำนวน 18,437 ราย (Ministry of Public Health, 2018) มีสาเหตุจากโรคหัวใจผิดปกติ ซึ่งหัวใจที่เกิดความผิดปกติที่พบบ่อย คือ ลิ้นหัวใจไมตรัล จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึงปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและการซ่อมแซมลิ้นหัวใจไมตรัล จำนวน 2,518 2,669 และ 2,747 รายตามลำดับ (The Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2019) พบได้ว่าแนวโน้มการผ่าตัดโดยการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีแนวโน้มที่มากขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ

โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เป็นศูนย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ มุ่งเน้นสู่ความเป็นเลิศด้านการดูแลรักษาโรคหัวใจ มีผู้ป่วยจำนวนมากที่เข้ารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติและจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเท่ากับ 103, 116 และ 142 รายตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคหัวใจเป็นโรคที่พบบ่อยและมีภาวะทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย การรักษาที่ดีที่สุดในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากอาการที่คุกคามต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ (Brunner & Suddarth, 2003) โดยทั่วไปภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้และดำเนินชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น (สิริมาศ ปิยะวัฒนพงษ์, 2537) อย่างไรก็ตามการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นการผ่าตัดใหญ่มีความเสี่ยงสูง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจผู้ป่วย

จึงจำเป็นต้องเข้ารับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในระยะแรกหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้แก่ ภาวะปริมาตรเลือดที่ส่งออกจากหัวใจต่อนาทีลดลง ภาวะการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ หรืออาจเกิดภาวะเลือดออกมากและอาจเกิดการบีบรัดของหัวใจกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวายในระยะต่อมา ซึ่งเป็นสาเหตุผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีปัญหาความไม่สุขสบายของร่างกาย เช่น อาการปวดแผลผ่าตัด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นต้น ถึงแม้การผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเป็นการแก้ไขพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจ ช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น แต่ผู้ป่วยยังจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเอง และปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับโรค เพื่อคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพและชะลอการเสื่อมสภาพของลิ้นหัวใจเทียม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัว

แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลจัดการตนเองหลังผ่าตัดให้เหมาะสมกับโรคได้ จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การติดเชื้อของลิ้นหัวใจเทียม การเกิดภาวะน้ำเกิน ภาวะน้ำท่วมปอดส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และอาจเกิดภาวะลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ อาจเกิดการอุดตันของลิ้นเลือดที่ลิ้นหัวใจเทียม ดังนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมจึงต้องรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (Brunner & Suddarth, 2003) บางรายหากดูแลจัดการตนเองไม่เหมาะสมกับโรคอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว บางรายเกิดภาวะลิ้นหัวใจเทียมติดเชื้อ ลิ้นหัวใจเทียมติดหรือลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ แพทย์อาจจำเป็นต้องรักษาโดยพิจารณาให้ได้รับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากขึ้นเช่นกัน และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ สาเหตุจากลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

ดังนั้นพฤติกรรมในการจัดการดูแลตนเองต่อเนื่องหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีความสำคัญต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัด การให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการนำไปปรับพฤติกรรมด้วยตนเองเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริณี คำอูและกาญจนา วิเชียร (2564) พบว่า การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัดหัวใจ มีการวางแผนจำหน่ายและให้คำแนะนำเรื่องโรค การผ่าตัด ยา การดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตัว และการมาติดตามอาการตามนัดเป็นการให้คำแนะนำทั่วไป ไม่ได้วางแผนจำหน่ายเน้นให้เหมาะสมตามสภาวะโรค สังคม สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย และยังขาดการประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ศึกษาความรู้ทางวิชาการ งานวิจัย ศึกษากรอบแนวคิดทางการพยาบาล ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการเลือกกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษา เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลซ้ำ (Redo MVR) ที่รับประทานยาวาร์ฟาริน (warfarin)
3. ศึกษาข้อมูล วิเคราะห์กรณีศึกษา วางแผนการให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม และนำเสนอกรณีศึกษา
4. สรุปผลการศึกษา และการให้การพยาบาล

5. เผยแพร่ผลการศึกษา และผลการให้การพยาบาล

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเอง หลังการรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน
3. เพื่อลดอัตราการผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ ที่มีสาเหตุจากการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม
4. เพื่อให้บุคลากรมีแบบแผนการให้ความรู้ และความแนะนำผู้ป่วย อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และครอบคลุม
5. เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพ
6. เพิ่มความพึงพอใจต่อการให้บริการของผู้ป่วยและญาติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 37 ปี สูง 190 เซนติเมตร น้ำหนัก 105 กิโลกรัม เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก (CVT) เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2565 เวลา 13.50 น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ปัสสาวะออกน้อยลง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัล และลิ้นหัวใจเอออร์ติก เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 มีโรคประจำตัวคือโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การวินิจฉัยโรคแรกเริ่ม Congestive Heart Failure (CHF) with Respiratory failure ญาติผู้ป่วยให้ประวัติว่าผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพ ไม่จำกัดปริมาณน้ำดื่มและอาหารรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยได้รับการตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Echocardiogram) ผลการตรวจพบ Mitral Valve prosthetic dysfunction and Pulmonary HT, Normal LV systolic function, EF 71% แพทย์พิจารณารักษาผู้ป่วยโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำทันที

5 พฤศจิกายน 2564 ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจไมทรัลซ้ำ หลังผ่าตัดผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกได้ โดยไม่ต้องกลับไปใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหัวใจห้องบนเกิดการสั่นพริ้ว และส่งสัญญาณมากผิดปกติ ทำให้หัวใจเต้นเร็วและไม่สม่ำเสมอ (Atrial Fibrillation หรือ AF) แพทย์พิจารณาให้การรักษาด้วยการให้ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ ร่วมกับการให้เกลือแร่ทางหลอดเลือดดำให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ หลังดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาปกติ และสม่ำเสมอ หลังการผ่าตัดผู้ป่วยต้องรับประทานยาละลายลิ่มเลือด เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันลิ้นหัวใจเทียมซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ลิ้นหัวใจเทียมไม่สามารถเปิดปิดได้ ซึ่งเป็นสาเหตุของการต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำในผู้ป่วยรายนี้ แต่ขณะเข้ารับการรักษาผู้ป่วยมีปัญหาการทำงานของตับสูงกว่าปกติ ส่งผลให้ค่าการแข็งตัวของเลือดหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่คงที่ แพทย์ปรับลดเพิ่มขนาดยาตามค่าการแข็งตัวของเลือด จนกระทั่งค่าการแข็งตัวของเลือดคงที่ รวมระยะเวลาการเข้ารับการดูแล 28 วัน

ระหว่างที่รักษาตัวผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เกี่ยวกับการรับประทานยาและอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติของลิ้นหัวใจทำงานไม่ปกติ การสังเกตอาการภาวะ

หัวใจล้มเหลว เช่นหอบเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม นอนราบไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อย ขาบวมกดบูน แผลผ่าตัดมี อาการปวดมากขึ้น บวมแดง ร้อนบริเวณแผล หรือมีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลผ่าตัด ให้รีบมาพบแพทย์ที่ สถานพยาบาลใกล้บ้านทันที เน้นการรับประทานยาละลายลิ่มเลือดให้ถูกต้องและสม่ำเสมอ ตรงเวลา และเน้น ย้ำการจำกัดและจดบันทึกปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันให้ได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ก่อนการจำหน่ายกลับ บ้านผู้ป่วยได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำงานของลิ้นหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง พบการทำงานของ ลิ้นหัวใจปกติ

5.2 เชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ถึงความสำคัญของการจำกัดปริมาณน้ำดื่ม การตรวจหรือสังเกตปริมาณ ปัสสาวะ และการรับประทานยา และมีแนวทางในการจัดการตนเองหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

5.2.2 ตอบสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติคลายกังวล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจได้ อย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้เหมาะสมกับโรคไม่เกิด ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ

6.2 สามารถนำประสบการณ์และปัญหาในการดูแลผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสุขภาพ เพื่อ พัฒนาความรู้ และพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันหรือลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เพิ่ม คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

6.3 เป็นกรณีศึกษา และใช้เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลกรณีผู้ป่วย หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

6.4 เพื่อศึกษา วิเคราะห์ประเด็นพัฒนางานการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตหลังการผ่าตัดที่ดีขึ้น

6.5 ได้วิเคราะห์ประเด็นปัญหา สาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อนำไปศึกษาหาแนวทางในการ ป้องกัน สร้างแนวปฏิบัติเพื่อนำไปใช้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจรายอื่นๆ

6.6 มีคู่มือการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันสำหรับบุคลากร และผู้ป่วยมีคู่มือในการดูแล ตนเอง เพื่อใช้ทบทวนความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และนำความรู้ความเข้าใจปรับใช้ในการดูแลตนเอง เหมาะสมกับโรค

7. ความยั่งยืนและข้อขัดข้องในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมาแล้ว และจากการซักประวัติผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมกับโรค ไม่จำกัดปริมาณน้ำและอาหารที่รับประทาน หลังการผ่าตัดเปลี่ยน ลิ้นหัวใจครั้งนี้ ในระยะแรกผู้ป่วยมีค่าของเสียทางไตสูง ปัสสาวะออกน้อย และผู้ป่วยมีความต้องการดื่มน้ำ ปริมาณมาก ต้องเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำท่วมปอดซึ่งเป็น ภาวะแทรกซ้อนหากเกิดภาวะน้ำเกิน อีกทั้งเน้นย้ำความสำคัญของการจำกัดปริมาณน้ำและให้คำแนะนำใน การจำกัดน้ำดื่ม การเลือกรับประทานอาหาร สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเอง และเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้สอดคล้องกับภาวะโรคที่เป็น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดหลัง ผ่าตัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องด้วยสถานการณ์โรคโควิดระบาด (COVID 19) ทางหอผู้ป่วยมีมาตรการ งดญาติเข้าเยี่ยมทุกกรณี ดังนั้นการให้คำแนะนำตามโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา วาร์ฟาริน (warfarin) จำเป็นต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ไม่มีญาติคอยรับคำแนะนำด้วย จึงอาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วย และขาดการกำกับกำกับดูแลเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรค หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

9. ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรด้านสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย ควรมีแนวทางการ และคู่มือการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างมีแบบแผน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง มีความครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ และมีการประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำ
2. โรงพยาบาลควรพัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยรายกรณี เพื่อนำมาประกอบการให้คำแนะนำ ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตและครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
3. ควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัว หรือผู้ดูแลได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย ในแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล
4. ควรมีการจัดทำสื่อประกอบการให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วย และมีโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน และต่อเนื่องตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับความรู้ที่ใช้ในการดูแลตนเองอย่างครบถ้วน
5. ควรมีการส่งต่อข้อมูล แก่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามเยี่ยมอาการ และการดูแลต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพเมื่อกลับบ้าน

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวรภัสสรณ์ แก้วก่า สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) รภัสสรณ์ แก้วก่า

(นางสาว รภัสสรณ์ แก้วก่า)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 4 / พ.ย. / 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรภัสสรณ์ แก้วก่ำ	รภัสสรณ์ แก้วก่ำ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางพินรัฐ จอมเพชร)
 (ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น..

