



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 ๓ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวณัฐชา ผิวดำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม
๒	นางสาวภาวิณี ศรีจำพลัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี
๓	นางสาวพรรณชนมณ ศิริจันโท	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

/รายละเอียด...

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

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

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๖



(นายพันซ์เทพ เสาศิล)

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	นางสาวณัฐชา ผิวคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๕๗๐๘๓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๕๗๐๘๓	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ :กรณีศึกษา(พ.ศ.๒๕๖๕)				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน การจัดแนวทางการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดหัวใจในถุงน้ำดี				
๒	นางสาวภาวิณี ศรีจำหลัง	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ" กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๘๓๘๗๗	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)	๘๓๘๗๗	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลทางวิสัญญีในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่มารับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) : กรณีศึกษา ๒๕๖๖				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน นวัตกรรม ผ้าห่มอุ่นรัก				
๒	นางสาวพรรณชฎมน ศิริจันท	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ" กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	๒๐๕๒๖๘	กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๐๕๒๖๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
		ชื่อผลงานส่งประเมิน การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease)				
		ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน แนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคคาวาซากิ				
		รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดนี้ในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ :
กรณีศึกษา (พ.ศ.๒๕๖๕)

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ ๒๑ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ถุงน้ำดี (Gallbladder) คือ อวัยวะที่มีลักษณะเป็นถุงรูปทรงรี ตั้งอยู่บริเวณใต้ต่อตับ มีท่อขนาดเล็ก เชื่อมเข้ากับท่อน้ำดีหลักของร่างกาย ถุงน้ำดีทำหน้าที่กักเก็บน้ำดีที่ผลิตจากตับ เมื่ออาหารผ่านกระเพาะอาหาร เข้าสู่ลำไส้เล็กจะไปกระตุ้นให้ถุงน้ำดีบีบตัว เพื่อขับน้ำดีให้ไหลออกสู่ท่อน้ำดีหลักที่เปิดออกสู่ลำไส้เล็ก ทำให้ไขมันในอาหารแตกตัว เพื่อย่อยและดูดซึมต่อไป (นายแพทย์จตุพร ผู้พัฒน์ ๒๐ March ๒๐๒๓ บทความ สุขภาพ, ศัลยกรรม)

หน้าที่ของถุงน้ำดี คือ เป็นที่พักหรือเก็บสะสมน้ำดี ซึ่งสร้างจาก hepatocytes และ duct cells ในขณะที่ไม่มีการย่อยอาหารหรือในเวลาที่กำลังลำไส้เล็กส่วน duodenum วางทำให้ถุงนี้หดตัว ชั่งน้ำดีให้อยู่ในถุง น้ำดีและเมื่อมีการย่อยอาหารพวกไขมัน น้ำดีจะถูกขับออกมาใน duodenum โดยผ่านทาง common bile duct น้ำดีมีฤทธิ์เป็นด่างประมาณ ๗.๖ - ๘.๖ ผนังของถุงน้ำดีสามารถดูดซึมน้ำเกลือ โซเดียมคลอไรด์ และ อิเล็กโตรลัยต์อื่น ๆ จากน้ำดีเข้าสู่กระแสเลือดทำให้น้ำดีในถุงน้ำดีมีความเข้มข้นมากกว่าน้ำดีที่สร้างจากเซลล์ ตับถึง ๕ เท่า

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นนิ่วที่พบบ่อยและทำให้เกิดอาการอย่างอื่นตามมา เช่น ไข้สูง ไข้เรื้อรัง ตาตัวเหลือง ปวดท้องร้าวไปหลังหรืออึดอัดแน่นท้อง หากปล่อยทิ้งไว้จะทำให้เกิดถุงน้ำดีอักเสบ ท่อน้ำดีอักเสบและตับอ่อนอักเสบ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตได้ เมื่อเกิดนิ่วในถุงน้ำดีแล้วต้องรักษาอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งการรักษามีอยู่ ๒ วิธีคือการใส่ยา และการรักษาด้วยการผ่าตัด

สาเหตุโรคนี้ในถุงน้ำดีเกิดจากความผิดปกติในสวนประกอบและการไหลเวียนของน้ำดีในถุงน้ำดี จึงเกิดการตกตะกอนเป็นนิ่วในถุงน้ำดีขึ้น มีรายละเอียดดังนี้

๑. มีการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของน้ำดี : โดยปกติน้ำดีประกอบด้วยสาร ๓ อย่าง ในอัตราส่วนที่พอเหมาะ (ไขมันในเลือด + กรดไขมัน + เกลือน้ำดี) ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงของอัตราส่วนนี้ไปก็จะเกิดการตกตะกอนของน้ำดีเป็นนิ่วขึ้น เช่น มีไขมันในเลือดมากขึ้น เช่น คนอ้วน กินอาหารที่มีไขมันมากเกลือน้ำดีลดลง เช่น ในผู้ป่วยโรคตับ สารเหลือง (bilirubin) เพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่มีเม็ดเลือดแดงแตกเรื้อรัง

๒. น้ำดีไหลถ่ายเทออกจากถุงน้ำดีไปยังลำไส้เล็กได้ไม่สะดวกเช่น ท่อน้ำดีอุดตัน, ถุงน้ำดีบีบตัวได้ไม่ดี ในคนท้องหรือกินยาคุมกำเนิด ทำให้น้ำดีคั่งอยู่ในถุงน้ำดี และมีความเข้มข้นเพิ่มขึ้น จนเกิดการตกตะกอนเป็นนิ่วในที่สุด

การผ่าตัดถุงน้ำดีทางกล้องวิดิทัศน์ (Laparoscopic cholecystectomy, LC) หมายถึงการผ่าตัดถุงน้ำดีด้วยกล้องวิดิทัศน์ โดยการเจาะผนังช่องหน้าท้องแล้วใส่เครื่องมือต่างๆ เข้าไปทำการผ่าตัด โดยที่ทีมผ่าตัดสามารถมองเห็นขั้นตอนการผ่าตัดพร้อมๆกับบนจอภาพ ในวารสารการแพทย์อาจพบคำต่างๆ มากมาย เช่น video assisted, video endoscopic surgery, telescopic surgery, laparoscopic surgery, minimal access surgery, thoracoscopic surgery อาจเรียกรวมกันว่า minimal invasive surgery ซึ่งเป็นการผ่าตัดที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีสมัยใหม่ด้านคอมพิวเตอร์ผสมกับระบบภาพวิดิทัศน์ (computer chip TV camera videoscope)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

การผ่าตัดมี ๒ วิธีคือ การผ่าตัดเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) และการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง (Laparoscopic cholecystectomy) ซึ่งการผ่าตัดโดยการส่องกล้องเป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน เนื่องจากแผลมีขนาดเล็กกว่าทำให้มีการปวดหลังผ่าตัดน้อยกว่า มีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าและพักฟื้นในโรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัดเปิดหน้าท้อง

การพยาบาล

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

๑. ด้านร่างกาย

๑.๑ การเตรียมความสะอาดร่างกายทั่วไปได้แก่ การอาบน้ำและสระผม ถ้าผู้ป่วยทะเล็บให้ล้างเล็บออก เพื่อช่วยให้สังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของสีเล็บ ขณะระงับความรู้สึกได้ชัดเจน ให้งดแต่งหน้า การทาริมฝีปาก การทำความสะอาดช่องปาก ควรแปรงฟันให้ช่องปากสะอาดที่สุด การถอดฟันปลอม ถ้าใช้ฟันปลอมชนิดติดแน่นหรือมีฟันผูกฟันโยกควรแจ้งพยาบาล

๑.๒ การงดอาหารและน้ำทางปากทุกชนิดอย่างน้อย ๖-๘ ชั่วโมงก่อนการผ่าตัดเพื่อช่วยให้กระเพาะอาหารว่างป้องกันการอาเจียนหลังระงับความรู้สึก

๑.๓ ถอดเลนส์สัมผัส เนื่องจากเป็นสาเหตุการเกิดแผลที่กระจกตาได้และเครื่องประดับให้ถอดก่อนไปห้องผ่าตัด

๑.๔ โคนขนบริเวณผ่าตัดก่อนผ่าตัด ๑-๒ ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

๒. ด้านจิตใจ

๒.๑ การสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลควรแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่เป็นมิตร