(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ 2 และผลงานลำดับที่ 3 (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ 1 โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง : การพัฒนาโปรแกรมการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาว่าฟาริน (warfarin) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น

2. หลักการและเหตุผล

โรคลิ้นหัวใจ (Valvular Heart Disease) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ลิ้นหัวใจผิดปกติเกิดได้จากหลายประการ สามารถแบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ ความพิการแต่กำเนิด (Congenital Valve Disease) โรคลิ้นหัวใจผิดปกติจากการเสื่อมสภาพ (Degenerative Valve Disease) โรคลิ้นหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ (Infective Endocarditis) และ โรคลิ้นหัวใจรูมาติก (Rheumatic Heart Disease) ซึ่งเป็นโรคลิ้นหัวใจผิดปกติที่พบมากที่สุดในประเทศไทย (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2564) เกิดจากการติดเชื้อสเตรปโตคอคคัส กรุ๊ป เอ ทำให้เกิดไข้รูมาติกซึ่งส่งผลทำลายลิ้นหัวใจของผู้ป่วยในระยะยาว ส่วนมากจะเริ่มมีอาการแสดงถึงความผิดปกติของหัวใจ 5-10 ปี หลังจากเป็นไข้รูมาติก กรณีที่เป็นรุนแรงหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น จนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด (Seckeler and Hoke, 2011) ซึ่งพบอุบัติการณ์โรคไข้รูมาติกในประเทศที่กำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Kumar RK and Tandon, 2013) จากการสำรวจสถิติพบ นักเรียนอายุ 5-15 ปี ป่วยด้วยโรคหัวใจรูมาติก 0.5-2.1 ต่อนักเรียน 1000 คน และในผู้ที่อายุมากกว่า 15 ปีพบได้ประมาณ 3 คนต่อ 1,000 คน (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ 9 แอร์พอร์ต , 2022) ผู้ป่วยโรคลิ้นหัวใจไม่รุนแรง ลิ้นหัวใจเสียหายเพียงเล็กน้อยหรือปานกลาง แพทย์จะแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวและเฝ้าระวังติดตามอาการ และรักษาด้วยการให้รับประทานยาขับปัสสาวะเพื่อช่วยเสริมการทำงานของหัวใจ ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ลิ้นหัวใจชำรุดมาก แพทย์จะพิจารณารักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีทั้งการผ่าตัดซ่อมแซม (Valve Repair) แต่หากลิ้นหัวใจเสียหายและถูกทำลายมาก ไม่สามารถซ่อมแซมได้ แพทย์จะพิจารณาผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (Valve Replacement) คือ การผ่าตัดเอาลิ้นหัวใจที่ผิดปกติออกแล้วใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic valve) เข้าไปแทนที่ (เกศศิริ วงษ์คงคำและอรชุนา นามกรณ์., 2559) ปัจจุบันการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจยังคงมีสถิติที่คงที่ไม่ลดลง โดยในปี พ.ศ. 2561 ถึง 2564 ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ คิดเป็นร้อยละ 29.94, 29.35, 24.92 และ 29.67 จากการผ่าตัดหัวใจทั้งหมดในโรงพยาบาลของรัฐ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2564) และจากสถิติโรงพยาบาลขอนแก่นในปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเท่ากับ 103, 116 และ 142 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียมแบบโลหะ มีโอกาสเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด (Thromboembolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยที่สุดหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ และอาจส่งผลให้ลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังเป็นสาเหตุหลักของการเกิด stroke ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดทุกรายและต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต โดยยาที่ใช้รักษาในกลุ่มนี้คือ ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากยาวาร์ฟารินเป็นยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ และขนาดของยาที่ให้ผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน อีกทั้งเป็นยาที่มีข้อควรระวังหลายประการ

เนื่องจากมีปลายปัจจัยที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยา เช่น อาหารที่มีวิตามินเคปริมาณมาก การดื่มแอลกอฮอล์ น้ำผลไม้บางชนิด การใช้ยาอื่นร่วมที่มีผลต่อการออกฤทธิ์ของยาลาวาฟารีน หรือสภาวะที่ผู้ป่วยมีโรคอื่นร่วม เช่น โรคตับ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าร้อยละ 28 ของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ลิ้นหัวใจเทียม เช่น ภาวะเลือดออกผิดปกติ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน และภาวะติดเชื้อที่ลิ้นหัวใจเทียม เป็นต้น (Remadi et al., 1998) จากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ และซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาการรับประทานยา ด้วย อาทิ ขาดความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยา และมีปัญหาการรับประทานยา เช่น ลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา อีกทั้งจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ การศึกษา ของ วรรณพร เจริญโชคทวี (2550) พบสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำในผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด คือ วิธีการใช้ยาไม่สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน ร้อยละ 76.6 ลืมรับประทานยา ร้อยละ 23.3 และขาดความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา ร้อยละ 11.2 และพบปัญหาการใช้ยา คือมีการใช้น้อยกว่ากำหนดและใช้ยาผิดเวลา ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวล้วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อีกทั้ง ปาริชาติ วงศ์ก้อม , โสภิตา ทัดพินิจ และสุเทพ ทักษิณาเจนกิจ (2556) ศึกษาพบว่าสาเหตุการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มาจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลหรือการจัดการตนเองในแต่ละปัญหาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยขาดการประเมินและสังเกตตัวเอง การตัดสินใจที่เหมาะสมในภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น และการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก และการมีส่วนร่วมในคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้ร้อยละ 28.6 ($F(94.099, 6.662) = 14.124, p < 0.05$) โดยตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเอง ($r=.59, p<.01$) สามารถทำนายคุณภาพชีวิตมากที่สุด ($\beta=0.380$) (วรศรา ม่วงช่วง และ มร.ลักขณ์ เอื้อกิจ, 2557) จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดถึงแม้จะมีการแก้ไขความผิดปกติของโครงสร้างลิ้นหัวใจแล้ว ผู้ป่วยยังคงต้องมีการจัดการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ (วนิดา พิมทา และคณะ, 2558) ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี (ผ่องพรรณ อรุณแสง, ประสพสุข ศรีแสนปาง และบุษบา สมใจวงศ์, 2547) อีกทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณ เพ็ชรรัตน์ และคณะ (2560) พบว่า ผู้ป่วยหลังผ่าตัดลิ้นหัวใจที่มีภาวะลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการตนเองในการควบคุมภาวะหัวใจลิ่มเลือดหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานยังพบว่า มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจซ้ำ สาเหตุจากลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพร่วมกับการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย

ดังนั้นจึงได้นำแนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ตามแนวคิดของ Kanfer and Gealick (1991) ที่ให้ความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมจัดการต่อสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อควบคุม หรือลดผลกระทบจากสถานการณ์นั้น โดยมีกระบวนการในการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยในการส่งเสริมการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรทางการแพทย์บาลซึ่งเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุด มีบทบาทหน้าที่ส่งเสริมชี้แนะสนับสนุนให้เกิดความรู้ความเข้าใจ ให้ผู้ป่วยนำไปสู่ปฏิบัติ (วนิดา พิมทา, 2546) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับยาลาวาฟารีน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และได้รับ

คำแนะนำอย่างครบถ้วนทุกราย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัว จึงมีแนวคิดในการจัดทำสื่อการให้คำแนะนำ และโปรแกรมการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยาวาร์ฟาริน (warfarin) นี้ขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคลิ้นหัวใจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว ความผิดปกติของลิ้นหัวใจมีผลให้กล้ามเนื้อหัวใจยืดยาวหรือขยายและถูกทำลาย การผ่าตัดเพื่อแก้ไขพยาธิสภาพของลิ้นหัวใจ แม้จะช่วยให้การทำงานของหัวใจดีขึ้น แต่ยังมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้อีก จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 21,138 ราย พบว่าภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยกลับเข้ารับรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว ร้อยละ 24.9 ภายใน 30 วัน และ ร้อยละ 78 ในระยะ 5 ปี (Vassileva and et. al, 2560) และจากการศึกษาการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มาจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลหรือการจัดการตนเองในแต่ละปัญหาไม่เหมาะสม ผู้ป่วยขาดการประเมินและสังเกตตัวเอง การตัดสินใจที่เหมาะสมในภาวะผิดปกติที่เกิดขึ้น อีกทั้งยังมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น (ปาริชาติ วงศ์ก้อม , โสภิตา ทัดพินิจ และสุเทพ ทักษิณา เจนกิจ, 2556) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยยังคงต้องมีการจัดการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ (วนิดา พิมพา และคณะ, 2558) และการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเข้มแข็งในการมองโลก และการมีส่วนร่วมในคำแนะนำด้านสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้ร้อยละ 28.6 และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจากลิ้นหัวใจเทียมทำงานไม่มีประสิทธิภาพ และพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมกับโรคร่วมด้วย

ดังนั้นความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และตลอดการดูแลรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพเป็นวิชาชีพที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดและผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และหนึ่งหน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2544) คือ การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง การสื่อสารเพื่อให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ และการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้อาย การปฏิบัติตามตามการรักษา การขอความช่วยเหลือด้านสุขภาพ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัดทั้งนี้รวมถึงการให้ข้อมูลที่จำเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ ด้วย

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. ทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-management) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้ โดยการเสริมแรงอย่างเป็นมีการประเมินความรู้ ทักษะและความสามารถของตนเองอย่างตรงตามความเป็นจริง โดยมีการตั้งเป้าหมายที่มีความเป็นไปได้ การติดตามความก้าวหน้าในการปฏิบัติเพื่อไปสู่เป้าหมาย มีการสร้างแรงจูงใจ

การควบคุมตนเองและตอบสนองต่อผลสะท้อนกลับ โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นรายบุคคล

2. กรอบแนวความคิดวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) เป็นกระบวนการพยาบาลทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม ตลอดจนจิตวิญญาณของบุคคล ซึ่งระบุปัญหาของสุขภาพเน้น การตัดสินใจทางคลินิก ในรายบุคคล ครอบครัว ที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย เน้นทั้งปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน หรือเสี่ยงต่อการเกิด จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา วาร์ฟาริน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ขอความเห็นชอบและคำแนะนำจากหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ในการจัดทำสื่อการให้คำแนะนำ และโปรแกรมการให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา วาร์ฟาริน (warfarin) หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลขอนแก่น

2. เสนอที่มาและความสำคัญในการจัดทำโครงการพัฒนาต่อหัวหน้างาน พร้อมวางแผนการปฏิบัติงาน

3. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่รับประทานยา วาร์ฟาริน จากตำรา งานวิจัย

4. จัดทำสื่อประกอบการให้คำแนะนำ และโปรแกรมการให้คำแนะนำ พร้อมทั้งแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการให้ความรู้

5. นำข้อมูลสื่อประกอบการให้คำแนะนำ และโปรแกรมการให้คำแนะนำ เรียนปรึกษาศัลแพทย์ประจำหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอกและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา

6. จัดทำคู่มือโปรแกรมการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ รับประทานยา วาร์ฟาริน จัดพิมพ์สื่อ เอกสารแผ่นพับ

7. นำเสนอสื่อประกอบการให้คำแนะนำ และโปรแกรมการให้คำแนะนำต่อสมาชิกทีมพยาบาลหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก เพื่อทดลองใช้

8. ประเมินและสรุปผลการดำเนินการ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรมีคู่มือและแนวทางในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและได้รับยา วาร์ฟาริน

2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและได้รับยา วาร์ฟาริน ได้รับคู่มือการดูแลตนเอง และได้รับการให้คำแนะนำตามโปรแกรม ร้อยละ 100

3. จำนวนผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ที่ได้รับยา วาร์ฟาริน มีพฤติการณ์เข้ารับการรักษาลดลง จากพฤติกรรมดูแลตนเองลดลง

4. ลดความวิตกกังวลในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและได้รับยาแอสไพริน ได้รับการให้คำแนะนำตามโปรแกรม ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ

(ลงชื่อ) รศ.สรณ์ แก้วก่ำ
 (นางสาว รศ.สรณ์ แก้วก่ำ)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่) 4 / พฤศจิกายน / ๒๕๖๕
 ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องขนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL)

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ๕ สิงหาคม ๒๕๖๔ ถึง ๕ มกราคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้เรื่องโรคนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

นิ่ว มีลักษณะเป็นก้อนแข็งคล้ายก้อนกรวดเกิดจากการตกตะกอนหรือตกผลึกของหินปูนหรือเกลือแร่ในร่างกายซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด อาทิ แคลเซียม ออกซาเลต, แคลเซียม ฟอสเฟต, กรดยูริก และซีสเดอีน นิ่วเกิดขึ้นที่อวัยวะใดก็จะมีชื่อเรียกตามตามอวัยวะนั้น เช่น นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในต่อม น้ำลาย และนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งประกอบไปด้วยนิ่วในไต นิ่วในท่อไต นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ และนิ่วในท่อปัสสาวะ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesical calculi/Bladder Stone) คือ ก้อนของสารหรือแร่ธาตุที่ตกตะกอนจากปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ เป็นโรคที่พบได้บ่อยทางภาคอีสานและภาคเหนือ พบได้ในคนทุกวัย

สาเหตุของนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุของนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ มักจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัสสาวะตกค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะและมีการตกตะกอน หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อบางประเภท และภาวะบางอย่างที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ รวมไปถึงสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระเพาะปัสสาวะก็ทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้เช่นกัน ภาวะที่ทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะบ่อยที่สุด ได้แก่ ต่อมลูกหมากโต เพราะไปขวางกั้นการไหลของปัสสาวะทำให้ปัสสาวะออกมาได้ไม่หมดและตกค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic Bladder) เพราะโดยทั่วไปสมองจะทำหน้าที่สั่งการกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะให้รัดหรือปล่อย ซึ่งหากเส้นประสาทสมองเกิดความเสียหายจากโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของไขสันหลัง หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาจทำให้ปัสสาวะได้ไม่สุด สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ การอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือการบำบัดด้วยรังสีในบริเวณเชิงกราน เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การสวนปัสสาวะ เพราะอาจมีวัตถุที่อาจหลุดเข้าไปอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะช่วยให้ตะกอนก่อตัวบนวัตถุนั้น ๆ จนเกิดเป็นนิ่วได้ นิ่วในไต ก้อนนิ่วที่ก่อตัวในไตอาจเคลื่อนลงมาทางท่อปัสสาวะและลงมาอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ หากไม่ถูกขับออกอาจก่อตัวจนเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้ ภาวะกระเพาะปัสสาวะหย่อน (Cystocele) คือภาวะที่เกิดขึ้นกับเพศหญิงและจะเกิดขึ้นเมื่อผนังของผนังกระเพาะปัสสาวะอ่อนแอและหย่อนลงสู่อวัยวะเพศ อาจไปปิดกั้นปัสสาวะไม่ให้ไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะได้ โรค Bladder Diverticula เป็นถุงน้ำที่ออกมาทางผนังกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งหากถุงน้ำมีขนาดใหญ่เกินไปก็อาจทำให้ปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะได้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล เกลือ รวมทั้งได้รับอาหารที่มีวิตามิน เอ และวิตามิน บีต่ำ อาจเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มน้ำน้อย นิ่วในกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่มักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ชายมีขนาดยาวและแคบกว่า ตะกอนนิ่วจึงมีโอกาสตกค้างได้มากกว่า (ขวัญฤทัย พันธุ์, ๒๕๖๒)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ

อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออกหรือออกกะปริดกะปรอย คือปัสสาวะไหล ๆ หยุด ๆ มีเม็ดนิ่วลักษณะคล้ายกรวดทรายปนออกมากับปัสสาวะ หากก้อนนิ่วไปครูดหรือเสียดสีกับผนังกระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะจนเกิดแผล อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีไข้ร่วมด้วย โดยอาการจะรุนแรงแตกต่างกันออกไป (โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ๓ อินเตอร์, ๒๕๖๔)

การวินิจฉัยนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

การวินิจฉัยนิ่วในกระเพาะปัสสาวะนั้นมีหลายวิธี ได้แก่ ตรวจร่างกาย แพทย์อาจตรวจดูบริเวณท้องส่วนล่าง คลำดูว่ากระเพาะปัสสาวะขยายใหญ่ขึ้นหรือไม่ หรืออาจตรวจทางทวารหนักเพื่อดูว่า ต่อมลูกหมากขยายใหญ่ขึ้นหรือไม่ รวมไปถึงสอบถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การตรวจปัสสาวะ โดยการนำตัวอย่างปัสสาวะไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาเลือด แบคทีเรีย หรือผลึกของแร่ธาตุ ซึ่งจะช่วยให้พิจารณาได้ว่าการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือไม่ เพราะอาจเกิดจากนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้ การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือซีทีสแกน (Computerized Tomography : CT) เป็นการเอกซเรย์ที่จะช่วยให้ได้ภาพของอวัยวะภายในร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อตรวจจับก้อนนิ่วที่มีขนาดเล็กได้ และเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้หลายประเภท การอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการใช้อัลตราซาวด์เพื่อตรวจอวัยวะและโครงสร้างส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีประโยชน์ช่วยตรวจจับนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การเอกซเรย์ (X-ray) เป็นการเอกซเรย์ไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ ช่วยให้แพทย์สามารถพิจารณาได้ว่ามีนิ่วอยู่ในระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การเอกซเรย์อาจไม่สามารถทำให้เห็นนิ่วบางประเภทได้ (สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์, ๒๕๖๔)

แนวทางในการรักษาโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ

แนวทางในการรักษาโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน คือ

๑. การเอานิ่วออก ในกรณีที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็กมาก แพทย์อาจเริ่มจากการแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้ร่างกายขับนิ่วออกมาเองตามธรรมชาติ แต่โดยทั่วไปแล้วการเอานิ่วออกสามารถทำได้ ๓ วิธีดังต่อไปนี้ คือ ๑) การส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL) โดยแพทย์จะส่องกล้องเข้าไปในท่อปัสสาวะเพื่อขบนิ่วให้แตกเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วให้หลุดไหลออกมาพร้อมกับน้ำปัสสาวะ ๒) การสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy : ESWL) เป็นการใช้อัลตราซาวด์ทำให้เกิดแรงกระแทกที่ก้อนนิ่วจนก้อนนิ่วแตกเป็นชิ้นเล็กๆ และหลุดไหลออกมาพร้อมกับน้ำปัสสาวะ ๓) การผ่าตัด ใช้ในกรณีที่ก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ หรือเป็นนิ่วเขากวางที่มีกิ่งก้านหลายกิ่งจนไม่สามารถเอาออกด้วยวิธีอื่นได้ (โรงพยาบาลพญาไท , ๒๕๖๔)

๒. รักษาที่สาเหตุของโรค เนื่องจากการเอานิ่วออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้แก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดโรคอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นนิ่วซ้ำได้อีก ซึ่งการรักษาที่สาเหตุนี้ยกตัวอย่าง เช่น หากนิ่วเกิดจากการมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ แพทย์ต้องตรวจวินิจฉัยให้แน่ชัดว่าการคั่งค้างนั้นเกิดจากอะไร แล้วทำการรักษาไปพร้อมกัน เช่น ผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้วิธีส่องกล้องในกรณีที่เกิดจาก

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

ต่อมลูกหมากโต หรือทำการขยายท่อปัสสาวะในกรณีที่มีการตีบตัน หากนี้เกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ เช่น บีบตัวไม่ดี ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องใช้สายสวนในการช่วยปัสสาวะ อย่างไรก็ตาม นิ่วในกระเพาะปัสสาวะมักเกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะออกไปจนหมดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอานิ่วออกวิธีที่มักใช้ในการนำนิ่วออกจากกระเพาะปัสสาวะเรียกว่า Transurethral Cystolithotripsy ซึ่งเป็นการขบนิ่วโดยการสอดเครื่องมือเข้าไปทางท่อปัสสาวะ เข้าไปขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แล้วดูดล้างออกด้วยเครื่องมือดูด วิธีนี้ใช้ในรายที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็ก ขนาดไม่เกิน ๔ เซนติเมตร ไม่แข็งมาก และกระเพาะปัสสาวะไม่มีการอักเสบ (โรงพยาบาลศิริรินทร์ กรุงเทพ, ๒๕๖๔) โดยทั่วไปการ ทำผ่าตัดนี้ในทางเดินปัสสาวะไม่ใช่เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้น จึงมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะทำผ่าตัดได้เป็นผลดี ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแล้ว การรับรู้ถึงภาวะความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การเสียเลือด การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะสุขภาพและเข้าใจแผนการรักษา เกิดความร่วมมืออันดีในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D - METHOD Model จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดการกลับมานอนโรงพยาบาล หรือลดภาวะการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย โดยมีแนวทางการปฏิบัติการ (โรงพยาบาลจุฬารัตน์๓อินเตอร์, ๒๕๖๔)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ ๖๑ ปี สถานภาพสมรส คู่ เข้ารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ โรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๔ เวลา ๑๐.๐๐น.

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล มาตามนัดเพื่อผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ๒ เดือนก่อนมาปัสสาวะเป็นเลือด ไปโรงพยาบาลชุมชน ได้ X-ray และ U/S สงสัยมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลขอนแก่น ที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้ทำการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะ พบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แพทย์จึงให้ยากลับไปรับระทานที่บ้าน แล้วนัดมาผ่าตัดวันนี้

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สัญญาณชีพแรกพบ BT ๓๖.๖ °C, PR ๘๐/min, RR ๑๘-๒๐/min และ BP ๑๒๓/๗๔mmHg

อาการและอาการแสดงทั่วไปแรกพบ ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างท้วม ระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถามตอบรู้เรื่อง ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่ปวดที่ใด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : วันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๔

WBC = ๗๗๐๐ cell/mm^๒

Hct = ๔๑.๒ %

Plt = ๒๒๕,๐๐๐ cell

Neu = ๕๔.๖๖ %

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

Lymp = ๓๒.๗ %

Cr. = ๐.๘๕

Sodium = ๑๒๙ mmol/L

Potassium = ๓.๙๕ mmol/L

Chloride = ๑๐๓ mmol/L

TCO๒ = ๒๔ mmol/L

eGFR(CKD-EPI) = ๘๐.๐๑ mL/min/๑.๗๓m๒

ผลการตรวจอื่นๆ

Swab RT-PCR Covid-๑๙ ผล Not detected

film CXR ผลเอกซเรย์ปอดปกติ

EKG ผล normal sinus rhythm

การเตรียมก่อนผ่าตัด

Pre-op order Set OR for Transurethral Cystolithotripsy : ให้ on IV ๐.๙%NSS ๑๐๐๐ V rate ๘๐ cc/hr. เข้าวันผ่าตัด, ให้เตรียมยาฆ่าเชื้อ Ceftriaxone ๒ กรัม ไปห้องผ่าตัด

ประเมินสภาพแรกผู้ป่วยหลังผ่าตัด

วันที่ ๒๒ เมษายน ๒๕๖๔ ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด Under Spinal Block ใช้เวลาผ่าตัด ๑๓.๐๓ น. - ๑๔.๑๐ น. รวมเวลา ๑ ชั่วโมง ๗ นาที Blood loss : minimal กลับจากผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง On foley's cath เบอร์ ๑๘ ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำเป็น ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ IV rate ๘๐ cc/hr, Morphine ๓ mg IV prn q ๔ hr., ให้ยาฆ่าเชื้อ เป็น Ceftriaxone ๒ กรัม IV OD, Paracetamol (๕๐๐) ๒ tab Oral prn q ๔-๖ ชั่วโมง และให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ pain score ๐-๓ คะแนน

วันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๔ หลังผ่าตัดวันที่ ๑ ผู้ป่วยสดชื่นดี แพทย์ให้ off IV, off foley's cath และวางแผนจำหน่าย

วันที่ ๒๔ เมษายน ๒๕๖๔ ผู้ป่วยปัสสาวะออกดี ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยรับการรักษายู่อหผู้ป่วยศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ๔ วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้

จากการศึกษาในระหว่างที่อยู่ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ ๑ เตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ ๒ เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด

๑. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยดูแลทำความเข้าใจการให้สะอาดอยู่เสมอ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

๒. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

๓. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๘ ชั่วโมง

๔. ให้สารน้ำชนิด ๐.๙% NSS ๑๐๐๐ IV rate ๘๐ cc/hr. เวลา ๐๖.๐๐ น. เข้าวันผ่าตัด

๕. ตรวจสอบป้ายชื่อมือและยืนยันตัวตนกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๖. ประเมินสภาพท่าทาง สีหน้า ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและการรักษา การผ่าตัด
๗. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ
๘. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัด ความเสี่ยงจากการผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด
๙. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด
๑๐. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

ระยะหลังผ่าตัด

- ปัญหาที่ ๑ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- ปัญหาที่ ๒ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
- ปัญหาที่ ๓ ปวดท้องปัสสาวะ
- ปัญหาที่ ๔ เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- กิจกรรมการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด
 ๑. ประเมินสภาพ สีหน้า ระดับความรู้สึกตัว สีของน้ำปัสสาวะและเลือดออกที่ปลายอวัยวะสืบพันธุ์
 ๒. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้ง ๓๐ นาที ๒ ครั้งและทุก ๑ ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่หลังจากนั้นประเมินทุก ๔ ชั่วโมง
 ๓. ดูแลให้สารน้ำ ๐.๙% NSS ๑,๐๐๐ ml IV rate ๘๐ ml/hs. ตามแผนการรักษา
 ๔. ประเมิน sedation score
 ๕. ดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติไม่ให้อาเจียนเกินไป ด้วยการห่มผ้าให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
 ๖. ในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวและไม่มีข้อห้าม จัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย (semi fowler's position)
 ๗. ประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยใช้เครื่องวัดที่ปลายนิ้วในกรณีที่ผู้ป่วยทั่วไปควรมีค่าไม่ต่ำกว่า ๙๕ %
 ๘. ประเมินอาการคลื่นไส้ อาเจียน ซึ่งมักเกิดจากผลของยาระงับความรู้สึก
 ๙. ประเมินอาการปวด ด้วยแบบประเมิน Pain score
 ๑๐. แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งและหักพับงอ
 ๑๑. ดูแลให้ยาแก้ปวด MO ๓ mg IV prn q ๔ hr, paracetamol (๕๐๐) ๒ tab oral prn
 ๑๒. ประเมินอาการและแสดงของภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะขุ่นเป็นหนองหรือมีเลือดปน มีไข้ ปวดท้องน้อย เป็นต้น
 ๑๓. แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ ดูแลถุงระบายน้ำปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าเอวและไม่วางบนพื้น ระวังไม่ให้สายหักพับงอ ไม่ให้เลื่อนหลุด
 ๑๔. ดูแลให้ได้รับยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา คือ Ceftriaxone ๒ กรัม vein OD
 ๑๕. กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ ๒,๕๐๐ - ๓,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน
 ๑๖. แนะนำให้ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง

ระยะวางแผนจำหน่าย

- ปัญหาที่ ๑ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)
กิจกรรมการพยาบาลในระยะวางแผนจำหน่าย

๑. ให้ความรู้เรื่องการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้านโดยยึดหลัก D – METHOD ได้แก่

๑.๑. D=diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ และการผ่าตัดส่องกล้อง
ขนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL)

๑.๒. M=medicine ให้ความรู้เรื่องยาและการรับประทานยา โดยยาที่ผู้ป่วยได้รับไปเป็น
ยา

Ciprofloxacin (๕๐๐) ๑x๒ oral pc ๑๐ tab , paracetamol (๕๐๐) ๒ tab
oral prn ยา Ciprofloxacin เป็นยาฆ่าเชื้อรักษาภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีอาการข้างเคียง วิงเวียน
ศีรษะ เบื่ออาหาร และคลื่นไส้อาเจียน ให้รับประทานต่อเนื่องหลังอาหาร ๑๕ นาที เข้าและเย็น ครั้งละ๑
เม็ดต่อเนื่องเป็นเวลา ๗ วัน

Paracetamol (๕๐๐) เป็นยาบรรเทาอาการปวดและไข้ อาการข้างเคียงมีน้อย
แต่จะมีผลต่อ ตับ หากใช้ในปริมาณที่มากและเป็นเวลานาน ให้รับประทาน ครั้งละ ๑ – ๒ เม็ด ห่างกัน
อย่างน้อย ๔ ชั่วโมงและไม่ควรใช้ติดต่อกันเกิน ๗ วัน โดยให้รับประทานเฉพาะเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้

๑.๓. E=environment การจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับโรค โดยจัดสิ่งแวดล้อม
ภายในบ้าน ให้สะอาด การทำงานบ้านบางอย่างให้งดของหนัก ออกแรงหักโหมเป็นเวลา ๑ เดือนเพราะ
อาจมีอาการปวดท้องน้อยได้ เนื่องจากอาจมีแผลในกระเพาะปัสสาวะที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ที่ยังไม่
หายดี

๑.๔. T=treatment ทักษะที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการสังเกตอาการผิดปกติ
ผู้ป่วยต้องรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ สามารถอาบน้ำได้ตามปกติเนื่องจากไม่มี
บาดแผลภายนอก ร่างกาย และอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่ อาการปัสสาวะไม่ออก
ปัสสาวะออกเป็นเลือด และมีไข้ หนาวสั่น

๑.๕. H=health การส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูร่างกาย แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
สามารถออกกำลังกายเบาๆ ที่ไม่มีการกระแทกหรือกระเทือนต่อแผลภายใน เช่น การเดินบริการร่างกาย
และหลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะ

๑.๖. O=out patient แนะนำให้มาตรวจตามนัด วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๔ ห้องตรวจ
หมายเลข๓แต่หากมีอาการผิดปกติเช่นปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกเป็นเลือด และมีไข้ หนาว
สั่น , ให้ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านก่อน

๑.๗. D=diet แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบห้าหมู่ ดื่มน้ำให้มากอย่าง
น้อย ๒,๕๐๐- ๓,๐๐๐ มิลลิลิตรต่อวัน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสารก่อนิ่ว เช่น ผักใบเขียว ยอด
ผัก อาหารที่มีแคลเซียมออกซาเลตมาก เช่น นม เนย โยเกิร์ต กุ้ง หอยนางรม หน่อไม้ ผักขม สะพลู ใบมัน
สำปะหลัง ชา กาแฟ โกโก้ ช็อคโกแลต เบียร์ เป็นต้น

๒. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑. สรุปสาระสำคัญ

นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ หรือ นิ่วกระเพาะปัสสาวะ (Bladder stone, Urinary bladder stone,
Vesical calculi, Vesical calculus) เป็นนิ่วที่พบได้ประมาณ ๕% ของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
ทั้งหมด (ไต หลอดไต และกระเพาะปัสสาวะ) เป็นโรคที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะทางภาคอีสานและภาคเหนือ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

โรคนี้สามารถพบเกิดได้ในคนทุกวัยตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ พบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในเด็กผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า ๑๐ ปี การรักษาเน้นในกระเพาะปัสสาวะ โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ทำน้ำวอกเบื้องต้นอาจใช้วิธีดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้มีน้ำที่มีขนาดเล็กออกมาตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม น้ำในกระเพาะปัสสาวะมักเกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะออกไปจนหมดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอาน้ำวอก วิธีที่มักใช้ในการนำน้ำวอกออกจากกระเพาะปัสสาวะเรียกว่าTUL

(Transurethral Cystolithotripsy) ซึ่งเป็นการขบนิ่วโดยการสอดเครื่องมือเข้าไปทางท่อปัสสาวะ เข้าไปขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แล้วดูดล้างออกด้วยเครื่องมือดูด วิธีนี้ใช้ในรายที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็ก ขนาดไม่เกิน ๔ เซนติเมตร ไม่แข็งมาก และกระเพาะปัสสาวะไม่มีการอักเสบ โดยทั่วไปการทำผ่าตัดนี้ในทางเดินปัสสาวะไม่ใช่เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้น จึงมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะทำผ่าตัดได้เป็นผลดี ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแล้ว การรับรู้ถึงภาวะความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การเสียเลือด การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะสุขภาพและเข้าใจแผนการรักษา เกิดความร่วมมืออันดีในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D - METHOD Model จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดการกลับมาอนโรโรงพยาบาลหรือลดภาวะการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย

๔.๒. วัตถุประสงค์

๔.๒.๑. เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลและเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ เข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษา เพื่อให้มีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ลดการกลับมาอนโรโรงพยาบาลหรือลดภาวะการเกิดโรคซ้ำเป็นนิ่วซ้ำ

๔.๒.๒. เพื่อนำแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับไปพัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๔.๓. เป้าหมาย

สามารถวิเคราะห์และวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะที่เข้ารับการรักษารักษาผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะด้วยวิธีการผ่าตัดส่องกล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๔. ขั้นตอนการดำเนินงาน

กิจกรรม	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.
๑.เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย ในแผนกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ	←→					
๒.รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมีแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้ง ประเมินสภาพผู้ป่วย		←→				
๓.ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภาพถ่ายรังสีและแผนการ รักษาของแพทย์		←→				
๔.ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือตำราทฤษฎีสื่ออินเทอร์เน็ตขอ คำปรึกษาจากหัวหน้าและผู้มีความชำนาญเชี่ยวชาญและแพทย์ ผู้รักษาเพื่อให้เป็นแนวทางในการรักษา		←→				
๕.นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตาม กระบวนการพยาบาลโดยเน้นการพยาบาลทั้งกายจิตสังคมอารมณ์ จิตวิญญาณและเศรษฐกิจ		←→				
๖.ปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลตามแผน			←→			
๗.สรุปการปฏิบัติการพยาบาล						
๘.รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามา เปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี				←→		
๙.เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงานจัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไขและ เผยแพร่ผลงาน					←→	

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑. ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ด้วยผ่าตัดส่องกล้อง
ขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL) จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒. ผลสำเร็จของงาน (เชิงคุณภาพ)

๕.๒.๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

๕.๒.๒. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และ
พึงพอใจต่อการดูแลตนเองของทีมสุขภาพ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดส่อง
กล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๒. เพื่อเป็นแนวทางประกอบการนิเทศและพัฒนาคุณภาพของบุคลากรทางการพยาบาล

๖.๓. เป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๔. เพื่อเป็นการพัฒนาตนเองในการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิวไินไต

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่พบจากการกลับมาเป็นนิวซ้ำเกิดจากพฤติกรรมการดูแลตัวเองที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลต้องเน้นให้เห็นความสำคัญในการดูแลตนเองที่บ้าน ให้ข้อมูลและอธิบายอันตรายที่อาจมีผลกระทบตามมา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๙. ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัดแล้วสามารถกลับมาเป็นนิวซ้ำได้ง่ายถ้าหาก การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องจึงต้องจัดทำ สื่อการให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ถ่ายทอดขยายต่อการดูแลตนเองไม่ให้เกิดนิวซ้ำ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในงาน (ถ้ามี)

๑. ชื่อ นางสาวศิวาลัย คำญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอนคิดเป็น สัดส่วน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาว ศิวาลัย คำญา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ ๒๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในงาน (ถ้ามี)

๑. ชื่อ นางสาวศิวาลัย คำญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอนคิดเป็นสัดส่วน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางสาวศิวาลัย คำญา.....)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ ๒๕ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศิวาลัย คำญา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอนคิดเป็นสัดส่วน ๑๐๐%	ศิริวิทย์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
.....
ตำแหน่ง วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
(.....นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลและผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาการให้ความรู้เรื่องโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะผ่านสื่อออนไลน์

๒. หลักการและเหตุผล

นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ หรือ นิ่วกระเพาะปัสสาวะ (Bladder stone, Urinary bladder stone, Vesical calculi, Vesical calculus) เป็นนิ่วที่พบได้ประมาณ ๕% ของนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะทั้งหมด (ไต หลอดไต และกระเพาะปัสสาวะ) เป็นโรคที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะคนทางภาคอีสานและภาคเหนือ

โรคนี้นี้สามารถพบเกิดได้ในคนทุกวัยตั้งแต่เด็กไปจนถึงผู้สูงอายุ พบในผู้ชายบ่อยกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในเด็กผู้ชายที่มีอายุน้อยกว่า ๑๐ ปี การรักษาในกระเพาะปัสสาวะ โดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ให้นิ่วออก เบื้องต้นอาจใช้วิธีดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้นิ่วที่มีขนาดเล็กออกมาตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม นิ่วในกระเพาะปัสสาวะมักเกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะออกไปจนหมดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอานิ่วออก วิธีที่มักใช้ในการนำนิ่วออกจากกระเพาะปัสสาวะเรียกว่า Transurethral Cystolithotripsy ซึ่งเป็นการขบนิ่วโดยการสอดเครื่องมือเข้าไปทางท่อปัสสาวะ เข้าไปขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แล้วดูดล้างออกด้วยเครื่องมือดูด วิธีนี้ใช้ในรายที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็ก ขนาดมักไม่เกิน ๔ เซนติเมตร ไม่แข็งมาก และกระเพาะปัสสาวะไม่มีการอักเสบ โดยทั่วไปการทำผ่าตัดนิ่วในทางเดินปัสสาวะไม่ใช่เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้นจึงมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะทำผ่าตัดได้เป็นผลดี ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแล้ว การรับรู้ถึงภาวะความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การเสียเลือด การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่ เป็นต้น จากการซักประวัติผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และยังไม่ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นนิ่วซ้ำ

จากประเด็นปัญหาข้างต้น ทำให้ผู้ศึกษาได้คิดค้นการให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ พยาธิสภาพการเกิดโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ สาเหตุของโรค อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การวินิจฉัยโรค แนวทางในการรักษาโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดนิ่วซ้ำและการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที โดยเนื้อหา จะมีการพัฒนาออกมาในรูปแบบสื่อวีดิทัศน์และเผยแพร่ผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย การสร้างคิวอาร์โค้ดผ่านไลน์แอด การสร้างเว็บไซต์ให้ความรู้ เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ที่สนใจเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ง่ายและสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดการกลับมาอนโรงพยาบาลหรือลดภาวะการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย

เนื้อหาที่จะพัฒนา

นิ่ว มีลักษณะเป็นก้อนแข็งคล้ายก้อนกรวดเกิดจากการตกตะกอนหรือตกผลึกของหินปูนหรือเกลือแร่ในร่างกายซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด อาทิ แคลเซียม ออกซาเลต, แคลเซียม ฟอสเฟต, กรดยูริก และซิสเตอีน นิ่วเกิดขึ้นที่อวัยวะใดก็จะมีชื่อเรียกตามตามอวัยวะนั้น เช่น นิ่วในถุงน้ำดี นิ่วในต่อม น้ำลายและนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งประกอบไปด้วยนิ่วในไต นิ่วในท่อไต นิ่วในท่อปัสสาวะ

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

และนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Vesical calculi/Bladder Stone) คือก้อนของสารหรือแร่ธาตุที่ตกตะกอนจากปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะ เป็นโรคที่พบได้บ่อยทางภาคอีสานและภาคเหนือ พบได้ในคนทุกวัย

สาเหตุของนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

สาเหตุของนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ มักจะเกิดขึ้นเมื่อมีปัสสาวะตกค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะและมีการตกตะกอน หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อบางประเภท และภาวะบางอย่างที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ รวมไปถึงสิ่งแปลกปลอมที่อยู่ในกระเพาะปัสสาวะก็ทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้เช่นกัน ภาวะที่ทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะบ่อยที่สุด ได้แก่ต่อมลูกหมากโต เพราะไปขวางกั้นการไหลของปัสสาวะทำให้ปัสสาวะออกมาได้ไม่หมดและตกค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic Bladder) เพราะโดยทั่วไปสมองจะทำหน้าที่สั่งการกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะให้รัดหรือปล่อย ซึ่งหากเส้นประสาทสมองเกิดความเสียหายจากโรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บของไขสันหลัง หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาจทำให้ปัสสาวะได้ไม่สุด สาเหตุอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่การอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือการบำบัดด้วยรังสีในบริเวณเชิงกราน เกิดจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น การสวนปัสสาวะ เพราะอาจมีวัตถุที่อาจหลุดเข้าไปอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งจะทำให้ตะกอนก่อตัวบนวัตถุนั้น ๆ จนเกิดเป็นนิ่วได้ในเวลาใด ก้อนนิ่วที่ก่อตัวในไตอาจเคลื่อนลงมาทางท่อปัสสาวะและลงมาอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ หากไม่ถูกขับออกอาจก่อตัวจนเป็นนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้ ภาวะกระเพาะปัสสาวะหย่อน (Cystocele) คือ ภาวะที่เกิดขึ้นกับเพศหญิงและจะเกิดขึ้นเมื่อผนังของผนังกระเพาะปัสสาวะอ่อนแอและหย่อนลงสู่ช่องคลอด อาจไปปิดกั้นปัสสาวะไม่ให้ไหลออกจากกระเพาะปัสสาวะได้โรค Bladder Diverticula เป็นถุงน้ำที่ออกมาทางผนังกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งหากถุงน้ำมีขนาดใหญ่เกินไปก็อาจทำให้ปัสสาวะตกค้างในกระเพาะปัสสาวะได้ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาล เกลือ รวมทั้งได้รับอาหารที่มีวิตามิน เอ และวิตามินบีต่ำ อาจเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้ โดยเฉพาะผู้ที่ดื่มน้ำน้อย นิ่วในกระเพาะปัสสาวะเป็นโรคที่มักพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากระบบทางเดินปัสสาวะของผู้ชายมีขนาดยาวและแคบกว่า ตะกอนนิ่วจึงมีโอกาสตกค้างได้มากกว่า

อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

อาการที่มักพบในผู้ป่วยโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะมีเลือดปน ปัสสาวะไม่ออกหรือออกกะปริดกะปรอย คือ ปัสสาวะไหล ๆ หยุด ๆ มีเม็ดนิ่วลักษณะคล้ายกรวดทรายปนออกมากับปัสสาวะ หากก้อนนิ่วไปครูดหรือเสียดสีกับผนังกระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะจนเกิดแผล อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งผู้ป่วยอาจมีไข้ร่วมด้วย โดยอาการจะรุนแรงแตกต่างกันออกไป

การวินิจฉัยโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

การวินิจฉัยโรคนิ่วในกระเพาะปัสสาวะนั้นมีหลายวิธี ได้แก่

๑. ตรวจร่างกาย แพทย์อาจตรวจดูบริเวณท้องส่วนล่าง คลำดูว่ากระเพาะปัสสาวะขยายใหญ่ขึ้นหรือไม่ หรืออาจตรวจทางทวารหนักเพื่อดูว่า ต่อมลูกหมากขยายใหญ่ขึ้นหรือไม่ รวมไปถึงสอบถามเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๒. การตรวจปัสสาวะ โดยการนำตัวอย่างปัสสาวะไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาเชื้อแบคทีเรียหรือผลึกของแร่ธาตุซึ่งจะช่วยให้พิจารณาได้ว่ามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือไม่

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เพราะอาจเกิดจากนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้

๓. การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือซีทีสแกน (Computerized Tomography: CT) เป็นการเอกซเรย์ที่จะช่วยให้ได้ภาพของอวัยวะภายในร่างกายอย่างรวดเร็ว เพื่อตรวจจับก้อนนิ่วที่มีขนาดเล็กได้ และเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยนิ่วในกระเพาะปัสสาวะได้หลายประเภท

๔. การอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นการใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อตรวจอวัยวะและโครงสร้างส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งมีประโยชน์ช่วยตรวจจับนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

๕. การเอกซเรย์ (X-ray) เป็นการเอกซเรย์ไต ท่อไตและกระเพาะปัสสาวะ ช่วยให้แพทย์สามารถพิจารณาได้ว่ามีนิ่วอยู่ในระบบทางเดินปัสสาวะหรือไม่

แนวทางในการรักษาโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะ แบ่งออกเป็น ๒ ขั้นตอน คือ

๑. การเอนิ่วออก ในกรณีที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็กมาก แพทย์อาจเริ่มจากการแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ เพื่อให้ร่างกายขับนิ่วออกมาเองตามธรรมชาติ แต่โดยทั่วไปแล้วการเอนิ่วออกสามารถทำได้ ๓ วิธีดังต่อไปนี้ คือ

๑.๑. การส่องกล้องผ่านท่อปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy) โดยแพทย์จะส่องกล้องเข้าไปในท่อปัสสาวะเพื่อขบนิ่วให้แตกเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วให้หลุดไหลออกมาพร้อมกับน้ำปัสสาวะ

๑.๒. การสลายนิ่วด้วยคลื่นกระแทก (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy : ESWL) เป็นการใช้คลื่นเสียงทำให้เกิดแรงกระแทกที่ก้อนนิ่วจนก้อนนิ่วแตกเป็นชิ้นเล็กๆ และหลุดไหลออกมาพร้อมกับน้ำปัสสาวะ

๑.๓. การผ่าตัด ใช้ในกรณีที่ก้อนนิ่วมีขนาดใหญ่ หรือเป็นนิ่วเขากวางที่มีกิ่งก้านหลายกิ่งจนไม่สามารถเอาออกด้วยวิธีอื่นได้

๒. รักษาที่สาเหตุของโรค เนื่องจากการเอนิ่วออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้แก้ไขที่ต้นเหตุของการเกิดโรคอาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นนิ่วซ้ำได้อีก ซึ่งการรักษาที่สาเหตุนี้นักด้อย่าง เช่น หากนิ่วเกิดจากการมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ แพทย์จะตรวจวินิจฉัยว่าการคั่งค้างนั้นเกิดจากอะไรแล้วทำการรักษาไปพร้อม

กัน เช่น ผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยใช้วิธีส่องกล้องในกรณีที่ เกิดจากต่อมลูกหมากโต หรือทำการขยายท่อปัสสาวะในกรณีที่มีการตีบตัน หากนิ่วเกิดจากการที่กระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ เช่น บีบตัวไม่ดี ผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ อย่างไรก็ตาม นิ่วในกระเพาะปัสสาวะมักเกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะออกไปจนหมดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอนิ่วออก วิธีที่มักใช้ในการนำนิ่วออกจากกระเพาะปัสสาวะเรียกว่า TUL (Transurethral Cystolithotripsy) ซึ่งเป็นการขบนิ่วโดยการสอดเครื่องมือเข้าไปทางท่อปัสสาวะ เข้าไปขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แล้วดูดล้างออกด้วยเครื่องมือดูด วิธีนี้ใช้ในรายที่ก้อนนิ่วมีขนาดเล็ก ขนาดมักไม่เกิน ๔ เซนติเมตร ไม่แข็งมาก และกระเพาะปัสสาวะไม่มีการอักเสบ

การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมผ่าตัดส่องกล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolitho

-tripsy : TUL) ซึ่งแบ่งเป็น การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

การเตรียมตัวสำหรับผ่าตัดจะมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมสำหรับการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ควรวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ซึ่งจะมีการให้คำแนะนำสำหรับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดดังนี้

๑. งดสูบบุหรี่อย่างน้อย ๒ สัปดาห์ก่อนผ่าตัด
๒. หยุดดื่มสุรกายใน ๒๔ ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด
๓. นำยาที่เป็นยาโรคประจำตัวมาที่โรงพยาบาลด้วย เพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
๔. การเตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้พร้อม ได้แก่ การเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
๕. การส่งตรวจภาพฉายรังสีทรวงอก (Chest X-ray)
๖. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiography)
๗. เซ็นไบยีนยอมผ่าตัด
๘. ประเมินสัญญาณชีพ เวลา ๑๘.๐๐ น. และ ๒๒.๐๐ น.
๙. ถอดฟันปลอม ไม่แต่งหน้า ไม่ทาสีเล็บ พร้อมทั้งถอดเครื่องประดับทุกชนิด เช่น สร้อยคอแหวน ต่างหู คอนแทคเลนส์แว่นตา เป็นต้น
๑๐. รับประทานยาก่อนนอน
๑๑. สอนยาระบายทางทวารหนัก
๑๒. งดอาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด หรืออย่างน้อย ๖ ชั่วโมง ก่อนเข้าผ่าตัด

๑๓. ให้สารถีนำทางหลอดเลือดดำเวลา ๖.๐๐น. เข้าวันผ่าตัด

การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

การดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดใน ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด โดยการบันทึกสัญญาณชีพซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดส่งกล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ ได้แก่

๑. การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงในระหว่างผ่าตัด เช่น ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่
๒. การเสียเลือดจากการบาดเจ็บที่กระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดภาวะปัสสาวะเป็นเลือด
๓. อาการปวดบริเวณที่ได้รับการผ่าตัดส่งกล้องขบนิ่ว
๔. ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
๕. มีโอกาสเกิดภาวะช็อค ท้องอืด ปัสสาวะไม่ออก กลั้นปัสสาวะไม่ได้
๖. ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็น ๒ แบบ ได้แก่

๖.๑. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ เกิดการระคายเคืองลำคอจากการใส่ท่อช่วยหายใจในระหว่างการผ่าตัด ทำให้เกิดอาการไอ เสียงแหบ อาการคลื่นไส้ อาเจียน วิงเวียนศีรษะ บาดเจ็บบริเวณริมฝีปาก มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

๖.๒. ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาฉีดเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ คืออาการปวดหลัง ส่วนใหญ่เป็นชั่วคราวเกิดจากรอยฉ้ำๆรอบๆบริเวณที่ฉีดยา อาการปวดศีรษะ มีการชาที่ขาทั้ง ๒ ข้าง

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดส่องกล้องขนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

๑. หลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยควรรอฟังคำสั่งแพทย์ว่ามีการให้นั่งน้ำดอาหารหรือสามารถรับประทานอาหารได้ หากสามารถรับประทานอาหารได้ ควรรับประทานอาหารน้อยๆก่อน แล้วสังเกตว่ามีอาการแน่น อึดอัดท้องหรือไม่ หากไม่มีอาการแน่นท้องก็สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ

๒. หลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยควรนอนพักผ่อน ไม่ควรลุกยืนหรือเดินทันที เพราะอาจมีอาการวิงเวียนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกและเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้

๓. ผู้ป่วยที่ได้รับยาชาฉีดเข้าไขสันหลัง จะมีอาการชาที่ขาทั้ง ๒ ข้าง ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรนอนราบ ๖-๘ ชั่วโมง หรือจนกว่าอาการชาจะหายไป จึงจะสามารถลุกเดินได้

๔. การเฝ้าระวัง สังเกตอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ได้แก่ ปัสสาวะเป็นเลือดสด ปัสสาวะไม่ออก ภายใน ๖-๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัด มีกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง จากการมีปัสสาวะคั่งค้าง มีอาการปวดท้องน้อยรุนแรง มีไข้สูง นหนาวสั่น

๕. หลังผ่าตัดส่องกล้องขนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ แพทย์จะทำการใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อเป็นการระบายเศษนิ่วหรือตะกอนจากการขนิ่ว ผู้ป่วยควรมีการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้สายหักพับงอ แขนงงเก็บปัสสาวะให้ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะประมาณ ๓๐ เซนติเมตร ระวังการดึงรั้งของสายสวนปัสสาวะ ควรเหน้าปัสสาวะ อย่างน้อย ทุก ๓ ชั่วโมง หรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ๒ ใน ๓ ของถุงเก็บปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการวัดสารน้ำเข้าและออกจากร่างกายตามคำสั่งแพทย์ ควรมีการแจ้งเจ้าหน้าที่ก่อนมีการเหน้าปัสสาวะหรือรอให้เจ้าหน้าที่ ทำการเหน้าปัสสาวะให้ ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกวัน อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง โดยใช้สบู่กับน้ำสะอาดล้างอวัยวะเพศและบริเวณขาหนีบ รวมทั้งบริเวณสายสวนปัสสาวะที่ต่อออกจากรูเปิดของท่อปัสสาวะให้สะอาด

การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นนิ่วซ้ำ

การเอานิ่วออกเพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้แก้ที่ต้นเหตุของการเกิดโรค อาจทำให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นนิ่วซ้ำได้อีก ซึ่งการรักษาที่สาเหตุนี้ ยกตัวอย่างเช่น นิ่วที่เกิดจากการมีปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ แพทย์จะวินิจฉัยให้ว่าการคั่งค้างเกิดจากอะไร แล้วทำการรักษาไปพร้อมกัน เช่น การคั่งค้างของปัสสาวะเกิดจากต่อมลูกหมากโต จะต้องใช้วิธีสิ่งกล้องเพื่อผ่าตัดต่อมลูกหมาก หรือทำการขยายท่อปัสสาวะในกรณีที่มีการตีบตันร่วมด้วย ส่วนนิ่วที่เกิดจากการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติ เช่น บีบตัวไม่ดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถระบายน้ำปัสสาวะออกจากร่างกายได้ และลดความเสี่ยงต่อการเกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะซ้ำ ผู้ป่วยที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากปัจจัยข้างต้นนั้นสามารถป้องกันการกลับมาเป็นนิ่วซ้ำได้โดย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบห้าหมู่ ดื่มน้ำให้มากอย่างน้อย ๒,๕๐๐- ๓,๐๐๐ cc/day เพราะน้ำจะช่วยลดการตกตะกอนของสารก่อนิ่วได้เป็นอย่างดี หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีสารก่อนิ่ว เช่น ผักใบเขียว ยอดผัก อาหารที่มีแคลเซียมออกซาเลทมาก เช่น นม เนย โยเกิร์ต กุ้ง หอยนางรม หน่อไม้ฝรั่ง ฝักขม สะพลู ใบมันสำปะหลังชา กาแฟ โกโก้ ช็อคโกแลต เปียร์

๒. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

เป็นต้น หลักเกี่ยวกับการกลั่นปัสสาวะ เนื่องจากการกลั่นปัสสาวะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีการตกตะกอนของสารก่อนได้

การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที

แนะนำให้คนไข้มาตรวจตามนัดเพื่อติดตาม แต่หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะออกเป็นเลือด และมีไข้ หนาวสั่น, ให้ไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้านก่อนและจะมีการส่งต่อตามดุลยพินิจของแพทย์

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการแก้ไข

นิ่วกระเพาะปัสสาวะ (Vesical calculi/Bladder Stone) เป็นโรคที่พบได้บ่อยทางภาคอีสานและภาคเหนือ พบได้ในคนทุกวัย สาเหตุของการเกิดนิ่วส่วนหนึ่งเกิดจากการวิถีการใช้ชีวิตไม่ว่าจะเป็น การกินผักที่มีสารออกซาเลต (oxalate) สูง และดื่มน้ำน้อยทำให้มีการสะสมของผลึกของสารแคลเซียมออกซาเลตในกระเพาะปัสสาวะ จนกลายเป็นก้อนนิ่วในที่สุด โดยอาการจะรุนแรงแตกต่างกันออกไป เช่น ปวดท้อง หรือปัสสาวะมีเลือดปน หากปล่อยไว้อาจทำให้ติดเชื้อหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ การรักษาในกระเพาะปัสสาวะโดยทั่วไปแพทย์จะแนะนำให้ผ่าตัด เบื้องต้นอาจใช้วิธีดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อให้นิ่วที่มีขนาดเล็กออกมาตามธรรมชาติ อย่างไรก็ตาม นิ่วในกระเพาะปัสสาวะมักเกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถปัสสาวะออกไปจนหมดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อเอานิ่วออกวิธีที่มักใช้ในการนำนิ่วออกจากกระเพาะปัสสาวะเรียกว่า Transurethral Cystolithotripsy โดยแพทย์จะส่องกล้องเข้าไปในท่อปัสสาวะเพื่อขบนิ่วให้แตกเป็นชิ้นเล็กๆ แล้วให้หลุดไหลออกมากับน้ำปัสสาวะ การทำผ่าตัดนี้ในทางเดินปัสสาวะไม่ใช่เป็นการผ่าตัดฉุกเฉิน ดังนั้น จึงมีเวลาที่จะดูแลผู้ป่วย เพื่อให้มีสภาพทางร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะทำผ่าตัดได้เป็นผลดี ผู้ป่วยไม่มีความวิตกกังวล หรือกลัวการผ่าตัด และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด นอกจากการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยแล้ว การรับรู้ถึงภาวะความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น การเสียเลือด การได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ท่อปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ ภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะไม่ออก กลั่นปัสสาวะไม่ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะสุขภาพและเข้าใจแผนการรักษา เกิดความร่วมมืออันดีในการรักษาพยาบาล ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดระยะเวลาที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล นอกจากนี้การวางแผนจำหน่ายตามหลัก D - METHOD Model จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ช่วยลดการกลับมาอนโรงพยาบาลหรือลดภาวะการเกิดโรคซ้ำอีกด้วย โดยมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดส่องกล้องขบนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ (Transurethral Cystolithotripsy : TUL) ซึ่งแบ่งเป็น ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะวางแผนจำหน่าย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑. ผู้ป่วยโรคนี้ในกระเพาะปัสสาวะที่ได้รับการผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด รวมทั้งสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

๔.๒. ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๕.๑. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ ร้อยละ ๘๐
- ๕.๒. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้ร้อยละ ๘๐
- ๕.๓. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ).....
ศาสตราจารย์ ดร. ศักดิ์ชัย.....)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
วันที่ ๒๘ เดือน ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน ๑ มีนาคม ๒๕๖๕ – เดือน ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue) โดยในปี ๒๕๖๔ พบผู้ป่วย ๘,๗๕๔ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓.๑๗ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๖ ราย โดยเด็กกลุ่มวัยเรียน อายุ ๕-๑๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด ๓๓.๐๕ ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔)

โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อว่า Dengue virus มีอยู่ ๔ ชนิด (serotype) คือ Dengue virus ๑, Dengue virus ๒, Dengue virus ๓, และ Dengue virus ๔ ตามลำดับ โดยยุงลายตัวเมียดูดเลือดผู้ติดเชื้อ ไข้เลือดออกในระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดสูง (viremia) เชื้อจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ ๘-๑๐ วัน เมื่อยุงที่มีเชื้อกัดคนจะแพร่เชื้อสู่คน ส่งผลให้มีการติดเชื้อเกิดขึ้น อาการของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเดงกีมี ๓ ระยะ คือ

๑) ระยะไข้ ระยะวิกฤต และระยะฟื้นตัว โดยระยะไข้ (febrile phase) มีอาการไข้สูงลอย บางครั้งอุณหภูมิสูงถึง ๓๙ -๔๐ องศาเซลเซียส ประมาณ ๒-๗ วัน ร่วมกับอาการหน้าแดง ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามลำตัว ปวดท้อง ตับโตและกดเจ็บ มักไม่พบอาการน้ำมูกไหลหรืออาการไอ ในวันที่ ๓-๔ ของการมีไข้จะพบจุดเลือดออกตามผิวหนังหรือ เลือดออกตามไรฟัน

๒) ระยะวิกฤตหรือระยะช็อก (critical phase) เกิดเมื่อไข้ลดลง อาจเกิดได้ตั้งแต่วันที่ ๓ ถ้ามีไข้มาแล้ว ๒ วันหรือเกิดวันที่ ๘ ถ้ามีไข้ ๗ วัน มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เรียกว่า โรคไข้เลือดออกเด็งกีระยะช็อก (Dengue shock syndrome) เกิดเมื่อความรุนแรงของไข้เลือดออกอยู่ในเกรด ๓ และเกรด ๔ คือมีการรั่วของพลาสมาออกนอกหลอดเลือดและมีเกล็ดเลือดต่ำ โดยค่าฮีมาโตคริตเพิ่มมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ จากค่าเดิม ระดับอัลบูมินและโปรตีนในเลือดลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง ค่าความต้านทานของหลอดเลือด (peripheral resistance) เพิ่มขึ้น ทำให้ค่า pulse pressure แคบ ในรายรุนแรงพบค่า pulse pressure แคบกว่า ๒๐ mmHg ค่า capillary refill time มากกว่า ๒ วินาที กระสับกระส่าย ปวดท้อง มือเท้าเย็น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ทำให้มีอาการหายใจลำบาก ไอ มีเสมหะเป็นฟองหรือเสมหะปนเลือด และมีน้ำในช่องท้องทำให้แน่นอึดอัดหายใจไม่สะดวก ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อก คือ เด็กทารก เด็กมีโรคประจำตัว ไข้ยา steroid หรือกลุ่ม NSAIDS อาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงอย่างรวดเร็ว อาเจียนตลอด รับประทานอาหารไม่ได้ปวดท้อง มาก หอบเหนื่อย บวม ระดับรูสติกเปลี่ยนกะทันหัน เวียนศีรษะ ปัสสาวะน้อยลงหรือไม่ถ่ายปัสสาวะ รับประทานยาแล้วไข้ไม่ลงติดต่อกันมากกว่า ๒ วัน

๓) ระยะฟื้นตัว (recovery phase) เมื่อพ้นระยะวิกฤต จะเข้าสู่ระยะฟื้นตัว พลาสมาหยุดรั่ว ออกนอกหลอดเลือด ทำให้สัญญาณชีพกลับสู่ภาวะปกติค่าฮีมาโตคริตลดลง ปัสสาวะออกเพิ่มขึ้น อาการทั่วไปดีขึ้น เริ่มมีความอยากอาหาร พบผื่น convalescent rash ตามร่างกายมีอาการคันร่วมด้วย

สำหรับการรักษาไข้เลือดออกในปัจจุบันยังไม่มียาด้านไวรัสเดงกีที่รักษาโรคนี้ได้โดยตรง ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องรักษาตามอาการที่พบ และประคับประคองอาการป่วยไม่ให้รุนแรงขึ้น จนกว่าร่างกายจะค่อย ๆ ดีขึ้น

และหายเป็นปกติ ทั้งนี้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลทุกราย ซึ่งกระบวนการรักษาจะขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรคเป็นหลัก โดยผู้ป่วยที่มีไข้ในระยะแรกเริ่ม แพทย์อาจแนะนำให้รับประทานยาพาราเซตามอล ซึ่งมีฤทธิ์แก้ปวดและลดไข้ แล้วให้กลับไปพักรักษาตัวที่บ้านได้หากไม่มีอาการแทรกซ้อนหรือความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้น โดยอาการป่วยจะหายไปภายใน ๒-๗ วัน ส่วนผู้ป่วยที่มีไข้สูงรวมถึงผู้ป่วยที่อาเจียน มีอาการเบื่ออาหาร หรืออ่อนเพลียมาก อาจเสี่ยงต่อภาวะช็อกได้เนื่องจากร่างกายขาดน้ำ ต้องได้รับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อให้สารน้ำทดแทนอย่างสาละสลวยน้ำตาลเกลือแร่ ซึ่งการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ต้องสามารถประเมินและแยกแยะคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงได้โดยเร็ว ทั้งจากการซักประวัติและตรวจร่างกายและการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำผสมผงเกลือแร่เพื่อชดเชยปริมาณพลาสมาที่รั่วออกไป ประเมินและดูแลภาวะเลือดออก เช่น อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำเลือดกำเดาไหลและเลือดออกตามไรฟัน และติดตามการเปลี่ยนแปลงของเกล็ดเลือดและค่าฮีมาโตคริตเป็นระยะ รวมถึงติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่จะนำไปสู่ระยะช็อก โดยการประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายที่เกี่ยวข้องกับภาวะช็อก เช่น สัญญาณชีพที่ผิดปกติไป การลดลงของอุณหภูมิร่างกาย การเต้นของชีพจรที่เร็วขึ้นแต่เบาลง เพื่อให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎีทางกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorj Gordon) ซึ่งประกอบด้วย ๑๑ แบบแผน ในการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็ก พบมากที่สุด ในเด็กอายุ ๕-๑๕ ปี (สุวิมล บึงกาญจนนา, ๒๕๖๒) โดยพบสถิติโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ในปี ๒๕๖๔ พบผู้ป่วย ๘,๗๕๔ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓.๑๗ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๖ ราย โดยเด็กกลุ่มวัยเรียนอายุ ๕-๑๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด ๓๓.๐๕ ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายนและพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนและลดลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อว่า Dengue virus มีอยู่ ๔ ชนิด (serotype) คือ Dengue virus ๑, Dengue virus ๒, Dengue virus ๓, และ Dengue virus ๔ ตามลำดับ โดยยุงลายตัวเมียดูดเลือดผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกในระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดสูง (viremia) เชื้อจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ ๘-๑๐ วัน เมื่อยุงที่มีเชื้อกัดคนจะแพร่เชื้อสู่คน ส่งผลให้มีการติดเชื้อเกิดขึ้น โรคไข้เลือดออกสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยย้อนหลัง พบว่ากลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี ซึ่งการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการ

พยาบาล ประกอบด้วย ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล ซึ่งการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต จำนวน ๓๓๓ ราย ๓๑๑ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังคงมีอยู่และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อทั่วลำตัว บางรายอาจมีคลื่นไส้อาเจียน อาจมีผื่นแดงหรือจ้ำเลือดได้ผิวหนัง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจมีเลือดออกตามเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในนำไปสู่ภาวะช็อกจากภาวะเลือดออกมากเนื่องจากเกิดการรั่วของพลาสมา โดยการรักษาโรคไข้เลือดออกยังไม่มี การรักษาเฉพาะ เป็นเพียงประคับประคองอาการอย่างใกล้ชิดด้วยการเฝ้าระวังภาวะช็อก ภาวะเลือดออกรวมทั้งการให้สารน้ำที่เหมาะสม จะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายและลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะช็อกส่งผลให้เกิดความรุนแรงจนเสียชีวิตหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้นการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระยะช็อกจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้มีทักษะ ในการประเมินสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม ความรู้พยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การรักษาและการพยาบาลตามระยะของโรค การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ(สุวิมล บึงกาญจนนา,๒๕๖๒) ซึ่งมีการนำนวัตกรรมการติดธงสีเพื่อแยกประเภทผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะต่างๆ โดยธงสีเหลืองหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะไข้ ธงสีแดงหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะช็อก เพื่อให้พยาบาลได้มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และธงสีเขียวหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะพักฟื้น เป็นการสื่อสารในทีมให้มีการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาลซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต โดยผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก และนำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพื่อผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ๑ ราย ในหอผู้ป่วยเด็กโต
- ๒) รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
- ๓) ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
- ๔) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
- ๕) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