๒.๒ การรับฟังและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย อธิบายและแนะนำข้อมูลต่างๆ อย่างถูกต้อง เช่น สาเหตุหรือความจำเป็นของการผ่าตัด อธิบายขณะผ่าตัดและระยะฟื้นจากการระงับความรู้สึก อธิบายถึงสภาพหลังผ่าตัดตามความเหมาะสม เช่น การให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพตนเองหลังผ่าตัด

๓. การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

๓.๑ การฝึกการหายใจลึก (deep breathing) ให้ทำทันทีที่รู้สึกตัวทำ ๕ ครั้งทุก ๑-๒ ชั่วโมง

๓.๒ การป้องกันการไอเพื่อลดการกระทบกระเทือนแผลและลดความดันในช่องท้อง

๓.๓ การพลิกตะแคงตัว (turning) ทำทุก ๒ ชั่วโมง ให้นอนหงายราบศีรษะสูงเล็กน้อยใช้มือประคองแผลผ่าตัด

๓.๔ การลุกจากเตียง ควรลุกจากเตียงเร็วที่สุด อย่างน้อย ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของภาวะลำไส้ติดกันทำได้โดยค่อยๆเปลี่ยนอิริยาบถโดยพยาบาลควรช่วยไขหัวเตียงให้สูงขึ้น

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

ประเมินสภาวะผู้ป่วยหลังผ่าตัดในระยะเวลา ๒๔ ชั่วโมงแรกของการผ่าตัด

๑. ด้านร่างกาย

๑.๑ ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก ๑๕ นาที ๔ ครั้งทุก ๓๐ นาที ๒ ครั้งและทุก ๑ ชั่วโมง จนสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

๑.๒ ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อาการเจ็บปวดแผลผ่าตัด จากการซักถามและสังเกตอาการ โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวดและให้ยาตามแผนการรักษา

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๑.๓ สังเกตอาการข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกที่ได้รับและอาการทั่วไป เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นต้น

๑.๔ จัดทำนอนให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งป้องกันการล้าจากการอาเจียนเข้าไปทางเดินหายใจ

๑.๕ ผู้ป่วยอาจเกิดอาการหนาวสั่นในระยะฟื้นจากการระงับความรู้สึกเนื่องจากอุณหภูมิร่างกายที่ต่ำจะทำให้เกิดการไหลเวียนเลือดต่ำ

๑.๖ ประเมินแผลผ่าตัดทุก ๑๕ นาที สังเกตเลือดหรือสารคัดหลั่งซึมจากแผลที่ผ้าปิดแผลผ่าตัดและประเมินอาการเสียเลือด โดยดูจากอาการและอาการแสดงดังนี้ ความดันโลหิตจะเริ่มต่ำลงจากปกติและความดันโลหิตน้อยกว่า ๙๐/๖๐ มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเพิ่มขึ้นมากกว่า ๑๒๐ ครั้งต่อนาทีหรือช้ากว่า ๖๐ ครั้งต่อนาที หายใจเร็ว กระหายน้ำ กระสับกระส่าย พักไม่ได้ ปลายมือปลายเท้าเย็น มีเหงื่อออก

๑.๗ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ

๑.๘ ช่วยกระตุ้นให้เคลื่อนไหว ด้วยการพลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง ๒๔ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ตามความเหมาะสม

๒. ด้านจิตใจ

ให้การยอมรับสภาพของผู้ป่วยให้กำลังใจแนะนำแนวทางที่ช่วยให้สภาพผู้ป่วยดีขึ้น เช่น การบริหารร่างกาย การเคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัวบนเตียงทุก ๒ ชั่วโมง สนับสนุนให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อการผ่าตัดครั้งนี้และรับฟังด้วยความตั้งใจ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

นิ่วในถุงน้ำดีเป็นโรคที่มักเกิดขึ้นในกลุ่มผู้หญิงวัยกลางคน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องและขาดการออกกำลังกายในวัยทำงาน พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยก่อนิ่วในถุงน้ำดี และนิ่วเมื่อสะสมมากขึ้นเรื่อย ๆ จะทำให้เกิดอุดตันของท่อน้ำดี จนทำให้นิ่วในถุงน้ำดีอักเสบเกิดขึ้น การรักษาถุงน้ำดีอักเสบโดยการผ่าตัดเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากการเจ็บป่วยและกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ แต่พยาบาลผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ เข้าใจพยาธิสภาพของโรค การรักษา การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมทันต่อเหตุการณ์ ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังผ่าตัด จนกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ๑ โรงพยาบาลขอนแก่น ๓ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ป่วยนิ่วในถุงน้ำดีที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ จำนวน ๑๕๓, ๑๖๖ และ ๑๙๙ ราย ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในฐานะที่ผู้จัดทำเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ๑ จึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวิดิทัศน์ และในการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ศัลยแพทย์จะทำการเปิดแผลที่หน้าท้อง ๓-๔ แห่ง เพื่อสอดใส่เครื่องมือผ่าตัดและทำการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง เพื่อทำให้มีช่องบริเวณที่จำทำการผ่าตัดถุงน้ำดีได้อย่างปลอดภัย และผลข้างเคียงหลังผ่าตัดอาจทำให้เกิดอาการท้องอืด แน่นท้องหลังผ่าตัด จากการที่ลำไส้ทำงานลดลง เกิดการทะเลาะของอวัยวะและบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัด เกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด และอาจเกิดการเสียชีวิตได้ จึงต้องอาศัยพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญสามารถประเมินคนไข้และให้การดูแลคนไข้ได้ถูกต้องจึงเป็นที่มาในการศึกษากรณีศึกษานี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ ศึกษาจากผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์ ๑ ราย

๔.๒.๒ ชักประวัติและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา ประวัติการผ่าตัด แบบแผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งตรวจร่างกายผู้ป่วย

๔.๒.๓ ให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

๔.๒.๔ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนให้การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด รวมไปถึงการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

๔.๒.๕ สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และให้ข้อมูลความรู้กับผู้ป่วยและญาติ

๔.๒.๖ จัดรวบรวมเป็นรูปเล่มผ่านคณะกรรมการการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและเผยแพร่ผลงาน

๔.๓ เป้าหมายของงาน

๔.๓.๑ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๔.๓.๒ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาจัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

มีผลงานทางวิชาการ จำนวน ๑ เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์: กรณีศึกษา พ.ศ. ๒๕๖๕” หญิงไทย อายุ ๖๘ ปี ๑ เดือนก่อนมีอาการปวดแน่นท้องปวดจุกบริเวณใต้ชายโครงขวา ไม่มีไข้ ไม่มีตาตัวเหลือง รู้สึกตัวดี แข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ สีหน้าสดชื่นแจ่มใส ไม่มีปวดชายโครงขวา แพทย์วินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) แพทย์ได้นัดเข้ามารักษาเพื่อรับการผ่าตัด Laparoscopic cholecystectomy ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อนอนโรงพยาบาล ในวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๕ ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ปวดท้องบางครั้ง รับประทานอาหารได้ตามปกติ ปฏิเสธการรักษาโควิด-๑๙ และปฏิเสธการสัมผัสผู้ป่วยโควิด-๑๙ วัดและบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิ ๓๖.๕๐ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๘ ครั้ง/นาที การหายใจ ๑๖ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๓/๖๔ มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด ๙๗ เปอร์เซ็นต์ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด ได้แก่ การจัดการความปวดหลังผ่าตัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่สุขสบาย ท้องอืด แน่นท้อง ไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึก/ยาที่ได้รับหลังผ่าตัด และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ หลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด แนะนำให้มาตรวจตามนัด ระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยพบปัญหาดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ ๑ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดีทัศน์

ปัญหาที่ ๒ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ปัญหาที่ ๓ ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เกิดการทะเลาะของอวัยวะ และการบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียงจากการผ่าตัด

ปัญหาทุกปัญหาได้รับการแก้ไขและหมดไป ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ๓ วัน สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่พบปัญหาแทรกซ้อน ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องในการดูแลแผลผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และไม่ปวดแผลผ่าตัด แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและตรวจร่างกายอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้วันที่ ๒๔ มีนาคม ๒๕๖๕ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล ๓ วัน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ มีข้อดีคือทำให้ผู้ป่วยมีแผลเล็ก หลังผ่าตัดเจ็บแผลน้อย รวมทั้งไม่พบภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัด ไม่มีการติดเชื้อ และไม่เกิดเสียชีวิตจากการผ่าตัด อยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น กลับบ้านภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังผ่าตัดฟื้นตัวได้เร็ว