- ๖) ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
- ๗) สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
- ๘) รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบ การปฏิบัติกับทฤษฎี
- ๙) เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

๑๐) เผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน ๑ เรื่อง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงเกิดขึ้น

๕.๒.๒ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลของทีมสุขภาพ

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ ๑๐ ปี มีอาการไข้สูง ๕ วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร กินได้น้อยลง ไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าในชุมชนมีการระบาดของโรคไข้เลือดออก จึงส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบ้านฝาง ต่อมาเมื่อมีอาการไข้สูงตามโรคลง จึงส่งต่อมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต โรงพยาบาลขอนแก่น โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ขณะเข้ารับการรักษาได้รับสารน้ำและติดตามค่าฮีมาโตคริตตามแผนการรักษาและติดตามอาการเลือดออกอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยมีไข้สูงจึงได้รับยาด้านจุลชีพตามแผนการรักษา ต่อมาผู้ป่วยหายใจหอบมากขึ้น ผลเอกซเรย์ปอดพบว่ามี plural effusion ได้รับการดูแลให้ออกซิเจนอัตรการไหลสูง (Heated humidified high flow nasal cannula :HHHFN) และย้ายไปหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต(PICU) เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ และยาด้านจุลชีพตามแผนการรักษา ต่อมาอาการดีขึ้นหายใจหอบลดลง สามารถเปลี่ยนมาให้ mask with bag ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ดี โดยเข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤต(PICU) เป็นระยะเวลา ๒ วัน แพทย์จึงพิจารณาย้ายไปรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโตโดยได้รับยาขับปัสสาวะเพื่อรักษาภาวะน้ำเกินและได้รับยาด้านจุลชีพอย่างต่อเนื่อง ต่อมาผู้ป่วยหายใจปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยหอบสามารถหายใจในอากาศปกติได้ ขณะเข้ารับไว้ใน การดูแลได้ประเมินและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยที่ ๑ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่การแลกเปลี่ยนแก๊สลดลง

ข้อวินิจฉัยที่ ๒ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย

ข้อวินิจฉัยที่ ๓ เสี่ยงต่อเลือดออกง่ายเนื่องจากมีเกร็ดเลือดต่ำ

ข้อวินิจฉัยที่ ๔ มีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ (hypokalemia) เนื่องจากปัสสาวะออกมาก

ข้อวินิจฉัยที่ ๕ เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยของโรค

ข้อวินิจฉัยที่ ๖ ญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากการเจ็บป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของบุตร

ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของทีมนดูแลของผู้ป่วยเด็กโต ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นและได้รับคำแนะนำในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีความวิตกกังวลลดลง แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ๕ วัน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

๖.๒ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติของผู้ป่วยโรค ใช้เลือดออกในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

๖.๓ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานโดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อค ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา จึงต้องมีการเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด และพยาบาลผู้ดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ มีความเข้าใจในเรื่องโรค พยาธิสรีรภาพ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา และมีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเป็นอย่างดี เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ในการดูแลผู้ป่วยโรคใช้เลือดออก การให้สารน้ำและการรักษาตามอาการเป็นหัวใจในการรักษา การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการปรับปริมาณสารน้ำที่ให้ผู้ป่วยในระยะ ๒๔-๔๘ ชั่วโมง ซึ่งมีการรั่วของพลาสมาในผู้ป่วย หลักการที่สำคัญคือให้สารน้ำปริมาณน้อยที่สุดซึ่งเพียงพอต่อการรักษาระดับการไหลเวียนเลือดในร่างกาย โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีการเจาะเลือดเพื่อติดตามค่าฮีมาโตคริตและได้รับสารน้ำทดแทนเพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อค ซึ่งต้องเจาะเลือดค่อนข้างบ่อย ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดและไม่ค่อยร่วมมือในการรักษา พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงความรุนแรงของโรคใช้เลือดออก และความจำเป็นในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคใช้เลือดออกและให้ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และความรุนแรงของโรคไข้เลือดออกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว อย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง

๙.๒ ในผู้ป่วยรายนี้ควรได้รับการประสานงานกับหน่วยงานในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

๙.๓ ส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากรในทีมสุขภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น การฝึกอบรมระยะสั้น การเผยแพร่งานวิจัย เพื่อประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยอย่างสูงสุด

๙.๓ นำกระบวนการพยาบาลและการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องมาใช้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๔ การเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดโดยการใช้อุปกรณ์แยกประเภทผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลในระยะต่างๆ ได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวมณีนรัตน์ คนชื่อ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) หตน์รัตน์ ดนชัย ๐

-(นางสาวมณีรัตน์ คนชื่อ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๑

ผู้ขอประเมิน

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมณีรัตน์ คนชื่อ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	× หตน์รัตน์ ดนชัย ๐

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ๒๕

(นางพินรัฐ จอมเพชร)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) ๑๐

(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น

(วันที่) / /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก
๒. หลักการและเหตุผล

ไข้เลือดออกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่งของประเทศไทย ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็ก พบมากที่สุดในเด็กอายุ ๕-๑๕ ปี โดยพบสถิติโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย โดยในปี ๒๕๖๔ พบผู้ป่วย ๘,๗๕๔ ราย จาก ๗๗ จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓.๑๗ ต่อแสนประชากร เสียชีวิต ๖ ราย โดยเด็กกลุ่มวัยเรียนอายุ ๕-๑๔ ปี มีอัตราป่วยสูงสุด ๓๓.๐๕ ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๔) โดยจะเริ่มมีแนวโน้มผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่ปลายเดือนเมษายนและพบสูงสุดในเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม ซึ่งเป็นช่วงฤดูฝนและลดลงเมื่อเข้าสู่ฤดูหนาว โรคไข้เลือดออกเกิดจากไวรัสชนิดหนึ่ง ชื่อว่า Dengue virus มีอยู่ ๔ ชนิด (serotype) คือ Dengue virus ๑, Dengue virus ๒, Dengue virus ๓, และ Dengue virus ๔ ตามลำดับ โดยยุงลายตัวเมียดูดเลือดผู้ติดเชื้อไข้เลือดออกในระยะที่มีเชื้อในกระแสเลือดสูง (viremia) เชื้อจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ ๘-๑๐ วัน เมื่อยุงที่มีเชื้อกัดคนจะแพร่เชื้อสู่คน ส่งผลให้มีการติดเชื้อเกิดขึ้น โดยในระยะแรกผู้ป่วยจะมีไข้สูง ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อทั่วลำตัว บางรายอาจมีคลื่นไส้อาเจียน อาจมีผื่นแดงหรือจ้ำเลือด ไข้ผื่นหนัง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อาจมีเลือดออก ตามเนื้อเยื่อหรืออวัยวะภายในนำไปสู่ภาวะช็อกจากภาวะเลือดออกมากเนื่องจากเกิดการรั่วของพลาสมา การรักษาโรคไข้เลือดออกยังไม่มี การรักษาเฉพาะ การรักษาเป็นเพียงประคับประคองอาการอย่างใกล้ชิดด้วยการเฝ้าระวังภาวะช็อก ภาวะเลือดออกรวมทั้งการให้สารน้ำที่เหมาะสม ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตได้

โรคไข้เลือดออกสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยย้อนหลังพบว่ากลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่เข้ารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโต จำนวน ๓๓๓ ราย ๓๑๑ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ ซึ่งการระบาดของโรคไข้เลือดออกยังคงมีอยู่และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความรุนแรงจนผู้ป่วยเสียชีวิตจากการไม่ได้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ดังนั้นการประเมินอาการเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระยะช็อกจึงเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยมีภาวะช็อก จะมีชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง และค่าความต้านทานของหลอดเลือด (peripheral resistance) เพิ่มขึ้น ทำให้ค่า pulse pressure แคบ ในรายรุนแรงพบค่า pulse pressure แคบกว่า ๒๐ mmHg ค่า capillary filling time มากกว่า ๒ วินาที กระสับกระส่าย ปวดท้อง มือเท้าเย็น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้มีอาการหายใจลำบาก อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจได้ ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้มีทักษะ ในการประเมินสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยเด็กโดยยังมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ มีการสื่อสารข้อมูลที่ไม่ชัดเจนของผู้ป่วยในระยะ

ต่างๆ ส่งผลบุคลากรในทีมไม่แน่ใจ หรือมีการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความล่าช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ตามมา

ดังนั้นผู้เสนอจึงได้เสนอแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยเด็กโต โดยมีการใช้ธงสีมาแยกประเภทผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามระยะการเจ็บป่วย เพื่อให้บุคลากรในทีมมีความเข้าใจตรงกัน และสามารถจำแนกประเภทของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคไข้เลือดออกสามารถพบผู้ป่วยได้ทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุที่พบผู้ป่วยมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กที่ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กโตระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกจำนวน ๓๓๓ ราย ๓๑๑ ราย และ ๙ ราย ตามลำดับ การประเมินอาการเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระยะช็อกจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก ในผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะช็อกจะมีชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดต่ำลง และค่าความต้านทานของหลอดเลือด (peripheral resistance) เพิ่มขึ้น ทำให้ค่า pulse pressure แคบ ในรายรุนแรงพบค่า pulse pressure แคบกว่า ๒๐ mmHg ค่า capillary refill time มากกว่า ๒ วินาที กระสับกระส่าย ปวดท้อง มือเท้าเย็น มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดทำให้มีอาการหายใจลำบาก อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจได้และต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กระยะวิกฤตได้ ซึ่งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจึงต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้มีทักษะ ในการประเมินสังเกตผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยกลับสู่ภาวะปกติและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในหอผู้ป่วยเด็กโดยมีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยในระยะต่างๆ การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุมหรือมีการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเกิดความล่าช้า และเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ชักจากไข้สูง ผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง ผู้ป่วยหายใจลำบาก ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำลง ความดันโลหิตต่ำ จำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ผู้ป่วยจะมีอาการแย่ลงและเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้เสนอจึงได้เสนอแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก โดยมีนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้และมีการนำธงสีต่างๆ มาแยกประเภทผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกตามระยะการเจ็บป่วย โดยธงสีเหลืองหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะไข้ ธงสีแดงหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะช็อก เพื่อให้พยาบาลได้มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และธงสีเขียวหมายถึงผู้ป่วยไข้เลือดออกในระยะพักฟื้น เพื่อเป็นการสื่อสารในทีมให้มีการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กโตได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกทุกราย

๔.๒ บุคลากรในหอผู้ป่วยเด็กโตตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้อง

๔.๓ คุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกดีขึ้นและสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กโตได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออก ๑๐๐ %

๕.๒ บุคลากรในหอผู้ป่วยเด็กโตตระหนักถึงความสำคัญ และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้อง ๑๐๐%

(ลงชื่อ) กณิรณ คน ๕๐

(นางสาวมณิรัตน์ คนชื่อ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ๑๔ / ตุลาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังขั้วที่ 5-6
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 14 ธันวาคม 2564 – 7 มกราคม 2565
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน กระบวนการหลักในการทำงานของทีมดูแลรักษาผู้ป่วย

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัว และสังคม สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 41 อุบัติเหตุจากการพลัดตกจากที่สูง ร้อยละ 22 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 22 และอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา ร้อยละ 7 และการบาดเจ็บนี้ พบได้บ่อยในบุคคลวัยทำงานมากกว่าวัยอื่น ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (National Spinal Cord Injury Statistical Center [NSCISC], 2009) ซึ่งเป็นภัยสวัสดิการในการพัฒนาประเทศ อุบัติการณ์ของการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังตามสถิติของประเทศไทยเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีพ.ศ. 2560 -2563 มี จำนวน 16.7, 18.5 และ 19.6 คนต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ และจากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า มีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขอนแก่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นโดยในปีพ.ศ. 2560 -2563 มี จำนวน 83, 91, 101 และ 113 รายต่อปีตามลำดับ