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ โรงพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับโรคนิวในถุงน้ำดี สาเหตุการเกิด อาการ และการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดโดยผ่านกล้องวีดิทัศน์ สามารถให้การดูแลก่อนและหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยการผ่าตัดผ่านกล้องวีดิทัศน์ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

๖.๒ สามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยการผ่าตัดผ่านกล้องวีดิทัศน์ ได้อย่างถูกต้องและเป็นไปแนวทางเดียวกัน

๖.๓ เป็นการทบทวนความรู้แก่ตนเอง และเพิ่มความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์

๖.๔ เพิ่มพูนประสบการณ์ พัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยนิวในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ การเตรียมตัวก่อนผ่าตัดต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัด จึงเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยใช้แผนให้ความรู้ซ้ำ ๆ

๗.๒ หนังสือวิชาการ หรือเอกสารเกี่ยวกับโรคนิวในถุงน้ำดีมีไม่เพียงพอต่อการศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ โรงพยาบาลมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย แตกต่างกันและยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ที่ชัดเจน

๘.๒ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ จัดทำแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีผ่านกล้องวีดิทัศน์ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๙.๒ จัดทำข้อมูลให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัว

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวณัฐชา ผิวดำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ณัฐชา ผิวดำ

(นางสาวณัฐชา ผิวดำ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 26 / ธ.ค. / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวณัฐชา ผิวดำ	กัทธ พิธธา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
(ตำแหน่ง)
(วันที่) ๒ / กรกฎาคม / ๒๕๖๖
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
(ตำแหน่ง)
(วันที่)
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง การจัดแนวทางการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี

๒. หลักการและเหตุผล

จากสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ๑ โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่ามีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีใน พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑๕๓ ราย พ.ศ. ๒๕๖๓ จำนวน ๑๖๖ ราย และ พ.ศ. ๒๕๖๔ จำนวน ๑๙๙ ราย พบว่าหลังการผ่าตัดผู้ป่วยปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการท้องอืด แน่นท้องและปวดแผลมากหลังการผ่าตัด ส่งผลให้ระยะวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายและต้องลาพักงานทำให้สูญเสียรายได้ ระยะวันนอนของโรคนี้ในถุงน้ำดีโดยปกติคือ ๕ วัน บุคลากรในหอผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลัง การผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีโดยการส่องกล้อง โดยพยาบาลจะคอยการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ ในการการช่วยเหลือและป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย รวมทั้งให้การดูแลความสบายซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจ และความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน สำหรับผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี ผู้สนใจและประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตอาการหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด

ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ของโดโรธี โอเร็ม (Dorothea Orem) กล่าวว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี” จึงนำกรอบแนวคิดมาใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี เพราะผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีมีภาวะพร่องความรู้ ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับโรค หลังได้รับการผ่าตัด พยาบาลจึงมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ โดยใช้วิธีการสนับสนุนให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีหลังได้รับการผ่าตัดแล้ว มีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เพื่อลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล โรงพยาบาลมีเตียงว่างเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับผู้ป่วยอื่นต่อไป ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่เกิดผลเสีย ต่อสภาพจิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากเหตุการณ์ดังกล่าวจึงมีแนวคิดในการจัดแนวทางการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี เพื่อเพิ่มความรู้แก่ผู้ป่วยและบุคคลทั่วไปในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

การจัดแนวทางการให้ความรู้การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดส่องกล้อง จึงเป็นการสร้างแหล่งข้อมูลความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติในการศึกษาเรียนรู้ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัวและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ประกอบการสอนงานแก่บุคลากรด้านการพยาบาลที่จบใหม่ หรือบุคลากรที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในหน่วยงานซึ่งยังขาดทักษะและองค์ความรู้ในการปฏิบัติงาน

**ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
ความรู้ของบุคลากร**

- บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ แตกต่างกัน
- แนวทางแก้ไข**
- มีแนวปฏิบัติเพื่อให้บุคลากรปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
 - มีการจัดการให้ความรู้ โดยแพทย์ พยาบาล และผู้มีประสบการณ์

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้จัดทำแนวทางในการให้ความรู้ให้กับผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีที่ได้รับการผ่าตัด ผู้สนใจ และประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการ
๒. ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีมีความรู้เพิ่มขึ้น สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดี มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐
๒. ผู้ป่วยโรคนี้ในถุงน้ำดีมีความพึงพอใจต่อสื่อร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ) **กัญญา ธรรม**
(นางสาวณัฐชา ผิวดำ)
(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(วันที่) **26** / **มิ.ย.** / **2566**
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การพยาบาลทางวิสัญญีในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่มารับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt): กรณีศึกษา ๒๕๖๖

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑ มกราคม - ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ไฮโดรเซฟฟาเลีย หรือ HYDROCEPHALUS หรือ โรคหัวบาตร เป็นความผิดปกติที่มีน้ำในโพรงสมองมากเกินไป เนื่องจากท่อทางเดินน้ำหล่อสมองและไขสันหลังอุดตัน ทำให้น้ำที่อยู่ในสมองและไขสันหลัง ซึ่งปกติเป็นตัวคอยป้องกัน และหล่อเลี้ยงสมองไม่ให้กดทับกับส่วนกะโหลก เกิดคั่งจนท่วมอยู่ในสมอง จนความดันในช่องสมองมีสูง ดันได้ช่องสมองโตออกจนไปเบียดเนื้อสมอง และดันกะโหลกศีรษะให้โตออก จนมีขนาดใหญ่ผิดปกติ

โรคหัวบาตร เกิดจากได้จากหลายๆ สาเหตุ เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อวัณโรค ทางพันธุกรรม เกิดภาวะเลือดออกในสมอง ได้รับอุบัติเหตุ ฯลฯ แต่หากพบเด็กที่เป็น โรคหัวบาตร ตั้งแต่กำเนิด สาเหตุมักเกิดจากการอุดตันของทางผ่านของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของท่อที่จะทำให้น้ำไขสันหลัง ที่จะผ่านออกมาจากสมองมีการตีบหรือไม่มีช่องว่าง หรือมีการอักเสบบริเวณท่อน้ำในสันหลัง จนกระทั่งเกิดการตีบขึ้นมา หรือมีความผิดปกติของระบบหลอดเลือด ก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการอุดตัน ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูดซึมน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังเสียไป

โพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) หรือ น้ำคั่งในโพรงสมอง หรือน้ำท่วมสมอง เป็นการก่อกวนของของเหลวในโพรงสมอง ของเหลวส่วนเกินเพิ่มขนาดของโพรงสมองและมีแรงกดลงบนสมอง ถึงแม้ว่าภาวะโพรงสมองคั่งน้ำสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุ แต่พบได้มากกว่าในทารกและผู้สูงอายุ สถาบัน The National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) ในสหรัฐฯ ประเมินการไว้ว่า จำนวน ๑ ถึง ๒ รายจากทารกทุกๆ ๑,๐๐๐ ราย เกิดมาโดยมีภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ สาเหตุของโพรงสมองคั่งน้ำ

ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำเกิดจากความไม่สมดุล ระหว่างปริมาณน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังที่สังเคราะห์ขึ้น และที่ดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือด

น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังสังเคราะห์จากเนื้อเยื่อในโพรงสมอง น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังไหลผ่านโพรงสมองผ่านช่องทางที่เชื่อมต่อกัน แล้วไหลเข้าไปในช่องว่างรอบสมองและกระดูกสันหลัง น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังส่วนใหญ่ ดูดซึมเข้าสู่เส้นเลือดในเนื้อเยื่อใกล้ฐานสมอง

น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังมีบทบาทสำคัญในการทำงานของสมอง โดยการ

๑. รักษาให้เนื้อสมองลอยตัว ซึ่งทำให้เนื้อสมองที่หนักลอยอยู่ในกะโหลกได้
๒. รองรับเนื้อสมองเพื่อป้องกันการบาดเจ็บ
๓. กำจัดของเสียจากกระบวนการเผาผลาญพลังงานของสมอง
๔. ไหลกลับไปกลับมาระหว่างโพรงสมองและกระดูกสันหลัง เพื่อรักษาความดันให้คงที่ภายในสมอง เป็นการชดเชยความดันเลือดที่เปลี่ยนแปลงภายในสมอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังปริมาณมากเกินไปในโพรงสมอง เกิดขึ้นจากสาเหตุหนึ่งดังต่อไปนี้

๑. สาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดคือ การอุดตันบางส่วนของการไหลของน้ำหล่อสมองไขสันหลังตามปกติ ทั้งจากโพรงสมองหนึ่งไปยังอีกโพรงสมองหนึ่ง หรือจากโพรงสมองไปยังช่องว่างอื่นๆ ภายในสมอง

๒. การดูดซึมที่ไม่ดี สาเหตุที่พบบได้น้อยกว่าคือ ปัญหาเกี่ยวกับกลไกที่หลอดเลือดดูดซึมน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง มักเกิดขึ้นสัมพันธ์กับการอักเสบของเนื้อเยื่อสมองจากการเกิดโรคหรือการบาดเจ็บ

๓. ที่พบบได้น้อยมากคือ กลไกการสังเคราะห์น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลัง สังเคราะห์น้ำหล่อสมองไขสันหลังมากผิดปกติ และเร็วเกินกว่าที่จะถูกดูดซึมได้

ปัจจัยเสี่ยงของโพรงสมองคั่งน้ำ

มีปัจจัยเสี่ยงสำหรับภาวะโพรงสมองคั่งน้ำมีหลายประการ เช่น

๑. การเจริญเติบโตที่ผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง ที่สามารถอุดตันการไหลของน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังได้

๒. ภาวะเลือดออกภายในโพรงสมอง ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ของการคลอดก่อนกำหนด

๓. การติดเชื้อในมดลูกในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน หรือซิฟิลิส ที่ก่อให้เกิดการอักเสบที่เนื้อเยื่อสมองของทารกในครรภ์ได้

๔. มีรอยโรคหรือเนื้องอกที่สมองหรือไขสันหลัง

๕. การติดเชื้อที่ระบบประสาทส่วนกลาง เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากแบคทีเรีย หรือคางทูม

๖. ภาวะเลือดออกในสมองจากโรคหลอดเลือดสมองหรือการบาดเจ็บที่ศีรษะ

๗. อาการบาดเจ็บอื่น ๆ ที่สมอง

การวินิจฉัยโพรงสมองคั่งน้ำ

การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ใช้เพื่อตรวจหาอาการบ่งชี้ของภาวะน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังมากเกินไป วิธีการตรวจแบบ MRI ใช้สนามแม่เหล็กและคลื่นวิทยุเพื่อสร้างภาพถ่ายของสมองตามแนวขวาง

การตรวจหน้าอกด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) ยังสามารถช่วยวินิจฉัยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำได้ในเด็กและผู้ใหญ่ การตรวจด้วยวิธี CT scan ใช้คลื่นเอกซเรย์ต่างๆ เพื่อสร้างภาพถ่ายของสมองตามแนวขวาง การตรวจด้วยวิธีนี้สามารถแสดงให้เห็นถึงโพรงสมองที่ขยายตัว ที่เกิดจาก ภาวะน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังมากเกินไป

การรักษาโพรงสมองคั่งน้ำ

ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต หากไม่ได้รับการรักษา การรักษาอาจไม่ทำให้ความเสียหายที่สมองที่เกิดขึ้นแล้วหายได้ เป้าหมายการรักษาคือ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายที่สมองเพิ่มขึ้น การรักษาทำได้โดยการฟื้นฟูการไหลน้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังให้อยู่ในระดับปกติ แพทย์อาจใช้ทางเลือกในการรักษาด้วยการผ่าตัดวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้

การใส่ทางลัดโพรงสมอง (Shunt insertion)

ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะมีการผ่าตัดใส่ทางลัดโพรงสมอง ทางลัดโพรงสมองเป็นระบบการระบายของเหลว ที่ประกอบด้วยหลอดยาวและวาล์ว โดยวาล์วช่วยให้น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังมีการไหล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ในอัตราปกติและอยู่ในทิศทางที่ถูกต้อง แพทย์จะใส่ปลายหลอดข้างหนึ่งภายในสมองและใส่ปลายหลอดอีกข้างหนึ่งเข้าไปในอกหรือช่องท้อง แล้วนำท่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังจะถูกระบายจากสมอง ออกทางปลายหลอดข้างหนึ่ง ซึ่งเป็นบริเวณที่สามารถดูดซึมได้ง่ายขึ้น การใส่ทางลัดโพรงสมองมักทำอย่างถาวร และต้องมีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ

การระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง (Ventriculostomy)

วิธีการรักษาที่เรียกว่าการระบายน้ำไขสันหลังจากโพรงสมอง เป็นทางเลือกในการใส่ทางลัดโพรงสมอง เป็นการสร้างรูในบริเวณโพรงสมองส่วนล่างหรือระหว่างโพรงสมอง ทำให้น้ำหล่อเลี้ยงสมองและไขสันหลังระบายออกจากสมองได้

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

สรุปสาระสำคัญ

Hydrocephalus เป็นความผิดปกติที่มีน้ำในโพรงสมองมากเกินไป เนื่องจากท่อทางเดินน้ำหล่อสมองและไขสันหลังอุดตัน ทำให้น้ำที่อยู่ในสมองและไขสันหลัง ซึ่งปกติเป็นตัวคอยป้องกัน และหล่อเลี้ยงสมองไม่ให้กดทับกับส่วนกะโหลก เกิดคั่งจนท่วมอยู่ในสมองจนความดันในช่องสมองมีสูง ดันให้ช่องสมองโตออกจนไปเบียดเนื้อสมอง และดันกะโหลกศีรษะให้โตออก จนมีขนาดใหญ่ผิดปกติทั้งนี้ โรคหวับาตรหรือไฮโดรเซฟฟาไลส มักเกิดในเด็กเล็ก พบได้ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยในภาษาไทยจะเรียกเด็กที่เป็นโรคหวับาตร ว่า เด็กหัวแตงโม ซึ่งแพทย์ระบุว่า จากสถิติจะพบเด็กที่เป็นโรคหวับาตร ได้ในอัตรา ๑ ใน ๑,๐๐๐ คนต่อปี ขณะที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในแต่ละปีจะมีเด็กเข้ารับการรักษา โรคหวับาตร นี้ไม่ต่ำกว่า ๑๐ รายโดย พ.ศ.๒๕๖๓, ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ จำนวน ๒๘, ๒๔, ๒๘ ราย คิดเป็น ๑.๗๘%, ๑.๕๙%, ๒.๕% ของผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการทางวิสัญญีแบบการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายทั้งหมดตามลำดับ

การรักษานอกจากพบสาเหตุที่แก้ไขโดยตรงแล้วทำการแก้ไข แต่ถ้ายังหาสาเหตุไม่ได้ จำเป็นต้องมีการระบายน้ำไขสันหลัง เพื่อลดความดันในกะโหลกศีรษะนี้ คือการใส่ Shunt เพื่อระบายน้ำไขสันหลังออกนอกสมองที่นิยมใช้คือการระบายน้ำไขสันหลังจาก Lateral ventricle เข้าสู่ช่องท้อง (Ventriculoperitoneal shunt) แล้วน้ำไขสันหลังนี้จะถูกดูดกลับทาง Peritonium แทนแต่บางครั้งที่มีปัญหาในการระบายเข้าสู่ช่องท้องอาจระบายเข้าสู่ห้องหัวใจขวา (Ventriculo-atrial shunt) หรือระบายเข้าสู่ช่องปอด (Ventriculopleural shunt) และควรทำการรักษาตั้งแต่แรกพบความผิดปกติ ในรายที่ Cerebral mantle หนาตั้งแต่ ๑ ซม. ขึ้นไป ควรรีบทำการผ่าตัดอย่างรวดเร็ว เพราะจะทำให้ Hydrocephalus เป็นมากขึ้นจนทำให้มีความรุนแรงมากภายในระยะเวลาเป็นสัปดาห์ หรือเป็นเดือนแล้วแต่พยาธิสภาพและถ้าความหนาของสมองน้อยกว่า ๓.๕ ซม. เมื่อเด็กอายุ ๕ เดือน การพัฒนาสมองจะเสียไปมาก ถ้ามีอาการมากจนสมองเสียไปแล้วไม่มีทางช่วยเด็กให้กลับเป็นปกติได้