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ผู้บาดเจ็บไม่รู้ตัวมาก่อน พบว่าหลังการรักษาจะมีภาวะของอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (Paraplegia) ซึ่งผู้ป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลือในเรื่องการขับถ่าย การเคลื่อนย้ายร่างกายจากผู้ดูแล ซึ่งพบว่าผู้บาดเจ็บไขสันหลังร้อยละ 20 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 21 เกิดแผลกดทับ รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินหายใจ ข้อติดแข็ง เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นการดูแลระยะยาวต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายสูง จากการศึกษาถึงต้นทุนสำหรับการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังในประเทศออสเตรเลีย ได้มีการประมาณค่าใช้จ่ายประจำปี ตลอดอายุของผู้ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังครึ่งท่อนล่าง (Paraplegia) พบว่า เป็นจำนวนเงิน 151,213,000 บาท และสำหรับผู้บาดเจ็บไขสันหลังทั้งตัว (Tetraplegia) พบว่าเป็นจำนวนเงิน 234,536,000 บาท (Middleton et al., 2012) แต่ในประเทศไทยไม่พบสถิติค่าใช้จ่าย ตลอดอายุของผู้ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังอย่างเป็นทางการทั้งประเทศ จากสถิติของโรงพยาบาลขอนแก่น ในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังที่เข้ารับการรักษาจำนวน 113 รายต่อปี โดยรายที่มีค่า LOS สูงสุด 62 วัน ค่าใช้จ่ายตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลรวม 409,744 บาท ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยรายดังกล่าวต้องรักษาตัวนานเนื่องจากติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

จากปัญหาข้างต้นจึงทำให้เกิดแนวคิดในการศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังตั้งแต่ช่วงระยะวิกฤตจนระยะวางแผนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถฟื้นฟูร่างกายและกลับบ้านได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งไม่ Re-admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนอื่นๆหลังกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ประวัติว่าดื่มสุราอยู่ แล้วหมดสติ ไม่รู้สึกตัว สงสัยว่าจะมีคนทำร้ายร่างกาย มารู้สึกตัวอยู่ข้างถนน ชัยขาทั้งสองข้างไม่ได้ ปวดหลัง ไม่มีแผลใดๆตามร่างกาย แพทย์วินิจฉัยแรกรับว่าเป็น Close fracture T₅₋₆ with dislocation with complete cord injury วินิจฉัยสุดท้ายเป็น Close fracture dislocation of T₅₋₆ ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Posterior reduction with instrumentation T₃₋₇ หลังผ่าตัดใส่ท่อช่วยหายใจไว้ 3 วันและสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจ สามารถหายใจได้เอง มีปัญหาขาอ่อนแรง จากการประเมิน ASIA score พบขาทั้ง 2 ข้างเกรด 0 แขน 2 ข้างเกรด 5

เมื่อพ้นภาวะวิกฤต ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ ADL พบว่าคะแนน = 15/75 คะแนน แพทย์เจ้าของไข้ได้ประเมินเป้าหมายของผู้ป่วยและส่ง consult แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ร่วมประเมินเป้าหมายของผู้ป่วย เมื่อได้เป้าหมายพยาบาลจึงได้ค้นหา care giver ซึ่งเป็นคุณยายอายุ 70 ปี และวางแผนการฝึกสอน care giver ร่วมกับนักกายภาพบำบัดในการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของผู้ป่วย และมีแบบฟอร์มเพื่อสื่อสารแผนการดูแลต่อเนื่องแก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จากการประเมินผู้ป่วยและcare giver ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้เองโดยมีผู้จัดหาให้ ช่วยพลิกตะแคงตัว ช่วยอาบน้ำได้ สามารถเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลง wheelchair พยาบาลและนักกายภาพสอนกิจกรรมต่างๆที่ควรมีคนช่วยและกิจกรรมที่ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำเอง จนผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ แพทย์จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านและให้ไปฟื้นฟูสภาพต่อที่ รพ.หนองสองห้อง รวมระยะเวลาที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น รวมทั้งหมด 24 วันและนัดกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาลขอนแก่นในวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2565

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 คัดเลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่เคยได้รับมอบหมายให้ดูแล 1 รายโดยเป็นผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังขั้นที่ 5-6

4.2.2 รวบรวมเอกสารเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย

4.2.3 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

4.2.4 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ปรึกษากับพยาบาลที่มีความชำนาญเฉพาะทางและแพทย์ผู้รักษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนให้การพยาบาล

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ และนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการทางการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

4.2.6 ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ

- 4.2.8 นำเสนอผลงานต่อผู้บังคับบัญชา
- 4.2.10 ปรับปรุงแก้ไขผลงาน ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทางการพยาบาล
- 4.2.11 เผยแพร่ผลงานแก่หน่วยงานต่างๆ
- 4.3 เป้าหมายของงาน
 - 4.3.1 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครบคลุม และมีความปลอดภัย
 - 4.3.2 เพื่อส่งเสริมการหายของการบาดเจ็บ ช่วยให้ส่งเสริมให้การฟื้นฟูสภาพหลังบาดเจ็บเป็นไป
 - 4.3.3 ได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)
 - 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังชั้นที่ 5-6 จำนวน 1 เรื่อง
 - 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ
 - 5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น
 - 5.2.2 ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเองขณะกลับไปอยู่บ้านมากขึ้น และพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับจากทีมสุขภาพ
6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ
 - 6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป
 - 6.2 ใช้เป็นแนวทางการดูแลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังชั้นที่ 5-6
 - 6.3 ใช้เป็นมาตรฐานในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับหลังชั้นที่ 5-6
 - 6.4 ใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังระดับคอชั้นที่ 5-6
7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ
 - 7.1 ผู้ป่วยเป็นวัยทำงาน การเป็นอัมพาตมีผลต่อจิตใจมากกว่าวัยอื่นๆ อีกทั้งการสูญเสียภาพลักษณ์พยาบาลจึงต้องเน้นการ Empowerment
 - 7.2 การผ่าตัดกระดูกสันหลังมีความยุ่งยากซับซ้อน มีโอกาสเกิดภาวะ Post-op Progressive Neurodeficit ได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อผู้ป่วยอาจทำให้ผู้ป่วยมีความพิการเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญในการเฝ้าระวังภาวะ Post-op Progressive Neurodeficit เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดอุบัติการณ์
 - 7.3 ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีความคิดว่าตนเองจะพิการจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการวางแผนจำหน่าย แนะนำอาชีพ และเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อให้ผู้ป่วยไปถึงเป้าหมายและสามารถประกอบอาชีพตามสมรรถนะที่เหลืออยู่ได้

7.4 การตั้งเป้าหมายและการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยรายนี้จำเป็นต้องให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมด้วย พยาบาลจึงต้องประสานงานให้ครบถ้วนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

8.1 ผู้ป่วยรายนี้จึงยังไม่ได้รับการประสานไปที่ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดขอนแก่น (พมจ.) เพื่อส่งเสริมการหาอาชีพ จากเดิมทำอาชีพรับจ้างทั่วไป มีเหตุต้องเปลี่ยนงาน จึงต้องส่งต่อข้อมูลให้กับ พมจ.เพื่อช่วยเหลือการดำรงชีวิตและศักยภาพที่เหลือ

8.2 จากการประเมินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพบว่าผู้ป่วยต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ จึงส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงขึ้น และยังส่งผลให้การทำกายภาพบำบัดทำได้ไม่เต็มที่

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลผู้ดูแลควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับวิทยาการการพยาบาลและการรักษาใหม่ ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและปลอดภัยมากที่สุด

9.2 ควรมีการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วยในระยะฟื้นฟู เพื่อจัดการกับความเครียด หรืออาการซึมเศร้า ซึ่งสามารถเกิดได้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้

9.3 ควรกระตุ้นให้บุคลากรทีมสุขภาพในหอผู้ป่วยทบทวนกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้หลัก 7 Aspect of care เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยให้ครอบคลุมมากขึ้น

9.4 ควรมีการทำการประเมินคุณภาพการดูแลผู้บาดเจ็บกระดูกไขสันหลัง โดยมีการตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำของการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เพื่อป้องกันการวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้า

9.5 ควรจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังให้เป็นมาตรฐานทุกโรงพยาบาล เครือข่ายในจังหวัดเพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรพยาบาล ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

9.6 ทีมพยาบาลและแพทย์ควรประเมิน ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และป้องกันการคลาดเคลื่อนในการประเมินและวินิจฉัย

10. การเผยแพร่ผลงาน : ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวอ้อมใจ มุ่งหมาย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนความรับผิดชอบคิดเป็น 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*อ้อมใจ มุ่งหมาย*.....

(นางสาวอ้อมใจ มุ่งหมาย.....)

(ตำแหน่ง).....*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ*.....

(วันที่).....*23*...../*กุมภาพันธ์*...../*2565*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวศุภมาส อนุกรม	ศุภมาส อนุกรม

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางพินรัฐ จอมเพชร)
 รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
 (ตำแหน่ง).....

(วันที่) ๑ / กรกฎาคม / ๖๕
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
 (ตำแหน่ง).....

(วันที่) / /
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และ ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้ มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง คู่มือการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด

2. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและไขสันหลังกลุ่ม Paraplegia หมายถึง การอ่อนแรงหรืออัมพาตท่อนขา หรือทั้งท่อนขาและลำตัว อาจเป็นทั้งหมด หรือบางส่วน เนื่องจากมีพยาธิสภาพตั้งแต่ระดับกระดูกหลัง T2 ลงมา โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะพิการจากระบบประสาท (Neurogenic bladder) ส่งผลให้ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะไว้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาคือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และบางรายอาจรุนแรงถึงขั้นติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นมีผลต่ออัตราครองเตียง ค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น รวมถึงการฟื้นฟูสภาพเพื่อวางแผนจำหน่ายเป็นไปได้ช้าลง ดังนั้นการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจึงมีความสำคัญมาก โดยผู้ที่มีบทบาทสำคัญในระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาลได้แก่ พยาบาล และเมื่อกลับบ้านผู้ดูแลและผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

เป้าหมายการฟื้นฟูของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังขั้นที่ 5-6 คือผู้ช่วยเหลือตนเองได้เกือบทั้งหมด (ยกเว้น สวม กางเกง) เข็นรถเข็นได้ สวนปัสสาวะและเหน็บยาระบายได้เอง ทำกิจวัตรประจำวันได้เองทุกอย่าง นั่งทรงตัวดี บางรายใช้กายอุปกรณ์ประคองขา และใช้ไม้ยัน รักแร้ ช่วยให้ยืนและเดินเพื่อออกกกำลังกายได้ และสามารถกลับไปทำงานได้โดยใช้ wheel chair

จากการประเมินเป้าหมายของผู้ป่วยโดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและแพทย์เจ้าของไข้พบว่า ผู้ป่วยรายนี้ Total independent, Sitting balance fair to good, transfer wheel chair ambulation, Bladder on foley's cath เปลี่ยนทุก 1 เดือน และให้สอน Self cath เมื่อได้เป้าหมาย พยาบาลร่วมกับนักกายภาพจึงร่วมกันฝึกผู้ป่วยโดยการลุกนั่งบนเตียง โดยให้ผู้ป่วยช่วยตนเองทั้งหมด ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ แขนสองข้างเกรด 5 ขาสองข้างเกรด 0 สามารถเคลื่อนย้ายตนเองขึ้นลงเตียงได้ และในส่วนของฝึก care giver ซึ่งเป็นยายของผู้ป่วยได้รับการฝึกและแนะนำในเรื่องของการดูแลสายสวนปัสสาวะ การสังเกตอาการผิดปกติ ลักษณะปัสสาวะที่ผิดปกติ การติดพลาสติก การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์และสายสวนปัสสาวะ รวมไปถึงการเทปสวาระจากถุง ซึ่งจากการประเมิน care giver พบว่าเป็นผู้สูงอายุมีปัญหาด้านความจำ ทำให้หลงลืมขั้นตอนบ่อยครั้งซึ่งอาจส่งผลในเรื่องของการเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้หากดูแลไม่ถูกต้อง

จากปัญหาข้างต้นจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำคู่มือและสอนผู้ป่วยอัมพาตท่อนล่างให้สวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน และยังช่วยให้ผู้ป่วยไม่เสียภาพลักษณ์เมื่อต้องกลับไปทำงานอีกด้วย

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ใช้ในการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาด

4.2 เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่ทราบขั้นตอน วิธีปฏิบัติการสวนปัสสาวะด้วยตนเองแบบสะอาดและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ คือ ผู้ป่วยที่บาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังส่วนหลังที่จำหน่ายกลับบ้านไม่ Re-admit ด้วยการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะภายใน 28 วัน 100 %

(ลงชื่อ) คณิศร ชุ่มทวม

(ตำแหน่ง) (นาย) คณิศร ชุ่มทวม

(ตำแหน่ง) นายกสมาคมผู้พิการ

(วันที่) 23 / กันยายน / 2565

ผู้ขอประเมิน



นางดุสิตา เหมทะยาน
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ



นางสุภาพร ตันติ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