สำหรับการผ่าตัด VP shunt insertion ที่ประสบความสำเร็จนั้น ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง ICP และ CPP และส่งผลอย่างไรทั้งต่อพยาธิสภาพของผู้ป่วยต่อ anesthetic agents และต่อการผ่าตัด ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด และการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึกและหลังให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อจะนำไปสู่ความปลอดภัยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนในทุกๆระยะของการผ่าตัด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากตำราวิสัญญีวิทยา ตำราวิชาการทางศัลยกรรม ตำราวิชาการทางการแพทย์ทางศัลยกรรม กระบวนการพยาบาล และข้อวินิจฉัยการพยาบาล

๒. ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) หอผู้ป่วยเด็กโต โดยมีการวางแผนตั้งแต่แรกเริ่ม การให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก จนกระทั่งผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน โดยให้การดูแลการพยาบาลแบบองค์รวม ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแล และได้นำหลักทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย ๓ ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการดูแลตนเอง ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และทฤษฎีระบบการพยาบาล ในการศึกษา และการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วย

๓. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางวิสัญญี ในการดูแลและให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๔. รวบรวมเรียบเรียงเนื้อหา เขียนรายงาน และปรับปรุงแก้ไข

๕. จัดพิมพ์รูปเล่มและเผยแพร่ผลงาน

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อทบทวนแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๒. เพื่อเป็นแนวทางในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง

๓. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทักษะการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๔. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงาน เชิงปริมาณ

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลทางวิสัญญีในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่มารับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อเข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

ในผู้ป่วยเด็กหญิง อายุ ๗ ปี ปัญหาทางกายพยาบาลที่พบก่อน-ขณะและหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

- ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
- เสี่ยงต่อภาวะ Aspiration เนื่องจากมี delay gastric emptying time จาก IICP
- เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะ Stress response
- เสี่ยงต่อภาวะ Hypothermia
- เสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Surgical procedure ได้แก่ ET tube เลื่อนหลุด, Bleeding/Hematoma, Bradycardia จากกรกด carotid artery, Pneumothorax และ Hemothorax

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- อาจเกิดพร่องออกซิเจนจาก Airway obstruction และ Laryngospasm
- เสี่ยงต่อภาวะตื่นช้าจากการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (Delayed awake)
- อาจเกิดภาวะปวดแผลผ่าตัด

หลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยให้ความร่วมมือยินยอมเข้าห้องผ่าตัดญาติคลายความวิตกกังวล สีหน้าดีขึ้น ในระยะนำสลบผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Aspiration และไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้น สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ๓๖.๕-๓๖.๖ องศา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจาก Surgical procedure หลังจากปิดยาดมสลบผู้ป่วยปลุกตื่น ลืมตา ยกศีรษะ ไอ กำมือได้ Extubation ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนจาก Airway obstruction และ Laryngospasm เมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายใน ๒๔ ชม.แรก ผู้ป่วยสามารถพลิกกลับได้ vital sign stable เมื่อตื่นสามารถดูการตุนและเล่นเกมส่ทางโทรศัพท์ได้ ประเมินความเจ็บปวดด้วย VNR score ได้ ๒- ๔ คะแนน

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่มารับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เพื่อเข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้เพิ่มพูนความรู้ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๖.๒ เป็นแนวทางในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) แก่ผู้สนใจ

๖.๓ เป็นเอกสารประกอบการศึกษาช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะประสบการณ์แก่วิสัญญีพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยเด็กโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่ทำการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องด้วยกรณีศึกษาดังกล่าวบิดามารดามีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง เกี่ยวกับอาการ การรักษา ทำให้การสื่อสารระหว่างบิดามารดากับวิสัญญีพยาบาลค่อนข้างยากลำบาก

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ บิดามารดาขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นอย่างดีเพื่อที่จะนำไปให้ข้อมูลกับบิดามารดา เพื่อลดความวิตกกังวล

๘.๒ บิดามารดาขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยต้องให้ข้อมูลความรู้ และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยแก่บิดามารดา เพื่อให้บิดามารดาได้รับความรู้ที่ถูกต้อง และกลับไปปฏิบัติตัว ดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการจัดแผนพับสำหรับการให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กและญาติเรื่องการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเฉพาะโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่เข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt)

๙.๒ ควรศึกษาค้นคว้าหาความรู้ใหม่ในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเฉพาะโรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus) ที่เข้ารับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำคั่งในโพรงสมอง (Ventriculoperitoneal shunt) อยู่เสมอ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

- ไม่มี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวภาวิณี ศรีจำพลัง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ภวิณี ศรีจำพลัง*

(นางสาวภาวิณี ศรีจำพลัง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *5* / *มิ.ย* / *๖๕๖๕*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวภาวิณี ศรีจำพลัง	๓๓๓๓ ๓๓๓๓

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วิชรัตนกุลเกียรติ)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น
(วันที่)/...../.....
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑ โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

๑. เรื่อง นวัตกรรม ผ้าห่มอุ่นรัก

๒. หลักการและเหตุผล

อุณหภูมิของร่างกายเป็นสิ่งที่แสดงถึงความร้อนในร่างกาย อุณหภูมิร่างกายมนุษย์ค่อนข้างคงที่ แม้อุณหภูมิสิ่งแวดล้อมจะเปลี่ยนแปลงไป ในภาวะปกติอุณหภูมิในส่วนต่างๆ ของร่างกาย มีค่าแตกต่างกันได้บ้างเล็กน้อย ทั้งนี้เพราะปฏิกิริยาในการทำหน้าที่ของอวัยวะแต่ละอย่างให้ความร้อนออกมาต่างๆ กัน โดยสามารถแบ่งอุณหภูมิร่างกายได้เป็น ๒ ส่วน (กุลวิณี สุจริต, ๒๕๔๕; จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์ และ นงนุช โอบะ, ๒๕๔๐; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, ๒๕๔๐; Sessler, ๒๐๐๐) คือ

๑. อุณหภูมิในส่วนแกน (core temperature) หมายถึง อุณหภูมิในส่วนลึกของร่างกายวัดจากอวัยวะภายใน เช่น อวัยวะภายในช่องอก ช่องท้อง อุณหภูมิส่วนนี้ถูกควบคุมให้มีค่าคงที่เสมอ

๒. อุณหภูมิส่วนผิวนอก (shell or surface or skin temperature) หมายถึง อุณหภูมิที่ผิวหนัง ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งแวดล้อมอุณหภูมิร่างกายในภาวะปกตินั้น ต้องมีการควบคุมและรักษาให้มีค่าคงที่อยู่เสมอ เพื่อให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เป็นไปตามปกติ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของเอ็นไซม์ปกติ อุณหภูมิในส่วนแกนของร่างกายมีค่าประมาณ ๓๗ องศาเซลเซียส ระบบควบคุมอุณหภูมิพยายามรักษาอุณหภูมิในส่วนแกนไว้ โดยอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ภายในช่วง ๐.๔ องศาเซลเซียส จากค่าปกติ ถ้าอุณหภูมิในส่วนแกนมีค่าสูงกว่าค่าปกติที่ร่างกายกำหนดไว้จะเกิดผลเสียต่อการทำงานของระบบที่สำคัญ เช่น ระบบประสาท ซึ่งมีผลกระทบต่อการทำงานของเอ็นไซม์ โดยจะมีปริมาณลดลง และอาจมีผลก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ระบบควบคุมอุณหภูมิกาย (thermoregulatory system) ประกอบด้วยสามส่วน คือ(กุลวิณี สุจริต, ๒๕๔๕; จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์ และ นงนุช โอบะ, ๒๕๔๐; Buggy & Crosslcy, ๒๐๐๐)

๑. เครื่องรับอุณหภูมิ (thermoreceptor)

๒. ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิ (thermoregulatory center or central thermoregulation)

๓. กลไกการปรับอุณหภูมิ (thermoregulatory effector mechanism)

การสูญเสียอุณหภูมิกายขึ้นอยู่กับอุณหภูมิของสิ่งแวดล้อม อากาศ ความชื้น ความกดอากาศ ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

๑. การนำความร้อน conduction เกิดจากการที่ผิวสัมผัสกับวัตถุที่เย็น เช่น ที่นอนเย็น มือเย็นของพยาบาล อุปกรณ์ที่สัมผัสเป็นเหล็กที่เย็น

๒. การพา convection เป็นการพาความร้อนจากร่างกายสู่บรรยากาศแวดล้อมที่เย็นกว่า เช่น ลมพัด การเปิดเครื่องปรับอากาศให้ ความเย็น สัมผัสร่างกายโดยตรง

๓. การระเหย evaporation เป็นการสูญเสียความร้อนเมื่อของเหลว เปลี่ยนไปเป็นไอน้ำ เช่น ตัวเปียก นอนแช่น้ำ เหงื่อออกมาก ทำให้น้ำการระเหยไปใน อากาศทำให้ความร้อนสูญเสียไป

๔. การแผ่รังสี radiation เป็นการสูญเสียความร้อนของร่างกาย ไปสู่ที่เย็นกว่า โดยการอยู่ใกล้วัตถุที่เย็น แต่ไม่ได้สัมผัสกับวัตถุที่เย็นโดยตรง เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็น

ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) พบได้บ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากมีสัดส่วนของ body surface area สูงและการผ่าตัดใหญ่ (major operation) มีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิต่ำลงระหว่างการผ่าตัด ๒-๓ องศาเซลเซียส ไม่ว่าจะเป็นจากอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่เย็น การได้รับสารน้ำและส่วนประกอบของเลือดทางหลอดเลือดดำที่มีความเย็นกว่าอุณหภูมิร่างกายเป็นจำนวนมาก กลไก

การป้องกันการสูญเสียความร้อนเสียไปจากการให้การระงับความรู้สึก มีการระเหยของน้ำและความร้อนของอวัยวะภายในช่องท้อง

ระหว่างการทำผ่าตัด รวมไปถึงก๊าซที่ใช้ช่วยหายใจขณะสลบ ซึ่งเป็นก๊าซที่ไม่มีความชื้นผลเสียที่เกิดขึ้นจากการที่อุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง คือ ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympo-thetic เพิ่ม peripheral vascular resistance ความต้องการของออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอยู่ก่อน เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ อาจทำให้การกำจัดยาบางประเภทช้าลงทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบได้ช้า และเพิ่มอัตราการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น การป้องกันไม่ให้อุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นวิธีที่ดีที่สุด ทำได้โดยการใช้ผ้าห่อ หรือผ้าห่มอุ่นหุ้มร่างกายผู้ป่วย การใช้force air warmer การใช้อุปกรณ์ทำความชื้น humidifer การห่อหุ้มอวัยวะในวงจรให้ยาสลบช่องท้องด้วยถุงพลาสติก และใช้สารน้ำอุ่นในการ irrigate บริเวณที่ทำผ่าตัด ให้สารน้ำและส่วนประกอบเลือดที่อุ่นเข้าทางหลอดเลือดดำ รวมถึงการควบคุมอุณหภูมิในห้องผ่าตัดให้อยู่ประมาณ ๒๑ องศาเซลเซียส หรือมากกว่านี้โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเล็ก และควบคุมความชื้นในห้องผ่าตัดให้เหมาะสม แต่ถึงอย่างไรก็ยังสามารถพบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (hypothermia) ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด

โรงพยาบาลขอนแก่น มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จากรายงานความเสี่ยงประจำปีของงานการพยาบาลวิสัญญีพบภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย พ.ศ. ๒๕๖๓,๒๕๖๔,๒๕๖๕, จำนวน ๓๒ ,๒๘,๓๔ รายตามลำดับ ทางผู้จัดทำจึงคิดนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นรักขึ้นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

๒. เพื่อให้บุคคลากรตระหนักและป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์/แนวความคิด

ด้วยภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำในการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทำให้เพิ่มการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ sympo-thetic เพิ่ม peripheral vascular resistance ความต้องการของออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอยู่ก่อน เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ นอกจากนี้ อาจทำให้การกำจัดยาบางประเภทช้าลงทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบได้ช้า และเพิ่มอัตราการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันไม่ให้อุณหภูมิร่างกายต่ำเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ประชุมบุคลากรในหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเพื่อค้นหาปัญหาและนำเข้าสู่เสนอที่ประชุม

๒. ขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการจัดทำนวัตกรรม จัดทำเอกสารในการเก็บข้อมูล

๓. ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูลภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ จากตำรา วารสาร งานวิจัย เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการจัดทำนวัตกรรมและพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาแบบประเมิน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ไม่พบภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ร้อยละ ๙๗
๒. บุคลากรมีความตระหนักและป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
๓. บุคลากรมีความพึงพอใจ ในการใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นใจ ร้อยละ ๙๙

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีนวัตกรรมผ้าห่มอุ่นใจขึ้นเพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
๒. ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการการผ่าตัดใหญ่และต้องให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ไม่พบภาวะอุณหภูมิกายต่ำ ร้อยละ ๙๗
๓. บุคลากรมีความพึงพอใจ ในการใช้นวัตกรรมผ้าห่มอุ่นรัก ร้อยละ ๙๙

(ลงชื่อ)
.....

(นางสาวภาวิณี ศรีจำพรั่ง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) / /

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน 2566 – กรกฎาคม 2566
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) หมายถึง ภาวะที่มีการอักเสบเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงขนาดกลางและขนาดเล็กทั่วร่างกาย ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (mucous membrane) ที่ทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะได้หลายระบบทั้งผิวหนัง ต่อม้ำเหลือง ผื่นหลอดเลือด และหลอดเลือดโคโรนารีโป่งพอง (Newburger, 2016)

สาเหตุและพยาธิสภาพ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุ และกลไกการเกิดโรคที่ชัดเจน เชื่อว่ามีผลจากการติดเชื้อ และตามด้วยระบบการสร้างภูมิคุ้มกันที่ถูกรบกวน มีปฏิกิริยาสร้างสารเชิงซ้อนทางภูมิคุ้มกัน (Ag-Ab complex) จับกับเยื่อผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดดำเล็ก (venules) และหลอดเลือดแดงเล็ก (arteries) อักเสบ โดยลุกลามไปยังชั้นกล้ามเนื้อของหลอดเลือดแดง (tunica media) เป็นสาเหตุทำให้เกิดหลอดเลือดหัวใจโป่งพอง (coronary artery aneurysm) ผื่นหลอดเลือดจะหนา มีหินปูนเกาะบริเวณหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบ ส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับอันตราย และจากการตีบและโป่งพองของหลอดเลือดอาจทำให้หัวใจขาดเลือดไปเลี้ยงเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตาย โดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อหัวใจสูง (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา, 2563)

การวินิจฉัย โรคคาวาซากิกินิจฉัยกลุ่มอาการตามเกณฑ์เป็นหลัก ดังนี้ (ชนาธิป ลือวิเศษไพบูลย์, 2557)

เกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิกของโรคคาวาซากิที่มีอาการครบ (complete Kawasaki disease) โดยผู้ป่วยจะมีอาการใช้อย่างน้อย 5 วัน ร่วมกับมีอาการและอาการแสดงอย่างน้อย 4 ใน 5 ข้อ คือ

- 1) มีมือและเท้าบวมแดง หรือลอกในภายหลัง
- 2) มีผื่นที่ผิวหนัง
- 3) มีตาแดงทั้ง 2 ตาโดยไม่เจ็บและไม่มีขี้ตา
- 4) มีความผิดปกติของลิ้นและช่องปาก คือริมฝีปากแดงแห้งและแตก ลิ้นเป็นตุ่มแดงคล้ายสตรอเบอร์รี่
- 5) มีต่อมน้ำเหลืองที่คอโต ≥ 1.5 เซนติเมตร และมักโตข้างเดียว

เกณฑ์การวินิจฉัยของโรคคาวาซากิที่มีอาการไม่ครบ (incomplete Kawasaki disease) จะอิงกับเกณฑ์ของ American heart association โดยผู้ป่วยจะต้องมีภาวะไข้ ≥ 5 วัน ร่วมกับอาการที่เข้าได้กับเกณฑ์การวินิจฉัยทางคลินิكدังกล่าวข้างต้น แต่น้อยกว่า 4 ใน 5 ข้อ ร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ erythrocyte sedimentation rate (ESR) และ C-reactive protein (CRP) กรณีที่ ESR ≥ 40 mm/hr. หรือ CRP ≥ 3 mg/dl ให้ส่งตรวจเลือดเพื่อหาเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ (supplemental laboratory criteria) ได้แก่ 1) อัลบูมิน ≤ 3 g/dl 2) ซีดเมื่อเทียบกับอายุผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3) alanine aminotransferase (ALT) สูงกว่า 2.5 เท่าของค่าปกติ 4) เกล็ดเลือด $\geq 450,000$ cells/ul
5) เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ ≥ 10 cells/HPF 6) เม็ดเลือดขาวในเลือด $\geq 15,000$ cells/ul กรณีที่พบเกณฑ์
สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการ ≥ 3 ใน 6 ข้อ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิที่มีอาการไม่ครบ และให้การ
รักษาได้ทันที แต่ถ้าเกณฑ์สนับสนุนทางห้องปฏิบัติการยังไม่ครบ ให้ส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง
(echocardiogram) เพิ่มเติม ถ้าผล echocardiogram เข้าได้กับเกณฑ์ก็วินิจฉัยว่าเป็นโรคคาวาซากิที่มี
อาการไม่ครบได้

การรักษา

หลักการสำคัญของการรักษา คือ ทำให้ไข้ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของหัวใจและหลอดเลือด
(พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2557) ดังนี้

การรักษาภาวะขาดน้ำ เนื่องจากเด็กจะรับประทานอาหารได้น้อยและมีอาการขาดน้ำ จึงควรให้
สารน้ำทางหลอดเลือดดำให้พอเพียง

การให้อิมมูโนโกลบูลิน (intravenous immunoglobulin: IVIG) ขนาดสูง ตามคำแนะนำของ
American academy of pediatrics และ American heart association ปี ค.ศ. 2547 แนะนำให้ขนาด
2 กรัมต่อกิโลกรัมเพียงครั้งเดียว ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดโคโรนารีโป่งพอง โดยให้ภายใน 10
วันนับจากเริ่มมีอาการไข้จะลดลงพร้อมกับอาการต่างๆ ดีขึ้นหลังได้รับ IVIG ถ้าให้ IVIG แล้วไข้ไม่ลดลง
ภายใน 48-72 ชั่วโมง สามารถให้ซ้ำได้

ยาแอสไพริน (aspirin) เพื่อลดการอักเสบและขัดขวางการเกาะตัวกันของเกล็ดเลือด โดยให้ใน
ขนาด 80-100 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน แบ่งให้ทุก 6 ชั่วโมง จนกว่าไข้จะลดเป็นปกติ นาน 48-72 ชั่วโมง
หรือให้จนครบ 2 สัปดาห์นับจากเริ่มมีไข้ แล้วจึงลดขนาดยาเหลือ 3-5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวันวันละ
ครั้งนานประมาณ 6-8 สัปดาห์

การพยาบาลโรคคาวาซากิ มีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อป้องกันการเกิดการโป่งพองของหลอดเลือด
หัวใจ และมีลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือด การดูแลให้ได้รับอิมมูโนโกลบูลินและยาแอสไพริน (aspirin:ASA)
ตามแผนการรักษาจะสามารถลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ เฝ้ารอภาวะชั้จากไข้สูงได้ ดูแลให้ได้รับสาร
น้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ บรรเทาความไม่สุขสบาย ลดความวิตกกังวลของบิดามารดาและผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ศึกษาจึงใช้ความรู้ทางวิชาการตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน
สภาวะสุขภาพ (assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (nursing diagnosis) การวางแผนการ
พยาบาล (planning) การปฏิบัติการพยาบาล (implementation) และการประเมินผลการพยาบาล
(evaluation) ร่วมกับการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Majorie Gordon) ซึ่ง
ประกอบด้วย 11 แบบแผน ในการดูแลสุขภาพและการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายนี้

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) เป็นโรคที่มีการอักเสบของหลอดเลือด สาเหตุเชื่อว่าอาจเกิดจากกลไกความผิดปกติ ทางภูมิคุ้มกันที่ถูกกระตุ้นโดยการติดเชื้อ พบมากในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี สามารถเป็นได้ทุกรวัยแม้แต่ในผู้ใหญ่ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 1.5 เท่า เด็กเพศชายยังมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตได้ พบบ่อยที่สุดในเด็กเชื้อสายเอเชีย พบอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 10-20 คนต่อ 100,000 คนที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี (Angeline, 2023) จากข้อมูลสถิติโรคหออผู้ป่วยเด็กเล็กโรงพยาบาลขอนแก่นปี 2562-2563 พบผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 3 ปี เข้ารับการรักษาด้วยโรคคาวาซากิ(Kawasaki disease) จำนวน 16 และ 21 รายตามลำดับ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โรคคาวาซากิมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ความผิดปกติของหลอดเลือดแดงโคโรนารี โดยในระยะแรกของโรคพบว่าการขยายตัวของหลอดเลือดแดงโคโรนารีได้ประมาณร้อยละ 30 หากไม่ได้รับการรักษาอาจส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดโป่งพอง ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 25 ในขณะที่มีการโป่งพองของหลอดเลือดแดงจะส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ดี เกิดภาวะหัวใจวายได้ และอาจเป็นเหตุให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กด้วยโรคหัวใจในเวลาต่อมา (วรรณไพโร แยมัณา, 2561)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) ซึ่งเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กเล็ก ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเด็ก และได้นำผลการศึกษาไปปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล พัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล 1 รายในหอผู้ป่วยเด็กเล็ก
2. รวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสีและแผนการรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา ทฤษฎีและสื่อ internet ขอคำปรึกษาจากหัวหน้าพยาบาล และผู้ที่มีความชำนาญ เชี่ยวชาญ และแพทย์ผู้รักษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา
5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลทั้งกาย จิต สังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน
7. สรุปการปฏิบัติการพยาบาล
8. รวบรวมข้อมูลและประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษามาเปรียบเทียบการปฏิบัติกับทฤษฎี
9. เรียบเรียงการเขียนสรุปรายงาน จัดพิมพ์รูปเล่มส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของรายงานพร้อมแก้ไข

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

เป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

5.1.1 มีผลงานทางวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease)

จำนวน 1 เรื่อง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กชายไทยอายุ 8 เดือน ปฏิเสธโรคประจำตัว มาด้วยอาการสำคัญ ไข้ ปากแดง ตาแดง มีผื่นแดง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้สูง ไปอนาមัยได้ยาลดไข้กับยาแก้ไอมารับประทานอาการดีขึ้น 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีผื่นแดงขึ้นทั้งตัว คลำได้ก้อนที่คอ ด้านซ้าย 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไข้ ปากแดง ตาแดง มีผื่นแดงทั้งตัว รับประทานอาหารได้ลดลง จึงมาโรงพยาบาล

เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็กเล็ก แพทย์วินิจฉัย complete Kawasaki disease แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ร้องงอแง ประเมินสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิกาย 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 180 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/84 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจน 100 % ตรวจร่างกายพบผื่นนูนแดงบริเวณตัวและขา 2 ข้าง หลังมือและหลังเท้าบวมทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากแดงแห้งและแตก ตาแดงทั้ง 2 ข้างไม่มีขี้ตา คลำพบต่อมน้ำเหลืองที่คอข้างซ้าย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ erythrocyte sedimentation rate (ESR) 130 mm/hr., C-reactive protein (CRP) 86.2 mg/L, alanine aminotransferase (ALT) 55 U/L, albumin 3.5 g/dL, เกล็ดเลือด 310,000 cells/ul เม็ดเลือดขาวในเลือด 18,800 cells/ul และ เม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ 3-5 cells/HPF ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูง (echocardiography) พบ normal coronary a size, minimal mitral valve regurgitation, minimal tricuspid valve regurgitation ดูแลให้ได้รับ intravenous immunoglobulin 20 gm ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ขณะได้รับ intravenous immunoglobulin ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงจน intravenous immunoglobulin หมด เฝ้ารวังและติดตามอาการ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ผื่นขึ้น เหนื่อยออกแน่นหน้าอก ควรหยุดการให้ยาและรายงานแพทย์ทันที ดูแลให้ได้รับยา aspirin (81) 3 tab oral t.i.d. ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด มีเลือดออก เป็นต้น ดูแลให้รับประทานอาหาร และดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%D/NSS 500 ml vein drip 40 ml/hr. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 900 mg + 5%DW 20 ml vein drip in 30 min every 24 hr. ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ดูแลความสุกสบายไม่ทำให้ผู้ป่วยเกาผิวหนังบริเวณที่ผื่นขึ้น หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไข้ลดลง ผื่นแดงลดลง ดูนมและรับประทานอาหารได้มากขึ้น วางแผนจำหน่ายให้ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานกระบวนการพยาบาลของทีมนุรักษ์ผู้ป่วยของหอผู้ป่วยเด็กเล็ก หลังให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) ผู้ดูแลผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น มีความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจแล้วแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาอยู่รักษาในโรงพยาบาล 5 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

5.2.2 มารดา บิดา และผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1 เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าสำหรับผู้สนใจทั่วไป

6.2 เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) ในรายอื่นๆ อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

6.3 เพื่อเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ (Kawasaki disease)

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้อายุ 8 เดือน ซึ่งมีนัดการรับวัคซีนครั้งต่อไปคืออายุ 9-12 เดือน คือ วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) และ ไข้มองอักเสบเจอี (JE) เข็มที่ 1 ซึ่งในเด็กที่ป่วยเป็นโรคคาวาซากิ และได้รับการรักษาด้วยยา intravenous immunoglobulin (IVIG) จะต้องเว้นการรับชนิดเชื้อเป็น เช่น หัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR) อีสุกอีใส (VZV) และ ไข้มองอักเสบเจอี (JE) ออกไปอย่างน้อยเป็นเวลา 7-9 เดือน นับจากได้รับยารักษา เพราะอิมมูโนโกลบูลินจะขัดขวางการสร้างภูมิคุ้มกันของวัคซีนชนิดเชื้อเป็น จึงจำเป็นต้องเน้นย้ำและให้ความรู้เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มารดาผู้ป่วยรายนี้มีความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของบุตรไม่เพียงพอ เข้าใจว่าการเจ็บป่วยที่บุตรเป็นเกิดจากการเป็นไข้ออกผื่นที่หายได้เองจึงไม่ได้พามาโรงพยาบาลในตอนแรก ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาช้าทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่หัวใจและเส้นเลือดเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) และการอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจรอบๆ เส้นเลือด การที่ไม่ได้รับการรักษาภายในช่วง 7-9 วันแรกของโรค ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนมากและรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคคาวาซากิ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การป้องกันการโป่งพองของเส้นเลือดแดงโคโรนารี ชักจากไข้สูง เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9.2 พยาบาลควรมีความสามารถในการประเมินผู้ป่วยเมื่อมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนการโป่งพองของเส้นเลือดแดงโคโรนารี

9.3 ควรให้มารดาบิดา ผู้ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลความสบายในผู้ป่วยรายนี้ เนื่องจากการแสดงความต้องการของเด็กวัย 8 เดือนจะสื่อสารด้วยการร้องไห้แง มารดาบิดา ผู้ดูแลผู้ป่วยจะสามารถวิเคราะห์และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

10. การเผยแพร่ผลงาน

ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวพรรณชฎมน ศิริจันโท พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ดำเนินการทุกขั้นตอน สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *พรรณชฎมน*

(นางสาวพรรณชฎมน ศิริจันโท)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวพรรณชฎมน ศิริจันโท พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	<i>พรรณชฎมน</i>

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
(นางพินรัฐ จอมเพชร)
(ตำแหน่ง) **รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล**
(วันที่) 19 / พ.ค. / 2566
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
(นายเกรียงศักดิ์ วัชรนุกุลเกียรติ)
(ตำแหน่ง) **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น**
(วันที่) / /
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง แนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคคาวาซากิ
2. หลักการและเหตุผล

โรคคาวาซากิ (Kawasaki disease) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่ประกอบด้วย ไข้สูง มีการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและเยื่อเมือก (mucocutaneous involvement) และต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเป็นโรคที่พบในเด็ก โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 4 ปี โรคนี้ตรวจพบครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2504 โดย นายแพทย์ Tomisaku Kawasaki ที่ประเทศญี่ปุ่น และตั้งชื่อว่า mucocutaneous lymph node syndrome (MCLS) ต่อมาพบโรคนี้มากขึ้นจึงได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรคคาวาซากิตามชื่อผู้ค้นพบ อุบัติการณ์ของโรคนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด โดยพบมากแถบเอเชีย โดยเฉพาะที่ประเทศญี่ปุ่น สำหรับในประเทศไทยก็พบมากขึ้นเรื่อยๆ พบในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง (ประมาณ 2:1) และอายุโดยมากน้อยกว่า 4 ปี โดยเฉพาะในช่วงอายุ 1-2 ปี พบบ่อยที่สุด เด็กที่ป่วยเป็นโรคนี้อาจเกิดเป็นซ้ำได้ พบได้ประมาณ 3-5% (วัชรระ จามจุรีรักษ์, 2556)

ปัญหาสำคัญของโรคคาวาซากิคือ การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือลุกลามไปที่ระบบอื่นๆ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญคือเกิดที่หัวใจและหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) โดยพบประมาณ 20-30% ถ้าไม่ได้รับการรักษาจะเกิดความผิดปกติของหัวใจคือ ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ลิ้นหัวใจรั่วและเส้นเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ (coronary artery) อักเสบ แล้วเกิดเป็นเส้นแดงเลือดพองโต (aneurysm) ซึ่งเส้นแดงเลือดพองโตนี้อาจเป็นที่เส้นเลือดเดียว ตำแหน่งเดียว หรือเป็นที่เส้นเลือด 2-3 เส้น และหลายตำแหน่งก็ได้ โดยพบในช่วง 10-28 วันของโรค ผลที่เกิดตามมาคือ อาจทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่ได้ และหัวใจวายได้ ส่วนเส้นเลือดที่โป่งพองก็อาจเกิดการอุดตันจากลิ่มเลือด ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างเฉียบพลัน ถ้าเป็นมากก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ พบประมาณ 1-2% ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยากกลุ่มป้องกันการจับตัวของลิ่มเลือดเป็นเวลาต่อเนื่อง และมาพบแพทย์เพื่อตรวจหัวใจตามนัดทุกครั้ง ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในโรคคาวาซากิเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน

ดังนั้นผู้เสนอจึงได้เสนอแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคคาวาซากิ เพื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคคาวาซากิขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนเกิดผลลัพธ์ที่ดีในการพยาบาลต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคคาวาซากิเป็นโรคที่มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน มักเป็นนานกว่า 5 วัน มีการอักเสบของเยื่อต่างๆ เช่นตา ปาก ทำให้มีอาการตาแดงแบบไม่มีขี้ตา เยื่อในปากและริมฝีปากแดงจัด แห้ง แตกปริและมีเลือดซึม ลิ้นมีลักษณะบวมแดงจัดคล้ายผลสตรอเบอร์รี่ ทำให้องแ่งมากและทานได้น้อย มือเท้าและนิ้วบวมแดงและอูมจัด ซึ่งต่อมากจะมีผิวหนังลอกออกเป็นแผ่นๆ อาจมีลายขวางที่เล็บ อาจมีผื่นแดงขึ้นตามตัว หน้าและแขนขา ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่สุขสบาย ในผู้ป่วยเด็กเล็กเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเป็นอย่างมาก เมื่อมีอาการที่ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายเกิดขึ้นผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า 1 ปีจะไม่สามารถสื่อสารความต้องการได้อย่างสมบูรณ์ จะ

แสดงความต้องการด้วยการร้องไห้แง ผู้ดูแลผู้ป่วยจะเป็นผู้ที่สามารถวิเคราะห์ความต้องการและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในการบรรเทาความไม่สุขสบายและการดูแลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากแนวคิดของเคลียร์ (Cleary, 1993) เชื่อว่าผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้การดูแลเด็กในเรื่องต่างๆได้ดี การที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเกิดผลกระทบต่อเด็กมากมายและการที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะช่วยลดผลกระทบต่อการใช้โรงพยาบาลของเด็กทั้งร่างกายจิตใจ กล่าวคือ เด็กจะได้รับความสุขสบาย

จากแนวคิดดังกล่าวผู้เสนอจึงได้ขอเสนอแนวคิดพัฒนาแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคควาซากิ เพื่อส่งเสริมความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคควาซากิขณะอยู่โรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในการพยาบาล

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 หน่วยงานมีคู่มือการให้ความรู้เรื่องโรคควาซากิอย่างเป็นรูปธรรมเป็นไปในทางเดียวกัน
- 4.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง
- 4.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 5.1 พยาบาลให้ข้อมูลตรงตามแนวทางการให้ความรู้เรื่องโรคควาซากิ ร้อยละ 100
- 5.2 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจปฏิบัติตามคำแนะนำ ร้อยละ 90
- 5.3 ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ร้อยละ 90

(ลงชื่อ)⁵พรธันชญม.....

(นางสาวพรธันชญม ศิริจันโท)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ. 2566

ผู้ขอประเมิน